

はじめに

京都府保険医協会・保険部会
副理事長 福山正紀

1973年より2年に1度実施している「審査に関するアンケート」の2024年度の結果がまとまりました。基本的には毎回同じ質問項目で実施しています。

前回と比べて、回答数で+123(診療所+109、病院+14)、回答率で+7.1%(同+6.8%、+9.1%)という結果となりました。

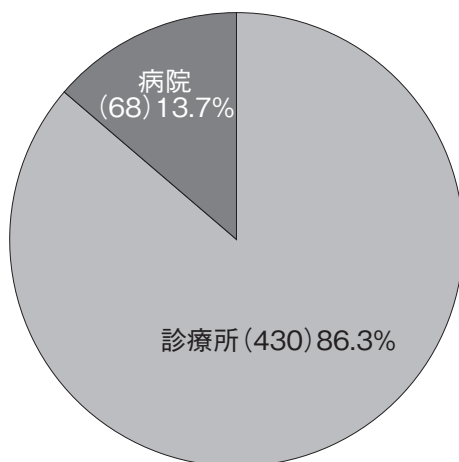
保険診療の充実を考えると、審査支払機関の果たすべき役割は非常に重要です。協会は、今回ご回答いただいた結果を基にして、より良い審査の実現のために取り組んで参ります。会員の先生方には、調査にご協力いただきましたこと、ここに感謝申し上げます。

調査の概要

調査名	審査に関するアンケート 2024年度
調査期間	2024年8月1日～8月31日
調査対象	京都府保険医協会会員医療機関 1,841 (診療所 1,686、病院 155)
調査方法	アンケート紙 (OCR用紙) 方式
有効回答数	498 (診療所: 430、病院: 68)
有効回答率	27.1% (診療所: 25.5%、病院: 43.9%)
回答者の割合	診療所 86.3%、病院 13.7%

図 回答者の割合

() 内は回答者数



診療所の結果の概要

回答者の特徴 (P. 8)

- ・診療科目は「内科系」が45.3%である。

基金・国保の審査内容について (P. 9)

- ・審査に対して「満足」「ある程度満足」の合計は、基金40.3%、国保42.1%。
- ・不満の理由は、「審査基準の不明確さ」「医学的判断、見解の相違」が基金、国保ともに多かった。

減点査定について (P. 14)

- ・この1年間の減点経験は基金で92.3%、国保で89.3%が「ある」と回答した。その理由は「病名漏れ」(同73.0%、73.2%)が最も多い。減点の納得度は、基金では「納得できる場合とできない場合が半分半分」が41.3%で最も多く、国保では「納得できる場合が多い」が43.5%で最も多い。減点に納得できない理由は「明らかな病名漏れは返戻してほしいから」(同48.4%、48.4%)が最も多い。減点の頻度は基金・国保ともに「変わらない」(同55.4%、57.0%)が最も多い。査定額の割合は「0.2%以下」(同48.1%、49.7%)が最も多かった。

返戻について (P. 25)

- ・この1年間に返戻が「ある」と回答したのは基金89.8%、国保89.1%。その内容は、「被保険者資格に関するもの」(同74.9%、74.9%)が最も多かった。返戻に対して「請求内容に不備があり、肯定的に受け止めている場合が多い」(同49.7%、53.5%)が最も多かった。また、減点・返戻に対しては「その都度検討」が71.2%となっている。

再審査請求について (P. 28)

- ・減点経験者のうち再審査請求の経験について「ある」と回答したのは基金45.8%、国保43.0%。その結果に対して「納得できる場合が多い」は同27.9%、28.6%だった。再審査請求について改善すべき点が「ある」との回答は同77.7%、76.2%で、改善すべき点は「原審通りとする場合、理由を詳細に文書で通知すべき」が同66.7%、66.7%で最も多かった。

審査委員会からの文書・電話による連絡(注意)、及び任意来会(懇談)等について (P. 33)

- ・この1年間に審査委員会からの連絡(注意)、及び懇談を受けたことがあるのは基金で9.5%、国保で8.1%。その結果については「納得できた」が基金で73.2%、国保で77.1%であった。

いわゆる審査基準について (P. 35)

- ・67.5%がいわゆる審査基準について「すべて公開すべき」または「公開の部分を拡大すべき」と回答した。

審査委員会に期待すること (P. 36)

- ・「患者の個別性を重視し、医師の裁量を尊重した審査を期待する」が60.9%で最も多かった。

減点・返戻・再審査請求で納得できなかった事例、従来は認められていたのに減点されるようになった事例、再審査請求の結果復活した事例(自由記述) (P. 37)

- ・「検査・画像に関するもの」「投薬に関するもの」の事例が多かった。

審査全般に関する意見・要望について(自由記述) (P. 43)

- ・「審査基準・審査結果の相違、審査基準の公開について」「減点・返戻理由の明確化について」に関するものが多かった。

■ 病院の結果の概要

回答者の特徴 (P. 52)

- ・ 回答した病院の 63.2% が 200 床以下の病院である。

基金・国保の審査内容について (P. 53)

- ・ 審査に対して「少し不満」「多いに不満」の合計は、基金 51.5%、国保 52.9%。
- ・ 不満の理由は「審査基準の不明確さ」が最も多く、同 68.6%、75.0% である。

減点査定について (P. 55)

- ・ この 1 年間に減点を受けていないとの回答はなかった。減点の理由は「病名漏れ」(基金 89.4%、国保 92.3%)、「過剰・重複」(同 89.4%、87.7%)、が多かった。減点の納得度は「できる場合とできない場合がおよそ半分半分」が最も多い(同 53.0%、53.8%)。減点に納得できない理由で最も多いのは「詳細な理由を説明してほしい」(同 71.2%、78.5%) であった。減点の頻度は基金・国保ともに「変わらない」(同 57.6%、56.9%) が最も多い。査定額の割合は基金・国保ともに「0.5% 以下」(同 77.3%、80.0%) が最も多かった。

返戻について (P. 60)

- ・ この 1 年間に返戻を受けていないとの回答はごくわずかである。返戻の内容は、「被保険者資格に関するもの」(基金 88.1%、国保 87.9%) が最も多かった。返戻に対して基金で 50.7%、国保で 48.5% が「減点せずに返戻してほしい」と感じている。また、減点・返戻に対して、ほとんどの病院が何らかの対策を行なっている。

再審査請求について (P. 63)

- ・ 基金で 85.3%、国保で 88.2% の医療機関が再審査請求をしたことがあると回答。再審査の結果に対して「納得できる場合と納得できない場合がおよそ半分半分」が同 53.4%、50.0% で最も多かった。再審査請求について改善すべき点が「ある」との回答は基金で 87.9%、国保で 88.3% で、改善すべき点は「理由を詳細に文書で通知すべき」「医学的必要性を重視すべき」が多かった。

審査委員会からの文書・電話による連絡(注意)、及び任意来会(懇談)等について (P. 67)

- ・ この 1 年間に審査委員会からの連絡(注意)、及び懇談を受けたことがあるのは基金 17.6%、国保 14.7% であった。その結果については、「納得できた」が同 75.0%、70.0% であった。

いわゆる審査基準について (P. 69)

- ・ 89.7% がいわゆる審査基準について「すべて公開すべき」または「公開の部分を拡大すべき」と回答した。

審査委員会に期待すること (P. 70)

- ・ 「患者の個別性を重視し、医師の裁量を尊重した審査を期待する」が 75.0% で最も多かった。

減点・返戻・再審査請求で納得できなかった事例、従来は認められていたのに減点されるようになった事例、再審査請求の結果復活した事例(自由記述) (P. 71)

- ・ 「検査・画像に関するもの」、「処置・手術・麻酔」が多かった。

審査全般に関する意見・要望について(自由記述) (P. 74)

- ・ 「減点・返戻理由の明確化について」に関するものが多かった。

■ 審査を巡る情勢について

1. オンライン請求原則義務化

2023年11月30日に請求省令が改定された。電子媒体で請求する医療機関が2024年10月以降も同様の方法を継続する場合は、移行計画書の提出が必要となった。紙請求は2024年4月以降の新規適用が廃止された。

2. オンライン請求医療機関に対する紙返戻の廃止

オンライン請求医療機関に対する返戻及び再請求は、2023年4月以降、原則オンライン請求することとされ、2024年9月末、基金・国保からの紙返戻の送付が終了した。

2024年10月以降、返戻レセプトの再請求は、オンライン請求システムからダウンロードして行う必要がある。ダウンロード期間は3か月なので、注意が必要だ。

3. 受付・事務点検 ASP 機能の拡大

受付・事務点検 ASP (Application Service Provider) 機能とは、保険医療機関が審査支払機関の事務点検プログラムを利用して、事務的な誤りがあるレセプトを事前に確認して、修正を行う機能である。ASP は支払基金と国保連合会が共同開発している。

オンライン請求でレセプトデータを送信した後、審査支払機関側のコンピュータでチェックされ、誤りがある場合には「要確認」エラーとなる。

保険者番号・被保険者番号や患者氏名のもれ、「摘要」欄のコード入力もれ等の事務的な項目に加えて、電子点数表によるチェックも行われるようになっている。

4. 支払基金の AI 振分

支払基金では、過去の審査結果等を AI に機械学習させることにより、審査委員や職員による審査を必要とするレセプトと、コンピュータチェック (CC) で完結するレセプトの振分けが行われている。2022年10月現在、人による審査を必要とするレセプトの割合はレセプト全体の10%に絞り込まれた。

レセプトの振分は、AI と CC を組み合わせにより、2段階で行われる。

「振分1」では、①人が見る (目視対象とする) レセプト、②AI による振分対象とするレセプト、③判断の明らかなレセプトとして審査を終了するレセプトの3つに分類する。

「振分2」においては、2つのAI が用いられる。

1つめは「Minhash」である。過去に提出されたレセプトを類型化し、類似レセプトグループの査定・返戻率を用いて分類する仕組みである。受付レセプトを過去1年分のレセプトと突き合わせてグループ分けし、グループ毎に過去レセプトにおける審査結果をもとに査定・返戻率を算出して振分ける。

グループ毎に①査定・返戻率 (高) (5% 以上) のものは目視対象とされる。②査定・返戻率 (低) (5% 未満) のものはチェックマスタ・本部点検条件によるチェックの対象となり、チェック付箋が貼付されれば目視対象となり、貼付されなければ CC で完結するものとして審査決定される。③査定・返戻率 0% (過去レセプトが 25 件以上の場合に限る) のものも CC で完結するものとして審査決定される。

2つめは「xgboost」である。「Minhash」で過去に類似なしとされたものが対象となる。過去1年間のレセプト情報と審査結果とを木構造を用いて査定となる条件分岐 (決定木分析) を学習し、決定木における誤りを修正しながら複数の決定木を作成 (再学習) して、査定可能性を算出して振分ける。予測された査定・返戻率が高いものは、チェックマスタ・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とされる。予測された査定・返戻率が低いものは、チェックマスタ・本部点検条件によるチェックにより付箋が貼付されれば目視対象に、貼付されなければ CC で完結するものとして審査決定される。

5. 支払基金におけるチェックマスタ・本部点検条件によるチェック

支払基金において、AIによる振分で目視対象とされたレセプトは「チェックマスタ・本部点検条件」によるCCにかけられる。

CCの根拠は①点数表（告示・通知）、②療養担当規則、③医薬品添付文書、④材料価格基準（告示・通知）、⑤厚生労働省事務連絡（疑義解釈資料等を含む）、⑥審査情報提供事例とされている。

また、支払基金が公開している「CC対象事例ファイル仕様書」（最新：2021年9月27日）を見ると、その「チェック観点」の中に「医学的必要性／医学（薬学）的見解に基づき、情報提供する「審査の一般的取扱い」等の事例」が含まれている。

つまり、支払基金内部の「審査情報提供検討委員会」が決定した「審査情報提供事例」がチェック対象事例に位置付けられ、支払基金内部の「審査の一般的な取扱いに関する検討委員会」がまとめ、情報提供（公開）している「審査の一般的取扱い」がチェック観点に盛り込まれている。この点は注目すべきである。

2025年2月1日現在、支払基金の「審査情報提供事例」（医科・薬剤）は第30次・392事例が公開されている。「審査の一般的な取扱い（医科）」は第20次・442事例が公開されている。

6. 国保連合会の審査におけるコンピュータチェック

国保連合会のCCシステムは、支払基金のものとは異なる。国保中央会が開発した全国標準システムである「国保総合システム」の中の「審査支払系システム」を用いた審査が実施されている。

具体的には、国保連合会における審査支払業務の特性（保険者共同処理系システムや、後期高齢者請求支払、介護保険審査支払、特定健診、各都道府県連合会の外付けシステム等の固有システムとの連携）に合わせ一体的に再構築し、各業務システムをデータ連携により処理することができる仕組みを整備したものだ。

国保連合会におけるCCには以下の3つの種別がある。

①Sランプ：告示・通知上の算定ルールのうち、医学的判断を伴わないもの。

②Vランプ：医学的判断を伴うもの

③O・J・Tランプ（横覧・縦覧・突合）：告示・通知上の算定ルールのうち、医学的判断を伴わないもの及び医学的判断を伴うもの

なお、2024年4月に国保総合システムが更改された。支払基金のAI振分は導入されていないが、2026年度を目途に導入が検討される模様だ。

7. 審査支払機能に関する改革工程表

厚労省、支払基金、国保中央会は、2021年3月31日、「審査支払機能に関する改革工程表」を示した。2026年4月から審査システムの共同利用を開始するために、デジタル庁と連携した共同開発を進めるとしている。

8. 支払基金を医療DX推進・医療費適正化の先陣に

支払基金が果たす役割も変質する。「医療DXの推進に関する工程表」では「支払基金が行っているレセプトの収集・分析や、オンライン資格確認等システムの基盤の開発等の経験やノウハウを生かす観点から、同基金を、審査支払機能に加え、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組する」と記載された。厚労省が2024年8月30日に公表した「近未来健康活躍社会戦略」では「国が医療DXの総合的な方針を示し、支払基金が中期的な計画を策定。保険者に加え、国・地方が参画し、運営する組織。情報技術の進歩に応じた迅速・柔軟な意思決定、DXに精通した専門家が意思決定に参画する体制に改組」するとしている。

診療所編

診療所編

CHAPTER 1 回答者の特徴

診療所：問2～3

ポイント

- ・回答者の年齢構成は60歳代が31.4%、70歳代以上が27.4%である。
- ・診療科目は「内科系」が45.3%である。

回答した診療所の会員の年齢分布は【図 1-1】の通り。「60代」が最も多く（前回比-2.9pt）、次いで「70代以上」（同-2.2pt）、「50代」（同+5.2pt）、「40代」（同-0.4pt）となった。

※開業医会員年齢構成 30歳代 1.0%、40歳代 8.8%、50歳代 22.5%、60歳代 33.1%、70歳代以上 34.5%（2024年8月31日現在）

標榜科目・診療科目の分布は【図 1-2】の通り。内科系が最も多く、45.3%（前回比+4.5pt）となった。

図 1-1 先生の年齢は（単回答）

（ ）内は回答者数

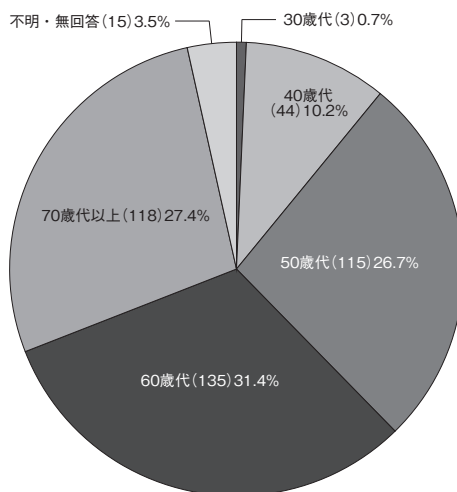
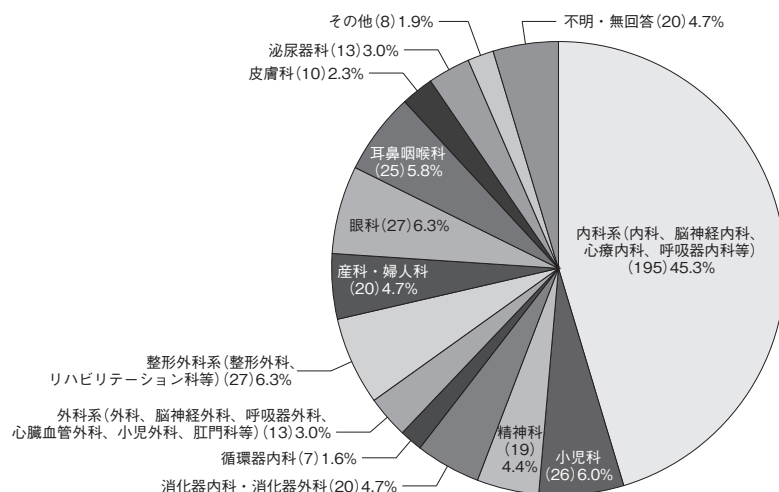


図 1-2 貴診療所の標榜科目・診療科目は（単回答）

（ ）内は回答者数



CHAPTER 2 基金・国保の審査内容について

診療所：問7

ポイント

- ・審査に対して「満足」「ある程度満足」の合計は、基金 40.3%、国保 42.1%。
- ・不満の理由は「審査基準の不明確さ」「医学的判断・見解の相違」が基金、国保ともに多かった。

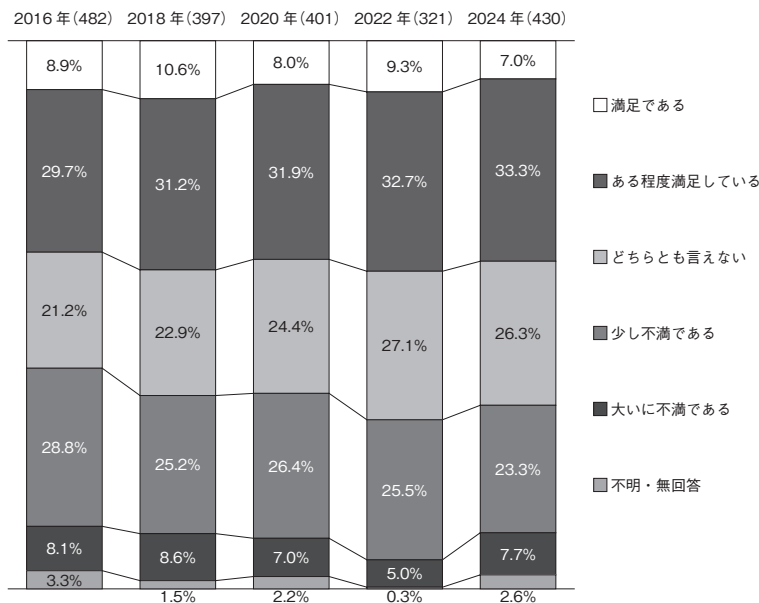
(1) この1年間の審査に対する満足度

審査に対する満足度は【図 2-1】の通り。「満足」「ある程度満足」の回答の合計は、基金 40.3%（前回比 -1.7pt）、国保 42.1%（同±0pt）となった。一方、「少し不満」「大いに不満」の回答の合計は、基金 31.0%（同+0.5pt）、国保 28.6%（同+0.3pt）となった。

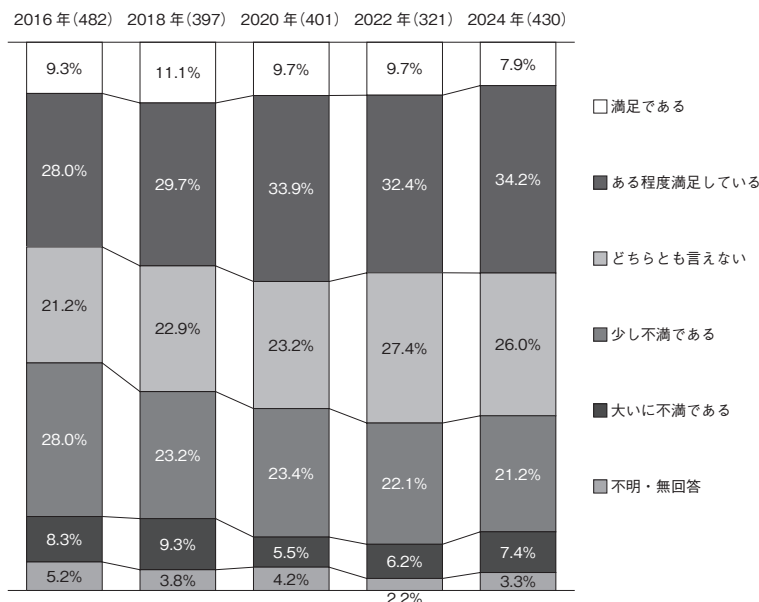
図 2-1 この1年間の審査に対する満足度（単回答）

()内は回答者数

【基金】



【国保】



診療科目別にみた審査に対する満足度は【図 2-2】の通り。「満足」「ある程度満足」の合計は、基金では泌尿器科 61.6%、整形外科系 59.2%、小児科 53.8% の順で高かった。

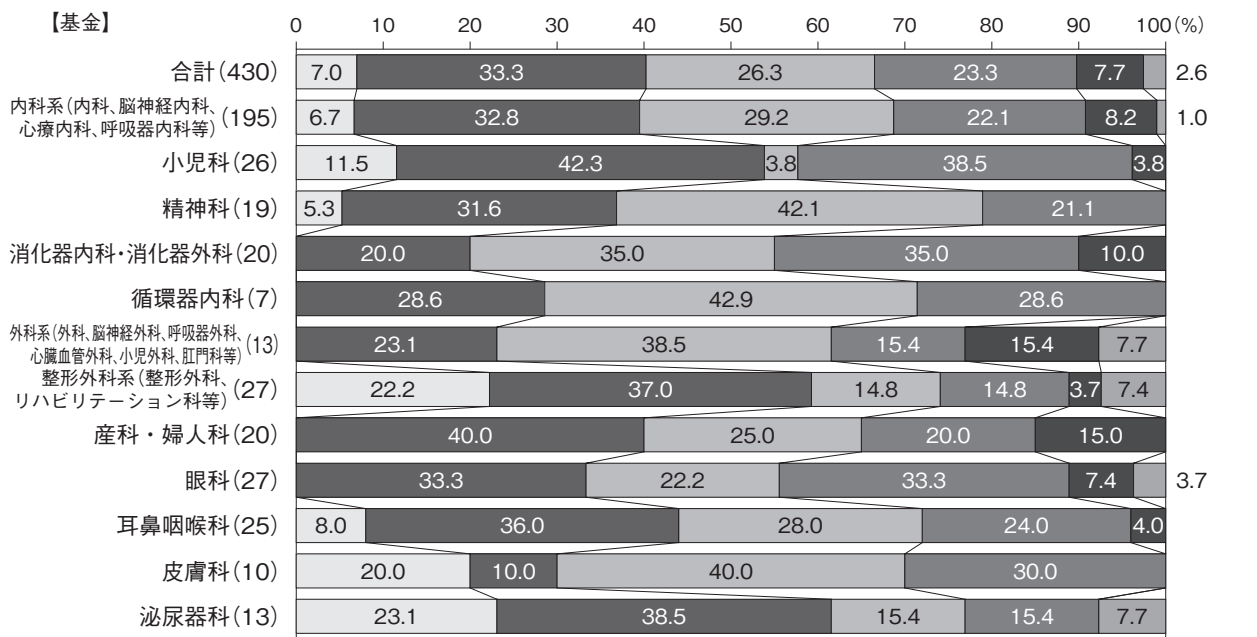
また国保では整形外科系 59.2%、小児科 57.7%、産科・婦人科 50.0% の順で高かった。

「少し不満」「大いに不満」の合計は、基金では消化器内科・消化器外科 45.0%、小児科 42.3%、眼科 40.7% の順で高かった。

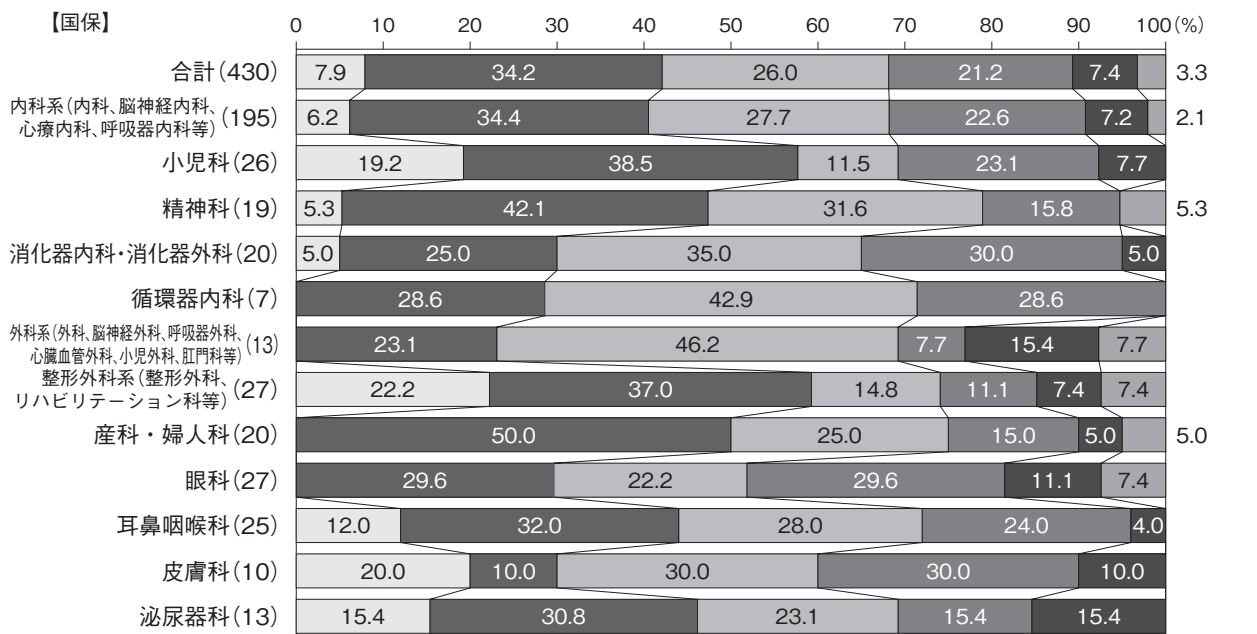
また国保では眼科 40.7%、皮膚科 40.0%、消化器内科・消化器外科 35.0% の順で高かった。(回答数 10 未満の診療科除く。)

図 2-2 この 1 年間の審査に対する満足度 (単回答) (診療科別クロス集計)

()内は回答者数



□ 満足である ■ ある程度満足している □ どちらとも言えない ■ 少し不満である ■ 大いに不満である □ 不明・無回答



□ 満足である ■ ある程度満足している □ どちらとも言えない ■ 少し不満である ■ 大いに不満である □ 不明・無回答

(2) 審査に対する不満の理由

審査に対する不満の理由は【図 2-3】の通り。基金では「審査基準の不明確さ」「医学的判断・見解の相違」が66.9%、59.4%（前回比-3.5pt、-7.9pt）で共に多かった。

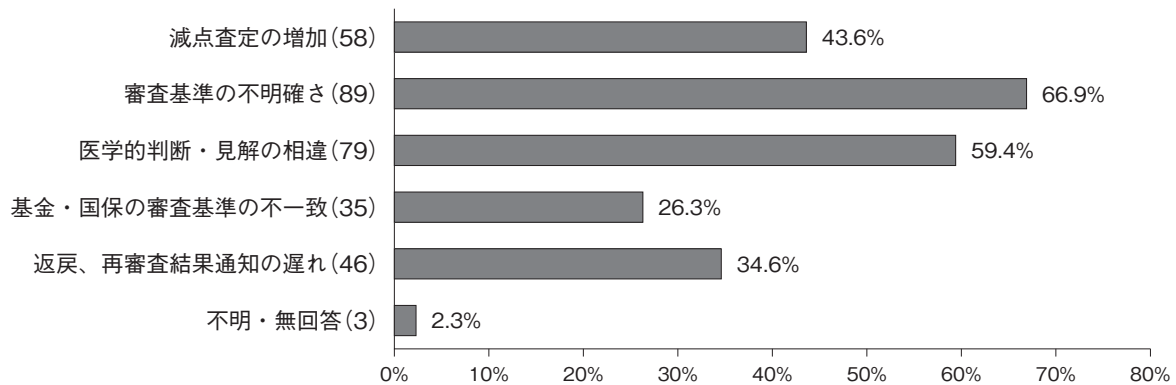
国保では「審査基準の不明確さ」「医学的判断・見解の相違」が69.1%、61.8%（同-4.5pt、-5.2pt）で共に多かった。

それぞれ傾向は同じであったが、割合が低下している（母数は前設間で「少し不満」「大いに不満」の合計）。

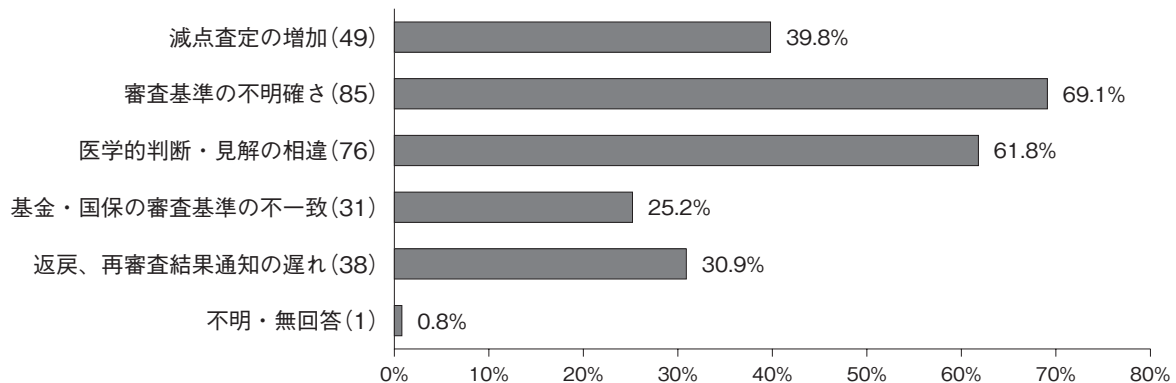
図 2-3 不満の場合、その理由（複数回答）

【基金】

()内は回答者数



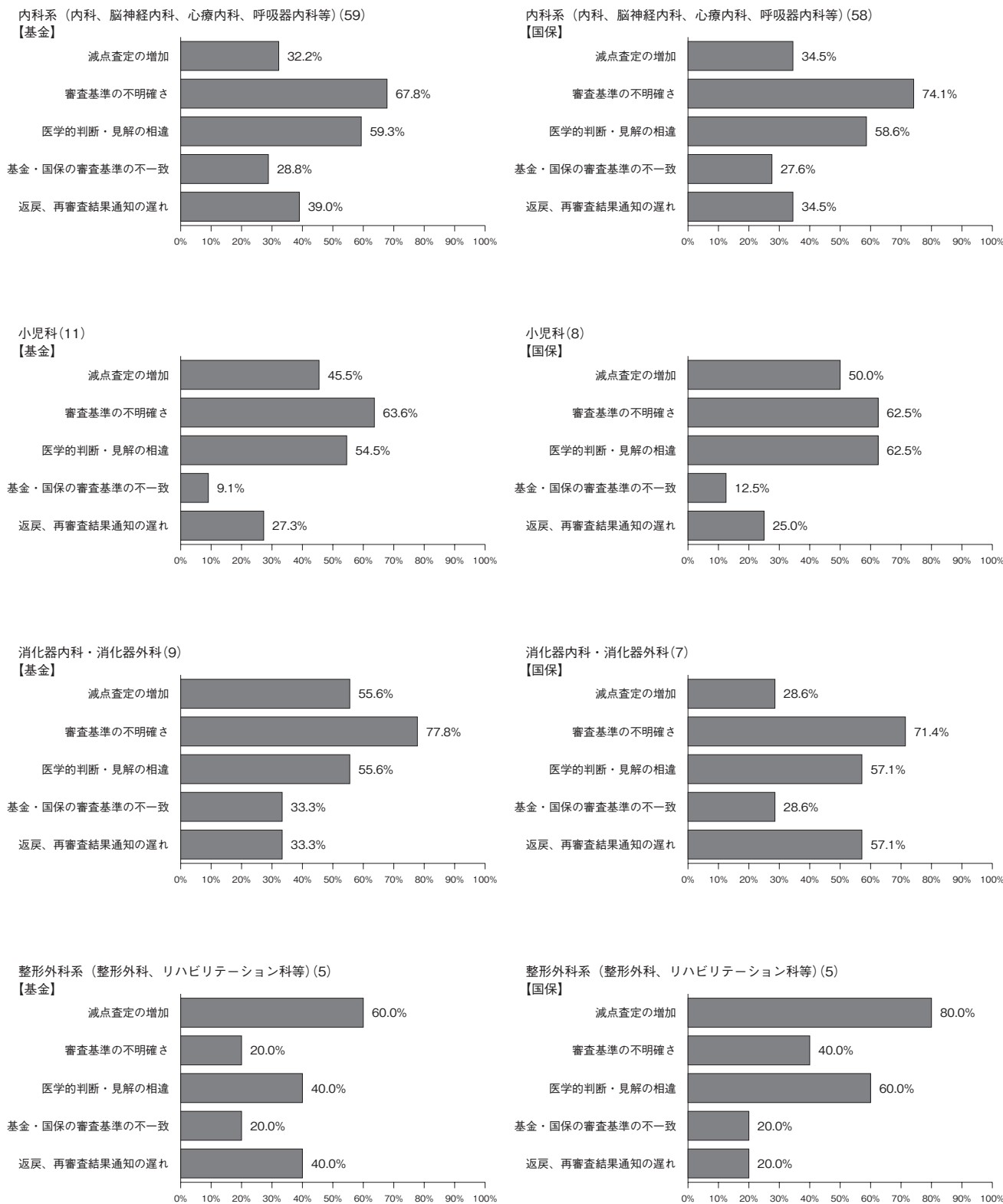
【国保】

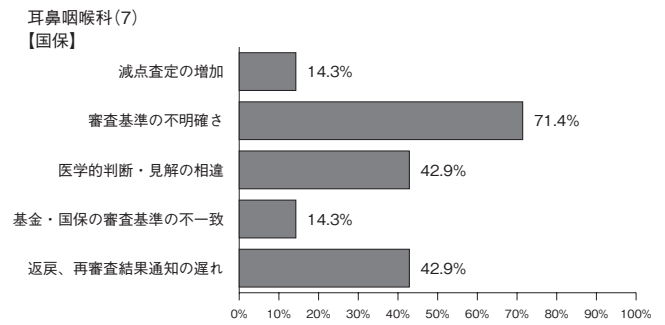
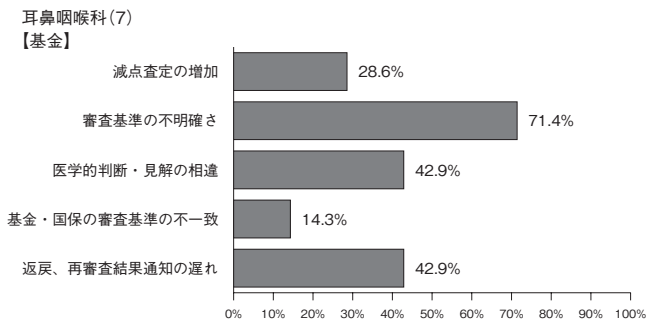
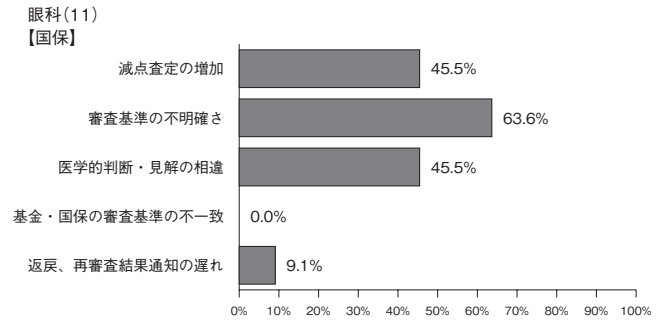
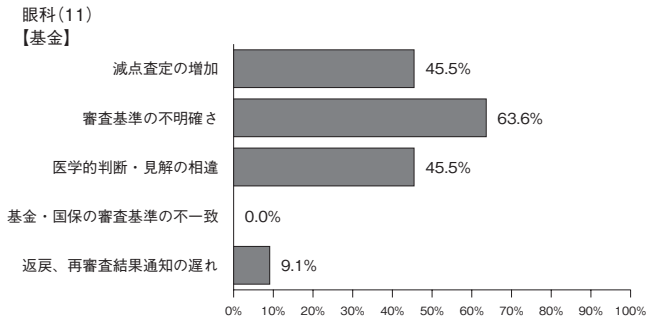
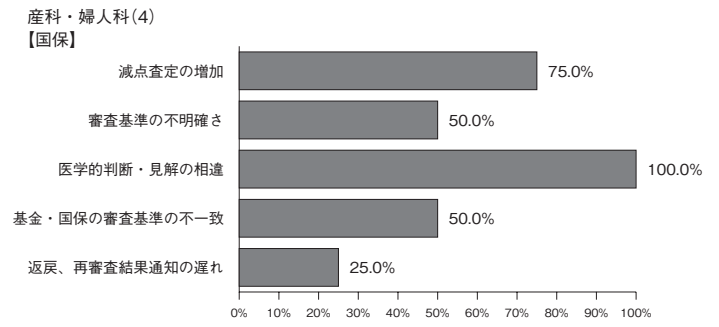
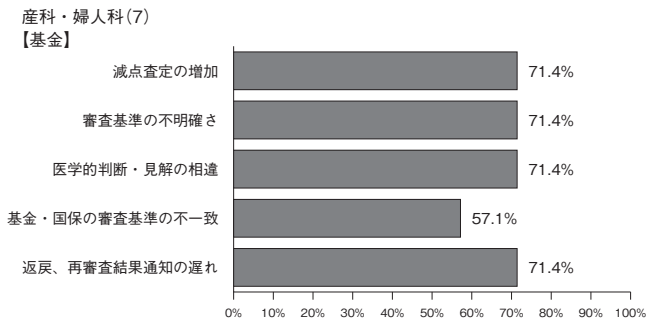


