

		Optometrist (OD)	Pharmacist	Pharmacist, Apothecary	Pharmacist, Clinical	Physician	Anesthesiologist	Chiropractor (DC)	DO/Osteopath	Homeopath	MD/Acopath	Naturopath	Pathologist	Podiatrist (DPM)	Psychiatrist	Radiologist	Surgeon	Physician Assistant (PA)	Psychologist	Speech Pathologist	Technician	Cardiology Technician	Medical Laboratory Technician (MLT)	Pharmacy Technician	Podologic Technologist	Prosthetic Technician	Technologist	Laboratory Technologist	Medical Technologist (MT)
Order Entry																													
POE-001	New Laboratory Order	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
POE-002	Change/Discontinue Laboratory Order	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
POE-003	New Radiology Order	x																											
POE-004	Change/Discontinue Radiology Order	x																											
POE-005	New/Renew Outpatient Rx Order	x	x	x																									
POE-006	Change/Discontinue/Refill Outpatient Rx Order	x	x	x																									
POE-007	New Inpatient Medication Order	x	x	x																									
POE-008	Change/Discontinue Inpatient Medication Order	x	x	x																									
POE-009	New Diet Order																												
POE-010	Change/Discontinue Diet Order																												
POE-011	New Consult Order	x		x																									
POE-012	Change/Discontinue Consult Order	x		x																									
POE-013	New Nursing Order																												
POE-014	Change/Discontinue Nursing Order																												
POE-015	New Standing Order(s) PRN																												
POE-016	Change/Discontinue Standing Order(s) PRN																												
POE-017	New Verbal and Telephone Order	x	x	x																									
POE-018	Change/Discontinue Verbal and Telephone Order	x	x	x																									
POE-019	New Supply Order (e.g. ostomy, diabetic)																												
POE-020	Change/Discontinue Supply Order (e.g. ostomy, diabetic)																												
POE-021	New Prosthetic Order (e.g. wheelchair, crutches)	x																											
POE-022	Change/Discontinue Prosthetic Order (e.g. wheelchair, crutches)	x																											
POE-023	Sign Order(s)	x		x																									
POE-024	Requires Order Co-Sign	x																											
POE-025	Co-Sign Order(s)																												
Review Documentation																													
PRD-001	Review Patient Testing Reports	x	x	x																									
PRD-002	Review Chief Complaint	x	x	x																									
PRD-003	Review Medical History	x	x	x																									

図 C.1.3 VHA によるヘルスケアシナリオロードマップ (VHA 提供の HL7 会議資料より引用)

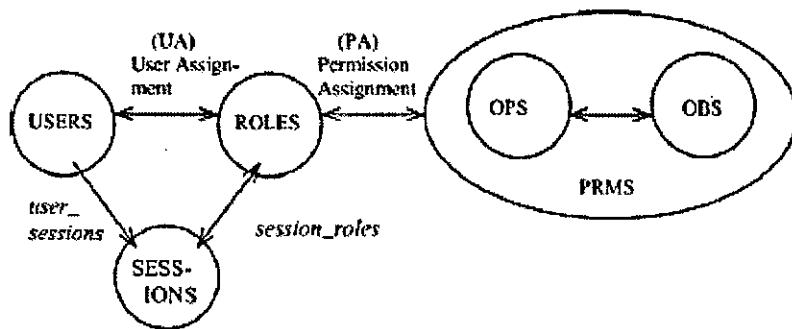


図 C.2.2-1 中核 RBAC の参照モデル (Technology · Role Based Access Control Document Number: ANSI/INCITS 359-2004 より引用)

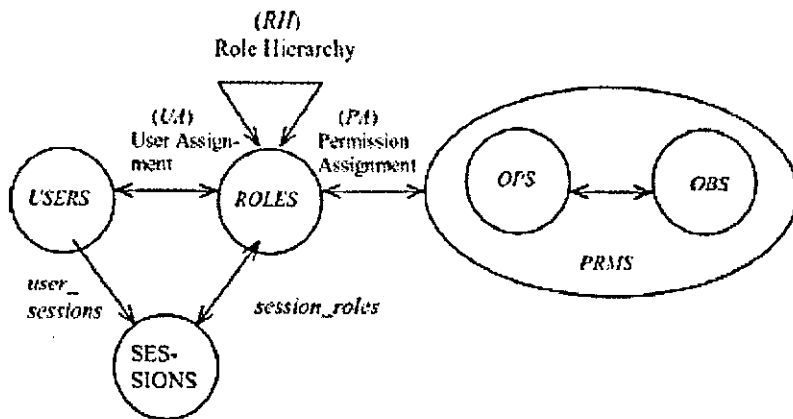


図 C.2.2-2 階層的 RBAC の参照モデル (Technology - Role Based Access Control Document Number: ANSI/INCITS 359-2004 より引用)

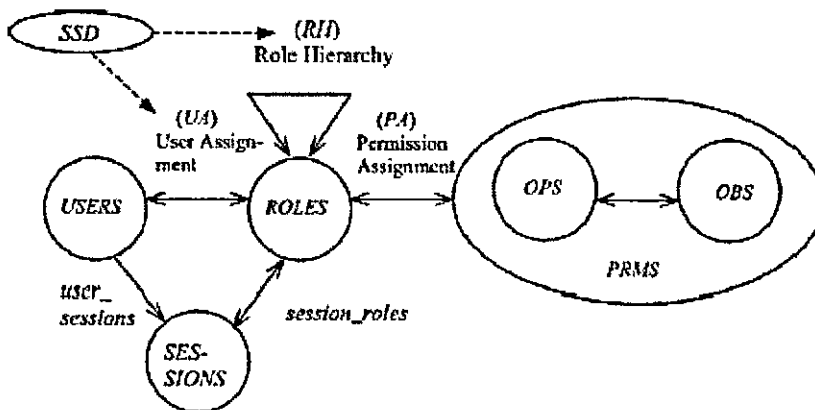


図 C.2.2-3 SSD を含む階層的 RBAC の参照モデル (Technology - Role Based Access Control Document Number: ANSI/INCITS 359-2004 より引用)

