

ビズアップ
総研

週刊医療情報

第 463 号 平成 29 年 7 月 6 日 (木曜日)

國村公認会計士事務所

〒760-0080 香川県高松市木太町 1870-1

TEL: (087) 813-0826

URL:<http://kunimura-cpa.jp/>

HEADLINE

- ◆ レセプト審査、2022 年度までに 9 割の自動化を目指す
コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直しも随時実施
- ◆ 次期改定での DPC 制度見直し、3 つの医療機関群は維持
機能評価係数 II の「後発医薬品係数」「重症度係数」は再整理の方向
- ◆ 選定療養への追加要望、意見募集の結果を発表
「医科歯科の連携強化」「200 床以外の新基準設定」などの意見が
- ◆ 肝細胞がんに対する陽子線治療、保険適用へ
「3cm 超の病変ではより有望な治療選択肢」

- ◆ レセプト審査、2022 年度までに 9 割の自動化を目指す
コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直しも随時実施

——厚生労働省

7 月 4 日、厚生労働省は「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」を公表。5 年後の 2022 年度までに、レセプト審査の 9 割程度をコンピュータチェックで完結させることを目指すとした。そのために審査基準の統一化や、レセプト様式の見直しも随時進めていく意向だ。

従来、レセプト審査におけるコンピュータチェックは、審査委員による人的な審査の下準備として行われてきた。しかし、年間で約 20 億件にのぼる分量の多さもさることながら、審査ルールが統一されていないため、地域差や審査員による審査結果の違いが発生。無駄な返戻が多いことも指摘されており、いかに効率化するかが課題となっていた。レセプト審査機関（社会保険診療報酬支払基金、以下支払基金）の運営費用が年間約 800 億円かかっていることも問題視されており、人件費を削るためにも効率的なシステム導入が求められている。

そこで、請求から審査、支払に至るまでの業務プロセスを全面的に見直すことを決定。とりわけ審査については、「考え方を 180 度転換」し、これまで審査の下準備だったコ

ンピュータチェックを中心に据える。韓国の審査機関である HIRA (健康保険審査評価院) がすでに 9 割を達成していることを例に挙げ、2022 年度までにレセプトの 9 割程度をコンピュータチェックで完結させ、医療専門職を中心とした支払基金の職員によるチェックは 1 割程度にとどめる。

重点的に審査しなければならない分については、従来どおり医師が審査委員を務める審査委員会で対応するが、全体の 1%以下とする方針だ。今まで、審査委員 1 人あたり月に約 12 時間をかけて審査を行ってきたが、厚労省は「(その時間を) これまで以上に地域医療活動や患者・住民との対話などに振り向けることが可能になる」としている。並行して支払基金の人員体制も 800 人程度減らすなどスリム化していく。

新たな審査システムは、2020 年度に刷新される予定だが、先行して実施できる部分は、随時見直しを進めていく。まず、コンピュータチェックルールは今年度中に基準を策定。そして、返戻再請求・再審査請求を減少させるため、返戻査定理由を記載する対象レセプトの拡大や、記載内容の変更は今年度から実施していくとしている。

なお、今回の計画は支払基金が対象だが、国民健康保険連合会でも同様の改革を行うべく協議中。塩崎恭久厚生労働相は大臣会見で「将来、双方が統一的に高度化された審査を行う改革メリットは、保健医療の質の向上の面でも、国民負担の軽減の面でも、極めて大きい」と発言している。いずれにしても、医療機関にとってはレセプト業務の効率化が期待できることは間違いない。特に、レセプト様式は診療報酬改定ごとに大きく変更することが予測されるため、作業負担を減らせるように適宜対応する必要があるようだ。

◆ 次期改定での DPC 制度見直し、3 つの医療機関群は維持 機能評価係数 II 「後発医薬品係数」 「重症度係数」は再整理の方向

——厚生労働省

7 月 5 日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会は診療報酬基本問題小委員会を開き、来年度の診療報酬改定に向けた DPC 制度 (DPC/PDPS、診断群分類別包括支払い制度) の検討状況について中間報告を実施。現行の 3 つの医療機関群を維持しつつ、より適切な名称に変更する方針が明らかにされた。また、DPC 対象病院の「機能評価係数 II」については、従来の 6 係数を維持するものの、導入後に追加された「後発医薬品係数」および「重症度係数」は再整理される。

3 つの医療機関群の名称を見直すのは、各群の役割や機能がわかりにくいことが理由として挙げられている。特に、II 群は「高機能な病院」と説明されていることから、III 群が高機能ではないと受け止められる可能性があることを指摘。むしろ、DPC 制度において

はもっとも多くの医療機関が該当するⅢ群が標準的な存在であるとして、「標準群」とする案が提示された。Ⅰ群およびⅡ群の名称については、「特定病院Ⅰ」「特定病院Ⅱ」とする案のほか、Ⅰ群を「大学病院本院群」、Ⅱ群を「特定病院群」とする案が出されている。

機能評価係数Ⅱは、急性期入院医療の評価として導入された。現在「保険診療係数」「効率性係数」「複雑性係数」「カバー率係数」「救急医療係数」「地域医療係数」「後発医薬品係数」「重症度係数」の 8 項目から算出されている（「保険診療係数」は当初「データ提出係数」だったものが拡充され名称変更となった）。この係数が大きくなるほど 1 日あたりの診療報酬単価を高く請求できる仕組みだ。

