

# 月刊基金

6

June 2023



座談会

**審査取決事項の統一に向けた取組  
診療科別ワーキンググループの運営**  
—診療科別ワーキンググループ運営職員座談会—

トピックス

**レセプト振替機能における  
これまでの機能改善とその効果**

# 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際の緊急連絡
- 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

### 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)

## 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



### 原尻の滝 (大分県)

「東洋のナイアガラ」とも称される原尻の滝は、豊後大野市にある幅120m、高さ20mの大滝。阿蘇山が噴火した際に流れ出た火砕流が冷え固まったところに川が流れ、浸食によって現在のような姿になったとされています。緒方平野の田畑の中に突如姿を現し、周辺に民家や幹線道路があるのが特徴で、人々の生活とともに歴史を刻んできた名瀑です。

## CONTENTS

診療科別ワーキンググループ運営職員座談会

## 2 審査取決事項の統一に向けた取組 診療科別ワーキンググループの運営

東京センター内科審査室 内科審査第1課 内科第1係 係長 石島 良記  
愛知センター混合審査室 眼科・産婦人科審査課 眼科・産婦人科第1係 主任 佐渡 麻里  
福岡センター外科審査室 外科審査課 診療科筆頭課長 佐東 巖聡  
本部審査統括部 内科審査課 主査 上片平 京子  
本部審査統括部 内科審査課 課長 (ファシリテーター) 菅野 徹

### トピックス

## 12 レセプト振替機能における これまでの機能改善とその効果

審査委員長に伺いました。

## 18 のびやかで創造的な仕事で これからの国民皆保険を支える

徳島県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長 露口 勝

支払基金改革 ただ今奮闘中

## 20 電子処方箋管理サービスで、医師と 薬剤師のコミュニケーションを円滑に

## 24 コンピュータチェックに関する公開の更新

## 25 インフォメーション

# 審査取決事項の統一に向けた取組 診療科別ワーキンググループの運営

支払基金では、令和2年10月に中核6支部（宮城支部、東京支部、愛知支部、大阪支部、広島支部、福岡支部。現 中核審査事務センター）に診療科別ワーキンググループ（以下「診療科別WG」という）を設置し、集約後の審査業務に支障をきたすことのないよう、従前の支部取決事項の整理・検討を進めてきました。具体的には、医科の支部取決事項（10,978事例）については、複数ブロックに存在するものは本部検討会で、単一ブロックのみのは診療科別WGで、それぞれ統一に向けた検討を進め、その結果、令和5年3月末時点で93.3%の10,244事例の検討が終了している状況です。（なお、歯科と調剤は、それぞれ本部検討会で検討を進め、全ての検討が終了しています。）

また、令和5年1月から、職員の出身都道府県と出身都道府県以外のレセプトを一部交換することによる複数都道府県のレセプト審査事務を開始し、当該審査事務で把握した審査結果に差異のある事例について、診療科別WGでの検討に着手したところです。

今号では、各ブロックで診療科別WGの運営に携わっている職員と本部で本部検討会の運営に携わっている職員が、不合理な差異解消に向けて、日々取り組んでいる現状などを紹介します。

## 出席者

石島 良記 氏

（東京センター内科審査室 内科審査第1課 内科第1係 係長）

佐渡 麻里 氏

（愛知センター混合審査室 眼科・産婦人科審査課 眼科・産婦人科第1係 主任）

佐東 巖聡 氏

（福岡センター外科審査室 外科審査課 診療科筆頭課長）

上片平 京子 氏

（本部審査統括部 内科審査課 主査）

菅野 徹 氏

（本部審査統括部 内科審査課 課長）※ファシリテーター

**菅野** まず「集約前の従前の支部取決事項の統一に向けた検討に関する取組」です。  
支部取決事項の医科については、集約前の令和2年10月の時点では全国で2万6487あり、これらを同一の診療行為等ごとに集約し、重複等を整理すると1万978事例になります。同一の取決が複数ブロックに存在するものは本部検討会で、単一ブロックのみのはブロックの診療科別WGで、それぞれ統一に向けて検討を進めてきました。結果、

## 集約前の従前の支部取決 事項の統一に向けた検討 に関する取組

**菅野（ファシリテーター）** 本日の座談会では、各ブロックの診療科別WGの運営及び本部検討会の運営等に携わっている医科担当の皆さんに、「集約前の従前の支部取決事項の統一に向けた検討に関する取組」と「集約後の職員が把握した差異事例の統一に向けた取組」の2つのテーマについて、それぞれお話しいただきたいと思っています。

令和5年3月末時点で、全体の93.3%が終了し、内訳としては、全国統一が292事例、ブロック統一が49事例という状況です。

はじめに、診療科別WGで検討するに当たっての事前の内容精査・準備等の対応状況についてお聞かせください。特にどのようなことに時間を要しましたか。

**石島（東京）** 支部取決事項については、「ある傷病名に対してある診療行為を認める」というように傷病名と診療行為等が一对一の関係で登録されていますので、登録されている文面だけでは読み取れない例外の条件、例えば、原則としては認めるがこういう場合は認めない、といった例外の条件について取決を行った県に確認し、論点を明確にするという点で苦労しました。

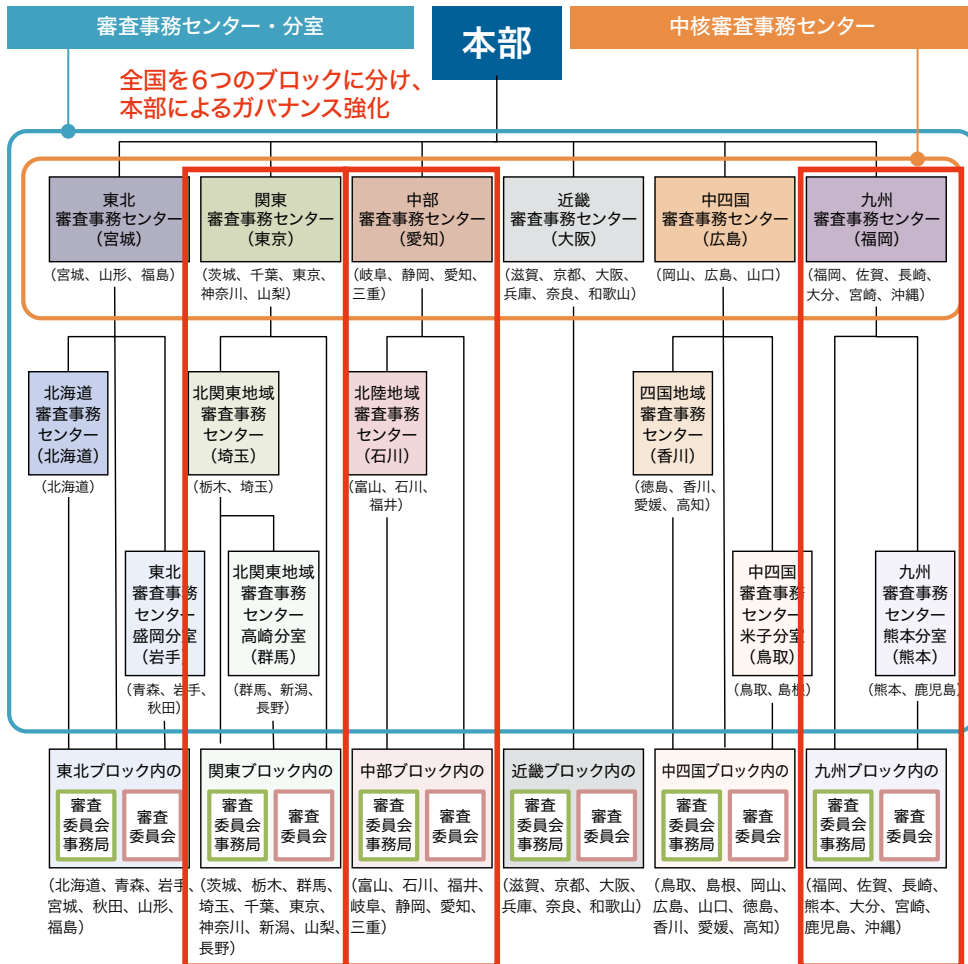
特に、ブロック内の各県で取扱いが異なる取決が検討対象の場合、各県の審査委員会で検討を重ねた上で取決でもあり、歴史が古いものもあることから、診療科別WGの先生方に慎重にご検討いただく必要があると思います、論点整理などの事前準備

を丹念に行いました。

**佐東（福岡）** 私も同じで、ブロック内の複数の県で取扱いの同じ取決が検討対象の場合であっても、取決を行った経緯などそれぞれの審査委員会で異なり、文面だけでは読み取りにくい部分が多くありましたので、ブロック内の審査委員会担当職員に取決の趣旨を照会することに時間を要しました。

また、検討対象事例に関して、ブロック内の各県の請求件数や審査状況等のデータを把握することにも時間を要しました。Web会議で検討をしていただく際は、ご参加いただく検討委員の日程調整も必要でした。  
**菅野** 本部の方はいかがですか。この支部取決事項の整理・検討に当たっては、まずは、本部において、本部検討分とブロック検討分の分類、仕分け作業を行いましたか。

**上片平（本部）** 私は本部検討分とブロック検討分の分類作業をしましたが、まずは、約2万6000と非常に膨大な数の支部取決をどのような方法で仕分けするか非常に迷いました。内容を読み込むことはもちろん



んですが、支部で取り決めた背景をイメージしながら分類することは、非常に大変でした。

支部取決事項は、ほぼ全診療科に關するものでしたので、告示通知等だけでなく、知識の足りない診療科の事例については、ガイドラインや標準治療マニュアルに目を通してから分類したこともありましたが、請求イメージができない事例は、実際のレセプト請求を検証するなどしながら分類をしました。

例えば、経口血糖降下薬の取決では、製品名、一般名、薬効分類、先発薬、後発薬、作用ごとなど異なる条件で登録されているものを一つのカテゴリに整理することも非常に時間を要しました。

**菅野** やはり、診療科別WGや本部検討会の先生方に円滑にご検討いただくためには、事前の内容精査が必要であり、運営を担う職員としては、検討をサポートする点で、関連する告示や通知、疑義解釈資料の下調べはもちろんのこと、取決を行った経緯などを事前に調べておくことが重要ですね。



