

国民健康保険における 審査の現状

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会

会長 山本裕司



神奈川県国保会連合会の業務

神奈川県国民健康保険団体連合会	
設立根拠	国民健康保険法 第83条第1項
目的	国民健康法に基づき、会員である保険者が共同して国民健康保険事業の目的を達成するために必要な事業を行う。
法人の性格	保険者（市町村等）が共同して設立した公法人（47都道府県）
主な業務	<p>①診療報酬等の審査支払業務 ・国民健康保険、後期医療高齢者医療、介護保険等の審査支払</p> <p>②国保保険者事務の共同事業・共同処理 ・保険者事務の共同事務処理（資格管理等）</p> <p>③市町村等事務の共同処理 ・障害者自立支援の事務 ・特定健診、特定保健指導に係る費用の支払い及びデータの管理</p> <p>直近では・・・風しん事業、新型コロナウイルス感染症ワクチン事業など</p>

神奈川県国保会連合会の組織

組織	
医科 審査委員数	152名 (保険医代表：51名、保険者代表：50名、公益代表51名)
職員数	228名
審査部	医科：63名、歯科：9名、調剤：6名
審査管理部	審査管理課：25名

3

医療保険における審査

- 審査とは、保険医療機関における個々の診療行為が、保険診療ルール(療養担当規則・診療報酬点数表・関連通知)に適合しているかどうかを確認する行為。
- 保険診療ルールは、多様な患者に適切な医療を提供するという性格上、診療する医師等に一定の裁量を認めるものとなっており、ルールに適合しているか否かを機械的に判断できないものも多い。

4

したがって…

- ① 最終的には、医師等の専門家の目による、医学的妥当性の判断が不可欠であること。
- ② 人による審査が不可欠である以上、審査の公平さを担保し、診療側、保険者側双方の信頼を得られる仕組みが必要となることといった特徴がある。

5

審査の具体的な方法

- 単月審査とは
医療機関から提出される診療報酬明細書(医科レセプト)を単体で審査をおこなうこと。
- 縦覧審査とは
過去の診療内容(レセプト)を参照し審査をおこなうこと。
※過去6ヶ月間のレセプト参照が可能。
- 横覧審査とは
同月の入院レセプトと外来レセプトを確認して審査をおこなうこと。
- 突合審査
当月請求分において、医科レセプトの傷病名と調剤レセプトの薬剤の適応について突合審査をおこなうこと。
- 算定日情報を参照する審査
当月すべての医療行為を実施日に照らし審査をおこなうこと。

6

縦覧点検における特徴

- 解釈上、算定回数・算定期間がルール化されている診療行為や投与限度が定められている薬剤等についてチェックが可能となった。
 1. 回数に制限のある指導料、管理料または検査等。
 2. 3月や6月等、一定の期間に1回のみ算定が可能な検査等。
 3. 傷病名により投与限度が定められている薬剤。

7

横覧点検の特徴

- 解釈上、算定回数がルール化されている診療行為や併用算定が出来ない診療行為等についてチェックが可能となった。
 1. 入院と外来併せて1回に限り算定可能な管理料・検査・判断料または加算等。
 2. 併用算定が出来ない指導料や管理料。

