

最新・審査システム対応レセプト作成術

出席者 (50音順/敬称略): 千葉県済生会習志野病院事務次長
中央税務会計事務所 副所長
〔司会〕小田原循環器病院 医事課 課長

石井 仁
加藤 登
小笠原一志



小笠原 一志氏



加藤 登氏



石井 仁氏

1 査定・減点レセプト事例

小笠原 レセプト審査とレセプト作成術などをテーマにお話ししたいと思います。

まずは持ち寄った事例をもとに査定対策を検討し、そのあと最近の審査事情や今後の見通し、査定減や請求もれをなくすためのマネジメント、症状詳記の最適化等について討論したいと思います。

本日、進行役を務める小田原循環器病院の小笠原です。神奈川県病院

協会の保険医療対策委員会医事研究部会の役員として、県内の病院を対象にレセプトや診療報酬関係について教えているほか、神奈川県病院事務研究会の委員長も務めています。

加藤 中央税務会計事務所の加藤と申します。私は支払基金の出身で、会計事務所の顧問先の医療機関を対象として、査定や返戻に関する助言をしています。顧問先は病院より診療所が中心です。

石井 済生会習志野病院の石井です。本院が2つ目の勤務先で、14年目を迎えました。前の病院時代を含めて医事課で二十数年過ごし、今は総務課長と事務次長を兼務していますが、今でも済生会内の医事の会合には参加しています。また、全国医事研究会の理事も務めさせていただいていますので、診療報酬改定や査定・返戻などは、気を付けて見るようにしています。

小笠原 ではさっそく、査定事例の紹介に移りましょう。

事例1 ピアスによる耳垂裂に対する耳介形成術 (図表1)

加藤 私からは、診療所に多い査定例をご紹介します。

1つ目は、耳垂裂の患者の事例です。レセプトには記述がありませんが、この患者さんはピアスをされている方で、ピアスの穴がだんだん広がった症例です。この患者に、形成外科的に耳介形成手術 (K296「2」9960点) を行いました。

レセプトには、「人前で気になることが続き、深く悩んで」いたために手術を行ったとあります。

症状詳記もありますし、問題はないように思うのですが、「事由B」により、創傷処理 (K000「1」1250点) に査定されました。

確認してみると、この医院で行う耳介形成手術の多くが、同種の事例だったのです。本来、この手術は、先天的な耳介奇形の患者などに行われる手術ですから、症例数が多すぎ

図表1 ピアスの患者に耳介形成術を行ったレセプト (抜粋)

傷病名	(1) 左耳垂裂 (主) (2) 術後疼痛 (3) 術後感染症 (4) 肥厚性瘢痕 (5) 外傷性耳介切断
⑤	耳介形成手術 (耳介軟骨形成を要しない) (算定日) 11日 9960×1
B	創傷処理 (筋肉、臓器に達する) (長径5cm未満) 1250×
[症状詳記]	部位・所見: 左耳垂裂。患者自身も人前で気になることが続き、深く悩んでおり手術とした。形成外科的に耳介形成術を行った。

ると判断されたようです。傷病名から推測して、ピアスが原因ではないと思われる患者のレセプトについては9960点で通っているのですが、全体の多くが査定されました。

ポイントは、審査機関はこのような「傾向審査」を行うということです。診療所の医師は、平均的な診療行為も算定基準も他院と比較できないため、こうしたレセプトを作ってしまうがちです。

小笠原 審査機関としては、他院と比べて多いから傾向査定するのでしょうか、医療機関側には、全国的な“傾向”など見えませんか。

加藤 審査側は「傾向審査です」なんて認めませんが、全体の結果を眺めればわかるので、医師に「これは傾向審査ですよ」と伝えました。

医師にしてみれば、「どこが過剰なのか」と感じたようです。それで私は、納得のいかない症例に絞って、症状詳記を付けて再審査請求するよう勧めました。医師が納得できないと感じるものについては、再審査請求をするように勧めています。

石井 傾向的に査定されたケースは特に再審査が大事だと思います。再審査請求しなければ、支払側に「やっぱりそうだったのか」と思わせてしまう。納得いかなければ、再審査請求をする努力が必要だと思います。

事例2 静脈内注射による鉄剤投与に対する査定 (図表2)

加藤 次は産婦人科で、静脈内注射のフェジンの査定事例です。フェジンは、鉄欠乏性貧血患者に対し、「経口鉄剤の投与が困難または不適当な場合に限り使用」できるものですが、レセプトで、そうした症状の記載がもれていたため、査定されました。

私は、必要性があって注射をしたのであれば、その理由を書い

さいとお願いしました。

医師によっては、「いつも使っているから」といった理由で漫然と使用していたり、どんなケースに使える薬か知らずに使用していることもありますから、理由がない場合は、「用法などをきちんと見てください」と伝えて、以後の処方を見直していただく必要もあります。

小笠原 注射については、経口困難な患者に対してすぐに効果を得られなければいけないとき、という原則があります。この事例は、レセプトを見る限り、内服で鉄剤を投与するので問題なさそうですから、査定されても仕方ないように感じますね。

加藤 以前、経口による投薬があって、その結果や今回の体調等も考慮して注射にしたというなら、認められるかもしれない。ただ、私もこのケースについては、再審査に出しても無理じゃないかと思いました。

