

## 令和8年度 札幌市自立支援医療審査支払点検事業 業務日程

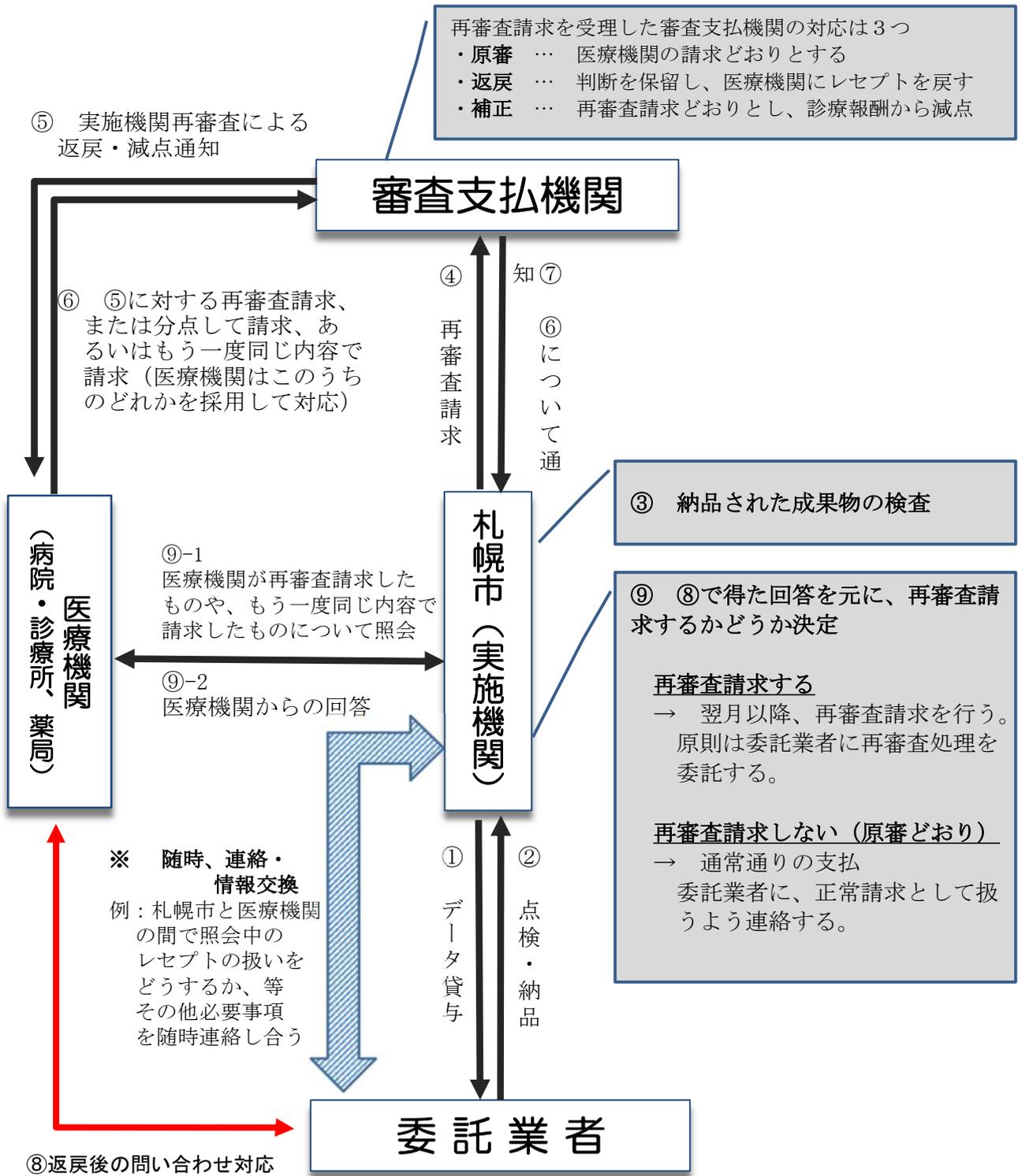
区分	電子媒体 授受日	授受する 診療月	業務予定期 間	内容点検納期		資格点検		
				内容点検納 期	内容点検 再審査請求 月	資格点検 1次納期	資格点検 2次納期	資格点検 再審査請求 月
1回目	4月10日	2月診療分	4月10日 ～ 5月29日	5月29日	6月請求	4月24日	5月29日	6月請求
2回目	5月12日	3月診療分	5月12日 ～ 6月30日	6月30日	7月請求	5月27日	6月30日	7月請求
3回目	6月12日	4月診療分	6月12日 ～ 7月31日	7月31日	8月請求	6月26日	7月31日	8月請求
4回目	7月14日	5月診療分	7月14日 ～ 8月31日	8月29日	9月請求	7月29日	8月29日	9月請求
5回目	8月14日	6月診療分	8月14日 ～ 9月30日	9月30日	10月請求	8月27日	9月30日	10月請求
6回目	9月14日	7月診療分	9月14日 ～ 10月30日	10月30日	11月請求	9月28日	10月30日	11月請求
7回目	10月13日	8月診療分	10月13日 ～ 11月30日	11月30日	12月請求	10月28日	11月30日	12月請求
8回目	11月13日	9月診療分	11月13日 ～ 12月28日	12月28日	1月請求	11月26日	12月28日	1月請求
9回目	12月14日	10月診療分	12月14日 ～ 1月29日	1月29日	2月請求	12月24日	1月29日	2月請求
10回目	1月13日	11月診療分	1月13日 ～ 2月27日	2月26日	3月請求	1月27日	2月26日	3月請求
11回目	2月12日	12月診療分	2月12日 ～ 3月31日	3月31日	4月請求	2月25日	3月31日	4月請求
12回 目 (※ )	3月12日	1月診療分	3月12日 ～ 3月31日	3月31日	5月請求	3月26日	3月31日	5月請求

