

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.804 2024.1.16

医療情報ヘッドライン

往診・訪問診療の距離要件を整理
半径16km超の「例外」を明確化

▶厚生労働省

能登半島地震で事務連絡を多数発出
「概算請求」など特例措置を通知

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2023年12月29日号

社会保障費、
過去最大の37.7兆円

経営TOPICS

統計調査資料
病院報告
(令和5年7月分概数)

経営情報レポート

厚生労働省「好事例集」に学ぶ
勤務環境改善の取り組みポイント

経営データベース

ジャンル:診療・介護報酬 > サブジャンル:診療報酬適正化
請求漏れが発生する要因
適切な診療報酬請求事務の実現

往診・訪問診療の距離要件を整理 半径16km超の「例外」を明確化

厚生労働省

厚生労働省は2023年12月28日、「疑義解釈資料について（その63）」と題した事務連絡を発出。往診および訪問診療の距離要件を整理し、通常は認められない「半径16km超」の例外でも診療報酬を算定できる運用を明確化した。その患者の“かかりつけ医”ではなく、患者宅の近隣に保険医療機関がある場合でも、一定の手続きを踏めば遠方の往診・訪問診療を実施できることになった。

■規制改革推進会議での指摘が発端

往診および訪問診療は、医療機関の所在地と患者宅の距離が16km以内でなくてはならないと定められている。ただし、往診や訪問診療を必要とする「絶対的な理由」がある場合には認められており、これまで厚労省の事務連絡で以下が例示されてきた。

- 患家の所在地から半径16キロメートル以内に、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合。
- 患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合。
- 重症児の在宅医学管理時や、訪問型病児保育中に必要となった場合の小児科の診療など、往診等に対応できる保険医療機関の確保が特に難しい専門的な診療を要する場合で、近隣に対応できる保険医療機関を患者が自ら見つけられず、往診等を依頼された保険医療機関側も、患者の近隣に対応できる医療機関を実態上知らない場合。

一定の合理性がある例示ではあるが、“16km以内でなければならぬ理由”になっているとは言い難い。そんな指摘が複数出

たのが昨年12月11日の規制改革推進会議「健康・医療・介護ワーキング・グループ」だ。確かに、人口減少が加速し、医療資源の少ない地域が増えている今、「半径16km以内」にこだわる意味は薄いだらう。在宅医療の推進とも矛盾しないし、“誰一人取り残さない医療”を目指すならば、往診・訪問診療の距離要件は撤廃しても不思議ではない。

ただ、現在の診療報酬は往診料が720点、在宅患者訪問診療料1は888点。初診料が288点、再診料が73点であることを踏まえれば、点数目当てで訪問診療を強化する医療機関が出ないとも限らないため、まずは「現行の絶対的な理由に該当する例示以外で」（中医協の資料に明記）の対応を考えたというわけだ。

■半径16km超の「例外」の運用手順

なお、今回、「疑義解釈資料について（その63）」で新たに提示した要件は以下のとおり。

- 当該患者又は家族に対し、普段、当該患者が受診や相談等を行っている保険医療機関や医師がいるかを確認し、「いない」と回答を得た場合。
- 「いる」と回答を得た場合については、半径16キロメートル以内にある、普段、受診や相談等をしている保険医療機関等に確認を行い、対応不可との返答があった場合又は往診等の依頼の場合には連絡がつかなかった場合。その場合、患者に適切な医療を提供する観点から、事後に、半径16キロメートル以内にある、普段、受診や相談等をしている保険医療機関等に対して、当該患者の診療情報を共有すること。

能登半島地震で事務連絡を多数発出 「概算請求」など特例措置を通知

厚生労働省

1月1日に発生した「令和6年能登半島地震」（以下、能登半島地震）を受け、厚生労働省は同日から事務連絡を矢継ぎ早に発出。

その数は「健康・医療」だけで1月10日までに34本にのぼっている。保険診療や診療報酬の取扱いは、東日本大震災や西日本豪雨のときと同様に特例措置がとられており、レセプトコンピュータ（医療機関が保険者に提出する月ごとの診療報酬明細書を作成するコンピュータシステム）が壊れてしまった場合などは「概算請求」をすることも可能となっている。

■被災者は健康保険証なしで受診可能

1月1日の16時10分頃発生した能登半島地震は、最大震度7を観測。深さ16キロ、地震の規模を示すマグニチュードは7.6で、阪神・淡路大震災や熊本地震の7.3を上回った。各地で津波が観測されたほか、地盤の隆起も広い範囲で確認されている。