小笠原 不正性器出血とあるので、出血が続いていたためフェリチンを測って鉄欠乏性貧血がわかり、緊急的にフェジンを投与したのかなとも読めますが、それなら症状詳記やコメントが必要でしたね。

石井 検査の値も必要ですね。フェリチンを2回測っていますから、効果を見ていたのかもしれませんが。

時系列がわかるよう検査結果の値を示せば、理解を得られた可能性もありますね。

事例3 化学療法患者に対するHBV核酸定量 (図表3)

石井 私は、HBV核酸定量(D023「3」279点)が査定された実際の事例を紹介します。

HBV核酸定量は、B型肝炎ウイルス(HBV)の存在有無や感染の活動性を確認する検査です。当院は急性期で化学療法等も多いので、

HBVの実施数も多くあります。

事例は、直腸がんの患者さんに対し、外来化学療法中にこの検査を実施したところ、査定されたものです。レセプトを確認すると、傷病名欄に「B型慢性肝炎の疑い」という記載があるものの、それ以外のコメントがまったくありませんでした。

279点というのは、検査のなかでは高い部類です。レセ点検時にそれをどれだけ意識できるかがまず1つポイントです。点数表を見ると、疑義解釈に「医学的に妥当かつ適切であれば、差し支えない」という記載がある。つまり、点数表でも「通常の項目よりは少し気を付けろ」と注意喚起してくれているわけです。

B型肝炎にはガイドラインがあって、どういった場合にどの検査ができるかが明確です。それは逆に、画一的なB型肝炎検査の実施は認められないということです。だからこそ、実施した場合は症状詳記・コメントが必要となります。

事例を精査すると、スクリーニングのHBs抗原は陰性だったが、HBs抗体で陽性反応が出たので、HBV核酸定量を実施した経緯がありました。つまり、この患者が化学

図表2 フェジンが査定されたレセプト (抜粋)

傷病名	(1) 月経困難症 (主)	
	(2) 子宮筋腫	
	(3) 不正性器出血	
	(4) 鉄欠乏性貧血	
②①	*クエン酸第一鉄 Na錠 50mg 「サワイ」鉄 50mg 2錠 レバミピド錠 100mg「オーツカ」 2錠 シナール配合顆粒 2g 4×28	
	*フリウエル配合錠 LD「モチダ」1錠 15×21	
②②	*静脈内注射 手技料 32×7	
	*フェジン静注 40mg 2mL 2管 ブドウ糖注射液 5% 20mL 1管	18×7
⑥①	*フェリチン定量 111×2	
	*末梢血液一般検査 21×2	
	*外来迅速検体検査加算 1項目 10×1	
	*血液採取 (静脈) B-V 30×2	
	*血液学的検査判断料 125×1	
	*生化学的検査 (I) 判断料 144×1	



●石井 仁 氏 (いしい ひとし)
 社会福祉法人恩賜財団済生会 千葉県済生会習志野病院 事務次長・総務課長
 千葉県済生会習志野病院 (千葉県習志野市)
 病床数: 400床 (うちICU 6床)
 平均在院日数: 129日 (2018年度)
 職員数: 893人 (2019年4月1日)

療法を受けていて、ガイドラインに従ってHBV核酸定量を実施したことがコメント記載されていれば、何も問題はなかったんですね。この場合、「B型慢性肝炎の疑い」というレセプト病名は不要です。この事例は、再審査に出して、復活しました。これは当時、外科のレセプト点検の担当者が変わったばかりで、不慣れで見落とししたものでした。意識がそちらに向けば、今後は避けられる事例かと思えます。

小笠原 HBVは、レセプトをチェックする職員の能力に左右されがちですよね。確かに「B型慢性肝炎の疑い」は不要で、余計なレセプト病名は付けないほうがいい。このようにおかしなレセプト病名がついてると、パッと見たとき、なんとなく気持ち悪いレセプトになりますよね。ところで、医事課職員は皆、ガイドラインを見ているか。

石井 現状、ガイドラインまで見ていないと思います。我々は医師ではありませんので、その場で即座に判断する必要はありませんから、ガイドラインの内容を覚える必要はないと

と思いますが、レセプトを見たときに、自分のなかでアラートが掛かるようにはなっていないと思います。「ん？」と思ったときにガイドラインを見ればいい。そこに意識が行くか、です。

加藤 この事例も、この1枚だけでは、査定するのはむずかしいですね。審査委員が縦覧点検で見て、傾向的に切っている可能性もあるように思います。

石井 コンピュータ化で、医療機関の請求も画一的になりがちで、同じミスがたくさん出てしまうケースもありますが、同じように審査の側もやや画一的になっている気がしますね。

事例4 救急医療管理加算1の査定 (図表4)

