

医療情報
ヘッドライン

レセプト審査を2022年度迄に9割自動化 チェックに適したレセプト様式も見直し

▶厚生労働省

次期診療報酬改定で DPC 制度見直し 後発医薬品係数、重症度係数を再整理

▶厚生労働省

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成29年1月分概数）

経営情報
レポート

**安全で適切な医療提供の確保を推進
平成29年医療法改正の概要**

経営
データ
ベース

ジャンル:機能選択 サブジャンル:病床機能選択
**臨床研修指定病院認可までのプロセス
200床規模の病院の経営強化策**

医療情報
ヘッドライン
①

レセプト審査を2022年度迄に9割自動化 チェックに適したレセプト様式も見直し

厚生労働省

7月4日、厚生労働省は「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」を公表し、5年後の2022年度までに、レセプト審査の9割程度をコンピュータチェックで完結させることを目指すとした。そのために審査基準の統一化や、レセプト様式の見直しも随時進めていく意向としている。

■レセプト審査機関（社会保険診療報酬支払基金）の運営費用は年間約800億円

従来、レセプト審査におけるコンピュータチェックは、審査委員による人的な審査の下準備として行われてきた。しかし、年間で約20億件にのぼる分量の多さもさることながら、審査ルールが統一されていないため、地域差や審査員による審査結果の違いが発生し、無駄な返戻が多いことも指摘されており、いかに効率化するかが課題となっていた。

レセプト審査機関（社会保険診療報酬支払基金、以下「支払基金」）の運営費用が年間約800億円かかっていることも問題視されており、人件費を削るためにも効率的なシステム導入が求められていることから、請求から審査、支払に至るまでの業務プロセスを全面的に見直すことを決定した。

とりわけ審査については、考え方を180度転換し、これまで審査の下準備だったコンピュータチェックを中心に据える。韓国の審査機関であるHIRA（健康保険審査評価院）が既に9割を達成していることを例に挙げ、2022年度までにレセプトの9割程度をコンピュータチェックで完結させ、医療専門職を中心とした支払基金の職員によるチェックは

1割程度にとどめる。

重点的に審査しなければならない分については、従来どおり医師が審査委員を務める審査委員会で対応するが、全体の1%以下とする方針とする。今まで、審査委員1人あたり月に約12時間をかけて審査を行ってきたが、厚労省は「（その時間を）これまで以上に地域医療活動や患者・住民との対話などに振り向けることが可能になる」としている。並行して支払基金の人員体制も800人程度減らすなど、スリム化していくこととする。

■チェックルールは今年度中に基準を策定

新たな審査システムは、2020年度に刷新される予定だが、先行して実施できる部分は、随時見直しを進めていく。まず、コンピュータチェックルールは今年度中に基準を策定し、そのうえで返戻再請求・再審査請求を減少させるため、返戻査定理由を記載する対象レセプトの拡大や、記載内容の変更は今年度から実施していくとしている。

なお、今回の計画は支払基金が対象だが、国民健康保険連合会でも同様の改革を行うべく協議中で、塩崎恭久厚生労働相は大臣会見で「将来、双方が統一的に高度化された審査を行う改革メリットは、保険医療の質の向上の面でも、国民負担の軽減の面でも、極めて大きい」と発言している。いずれにしても、医療機関にとってはレセプト業務の効率化が期待できることは間違いない。特に、レセプト様式は診療報酬改定ごとに大きく変更することが予測されるため、作業負担を減らせるように適宜対応することが求められる。

次期診療報酬改定で DPC 制度見直し 後発医薬品係数、重症度係数を再整理

厚生労働省

7月5日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会は診療報酬基本問題小委員会を開き、来年度の診療報酬改定に向けたDPC制度（DPC/PDPS、診断群分類別包括支払い制度）の検討状況について中間報告を実施し、現行の3つの医療機関群を維持しつつ、より適切な名称に変更する方針が明らかにされた。

