

日本経済 MAGAZINE

週刊

医業経営 ウェブマガジン

発行

株式会社 常陽経営コンサルタンツ

1 医療情報ヘッドライン

高齢者負担軽減の高齢者医療制度骨格まとまる
財政負担が最大の焦点に、今秋にも提示へ

厚生労働省 保険局

平成 21 年度医療費は 35.3 兆円、対前年度比 3.5% の高い伸び
厚労省、平成 21 年度医療費の動向(支払基金と国保連のデータ)公表

厚生労働省 保険局

2 経営 TOPICS 抜粋

統計調査資料

病院報告(平成 22 年4月分概数)

3 経営情報レポート 要約版

医療機関に求められるコンプライアンス
指導・監査の実態と対応策

4 経営データベース

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: クリニック新規開業
大都市中心部での物件選定および開業の注意点
医療機器リース時のメリットとデメリット

中医協総会 今後は基本診療料と介護連携を優先議題に 公知申請の事前評価終了時点で承認前でも保険適用

厚生労働省保険局は8月25日、中央社会保険医療協議会総会を開いた。この日は、大きく（1）公知申請された医薬品の取扱い、（2）今後の進め方、（3）DPC調査、（4）後発医薬品に係る調査——の4点について議論を行った。

まず今後の進め方で同省は前回、10年度改定答申の附帯意見への対応案を示しており、この日の総会では、支払側と診療側がそれぞれ提出した対応案への意見書に基づき、今後の方向性を中心に議論した。

両者は、附帯意見の基本診療料と診療・介護報酬の同時改定に関する項目を優先的に話し合う方向で大筋合意しており、今回の議論を踏まえ、同省では、次回の総会で優先議題の案を示す方針となっている。診療側は医療と介護の連携強化など、同時改定に関連した項目を優先的に議論するよう要望した。

支払側は、初・再診料や入院基本料などの意義や位置付け、再診料と外来管理加算の関係といった基本診療料に関する項目のほか、同時改定関連では、①医療療養病床と機能が近接している部分を含めた慢性期入院医療の在り方、②慢性期入院医療と介護との連携、③在宅医療やリハビリの推進・充実——など、について、「特に優先的に、早期に議論を開始すべき」と要望した。

同日、今後の調査スケジュール案が厚労省当局から示されたものの、調査項目案が膨大であるため、遠藤中医協会長が「優先順位と調査実施項目を次回総会で決定したい」と提案し、了承された。もっとも、基本診療料（初・再診料や入院基本料など）と、医療と介護の

連携については、ともに優先度が高いと考えていることが確認されている。

（1）の公知申請とは、A疾病への効能効果があると認められた医薬品を、別のB疾病に使う際に、改めて治験等をせずとも、外国の文献等（公知）を根拠に審査承認に向けた申請を行えるというもので、医薬品は薬事法上で効能効果が認められた疾病にのみ使える。これらが認められていない疾病にその医薬品を使用するためには、改めて治験等を行い薬事法の承認を得なければならないのが原則で、これが「適応外薬」であり、ドラッグラグを生じさせる要因の一つとされている。

公知申請における承認までの流れは、次のように整理される。

[薬事・食品衛生審議会の事前評価]



[公知申請]



[医薬品医療機器総合機構の審査]



[厚生労働大臣の承認]

さらに、医療保険との関係では、事前評価から承認までは「評価療養」の対象となり、医薬品の費用は全額患者負担となっている。

この点について厚労省は、「事前評価が終了した時点で保険適用とする」案を中医協総会に提案し、了承された。具体的には、薬食審が事前評価を終えた翌日に自動的に保険適用となり、中医協には事後報告されることとなる。

特定健診 初年度の実施率 38%、組合健保と国保で二極化 平成 20 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況公表

厚生労働省保険局は8月 25 日、平成 20 年度特定健康診査（特定健診）・特定保健指導の実施状況を公表した。特定健診の対象者は約 5,190 万人、受診者は約 1,990 万人であり、またその実施率は 38.3%と低率だったことが分かった。その理由は、特定健診の実施主体である保険者と、健診を行う医療機関との間で契約に時間を要したことが主因とされており、年度後半まで健診が十分に行き渡らなかったことが初年度の実施低率を招いたとみられている。

