

月刊基金

4

April 2021



特別寄稿

NDB利活用にみる現状の課題と今後への期待

東北大学 災害科学国際研究所 災害医療情報学分野 准教授
東北大学病院 メディカルITセンター

藤井 進

特集 ▶▶▶▶

医療費の動向 (令和2年7～9月診療分 医科・歯科・調剤)～被用者保険等分～

トピックス1

令和3事業年度社会保険診療報酬支払基金事業計画を策定
—「支払基金改革の着実な推進」に向けて—

トピックス2

令和3年3月全国基金審査委員長・支部長会議を開催

トピックス3

審査情報提供事例(医科・歯科)を公表

支払基金ホームページをご活用ください

支払基金ホームページでは、みなさまのお役に立つ情報を掲載しています。ぜひご活用ください。

<https://www.ssk.or.jp/>

支払基金

検索



1

利用される方が「知りたいこと」を内容から探す入口です。

2

利用される方に合わせて、各種ページをピックアップしていきます。

3

「お知らせ」と「プレスリリース」を切り替えて表示させることができます。

4

利用が多いコンテンツへのショートカットを配置しています。

社会保険診療報酬支払基金
Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services

音声読み上げ・文字拡大 → 本部・支部所在地 → サイトマップ

検索

組織概要 事業内容 診療報酬の審査 診療報酬の請求支払 統計情報

国民の皆様に関わる大切な仕事をしています
診療報酬の「適正な審査」「迅速な支払」を通じ医療保険制度を支えています
詳細を見る

医療機関・薬局の方 保険者の方 地方公共団体の方 一般の方

重要なお知らせ
災害関連情報はここからご確認ください（令和3年3月5日更新）

お知らせ > プレスリリース >

審査支払新システムへの移行に伴う現行システムの利用停止（令和3年9月1日～5日）に関するお知らせ
新型コロナウイルス感染症に関するお知らせ（令和3年3月9日更新）
オンライン資格確認導入に関する医療機関等向けポータルサイトを開設しました
コンピュータチェックに関する公開を更新しました（令和2年10月27日掲載）
経行的公開を更新しました（令和2年12月22日掲載）
するアンケートを実施しています
「審」の記録方法に係るお知らせを掲載しました（令和2年

災害関連情報
手順書・マニュアル
月刊基金
支払基金広報誌
採用案内
調達情報

オンライン請求 本部・支部情報 様式集 レセプト請求計算事例
レセプト電算処理システム 電子点数表・基本マスター 広報誌・メルマガ カレンダー

社会保険診療報酬支払基金 基本理念

私たちの使命

私たちは、国民の皆様信頼される専門機関として、診療報酬の「適正な審査」と「迅速な支払」を通じ、国民の皆様にとって大切な医療保険制度を支えます。

今月の表紙



しだれ桜（京都府）

しだれ桜とは、エドヒガンの枝垂れ品種を指しますが、枝が柳のように垂れる桜の総称でもあり、本州から九州までの全域に分布しています。ソメイヨシノよりも一足先に開花し、白や淡紅色の小輪の一重の花を咲かせます。なお、しだれ桜のほか、嵯峨ざく、なでしこも京都府の花に指定されています。

CONTENTS

2

特別寄稿

NDB利活用に見る 現状の課題と今後への期待

東北大学 災害科学国際研究所 災害医療情報学分野 准教授
東北大学病院 メディカルITセンター

藤井 進

6

特集

医療費の動向

（令和2年7～9月診療分 医科・歯科・調剤）～被用者保険等分～

12

審査委員長に伺いました。

できるだけ多くの医師が 審査委員を経験するルールをつくるべき

埼玉県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長 早川 喜弘

14

トピックス1

令和3事業年度社会保険診療報酬支払基金 事業計画を策定―「支払基金改革の着実な推進」に向けて―

18

トピックス2

令和3年3月全国基金審査委員長・ 支部長会議を開催

20

トピックス3

審査情報提供事例（医科・歯科）を公表

22

医学のはなし 知っておきたい病気の豆知識 連載141回

腱鞘炎～手指を痛みなく使えるように～

五味渕整形外科医院（栃木県）院長 五味渕 聡志

23

よくわかるASPチェック 連載3回

24

公費負担医療制度のしくみ 連載4回

自立支援医療（1）

26

医療保険等の動き マンスリーノート

28

よくわかる情報セキュリティ 連載3回

顔認証によるセキュリティ～その技術と現状～

社会保険診療報酬支払基金 情報セキュリティ責任者
日本ハッカー協会代表理事

杉浦 隆幸

29

理事就任のごあいさつ・新任支部長の紹介

32

支払基金の人事異動

33

インフォメーション

NDB利活用にみる現状の課題と今後への期待

藤井 進

東北大学 災害科学国際研究所 災害医療情報学分野 准教授
東北大学病院 メディカルIT センター

I はじめに

2017年に厚生労働省はデータヘルス改革推進本部^①を設置し、「健康・医療・介護分野のデータが分散し、相互につながっていないために、必ずしも現場や産官学の力を引き出したり、患者・国民がメリットを実感できる形となっていない」と評価し、「健康・医療・介護分野のデータの有機的連結や、ICT等の技術革新の利活用の推進を目指す」とした。^②ゲノム医療やAIの推進^③、医療・介護現場の情報利活用の推進^④、自身のデータを日常生活改善等につなげるPHR (Personal Health Record) の推進^⑤、そしてデータベースの効果的な利活用の推進^⑥を掲げ、NDB (National Data Base)・介護DB・DPC (診断群分類: Diagnosis Procedure Combination) DBの連結や、その他連結解析対象データベースの拡充、個人単位化される被保険者番号を活用した医療等分野の情報連結の仕組みの検討がなされている。

NDBとは、レセプト情報・特定健診等情報のデータベース（以降、DB）であり、2009年から国による事業で整

備され、2013年から第三者提供が始まっている。介護DBの元データは介護レセプトや要介護認定情報、DPC DBの元データは急性期病院を中心にした診断群分類に基づく主に入院医療費などのデータであり、いずれも国による事業である。

これらの連結解析や第三者提供によって得られるメリットは、こうした公的DBを行政や研究者利用に留めず民間企業等を含めた利活用を進められること。医療介護という世界有数の大量データを解析することで、医薬品の安全性の向上や治療の質の向上、地域包括ケアの実現などの効率的な施策の推進がある。また新たなヘルスケアサービスの開発など保健医療介護分野でイノベーションを創出することである。

本稿ではこれらメリットを医療の現場や国民が実感をもって享受しているのか、もしくはできるのか。その実現にはどんな課題があるのか考察する。また課題の解決方法を考え、今後どのように利活用し、機能の拡充・拡大をすべきなのかを提案したい。

II NDBとは何か

NDBとはレセプト情報や特定健診等情報DBのことで、「全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため「高齢者の医療の確保に関する法律 第16条」を根拠に整備され、保有主体は厚生労働大臣となっている。

データ元になっているレセプト情報は件数ベースでは99・9%が既に電子化されており、日本の保険医療の網羅率という点からみれば十分な状況にある。2020年3月時点でレセプトデータが約187億6800万件、特定健診・保健指導データが約2億8700万件^⑦となっている。個人を特定できる情報については匿名化を実施しながら、個人の診療履歴は追跡可能となっている。

根拠法である「高齢者医療確保法」に基づく利用では、医療費適正化計画の作成^⑧やそのための調査・分析^⑨に用いられ、厚生労働省や都道府県等から公表される。一方でこれらの目的以外で利用する場合、研究開発独立法人や大学などの研究者らが医療サービスの質の向上

表1 ● NDBからのデータ提供方法と実績（2018年2月時点）

	特別抽出	サンプリング データセット	基本データセット	集計表情報
基本的なイメージ	申出者の要望に応じ、データベースにある全データのなかから、該当する個票の情報を抽出し、提供する	探索的研究へのニーズに対応し、抽出、匿名化などを施して安全性に十分配慮した、単月分のデータセット	入院、外来、疾患別など目的に合わせて年度ごとに紐付けが可能で、簡易に分析することが可能なデータセット	申出者の要望に応じ、データを加工して作成した集計表を提供する
提供データ	個票	一部匿名化等を行った個票	大幅に加工した個票	集計表
含まれているデータ項目例	レセプト情報、特定健診等情報に含まれている、ほぼすべての項目	希少な情報があるから匿名化・削除されたレセプトデータ	患者の基本属性情報以外は、主傷病名、診療識別情報、要望に応じたコードなど	集計表
データ提供承諾件数（計167件）	91件	25件	2件	49件
研究目的でのデータ提供承諾件数（計108件）	55件	22件	2件	29件

※厚生労働省保険局医療介護連携政策課 保険システム高度化推進室（2018年2月2日） 第三者提供の成果物集計についてより

表2 ● オンサイトリサーチセンターの利用方法

方法	期間	公表	持ち出し	外部委託
オンサイトリサーチセンターにて解析を終了し、公表予定の成果物の持ち出しのみを行う	6か月	必要	可能（公表予定の成果物のみ） 持ち出しの可否は有識者会議での承認が必要 ・使用したデータ ・解析内容・手法 ・公表予定物のひな形	不可
オンサイトリサーチセンターにて必要なデータの抽出を行い、抽出されたデータをオンサイトリサーチセンターから持ち出し、自施設等の研究室において解析を行う	6か月	必要	可能（中間生成物のみ） 持ち出しの可否は有識者会議での承認が必要 ・使用したデータ ・解析内容・手法（今後予定している解析内容・手法含む）/中間生成物のひな形（抽出条件・集計表のひな形等）/中間生成物の形式（個票・集計表）に応じたセキュリティ環境 ・持ち出された中間生成物は、従来の第三者提供に準じたレセプト情報等の利用、保管、管理が必要 ・利用期間上限は、原則、持ち出した日から2年間	不可 ただし、自施設等内の解析は可
オンサイトリサーチセンターでは探索的な解析のみを行う（成果物は作成しない）	3か月	不要	不可。ただし、中間生成物の持ち出しの申出を実施したいと考えた場合、変更申出を行うことは可能。変更申出が有識者会議にて承認されるまで、持ち出し不可	不可

※厚生労働省保険局医療介護連携政策課 保険データ企画室「NDBの利用を検討している方へのマニュアル（オンサイトリサーチセンター編）」より

Ⅲ NDBのこれまで

や学術研究の発展に資するような研究を行う場合、有識者会議の審査を経てデータが提供される。また2015年に「汎用性が高く様々なニーズに一定程度応えうる基礎的な集計表を作成し、公表していくことがむしろ適当である」^[3]という提言がなされたことから、2016年10月からNDBを集計して公表する取組が開始されている。

NDBは、その利活用方法にはいくつかのデータ提供方法があり、利活用が促進されている。表1にその方法をまとめたものを記載する。

データ提供は、2020年6月17日^[2]時点の資料では、367件の申し出に対し307件が承諾（2019年度時点）されている。2016年と2017年は約40件/年、2018年と2019年は約70件/年と増加傾向にある。データ提供先の半数は大学（157件）で、それ以外は国や省庁、都道府県または市町村

である。その他としては3件の実績が公表されている。

一方、成果発表としては、2020年5月までに公表された実績では2017年までに138件、2018年には48件、2020年5月には119件同となっている。しかしながら論文や学会、報告書といった形式であり、その解析結果が臨床現場や国民に直接、もしくは感じられるような形で還元されたかは今後の報告を待たなければならないのが現状である。NDBの利用にはオンサイトリサーチセ

ンター（以降、センター）を利用する方法もある。センターとは、「厚生労働省が指定する情報セキュリティ対策が講じられた施設において、厚生労働省が管理するレセプト情報・特定健診等情報DBと通信回線で結ばれた端末の利用環境^[4]」である。拠点は3か所あり、厚生労働省と東京大学、京都大学に設置され、利用形態は3つの方法がある（表2）。

拠点の1つである東京大学での試行結果がある。パフォーマンス試験やNDBを用いた研究を重ねて課題を整理している^[5]。運用上と端末利用上での課題として、運用コストと利用環境のリソース不足を指摘。また研究遂行上の課題として、(1)レセプトの理解、(2)SQL(Structured Query Language: データベース言語の一つ)等のプログラム理解、(3)臨床疫学の経験、(4)リアルワールドデータを扱う応用統計学の知識などのリテラシー問題を指摘し、ひとりの研究者ではなく、それぞれの専門家による研究体制の必要性を指摘した。

京都大学は一般開放しながら、センターの評価を同様実施している。パフォーマンス試験において認知症における定型抗精神薬などのデータ抽出を行い、2

年度分で13億行、50GBのデータサイズに処理時間を13時間要したなど報告がある⁸⁾。課題としては東京大学同様にSQLなどの工学的要素の必要性や、人的工数が及ばないことにツール等の作成により支援する必要性があることを指摘している。

IV NDBの強みと弱み

NDBは国民皆保険制度を考えれば、悉皆^{かい}データであり強みである。介護DBやDPCDBと連結されれば、その強みを増すことになる。匿名化状態であるが未病の健診情報を含めて施設を横断して追跡できることや、長期の時系列での変化を追跡できる。要介護やADL情報と連結できれば、生活自立度の変化と医療の関係性など分析が進み、健康長寿の延伸に役立つだろう。DPCなどの死亡情報を使えば有病率と死亡率の関係性も可視化できる。また医療費や介護費用を算出することで、その関係性を考慮しながら最適な医療介護の在り方を示せるだろう。一方でこれらDBには検査項目はあっても検査値はない。画像オーダーがあっても画像データそのものはない。筆者は

2016年にDPCデータ(2万876件)を使って、入院中に合併症(感染症)が発症した場合の在院日数や死亡率の違いを調査した⁹⁾。死亡率は7倍、平均在院日数は2倍以上(表3)になるなど、医療の質として入院中の合併症以外にもアウトカムが有意に低下することが可視化できた。しかしながら、臨床の現場では医師などは知識・経験上認知していることであり、感覚値の可視化の範囲は超えていない。NDBのような検査値を持たないデータ解析の限界例である。

検査値を有するDBで、連携が期待されているものにMID・NET¹⁰⁾がある。PMDA(独立行政法人医薬品医療機器総合機構)らが主体となり薬の副作用や安全性の調査目的で整備された。筆者も拠点病院の構成員として構築に携わった経緯もある。2019年には成育医療センターらが進める「小児と薬の事業」で集積したDBとMID・NETの連携利用を実施した¹¹⁾。抗インフルエンザ薬の処方実態を調査したが、施設特性などを考慮しない場合は処方傾向に差がみられないものが、例えば治療方針が異なるような小児専門病院や役割の違う施設種別ごとに分類を行うと処方傾向の差がみ

られるようになった(表4)。

検査値があることでより多変的な分析が可能となるが、一方でデータには複数施設や複数の治療方針・方法が混在している。単純な連結分析を行うことは、誤ったデータ解析の結果を導き出す恐れがあるという事例といえる。

V おわりに(NDBを活かすための課題)

NDBはその大きさと悉皆性が強みでもあり弱みでもある。他のDB連結/連携により検査値などを補完してもデータ構造を伴わなければ期待した効果を得られないだろう。そもそもビッグデータとは「量」「速度」「種類」「価値」が必要である。単に悉皆であれば即ちビッグデータということではない。AI利用にですら、今日の研究において必ずしも学習データ量が多いほどより臨床で使えるモデルになるわけではないとしている¹²⁾。また例えばwearableなどからリアルタイムに連続して計測される血圧や睡眠時間を加えるなどのデータの多様性や、それらを受け止め、直ぐに処理ができるような能力が求められる。さらにデータの価値が発見できなければ意味がない。分析

や情報管理だけでなく、いわばデータ構造と処理プロセスが伴ってビッグデータといえる。

この点ではNDBを核にしたデータ利用は課題多しというところだろう。またスモールビッグデータ(個人の長年の蓄積情報)に目を向けても、医療における匿名化の限界や他のDB連結には根拠法や同意に倫理的問題が生じるなどの課題もある。

言い換えれば定量的に信頼性の高いデータの標本数は必ずしも大量のデータ数である必要はない。分析価値を臨床面から考え、現在の分析技術水準での標本数があれば良い。ならばNDBと親和性の高い医療施設を指定して、同意管理を行った上でアレギー歴等を含む問診から専門医の診断や検査値、画像などが得られるような連携を行う。また患者のwearableデータなどの提供を受けて多様性を持たせる。こうした前向き研究の要素を加え全体に構造化を持たせてはどうだろうか。

