

2023年2月14日開催

社会保険診療報酬に係る研修会

講 演

「社会保険診療報酬支払基金における
審査の現状と支払基金改革および
展望について」

公益社団法人 神奈川県病院協会

令和4年度 社会保険診療報酬に係る研修会

社会保険診療報酬支払基金における審査の 現状と支払基金改革および展望について

神奈川県社会保険診療報酬請求書審査委員会

審査委員長 戸谷義幸

Change.Challenge.Chance



社会保険診療報酬支払基金 神奈川事務局

Health Insurance Claims Review & Reimbursement Service

令和5年2月14日

支払基金審査委員としての自己紹介

www.ssk.or.jp

- 平成14年6月 社会保険診療報酬支払基金
神奈川県社会保険診療報酬請求書審査委員会
審査委員（腎臓・透析）
- 平成20年6月 内科主任審査委員
- 平成24年6月 全国支部間差異解消のための委員会
神奈川県代表
- 令和 3年6月 神奈川県社会保険診療報酬請求書審査委員会
審査委員長
審査基準統一のための内科ワーキンググループ
基金本部疑義対応検討委員会委員

審査基準統一論者。最終的には、全国、さらに支払基金および
国保連合会の審査基準統一を目指す。

- ① 医療保険制度と支払基金
- ② 審査方法と審査基準
- ③ 査定内容と注意事項
- ④ 社会保険診療報酬支払基金改革と展望

国民皆保険制度

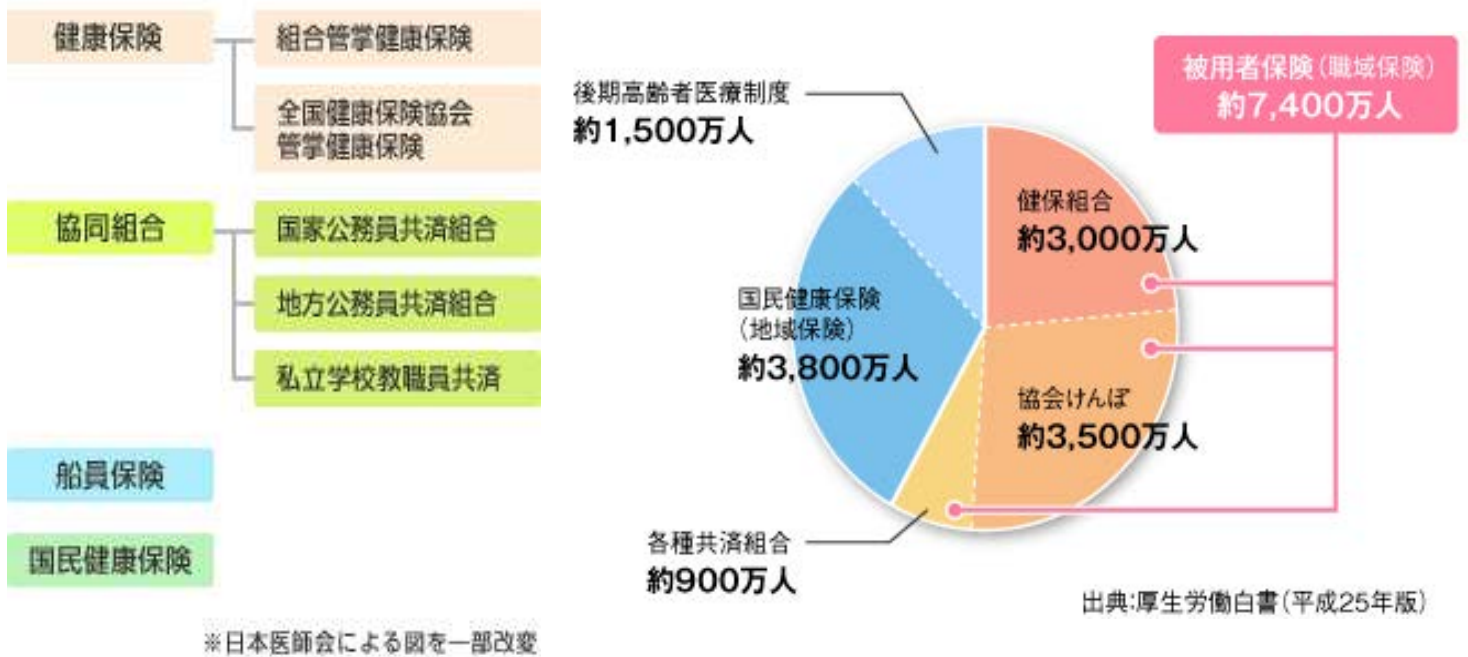
全ての国民を、**なんらかの医療保険に加入させる制度**であり、加入者は保険料を支払い、病気に罹患した場合は必要な医療が受けられるようにする。

我が国が誇る制度であり、世界でも、ドイツ、フランス、オランダなど少数。

医療保険には、

- (1) 被用者保険と言われる、全国健康保険協会管掌健康保険（**協会けんぽ**、おもに中小企業）、組合管掌健康保険（**組合けんぽ**、おもに大企業）、船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、私立学校職員共済組合
- (2) 地域保険と言われる、(1)以外が加入する**国民健康保険**がある。

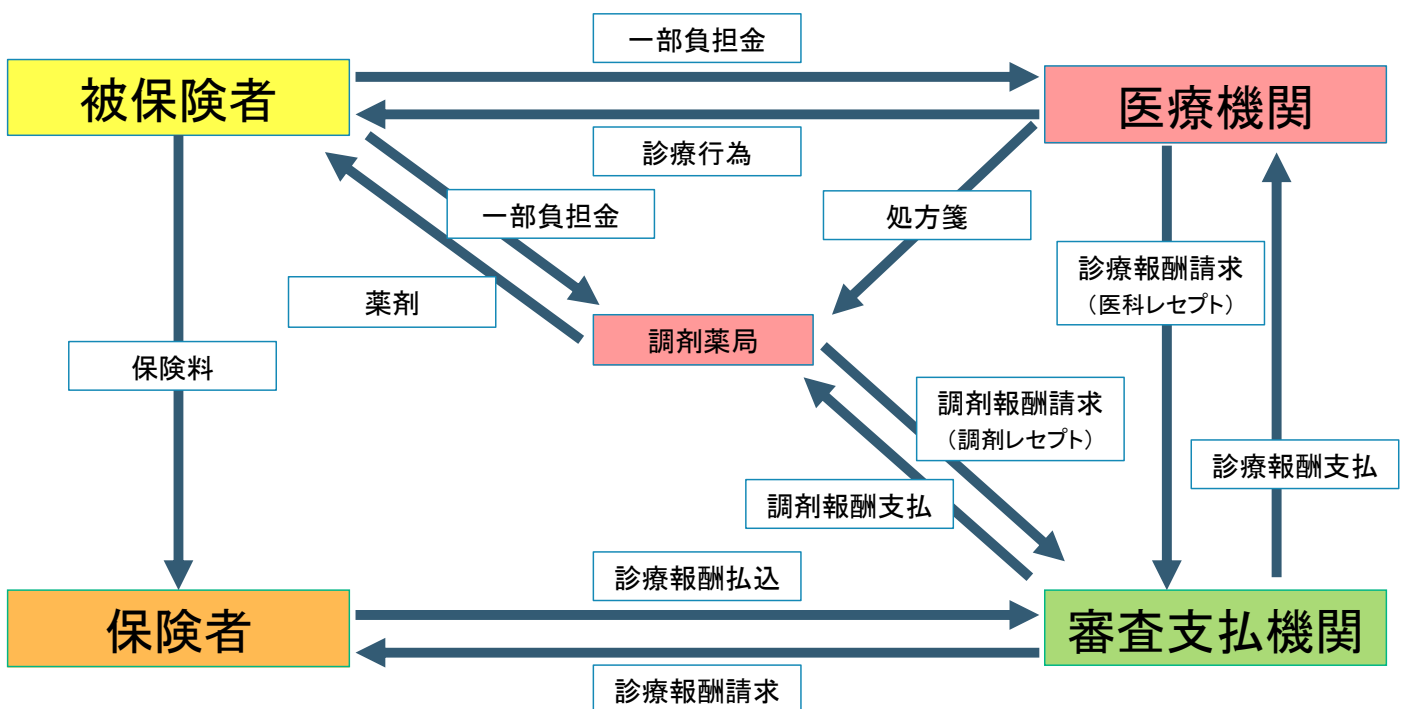
我が国における保険の種類と人数



1 医療保険制度と支払基金

日本における医療保険制度と支払基金の使命

日本における医療保険のしくみ



	支払基金	国保連合会
業務範囲	専門の審査支払機関	審査支払以外に、市町村の委託に基づく保険者業務も実施
組織の構造	全国規模の1法人	都道府県単位の47法人
組織の性格	第三者機関	保険者団体
保険者	健保組合、共済組合、 自衛官など、 市町村（公費）	市町村、国民健康保険組合、 後期高齢者医療制度

