

2021 年度調査研究事業

医療費請求業務システムにおける紙の廃止による  
請求業務効率化に向けた現状と評価およびその考察

一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会  
医事コンピュータ部会

一般財団法人 医療保険業務研究協会



# 目 次

## はじめに

1. 本調査研究を始めるに当たっての背景・経緯	1
2. 本調査研究の目的	1
3. 本調査研究が目指すべきところ	2

## 第1章 医療機関における紙による請求について

1. 医療機関における紙媒体による請求の概要	3
(1) 紙媒体による請求とは（本調査研究における定義）	3
(2) 紙媒体による請求の特徴	4
2. 医療機関における紙媒体による請求の現状	6
(1) 医療機関における紙媒体による請求	6
(2) 紙媒体による請求の一覧	7
(3) 各項目の電子化への対応状況	7

## 第2章 レセプトの返戻再請求における紙の廃止について

1. 返戻再請求について（概要）	9
(1) レセプト請求の電子化・オンライン化の経緯	9
(2) 返戻再請求の電子化・オンライン化の背景	10
(3) 紙レセプトの現状（令和3年9月現在）	11
(4) 今後実施される紙レセプト削減への施策	12
(5) 医療機関における返戻再請求の具体的な事務作業	12
2. 返戻再請求オンライン化のメリット	14
(1) 医療機関のメリット	14
(2) 審査支払機関のメリット	15
(3) 保険者のメリット	16
3. 返戻再請求オンライン化への課題	17
(1) 医療機関における課題	17
(2) 審査支払機関における課題	18
(3) 保険者における課題	18
4. 返戻再請求オンライン化を踏まえた、更なる施策の提言	19
(1) 再請求時の手間軽減によりオンラインでの返戻再請求のメリットを増やす	19
(2) 紙媒体及び電子媒体の廃止により全体の最適化を行う	22
(3) レセプト返戻件数の削減による効率化	25

## 第3章 各分野に依然として残る紙による請求の廃止について

<b>1. 地方単独医療費助成事業</b> .....	28
(1) 地方単独医療費助成事業の概要 .....	28
(2) 地方単独医療費助成事業における、紙媒体での請求に関する現状と課題 .....	32
(3) 紙媒体の廃止への提言及び提言によってもたらされる電子請求のメリット .....	35
(4) 併用レセプトによる電子請求採用の現状と普及への課題 .....	37
<b>Column 1</b> 現物給付におけるレセプトの記載方法の課題	
(5) 電子的な請求の更なる普及のための提言 .....	44
<b>2. 労働災害・通勤災害</b> .....	46
(1) 制度の概要 .....	46
(2) 労災の療養の給付の請求と支払いの流れ .....	46
(3) 依然として残る紙媒体による申請・請求の現状 .....	47
(4) 紙媒体削減への課題 .....	53
<b>Column 2</b> 平成 28 年における業務フロー・コスト分析（神奈川県・愛知県）	
(5) 紙媒体削減に向けた提言 .....	59
<b>3. 出産育児一時金直接支払制度</b> .....	61
(1) 制度概要・運用の流れ .....	61
(2) 紙媒体による請求の現状 .....	62
(3) 紙媒体による請求の廃止（電子請求への切り替え）への課題 .....	64
(4) 課題解決に向けた対応策 .....	65
(5) 電子請求の更なる普及のための提言 .....	66

## おわりに

1. 本調査研究における提言の整理 .....	68
2. レセプトの返戻再請求に係る施策の見直しについて .....	69
3. 謝辞 .....	70
4. 本調査研究で引用又は参考とした資料の一覧 .....	71

## はじめに

### 1. 本調査研究を始めるに当たっての背景・経緯

一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会（以下「JAHIS」）では、以前より一貫して、請求システムを提供するベンダ独自の視点から、診療報酬改定に関連する様々な課題を抽出し、それらに対する具体的な提言を行ってきた。とりわけ近年の論文においては、JAHIS が多くの知見を有する「レセプトの電子請求」に関する事象を取り上げ、レセプトの電子的な請求やチェックの発展に資するような実践的な提言を行うことを通して、デジタル化の時代の新しい診療報酬改定やそれに応じた請求の方法に対する、システムベンダとしての適切な関わり方を模索してきた。

そうした中、平成29年7月に厚生労働省及び社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」）による「支払基金業務効率化・高度化計画 工程表」が公表され、令和4年度までにコンピュータチェックによる審査の完結を9割程度とする目標が示された。さらに令和元年5月には、審査機能を本部に集約する等の支払基金法の改正を盛り込んだ「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が制定された。それらを受けるかたちで、令和2年3月には支払基金より「審査事務集約化計画工程表」が示され、その工程表に従って審査事務の集約化・効率化が今まきに行われようとしている最中である。

本調査研究のテーマは、JAHIS が長年にわたる調査研究の中で培ってきた知見を最大限に活かし、こういった業界の潮流に対して、それに与するシステムベンダという具体的な視点から最新の検証を行うことで、請求業務電子化の更なる拡大の一助となることを目指し、設定したものである。タイトルにある文言「紙の廃止」は、「請求（申請）の電子化」に直結するものであることから、審査事務の効率化が大きく取り沙汰されている昨今の状況において、このテーマを追求していくことは非常にタイムリーであり、請求に関わる全ての者にとって有効な提言を引き出すことができると考える。

### 2. 本調査研究の目的

施策として請求の電子化が図られ、それが一定程度普及している状況下において、「今なお残っている紙による請求」については、「残っている」相応の理由が存在すると考えられる。その理由こそ電子化を阻んでいるものであり、同時に「簡単に電子化が図れない」要素を持つものと言える。それらに焦点を当てることで阻害要因を分析し、今後のスムーズな電子化進展への布石とすることが本調査研究の目的である。

したがって、本調査研究は、現状の医療機関における紙による請求（申請）・紙をベースとした業務の分析を行うことから始めることとする。現状を詳細に分析することは、医

療機関、その利用者、保険者、及び審査支払機関それぞれの立場における紙ベースの業務のメリット・デメリットを把握することにつながり、今後の請求の効率化や電子化・デジタルトランスフォーメーション（以下「DX」）を考える上で非常に重要なファクタと言えるからである。

請求・審査業務における紙の利用の要因は、業務慣行、電子化による非効率化や投資効果の低さ、システム整備不足等、多岐に渡る。それらの中には、環境的なものや利用者のモチベーション（インセンティブ不足）によるもの、さらには、習慣化しており、見直しの機会を逸しているもの等もあると考えられる。また、単一の原因に帰することができない複合的な状況により、電子化が進まない事象もあると推察する。このような状況に対して、現状を詳細に分析・整理し類型化することは有効であろう。

### 3. 本調査研究が目指すべきところ

本調査研究では、紙による請求の分析・考察から課題を抽出して、紙による業務の廃止を主な目的とした請求の電子化に関するきわめて実践的な提言を行う。また、紙の廃止（電子化）にとどまらず、より高度な電子化の実現に向けたビジョンについても論を展開し、さらに上記の分析・考察から請求業務の効率化のヒントを抽出し、提言を行うこととする。

なお、紙の様式による請求業務等の廃止（電子化）は、医療機関の担当者の意識にも関係する問題であることから（「今までのやり方を変えたくない」など）、当事者の意識にも働きかけていく（苦手意識の払拭、慣行からの脱却など）ことが必要となる。

また、本調査研究では、「返戻再請求のオンライン化」を中心に論を展開することとする。それ以外にも、緊急性が低い等の理由からこれまでの調査研究では取り上げてこなかった「地方単独医療費助成制度」、「労災診療費」、「出産育児一時金における直接支払制度」といった分野について言及し、提言を行う。これらの提言が、紙の様式による請求業務の廃止に向けて避けては通れない重要なものであることは言うまでも無い。

過去の調査研究でも繰り返し述べてきたことだが、本調査研究の最終的な目標は、診療報酬請求に関わる全ての者に益することにある。システムベンダとしての実際的な立場から、ここに述べたような多様な状況・分野について横断的に調査研究・提言を行うことで、この目標に少しでも近づければ幸いである。この目標を常に念頭に置いて論を進めることとしたい。

## 第1章 医療機関における紙による請求について

第1章では、医療機関における「紙」をベースにした請求（申請）について、その概要及び実際の種類・課題等についてまとめる。また、それらが医療機関においてどのように運用されているのか概説し、本調査研究で考察の対象とするものを洗い出す。それらについての具体的な考察は第2章以降で行うこととする。

### 1. 医療機関における紙媒体による請求の概要

ここでは、本調査研究において「紙による請求」が何を意味するかを示す。また、あくまでも最終的に請求を電子化することを目指す立場から、「紙による請求」にはどのような特徴や傾向があるのか、それを電子化するに当たってネックとなっているものがあればそれは何であるのかを分析し、以降の考察への布石とする。

#### (1) 紙媒体による請求とは（本調査研究における定義）

まず、「紙による請求」として、本調査研究ではどのようなものを取り上げるか（本論文における定義）を明確にする。本調査研究において「紙による請求」とは、医療機関において医療費等を請求する際に、紙媒体での提出を行うこととされているもの、紙媒体での請求も可能となっているものをいう。

この「紙による請求」は当然ながら紙の様式を用いて行うため、原則的にその様式には物理的に文字を記入する必要がある。しかし、現在は人の手で文字を書くことは稀であり、①手書きの文字に代えて紙の様式にプリンタで印字する、②様式及び記入内容を丸ごとプリンタで印刷する、など手書きに準じた方法で紙の様式が作成されている。

本調査研究の考察の対象とするのは、この紙の様式のうち、電子化することが技術的に可能であると考えられるもので、電子化により効率的な運用が期待できるものである。また、法令等により紙の様式が規定されていることも考察の対象とする条件の一つと言える。全国一律で様式や規格が定まっているものであれば、効率的な電子化が期待できるからである。

なお、医療機関が患者に対して交付するもの（領収証、明細書、予約票など）は依然として紙媒体のものが主であるが、これは請求の電子化・効率化の議論とは別に存在するものであることから、本調査研究では取り上げない。また、公害健康被害補償制度については請求件数が少なく、かつこれ以上増えることが見込まれないことから本調査研究では取り上げない。同様に、自賠償保険についても保険会社への請求であることから取り上げない。

## (2) 紙媒体による請求の特徴

電子レセプトに代表されるように、医療機関での医療費請求等の電子化が進む今日において、「紙媒体による請求」が残っていることには相応の理由があると推察される。そこで、実際に医療機関において紙媒体で請求が行われている状況を俯瞰しながら、その特徴と傾向を整理し、分析する。

### ① 紙媒体の請求様式を取り巻く環境について

紙の請求書そのものというよりは、それを取り巻く環境によって電子化が進まないケースが見受けられる。そこでここでは、紙の請求を取り巻く環境について、その特徴を整理し、分析する。

#### ◇ 電子化への過渡期にあつて、対応が追いついていない

DXが急速に浸透しつつある中、今は「紙→電子」への移行の過渡期にあり、優先順位の高いものから制度的な電子化が順次実施されている。そのため、「件数の少ないもの」というような、相対的に優先順位の低いものについては、電子化が後回しとなり、現状ではどうしても紙として残ってしまう。

早晚、電子化されることが予想されるが、上記の理由から行政やインフラが電子化に追い付いていない分野も存在し、それこそが紙として残っている部分であると言える。

#### ◇ 全国的に足並みを揃えることが難しい

現在電子化が進行しているものは、「全国一律」で対応が可能なものが殆どである。「全国一律」は国単位の施策であれば比較的容易に行える。しかし、国の施策ではないもの、例えば都道府県ごと、市区町村ごとというような地方公共団体単位の施策として電子化を行うとなると、それぞれ別個に電子的に請求する仕様を作成する必要があり、関係者間での調整に時間を要し、電子化に至るまでに時間を要することとなる。

#### ◇ 「原本」という考え方が尊重されてきた

請求書類については、それが唯一のものであることを保証するために、紙の現物である「原本」であることが尊重されてきた。具体的な手続きにおいては、「原本」の直接的なやり取りが進められている。この「原本」による現物のやり取りは非常にシンプルなものであり、誰でも扱えるという利点がある。

さらに、「原本」の考え方は、改ざんや複製を防ぐ点において非常に有効であることから、現在でも信頼性が高いと感じる者が多く、根強く支持されていると考えられる。

#### ◇ 電子化のメリットを受けられない医療機関が一定数存在する

何らかの理由により電子化のメリットを受けられない医療機関は、当然ながら電子化へのモチベーションが低く、そのことが紙による請求が残る要因となって



いると思われる。例えば、前述のように請求件数が少なければ手書きで様式に記載する作業量が少ないため、請求側にとって紙による請求のデメリットは小さい。むしろ、「いつでも・どこでも・誰でもすぐに記載できる」、「システム等を立ち上げる必要がない」といった紙のメリットがデメリットを補って余りあるケースもあるだろう。また、システム導入が可能であっても、請求件数が少ないことにより費用対効果の面で導入が見送られるケースもある。これらのケースにおいては、請求側の電子化へのモチベーションを高めることが難しいと思われる。インセンティブを見直すなど、モチベーションの向上を図ることが必要だろう。

また、請求の電子化によってかえって事務作業が増加するケースが存在する。たとえば電子請求書を紙に出力して処理（審査）するケースである（第3章の「2.」のColumn2参照）。電子化することで関係者にマイナスの効果が生じないようにオンライン請求を可能にするなど、データの流れを規定している仕組みを変える必要があると思われる。

## ② 紙媒体の請求様式について

紙媒体の請求様式の中には、現状では制度が対応しておらず、一律で電子化することができないものがある。ここでは、そうした紙の様式そのものに係る諸特徴を整理・分析する。

### ◇ 文字以外の情報を求めるものがある

紙による請求が行われているということは、法令等により「様式」が定められており、記載内容や記載箇所が事細かく規定されているということである。この規定により全国一律で運用方法が定まっているため、効率的な電子化が期待できる反面、文字以外の情報の提出が規定されている場合、たとえば第三者の「証明欄」や手書きの略図等を記載する規定があるものについては、それらをどのように電子化するかという課題がある。上記以外にも、レセプトコンピュータ（以下「レセコン」）に取り込まれていない情報は出力することができない。

### ◇ 医療機関関係者以外に記載を求めるものがある

様式の中には、患者が記載する項目がある等、医療機関の記載だけでは完結しないものがある。そうした医療機関の関係者以外が記載する部分がある様式の請求については、医療機関内でのデータ入力のみでは完結しないため、電子化が難しいという課題がある。

## 2. 医療機関における紙媒体による請求の現状

ここでは、「1.」でその特徴と傾向を示した「紙による請求」が、医療機関において実際にどのような場面で運用されているのかを確認し、整理する。

### (1) 医療機関における紙媒体による請求

医療機関において紙による請求を行っているもののうち、代表的なものとして以下のものが挙げられる。なお、療養の給付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」）で特例として紙媒体による請求を認めている医療機関（「レセコンを使用していない保険医療機関」あるいは「常勤の保険医・保険薬剤師が基準日において全員65歳以上であることを届け出た保険医療機関」等）の例については、本調査研究の対象としない。

#### ① レセプトの返戻再請求・再審査申出

審査支払機関からの返戻に対して、医療機関から審査支払機関に再請求をする際、オンラインで請求して、オンラインで返戻になった場合、電子レセプト（オンライン）又は紙レセプトのどちらで請求を行ってもよいとされており、紙レセプトを選択する医療機関が相当数存在する。

保険者が紙レセプトの提出により再審査申出を行った場合、審査支払機関がその申出を妥当と判断すると、医療機関には紙レセプトで返戻されることから、医療機関は必然的に紙レセプトで再請求を行うことになる。

#### ② 地方単独医療費助成事業における医療費の請求

医療機関が被用者保険加入の患者に対して地方単独医療費助成事業（以下「地単」）における現物給付を行う際に、公費を負担する都道府県及び市区町村（以下「市町村等」）が都道府県ごとに設置されている国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」）とのみ審査支払業務の委託契約をする場合、医療保険分はレセプトで支払基金に請求するが、地単の助成分については紙の「連名簿（連記式の請求書）」に必要事項を記入して国保連合会に提出し、医療費の請求を行う。なお、一部の都道府県では電子請求が可能となっている。

#### ③ 労災保険における医療費の請求

労働災害・通勤災害を被った患者が、紙の「療養の給付請求書」に必要事項を記入し、事業主の証明を受けた上で受診した医療機関に提出する。当該医療機関は「労災レセプト」等とともに各都道府県の労働局に提出し、医療費の請求を行う。

「労災レセプト」及び「アフターケア委託費請求書」については電子請求すること

も可能であるが、大半のレセプトは依然として紙媒体によって請求されている。

④ 出産育児一時金直接支払制度における出産費用の請求

出産育児一時金直接支払制度においては、被保険者等の出産費用について、紙の「専用請求書」に必要事項を記載の上、審査支払機関に提出し請求する。また、電子媒体による請求も可能である。

(2) 紙媒体による請求の一覧

(1)で概説した医療機関で運用されている紙媒体による請求の各項目についてまとめると、表1-1の通りとなる。

【表1-1 医療機関における紙媒体による請求の一覧】

	①返戻再請求	②地単	③労災		④出産育児一時金
紙の様式	再請求時における紙レセプト	連名簿（連記式）	療養の給付請求書	紙の労災レセプト（アフターケア委託費請求書）	専用請求書
請求件数	約350,000件/月（全国）	-	-	紙レセプトによる請求率 87%（労災レセプト）	約22,000件/月（全国）
請求時期 請求頻度	月1回	月1回	レセプトと併せて提出（初回）	月1回	月1回
記載者	医療機関	医療機関	患者（事業主） 医療機関	医療機関	医療機関
請求先	審査支払機関	国保連合会	各都道府県の労働局	各都道府県の労働局	審査支払機関
電子請求の可否	可能	都道府県によっては可能	不可	可能	可能
備考	-	-	事業主の証明等が必要	-	-

(3) 各項目の電子化への対応状況

現在紙媒体により行われている医療費の請求等についても、電子的に請求できる仕組みが整備されつつある。しかし、電子請求を可能とする仕組みがあるにもかかわらず、それを活用していない医療機関も散見される。紙による請求から電子請求への移行を促進するためには、システムの整備やインセンティブの付与のみならず、時には半強制的に移行を促すような施策が取られることもある。

以下では(1)と(2)で見た医療機関における各種紙媒体の運用について、それらの電子化への対応状況を確認し、整理する。

① レセプトの返戻再請求・再審査申出

以前より電子レセプトによる請求が原則であるが、オンライン請求医療機関であ

っても再請求分のレセプトについては紙媒体での提出が認められていた。

オンライン請求医療機関においては再請求分のレセプトについても段階的に電子請求に移行し、令和4年度中には原則オンライン請求のみとなる。

#### ② 地方単独医療費助成事業における医療費の請求

被用者保険加入の患者については、支払基金と審査支払業務の委託契約を結ぶと併用レセプトによる請求が可能となる。レセプトは原則電子レセプトによる請求となっているため、地単にかかる医療費の請求も電子レセプトによる請求となる。

都道府県が国保連合会のみと委託契約を結んでいる場合、被用者保険加入の患者の地単にかかる医療費は、国保連合会に請求する。連名簿（紙）を提出する方法に加え、一部の都道府県では電子媒体による提出も可能となっている。

#### ③ 労災保険における医療費の請求

「療養の給付請求書」は紙媒体のみであり、労災レセプトやアフターケア委託費請求書は電子媒体又はオンラインによる請求が可能となっている。労災レセプトについては、オンライン請求導入促進策として導入支援金や、労災電子化加算（オンラインによる請求又は電子媒体により、電子レセプトで請求を行った場合）といったインセンティブが与えられている。

#### ④ 出産育児一時金直接支払制度における出産費用の請求

電子媒体による請求が可能となっている。正常分娩の場合、電子媒体による請求では月2回の請求が可能であり、キャッシュフロー面では大きなメリットと言える。請求全体に占める電子請求の率は上昇傾向にあるものの、紙による請求が一定数残っている。

## 第2章 レセプトの返戻再請求における紙の廃止について

第2章では、レセプトの返戻再請求における紙の廃止について、現在進行形で行われている施策の状況を鑑み、タイムリーな提言を行うこととする。本調査研究におけるメインテーマであり、その提言は単に紙媒体による請求を廃止することにとどまらず、オンライン請求の更なる普及までを視野に入れるものである。また、オンラインで請求する医療機関における紙媒体による請求の中でも、返戻再請求に関するレセプトの割合が突出して多いことから、提言がもたらす効果も大きいと考える。

### 1. 返戻再請求について（概要）

ここではレセプトの返戻再請求の概要とともに、現在行われている返戻再請求のオンライン化の状況について、その経緯や背景から今後予定される施策を含めて説明することとする。

#### (1) レセプト請求の電子化・オンライン化の経緯

平成18年4月10日に改正された請求省令によって、オンラインで電子レセプトを請求することが可能となり、規模別（400床以上の病院、400床未満の病院、診療所）にオンライン請求の義務化期限が設定された。その後、平成21年11月25日の改正により、レセプトは原則電子レセプトによる請求となり、オンライン請求又は電子媒体による請求も可能となったが、その際レセコンを使用している紙媒体で請求している保険医療機関等については、当該レセコンの減価償却期間（保守管理契約期間）又はリース契約期間が終了するまでの間は、電子レセプト請求への移行が猶予されていた（猶予期限は最長で平成27年3月31日まで）。その猶予期限も過ぎ、電子レセプト請求が原則となっている。支払基金ホームページに掲載の統計によると、令和3年4月診療分（5月請求）時点でのレセプト請求の電子化普及状況は、件数ベースで98.7%（うちオンライン請求は79.8%）、施設数ベースでも95.2%（うちオンライン請求は63.3%）となっており、特殊な状況を除けばほぼ普及した状態と言える。

なお、レセプトのオンライン請求については、施設ベースで考えると、病院や調剤薬局については概ね普及していると言えるが、医科診療所では70.4%、歯科医院は21.2%にとどまっている。近年、オンライン請求を実施する医療機関の割合は徐々に大きくなってきているものの、電子レセプトをCD-R等の電子媒体に保存し、それを送付することで診療報酬を請求している医療機関も相当数存在することになる。

