

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.757 2023.1.31

医療情報ヘッドライン

**ゾコーバに高額薬新ルールを適用へ
市場規模を最大4,860億円と試算**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

**「コロナ病床確保料」の実態を調査
会計検査院の報告書を受けて**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2023年1月27日号

**オンライン資格システム導入の
原則義務化を議論**

経営TOPICS

統計調査資料

**介護保険事業状況報告(暫定)
(令和4年8月分)**

経営情報レポート

**適切な対応で患者満足度向上につなげる
患者クレームの要因とその対処法**

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

**診療行為伝達方法の整備
院内連携体制の構築ポイント**

発行:税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

ゾコーバに高額薬新ルールを適用へ 市場規模を最大4,860億円と試算

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、1月25日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、新型コロナウイルス治療薬「ゾコーバ」（塩野義製薬）が保険収載された際、“高額医薬品の新ルール”を初めて適用する方針を示した。

“高額医薬品の新ルール”とは、通常の薬価算定の手続きに先立ってすぐ中医協総会に報告し、薬価算定方法の議論を行うというもの。

「ゾコーバ」は現在、緊急承認を経て国が買い上げて医療機関・薬局へ無償譲渡をしているが、保険収載された際は市場規模が最大4,860億円と巨大になる可能性がある。

そうなる医療保険財政に多大な影響を与えるため、厚労省が先手を打った形だ。

■年間1,500億円超が新ルールの対象

高額な医薬品が上市されれば、当然ながら医療保険財政を圧迫する。他方で、有効性・安全性が確認された医薬品は、治療に必要なため保険適用されるのが大原則だ。

厚労省がとりまとめた「令和4年度薬価制度改革」の資料には、「中医協における主な意見」としたうえで、「高額薬剤に関してもこの原則は同じ」と明記されている。

一方、市場規模が大きくなっているのに、薬価の再検討をしなければ財政を圧迫するのは必定だ。

革新的ながん治療薬として大きな注目を集め、保険収載時に72万9,849円という薬価となったオプジーボをはじめ、近年医薬品の高額化が進んでいることも背景にある。

従来は再算定や最適使用推進ガイドラインで対応してきたものの、今後対応困難な薬剤

が上市される可能性は否定できない。

そこで「令和4年度薬価制度改革」では、年間1,500億円の市場規模を超えると見込まれる品目が承認された場合、通常の薬価算定のスケジュールに乗せず、すぐ中医協総会で議論を開始するという“高額医薬品の新ルール”を決定。今回の「ゾコーバ」は、年間2,430億～4,860億円の市場規模となる試算がされたことから、初めてこの新ルールを適用することとなった。

■市場拡大再算定だと引き下げまで半年以上

注目は、現時点で「ゾコーバ」の供給数はそこまで高くないことにある。

1月16日の時点で投与された患者数は累計で約1万7,500人であり、ゾコーバが緊急承認されてからの期間の新型コロナ陽性者数に占める割合はわずか0.2%だ。このままだと市場規模は大きくならないが、「ゾコーバ」が軽症者・中等症患者を対象としているため、感染者数（陽性者数）が急増した場合、前述のような市場規模へと急拡大する。

市場拡大再算定の特例である四半期再算定でも、実際の薬価引き下げには半年以上がかかってしまうため、こうした急激な変化に対応できない。薬価が引き下げられたときには感染の波がおさまらず、再算定の意味が薄まるおそれも十分にある。

新型コロナウイルスに限らず、新たなパンデミックなど、患者数が著しく変動することも考えられるため、「ゾコーバ」への対応が今後のモデルケースとなる可能性もあり、議論の推移を注視すべきだろう。

「コロナ病床確保料」の実態を調査 会計検査院の報告書を受けて

厚生労働省

厚生労働省は、1月23日に「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）の病床確保料の適正な執行および調査について」と題した事務連絡を発出。いわゆる「コロナ病床確保料」を交付されている医療機関を対象に、適切な患者受け入れを行っているかどうかを調査することを明らかにした。

