

第135回月例セミナー 【ダイジェスト】

「診療報酬次回改定の予測と今後の病院経営」

ASK 梓診療報酬研究所所長 中林 梓

●様々な医療制度改革

来年の診療報酬改定の予測ですが、今の段階で分かっている情報を整理しますと、医療関連とその周辺を医療本体中心に据えた場合、完璧にデフレ経済下の中で診療報酬・介護報酬のマイナス改定が避けて通れなくなりました。

●診療・介護報酬制度の現状とゆくえ

来年、診療・介護報酬制度が改定になると、5.3%のマイナスになると財務省から発表されています。1%とは医療費別で、大体の予算枠は750億です。予算シーリングで出ている数字は2200億の圧縮と出ているので、5%はないと思います。先日の衆院選の圧勝から財務省側の発言が非常に強くなり、自民党の厚生労働族議員の発言がほとんどない状況なので厳しいです。予測として3%までにマイナスを押しえ込みたい状況です。また包括化も進んでいき、医療の質という言葉がキーワードで出てくる状態です。

支払形態の変化としては、今まで医療は出来高制度で、出来高支払制（プロダクトアウト）で収益（売上）管理をしてきましたが、このような外部環境の変化によって、包括・定額払制（マーケットイン）が多くなってきました。今までの売上管理から疾病・コスト管理という形に、各施設は考え方を変えていくことが重要です。

改定に当たって、厚生労働省の思惑を整理しておきますと、病院と介護施設の役割を分けたのが第1主眼だと思います。病院とクリニック、大病院と中小病院、急性期病床と慢性期病床、医療機関と介護保険適用施設などです。診療報酬改定ですから、お金のつけ方で役割を誘導させる改訂になっていくと思います。

また入院・入所、外来・通所、在宅・居宅介護と役割を分けていますが、今の医療や介護は、在宅・居宅に流れをもっていくことによって、医療費を下げたいのです。1カ月分の入院費でレセプトの点数が出てきますが、その30%~40%は入院料なのです。どんなに在宅の診療報酬を高くしても、入院して治療するよりも在宅治療したほうが医療費は安く済みます。在宅診療報酬はマイナス改定の中でもまず下がらない分野です。

●提供体制の再構築

1 病院で完結するのではなく 1 つの地域の中に、特定機能病院や地域医療支援型病院、クリニックや介護保険適用施設が全部そろってそれぞれの役割を提供できる体制（連携機能を重視する地域完結型体制）を目標にしています。次回改定はこの連携機能を在宅も含めた形で点数化を考えているようです。

●評価体系は、医療看護等の質の確保と向上

評価体系は、人員配置基準、構造設備基準、医療安全管理体制、ICD コーディングなどです。医療情報提供、患者の危険重視で情報提供は厚生労働省が力を入れております。第三者機能評価も医療に叫ばれている状態です。

報酬体系は、集団、出来高制度から個別・包括体系に移行しつつあります。

来年度も顕著だと思えます。出来高と包括はご存知の通りです。療養病床をみますと、その加算には痴ほう加算、日常生活障害加算等がありますが、基本的に入院基本料は一緒です。しかし、多床室 4 人に違った患者がいても入院基本料が一緒という集団的な考えではなく、各々の患者の状態、ADL 看護必要度、重症度などを加味した上で、診療報酬を考えていく流れです。また機関別評価体系というのは、急性期の大きな病院が DPC という包括制払いになっています。

図 7 は、厚生労働省から 3 年前に公表された図です。厚生労働省が考える診療報酬は「このようにしたい、するぞ」と言っている図です。出来高と包括に分けていますが、今後も外来医療は出来高でいく、ただし、200 床以上の病院の外来診療料は一部包括となっています。包括は疾病別をまとめて包括するものを包括制度といいます。点数表上で、クリニック・中小病院と大病院は同じ出来高でも仕組みは違い、大きなほうの外来診療は専門的なものや紹介患者を診るような仕組みです。それ以外の小さいところはプライマリーケアを重視した仕組みという形で診療報酬を変えます。

