

週刊WEB

矢業経営 マガジン

2019

557

1/15

医療情報
ヘッドライン

社会保障改革に向け工程表全面改定 特定健診実施率向上等61項目提示

▶経済財政諮問会議

10月予定の消費税引き上げに伴う 薬価・材料価格の改定方針が固まる

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

経営
TOPICS

統計調査資料
最近の医療費の動向 / 概算医療費(年次版) 平成29年度

経営情報
レポート

2018年診療報酬改定に対応
診療報酬改定後の影響試算

経営
データ
ベース

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: 未収金防止策
深刻化する未収金問題の背景
未収金問題~医療機関側課題

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

発行: 〇〇〇〇〇〇会計事務所

社会保障改革に向け工程表全面改定 特定健診実施率向上等61項目提示

政府は12月10日の経済財政諮問会議で、「新経済・財政再生計画改革工程表2018」の原案を公表した。工程表を全面改定するのは、2015年以来3年ぶりになる。

安倍晋三首相は「経済再生なくして財政健全化なし」としたうえで、この工程表を「経済・財政一体改革に当たっての海図」と位置づけた。

■「予防・健康づくりの推進」「医療・福祉サービス改革」の2つに力を注ぐ計画

工程表は、KPIを2つの階層に分け、段階的に数値目標を達成していく形となっている。

その大半を占めるのが社会保障分野であり、2015年に策定された旧工程表では、社会保障に関するのは44項目だったが、新工程表では61項目を提示している。大きく分けると「予防・健康づくりの推進」「医療・福祉サービス改革」の2つに力を注いでいくことが明らかとなった。

「予防・健康づくりの推進」では、「特定健診実施率の現行目標の大胆な引上げと実施率向上」「効率的・効果的なデータヘルスの普及」「認知症予防モデルの構築、全国展開」の3つが主な取り組みとなる。

中でも現場の医療機関が意識したいのは「特定健診実施率の現行目標の大胆な引上げと実施率向上」であろう。

特定健診実施率は、2012年度の目標値を70%以上と設定していたものの達成されて

おらず、2016年度でも51.4%にとどまっている。特定保健指導実施率はさらに低く、同じく2016年度で18.8%となっている。

糖尿病などの生活習慣病や慢性腎臓病の罹患率がアップすれば、高額な医療費を必要とする人工透析患者が増えることにつながるため、社会保障分野の工程表のトップに特定健診および特定保健指導実施率の向上が掲げられた。

■年間新規透析患者数を2028年度までに35,000人以下にすることが目標

具体的なKPIとしては、2023年までに70%以上、特定保健指導実施率は45%以上にすることを掲げているほか、「健康寿命をのばしましょ。」をスローガンに厚生労働省が推し進めている国民運動「スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）」の参画企業数を2022年度までに3,000社以上とすることも盛り込まれた。

そのうえで、KPI第2階層として、年間新規透析患者数を2028年度までに35,000人以下へ、糖尿病有病者を2022年度までに1,000万人以下へ、メタボリックシンドromeの該当者および予備軍の数を2022年度までに2008年度と比べて25%減少することも目標としている。

これらのKPIを達成するため、地域の医師会などとも連携しながら好事例の横展開も積極的に実施していく方針としている。

10月予定の消費税引き上げに伴う 薬価・材料価格の改定方針が固まる

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は、12月12日の中央社会保険医療協議会総会で、2019年10月に実施される予定の消費税引上げに伴う薬価改定および材料価格改定の骨子案を提示し、了承された。いずれも通常改定とは異なる「臨時的な改定」であることを明示するとともに、改定前の価格を超えないように調整する。

■現行の算定方式を基本としながら、増税の影響を補正するためのルールを適用

薬価、材料価格とともに、骨子案には改定にあたっての「基本的な考え方」を明記しており、「適正な消費税の転嫁を行う観点から市場実勢価格を踏まえて」改定を実施とした。

そのため、現行の算定方式を基本としながら、増税の影響を補正するためのルールを適用していく。

薬価改定では「市場実勢価格加重平均値調整幅方式」を採用している。この算出式は、「医療機関・薬局への販売価格の加重平均値（税抜の市場実勢価格）」×「1+消費税率（地方消費税分含む）」に調整幅（改定前薬価の2/100に相当する額）を加えたものである。