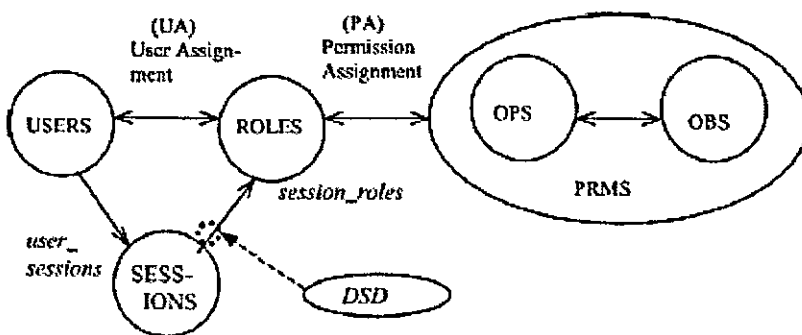


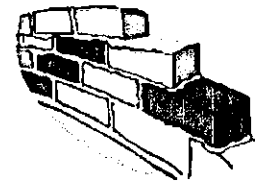
図 C.2.2-4 DSD を含む中核 RBAC の参照モデル (Technology - Role Based Access Control Document Number: ANSI/INCITS 359-2004 より引用)

ROLE = Physician



Dr. Joe Smith is an Oncologist

PERMISSION = Write Medication Order



BUSINESS RULE = Oncologists may Write "Chemotherapy" Medication Orders

CONSTRAINT = 1st year Oncology Residents need Chemotherapy Medication Orders co-signed by an Attending Physician



図 C.2.3-2 Healthcare RBAC Task Force における RBAC の医療分野への適用検討 (VHA 提供の HL7 会議資料より引用)

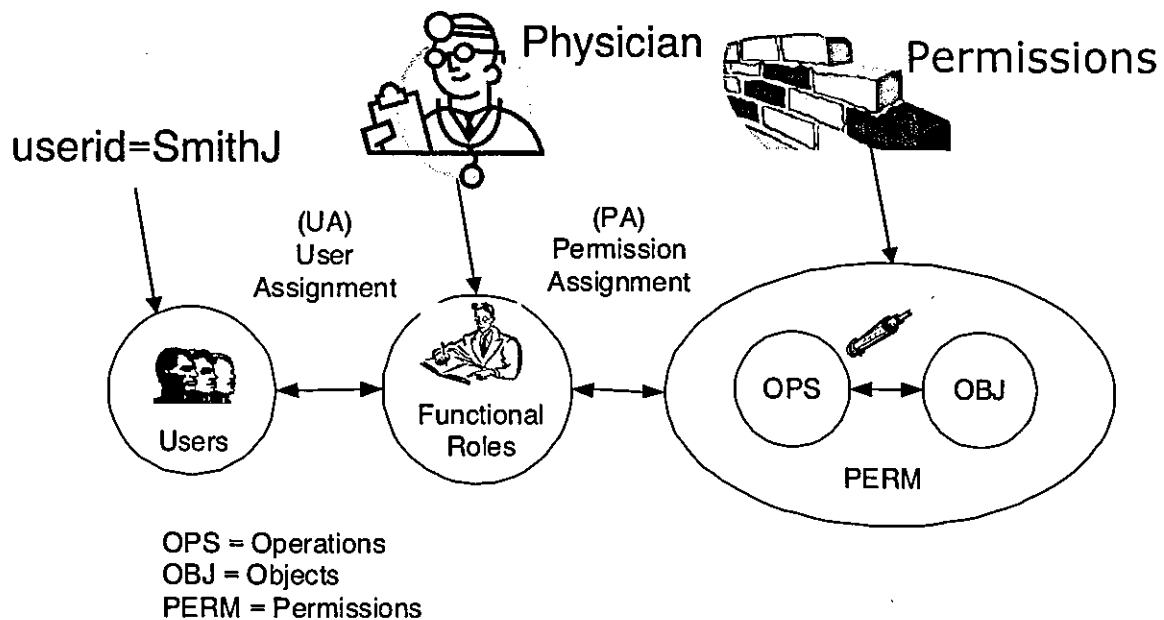


図 C.2.3-2 中核 RBAC 参照モデルの医療分野への適用 (VHA 提供の HL7 会議資料より引用)

