

週刊WEB

# 医療経営

MAGAZINE

Vol.814 2024.3.26

## 医療情報ヘッドライン

**地域医療構想に向け「積極的な支援」  
「推進区域」「モデル推進区域」を設定**

▶厚生労働省 地域医療構想及び  
医師確保計画に関するワーキンググループ

**身体的拘束は原則として禁止に  
基準を満たせない場合は報酬減算も**

▶厚生労働省

## 週刊 医療情報

2024年3月22日号  
**診療体制縮小の見込み  
「あり」457カ所**

## 経営TOPICS

統計調査資料  
**病院報告**  
(令和5年10月分概数)

## 経営情報レポート

**処方・調剤のDX化に向けた  
電子処方箋の概要**

## 経営データベース

ジャンル:業績管理 > 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**

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

# 地域医療構想に向け「積極的な支援」 「推進区域」「モデル推進区域」を設定

厚生労働省 地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ

厚生労働省は3月13日に「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」を開催。今後さらに増える医療ニーズに対応できる地域医療提供体制を整備するため、「国による積極的な支援を実施」していくことを明示。具体的には、「医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性がある」と考えられる場所を「推進区域」「モデル推進区域」（いずれも仮称）と設定し、アウトリーチの伴走支援を実施するとした。3月中に詳細を固め、通知を発出する予定だ。

## ■57%が「将来の病床数必要量との差異」未解析

地域医療構想は、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年の医療ニーズを推計し、それに対応する医療体制を構築する取り組み。

しかし、昨年11月のワーキンググループでは、「一定の進捗が認められる」としている一方で、「構想区域によっては、依然として必要量との大きい乖離が残っている区域がある」と分析。「必要量との乖離の状況について、構想区域ごとに確認・分析を進めていく必要がある」としていた。

実際、厚労省が2023年12月1日から今年1月12日にかけて「PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進に関する進捗状況調査」では、「2025年の病床数の見込み」と「病床数の必要量」に生じている差異について、「解析している区域」は全体の43%にあたる147区域にとどまり、「解析していない区域」が57%の192区域だった。

しかも、「構想区域ごとの取組にばらつき

がある」ことが判明。「データ分析や要因の評価等を行っていく必要」があるとされた。

## ■「推進区域」は都道府県あたり1～2カ所

そこで、前述のように重点的な支援が必要な「推進区域」を都道府県あたり1～2カ所、全国に10～20カ所の「モデル推進区域」を2024年度前半までに設定し、アウトリーチの伴走支援を国が実施するとした。

具体的には、データ分析などの技術的支援に加え、地域医療介護総合確保基金の優先配分などの財政的支援も行う。

この日発表された簡易的な工程表では、2024年度中に分析と評価を終えて、2025年度に区域対応方針の進捗状況の確認・公表をすすとしている。

また、2023年度中、つまりこの3月中に「地域別の病床機能等の見える化」（都道府県別・構想区域別に病床機能報告上の病床数と必要量、医療機関の診療実績等が見える化）や「好事例の周知」などを実施するとしており、近日中に通知の発出などがなされる見込みだ。この日厚労省が公表した資料では、「2025年に向けた取組の通知内容」として「引き続き、構想区域ごとの年度目標の設定、地域医療構想の進捗状況の検証、当該進捗状況の検証を踏まえた必要な対応等を行う」としている。しかし、2025年までは残り1年を切った。このタイミングで「推進区域」「モデル推進区域」を設定したところで、国や自治体は果たして現場の医療機関に適切な支援ができるのか懸念される。

# 身体的拘束は原則として禁止に 基準を満たせない場合は報酬減算も

## 厚生労働省

厚生労働省は3月5日、2024年度診療報酬改定に関する関係告示の交付・通知を行い、入院料の「通則」（共通基準）に「身体的拘束を最小化するための体制整備に関する基準」を盛り込んだ。

事実上、身体的拘束を禁止するもので、この基準を満たせない場合は入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料に対し「1日40点の減算」が行われる。

### ■身体的拘束が50%を超える病棟・病室も

身体的拘束は、医療や看護の現場において「援助技術」の1つとして行われてきた。手術後や知的能力に障害がある患者の治療において、安全を確保するのが目的だ。

ただ、人権擁護の観点やQOLを損なう危険性から、できるだけなくしていこうというのが医療界のトレンドではある。

厚労省の「令和4年度入院・外来医療等における実態調査」で、2022年10月の1カ月間における身体的拘束の実施率がいずれの病棟でも0～10%未満にとどまるところが最も多かったのは、その表れといえよう。