菅野さん

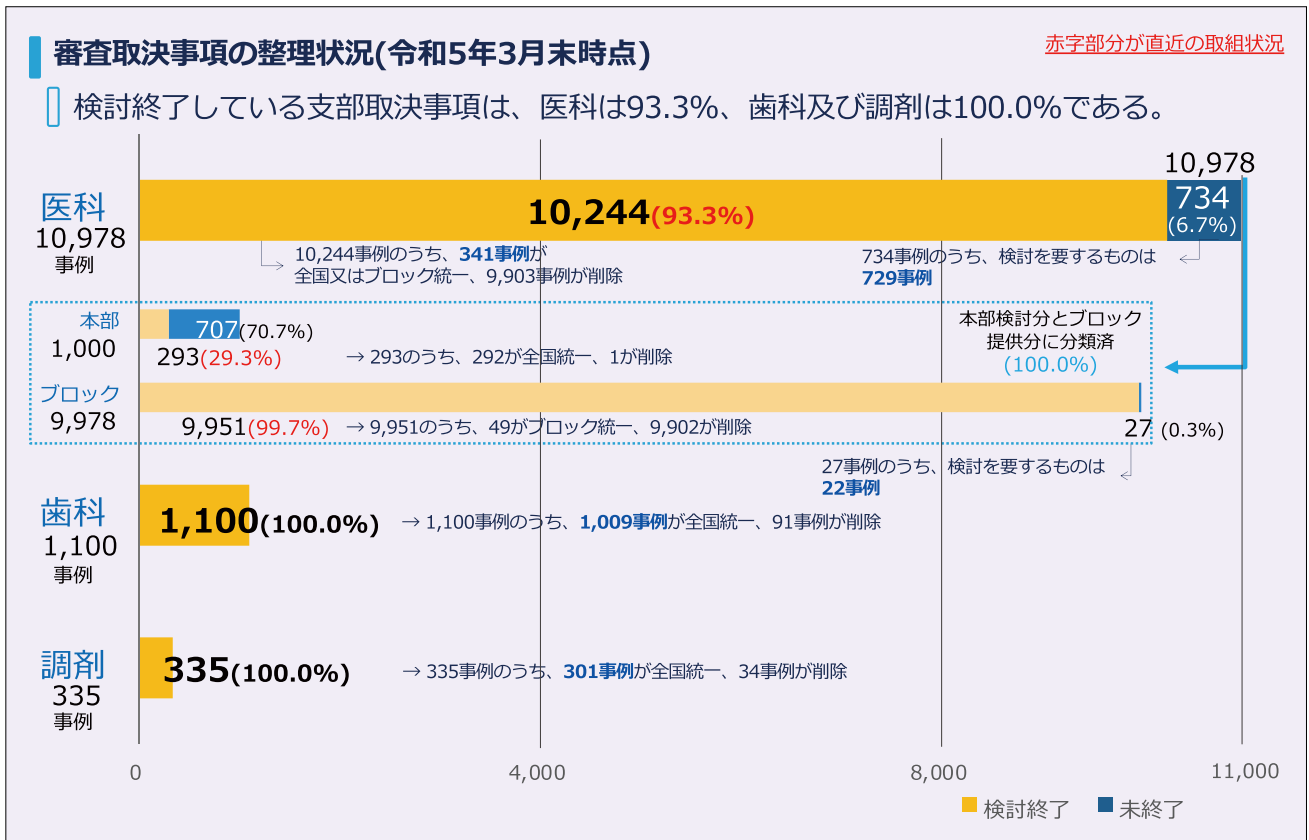
事前準備以外にも、審査基準の統一に向けた検討に当たって、事務方としてどのようなことに配慮しましたか。

**佐渡（愛知）** ブロック統一が図られた後、取決の根拠を作成しご検討いただく際に、ホームページ公表を考慮した文章表現とすることに配慮しました。

**菅野** ブロックで統一した審査上の取扱いは、ブロック取決として、原則支払基金ホームページに掲載し、保険医療機関等に周知させていただくこととしていますので、取扱いの根拠を適切な表現で示すことは非常に重要なことであり、また難しいことだと思えます。ほか、いかがでしょうか。

**石島（東京）** 検討対象の取決が、県の審査委員会の中だけの取決なのか、

● 審査結果の不合理な差異解消の取組（重複・整合性整理後の事例数ベース）



それとも国保との協議事項なのか、三者会議によって決められたのかどうか、各県の担当者に確認し、国保等との協議事項の場合はその県で社保と国保で取決を行った経緯等もありますので、その旨を診療科別WGの先生に伝え、より慎重に検討を行うようにしてもらいました。

また、内科については診療内容が非常に幅広いので、取決を行うことで他の診療科に影響がないか、診療科別WG座長の先生に検討を進める過程でご判断いただきました。

**佐東（福岡）** やはり、内科で取り扱う事例の中には、血液、循環器、消化器内科など、それぞれ複数の診療科にまたがるものがありますので、個々の診療科の見解を取りまとめながら、審査委員会の同意を得ることは時間がかかり、先生方にもご苦勞をおかけしました。各県の審査委員会に協力的に対応していただいたので、根拠を明確にして、ブロック内で内容を共有することができました。

**菅野** 基金内部で差異解消を図ることとは大切なことです。社保と国保の審査基準の統一も必要であり、ブ

ロックで統一したブロック取決は、国保に情報提供させていただくこととしていきます。

本部検討会で検討いただくに当たっては、どのようなことに配慮していますか。

**上片平（本部）** 本部検討会において、検討委員の先生方のご意見が分かれることが事前に想定される場合は、統一する上での問題点の洗い出し、実際の請求件数等のエビデンスデータや最新のガイドライン等の情報収集を行うなどの事前準備が必要であると考えます。

**菅野** 先ほど、佐東さんからお話がありました。検討対象事例の実際の請求件数や査定件数といったデータは、委員の先生方が検討するに当たって、非常に重要になるのではないかと思います。



上片平さん

このテーマの最後に、これまで支部取決事項の統一に向けた検討を担ってこられた感想をお聞かせください。

**石島（東京）** まず、一言で「大変難しかった」という印象です。診療科別WGの先生方がブロック統一としてまとめられた時は、大変うれしかったです。集約後も頑張ろうという気持ちになっています。

**佐渡（愛知）** ブロック統一が図られた後の課題として、診療報酬改定や新たな全国統一事例ができた都度、取扱いの整合性について確認をする必要があると思いました。

**佐東（福岡）** 支部取決事項は各都道府県の審査委員会内で審査結果に差異があるものを取決としている経緯がありますので、先生方に、それらをさらにブロック内でまとめていただくことは、やはり大変だと感じましたし、ご意見が分かれたときのため方には、診療科別WG座長の先生は苦勞されたと思います。検討を進める上で診療科別WGの先生方や審査委員長とお話をさせていただく機会があり、そこでいろいろな

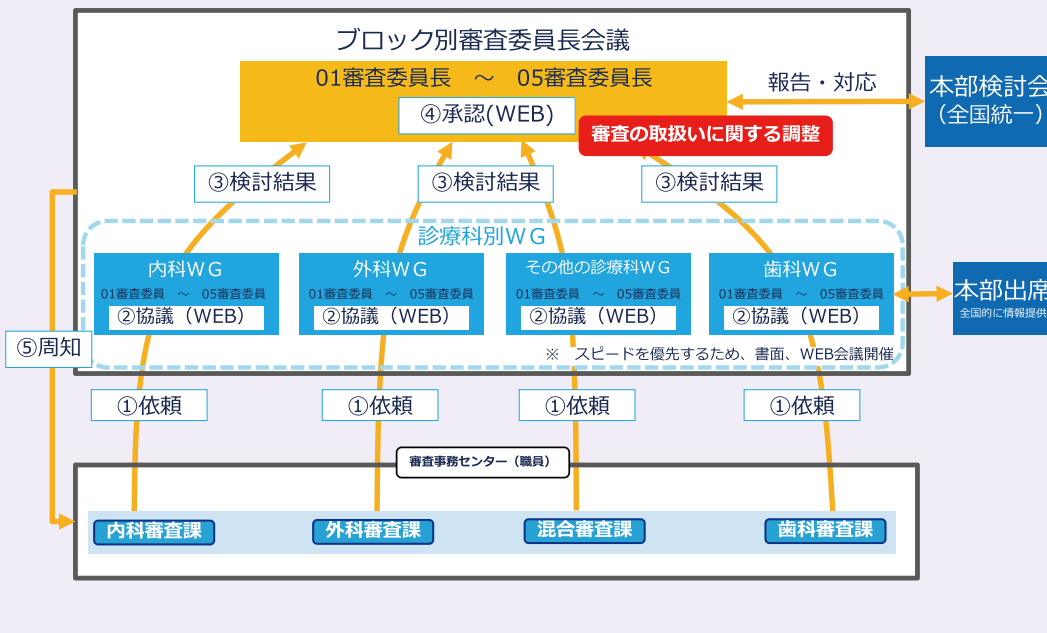
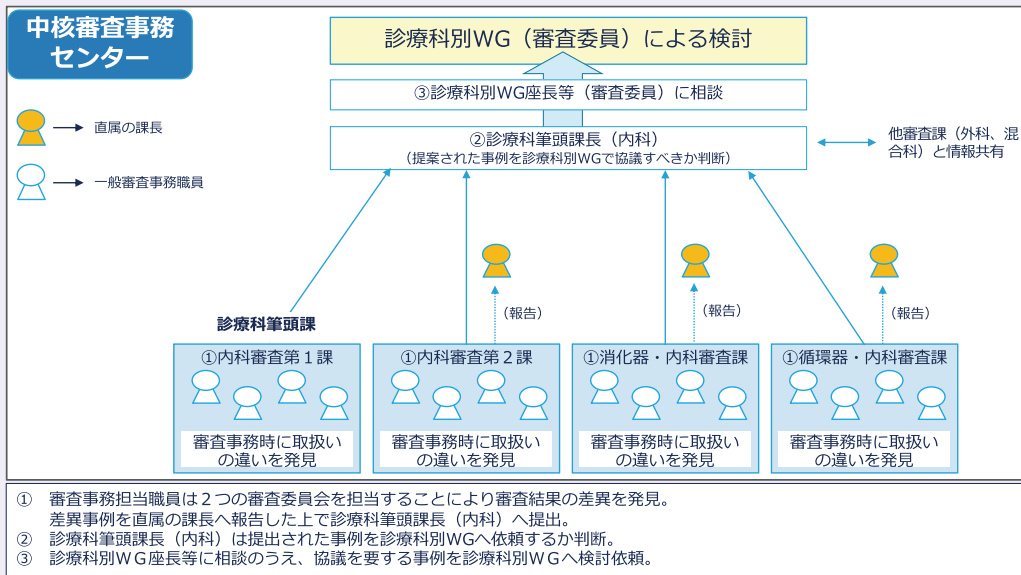
医学的な見解を伺うことができたので、そういった面では大変勉強になりました。いずれにしても、各県の診療科別WGの先生方や職員が、複数の業務を行いながらも一丸となって協力したことで、この取組を進めることができました。

**上片平（本部）** 本部検討では、会議運営、全国調査、取扱い文言作成、根拠作成、審査委員会への周知という一連の工程を担当者別に分担しているところですが、一つの工程において曖昧な状態で次の工程に進んでしまうと後々影響が出るため、一つひとつの工程に携わる職員間で議論を重ね、先生方の検討のサポートをしている点においては、非常に達成感を感じています。

私自身、本部に転勤する前は支部で自支部の取決の整理を行っていました。まさか本部でこの処理を行うことになるうとは想像もしませんでした。この支部取決事項の分類作業を経て、47都道府県の取扱いを一挙に目にするにより、都道府県ごとの見解や診療科別の考え方についても学ぶことができましたので、

● 審査事務集約後の不合理な差異解消の検討体制

- 審査結果の不合理な差異解消の取組として、集約後の審査事務センターでは、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できるようにした。



