

月刊基金

1

January 2023



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

審査委員長座談会

審査事務集約を終えて

トピックス

返戻再請求等のオンライン化に向けた取組

月刊基金

Monthly KIKIN 第64巻 第1号

1

JANUARY 2023

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



犬吠埼（千葉県）

犬吠埼は関東平野の東端に位置する岬で、地図を見ると三方を太平洋に囲まれている様子がよくわかります。先端にある犬吠埼灯台はレンガづくりの白い瀟洒な建造物で、銚子のシンボルとなっています。また、山頂や離島以外では初日の出を日本でいちばん早く見られる場所として知られ、毎年多くの人々がこの地を訪れます。

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 審査委員長座談会

審査事務集約を終えて

新潟県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長 成澤 林太郎

広島県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長 土肥 博雄

福岡県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長 岡村 健

14 トピックス

返戻再請求等のオンライン化に向けた取組

18 審査委員長に伺いました。

日本の医療保険制度を支える縁の下の力持ち 誠実さを持って重責を担いたい

沖縄県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長 大久保 和明

20 支払基金改革 ただ今奮闘中

地域密着型のサポート体制で 本部と地方組織のかけ橋になる

22 電子レセプト

令和4年度診療報酬改定に伴う 記載事項等に係るお知らせ

25 インフォメーション

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、今年の業務運営に関する所信の一端を申し上げます。

昨年は「新生支払基金創建」の年でした。審査事務集約という大きな組織改革を成し遂げ、これまでのところ、大きな支障なく、業務が遂行できています。これも、関係者の皆様、審査委員のご理解とご協力、また職員の頑張りによるものと深く感謝を申し上げます。今年からは、昨年誕生した新生支払基金の「本格稼働と基盤充実」の年であると考えています。

新年から、職員は、出身県と集約拠点のレセプトを一部交換し、複数の都道府県のレセプトの審査事務をまずは限定的に始めます。順次レセプトの交換範囲を拡大し、日々の業務の中で速やかに差異に気づくことができる環境を整えます。そして、発見した差異をブロック単位の診療科別WGで議論していただき、審査結果の不合理な差異解消の取組を本格化させてまいります。また、改革による支出削減により、AIを活用したレセプト振分けで判断が明らかとされたレセプトに係る審査支払手数料をコストに見合った額まで引き下げる「手数料の階層化」を実現します。このように、新組織を本格稼働させ、改革の目的である審査結果の不合理な差異解消とICTを活用した業務の効率化の両面において、しっかりと改革の効果をあげてまいります。

また、AIを活用したレセプト振分け機能による目視対象レセプトの10%への絞り込みを踏まえ、効率的な組織体制を整備します。職員が働きがいを感じられるよう、審査やデータヘルスのエキスパート、経営幹部といった新たなキャリアパスの検討を進めてまいります。また、職員がより一層働きやすい環境を目指し、在宅勤務の拡大を検討するとともに、それぞれの拠点で、職員の提言を活かした風通しの良い組織風土を創る取組を支援する等、新組織の基盤充実に努めてまいります。

データヘルス部門についても、その基盤となるオンライン資格確認が原則義務化されることから、まさにデータヘルスの基盤充実の年と位置付けられます。4月の義務化、来年秋の保険証の廃止を見据え、医療施設に対する導入支援に努めるとともに、保険証を利用する全ての医療施設・場面で資格確認できるよう、訪問診療等で自宅から資格確認や薬剤情報等の閲覧の同意取得ができるウェブサービスや

施術所、健診機関等で資格確認ができるウェブサービスの開発を進めます。オンライン資格確認が広く行き渡ることを踏まえ、1月から電子処方箋管理サービスの運用を始めます。これにより、処方情報、調剤情報の提供や重複投薬・併用禁忌のチェックができるようになります。これまでの薬剤情報・基本情報等のレセプト情報や特定健診等情報の提供と合わせ、臨床現場における最適な医療に貢献してまいります。

医療DXについては、3月までに工程表が決定されます。支払基金は、診療報酬改定DXで、算定要件チェックや窓口負担の計算ができる診療報酬の共通算定モジュールの開発を進めます。また、将来の「全国医療情報プラットフォーム」につながる医療機関間での電子カルテ情報交換サービスの開発にも取り組んでまいります。

健康スコアリングレポートやデータヘルスポータルサイト等により保険者のデータヘルスにも積極的に貢献するとともに、自治体や研究者に対する支援を本格化させるため、今年、本部にNDBのオンサイトセンターを設置することを目指します。

多くの個別の事業の運営経験を通して、データヘルスの基盤を担う専門機関として、これらの事業を総合的に俯瞰し、行政を補完する横断的な視野と深い専門性を磨き、事業の安定的・効率的な運営に寄与するとともに、それにとどまらず、支払基金として、新たな付加価値を生み出す事業の展開に結び付けていきたいと考えています。

今後、改革による業務効率化の効果を保険者に還元しながら、データヘルス部門で活躍する人材を確保するため、外部からの登用と合わせ、職員の専門性を高めエキスパートを育成する取組を始めまいります。

支払基金の財政は、令和2年度は受診控えにより100億円の歳入欠陥、令和4年度は第7波の影響等により35億円の剰余が見込まれる等、新型コロナウイルスの感染拡大に翻弄されてきました。今後、こうした感染症等による収支変動や将来の人口減少による請求件数の減少等を見据え、適正な審査と迅速な支払により医療保険制度を支えるという使命をしっかりと果たしていくことができるよう、関係者の皆様の理解を得ながら、財政運営の安定化方策の確立を目指してまいります。

このように、将来を見据え、持続可能な人事戦略や財政運営といった新たな飛躍のための基盤充実に向け新たな一步を踏み出す年にしたいと考えています。

今年1年、新組織の本格稼働と基盤充実ににより、改革の効果を関係者の皆様にお届けできるよう、組織を挙げて取り組んでまいり所存でありますので、関係者の皆様には、支払基金の業務運営に対するご理解、ご協力を賜りますよう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。

審査事務集約を終えて

支払基金は、平成30年3月1日に、「支払基金改革における支払基金での今後の取組と改革の工程表」を厚生労働省と連名で公表し、昨年10月に改革の大きな柱の一つである審査事務集約を行いました。

今号では、様々な地域からご出席いただいた3名の審査委員長に座談会の形式で、集約後の現状と今後の抱負をお伺いしました。(実施日：令和4年11月22日)

出席者

成澤 林太郎 氏

新潟県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長

土肥 博雄 氏

広島県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長

岡村 健 氏

福岡県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長

(司会) 飯田 美和 氏

社会保険診療報酬支払基金本部審査運営部 部長

集約後の審査委員と 職員の連携

飯田部長(司会) 本日は、集約後の連携状況等、先生方から率直な意見、感想をいろいろとお伺いできればと思っていますので、よろしく願います。

まず一つ目ですが、これまで職員と審査委員が同じ建物の中にいて、審査に当たって連携をしてきましたのが、集約後の連携状況等につきまして、いかがでしょうか。

成澤先生 私個人の感想と、周りの先生方や事務局の職員からも情報を得ましたので、それを含めてお話しします。

まず、電子レセプトの審査の連携についてですが、システムの照会依頼機能が使いにくいという意見があります。文字で照会内容を伝えるのに慣れていないせいもあって難しいということが一つ。それと照会依頼機能自体の使い勝手が悪いということが、職員からの意見として、私の耳に入ってきています。

それとは別に、ウェブ電話による

照会も可能ですが、例えば、夜遅くにしか来られない先生もいますので、時間のずれがあり、職員と審査委員との時間帯が合わないため電話しようと思ってもなかなか直接会話ができないことがあります。

とはいえ、もう少し連携がうまくいかない可能性もあるのかと正直思っていました。走り始めてみると、思っていたよりもうまく連携が取れているのではないかなというのが私の印象です。

飯田部長 システム上のいろいろな問題点を実際に審査の場所が離れたことで見えてきたといったところでしょうか。

成澤先生 新潟の場合は、9月までは、審査事務を行う職員が同じ建物にいました。審査委員と職員が直接会話をしているというやってきたもので、1対1の対話が通常であったものが、10月以降ある媒体を介さなければならなくなったという違和感、不慣れさというのはあると思います。

飯田部長 広島と福岡は、審査委員会事務局と審査事務センターが併設といった形になり、複数の県から職



成澤先生

員が集まっていますので、審査委員長から見て、9月までと何か変わったところがありますか。

土肥先生 審査委員会そのものでは変わりはないですね。

審査事務センター、いわゆる職員事務は、内科系、外科系、その他の診療科に担当が分かれて、それぞれ専門性を発揮するというところだと思います。職員に話を聞いたところ、広島センターに集約された山口と岡山の職員と広島職員の間は、違和感なく上手くいっています。もっとも実際の仕事に当たっては、幾つかの仕事の業務の整理をしなければいけないのではないかと思います。

広島センターには、山口、岡山の職員が転勤してきているのに、逆に

それで忙しくなったところがあります。何が「忙しい」のかというと、

一つは、他県から通勤している多くの職員が在宅勤務ということで、審査委員会前後のうち9日間は、広島のセンターには来ないのです。

センターの仕事が、広島職員のみで行うかたちとなっており、少しびつな格好になっているようです。その辺が審査委員側からは、見えない部分でありました。

私は他県の職員とも話をしてみたいと思っていますので、時々センター内を回っていますが、出身支部による違和感はなくやっている雰囲気を受けました。何か難しいすぎずしたものがあかなと思っていました。が、そのような印象はあまり受けて

