

2011.6.21

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

「高額薬剤はすべて出来高に」「他の重要薬剤との不公平感」
診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会でヒアリング

厚生労働省 保険局

高齢者自身が「地域の支え手になるべき」と提案

高齢社会白書 高齢化率 23.1%、前年比 0.4 ポイント増

内閣府

2 経営情報レポート

電子カルテの導入検討
医療機関のIT戦略

3 経営データベース

ジャンル:診療報酬 サブジャンル:診療報酬適正化

収入損失の要因

医事担当職員のレベルアップ

発行



京都税理士法人

KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

本社 京都市南区吉祥院九条町 30 番地 1 江後経営ビル
TEL 075-693-6363 FAX 075-693-6565
滋賀支社 滋賀県草津市野路 1-4-5 センゾウビル BLDG ZEN 5F
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540
大阪支社 大阪市北区梅田 2-5-6 桜橋八千代ビル 6F
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578

「高額薬剤はすべて出来高に」「他の重要薬剤との不公平感」 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会でヒアリング

厚生労働省保険局は6月13日、診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会を開き、高額薬剤の取扱いなどの実態について、大学病院や地域の中核病院の幹部、審査支払機関の担当者ら7人からのヒアリングを行った。

DPCでは薬剤費が包括されているため、高額な新薬を包括範囲に含めると医療機関側の持ち出しが生じてしまうことから、一定の基準を超える場合には、次期改定まで当該新薬を出来高評価とするルールが設けられている。しかし、このルールを疑問視する声や「高額な医薬品はすべて出来高にすべき」との意見も根強い。

高額薬剤の論点として厚労省が挙げるのは、**(1) 在院日数への影響**、**(2) 新たな高額薬剤の取扱い**、**(3) DPCの精緻（せいち）化のあり方**、**(4) 長期継続的な投与が必要な高額薬剤の範囲**などを提示しており、同省は関係者からの意見・議論を踏まえ、高額薬剤のDPCにおける取扱いについて論点を整理する。早ければ来年度診療報酬での対応案を7月の分科会に提出する予定となっている。

■整理された論点

意見陳述は、大阪医科大学・化学療法センター長の瀧内比呂也氏、東京医科歯科大学病院長の宮坂信之氏、国立がん研究センター中央病院・消化管内科長の島田安博氏、四国がんセンター・副薬剤科長の松久哲章氏、倉敷中央病院長の小笠原敬三氏、市立豊中病院長の片桐修一氏、社会保険診療報酬支払基金・医科専門役の井原裕宣氏の7氏が行った。

医療側の6氏からは、「高額な新薬を出来高にすべき」「抗がん剤は出来高扱いに」「早期退院では収支が赤字になるため退院を先延ばしにする弊害がある」などと「出来高払い」での取り扱いを推す意見が多く出た。

これに対して、支払側の立場から井原氏は「一定額以上をすべて出来高とすることは、傷病名がDPCのレセプト記載要領に鑑みて不十分になる恐れがあり、審査に支障を来す可能性がある。また、抗がん剤に限って出来高とすることは、他の重要薬剤との不公平感を拭えない」と出来高算定の危険性を指摘した。

指摘されている課題	対応の考え方	包括評価の原則・対応との関係	問題点・論点
① 在院日数への影響	薬剤使用実態のバラつき		現行では行っている対応が無い。入院期間を通じての薬剤投与量全体のバラつきはない場合について、在院日数を延ばすインセンティブに対応する方策についてどう考えるか。
② 新たな高額薬剤のDPC/PDPSにおける取扱い	新たな高額薬剤の保険導入	対応 C-5	現行の薬剤費分布の平均値+1標準偏差ルールの運用についてどのように考えるか。
③ DPC精緻化のあり方	薬剤使用実態のバラつき 新たな高額薬剤の保険導入	原則 A, B	抗がん剤治療のレジメン等、特に技術革新が著しい分野のDPC精緻化とDPC簡素化のバランスをどう考えるか（現行ルールをより明確化するべきではないか）。
④ 長期継続的な投与を要する高額薬剤の範囲	副傷病の治療に要する長期継続的な高額薬剤投与	対応 C-3	HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）及び血友病等に使用する血液凝固因子製剤以外の高額薬剤についてどう考えるか。