良い経験をさせてもらったと思います。菅野 いろいろなご発言、ありがとうございます。

うございました。冒頭申し上げたとおり、支部取決事項の整理・検討については、医科全体としては約9割

終了し、ブロック検討分についてはほぼ終了しています。本部検討分も、検討一巡の目的がついていますが、

集約後の職員が把握した  
差異事例の統一に向けた  
取組

菅野 それでは次に「集約後の職員が把握した差異事例の統一に向けた取組」について伺います。

今年の1月から、審査事務を担当する職員の出身都道府県（以下「出身県」）のレセプトと集約拠点のレセプトを一部交換する審査事務を開始したところであり、令和5年3月末時点で、職員が差異と考え把握した事例が全ブロックで合計306事例あり、そのうち42事例は検討対象と整理され、実際に19事例が診療科別WGにおける検討を開始している状況です。

まず、審査事務を担当している職員は、どのような方法・視点で審査結果に差異がある事例を把握しているか、実態をお聞かせください。

石島（東京） 原審査においては、出身県以外のレセプトの審査結果の内容確認をする際に、出身県レセプト

引き続き、検討の運営やサポートをよろしく願います。



と異なる審査結果であった場合に、出身県以外の前担当者にその審査委員会の取扱いを確認することで、差異が発見されているようです。また、1つのレセプトを担当職員以外の別の職員が目を変えて確認することで、差異の検証を行っています。

再審査においても同様で、再審査結果の確認を担当職員が行う際、担当する2県間で例えば、対象となる同一傷病名などで審査結果に相違はないかなどを確認しています。

**菅野** 中部ブロックの場合、非常に多くの差異が発見されている状況ですが、具体的な取組状況を教えてください。

**佐渡（愛知）** 今年1月に審査事務でのレセプト交換を開始する前の段階で、センター長から、出身県、出身県以外の県のレセプトを問わず、自分がこれまで培ってきた知識と経験の下で、普段どおりに審査事務を行い、結果、審査結果に差があると考えられる事例は全て抽出し、提出するようにという指示がありました。差異の把握が多い理由は、そこにあると思います。

**佐東（福岡）** 福岡センターでも、審査終了後のレセプト確認（計数整理）時に審査結果の差異を発見するケースが多いです。出身県と出身県以外のレセプトに同じ疑義付箋を貼付し、結果が異なったときに、出身県以外の前審査事務担当者に確認をして、取扱いが違うことを把握した後、「これは差異ではないか」という形で提出されるケースが多いです。

再審査においても同様で、出身県レセプトと出身県以外の県のレセプトの再審査結果が異なった場合に、前担当者とは相談して、県で取扱いが異なるのではないかとという形で差異事例が提出されている状況です。

基本的に、審査事務職員は、出身県の審査委員会の見解を踏まえて審査事務を行っていますので、出身県以外の県の審査結果が異なる事例はすぐに把握できるようです。

**菅野** 出身県のレセプトが査定、出身県以外の県のレセプトが請求どおりとなった場合であっても、その事例が医学的に審査結果の違いについて説明できない「不合理な差異」であるか、職員では判断できないため

● 審査結果の不合理な差異解消の取組

レセプト交換による差異事例の把握状況等

- 令和5年1月から、職員の出身都道府県と出身都道府県以外のレセプトを一部交換することによる複数都道府県のレセプト審査事務を開始したところ、令和5年1月から3月の処理において、職員が把握した審査結果に差異がある事例は、全ブロックで計306事例であった
- この306事例は、上記審査事務において、あくまでも、個々の職員が複数都道府県レセプト間の審査結果（一方は査定・一方は請求どおり）の違いのみを把握したものであるため、検討すべき不合理な差異か否かについて、診療科別WG座長（審査委員）等による内容確認を行うこととしており、令和5年3月末時点で、162事例を診療科別WGにおける検討対象外<sup>(※)</sup>、42事例を検討対象と整理し、うち、19事例について診療科別WGにおける検討を開始した

職員が把握した審査結果に差異のある事例数の状況（令和5年1月～3月処理の累計）【R5.3月末時点】

ブロック	職員が把握した 差異事例数	状況（内訳）			
		検討対象外 <sup>(※)</sup> (削除)	内容確認中	検討対象	(再掲) 検討開始
東北	52	29	20	3	1
関東	40	25	12	3	0
中部	139	75	37	27	17
近畿	24	15	2	7	0
中四国	34	14	20	0	0
九州	17	4	11	2	1
計	306	162	102	42	19

(※) 診療科別WGにおける検討対象外事例  
 ・ 算定ルールに関するもの  
 ・ 差異について合理的な説明が可能なもの  
 ・ 特定の保険医療機関の傾向的な請求に関するもの  
 ・ 同一都道府県内の差異に関するもの  
 等

審査委員である診療科別WGの座長の先生に相談することになっています。

その座長の先生に相談するまでの過程においても、事前準備が必要になると思いますが、具体的な処理内容や工程についてお聞かせください。

**石島（東京）** まず、差異として提出された事例が個々の審査委員の見解の差異である可能性もあるため、2県間の審査委員会の差異か否かの検証が必要だと思います。そのことも踏まえた上で、まず、出身県の取扱いを確認することが一点と、その提示された事例の論点は何かを明確にすることが二点目。対象傷病名などが明確なのか、規格が複数ある薬剤で適応疾患も複数ある場合は、添付文書を確認しながら、規格別ごとの審査結果の違いを確認するなどしています。

また、提出された事例が告示や通知、疑義解釈資料等から取扱いが明確な事例ではないか、また、支払基金で公表している審査の一般的な取扱いや審査情報提供事例と重複する事例ではないかなどを確認し、これらに該当する事例があれば、診療科別

WG座長の先生へ相談の上、検討対象外としています。

そのほか、他ブロックの審査委員会の審査状況を確認することもあります。

**佐渡（愛知）** 愛知センターでは、審査結果の確認の際に差異があるとして職員が把握した事例を座長の先生に相談するまでの間に、三つの段階を踏んでいます。まず、第1段階としては、差異事例として提出された全ての事例に関して、19の診療科に分かれて、愛知センターに紐づく全県の職員で構成される診療科別のグループ打合せ会を毎月開催し、その打合せ会において、診療科ごとのリーダーが中心となり、各県の審査上の取扱いを一旦確認します。例えば、愛知と静岡の結果に差異が生じている事例がある場合、岐阜と三重



石島さん

の審査委員会の取扱いを確認の上、愛知センターに紐づく全県の審査委員会において現在どういう取扱いをしているのかを職員ベースで把握しています。

職員ベースの把握が終わった後で、第2段階としては、毎月上旬の再審査部会の後に、主任審査委員の先生方と一緒に診療科別ミーティングを開催し、その診療科別ミーティングにおいて、主任審査委員の先生方から提出された全ての差異事例と4県の取扱いをお示しして、診療科別WGに提出すべき事例かどうかを判断いただいています。また、その際は、主任審査委員の判断材料になるよう、事例ごとに、請求件数が多い、または点数が高いといった情報も併せてお示ししています。

また、その結果、主任審査委員の先生方からは、「診療科別WGで検討すべき事例である」といったご意見ですとか、「個別性が非常に高い事例であるため診療科別WGでの検討は不要ではないか」「検査の回数や医薬品の投与量に関する事例であるため取りまとめることは難しいの

● 差異を把握してから協議・検討する流れ（愛知センターの例） 5～6月



ではないか」「ほかの診療科にも関連する事例であるため一つの診療科のみでは検討できないのではないか」といったご意見やアドバイスを頂戴しています。

その後、主任審査委員の先生方にいただいたアドバイスの内容を含めて各診療科筆頭課長に報告し、第3段階では、関連する疑義解釈資料などを全て調べた上で、その内容を診療科筆頭課長から診療科別WG座長の先生に報告し、診療科別WGで検討するかどうかをご判断いただいています。

**菅野** 診療科別WG座長の先生に相談する前の段階で、診療科ミーティングで主任審査委員の先生方にも相談し、その結果も添えて最終的に診療科別WG座長の先生に相談する場合は、診療科別WG座長の先生も判断がしやすいと思います。

**佐渡（愛知）** そうですね。私は、混合診療科にいます。診療科別WG座長の先生は、全ての診療科に必ずしも専門性があるわけではないので、診療科別WG座長の先生に相談する前の段階で診療科ごとに主任審査委

員の先生方に意見を伺い、その情報を添えて診療科別WG座長の先生に相談しています。

**菅野** 今伺った話ですと、診療科別WG座長の先生に相談する処理の流れとしては、月末の審査結果を確認する計数整理のときに個々の職員が差異と考えられる事例を把握し、翌月の月上旬に、個々の職員から提出された事例を診療科別のグループ打合せ会で職員間で確認した後、診療科ミーティングで主任審査委員に確認していただき、最終的に診療科別WG座長の先生に相談するのは、同月の審査委員会の時期となりますか。

**佐渡（愛知）** そうですね。診療科別WG座長の先生は常勤ですので、必ずしも審査委員会中ということではないのですが、流れとしては、そういったタイミングになります。



佐渡さん

**佐東（福岡）** 福岡センターでは、審査事務担当職員から提出された差異事例は、全て診療科筆頭課で受け付けます。その中から算定ルール分や、審査の一般的な取扱い、審査情報提供事例等に関するものがあれば、診療科別WG座長の先生と相談の上、診療科別WGでの検討対象外としています。

対象外となった事例については、審査事務担当者に対象外となった理由とともに伝えていきます。基本的に医学的見解を必要とするものは、診療科別WGの検討候補事例として座長の先生へ相談しています。

**菅野** 今、検討対象外とされた事例の内容についても伺いました。検討対象外となる事例はどのような事例が多いですか。本部においても一定程度把握しており、算定ルールに関連する事例、特定の保険医療機関の傾向的な請求内容、同一県内の差異に関するものも提出されていると思いますが、やはり、診療科別WG座長の先生等の審査委員に判断いただいた結果、レセプト内容から双方の審査結果の理由について合理的に説

明できるといった事例も多くありますか。

**石島（東京）** ありますね。個々の症例ごとに判断することが妥当な事例になるかと思うんです。先ほども話しましたが、傷病名と診療行為等が1対1の関係で整理できるのなら本当にシンプルで分かりやすいのですが、そこに付随したものと難しいと思います。

**菅野** 当然、同一のレセプトはないことから、例えば、同じ疾患を主病とする患者であっても、併存病名は患者ごとに異なりますし、治療内容も異なると思いますので、そういったところは、やはり診療科別WG座長の先生など審査委員に判断していただく必要があると思います。

また、佐東さんから、検討対象外とされた事例は、職員にフィードバックしているという話がありましたが、東京センターと愛知センターでも、検討対象外とされた理由を職員に連絡していますか。