今回は、消費税率を10%とし、改定前薬価に110/108を乗じた額を超えないようにする。新薬創出等加算や平均乖離率以下の基礎医薬品、最低薬価品目については現行の算定ルールが適用される。

現行ルールでは、薬価改定を区切りとして品目を選定する規定があるが、今回は臨時改

定となるため、この規定は適用されない。

全体的に製薬業界の意向が受け入れられた格好だといえる。

■材料価格改定では、

市場実勢価格加重平均値一定幅方式を採用

材料価格改定では、市場実勢価格加重平均値一定幅方式が採用される。この算定式は「医療機関における購入価格の加重平均値（税抜の市場実勢価格）」×「1+消費税率（地方消費税分含む）」に一定幅（改定前価格の4/100に相当する額）を加えるもので、こちらも薬価と同様に消費税は10%で計算し、110/108を乗じた額を超えないようとする。

なお、少額の材料は大量に使われるため、「1円未満を切り下げる」とすると医療機器メーカーにとってはデメリットとなる。そのため、「小数点以下の取扱い」は「54円未満のものに限り小数第1位を四捨五入」するという特例が盛り込まれた。



最近の医療費の動向

/概算医療費(年次版) 平成29年度

厚生労働省 2018年9月21日公表

1 制度別の概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総 計	医療保険適用							公 費	
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲) 未就学者	75歳以上		
			本 人	家 族						
平成 25 年度	39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0	
平成 26 年度	40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0	
平成 27 年度	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1	
(構成割合)	(100%)	(58.4%)	(29.4%)	(15.3%)	(12.6%)	(29.0%)	(3.5%)	(36.6%)	(5.1%)	
平成 28 年度①	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1	
(構成割合)	(100%)	(57.8%)	(29.9%)	(15.8%)	(12.7%)	(27.9%)	(3.5%)	(37.2%)	(5.1%)	
平成 29 年度①	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1	
(構成割合)	(100%)	(57.0%)	(30.4%)	(16.3%)	(12.5%)	(26.7%)	(3.4%)	(37.9%)	(5.0%)	
②-①	0.95	0.23	0.48	0.35	0.07	▲0.25	▲0.00	0.68	0.04	

- 注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。
- 注 2. 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」とび「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。
- 注 3. 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。
 「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

●医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

		医療保険適用							公 費	
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲) 未就学者	75歳以上		
			本 人	家 族						
平成 25 年度	2.2	1.3	1.6	2.6	0.2	1.1	▲ 1.4	3.7	2.3	
平成 26 年度	1.8	1.5	2.6	3.2	1.6	0.4	0.6	2.3	1.7	
平成 27 年度	3.8	3.3	4.9	6.4	3.2	1.8	0.5	4.6	3.4	
平成 28 年度	▲ 0.4	▲ 1.4	1.3	2.8	0.0	▲ 4.2	▲ 0.9	1.2	▲ 0.9	
平成 29 年度	2.3	1.0	3.9	5.3	1.4	▲ 2.2	▲ 0.1	4.4	1.8	

2 診療種類別の概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	計	診療費				調剤	訪問看護療養	(参考) 入院外 +調剤
			医科 計	医科 入院	医科 入院外	歯科			
平成 25 年度	39.3	32.1	29.4	15.8	13.6	2.7	7.0	0.12	20.6
平成 26 年度	40.0	32.6	29.8	16.0	13.8	2.8	7.2	0.14	21.0
平成 27 年度	41.5	33.4	30.6	16.4	14.2	2.8	7.9	0.16	22.1
(構成割合)	(100%)	(80.6%)	(73.8%)	(39.5%)	(34.3%)	(6.8%)	(19.0%)	(0.4%)	(53.3%)
平成 28 年度①	41.3	33.6	30.7	16.5	14.2	2.9	7.5	0.19	21.7
(構成割合)	(100%)	(81.4%)	(74.4%)	(40.1%)	(34.3%)	(7.0%)	(18.2%)	(0.5%)	(52.5%)
平成 29 年度①	42.2	34.3	31.4	17.0	14.4	2.9	7.7	0.22	22.1
(構成割合)	(100%)	(81.2%)	(74.3%)	(40.2%)	(34.1%)	(6.9%)	(18.3%)	(0.5%)	(52.4%)
②-①	0.95	0.70	0.66	0.42	0.23	0.04	0.22	0.03	0.45