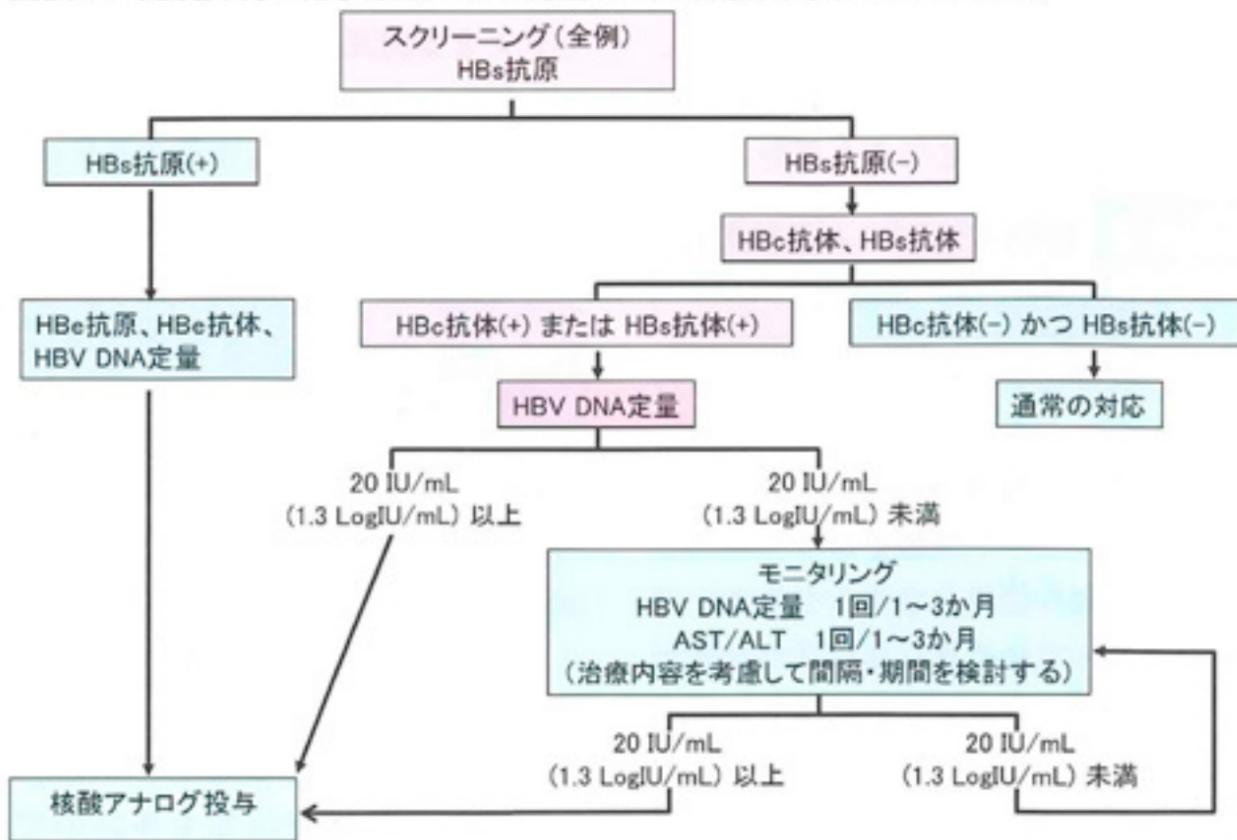
石井 次は救急医療管理加算1の査定事例です。54歳の男性で細菌性の肺炎、てんかんがあり、アルコール性肝障害をもっていた患者です。深夜に緊急搬送されて、即入院に

なったのですが、救急医療管理加算「1」が査定されました。レセプトには、体温と酸素投与下の動脈血の飽和測定の結果のほか、緊急入院に至る経緯も書いてあります。

救急医療管理加算の査定等については、都道府県で傾向が異なるうえ、県内でも病院ごとに審査結果が違ったりするので、多くの医事課で苦労していると思います。数多く査定されて萎縮してしまい、確実に認められるものすら算定してない病院もあるようです。この加算ができた頃、厚労省は「救急医療に従事している病院への評価点数なので、どんどん算定してください」と言っていたのに、あの言葉は何だったのか……。でも、実際、「救急の評価」という意図に反した算定が多々見られたことで厳格に運用せざるを得なくなった結果なのであれば、医療機関側の問題もあるかなと思います。

この患者のカルテを見ていくと、まずてんかん発作があり、意識障害等もあり、便失禁もしていることがわかりました。かかりつけ医療機関名も言えない状態だったため、緊急

図表3 免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策ガイドライン



図表4 救急医療管理加算1(900点)が査定されたレセプト(抜粋)

傷病名	(1) 細菌性肺炎 (2) 肺結核の疑い (3) てんかん	(4) 脳血管障害の疑い (5) アルコール性肝障害 (6) 湿疹
[症状詳記] 体温 39.8 度、酸素 3L 投与下にて SpO ₂ 95% 以上より呼吸不全に対する早期の加療、肺結核の疑いもあり早期の精査要するため緊急入院とした。		

図表5 赤血球輸血が査定されたレセプト(抜粋)