診療科別にみた不満の理由は【図 2-4】の通り（基金・国保ともに回答者 5 人未満の診療科※は省略）。

※精神科、循環器内科、外科系、皮膚科、泌尿器科

図 2-4 不満の場合、その理由（複数回答）（診療所別クロス集計）（ ）内は回答者数





CHAPTER 3 減点査定について

診療所：問8

ポイント

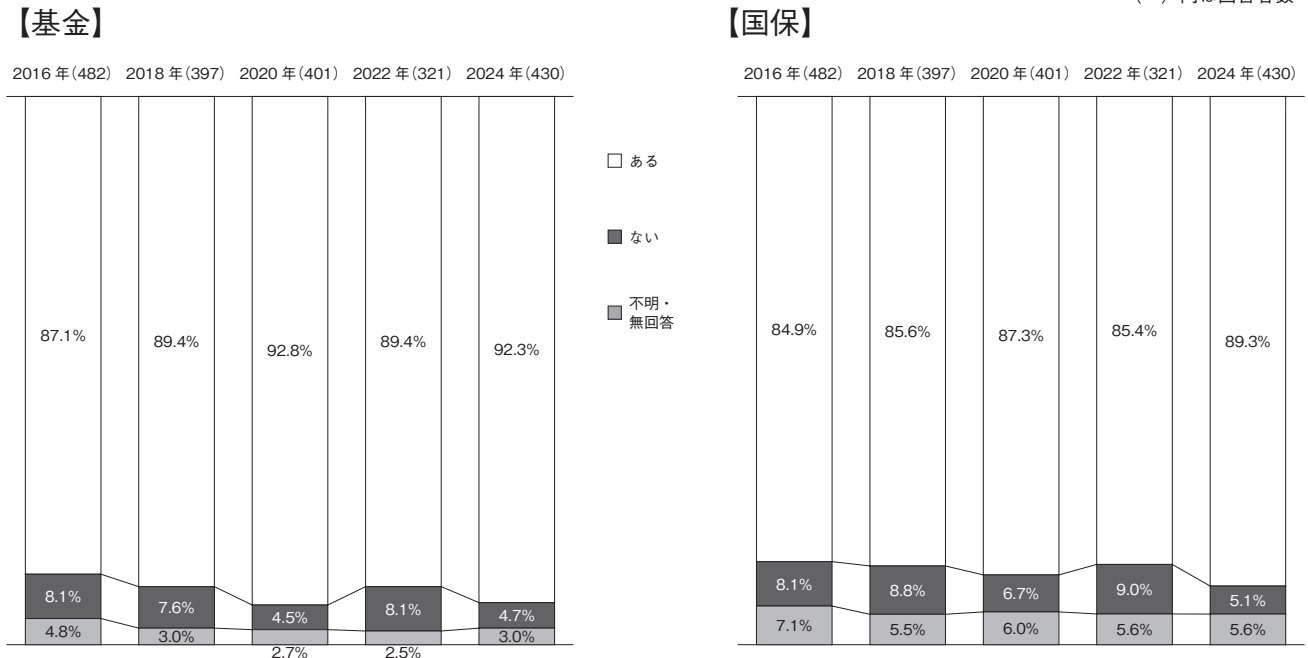
- ・この1年間の減点経験について、基金では92.3%（前回比+2.9pt）、国保では89.3%（同+3.9pt）が「ある」と回答した。
- ・減点の理由は基金73.0%、国保73.2%で「病名漏れ」が最も多い。
- ・減点の納得度は基金では「納得できる場合と納得できない場合がおよそ半分半分である」が41.3%で最も多く、国保では「納得できる場合が多い」が43.5%で最も多い。
- ・減点査定に納得できない理由は「明らかな病名漏れは返戻してほしいから」が基金48.4%、国保48.4%で最も多い。

(1) この1年間の減点経験

この1年間の減点経験は【図3-1】の通り。減点を受けたことが「ある」のは1980年代に基金・国保ともに40%台で推移、1990年調査でともに60%台に、1994年調査でともに70%台に達した（1994年度までは病院の回答分を含む）。そして2000年調査でともに80%台に達した。2010年以降も増加傾向は続き、近年は80%後半や90%台となっている。今回、基金では92.3%（前回比+2.9pt）、国保では89.3%（同+3.9pt）となった。

図3-1 この1年間に減点経験（単回答）（年次推移）

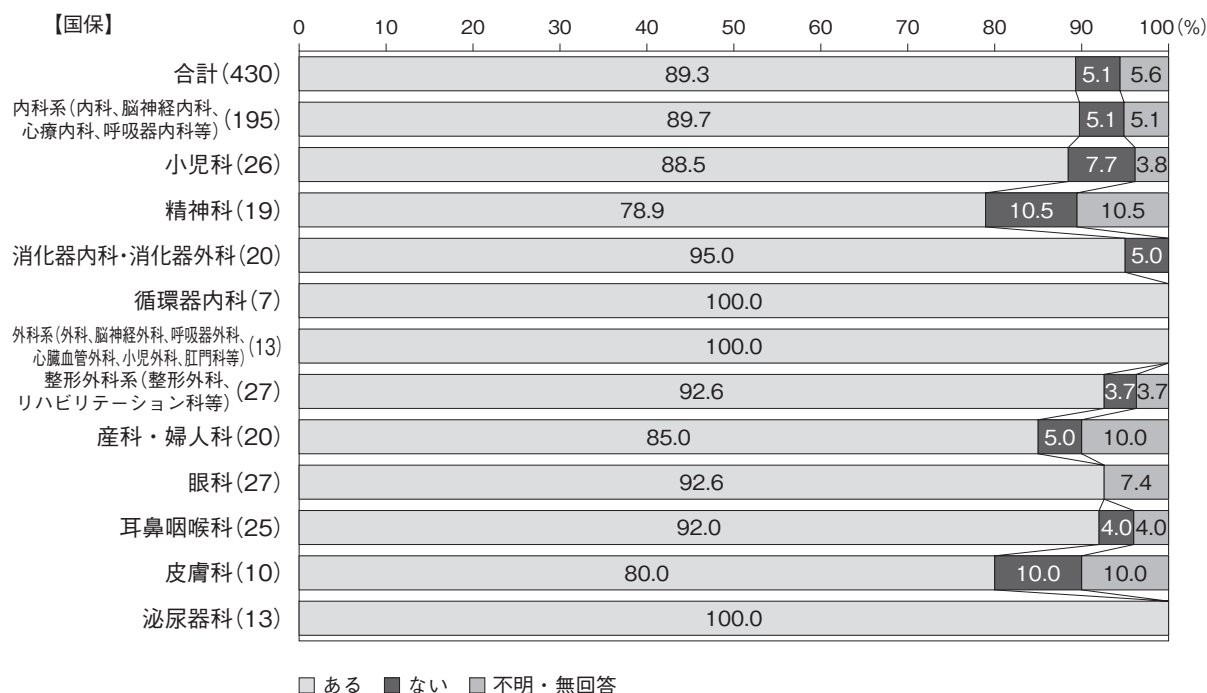
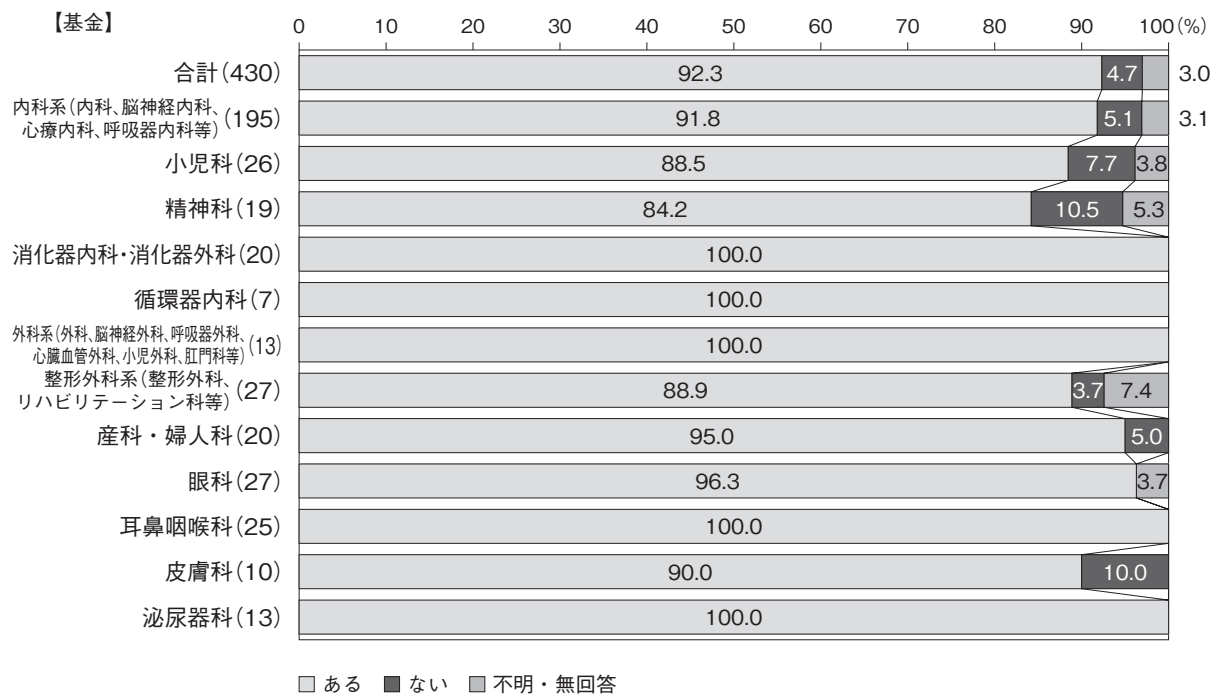
() 内は回答者数



診療科目別にみたこの1年間の減点経験は【図 3-2】の通り（以下【図 3-9】まで、母数は前設問で減点が「ある」との回答）。

図 3-2 この1年間の減点経験（単回答）（診療所別クロス集計）

()内は回答者数



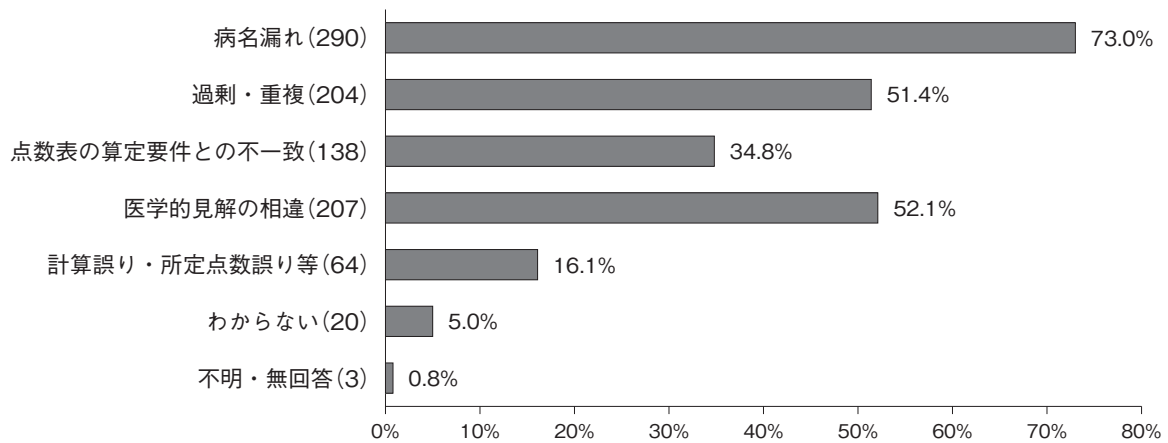
(2) 減点の理由

減点の理由は【図 3-3】の通り。「病名漏れ」が基金 73.0%、国保 73.2% とともに最も多い（前回比 -1.2pt、-2.3pt）。次いで、基金では「医学的見解の相違」が 52.1%（同 +5.9pt）、国保では「過剰重複」が 47.1%（同 +2.6pt）と続いた。

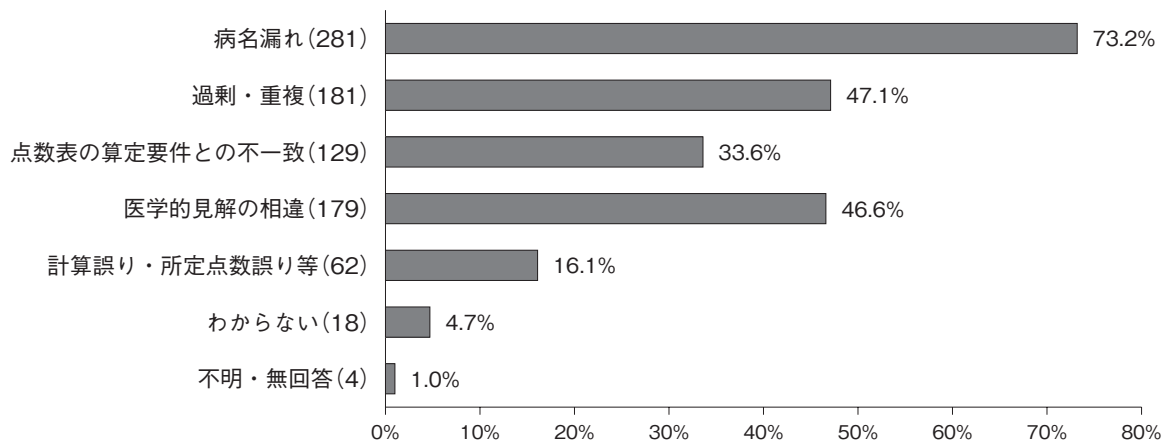
図 3-3 減点理由（複数回答）

【基金】

()内は回答者数

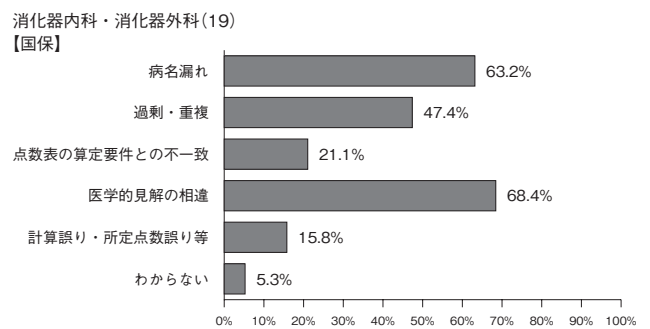
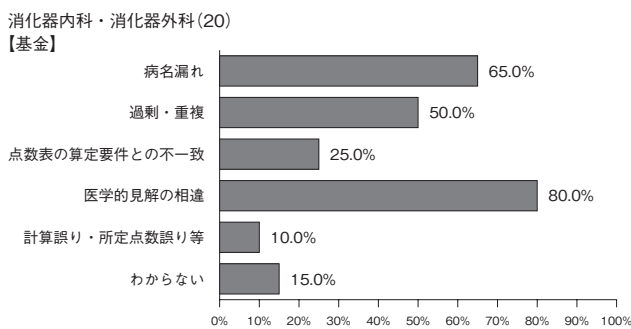
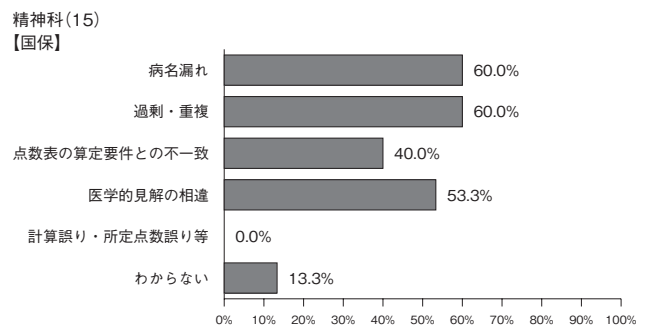
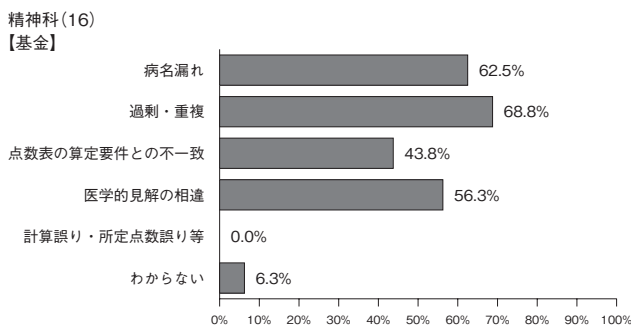
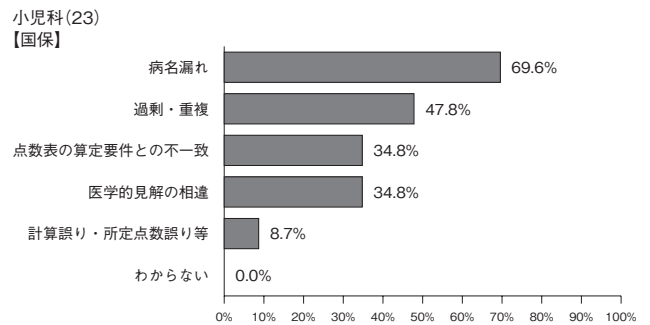
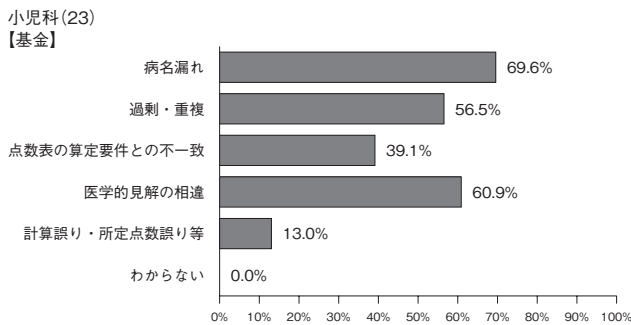
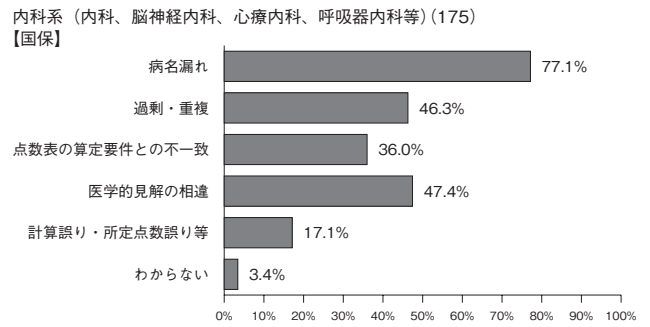
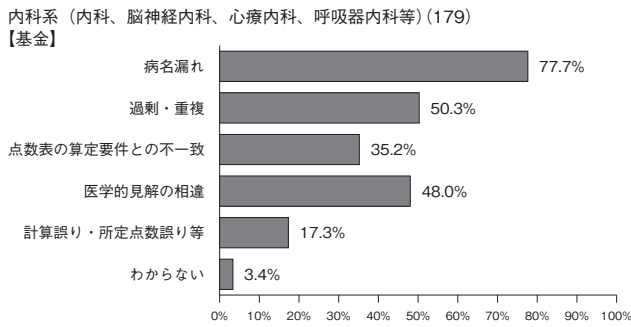


【国保】

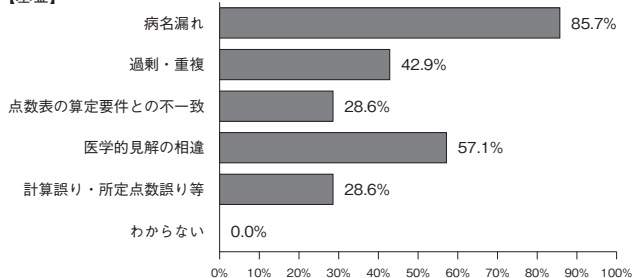


診療科別にみた減点理由は【図 3-4】の通り。

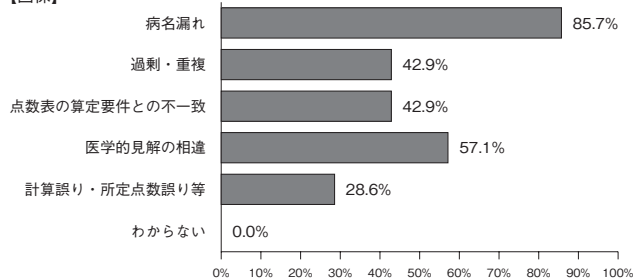
図 3-4 減点理由（複数回答）（診療科別クロス集計）



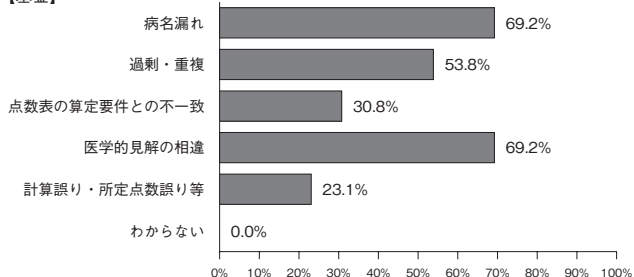
循環器内科(7)
【基金】



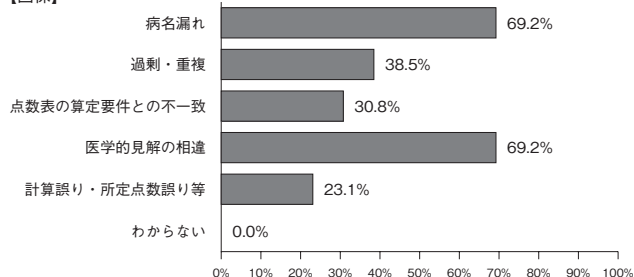
循環器内科(7)
【国保】



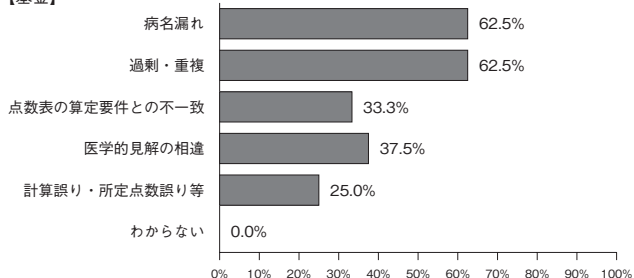
外科系 (外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、肛門科等) (13)
【基金】



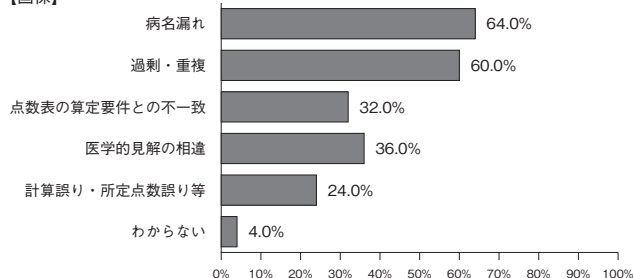
外科系 (外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、肛門科等) (13)
【国保】



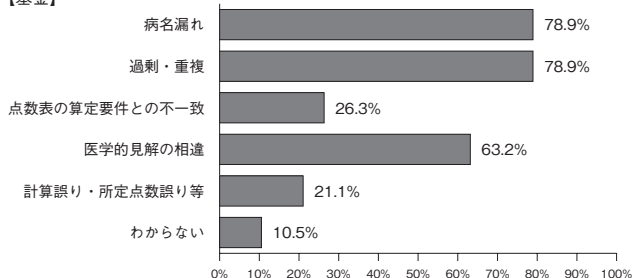
整形外科系 (整形外科、リハビリテーション科等) (24)
【基金】



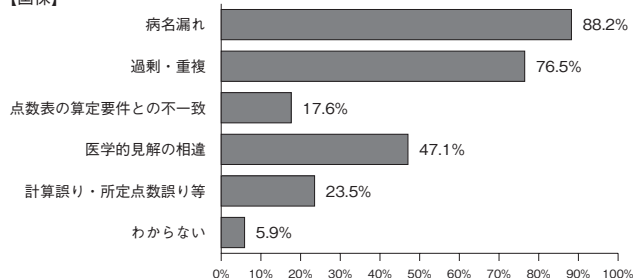
整形外科系 (整形外科、リハビリテーション科等) (25)
【国保】



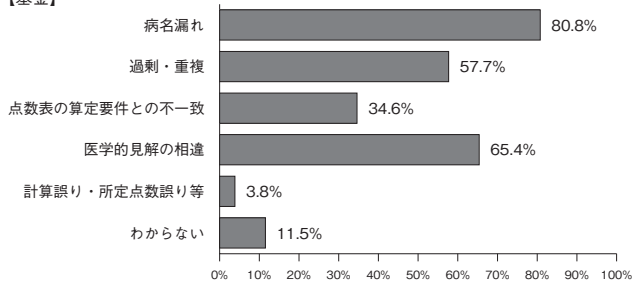
産科・婦人科(19)
【基金】



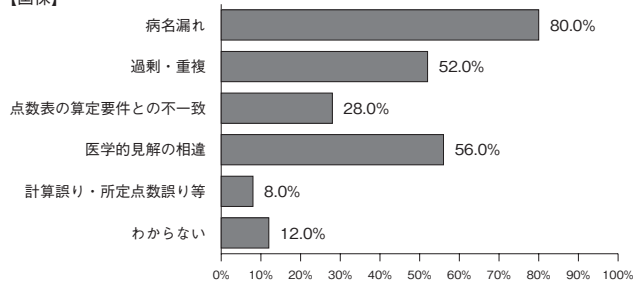
産科・婦人科(17)
【国保】



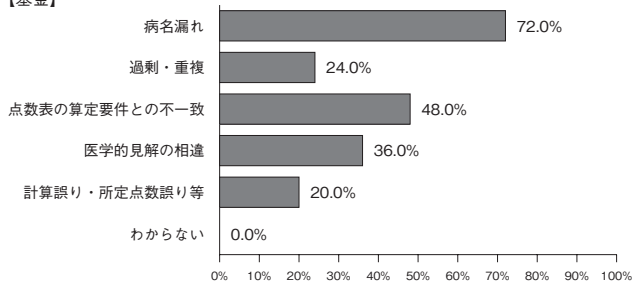
眼科(26)
【基金】



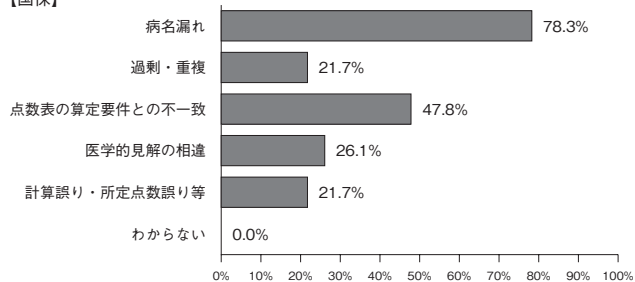
眼科(25)
【国保】



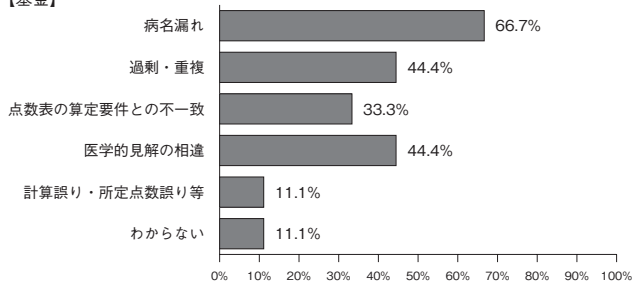
耳鼻咽喉科(25)
【基金】



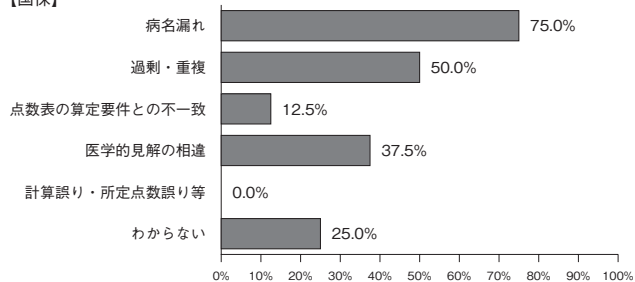
耳鼻咽喉科(23)
【国保】



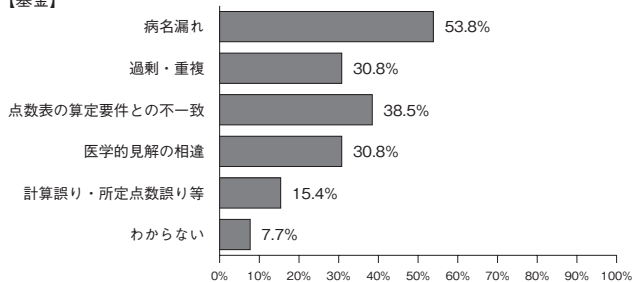
皮膚科(9)
【基金】



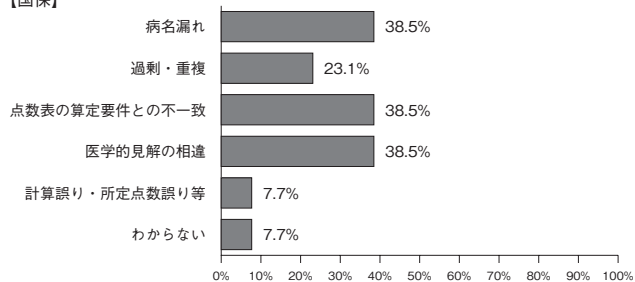
皮膚科(8)
【国保】



泌尿器科(13)
【基金】



泌尿器科(13)
【国保】



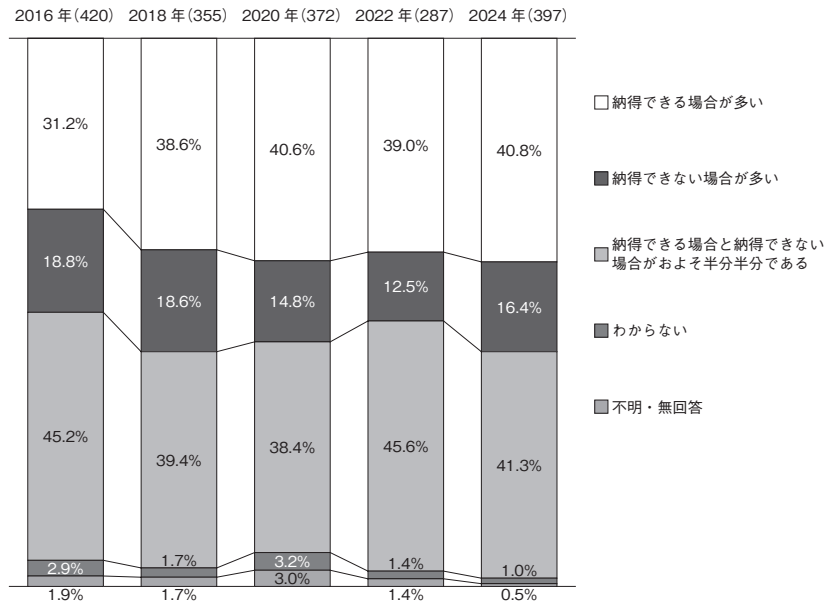
(3) この1年間の減点に対する納得度

この1年間の減点に対する納得度は【図 3-5】の通り。基金では「納得できる場合と納得できない場合がおおよそ半分半分である」が41.3%（前回比-4.3%）で最も多く、国保では「納得できる場合が多い」が43.5%（同+2.3%）で最も多かった。

