

週刊 医業経営**WEBマガジン**

発行 税理士法人優和

1**医療情報ヘッドライン**

認知症ケア、社会的負担 14 兆円
無償の家族介護などの費用換算は約 6 兆 2 千億円

厚生労働省

「病院機能別・制度別 医療費等の状況」
2013 年度の平均在院日数 前年度比 0.3 日減

厚生労働省

2**経営TOPICS****統計調査資料**

最近の医療費の動向(月次版)
平成 26 年 12~27 年 1 月号

3**経営情報レポート**

経営基盤の強化を図る
自由診療の導入ポイント

4**経営データベース**

ジャンル: 診療報酬 サブジャンル: 診療報酬適正化

収入損失の要因
院内連携体制の構築ポイント

認知症ケア、社会的負担 14 兆円 無償の家族介護などの費用換算は 約 6 兆 2 千億円

厚生労働省研究班は 5 月 29 日、認知症の人の医療や介護で社会全体が負担している費用（推計）は、2014 年時点で約 14 兆 5 千億円に上るとの初めての研究結果を発表した。

これまで日本では、認知症の患者数増加が大きな問題になる中で、社会的費用については十分に推計が行われていなかった。

社会的費用の増大は、財源に限りがある一方で、不足により患者本人や家族の状態が悪化したり、生活の質が脅かされたりすることもある。限られた財源をいかに活用すれば認知症患者や家族の生活の質を向上させることができるか、認知症施策立案の基礎データとして、社会的費用の推計は重要である。

推計の結果、2014 年の日本における認知症の社会的費用は、年間約 14.5 兆円に上がることが明らかとなった。

このうち介護保険サービスとは別に家族が自ら行う無償の介護や、仕事を辞めたことによる収入減などの費用（インフォーマルケアコスト）を換算すると、約 6 兆 2 千億円に相当する。国は介護保険財政の膨張を抑えるため、施設から在宅介護への移行を進めているが、家族負担（介護する側）のあり方を含めた対策作りも喫緊の課題と考えられる。

研究班は家族の介護を担っている 1400 人余りを対象に介護に費やしている時間を調べ、外部のサービスを利用した場合にかかる費用

や、その間介護者が得られたはずの賃金を推計した。その結果、家庭で行われている介護を費用に換算すると 6 兆 1,500 億円余りで、去年 1 年間に認知症の人にかかった医療や介護などの費用（社会的費用）をすべて合わせると、およそ 14 兆 5,000 億円と推計されることが分かった。

こうした費用は 2025 年にはおよそ 19 兆 4,000 億円、2060 年には 24 兆 2,600 億円余りに増加すると推計されている。

【研究班による認知症の社会的費用（年間約 14.5 兆円）の内訳】

①医療費 ②介護費 ③インフォーマルケアコスト（家族等が無償で実施するケアにかかる費用）とし、それぞれの費用を推計した結果

① 医療費 1.9 兆円

*入院医療費：約 9,703 億円、外来医療費：約 9,412 億円 *1 人あたりの入院医療費：34 万 4,300 円/月、外来医療費：39,600 円/月

② 介護費 6.4 兆円

*在宅介護費：約 3 兆 5,281 億円、施設介護費：約 2 兆 9,160 億円 *介護サービス利用者 1 人あたりの在宅介護費：219 万円/年、施設介護費 353 万円/年

③ インフォーマルケアコスト 6.2 兆円

*要介護者 1 人あたりのインフォーマルケア時間：24.97 時間/週 *要介護者 1 人あたりのインフォーマルケアコスト：382 万円/年

「病院機能別・制度別 医療費等の状況」2013年度の平均在院日数 前年度比0.3日減

厚生労働省は5月29日、2013年度（平成25年）の「病院機能別・制度別 医療費等の状況」を発表した。この統計は、病院の医療費について詳細に分析したもので、診療報酬改定などの際に基礎資料とするねらいがあり、重要な資料となる。

■病院機能別の1日あたり医科医療費

「一般病床を有する病院」全体では、医科入院が4万1,581円、医科入院外が1万3,476円、そのうち特定機能病院は、入院6万7,470円／入院外2万1,255円、地域医療支援病院は、入院5万7,531円／入院外1万7,258円、DPC対象病院は、入院5万4,165円／入院外1万6,054円となった。同様に、「一般病床を有しない病院」全体では、入院が1万6,294円、入院外が8,283円。そのうち精神病床のみの病院は、入院1万4,662円／入院外9,233円、療養病床のみの病院は、入院2万3,376円／入院外6,976円となっている。