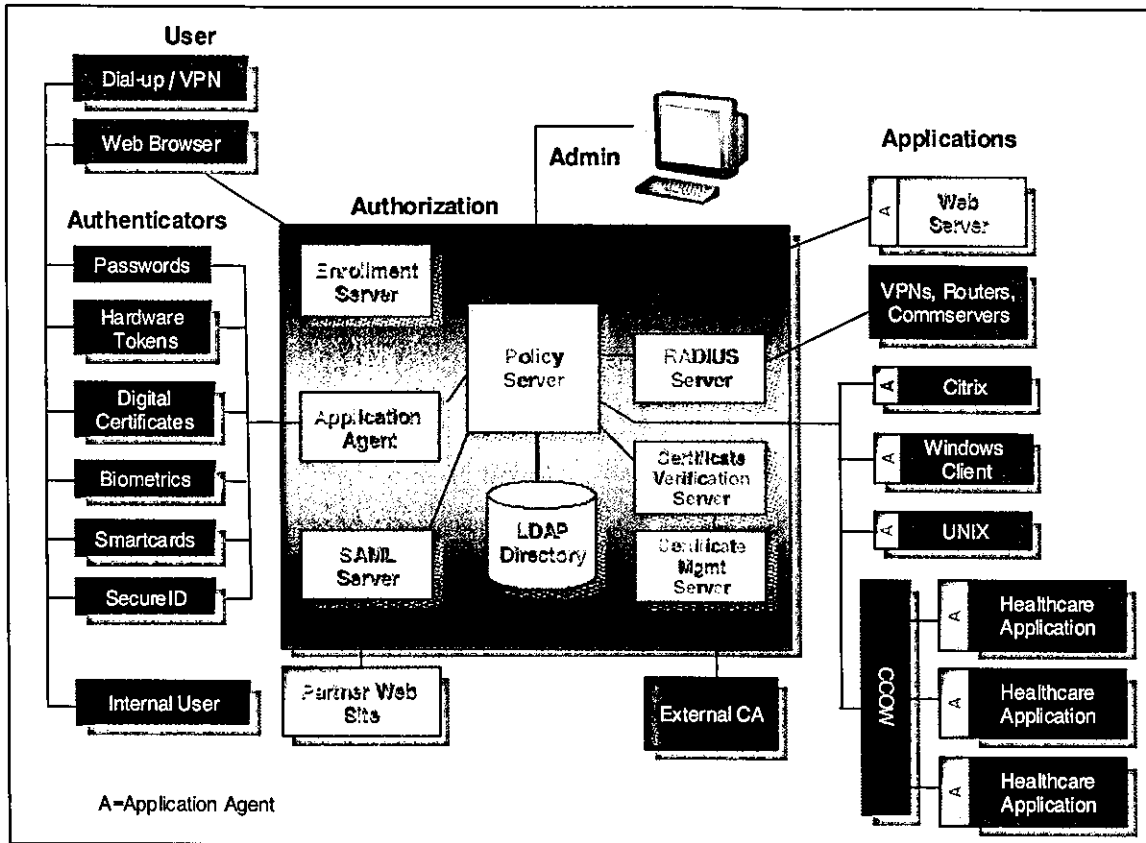


図 C.2.4 VHA による RBAC の実装 (VHA 提供の HL7 会議資料より引用)

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

診療報酬請求業務関連ドキュメントの調査

主任研究者	坂本 憲広	神戸大学医学部附属病院	教授
分担研究者	山本 隆一	東京大学大学院情報学環	助教授
分担研究者	小塚 和人	昭和大学横浜市北部病院	講師
分担研究者	増田 剛	神戸大学医学部附属病院	講師

研究要旨

本研究では、HIS・医事システム間の診療報酬請求業務に関連する標準メッセージの開発に向けた調査を行なった。調査として、本年度は、各医療機関がそれ以前の業務として行われている診療報酬明細書作成までの過程を電子カルテシステムとの連携を中心として行った。方法として、昭和大学横浜市北部病院を例とし、課題となるような具体例をユースケースとして選別した。そして、それぞれに該当すると思われる明細書データおよび、電子カルテのデータを抽出し、さらにそれをもとに如何なる判断、処理を自動もしくは人による手作業、目視確認判断が行われているのかを実業務で調査した。その結果、入院および外来診療における診療報酬業務として7つのユースケースについて考察し、診療報酬業務の共通項目を明らかにした。また、これらの項目を用いた、診療報酬の自動算定処理を検討し、そのために HIS・医事システム間で連携・共有が必要な情報を HL7 バージョン 3 の RIM モデルにより表現可能であることを確認した。

A. 研究目的

電子カルテにおける相互運用は患者個人の診療記録を、診療科、医療機関、地域、国を超えて情報共有を可能にし、効率的な医療提供体制と公衆衛生としてのより意義のあるデータ活用に寄与するところを目的とする。現段階では徐々に診療情報を電子化する事に至ってきたが、未だ相互運用には課題が多くその活用は限られていると言わざるをえない。1 医療機関内の診療情報システムを見るに至っても、基幹業務を司る病院情報システム（電子カルテシステム、以下 HIS）と部

門業務を支援する部門システム間の通信も、それぞれの間で取り決めが行われて電文されている場合がまだまだ多い。このような HIS・部門システム間連携の中で、HIS・医事システムの連携についても標準化されてはならず、中規模以上の医療機関の場合は、ほぼ HIS と医事請求システムは同一メーカーのセットとしての導入を余儀なくされる。仮にこの連携に関して標準化が可能となり、HIS と医事システム間に関しても他の部門システムと同様にマルチベンダー形式が採用できるのであれば、医療機関にとっての選択肢は大きく増す事になり、またシステムの精度向上にも寄

与する事が期待できる。さらに、このような標準化を基底とした連携が可能になるならば、通信環境などの整備や法的な情報管理制限の課題がクリアされれば、1 医療機関 1 医事システムを導入する必要性は希薄になり、同一事業者では複数ベンダーの HIS を導入している医療機関に対して一つの医事システムで対応する事が可能となる。

しかし、このような試みは診療所レベルのシステムでは行われているが、前述の如く入院を扱うような中規模以上の医療機関の導入システムでは試みられておらず、未だ現実的ではない。この背景には相互の通信に対する標準規格の有無という問題以前に、診療報酬請求業務自体で自動化が難しい要因が存在し、それぞれの医療機関が運用も含めて独自の方法にて解決しながら診療報酬請求業務を行っているという背景が存在する。

そこで、本研究は HIS・医事システムの間での診療報酬請求業務に関連する標準メッセージの開発に向けた準備調査を行うことを目的とする。診療報酬請求業務に関する調査は、昨年度の報告において医療機関と保険審査機関との間の情報の授受種別、受け渡しタイミング、データ項目の抽出などを行った。本年度は各医療機関がそれ以前の業務として行われている、診療報酬明細書作成までの過程を電子カルテシステムとの連携を中心として調査を行った。

B. 研究方法

調査方法は、昭和大学横浜市北部病院を例とし、実際の診療報酬明細書作成業務担当者への聞き取りを元にして、課題となるような具体例をいくつか選別した。そして、それぞれに該当するであろう明細書データおよび、電子カルテのデータを抽出し、さらにそれをもとに如何なる判断、処理を自動もしくは人による手作業、目視確認判断が

行われているのかを実業務で調査を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は個人情報扱うことはなく、研究対象者も存在しないため倫理面の問題は無い。

