

2013.2.12

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

ピロリ除菌 保険診療へ 厚労省専門部会認める
対象拡大で胃がん発症を減らせる可能性広がる

厚生労働省

保険指定取消、医科・歯科・薬局での合計 20 件
23 年度の総計 45 件で、対前年度比 23 件増

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料

介護給付費実態調査月報(平成 24 年 10 月審査分)

3 経営情報レポート

減額査定を防ぐ
レセプト突合・縦覧点検対応の留意点

4 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



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 センガール BLDG ZEN 5F
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540
大阪支社 大阪市北区梅田 1 丁目 1 番 3 大阪駅前第 3 ビル 31F
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578

医療情報

ヘッドライン ① 厚生労働省

ピロリ除菌 保険診療へ 厚労省専門部会認める 対象拡大で胃がん発症を減らせる可能性広がる

胃の粘膜に感染して胃がんなどを引き起こすピロリ菌の感染による慢性胃炎の除菌治療が、保険診療として認められる見通しになった。1月31日に開催された厚生労働省の専門部会が、症状の軽い患者でも除菌で胃炎が改善するとの研究結果を確認、除菌に必要な複数の薬剤の適用範囲を広げることを認めた。近く、呼気検査などによるピロリ菌感染と内視鏡での胃炎の確認だけで、除菌が保険適用されるようになる。

ピロリ菌の除菌は胃がん予防に大きな効果があるとされているが、慢性胃炎からさらに進んで胃潰瘍などになるまでは保険適用されなかった。今回の対象拡大で胃がんの発症者数を大幅に減らせる可能性がある。

ピロリ菌の除菌は胃酸を抑える薬と抗生物質を組み合わせる。患者は1週間ほど薬の服用を続ける。除菌に失敗したら、別の薬の組み合わせを試すことになる。

ピロリ菌は胃酸の分泌が未成熟な幼少時に口から体内に入り、胃の粘膜にすみつくと考えられているが、除菌に成功できれば再感染

の恐れは低いとされている。

厚労省の動きに合わせて、協和キリンなど製薬会社が1月31日、胃炎の併用療法で保険適用を申請した。

協和発酵キリンやアステラス製薬、エーザイなど国内製薬会社9社はヘリコバクター・ピロリ菌感染による胃炎に対し、抗生物質の「アモキシシリン（一般名）」、抗潰瘍薬のプロトンポンプ阻害薬、「クラリスロマイシン（同）」か「メトロニダゾール（同）」の3剤を併用した療法を保険適用の対象とするよう厚労省に共同申請している。

これは国内で臨床試験（治験）を省略して承認を受ける「公知申請」の手続きとなる。ほかに申請したのは、武田薬品工業、英系アストラゼネカ、田辺三菱製薬、大正製薬、米系アボットジャパン、塩野義製薬の6社となっている。これまで、3剤併用でのピロリ菌の除菌療法は胃潰瘍や十二指腸潰瘍、胃MALTLリンパ腫などの治療に限って保険適用が承認されていた。



保険指定取消、医科・歯科・薬局での合計 20 件 23 年度の総計 45 件で、対前年度比23件増

厚生労働省は 1 月 31 日、「平成 23 年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況」を発表した。医療保険は、「皆から毎月お金を集め、傷病に見舞われた人に、医療という形で集めたお金を配分する」仕組みである。したがって、「皆のお金を公平・公正に配分する」ルール（療養担当規則など）が定められており、保険医療機関等はこのルールに従わなければならない。

厚労省では、ルールが守られているかどうかを調査し、違反等がある場合には是正のための措置（指導・監査）を行っている。

指導には、(1) 集団指導、(2) 個別指導、(3) 集団的個別指導、があり、(2) は違反等が疑われる医療機関を呼び、面接懇談方式で保険ルールの遵守等を指導するものである。(3) は、保険請求の高額な医療機関を対象に、講習会形式と面接形式の 2 つで保険ルールの遵守等を指導する。

23 年度には、(2) の個別指導は、医科で

1428 件、歯科で 1253 件、薬局で 1274 件の合計 3955 件行われ、(3) の集団的個別指導は、医科で 4742 件、歯科で 5043 件、薬局で 3769 件の合計 1 万 3554 件に実施されている。

一方、監査とは、著しいルール違反が疑われる場合に、事実関係を調査するために行われるもので、必要に応じて「保険指定取消」「戒告」「注意」のいずれかの処分が行われる。