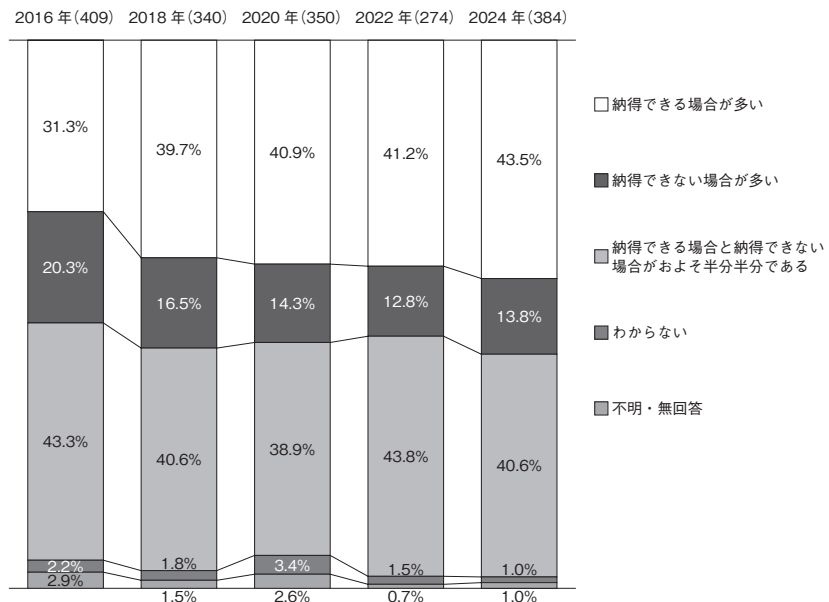
図 3-5 減点査定への納得度（単回答）（年次推移）

（ ）内は回答者数

【基金】



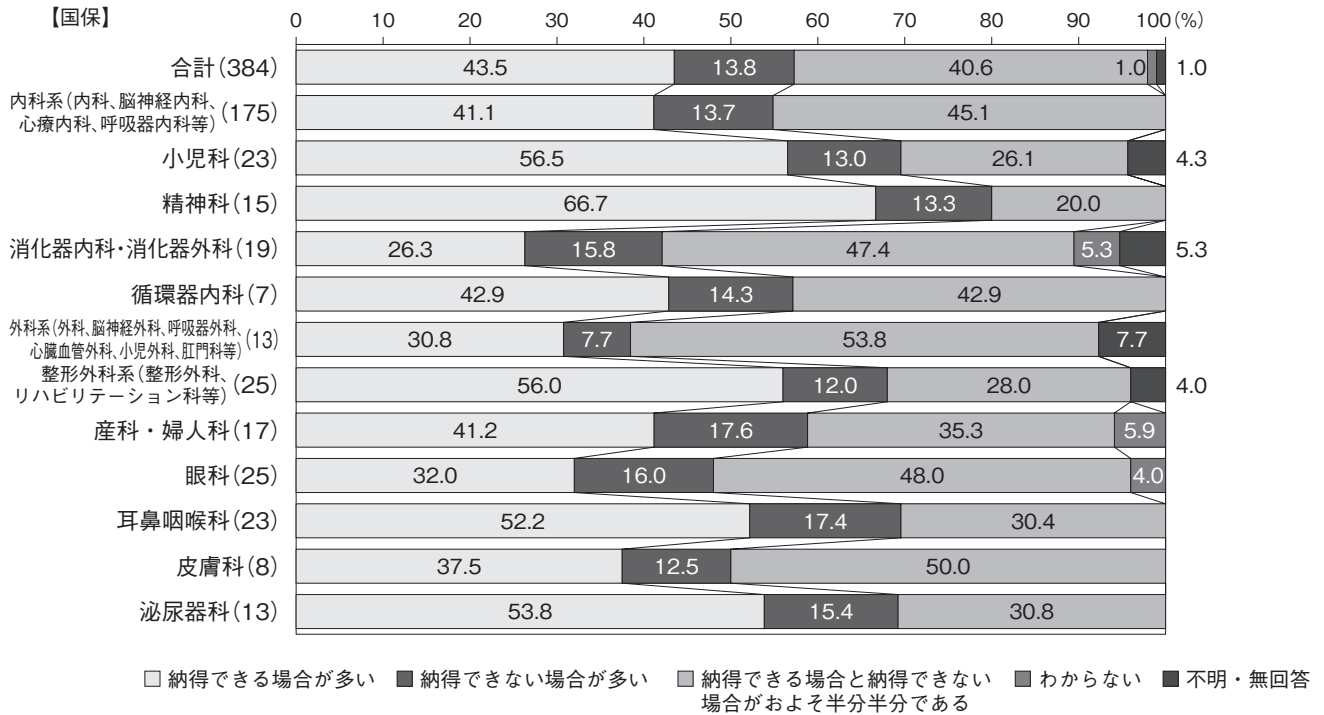
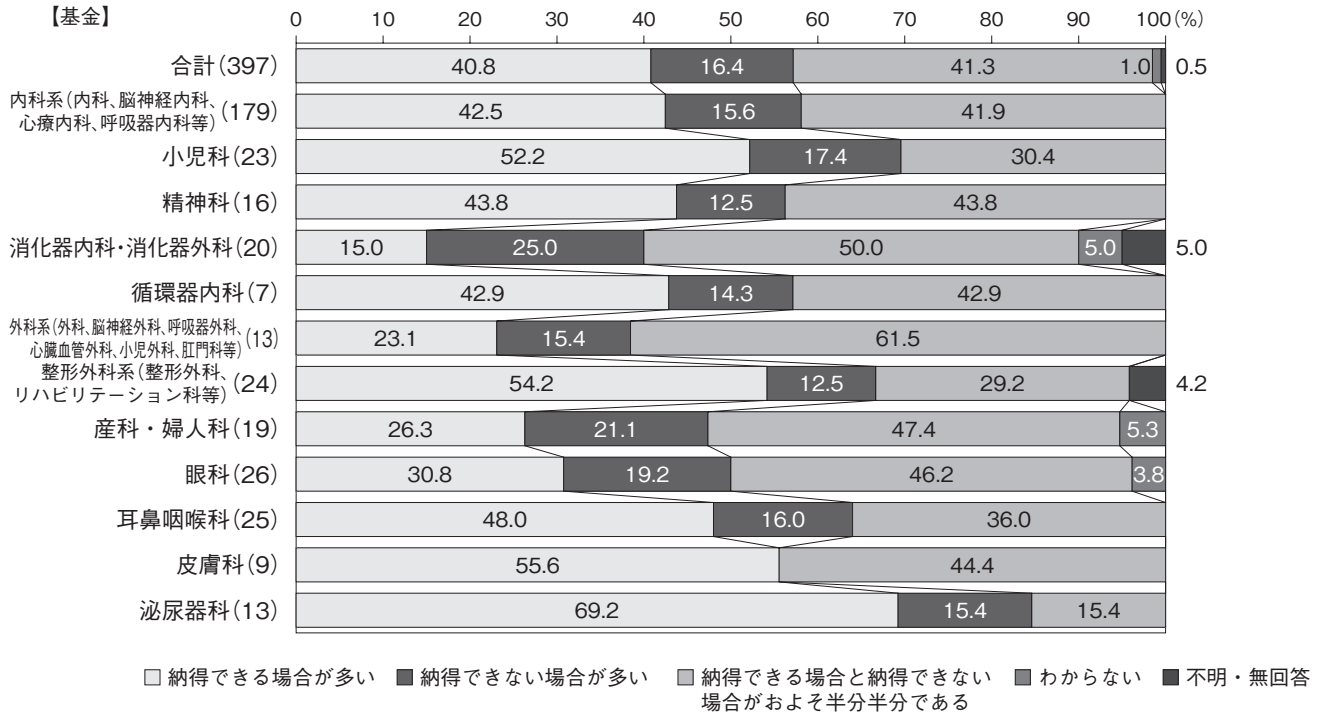
【国保】



診療科目別にみた減点の納得度は【図 3-6】の通り。

図 3-6 減点査定への納得度（単回答）（診療所別クロス集計）

()内は回答者数



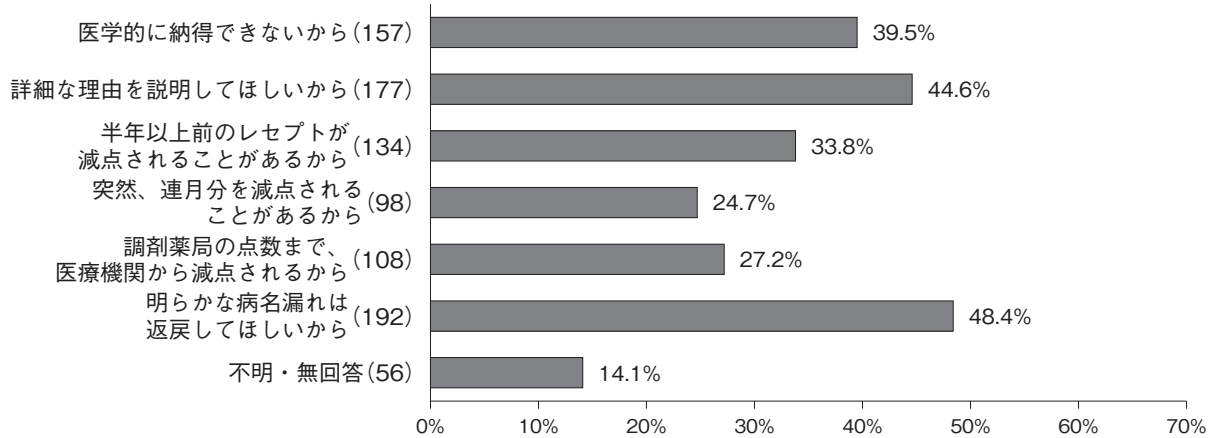
(4) 減点査定に納得できない理由

減点査定に納得できない理由は【図 3-7】の通り。「明らかな病名漏れは返戻してほしいから」が最も多く、基金 48.4%、国保 48.4% となった（前回比 -1.6pt、-0.5pt）。

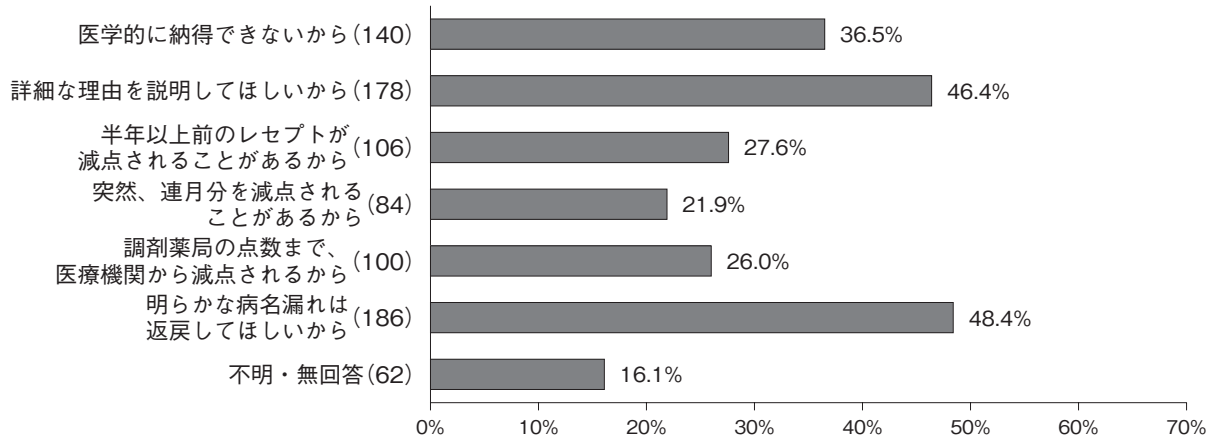
図 3-7 減点査定に納得できない理由（複数回答）

【基金】

()内は回答者数



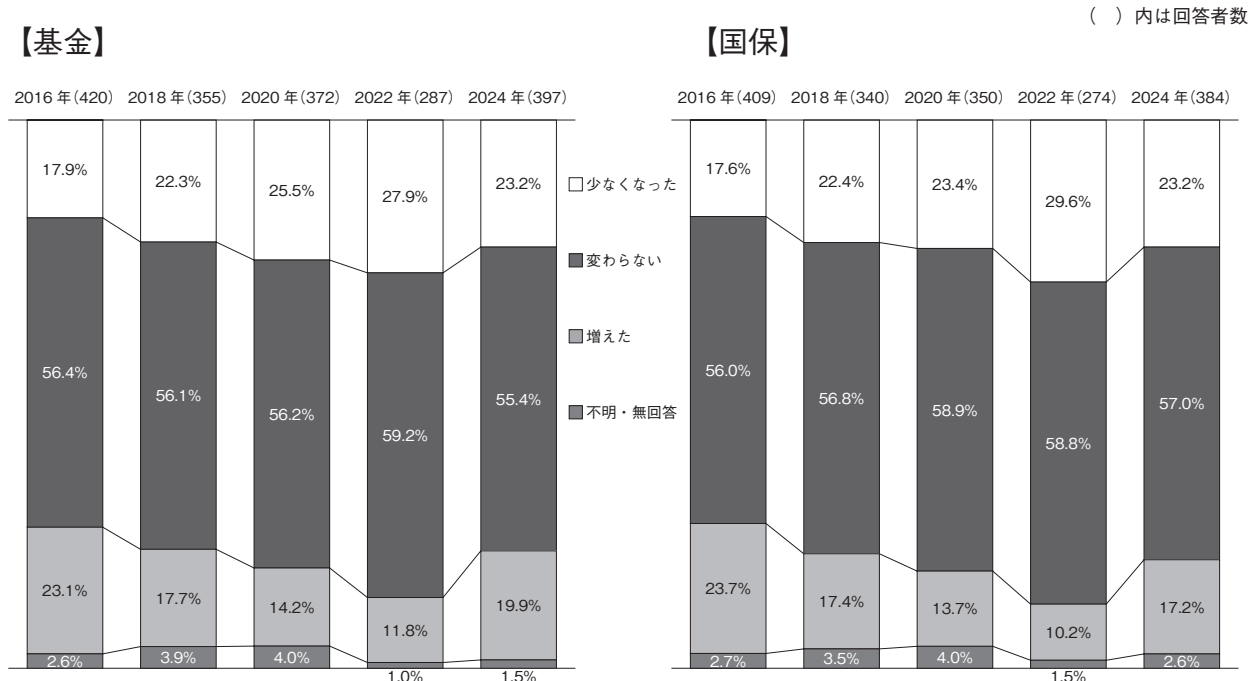
【国保】



(5) この1年間の減点査定の頻度

減点の頻度は【図 3-8】の通り。基金・国保ともに「変わらない」が最も多い。前回と比較すると、「増えた」が基金・国保でそれぞれ8.1pt、7.0pt増加し、「少なくなった」がそれぞれ4.7pt、6.4pt減少した。

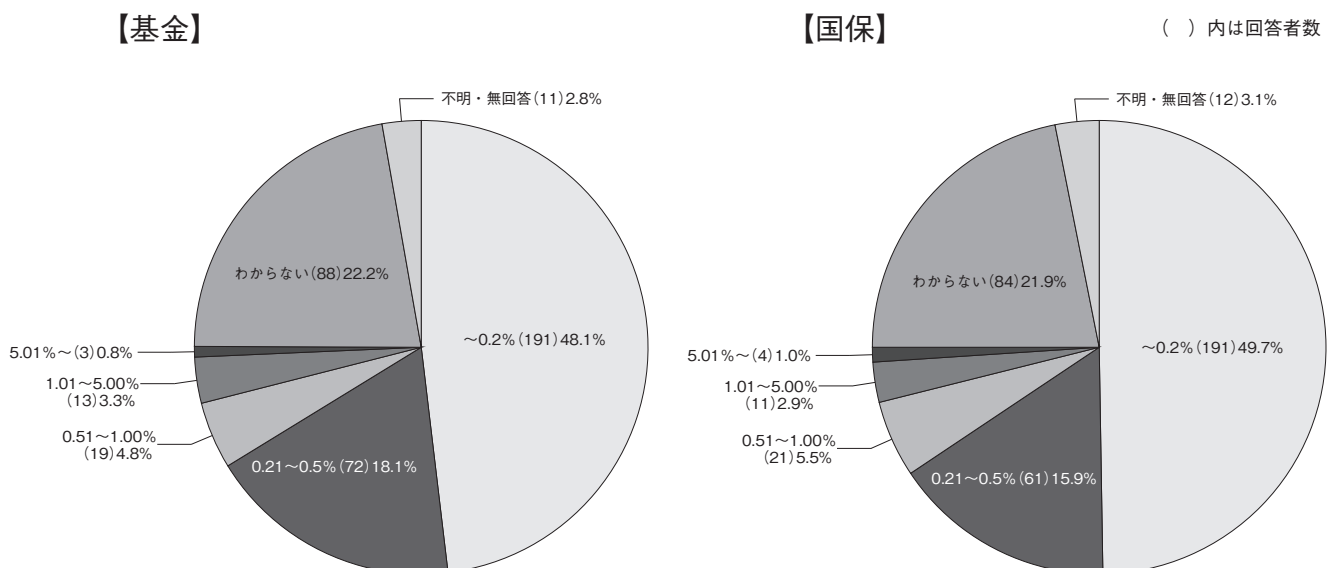
図 3-8 この1年間の減点査定の頻度について（単年度）（年次推移）



(6) 請求金額に対する減点査定の割合

請求金額に対する減点査定の割合は【図 3-9】の通り。1カ月の減点査定について、0.2%以下が最も多く、基金48.1%、国保49.7%となった（前回比基金-0.3pt、国保+1.9pt）。

図 3-9 1カ月の減点金額の請求金額に占める割合（単回答）



知っておきたいレセプト審査の基礎知識

増減点連絡書の見方 ―減点事由を確認し、対応方法をご検討ください―

審査の結果、減点された場合、基金は「増減点連絡書」等、国保は「増減点通知書」等が医療機関に送付されます。そこには診療年月、保険者番号のほか、増減点数や事由が記載されています。

下図は、基金の増減点連絡書です。Ⓚ「事由」欄には、増減点された事由が、記号で記載されています。またⓁ「請求内容」欄には、医療機関が請求した診療内容が、Ⓜ「補正・査定後内容」欄には、点検、審査などによる補正・査定後の内容が表示されています。事由の記号の意味は、連絡書の欄外にも記載されていますが、以下の通りとなっています。

- A：療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応とならないもの
- B：療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上過剰・重複となるもの
- C：療養担当規則等に照らし、A・B以外の医学的に保険診療上適当でないもの
- D：告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの
- F：固定点数が誤っているもの
- G：請求点数の集計が誤っているもの
- H：縦計計算が誤っているもの
- K：その他

増減点の通知が来たら、減点内容と減点事由をご確認ください。そのうえで再審査請求すべきか、また再審査請求をする際の理由をどのように記載するか、などご検討ください。

増減点連絡書（支払基金資料より作成）

(継続様式第20号の1)													
医療機関コード 1 2 3 4 5 6 7										1 月 分 増 減 点 連 絡 書		ページ 1	
医療機関名 支払基金病院										社会保険診療報酬支払基金			
診 療 年 月	受 付 番 号 レセプト番号	保 険 者 番 号 等	区 分	給 付 区 分	氏 名 カ ル ナ 号 等	職 所	法 別	増 減 点 数 (金 額)	事 由	負 担	請 求 内 容	負 担	補 正 ・ 査 定 後 内 容
0112	0502-12,345,678 000,001	0613****	本外		基金 太郎	60	06	-37	F	1	○○○○○ 74×1	1	○○○○○ 37×1
						合計	06	-37			2,193		2,156
	0502-98,765,432 000,020	0613****	家外	長	基金 花子	21	06	-150	B	1	○○○錠 100mg 2錠 30×10		縦覧点検 ○○○錠 100mg 1錠 15×10 B：療養担当規則等に照らし、医学的に保険適 応上過剰・重複となるもの
						合計	06	-150			1,900		850
	0502-98,765,765 000,050	0613****	本外		基金 一郎	21	06	-100	C	1	○○○錠 100mg 1錠 20×10		○○○錠 100mg 1錠 20×5 C：療養担当規則等に照らし、A・B以外で医 学的に保険診療上適当でないもの
						合計	06	-100			2,500		
備考													

記号凡例		
(増 減 点 箇 所)	(増 減 点 事 由)	(補 正 ・ 査 定 後 内 容)
1 1 初 診 1 2 再 診 1 3 医学管理 1 4 在 宅 2 1 内 服 2 2 頓 服 2 3 外 用 2 4 剤 剤 2 5 処 方 2 6 療 養 2 7 調 基 2 8 投 薬その他	1 診察内容に関するもの A 療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応とならないもの B 療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上過剰・重複となるもの C 療養担当規則等に照らし、A・B以外で医学的に保険診療上適当でないもの D 告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの	2 事務上に関するもの F 固定点数が誤っているもの G 請求点数の集計が誤っているもの H 縦計計算が誤っているもの K その他
3 1 皮下筋肉内 3 2 経腸内 3 3 注射その他 3 9 薬剤削減 4 0 処置・薬剤 5 0 手術・薬剤 5 4 麻酔・薬剤 6 0 検査・病理 7 0 画像診断 8 0 その他	9 2 特定入院料・その他 9 7 食事・生活療養 標準負担額 合計 (療養の給付合計) 合計 (食事療養 合計) 集計 (集計限り)	(補正・査定後内容) 縦覧点検 複数月におけるレセプトの通覧点検により補正・査定された内容 入外点検 入院と入院外レセプトの通覧点検により補正・査定された内容

CHAPTER 4 返戻について

診療所：問9～10

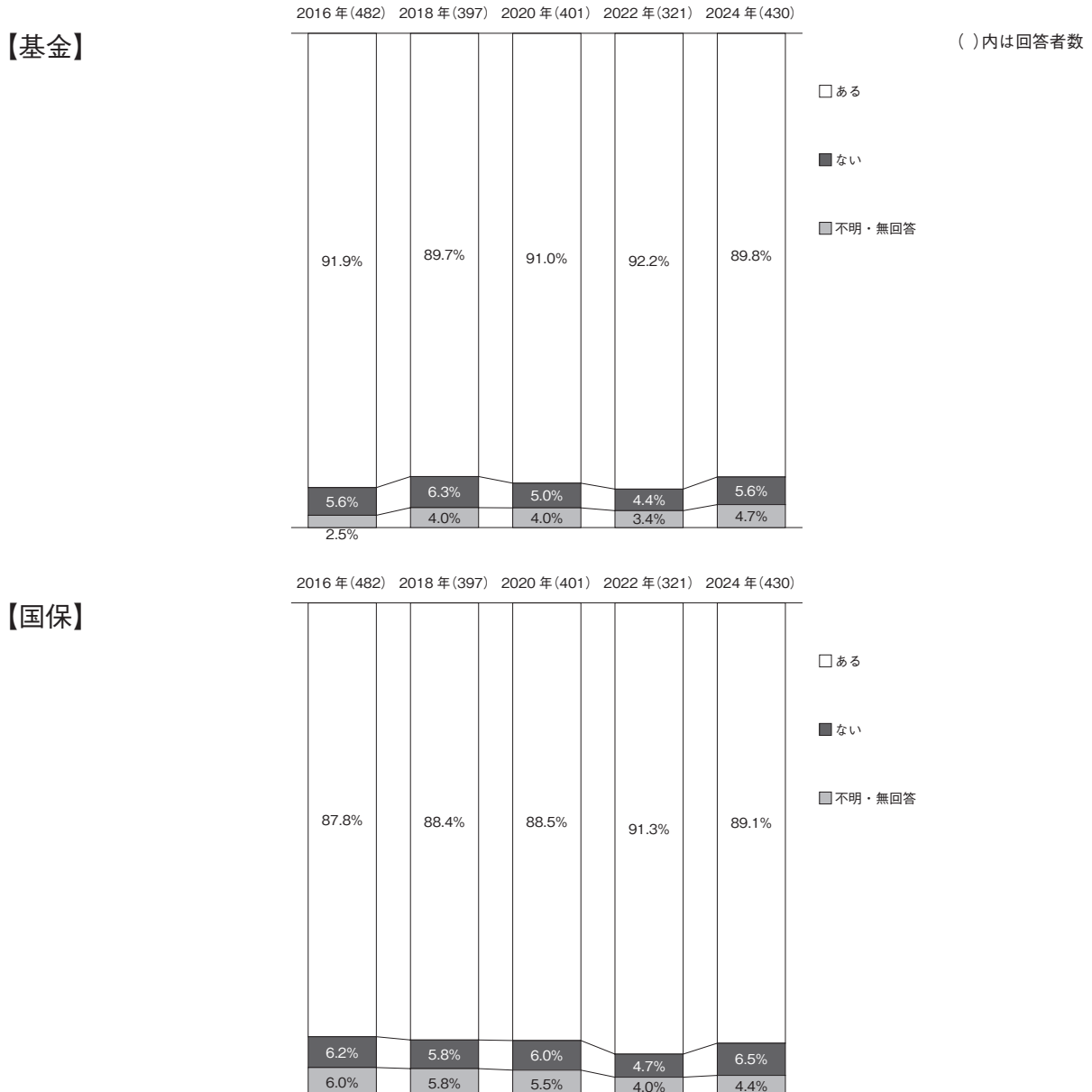
ポイント

- ・この1年間で返戻が「ある」と回答したのは基金 89.8%、国保 89.1% である。
- ・返戻の内容は、「被保険者資格に関するもの」が最も多く（基金 74.9%、国保 74.9%）、次いで「事務的誤りに関するもの」が多い（基金 65.0%、国保 65.0%）。
- ・返戻内容については「請求内容に不備が多く、肯定的に受け止めている場合が多い」が基金 49.7%、国保 53.5% で最も多かった。
- ・減点・返戻に対しては「その都度検討」が 71.2% と最も多い。

(1) この1年間の返戻経験

この1年間の返戻経験は【図 4-1】の通り。「ある」と回答したのは基金 89.8%（前回比-2.4pt）、国保 89.1%（同-2.2pt）となり、前回とほとんど変わらない。

図 4-1 この1年間の返戻経験（単回答）（年次推移）



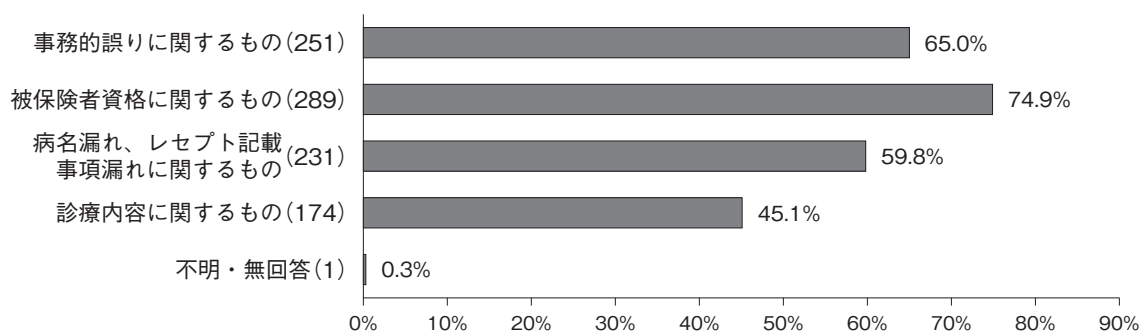
(2) 返戻の内容

返戻の内容は、【図 4-2】の通り。基金・国保ともに「被保険者資格に関するもの」が基金 74.9%、国保 74.9%（前回比基金-7.2pt、国保-4.6pt）で最も多く、次いで「事務的誤りに関するもの」が基金 65.0%、国保 65.0%（同-1.9pt、-4.3pt）が多い。「病名漏れ、レセプト記載事項漏れに関するもの」は基金 59.8%、国保 59.5% で前回より増えた（同+9.5pt、+9.7pt）（以下【図 4-3】まで母数は前設問で返戻が「ある」との回答）。

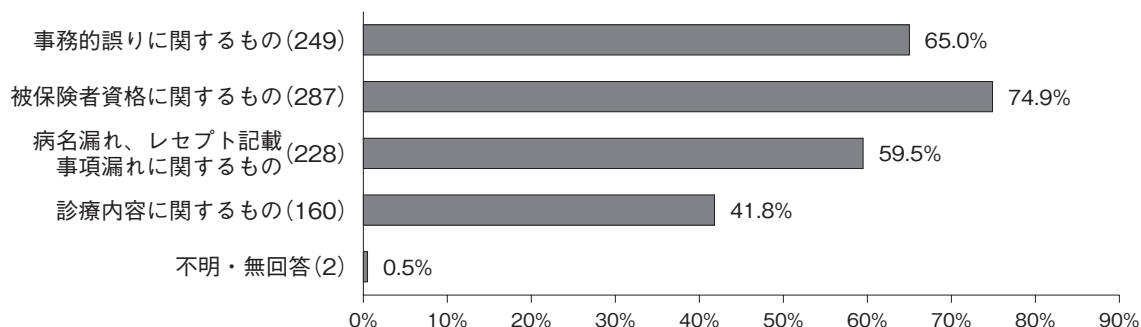
図 4-2 返戻の内容（複数回答）

【基金】

()内は回答者数



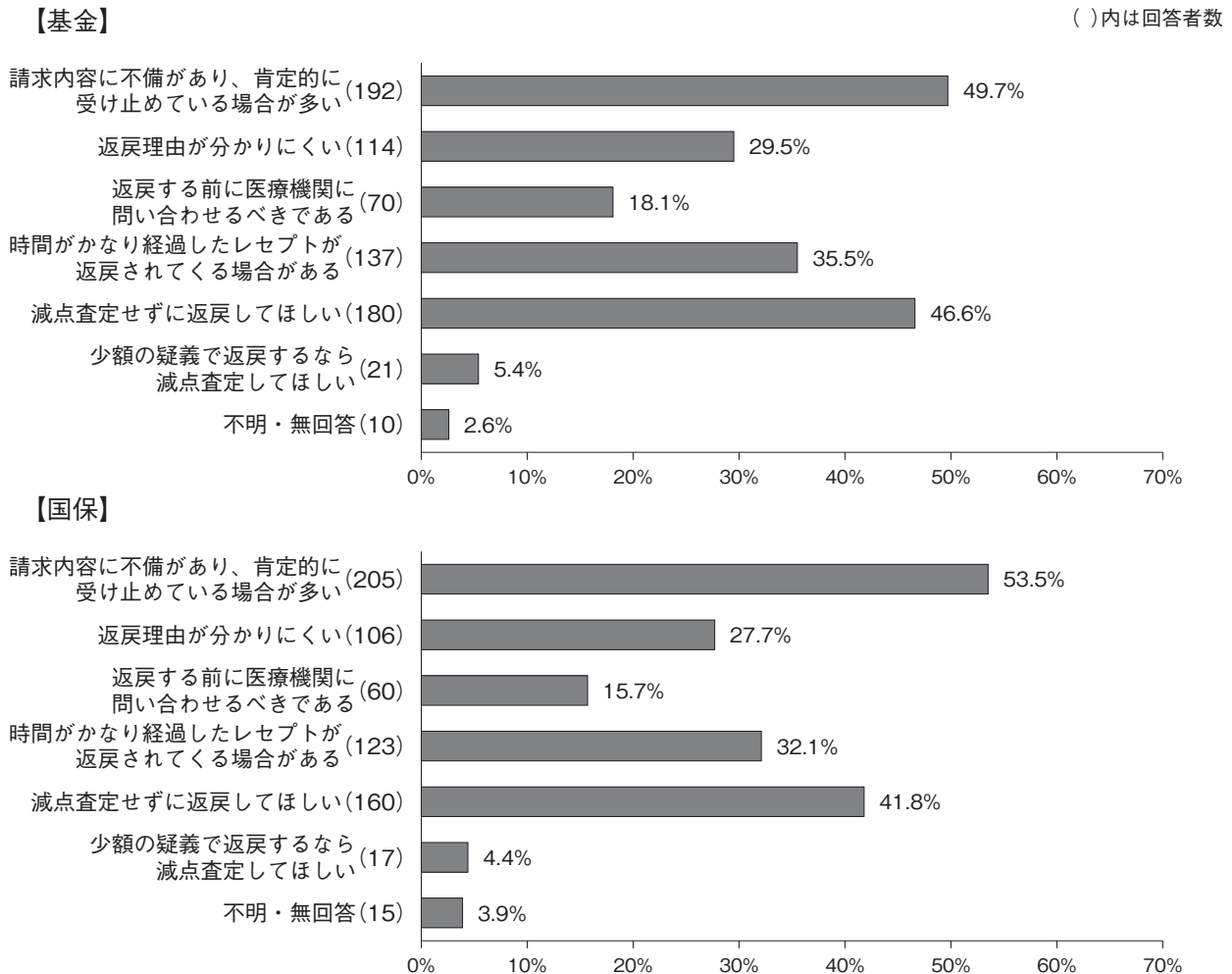
【国保】



(3) 返戻について感じていること

返戻に関して、どのように感じているかは、【図 4-3】の通り。基金・国保ともに「請求内容に不備があり、肯定的に受け止めている場合が多い」が基金 49.7%、国保 53.5%（前回比 -4.4pt、-0.8pt）で最も多い。

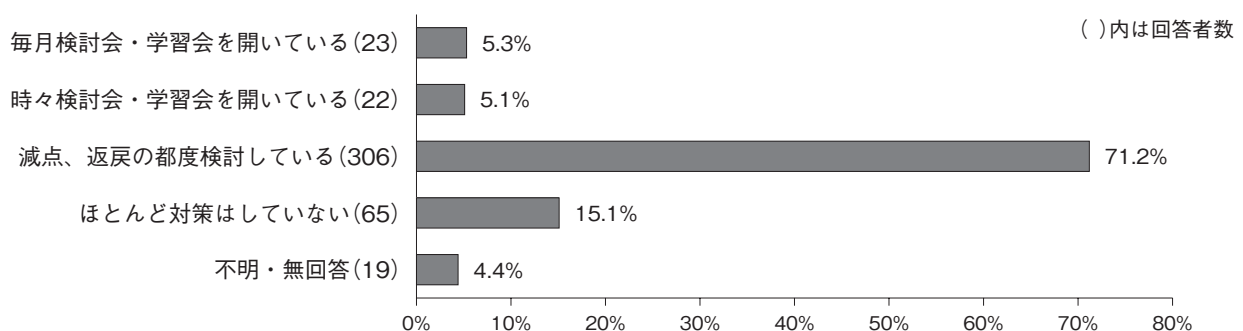
図 4-3 返戻に対して感じていること（複数回答）



(4) 減点、返戻に対する対策

減点、返戻に対する対策については、【図 4-4】の通り。検討会や勉強会の開催は少ない。「減点、返戻の都度検討している」が 71.2%（前回比 +2.0pt）と最も多く、次いで「ほとんど対策はしていない」が 15.1%（同 -4.2pt）となった。

図 4-4 減点、返戻への対策（複数回答）



CHAPTER 5 再審査請求について

診療所：問11

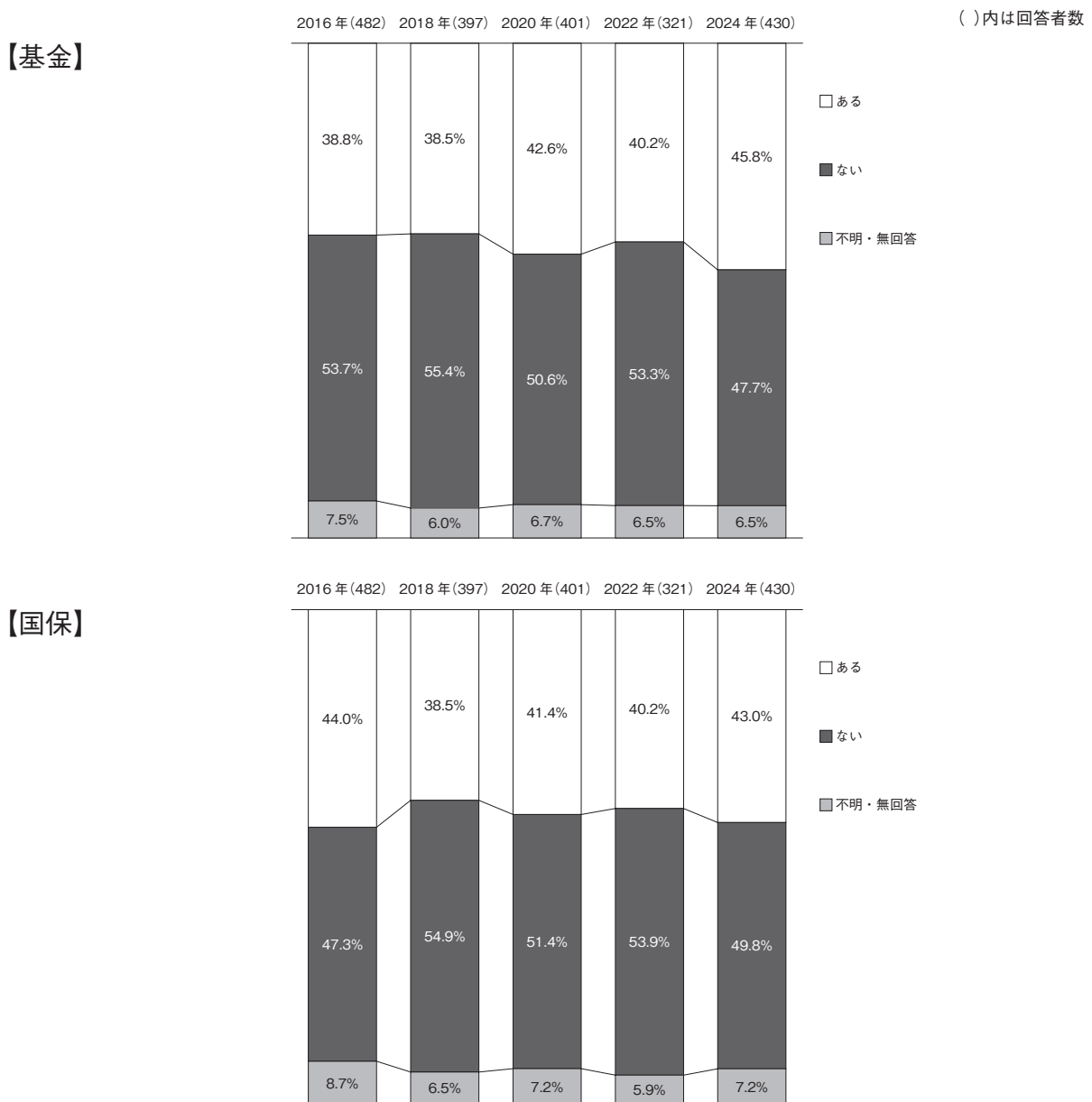
ポイント

- ・この1年間に再審査請求の経験が「ある」と回答したのは基金 45.8%、国保 43.0% となった。
- ・その結果に「納得できる場合が多い」と回答したのは基金 27.9%、国保 28.6% となった。
- ・再審査請求について基金で 77.7%、国保で 76.2% が改善すべき点が「ある」と回答した。前回と比較すると、基金は 8.5pt、国保は 4.2pt 増加している。

