

月刊基金

1

January 2022



新春対談

支払基金改革の実行の年 新生基金像に「魂吹き込む」

社会保険診療報酬支払基金 理事長 神田 裕二

健康保険組合連合会 副会長 佐野 雅宏

トピックス

令和3年の取組～支払基金改革～

月刊基金

Monthly KIKIN 第63巻 第1号

1

JANUARY 2022

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、国民の皆様にご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



フキノトウ（秋田県）

フキノトウはフキのつぼみの部分で、花が咲いたあとに地下からのびてくる葉がフキとなります。本州を中心に全国に分布し、雪どけとともにいっせいに芽を出すことから春の使者ともいわれます。

CONTENTS

2 新春のごあいさつ

社会保険診療報酬支払基金 理事長 神田 裕二

4 新春対談

支払基金改革の実行の年 新生基金像に「魂吹き込む」

社会保険診療報酬支払基金 理事長 神田 裕二

健康保険組合連合会 副会長 佐野 雅宏

16 トピックス

令和3年の取組 ～支払基金改革～

20 審査委員長に伺いました。

切磋琢磨、協力し合って 審査に当たる

鹿児島県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長 橋口 兼久

22 新連載

保険者からの再審査請求において 「原審どおり」となる事例の解説

24 公費負担医療制度のしくみ 連載13回

精神保健福祉法による措置入院

26 支払基金改革 ただ今奮闘中

関係者の声を素早く反映、 新たなサービス提供のインフラを目指す

29 インフォメーション

支払基金の人事異動

新春のごあいさつ

社会保険診療報酬支払基金

理事長

神田 裕二



謹んで新年のご挨拶を申し上げます。
年頭に当たり、支払基金の運営に関する所信の一端を申し述べさせていただきます。

今年は、一言でいえば、「新生支払基金を創建する年」であります。昨年は「改革の具体像を彫る年」でした。7月に勤務条件を決め、9月にはAIによるレセプト振分機能を実装した新しい審査支払システムを稼働させるとともに、組織・定員や各事務所のレイアウトを決めました。

年末には、集約後の業務処理マニュアルを示すとともに、管理職以外の職員に対し集約時の配置先の内々示を行いました。

今年5月には管理職を含め職員の具体的な配置先を内示するとともに、拠点ごとの審査事務等の目標を示す予定です。そして10月には、審査事務センター、審査委員会事務局等の新組織の立ち上げに当たって、センター長・事務局長自らが明確な組織目標とそれを達成するための運営方針や行動計画を自分の言葉で分かりやすく職員に語ってもらいたいと思っています。また、新組織に配属される職員にも、配属先の課や係であらかじめコミュニケーションを図り、新組織の目標や仕事のやり方を共有してもらいたいと思っています。万全の備えをし、集約時に各拠点が組織としての一体感をもってスタートをきることができるよう、自分達の手で新たな基金像に魂を吹き込んで欲しいと思っています。

また、今年を「ウイズコロナの起点的年」にしたいと考えています。

その第一は「ウイズコロナに対応した新たな働き方」です。集約に合わせ、フレックスタイムや時差出勤とともに、在宅での審査事務を導入する方針です。柔軟な働き方ができる環境を整えることにより、新型コロナウイルスの感染拡大等の非常事態に備えるとともに、長時間通勤となる職員の負担の軽減を図ります。また、審査委員にも在宅審査の導入を検討し、遠隔地や専門診療科での審査委員の確保や審査時間の確保等、審査の質の向上につなげていきたいと考えています。

その第二は「中期的に安定した財政運営への転換」です。令和2年度には、受診控え等によりレセプト請求件数が大幅に減少し百億円の収入欠陥が発生しました。令和2年度、令和3年度と、徹底した経費削減と退職給付引当預金の取崩し、具体的には2年間で約90億円の退職金を払っているにもかかわらず5億円余しか積み立てないで何とかやりくりしてきました。非常時の措置としてはやむをえません。が、このような財政運営を続けることは不可能です。いずれ、人口減少によって、レセプト請求件数が増えるから審査支払手数料が下げられるという時代は終わります。将来を見通し、保険者の皆様の理解を得ながら、収入支出の平準化を図り、単年度の事情に左右されない中期的にみて安定した財政運営に移行する起点を記す年にしたいと思います。

また、今年も「データヘルスの積極展開の年」でもあります。昨年10月からオンライン資格確認等システムの本格運用や健診情報、薬剤情報の提供が始まりました。この基盤を活かし、今年も、3月に健康スコアリングレポートを、4月にはNDBの運営を受託し、夏には手術・透析等の薬剤以外のレセプト情報の提供を始めます。更に来年の電子処方箋管理サービスの開始に向けシステム開発を進めます。

今後は、個々の事業を受託するだけでなく、支払基金自らがデータヘルス業務全体を俯瞰し、昨年4月に創設したデータヘルス部門を中心に、個人の健康づくりや最適な医療のための情報提供や保険者のデータヘルスへの貢献等、新たな付加価値を生み出す事業の展開に向けた取組を進めてまいります。

今回の改革は、基金創設以来の組織の実態を大きく変えるものです。少なからぬ職員が家庭の事情を抱える中、集約される支部では約6割の職員に転勤してもらわなければなりません。

今回の改革に合わせ、審査事務センターへの転勤、勤務経験を活かし、審査結果の差異解消にリーダーシップを発揮する審査エキスパート、本部始め全国の拠点を転勤し各組織を率いるリーダーとなる経営幹部、データヘルス部門で活躍するデータヘルスのエキスパートといった新たなキャリアパスを用意し、その具体化を図ってまいります。

職員には、大きな負担を負う改革だからこそ、この機会に、生涯を通じてこの組織とどう向き合っていくのか、自らのキャリアパスを選びとり、新生基金で活躍する未来の自分をしっかりと心のうちに描いて欲しいと考えています。

そして、審査結果の不合理な差異解消や業務の効率化といった改革の効果を関係者の皆様に実感していただけるよう、また、改革が地に足の着いたものとなるよう、常に、関係者の皆様、審査委員・職員の皆様の声に耳を傾けながら、私自身、先頭に立って、改革をやり抜く決意であります。皆様には、忌憚のないご意見を賜りますとともに、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

新しい年における皆様のご多幸を心からお祈り申し上げ、新年のご挨拶とさせていただきます。



社会保険診療報酬支払基金 理事長 神田 裕二



健康保険組合連合会 副会長 佐野 雅宏

支払基金改革の実行の年 新生基金像に「魂吹き込む」

令和4年の新年を迎えるに当たって、健康保険組合連合会の佐野雅副会長をお招きし、支払基金改革などについて社会保険診療報酬支払基金の神田裕二理事長と話し合っていたいただいた。

神田理事長は、令和4年は審査事務の集約という改革を執行し、新たな基金像に「魂を吹き込む」年であると訴えた。

佐野副会長は令和4年の課題として、高齢化に伴う拠出金負担が増加する「2025年問題」に備えて、健保組合の業務効率化と保健事業の取り組みの強化を進めていく考えを示した。

支払基金改革に関して佐野副会長は、支払基金におけるシステム刷新や財政の見直しが実現されれば健保組合の業務効率化につながるとして、「ぜひとも改革を実現していただきたい」と期待を寄せた。

この他、医療保険制度改革やデータヘルスについて議論し、今後も連携して事業を進めていく方針を確認した。

支払基金改革

10月に審査事務集約 新生基金を立ち上げる

神田 あけましておめでとうございます。今年もよろしくお願います。

まずは、令和4年がお互いの組織にとってどのような年になるかについて、私からお話しさせていただきます。

1点目は、令和4年は支払基金

にとって、まさに審査事務の集約という改革を実行する年だと考えています。

私は、令和3年は改革の具体像を彫る年だと申し上げていました。

具体的には、4月には支払基金の組織定員の骨子を決めて、7月に労働組合と交渉が妥結して新しい勤務条件が決まりました。9月には各拠点となる事務所の各組織の課・係をどのように配置するかといったレイアウトも決めました。年末には管理職を除く職員に、配



社会保険診療報酬支払基金
神田裕二 理事長

置先を内々示しました。

今年には昨年彫り込んだ具体像、新しい像に魂を吹き込んで、これを立ち上げる年だと考えています。

5月には管理職を含めて具体的な配置先を内示しますので、10月の組織集約で新しく誕生する審査事務センターや審査委員会事務局といった組織について、それぞれの組織の目標に応じて運営方針をどうするのか、あるいは事業の運営計画をどうするのかということ、そこに配属される職員自身が議論し、魂を吹き込んでもらいたいと思っています。

また、各課や係に配属される職員も、配属されて初めてそこで顔を合わせるのでは円滑に業務ができません。そのため、5月に具体的な配属先が決まりましたら、係のなかで自分たちの新しい組織の目標はどうするのか、新しい仕事のやり方はどうしていくのかといったことに共通の認識を持ってもらえるよう、ウエブ会議も含めて職員同士で話し合いをしてもらい、10月時点では円滑に立ち上がるようにしていきたいと思っています。

中期的な財政運営を 実現したい

神田 2点目は、ウイズコロナの起点的年になりたいと思っています。

その一つは安定的な財政運営です。令和2年度はご承知の通り、新型コロナウイルスが感染拡大しましたので、当初の予算で11億9000万円の診療報酬の請求があると見込んでいたものが10億2000万円となり、1億7000万円減少し、手数料収入は100億円の減額になりました。

したがって、令和2年度決算のときは、普通だと翌々年度に繰り入れる令和元年度の剰余金を前倒しで収入に入れ、システム改修や施設の修繕といった経費はできる限り先送りをし、なおかつ退職給付引当預金への繰り入れを予算上は38億円ぐらいのところ、35億円カットして、何とか決算をうったという状況です。