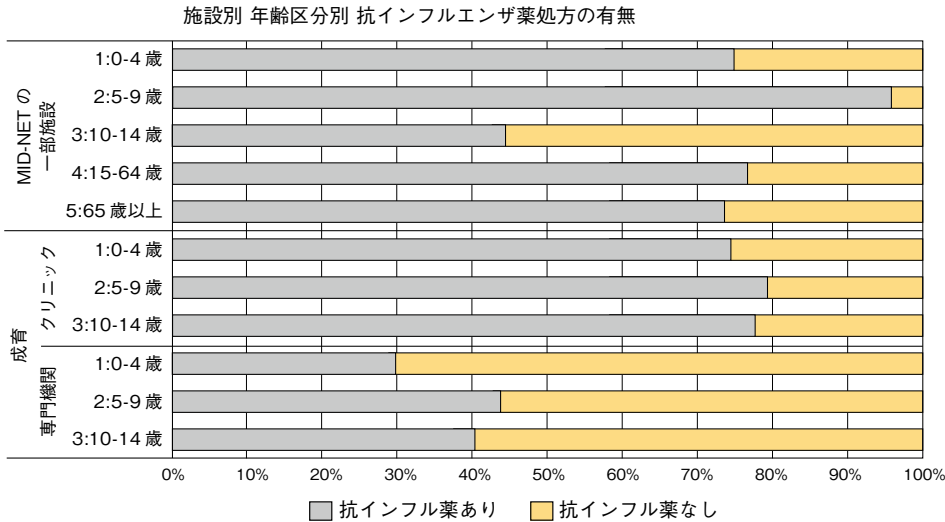
センター報告でもNDB利活用には工学的要素が強く求められている。医学部に拘らずこうした医療施設と連携できる工学や情報学に強い大学等にセンターを

表3 ●入院中の感染症があった場合の死亡率と在院日数の比較

	入院中の感染症なし	入院中の感染症あり	P 値
入院数（男 / 女）	10,375/9,999	280/222	
死亡（率）	179（0.88%）	36（7.17%）	<0.001
在院日数	14.5 ± 5.2	33.2 ± 33.6	<0.001
糖尿病の有無	2,444（12.0%）	90（17.9%）	<0.001

※ Susumu Fujii et al, 「Infectious disease during hospitalization is the major causative factor for prolonged hospitalization: multivariate analysis of diagnosis procedure combination (DPC) data of 20,876 cases in Japan」より

表4 ●施設別 年齢区分別 抗インフルエンザ薬処方の有無



※藤井進、「異なるデータベースの連携利用」2019年3月中島・康班合同シンポジウムより

設置するなど思い切った対策が必要だろう。また成果は論文等に留まらず、例えば患者へはPHRのコンテンツとして成果を実感できるような仕組みを含んだ、新たな価値観による収集・分析・還元な

どの循環モデルを構築する。それが今後のNDB利活用方法に重要な要素ではないだろうか。

参考文献

1. 厚生労働省, 「データヘルス改革推進本部について」, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000148742.pdf>, 2017.1.12, 最終アクセス日: 2021.2.25.
2. 厚生労働省, 「第三者提供の現状について (報告) (承諾案件集計)」, <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000641055.pdf>, 2020.6.17, 最終アクセス日: 2021.2.25.
3. 厚生労働省, 「レセプト情報・特定健診等情報データの利活用の促進に係る中間とりまとめについて」, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000042585.pdf>, 2014.3.20, 最終アクセス日: 2021.2.25.
4. 厚生労働省, 「NDB オープンデータ」, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html>, 最終アクセス日: 2021.2.25.
5. 厚生労働省, 「第三者提供の現状について (報告) (承諾案件集計)」, <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000670716.pdf>, 2020.9.11, 最終アクセス日: 2021.2.25.
6. 厚生労働省, 「NDBの利用を検討している方へのマニュアル (オンサイトリサーチセンター編)」, <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000557476.pdf>, 最終アクセス日: 2021.2.25.
7. 東京大学, 「オンサイトリサーチセンター (東京大学) 今後の方針について」, <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000641057.pdf>, 2020.6.17, 最終アクセス日: 2021.2.25.
8. 京都大学医学部附属病院 レセプト情報等オンサイトリサーチセンター (京都) 運用部, 「レセプト情報オンサイトリサーチセンター (京都) 運用および活動に関する報告」, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000211812.pdf>, 2020.6.14, 最終アクセス日: 2021.2.25.
9. Susumu Fujii et al, "Infectious disease during hospitalization is the major causative factor for prolonged hospitalization: multivariate analysis of diagnosis procedure combination (DPC) data of 20,876 cases in Japan". Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition July Vol.59 No.1 49-52 2016.
10. PMDA, 「MID-NET (Medical Information Database Network)」, <https://www.pmda.go.jp/safety/mid-net/0001.html>, 最終アクセス日: 2021.2.25.
11. 野中小百合 奥井佑 矢作尚久 藤井進, 異なる大規模医療情報データベースの連携利用方法の検証と評価, 第39回医療情報学連合大会 (第20回日本医療情報学会学術大会), 2019.11.22-24.
12. Alexander D'Amour. Et al, "Underspecification Presents Challenges for Credibility in Modern Machine Learning", arXiv preprint arXiv:2011.03395, 2020.11.6, <https://arxiv.org/abs/2011.03395>, 最終アクセス日: 2021.2.25.

医療費の動向

（令和2年7～9月診療分 医科・歯科・調剤）
 ～被用者保険等分～

支払基金では医療保険制度に貢献するデータ分析ならびにその活用促進を事業目的の一つとしており、取組の一環として、診療報酬改定の年に電子レセプトを対象として医療費の動向を分析・公表しています。今号では令和2年4月の診療報酬改定を踏まえた医療費の動向について概要をご紹介します。

これまでは改定年度の4～6月診療分と前年同期分を比較分析の対象としていましたが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、4月から5月にかけてレセプトの請求点数が大きく減少したことから当該期間は対象としていません。一方、令和元年10月においても診療報酬改定があったことから、今回の分析は令和2年7～9月診療分の3か月間の動向を前年（令和元年）同期分と比較しています。

令和2年7～9月
診療分の請求状況

件数・日数・点数及び診療諸率（表1）は紙レセプトと電子レセプトを合わせた7～9月診療分の請求状況です。

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、合計の件数は1億4,990万件で前年同期に比べ8.14%の減少、点数は375.193億930.0万点で2.99%の減少となっています。一方、診療諸率をみると、1件当たり点数の伸び率は5.74%の増加、1件当たり日数は1.63（▲0.51%）の減少、1日当たり点数は6.28%の増加となっています。

これは、比較的請求点数が低い傾向にある小児科、耳鼻咽喉科を中心に件数が減少したことが影響していると考えられます。

電子レセプトに
おける診療項目別・
増減要因別
点数等の分析

「診療項目別・増減要因別」による分析では、定点的な分析を行うため期間中に新設または廃止となった医療機関を除き、継続して電子レセプトによる請求があった医療機関等（入院についてはDPCへの移行・DPCからの退出あるいは100床

表1 ●件数・日数・点数及び診療諸率（令和2年7～9月診療分）

	合計	医科計	入院	入院外	歯科	調剤	訪問看護
件数（万件）	14,990 （▲8.14%）	11,677 （▲9.03%）	225 （▲4.33%）	11,452 （▲9.12%）	3,272 （▲5.09%）	7,129 （▲8.93%）	40 （20.40%）
日数（万日）	24,465 （▲8.60%）	18,776 （▲9.97%）	2,470 （▲6.92%）	16,306 （▲10.41%）	5,409 （▲4.89%）	8,467 （▲11.08%）	280 （23.95%）
点数（百万点）	375,193 （▲2.86%）	259,316 （▲3.88%）	114,209 （▲3.57%）	145,107 （▲4.12%）	41,612 （2.39%）	71,146 （▲2.96%）	3,119 （24.10%）
（参考）令和元年度 対前年度伸び率	2.99%	2.46%	2.24%	2.63%	2.86%	4.59%	16.76%
1件当たり点数	2,503 （5.74%）	2,221 （5.66%）	50,748 （0.79%）	1,267 （5.50%）	1,272 （7.87%）	998 （6.56%）	7,705 （3.08%）
1件当たり日数	1.63 （▲0.51%）	1.61 （▲1.03%）	10.97 （▲2.71%）	1.42 （▲1.42%）	1.65 （0.21%）	1.19 （▲2.36%）	6.92 （2.95%）
1日当たり点数	1,534 （6.28%）	1,381 （6.76%）	4,625 （3.60%）	890 （7.02%）	769 （7.65%）	840 （9.13%）	1,113 （0.12%）

注1 令和2年7～9月診療分とは、令和2年8～10月審査分のことである。

注2（ ）内は対前年同期伸び率である。

注3 合計の件数、日数には調剤分が含まれていない。

注4 訪問看護療養費の点数欄の数値は、金額を点数換算した数値である。

注5 食事・生活療養費は含まない。

注6 被用者保険及び公費単独分である。

みると、「包括評価」の所定点数が0・80%増加していますが、これは令和2年度診療報酬改定により、周産期医療が評価されたこと、また、地域医療体制確保加算の新設に伴い調整係数が

増加したことなどによるもので
す。

「包括評価」の新設について
は、従来DPC請求以外のレセ
プトで算定されていたものが、
診断群分類の新設によってDPC

要因分析対象

令和

本

新設

区分

コロナ対応

+0.42%

8%

評価

8%

コロナ
臨時・検査
+0.30%

医療 +0.04%

基本料 +0.07%

6%

基本料

数

改

+0

包
+0

在

入院基
薬 +0

▲0.0

在手術
0.02

要因別点数の伸び率【医科計】

	日数	点数	1件当たり点数	1日当たり
	▲10.47	▲4.52	5.56	6.65

The waterfall chart illustrates the cumulative change in the point rate from -10.47% to +6.65%. The factors are categorized as follows:

- 算定回数の変動 (Calculation Number Change):** This category shows a total increase of +0.98%, composed of:
 - 在宅医療 (Home Medical Care): +0.14%
 - 初診料 (First Visit Fee): ▲1.23%
 - 再診料 (Follow-up Fee): ▲0.49%
 - 検査 (Examination): ▲0.62%
 - 包括評価 (Inclusive Evaluation): ▲1.36%
- 回数以外の増減要因 (Increase/Decrease Factors Other Than Number of Visits):** This category shows a total increase of +1.63%, composed of:
 - 投薬 (Medication): ▲0.41%
 - 手術 (Surgery): ▲0.40%
 - 画像診断 (Image Diagnosis): ▲0.18%
 - 入院基本料 (Inpatient Basic Fee): ▲0.28%
 - 特定入院料 (Specified Inpatient Fee): ▲0.42%
- 所定点数の変動 (Change in Specified Points):** This category shows a total increase of +0.71%, composed of:
 - 消費税率引上げ対応分 (Consumption Tax Rate Increase Correspondence): +0.25%
 - その他 (Others): +0.31%
- その他の変動 (Other Changes):** This category shows a total decrease of -0.33%, composed of:
 - 短期満期 (Short-term Maturity): -0.06%
 - 処置 (Treatment): -0.05%
 - 初期評価 (Initial Evaluation): -0.22%

The final result is a net increase of +6.65%.

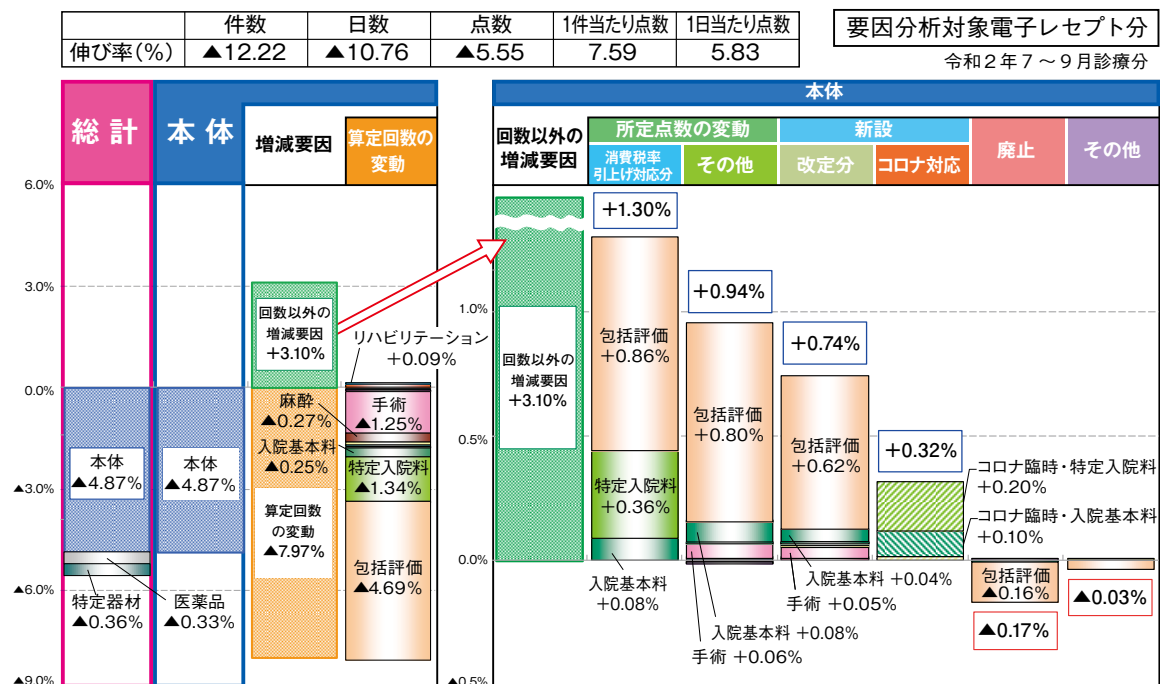
項目別・増減	
	件数
(%)	▲9.55
本体	増減
	回数で増減 +1.6
	医学管 ▲0.2
本体 ▲4.12%	算定 の変 ▲5.7
医薬品 ▲0.32%	

●診療

伸び率
総計
本体 ▲4.12%
特定器 ▲0.09%

4.
 2.
 0.
 ▲2.
 ▲4.
 ▲6.

図2 ●診療項目別・増減要因別点数の伸び率【病院入院（DPC病院分）】



月刊基金 April 2021

C請求分のレセプトとして請求することとなったことに伴い、0・62%増加しています。

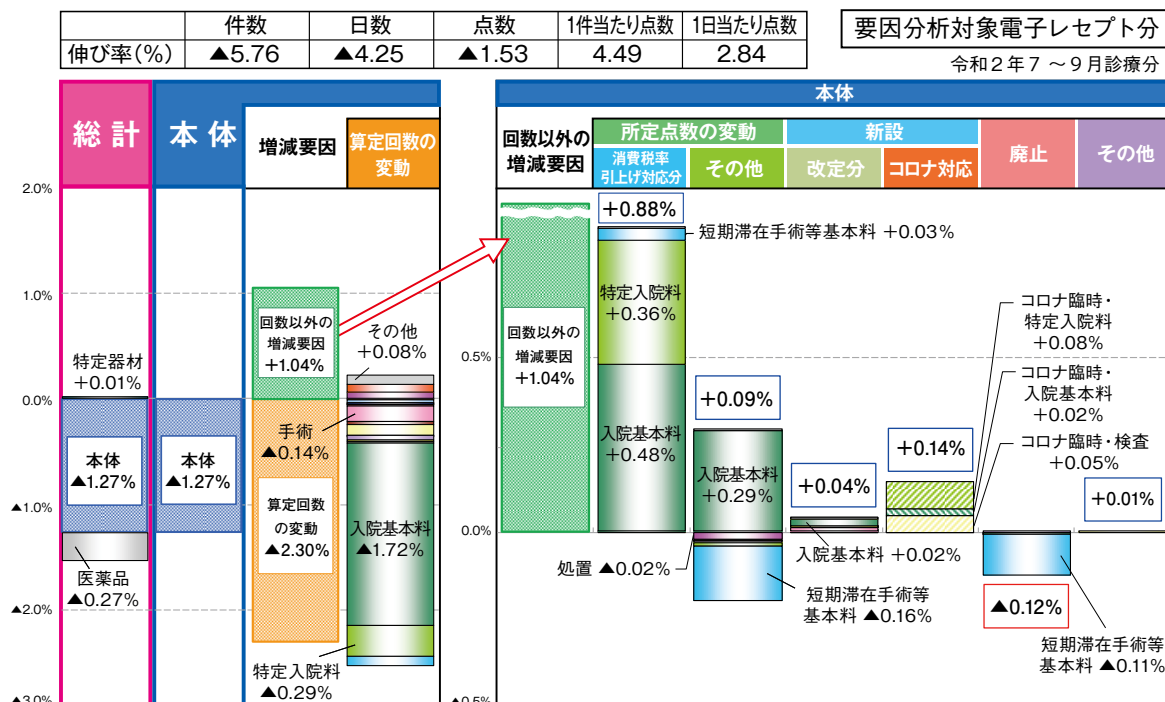
新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いとして新設されたものとして、「特定入院料」では「ハイケアユニット入院医療管理料」等が200/100または300/100相当の点数を算定する取扱いとなったこと、また、「入院基本料」では「救急医療管理加算」について患者の状態及び入院する病床にに応じた点数及び回数が設定されたことなどにより、0・32%増加しています。