C. 研究結果

C.1 実際の診療報酬業務例

本節では、昭和大学横浜市北部病院において実際に行われている診療報酬請求業務の例を記載する。尚、本節では診療報酬請求業務を、外来時、入院時に分け、また記載方法として業務例とそれへの補遺(考察)の対による構成とする。尚、本文中の“医事課での判断”およびそれに順ずるセンテンスは、医事システムあるいは電子カルテで自動算定ができず、医事課での人手による判断と算定を意味する。

C.1.1 外来診療における診療報酬業務例

(1) 指導管理料加算

例 1 :

電子カルテシステムでは、指導管理料加算の対象となる指導内容の記載を一つのオーダー種とする事により、記載内容を一定のフォーマット化させたり、指導内容を支援するという面と、医事請求上の加算の発生を自動化させることが可能となるが、ウイルス疾患指導料のように、その疾患(肝炎、後天性免疫不全症候群など)により、患者 1 人について 1 回、もしくは患者 1 人に対して月 1 回に限り算定可能という条件があり、一診療単位で送信されてくるデータのみでは算定の可否が判断出来ない例が指導管理料には多い。

補遺：

指導管理料加算は、基本的には診療の中で医療側から検査、治療行為に伴って必要に応じて行った療養上の指導、に対して加算される診療報酬である。よって、その指導内容は診療記録として記載されている事が必要であり、また明細書に記載される病名、および検査、治療と相応している必要がある。しかしこの記載方法にこれまで一定のフォーマットが存在するわけではなく、診療終了後に医事担当者が病名、診療行為、カルテ記載を確認して加算するという手順となっていた。

例 2：

放射線治療においては、一連の治療過程において、下記の例に挙げる区分の照射方法につき 1 回に限り算定できる放射線治療管理料がある。

(区分例)

1 1 門照射又は対向 2 門照射を行った場合
2700 点

2 非対向 2 門照射又は 3 門照射を行った場合
3100 点

3 4 門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合
3400 点

放射線治療管理料を算定する場合、一連の治療過程において最適な 1 回を決定する基準が診療現場でしか判断できない。

補遺：

本例は、放射線治療における診療報酬請求業務例である。現状の医事システムでは、一連の治療過程において最適な 1 回の放射線治療管理料の算定基準を決定することができない。そのため、一連を構成する照射実施行為すなわち診療行為発生点（以下、補足の上、行為発生点と呼ぶ）の都度通知と、管理料加算のタイミングを部門側で決

定し、医事システムに通知する必要がある。放射線治療は現在外来通院患者に対して行われる割合が多く、本院の場合には全体のほぼ半数に達する。外来放射線治療患者の場合には上記の治療管理料をいつ算定するかを決定するのを一義に決定することはできず、照射計画の段階でその計画に応じて算定している。しかし、入院患者のように請求作成が月末に集約される場合には、照射計画の段階で決定しない場合もあり得る。疾病の種類、進行度、入院か外来か、などの要因により変化するため、人の判断によるところが大きい。

C.1.2 入院診療における診療報酬業務例

本節では、入院診療における診療報酬業務例として、(1)入院基本料等加算、(2)特定入院料等加算、(3) 同月内請求上限 (4) その他の 4 つの例について調査した。本稿には(1)の例のみ示し、残りの例については添付資料 1 に示す。

(1) 入院基本料等加算

例 1：

入院基本料加算は医療機関の施設条件によって異なる。施設条件は診療報酬体系の中で複数に区分され、例えば、一般病棟入院基本料に区分される施設の場合、下記の条件で入院基本料金が分類される。

I 群（平均在院日数が 28 日以内）
入院基本料 1（看護配置 2：1 以上）
入院基本料 2（看護配置 2.5：1 以上）
入院基本料 3（看護配置 3：1 以上）
入院基本料 4（看護配置 3.5：1 以上）
入院基本料 5（看護配置 4：1 以上）
特別入院基本料 1（看護配置 4：1 以上）

Ⅱ群（平均在院日数が29日以上）

入院基本料3

入院基本料4

入院基本料5

上記の施設条件にもとづいた請求業務を実施する必要がある。

補遺：

本例のように算定基準が施設条件による場合は、その基準が明確に定義されているため、医事システムのマスターと条件判断ロジックを整備することにより診療報酬請求業務を自動化することが可能である。複数医療機関対応となった場合でも、電文ヘッダに医療機関情報を付加されていれば、それに応じた基本料加算の対応は可能と考えられる。

C.2 診療報酬業務の共通項目

“C.1 実際の診療報酬請求業務例”に挙げた各例にある、共通に使われている用語を抜き出し、下表1に示す。

表1：診療報酬業務の共通項目

用語	補足（要素間の位置付け）
病名	算定基準となる要素
マスター	判定基準や算定基準の要素群
治療過程	診療行為発生点で構成される要素
施設条件	算定基準の判断要素
算定基準	病名や起算日、診療行為発生点の回数などで構成される要素
起算日	最初の診療行為発生点
経過期間	起算日からの経過期間
診断日	診療行為発生点の発生日
行為発生点	診断、処置等、すべての診療行為で

	あり、起算日や期間を規定する時間点
診療録	
医師の判断	算定基準の判断要素であるが、（患者の）状態や術中判断などで構成される。
（患者の）状態	病名等、定量的な算定基準として利用できない、医師の判断の構成要素

上記の用語を、コンピュータシステムで扱うことを考慮した情報要素と見なし、マスターとなりえる静的な情報と、条件判断の基準となる診療行為から発生する動的な情報に分類した例を下表2に示す。

表2：診療報酬業務項目の情報要素の分類例

	主たる要素	サブ要素1	サブ要素2
静的な値	マスター	病名、算定基準（含む施設基準）	
動的な値1	起算日	診断日	行為発生点
	経過期間（含む治療過程）	行為発生点	
動的な値2	医師の判断	（患者の）状態	診療録