23 年度には、医科で 100 件、歯科で 45 件、薬局で 16 件の、合計 161 件の監査が行われた。この結果、保険指定取消となったのは、医科では 6 件、歯科では 12 件、薬局で 2 件の合計 20 件。これに、「取消の前に保険指定を辞退する『取消相当』」を加味すると、45 件の保険指定取消が行われたことになる。

また、指導や監査により、返還された診療報酬（不正・過誤請求されていた分の返還）は、82 億 9401 万円となっている。

■ 保険医療機関等の指定取消等及び保険医等の登録取消等の状況

区分		医科	歯科	薬局	合計
保険医療機関等	指定取消	6件	12件	2件	20件
	指定取消相当	14件	9件	2件	25件
	計	20件	21件	4件	45件
保険医等	登録取消	9人	19人	3人	31人
	登録取消相当	1人	2人	0人	3人
	計	10人	21人	3人	34人

介護給付費実態調査月報

(平成24年10月審査分)

調査の概要

介護給付費実態調査は、介護サービスに係る給付費の状況を把握し、介護報酬の改定など、介護保険制度の円滑な運営及び政策の立案に必要な基礎資料を得ることを目的として、平成13年5月審査分より調査を実施している。

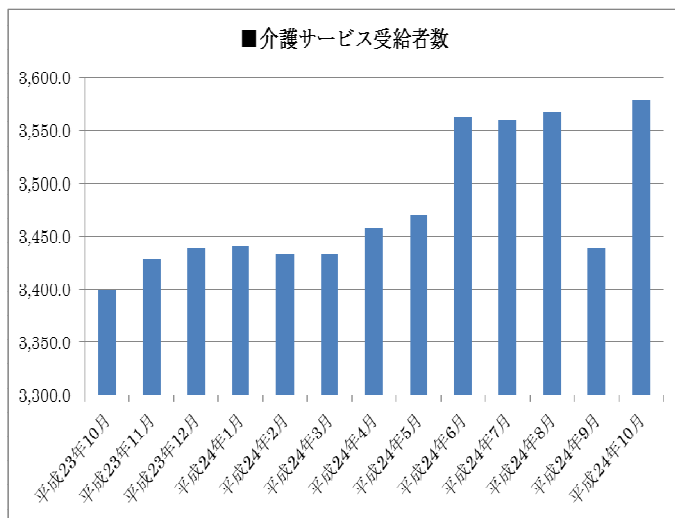
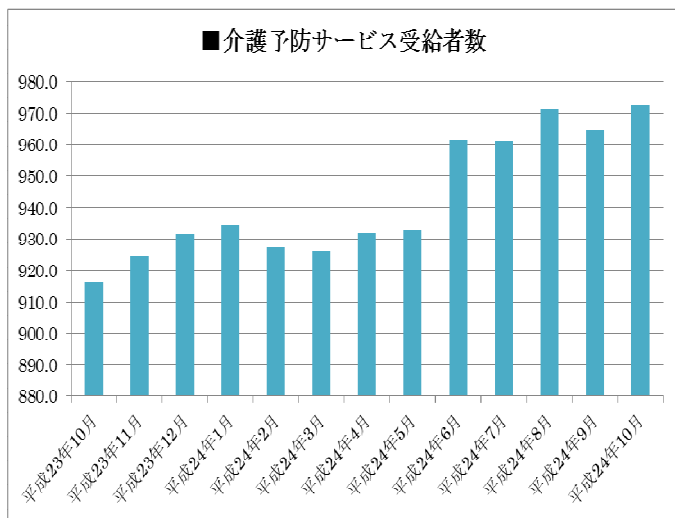
各都道府県国民健康保険団体連合会が審査した介護給付費明細書、給付管理票等を集計対象とし、過誤・再審査分を含まない原審査分について集計している。