石川県によれば、1月10日14時現在の死者総数は206人、安否不明は52人。

こうした状況を受け、厚労省はフレキシブルに医療を提供できるよう「令和6年能登半島地震の被災に伴う医療法等の取扱いについて」と題した事務連絡も発出（1月5日付け）。本来、医療法では開設の許可・届出がない場所での医療提供ができないが、仮設建物などで提供した場合も「適切な時期に事後的に（許可や届出を）行うこととして差し支えない」としている。

また、1月1日に発出した「令和6年能登

半島地震にかかる災害の被災者に係る被保険者等の提示等について」で、被保険者証（健康保険証）を提示しなくても受診できる取扱いにすると明記した（氏名、生年月日、連絡先、被用者保険の被保険者は事業所名、国民健康保険または後期高齢者医療制度の被保険者は住所を申し立てる、としている）。

■定数超過入院は「当面」減額適用外

1月2日発出の「令和6年能登半島地震の被災に伴う保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて」では、「定数超過入院」「施設基準の取扱い」などを説明。通常、入院患者数が定数を超過すると入院料減額の対象となるが、減額を適用しないとしている。

しかも、過去の事務連絡で「災害等やむを得ない事情」の場合は当該入院した月だけが減額適用外だったが、今回は「この規定にかかわらず、当面の間」と付記している。

施設基準の取扱いも、同様の特例措置がとられている。「被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる」場合、「当面、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする」としている。この「1割以上の一時的な変動」は、看護師の比率にも適用される。

ちなみにこれらは、「被災者を受け入れたこと」による影響を踏まえており、被災地域以外の保険医療機関も被災者を受け入れた場合は同様の特例措置が受けられる。

医療情報①
 政府
 決定

社会保障費、 過去最大の37.7兆円

政府は 22 日、一般会計の歳出が総額 112 兆 717 億円となる 2024 年度予算案を閣議決定した。このうち、医療や介護などの社会保障費は過去最大の 37 兆 7,193 億円で、前年度の当初予算から 8,506 億円（2.3%）増加した。

高齢化などに伴う社会保障費の「自然増」は 3,700 億円程度（年金スライド分を除く）となり、概算要求時点よりも 1,400 億円程度圧縮。薬価改定や前期高齢者納付金の報酬調整など改革の努力により、高齢化による増加分に相当する水準に収めるという従来の方針を達成させる。

社会保障費用の内訳は、「医療」が 12 兆 3,668 億円、「福祉等」が 8 兆 2,217 億円、「介護」が 3 兆 7,288 億円など。診療報酬改定については、医療現場で働く幅広い職員の賃上げとして、24 年度に 2.5%（定昇分を入れれば 4.0%）、25 年度に 2.0%（同 3.5%）のベースアップを実現するための措置を講じる。

また、財務省などによる機動的調査で判明した診療所の「良好な経営状況」を踏まえ、診療所を中心に管理料や処方箋料などの再編による効率化・適正化を行う。こうしためりはりのある報酬改定を行うことで、本体部分の改定率をプラス 0.88%（国費 822 億円）とする。

医療情報②
 政府
 決定

医療や介護の改革工程を閣議決定 ～28年度までに検討する取り組みを修正

政府は 22 日、医療や介護など社会保障の改革工程を閣議決定した。2024 年度に実施する取り組みとして、原案の段階では、介護保険サービスの利用者負担を 2 割にする範囲の拡大を盛り込んでいたが、28 年度までに検討する取り組みに修正した。

武見敬三厚生労働相と鈴木俊一財務相が 20 日に行った予算折衝で、範囲の拡大の先送りに合意したことを踏まえた対応で、第 10 期の介護保険事業計画（27 年度から）が始まる前に結論を得るとしている。

24 年度から取り組む「こども・子育て支援加速化プラン」（加速化プラン）の財源の一部にするため、政府は 28 年度までの社会保障改革で、計 1.1 兆円程度（公費ベース）の歳出を抑制する方針。改革工程では、医療・介護制度の改革のメニューを、以下ごとに示した。

- ▼24 年度に実施する取り組み
- ▼加速化プランが完了する 28 年度までに検討する取り組み
- ▼40 年ごろを見据えた中長期的な取り組み

24年度の取り組みとしては、診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定や入院時の食費基準の見直しのほか、介護の生産性・質の向上などを盛り込んだ。