特別の法律に基づく民間法人

＊「特別の法律に基づく民間法人」とは
 民間の一定の事務・事業について公共上の見地からこれを
 確実に実施する法人を少なくとも一つ確保することを目的
 として、特別の法律により設立数を限定して設立され、国が
 役員を任命せず、かつ、国又はこれに準ずるものの出資がない
 民間法人のことをいいます。

総務省関係； 日本消防検定協会（消防法）
 農林水産省関係； 農林中央金庫（農林中央金庫法）
 経済産業省関係； 日本商工会議所（商工会議所法）

厚生労働省関係； **社会保険診療報酬支払基金**
（社会保険診療報酬支払基金法）

① 専門の審査支払機関

支払基金は、主として被用者保険における診療報酬の「**審査**」と「**支払**」を実施する専門の審査支払機関です。**ピアレビュー**（同業の専門家による審査）を行います。支払基金法改正に伴い、**医療情報データ分析とデータヘルス改革推進**も行います。

② 全国規模の1法人

支払基金は、全国規模で事業を運営する法人です。**本部**での一元的な**コンピュータシステムの開発と運用**、**審査の不合理な支部間差異の解消**に取り組んでいます。

③ 独立の第三者機関

支払基金は、保険者と医療機関の双方から**独立した第三者機関**として、公正に事業を運営しています。

④ 支払基金の使命

診療報酬の「**適正な審査**」と「**迅速な支払**」を通じ**医療保険制度の公平性と信頼性**を担保します。

支払基金審査委員会組織（神奈川県）

山下町マリタワーの後ろ、10階建てのビル

審査委員会構成

医科 183人 歯科 45人 調剤3人 （総勢231人）

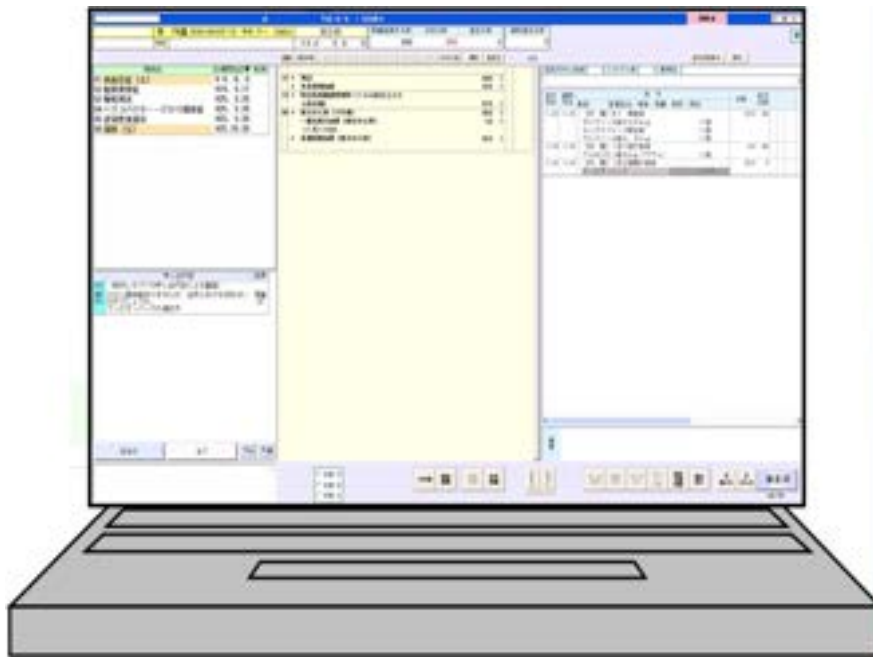
保険医代表（診療担当者） 77人

保険者代表 77人

公益代表（学識経験者） 77人 の三者構成

支払基金法の一部改正により保険医代表と保険者代表のみ同数とすることに変更された

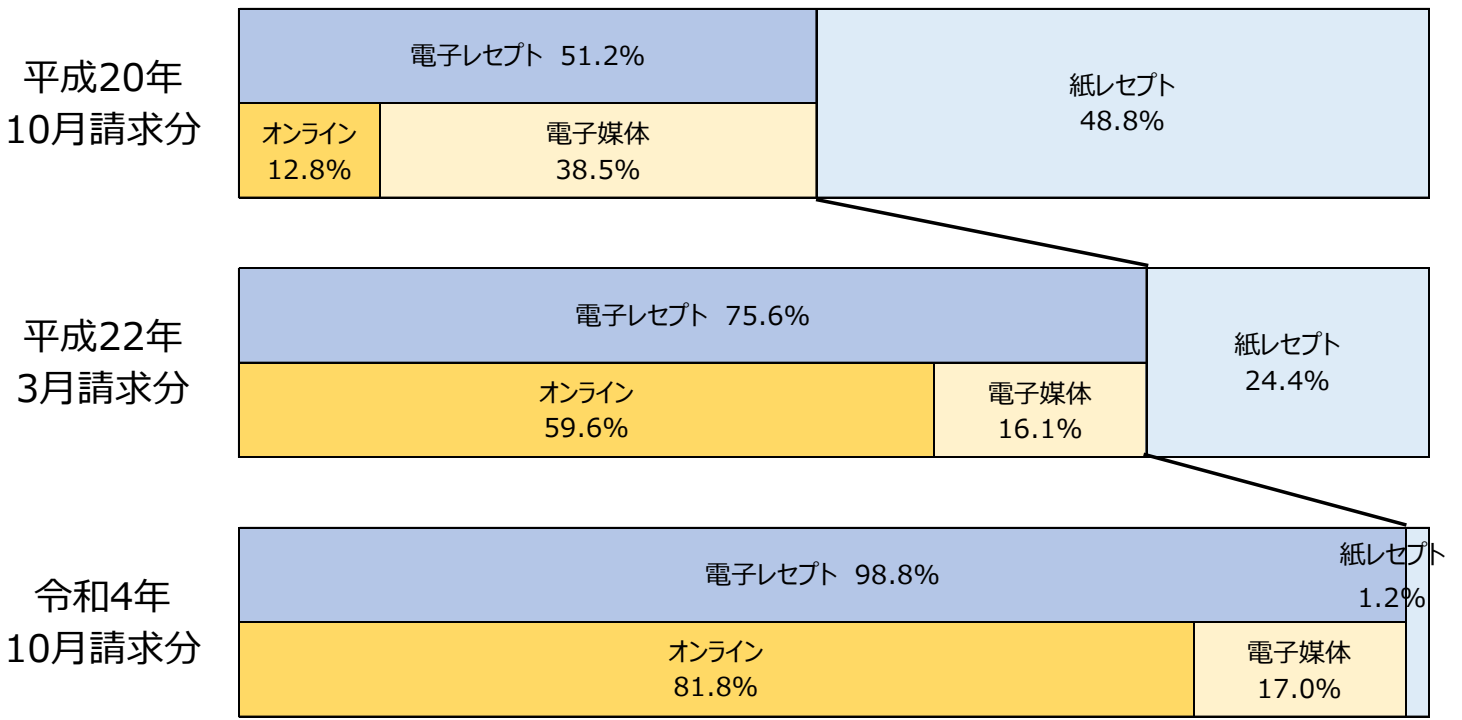
審査画面



本日の公演の内容

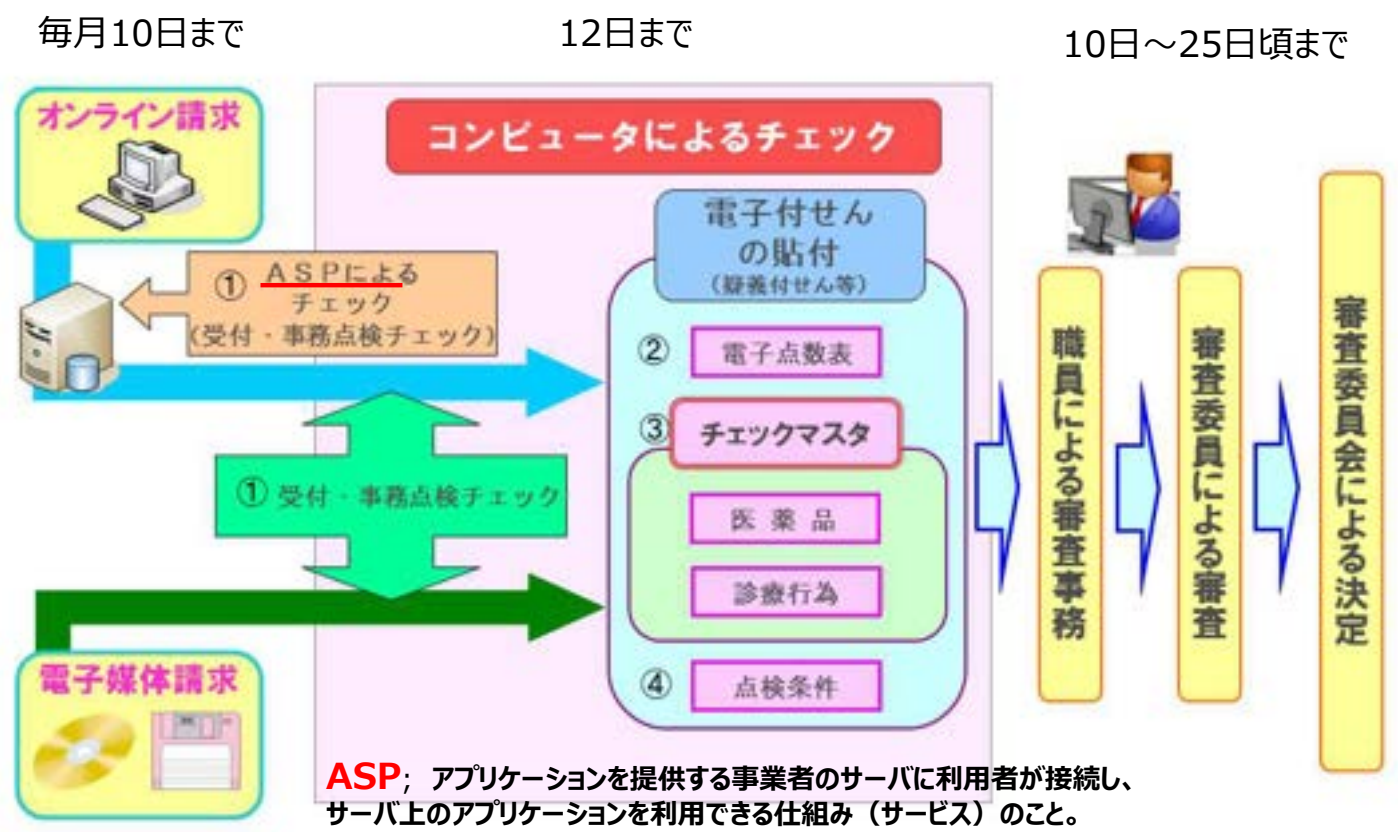
- ① 医療保険制度と支払基金
- ② **審査方法と審査基準**
- ③ 査定内容と注意事項
- ④ 社会保険診療報酬支払基金改革と展望

● 平成9年10月から、電子レセプトによる請求が始まりました。



最終的に紙レセプトは廃止する

電子審査レセプトによる審査の流れ