(1) この1年間の再審査請求の経験

この1年間の再審査請求の経験については【図 5-1】の通り。「ある」と回答したのは基金で 45.8%、国保で 43.0% となった。

図 5-1 この1年間の再審査請求の経験（単回答）（年次推移）



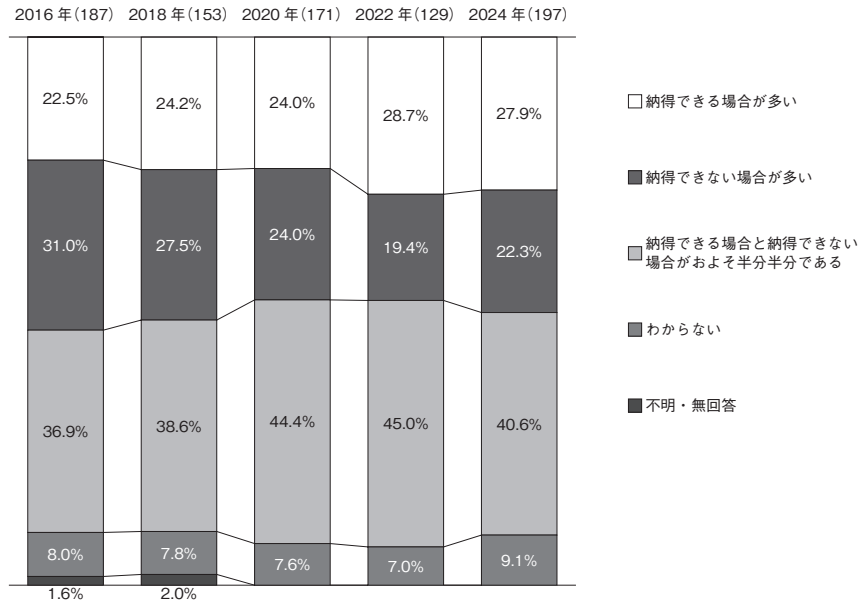
(2) 再審査請求の結果に対する納得度

再審査請求の結果に対する納得度については【図 5-2】の通り。「納得できる場合が多い」と回答したのは基金 27.9%、国保 28.6%（前回比-0.8pt、-2.4pt）であり、一方で「納得できない場合が多い」が基金 22.3%、国保 21.6%（同+2.9pt、+0.7pt）となった（以下【図 5-6】まで、母数は前設問で再審査請求の経験が「ある」との回答）。

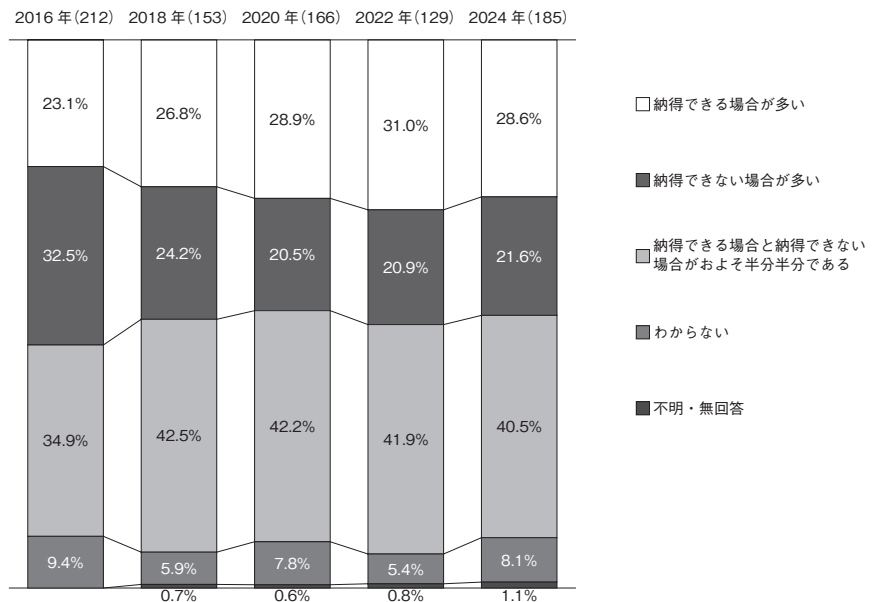
図 5-2 再審査請求の結果の納得度（単回答）

()内は回答者数

【基金】



【国保】

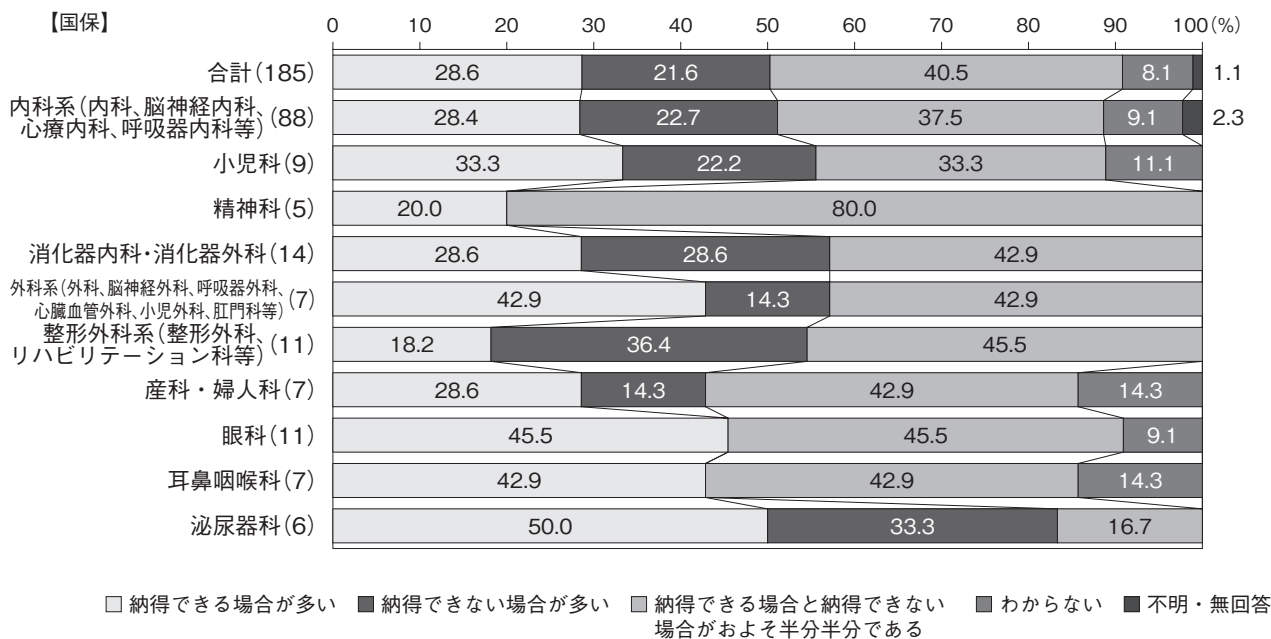
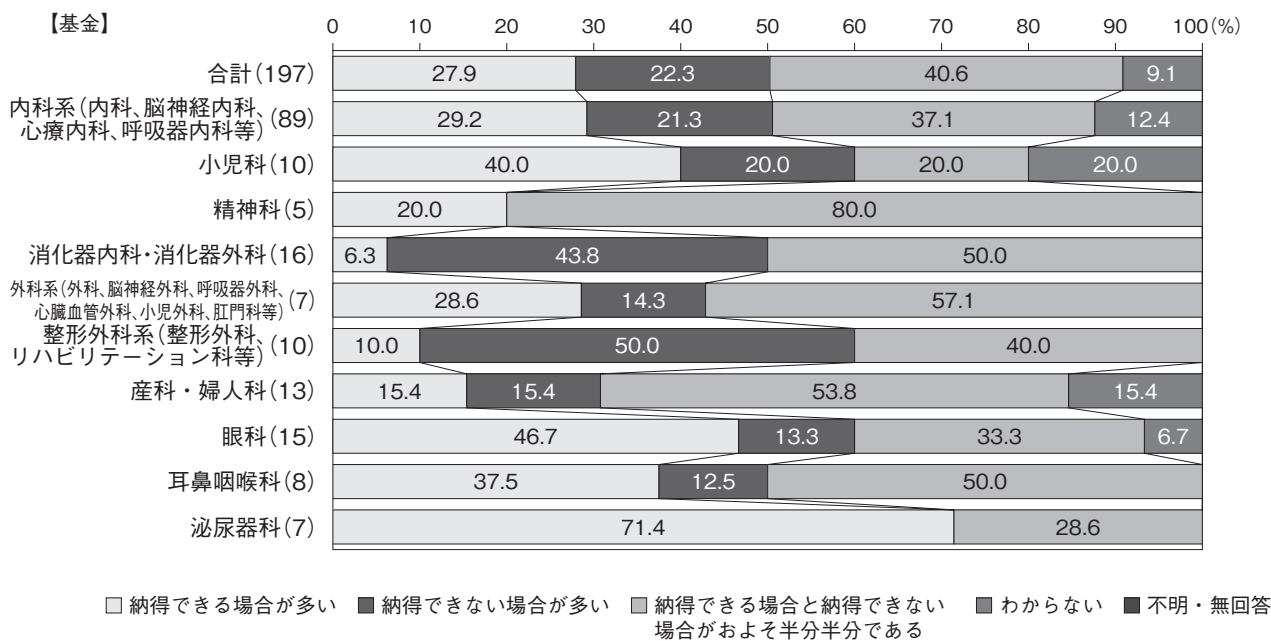


診療科別にみた再審査請求の納得度は【図 5-3】の通り（基金・国保ともに回答者5人未満の診療科※は省略）。

※循環器内科、皮膚科

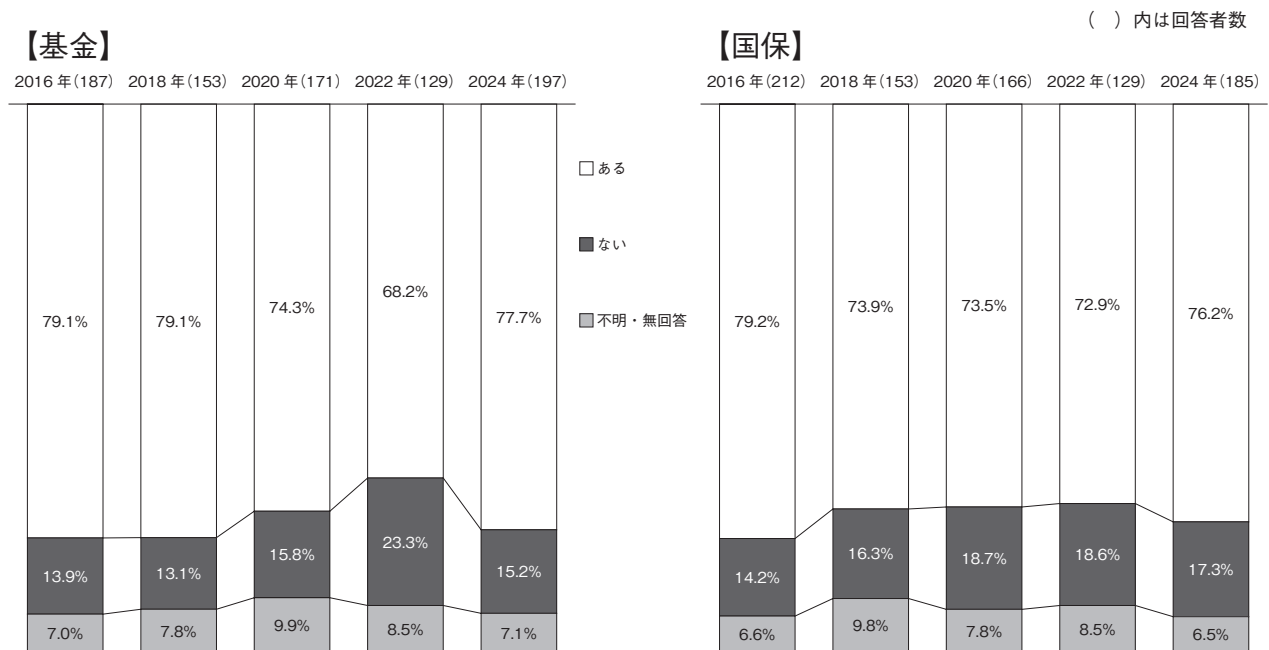
図 5-3 再審査請求の結果の納得度（単回答）（診療所別クロス集計）

（ ）内は回答者数



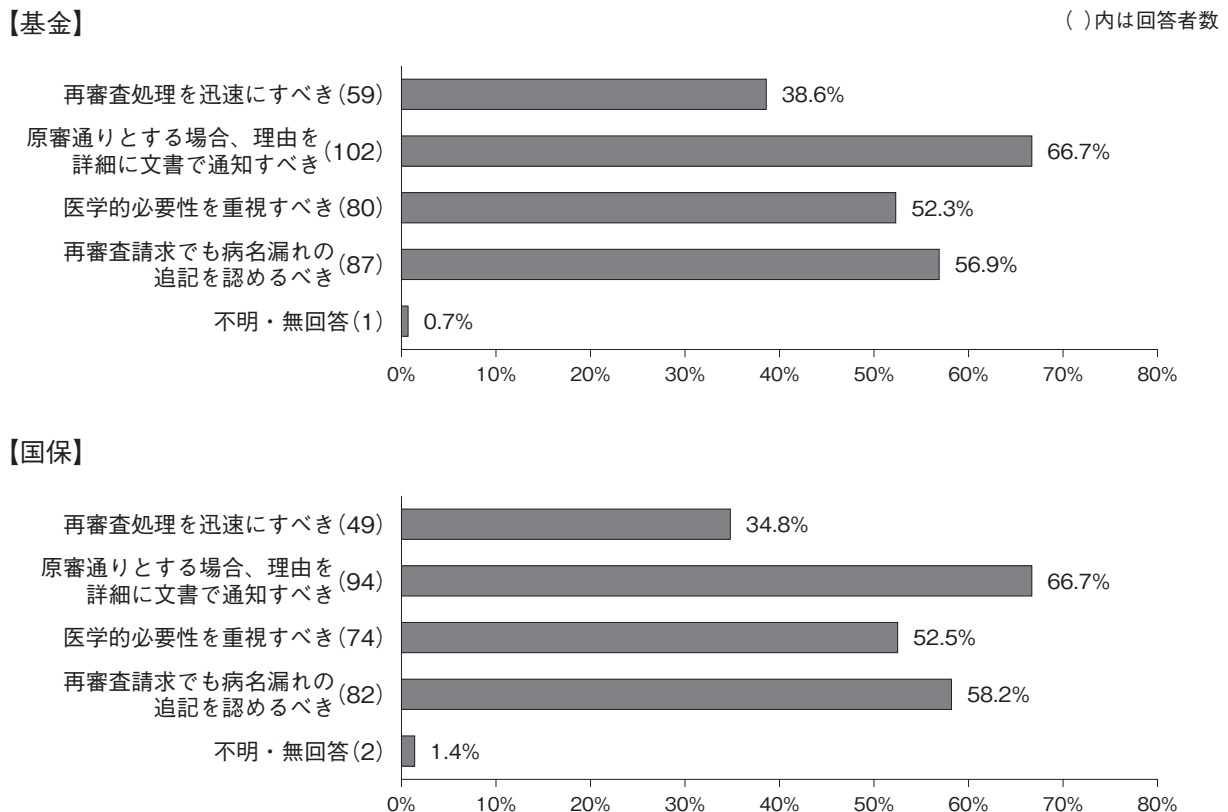
再審査請求について改善すべき点の有無は【図 5-4】の通り。「ある」と回答したのは、基金で 77.7 %（前回比+9.5pt）、国保で 76.2%（同+3.3pt）。

図 5-4 医療機関から再審査請求について改善すべき点



再審査請求について改善すべき内容は【図 5-5】の通り。「原審通りとする場合、理由を詳細に文書で通知すべき」が基金 66.7%（前回比-7.2pt）、国保 66.7%（前回比-0.3pt）で最も高くなった。

図 5-5 再審査請求で改善すべき点（複数回答）

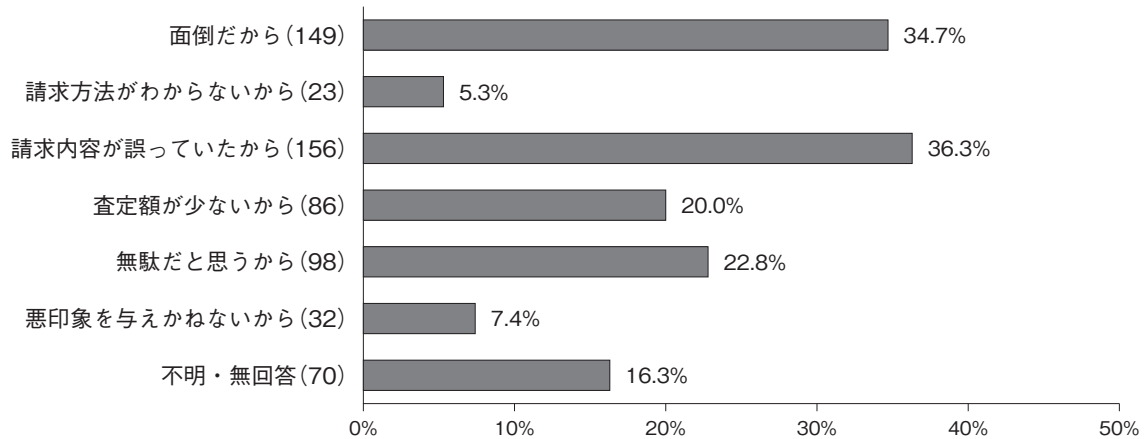


(5) 再審査請求しなかった理由

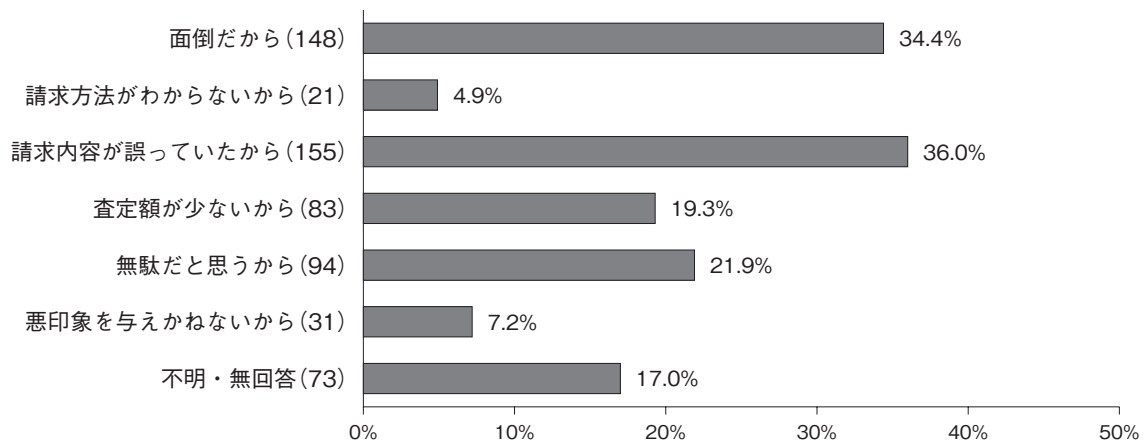
再審査請求をしなかった理由は【図 5-6】の通り。「請求内容が誤っていたから」が基金 36.3%、国保 36.0%（前回比+0.2pt、+1.4pt）で最も多く、次いで「面倒だから」が同 34.7%、34.4%（前回比+3.9pt、+4.1pt）、「無駄だと思うから」が同 22.8%、21.9%（前回比-2.7pt、-3.6pt）と続いた。

図 5-6 再審査請求をしなかった理由（複数回答）
（この1年間に減点経験が「ある」と回答した方のみ）
（ ）内は回答者数

【基金】



【国保】



CHAPTER 6 審査委員会からの文書・電話による連絡(注意)、及び任意来会(懇談)等について

診療所：問12

ポイント

- ・この1年間に連絡(注意)及び懇談を受けたことがあるのは基金9.5%、国保8.1%となった。
- ・内容については基金は「事務的誤りに関するもの」(56.1%)、国保は「被保険者資格に関するもの」(60.0%)が最も多かった。

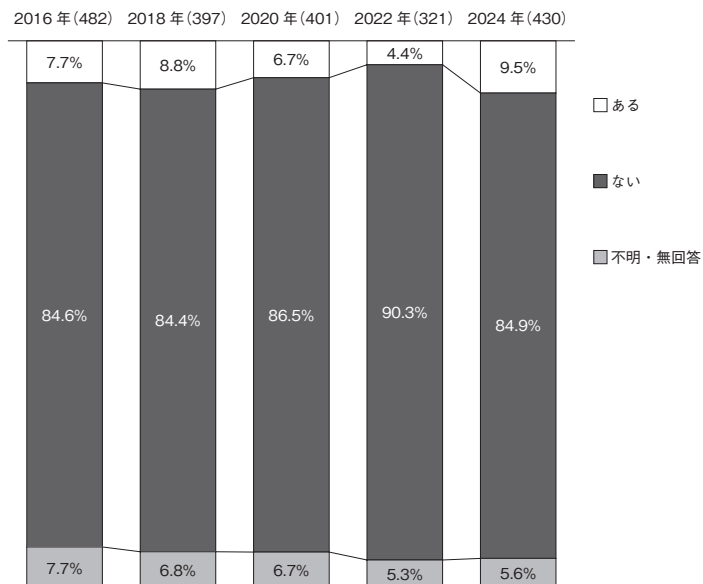
(1) 審査委員会からの文書・電話による連絡(注意)及び懇談等の経験

この1年間の審査委員会からの文書・電話による連絡(注意)及び懇談を受けた経験は【図6-1】の通り。基金9.5%、国保8.1%が「ある」と回答した。

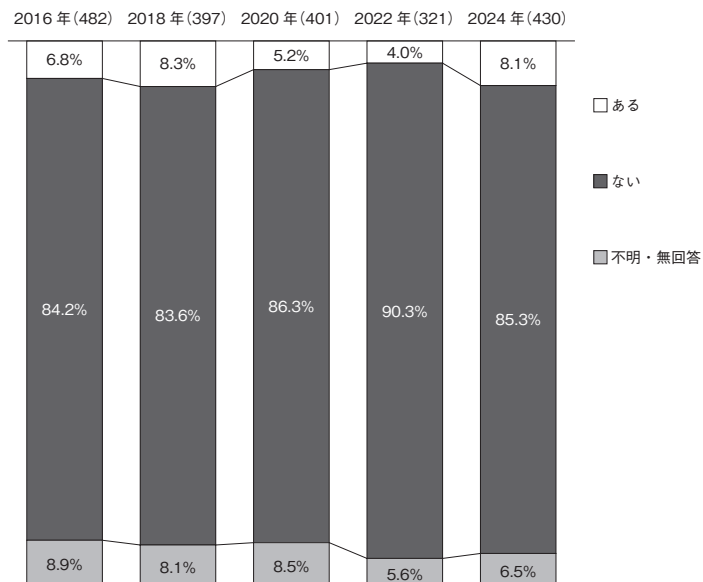
図6-1 この1年間の連絡(注意)及び懇談の経験(単回答)(年次推移)

()内は回答者数

【基金】



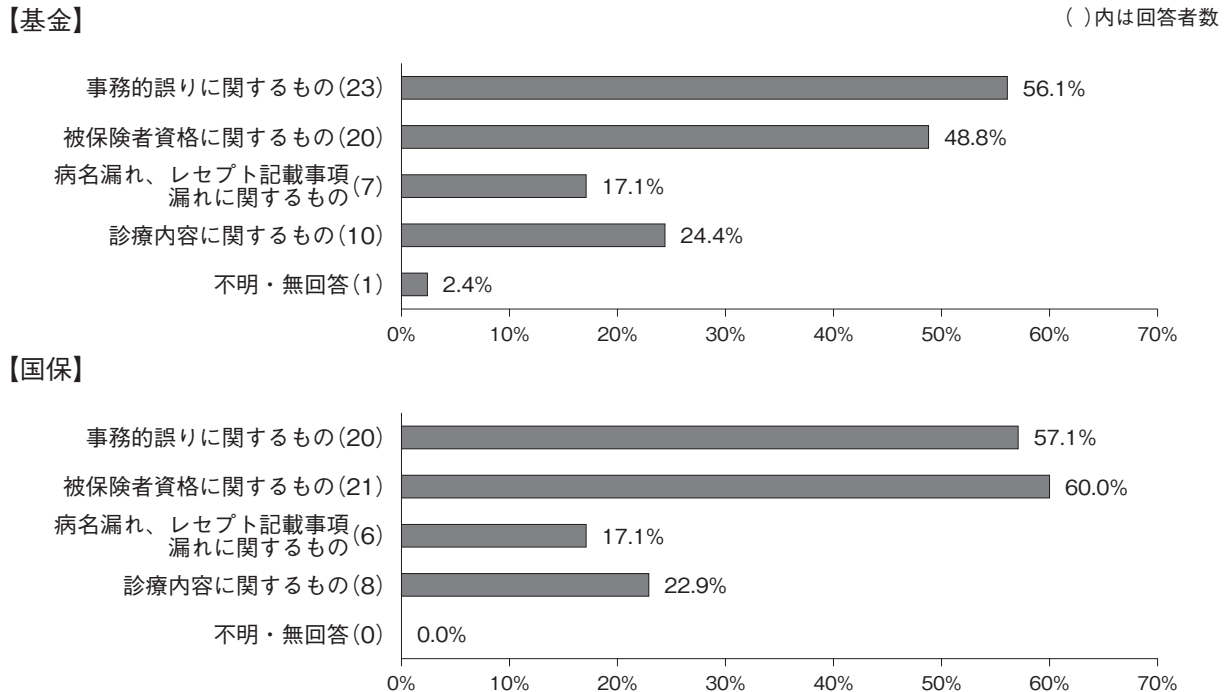
【国保】



(2) 連絡（注意）及び懇談の内容

連絡（注意）及び懇談の内容は【図 6-2】の通り。基金は「事務的誤りに関するもの」が56.1%（前回比-8.2pt）、国保は「被保険者資格に関するもの」が60.0%（前回比+13.8pt）で最も多かった（以下【図 6-3】までは、前設問で連絡（注意）及び懇談の経験が「ある」との回答）。

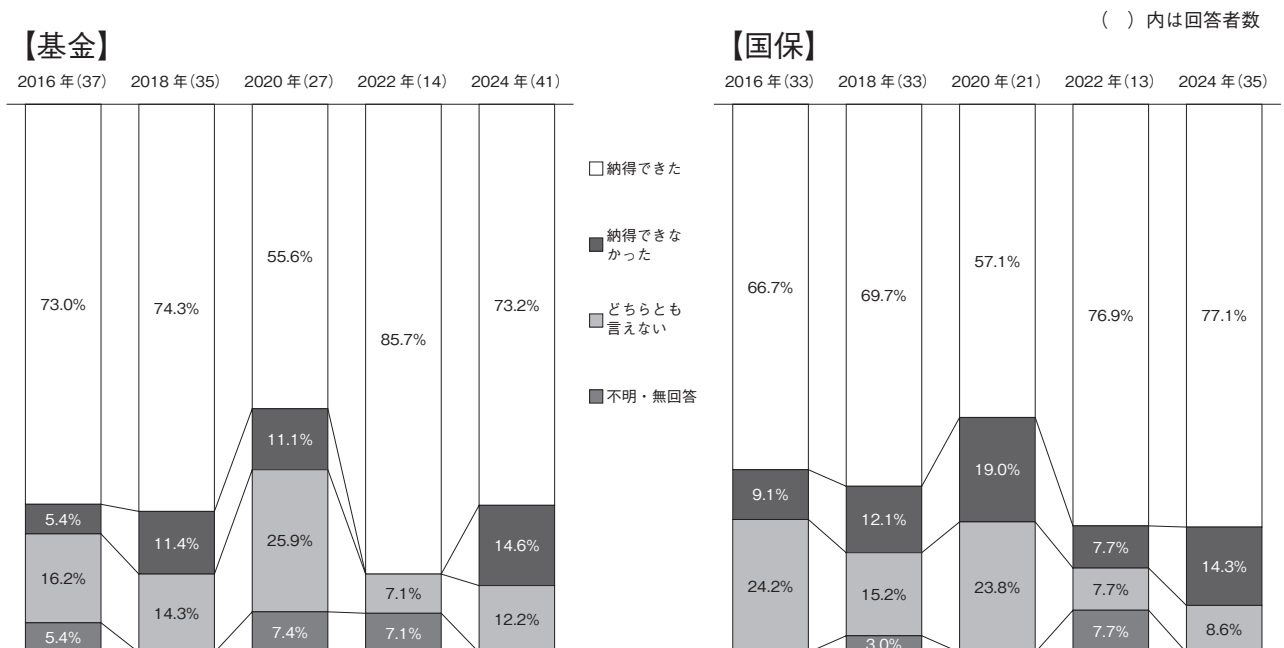
図 6-2 連絡（注意）及び懇談の内容（複数回答）



(3) 連絡（注意）及び懇談の納得度

連絡（注意）及び懇談の納得度は【図 6-3】の通り。

図 6-3 連絡（注意）及び懇談の納得度（単回答）（年次推移）



CHAPTER 7 いわゆる審査基準について

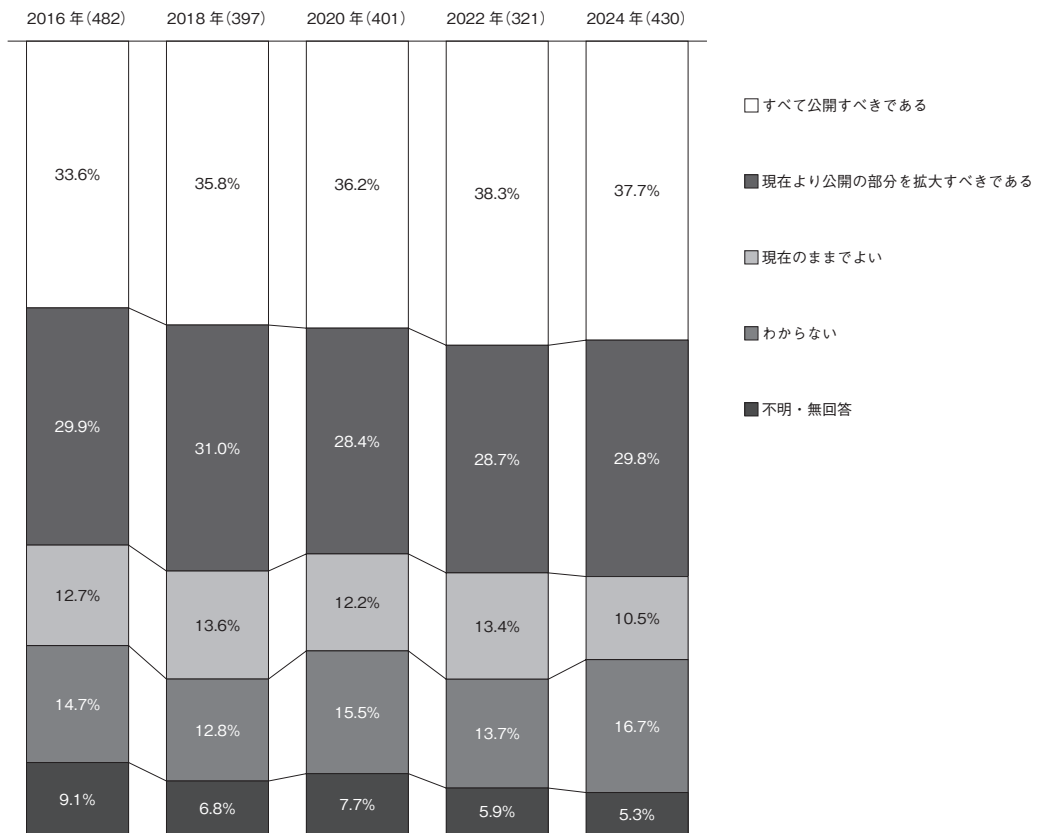
診療所：問13

ポイント
・67.5%がいわゆる審査基準を「すべて公開すべき」「公開の部分を拡大すべき」と回答した。

いわゆる審査基準の公開については【図 7-1】の通り。「すべて公開すべき」「現在より公開の部分を拡大すべき」が合わせて67.5%で、前回より0.5pt上昇した。

図 7-1 審査基準の公開について（単回答）（年次推移）

()内は回答者数



CHAPTER 8 審査委員会に期待すること

診療所：問14

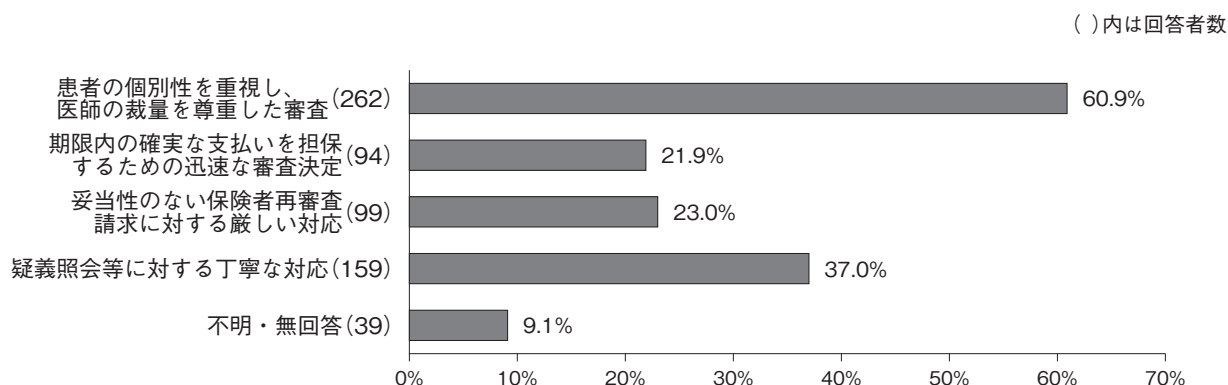
ポイント

- ・患者の個別性を重視し、医師の裁量を尊重した審査を期待する回答が最も多かった。

審査委員会に期待することについては【図 8-1】の通り。

「患者の個別性を重視し、医師の裁量を尊重した審査」が60.9%（前回比-4.2pt）で最も多く、「疑義照会に対する丁寧な対応」が37.0%（前回比-4.1pt）で続いた。

