

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

MAGAZINE

## 1 医療情報ヘッドライン

中医協総会、平成22年度診療報酬改定の結果検証を議論  
調査スケジュールや社会医療診療行為別調査などで注文

診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会を開催  
様式1の見直しや高額医薬品の取り扱いなどを議論

2 経営 TOPICS 抜粋

統計調査資料

平成20年度病院経営管理指標

3 経営情報レポート 要約版

「診療所」における  
2010年診療報酬改定の影響

4 経営データベース 抜粋

ジャンル: 診療報酬 サブジャンル: 保険外併用療法

混合診療とは  
混合診療が招くトラブル

## 中医協総会、平成 22 年度診療報酬改定の結果検証を議論 調査スケジュールや社会医療診療行為別調査などで注文

厚生労働省保険局は4月 21 日、中医協総会を開催し、平成 22 年度診療報酬改定の結果検証について議論した。

診療報酬改定の結果について別途議論している結果検証部会において3月 31 日、「現場を熟知している診療側や支払側の意見を取り入れるべき」との意見が出たことから、この日の総会で議論を行った。

同部会で整理された検証項目案には、下記を中心とする 11 項目が挙げられた。

- ①救急医療の充実・強化についての影響
- ②明細書発行の原則義務化後の実施状況と影響
- ③外来管理加算要件見直しの影響、地域医療貢献加算の創設による影響
- ④チーム医療に関する評価創設後の役割分担の状況や医療内容の変化
- ⑤在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況
- ⑥在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況

これらについて、委員から特段の異論は出されなかったものの、調査スケジュールや部

会側主導以外の事項（社会医療診療行為別調査など）について注文がついた。

支払側の小林委員は「外来管理加算要件見直しの財政影響について議論すべきだが、結果検証部会で行うのか」と質問。これに対し、厚労省医療課の担当者は「社会医療診療行為別調査がふさわしい」と答弁した。

一方、診療側の安達委員からは「社会医療診療行為別調査はサンプルが少ない。平成 22 年7月から診療所もレセ電算化が原則となるので、調査時期（現在は6月）を遅らせてはどうか」との提案があった。

また、平成 22 年度改定時に薬価収載された医薬品については、厚労省医療課の担当官から、次のような報告があった。

- ①D P C の新たな分岐が行われたものが 16 品目
- ②包括評価対象となったものが3品目
- ③出来高評価となっているものが4品目

中医協は、4月 1 日付で医科と歯科を合わせて 86 件の医療機器を新たに保険適用したとの報告を事務方から受け、了承した。

## 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会を開催 様式1の見直しや高額医薬品の取り扱いなどを議論

厚生労働省保険局は4月22日、新年度初めての中医協・診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会を開催し、様式1（患者単位で把握する診療録情報）の見直しや高額医薬品の取り扱い、DPC準備病院の募集などについて議論を行った。

様式1には医療機関の負担を軽減するために「(記載が)必須ではない」という事項が多々あり、これをどう扱うかなどが懸案事項となっていた。また、平成22年度診療報酬改定に対応するため、MDC作業班や松田研究班（診断群分類研究班）で様式1の見直しに向けた検討を行っていた。当日は両研究班の検討結果を踏まえた議論を行い、「患者住所地の郵便番号」や「喫煙状況」など資料の網掛け部分（グレーの部分）を新規に加えるとともに、記載の必要性がないものについては削除していくことを確認した。

- ①削除
- ②疾病等を限定して必須とする
- ③必須とする

記載が必須ではない事項については、上記の3つに分類され、次回5月中旬に松田研究班が改めて見直し案を提示することとして、

修正案を取りまとめたい考え。

ただ、議論が割れている部分も多く、厚労省保険局医療課の迫井企画官は「議論がまとまらない場合には、様式1の見直しを見送ることもありうる」としている。

DPCにおける高額医薬品の取り扱いについては「包括化されると医療機関の持ち出しが多くなるため、出来高評価とすべき」との指摘が医療機関側からあがった。特に抗がん剤についてはその要望が強いが、抗がん剤には様々な種類があり、出来高評価を無造作に増やすことはDPCの体系を揺るがすことにもなるため、西岡分科会長は「DPCの制度設計のあり方の議論と絡めて検討する」ことを確認した。