(※) 12回目となる1月診療分の点検については、別途障がい福祉課と協議のうえ指示に従うこと。

## 資格・内容点検初回の作業イメージ

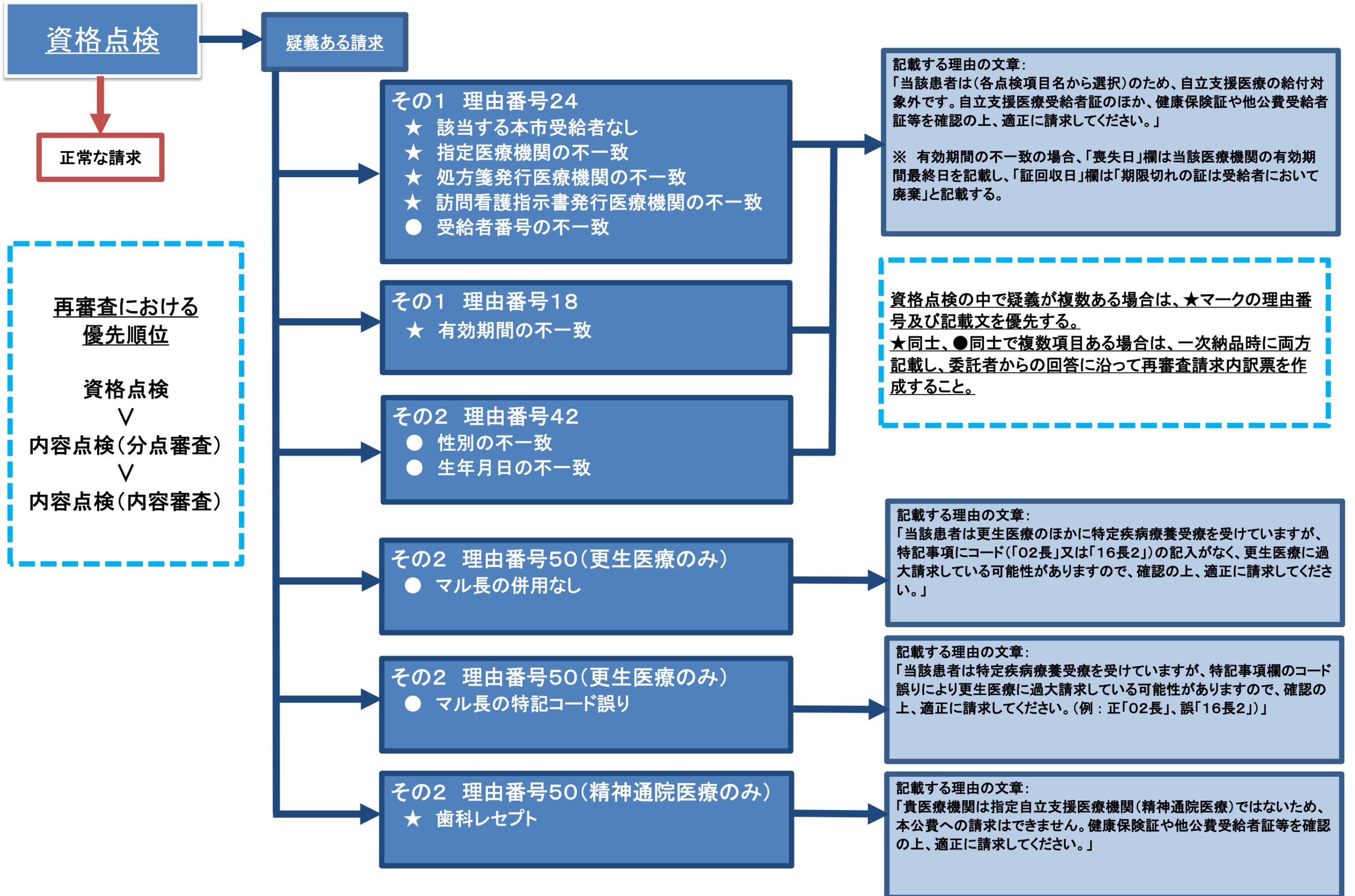
日付	委託者の作業の流れ		受託者の作業の流れ
4月3日	国保連から2月診療分データを受取る		
4月6日	市の業務システムから受給者データを取得		
4月9日	支払基金から2月診療分データを受取る		
4月10日	2月診療分データを受託者へ貸与する	→	2月診療分データを借り受ける
	受託者からの問合せに回答	↔	資格・内容点検で不明点があれば随時委託者へ確認する ※ 特に、内容点検は医師確認に時間を要するため早めに相談する
4月24日	1次納品リスト(2月診療分・資格)を受託者から受取る	←	1次納品リスト(2月診療分・資格)を納品
4月24日	各区へ1次納品リストのチェック依頼を送付(5/13×切)		
5月14日	各区の1次納品リストのチェック結果を集約		
5月15日	1次納品リストのチェック結果を受託者へ送付	→	1次納品リストのチェック結果を受取り、2次納品様式に整形
5月20日	1次納品リストをもとに、同意書の提出の無い医療機関や個別に事前連絡をすべき医療機関に対し、翌月再審査・過誤調整を行う旨の通知を発送(6/9×切)		
5月29日	2次納品(2月診療分・資格&内容)を受託者から受取る	←	2次納品リスト(2月診療分・資格&内容)を納品完了届及び請求書を渡す
6月9日	通知を送った医療機関からの質疑を集約する 2次納品結果から、医療機関との質疑等により再審査・過誤調整不要となったものを確認する		
6月12日	支払基金に再審査請求を実施		
6月16日	国保連に過誤調整を依頼		
7月6日	支払基金や国保連から医療機関にレセプトが返戻される(2月診療分)		
7月28日	点検結果管理票を受託者へ送付	→	点検結果管理票を確認し、再審査・過誤調整不要や中止となった事例を確認する