図 8-1 審査委員会に期待すること（複数回答）



CHAPTER 9 減点・返戻・再審査請求で納得できなかった事例、従来は認められていたのに減点されるようになった事例、再審査請求の結果復活した事例(自由記述)※一部抜粋

診療所：問15

(1) 初・再診料に関するもの

- * 治療不要と判断した子宮筋腫の方が1年以内に来院したときに初診料が認められなかった。
- * 初診料から再診料に減点された。当院では、時間外対応加算などいくつか加算を算定しているが再診料のみになり又、外来管理加算も対象の患者様であったか、そちらも含まれていなかった。納得がいかず再審査請求をし認められた。
- * 骨粗鬆症等にて投薬中（場合によっては投薬が切れてなくなっている）、別の主訴で、来院されて診察しても初診算定しても、初診算定されない（減点）されるケースが多いです。かかりつけ患者でも新規部位についてはきちんと診断・説明しているので初診料の算定を認めていただきたいです。靭帯損傷などエコーでフォローアップしているのですが、初月以降は月1回でもエコーの算定が認められず再診料のみしか認められないことがあります。再診料で10分説明していたら赤字です。
- * 初診で算定していたが、再診となり再審査請求をした結果、復活しました。
- * 基金で、健診結果で慢性胃炎、HP感染を指摘され来院した患者に除菌療法を実施し、その旨を詳記したにもかかわらず、当院で健康診断を実施したと勝手に判断され、初診料を減点された。

(2) 医学管理料に関するもの

- * 学校、保育園等に提出する食物アレルギー指示書について“じんましん”や“喘息性気管支炎”の病名では減点査定されてしまっているがアレルギーによるものなので減点査定されるのは納得できない。
- * ハイリスク妊産婦連携指導料1について、算定するにあたり各部署でもヒアリングなど、かなりの時間を割き患者と向き合っているが、詳記を付けて再審査請求も認められない例が何度かあった。
- * 初診患者さんで右不全マヒ急性発症の患者さんを「脳梗塞の疑い」で紹介した時に、この疑い病名のみであったため、と理解しているのですが返戻されたことがあります。疑い病名での病院紹介という医療行為は認められないのだなァと思いました。
- * 当院は小児かかりつけ診療料を算定しているが、大学病院等でシナジス注射を実施した場合に、当院にまで出来高算定せよ、と返戻がくる。他院の処置まで知る由もないのにもかかわらず、出来高にせよと返戻されても手間が多いだけである。医療機関ごとに独立した請求とすべきと考える。

(2) 在宅医療に関するもの

- * 在宅のカテーテルなど材料の請求方法が、請求先、審査する人により判断が異なる。（編注：同じ材料でも「14 在宅」欄で請求する場合と「40 処置」欄で請求する場合ではコードが異なる等、複雑な面がある）
- * 同世帯の夫婦を同日に往診したところ、「計画的往診の疑いがあるのでカルテのコピーを添付せよ」と返戻があった。いかにも不正をしていると疑われているようで、不快である。

(3) 検査・病理診断に関するもの

- * アルコール性肝障害があり入院歴のある方。軽度の心不全傾向があり（BNP 値軽度高値～正常）心不全の疑いと明記して2ヶ月に1回の肝機能、BNP チェックを行い、今まで認められていたが突然減点された。
- * 病名を疑って検査をしているのに減点された（何件もあり）
- * ミレーナ挿入時の超音波（現在再審査請求中）。
- * 薬物放出子宮内システム処置（ミレーナ挿入）施行時の超音波検査（胸腹部）の減点→再審査請求後は復活。通常請求では、レセプトコメントを入れるようにした。
- * 病院からの紹介患者で、術後のPSAやCEAの定期測定を依頼されることがあるが、ほとんど切られる。もうあきらめている。（編注：悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定すべきだった可能性）
- * C型慢性肝炎があり令和元年マヴィレットにてウイルス除去、某病院にて肝癌発生を追うとの由で採血、腹部エコー等がなされていた方→主治医退職にて当院で検査継続していました。→肝硬変の進行度をみるため、ヒアルロン酸検査をしたところ減点査定されました。
- * 糖尿病（インスリン抵抗性）にてインスリン、1.5AG 減点、銅欠乏にてセルロプラスミン減点など
- * Cr=1.5前後で「腎不全」の病名を付けたところ、アルブミン尿やシスタチンC等全て査定された。保険では「腎不全」末期腎不全であり、ⅡabⅢabは含まれないとのこと。納得できないが、原審通りとされた。いわゆる保険特有の病名があり困る。
- * 頸部リンパ節腫張、悪性リンパ腫が疑われる症例で連月のSIL2-Rの測定が減点査定された。
- * 高血圧の初診患者に心血管合併の検査のため胸レントゲン、ECGを施行。減点されました。
- * 胃カメラで1臓器、大腸カメラで3臓器を病理で算定した際、減点となって通知があります。1手技あたり3臓器と解釈しており問い合わせ確認したこともあります。減点のたびに再請求させていただいて復活の通知をもらっています。
- * 基金で膵癌を疑い腫瘍マーカーを測定して他院に腹部MRI・MRCP検査を依頼し、当院で結果を説明したところ、他院に丸投げしたと勝手に判断され、腫瘍マーカーが減点された。これらの事例について、審査委員が疑問に感じたなら本来は返戻とするべきであり、いきなり減点は失礼極まりない。
- * 関節リウマチ疑いで経過観察中の症例で、初期にRF陰性MMP-3高値だったためMMP-3で経過観察していたら、ある時から査定されるようになり、問い合わせたら事務方から「RFも一緒に検査していないからではないかと思われるがはっきりとは分からない。再審査請求してもらっても認められる保証はない」と言われた（詳記はしていなかった）。詳記しても認められるか保証がないと思われたため以後はRFも同時測定しているが、本来検査項目を減らして医療費を削減しているのに認められないのはいかがなものかと思った。（編注：MMP-3は疑い病名では認められない可能性）
- * 癌病名確定患者に対しての腫瘍マーカーの返戻。癌の疑いがある者に対しての算定が認められるとのことであったが、当院では開院当時より癌病名確定患者に対して測定しており、その患者さんのみに今更返戻が来た。
- * 基金は、四肢超音波断層検査の査定が厳しすぎる。今時、運動器における超音波断層検査はレントゲン検査同様に重要になっています。外傷でも平気で査定されるのは納得できない。
- * 膀胱炎の疑いで尿培養が減点となり、再審査請求で復活した。保険者からの減点要求があった時点で審査委員からその妥当性を説明して頂ければ面倒な再審査請求をせずに済んだのに、という残念な思いがある。

- * 婦人科の超音波検査において、標準的使用法を超えて算定する場合は、必要理由の詳記をつけて請求しています。レセプトによって、減点される場合とされない場合があります。その違いがよくわからずのことが多いです。明確な理由がわかれば、今後の請求に活かせると思います。
- * 願わくば、検査の疑い病名の付け忘れに対しても再請求ができるようになって欲しい。

(4) 投薬に関するもの

- * 口内炎：デキサメタゾン口腔内軟膏投与。舌炎しか適応がないと査定になる。医学的には認められるべきである。
- * 糖尿病、慢性腎不全で、GLP-1 受容体作動薬とジャディアンズと用いていたが重複とのことで査定・減点となり、点数が高い方だけとなった。
- * エンレストの使用量で減点されており、再審査する予定（製薬会社には妥当といわれている）
- * アジルサルタンとアムロジピン 5mg 配合錠を 2 錠投与で今回減点となりました。2 錠でアジルサルタンとアムロジピンはそれぞれ認可されている量です。配合錠の方が点数が低いので保険者からの支払いも少なくなると思うのですが、審査をされる方が変わると減点となるのかと思います。
- * 突合再審査で、保険者からの申請により、喘息性気管支炎の病名があるのにクラバモックスが査定された。
- * マイコバクテリウム・アブセッサス症に対するアミカシン投与量について、基金、国保の審査提供事例を参照して再審査請求した。一部復活の扱いとなった。
- * 「筋筋膜性腰痛」に対してロキソニンパップが査定、減点された。
- * 傷病名に対するお薬を処方→再々審で認められました。
- * 医師の考えと審査される方の考えが相違→（例）お薬の量で病名が先生方と違った
- * 病名）高血圧、狭心症でカムシア HD を処方している方に狭心症で特疾、特処が通るか心配しています。カムシア HD→狭心症は通らない=アムロジピン+カンデサルタン→狭心症通る（編注：カムシア配合錠 HD の適応は高血圧症のみ）
- * ハルロピテープとニュープロパッチの併用が昨年からいきなり切られるようになってきている。重ねることにより効果もあると感じているのに切られたことには不満があります。ローカルルールでしょうか。
- * 「過活動膀胱の新薬で医学的に不適切」と！新米の審査ドクターかも。
- * 薬剤の出荷調整で不足のため、院外薬局で別の薬剤に変更された場合に、一般名処方加算の 1 が 2 に減点されることが多く社会的な諸事情も考慮してほしい。
- * ①（主）慢性胃炎タフマック E 配合カプセル 1C×28 日分 長期処方 66 点→特処 18 点に減点
01 保険の患者は復点、06 患者は回答まち。②機能性ディスぺプシア、維持療法必要な逆流性食道炎（06 家族） アコファイド錠 100mg 2T×28d→0 点。PPI 製剤との併投与過剰の為、減点。再審査中で回答まち（他の患者も同じように処方してるが減点されなくこの患者のみが連月減点される）。（編注：タフマック E 配合カプセルの適応は消化異常症状の改善）
- * 従来なら認められていたジクアス LX の処方が減点となる事案が続いている。病名の記載もれもなく、再審査請求したが原審通りとされた。中には初診で 1 本のみ処方した症例が「過剰」とされた例もあり、減点理由を詳細に記載すべきと考えます。
- * 約 20 年以上真菌症の病名でカンジタの治療薬が通っていたのに R6 春頃より真菌症では減点されるようになった。
- * インフルエンザ気管支炎でホクナリンテープが減点されたが、急性気管支炎の 1 つであると再審査請求したところ復活した。

- * 慢性腎不全の病名が無いために、腎性貧血のみの病名ではダルベポエチンが減点された事。(腎性貧血は当然慢性腎不全を伴うので)
- * セレコキシブ (200) 2T が 1T に減点された。
- * 「皮膚潰瘍」の病名でアクアチム軟膏が減点された。以前は減点されなかったと思う (?)。(編注：アクアチム軟膏の適応は表在性及び深在性皮膚感染症)
- * バラシクロビル (ヘルペス) +セルベックス (胃薬)。胃薬は左薬で出したつもりですが、カットされました。
- * SU 剤と DPP-4 阻害剤、BG 剤等の併用不可とされたケースを必要性を詳記したところ復活した。
- * COVID-19 の病名がシステムの不具合でレセプトに反映されない事例があり、高額薬剤が査定された。病名不備は認められないことは承知しているが COVID-19 でしか使用しない薬でかつ高額なため返戻等で考慮していただけないものかと思いました。
- * 骨粗鬆症の月 1 回のお薬を (2 ヶ月分処方) →減点 2 ヶ月分と理由を付け返して通りました。
- * 令和 5 年 4 月診療でラゲブリオを電子カルテのコード入力ミスで全額公費で入力。この後調剤料等で査定されて初めて入力ミスに気付く。再審査出したり原審通り、府医を通し交渉しようやく 8 ヶ月後復点した。
- * オーグメンチン、サワシリンの併用を処方したら、基金にて 3 例続けて減点された。再審査請求にて 2 例は復活したが、1 例は 3 か月経過するが未だ返答なしである。
- * 風邪症状で来られた患者さんの処方で漢方薬と普通の風邪薬の併用が減点されるようになった。
- * 1) 国保で、変形性腰椎症に対しジクトルテープを処方して減点。再審査を行ったが、ジクトルテープの適応は「腰痛症」だそうである。基金では減点されない。他の医療機関では、減点されていないそうである。 2) 汗疹に対しジフルプレドナート軟膏を処方して減点。再審査でも適応がないとのこと。「今日の治療指針」には重症例ではステロイド外用薬処方と記載がある。本当に医師が審査しているのか。
- * 明らかに適応病名がついているにも関わらず (漢方薬のためおそらくメーカーにより異なる適応病名が異なるため)、かなり後になってから数か月にわたる分を返戻 (減点?) してきた。再請求にて復活したが、数か月にわたり再請求処理をする必要が発生した。
- * 納得できない：外用薬の量 小児でビダラピン軟膏 10g が過剰と算定されるが、院外薬局の納入薬をすべて把握しているわけではなく、把握が困難。抗生剤や解熱剤など薬剤不足が顕著になっている、院外薬局の在庫の把握は困難で、ジェネリック薬を処方して、他の薬剤 (ジェネリックがない) に変更された場合、加算を取り消されるが、これは自動でやってほしい。
- * アレルギー性鼻炎の病名をつけてミティキュアの処方を行っていたところ、突然 3 か月前の請求についてある保険者から減点され再審査請求中であるが、減点基準が急に変更になった点が納得できない。薬局でジェネリック薬剤を変更されたため、当初つけていた病名では適応外となってしまうのにクリニックで減点となった。これ以外にも薬局のチェックもれと考えられる事案でもクリニック側が減点される点が納得できない。
- * 必要性があつての多剤投与が認められなかった。

(4) 注射に関するもの

- * マンジャロ（GLP-1）注射は2.5mgが初期量で、2.5mgを一度でも処方しないと返戻します。いつも、5mgを出してしまうので、こちらも気を付けないといけないのですが減点が大きすぎるので辛いです。一応、体が大きい方は2.5mgでは効かないので、5mgにしました。と何回か記載したことがあります。
- * 高額な骨粗鬆症注射剤が病名漏れで減点になり再審査請求したがだめだった。単純ミスで高額な減点はきついのので配慮してほしい。

(7) 処置・手術・麻酔に関するもの

- * HOT実施中の患者について在宅酸素算定中として以下の外来実施分の酸素吸入と酸素の費用が減点された R6年6月5日気管支喘息発作で緊急受診、大発作であり、酸素濃度80%、呼吸困難感強く、経鼻純酸素毎分3L投与し、発作の治療実施しました。在宅酸素患者における酸素投与とのこと、HOTと全く違う条件での酸素投与、HOT下での投与と違います。R6年6月29日喘息大発作で受診、HOT患者、緊急受診低酸素、緊急処置の後に、府立医科大学緊急入院。純酸素経鼻3Lで対応。HOTと受診時の医療施設での酸素投与は全く異なります、呼吸困難で受診時には純酸素投与となっています。貴審査会で再確認してください。そうでないと、呼吸不全患者の緊急時対応は不可能です。
- * 右第一趾白癬変形爪に対して爪甲除去が減点されました。今まで減点がなかったので問い合わせをしたら、独自の病名はわかりにくいとの返答でした。補足病名に（肥厚爪）と追記することにしました。
- * 採型に対してギプスで採型しているのに採型場所により計測採型としている。何度も再審査をお願いしても原審通りとの返答あり。
- * 病名：睫毛乱生症をつけているにもかかわらず、睫毛抜去(少数)が減点されていることが多い。
- * 些細な点数ですが… 2、3か月前から、子供の耳垢除去が減点されています。縦覧点検で短期間に複数回の耳垢栓塞除去は認められないとのこと。短期間というのはどのくらいの期間なのかが示されておらず、不明瞭です。
- * 人工腎臓算定者で長期留置カテーテルを使用している場合の、ヘパリンNa透析ロック用シリンジの減点があり、再審査請求で復活する事例が毎月ある。

(9) その他

- * Drはじめスタッフ全員で一生懸命治療にあたっているのに算定間違いや病名もれのようなものは、いきなり減点ではなく、一旦返戻で戻して頂きたい。
- * 当院は難病の更新の際に、多くの検査を求められ、コメントを書いているにも国保は査定してくるので、再審査出して、担当の国保担当の委員に紹介状書いたら、慌てて謝罪に来て復活した。
- * 薬局の薬代金まで請求されるのは納得がいらず薬局にも査定をすべき。
- * 最近、保険者からの再審査請求がありA適応などとして査定されるが、審査委員会がAIでまかなわれているのか（？）
- * 減点審査されるドクターの見解が一定性がなく同じ内容であってもレセプト請求が通過する場合としない場合があります。又、国保連は記号の（-）マイナスの長さ1つで返戻となったりも少し柔軟性を持ってほしい。
- * 数ヶ月間まとめて返戻されるのはどうなのでしょう？まちがっている請求を翌月請求するまでに返戻してほしい。
- * 納得できない場合は直接問い合わせをしております。

- * “精算しました”の表現では、再請求すべきかわからない。
- * 治療方針を認めていただけなかった時がある。
- * 投薬量の過剰で減点されたことがあるが、院外薬局にも責任の一端があり、減点分は院外薬局と折半にするべきである。
- * 再審査請求結果が、いつ返ってきたのかわからないです。
- * 支払基金で返戻があるとき「〇月診療分」と間違った日本語が使われている。〇月には診療していないのに。抗議をしてもなおらない。「〇月診療分」というのは支払基金が審査したときの専門用語だそう。正しい日本語は「〇月審査分」と書くのでは？事務的に段々複雑になってきている。また、マイナンバーカードのミスも多い。しょうもないことで減点するのに血液検査をしたと明らかにわかっているのに、血液採取を算定し忘れても、問い合わせまたは増点してくれないのか？広い意味で明らかな病名忘れでも、指摘してくれないのか？われわれにいつも百点満点を要求するのは優しさが無いのか？
- * 基金と国保で、似たような事例で請求したのに、基金の方だけ査定されたことがありました。
- * 病名が抜けている場合は、減点せずに返戻して欲しいです。
- * システムベンダーの問題もあるが、公費と公費の併用の一部負担金誤りの返戻が多い。返戻され、正しい記入方法がわからないため国保に確認し再請求するも再度返戻。再び確認し請求し直す。
- * 間違っていないのに減点されてきたため再請求したら復活した。

CHAPTER 10 審査全般に関する意見・要望（自由記述）

※一部抜粋

診療所：問16

(1) 審査基準・審査結果の相違、審査基準の公開について

- * 審査する基準が急に変わることがある印象。審査基準の変更なのか審査員の変更によるのか不明だが、これまで問題なかった内容が急に変わることが問題と思われる。
- * 社会保険と国民保険で審査基準が違うので統一してほしい。審査基準が変わる場合は事前に連絡してほしい。
- * 審査する方によって同じ算定でも減点されるときとされないときがあるため。
- * 国保は算定可だが社保は算定不可など同じ点数でも違ったり、地域性によって違ったりとするので統一してほしいです。
- * 審査してくださる人によって意見が違ったりすると、問い合わせの時に聞くことがあります。統一は難しいのでしょうか。
- * 審査基準全てを公開し、レセコンに反映すれば無駄な時間が減ります。
- * あいまいな審査基準はやめてほしい。「審査する先生による」はやめてほしい。
- * 今まで通ってたものが突然通らなくなった事例がある。担当者の変更によるものか？
- * 審査基準は一部公開されているが、全て公開するべきである。一部の保険者が理不尽な減点を要求してくることが多々あり、審査委員各自が保険者の意図に左右されずに、公正な審査を心がけることが必要。
- * 審査委員により、病状に対する審査が一定でない現象がある。統一性のある審査をお願いしたい。
- * 良くも悪くも地域差や個人差がありすぎる印象がある。
- * 社保と国保で審査基準が異なります。厚労省から同じにするよう通達はでているはずですが、相変わらず異なる基準がまかり通っている。
- * 基金と国保でも記入方法が異なり、統一してほしい。
- * 保険特有の特殊解釈を全廃すべきと考えます。
- * ブラックボックス（その世界の人が決めているルール）が多くて把握できない。
- * 近畿産科婦人科学会発行「社会保険診療要覧」を参考にし、保険請求をしているが、減点される事がある。参考資料が元々少ないため難しさを感じる事がよくある。
- * ルールは守ることは大切だと思っているが、そのルールが不明確。
- * 国家事業に協力しているにもかかわらず又、国が制度をコロコロかえているにもかかわらず、ミスがあればすべて医療機関側の責任としてしまう。ルール違反はいけないが、もっと解りやすいルール制度にしてほしい。
- * システムが複雑すぎる。一度リセットして簡単にできないものか。

(2) 減点・返戻理由の明確化について

- * 突然有無を言わず減点してくるのはおかしい。理由や基準を明記してほしい。
- * 教育的指導というか何故返戻なのか指導いただき、査定をなくして審査しなくていい環境をつくらせて頂きたい。
- * 減点のくわしい理由が知りたいです。
- * 査定理由は記号詳記で納得しますが、審査結果は、今後のレセプト請求に生かすため、理由を詳

しくお知らせいただけると勉強になります。

- * 減点理由についてお尋ねしても「審査された先生の考えですから」と明確な理由を聞かせてもらえない。
- * 負担金に対する返戻に対してなぜ間違っているのか、詳しい説明が欲しい。(詳しい説明がある場合とない場合がある為)
- * 減点の理由が A・B・C・D の記号だけでは分かりにくいので詳しい説明があればありがたいです。薬局との突合で減点は何ヶ月が前のものになるので、その段階で修正した後、何ヶ月分が同じ内容の減点の時差で来るので混乱します。
- * 理由が不明なものが相変わらず多い。
- * 最低限、医学的には科学的に納得のいく審査を行なって頂きたい。又、返戻、減点の理由を具体的に述べて頂きたい。
- * 返戻理由を分かりやすく説明して頂ければ助かります。
- * 月 1 回しか算定できない項目で、他院で算定しているとの理由で減点する場合にはその旨を伝えてほしい。

(3) 納得できない減点・返戻について

- * 小児科性感染症を診療する機会が多く、初診時これと思う小児には簡単な検査 (CBC、CRP) を行うことも度々あり、コロナやインフルも同様です。症状改善なく、翌日あるいは 2 日後に再受診、悪化ないかどうか同様の検査を再度行うと査定されることがあります。高点数でもなく臨床上やむを得ない事なので審査では充分理解してほしいです。
- * 審査されないはずのものが査定として戻ってきていることがある。例えばクラバモックスの適応に急性気管支炎が載っているが、喘息性気管支炎になれば通らないとか。保険者からの再審査請求に正しい対応をしてほしい。
- * 基金より電話のあった件について。1 ヶ月以内に訪問診療を算定→訪問看護を算定のレセプトについて「1 ヶ月以内の診察を行っていないのに訪問看護を算定しているのではないかな? 訪問看護を算定できないはずなので減点又は返戻する」と言われる。「訪問診療は医師の診察なので減点、返戻対象ではないと思います」と答えるが、電話をしてこられた女性は納得、理解しておられなかった。算定要件を理解していない方から査定の電話があり、とても不愉快だった。(今の所、レセプトの返戻はありませんが)
- * 2 回めは不要な検査、余計な検査と患者の現状を知るはずのない先生が判断されることに、納得がいきません。(我々は、決して利益のために余計な検査は行っていないつもりです)
- * 京都医療センター呼吸器科から症状も安定しており、紹介転医して来た COPD の患者である。突然治療が削除されて返って来た。医療センターの医師も何故ですかねと言っていた。患者は元の病院へ戻ってもらったが査定にした医師は何が問題だったか。
- * 大病院から逆紹介された投薬が一部に不適切とされることが多い。紹介状に記載された病名以外に大病院は、その薬に別の病名を加えているのかとしか考えられない。
- * 薬剤に対する病名が以前と比べ医薬品リスト等に記載されている適応病名でないと減点されるようになったので、もう少し対応病名を広げた解釈で審査していただきたいです。
- * 湿布薬に対する審査が厳しすぎる。あまりに機械的。
- * 実情の診療を行っていて問題ないのに、添付書に記載がないと言って減点される。実情に合わせて審査してほしい。

(4) 連月にわたる減点について

- * こちらが悪いのですが病名もれに気付かず、数ヶ月後に教えてもらい数ヶ月分マイナスになることがある場合もあるので可能なかぎり早めに指摘して頂ければと思います。
- * 適切な保険診療を基に請求を行っていますが、減点査定や返戻はクリニックにおいては大きな損失に繋がります。連月査定の内容などは、請求内容を改める余地もあるため、事前に文書通知などを要望します。

(5) 迅速な審査決定を求める意見

- * 再審査請求のやり方が時間がかかる上、切手代もかかるので少額なら止めておこうかと思ってしまう。
- * 返礼、減点の連絡が遅い。最近その傾向が強い。
- * 審査自体が大変なことはよくわかりますが、可能な限り迅速な審査を希望します。

(6) 病名漏れレセプトの返戻、高額薬剤レセプトの返戻を求める意見

- * 病名もれが性悪説かもしくは悪意のもとになされていると思われるほど残酷である。“もれていますよ”とご連絡いただいてもいいと思うのと、患者を優先して迅速に（かつていねいに正確に基本ですが）対応している側としてはすこぶる腹立たしい。そうすることで誰が利益を受けるのか？
- * かつては、基金の方が厳しく、病名漏れで即減点ということが多かったが、最近は親切で返戻してくれる。4月から急に国保の審査が厳しくなった印象である。
- * 明らかな病名もれや病名のまちがいの場合は減点せずに返戻してほしい。
- * 明らかな病名もれは、減点せずに返戻してほしいです。
- * 分子標的治療薬や一部の抗ウイルス剤は非常に高額なので、病名漏れや日数オーバーによる一発査定は医療機関の経営破綻につながります。情状酌量してワンクッション置いて頂けないでしょうか。やむを得ず高額薬剤を処方しても医療機関側はほとんど儲からないのです。リスクしかありません。
- * 高価な薬剤が増え、たった一人でも請求がうまくできていないと、収入がすごく減ってしまうことが出てきている。

(7) 審査委員との面談等について

- * 直接審査担当に面談できる機会があればと思います。
- * 審査委員に質問しやすいような制度、環境にしてほしいです。

(8) わかりやすい文書等通知を求める意見

- * 増減点通知書や当座口振込通知書などをもっとわかりやすくして頂きたいです。社会保険支払基金では各種通知書の見方がありますが、初歩的な事まで説明がなく、細かい説明もないので理解が難しいです。
- * 減点される場合の通知書がかなり見にくいといつも感じる。診療年月がいつだったかの表記も分かりにくく、減点理由も簡潔すぎて内容がよく分からない、問い合わせもしにくい雰囲気。問い合わせして欲しくないがためにわざと分かりにくくしているのではと思える。
- * 表がとってもわかりにくい。
- * 支払が、患者ごとに明確に見れるようにしてほしい。

(9) 資格過誤の取り扱いに関する意見

- * 被保険者資格に関する場合、時間がかなり経過したレセプトを返戻されても患者さんがつかまらなかつたり、その時の保険証を確認できないことがあって泣き寝入りとなるケースあり。とくに資格関連誤りのレセプトは、早目に返戻していただきたく存じます。最近は改善されているようには思いますが。
- * 社保から国保に切り替わった人が、資格喪失した社保の保険証で受診された場合、当院の瑕疵がないにもかかわらず、基金から国保連合に勝手に自動振替をして、国保単独と45請求分とレセプトが2重になってると、こちらに取り下げ請求を国保連合会から強要される意味がわからない。審査会（国保連合または基金）側から頭を下げて、「返戻を受けてください」と我々をお願いすべきなのは、と思う。

(10) その他

- * 再審査は原審と別の審査員に回すことを原則としてもらいたい。原審にこだわらずに再審査してもらいたい。
- * オンラインでASPで問題無くても、あとで返戻あり、ASPの機能をあげてほしい。
- * 減点には力を注いでおられますが、こちらからの加点になる事には何の連絡もなく、どちらも同じように審査をみて頂けたらと思います。
- * 減点の中には、過剰な請求ミスもありますが、逆に不足している請求ミスもあるはず。減点ばかりでなく、明らかな請求不足ミスは返戻していただきたいと思います。そうでないと、不公平です（特に、病名もれ）。保険者との信頼関係を保つためにも、必要と考えます。
- * 減点ばかりではなく、診療科ごとの算定例（プラスになること、加算漏れ）を公開していただければと思います。
- * 今回改正の生活習慣病管理料の算定要件がわかりにくく、例を出してもらえるとありがたい。解釈の仕方が難しいため。
- * 審査委員の教育ももっとすべき。特に新しく認められた薬への理解が不十分。
- * 他の医師が頑張るってほぼ確定した収入を自分の気分を中心にして査定して減少させるのはおかしい。他の職業には無い事である。
- * いろんな医者がいるのでなんとも言えませんが、実際に患者を診察している医者を審査してほしいです。
- * 意見を聞く姿勢がない点は改善すべき。
- * 委員は2~3年で交代すべきである。
- * “療養担当規則にのっとり…”⇒そんなこと書いていないと思うことが多い。
- * 医師の事をもっと信用していただきと思う。
- * 薬剤が査定され、高額な薬剤代が減点されるが、なぜ医療機関だけが罰を受け、調剤薬局にはお咎めがないのか。同様に減点すべきだと思う。そうすればもう少し薬局側も気をつけてくれると思う。
- * 様々な物品・人件費の費用が上昇にもかかわらず、医療機関はコスト上昇分を費用請求できず、外来ベースアップ評価料等わずかな小手先の収入アップしかありません。すでに製薬では供給の欠品等の問題もおこっており、高齢者も減少している地方から医療崩壊も発生していると思っております。
- * あまりレセプトについてアップデートできておらず、加算の類が取れていないままだと思います。先日まで6年間ぐらい訪問看護指示書に保険点数がとれるとは知らず、訪看ステーションに教えてもらってはじめて算定開始しました。

- * 令和6年6月の診療報酬改定で、変更された項目で、実際に運用していく上で、有床診療所ではほとんど減多に出会わない事例であるが、もしそのような事例が生じた場合にどのように対処すれば良いのか、よくわからないような改定項目があります。厚労省の疑義解説を見ても、もう一つハッキリせず困っている。
- * 当医院など他医院の平均点数の六割くらいでしかも2~3ヶ月投薬もかなりの割合をしめているのによくもまあ事務的仕事を強いて、その上重箱の隅までつつくことができるのか？あの空間に入ればそういう人になるのでしょうか。
- * 一部例外はあるが、概ね好意的に捉えている。

CHAPTER 11 保険請求や審査の改善に関する保険医協会への要望等（自由記述）※一部抜粋

診療所：問17

(1) 審査の改善に関する意見

- * 突合点検のご連絡を減点決定とされる前にご連絡を頂いてこちらの誤りを正す、機会をお持ち頂きたいと思います。レセプト取り下げする作業も互いに時間もかかりとても無駄に時間ではないかと考えます。
- * 減点、返戻の理由を詳細に記載していただきたいです。また、返戻で複数月に渡る場合、1月ずつではなく、まとめて返戻していただきたいです。
- * 同じ検査や投薬が、月によって可の時と不可の時があります。どうしてでしょうか？
- * 支払基金の広報などで、減点となる例や解釈の仕方を出して欲しい。
- * ①資格誤りは、調整してくれるので有難い。②点数算定の際、併算定できないものが増えてきているので、そもそものレセプト作成時に取れる点数と取れない点数がわかりにくくなっている。明確化されることを希望する。
- * されるがままで我慢します。まだ、当院では減点分がかなり少ないので面倒くさい手続きなしで日々診療することにします。
- * かなり前のレセプトが返戻されてきても患者本人と連絡が取れず当時の保険資格の確認のしようもない。保険資格についての返戻は迅速にさせていただかないと対応できないまま泣き寝入りになってしまうため改善が必要と常々思っている。

(2) 請求手続きに関する意見

- * 福祉医療証④④などもマイナンバーで確認してオンライン請求できるようにしてほしい。再請求も紙ではなくオンラインでまとめてできるようにしてほしい。
- * 再審査請求の手続きをもっと簡素化して欲しい。

(3) 保険医協会への意見・要望

- * 協会の対応も以前より弱腰のように見受けられる。頑張ってください。
- * 強く push して欲しい。そもそも、検査費代は値上がりして、その上検査を切られては赤字になる。
- * 医療財政の為の減点としか思われない施策である。
- * このようなアンケートをして会員の意見をとりあげていただき結構なことです。
- * 目に見える、実感できる成果を期待しています。
- * 保険医協会へはいつも医療機関の丁寧なサポートをして頂き、感謝しております。
- * 保険医協会様には当方の勉強不足でご教示いただくことも多く、大変学ばせていただいております。そんな中、こんなことを尋ねても良いのかと躊躇してしまうこともあり、気軽に質問できる場所があるとありがたいと思います。
- * 不明点がある時は FAX でお聞きするのですが、回答を直接ご記入頂き、すぐに回答を頂けるのでいつも大変助かっております。ありがとうございます。今後ともよろしくお願い致します。
- * いつも相談にのって下さり感謝しております。
- * いつも丁寧に質問に答えて下さりありがとうございます。

- * いつもお世話になりありがたく心強いです。
- * いつもご丁寧な対応していただきありがとうございます。
- * いつもお世話になりありがとうございます。わからない事など問い合わせると親切に教えてくださるので助かっております。
- * 在宅の研修と応対研修の増加、もしくは出張してほしい。
- * 問い合わせた時には、やさしく教えてもらえたら嬉しいです。
- * 保険医協会から、審査基準を記した冊子または書籍を出版してほしい。
- * 特にありませんが、困ったことが起きたときには宜しく願います。
- * いつもお電話で不明な点をうかがった際、大変丁寧に返答していただいております。
- * 頑張ってください。
- * いつも、意味不明の返戻に対する愚痴などを聞いていただきありがとうございます。
- * 個人では申し出にくいことを代表して申し出て行ってほしい。
- * いつもすぐに教えていただいて大変感謝しています。
- * 審査基準を全国統一し、かつ公開する様に働きかけて頂きたいです。
- * 診療科ごとでの算定例（プラスになること、加算漏れ）、レセプト事例など公開していただき、今後の請求に繋げたいです。
- * 全国の情報を速やかに教えてほしい。
- * 今後も審査に関する情報をよろしく願います。
- * 公文書文言と返戻対象となる医療行為内容の堅合性がないものを散見します。問題点の追求をお願いします。

(4) その他

- * 後期高齢者は分離して、受益者負担を増やすべき。
- * 減点や返戻がほとんどなかった為。
- * 中小病院では、紹介された患者に対して、無理に入院させて、とんでもないほどの検査（CT、MRI、内視鏡、2日間毎に変化のないのに血液検査など）を行って、それをコピーして、ほぼ診療内容なしの返事が横行している。
- * 「生活習慣病」関連に問題点が多いと思います。
- * レセプトについて勉強していない自分自身が悪いのですが、今後も DX 加算、感染症加算など、取り漏れが出るといいますので一覧表がほしいです…。6月より生活習慣病管理料は取っていますが、これが取れるかも、非常に気をもみました。
- * ルールは守ることは大切だと思っているが そのルールが不明確。
- * 薬剤など高額のカースが増えてきているが、薬価差益が減り、高点数だけれども実質の収入は少ないカースが増えている。小児の場合など、薬剤をこぼしたりして無駄になってしまったときに、もはやその薬剤は何年も使い続けないと赤字補填ができない状態となる。
- * 医療 DX に関係した細々とした変更が多すぎる。保険請求を簡素化してほしい。
- * 保険点数などが細分化されているがシンプルにする方向を目指すべきだと思います。