また、平成22年度改定における高額医薬品の取り扱い状況については、次のような項目が報告された。

- ①DPCを分岐して対応：ネクサバール錠 200mg など16薬剤
- ②既存のDPCで包括評価：ボトックス注 50 など3薬剤
- ③出来高評価：ヒュミラ皮下注 40mg など4薬剤

## 医療施設経営安定化推進事業

# 平成20年度 病院経営管理指標

### 本調査研究の要約

本調査研究の目的は、医療提供機能の重要な担い手である病院経営の安定化・効率化のため、①病院会計準則に基づく他病院と自院の客観的データを収集し比較検討することで、個々の医療機関の経営改善努力に有益な情報を提供し、また、②最近の未収金問題の実態を明らかにし、個々の医療機関の未収金対応に資する資料を作成することによって、今後の病院経営の安定化・効率化の実現のための基礎資料とすることである。

#### ■調査方法

医療法人の開設する病院および医療法31条に規定する者の開設する病院、ならびに社会保険関係団体の開設する病院全数を対象に、厚生労働省より提供を受けた対象病院リストにより調査票を配布し、郵送またはEメールへの電子ファイルの添付により回答を得た。

#### ■平成20年度病院経営管理指標の概要

##### ①黒字病院比率

医療法人立病院が76.7%を示しているのに対して、自治体病院、社会保険関係団体病院及びその他公的病院は50%を下回る。過去5年間の推移をみると、医療法人における黒字病院比率はいずれの病院種別においても減少傾向にある。

区分	一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院	計
医療法人	69.3%	74.1%	84.6%	82.7%	76.7%
自治体	36.1%	28.7%	60.0%	48.1%	35.2%
社会保険関係団体	45.9%	60.0%	—	—	47.6%
その他公的	39.6%	36.1%	100.0%	100.0%	41.0%

##### ②医業利益率

医療法人はすべての病院種別でプラスとなっている一方、自治体はどの病院種別においても大きくマイナスを示す。過去5年間の推移をみると、医療法人では一般病院及び療養型病院において減少傾向がみられる。自治体では、一般病院及びケアミックス病院共に大きく減少している。

区分	一般病院	ケアミックス 病院	療養型病院	精神科病院	計
医療法人	1.2%	3.5%	5.4%	4.7%	3.5%
自治体	-18.3%	-25.2%	-30.2%	-47.0%	-22.1%
社会保険関係団体	-1.9%	-5.0%	—	—	-2.3%
その他公的	-2.1%	-7.1%	2.0%	1.9%	-3.3%

### ③一般病院における公民比較

医業利益率については、医療法人が1.2%とプラスであるのに対し、公的病院はすべての開設者でマイナスとなっている。人件費比率をみると、その他公的は51.5%、社会保険関係団体は52.8%、医療法人は53.3%、とすべて50%強であるのに対して、自治体は64.8%と他の開設者を大きく上回っている。自治体病院における看護師1人当たりの人件費が、その他の開設者区分に比べて高いため、結果として人件費全体を押し上げているとみられる。資本費比率及び1床当たり固定資産額については、同様に自治体での高さが目立つ。

### ④病床規模別比較

開設者別病院種別での病床規模別にみる医療利益率を比較すると、医療法人は、400床以上の一般病院でマイナスとなっている。自治体では、400床以上の一般病院及びケアミックス病院において、その他の病床規模に比べてマイナス幅が小さい。

## ■医療機能別分析

### ①一般病院における地域医療支援病院承認の有無別

医業利益率をみると、自治体及び社会保険関係団体において、承認がある病院がない病院に比べ有意に高い。一方、医療法人では承認のある病院が、ない病院に比べ、医業利益率が低い。病床利用率は、すべての開設者において、承認がある病院が、ない病院に比べ高い。患者1人1日当たり入院収益（室料差額を除く。）は、すべての開設者区分において、承認がある病院が、ない病院に比べ有意に高い。

#### 施設数（一般病院）

地域医療 支援病院	医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他公的	計
承認有り	20	34	8	23	85
承認無し	234	204	26	70	534
計	254	238	34	93	619

#### 医業利益率（一般病院）

地域医療 支援病院	医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他公的
承認有り	-0.5%	-13.8%	0.9%	-2.3%
承認無し	1.8%	-17.6%	-2.7%	-3.0%
計	1.2%	-18.3%	-1.9%	-2.6%

### 病床利用率（一般病院）

地域医療 支援病院	医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他公的
承認有り	85.4%	76.2%	77.0%	82.0%
承認無し	76.2%	71.2%	70.0%	78.0%
計	76.8%	70.9%	72.2%	78.3%