○病院入院 (一般病院分) (図3)

病院入院(一般病院分)をみると、「入院基本料」の所定点数が0・29%増加していますが、これは医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進による「看護補助加算」の引上げ等によるものです。

また、「短期滞在手術等基本料」の所定点数が0・16%減少していますが、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平成30年度の平均在院日数を踏まえて評価が見直されたことによるものです。

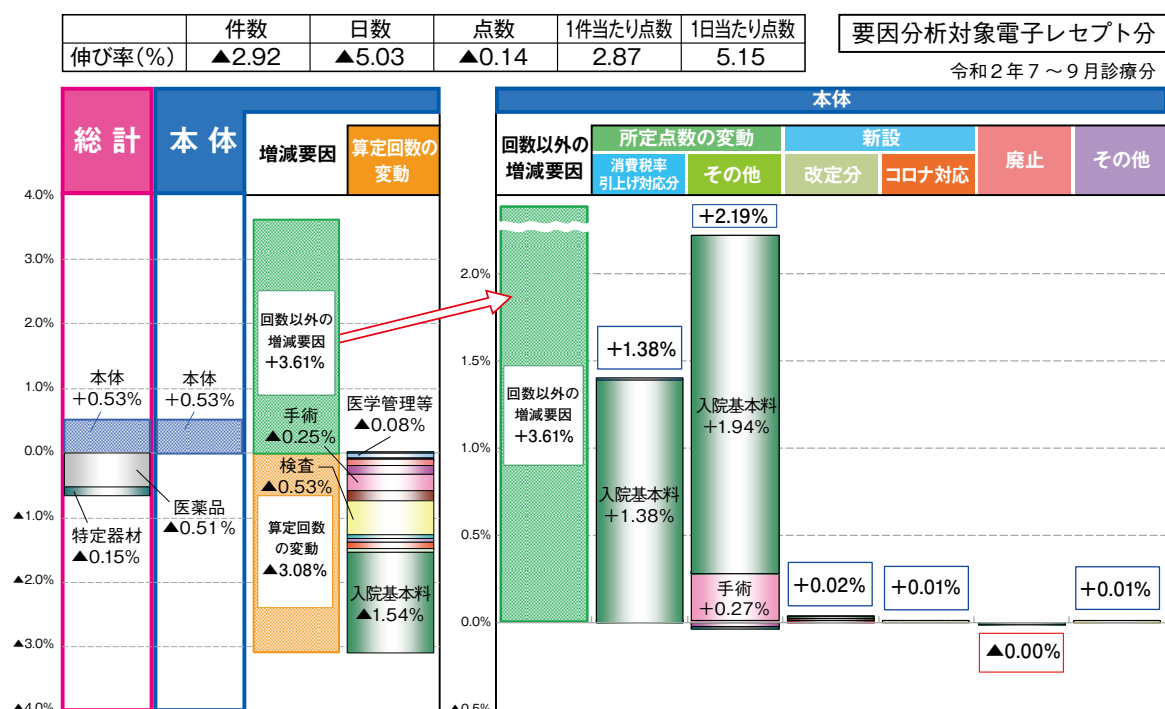
図3 ●診療項目別・増減要因別点数の伸び率【病院入院(一般病院分)】



○診療所入院 (図4)

診療所の入院をみると、「入院基本料」、「手術」の所定点数がそれぞれ1・94%、0・27%増加しています。これは、「入院

図4 ●診療項目別・増減要因別点数の伸び率【診療所入院】



基本料」での医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進による「医師配置加算」、「有床診療所(産科) 裂創縫合術(分娩時)」

など周産期医療に係る手術が評価されたこと等によるものです。

○病院入院外(図5)

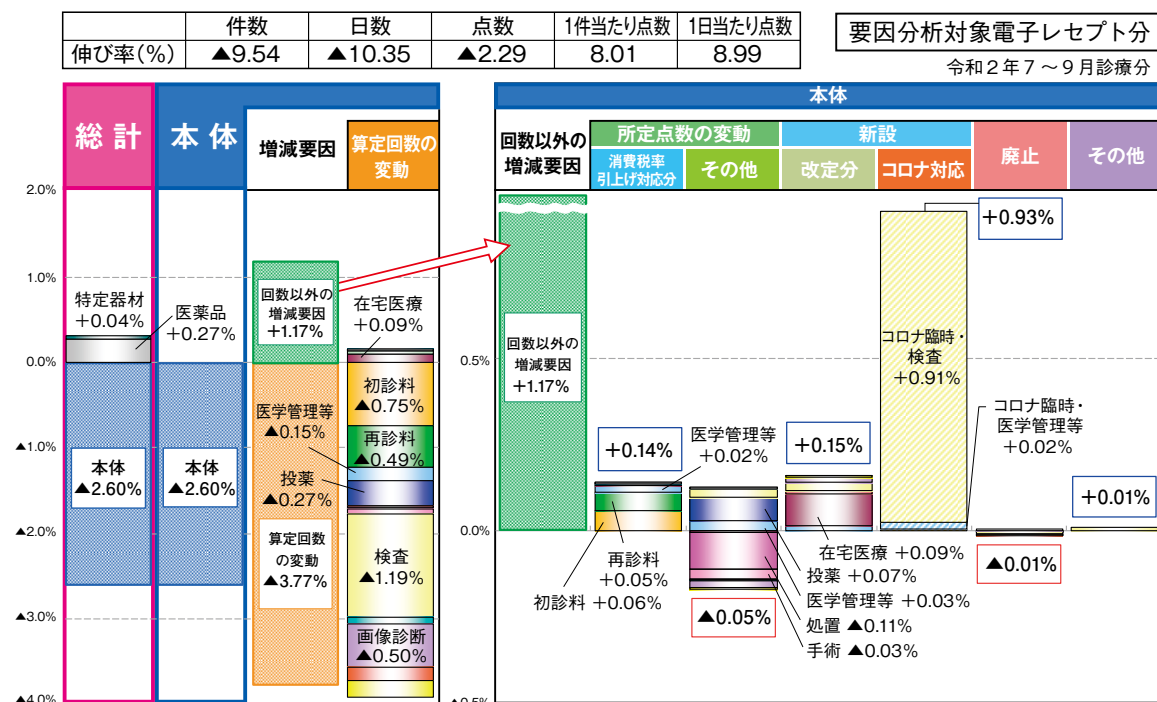
病院の入院外分をみると、所定点数の変動のうち「投薬」の増加については「調剤技術基本料(その他)」、「調剤料(内服薬等)」の引上げ等によるものです。

また、「処置」の所定点数が0・11%減少していますが、「人工腎臓(慢性維持透析)」について、新たな腎性貧血治療薬であるHIF-PH阻害薬の処方状況に応じた所定点数の見直し等が行われたことによるものです。なお、「新設・コロナ対応」では「検査」が0・91%増加しています。これは、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、一般的にPCR検査と呼ばれる「SARS-CoV-2核酸検出検査」の実施数が増えたことによるものです。

○診療所入院外(図6)

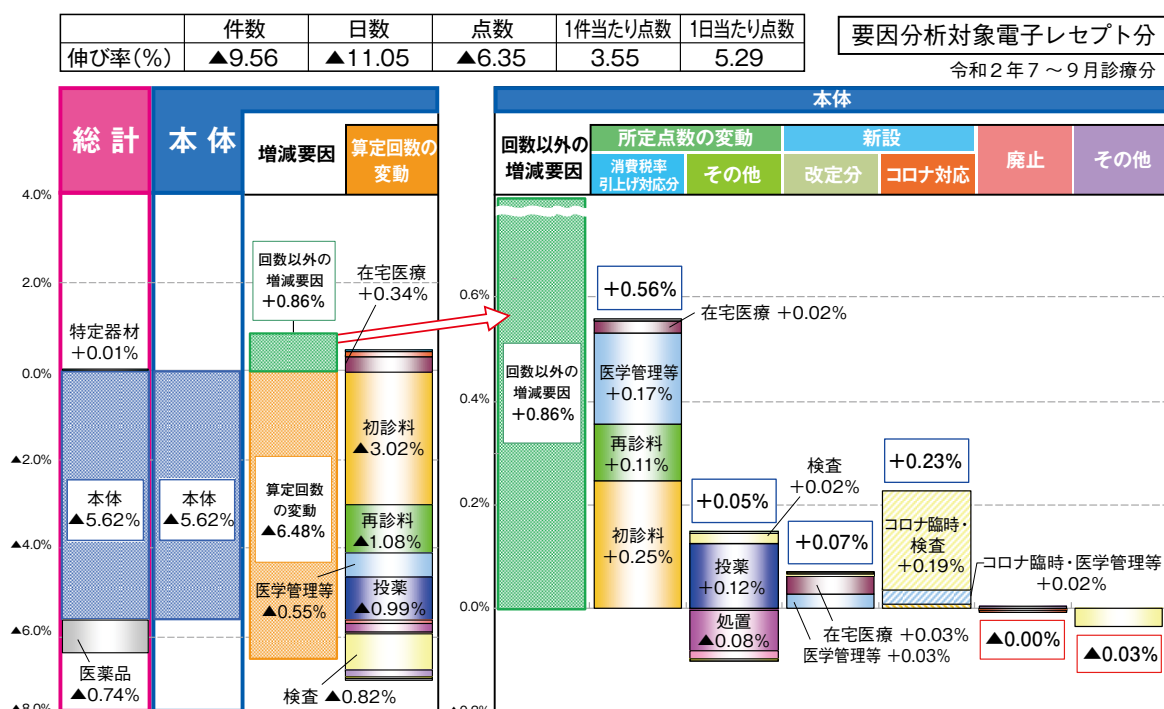
診療所の入院外分をみると、所定点数の変動のうち「投薬」の増加については「調剤料(内服薬等)」、「調剤料(外用薬)」、「調剤技術基本料(その他)」の引上げ等によるものです。また、「処置」の所定点数が

図5 ●診療項目別・増減要因別点数の伸び率【病院入院外】



0・08%減少していますが、病院入院外と同様に「人工腎臓(慢性維持透析)」の評価の見直しが行われたことによるものです。なお、「新設・コロナ対応」で

図6 ●診療項目別・増減要因別点数の伸び率【診療所入院外】



は「検査」が0・19%増加していますが、病院入院外と同様に「SARS-CoV-2核酸検出検査」の実施数が増えたことによるものです。

齒科の伸び率は、本体は1・

68%の増加、医薬品は0・02%の増加、特定器材は0・01%の減少、総計で1・69%の増加となっています。新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う受診控えの影響により算定回数の変動では減少している一方、「その他」の「歯冠修復及び欠損補綴」では令和2年7月の歯科用貴金属価格の随時改定等、「医学管理等」では歯科疾患管理料に係る「長期管理加算」の新設の影響により増加しています。

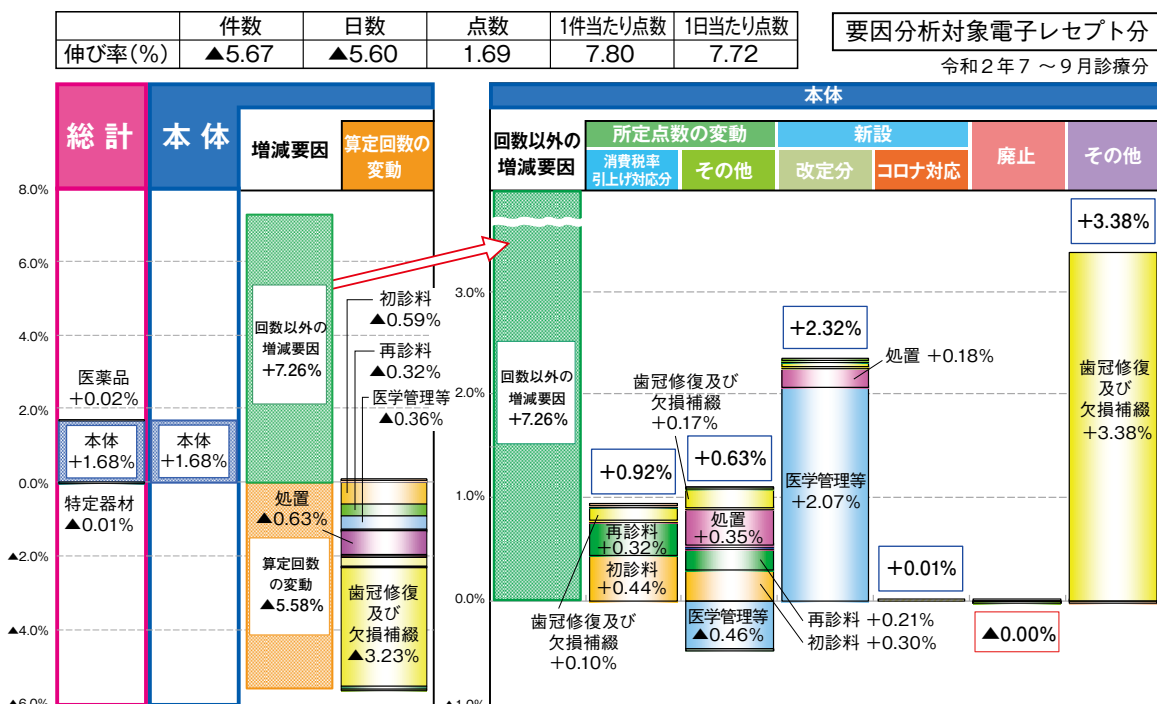
調剤の伸び率は、本体は2・

調剤の伸び率は、本体は2.05%の減少、医薬品は1・61%の減少、特定器材は0・01%の増加、総計で3・65%の減少となっています。

所定占数の変動については、「内服薬調剤料」の点数が引下げられたものの、「薬学管理料等」が「薬剤服用歴管理指導料」の要件見直し、「調剤基本料」が「地域支援体制加算」の引上げにより0・16%増加となりました。

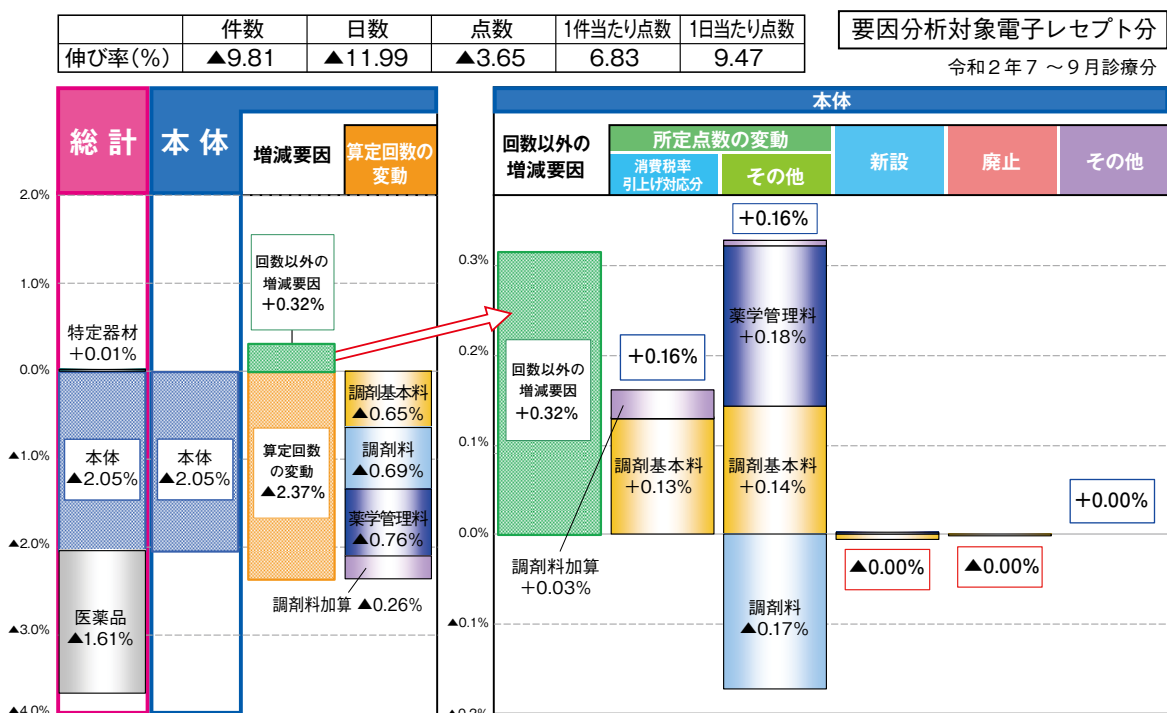
しかしながら、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う受診控えにより調剤行為の算定回数も減少したため、調剤全体とし