一方で、この調査では身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室が一定程度あることも明らかになった。その実施状況を見ると「認知症あり」かつ「BPSD（認知症患者に見られる精神症状や行動症状）あり」、「せん妄あり」の患者が多い。転落防止策、ライン・チューブ類の自己抜去防止策として行われているケースも増えており、超高齢社会を迎えて高齢者割合が年々増加している現

在、対策が急務であることは間違いない（ライン・チューブ類の自己抜去防止としては、小児入院医療管理料でも8割程度と高い）。

### ■多職種参加の「最小化チーム」の設置も必要

そこで今回改定した入院料通則では「身体的拘束最小化の基準」として6つの項目を盛り込み、患者または他の患者の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを新たに規定。身体的拘束を行う場合には、その態様や時間、その際の患者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録する必要があるほか、専任の医師や看護職員から構成される「身体的拘束最小化チーム」の設置も求めている。

「身体的拘束最小化チーム」は、身体的拘束の実施状況を把握して管理者や職員に定期的に周知すること、拘束を最小化するための指針を作成し職員へ周知・活用していくこと、その指針の内容を定期的に見直す必要もある。

また、このチームには薬剤師など、入院医療に携わる多職種が参加することが望ましいとも盛り込まれた。

経過措置は設けられているものの、入院基本料や特定入院料、短期滞在手術等基本料を3月末までに届け出ている病棟は、2025年6月からの適用となるため、今のうちから準備をしておく必要があるだろう。

なお、精神科病院や精神病室が設けられている病院における身体的拘束の取り扱いは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるとしている。

医療情報①  
 厚生労働省  
 検討会

## 診療体制縮小の見込み 「あり」457カ所

厚生労働省は 14 日、医師の時間外労働の上限が規制される 4 月以降、全国の 457 の医療機関が診療体制の縮小を見込んでいるとする調査結果を公表した。うち 132 カ所は地域の医療体制に「影響あり」と答えた。調査は、「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査」で、今回が 5 回目。大学病院の本院を除く全病院と分娩を扱う有床診療所（院長のみが診療する診療所以外）を対象に実施。2023 年 10 月 30 日～11 月 30 日に各都道府県を通じて調査票を配布し、24 年 3 月 13 日現在の状況を反映させた。

厚労省が 14 日、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」に結果を報告した。

医師の働き方改革に伴い、一部の診療科を閉じるなど診療体制を縮小する見込みがあるかの質問には 46 都道府県の 7,326 医療機関から回答があり、「見込みあり」457 カ所、「見込みなし」6,869 カ所だった。また、診療体制の縮小を見込んでいる 457 カ所にそれによって地域医療の提供体制に影響があるかを聞くと、132 カ所が「影響あり」と答えた。ほかは「影響なし」が 77 カ所、「不明」が 248 カ所だった。

大学病院などからの医師の引き揚げの影響で診療体制への縮小を見込んでいる医療機関も 49 カ所あり、うち 21 カ所はそれによって地域医療提供体制への影響があると答えた。

厚労省では、4 月に向けて対応が必要な医療機関に対して勤務環境の改善を支援したり、地域医療の役割分担の見直しを検討したりしながら、都道府県による対応が進んでいることを報告した。検討会の島崎謙治構成員（国際医療福祉大学大学院教授）は、「4 月以降の影響としては、トリプル改定の影響も考えなくてはならない。いろいろなことが起こるリスクがある」と述べ、想定外のことが起きた時の対応の検討を厚労省に求めた。厚労省側はそれに対し、地域医療の提供体制を維持するための対応を都道府県などと連携しながら取る考えを示した。

医療情報②  
 中央社会保険  
 医療協議会

## ゾコーバ通常承認の薬価、 算定組織で検討へ

中央社会保険医療協議会は 13 日の総会で、塩野義製薬が開発した新型コロナウイルス感染症の治療薬「ゾコーバ錠」の通常承認に基づく薬価について、企業の意見を踏まえて中医協の薬価算定組織で検討することを了承した。算定組織での算定結果に基づき総会でも検討する。

また、同剤に係る収載後の価格調整（市場拡大再算定）の扱いは対象疾患の特性を踏まえた

ルールとされているが、このルールを通常承認後も継続するかどうかについては薬価の検討時に総会で議論する。ソコーバは、新型コロナの軽症から中等症Ⅱの患者を対象とした飲み薬で、2022年11月に緊急承認（期限1年）された。通常は12歳以上の小児や成人にエンシトレルビルとして1日目は375mg、2-5日目は125mgを1日1回経口投与する。

