

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.862 2025.3.18

医療情報ヘッドライン

**2023年度の1人当たり医療費
最大と最小で1.32倍の地域差**

▶厚生労働省

**電子処方箋「導入予定なし」が未だ多数
補助期間を9月まで延長して導入を推進**

▶厚生労働省 電子処方箋推進会議

週刊 医療情報

2025年3月14日

**高額療養費の負担増
見送り表明、石破首相**

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査
(令和6年12月末概数)

経営情報レポート

**業務効率化とコスト削減につながる
マイナ保険証の導入と医療経営への影響**

経営データベース

ジャンル:業績管理 > サブジャンル:業績管理と予算管理
支出予算制度のポイント
診療報酬請求業務の改善

発行:税理士法人ネクサス

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

2023年度の1人当たり医療費 最大と最小で1.32倍の地域差

厚生労働省

厚生労働省は2月28日、「令和5年度（2023年度）医療費（電算処理分）の地域差分析」を公表。入院・入院外・歯科を合わせた1人当たり医療費は全国平均で36万6,217円だった。

人口の年齢構成の相違による分を補正した「1人当たり年齢調整後医療費」が都道府県で最も高かったのは鹿児島県で41万9,698円。全国平均の1人当たり医療費を1人当たり年齢調整後医療費で割った「地域差指数」は1.146だった。

1人当たり年齢調整後医療費が最も低いのは新潟県で31万7,078円、地域差指数は0.866と約1.32倍の差があった。

■「西高東低」の傾向が顕著

医療費の地域差は、医療格差や医療の崩壊につながりかねない。

そのため厚労省では、できるだけ早期に地域差の概況を把握するため、レセプト情報・特定健診等情報データベースに収載されている電算処理分のレセプトを集計し、とりまとめている。

地域差が生じる要因について、厚労省は「人口の年齢構成、病床数等医療提供体制、健康活動の状況・健康に対する意識、受診行動、住民の生活習慣、医療機関側の診療パターンなどが指摘されている」としているが、このうち「人口の年齢構成」について、前述のとおり補正した「1人当たり年齢調整後医療費」と、それを全国平均の1人当たり医療費によって指数化した「地域差指数」を用いて地域差分析を実施した。

都道府県別の地域差について、厚労省は「北海道と西日本が高く、東日本が低い傾向」と分析。実際、1人当たり年齢調整後医療費が40万円を超えた10府道県に、北海道以外の東日本はなかった（10府道県は北海道、大阪府、徳島県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、鹿児島県）。

ちなみに、東日本で、全国平均の36万6,217円を上回っているのは東京都（37万2,772円）のみだった。

■寄与度が大きいのは「循環器系の疾患」

では、地域差にどのような要素が寄与しているのか。診療種別に見ると、入院の寄与度が大きく、歯科の寄与度は小さい。

年齢階級別に見ると、入院、入院外、歯科のいずれでも70歳以上の寄与度が大きいことが明らかとなっている。

疾病分類別に見ると、入院も入院外も「循環器系の疾患」の寄与度が大きい。

そのほか、入院では「精神及び行動の障害」、入院外では「内分泌、栄養及び代謝疾患」の寄与度が大きかった。

また、地域差指数の高い都道府県では、受診率および1件当たり日数、推計新規入院発生率、推計平均在院日数の寄与度がプラスになる傾向があり、1日当たり医療費の寄与度は逆にマイナスとなる傾向があることも明らかとなった。

なお、後期高齢者医療制度の地域差についても、「北海道と西日本が高く、東日本が低い」ほか、入院の寄与度が大きい傾向は同様だった。

医療情報
ヘッドライン
②

電子処方箋「導入予定なし」が未だ多数 補助期間を9月まで延長して導入を推進

厚生労働省 電子処方箋推進会議

厚生労働省は3月3日の「電子処方箋推進会議」で、電子処方箋の普及状況を報告。

2月23日時点で、運用開始済みの施設は全体の24.9%にとどまった。

薬局は全体の67.9%で運用を開始しているが、医療機関が低調で病院5.2%（416施設）、医科診療所12.1%（10,060施設）、歯科診療所2.2%（1,348施設）だった。

同省は導入していない医療機関に対しての導入意向調査の結果も公表したが、「現時点で導入予定はない」と回答した病院は44.6%、医科診療所は53.8%、歯科診療所は74.2%にのぼった。

■医療機関の普及率は約1割弱

電子処方箋は、2023年1月に運用が開始された。オンライン資格確認等システムを拡張し、紙で行われてきた処方箋の運用を電子で実施する仕組みだ。

患者が直近処方や調剤をされた内容の閲覧や、それらのデータを活用して重複投薬や併用禁忌のチェックが可能となる。

ところが、医療機関における導入は、前述のとおり遅々として進んでいない。

1月に行われた「医療DX 令和ビジョン2030」において厚労省は、薬局は3月末までに約8割弱、夏頃には「概ね全ての薬局での導入が見込まれる」としつつ、「医療機関への普及率は約1割弱に留まる見込み」と発表せざるを得なかった。

