No.167

2011.2.22 発行

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

８都道県で 11 のがん診療連携拠点病院を新規指定
～がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会

厚生労働省　健康局

チーム医療推進方策検討ＷＧ、「評価方法が難しい」
初台リハビリテーション病院など７病院が意見交換

厚生労働省　医政局

2 経営 TOPICS 抜粋

統計調査資料
医療施設動態調査
（平成 22 年 11 月末概数）

3 経営情報レポート 要約版

原因別に対応！
未収金を防止する仕組みづくり

4 経営データベース

ジャンル：医業経営　サブジャンル：事業継承
納税資金確保対策の種類
相続財産評価引下げによる節税対策

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。日本ビズアップ株式会社

医療情報
ヘッドライン 1
厚生労働省
健康局

8都道県で 11 のがん診療連携拠点病院を新規指定
～がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会

厚生労働省健康局は２月 10 日、「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」を開き、がん診療連携拠点病院の新規指定推薦の医療機関について議論し、新たに８都道県の 11 施設の指定が決まった。これにより全拠点病院数は 388 か所となり、今回は 11 都道府県から計 18 施設の推薦があった。

がん診療連携拠点病院は、平成 20 年発出の厚労省健康局長通知によって、都道府県拠点病院がない２次医療圏に１か所を整備することとされている。今回の 11 施設は、東京の４施設の他、北海道、青森、茨城、神奈川、山梨、大分、鹿児島が各１施設であり、このうち東京の１施設、山梨、大分については拠点病院のない医療圏で指定が決まった。

内訳をみると、▽空白の２次医療圏から新規推薦があり、拠点病院数が医療圏数を超えないのは１県▽既指定の医療圏から新規推薦があり、医療圏数を超えないのは５道県▽空白の医療圏および既指定の医療圏から推薦があり、拠点病院数が医療圏数を超えるのは２都県▽既指定の医療圏から新規推薦があり、医療圏を超えるのは３府県となっている。

また、２次医療圏数を超える数の拠点病院が推薦―指定される場合には、医療圏や都道府県のがん診療体制が他の医療施設とも連携し、それが患者や地域住民の利益となるなどの相乗効果が要素となる。例えば東京都の場合、13 の医療圏に対して 21 の拠点病院が指定されるが、人口が多いこと、他府県からのがん患者流入の割合が 40%あるなどが特筆される。そのため、多施設との連携によるがん治療成績の向上や、緩和ケアへの普及促進などを図るといった相乗効果を訴求した。東京都の１か所の医療圏の人口規模は、平均で 97 万人に達している。

■平成 23 年度　新規指定予定医療機関一覧

都道府県	２次医療圏	医療機関名
北海道	南渡島	独立行政法人国立病院機構函館病院
青森県	上十三	十和田市立中央病院
茨城県	水戸	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター
東京都	区西部	慶応義塾大学病院
		東京医科大学病院
	北多摩南部	東京都立多摩総合医療センター
	北多摩北部	公立昭和病院
神奈川県	横浜北部	昭和大学横浜北部病院
山梨県	富士・東部	富士吉田市立病院
大分県	北部	中津市立中津市民病院
鹿児島県	鹿児島	鹿児島市立病院

医療情報
ヘッドライン2
厚生労働省
医政局

チーム医療推進方策検討WG、「評価方法が難しい」初台リハビリテーション病院など7病院が意見交換

厚生労働省医政局は２月９日、チーム医療推進方策検討ワーキンググループ（WG）を開いた。チーム医療は来年度（2011 年度）の試行事業に向けて、定量的、数値的な指標が求められる段階にあり、チーム医療を推進するための方法について関係者からヒアリングを行い、評価方法などの意見交換が行われた。同WGは昨年３月にまとめられた報告書「チーム医療の推進について」を受け、チーム医療の指針となるガイドラインの策定に向けた具体的な検討を行っており、検討会は今回で６回目となる。

意見陳述には、昭和大学統括看護部、埼玉県済生会栗橋病院、クリニック川越、国家公務員共済組合連合会虎の門病院、船橋市立リハビリテーション病院、社会医療法人財団慈泉会相澤病院、初台リハビリテーション病院などの関係者が立った。