## (2) 返戻再請求の電子化・オンライン化の背景

(1)で述べた通り、レセプトの電子化・オンライン化については順次進められてきた。しかしながら、医療機関がオンライン請求したレセプトについて審査支払機関から返戻され、医療機関でレセプトを確認・修正の上、審査支払機関に再び請求(返戻再請求)する場合については、紙のレセプトによることが可能であったことから、完全な形での電子化(オンライン化)は実現していなかった。

このような状況下で、令和2年に厚生労働省主催の「審査支払機能の在り方に関する検討会」(初回：9月2日)が開催され、その中で審査支払機関(支払基金及び国保連合会)の審査支払機能の整合的・効率的な在り方に関する方針や具体的な工程等の議論が行われ、その結果が令和3年3月29日に「審査支払機能の在り方に関する検討会報告書」として取りまとめられた。報告書の中では「オンライン請求の推進」として、社会全体のDXが進められている状況下で医療保険事務の効率化を図るため「紙レセプトを極力減少させていくこと」の必要性について触れられている。また、請求のオンライン化を推進することにより、医療機関等において郵送作業が不要となるだけでなく、セキュリティ面の強化やレセプトの事前チェック、レセプトの振替・分割サービス(※)の活用等によって、多面的に事務負担の軽減の実現が可能とされている。

※ レセプトの振替・分割サービス(出典：月刊基金(支払基金)2021年1月号)

【資格情報の再確認(レセプトの振替・分割サービス)とは】令和3年10月請求(9月診療)分以降のレセプトについて、資格登録等のタイムラグで生じる資格過誤については、審査支払機関においてオンライン資格確認システムを活用して、正しい資格情報に振替・分割します。これにより保険者等との資格過誤に係るコストが削減されます。

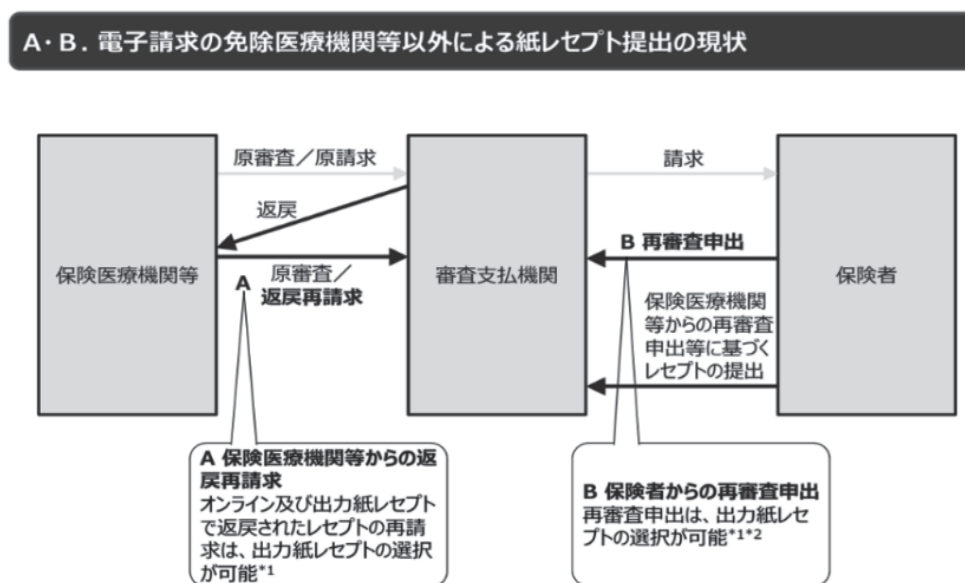
その一方で、オンライン化の推進に当たっては、医療機関や保険者等において混乱なく取り組むことが可能な環境整備が必要であるとし、特に「保険医療機関等からの返戻再請求」については、レセプト振替・分割サービスの開始に合わせて、審査支払機関がオンラインで返戻できるレセプトについては、紙媒体による返戻を廃止し、さらには医療機関からの再請求をオンライン化(紙媒体による請求の廃止)することが盛り込まれている。

上記の報告書の内容を受ける形で、「オンライン請求の促進に向けた対応について(協力依頼)」(令和3年8月16日保連発0816第9号)が発出された。この通知では、令和3年10月診療分から審査支払機関によるオンライン請求医療機関への紙媒体による返戻を廃止するとともに、オンライン請求医療機関については、令和4年度中に(紙媒体で返戻されたレセプトを除き)再請求を全てオンラインで行うことになっている。なお、令和4年度の施策については、当該年度の早期に、レセプト振替開始による資格過誤減少の状況、システムへの影響等を踏まえて、実施時期や方法を判断することとしている。

### (3) 紙レセプトの現状（令和3年9月現在）

オンライン請求を行っている医療機関において紙レセプトによる請求が残っている現状については、表2-1の通りとなる。表2-1では紙媒体による請求が行われるケースが2つ示されているが、それぞれのケースについて以下に説明する。

【表2-1 電子請求の免除医療機関等以外による紙レセプト提出の現状】



（出典：第5回審査支払機能の在り方に関する検討会 資料3より抜粋）

#### ① 表2-1の「A 保険医療機関等からの返戻再請求」における紙レセプトについて

「保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領（平成22年7月30日保総発0730第2号）」（以下「取扱要領」）において、審査支払機関から医療機関（保険医療機関等）へのレセプトの返戻については、電子媒体（オンライン）と紙媒体の両方で返戻をするよう規定されている。一方、審査支払機関からの返戻に対して医療機関が再請求をする場合のレセプトは、電子媒体（オンライン）又は紙媒体のどちらでも可能であるとされている。したがって、医療機関が返戻再請求を行う際に、規定に則ったかたちで紙レセプトを使用するケースは一定数存在する。

#### ② 表2-1の「B 保険者からの再審査申出」における紙レセプトについて

保険者からのレセプトの再審査申出についても、保険者が審査支払機関に対して提出するレセプトに関して電子媒体（オンライン）又は紙媒体の選択が可能である。保険者が紙レセプトの提出によって再審査申出を行った場合、審査支払機関がその申出が妥当と判断したならば、医療機関には当該紙レセプトを返戻（再審査等返戻）

することになるため、医療機関は最終的に紙レセプトによって返戻再請求を行うことになる。つまり、保険者が再審査請求を行う場合に、提出したレセプトの媒体によって、その媒体ベースでその後の手続きが進められることとなり、紙媒体でのやり取りも当然残ることとなっている。

### ③ 紙レセプトの件数の現状

支払基金のホームページによると、令和3年4月処理におけるオンライン請求医療機関から支払基金へ請求された紙レセプト（医科）の件数は以下の通りである。割合としては全体の0.8%に過ぎないが、絶対量として35万件以上あることについては注目すべきである。この紙レセプトの多くは、返戻再請求に関するレセプトであることも同時に言及されている。

保険医療機関等数	レセプト件数	
	電子レセプト	紙レセプト
68,019	43,016,292	357,509

### (4) 今後実施される紙レセプト削減への施策

「オンライン請求の促進に向けた対応について（協力依頼）」によって、令和3年10月診療分以降のオンライン化促進の工程が示されている。この工程通りに進めば、令和4年度末までには(3)で示した紙レセプトによる請求の件数は大幅に減少することが考えられる。

#### ① 審査支払機関からの返戻、医療機関等からの再請求（表2-1の「A」）

令和3年10月診療分からは、審査支払機関から医療機関等への紙媒体によるレセプトの返戻を廃止し、オンラインのみとなる（オンライン請求医療機関に限る）。

さらに、令和4年度中には、紙媒体で返戻されたレセプトに係る再請求を除き、医療機関等については再請求をオンラインのみとする予定となっている（令和4年度の早期に対応の実施時期や方法を判断）。

#### ② 保険者からの再審査申出（表2-1の「B」）

令和3年10月から、保険者の再審査申出については、大規模保険者（「大規模」の範囲については調整中）はオンラインによるもののみとし、令和4年度中には、全ての保険者による再審査申出について、オンラインによるものとする予定となっている（令和4年度の早期に対応の実施時期や方法を判断）。

### (5) 医療機関における返戻再請求の具体的な事務作業

審査支払機関からレセプトの返戻を受けた場合、その媒体にかかわらず医療機関では再請求を行うための事務的な作業が発生することになる。表2-2には、電子レセプ



ト（オンライン）で再請求を行う場合と紙レセプトで再請求を行う場合について、医療機関における具体的な事務作業のフローの実情をまとめることとする。

【表2-2 再請求時の具体的な作業】

電子レセプト（オンライン）による場合	紙レセプトによる場合
<p>①審査支払機関より紙のレセプトが返戻されるとともに、返戻分の電子レセプトがオンラインでダウンロードできるようになる。この時点でどちらの方法で請求するか選択することになる。</p>	
<p>①オンライン請求システムで返戻レセプト（ファイル）をダウンロードし、返戻内容を確認する。</p> <p>②返戻レセプト（ファイル）を修正して、記録条件仕様に則り再請求ファイルを作成（レセコンにファイルを取り込んでレセコン上で修正）。</p> <p>③作成した再請求ファイルを、通常データ送信と同じ手順でレセプト送信。</p>	<p>①返戻された紙レセプトには、該当箇所に付箋（返戻付箋、不備の内容が記載されている）が貼付されているので、その内容を確認する。</p> <p>②付箋の内容を基にして、返戻された紙のレセプトを手書きで追記・修正し、（付箋を付けたまま）再請求用のレセプトとする。</p> <p>③追記・修正した付箋付きの紙のレセプトを持参若しくは郵送し、再請求を行う。</p>
<p>【備考】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・設定等が必要になる場合があるが、現在医療機関等に導入されているレセコンには返戻再請求を行うための、再請求用のレセプトファイルを作成する機能はほぼ備わっていると言える。</li> <li>・①の「返戻内容の確認する」作業について、審査支払機関から返戻レセプト・返戻付箋が送付されるため、返戻レセプト（ファイル）内の返戻内容を確認しレセコン画面の表示、印刷する機能はレセコンにより異なる可能性がある。</li> </ul>	<p>【備考】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・紙レセプトによる再請求は、レセプトの電子化（オンライン化）の前から行われてきた方法であることから、医療機関等の運用で慣れている面もあり、依然として多くの医療機関等で紙による請求が残る結果となっている。</li> <li>・保険者からの再審査申出が紙レセプトによるものであった場合については、審査支払機関からは紙レセプトでしか医療機関等に返戻されない（上記参照）。そのため、審査支払機関からの返戻分については、医療機関等としては一律紙レセプトで再請求を行う方が運用しやすいという側面もある。</li> </ul>

## 2. 返戻再請求オンライン化のメリット

返戻再請求の現状及びこれから実施される施策を鑑みると、本調査研究のテーマである「紙の廃止」を実行するためには、実質的に電子レセプトによるオンライン請求を促進させる必要があると言えよう。行政の施策としてオンライン請求に移行しつつある返戻再請求ではあるが、オンライン化によって関係者が享受できるメリットについて広く周知（認識）されることで、「紙からの脱却」がよりスピード感を持つことになるであろう。以下には、返戻再請求のオンライン化によるメリットについて関係者ごとに整理し、可能な限り可視化することを試みる。

### (1) 医療機関のメリット

#### ① 請求時の発送業務等の効率化

紙レセプトによる請求における搬送時（郵送時）の破損・紛失等については回避することが可能となり、請求に伴う事務コストも抑制できる。また、セキュリティを確保したネットワーク回線を使用した暗号化通信を行いダイレクトに送信することから、安全性の面から考えてもオンライン請求は有用である。

#### ② 審査支払機関受付時の利便性向上

実務的な面から考えても、紙レセプトによる請求より受付時間が延長（土日祝日も受付可能、毎月5～7日は8時～21時、8～10日は8時～24時）されることや、紙レセプトによる請求ではできなかったレセプトの事前チェック（受付・事務点検 ASP（※）利用によるレセプトデータの事前チェック、エラー箇所の修正が可能（請求月の12日まで））が受けられることは、有効であると考えられる。

※ 受付・事務点検 ASP（以下「ASP 点検」）とは、医療機関等が審査支払機関の事務点検プログラムを利用して、患者氏名の記録漏れなど事務的な誤りがあるレセプトを事前に確認でき、速やかな修正を可能とするサービスである。これにより、医療機関等ではエラーを速やかに訂正し、当月のうちに訂正したレセプトを提出することができるようになる。（支払基金ホームページより）

#### ③ 管理業務の効率化

運用面から考えても、オンライン請求システムからダウンロードした返戻レセプトファイルを修正し、オンラインで再請求することで、電子レセプトとして一元的な管理が可能となることから、実質的に紙の書類の管理が不要となる。

さらに、返戻レセプトの「傾向と対策」をまとめたものは、以後の返戻の抑制に資するのみならず医療機関の運営において重要な資料となるが、オンライン請求を実施した場合は返戻レセプトのダウンロードができることから、紙の返戻レセプトに

貼付されている返戻付箋に記載されている情報が返戻レセプトからも集計可能となる。したがって、付箋の内容の手入力という作業が不要となることから、オンラインで再請求を行う作業の過程で実施する返戻レセプトのダウンロードによって、管理業務の一層の効率化を図れると言える。

## (2) 審査支払機関のメリット

表2-3は、審査支払機関における事務効率化の課題として、審査支払機関の審査における手作業についてまとめたものであるが、オンライン請求に移行することで、それらの手作業の殆どが省略できるとされている。以下に具体的なメリットを示すこととする。

【表2-3 審査支払機関における事務効率化の課題】

審査支払機関における事務効率化の課題			
審査支払機関では、請求されるレセプトが紙媒体であることにより、事務の効率化に限界が生じている			
審査支払機関における原審査フロー上の手作業			
	受付	審査事務・審査	請求支払
オンライン	▪ 手作業なし	▪ 手作業なし	▪ 手作業なし
電子媒体	▪ 媒体読込 支払基金で約7.5万件/月 国保連合会で約7.4万件/月*1	▪ 手作業なし	▪ 手作業なし
紙	▪ 請求書に記載されたレセプト件数とレセプト枚数の確認 ▪ 保険者に送付するための画像データの取得	▪ 紙の付せん処理 ▪ 審査事務完了レセプトの審査委員会引継ぎ・件数確認	▪ 査定結果や請求金額の情報のデータ入力 ▪ 廃棄・溶解処理
	▪ 業務ごとの前工程から後工程の職員への引継ぎ・件数確認 (例：窓口受付から画像取得) ▪ 紙レセプトの物理的な管理 (例：紛失防止のための施錠保管・件数確認)		

(出典：第5回審査支払機能の在り方に関する検討会 資料3より抜粋)

### ① レセプト送付時の資源の節約、手間削減

紙レセプトについては、医療機関に返戻する際や保険者に請求する際に、物理的に送付（郵送）することが必要であった。オンライン化を進めることによって、出力紙や梱包材等の資源の節約が見込めるほか、送付時の人的な負担や郵送料等のコストを削減することができるメリットがある。さらに、紙レセプト送付の際は対策を立てる必要があった郵送時の事故等の対応についても、オンライン請求においては考慮する必要がなくなる。

### ② 再請求受付時の手作業の軽減

次に医療機関から紙で受け取るレセプトが減ることによるメリットが考えられる。紙レセプトでは受付から審査、請求支払までにおいて、現物でのやり取りに伴う各種の手作業が必要となっていたが、電子レセプトをオンラインで受領すればそれらの作業の大半は省略できる。

### (3) 保険者のメリット

#### ① レセプト送付時の資源の節約、手間削減

医療機関や審査支払機関と同様に、再審査申出用の紙レセプトの印刷、郵送等にかかるコストや必要となる手作業についても軽減できる。

また、紙で請求されたレセプトが保険者に郵送されるとすると、保険者には大量のレセプトが届くことになる。保管に要する手間や保管場所の確保が必要となるだけでなく、一定期間経過後に廃棄する場合も一般のゴミとして廃棄できず、情報漏洩等を防ぐためにコストをかけて廃棄する必要があった。電子レセプトをオンラインで受け取ることで、データを流出させないように対策を講じる必要があるが、紙の保管や廃棄等に係る手間やコスト等が大きく軽減されると考えられる。

#### ② レセプトデータの効率的なチェック・分析

被保険者のレセプトデータの分析については従来から行われているが、電子レセプトによる請求がさらに進むことによって、より効率的なチェック・分析が可能となる。最終的に保険者に届くレセプトが電子レセプトになれば分析対象になるが、返戻再請求により途中で紙になったら分析対象とならないため、紙になるレセプトを減らすことでより精緻な分析が可能となる。このようにデータ分析が高度化すると、データヘルスの推進に寄与することとなるが、このメリットについては、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）の分析等を通して最終的には国民に還元されるものになることから、「国民全体のメリット」と捉えることもできよう。

### 3. 返戻再請求オンライン化への課題

オンライン請求のメリットについては前述のように数多く挙げることができるが、依然として紙レセプトによる請求が残るのが現状である。この少なからず残っている紙レセプトによる請求の状況を分析することで、今後のオンライン請求が目指すべき方向性が明確になると考えることから、「オンライン化への課題」として関係者ごとにまとめることとする。

#### (1) 医療機関における課題

返戻再請求におけるオンライン請求を行うかどうかについては、医療機関における意思決定が重要となることから、課題の多くは医療機関の中に多く存在することになる。したがって、この「医療機関における課題」をクリアにするような施策を打ち出さない限り、オンライン化の進展も覚束ないと考える。

##### ① システム上の課題

医療機関が導入しているレセコンには、オンラインによる返戻再請求のための機能が概ね備わっていると言われているが、医療機関側がその機能を使用していないというケースが少なからず存在する。この「使用していない」という意味についての一つは、そのような機能、具体的にはオンライン再請求用のファイルを作成する機能が搭載されていることを認知していないということである。返戻の件数が少なく、紙による請求を行っても担当者の負担にはさほどならないことから、多くの医療機関ではその機能を活用する必要に迫られていない、というのが実情ではなかろうか。

もう一つは、その機能の存在を知りながら、医療機関側が当該機能の利用（導入）を行っていないということである。機能を利用するためには相応の時間やコストがかかる場合があり、機能導入の際の業務習得を目的としたスタッフの研修等も不可欠となる。さらに、返戻再請求の件数が少ないことから、業務を習得するため時間を確保することが実質的に難しい。具体的には、数か月に1度しか返戻がないような医療機関では再請求用の電子レセプト作成の操作も数か月に1度しか行わないため、操作に習熟することが難しい状況にある。このような理由で医療機関が敢えて機能を利用していないことも考えられる。

##### ② 業務上の課題

業務上の課題としては、オンラインによる返戻再請求のための新しい作業が必要となることが挙げられる（作業内容については表2-2参照）。新しい作業の一つひとつについて、特に高度なものが要求されるわけではないが、件数がさほど多くない返戻再請求について、（場合によっては担当医師も）新しい作業を行うということについては業務フローの変更について検討を要するものである。具体例を挙げると、オン

ライン請求システムから返戻レセプトデータをダウンロードし、元の請求データに紐付ける作業（「4.」の(1)の①「現在のオンライン請求におけるデータ收受の仕組み」の項目参照）を行うものであるが、この手間を考慮した際に、慣れていないオンラインによる再請求は選択しない（従来の紙による請求を選択してしまう）ケースが想定される。

なお、審査支払機関からの紙レセプトによる返戻が少しでも残ってしまうと、医療機関における再請求が全てオンライン化されることにはならない。そうなると、電子レセプトと紙レセプト両方の作業進捗管理が依然として必要となってしまうことになる。オンライン化への過渡期にあるがゆえの課題であり、今回の行政の施策でオンライン請求医療機関はオンラインによる請求のみとなり、紙レセプトの管理は解消されることになる。しかし、今回の行政の施策はオンライン請求医療機関に対するものであり、紙レセプトによる返戻がなくなることはないため、このような課題についても一顧の価値はあると考える。

## **(2) 審査支払機関における課題**

審査支払機関においては既に医療機関からのオンライン請求を受け付ける環境が整備されており、オンライン化に伴う業務についても対応済みであることから、現時点で課題として挙げられるものについては、JAHIS として想定はしていない。医療機関や保険者におけるオンライン化が更に進んでいくことを「待っている」状況にあると考えられる。

## **(3) 保険者における課題**

前述の通知「オンライン請求の促進に向けた対応について（協力依頼）」では、保険者による再審査申出は、令和4年度中に全てオンラインによるものとされている。令和4年度中の対応の実施時期、方法については令和4年度の早期に判断することとなっているが、保険者としては、この工程に沿った形で全てのオンライン化を確実に実施することが求められている。

## 4. 返戻再請求オンライン化を踏まえた、更なる施策の提言

返戻再請求における紙レセプトの廃止は、オンライン請求化によって実現されるということについては述べてきた通りである。しかし、オンライン請求に対応していない医療機関による紙媒体での請求や電子媒体での請求が一定程度残ってしまうことも懸念されるところである。この項では、更なるオンライン請求の普及のため、現在行われているオンライン請求化の施策の後に、若しくは並行して検討すべき取組みについて提言することとする。

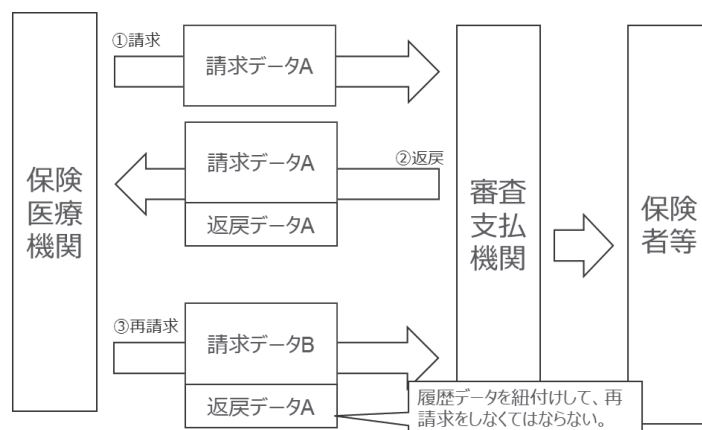
### (1) 再請求時の手間軽減によりオンラインでの返戻再請求のメリットを増やす

初めに、現状では煩雑さの残る返戻及び再請求時のデータの収受に関する手間を軽減することで、医療機関における作業手順を簡素なものとし、よってオンライン請求のメリットを増やす提言を行う。メリットを増やすことで、電子媒体で請求している医療機関がオンライン請求に移行しやすくなることが期待できる。

