

2013.11.12

週刊WEB

発行
税理士法人ゼニックス・コンサルティング

医業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

看護師の判断による一部の医療行為、実施認める
条件満たせば脱水症状患者の点滴など 41 の医療行為

厚生労働省

慢性疾患の子ども医療費、負担上限引き上げる案固まる
厚労省専門委員会 小児がんなどを患う医療費の助成見直し

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告の概要 (平成 25 年 7 月暫定版)

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: 医業経営 サブジャンル: 未収金防止策

厚生労働省における未収金問題の検討

法的手段の選択肢

医療情報

ヘッドライン ① 厚生労働省

看護師の判断による一部の医療行為、実施認める 条件満たせば脱水症状患者の点滴など 41 の医療行為

厚生労働省の「チーム医療推進会議」(座長=永井良三・自治医科大学長)は10月29日、高度な医療行為(特定行為)ができる「特定看護師」制度についての検討会を開催、最終的な具体案をまとめた。

最終案によると、厚労省は医師不足などで重くなっている医師の負担を軽減しようと、脱水症状の患者への点滴など41の医療行為について、国指定の研修を受講し、医師から事前に手順の指示を受けるなど一定の条件を満たせば、看護師の判断で実施できるよう、制度を見直すことを決めた内容となっている。

その条件として国の指定する研修の受講(厚労省指定の研修機関)、また対象は脱水症状の患者への点滴、胃ろうの交換など41の医療行為を「特定行為」として選定した。医師から予め対象患者を示される、などが必須となっている。

現在、看護師の医療行為は医師の指示の下で行うことが認められているが、自らの判断で行うことは法律で禁じられている。

そこで厚労省は、これまで医師不足や医療の高度化などで負担が重くなっている医師の負担を軽減しようと、看護師の業務を広げる方向で検討していた。

その結果、脱水症状の患者への点滴や、胃ろうの交換、床ずれで出来た「かさぶた」の除去など41の医療行為について、国が指定する研修を受けたうえで、医師から対象となる患者や詳しい手順を示されていけば、看護

師の判断で行うことを認めることを決めた。

看護師の医療行為をめぐっては、国家試験を新たに設けて、より高度な行為を認める案が一時検討されたことがあるが、安全性が確保できないなどとして医師側からの反対が強く、今回の見直しは医療行為の範囲を絞り込んで認める内容になっているのが特徴となった。

看護師養成方法などを検討している「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」(座長:有賀徹・昭和大学病院院長)は、今年10月に看護師が行う難易度の高い診療の補助行為「特定行為」の研修方法を議論している。

研修方法の大枠は、個別の特定行為の研修と、全ての特定行為に共通する基本的な知識や技能の習得を目的とした研修、の2つに分ける方針で検討しており、検討会では基本的な知識や技能の習得について議論が集中した。グループ委員の大方の考え方は、「特定行為は、看護学ではなく医学の視点で不可欠」という点で一致している。「医師型思考」の看護師養成が望まれるという点で、高度な医療行為となる。

厚労省は、制度の見直しを盛り込んだ看護師の業務を定めた法律(保健師助産師看護師法)の改正案を来年の通常国会に提出し、2年後の2015年導入を目指したいとしている。

なお同案は、法案通過後に設置される審議会ですら改めて議論され、最終確定する。

慢性疾患の子ども医療費、負担上限引き上げる案固まる 厚労省専門委員会 小児がんなどを患う医療費の助成見直し

厚労省は 11 月 1 日に開いた特定疾患児対策専門委員会（五十嵐 隆委員長 = 国立成育医療研究センター総長）で、「症状の特に重い子どもの家庭に、新たに負担を求めること」とする特定の慢性疾患を患う子どもの医療費助成で新たな助成案を提示した。

小児がんなど長期の療養が必要な子どもの病気の医療費については、自己負担の限度額を保護者の年収に応じて設けたり、症状が特に重い場合は全額免除したりする助成制度があり、昨年度はおよそ 11 万人が対象となっている。厚生労働省は現在、対象となっている 514 種類の病気をおよそ 600 種類に拡大する一方で、患者の自己負担についても見直しを進めていた。