注 1. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

注 2. 総計には、訪問看護療養の費用額を含む。

●医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総計	計	診療費				調剤	訪問看護療養	(参考) 入院外 +調剤
			医科 計	医科 入院	医科 入院外	歯科			
平成 25 年度	2.2	1.4	1.4	1.3	1.7	0.8	5.9	14.3	3.1
平成 26 年度	1.8	1.6	1.5	1.7	1.3	2.9	2.3	16.9	1.6
平成 27 年度	3.8	2.5	2.6	1.9	3.3	1.4	9.4	17.3	5.4
平成 28 年度	▲ 0.4	0.5	0.4	1.1	▲ 0.4	1.5	▲ 4.8	17.3	▲ 2.0
平成 29 年度	2.3	2.1	2.1	2.6	1.6	1.4	2.9	16.4	2.1

3 医療機関種類別の概算医療費

(1) 入院・入院外計

● 医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	医科								歯科			保険 薬局	
		病院	大学				公的	法人	個人	診療所	病院	診療所		
			大学	公的	法人	個人								
平成 25 年度	39.3	29.4	21.0	2.59	7.61	10.52	0.23	8.4	2.72	0.14	2.58	7.04		
平成 26 年度	40.0	29.8	21.3	2.65	7.72	10.74	0.22	8.5	2.80	0.15	2.65	7.20		
平成 27 年度 (構成割合)	41.5 (100%)	30.6 (73.8%)	22.0 (53.0%)	2.76 (6.6%)	7.98 (19.2%)	11.02 (26.6%)	0.21 (0.5%)	8.6 (20.8%)	2.83 (6.8%)	0.15 (0.4%)	2.68 (6.5%)	7.87 (19.0%)		
平成 28 年度① (構成割合)	41.3 (100%)	30.7 (74.4%)	22.2 (53.7%)	2.83 (6.8%)	8.03 (19.5%)	11.12 (26.9%)	0.18 (0.4%)	8.6 (20.7%)	2.87 (7.0%)	0.15 (0.4%)	2.72 (6.6%)	7.50 (18.2%)		
平成 29 年度① (構成割合)	42.2 (100%)	31.4 (74.3%)	22.7 (53.8%)	2.91 (6.9%)	8.25 (19.5%)	11.40 (27.0%)	0.16 (0.4%)	8.7 (20.5%)	2.92 (6.9%)	0.16 (0.4%)	2.76 (6.5%)	7.71 (18.3%)		
②-①	0.95	0.66	0.56	0.09	0.22	0.28	▲0.02	0.10	0.04	0.00	0.04	0.22		

注 1. 医科病院は、経営主体別に分類している。

注 2. 「大学病院」には、病院のうち、医育機関である医療機関を分類している。

注 3. 「公的病院」には、病院のうち、国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関を分類している。但し、医育機関を除く。

注 4. 医療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

● 医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総計	医科								歯科			保険 薬局	
		病院	大学				公的	法人	個人	診療所	病院	診療所		
			大学	公的	法人	個人								
平成 25 年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9		
平成 26 年度	1.8	1.5	1.8	2.2	1.5	2.1	▲6.0	0.8	2.9	4.0	2.8	2.3		
平成 27 年度	3.8	2.6	2.9	4.2	3.3	2.6	▲6.9	1.7	1.4	2.0	1.3	9.4		
平成 28 年度	▲0.4	0.4	0.9	2.6	0.7	0.9	▲11.0	▲0.9	1.5	3.4	1.4	▲4.8		
平成 29 年度	2.3	2.1	2.5	3.0	2.8	2.5	▲13.0	1.1	1.4	2.7	1.3	2.9		

最近の医療費の動向/概算医療費（年次版）平成29年度の全文は、
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。



制度改正

2018年診療報酬改定に対応

診療報酬改定後の 影響試算

- 1.2018年度診療報酬改定による影響ポイント
- 2.入院は医療需要予測による病棟再編・統合へ
- 3.外来は在宅医療の取り組み強化で增收に
- 4.医療と介護の連携強化に手厚い評価