### 患者1人1日当たり入院収益

（室料差額を除く。）（円）

地域医療 支援病院	医療法人	自治体	社会保険 関係団体	その他公的
承認有り	47,128	47,016	48,418	49,289
承認無し	35,771	35,740	39,802	37,570
計	36,207	36,881	41,546	40,151

## ②DPC適用区分別

DPC対象病院は、収益力は高いものの、それぞれ材料費、医師人件費や看護師人件費等費用が収益の増加を吸収し、むしろ医業利益率を引き下げるほどにかさんでいるため、これらの費用をいかに抑え、収益の高さを維持することができるかが経営改善のポイントとなる。DPC対象病院において7対1入院基本料と10対1入院基本料を比較すると、10対1の方が医業利益率は高く、病院の性格によっては、10対1入院基本料へ転換することも選択肢の1つである。また、DPC導入を検討している病院は、特に、2010年の診療報酬改定により、高度の手術、急性期の入院医療についての評価がされていることなどから、あえてDPCを導入しないという選択肢をとる病院が、今後、出てくることも考えられる。

## ③一般病院及びケアミックス病院における一般病棟入院基本料別

一般病院について、入院基本料別に医業利益率を比較すると、医療法人は15対1入院基本料が1.6%、10対1が1.5%、7対1が1.3%、自治体では10対1が▲15.7%で一番マイナス幅が小さく、続いて7対1の▲18.2%となる。平均在院日数は、7対1において短く、15対1で長い傾向がうかがえる。病床利用率は、自治体を除くすべての開設者区分において15対1で高い。患者1人1日当たり入院収益（室料差額を除く。）は、全ての開設者で7対1がその他の区分に比べて高い。

# 「診療所」における 2010 年診療報酬改定の影響

## ポイント

- 1 診療所における今次改定のポイント
- 2 初・再診料と関連加算の改廃による影響
- 3 診療科別にみる今次改定の影響
- 4 「明細書」発行をめぐる加算と義務化への対応

### <参考文献>

- 「徹底分析 2010 年度診療報酬改定」 日経ヘルスケア 2010 年 4 月号
- 「2010 年度診療報酬改定のポイント解説」 クリニックばんぶう 2010 年 4 月号
- 「診療科別経営シミュレーション」 クリニックばんぶう 2010 年 5 月号

# 1 診療所における今次改定のポイント

## ■ 2010 年診療報酬改定のキーワード

2010 年度診療報酬改定は、10 年ぶりにプラス改定（0.19%）となりました。全体の特徴として挙げられるのは、急性期入院医療が重点的に評価された点です。

診療所に関わる改定項目をみると、従前の予想どおり、診療所の収入の柱となる再診料の引き下げを筆頭として、初診料電子化加算の廃止など、急性期入院医療に重点配分されたあおりを受けて厳しい内容となりました。一方で「地域医療への貢献」という視点での評価が設けられ、新たな加算も誕生しました。

今次改定は、プラス改定のメリットを享受する医療機関と、享受できない医療機関との格差を加速させる結果が予測されます。

## ◆2010 年診療報酬改定のキーワード ～診療所は「地域医療貢献」へ

- 実績を重視する報酬体系：急性期看護補助体制加算の新設、DPC新機能評価係数 等
- 病院勤務医の負担軽減策を拡大：算定要件に含む項目の拡大、チーム医療推進
- 外科医療の再建：手術料の大幅引き上げ（外保連試算に基づく）
- 事業仕分け結果の反映：再診料の病診統一、検査・処置の一部引き下げ
- 診療所の地域医療貢献への期待：地域医療貢献加算の新設、有床診療所入院基本料再編
- 患者の視点の重視：明細書原則無料発行の義務化

## ■ 診療所に影響を及ぼす主要改定項目

### (1)初・再診料と加算の変更

診療所における外来分野では、再診料の引き下げが最も大きな影響を及ぼす項目です。激しい議論が続けられた結果、診療所の再診料が2点の引き下げ、200 床未満の病院が9点引き上げられたことによって、69 点に統一されました。

一方、初診料に変更はないものの、従来初診料に加えて算定していた「電子化加算（3点）」が廃止となったため、これを算定していた診療所には事実上のマイナスだといえます。