令和3年度も非常事態だという認識のもとに、財政運営をしています。

50億円支出しており、本来40億円近く積み立てをすべきところ、令和3年度も2億数千円円の繰り入れにとどめて、いまの59円90銭という手数料水準を維持することに努めてきました。

ただ、退職預金を事実上取り崩して手数料水準を維持するという財政運営では長続きしません。令和4年度以降は中期的な財政運営というものを念頭に置いた、安定的な財政運営にしていくなければならないと考えています。

今後、人口減少が続くと、診療報酬の請求件数が右肩上がりですと増えていくなかで、件数が増えるから手数料単価が下げられるといったこれまでの環境が変わり、難しい時代になると考えています。

その意味で、コロナは将来起こるべき事象が突然起こったと認識しています。ただ、そうしたことを考えると、健保組合の方からも言われていますが、今後はやはり中期的な財政運営が必要になります。

退職給付引当預金については、実際は令和3年度も退職金は40億

たまさかある年に剰余が出たからといって、それを翌々年度の手



健康保険組合連合会
佐野雅宏 副会長

数料の引き下げに使うというのではなく、数年後を見越して、剰余が出てそれを何年間に分けて使っていくといったことも、検討していく必要があると考えています。

支払基金としては、退職金を取り崩して対応してきましたので、剰余が出ればまず退職預金を埋めてほしいというのが本音です。しかし、そこは安定的な財政運営に保険者の皆さんの理解がどうしても不可欠ですので、よく相談をさせていたがながら、中期的な財政運営というのを実現していきたい

いと思っています。

ウィズコロナの対応でいうと、在宅審査も今後必要になってくると考えています。

昨年10月から群馬支部で在宅審査のモデル事業を開始しています。審査事務を担当している職員全員と審査委員の3割が参加して、実際に10月から在宅で職員が審査事務をし、審査委員の先生方も家で審査をすることをモデル的に始めています。

セキュリティに問題がないか、職員と審査委員の連携がうまくいくのか、あるいは職員間で進捗管

理がうまくできるかといった問題点を検証しています。スタートしてまだあまり経っていませんが、在宅でも大きな支障は生じていないと聞いております。

いまコロナの感染は多少収まっていますが、いつ次の波が来るかわかりません。政府からも7割の在宅勤務を極力実施するようにという強い要請がありますので、次の波が来たときに備えることができるようにという観点が一つあります。

もう一つは審査の質を考えたときに、例えば静岡県や島根県は県土が東西に非常に長くなっているため、県庁所在地の事務所近くで多くの審査委員を確保することになっていきます。そのため、審査委員の地域的なバランスのとれた確保ができないとも聞いています。

また、専門性の高い分野では、現役の臨床医に審査をしてもらうことが必要な場合があります。昼間診療をして、そのあと事務所に来てもらうのも大変ですので、そういう点でも、在宅で審査ができることは意味があると考えます。さらに、支部が集約されると県

境を越えて通勤する職員も出てきますので、そういった職員の長時間通勤の負担軽減の意味も含め、ウィズコロナの時代の新しい働き方として今年10月からできれば在宅審査事務を導入していきたい。一方、コロナの次の波が来たときに備え、感染状況が厳しい地域では職員や審査委員に在宅で審査や審査事務をしてもらえる新しい仕事のやり方も考えていきたいと思っています。

最初に私から話をさせていただきましたが、次に佐野副会長から健保組合、健保連にとって令和4年がどのような年になるのかをお聞かせください。

かねてから「2022年危機」が来るということは、何度もお聞きしていますが、そのあたりも含めてお願いします。

2025年問題に備え

業務効率化と保健事業の強化

佐野 あけましておめでとうございます。今年もよろしくお願います。

神田理事長のお話をうかがって、

支払基金にとって令和4年は大変重要な変革の年であることがわかりました。一方で、健保組合や健保連にとって令和4年、2022年は、端的に言えば大変見通しが難しい年だと思っています。

コロナ禍で令和2年以降、経済が停滞し、保険料収入のベースになる報酬が低迷しています。一方で、支出の面では、保険給付費すなわち医療費は受診控えで低く抑えられました。

しかし令和3年は、収入は引き続き低迷しているものの、医療費は回復傾向にあります。したがって健保組合の財政状況は厳しくなると見込まれます。

令和4年は、コロナの状況がよく見えないなかで、不確定要因が多く、見通しが難しいというのが本音です。

ただ、その先を見た場合は、はっきりとしています。これは「2025年問題」と言われているものです。いわゆる団塊の世代が全員75歳以上の後期高齢者になる年です。高齢化によって医療費が増加し、そのまま拠出金の負担増につながり、健保組合の財政を直撃します。

健保連の試算によると、現在健保組合の平均保険料率は9.2%ですが、2025年には9.5%まで上昇し、協会けんぽの平均保険料率10%を超える健保組合も、5割を超えると見込んでいます。

その意味で、これまで何とか頑張ってきた健保組合にとっては、「解散」という文字が、検討の俎上に上がってしまう恐れがあります。

本質的に言えば、「2025年問題」は、高齢化に伴う拠出金負担の見直しという医療保険制度全体の問題です。一方で現時点において、できることはやっていかなければなりません。

そのキーワードが二つあります。一つは、健保組合の業務効率化です。これまで財政状況が悪化するなかで、各健保組合は、人員のスリム化に取り組んできました。ただ、それでも特に業務のウエイトの高い給付業務や適用業務などは人員が必要のため、電子申請やオンライン資格確認といった政府によるICT化の推進によって、この部分の効率性を高めることがポイントになると考えています。

もう一つのキーワードは、保健事業の取り組みを強化することによる健保組合の価値向上です。

これは健保組合の強みである疾病予防や重症化予防、また健康増進の取り組みで、データヘルス計画に基づく保健事業をより高めていく必要があるということです。当然、健保組合が持っているデータをどう活かすかも重要なポイントになるでしょう。

令和4年自体の見通しは難しいですが、数年先の厳しい状況が見えているなかで、やるべきことをきちんとやっていくことが重要であると考えています。

審査支払業務の効率化は 健保組合にもメリット

神田 ありがとうございます。健保組合の厳しい財政状況をご説明されましたが、私どももなかなか厳しい状況です。

確かに、現状支払基金のレセプトの請求件数は昨年度に比べれば増えてはいますが、令和元年度と比べるとまだ戻りきっていません。これが感染拡大の影響による一時

的なものなのか、それとも疾病の特性によって受診の仕方そのものが変わってきたものかわかりません。佐野副会長もおっしゃったように、そういうことの見極めがまだまだ難しいところがあるのかなと思います。

不透明ななかではありますが、私どもは当然改革をしていかなければいけませんし、健保組合も業務の効率化や保健事業の推進による価値の向上に取り組んでいく。お互い新しい事業をしっかりと展開していく年になるのではないのでしょうか。

私から令和4年の支払基金の改革について申し上げましたが、健保連として支払基金改革に対する期待や要望があればお聞かせください。

佐野 健保組合は業務の効率化に取り組んでいます。まさに審査支払業務の効率化や高度化などは健保組合の運営に非常に関連する部分が多いです。その意味で、支払基金さんが組織改革を進め、システム刷新や財政の見直しに取り組んでいることに、大きな期待を寄せています。

改革が実現されれば、健保組合の業務の効率化というメリットが生まれます。大変だとは思いますが、ぜひとも改革を実現していただきたいですね。

審査の不合理な差異の解消 大きな改革の一步になる

神田 ありがとうございます。

実は支払基金の改革はこれまでも行われてきました。支払基金は昭和23年に特殊法人として設立され、平成15年に特別の法律に基づき民間法人に変わりました。

そのときの改革は、政府から出ていたわずかな基本金を廃止するとか、理事は大臣委嘱だったものを基金で選出して大臣認可に変えるとかといった、民間法人になるための比較的外形的な見直しでした。

しかし、今度の改革は、支払基金の職員にも負担を強いるものです。支払基金の職員は半分以上が女性です。実態として女性が子どもや親の介護の役割を担う部分が多いなかで、家庭の事情で転勤が困難な職員も多い。来年度



の支部の職員は約3600人ですが、その内1100人を超える職員に転勤してもらわなければならぬ。これは支部全体の職員の3割、集約される支部では約6割の職員が転勤をしなければならぬという、職員に負担を強いる改革です。

これは何のための改革かという点、ICTやAIを最大限活用して、できる限り業務を効率化していくことが一つの目的です。

令和2年3月末の集約化計画工程表では、定員削減をして人件費を減らし、クラウド化によってシステムの開発経費や維持管理経費も大幅に減らし、令和6年度末までに単年度で80億円を超える経費削減をすると約束しています。お約束した改革効果はしっかりと出していききたい。

もう一つの改革の目的は審査結果の合理的な差異を解消していくことです。

今度新しく集約された組織のなかでは、一人の職員が複数の都道府県を担当することになります。関東でいえば東京、神奈川、千葉、茨城、山梨の職員が同じ係のなかにおいて、東京のレセプトと出身県のレセプトを転勤してきた職員が担当することになります。

これまでは、例えば保険者から再審査請求が来て初めて差異があると気づいた、あるいはその審査

委員会の審査委員の間で差異があると気づいたのですが、今後は複数の都道府県を担当する職員が、例えば東京と千葉ではここが違うとすぐにわかるようになります。

そうなると職員みずからが審査結果の差異を見つけ、それが不合理な差異ならば各都道府県の常勤の審査委員である医療顧問を中心とした内科・外科・混合診療科・歯科の診療科別ワーキンググループで議論をし、できる限り扱いを揃えていくことができます。