新しい案は「負担の割合を 2 割に引き下げ」とする一方で、「助成の対象とする病気の種類を拡大」し、「負担上限引き上げ」（保護者の年収に応じて設けている患者の自己負担の限度額を、一部を除いて引き上げ）となる新助成案を専門委員会に示し大筋で了承された。

この医療費助成の新制度案は、小児がんや慢性腎炎など特定の慢性疾患を患う子どもが対象で、保険診療が 3 割負担となっている小学校入学後の医療費負担を 2 割に引き下げた上で、自己負担の限度額を年収に応じて 5 段階に分け、最高月額 1 万 1500 円から 2 万 2200 円に引き上げる内容となっている。

これは大人の難病医療費助成制度の見直しに歩調を合わせ、対象疾患を 80 ~ 100 疾患

増やす一方、重症患者にも一定の負担を求めることとした。この見直しで、新規の対象疾患では負担は減るが、従来からの一部の対象疾患では負担が増える可能性もある。子供の医療費は、年齢によって自己負担分を全額補助している自治体もある。

18 歳未満が対象の現行制度は 514 疾患について、年収によって月額 1 万 1500 円までの自己負担限度額を定めている。12 年度は約 11 万人が助成を受け、医療費は約 1880 億円であり、保険診療では小学校入学前は 2 割負担、入学後は 3 割負担で、月額限度額と比べて低い方を支払うことになっている。

新制度案では自己負担限度額を 5 区分に分け、夫婦と子供 1 人世帯の場合、生活保護世帯では負担免除 年収の目安が 80 万円未満では 1500 円 年収 80 万円以上 200 万円未満は 3 千円 年収 200 万 ~ 430 万円は 6 千円 年収 430 万 ~ 630 万円は 1 万 2300 円 年収 630 万円以上は 2 万 2200 円となっている。

委員の一人で NPO 法人「難病のこども支援全国ネットワーク」の小林信秋会長は「ある程度の負担はやむを得ない。医療費助成だけでなく、福祉制度の拡充と周知も徹底してもらいたい」と要望した。

厚労省は来年の通常国会に法律の改正案を提出し児童福祉法を改正、2015 年 1 月の施行を目指している。

介護保険事業状況報告の概要

(平成25年7月暫定版)

概 要

1 第1号被保険者数 (7月末現在)

第1号被保険者数は、3,126万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数 (7月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、572.4万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約17.8%となっている。

3 居宅(介護予防)サービス受給者数 (現物給付5月サービス分、償還給付6月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、351.5万人となっている。

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数 (現物給付5月サービス分、償還給付6月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、34.7万人となっている。

5 施設サービス受給者数 (現物給付5月サービス分、償還給付6月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数施設サービス受給者数は88.8万人で、うち「介護老人福祉施設」が47.9万人、「介護老人保健施設」が34.2万人、「介護療養型医療施設」が7.1万人となっている。34.7万人となっている(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計は一致しない)。

6 保険給付決定状況(現物給付5月サービス分、償還給付6月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、7,141億円となっている。

(1)再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅(介護予防)サービス分は3,638億円、地域密着型(介護予防)サービス分は719億円、施設サービス分は2,374億円となっている。

