

月刊基金

9

September 2021



特集 ▶▶▶ 審査支払新システム AI導入

トピックス ▶▶▶ 審査事務集約に向けて 在宅勤務の試行的実施

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



リンドウ（長野県）

秋の山野草の代表とも言われるリンドウ。秋の訪れとともに深い青色や紫色の花を咲かせ、山野丘陵を彩ります。長野県はリンドウの産地として知られ、切り花用として改良された品種のリンドウが全国各地に出荷されています。

CONTENTS

2

特集

審査支払新システム AI導入

11

支払基金改革 **ただ今奮闘中**

レセプトの多様性や審査の難しさを形に

13

トピックス

審査事務集約に向けて

在宅勤務の試行的実施

16

審査委員長に伺いました。

ビッグデータの活用

データヘルスの取組みに期待

兵庫県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長 齊藤 清治

18

被保険者証等に記載された「枝番」の記録について

20

よくわかる情報セキュリティ 連載6回

古いWi-Fiルータ ～アップデートの重要性～

社会保険診療報酬支払基金 情報セキュリティ責任者
日本ハッカー協会代表理事

杉浦 隆幸

22

よくわかる帳票の見方 連載3回

24

公費負担医療制度のしくみ 連載9回

難病患者への医療支援

26

医療保険等の動き マンスリーノート

28

インフォメーション

支払基金の人事異動

審査支払新システム AI導入

審査支払新システムでは、2種類のAIを活用したレセプトの振分を行います。今月号では、この新たに実装したAIについてご紹介します。

AIを活用した レセプト振分機能の 導入

導入の背景

支払基金では「支払基金サービス向上計画」（平成23年1月13日）において、「審査の差異に関する分析評価」及び「審査におけるPDC Aサイクルの確立」として、レ

セプト審査結果データの蓄積と分析評価を行ってきました。これにより得た分析手法の知見は、後に規制改革会議・第2回医療・介護・保育ワーキング・グループ（平成28年10月24日）提出資料「今日における審査支払業務のあるべき姿と社会保険診療報酬支払基金改革について」において、審査支払専門機関からの提言として、「徹底的なコンピュータチェック、統計的手法を活用したチェック、更にAIを活用したチェックを行

う。」ことにより、目視による判断を要するものを分類し、「職員や審査委員による目視に委ねる部分を極力少なくする。」ことを提案するためのインフラとなりました。続く、「支払基金業務効率化・高度化計画」（平成29年7月4日）において、「ICTやAI等を活用することによりシステム刷新後2年以内にはレセプト全体の9割程度をコンピュータチェックで完結することを目指す。」とし、「審査事務集約化計画工程表」（令和2年

3月31日）では、「AIにより、人による審査を必要とするレセプトと必要としないレセプトへの振分機能を実装し、その精緻化を図り、新システム稼働後2年以内にはレセプト全体の9割程度をコンピュータチェックで完結することを目指す。」としています。更に「規制改革実施計画」（令和2年7月17日閣議決定）では「新システムにおけるAIを活用したレセプト振分機能については、フィードバック機能を組み込み、定期的な

新たなレセプトの審査結果を学習させて機能の改善を図るとともに、具体的な機能の詳細と学習メカニズムを明らかにする。」とされました。

導入のねらい

レセプト審査とは、保険医療機関等における個々の診療行為が、保険診療ルール（療養担当規則、診療報酬点数表、関連通知等）に適合しているかどうかを確認する行為です。

レセプト審査のポイントとして、診療が適切に行われたにもかかわらず誤って査定・返戻することは、患者の医療を受ける権利を阻害しかねないことから、査定・返戻は慎重に行う必要があり、査定・返戻の可能性が高いレセプトは人が見る必要があることが挙げられます。

また、審査結果理由の説明責任を果たすことも重要です。

その前提の上で、AIを活用する目的は、審査の効率化と高度化です。これを実現するためには、

人が見るレセプト（以下、「目視対象レセプト」）を極力少なくする一方で、審査の質を保つためには人が見ないレセプト（以下、「目視対象外レセプト」）に査定・返戻すべきレセプトが極力混入しないようにする必要があります。そのため、AIとコンピュータチェック（以下、「CC」）を組み合わせ、審査の効率化・高度化と質の確保を図ることとしました。

このことにより、審査委員や職員が直接見なければならぬレセプトなかどうか仕分けをし、医学的判断や専門的な判断が必要なレセプトに人的資源を投入することができま

す。

AIの役割は、審査することではなく、「人が目視で確認すべきレセプト」と「CCで完結させるレセプト」に振り分けることです。

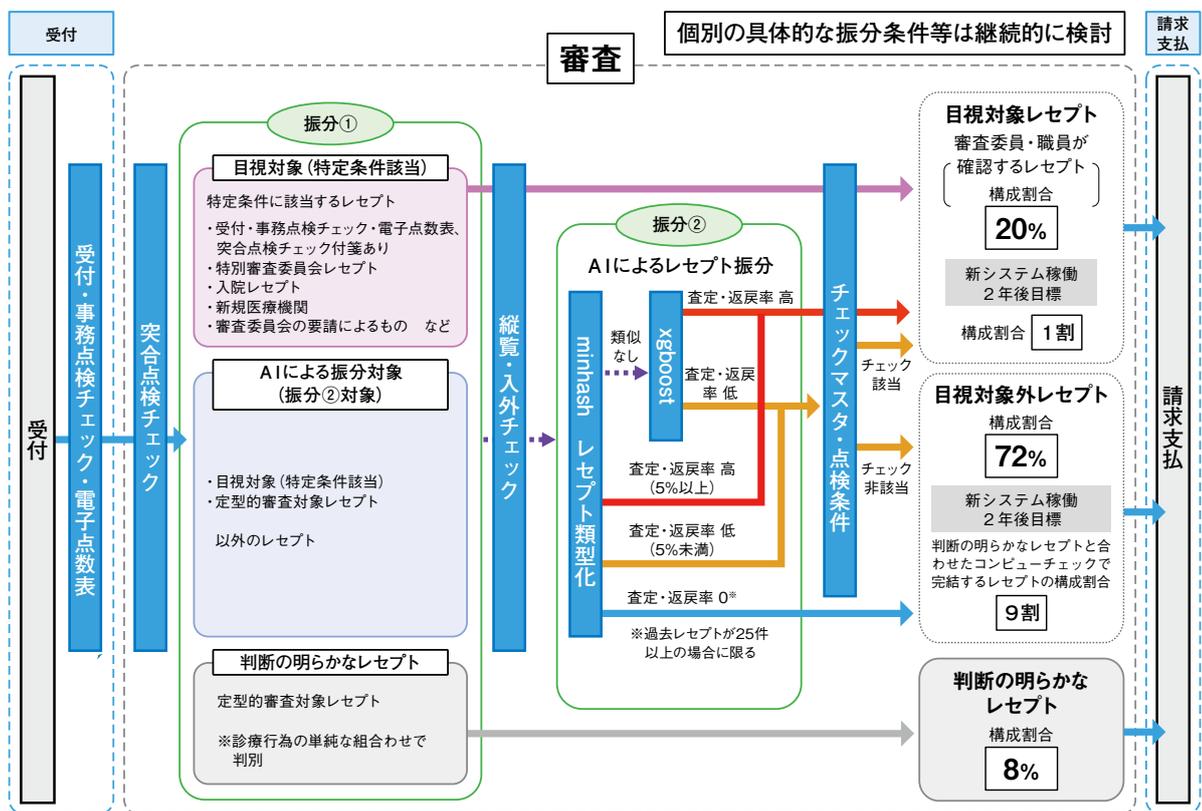
AIを活用したレセプト振分機能のしくみ

レセプト振分機能の特徴は、AIとCCを組み合わせたと

2種類のAIを組み合わせ目視対象レセプトとするか否かを判断し

ているところにあります。

図表1 ● AIを活用したレセプト振分機能の全体像



全体像

(図表1)

AIとCCを組み合わせたレセプトの振分は2段階で行います。第1段階を振分①、第2段階を振分②と呼びます。

支払基金で受け付けたレセプトは、まず受付・事務点検チェック、電子点数表チェックというCCをかけます。次いで突合点検チェックという医科レセプトと院外処方箋の調剤レセプトを合わせて適応等のチェックをかけます。この2つのCCをかけた後に、最初の振分①という手順になります。

振分①により、「目視対象レセプト」「AIによる振分対象とするレセプト」「判断の明らかなレセプト」として審査が終了するレセプトの3つに分類します。

まず振分①の段階で「目視対象レセプト」とするのは、特定条件に該当するもの、具体的には前述のCCによりチェック付箋が貼付されたレセプト、特別審査委員会の審査対象レセプト(厚生労働省令により、特別審査委員会で審査

することとされている、例えば医科38万点以上のレセプト)、入院レセプト全件、新規医療機関や審査委員会からの要請によるレセプトなどです。これらのレセプトは、後続の縦覧・入外チェック、チェックマスタを利用したCCなどの対象となりますが、当該チェックの結果によらず目視対象レセプトに振り分けず。

次に、「判断の明らかなレセプト」は、医学的判断を必要としない基本診療料等の組合せからなるレセプトのことです。例えば、再診料と処方箋料だけで構成されるレセプトで、受付・事務点検チェック、電子点数表チェック及び突合点検チェックにおいてチェック付箋が貼付されなかった時点で審査を終了します。

振分①で、「目視対象レセプト」「判断の明らかなレセプト」の対象とならなかったレセプトについては、「AIによる振分対象レセプト」として振分②に進みます。

振分②では、minhashとxgboostという2種類のAIを組み合わせて、目視対象レセプトとするか、目視対象外レセプトとするかを振

り分けず。いずれもAIの振分結果により査定・返戻率が高いと判定されたものは、後続のチェックマスタを利用したCCや点検条件によるチェック付箋の有無にかかわらず目視対象レセプトに振り分けず。また、査定・返戻率が低いと判定されたものは、チェックマスタを利用したCCや点検条件によるチェック付箋が貼付されれば目視対象に、貼付されなければ目視対象外に振り分けず。

これらの結果、振分①で目視対象とされたレセプトと、振分②(AIによるレセプト振分)で目視対象とされたレセプトが審査委員及び職員が確認する目視対象レセプトとなり、それ以外のレセプトは原則人の目を経ずに審査は終了となります。

「コンピュータチェックで完結するレセプト」とは、人の目を経ずに審査が終了する目視対象外レセプトと判断の明らかなレセプトを合わせたレセプトのことを言います。

minhashによる振分のしくみ

minhashは、レセプトを類型化し、過去の類似レセプトグループの査定・返戻率を用いて分類するしくみです。これは、高速分類を得意とするminhashの特徴を活かしたものです。