病院編

病院編

CHAPTER 1 回答者の特徴

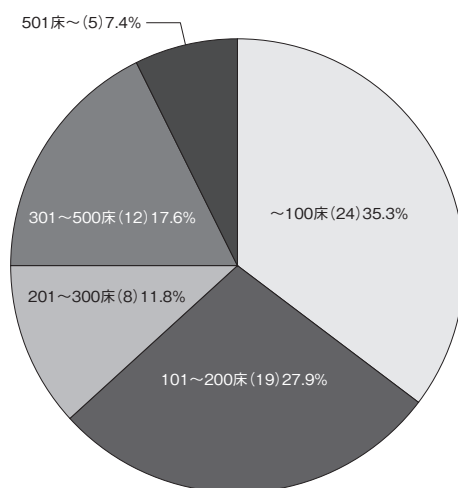
病院：問4～6

ポイント

- ・回答した病院の63.2%が200床以下の病院である。

回答した病院の病床規模の分布は【図 1-1】の通り。200床までの病院が全体の63.2%を占めた（前回比-1.6pt）。

図 1-1 病床規模（単回答）



DPC 採用病院の割合は【図 1-2】の通り。DPC 採用病院は33.8%となっている（前年比+11.6pt）。病棟の種別は【図 1-3】の通り。「主に急性期病棟」（前回比+1.3pt）と「複数種別の病棟あり」（同+8.7pt）が同数で最も多く、次いで「主に慢性期病棟」（同-5.7pt）、「主に亜急性期・回復期病棟」（同-4.5pt）の順となった。

図 1-2 DPC 採用有無（単回答）

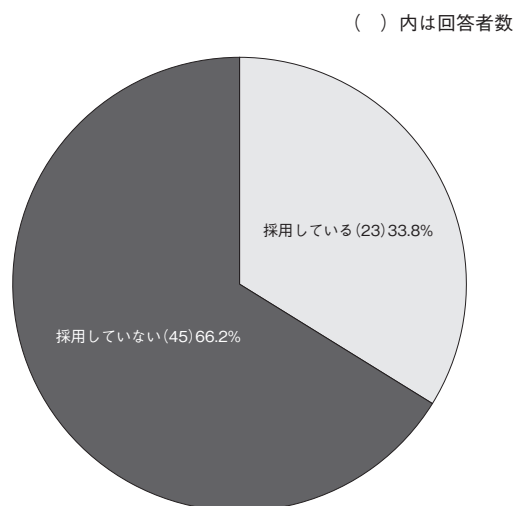
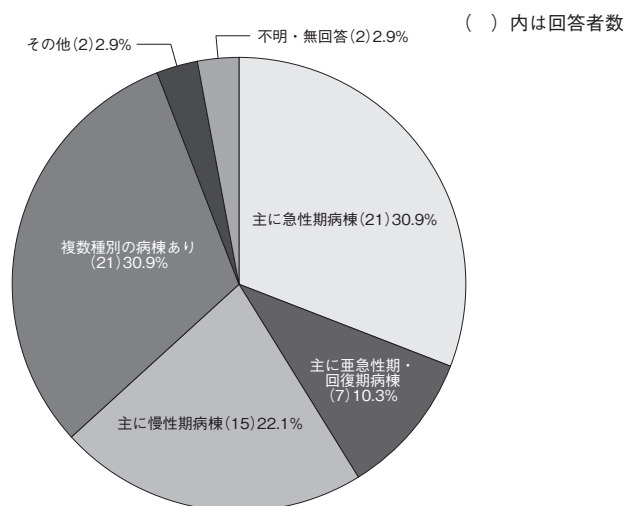


図 1-3 病棟の種別（単回答）



CHAPTER 2 基金・国保の審査内容について

病院：問7

ポイント

- ・審査に対して「少し不満」「大いに不満」の合計は、基金 51.5%、国保 52.9%。
- ・不満の理由は「審査基準の不明確さ」が最も多く、基金 68.6%、国保 75.0%。

(1) この1年間の審査に対する満足度

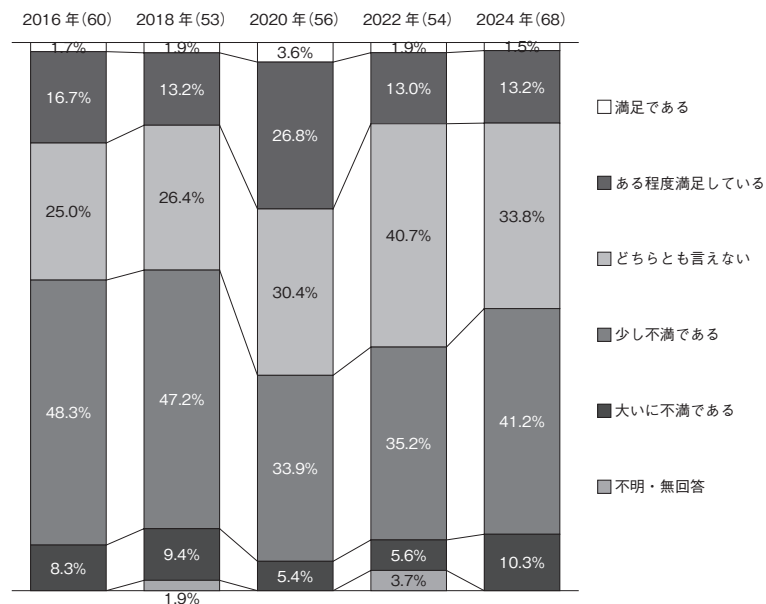
審査に対する満足度は【図 2-1】の通り。「満足」「ある程度満足」が基金 14.7%（前回比 -0.2pt）、国保 17.7%（同+4.7pt）であった。

「少し不満」「大いに不満」の合計は基金 51.5%（同+10.7pt）、国保 52.9%（同+2.9pt）で増加した。

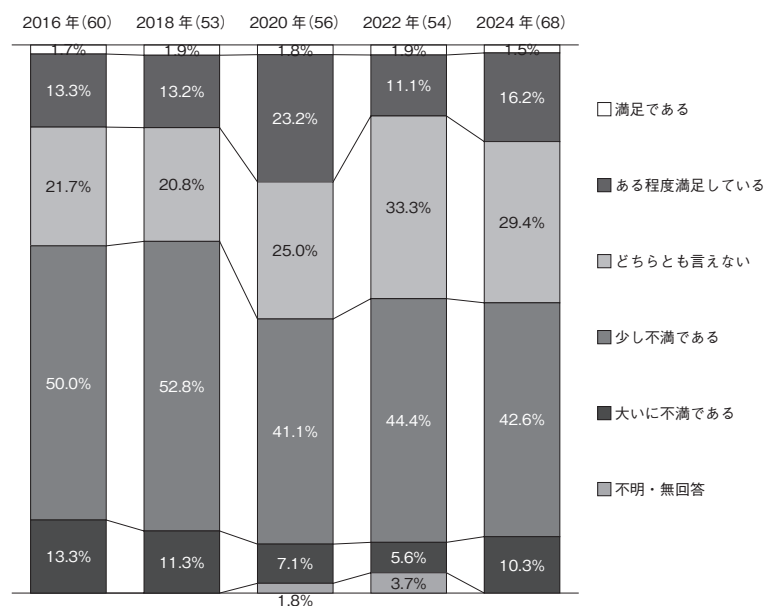
図 2-1 この1年間の審査に対する満足度（単回答）（年次推移）

()内は回答者数

【基金】



【国保】



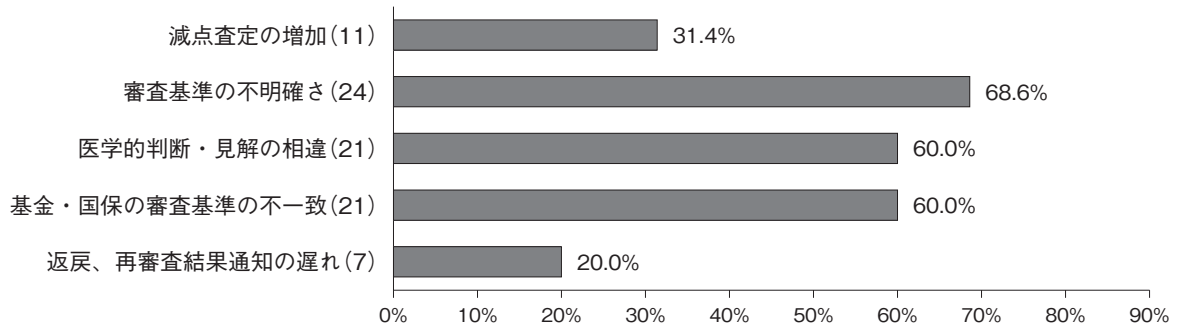
(2) 審査に対する不満の理由

不満の理由は【図 2-2】の通り。不満の内容は「審査基準の不明確さ」が基金 68.6%、国保 75.0% (前回比 -26.9pt、-17.6pt) で最も多かった (母数は前設問で「少し不満」「大いに不満」の合計)。

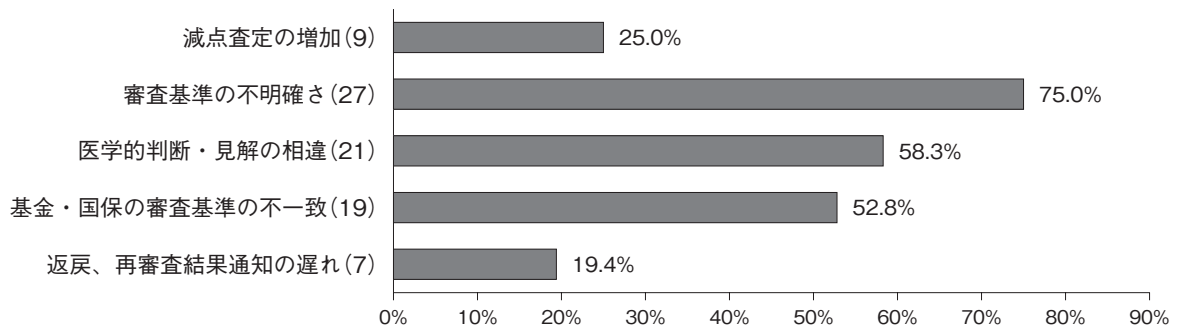
図 2-2 不満の場合、その理由 (複数回答)

【基金】

()内は回答者数



【国保】



CHAPTER 3 減点査定について

病院：問8

ポイント

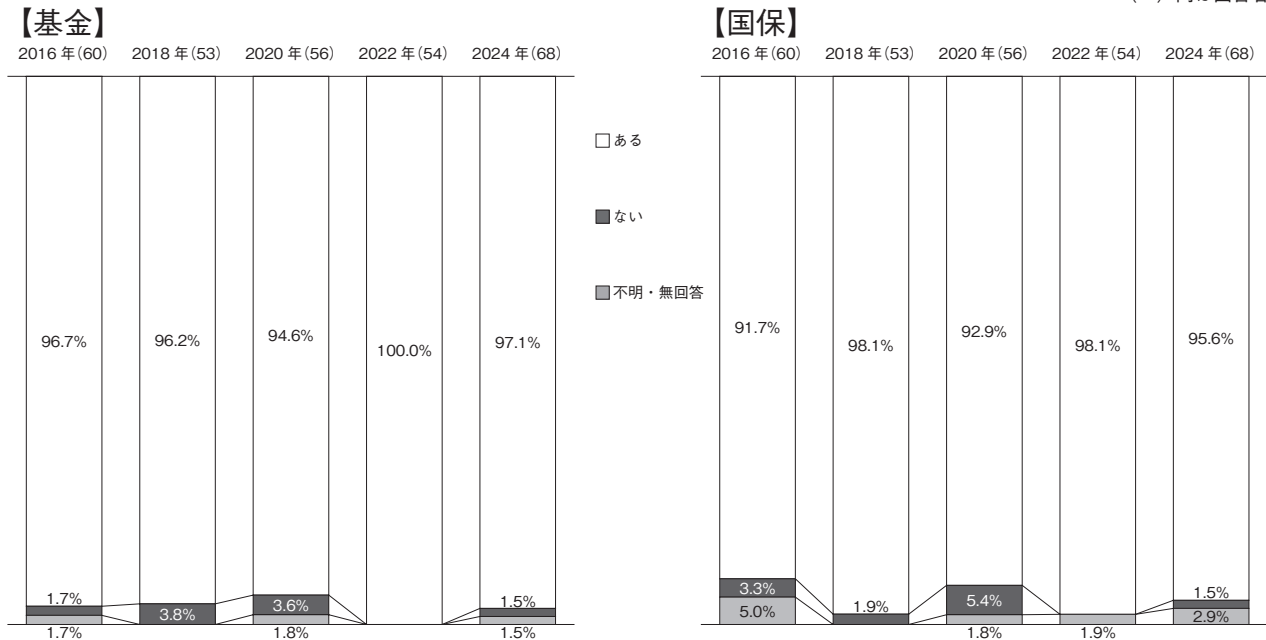
- ・この1年間に減点を受けていないとの回答はごくわずかである。
- ・減点の理由は、「病名漏れ」(基金 89.4%、国保 92.3%)、「過剰・重複」(同 89.4%、87.7%)が多い。
- ・減点の納得度は、「できる場合とできない場合がおよそ半分半分」が最も多い(同 53.0%、53.8%)。
- ・減点に納得できない理由で最も多いのは「理由を説明してほしい」(同 71.2%、78.5%)である。

(1) この1年間の減点経験

病院のこの1年間の減点経験は【図 3-1】の通り。減点を受けていないとの回答は少なかった。

図 3-1 この1年間に減点経験 (単回答) (年次推移)

() 内は回答者数



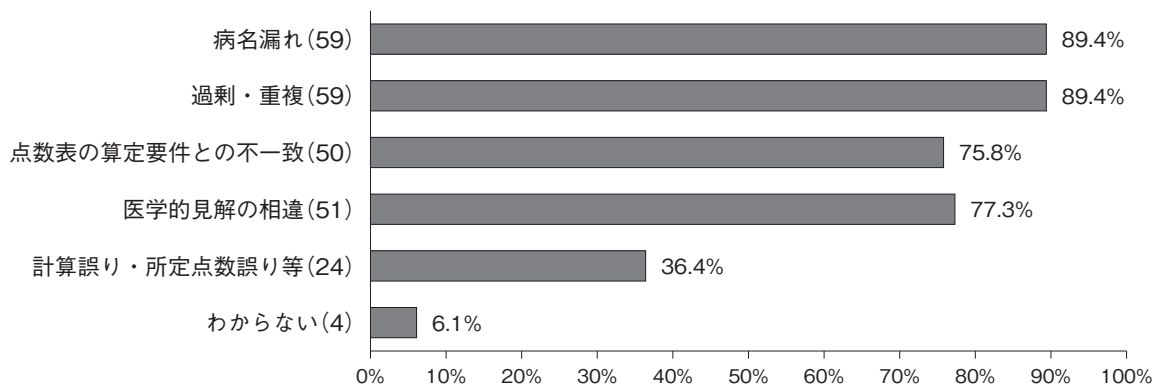
(2) 減点の理由

病院における減点の理由は【図 3-2】の通り。基金・国保とも「病名漏れ」が90%前後で「過剰・重複」が90%弱となっている（以下【図 3-7】まで、母数は前設問で減点があるとの回答）。

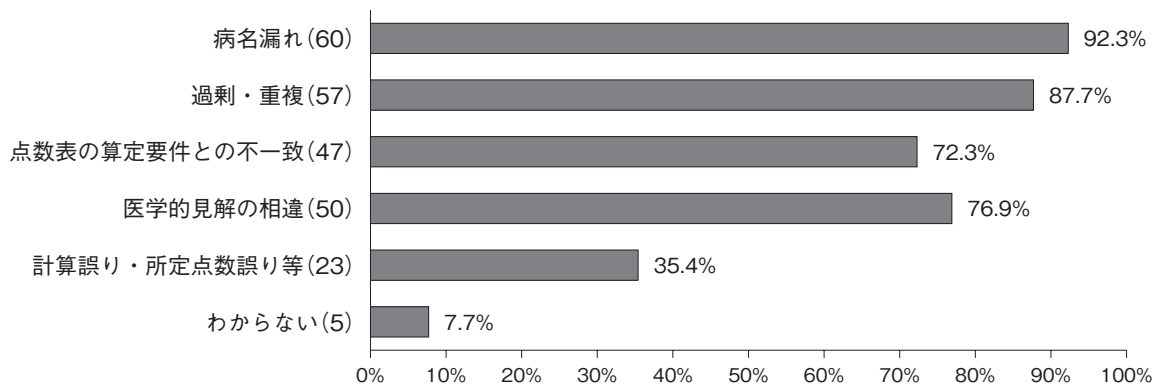
図 3-2 減点理由（複数回答）

【基金】

()内は回答者数



【国保】



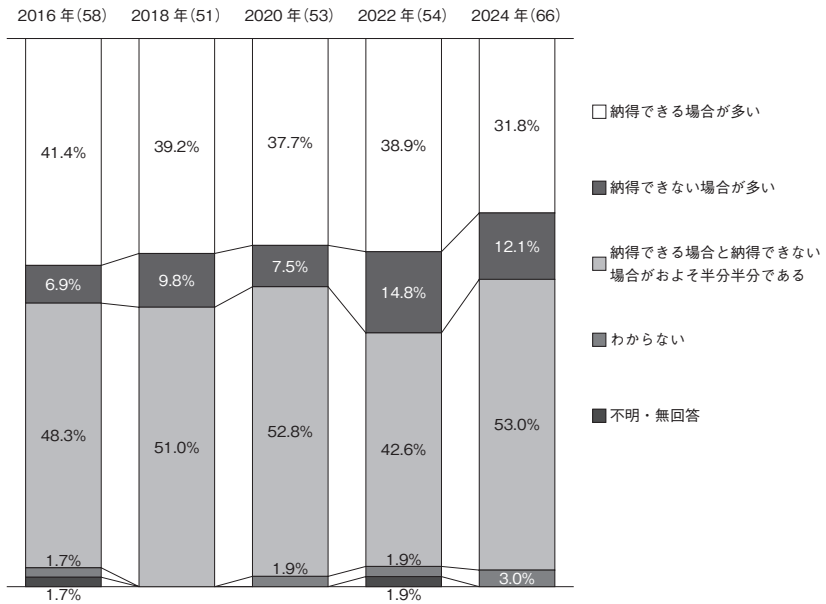
(3) この1年間の減点に対する納得度

この1年間の減点の納得度は【図 3-3】の通り。「できる場合とできない場合がおおよそ半分半分」が最も多い。

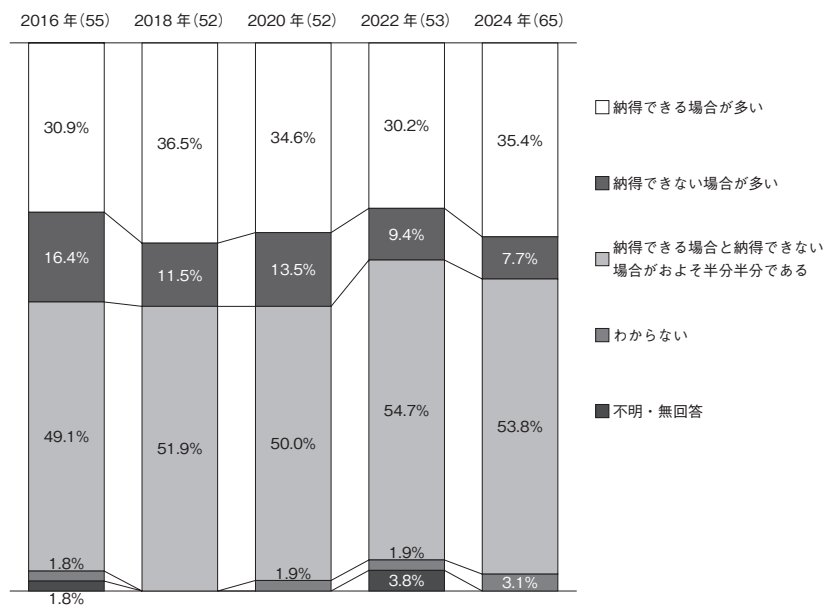
図 3-3 減点査定の納得度（単回答）（年次推移）

()内は回答者数

【基金】



【国保】



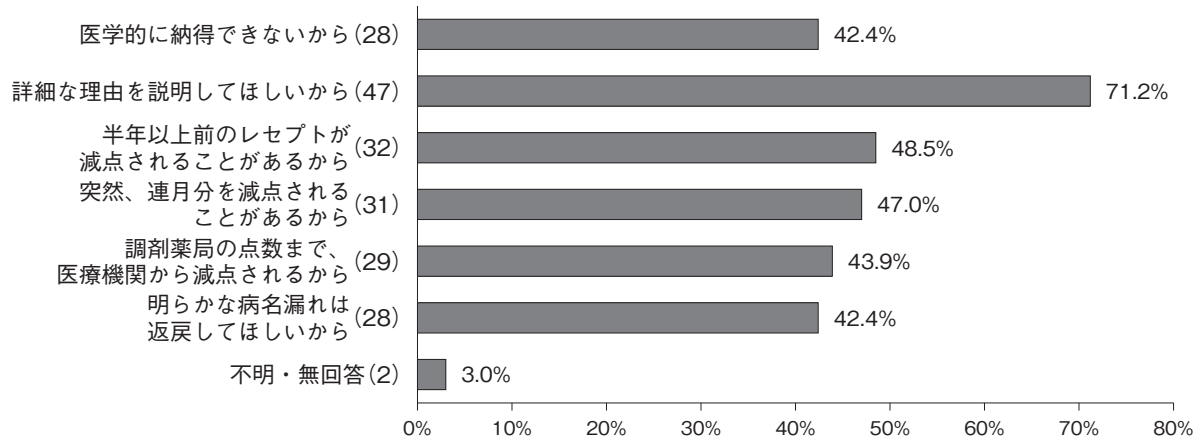
(4) 減点査定に納得できない理由

減点に納得できない理由は【図 3-4】の通り。基金・国保とも「理由を説明してほしい」が最も多かった（前回比基金+4.5pt、国保-4.5pt）。

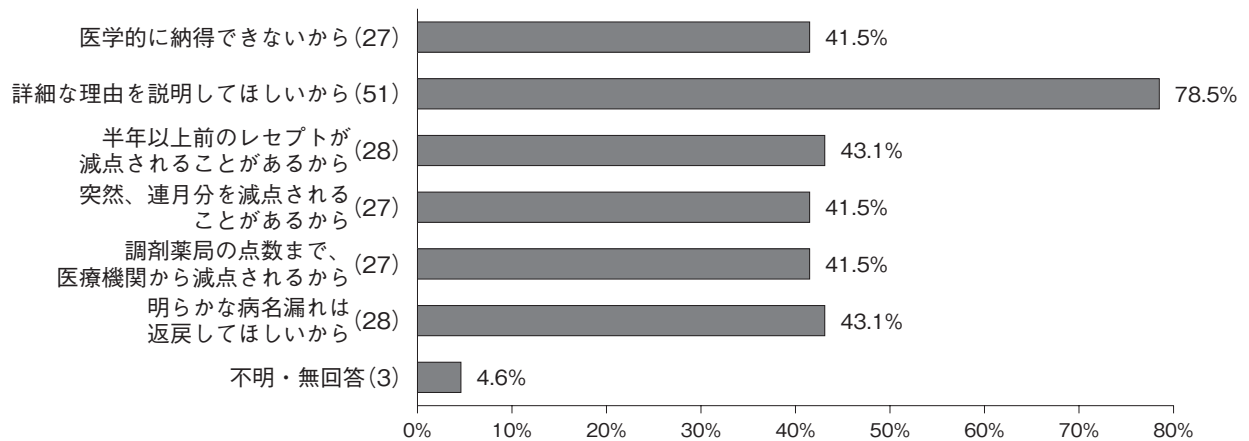
図 3-4 減点査定に納得できない理由（複数回答）

【基金】

()内は回答者数



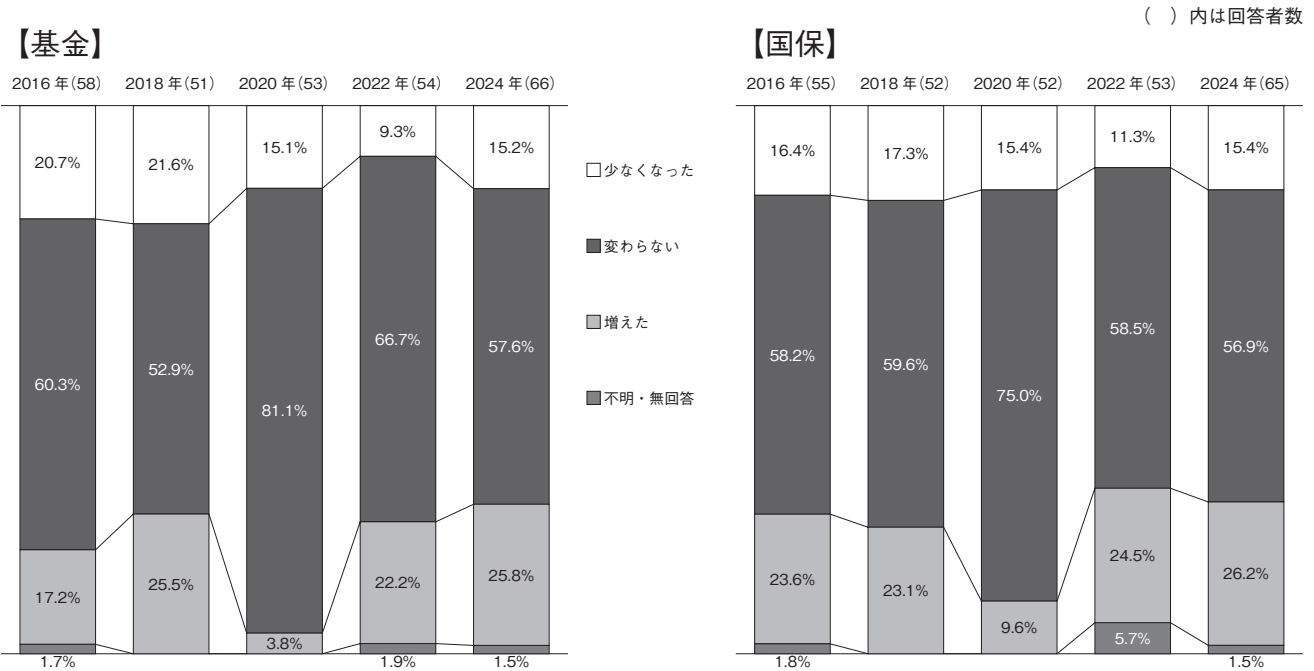
【国保】



(5) この1年間の減点査定の頻度

減点の頻度の傾向は【図 3-5】の通り。基金・国保とも「変わらない」が一番多いがそれぞれ-9.1pt、-1.6pt 減少した。

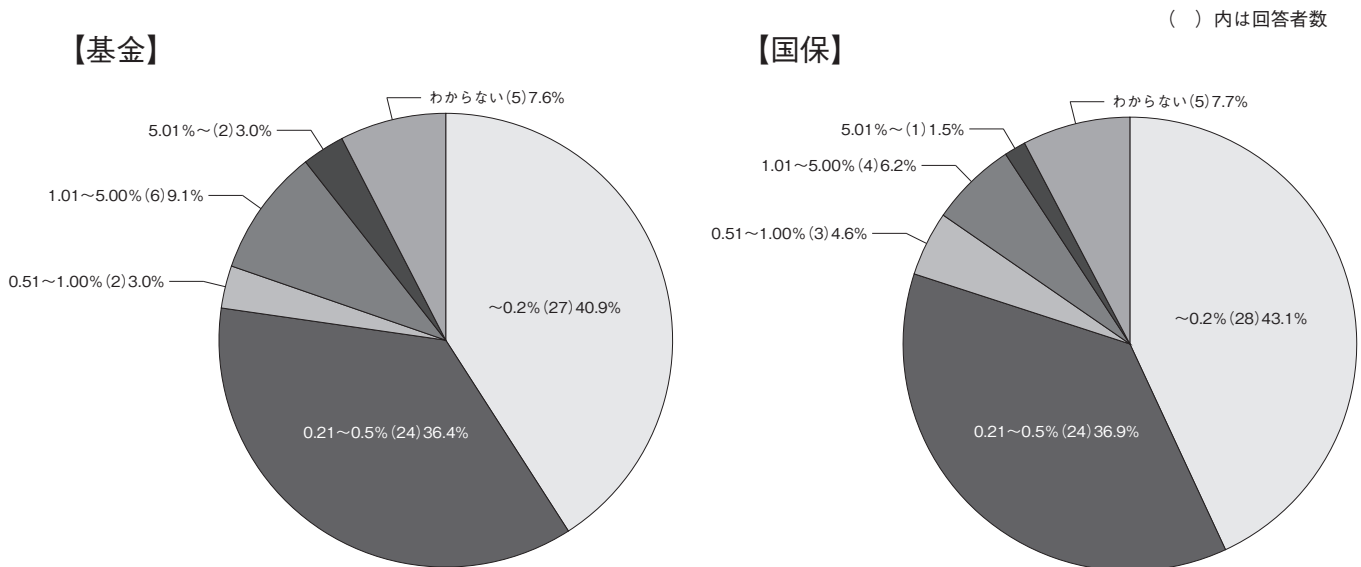
図 3-5 この1年間の減点査定の頻度（単回答）（年次推移）



(6) 請求金額に対する減点査定の割合

1か月の減点査定の請求額に占める割合は【図 3-6】の通り。基金・国保とも「0.5%以下」との回答が4分の3を超えている。

図 3-6 1か月の減点金額の請求金額に占める割合（単回答）



知っておきたいレセプト審査の基礎知識・増減点連絡書の見方
 ※P. 24 をご参照ください。

CHAPTER 4 返戻について

病院：問9～10

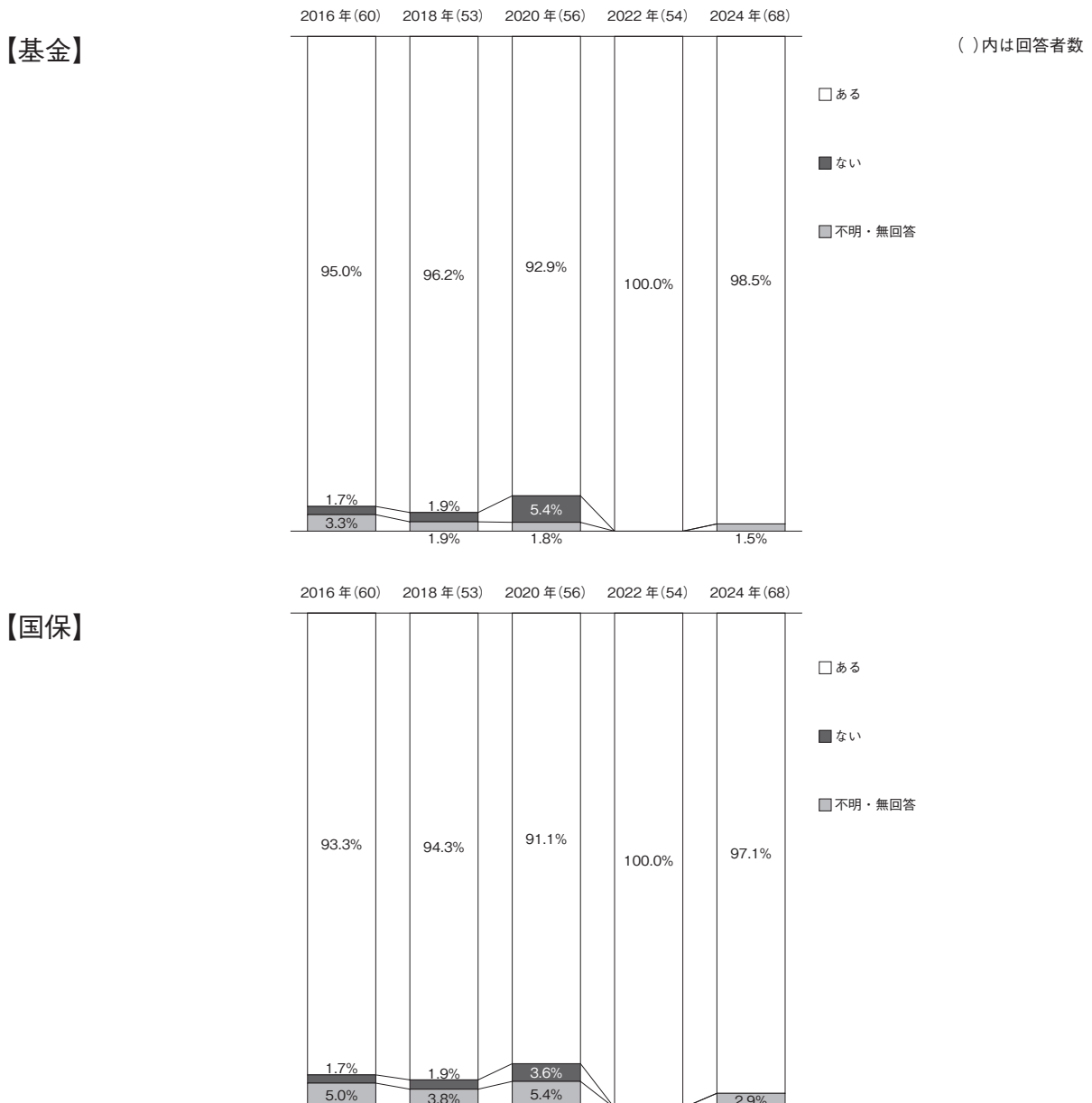
ポイント

- ・この1年間に返戻を受けていないとの回答はごくわずかである。返戻の内容は「被保険者資格に関するもの」(基金 88.1%、国保 87.9%) が最も多かった。
- ・返戻に対して基金で 50.7%、国保で 48.5% が「減点査定せずに返戻してほしい」と感じているが、「請求内容に不備があり肯定的に受け止めている場合が多い」同 43.3%、48.5% や「返戻理由が分かりにくい」同 47.8%、42.4% も多かった。
- ・減点・返戻に対して、ほとんどの病院が何らかの対策を行なっている。

(1) この1年間の返戻経験

この1年間の返戻経験は【図 4-1】の通り。ほとんどの医療機関がこの1年間にレセプトが返戻されたことが「ある」としている傾向は変わらない。

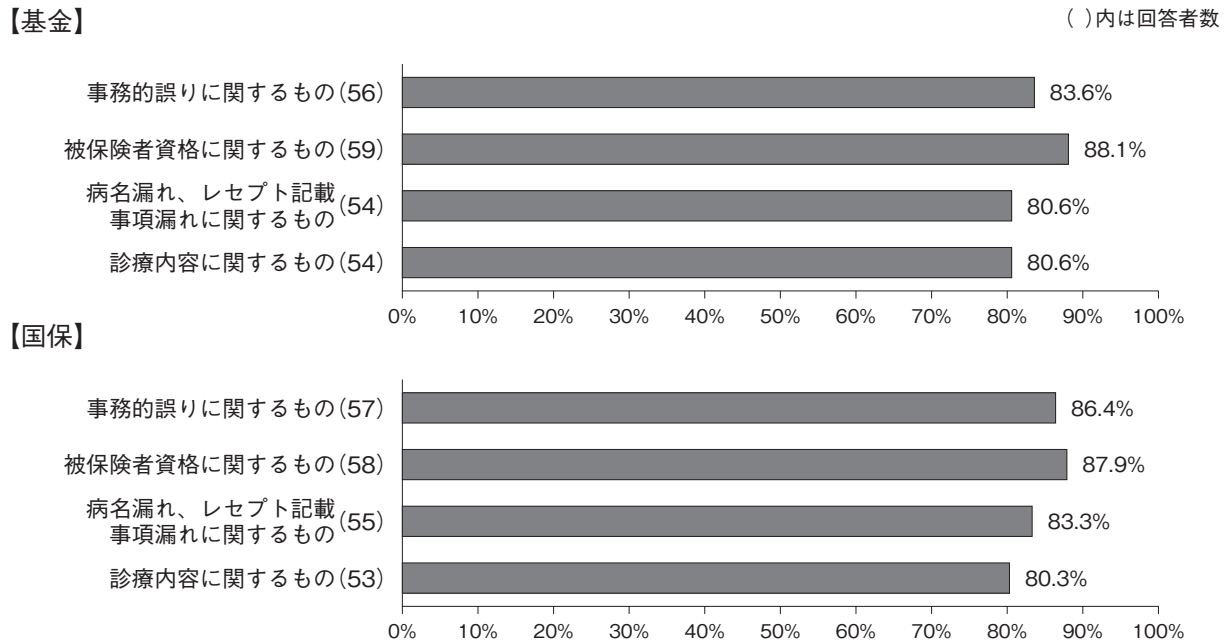
図 4-1 この1年間の返戻経験（単回答）（年次推移）



(2) 返戻の内容

返戻の内容は【図 4-2】の通り。「被保険者資格に関するもの」が最も多い（前回比基金－2.6pt、国保－1.0pt）（以下【図 4-3】まで、母数は前設問で返戻が「ある」との回答）。