各都道府県衛生主管部（局）に対し、2月10日までに回答することを求めている。調査結果の内容次第では、緊急事態における医療機関への財政支援が必要以上に消極的なものとなりそうだ。

■「機会損失を上回る額」の 交付を受けた医療機関も

この調査は、1月13日に公表された会計検査院の報告書を受けてのものだ。

その報告書によれば、新型コロナ患者の受け入れを促すため「病床確保料」を交付した医療機関の病床利用率は、感染拡大期でも平均6割程度だった。

そこで会計検査院は、496医療機関を検査し、確保病床の病床利用率が50%を下回っていた医療機関に対してアンケート調査を実施。3割程度が「確保病床への患者の受け入れを断ったことがある」と回答しており、中には「看護師等の人数を増員できた場合に受入可能となる病床が含まれていたが、実際は想定していた人数を確保できなかったため、都道府県調整本部等からのコロナ患者等の入院受入要請を断っていた」という医療機関もあった。

さらに、各医療機関の入院患者にかかわる

診療報酬額と病床確保料上限額とを比較したところ、「医療機関によって大きな差が生じており、「機会損失を上回る額の交付」を受けている医療機関もあったという。

つまり、コロナ患者を受け入れるよりも、空床のままにしておいたほうが多くの金額を得られたというわけだ。

■20～21年度の2年間で交付額は3兆円超

会計検査院は、この調査結果を受けて次の所見を示した。

- 医療機関において、確保病床の運用に必要な看護師等の確保が困難になった場合には、都道府県と当該医療機関との間で病床確保補助金等の交付対象となる確保病床数を適宜調整するよう、都道府県に対して指導すること。
- 病床確保料上限額の設定等が適切であるか改めて検証し、その検証結果を踏まえて、確保病床に係る病床確保料については入院コロナ患者等の診療報酬額を、休止病床に係る病床確保料については休止前入院患者の診療報酬額をそれぞれ参考にするなどして、病床確保料上限額の設定を見直したり、医療機関の医療提供体制等の実態を踏まえた交付金の交付額の算定方法を検討したりして、交付金の交付額の算定の在り方を検討すること。

ちなみにコロナ病床確保料の財源は、「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」。第1回目の緊急事態宣言が発令された2020年4月に開始され、当初は1床当たり1日最大9万7,000円だったが、その後2回にわたって引き上げが行われ、最大43万6,000円まで拡充。2020年度、2021年度に交付された額は約3兆1,000億円だった。

医療情報①
 社保審
 医療保険部会

オンライン資格システム導入の 原則義務化を議論

厚生労働省は1月16日、「第162回社会保障審議会医療保険部会」（部会長＝田辺国昭・国立社会保障・人口問題研究所所長）を開催し、今年1月26日から電子処方箋の運用が開始されることを見据え、オンライン資格確認の導入の原則義務付けに係る経過措置及び加算の特例措置について審議した。

●電子処方箋モデル事業を紹介

事務局は、昨年10月31日から開始された、山形県酒田市を始めとした4地域38の医療機関・薬局における電子処方箋モデル事業を紹介。昨年10月31日～12月31日におけるモデル事業のデータ登録件数は9万241件（医療機関6万5184件、薬局2万5057件）、重複投薬等チェック実施件数は15万5812件（医療機関10万4105件に対し3812件を検知、薬局5万1707件に対し4337件を検知）に上ると報告した。今後、各地域で準備が整った施設から順次参加するとしており、近日中に運用開始施設名について公表する見込みだ。

また、同日の医療保険部会で事務局は、マイナンバーカードと健康保険証の一体化、そして、2024年秋をめどとする保険証廃止に伴い、訪問診療・柔整あはきなどへのオンライン資格確認導入やマイナンバーカードの取得の徹底などの課題に取り組むため、昨年12月にデジタル相、総務相、厚生労働相の参加による「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」、及び「専門家ワーキンググループ」が設置されたことを報告。今後、同検討会などで、以下などをテーマとして検討を行うと説明した。