#### ① 現在のオンライン請求におけるデータの収受の仕組み

表2-4は、オンラインによる返戻再請求の際に、医療機関と審査支払機関の間でやり取りが行われるデータの概略である。医療機関が審査支払機関に請求する際(①)に提出する請求データAについて、審査支払機関における審査等の結果、医療機関に返戻される場合(②)は、請求データAとともに返戻データA(履歴管理情報)が付加される。返戻を受けた医療機関は、請求データAを修正し請求データBとして再請求する(③)ことになるが、再請求時に返戻データAを付加する必要があり、返戻データAをオンライン請求の画面からダウンロードをして、請求データBに紐付けする作業が必要となる(審査支払機関が返戻時に付加する返戻データAと医療機関が再請求時に付加する返戻データAは同じもの)。

【表2-4 オンラインでの再請求における請求データと返戻データ】



## ② 現状の課題・問題点

医療機関は、再請求時に返戻データAを付加する必要がある。医療機関のシステム（レセコン）によっても異なるが、返戻データAを請求データBに付加して再請求を行うために複雑な操作が求められる可能性がある。

この再請求時のデータのやり取りにおいて、履歴管理情報である返戻データAを付加することが求められる根底には、行政における紙の「原本」の考え方があると言える。端的に言うと、審査支払機関より原本が返戻されたら、医療機関はその原本の形態を保ったかたちで再請求することが求められる、というようなルールが存在するのである。このケースでは、審査支払機関からの請求データAと返戻データAがセットで原本となることから、医療機関はその原本通り（請求データAを修正した）請求データBと返戻データAをセットにして再請求する必要がある。

## ③ 更なる施策の提言及びその効果

医療機関の再請求時に返戻データAを付加することは事務的な負担が大きくなりかねないことから、このデータを付加する工程を省略するために、以下の2つの提言を行う。

### ◇ 提言及びその効果（その1）

前述の通り、現状では「ひとつしかないもの」であることを確認する意味での真正性を確保するという観点から「原本（現物）」という概念が存在し、それが長く尊重されてきた。全ての医療機関が紙レセプトによる請求を行っていた時代は、真正性が担保された「原本」に全ての書類を添付してやり取りを行っていた。そのような経緯があり、レセプトが電子化された現在でも、全てのデータを添付したやり取りを行うことが原則となっていることから、医療機関では返戻データAを付加して再請求するルールになっていると考えられる。

そこで、返戻再請求の場合においても、紙の「原本」の考え方を無条件に踏襲せず、履歴管理情報が本当に必要かどうか審査支払機関において整理することを提言する。例えば、クラウド上にレセプトデータを一元管理できる場所を設けて、医療機関はそこにアクセスしてレセプトデータを修正し、審査支払機関はその修正が妥当と判断したら、検索番号を活用して保険者に請求を行うというような仕組みの構築が考えられる。DXが叫ばれる昨今においては、「原本」の真正性の確保は必要であるが、レセプトのやり取りは必ずしも「原本」の概念を踏襲する必要はない。したがって、医療機関において紙の「原本」を管理する必然性は薄いものと考えられる。

本提言の効果としては、DX時代に即した最も合理的な原本データの運用方法を模索し、その中で返戻再請求におけるデータのやり取りを行うことで、現在の電子請求に即した、医療機関、審査支払機関の双方にとって負担の少ない返戻再請求



が実現すると考えられる。なお、労災レセプトでは、履歴管理情報を付加せず請求が可能となっており、実情に即した合理的な請求ができるようになっている。このような柔軟な運用が求められていると言えよう。

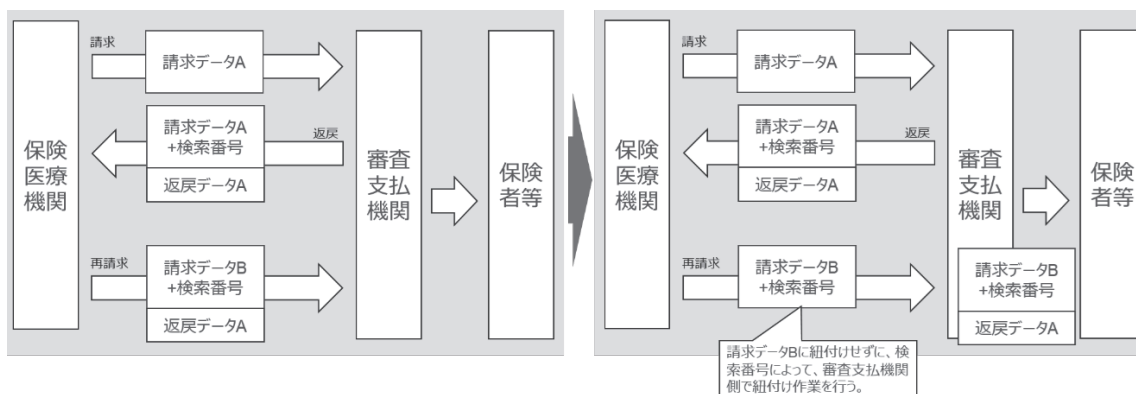
◇ 提言及びその効果（その2）

再請求時に請求データBを送信する際、従来のように返戻データAを付加するのではなく、返戻データAと紐付けられた「検索番号」(※)の付加を必須とすることを提言する。この検索番号によって、審査支払機関側で返戻データAを参照し、請求データBと比較できれば、審査支払機関側の本来の目的は達成できると思われるからである。

※ 検索番号とは、審査支払機関で管理している請求データのIDのこと。文字通りレセプトデータを検索するために使用するもので、1レセプトごとに付番され17～30桁の番号で構成されている。

単純に請求データBのみの送信をもって再請求しようとする、医療機関が「二重請求」したものと捉えられる可能性がある。「返戻に対する再請求分」であることが明確となるように、再請求時にその実績を付加する必要があるが、それが返戻データAそのものである必然性は薄いと考えられる。なお、表2-5は現状と本提言を実施した場合の比較となるが、医療機関における作業がシンプルになることが分かる。

【表2-5 現状と提言（その2）を実施した場合の比較（現状→提言）】



本提言の効果としては、医療機関において返戻レセプト（請求データA及び返戻データA）を取り込む作業や付加する作業が省略されるため、再請求へのプロセスが簡素化され、医療機関側のシステムの操作もシンプルなものとなる。結果として、医療機関の再請求時の作業負担を総合的に軽減することが期待できる。

## (2) 紙媒体及び電子媒体の廃止により全体の最適化を行う

現状の請求方法については、紙レセプトによるものから電子レセプト（特にオンライン）によるものへと移行する過渡期にある。令和3年10月から審査支払機関からの紙による返戻が原則廃止され、令和4年度中には（紙媒体で返戻されたレセプトを除き）医療機関の再請求についてもオンライン請求に一本化されることは既定路線であるが、ここではその先を見据えて「請求方法のオンライン一本化」を前倒しのできるような提言を行う。

### ① 現状の返戻・再請求の方法

現状（令和3年9月請求分まで）では、オンライン請求を行っている医療機関（オンライン医療機関）における審査支払機関からのレセプトの返戻は紙媒体及びオンラインの2パターンで行われている。ただし、保険者からの再審査申出に起因する返戻の場合、保険者から紙媒体での申出があった場合には、審査支払機関から医療機関への返戻についても、紙媒体のみで行われることとなる。また、電子媒体（CD-R など）又は紙媒体で請求を行っている医療機関における審査支払機関からの返戻は、紙媒体のみで行われている。

したがって、医療機関における再請求の方法について、審査支払機関からの返戻が紙媒体及びオンラインの2パターンで行われた場合は、紙媒体又はオンラインを選択することが可能であるが、審査支払機関からの返戻が紙媒体のみで行われた場合は、当然紙媒体をもって再請求を行うこととなる（表2-6参照）。

【表2-6 現状の返戻及び再請求の方法】

医療機関の請求方法	返戻	再請求
オンライン	紙媒体及びオンライン	紙媒体又はオンライン
電子媒体（CD-R等）	紙媒体	紙媒体
紙媒体	紙媒体	紙媒体

### ② 進行中の行政の施策完了後の返戻・再請求の方法

「オンライン請求の促進に向けた対応について（協力依頼）」（令和3年8月16日保連発0816第9号）が発出されており、令和3年10月診療分からオンライン請求医療機関への紙媒体によるレセプトの返戻が廃止され、保険者の再審査申出についても、大規模保険者においてはオンラインによるもののみとなる。さらに、令和4年度中には、（紙媒体で返戻されたレセプトを除き）オンライン請求医療機関については再請求をオンラインによるものとし、保険者による再審査申出については全てオンラインによるものとする予定である。

この結果として、保険者の再審査申出については、紙媒体によるものがなくなり完全なオンライン化が実現する。したがって、再審査申出に由来する審査支払機関から

の紙媒体の返戻はなくなることとなる（表2-7参照）。

【表2-7 行政の施策後の返戻及び再請求の方法】

医療機関の請求方法	返戻	再請求
オンライン	オンライン	オンライン
電子媒体（CD-R など）	紙媒体	紙媒体
紙媒体	紙媒体	紙媒体

③ 行政の施策完了後になお残る課題・問題点

表2-7を見ても明らかであるが、上記の行政の施策が完了した後についても、オンライン請求を実施しておらず電子媒体（CD-R 等）による請求、若しくは紙媒体による請求を行っている医療機関については、紙媒体による返戻・再請求を行うこととなる。したがって、オンライン請求を行わない医療機関がある限り、紙媒体による返戻・再請求は存在し続けることになる。

④ 更なる施策の提言（「請求方法のオンライン一本化」の検討）

◇ 提言及びその効果

紙媒体による返戻再請求が残ってしまう課題・問題点を解消するためには、もう一押し of 施策が必要である。については、通常の請求を含めた医療機関の請求方法に関して、未だ残る電子媒体による請求についてはオンライン請求への移行を強く促し、オンライン請求に一本化する方向で検討を進めることを提言する（表2-8参照）。審査支払機能の在り方に関する検討会（第6回）における資料として示された「オンライン請求の促進に向けた対応の方向性」（令和3年1月22日厚生労働省保険局）において、「社会全体としてデジタル化を進めているなかで、医療保険事務全体の効率化を図るとともに、オンラインで請求を行っている医療機関・薬局においてデジタル化のメリットを最大化していくため、紙レセプトを極力減少させていく必要がある」とあるように、紙媒体による請求を「完全になくす」ことで、医療保険事務全体の真の効率化が可能となっていくと考えられるからである。

オンライン資格確認では、将来的に閲覧可能な情報が拡大される見込みであり、当然レセプトの内容を閲覧できるようになるが（現在は薬剤情報のみ閲覧可）、審査支払機関からのいわゆる一次返戻に対する再請求を紙レセプトで行った場合、オンライン資格確認で閲覧可能となるレセプト情報には該当しないことになる。したがって、電子媒体で請求されたレセプトを電子媒体で返戻し、医療機関が電子媒体で請求する仕組みを整備すれば、審査支払機関で電子レセプトとして取り込むことが可能となり、オンライン資格確認で閲覧することもできるようになる。しかし、電子媒体での返戻は審査支払機関の大きな事務負担になることが予想されることから、電子媒体請求医療機関が無理なくオンライン請求に移行（オンライン

一本化) できるようにする必要があるのではなかろうか。

【表2-8 「請求方法のオンライン一本化」後の返戻及び再請求の方法】

医療機関の請求方法	返戻	再請求
オンライン	オンライン	オンライン
電子媒体 (CD-R など)【廃止】		
紙媒体【廃止】		

◇ 具体的な施策

令和3年4月診療分の医療機関数ベースで考えると、オンライン請求を行っていない医療機関(医科)は27.3%(電子媒体23.6%、紙媒体3.7%)となっており、改善の余地は大いにあると言える。この提言の実現に向けては、オンライン請求への移行を後押しするような施策を複合的に進めていく必要があると言えよう。以下には、それぞれの関係者が具体的に進めていくべきと考える施策を整理する(表2-9参照)。

【表2-9 関係者別の具体的な施策(請求方法のオンライン一本化)】

<b>医療機関</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■オンライン請求のための環境整備、設備・システムの導入               <ul style="list-style-type: none"> <li>・環境整備、設備・システム導入のための資金及び時間の確保</li> <li>・オンライン請求に向けたスタッフの技能習得・研修</li> </ul> </li> <li>■オンライン資格確認の導入               <ul style="list-style-type: none"> <li>・導入に関する補助金を利用したオンライン環境の整備</li> </ul> </li> <li>■診療報酬(点数表)によるインセンティブの活用</li> </ul>
<b>審査支払機関</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■オンライン請求システムの簡便化               <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関の担当者が使いやすいような工夫</li> </ul> </li> <li>■ASPチェックの拡充による返戻件数の削減</li> <li>■優良マークの付与(韓国の事例・参考として)               <ul style="list-style-type: none"> <li>・優良医療機関に審査に関するインセンティブを与える(チェックの簡素化等)</li> </ul> </li> </ul>
<b>行政</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■診療報酬(点数表)による対応               <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関にオンライン請求の整備を促す加算(インセンティブ)の創設</li> </ul> </li> <li>■法令等の改正による対応               <ul style="list-style-type: none"> <li>・請求省令の改定でオンライン請求を義務化(明確なマイルストーンを示して、医療機関にとって無理のない経過措置の設定とセットで実施)</li> </ul> </li> <li>■オンライン請求のための環境整備、設備・システムの導入の支援               <ul style="list-style-type: none"> <li>・初期費用の補助金制度の整備</li> <li>・オンライン資格確認の導入からオンライン請求導入への誘導</li> </ul> </li> <li>■オンライン請求システムの啓蒙活動</li> <li>■優良マークの付与〔審査支払機関の項目参照〕</li> </ul>
<b>ベンダ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■レセコンを介したオンライン請求の操作の簡便化</li> <li>■オンライン請求システムの啓蒙活動</li> </ul>
<b>保険者</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■令和4年度中の再審査申出オンライン化へのスムーズな移行</li> </ul>

### (3) レセプト返戻件数の削減による効率化

#### ① レセプト返戻件数の現状

審査支払機関の返戻状況（表2-10参照）について注目すると、支払基金の令和3年5月診療分の医科レセプト受付件数における返戻件数の割合（返戻率）は0.66%であり、国保連合会の令和3年6月審査分の返戻率は0.33%であることが分かる。返戻理由の多くは「資格過誤」であるとされている（※）。返戻率で考えると大きな数字とは捉えにくいものであるが、支払基金の令和3年5月診療分の返戻レセプトの件数は247,049件であり、看過できない数字であることには間違いない。

※ 返戻理由については、代表的なものとして保険情報の誤り（資格過誤）、記載要領に照らし合わせた記載事項の不備等が挙げられている。保険情報の誤り（資格過誤）については、オンライン資格確認の普及に伴い、徐々に少なくなっていくものと思われる。

【表2-10 支払基金・国保連合会の返戻状況】

#### ■支払基金（支払基金ホームページより）

支 部 別	総 計			医 科 診 療			歯 科 診 療			調 剤			訪 問 看 護 療 養 費		
	受付件数	返戻件数	返戻率	受付件数	返戻件数	返戻率	受付件数	返戻件数	返戻率	受付件数	返戻件数	返戻率	受付件数	返戻件数	返戻率
令和3年3月	81,185,839	391,996	0.48	42,275,460	226,717	0.54	12,040,200	81,139	0.67	26,804,609	82,516	0.31	65,570	1,624	2.48
令和3年4月	74,784,548	428,132	0.57	39,038,751	250,590	0.64	11,106,062	85,797	0.77	24,575,223	89,514	0.36	64,512	2,231	3.46
令和3年5月	71,447,770	421,278	0.59	37,820,977	247,049	0.65	10,731,510	82,444	0.77	23,028,679	89,742	0.39	66,804	2,043	3.07

#### ■国保連合会（国保連合会ホームページより）

#### 7. 一般分＋退職者分＋後期高齢者分審査状況

種 別	実 数						
	受付件数	返戻件数	査定増件数	査定減件数	過誤整理件数	確定件数	日 数
診 療 費	一 般 診 療	件	件	件	件	件	日
	入 院	1,714,021	32,739	288	164,290	21,458	1,659,824
	入 院 外	43,806,178	117,353	758	506,291	103,852	43,584,973
	計	45,520,199	150,092	1,046	670,581	125,310	45,244,797
	歯 科 診 療	8,695,695	48,454	380	30,539	37,196	8,610,045
合 計	54,215,894	198,546	1,426	701,120	162,506	53,854,842	
薬 剤 の 支 給	30,167,041	44,449	150	25,688	80,106	30,042,486	37,438,552
食 生 活	一 般 診 療	1,601,635	29,780	1	2,782	17,667	1,554,188
	歯 科 診 療	6,246	384	0	9	73	5,789
訪 問 看 護	234,070	9,979	0	121	4,134	219,957	1,812,341

#### ② 最終的な施策の提言（「返戻の件数を減らす」こと）

##### ◇ 提言及びその効果

現在進行中の施策が完了しても、オンライン請求を行っていない医療機関については、紙媒体での返戻・再請求が残ることについては述べた通りである。「紙媒体による請求の廃止」という本調査研究のメインテーマについて、(2)では「請求方法のオンライン一本化」というアプローチ方法から様々な施策の提言等をしたところである。ここではさらに、今まさに存在する「返戻」そのものに働きかけ（表2-11）、「そもそもの返戻の件数を減らす」提言を行うこととする。先に述べた通

り、近々の返戻率は支払基金0.66%、国保連合会0.33%であるが、この数字をいかに減らしていくかが論点となる。

提言の効果としては、当然のことながら、審査支払機関及び医療機関における返戻再請求にかかるコストが削減できることになる。さらに、医療機関における適切な診療報酬請求、ひいては適切なデータ反映によるデータヘルスの推進、NDB等の更なる精緻化にも一役買うことになるであろう。

【表2-11 アプローチの方法（そもそもの返戻の件数を減らす）】

医療機関の請求方法	返戻	再請求
オンライン	オンライン	オンライン
電子媒体（CD-R など）	紙媒体	紙媒体
紙媒体	紙媒体	紙媒体

※行政の施策後に紙媒体として残る部分に着目し、返戻全体の件数を減らすことで必然的に再請求の件数も減らすことができる。

◇ 具体的な施策

返戻件数としては、近々のデータで支払基金247,049件、国保連合会150,092件である（表2-10参照）。この数字を多いと見るか少ないと見るかは判断がわかれるところであるが、「資格過誤」以外の返戻理由のもの相当数あることを勘案すると、「返戻の件数を減らす」という提言も十分効果的であると考えられる。については、この提言の実現に向けて具体的に進めていくべき施策を、関係者別にまとめることとする（表2-12参照）。

【表2-12 関係者別の具体的な施策（返戻の件数を減らす）】

医療機関
<ul style="list-style-type: none"> <li>■医療従事者の正確な理解               <ul style="list-style-type: none"> <li>・紙→電子（オンライン）のメリットを正しく理解する</li> <li>・ASP やレセプトの振替・分割サービスの有用性を理解し、積極的に活用する</li> </ul> </li> <li>■レセコン（システム）に関する研修               <ul style="list-style-type: none"> <li>・レセコンのポテンシャルをフルに活かすことのできるスキルの習得</li> </ul> </li> <li>■返戻の傾向と対策の分析・院内での共有</li> <li>■オンライン資格確認の導入               <ul style="list-style-type: none"> <li>・「資格過誤」による返戻の削減</li> </ul> </li> </ul>
審査支払機関
<ul style="list-style-type: none"> <li>■コンピュータチェックの拡充               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ASP 点検の機能強化（チェックする項目数の増強、チェックの精度向上）によって、請求前にチェックが完結できるレセプトの件数を増やす。具体的には、診療行為を実施する前に学会等のガイドラインに照らしても請求が認められないような場合にチェックがかかり、医学的に必要なことをコメント、症状詳記に記載することで返戻を減らす。</li> <li>・ASP 点検に即時性を付与することで返戻の対象になるような記載を減らす。具体的には、オンライン資格確認のように随時（リアルタイムで）チェックを行うことで、その場でチェックを完結させる。</li> </ul> </li> <li>■審査情報提供事例の拡充               <ul style="list-style-type: none"> <li>・レセプト審査時の一般的な取扱いについて、積極的に情報提供を行う</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>■電子点数表のようなチェック用データの公開 <ul style="list-style-type: none"> <li>・コンピュータチェックに関する試行的公開の更なる拡大</li> </ul> </li> <li>■返戻理由の丁寧な説明（保険者の項目参照）</li> </ul>
行政
<ul style="list-style-type: none"> <li>■診療報酬体系（算定ルール）の明確化・簡素化 <ul style="list-style-type: none"> <li>・疑義が残るような規定（算定ルール）の削減</li> <li>・外来診療の包括化</li> </ul> </li> <li>■記載要領（請求ルール）の明確化・合理化 <ul style="list-style-type: none"> <li>・疑義が残るような規定（レセプト記載方法）の削減</li> <li>・負担金を記載しない規定にする</li> <li>・医学的根拠を症状詳記に書くことが求められるものについては、選択式コメントの拡充で対応</li> <li>・紙レセプト前提の記載要領の見直し（電子レセプト前提のものに）</li> </ul> </li> <li>■医療従事者への研修・教育</li> </ul>
ベンダ
<ul style="list-style-type: none"> <li>■電子点数表のようなチェック用データの活用（審査支払機関の項目参照）</li> <li>■レセコン（システム）に関する研修の主催</li> </ul>
保険者
<ul style="list-style-type: none"> <li>■返戻付箋の工夫・丁寧な説明 <ul style="list-style-type: none"> <li>・再審査請求の理由を丁寧に記載する（なぜ返戻に至ったのか分かりやすく説明する）。丁寧に記載することで、審査支払機関が医療機関に返戻すべきか判断しやすくなる。また、審査支払機関が返戻する場合、なぜ返戻に至ったのか医療機関に対して丁寧に説明することができるようになる。</li> </ul> </li> </ul>

## 第3章 各分野に依然として残る紙による請求の廃止について

### 1. 地方単独医療費助成事業

地方単独医療費助成事業（以下「地単」）は、市町村等の条例等に基づく独自の制度であり、患者への給付の形態は大きく償還払いと現物給付に分けることができる。これらの給付の形態や患者の加入する健康保険等によって、医療機関から審査支払機関に対する医療費の請求パターンは複数存在するが、その中に依然として「紙媒体での請求」として残るものがある。ここでは、地単に関する請求パターンについて、請求方法や請求様式を解析しながら紙媒体での請求の実態について考察し、紙の廃止、さらには電子請求の一層の普及に向けた有効かつ具体的な提言を行うこととする。