ただし、福祉用具購入費、住宅改修費など市町村が直接支払う費用（償還払い）は含まない。

結果の概要

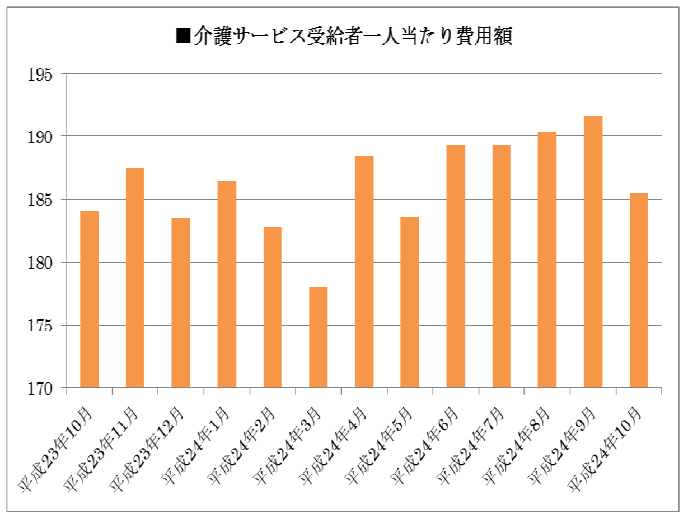
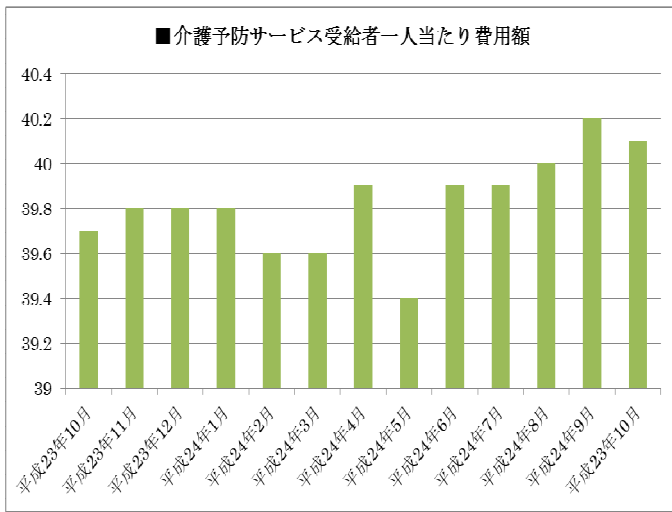
1 受給者数