傷病名	(1) (主) 慢性腎臓病ステージ D5 (2) 腎性貧血 (3) 陳旧性心筋梗塞 (4) 慢性心不全
⑤	<p>* 保存血液輸血 (1 回目) 280mL (14 日) 800×1</p> <p>* 照射赤血球-LR「日赤」血液 400mL に由来する赤血球 1 袋 1773×1</p> <p>* 不規則抗体加算 (14 日) 197×1</p> <p>* 保存血液輸血 (2 回目以降) 280mL (15 日) 700×1</p> <p>* 照射赤血球液-LR「日赤」血液 400mL に由来する赤血球 1 袋 1773×1</p> <p>* 間接クームス検査加算 1 回 (14, 15 日)</p> <p>* 血液交叉試験加算 1 回 (14, 15 日) 77×2</p> <p style="text-align: right;">査定点数 5,397 点</p> <p>[症状詳記] 透析導入前慢性腎臓病により当院通院中の患者。 腎性貧血あり日常 Hb 8.0g/dL で推移していたが、3月14日 Hb 6.9g/dL と貧血の進行を認めた。 貧血の進行を止めるため2日間にわたり RCC 輸血を行った。 息切れ、倦怠感等の所見を認めており、貧血の是正を必要としている状態であった。また、慢性心不全も併発しており血圧低下傾向にあり、血行動態破綻による心不全増悪の恐れもあるため、2日間にわたり2単位の RCC 輸血を行った。</p>

で CT 撮影を行って、深夜でしたが脳外科医にコンサルトをお願いしている。当直医が緊急性、重篤性を感じていたことが伝わります。また、体温や SpO₂ から状況の悪さがうかがえます。その後、アルコール性ケトアシドーシスとわかり、飲酒について指導していました。レセプトで、こうした内容が十分に伝えきれ

なかったために査定になったと思われる。

まだ再審査の結果は戻っていませんが、少なくとも「2」は通るかなと思っています。

小笠原 当院も循環器病院で救急患者が多いので、救急医療管理加算はよく算定しますが、「1」の算定基準のうち、「ウ」の「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」については、「重篤」の程度はどのくらいだろうと思ったりします。例えば NYHA 分類でいくつ、CS でいくつなら該当するとか、明確に線引きしてくれればいいのですが。

石井 済生会では、医療事務の部会活動で医師と一緒にマニュアルを作りました。都道府県によっても差があるので、各病院で調整が必要ですが、それを指標にすると、ある程度、算定の統一性が出てきます。それでも査定があるのが現状ですが。

加藤 コンピュータ審査では、この加算を算定している患者のレセプト審査は、一人ひとりの患者の状況をレセプトから判断していますが、頻度が多いと、傾向審査により減点されるケースがあります。

この事例も、普通なら加算を算定しておかしくないんだけど、「運が悪かった」のかもしれませんが。

石井 そうだとすると、もはや審査ではない。スクリーニングですよ。

小笠原 確かに、酸素 3L 投与下で SpO₂ が 95% でも認められないなら「呼吸不全の重篤」っていくつなんだ、という話ですよ。

加藤 だから、医療機関側でできることとしては、査定されやすい項目については、3例に1例は症状詳記を書くようにするとよいと思います。



●加藤 登氏 (かとう のほる)

中央税務会計事務所 副所長・医療担当
元・社会保険支払基金職員。社会保険支払基金において審査業務に従事。現在中央税務会計事務所 副所長。一般財団法人 医療保険業務研究協会 診療報酬チームアドバイザーを併任。「個別指導で呼ばれないためのレセプト請求対策」、「個別指導を避けるためのレセプト対策」といったテーマで診療報酬、レセプト対策などの医療セミナーを行っている。

小笠原 最近は、救急医療管理加算は「2」に減算されることが多いですね。「1」の条件も曖昧なのに、「1」に準じた状態」はさらに曖昧です。そのうえ、そんなふうには査定レセが決まるとしたら、医療機関側は困ってしまいますよね。

事例5 不十分な症状詳記で輸血の査定(図表5)

小笠原 私の査定事例の1つ目は赤血球の輸血です。当院は心臓血管外科があるので輸血も多いんですが、以前は輸血の査定が多くて、まるまる削られることもありました。

この事例の査定理由はBの過剰でした。症状詳記に Hb 値しか書いていないのがよくない。傷病名欄に「慢性腎臓病ステージ5」や「腎性貧血」とあることから、慢性貧血であることはわかるため、Hb 値が低いのは当然なんです。ほかに、「貧血の進行を止めるために2日間にわたり RCC 輸血を行った」旨も説明していますが、これでは内容が薄く、

赤血球輸血の必要性の説明になっていなかったのだと思います。

血液製剤は使用指針が厚労省から出されています。それによれば、赤血球補充の意義は、「末梢循環系への十分な酸素供給」と「循環血液量の維持」です。ガイドラインでは、慢性貧血患者はHb7.0g/dLを下回った場合が輸血の目安とありますが、輸血は最後の砦であり、なるべく使用しないことが前提です。

今回の症例の場合、どんな症状詳記を付けるべきだったのでしょうか。「Hbの上昇期待値」を思いつく方もいるかもしれませんが、これは医師もいちいち計算してないでしょうから、そこまで不要かと思えます。1~2単位程度なら、体重の記載も不要でしょう。一方、赤血球補充の意義から考えると、「循環器系の臨床症状」は1つ入れておかないとい

けないと思います。実際、カルテには、倦怠感や息切れについて書かれていました。以上より、輸血を必要とした理由として、①循環器系の臨床症状、②動悸・息切れ、③浮腫の発現——を入れるべきでした。