① 受付・事務点検チェック（オンライン請求の場合のASP）

コンピュータによる受付・事務点検チェックにより、「患者名がもれていないか」、「存在しないコードが記録されていないか」などを点検しています。

なお、オンライン請求では、医療機関が審査支払機関のASPを利用することにより、事前に記載事項等の不備（患者名もれ、存在しないコードの記録等）を確認でき、**当月に修正が可能**となります。

※ ASP（アプリケーション・サービス・プロバイダ）とは、一般的にアプリケーションを提供する事業者のサーバに利用者が接続し、サーバ上のアプリケーションを利用できる仕組み（サービス）のこと。

② 電子点数表を活用したコンピュータチェック

電子点数表を用いて、**他の診療行為に包括される診療行為**や**他の診療行為と併算定ができない診療行為**などをチェックしています。

③ チェックマスタを活用したコンピュータチェック

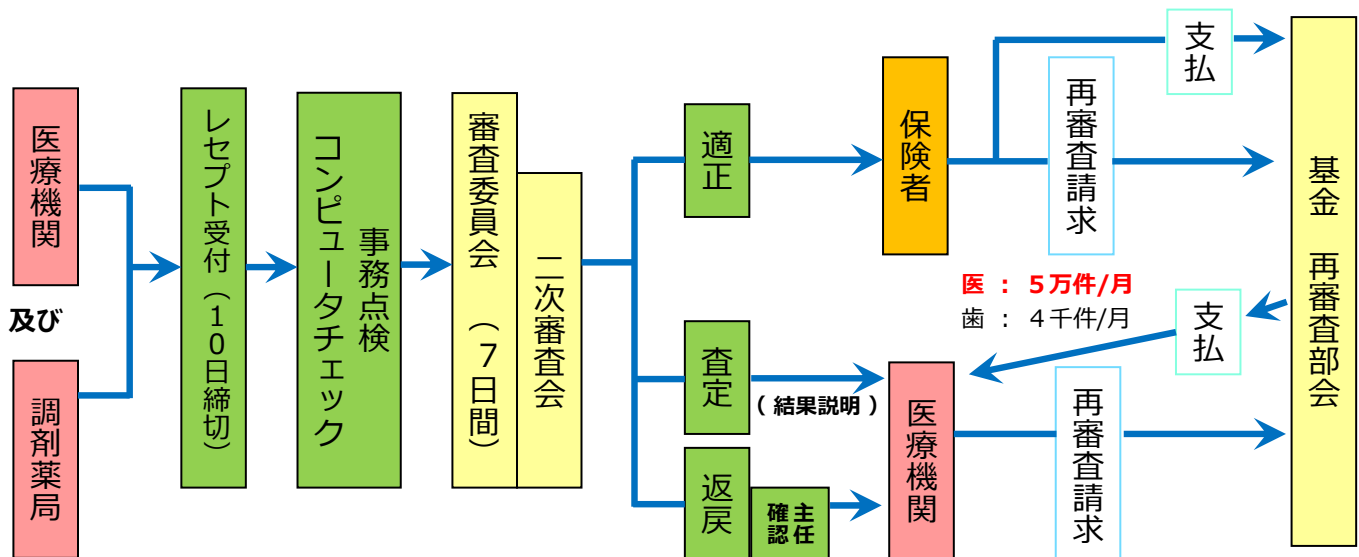
チェックマスタ（診療報酬請求上の算定可否に関する基準を定義したデータベース）を用いて、**傷病名と医薬品や診療行為の適応**に関する適否、**医薬品の用量**に関する適否などをチェックしています。

④ 点検条件の設定によるコンピュータチェック

本部及び支部において、チェックマスタ等に設定されていない医薬品や診療行為等の**診療報酬の算定に関する適否の基準を、点検条件に設定**（コンピュータチェックシステムに対象条件を登録する）し、①～③のコンピュータチェックでは対応できていない組合せ項目などをチェックしています。

電子レセプトの審査の流れ（原審査）

A] 原審査（一次審査）



医：710万枚/月

歯：92万枚/月

調：260万枚/月

医：約千件/月

歯：約10件/月

審査返戻について（基審発第7号平成18年4月抜粋）

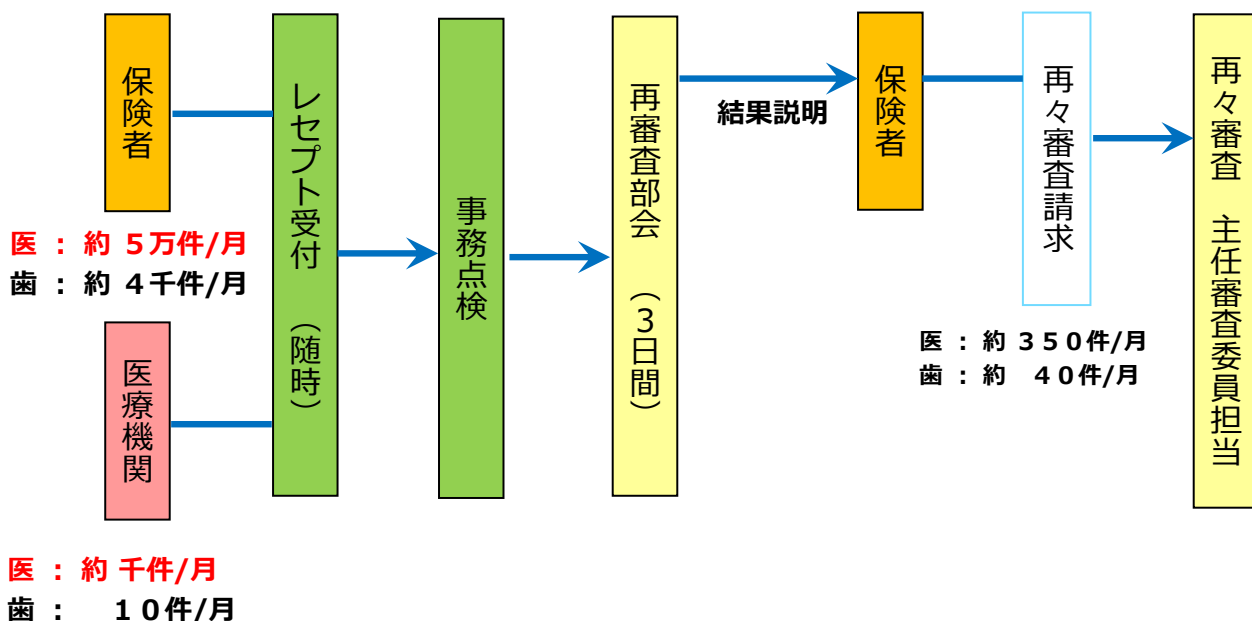
審査上特に疑義が生じた場合、当該医療機関に照会、返戻する等は差支えない

- ・ 審査決定が困難で、保険医療機関に症状詳記を求める必要があると思われる事例
- ・ 明らかに傷病名の記載漏れ事例
 （診療行為の大部分を査定することになる事例に限る。単なる傷病名漏れに対する返戻はせず査定する） ⇒ **傷病名漏れで返戻しても復活しない**
- ・ 包括点数を算定している事例での査定で、出来高部分の算定が発生する事例
- ・ D P Cレセプトにおいて、診断群分類番号が変更となる事例