また、DPC対象病院の「機能評価係数Ⅱ」については、従来の6係数を維持するものの、導入後に追加された「後発医薬品係数」および「重症度係数」は再整理される。

■Ⅰ群およびⅡ群の名称を「特定病院Ⅰ」「特定病院Ⅱ」にする案などを検討

3つの医療機関群の名称を見直すのは、各群の役割や機能がわかりにくいことが理由として挙げられている。特に、Ⅱ群は「高機能な病院」と説明されていることから、Ⅲ群が高機能ではないと受け止められる可能性があることを指摘し、むしろ、DPC制度においてはもっとも多くの医療機関が該当するⅢ群が標準的な存在であるとして、「標準群」とする案が提示された。Ⅰ群およびⅡ群の名称については、「特定病院Ⅰ」「特定病院Ⅱ」とする案のほか、Ⅰ群を「大学病院本院群」、Ⅱ群を「特定病院群」とする案が出されている。

■「機能評価係数Ⅱ」について再整理

機能評価係数Ⅱは、急性期入院医療の評価として導入された。現在「保険診療係数」「効率性係数」「複雑性係数」「カバー率係数」「救急医療係数」「地域医療係数」「後発医薬品係数」「重症度係数」の8項目から算出されている（「保険診療係数」は当初「データ提出係数」

だったものが拡充され名称変更となった）。この係数が大きくなるほど1日あたりの診療報酬単価を高く請求できる仕組みとなっている。

しかし、機能評価係数ⅡはDPC制度導入時の激変緩和措置として導入されたことから、とりわけ「重症度係数」については、趣旨が異なるとの指摘もある。また、複雑化しているため、医療機関が目標とできるような係数を設定すべきとの声があるのも、今回の見直しの背景にある。

重症度係数については、激変緩和措置の見直しと併せて再整理し、機能評価係数Ⅱとは別の手法での対応を行う見通しであり、後発医薬品係数については、すでに多くの医療機関で係数が上限値になっていることから、一定の役割を果たしているとして、機能評価係数Ⅰでの評価に変更する方向となっている。

入院基本料等加算の中に、同様の基準の出来高点数が設定されていることも、見直しの理由として挙げられている。中間報告において、同委員会では大きな異論がなかったこともあり、これらの方針で見直しが進められる可能性は高いと見込まれる。



病院報告 (平成29年1月分概数)

厚生労働省 2017年5月10日公表

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29年1月	平成28年12月	平成28年11月	平成29年1月	平成28年12月
病院					
在院患者数					
総数	1 254 204	1 242 703	1 252 028	11 501	△ 9 325
精神病床	286 584	286 674	287 327	△ 90	△ 653
結核病床	1 673	1 753	1 875	△ 80	△ 122
療養病床	288 157	287 891	286 906	266	985
一般病床	677 725	666 328	675 862	11 397	△ 9 534
(再掲)介護療養病	47 375	47 973	48 534	△ 598	△ 561
外来患者数	1 265 340	1 348 630	1 396 656	△ 83 290	△ 48 026
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 563	5 616	5 671	△ 53	△ 55
(再掲)介護療養病床	2 089	2 125	2 140	△ 36	△ 15

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。 注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)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	平成29年1月	平成28年12月	平成28年11月	平成29年1月	平成28年12月
病院					
総数	82.1	71.5	80.4	10.6	△ 8.9
精神病床	85.7	85.6	85.5	0.1	0.1
結核病床	31.4	31.0	33.5	0.4	△ 2.5
療養病床	88.2	87.5	87.3	0.7	0.2
一般病床	78.9	60.8	76.4	18.1	△ 15.6
介護療養病床	89.8	90.5	90.7	△ 0.7	△ 0.2
診療所					
療養病床	57.3	56.1	57.1	1.2	△ 1.0
介護療養病床	70.0	70.2	70.1	△ 0.2	0.1

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)