同5月に創設された緊急承認制度では、感染症が大流行した時などに健康被害の拡大を防ぐため、安全性の確認を前提に有効性があると推定されれば、厚労相が承認する。対象となるのは、他に代替手段がない治療薬やワクチンなど。緊急承認は一定の期限（原則として最長2年）まで行われ、緊急承認された医薬品などの製造販売業者はその間に有効性を確認するための臨床試験などを実施し、再度承認申請する必要がある。有効性が確認できなかった場合は承認が取り消される。薬事・食品衛生審議会（厚生労働相の諮問機関）の医薬品第二部会が4日に関した会合で、塩野義製薬からの追加データを踏まえてソコーバの有効性に問題ないと判断し、通常承認を了承した。厚労相が翌5日に正式に承認した。

医療情報③  
 日本慢性期  
 医療協会

## 回復リハは「冬の時代の到来」、日慢協が懸念

2024年度の診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟入院料1・2の体制強化加算が廃止されるなど、厳しい見直しが行われることについて、日本慢性期医療協会の橋本康子会長は14日の記者会見で「冬の時代の到来」と表現し、回復期リハビリテーションの質低下につながりかねないことへの懸念を示した。今回の改定では、回復期リハビリテーション病棟入院料1・2で専従の社会福祉士の配置が要件化されるのに関連し、体制強化加算が廃止される。

この加算では専従の医師と社会福祉士をそれぞれ1人以上の配置が要件となっており、医師が出張などで不在の時に代替りの医師を配置していたり、泌尿器科や皮膚科、精神科など専門性を要するケースに非常勤の医師にコンサルティングを受けたりもしていたため、「今回の廃止により、こうした対応がしづらくなる」と橋本会長は指摘した。

また、回復期リハビリテーション病棟で運動器リハビリテーションを実施している患者については1日9単位まで算定可能だったが、6単位が上限になったことについて、「年間で5,700万円もの減益になる」と、自院での試算結果を示しながら説明した。

一方で、算定上限の緩和対象として、脳血管疾患などの患者のうち発症後60日以内のケースが挙げられており、ここに運動器リハビリテーションの患者も含まれるかは確認が必要だとした。さらに、橋本会長はリハビリテーション総合計画評価料が廃止されることにも言及し、「患者の日常生活動作を評価する『FIM』の測定が2週間ごとに義務化されたものの、それを生かす計画書が評価されないというのは、違和感がある」と述べた。（以降、続く）

週刊医療情報（2024年3月22日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

# 病院報告 (令和5年10月分概数)

厚生労働省 2024年1月19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)	
	令和5年10月	令和5年9月	令和5年8月	令和5年10月	令和5年9月
病院					
在院患者数					
総数	1 124 839	1 134 980	1 141 213	△ 10 141	△ 6 233
精神病床	261 660	263 167	263 628	△ 1 507	△ 461
感染症病床	691	1 359	1 598	△ 668	△ 239
結核病床	1 004	1 130	1 194	△ 126	△ 64
療養病床	231 543	232 370	232 374	△ 827	△ 4
一般病床	629 940	636 955	642 419	△ 7 015	△ 5 464
外来患者数	1 263 389	1 241 001	1 240 897	22 388	104
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 920	1 962	1 993	△ 42	△ 31

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

## 2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和5年10月	令和5年9月	令和5年8月	令和5年10月	令和5年9月
病院					
総数	75.6	73.5	76.8	2.1	△ 3.3
精神病床	81.4	81.8	82.1	△ 0.4	△ 0.3
感染症病床	37.1	52.8	89.2	△ 15.7	△ 36.4
結核病床	25.8	26.9	31.5	△ 1.1	△ 4.6
療養病床	84.1	83.9	84.4	0.2	△ 0.5
一般病床	71.2	67.5	72.7	3.7	△ 5.2
診療所					
療養病床	39.4	39.4	40.1	0.0	△ 0.7