指導的返戻は行わない⇒文書連絡、面接懇談で対応
再審査事例では返戻はしない（疑義照会扱いとする）

電子レセプトの審査の流れ（再審査）

B] 再審査





- 1) 医科点数表、療養担当規則
- 2) 医薬品、医療材料の
 効能・効果 及び 用法・用量の規則
 (医薬品添付文書、保険医療材料算定の解釈)
- 3) 協議、取り決め事項
- 4) 関係通知、通達、告示
- 5) 医学的妥当性

※ 算定ルールは医学的妥当性に優先する



慢性腎臓病での微量アルブミン定量

糖尿病または早期糖尿病性腎症のみ保険適用

(3か月に一回)。

腎硬化症(高血圧性腎障害)は不可。

腎不全に対する透析手技料

(1か月に14回まで)。

重篤な状態では、しばしば、連日の透析を必要とすることがあるが、保険上認められない

医学的必要性と保険とは必ずしも一致しない。

費用対効果などから決定されるものも多い。

・単月点検とは（以前から行われていた方法）

医療機関から提出される診療報酬明細書（医科レセプト）を単体で審査を行うこと。

・突合点検とは

診療報酬明細書（医科レセプト）と調剤報酬明細書（調剤レセプト）を照らし合わせ審査を行うこと。

・縦覧点検とは

過去の診療内容（レセプト）を継月的に比較参照し審査を行うこと。

・入外点検とは

同一月の入院レセプトと外来レセプトを対比しながら審査を行うこと。

・算定日情報を基にした審査とは

総ての医療行為を実施日に照らし審査を行うこと。

コンピュータチェック画面（突合点検）

高血圧症病名がない降圧薬には自動的にチェックがかかります。

項目	単位数	回数	名称	集計	当月	H28年7月	H28年6月	H28年5月	H28年4月	H28年3月	H28年2月	以前
					参考レセプト							
				当月	H28年7月	H28年6月	H28年5月	H28年4月	H28年3月	H28年2月		
60	40X	1	検体検査管理加算 (1)									
	125X	1	血液学的検査判断料									
	144X	1	生化学的検査 (1) 判断料									
	144X	1	免疫学的検査判断料									
			赤血球沈降速度 (ESR)									
			末梢血液一般検査									
	49X	1	HbA1c	5	1	1	1	1				
	18X	1	PT	2	1	1						
	141X	1	Dダイマー	5	1	1	1	1				
	16X	1	CRP	5	1	1	1	1				
	115X	1	血液化学検査 (10項目以上) グルコース BUN クレアチニン U A ナトリウム及びクロール カリウム Alb AST ALT LD TG LDL-コレステロール HDL-コレ ステロール CK γ-GT	3	1	1	1					
	50X	1	末梢血液像 (自動機械法)	5	1	1	1	1				
	25X	1	外来迅速検体検査加算	5	1	1	1	1				
			B-V	5	1	1	1	1				
				参考レセプト								
				当月	H28年7月	H28年6月	H28年5月	H28年4月	H28年3月	H28年2月		
				入院外 調剤	入院外 調剤	入院外 *調剤	入院外 調剤	入院外 調剤	入院外(返) 調剤			

項目	単位数	回数	名称	集計	当月	H28年7月	H28年6月	H28年5月	H28年4月	H28年3月	H28年2月	以前
					参考レセプト							
				当月	H28年7月	H28年6月	H28年5月	H28年4月	H28年3月	H28年2月		
60	40X	1	検体検査管理加算 (1)									
	125X	1	血液学的検査判断料									
	144X	1	生化学的検査 (1) 判断料									
	144X	1	免疫学的検査判断料									
			赤血球沈降速度 (ESR)									
			末梢血液一般検査									
	49X	1	HbA1c	5	1	1	1	1				
	18X	1	PT	2	1	1						
	141X	1	Dダイマー	5	1	1	1	1				
	16X	1	CRP	5	1	1	1	1				
	115X	1	血液化学検査 (10項目以上) グルコース BUN クレアチニン U A ナトリウム及びクロール カリウム Alb AST ALT LD TG LDL-コレステロール HDL-コレ ステロール CK γ-GT	3	1	1	1					
	50X	1	末梢血液像 (自動機械法)	5	1	1	1	1				
	25X	1	外来迅速検体検査加算	5	1	1	1	1				
			B-V	5	1	1	1	1				
				参考レセプト								
				当月	H28年7月	H28年6月	H28年5月	H28年4月	H28年3月	H28年2月		
				入院外 調剤	入院外 調剤	入院外 *調剤	入院外 調剤	入院外 調剤	入院外(返) 調剤			



男 67歳 昭和23年11月07日		実日数		6件		月							
傷病名		診療開始日		請求		当月	H28年7月	H28年6月	H28年5月	H28年4月	H28年3月	H28年2月	以前
01	右加齢黄斑変性 (主)	H28. 5. 27	2	1	LD	2	1	1					
02	両白内障	H28. 5. 27	2	1	TP	2	1	1					
03	近視性乱視	H28. 5. 27	2	1	γ-GT	2	1	1					
04	十二指腸粘膜下腫瘍 (主)	H28. 8. 12	2	1	カリウム	2	1	1					
05	肝癌の疑い	H28. 8. 12	2	1	グルコース	2	1	1					
検査項目				検査項目		検査項目							
内視鏡検査				内視鏡検査		内視鏡検査							
12 外来診療料				73X 1		12 外来診療料							
60 検体検査管理加算 (1)				48X 1		60 検体検査管理加算 (1)							
血液学的検査判断料				125X 1		血液学的検査判断料							
生化学的検査 (1) 判断料				144X 1		生化学的検査 (1) 判断料							
免疫学的検査判断料				144X 1		免疫学的検査判断料							
血液化学検査 (10項目以上)				144X 1		血液化学検査 (10項目以上)							
グルコース BUN クレアチニン ナトリウム及びクロール カリウム TP Alb AST ALT LD ALP γ-GT BIL/胆 BIL/膽 A				119X 1		グルコース BUN クレアチニン ナトリウム及びクロール カリウム TP Alb AST ALT LD ALP γ-GT BIL/胆 BIL/膽 A							
梅毒トレポネーマ抗体定性				32X 1		梅毒トレポネーマ抗体定性							
HCV抗体定性・定量				114X 1		HCV抗体定性・定量							
HBs抗原				88X 1		HBs抗原							
精査眼底 (片)				59X 1		精査眼底 (片)							
眼底 (1以外)				69X 1		眼底 (1以外)							
精査眼底				82X 1		精査眼底							
スリットM (前眼部)				48X 1		スリットM (前眼部)							
眼底三次元画像解析				208X 1		眼底三次元画像解析							
B-V				25X 1		B-V							
画像診断管理加算2 (コンピューター断層診断)				188X 1		画像診断管理加算2 (コンピューター断層診断)							
CT撮影 (64列以上マルチスライス型装置) (その他)				1,628X 1		CT撮影 (64列以上マルチスライス型装置) (その他)							
造影剤使用加算 (CT)				1,628X 1		造影剤使用加算 (CT)							
電子画像管理加算 (コンピューター断層診断料)				1,628X 1		電子画像管理加算 (コンピューター断層診断料)							
オムニパーク300注シリンジ100ml L 64. 71% (腹部)				878X 1		オムニパーク300注シリンジ100ml L 64. 71% (腹部)							
コンピューター断層診断				458X 1		コンピューター断層診断							

算定日情報を参考にした審査

内 平成27年7月診療分		実日数		請求点数	決定点数	査定点数	調剤査定点数
男 25歳 平成02年03月08日 単独 本邦	2	2	2,957	2,957	0	0	
傷病名	診療開始日	診療日					
01 慢性胃炎 (主)	H27. 7. 22	11 初診					
02 逆流性食道炎	H27. 7. 22	12 再診					
03 ヘリコバクター・ピロリ胃炎の疑い	H27. 7. 22	60 末梢血液一般 末梢血液像 (自動機法)					
04 胃潰瘍	H27. 7. 22	60 STS定性 梅毒トレポネーマ抗体定性					
		ヘリコバクター・ピロリ抗体					
		細菌培養判定 (消化管)					
		HBs抗原 HCV抗体定性・定量					
		OEF-胃・十二指腸					
		キシロカインゼリー2% 5mL					
		キシロカインビスカス2% 5mL					
		プリピナ錠0. 05% 3mL					
		プスコバン注20mg 2% 1mL 1管					
		内視鏡下生検法 1臓器 310X 1					
		B-V 28X 1					
		血液学的検査判断料 125X 1					
		免疫学的検査判断料 144X 1					
		微生物学的検査判断料 150X 1					
		処方せん料 (その他) 68X 2					
		特定医薬品管理加算 (処方せん料) 18X 2					