ては減少となっています



医薬品全体の伸びを注射薬の影響、内服薬の影響、外用薬の影響等に分け、さらにその増減

要因を薬価の変動等、7つの要因に分解しています。そのうち「販売開始…新薬」は令和元年



10月以降に販売開始された医薬品のうち新規の成分に係る点数を、「販売開始…規格追加等」

は令和元年10月以降に販売開始された医薬品のうち、剤形、規格単位等が追加された医薬品など新薬以外に係る点数分を集計しています。

これを見ると、所定点数の変動のうち「その他」は令和元年10月と令和2年4月の薬価改定の影響により、「内服薬」、「外用薬」、「注射薬」のいずれも減少しているのに対し、数量の変動については「注射薬」が増加しています。これは、令和元年9月に販売開始されたエルトミリス点滴静注や適応症例が追加されたヘムライブラ皮下注などの高額医薬品の影響だと考えられます。

○ 医薬品の使用状況 (図10)

医薬品の使用状況を医薬品全体で見ると、注射薬が32・9%、内服薬が57・5%、外用薬が9・5%を占めています。

前述のとおり薬価は全体的に引下げとなったものの、注射薬の伸び率は増加しており、構成割合では「他に分類されない代謝性医薬品」や「血液製剤類」の伸び率が高くなっています。

以上のように、令和2年7～9月診療分の医療費の動向では、この他にも「新型コロナウイルス感染症の拡大と受診動向」

「薬価階級別の数量変動による伸び率への影響」、「後発医薬品の使用割合」等についても分析

を行っています。すべての結果については支払基金ホームページをご覧ください。

図9 ● 医薬品の増減要因別 点数の伸び率【医薬品計】

	医薬品を算定しているレセプト件数	医薬品に係る点数	点数総計に対する医薬品に係る点数変動の伸び率	医薬品を算定しているレセプト1件当たり医薬品に係る点数
伸び率(%)	▲11.40	▲2.22	▲0.54	10.36

要因分析対象電子レセプト分
令和2年7～9月診療分

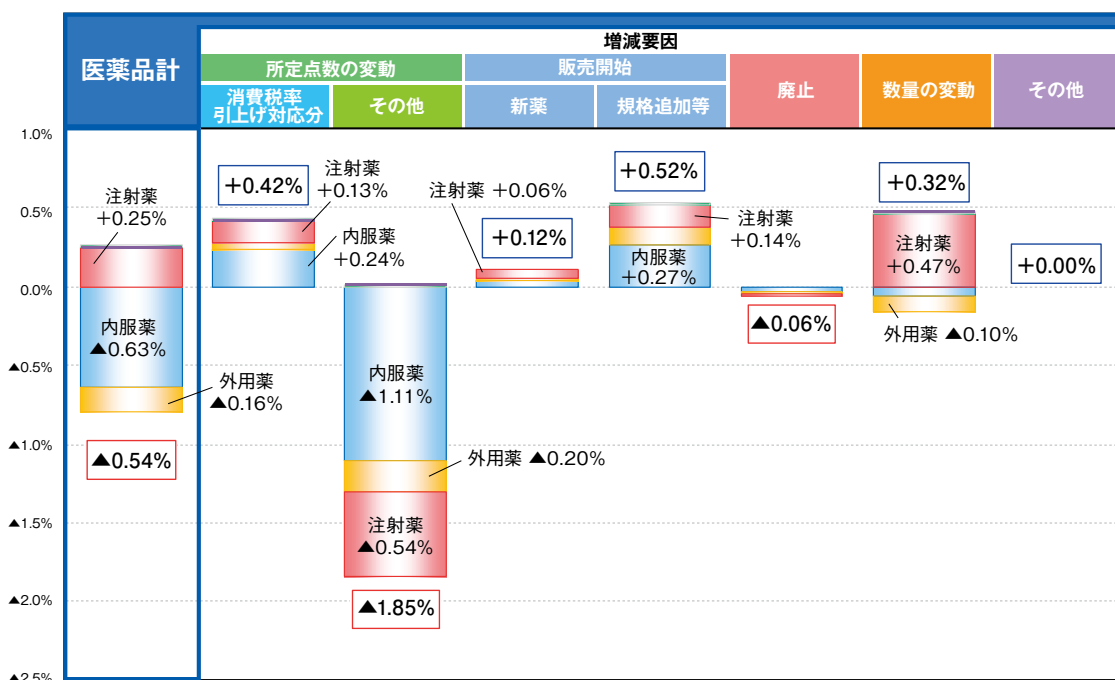
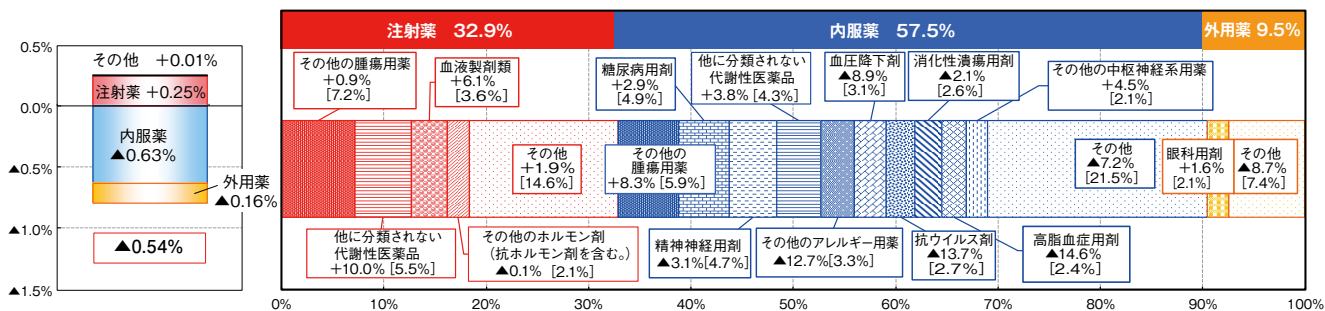


図10 ● 医薬品の使用状況【医薬品計】

要因分析対象電子レセプト分 令和2年7～9月診療分



資料掲載箇所

医療費の動向「令和2年7月から9月診療分の医療費の動向（医科・歯科・調剤）」は支払基金ホームページ（<https://www.ssk.or.jp/>）に掲載しています。
トップページ → 統計情報 → 医療費分析





早川 喜弘

埼玉県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長

できるだけ多くの医師が審査委員を 経験するルールをつくるべき

医師として

——医師を志したきっかけは

「やりがい大きい」との理由から、私が物心ついた頃から、親は医学の道に進めたかったようです。しかしながら、反発心もあり高校は進学クラスの理数科に進み、当時の小説「黒部の太陽」の影響も受け、ダイナミックな建築などの大きなプロジェクトに関わりたいと思っていました。もちろん親は大反対でした。

私は島根県の隠岐の島で生まれ育ちました。

ある頃から、この島にある病院の医師が毎日のように私の自宅を訪れ、医

師の仕事の大切さを何回も聞かされるようになりました。気が付くと、人の命を救うことができ、それに関わる一生の仕事としてのやりがいを感じるようになってきました。

——印象に残るエピソードを教えてください

初めて看取った白血病の患者さんのことです。未来のある若い患者さんということもあり、何とか助けられなかったのかという思いが未だに残っています。

もう一つは、気管支鏡を発明された旧国立がんセンターの池田茂人先生のもとでその技術を習得後に大学に戻り、肺の扁平上皮がんの患者さんの

主治医をしていた時のことです。その

患者さんが夜中に大出血を起こしましたが、習得した気管支鏡の手法により、病室で大出血を止めることができ、患者さんを救うことができました。止血できた喜びと、患者さんとその家族の笑顔は、今でも鮮明に覚えています。

審査委員長として

——審査委員長としてのスタートは

前審査委員長の松崎正一先生は、大学時代からの教室の大先輩であり、審査に情熱を注いでおられました。その大先輩が審査委員長に就任する際に、私に副審査委員長の要請があり、引き受けることにいたしました。

松崎先生と一緒に審査委員会を頑張ってきましたが、松崎先生は残念ながら任期中に病気で亡くなられました。松崎先生が闘病中に審査委員長を辞めると言われた時、「先生が辞める時は私も一緒です」という私の思いに対して、「俺の遺言だ。受ける」と言われ続け、ずっと固辞していたのですが、大先輩の遺志を受け継ぎ審査委員長となりました。

——できるだけ多くの医師は審査委員の経験を

われわれ保険医の責務として、「保険医療機関において診療に従事する保険医は、厚生労働省令で定めるところにより、健康保険の診療に当たらなければならない。」（健康保険法第72条抜粋）とされており、しかしながら、私が大学の医局で走り回っていた若い頃は、療養担当規則や保険診療ルールに関心が薄く、今思えば、査定の多くは保険診療に熟知していれば避けられたのではないのでしょうか。

審査委員になりたての頃は、診療報酬点数表に定められたルールを詳しく知らなかったもので、とにかく覚えることが多く、また、医療の個別性と保険診療との折り合い等、審査は非常に大変でしたが、今となつては保険診療ルール

を覚える機会を持てたことは、私にとつてこれ以上ない財産と言えるでしょう。

医師が保険診療ルールを良く理解し、誤った解釈に基づいて請求しないためにも、審査支払機関の審査委員を一度は経験するという仕組みの構築を、私自身の経験を踏まえ、県医師会に幾度となく提案しています。また、国民皆保険制度を維持していくためにも、研修医に保険診療ルールをしっかりと教える仕組みづくりも必要です。是非とも支払基金と厚生労働省が協力して進めていただければと思います。

——差異解消への取組みについて教えてください

埼玉支部では、主任審査委員の審査関係業務の的確な管理を図ることを目的として、各科の主任が参加する「主任研究会」を毎月開催しています。審査委員間の差異についてもそこで話し合い、合意事項として「審査委員長メモ」という形で取りまとめ、差異の解消に努めています。

また、その合意事項や取決事項等は、年2回開催している国保連合会との連絡協議会において、審査支払機関の差異解消に向けて提案しています。なお、その提案結果は、県医師会が毎月発行している雑誌や、診療報酬改定にあわ

せて発刊している「保険診療上の留意事項」という会報にも掲載し、当該情報の周知徹底を図っています。

——審査委員と職員との連携はいかがですか

職員には、直接審査委員と会って対話を行い、コミュニケーションを図ることが重要であると伝えていきます。それにより、お互いの性格も分かり信頼感も培われるので、電話などよりも重視しています。そのように頻繁にコミュニケーションを図っている職員は、審査事務能力が格段に伸びています。

——医療機関や保険者にお願ひしたいことはありますか

医療機関の皆様方には、保険診療の適正な運用にご協力いただきたいと思っています。

保険診療として診療報酬が支払われるには、療養担当規則を遵守して適切な診療を行い、診療報酬点数表を基に請求を行っていただくことが前提です。そのためにも保険上のルールを正しく理解し、勉強していただくことが必要と考えており、面接懇談に力を入れております。

保険者の皆様方には、再審査請求における紳士協定も良く理解していただいております、今後も引き続きご協力いた

だきたいと思っています。

——これからの医療保険制度のあり方について思うこと

国民医療費の膨張が続いており、このままでは国民皆保険制度は破綻する懸念があります。審査委員会においては、公的医療保険制度の機能を守るため、コンピュータチェックも活用しつつ適正な審査に努めています。医療機関においても、年齢や傾向的なものが事前にチェックできるようコンピュータで管理するようなものがあれば良いのではないかと思います。

日本国民が健康で安心して生活するためには、国民皆保険制度の安定は必要不可欠であり、この大切な制度を途絶えることなく継続していくためには、医療を提供する診療側と、医療費を支える保険者等の支払側とで、この制度を支えていく必要があります。

われわれ審査委員は医師であり、医療提供側ではありますが、公正・公平な立場で保険請求を堅持するため、審査委員長としてこれからも支払基金と共に国民皆保険制度を支えていこうと思っています。

プライベート

——体を動かすことは大事



学生時代からテニスが続けておりましたが、現在は、仕事の合間にゴルフを楽しんでおり、日本シニアオープンも開催されたゴルフ倶楽部のコース委員長を引き受けています。

60年代後半から70年代前半の日本ゴルフ界をけん引した「和製ビッグ3」と称された一人、杉本英世氏の主治医をしていた縁もあり、私が主催するプロアマゴルフコンペを年2回ほど開催し、杉本氏と一緒にラウンドしています。

体を動かすのは子どもの頃から大好きで、10メートル近い素潜りや、隣の島まで遠泳にチャレンジするなど、隠岐の島の自然と親しんできました。その時に培われた体力や健康の貯金が今も生き続けています。

令和3事業年度社会保険診療報酬支払基金 事業計画を策定——「支払基金改革の着実な推進」に向けて——

「令和3事業年度社会保険診療報酬支払基金事業計画」は令和3年2月22日の理事会において議決され、「令和3事業年度審査支払会計収入支出予算」と併せて厚生労働大臣により認可されました。

事業計画の策定にあたって

支払基金は令和4年10月に全国14か所の審査事務センター・分室に審査事務を集約し、審査業務の効率化および審査結果の不合理な差異の解消を図っていくこととしています。

令和2年3月には審査事務集約化までの工程とその前提となる各種改革の取組に関する「審査事務集約化計画工程表」を策定し、公表したところです。

令和3事業年度の事業計画は、この審査事務集約化計画工程表に沿って支払基金改革を着実に推進していくことを大きな柱に掲げており、審査事務集約後の具休像や支払基金の未来の形を創り上げるため、次の3つを重要な視点として策定しています。

第一に、今年度を、昨年度に固めた改革の枠組みを具体化していく「具休像を

彫る年」と位置づけ、審査事務集約後の組織体制にに応じた人事制度や審査事務体制等の詳細の検討など、集約に向けた諸準備を確実に実行することとしています。

第二に、審査委員と職員による在宅審査・在宅審査事務を試行的に実施し、検証することとしています。

昨年の新型コロナウイルス感染拡大時には審査時間の確保などが課題となりました。こうした緊急事態時における審査時間の確保や審査事務集約後に想定される職員の長時間通勤に対する負担軽減を図るために、在宅勤務と事務所勤務を併せた柔軟な働き方を実現するための検討を行います。

第三に、データ分析等に関する業務の追加等が法的に措置されたことを踏まえ、データヘルス業務を本格的に展開するこ

ととしています。

データヘルス集中改革プランへの対応やNDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）関連事業の受託に向け、支払基金がより積極的な役割を果たすため新たにデータヘルスを担う専任組織を立ち上げ、本年3月末からのオンライン資格確認や特定健診情報の提供、10月からの薬剤・医療費情報の提供など、保健医療情報等の活用に関する事業を推進していくこととしています。

ここでは、本事業計画のポイントについてご紹介します。（図表1）

審査事務集約化計画 工程表に係る取組

審査支払新システムの構築

● 審査支払新システムの稼働
本年9月から、受付・審査・支払の業

務単位での「モジュール化（機能分解）」により、審査事務集約や診療報酬改定などの業務変化への柔軟な対応を可能とした審査支払新システム（以下「新システム」という。）を稼働させます。

これにより、令和4年10月の審査事務集約に向け、他の都道府県のレセプトであっても審査事務が可能となります。また、審査委員と職員間で同時にレセプトを閲覧できる機能やメモ機能を実装することにより、審査委員と職員が遠隔地でも効率的に連携を行うことができることとなります。