また、入院医療では、厚生労働省は入院医療をすべて包括にしようと思っておりますので急性期は、今ある特定機能病院と施行病院は DPC、疾病特性等を反映した診断群分類による評価を実際やっています。ここに波線が入っているのは、昨年の改定で分かった亜急性期のことです。亜急性期入院医療管理料を当時からここに入れるつもりだったのです。急性期の中には DPC と亜急性期ということで考えているのでしょうか。

慢性期は療養病床が包括ですので、おそらく来年の診療報酬でこの慢性期の包括が変わります。病態、ADL、看護の必要度等に応じた評価は今の案では重症度と看護必要度をマトリックスにしながら、患者を 11 分類に分けて、当てはまる方に包括点数とします。

出来高は、例えば DPC の病院でも、手術や指導料、リハビリ点数は出来高払で残っています。ドクターフィー的要素は出来高で考え、ホスピタルフィー的要素は全部包括化の考え方です。では、一般病床で出来高で入院医療を行っている病院は、どこに入るのか。厚生労働省は将来的には、入院は全部包括にするつもりです。

今ある一般病床入院基本料の 2 群は来年度の改正では、平均在院日数の問題と、慢性期医療の研究で、厚生労働省が療養病床という言葉を使わなかったのです。なぜ療養病床の新しい評価と書かなかったのかと思うと、データを取る病院先に一般病床入院基本料 2 群は入っていたので既に一般病床の 2 群は慢性期となりますので診療報酬点数上は、最悪のケースはなくなります。経過措置はあるでしょう。経過措置である程度残しておいて、将来的には 2 群を慢性期のほうに入れていきたいのではないかと予測します。

●診療報酬制度と改定のねらいとゆくえ

病床規模別の診療報酬体系について、国は外来患者の集中を排除して、200 床以上の病院から病床数削減をして、200 床未満の病院は、病床種別再編と介護型の病床に移行したい。外来受診患者も抑制したいみたいです。クリニックは、外来機能と在宅機能を充実させたい。

患者の「流れ」の誘導を強化し、大病院は入院主体、外来は中小病院・クリニックへ。慢性期疾患外来患者の受診抑制は、通院回数を減らしたいのだと思います。長期入院患者の保険給付制限のねらいは、医療保険対応の方を介護保険対応へ持っていきたい。社会復帰・家庭復帰への支援、なるべく在宅へ。保険医療機関を介護保険適用施設化したいと思います。

効果的な医療提供体制の評価については、役割分担、急性期・慢性期の機能分担の明確化、ネットワーク化です。これらのことを考えていることになります。

来年の改正に向けたスケジュールをお話しします。例年の改正と今回の改正の違いはスケジュールです。いつもは 2 月の 23・24 日ぐらいで、遅い年は 27 日という年もありました。今年はパブリックコメントを取るそうです。診療報酬改定の内容を出してパブリックコメントを取った後、大幅に変わるだろうか、日程的にも 1 週間で大きく点数の配分を変えることが可能かどうか。最初にパブコメに出すために出た内容が、ある程度そのままい

く気がします。皆様方にも、例年より早く情報が入ってくると思いますので、シミュレーションも組めて、各クライアントさんである病院やクリニックの影響度や対策をいつもの年に比べると早めに打てるのかと思います。今のところは1月に診療報酬点数設定の調査・審議があり、2月に改正案という状況で動いております。

今の段階で把握しているところをご説明します。10月から審議開始が始まり、手術に関する施設基準のあり方は、病院の手術の症例数が50例ないと3割引きという施設基準が、恐らく廃止されると思われます。

介護保険との連携についてですが、在宅医療は今回も評価しようということです。特に在宅へシフトさせることに関して、通称で地域連携パスと呼んでいます。厚生労働省の参考資料から熊本県と倉敷の病院の資料を見ていくと、病院が退院患者に対して在宅までを見据えて連携パスをつくるのです。将来、地域連携パスのような形を点数化するのではないかと考えています。