サブ要素1は主たる要素の構成要素、サブ要素2はサブ要素1の構成要素である。

上記の動的な値2は、診療報酬点数表に直接の算定基準として定義されない、診療録等にも記載される情報である。

D. 考察

D.1 自動算定処理例

C.2節“診療報酬業務の共通項目”にまとめた情報を用いる場合に必要となる算定処理を図1にまとめ、自動算定処理について考察した。

- 1) 施設や病名、診療行為等が診療報酬点数として明確に定義されている場合、行為発生時点での処方や処置の行為内容が決定されれば、行為内容を電子カルテシステムから医事システムに送信するシステム機能を用いることにより自動的に算定することが可能。
- 2) 患者1人について1回、もしくは患者1人に対して月1回に限り算定可能という条件による算定が必要な場合、現状のシステム機能においては、診療の開始と終了により定義できる1患者1病名に紐付く診療期間と、診療期間内に発生する全診療行為間の関係が把握できないため、システムを用いた自動的な算定ができない。
- 3) 集中治療室等の使用の例や手術等の例で見られる、患者状態や診療行為中の処置内容等の診療録に記載される医師の判断が根拠となる算定が必要な場合、医師の判断をマスターとして整備することは非常に困難であり、現状のシステムを用いた自動的な算定ができない。

上記の1)、3)は既に実施されていることと、今後もシステム化が困難なことである。2)は、連携する情報種および連携のタイミングを整備することにより自動算定ができる可能性がある。2)の要点は、診療期間と診療期間内に発生する全診療行為の関連を管理することであり、この関連に必要な情報を HIS⇄医事システム間で連携・共有することである。

診療期間と診療期間内に発生する全診療行為を関連付けるには、図2に示すように、その診療が開始される根拠となる診断(病名など)が適当

と思われる。診断情報を定義後、以降その診断に対して実施される処方、治療などの行為発生事象を紐付け全診療行為の関連を定義し、行為発生の内容、日時、回数を管理する。下表3に、全診療行為の関連情報の一例を示す。関連情報は行為発生点の属性の実際の値を適用したものである。属性は発生日や行為名など、行為発生時点での算定情報と、行為間を紐付けるID(自分のIDと前回発生した行為のID)、および行為発生回数で構成される。これらの関連情報のすべてを一綴りしたものが全診療行為(一連の診療)であり、一連の診療に対して、行為の回数制限などの算定根拠を表現できる。これらの情報を HIS⇄医事システム間で連携できれば、相当程度の自動算定処理を実現できる可能性がある。

D.2 HL7 RIMによる標準化

D.1節で検討した、診療期間と診療期間内に発生する全診療行為とその関連情報は、HL7バージョン3の参照情報モデルであるRIMに基づき容易に表現可能である。具体的には、行為を表わすActクラスと行為間の関係を表わすActRelationshipクラスを用いて、行為発生事象の紐付けを行なう。例えば表3の例は、RIMクラスに基づく情報モデルとして図3のように表現することができる。これらの情報モデルから、HL7バージョン3メッセージを機械的に定義することが可能である。このように、診療報酬の自動算定処理のために HIS⇄医事システム間で連携・共有が必要な一連の診療行為に関する情報は、HL7バージョン3を用いて標準化を行なうことが可能である。

E. 結論

現状の病院情報システムでは、診療行為発生点は部門側にあり、その内容や回数から判断できる算定根拠を部門側で判断し、診療行為発生情報として医事システムに送信される。医事システムではいわば五月雨式に送られる診療行為発生情報に記載された算定根拠をマスターと突合せレセプトを生成する、というケースが多くかつ基本的なシステム連携である。このような現状のシステムにD.1節の“自動算定処理例”に示した全診療行為の管理ロジックを実現し維持管理することは不可能ではないが、診療報酬点数改定の頻度やシステムの改定箇所、さらに、算定処理導入による費用対効果など、多くを勘案する必要がある。

総じて、および中央診療部門より送信されてくる医療行為に伴う情報に、下記のような情報を付加する必要があることがわかった。

- 1.施設条件
- 2.患者保険条件（公費併用などを含む）
- 3.診療行為発生時には自動判断できない条件
 - 1)包括
 - 2)同月内請求上限
 - 3)当該患者の請求項目過去歴

- 4.当該以外の患者による施設利用率などの条件
- 5.併科診療受診などの条件

HIS・医事システムの相互運用を目指すためには、これらの付加条件を含めた電文の標準化が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし。
2. 学会発表
なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