業務の流れ

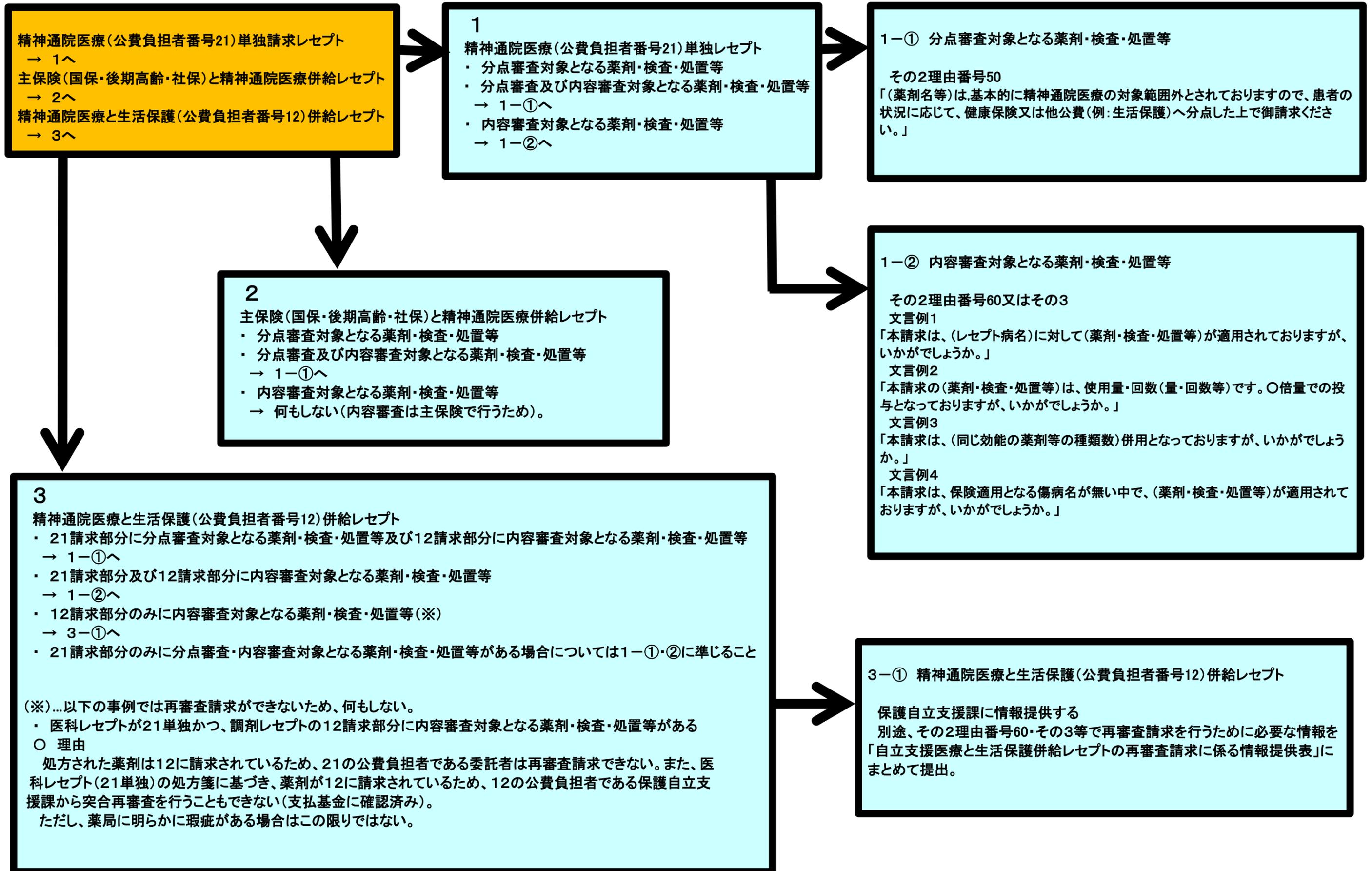


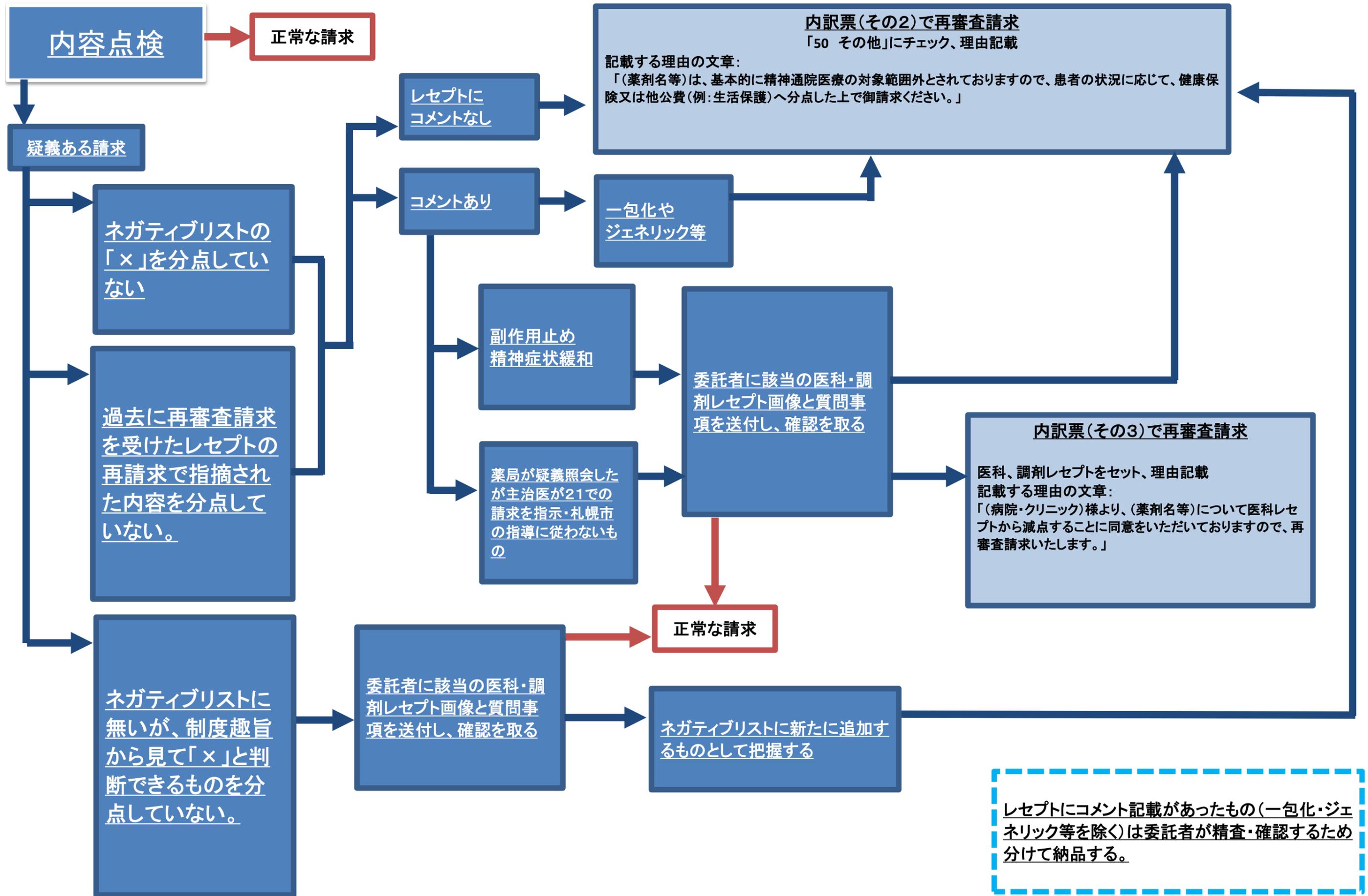
※ 再審査請求に使用する様式は、基金が定める「再審査等請求内訳票(その1～その3)」を使用し、理由の欄に札幌市が指定するコメントを付記すること。

