



保険のひろば (3)



理事 平安 明

【はじめに】

昨年暮れに平成22年度診療報酬の改定率が発表された。ネットで+0.19%、本体部分が+1.55%（医科+1.74%、歯科+2.09%、調剤+0.52%）と微増で決着した形だ。医科については急性期入院医療に概ね4,000億円程度を配分することとなっており、再診料や診療科間の配分の見直しを含め従来以上に大幅な配分の見直しを行い、救急、産科、小児科、外科の充実等を図るとのことである。マイナスとならなかつただけマシという意見もあるが、全ての領域をカバーできる訳ではないので決して喜べる内容とは言えない。この原稿が掲載される頃には具体的な事項が見えてきているかもしれないが、今のところ何がどうなるか不明である。

個別指導で指摘される事項を取り上げ解説していくことをこのコーナーの主な目的としているが、ひとつご理解いただきたいのは、ここで解説していることは**今現在の指導において通用し得ること**であり、今後の医療保険政策の動き次第で指導内容も変わり得るということである。以前は指摘されなかったことを指導されたり、逆に以前指摘されたのに今回は何も言われなかったり、といったことが起こり得る。例えば、外来管理加算の時間要件は今のところ指導の対象となるが、次期改定で見直しされる可能性が高く、そうなると指導の対象ではなくなるかもしれない。医科点数表の解釈（いわゆる青本）や保険医療機関及び保険医療養担当規則（いわゆる療担）等の内容が変わればそれに応じて指導内容も変わり得るということである。医療の本筋とは大きくかけ離れているが、保険診療は限りある財源の中でやりくりしているものなので、医療提供側の理屈だけではどうにもならないことがある。

前回は保険診療の流れや保険指導の種類等を解説したが、今回は第1回目に引き続き、個別指導の際指摘される事項についていくつか取り上げ解説したい。

【指摘事項の解説】

I. 総論的事項

- 保険証の確認が定期的に行われているか。**
最低でも月一回、出来るだけ受診のたびに確認することがのぞましい。資格喪失等の見落としがないように。
- 職員の健康診断を保険診療として行っていないか。**
健康診断は、保険診療として行ってはならない（療担第20条）。外部委託の場合は特に問題ないが、自院で行う場合は、保険外診療として全て自費で行わなければいけない。自費分をどのように徴収するかは医療機関毎に工夫があってよいと考えるが、基本的に健診が保険適用外であることは間違えないでほしい。
- 実費徴収分を分かりやすく院内掲示してあるか。**
保険診療上認められている実費徴収分について、内容が分かるように院内に掲示しておく必要がある。（医科点数表の解釈平成20年4月版P838～840参照）
但し、青本に記載していないものの実費徴収に関しては基本的に認められておらず、“保険医療機関で行うこととしては不適切なので改善するように”、といった指導を受けることがある。実費徴収が可能かどうかの解釈が難しい場合は、直接九州厚生局沖縄事務所に確認するか、県医師会まで問い合わせていただくとういでしょう。
- 請求までの医事業務の確認。**
いわゆる自動算定になっていないか。医学管

料の算定等で医事部門のみの判断で一律に請求を行ういわゆる「自動算定」は指導側が最も気にする行為の一つである。

患者が窓口を受診してから最終的に自己負担を支払って帰るまでの流れが保険診療上適切かどうか一度確認しておいた方がよい。

原則的には、医師が算定要件を満たしているとしたものについて医事部門は請求することになる。つまり医師が行った医療行為がカルテからも見てとれ、それに基づいて請求が行われていることが前提である。指導の場では指導官らは、担当医が請求内容を知らないはずがない、との認識でチェックしてくるため、医師も保険請求の流れを把握しておかないといけない。医事部門でカルテをみて請求可能な医学管理料等があれば、医師に診療内容の確認をした上で請求してよいかどうかを判断している場合もあろうが、何れにしても、医師の判断とその根拠となるカルテ記載が重要で、医事部門の判断のみで請求に挙げることは不適切とみなされる。

○レセプトの最終チェックは医師（院長、主治医等）が行っているか。

先に述べたように、診療報酬の請求は医師の判断によって行われるのが原則であり、審査支払機関にレセプトを提出する前に、主治医自ら（あるいは管理者である院長等）がレセプトの点検を行うことが求められている。

医事部門が最終チェックでは、不適切と見なされる。

Ⅱ.診療に係る事項

○外来管理加算について

外来管理加算は、処置、リハビリ等行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。創傷処置等を実施した場合に誤って算定するケースがあるので注意してほしい。

○処置等

基本診療料に含まれ別に算定できない耳処置、鼻処置を誤って算定しているケースがある。基本診療料に含まれることになっている簡単な処置については、医科点数表の解釈平成20年4月版P454を参照のこと。

○悪性腫瘍特異物質治療管理料について。

上記医学管理料は、悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者について腫瘍マーカー検査

を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り算定できるものとなっている。

算定のための要件として、腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点をカルテに記載することが求められており、腫瘍マーカー検査を行っただけでは算定できないので注意してほしい。