全国の受給者総数は、複数サービスを受けた者については名寄せを行った結果、介護予防サービスでは972.7千人、介護サービスでは3,577.4千人となっている。



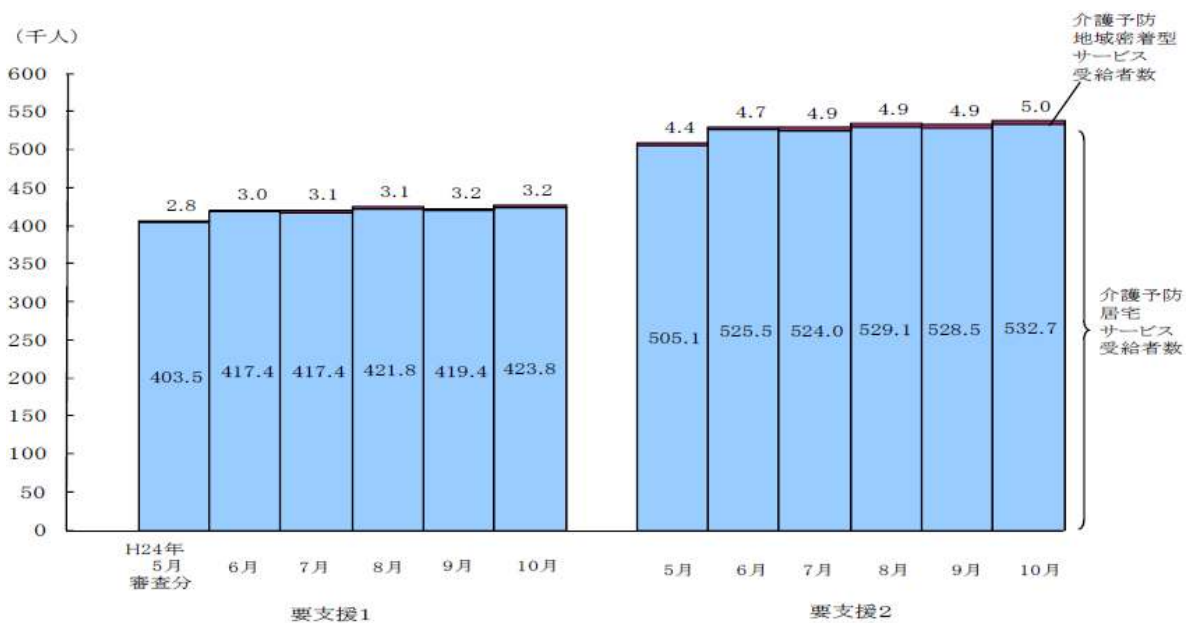
2 受給者1人当たり費用額

受給者1人当たり費用額は、介護予防サービスでは40.1千円、介護サービスでは191.6千円となっている。



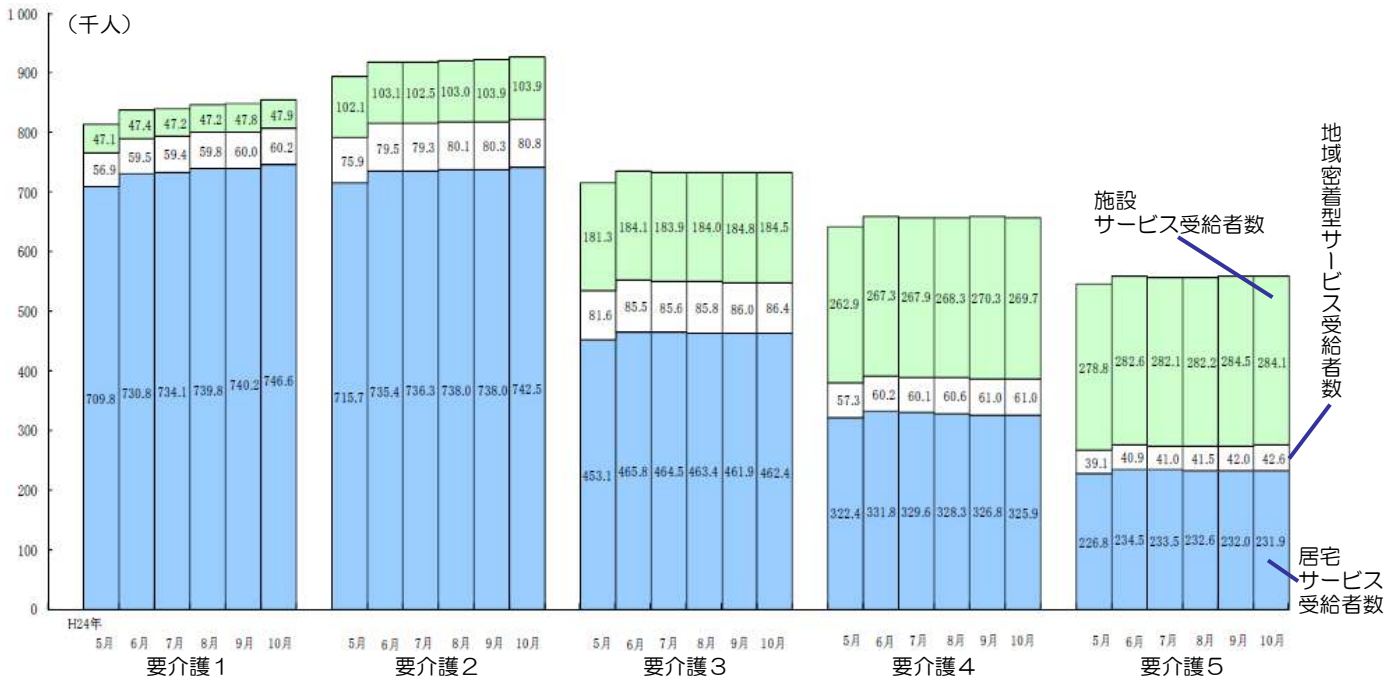
3 介護(予防)サービス受給者の状況

図1 要支援状態区別にみた受給者数（平成24年5月審査分～平成24年10月審査分）



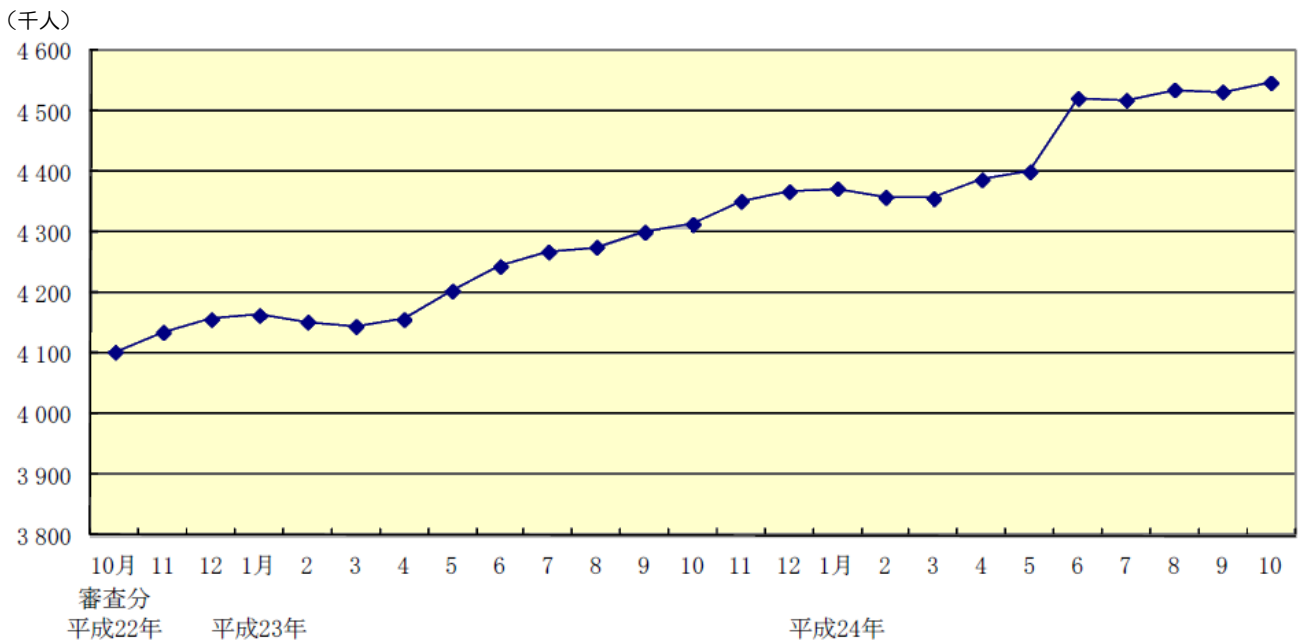
注：介護予防地域密着型サービス、介護予防居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図2 要介護状態区別にみた受給者数（平成24年5月審査分～平成24年10月審査分）



注：施設サービス、地域密着型サービス、居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図3 受給者数の月次推移（平成22年10月審査分～平成24年10月審査分）



減額査定を防ぐ レセプト突合・縦覧点検 対応の留意点

ポイント

- 1 電子化の進展でレセプト点検が変わった
- 2 突合点検の流れと具体的チェック項目
- 3 縦覧点検の流れと具体的チェック項目
- 4 院内全体で取り組む査定減点对策のポイント



■参考文献

- ・平成 23 年 1 月 13 日 社会保険診療報酬支払基金「支払基金サービス向上計画（平成 23～27 年度）」
- ・『クリニックばんぶう』2012 年 3 月号
- ・『日経ヘルスケア』2012 年 6 月号

1 電子化の進展でレセプト点検が変わった

■「支払基金サービス向上計画」で新たな点検がスタート