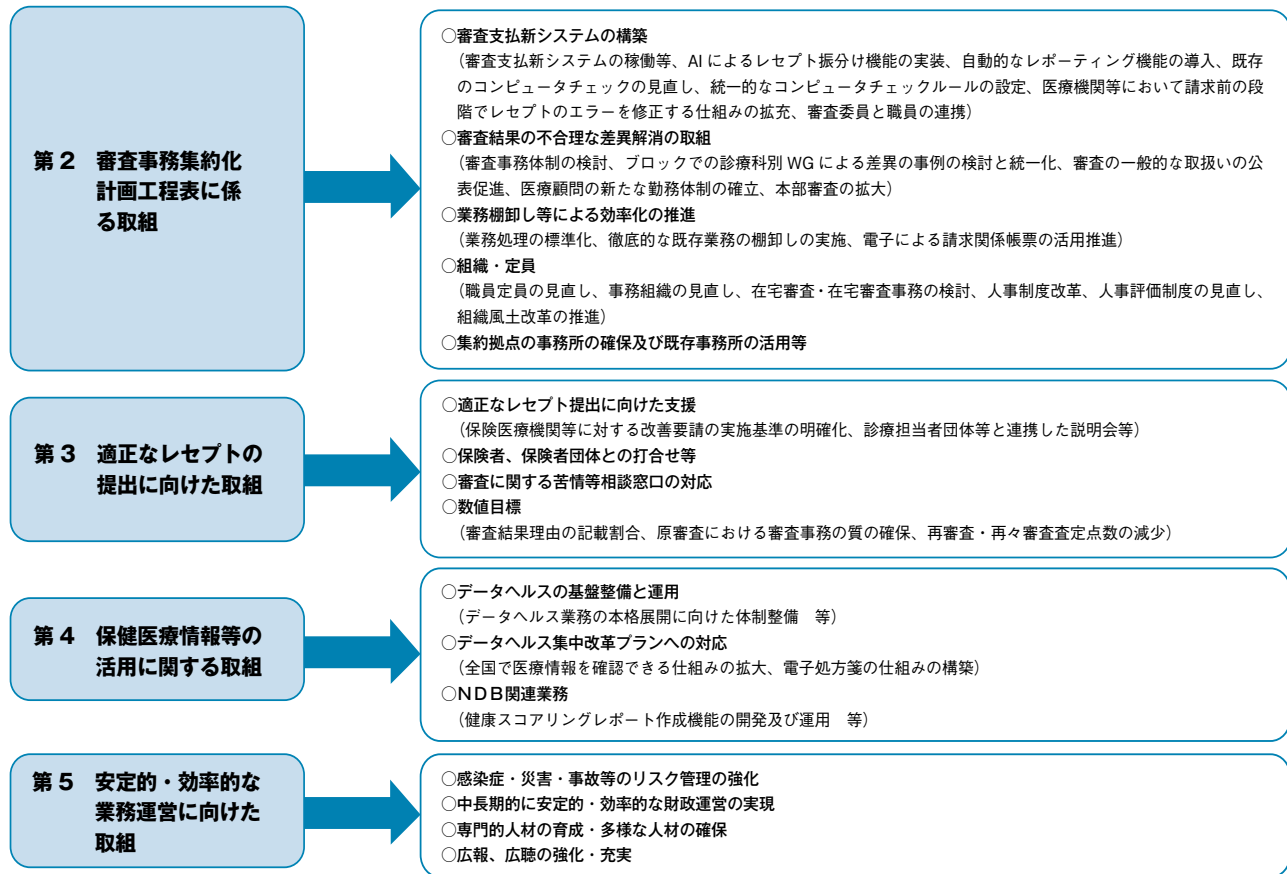
● AIによる振分けと自動的なレポーティング機能

新システムにはAIにより、過去の審査結果に基づき人による審査を必要とするレセプトと必要としないレセプトに振り分ける機能を実装します。これにより、稼働後2年以内にはレセプト全体の9割程度をコンピュータチェックで完結することを目指すこととしています。

また、新システムに実装する自動的なレポーティング機能により、審査結果の差異を見える化することとしています。

医学的判断に係る差異が見られた事例について単一ブロックのみ差異がある場合は、差異が見られる支部が属するブロックの診療科別WG^{※1}において検討し、全

図表1 ● 令和3事業年度社会保険診療報酬支払基金事業計画(概要)



国的な差異がある場合は、本部検討会において検討することにより差異の解消を図ります。さらに、統一された事例は新たなコンピュータチェックの設定やコンピュータチェックの精緻化につなげていきます。なお、今年度は既に審査における取扱いがまとめられている、審査の一般的な取扱い28事例^{※2}および審査情報提供82事例について、レポーティングを実施することとしています。

※1 診療科別WG・ブロック内の差異解消のため、中核6支部に内科、外科、その他診療科および歯科ごとに設置されるワーキンググループ、都道府県の審査委員により構成される

※2 審査の一般的な取扱い事例：本部に設置している「審査の一般的な取扱いに関する検討委員会」で協議の上、全国で審査基準を統一した事例

●**既存のコンピュータチェックの見直し**
既存のコンピュータチェックについては、新システム稼働時までに支部点検条件を本部集約または廃止し、全国統一的なコンピュータチェックとします。

(図表2)

●**統一的なコンピュータチェックの設定**
原審査時にコンピュータチェックがなく、保険者からの再審査または職員の疑義による査定箇所が1年間で1000を超え、かつ該当支部が40を超える医薬品・診療行為について分析を実施し、順

次、コンピュータチェックの設定を行います。

●ASP機能の拡充

医療機関等において請求前の段階でレセプトのエラーを修正する仕組みについては、現行のASP機能^{※3}に搭載されていない記載不備チェックや、告示・通知に基づくチェックについて診療担当者団体の理解を得ながら拡充していくとともに、公開したコンピュータチェック事例の搭載などさらなる拡充についても検討します。

図表2 ● 既存の支部点検条件の整理

区分	平成29年 10月	平成30年 9月	令和元年 9月	令和2年 9月	審査支払新システム 稼働時 令和3年9月
支部点検条件事例数 (削減率)	141,384 (—)	72,707 (48.6%)	24,614 (83%)	12,701 (91%)	整理完了 (100%)

※3 ASP機能：保険医療機関等からオンラインで請求されるレセプトについて、受付前に記録条件仕様等に合致していない一定のレセプトをその段階で保険医療機関等に結果を返し、同月内に確認、修正および再請求することが可能となる仕組み

審査結果の不合理な差異 解消の取組

● 審査事務体制の確立

審査事務集約後の審査事務センターにおいては、診療科別の組織を構成し、職員が複数の都道府県のレセプト審査事務を担当することで、都道府県間の審査結果の違いを速やかに把握し、中核審査事務センターに設置する診療科別WGに報告の上、そこで調整することとしています。今年度は、こうした集約後の審査事務体制について検討、具体化します。

また、審査事務体制の検討に当たって、本年5月より新たに集約拠点となる高崎事務所（以下「高崎オフィス」という。）において、先行して群馬支部の業務の一部（審査事務）を移転し、審査事務集約に係る諸課題の検証を実施することとしています。

● 診療科別WGによる差異事例の 検討と統一化

都道府県ごとに審査の取扱いが異なる、審査事務センターでの職員の審査事務に支障をきたすことから、診療科別WGにおいて令和4年10月までに支部取決事項の整理、統一化を行います。

審査の統一的な取扱いについては、国民健康保険団体連合会と支払基金がそれ

ぞれ全国統一した事例の情報共有を行い、できる限り両機関で揃えて公表していくことを継続的に進めます。

さらに、取扱いが異なる事例については、厚生労働省、支払基金、国民健康保険中央会で構成された「審査支払機関における審査の判断基準の統一化を推進するための連絡会議」において検討・協議を進め、統一化が図られた事例は随時公表を行っていきます。

組織・定員

● 職員定員と事務組織の見直し

新システムの稼働および業務の棚卸し等による業務効率化により職員定員の削減を進め、今年度は令和2年度から67人減の4046人としています。

審査事務集約後の審査事務センターおよび審査委員会事務局の組織については、令和2年10月に実施した事務量調査を基に適正な人員体制を検討、決定します。

また、審査事務集約に伴い、相当数の職員が審査事務センターに転勤する必要があることから、本年6月を目途に職員個々の事情を把握するための意向調査を行うこととしています。

● 在宅審査・在宅審査事務の検討

新型コロナウイルス感染拡大時に課題となった緊急事態における審査時間の

確保や、審査事務集約後に長時間通勤となる職員の負担を軽減し、在宅勤務と事務所勤務を併せた柔軟な働き方を実現するため、高崎オフィスでの先行移転モデル事業において、審査委員と職員の在宅審査・在宅審査事務を試行的に実施し、セキュリティや審査の質の確保などの課題を検証し、導入を検討することとしています。

既存事務所の活用

審査事務集約化を契機とする保有資産（集約拠点事務所、被集約拠点事務所等）の在り方については、継続使用、空きスペースの貸付け、売却等の活用に関する基本的な考え方を整理した「社会保険診療報酬支払基金保有資産活用基本方針」に基づき、具体的な活用の計画を策定します。

適正なレセプトの 提出に向けた取組

適正なレセプト提出に向けた支援

保険医療機関等に対する連絡（文書、電話）、懇談（訪問、面談）等の改善要請を統一化した基準により試行実施するとともに、オンラインなどを活用し、診療担当者団体等と連携した説明会を開催し

ます。

数値目標

本年9月のレセプト振分け機能の導入や令和4年10月の審査事務集約後の姿を意識しつつ、審査の質の確保を図るために次の数値目標を設定します。

(1) 審査結果理由の記載割合

保険医療機関等からの適正なレセプト提出に向けた支援および保険者からの再審査請求減少に向け、審査結果理由の明確化と全事例の記載を目指します。

(2) 原審査における審査事務の質の確保

職員が独自に貼付した疑義付箋は査定に結び付く可能性が高いことから、これを契機とした請求1万点当たりの査定点数について、支部別に令和元年度実績または令和2年度実績のいずれか高い方の数値を確保することを目標とします。

(3) 再審査査定点数の減少

再審査査定点数のうち、原審査時にコンピュータチェックが貼付されていたものを撲滅することを目指し、今年度には原則、前年度実績を半減することを目標とします。

(4) 再々審査査定点数の減少

再々審査査定点数のうち、告示通知に係る査定分の撲滅を目指し、今年度には原則、前年度実績を半減することを目標とします。

保健医療情報等の活用に関する取組

データヘルスの基盤整備と運用

●専任組織の整備

本年4月にデータヘルスに関する専任組織を立ち上げ、戦略的な取組を展開できる体制を整備することとしています。

この専任組織を中心に保険者等関係者との積極的な意見交換を行い、ニーズに応じた戦略的なデータヘルス業務を展開していきます。

●オンライン資格確認等システムの稼働

オンライン資格確認等システムについては、医療保険者等向け中間サーバと一体的に運用し、情報照会・提供、本人確認に関する事務、保険医療機関等への資格情報の提供等を安定的に稼働させます。

また、本年10月には医療費・薬剤情報管理機能およびレセプト振替機能を追加し、運用を開始することとしています。

厚生労働省と連携しながら、オンライン資格確認運用後の顔認証付きカード

リーダー普及への施策を講じるとともに、電子媒体レセプトのオンライン化、再審査請求および返戻再請求に係る紙レセプトの電子化について保険医療機関等およ

び保険者へ働きかけなどを行います。

データヘルス集中改革プランへの対応

患者や全国の保険医療機関等で医療情報を確認できる仕組みの拡大について、対象となる情報を手術・移植や透析等に拡大するため、令和4年夏の運用開始に向けて検討、開発を進めることとしています。

また、電子処方箋の仕組みの構築について、オンライン資格確認等システムを基盤とした運用に関する要件の整理等を実施した上で、令和4年夏の運用開始に向けて検討、開発を進めることとしています。

NDB関連業務

健康スコアリングレポート^{※4}については、保険者・事業主単位で作成するシステムを開発し、令和4年3月から提供を開始する予定としています。

また、本年10月から個人単位の被保険者番号によるレセプト請求が開始されることに伴い、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）や介護DB（介護保険総合データベース）等の連結精度を向上させるため、履歴照会・回答システム^{※5}の開発を行います。

※4 健康スコアリングレポート…レセプト情報や特定健診結果等を収集・分析し、企業単位の被保険者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等について、全健康保険組合平均や業態平均と比較したデータをレポート形式で見える化

するもの

※5 履歴照会・回答システム…医療保険の被保険者番号を個人単位化し、その履歴を二元的に管理するオンライン資格確認等システムの基盤を活用して、医療情報等の共有・収集・連結に必要な情報（被保険者番号履歴）の提供を受けることができる仕組み

安定的・効率的な業務運営に向けた取組

感染症・災害・事故等のリスク管理の強化

支払基金は緊急事態宣言時に事業の継続が求められる事業者とされています。

政府決定の「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」に基づき、基本的な感染防止対策を徹底するとともに、各地域の感染データおよび実態を勘案し、必要な感染防止対策を講じた上で事業を継続します。

中長期的に安定的・効率的な財政運営の実現

将来、人口減少によりレセプト請求件数の伸びの鈍化あるいは減少が想定されることから、単年度の支出が審査支払手数料の増減に直結しやすい財政構造になることが考えられます。審査支払手数料の大きな変動を回避しながら安定的な業務運営を実現するため、収入支出の両面で平準化を考慮した中期的な財政運営について検討を進めます。

また、審査支払手数料については、簡素なコンピュータチェックで完結する判断が明らかなレセプトについて、他のレセプトとは別途の手数料を設定することなどを盛り込んだ新手数料体系を検討し、令和4年度からの開始を目指して保険者団体等との協議を進めることとしています。

専門的人材の育成・多様な人材の確保

データヘルス関連業務やICTを活用したシステム開発に対応するため、専門的知識、技能、能力を有する人材を育成します。

また、内外の人材の活用を推進するとともに、民間IT企業等から適切な人材の採用を実施します。

さらに、内部統制、情報セキュリティ対策、人材育成部門などにおいて外部人材を登用することにより組織の強化を図ることとしています。

事業計画は支払基金ホームページ（<https://www.ssk.or.jp>）に掲載しています。
トップページ→組織概要→事業計画・収入支出予算



令和3年3月全国基金審査委員長・支部長会議を開催

支払基金は全国組織としての機能強化を図るとともに審査充実のための諸方策等に関する意見交換を目的として、3月4日（木）と5日（金）の両日に令和3年3月全国基金審査委員長・支部長会議をWebにより開催しました。

3月4日 審査委員長会議

会議の冒頭、神田理事長からあいさつがあり、その中で「審査事務集約化計画工程表の進捗」や「審査基準の統一」「在宅審査」等について説明されました。（要旨参照）

続いて、担当部から次の事項について説明等を行い、活発な意見交換が行われました。

- ・審査規準の作成
- ・事務付託事項の統一化
- ・AIによるレセプト振分機能
- ・高点数診療行為に対する高額注意チェックの設定について

理事長あいさつ要旨

審査事務集約化計画工程表の進捗

昨年3月に審査事務集約化計画工程表を支払基金として決定したが、今年度はその計画に従って、集約時に職員の誰がどこでといった仕事をすることという改革の具体像を彫る年であるかと位置付けている。

具体的には、今年4月には、昨年実施した事務量調査を踏まえ、各審査事務センターや審査委員会事務局の組織、定員を示すこととしている。

6月には職員に対する集約前最後の意向調査を行い、勤務地の希望や家庭の事情を丁寧に聞き取り、それを踏まえて10月頃には配置先の内示をしている。

今年9月に稼働する審査支払新システムについては、AIを使ったレセプト振分機能を実装するので、新システ

ムや非現業業務の本部集約等を踏まえた業務処理マニュアルを作成し、配置先に応じた研修を行うことを考えている。

AIによるレセプト振分機能

本質的には、過去のレセプトの審査結果をAIで機械学習をさせて人が見るべきものとならないものに振り分けるといふことなので、過去の査定が多い重点審査区分Aの医療機関の査定レセプトの相当部分は人が見るべき方に振り分けられる。しかし、診療科によつてはその割合が低い、また、医療機関全般としてみると査定率が低い診療行為等に着眼して、特定の医療機関のレセプトを見ようというものは、人が見るべき方に振り分けられないことがある。AIによる振分結果のデータを提供するので、人が見るべき方に

令和3年度の審査事務の目標

振り分けられないものについては、医療機関ごとの支部点検条件を付したり、特定の医療機関のレセプトは全てを人が見ることができるようにする等、丁寧に拾い上げていきたいので、ご協力をお願いします。

令和2年度の目標を継続しながら、9月から新システムにレセプト振分機能が実装され、人が見るべきレセプトは限られるので、職員にはそれをつかり点検してもらいたいということから、原審査の審査事務の質について、独自に疑義付箋を貼付したことによる査定点数を目標にしている。

また、令和3年度は、実績によつて上位、中位、下位にグループ分けし、上位の支部にはより高い水準を、特に実績が低いところはせめて全国平均並みを目指してもらうというメリハリをつけた目標にした。本部は、下位のグループ、実績が悪化する支部を重点的に指導・支援していく。



会議の様子

・高崎オフィスでのモデル事業の実施
※在宅審査・在宅審査事務の検討状況を含む
等

3月5日 支部長会議

- 2日目は支部長を対象として、担当部から次の事項について説明を行い、活発な意見交換が行われました。
- ・支払基金定款の一部変更
- ・令和3年度事業計画
- ・令和3年度の審査充実のための数値目標・取組
- ・オンライン資格確認等の開始

審査事務の統一に向けた取組

診療科別ワーキンググループで支部取決事項の統一化に向けた取組み等を進めてきている。審査事務センターでは、職員が複数の都道府県を担当するので、各審査委員会の審査結果の違いにより、職員の仕事が回らなくなるようなもの、医学的に議論があるようなものは揃えられないのは当然だが、支部取決や事務付託で、ブロック内の多くの都道府県の扱いが揃っている中、自県の扱いだけが違っているような場合には、できる限り歩み寄って揃えていただくようお願いしたい。