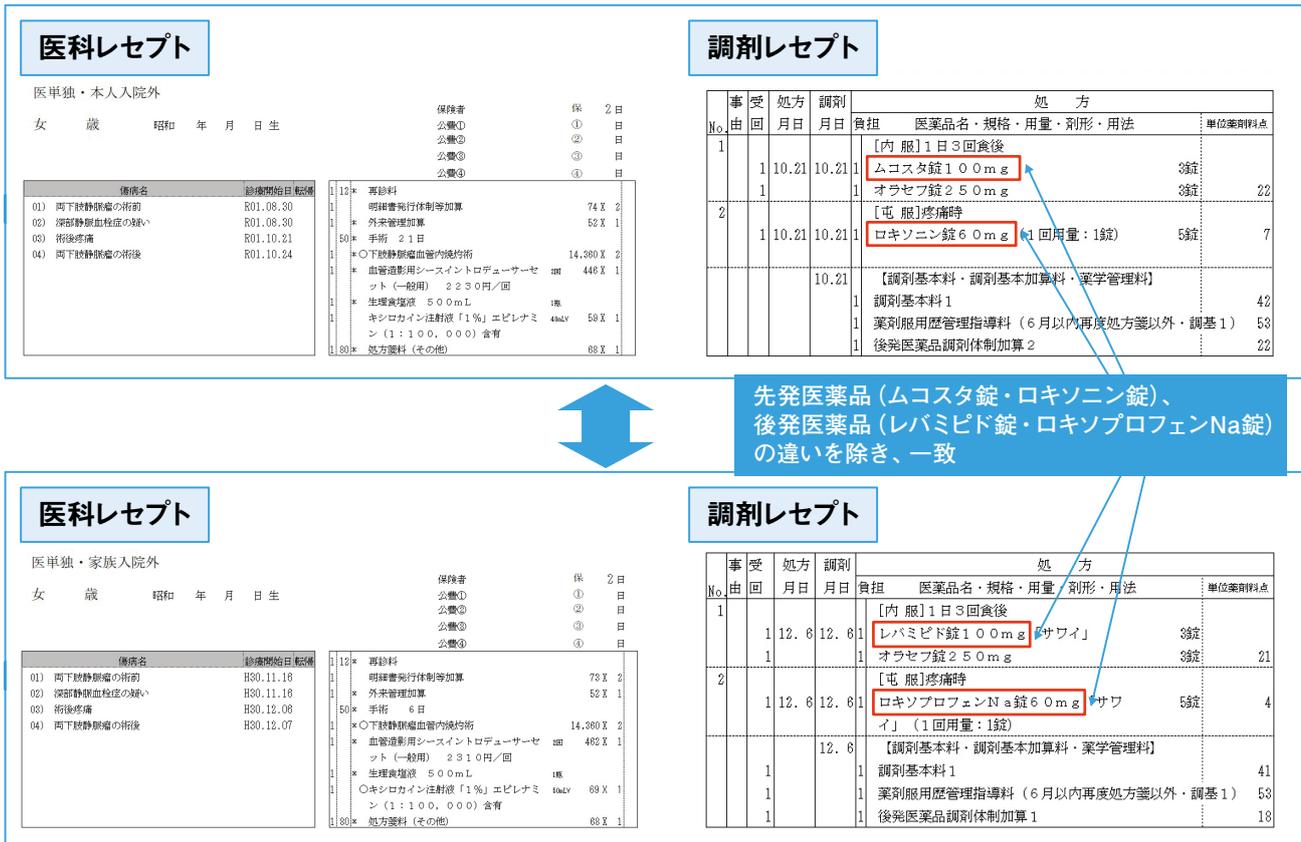
まず、過去1年分のレセプトを類型化し、類似レセプトグループを作成する事前処理を行います。過去のレセプトの査定や返戻の判定は原審査だけでなく、再審査の審査結果も含めて行っており、これは、もう一つのAIであるxgboostでも同様です。

このレセプトの類型化とは、レセプトに記録されている全ての傷病名、診療行為、医薬品、特定器材が完全に一致しているレセプトを類似レセプトとしてグループ化することです。その際、傷病名についてはICDコードを用い、医薬品については商品名ではなく規格が異なるものを除き一般名を用いて類型化します。

具体例(図表2)を挙げると、上段のレセプトと下段のレセプト

図表2 ●類似レセプトグループの事例

※傷病名はICDコードにより類型化、医薬品は一般名で類型化することで、先発・後発医薬品を同一視

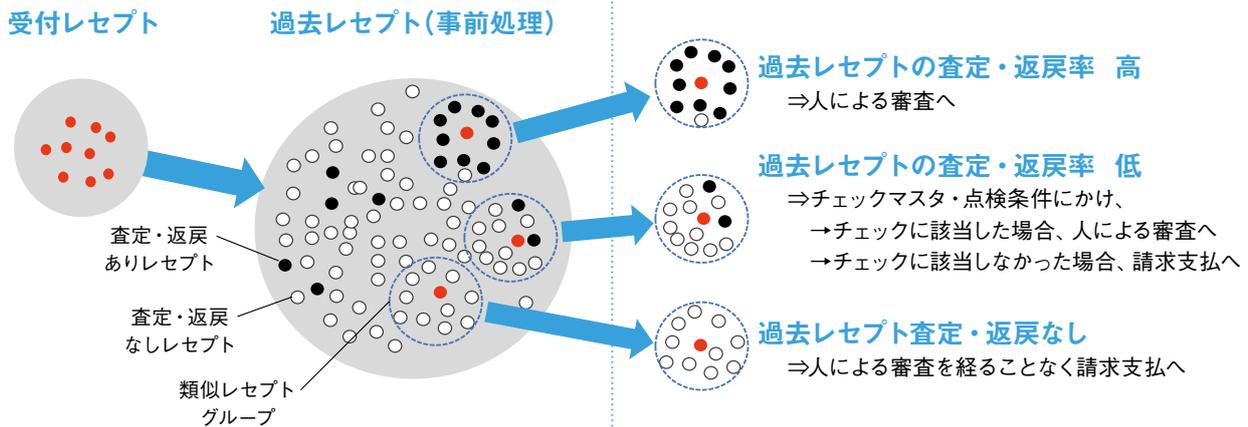


図表3 ●minhashによる振分のしくみ

◆レセプト類型化、査定・返戻率判定の方法

①類似レセプトグループ作成

②グループ毎 査定・返戻率判定



類似レセプトグループ作成

受付レセプトを1件ずつ過去レセプトのグループと突き合わせ、受付レセプトの内容(傷病名、診療行為、医薬品など)と同一の過去レセプトのグループを決定

査定率判定

グループ毎に、過去レセプトにおける審査結果を基に査定・返戻率を算出し、その率に応じ、過去レセプトにおける査定率が高いもの、低いもの、過去に査定がなかったものに分類

はいずれも全く同じ傷病名が4つ記録されており、診療行為等も加算をはじめ全く同じものが算定されています。この例では院外処方なので調剤レセプトがありますが、処方されている医薬品は、「ムコスタ錠」と「レバミピド錠」、「ロキソニン錠」と「ロキソプロフェンNa錠」という先発と後発の違いを除けば同じ成分で同じ規格の医薬品となっています。このように全ての傷病名、診療行為、医薬品、特定器材が完全に一致したレセプトを類似レセプトと呼びます。

振分②の対象となったレセプトは、事前処理で類型化された過去レセプトのグループと1件ずつ突き合わせ、同一の過去レセプトグループを決定します。過去レセプトは既に審査決定がされているため、その審査結果を用いて査定・返戻率の高低を分類します。(図表3)

しかしながら、レセプトは多種多様であり、類型化では100%完全一致を条件としていることから、類似レセプトグループが存在するのは半分弱になります。そこで、類似レセプトが存在しない

レセプトについては、別のAI(xgboost)を組み合わせて振り分けます。

xgboostによる振分のしくみ

過去レセプトに類似レセプトグループが存在しないと、minhashによる過去の審査結果を利用するレセプト分類はできません。これらの類似レセプトグループが存在しないレセプトについては、xgboostを利用して、あらかじめ作成した機械学習モデルから査定・返戻確率を算出し、その高低に応じて振り分けられます。

このモデルは、過去1年間のレセプトに記録されている傷病名、診療行為、医薬品、特定器材、請求点数などのレセプト情報とその審査結果を学習データとして、決定木分析を行います。決定木分析とは、木構造を用いて、条件の分岐を学習するものです。

xgboostのしくみは、その決定木の誤りを修正しながら再学習して決定木を再作成し、それら複数の決定木全てを用いて個々のレセプト

図表4 ● xgboostによる振分のしくみ

◆ 分類モデル作成の方法

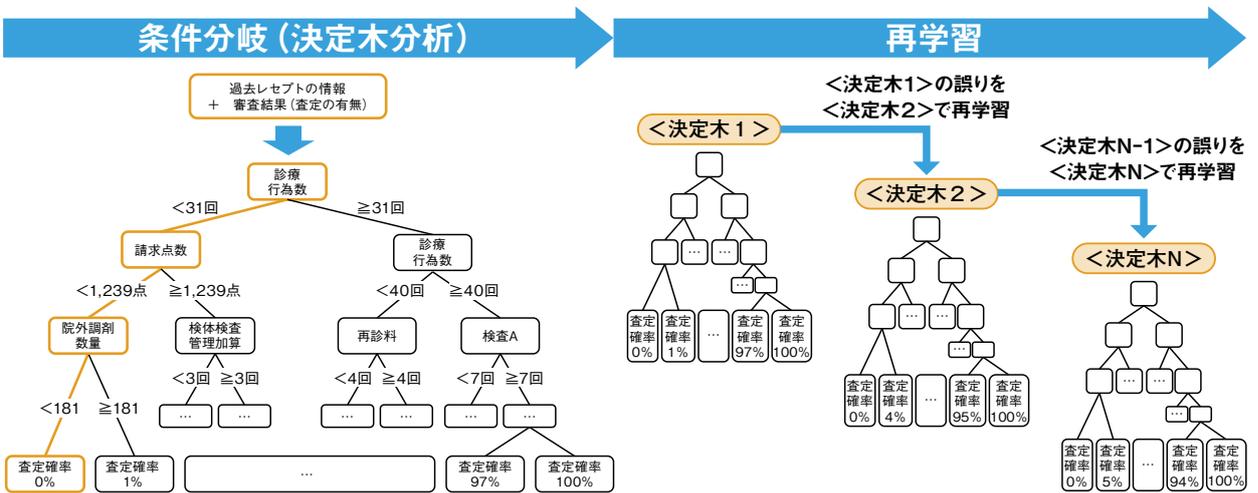
● 条件分岐 (決定木分析)