平成 23 年 1 月 13 日、社会保険診療報酬支払基金（以下、「支払基金」）は保険者に対するサービス向上を図ることを目的として、「支払基金サービス向上計画（平成 23～27 年度）」を策定し、公表しました。東日本大震災の影響等から、当初の平成 23 年 4 月開始予定を延期し、同 24 年 3 月より新たなレセプト点検の仕組みである「突合点検・縦覧点検」が導入されました。これらの点検により、これまで査定されなかったレセプトが減点されるケースが出てきています。

(1) レセプト電子化の進展と審査対象の拡大

厚生労働省は、平成 20 年 4 月以降、医療機関の種別等に応じて段階的にオンライン請求を原則義務化しており、電子レセプトは定着しつつあるといえます。

様々な取組みによってレセプトの電子化は急速に進展し、平成 27 年度には電子化が概ね完了する見込みですが、以降も若干の紙レセプトは残存すると予測されています。

◆全レセプトに占める電子レセプトの件数割合の見込み

レセプト 区 分	レセプト件数（千件）						
	平成 21 年度 （実績）	平成 22 年度 （見込）	平成 23 年度 （見込）	平成 24 年度 （見込）	平成 25 年度 （見込）	平成 26 年度 （見込）	平成 27 年度 （見込）
医 科	489,620	491,296	494,328	494,031	493,587	493,447	493,108
歯 科	107,145	105,931	105,931	105,250	104,511	103,813	103,139
調 剤	259,771	270,636	279,245	286,529	294,130	301,873	309,503
訪問看護	388	417	448	479	514	551	590
その他	8	7	6	5	5	4	4
計	856,933	868,267	879,959	886,295	892,747	899,689	906,344