また、訪問看護やターミナルケアでは、在宅看取り率という言葉が出てきました。「入院しない在宅で」いわゆる畳の上で死にたいという患者の要望を医療機関として応えて、ターミナルとしてどこまでケアやフォローができるのかを評価していくのです。

入院医療の評価のあり方については、慢性期の患者の容態、状態、看護必要度に関して11分類で、ほぼこのとおりだと予測しています。また、DPCのご質問がありますが、来年度は急性期の病院が全部DPCにはならないです。

入院時食事療養費の評価のあり方について。

来年の10月以降、療養病床の患者の食事負担、居住費負担は介護保険との整合性のために、自己負担は導入になると思います。ただ、「医療依存度の低い患者から考える」という気になる発言があったのです。療養病床にいて、介護保険施設に行ける人は自己負担になります。また、入院時食事療養費は1食取っても3食取っても、1日780円の負担は同じです。これを、1食ずつに分ける案が出ています。

患者の視点の重視について。これは内容の分かる領収書の発行を進めることです。これはまだ細かいところが分かりません。内容が分かる領収書を義務化するほうが優性です。私が1つ困っているのは、内容が分かるというその内容の程度です。本当の意味で内容が分かるといったらレセプトになってしまいます。果たして、患者の領収書をレセプトの形式で全部を求めるのか、それともアバウトでいいのか結論が出ていないのです。問題はク

クリニックの領収書です。まだ相当数、レジのレシートを渡しています。医療機関に支払うお金に関する事では、患者はシビアですので、この問題は避けて通れないかなというところでは。

セカンドオピニオンが点数化になるそうです。患者が「診断受けたけど、私は別のところへ聞きに行きたい」と言ったときに、「分かりました。紹介してあげる」と言うと点数がもらえません。カルテのコピーやレントゲン、CT、MR 検査結果を患者に渡さなければダメです。紹介したのではダメです。私が一番危惧しているのは、カルテのコピーを絶対条件にしたら、出さないドクターが多くなると懸念しています。カルテのコピーを持たせるルールが出来た場合は、セカンドオピニオンとして加算するのか、独立した点数にするのか、まだはっきり出ていません。何らかの診療報酬を認めることになりそうです。渡す条件にカルテが入るかどうかが目です。

ではセカンドオピニオンを受ける患者さんが、別の病院に行った場合、ここにも点数が出るのか、まだ少し懐疑的ではっきりしません。

後発医薬品の使用促進のための環境整備について。これは院外処方箋が変わりそうです。先生が処方したときにジェネリックにしてもいいというところにチェックを入れるのだそうです。変更可とチェックした処方箋を持っていった調剤薬局では、患者と相談してジェネリックにという形を可能にするという案です。

11月時点で試行しているところのDPCのあり方。これが拡大方向ですが、全部に強制ではなく、施行病院を大幅に増やしてDPCにもっていきます。

慢性期入院医療における評価については、11分類の案がほぼ了承で、細かなところは詰めていく形です。

初診料、再診料の体系等の外来医療の評価のあり方について。今クリニックと病院は、初診料が違います。クリニック 2740円と病院 2550円です。病院のほうが安いので是正しようと話題が出ていました。病院の初診料をあげる方向のようです。しかし、再診料は逆に下げるかもしれないという案が出ています。

もう1つは病院への患者集中を排除するために、今、初診料の特定療養費化があります。紹介状を持ってこない患者には「自費で3000円ください」という制度ですが全国的に見ると全部の病院がやっていないことがあげられます。初診料の特定療養費を例えば400円とつけても、病院のほうが安いので、患者さんは病院へ来てしまうということがあります。

ただ、病床数が 300 という意見が出ていますが、今は 200 床で分けていますが、300 床以上の病院は紹介状を持たないで来た患者は初診料が全額自費という案です。本当にそうならば、クリニックにとっては追い風かもしれません。