8

算定日情報を参照する審査の特徴

- 病名開始日と診療行為日が不一致である場合等の審査が可能となった。
- また、1日1回のみ算定可能な診療行為を複数回行っている場合の審査が可能となった。

9

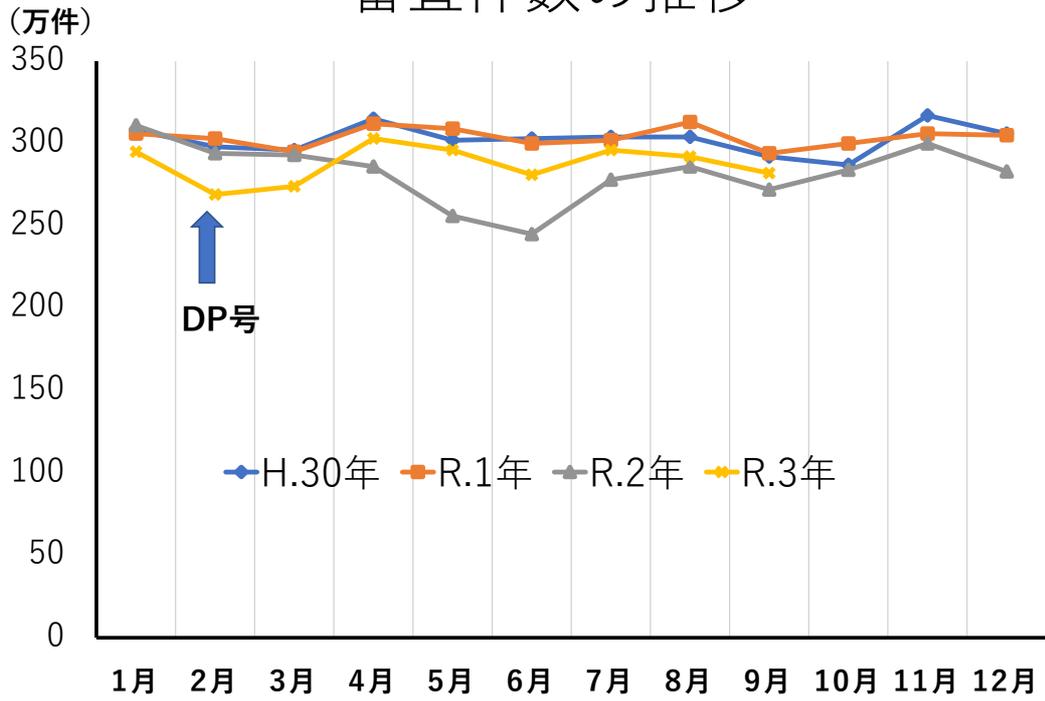
令和2年度 国保連合会と支払基金 査定率比較

令和2年5月審査分～令和3年4月審査分 平均査定率			
国保連合会		支払基金	
全国	神奈川県	全国	神奈川県
0.237%	0.205%	0.230%	0.240%

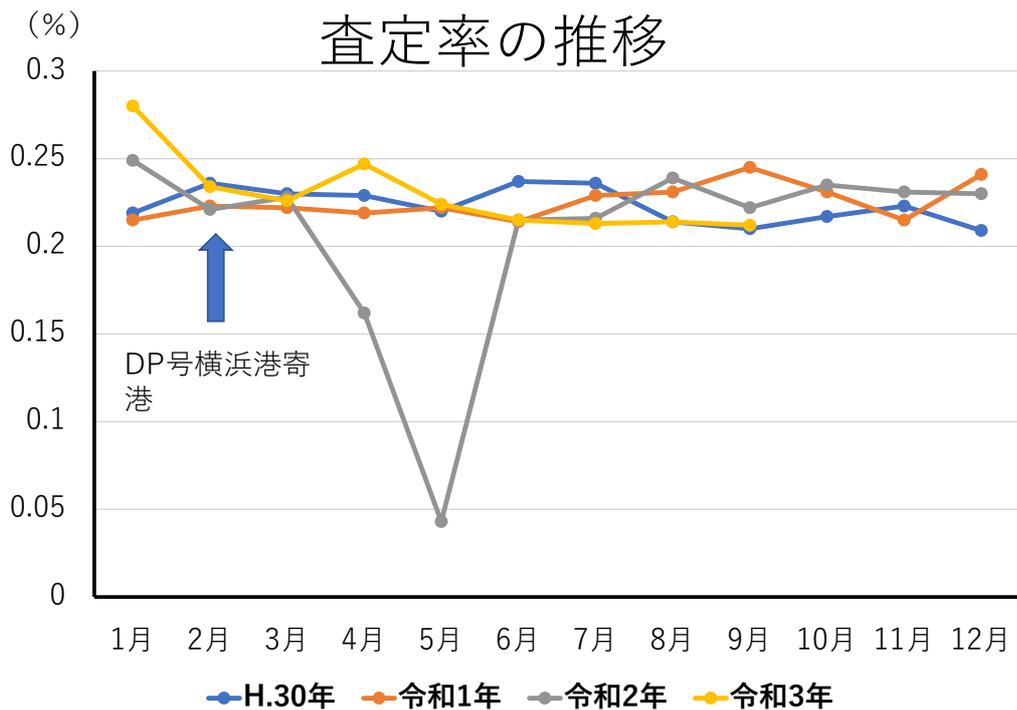
	請求点数	査定点数	請求件数	査定件数
全国	2,171,845,234千点	5,152,151千点	616,599千件	7,651千件
神奈川県	126,131,953千点	258,266千点	39,956千件	380千件