※本レポートは、2018年5月12日開催「日本医業経営コンサルタント協会北海道支部研修会「診療報酬・介護報酬改定後の医療機関の対応」」(講師:(株)MMオフィス 代表取締役 工藤高氏)の講演要旨および配布レジュメをベースとし、一部を再構成して作成したものです。掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメに使用、または一部加工しています。

1

医業経営情報レポート

2018年度診療報酬改定による影響ポイント

■ 2025年を見据えた医療の実現と入院基本料の再編

2018年度は、診療報酬・介護報酬の同時改定のほか、障害福祉サービス等の報酬改定も行われたことにより、医療および介護を一体としたサービスとしてとらえ、その連携の強化と質を備えた量の提供に対して、より高く評価する内容となりました。

今次診療報酬改定では、少子高齢化のさらなる進展を見据え、次のような4点を柱として、主に入院医療を中心とする見直しが実施されており、全体では1.19%引き下げられたものの、本体改定率はプラス0.55%（薬価等を除く）となっています。

各科ごとにみると、医科0.63%、歯科0.69%、調剤0.19%がそれぞれ引き上げとなった一方で、薬価はマイナス1.65%、医療材料マイナス0.09%というマイナス改定となりました。

■2018年度診療報酬改定の4つの柱～厚生労働省「平成30年度診療報酬改定の概要」

- (1) 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進
- (2) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実
- (3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進
- (4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【入院・外来をめぐる評価の改定趣旨】

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

主要な改定項目のうち入院医療では、①基本的な医療の評価部分、②診療実績に応じた段階的な評価部分、の2つの評価体系に再編・統合され、新たな評価体系となる入院料は、①急性期医療、②急性期医療～長期療養、③長期療養の3つに大別されています。

入院医療を提供する医療機関にとっては、自院の機能と地域における役割および人的資源を鑑み、新たに算定する入院基本料を選択する必要に迫られています。

2

医業経営情報レポート

入院は医療需要予測による病棟再編・統合へ

■ 急性期は今後の地域の医療需要を踏まえた対応が必要

今次改定により、入院医療については病床機能の見直しが迫られています。

急性期機能をもつ病院は、地域の急性期需要を検証し、病床利用率が低い場合には一般病床の一部を地域包括ケア病棟へ転換し、地域包括ケアシステムへの貢献と収入増を図ることが一つの手段として考えられます。

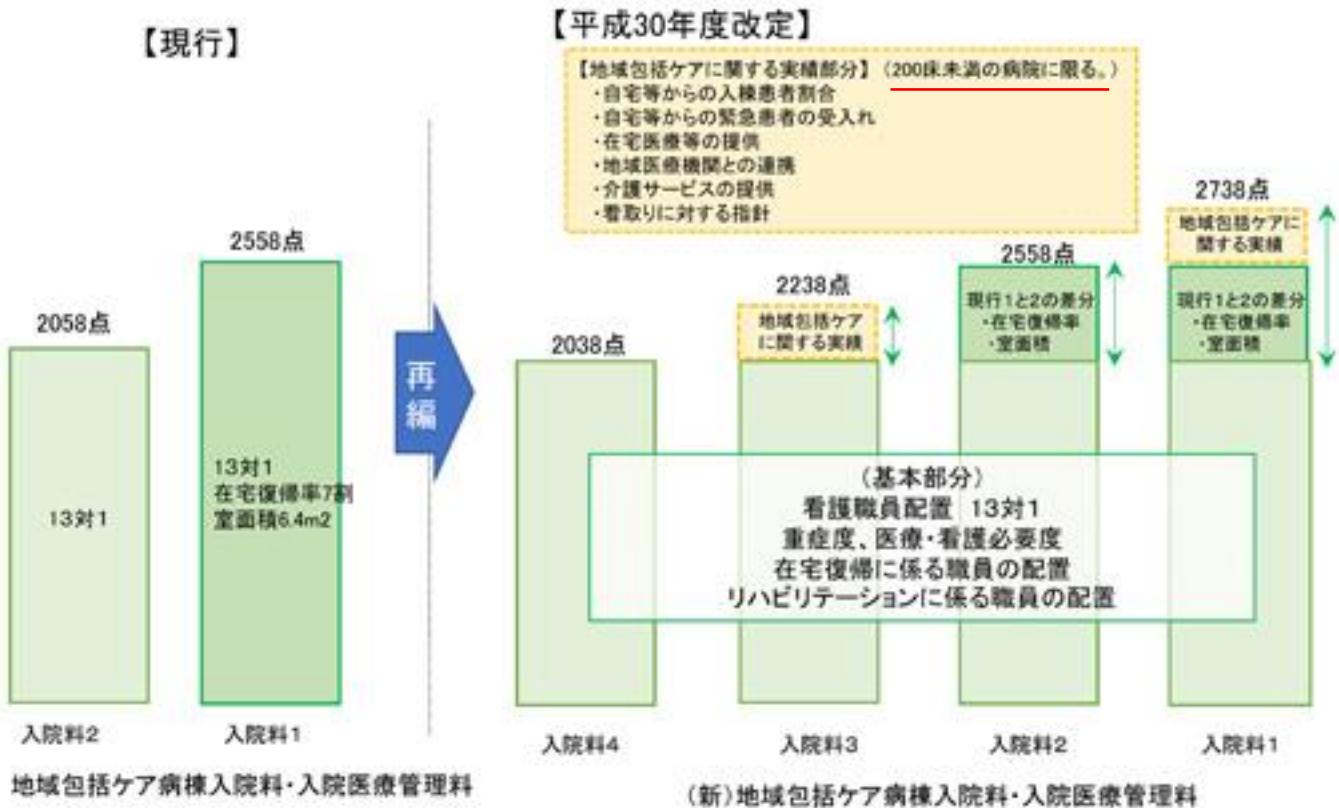
ただし、200床未満の病院に限られるため、病床数の削減が必要になるケースもあり、自院が地域から求められている機能を的確に把握することが必要です。