修正後の症状詳記は図表5のとおりです。この事例は、再審査請求の結果、復活しました。

他院のレセプトを見る機会もありますが、輸血は詳記がシンプルすぎるために査定される例が多いようです。症状詳記では、なぜ輸血が必要だったのかを示す必要があります。そのためには、症状詳記をチェックする職員が、診療内容を多少なりとも理解していなくてははいけません。

事例6 実日数1日で3回行った心電図検査の査定 (図表6)

小笠原 2つ目の事例は心電図です。心房細動のある方が発作を起こして来院。抗不整脈剤サンリズムの点滴で心房細動を止めようとしたのですが止まらなかったため、カウンターショックをやりました。

心電図は、来院時に心房細動の確認で1回、サンリズムの点滴後の評価で1回、最後にカウンターショックの評価で1回。実日数1日で計3回やっています。結果、2、3回目の心電図が査定されました。症状詳記は付けていませんでした。

心房細動を含めた不整脈は、心電図に記録されて初めて診断が行われます。実際に患者から動悸がするとの訴えがあっても、心電図に記録を取られないと治療は行えない。医師として来院時に心電図を取るのとは妥当だし、治療後に効果判定を行うのも通常の流れだと思います。

症状詳記をつけたところ、2回とも復活しました。医療の流れを見れば妥当性に疑いはないと思いますが、

こうした査定は、コンピュータチェックならではだと思えます。

加藤 「実日数1日で3回」など、少しひっかかりのある症例では、症状詳記が必要です。理由が書いていないと、「入力間違い?」と思われてしまいます。

小笠原 当院では、医療の流れを知るために現場を見る機会を設けていますが、これは、逆に知っているがゆえに、「当然だから症状詳記は要らない」としてしまったものだったんです。私自身も、このケースで「3回は当然」だから「症状詳記は要らない」と指示してしまいました。

加藤 1つでも症状詳記が書いてあれば、ほかが助かる、という言い方もできるかもしれません。例えば10件のうち3つに詳記が付いていれば全件通るけど、1件も詳記がないと、どれか1つ削られる、といえはわかりやすいでしょうか。審査では、そういう方法を探らないと、医療費を抑えられないわけですから、そうした方法が採られることは否めないと思います。

あと、審査委員の先生が、「自分の大学ではあんなにやらない、2回で終えなきゃだめだよ」なんて言っているのを聞くこともありますから、出身大学によって方法に多少差があり、それが審査基準の違いにもなっていると思います。

前提となる「一般的な方法」に幅があるのですから、自院で常識的な範囲だと思っても、念のため詳記は書いておいたほうが安全です。再審査は面倒くさいですからね。

小笠原 たしかに面倒くさいですね。

石井 50点くらいだと、費用対効果も考えてしまいますよね。

加藤 ちなみに、再審査のときは、最初に審査した医師は見ないんですよ。他の医師3人で見ます。復活となっ

図表6 3回中2回の心電図検査が査定されたレセプト (抜粋)

傷病名	(1) (主) 慢性心房細動 (2) (主) 高血圧症	
③③	*点滴注射 サンリズム注射液 50 50mg 5mL 1管 生理用食塩液 100mL 1袋 デノサリン1輸液 500mL 1袋	97×1 91×1
④④	*酸素吸入 液体酸素・定置式液化酸素貯留 (CE)(0.18円) 120L (0.18円×120L×1.3)÷10=3点	65×1 3×1
⑤⑤	*カウンターショック (その他)	3500×1
⑥⑥	*静脈麻酔 (短時間のもの) *ラボナール注射用 0.5g 500mg 1管 *呼吸心拍監視 65分 算定開始日 31年03月01日	120×1 103×1 100×1
	*ECG12	130×1
	*ECG12 検査通減	117×2
[症状詳記] 3月1日動悸発作出現。症状が強く救急要請し受診となる。心電図上、HR130の心房細動を認めたため、ビルシカイニド塩酸塩水和物点滴で洞調律復帰を試みた。点滴後の評価目的に再度心電図を行ったところHR120~150で消失していなかった。DCを行う方針として施行。DC後の評価で、再々度心電図を行ったところ洞調律が得られたため帰宅となった。		

た場合は、最初に査定と判断した先生のところに事務員が行き、「こういう症状詳記が来て、この理由で復活になりました」と報告します。

小笠原 現状は、コンピュータチェックが65%、人の目が35%だそうですね。コンピュータで撥ねられたレセプトが人の手に渡ってチェックが入るんでしょうね。ところで、コンピュータチェックの時代とはいえ、症状詳記やコメントが入っているものは、最初から人の目で審査されるのですか。

加藤 いえ、まずは全件、コンピュータチェックです。職員が「この例について何件の症状詳記があります」と報告し、審査委員が症状詳記のレ

セプトを点検する仕組みです。

石井 そうならば、保険診療の知識以上に、レセプトツールの使いこなすテクニックが必要ということになってしまいますね。自分たちが育ってきた時代の価値とは違うアンテナが必要だと痛感します。

加藤 審査委員の先生が、「この項目の件数を教えて」と担当職員に指示を出します。昔は紙ベースだったので、職員が1枚1枚探し出して集計していました。今はコンピュータが瞬時に探してくれます。コンピュータの恐ろしいところですよ。