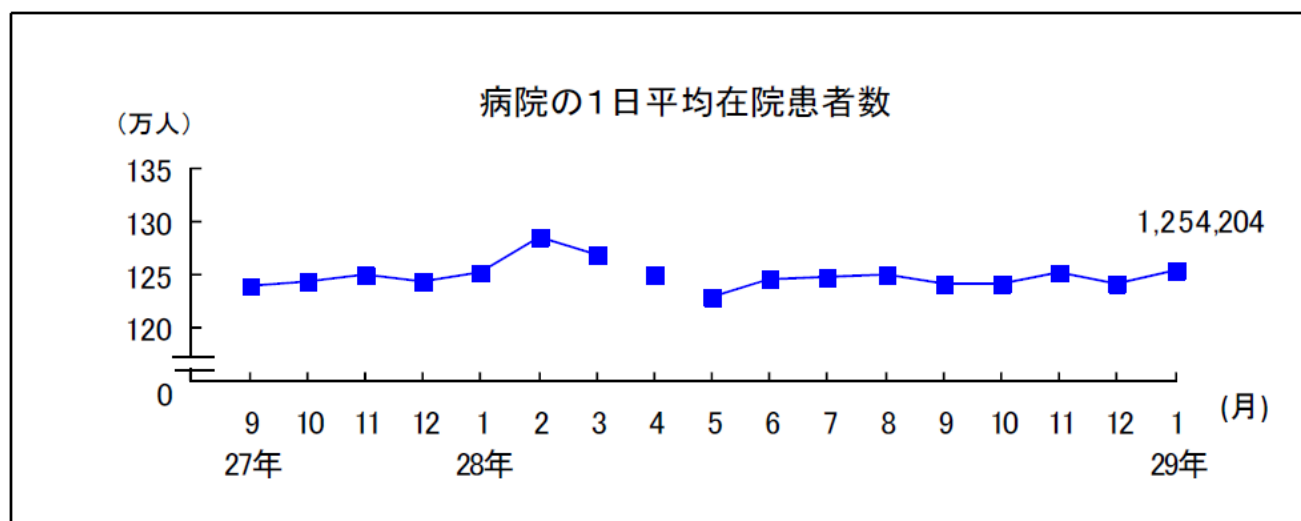
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成29年1月	平成28年12月	平成28年11月	平成29年1月	平成28年12月
病院					
総数	30.1	28.1	28.2	2.0	△ 0.1
精神病床	289.8	270.6	270.6	19.2	0.0
結核病床	66.1	63.3	67.8	2.8	△ 4.5
療養病床	153.5	141.9	145.9	11.6	△ 4.0
一般病床	17.3	16.0	16.2	1.3	△ 0.2
介護療養病床	322.2	291.1	302.6	31.1	△ 11.5
診療所					
療養病床	98.9	91.4	96.3	7.5	△ 4.9
介護療養病床	119.7	114.4	122.5	5.3	△ 8.1

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

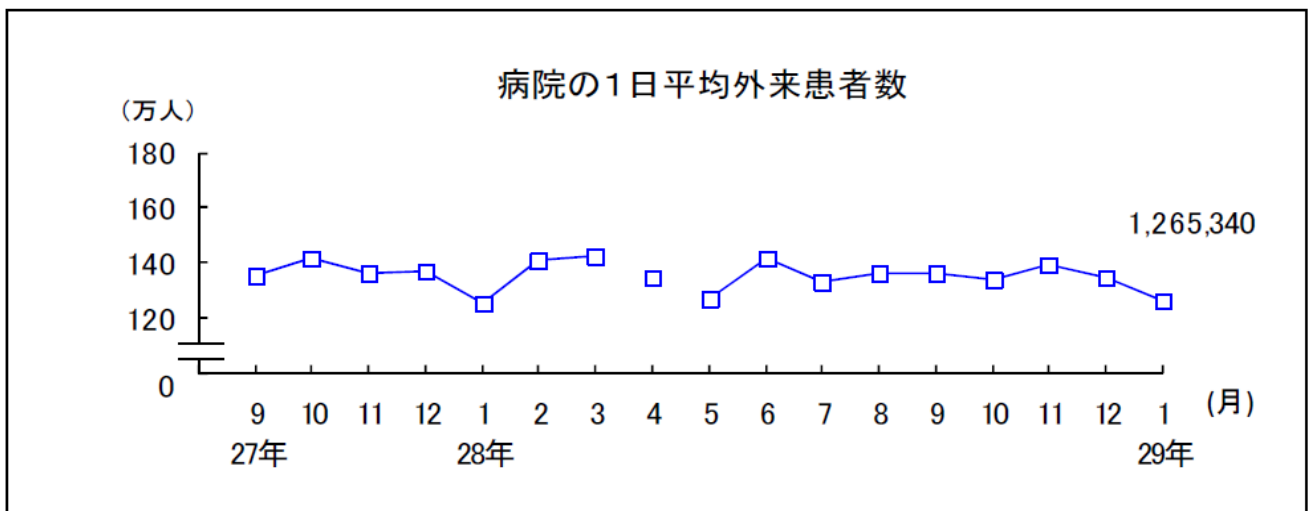
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床から移された患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

