

は じ め に

社会保険診療報酬支払基金は、平成23年1月13日に「支払基金サービス向上計画（平成23～27年度）－より良いサービスをより安く－」を発表した。

内容は、医療機関に対して電子化を進め、電子媒体でのレセプト提出を求めた内容となっているが、社会保険診療報酬支払基金による機械的なレセプトチェックシステムを導入し、従来、事務員がチェックしていたレセプト点検の一部を機械的に点検処理させて効率化を図る狙いがあった。

その結果として、取り組み前の平成23年度の査定が2,707,859,858点となり、平成27年度は3,666,765,427点と機械化による点検処理で、約9億点も増加している。その内訳として、単月レセプトの査定も増加し、別に、突合点検・縦覧点検の査定も増加している。

従来は、保険者から事務員・審査員の点検漏れの指摘を受けていたため、保険者独自の二次点検で点検漏れを発見していたが、機械的な点検が導入されたことから点検漏れも少なくなった。

医療機関にとっては、厄介な機械化査定であり、医事課員が一生懸命に点検してもやはり機械の方が勝ってしまう。対応するには医療機関も機械化による査定されない点検を進めることは重要であるが、弱小医療機関ではその資金が不足している。ある程度の資金がある医療機関しか対応できないのではないかと思う。

弱小保険者も機械化できずに困ってはいたが、去年、弱小保険者用に安い機械化によるレセプト点検システムが発売されている。医療機関用はまだ聞いたことがないが、社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険団体連合会・保険者が機械化点検に舵を切ったことは、ますます査定が増加する。全医療機関用の査定対策用システムの開

発を急いでほしいと願う。

機械化査定の防止は、レセプトの出来高部分に対する査定対策で、医師の協力で症状詳記を記載することが重要になります。また、医事課員も症状詳記を読み、レセプト項目と症状詳記の矛盾点をチェックすることも重要なことになります。

本書は、出来高部分算定による査定対策・返戻対策の一助になることを望んでいます。

なお、本書の出版に当たり、各方面の方々よりご指導ご鞭撻をいただき感謝いたします。特に、経営書院の皆さまには、多大のご協力をいただき、御礼申し上げます。

2017年 4 月

桜井 雅彦

第1章

査定の根拠・審査機関

症状
詳記

査定・
返戻

1 査定の根拠

査定とは、医療機関から審査機関（支払基金、国保連合会、保険者）にレセプトを提出し、審査機関の審査員が、以下の視点でレセプトを点検し、適切でないと判断された項目を減点する仕組みのことです。

- ① 傷病名からみて診療内容が適正か
- ② 傷病名からみて診療内容が著しく高額ではないか
- ③ 濃厚診療ではないか
- ④ 不正と思われる請求はないか
- ⑤ 傷病名から判断できない項目が症状詳記されているか
- ⑥ 記載漏れや記載不備等がないか
- ⑦ 症状詳記は正しく理解できるように記載されているか

審査機関による査定の流れは後述しますが、レセプトの査定は健康保険法で保険者が査定することになっている。過去に、保険者の運営に支障を来たため、現在は支払基金と国保連合会に事務手数料を支払い、一次審査機関（支払基金・国保連合会）に委託しています。

査定できる根拠は、健康保険法第76条第4項「保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、第70条第1項及び第72条第1項の厚生労働省令並びに前2項の定めに照らして、**審査の上、支払うものとする（いわゆる、査定の義務化）**」とあり、たとえ包括請求レセプトであっても無審査は禁止されています。レセプトの請求点数から医療費を支払う場合は、必ず適正であるかを審査し、妥当と判断されたとき、または査定後の点数に対して支払うことになっています。

二次審査側（保険者）は、一次審査側に事務手数料を支払う条件

の1つに、「事務手数料に見合った査定を依頼」している。そのため、医療機関から提出されたレセプトから査定がなくなることはありません。最も査定を狙いやすい、査定しやすい大病院をターゲットにしています。

二次審査機関では、審査を一次審査機関に委託したため、単独での査定はできません。そのため、一次審査機関に再審査請求をするという方法で異議申立てを行い、一次審査が適切でないと判断された項目のみが、一次審査機関の審査委員によって査定される仕組みになっています。