新しい組織改革に伴って、新しい枠組みである診療科別の組織と診療科別のワーキンググループで審査結果の差異を揃えていくこととしていっているので、両面で改革の効果を出すことができます。

審査の質が上がれば、健保組合が実施しているレセプト点検による再審査請求等の事務負担も減りますので、できるだけこの改革の効果を実感していただけるように、しっかり取り組んでいきたいと思っています。

佐野 コロナ禍で一つわかったことは、健保組合の業務が思いのほかシステム化・ICT化されている

ないことです。

そのため、在宅勤務やテレワークを推進しようとしたとき、いろいろな制約があつて、結局出勤しなければ対応できませんでした。今後は、いかにシステム化やICT化を進めるかがポイントになるでしょう。さらに効率化を進め、健保組合の業務について、どのように標準化・平準化していくのかも今後のテーマになると思います。

医療保険制度改革

後期高齢者の窓口負担見直し かかりつけ医の位置づけ

神田 ありがとうございます。

令和4年は見通しが立たない年だということですが、はっきりしているのは団塊の世代が後期高齢者に入ってきてきますので、後期高齢者支援金が大幅に増えるであろうということだと思います。これはかなり確実な状況かと思っています。

昨年6月に健康保険法等の改正法が通つて、令和4年10月から令和5年3月の間に、一定所得以上の高齢者の窓口負担を2割に引き

上げるという改革が実施されることになっていきます。

10月に開かれた令和3年度健康保険組合全国大会の決議や健保連がまとめた「安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に向けて」という提言を拝見しました。

このなかでも、保険給付の見直しや、世代間の給付と負担のアンバランスの是正等を提言されていますが、今後の国民皆保険制度の持続可能性、保険財政の持続可能

性を考えたときに、どこに力点を置いていきたいのかお聞かせください。

佐野 一般の法改正では、私どもが従来から主張していた世代間の給付と負担のアンバランスを是正するため、後期高齢者の窓口負担の引き上げが盛り込まれました。私どもとしては不十分ですが改革に向けた第一歩としては評価しています。

ただ、この部分は引き続き、全世代で負担を分かち合う制度に向けた取り組みをさらに加速していく必要があると思っています。

もう一つの課題として、医療費をいかに抑えていくかということは、医療保険制度全体のなかで大変大きい話だと思えますし、そういう観点を含めて、今回発表しました私どもの提言のなかには、世代間の給付と負担のアンバランスの是正と

いった主張に加え、新たに「安全・安心で効率的・効果的な医療の実現」をうたっています。

このなかではコロナ禍で顕在化した問題を教訓として、それに対応するため、かかりつけ医の推進を前面に押し出しています。かかりつけ医を推進することに、すべての人が賛成し、異論はないと思います。

しかし、かかりつけ医をどのように定義し、どのように位置づけているのか、機能はどのようなものが求められるのか、さらに機能を明確にしたかかりつけ医の制度をどう構築するのかといった問題は、共通認識に至っていません。

こうした問題を起点に、外来医療の機能分化・連携を図るため、加入者を代表する保険者の立場として国民目線で提言し、アピールしたいと思えます。

かかりつけ医の議論 提言で深まることに期待

神田 かかりつけ医の問題については、中医協で外来医療のテーマのときに議論になりましたが、日



本医師会の委員からは別の場所で議論すべきとの声がありました。

はつきりしていることは、子どものかかりつけ医もありますが、今の診療報酬の地域包括診療料や地域包括診療加算は、高血圧、糖尿病、高脂血症、認知症と限られた疾病についてのかかりつけ医です。

健保連の提言でも触れていますけども、コロナ禍を通じて明らかになった課題というところ、第5波のときに多くの患者が自宅療養されていて十分医療にかかれずに自宅で亡くなられたケースや、救急車を頼んでも受け入れ先がなかったケースがあげられます。

もう一つ明らかにしたのは、ワクチン接種なども含め、やはり身近な開業医につながっている安心感を確保することは誰も否定できないのかなと思います。それを法律の制度で位置づけるのかあるいは診療報酬の今の地域包括診療加算などを見直すのかといった問題はあります。

中医協の議論では、心不全やCKD（慢性腎臓病）など新しい疾病を加えたらどうかという議論が

されていますが、コロナのような事態があったときに医療につながることもなく、自宅で亡くなることのないような仕組みをつくっていく必要性ははつきりしたのかなと思います。

私自身は、どのような制度になるのかを申し上げる立場ではありません。しかし、今の地域包括診療加算は全国で6千弱の診療所しかとっていないため、全国10万診療所のうちごく限られたところしか評価されていないことを考えると、コロナにかかった人など何かあったときに身近な医療機関とながれる仕組みは必要ではないでしょうか。

そうした意味で、この提言が石を投ずる形になって、議論が深まることを期待したいと思います。佐野 かかりつけ医の問題については、神田理事長にこれまでの厚労省時代のご経験から、私どもも、いろいろご意見をうかがいたいと思います。

かかりつけ医を制度化するにあたっては、すぐに国民は一つの医療機関を選ばないといけないのか、かかりつけ医の資格で登録制にす

るのかといった議論になります。しかし、その議論を先行させてしまつと、うまくいかないと思います。

そこで健保連の提言では、ステップを踏んで進めたほうが、いざという判断はしますが、まずは環境整備として、国民の捉え方がまちまちなかかりつけ医の機能について、どのようなものとするか検討したほうが良いと考えました。

その結果、定性的な表現ですが、国民的な目線で見えた場合、「患者をよく知っている」、「患者の多様なニーズに応えられる」、「その結果として国民・患者に選ばれる」、これがかかりつけ医の要件となるのではないかとまとめています。

医療界では、かかりつけ医というフリーアクセスの確保を第一にあげますが、この要件はフリーアクセスを阻害するものではないと思います。まずは、このあたりから共通認識を持つことが重要ではないでしょうか。

神田 かかりつけ医については、日本医師会と四病院団体協議会が合同で機能や定義を提言していま

す。医療界が提言しているこれまでの内容と、患者の立場から見ただけ国民のためになるでしょう。

いきなりアクセス制限みたいな話をする、特定の開業医を通さない、他の医療機関を受診できないのではないかと懸念が医療界には当然あると思います。

ただ、2013年に社会保障制度改革国民会議がまとめた報告書では、かかりつけ医の緩やかなゲートキーパー機能を提言しています。

そのため、他の医師を受診してはいけないというのではなく、まずは健保連の提言にある「多様なニーズに応えられる」とか、医療界が提言している「なんでも相談ができる」とか、「必要なときに専門の医療機関に紹介できる」といった機能が果たされることが大事であつて、いきなりアクセス制限みたいなことを主張すると、拒否反応が強いと思います。

本質的に言うと、コロナの第5波のときにあつたような事態を防ぐために、どこかの医師につなが

要かが明らかになったと思っております。

佐野 そのなかで医療提供体制の見直しが必要なことは、私どもと医療界も共通項だと思います。

コロナ禍で、ともすると病床の再編をストップするなどの方向に行きがちだと思いますが、それは違います。まさに、コロナ禍で浮かび上がった問題を解決するため、議論することが重要ではないでしょうか。

神田 厚労省にいたときには、地域医療構想を担当していましたが、公立・公的病院での再編の議論を加速すべき病院をリストアップしたものの、議論の先延ばしになっていますね。

しかし、今回のコロナ禍で明らかにになったことは、感染症に関しても医療機関間の連携がないと、うまく医療が回らないということです。

典型的なケースでは、入院された高齢の患者で重症の時期は過ぎたものの、受け入れ先がないために新しい重症患者が入院できないということがありました。重症患者を抱える病院だけでなく、後方

支援的に回復した患者を引き受ける病院がないと、うまく医療は回らないことが今回明らかになり、本当に重症な患者を受け入れる急性期の病院から、急性期を過ぎた回復期の患者をいかに後方の協力的病院が受け入れるかが重要であることがわかりました。

意味では、連携に向けた一つの議論の契機にはなったのではないかと思います。

後期高齢者医療制度費用分担の議論が必要

神田 健保連の提言では、後期高齢者の窓口負担を原則2割にすべきだとか、後期高齢者と現役世代の負担の均衡を図ることを主張されていますが、ご見解をお願いします。

佐野 この先、団塊世代が後期高齢者になればどうしても高齢者の医療費は増えるため、現役世代の負担を抑えていかないと、現役世代は耐えられません。特に所得の低い人や生活の厳しい人に対しては、社会保障の枠組みのなかでの対応は絶対に必要なですが、負担能力のある人には高齢者であっても負担をさせていただく仕組みに変

えないと、国の財政が持ちこたえられません。

健保組合は、この危機意識を相対強く持っています。現役世代が払っている保険料の約半分が高齢者への仕送りの拠出金になっていることに、強い疑問を抱いています。これは制度の持続可能性を考えると問題のある仕組みではないでしょうか。

神田 実は、厚労省時代には後期高齢者医療制度の立ち上げのときに、直接担当しておりました。

今回、確かに窓口負担の引き上げが政治的には難しいなかで、一歩進んだことは良かったと思います。ただ、厚労省の試算をみると、一人当たり支援金の抑制効果は2022年度で700円、2025年度で800円としています。一歩前進だとは思いますが、若人と高齢者の費用分担のあり方自体について検討すべきでしょう。

また、後期高齢者の保険料は制度創設時から2割程度しか増えていないにもかかわらず、若人の支援金の保険料相当額は約2倍になっています。

若人の人口の減少分を折半する



ただだと、どうしても高齢者人口が増えるときは若人の負担が重くなる分担の仕組みになっているので、窓口負担だけではなく制度の本質的な議論が必要なのかなと思います。

もう一つは、運営主体である後期高齢者医療広域連合の問題です。

広域連合は制度創設時、都道府県単位にすることで市町村が直接市町村議会です保険料を説明しなくていい仕組みにしてほしいという要望に応えたもので、全県統一的な保険料負担にするということで広域連合にしたわけです。