小児医療、精神医療に対する評価のあり方については、ある程度評価という形です。

歯科、眼科、調剤薬局の報酬は引下げ改定されると思います。12 月の情報は集まっていますが、安全確保のためのコストを評価してほしいという要望が上がっています。マイナス改定の中で、何をどのぐらい下げて財源をつくるかが苦しいと思います。IT 化の推進のための環境整備を、具体的に進めることが、レセプトの電算化も含め、医療費抑制につながるという議論になっています。

診療報酬体系の簡素化・合理化についても、進んでいるようです。

慢性期の包括がどのような形で 11 分類になるかという話です。

医療区分、医療の重症度はイメージとして、喀痰吸引をする、レスピレーターを装着している方が重い。又、ケアの部分では、看護度のような形は、食事、排泄に伴う介助が全介助だと高いといった細かな設定が出て、マトリックスで 9 分類です。医療区分 1 でケア区分 1,2 の 2 区分に関しては、プラス認知症をお持ちの方は加算をつけるということで、11 分類に分ける形です。認知症もない 1~2 の方はおそらく介護報酬のほうが高い設定になるのでしょうか。

私がクライアントである病院にお話ししているのは、改正が出る前に看護師長のご協力を得て「今、入院している患者を分類してみてください」と病院の実態調査です。現状としては、病院の入院患者はどのパターンが多いのか、自立度の高い方ばかり入院している病院の場合、来年の診療報酬では収入ダウンになります。

では、どうするのか。介護病床に転換するか、バーターは可能か、どこと連携するかです。老健や特養で医療依存度の高い方で病院のベッドを埋めて、うちの病院で介護に行けるような連携先があることが重要だと思います。

もう 1 つは複数医師による 24 時間往診体制です。これは診療所の診療報酬の寝たきり老人在宅総合診療料です。24 時間連携加算があるのですが、先生がいないときに他の施設にかけて「連絡取れますよ」という程度で、いつでも来てくれるというものを新たにつくり、24 時間往診体制ができるには高い点数をとという話題になっています。

要介護高齢者に対する医療と介護の連携。これは介護保険ともからむのですが、主治医の意見書も変わります。診療報酬ではありません。ADL、QOLの記載が必要になってきます。今度、介護保険で予防介護というものが平成18年の4月から新たに入ります。また、訪問看護ステーションの評価に患者の重症度等を反映します。何をやるにも、看護師の手間がかかる人と、家では結構動ける人の点数は一緒なので、加味して検討することです。

在宅ターミナルケアをどこまでやれるかの評価です。また、介護保険上のケアハウスや有料老人ホームなどへの訪問診療や訪問介護から看取りまでを含めた入院医療提供体制の評価を進めるということになっています。

リハビリテーションに対する評価。大幅変更で少しややこしいです。

(1) 人員配置、機能訓練室の面積等を要件とした施設基準による報酬体系を見直し、疾病や障害の特性に応じた評価とする。一面、この文書だけを読むといいのか悪いのか分かりません。いわゆる面積が足りない、狭いからリハの基準が取れなかった。でも、人がいるところに関しては緩和され、ある程度認めていくと思います。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料は算定対象疾患の拡大、疾患ごとに算定日数上限を短縮する。いいほうと悪いほうで今は3種類です。回復リハビリテーションに入れる患者は3通りで脳血管疾患と大腿部頸部、それから廃用症候群などです。これをもう少し広げるということです。情報を取っているのですが、どういった疾患へ回復リハの患者を広げていくのかがまだ読めないのです。

ただし、厚生労働省の資料を全部読みますと、回復リハビリテーション病棟を増やしたいので、要件を少し緩和します。例えば、Aはハイグレードなリハビリテーション病院、Bは普通のリハビリテーション病院。リハビリテーション病棟、病室という形で、増やしていくと読み取れます。ということは、医療型の療養病床の役割を終えさせたいという深読みもできるのです。