**石島（東京）** 東京センターでは、診療科別WG座長の先生の見解を伝えるという形で診療科筆頭課長から該

当の職員にフィードバックしていません。

**佐渡（愛知）** 職員には、主任審査委員との診療科別ミーティングが終わった後に、診療科別WGで検討しない理由を提出した職員に連絡しています。

**菅野** 検討対象外となった理由、特に算定ルールに関する事例は、提出した職員の知識習得のために重要ですので、よろしく願います。

次に本部の方に伺います。集約後、審査業務に支障が生じないよう、審査基準は、まずはブロック単位で統一することとしています。ブロック間で差異が生じることのないよう、本部とブロック間で連携し、検討予定事例の情報共有等を行うこととしています。具体的に本部としてどのような対応をしていますか。

**上片平（本部）** 診療科別WGで検討していた際には、事前に検討予定事例の内容を本部に報告してもらうようにしています。報告があった場合は、当該事例が本部検討会で検討中の事例と重複していないかなどを確認します。また、他のブロック



佐東さん

にも情報提供し、他ブロックで同様の事例を検討する予定がないかなどを確認し、その結果、本部検討会や他ブロックの検討予定事例と重複している場合は本部検討会で検討するスキームにしていますが、診療科別WGで検討開始後、実は本部検討会でも同じ事例を検討していたといった事態にならないよう、検討予定事例の報告があつてからの重複確認は慎重に行っています。

**菅野** ほかに皆さんの中で、他のセンターの方に聞きたいことなど何かありますか。

**石島（東京）** 愛知センターの佐渡さんに伺います。先ほどのお話の中で、診療科別WG座長の先生に相談するまでに診療科グループの打合せを行っているということですが、それぞれのグループ、何人ぐらい出

席しますか。

**佐渡（愛知）** 診療科によっても異なりますが、基本的には、その診療科を担当している職員全員で打合せを行います。30人など多い人数になることもありますが、参加できる職員が集まって行っています。

当初は、Web会議で行っていましたが、一人ひとりが発言しやすい環境をつくるために、現在は一堂に会して行っています。また、参加できなかった職員には、後で診療科リーダーが個別に伝達を行ったり、打合せ内容を文書にまとめて情報共有を行っています。

**石島（東京）** 東京センターでそのように職員が集まる機会をなかなかつくるのができていなかったのが、参考にしたと思います。

愛知センターでの診療科のグループの打合せと診療科ミーティング、また、その後の診療科筆頭課長から診療科別WG座長の先生に相談するという流れも、ブラッシュアップされて、大変勉強になりました。

**菅野** 現在、レセプトの交換割合は1割程度ですが、今後は交換するレ

セプトの内容の充実化なども検討し、職員が把握した差異事例を起点とした審査基準の統一を促進させることとしています。その際の課題、対応案、抱負があればお聞かせください。

**石島（東京）** 今後の課題として、まずは不合理な差異を解消するために、差異と思われる事例の提出を促し検討事例を積み上げていくこと、また、そのために愛知センターのように現場の職員へどういった事例が不合理な差異事例となりうるかを周知し、差異事例の提出しやすい環境づくりを進めていきたいと思っています。

審査基準を統一するためには、審査委員の先生方に非常に多くの時間と労力をおかけすると思いますが、その検討の運営を担当する職員として、統一が図られたときの達成感やその間に得た知識、審査委員との連携等はなかなか得難いものでした。

今回の座談会で、今までのやり方では足りなかった部分もあることも見えました。今回の座談会への参加は、大変参考になりました。ありがとうございます。

**佐渡（愛知）** 診療科別WGでの検

討の結果、ブロック統一で決まった後、検討結果についてブロックの審査委員長会議で承認いただく必要があります。また、医療機関への3か月間の周知期間もあります。このため、実際に取決として適用されるまでに時間がかかりますので、もう少しスピーディーに整理できるようにすれば、審査事務や再審査の処理がスムーズにできるようになるのではないかと思います。

今後は診療科リーダーとして、レセプト交換の充実化や、来年度の診療報酬改定を考えると、現在の差異事例については、4県の職員と積極的にコミュニケーションをとって、それぞれの審査結果の状況を診療科内で話し合い、相談しながら、スピード感をもって差異事例の把握と解消に取り組んでいきたいと思えます。

**佐東（福岡）** 福岡センターでは、まだ差異事例の提出事例数が少ないので、審査事務職員が把握した差異事例を提出しやすいように、計数整理時の朝ミーティング等で提出方法等を周知しています。あわせて、診療

科筆頭課長から繰り返し口頭で職員に、差異事例があったらすぐ筆頭課長のほうに出すように、定着につなげるような感じで声かけをしていきたいと思っています。また、診療科別WG検討事例となったものは、早急に診療科別WGで検討し、ブロック統一を図っていただくように運営担当の職員として取り組んでいきます。

**上片平（本部）** 職員が把握した差異事例を起点とした検討についてはまだ始まったばかりであり、私の中で具体的な課題が明確に把握できていません。各センターの診療科筆頭課長に進捗状況等を確認させていただくことがありますので、その機会に、個別にサポートが必要な案件はないか、制度的な問題はないかなどを確認し、本部としてサポートすべき問題があれば迅速に把握し、ブロックに対する確なフォローができるようにしたいと考えています。

**菅野** ありがとうございます。集約の大きな目的の一つは、職員が複数の都道府県のレセプトの審査事務を行うことで審査結果に差異がある

事例を把握し、不合理な差異は、診療科別WGでの検討を通じて速やかに解消することです。このテーマにおいては、その目的を達成するためには、まず何よりも、職員は把握した差異事例を確実に診療科筆頭課長に提出し、診療科別WGで検討するまでのスキームを定着させることが重要であるとの認識が共有されたと考えます。また、各ブロックの取組状況等について、ブロックと本部間で常に情報共有することの重要性も

感じました。

不合理な差異の解消は、当然、診療科別WG委員や各県の審査委員長等の先生方の検討によりなし得ることですが、その検討の運営を行う職員の業務は非常に重要だと思えます。診療科別WGで検討するまでのスキームの定着化も含め、引き続き診療科別WGの運営業務に精力的に取り組んでいただくようよろしくお願いいたします。本日はありがとうございました。



## レセプト振替機能における これまでの機能改善とその効果

レセプト振替機能については、オンライン資格確認の運用が開始された令和3年10月から運用を行ってまいりました。運用を行う中で、保険者等の皆様から様々なご要望を受け、レセプト振替の精度向上のため各種改修等を行っておりますので、本稿では「レセプト振替機能」におけるこれまでの機能改善についての説明と、レセプト振替に関する主なお問い合わせをご紹介します。

### レセプト振替機能の概要

「レセプト振替機能」とはオンライン資格確認等システムの一機能であり、審査支払機関に提出された電子レセプトの資格確認を行い、資格喪失であって新しい資格情報が確認できた場合は、レセプトの資格情報を振り替えます。

また、資格喪失が月の途中である場合は、資格喪失前後でレセプトを分割します。さらに、枝番がレセプトに記録されていない場合は、レセプトに記録された患者の情報と医療保険者等向け中間サーバー（以下、「中間サーバー」という。）に登録された情報を突合して枝番を特定し、補記することも行っており、従前は返戻となつて

いた資格喪失後受診のレセプトを、医療機関・薬局へ返戻することなく、資格の有効な保険者へ送付することが可能となります。レセプトの振替・分割は、社保と国保を跨ぐ場合も行います。

医療機関等の窓口においてオンライン資格確認を行っていたことで、資格喪失後受診のレセプト及び資格情報の記載誤りレセプト等の請求は減少しますが、さらに、審査支払機関においてレセプト受付時の資格確認と新資格への振替等を行うことで、回収前の被保険者証を持参して受診した場合や、届出の遅延等により遡及して資格喪失となった場合など、一部残存する資格喪失後受診のレセプトも減少することとなります。

### ● オンライン資格確認の実施により見込まれる効果

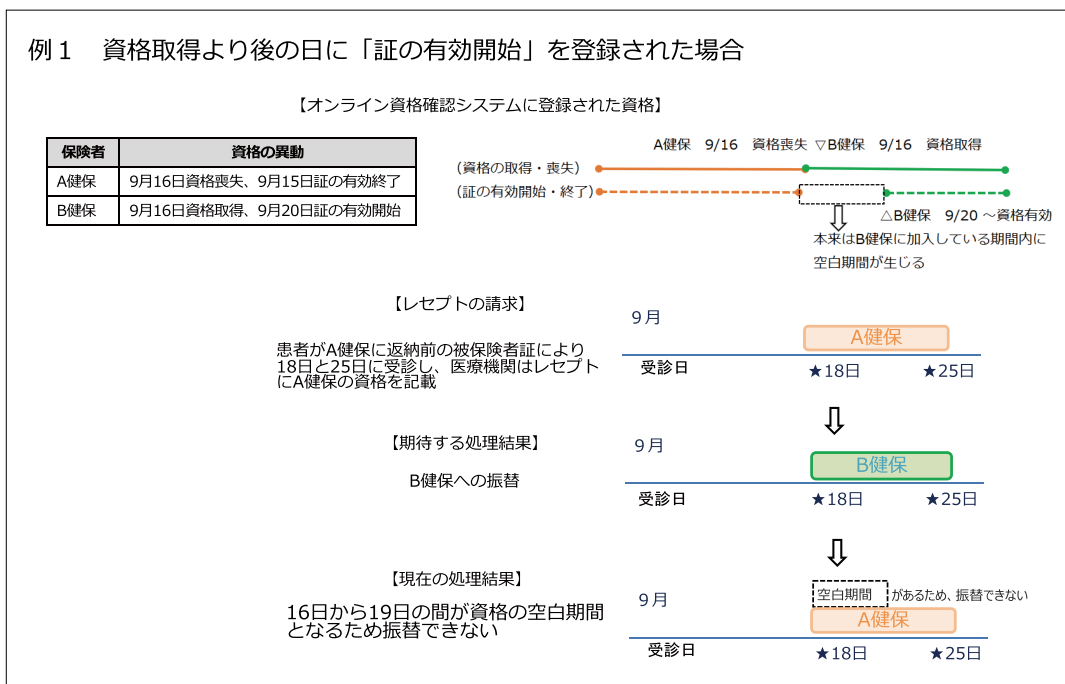
資格関係等の返戻事由	医療機関等窓口でオンライン資格確認を実施することによる効果	支払基金でオンライン資格確認を実施することによる効果	
資格喪失後の旧資格での受診	窓口で資格喪失が判明し、その場で新資格の有無を患者に確認、新資格で請求することとなり、返戻されない	新資格が判明している場合、レセプト振替・分割により新資格の保険者へレセプトを請求するため、返戻されない 新資格が判明していない場合、被保険者証回収後の受診であれば、保険者に請求せず、支払基金から医療機関等へ返戻	医療機関等及び保険者の事務負担軽減 保険者の事務負担軽減
レセプトの記載誤り ・本人家族の区分 ・記号、番号、枝番 ・生年月日 ・氏名 ・性別 など	窓口で正しい資格を確認できるため、レセプトの記載が正確になり、返戻されない	本人家族の区分誤りの場合、振替（区分修正）後に保険者へレセプトを請求するため、返戻されない それ以外の場合、保険者での資格確認後に医療機関等へ返戻（従前どおりの取扱）	