### (2)外来関連の処置・検査の見直し

「静脈血最終検査」等で引き上げられているものの、特定分野の処置・検査の適正化により、生態的検査については眼科と耳鼻咽喉科の基礎的検査の評価が大きく引き下げられたほか、皮膚科でも基本的な処置で引き下げとなりました。

また、画像診断でも、デジタル映像化処理加算が見直しされ、「撮影料」において新たに「アナログ」「デジタル」という撮影区分が設けられています。

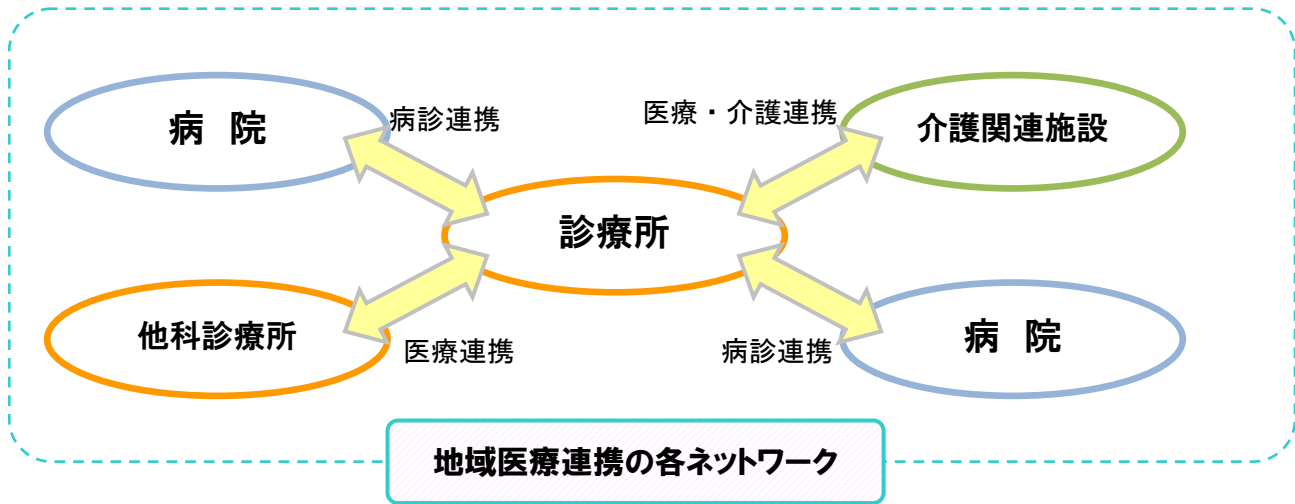
### ■「連携」と「加算」算定への取り組みがカギ

改定項目を見る限り、診療所における今次改定のキーワードは、「連携」と「加算」だといえます。紹介・逆紹介という医療機関同士の連携から、地域医療連携、医療・介護の連携と、「連携」は様々な形に広がっています。一方、「加算」においては、「地域医療貢献加算（3点）」と「明細書発行等体制加算（1点）」が新設され、診療所の地域医療貢献への期待や患者の視点の重視が、キーワードになっています。

厚生労働省は、診療所の姿と担う役割として、在宅・地域医療を支える柱としての存在という方向性を打ち出しています。今回の改定も、この方向性に沿った項目について、手厚く配分されたといえます。

昨今、改定率の上下に左右されない経営基盤を築くことが重要とされています。改定内容を十分に把握したうえで、自院が算定できる加算や上位の施設基準の充足に向けた取り組みへは、積極的に舵を取るべきでしょう。

### ◆診療所が担う役割と「連携」の範囲拡大



医療施策の方向性を早期に読み解き、診療所にとって厳しい内容が続く診療報酬改定の影響を最小限にとどめるためには、自院の現有資産（ヒト・モノ・カネ）を踏まえて、連携を通じた地域医療への密着、そして算定可能な加算・施設基準の取得によって、安定した経営基盤を確立することが重要です。

## 2 初・再診料と関連加算の改廃による影響

### ■ 再診料の引き下げと関連加算の見直し

外来分野において最も影響が大きいのは、病診での再診料の一本化とともに、プラス要素である加算の新設、そして初診料電子化加算が廃止された点です。

診療所の外来分野では、「外来管理加算」の5分要件の撤廃のほか、「地域医療貢献加算」と「明細書発行体制等加算」が新設されました。

### (1) 再診料引き下げと電子化加算の廃止

再診料の2点引き下げは最も直接的なマイナス影響要素であり、また、これまで初診料と算定していた電子化加算（3点）の廃止も、一般的な算定率からみても、実質的な引き下げといえるものです。初・再診料は、診療所におけるマイナス改定の象徴でもあります。