診療報酬などの同時改定では、医療・介護・障害福祉の現場で働く人たちの処遇改善を着実にを行う一方、適正化・効率化を進めるなどめりはりのある対応を行う。

また、介護の生産性と質の向上では、介護ロボットやICT（情報通信技術）機器の導入を進めて介護付き有料老人ホームの人員配置基準を特例的に柔軟な運用にするほか、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化を進める。28年度までの検討課題には、医療・介護保険の負担に金融資産の保有状況を反映させるなど「応能負担」の仕組みの強化や、医療DX（デジタルトランスフォーメーション）による効率化・質の向上などを挙げた。

政府の「全世代型社会保障構築本部」と「こども政策推進会議」がこの日開いた合同会議で岸田文雄首相は、社会保障の改革について、「少子化対策の財源確保のためだけでなく、社会保障を持続可能なものとするため全ての世代が負担能力に応じて公平に支え合う仕組みを構築するとの考えに基づくものだ」と述べた。

その上で、そうした考え方に沿って取り組むよう関係閣僚に指示した。

●「こども未来戦略」も決定、出産費用の保険適用など

政府は22日、「こども未来戦略」も閣議決定した。医療関連では、出産に伴う経済的な負担軽減のため、出産費用（正常分娩）への保険適用の導入を、26年度をめどに検討する。

医療情報③
 政府
 規制改革会議

オンライン診療、通所介護事業所でも年内に受診可能に

政府の規制改革推進会議は26日、各分野での規制の見直しに関する中間取りまとめを行った。医療分野では、療養生活を営む場として患者が長時間にわたり滞在する場合には通所介護事業所などでもオンライン診療を受診できることを明確化すると明記。これを踏まえて厚生労働省が年内に通知を出し、適用する。

厚労省は、オンライン診療時に医療機器が使用されないことなどを前提に、通所介護事業所や職場といった療養生活を営む場でも、診療所が新たに開設されなくても患者がオンライン診療を受診できることも明示する。また、へき地などに限定せず、都市部でも医師が常駐しなくてもオンライン診療のための診療所の開設を認めるほか、開設に関する要件を設ける場合には簡潔な説明で足りるよう検討する。いずれも年内に措置を講じる。

一方、こうしたケースでオンライン診療を行った医療機関にその報告を求め、オンライン診療のための「医師非常駐」の診療所の開設状況を2024年以降、定期的に公表していく。

（以降、続く）

週刊医療情報（2023年12月29日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

病院報告

(令和5年7月分概数)

厚生労働省 2023年10月19日公表

1. 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和5年7月	令和5年6月	令和5年5月	令和5年7月	令和5年6月
病院					
在院患者数					
総数	1 128 409	1 122 996	1 102 210	5 413	20 786
精神病床	263 047	262 096	260 503	951	1 593
感染症病床	1 211	953	1 399	258	△ 446
結核病床	1 077	1 007	935	70	72
療養病床	231 804	231 684	230 736	120	948
一般病床	631 272	627 255	608 636	4 017	18 619
外来患者数	1 212 648	1 297 231	1 186 793	△ 84 583	110 438
診療所					
在院患者数					
療養病床	2 034	2 013	2 033	21	△ 20

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和5年7月	令和5年6月	令和5年5月	令和5年7月	令和5年6月
病院					
総数	75.9	74.4	74.5	1.5	△ 0.1
精神病床	82.0	81.9	81.3	0.1	0.6
感染症病床	80.3	53.2	75.9	27.1	△ 22.7
結核病床	29.1	27.3	24.9	1.8	2.4
療養病床	83.8	84.0	83.6	△ 0.2	0.4
一般病床	71.4	69.0	69.4	2.4	△ 0.4
診療所					
療養病床	41.5	40.5	40.4	1.0	0.1