一方、地域包括ケア病棟の入院料1の点数が見直され、同入院料を算定することにより病床を有効活用できることで、収入増が期待できます。

また、他医療機関や介護事業所との連携は必要で、患者紹介のルート構築も重要です。

(参考) 日経ヘルスケア 2018年5月号

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ



3 医業経営情報レポート

外来は在宅医療の取り組み強化で增收に

■かかりつけ医機能・在宅医療を促進する改定内容

(1)初診料の機能強化加算が新設

今回の改定では、機能強化加算（80点）の新設が注目されています。これは、かかりつけ医機能の評価として、診療所と200床未満の病院で算定が可能となっています。算定要件は、以下のとおりとなっており、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出している医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含め、初診時における診療機能を評価する観点から導入されたものです。

■機能強化加算の概要

(新設) 機能強化加算 80点（初診時）

【算定要件】

地域包括診療料、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）、施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出している保険医療機関（診療所又は200床未満の保険医療機関に限る。）において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

(2)地域包括診療料・地域包括診療加算が引き上げ

厚生労働省は、在宅療養支援診療所以外の医療機関の訪問診療（裾野の拡大）が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには24時間体制の確保が負担となっていることを課題とし、要件を緩和するとともに重点配分がなされました。かかりつけ医機能を推進する観点から、24時間対応や医師配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価しています。

■重点配分された主な点数

① (引き上げ) 地域包括診療料 1,503点 ⇒ 1,560点 地域包括診療加算 20点 ⇒ 25点

イ) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含むことが緩和）

ロ) 常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上に緩和

ハ) 外来診療を経て訪問診療に移行した患者数3人（在宅療養支援診療所の場合は10人）以上が追加

② (新設) 在総管・施設総管の継続診療加算 1月 216点

イ) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること

ロ) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること

ハ) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること

4 医業経営情報レポート

医療と介護の連携強化に手厚い評価

■ 医療と介護の連携の促進

(1) ターミナルケアに関する報酬の要件変更

患者や家族の意向に沿った看取りを推進するため、今回の改定では訪問診療や訪問看護におけるターミナルケアにおいて「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件として追加し、評価することとなっています。

同ガイドラインは、人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示しています。

ターミナルケア加算の要件として、このガイドライン等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本として、他の医療及び介護関係者との連携の上で対応することが追加されました。

■ 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン(一部抜粋)