注1) 月末病床利用率 =  $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

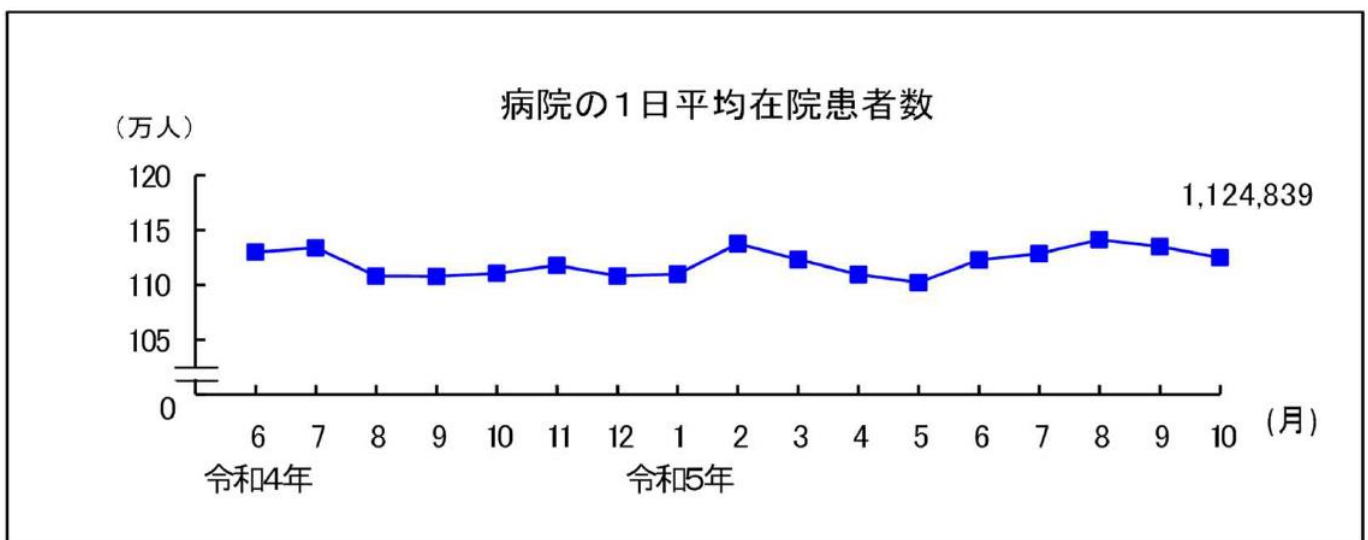
### 3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和5年10月	令和5年9月	令和5年8月	令和5年10月	令和5年9月
病院					
総数	26.2	26.5	25.6	△ 0.3	0.9
精神病床	259.7	260.8	259.7	△ 1.1	1.1
感染症病床	11.2	10.6	9.9	0.6	0.7
結核病床	46.9	33.4	29.5	13.5	3.9
療養病床	120.2	120.4	119.5	△ 0.2	0.9
一般病床	15.6	15.9	15.3	△ 0.3	0.6
診療所					
療養病床	109.7	102.6	93.4	7.1	9.2

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

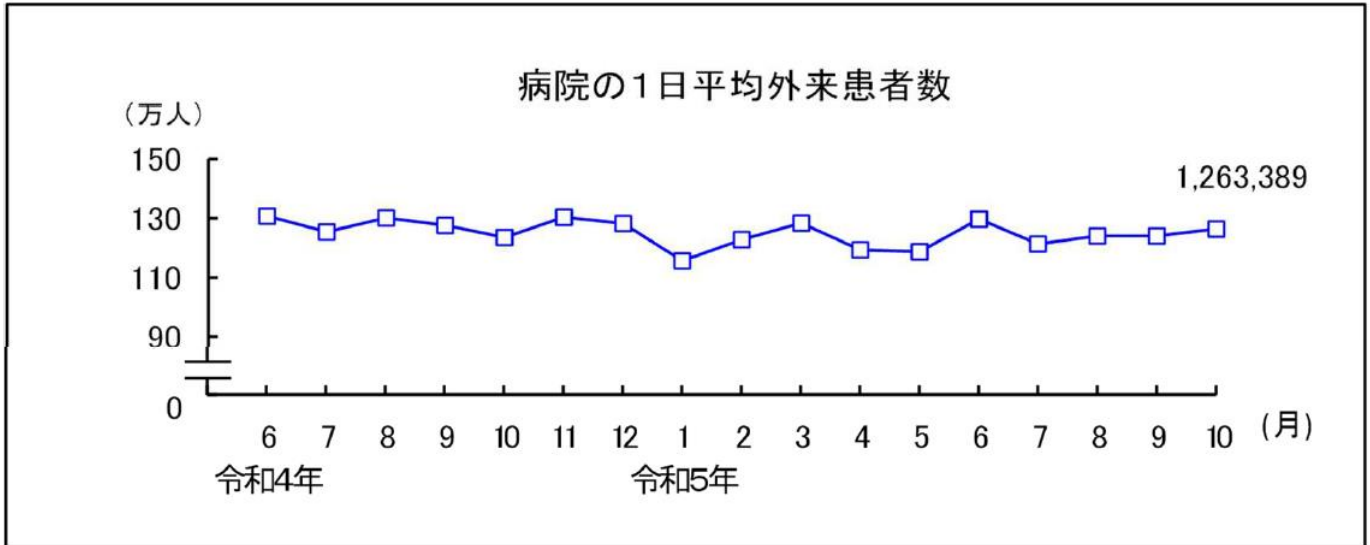
ただし、療養病床の平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