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

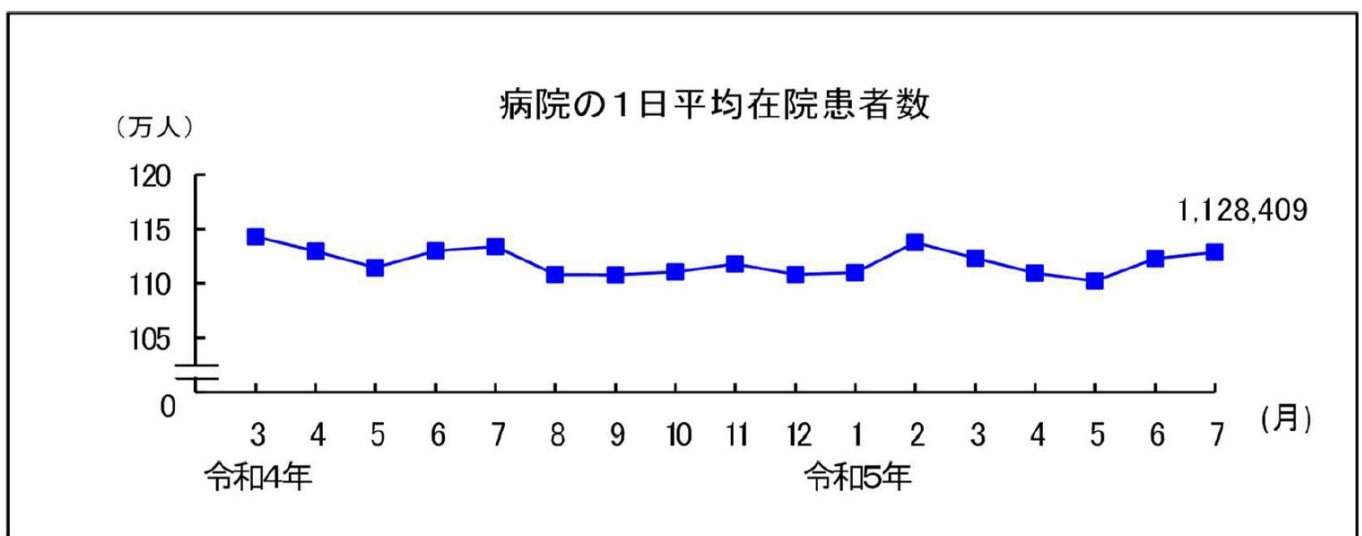
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和5年7月	令和5年6月	令和5年5月	令和5年7月	令和5年6月
病院					
総数	26.0	25.2	26.7	0.8	△ 1.5
精神病床	264.5	250.2	257.9	14.3	△ 7.7
感染症病床	9.9	10.1	10.8	△ 0.2	△ 0.7
結核病床	37.5	39.8	45.4	△ 2.3	△ 5.6
療養病床	126.6	120.7	124.5	5.9	△ 3.8
一般病床	15.5	15.0	15.8	0.5	△ 0.8
診療所					
療養病床	107.7	99.1	96.3	8.6	2.8

注) 平均在院日数 $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

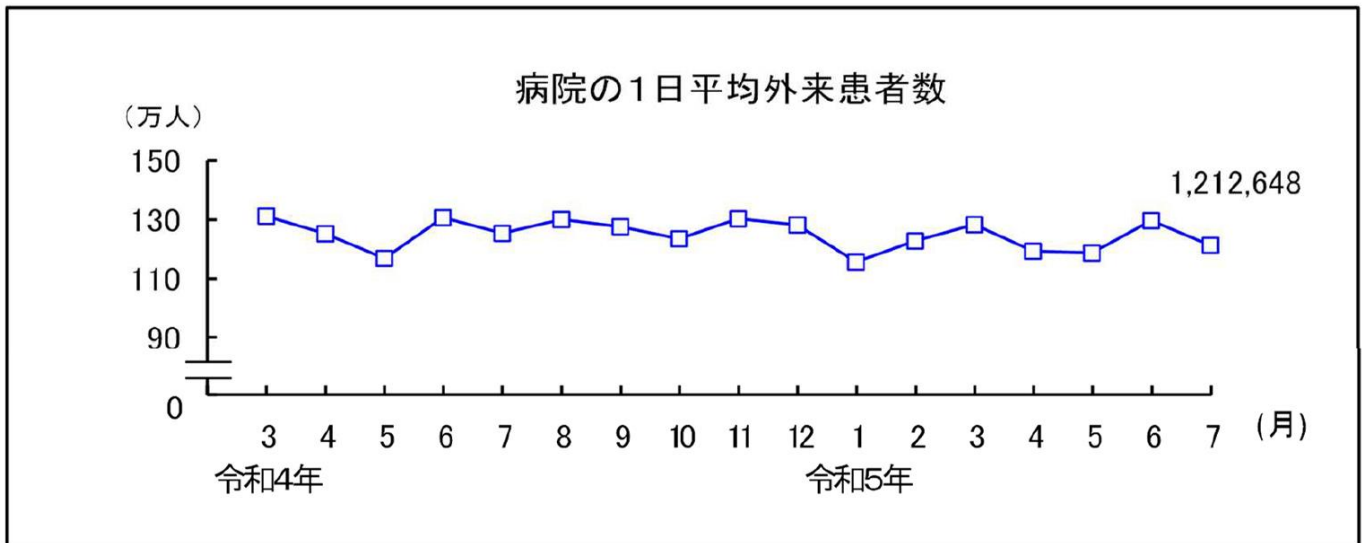
ただし、療養病床の平均在院日数 $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