### (2) 外来管理加算の要件撤廃

外来管理加算については、「5分要件」の撤廃により、診療時間が5分未満という理由のみで算定できなかった件数については取り戻せるようになりました。しかし、「懇切丁寧な説明」を求める趣旨は変わらず、「お薬外来」と呼ばれているような、薬の処方を主な目的とする外来患者については算定できないとする要件が追加されています。

### (3) 地域医療貢献加算の新設

地域医療貢献加算は、夜間や休日などの時間外に患者から問い合わせがあった場合、必要な指導を行える体制を備えていることに対する評価です。具体的には、こうした体制があることを患者に周知するほか、患者からの問い合わせ電話には、原則として常に応じることとされています。

### ◆ 地域医療貢献加算の算定要件

- 休日・夜間に、患者からの問い合わせや受診などに対応可能な体制を確保
- 緊急時の対応体制や連絡先を院内掲示や診察券への記載などにより周知



- 標榜時間外においても問い合わせに応じて必要な指導を行うこと。連絡先が診療所の場合は電話の転送が可能な体制をとる等、原則として常に電話に応じること。
- 患者に緊急対応を要すると判断された場合、外来診療、往診、他医療機関との連携または緊急搬送等医学的に必要と思われる対応を行うこと。
- 電話再診の場合、標榜時間内の再診でも算定可。

### 3 「明細書」発行をめぐる加算と義務化への対応

#### ■ 「明細書発行原則義務化」の意味と要件の解釈

##### (1) 領収証と明細書の違い

明細書の無償発行にあたっては、まず領収証と明細書の違いを認識する必要があります。これまで明細書を発行していなかった診療所の場合、レセプト電子請求を導入するなどによって、「明細書発行体制等加算」の算定が可能になれば、本加算の届出にあたっては、明細書の内容が十分なものであるかを確認しておきましょう。

##### ① 領収証【例1】

診療報酬の領収証とは、個別の費用ごとに区分して記載したものであり、医療保険の負担割合などを含めた負担の内訳、つまり「金銭の受け渡し内容を証明したもの」です。

##### ② 明細書【例2】

ここでいう明細書は、診療報酬の計算の基礎となった項目別に記載したもので、つまり「診療報酬明細書（レセプト）と同程度に詳細な診療内容を記載したもの」です。ただし、レセプトと異なるのは、病名の記載が不要である点です。

#### ◆ 領収証と明細書の違い

##### 【例1】 領収証

領 収 証									
患者番号		氏 名			請求期間(入院の場合)				
		姓			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
保険料	入 外	徴収箇所	発行日	費用区分	負担割合	本 家	区 分		
			平成 年 月 日						
保険	初診料	入院料等	医学管理料等	在宅医療	検査	画像診断	投薬		
	円	円	円	円	円	円	円		
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療		
	円	円	円	円	円	円	円		
	応急処置								
	円								
保険外負担		その他		保 険		保 険 (患者・家族)		保険外負担	
円		円		円		円		円	
合計		合計		合計		合計		合計	
円		円		円		円		円	

##### 【例2】 診療明細書

診療明細書(記載例)			
患者番号	入院外	保険	受診日
		氏名	
受診料			
部	項目名	点数	回数
基本料	* 外来診療料		1
在宅	* 在宅自己注射指導管理料		1
	* 在宅自己注射指導管理料(系統自己測定器加算(月100回以上)(1型糖尿病の患者に限る))		1
処方	* 処方せん料(その他)		1
検査	* 生化学的検査(1)判断料		1
	* 血液学的検査判断料		1
	* B-V		1
	* 検体検査管理加算(1)		1
	* 血中微生物		1
	* 生化学的検査(1) ALP LAP γ-GTP		1

##### (2) 明細書発行義務が免除されるケース

レセプトを電子請求している医療機関については、今次改定によって「正当な理由」がない限り、原則として全患者への無料発行が義務化され、明細書を必要としない患者が個別に医療機関の窓口申し出る形に変更されました。

これにより、明細書の無料発行等を行っている診療所は、再診料に「明細書発行体制等加算(1点)」の算定が可能となりましたが、この要件の解釈をめぐっては混乱も生じています。