特定健診・特定保健指導制度は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、平成 20 年度から開始された。実施主体である保険者は、年度毎の実施状況を社会保険診療報酬支払基金に報告する。

保険者の種類別実施率は、組合健保、共済組合において高くなっており、一方で市町村国保、国保組合、全国健康保険協会、船員保険において低い、という「二極構造」が明らかになった。特に組合健保の受診率の高さと、国保組合の受診率の低さが顕著だった。

そのため後者については、実施率向上のための取り組みを今後強化する必要があると強調している。厚労省は 12 年度の受診率の目標値を 70%としている。

特定保健指導の対象者割合は 19.8%だった。このうち、特定保健指導を終了した者の

割合は 7.8%、また保険者の種類別の実施率をみると、10%以上であったのは市町村国保のみであり。国保組合、組合健保においては、実施率が0%の組合が数多くみられた。特定保健指導の対象者の基準の元となる、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者の割合は 14.5%であり、内臓脂肪症候群予備群の割合は 12.4%だった。

■平成 20 年度の特定健康診査実施率の上位保険者

同省発表による平成 20 年度特定健康診査実施率の上位保険者は次のとおりとなっている。保険者全体では、大興製紙健康保険組合（静岡県）が受診率 99.3%で1位、2位は受診率 94.6%の山形銀行健康保険組合（山形県）、3位は受診率 91.9%で群馬銀行健康保険組合（群馬県）の順。

各保険別の1位を見ると、市町村国保では東成瀬村（秋田県）が受診率 82.1%、また国保組合では、受診率 68.4%で大分県歯科医師国民健康保険組合（大分県）となっており、組合健保では、受診率 99.3%で大興製紙健康保険組合（静岡県）。また共済組合では、受診率 83.4%で富山県市町村職員共済組合（富山県）となっている。

病院報告

平成22年4月分概数

1 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	平成22年4月	平成22年3月	平成22年2月	平成22年4月	平成22年3月
病院					
在院患者数					
総数	1 319 326	1 329 705	1 342 407	△ 10 379	△ 12 702
精神病床	310 750	312 005	312 088	△ 1 255	△ 83
結核病床	2 988	2 972	3 032	16	△ 60
療養病床	307 450	309 620	310 350	△ 2 170	△ 730
一般病床	698 088	705 059	716 882	△ 6 971	△ 11 823
(再掲)介護療養病床	77 805	79 052	79 229	△ 1 247	△ 177
外来患者数	1 455 339	1 458 993	1 411 847	△ 3 654	47 146
診療所					
在院患者数					
療養病床	10 955	11 263	11 315	△ 308	△ 52
(再掲)介護療養病床	4 209	4 273	4 332	△ 64	△ 59

- 注1) 病院の総数には感染症病床を含む。
 2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

2 月末病床利用率(各月末)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成22年4月	平成22年3月	平成22年2月	平成22年4月	平成22年3月
病院					
総数	80.1	81.7	81.3	△ 1.6	0.4
精神病床	89.3	89.1	89.2	0.2	△ 0.1
結核病床	35.5	34.7	33.7	0.8	1.0
療養病床	91.6	91.6	92.0	0.0	△ 0.4
一般病床	72.9	75.7	75.0	△ 2.8	0.7
介護療養病床	94.9	94.3	94.6	0.6	△ 0.3
診療所					
療養病床	69.0	68.4	69.4	0.6	△ 1.0
介護療養病床	79.0	77.1	78.4	1.9	△ 1.3

- 注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$
 2) 病院の総数には感染症病床を含む。

3 平均在院日数(各月間)