いませんし、あまり縮み込んだりせず、しっかり伸び伸びやっているとあります。その点はよかったです。

ただ、もう少しシステムというような機械のことはなくて、ソフト面で、地方組織は「本部か

ら言われたことはどうしてもしなければならぬ」といったところがあるので、その点を本部が勘案してくれば、少しよくなるかなと思います。

飯田部長 長時間通勤する職員は、

電子レセプトの審査事務期間において、自宅でも審査事務が可能になりました。そういった期間に在宅勤務ができればということで始めたところですが、確かに、事務所でしかできない様々な仕事の割り振りという点など、課題として出てきていますので、これから整理が必要かと思えます。

岡村先生 センターとの関わりで言えば、審査の取決めの全国版が収斂して、ブロックで取決めるという段階になって、おそらく審査委員長は多くの関わりが出てくるのではないかと思います。

審査委員会事務局でいえば、審査が変わったわけではありませんが、審査委員会を補助する担当の職員が変わり、職員がものすごく忙しそうなお印象です。事務局の職員が、審査委員との関係で非常に忙しくなった。

これは多分ほかの事務局も同じだと思います。

連携については、他県出身の職員と他県の審査委員の連携がうまくいかない、やはりセンターにも影響が出てくるのではないのでしょうか。

だから、やはり連携は大切です。先ほど、成澤先生もおっしゃったように、照会依頼機能が使いづらいという意見は在宅の先生からもあって、今のところ電話で行うほうがいいのかなどという感じではあります。

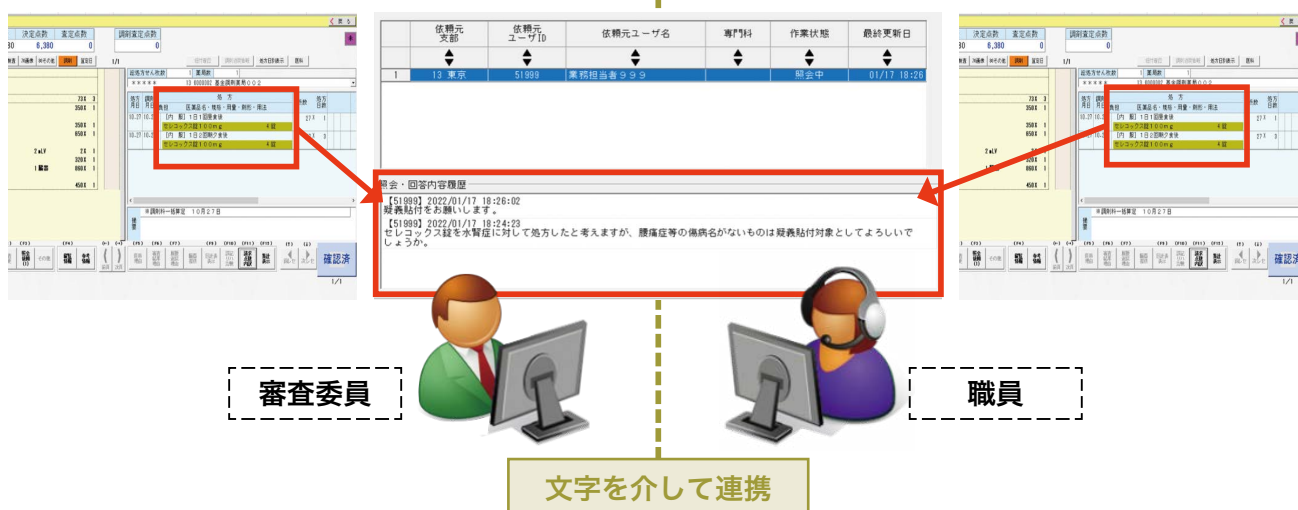
大きく変わったと言えば、事務局側の職員が忙しそうだなというのが印象ですね。

成澤先生 高崎分室にいる審査事務を行う職員は、令和4年末までは、原則として出身支部の分担をしていますが、1月に入ると、他県のものも見るとい話を聞いています。今、新潟の審査委員は、新潟出身の職員と連携を取っているわけですが、それが1月から他県の人と連絡を取らなければいけなくなると、うまく連携が取れるかどうか、正直なところ少し不安があります。

飯田部長 1月から出身県のレセプ

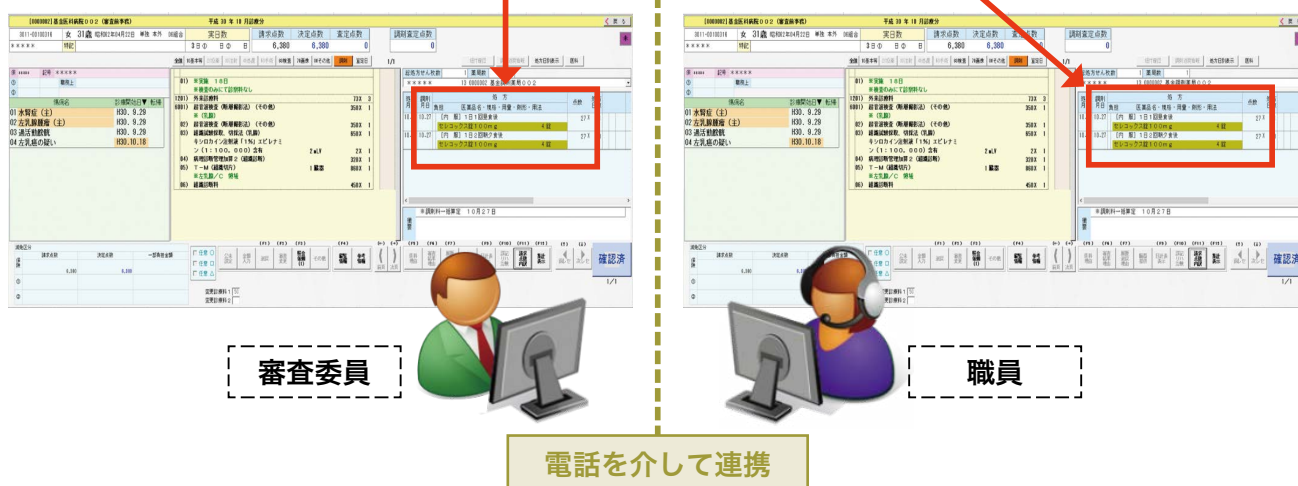
照会依頼機能

文字により請求内容への疑義を照会



レセ電の画面を参照しながら、電話により照会する機能

同一レセプト画面を参照しながら請求内容への疑義を照会



と、他県のレセプトを少しずつ分
担し、審査事務を始めることとして
います。

この照会依頼機能というものは、
離れた場所であっても審査委員と職
員が同一のレセプトを見られるよう
な仕組みを作りたいということの開
発をしました。レセプト自体は双方
で見られるようになりましたが、入
力の仕方であったり、問い合わせ
の回答若しくはレセプト画面の見方
などにまだまだ課題があるのかと思
います。10月から意見箱をシステム
画面に設けて、審査委員の先生方か
ら意見をダイレクトにいただけるよ
うにしています。この照会依頼機能
やシステムに関する意見を多くいた
だいていますので、いただいた意見
は、できるものから改善ができるよ
う取り組んでいます。

このような意見は、非常に貴重な
ので、これからもこの意見箱は続け
ていきたいと思いますが、この取組
自体について先生方の感想は何かあ
りますか。

成澤先生 私は、目安箱的なものが
できてよかったと思っています。や

はり審査委員長を介したり、職員を介したりすると、いろいろ言いたいことも言えなくなる方もいるのは事実です。意見箱を通じてダイレクトに意見を出せるようになったことは、非常によかったと思います。これは、

どんどん活用していったほうがいいのではないかと私は思っています。

岡村先生 私も、審査委員が意見を直接出せるチャンネルはあったほうがよいと思いますし、審査委員長は立場からすると、これによって、私に直接連絡がなくてもそういうチャンネルを通して全国のいろいろな意見が聞けるので、参考になります。非常にいいと思います。これはぜひどんどん進めていただきたいと思っています。

土肥先生 私は、このシステムを介しての意見箱は利用していません。

それから、先ほど1月から、他県職員が審査事務を行ったレセプトを審査することについて話がありましたが、このことに関しては、他県がどういう着眼点で審

査をしているのか見るのを楽しみにしています。

飯田部長 10月から、ブロックごとにセンター長や事務局長、診療科室長と話をしながら、毎月必ず、拠点長会議というものを始めていて、その拠点長会議の中で今伺ったような点も出ていますので、それをどう改善していくか、本部と一緒に考えていこうとしています。そういう意味でも意見箱の情報は、貴重なご意見であるのかなと思います。

在宅審査について

飯田部長 それでは、在宅審査について伺います。在宅審査を本年の6月から実施しています。これは、も



土肥先生

ともと新型コロナウイルスの感染拡大の防止のために在宅審査ができるよう非常時対応として導入したものです。非常時以外の場合では遠方の先生や、なかなか時間を取って審査委員会に来ることが難しい先生方にも、こういった在宅審査をしていたらどうかということを進めてきています。審査委員の感想などをお聞かせいただきたいと思います。

土肥先生 在宅審査をしている人は、押しなべて皆よかったと言っています。移動がないので大変楽になりました。例えば、広島も新幹線で来なければいけないところもありますし、また車でも来るのに1時間半ぐらいは優にかかるところが解消されています。

ただ、私が危惧する問題は、幾つかあります。一つは、審査委員が少ない診療科で、例えば審査委員が診療科で2名の場合です。現在、一人は在宅審査を行っています。来所しているもう一人の審査委員から不満は聞いていませんが、隣り合わせで話ができる者がいないわけです。いつも同時に出勤していたわけではな