現在、審査支払機能の在り方に関する検討会で審査基準の統一について議論がされている。支払基金としては、審査事務集約により診療科別ワーキンググループと診療科別の組織という審査結果の不合理な差異を解消する新たな枠組みを作ろうとしているので、是非これを支払基金と国民健康保険団体連合会の審査基準の統一にも活かしていくことができないうか提案している。

在宅審査

現在まで、新型コロナウイルスの審査委員会や職場におけるクラスターの発生は防止できているが、このような

緊急事態に対応するため、また、集約後、遠距離通勤となる職員の負担軽減のためにも、出勤することなく一定の範囲で審査等ができる在宅での審査委員の審査や職員の審査事務について検討をしていく必要性がある。

集約前に先行して設置する高崎オフィスにおいて、モデル事業を実施し、セキュリティや審査の質に問題がないか検証していくこととしている。特に審査の質に関しては、「審査委員同士の連携」や「審査委員と職員との連携」に問題が生じないか、どういった事務が在宅ででき、どういう事務は事務所できないか等の検証結果を踏まえて、合理的な一定の範囲で組み合わせて実施することも含め検討していく。

支払基金法の改正と組織の見直し

今年4月1日より支部の配置規定が廃止となり、固有の権限を有する支部は廃止され、これまで支部に設置していた審査委員会が本部の下に設置されることになる。

集約後の審査委員会事務局は、本部の下に設置される審査委員会の審査の補助等を本部の事務執行機関として分担実施をするという位置付けに変わる。改正の目的は、今までの支部完結型の

業務実施体制から本部を中心とした全国統一的な業務実施体制に転換し、業務の効率化や審査結果の不合理な差異を解消していくことにある。

したがって、目的のために必要であるときには、言うべきことはしっかりと伝え、指示すべきことは指示するといった関係を構築していきたい。それがこの制度改正の過程で、理事会等の利害関係者や国会に対する支払基金としての約束であると考えている。

ただし、新しい業務事務体制となつたからといって、本部が上から目線で現場に合わない独りよがりの考えを押し付けることがないよう、また、机上の議論にならないよう、常に戒めていきたい。「審査の現場をよく知る支部」と「全体を情勢判断して方針決定する本部」とがよく意見交換をし、情報共有したうえで思いを一つに改革を成し遂げていく必要があると考えている。

最後に

本日は多くの内容を説明させていただいたが、忌憚のないご意見を賜り、現場に合った改革が進むよう努力してまいりたいと考えているので、よろしくお願ひ申し上げる。

審査情報提供事例 (医科・歯科)を公表

令和3年2月9日に開催した「第38回審査情報提供検討委員会」において、薬剤2事例を情報提供することとし、第24次審査情報提供事例（医科）として2月22日に公表しました。

また、令和3年2月4日に開催した「第21回審査情報提供歯科検討委員会」において、検査3事例、画像診断16事例、処置46事例、手術27事例、麻酔3事例、歯冠修復及び欠損補綴19事例の合計114事例を情報提供することとし、第19次審査情報提供事例（歯科）として2月22日に公表しました。

なお、これまでの公表分を含む全事例については、支払基金ホームページに掲載しています。

支払基金ホームページ <https://www.ssk.or.jp/>

支払基金

検索



トップページ → 診療報酬の審査 → 審査情報提供事例

審査情報提供事例について

審査支払機関における診療報酬請求に関する審査は、健康保険法、療養担当規則、診療報酬点数表及び関係諸通知等を踏まえ各審査委員会の医学的・歯科医学的見解に基づいて行われています。

一方、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、審査における一般的な取扱いについて広く関係者に情報提供を行い、審査の透明性を高めることとしております。

このため、平成16年7月に「審査情報提供検討委員会」、平成23年6月に「審査情報提供歯科検討委員会」を設置し、情報提供事例の検討と併せ、審査上の一般的な取扱いに係る事例について、情報提供を行ってまいりました。

今後とも、当該委員会において検討協議を重ね、提供事例を逐次拡充することとしておりますので、関係者の皆様のご参考となれば幸いと考えております。

なお、情報提供する審査の一般的な取扱いについては、療養担当規則等に照らし、当該診療行為の必要性、用法・用量の妥当性などに係る医学的・歯科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おりますので、本提供事例に示された適否が、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ことにご留意ください。

第24次審査情報提供事例（医科）

薬剤

事例No. 成分名	主な製品名	薬理作用	使用例 《使用例において審査上認める根拠》	留意事項
346 ミドドリン塩酸塩【内服薬】	メトリジン錠2mg、 メトリジンD錠2mg	血圧上昇作用	原則として、「ミドドリン塩酸塩【内服薬】」を「起立性調節障害」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。 《薬理作用が同様と推定される。》	当該使用例の用法・用量 成人にはミドドリン塩酸塩として、通常1日4mgを2回に分けて経口投与する。なお、症状により適宜増減する。ただし、重症の場合は1日8mgまで増量できる。 小児にはミドドリン塩酸塩として、通常1日4mgを2回に分けて経口投与する。なお、症状により適宜増減するが、1日最高量は6mgとする。

事例No. 成分名	主な製品名	薬理作用	使用例 《使用例において審査上認める根拠》	留意事項
347 アザチオプリン【内服薬】	イムラン錠50mg、 アザニン錠50mg	免疫抑制作用	原則として、「アザチオプリン【内服薬】」を「視神経脊髄炎」に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める。 《薬理作用が同様と推定される。》	(1) 当該使用例の用法・用量 通常、成人及び小児には、1日量としてアザチオプリン1～2mg/kg相当量（通常、成人には50～100mg）を経口投与する。 (2) Nudix hydrolase 15（NUDT15）Arg139Cys 遺伝子多型を有する患者では、本剤投与後に白血球減少等の発現の可能性があるとの報告があるので、他の薬剤の使用を考慮する等、投与には十分に注意する。

第19次審査情報提供事例（歯科）

診療項目	事例	取扱い	取扱いを定めた理由	留意事項
検査	65 細菌簡易培養検査	原則として、「歯髄壊疽（P u エソ）」病名で、細菌簡易培養検査の算定を認める。	歯髄壊疽は、細菌感染によって壊死した歯髄が腐敗し、根管内の歯質が感染した状態であるため、根管内の細菌感染の有無を把握する細菌簡易培養検査を行うことは有用である。	
検査	66 歯周病検査③	原則として、画像診断の算定がない「D002 歯周病検査 2 歯周精密検査」の算定を認める。	歯周疾患の病態によっては、画像診断を行わなくても、4点以上のポケット等を測定する歯周精密検査により歯周病の確定診断を行うことが臨床上あり得るものと考えられる。	
検査	67 顎運動関連検査②	原則として、仮床試適と同日に行われた顎運動関連検査の算定を認める。	咬合関係をより正確に再現するため、仮床試適と顎運動関連検査を同日に行うことが臨床上あり得るものと考えられる。	

）

歯冠修復 及び 欠損補綴	176 有床義歯 内面適合法	原則として、「義歯ハソン」病名で、有床義歯内面適合法の算定を認めない。	有床義歯内面適合法は、義歯床の粘膜面を一層削除し、新たに義歯床の床裏装を行う治療であることから、義歯の破損で当該治療を行うことは適切でないと考えられる。	
歯冠修復 及び 欠損補綴	177 有床義歯 内面適合法②	原則として、「低位咬合」病名で、有床義歯内面適合法の算定を認めない。	有床義歯内面適合法は、義歯床の粘膜面を一層削除し、新たに義歯床の床裏装を行う治療であることから、低位咬合で当該治療を行うことは適切でないと考えられる。	
歯冠修復 及び 欠損補綴	178 有床義歯 内面適合法③	原則として、1歯又は2歯欠損の有床義歯に対する有床義歯内面適合法の算定を認める。	1～2歯欠損であっても、有床義歯の適合状態によっては、義歯床の粘膜面を一層削除し、床裏装を行うことが臨床上あり得るものと考えられる。	

第19次審査情報提供事例（歯科）は、抜粋して掲載しています。

腱鞘炎

～手指を痛みなく使えるように～



腱鞘のはたらき・腱鞘炎とは

四肢を動かす骨格筋の多くは腱となつて骨に付着し、筋が収縮すると腱停止部の骨が引き寄せられ関節が動きます。この腱を包む鞘が腱鞘です。腱鞘は腱が通る固有のトンネルとなつて他の腱と擦れるのを防ぎ、内部の滑液が潤滑油の役割をして腱の滑走性を高め、関節の曲げ伸ばしの際には滑車の役割をするなど、腱が機能的に動くことを助ける役目をしています。

本来腱鞘内でスムーズに動くはずの腱ですが、仕事やスポーツなどの負荷によって擦れるようになると、炎症を起こすことがあります。これが腱鞘炎です。腱鞘が肥厚して腱の通り道が狭くなることで起きる場合には、「狭窄性腱鞘炎」と呼ばれることもあります。症状としては、局所の熱感、腫脹、圧痛などを認め、炎症を起こしているところに負荷がかかる動きをすると痛みが悪化します。

de Quervain 病



腱鞘炎は、よく使うために動きを繰り返す手関節・手指で頻繁に生じます。手関節橈側（親指側）で起こる、高頻度で見られる腱鞘炎が「ドケルバン病」です。母指の基節骨に着いて伸ばす働きをする短母指伸筋、一つ手前の中手骨に着

いて母指を広げる働きをする長母指外転筋の腱に起こるもので、パソコンやスマホの操作など親指の使い過ぎが要因となります。ホルモンバランスも影響しているため、妊娠後期や更年期など、女性に多く見られるものです。親指を中にして拳を握り、小指側に倒す「Eichhoff テスト」（かつてはEinkes test と呼ばれていました）で痛みが見られれば、この疾患を強く疑います。

ばね指

手のひらの、中手骨と基節骨とが作る中手指節（MP）関節でも腱鞘炎を起こしやすく、なめらかに動かさずに「カクンカクン」とばね仕掛けのような動きをするようになったものを「ばね指」と呼びます。どの指にも起こりますが、特に使用頻度の高い母指、中指に起きやすく、やはり中年女性の患者さんが多く、糖尿病の患者さんや透析患者さんなどにもよく見られるものです。ばね現象は朝起きるすぐに起きやすく、使っているうちに徐々に軽くなることもあります。ひどくなると反対の手で手伝わないと曲げ伸ばしできなくなることもあります。炎症そのものは軽減し、ばね現象のみが残っている場合もあります。

腱鞘炎の治療

スポーツや趣味で生じたものであれば一定期間休むことで良くなる場合もあり

ますが、仕事や家事などはそうそう休めないのが悩ましいところです。可能であればなるべく安静にします。副子や装具を用いて動きすぎを防ぐことが有効な場合もあります。消炎鎮痛剤のテープ剤、塗布剤などを使用し、正しい手の使い方の指導を含むリハビリテーションによって改善することも多く、これらの保存的治療をまず行います。ステロイド剤の腱鞘内注射が劇的効果を生むこともあります。ですが、難治性のもものでは効果は限定的で、あまり何回も注射を繰り返すのは好ましくありません。保存的治療で改善しない場合には、狭くなっている腱鞘を広げる手術、腱鞘切開術を行います。一般に外来で局所麻酔下に行われることが多く、術後も長期の固定などは必要ではなく、痛みなく手指を使えるようになるため、なかなか良くならない場合には手術的治療の適応について、主治医と相談することをお勧めします。

【参考】

日本整形外科学会HP

「ドケルバン病（狭窄性腱鞘炎）」

https://www.joa.or.jp/public/sick/condition/de_quervain_disease.html

「ばね指（弾発指）」

https://www.joa.or.jp/public/sick/condition/snapping_finger.html

標準整形外科学 第13版（2019）医学書院

受付・事務点検ASPチェックでエラーとなったレセプトで、エラー内容が「調剤レセプトの用法の記録に係る事例」について、原因を解説します。

事例

調剤レセプトの用法の記録に係る事例の解説について

受付・事務点検ASP結果リストのイメージ

 : 注目ポイント

患者氏名 生年月日	エラー コード	エラー又は確認事項	No	データ区分 調剤月日	事項名
●● ●● 昭和55. 11. ●●	3335	用法の記録が必要な剤形で、用法が記録されていません。	01	処方基本	

電子レセプトの受付データ（抜粋）

SH,01,1, ,,2,,,

用法コードの記録箇所

出力紙レセプト（抜粋）

処 方	
負担	医薬品名・規格・用量・剤形・用法
【内 服】	
① カロナール錠300	300mg 3錠

処方箋の用法は「1日3回食後」

●解説

内服の用法が記録されていないため、L3335が発生しています。

内服、浸煎及び湯の場合は、「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（調剤用）令和2年4月版」の別表12に定められた用法コードにより、用法の記録が必要です。

●修正方法

処方箋に記載された用法を確認し、用法コードを記録します。

●備考

内服、浸煎及び湯以外の場合については、未コード化用法コード（「900」）に代えて、同一処方情報内においてコメントレコードにより用法を記録しても差し支えありません。

なお、外用、注射及び材料については、用法の記録を省略しても差し支えありません。

また、用法の記録に関連するエラーの事例は、他にL3336（用法コードの記録誤り）があります。

エラー コード	エラー又は確認事項（※）	エラー原因
L3336	用法コードの記録が誤っています。	用法コードが記録条件仕様に定められた値で記録されていない。

※詳細は社会保険診療報酬支払基金ホームページに掲載されている「受付・事務点検ASPに係るチェック一覧（調剤）令和2年5月版」をご参照ください。

ポイント

外用、注射及び材料以外については、用法の記録がない場合、本エラーが発生することから、記録漏れがないようにご注意ください。

4 自立支援医療（1）

自立支援医療とは、障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）にもとづく公費負担医療です。障害者・障害児が心身の障害の状態の軽減を図り、自立した日常生活または社会生活を営むために必要な医療のことであり、更生医療、育成医療、精神通院医療の3種類があります（来月号で解説します）。患者は受診のつど医療費の1割を負担しますが、低所得者や継続的に負担が発生する状態の患者には、所得区分に応じた負担上限月額が設定され、負担が軽減されます。

自立支援医療の提供（法第58条）

患者は、市町村等に申請し、支給認定を経て自立支援医療受給者証の交付を受け、受給者証に記載された指定自立支援医療機関（都道府県の指定を受けた保険医療機関（病院・診療所）、保険薬局、訪問看護ステーション）で、自立支援医療を受けます。医療機関は、受給者証に記載された具体的方針にもとづき医療を提供します。

(1) 「世帯」の所得区分に応じた負担上限月額

自立支援医療では医療費の1割を受給者が負担しますが、自立支援医療で定める「世帯」の所得区分に応じて1月当たりの負担上限（負担上限月額）が設定されています。更生医療・精神通院医療の中間所得の人は、負担上限月額が設定されていませんので、高額療養費の公費医療の限度額（月刊基金2020年12月号参照）まで1割を負担します。一定所得以上の人は、自立支援医療の対象外です（公費負担はありません）。

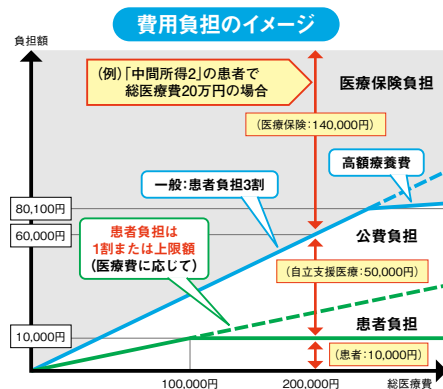
ただし、継続的に医療費負担が発生する「重度かつ継続」と認められた一定所得以上と中間所得の人には、負担上限月額が設定されています。

なお、入院時の食事療養と生活療養は、自立支援医療の対象とならないため、医療保険で定める標準負担額が自己負担となります。ただし、標準負担額を自己負担すると生活保護に該当する場合には、標準負担額相当額が支給されます。

(2) それぞれの医療ごとに負担上限月額を設定

負担上限月額は、自立支援医療の種類ごとに適用され、異なる種類間では合算しません。

所得区分（世帯単位）		更生医療・ 精神通院医療	育成医療	重度かつ継続 （共通）
①一定所得以上	市町村民税 235,000円以上	公費負担の対象外		20,000円
中間 所得	②中間 所得2 市町村民税 33,000円以上 235,000円未満	医療保険の高額 療養費	10,000円	10,000円
	③中間 所得1 市町村民税課税以上 33,000円未満		5,000円	5,000円
④低所得2	市町村民税非課税 （⑤を除く）	5,000円		
⑤低所得1	市町村民税非課税 （受給者にかかる一定の年収 が800,000円以下）	2,500円		
⑥生活保護	生活保護世帯	0円		