- ▼特急発行・交付の仕組みの創設
- ▼市町村による申請受付・交付体制強化の対応
- ▼紛失など例外的な事情によりマイナンバーカード不所持の場合の取り扱い
- ▼保険者の資格情報入力のタイムラグなどへの対応
- ▼代理交付・申請補助

●オンライン資格確認の導入状況、申込数は90.8%

厚労省は、オンライン資格確認の導入の原則義務化に向けた取り組みとして、昨年8月に医療関係団体（日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会）により設置された「オンライン資格確認推進協議会」との説明会を実施するとともに、デジタル庁・経済産業省とも連携して「システム事業者導入促進協議会」を昨年6・8・11月の計3回集中的に開催し、改修完了に向けた導入計画の策定を依頼するなどシステム事業者に対する働きかけを強化してきた。

その結果、23年1月8日時点の医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況は、顔認証付きカードリーダー申込数が全22万9936施設に対して20万8719施設（90.8%／義務化対象施設に対する割合は97.7%）、準備完了施設数（カードリーダー申込数の内数）が11万2307施設（48.8%／義務化対象施設に対する割合は52.6%）、運用開始施設数（準備完了施設数の内数）が9万3378施設（40.6%／義務化対象施設に対する割合は43.7%）まで進んでいることが分かった。（以降、続く）

医療情報②
 厚生労働省
 関係者会議

地域・職域連携の在り方を議論

～2022年度地域・職域連携推進関係者会議

厚生労働省は1月19日、「2022年度地域・職域連携推進関係者会議」を、会議とシンポジウムの2部形式で開催した。

会議の冒頭、厚労省健康局長の佐原康之氏は、「コロナ流行下においては、生活習慣病と感染症リスク重症化の関係性が改めて認識された。自粛の中での健康保持の課題も明らかになり、平時からの健康づくり、セルフケアの重要性について認識するきっかけとなった。『健康日本21（21世紀における第二次国民健康づくり運動）』では地域保健と職域保健の連携が非常に重要な位置付けとされ、現在、24年度から開始される次期国民健康づくり運動プランにおける議論では、誰一人取り残さない健康づくりの展開や、より実効性を持つ取り組みの推進が指摘されている。地域保健と職域保健の連携においては、地域・職域連携推進協議会の開催にとどまらず、地域住民のヘルスプロモーションを見据えた事業の展開が必要となる。本日の会議で得られた知見を生かし、地域の健康づくりが推進されることを期待する」と挨拶した。

わが国の保健事業は、乳幼児から高齢者までさまざまな制度を根拠に実施されていることで、その目的、対象者、実施主体、事業内容などがそれぞれ異なり、保健事業の継続性が途絶えてしまうことや、地域全体の健康課題が正確に把握できないなど、制度間の連携が十分でないとの指摘を受けてきた。

さらに、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（12年厚生労働省告示第430号）では、地域・職域連携推進協議会が中心となり保健事業者相互の連携の促進を図る必要性があるとされている。

このような課題などへの対応として、05年度より同会議を開催しており、地域保健と職域保健が連携した各種施策の展開に必要な知識や情報の提供、実施事例の報告などを行い、地域・職域のさらなる連携の充実・強化を図ることを目的として「地域・職域連携推進関係者会議」が設置されている。（以降、続く）

介護保険事業状況報告 (暫定) (令和4年8月分)

厚生労働省 2022年11月11日公表

概 要

1 第1号被保険者数 (8月末現在)

第1号被保険者数は、3,590万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数 (8月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、696.9万人で、うち男性が221.6万人、女性が475.3万人となっている。

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19.0%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである。)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数 (現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、413.4万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、90.7万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

5 施設サービス受給者数 (現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

施設サービス受給者数は96.0万人で、うち「介護老人福祉施設」が56.8万人、「介護老人保健施設」が34.5万人、「介護療養型医療施設」が0.8万人、「介護医療院」が4.2万人となっている。