#### (1) 地方単独医療費助成事業の概要

最初に、地単の概要を示すこととする。本調査研究のテーマである紙の廃止を考えるに当たって特に重要なファクタとなるのは、地単の給付の形態である。この給付の形態について総合的に理解することが、紙媒体での請求の廃止に向けた提言策定の糸口となることから、地単という制度のアウトラインが把握できるよう給付の形態を中心に要点を明らかにする。

##### ① 地方単独医療費助成事業とは

支払基金のホームページによると、『医療費助成事業とは各都道府県及び市区町村（地方公共団体）において、患者が医療機関の窓口で支払う一部負担金の全部又は一部を独自に地方公共団体の公費で医療費を助成する事業』と説明しているが、この『医療費助成事業』こそが、「地方単独医療費助成事業」や「地単」と呼ばれているものである。代表的なものに、乳幼児の診療に係る自己負担分について助成する「乳幼児医療」等があり、ほとんどの市町村等で実施している。地単は市町村等ごとに定められた条例等に基づく独自の制度であることから、助成内容や対象者については市町村等によって異なるのが実情である。

##### ② 償還払いと現物給付について

地単の給付の形態（助成の方法）については「償還払い」と「現物給付」があり、それらの中でもさらに細分化することができる。以下に、それぞれの給付の形態を簡潔に整理する。

##### ◇ 償還払いとは

患者は受診時に医療機関で健康保険等の定率負担分を支払うこととなる。後日



市町村等に申請（請求）を行い、医療機関で支払った額（自己負担額が設定されていればその額を除いた金額）について還付を受けることができる。この仕組みのことを「償還払い」と呼んでいる。

また、患者が市町村等に申請（請求）を行わなくても、患者の口座等に自動的に還付を受けられる「自動償還払い」が可能となっている市町村等もある。自動償還払いでは、受診した医療機関から市町村等に、患者への償還払いに必要な情報が送られることになる。

◇ 現物給付とは

「現物給付」においては、患者は医療機関で個々の助成事業で設定された自己負担額のみを支払うこととなる。医療機関は審査支払機関を通して市町村等及び保険者に医療費を請求することになる。

◇ 償還払いと現物給付の特徴

償還払いと現物給付の特徴をそれぞれまとめると表3-1の通りとなる。この表に記載されている請求方法や備考等の内容の詳細については、③以降で説明することとする。

【表3-1 償還払いと現物給付の特徴】

償還払い／現物給付		患者	医療機関における請求方法	備考
償還払い	償還払い	来院時に定率負担分を支払い、後日市町村等に申請		いったん窓口で定率負担分を支払うため医療費がかかっていることを患者が認識
	自動償還払い		医療機関が請求書（一覧）を提出 1件200円程度の手数料が支給される場合あり	いったん窓口で定率負担分を支払うため医療費がかかっていることを患者が認識 患者は振込先のみ申請
現物給付	連名簿	市町村等ごとに一部負担金を支払うのみ	紙帳票 電子媒体での請求も可能としている場合あり 市町村等独自の様式、独自の記載ルール	来院時の一時的な負担なし。後日、申請手続きも不要 医療費がかかっていることを患者が認識しにくい ため、コンビニ受診に繋がるとの声あり
	連名簿 or 併用レセプト			
	併用レセプト		市町村等と支払基金、国保連合会が契約	

③ 給付の形態別に見た関係者のメリットとデメリット

償還払いと現物給付にはそれぞれメリット・デメリットがある。市町村等はこれらのメリット・デメリットを勘案して給付の形態を決定していると考えられる。以下には、関係者別に見た各給付の形態のメリット・デメリットをまとめることとする。

◇ 患者のメリットとデメリット

## ■ 償還払い

メリットとしては、受診時に定率負担分をいったん医療機関に支払うため、患者はその診療について「どの程度の医療費がかかっているか」ということを認識することができるようになることが挙げられる。また、自動償還払いであれば、患者が手続きをすることなく患者本人の口座に還付金が振り込まれるため、よりメリットが大きいと言える。

デメリットについては、患者本人が償還払いの申請手続きを行わなくてはならない（自動償還払いを除く）ことが挙げられる。市役所等の窓口に出向いたりすることは、患者にとっては手間がかかると言えよう。また、受診時に定率負担分をいったん医療機関に支払うため、相応のお金を用意する必要があることもその金額によっては負担となることが考えられる。

## ■ 現物給付

受診時に定率負担分を医療機関に支払う必要がなく、窓口で支払った医療費について、後日還付の申請をする必要がない（自己負担金のみ支払えばよい）ことが最大のメリットである。償還払いと比較しても、申請等の手間がかからない分、現物給付の方が利便性に優れていると考えられる。

その反面、受けた診療についてどの程度医療費がかかっているか認識しづらくなることはデメリットである。医療費がかかっているという感覚が希薄になると、患者が必要以上に受診してしまう「コンビニ受診」に繋がる可能性が指摘されている。

## ◇ 医療機関のメリットとデメリット

### ■ 償還払い

償還払いであれば、領収証の発行や患者に償還払いの申請に必要な情報の提供を行う必要があるが、レセプト請求上の事務作業は発生しないメリットがある。

しかし、自動償還払いの場合においては、所定の様式を作成するなど、患者の償還払いに必要な情報を市町村等に送るなど事務的な負担が発生すると考えられる。この点はデメリットと言えよう。ただし、市町村等から事務的な負担に対する手数料を受領できるケースがある。

### ■ 現物給付

支払基金と国保連合会の両方と委託契約を結んでいる場合は、併用レセプトによる請求のみで完結することから、1件につき2方向への請求をする必要がないという意味では事務的な負担は最小限で済むことになる。しかし、レセプトに都道府県独自の記載ルールがあると事務処理が煩雑になる可能性がある。

国保連合会のみと委託契約を結んでいる場合は、被用者保険加入の患者の場合、請求が2方向となることによって請求事務や会計処理などの事務的な負担

が増えると言われている。さらに、地単分の請求を行うにあたり、市町村等が規定する独自の様式で請求書を作成する必要が生じる。

◇ 市町村等のメリットとデメリット

■ 償還払い

通常の償還払いにおいては、患者である住民と個々のやり取りとなることから、窓口で住民からの請求を受け付けることになり、相応のマンパワーが必要となる。また、住民への還付等については個々の患者の口座への送金が必要となることから、相応の金融機関への振込手数料が発生することが考えられる。

自動償還払いであれば、医療機関より患者の償還払いに必要な情報の提供が受けられるため、窓口での住民との個々のやり取りは省略できる。ただし、住民への振込手数料に加え、医療機関への事務手数料の支払いが生じる場合もある。

■ 現物給付

審査支払機関とのやり取りとなる（審査支払機関から請求を受けて医療費を支払う）ことから、住民に個別に対応する償還払いよりは事務処理はシンプルになり、マンパワーも削減できると考えられる。医療機関からの請求の方法（紙・電子）如何にかかわらず、審査支払機関からの請求の際にはその請求内容は整理されていることが考えられるため、事務処理が必要最低限のものになることは容易に想像できる。

なお、現物給付の場合は、審査支払機関への事務手数料、金融機関への振込手数料が発生することとなる。ただし、償還払いの場合に発生する患者の口座ごとの振込手数料は不要となるため、事務手数料、振込手数料が純増することにはならない。

④ 利便性、事務負担等について

③で示したメリット・デメリットについて、それぞれの立場から見た利便性、事務負担等という切り口からをまとめると、表3-2のようになる。

【表3-2 償還払い・現物給付の利便性、事務負担等】

	償還払い		現物給付	
	償還払い	自動償還払い	連名簿	併用レセプト
患者の利便性、事務負担	×	△	○	○
医療機関の事務負担	○	△	×	△
市町村→医療機関への手数料	なし	ありの可能性	ありの可能性	なし
市町村→審査支払機関への手数料	なし	なし	あり	あり
市町村の事務負担の相手	患者	患者、医療機関	国保連合会	国保連合会、支払基金

## (2) 地方単独医療費助成事業における、紙媒体での請求に関する現状と課題

以上で述べたように、地単における給付の形態は複数あり、医療機関による医療費の請求方法についても、請求の様式の種類を含めると多岐にわたることになる。ここでは、これらの請求方法のうち、紙での請求が残るケースを洗い出し、その実態を精査することで「紙の廃止」を実現するための課題を明確にしていく。

### ① 医療機関の現物給付における契約状況別の請求方法

医療機関における医療費の請求に際して審査支払機関を通す場合は、市町村等は審査支払機関と医療費助成に関する審査支払業務の委託契約を結ぶ必要がある。平成18年3月に厚生労働省告示が改正されるまでは、支払基金で受託可能な地単は限定的となっていたため、市町村等は国保連合会のみと委託契約を結ぶことになっていた。しかし、厚生労働省告示の改正により、平成18年4月から支払基金における医療費助成事業に関する審査・支払事務が追加され、乳幼児等の児童に係る医療等が受託可能となった。現在では現物給付化されたもの全てについて支払基金と契約を結ぶことが可能となっている。市町村等が支払基金と国保連合会の両方と契約すれば、医療機関では国民健康保険の患者の地単分は国保連合会、被用者保険の患者の地単分は支払基金、というように患者が加入している医療保険の請求先（審査支払機関）に保険分と併せて請求できるようになる。

被用者保険の患者の場合を例に考えると、委託契約の状況ごとの具体的な請求方法については表3-3の通りとなる。医療機関が医療費を請求する際に、当該市町村等が国保連合会とのみ契約している場合は、社会保険分（被用者保険分）は支払基金に単独レセプト（※）で請求を行い、地単分は国保連合会に原則として連記式の紙の帳票（以下「連名簿」）で請求する（一部の都道府県では独自形式のCSV ファイルを電子媒体で請求することが可能）。

市町村等が支払基金及び国保連合会の両方と契約している場合は、1枚のレセプトで社会保険分及び地単分を、併用レセプト（※）によって電子的に請求することが可能となっている。

※ 本調査研究における「単独レセプト」「併用レセプト」の定義については(3)参照

【表3-3 具体的な請求方法（患者が被用者保険に加入）】

	請求先	請求の内訳	請求方法
国保連合会とのみ契約	国保連合会	医療費助成分	紙（連名簿）による請求若しくは電子媒体請求（独自形式）
	支払基金	社会保険分（被用者保険分）	単独レセプト
国保連合会及び支払基金と契約	支払基金	医療費助成分及び社会保険分（被用者保険分）	電子請求（併用レセプト）

## ② 地方単独医療費助成事業における紙での請求

ここまで説明してきた通り、現物給付を行う場合において、市町村等が委託契約をどのようにするかによって、医療機関における請求の方法（紙・電子）が変わってくる。市町村等が国保連合会とのみ契約する場合、国保連合会への請求は原則として連名簿による請求となり、現物（紙）を提出することになる（※）。この連名簿による請求が、本調査研究においてターゲットとする、「紙による請求」として残っている部分となる。

※ 一部の都道府県では、紙での請求ではなく、独自形式の CSV ファイルを電子媒体に格納して請求を行うことも可能となっている。必要な情報を入力すると、国保連合会に提出する CSV ファイルを作成できるツール（ソフト）が提供されている都道府県もある。

## ③ 償還払いにおける請求の取扱いについて

通常の償還払いについては、原則として患者が事後的に請求するものであるから、本調査研究での議論の対象外とする。

自動償還払いに関する医療機関から市町村等への申請については、独自の電子請求のシステムを構築し、医療機関から請求データを電子的に取得している市町村等がある一方、紙の様式（「助成金支給申請書」などの呼称）による申請のみを受け付ける市町村等も存在する。このように自動償還払いにおいても紙の請求は存在するが、「紙の廃止」を考える場合には、独自の紙の様式による請求の実情を踏まえたシステムを市町村等が構築できるか否かに委ねられている。したがって、この場合の「紙の廃止」については、本調査研究において提言をまとめることは難しい。しかし、自動償還払いを採用し、その申請を紙媒体に限定している市町村等がある限り、医療機関における紙媒体による請求は、まったくのゼロとはならないことをここに記しておくこととする。また、市町村等に対して電子媒体による請求を行うとなると、当然レセコンの改修も必要となり、新たな課題も生じることとなる。

## ④ 紙の様式「連名簿」とは（概略）

現物給付方式において、市町村等が国保連合会とのみ委託契約をしている場合、被用者保険に加入している患者の医療費助成分について、医療機関は国保連合会を通じて市町村等に請求することになる。この際、レセプトのように患者ごとに請求書を作成するのではなく、複数名分を一覧形式で請求することが多く、連記式のために「連名簿」と呼ばれることがある。医療費助成分の請求書のため「助成請求書」と呼称されることもあるが、実際の様式の呼称も市町村等によってまちまちであり、当然様式のレイアウトや記載内容、記載方法が異なるものである。

紙の様式ゆえ、連名簿について医療機関は手書きで作成するか、様式に必要事項を記載（記録）したものをパソコンで作成し、プリントアウトして国保連合会に提出す

ることになる（※）。なお、表3-4は、具体的な連名簿の様式例である（群馬県）。

※ 連名簿による請求と電子的（CSV形式）な請求を選択できる都道府県もある。

【表3-4 連名簿の例：福祉医療費【連記式】明細書（群馬県）】

医科		歯科		調剤		訪問		都道府県番号	10	医療機関等コード
平成 年 月分 福祉医療費【連記式】明細書（入院外）										割合区分
市町村長 様										一般
保険医療機関等の所在地及び名称（電話番号）										70歳2割
										70歳3割
										6歳
										特 略称等
公費負担者番号	受給者氏名			点	敷	福祉医療費請求額	医療保険の保険者番号	備考		
受給資格者番号	性別	生年月日								
1 2 3 4	1 2	3 4	5 6							
男女	昭平	・	・							
1 2 3 4	1 2	3 4	5 6							
男女	昭平	・	・							

⑤ 医療機関における「連名簿」による請求の問題点

医療機関で行われる診療について、例えば乳幼児医療などは適用対象者が相当数となるため、医療機関で作成する連名簿は毎月少なからず発生する。さらに、紙の媒体であることから物理的な扱いが必要となり、以下のような具体的な問題が生じることとなる。

◇ 連名簿作成にかかる事務作業の発生

請求に際して、患者データや診療データから必要事項を抽出する、それを連名簿に記載する（必要事項を入力し、独自の様式にプリントアウトする）、というような事務処理が必要となり、通常の請求事務と比較して純粋に作業量が増えることになる。必要事項の抽出やイメージ作成においてレセコンがうまく機能すれば作業量もさほど増えないかもしれないが、連名簿作成用のオプション等を購入する必要が出てくるならば、経費等の負担が生じることとなる。

◇ 連名簿の内容のチェックにかかる作業の発生

患者が被用者保険に加入の場合、請求先が国保連合会（連名簿）、支払基金（レセプト）と2つになるケースが多くなるため、医療機関内の請求前のチェックについても、レセプトと並行して連名簿のチェックも行う必要が生じる（作業量が増える）。したがって、チェックに要するスタッフや業務時間の確保が必要となる。

◇ 連名簿作成にかかる資源の消費

連名簿分については、国保連合会へ紙媒体で提出することから、作成時（記入、プリントアウトなど）に用紙代、インク代等の負担が発生する。

⑥ なぜ、紙の様式である連名簿が残っているのか

根本的なところは市町村等の判断に委ねられていると言える。現物給付を行っている市町村等は、(1)で掲げたメリット・デメリットを勘案した上で国保連合会と委託契約していると考えられ、結果として医療機関の連名簿による請求が残っているものと考えられる。平成17年度までは、支払基金で審査支払業務の受託が限定的となっていたため国保連合会とのみ委託契約を結び、不都合がなかった場合は、医療機関の利便性や昨今のDXの流れに適した請求方法という観点から委託契約を見直す機会は少なかったのではなかろうか。

また、都道府県ごとに連名簿の様式や記載方法が異なる（独自ルールが存在する）のが現状である。国保連合会による市町村等に対する請求の際のデータの提供等についても独自に最適化されたフローが存在すると、市町村等はそのフローを全面的に変更するような契約変更（支払基金とも委託契約を結ぶこと）については、事務処理に大きな影響を与えるため慎重にならざるを得ないと考えられる。

(3) 紙媒体の廃止への提言及び提言によってもたらされる電子請求のメリット

本調査研究のテーマである紙媒体による請求の廃止を考えた場合、レセプトを使用した電子的な請求の普及が求められることとなる。この電子的な請求の普及の最適解と言えるものが、市町村等が支払基金とも委託契約を結ぶことを前提とした併用レセプトによる電子請求であるため、これを提言する。

以下に、併用レセプトの概略を整理するとともに、併用レセプトによる電子請求のメリットについて示すこととする。

① 本調査研究における「単独レセプト」、「併用レセプト」とは

一般的に、1枚のレセプトにおける請求先が1つのものを「単独レセプト」、請求先が複数あるものを「併用レセプト」という。

地単の現物給付における医療費助成分の審査支払業務について、市町村等が国保連合会及び支払基金と委託契約を交わした場合、医療機関は患者の加入する健康保険に応じて1枚のレセプトで医療保険分の診療報酬請求と併せて医療費助成分を請求することができる。審査支払機関を通して2方向（保険者及び市町村等）への請求を併せて行うことから、本調査研究においては当該レセプトを「併用レセプト」と定義する。

また、市町村等が国保連合会とのみ委託契約をしている場合、被用者保険に加入する患者の医療費助成分は国保連合会に請求することになり、支払基金に請求するレ

セプトに記載することはできない。当然、医療保険分の診療報酬請求は地単を適用せず、単独で支払基金に対してレセプトで請求することとなる。本調査研究においては、この場合のレセプトを併用レセプトに対して「単独レセプト」と定義することとする。

## ② 提言によってもたらされる併用レセプトによる電子請求のメリット

市町村等が国保連合会及び支払基金と委託契約を結ぶということは、患者の加入する健康保険に応じて併用レセプト1枚で審査支払機関に対して請求できるということであり、このことは各関係者において様々なメリットをもたらす。ここでは、提言によってもたらされるメリットを関係者ごとに整理する。

### ◇ 医療機関

#### ■ 提出先が一本化される

被用者保険加入の患者に関する請求について、請求先を支払基金に一本化することができる（併用レセプトの提出のみで完結する）。言い換えれば、国民健康保険の患者の請求は併用レセプトを用いて国保連合会に請求、被用者保険の患者の請求は同じく併用レセプトを用いて支払基金に請求、というように請求の流れが簡略化されることになる。

#### ■ オンライン請求が可能となる

医療費助成分の請求についても、併用レセプトにのせることができるようになることから、医療保険の診療報酬請求とともに通常の電子請求（オンライン請求）が可能となる。

#### ■ 事務的な負担の軽減

上記のように、請求が一本化されること、オンライン請求が可能となることのほか、物理的な紙媒体（連名簿）による請求が不要となること等により、最終的には事務的な負担の軽減が引き出せる。

### ◇ 市町村等

#### ■ 医療費支払の適正化

医療機関が併用レセプトで請求することで、審査支払機関における保険分のレセプトの審査結果が地単分の医療費請求にも反映され、市町村等についてはより適正な医療費の支払いを行うことができる。

#### ■ 事務処理の効率化

審査支払機関からの請求が連名簿ベース（アナログ）から併用レセプトベース（デジタル）となることで、請求データの保管や過去の請求を参照する場合の事務処理が効率化される。連名簿ベースでの請求の場合、都道府県によっては、国保連合会から市町村等に対して行われる医療費助成分の請求が実際に紙媒体で行われており、大量の紙の請求書を処理する必要があった。併用レセプトベースになれば、これらの紙を受け取る必要がなくなる。



◇ 審査支払機関

■ 医療費請求の適正化

併用レセプトにより、審査支払機関において保険分と地単分を併せて審査できるようになると、保険分のレセプト審査において査定・返戻等があった場合でも、その情報をすぐに地単分に反映させられるので医療費の適正化にも貢献することになる。

(4) 併用レセプトによる電子請求採用の現状と普及への課題

(3)で述べた通り、地単における紙での請求を廃止することは、審査支払機関との委託契約の形態を変更し、実質的に併用レセプトを使用した電子請求に移行することであると言える。それでは、併用レセプトによる電子請求を普及させるためには、どのような課題が存在するのか。ここでは、併用レセプトによる電子請求の採用の実情を整理し、そこから普及への課題を明らかにしていきたい。

① 併用レセプトによる電子請求採用の概況

支払基金のホームページから、都道府県ごとの地単に係る支払基金の審査支払業務の受託（契約）状況を確認することができる（表3-5参照）。支払基金が受託したということは、併用レセプトでの電子請求に移行し、連名簿による紙での請求を廃止したこととほぼ等しいので、この表から現在の電子請求化（紙の廃止）の状況が定量的に把握できる。

受託状況については、都道府県ごとに大きな差があり、管内のほぼ全ての市町村等が受託している都道府県もあれば、まったくの未受託の県もある。大まかな傾向として、処理するレセプトの件数が多い都道府県（の市町村等）から併用レセプトによる電子請求を採用する流れとなっている。