過去レセプトの情報(傷病名、診療行為、医薬品など)と審査結果(査定・返戻の有無)を木構造を用いて査定・返戻となる条件の分岐を学習

● 再学習

決定木における誤り(査定・返戻となる条件)を修正しながら再学習し複数の決定木を作成

◆ 分類モデル作成イメージ



トの予測査定・返戻確率を算定するものです。

振分②の対象となったレセプトで、minhashで類型化された過去レセプトグループが存在しないレセプトは、xgboostにより算定された個々のレセプトの予測査定・返戻確率を用いて振り分けれます。まず、予測査定・返戻確率が高いものは、後続のチェックマスタを利用したCCや点検条件によるチェック付箋の有無にかかわらず目視対象レセプトに振り分けれます。次に、その確率が低いものは後続のチェックマスタを利用したCCや点検条件によるチェック付箋が貼付されれば目視対象レセプトに、貼付されなければ目視対象外レセプトに振り分けれます。(図表4)

精度検証

モデルの更新頻度

振分②におけるminhashとxgboostのモデルについては、その作成の基礎となる学習データを定

期的に更新する必要があるため、その更新頻度について精度検証を行いました。

minhashについては、類似レセプトが存在することが重要となります。類似レセプトが存在する割合を類型化率と呼びますが、データが新しいほど類型化率が高く、データが古くなるほど類型化率は徐々に低下します。

一方、xgboostについては、同様に期間が経過するにつれ精度は低下するものの、3か月程度であればその低下幅は極めて小さいことが分かりました。

これらの精度検証を行い、費用対効果も踏まえモデルの更新頻度は3か月に1回とし、3か月毎に学習データを更新して、再作成した新しいモデルにより振分を実施することとしました。

学習データ等

minhashは、過去データを限定しない方が類型化率が高くなることは明白ですが、一方xgboostの精度は、学習データや木の深さ、

再学習の回数等に依存するため、精度検証を行いました。

まず、診療報酬改定前後の学習データについては、例えば改定後3か月経過した段階で、改定後の3か月だけのデータを学習データとした場合と、改定前9か月を含む1年分を学習データとした場合を比較したところ、改定前のデータが混在しても1年分のデータを学習データとした方がその精度が高いことが分かりました。

次に、学習データについて、全てのデータとした場合、ベテランの審査委員が審査したレセプトに限定した場合、審査事務に精通した職員が審査事務を行ったレセプトに限定した場合を比較したところ、全てのデータを学習データとした場合が最も精度が高い結果となりました。そのため、モデル作成に当たっては、過去1年間の全データを用いることとしました。

なお、xgboostには設定が必要なパラメータが複数あり、精度に大きく影響するのは木の深さ(分岐の回数)と木の回数(学習の回数)であることから、これらについても精度検証を実施しました。

今後の課題

しかし、過学習という言葉があるように、学習させすぎても精度が良くなるとは限らず、そのコストも増大します。精度検証の結果、費用対効果の観点から、木の深さは12、木の回数は500と決定しました。

「審査事務集約化計画工程表」において、目視対象レセプト割合は振分開始当初は2割ですが、1年後には15%、2年後には1割を用途に低減させていくこととされています。

今後、目視対象レセプト割合を低減させるに当たり、より一層の審査結果の不合理な差異の解消による学習データの正確性の確保、必要なCCの設定、CCの精緻化、AIによる振分対象レセプトの拡大などが必要となります。

INTERVIEW

審査支払新システムに実装されるAIの開発に携わった真鍋執行役に2つのAIのことや、今後の課題などについて話を聞きました。



真鍋執行役

AIの導入に当たってのコンセプトについて教えてください

AIを導入するに当たっての基本スタンスとしては、まず、査定や返戻は慎重に行うべきものという考えがありました。

実際に医療現場で行った診療行為でも、レセプト審査では、保険診療ルールに則ると請求できない事例については査定・返戻することになります。この査定・返戻というのは、ある意味、強権的な行為です。したがって、審査、特に査定・返戻は慎重に行う必要があります。

次に、審査結果の説明責任を果たすことが重要であるということです。

これは、現在、支払基金が力を

入れておくことでもありますが、外部に対して審査結果理由等を中心に説明し、説明責任を果たすことでレセプトの適正化に繋がられるような取組を行っているところです。この審査結果理由をきちんと説明するためには、審査そのものは人が行う必要があります。

「慎重な査定・返戻」と「説明責任」という2つの基本スタンスから、色々と検討を重ねた結果、AIを審査そのものに使うのではなく、人が見るべきレセプトと見なくても済むレセプトを振り分けることに使うこととなりました。これは、コンピュータが得意とする分野です。

2種類のAIを導入していますが、まずは「minhash」を選んだ理由について教えてください

AIを活用したレセプト振分を考えたときに、最初に思い浮かんだのがminhashでした。このAIは簡単に言うと、高速で分類することに長けたAIです。

minhashを過去1年分のレセプトの中から同じレセプトグループを見つけることを目的に使いますが、年間約11億枚あるレセプトの

中から同じレセプトグループを探すにはminhashの高速分類機能はとても優秀なエンジンであると言えます。ここでいう「同じレセプトグループ」とは、傷病名も、診療行為も、医薬品なども全く同一である、完全一致のレセプトを指します。

「minhash」の振分機能で完全一致としたのはなぜですか

実際のレセプトは内容が複雑で、請求項目も多岐にわたりますので、過去1年分のレセプトを用いて分類しても完全一致するレセプトの割合は全体の半分弱です。逆に言

うと半分以上のレセプトは一枚一枚その内容が異なります。一致度を下げることで分類できるレセプトは増えていき、一致度を70%程度に設定すると、かなり

のレセプトをカバーできます。しかしながら、一致度を70%にする
と、残りの30%の不一致の部分に
査定・返戻となる診療行為等がま
ぎれこむ可能性があり、見落とし
が発生してしまうかもしれません。
そこで【100%一致、完全一致
で行くこと】を決めました。
完全一致したレセプトグループ
の過去の審査結果から、このレセ

もう一つのAIとして「xgboost」を
理由について教えてください。

もう一つのAIとしてxgboostを
選んだ理由としては、「審査におけ
るAIの活用に係る調査・研究」
を行った際に、企画競争入札に参
加した多くの企業がxgboostをプ
レゼンテーションしたこと、そ
の後の調査研究で振分に十分活用
できると判断したことが挙げられ
ます。

xgboostとは、分岐をどんどん
作っていった、査定・返戻確率を
出すAIとなります。

傷病名や診療行為、請求点数な
どのレセプト情報と審査結果を学
習データとして用い、条件の分岐

プトは「類似レセプトが何万件も
あるけど査定も返戻もされていな
い」とか「類似レセプトのうち多
くが査定・返戻となっている」と
いった査定・返戻確率を算出し、
査定・返戻の可能性が高いものは
人が確認するレセプトに、低いも
のは確認しないレセプトに振り分
けます。

を学習し、誤りがあれば修正しな
がら再学習します。

検証では、AUC (Area Under
the Curve) という指標を使い精
度を確認しました。AUCの評価に
おいては、1.0に近ければ近いほ
ど良く、0.8というスコアが出れ
ばかなり精度が高いと言われてい
る中で、0.9近くのスコアが出
ました。0.9近くのスコアが出
たことは、レセプトの振分機能に
用いるAIにおいてminhashとの
組み合わせにxgboostを選択する
ことへの自信に繋がりました。

「xgboost」における再学習の考え方、
過学習と精度検証について教えてください。

今回基金で採用した木の深さは
12です。これは最大2の12乗の
4096の「分岐」ができること
となります。また、木の本数、す
なわち学習回数は500としまし
た。再学習については、1000
まで行ったケースもあったので
が、500より精度が悪く、過学

CCの今後の役割について教えてください。

CCのこれからの役割として二
つあると考えています。
一つは、目視対象に振り分ける
機能です。前述のとおり今回の振
分はAIとCCを組み合わせて行
うものですから振分の一機能にな
ります。
もう一つは審査の着眼点として

習となりました。

xgboostの精度は、学習データ
や木の深さ、木の本数等に依存す
ることから、他にも様々な角度か
ら精度検証を行い、費用対効果も
踏まえ、木の深さ12と木の本数
500が最適であると決定しまし
た。

のメーカー機能です。

例えば、入院レセプトやAIで
査定・返戻確率が高いレセプトは
強制的に目視対象レセプトになり
ますが、その場合にもどこが審査
の着眼点なのかを示す、メーカー
機能の役割があります。

AIの精度向上について

AIの精度向上という点では、
二つ大切なことがあります。

一つは審査結果の統一で、もう一

つは必要なCCの設定とCCの精
緻化です。

まず、審査結果の統一について

ですが、レセプトとその審査結果を学習データとして用いるので、同じ内容のレセプトにもかかわらず、審査結果が査定・返戻と請求どおりに分かれている学習データでは、AIの精度が低くなってしまいません。そのため、同じレセプトだったら同じ審査結果になるよう審査の不合理な差異は無くしていかなくてはなりません。

精度検証において、xgboostの精度は相当高い結果となっております、全体としては審査結果が収斂していると考えられます。より一層精度を向上させるためには、更なる審査結果の差異の解消が必要であり、診療科別ワーキングの取組や審査の差異の可視化レポートインテグを行い、そこで可視化された差異は解消する取組を行うことで対応します。

次にCCについては、チェック付箋が貼付されたものは目視対象レセプトになることから、目視が必要なレセプトは目視対象に振り分

けられるよう統一的なCC設定の取組をより強化する一方、査定・返戻割合が極めて低いCCは、廃止あるいは条件を精緻化する必要があります。それは、目視対象レセプトを限定しなければいけない以上、効果の低いCCにより目視対象となるレセプトのために、本来目視対象とすべきレセプトを目視対象外とせざるを得なくなることを避けるためです。これらについては、現在も取り組んでいるところですが、引き続きその取組を強化していきます。

以上のように、AI単独で精度向上を考えるのではなく、審査結果の差異の可視化を行い、不合理な差異を解消していくことにより学習データの正確性を確保することや、統一的なCCの設定やCCの精緻化などの取組を併せて行っていくことが大切です。要は、全体がセットで上手く機能し、より精度が向上していくものです。

AIのこれからについて

AIを活用した振分については、将来的にはその対象や学習データの拡大も検討課題です。

今年9月の実装では振分対象に入院レセプトは含めていませんが、近い将来、入院レセプトについても、医学的な判断を要さないようなものはAIで目視対象外に振り分けることができるのではと考えています。

また、xgboostの学習データは数値でなければ活用できないため、文章によるコメントや症状詳細を数値化してその内容を学習させることも将来的な課題と考えています。これはすぐに実現できることではありませんが、まずはその技術的可能性を検討していくことを考えています。

最後にAI自体が、まだまだ発展途上のものであり、これからどんどん良くなっていくと考えられます。AIの進化に対し、いかに柔軟に対応していくかということも大きな課題だと思っています。

審査支払新システムの概要については、月刊基金8月号「〈特集〉審査支払新システム 稼働目前」をご覧ください。

支払基金 ホームページ
トップページ

- 広報誌・メルマガ
- 広報誌月刊基金
- 令和3年度
- 令和3年8月号

〈特集〉審査支払新システム 稼働目前



レセプトの多様性や審査の難しさを形に

審査支払新システムに実装するAIの開発管理を担っている基金本部分析評価部の職員に聞きました。

かり苦労しました。

私たちには馴染みのある審査のルール等でも、普段レセプトに触れていない方にとっては理解しにくいことも多く、改めて保険診療に係るレセプトの多様性や審査の難しさを痛感しました。