(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、4施設の合算と合計が一致しない。)

6 保険給付決定状況 (現物給付6月サービス分、償還給付7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、8,820億円となっている。

(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4,271億円、地域密着型(介護予防)サービス分は1,431億円、施設サービス分は2,639億円となっている。

(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218億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は59億円となっている。

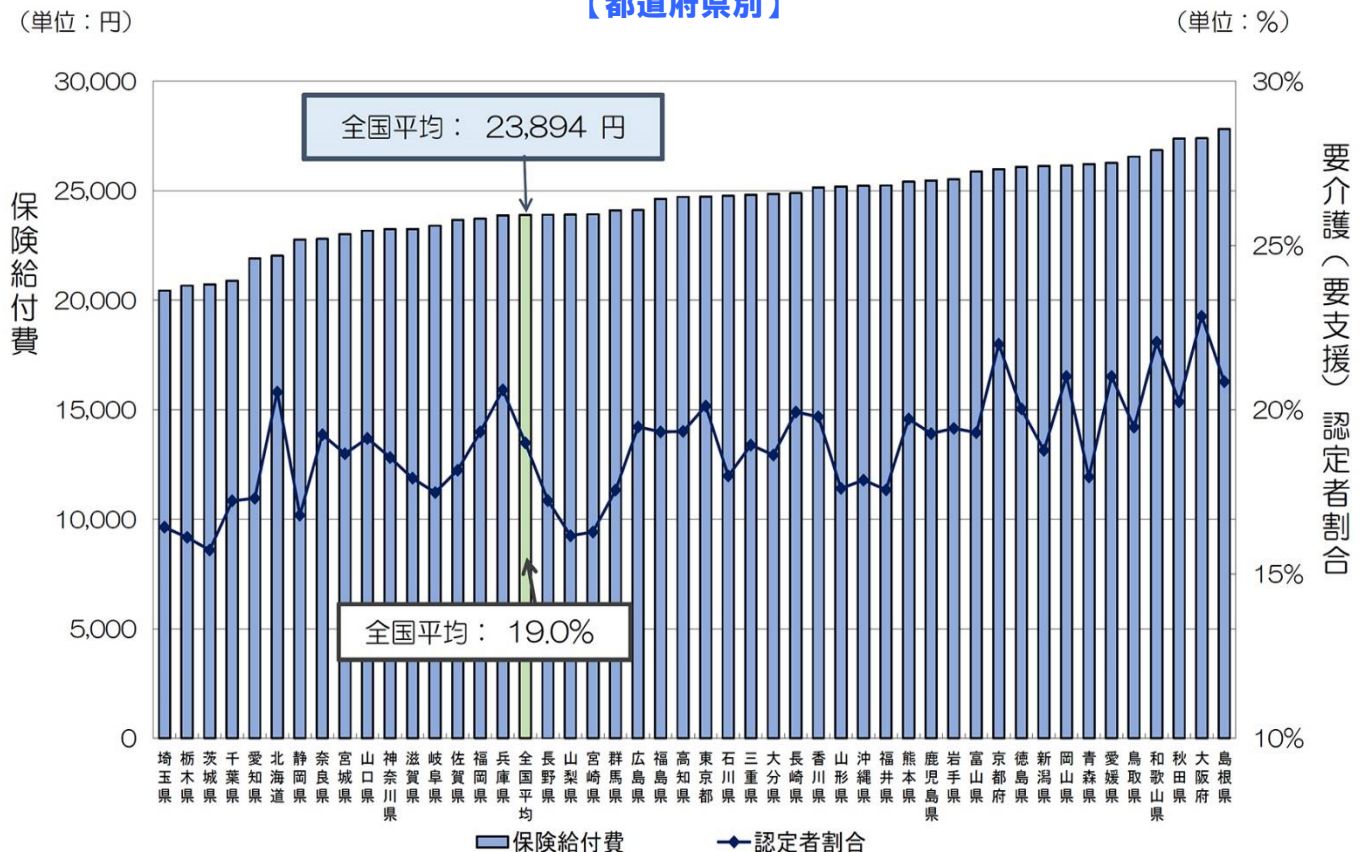
(3) 再掲:特定入所者 介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は203億円、うち食費分は109億円、居住費(滞在費)分は93億円となっている。

