第１章

査定の根拠・審査機関

1　査定の根拠

査定とは、医療機関から審査機関「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」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ますが、過去に保険者の運営に支障を来たしたため、現在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に事務手数料を支払い、一次審査機関（社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険団体連合会）として委託しています。

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、第七十条第一項及び第七十二条第一項の厚生労働省令並びに前二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」しています。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、一次審査側で審査を行い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

第七十六条　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一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、第七十条第一項及び第七十二条第一項の厚生労働省令並びに前二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（昭和二十三年法律第百二十九号）による社会保険診療報酬支払基金（以下「基金」という。）又は国民健康保険法第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会（以下「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）

⑴　保険診療（審査）の仕組み

①　保険料（掛金）支払い

②　一部負担金の支払い

診療サービス（療養の給付）

③　診療報酬の請求

④　審査済みの請求書の送付

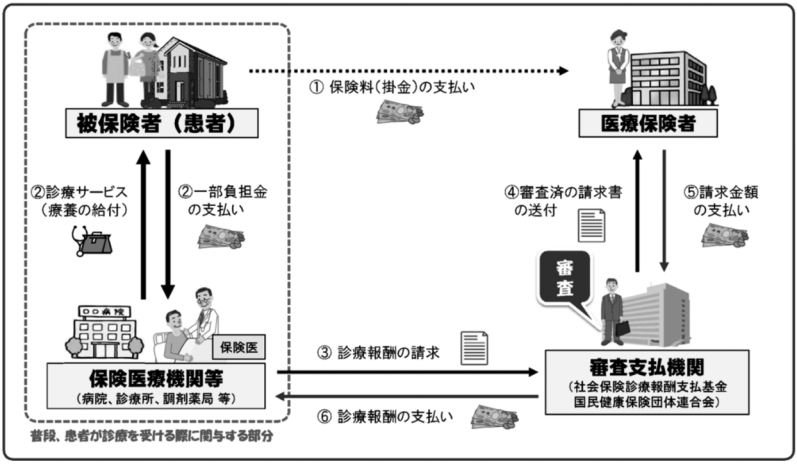
⑤　請求金額の支払い

⑥　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。

保険診療の流れ

保険診療における全体の流れについては、以下のフローチャートのとおり。



厚生労働省 HP「我が国の医療保険について」より
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/iryouhoken01/index.html

⑵　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、38万点以上（心・脈管に係る手術を含む診療分については、特定保険医療材料に係る点数を除いた点数・70万点）の超高額レセプト等だけを審査する特別審査委員会は、社会保険診療報酬支払基金本部・国民健康保険中央会に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

機関にオンラインで提出」することになっています。この中から、支部では高額レセプトだけを抜き取り、社会保険診療報酬支払基金本部・国民健康保険中央会にレセプトを送付しますが、医療機関への支払いは、他のレセプト同様に、翌翌月の23日に、審査機関から医療機関に医療費が支払われます。

② 審査員の構成

以前、保険者の審査・運営に問題が起き、医療機関への支払いが滞った経緯から、一次審査側のレセプト審査期間も厳正に対応され、審査員も必要な人員が配置され、医療機関に対して適正な保険診療（公平性・信頼性）を確保することと、公的医療保険制度の機能を遵守することが重要になっています。

医療機関から提出されたレセプトを、現行の健康保険法で定められた「点数表の解釈」と「薬価基準」および「保険医療機関及び保険医療養担当規則」を基準に、また、診療行為が公的医療保険制度の趣旨に合致し、その定める保険診療ルールに適合しているかなどを点検し、適正な実施・運営を担保する上で、審査員も三者構成で成り立っています。

- 診療担当者を代表とする者
- 保険者を代表する者
- 学識経験者

これらの審査員が、審査委員会においてレセプトに対し、請求内容に専門的な職能を持つ他の医師、歯科医師などによって、その適正性を点検する形式で行われています。

審査の決定は合議制で、審査の結果、診療内容が適切ではないと判断されるものについては査定し、また、診療行為の適否が判断しがたいものについては、医療機関に返戻して再提出を求めるほか、必要に応じて診療担当者との面接懇談や来所懇談を行うな

ど、適正な審査に努めています。

さらに審査の強化のために、審査事務員は、審査員の点検前に疑義のあるレセプトに患者名、傷病名、保険者番号などの請求に必要な記載事項や投薬、注射、手術などの請求点数に誤りなどがないか、マーカーや付箋を付けています。

③　審査員の審査期間など

審査員は、おおよそ毎月10日前後から20日以内に、時間の空いているときに審査側に出向いてレセプトを点検しますが、１枚数秒以内、一般レセプトの高額点数には数十秒～数分くらいの時間をかけているようです。