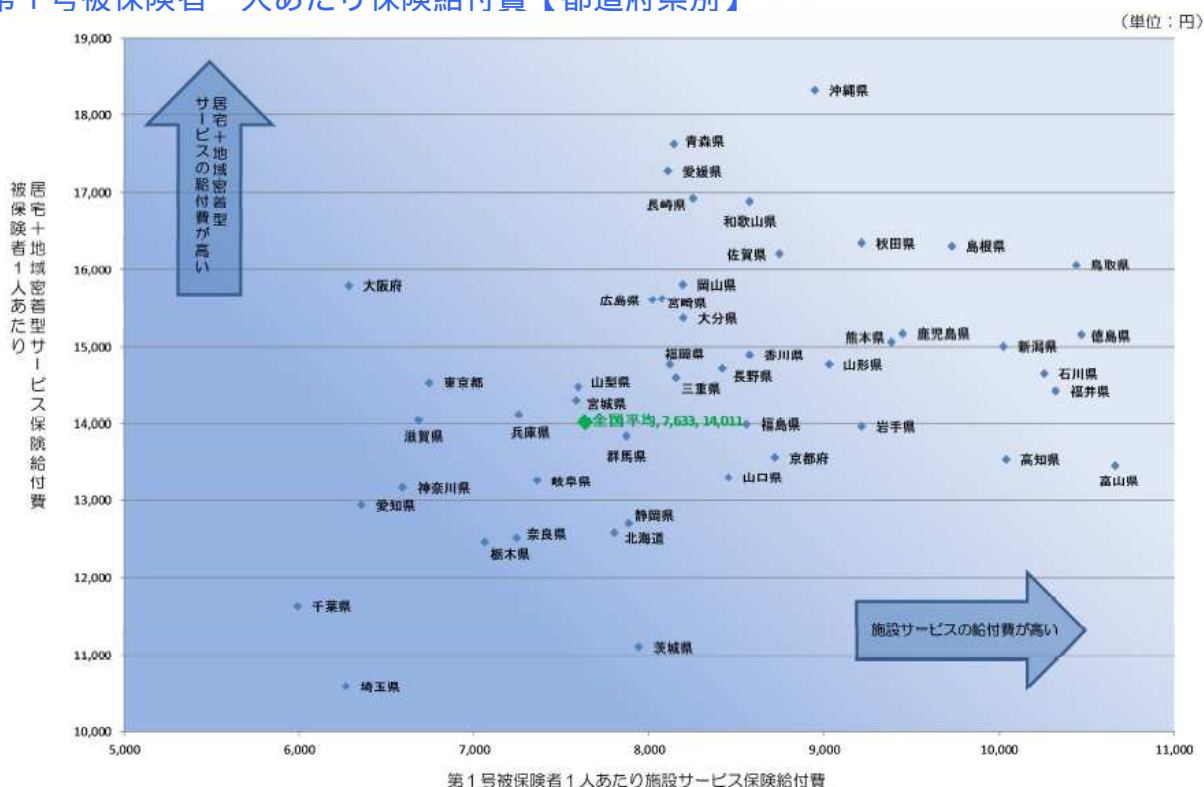
(2)再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

高額介護(介護予防)サービス費は124億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は20億円となっている。

(3)再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は266億円、うち食費分は197億円、居住費(滞在費)分は69億円となっている。

第1号被保険者一人あたり保険給付費【都道府県別】



出典:介護保険事業状況報告(平成25年5月サービス分)

高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費は含まない。
保険給付費については、第2号被保険者分を含んだ数値を使用している。

介護保険事業状況報告の概要(平成25年7月暫定版)の全文は、
当事務所のホームページ「経営 TOPICS」よりご確認ください。

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対策のポイント



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 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
ルール チェック 算定	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



2 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 ックル定	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
チェ医薬品 ック	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
チェ診療行為 ック	実施回数	特定の診療行為が過剰に算定されていないか
チェ審査履歴に 照らした過去の ック	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。

3 院内全体で取り組む査定減点対策のポイント

■ 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されています。

突合・縦覧点検に対応するポイント ~ 診療所関連

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

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

算定ルールの周知

禁忌・併用禁忌も対象に

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。

同様の査定が継続してしまう

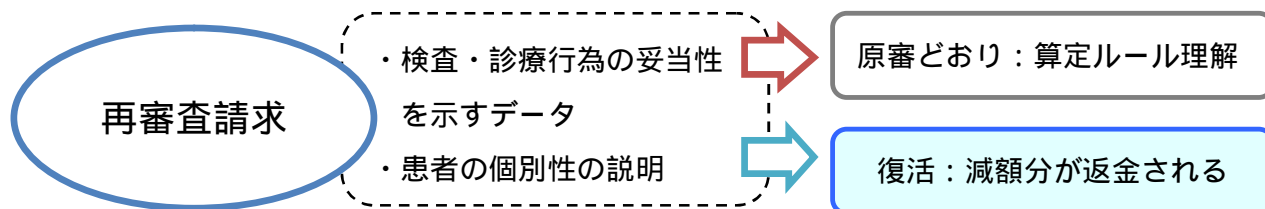
納得できない査定であっても、縦覧点検では過去の審査履歴とも照合されるため、対象となった検査や処置と同様（算定回数制限がある場合など）の内容があれば、次回以降も減点の査定を受け続けることになります。