しかしながら、この調査研究により多くのエビデンスが得られたことでAIによるレセプト振分を実装する目的が立ちました。

——AIを活用したレセプト振分機能の開発はどのように進めたのでしょうか

開発に当たりまず着手したのは、AIを活用しレセプトデータと審査結果の履歴情報からレセプト1件ごとの査定・返戻確率を計算し、従来のCCも活用しながら目視対象レセプトと目視対象外レセプトをどう振り分けるか、といったフロー図など要件定義書の作成です。その後、仕様書を作り込みました。

開発が始まってからは設計書の確認、承認を段階ごとに行いながら業者と二人三脚でシステムを構築しました。

令和2年4月から8月までの間にさまざまな条件でAIのモデルを作成し、検証を行う期間を設けました。目的の一つはAIによるレセプト振分の運用方法を検討するため、もう一つは振分の精度を向上させるためです。ここでは実際のレセプトデータを学習データとして用いて、最適な更新の頻度や診療報酬改定による精度低下の影響などを確認するため数多くの精度検証を行いました。

また、AIのモデル作成では数多くの機械学習用設定値を決める必要がありますが、膨大な組合せの全てを網羅することができないため、主要な設定を中心に最適な設定値を見つけるための検証も行いました。

開発期間中に新型コロナウイルス

——AIの導入に先駆けどんなことから始めたのでしょうか

まず、調査研究を行うための業者選定を、調査研究に提案意思のある業者が技術提案書を基にプレゼンテーションを行う企画競争という方式を用いて行いました。

企画競争では、調達の概要となる仕様書を発注者である支払基金が作成しなくてはなりません。しかし、「レセプトをAIにより振り分ける」ということは前例がなく、この仕様書をまとめるのに当初の想定よりかなり時間がかかってしまいました。そのため、スケジュール的に非常にタイトで時間的な制約が多い中で、実装の可否を判断できるだけの成果を出す必

要がありました。調査研究の期日が迫ってくるに従いプレッシャーが大きくなってきたのを覚えていきます。

また、調査研究を行うためには、レセプトデータだけでなく、審査結果の履歴情報（具体的には、レセプトのどこをどのように査定したか、コンピュータチェック（以下、「CC」）がどこに貼付され、どのように操作されたか、など）を理解してもらう必要があります。レセプトデータは仕様が開示されており、ある程度の知識を持つ業者が多いのですが、審査の履歴情報は支払基金独自の仕様なので一から理解してもらう必要があり、意識のすり合わせに大変時間がか

ス感染症の蔓延によるレセプト件数の大幅な減少や、一部の審査委員会において審査委員長一任による審査決定を行ったことにより、学習データに大きな影響が出ることで懸念されましたが、新システム稼働時の学習データは影響を少なく抑えることができました。

——AIの開発で重点を置いたところはどこですか

AIにおいて難しかったことは他のシステム開発と違い、機械学習モデルの精度は作ってみないと分からないということです。このことから、トライアル・アンド・エラーを繰り返す必要があります。精度検証がとても重要でした。この精度検証というものはAIのシステム開発特有のものであるという印象を持ちました。

審査を行うためには算定ルール以外にも、療養担当規則等に照らして妥当性を判断することが必要ですが、全てのレセプトの妥当性を明文化することは困難です。この明文化することのできない部分にAIを活用することになります。今回用いるAIは明文化できる

ルールを積み上げて作るものではなく、「大量のデータと答え（査定・返戻になるか、ならないか）」から法則を見つけだすものです。このことにより、審査事務や審査において瞬間的に感じるレセプトの違和感などの、明文化することと難しい特徴を捉えることができますが、一方でなぜ査定・返戻の可能性が高いのか、又は低いのかを説明することができません。

CCが明文化されたルールを担うことでAIとお互いの弱点を補い、今後も重要な役割を果たすこととなります。

——今まさに導入に向けた最終調整を行っていることと思いますが、現在の状況を教えてください

現在、担当としては、大きく分けて三つのことを行っています。一つ目は、開発期間終了後の本番に向けてのスケジュールに沿った最終調整です。

二つ目は、新システムの開発が進み、試験結果が還元されましたので、これまでの検証結果が一致するか最終確認を行っています。

三つ目は、AIによる振分後も

審査の質を担保していくために、2割の目視レセプトの中に、いかに多くの査定・返戻となる可能性の高いレセプトを振り分けることができるか、そのためのシミュレーションを行っています。

今回のAIの導入に当たっては、今までの審査事務に対する職員の考え方も大きく変えていく必要があります。

今までの審査事務については、過去の審査結果などから医療機関や診療科単位で審査を行ってきましたが、今後は全てのレセプトをAIやCCにかけ振り分けた上で、査定・返戻率の高いレセプトを審査することとなります。このことから、審査事務の比重が「医療機関・診療科単位」から「レセプト単位」に変わっていくと考えています。

この変化に対応するために、既存のCCなどは見直しや精緻化をしていかななくてはならず、関係部との調整を行っています。

支払基金が持つビッグデータであるレセプトデータと審査結果の履歴情報を上手く組み合わせながらAIを活用していけたらと思っています。



有賀さん 長谷川さん 鈴木さん 丸山さん
分析評価部

在宅勤務の試行的実施

令和3年10月から群馬支部において在宅勤務（在宅審査・在宅審査事務）の試行的実施が始まります。この試行的実施の結果を踏まえ、令和4年10月の審査事務集約時から在宅勤務（在宅審査・在宅審査事務）の導入を目指しています。

検討（導入）の背景

今般の新型コロナウイルス感染症拡大により、支払基金の業務にも影響が生じました。診療報酬の審査の要である審査委員会は、審査委員が一堂に会して合議のもと審査を行っているところですが、医療機関で日々診療を行う審査委員への感染拡大リスクを回避するために、令和2年4月・5月は、東京支部を含めた一部の支部にお

いては、審査委員長一任による審査決定を行い診療報酬の審査支払を行うなど、特例的な対応を実施することとなり、職員も含め今後の審査体制維持の検討が急務となりました。

また、支払基金では令和4年10月に全国14拠点に審査事務を集約することとしており、その際、県をまたぎ長時間通勤をする職員の負担軽減に配慮することも課題となりました。

一方で、国の「規制改革実施計画」における在宅審査の検討、ま

た、厚生労働省の「審査支払機能の在り方に関する検討会」における在宅審査に関する議論も受け、在宅勤務（在宅審査・在宅審査事務）の体制整備の本格的な検討に入りました。

検討の基本方針

【セキュリティ面】

診療報酬レセプトという最も機微な個人情報を取り扱うため、個人情報情報を匿名化することやネット



群馬

ワークからの情報漏洩防止などの対策に万全を期すための検討を行いました。

在宅で業務を行うための主なセキュリティ対策は次のとおりです。

1 技術的なセキュリティ対策

- 電子レセプトのマスクング化
特定の個人を識別することができなくなる（患者氏名、医療機関名、医療機関コードなど）に対してマスクングをす
る他、個人識別符号が含まれるもの（保険者番号、記号・

番号など)に対してマスクINGを実施します。

●安全なネットワーク回線

ネットワーク回線は携帯電話網(閉域網IP-VPN接続環境)を採用し、安全な通信経路を確立します。

また、シンクライアント化するにより在宅で使用する端末にデータ情報が保存できない仕様となっており、データ出力(印刷やUSBへの書き込み)もできない仕様とすることで情報流出のリスクを軽減しました。

2 ルール整備によるセキュリティ対策

情報セキュリティポリシーの改正及び在宅勤務での要件整備(執務環境、セキュリティ事象発生時の対応方法の確立)、情報漏えいに対する規定の周知(情報漏えいリスクに対する意識定着)をし、在宅勤務時に誓約書を取り交わすなどセキュリティガイドライン等の制定をすることとしています。

【業務面】

現在、支払基金では電子と紙のレセプトを取り扱っています。実施する業務の検討に当たっては、なお残る紙レセプト業務については、当然、在宅で処理することはできないため、一定の業務を事務所で行わざるを得ないこととなります。このような状況のもとで在宅勤務と事務所勤務のベストミックスがどこなのかを探り、検討を進めてきました。

試行的実施の概要

試行的実施期間は、令和3年10月処理から令和4年8月処理までの11か月間としています。実施期間を大きく二つのフェーズに分け、令和3年10月から令和4年3月を第1フェーズとして遠隔による審査委員と職員の連携を中心とした課題の抽出を行います。また、令和4年4月から同年8月までを第2フェーズとして、同年4月の診療報酬改定時における在宅勤務の

課題についても把握を行います。

フェーズごとに審査実績を取りまとめ、在宅時と事務所勤務時の審査実績を比較し検証します。

なお、試行的実施の中間取りまとめを令和4年5月頃、また、同年8月頃には最終取りまとめを行うこととして取り進めていきます。

今回の試行的実施に当たっては、群馬支部審査委員会の先生方の協力を得て全審査委員のうち約3割の審査委員にご参加をいただきました。

また、高崎オフィスで審査事務を担う職員を対象に試行的実施を行うこととしました。

【在宅審査の試行的実施(審査委員)】

在宅審査を実施することにより、審査委員が自宅又は勤務先から基金事務所まで来所することなく、自宅での審査を可能とすることで、今般の新型コロナウイルス感染拡大時のような緊急事態時においても、審査が可能になります。

また、診療で多忙を極める審査

委員の移動時間を削減し、審査時間へ振り向けるなどの更なる審査の質の向上も期待できると考えています。

在宅審査の試行的実施に当たっては、審査委員を診療科に偏りなく3つのグループに分け、審査の質の確保及び安定的な実施の観点から、各グループに各診療科の取りまとめを行う主任審査委員を必ず配置し、1グループが2か月間の在宅審査を実施することとしています。

なお、在宅で審査を行う期間の内、原則、審査委員会及び再審査部会の初日は、紙レセプト審査のために事務所に来所いただくこととなります。

【在宅審査の検証】

在宅審査の試行的実施により、どのような審査委員が在宅審査を選択しやすいか、一方で審査委員にとって在宅審査に不都合な点は何かを確認することとしています。

主な確認事項として、在宅審査時の審査実績の動向、在宅審査を

行った場合の審査時間の増減、在宅審査をする審査委員と事務所で審査する審査委員間の連携や、在宅審査する審査委員と職員との連携に問題がないかなどが挙げられます。

また、あらかじめ会議日程が明確な各種会議は、居宅からWebで参加することとして、対面出席しななければならない会議（用務）の見極め等について、対象者へアンケートやヒアリングを行い確認します。

〔在宅審査事務の試行的実施（職員）〕

電子レセプトの原審査、再審査事務を在宅で実施します。実施期間はひと月最大で9日間程度を想定しています。それ以外の期間については、事務所において紙レセプト処理を中心とした業務に従事します。