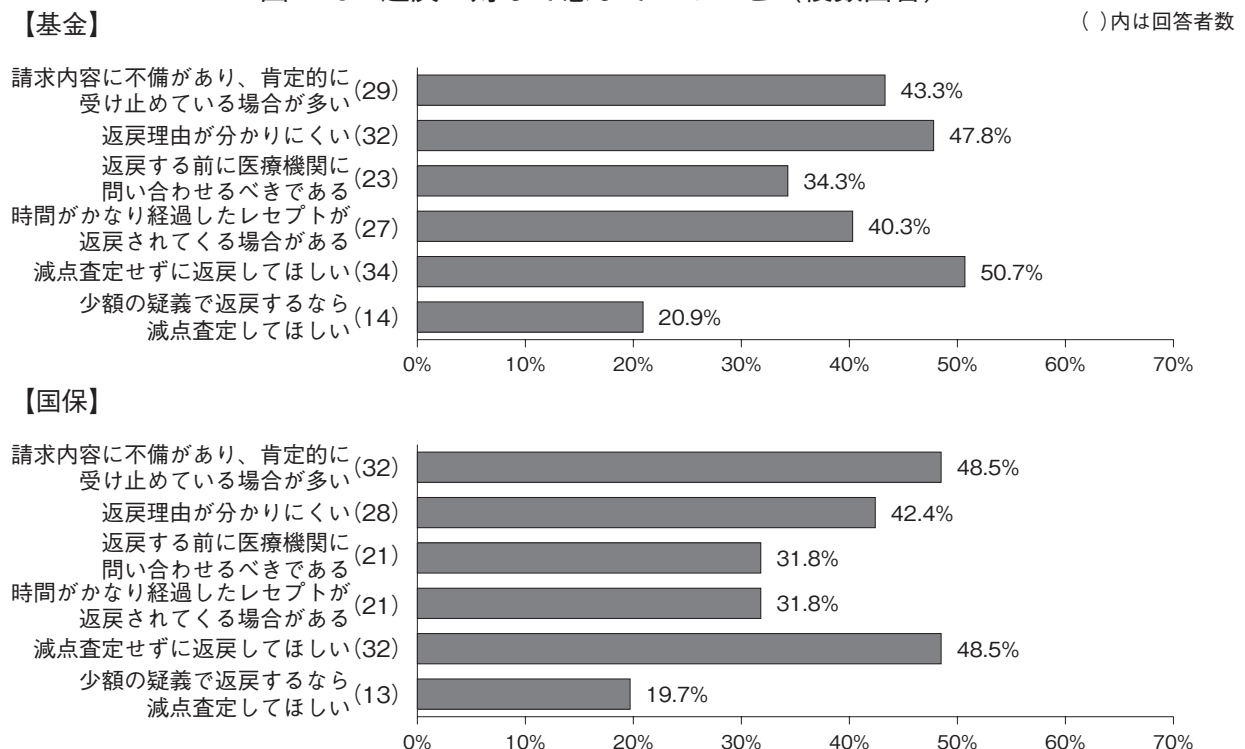
図 4-2 返戻の内容（複数回答）



(3) 返戻について感じていること

返戻に対して、どのように感じているかは【図 4-3】の通り。「請求内容に不備があり、肯定的に受け止めている場合が多い」(前回比基金－3.0pt、国保－1.5pt)、「返戻理由が分かりにくい」(同+3.4pt、－11.3pt)「減点査定せずに返戻してほしい」(同+13.7pt、+11.5pt)の回答が多かった。

図 4-3 返戻に対して感じていること（複数回答）

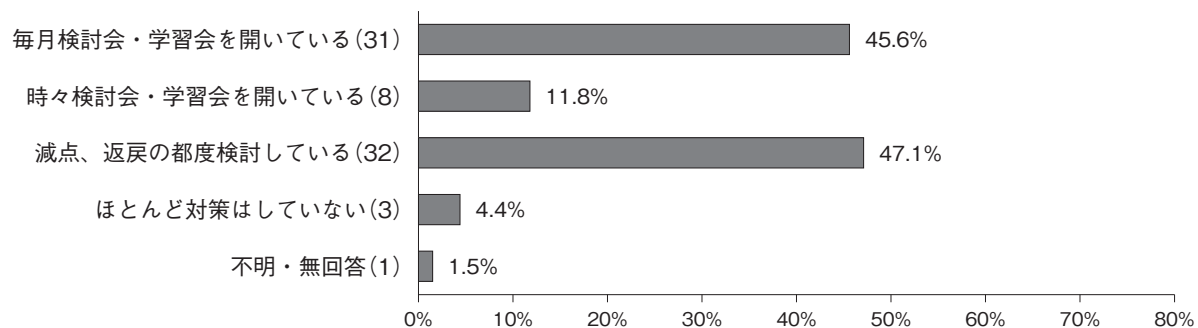


(4) 減点、返戻に対する対策

減点、返戻に対する対策の状況は【図 4-4】の通り。多くの病院が何らかの対策をしている。

図 4-4 減点、返戻への対策（複数回答）

()内は回答者数



CHAPTER 5 再審査請求について

病院：問11

ポイント

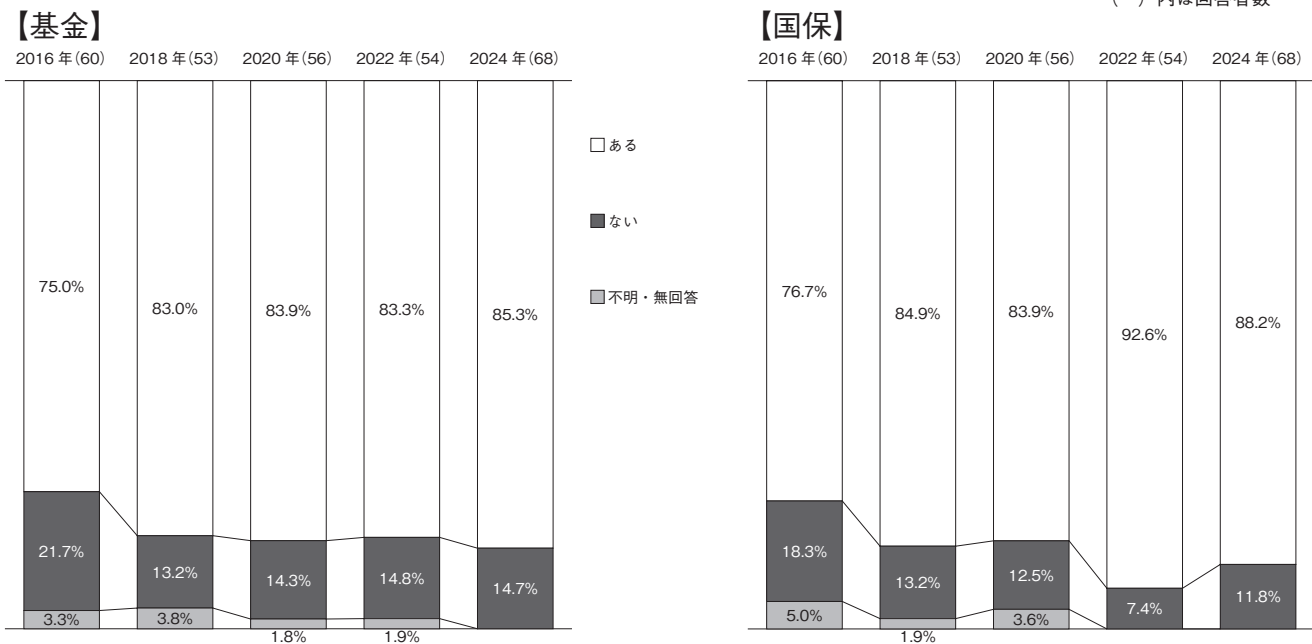
- ・この1年間に基金で85.3% 国保で88.2% が再審査請求をしたことがある。
- ・再審査請求の結果に対して、「納得できる場合と納得できない場合がおよそ半分半分である」が基金53.4%、国保50.0% で最も多かった。
- ・再審査請求について改善すべき点が「ある」との意見が基金で87.9%、国保で88.3% あり、改善すべき点は「理由を詳細に文書で通知すべき」「医学的必要性を重視すべき」が多かった。

(1) この1年間の再審査請求の経験

この1年間の再審査請求の経験の有無は【図 5-1】の通り。

図 5-1 この1年間の再審査請求の経験（単回答）（年次推移）

() 内は回答者数

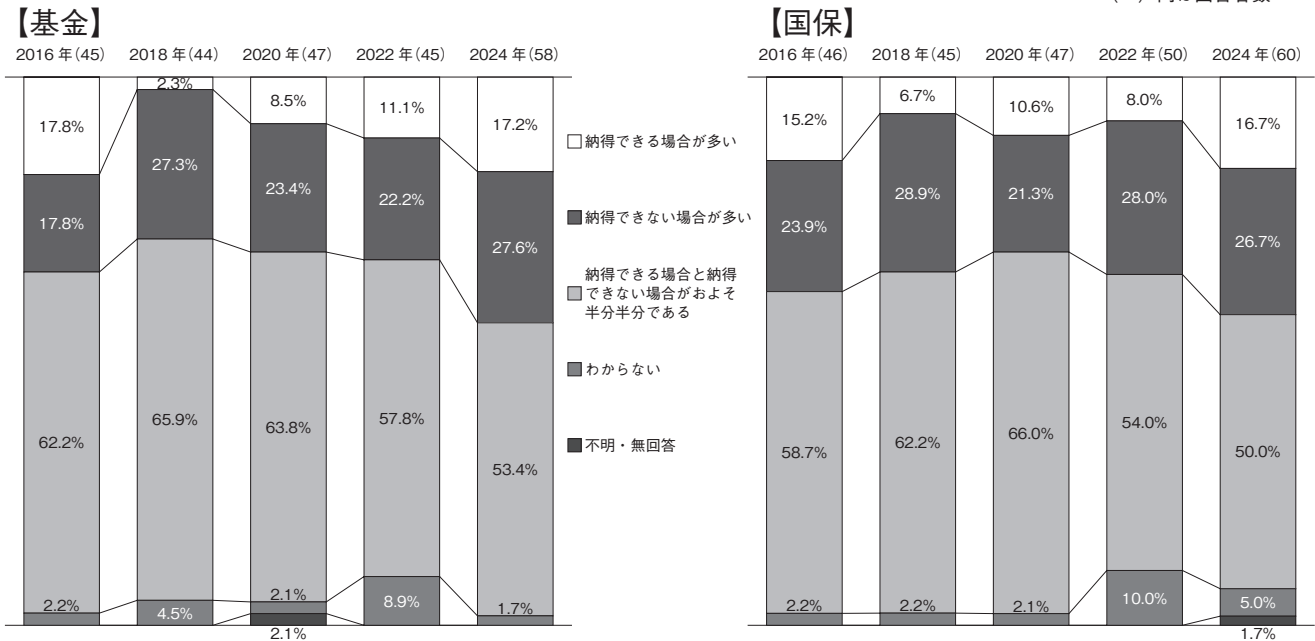


(2) 再審査請求の結果に対する納得度

再審査請求の結果に対する納得度は【図 5-2】の通り。「納得できる場合と納得できない場合がおおよそ半分半分である」が最も多く、基金 53.4%、国保 50.0%（前回比 -4.4pt、-4.0pt）（以下【図 5-4】まで、母数は前設問で再審査請求の経験が「ある」との回答）。

図 5-2 再審査請求の結果に対する納得度（単回答）

() 内は回答者数

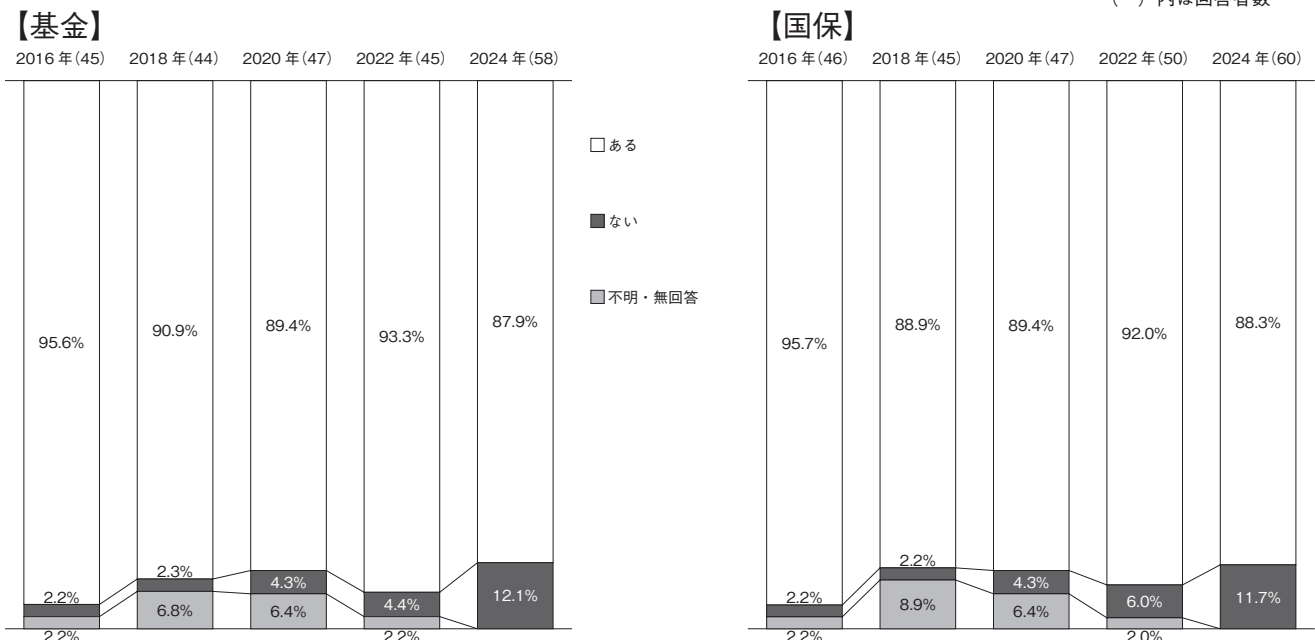


(3) 再審査請求で改善すべき点はあるか

医療機関からの再審査請求で改善すべき点の有無については【図 5-3】の通り。基金・国保とも9割弱が「ある」と答えている（前回比基金 -5.4pt、国保 -3.7pt）。

図 5-3 医療機関からの再審査請求で改善すべき点（単回答）

() 内は回答者数



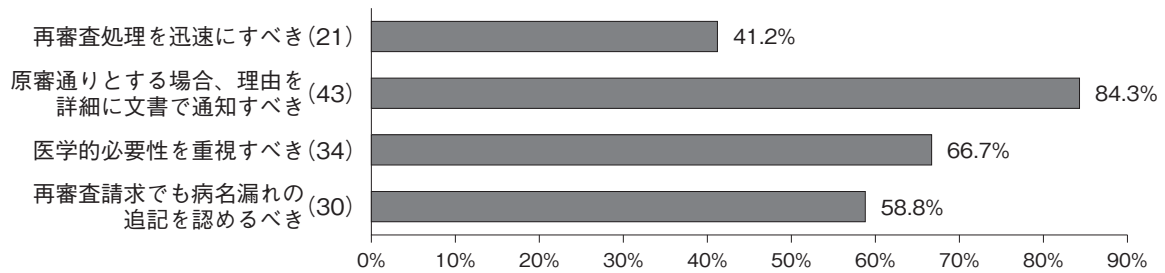
(4) 再審査請求で改善すべき点

改善すべき点については【図 5-4】の通り。「理由を詳細に文書で通知すべき」が基金 84.3%、国保 83.0%（前回比+5.7%、-4.0%）、「医学的必要性を重視すべき」が同 66.7%、64.2%（同+14.3pt、+14.2pt）で多かった（母数は前設問で改善すべき点が「ある」との回答）。

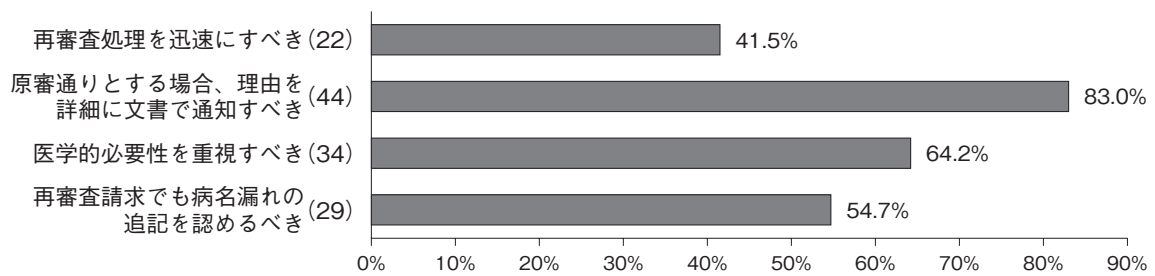
図 5-4 再審査請求で改善すべき点（複数回答）

【基金】

()内は回答者数



【国保】



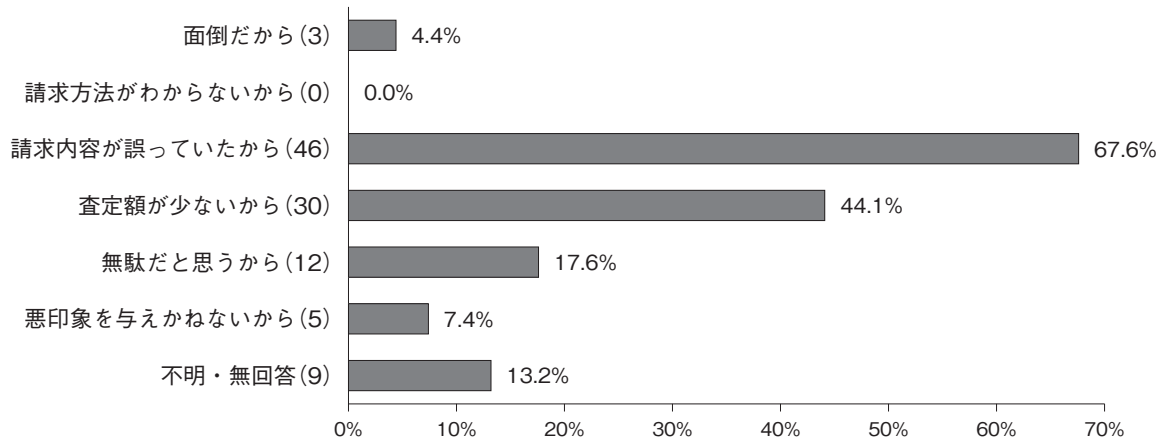
(5) 再審査請求しなかった理由

再審査請求をしなかった理由は【図 5-5】の通り。「請求内容が誤っていたから」が基金 67.6%、国保 66.2%（前回比-0.9%、-2.3%）で最も多く、「査定額が少ないから」「無駄だと思うから」「悪印象を与えかねないから」が続いた（母数は図 3-1で減点が「ある」との回答）。

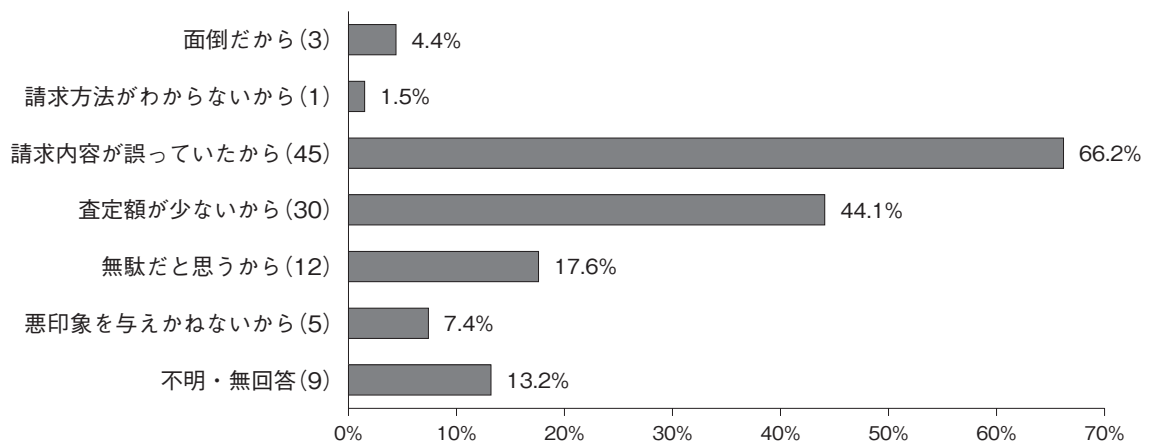
図 5-5 再審査請求をしなかった理由
（この1年間に減点経験が「ある」と回答した方のみ）

【基金】

（ ）内は回答者数



【国保】



CHAPTER 6 審査委員会からの文書・電話による連絡(注意)、及び任意来会(懇談)等について

病院：問12

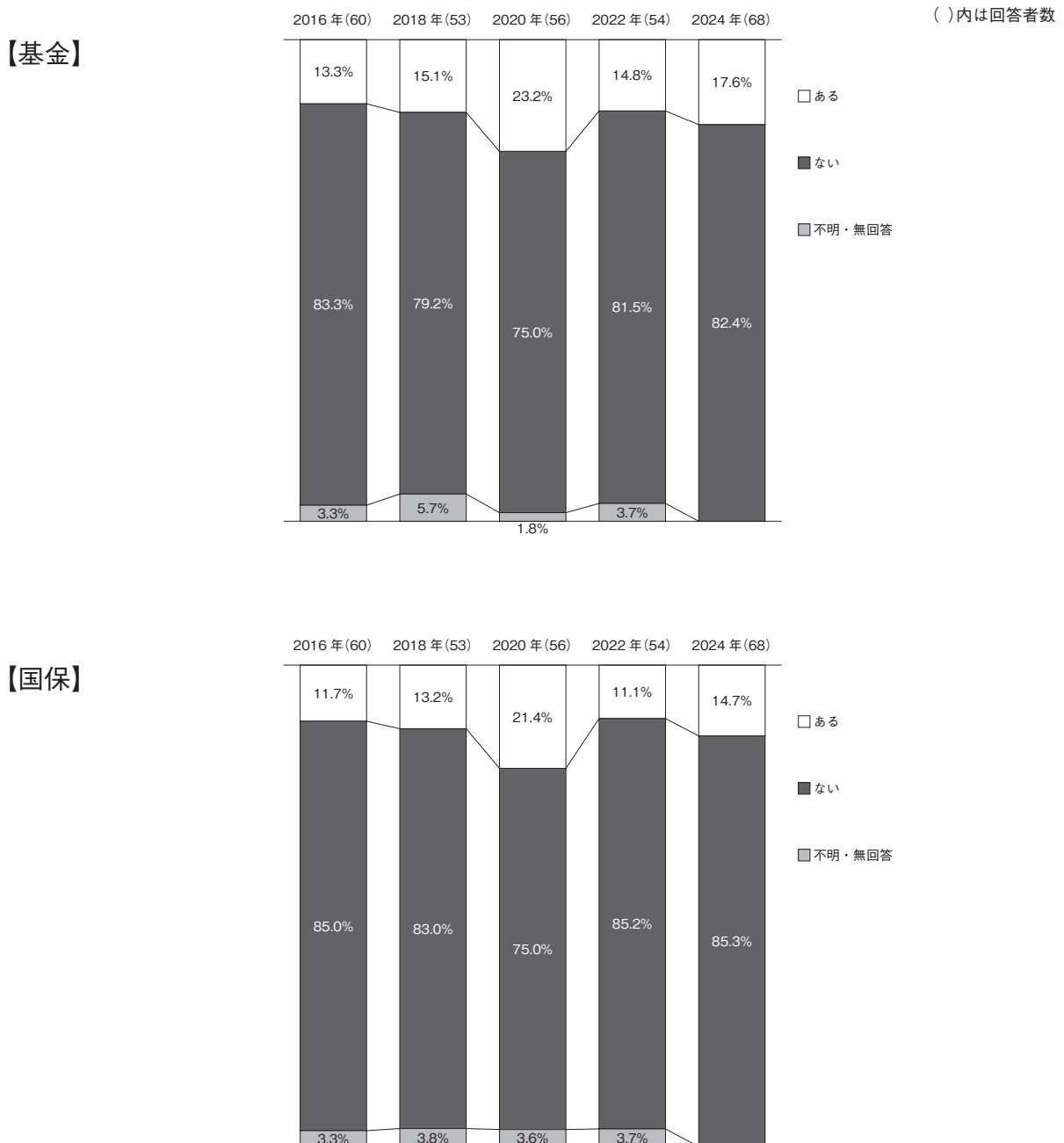
ポイント

- ・この1年間に連絡(注意)及び懇談を受けたことがあるのは基金17.6%、国保14.7%であった。
- ・その結果については、「納得できた」が基金75.0%、国保70.0%であった。

(1) 審査委員会からの連絡(注意)及び懇談の経験

この1年間で審査委員からの連絡(注意)及び懇談を受けた経験は【図6-1】の通り。前回に比べ基金・国保とも「ある」が増加した(前回比基金+2.8pt、国保+3.6pt)。

図6-1 この1年間の連絡(注意)及び懇談の経験(単回答)(年次推移)



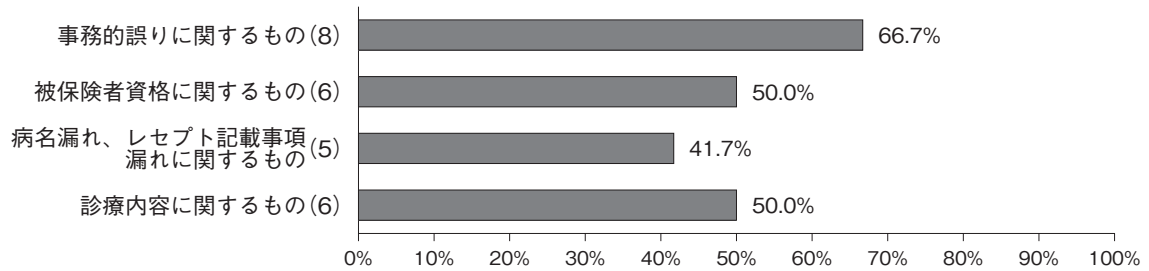
(2) 連絡（注意）及び懇談の内容

連絡（注意）及び懇談の内容は【図 6-2】の通り。「事務的誤りに関するもの」が大きく増加した（前回比基金+29.2pt、国保+20.0pt）（以下【図 6-3】までは、前設問で連絡（注意）及び懇談の経験が「ある」との回答）。

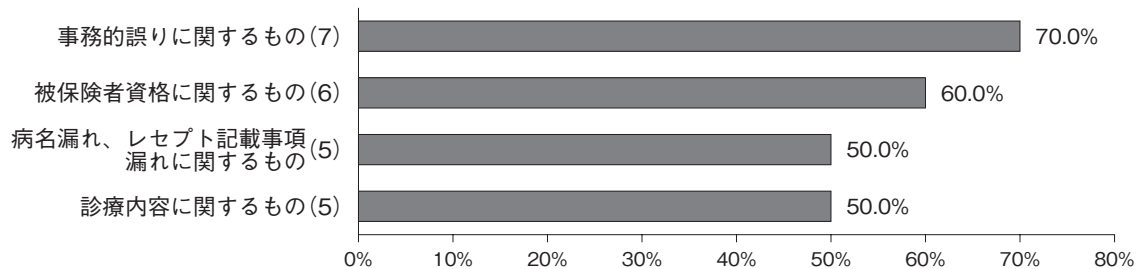
図 6-2 連絡（注意）及び懇談の内容（複数回答）

【基金】

()内は回答者数



【国保】



(3) 連絡（注意）及び懇談の納得度

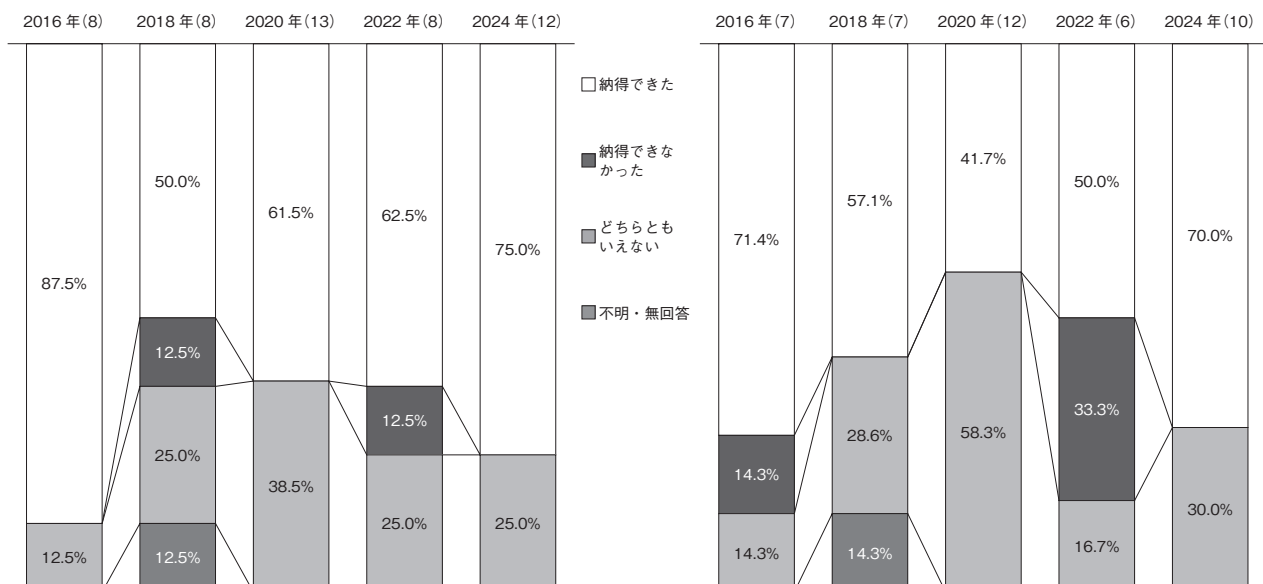
連絡（注意）及び懇談の納得度は【図 6-3】の通り。基金・国保とも「納得できた」が多かった（前回比基金+12.5pt、国保+20.0pt）。

図 6-3 連絡（注意）及び懇談の納得度（単回答）（年次推移）

【基金】

【国保】

()内は回答者数



CHAPTER 7 いわゆる審査基準について

病院：問13

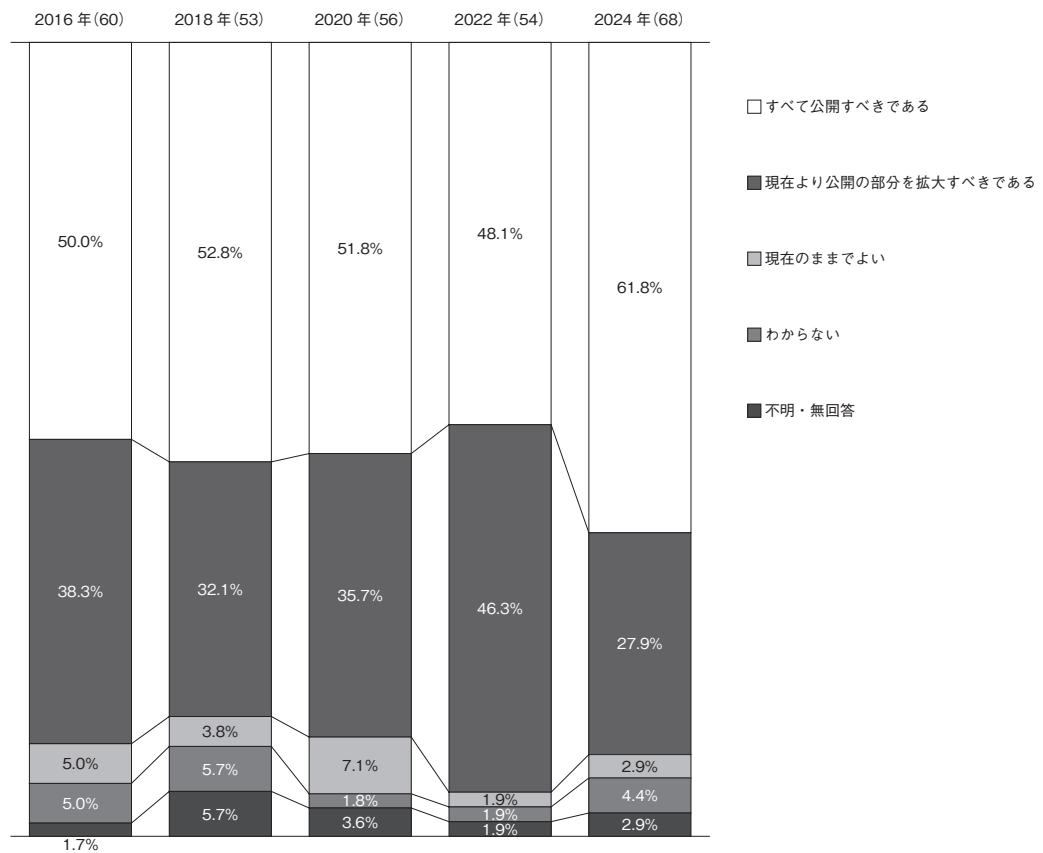
ポイント

- ・約9割がいわゆる審査基準を「すべて公開すべき」「公開の部分を拡大すべき」と回答した。

いわゆる審査基準の公開については【図 7-1】の通り。「すべて公開すべき」「現在より公開の部分を拡大すべき」が合わせて89.7%であった。

図 7-1 審査基準の公開について（単回答）

()内は回答者数



CHAPTER 8 審査委員会に期待すること

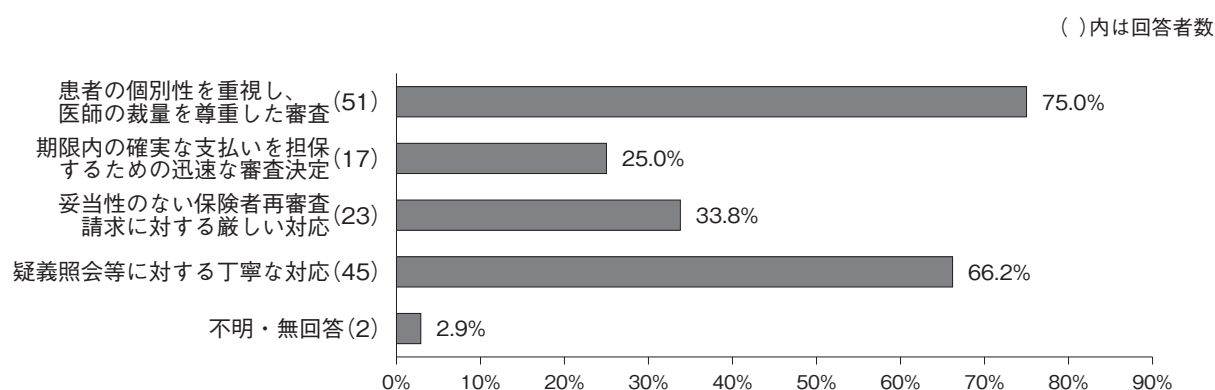
病院：問14

ポイント

- ・患者の個別性を重視し、医師の裁量を尊重した審査を期待する回答が最も多かった。

審査委員会に期待することについては【図 8-1】の通り。「患者の個別性を重視し、医師の裁量を尊重した審査」が75.0%で最も多く、「疑義照会等に対する丁寧な対応」が66.2%で続いた。