※ 医療機関から再審査請求があり、札幌市と当該医療機関の間で照会が続く場合、当該医療機関の他の請求を再審査請求対象とするか否か（＝上図④の再審査請求を行うか否か）については、札幌市が委託業者に指示する。



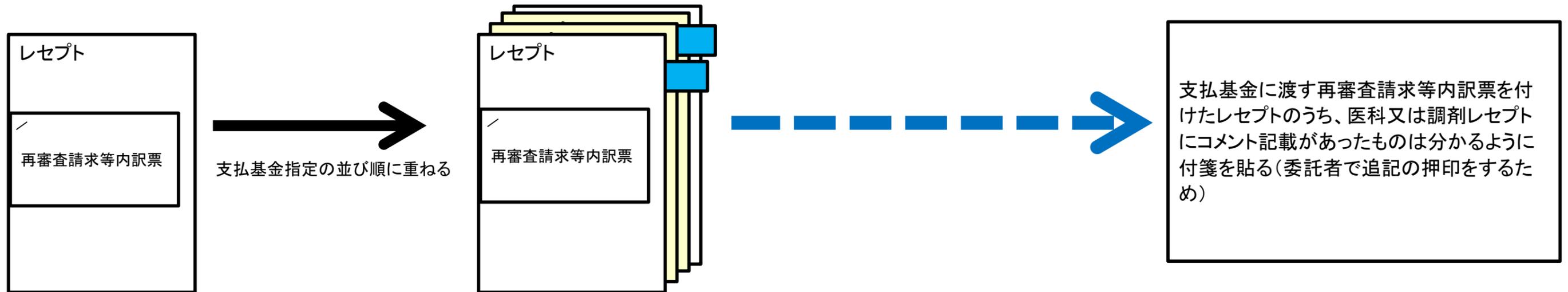
精神通院医療の内容点検に係る再審査請求の流れ(全体)