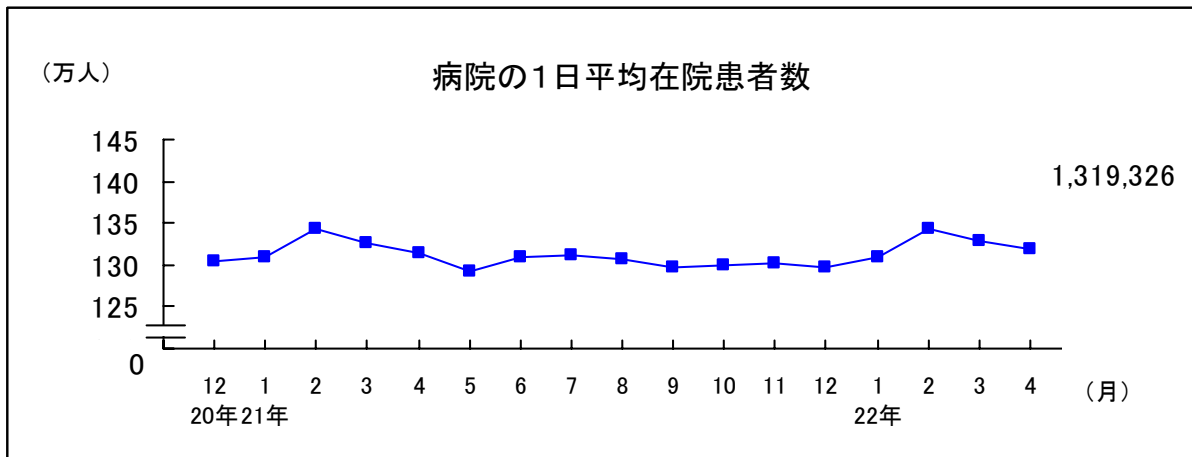
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成22年4月	平成22年3月	平成22年2月	平成22年4月	平成22年3月
病院					
総数	32.0	32.0	32.7	0.0	△ 0.7
精神病床	291.0	291.5	301.2	△ 0.5	△ 9.7
結核病床	68.2	70.4	70.6	△ 2.2	△ 0.2
療養病床	167.1	170.1	174.8	△ 3.0	△ 4.7
一般病床	18.0	18.1	18.5	△ 0.1	△ 0.4
介護療養病床	274.9	288.4	298.0	△ 13.5	△ 9.6
診療所					
療養病床	99.6	102.1	104.5	△ 2.5	△ 2.4
介護療養病床	94.6	95.0	95.2	△ 0.4	△ 0.2

注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

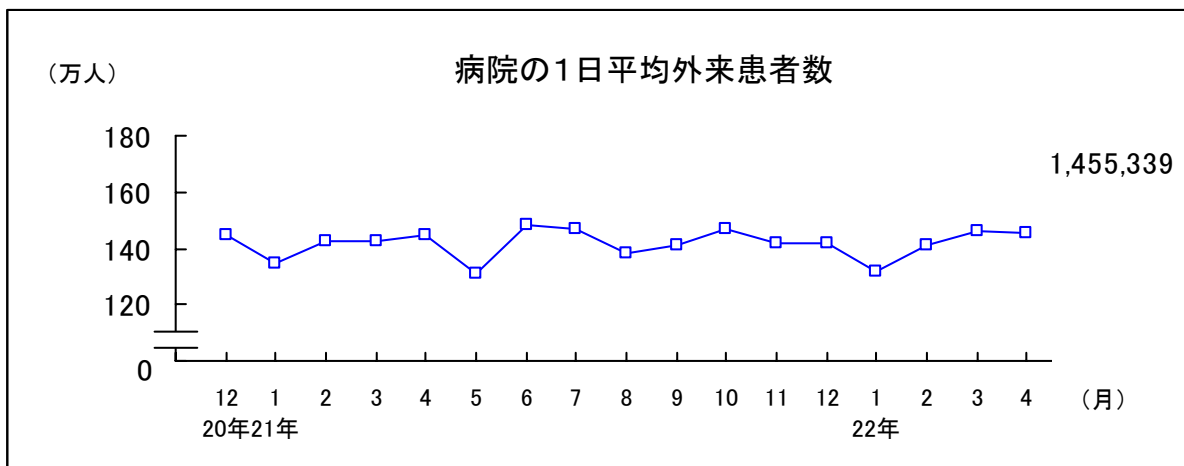
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