（出典：「支払基金サービス向上計画（平成 23～同 27 年度）」）

(2)「突合点検」「縦覧点検」の導入

従来、支払基金が実施する審査とは、診療報酬の請求支払を確定するにあたって、「診療行為が保険診療ルールに適合するかどうかを確認する行為」です。従来、人の手を経た目視で行われ、一定の類型に属するレセプトに重点を置いた審査にならざるを得ない状況であった紙レセプトと違い、電子レセプトであれば、その適合性を多くのルールに対応する項目で判断することが可能になりました。このメリットを活かし、「同一患者」をキーワードに医科・歯科・調剤の各レセプトの整合性を確認したり（突合）、最大 6 か月分のレセプトを参考に審査を支払基金が行う（縦覧）点検をそれぞれ「突合点検」「縦覧点検」といいます。

2 突合点検の流れと具体的チェック項目

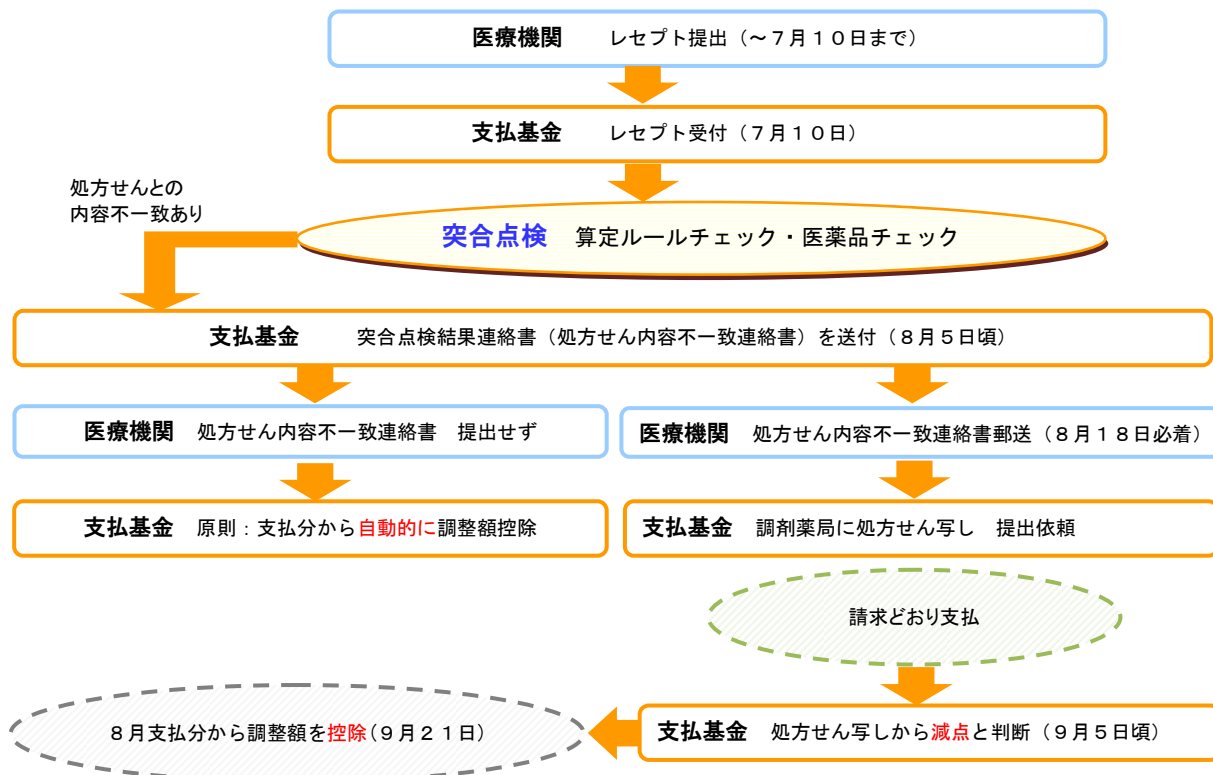
■ 突合点検とは

平成23年3月請求（2月診療）分から実施開始となった突合点検は、同一の医療機関が同一の患者に関して月単位で提出したレセプトを複数にわたって照合する審査をいいます（「支払基金サービス向上計画（平成23～27年度）」P.12 記載の定義による）。