医療機関から委託された審査員（医師）は、短期間で相当量のレセプトを審査しなければならないため、医療機関での業務に支障を来すことがあり、専ら業務終了後に審査側に出向くことが多いようです。それでも医療機関側にとっては、審査員を派遣することは、院内の査定対策にとって有意義（医療機関の保険委員長などの立場に据えるなど）ですから、審査員の任期期間が過ぎても、同じ医療機関から次の審査員を派遣させることが多いのです。

④　審査側では

ア　電子レセプト

「レセプト電算処理システムチェック機能」で、患者名、傷病名、保険者番号など、請求に必要な記載事項や投薬、注射、手術などの請求点数に誤りがないかを自動的に行うとともに、診療内容が、国が定めた保険診療ルールに適合していない項目や、傷病名と医薬品の関連性のチェックを行い、疑義のあるものにはマーキング、もしくは電子付箋を貼付（システムでチェックされた結果をパソコン画面上に表示させる）します。システムチェックができない事項は、データの抽出機能などを利用

し、診療内容に疑問のあるレセプトに当該疑問事項を入力する等の審査事務を行います。

- 紙レセプトは、目視点検により同様な審査事務を行います。
- 審査員は、事務点検後のマーキング・電子付箋の貼付を参考にレセプト点検を行います。

その結果、

☞毎月の事務点検および審査事務の結果は記録され、翌月以降の参考として活用できるため、効率的な事務点検等が行える体制になっています。

☞「レセプト電算処理システムチェック機能」の導入によって、審査事務員・医師審査員の目視から外れた、「自動査定」が多くなっています。

医療機関は、
これまでの請求で査定されていないのに、急に査定になり、査定が細かくなったと思ったら、「自動査定」の対象になったと判断し、請求方法を見直す必要があります。

イ　審査

事務点検後の電子レセプトは、審査委員会のパソコン上にレセプトが表示され、審査委員会は、レセプト電算システムの抽出機能等を利用し、レセプトに記載されている診療内容について、療養担当規則や診療報酬点数表等の、国が定めた保険診療ルールに則って行われているかどうかを審査します。

- 適応外、過剰、重複、不適当または不必要について査定します。
- 診療内容が適切でないと判断されるものについては査定し

ます。

- 診療行為の適否が判断しがたいもの、整備されていないものについては、医療機関に返戻して再提出を求めます。
- 必要に応じ、診療担当者との面接懇談や来所訂正を行うなど、適正な審査に努めます。

審査委員会の審査員は、都道府県のレセプト取り扱い件数や診療科によっても異なりますが、約60～80人でレセプト点検をしています。

しかし、現在の複雑な点数算定の内容を医師が把握しているとは考えられないため、審査事務員による事前の補助的な事務上の点検によるところが多いようです。

点検方法は、審査員の専門性などの知識によって異なりますが、主に病名、診療開始日、実日数、合計点数を見て、その中で合計点数が著しく高いレセプト、スクリーニング的に検査が行われており、病名から判断しても検査項目数が多い、検査回数が多い（特に、実日数より多い）などについて、重点的に審査が行われています。特に、検査回数の査定は審査員の医師の裁量権が加わるため、査定後、医療機関が再審査請求をする時に、非常に厄介な問題となります。

なお、審査の前提となる参考書が存在すると思われますが、基本的には「点数表の解釈」「日本医薬品集」「保険医療機関及び保険医療養担当規則」が基本です。また、審査会ごとに行われている審査基準に関係する報告会などもありますが、書面による報告となり、審査員は半年から数年で入れ替わるため、その書面が引き継がれていないようです。そのため、審査側が個人で持つ参考書と、一部の審査会では市販されている保険請求に関する検査の本・材料の本なども、参考として使われていま

す。医療機関も同じような参考書を取りそろえ、利用することが望ましいでしょう。

しかし、最も厄介なのは、点数表の解釈に対する判断基準が医療機関によってまちまちであることです。当然ながら審査側の見解も都道府県によって解釈が異なることも多く、特に、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解釈そのものが違うこともあります。その中で対応しなくてはならないため、医事課は苦労していることと思います。

【審査側の医療機関のランク付け】

過去の査定状況・診療内容に応じて、「A＝最重点審査」「B＝重点審査」「C＝標準審査」とランク分けされています。その他にブラックリストとして都道府県別に、医療機関ごとの年間査定の高い順でリスト（過去の誤請求なども対象になる）を作成しています。そのリストから、自院は何番目に該当するのか、知っておく必要もあるでしょう。

「A＝最重点審査」に位置した医療機関の入院レセプトは、審査員のターゲットとなり、何としてでも査定（理解できない査定も含む）しようとする姿勢があります。とりわけ、「A＝最重点審査」になる医療機関の多くに、病名の羅列（病名整理していない）が見られること、同一診療科でありながら、外来と入院レセプトの病名と診療開始日が違うことで、理解に苦しむ審査員もいます。医療機関は病名整理をして、必ず主病名を決めて、その主病名から診療内容が判断できないときは、必要な限り、適切な症状詳記を記載することが必要になります。

「A＝最重点審査」「B＝重点審査」と思われる医療機関