#### ◆ 病院:1日平均在院患者数の推移

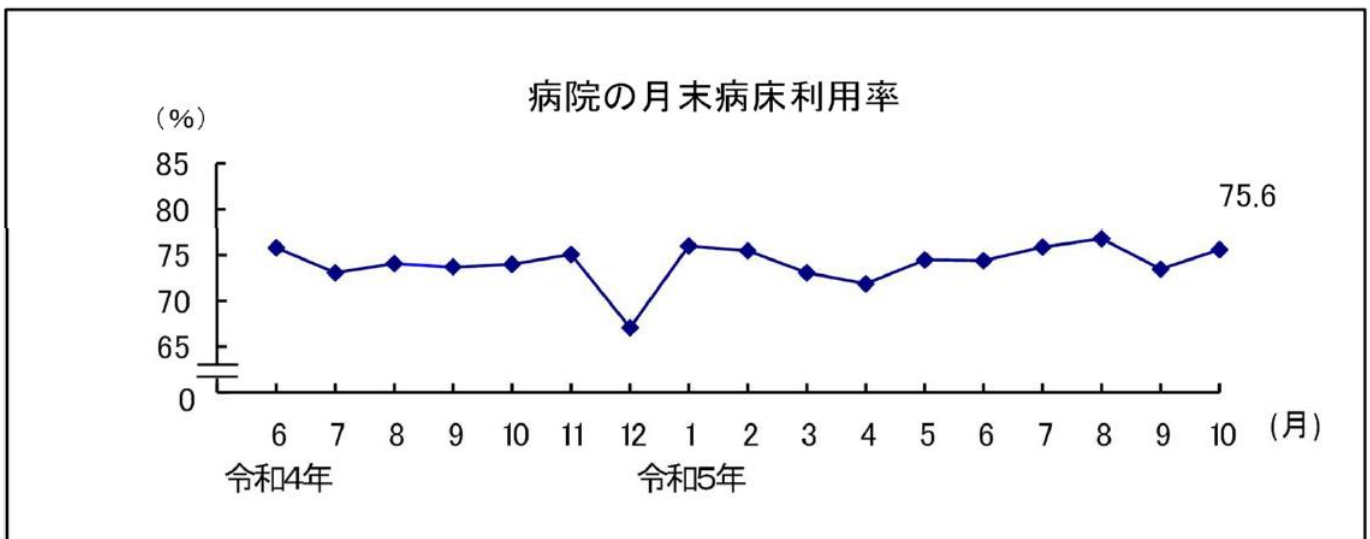


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

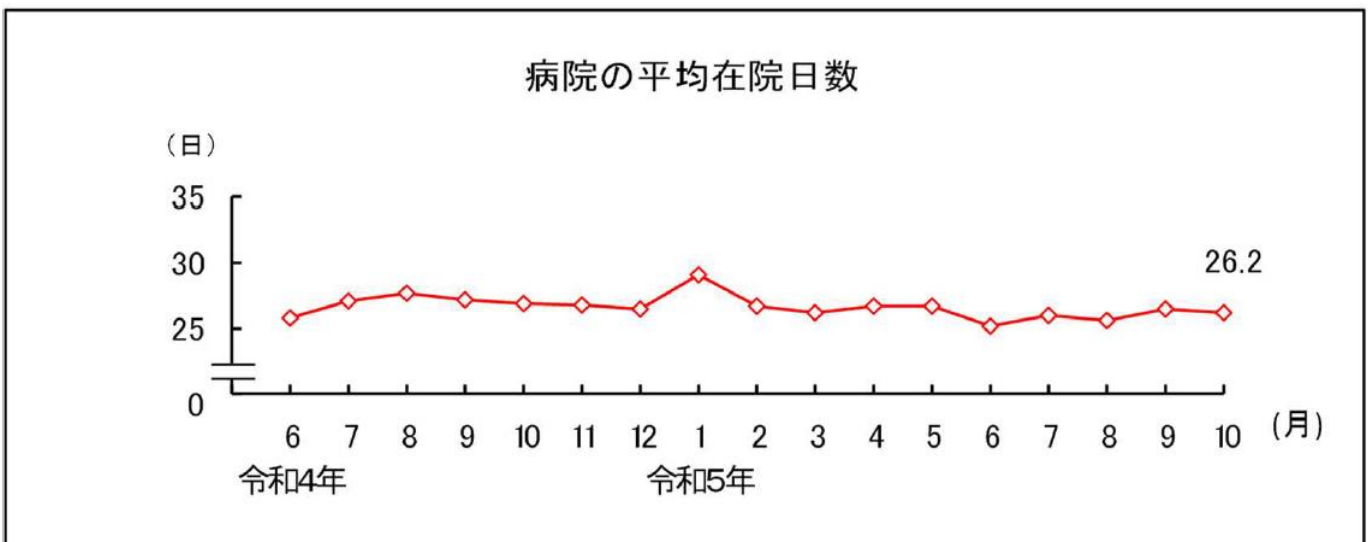
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