意見交換の結果は「患者満足を指標する方向性に向けて、チーム医療がそれにどう貢献したか」など、「チーム医療の推進では評価の要素がありすぎ、効果、評価は難しい」といったアウトカム評価のあり方が浮き彫りになった。

昭和大学統括看護部は「せん妄対策」「子ども入院支援」「呼吸ケア」「糖尿病」の４つのチームにおける実践事例を紹介した。またクリニック川越は、今後の在宅緩和ケアにおけるチームの在り方について、事例を通して分析を行った結果を紹介した。

初台リハビリテーション病院はチーム医療の評価（案）を提案し、主要項目を構造評価、プロセス評価、アウトカム評価に大別した事例フォーマットを説明した。構造評価では、明確な目標や目標達成のために必要な職種が揃っているかなどをチェックする。またプロセス評価では、治療後の生活につながっているか、カンファレンスを行っているか、心理面や生活面をケアしているか、などといった項目を挙げている。一方アウトカム評価では、重症化を予防できたか、疾病の早期発見ができたか、さらには医師の負担軽減ができたか、スタッフの満足度は向上できたか、などの内容を紹介した。

次回会合は３月２日に予定され、ガイドライン（案）が提出される見込みとなっている。

経営 TOPICS
❖
「統計調査資料」
抜 粋

厚生労働省
2011年2月4日公表

医療施設動態調査
（平成22年11月末概数）

病院の施設数は前月に比べ　3 施設の増加、病床数は　489 床の増床。
一般診療所の施設数は　17 施設の増加、病床数は　326 床の減少。
歯科診療所の施設数は　3 施設の減少、病床数は　増減無し。

1　種類別にみた施設数及び病床数

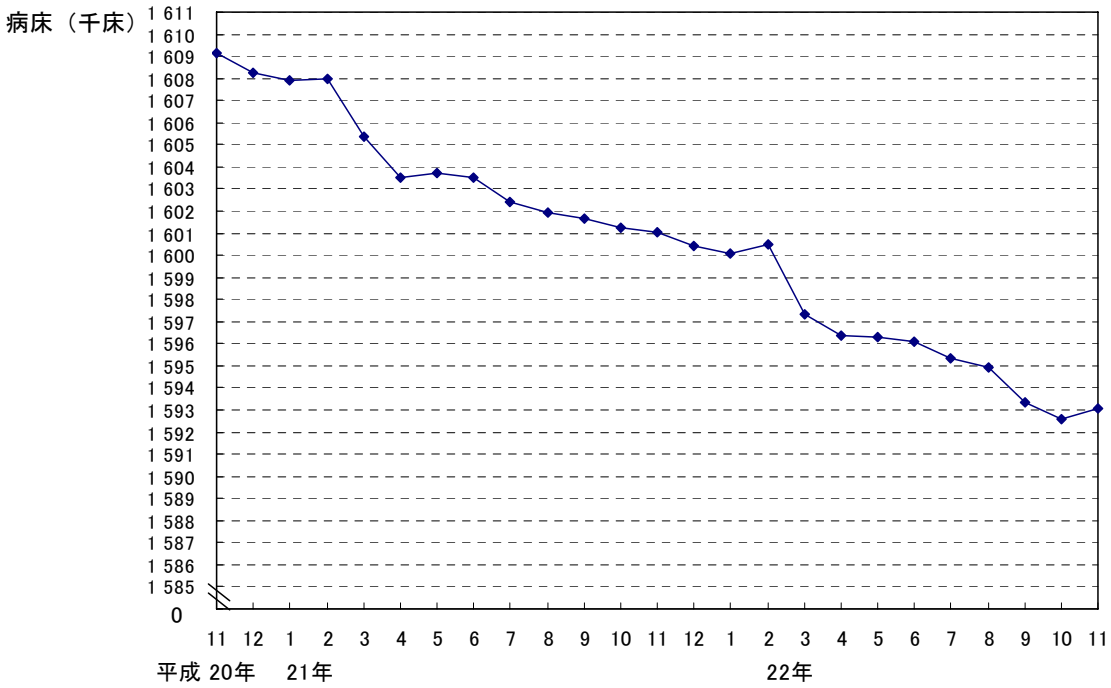
	施設数				病床数		
	11 月	10 月	増減数		11 月	10 月	増減数
総数	176 980	176 963	17	総数	1 729 455	1 729 292	163
病院	8 670	8 667	3	病院	1 593 094	1 592 605	489
精神科病院	083	1 083	0	精神病床	346 764	346 759	5
				感染症病床	1 798	1 798	0
結核療養所	1	1	0	結核病床	8 068	8 068	0
一般病院	7 586	7 583	3	療養病床	332 892	332 434	458
療養病床を有する病院（再掲）	3 964	3 957	7	一般病床	903 572	903 546	26
地域医療支援病院（再掲）	293	289	4				
一般診療所	99 889	99 872	17	一般診療所	136 237	136 563	△　326
有床	10 560	10 591	△　31				
療養病床を有する一般診療所（再掲）	1 476	1 481	△　5	療養病床（再掲）	14 990	15 053	△　63
無床	89 329	89 281	48				
歯科診療所	68 421	68 424	△　3	歯科診療所	124	124	0