【表3-5 医療費助成事業に係る支払基金の審査支払業務の受託状況（令和3年8月現在）】

都道府県	市町村数	主な3事業の受託市町村数			主な3事業以外の受託事業
		乳幼児医療	ひとり親家庭医療	重度心身障害者医療	
北海道	179	179	179	179	特定疾患治療、ウイルス性肝炎進行防止対策、橋本病重症患者対策医療、小児慢性特定疾患治療
青森県	40	40	39	15	-
秋田県	25	25	25	25	-
福島県	59	42	8	14	-
茨城県	44	44	44	44	小児慢性医療、妊産婦医療
栃木県	25	25	1	3	特定疾患治療、小児慢性特定疾患治療、特定医療費
埼玉県	63	62	41	53	特定疾患治療
千葉県	54	54	49	54	-
東京都	62	62	62	62	特定疾患医療、小児慢性疾患医療、被爆者の子に対する医療、小児精神病医療、結核一般医療、義務教育就学児医療、精密健康診査、妊娠高血圧症候群等医療、C型ウイルス肝炎インターフェロン医療、大気汚染関連疾病医療、高校生等医療、精神通院医療、難病医療
神奈川県	33	33	33	33	川崎市小児ぜん息患者、川崎市成人ぜん息患者
新潟県	30	30	30	30	妊産婦医療、老人医療
富山県	15	15	15	15	妊産婦医療、高齢者医療
石川県	19	19	11	19	小児慢性特定疾病医療
福井県	17	17	17	17	-
山梨県	27	27	27	-	-
長野県	77	77	77	77	特定疾病、ウイルス肝炎
静岡県	35	-	1	1	特定疾患治療
愛知県	54	-	-	-	特定疾患医療給付、小児慢性特定疾患治療
三重県	29	28	27	24	-
滋賀県	19	19	19	19	65～74歳老人、ひとり暮らし寡婦、ひとり暮らし高齢寡婦、精神障害（児）
京都府	26	-	-	-	障害者自立支援医療、老人医療、京都市字董う歯対策
大阪府	43	43	43	43	老人医療、大阪市こども難病
兵庫県	41	41	41	41	特定疾患治療、高齢期移行
奈良県	39	39	39	39	
和歌山県	30	30	30	30	特定疾患治療、老人医療
鳥取県	19	19	19	19	特定疾病
島根県	19	1	-	-	-
岡山県	27	27	27	27	-
広島県	23	23	23	23	精神障害者通院医療
徳島県	24	24	24	24	-
香川県	17	17	17	17	難病医療
高知県	34	1	1	1	-
福岡県	60	44	44	44	-
佐賀県	20	20	-	-	-
長崎県	21	21	1	1	被爆体験者精神影響調査研究、寡婦医療
熊本県	45	31	-	-	-
大分県	18	18	18	-	-
宮崎県	26	26	26	26	-
鹿児島県	43	43	-	-	-

39都道府県（未受託：岩手県、山形県、宮城県、群馬県、岐阜県、山口県、愛媛県、沖縄県（8県））

（出典：支払基金ホームページ）

② 併用レセプトによる電子請求採用の具体例

各市町村等における、給付の形態の変更や委託契約先の決定については、都道府県単位で行われることが少なくない。地単による助成内容や方法について都道府県単位で足並みを揃えるケースが多いこと等が関係していると言えよう。ここでは、近年変化が見られた都道府県（滋賀県、群馬県、山梨県）を例にとり、併用レセプトによる電子請求への移行に関する実情を記すこととする。

◇ 紙の請求（連名簿）から電子請求（併用レセプト）へ移行した例（滋賀県）

滋賀県は、被用者保険分について令和3年4月診療分（令和3年5月請求分）から月遅れ請求分（令和3年3月診療分以前）についても併用レセプトによって支払基金へ電子請求することとなった。

	令和3年3月診療分まで	令和3年4月診療分から
国保、高齢者分	併用レセプト 【国保連合会】	併用レセプト 【国保連合会】
被用者保険分	連名簿（※） 【国保連合会】	併用レセプト 【支払基金】
※独自に電子媒体請求の仕組みを導入していた。		

被用者保険分についても、従来は国保連合会に対して電子媒体による請求を行っていたが、令和3年4月診療分からは支払基金に請求することになり、併用レセプトによるオンライン請求となった。以前は、連名簿に準じた形（記載内容）で電子媒体を作成し国保連合会に送付していたが、今後は支払基金に対して併用レセプトによるオンライン請求が可能となる。したがって、連名簿に準じた特別なデータ作成や、電子媒体を物理的に送付するなどの事務的な負担は大幅に減少したと考えられる。

なお、令和4年5月請求分からは請求事務費（1件50円）が廃止となる（令和3年5月から令和4年4月までの請求分については、経過措置として1件25円）。市町村等にとっても費用面で大きなメリットと考えられる。

◇ 電子請求（併用レセプト）移行に至っていない例（群馬県）

群馬県は、国保連合会とのみ委託契約をしている状況である。したがって、連名簿（表3-4参照）による紙の請求が多くを占めており、独自のルールによる請求方法が残っているのが現状である。

請求の内訳		医療保険分の請求先	地単分の請求先	
市町村国保		地単	国保連合会 (地単併用レセプト)	
市町村国保	公費 (患者負担あり)	地単	国保連合会 (公費併用レセプト)	国保連合会 (連名簿)
組合国保		地単	国保連合会 (レセプト)	国保連合会 (連名簿)
被用者保険		地単	支払基金 (レセプト)	国保連合会 (連名簿)

上の表の通り、請求の内訳が「市町村国保」と「地単」の請求の場合に限り、併用レセプトで国保連合会にオンライン請求ができる。他の場合についても地単分は国保連合会に請求するが、併用レセプト1本では請求できないルールとなっているため、連名簿を作成する必要がある。なお、連名簿による請求については独自のルール（記録条件仕様）が定められており、電子媒体による請求が可能となっている。

以上のように、群馬県の場合は地単についても電子媒体による請求ができるよう整備されている。しかし、併用レセプトによる請求と比べると、連名簿用の記録条件仕様に則ったデータを別に作成する必要があり、医療機関で事務的な作業が発生することは明らかである。

◇ 現物給付（併用レセプト）から自動償還払いに移行し、一部は再度現物給付に移行した例（山梨県）

山梨県では、重度心身障害者医療費助成について、平成26年11月診療分より現物給付から自動償還払いへ移行したが、さらに平成28年4月（診療分）より、中学生までの重度心身障害児に限り、現物給付による助成に再度移行することになった。

		～H. 26. 10	H26. 11～	H28. 4～
重度心身障害者 医療費助成制度	中学生まで	現物給付	自動償還払い	現物給付
	上記以外			自動償還払い

現物給付の採用時（平成26年10月診療分まで）は、併用レセプトにより支払基金に対して電子請求を行っていたが、平成26年11月診療分から自動償還払いに移行することで、国保連合会に対してレセプトの写し（電子又は紙）及び送付書又は総括表を提出することとなり、紙媒体による請求が復活した。さらに平成28年4月診療分から、中学生以下限定で現物給付に再度移行したことにより、その分のみ併用レセプトによる電子請求が再度可能となった。

現在の山梨県の地単の助成方法、請求方法等を整理すると以下の通りとなる。

ひとり親家庭		法別番号82	現物給付	併用レセプト
乳幼児（子ども）医療		法別番号81		
重度心身障害者 医療費助成制度	中学生まで（※）	法別番号81	自動償還払い	レセプト写し、送付書
	上記以外	法別番号83		

中学生までの重度心身障害児については、法別番号は乳幼児（子ども）医療費助成の「81」を使用し、乳幼児（子ども）医療費助成として医療機関は併用レセプトで請求する。上記以外（高校生以上）の重度心身障害者の医療費助成については法別番号を「83」とし、自動償還払いを採用している。法別番号により、現物給付又は自動償還払いを区別できるため、システム的にはわかりやすくなっている。したがって、地単（医療費助成事業）に係る審査支払業務の受託状況において、重度心身障害者医療の委託契約件数は、見た目上ゼロとなっている（表3-5参照）。

このような助成方法の変遷の背景には、現物給付の方式では医療費が増加してしまい国民健康保険財政を悪化させるとして、国が支払うべき負担金を支払わないというペナルティが県に科されていた状況がある。先に、現物給付がいわゆる「コンビニ受診」を招く可能性があることを指摘したが、それが具体的に引き起こした状況と言える。

### ③ 併用レセプトによる電子請求の更なる普及に向けて整備すべきこと（課題）

#### ◇ 県外受診時の現物給付化

現在のところ、患者が住所地の都道府県外（以下「県外」）の医療機関を受診する場合については、そのほとんどが償還払いの扱いとなっている（患者が医療保険の自己負担分を支払い、後で住所地の市町村等に申請）。表3-6は支払基金が受託している県外受診分の一覧であり、現物給付が可能なものであるが、その数は驚くほど少ない。

【表3-6 支払基金が受託している県外受診分（令和2年4月現在）】

都道府県	契約市町村	対象事業名	対象医療機関等	受託開始年月
宮崎県	諸塚村	子ども	熊本県の対象保険医療機関及び保険薬局	平成25年4月診療分
	椎葉村			
	高千穂町			
	日之影町			
	五ヶ瀬町			
福島県	乳幼児医療費助成事業等の審査支払事務を受託している38市町村	子ども	全国の保険医療機関及び保険薬局	平成26年3月診療分
福岡県	豊前市	子ども・重度障害者ひとり親家庭等	大分県中津市の保険医療機関及び保険薬局	平成28年2月診療分
	吉富町	子ども・重度障害者ひとり親家庭等		
	上毛町	乳幼児・子ども重度障害者・ひとり親家庭等		
	築上町	子ども・重度障害者ひとり親家庭等		
	東峰村	子ども・重度障害者ひとり親家庭等		
大分県	四條畷市	子ども・ひとり親家庭医療 重度障がい者医療 老人医療	奈良県内(主に奈良市と生駒市)の対象保険医療機関及び保険薬局	平成29年4月診療分
熊本県	荒尾市	子ども	福岡県大牟田市の保険医療機関	平成30年10月診療分
三重県	紀宝町	子ども・障害者ひとり親家庭等	和歌山県新宮市の医療機関等(訪問看護ステーションは除く)	令和元年9月診療分

(出典：支払基金パンフレット「医療費助成事業の審査支払業務は支払基金におまかせください。」)

医療機関が併用レセプトでの電子請求を行えるようになると、電子データでのやり取りのため、構造的には県外の患者が受診しても現物給付は可能となる。県外受診が償還払いとなってしまいう理由が市町村等と審査支払機関との契約上の問題であるならば、公費負担医療のように全国の医療機関で現物給付の取扱いにすることで患者の利便性の向上が期待できるのではないだろうか。

ただし、県外受診を現物給付とするためには、法別番号の整備、統一も課題となる。現状では、地単は都道府県により法別番号が異なることから、同じ法別番号でも他県では事業内容や給付内容が異なってしまうケースが存在する。医療機関にとっては、所在する都道府県以外の地単の給付内容を把握する必要があり、近隣の都道府県を超えた広範囲の都道府県の地単まで把握しようとするとなると、事務負担が大きくなることが考えられる。レセコンについても、2桁の法別番号ではなく、8桁の公費負担者番号での処理が必要となる。医療機関において、所在する都道府県以外の地単を把握できるような情報が、継続してタイムリーに公表される仕組みの整備が必要となる。

以上のような対応を取ることで、県外受診分の現物給付化の進展が現実的になるだけでなく、全国に公表された各市町村等の地単の情報が整理されることにより、自治体によりまちまちであった地単の計算方法・請求方法等について、標準化・パターン化の促進が期待できる。

◇ 未受託の市町村等へのアプローチ

表3-5に記載のある通り、地単に係る審査支払について、支払基金が未受託の県（岩手県、山形県、宮城県、群馬県、岐阜県、山口県、愛媛県、沖縄県の8県）及び主要な事業に関して未受託の府県（愛知県、京都府の2府県）が存在する。これらの府県に対しては、なぜ未受託のままなのか、上記②での具体例等を参考にしてその理由を把握し、その上でそれぞれのケースにアプローチし、併用レセプトによる電子請求を促していく必要があると言えよう。

**Column 1** ～現物給付におけるレセプトの記載方法の課題～

記載要領通知に規定されている、レセプトの「療養の給付」欄の記載方法については、その文章の長さ等から、解釈の相違が少なからず生じている。地単に関する記載についても例外ではなく、解釈の相違が医療機関（ベンダ）と審査支払機関との間のみならず、審査支払機関同士の間でも生じている場合がある。

以下に地単に係る記載方法の問題点を記すが、これは令和元年度の調査研究（「診療報酬制度（告示・通知等）に関わる制度面・システム面における問題点とその対策について」）で取り上げたものであり、その解決に向けた提言等については、当該調査研究をご覧ください。

① 「公費①」、「公費②」に係る合計点数の記載

- ・ 「公費①」及び「公費②」の項にはそれぞれ第一公費、第二公費に係る合計点数を記載することになるが、第一公費が国が定める公費負担医療（国公費）、第二公費が地単の場合、レセプトの提出先により第二公費に係る合計点数の記載方法が異なる。
- ・ 具体的には「公費②」に記載する第二公費（地単）に係る合計点数について、支払基金では医療保険（「保険」欄）と同じ点数を、一部の国保連合会では「保険」欄から「公費①」の点数を除いた点数の記載が求められている。

② 『一部を公費が給付する』の「一部」の定義

- ・ 記載要領通知では一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付する場合の記載方法を規定しており、「負担金額」等の項の上段に「（ ）」で再掲することとしているが、この「一部」の定義が曖昧なため、「負担金額」等の項に記載する金額の解釈がまちまちとなっている。
- ・ 例えば、一部負担金相当額の全部を公費で賄うとき（保険と同点数の場合）、記載要領通知に規定する「一部」とは「全部」であるときも含めて「一部」と捉えるかについては、審査支払機関によって異なる。

③ 「負担金額」及び「一部負担金額」の項の医療券記載の負担金額に関する記載

- ・ 医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額に満たない場合の記載については、記載要領通知の規定が難解な文章表現であるため、1円単位及び10円単位のどちらで記載するか判断が難しい。

## (5) 電子的な請求の更なる普及のための提言

ここまで地単における紙の廃止という命題のもと、審査支払の委託契約を見直すことで併用レセプトによる電子請求を促進することを提言してきた。最後に、この提言で示した内容の先を見据え、電子請求が請求のデフォルトとなるために必要な視点や方向性を示し、具体的な提言を行うこととする。

### ① 審査機能の集約化の流れを見据えた提言：更なる併用レセプトの推進

支払基金においては、令和2年に公表された「審査事務集約化計画工程表」をもとに、審査機能について都道府県ごとの体制から全国的に集約された組織体制への転換が順次進められているところである。この審査機能の集約化の流れの中で、レセプトをオンラインで請求することを推し進めることが不可欠であるとの結論に至る。

地単分を併用レセプトで請求できるようになると、オンラインによる請求が可能となる。被用者保険分と併せて請求するので、地単分の請求のために医療機関が専用のネットワーク回線を準備し、自己署名証明書をインストールすることが不要となる。

審査の観点からも被用者保険分と一体化して審査が行われることになる。現在は支部（都道府県）ごとの審査となっているが、審査機能の集約化により審査の不合理的な差異の解消や専門性の高い審査が期待できる。紙媒体や電子媒体による請求の場合、医療機関が直接支部へ来所して提出するもしくは郵送することになるが、いずれにしても受取りが必要になる。オンラインによる請求であれば、支部での受取りは不要となり、在宅での審査も可能となる。したがって、医療機関だけではなく審査支払機関にとっても効率化、高度化を進めることができる。さらに、地単の請求を全て併用レセプトとしてオンラインによる請求に移行できれば、そのメリットは計り知れない。

### ② 国保連合会の在り方に関する提言：併用レセプトを活用した審査基準や請求ルールの一統化

①で述べた通り、支払基金については審査基準や請求ルールの一統化への改革の真ただ中にある。IoTの環境が整いDXが取り沙汰される社会においては当然の流れであり、国保連合会についても、「審査支払システム共同開発推進会議」において、両者の審査支払システムについては、審査支払システムの業務要件の整合性の確保を図りつつ、順次共同開発・共同利用を進めることとしている。審査支払機能に関する改革工程表では、審査領域は2026年（令和8年）4月に共同利用を開始することを目指している。

国保連合会は、支払基金（支部）とは異なり、以前から市町村等と審査支払業務の委託契約を結んでいるケースが多く、地単分を併用レセプトで請求することも多い。



被用者保険と比べると、オンラインによる地単分の請求が進んでいることになるが、レセプトの療養の給付欄の記載方法、記載ルールは都道府県、市町村等ごとに異なっている実態がある。したがって、市町村等の独自事業のため給付内容が異なることを前提としつつ、支払基金と審査支払システムを共同利用することによる相乗効果で、審査基準や請求方法、記載ルールについて統一することを提言する。統一化、電子化が進むことで、県外医療機関を受診した場合に現物給付とするために発生する医療機関、審査支払機関の事務負担も軽減され、県外受診の現物給付化が進むことを期待したい。現物給付は患者にとっての利便性の向上はもちろんのこと市町村にとっても事務処理がシンプルになり負担軽減に繋がることだろう。

## 2. 労働災害・通勤災害

ここでは労働災害・通勤災害における紙媒体での請求の現状を考察の対象とする。療養の給付請求書については、電子化の可能性を考察する。労災レセプトについては電子請求による件数が少ないゆえに電子化が進まない状況を鑑み、いかにして電子請求に移行させるかを重点的に考察する。その上で、紙媒体の削減に向けて提言を行う。

### (1) 制度の概要

#### ① 労災保険について

労災保険（労働者災害補償保険）制度は、労働者の業務上又は通勤による傷病等に対して必要な保険給付を行うもので、被災した者が社会に復帰できるよう各種の補償を実施する制度である。その費用は、原則として事業主の負担する保険料によってまかなわれている。労働保険に加入している事業所に雇用された労働者の業務上の傷病等、障害、死亡（業務災害）、通勤時の傷病等、障害、死亡（通勤災害）については、労災保険により保険給付が行われる。

本調査研究においては、上記の労災保険による給付のうち、患者が医療機関において療養の給付を受けた場合の、患者及び医療機関の申請・請求について取り上げることとする。

#### ② 労災を担当する医療機関について

労災保険による治療は、労災病院又は労働局長の指定する労災指定医療機関（指定医療機関等）によるのが原則である。労災診療費について、指定医療機関等は「労災診療費請求書」に「診療費請求内訳書」（以下「労災レセプト」）を添付して、月1回、所定の期日までに各都道府県の労働局に請求する。1回目の請求時には、患者が作成した「療養の給付請求書」についても添付する必要がある。

指定医療機関等ではない医療機関においても労災の患者の診療を行うことができるが、その場合は当該診療費を患者が一時的に全額支払い、直接労働基準監督署に費用の請求を行わなくてはならない。したがって、本調査研究では取り扱わないこととする。

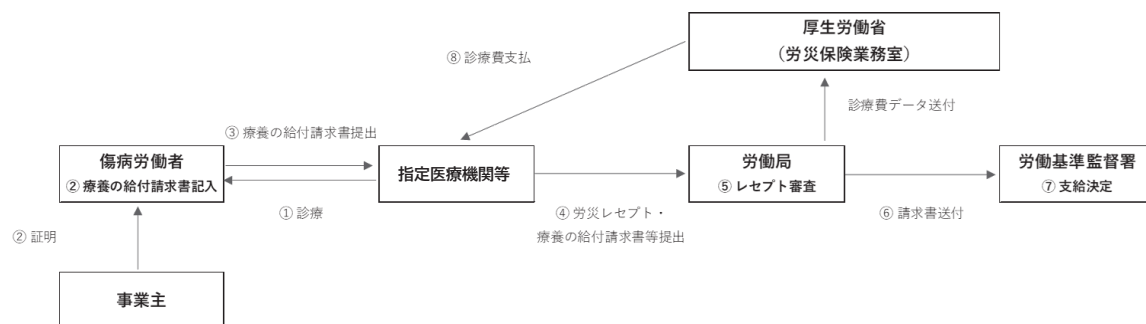
### (2) 労災の療養の給付の請求と支払いの流れ

労災の療養の給付における請求と支払いの流れを以下に示す（表3-7）。

- ① 災害発生に伴い、患者が指定医療機関の診療を受ける。
- ② 療養の給付請求書（業務災害は「様式第5号」（5号様式）、通勤災害は「様式第16号の3」（16号の3様式）に患者が必要事項を記入し、さらに事業主が証明する。
- ③ 療養の給付請求書を、受診した指定医療機関に提出する。

- ④ 指定医療機関は、労災診療費算定基準に基づき算定した費用について、労災レセプト等及び療養の給付請求書（1回目の請求時のみ）を都道府県労働局に提出し、請求を行う。労災レセプトについては電子請求（オンライン請求）が可能である。
- ⑤ 都道府県労働局は労災レセプトを審査する。
- ⑥ 審査の結果妥当と認めた案件については、療養の給付請求書を労働基準監督署に送付する。
- ⑦ 労働基準監督署は療養の給付請求書を審査し支給決定を行う。
- ⑧ 労働基準監督署の支給決定後、労働局から送付された診療費のデータをもとに、厚生労働省から指定医療機関に診療費が支払われる。

【表3-7 労災の請求と支払いの流れ】



### (3) 依然として残る紙媒体による申請・請求の現状

#### ① 療養の給付請求書（5号様式・16号の3様式）（表3-8・表3-9）

労災保険において、療養の給付請求書（5号様式・16号の3様式）は、災害を被った患者が記入する。その提出にあたっては事業主の証明が必要となる。通勤災害については、さらに被災場所（通勤経路）を略図等で示す必要がある。

【表3-8 様式第5号】

様式第5号(裏面)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">有 有の場合のその款 (ただし裏面の事業簿を含まない)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">◎その他就業先の有無 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合は特別加入状況 (ただし表面の事業簿を含まない)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">無</td> <td style="padding: 5px;">労働保険事務組合又は特別加入団体の名称</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">労働保険番号(特別加入)</td> <td style="padding: 5px;">加入年月日 年 月 日</td> </tr> </table>	有 有の場合のその款 (ただし裏面の事業簿を含まない)	◎その他就業先の有無 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合は特別加入状況 (ただし表面の事業簿を含まない)	無	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称	労働保険番号(特別加入)	加入年月日 年 月 日
有 有の場合のその款 (ただし裏面の事業簿を含まない)	◎その他就業先の有無 有の場合でいずれかの事業で特別加入している場合は特別加入状況 (ただし表面の事業簿を含まない)						
無	労働保険事務組合又は特別加入団体の名称						
労働保険番号(特別加入)	加入年月日 年 月 日						

**【項目記入にあたっての注意事項】**

- 1 記入すべき事項のない欄又は記入欄は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲んでください。(ただし、◎欄並びに④及び⑤欄の元号については、該当番号を記入欄に記入してください。)
- 2 ◎は、災害発生した者(補償した者が多数のときは最初に発見した者)を記載してください。
- 3 傷病補償年金又は複数事業労働者傷病年金の受給権者が当該傷病に係る療養の給付を請求する場合には、◎労働保険番号欄に左詰めで年金証書番号を記入してください。また、◎及び◎は記入しないでください。
- 4 複数事業労働者療養給付の請求は、療養補償給付の支給決定がなされた場合、遡って請求されなかったものとみなされます。
- 5 ◎「その他就業先の有無」欄に記載がない場合は複数就業していない場合は、複数事業労働者療養給付の請求はしないものとして取り扱います。
- 6 疾病に係る請求の場合、脳・心臓疾患、精神障害及びその他二以上の事業の業務を原因とすることが明らかでない疾病以外は、療養補償給付のみで請求されることとなります。