病院報告（令和5年10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。





処方・調剤のDX化に向けた

# 電子処方箋の概要

1. DX化の推進と電子処方箋の概要
2. 導入のメリット・デメリット
3. 導入に向けた環境整備とモデル地域
4. 導入に係る補助金と申請の流れ



## 参考資料

【日本薬剤師会】：医薬分業進捗状況（保険調剤の動向）【厚生労働省】：電子処方箋概要案内 病院・診療所 電子処方箋管理サービスの運用について 電子処方箋の運用開始に向けて モデル事業概要と医療DXの取組について 電子処方箋モデル事業について モデル地域毎の参加予定施設（令和5年1月4日更新）令和4年度地域診療情報連携推進費補助金について(電子処方箋導入促進のためのHPKI 普及事業)【概要】  
【オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係】：医療機関等向けポータルサイト

# 1

## 医業経営情報レポート

# DX化の推進と電子処方箋の概要

近年の医療業界では、オンライン資格確認システムの導入など、様々な分野でDX（デジタルトランスフォーメーション）化が進んでいます。そんな中、処方箋についても令和5年1月26日から電子処方箋管理サービスの運用が開始されました。処方箋の電子化は、紙の処方箋が多い国内の医療現場に大きな影響を与えられ、特に外来患者の割合が多い「診療所」については、処方箋の交付方法の変更に伴い、運営への影響は大きいといえます。

今回は処方箋の交付状況や電子処方箋についての概要、メリット・デメリットなどについて触れ、モデル地域や導入に係る補助金と申請の流れについてご紹介します。

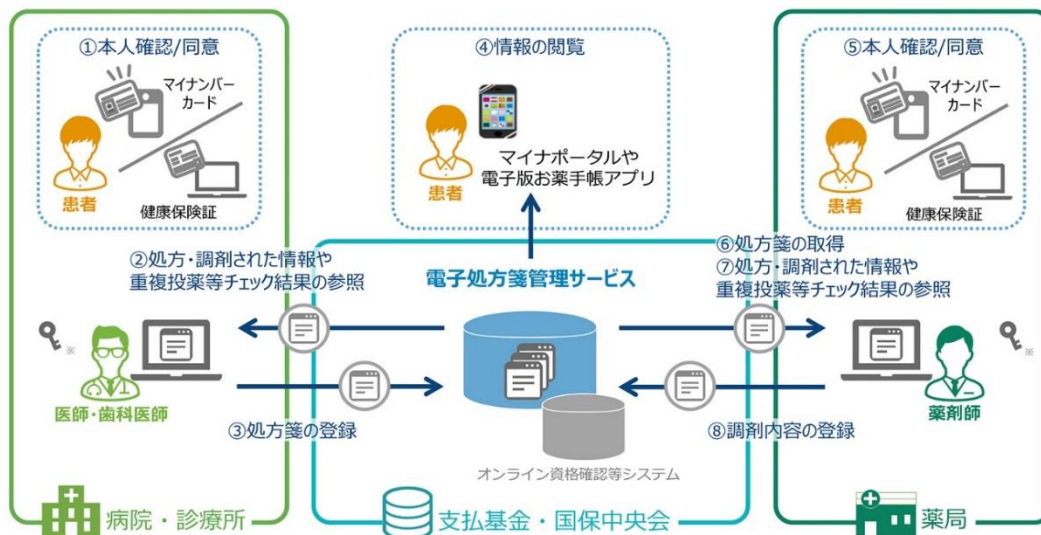
### ■ 電子処方箋の概要

電子処方箋は、オンライン資格確認システムの仕組みを用いて、医療機関・薬局間で電子化された処方箋の授受を行える仕組みです。また、処方箋をもとにした情報を、場所を問わずにリアルタイムで参照することができるようになります。さらに、それらの情報を活用した、重複投薬などのチェックもできるようになります。