(3) 訪問リハビリテーションは退院後早期の患者に重点化する（入院から在宅への円滑な移行の促進）ということですので、早期リハ、退院してすぐ翌日からでも来てくれるリハビリなどは非常に高く評価していくのだと予測しています。施設基準の論点では、さらに広大な機能訓練室がなくても手厚い人員配置により質の高いリハビリが可能な場合の評価はいいでしょう。ここは何とか素直に読めます。「急性期リハビリの充実のため発症から早期の報酬については患者1人1日当たり算定単位数の上限を緩和」は、急性期リハをしているところには追い風です。今、1日だったら4単位までで、全部合わせて6単位や9単位

までなどの上限があります。これをもっとしてもいいということです。だから急性期の患者には非常に手厚いリハビリを認める。これもいいと思いました。

問題は、治療の特性や治療の現状（長期間にわたる効果が明らかでないリハビリ）を踏まえ算定日数の上限を新たに設定。例えば、理学療法 3 や 4 でやっているが、来院患者はほとんどご老人で、発症日が 3～5 年前で、整形のクリニックで「毎日リハビリにおいて」という形で漫然とリハビリを何年もやっている。それは算定日数の上限なので、例えば月に何回までと決めるということです。

ここで今年の 10 月から特定療養費が拡大になって、腫瘍マーカーやリハビリテーションが自費でもらっていいと出ました。漫然とやっているところは、「月 5 回までしかリハはダメよ」と言っても、患者が「いや、私は毎日やりたい」と言ったら、自費でもらえます。厚生労働省がいう「保険はずし」でしょう。自費であれば、どのリハビリテーションに行くかの競争原理が出て、「選ばれてくれる病院であれば、自費でも患者は来る」と思っています。

リハビリ従事者 1 人 1 日当たりの実施単位数の上限の検討。今、PT は、個別療法で 1 人 18 単位までという上限がありますが、医療機関ごとの弾力的な運用を認めようとしています。

患者の視点の重視では、セカンドオピニオンのための情報として、今、1 つの案として出ているのが、外来迅速検査加算というものです。これも医療費抑制政策の一環だと思えます。つまり病院に行って検査をして、検査結果が何日に出来ますからいらしてください。2 回目の通院になります。これを、朝に検査をして、少し待って午後には検査結果がでるので、1 回で済みます。これができる病院に、仮の名称ですが外来迅速検査加算を認めようとしています。

後発医薬品の使用促進のための環境整備。これも「変更可」「変更不可」のチェックです。「変更可」の場合に、調剤薬局が患者に対して後発品を調剤することができる方式に変える。しかし、内々では「問題あり」と言っているのです。なぜなら、もし手書きならば、先生がどちらにもチェックをつけなくて、患者が自分でつけたらどうなるのかという素朴な疑問があります。全国の先生が後発医薬品にしてくれれば、薬が安いので、日本の医療費は下がります。何と言っても日本の医療費を下げるという根底筋がありますので、その流れの一環と捉えてください。

入院時食事療養費の評価のあり方。食事回数による算定に見直す場合は、朝、昼、晩、

一食ずつとお話ししました。

特別管理加算を見直し適時適温は廃止という案が出ています。つまり適時適温はもう当たり前ですので、廃止しようではないかということです。

特別食加算は介護保険の療養食加算に合わせる。医療でいう、特食加算です。今年の10月から介護型の施設に関しては、食事と居住費（ホテルコスト）が、患者利用者の自己負担になりました。食事が自費なので、加算がもうないわけです。介護では栄養マネジメント加算といって、栄養士がいたらとか、管理栄養士がやる経口移行加算や、口から食べさせる加算などができ、その一環として療養食加算ができました。食事療養費が廃止なので、その療養食加算が何と28単位なのです。特食加算は、今350円ですから、来年の診療報酬改定で食事が例え自己負担にならなくても下がるということです。