広域連合の連合長は、市町村の首長が務め、広域連合議会が市町村議会の議員がなっています。そのため、住民に直接向き合っていないので、どうしてもいい意味での社会保険としての緊張感、加入者と保険者との緊張感がやっばり薄い関係になっていると感じます。



国保は都道府県単位の財政運営になって、市町村と協力しながら取り組む仕組みになったので、後期高齢者医療も広域連合ではなく、国保と同じように責任を分担しながら一緒に運営し、責任がはっきりした体制にするような見直しも必要ではないでしょうか。

制度の施行時には大変混乱があつて、いろいろな課題が指摘さ

れました。制度が定着してきたのはよいのですが、窓口負担に議論が集中してしまっているのが、今後はより本質的な問題について議論が必要になります。

昨年改正法の附則でも、全世代対応型の社会保障制度を検討することになっていますので、より本質的な議論をしていく必要があるのではないかなと個人的には思っています。

データヘルス

健保組合のデータ活用し 医療資源の有効活用を

神田 データヘルスについては、保健事業による健保組合の価値の向上をめざすというお話がありました。健保連としてのデータヘルスの今後の展開に向けた取り組みについてお聞かせください。

佐野 コロナ禍において、保健事業の価値が再認識されました。従来の特定健診や保健指導、企業と連携したデータヘルスや健康経営などの取り組みの重要性がより増しています。

今後のデータヘルスについては、人生100年時代・デジタル化社会を見据えて取り組んでいかなければなりません。データ活用を深化させ、どう使うかが極めて重要になります。

この分野では、基本的には健保組合が持っているデータを活用し取り組むことになります。一方で、支払基金法の改正によって、例えば健診データやレセプトデータなどの保健医療情報の利活用に関する業務を支払基金さんで展開することが可能となりました。

こうしたデータをうまく活用することによって、医療現場では負担軽減になり、医療資源の有効活用や医療費の適正化にもつながります。そうした観点から支払基金さんの新たな業務に対する健保組合の期待は、非常に大きいと考えています。

医療情報や電子処方箋など データヘルスを積極展開

神田 ありがとうございます。先ほどおっしゃったように昨年10月にはレセプト情報、特定健診情報

といったビッグデータの収集、整理、分析、分析結果の活用が支払基金の固有の業務として位置づけられました。

支払基金にとって、令和4年はデータヘルスの積極展開の年だとも思っています。

ご承知の通り、昨年10月からオンライン資格確認等システムが動き始めて、薬剤情報の提供、特定健診情報の提供も始まっていますし、その後、医療費情報の提供も行っています。

令和4年には、医療機関にかかったときの手術や透析などの情報と、いつでもこの医療機関にかかったという基礎情報の提供も行う予定で、夏頃を目途に開発を進めています。

また、電子処方箋管理サービスの開発も始めています。すでに提供が始まっているレセプトの薬剤情報については網羅性があり、漏れはないのですが、10日から最大で40日ぐらいのギャップがあり、古い情報になってしまいます。

この電子処方箋管理サービスが始まると、今日処方したものが管理サービスに登録され、処方や調

剤の段階で重複があった場合にアラートが出る仕組みになっていきます。その意味で言うところ、新しい局面になると考えています。

今述べたような新しい事業の展開とともに、健保組合のデータヘルスと関係の深い業務で言えば、健康スコアリングについて厚労省からの委託を受けて、事業所別のスコアリングを令和4年3月にレポートさせていただくということ準備を進めています。

また、レポートは、東京大学が運営しているデータヘルス・ポータルサイトを通じて提供することになりますので、東京大学とも連携しながら、今後、健康課題に応じた標準的な保健事業の方法などを提案できるように、健保組合が進めているデータヘルスの取り組みにもぜひ貢献させていただきたいと思っています。

レセプト原本の二元的管理 健保組合の効率化につながる

佐野 支払基金さんが取り組まれている電子処方箋管理サービスやスコアリングレポートの事業は、デー

タバンク機能を高めていくということだと思っています。これは健保組合にとっても非常にありがたい存在になると思います。

また健保組合ごとにさまざまなデータがありますが、これを一元的に管理できれば大きなメリットがあるでしょう。まさに、医療保険全体のなかで効率化を図り、かつ質を向上させていく観点で重要な取り組みだと考えています。

特に、レセプトの原本を一元的に管理していただければ、健保組合の業務の効率化につながります。こうした部分もぜひ連携していきたいと思っています。

神田 いまのレセプト情報、電子処方箋の情報の次の段階のデータ集約を考えると、レセプトに検査値などを添付することの検討が厚労省保険局で始まっています。

電子カルテ情報の標準化については厚労省の検討会で議論しています。文書情報の退院時サマリーや医療情報提供文書だけではなく、緊急時に必要な検査値データなどの医療情報を医療機関同士で、HL7 FHIRによって情報交換できるようにしていくことが検討

されています。

厚労省のデータヘルス改革の工程表を見ると、令和4年度中に電子カルテ情報を標準化し、標準規格で医療機関同士が交換できるシステムや電子カルテを普及させるだけではなく、それを全国的に共有できる基盤のあり方を検討していくとしています。そのなかには、オンライン資格確認等システムとの関連も含めて運営主体や経費も検討していくとしています。

しかし、私どももオンライン資格確認を持っていきますし、健診情報やレセプト情報の提供を行っています。電子処方箋が始まれば処方情報・調剤情報を持つようになります。その意味では、医療機関同士が直接交換をすることが主流になれば、あまり電子カルテ情報を使う場面が少ないとは思いますが、ただ、全国的に情報基盤をつくることになれば、例えば検査値情報も医療機関の窓口やマイナポータルで見ることができると、次の展開もあり得るため、私どもにとっても非常に関心が高いのです。

もう一つ、私は支払基金の健保組合の理事長でもあり、健保組合

の立場から少しお話しします。

支払基金の健保組合として、健康スコアリングレポートをもらうと、実は医療費が平均より高い、被扶養者の健診受診率が低い、被扶養者の健康状態が良くない、運動習慣がある人が少ないという結果となっています。

コラボヘルスを進めることが必要になっています。

また、マイナンバーカードを通じて薬剤情報や健診情報を取得することができるので、全職員にマイナンバーカードを取るようになっています。昨年9月末で職員の96・5%が取得し、22の都道府県支部では職員の100%が取得しています。

なぜこれを進めているかという点、やはり支払基金がオンライン資格確認を行い、それを通じて薬剤情報や健診情報を見ることができると言って普及する立場であるのに、職員自らがメリットを語れずについてどうするのかということですね。

それから、健保組合の立場としては、職員にそういうものをできるだけ使ってもらって、自分の健

康状態を自覚してもらおうということとです。

オンライン資格確認 医療機関への普及が課題

佐野 今後の展開を考えると、オンライン資格確認は、国民皆保険制度の基盤として、その役割の重要性は非常に高いと思います。だからこの土台の部分がきちんと進んでいかないと、次に続くいろいろな施策が実を結ばないのではないのでしょうか。

社会保障審議会の医療保険部会の中でも、オンライン資格確認については、国に積極的に進めるよう求めています。まだまだ医療機関での準備が整っていませんが、進めないと次につながらないと思います。

神田 顔認証付きカードリーダーの申し込み状況を見ると、医療機関や薬局全体で約23万施設のうち、約13万施設と6割に達しています。国の方針では令和4年度末にはおおむねすべての医療機関等でオンライン資格確認ができる環境をつくるようになっていきます。申し込

んでいる約13万の施設にはいざれ導入されると思います。すべの施設に行きわたるためにはどのようにしていくかが課題になると思います。

佐野 まさにご指摘の通りです。これまで医療保険部会でオンライン資格確認のスタートに向けてどうすべきかと議論してきましたが、スタート時点で全体の7%程度の施設しか運用できていない状況です。

そのため、私はこれまでの視点を変える必要があると思っています。医療保険部会で「最終ゴールである令和5年3月末におおむね100%を達成できるように、アクションプランを組んで国が何をやるのか、医療機関等は何をやるのかを明確にしていくべきだ」と発言しました。

神田 次の推進力が何になるのかはなかなか難しいかもしれませんが。

佐野 特にICTの取り組みについては、成功したものと失敗したものとの要因分析をする必要があるのではないのでしょうか。

神田 医療機関等に多額の補助金

を使って、オンライン資格確認のためにシステム改修をしていくこととなっていますね。

佐野 国はうまくいった例ではETCカードをあげますが、住基カードのようにうまくいっていないものもあります。オンライン資格確認がどちらになるのか、大きな分岐点に来ているのではないのでしょうか。

ただ、マイナンバーカードの普及に向け、経済対策としてポイント付与などの取り組みを加えたのは、インパクトとしては大きいと思います。

令和4年に向けて

神田 ありがとうございます。それでは本日の対談を振り返って、最後に一言お願いします。

健保組合と支払基金 ウィン・ウィンの関係に

佐野 神田理事長のお話をうかがって、国民皆保険制度のなかで、被用者保険における医療費の審査や支払の業務に関して支払基金と

いった組織をつくって運営していることは、日本が世界に誇れる仕組みと思うとともに、日頃の皆さまの取り組みに感心したところだ。そうした点からも、今後、支払基金さんとさらに連携を強化する必要があります。

一方で、業務の効率化をいかに進めていくかが課題になります。いま取り組まれている支払基金改革を順調に進めていただき、そこで生じた新たな余力をもとに、保健や医療のデータ活用など新たな業務に取り組んでもらい、まさに皆さんが掲げる「頭脳集団による新たな付加価値の創出」につなげて、健保組合との関係をウィン・ウインの関係にしてもらえればと期待しています。