診療行為日の不一致；内視鏡検査で胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎が確定診断された患者が保険適応であり、実施前でのヘリコバクター・ピロリ抗体の算定は不可

項目	支払基金
A	療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応とならないもの (病名抜けを含む)
B	療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上過剰・重複となるもの
C	療養担当規則等に照らし、A・B以外で医学的に保険診療上適当とでないもの(禁忌を含む) わかりにくく結果説明が必要(神奈川で100%)
D	公示・通知等の算定要件に合致していないと認められるもの

- ① 医療保険制度と支払基金
- ② 審査方法と審査基準
- ③ **査定内容と注意事項**
- ④ 社会保険診療報酬支払基金改革と展望

病名は必要である

医師が医学的に必要であるから処方したわけであり、病名を細かくつけなくても良いのでは？

レセプトは**請求書**であり、病名抜けは要件を満たさない。
(既に裁判事例がある)

Drugs in Japanや医薬品説明書に記載されている適応病名が望ましい。明らかなものは可（高コレステロール血症 ⇒ 脂質異常症や高脂血症でも認める）

DPCでは傷病名記載欄が4つしかないため、**全て埋めておく**と**他の傷病名は必要なし（査定されない）**。

ロキソニン60mg錠

【効能・効果、用法・用量】

- ① 下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛
関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群、歯痛
- ② 手術後、外傷後並びに抜歯後の鎮痛・消炎
効能・効果①・②の場合 成人にロキソプロフェンナトリウム 1回60mg、1日3回経口投与する。頓用の場合は、1回60～120mgを経口投与する。
- ③ 下記疾患の解熱・鎮痛
急性上気道炎（急性気管支炎を伴う急性上気道炎を含む）
効能・効果③の場合 通常、成人にロキソプロフェンナトリウム1回60mgを頓用する。1日2回までとし、1日最大180mgを限度とする。

頭痛はどうか？ 審査情報提供事例に原則として「片頭痛」「緊張型頭痛」に適応とあるが、医学的に効果があり、一般的に広く認められているため可。

ロキソニン60mg錠 (Drugs in Japan)

【禁忌】(次の患者には投与しないこと) **禁忌は全部認められない?**

1. **消化性潰瘍**のある患者 [プロスタグランジン生合成抑制により、胃の血流量が減少し消化性潰瘍が悪化することがある。]
2. **重篤な血液の異常**のある患者 [血小板機能障害を起こし、悪化するおそれがある。]
3. **重篤な肝障害**のある患者 [副作用として肝障害が報告されており、悪化するおそれがある。]
4. **重篤な腎障害**のある患者 [急性腎不全、ネフローゼ症候群等の副作用を発現することがある。]
5. **重篤な心機能不全**のある患者 [腎のプロスタグランジン生合成抑制により浮腫、循環体液量の増加が起こり、心臓の仕事量が増加するため症状を悪化させるおそれがある。]
6. **本剤の成分に過敏症の既往歴**のある患者 アスピリン喘息 (非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発) 又はその既往歴のある患者 [アスピリン喘息発作を誘発することがある。]
7. **妊娠末期の婦人** (「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照)

禁忌に対する考え方

有用性が危険性を上まわっており、注意して使っていれば問題ない場合も多い。以前よりは認める方向。

- ① 医学的には禁忌といえない
透析患者に対するロキソニン 既に腎機能は廃絶
- ② 相対的禁忌 (理由があれば認められる)
慢性腎不全に対するロキソニン 短期的であれば可
- ③ 禁忌
急性腎障害に対するロキソニン 乏尿を助長する
特に死亡例が報告されているものは認めがたい

縦覧点検審査で査定される代表的項目

1) 疑い病名での連月または隔月検査

HbA1c、腫瘍マーカー、肝炎ウイルス、BNP
フェリチン、Dダイマー、甲状腺機能

(3か月に1回は可)

2) 術前・検査前感染症チェック、血液型

(3か月に1回は可、 血型は1回のみ)

3) 初診料 (転記欄に治癒の記載がない場合)

慢性・継続疾患 : アレルギー性鼻炎、喘息

急性疾患の再発 : 上気道炎、胃腸炎

(薬が切れてから1か月で可) 例えば高血圧は薬がきれない

レセプト提出時、特に注意を要する事項

検査 (適応傷病名なし)

・ CRP

(高血圧、高脂血症、糖尿病、ポリープ、
慢性胃炎、過敏性腸症候群などで査定)

・ 尿沈渣 ・ 胸腹部超音波 ・ PTH ・ TSH

・ Zn ・ レチクロ ・ ヒアルロン酸 ・ KL-6

・ 角膜曲率 ・ 屈折検査

・ エリスロポエチン (腎性貧血疑い+腎不全 診断時のみ)

検査 HBs抗体 (HBs抗原と異なり、B型肝炎疑いや、
入院、検査時は認めていない。)

レセプト提出時、特に注意を要する事項

検査

- ・ TSHレセプター抗体
(甲状腺機能亢進症が確定時)
- ・ アルブミン定量 (糖尿病が確定時)
腎不全、糸球体腎炎、ネフローゼなどがあると不適當
- ・ CH50とC3,C4の併施
疑い病名では不可
- ・ 抗SS-B抗体
シェーグレン症候群疑いでは抗SS-A抗体のみ
⇒ **両者を認める (支払基金統一基準)**
- ・ プロカルシトニン (PCT)
敗血症の診断時1回のみ

レセプト提出時、特に注意を要する事項

薬剤

- ・ アーチスト、カルベジロール
(用量により適応が異なる。低用量投与時傷病名に注意
心不全病名の必要性)
- ・ リリカ
(神経障害性疼痛をきたす基礎疾患が必要)
- ・ サムスカ
(腎不全は適応なし 初回導入は入院で)
- ・ クレナフィン
(爪白癬の病名 白癬菌の検鏡が必要)
- ・ レボカルニチン
(カルニチン欠乏症をきたす基礎疾患が必要)

レセプト提出時、特に注意を要する事項

- ・ **アコファイド**
（機能性ディスぺプシアに適応 胃の器質的疾患ある場合は不適 胃潰瘍、胃がん）
- ・ **経口HIF-PH阻害薬**
（腎性貧血+慢性腎臓病 60日処方が限度）
- ・ **ヒルドイド軟膏**
（単なる湿疹は不适当）
- ・ **糖尿病改善薬**
（同効薬併用は不適 特にDPP4阻害薬とGLP1受容体作動薬 グリニドとSU剤など）
- ・ **降圧薬**
（ARB2種類は不适当 Ca拮抗薬は可能性あり）

屯用薬の回数制限

屯用薬は、一日2回程度を限度として臨時的に投薬するものをいい、一日の中で時間的、量的に一定の方針のある場合は内服薬とされている。そのため屯用薬投与には一定の限度がある。

回数制限内容にはローカルルールがあるが、神奈川県では疼痛（腰痛、関節痛、腹痛）、発熱、めまい、不眠、便秘（下痢）、掻痒、術後疼痛などは一回の処方が**14回分**まで。

頭痛は**20回**まで。

狭心症発作、偏頭痛、耳鳴り、アレルギー性鼻炎は**30回**まで。

血液製剤に関する注意点

2022年10月から診療報酬明細書摘要欄への記載が必要

1 赤血球液

投与直前のHgb値と測定年月日を記載
急性出血でもHgb9.0以上は査定

2 血小板

投与直前の血小板値と測定年月日を記載
出血していても、5万以上は査定
1回10単位増減（20単位まで）
通常月100単位まで（血液疾患では月200単位まで）

3 新鮮凍結血漿

投与直前のPT、フィブリノーゲン値を記載
通常800m l /日まで（血漿交換療法ではこの限りでない）。

症状詳記、コメントの書き方①

医科点数表の解釈に明記されている事項は、認められることは無く、
詳記を書くこと自体が無駄。

例；重篤であり、連日人工腎臓を施行⇒14回/月まで
エリスリポチン測定⇒診断時のみで、経過観察は不可

検査回数や手術材料が多い場合、高額な特殊材料を使用している
場合などに効力を発揮することがある。

例；内シャントP T Aでのバルーンは規格が異なれば2個まで⇒コメントにより3個

禁忌薬使用の場合、必要性が危険性を上回る事、注意して短期間
使用している事などで、認められることが多い。

死亡例が出ている禁忌薬は困難。

頻度が高いという理由でのスクリーニング検査は不可

例；透析患者は腎臓癌が多いため、CTを施行は不可

症状詳記、コメントの書き方②

医薬品の適用外使用は困難。学会などで広く認められている場合は認められる事がある。一方症例報告レベルは認められない。また、分子標的薬や抗がん剤など高額な新薬は困難。例；I g A腎症に対するメチルプレドニゾロンは可。免疫抑制薬も予後不良群でコメントが有れば可。分子標的薬は不可。膠原病に対するステロイドや免疫抑制薬もコメントが有れば認められやすい。