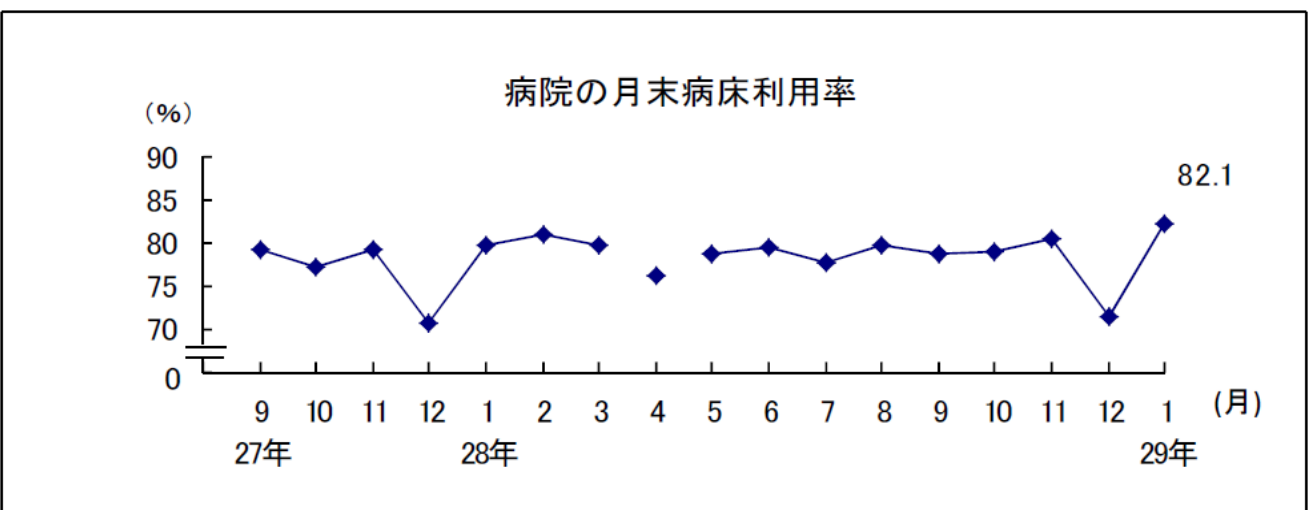
◆病院:1日平均在院患者数の推移



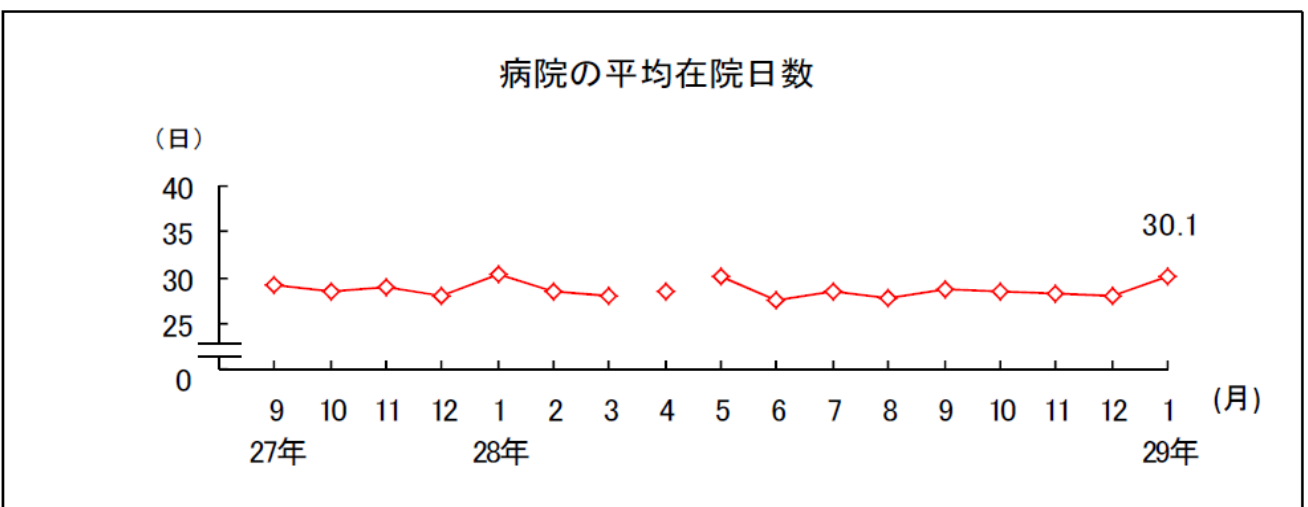
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