(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である。)

第1号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護(要支援)認定者割合

【都道府県別】



※1 保険給付費(第2号被保険者分を含む)には、高額介護(介護予防)サービス費(各月)、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む。
 ※2 要介護(要支援)認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。
 ※3 保険給付費は、令和4年6月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護(要支援)認定者数は、令和4年6月末実績である。



経営情報
レポート
要約版



歯科医院

適切な対応で患者満足度向上につなげる

患者クレームの 要因とその対処法

1. 患者クレーム増加の背景と要因分析
2. クレームを予防する事前対策
3. クレーム発生時の対処法
4. 代表的な事例と対応における留意点



■参考資料

【「歯科医院の医療過誤とクレーム対策の実際」セミナーより】

講師：株式会社M&D医業経営研究所 代表取締役 木村 泰久 氏

【モリタ DENTAL PLAZA ホームページ】：クレーム対応の注意点より

【厚生労働省】：療養担当規則より

1

医業経営情報レポート

患者クレーム増加の背景と要因分析

現在、インターネットを活用したSNSなどの普及により、歯科医療知識にも触れやすくなっているとともに、歯科医療に対するニーズの複雑化、多様化が起っています。

しかし、その中には間違った医療情報や一方的な悪評判・悪口も多々存在し、患者はその見分けがつかず、そのまま信じてしまうということがあります。その情報を鵜呑みにして、受けた診療によって生じた疑問や不満を、歯科医院へクレームとしてぶつける、という流れになっています。このようなマイナス情報を、プラスの力として変えるために、患者からのクレームを歯科医院への強い要望と捉え、予防対策を講じて患者満足度向上につなげる必要があります。

■ クレーム増加の背景

歯科診療を行う上で、法的な問題が生じることは確かにあります。特にここ数年、患者から歯科医師会、保健所、弁護士事務所等への「医療ミスではないか」という相談件数が増加しているようです。しかし、年々医療技術が発達している状況と歯科治療機器の進化している現状を考えるとミスが増加しているという事は考えにくいです。

考えられるとしたら、TV やラジオ、インターネットや SNS の発達で、様々な情報があふれていること、また、患者の権利意識が高まったこと、そして少数であっても対歯科医院に損害賠償等を行った事が広まっているという事が考えられます。

■ クレーム増加の背景

- メディア（TV、ラジオ、SNS 等）の影響で、患者側の権利意識が高まったこと
（物言う患者の増加）
- 権利意識の高まりと反比例するように、歯科医師に対する信頼が揺らいでいること
（医療過誤事件が多く報道されることで、歯科医師が絶対であるという時代ではなくなった）

■ 患者クレームの要因分析

（1）診療行為・診療内容に関する項目

診療行為や内容に対するクレームは様々あります。実際の診療行為に対するクレーム以前に、診療に関する説明不足から発生しているという事例もあります。

インフォームドコンセントやコミュニケーション不足があり、診療後も治らないといったクレームも、事前の説明不足等が一因となっている事があります。

その他、待ち時間が長い、予約しているのに待たされる、受付会計専門が居ないため、受付時や会計時に時間がかかる、といったものもあります。

2

医業経営情報レポート

クレームを予防する事前対策

クレームの対処方法の確立も大事ですが、クレームが起こらないようにする予防への取り組みが必要です。診療の技術向上の研修や患者との接遇力、コミュニケーション能力の向上、診療行為への患者との書面による契約、バリアフリーへのリニューアル工事、治療ユニットの大掃除、予約システムの導入等による待ち時間対策等、様々な手法があります。