図 8-1 審査委員会に期待すること（複数回答）



CHAPTER 9 減点・返戻・再審査請求で納得できなかった事例や、従来は認められたのに減点されるようになった事例、または再審査請求の結果復活した事例（自由記述）

※一部抜粋

病院：問15

(1) 入院料に関するもの

- * 特定集中治療室管理料の病棟から一般病棟入院基本料の病棟へ転棟した患者に急性期充実体制加算を算定したが、起算日は転棟日ではないと査定され、再審査も却下された。算定本をみても転棟日が起算日と思われ、問い合わせもしたが明瞭な回答が得られなかった。（基金）
特定の科の救命救急入院料だけ頻回に査定される。（国保）

(2) 医学管理料に関するもの

- * 算定可能期間内であった管理料がいきなり減点され、再審査請求の結果復点された。
- * 二次性骨折予防継続管理料イ（複数回減点）減点された明確な理由がわからず、様々推測して対策しましたが減点が続いております。

(3) 検査・画像診断に関するもの

- * 硬膜下血腫経過観察で月2回CT撮影で査定がくるがいつも再審査で復点する。
- * 抗DNA抗体…皮フ疾患で来院された際に当院初診であったが、様々な検査と一緒に検査し査定、理由に関しても検査本等を確認しても初回で算定不可や他の類似項目と併用禁止という通知もない為、初回より検査をしすぎという理由では納得がいかない。
- * HIV・PT・APTT。
- * OCT検査の返戻・減点。
- * 耳鼻科の聴力検査が過剰で査定されるのが納得いかない。
- * 肺癌疑いや肺結核疑い患者に対する3連痰（細菌塗抹・細菌培養・抗酸菌培養）が、1回に査定されるようになった。
- * 術前採血の項目の中で、ABO式及びRH式について、2年ほど前に算定しているからと減点された。術中で、輸血が必要になる様な場合もある。術前の大事な検査項目として認めて欲しかった。

(4) 投薬に関するもの

- * 入院：ユナシン-Sキット静注用3g、静注用1.5g、各3キット使用。従来は認められていたのに、3→2キットに査定されるようになりました。
- * 入院患者様が他科受診（毎月1回）されている医療機関からの依頼（診療情報提供書）があり、処方している薬の処方がずっと減点されている。
- * 当院から他院へ転院する際、転院先の病院から薬を持参するよう依頼を受け、退院薬として処方。コメントもつけて、レセプト請求したものの、退院日を除き、すべて減点されました。
- * R6.5月分の社保でベクルリーが全て審査された。（基礎疾患、重症化因子は当然あり）
- * 特定疾患処方管理につき、28日以上ではないと減点された事例あり。院外薬局にて、対象薬剤を残薬調整したためかと考えていますが、何となく納得できませんでした。

- * 骨粗鬆症治療中の患者さんで、イベニティ注からプラリア注に切り換えたところ、いきなり過剰としてプラリア注を減点された事例がありました。担当医に再度確認し、必要理由を詳しく記入のうえ、再審査請求したところ、復点となったのですが、高額な薬剤を、返戻ではなく、いきなり減点されたことには少し納得できませんでした。
- * オンデキサ静注用を救急で投与、患者の病態より必要であったため使用したが全て査定となった（レセプト点数のうち7割がオンデキサ）。もともと復活することが少ない。特に死亡の場合、査定されることが多い。（高額薬剤）

(6) リハビリテーションに関するもの

- * 廃用症候群リハビリテーション料の明確な基準がわからない。
- * リハビリテーション料が少しずつ（各日について4単位→3単位など）査定されることがあり、明確な理由がわからない。（国保）

(7) 処置・手術・麻酔に関するもの

- * 腹腔鏡下胆のう摘出術における「術中血管等描出撮影加算」について基金では減点され、国保では減点されない。
- * 長期寝たきり患者に対する処置について、1年前より連月分まとめて減点があった。
- * 腱縫合術（指）が単なる縫合として創傷処理と判断されました。症状詳記を添付し、再審査請求を行いました認められませんでした。（外来）
適応病名（爪甲除去）がついているため、請求しましたが、創傷処置に査定されました。（外来）
- * 血小板輸血、確かに一般的使用より多く使用したが、必要性を詳記しても減点となりました。
- * 手術材料に対する減点査定は、医師の裁量権の侵害と同義と考えます。
- * 納得できない事例。泌尿器科の経尿道的手術において、全身麻酔で行った場合の請求が脊椎麻酔に減点される事例が3年以上続いているが、経尿道的手術を全身麻酔で行い、請求することの何が問題なのか未だに明確な理由がないこと。
- * 手術を行った高額なレセプト（中央審査）について、術後の創傷処置の回数が、例えば7回で請求していても4回に査定されたり、検査についても査定される傾向です。また、骨移植術については採取骨している箇所について、支払基金と国保連合会とで審査基準に違いがあります。支払基金では採取骨は局所骨を認めるとされていますが、国保連合会では局所骨を認めないとされています。これにより術式が算定できなくなるケースもあり、大きく請求金額が変わってしまいます。

(8) 減点に関するもの

- * データ上のエラーチェックのみで簡単に返戻している印象あり。少額でしたが「病名がついていきますので確認してください」で復活しました。ただ同日にそれ以上の減点をされている印象がある。
- * 一度、再審査で認められた事例が、数ヶ月後再度、査定された。

(9) その他

- * 高額なレセプトを何度も返戻された事がある。（主保険+特定疾患+生保）負担金額の記載のみなのでどのように表示すればいいか教えてほしい。審査機関に問い合わせても正しい回答はなく転院元に確認して教えてもらった。
- * レセプト誤りが無いのに連月返戻あり、そのまま再請求となった事例があった。

事務的に返戻されたものが医学的には間違いはなく、誤った返戻事例があった。

- * ノベルジン錠の適応疾患「ウイルソン病」「低亜鉛血症」となっている。「低亜鉛血症」の傷病名にて処方になった場合、R2.3.27 付厚生労働省通知にて傷病名コード統一の推進の内容にシステム対応しているため、同一傷病名コード「亜鉛欠乏症」に変換され査定をされている。毎回、詳記添付での請求になっている。傷病名同一コードの配慮をお願いしたい。
- * 事前に基金や国保に電話してレセプト記載方法を確認し、その通りに請求したものが返戻となったケースがあった。

CHAPTER 10 審査全般に関する意見・要望（自由記述）

※一部抜粋

病院：問16

(1) 審査基準・審査結果の相違について

- * 審査側の担当医が変わられたのか、これまで通っていたものが突然査定されることがある。基金と国保での審査の基準を統一してほしいです。
- * 国保・社保での審査基準を統一していただきたい。
- * 上記問いに回答しました様に、支払基金・国保連合会での審査基準が不一致であり、請求する上で混乱があります。審査基準の統一を今までも行われていますが、迅速に行なってもらいたいです。

(2) 減点・返戻理由の明確化について

- * 減点理由を明確にしてほしい。
- * 各都道府県で異なると思われるが減点理由を確認した際に、審査委員の判断になるので分からない。理由が知りたければ再審査して下さいと案内されるのみなので、審査機関として意味を成してない。
- * 返戻、減点理由がもう少し明確になればいいと思います。
- * 減点理由を明示していただきたい。
患者個別の状況も勘案していただきたい。
- * 審査の基準が不明確。電話で問い合わせても、審査委員の判断との回答が多く、明確な理由を得られないことが多いです。
- * 減点事由がA～Dだけでは減点理由の分析が難しい。単純な病名漏れや、算定要件との不一致はともかく、薬剤の査定は併用禁忌など、理由がわかりにくい。過剰のB査定は、基準や減点理由を明確にしてほしい。
- * 査定理由が「C」の場合、査定理由が不明。特に国保。基金は文章回答がある場合もあるが「本症例には適用外とします。」等では、具体的にどの要素で適用外なのかわからない。できればもう少し査定理由を明確にしてほしい。
- * 査定理由や返戻理由が分からない時に問合せをしているが、審査員の先生が不在のため分からないとの返答が多い。査定、返戻理由を明確にし、保険者と共有をしてほしい。
- * 基金については査定理由が以前より判りやすくなりましたが、国保は査定理由がわかりにくく、対策を取りにくいのが現状です。

(3) 納得できない減点・返戻について

- * 減点される月、されない月があり、一貫性がない。

(4) その他

- * 公費と公費の併用の一部負担金の返戻が多く（ベンダーの対応が悪いのもある）困っている。特に結核公費と他の公費の併用。基金と国保とでも金額の書き方に違いがあり、正解がわからない。返戻が返って来てから問い合わせで、正しい金額を書き再提出することが多い（たまに、何故か聞いたとおりに記入していても再度返戻になる場合がある。もう一度問い合わせをして金額を訂正している。）。

- * いきなり減点されるのではなく、一旦返戻として差し戻ししてほしい。
「一部負担金あやまり」（特に公費が関係するもの）で何度も返戻されるが、一度返戻されて誤っているものは正解や計算式を教えてください。
- * 審査側の勘違いによる高額レセプトの返戻がある。
問い合わせをして、修正不要そのまま再請求となる。
- * 病名漏れに対する再審査請求を寛容に認めていただきたいと思います。
- * 薬局突合審査について、当院からの処方でない査定を受けた事例があった。意義申し立てについて再審査請求で行うことにはなっているのですが、余分な作業等が必要となります。何か別の簡易的な方法はありませんか。
- * 明らかな病名漏れは、減点せず返戻して欲しい。

CHAPTER 11 保険請求や審査の改善に関する保険医協会への要望等（自由記述） ※一部抜粋

病院：問17

(1) 審査の改善に関する意見

- * 理由が分からず減点されている時、その理由を基金や国保に尋ねても「担当された医師が不在でいつ来られるか分かりません」と言われる。減点するのであれば、基金や国保内でもすぐ明確に教えて頂けるように周知してほしい。
- * 上記の審査に対する要望を伝えていただき、ぜひ改善につなげていただきたいです。
- * 審査基準など、審査側における基準などを幅広く開示頂けると助かります。
- * 長期に渡り継続投与されている処方薬剤が、突然、理由も明確にされないまま査定される。査定理由について、医師への説明を行う時に非常に苦勞をしている。医事課なりに調査を行い、医師へ通知文書も併せて説明するが納得いただけない。査定理由を詳しく通知いただけるようお願いしたい
- * 減点の内容が分かりにくい時がある。記号による内容ではなく、具体的な内容記載が欲しい時がある。

(2) 保険医協会への意見・要望

- * わからないことや納得いかないことについていつもメールで問い合わせをさせていただき、ご丁寧な返答をいただき、とても助かっています。いつもありがとうございます。
- * いつもお世話になってます。ありがとうございます。
- * 返戻、減点の理由が分かりにくい。
- * いつもメールでの質問等にご回答いただき、大変感謝しております。
- * いつもお世話になっております。診療報酬に係る疑義照会など丁寧にご対応いただき、大変ありがたいです。今後ともどうぞよろしく願いいたします。
- * 今後も、減点や返戻に関する情報を積極的に教えていただきたいです。
- * 質問に対して、いつも迅速にご対応いただき感謝しております。
- * 救命救急入院料、救急医療管理加算は査定基準が曖昧な為、算定できないであろう患者の状態や要因等の共有があれば助かります。
- * 算定や施設基準等に関する疑義が生じた際の問い合わせに対し、迅速にご回答いただき、大変助かっています。今後とも宜しく願い致します。
- * 審査との間に入り、今後も事例に対応して頂きたい。

単純集計結果表

《問1》貴医療機関の種別は

①	診療所	430	86.3%
②	病院	68	13.7%
	不明・無回答	0	0.0%

診療所

《問2》先生の年齢は

①	20歳代	0	0.0%
②	30歳代	3	0.7%
③	40歳代	44	10.2%
④	50歳代	115	26.7%
⑤	60歳代	135	31.4%
⑥	70歳代以上	118	27.4%
	不明・無回答	15	3.5%

《問3》貴診療所の標榜科目・診療科目は

①	内科系（内科、脳神経内科、心療内科、呼吸器内科等）	195	45.3%
②	小児科	26	6.0%
③	精神科	19	4.4%
④	消化器内科・消化器外科	20	4.7%
⑤	循環器内科	7	1.6%
⑥	外科系（外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、肛門科等）	13	3.0%
⑦	整形外科系（整形外科、リハビリテーション科等）	27	6.3%
⑧	産科・婦人科	20	4.7%
⑨	眼科	27	6.3%
⑩	耳鼻咽喉科	25	5.8%
⑪	皮膚科	10	2.3%
⑫	泌尿器科	13	3.0%
⑬	その他	8	1.9%
	不明・無回答	20	4.7%

《問7》(1)この1年間の審査に対する満足度

<基金>

①	満足である	30	7.0%
②	ある程度満足している	143	33.3%
③	どちらとも言えない	113	26.3%
④	少し不満である	100	23.3%
⑤	大いに不満である	33	7.7%
	不明・無回答	11	2.6%

<国保>

①	満足である	34	7.9%
②	ある程度満足している	147	34.2%
③	どちらとも言えない	112	26.0%
④	少し不満である	91	21.2%
⑤	大いに不満である	32	7.4%
	不明・無回答	14	3.3%

《問7》(2)不満の場合、その理由は何ですか

<基金>

①	減点査定が増加	58	43.6%
②	審査基準の不明確さ	89	66.9%
③	医学的判断・見解の相違	79	59.4%
④	基金・国保の審査基準の不一致	35	26.3%
⑤	返戻、再審査結果通知の遅れ	46	34.6%
	不明・無回答	3	2.3%

<国保>

①	減点査定が増加	49	39.8%
②	審査基準の不明確さ	85	69.1%
③	医学的判断・見解の相違	76	61.8%
④	基金・国保の審査基準の不一致	31	25.2%
⑤	返戻、再審査結果通知の遅れ	38	30.9%
	不明・無回答	1	0.8%

《問8》(1)この1年間に減点査定を受けたことがありますか

<基金>

①	ある	397	92.3%
②	ない	20	4.7%
	不明・無回答	13	3.0%

<国保>

①	ある	384	89.3%
②	ない	22	5.1%
	不明・無回答	24	5.6%

《問8》(2)減点理由として考えられるものはどれですか
<基金>

①	病名漏れ	290	73.0%
②	過剰・重複	204	51.4%
③	点数表の算定要件との不一致	138	34.8%
④	医学的見解の相違	207	52.1%
⑤	計算誤り・所定点数誤り等	64	16.1%
⑥	わからない	20	5.0%
	不明・無回答	3	0.8%

<国保>

①	病名漏れ	281	73.2%
②	過剰・重複	181	47.1%
③	点数表の算定要件との不一致	129	33.6%
④	医学的見解の相違	179	46.6%
⑤	計算誤り・所定点数誤り等	62	16.1%
⑥	わからない	18	4.7%
	不明・無回答	4	1.0%

《問8》(3)減点査定は、全体として納得できるもの
でしたか

<基金>

①	納得できる場合が多い	162	40.8%
②	納得できない場合が多い	65	16.4%
③	納得できる場合と納得できない 場合がおよそ半分半分である	164	41.3%
④	わからない	4	1.0%
	不明・無回答	2	0.5%

<国保>

①	納得できる場合が多い	167	43.5%
②	納得できない場合が多い	53	13.8%
③	納得できる場合と納得できない 場合がおよそ半分半分である	156	40.6%
④	わからない	4	1.0%
	不明・無回答	4	1.0%

《問8》(4)減点査定に納得できない理由は何ですか
<基金>

①	医学的に納得できないから	157	39.5%
②	詳細な理由を説明してほしい から	177	44.6%
③	半年以上前のレセプトが減点 されることがあるから	134	33.8%
④	突然、連月分を減点されるこ とがあるから	98	24.7%
⑤	調剤薬局の点数まで、医療機 関から減点されるから	108	27.2%
⑥	明らかな病名漏れは返戻して ほしいから	192	48.4%
	不明・無回答	56	14.1%

<国保>

①	医学的に納得できないから	140	36.5%
②	詳細な理由を説明してほしい から	178	46.4%
③	半年以上前のレセプトが減点 されることがあるから	106	27.6%
④	突然、連月分を減点されるこ とがあるから	84	21.9%
⑤	調剤薬局の点数まで、医療機 関から減点されるから	100	26.0%
⑥	明らかな病名漏れは返戻して ほしいから	186	48.4%
	不明・無回答	62	16.1%

《問8》(5)この1年間の減点査定の頻度について
<基金>

①	少なくなった	92	23.2%
②	変わらない	220	55.4%
③	増えた	79	19.9%
	不明・無回答	6	1.5%

<国保>

①	少なくなった	89	23.2%
②	変わらない	219	57.0%
③	増えた	66	17.2%
	不明・無回答	10	2.6%

《問8》(6)1か月の減点査定は平均して請求金額の約何%ですか

<基金>

①	～0.2%	191	48.1%
②	0.21～0.5%	72	18.1%
③	0.51～1.00%	19	4.8%
④	1.01～5.00%	13	3.3%
⑤	5.01%～	3	0.8%
⑥	わからない	88	22.2%
	不明・無回答	11	2.8%

<国保>

①	～0.2%	191	49.7%
②	0.21～0.5%	61	15.9%
③	0.51～1.00%	21	5.5%
④	1.01～5.00%	11	2.9%
⑤	5.01%～	4	1.0%
⑥	わからない	84	21.9%
	不明・無回答	12	3.1%

《問9》(1)この1年間にレセプトが返戻されたことがありますか

<基金>

①	ある	386	89.8%
②	ない	24	5.6%
	不明・無回答	20	4.7%

<国保>

①	ある	383	89.1%
②	ない	28	6.5%
	不明・無回答	19	4.4%

《問9》(2)その内容は、どのようなものでしたか

<基金>

①	事務的誤りに関するもの	251	65.0%
②	被保険者資格に関するもの	289	74.9%
③	病名漏れ、レセプト記載事項漏れに関するもの	231	59.8%
④	診療内容に関するもの	174	45.1%
	不明・無回答	1	0.3%

<国保>

①	事務的誤りに関するもの	249	65.0%
②	被保険者資格に関するもの	287	74.9%
③	病名漏れ、レセプト記載事項漏れに関するもの	228	59.5%
④	診療内容に関するもの	160	41.8%
	不明・無回答	2	0.5%

《問9》(3)返戻について、どのように感じていますか

<基金>

①	請求内容に不備があり、肯定的に受け止めている場合が多い	192	49.7%
②	返戻理由が分かりにくい	114	29.5%
③	返戻する前に医療機関に問い合わせるべきである	70	18.1%
④	時間がかかり経過したレセプトが返戻されてくる場合がある	137	35.5%
⑤	減点査定せずに返戻してほしい	180	46.6%
⑥	少額の疑義で返戻するなら減点査定してほしい	21	5.4%
	不明・無回答	10	2.6%

<国保>

①	請求内容に不備があり、肯定的に受け止めている場合が多い	205	53.5%
②	返戻理由が分かりにくい	106	27.7%
③	返戻する前に医療機関に問い合わせるべきである	60	15.7%
④	時間がかかり経過したレセプトが返戻されてくる場合がある	123	32.1%
⑤	減点査定せずに返戻してほしい	160	41.8%
⑥	少額の疑義で返戻するなら減点査定してほしい	17	4.4%
	不明・無回答	15	3.9%

《問10》減点、返戻に対して何か対策を講じていますか

①	毎月検討会・学習会を開いている	23	5.3%
②	時々検討会・学習会を開いている	22	5.1%
③	減点、返戻の都度検討している	306	71.2%
④	ほとんど対策はしていない	65	15.1%
	不明・無回答	19	4.4%

<国保>

①	ある	141	76.2%
②	ない	32	17.3%
	不明・無回答	12	6.5%

《問11》(4)改善すべき点は何ですか

<基金>

①	再審査処理を迅速にすべき	59	38.6%
②	原審通りとする場合、理由を詳細に文書で通知すべき	102	66.7%
③	医学的必要性を重視すべき	80	52.3%
④	再審査請求でも病名漏れの追記を認めるべき	87	56.9%
	不明・無回答	1	0.7%

《問11》(1)この1年間に再審査請求をしたことがありますか

<基金>

①	ある	197	45.8%
②	ない	205	47.7%
	不明・無回答	28	6.5%

<国保>

①	ある	185	43.0%
②	ない	214	49.8%
	不明・無回答	31	7.2%

《問11》(2)再審査請求の結果は全体として納得できるものでしたか

<基金>

①	納得できる場合が多い	55	27.9%
②	納得できない場合が多い	44	22.3%
③	納得できる場合と納得できない場合がおよそ半分半分である	80	40.6%
④	わからない	18	9.1%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	納得できる場合が多い	53	28.6%
②	納得できない場合が多い	40	21.6%
③	納得できる場合と納得できない場合がおよそ半分半分である	75	40.5%
④	わからない	15	8.1%
	不明・無回答	2	1.1%

《問11》(3)医療機関からの再審査請求について改善すべき点がありますか

<基金>

①	ある	153	77.7%
②	ない	30	15.2%
	不明・無回答	14	7.1%

<国保>

①	再審査処理を迅速にすべき	49	34.8%
②	原審通りとする場合、理由を詳細に文書で通知すべき	94	66.7%
③	医学的必要性を重視すべき	74	52.5%
④	再審査請求でも病名漏れの追記を認めるべき	82	58.2%
	不明・無回答	2	1.4%

《問11》(5)再審査請求をしなかった理由は何ですか

<基金>

①	面倒だから	149	34.7%
②	請求方法がわからないから	23	5.3%
③	請求内容が誤っていたから	156	36.3%
④	査定額が少ないから	86	20.0%
⑤	無駄だと思うから	98	22.8%
⑥	悪印象を与えかねないから	32	7.4%
	不明・無回答	70	16.3%

<国保>

①	面倒だから	148	34.4%
②	請求方法がわからないから	21	4.9%
③	請求内容が誤っていたから	155	36.0%
④	査定額が少ないから	83	19.3%
⑤	無駄だと思うから	94	21.9%
⑥	悪印象を与えかねないから	31	7.2%
	不明・無回答	73	17.0%

《問12》(1)この1年間に、上記の注意及び懇談を受けたことがありますか

<基金>

①	ある	41	9.5%
②	ない	365	84.9%
	不明・無回答	24	5.6%

<国保>

①	ある	35	8.1%
②	ない	367	85.3%
	不明・無回答	28	6.5%

《問12》(2)その内容はどのようなものでしたか

<基金>

①	事務的誤りに関するもの	23	56.1%
②	被保険者資格に関するもの	20	48.8%
③	病名漏れ、レセプト記載事項漏れに関するもの	7	17.1%
④	診療内容に関するもの	10	24.4%
	不明・無回答	1	2.4%

<国保>

①	事務的誤りに関するもの	20	57.1%
②	被保険者資格に関するもの	21	60.0%
③	病名漏れ、レセプト記載事項漏れに関するもの	6	17.1%
④	診療内容に関するもの	8	22.9%
	不明・無回答	0	0.0%

《問12》(3)その内容・結果は納得できるものでしたか

<基金>

①	納得できた	30	73.2%
②	納得できなかった	6	14.6%
③	どちらとも言えない	5	12.2%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	納得できた	27	77.1%
②	納得できなかった	5	14.3%
③	どちらとも言えない	3	8.6%
	不明・無回答	0	0.0%

《問13》いわゆる審査基準について、どのようにお考えですか

①	すべて公開すべきである	162	37.7%
②	現在より公開の部分を拡大すべきである	128	29.8%
③	現在のままでよい	45	10.5%
④	わからない	72	16.7%
	不明・無回答	23	5.3%

《問14》審査委員会に期待することは何ですか

①	患者の個性を重視し、医師の裁量を尊重した審査	262	60.9%
②	期限内の確実な支払いを担保するための迅速な審査決定	94	21.9%
③	妥当性のない保険者再審査請求に対する厳しい対応	99	23.0%
④	疑義照会等に対する丁寧な対応	159	37.0%
	不明・無回答	39	9.1%

病院

《問4》 貴病院の病床規模は

①	～100床	24	35.3%
②	101～200床	19	27.9%
③	201～300床	8	11.8%
④	301～500床	12	17.6%
⑤	501床～	5	7.4%
	不明・無回答	0	0.0%

《問5》 貴病院は DPC を採用していますか

①	採用している	23	33.8%
②	採用していない	45	66.2%
	不明・無回答	0	0.0%

《問6》 貴病院の病棟の種別は

①	主に急性期病棟	21	30.9%
②	主に亜急性期・回復期病棟	7	10.3%
③	主に慢性期病棟	15	22.1%
④	複数種別の病棟あり	21	30.9%
⑤	その他	2	2.9%
	不明・無回答	2	2.9%

《問7》 (1)この1年間の審査に対する満足度

<基金>

①	満足である	1	1.5%
②	ある程度満足している	9	13.2%
③	どちらとも言えない	23	33.8%
④	少し不満である	28	41.2%
⑤	大いに不満である	7	10.3%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	満足である	1	1.5%
②	ある程度満足している	11	16.2%
③	どちらとも言えない	20	29.4%
④	少し不満である	29	42.6%
⑤	大いに不満である	7	10.3%
	不明・無回答	0	0.0%

《問7》 (2)不満の場合、その理由は何ですか

<基金>

①	減点査定が増加	11	31.4%
②	審査基準の不明確さ	24	68.6%
③	医学的判断・見解の相違	21	60.0%
④	基金・国保の審査基準の不一致	21	60.0%
⑤	返戻、再審査結果通知の遅れ	7	20.0%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	減点査定が増加	9	25.0%
②	審査基準の不明確さ	27	75.0%
③	医学的判断・見解の相違	21	58.3%
④	基金・国保の審査基準の不一致	19	52.8%
⑤	返戻、再審査結果通知の遅れ	7	19.4%
	不明・無回答	0	0.0%

《問8》 (1)この1年間に減点査定を受けたことがありますか

<基金>

①	ある	66	97.1%
②	ない	1	1.5%
	不明・無回答	1	1.5%

<国保>

①	ある	65	95.6%
②	ない	1	1.5%
	不明・無回答	2	2.9%

《問8》 (2)減点理由として考えられるものはどれですか

<基金>

①	病名漏れ	59	89.4%
②	過剰・重複	59	89.4%
③	点数表の算定要件との不一致	50	75.8%
④	医学的見解の相違	51	77.3%
⑤	計算誤り・所定点数誤り等	24	36.4%
⑥	わからない	4	6.1%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	病名漏れ	60	92.3%
②	過剰・重複	57	87.7%
③	点数表の算定要件との不一致	47	72.3%
④	医学的見解の相違	50	76.9%
⑤	計算誤り・所定点数誤り等	23	35.4%
⑥	わからない	5	7.7%
	不明・無回答	0	0.0%

《問8》(3)減点査定は、全体として納得できるものでしたか

<基金>

①	納得できる場合が多い	21	31.8%
②	納得できない場合が多い	8	12.1%
③	納得できる場合と納得できない場合がおよそ半分半分である	35	53.0%
④	わからない	2	3.0%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	納得できる場合が多い	23	35.4%
②	納得できない場合が多い	5	7.7%
③	納得できる場合と納得できない場合がおよそ半分半分である	35	53.8%
④	わからない	2	3.1%
	不明・無回答	0	0.0%

《問8》(4)減点査定に納得できない理由は何ですか
<基金>

①	医学的に納得できないから	28	42.4%
②	詳細な理由を説明してほしいから	47	71.2%
③	半年以上前のレセプトが減点されることがあるから	32	48.5%
④	突然、連月分を減点されることがあるから	31	47.0%
⑤	調剤薬局の点数まで、医療機関から減点されるから	29	43.9%
⑥	明らかな病名漏れは返戻してほしいから	28	42.4%
	不明・無回答	2	3.0%

<国保>

①	医学的に納得できないから	27	41.5%
②	詳細な理由を説明してほしいから	51	78.5%
③	半年以上前のレセプトが減点されることがあるから	28	43.1%
④	突然、連月分を減点されることがあるから	27	41.5%
⑤	調剤薬局の点数まで、医療機関から減点されるから	27	41.5%
⑥	明らかな病名漏れは返戻してほしいから	28	43.1%
	不明・無回答	3	4.6%

《問8》(5)この1年間の減点査定の頻度について

<基金>

①	少なくなった	10	15.2%
②	変わらない	38	57.6%
③	増えた	17	25.8%
	不明・無回答	1	1.5%

<国保>

①	少なくなった	10	15.4%
②	変わらない	37	56.9%
③	増えた	17	26.2%
	不明・無回答	1	1.5%

《問8》(6)1か月の減点査定は平均して請求金額の約何%ですか
<基金>

①	～0.2%	27	40.9%
②	0.21～0.5%	24	36.4%
③	0.51～1.00%	2	3.0%
④	1.01～5.00%	6	9.1%
⑤	5.01%～	2	3.0%
⑥	わからない	5	7.6%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	～0.2%	28	43.1%
②	0.21～0.5%	24	36.9%
③	0.51～1.00%	3	4.6%
④	1.01～5.00%	4	6.2%
⑤	5.01%～	1	1.5%
⑥	わからない	5	7.7%
	不明・無回答	0	0.0%

《問9》(1)この1年間にレセプトが返戻されたことがありますか

<基金>

①	ある	67	98.5%
②	ない	0	0.0%
	不明・無回答	1	1.5%

<国保>

①	ある	66	97.1%
②	ない	0	0.0%
	不明・無回答	2	2.9%

《問9》(2)その内容は、どのようなものでしたか

<基金>

①	事務的誤りに関するもの	56	83.6%
②	被保険者資格に関するもの	59	88.1%
③	病名漏れ、レセプト記載事項漏れに関するもの	54	80.6%
④	診療内容に関するもの	54	80.6%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	事務的誤りに関するもの	57	86.4%
②	被保険者資格に関するもの	58	87.9%
③	病名漏れ、レセプト記載事項漏れに関するもの	55	83.3%
④	診療内容に関するもの	53	80.3%
	不明・無回答	0	0.0%

《問9》(3)返戻について、どのように感じていますか

<基金>

①	請求内容に不備があり、肯定的に受け止めている場合が多い	29	43.3%
②	返戻理由が分かりにくい	32	47.8%
③	返戻する前に医療機関に問い合わせるべきである	23	34.3%
④	時間がかかり経過したレセプトが返戻されてくる場合がある	27	40.3%
⑤	減点査定せずに返戻してほしい	34	50.7%
⑥	少額の疑義で返戻するなら減点査定してほしい	14	20.9%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	請求内容に不備があり、肯定的に受け止めている場合が多い	32	48.5%
②	返戻理由が分かりにくい	28	42.4%
③	返戻する前に医療機関に問い合わせるべきである	21	31.8%
④	時間がかかり経過したレセプトが返戻されてくる場合がある	21	31.8%
⑤	減点査定せずに返戻してほしい	32	48.5%
⑥	少額の疑義で返戻するなら減点査定してほしい	13	19.7%
	不明・無回答	0	0.0%

《問10》減点、返戻に対して何か対策を講じていますか

①	毎月検討会・学習会を開いている	31	45.6%
②	時々検討会・学習会を開いている	8	11.8%
③	減点、返戻の都度検討している	32	47.1%
④	ほとんど対策はしていない	3	4.4%
	不明・無回答	1	1.5%

《問11》(1)この1年間に再審査請求をしたことがありますか

<基金>

①	ある	58	85.3%
②	ない	10	14.7%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	ある	60	88.2%
②	ない	8	11.8%
	不明・無回答	0	0.0%

《問11》(2)再審査請求の結果は全体として納得できるものでしたか

<基金>

①	納得できる場合が多い	10	17.2%
②	納得できない場合が多い	16	27.6%
③	納得できる場合と納得できない場合がおおよそ半分半分である	31	53.4%
④	わからない	1	1.7%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	納得できる場合が多い	10	16.7%
②	納得できない場合が多い	16	26.7%
③	納得できる場合と納得できない場合がおおよそ半分半分である	30	50.0%
④	わからない	3	5.0%
	不明・無回答	1	1.7%

《問11》(3)医療機関からの再審査請求について改善すべき点はありますか

<基金>

①	ある	51	87.9%
②	ない	7	12.1%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	ある	53	88.3%
②	ない	7	11.7%
	不明・無回答	0	0.0%

《問11》(4)改善すべき点は何ですか

<基金>

①	再審査処理を迅速にすべき	21	41.2%
②	原審通りとする場合、理由を詳細に文書で通知すべき	43	84.3%
③	医学的必要性を重視すべき	34	66.7%
④	再審査請求でも病名漏れの追記を認めるべき	30	58.8%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	再審査処理を迅速にすべき	22	41.5%
②	原審通りとする場合、理由を詳細に文書で通知すべき	44	83.0%
③	医学的必要性を重視すべき	34	64.2%
④	再審査請求でも病名漏れの追記を認めるべき	29	54.7%
	不明・無回答	0	0.0%

《問11》(5)再審査請求をしなかった理由は何ですか

<基金>

①	面倒だから	3	4.4%
②	請求方法がわからないから	0	0.0%
③	請求内容が誤っていたから	46	67.6%
④	査定額が少ないから	30	44.1%
⑤	無駄だと思うから	12	17.6%
⑥	悪印象を与えかねないから	5	7.4%
	不明・無回答	9	13.2%

<国保>

①	面倒だから	3	4.4%
②	請求方法がわからないから	1	1.5%
③	請求内容が誤っていたから	45	66.2%
④	査定額が少ないから	30	44.1%
⑤	無駄だと思うから	12	17.6%
⑥	悪印象を与えかねないから	5	7.4%
	不明・無回答	9	13.2%

《問12》(1)この1年間に、上記の注意及び懇談を受けたことがありますか

<基金>

①	ある	12	17.6%
②	ない	56	82.4%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	ある	10	14.7%
②	ない	58	85.3%
	不明・無回答	0	0.0%

《問12》(2)その内容はどのようなものでしたか

<基金>

①	事務的誤りに関するもの	8	66.7%
②	被保険者資格に関するもの	6	50.0%
③	病名漏れ、レセプト記載事項漏れに関するもの	5	41.7%
④	診療内容に関するもの	6	50.0%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	事務的誤りに関するもの	7	70.0%
②	被保険者資格に関するもの	6	60.0%
③	病名漏れ、レセプト記載事項漏れに関するもの	5	50.0%
④	診療内容に関するもの	5	50.0%
	不明・無回答	0	0.0%

《問12》(3)その内容・結果は納得できるものでしたか

<基金>

①	納得できた	9	75.0%
②	納得できなかった	0	0.0%
③	どちらとも言えない	3	25.0%
	不明・無回答	0	0.0%

<国保>

①	納得できた	7	70.0%
②	納得できなかった	0	0.0%
③	どちらとも言えない	3	30.0%
	不明・無回答	0	0.0%

《問13》いわゆる審査基準について、どのようにお考えですか

①	すべて公開すべきである	42	61.8%
②	現在より公開の部分を拡大すべきである	19	27.9%
③	現在のままでよい	2	2.9%
④	わからない	3	4.4%
	不明・無回答	2	2.9%

《問14》審査委員会に期待することは何ですか

①	患者の個別性を重視し、医師の裁量を尊重した審査	51	75.0%
②	期限内の確実な支払いを担保するための迅速な審査決定	17	25.0%
③	妥当性のない保険者再審査請求に対する厳しい対応	23	33.8%
④	疑義照会等に対する丁寧な対応	45	66.2%
	不明・無回答	2	2.9%