10

審査件数の推移



査定率の推移



審査委員会における再審査

- 原審査を経て医療機関、保険者等へ送付したレセプトについて、**審査結果に対する不服がある場合、再審査を求めることができる。**

この申し出に対して、審査を行うことを再審査といい、審査委員会に再審査部会を設置し審査を行なう。

- ・医療機関再審査
- ・保険者再審査

＜提出期限は、6か月以内です。＞

13

適正化、公平性を追求する

審査における相違の解消

- ・ 審査委員間の相違
- ・ 各連合会による取り扱いの相違
- ・ 国保連 ・ 支払基金間の相違

審査基準について国保・基金双方の審査機関がそれぞれ独自に公表してきた。審査基準及び公表の可否について双方の意見が一致したものを共通の審査基準として公表していく事とする。

14

審査支払機能の在り方に関する検討会

- 厚生労働省は、閣議決定により求められた具体的な方針・対象業務・工程等を検討するため、「審査支払機能の在り方に関する検討会」を設置し、令和2年(2020年)9月より検討を開始した。

【検討事項】

- ① 審査結果の不合理的な差異の解消
- ② 支払基金と連合会のシステムの整合性かつ効果的な在り方等

【構成員・進め方】

- ① 学識経験者、保険者側・診療側関係者等
- ② 全国市長会、後期高齢者社医療広域連合からも、首長が参加
- ③ 中央会・支払基金も、適宜、説明や意見表明

- 報告書を踏まえ、厚生労働省、支払基金及び中央会の三者の連名により、「審査支払機能に関する改革工程表」を令和3年3月31日に公表した。

国保審査業務充実・高度化基本計画

国民健康保険ではこれまで少ない審査委員・事務共助職員で効率的・効果的な審査を追及し続けてきたが、保険者や被保険者の財政負担を軽減し審査の一層の充実を図っていくためには、国保連合会としてもICTの活用等により審査業務の効率化・高度化にこれまで以上に積極的に取り組むことが必要不可欠。そのため、審査委員会の理解と協力を得て、国保の中央会・国保連合会としての審査業務充実・高度化基本計画を策定

計画の基本的な考え方

- (1) 厚生労働省及び支払基金の審査業務改革と一体となった取組みの推進
- (2) 人とシステムの審査業務能力向上の好循環による審査業務の高度化・効率化の追求
- (3) 保険者の共同体としての特性を活かした審査業務の充実

審査業務の充実・高度化に向けた具体的な取組み

審査支払システムの開発

- 厚生労働省と支払基金が行う新システム開発に向けた仕様検討の段階から、国保中央会・国保連合会も参画し、国保総合システムの次期刷新時（令和6年度）において整合的かつ効率的な機能の実現に努力
- 開発・運用に係る保険者負担の抑制及び2画面審査機能や傾向審査機能を実装
- セキュリティ対策の強化