注：平成28年4月分については、熊本地震の影響により、熊本県の一部病院から報告がなかったため、前後の月と接続していない。

病院報告（平成29年1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。



安全で適切な医療提供の確保を推進

平成29年医療法 改正の概要

- 1.医療法等の一部を改正する法律の概要
- 2.医療に関する広告規制が強化
- 3.持分なし医療法人移行計画認定制度が要件緩和
- 4.監督規定の整備と検体検査の品質・精度管理



■参考文献

平成29年6月14日 厚生労働省医政局長通知
厚生労働省 「医療法における広告規制の現状について」
第51回社会保障審議会医療部会資料

1

医業経営情報レポート

医療法等の一部を改正する法律の概要

■ 平成29年6月 参議院本会議にて可決

(1) 医療法改正の主要項目

医療法等の一部を改正する法律（以下「改正法」）が、平成29年6月7日衆議院本会議において可決、6月14日付に公布され、順次施行されることとなりました。

今回の改正（以下「本改正」）「安全で適切な医療提供の確保を推進するため、検体検査の精度の確保、特定機能病院の管理及び運営に関する体制の強化、医療に関する広告規制の見直し、持分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長等の措置を講ずること」を趣旨とするものです。

主な内容は下記のとおりで、「医療法」、「臨床検査技師等に関する法律」、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」の各法について、一部改正が行われました。

◆医療法等の一部を改正する法律の概要

①医療法の一部改正

- (1) 検体検査の精度の確保に関する事項
- (2) 特定機能病院の管理及び運営に関する体制の強化に関する事項
- (3) 医療に関する広告規制の見直しに関する事項
- (4) 妊婦又は産婦の異常に対応する医療機関の確保等に関する事項
- (5) 医療機関の開設者に対する監督に関する事項

②臨床検査技師等に関する法律の一部改正

- (1) 医療機関、衛生検査所等の医療機関が検体検査業務を委託する者の精度管理の基準の明確化
- (2) 検査の分類を厚生労働省令で定めることを規定

③良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律

（平成18年法律 第84号）の一部改正

- (1) 認定を行うことができる期限を平成32年9月30日まで延長すること。
- (2) 移行計画の認定要件を見直し

（出典）平成29年6月14日 厚生労働省医政局長通知より

(2) 本改正の位置づけ

医療法は、昭和23年の制定以降、第1次医療法改正の病床総量規制から、第7次医療法改正の地域医療連携推進法人創設まで、7回の改正を重ねてきました。いずれも、医療機関の経営を左右する重要な改正項目であり、多くの医療機関は改正に対応した経営を迫られてきています。

2

医業経営情報レポート

医療に関する広告規制が強化

■ 広告規制検討の経緯と改正前の規制状況

(1) 医療情報の提供内容等に関する検討会で議論

広告規制にあっては、現在、長期・継続的な役務の提供を行う特定継続的役務において、エステティックサロン、語学教室、家庭教師、学習塾、結婚相手紹介サービス、パソコン教室の6つの役務が規制の対象とされており、書面交付の義務付けや誇大広告等の禁止を規定しています。

そして近年、美容医療サービスに関する消費者トラブルの相談件数が増加していることを受けて、平成28年1月7日、消費者委員会が、特定継続的役務の規制対象に美容医療を加えることを総理大臣に答申しました。

これに基づき「医療情報の提供内容等に関する検討会」が設置され、4回にわたり議論（平成28年3月～9月）が重ねられた結果、今回の改正に至っています。

(2) 本改正前の広告規制とは

医療は人の生命・身体に関わるサービスであり、また、極めて専門性の高いサービスであることから、医療広告ガイドラインに基づき、限定的に認められた事項以外は、原則として広告が禁止されていました。

◆ 本改正前の広告規制

【基本的な考え方(医療広告ガイドライン)】

- ① 医療は人の生命・身体に関わるサービスであり、不当な広告により受け手側が誘引され、不適当なサービスを受けた場合の被害は、他の分野に比べ著しいこと。
- ② 医療は極めて専門性の高いサービスであり、広告の受け手はその文言から提供される実際のサービスの質について事前に判断することが非常に困難であること。

限定的に認められた事項(※)以外は、原則として広告禁止

※ 医療法第6条の5第1項各号

医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項(平成19年厚生労働省告示第108号)に定められた事項を広告可能