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。

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。

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。

経営データベース ①

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 未収金防止策



厚生労働省における未収金問題の検討

医療機関の未収金問題について、厚生労働省における検討と解決の方向性とはどのようなものでしょうか。



窓口負担金の未払いの増加問題は、四病院団体協議会など病院団体が中心となり、病院を対象とする実態調査が行われてきましたが、年額 370 億円（約 5,500 病院）に上る全国での合計額が明らかになりました。

こうして悪化をたどる一方の未収金問題について、厚生労働省においても、平成 19 年度から「医療機関の未収金問題に関する検討会」を立ち上げ、課題を整理したうえで解決に向けた方策を検討する取り組みが始まっています。

「医療機関の未収金問題に関する検討会」における検討項目

未収金発生理由・回収等の取り組み
保険診療契約についての学説・判例整理
応召義務についての整理・これをめぐる課題 等

このように、現在までは病院の未収金問題を中心とした議論が続いていますが、無床であっても、保険外診療など高額な治療を実施するクリニックの場合、高額な未収金が発生するケースも少なくありません。

未収金の最終負担者に関する議論の概要

厚生労働省検討会における議論内容のうち、「保険診療契約についての学説・判例」と「応召義務」に関する整理については、法的な解釈問題も含めて、判例等をベースにした検討がなされています。医療機関、保険者、被保険者である患者の三者間診療契約における契約関係に関する議論が進められていますが、特に最終手段である「保険者徴収制度」によっても未収金を回収できなかった場合の責任負担について意見が分かれています。

その主要な主張は、次のようなものです。

厚生労働省側の主張：最終的には医療機関の未収金
医療機関側の主張：最終負担者は保険者であるから、医療機関ではなく保険者
自らが回収すべき

未収金の最終負担に関する責任問題は、診療契約の法的性格を解釈する過程での議論でもあることから、また、未収金が発生してから回収することは非常に困難であり、まずはこれの防止策の検討が喫緊の課題であることについて、双方賛同の下で、未収金の発生原因別に防止策が検討されることとなりました。

経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 未収金防止策



法的手段の選択肢

督促を行っても未収金の支払いに応じてもらえない場合に、法的手段を講じるにはどのような手続きを取るのでしょうか。



法的手段の選択肢～適切性の判断基準

電話・文書・訪問の順番で督促を行っても、患者側に支払に応じてもらえない場合には、法的手段を講じるという選択肢も検討しなければなりません。実際に、このような回収プロセスに費やすコストを勘案し、弁護士に依頼して債権回収を実施している医療機関もあります。回収にかかる職員の人件費と時間に比しては、弁護士に対して成功報酬を支払っても回収実額が増加したという例も聞かれます。

また、大部分の医療費未払患者は、経済的理由や現金の持ち合わせがないなど、確実な回収の方向へ解決を図ることができるケースですが、当初から支払意思のない患者に対しては、直ちに法的手段を取ることも必要でしょう。

【裁判所による法的手続き】

支払督促	少額訴訟	民事調停
------	------	------

裁判所による法的手続きとして取りうる代表的な選択肢には、上記の3つが挙げられます。いずれも万能ではなく、全額の回収に至るとは限らない一方で、裁判所を介在させた手続きであるため患者側に心理的な圧力を与えることができ、さらに結果として回収へのモチベーションになりうるものです。

上記の法的手続きを比較すると、次のように整理できます。

【法的手続きの比較表】

	支払督促	少額訴訟	民事調停
概要	債権者の申立に応じ、書面審理のみで簡易裁判所が債務者に支払を命じる督促状（支払督促）を送付する制度	60万円以下の金銭支払請求について、原則審理1回即日結審となり、簡易裁判所が迅速に判決を下す制度	当事者の間に、裁判官や民間有識者から選ばれた調停委員が入り、双方の主張を整理して話し合いにより解決を図る制度
メリット	請求金額に上限なく簡便な手続きで費用が安い	通常訴訟より手続きが簡略で、低コスト 審理1回、即日判決	第三者が公平な立場で意見調整する 低手数料で手続き容易
デメリット	債務者からの異議申立により通常訴訟に移行する（時間とコストを費やすおそれがある）	請求額に上限（60万円）あり 同一管轄裁判所に対する訴訟提起は年に10回を限度とする	調停不調あるいは相手方が話し合いに応じなければ、訴訟へ移行する可能性がある