2　開設者別にみた施設数及び病床数

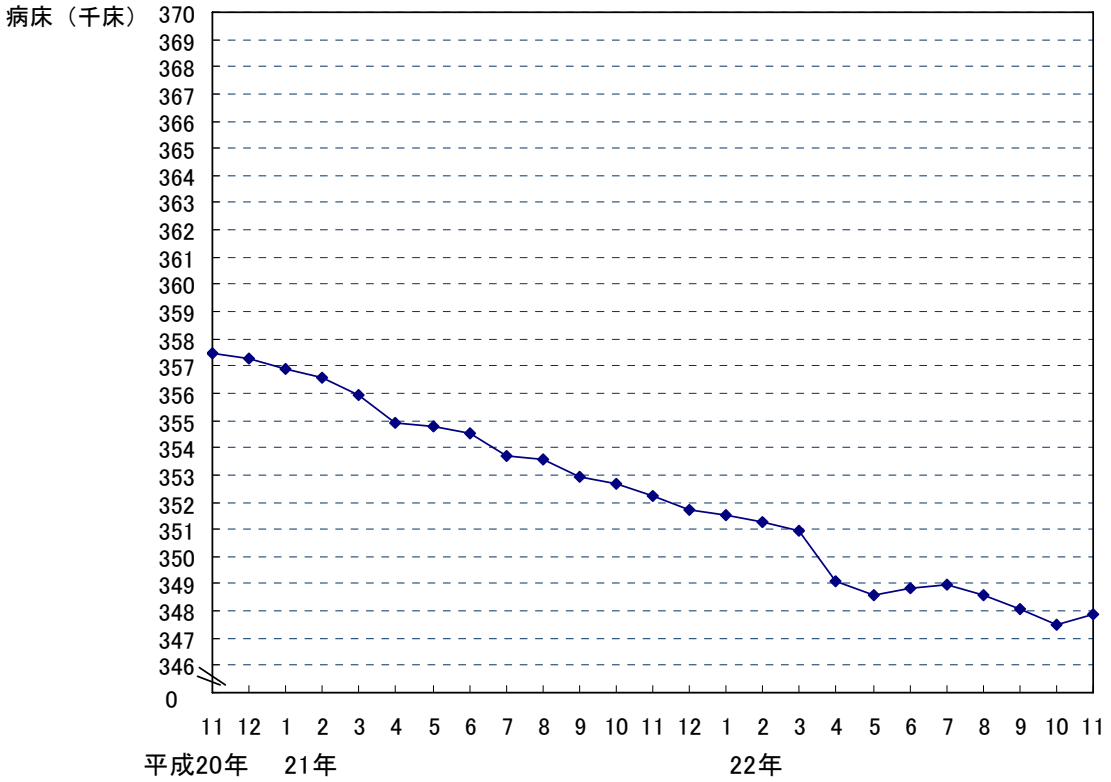
	病院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 670	1 593 094	99 889	136 237	68 421
国　厚生労働省	14	6 667	29	-	-
独立行政法人国立病院機構	144	56 234	-	-	-
国立大学法人	48	32 818	129	-	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 225	8	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 873	-	-	-
その他	26	3 926	433	2 274	1
都道府県	234	61 805	242	131	11
市町村	701	151 560	3 106	2 710	272
地方独立行政法人	54	23 341	10	-	-
日本赤十字	92	37 288	207	19	-
済生会	80	22 214	49	10	-
北海道社会事業協会	7	1 871	-	-	-
厚生連	112	35 923	67	79	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
全国社会保険協会連合会	51	14 082	2	-	-
厚生年金事業振興団	7	2 800	1	-	-
船員保険会	3	786	14	10	-
健康保険組合及びその連合会	13	2 713	377	10	4
共済組合及びその連合会	46	14 927	208	10	9
国民健康保険組合	1	320	13	-	-
公益法人	392	94 085	899	581	154
医療法人	5 723	852 587	36 159	89 267	10 738
私立学校法人	108	54 739	175	115	16
社会福祉法人	185	33 058	7 450	361	25
医療生活協同組合	83	14 148	325	283	44
会社	64	13 168	2 194	36	17
その他の法人	36	6 264	439	246	77
個人	404	37 672	47 353	40 095	57 051