支払基金が始まって以来の大改革を成し遂げる

神田 10月の審査事務の集約に向けて、支払基金始まって以来の組織の実態を大きく変える改革ではありますけれども、私自身、陣頭に立って成し遂げていきたい。改革の目的である業務の効率化と審



査結果の不合理な差異解消については、改革の効果を実感していただけのように取り組んでいきたいと思っています。

支払基金の職員は、改革が始まったときには4300人でしたが、令和6年度末までには3500人に800人減らすことになっていきます。令和4年度も1200人減らしますが、審査支払業務については改革で効率化をしていきながら、そこで生じる人員が新しいデータヘルスの分野などで活躍できるようにしていきたい。人材育成も必要だと思っています。昨年4月には90人規模のデータヘルス部門を立ち上げ、職員は公募で配置しました。今後もデータヘルスを担う人材の育成に努め、データヘルス分野や健保組合の事業の効率化にも貢献できるように、ぜひ取り組んでいきたいと思っています。

今後ともいろいろなご意見を承って、連携しながら事業を進めていきたいと考えています。

本日はありがとうございます。

令和3年の取組 ～支払基金改革～

支払基金では、審査事務集約に向けて、令和2年3月31日「審査事務集約化計画工程表」を策定・公表し、改革を進めています。本稿では、令和3年に行った主な取組を紹介いたします。

本年10月の審査事務集約に向け、電子レセプトの普及を踏まえ、ICTを最大限に活用することにより、審査事務の効率化・高度化を進めるとともに、審査結果の合理的な差異解消の取組を充実させるため、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への転換を図ることを目的として、「審査事務集約化計画工程表」（図表1）の取組を進めています。

令和元年5月に支払基金法が改正され、固有の権限を有する支部を廃止し、支部の有する権限を本部に集約するとともに、職員のレセプト審査事務は全国14か所に集約されることとなりました。また、支払基金の新たな業務として、レセプト・特定健診情報等の国民の保健医療の向上及び福祉の増進に資する情報の収集、整理及び分析等に関する業務が追加されました。支払基金では、これまでも保険

者からの業務効率化の要請に応え取組を行ってまいりましたが、現在進めている改革は、支払基金創立以来の大きな改革となります。振り返ると、平成15年10月に特殊法人から民間法人へと移行し、組織形態については、政府の関与を最小限に自主的経営を行っていくこととなり、「特別の法律に基づく民間法人」（図表2）と位置付け

審査事務集約化計画工程表に係る取組

● 審査プロセスの効率化・高度化

令和3年9月に運用を稼働した審査支払新システムでは、支部サーバをクラウドへ一元化することにより地理的な制約を受けなくなったことから、審査事務を集約することを可能としています。ま

られました。「社会保険診療報酬支払基金法」に基づき設立され、診療報酬の審査支払を確実に果たしていく責務を負う公法人としての地位は変わることなく、事業の骨格に変更はありませんでした。

民間法人化時は、診療報酬の請求は主に紙レセプトで行われていましたが、当時受付件数の1割ほどであった電子レセプトの割合は、現在では9割を超えています。こうした現状を踏まえて、ICTを最大限に活用した業務の効率化・高度化に取り組むこととしています。

た、同様の理由により、在宅での審査、審査事務も可能となっています。

また、AIを活用し、過去レセプトの審査結果等を機械学習させることにより、審査委員と職員が見るべきレセプトと人による目視を必要としない、コンピュータチェックだけで完結するレセプト

を振り分ける振分機能を実装し、より高度な医学的な判断を必要とするレセプトの振分を行うことができる環境を整えました。

新システム稼働2年以内にレセプト全体の9割程度をコンピュータチェックだけで完結することを目指しています。令和3年9月時点の振分の結果、目視を必要としないレセプトは8割でした。

● 審査事務の不合理な差異解消の取組を充実

平成29年10月に、約14万事例あつた各支部で設定しているコンピュータチェックを見直し、令和3年9月にすべての整理を完了しました。

審査基準の統一に向けて、本年10月までに支部取り決め事項を集約することを目指し、本部と全国に6つあるブロック（北海道・東北、関東・甲信越、中部、近畿、中国・四国、九州）の中核支部それぞれに設置した「内科」「外科」「その他の診療科」「歯科」の4つの診療科別ワーキンググループで分担し、検討しています。

また、審査支払新システムの導入に併せ、レポートینگ機能により審査結果の差異の徹底した可視化を図り、可視化された差異を解消するために、PDCAサイクルを組み込みました。

この審査の差異の可視化レポートینگ機能により、審査結果の差異を可視化し、検証の結果、不合理な差異である場合は差異解消の取組を行い、統一的・客観的なコンピュータチェックルールの拡充を図ることとしています。

今年度はまず「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」と「審査情報提供事例」を対象としています。

なお、この差異の可視化レポートは、支払基金ホームページに掲載しています。

● モデル事業の実施

群馬支部では、前橋事務所（審査委員会）と高崎オフィス（審査事務）において、審査委員と職員が別の場所にいる場合の連携、在宅審査・審査事務の課題の検証を行っていきます。

保健医療情報等の活用に関する取組

令和3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しました。

支払基金では、国からの委託により、次の事業の運用・保守を行っていきます。（図表3）

● オンライン資格確認

令和3年3月から実施したプレ運用の結果、基礎となるデータの正確性に課題があつたため、開始時期が延期となり、10月から本格運用となりました。

併せて、患者の同意のもと、医療機関等において特定健診情報及び薬剤情報を閲覧するサービス、加入者がマイナポータルから健診結果や薬剤情報を閲覧することも可能となり、11月からは医療費の情報が閲覧可能となっています。

● レセプト振替機能

オンライン資格確認の本格運用開始に合わせて、レセプト振替・分割サービスの運用を開始しました。これは、患者が、資格情報の登録の遅れにより、旧資格の保険証で医療機関を受診した場合でもオンライン資格確認を活用し、タイムラグで生じる資格過誤について返戻せず、審査支払機関において正しい資格情報に振替・分割する仕組みです。

レセプト振替機能では、社保から社保はもとより、社保から国保への振替も行い、結果を医療機関に連絡します。

● 健康スコアリングレポートの作成

支払基金では、厚生労働大臣からの委託を受け、支払基金に格納されているNDBに提供する前のレセプト及び特定健診等データを

用いて、令和3年11月からレポート作成業務を開始しています。令和4年3月に令和2年度特定健診実施分のレポートを提供する予定としており、従来と比べると半年前倒しした提供が可能となります。

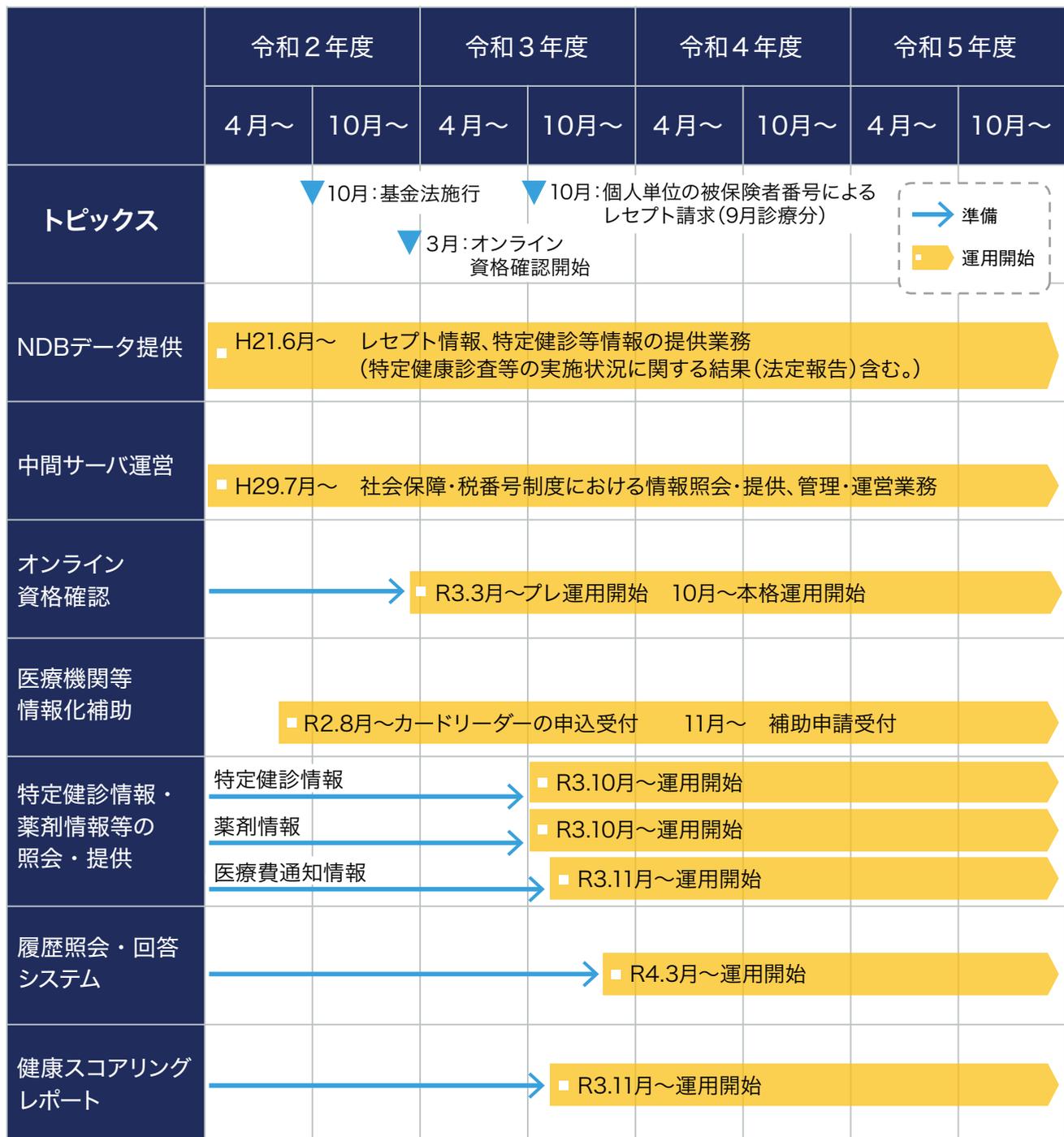
●履歴照会・回答システムの運用

オンライン資格確認等システムの基盤において保持している個人単位化された被保険者番号の履歴情報を活用し、NDB及び介護DB等の連結精度を向上させる仕組み（履歴照会・回答システム）の運用開始（令和4年3月）に向け、準備を進めています。