医療機関等、保険者及び支払基金の事務負担軽減

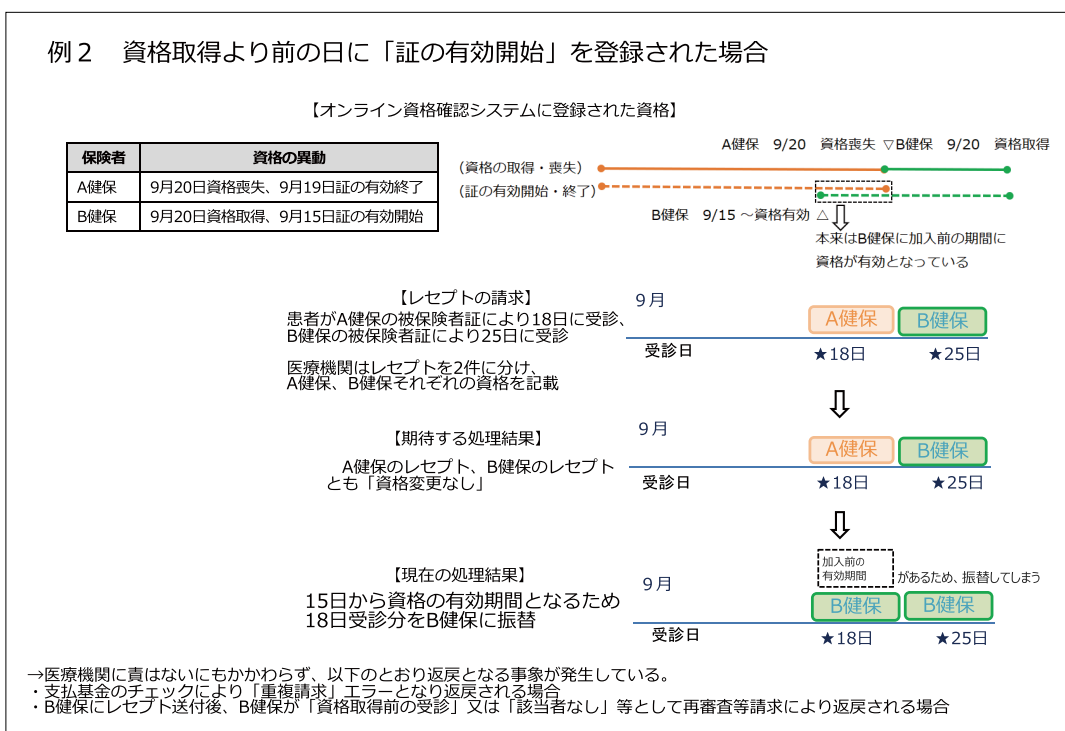
1. 受診日において、レセプトに記載された資格（保険者番号、記号、番号）が有効である場合は、レセプトを振り替えないこととする改修（令和4年2月処理）

令和4年1月処理までは、レセプトに記載された受診日に有効な資格が複数ある場合は、被保険者証の発行日が新しい保険者にレセプトを振り替えていました。これは、新資格の登録があれば、旧保険者の失効処理の遅れとみなし、出来るだけ新資格にレセプトを振り替えようとしたものです。しかし、資格取得より後や前の日に「証の有効開始」を登録された場合に、適正な振替・分割が行われていなかった事象が判明したため（例1、例2）、レセプト振替とする基準日を、証の「有効開始日」「有効終了日」から、「資格取得日」「資格喪失日」に変更し、レセプトに記載された受診日に、レセプトに記載された保険者の資格が有効であれば、レセプトを振り替えないこととする改修を行いました。（図1）

## 例1 資格取得より後の日に「証の有効開始」を登録された場合



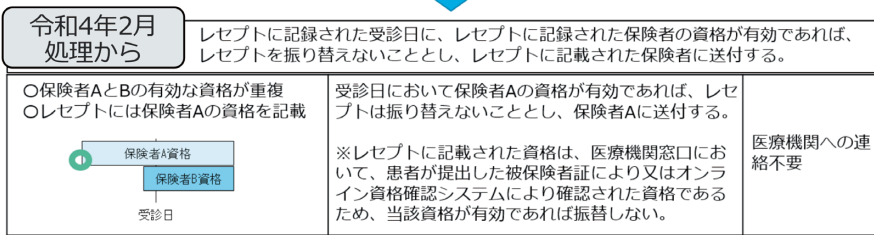
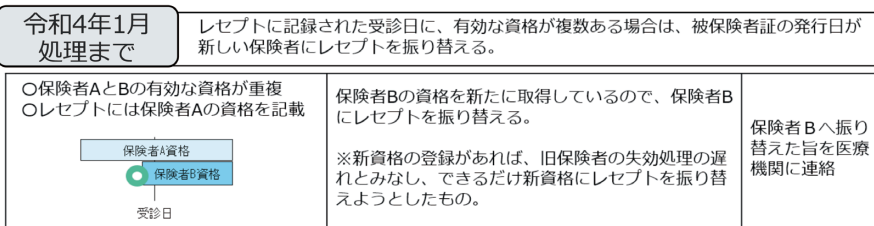
## 例2 資格取得より前の日に「証の有効開始」を登録された場合



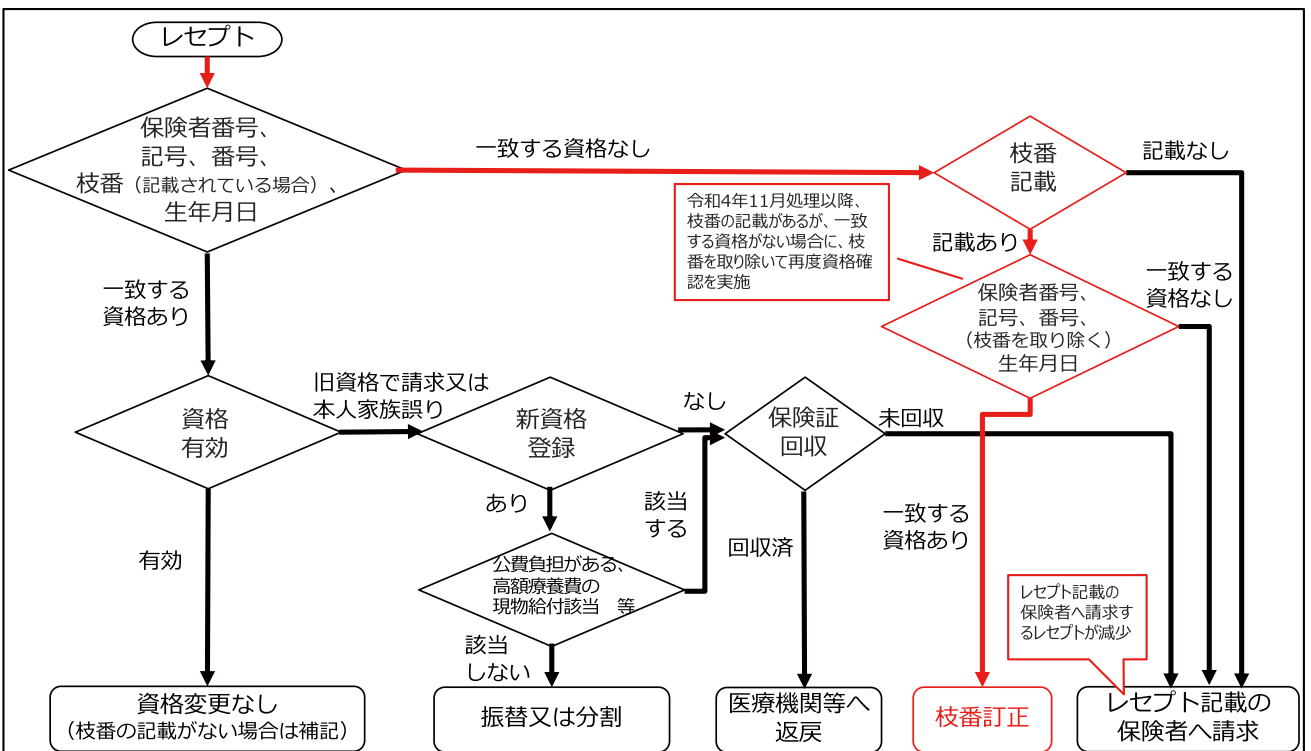
## 2. 枝番訂正の対応（令和4年11月処理～）

令和3年9月診療分から記録開始となった「枝番」については、レセプトの記載誤りが非常に多く、保険者から返戻される事例が増加していました。そのため、令和4年11月処理以降、レセプトに記載された保険者番号、記号、番号、枝番及び生年月日の組み合わせが中間サーバーに登録された資格情報と一致しない場合は、レセプトに記載された枝番を取り除いた資格情報により再度資格確認を実施し、その資格情報（保険者番号、記号、番号及び生年月日）と一致する資格が中間サーバーに登録されている場合は、支払基金において電子レセプトに記載された枝番を訂正することで、枝番記載誤りによる返戻レセプトの減少を図りました。（図2）

● 図1



● 図2





3. 原審査及び再審査で新旧の資格において異なる限度額適用認定証区分が登録されている場合等も、レセプトの合計点数がレセプト種別（未就学児、本人・家族、高齢受給者及び後期高齢者）ごとに設定した点数以下であれば、新資格に振り替える改修（令和5年3月処理）

新旧の資格において登録された限度額適用認定証区分が異なる場合は、振替・分割によって患者支払額の変動等が生じる可能性があるため、振替・分割の対象外としていました。しかし、一定の点数以下であれば、新旧の資格において異なる限度額適用認定証区分が登録されている場合であっても高額療養費の現物給付に該当しないため、令和5年3月処理以降はレセプト振替可否の判定に合計点数を追加し、レセプト振替を実施することとしました。結果、より多くのレセプトについて振替・分割が可能となり、旧資格の保険者に請求されるレセプトの減少が図られました。（図3、図4）