◆ 病院:1日平均在院患者数の推移

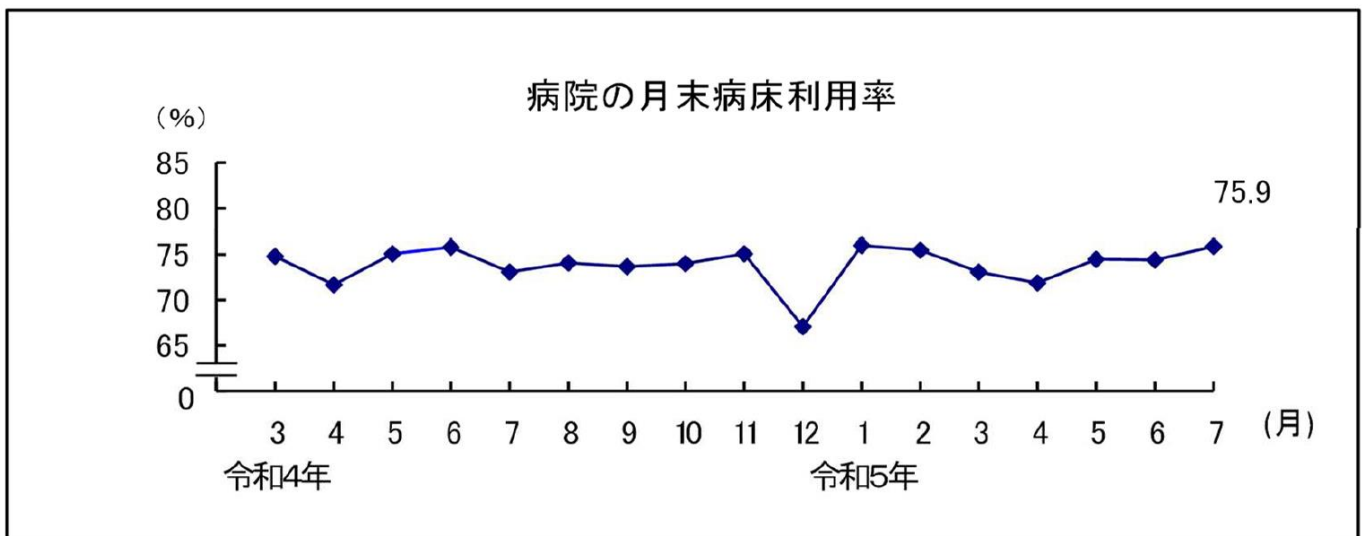


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

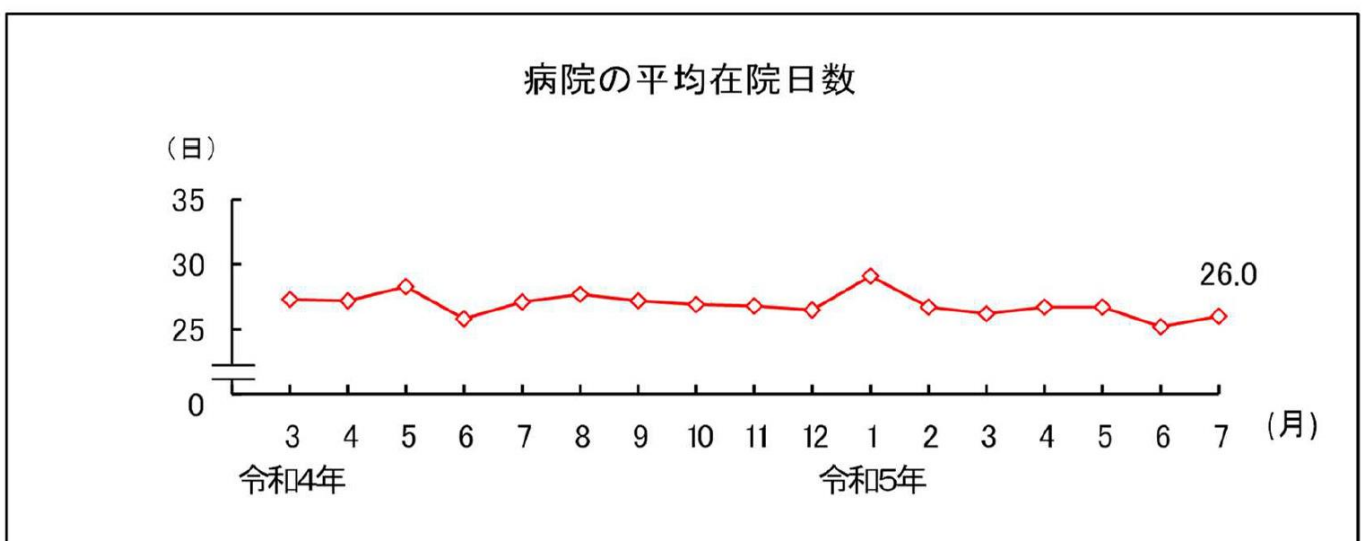
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