解決策として「医療機関にとって電子処方箋を利用しやすく、安全に運用できる仕組み・環境の整備」を挙げ、導入されていない

医療機関等へのフォローアップや周知広報、導入支援施策を強化するとしたが、新たな目標設定については「令和7年夏を目処に見直しを行う」ととどまっている。

■診療報酬の見直しも断行

導入支援施策としては、前述のように導入補助の対象期間を延長しただけでなく、診療報酬の見直しまで踏み込んでいる。1月29日の中央社会保険医療協議会総会で、「医療DX 推進体制整備加算」を現行の3区分から6区分に再編する方針を示し、電子処方箋の導入有無で点数に差がつくようにしたのだ。

最も点数の高い加算1は現行の11点から12点に引き上げ、4月1日から適用される。

診療報酬の見直しは一定のインパクトがあったようで、前出の導入意向調査で「電子処方箋システムを導入した（導入する）ことによるメリットは何を感じていますか」との設問で最も多い回答が「医療DX 推進体制整備加算が算定できる」だった。これは病院、医科診療所、歯科診療所とも同様だ。

一方で、導入のデメリットに対する回答を見ると、普及が進まない理由もうなずける。

病院と医科診療所の上位2つは「電子と紙が共存することにより業務が煩雑化する」「電子処方箋を希望する患者さんが少ない」。

希望者が少ないのに、なぜ業務が煩雑化するシステムを導入しなくてはならないのか。

そんな医療機関側の本音が聞こえるようだ。

こうした状況を受け、診療報酬のさらなる見直しなど、インセンティブの付与を検討するのかどうか、今後の動きにも注目したい。

医療情報①
石破茂首相
表明

高額療養費の負担増 見送り表明、石破首相

高額療養費の見直しについて石破茂首相は 7 日、8 月に予定していた自己負担限度額の引き上げを含め、見送る方針を表明した。政府は秋までに改めて方針を検討し、決定する。

高額療養費を巡る政府の方針の見直しはこれが 3 回目。石破首相は 2 月末、当初想定していた自己負担限度額の 3 段階の引き上げのうち、1 回目は予定通り 8 月に行い、2026 年以降の対応を検討し直す方針を示していたが、がん患者や難病の患者らがなお再考を求めている。それを受け 7 日の参院予算委員会で、患者団体と同日に面会し、最終判断する考えを表明した。

首相との面会後に行われた記者会見で、全国がん患者団体連合会の天野慎介理事長は 8 月の負担増の見送りについて「われわれの切実な声は一定程度届いた」と評価した。一方、これまでの決定のプロセスで当事者の声を聴いていないことや、再検討の時間が秋までに限られていることへの懸念を表明し、患者団体や、近く発足する超党派議連の意見を十分に聴くよう訴えた。

日本難病・疾病団体協議会の辻邦夫常務理事は、高額療養費の見直しが「保険者救済の問題にすり替わっていることに違和感がある」とし、医療保険者の救済策とは切り離して検討すべきだと強調した。

高額療養費制度は、医療費が高額になった患者の自己負担を抑える仕組みで、患者にとってセーフティーネットの機能がある。ただ、高額な医薬品の開発が相次ぐなど医療の高度化の影響で高額療養費の総額は医療費全体の倍のスピードで伸びており、制度の持続可能性が危惧されている。

そのため政府は、患者の所得区分を細分化し、区分ごとの自己負担限度額を 27 年 8 月まで 3 段階で引き上げる方針を決めたが、がん患者らがそれに強く反対した。26 年以降の対応を改めて検討する方針に転換した後も、東京都医師会が負担増をいったん凍結すべきだとする緊急声明を出すなど再考を求める声が収まらず、結局見送りに追い込まれた。

医療情報②
経済産業省
検討会

介護関連サービスの振興戦略、 市場性で3分類し検討

仕事と介護の両立を支援する介護保険外サービスなどの振興を図るため、経済産業省は 6 日、「人口密度」と買い物拠点など各種サービスへのアクセスのしやすさを示す「地域資源充足率」を基に、市場性の高さで地域を 3 つに分類し振興戦略を組む方針を省内の検討会に示した。

経産省が「高齢者・介護関連サービス産業振興に関する戦略検討会」に示した案では、地域の市場性を「高」「中」「低」に分類する。

市場性「高」のエリアは、人口密度に応じて「中山間地域」「一般都市」「大都市」の3段階で分けた場合の「一般都市」や「大都市」のうち、地域資源充足率が80―100%の地域。