医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

(出典) 厚生労働省 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

診療報酬改定における対応においては、在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬が、下記のとおりすべて 500 点のアップとなっています。

■ 重点配分されたターミナルケア関連の報酬

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】

(引き上げ) 機能強化型在支診・在支病（病床あり）	6,000 点	⇒	6,500 点
(引き上げ) 機能強化型在支診・在支病（病床なし）	5,000 点	⇒	5,500 点
(引き上げ) 在支診・在支病	4,000 点	⇒	4,500 点
(引き上げ) その他の医療機関	3,000 点	⇒	3,500 点

(出典) 厚生労働省 平成 30 年度診療報酬改定の概要 医科 I

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。

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:未収金防止策

深刻化する未収金問題の背景

未収金の現状と、 その要因について教えてください。

■経営を圧迫しかねない未収金の現状

今後も医業収入の大きな伸びが期待できない経営環境の下、医療機関において発生した未収金を放置することは、自院の経営に深刻な影響を及ぼす可能性があります。未収金の発生が回収額を上回るようになると、徐々に経営を圧迫する要因になりかねません。

増患への取り組みの成果として外来・入院患者数が増加しても、これに比例して回収できない負担金累積額も増えてしまっては、いつまでも院内の改善努力の結果が反映されないことになるといえるでしょう。

このような未収金の発生をゼロにすることは、現実的に不可能であるともいわれています。その理由として、医療機関には次のような重要な側面が挙げられます。

【医療に固有の側面】

●医師法第19条（応召義務）

「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な理由がなければ、これを拒んではならない」

●1949年9月厚生省（当時）医務局長通知

「患者の貧困や医療費の不払いがあっても、直ちにこれを理由として診療を拒むことはできない」

一方で、医療機関における未収金問題は、近年深刻化の様相を示しています。

その要因としては、下記のような事由が挙げられます。

【未収金問題が深刻化する主要な要因】

①診療報酬改定による患者負担割合の増加

⇒ 自己負担割合が増えたため、受診しても経済的な理由で支払が滞る、または支払能力がないケースであり、大部分が該当

②低所得者層の増加

⇒ ①同様に高齢者や定職に付かない者、いわゆる「ワーキング・プア」等のように収入が低い層の患者割合が増加

③診療内容への不満を原因とする治療費支払の拒否

⇒ 患者の権利意識が向上し、提供を受けた医療サービスに納得がいかない場合や医療機関への不信感から、支払を拒否するケースが増加

これらの要因別に、発生した未収金の回収方法や予め回避するための方策を検討し、院内に徹底することによって、医療機関の経営安定に一定の効果を及ぼすことができます。

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:未収金防止策

未収金問題～医療機関側課題

未収金問題の原因のうち、医療機関側の課題となるものとはどのようなことでしょうか。

■情報提供不足と算定をめぐる問題

医療機関側の原因としては、情報提供不足と算定をめぐる問題があります。情報提供不足が指摘される項目の中には、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、職員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) 情報の供給不足に関する問題

未収金発生原因のうち、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) 高額で支払いめどが立たず、分割支払い期間が長期になる
- (3) 救急搬送・時間外診療時の保険証不所持、所持金なし

こうした事態を防止するためには、事前に医師や職員が検査時の対応や窓口負担額について、患者側に説明しておく必要があります。一般に、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) タイムラグのある算定をめぐる問題

①職員の理解不足

主要なケースとしては、患者が会計・支払を終了し、医療機関を出た後で事後算定が生じる場合に発生した未収金や、当日で治療を終えて次回来院予定がないなど、回収が困難になることは少なくありません。こうした事態を防ぐためには、職員が点数算定に関する知識を十分に備えていることが必須条件だといえます。

②診療報酬制度に起因するもの

検査など診療の内容によっては、患者の来院がなくても実施可能なものもあるため、自己負担分の請求を失念する場合があります。例えば「細菌培養同定」などでは、一次検査で細菌が発見された場合には二次検査が実施されることになりますが、一次検査時に採取した検体を用いて患者が再度来院することなく実施可能であり、二次検査分の自己負担額を請求し忘れるケースが想定されます。これは、診療報酬制度上、検査オーダーが出され、その実施ごとに請求する仕組みであることによって、職員の失念を招く可能性を高めているといえます。