◆ 突合点検の具体的項目 ～チェック内容・条件～

区分	チェック項目	チェック条件
チェック 算定 ルール	医科・歯科のレセプトに記録されている処方せん料の種類と調剤レセプトに記録されている医薬品の品目等の適否等	医科・歯科のレセプトでは、7種類未満の内服薬の投与を行った場合の処方せん料（68点）が算定されているのに対して、調剤レセプトで7種類以上の内服薬が記録されていないか等 * 7種類以上の内服薬の処方せん料 ⇒ 40点
医薬品 チェック	適応症	調剤レセプトに記録されている医薬品に対する適応傷病名が、医科・歯科レセプトに記載されているか
	投与量	調剤レセプトに記録されている医薬品の投与量が、医科・歯科レセプトに記録されている傷病名に対する投与量として妥当か
	投与日数	調剤レセプトに記録されている医薬品の投与日数が制限を超えていないか
	医薬品と医薬品間の併用禁忌	調剤レセプトに記録されている医薬品の中に併用禁忌、併用注意に該当するものはないか
	傷病名と医薬品の禁忌	調剤レセプトに記録されている医薬品の禁忌病名が医科・歯科レセプトに記録されているか

◆ 突合点検の流れ ～7月請求(6月診療)分のケース



3 縦覧点検の流れと具体的チェック項目

■ 縦覧点検とは

縦覧点検とは、同一の医療機関が同一の患者に関して、月単位で提出したレセプトを複数にわたって照合する審査をいいます（「支払基金サービス向上計画（平成 23～27 年度）」P.12*13 記載の定義による）。この審査のチェック項目は、同一患者のレセプトを数か月間分確認することで、画一的な検査を実施している場合など、適切な診療に基づく請求がなされているかを評価することを目的としています。

◆ 縦覧点検で実施するチェック項目

区 分	チェック項目	チェック条件
チェ ル算 ル定 ック	一定期間内における 算定回数等の適否	3月に1回を限度として算定できる診療行為が3月に2回 以上算定されていないか等
チ エ ク 医 薬 品	投与量	調剤レセプトに記録されている医薬品の投与量が、医科・ 歯科レセプトに記録されている傷病名に対する投与量として 妥当か
	投与日数	調剤レセプトに記録されている医薬品の投与日数が制限を 超えていないか
チ エ ク 診 療 行 為	実施回数	特定の診療行為が過剰に算定されていないか
チ エ ク 審 査 履 歴 に 照 ら し た 過 去 の	過去の審査事例と 同一の請求	前月の査定事例と同じ請求が、同一患者に対して行われて いないか (出典：「支払基金サービス向上計画」)

■ 縦覧点検を意識した検査等の見直しポイント

先に掲げた縦覧点検の具体的チェック項目のうち、検査に関しては最も算定ルールチェック対象が多くなっています。仮に、査定を受けた検査などについては、算定ルールを確認することと併せて、検査内容の見直しも検討する必要があるでしょう。

つまり、前述のチェック項目記載のとおり、査定を受けた場合には「履歴あり」として次も査定の対象とするため、頻度が高い検査を中心に診療と処方との妥当性を検証したうえで、真に必要な検査であるかどうかを確認しておくことが減点を防ぐことにつながります。

よって、縦覧点検において、同一の患者に対し、毎月同じような検査を実施していると、査定対象となる可能性が高くなるといえます。

4 院内全体で取り組む査定減点对策のポイント

■ 査定対象とならないための対策

効率的な審査としてコンピュータチェックが充実化され、支払基金が突合・縦覧点検を実施することによって、医薬品に関する査定が厳しくなったことは否めません。また、患者の個別性に配慮し、医師が自身の裁量によって行った診療行為が査定の対象になるケースも増加するのではないかとわれています。