■件数

「一般病床を有する病院」全体では、入院が2,309万件、入院外が2億4,575万件。そのうち特定機能病院は、入院194万件／入院外2,211万件、地域医療支援病院は、入院550万件／入院外4,782万件、DPC対象病院は、入院1,408万件／入院外1億4,608

万件となった。

同様に、「一般病床を有しない病院」全体では、入院が495万件、入院外が1,935万件で、そのうち精神病床のみの病院は、入院300万件／入院外1,016万件、療養病床のみの病院は、入院144万件／入院外766万件となった。

これらのデータから厚労省は、一般病床を有する病院全体について、「新規入院件数」は1,309万件（前年度比10万件増）、「平均在院日数」は24.2日（同0.3日減）、「1入院あたり医療費」は101万円（同1万円増）、という推計値を示している。

<参考>

●『医療施設調査・病院報告』（厚生労働省大臣官房統計情報部 年刊）

医療施設調査と病院報告のデータをまとめた統計資料。医療施設調査は、医療施設の分布、病床数、設備、診療科目数、手術及び検査の種別とその実施状況等のデータを医療施設の種別に掲載している。3年に1度静態調査が行われ、その間は異動（新設・廃止）のあった医療施設のみを対象とした動態調査が行われる。

病院報告は毎年調査が行われ、在院患者数、新入院患者数、退院患者数、外来患者数など、患者の利用状況に関するデータや、1病院あたり従事者数などの医師、看護師、理学療法士、歯科技工士などの従事者数に関するデータを掲載する。

最近の医療費の動向

(平成26年12～27年1月号)

1 制度別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総計									
	医療保険適用									公費
	75歳未満	被用者 保険	本人		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳以上			
			本人	家族						
平成22年度	36.6	22.1	10.8	5.4	4.9	11.3	1.5	12.7	1.8	
平成23年度	37.8	22.6	11.0	5.5	5.0	11.5	1.5	13.3	1.9	
平成24年度	38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0	
平成25年度	39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0	
4～9月	19.5	11.4	5.6	2.8	2.4	5.9	0.7	7.0	1.0	
10～3月	19.8	11.7	5.8	2.9	2.5	5.9	0.8	7.1	1.0	
平成26年度4～1月	33.2	19.4	9.6	4.9	4.2	9.8	1.2	12.1	1.7	
12月	3.5	2.0	1.0	0.5	0.5	1.0	0.1	1.2	0.2	
1月	3.4	2.0	1.0	0.5	0.4	1.0	0.1	1.2	0.2	

注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。

医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注 2. 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注 3. 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	調剤	入院時 食事 療養等	訪問看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
平成 22 年度	36.6	29.6	14.1	13.0	2.6	6.1	0.8	0.08	14.9	19.0	2.6
平成 23 年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
平成 24 年度	38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
平成 25 年度	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
4～9月	19.5	15.6	7.5	6.8	1.4	3.4	0.4	0.06	7.9	10.2	1.4
10～3月	19.8	15.7	7.5	6.8	1.4	3.6	0.4	0.06	7.9	10.5	1.4
平成 26 年度 4～1月	33.2	26.4	12.7	11.5	2.3	5.9	0.7	0.12	13.3	17.4	2.3
12月	3.5	2.7	1.3	1.2	0.2	0.7	0.1	0.01	1.4	1.9	0.2
1月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.01	1.4	1.8	0.2

注1. 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

3 医療機関種類別概算医療費

(1)医療機関種類別医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計						医科 診療 所	歯科計		保 険 薬 局	訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン	
		医科病院					歯科 病院		歯科 診療 所				
			大学 病院	公的 病院	法 人 病 院	個 人 病 院							
平成 22 年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	▲5.8	1.2	1.8	5.3	1.6	3.6	11.8
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲6.0	1.6	2.6	3.5	2.5	7.9	9.5
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲5.9	0.3	1.4	5.3	1.2	1.3	19.0
平成 25 年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9	14.3
4～9月	2.9	2.1	2.3	3.7	1.4	2.9	▲5.3	1.6	1.2	3.6	1.1	7.0	15.3
10～3月	1.5	0.8	1.1	3.3	0.1	1.6	▲7.5	▲0.1	0.5	2.4	0.4	5.0	13.3
平成 26 年度 4～1月	1.6	1.3	1.5	1.7	1.0	1.9	▲6.1	0.9	2.4	3.2	2.4	2.1	15.7
12月	4.0	3.4	2.9	2.2	2.5	3.5	▲4.0	4.8	4.0	4.5	4.0	5.9	19.5
1月	3.0	2.8	2.5	1.9	2.6	2.8	▲6.8	3.6	3.1	1.7	3.2	3.5	8.8