高齢者自身が「地域の支え手になるべき」と提案 高齢社会白書 高齢化率 23.1%、前年比 0.4 ポイント増

内閣府は6月7日、「平成 22 年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況」「平成 23 年度 高齢社会対策」を閣議決定し、平成 23 年版の高齢社会白書として同 10 日に公表した。

白書の概要は、次のようなものである。

■高齢化状況～5人に1人が高齢者という社会

- 日本の総人口は平成 22 年 10 月 1 日現在、1 億 2,806 万人。
- 65 歳以上の高齢者人口は過去最高の 2,958 万人(前年 2,901 万人)。
- 総人口に占める 65 歳以上人口の割合(高齢化率)は 23.1%(前年 22.7%)。

■東日本大震災における高齢者の被害状況

- 岩手県、宮城県、福島県の3県で収容された死亡者は、3月 11 日から4月 11 日までに 13,154 人にのぼり、検視等を終えて年齢が判明している人は 11,108 人で、そのうち 60 歳以上の高齢者は 7,241 人となっており、65.2%を占めている。

■生きがいの低下

- 誰とも会話をしない、近所づきあいをしない、困ったときに頼る人がいないといった、社会から孤立した状況が長く続くと、生きがいを喪失したり、生活に不安を感じたり

することにもつながる。

- 近所づきあいがほとんどない人、困ったときに頼れる人がいない人は、生きがいを感じていない割合が高い。
これを防ぐ対策として、高齢者を単なる「支えられる存在」ではなく、社会的孤立を防止することで、高齢者自身が「地域の支え手」になるべきと提案。そのために、高齢者のニーズを踏まえて、学校、企業、NPO に積極的に参加していくことや、有償ボランティアの仕組みづくりなどが必要としている。

■事例:「地域の茶の間」

新潟県内に 2,000 か所以上あるといわれている「地域の茶の間」は、新潟市在住の河田珪子さんが始めた有償の助け合い活動の事務所が、自然発生的に、子供からお年寄りまでの居場所となったことから始まった。

平成 15 年には、常設型の「地域の茶の間」である「うちの実家」(新潟市)も開設された。ここに行けば、いつでも人に会い、話しができ、人と一緒に食事をとることができる。車椅子の人、認知症の人、目や耳が不自由な人、小さい子からお年寄りまで、お互いに助け合いながら、それぞれ好きなことをして過ごしている。

電子カルテの導入検討 医療機関のIT戦略

ポイント

- 1 国が推進する医療情報システムの構築
- 2 自院で進める電子カルテシステム導入のポイント
- 3 電子カルテが抱える今後の課題



1 国が推進する医療情報システムの構築

■ IT化推進の契機となった「グランドデザイン」

医療機関におけるIT戦略が注目を集めるようになったのは、平成13年12月、厚生労働省・保健医療情報システム研究会が取りまとめた「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン（以下、「グランドデザイン」）」が公表されたことによります。