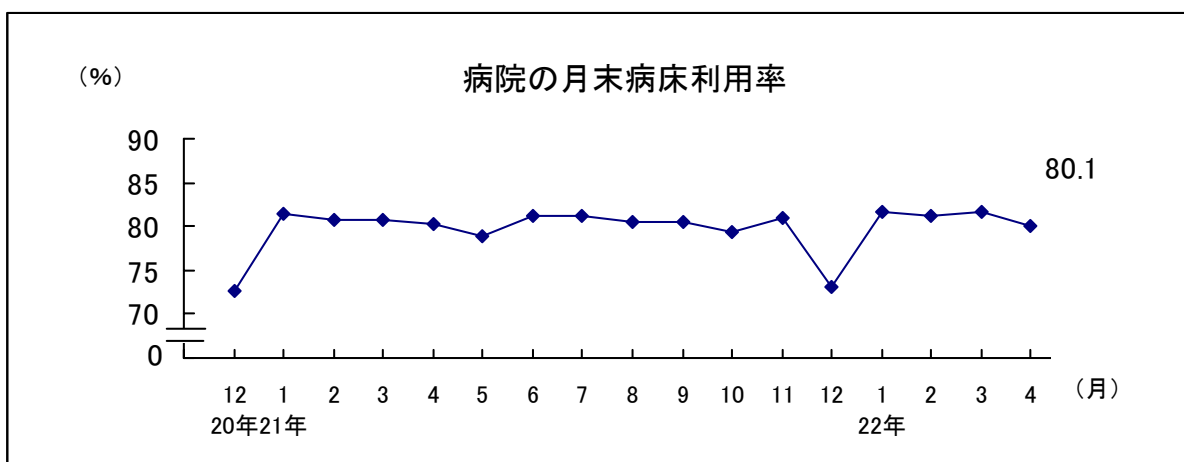
◆病院:1日平均在院患者数の推移



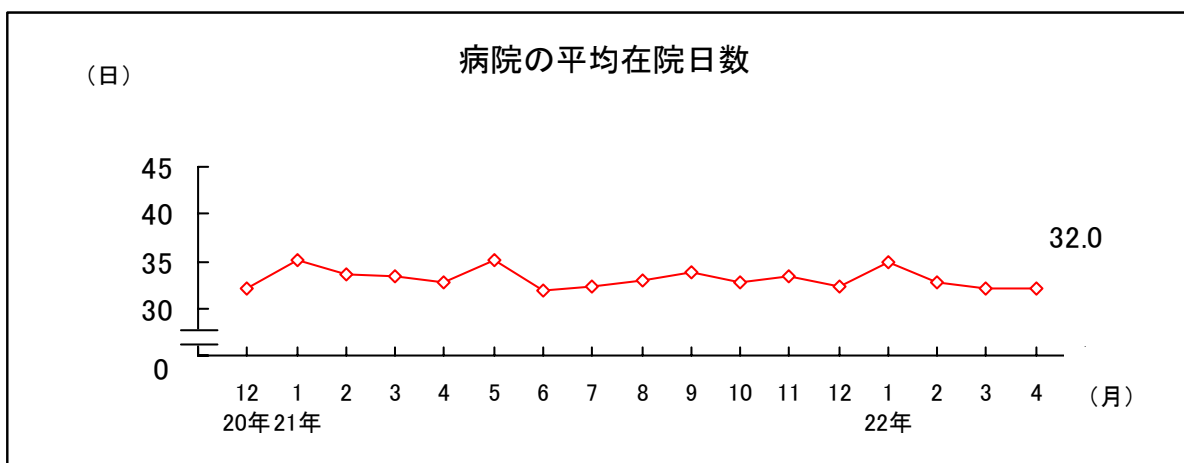
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



「病院報告(平成22年4月分概数)」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。

医療機関に求められるコンプライアンス 指導・監査の実態と対応策

ポイント

- ① 診療報酬返還請求及び指定取り消しの実態
.....
- ② 指導・監査の目的とその概要
.....
- ③ 返還・取り消しとなった医療機関の不正内容
.....
- ④ 院内コンプライアンスの確立による不正防止策
.....