いですが、来所していれば話できました。一人が在宅審査では、細かい話もなかなかできません。審査委員のうちの二人ともが、今後、それぞれ自分の自己流になってしまわないか、今のところは、どちらもそれなりに経験のある先生だから問題はないですが、例えば次の審査委員の交代というときに、新しい先生が来られるというときのことを危惧しています。

それから、診療科2名の場合は、審査委員が任期満了で交代するとき、いろいろな伝達で「在宅審査できませんよ」というような認識で、初めから在宅で審査をするという先生が出てくるのではないかと。これはいかなるものかと危惧しているところがあります。

飯田部長 在宅審査を始める際の要件というところは、これから検討を進めていかなければいけないと思いますし、在宅と来所を組み合わせたハイブリッド形式の仕組みというところも、これから検討する必要がありますのかとは思っています。

岡村先生 福岡も、在宅審査用のP

Cは、ほぼ稼働（96%）しています。以前に在宅審査に関して全国的なアンケートがあったと思いますが、福岡でも、アンケートの結果、54名から回答があり、回答者全員が在宅審査を続けたいという希望がありました。広島と同様に、ほとんどがよかったですという意見で、往復にかかる時間を審査に使って非常によかったと、負担がものすごく軽くなって助かりましたという意見が多かったです。在宅審査はぜひ続けて、場合によつては、特に事務局から近距離であつても、勤務が忙しい審査委員に拡大できないかと思っています。これは審査システムの稼働時間が制限されているという問題もあります。稼働時間が22時までなので、21時までには現場の仕事を終わらせ帰宅しても、1時間ぐらいいし審査できないので、システムの使用可能時間を24時間にできないのかという意見は、数名の先生方から上がっています。せっかく在宅審査ができるようになったのといふことで、そういう意見がありました。

しかし、在宅での課題は、やはり

連携です。職員との連携のタイミングが合わない、直接聞きたいときにすぐに聞けないということがどうしてもあるからです。他の審査委員に聞きたいことは結構あるようで、同僚の審査委員、あるいは同じ専門の審査委員にちよつと聞きたいが、「なかなか聞けないよね」というのが一番の悩みのようです。

結局は、アンケートを取った54名中53名が会期中1日は来所しています。紙レセプトの審査があるということも理由ですが、来所したときに職員に相談したり、審査委員の先生に聞いたりしているということで、やはり何らかの仕組みとして、さきほどハイブリッドという話がありましたが、来所を組み合わせた在宅審査といふことを考えておいたほうがいいのかなという感じはします。

成澤先生 在宅審査の一番のメリットは、ある程度自分の自由な時間に審査ができるということだと思えますし、来所するために時間がかかる先生は、その時間の節約、来所にかかる時間を審査に回せることかと思えます。デメリットは、何か相談し

たくてもすぐにできないということころだと思えますし、在宅の要件として、他人に画面を見られると困るので個室でというような制約がありますが、勤務医の中には、なかなか個室が確保できないという先生もいるわけです。その辺りが悩みとして私の耳に入っているところですが、新潟で実際、今在宅で審査している先生は1割以下の6名で、非常に少ないです。最初はもっと希望者がいましたが、職員や審査委員同士の相談の必要性も感じて大分来所にシフトしたというのが正直なところだと思います。

あと、在宅審査の6名ですが、紙レセプトがあるので、在宅でフルにやっているわけではなく、最低月に1日は事務局にいられています。

飯田部長 この在宅審査の話もそうですし、先ほどの集約後の職員との連携の話もそうですが、離れたところで、どういうふうに連携を取っていくかというところがやはり大きな課題になってくると思いますし、それがスムーズに連携ができるようになる、こういったところも解決していくようにと思っています。

業務運営方針について

飯田部長 今回の新しい組織体制の中で、今までのように自分の都道府県だけのことでなく、ブロック全体に視野を広げて、集約拠点と事務局のそれぞれの長が業務運営方針を共有することとしています。

それぞれのセンター長、事務局長がこの業務運営方針を策定する際に、審査委員長の先生方に一度ご覧いただいて、アドバイスをいただきながら策定をしてきたといった経緯があります。

先生方からアドバイスをされた内容、もしくはご覧いただいた感想などがあればお聞かせください。

成澤先生 新潟は審査委員会事務局ということになりますが、事務局長は新潟の業務運営方針というのも立っています。私と同じ野球部出身なので、同じような考え方を持っておられ、非常に同感できます。新潟審査委員会事務局の業務運営方針を一部読ませていただきます。

「組織は、人と人とのつながり、人

は人を動かすものである。ばらばらな人や、仕事がつながるだけで組織は政策的になる。心からきちんと話し合えることで、人の気持ちは前向きになれる。新たな場で人と話し合うこと、人とつながることで質を高め、主体性をもって組織力を発揮し業務に邁進する。一人にさせない。一人でやらない。人を巻き込む。」これが事務局長の業務運営方針の理念です。私は非常に素晴らしい方針だと思っています。

新潟の業務運営方針に対して、私は特にアドバイスをしたことはないのですが、新潟は、自画自賛かもしれませんが、適正なレセプトがたくさん出ている事務局だと思っています。1人当たりの医療費も全国で一番少ないぐらいです。だから、無駄な診療はしていませんし、レセプトも適正なものが多く出てくるということを我々審査委員は感じていますので、具体的な業務の内容について、私からお話をする必要性のない事務局だと思っています。これからもういう形です。うまくやっていると感じています。

岡村先生 私は、事前にセンター長からこういう理念だと見せていただいたので、その中で一つ、以前から「不合理な支部間差異」という言葉が非常に気になっていました。これは、支部間差異がすべて不合理だということのような誤解を招くといけないので、「支部間差異の不合理な差異を解消する」という文章を「支部間差異の中に混在する不合理な差異を解消することを目的とする」という文章に変えてもらいました。すべての差異が不合理ではないので、ここだけはやっぱり強調して変えさせてもらいました。

進めていました。やはりブロックにおける長となるセンター長、また事務局長が、自分で考えた言葉で業務運営方針をつくることで、職員に対してもきつちりと自分の言葉で伝え、それを聞いた職員は頑張ろうと思うようになれるのだろうと考えて、2か月ぐらいかけて作ったものになります。そのため、非常に強い、いろいろな思いが入っているかと思っています。それぞれの業務運営方針は、10月に開催した4者構成で形成されている審査運営協議会でセンター長、事務局長から今後このような形で取り組んでいくという説明をしています。

AIの振分け機能導入による変化はあったか

飯田部長 AIによる振

分け機能が導入されてから1年が経過しています。1年前のことになりましたが、AIによる振分け機能が導入されて、審査の状況は、導入前と比較して変わったところや変わらなところがあります。

すかというのが1点と、この10月から目視の割合が20%から15%になりましたが、昨年の9月から1年間と、この10月からのところで、何か変化や違い等はありませんかというの2点目です。

土肥先生 AIの振分けが導入されてからの1年と、それから目視割合が20%から15%になってからというもの、全く違和感を感じていません。AIの振分け導入前も、重点審査区分という項目がありましたので、それを中心に審査をしていました。今回も審査をやるというボタンを選ぶと、ほぼ同じような電子レセプトが表示されて、前よりも、少し多いか、物によっては少ないかというところで、全く違和感はありませんでした。

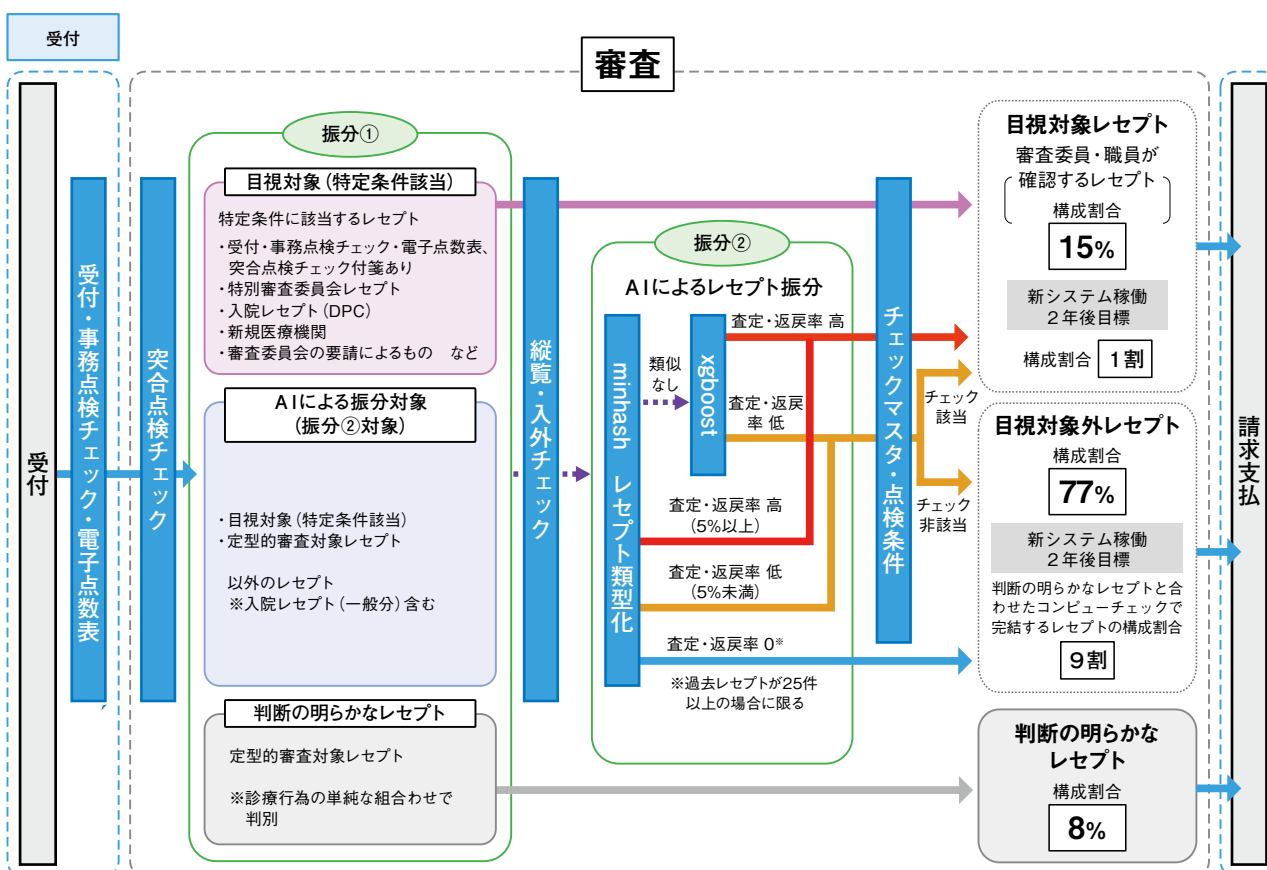
目視割合が20%から15%になったと聞いて、「そうだったのか」と思うぐらいです。というのは、その5%に当たるレセプトは、恐らくほとんど頭を使って審査するということがなかったと思いますので、違和感なしに進んでいます。