また、選択メニュー加算はもう保険で見ることはないです。患者が選んで、自己負担にする案です。

入院医療の評価のあり方。看護基準を改め、実際に働いている看護職員の実数の比率としその情報の院内掲示を義務付ける。実際に働いているというのは、当院は、「何時から何時までは看護師は患者さん何人に対して何人います」です。この案もほぼいきそうです。問題は点数です。看護師の数に合わせた評価として点数化するのであればいいですが、全体的に少し下げると夜勤加算の廃止という案が出ているので問題です。

看護師比率とは、何%以上という正看比率のことで、平均在院日数の短縮は評価の方向でいきます。

初・再診料の評価の在り方。初・再診療とも、病院・診療所で一本化にして、初診料は引上げ、再診料は引下げる方向にいきそうです。

同一医療機関における同一日の複数診療科受診の場合、診療科ごとに初診料を請求する。これは、大きな200床以上の病院では、何科かかっても初診料は1つで良いのですが、クリニックでは、内科、整形、眼科にかかれば、それぞれの初診料や再診料がいるのです。これはおかしいということで、外来を抑制したい病院にとっては非常に追い風でしょう。紹介状なしの初診料を保険適用外にするとプラスになります。しかし、中規模病院で、外来患者からの収入と入院を引っ張って来られない病院は「エー」という形になるかもしれません。何とも言えない内容だと思います。

また、再診料も大病院（200床以上が適当？）の紹介状なしの初診を保険適用外に、300床という案と、技術料の評価で、先生の診察時間が延びる場合に加算という案が出ていました。診察をして、難しい症例で診察時間に時間がかかったのと、腕が悪くて診断が長くなったのと、難しくて長くなったのとの区別がつきません。新たな考え方として神経内科の診断に関しては評価をつけようではないかという話に移りつつあります。

生活習慣病対策について。高脂血症、高血圧症、糖尿病等への指導に対する評価の在り方。これは200床未満の病院とクリニックにだけ認められていますが、生活習慣病指導管理料に包括されている投薬の費用について考え直す話が出ています。

達成すべき目標や具体的な改善項目についてより明確化し、これを踏まえ、生活習慣病指導管理料の療養計画書の様式を変更する。今の案は、会議の中では1に運動、2に栄養と言われております。指導書の中に、運動に関する項目と栄養に関する項目に細かな記載が求められてきて、予防的な観点がより重要視されるという生活習慣病指導管理料になるかと思えます。

禁煙指導。ニコチンパッチ。これは保険適用になるみたいです。今は全部自費だから高いのですが、保険適用になるのであれば、禁煙指導は追い風かと思えます。

地域においてがん診療連携の拠点となる病院に対する評価の在り方。がん診療連携の拠点となる病院における悪性腫瘍患者に対する治療の評価。がん拠点病院をある程度地域の中で、連携も在宅も含めた形で位置づけたいです。

今の会議の中で、大体明らかになってきているのはここまでです。12月にIT化やコスト管理のほうが出てきて、少したたまります。改定率は中医協から手が離れましたから、内閣府のほうへいってしまいます。今年末に予算がもう1回出てきて、内閣府で決めて、それからどこを上げてどこを下げてという点数のいじりがあって、1月の末ぐらいに出てきます。

では、何が下がるか。はっきりしているのは薬と検体検査です。薬は間違いなく下がります。検体検査、つまり血液や検体、検査委託を出すものは、実際に検査差益がまだありますので、これは厚生労働省が調べています。

今、私が一番不安に思っているのは生体検査です。生体検査については差益はないはずですが、ものに対する減価償却、つまり心電図の検査や超音波の検査点数というのは医師の技術料プラス検査機器も入ったものです。そうすると、「超音波の機械や心電図の機械は

減価償却したでしょう」という話が出て来ると、生体検査の切り込みも考えられます。技術費は下げないと思うのです。しかし、生体検査も危ない、特に眼科の4つの検査は1点ずつでも下がる可能性高いと思っています。それだけの下げ幅で原資が出るか、もし2.3%マイナスになったとして、薬や今まで言ったもので下げて、なおかつ在宅や小児科にプラスになる原資が出るか、他のところで再診料あたりは一番ターゲットになりやすいのかと思います。