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機（開設者が都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関をいう（ただし、医育機関を除く）。

注2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2)主たる診療科別医科診療所の医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科 診療所									
		内科	小児科	外科	整形 外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成 22 年度	1.2	0.9	2.5	▲ 3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
平成 24 年度	0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
平成 25 年度	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
4～9月	1.6	1.9	▲ 0.6	▲ 1.4	2.4	1.3	0.1	2.7	0.7	1.7
10～3月	▲ 0.1	0.1	▲ 1.9	▲ 3.1	1.2	0.2	▲ 1.6	2.4	▲ 4.8	0.6
平成 26 年度 4～1 月	0.9	▲ 0.2	3.2	▲ 1.4	2.7	1.1	0.0	3.4	4.0	1.5
12 月	4.8	4.6	18.2	1.3	3.8	4.3	2.7	3.7	7.7	3.8
1 月	3.6	4.1	11.5	1.0	1.8	1.5	1.6	3.1	5.0	2.6

(3)経営主体別医科病院の入院医療費

●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

							歯科病院
	医科病院	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院		
平成 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3	3.2	
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	▲ 2.2	
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0	
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0	
4～9月	2.0	1.5	1.6	2.2	3.2	▲ 3.5	
10～3月	1.2	0.5	0.7	1.3	1.2	▲ 4.6	
平成 26 年度 4～1 月	1.7	0.7	1.0	2.0	2.6	▲ 1.2	
12 月	2.6	2.0	2.1	2.9	4.5	0.7	
1 月	3.0	2.4	2.7	3.0	2.3	0.8	

注1) 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注2) 1施設当たり医療費は医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

経営基盤の強化を図る 自由診療の導入ポイント

ポイント

- 1 経営基盤の強化を図る「自由診療」の可能性
- 2 取組方針の明確化と発想の転換が不可欠
- 3 事前に検討すべき事項と導入ステップ
- 4 事例にみる自由診療展開のメリットと留意点



1 経営基盤の強化を図る「自由診療」の可能性

■ 自由診療導入のメリットと留意ポイント

(1)自由診療導入のメリット

①多様化する患者ニーズへの対応

自由診療に対しては、従来、疾病の治療目的ではなく、美容外科や審美歯科など「限られた医療機関と患者が携わるもの」というイメージがあったことは否めません。しかし、外見的な美しさはもちろん、内面からも美しくなりたいといった新たな患者ニーズに対して、かかりつけ医が「自由診療」で対応することによって、患者サービスの一層の充実につながります。

また、現在、保険医療の対象とならない治療法を求めて、様々な疾病に苦しむ患者が自由診療による医療サービスを探しています。自由診療は、個人の生活・人生における優先事項への対応、すなわち患者の個々のニーズに対応した技術とサービスの提供も可能にするといえます。

②自由診療が医療機関にもたらすメリット

保険診療では、医療機関側としては、経営を維持するための収入（医療サービスの対価）を獲得するために、診察時間の短縮等効率を追求せざるを得ません。診療報酬上では多少の手当てはなされているものの、丁寧な説明等で時間を費やすと、全体として収入が減少する結果となるケースも多くみられます。

一方、医療機関にとっての自由診療の長所は、①独自のメニューと価格設定により、自院独自の診療行為を展開できること、そして②料金に見合った十分な時間を設定することによって、患者満足を得られること、の2点が挙げられます。

(2)保険診療と並行して実施する場合の留意点

いわゆる「混合診療の禁止」は、日本における医療保険制度の原則のひとつです。原則として、保険診療と自由診療が併用できないことは、自由診療導入を検討するに際しての大きな不安になっているかもしれません。