●小笠原 一志 氏 (おがさはら かずし)
医療法人邦友会 小田原循環器病院 医事課長
小田原循環器病院 (神奈川県小田原市)
病床数: 97床 (一般90床, HCU7床)
平均在院日数: 7.5日 (2019年4月)
職員数: 211人 (2019年4月)

2 査定減点・請求もれをゼロに近づけるために

レセプト審査の現状と変化

小笠原 最近のレセプト審査の現状について、加藤さんからご説明いただけますか。

加藤 支払基金では以前から「重点審査」を行っています。

過去の審査実績から全医療機関をABCの3区分に分けて審査を実施しています。

小笠原 ホームページには、審査情報提供事例が載っていますよね。

加藤 検査53事例、画像診断11事例、薬剤235例などが公開されています。効能効果になくても用法用量で認められていれば使える薬剤があって、これが審査情報提供事例のなかに載っているのですが、知らない診療所の医師は多くて、「適応症がないから使ってはいけないのでは」と聞かれることが多いです。

石井 「審査情報提供事例」を見ていないという病院も見受けられます。でも、最低限、そこでの査定は避け

たいですよ。そこで査定ということは、交通違反の取り締まりをどこでやっているか知っているのに、わざわざその場所で違反行為を行うみたいなもの。そのような医療機関には、審査機関の見方もきびしくなる気がしますしね。

加藤 80万点以上になると「特別審査委員会」の対象となります。特別審査委員会は本部で行われるので、それまで各支部では問題なく通っていた内容が、たまたま80万点を超えて本部でチェックされたら切られた、という話はよく聞きます。そこも医療機関は困る部分かと思いますが、その対策などはしていますか。

石井 点数が高いと、ある程度は仕方がないですね。

加藤 ただ、80万点を超えたこと自体に対して、お咎めがあるわけではないですからね。

小笠原 最近、支払基金は査定理由をつけてくれますよね。例えば、「BNPやフェリチン等は、疑い病名の場合

3カ月に1回程度」とか。以前は、査定理由はどこにも書かれていなくて、推測して再審査に出していましたが、今は理由がわかるので、対応も取りやすくなっています。

加藤 各県の審査の全国統一も図っています。支払基金は2024年に変わるんですよ。まず47支部から10箇所程度のセンターに変わる予定と聞いております。

小笠原 職員も800人削減するということですよ。

加藤 支部が減ると、必然的にルールが集約されます。審査基準が統一されてくれば、コンピュータ化にもなじみますよね。統一の過程で、多少、医療機関では混乱が起きるかもしれませんが。当面、審査委員会は各県に置いたままですが、将来的には審査委員会も同様に集約化してしまうのでしょうかね。

審査が統一されてくると、そこから少しでも逸脱するケースは、症状詳記がないと必ず査定されてしまう

でしょう。そういう意味では、症状
詳記の必要性はますます高まってい
くかもしれません。

小笠原 ところで、社保と国保は分け
て点検していますか。

石井 当院では分けていません。

小笠原 当院は社保と国保で査定の内
容がかなり違うので、別々に対策を
取っています。

加藤 社保と国保の違いは確かにあり
ます。私は、一方で切られても、他
方で切られないなら、切られないほ
うはそのまま算定してくださいと言
っています。

レセプト作成・点検の精緻化

小笠原 査定減点をゼロに近づけるた
めに、どのようなマネジメントをし
ていますか。レセプト作成の精緻化、
点検の精緻化、症状詳記の最適化な
ど、いろいろあると思いますが。

石井 査定ゼロ宣言は、なかなかむず
かしいです。今は、時間外労働の扱
いもきびしいですから、レセチェッ
クの時間的制約もあるし、経営環境
もきびしいため、医事課職員をたく
さん雇う余裕もないですからね。

ちょっと悲しいところですが、審
査は基本的にコンピュータ化されて
いますから、専門職が目で見えてい
く方法に限界も感じます。

そうであれば、レセプト点検は、
例えば、「外来レセプトの△△点以
上はチェックする」といった割り切
りも方法としてありだと思えます。
選択と集中です。一見、後ろ向きな
ようですが、そうしないと医療事務
員の働き方を守れないですよ。

小笠原 100点、200点の査定を防ぐ
ために、何時間残業するのかという
ことですよ。効率も考えて最適な
方法を見極める必要がある。

さすがに今はもう全件のレセプト
を見ている病院はないでしょうね。

チェックソフトに掛けて、引っ掛か
ったものだけを見ているとか、査定
されやすいものだけを重点的に見る
といった方法に変わってきていると
思います。

石井 昔のように、段ボールに山積み
のレセプトをチェックする時代では
ないのでしょうか。先輩方には手抜
きだと怒られてしまうかもしれませ
んが（笑）。

そもそも「査定ゼロ」は本当に必
要なのかなとも思います。先ほど言
ったように、患者、そして命を最優
先として医療を行えば、査定される
ものも出てきてしまいますからね。

チェックソフトの活用と病名整理

小笠原 レセプト審査の傾向がわかれ
ば楽ですが、実際、医療機関側でそ
れを把握するのは、むずかしいです
よね。自院で査定された内容を確認
して、使っているレセコンやレセプ
トチェックソフトをブラッシュアッ
プしていくしかない。