(出典) 厚生労働省 「医療法における広告規制の現状について」

ただし、インターネットが広く普及している状況において、医療機関のウェブサイト等については、当該医療機関等の情報を得ようとする者がURLを入力し、検索サイトで検索した上で閲覧するものであるため、当初より情報提供や広報として取り扱っており、医療に関する広告規制の対象とされていませんでした。

3

医業経営情報レポート

持分なし医療法人移行計画認定制度が要件緩和

■ 持分なし医療法人への移行数と移行への課題

(1) 持分なし医療法人への移行は513法人

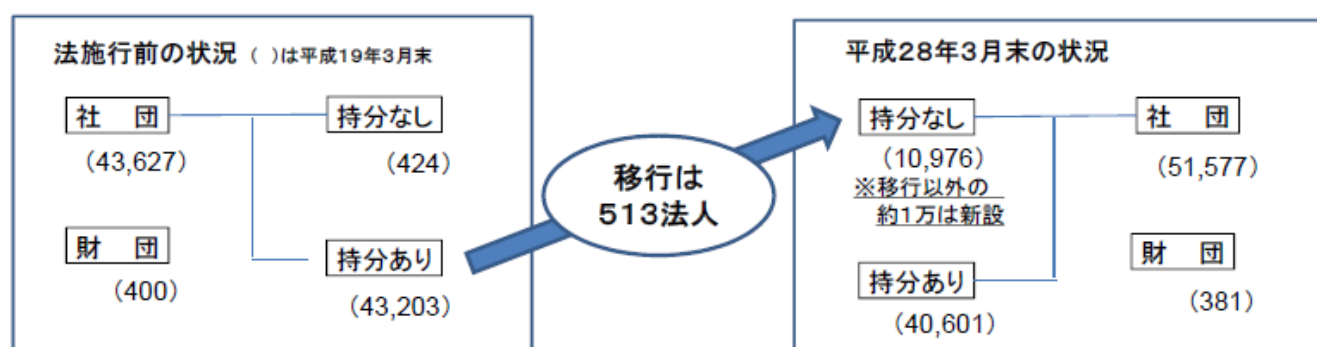
平成19年施行の第5次医療法改正において、新設の医療法人は「持分なし医療法人」のみを認めることとしました。一方で、法人財産を持分割合に応じて出資者へ分配できる、いわゆる「持分あり医療法人」については、当分の間存続する旨の経過措置がとられており、現在に至っています。

持分あり医療法人は、出資者に相続が発生すると相続税支払いのため払戻請求が行われるなど、法人経営の安定について課題があるため、「持分あり医療法人」から「持分なし医療法人」への移行計画を国が認定する制度を設け、相続税猶予等の税制措置を実施するなど、移行促進策を講じてきました。

しかし、実際にはほとんど移行が図られず、4万件を超える医療法人は、未だ持分ありの医療法人となっています。

また、移行促進策として平成26年10月から始まった認定制度による移行完了件数は、わずか13件（平成28年9月現在）にとどまり、持ち分なし医療法人への移行は進んでいません。

◆ 持ち分なし医療法人への移行数



※持分なし移行認定制度による認定件数は61件、うち完了件数は13件

(平成26年10月認定制度開始以降の件数。平成28年9月末現在。)

(2) 持分なし医療法人への移行が進まない要因

移行が進まない要因の一つが、現状では相続税法により相続税等が「不当に減少」する場合、医療法人を個人とみなして贈与税が課税される扱いとなっている点です(相続税法第66条第4項)。

4

医業経営情報レポート

監督規定の整備と検体検査の品質・精度管理

■ 医療機関を開設する者に対する監督規定の整備

(1) 医療機関への指導・監督をめぐる課題

病院等（病院、診療所又は助産所）の開設主体は様々ですが、医療法人に対しては、医療法の規定により、開設者への立入検査等を通じて法人の運営に対する監督を行うことができました。一方、医療法人以外の病院等を開設する法人の運営に対しては、医療法による規制が及ばず、各法人の根拠法によって監督の内容が異なるため、指導・監督が行き届かない部分がありました。