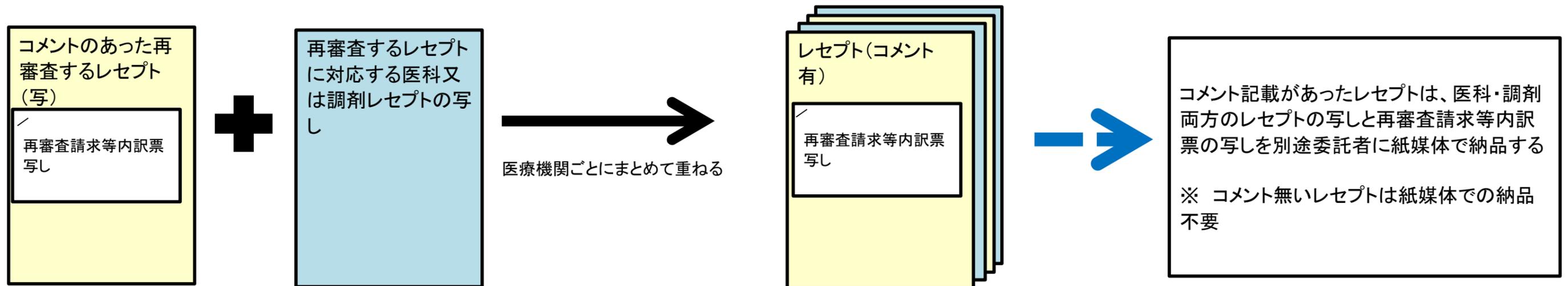


分けて納品するものについて  
レセプトにコメント記載があったもの  
(一包化・ジェネリック等を除く)