非常に厳しい話ですが、病院には何を話しているかというと、「とにかく自分の収入分析をしておいてくれ」と言っています。クリニックだったら単体で、病院は診療科別、入外別です。ただ単にマイナス2.3%と行って、全部が全部下がるわけではないです。

●医療制度改革試案のポイント

- 1.生活習慣病予防と在院日数短縮に取り組む。
- 2.都道府県ごとに医療費適正化計画を策定。これは市町村とか都道府県が反発しています。GDP連動へと流れそうですが目標設定になるのでしょうか。
- 3.保険を運営する保険者に健康診断と保健指導の実施を義務づける。つまり健診の義務づけです。病院で健診センターを持っているところは追い風です。
- 4.75歳以上の高齢者が加入する独立保険を創設する。反対意見は出ていますが、75歳だけの別枠の保険です。
5. 高齢者の患者負担を見直し、65-74歳は2割負担とする。65歳以上のうち現役並みの所得者は3割負担とします。
- 6.療養病床に入院する70歳以上の患者は、原則として食費・居住費を全額自己負担とする。制約はつきそうですが、財務省は「一般病床もやれ」と言っています。
- 7.高額療養費の自己負担限度額の水準。引き上げという案になっています。1つは保険免責制です。これをやることによって、診療報酬点数の改定率をあまりマイナスにしないこともできたのです。保険免責制が流れたことになれば、診療報酬のマイナスはほぼ確実に決まったということになります。

もうひとつは、薬です。イソジンガーグルは病院でも薬局でも同じものですから、薬局

で買えば全額自己負担、病院でもらえば 3 割になります。そのものに関しては保険から外すべきだという案を財務省が出しているのです。

●診療報酬に対する考え方

診療報酬は 4 年ぐらい前から物の評価から技術の評価に移行しているのです。つまり、20 年前のように薬価差益と検査差益で経営できる時代が終わりました。

収入増よりも収益増ということは同じことです。「うちの単価を上げてくれ、診療単価を上げてくれ」と先生方のイメージでは一番単価を上げやすいのは検査なのです。でも、私の立場からすると、検査を 3 つ増やして、疑い病名を 2 つつける。これは不正請求と紙一重だと思います。ましてや査定のリスクが上がります。検査が高いのには、高いなりの要因があります。

医療費に対するインフォームドコンセントが重要。ある二次医療圏内に 1 つずつ、患者の相談窓口があるのです。私が東京都のある区から依頼がありご相談に行って、びっくりしたのが入院です。10 時に退院したのに 1 日 5000 円の室料差額の算定を取られた。「その部屋には午後入院する患者がいる」ので二重取りではないか。また、3 食の問題で、朝に退院しても全部算定を取られた。私が反省したのが、トリガーポイントとブロックです。整形で神経ブロックをやって、領収書に、手術・麻酔の項目に金額が入っている。「あそこの病院は不正なことをやっている。私は手術を受けた覚えがない」といわれました。診療報酬点数上、神経ブロックは麻酔なのです。でも、患者は注射と思っています。患者の視点から見るのが基本でしたが、やはり医療のほうに頭がいていました。

最大の請求もれは患者数が減ることです。医事科に請求もれをなくすなど、いろいろおっしゃる先生がいますが、患者がいないとレセプトは出ません。だから、クリニックで外来中心だったら外来患者の実患、入院医療だったら病床回転率。レセプトを 1 枚でも多く出すという形に勝るものではありません。実患を増やすということです。地域の中において、信頼関係をつなぐのです。もう差益収入が見込める状態ではありません。その地域における別の医療機関、うちの病院の診療圏にある他の医療機関と他の介護施設、老健や特養です。そこが実患を確保する術になってきます。