最後に

支払基金では、公正・中立な審査により日本の医療保険制度を支える審査支払の専門機関として、より一層、保険者・医療機関等の関係者の皆様から信頼していただけるよう、改革を進めてまいります。

図表3 ●データヘルス分野のスケジュール





橋口 兼久 鹿児島県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長

切磋琢磨、協力し合って 審査に当たる

医師として

—— 医師を志したきっかけは

叔父が医師でしたので、自然と方向づけしたようです。鹿児島大学医学部を卒業し、同大学医学部整形外科に入局しました。その後、文部教官助手や病院勤務を経て、整形外科の有床診療所を開設し、現在に至ります。整形外科を目指したのは卒業時、先輩に誘われ、抵抗なく入局しました。その後、関節外科を専攻し、医学博士号も膝関節の研究でいただきました。専門は整形外科一般、関

節外科、特に膝関節の人工関節、関節鏡下手術、骨切り術などです。

—— 医師として大事にしていること

を教えてください

「慈心妙手」という仏典に由来する言葉があります。患者さんを見、思いやる心を持って病気を治すために優れた技術で診療を行うことを意味しています。この言葉は、鹿児島県の書道の大家であられた故法元康州先生から、私の開業時のお祝いにいただいたもので、大きな縁に入れて私の診療所の待合室に飾っており、私の宝物です。

医師として、常に前向きに新しい技術に興味を持ち、技術を磨き、思いやりと優しい心を持って患者さんに接するように心がけています。

過去には、新しい機器の導入に関して「医療のICT化とサービスの向上」というタイトルで月刊基金に取り上げられました。現在はオンライン資格確認を積極的に導入し、活用しています。

審査委員長として

—— 審査委員になって感じたことを教えてください

自分の専門科以外の分野について、勉強させていただくことに喜びを感じます。日々進歩する医学・医療がレセプトに反映されていますので、他科の審査委員の先生方、事務職員の方々の協力が必要だと痛感しています。

また、切磋琢磨、協力し合って審査に当たる必要があります。不合理な支部間差異など、問題となることがあるとありますが、他支部からの情報、そして審査に当たるときにはいろいろな人の意見を聞きながら行っていますので、最近では苦慮することはなくなっています。

—— 審査委員長として大切にしていることは

鹿児島支部では多くの審査委員が従事しています。私が審査委員になった頃、診療科間で意見の不一致が多くありました。

私はそれを解消すべきだと思い、委員長になってからは各診療科の先生方のご意見を尊重し、意見を出し合い、十分に合議するようにしました。その結果、スムーズな審査委員会の運営ができていますと確信しています。一番大切なことは、人の意見を聞くことだと思っています。

—— 審査における支部間、国保との差異の解消に向けてどのような取り組みをしていますか

支部間では、本部からの情報、近隣の支部の審査情報を収集し、ご意

見も聞きながら取り組んでいます。

社保と国保の連絡や意見調整について、鹿児島支部は「社保・国保審査委員連絡懇談会」を毎年開催しています。ここで保険者、医療機関への調整を図り、審査の取扱いについて国保連合会と支払基金の間で意見の統一に努めています。

また、「医療保険関係者連絡協議会」、通称「五者懇」を毎年開催しています。メンバーは鹿児島県くらし保健福祉部、九州厚生局鹿児島事務所、鹿児島県医師会、国保連合会、支払基金で意見交換を行い、地域医療に支障がないように努力しています。

一方、私が審査委員長になってから立ち上げた会として「鹿児島県保険診療協議会」があり、こちらも毎年実施しております。構成は鹿児島県医師会、国保連合会、支払基金の3者で、意見交換や情報交換を行っています。

これらの3つの大きな会議を毎年開催することで、国保連合会や医師会、県との意見の食い違いがないように、調整を図っています。

職員への要望は

審査事務集約やAI導入の審査支払新システムの稼働などに伴い、より一層、自己研さんに励んでいただき、審査委員とのコミュニケーションをしっかりと取ってもらうことが大事だと思います。私たちに、何でも相談してほしいですね。

医療機関や保険者への要望は

保険診療のルールは療養担当規則、診療報酬点数表、告示、通知などにより決められています。保険者や医療機関には、引き続き、新たな審査情報提供事例なども参考に、審査結果に対するご理解をいただきたいと思っています。

今後の医療保険制度のあり方について

一番心配なのは、財政の問題ですね。医療費が増えて保険料が高騰することが、国や国民の大きな負担になってきているのは事実です。

高齢化や医療技術の進歩によって医療費が毎年増加していくわけですが、医療の効率化や費用対効果という言葉もいわれています。

医療関係者には適切な診療ができ

るよう努力していただき、これまで培った世界に類を見ない国民皆保険制度を維持し、揺るぎない国民平等の医療を引き続き提供できるように願っています。

プライベートについて

健康を保つ秘訣について

やはり運動と栄養だと思います。運動でいえば、鹿児島県は「ロコモフレイル」の啓発事業に取り組んでいます。栄養は、バランスの取れた食事を心がける。整形外科医として、骨粗鬆症の食事や肥満に対する食事

に対しても気を配るよう、患者さんにはお話ししています。

休日はどうなことをして過ごされますか

私自身はゴルフですね。年齢と身体にあつた趣味やスポーツがあればよいと思っています。

コロナ禍について

当たり前だと思っていたことが、当たり前ではなくなり、日常生活に大きな制限がかかる一方、学会や旅行にも行けなくなりました。また、私はプロ野球の広島カープのファンですので、広島球場に行けないことが残念です。コロナ禍が早く収束して、自由に外出できればいいなと思っています。

若い人に望むことは

広い視野を持って、どの分野においても日々精進、努力していただきたいですね。

また、日常生活の中においては、新しい日本語が跋扈（ばつこ）しています。私たちが理解できないような言葉がたくさんありますが、基本的な日本語の使い方を忘れずに生活をしていただきたいと思っています。



保険者からの再審査請求において 「原審どおり」となる事例の解説

今号より保険者からの再審査請求において、保険診療ルール（療養担当規則・診療報酬点数表・関係諸通知等）及び支払基金が公表している事例（審査の一般的な取扱い・審査情報提供事例）に基づき「原審どおり」となる事例についてご紹介いたします。

事例

アレルギー性鼻炎の疑いに対する 「D015の10 非特異的IgE半定量及び非特異的IgE定量」 の算定について

本事例は、保険者からの再審査請求において「診療報酬明細書に記載された傷病名よりD015の10 非特異的IgE半定量の算定はいかがか」との申出が行われた事例です。

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は、非特異的IgEは、IgEの血中総濃度を測定する検査であり、I型アレルギーのスクリーニング検査として有用であることを踏まえ、支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）（第6回）（公表日：令和3年3月22日）において認められるとしていることから、本事例は原審どおりとなりますので、再審査請求の申出を行う場合はご注意ください。

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）（第6回）（抜粋）

（公表日：令和3年3月22日）

● アレルギー性鼻炎の疑いに対するD015の10 非特異的IgE半定量及び非特異的IgE定量の算定について

● 取扱い

アレルギー性鼻炎の疑いに対して、D015の10 非特異的IgE半定量及び非特異的IgE定量の算定は、原則として認められる。

● 取扱いを作成した根拠等

IgEは血清中にごく微量存在する免疫グロブリンで、気管支喘息、アレルギー性鼻炎、じんま疹I型（即時型）アレルギー反応が関与する疾患などのI型アレルギー疾患で高値を示す。

非特異的IgEは、IgEの血中総濃度を測定する検査であり、I型アレルギーのスクリーニング検査として有用である。

このため、アレルギー性鼻炎の疑いに対するD015の10 非特異的IgE半定量及び非特異的IgE定量の算定は、原則として認められることとした。

保険者からの再審査申出内容

診療報酬明細書に記載された傷病名よりD 015の10 非特異的IgE半定量の算定はいかがか。

診療報酬明細書 (医科入院外)				令和 3 年 7 月分 県番:	医コ:	1 医科	1 社保	1 単独	2 本外	
-		-								
公負①		公受①								
公負②		公受②								
氏名	2 女 3 昭 5 1 . 8 . 5 生			特記事項	保険医療機関の所在地及び名称 診療開始日 診療回数 転帰 診療実日数 公① 公②					
職務上の事由										
傷病名	(1) 慢性胃炎 (2) アレルギー性鼻炎の疑い (3) 2型糖尿病の疑い			診療開始日	(1) 令 2 . 3 . 2 6 (2) 令 3 . 7 . 9 (3) 令 3 . 7 . 9		転帰	帰	診療実日数	1 日
1 1	初 診	×	回	公費分点数	(12) -再診 略- (60) * HbA1c 49 × 1 * 非特異的IgE半定量 100 × 1 * B-V 35 × 1 -以下、略-					
1 2	再 診	79 ×	1 回	79						
再	外 来 管 理 加 算	×	回							
診	時 間 外	×	回							
休	日	×	回							
1 3	医 学 管 理									
1 4	夜 間		回							