成澤先生 全体の印象は、特に大き



岡村先生

AIを活用したレセプト振分機能の全体像



な変化はなかったということです。

ただ、導入された直後、今まで、あまり目視対象とならなかったレセプトが、一時的に多く目視に回ってきたという印象がありました。その後、それもだんだん改善されてきて、現在は、全く違和感なく審査しています。

AIの振分け機能が導入されて、特に医療関係者の方の中には、「査定が増えるのではないか」というふうに危惧された方がいましたが、実際に導入されてから、特に査定が増えたとか、あるいは今までと違っているというようなクレームは、少なくとも私の耳には入っていません。

また、職員にも確認しましたが、そういう話は聞いていないということですので、スムーズにAIの振分けが導入されたのではないかと考えています。

その後、目視対象レセプトは、20%から15%になり、最終的に10%になっていくわけですが、私自身はもとより目視で見なければいけないかったものは1割ぐらいしかないのだらうと、AIの振分けが導入され

る前から思っていましたので、10%になっても、そんなに大きな問題はない出ているのではないかと考えています。

岡村先生 AIの振分けが導入されて1年経過しましたが、目視に振分けられている理由、要するに目視対象となったレセプトは、何らかの査定の理由があるはずなのです。導入当初は、この理由が分からないレセプトが結構あって、審査に時間がかかっていました。どかが査定対象となるのかと思ってじっくり見ても結局理由が分からないというレセプトが当初は結構多かったのです。そこが問題なので何とかならないかと思っていたら、今回、20%から15%になりました。これでかなり目視対象レセプトが減ってきたという印象があります。だから、理由の分からない、査定根拠がはっきりしない目視対象がかなり減ったと思います。

審査の時間がかかり短くて済むようになったようなので、AIの振分けの精度が上がったのかなという感じは受けました。

医療機関からは、特にこれが始

まったことによる意見等は、今のところ聞いていないですね。

職員の話では、保険者からは、「査定が減っているのではないか」という疑問があったということです。

福岡は、全国的に見ると査定率が高かったのです。請求点数も平均を超えていましたので、査定が多くなる印象がありました。それが減ったのは、全国的に同じようなレベルになり、逆に支部間差異がなくなってきたのではないかという感じを受けています。

土肥先生 先ほどは目視割合の話をしました。医療機関に関していうと、ここ3年ぐらいの間にシステムが変わるとい話だけ聞いていて、「今度はAIで査定するのではないか」というように思っていた方が多かったのですが、その点も払拭するために、私自身、いろいろな機会を得て、特別講演をさせてもらったり、いろいろな機会に「審査委員が見るレセプトを選別するだけです」ということを繰り返して言い続けました。保険者はそのことをよく知っているの、双方から特にクレーム等はありません。

ません。

飯田部長 確かに、保険者、医療機関も含めて、誤解をされているところもあるかもしれませんので、私たちが今後も引き続きしっかり、保険者、医療機関の皆様に、振分けの部分を説明させていただきたいと思っています。

今後の取組について

飯田部長 来年の1月から出身県以外のレセプトの審査事務を行うこととなり、不合理な差異解消を図ることとしておりますが、レセプトの審査事務をしていて、先生方が審査をされた内容を見て、患者一人ひとりで治療内容も異なりますし、それがすべて不合理な差異ではなく、そこの中から、自分の県と他の県で何か違いがあるなといったものを、職員が積極的に出していく仕組みをまずは作りましよう。そこを診療科別ワーキンググループの中で検討していただながら、これは不合理な差異なのか、そうではなく患者の個性で理由をきちんとつけられるもの

なのか、そういったことをこれから議論していただくようになってくるかと思っています。

これから進めていくに当たりまして、運営等について、何かご意見等があればお願いいたします。

成澤先生 総論としてはすごくいいのですが、各論をどうするかと考えると、結構大変かなと正直思っています。

実際に事例が出てきたものに対して、そこで対応していくしか基本的にはないと思いますが、新潟の場合は、長野と群馬と新潟が高崎分室に集約されています。少なくとも職員から聞く限り、各県で風土の違いはどうしてもあるかなと。それは仕方がないことだと思いますが、とにかく垣根を取っ払ってやっていくことが非常に大事だと思います。しかし、実際にやるのはかなり難しく、時間もそれなりにかかるのではないかと思いますのが、私の印象です。

職員に話を聞くと、職員はかなり数値目標に縛られている部分があると感じますが、今回の大改革の中で、はじめからあまりにもそういうものを求め過ぎると、職員が萎縮してしまわないか、すぐ私は心配しています。

一方、現段階では、審査委員の環境はあまり変わっていません。激変したのは職員なわけです。職員をもっともっと大事にして、職員の意見も上手に吸い上げて、彼らが危惧しているところを把握し、常にその改善策を本部に考えていただきたいというのが、正直なところです。

とにかく強調したいのは、職員を大切にして、職員のモチベーションをぜひ上げてほしいということです。

そのために最大限のことをやっていただきたいし、我々もサポートしたいと思っています。

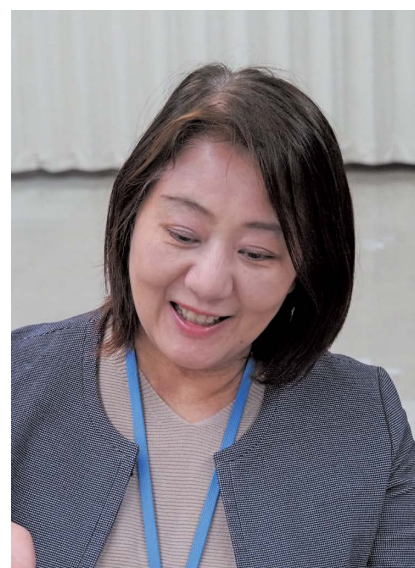
土肥先生 当面、令和5年から行われることというのは、山口、岡山、広島、島の職員が、ある程度複数県の審査事務をするということになって、その差異が出るのか、出ないのかという点ですが、ぜひ、それは職員がただ審査事務をして違いのあるものを発見するというのではなくて、何か仕組みをつくって、差異の事例を抽出するような方法を考えてほしい

と思います。それぞれのブロックでも考えると思いますが。

審査事務を担う集約拠点と審査委員の審査補助を担う事務局の間で連携役を受けもつリエゾンという職員がいます。広島の場合は、山口からも岡山からもリエゾンが来ていますが、そのリエゾンという方は、それなりの経験が既にある職員なので、その人のところにある程度の情報が行って、「これはやはり地区差がある」というときに、ぜひ我々のところへ、確実になくてもいいので、どうかと思った段階で相談していたら、うまくいくと思います。

現在、山口と岡山の審査委員長とは、すぐに電話をかけたたりすることができる関係になっていきます。審査委員長だけではなく、審査調整役も含めた人的なつながりがないと、変な話、敬語を使っていないと話が進まないという間柄ではなかなか先へ落ち着いたら、人的交流など考えていきたいと思っています。

それは、コロナさえ少しくなればできると思いますので、当面はリ



飯田部長

エゾンを活用して、そこで差異を抽出していったら、それから我々の中の間を、わだかまりがなくて何でも言えるような間柄の関係をつくっていきたくと思っています。

岡村先生 私も土肥先生が今おっしゃったことを感じていました。1月から出身県以外の分担も入ってきて、当然、審査事務の職員も、県が異なるとこんなに違うということがはつきりしてくると思います。

この違いが不合理かどうかというのはまた別です。差異があれば、それが不合理かどうかというのをチェックした上で、不合理な差異解消を図るということになります。そのような事例はワーキンググループに上がってこないといけませんので、

いかにして上げてもらうかが重要になります。そこで、差異があつたら一応上げてもらって、その中で不合理なものを選択するというような形にしてほしいですね。したがって、誰が声を上げるのかということになって

くるので、声を上げやすいように、上がってきやすい仕組みを本部で指導していただく、つまり、そういうフーチャートを作成し、全国で統一的にやってください、ということをやっていたら、うまくいくのではないかと思います。

それから、対面での会話というのが非常に大事です。九州の審査委員長はお互いにある程度面識はありますが、コロナが落ち着いたら、九州の各ワーキンググループの先生方や、審査調整役の先生方とも直接面談したいなと思います。それを何とか実現して、連携がうまくいくようにできればと思っています。