しかし、そもそも機能評価係数Ⅱは DPC 制度導入時の激変緩和措置として導入されたため、とりわけ「重症度係数」については、趣旨が異なるとの指摘もある。また、複雑化しているため、医療機関が目標とできるような係数設定を目指すべきとの声があるのも、今回の見直しの背景にある。

そこで、重症度係数については、激変緩和措置の見直しと併せて再整理。機能評価係数Ⅱとは別の手法での対応を行う見通しだ。後発医薬品係数については、すでに多くの医療機関で係数が上限値になっていることから、一定の役割を果たしているとして、機能評価係数Ⅰでの評価に変更する方向。入院基本料等加算の中に、同様の基準の出来高点数が設定されていることも、見直しの理由として挙げられている。現状は中間報告だが、同委員会では大きな異論がなかったこともあり、これらの方針で見直しが進められる可能性は極めて高いのではないだろうか。

◆ 選定療養への追加要望、意見募集の結果を発表

「医科歯科の連携強化」「200 床以外の新基準設定」などの意見が

——厚生労働省

7 月 5 日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会は総会を開き、今年 3 月から 5 月にかけて意見を募集した「選定療養に導入すべき事例等に関する提案・意見募集」についての結果を公表した。これをもとに今後、中央社会保険医療協議会で議論が展開される。

選定療養は、差額ベッドや予約診療、時間外診療、大病院の初診・再診など 10 類型が定められている。2016 年度の診療報酬改定の際にも同様の意見募集を行っており、今回も広く意見を求めたうえで、来年度の診療報酬改定に反映させたい意向だ。

意見の募集は、厚生労働省のホームページで 3 月 15 日から 4 月 14 日まで、関係学会・関係団体では 3 月 15 日から 5 月 19 日まで行われた。寄せられた意見は合計で 82

件あり、新たに選定療養に追加を要望する意見は 56 件。既存の選定療養の見直しに関しては 26 件が集まっている。

多分野にわたって意見が集まっているが、目についたのは医科と歯科の連携強化。たとえば禁煙指導は、現在医科と歯科で別々に実施されているが、成功率が低いいため、医科での禁煙指導前後における歯科での支援を選定療養とすべきだとの意見がある。歯周病と糖尿病のスクリーニング検査も、医科と歯科が連携することで発症予防や重度化防止につながるほか、医療経済効果も非常に大きいとの意見が出されている。同様に、食・栄養指導支援体制を医科歯科連携で構築することで、患者の自立度を向上させ、糖尿病関連疾患の発症予防と重度化防止につなげたいとする意見もある。糖尿病などの生活習慣病関連では、効果が確認されている運動療法を選定療養に加えるべきとの意見もあり、医療費削減の観点からもこのあたりの施策が検討される可能性は高いのではないだろうか。

大病院の初診・再診に関しては、「200 床以外の新基準を設定すべき」などの意見が出されている。その理由として、200 床未満の医療機関でも大学病院並みの医療機能を持つところが多いことが挙げられており、保有する医療機器や、全身麻酔による手術件数などを指標とした基準を設定すべきだとしている。確かに、病床数と医療機能が必ずしも比例しないことは実態としてあるため、今後検討の材料として挙げられる可能性はあるだろう。もちろん、どの医療機器を基準とするかの問題もあるが、今後中央社会保険医療協議会でどのような議論が展開されるか、こちらも注目していきたいポイントだ。

◆ 肝細胞がんに対する陽子線治療、保険適用へ 「3cm 超の病変ではより有望な治療選択肢」

——厚生労働省

7 月 5 日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会は総会を開き、肝細胞がんに対する陽子線治療を、「先進医療 B」に追加することを了承。3cm 超の病変では、放射線治療よりも有望な治療選択肢であるとした。

3cm 超の単発肝細胞がんに対しては、外科的切除が標準治療だった。しかし、過去のデータを照合すると、5 年生存割合は約 55%。肝細胞がんは、治療後に新たな病変が発生する頻度が高いことがその背景にあり、術後 2 年で 51.6%、術後 5 年で 79.0%の患者に再発が生じると言われていることから、外科切除が「予後良好な対象とは言えない」ことを中医協も認めている。また、他のがんほど、局所治療の成否が生存期間に影響しないことから、低侵襲治療が望まれている状況だった。

低侵襲治療の選択肢としては、定位放射線治療や陽子線治療がある。定位放射線治療は

5cm 以下の肝細胞がんには保険が適用されるが、正常な肝臓に高線量が照射される可能性が高いというデメリットがある。その点、陽子線治療はより狭い範囲で適切な治療を行うことができるため、3cm 超の病変でより有望な選択肢と判断された。

陽子線治療の 5 年生存割合が 53.5%、と外科的切除に匹敵する成果を挙げているのも、今回「先進医療 B」への追加が了承された理由。開腹を伴わないため外科的切除よりも安全性が高いことも期待されている。低侵襲治療を希望する患者が増えていることも、保険適用が認められた一因になっている。

なお、費用は肝門部型 22 回照射で算出した場合、総額 1,946,814 円。保険者負担額は 241,202 円で、被保険者負担は 1,705,612 円。被保険者負担の内訳は、先進医療にかかる費用が 1,600,000 円、保険外併用療養費の一部負担金が 105,612 円となっている。先進医療にかかる費用は、機器使用にかかる費用が 1,525,590 円、光熱費等その他が 1,299,174 円、人件費が 135,916 円の計 2,961,000 円と算出されているが、既存治療と比較した結果、1,600,000 円と算定された。