しかし、自由診療のみを提供する体制よりも、保険診療を主としながらも、自由診療との相乗効果によって患者増を図ろうと考えるケースが多いはずです。

このような「保険医療と並行して実施する自由診療」を導入する場合には、混合診療の可能性を排除し、保健所からの指導等を回避するために、会計ばかりでなく、施設・ハード面、人的・ツール面、さらに広報活動のそれぞれにおいて、両方の診療を明確に区分することが重要です。

■自由診療を並行実施する Check Point

①施設・ハード面の区分 ②会計の区分（同一疾患の場合） ③職員の区分 ④広告・看板の区分

2 取組方針の明確化と発想の転換が不可欠

■ 自由診療に取り組む姿勢を明確化する

(1) 目的と方針を明確にする

自由診療に対する印象は、その立場によって大きく異なるものです。例えば、地域医師会や周囲の診療所からは、必ずしも好意的に評価されるとは限りません。特に近年は、未熟な施術レベルで事故を起こしたり、またサービスの質に問題がある医療機関に関する報道がなされたりすることも多く、自由診療に対する評価が厳しくなるのも、やむを得ない状況といえるでしょう。

しかし、こうした周囲の目や評価を理解したうえで、これに負けず、自由診療を導入してスムーズに運営していくためには、「なぜ自院が自由診療に取り組むのか」という点、つまりその目的と方針を明確にしておく必要があります。

■ 自由診療導入の目的と方針例

● 安心、安全な美容・アンチエイジング医療の提供

● 患者個別の多様なニーズに細やかに対応する

● 医療をベースとした総合的な健康ライフサポート

(2) 患者が抱く自由診療の印象とは

美容や審美への関心が高くなっている現在では、自由診療といえば美容整形やアンチエイジング医療を思い浮かべる患者の方が多いは事実です。しかし、高度がん治療など、極めて専門性が高いにも関わらず、未だ承認されていない医療技術・機器使用についても、自由診療として大きな期待が寄せられているという一面もあります。

■ 新たなサービス提供には発想の転換が必要

(1) 保険診療の提供との大きな違い

病医院が提供している保険診療を主体とする医療サービスは、一定の技術と接遇やサービスの質を維持していれば、立地条件等の問題を除いて、集患において差が生まれにくい状況にあります。これは、一律の価格設定であり、患者は治療が必要な状況で来院する、つまり受診のニーズに病医院が応えるという市場構造が生みだしたものだといえます。

3 事前に検討すべき事項と導入ステップ

■ 自由診療導入までの基本ステップ

(1) 導入前に必要な検討事項

自由診療の導入を決心し、準備に着手しようとしても、自院が手掛けるにふさわしいものが決められないなど、具体的導入にあたって戸惑いを抱く医療機関は少なくありません。

これから自由診療を始めようとする医療機関にあつては、その運用を成功させるために最低限必要なポイントとして、次の項目を十分に検討し、決定することが重要です。

- ① 具体的な自由診療メニュー：提供する治療の種類はどのようなものか
- ② 業者の選定：どのような医薬品・機器を使うのか
- ③ 適正・適切な設定価格：高すぎず低すぎない価格はどの範囲か

① 具体的な自由診療メニュー

やりたいことを優先するのはもちろん、自院の診療科目や地域性、診療圏、患者人口等の要素を考慮して、提供するメニューを組み立てます。診療科目と相性の良い治療メニューを手始めに、徐々に範囲を広げていくとよいでしょう。

■ 診療科目別にみる相性の良い自由診療メニュー例

- 内科：にんにく注射、点滴治療、ダイエット外来
- 整形外科：プラセンタ療法

② 業者の選定

①で決定したメニューに応じて、必要な医薬品と機器・材料を手配するため、これらを取り扱うメーカー・業者を選定しなければなりません。特に、美容・アンチエイジング医療分野では、技術が高い海外から医師自身が個人ライセンスで輸入・購入することが多いため、信頼のおける業者等を選ぶことが重要です。

③ 適正・適切な設定価格

一般的に、美容に関連する分野の治療に関しては、受診に先立ち6～7割の患者が医療機関のホームページを閲覧しているといわれ、他院と施術内容と料金について比較しています。

したがって、市場価格と大きく乖離しないことは必須条件です。また、診療圏を鑑み、自院から半径3～5km圏内の競合医療機関の価格を調査し、把握したうえで、自院価格の適正さを確保します。当然ながら、この価格は明示することが重要です。