「中」エリアは、「一般都市」や「大都市」のうち、地域資源充足率が40―80%。「低」エリアは、「中山間地域」か、地域資源充足率が0―40%の「一般都市」や「大都市」とした。

保険外サービスがビジネスとして成立する環境があるのが「高」エリア。ただ、サービス利用者へのリーチに課題があることから、経産省は民間連携に意欲のある自治体に対し、地域資源の可視化や保険外サービスとのマッチング支援の実施を提案。また、本業を延長させた形で見守りなどのサービスも行い、地域づくりを担う事業者のモデル構築や横展開を支援する案も示した。

「中」エリアでは、官民連携による事業モデルの構築が必要だとし、介護支援専門員（ケアマネジャー）らが保険外サービスを利用者に紹介する際のインセンティブの確保や、介護事業と保険外サービスなどのマッチング支援の実施を検討。経産省では、保険外サービスの信頼性を担保するガイドラインの策定や認証制度の設立も推進する。

保険外サービスがビジネスとして成立するのが困難とされる「小」エリアでは、既存の地域資源で対応し、住民互助の側面支援を行う必要があるとした。経産省は、デジタル化を通じた効率性を向上させる取り組みへの支援を想定する。ほかにも介護保険と保険外の事業を組み合わせたビジネスモデルを展開する先行事例を分析し、ほかの地域への横展開を実施する方針を示した。戦略検討会は年度内の取りまとめを目指す。

医療情報③
厚生労働省
方針

ベア評価料に伴う給付金、 来年度予算に繰り越しへ

厚生労働省は、医療現場の生産性向上や賃上げなどを支援する年度内の補正予算事業（緊急支援パッケージ）を2025年度予算に繰り越す方針を示した。

そのうち、ベースアップ評価料を算定する医療機関に給付金を支給する「生産性向上・職場環境整備等支援事業」については、支給要件となる業務の効率化や職員の処遇改善を実施する期日の延長などを示した事務連絡を都道府県などに5日付で出した。

事務連絡によると、給付金の支給対象となるのは、25年3月31日時点でベースアップ評価料を届け出ている病院や医科・歯科の診療所、訪問看護ステーション。3月31日までにを行った届け出が書類の不備などで差し戻された場合でも、最終的に受理されれば同日までに届け出たものと見なす。（以降、続く）

週刊医療情報（2025年3月14日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

医療施設動態調査 (令和6年12月末概数)

厚生労働省 2025年2月28日公表

病院の施設数は前月に比べ 増減なし、病床数は 1 0 8 5 床の減少。
一般診療所の施設数は 8 7 施設の減少、病床数は 3 2 6 床の減少。
歯科診療所の施設数は 1 1 9 施設の減少、病床数は 増減なし。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和6年 12月	令和6年 11月			令和6年 12月	令和6年 11月	
総数	179 479	179 685	△ 206	総数	1 539 126	1 540 537	△ 1 411
病院	8 055	8 055	-	病院	1 467 613	1 468 698	△ 1 085
精神科病院	1 056	1 057	△ 1	精神病床	315 756	315 888	△ 132
一般病院	6 999	6 998	1	感染症 病床	1 939	1 945	△ 6
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 331	3 332	△ 1	結核病床	3 492	3 508	△ 16
地域医療 支援病院 (再掲)	704	703	1	療養病床	267 950	268 124	△ 174
				一般病床	878 476	879 233	△ 757
一般診療所	105 278	105 365	△ 87	一般診療所	71 452	71 778	△ 326
有床	5 348	5 365	△ 17				
療養病床を 有する一般 診療所(再 掲)	416	419	△ 3	療養病床 (再掲)	3 932	3 962	△ 30
無床	99 930	100 000	△ 70				
歯科診療所	66 146	66 265	△ 119	歯科診療所	61	61	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