この「グランドデザイン」においては、電子カルテシステムを中心とする医療情報システム構築のための達成目標、及び発展段階が設定されました。

(1) 医療情報システムの概要

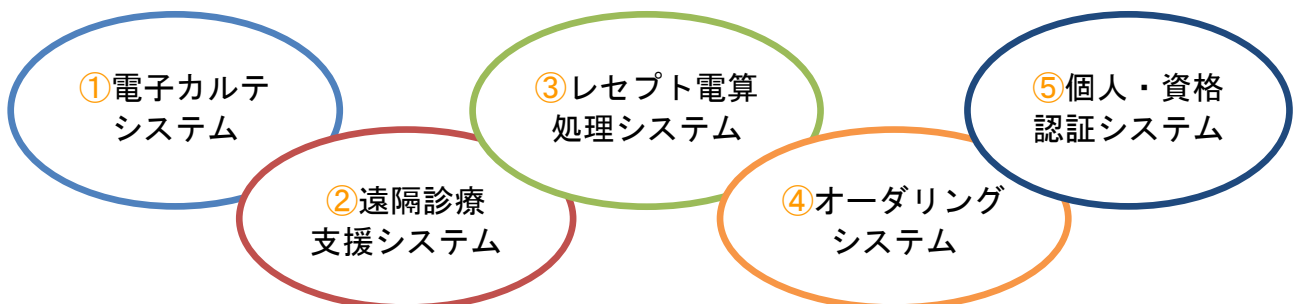
「グランドデザイン」に係る最終提言では、以下のような視点が示されています。

- ① 我が国の医療の将来を踏まえて、我が国の医療の課題を改めて整理し、これに対応した情報化の目的を提示する。
- ② 情報化により医療がどのように変わるのか、国民や患者の視点から将来の医療の姿を分かりやすく提示する。
- ③ 情報化を段階的に着実に実施していくため、戦略を提示する。
- ④ その戦略を踏まえ、情報化の各段階において設定された各目標について、国家的視点から実現方策を提示することとし、官民の役割分担、達成目標等を明示したアクションプランを策定する。
- ⑤ 健康づくり・疾病予防を中心とした保健政策、介護・福祉政策といった分野についても情報化の進展を見すえ、医療の情報化と連携について、その方向性を示す。

（出典：厚生労働省「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」）

ここでいう医療情報システムについては、厚生労働省は特に明確な定義はないとしながらも、次の5つのシステムの総称としています。

■ 医療情報システムを構成する要素



①電子カルテシステム

診療録等の診療情報を電子化して保存更新するシステム。様々な段階があるが、現状では診療録や検査結果などの診療情報を電子的に保存、閲覧するために医療施設内での使用が大部分である。

今後は医療情報などを医療機関相互で交換、共有する診療情報のネットワーク化とデータベース化が図られ、診療情報の活用が期待される。

②遠隔診療支援システム

医療機関を相互にネットワークで結び、専門医による診断を依頼する画像診断（tele-radiology）、病理診断（tele-pathology）のような専門的診療支援や、医療機関と在宅の間における在宅療養支援などを行うシステム。

③レセプト電算処理システム

診療報酬の請求を紙の診療報酬明細書（レセプト）ではなく、電子媒体に収録したレセプトにより行うシステム。なお、現状はフレキシブルディスク又は光ディスク等により行われているが、将来的にはオンライン請求も含む。

④オーダリングシステム

従来の紙伝票でやり取りしていた検査や処方箋などの業務を、医師がオンラインで、検査や処方を実施するとともに医事会計システムとやり取りすることなどにより、オンライン上で指示を出したり、検査結果を検索・参照したりできるシステム。

⑤個人・資格認証システム

医療情報システムを用いて検査や処方などを行う際に、医師等の資格確認を電子的に行うシステム。今後は被保険者証をICカード化し、医療施設を受診した際にオンラインで被保険者の資格を確認したり、住所・氏名などの個人情報カルテ、レセプトへ自動的に転記したりすることへの応用が検討されている。

この5つの項目のうち、③レセプト電算処理システムについては、国と厚生労働省の主導により仕組みが出来上がりつつあります。しかし実情は、平成23年以降は一部の例外を除き、全医療機関からの診療報酬請求が、オンラインシステムにおける実施義務付け等の強力な政策主導によって推進されているシステムという側面があります。一方で、オンライン請求システムと並行して、電子カルテ導入の検討を進める医療機関もみられます。