4 事例にみる自由診療展開のメリットと留意点

■ 保険診療と並行して自由診療を行う診療所の事例

保険診療を中心としてきた医療機関が自由診療を導入して、新たなメニューによる医療サービスを提供しているケースは、全国に多くみられます。

保険診療を主体とする場合、患者に対しては施術する自由診療の安全性に対する信頼度が高くなるというメリットもあり、その分だけ経営への貢献も期待できます。

【Case1】 開業時に自由診療を導入した消化器外科系Aクリニック

- 診療科目（保険診療）：内科、外科
- 自由診療メニュー：超音波クレンジング、超音波イオン導入
コラーゲン注入、ヒアルロン酸注入、プラセンタ注射
プロペシア処方、ピアス

Aクリニックは、開業当初から保険診療に加えて美容分野（メディカルエステ）を中心とした自由診療を展開しています。導入のきっかけは、競合医療機関が多い地域での開業に際し、他院との差別化を図りたいという点、また経営的工夫として、収益面を補強する目的でした。

開業前の段階で、必要事項を十分に検討する時間が持てました。さらに施設面においても、保険診療受診患者と、入口・待合室、診察室を分けた構造とすることで、混合診療の可能性を排除するとともに、患者に対しても、自由診療に対するイメージアップを図ることができます。

■ 現状の主な課題と工夫

現状の課題	運営上の工夫
● 治療体制構築・維持のための職員確保 ⇒ 平日午前中のみ予約診療制であるため、予約を取りにくいというクレームがある	保険診療担当以外に、自由診療専門の看護師1名を採用したほか、院長自身も保険診療に時間をとられるため、非常勤皮膚科医を採用予定
● 広報ツールがホームページに限定されている ⇒ 来院患者層は50歳以下が大部分であり、保険診療中心の患者や、高齢の患者に敬遠されている懸念がある	低価格と安心を前面に打ち出すマーケティング展開とし、積極的なカウンセリングや事後支援は控えて、既存患者に対するサービスの延長線上にある旨を明示する

Aクリニックは、保険診療収入だけでも経営していくことができる状況ながら、自由診療分は収入全体の約3割を占めるようになっていきます。

しかし、信頼を維持するために、医療安全の確保、医療事故の防止には常に細心の注意を払っています。自由診療とこのようリスクは切り離せないという認識は重要です。

経営データベース ①

ジャンル: 診療報酬 > サブジャンル: 診療報酬適正化



収入損失の要因

収入損失の主な要因としてはレセプト請求漏れが思い浮かびますが、どのような状況で発生するのですか。



医療機関における収入源とは、診療に対する対価であり、そしてそれを明示しているのは社会保険や国民健康保険に対する支払請求書であるレセプトです。

一方で、毎月提出するレセプトには、請求漏れという収入損失が発生しているケースが頻繁に見受けられます。

次に挙げるようないわゆる請求漏れ、もしくはそれに結びつくリスク要因は、多くの医療機関で見られる状況です。

収入損失を招かないよう、院内全体で組織的な取り組みが重要だといえます。

①診療報酬算定に関する知識の不足

請求事務を行う職員が診療報酬体系に定められた請求点数に基づいて、どれだけ事実に基づいて請求できるかがカギとなります。

②記載の不備

実施した医療行為について、適正に診療報酬を算定するためには、情報を的確にフィードバックできるシステムが重要です。

③転記ミス

情報をフィードバックするシステムでは、転記作業が介在すると、歪曲あるいは誤認された情報が伝達される危険性があります。

④伝票類の紛失

情報を伝達する媒体としての伝票類の管理体制の不備は、正確な伝達を困難にします。

⑤院内コンピューターシステムの不備

発生元での情報が誤ってコンピュータに入力され、このエラーをチェックできないシステムの場合、以降の伝達内容はすべて正しく伝わらなくなる危険性があります。

⑥部門間チェック体制の不備

レセプトは事務職員任せにせず、必ず主治医が目を通して、事実に基づく請求がなされていることを確認する仕組みが必要です。

経営データベース ②

ジャンル: 診療報酬 > 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



院内連携体制の構築ポイントには次のようなものがあります。

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する。

【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、点数改定時メンテナンス）
- 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項目に対する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