参　考

■病院病床数



■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（平成22年 11 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。

原因別に対応！
未収金を防止する仕組みづくり

ポイント

1. 厚生労働省における検討と解決の方向性
2. 未収金問題の原因　～診療所側の課題
3. 未収金問題の原因　～患者側の課題
4. 未収金を防止する方策のヒント
5. 不正行為による未収金事例と対応策

1 厚生労働省における検討と解決の方向性

■ 診療所における未収金問題の顕在化

(1)診療所の未収金は「累積型」

従来、診療所の未収金については、外来診療が中心で高額な治療も少なかったために大きく取り上げられる機会がなかったといえます。しかし、機能と専門の分化が進み、診療所によっては保険外診療などによる高額な未収金が発生している現状が伝えられています。

しかし、一般的に診療所で発生する未収金は概ね少額であるケースが多くなっており、わずか数十円の未払い窓口負担金を請求しないで放置することにより発生する場合など、頻度が高くなるほど経営を逼迫する要因になることが次第に認識されつつあります。

病院とは異なり、少額の未収金の累積が経営へ影響することから、診療所の未収金問題は、発生させないための対策が、より重要になっているのです。

(2)発生原因は診療所と患者側双方に存在する

「医療機関の未収金問題に関する検討会」において議論されている項目として、「未収金発生の理由・回収等の取り組み」に挙げられたのは、次のようなものです。

- ●会計時の現金不足
- ●治療内容の不満
- ●支払意思なし
- ●算定変更や追加修正
- ●第三者行為による支払方法未決定
- ●休日退院による会計不可能
- ●待ち時間が長いために帰宅
- ●保険資格喪失後の受診
- ●老人・公費負担割合変更後の保険未提出による差額
- ●保険生活保護受給患者の一部負担金連絡遅延
- ●債権者・家族不明の死亡退院

（参考：厚生労働省「第 2 回医療機関の未収金問題に関する検討会」資料）

診療所の未収金についても、病院同様に「診療所側の原因」と「患者側の原因」のふたつが存在し、これから細分化して発生原因を分類することができます。

診療所側にある発生原因	患者側にある発生原因
●情報提供不足 ・医療費に関する情報 ・診療に関する情報 ●タイムラグのある算定 ・スタッフの理解不足 ・診療報酬制度上の課題	●所持金不足 ・医療費あるいは診療に関する情報に起因するもの ・貧困に起因するもの ●支払意思なし ・診療所そのものへの不満の表れ ・常習的不払い

2 未収金問題の原因　～診療所側の課題

■ 情報提供不足と算定をめぐる問題

情報提供不足が指摘される項目は、医療費に関する情報と診療情報の２つに区分できます。また、「タイムラグのある算定」という診療報酬制度に起因する問題については、スタッフの理解不足と、診療報酬請求をめぐる算定方法に由来するものの２つに分けられます。