原審どおりとなる理由

非特異的IgEは、IgEの血中総濃度を測定する検査であり、I型アレルギーのスクリーニング検査として有用であることから、アレルギー性鼻炎の疑いに対する当該検査の算定は認められますので、原審どおりとなります。

また、この取扱いは「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）（第6回）」（公表日：令和3年3月22日）において、原則、認められる旨示しております。

13 精神保健福祉法による措置入院

法別番号 20 措置入院

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）にもとづく公費負担医療です。精神障害者を精神科病院等に入院させた場合の医療費を助成します。

1 精神障害者と入院医療

●精神保健福祉法の対象とする精神障害者とは

精神保健福祉法の対象とする精神障害者は、統合失調症、精神作用物質による急性中毒またはその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者です。精神障害者（知的障害者を除く。）は、その居住地の都道府県知事に精神障害者保健福祉手帳の交付を申請し、都道府県知事は、申請者が政令で定める精神障害の状態にあると認めるときは、申請者に精神障害者保健福祉手帳を交付します。

●精神障害者の入院医療

精神科病院の管理者は精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意にもとづいて入院が行われるように努めなければならない（法第20条）と規定されていますが、精神科の入院は次のように分けられます。

任意入院・・・精神障害者本人が自ら入院する場合です。患者本人が同意します。

医療保護入院・・・精神保健指定医（以下、「指定医」という。）の診察により、精神障害者であり、かつ医療及び保護のため入院の必要がある者であって患者本人の同意による入院が行われる状態にないと判定され、その家族等のうちいずれかの者の同意により入院する場合です。

応急入院・・・急速を要し、その家族等の同意を得ることができない場合において、指定医の診察の結果、精神障害者であり、かつ直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって患者本人の同意による入院が行われる状態にないと判定されたもの（移送されたものを含む）について、本人の同意なしで72時間限度で入院させた場合です。

措置入院・緊急措置入院・・・指定医の診察により、精神障害者であり、かつ医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自分を傷つけたり他人に危害を加えようとするおそれがあると判断され、都道府県知事の権限により入院させた場合です。緊急措置入院は、同様な状態であってかつ急速を要し、一定の手続きを採ることができずに直ちに入院させた場合です。緊急措置の入院期間は72時間以内となります。

2 措置入院・緊急措置入院（法第29条・法第29条の2）

●公費負担医療の対象となる入院

措置入院及び緊急措置入院が公費負担の対象となります。

●措置入院への流れ（概要）

- 1) 申請、通報等・・・精神障害者またはその疑いのある者については、指定医の診察及び必要な保護を都道府県知事へ申請します。また、精神障害のために自身を傷ついたり他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときはその旨を都道府県知事に通報します。
- 2) 指定医の診察・・・申請等があった者であって必要があると認められる場合は、指定医の診察を受けさせます。指定医は、診察をした者が精神障害者であり、かつ医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自分を傷ついたり他人に害を及ぼすおそれがあるかどうかの判定をします。

3) 都道府県知事による入院措置・・・2人以上の指定医（緊急は1人）の診察を経て、診察を受けた者が精神障害者であり、かつ医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけまたは他人に害を及ぼすおそれがあると認めた場合は、都道府県知事はその者を国等の設置した精神科病院または指定病院に入院させます。

●対象となる医療

都道府県の設置した精神科病院または都道府県知事が措置入院患者を入院させ、適切な治療を行うことができる病院として指定した指定病院において、措置入院期間中の入院医療が助成の対象です。

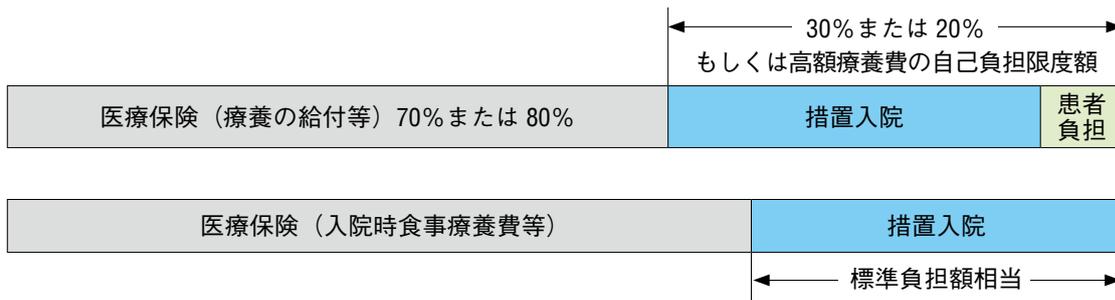
●患者負担分を全額公費負担

患者と配偶者及び生計を一にする絶対的扶養義務者（直系血族・兄弟姉妹）の前年分の所得税額の合計額により患者負担が発生します。

- ①所得税額の合計額が147万円以下 患者負担0円
- ②所得税額の合計額が147万円超 患者負担上限月額2万円

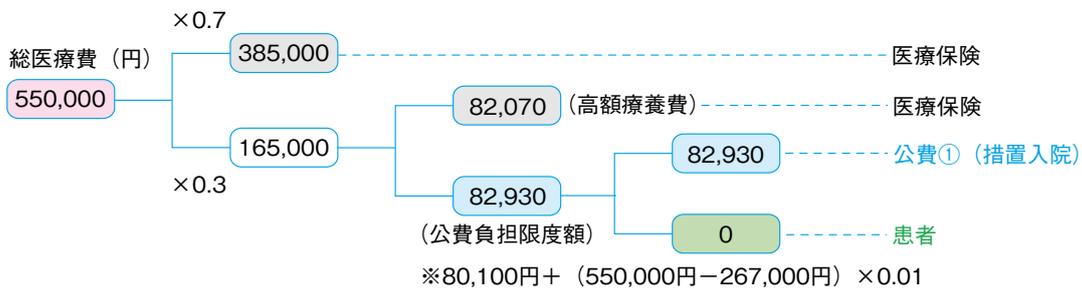
◆措置入院の医療給付のしくみ

措置入院は医療保険優先で、医療保険で給付した残りが公費負担の対象になります。医療機関は、医療保険の対象となる医療費等を合わせて、支払基金に請求します。生活保護の場合は全額公費が負担し、支払基金へ請求が行われます。



事例

●措置入院に係る医療で、医療保険家族（3割負担）、患者負担なし、総医療費が550,000円であって、高額療養費が現物給付された例です。



療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額	円
	公費①	55,000			
	公費②				

関係者の声を素早く反映、 新たなサービス提供のインフラを目指す

オンライン資格確認等システムの開発に携わった、
基金本部情報化企画部の職員に話を聞きました。

——システム開発について聞かせてください。

オンライン資格確認等システムは、厚生労働省がまず調査研究を始め、その後、支払基金は平成31年にシステム開発に着手しました。

通常のシステム開発では、ゴールに向かって開発を進める「ウォーターフォール開発」を採用することが多いと思いますが、今回の開発では、素早く医療機関・薬局等のユーザーの要求に応じるとともに柔軟なシステム開発を目指していたので「アジャイル開発」と

いう手法を採用しました。

「アジャイル開発」とは、実際に使用するユーザーの要望を聞き、短い期間でテストを繰り返しブラッシュアップしながらゴールを目指していく開発になります。

もちろん、アジャイル開発には不得手な面もあり、オンライン資格確認等システムのような大規模なシステム開発で適用することはあまり前例がなく、開発当初は不安もありました。

しかし、オンライン資格確認等システムは、今後の社会インフラ

として正しいものを求められるシステムであり、社会インフラである以上「医療機関・薬局も患者も使いやすい」だけではなく「運用コストも低い」システムを作ると

いう信念で、厚生労働省と協力しながら医療機関・薬局や保険者、実際の利用者の皆さまの要望を伺い、どんどんブラッシュアップして開発してきました。さまざまな部分で調整を行うことが多くありましたが、導入に向けた準備期間では関係者の方々のご意見をカタチにすることに最も力を注ぎました。そのため、短期間で開発しなければならぬという状況となり、振り返りますと（オンライン資格確認等システムの）関連ベンダの

方々には随分と無理難題をお願いすることがあったにもかかわらず、現場でアイデアを出し助けていただいたという感じです。

——開発で特に力を入れたポイントはどこですか。

オンライン資格確認のプロジェクトが成功するためには、システムベンダの協力なくしては立ち行かきません。システムベンダにオンライン資格確認等システムの要件や背景を十分に理解していただくため、支払基金の職員が開発チームに参加して丁寧に説明したうえで、医療機関・薬局にとってのメリットを共有し、特にこういった利用者側を意識して開発にあたり

ました。「アジャイル開発」の良いところは、要件を一方から伝えるだけでなく、開発者と会話をしながら、どんどんブラッシュアップしていけるところだと思っています。

——試行的運用を経てプレ運用の開始、本格運用までの話を聞かせてください。

令和3年1、2月を試行期間とし、数十施設を対象に実際の流れを意識し全工程を通した総合的な運用を行いました。

オンライン資格確認等システムの運用には、医療機関・薬局が使用しているレセコンとの連携、顔認証付きカードリーダーの設置など医療機関・薬局側の準備も必要になりますし、保険者側には、加入者の資格情報を登録することが必要になります。そうした準備を終え、実際の試行的運用となります。