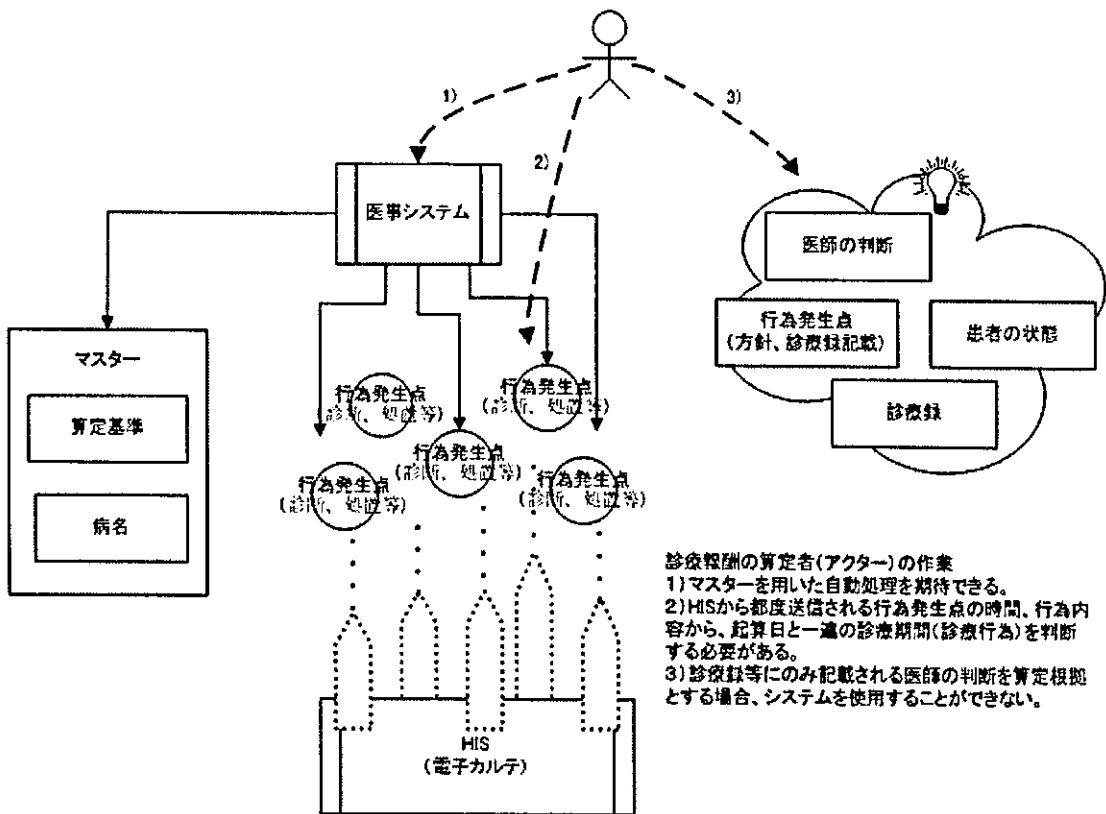


図 1：診療報酬業務の共通項目にまとめた情報を用いる場合に必要となる算定処理

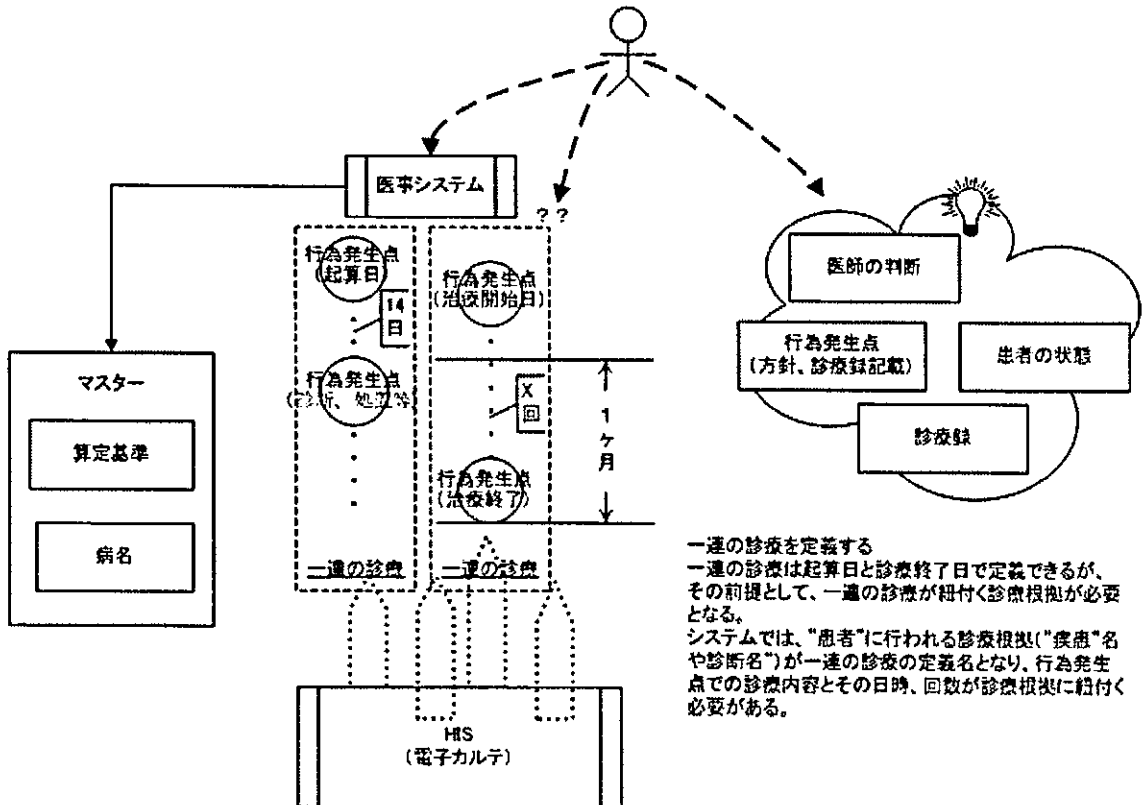


図 2：診療期間と診療期間内に発生する全診療行為の関連の管理

表 3： 全診療行為の関連情報の一例

情報種別	属性	関連情報	派生分類
行為発生点	ID	0, 2005-2-28, 診断, 1, なし	起算日
	発生日	1, 2005-3-2, 処方, 2, 0	処方 1
	行為内容	2, 2005-3-4, 治療, 3, 1	治療 1
	発生回数	
	前行為 ID	N, 2005-3-31, 退院, n, N-1	退院