抗生剤などの長期投与や多剤投与は、コメントによって認められること有り。無い場合は認められても14日まで、2剤まで。

血漿交換などの高額医療は、医科点数表に適用が細かく記載されており、保険適用外は、いくら症例報告を記載しても困難。

医薬品の用量に関しては、適宜増減と記載されていれば2倍まで認められることが多い。最高容量が決められている場合は不可。

薬剤予防投与は保険適応薬（バクタなど）以外は困難。疑い病名も基本的には不可。ただし、手術時や重篤な疑い病名（特に敗血症）は、数日の抗生剤投与が許される。

基幹病院で多い個別事例

疑い病名での連月または隔月検査（B査定）

H b A 1 c	389件以上	4か月で
Dダイマー	226件以上	
甲状腺機能	130件以上	
フェリチン	102件以上	
B N P	84件以上	

糖尿病疑い、静脈血栓症疑い、甲状腺機能低下症や亢進症疑い、鉄欠乏性貧血疑い、心不全疑いなどで3か月に1回へ査定。

毎月や隔月で受診の場合、安易に検査指示をペーストしない。

確定病名では、月1回可能。確定病名でも矛盾がない場合は疑いを外す。すべてを確定病名にすることは不可。返戻が来る。

疑い病名でも、連月または隔月検査が必要な場合
(疑い病名があることが前提)

HbA1c 高容量ステロイドなど、耐糖能異常きたす薬剤投与中では、耐糖能異常を病名とし、コメントを入れる。

Dダイマー ネスローゼ症候群や肥満など、静脈血栓症を起こしやすい場合は、血液凝固能亢進などコメントをいれる。

甲状腺機能 アミオダロンなど薬剤の副作用のため測定したい場合は、コメントをいれる。

フェリチン 腎性貧血に対して治療中は、鉄取り込みによる相対的鉄欠乏をおこすため、病名またはコメントをいれる。

BNP 透析患者や薬剤による副作用が心配な場合は、危険性の高さやおこしやすさのコメントをいれる。

腫瘍マーカーや感染症検査 疑いの場合コメントがあっても難しい

- ① 医療保険制度と支払基金
- ② 審査方法と審査基準
- ③ 査定内容と注意事項
- ④ 社会保険診療報酬支払基金改革と展望

医療費は、高齢化や医療の高度化等の影響で増加を続けている。
人口減少社会が到来し、若い世代の減少や、地域の在り方の変容が起きる。

日本の**国民皆保険制度**は存亡の危機に直面



国は、ICTをフル活用し、医療の質の向上などを通じて、将来にわたり持続可能な、**次世代型の保健医療システムの構築**を目指している。

平成29年7月

支払基金業務効率化・高度化計画

厚生労働省 **社会保険診療報酬支払基金**

令和元年5月、令和3年6月

社会保険診療報酬支払基金法改正

44

支払基金業務効率化・高度計画

- ① 支部審査事務の集約（法律改正）
支部廃止 全国6ブロックに集約 審査委員会と事務局は各県に存続
- ② 審査基準の統一化
ブロック内統一化、全国統一化を推進
- ③ コンピュータチェックの拡充
レセプトの90%審査完結 目視審査が必要な**レセプト振り分けにAI導入**
審査事務の高度化・効率化
- ④ 審査ルールの公開
一般的取扱い（支払基金統一基準）の公表と増加
- ⑤ レセプト様式の見直し
全て電算化し、紙レセプトは原則、廃止
- ⑥ 審査結果理由の明確化（100%）
- ⑦ レセプトビッグデータの解析・活用
国保・社保・介護データを集積し、支払基金が行う（**データヘルス推進**）
- ⑧ 在宅審査を開始

45

① 審査事務の6ブロックへの集約

審査委員会は47都道府県におくが、審査事務は**全国6ブロック**へ集約
東北・北海道 関東・甲信越 中部 近畿 中国・四国 九州・沖縄
(2022年10月より開始)

令和元年5月に成立した支払基金法の改正により、審査結果の不合理的な差異の要因となり得る状況であった支部完結型での業務実施から、本部が中心となった全国統一的な業務を実施するための体制を構築する。

各都道府県の支払基金審査委員会における差異は、ブロック内審査事務統一により、鮮明に浮き彫りになる

② 審査基準の統一化

ブロック内は統一基準を作成する
(診療科別ワーキンググループ 内科、外科、その他の診療科、歯科)
80%以上の賛同が得られる場合、少数意見は考え直していただく。

同時に可能な場合は、基金の全国統一見解も作成し、一部は審査の**一般的な取り扱い**として公表する。

(本部検討委員会 本部疑義対応委員会)

国保との統一は遅れているが、コンピューターチェックを統一化、それぞれの全国統一見解に関しては共有し、**支払基金と国保の統一見解を増やしていく方針**。

③ コンピューターチェックの拡充

目視審査が必要なレセプト振り分けにAIを導入

(統一基準が完全でない場合、審査そのものにAI導入は困難)

審査事務の高度化・効率化を目指す。

レセプトの 90%審査完結が目標

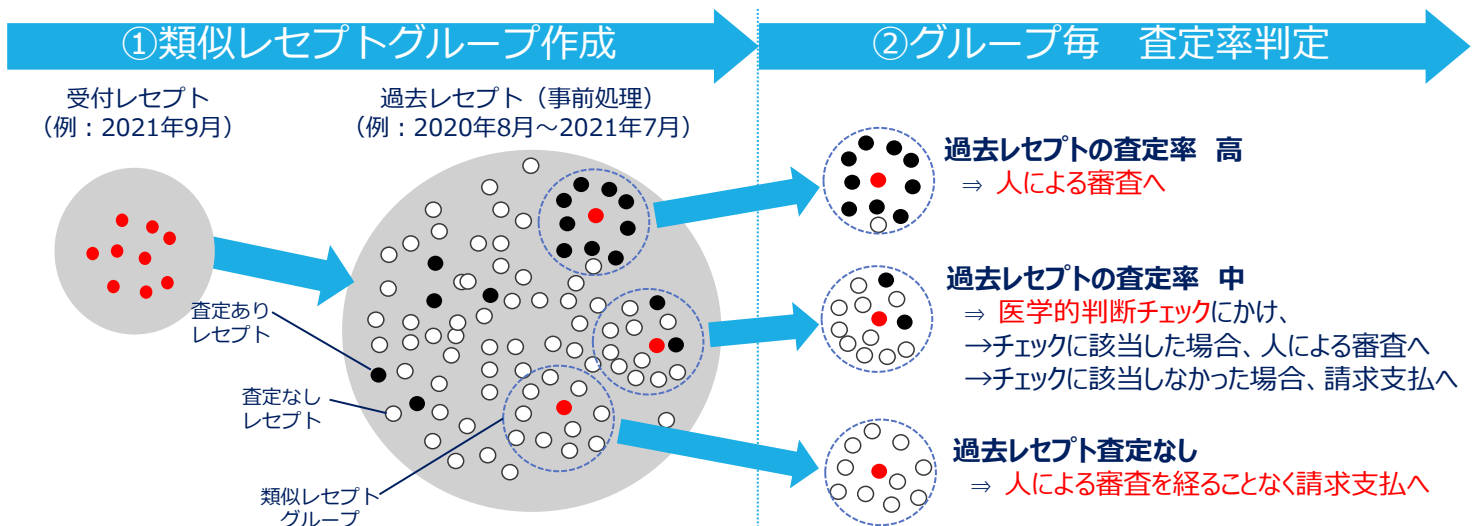
(稼働時8割、1年後8.5割、2年後9割を目指す)

具体的には、審査委員や職員が直接見なければならないレセプトなのかどうかを仕分けし、医学的判断や専門的な判断が必要なレセプトに人的資源を投入すること。

審査に対するAIの導入

(参考) AIによるレセプト振分機能

minhashによる判定の仕組み (レセプト類型化、査定率判定の方法)



類似レセプトグループ作成

受付レセプトを1件ずつ過去レセプトのグループと突き合わせ、受付レセプトの内容(傷病名、診療行為、医薬品など)と同一の過去レセプトのグループを決定

査定率判定

グループ毎に、過去レセプトにおける審査結果を基に査定率を算出し、その率に応じ、過去レセプトにおける査定率が高いもの、中程度のもの、過去に査定がなかったものに分類



④ 審査ルールの公開

審査の公平・公正性に対する関係方面からの信頼を確保するため、平成31年4月に支払基金本部に設置した「審査の一般的な取扱いに関する検討委員会」及び「疑義対応検討委員会」において検討を重ね、「**支払基金における審査の一般的な取扱い**」が公開された