健康保険法（療養の給付に関する費用） 査定根拠の条文

- 第76条 保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払うものとし、保険医療機関又は保険薬局が療養の給付に関し保険者に請求することができる費用の額は、療養の給付に要する費用の額から、当該療養の給付に関し被保険者が当該保険医療機関又は保険薬局に対して支払わなければならない一部負担金に相当する額を控除した額とする。
- 2 前項の療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする。
- 3 保険者は、厚生労働大臣の認可を受けて、保険医療機関又は保険薬局との契約により、当該保険医療機関又は保険薬局において行われる療養の給付に関する第1項の療養の給付に要する費用の額につき、前項の規定により算定される額の範囲内において、別段の定めをすることができる。
- 4 保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、第70条第1項及び第72条第1項の厚生労働省令並びに前2項の定めに照らして審査の上、

支払うものとする。

- 5 保険者は、前項の規定による審査及び支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金法（昭和23年法律第129号）による社会保険診療報酬支払基金（第88条第11項において単に「基金」という。）又は国民健康保険法第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会（第88条第11項において「国保連合会」という。）に委託することができる。
- 6 前各項に定めるもののほか、保険医療機関又は保険薬局の療養の給付に関する費用の請求に関して必要な事項は、厚生労働省令で定める。

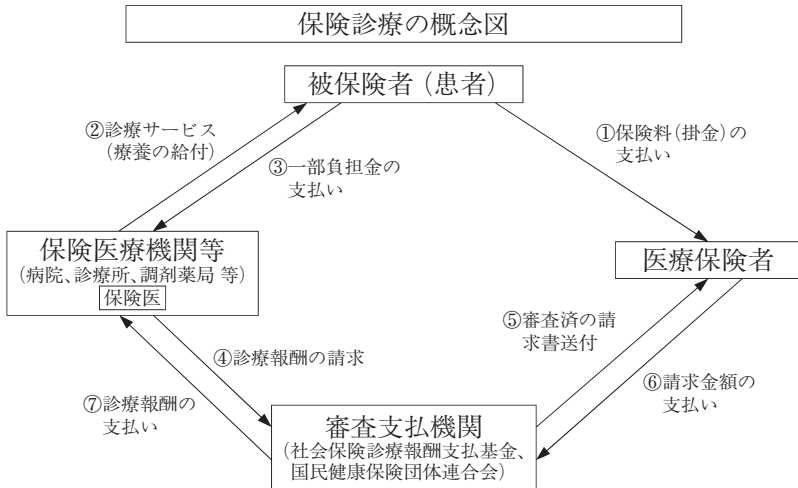
2

社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会（一次審査機関）

(1) 保険診療（審査）の仕組み

- ① 保険料（掛金）支払い
- ② 診療サービス（療養の給付）
- ③ 一部負担金支払い
- ④ 診療報酬の請求（レセプト）
- ⑤ 審査済のレセプト送付
- ⑥ 請求金額の支払い
- ⑦ 診療報酬の支払い

図は、被保険者（患者）の保険料の支払いから、医療機関に受診して、その治療内容が審査側にレセプト請求され、審査側によってレセプト審査および再審査請求がなされるまでのフローです。



診療報酬は、まず医科、歯科、調剤報酬に分類される。

具体的な診療報酬は、原則として実施した医療行為ごとに、それぞれの項目に対応した点数が加えられ、1点の単価を10円として計算される（いわゆる「出来高払い制」）。例えば、盲腸で入院した場合、初診料、入院日数に応じた入院料、盲腸の手術代、検査料、薬剤料と加算され、保険医療機関は、その合計額から患者の一部負担分を差し引いた額を審査支払機関から受け取ることになる。

厚生労働省 HP「我が国の医療保険制度について」より

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken01/index.html

(2) 社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会

① 一次審査機関の本部と支部

47都道府県には、社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会の支部が1ヵ所ずつ、別々に設置されていますが、都道府県の医療機関数によって、職員数は配分されています。ただし、40万点以上（心・脈管にかかる手術を含む診療にかかるものについては特定保険医療材料にかかる点数を除いた合計点数）の高額レセプトだけを審査する特別審査委員会は、支払基金本部・国保中央会に1ヵ所ずつ、それぞれ設置されています。

医療機関から提出するレセプトは、「紙レセプト・電子媒体等」は、診療翌月の10日までに審査機関に提出、「オンラインレセプト電算処理システム参加医療機関は、診療翌月の12日までに審査