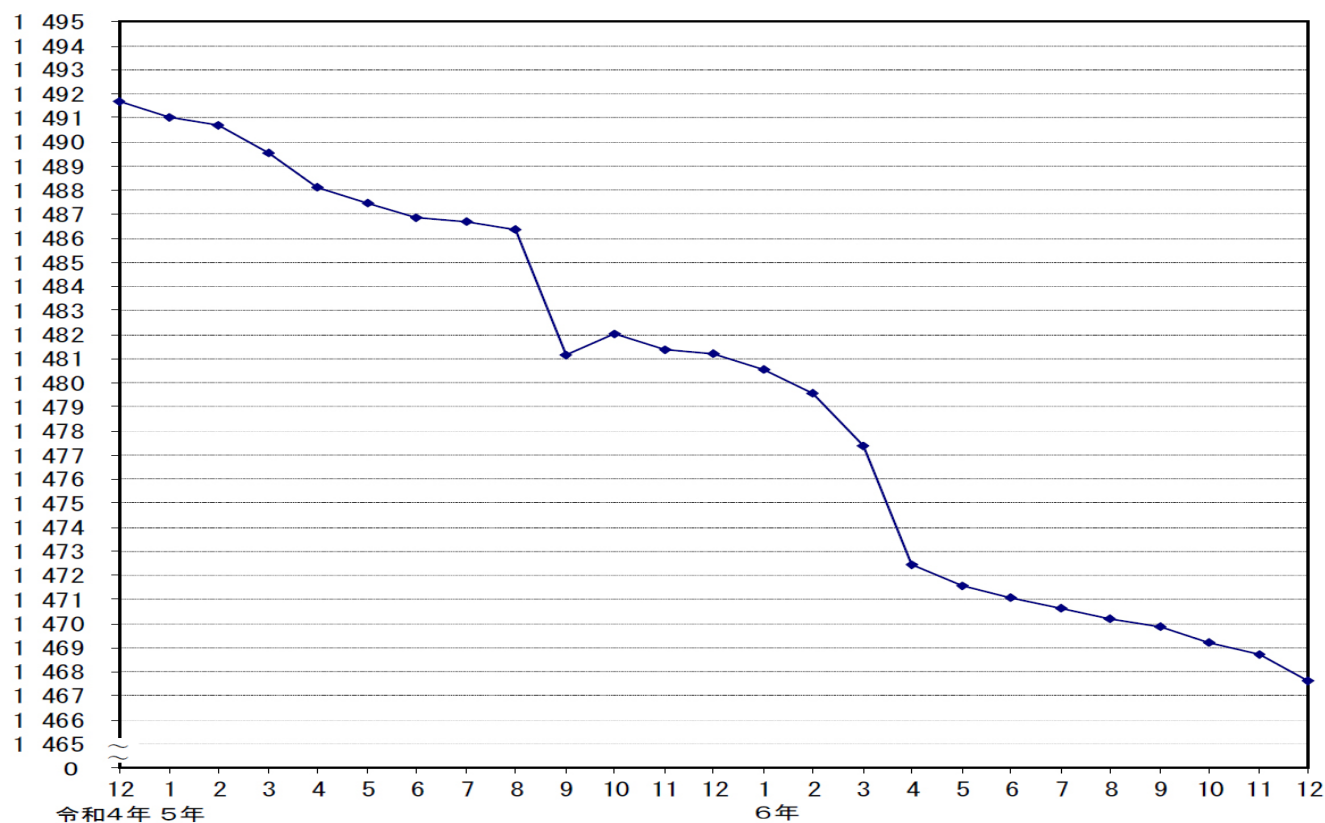
令和6年12月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 055	1 467 613	105 278	71 452	66 146
国 厚生労働省	14	3 760	18	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	51 497	-	-	-
国立大学法人	46	32 067	146	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 478	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 047	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 075	3	-	-
その他	19	3 362	379	2 162	4
都道府県	184	45 424	262	182	7
市町村	587	117 326	2 919	1 851	238
地方独立行政法人	134	51 974	35	17	-
日赤	91	33 901	202	19	-
済生会	83	22 042	55	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	95	29 340	63	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	6	1 367	259	-	1
共済組合及びその連合会	39	12 881	133	-	3
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	186	45 882	431	121	81
医療法人	5 625	826 647	47 830	56 501	17 124
私立学校法人	113	55 605	196	38	14
社会福祉法人	200	33 386	10 535	363	40
医療生協	78	13 002	286	179	49
会社	23	7 209	1 459	7	14
その他の法人	196	40 169	1 456	351	209
個人	91	8 230	38 597	9 607	48 361