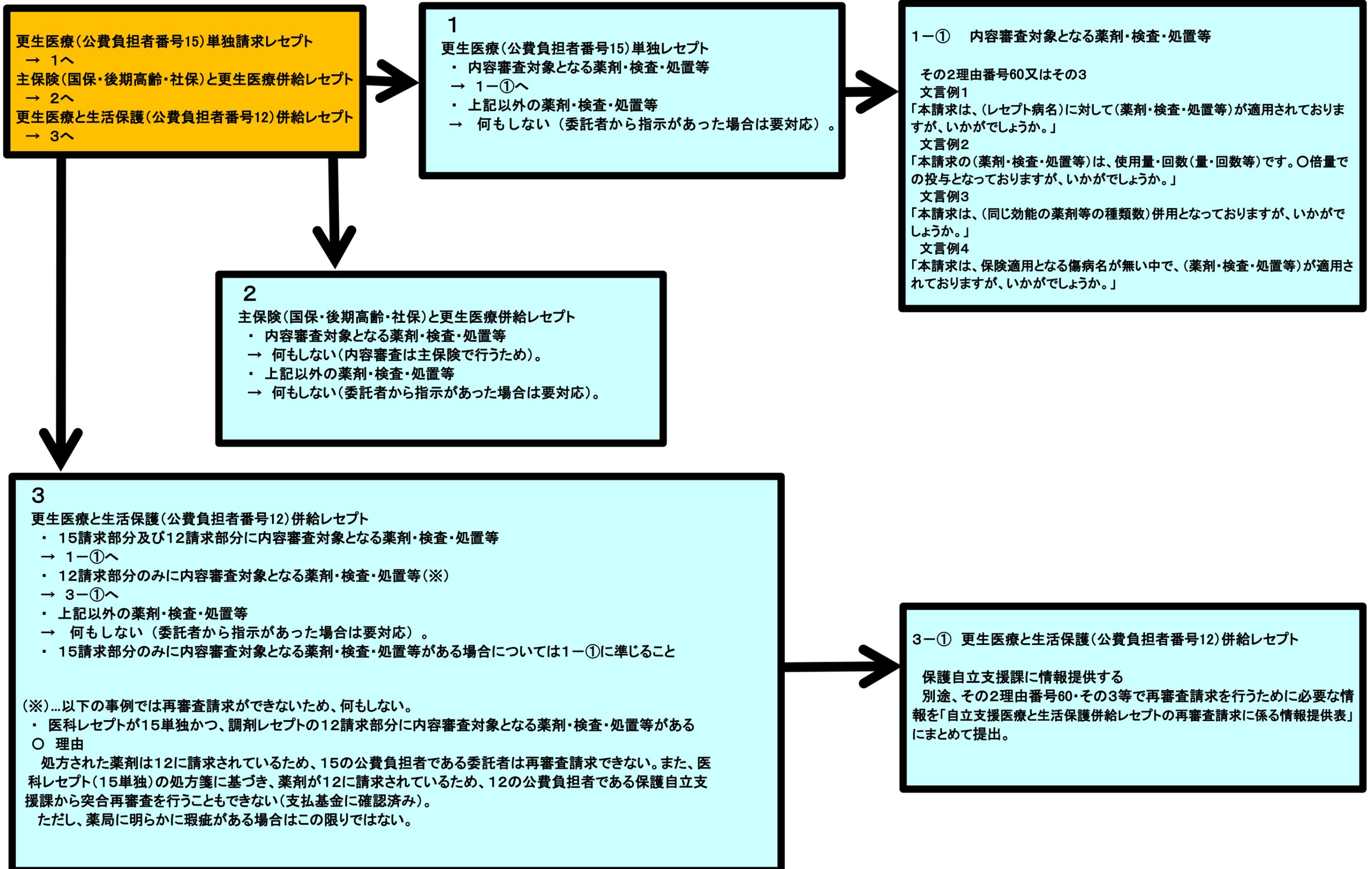
支払基金に渡すレセプト & 再審査請求等内訳票



委託者に渡すレセプト(写し) & 再審査請求等内訳票(写し)



更生医療の内容点検に係る再審査請求の流れ(内容審査)



更生医療(公費負担者番号15)単独請求レセプト  
→ 1へ  
主保険(国保・後期高齢・社保)と更生医療併給レセプト  
→ 2へ  
更生医療と生活保護(公費負担者番号12)併給レセプト  
→ 3へ

1  
更生医療(公費負担者番号15)単独レセプト  
・ 内容審査対象となる薬剤・検査・処置等  
→ 1-①へ  
・ 上記以外の薬剤・検査・処置等  
→ 何もしない(委託者から指示があった場合は要対応)。

1-① 内容審査対象となる薬剤・検査・処置等  
  
その2理由番号60又はその3  
文言例1  
「本請求は、(レセプト病名)に対して(薬剤・検査・処置等)が適用されておりますが、いかがでしょうか。」  
文言例2  
「本請求の(薬剤・検査・処置等)は、使用量・回数(量・回数等)です。○倍量での投与となっておりますが、いかがでしょうか。」  
文言例3  
「本請求は、(同じ効能の薬剤等の種類数)併用となっておりますが、いかがでしょうか。」  
文言例4  
「本請求は、保険適用となる傷病名が無い中で、(薬剤・検査・処置等)が適用されておりますが、いかがでしょうか。」

2  
主保険(国保・後期高齢・社保)と更生医療併給レセプト  
・ 内容審査対象となる薬剤・検査・処置等  
→ 何もしない(内容審査は主保険で行うため)。  
・ 上記以外の薬剤・検査・処置等  
→ 何もしない(委託者から指示があった場合は要対応)。