最後に

飯田部長 最後になりますが、審査をされる立場から今後に期待することを含め、支払基金改革を表すところのような表現になりますか。

土肥先生 世界中を見ても、日本の医療制度ぐらい、ある意味では完成した立派な医療制度はないと思います。審査もそうです。日本ほど良い制度はないので、今後ともこれをマインナーチェンジしながら続けていきたいと。存続させていくためには、我々もどうするべきかということ、大きな問題だろうかと思います。

今回の集約は、本当に大変な改革で、それぞれの人により、考えがあるとありますが、それでもまた1年、2年経って、「あれはよかった」となるように進めていきたいと思っていますし、そのためには、私どもにできることは一生懸命やりたいと思っています。

岡村先生 支払基金改革を一言でいうと、「国民のための支払基金ガバナンス改編第一幕」ということになり

ます。「今回の改編をなぜ行うのか」

という国民皆保険を堅持するため、つまり最終的には国民のためです。

また第一幕とは、今回はその始まりであり、今後にも必要に応じて行うという意味です。何幕まであるか分かりませんが、第一幕ですね。この言葉で締めたいと思います。

成澤先生 一言でなかなか締められないですが、今回の改革における一番の目的は不合理な差異の解消だと私は思っています。

結局、いろいろな意見を集約することにより、新たに分かれることがたくさん出てくるわけですが、それを踏まえて、新たな対策を立てていくということで、不合理な差異の解消ができるわけです。不合理な差異の解消は極力やっていかなくてはならない。それが基金の信頼性を増していくことにつながっていくと思っています。

この不合理な支部間差異も大きな問題ですが、審査委員間の差異があるのも事実です。これは審査委員会自体で解消できる問題なので、各審査委員会事務局がきちんと対応しな

ければいけません。

最後に、職員は、今回の改革の中で一番大きな波に飲み込まれているわけです。それで私が思うのは、専門性というのはすごく大事であるとともに、総合的なものが見られる人もとても大事です。どちらの特性も持った人たちをそれなりに育てていかないと、基金はうまく回っていかないと思います。

職員を育成していくことはすごく大切なことであって、それによって我々審査委員も非常に助かるわけです。そういう優秀な職員をどんどん育てていただきたいということを、最後をお願いして、終わりたいと思います。

飯田部長 すごく貴重なご意見、ありがとうございます。

先生方のほうから、支払基金改革に当たって、どちらかというと、背中を押していただけるようなお言葉をいただけたのかなと思っておりま



返戻再請求等のオンライン化に向けた取組

オンライン請求の保険医療機関・薬局 並びに 保険者の皆様へ

令和5年4月以降に行う返戻再請求・再審査申出はオンラインで対応することになります。

オンライン請求医療機関等からの返戻再請求及び保険者からの再審査申出については、令和4年9月30日付け厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知（保連発0930第1号）により、令和5年3月原請求分からオンラインによるものとするが示されました。

また、これに係るQ & Aについて、令和4年10月26日付け事務連絡により示されました。

令和4年9月30日付け厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知（保連発0930第1号）【抜粋】

- 「審査支払機能の在り方に関する検討会報告書」等に沿って、以下のとおり対応することとしていました。
 - ① 紙媒体で返戻されたレセプト^(※)に係る再請求を除き、オンライン請求医療機関等について、再請求をオンラインによるものとする。

※当初、令和3年10月から紙媒体による返戻を廃止することとしており、その場合でも紙媒体に依らざるを得ない返戻レセプトが想定されていた。
 - ② 全ての保険者による再審査申出について、オンラインによるものとする。なお、紙媒体で請求されたレセプトに係る再審査申出については、引き続き、紙媒体での再審査申出を可能とする。
- 上記について、医療機関・薬局、保険者を顧客とするシステム事業者の対応状況等を踏まえ、2023年3月原請求分からオンラインによるものとします。
- 「電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領」の改正及び詳細については、追って通知します。
- 厚生労働省においては、上記時期からのオンライン化を円滑に実施できるよう、システム事業者に対して必要な対応を完了するよう改めて働きかけるとともに、関係機関と連携して周知の徹底を図るものとします。
- その上で、システム事業者の対応状況を把握した上で、やむを得ない場合の必要な対応について検討を行います。
- なお、オンライン請求医療機関等に対する紙返戻の廃止については、引き続き、医療機関・薬局及びシステム事業者に対応を求め、令和6年度中の廃止を目指します。

令和4年10月26日付け厚生労働省保険局医療介護連携政策課事務連絡【抜粋】

問1 オンライン請求医療機関等が行う返戻再請求について、「紙媒体で返戻されたレセプト^(※)に係る再請求を除き」オンライン化することとされているが、「紙媒体で返戻されたレセプト^(※)」とは具体的にどういったものを指すか。

(答) 具体的に「紙媒体で返戻されたレセプト^(※)」とは、審査支払機関から、紙媒体のみで返戻される場合のレセプトを指す。

(例) 医療機関等から公費請求分が摘要欄において請求され、審査支払機関から保険者等に対して請求されたレセプトなど、審査支払機関のシステムにおいて紙媒体に変換されたレセプト

一方で、令和5年4月以降も、オンライン請求医療機関等に対して、紙媒体とオンラインによる返戻がなされることとなるが、こうした場合の返戻再請求はオンラインによることとなる。

問2 「2023年3月原請求分」から返戻再請求及び再審査申出をオンライン化することとされているが、具体的には医療機関・薬局や保険者はいつからオンラインによる対応を行う必要があるか。

(答) オンライン請求医療機関等や保険者については、オンライン請求医療機関等が審査支払機関に対して2023年3月に行う原請求（通常2月診療分について行うことが想定される。）に係る返戻再請求や再審査申出の時期以降、オンラインによる対応が求められる。具体的には、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オンラインで対応する必要がある。

なお、審査支払機関から2023年3月以前に返戻・請求された明細書についても、2023年4月以降にオンライン請求医療機関等が返戻再請求し、又は保険者が再審査申出する場合は、オンラインで対応する必要があることに留意すること。

Q1 紙媒体のみで返戻されるレセプトと、オンラインと紙媒体の両方で返戻されるレセプトがあるが、医療機関等では、双方をどのように判別するのか。

A1 医療機関等に送付する紙媒体で返戻されたレセプトに貼付されている「返戻付箋」等により判別することができます。

なお、オンライン請求システムでダウンロードできない返戻レセプトは紙媒体のみで返戻されていますので、当該レセプトは、紙媒体での再請求となります。

④紙媒体のみで返戻される場合

【原審査】
「青字」の返戻付箋

[illegible]

(縦165mm×横105mm)

※または、審査委員会からの
「照会付箋」

【再審査】
再審査等請求内訳票

[illegible]

(縦152mm×横178mm)

② オンライン請求システムから
返戻レセプトがダウンロードできる場合

【原審査】
「白黒」の返戻付箋

[illegible]

(A5判)

【再審査】
再審査等請求内訳票

申請書		ページ番号:
内閣府食料政策推進課（その内）食糧振興課		
申請番号(文)又は実施機関番号:		印字の正確性を確認の上、本表裏面 として提出。
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		印刷機関コード:
代表者(氏名):		印:
郵便番号:		郵便局名称:
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		
郵便番号:		
住所(市):		
区(市):		
番地(町・丁目・番地):		
電話番号:		
代表者(氏名):		

(A4 判)

当該レセプトは
紙媒体での再請求となります。

当該レセプトは
オンラインでの再請求となります。

Q2 令和4年10月26日付け厚生労働省保険局医療介護連携政策課事務連絡の問1の「紙媒体で返戻されたレセプト^(※)」とは、審査支払機関から引き続き送付される全ての返戻レセプトを指すのか。

A2 令和5年4月以降、医療機関等においてオンライン請求システムからダウンロードできる返戻レセプトは引き続き紙媒体でも送付しますが、当該返戻レセプト（Q1の回答で示した㊸の付箋等が貼付されています。）は該当しません。（オンラインによる再請求となります。）

よって、紙媒体のみで返戻されるレセプト（Ｑ１の回答で示した㊤の付箋等が貼付されています。）が該当します。（紙媒体による再請求となります。）

オンライン請求の保険医療機関・薬局の皆様へ

● 返戻レセプトのダウンロード (イメージ)

紙媒体 又は オンライン再請求			オンライン再請求
令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月	令和5年4月
返戻レセプト ダウンロード期間 (1/5~1/31) 9月診療分 10月診療分 11月診療分	返戻レセプト ダウンロード期間 (2/5~2/28) 10月診療分 11月診療分 12月診療分	返戻レセプト ダウンロード期間 (3/5~3/31) 11月診療分 12月診療分 1月診療分	返戻レセプト ダウンロード期間 (4/5~4/30) 12月診療分 1月診療分 2月診療分

- ・ 返戻再請求がオンライン化となる令和5年4月時点で、ダウンロード可能な返戻レセプト(返戻ファイル)は「令和4年12月診療分」までとなります。
- ・ 令和5年4月以降に令和4年11月診療以前分の返戻レセプトをオンラインで再請求する場合は、令和5年3月以前から返戻レセプト(返戻ファイル)のダウンロードをお願いします。

オンラインによる返戻再請求の準備をお願いします

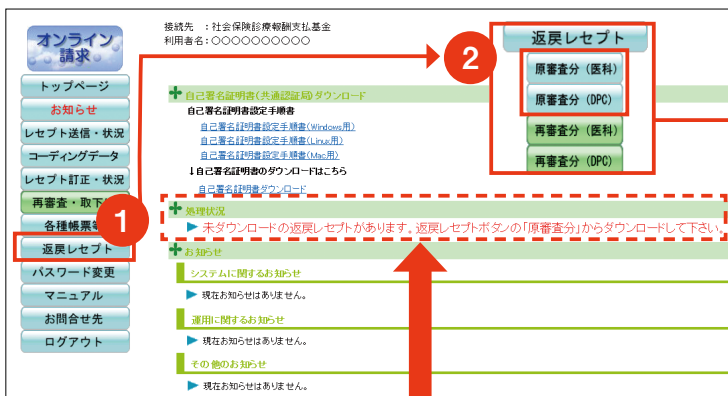
令和5年4月以降に再請求するレセプトはオンラインによるものとなります。

現在、オンライン再請求を実施していない医療機関等の皆様におかれましては、システム事業者と調整を図り、同年3月までにオンライン再請求に対応するよう準備をお願いします。