効率化の推進に係る取組みの強化

- コンピュータチェックルールの公開
- 返戻査定理由の明確化
- 審査支払手数料の設定の在り方見直しの検討

審査委員会の在り方等の見直し

- 中央での審査拡大の検討
- 審査委員会の在り方の見直しの検討
- 業務内容の見直しを踏まえた効率化の推進
- 人材育成の取組みの強化

審査基準の差異解消に向けた取組みの強化

- 統一的なコンピュータチェックルールの設定
- 全国国保診療報酬審査委員会会長連絡協議会の承認を得た上で、
・ 審査基準の統一化の推進
・ 事務付託審査の推進の実施

新たな取組みの実施

- 介護給付費明細書等と連合会・後期レセプトの突合審査
- 都道府県が実施する県内市町村異動被保険者に対する給付点検の支援

計画を着実に実行するために

- 厚生労働省、支払基金及び国保中央会・国保連合会で構成される「審査支払機関・データヘルス改革連絡会議」等に積極的に参画し、本基本計画に掲げた改革の取組みの実現に向けて協議を進める。
- 協議の上結論が得られたものから、改革項目毎に、到達目標、目標年次、実施主体、毎年度の実施内容、財源、予想される課題・留意点等を明らかにした実施計画を策定し、PDCAサイクルによるローリングを行っていく。

審査結果の不合理な差異の解消に向けた工程表



支払基金と国保中央会・国保連のシステムの整合的かつ効率的な在り方の実現に向けた工程表



※1 受付領域は、技術的な実現可能性を精査し、費用面も勘案しつつ、システム集約
 ※2 コンピュータチェックのロジックとマスタ、振分チェックのAEIエンジン、自動レポート、集積、ネットワーク、セキュリティ対策等
 ※3 「疎結合とはコンピュータシステムで、異なる二つの構成要素の結びつきが弱い状態。各要素の独立性が高く、一方に障害が生じても他方に影響を与えない。疎結合化により、共同利用機能及びその他の機能・システムの柔軟なシステム運用・改修を可能とする。
 ※4 「重要な意思決定に関する基金・国保の意見調整の仕組みは「支払基金と国保の実効的な合同業務部隊」を構築する
 ※5 審査領域は、技術的な実現可能性や一時的に生じる追加費用と共同化等による中長期的な費用の抑制効果の精査を行う。2026年4月に共同利用開始を目指す。
 ※6 支払領域等の共同利用については、審査領域とは別に、デジタル庁（仮称）との連携の下、早急に費用対効果を高めた検証を行い結論を出す
 ※7 審査支払システムの基盤としてGov-Cloud（仮称）の利活用可能性も検討する

コンピュータチェック対象事例の公表

- 審査業務の効率化と質の向上を図るために、診療報酬点数表等に定められた算定ルール等をコンピュータに反映し、保険医療機関（医科・歯科）及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）から請求されたレセプトの診療内容に疑義が生じた項目等についてコンピュータチェックを実施している。

19

本会における機械チェック項目について①

	名称	内容
1	摘便3日に1回を超える算定はいかがですか	過剰として査定されるケースがあります。
2	膀胱洗浄3日に1回を超える算定はいかがですか	過剰として査定されるケースがあります。
3	パルスドプラ法加算下肢静脈瘤に対する算定はいかがですか	下肢静脈瘤の病名が確定の場合は認められるが、疑いの場合は査定されるケースがあります。
4	クレメジンカプセル200mg等 6000mgを超える算定はいかがですか /日 【上限】	同一日に6gを超えている → 査定 同一日に6gを超えていない → 請求通り

20

本会における機械チェック項目について②

	名称	内容
1	(1→3) β-Dグルカンの2回以上の算定いかがでしょうか(外来)	外来にて、1月に2回以上行った場合に過剰として査定されるケースがあります。
2	《事務付託》B-V、B-A 人工腎臓と同一日併算定は不可	人工腎臓と同一日に行うB-V、B-Aの算定はできません。
3	同一部位に対して月2回以上のCT撮影の算定(部位を確認)	同一部位に対する月2回以上のCT撮影は、過剰として査定されるケースがあります。
4	輸血時のルート確保のために使用する生食の算定いかがでしょうか	ルート確保のために使用する生食の使用は認められません。