(**基金ホームページ**)。

支払基金全国統一基準の中から徐々に公開 (**増加していく**)。

療養担当規則等に照らし、当該診療行為の必要性などに係る医学的判断に基づいた審査が行われることを前提としているため、すべての個別診療内容に係る審査において、画一的あるいは一律的に適用されるものではない。

特殊な事例に関しては否定しない (コメントが必要)。

診療報酬支払基金における一般的な取扱いとして公表された

単なる浣腸又は坐薬挿入時のキシロカインゼリーの使用について原則として認めない。

切創に対する皮膚欠損用創傷被覆材の算定について原則として認めない。

アレルギー性鼻炎の疑いに対する 非特異的IgE半定量及び非特異的IgE定量の算定について原則として認められる。

手術前においてスクリーニングを目的として実施したDダイマーの算定について

血栓症の発症リスクの高い症例を除き、原則として認められない。

糖尿病に対するグリニド薬とSU剤(スルホニル尿素系製剤)の併用
投与について

原則として認められない。

播種性血管内凝固症候群(DIC)の患者に対する脂肪乳剤のイントラ
リポス輸液の投与について

原則として認められない。

膀胱洗浄時のアミカシン硫酸塩注射液又はゲンタマイシン硫酸塩
注射液の局所使用について

原則として認められない。

狭心症(確定後)の傷病名のみに対するD215 の 3 心臓超音波
イ 経胸壁心エコー法の算定

原則として認められる。

H2ブロッカーとプロトンポンプインヒビターの併用
認められない。

鼻処置と副鼻腔洗浄又は吸引の併算定
原則として認められない。

アルツハイマー型認知症の病名と脳血管障害(脳梗塞後遺症、多
発性脳梗塞等)の病名とが併存している場合におけるアリセプト内
服薬の投与

原則として認める。

潰瘍性大腸炎に対するペンタサ錠とペンタサ注腸の併用
原則として認める。

糖尿病確定診断後の患者に対する連月のインスリン(IRI)
原則として認めない。

全国レセプトデータ解析事業

国民皆保険制度を採る我が国において、**支払基金や国保のビックデータ解析は国策である。**

日本医療研究開発機構

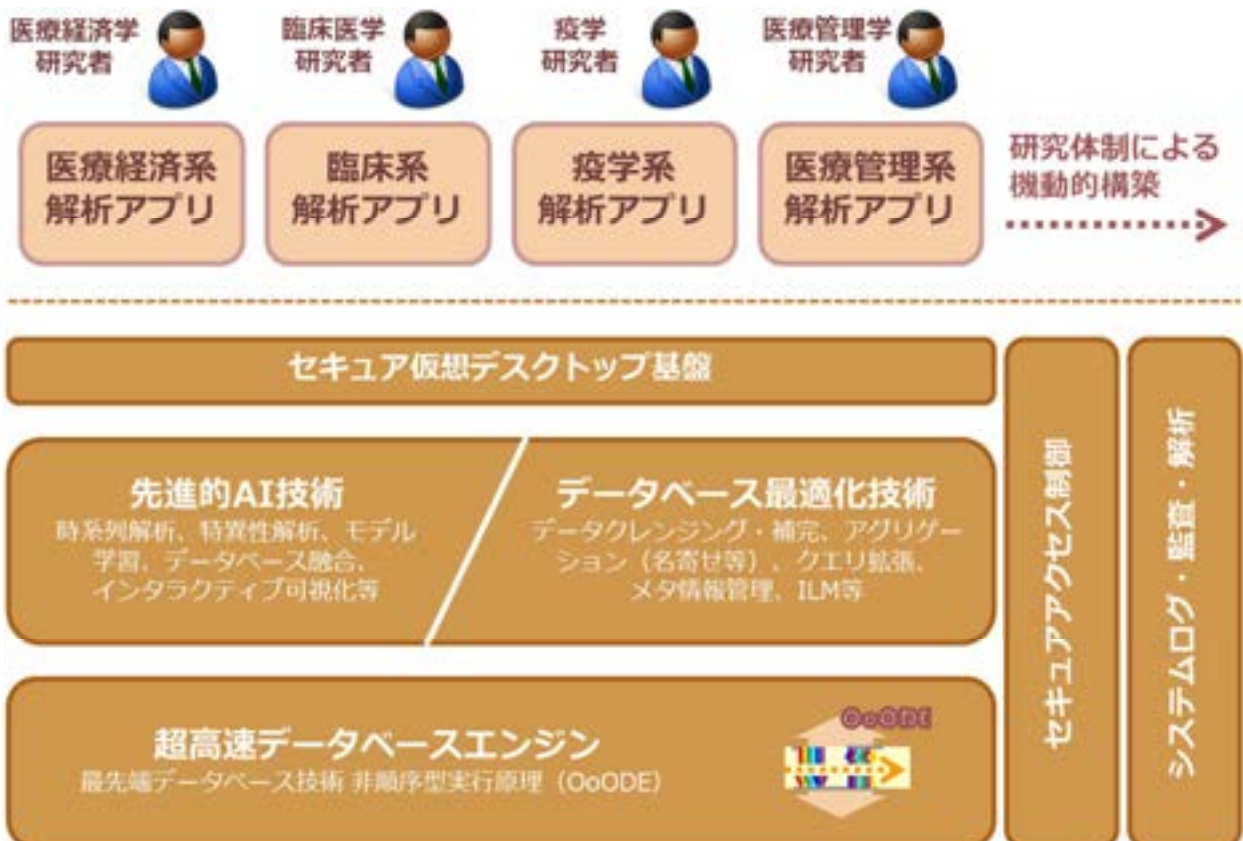
エビデンスの飛躍的創出を可能とする超高速・超学際次世代NDBデータ研究基盤構築に関する研究
(数億円を投じる基盤事業)

「ビックデータ」による政策エビデンスの創出

我が国が保有する全国民のレセプト情報・特定健診等情報データベース (National Database : NDB) は、**医療費適正化等の医療制度改革**への活用が期待されている。

- 1) 「次世代超高速・超学際NDBデータ研究基盤」の構築：
最先端データベース技術「**非順序型実行原理**」に基づく大規模レセプト解析基盤の実現
- 2) 医療政策立案等に資するエビデンスを飛躍的に創出する高付加価値事業、研究開発成果に基づく提言：
臨床ガイドラインと実際の診療ギャップの検証、医療・介護分野の政策立案に資する国際統計報告、介護データとの連携を視野に入れた地域包括ケアの進展度の評価等のエビデンスの飛躍的創出と提言
- 3) **ビックデータ研究基盤の継続的な運用環境の整備**
「次世代超高速・超学際NDBデータ研究基盤」の学際的利活用促進と中長期的な安定運用を実現するための支援サービス、組織や予算等の環境整備 (**Big Data 管理運用を行う組織創設**)

日本医療研究開発機構 臨床研究等ICT基盤構築研究事業 エビデンスの飛躍的創出を可能とする超高速・超学際次世代NDBデータ研究基盤構築に関する研究



非順序型実行原理

東京大学 生産技術研究所（喜連川優教授）と日立製作所が開発した技術で、**大量データに対する高速処理**を可能にした。

それまでの一般的なデータベースは、データ処理を『**順序型**』の実行原理に基づいて行っていた。ある命令を実行し、終わったら次の命令を実行するという処理を順番に繰り返していくというものである。

それに対して、必要な命令を最初に全部組み込み、同時に処理することが『**非順序型**』の実行原理である。データはばらばらな順序で返ってくるが、最後につじつまが合えば良い。所要時間は100倍～1000倍まで劇的に短縮することができる。

学際的で重層的な研究体制

<研究代表者>

溝武 巨裕（医療経済研究機構）全体統括

<医療情報学チーム>

大江和彦（東京大）医療情報学チーム統括
小笠原 克彦（北海道大）NDBデータ処理・利活用
藤森研司（東北大）NDBデータ処理・利活用
山本隆一（MEDIS）NDBデータ利活用
橋本英樹（東京大）NDBデータ処理・利活用
今中雄一（京都大）医療の質検討 NDBデータ利活用
伏見 清秀（東京医歯大）NDBデータ処理・利活用
岡田 美保子（川崎医療福祉大）NDBデータ処理・利活用
津本周作（鳥根大）NDBデータ処理・利活用 時系列解析
松田晋哉（産業医大 医学部・教授）NDBデータ利活用
亀井美和子（日本大）