●図3

高額療養費の現物給付に該当しないレセプト点数

レセプト種別	合計点数
未就学児	17,700
本人・家族	11,800
高齢受給者	4,000
後期高齢者	3,000

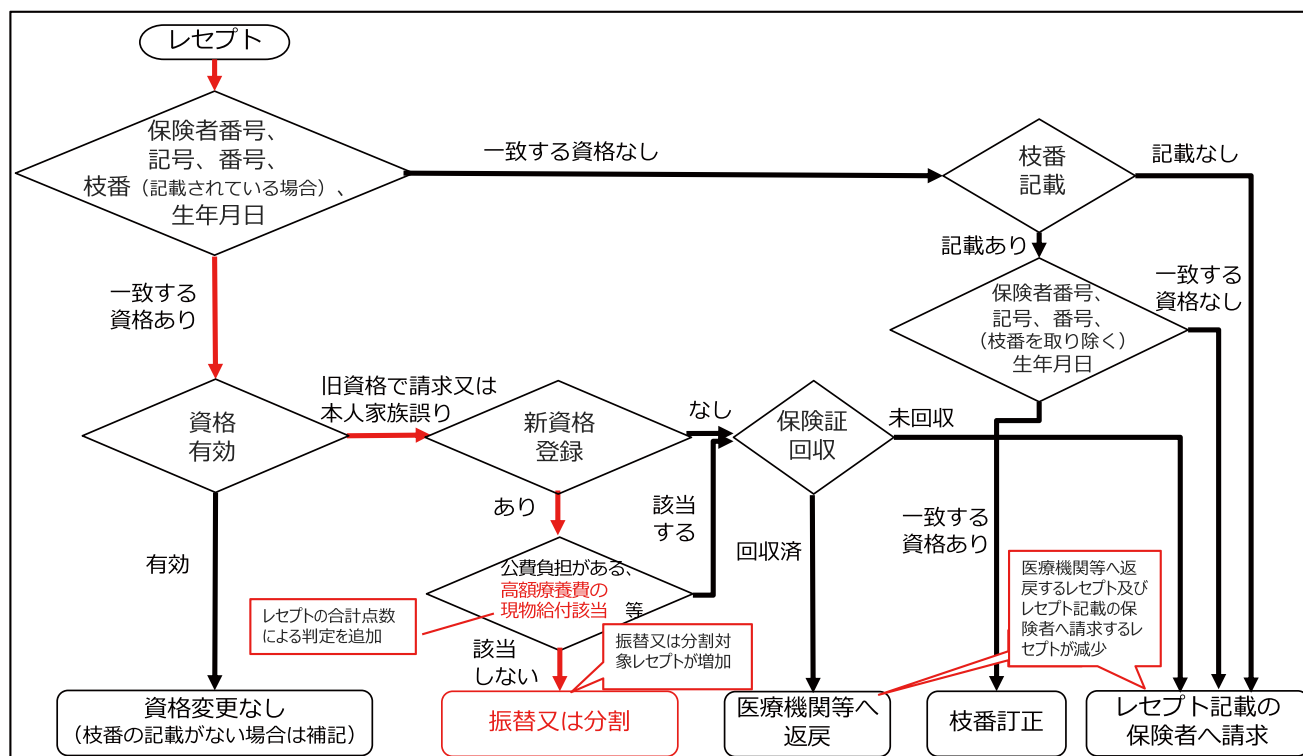
令和5年3月審査分以降の取扱い

左記の点数以下であれば、高額療養費の現物給付に該当しないため、

- ・新旧の資格において登録された限度額適用認定証区分が異なる場合
- ・窓口負担額レコードの記録がない場合

についてもレセプト振替の対象  
※改定等で現物給付額の見直しが行われた場合、点数の変更を行うこととする。

●図4



## レセプト振替機能の改善等による効果

レセプト振替による振替・分割の結果として返戻されなかったレセプトは当初、毎月約6万件（8万件程度で推移していましたが（別表）、令和4年11月処理から対応している枝番訂正の結果として返戻されなかったレセプトが新たに毎月約5万件〜7万件生じています。（表の①-3）

さらに、令和5年3月処理からレセプトの合計点数がレセプト種別ごとに設定した点数以下であれば、新資格に振り替える対応を行ったことにより、対応前の同年2月処理との比較から毎月約7万件がレセプト振替・分割の対象となっておりと推察されます。（表の①-2）

これらの効果も含めて、令和5年4月処理において、レセプト振替・分割・枝番訂正の結果として返戻されなかったレセプトは約22・5万件となっています。（別表）

表●医療機関等からの請求とオンライン資格確認の結果が異なっている場合のレセプト振替の状況

処理月	⑤ レセプト 総数	旧資格又は 本人家族誤り で請求された レセプト件数	(旧資格又は本人家族誤りで請求されたレセプト件数の内訳)					④ その他	①-3 枝番訂正 (令和4年11月 処理以降)
			①-1 振替	①-2 分割	振替・分割対象外				
					② 旧保険証 回収済	③-1 新資格未登録	③-2 公費・高額等		
令和3年10月	72,186,363	247,502	63,650	1,223	12,474	64,419	105,736	2,878,106	—
令和4年8月	82,141,117	272,367	75,858	1,165	22,729	42,032	130,583	1,212,227	—
令和4年9月	81,168,563	275,652	75,897	1,120	23,005	39,329	136,301	1,171,416	—
令和4年10月	76,682,413	211,434	83,728	1,039	16,962	34,551	75,154	1,033,994	—
令和4年11月	80,505,523	320,438	133,775	1,169	20,516	55,774	109,204	1,247,151	67,517
令和4年12月	80,410,577	252,794	101,257	1,055	22,190	37,611	90,681	1,108,832	64,619
令和5年1月	85,438,028	251,398	96,968	1,049	23,318	34,739	95,324	1,143,248	59,873
令和5年2月	78,484,699	262,842	98,655	1,000	18,620	42,929	101,638	981,017	50,925
令和5年3月	79,734,440	222,782	143,150	896	9,951	33,959	34,826	939,407	47,910
令和5年4月	92,168,482	266,681	170,641	1,803	10,321	45,591	38,325	1,043,262	52,540

令和4年11月処理以降、枝番の記載があるが、一致する資格がない場合に、枝番を取り除いて再度資格確認を実施し、該当する資格が確認できれば枝番を訂正 (件)

新資格の保険者へ請求するため、返戻されない  
支払基金から返戻する  
レセプトに記載された保険者へ請求するため、保険者での確認の結果、返戻となる場合がある  
枝番を訂正したため、返戻されない

別表●振替、分割及び枝番訂正の各月の推移 (①-1、①-2、①-3の合計)

社保・処理月	令和3年10月	令和4年8月	令和4年9月	令和4年10月	令和4年11月
①振替、分割及び枝番訂正 (返戻されない) (①/⑤)	64,873 (0.09%)	77,023 (0.09%)	77,017 (0.09%)	84,767 (0.11%)	202,461 (0.25%)

社保・処理月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月	令和5年4月
①振替、分割及び枝番訂正 (返戻されない) (①/⑤)	166,931 (0.21%)	157,890 (0.18%)	150,580 (0.19%)	191,956 (0.24%)	224,984 (0.24%)

※枝番訂正は令和4年11月処理から実施

- ①-1 振替することにより医療機関等に返戻されないレセプトの件数
- ①-2 分割することにより医療機関等に返戻されないレセプトの件数
- ①-3 枝番訂正することにより医療機関等に返戻されないレセプトの件数
- ② 旧保険証回収済のものとして支払基金から医療機関等へ返戻する件数
- ③-1 旧保険証未回収のもののうち、新資格未登録としてレセプト記載の保険者に請求する件数
- ③-2 旧保険証未回収のもののうち、公費負担がある・高額療養費の現物給付該当としてレセプト記載の保険者に請求する件数
- ④ その他、レセプト記載の保険者に請求する件数
- ⑤ レセプト総合計

## レセプト振替に関する主なお問い合わせ

**Q1** オンライン資格確認で開始されたレセプト振替について、どのような考え方で振替・分割を行っているのか。

**A1** 医療機関・薬局から審査支払機関へ請求された診療行為等の算定日を基に（算定日を受診日として取り扱う）、その属する保険者の資格が有効であるかを確認し、資格喪失している場合は有効な資格に振り替えています。

また、資格喪失が月の途中である場合は、レセプトを分割しています。

**Q2** オンライン資格確認のレセプト振替で、公費負担や高額療養費に該当せず、算定日情報もあり、新しい資格を取得していることが判明しているにもかかわらず、振替不可の理由がわからないレセプトがある。

**A2** レセプトの記録内容では振替不可となった理由を判断しづらい事例の一つに、「変更前後の保険において限度額適用認定証の区分が異なる（新資格の限度額適用認定証の区分が未登録である場合を含む）」というものがあります。

なお、振替対象となるレセプトの拡大を図るため、令和5年3月処理分以降、レセプトの合計点数が一定点数以下であれば、振替の対象となるよう機能拡充しました。

**Q3** 公費負担レセプトや高額療養費が発生するレセプトが振替の対象外となる仕組みを教えてください。

**A3** 公費負担レセプトは、オンライン資格確認システムで当該資格情報が管理されていないため、振替・分割の対象外となっています。

高額療養費が発生するレセプトは、保険者が変更すると限度額も変更になる可能性があること、また、分割した際には支払い済みの患者負担額の調整が必要となることなどにより振替・分割の対象外となっています。



露口 勝

徳島県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長

# のびやかで創造的な仕事で これからの国民皆保険を支える

## 医師として

### — 医師を志したきっかけ

小学生の頃、野口英世やシュバイツァーの偉人伝を読み、人助けができる仕事として医師が良いと思い、医師になることを決めました。

大学を卒業したばかりの時期は、大学紛争が活発で、卒業してから3年間ぐらいまでは医局に入らず、高知や愛媛の病院を転々としていました。最初の病院で、生の医療の現場

を見た時に、内科と外科を比べると、外科の方が短期間の治療で病気が治り、患者さんが早々に帰っていく姿が鮮やかだったので、外科の道を選び、患者さんが早々に帰っていく姿が鮮やかになりました。

### — 医師としてのポリシー

外科医は手術をするため、患者さんに残酷な印象を持たれがちです。しかし、『鬼手仏心』が意味するように、外科医は鬼の手ではあるが、仏心を持っており、医者として芯のところで患者さんを治したいという温

## 審査委員長として

### — 審査委員になり感じたことは

かい気持ちが大切だと思っています。

私が審査委員になった時は、紙レセプトの審査が中心でした。当時、審査委員会室に来ると、机にどさつと山のように紙レセプトが高々と積みまれており、どのように審査するかよく分からない状況でした。先輩の審査委員に質問をしながら、徐々に審査の要領をつかんでいきました。

電子レセプトが開始されたことは非常に大きな変化で、審査そのものが見やすく分かりやすくなり、様々なことがすぐに調べられるようになったため、大変便利になりました。

### — 審査委員長として心に留めていること

徳島の審査委員会は、医科、歯科ともに仲が良く、お互いにコミュニケーションが十分に取れています。在宅審査が導入され、審査委員同士が顔を合わせる機会が減り、審査の在り方が多様化していることを感じています。二次審査や審査研究会では多くの審査委員に参加してもらい、情報共有ができるように心がけています。

また、審査委員長と同時に審査調整役を務めています。徳島の取決めがブロックあるいは全国の取決めに集約され、毎月、集約された取決めの内容を確認する作業が大変になってきた印象があります。

## ——国保連合会との調整について

徳島では、年に2回程度、国保連合会の審査委員の方々と打合せを行っています。お互いに審査の取決めを5つほど持ち寄り、情報交換をしています。

支払基金は、それぞれブロックで取決めを統一しているので、徳島特有の取決めで国保連合会と調整するわけにはいきません。とは言っても、医療は日進月歩であり、新しい薬剤や医療機器が次々と出てくるので、その辺りの取扱いをどのようにするのか、支払基金と国保連合会で、できるだけ差異が生じないように話し合いをしています。

それでも、レセプトは個性の高いものですので、実際には審査結果に差異が生じることもあります。そういういった場合に個々の症例によって、それぞれ妥当という結論が出ることもあるため、皆様にはご理解いただきたいと考えております。