具体的な実施方法については、令和4年10月の審査事務集約時を想定し、集約拠点となる支部へ80分以上通勤時間を要する職員を在

宅勤務の対象として検討を進めています。事務所勤務となる者のグループと在宅勤務となる者のグループに分けてローテーションを組み、月交代で在宅審査事務を居宅にて行います。事務所と在宅の遠隔での連携による審査実績への影響等を中心に課題を洗い出すことを目的としています。

〔在宅審査事務の検証〕

審査委員と職員双方で最も慎重に確認すべき点として、審査実績に直結する審査委員と職員の連携があります。現在は対面により審査委員と職員が直接連携し、審査上の疑義を照会し円滑な審査を行っています。在宅勤務により審査委員と職員が離れていてもこれまでどおりの連携が可能か、ひいては、審査の質が維持できるかどうかが大きな課題と認識しています。

一方で、審査事務集約時には審査委員会事務局で審査を行う審査委員と審査事務センターでレセプトを点検する職員においても遠隔

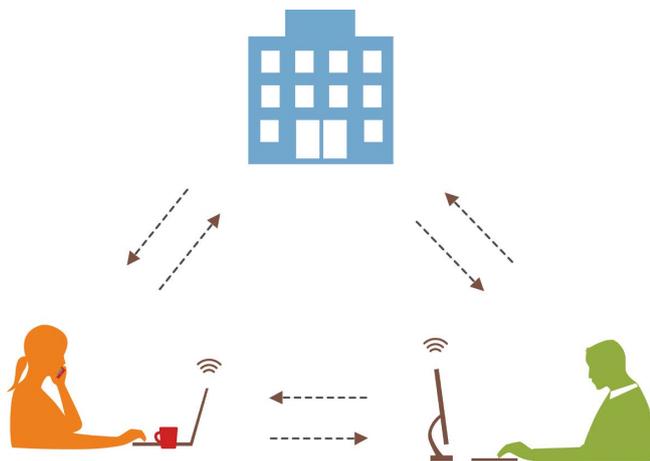
で連携することとなるため、令和3年9月に稼働する審査支払新システムでは「審査委員と職員のコミュニケーションを円滑にする機能」として、審査委員、職員が同一レセプトを参照できる機能や、審査委員・職員間の照会内容をシステム上でやり取りできるメモ機能を導入することとしています。

これにより、離れていても事務所勤務時と同じようにコミュニケーションを取ることができ、審査の質を落とすことなく在宅審査・在宅審査事務が行えると考えており、この点を十分に確認していきます。

在宅勤務の試行的実施後の展望

令和4年10月から実施する在宅勤務では、在宅で行う業務と事務所で行う業務の両方を担当するベトナムミックス型の勤務形態となりますが、現在、政府が主導しているオンライン医療機関への紙レセプト送付廃止等による将来的な紙

レセプトの減少なども踏まえ、電子レセプト中心の業務処理方法の見直しに合わせ在宅勤務の拡充に向けた、更なる検討を進めていくこととしています。





齊藤 清治

兵庫県社会保険診療報酬請求書審査委員会 審査委員長

ビッグデータの活用 データヘルスの取組みに期待

医師として

—— 医師を志したきっかけは

もともと医師の家系で、親戚のほとんどは医師という環境で過ごしてきました。父親も開業医で、小さい頃は人力車や父親が運転する自転車と一緒に乗って往診に付添って行っていたことを覚えています。父親は私が小学校の高学年のときに亡くなってしまったので往診には付添えなくなりましたが、近所にある親戚の眼科で、カルテから紙レセプトに患者さんの名前や生年月日を写すといった手伝いをしていました。当時でも、月に3000〜4000枚のレセプ

トがあったと思います。

医学部に入ってから、父親が内科医だったこともあって、循環器内科を専攻しました。卒業後は、神戸労災病院に15年間勤めて、40歳になって親戚の眼科の隣に開業しました。

—— 医師として大事にしていることを教えてください

できるだけ患者さんの話を聞くことですね。これは15年間勤めた病院で得たことです。循環器の専門病院でしたが、末期がんの患者さんも多く、いろいろな話をしました。私自身も患者さんとの会話から多くのことを学びました。自分にとってよい経験でしたし、患者さんも話すこ

とで落ち着かれるようです。

開業してからも、往診に行くたびに、多少時間はかかりますが、患者さんと話をしていました。

—— 好きな言葉を教えてください

父親の、「診ている患者さんが亡くなったとき、その患者さんの家族が自分も診てほしいと言ってくれるようになって、初めて医師としては一人前である」という言葉です。本人から直接は聞いていませんが、母親を通じて私に残してくれたみたいですね。

審査委員長として

—— 審査委員になって印象に残っていることを教えてください

審査委員になったのは1995年の6月ですが、その年の1月17日に阪神・淡路大震災がありました。震災の爪痕が深く交通機関も完全には復旧していなかったため、支払基金の兵庫支部へ通うのが大変だった記

憶があります。

私の自宅や診療所は被害が少なかったのですが、多くの医療機関ではカルテが焼けてしまい、支払基金や国保連合会は診療報酬の概算払いをしました。あれには神戸市内の医療機関は非常に助かったと思います。その頃、私は医師会の役員もしていたので、支払基金と国保連合会の対応には頭が下がりましたし、大変喜びました。そのこともあって、審査委員の仕事を受けさせてもらったことを覚えています。

—— 審査委員会を運営される中で力を入れていることはありますか

現在、私どもの審査委員会には、各分野の主任審査委員を中心に非常に優れた先生方がいらつしやいます。また、法律的なことにも大変詳しい医療顧問の方もいらつしやいます。こうした医療の各分野におけるエキスパートの先生方の間でいろいろなディスカッションをしてもらうと、それを通じて物事が自然と決まっていきます。私の仕事は、そのディスカッションを十分に行えるように、お膳立てをすることぐらいですね。

—— 職員に望むことは

一枚一枚のレセプトを見ると、そ

の中に隠れている情報があります。そういったところを職員の方にかけてもらうには、一枚のレセプトについて個別で話し合うことが大事だと思っと思っています。事務職員の中には積極的に相談に来る方もいますし、どちらかというと消極的な方もいますので、なるべく気軽に、審査委員と事務職員とがレセプトを見ながら話し合えるような環境をつくることのできればと思っています。

——医療機関や保険者に望むことは

私どもの査定は、その医療行為を否定しているわけではないということとを、医療機関に理解していただきたいです。保険診療において合わなかった部分を査定しているのです、そのあたりをしつかり分かってほしいですね。

また、医療機関側から「どこまでなら認めてくれるのか」といった質問をよくいただきますが、それも少し違います。私どもは保険診療から外れる部分については査定をしますが、患者さんのために必要な医療は、その医療機関の思ったように行ってもらい、その上での請求内容に対する審査になると考えています。

保険者は現在、保険財政が厳しいことから、再審査請求に一生懸命取

り組んでいると思います。それも重要な仕事だとは思いますが、私としては加入者一人ひとりに対する保健事業や健康づくりといったサービスに取り組んでいただきたい。

かつての終身雇用が当たり前の時代においては、一つの健保組合が入社から定年まで会社ぐるみでその人の面倒をみるといった感じでした。いまは変わってきました。そうした中で、今般の加入者の健康を支援するためにビッグデータを活用するデータヘルスの取組みについては、かなりの期待を持っています。

——支払基金に望むことは

私は阪神・淡路大震災を経験していますが、その後も日本国内では地震や台風、水害など多くの災害が起こっています。そういった災害時に支払基金のビッグデータをもっと活用できるようにしていただきたいと思っています。

熊本地震のときには、JMATの一員として協力させていただきましたが、被災した患者さんのお薬手帳をなくして、投薬の実態が分からないことがありました。そのときに、支払基金の蓄積したデータによって診療することができたのですが、これは重要なことだと思います。

また、岡山県の水害のときに、停電で電子カルテが使えなくなってしまうました。こうしたときに、支払基金の持っている患者情報を活用させてもらったことも非常に大事です。

災害時の医療機関を始めとする支援団体などの情報システムにEMIS（広域災害救急医療情報システム）がありますが、その中に支払基金が参加することで災害時における患者さんや医療機関の役に立つのではないのでしょうか。

——今後の医療保険制度についての

ご見解を聞かせてください

今後は、さらに医療費適正化の方向に進むと思います。そのために審査においても、ICTの活用などが求められています。このままICTの活用が進むと、現在の出来高払い中心の診療報酬体系が包括払い、さらに人頭払いといった方向にまで進むのではないかと感じています。

ICTの活用においては、出来高払いよりも包括払いのほうがうまくいくと思います。それがいいことか悪いことかは分かりませんが、将来の日本の医療保険制度も変わっていくのではないのでしょうか。

プライベートについて

——休日の過ごし方を教えてください

旅行が好きです。一泊もしくは日帰り旅行が多いですね。15年ほど前からは、神社やお寺の御朱印集めに凝っています。四国八十八ヶ所霊場の巡礼や西国三十三所、近畿神仏霊場150か所はすべて回っています。それから、これは私の自慢なんです、明治の初めに神社の社格を定めた官幣社というものがあり、大社、中社、小社合わせて100以上ある神社のうち一つだけ残して、全部回りました。残りの一つは北海道の函館市にある八幡さまなのですが、そこは楽しみにとっておこうかと思っています。



被保険者証等に記載された「枝番」の記録について

医療機関等におけるオンライン資格確認の開始に伴い、被保険者証等に「枝番」が記載されることになりました。「枝番」とは世帯単位で付番されている被保険者証の番号に個人識別を可能とするもので、保険者が付与する任意の番号となります。

令和3年8月診療（調剤）分までは、電子レセプト請求時に「枝番」の記録を省略する取扱いでしたが、令和3年9月診療（調剤）分以降、「枝番」を記録することとなります。

今月号では、令和3年9月診療（調剤）分以降に、「枝番」が記載された被保険者証によって患者が受診した場合の電子レセプトの記録方法等についてご案内します。

被保険者証の記載例

従来から記載されていた記号・番号とは別に「枝番」が記載されます。

被保険者

健康保険被保険者証

保険者番号：06XXXXXX

記号：1234

番号：5678 (枝番) 00

氏名：●● ●●

生年月日：昭和58年10月15日

被扶養者

健康保険被保険者証

保険者番号：06XXXXXX

記号：1234

番号：5678 (枝番) 11

氏名：●● ●●

生年月日：●●●●年9月20日

被保険者証に「枝番」が記載されている場合のレセプトの記録

被保険者証に表示された「枝番」については、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に定められた資格確認レコード（SNレコード）の「枝番」項目に記録してください。