■ クレーム予防対策

(1) 診療への技術向上対策

外部への臨床研修やセミナー（コロナ禍のためリモートによる研修等）への参加や、院内で実技指導を繰り返し行います。土日や夜間の診療を行っている研修時間を取ることは難しいかもしれませんが、診療の質の向上のために時間を取りましょう。

一つひとつの診療行為も大事ですが、受付から診療、検査、会計まで一貫した模擬診療もクレーム防止に役立ちます。患者役はスタッフに行ってもらいます。普段当たり前に行っている患者対応が、第三者の目には、態度や言葉使い、表情、会話のタイミング等で気になる点が出てくるかもしれません。診療技術だけでなく、接遇力向上につながります。

■ 診療への技術向上対策

- 院内、院外の臨床研修やセミナーへの参加（リモート研修も含む）
- 患者来院時から会計迄の模擬診療を行う

(2) コミュニケーション能力の向上対策

クレームで多いのが、患者の話を聞かない、説明がない、もしくは説明が少ないといった内容です。初対面になる初診時からコミュニケーションを取れるよう研修が必要です。

コミュニケーションを上手に取る方法は、話し方と聞き方です。

■ コミュニケーション能力の向上 話し方と聞き方

「話し方」

- | | |
|------------------|--------------------|
| ● 分かりやすく誠実に話す | ● 場面・目的・相手を明確に意識する |
| ● 話す内容を整理してから始める | ● 相手に合わせた話し方にする |
| ● 聞きやすい音量を心がける | ● 結論を先に話し、内容を後に話す |
| ● 一文を短くする | ● 主語と述語を近づける |
| ● 話のキーワードを意識する | ● 話の間（呼吸の間）を作る |

「聞き方」

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| ● 相手の目を見て、静かに穏やかに聞く | ● うなずきや相づちをタイミングよく入れる |
| ● 正確に聞く（オウム返しで確認） | ● 感心した表情や優しい表情で聞く |
| ● 患者が言葉に詰まっても促さない | ● 言いたい事が先に判っても遮らない |

3

医業経営情報レポート

クレーム発生時の対処法

クレームの多くは些細なことをきっかけにして発生します。「クレームになりそう」と感じた場合には、すぐに適切な対応を取る必要があります。

■ クレーム対応のルールづくり

クレームが発生した場合を想定してルールを決めておくことが重要です。誰が対応するのか、記録を付け、冷静に対応することがポイントです。

その場しのぎで損害賠償や金銭での解決を図るようなことは逆効果になる可能性があります。

■ クレーム対応のルール

- クレームは告げられたスタッフが対応するのではなく、院長や責任者へ取り次ぎ、対応する(副院長、事務長がいる場合は、院長以外の責任者が対応する)
- クレームを受ける場所は、受付や待合室、診察室ではなく、院長室や応接室など、個室で対応する：他の患者に聞かれないようにし、また、患者自身が冷静になる時間と空間を与える
- 複数で対応する：数的有利な状況を作り、訴えを確実に聞き取る
- 経緯を記録(メモ・録音など)する：場所や時間及び訴えについて記録する
- 院長やスタッフの自宅電話や携帯電話の番号は教えない：防犯上、クリニックの電話番号以外は教えない
- 交渉は対等な立場で行う：明確に医院側のミスでない限り、お互いの立場は対等な関係であることを認識する。但し、患者は専門の知識がないため、弱い立場と認識し、気配り、心配りは忘れない
- 怒りによって感情が高ぶっている場合が多く、心を鎮めるような言葉を選ぶ

■ クレーム対応時の禁止事項

- 言い訳をする
 - 言ってはいけない単語：「絶対」「普通は」「どこの歯科診療所でも」「他の患者は」
 - 話をさえぎらない：相手はまず自分の主張を聞いて欲しいので、全部静聴する
 - 迷惑そうな態度を取らない、表情を作らない
 - 時間を気にして、後日聴く、ということはしない
- ※じっくり話を聞き、医院側の説明を行った後、結論や解決策を提示するのに後日とするのは良いが、話を聞く場面までは後日にはしない