○ビタミン剤の投与は適切か。

内服、注射剤ともにビタミンC、B群製剤は使用の都度、その必要性や効果についてカルテに記載する必要がある。

平成20年改定の際から縛りが厳しくなっており、青本にも明記されているため、指導の際はカルテに必要事項の記載がないと診療報酬の返還となる。

審査支払機関での審査ではレセプトに傷病名とコメントがあれば査定とはならないが、個別指導ではカルテに必要事項の記載がないと不十分と見なされるので、注意が必要である。ビタミン剤については長期漫然投与と見なされるケースも散見され、使用の際は必要事項のカルテへの記載を忘れないようにしてほしい。

○リハビリやデイケア実施前の診察がなされているか。

診療報酬点数は大きく**基本診療料**と**特掲診療料**に分けられている。基本診療料が基本的な医療行為に対する費用であるのに対し、特掲診療料は基本診療料に含ませることが妥当でない特別の診療行為に対しての費用として算定することとなっている。従って一人の患者に対する診療報酬は、基本診療料と特掲診療料を合算した額となる。特掲診療料は基本診療料に加えて特異な医療行為を行った場合に算定できるもので、特掲診療料だけの請求は特に規定されている場合を除いてあり得ないこととなる。

リハビリやデイケアも診療報酬点数表上、特掲診療料に含まれており、前提として基本診療料（初診、再診料等）を算定することになる。基本診療料の算定は医師による対面診察が基本にあることから、リハビリやデイケアの際にも保険請求のルール上は医師の診察が要求されることとなる。

継続した利用者が多いことから、利用者の利便性のためにと診察を省いたりすることは算定要件上も療担規則上も問題があることとなる。

大規模の施設等は現実的に対応が難しい面もあるが何とか工夫して保険請求上の問題がないようにしてほしい。

○入院基本料等の算定上の留意点

入院基本料を算定するために必要な4つの医療提供体制が出来ているか。

①入院診療計画書---必ず患者に交付。写しをカルテに添付。様式に必要な事項が含まれているかの確認（医師、看護師、その他必要職種の記載、チームで関わっていることが必要。本人または家族の署名欄）。入院後7日以内に計画書に沿って患者に説明。

- ・「主治医以外の担当者名」が記載されていないことがある。
 - ・本人・家族の署名の漏れ。
- 等に注意。

②院内感染防止対策---院内感染対策委員会の設置、月一回程度の開催、議事録の作成。週一回程度の感染情報レポートの作成。職員に対する手洗い励行、必要な消毒機材の設置など。

- ・議事録がなく、開催されているか確認できないことがある。
- ・感染情報レポートが作成されていないケース。

③医療安全管理体制---安全管理指針の策定。医療事故・インシデント報告制度の整備。委員会の設置、月一回程度の開催。職員への研修を年2回程度実施。

- ・安全管理指針が文書として作成されていること。
- ・研修会に参加した職員名簿等。

④褥瘡対策---専任医師、看護師等による褥瘡対策チームの設置。日常生活自立度が低い入院患者について「褥瘡に関する危険因子評価表」に沿って危険因子の評価がされている。

- ・チームの構成メンバーや活動内容が分かるような資料。
- ・評価表等には日付と評価者のサインを。

病院又は有床診療所にとって、これは非常に重要である。これが1つでも欠けていると算定要件を満たしていないとして、入院基本料の返還につながる可能性があるため、日頃からこれらのシステムがうまく機能しているかどうか確

認してほしい。

【おわりに】

再々確認となるが、保険医療機関に対する個別指導は保険請求上のルールを満たしているかの確認と指導を行うもので、医療水準や質、内容を検証することが目的ではない。健康保険法等に則り保険者の視点に立った指導が行われるので、どうしても無駄な投薬や検査が行われていないか、漫然とした治療が行われていないか、といった“医療機関性悪説”に立った指導が行われる可能性を孕んでいる。

医療保険担当理事の主な役割は、実際に個別指導に立ち会い、指導が適切に行われたかを見届けることである。もっと端的に言うと、根拠もなく医療機関が不正を行ったかのような不適切な指導が行われないように監視することである。

実際には当県ではそのようなことはなく、丁寧で適切な指導が行われていると言っていい。一方で、稀にはあるが医療機関側に保険診療の理解が不十分と言わざるを得ないところもあり、出来るだけ日頃から保険請求に関する情報収集等を医事担当者のみでなく医師も積極的に行ってほしいと感じることがある。

保険請求のルールづくりには政治や経済が大きく関わっており、今回の新政権下で保険医療がどのように動いていくのか、会員の皆様も大きな関心を持っていることと思う。

ここで書かせていただいていることは、あくまで保険請求上参考になると思われる事項であり、平成20年4月版医科点数表の解釈をもとに指導を行っている九州厚生局沖縄事務所等の実際の指摘事項を参考としているため、今後の診療報酬改正や厚生労働省の様々な通知等で内容は変化していくと思われる。最終的には其々の医療機関で判断すべきものだが、最新の通知等は厚労省や厚生局のHP、あるいは医師会のHPでも掲載しており、随時ダウンロード可能なため、定期的に最新情報を確認するよう心掛けていただきたいと思います。

医事担当者のみならず、医師（管理者、院長、主治医等）も保険診療の責任者として必要な情報は把握しておかれることが望ましい。