【記録方法】 例1：被保険者（本人）の場合 SN,1,01,,,^{枝番}00,,

例2：被扶養者（家族）の場合 SN,1,01,,,11,,

なお、「枝番」の記載がない被保険者証で患者が受診した場合、資格確認レコード（SNレコード）の記録は省略して差し支えありません。

被保険者証及び高齢受給者証に「枝番」が記載されている場合のレセプトの記録

高齢受給者証については、個人ごとの「枝番」ではなく、被保険者（本人）の「枝番」が記載されています。

被扶養者

健康保険被保険者証

保険者番号：06XXXXXX

記号：1234

番号：5678 (枝番) 11

氏名：●● ●●

生年月日：昭和25年9月1日

+

健康保険高齢受給者証

記号：1234

番号：5678

(枝番) 00

氏名：●● ●●

生年月日：

昭和25年9月1日

※高齢受給者証等に記載された「枝番」ではなく、被保険者証に記載された「枝番」を記録してください。

【記録方法】 被扶養者（家族）と高齢受給者証をお持ちの場合 SN,1,01,,,11,,

※ 限度額適用認定証についても同様の取扱いとなります。

電子レセプトへの記録時の留意点

「枝番」は、資格確認レコード（SNレコード）の「枝番」項目に記録しますが、誤って保険者レコード（HOレコード）の「被保険者証（手帳）等の番号」項目に続けて記録することのないようご留意願います。

健康保険被保険者証

保険者番号：06XXXXXX

記号：1234

番号：5678 (枝番) 00

氏名：●● ●●

生年月日：昭和58年10月15日

【誤った記録】 例1：HO,0101XXXX,1234,567800,,,,,,,,,,

例2：HO,0101XXXX,1234,5678 (枝番) 00,,,,,,,,,,

→この場合、「被保険者証（手帳）等の番号」の記録誤りとなり返戻となります。

【正しい記録方法】 SN,1,01,,,,00,,

Q & A

Q1 「枝番」を記録しなかった場合、レセプトは返戻となるのでしょうか。

A1 「枝番」の記録がなくても返戻とはなりません。

なお、審査支払機関においてレセプトを受け付けた後、レセプトに記録された患者の情報とオンライン資格確認システムに登録された情報を照合し、確認ができた場合は「枝番」を補記して保険者へ送付します。

Q2 「枝番」はどのように記録すればいいのでしょうか。

A2 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に定められている資格確認レコード（SNレコード）の「枝番」項目に記録することとなります。

なお、電子レセプトへの記録方法の詳細についてはお使いのシステムベンダーへお問い合わせください。

Q3 保険者による「枝番」の振り方にはルールがあるのでしょうか。

A3 「枝番」の番号の振り方に関するルールはありません。発行される「枝番」は保険者の任意の番号となります。

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はこちら

医科



DPC



歯科



調剤





古いWi-Fiルータ ~アップデートの重要性~

**Wi-Fiルータは
 約5年おきに新しいも
 のを購入してください**

Wi-Fiルータはインターネットに接続するための機器で、ふだん意識する人はいないと思います。インターネットを導入したときに業者に任せっきりで存在さえ忘れていた方も多いと思います。ここ1年ほどで古い製品のサポート期限が終了したあとに脆弱性が多く発見されており、メーカーが修正できないため買い替えが必要となっています。Wi-Fiルータの分野は日本のメーカーが強く、性能も安定性も高い製品が多品種供給されています。多品種の製品が供給されているため、古いものに関してはサポートを切らざるを得ない状況です。もともと製品保証も購入後1年のことが多く長期間にわたってサポートされていることはありません。法人用のWi-Fiルータは5年サポートされているものもありますが、

**Wi-Fiルータの
 脆弱性**

同じように5年経過したものはサポート終了とともに修正されないままになる傾向にあります。インターネットから直接アクセスできる部分より、内部からアクセスするWi-Fiの管理画面に脆弱性があることが多く、問題があっても、多くのケースで設置場所の近く(数百メートル)まで行かないと侵入されることはないため、今のところ大きな被害を出してはいません。

古い機器はサポートされないまま脆弱性が放置されます。ものによっては10年以上そのまま運用している人たちもいます。Wi-Fiアクセスポイント情報は、GoogleマップがGPSによる位置情報取得の高速化や、屋内での位置情報取得の場合に利用されています。それ以外にも、Wi-Fiアクセスポイントの情報を公開しているサイトがあり(☒)、設置場所

☒ 設置されているアクセスポイントの公開情報

map	24.03	M	infra	2020-10-28T16:00:00.000Z	2020-11-17T01:00:00.000Z		35.66834259	139.75549316	36	0	3
map	34.33	M	????	2018-07-05T11:00:00.000Z	2018-07-05T16:00:00.000Z		35.66693352	139.75372314	4	0	0
map	50.04	M	infra	2020-02-05T19:00:00.000Z	2021-05-07T23:00:00.000Z		35.66844559	139.75465393	3	0	7
map	50.03	M	infra	2019-11-12T17:00:00.000Z	2021-05-07T23:00:00.000Z		35.66890058	139.75457754	44	0	7
map	50.04	M	infra	2021-05-08T15:00:00.000Z	2021-05-07T23:00:00.000Z		35.66715622	139.75483704	7	0	0
map	50.03	M	infra	2020-10-19T09:00:00.000Z	2020-11-17T01:00:00.000Z		35.66841507	139.75511169	36	0	2
map	74.03	M	infra	2018-01-03T17:00:00.000Z	2018-01-03T00:00:00.000Z		35.66586865	139.75346375	6	0	0
map	74.03	M	infra	2018-09-06T21:00:00.000Z	2018-01-03T00:00:00.000Z		35.66588974	139.75411987	48	0	5
map	74.03	M	infra	2020-10-28T16:00:00.000Z	2020-10-28T01:00:00.000Z		35.6658723	139.75373386	44	0	0
map	84.82	M	infra	2018-05-22T14:00:00.000Z	2021-05-07T23:00:00.000Z		35.66857529	139.75520325	6	0	7
map	84.82	M	infra	2018-05-22T14:00:00.000Z	2021-05-07T23:00:00.000Z		35.66841125	139.75527954	124	0	7
map	84.82	M	infra	2018-05-22T14:00:00.000Z	2021-05-07T23:00:00.000Z		35.66847229	139.75527954	6	0	7
map	84.82	M	infra	2018-05-22T14:00:00.000Z	2021-05-07T23:00:00.000Z		35.66839981	139.75524902	132	0	7
map	88.57	M	infra	2018-01-03T17:00:00.000Z	2020-10-28T01:00:00.000Z		35.66618492	139.75372314	11	0	5
map	88.57	M	infra	2020-10-28T16:00:00.000Z	2020-10-28T01:00:00.000Z		35.66620636	139.75379944	11	0	0
map	88.57	M	infra	2018-11-15T20:00:00.000Z	2020-11-17T01:00:00.000Z		35.66825214	139.75382996	36	0	7
map	88.57	M	infra	2020-10-20T15:00:00.000Z	2020-10-28T01:00:00.000Z		35.66633806	139.75390825	36	0	2

やメーカー、設置後およそ何年経過しているのかなどの情報を現地に行かなくても誰でも得ることができます。弱いWi-Fiアクセスポイントを探すだけであればインターネットから探して、実際に

※ ファームウェアアップデートとは、さまざまな機器に内蔵されている制御のためのファームウェアと呼ばれるソフトウェアを新しいものに入れ替えること。

攻撃を仕掛ける場合は現地に行つて侵入する、ということができてしまうのです。

Wi-Fi機器への侵入

Wi-Fiルーターの脆弱性があるところのようなことが起こるのでしようか？

Wi-FiルーターはIoT機器の1つです。IoT機器を狙った攻撃が2017年に大規模に行われてから、Wi-Fiルーターを含むIoT機器は狙われています。ひとたび侵入されるとインターネット接続用のパスワードを盗まれたり、スパムメールの送信や攻撃の踏み台になったり、別の機器を攻撃し始めるなどの活動を始めます。

新しいWi-Fi機器でセキュリティを弱くする設定をしない限りは、インターネットから直接Wi-Fiルーターには接続できないため、直接の攻撃にさらされることは少ないですが、中には、設

定を誤っているケースもあります。そのままでは侵入されませんが、脆弱性があると外部から侵入されることとなります。Wi-Fiのパスワードが破られてしまうとさらに厄介です。Wi-Fi機器の脆弱性の多くは内部の管理画面にあるので、Wi-Fi機器を乗っ取られてしまうのです。

このようにリスクの伴う無線LANですが利用をスマートフォンアプリに限れば安全に利用できます。現在のスマートフォンアプリはアプリとサーバーの間が、暗号技術により正しい相手に暗号化されて接続していることを確認しているからです。

アップデートの確認

メーカーが対応した脆弱性に関しては、[※]ファームウェアアップデートで最新にできますが、古い機器はこれらが自動で行えません。たまに、管理画面を覗いてアップデートがあるかどうかを確認してください。もしくは、メーカーの

サイトに行つて、確認をする必要があります。

買い替えの注意点

古いWi-Fiルーターを使つていて買い替える場合は、少し高いですが侵入ブロックやフィッシングサイトのブロック機能などのセキュリティ機能がついているものをお勧めします。セキュリティ機能があっても七千円代から販売されています。



情報が公開されたWi-Fiアクセスポイントの1つ

[保険者の方へ]

表示内容

A表題の括弧

括弧に本人、家族(家族)、家族(6歳)、高齢者7割、高齢者一般、合計を表示し、その横に自県(直接請求分)計、他府県(間接請求被依頼分)計、総合計を表示しています。
 なお、前期高齢者分は表題の横に前期高齢者再掲として表示しています。

B年月分

診療年月分を表示しています。

C支部番号

保険者所在都道府県の支部番号を表示しています。

D算定

医療機関等から請求されたレセプトの件数、日数、点数、一部負担金及び金額を表示しています。

E突合再審査調整

保険者から請求された突合再審査において医療機関への返戻及びレセプトの一部査定を行い調整を行った件数、日数、点数並びに金額を表示しています。

F再審査調整

保険者から請求された再審査等において医療機関への返戻及びレセプトの一部査定を行い調整を行った件数、日数、点数及び金額を表示しています。

G確定

D算定からE突合再審査調整とF再審査調整を控除し確定した件数、日数、点数及び金額を表示しています。

H事務費

保険者へ請求する事務費(手数料)を表示しています。

I診療報酬

保険者へ請求する診療報酬を表示しています。

J高額再掲

高額療養費の現物給付対象の件数及び金額を表示しています。

K端数調整額

本人、家族(家族)、家族(6歳)、高齢者7割、高齢者一般ごと自県計、他府県計ごとに事務費(手数料)の端数調整した額を表示しています。

L請求確定額(本人・家族・高齢者計)

診療報酬等請求内訳書(合計)のみに保険者へ請求する事務費(手数料)及び診療報酬を表示しています。

M特定疾病再掲

長期高額疾病(長、長2、長処)分に係る高額療養費の現物給付対象の件数及び金額を表示しています。

C 〇〇〇 社会保険診療報酬支払基金支部

G 確定 (上段)事務費 (下段)診療報酬

件数(件)	日数(日)	点数(点)	金額(円)
69	594	3,011,476	25,607,678
7,072	10,503	7,097,788	52,489,522
			687,678.30