1 指導・監査の目的とその概要

■ 指導の実施形態と監査の対象先

(1) 指導の形態と対象医療機関選定基準

都道府県や厚生労働省が行う指導の目的は、保険診療の質的向上及び適正化を図ることにあります。よって、保険診療の取扱い及び診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼としており、医師会、歯科医師会及び薬剤師会、審査支払機関並びに保険者に協力を求め、円滑な実施に努めることとなっています。

指導対象となる保険医療機関等及び保険医等の選定指導は、原則としてすべての保険医療機関等及び保険医等を対象として効果的かつ効率的な指導を行うという観点から、指導形態に応じて対象となる保険医療機関等又は保険医等の選定を行うとしています。

■ 指導形態

① 集団指導

都道府県または厚生労働省及び都道府県が共同で、指導対象となる保険医療機関等または保険医等を一定の場所に集めて講習等の方式により行う。

② 集団的個別指導

都道府県が指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式により行う。

③ 個別指導

厚生労働省または都道府県が次のいずれかの形態により、指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めてまたは当該保険医療機関等において個別に面接懇談方式により行う。

● 都道府県個別指導

都道府県が単独で行うもの。

● 共同指導

厚生労働省および都道府県が共同で行うもの。

● 特定共同指導

厚生労働省および都道府県が共同で行うものであって、特定の範囲の保険医療機関等または緊急性を要する場合等共同で行う必要性が生じた保険医療機関等について行うもの。

各指導の選定基準については、各都道府県によって多少の違いはありますが、概ね以下のとおりです。

■ 集団指導の選定基準

- 新規指定の保険医療機関等については、概ね1年以内にすべてを対象として実施する。
- 診療報酬の改定時における指導、保険医療機関等の指定更新時における指導、臨床研修病院等の指導、保険医等の新規登録時における指導等については、指導の目的、内容を勘案して選定する。

■ 集団的個別指導の選定基準

- 保険医療機関等の機能、診療科等を考慮した上で診療報酬明細書の1件当たりの平均点数が高い保険医療機関等（ただし、取扱件数の少ない保険医療機関等は除く）について、1件当たりの平均点数が高い順に選定する。
- 1件当たりのレセプトが、概ね都道府県平均よりも病院にあっては1.1倍以上、診療所にあっては1.2倍以上の医療機関のうち、上位8%に相当する医療機関。
- 集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等については、翌年度及び翌々年度は集団的個別指導の対象から除く。

■ 個別指導の選定基準

- 支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容または診療報酬の請求に関する情報の提供があり、都道府県個別指導が必要と認められた保険医療機関等。
- 個別指導の結果、指導後の措置が「再指導」であった保険医療機関等または「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関等。
- 監査の結果、戒告または注意を受けた保険医療機関等。
- 集団的個別指導の結果、指導対象となった大部分の診療報酬明細書について、適正を欠くものが認められた保険医療機関等。
- 集団的指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関等に該当するもの（ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りでない）。
- 正当な理由がなく集団的指導を拒否した保険医療機関等。
- その他特に都道府県個別指導が必要と認められる保険医療機関等。

この選定基準を見る限り、診療報酬請求明細書の単価が高い医療機関においては、集団的個別指導の対象機関となるばかりでなく、個別指導の対象にもなることがわかります。正しい医療を展開しているにも関わらず、高水準の医業収入を得ている医療機関は、それだけで注目されてしまうということを十分に理解して対応することが求められます。

(2) 監査の対象先と取り消し処分

監査の目的は、診療報酬上の不正等に関する事実関係の把握にあります。したがって、指導と異なり、不正請求等に該当する医療機関が対象となります。

基本的には、事前調査における診療報酬明細書がベースとなって、実際に行われている医療行為なのか、その医療行為に関する評価が適切に請求されているのか、実施回数は適切か、あるいは、施設基準に照らして当該要件を満たしているか（人的、施設・設備的、実績等の要件）を中心にチェックしていくことになります。

2 返還・取り消しとなった医療機関の不正内容

■ 返還・取り消しとなった不正請求の内容

(1) 医療従事者数の水増し

返還金の中で最も多いのが、医療従事者（医師、看護師等）の水増しです。水増しとは医師及び看護師等の員数を多く偽り、虚偽の報告を行なって入院基本料等を不正に請求するものです。これには、例えば7対1看護基準に基づき入院基本料を請求していた医療機関が、看護師の退職や休職に伴って7対1配置を維持できなくなったことにより、いわゆる届出要件を満たさなくなったにも関わらず、変更の届出を行わなかったケースや、最近では看護師の夜勤平均時間が72時間を超えたため、本来は変更して算定しなければならない特別入院基本料にランクダウンしていないなどの事例も報告されています。