「重度かつ継続」の範囲は、つぎのとおりです。

(1) 疾病、症状等から対象となる人

更生医療・育成医療	心臓（心臓移植後の抗免疫療法に限る）・腎臓・小腸・肝臓（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）・免疫機能障害
精神通院医療	統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害（依存症等）の人、精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した人

(2) 疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる人

高額治療継続者（医療保険の高額療養費で多数該当の人（直近の1年間で高額な治療を継続して行い、高額療養費の支給を4回以上受けた人））

※所得区分が中間所得層である育成医療または更生医療の受給者が、複数の疾病に関して支給認定を受けた場合、「重度かつ継続」に該当する疾病等に係る認定を含む時は、その複数の疾病にかかる更生医療または育成医療の自己負担の合計額について、「重度かつ継続」にかかる負担上限月額を適用します。

※「重度かつ継続」の①一定所得以上、「育成医療」の②中間所得2と③中間所得1（「重度かつ継続」を除く）は、令和3年（2021年）3月31日までの経過措置です（令和6年（2024年）3月31日まで経過措置の延長が検討されています）。

自立支援医療における「世帯」

自立支援医療では、原則として自立支援医療の対象である障害者と同じ医療保険に加入する世帯員を、生計を一にする「世帯」として取り扱います。医療保険が異なる場合には別々の「世帯」として取り扱います。18歳未満の障害児の場合については、障害児と保護者が同一の医療保険に加入していない場合でも、同一の「世帯」とみなされます。

●「世帯」の範囲の特例：「障害者とその配偶者」は市町村民税非課税である一方、それ以外の同一世帯の世帯員が市町村民税課税である場合、障害者と同一「世帯」に属する親、兄弟、子ども等がいる場合でも、それらの親等が税制と医療保険のいずれでも障害者を扶養していないときは、申請により「障害者とその配偶者」をその親等とは別の「世帯」とみなす特例があります。

(3)自己負担上限額管理票で自己負担額を管理

指定自立支援医療機関は、受給者から負担上限月額が設定された人に交付される自己負担上限額管理票と受給者証の提示を受けます。医療機関は、受給者から負担上限月額の範囲で医療費の1割を徴収し、残りの費用は対象外（保険単独）の医療費と合わせて支払基金に請求します。また、徴収した自己負担額（入院時食事療養・生活療養の標準負担額は、負担上限月額を計算する際の自己負担額には含まれません）と当月中にその受給者が支払った自己負担額の累積額を管理票に記載します。その月の累積額が負担上限月額に達すると、自己負担の徴収はありません（医療機関は、管理票にその月の自己負担額の累積額が上限月額に達した旨を記載します）。

(例) 負担上限月額5,000円の場合

(同一月)	医療費	医療保険	自立支援医療	患者負担	患者負担総額
1回目 A病院	30,000円	21,000円(7割) 24,000円(8割)	6,000円 3,000円	3,000円	3,000円
2回目 B薬局	5,000円	3,500円(7割) 4,000円(8割)	1,000円 500円	500円	3,500円
3回目 C訪看ST	5,000円	3,500円(7割) 4,000円(8割)	1,000円 500円	500円	4,000円
4回目 A病院	20,000円	14,000円(7割) 16,000円(8割)	5,000円 3,000円	1,000円	5,000円 (上限到達)
5回目 A病院	10,000円	7,000円(7割) 8,000円(8割)	3,000円 2,000円		(患者負担0円)

(4)医療保険の一部負担金と自立支援医療

自立支援医療には、医療保険が優先します。このため、自立支援医療は、医療保険の一部負担金または高額療養費の自己負担限度額のうち、1割負担額または負担上限月額を超える部分について支給されます。ただし生活保護については、全額が自立支援医療となります。

(例) 70歳未満・3割負担で、医療保険の高額療養費が適用される場合

		自立支援医療の対象となる月額総医療費 300,000円	
		医療保険の3割負担 90,000円	
		医療保険の給付 219,570円	
		医療保険の高額療養費の一律の限度額 80,430円 80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	
		1割負担 30,000円	
負担上限	0円	自立支援医療 300,000円(生活保護の場合)	
	2,500円	医療保険	自立支援医療 77,930円 2,500円
	5,000円	医療保険	自立支援医療 75,430円 5,000円
	10,000円	医療保険	自立支援医療 70,430円 10,000円
	20,000円	医療保険	自立支援医療 60,430円 20,000円
		医療保険(高額療養費を含む)と自立支援医療の現物給付	
		患者の窓口負担	

(例) 70歳未満・2割負担(未就学)の場合

		自立支援医療の対象となる月額総医療費 120,000円	
		医療保険の2割負担(一部負担金) 24,000円	
		医療保険の給付 96,000円	
		1割負担 12,000円	
負担上限	0円	自立支援医療 120,000円(生活保護の場合)	
	2,500円	医療保険	自立支援医療 21,500円 2,500円
	5,000円	医療保険	自立支援医療 19,000円 5,000円
	10,000円	医療保険	自立支援医療 14,000円 10,000円
	20,000円	医療保険	自立支援医療 12,000円 12,000円(1割負担<負担上限)
		医療保険と自立支援医療の現物給付	
		患者の窓口負担	

※事例は来月号に掲載します。

※月刊基金発行時の情報をもとに作成しています。

MONTHLY N O T E

マンスリーノート

医療保険等の動き

2 → 3
February March

2月5日

【医療保険】

健保法等の一部改正法案を
閣議決定し国会に提出

政府は2月5日、「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」を閣議決定し国会に提出した。後期高齢者医療の被保険者のうち一定所得以上の者の窓口負担割合を2割とするなど医療保険の給付と負担の見直しが盛り込まれている。

2月5日

【医療】

特定B型肝炎ウイルス感染者
給付金等の改正法案を提出

政府は2月5日、「特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給

に関する特別措置法の一部を改正する法律案」を閣議決定し国会に提出した。集団予防接種の際の注射器の連続使用によりB型肝炎ウイルスに感染した者等に対する給付金及び訴訟手当金の請求期限を令和4年1月12日から同9年3月31日まで延長する。救済対象者を最大約45万人と見込んでいるが、昨年10月末までの提訴者が約8万2千人にとどまるため。

2月5日

【新型コロナウイルス】

2回目の抗体保有調査の
速報結果を公表

厚労省は2月5日、新型コロナウイルス感染症に関する2回目の抗体保有調査の速報結果を公表した。調査対象は、昨年6月実施の第1回が3都府県、12月実施の今回が5都府県。抗体保有者の割合は最も高い東京都でも0・91%にとどまり、厚労省は集団免疫を獲得したとは言えないとしている。

2月5日

【医療】

10月末の病床利用率
一般病床は67・7%に低下

厚労省は2月5日、「病院報告

（令和2年10月分概数）」を公表した。10月末の病床利用率をみると、一般病床は67・7%で、前月の70・8%から3・1ポイント減少、前年同月の76・0%と比べると8・3ポイント低かった。

2月10日

【診療報酬】

令和4年度改定に向けて医療
経済実態調査の実施案を了承

中医協は2月10日の総会で令和4年度診療報酬改定の審議で参考にする令和3年の医療経済実態調査の実施案を了承した。令和元年～3年の3か年のいずれかの同月について調べる「単月調査」を実施するか否かは、今後の新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、春頃を目処に決定する。

2月10日

【医療】

健康寿命延伸へ疾患横断的
エビデンスに基づき提言

6つの国立高度専門医療研究センターによる「電子化医療情報を活用した疾患横断的コホート研究情報基盤整備事業」の成果として、「疾患横断的エビデンスに基づく健康寿命延伸のための提言（第一

次）」が2月10日に公表された。

次の10章にわけて健康寿命延伸のための提言を行っている。①喫煙・受動喫煙②飲酒③食事④体格⑤身体活動⑥心理社会的要因⑦感染症⑧健診・検診の受診と口腔ケア⑨成育歴・育児歴⑩健康の社会的決定要因。

2月12日

【医療】

「お薬手帳」の利用割合は
約7割ー内閣府が世論調査

内閣府は2月12日、「薬局の利用に関する世論調査」の結果を公表した。▽「お薬手帳」の利用者の割合は71・1%、▽「かかりつけ薬剤師・薬局を決めている」者は7・6%、「薬局は一つに決めているが、かかりつけ薬剤師は決めている」者は18・4%、「病院や診療所ごとにその近くにある薬局に行く」者は57・7%であった。

2月12日

【医療保険】

窓口負担が2割になる後期
高齢者の都道府県別割合を示す

厚労省は2月12日、同5日に国会に提出した健保法等の一部改正法案により窓口負担が2割になる

後期高齢者の被保険者に占める割合（都道府県別）を社保審医療保険部会に提出した。最高は神奈川県で28・4%（3割負担とあわせると39・8%）、最低は秋田県で12・6%（同15・4%）。2・3割負担の対象者数が3割を超えるのは神奈川のほか埼玉・千葉・東京・愛知・奈良の5都県。2割未満は秋田のほか青森・岩手・山形・和歌山・徳島・高知・佐賀・熊本・宮崎・鹿児島県の10県となっている。

2月14日

【新型コロナ】

ワクチンを薬事承認
実施期間は来年2月末まで

厚労省は2月14日、ファイザー社の新型コロナウイルスワクチンを薬事承認した。同16日付けの厚労相指示により、接種の対象者は16歳以上の者で、実施期間は同17日から来年2月末までとされた。

2月16日

【新型コロナ】

回復患者の受け入れ促進へ
介護報酬の特例で事務連絡

厚労省は2月16日、事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準

等の臨時的な取扱いについて（第18報）」を発売した。新型コロナウイルス回復患者を受け入れた事業所に、介護報酬（退所前連携加算）の特例的な算定を認めるもの。

2月17日

【医療】

看護職の求職・求人・就職に
関する分析結果を公表

日本看護協会は2月17日、2019年度「ナースセンター登録データに基づく看護職の求職・求人・就職に関する分析」結果を公表した。ナースセンターの求人倍率は2・34倍で、4年連続で2・3〜2・4倍で推移。求職者は直近5年間では、29歳以下と50歳以上が継続して増加しており、60歳以上は2015年度と比べると1・7倍になっている。

2月21日

【オンライン資格確認】

カードリーダー等の申込は
薬局では5割超える

厚労省は、オンライン資格確認の顔認証付きカードリーダー等の申込状況（2月21日時点）を公表した。申込数は7万4830施設で、全国の医療機関・薬局22万8

276施設の32・8%。内訳は病院42・6%、内科診療所24・6%、歯科診療所27・0%、薬局50・5%となっている。

2月22日

【人口】

令和2年の出生数は87万
2683人で過去最低を更新

厚労省は2月22日、人口動態統計速報（令和2年12月分）を公表した。令和2年の出生数は前年比2万5917人（2・9%）減少して87万2683人で過去最低を更新。また死亡数は前年比9373人（0・7%）少なく138万4544人で11年ぶりに減少した。

3月1日

【支払基金】

12月診療分の確定件数は
対前年同月比▲10・1%

支払基金は3月1日、令和2年12月診療分の確定件数・確定金額を公表した。確定件数は総計9232万件で対前年同月伸び率は▲10・1%（医療保険分▲10・3%、各法分▲9・1%）。減少幅は前月の▲10・3%とほぼ同じ。一方で確定金額は総計1兆1096億円

で同▲1・9%（医療保険分▲2・4%、各法分▲0・0%）。減少幅は前月の▲3・9%から2・0ポイント縮小した。

3月3日

【生活保護】

医療扶助は171万7318人、
前年同月と比べ1・8%減少

厚労省は3月3日、被保護者調査（令和2年12月分概数）を公表した。医療扶助の人員は171万7318人で、前年同月と比べ3万1697人（1・8%）減少。一方、介護扶助の人員は40万9257人で、1万401人（2・6%）増加した。生活保護の申請件数は1万7308件（前年同月比6・5%増）で、前年同月比は4か月連続で増加している。

3月4日

【健康経営】

健康経営優良法人2021を
日本健康会議が認定

日本健康会議は3月4日、「健康経営優良法人2021」を認定した。大規模法人部門で1801法人（前年は1473法人）、中小規模法人部門で7934法人（同4811法人）が認定された。



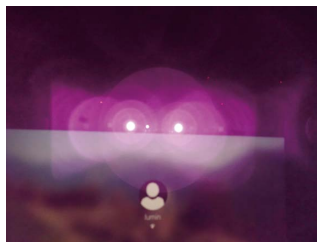
顔認証によるセキュリティ～その技術と現状～

顔認証技術はiPhoneやWindows PCではパスワードの代わりとして使われ始めています。医療関係の身近なところでは令和3年3月から始まったオンライン資格確認の顔認証付カードリーダーにも使用されています。

●顔認証技術のしくみと問題点

正しく機能している顔認証は、通常のカメラ、赤外線カメラ、赤外線ドットプロジェクタを備え、カメラでのカラー画像から顔を識別します。そして赤外線カメラでカラー画像と同じ形で顔があるかどうかを確認し、赤外線ドットプロジェクタで赤外線の点を顔に映したうえで、赤外線カメラで得られたドットの形から3Dで顔の形を認識します。顔画像と顔の3Dデータで機械学習機能を使って識別することにより顔認証を実現しています。

顔認証は人間でも難しい技術です。数万人の顔を覚えていない人もいます。双子の区別ができない、化粧前と後で別人と認識する状況もあります。2019年にサムソンのGalaxy S10は顔認証を搭載し



写真：Windowsの顔認証カメラで顔認証時に赤外線ドットプロジェクタの光を赤外線が映るカメラで撮影

ましたが、単純なカメラのみであったために、スマホの写真で認証してしまう問題が発覚しました。赤外線カメラや赤外線ドットプロジェクタを採用したFace IDの顔認証も、意識のない人に眼鏡をかけると、起きていないと誤認して認証成功したり、親子で似ている顔の場合は認証成功したり、顔認証三次元マスクを作成したセキュリティの専門家もいました。

●不正行為による認証を防ぐ技術

このように顔認証は、正当性の確認としてはまだ弱い技術で十分な研究がされていない分野です。そのため、研究不足、技術力不足、コスト削減のため低い安価なパーツを実装して作ってしまった顔認証システムでは、写真やスマホで撮影した画像・動画でも顔認証が成功してしまいます。このような不正な行為による認証を防ぐ技術の主たるものとして2つあります。一つは赤外線ドットプロジェクタです。赤外線プロジェクタでたくさんの点を投影し、赤外線カメラで撮影することにより顔の三次元構造を取得します。顔認証による比較対象が平面の場合は、元の三次元情報が得られないため、三次元的な比較を行うことができませんが、写真やスマホの映像ではないことは確認できます。もう一つは赤外線カメラです。この技術を顔認証で使用するにより、顔の形で赤外線を発していない場合は顔として判定しません。

生体認証には、指紋や、虹彩、静脈、顔

が使われています。指紋は複製可能であったり、高精細な写真から指紋を作成したりと、複製に弱く、外国に入国するときには採取されることが多くあります。虹彩や静脈認証はコストが高く十分普及していません。また、生体認証の特徴として、認証情報が漏えいした場合に交換ができなくずっと使われるという弱点もあります。そのため、生体認証に対する正当性の評価は非常に重要な項目となっています。盗まれてしまったとしても、パスワードのように変更できないため、偽物であった場合は、偽物と認識できるシステムでないといけません。

●マイナンバーカードの顔認証

オンライン資格確認で使用しているマイナンバーカードの顔認証情報は、マイナンバーカード内のICカードに記録されているモノクロの顔写真を元データとして、カードリーダーのカメラで撮影した顔と比較して認証しています。このため、認証精度として高いといえるほどではありません。一部のカードリーダーでは赤外線カメラを搭載しておらず、スマホの写真で認証成功するため、仕様の変更が必要と考えます。

このように顔認証とは、まだまだ発展途上の技術ですが、「資格確認」という意味では、今まで行われてきた写真の無い保険証での認証よりは格段に精度が上がったといえます。

理事就任のごあいさつ

理事 山本 光昭



このたび令和3年4月1日付けで清谷哲朗氏の後任として理事に就任いたしました。

昭和59年に神戸大学医学部卒業後すぐに公衆衛生を専攻し、厚生労働省医系技官として、保健所や検疫所といった第一線の現場業務、県庁行政の幹部、内閣府での政府全体の政策調整も含む国行政の幹部など、医療行政や病院経営分野等を中心に行政を30数年間経験してまいりました。支払基金に関しては広島県支部において内科担当審査委員および幹事会参与を経験、審査委員の皆さまには各県庁および国立病院機構本部在職中に大変お世話になった先生方が数多くいらっしゃいますので、このたび仕事を一緒にできますことをとても嬉しく思っております。