◆ 医療法における病院等の開設者に対する監督規定の比較

	医療法人	医療法人以外
医療機関本体への立入検査	○ (必要があると認めるとき)	○ (必要があると認めるとき)
開設者への立入検査	○(※)	×
不適切な運営があった場合の改善命令	○(※)	△ (人員配置又は構造設備が不適切な場合のみ)
改善命令に従わなかった場合等の業務停止命令	○(※)	△ (人員配置又は構造設備が不適切な場合のみ)
医療機関の開設許可取消、閉鎖命令	○	○

※医療法人の業務若しくは会計が法令、法令に基づく都道府県知事の処分等に違反している疑いがあり、又はその運営が著しく適正を欠く疑いがある場合に可能

(2) 医療機関への指導・監督 対応方針

このような実態を踏まえて、医療法を改正し、すべての医療機関への指導・監督が可能とされました。

◆ 対応方針

- 現行医療法では、都道府県知事等による医療機関への立入検査のみ可能であるところ、医療機関の開設者の事務所その他病院等の運営に係る場所への立入検査も可能とする。
- 医療機関の運営が著しく不適切である場合、開設者に対し、都道府県知事等による改善命令、業務停止命令等を可能にする

この対応方針に基づき、医療機関の開設者に対する監督のあり方が見直しとなります。

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。

臨床研修指定病院認可までのプロセス

急性期病院の選択肢として臨床研修指定病院参加のための、認可までのプロセスを教えてください。

臨床研修指定病院とは、医師法第16条の2で規定される医師の卒後研修病院として厚生労働大臣の指定を受けた病院です。

臨床研修指定病院の認可を受けることにより、医療の質の向上や病院組織の活性化、地域からの信頼アップ等で患者の確保が期待できると思いますが、研修に必要な施設や図書、病歴管理等体制の整備が必要とされます。こうした要件を満たすための準備期間としては、大学病院など一部の病院を除いて、最低でも5年間程度の時間が必要だと考えられるでしょう。

認可申請準備のポイントとプロセスは、次のとおりです。

■臨床研修病院であるための条件

1. 医局内コンセンサス

臨床研修指定病院の認可によっても、診療報酬上あるいは直接の経営的なメリットはないことから、認可を取得する目的については、とりわけ医師全員に理解させ、協力を得ることが最も重要な前提条件となります。

また、基本的には当該病院の標榜する全診療科目において臨床研修を実施することになるため、指導医の確保あるいは養成も必要です。

2. 準備委員会の設置

委員長（副院長の選任が望ましい）のほか、アドバイザー（大学教授等）の設置も必要と考えます。

3. 剖検体制の整備

年間剖検例 20 体以上かつ剖検率 30%以上が認可要件とされていることから、病理医の確保と中央検査室の整備が必要であるほか、スキルの高い検査技師の確保も重要です。

4. 経営体質の強化

一般の診療にとっては無駄な支出となるものの、研修目的として最新の医学文献の整備や高額で不採算な医療機器の設置が義務付けられているため、その他の材料費や一般管理費等については、積極的なコスト削減策を実行できる経営体質に改善することが必要です。



ジャンル:機能選択 > 病床機能選択

200床規模の病院の経営強化策

200床規模の中小規模病院の経営強化策の具体的事例を教えてください。

一般の民間病院における病床規模は、医療法の源流にみるように、診療所をスタートとし、トップの経営能力や資金力、医療法人かの選択等の事情によって定まってきたといえます。

現在では、200床以上とそれ未満の病床数の病院は、いわゆる大病院と中小病院として様々な区分がなされることが多くなっていますが、200床規模の中規模病院が必要な経営基盤を強化するためには、地域医療のニーズに応えるべく、組織体質と経営体質の強化が求められています。

具体的には、次のような取り組みの事例が挙げられます。

(1) 組織体質の強化

① 診療科目の見直し

地域・診療圏で優位性を持つ診療科目を分析し、一部廃止も含めて標榜科目の絞り込み

② 組織活性化

院内環境の活性化として、業務に対する意欲・集中力向上に向けた取り組み

③ 管理職のマネジメント強化

管理能力の強化（権限委譲、任期制導入、トップダウン体制、リーダー層育成）

(2) 経営体質の強化

① 院内情報（経営状況等）共有化

主に管理職を対象として、経営指標や病院運営状況に関する情報を公開

② 委員会活動の積極展開（マーケティング等）

経営努力の積極化、一般職員の経営参画意識醸成

③ 関連事業への多角化経営推進

在宅医療・訪問診療、健康増進・予防事業、福祉事業等の関連分野での目標を設定し、経営活動を推進する