なお、オンラインによる再請求は、月遅れ分を含み令和5年4月以降に請求するレセプトが対象となることから、オンライン請求システムから返戻レセプト(返戻ファイル)のダウンロードをお願いします。

● 返戻レセプト (返戻ファイル) のダウンロード方法 (医科の例)

- 画面左の【返戻レセプト】ボタンをクリックします。
【返戻レセプト】ボタンの下に、【原審査分 (医科)】・【原審査分 (DPC)】・【再審査分 (医科)】・【再審査分 (DPC)】ボタンが表示されます。



- ダウンロードするデータに応じて、【原審査分 (医科)】または【原審査分 (DPC)】ボタンをクリックします。

- 【ダウンロード】ボタンをクリックします。その後、保存する場所を指定して「保存」ボタンをクリックし返戻レセプトをダウンロードして下さい。

返戻レセプトダウンロード (医科)			
直近3か月分の返戻レセプトがダウンロードできます。			
年度	処理年月	返戻レセプト件数	ダウンロード
1	令和5年1月	1	ダウンロード
2	令和5年2月	1	ダウンロード
3	令和5年3月	1	ダウンロード

返戻レセプトのダウンロード方法

返戻レセプトがある場合は、返戻レセプト(返戻ファイル)をダウンロードします。返戻レセプトは、直近3か月分がダウンロードできます。

留意事項

直近3か月分のうち、未ダウンロードの返戻レセプト(返戻ファイル)がある場合は、「トップページ」画面の「処理状況」欄に「未ダウンロードの返戻レセプトがあります。返戻レセプトボタンの「原審査分」からダウンロードして下さい。」と表示されます。

メリット 1

電子レセプトとしての一元管理

オンラインからダウンロードした返戻レセプトをオンラインで請求することで、電子レセプトとして一元的な管理が可能となります。

メリット 2

セキュリティの強化

紙媒体による請求における搬送時の破損や紛失の問題がなくなります。

メリット 3

ASP サービス

事務的な記録誤り等により、返戻となるエラーを請求確定前にチェックできます。また、エラーとなったレセプトについては、12日までにエラーを訂正し再提出することができます。

再請求は返戻ファイルにより行います

再請求に当たっては、ダウンロードした返戻レセプト(返戻ファイル)を、レセプトコンピュータに取り込み、修正した上で再請求します。詳細は、システム事業者等にご確認ください。

オンラインによる返戻再請求のメリット

オンラインにより、再請求する場合、左記のようなメリットがあります。

返戻レセプトのダウンロード及びオンラインによる返戻再請求の方法は、「支払基金ホームページ」トップページ→診療報酬の請求支払→レセプト電算処理システム→保険医療機関・保険薬局の皆様へ→ダウンロード情報→オンライン請求システム操作手順書をご覧ください。システム部レセ電システム課 TEL: 03-6865-4604 または system05@ssk.or.jp へお問い合わせください。

オンライン請求をご利用の保険者の皆様へ

オンラインによる再審査申出の準備をお願いします

令和5年4月以降に再審査申出するレセプトはオンラインによるものとなります。

現在、オンラインによる再審査申出を導入されていない保険者の皆様におかれましては、システム事業者と調整を図り、同年3月までにオンライン再審査申出に対応するよう準備をお願いします。

再審査申出は随時行うことが可能です

再審査申出から結果通知までオンラインで行うことにより、保険者における管理業務の効率化が図れます。

なお、再審査申出から処理結果通知までの期間は、原則、資格関係は申出翌月以降に保険医療機関等へ、診療内容は申出翌々月以降に保険者へ通知します。

再審査申出は再審査等請求ファイルにより行います

再審査等請求に当たっては、配信されたレセプトデータをレセプト管理システム等に取り込み、レセプトに不備等がある場合に再審査等請求ファイルに申出理由を作成し、申出します。

詳細は、システム事業者等にご確認下さい。

オンラインにより

再審査申出する場合のメリット

オンラインにより、再審査申出する場合、左記のようなメリットがあります。

メリット 3

セキュリティの強化

紙媒体による請求における搬送時の破損や紛失の問題がなくなります。

メリット 2

業務量の軽減

再審査等請求用の紙レセプトの出力や、再審査等請求内訳票の添付作業が不要となり業務量が軽減されます。

メリット 1

電子レセプトとしての一元管理

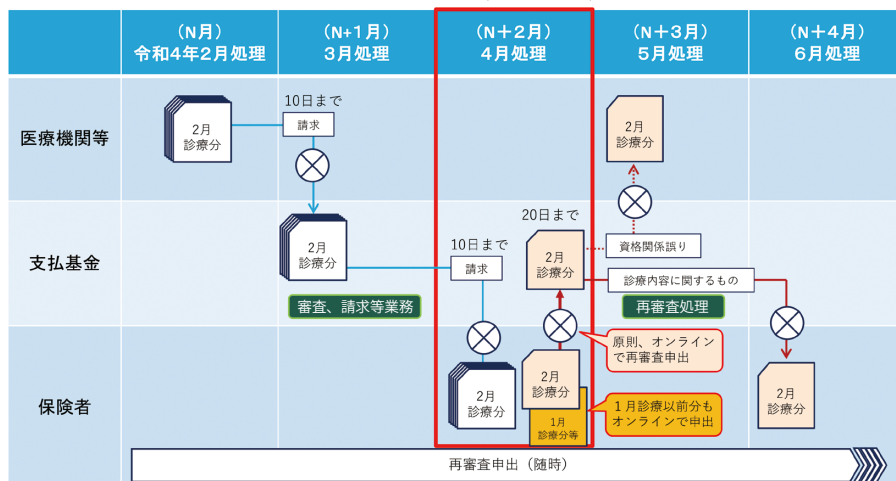
電子レセプトで再審査申出することにより、請求から再審査までの一元的な管理が可能となります。

保険者の方からの感想



- 再審査データの履歴管理が自動的にできるようになった
- ナンバリング作業や過去のレセプトの保管場所からの抽出作業等が軽減された
- 再審査等請求内訳票を添付する業務がなくなった

●再審査申出オンラインに係る処理フロー（イメージ）



(注) イメージ図は、20日までに申出された再審査レセプトの処理フローを示しています。

オンラインによる再審査等請求の詳細（記録条件仕様や確認試験など）については、「支払基金ホームページ」トップページ→診療報酬の請求支払→オンライン請求→保険者・実施機関に係るオンライン請求→8. オンラインによる再審査等請求をご覧ください。システム部レセ電システム課 TEL: 03-6865-4604 または system05@ssk.or.jp へお問い合わせください。



大久保 和明

沖縄県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長

日本の医療保険制度を支える縁の下の力持ち 誠実さを持って重責を担いたい

医師として

——医師を志したきっかけは

小さいころから手を使って物を作ることが好きだったので、将来は建築の分野にかかわる仕事をしたいと考えていました。大学を選ぶ際に、大学受験雑誌を読んで色々な大学や学部を選んでいたところ、たまたま「医学部」という文字がポンツと目に飛び込んできました。受験科目について、自分が選択していた科目で受験が可能だったため、チャレンジする気持ちで受けてみようと思いい、受験した結果、合格し、今に至ります。

——心に残っているエピソードを教えてください

大学を卒業する年が1972年、ちょうど浅間山荘事件のあった年で、大学でも学生運動が激しく、大学に残るかどうか悩んでいた時に、友人の下宿先で一つのパンフレットを見つけました。

それは沖縄県立中部病院のパンフレットだったので、そこには救急医療という言葉と共に、24時間365日、日中と同じように検査や処置、手術までできると書いてありました。

今では当たり前ですが、当時は救急医療という言葉は一般的ではなく、

私自身、大いに興味をそられました。

早速、沖縄の院長に電話をしたところ「すぐに来てくれ」と言っていたが、まだ沖縄が本土に復帰する前でしたので、慌ててパスポートを取得し沖縄に向かいました。

こうして沖縄での医師としての生活が始まったのですが、最初の3年間は米国から派遣される指導医等の下で研修をし、軍病院でも勉強をさせてもらいました。

そんな中、上司の勧めでECFMG(※)試験を受け合格し、米国に留学することになりました。ボルチモア州の研修病院で米国の外科専門

医資格を取るための研修を受け、メリーランド大学のショック・トラウマセンターでも数か月という短期間ではありますが研修を受けました。5年間で外科にかかわる全ての科を回ることができました。

知らない世界に飛び込むことは不安も多いですが、チャレンジ精神を持って色々なことに挑戦していたこの時期のことが今も心に残っています。

※ECFMG(Educational Commission for Foreign Medical Graduates) 米国における臨床研修を希望する米国およびカナダ以外の医学学校にて教育を受けた医師に対して米国での研修資格を認定する非営利団体

——医師として大切にしていることは

今まで自分のやってきたことを振り返ってみると、何事に対しても誠実に対応していこうと心がけてきました。ですから、誠実という言葉が好きな言葉です。

患者さんはもとより、スタッフや同僚に対してもその姿勢は変わらず、頼まれごとなどをされた時は、一生懸命誠実に対応し、嘘はつかないよ

うにしてきました。

審査委員長として

——審査委員になり感じたことは

30年ほど前に審査委員となったのですが、いちばん最初に目にしたのが、机の上の紙の多さです。机の両サイドに紙のレセプトが積んであり、席に座ると周りの先生が見えないくらいで、この膨大な量のレセプトを限られた審査委員会の期間内で終わらせるイメージがつかず、茫然としたことを覚えています。