さて、支払基金では業務の効率化・高度化と審査の充実を目指す改革が進行中で、中でもクラウド化の採用やAIによる振分け機能の導入などを図る審査支払新システムの本格稼働が目前に控えています。新システムへのスムーズな移行や審査結果の不合理的な差異の解消に向けては、現場に赴き、第一線に立たれている審査委員や職員の皆さまとの積極的な対話を行って現状を認識し、課題と改革意識を共有しながら進めることが肝要と思っております。また、支払基金を取り巻く、多くの関係者との相互理解を深めることも重要な中、私はワインエキスパートや日本酒の利き酒師等の資格も有しておりますので、新型コロナ禍終息後はその知識や経験も活かし、勤務時間外も活用しながら関係者間の丁寧な調整を行っていきたいと考えております。

微力ではございますが、神田理事長のもと関係者の皆さま方のご協力とご支援をいただきながら、支払基金の業務効率化・高度化と審査の充実を通じて、わが国の医療の質の一層の向上に全力を尽くしてまいりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

新任支部長の紹介

支払基金では、4月1日付けで人事異動を行い、新たに11名が支部長に就任しました。

11名の支部長について、それぞれのプロフィールのほか「自己紹介」および「座右の銘」を紹介します。これからどうぞよろしくお願いします。

山形支部長

な か や と し か ず
中谷 敏一

前 職

北海道支部
審査業務部長

出身地 採用支部
北海道 北海道



自己紹介

このたび山形支部に着任いたしました。

職員の皆様とは一日でも早く溶け込み、今後の支払基金改革への取組みを進めていく中で、円滑な支部の事業運営に取り組んでいきたいと考えています。

また、いつでも気楽に話かけられるよう、審査委員の先生方や職員とのコミュニケーションを図り、明るく、活気のある支部だと言われるように努めてまいります。

座右の銘

「有言実行」

口に出したからには、計画倒れで終わってしまわないよう、決して途中で諦めることなく、必ず最後まで成し遂げていきたいと思っています。

東京支部副支部長

すがわら かずや
菅原 和也

前 職
東京支部
審査業務第1部長
出身地 採用支部
岩手県 山梨



自己紹介

令和2年4月から東京支部勤務となり、このたび副支部長に就任いたしました。引き続き東京支部の皆さんとともに、新たな立場で支払基金改革・支部集約等の課題に対し着実に取り組み、円滑な事業運営のため微力ながら尽力してまいります。趣味は、1級船舶免許を持っており、レンタルボートでの海釣りです。釣果はともかく大海原でリフレッシュしています。

座右の銘

「思い立ったが吉日」
仕事でもプライベートでもポジティブに気持ちよく取りかかれるよう、背中を押してくれる言葉です。

山梨支部長

とみざわ ひろし
富澤 洋

前 職
神奈川支部
審査企画部長
出身地 採用支部
神奈川県 東京



自己紹介

3度目の転勤にして初めての単身赴任になります。山の如く出身地から動いたことはありませんが、新しい環境に1日も早く慣れ、職員の皆さんとの対話を通じて、目下の改革に一緒に向き合いたいと思っています。

座右の銘

「本質において一致、行動において自由、すべてにおいて信頼」
この言葉を知った時から心にとめています。理念・目的を共有化したら、自由に行動させ、信頼して任せる。チームワークを大切にしたいと思っています。

大阪支部副支部長

いいた ひでお
飯田 英雄

前 職
兵庫支部
総務部長
出身地 採用支部
兵庫県 兵庫



自己紹介

兵庫支部で阪神大震災を経験し、以来、色々な意味で「当たり前」に対する価値観が変わりました。支払基金が、改めて医療保険制度や国民の健康管理の分野において、「当たり前」の存在になれるように、職責を全うする所存です。

座右の銘

「感謝は人を優しくする」
これまで様々な出来事や出会った方々のお陰で、今の自分があります。常に感謝を忘れず、人に優しく、些細なことに気を配れるよう心がけたいと思います。

鳥取支部長

やまもと たつや
山本 達也

前 職
基金本部
経営企画部次長
出身地 採用支部
島根県 島根



自己紹介

このたび鳥取支部に着任いたしました。幼少期から高校、社会人と続けてきた野球を通じて培ってきた精神力を活かして、バイタリティとクオリティをもつて組織と共に働く職員に価値を提供できるように取り組んでいきたいと考えています。

座右の銘

「人事を尽くして天命を待つ」
力の限りを尽くしてやり遂げた後は、運を天に任せるという意味ですが、物事の成り行きは、人智を越えたところにある、思い通りにならなくても後悔はしないという覚悟を示したものです。信頼される組織で在り続けるために「汗をかくこと」を忘れないよう心掛けています。

島根支部長

しらいし けいすけ
白石 圭輔

前 職
福岡支部
総務部長
出身地 採用支部
愛媛県 東京



自己紹介

前任地では自転車を購入し、天気がよければ博多の街を駆け巡っていました。風を感じ、新緑を深呼吸するなど、自然に親しむことが好きです。島根の地でも自然を愛し、出会う人々との縁を大切にしていきたいと思っています。

座右の銘

「Stay hungry, stay foolish」
アップル創業者のステイブ・ジョブズが卒業式で述べた言葉です。常に探求心を持ち、了見を広く持ち、迷わず信じた道を進んでいきたいと考えています。

山口支部長

たきみ ともゆき
滝見 知之

前 職
基金本部
業務部次長
出身地 採用支部
北海道 北海道



自己紹介

2度目の転勤で山口支部へ着任いたしました。これから迎える支払基金の大きな改革の波を、維新の地、山口の皆さんと一緒に乗り越えていきたいと思っています。よろしくお願いします。

座右の銘

「為せば成る、為さねば成らぬ何事も、成らぬは人の為さぬ成りけり」

短くすると「為せば成る」又は「為さずんば成らず」ですが、物事がうまくいかない時とかく人のせいにながちな自分に問う言葉です。大切なのは行動すること。

徳島支部長

おがわ かずみ
小川 一実

前 職
基金本部
番号制度情報管理部長
出身地 採用支部
千葉県 千葉



自己紹介

このたび徳島支部に着任いたしました。今回で4回目(本部→静岡→本部)の転勤と2回目の単身赴任となります。体重が増え、痛風の発症が気になりますが、職員の皆さんとコミュニケーションを図り、風通しの良い職場を目指して、審査の充実等に取組んでいきたいと思えます。

座右の銘

「初心忘るべからず」

人は経験を積むことで、知識や技能を身に付けますが、反面、慣れやおごりが出てきますので、物事を始めたばかりの頃の常に真剣で謙虚な気持ちを持って、仕事に人に接していきたいと思っています。

高知支部長

おおめ きょうじ
大目 恭司

前 職
茨城支部
審査業務部長
出身地 採用支部
神奈川県 神奈川



自己紹介

このたび高知支部に着任いたしました。職員と向き合いコミュニケーションを大切に、工程表に係る具体的な改革に向けてチーム力を向上させ、より主体性のある組織づくりができるよう取り組んでまいります。

座右の銘

「誠心誠意」

意味は「嘘偽りなく、真心をもって相手に接すること」です。チーム力を向上させるには、相手の立場に立つて真心をもつて対応し、感謝の気持ちを忘れずにしていくことが大切であると考えております。今後も誠心誠意努力してまいります。

長崎支部長

いぬま しんご
飯沼 伸吾

前 職
埼玉支部
審査業務部長
出身地 採用支部
千葉県 東京



自己紹介

生まれや勤務地は関東ですが、今後は自身が早く長崎人となつて、職員の皆さんと一体となり取り組むことができる「期待感」に溢れています。どうぞよろしく願います。

座右の銘

「以心伝心」

文字や言葉を使わなくてもお互いの心と心で通じ合うことです。言い換えれば、相手を良く思っている心を通じる面と、逆に悪く思っていることも通じることになりまので、接するすべての人を良く思うよう心がけています。

宮崎支部長

さかきばら かずよし
榊原 一好

前 職
大阪支部
審査企画部長
出身地 採用支部
三重県 愛知



自己紹介

このたび宮崎支部に着任しました。愛知支部に入所し、岡山支部、大阪支部を経て4支部目の赴任となります。赴任するたびに、初心を思い起こし、謙虚な気持ちですべてに取り組んでいきたいと考えています。どうぞよろしく願います。

座右の銘

「冷静さとポジティブ」の両立・バランスをモットーとして、日々、仕事に取り組んでいます。迷ったり、悩んだりすることばかりですが、何事にも前向きに一生懸命取り組みます。

支払基金の人事異動（審議役・支部長・部長等）

新職名		前職名	
鳥 取 支部長	山本 達也	本 部 経営企画部次長	
島 根 //	白石 圭輔	福 岡 総務部長	
岡 山 //	周治 智美	高 知 支部長	
広 島 //	羽田 聖司	茨 城 //	
山 口 //	滝見 知之	本 部 業務部次長	
徳 島 //	小川 一実	// 番号制度情報管理部長	
高 知 //	大目 恭司	茨 城 審査業務部長	
長 崎 //	飯沼 伸吾	埼 玉 //	
熊 本 //	伯川 博文	島 根 支部長	
宮 崎 //	榊原 一好	大 阪 審査企画部長	
沖 縄 //	黒島 健作	長 崎 支部長	
東 京 副支部長	菅原 和也	東 京 審査業務第1部長	
大 阪 //	飯田 英雄	兵 庫 総務部長	
本 部 経営企画部次長	高尾 純子	本 部 システム部システム管理課長	
// //	川 島 洋	静 岡 審査業務部事業管理課長	
// 総務財政部次長	上野 正恵	本 部 総務厚生部次長	
// //	高橋 尚也	// 経理部次長	
// //	鈴木 朋之	茨 城 庶務課長	
// 人事部次長	石井 直樹	本 部 人事部人事課長	
// 事業統括部次長	稲垣 圭子	// 人事部ダイバーシティ推進室長	
// //	岡本 青史	// 業務部業務管理課長	
// 審査統括部次長	横山 新一	// 審査企画部次長	
// //	飯田 美和	// //	
// //	志村 啓治	// 審査企画部特別審査委員会室長	
// //	坂 本 到	// 審査企画部医科審査運営課長	
// システム部次長	阿部 和博	福 島 庶務課長	
// 情報化企画部次長	上 村 靖	本 部 オンライン資格確認等システム開発準備室次長	
// 分析評価部次長	城岡 博幸	// 審査企画部分析評価室統計管理課長	
// 情報化支援部次長	伊 藤 宏	// 総務厚生部職員厚生課付	
// 財政調整事業部次長	菱沼 則幸	// 高齢者医療部次長	
// //	鈴木 雅彦	// 監査室監査課長	
北海道 審査企画部長	東野 英嗣	宮 城 総務部庶務課長	
// 審査業務部長	山 口 学	北海道 審査企画部長	
茨 城 //	那須野 清	本 部 経営企画部広報室長	
埼 玉 総務部長	中満 政治	熊 本 事業管理課長	
// 審査業務部長	藤井 之人	東 京 審査業務第1部審査業務第1課長	
千 葉 総務部長	大野 孝夫	千 葉 審査業務部長	
// 審査企画部長	中田 広樹	本 部 経理部次長	
// 審査業務部長	小海 正範	埼 玉 審査企画部事業管理課長	
東 京 審査業務第1部長	後藤 洋一	東 京 審査業務第2部長	
// 審査業務第2部長	近 圭 司	北海道 審査業務部審査業務第7課長	
神奈川 審査企画部長	古川 博明	本 部 業務部事業費管理室長	
// 審査業務部長	近藤 勝男	鹿児島 審査業務第1課長	
愛 知 審査企画部長	成 田 稔	広 島 総務部長	
京 都 審査業務部長	山岡かおる	愛 知 審査企画部長	
大 阪 審査企画部長	岡安 弘克	兵 庫 総務部庶務課長	
兵 庫 総務部長	下段 智弘	本 部 高齢者医療部次長	
広 島 //	兼 保 努	広 島 総務部庶務課長	
福 岡 //	岡部 英子	千 葉 審査企画部長	

●令和3年3月30日付

退職・退任等		前職名
辞 職	十文字伸幸	本 部 高齢者医療部長

●令和3年3月31日付

退職・退任等		前職名
退 職	早田龍一郎	本 部 人事部長
//	吉 澤 茂	// 監査室長
退 任	秋元 文雄	北海道 支部長
//	斉藤 良一	山 形 //
//	金丸 浩一	東 京 //
//	大橋 章浩	神奈川 //
//	牧山 誠二	新 潟 //
//	高橋 敏浩	山 梨 //
//	小田島成之	兵 庫 //
//	菅原 准一	鳥 取 //
//	横島 和治	岡 山 //
//	田中 秀樹	徳 島 //
//	高野 泰幸	宮 崎 //
//	高輪 朋海	沖 縄 //
辞 職	西谷 義則	本 部 審査企画部分析評価室長
//	山崎 雅史	埼 玉 総務部長
退 職	新関 正彦	千 葉 //
//	富田 満夫	京 都 審査業務部長

●令和3年4月1日付

新職名		前職名
本 部 審議役	綿引 正光	本 部 総務厚生部長
// //	加 瀬 勝	// 審査企画部長
// 総務財政部長	飯田 陽介	// 経理部長
// 人事部長	本 田 明	大 阪 支部長
// 事業統括部長	山田 文彦	本 部 業務部長
// 審査統括部長	石川 栄子	// 審査企画部次長
// 情報化企画部長	上田 尚弘	// オンライン資格確認等システム開発準備室長
// 分析評価部長事務取扱	真鍋 伸子	// 審議役
// 情報化支援部長	佐々 雄二	// オンライン資格確認等システム開発準備室医療情報化支援専門役
// 財政調整事業部長	高橋 雄二	// 退職者医療・介護保険部長
// 監査部長	森山伊久夫	一 厚生労働省保険局保険課長補佐
北海道 支部長	平 ゆかり	石 川 支部長
山 形 //	中谷 敏一	北海道 審査業務部長
茨 城 //	黒木 眞一	東 京 副支部長
群 馬 //	鷲 巢 宏	岐 阜 支部長
東 京 //	藤井 正則	広 島 //
神奈川 //	長洲 智彦	本 部 審議役
新 潟 //	柴田 泰浩	群 馬 支部長
石 川 //	吉 村 毅	熊 本 //
山 梨 //	富 澤 洋	神奈川 審査企画部長
岐 阜 //	西村 里香	山 口 支部長
大 阪 //	高 橋 一	本 部 審議役
兵 庫 //	藤田 浩史	大 阪 副支部長

理事会開催状況

2月理事会は2月22日に開催され、議題は次のとおりでした。

議 題

1 議事

- (1) 支払基金定款の一部変更（案）
- (2) 令和2事業年度一般会計収入支出予算変更（案）
- (3) 令和3事業年度社会保険診療報酬支払基金事業計画（案）
- (4) 令和3事業年度審査支払会計収入支出予算（案）
- (5) 保険者との契約の改定（案）
- (6) 令和2事業年度特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等支給関係特別会計収入支出予算等の一部変更（案）

2 報告事項

- (1) 第24次審査情報提供（医科）及び第19次審査情報提供（歯科）
- (2) 医療費の動向（令和2年7月～9月診療分 医科・歯科・調剤）～被用者保険等分～

3 定例報告

- (1) 令和2年12月審査分の審査状況
- (2) 令和3年2月審査分の特別審査委員会取扱状況
- (3) 令和3年1月理事会議事録の公表

4 その他

令和4年度新規職員採用計画

プレスリリース発信状況

- 2月 1日 11月診療分の件数は対前年同月伸び率で10.3%減少 ～確定金額は3.9%減少～
- 2月22日 審査情報提供事例（医科・歯科）を追加
- 2月25日 2月定例記者会見を開催

支払基金ホームページ（<https://www.ssk.or.jp/>）新着状況（抜粋）

- 2月 1日 支部情報（各支部ページ）において「お知らせ」「診療報酬確定状況」「管掌別診療報酬等確定状況」を更新
統計情報に確定状況及び収納状況（令和2年11月診療分）を追加
統計月報（令和2年11月診療分）を掲載
基本マスター（医科診療行為）を更新
医科電子点数表テーブル及び歯科電子点数表テーブルを更新
- 2月 4日 基本マスター（医科診療行為）を更新
- 2月 5日 保険者の異動について（2021年1月分）を掲載
- 2月 8日 「第28回審査に関する支部間差異解消のための歯科検討委員会」及び「第21回審査情報提供歯科検討委員会」を開催
- 2月 9日 令和2年度全国基金医療顧問等会議を開催
- 2月10日 「第38回審査情報提供検討委員会」を開催
月刊基金「令和3年2月号」を掲載
- 2月17日 基本マスター（医薬品）を更新
- 2月19日 経過措置医薬品情報を更新
- 2月25日 医療費の動向を掲載
- 2月26日 基本マスター（特定器材）を更新