**【その他の注意事項】**  
この用紙は、保険によって諸取りを行いますので汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。

派遣元事業主が証明する事項(表面の⑩、⑪及び⑫)の記載内容については事実と相違ないことを証明します。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">派遣元事業主 社 名</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">電話( ) -</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">年 月 日</td> <td style="padding: 5px;">〒</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">事業場の所在地</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">事業主の氏名</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)</td> </tr> </table>	派遣元事業主 社 名	電話( ) -	年 月 日	〒	事業場の所在地		事業主の氏名		(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)	
派遣元事業主 社 名	電話( ) -										
年 月 日	〒										
事業場の所在地											
事業主の氏名											
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)											

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・届出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電話番号
		( ) ( )	-

※印の欄は記入しなくてかまいません。(裏面を参照してください)

標準字体で記入してください。 労働者(雇用) 労働者(非雇用) 労働者(労働組合員) 労働者(労働組合員以外) 労働者(労働組合員以外) 労働者(労働組合員以外) 労働者(労働組合員以外) 労働者(労働組合員以外) 労働者(労働組合員以外) 労働者(労働組合員以外)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">①労働者番号</td> <td style="width: 10%;">②労働者名</td> <td style="width: 10%;">③労働者名(漢字)</td> <td style="width: 10%;">④労働者名(フリガナ)</td> <td style="width: 10%;">⑤労働者名(カナ)</td> <td style="width: 10%;">⑥労働者名(ローマ字)</td> <td style="width: 10%;">⑦労働者名(英語)</td> <td style="width: 10%;">⑧労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑨労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑩労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑪労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑫労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑬労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑭労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑮労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑯労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑰労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑱労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑲労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑳労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉑労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉒労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉓労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉔労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉕労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉖労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉗労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉘労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉙労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉚労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉛労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉜労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉝労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉞労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉟労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊱労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊲労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊳労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊴労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊵労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊶労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊷労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊸労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊹労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊺労働者名(その他)</td> </tr> </table>	①労働者番号	②労働者名	③労働者名(漢字)	④労働者名(フリガナ)	⑤労働者名(カナ)	⑥労働者名(ローマ字)	⑦労働者名(英語)	⑧労働者名(その他)	⑨労働者名(その他)	⑩労働者名(その他)	⑪労働者名(その他)	⑫労働者名(その他)	⑬労働者名(その他)	⑭労働者名(その他)	⑮労働者名(その他)	⑯労働者名(その他)	⑰労働者名(その他)	⑱労働者名(その他)	⑲労働者名(その他)	⑳労働者名(その他)	㉑労働者名(その他)	㉒労働者名(その他)	㉓労働者名(その他)	㉔労働者名(その他)	㉕労働者名(その他)	㉖労働者名(その他)	㉗労働者名(その他)	㉘労働者名(その他)	㉙労働者名(その他)	㉚労働者名(その他)	㉛労働者名(その他)	㉜労働者名(その他)	㉝労働者名(その他)	㉞労働者名(その他)	㉟労働者名(その他)	㊱労働者名(その他)	㊲労働者名(その他)	㊳労働者名(その他)	㊴労働者名(その他)	㊵労働者名(その他)	㊶労働者名(その他)	㊷労働者名(その他)	㊸労働者名(その他)	㊹労働者名(その他)	㊺労働者名(その他)
①労働者番号	②労働者名	③労働者名(漢字)	④労働者名(フリガナ)	⑤労働者名(カナ)	⑥労働者名(ローマ字)	⑦労働者名(英語)	⑧労働者名(その他)	⑨労働者名(その他)	⑩労働者名(その他)	⑪労働者名(その他)	⑫労働者名(その他)	⑬労働者名(その他)	⑭労働者名(その他)	⑮労働者名(その他)	⑯労働者名(その他)	⑰労働者名(その他)	⑱労働者名(その他)	⑲労働者名(その他)	⑳労働者名(その他)	㉑労働者名(その他)	㉒労働者名(その他)	㉓労働者名(その他)	㉔労働者名(その他)	㉕労働者名(その他)	㉖労働者名(その他)	㉗労働者名(その他)	㉘労働者名(その他)	㉙労働者名(その他)	㉚労働者名(その他)	㉛労働者名(その他)	㉜労働者名(その他)	㉝労働者名(その他)	㉞労働者名(その他)	㉟労働者名(その他)	㊱労働者名(その他)	㊲労働者名(その他)	㊳労働者名(その他)	㊴労働者名(その他)	㊵労働者名(その他)	㊶労働者名(その他)	㊷労働者名(その他)	㊸労働者名(その他)	㊹労働者名(その他)	㊺労働者名(その他)		

※印の欄は記入しなくてかまいません。(裏面を参照してください)

標準字体で記入してください。 労働者(雇用) 労働者(非雇用) 労働者(労働組合員) 労働者(労働組合員以外) 労働者(労働組合員以外) 労働者(労働組合員以外) 労働者(労働組合員以外) 労働者(労働組合員以外) 労働者(労働組合員以外) 労働者(労働組合員以外)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">①労働者番号</td> <td style="width: 10%;">②労働者名</td> <td style="width: 10%;">③労働者名(漢字)</td> <td style="width: 10%;">④労働者名(フリガナ)</td> <td style="width: 10%;">⑤労働者名(カナ)</td> <td style="width: 10%;">⑥労働者名(ローマ字)</td> <td style="width: 10%;">⑦労働者名(英語)</td> <td style="width: 10%;">⑧労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑨労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑩労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑪労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑫労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑬労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑭労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑮労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑯労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑰労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑱労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑲労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">⑳労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉑労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉒労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉓労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉔労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉕労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉖労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉗労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉘労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉙労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉚労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉛労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉜労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉝労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉞労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㉟労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊱労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊲労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊳労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊴労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊵労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊶労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊷労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊸労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊹労働者名(その他)</td> <td style="width: 10%;">㊺労働者名(その他)</td> </tr> </table>	①労働者番号	②労働者名	③労働者名(漢字)	④労働者名(フリガナ)	⑤労働者名(カナ)	⑥労働者名(ローマ字)	⑦労働者名(英語)	⑧労働者名(その他)	⑨労働者名(その他)	⑩労働者名(その他)	⑪労働者名(その他)	⑫労働者名(その他)	⑬労働者名(その他)	⑭労働者名(その他)	⑮労働者名(その他)	⑯労働者名(その他)	⑰労働者名(その他)	⑱労働者名(その他)	⑲労働者名(その他)	⑳労働者名(その他)	㉑労働者名(その他)	㉒労働者名(その他)	㉓労働者名(その他)	㉔労働者名(その他)	㉕労働者名(その他)	㉖労働者名(その他)	㉗労働者名(その他)	㉘労働者名(その他)	㉙労働者名(その他)	㉚労働者名(その他)	㉛労働者名(その他)	㉜労働者名(その他)	㉝労働者名(その他)	㉞労働者名(その他)	㉟労働者名(その他)	㊱労働者名(その他)	㊲労働者名(その他)	㊳労働者名(その他)	㊴労働者名(その他)	㊵労働者名(その他)	㊶労働者名(その他)	㊷労働者名(その他)	㊸労働者名(その他)	㊹労働者名(その他)	㊺労働者名(その他)
①労働者番号	②労働者名	③労働者名(漢字)	④労働者名(フリガナ)	⑤労働者名(カナ)	⑥労働者名(ローマ字)	⑦労働者名(英語)	⑧労働者名(その他)	⑨労働者名(その他)	⑩労働者名(その他)	⑪労働者名(その他)	⑫労働者名(その他)	⑬労働者名(その他)	⑭労働者名(その他)	⑮労働者名(その他)	⑯労働者名(その他)	⑰労働者名(その他)	⑱労働者名(その他)	⑲労働者名(その他)	⑳労働者名(その他)	㉑労働者名(その他)	㉒労働者名(その他)	㉓労働者名(その他)	㉔労働者名(その他)	㉕労働者名(その他)	㉖労働者名(その他)	㉗労働者名(その他)	㉘労働者名(その他)	㉙労働者名(その他)	㉚労働者名(その他)	㉛労働者名(その他)	㉜労働者名(その他)	㉝労働者名(その他)	㉞労働者名(その他)	㉟労働者名(その他)	㊱労働者名(その他)	㊲労働者名(その他)	㊳労働者名(その他)	㊴労働者名(その他)	㊵労働者名(その他)	㊶労働者名(その他)	㊷労働者名(その他)	㊸労働者名(その他)	㊹労働者名(その他)	㊺労働者名(その他)		

【表3-9 様式第16号の3】

<b>募集要項の記載欄</b> 応募者に送る事項 ① 応募者の氏名 ② 応募者の住所 ③ 応募者の生年月日 ④ 応募者の性別 ⑤ 応募者の職 ⑥ 応募者の現在職 ⑦ 応募者の所属		⑧ 応募者の連絡先 ⑨ 応募者の連絡先 ⑩ 応募者の連絡先 ⑪ 応募者の連絡先	⑫ 応募者の連絡先 ⑬ 応募者の連絡先 ⑭ 応募者の連絡先 ⑮ 応募者の連絡先	⑯ 応募者の連絡先 ⑰ 応募者の連絡先 ⑱ 応募者の連絡先 ⑲ 応募者の連絡先	⑳ 応募者の連絡先 ㉑ 応募者の連絡先 ㉒ 応募者の連絡先 ㉓ 応募者の連絡先
① 応募者の氏名 ② 応募者の住所 ③ 応募者の生年月日 ④ 応募者の性別 ⑤ 応募者の職 ⑥ 応募者の現在職 ⑦ 応募者の所属	⑧ 応募者の連絡先 ⑨ 応募者の連絡先 ⑩ 応募者の連絡先 ⑪ 応募者の連絡先	⑫ 応募者の連絡先 ⑬ 応募者の連絡先 ⑭ 応募者の連絡先 ⑮ 応募者の連絡先	⑯ 応募者の連絡先 ⑰ 応募者の連絡先 ⑱ 応募者の連絡先 ⑲ 応募者の連絡先	⑳ 応募者の連絡先 ㉑ 応募者の連絡先 ㉒ 応募者の連絡先 ㉓ 応募者の連絡先	⑳ 応募者の連絡先 ㉑ 応募者の連絡先 ㉒ 応募者の連絡先 ㉓ 応募者の連絡先

① 応募者の氏名 ② 応募者の住所 ③ 応募者の生年月日 ④ 応募者の性別 ⑤ 応募者の職 ⑥ 応募者の現在職 ⑦ 応募者の所属	⑧ 応募者の連絡先 ⑨ 応募者の連絡先 ⑩ 応募者の連絡先 ⑪ 応募者の連絡先	⑫ 応募者の連絡先 ⑬ 応募者の連絡先 ⑭ 応募者の連絡先 ⑮ 応募者の連絡先	⑯ 応募者の連絡先 ⑰ 応募者の連絡先 ⑱ 応募者の連絡先 ⑲ 応募者の連絡先	⑳ 応募者の連絡先 ㉑ 応募者の連絡先 ㉒ 応募者の連絡先 ㉓ 応募者の連絡先
⑳ 応募者の連絡先 ㉑ 応募者の連絡先 ㉒ 応募者の連絡先 ㉓ 応募者の連絡先				

② 労災レセプト (表3-10)

労災保険による診療においては、医科点数表（保険診療）に準じた「労災診療費算定基準」があり、指定医療機関等ではこれを基に算定した点数を労災レセプトに記載する。診療単価は医科点数表の1点=10円とは異なり、1点=12円となっている。労災レセプトの記載方法は点数表の記載要領通知（「診療報酬請求書等の記載要領等について」）に準じるものとされており、その記載ルールに沿って記載する。

電子請求（オンライン請求）も可能となっているが、平成29年時点での普及率は12.8%であった。その後の導入支援金制度など公的な支援策などにより、その数字は上昇傾向にあるが、現時点でも紙媒体による請求件数が圧倒的に多い。

【表3-10 労災レセプト（診機様式第3号）】

診療機様式第3号 第 回 (同一傷病について)		指定病院等の番号	病院等の名称
① 診療種別 34722	② 修正項目番号	③ 新患別列 1 初診 2 再診 3 指導 4 在宅 5 在宅 6 在宅 7 在宅	④ 転院事由 1 転院 2 転院 3 転院 4 転院 5 転院 6 転院 7 転院
⑤ 支払額		⑥ 増減理由	
⑦ 増減理由		⑧ 法定年月日	
⑨ 増減区分		修正率	
⑩ 診療回数	⑪ 診療日数	⑫ 傷病の経過	
⑬ 傷病の部位及び傷病名	⑭ 傷病の経過		
⑮ 労働者の氏名 ( 歳)	⑯ 事業の名称		
⑰ 事業場の所在地 (都府県 市区市)	⑱ 診療内容		
⑲ 診療内容	⑳ 点数 (点)	㉑ 診療内容	㉒ 金額 (円)
㉓ 初診 (時間外・休日・深夜)	×	㉔ 初診	円
㉕ 外来管理加算	×	㉕ 再診	円
㉖ 時間外	×	㉖ 指導	円
㉗ 休日	×	㉗ その他	円
㉘ 深夜	×	㉘ 小計	円
㉙ 指導		㉚ 摘要	
㉛ 在宅 (夜間)	回		
㉜ 在宅 (緊急・深夜)	回		
㉝ 在宅 (在宅患者訪問診療)	回		
㉞ その他 (在宅)	回		
㉟ 内服薬 (薬剤)	×	単位 回数	
㊱ 外用薬 (薬剤)	×	単位 回数	
㊲ 処方薬 (薬剤)	×	回数	
㊳ 麻薬		回数	
㊴ 顔基		回数	
㊵ 皮下筋肉内注射	回	回数	
㊶ 静脈内注射	回	回数	
㊷ その他注射	回	回数	
㊸ 処置薬	回	回数	
㊹ 処置薬	回	回数	
㊺ 処置薬	回	回数	
㊻ 処置薬	回	回数	
㊼ 処方せん	回	回数	
㊽ その他	回	回数	
㊾ 小計	点	円	

(物品番号 7236) 30.11

◇ 労災レセプトにおける電子請求のメリット

労災レセプトについては電子レセプトによる請求が可能である（オンライン・電子媒体）。電子請求のインセンティブとして、レセプト1件につき労災電子化加算（5点）が算定可能となっている。保険診療の場合と同様に事務点検が自動化されているので利便性は高い。

公的にもオンライン請求のメリットが示されており、その促進が実施されている（表3-11）。

【表3-11 「労災レセプトはオンライン請求が便利です」（厚労省・都道府県労働局）資料】

労災指定医療機関・労災指定薬局の皆さまへ

労災レセプトは  
オンライン請求が便利です

労災保険の労災診療費・労災薬剤費（アフターケア委託費は令和3年3月1日から）は、オンライン・電子媒体で請求することができます。現在、健康保険のオンライン請求でお使いのレセプトコンピューター（送信用コンピューター）を労災レセプト対応に改修することで利用できます。

※ 改修・導入方法等については、現在お使いのレセプトコンピューターメーカーにご相談ください。

導入のメリット

- 1 査定結果・理由・支払額が分かります**  
これまでの「労災診療費支払届込通知書」とは別に、システム上で診療行為ごとの査定結果・理由・支払額を確認することができます。  
ダウンロードも可能です。
- 2 事前にデータの不備をチェックできます**  
請求前に事前の点検（受付前点検）を行うことにより、レセプトデータをシステム上でチェックできるので、記入間違いや誤りのないレセプトを提出できます。
- 3 受付時間が延長されます**  
オンライン請求では、土・日・祝日も、毎月5～7日は8～21時、8～10日は8～24時まで請求することができます。
- 4 個人情報の流出防止などセキュリティが向上します**  
紙レセプト搬送時の事故防止など、オンライン請求では安全性の高いネットワーク回線を利用するため、セキュリティが向上します。
- 5 電子化による点数が算定できます**  
レセプト1件当たり、5点の労災電子化加算がされます。  
（令和4年3月診療分までの予定です）  
（薬剤費レセプトは対象となりません）

厚生労働省・都道府県労働局

オンライン請求開始までの手続き

労災レセプトのオンライン請求は、すでに健康保険でオンライン請求を行っているレセプトコンピューターで行う必要があります。労働局への届出後、ID・パスワードを取得して、ソフトウェアのインストールなどの設定作業、確認試験を実施し、オンライン請求ができるようになります。

届出書類の提出

都道府県労働局に届出書類を提出  
※ 届出書類は、厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

ID・パスワードの取得

ID・パスワードが記載された「ユーザー設定情報」の取得  
（届出書類を提出してから1～2週間程度で郵送）

設定作業・確認試験

レセプトコンピューターに「送信用ソフト」をセットアップして、確認試験を実施  
※ 設定作業は、厚生労働省ホームページにある「セットアップマニュアル」をご覧ください。  
※ 確認試験は必ず実施してください。

オンライン請求の開始

5～10日にオンライン請求  
※ 請求前に送信データにて受付前点検の実施をお願いします。  
※ 電子媒体（CDなど）の請求手続きは、厚生労働省ホームページをご覧ください。

■ 届出・設定などの詳細は、厚生労働省ホームページをご覧ください。

労災レセプト電算処理システム 🔍 検索

労災レセプト電算処理システム ヘルプデスク

フリーダイヤル 0120-631-660

受付日（毎月）	受付時間	備考
5～7日、11日、12日	8:00～21:00	土・日・祝日も受付
8～10日	8:00～24:00	土・日・祝日も受付
13日～月末	9:00～17:00	平日のみ受付

※ 1～4日9:00～17:00（土日祝日を除く）については、厚生労働省労災保険業務課にお問い合わせください。  
電話（代） 03-3920-3311（労災レセプト電算処理システム担当まで）

③ 労災アフターケア委託費請求書（表3-12）

労災アフターケアとは、仕事又は通勤によってケガや病気をした者が、そのケガや病気が治った後も、再発や後遺障害に伴う新たな病気の発症を防ぐため、必要に応じて、診察、保健指導、保健のための処置、検査を受けられる制度である。対象となるケガや病気は、せき髄損傷など20種類あり、一定の障害等級などを対象者の要件としている。

アフターケアを受けるためには、被災した患者が、患者の所属事業所を管轄する都道府県労働局に申請する必要がある。申請が認められると、都道府県労働局からアフターケア健康管理手帳が交付され、労災保険指定医療機関で、診察、保健指導、保健

51

のための処置、検査を、要領で定められた範囲内で、無料で受けることができる。アフターケアを受けるには、労災保険指定医療機関の窓口で、その都度、手帳を提示し、所定の欄に当該結果を記入する必要がある。

この医療機関におけるアフターケアの費用の請求については、最近まで以前の労災レセプトと同様に紙の様式（アフターケア委託費請求書）で請求が行われていたが、令和3年3月からは、レセコンを改修することにより電子媒体（オンライン）での請求が可能となっている。しかし、電子請求が始まって間もないこともあり、全ての医療機関で電子請求を行っているわけではなく、紙の様式によって請求が行われるケースが残っているのが現状である。

【表3-12 アフターケア委託費請求書（実施要領様式第5号の2）】

The image shows two pages of a medical claim form. The left page is the main form, titled 'アフターケア委託費請求書' (Aftercare Fee Claim Form). It contains several sections for inputting patient information, including name, date of birth, and insurance details. There are also checkboxes for various services and a table for itemized charges. The right page is a continuation sheet, titled '診療費請求内訳書(続紙)' (Continuation Sheet of Medical Fee Claim). It features a table with columns for '品名' (Item Name), '数量' (Quantity), '単価' (Unit Price), and '金額' (Amount), used for detailing the specific medical services and their costs.