2 自院で進める電子カルテシステム導入のポイント

■ 電子媒体によるデータの保存に関する基本的事項

電子カルテは、診療録などの診療記録を電子媒体に保存する仕組みをベースとしていますが、その保存のためには、一定の基準に基づいた管理体制が構築される必要があります。

厚生労働省では、以下のような要件を満たし、かつプライバシー保護に十分に対応できている場合においてのみ、電子媒体による保存を認めるとしています。

■ 電子媒体によるデータ保存の3要件

① 真正性の確保

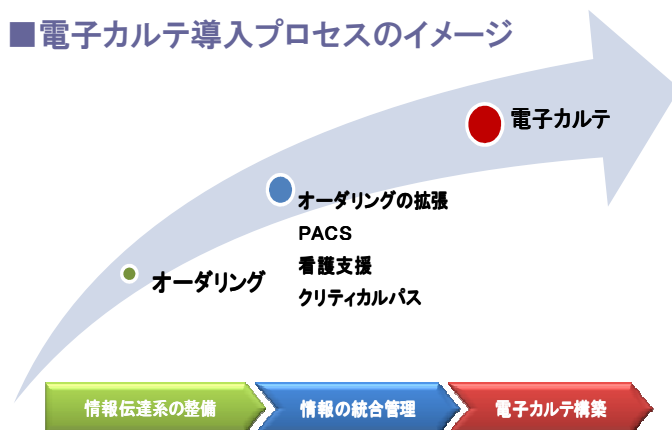
② 見読性の確保

③ 保存性の確保

■ 導入に際して留意すべき点

電子カルテを安定した状態で稼働させるためには、その導入プロセスが非常に重要です。現状のカルテや診療記録の運用状況をはじめ、指示命令系統、院内LANなどのインフラの整備状況やそれに関するセキュリティシステム等の構築状況の詳細を把握し、これらを整理したうえで導入のステップを順に踏んでいくことが必要です。

■ 電子カルテ導入プロセスのイメージ



(1) 病院トップが主導する院内コンセンサス

電子カルテ導入に際して最も重要なことは、トップダウン型の意思決定と全職員に対する意義と目的の浸透です。

医療の質と患者サービスの向上は、すべての医療機関に共通する理念です。この理念を実現するひとつの方法として、中長期的な計画の中に院内のIT化（主に電子カルテシステムの導入）を盛り込んでいる病院が多く見受けられます。

しかし、既存の院内システムについて大きな変更を求めることでもあり、賛同できないという職員も中にはいるはずで

したがって、自院の理念実現には電子カルテの導入が必要不可欠であり、またそのための計画遂行の重要性を院長自らが職員一人ひとりに強く、そして繰り返しメッセージを発信し、説明する機会を持つことが大切です。

3 電子カルテが抱える今後の課題

電子カルテは、見読性や保存性という面については、紙カルテより優れた特性を持つことは事実です。しかし、真正性を確保する上においては、代行入力、あるいは入力した内容の取り消しや変更・修正などは改ざんが疑われる行為を排除しつつ、より厳格に管理し運用することが必要です。

■ パスワード管理の徹底と代行入力の厳格化

紙カルテでは、例えば医師の記載について署名漏れがあったとしても、筆跡から記載者を特定することができますが、電子カルテでは入力者を明らかにすることは困難です。電子カルテにおける記載者（入力者）は、当該画面にパスワードでログインした人物として特定されることになるため、パスワード管理の徹底は最も重要な課題となります。

(1) 規程の周知と職員研修会等による啓蒙

電子カルテ導入に際しては、診療情報管理士の役割が重要になります。カルテ管理全般、記載基準の策定や遵守度のチェックなど、インプットからアウトプットに至るまで主導的な活動が期待されます。また、電子カルテ導入後も紙媒体での管理を要する帳票の管理も併せて行う必要があります。さらに導入以前の紙媒体の診療録についても、保存期限が到来するまでは廃棄することができませんから、引き続き一元的に管理しなければなりません。

(2) パスワード管理の徹底と代行入力の排除

電子カルテは、入力や閲覧が可能な人的範囲を明確に定める必要があります。

医師は、症状の記載や指示等の入力および各種検査関係の閲覧、さらに入力した内容の訂正等すべてにおいて権限を持つ必要がある一方、看護師は、原則として指示等の入力はできず、入力可能な記録も看護記録等に限られます。