<医療専門職チーム>

中島直樹（九州大）医療専門職チーム統括
東 尚弘（国立がんセンター）NDBデータ処理・利活用
秋下雅彦（東京大）医療介護連携・地域包括ケア
永井良三（自治医大）NDBデータ利活用
山縣邦弘（筑波大）臨床ガイドライン・実診療評価
横手幸太郎（千葉大）臨床ガイドライン・実診療評価
飯島勝矢（東京大）医療介護連携・地域包括ケア
戸谷義幸（横浜市大）臨床ガイドライン・実診療評価
尾島俊之（浜松医大）NDBデータ利活用
三浦克之（滋賀医大）NDBデータ利活用
谷澤幸生（山口大）臨床ガイドライン・実診療評価

<情報学チーム>

喜連川優（東京大/国立情報学研究所）情報工学チーム統括
合田和生（東京大）システム基盤設計・評価
横田治夫（東工大）セキュアアクセス制御
北川博之（筑波大）特異性解析技術
櫻井保志（熊本大）時系列解析技術
河原林健一（国立情報学研究所）最適化・学習アルゴリズム
佐久間淳（筑波大）プライバシー保護解析
豊田正史（東京大）インタラクティブ可視化
杉山磨人（大阪大）機械学習アルゴリズム

<医療保険制度チーム>

森田 朗（国立社会保障研究所）医療保険制度チーム統括
野口晴子（早稲田大）需給関係分析 NDBデータ利活用
後藤励（慶應大）需給関係分析

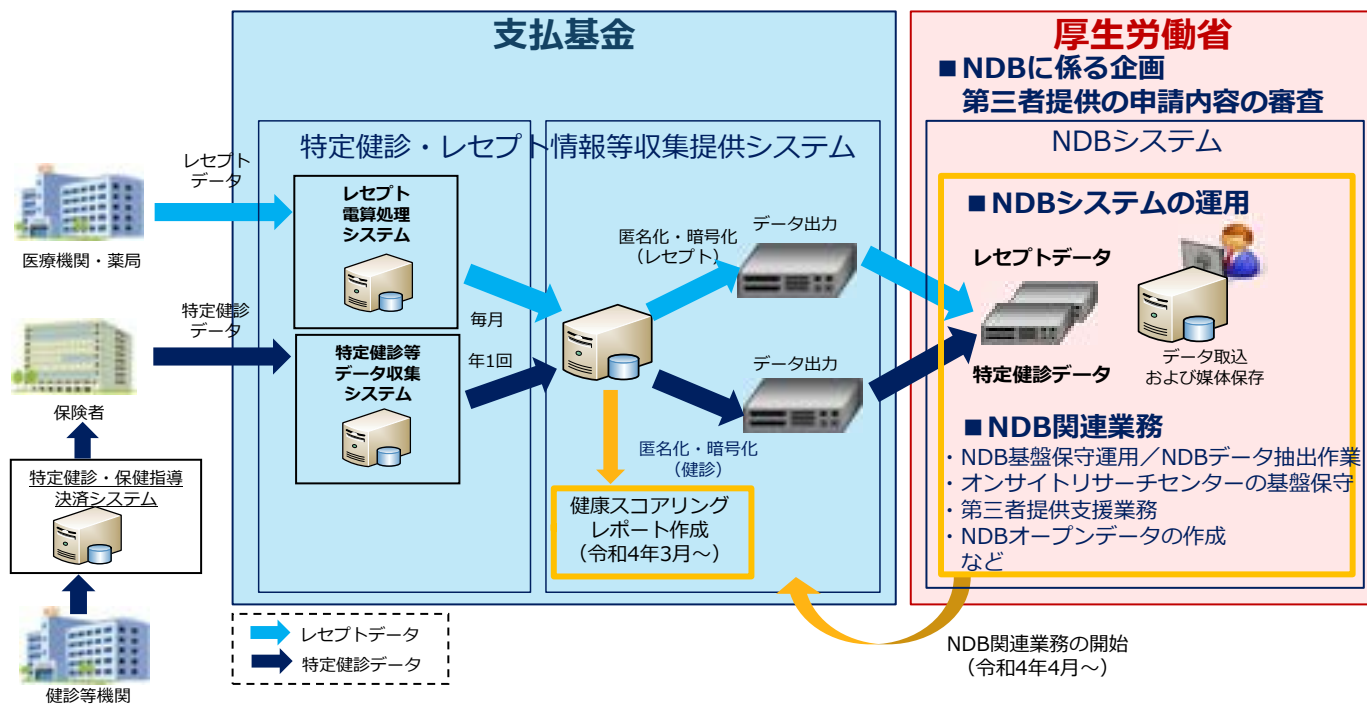
全国27機関36名



研究者や地方自治体との協働によるデータヘルスの推進（支払基金が中心となる）

NDB関連業務の実施

厚生労働省からの委託を受け、NDBの運用管理、オンサイトリサーチセンターの運用、NDBオープンデータの作成、研究者や地方自治体各々のニーズに応じたNDBデータの情報分析・提供等を支援



データヘルス推進の取組み(既に始まっているもの)

○ オンライン資格確認等システムの開発・運用

当システムを導入し、マイナンバーカードの保険証利用等により、医療機関等は患者の直近の資格情報等の確認や、限度額適用認定証等の連携が可能となる。

(オンライン資格確認等システムの導入は、令和5年4月に原則義務化)

○ 電子処方箋管理サービスの導入

オンライン資格確認等システムの仕組みを利用し、電子的に処方箋の運用を行う。

医療機関等は患者に直近で処方・調剤された情報の参照や重複投薬等のチェックが可能。

(令和5年1月サービス開始)

○ オンラインによる返戻再請求の実施

オンライン請求医療機関・薬局が行うレセプトの返戻再請求は、診療・調剤年月に関わらず、原則オンラインで実施することとなる。（2023年（令和5年）4月以降）

★ 診療年月にかかわらず、2023年4月以降に行う返戻再請求や再審査申出について、原則オンラインで対応することとなる。
なお、審査支払機関から2023年3月以前に返戻された明細書についても同様。

※ 現在行っているオンライン請求医療機関等に対する紙レセプト返戻は、令和6年度中に廃止を予定。

社会保険診療報酬支払基金関連の保険医療改革戦略（私見）

1 レセプトデータ分析、データ提供システム構築

社会保険診療報酬支払基金（本部情報企画部、神奈川支部）

横浜市（医療局医療政策部）

横浜市立大学（データサイエンス学部）

2022年6月より定例ミーティング。今年三者での協定書作成。

小児医療、慢性腎臓病、膵臓がん、慢性心不全、高血圧に着目

2 支払基金と国保連合会の審査基準統一

透析医会の全国審査委員親睦会を協議会に発展させ、

全国47都道府県の国保・社保の統一見解を作っていく。

透析領域に限定しているが、統一の先例になる可能性あり。

審査事務集約後の医療機関からの電話照会対応

医療機関から提出された電子レセプトに関する照会対応は、東京の審査事務センター（東京センター）の審査事務担当者が担当します。

⇒ 担当者の照会連絡先は、支払基金ホームページで検索が可能です

電子媒体及び紙レセプトの提出先

電子媒体及び紙レセプトの提出方法・提出先は各都道府県の審査委員会事務局です。

- ※ 電子レセプトによる請求をしている医療機関が、返戻再請求（月遅れレセプト）を紙レセプトで提出する場合、その紙レセプトは審査委員会事務局への提出となります。
- ※ 特定健診・特定保健指導の電子媒体、出産育児一時金等代理申請・受取請求書の紙及び電子媒体も、各都道府県の審査委員会事務局へご提出願います。

各種届出の窓口

各種届出の窓口は各都道府県の審査委員会事務局です。

- ※ 診療報酬等振込銀行（口座）変更届、電子証明書発行依頼書、特定健診・特定保健指導機関届 など

審査結果に対する再審査請求書や、レセプト取下げ依頼に対する再審査等請求書の提出先

- ・ 電子レセプト請求医療機関 ➡ 審査事務センターの審査事務担当者宛て
- ・ 紙レセプト請求医療機関 ➡ 審査委員会事務局の審査事務担当者宛て

提出方法

○ 審査結果に対する再審査等請求書

- ・ オンライン請求医療機関 ➡ 原則、オンラインによりご提出をお願いします。
※ 資料等を添付した上で再審査請求される場合は、郵送にてご提出ください。
- ・ 電子媒体又は紙レセプト請求医療機関 ➡ 郵送によりご提出をお願いします。

○ レセプト取下げ依頼に対する再審査等請求書

- ・ 当月請求のレセプトの取下げ依頼 ➡ 電話によりご依頼ください。
- ・ 前月以前に請求されたレセプトの取下げ依頼
 - オンライン請求医療機関 ➡ 原則、オンラインによりご提出をお願いします。
 - 電子媒体又は紙レセプト請求医療機関 ➡ 郵送によりご提出をお願いします。

ご清聴ありがとうございました。

神奈川県病院協会の皆様とは、今後も、神奈川県保健医療の発展のために、相談して共に歩んでいく関係と考えております。

どうぞよろしく願いいたします。