## ——審査事務集約後の変化について

審査事務集約後で一番大きく変わったのは、我々の事務局に残る職員が半数以下になり、事務局の雰囲気随分さみしくなったという印象です。センターの職員とはチャットやウェブ電話で連絡を取っていますが、集約されて数か月が経過しても、まだ仕事内容等の変化に慣れていない印象を感じます。

在宅審査事務のために徳島に帰ってきた職員には、徳島の事務局に來てもらい、話を聞いたこともありませんし、私自身も高松の審査事務センターを訪れ、徳島の職員がどのような仕事をしているのか、疎外感を持つていないかを見守りに行ったこともあります。四国四県の職員が集まっているので、皆さん仲良くしていただきたいですね。

また、令和5年1月から複数都道府県の審査事務が始まり、徳島出身以外の職員が徳島県の医療機関の担

当を持つようになりましたが、事前に審査委員と担当職員がウェブを通じて意識合わせをしたこともあり、現在のところ、審査をしていて違和感があるといった意見は聞いていません。

## ——職員に望むこと

職員には、とにかく前へ前へと進む意識を持って、積極的に物事に取り組んでほしいです。いつの時代でも若い人がリードしていく世の中になればいいと思っています。これからICTが非常に発達し、新たに取組むべき分野も出てくると思います。積極的に関わってほしいです。

支払基金は、公平公正な審査をする立場で、日本の国民皆保険を支える大きな役目を担っています。その役割を務めながら、職員にはこれからのびやかに創造的な仕事をしていただけることを望んでいます。

## プライベートについて

### ——趣味や休日の過ごし方

筋力アップのために毎朝、眉山の中腹まで登っています。朝早く行くと、ご高齢の方々がたくさんいらっしゃるので、ちよつとした挨拶をしています。また、小鳥のさえずりもよく聞こえ、3月はうぐいすの鳴き声を楽しみ、いろいろな自然に触れる事で五感が磨かれている感覚があります。あとは、家で読書をしたり、庭の草木の手入れをしたりしています。



# 電子処方箋管理サービスで、医師と薬剤師のコミュニケーションを円滑に

令和5年1月より電子処方箋管理サービスが開始されました。開発に携わった情報化企画部の職員に話を聞きました。

## ——電子処方箋の開発に当たって

岩瀬 令和2年9月から厚生労働省 医薬・生活衛生局総務課（現 電子処方箋サービス推進室）の電子処方箋調査研究事業が始まり、支払基金は同年10月に参画しました。

電子処方箋管理サービスの開発に携わる人員を2名配置し、主体的に仕様調整やシステムの調達仕様書作成に取り組んで参りました。また、電子処方箋はオンライン資格確認の基盤を活用した仕組みとされていますので、支払基金の情報化企画部のオンライン資格確認等システム担当者と密に連携し作業に取り組んできました。令和3年度前半に一般競争入札にて構築事業者を選定の上、令和3年11月から開発をスタートさせま

した。システム開発を進めるとともに、技術解説書の作成、医療機関・薬局システムベンダ向けのテストシナリオ・テスト仕様書、医療機関・薬局の運用テストのテストシナリオ及び医療機関・薬局の運用マニュアルを作成し、医療機関・薬局のスムーズな導入及び普及にも努めてきました。

電子処方箋管理サービスの構築を終え、令和4年10月末から4地域で電子処方箋モデル事業を開始し、モデル事業で検知した課題・問題を早期に刈り取り、無事、令和5年1月26日に運用開始することができました。

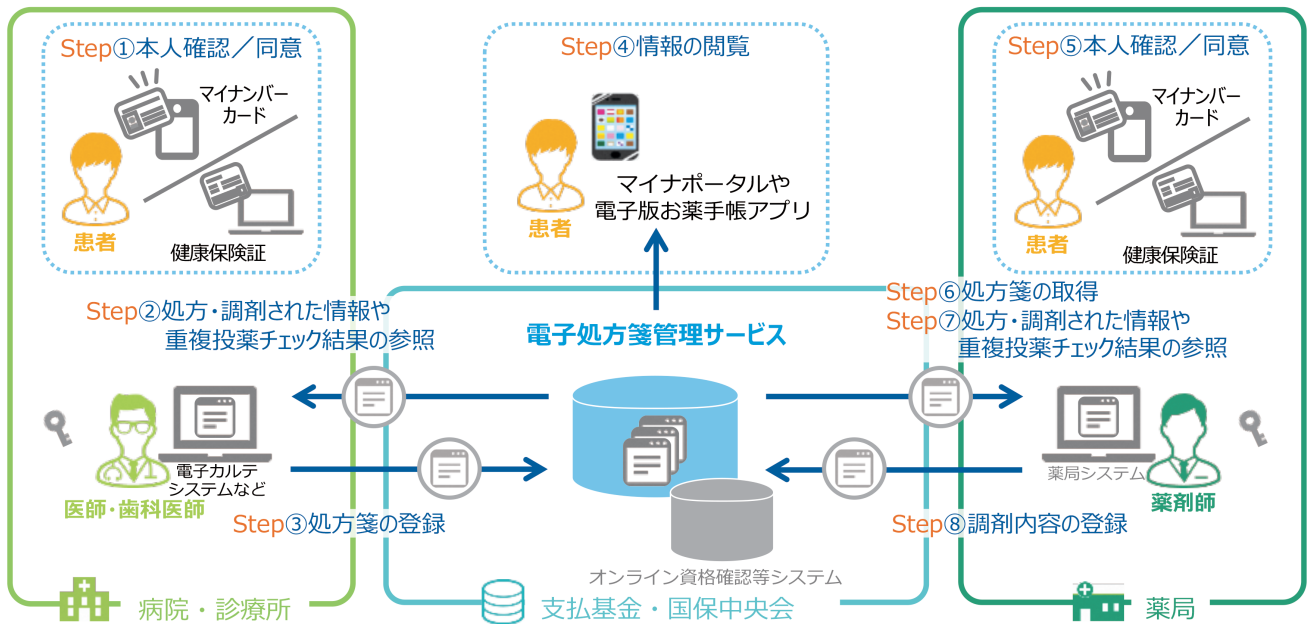
## ——開発に当たり、苦慮したことを教えてください

岩瀬・宮本 4点あります。1点目は重複投薬等チェックのレスポンスについてです。医療機関・薬局の操作端末（電子カルテ等）から電子処方箋管理サービスでチェックして医療機関・薬局に結果を返すまでの時間を、1秒程度とすることを目指し、登録状況がリアルタイムで確認できるシステムを作りました。

2点目は、仕様書の作成です。仕様書作成においては、電子処方箋・調剤済み電子処方箋には電子署名が必要となり、電子署名の仕組みを勉強し、この仕様を記録条件仕様や外部インターフェース仕様書に落とし込むのに苦労しました。

3点目は、電子処方箋に記録する医薬品及び用法の標準化です。コード化することで標準化し、医療機関・薬局のシステムへの実装のしやすさ及び現行のルールに沿うよう、関係者と調整を図り、合意を得るまでにかなりの回数、議論を重ねました。

4点目は、顔認証付きカードリーダーのデザイン設計です。顔認証付きカードリーダーは支払基金が提供する電子処方箋管理サービスと患者の接点となる機器になるため、UI※1/UX※2を意識しました。そのため、操作に迷わないことはもちろんのこと、患者の医療機関等における動線を考慮したり、高齢者でも読めるような文字サイズにす



る等、関係者含め議論を重ね、画面を作成しています。

※1 UI

「ユーザーインターフェース」の略称。ユーザーと商品やサービスを繋ぐための役割をもつ、あらゆるデザインを指す。具体的には、利用者の目に入るデザイン・フォント・色・レイアウトなどがUIである。

※2 UX

「ユーザーエクスペリエンス」の略称。ユーザーが商品やサービスに感じた、面白い・使いやすい・使にくいなどを含め、そこから得た全ての顧客が体験するもの。

これらの開発は全ての利用者の理解を得られることを意識しています。電子処方箋のシステムは複雑な構成ではなく、ファイル交換システムのようなものです。しかし、電子処方箋管理サービスを利用する仕組みを作る医療機関・薬局のシステムベンダ、それらを運用する医師や薬剤師、事務職員の意見を全て吸い上げ、反映させないと、どこかで不具合が生じてしまう恐れがあります。

電子処方箋管理サービスは、医療機関と薬局が当該サービスを通して

円滑にコミュニケーションがとれることも目的であり、利用者の使いやすさを考え、ファイル仕様の検討を行うことが大変でした。

——どのように開発及び進捗管理をされていますか

杉本 電子処方箋管理サービスは、開発の構想からリリースまで約2年もの長い年月をかけました。開発期間中、開発が思うように進まなかった時期もありましたが、遅れが出ないよう、システム事業者及び厚生労働省とも連携を図り、支払基金を含めた三者でこれまで以上の情報共有を確実に行いました。

また、開発の手法として、大きな単位でシステムを区切ることなく、小単位で実装とテストを繰り返して開発を進めていく「アジャイル開発」という手法で開発を行いました。アジャイル開発の特徴は、これまでの開発手法（ウォーターフォール開発）と比較して、開発期間が大幅に短縮されることです。

このアジャイル開発では、小さな単位で計画から設計、実装、テスト

を繰り返すため、不具合が発覚した際に戻る工数が少ないことから、全体スケジュールを大幅に修正することもありません。また、システム事業者とコミュニケーションをとりながら開発を進めることもできませんので、仕様とは違うといった突発的なスケジュールの見直しもなく開発が進められ、進捗管理も大変しやすいものでした。

開発メンバーは7名で行ってきま



したが、本当に一人ひとりの持っている知識が深く、量も多かったこと、また、得意分野が人それぞれに違っていたことも功を奏しました。支払基金職員ではないコンサルタントと民間から派遣された方は、特にシステムの造詣が深いため、誤ったシステム設計をすることを防ぎ、メンバーには大変恵まれていたと実感しています。

### ——現在までの電子処方箋の運用状況を教えてください

**杉本** 令和5年5月14日時点における運用開始施設数は、内科医療機関312施設、歯科医療機関17施設、薬局3480施設の合計3809施設となっています。

令和4年10月からモデル事業を開始しているところですが、導入数としては、まだまだ少ない状況です。

モデル事業では、課題と対応策をとりまとめた上で、医療機関等向けの説明会を行ったり、準備作業が問題なく完了しているか確認するためのチェックリストを用意し、特に躓きやすいポイントについては、チェ

ック項目に追加して周知を図るといった取組を行っています。今後もモデル事業を通して、より多くの医療機関・薬局に導入促進をしていく予定です。

### ——電子処方箋導入のメリットを教えてください

**岩瀬** 電子処方箋管理サービスには、電子処方箋だけではなく紙の処方箋を発行した場合の処方箋情報も登録できます。さらに、薬局では電子処方箋に対応していない医療機関から交付された処方箋に基づく調剤結果も登録できます。

これら処方箋に記載された患者さんのお薬情報が集積され、医療機関・薬局間で共有されることでより質の高い医療を提供できますし、患者さん也十分なデータに基づく適正な医療を受けることができます。