従って、それぞれの職階によってパスワードを設定し、閲覧や入力等、取り扱える具体的項目について権限を定めて、不正なアクセスを排除する仕組みが必要です。

■ システムダウンと停電への対応

電源供給を必要とするシステムの弱点として、停電やディスク障害などの要因によるシステムダウンは必ず発生するものとして認識する必要があります。

経営データベース ①

ジャンル: 診療報酬 > サブジャンル: 診療報酬適正化



収入損失の要因

収入損失の要因と聞くとレセプト請求漏れという言葉がすぐ浮かびますが、どのような状況で発生するのですか。



医療機関における収入源となるのは、診療の事実に対する対価として、社会保険や国民健康保険への請求書であるレセプトということになるわけですが、その請求書には、請求漏れという収入損失が発生しているケースが頻繁に見受けられます。

最も多く見られるのは次に挙げる要因であり、いわゆる請求漏れ、もしくはそれに結びつくリスクファクターです。

①診療報酬算定知識の不足

請求事務を行う職員が診療報酬体系に定められた請求点数に基づいて、どれだけ事実に基づいて請求できるかがカギとなります。

②記載の不備

実施した医療行為について、適正に診療報酬を算定するためには、情報を的確にフィードバックできるシステムが重要です。

③転記ミス

情報をフィードバックするシステムにおいて、転記作業が介在すると、歪曲あるいは誤認された情報が伝達される危険性があります。

④伝票類の紛失

情報を伝達する媒体としての伝票類の管理体制の不備は、正確な伝達を困難にします。

⑤院内コンピューターシステムの不備

発生元での情報が間違ってコンピュータに入力され、このエラーをチェックできないシステムの場合、以降の伝達内容はすべて間違えて伝わる危険性があります。

⑥部門間チェック体制の不備

レセプトは事務職員任せにせず、必ず主治医が目を通して、事実に基づく請求がなされていることを確認する仕組みが必要です。



医事担当職員のレベルアップ

医事担当職員の診療報酬算定知識の習得やレベルアップを図るためには、どのような方法が効果的でしょうか。



医療機関の多くで、ちょっとした思い込みや勘違い、職員の知識不足、コミュニケーション不足等により診療報酬算定の機会を逸している項目があります。

戦略的視点に立ち、レセプト及び診療行為別統計表等のチェックを実施して、「適切な診療報酬請求事務の実現」といった基本スタンスのもと、改善点を明らかにすることが重要です。

具体的な対策としては、次のようなものが挙げられます。

1. 請求事務知識と医療現場知識の習得

(1) 医事担当職員 … 診療報酬請求事務知識及び医療現場基礎知識の習得

● 医事担当職員は各部署で何が行なわれているかを自分の目で確かめることが重要です。

(2) 診療部門 … 診療報酬請求事務知識の理解

● 月1度の診療報酬適正化委員会（返戻・査定対策会議を含む）の場で、具体的な事例を基にレクチャーするのが効果的です。

2. 院内コミュニケーションを図る

診療行為、薬品及び治療材料の知識習得のため、診療現場に頻繁に足を運ぶなどにより医事（算定項目）と診療現場（診療行為）のギャップを埋める

● 診療報酬適正化委員会を発展させ、半年に一度は関係するデータを取りまとめ、例えば手術室・中央材料室のスタッフ向けに講義を実施するなど、個別の対応も必要です。

3. 点数算定知識の向上を図る

院内研修会の実施及び診療報酬管理委員会の設置による定期的な知識の習得機会の確保、情報交換の実施

● 医事担当職員のレベルアップが絶対条件であるとともに、担当部署内でその情報の理解を深めて情報共有化を図り、そして情報を発信するというステップで、業務レベルの向上に取り組むことが重要です。

4. 医事担当職員にかかる教育体制の整備

● 職員一人ひとりのスキルを確認し、年度目標を設定して評価する仕組みが重要になります。部門統括者はそれらの体制全般を管理しながら、全体のレベルアップを図る必要があります。