参 考

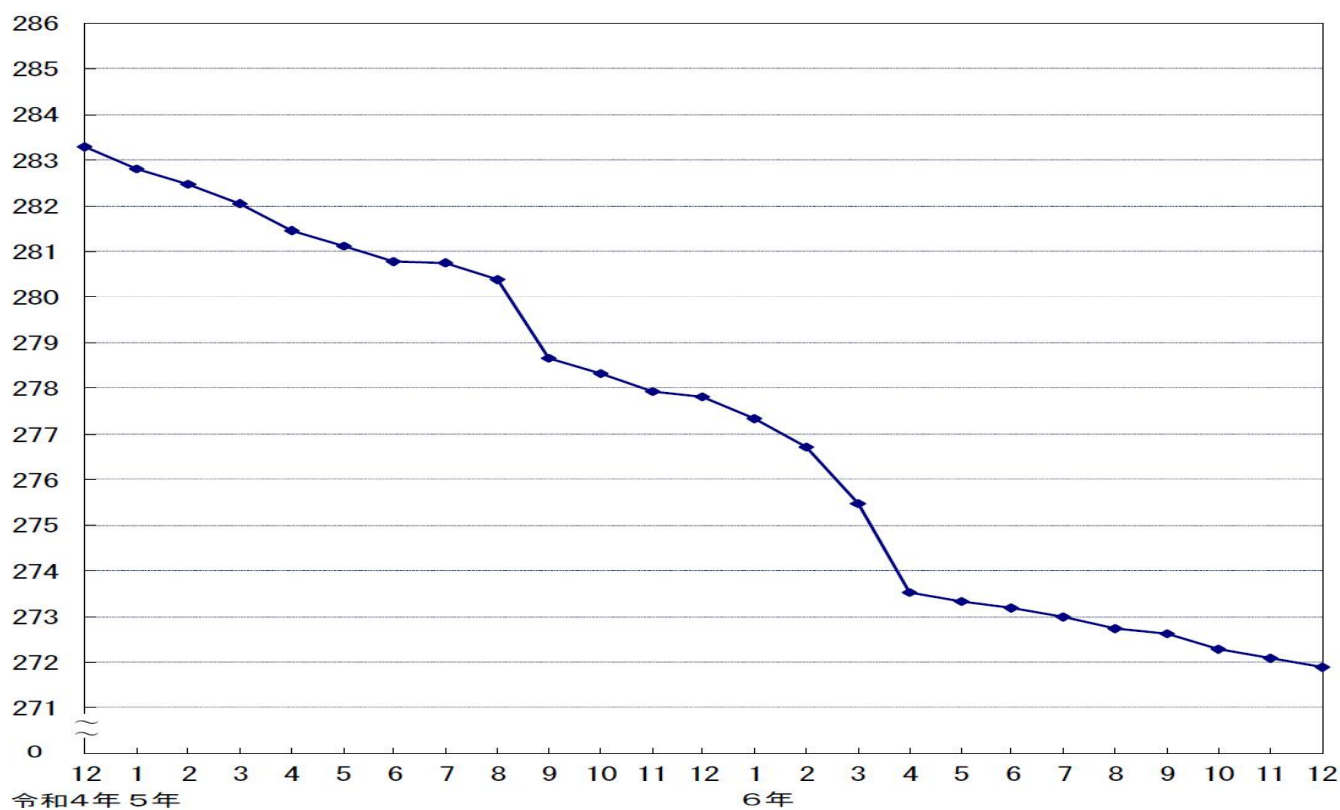
病床（千床）

病院病床数



病床（千床）

病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査（令和6年12月末概数）の全文は
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



医療経営

業務効率化とコスト削減につながる

マイナ保険証の導入と 医療経営への影響

1. マイナ保険証の導入背景と現状
2. マイナ保険証活用による医療DXの進展
3. 未来の医療を見据えたマイナ保険証の展望
4. 医療機関における業務効率化とコスト削減



■参考資料

【厚生労働省】：令和4年度 国民医療費の概況 令和5年 第4回「医療DX 令和ビジョン2030」
令和5年 第1回ゲノム医療基本計画 WG 令和6年 マイナ保険証の利用促進について 他

1

医業経営情報レポート

マイナ保険証の導入背景と現状

周知のとおり、政府は、行政のデジタル化を推進しており、その一環として、国民一人ひとりに付与されるマイナンバーを活用した様々なサービスの展開が進められています。

その中でも特に注目されているのが、マイナ保険証です。

マイナ保険証とは、マイナンバーカードに健康保険証の機能を一体化させたもので、従来の健康保険証に代わる新しい形態となります。

政府はこの制度の導入により、国民の利便性向上と医療現場の効率化、さらには医療分野におけるデジタル化の推進を目指しています。

■ マイナ保険証導入の背景

従来の健康保険証は、持ち運びの不便さや紛失時の手続きの煩雑さなどが課題として挙げられていました。また、医療機関においても、保険証の情報をもとに手作業で入力する必要があるなど、業務負担が大きいといった問題を抱えていました。

さらには、我が国の医療費は増加の一途を辿っており、医療制度の持続可能性が危ぶまれていることから、政府は医療分野のデジタル化を推進することで、医療の質向上や効率化を進めつつ、医療費の適正化を図る必要性を訴えています。