先輩の審査委員の方々や事務の職員に支えられて今まで続けてこられましたし、審査委員を続けていて良いこともありました。

いちばん良かったと感じていることは、保険診療ルールを覚えられることです。審査は保険医療機関等における個々の診療行為等が「療養担当規則」や「診療報酬点数表」、「厚生労働省の関連通知等」に則り適切に行われているか。つまり保険診療ルールに適合しているかを、医学的見地から確認する行為です。

もちろん、勉強することが多く大変ではありますが、疑問点などを周

りにすぐ聞ける環境にあるのが審査委員の特典だと思います。

審査委員として培った保険診療ルールの知識が、病院内の診療報酬検討委員会であるとか、管理職になった時の病院経営や県との予算協議などで非常に役に立ちました。これは審査委員を続けてきたからこそできたことだと思っています。

——審査委員長のやりがいとは

やりがいはいかに感じています。支払基金、あるいは審査委員会というのは、日本の医療保険制度における車の両輪である医療機関と保険者をつなぐ車軸みたいな役割であると考えています。車の下にあるから外からは見えないのですが、車軸がないと車は走りませんし、縁の下の力持的存在だと思っています。そういう意味では、日本の保険医療を守っていくために、我々は重要な役割を担っているんだ。という自覚を持って審査委員長として審査委員会の運営を行っています。

——医療機関や保険者に望むこと

審査委員会の査定は、保険診療ルールに沿った請求でないということであり、医療機関で行った医療行

為そのものを否定するものではないということです。

医療機関の方には、我々は査定をすることが目的ではなく、適正なレセプトを出していただくことが目的であることをご理解いただきたいです。

保険者の方には、審査委員会は保険診療ルールを前提に医学的判断に基づいた審査を行っているゆえに、個別の診療内容に係る審査が必要であり、画一的あるいは一律的な審査結果ではないことをご留意いただきたいです。

プライベートについて

——健康を保つ秘訣は

昨年の元日からスクワットと腕立て伏せ、腹筋を始めました。

きっかけは、年を重ねてくると体力が減ってきたことを実感することが多く、子供たちも家庭を持っており、今は家内と二人暮らしなので、何かあった時には最低でも家内を抱えて動けるようにしたいとの思いが生じたことです。

継続は力なりという言葉がありますが、一日も欠かさず続けているの

で、筋トレを始めた当初は10回、20回程度だった回数が、今では毎日、各々100回を日課としています。

——休日はどうに過ごされていますか

車を運転することが大好きなので、休みの日は気分転換にドライブをすることが多いです。

米国にいたころは、車でカナダやメキシコの国境まで行ったり、1か月かけてアメリカ大陸を横断したりもしました。

沖縄は狭く、コロナ禍でもありませんので、長距離・長時間の運転は控えています。今はもっぱら家内とドライブランチでデートをして過ごすことが多いですね。



地域密着型のサポート体制で 本部と地方組織のかけ橋になる

審査事務集約後の地方組織との連携強化のため、本部事業統括部に新たに事業サポート課を設置しました。今回はその、事業サポート課の職員に業務サポート体制について話を聞きました。

——サポート課の役割について

業務を統括する部署である私たち事業統括部は、審査事務集約により、審査事務センター・分室や審査委員会事務局（以下「地方組織」という）に混乱が生じないよう、集約前の令和4年4月から円滑な移行に向けた準備をしてきました。

具体的には、地方組織からの総合窓口として、これまでの業務処理に応じた課・係体制から、審査事務集約を見据えた全国6ブロックをサポートする課・係体制に組織を変更し、今まで以上に地方組織に寄り添う体制としました。

——業務サポート体制で重点をおいたところはどこですか

地方組織からの総合窓口として、相談や照会先を一元化し、照会などに対する迅速な対応と一元的な情報共有の2点に重きをおいています。

事業統括部で行っている週1回の部内ミーティングは、状況報告という形ではなく、それぞれ担当するブロック内で起こっている問題点などを情報共有するとともに、所掌している業務の状況を部全体で共有し、対応策や改善策を考え問題解決に当たっており、ただの伝達ではなく双方方向コミュニケーションを心がけて臨んでいます。

問題が起こった時は「何が起きて

いて、何が原因で、どのような影響があるのか」といった点を、全員が共通認識を持つことで、問題の本質に気付くことができ、その上で、同じ問題が起こらないよう対策を立てるようにしています。

その他、部内共通のグループチャットも活用して、突発的な問題が起きた時は、立場や役職に関係なく、皆が情報を発信することで、速やかに情報を共有し、迅速な対応ができるような体制を構築しています。

——窓口を一本化することで、集約前と集約後で変化がありましたか

ブロック固有の問題・課題が明確に把握できるようになり、細かい部

分ですが、集約前には想定していなかった、支部間の作業プロセスに違いがあったことも分かりました。こうした細かな部分の違いについても、集約後のマニュアルに統一するよう、地方組織に依頼しています。

——地方組織からの照会に苦慮した時はどのように対応していますか

照会内容によっては、本部内の担当部署に対応を確認するなどして、解決に導けるように各ブロックの担当係が責任を持って対応しています。ただし、内容によってはすぐに対応が行えない場合もあります。そのような場合は、処理期限までの暫定的な対応方法を考え、地方組織職員

に丁寧に説明し理解を求めています。

——新たに、職員個人が集約に関する意見や要望、相談等を登録できるツールとして、「業務フォローアップツール」を取り入れましたが、現在の運用の状況を教えてください

このツールは、地方組織職員が感じた生の声を本部がダイレクトに把握し、活用することで業務処理の向上を実現するために作られたものです。

運用のメリットとしては、サポート課全員が、随時ツールを確認し対応できるため、情報伝達が早くなったと感じています。また、職員の生の声として共有されるため、地方組織職員が何に困っているのかを随時知ることができます。

過去に同じ内容の照会があった場合には、担当しているブロック以外の照会であっても、フォローすることが可能です。さらに、このツールを通じて、本部内の他部署との連携も取りやすくなりました。業務サポート体制で重点を置いている、迅速な対応と一元的な情報共有に有効な手段であると手ごたえを感じています。

一方で、照会内容の記載が報告のみであったり、何をして欲しいのかが記載していなかったりする場合もあり、そういったものは、直接登録者へ電話確認を行い対応しています。フォローアップツールに登録された意見は、1週間分をまとめて役員へ報告しています。

——業務サポート体制について、地方組織からの反応は

率直に、本部と地方組織との距離が縮まったのではないかと感じています。

地方組織職員からも、照会窓口が明確になったことで、事業統括部が担当している業務以外に関しても相談をしやすくなったとの声や、フォローアップツールの活用により、本部のレスポンスが早くなったとの声も聞いています。

とは言え、照会内容によっては速やかに回答できず、確認に時間を要する場合もあります。先ほどお話しした部内ミーティングでの情報共有により、照会が多いトピックスなどを事前に情報収集することで、自らのスキルアップに繋げ、より早くより正確に照会に対応できるよう努力し

ていきたいです。

——今後の展望を教えてください

地方組織の業務体制の変更により、業務処理の徹底的な棚卸しや業務の見直しを行って、更なる業務処理の効率化に向けてサポートしていきたいと思っています。

また、各地方組織が行っている効率的な取組を拾い上げ、良いものはブロック単位の取組から全国共通の取組へと拡大していくことができればと考えています。



中島さん

安永さん

坂井田さん

元井さん

事業統括部

「事業サポートの取組」についての詳細は、月刊基金令和4年11月号トピックスをご覧ください。



令和4年度診療報酬改定に伴う 記載事項等に係るお知らせ

令和4年度診療報酬改定に伴う記載事項等については、本誌において、次のとおりレセプト摘要欄の記載事項の改正（診療行為・医薬品・検査値）、令和4年10月診療分以降の電子レセプト請求における記載事項の記載方法（選択式記載コード^{注1}の記録必須）等をご紹介しました。

- 月刊基金令和4年6月号「令和4年度診療報酬改定について（医科・歯科・調剤）」
- 月刊基金令和4年8月号「令和4年度診療報酬改定に伴う記載事項等の記載方法のお知らせ」

注1 選択式記載に対応したコメントとして設定されているレセプト電算処理システム用コード

今号では、当該記載事項等に関して、次の①②をご紹介しますので、レセプトの請求に当たってご留意願います。

- ① 令和4年度診療報酬改定に伴い、選択式記載コードが記録されていないことにより、受付・事務点検ASPチェック^{注2}によるエラーが発生している主な事例（医科）（令和4年10月診療分の電子レセプトから抽出）
- ② 退院前在宅療養指導管理料、在宅自己注射指導管理料等の「院外処方の場合」におけるレセプト摘要欄の記載の取扱い

注2 オンライン請求を行う保険医療機関及び保険薬局が、審査支払機関の事務点検プログラムを利用して、事前に記載事項等の不備を確認できる機能

- ① 令和4年度診療報酬改定に伴い、選択式記載コードが記録されていないことにより、受付・事務点検ASPチェックによるエラーが発生している主な事例（医科）（令和4年10月診療分の電子レセプトから抽出）

保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という）の電子レセプト請求において、令和4年10月診療分以降、請求された診療行為等に対応した選択式記載コードが記録されていない場合（フリーコメントコードによる記載を含む）は、記載要領通知^{注3}に係る不備により、原則、保険医療機関等へ「返戻」となります（受付・事務点検ASPチェックによるエラー対象となります）。