算定から再審査等を控除した件数等を表示します。(保険者へ実際に請求する金額となります。)

内科・歯科・調剤・訪問別の事務費(手数料)を表示します。
 電子レセプト分の手数料については、受取形態により単価が異なります。
 ※当該事例はレセプトの受取形態がオンラインの保険者ですので、電子及び紙レセプト分の単価は、基本手数料となります。
 なお、再審査分については、受取形態にかかわらず、基本手数料が返還されます。

1,691	2,805	1,650,041	11,671,923
			162,939.60
1,692	2,806	1,654,671	11,704,333
			168,025.20
3,486	4,555	2,816,451	20,131,949
57	1,233	794,730	474,150
1	2	1,280	760
58	1,235	796,010	474,910
3	15	167,350	288.90
			125,105
12,322			1,018,932
			10,533,497
			3
12,322			1,018,929
			110,533,497

本人、家族等別自県計、他府県計別に事務費(手数料)の端数調整を行い、合計して表示します。

保険者へ請求する件数、事務費(手数料)及び診療報酬を表示します。

診療報酬等請求内訳書
(機械様式第98号の1)

この様式は、医療機関等から請求されたレセプトの金額を集計し、再審査等調整額分を含め保険者へ請求する金額の内訳を、本人、家族(家族)、家族(6歳)、高齢者7割、高齢者一般ごとに自県(直接請求分)計、他府県(間接請求被依頼分)計及び総合計を作成し、本人から高齢者一般までを取りまとめたものを合計として作成します。また、前期高齢者分は、区分ごとに前期高齢者再掲としてそれぞれ作成します。

(機械様式第98号の1)

診療報酬等請求内訳書(合計)(総合計)

管掌 府県 番号
(06)(**)(201*) 御中

令和 2年 1月分

区分	算定					E (上段) 突合再審査調整		F (下段) 再審査調整	
	件数(件)	日数(日)	点数(点)	一部負担金(円)	金額(円)	件数(件)	日数(日)	点数(点)	金額(円)
療養の給付	入院	67							
	高額再掲	70	596	3,017,174	1,276,948				
	医科								
	入院外	6,729							
	高額再掲	7,094	10,557	7,127,016	424,778				
	計								
	高額再掲	19							
	計	6,796							
	高額再掲	7,164	11,153	10,144,190	1,701,726				
	高額再掲	39							
入院	1								
高額再掲	1	1	4,630		32,410				
入院外	1,007								
高額再掲	1,700	2,830	1,666,397	15,730	11,792,315				
計	1,008								
高額再掲	1,701	2,831	1,671,027	15,730	11,824,725				
高額再掲	2				7,482				
調剤	3,493								
高額再掲	3,505	4,578	2,830,688		20,231,608				
計									
高額再掲	2				51,574				
食事・生活	58	1,237	797,390	321,620	475,770				
計	1	2	1,280	520	760				
計	59	1,239	798,670	322,140	476,530				
訪問看護									
高額再掲	3	15	167,350		125,105				
合計	11,297								
高額再掲	12,373				111,000,511				
高額再掲	43				5,296,185				

摘要 M 特定疾病再掲 (14件) (1,590,199.00円) K 端数調整額
連番 (313) (024-0000314) 基金支部数 (32) L 請求確定額(本人・家族・高齢者計)

(備考) 1 算定の件数欄の上段は、電子レセプト件数の再掲です。
2 本人における医科・歯科の入院外及び調剤の一部負担金額の上段は薬剤一部負担金、下段は定率方式医療機関分を除く一部負担金の算定額です。
3 療養費欄の食事・生活件数は、医科・歯科入院件数の再掲であり、合計件数には含まれません。
4 突合再審査調整及び再審査調整欄の内訳は、別添再審査等結果通知書のとおりです。
5 確定の金額欄の上段は、事務費の額です。
6 診療報酬等請求内訳書の総合計は、自県計及び他府県計の合計です。

9 難病患者への医療支援

法別番号 54 特定医療費

難治度が高いなどの特定疾患に罹患し、長期にわたり高額な医療費がかかる患者については、特定疾患治療研究事業として医療費の助成が行われてきました。平成27年1月1日難病法（難病の患者に対する医療等に関する法律）が施行され、特定疾患治療研究事業の対象であった疾患も移行しています。難病法に基づき指定される指定難病は、効果的な治療方法が確立されるまでの間、長期の療養による医療費の経済的な負担が大きいため、患者の医療費の一部を助成して支援を行います。

特定医療費（指定難病）の支給（法第5条）

「難病」とは、発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるものをいい、医療費助成の対象とする疾患を「指定難病」といいます。指定難病と診断され、病状の程度が重症度分類等に照らして一定程度以上の場合において支給の対象となります。支給が認定されると「医療受給者証」が交付され、医療受給者証に記載された「指定医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）」が医療（特定医療）を行います。認定期間は、原則1年以内ですが、必要な場合は更新することができます。なお、症状の程度が重症度分類等の基準に該当しない軽症者であっても、高額な医療を継続することが必要な人は、医療費助成の対象となります。

● 特定医療の範囲

指定難病及びその指定難病に付随して発生する傷病に関する医療が対象です。

● 患者負担は2割、所得に応じた負担上限月額、食事療養等の標準負担額は自己負担

- (1) 患者は医療費の2割を負担しますが、世帯（医療保険の「世帯」となります）の所得等に応じて1月当たりの負担上限（負担上限月額）が設定されています。そのため、同一月の特定医療について、2割か負担上限月額の低い方が患者負担の額となります。
- (2) 複数の指定医療機関で受療した場合であっても自己負担額を合算（介護サービス費も含む）します。自己負担累積額が負担上限月額に達した時点で、その月にはそれ以上の費用徴収は行われません。「自己負担上限額管理票」に徴収した患者負担額等を記入することで上限月額の管理が行われます。
- (3) 入院時食事療養費等の標準負担額は、原則、自己負担です。（負担上限月額には含みません）

● 特定医療（指定難病）に係る負担上限月額

階層	所得区分（世帯単位）		一般	高額難病 治療継続者 ^{*1}	人工呼吸器等 装着者 ^{*2}
I	生活保護 ^{*3}	—	0円		0円
II	低所得I	市町村民税非課税	～年収80万	2,500円	1,000円
III	低所得II		年収80万超～	5,000円	
IV	一般所得I	市町村民税課税以上7.1万円未満	10,000円	5,000円	
V	一般所得II	市町村民税7.1万円以上25.1万円未満	20,000円	10,000円	
VI	上位所得	市町村民税25.1万円以上	30,000円	20,000円	
入院時の食費		—	食事療養費等の標準負担額を自己負担 ^{*4}		

*1 特定医療の医療費総額が5万円を超えた月数が、申請を行った月以前の12月以内に既に6月以上ある者。

*2 人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として、支給認定を受けた指定難病により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者に該当する旨の認定を受けた者。

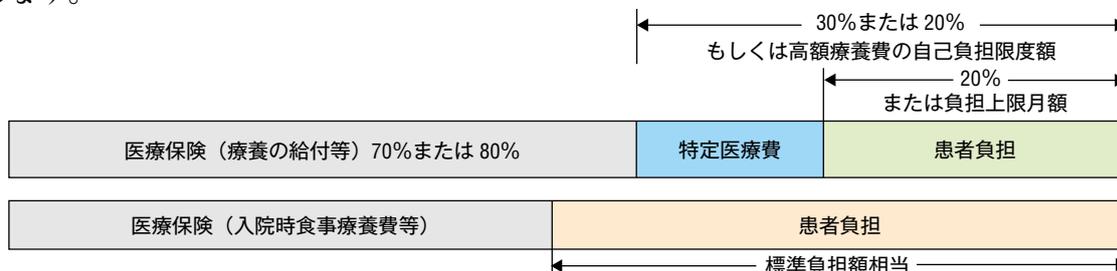
*3 支給認定世帯の世帯員が生活保護法の被保護者もしくは中国残留邦人等自立支援法による支援給付を受けている者である場合、または生活保護法の要保護者もしくは中国残留邦人等自立支援法による支援給付を必要とする状態にある者が該当します。

*4 生活保護に属する受給者及び生活保護移行防止のため食事療養費等の減免措置を受けた受給者については「0円」。

・負担上限月額の按分特例 支給認定を受けた指定難病の患者が医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等である場合または同一世帯内に支給認定を受けた指定難病の患者もしくは医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等がいる場合は、負担が増えないよう負担上限額が按分され、負担上限月額とは異なる額が医療受給者証には記載されます。

◆特定医療費（指定難病）のしくみ

特定医療費は医療保険優先で、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と負担上限月額（または2割）を超える医療費を合わせて、支払基金に請求します。

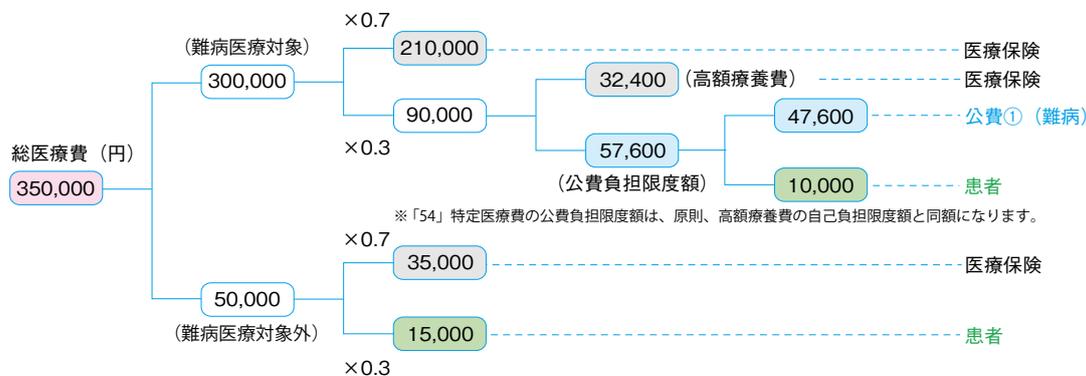


●特定疾患治療研究事業の継続

難病法施行前に特定疾患治療研究事業として医療費を助成してきた疾患のうち、スモン、難治性の肝炎のうち劇症肝炎（継続のみ）、重症急性膵炎（継続のみ）、プリオン病（ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る）については、難病法施行後も特定疾患治療研究事業による医療費助成が継続されます。公費の法別番号は「51」として、指定難病とは異なる取扱いとなります。

事例

- 外来における難病医療で、一般の健康保険の加入者（3割負担）、一般所得I・負担上限月額10,000円、高額療養費の自己負担限度額57,600円の場合です。総医療費が350,000円であって、高額療養費が現物給付された例です。