■ クレーム対応時の注意点

クレーム対応時には様々な注意点があります。ルールに基づいて対応するのは基本ですが、その場でなければ判断がつかない場合もあります。その時の患者の感情やクレームの対象となったスタッフの思い、事実と思い込み等、はっきりしていることと、目に見えないことが混在しているのが当たり前です。その現状を踏まえ、対応しなければいけません。

患者とスタッフ双方の思いと事実を聞き取りし、その上で患者に対応する必要があります。

4

医業経営情報レポート

代表的な事例と対応における留意点

クレームが発生し、その対応を間違えると訴訟になることもあります。

ただし前章でもあった通り、医療は必ず病気を治すことを確約できません。治療をすることを委任されているだけであり、このような契約を準委任契約といいます。結果を出すことは受託者の義務ではありません。そのため、ミスのない診療で完治しないことは問題ないとしても、説明をしていない、医療ミスがあった、接遇に問題があった等、別な要素へのクレームに対しては、謝罪や損害賠償等の責任が発生する可能性があります。

クレーム対応の事例を知り、自医院でもし起こった場合に備えておくことも必要です。

■ 長い待ち時間と緊急時受付可へのクレーム

■ クレーム内容

完全予約制（但し、緊急の患者も受け入れます、とホームページや院内に掲示あり）の当院に、「急に痛みが出て治療して欲しい。1時間位で来院できる。」という電話が入った。受付が「予約が一杯入っているため、来院してから30分から50分位お待ちいただきますが、それでよろしければご来院ください。」と説明し、「それでも良いからこれから行きます。」との事で来院となった。

飛び込みの患者の前の患者の治療が思ったより長引き、1時間ほど待たせた後に診療となったが、診ると、複数本にわたっての治療が必要だったため、痛みを一度に全部抑えるのは難しいことを説明し、本日の分の治療を終了し、次回の予約を取って帰宅してもらった。

その後、同患者より医院へ電話があり、「待ち時間が言っていた時間をオーバーしても説明や謝罪もなく、痛いから来院したのに治療後にも痛みが残り、それが当たり前だと言わんばかりだった。仕事を休んでまで来た意味が無かった。治療費を返せ。」とのクレームだった。

■ トラブルに至った原因と解決内容

1. トラブルになった原因

受電時に「先に予約があり来院しても待ってもらおう」と告げてはいたが、実際に言っていた待ち時間を超えることが判明しても、診療にあたる歯科医師から受付に、「待ち時間が少し伸びそうだと患者に説明するよう」指示をしていなかった。

さらに治療部位が複数本あるため1日で終わらすことが出来ず、痛みが残るという説明はしたが、医院側には「それは当たり前」との思いがあり、表情や態度、言葉使いに素っ気なさが出て、患者の気持ちに寄り添えなかった。

2. 解決内容

電話を掛け直し、説明不足や思いやりが足りなかったことを謝罪し、今後はもっと患者の気持ちを汲み取り、思いやりのある態度や言葉で対応することを約束した。

また、実際に待ち時間があること、複数本の治療の為に痛みが残ることを告げていて、カルテにも説明を記載してあったことも伝え、治療費返還は取り下げてもらい、謝罪は受け入れてもらった。

ジャンル:診療・介護報酬 > サブジャンル:診療報酬適正化

診療行為伝達方法の整備

診療行為伝達方法の整備について 解説してください。

診療報酬算定は、診療行為の発生源から、診療現場と医事請求事務の間
 の情報の流れの集大成であるといえます。診療情報が発生する各現場（病棟、
 手術室、外来等）における個々の問題の抽出と、具体的な院内業務の改善方
 法としての取組には、次のようなものが挙げられます。

1. 診療行為の確認ポイント

①診断、治療方法(検査、処方及び処置)