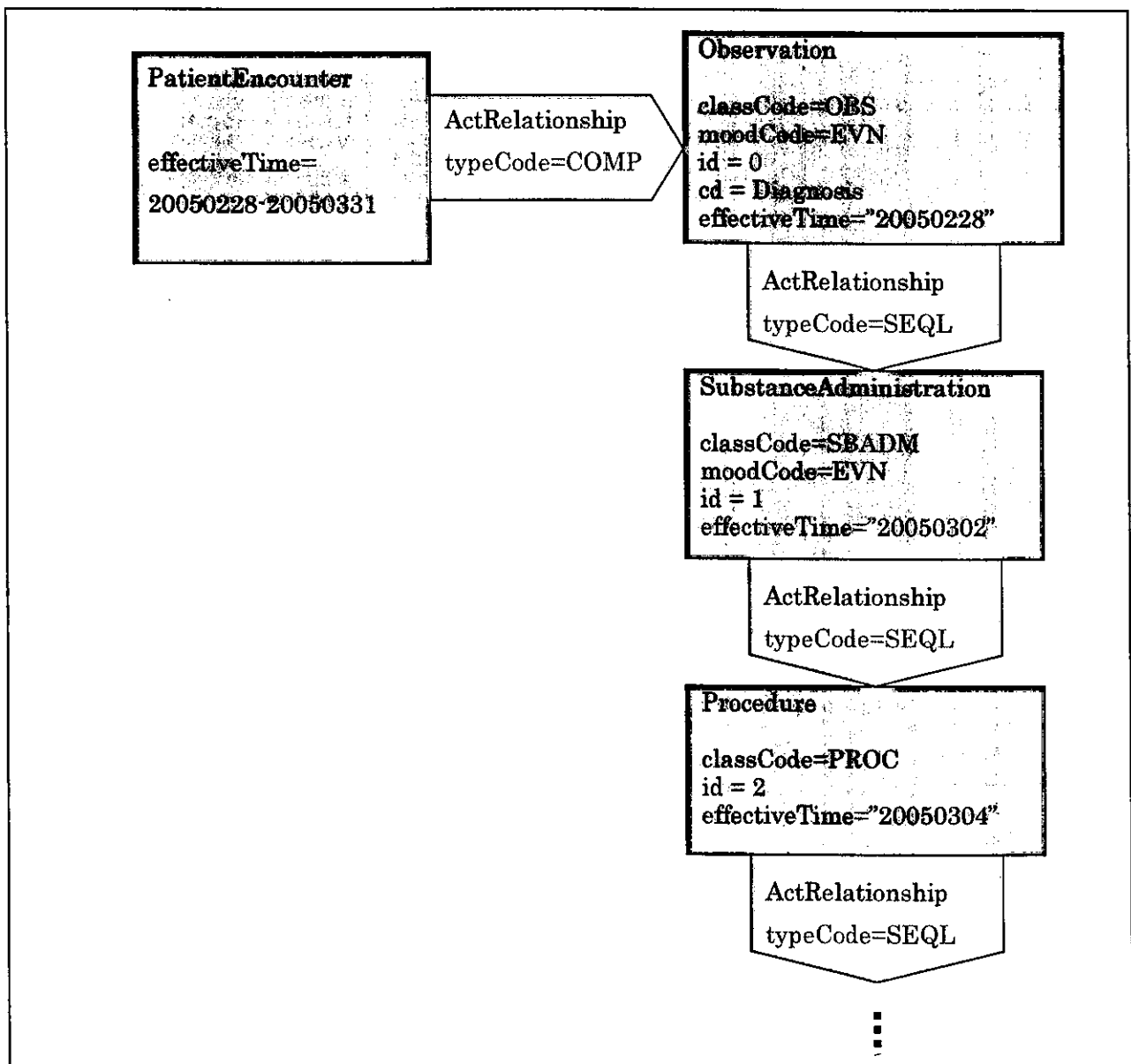


図 3： 診療期間と診療期間内に発生する全診療行為の関連の HL7 RIM による表現

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

診療報酬請求業務関連ドキュメントの調査

資料 1 診療報酬請求業務関連ドキュメント調査報告

平成16年度

診療報酬請求業務関連ドキュメント
調査報告

平成17年3月

昭和大学横浜市北部病院

1. はじめに.....	294
2. 背景.....	294
3. 実際の診療報酬請求業務例.....	295
3.1. 外来診療における診療報酬業務例.....	295
3.1.1. 指導管理料加算.....	295
3.2. 入院診療における診療報酬業務例.....	296
3.2.1. 入院基本料等加算.....	296
3.2.2. 特定入院料等加算.....	297
3.2.3. 同月内請求上限.....	298
3.2.4. その他.....	299
4. 診療報酬請求業務の共通項目.....	301
5. 自動算定処理例.....	302
6. まとめ.....	304

1. はじめに

診療報酬請求業務に関する調査は、前報告において医療機関と保険審査機関との間の情報の授受種別、受け渡しタイミング、データ項目の抽出などを行った。今回は各医療機関がそれ以前の業務として行われている、診療報酬明細書作成までの過程を電子カルテシステムとの連携を中心として調査を行った。

調査方法は実際の診療報酬明細書作成業務担当者への聞き取りを元にして、課題となるような具体例をいくつか選別。それぞれに該当するであろう明細書データおよび、電子カルテのデータを抽出し、さらにそれをもとに如何なる判断、処理を自動もしくは人による手作業、目視確認判断が行われているのかを実業務で調査を行った。

2. 背景

電子カルテにおける相互運用は患者個人の診療記録を、診療科、医療機関、地域、国を超えて情報共有を可能にし、効率的な医療提供体制と公衆衛生としてのより意義のあるデータ活用に寄与するところを目的とする。現段階では徐々に診療情報を電子化する事に至ってきたが、未だ相互運用には課題が多くその活用は限られていると言わざろうえない。1 医療機関内の診療情報システムを見るに至っても、基幹業務を司る病院情報システム（電子カルテシステム、以下 HIS）と部門業務を支援する部門システム間の通信も、それぞれの間で取り決めが行われて電文されている場合がまだまだ多い。

このような HIS・部門システム間連携の中で、HIS・医事システムの連携についても標準化されてはならず、中規模以上の医療機関の場合は、ほぼ HIS と医事請求システムは同一メーカーのセットとしての導入を余儀なくされる。仮にこの連携に関して標準化が可能となり、HIS と医事システム間に関しても他の部門システムと同様にマルチベンダー形式が採用できるのであれば、医療機関にとっての選択肢は大きく増す事になり、またシステムの精度向上にも寄与する事が期待できる。