このような背景から、政府はマイナンバーカードと健康保険証を一体化し、デジタル技術を活用した新たな保険証制度の導入を決定しました。

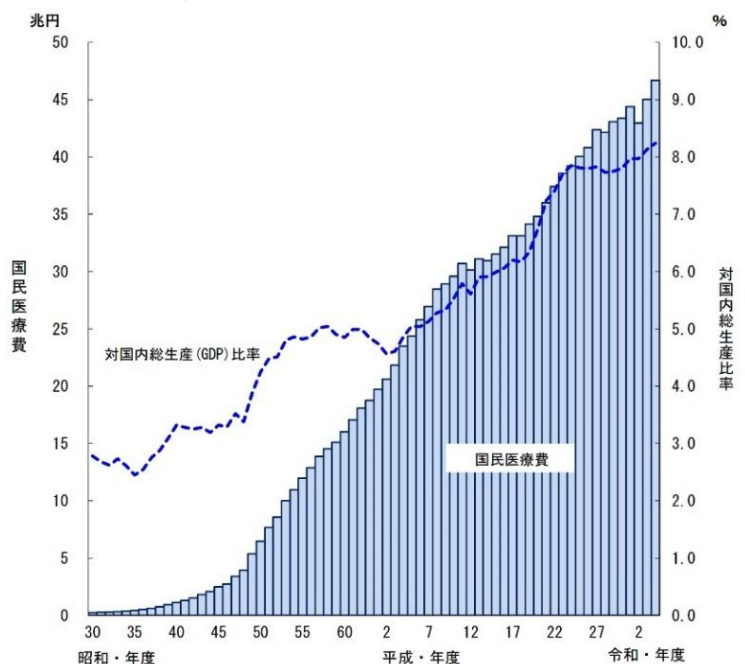
国民医療費の状況

令和4年度の国民医療費は46兆6,967億円となり、前年度の45兆359億円に比べて1兆6,608億円、3.7%増加しました。

人口一人当たりの医療費も37万3,700円と、前年度の35万8,800円から1万4,900円、4.2%増加しています。

さらに、国民医療費の国内総生産（GDP）に対する比率は8.24%となり、前年度の8.13%から上昇しています。

■ 国民医療費・対国内総生産比率の年次推移



マイナ保険証活用による医療DXの進展

■ オンライン資格の高度化

マイナ保険証の導入により、医療機関の窓口における資格確認がオンラインで完結できるようになったことから、患者は受付での待ち時間の短縮や、保険証の持ち忘れによる診察への支障を回避できるようになりました。

また、医療機関側にとっても、資格確認業務の効率化や、保険証の確認ミスによる医療費請求の遅延などを防ぐ効果が期待できます。

さらに、患者の同意に基づいた医療情報（アレルギー情報や投薬履歴など）を紐づけることで、より安全で質の高い医療提供体制を構築することが可能となりました。

■ 電子処方箋との連携効果

マイナ保険証の利用は、電子処方箋の導入とも密接に連携しており、電子処方箋を活用することで、複数の医療機関や薬局での情報共有がスムーズに行えるようになります。

また、オンライン上で薬歴が一元管理されるため、薬剤師が過去の服薬データから問題のある薬の組み合わせを迅速に検出し、患者や医師に提案することができます。

こういった連携により、重複処方や過剰投薬の防止が期待され、医療ミスやトラブルの減少が期待されます。

◆医療機関・薬局における電子処方箋システムの導入状況

(2025/2/23時点) (祝日の関係上、利用申請済み施設数は2/24時点)		
	1. 利用申請済み施設数	2. 運用開始施設数
全体	105,617 施設	52,854 施設
病院	2,429 施設	416 施設
医科診療所	35,373 施設	10,060 施設
歯科診療所	15,676 施設	1,348 施設
薬局	52,139 施設	41,030 施設

(※1) 利用申請済み施設数とは、医療機関等向け総合ポータルサイトで、電子処方箋の利用規約に同意し、利用申請を行った施設数をいう。

(※2) 運用開始施設数とは、電子処方箋の発行又は電子処方箋に基づく調剤が可能となる日（運用開始日）を医療機関等向け総合ポータルサイトで入力した施設であって、当該運用開始日が経過している施設をいう。