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。

# 経営データベース 1 抜粋

ジャンル: 診療報酬 > サブジャンル: 保険外併用療法



## 混合診療とは

混合診療とはどのようなものですか。



混合診療とは、医療機関が診療報酬点数表に定める診療行為（保険診療）と定められていない診療行為（自由診療）を併用することです。

健康保険においては、医療機関が診療報酬点数表に定められていない診療行為を行った場合は、医療費を請求することはできません。したがって、点数の定められていない診療行為を患者が求め、医療機関がそれに応じた場合は、医療機関が患者に提供した医療行為のうち、一部が報酬点数の設定されている医療行為であっても、提供した医療行為のすべてが自由診療となり、診療報酬をレセプトによって請求することはできなくなります。

患者側からみると、健康保険の範囲内の医療費は健康保険で賄い、範囲外の分を実費で支払うことで、費用が混合することになります。

しかし、患者から健康保険外の費用を別途徴収した場合は、その疾病に関する一連の診療の費用は、初診に遡り「自由診療」として全額が患者負担とするルールになっています。

健康保険の範囲内、および範囲を超えた診療が同時に行われた場合でも、平等な医療を提供するために、範囲外の診療に関する費用を患者から徴収することを禁止しています。つまり健康保険では、自由診療と保険診療との混合診療は認められていないのです。

### 混合診療の原則禁止

保険診療 + 自由診療 = 自由診療  
(全額が保険外診療として患者負担となる)

### ■混合診療のメリット・デメリット

メリット	現行制度では混合診療は禁止され、保険診療にごくわずかな自由診療を併用しただけでも、全ての診療が自由診療の扱いとなるため、医療費の全額が患者の負担となる（保険外の治療を望む患者にとっては負担が大きい）。 ⇒ 混合診療の解禁により、保険診療を受けながら、国内で未認可の治療法や医薬品を少ない負担で自由に選択することが可能に
デメリット	解禁により所得により受けられる医療に格差が生じる懸念が指摘されている ⇒ 治療費を多額に支払う資力がある患者だけが、より多くの治療を受けることができることになってしまう

全文は、当事務所のホームページの「経営データベース」をご覧ください。

## 経営データベース ② 抜粋

ジャンル: 診療報酬 > サブジャンル: 保険外併用療法



### 混合診療に際する留意点

混合診療を行う際に想定されるトラブルとこれを回避するポイントを教えてください。



混合診療が行われることで、先進的な医療サービスを受けたいなど、多様化する患者ニーズに医療機関が対応できないケースや、医師あるいは医療機関からの説明不足、患者の認識不足による信頼関係の破綻、金銭トラブルが考えられます。

### ■混合診療が期待される背景～診療報酬体系が抱える問題

- 患者ニーズへの不十分な対応
- 所得水準の向上、価値の多様化、健康志向の高まり
- 費用が高くても先端的な医療サービスを受けたい患者の選択肢の拡大

しかし、一律の診療報酬体系の中にあっては、高度な技術を持つ医師のインセンティブの向上や医療機関の事業活動における創意工夫を発揮する余地をなくし、結果として、技術面で高度な医療サービスを受けたいという患者の選択を狭めることにもなっています。

### ■混合診療をめぐる「医療機関側の説明不足」と「患者側の認識不足」

混合診療をめぐることは、医療機関及び提供される医療サービスについて徹底した情報の開示を進めるとともに、説明と同意のプロセスを確立することと、医療提供側である医療機関と患者とのコミュニケーションのあり方が今まで以上に問われることはいうまでもありません。

医療機関が留意すべきなのは、保険外併用療法の「取扱いに関する基準」とその掲示及び説明と同意です。患者が見やすい場所等に療養の内容、費用に関する事項を掲げ、予め患者に対してその内容及び費用等に関して説明を行い、その同意を得ることで、無用なトラブルを防止することができます。

一方、患者側は医療機関側が提供する説明（診療の内容、料金、効果、リスク、セカンドオピニオン等）に対し、十分に理解し、その上で自己責任による決定を迫られる場面が増加することが想定されます。特殊な状況下では冷静な判断が容易でないことを鑑み、セカンドオピニオンを求めることができる第三者（医療従事者）に同席してもらうのも有効な手立てと思われます。

全文は、当事務所のホームページの「経営データベース」をご覧ください。