要件が充足できていないことを把握していながら、これらの請求を行っている医療機関が大部分なのですが、中には労務管理が徹底されていないことが原因で、保健所から指摘を受けてはじめて要件を満たしていないことに気づく医療機関も相当数存在します。

(2) 診療報酬の不正請求

診療報酬を不正に請求するパターンは、「架空請求」「付増請求」「振替請求」「二重請求」など、さまざま存在します。

最近では、医療費の明細書も詳細に明示されるようになったため、事前に発覚するケースも増えてきています。

■ 架空の患者による不正

実際に受診していない患者を診療したとして診療報酬を不正に請求するケースで、患者本人からの問い合わせなどがきっかけで発覚する 경우가ほとんどです。特に保険診療の場合は、定期的に社会保険事務所から医療費の明細（いつ、どの医療機関に受診して、いくらかかったか）が被保険者に通知されるため、実際には受診していない、あるいは受診日数が水増しされているなどの、事実と反する内容は本人が認識できるようになっています。

また、さらに悪質な医療機関では、職員が受診したように偽装したり、まったく行っていない医療行為（手術や検査等）を記録上実施したように見せかけて、不正な内容で請求するケースもこれに該当します。

3 院内コンプライアンスの確立による不正防止策

■ コンプライアンスを徹底するための体制作り

(1)レセプトの請求内容や施設基準の要件を的確に把握する

毎月のレセプトの内容をチェックし、不正、あるいは不正と誤認されるような内容がないかどうかを管理者自らが確認することが必要です。いわゆる管理者点検を行うことは、事務員はもちろん、各医師への啓蒙の意味からも重要なことです。

また、医療法の観点から、有資格者の人員配置状況を常に把握し、維持継続させることも不可欠であり、さらに施設基準についてもその要件をクリアしているかどうかについて、毎月チェックできる仕組みが必要です。

■ カルテ記載等に関するチェック事項

- 診療に係る記載が見当たらない
- 指導料算定の要件であるカルテへの指導内容の記載がされていない
- 指導実施の記載代わりにゴム印のみ押印している
- カルテに傷病名や傷病開始日、転帰が記載されていない
- 看護師による代筆が行われ、医師が確認する仕組みがない

(2)支払機関や保険者・事務局への協力体制を強化する

支払基金や連合会だけでなく、主な保険者からの問い合わせや、あるいは毎月の返戻・査定について適切に処理するとともに、再審査請求などで先方へ分かりやすい症状詳記を添付するなど、協力する姿勢をアピールすることが肝要です。特に査定の多い保険者については、その状況について直接支払機関や事務局に確認するなどして熱心な医療機関であることを意識させることも重要です。

査定が多だけでなく、毎月同じ項目で査定を受けている医療機関も要注意です。何度か繰り返しているうちに事務局から文書で指摘を受けることがありますが、そうなる前に当該項目での査定を減らすための対策を進める必要があります。これは医師の協力なしに改善はできないため、毎月医師側に情報提供をし、査定減に向けた打ち合わせを毎月行う必要があります。

また、査定を受けても、診療報酬請求上の仕組みを理解していない医療機関もよく見受けられますので、請求事務における全体的なスキルアップを図る意味においても、重要な情報共有の場だということができます。

経営データベース ①

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: クリニック新規開業



大都市中心部での物件選定および開業の注意点

都市中心部での開業を検討しています。ビル診開業が多いようですが、物件選定の注意点を教えてください。



都市中心部での開業は、土地取得費が高いこと、および物件そのものがないという理由でビル診療が主流になっています。

競合先も多いため、ビル自体の認知度や看板掲出の可否や、ビル自体の入り口が判りやすいか、エレベーター設置の有無や駐車場の確保等の注意点があります。また、夜間診療が可能なビルの管理体制や入店他社の業種や営業時間も確認が必要です。さらに、導入する医療機器・機械によっては、重量の都合上、床の構造と耐久性も調査しなければいけません。給排水設備や共有部分のトイレもチェックすべきポイントです。