#### (4) 紙媒体削減への課題

以下に紙媒体を廃止し、電子的な請求に移行する際に浮上する課題を整理する。このような課題を解決することによって、紙媒体の削減が期待できる。

##### ① 療養の給付請求書における課題

###### ◇ 紙媒体のみの運用であること

療養の給付請求書（5号様式・16号の3様式）は紙媒体のみが運用されている。

この療養の給付請求書を廃止しないと、労災診療費の請求における紙の廃止・電子化の普及は進まない。療養の給付請求書を廃止するには、以下の課題がある。

・事業主の証明する部分（署名）がある。この「証明」についてどのように電子化を行うか。

・通勤災害時の様式は、災害発生の場所や経路の略図が必要となる。これらの略図について、どのように電子化を行うか。

###### ◇ 紙媒体の原本によるやり取りの問題

療養の給付請求書は、まず医療機関から各都道府県の労働局に送付され、労災レセプトの審査終了後に労働基準監督署に送付されて、最終的な支給決定が行われる。請求書が紙媒体である限り、事業主の証明を記載した療養の給付請求書の原本を送付しなくてはならず、このような非効率的なやり取りが続けられることとなる。療養の給付請求書の電子化は、これらの関係者全員に作業効率化のメリットをもたらすと言える。

##### ② 労災レセプトにおける課題

###### ◇ 医療機関における問題

労災レセプトについては、請求件数が少ないことから、費用対効果の面でシステムを導入してオンライン請求をするメリットが少ないと言える。レセプト1件につき点数が加算される電子化加算5点（60円）についても、請求件数が少ないためまとまった金額とはならず、どこまでインセンティブとして機能しているのかは疑問である。医療機関の医事を行う部署には、労災担当が配置されていることが多いが、紙での請求に慣れていること、件数が少ないことなどから、電子化したところで少数の労災担当者の恩恵にしかならない。

こういった状況が、積極的に電子請求を導入する医療機関が少ないことの要因となっていると考えられる。医療機関が電子請求を導入する場合も、システムを更新する際などに併せて行うケースが多いのではないかと推察される。

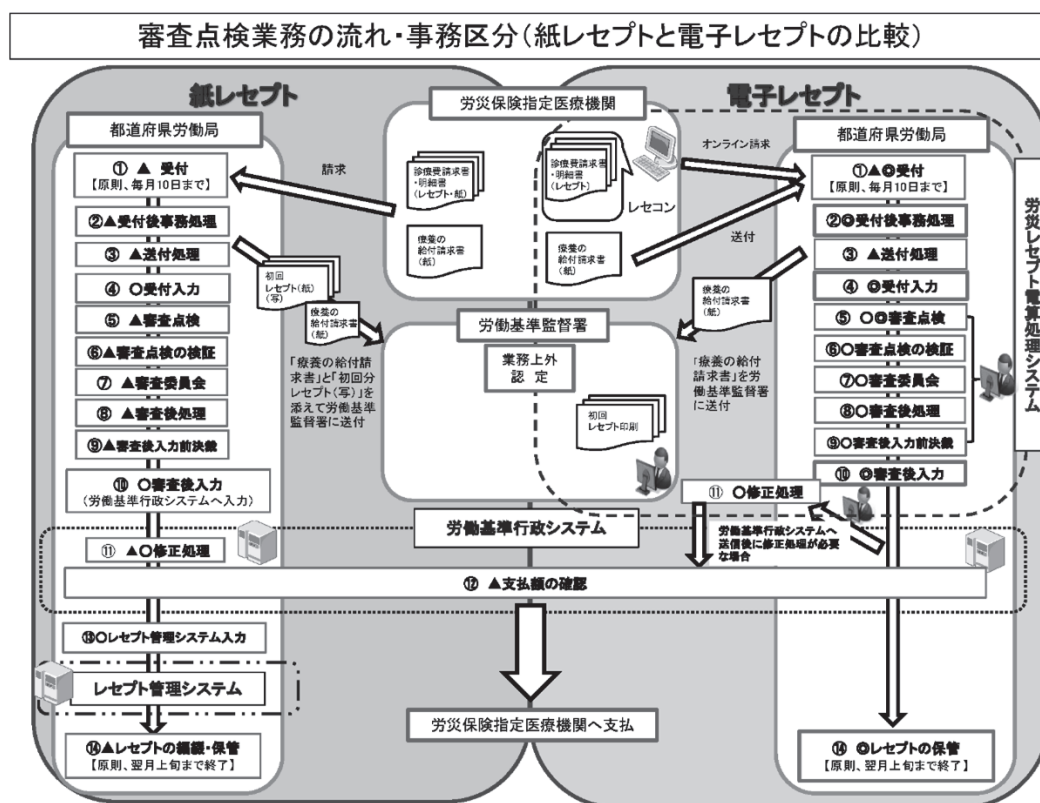
###### ◇ 労働局における労災レセプト審査時の利便性の問題

審査点検業務の流れ・事務区分が示されているが劇的な効率化には至っていない（表3-13）。確かに手作業については端末操作に置き換えられているが、根本的

なフローは変わっていないため、電子レセプトによる審査事務の利便性を感じづらいつと考えられる。

なお、労働局においては、OCRで紙レセプトのデータを読み取り、それ以外の項目については手作業で入力するが、このOCRの運用が先行していることが、最新の電子化の流れを阻害する要因となっていると考えられる。OCRは手入力に比べて効率的だが、それにより取得できるのは請求のための最低限のデータであり、そのデータは二次利用等には適さない。請求データを含めた完全な電子化であればそういった弱点を克服でき、診療内容について今より細かいチェックができるようになるなど、チェックの質的な向上が見込める。なお、電子請求されたレセプトの場合であっても、紙媒体である療養の給付請求書の内容と紐づけを行わなくてはならない。

【表3-13 審査点検業務の流れ・事務区分（総務省）】



## Column 2 ～平成 28 年における業務フロー・コスト分析（神奈川県・愛知県）～

以下は神奈川県・愛知県の労働局における平成 28 年時点での業務フロー・コスト分析の結果である。この分析によれば、紙レセプトと電子レセプトの 1 枚当たりの平均処理時間を比較すると、電子レセプトの方が時間を費やしており、レセプト 1 枚当たりの平均処理コストもかかっていた。これは電子請求された場合でも紙でレセプトを出力して処理（審査）を行っているため、紙よりも余計な作業が発生することが要因とされている。この問題は、平成 26 年に電子化された労災レセプトの処理へ業務が移行する過渡期に生じた問題であって、現在は改善が進んでいるものと思われるが、単にレセプトを電子化すればよいのではなく、こういった運用を行うかという視点も重要であることが確認できる。紙媒体の廃止を考察する上で示唆に富む内容であるため、ここに参考資料として掲載する。

### 業務フロー・コスト分析 分析結果①

#### 1 業務フロー・コスト分析の実施概要

実施労働局：神奈川県労働局・愛知県労働局※1

実施期間：平成28年11月※2

実施内容：紙レセプトと電子レセプトの処理に要した時間を事務区分毎に計測

#### ※1 神奈川県労働局・愛知県労働局を選定した理由

事務処理における地域差の有無等を把握するため、異なる地域で同規模の神奈川県労働局と愛知県労働局を選定した。

(参考)年間レセプト取扱枚数(平成27年度)

神奈川県労働局：約157千枚(全国に占める割合6.1%)

愛知県労働局：約138千枚(全国に占める割合5.4%)

#### ※2 全国の労働局において、レセプトの受付から編綴まで、原則約1か月以内で処理していることから、1か月測定した。

表1 レセプト取扱枚数(局別)  
(平成28年11月)

	(単位:枚)	
	神奈川	愛知
紙レセプト	11,449	9,894
電子レセプト	2,005	964

表2 電子レセプト普及率(局別)  
(平成28年11月現在)

神奈川	愛知
14.9%	8.9%

## 業務フロー・コスト分析 分析結果②

### 2 業務フロー・コスト分析の実施結果(レセプト1枚あたりの平均処理時間)

- ・ 電子レセプトが紙レセプトより多くの時間を費やしていたことが判明した。
- ・ 紙レセプトと電子レセプトとも、愛知労働局が神奈川労働局より多くの時間を費やしていたことが判明した。

図1 レセプト1枚あたりの平均処理時間(局別、紙・電子別)

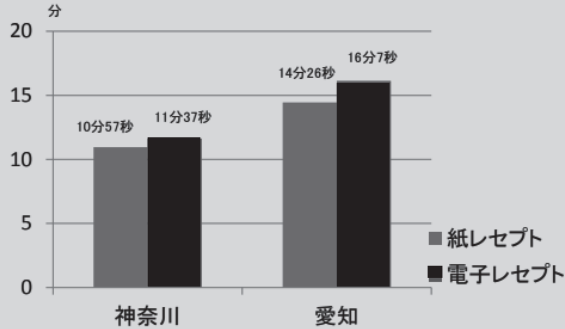


表3 レセプト1枚あたりの平均処理コスト(局別、紙・電子別)

(単位:円)

	神奈川	愛知
紙レセプト	302	404
電子レセプト	342	456

表4 非常勤職員1人あたりの平均処理枚数(局別、紙・電子別)

(単位:枚)

	神奈川	愛知
紙レセプト	545	450
電子レセプト	95	44
(参考) 非常勤職員数	21人	22人

## 業務フロー・コスト分析 分析結果③

### 3 分析結果(1)

○ 電子レセプトが紙レセプトより多くの時間を費やしていたことの要因としては、次のことが考えられる。

- ・ 電子レセプトの審査点検では、システムにて多岐にわたる審査項目を自動点検(算定要件の点検、過去(最大1年分)の診療状況を踏まえた点検等)の処理が行われているため、紙レセプトの審査点検に比して、確認項目が多く、処理に時間を要していること。
- ・ 審査点検の対象は、紙レセプトが大半を占めているため、電子レセプトについても、システムの画面上ではなく、紙に印刷した上で事務処理を行っている状況が一部見受けられること。

表5 レセプト1枚あたりの平均処理時間(局別、紙・電子別、事務区分別)

事務区分	神奈川			愛知		
	紙(A)	電子(B)	差(B-A)	紙(C)	電子(D)	差(D-C)
◎ ②受付後事務処理	28秒	5秒	▲ 23秒	20秒	26秒	6秒
◎ ④受付入力	40秒	2秒	▲ 38秒	35秒	10秒	▲ 25秒
◎ ⑩審査後入力 (労働基準行政システムへ入力)	1分13秒	1秒	▲ 1分12秒	58秒	7秒	▲ 51秒
⑬レセプト管理システム入力	14秒	0秒	▲ 14秒	20秒	0秒	▲ 20秒
◎ ⑭レセプト編綴・保管	5秒	0秒	▲ 5秒	15秒	0秒	▲ 15秒
上記以外(①、③、⑤～⑧、⑪、⑫)の計	8分17秒	11分29秒	3分12秒	11分58秒	15分24秒	3分26秒
うち ⑤審査点検	3分22秒	5分41秒	2分19秒	4分19秒	7分11秒	2分52秒
合計	10分57秒	11分37秒	40秒	14分26秒	16分7秒	1分41秒

※ 事務区分欄の◎: 電子レセプトの事務処理がシステムによる自動処理

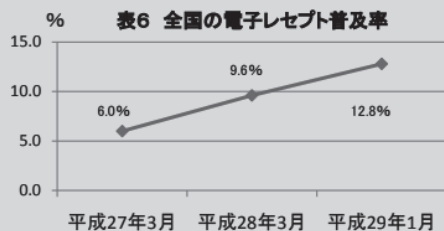
## 業務フロー・コスト分析 分析結果④

- 一方で、
- 電子レセプトの事務処理がシステムによる自動化等により、処理時間が短縮されている事務区分がある。
  - 今後、電子レセプトの普及が進み、システムを利用した事務処理が中心になれば、紙に印刷して処理することはなくなり、電子レセプトの処理時間の短縮が見込まれる。
  - 電子レセプトの審査点検は、システムにて自動点検の処理が行われているため、全ての電子レセプトに対して、精度が高く、統一的な確認等が行われている。
- 等から、電子レセプト化を進めることは、事務処理の効率化、審査点検の精度の向上に十分に効果があるものと認められる。



→ 電子レセプト化をさらに進めるため、電子レセプト請求の普及への取り組みを積極的に行う必要がある。

→ 電子レセプト請求の普及に併せて電子レセプトの審査業務における利便性向上のための検討を行う必要がある。



目標: 70%  
(普及の取り組みにより、普及率は年々上昇)

<電子レセプト化>

平成17年12月1日付け医療制度改革大綱(政府・与党医療改革協議会)において、「医療機関等が審査支払機関に提出するレセプトについて、平成18年度からオンライン化を進め、平成23年度当初から、原則としてすべてのレセプトがオンラインで提出されるものとする。」とされた。

この方針により健保・国保は平成19年4月よりオンラインシステム(電子レセプト)を稼働し、労災レセプトにおいても、この状況を踏まえてシステム開発を行い、平成26年2月から労災レセプト電算処理システムを稼働した。

## 業務フロー・コスト分析 分析結果⑤

### 3 分析結果(2)

○ 愛知労働局が神奈川労働局より多くの時間を費やしていたことの要因としては、次のことが考えられる。

- 愛知労働局では、神奈川労働局より電子レセプトを紙に印刷する枚数が多いこと。
- 愛知労働局では、勤続年数の短い非常勤職員が多いため、事務処理に時間を要していること。
- 勤続年数の長い非常勤職員は、勤続年数の短い非常勤職員に対し事務処理を補助、指導しながら事務処理を行っているため、事務処理に時間を要していること。

表7 労災診療費審査点検に係る非常勤職員の勤続年数(局別)

基準日: H28.11.1

勤続年数	神奈川局	愛知局
3年以上	18人	12人
1年以上3年未満	3人	3人
1年未満	0人	7人
	21人	22人



→ 審査する委員がシステムを積極的に活用できるよう、電子レセプトの審査業務における利便性向上のための検討を行う必要がある。

→ 審査点検業務を遂行するためには、労災診療費算定基準の解釈、労災保険制度等の専門的知識が求められることから、担当する非常勤職員に対し、これらの労災診療費の審査点検に必要な知識や技術の習得、向上させることを目的とした研修を実施する必要がある。

## 業務フロー・コスト分析 分析結果⑥

### 4 講じる措置

- 労災レセプト請求件数が多い電子レセプト未導入の労災保険指定医療機関に対し重点的に利用勧奨を行う、訪問等の結果、導入に関心があった労災保険指定医療機関に対しフォローアップを行うなど普及促進の取り組みをさらに強化する。
- 電子レセプト請求の普及に併せて、審査委員、非常勤職員等からの具体的な改善要望を踏まえた端末操作の簡略化など利便性向上のための方策の検討を行う。
- 非常勤職員に対する研修のカリキュラム等をさらに充実を図り、能力向上に努める。

### 5 期待される効果

- 電子レセプトの普及拡大、審査事務の利便性が向上した場合には、非常勤職員の業務処理時間の短縮が見込まれる。
- 電子レセプトの普及拡大によって、システムにより審査点検されるレセプトが増加すると、審査視点の統一化が図られ、審査点検の精度の向上が見込まれる。
- 非常勤職員に対する研修を充実し、専門性の向上を図ることにより、局間の事務処理時間の差異が解消し、平準化が見込まれる。

## (5) 紙媒体削減に向けた提言

### ① 療養の給付請求書の電子化

療養の給付請求書については紙による運用が行われているため、まずは電子化し、オンラインで送付できる状態にすることが重要であると考え。以下、そのための提言を行う。

#### ◇ 様式をスキャンして PDF データで送信できるようにする

「事業主の証明」や「災害発生の場所、経路の略図」といった文字以外の情報を含む療養の給付請求書を電子化する場合、もっとも簡単なものとして、患者が手書きで記入した療養の給付請求書を医療機関でスキャンし、PDF データ（イメージ）として労災レセプトと併せて送信する方法が考えられる。記載が必須となっている事業主の証明については PDF データで十分ではないか。

また、療養の給付請求書の項目のうち「電子化（CSV 等）しなくてはならない項目」というものがあるならば、それだけは必ず電子化して、他は PDF データにした上でオンライン請求とすることが可能だろう。そのためにはデータ化すべき項目の精査が必要である。その場合、まずは電子化すべき項目とそうでない項目の洗い出しから着手すべきと考える。

#### ◇ 患者がパソコン等で入力して送信できるシステムの構築

労災保険の利用者は医療保険と比べて年齢の上限が低いため、パソコン等の操作に不慣れな者が比較的少ないと考えられる。そこでここでは、上述の提言と並行して、次のようなシステムの構築を提言したい。すなわち、紙の申請と同様の内容を患者若しくはその家族が各自でパソコンやスマートフォン（以下「パソコン等」）に入力し、そのまま電子申請できるようなシステムである。より具体的には、利用者にアプリケーション等を配布するのではなく、画面上で必要事項を入力し、請求できるような Web サイトを開設することを想定している。Web サイトを開設することにより、場所を選ばない、よりフレキシブルな運用が可能となるからである。たとえば、電子端末の操作に不慣れな者は事業所等のパソコン等から申請を行うといった運用の仕方により、利用者のアクセシビリティに配慮することができよう。

なお、紙媒体の請求書を廃止する前提として、紙の原本の在り方・考え方を抜本的に見直す必要があると思われる。少なくとも、療養の給付請求書における「事業主の証明」や「略図（経路）」など文字以外の情報を電子化するに当たっては、それらを電子的な証明書としてデータで送信できるシステムの導入を検討せねばならないだろう。

### ② 労災レセプトのオンライン請求の更なる普及

労災レセプトについては、自動化されている事務点検システムの利便性の周知と、利便性の更なる向上・洗練を求めたい。電子レセプトの普及が進めば、紙に印刷して

処理することがなくなるため、今後の事務処理の短縮・効率化が見込まれる。公的な支援制度として、労災レセプトのオンライン化に際してその環境整備に係る費用の一部を補助する「導入支援金」も整備されている。医療機関等にこの制度を広く周知して、積極的に活用してもらうことも普及を図るための一つの方法であろう（表3-14の「労災レセプトオンライン化ナビ」参照）。

また、神奈川県・愛知県の両労働局についての分析例のように、現時点では紙の運用をむやみに電子化するだけでは即座には効率化に繋がらないケースもあるため、電子化したシステムをどのように運用するかという視点を持った改革が望まれる。

【表3-14 「労災レセプトオンライン化ナビ」トップページ】

労災レセプトオンライン化ナビ  
WORKERS' ACCIDENT MEDICAL RECEIPT

TEL:0120-900-673  
受付時間 平日9:00~18:00

ホーム 導入について 支援金とは ペンダー向け よくある質問 お問い合わせ

労災レセプト電算処理システム導入の  
労災指定医療機関のみなさまへ

労災レセプト電算処理システム

お知らせ INFORMATION

2022.01.11 令和3年度の導入支援金申請の締切は、令和4年2月28日(月)閉着日までとさせていただきます。予定がなくなり次第終了となります。

2021.12.10 本年分は、2021年12月29日(水)~2022年1月3日(月)の期間、お問い合わせ対応を休業させていただきます。この期間にフォームからお問合せなどをお送りいただいた方には、2022年1月4日(火)以降、順次ご連絡させていただきます。ご不便をおかけしますが、よろしくお願い申し上げます。

2021.06.15 【令和3年度版の導入支援金申請書について】  
本年分の導入支援金申請書のダウンロードを開始しました。  
【申請書ダウンロードページ】 [こちら](#)よりダウンロードいただけます。

WEBアンケートのご回答はこちら

申請書ダウンロード

医療機関様 向けはこちら

薬局様 向けはこちら

導入した方々のインタビュー

導入説明会

導入や導入支援金に関するお問い合わせ

労災レセプトシステム普及促進センター ヘルプデスク  
受付時間 平日9:00~18:00  
TEL : 0120-900-673  
FAX : 0120-900-681  
E-mail : info@rourece.org

厚生労働省  
社会保険診療報酬支払基金  
JAHS

Copyright © 2021 労災レセプトオンライン化ナビ. All Rights Reserved.



### 3. 出産育児一時金直接支払制度

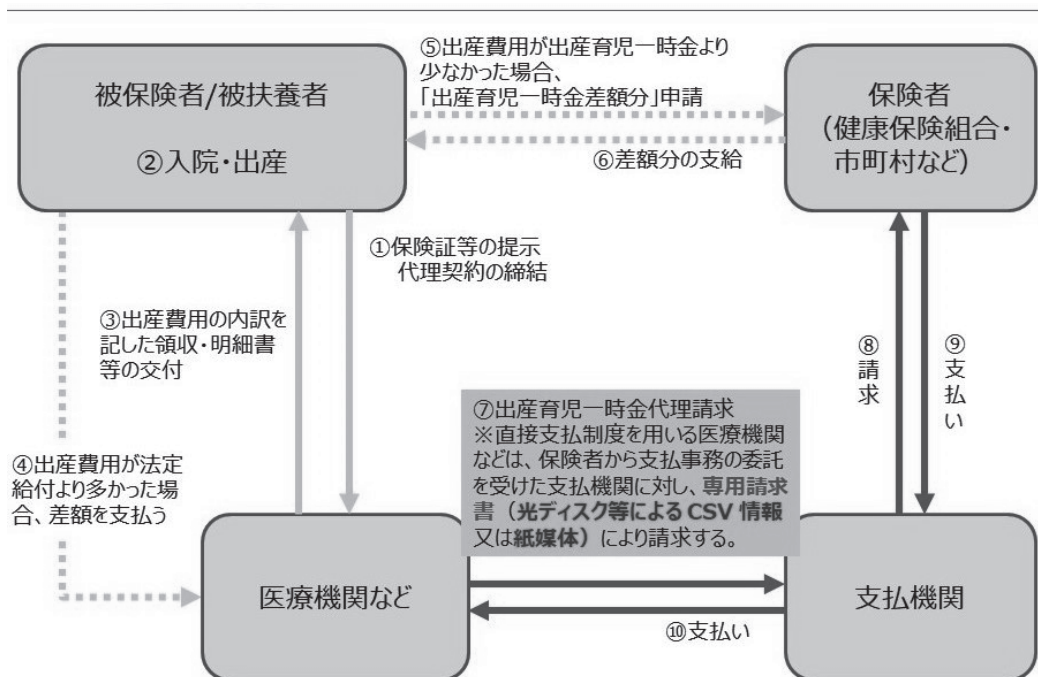
#### (1) 制度概要・運用の流れ

##### ① 直接支払制度とは

出産育児一時金（家族出産育児一時金を含む。以下単に「出産育児一時金」）は元来、原則として被保険者（被扶養者を含む）が出産後に保険者に申請し支給される仕組みであったため、被保険者が一時的に多額の現金を用意する必要があり少子化の一因とされていた。このような状況に対処する施策として、出産における経済的負担の軽減を図るべく支給方法が見直され、平成21年10月1日より直接支払制度の運用が開始され、改善が加えられながら現在に至っている。

直接支払制度とは、出産育児一時金の額を上限として、保険者が支払機関を通じて助産所を含む医療機関へ出産費用を直接支払う制度である（表3-15参照）。これにより、医療機関の窓口で支払う出産費用は出産育児一時金を上回った額のみとなり、被保険者はあらかじめ多額の出産費用を用意しなくて済むこととなる。この制度の導入を希望する医療機関は予め厚生労働省に対して届出をする必要がある。

【表3-15 直接支払制度 運用の流れ】



##### ② 請求・入金タイミング

専用請求書の提出時期は電子媒体と紙媒体で異なる部分がある。

表3-16はそれぞれの提出時期をまとめたものである。紙媒体の請求は毎日10日で

締められ、医療機関への入金は月1回のみだが、電子媒体による請求（電子請求）では正常分娩の場合毎月25日でも締めているため（月2回請求）、月2回入金がある。紙媒体による請求と比較した電子請求のメリットは、請求から入金までのキャッシュフローのスパンを短くできることにある。クリニックなどの小規模な医療機関ほどそのメリットは大きいといえるだろう。ただし、月2回の請求はキャッシュフロー的にはメリットといえるが、その分事務処理負担は増えることになる。

【表3-16 専用請求書の提出時期・医療機関への支払時期】

分娩種別	電子媒体の提出時期	紙媒体の提出時期	医療機関への支払時期
正常分娩	出産後退院月の翌月 10日まで	出産後退院月の翌月 10日まで	請求書提出月の翌月 5日ごろ
	出産後退院月の 25日まで		請求書提出月の翌月 20日ごろ
異常分娩	出産後退院月の翌月 10日まで	出産後退院月の翌月 10日まで	請求書提出月の翌月 20日ごろ

## (2) 紙媒体による請求の現状

### ① 専用請求書について

医療機関より直接請求を行う場合には、「専用請求書」（電子媒体（光ディスク等によるCSV情報）又は紙媒体）により支払機関へ提出し、請求する。特に紙媒体による請求の際には、定型の様式が存在することから、当該様式に必要な事項を手書きで記入もしくは印字したものを提出する必要がある。表3-17は、その際に使用される請求様式である。