(1)情報の提供不足に関する問題

未収金発生の原因のうち、会計時の現金不足による不払いについては、次のようなケースが想定されます。

会計時の現金不足による不払いのケース

（１）急な検査や退院で当日の所持金が足りず、支払いができない
（２）高額で支払のめどが立たず、分割支払期間が長期になる
（３）救急搬送・時間外診療時の保険証不所持、所持金なし

診療に関する医療費の窓口負担額や検査の予定などの情報については、事前に患者側に説明しておかなければ、「所持金が足りない」という事態になることが想定されます。

こうした事態を防止するためには、事前に医師やスタッフが検査時の対応や窓口負担額について、患者側に十分説明しておく必要があります。

一般には、未収金は次回来院・診療時に回収することになりますが、当日に治療が終了した場合や、救急・時間外受診の際に会計処理ができない医療機関などは、未収金の発生リスクが高くなるといえます。体制上の問題については検討が必要です。

(2)タイムラグある算定をめぐる問題

算定の変更や追加修正による未収のケース

- 会計終了後に医師から追加オーダーが出たものの、次の来院がなく未収となる
- 感受性検査などは、細菌の有無に関する検査（一次検査）の実施により、細菌の存在が明らかとなってから二次検査オーダーが出るために、患者の来院がないまま未収となる

3 未収金問題の原因　～患者側の課題

■ 支払不能と支払拒否を見極める

診療を終えたにもかかわらず、窓口負担金を支払わない患者には、所持金不足等の「支払不能」と、そもそも支払意思がない「支払拒否」に大別できます。予め対策を講じる上でも、また回収への具体策を検討する上でも、支払を滞らせる患者がいずれのタイプに該当するかを早期に見極めることが必要です。

(1)支払不能のケース

生活保護・公費負担等に関する未収のケース

●**老人・公費負担割合変更後の保険未提出による差額の未収**

負担割合が変更された老人受給者証の旧証が回収されず、３割負担に変更となった患者のレセプトが、返戻となって未収が発覚する

●**生活保護患者の一部負担金の連絡遅延による未収**

・福祉事務所からの連絡遅延により、一部負担金が回収遅延もしくは不能となる

・生活保護受給資格喪失後の受診による未収（連絡遅延等）

●**保険資格喪失後の受診による未収**

資格喪失後も保険証を返還せず、受診歴のない医療機関で保険証を使用したために未収となる

(2)支払拒否のケース

不払い・支払拒否により発生する未収のケース

●**治療内容や診療所に対する不満による不払い**

希望する検査や治療、医薬品処方をしてもらえなかった、治らないなどの理由を挙げて支払いを拒否するケース

●**来院時から支払意思がないために未収となる**

・時間外で来院し、現金や保険証を故意に所持しておらず、後日の連絡もつかないため未収となるケース

・保険資格喪失後も保険証を故意に返還せず、受診歴のない医療機関で使用する

●**死亡退院による債権者不明・身寄りがない**

・救急搬送や時間外外来により受診した身元不明者が死亡して未収となるケース

・債権者や家族が不明の死亡退院のケース

4 未収金を防止する方策のヒント

■ 発生する前の防止対策が未収金問題の要諦

少額の未収金であっても、累積すると診療所の経営に影響するリスクの要素になります。未収金は主に「窓口負担金の未払い・不足分」ですが、発生してから回収する方策は困難なものだといえます。既に診療を終えてしまった患者にとっては、後日その支払をすることに心情的な抵抗を感じると推測され、診療所側としても改めて請求しにくいうえ、回収には患者に来院を促すことが前提になることが大きく影響します。

(1)支払方法の選択肢を検討する

未収金対策の基本は、回収よりも予防策の重視です。仮に発生した場合でも、その時点で請求する仕組みを予め院内で構築しておくことが重要です。

支払方法の新たな選択肢として、次のような項目を検討すべきです。

- **保証金の徴収**
  保険外診療など高額治療が想定される場合、入院時に保証金として5～10万円を徴収
- **分割支払制度への対応**
  経済的問題が懸念される患者に対して、医療費相談窓口で分割支払の提案をする
- **クレジットカード・デビットカード導入**
  手数料が発生するが、保険外診療を主にする診療所は積極的に導入を検討すべき