出典）厚生労働省：医療機関・薬局における電子処方箋システムの導入状況（令和7年2月23日時点）

3

医業経営情報レポート

未来の医療を見据えたマイナ保険証の展望

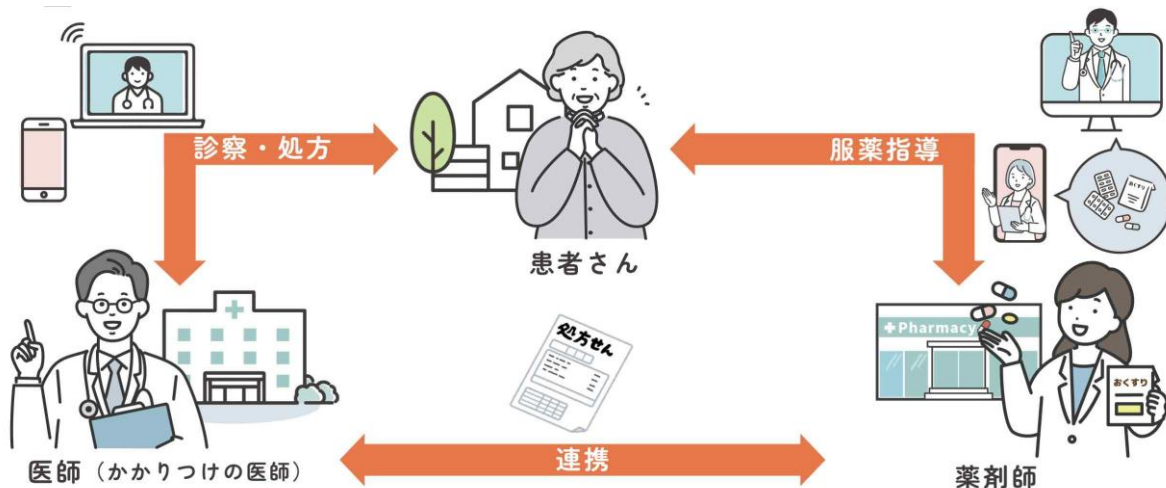
■ 遠隔医療の発展

マイナ保険証の普及は、オンライン診療・オンライン服薬指導をより身近なものとし、時間や場所にとらわれない柔軟な医療アクセスを実現します。

これにより、高齢者や重症患者、へき地に住む方など、これまで医療機関へのアクセスが困難だった方々も質の高い医療を届けることが可能となります。

さらに、オンライン診療・オンライン服薬指導の普及は、医療従事者の負担軽減や医療資源の効率的な活用にもつながり、日本の医療システム全体の持続可能性の向上に貢献することが期待されています。

◆ オンライン診療 イメージ図



出典）厚生労働省：オンライン診療について

■ 医療情報のシームレスな連携

マイナ保険証の普及によって、異なる医療機関間での患者情報の共有が円滑化し、より適切な診断や治療が可能となり、重複検査の削減にもつながります。

将来的には、救急医療の現場でも即座に患者の既往歴や服薬情報を確認できるようになり、より迅速で適切な救急対応が実現可能となります。

■ パーソナライズド・メディシンの実現

個人の医療データが統合的に管理されることで、AIによる高度な分析が可能となります。

具体的には、個人の体質や遺伝情報、生活習慣といったデータを医療情報と組み合わせることで、一人ひとりに最適化された医療や病気予防、健康増進につながるサービスを提供できます。さらに、予防医療の観点からも、個人の健康リスクを早期に特定して、適切な予防措置を講じることが可能となります。

4

医業経営情報レポート

医療機関における業務効率化とコスト削減

■ 受付業務の改善効果

前述の通り、マイナ保険証導入による最大のメリットは、受付業務の大幅な効率化にあります。従来、患者は診察の度に保険証を提示し、医療機関側はその都度、情報の確認や入力作業に追われていました。

しかし、マイナ保険証を用いることで、これらの煩雑な作業を簡素化できます。

◆ 受付業務の改善ポイント

● 患者情報の正確かつスピーディーな取得

マイナ保険証をカードリーダーにかざすだけで、患者の氏名、住所、保険情報などを瞬時に取得できます。手入力によるミスや確認作業を省き、待ち時間の短縮、患者満足度の向上に繋がります。

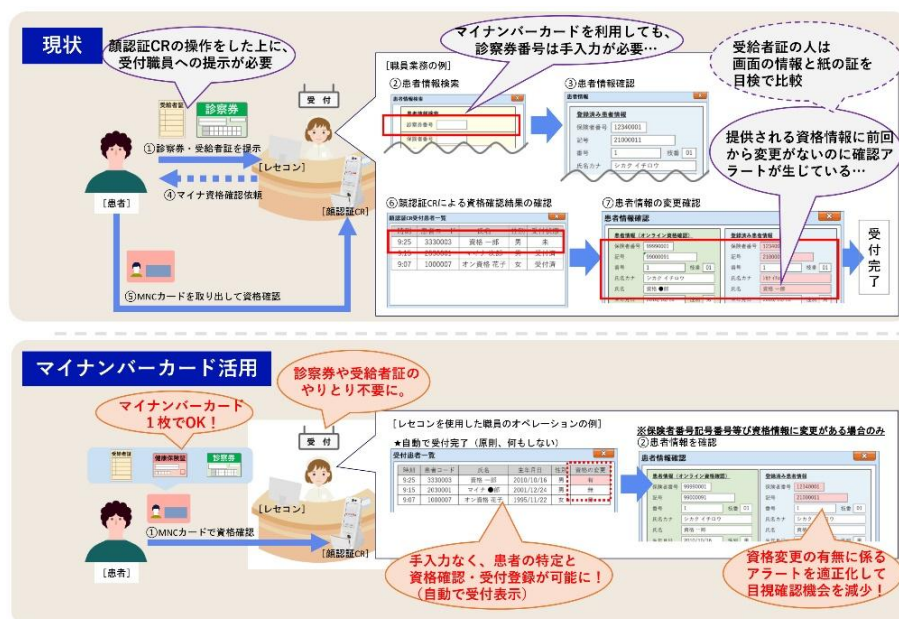
● 資格確認の即時実行

従来、医療機関は保険資格の確認作業に時間を要していましたが、オンライン資格確認システムにより、リアルタイムで資格確認が可能となります。これにより、資格確認業務の負担軽減、医療事務スタッフの業務効率化を実現します。