注3 令和4年10月診療分以降、同年9月28日付け厚生労働省通知保医発0928第1号（改正前：同年3月25日付け同省通知保医発0325第1号）

令和4年度診療報酬改定に伴う記載事項（選択式記載コード）に関し、令和4年10月診療分の請求において、受付・事務点検ASPチェックによるエラーが発生している主な事例（医科）として、【病理組織標本作製「1」の「組織切片によるもの」】及び【内視鏡下生検法】の記載事項に係る事例をご紹介します。

平成30年度及び令和2年度の診療報酬改定において選択式記載コード化が導入・拡充される中で、保険医療機関等及びシステムベンダーの皆さまのご協力により、受付・事務点検ASPチェックによるエラー対象レセプト数は、導入・拡充時に比べて大きく減少しているところであります。

引き続き、適正なレセプト提出へのご協力をよろしくお願いします。

(医科入院外)

1 医 科	1 社 保	1 单 独	6 家 外
-------	-------	-------	-------

-				-						保 険 者 番 号					給 付 割 合					
公債①																				
公債②																				

【病理組織標本作製「1」の「組織切片によるもの」】
 電子顕微鏡による請求を行う場合、記載要領通知表1中の①の「1」に電子顕微鏡によるものとする。

電子レセプトによる請求を行う場合、記載要領通知別表Ⅰ中のレセプト電算処理システム用コードから選択の上、該当する臓器又は部位を記録します。

【該当のレセプト電算処理システム用コードを用いた場合の表示】 ※該当臓器が「S 状結腸」の場合
キ S 状結腸

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）＜一部抜粋＞

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
533	N000	病理組織標本作製 [1]の「組織切片による もの」	「診療報酬の算定方法の一部改正に 伴う実施上の留意事項について」別 添1第2章第13部 N000 病理組織 標本作成の(1)の(ア)から(ケ)ま でのいずれかを選択し記載する。 また、選択する臓器又は部位がない 場合は(コ)その他を選択し、具体 的部位等を記載すること。	820100866	ア 気管支及び肺臓	※
				820100867	イ 食道	※
				820100868	ウ 胃及び十二指腸	※
				820100869	エ 小腸	※
				820100870	コ 盲腸	※
				820100871	カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸	※
				820100872	キ S状結腸	※
				820100873	ク 直腸	※
				820100874	ケ 子宮体部及び子宮頸部	※
				830100612	コ その他 〃〃〃〃〃〃〃〃	※

氏名	2女	
職務上の事由		
傷病名	(1) 脂質異常症 (2) 大腸癌の疑い (3) S状結腸ポリープ	
1 1	初	診
1 2	再	診
再	外 来 管 理 加 算	
診	時 間 外	
	休 日	
	深 夜	
1 3	医 学 管 理	
1 4	往	診
	夜	間
在	深 夜 ・ 緊 急	
	在宅患者訪問診療	
宅	そ の 他	
	薬	剤
2 0	21 内服	薬 剤
投	22 屯服	調 剤
	23 外用	薬 剤
		調 剤
薬	25 処 方	
	26 麻 毒	
	27 調 基	
3 0	3 1 皮下筋肉内	
注	3 2 静 脈 内	
射	3 3 そ の 他	
4 0	処	置
処	薬	剤
5 0	手 術 ・ 麻 酔	
手術	薬	剤
6 0	検 査	
検査	薬	剤
7 0	画 像 診 断	
画像	薬	剤
8 0	そ の 他	
他	薬	剤

(60)	T-M(組織切片) 1臓器	860	×	1
	病理判断料	130	×	1
	—以下、略—			

病理組織標本作製「1」の「組織切片によるもの」(T-M (組織切片) 1臓器)を算定しており、該当の選択式記載コード(レセプト電算処理システム用コード: 820100866 ~ 830100612)の記録がない場合^{*}、下表のL4411 エラーが発生します。

※ フリーコメントコード (8100000001) により記載している場合も含む。

【受付・事務点検 ASP 結果リスト】

患者氏名 生年月日	エラーコード	エラー又は確認事項	診療識別	事項名
〇〇 〇〇 昭和30. 6. 28	4411	選択式コメント（記載要領別表 1「レセプト電算処理システム用コード」欄のコメントコード等）の記録に必要な摘要コードが記録されていますが、対応するコメントコード等が記録されていません。	60	T-M（組織切片）1 扉器 860×1

【内視鏡下生検法】

上記の病理組織標本作製「1」の「組織切片によるもの」と同様、内視鏡下生検法を算定しており、該当の選択式記載コード（レセプト電算処理システム用コード：820100866 ～ 830100612）の記録がない場合※、上記L4411 エラーが発生します。

※ フリーコメントコード (8100000001) により記載している場合も含む。

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）＜一部抜粋＞

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
339	D414	内視鏡下生検法	「1臓器」の取扱いはについては、区分番号「N000」病理組織標本作製（1臓器につき）に準ずる。 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13節 N000 病理組織標本作成の(1) の(ア) から (ケ) までのいずれかを選択し記載する。 なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ) その他を選択し、具体的部位等を記載すること。	820100866	ア 気管支及び肺臓	※
				820100867	イ 食道	※
				820100868	ウ 胃及び十二指腸	※
				820100869	エ 小腸	※
				820100870	オ 盲腸	※
				820100871	カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸	※
				820100872	キ S状結腸	※
				820100873	ク 直腸	※
				820100874	ケ 子宮体部及び子宮頸部	※
				830100612	コ その他 _(消化系)	※

② 退院前在宅療養指導管理料、在宅自己注射指導管理料等の「院外処方の場合」におけるレセプト摘要欄の記載の取扱い

区分番号「C100」退院前在宅療養指導管理料、「C101」在宅自己注射指導管理料等のレセプト摘要欄の記載事項（薬剤を支給した場合に、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載）^{注4}については、院外処方の場合は記載が不要である旨、令和4年11月16日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その32）」をもって取扱いが示されましたので、ご紹介します。

令和4年11月16日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その32）」別添2「医科診療報酬点数表関係（費用請求）」抜粋

問1 区分番号「C100」退院前在宅療養指導管理料、「C101」在宅自己注射指導管理料等[※]について、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（令和4年3月25日保医発0325第1号）において、薬剤を支給した場合に、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を診療報酬明細書の「摘要」欄への記載を求めているが、院外処方の場合も同様の記載が必要か。

（答） 不要。

※「C100」退院前在宅療養指導管理料、「C101」在宅自己注射指導管理料、
「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料、「C102-2」在宅血液透析指導管理料、
「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料、「C105」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、
「C105-2」在宅小児経管栄養法指導管理料、「C105-3」在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料、
「C106」在宅自己導尿指導管理料、「C108」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、
「C108-2」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料、「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料、
「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料及び「C118」在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

注4 記載要領通知における記載事項（令和4年9月28日付け厚生労働省通知保医発0928第1号）

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）＜一部抜粋＞

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
199	C100	退院前在宅療養 指導管理料	(退院前在宅療養指導管理に用いる薬 剤又は特定保険医療材料を支給した 場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬 剤名、支給量、特定保険医療材料の 総点数、名称及びセット数等を記載 すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※
200	C101	在宅自己注射 指導管理料	(在宅自己注射に用いる薬剤を支給し た場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬 剤名及び支給日数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
				830100480	薬剤支給日数 (在宅自己注 射指導管理料) ;*****	※
				(略)		

理事会開催状況

11月理事会は11月28日に開催され、議題は次のとおりでした。

議 題

- 1 議事
 - 公益代表役員の選任（案）
- 2 報告事項
 - (1) 基金関係功績者に対する厚生労働大臣表彰
 - (2) 特別審査委員会審査委員の委嘱
- 3 定例報告
 - (1) 令和4年9月審査分の審査状況
 - (2) 令和4年10月審査分の特別審査委員会審査状況
 - (3) 令和4年9月理事会議事録の公表

プレスリリース発信状況

11月 1日 令和4年8月診療分の確定件数は対前年同月伸び率で19.2%増加～確定金額は7.4%増加～
支払基金関係功績者74名が厚生労働大臣から表彰を受ける

10月定例記者会見を開催

11月29日 11月記者発表事項について

オンライン資格確認システムの導入状況

1. 顔認証付きカードリーダー申込数

203,888施設 **(88.6%)** / 230,042施設

※義務化対象施設に対する割合：**95.6%**

2. 準備完了施設数（カードリーダー申込数の内数）

100,456施設 **(43.7%)** / 230,042施設

※義務化対象施設に対する割合：**47.1%**

3. 運用開始施設数（準備完了施設数の内数）

86,107施設 **(37.4%)** / 230,042施設

※義務化対象施設に対する割合：**40.4%**

(2022/12/4時点)

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	97.4%	97.5%
医科診療所	86.9%	93.8%
歯科診療所	85.1%	96.3%
薬局	94.0%	97.1%

参考：全施設数	
病院	8,191
医科診療所	89,836
歯科診療所	70,548
薬局	61,467

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	58.6%	58.7%
医科診療所	32.9%	35.5%
歯科診療所	34.1%	38.6%
薬局	68.4%	70.7%

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	51.2%	51.3%
医科診療所	26.0%	28.1%
歯科診療所	28.2%	32.0%
薬局	62.8%	64.8%

注）義務化対象施設数は、社会保険診療報酬支払基金にレセプト請求している医療機関・薬局の合計（213,296施設）で算出
（紙媒体による請求を行っている施設を除く。令和4年8月診療分）

出典：厚生労働省HPより

支払基金メールマガジンのご案内

もう登録は
お済みですか？

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

支払基金

検索

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://shinryohoshu.mhlw.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)