電子処方箋は、インターネット上にある『電子処方箋管理サービス』を介して患者の処方情報をやり取りしています。これまでは自院が処方した情報や診療情報提供書などで伝達された情報のみで把握しており、それ以外の処方情報については患者の申告がない限り把握することができませんでした。これからは紙の処方箋による医療機関と調剤薬局の一对一のやり取りだけでなく、複数の医療機関で処方情報を確認することができます。

### ◆ 電子処方箋とは

電子処方箋とは、**電子的に処方箋の運用を行う仕組み**であるほか、**複数の医療機関や薬局で直近に処方・調剤された情報の参照**、それらを活用した**重複投薬等チェック**などを行えるようになります。



出典：厚生労働省  
電子処方箋概要案内  
院内 病院・診療所

\*電子署名の方法は、HPKIカードを用いた方式に限られませんが、現時点では本方式のみご利用いただけます。

# 2 医業経営情報レポート 導入のメリット・デメリット

## ■ 医療機関、薬局における主なメリット

処方箋が電子化されることにより、紙特有の「印刷」や「保管」がなくなることによってスムーズな伝達が行われるようになるほか、厚生労働省では電子処方箋の導入について、医療機関、薬局でのメリットとして以下のとおり掲載しています。また、処方されたデータは過去3年分保存されるため、そのデータに基づいて診察、処方・調剤することが可能です。

### ◆ 医療機関、薬局における主なメリット

- ① 医療機関からの電子的な処方情報をもとに、薬局で処方内容の照会や後発医薬品への変更などを含む調剤業務が行われ、その結果を医療機関に戻し、次の処方情報の作成の参考にするという情報の有効利用が可能となる。
- ② 医療機関・薬局間での情報の共有が進むことで、医薬品の相互作用やアレルギー情報の管理に資することが可能となり、国民の医薬品使用の安全性の確保など公衆衛生の向上にも資する。
- ③ 医療機関では、紙の処方箋の印刷に要するコストが削減される。紙の処方箋の偽造や再利用を防止できる。
- ④ 薬局から医療機関への処方内容の照会の結果などの伝達や、先発品から後発品に調剤を変更した際の伝達がより容易になり、医療機関でも患者情報のシステムへの反映が容易になる。後発品の使用促進により、一般名処方や後発品への変更調剤が増加していることに鑑み、処方した医師・歯科医師への調剤結果の伝達が容易になることは重要である。
- ⑤ 薬局でオンライン服薬指導を実施する際、処方箋の原本を薬局に郵送する代わりに、電子的に提出可能となる。
- ⑥ 調剤に関する入力などの労務が軽減され、誤入力が防止される。調剤済みの紙の処方箋の保管スペースなどを削減できる。
- ⑦ 電子版お薬手帳などとの連携などにより、医療機関・薬局の連携や処方内容の一元的・継続的把握の効率化などに資する。
- ⑧ 医療機関・薬局では、重複投薬などチェック機能を活用することにより、患者に対する不必要な処方・調剤や併用禁忌による有害事象を事前に避けることができる。
- ⑨ 救急医療及び災害時において患者の処方・調剤情報を参照できる仕組みを構築することにより、医療関係者は患者の服用している薬剤を知ることが可能となる。

出典：厚生労働省 電子処方箋管理サービスの運用についてより抜粋

## ■ 患者や家族における主なメリット

厚生労働省では、電子処方箋導入のメリットが患者や家族にもあることも掲載しています。救急医療時や災害時にすぐに処方情報を得ることができるのは、患者だけでなく家族にとっても大きなメリットであると考えられます。

# 3

## 医業経営情報レポート

# 導入に向けた環境整備とモデル地域

### ■ オンライン資格確認の導入状況

電子処方箋システムは、以前に導入されたオンライン資格確認システムの仕組みを利用して運用されています。これまでの導入状況は以下の通りです。

#### ◆ 医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況

(2023/10/22時点)

##### 1. 保険医療機関・薬局全体

準備完了施設数 209,555施設 **(91.3%)** , 運用開始施設数 203,144施設 **(88.5%)**  
(参考) 全施設数 229,428施設