さらに、このような標準化を基底とした連携が可能になるならば、通信環境などの整備や法的な情報管理制限の課題がクリアされれば、1 医療機関 1 医事システムを導入する必要性は希薄になり、同一事業者では複数ベンダーの HIS を導入している医療機関に対して一つの医事システムで対応する事が可能となる。

しかし、このような試みは診療所レベルのシステムでは行われているが、前述の如く入院を扱うような中規模以上の医療機関の導入システムでは試みられておらず、未だ現実的ではない。この背景には相互の通信に対する標準規格の有無という問題以前に、診療報酬請求業務自体で自動化が難しい要因が存在し、それぞれの医療機関が運用も含めて独自の方法にて解決しながら診療報酬請求業務を行っているという背景が存在する。

3. 実際の診療報酬請求業務例

本節では、本院において実際に行われている診療報酬請求業務の例を記載する。尚、本節では診療報酬請求業務を、外来時、入院時に分け、また記載方法として業務例とそれへの補遺（考察）の対による構成とする。尚、本文中の“医事課での判断”およびそれに順ずるセンテンスは、医事システムあるいは電子カルテで自動算定ができず、医事課での人手による判断と算定を意味する。

3.1. 外来診療における診療報酬業務例

3.1.1. 指導管理料加算

例 1 :

電子カルテシステムでは、指導管理料加算の対象となる指導内容の記載を一つのオーダー種とする事により、記載内容を一定のフォーマット化させたり、指導内容を支援するという面と、医事請求上の加算の発生を自動化させることが可能となるが、ウイルス疾患指導料のように、その疾患（肝炎、後天性免疫不全症候群など）により、患者 1 人について 1 回、もしくは患者 1 人に対して月 1 回に限り算定可能という条件があり、一診療単位で送信されてくるデータのみでは算定の可否が判断出来ない例が指導管理料には多い。

補遺 :

指導管理料加算は、基本的には診療の中で医療側から検査、治療行為に伴って必要に応じて行った療養上の指導、に対して加算される診療報酬である。よって、その指導内容は診療記録として記載されている事が必要であり、また明細書に記載される病名、および検査、治療と相応している必要がある。しかしこの記載方法にこれまで一定のフォーマットが存在するわけではなく、診療終了後に医事担当者が病名、診療行為、カルテ記載を確認して加算するという手順となっていた。

例 2 :

放射線治療においては、一連の治療過程において、下記の例に挙げる区分の照射方法につき 1 回に限り算定できる放射線治療管理料がある。

(区分例)

- | | | |
|---|---------------------------|--------|
| 1 | 1 門照射又は対向 2 門照射を行った場合 | 2700 点 |
| 2 | 非対向 2 門照射又は 3 門照射を行った場合 | 3100 点 |
| 3 | 4 門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 | 3400 点 |

放射線治療管理料を算定する場合、一連の治療過程において最適な 1 回を決定する基準

が診療現場でしか判断できない。

補遺：

本例は、放射線治療における診療報酬請求業務例である。現状の医事システムでは、一連の治療過程において最適な 1 回の放射線治療管理料の算定基準を決定することができない。そのため、一連を構成する照射実施行為すなわち診療行為発生点（以下、補足の上、行為発生点と呼ぶ）の都度通知と、管理料加算のタイミングを部門側で決定し、医事システムに通知する必要がある。放射線治療は現在外来通院患者に対して行われる割合が多く、本院の場合には全体のほぼ半数に達する。外来放射線治療患者の場合には上記の治療管理料をいつ算定するかを決定するのを一義に決定することはできず、照射計画の段階でその計画に応じて算定している。しかし、入院患者のように請求作成が月末に集約される場合には、照射計画の段階で決定しない場合もあり得る。疾病の種類、進行度、入院か外来か、などの要因により変化するため、人の判断によるところが大きい。

3.2. 入院診療における診療報酬業務例

3.2.1. 入院基本料等加算

例 1：

入院基本料加算は医療機関の施設条件によって異なる。施設条件は診療報酬体系の中で複数に区分され、例えば、一般病棟入院基本料に区分される施設の場合、下記の条件で入院基本料金が分類される。

I 群（平均在院日数が 28 日以内）

入院基本料 1（看護配置 2：1 以上）

入院基本料 2（看護配置 2.5：1 以上）

入院基本料 3（看護配置 3：1 以上）

入院基本料 4（看護配置 3.5：1 以上）

入院基本料 5（看護配置 4：1 以上）

特別入院基本料 1（看護配置 4：1 以上）

II 群（平均在院日数が 29 日以上）

入院基本料 3

入院基本料 4

入院基本料 5

上記の施設条件にもとづいた請求業務を実施する必要がある。

補遺：

本例のように算定基準が施設条件による場合は、その基準が明確に定義されているため、医事システムのマスターと条件判断ロジックを整備することにより診療報酬請求業務を自動化することが可能である。複数医療機関対応となった場合でも、電文ヘッダに医療機関情報を付加されていれば、それに応じた基本料加算の対応は可能と考えられる。

3.2.2. 特定入院料等加算

例1：

特定集中治療室料の算定対象となる患者は、下記に挙げる状態にあつて、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めたものである。

- ア 意識障害又は昏睡
- イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- ウ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 大手術後
- ケ 救急蘇生後
- コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

加えて、全稼働病床のうち重症患者の割合が80%以上の場合ハイケアユニット入院医療管理料、90%以上の場合特定集中治療室管理料が加算できる。重症度に係る基準は、モニタリング及び処置と患者の状況に係る評価点が一定の判定基準を満たす必要がある。しかし、重症度に係る基準は、以下の表の算定対象患者の状態を看護師がチェックし、判定基準の点数を満たしていることを事務が判断する。当院では以下の表に示す情報を電子カルテ運用することは不適としており、本情報は紙媒体で交換される。また、ハイケアユニット入院医療管理料の場合起算日から21日を限度に算定できるが、医療現場では21日という期間は判断できない。また、一定期間内に複数回集中治療室に入室することがあった場合、複数の入室原因の関連性と適切な起算日の把握は医事課にて行う。