石井 1つひとつ、潰していく感じで
すよね。地道な作業です。

業務の効率とレセプト点検の精緻
化を両立させるには、医療機関でも
コンピュータチェックは必須かと思
います。200床以上の多くの医療機
関では、チェックシステムが入って
いると思いますが、活用度について
は医療機関で差がありますね。

小笠原 確かに、マスターも整備せず
に、ただチェックを掛けているだけ
という医療機関もあります。

加藤 チェックシステムを使わない診
療所では、疑い病名が多いです。確
定病名の倍あるようなところもあっ
て、まずは病名を整理してください
と言っています。

疑い病名が3カ月続くと、保険者
から審査機関に問合せが来ます。そ
の結果、遡って初月に行った検査の

査定などにつながります。疑い病名
は次月に中止になっていれればいい。

でも、診療所や中小病院では、そ
の修正が忘れられやすいようです。

石井 ドクター自身が疑い病名をつけ
た場合は、確定診断後、しっかり変
更していることが多い。ただ、事務
職員が付けた場合、つけっぱなしに
なりがちです。そうすると、1年経
っても、再受診時に「疑い」のまま
出てきてしまう。

加藤 今は、審査の画面でレセプトが
数カ月分並んでしまいますから、見
つかってしまいます。

小笠原 急性病名のつけっぱなしもあ
ります。そういうのがすべて丸裸に
なってしまうのが、コンピュータの
怖いところです。

加藤 コンピュータチェックならでは
のものとしては、縦覧点検の増加で、
複数月に1回の要件がある検査の再
審査が増えています。

受診日が1日ずれて、1日違いで
この要件にひっかかり、査定される
ものがたくさん出ているためです。
この対策はどうされているんですか。

石井 人のチェックなら、「受診が1
日早まった」といった事情を汲み取
って考慮することができますが、コ
ンピュータにはそれがありません。

加藤 病院では検査をしたときに、前
回の検査日は出ないのですか。

石井 電子カルテ上ではわかります。
ただ、医師がそこまで保険診療を熟
知しているのかという問題がありま
すし、熟知していたとしても、「今
日だと保険審査に通らないから、明
日また来てください」と言うわけに
はいきません。

だから、そういった査定は仕方な
いと割り切るしかない。先にも述べ
ましたが、やはり医療はあくまで患
者・命が最優先ですから。

一部負担金の返還

小笠原 ところで、現場で困るのが、院内のレセチェックや査定によって、患者に支払ってもらったときの額と請求額に乖離が出るケースですが、皆さんどうしていますか。

最近では保険者からの案内もあるため、患者から一部負担金の額が違ふと問合せがくることがあります。そうしたケースはなるべく返金しますが、実際のところ、当院は全件に連絡して返金するといったことは行っていません。

加藤 昔は返金しなくてよいという雰囲気でしたが、最近では患者に差額を返金するよう指導するようになりました。特に診療所では、返金していないと個別指導で指摘されるんです。診療所に来ない患者には、郵送で知らせないといけない。

でも、患者に「あなたに行った医療行為が認められなかった」と言うわけにはいかないのです、説明もむずかしいですね。

石井 誤算定については返金が必要でしょうけれど、すべての査定について返金が必要かなど、個人的には思います。必要に応じて医療行為を行ったことと、それが保険診療で認められたかは別の問題ではないかと思うのです。

加藤 でも、患者には細かな事情はわかりようがないですからね。

石井 保険診療上は認められないけど、医療上の必要性は認める場合の査定事由を、例えばE項目「患者には返金しなくていい査定」といった感じで新設してほしいですね。

でないと、医療が守られないと思います。例えば、自分が患者の立場のとき、医師から「この治療を行えば改善しますが、審査で認められないからこれ以上治療できません」と

言われたらどう思いますか。私は嫌だし、審査側の人も政治家も同じではないでしょうか。確かに医療費の問題もあります。一筋縄ではいかないのも理解できますが、こんな時代が来てしまうと、本当に患者に不利益が及んでしまう。

小笠原 「査定されるからやらないで」というのは、あってはならないですよ。必要ならやってもらわないと困ります。

症状詳記の最適化

小笠原 症状詳記の最適化については、何か対策がありますか。

石井 作文能力と経験によるところもあって、医事課だけのコントロールがむずかしい。書き方がわからない先生もいますから。

小笠原 症状詳記を頼むと、「何を書けばいいの?」と聞かれることもあります。長々と経過を時系列で書いてしまう医師もいます。審査委員はそんな長い文章は読んでくれません。医事課では、必要なポイントを知っているのです、それを示して、そこに絞って書いてほしいと依頼しなくてはいいけません。