カルテ記載の問題として、どんな症状か、それはいつからかといった患者情報と、診療報酬上では、それに対する処方、処置、検査の実施の裏づけとなる処方箋、処置伝票、検査依頼書や、日常的な注意事項としての指導記録が適切に記載されていることが最も重要な項目です。

②患者の病名と転帰

診療報酬請求する上で、傷病名は必須であるとともに、その症状が継続しているのか、任意的に中止されているのか、軽快・治癒に至ったのかが傷病名欄に記載されなければなりません。また、確定診断に至る前であってもはいわゆる疑い病名の記載も必要となります。

③診療の年月日等

転帰との関係性もありますが、診療報酬上は、初再診の区分や加算の対象となる休日や時間外・深夜等の受診時間の記載は収入に直接結びつきます。

2. マニュアル化、記載要領等の作成

記載漏れの頻度の高い項目に関して標準化を図る（特定疾患療養指導料、生活習慣病指導料、退院時指導料等）。また、レセプト上その傷病名から導かれる診療行為との整合性を図るためには、レセプトの症状詳記も必ず添付するようにしなければなりません。

3. カルテ・伝票様式の改善

(1)カルテ様式の検討

- 指示と指示受け、実施の相関関係が明確に判断できる様式。（医師が自ら出した指示が確実に実施されたかを確認できる仕組み）
- 指示が変更になった場合に一目でわかるような様式

(2)伝票様式の検討

- 色・・・・・・・・他の伝票類との区分を容易にする。
- 種類・・・・・・・・継続行為と単日行為等（定期処方箋と臨時処方箋等）
- 配列・・・・・・・・頻度の高いものを見やすい位置に配列
- 相関関係・・・・一連の行為やパターン化しているものは、同一枠内に配置
- 複写枚数・・・・使用目的ごとに各関係部門の枚数複写（病棟、薬局、医事課等）転記防止のためには必須。

4. 伝票記載方法の作成(伝票マニュアル化)

診療報酬算定上で必要な情報の整理を行い、記載要領の作成を実施し、診療部門に理解を得ることを目標とします。

ジャンル:診療・介護報酬 > サブジャンル:診療報酬適正化

院内連携体制の構築ポイント

院内連携体制の構築ポイントを
 教えてください。

コンピュータのシステム管理、チェック表の作成、相互チェック体制のルール化などがポイントになります。

1. コンピュータのシステム管理

コンピュータ自動チェックシステム活用による入力者判断ミス等の軽減を実施します。

【具体的項目】

- 初診料算定不可チェック
- 外来管理加算算定不可チェック
- 特殊疾患療養指導料算定不可チェック
- 長期投与不可チェック（向精神薬等）
- レセプト記載事項の自動化（算定日、部位記載）
 ⇒診療情報提供料、手術日、処置部位（左右、手、腕、足、指等）

【医事点数マスターの管理】

- 点数マスター管理者の選任（新規追加項目、点数改定時メンテ）
- 新規採用薬剤、治療材料購入及び価格変更の伝達ルートの確立
- 登録マスターについて、点数区分・解釈を付記し、算定根拠の明確化

2. チェック表の作成

- 請求漏れの頻度の高いものへのチェックリスト作成による確認励行
 （即日入院時の初診料、検査・画像診断料の時間外加算、退院時服薬指導料等）

3. 相互チェック体制のルール化

【医事課内部体制】

- ダブルチェックシステムのルール化
- 医事課職員のレベルの向上
- レセプト作業時の点検業務の軽減

【コメディカルとの連携によるチェック体制】

- 薬局薬剤在庫数・使用量とレセプト算定薬剤使用量との集計比較（ABC分析）
- 薬剤管理指導料の実施回数と医事課算定回数の集計比較
- 食事療養費算定件数と、給食部門食数チェック
- 外注（院内）検査センターからの請求明細書とレセプト算定回数チェック
- 画像診断造影剤在庫量とレセプト算定数とのチェック