- ※ 療養の給付欄の一部負担金額の項について：①には、公費の給付対象額が（ ）で再掲されます。②には、医療機関が支払いを受けた一部負担金額と公費が給付する額とを合算した金額が記載されます。③には、公費の患者負担として、医療機関の窓口で徴収した金額が記載されます。（医療受給者証に記載されている負担上限月額を下回る場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）

療養の給付	保険	請求	点	※決定	点	一部負担金額	円
		公費①	35,000				(57,600) ① 72,600 ②
公費②		30,000				10,000 ③	

MONTHLY

マンスリーノート

NOTE

医療保険等の動き

7

July

8

August

7月2日

【医療保険】

過去最高の6183億円の黒字
協会けんぽの令和2年度決算

全国健康保険協会（協会けんぽ）は7月2日、令和2年度決算見込みを発表した。新型コロナウイルス感染症の影響で、前年度に比べて保険料収入等は減少したものの、加入者1人当たり医療給付費の伸び率が▲3・5%とマイナスになるなど保険給付費等の支出の減少額が上回ったことから、収支差は6183億円の黒字となった。黒字額は過去最高で、11年連続の黒字決算。この結果、令和2年度末の準備金残高は前年度の3兆3920億円から、4兆103億円となり、4兆円を超えた。

7月7日

【診療報酬】

中医協が次期改定へ議論を開始
9月に「意見の整理」まとめる

中医協は7月7日、総会を開き、令和4年度の次期診療報酬改定に向けて議論を開始した。9月を目途に各検討項目について「意見の整理」をまとめ、秋以降に具体的な改定議論を進めていく。主な検討テーマは、「コロナ・感染症対応」「外来」「入院」「在宅」「歯科」「調剤」「個別事項」の7つ。個別事項では、▽働き方改革の推進▽不妊治療の保険適用▽医薬品の適切な使用の推進▽歯科用貴金属の随時改定―をあげた。同日は、「コロナ・感染症対応」と「外来」を検討し、新型コロナウイルスの特例措置の恒久化やかかりつけ医機能の強化などが議論になった。

7月9日

【医療保険】

オンライン資格確認導入へ
厚労省が説明会を開く

厚労省は7月9日、医療機関と薬局に向けてオンライン資格確認に関する説明会を開いた。「集中導入開始宣言」を発し、オンライン資格確認導入のメリットを伝え早

期の対応を呼びかけた。厚労省は、医療機関がオンライン資格確認システムを利用することで、窓口の事務負担の軽減や資格過誤請求の減少などのメリットがあることを強調。医療機関で受診予約患者が多数の場合には、事前に一括で保険資格の有効・無効を確認できることも説明した。山下護・医療介護連携政策課長は、「医療保険加入者のデータの正確性が担保されたので、医療機関・薬局の皆さんには安心して使ってほしい」と述べた。

7月14日

【診療報酬】

中医協が次期改定へ調剤を議論
対物から対人業務へシフト

中医協は7月14日の総会で、令和4年度診療報酬改定に向けて調剤報酬を議論した。薬剤師・薬局の業務を対物中心から対人中心にシフトする方向では一致したものの、診療側は報酬上で両方の業務のバランスをとることを求める一方、支払側は調剤報酬の財源構成を見直して対人業務をより評価する考えを提案した。オンライン服薬指導や新型コロナウイルス感染拡大における調剤報酬上の特例対応、敷地

7月14日

【診療報酬】

令和2年度改定の結果検証
中医協が3年度調査案了承

中医協は7月14日の総会で、令和2年度診療報酬改定結果検証の令和3年度調査案を了承した。令和2年度改定の影響とともに、新型コロナウイルス感染症への対応状況なども調べる。調査項目は「かかりつけ医機能等の外来医療」、「精神医療等」、「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」、「かかりつけ薬剤師・薬局」、「後発医薬品の使用促進」など。

7月16日

【医療保険】

令和元年度の市町村国保財政
実質収支は936億円の赤字

厚労省は7月16日、令和元年度の市町村国保の財政状況について発表した。国庫支出金精算額等を考慮した精算後単年度収支差引額は160億円の黒字となったが、決算補てんのため的一般会計繰入金を除いた場合の実質収支は936億円の赤字。前年度は初の実質収支が黒字となったが、再び赤字

となった。被保険者数減少による保険料（税）の減少や前期高齢者交付金の減少などを要因にあげている。なお、基金積立金等は1兆722億円。一方、令和元年度の保険料（税）の収納率（現年度分）は92・92%で、前年度よりも0・07ポイント上昇した。

7月16日 【医療保険】

令和元年度の後期高齢者医療実質収支は302億円の赤字

厚労省は7月16日、後期高齢者医療制度（後期高齢者医療広域連合）の令和元年度の財政状況を発表した。広域連合の収支差引額は3607億円の黒字となったが、国庫支出金等の精算後の実質的な単年度収支は302億円の赤字となった。一方、令和元年度の保険料収納率は99・40%で、横ばい。

7月21日 【診療報酬】

**働き方改革や不妊治療など
中医協が個別事項を議論**

中医協は7月21日の総会で、令和4年度診療報酬改定に向けて、個別事項を議論した。「働き方改革の推進」では、診療側は地域医

療体制確保加算や医師事務作業補助体制加算の拡充を求める一方、支払側は地域医療体制確保加算の要件である勤務医負担軽減策の効果検証の必要性を指摘した。「不妊治療の保険適用」については関係学会が作成したガイドライン等に基づき、保険適用の範囲を総会で検討することを了承した。

7月29日 【医療保険】

**診療報酬改定の基本方針
医療保険部会が議論開始**

社会保障審議会医療保険部会は7月29日、令和4年度診療報酬改定の基本方針策定に向けた議論を開始した。厚労省が改定の流れや前回令和2年度改定の基本方針を説明した上で、意見交換した。委員からは、病院の機能分化・連携やかかりつけ機能の評価など前回の基本方針に盛り込まれた項目の重要性や、新型コロナウイルス感染症拡大を踏まえた対応を求める意見が出た。これまで基本方針の議論は秋にスタートしていたが、委員から「遅すぎる」との指摘があったため、前倒しした。

7月29日 【医療保険】

**第4期医療費適正化計画策定
医療保険部会が議論を開始**

社会保障審議会医療保険部会は7月29日、令和6年度からの第4期医療費適正化計画策定に向けた議論を始めた。厚労省は、都道府県医療費適正化計画の課題として、▽適切な課題把握と取組指標の設定▽地域医療構想との関係の整理▽医療費見込みにおける算定の考え方や実効性の確保の方法、保険料率との関係の整理▽保険者や保険者協議会との関係の整理などをあげた。

7月29日 【医療保険】

**訪問看護レセのオンライン請求
令和6年5月請求分から開始**

社会保障審議会医療保険部会は7月29日、訪問看護レセプトのオンライン請求の開始時期を令和6年5月請求分（4月診療分）とするスケジュール案を了承した。令和5年1月請求分（令和4年12月診療分）から開始する予定だったが、「審査支払機能の在り方に関する検討会」での検討結果を踏まえ延期した。

7月29日 【医療保険】

**顔認証付きカードリーダー
申し込み施設は13万超に**

厚労省は7月29日の社会保障審議会医療保険部会に、医療機関・薬局におけるオンライン資格確認システムの導入準備状況を報告した。7月18日時点での顔認証付きカードリーダーの申込数は、13万429施設で全施設の57・0%となった。7月26日時点のプレ運用参加施設は、1664施設。

8月2日 【支払基金】

**5月診療分の確定件数
対前年同月比26・4%増**

支払基金は8月2日、令和3年5月診療分の確定件数・確定金額を公表した。確定件数は総計8951万件で、対前年同月比は26・4%増（医療保険分23・1%増、各法40・4%増）となった。一方、確定金額は総計1兆706億円で、対前年同月比は17・6%増（同19・5%増、同10・8%増）となった。

理事会開催状況

7月理事会は新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から書面開催としました。議題は次のとおりです。

議 題

1 報告事項

令和2事業年度前期高齢者関係特別会計等の決算の承認

2 定例報告

(1) 令和3年5月審査分の審査状況

(2) 令和3年6月審査分の特別審査委員会審査状況

プレスリリース発信状況

7月 1日 令和3年4月診療分の件数は対前年同月伸び率で25.2%増加 ～確定金額は15.8%増加～
専務理事に神山浩一氏が就任

7月27日 7月記者発表事項について

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

7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）を更新

7月 5日 令和2年度診療報酬改定関係通知を掲載

7月 7日 女性活躍に関する情報を更新

7月 8日 保険者の異動について（2021年6月分）を掲載

7月12日 月刊基金「令和3年7月号」を掲載

7月20日 障害者の法定雇用率（2.3%）を達成

7月27日 令和2事業年度の財務諸表等を掲載

支払基金の人事異動

●令和3年7月30日付

退職・退任等

辞 職	末岡 隆則	前職名	本 部 保健医療情報執行役
-----	-------	-----	---------------

●令和3年8月8日付

退職・退任等

辞 職	小園 英俊	前職名	本 部 経営企画部長
-----	-------	-----	------------

●令和3年8月9日付

新職名

本 部 経営企画部長	倉吉 紘子	前職名	厚生労働省大臣官房人事課長補佐
------------	-------	-----	-----------------

支払基金ホームページをご活用ください

支払基金ホームページでは、みなさまのお役に立つ情報を掲載しています。ぜひご活用ください。

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

支払基金

検索

社会保険診療報酬支払基金
Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services

音声読み上げ・文字拡大 → 本部・支部所在地 → サイトマップ

1

組織概要 | 事業内容 | 診療報酬の審査 | 診療報酬の請求支払 | 統計情報

利用される方が「知りたいこと」を内容から探す入口です。

2

利用される方に合わせて、各種ページをピックアップしていきます。

3

「お知らせ」と「プレスリリース」を切り替えて表示させることができます。

4

利用が多いコンテンツへのショートカットを配置しています。

重要なお知らせ
災害関連情報はここからご確認ください（令和3年7月7日更新）

お知らせ > プレスリリース >

【重要】審査支払新システムへの移行に伴う現行システムの利用停止（令和3年9月1日～5日）に関するお知らせ

新型コロナウイルス感染症に関するお知らせ（令和3年8月11日更新）

オンライン資格確認導入に関する医療機関等向けポータルサイトを開設しました

コンピュータチェックに関する公開を更新しました（令和3年3月31日掲載）

試験の公開を更新しました（令和2年12月22日掲載）

試験の公開のアンケートを実施しています（令和3年4月）

（番）の記録方法に係るお知らせを掲載しました（令和2年12月7日掲載）

災害関連情報

手順書・マニュアル

月刊基金
支払基金広報誌

採用案内

調達情報

オンライン請求

本部・支部情報

様式集

レセプト請求
計算事例

レセプト電算処理
システム

電子点数表・
基本マスター

広報誌・メルマガ

カレンダー

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

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://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)