◆突合・縦覧点検に対応するポイント ～診療所関連

①診療録との整合性の確保

→ 診療録の記載事項とレセプトの内容

②過去の査定事例の確認

→ かつて減額査定対象となった検査等を整理し、内容見直しを検討

③算定ルールの周知

→ 禁忌・併用禁忌も対象に

④治療に関する妥当性

→ 特に検査を中心とする必要性、病態（時間経過に伴う変化を含む）、治療結果

■ 査定結果の活用 ～医師と職員の意識改革～

(1)再審査請求の検討

支払基金から査定を受けた場合、疑問や不服な点があっても、減点が小さいなどの事情から再審査請求を行わないケースも多くなっています。しかし、こうした再審査請求の機会を放棄することは、以降の審査や患者ニーズ対応に影響を及ぼすことも予想されます。

①同様の査定が継続してしまう

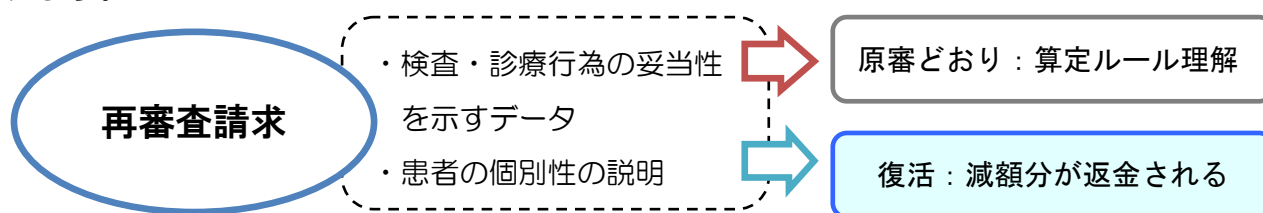
納得できない査定であっても、縦覧点検では過去の審査履歴とも照合されるため、対象となった検査や処置と同様（算定回数制限がある場合など）の内容があれば、次回以降も減点の査定を受け続けることになります。

②行政指導を受ける可能性

再審査請求の放棄は査定内容の容認とみなされるため、次回以降も指摘を受けたにもかかわらず、誤った診療を続けている医療機関であると判断され、繰り返しているうちに行政指導になるケースもあるといわれています。

③患者の個別性に対応できなくなる

患者が期待する診療を選択した結果、例えば過剰な検査等の査定を受けた場合の減点が積み重なると、保険収入にも影響が生じて、同様の患者ニーズに応えることができなくなることが懸念されます。



尚、支払基金は保険者の再審査請求件数に関しても、平成22年9月審査分99.9件（*）について、同27年度中に45件程度（*）に、おおむね半減するという数値目標を掲げていますが、これはあくまで原審査の充実を図る趣旨であり、保険者の再審査請求を妨げる趣旨ではない旨を明示しています（「支払基金サービス向上計画」P.24）。

よって、現在でも再審査請求の半数以上が「原審どおり」という判定となっていることと併せ、少しでも疑問が残る減点査定であれば、検査や診療行為に対する妥当性を提示し、妥協せずに再審査請求を行うことが必要なのです。

（*）原審査請求件数1万件当たりの再審査請求件数

（2）院内全体で行うレセプト請求業務への意識改革

査定・返戻対策は、これまでも医師や担当の職員によって行われていたという診療所もあると思われますが、突合・縦覧点検の導入が、診療録とレセプトの整合性をとること、すなわち医師側と医事担当の事務職員が相互に協力する必要性をさらに高めたといえるでしょう。

突合・縦覧点検による査定対策は、原則を十分に徹底することが最も効果的です。

突合点検であれば、診療録の記載を含めて「点検作業を入念に行うこと」が、また縦覧点検に対しては「保険診療ルール＝算定ルールの理解と徹底」が重要です。

◆突合・縦覧点検による減点対策のポイント

- 保険診療（算定）ルールの正しい理解
- 医師・医事担当職員が協力して行う情報共有と綿密な点検

院内全体でレセプト請求業務への関心を持ち、減点に向けた対策をとることが、結果的には診療所経営に役立つこととなるのです。

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が思い浮かびますが、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、診療に対する対価であり、そしてそれを明示しているのは社会保険や国民健康保険に対する支払請求書であるレセプトです。

毎月提出するレセプトには、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、次に挙げるようないわゆる請求漏れ、もしくはそれに結びつくリスク要因でもあります。

①診療報酬算定に関する知識の不足

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では、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

発生元での情報が誤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正しく伝わらなくな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。



多くの医療機関では、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」という姿勢に基づき、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の機能を発展させ、半年に一度は関連データを整理します。併せて、手術室・中央材料室に配属されている職員を対象とした研修等も必要です。

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。