病院報告（令和5年7月分概数）の全文は
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



人事・労務

厚生労働省「好事例集」に学ぶ

勤務環境改善の 取り組みポイント

1. なぜ今、勤務環境の改善が必要なのか
2. 「勤務環境改善に向けた好事例集」の概要
3. 改善を実現する具体的取り組み内容
4. クリニックにおける好事例紹介



■参考資料

【厚生労働省】：令和4年版厚生労働白書（概要版） 医師の働き方改革に関する検討会 報告書
勤務環境改善に向けた好事例集

1

医業経営情報レポート

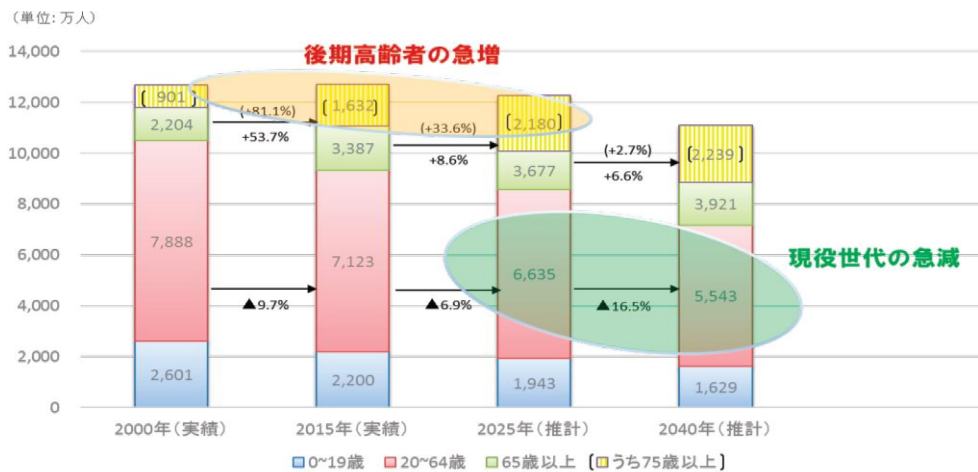
なぜ今、勤務環境の改善が必要なのか

■ 「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化

日本社会では高齢化が進むなか、2020（令和2）年以降5年ごとの人口増減率は、65歳以上の増加率よりも、いわゆる現役世代の減少率の方が大きくなっていくと推計されています。

政府は、将来の医療・福祉の需給見通しにおいて、高齢化の進展と現役世代の大幅な減少により、需給バランスが大きく崩れることを懸念しています。

◆ 後期高齢者の急増から現役世代の急減への局面変化の見通し



(出所)実績は総務省「国勢調査」(年齢不詳の人口を各歳別にあん分した人口)、推計は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」「(出生中位(死亡中位)推計)」。

◆ 医療・福祉分野の就業者数の見通し

	需要面		供給面
2018年(実績)	2025年(推計)	2040年(推計)	2040年(推計)
826万人 (12%)	940万人 (14~15%)	1,070万人 (18~20%)	974万人 (16%)
	〔実績・人口構造を踏まえた今後の医療・介護ニーズから推計した必要人員〕		〔経済成長と労働参加が進む場合の医療・福祉就業者数〕

※カッコ内は総就業者数に占める割合

※「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論素材)」に基づくマンパワーシミュレーション(2019年5月厚生労働省)を基に作成。

(出典)厚生労働省:令和4年版厚生労働白書(概要版)

政府は、こうした見通しのもと、医療・福祉の人材確保を令和の社会保障における最重要課題の一つとしています。

■ 医療・福祉人材確保に向けた国の方向性

持続可能な社会保障制度の実現のためには、安定的な医療・福祉サービスの提供が不可欠であるとして、人材確保に向けた処遇の改善、サービス改革などを推進しています。

2

医業経営情報レポート

「勤務環境改善に向けた好事例集」の概要

■ 好事例集作成の背景と目的

2019（平成31）年3月28日にとりまとめられた「医師の働き方改革に関する検討会」報告書において、個々の医療機関で医師の労働時間短縮・医師の健康確保を進めていくことが重要とされています。