メディカルビルや事務所ビル、雑居ビルによって設備や管理が異なるため、医療の設備工事やマーケティングの専門家のアドバイスを受けることも必要です。

尚、ビル診療所開業で最も重要なポイントは、テナント料（賃料）です。開業資金のうちで最も大きな割合を占める保証金は、「坪単価賃料×床面積」で算出されるため、テナント料の高低は初期投資の行方を握っているともいえますが、金額の適正度を測るには、ビルの立地条件や外観、周囲の環境なども考慮することが必要です。

■物件選定の具体的なポイント

①認知度	場所の認知度が高いか否かは、開業後の患者吸引力に大きく左右する
②周辺環境	医療提供の場として適切かどうか、利便性と都市開発の方向性も考慮するとともに、調剤薬局との距離や位置関係も重要
③入居中テナントの業職種	入居中の他テナントの業職種は、ビル自体の集客力、ひいては飛び込み新規患者獲得率にも影響するうえ、メディカルビルであれば、連携可能性の観点から標榜診療科が重要な要素になる
④広告上の制限	美観保護の観点から、看板の掲出を制限しているビルや地区などもあり、広告戦略策定のうえでも確認と検討が必要
⑤テナント料の適正度	初期投資を含む資金計画上、その規模に見合う金額かを、上記の立地条件と総合して検討する必要がある

都市中心部でのビル診開業を選択した場合、対象患者層は近隣の就業人口と中心部へ出てくる買い物客が中心となるため、勤務時間外の診療時間を検討する必要があります。昼休み時間帯の診療や夜間診療など、就業労働者の行動を推測して診療形態を決めなくてはなりません。また、中心部は競合先も多いため、他院との差別化も必要です。

検査体制や病院との連携による病床の確保、そして他院と連携をし、患者ニーズに対応できる地域医療ネットワーク体制の構築が必要です。

経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: クリニック新規開業



医療機器リース時のメリットとデメリット

医療機器はリースが良いと聞きますが、メリットおよびデメリットを教えてください。



■リース契約の仕組み

賃貸借契約は、通常貸主と借主の二者間取引ですが、リース契約、特に金融的性格を有するファイナンス・リース契約においては、リース物件の選定はユーザー（借主）が行い、リース会社はその物件を取得してユーザーにリースするという、三者間の契約関係となります。

■メリット

①資金調達機能と経費参入

毎月一定のリース料で必要な機械設備を利用でき、多額の設備投資が不要なうえ、税法上リース料金は全額経費参入でき、リース料総額が貸借対照表の借入金として計上されることはないため、財務比率が悪化することはない。

②コスト管理と管理事務の合理化

機械設備等を所有した場合に必要な税金・保険料・修理代などの諸費用が全て含まれているため、毎月の「リース料」として一括して把握できる。また、購入した場合に必要な手続き、減価償却費の計算、固定資産税の申告、保険料の支払いなどは原則不要になる。

③契約の容易性と金利水準の変動リスク回避

リース契約期間中は固定されたリース料を支払うため、金利水準の変動リスク負担を負うことがなく、また審査手続きが簡略化されており、銀行借入れに比べて比較的容易に契約が締結できる。

■デメリット

①中途解約ができない

事情や状況の変化により当該物件の使用不要になっても、リース期間契約終了前に原則として解約不可。

②リース料が割高

リース料には、物件の購入代金のほかに付随費用やリース会社の利益が含まれるため、支払い総額は購入の場合より大きくなる一方、リース物件の所有権はリース会社にあり、資産の確保による信用増大は期待できない。

リース契約は、原則として中途解約が不可能（解約時にもリース代金残相当額を損害金として支払う）ではありますが、保証人が不要など、利便性が高いシステムでもあります。また、リース契約物件の陳腐化を回避するメリットは、法定耐用年数を下回る期間内に契約期間を短縮することで、より効果を発揮することになる一方で、期間短縮の反動からリース代金月額が高くなり、新規開業時にはかえって資金繰りを圧迫する可能性もあります。

リース契約締結の際には、金融機関からの融資枠と医療機器導入計画を十分に吟味し、融資との均衡を保つことがポイントです。