石井 当院は、「こことこのポイントを書いてください」とメモを付けています。

加藤 医師が話すことを録音して、事務が書き起こし、見てもらう方法もあります。習慣がない医師には、最初はそうやって始めるのがよいかもしれせん。

石井 電子カルテになったことで、カルテから事務で詳記を下ごしらえして、「こんな感じでいいですか」と聞くことも容易になりました。

加藤 コンピュータで当月に多い病名の患者を抽出し、そこに2、3例でも症状詳記を付けられると、査定を減らすことができますが、それはや

らないのですか。

石井 正直、今のところ、医事課にそこまでの余力はないですね。

小笠原 症状詳記については、絶対に必要なものというのが、ある程度明確になってきています。そこに集中するほうがよいように思います。

加藤 症状詳記が必要なものはどうやって抽出するんですか。

小笠原 詳記が必要なケースをレセプトチェックソフトでひっかけるようにしています。

石井 病名や、検査や材料、薬剤などでチェックもします。点数で検索するものもある。チェック項目をいくつか載せておいて、それが入っているレセプトが「詳記が必要である」と拾ってくるわけです。

小笠原 何を拾うかは、自分たちのこれまでの経験の蓄積が頼りです。

石井 あとは、勉強会などで情報を交換したり、擦り合わせたりするのも有効です。

加藤 ただ、審査委員が替わると違うときがあるでしょう。

石井 ありますね。交替したなっかわかります。査定・返戻の内容がまったく変わりますから。

医療機関としては、変化に合わせていくしかありません。

加藤 症状詳記に詳しい検査データをつけることもありますよね。

石井 つけます。画像も印刷してつけることもありますよ。

小笠原 整形外科でリハビリの患者に対して、審査機関から「画像を送れ」と言われたことがあります。リハビリの算定可否を見るのに、画像が必要なかと驚きました。

石井 正直、低解像度の画像でどのように判断するのだろうかと思ってしまうものもありますよね。

小笠原 当院はDPC病院ではないので、入院はほぼ全件、症状詳記が必

要なのですが、職員たちも育ってきて、詳記のチェックや医師への依頼ができるようになってきました。「症状詳記の最適化」において必要なのは、やはり医事が医療の流れを知ることかなと思います。

石井 症状詳記は目的を外すと意味がないので、そこを医事課がしっかり把握して、しっかりと伝えることですよね。

小笠原 詳記の精緻化は、医事課から医師への依頼の仕方だけで、実現できるのかもしれませんがね。

請求もれのない仕組みはできる

石井 先ほど、査定のマネジメントはむずかしいと言いましたが、「請求もれ」については、しっかりマネジメントできると思います。特に材料は、医療事務員が医療を理解してれば、防げることも多いと思います。以前、救命で人工呼吸して挿管しているのにチューブが請求されてないというレセプトがありました。現場を見たことが一度でもあれば、気が付くこともあります。知らないとわからない。これは医事課の知識しだいです。

それから、医療者に「もれ防止」を伝えるのも医事課の仕事です。病棟でエコーをやってもオーダーが出てなかったら、消えてしまうわけです。そこで「これはやるといくらになります」と意識付けをする。彼らは数字を言えば絶対に反応してくれます。

小笠原 請求可否が電子カルテ上で見分けがつくようにするといった工夫も効果的かなと思います。

石井 特に、救急外来はもれがちです。診療を優先するので、オーダーはあとから入力することになりますから、どうしても忘れてしまう。

そこは、医事課がレセプトから気付けるか否かで差が出ます。例えば、



ボスミンが大量に入って、挿管して人工呼吸している状況を見て、「カウンターショックもやっているのではないか」と気が付けるか。

加藤 診療所でも、医師の打ち忘れはありますから、窓口での精算時に事務員の気付きが大事です。「この病名のときはこれがあることを確認する」など、いくつかルールを設定しておくとういいます。

石井 医師ごとに治療方針がありますから、傾向を知っておくといいですよね。

加藤 そこに気付けるようにする職員の教育が重要ですね。

医事課のこれから

小笠原 今はレセプト・コンピュータが発達してきているので、マスターさえ間違えていなければ、ルールから外れた算定は、原則、起きません。その意味で、レセプト作成の精緻化は進んだと思います。

でも、昔、紙レセプトで点検していた人たちは、病名を見ればどんな医療が行われたかわかっていたし、パッと見て「このレセプトおかしい」という直感が働いていたと思うんですよね。今はコンピュータチェックで引っかけたものだけ見ていく方法なので、知識の蓄積がむずかしくなっていますよね。

加藤 便利さと引き替えのコンピュータ化の弊害ですね。

小笠原 コンピュータチェックに頼ると知識が落ちるのはジレンマです。

石井 どんなにコンピュータ化しても、知識は必要ですよね。

以前の医事課は受け身でした。伝票が下りてきて、それを入力して、お会計してレセプトを出す。でも今は違ってきていて、自分たちが現場を見て、もっと主体的に算定をしていくべきだ、という意識になっていると思います。医事課の人は、責任感が強く、プロフェッショナルだという意識が病院事務員のなかでは別格です。そのプライドを守りつつ、より高みを目指すには、診療報酬はもちろん、医療の現場を知る必要があると思います。

小笠原 そのとおりです。コンピュータに頼りすぎると、応用がきかないし、査定されたときに、その理由が考えられないですよね。

レセプト作りは「暗記しないで理解する」ところから始まります。点数表の構造を理解しておくことがまず大事ですし、そのうえで、レセプトのおかしさに気付いて、医師に詳記のポイントを伝えられるだけの臨床知識を深めることも大切です。コンピュータの時代だからこそ、医事課には主体性と知識の深さをもって、ワンランク上の役割が求められているのだと思います。

本日はありがとうございました。