◆ 医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要（一部抜粋）

医師の労働時間短縮のために、医療機関のマネジメント改革（意識改革、チーム医療の推進（特定行為研修制度のパッケージ化等）、ICT等による効率化）、地域医療提供体制における機能分化・連携や医師偏在対策の推進、上手な医療のかかり方の周知を全体として徹底して取り組んでいく必要がある。

また、働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境の整備が重要。

（出典）厚生労働省：医師の働き方改革に関する検討会 報告書

現在、各医療機関で医師の働き方を含めた、医療機関全体における勤務環境の改善の必要性を認識し、勤務時間や在院時間の管理、業務と自己研鑽の定義付けといった、現状の実態把握や管理ルールの整備等が進められています。

しかし、一定の取り組みが進んでいる医療機関においてさえ、次は何をどのように行うべきかの検討に時間を要している状況です。

そこで、厚生労働省は2023（令和5）年3月、各医療機関における勤務環境の改善を推進するために、「勤務環境改善に向けた好事例集」を作成しました。実際に成果をあげた全国の優れた取り組みがまとめられ、自院の課題・規模・主な病床機能等の特性に応じて参照できます。

なかでも、医療機関の勤務環境の改善に向けた事例は多岐にわたっており、勤務環境の改善の取り組みを体系化するとともに、各体系に沿った好事例を幅広く収集・紹介しています。

また、各事例の紹介では、改善前の状況や課題、実際に行った内容や工夫した点、得られた成果など、これから取り組みを始める医療機関において参考となるようにとりまとめています。

■ 勤務環境改善の好事例の取り組みの体系

勤務環境改善の好事例は、各医療機関のおかれた環境や創意工夫等により、その取り組み項目は多岐にわたります。各医療機関で勤務環境の改善に実際に取り組むに当たっては、どのような領域から始めるべきか、具体的にはどこから着手すべきかを自院の課題等に応じて検討すべきです。そのため事例集では、好事例を体系的に整理して紹介しています。

3

医業経営情報レポート

改善を実現する具体的取り組み内容

本章では、勤務環境改善の取り組み項目から一部を抜粋して紹介していきます。

■ 意識醸成による勤務環境改善の例

意識醸成とは、組織として働き方改革や勤務環境改善の意識を職員に醸成していく取り組みです。特に医師については、これまでの働き方を見直していくために、働き方に対する意識を変える必要があります。

年次有給休暇取得の推奨（年5日は義務化）、定時退勤日、完全休日の設定等を組織のルールとして推進することは、実際の取り組みを通じた意識醸成につながります。

また、病院長等の経営トップによる積極的かつ継続的な情報発信や、働き方に対する研修等による職員への周知は、どのような取り組みを実施する場合でも前提となる重要なポイントとなります。

◆ 有給休暇の取得の奨励

2019年4月より年次有給休暇の取得が義務化され、年次有給休暇が年10日以上付与された者は、年5日取得することが義務付けられました。

有給休暇の取得を推進するために、基準日や付与日数、残日数を管理するとともに、職員にわかりやすく通知する仕組み（労働時間管理システムによるアラート等）や有給休暇を取得しやすい風土づくりが必要です。

また、年次有給休暇は日単位の取得が原則ですが、半日単位、時間単位取得（労使協定が必要）も制度としては可能であるため、勤務実態や職員のニーズに合わせた工夫も考えられます。

◆ 定時退勤日・早期退勤日の設定

定時退勤日・早期退勤日の設定は、決まった時間に退勤することを組織のルールとして設定することを意味し、時間外労働をしない場合には一般的にノー残業デーともいいます。

医療機関の場合には様々な専門職種による担当業務が行われていることから、個々人でこのような日を設定することで、時間外労働を抑制するとともに、勤務時間に対する意識醸成を推奨します。

◆ 院長・改善チーム等による定期的な情報発信

PDCAサイクルによる勤務環境の継続的な改善に向けては、定期的に情報発信することが重要です。目標とするゴールや具体的な取り組みのロードマップ・進捗状況に加え、定量的な改善効果等を院内掲示板・院内誌や職員ポータルサイト等を活用して共有することが望めます。