【表3-17 直接支払制度の専用請求書の様式】

令和 年 月分 出産育児一時金等代理申請・受取請求書【正常・異常・分娩】

保険者番号		医療機関コード		分娩種別管理番号	
		医療機関等所在地及び名称			

被保険者等との申請および受取に係る契約に基づき、被保険者等に代わり以下のとおり支払を求めます。

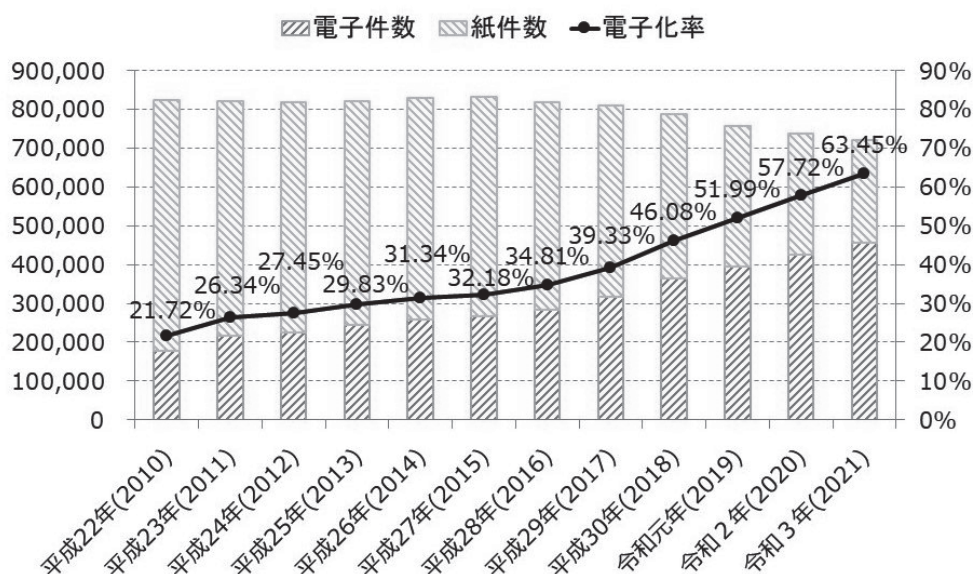
得意	本家	高所得者加算	被保険者証番号	冠婚氏名(か)氏名	生年月日	在胎週数	出産年月日
1: 妊・2: 産	1: 未・5: 産				□ 妊 □ 産 年 月 日		□ 妊 □ 産 年 月 日
形成費部	出産費	入院費	産科医療補償制度	入院料	差料金額	分娩介助料	分娩料
1: 費・2: 額・3: 課税			1: 対象・2: 対象外・3: 課税				
産費・手取料	産科医療補償制度	その他	一割負担金等	妊婦合計負担額	代理受取額	備考	

取条件額	出産費	代理受取額合計	
			実数

② 実際の状況（定量的評価）

表3-18のグラフは、出産育児一時金の請求における電子請求の件数および割合の推移を表したものである。令和3年度の見込数は取扱件数719,555件、電子件数456,541件（63.45%）となっている。制度がはじまって以来、電子化率は安定して上昇し続けているものの、現在も4割弱の請求が紙媒体によって行われていることになる。

【表3-18 出産育児一時金等の電子化率の推移】



（出典：支払基金 統計資料「出産育児一時金の支払に係る手数料の積算」）

支払基金の資料「出産育児一時金の支払に係る手数料の積算」によれば、支払基金における電子媒体請求書1件の事務処理にかかる時間は2.350分で、紙媒体請求書の5.192分と比べ約3分短い。令和3年度の件数で単純計算すれば、電子化率1%（約7,200件）の上昇で年間およそ340時間の事務処理時間が短縮できることになる。また、事務処理時間短縮の当然の帰結として、1件当たりの事務手数料は年々減少している（表3-19）。電子化率の向上に伴い、審査支払機関の業務効率は明らかに向上しているといえる。

【表3-19 出産育児一時金等の支払に係る事務費手数料の推移（1件当たり）】

(単位：円)							
平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度 9月まで	令和元年度 10月以降	令和2年度	令和3年度
152	152	132	125	119	121	117	113

（出典：社会保険診療報酬支払基金「出産育児一時金等の支払に係る事務費手数料（1件当たり）」）

### (3) 紙媒体による請求の廃止（電子請求への切り替え）への課題

#### ① 医療機関における電子請求機能の引き継ぎ漏れ

電子請求については、制度実施直前の平成21年8月に「出産育児一時金等の代理申請・受取請求に係る記録条件仕様について」（平成21年保保発0824第1号、保国発0824第1号）別添「出産育児一時金等の代理申請・受取請求に係る記録条件仕様」が発出され、その具体的なルールが整備された。そのため、ベンダによっては、紙媒体での請求を想定した機能を先行して提供し、後から電子請求機能を追加することとなった。電子請求機能の追加時にはベンダから医療機関等への説明が行われたが、多くの医療機関では、紙媒体での運用に問題がないと判断して、電子請求に切り替えなかった経緯がある。そのような医療機関においては、担当者が交代となるタイミングでも紙媒体での運用が継続され、電子請求機能が追加されていることについて伝達がないことが推測される。したがって、システムが電子請求に対応しているにもかかわらず、それを把握していない医療機関の担当者が一定数存在すると考えられる。

#### ② 電子請求への切り替えに伴う作業工程の増加

電子請求の存在が医療機関に認知されているにもかかわらず、紙媒体による請求が現在も全体の4割近くの医療機関で行われているのが現状である。このことから、電子請求への切り替えにメリットを感じていない、あるいは電子請求へ切り替えることに抵抗を感じている医療機関もあると推察される。

表3-20は紙媒体による請求と電子請求それぞれの運用例である。紙媒体による請求に比べ、電子請求では作業工程が増えていることが分かる。

以下、具体的な問題点について述べる。

【表3-20 請求の運用例】

紙媒体での請求の場合	
患者の退院時	① 紙の専用請求書を出力
	② 内容の確認
	③ 通常の診療の請求書などと一緒に被保険者に交付
	④ 審査支払機関への請求まで保管
審査支払機関への請求時	⑤ ④で保管した紙の専用請求書にて審査支払機関へ請求（送付）
電子請求の場合	
患者の退院時	① 紙の専用請求書を出力（患者に渡すため「紙」は残る）
	② 内容の確認
	③ 通常の診療の請求書などと一緒に被保険者に交付
審査支払機関への請求時	④ 内容が退院時に請求した内容と変更がないか紙の専用請求書を出力して確認
	⑤ 電子媒体のデータ作成
	⑥ 電子媒体を審査支払機関へ請求（送付）

◇ 運用面の問題点：明細書の交付の際に請求書を印刷する運用となっている

直接支払制度を利用した被保険者の退院時には、「出産費用の内訳を記した明細書（以下「明細書」）」の交付が必要であると定められている（「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱（平成23年1月31日））。この明細書には専用請求書にある項目（出産年月日・出産児数・入院実日数・代理受取額）の記載が必要であり、通常の領収証で代用できないため、別途専用の明細書を用意しなければならない。

そのため、一部の医療機関における運用では、専用請求書を2部出力し、内容の確認を行ったうえで1部を被保険者へ交付し、もう1部を審査支払機関への請求用としている。この場合、明細書の交付と請求書の印刷が業務の流れの中で結びついており、審査支払機関への請求については残りの請求書を送付するだけでよい。ここから電子請求に切り替えるためには、請求データを書き込んだ電子媒体を作成しなくてはならず、手間である。このことが電子請求への切り替えに対する障壁になっていると考えられる。

◇ システム面の問題点：オンライン請求に対応していない

システム面において、利用者が電子請求への切り替えに抵抗を感じる要因と考えられるのが、電子請求がオンライン請求に対応していないことである。医療機関がデータを作成しても、結局電子媒体を出力して郵送等で審査支払機関に送付するのであれば、上記の運用例のように医療機関の作業工程が増えることになる。レセプトのように紙（請求書）が大量にあるのであれば、電子媒体を送付するメリットは大きいですが、分娩費用の明細書は大きな産婦人科等でも1日の枚数はさほど多くない。したがって、利便性という観点から見れば、紙媒体による請求から電子請求へ切り替えるメリットは極めて小さいといえる。

**(4) 課題解決に向けた対応策**

表3-21は、(3)で述べた諸課題に対して、現時点で各機関において行うことが可能な対応をまとめたものである。これらの対応策を周知することにより、電子請求の普及促進が期待できる。

【表3-21 課題解決に向けた対応策】

■医療機関
<ul style="list-style-type: none"> <li>・操作マニュアルなどで電子請求機能の有無を確認</li> <li>①機能がある場合             <ul style="list-style-type: none"> <li>・実際に使用し、便利かどうか確認</li> </ul> </li> <li>②機能がない・不明時             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベンダへ電子請求機能の有無確認</li> <li>・機能がある場合はその方法などを確認</li> <li>・機能がない場合は導入の検討</li> </ul> </li> </ul>
■審査支払機関
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関などへの電子請求への働きかけ</li> <li>・メリットの説明（月途中での請求が可能（キャッシュフロー改善など））</li> <li>・電子請求の認知度の更なる向上</li> </ul>
■ベンダ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関などへの操作説明</li> <li>・媒体作成機能に関するマニュアル提供等</li> <li>・（機能が実装されているものの紙媒体で請求を行っている医療機関に対して）機能を活用した媒体での請求の働きかけ</li> </ul>
■設備機器関連
<ul style="list-style-type: none"> <li>・サーバやクライアントにCD-Rなどの電子媒体への書き込み可能な装置がない、又は（セキュリティの関係上）USBポートへの接続等を使用不可としている医療機関への対応（電子媒体の書き込み可能な機器購入等）</li> <li>・機器購入が即時にできない場合は、次期システム入替え時に電子媒体への出力が可能な構成にする</li> </ul>

## (5) 電子請求の更なる普及のための提言

(4)で見た対応策は、電子請求の方法自体には触れずに紙媒体による請求を廃して電子化率の向上を目指すものである。ここではより踏み込んで、電子請求の方法の改変にかかわる提言を行いたい。

### ① 提言①：オンライン請求を可能とすること

(3)で見たように、現行の電子請求は電子媒体にデータを格納して郵送で提出する必要があることから、利便性という観点では、医療機関が紙媒体による請求から切り替えるメリットは小さいといえる。そこで、出産育児一時金の直接支払制度における医療機関のオンライン請求を可能とすることを提言したい。これにより電子請求の作業工程を紙媒体での請求よりも減らすことができ、電子請求の利便性が向上し、ひいては電子化率の向上が期待できよう。

それだけでなく、媒体の送付がなくなると以下の課題もなくなる。

■電子媒体内のデータを審査支払機関側で読めないこと

■電子媒体への格納漏れ

■電子媒体の紛失（医療機関側・輸送途中・審査支払機関側）

さらに、審査支払機関によるオンラインチェックが可能となるため、記載漏れなど

のチェックが可能となり、返戻の削減が期待できる。

② 提言②：請求用の電子データ作成・入力ソフトのスマートフォン・タブレット対応  
電子請求が可能なシステム等の整備が難しい助産所や診療所などの小規模施設への対策としては、電子データ作成・入力ソフトのスマートフォン・タブレット対応化を提言したい。特にカメラ機能によるデータスキャンに対応できれば更なる利便性の向上となろう。

③ 提言③：分娩費用の明細書の簡略化・電子化

そのほか、分娩費用の明細書に記載する項目について検討することも有用であろう。前述の通り、被保険者の退院時には出産費用の内訳等を記載した明細書の交付が必要であり、それを審査支払機関に提出する専用請求書の複製で代用するケースが多いが、出産費用の内訳等のうち、特に、項目「出産年月日」・「出産児数」・「入院実日数」については、被保険者が把握している情報であり、明細書に記載する必要性は低いといえる。

また、明細書は被保険者が保険者へ差額を申請する際に提出するために上記項目の記載が必要だとされているが、ここにも検討の余地があるように思われる。直接支払制度の実施要項には、次のようにある。

直接支払制度を用いる場合には、要した出産費用については、被保険者等が出産育児一時金等の差額分を早期に受け取ることができるなどの利便性の観点から、少なくとも以下の事項〔「出産年月日」・「出産児数」・「入院実日数」等〕を明らかにした明細書に、加算対象出産の場合には、所定の印を押印の上、退院時に被保険者等又はその被扶養者に手交するものとする。

明細書の交付が「被保険者等が出産育児一時金等の差額分を早期に受け取ることができるなどの利便性の観点から」必要なのであれば、保険者が差額の支払について必要な情報をWeb等を介して取得できればよく、必ずしも医療機関がそれらを記載した明細書を被保険者に交付する必要はないのではないか。項目の簡略化により明細書の発行が不要となれば、出産育児一時金における電子請求化が促進されるのみならず、全体としてオペレーションが減り、ひいては関連機関の業務効率化が期待できよう。

## おわりに

### 1. 本調査研究における提言の整理

本調査研究では、「紙の廃止」というテーマのもと、第2章ではレセプトの返戻再請求、第3章で各分野の紙媒体による請求の現状を分析した上で、紙による請求の廃止（請求の電子化）に向けた提言を行ってきた。さらには紙の廃止の「その先」を見据えた、診療報酬請求に関わる全ての者にとってメリットのある、より高度な電子化の実現のための提言についても行った。表4は、本調査研究で行った提言を、①「紙の廃止に向けた主たる提言」と②「主たる提言（①の提言）の達成後を見据えたより高度な提言」に整理したものである。本調査研究を読み解くための俯瞰的な資料として、参考にしていただければ幸いである。

【表4 本調査研究の各項目における提言の整理】

（凡例）

■→紙の廃止に向けた主たる提言

○→主たる提言（■の提言）の達成後を見据えたより高度な提言

第2章 レセプトの返戻再請求における紙の廃止について
<p>■返戻分について、（行政の施策に沿ったかたちで）電子レセプトによるオンライン請求を促進させる</p> <p>○再請求時の手間軽減によりオンラインでの返戻再請求のメリットを増やす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査支払機関において、履歴管理情報が必要かどうか整理する（「原本」の考え方を無条件に踏襲しない）</li> <li>・再請求時に、返戻データと紐付けられた検索番号の付加を必須とする</li> </ul> <p>○紙媒体及び電子媒体の廃止により全体の最適化を行う（請求方法のオンライン一本化）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・未だ残る電子媒体による請求については、オンライン移行を強く促す</li> <li>・関係者における諸施策は表2-9参照</li> </ul> <p>○レセプト返戻件数の削減による効率化（そもそもの返戻の件数を減らす）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者における諸施策は表2-12参照</li> </ul>
第3章 1. 地方単独医療費助成事業について
<p>■（市町村等が支払基金とも委託契約を結ぶことを前提とした）併用レセプトによる電子請求の推進</p> <p>○（審査機能の集約化の流れを見据えた提言）更なる併用レセプトの推進</p> <p>○（国保連合会の在り方に関する提言）併用レセプトを活用した審査基準や請求プロセスの統一化</p>
第3章 2. 労働災害・通勤災害について
<p>■療養の給付請求書の電子化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・様式をスキャンしてPDFデータで送信できるようにする</li> <li>・患者がパソコン等で入力して送信できるシステムの構築</li> </ul> <p>■労災レセプトのオンライン請求の更なる普及</p>
第3章 3. 出産育児一時金直接支払制度について
<p>■電子媒体による専用請求書を用いて審査支払機関へ請求する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者における諸施策は表3-21参照</li> </ul> <p>○オンライン請求を可能とする</p> <p>○請求用の電子データ作成・入力ソフトのスマートフォン・タブレット対応</p> <p>○分娩費用の明細書の簡略化・電子化</p>



## 2. レセプトの返戻再請求に係る施策の見直しについて

「オンライン請求の促進に向けた対応について（協力依頼）」（令和3年11月29日保連発1129第8号）が発出された。この通知により「オンライン請求の促進に向けた対応について（協力依頼）」（令和3年8月16日保連発0816第3号）で示されていた医療機関等における返戻再請求のオンライン化等のスケジュールについて、一部見直しが行われることとなった。見直しの内容は以下の通りである。

### ① 審査支払機関からの返戻、医療機関等からの再請求

令和3年10月診療分から行うこととしていた審査支払機関から医療機関等への紙媒体によるレセプトの返戻の廃止について、当面は紙媒体によるレセプトの返戻を継続し、医療機関等の準備ができたところで廃止することとした。

令和4年度中に紙媒体で返戻されたレセプトに係る再請求を除き、オンライン請求医療機関については再請求をオンラインのみとするスケジュールについては変更ないが、その対応の実施時期や方法の判断時期について、令和4年度のなるべく早期に行うこととしていたが、そのような明記がされなくなった。

### ② 保険者からの再審査申出

令和3年10月から大規模保険者の再審査申出はオンラインのみとし、令和4年度中には全ての保険者の再審査申出をオンラインとするとしていたが、保険者の規模にかかわらず令和4年度中に全ての保険者の再審査申出をオンラインにすることとした。また令和4年度中の対応の実施時期や方法の判断時期について、令和4年度のなるべく早期に行うこととしていたが、そのような明記がされなくなった。

以上のようなスケジュール等の修正が行われたことから、それに合わせて本調査研究の内容も修正すべきところではあるが、本稿の提出時期の関係上それがかなわないことから、ここに見直しの概要を記すこととした。なお、スケジュール等の修正があったとしても、本調査研究における論の骨子や提言内容には影響はないが、今後の動向について注視していく必要がある。

なお、医療機関において電子レセプト（オンライン）による返戻再請求を行う際、オンライン請求システムから返戻レセプト（ファイル）をダウンロードして、レセコンに搭載された機能を利用して返戻の内容を確認する（表2-2参照）ことになるが、この「返戻内容の確認機能」については、返戻された紙レセプトの存在を前提としたものがある。したがって、上記の行政の施策の結果として返戻再請求がオンラインによるもののみとなった場合には、当該機能の前提となっていた紙レセプトがなくなることとなり、ベンダによってはレセコンの改修を迫られるケースが出てくると考えられる。JAHISとしては、返

戻再請求のオンライン一本化を恙なく行うためにも、レセコンの改修に対応すべく課題を整理し関係者間で共有していく必要があると考える。

### 3. 謝辞

「紙の廃止」というテーマについては、診療報酬請求に日々深く関わっている我々JAHISが、自分たちの知見を十二分に発揮できると考え設定したものである。本調査研究を進めていくと多岐にわたる課題が浮かび上がり、具体的な提言に漕ぎつけるまで多くの時間と関係者の協力を要することとなった。「紙の廃止」というテーマについては対象範囲が狭いと感じる方がいるかも知れないが、各提言の内容から導き出せるメリットは全ての関係者によい影響を与えるような、診療報酬請求制度の核心を衝いたテーマであったと確信しているところである。

(一財)医療保険業務研究協会に対しては、このようなテーマで調査研究を進めることを受諾していただき、何の制約もなく執筆を進めることができたことについて深く感謝したい。それにより、過去のどの論文にも類似しない出色の調査研究になったと自負している。JAHISとしては、今後も全ての関係者にとってメリットのあるテーマを追求し、調査や研究を通して、診療報酬請求制度の適正化や健全な医療保険制度の維持、さらには関係者全体の働き方改革の推進等について遺憾なく貢献していきたい。

■本調査研究で引用又は参考とした資料の一覧

ページ	内 容	引用・参考資料
10	レセプトの振替・分割サービス	月刊基金（支払基金発行）2021年1月号
11	表2-1電子請求の免除医療機関等以外による紙レセプト提出の現状	（厚生労働省）審査支払機能の在り方に関する検討会（第5回・令和2年12月24日）資料3
14	受付・事務点検ASP	支払基金ホームページ
15	表2-3審査支払機関における事務効率化の課題	（厚生労働省）審査支払機能の在り方に関する検討会（第5回・令和2年12月24日）資料3
23	オンライン請求の促進に向けた対応の方向性（提言及びその効果）	（厚生労働省）審査支払機能の在り方に関する検討会（第6回・令和3年1月22日）資料2
25	表2-10支払基金・国保連合会の返戻状況	支払基金ホームページ／国保連合会ホームページ
34	表3-4連名簿の例：福祉医療費【連記式】明細書（群馬県）	群馬県国民健康保険団体連合会ホームページ
38	表3-5医療費助成事業に係る支払基金の審査支払業務の受託状況	支払基金ホームページ
42	表3-6支払基金が受託している県外受診分	支払基金リーフレット「医療費助成事業の審査支払業務は支払基金におまかせください。」
48	表3-8様式第5号（療養の給付請求書）	厚生労働省ホームページ
49	表3-9様式第16号の3（療養の給付請求書）	厚生労働省ホームページ
50	表3-10労災レセプト（診機様式第3号）	厚生労働省ホームページ
51	表3-11「労災レセプトはオンライン請求が便利です」	厚生労働省・都道府県労働局リーフレット「労災レセプトはオンライン請求が便利です」
52	表3-12アフターケア委託費請求書（実施要領様式第5号の2）	厚生労働省ホームページ
54	表3-13審査点検業務の流れ・事務区分	（総務省）業務フロー・コストの分析・情報開示に関するワーキンググループ（第12回・平成29年2月20日）資料3-1
55	Column2 平成28年における業務フロー・コスト分析	（総務省）業務フロー・コストの分析・情報開示に関するワーキンググループ（第12回・平成29年2月20日）資料3-1
60	表3-14「労災レセプトオンライン化ナビ」トップページ	「労災レセプトオンライン化ナビ」トップページ ( <a href="https://www.rourece.mhlw.go.jp/">https://www.rourece.mhlw.go.jp/</a> )
63	表3-18出産育児一時金等の電子化率の推移	統計資料「出産育児一時金の支払に係る手数料の積算」（支払基金ホームページ掲載）
63	表3-19出産育児一時金等の支払に係る事務費手数料の推移	資料「出産育児一時金等の支払に係る事務費手数料の推移（1件当たり）」（支払基金ホームページ掲載）
67	直接支払制度の実施要項（分娩費用の明細書の簡略化・電子化）	「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱（平成23年1月31日制定）



医療費請求業務システムにおける紙の廃止による請求  
業務効率化に向けた現状と評価およびその考察

---

令和4年5月20日 発行

発 行 者 小 田 善 則

発 行 所 一般財団法人 医療保険業務研究協会

〒105-0003 東京都港区西新橋1-9-1

アコール新橋8階

TEL 03-3503-8698

FAX 03-3506-1959

URL <https://www.amir.or.jp>

※本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じます。