3  
更生医療と生活保護(公費負担者番号12)併給レセプト  
・ 15請求部分及び12請求部分に内容審査対象となる薬剤・検査・処置等  
→ 1-①へ  
・ 12請求部分のみに内容審査対象となる薬剤・検査・処置等(※)  
→ 3-①へ  
・ 上記以外の薬剤・検査・処置等  
→ 何もしない(委託者から指示があった場合は要対応)。  
・ 15請求部分のみに内容審査対象となる薬剤・検査・処置等がある場合については1-①に準じること  
  
(※)...以下の事例では再審査請求ができないため、何もしない。  
・ 医科レセプトが15単独かつ、調剤レセプトの12請求部分に内容審査対象となる薬剤・検査・処置等がある  
○ 理由  
処方された薬剤は12に請求されているため、15の公費負担者である委託者は再審査請求できない。また、医科レセプト(15単独)の処方箋に基づき、薬剤が12に請求されているため、12の公費負担者である保護自立支援課から突合再審査を行うこともできない(支払基金に確認済み)。  
ただし、薬局に明らかに瑕疵がある場合はこの限りではない。

3-① 更生医療と生活保護(公費負担者番号12)併給レセプト  
  
保護自立支援課に情報提供する  
別途、その2理由番号60・その3等で再審査請求を行うために必要な情報を「自立支援医療と生活保護併給レセプトの再審査請求に係る情報提供表」にまとめて提出。

# 問い合わせ対応

①レセプト(診療報酬明細書)の返戻後(各月初旬)

②返戻前のお知らせを送った後(各月下旬)

のタイミングで各医療機関から問い合わせが発生する。  
それぞれ各月50件程度が想定される。  
以下は想定される問い合わせ内容。