分割支払制度やクレジットカード等による支払システムを導入する医療機関は、全国的に増加傾向にあります。信販会社との加盟店契約や手数料支払いなど、新たに発生するコストもありますが、一部でも未収金回収を確実にするためには、有効な方法のひとつです。

特に診療所では、診療報酬1000点以上、自己負担3000円以上の検査や処置件数が多い場合、少額の回収のために督促状を発送するよりも、はるかに実効性のある予防策だといえます。

(2)医療費に関する相談は積極的に応じる

未収金発生の原因のひとつである情報提供不足は、医療費の自己負担額について十分な説明がなされていないという理由が多く見受けられます。仮に、検査実施前の注意事項の説明は行われていても、検査後の対応やそれに応じて新たに治療の必要が生じる可能性など、医療費支払に関連する事項は不十分であるケースが少なくありません。検査実施・治療前の丁寧な説明は、患者の不安を解消することにつながります。

Question 納税資金確保対策の種類

納税資金確保する対策には、どのような方法がありますか。

Answer

生命保険の活用と出資金返還の方法が考えられます。

■生命保険の加入による納税資金準備

理事長の死亡に備えて、医療法人が、被保険者を理事長、保険金受取人を医療法人として生命保険に加入しておきます。そして、理事長の相続発生時に、後継者が医療法人から死亡退職金の支給を受けられるようにしておくことは、納税資金確保に有効な方法と考えられます。

また、医療法人から支給される死亡退職金は相続税の課税対象となりますが、下記に非課税枠が設けられています。

○納税資金としての生命保険のメリット

- 現金で受取ることができる
- 遺産分割時の代襲資産となる
- 受取を指定することにより特定の人に残すことができる
- 500 万円×法定相続人数の非課税枠がある

○生命保険でカバーしておくべき金額

- 医療法人 → 死亡退職金全額
- 被相続人 → （相続税ー手取退職金額）

○保険金を子供の一時所得にする

- 契約者 → 子供、被保険者 → 理事長、受取人 → 子供
- 一時所得 ＝ {（生命保険ー支払保険料）－ 50 万 }×1/2
- 子供に収入がない場合、生前贈与で保険料に充当する

■被相続人の出資金を納税資金にする対策

- 承継者以外の人が相続し、その相続人が社員を脱退し出資金の返還を受ける。
  ※相続後３年以内の場合は譲渡所得になる（20%分離）
- 生前に被相続人が社員を脱退し、出資金の返還をうける。
  ※みなし配当所得（最高 50%）

経営データベース ②

ジャンル： 医業経営 ＞ サブジャンル： 事業継承

Question

相続財産評価引下げによる節税対策

相続財産評価を引下げによる節税対策とは、どのような方法でしょうか。

Answer

純資産価額評価と出資金の評価を引き下げ、相続時に税率を減少させる方法です。

■相続財産評価引下げ対策

医療法人の理事である場合、自分が所有している出資額は当然に相続財産となります。この出資額の評価を下げる対策が、相続対策のひとつです。

出資額の評価方法は主に①純資産価額、②類似業種比準価額の２つに分類されます。

①純資産価額評価引下げ

資産を減少させる、または負債を増加させることにより出資金の評価を下げ、相続財産を減少させて節税対策とする方法です。

a）借入金による不動産の取得
b）遊休地での賃貸用建物の建築
c）役員退職金のタイムリーな支給
d）オペレーティングリースの活用

②類似業種比準価額評価引下げ　～出資持分１口当たりの利益の引下げ方法

出資金の評価方法中、類似業種比準価額の方法によって算出される価額が一般的に低いとされていますが、医療法人の場合は、上記①との併用方式もあります。しかし、医療法人は会社等と異なり「配当」を禁じられているため、「配当要素」はありません。よって、類似業種比準価額は「利益」「簿価純資産」の２つから判断されますので、評価要素割合の高い「利益」を引き下げることが相続税の節税対策につながります。

a）法人税の合法的な節税をきちんと行う
b）役員退職金の計上
c）役員の生命保険加入
d）オペレーティングリースを活用し、一時的に巨額の損失を作る
e）含み損のはき出し