21

【共通設定項目】

- 全国の国保連合会において共通して設定・処理を行う点検項目

《取決め事項》 令和3年9月現在 191項目

- 各県の差異解消を目的とした、国保における原則的な審査基準。

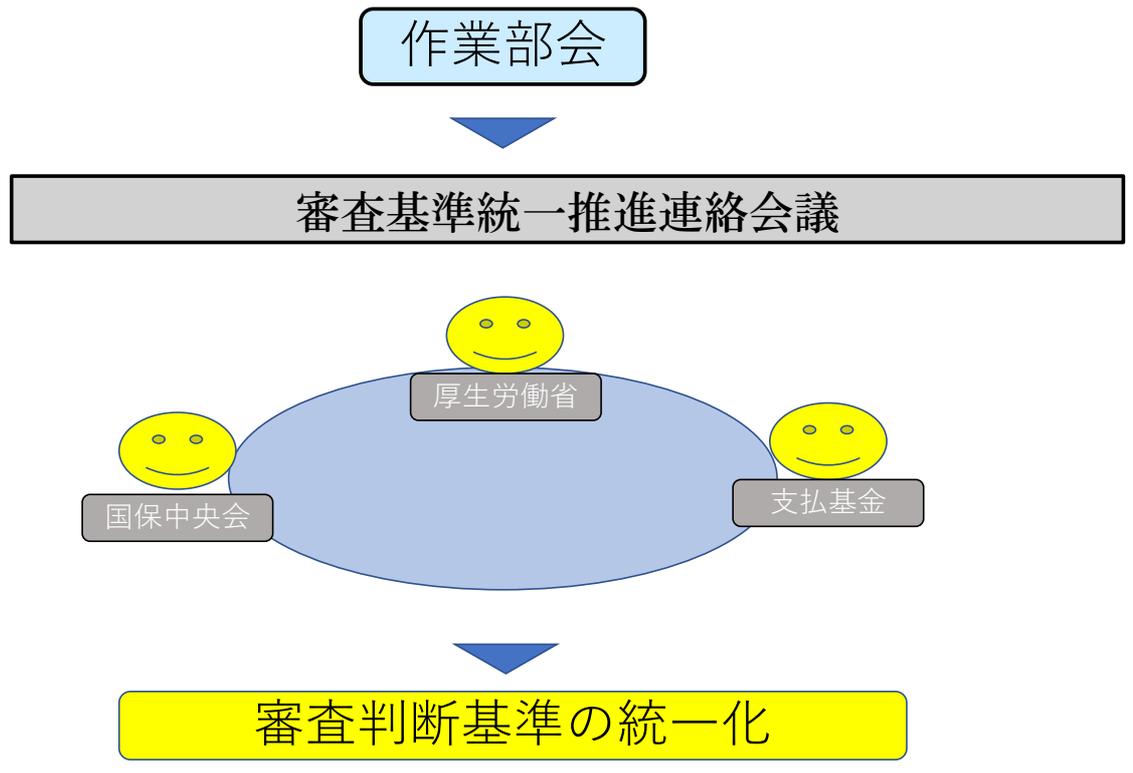
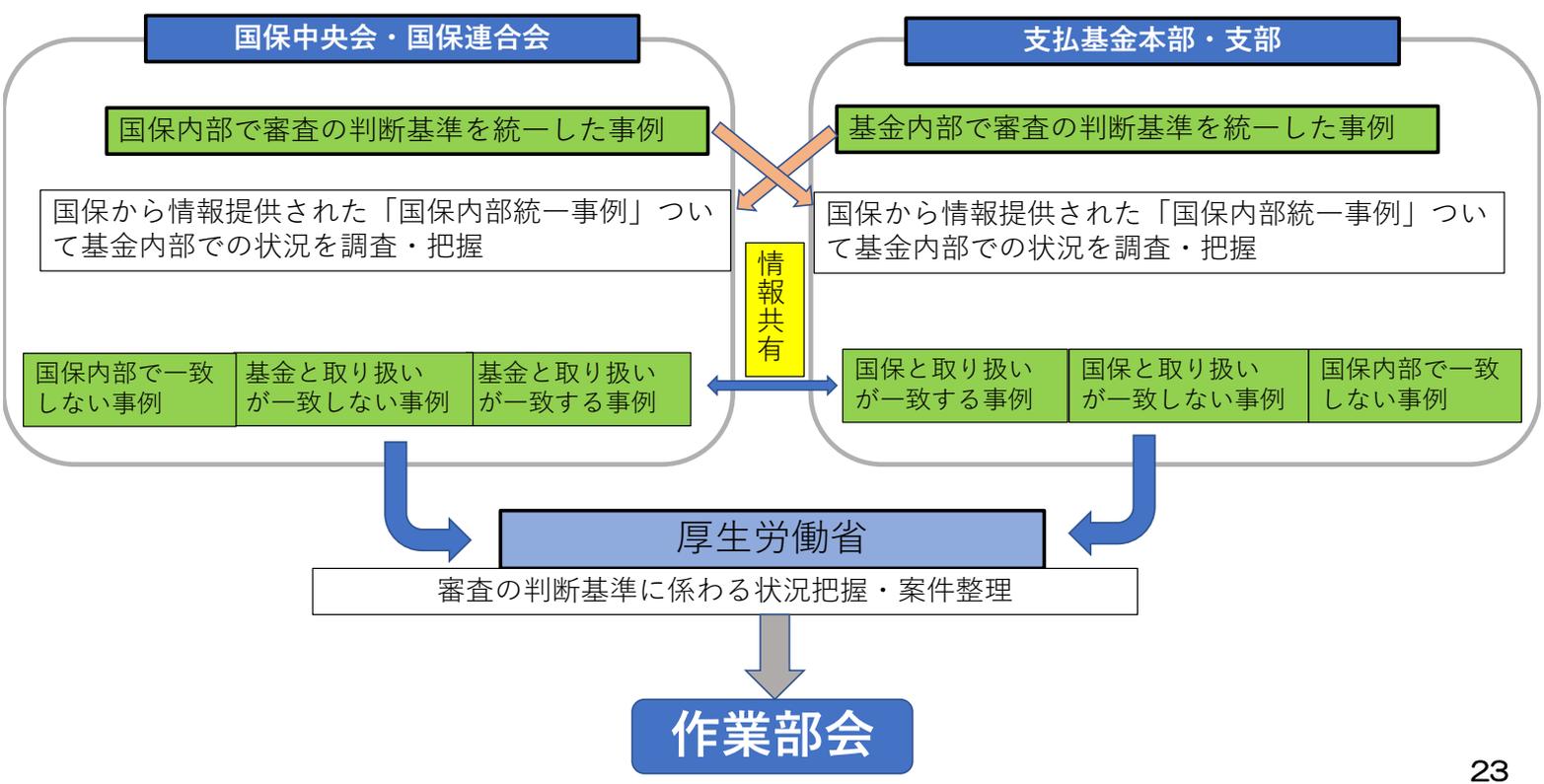
《公開事例》 令和3年9月現在 74,879項目

- チェック項目や審査基準について医療機関向けにHP上で公開している点検項目。支払基金においても公開している。

《事務付託項目》 令和3年9月現在 7,044項目

- 差異解消、審査委員の負担軽減を目的とし、会長連絡協議会の承認を得て、原則として事務職員が処理を完結させることとされた点検項目

22



各事例の情報共有の状況

R3.5.31の累計数

		両組織合計	基金作成分 ＜国保で検討＞	国保作成分 ＜基金で検討＞
合計		646	380	266
内 訳	統一	486	300	186
	不一致 (今後調整)	1	1	0
	検討中	159	79	80