この試行的運用では、システムの動きや資格情報の整合性などを

チェックしていきました。数十施設から始めたことで、実運用でのデータの直し方、使いにくい点や分かりづらい点、医療機関・薬局が導入の際に手詰まりした点などを丁寧の確認でき、一つひとつの問題を深掘りして改修できました。試行的運用において発見された改善点も多く、例えば患者が持参するマイナンバーカードについては、経年の使用による摩耗等にも配慮する必要があることに気づいたのもこの頃です。

また、試行的運用当初は顔認証付きカードリーダーが不足していたこともあり、カードリーダーベリタからどの医療機関・薬局に何日貸し出すのかといった物理的な調整にも苦慮しました。3月からはプレ運用として参加する医療機関・薬局を募集し、約300施設の参加を受けスタートしました。プレ運用期間中も医療機関・薬局に問題は発生してはいかなど丁寧な聞き取りを心がけました。

この期間で判明した医療機関・薬局の困りごとの多くは機器等の設定に係るものだったため、システムの導入事業者が誤りやすいポイントを重点的にフォローすることで本格運用に向け導入推進の助になったものと思っています。

——オンライン資格確認等システムの推進状況を教えてください。

顔認証付きカードリーダーを申込している医療機関・薬局は約13万施設で、全国の医療機関・薬局の6割に達しています。実際に運用を開始した医療機関・薬局にはそのメリットを多く感じてもらえると聞いています。

7月からの集中導入期間では、顔認証付きカードリーダーの申込をしていてもプレ運用に参加できていない医療機関・薬局や、申込のない医療機関・薬局に対して導入の促進を行いました。導入できない理由や困っていることを伺いし、メリットやオンライン資格確認でできることなどを周知する

ため具体的な導入事例の動画を作成しお知らせしました。

また、医療機関等向けポータルサイトの改善も行いました。当初は申請するのに多くの手間がかかり分りにくいとの声が聞こえていましたが、現在は簡素化して医療機関等向けポータルサイトからさまざまな申請ができるよう改善しました。レセプトオンライン請求の手続もポータルサイトから申請できるようになっていますし、オンライン資格確認において利用する電子証明書についても申請から失効までの一連の手続をポータルサイトから可能としています。ポータルサイトから質問される際、チャットボットを利用していただくことも多いため、検索キーワードを分析し、随時内容の見直しを行ってまいります。利用者が利用しやすいようポータルサイト内の動線を意識し「誰が、何を」探すのか、「誰に、何を」伝えるのかを考え修正を重ねてきました。医療機関等向けポータルサイトは、公開当初

と比べても随分と使い勝手が良くなっているのではないかと思います。

オンライン資格確認における各種マニュアルもコールセンター等へ寄せられた意見を反映し、随時アップデートして提供しています。

こういった要望に短期間で対応できたことは良かったと思っています。

——最後に

直近の動きで申し上げますと、昨年（令和3年）10月にはマイナポータルから処方された薬の情報や特定健診の結果などが閲覧可能となるサービスが開始されています。今後、オンライン資格確認は電子処方箋や健診結果等の閲覧やデータ活用の拡大など、さらに機能が追加され充実していきます。

将来的には、こうしたPHR（パーソナルヘルスレコード）の活用機会が拡がり、個人の行動変容につながるサービスが提供されるようになる未来もそう遠くなく訪

れると思います。

冒頭にも申し上げましたが、「オンライン資格確認等システムは社会インフラの一部である」という気持ちでメンバーは日々運用しています。24時間365日使い続けるシステムですから、医療機関・薬局や保険者の方々には安心してご利用いただけるように支払基金がしっかり責任を持って運用していかなければならないと思っています。

今後もシステムの安定稼働を維持するため、開発メンバーだけでなく、利用申請等の運用メンバーも含めた職員一丸となって頑張っていきますので、医療機関・薬局や保険者の方々のご協力をお願いいたします。



宮本さん

辛島さん
基金本部情報化企画部

藤井さん

理事会開催状況

11月理事会は11月29日に開催され、議題は次のとおりでした。

- | | |
|---|---|
| <p>議 題</p> <p>1 審査支払新システムの稼働におけるシステム障害の状況</p> <p>2 議事
「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」の一部改正法施行に伴う支払基金連結情報提供業務関係業務方法書の策定等（案）
ア 支払基金連結情報提供業務関係業務方法書の策定
イ 支払基金連結情報提供関係特別会計規程の基本的事項の策定
ウ 令和3事業年度支払基金連結情報提供関係特別会計予算、事業計画及び資金計画の策定
エ 医療機関等情報化補助業務関係業務</p> | <p>方法書の一部変更
オ 医療機関等情報化補助関係特別会計規程の基本的事項の一部変更</p> <p>3 報告事項
(1) 審査委員会規程（省令）の一部改正に伴う審査決定方法等
(2) 基金関係功績者に対する厚生労働大臣表彰
(3) 令和3事業年度保健医療情報会計収入支出変更予算の認可</p> <p>4 定例報告
(1) 令和3年9月審査分の審査状況
(2) 令和3年10月審査分の特別審査委員会審査状況</p> |
|---|---|

プレスリリース発信状況

- 11月 1日 令和3年8月診療分の確定件数は対前年同月伸び率で8.9%増加 ～対前々年同月伸び率は0.9%増加～

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

- 11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を追加
統計月報を掲載
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
基本マスター（医科診療行為及び歯科診療行為）を更新
「再審査相談窓口一覧」を掲載
- 11月 4日 令和2年度診療報酬改定関係通知を掲載
令和3年9月診療（調剤）以降分の電子レセプトを対象とする資格確認結果の通知方法等について
「オンラインによる再審査等請求ファイルに係る記録条件仕様（令和2年4月版）」を更新
レセ電通信（医科・DPC、歯科、調剤）を掲載
新型コロナウイルス感染症に関するお知らせ
- 11月 8日 保険者の異動について（2021年10月分）を掲載
- 11月 9日 オンラインによる電子レセプトの再審査等請求に係る手引きを更新
- 11月11日 月刊基金「令和3年11月号」を掲載
- 11月15日 令和2年度診療報酬改定関係通知を掲載
- 11月24日 オンラインによる請求前資格確認に係る記録条件仕様及びオンラインによる請求前の資格確認に係る実施要領を更新
- 11月25日 審査の差異の可視化レポートの事例掲載方法を変更
- 11月30日 「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（DPC用）（令和2年4月版）」を更新
「審査の差異の可視化レポート」の検証結果（8事例）を掲載

支払基金の人事異動

令和3年12月1日付

新職名

本 部 審査支払システム共同開発準備室長
// 審査支払システム共同開発準備室兼務

武藤 憲真
上田 能継

前職名

本 部 共同開発執行役
// システム専門役

支払基金メールマガジンのご案内

もう登録は
済みですか？

1

支払基金メールマガジンでは以下の情報をインターネットメールで提供しています。

保険者等 (保険者団体を含む)へ 配信している情報

レセプトデータおよび請求
関係帳票データがオンライン
請求システムからダウンロー
ド可能になったという情報

医療機関等 (診療担当者団体を含む)へ 配信している情報

返戻レセプトデータ、増減点
連絡書データおよび振込額明細
データ等がオンライン請求シ
ステムからダウンロード可能に
なったという情報

保険者・医療機関等共通の配信情報

- ①オンライン請求システム等に障害が発生した場合の緊急連絡
- ②電子レセプトの記録条件仕様、レセ電の基本マスターおよび電子点数表が更新されたという情報
- ③厚生労働省から連絡文書（疑義解釈、保険適用等）が発出されたという情報

2

登録方法

メールアドレスの登録は次のいずれかの方法によりお願いします。
登録方法は、支払基金ホームページでもご案内しています。

支払基金

検索

支払基金ホームページ (<https://www.ssk.or.jp/>) トップページ→広報誌・メルマガ→「支払基金メールマガジン」のご案内

空メールによる登録方法

メールの宛先を右の2次元バーコードから読み込み、空メールを送信します。
または、宛先欄に次のアドレスを直接入力し、空メールを送信します。
空メールの送信先: toroku@mail.ssk.or.jp



Web上の登録ページからの登録方法

アクセス先を右の2次元バーコードから読み込み、ブラウザよりWebページにアクセスし、登録するメールアドレスを入力します。
返信メールに記載されている登録フォームへアクセスし、必要な項目をご入力ください。



3

Q&A (よくあるお問い合わせ)

Q1

登録メールを送信したのですが、返信メールが届きません。

A1

ドメイン指定受信等を設定されている場合、返信メールが届かない場合があります。

「ssk@mail.ssk.or.jp」からのメールを受信できるように設定する必要があります。

Q2

登録しているメールアドレスを変更できますか。

A2

配信されているメールに掲載されている「登録内容の変更」でメールアドレスの変更はできません。

お手数ですが、現在登録しているアドレスを配信停止手続き後に、変更後のアドレスを新規登録願います。

Q3

登録するメールアドレス等の情報漏えいが心配です。

A3

登録された情報は厳正に管理し、IP制限や、二要素認証機能などのアクセス制御機能を付加することにより、不正アクセスを遮断し、情報漏えいのリスクから守っています。

Q4

メールマガジンに掲載してあるリンク先は安全ですか。

A4

メールマガジンに掲載のリンク先は、支払基金ホームページ (<https://www.ssk.or.jp/>) へ移行するよう設定しているため安全です。

(※診療報酬情報提供サービスについては、厚生労働省が運用するホームページ (<http://www.iryohoken.go.jp/>) をご案内しています。)

支払基金メールマガジンに関するお問い合わせ先

社会保険診療報酬支払基金 本部 経営企画部 企画広報課

TEL : 03-3591-7441 9時～17時30分 (土、日、祝日、年末年始を除く)