特に、電子処方箋の重複投薬等チェックは、医療機関・薬局を跨いだ患者さんの過去のお薬情報を用いたチェックが可能です。これまでは医療機関・薬局内で限定された形でしか共有できなかったお薬情報のチェ

ックが、電子処方箋管理サービスにより可能となりました。

また、一部の医療機関にて処方箋の欄外に血液検査結果の記載等、医師の処方意図を処方箋内にコメントで記録されているものがあります。

この部分も電子処方箋において電子データで扱うことができる仕様となっているため、薬局システムに取り込むことが容易になります。

さらに、薬局からは、後発医薬品への変更や疑義照会の内容・結果、患者さんとのコミュニケーションを踏まえて、次回診療時に医師に役立ててほしい情報などを管理サービスに登録できるようにしています。また、医療機関は自医療機関が交付した処方箋に基づく調剤結果をいつでも取得できる仕組みにしています。

これらの仕組みを十分にご活用の上、医療機関・薬局、医師・薬剤師間の円滑なコミュニケーションには是非ご活用いただきたいです。

### ——今後の展望を教えてください

**望月** マイナナンバーカードを活用した電子処方箋管理サービスは、関係



者の皆様のご協力と開発に携わった者の努力により、令和5年1月26日に運用を開始、これまで大きなトラブルもなく、順調に稼働しています。当サービスのメリットは、前述の

ように過去の処方・調剤の情報閲覧や重複投薬チェックといった医師、薬剤師及び患者にとつての付加情報の提供や医療機関・薬局窓口及び患者の利便性の向上です。

これらのメリットの更なる向上を目指し、令和5年度は、「リフィル処方箋<sup>※3</sup>に対応する仕組み」や「口頭同意<sup>※4</sup>に対応する仕組み」の開発を予定しています。

サービスを利用していただいている施設は、3809施設（令和5年5月14日時点）とまだまだ少ない状況です。

さらなる導入促進のためには、医療機関と薬局がペアとなって連携することが必要です。現在、電子処方箋の導入準備が進んでいる医療機関または薬局が所在している地域の医療機関・薬局に対し、メール等で導入案内を行っています。

さらに、支払基金として、依頼が

あった団体に赴き、説明会も行っています。今後も可能な限り継続し、開発チームのリーダーとして、受入体制の更なる整備を進めて行きたいと考えています。

また、電子処方箋管理サービスは、24時間稼働の利用者がいつでも利用できるシステムですので、運用保守も気が抜けません。当サービスの基盤は、障害時に自動復旧する処理等が組み込まれたクラウドサービスを最大限に活用した構成で作られています。サービス導入施設の増加に伴い、運用保守の責任はますます重くなりますので、しっかりと管理していかなければなりません。

当サービスの実施機関として、厚生労働省の指導の下、システム事業者及びコンサルティング事業者と一致協力しながら、全身全霊でシステム開発、運用保守に取り組んでいきたいと思えます。

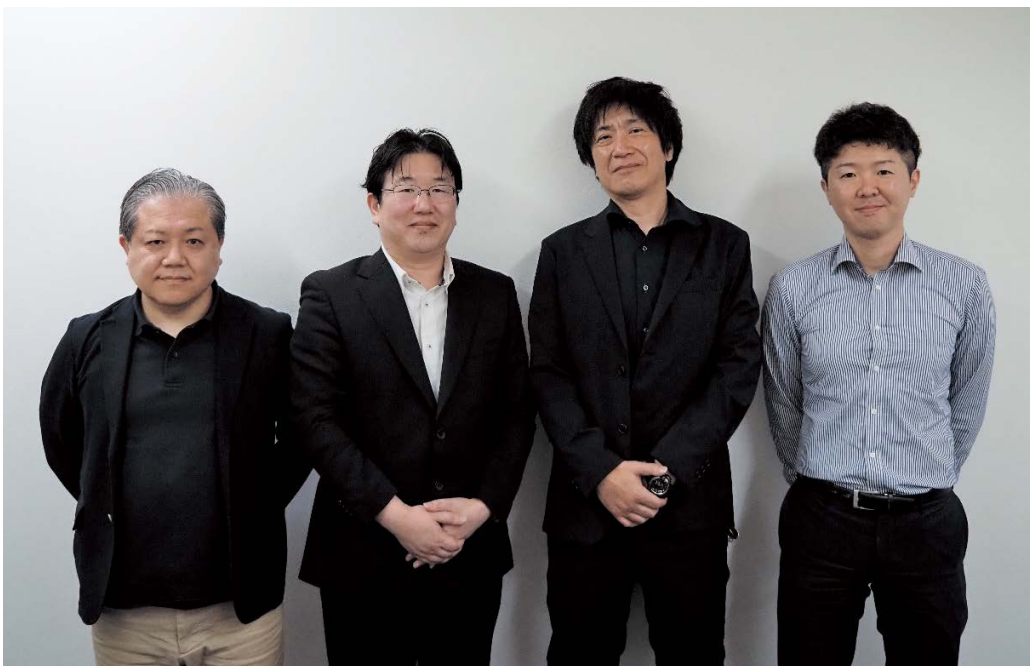
#### ※3 リフィル処方箋

定められた期間内に繰り返し使用できる処方箋のこと（上限3回）。症状が安定している患者に対し、医師がリフィルによる処方が可能

#### ※4

と判断した場合に繰り返し使用できる。口頭同意  
医療機関の受付窓口において患者が健康保険証で提出した場合、又はマイナンバーカードを用いた

受付で過去の薬剤情報提供の同意をしなかった場合でも、医師への口頭同意により電子処方箋を発行し、重複投薬チェックや過去の薬剤情報の閲覧が可能になる仕組み。



望月さん

岩瀬さん

杉本さん

宮本さん

情報化企画部

# コンピュータチェックに関する公開の更新

コンピュータチェックに関する公開については、「コンピュータチェックに関する公開基準」に基づき、適宜公開事例の変更等を行うこととしています。

今般、支払基金ホームページに掲載している「コンピュータチェック対象事例」のうち、診療報酬改定等に伴い、内容を変更した事例及び新規に追加した事例について更新しました。

なお、コンピュータチェック対象事例の更新内容は下表のとおりです。

○令和5年3月版 コンピュータチェック対象事例の更新内容（2023年4月28日現在）

No	変更区分		事例数
	コード内容	詳細内容	
1	0：前回公開と同一内容	前回公開時と同一内容の事例	93,965
2	1：抹消	設定しない	—
3	3：新規	今回の公開で新規に追加した事例	24,985
4	5：変更	今回の公開で変更した事例	3,944
5	9：廃止	今回の公開で廃止した事例	1,202
合計			124,096

## 更新内容

○「コンピュータチェックに関する公開基準」に基づき、以下に該当するチェック対象診療行為等に係る事例を更新しました。

・診療報酬改定等に伴い、既に公開している事例のうちコンピュータチェックの内容を変更した事例及び新規にコンピュータチェックを設定した事例

○前回更新時に公開ファイルの変更区分を「9：廃止」としていた事例の削除

○コンピュータチェック対象事例ファイル（本部点検条件）について

・「JC\_本部点検条件」、「JCH\_本部点検条件」、「JH\_本部点検条件」に変更等がある場合であっても「CC\_JIREI\_本部点検条件」に変更がない場合は、公開ファイルの変更区分は「0：前回公開と同一内容」として更新されます。

※コンピュータチェックに係る診療内容の適否については、画一的あるいは一律的に適用するものではなく、個別の症例ごとに審査委員会の医学（薬学）的判断により決定されます。

なお、以下の関連通知等に照らし、審査委員会において判断しています。

（参考）医科診療報酬点数表、歯科診療報酬点数表、調剤報酬点数表、療養担当規則、厚生労働省事務連絡（疑義解釈、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について等）等

## コンピュータチェック対象事例

コンピュータチェック対象事例は、支払基金ホームページからダウンロードできます。

## コンピュータチェック対象事例ファイル仕様書

コンピュータチェック対象事例ファイル仕様書については支払基金ホームページからダウンロードできます。

## コンピュータチェックに関する公開

支払基金

検索

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

- ① トップページ → 診療報酬の請求支払 → コンピュータチェックに関する公開
- ② トップページ → 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  
→ コンピュータチェックに関する公開

[https://www.ssk.or.jp/seikyushiharai/ssk\\_cc/ssk\\_cc\\_300320/index.html](https://www.ssk.or.jp/seikyushiharai/ssk_cc/ssk_cc_300320/index.html)



## 理事会開催状況

4月理事会は4月24日に開催され、議題は次のとおりでした。

### 議 題

- 1 支払基金改革の進捗状況
- 2 報告事項
  - (1) 令和5年度監事監査計画
  - (2) 令和4年度（後期）内部監査結果報告及び令和5年度内部監査計画
  - (3) レセプトデータ等の統計情報の提供状況
  - (4) 社会保険診療報酬支払基金事務所移転売却の方針
  - (5) 令和5事業年度社会保険診療報酬支払基金事業計画及び収入支出予算、令和5事業年度各特別会計予算、事業計画及び資金計画、令和4事業年度審査支払会計収入支出予算変更の認可
- 3 定例報告
  - (1) 令和5年度前期高齢者納付金徴収額及び交付金交付額等の決定状況
  - (2) 令和5年2月審査分の審査状況
  - (3) 令和5年3月審査分の特別審査委員会審査状況
  - (4) 令和5年3月理事会議事録の公表

## プレスリリース発信状況

- 4月3日 公益代表役員等の公募を開始  
令和5年1月診療分の対前年同月伸び率で確定件数は12.9%増加、確定金額は7.9%増加  
「令和5事業年度社会保険診療報酬支払基金事業計画」、「審査支払会計収入支出予算」及び「保健医療情報会計収入支出予算」並びに「令和5事業年度財政調整等特別会計予算、事業計画及び資金計画」について、厚生労働大臣の認可
- 4月25日 4月定例記者会見を開催
- 4月27日 令和5年度診療報酬の審査支払に関する保険者との契約を締結
- 4月28日 コンピュータチェックに関する公開の更新

## オンライン資格確認システムの導入状況

(2023/4/23時点)

### 1. 顔認証付きカードリーダー申込数

211,556施設(92.1%) / 229,599施設

※義務化対象施設に対する割合： 99.0%

	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	98.7%	98.9%
医科診療所	91.6%	98.5%
歯科診療所	88.7%	99.9%
薬局	96.0%	98.8%

参考：全施設数

病院	8,179
医科診療所	89,679
歯科診療所	70,237
薬局	61,504

### 2. 準備完了施設数（カードリーダー申込数の内数）

175,283施設(76.3%) / 229,599施設

※義務化対象施設に対する割合： 82.1%

	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	87.7%	87.9%
医科診療所	71.1%	76.4%
歯科診療所	69.4%	78.3%
薬局	90.4%	93.1%

### 3. 運用開始施設数（準備完了施設数の内数）

161,242施設(70.2%) / 229,599施設

※義務化対象施設に対する割合： 75.5%

	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	83.1%	83.2%
医科診療所	63.3%	68.1%
歯科診療所	62.3%	70.3%
薬局	87.6%	90.1%

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（213,593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5年1月診療分）

出典：厚生労働省HPより