その際、病院長等の経営トップが勤務環境改善に向けたメッセージを伝え続けることが、組織全体で取り組もうとする一体感の醸成に寄与すると考えます。

4 医業経営情報レポート

クリニックにおける好事例紹介

本章では、クリニックにおける勤務環境改善の好事例を一部抜粋して紹介していきます。

■ 事例1 | 職員が疲弊しないシステムの構築

◆Aクリニックの概要

- 標榜科：内科・歯科
- 有床診療所：16床 回復期
- 職員数：63名（医師10名、看護師29名、他）
- 取り組み前の状況：
 - ・院長がへき地診療所で勤務していた際、患者が入院となると都市部へ移動せざるを得ず、自宅から遠く離れた病院のベッドで亡くなることが多い現状を目の当たりにした。
 - ・家で面倒を見たいので訪問してほしいという要望を受けて在宅医療を開始したところ、ご家族の満足度が高く、特化して取り組みたいという思いが高まり、専門クリニックを立ち上げた。
 - ・在宅医療は院外に出るため、職員間の情報共有が困難となっている。開院当初は申し送りベースであったが、インターネット上で情報共有する仕組みを独自に作り、そこから発展して現在は各種ICTツールを効率的に活用している。
 - ・開業して5～6年程の間は、在宅医療に特化したクリニックが全国でもほとんどなく、組織の仕組みづくり等をする必要もあって夜遅くまで残業しながらクリニックを運営していた。
 - ・診療スタイルを模索する中、女性職員が育児休暇を取得し、復帰後も育児のため定時までの勤務となることに伴い、クリニックの診療スタイルから職員の勤務環境に渡るまで、様々な取り組みを行う必要性が出てきた。
 - ・また、その相乗効果として、子育てしている職員をみんなで支えていこうという雰囲気醸成でき、変革に弾みがついた。

◆Aクリニックの取り組み内容

- 情報共有と方針の統一：
 - ・ICTツール（kintone）を利用し、患者のデータベースを構築している。また電子カルテの入力と必要な情報を記録し、現在注意すべき患者の一覧等、当番医は全患者横断的に情報を閲覧可能としている。記載する項目は決まっており、新規患者についても冗長に書くことを禁止し、箇条書きで簡潔に記載している。
 - ・朝のミーティングでは、調理師や事務等を含め全職員が集まり、直接関わらない患者の情報も交換しており、今日は誰がどの患者の担当かということを確認し、状況が変わった患者や他職種に関わる患者、看取りを希望する患者等の報告や状況確認を行う。また、話題を絞らず職員が1分間スピーチすることにより、それぞれの職員の理解を深めている。
 - ・売上、診療報酬、患者数、各種サービス提供の数値などの指標が確認できるほか、業務関連の情報の全てがICTツールに集約され、連絡事項の共有等が行われている。
 - ・電子カルテや情報共有システムにより患者のことを深く理解し、全職員が組織の一員であるという意識の醸成につながっている。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

ジャンル:診療報酬 > サブジャンル:診療報酬適正化

請求漏れが発生する要因

収入損失の要因と聞くとレセプト請求漏れがすぐ思い浮かびますが、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。

ジャンル:診療報酬 > サブジャンル:診療報酬適正化

適切な診療報酬請求事務の実現

医事課職員の診療報酬算定知識の習得やレベルアップを図る方法を教えてください。

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。戦略的視点にたち、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。

1. 請求事務知識と医療現場知識の習得

(1) 医事課職員… 診療報酬請求事務知識及び医療現場基礎知識の習得

医事課職員は各部署に自ら進んで入って、現場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。診療報酬点数表に記載されている文章や解説を見るだけでは、現場との整合は取れないことを自覚し、絶えず情報を共有することを意識してください。

(2) 診療部門… 診療報酬請求事務知識の理解

診療、処置など業務に忙しい中では、なかなか請求事務の知識のフィードバックをドクターに勧めていくことは困難を伴います。月1度の診療報酬適正化委員会（いわゆる返戻・査定対策のための会議）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。毎回重要な項目についてひとつ実施するだけでかなりの情報を提供できます。

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）のギャップを埋めます。

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立による定期的な知識の習得機会の確保、情報交換などを実施します。

4. 医事課職員にかかる教育体制の整備

さまざまな研修会・講習会への出席、書籍の購読が基本的な項目となりますが、一人ひとりのスキルアップに対しては、直ちに成果として現れてくるかは疑問が残ります。まず日常的な業務については、専属化しないことが重要です。

受付担当の場合ならば、保険証の確認、カルテ作成やカルテ出し・搬送・収納といった偏った動きに縛らず、会計や現金収納業務とのローテーションを組むことがポイントです。

週刊 WEB 医業経営マガジン No. 804

【著 者】日本ビズアップ株式会社

【発 行】税理士法人 森田会計事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複製することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。