● 本人確認の厳密化

マイナ保険証のICチップ情報で本人確認が即座に行われるため、なりすまし受診や保険証の不正利用が低減し、医療の安全性と信頼性が高まります。

◆ クリニック等での受付処理のイメージ＜再来受付機がない場合＞



出典) デジタル庁 診察券とマイナバーの一体化について (令和6年8月20日) 資料

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

支出予算制度運用のポイント

支出予算制度運用のポイントと、収入増加を図るための収入・支出管理の方法を教えてください。

支出における予算制度では、固定性予算と流動性予算に分けて考えます。
院内で支出予算制を実施して経営健全化を図ることは、現在の医業経営環境においては不可欠です。

そして、この支出予算は、固定しなければならない予算と、流動的に緩和できる予算とに分けて管理することが重要です。

固定性予算	●人件費 ●高額医療機器	●経費（事務用品、通信費、印刷費、研修費） ●消耗備品（日用品）
流動性予算	●医薬品費 ●診療材料	●特定医薬材料費 ●検査試薬

■人員増の試算例 ～考慮すべき要素

医師の場合	●保険診療入院単価アップの額 ●紹介患者数（逆紹介患者数）	●新入院患者数 ●手術・検査内容と件数	●平均在院日数
看護師の場合	●看護配置（算定・加算）による増収 ●新しい病棟計画による増収		

収入から支出を引いたものが利益です。しかし、利益はおのずと生ずるわけではなく、医療機関の努力で生み出すものですから、利益を増やすためには、「収入増加のための活動」と「支出削減のための活動」の双方を継続して進めることが必要です。

これらの実践である利益を生み出すために必要な支出管理に向けて、支出を収入との関わりから3つに分けて整理すると、それぞれ適切な管理手法は次のようになります。

①収支に関わらず、一定額が支出されるもの:賃借料、職員の給与等

⇒ 一定期間固定的に支出される性格を持つため、この削減には施設・設備や人員等支出の対象物を変える要素が大きく、管理活動が必要

②収入と直接関係ないが支出額が変動するもの:電話代・消耗品費等

⇒ 支出実績を下げるのが基本となり、削減目標を設定した引下げ努力が必要

③収入と比例関係のある支出:仕入・販促費等

⇒ 利益率の維持・向上の側面からの取り組みが必要

診療報酬請求業務の改善

診療報酬請求業務の改善には、
どのように取組めばよいのでしょうか。

基本方針として掲げられている項目は次のようなものです。

診療報酬請求業務における返戻等は、担当者の能力に原因がある場合が大部分を占めているのが現状です。よって、改善には担当者のスキルアップが最も有効です。知識・認識の不足を補うためのポイントは次のとおりです。

①請求事務知識と医療現場知識を習得する

- | | | |
|-------|---|-------------------------|
| 医事課職員 | … | 診療報酬請求事務知識及び医療現場基礎知識の習得 |
| 診療部門 | … | 診療報酬請求事務手続き、構造、用語の理解 |

②院内コミュニケーションを図る

診療行為、薬品及び治療材料の知識習得のため、診療現場に頻繁に足を運び医事（算定項目）と診療現場（診療行為）のギャップを埋める

③点数算定知識の向上を図る

院内研修会の実施及び診療報酬管理委員会の設置による定期的な研修機会の提供、情報交換の実施

また、記載の不備を解消するための取り組みとして、次のようなものがあげられます。

①診療行為の発生源は医師であると再認識する 医師法施行規則第23条（診療録の記載に関する事項）

- 患者の病名及び主要症状 ⇒ 診療報酬上は、傷病名及び傷病名の転帰の日付等
- 治療方法（検査、処方及び処置）⇒ 診療報酬上は、指導記録や各診療行為の指示と実施の記録等
- 診療の年月日 ⇒ 診療報酬上は、初再診の区分、休日・時間外の受診時間等

②マニュアル化・記載要領等の作成

記載漏れの頻度の高い項目に関して標準化を図る

（特定疾患指導料、退院時指導料、レセプト症状詳記等）

③カルテ・伝票様式の改善

カルテ様式の検討ポイント	●指示と実施の相関関係が、明確に判断できる様式
伝票様式の検討ポイント	●色 : 他伝票類との区別が容易なもの
	●種類 : 継続行為と単日行為等
	●配列 : 頻度の高いものを見やすい位置に配列
	●相関関係 : 一連の行為やパターン化しているものは、同一枠内に配置
	●複写枚数 : 使用目的ごとに各関係部門相当枚数の複写