(注1) 顔認証付きカードリーダー申込数は211,296施設 (92.1%)

全施設数に対する割合

	準備完了施設数	運用開始施設数	(参考) 全施設数
病院	98.4%	97.1%	8,163
内科診療所	90.8%	87.4%	89,679
歯科診療所	87.0%	83.3%	69,863
薬局	96.0%	95.0%	61,723

##### 2. 義務化対象施設 (令和4年度末時点施設)

準備完了施設数 204,228施設 **(97.5%)** , 運用開始施設数 198,386施設 **(94.8%)**  
(参考) 義務化対象施設数 209,362施設

(注2) 顔認証付きカードリーダー申込数は206,882施設 (98.8%)

(注3) 義務化対象施設に対する割合は、オンライン資格確認が義務化された令和5年4月1日時点までに導入又は経過措置の届出が求められた医療機関・薬局(支払基金へのレセプト請求ベース)を対象として算出。

義務化対象施設数に対する割合

	準備完了施設数	運用開始施設数	(参考) 全施設数
病院	99.0%	97.7%	8,073
内科診療所	97.5%	94.0%	81,622
歯科診療所	95.9%	92.1%	61,197
薬局	99.2%	98.3%	58,470

【参考：健康保険証の利用の登録】

71,496,733件 カード交付枚数に対する割合 **74.0%**

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】

有効申請枚数： 約9,845万枚 (人口比：78.5%)  
交付実施済数： 約9,657万枚 (人口比：77.0%)

出典：厚生労働省 オンライン資格確認について

### ■ 電子処方箋の導入に向けた環境整備

電子処方箋管理サービスは個人の身体・健康に関する情報を取り扱うとともに医薬品の処方に直結するという性質上、一度、不具合などの問題が発生した場合、患者をはじめとした関係者に大きな影響が及ぶ恐れがあります。

電子処方箋管理サービスについては試験的な導入として「必要なシステムの改修」「システムの動作や運用に関して検証作業」を実施の上、その結果をフィードバックし、全国の医療機関・薬局やそのシステムベンダ及び国民に対して、電子処方箋導入のための説明会や、周知広報などを実施し安全かつ正確な運用に向けた環境整備を行っています。

# 4

## 医業経営情報レポート

# 導入に係る補助金と申請の流れ

電子処方箋の導入には多大なコストが発生しますが、医療機関の規模によって補助金があります。また、医師や薬剤師の認証に必要なHPKIカードの発行費用についても一部助成があります。電子処方箋関係補助金については、電子処方箋管理サービスを導入するために発生した費用が対象となるため、導入後に発生したランニングコストや修理費用については補助金交付対象外となります。

### ■ 電子処方箋管理サービスの導入費用の補助率

電子処方箋管理システムの導入については「医療情報化支援基金」から補助があります。

補助費の上限額は導入を完了した年度によって異なり、許可病床数が200床以上の『大規模病院』が令和6年3月31日までに導入を完了した場合は162.2万円まで、それ以降に導入を完了した場合は121.7万円まで補助があります。補助の対象となる事業は以下のとおりです。補助金の申請には内訳書が必要となり、補助の対象となるかをチェックされます。

#### ◆ 補助の対象となる事業

- ① 基本パッケージ改修費用：電子カルテシステム、レセプト電算化システムなどの既存システム改修にかかる費用
- ② 接続・周辺機器費用：オンライン資格確認端末の設定作業、医師・薬剤師の資格確認のためのカードリーダー導入費用
- ③ システム適用作業費用：現地システム環境適用のための運用調査・設計、システムセットアップ、医師、運用テスト、運用立会いなど

出典：医療情報化支援基金より抜粋

### ■ HPKIカードの発行費用の補助

電子処方箋システムの利用にあたって、医師や薬剤師はHPKI（Healthcare Public Key Infrastructure: 保健医療福祉分野公開鍵基盤）での電子認証が必要です。認証のために必要となるHPKIカードは、『電子処方箋導入促進のためのHPKI普及事業』により補助があります。本来は、『補助適用前発行費用』を支払うところ、『補助額』を差し引いた『補助適用後発行費用』を認証局に支払うことにより、HPKIカード発行費用の補助としています。

したがって、電子処方箋管理サービス事業の導入に係る補助金とは異なり、補助金を直接受け取ることはできません。

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:業績管理 > 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

しまつては、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と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け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:業績管理 > 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。

### (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となりますが、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。