

日医工 MPS「2006 年度診療報酬シミュレーション」の解説

2006 年 3 月 6 日 日医工 MPS

<モデル設定>

2006 年度診療報酬改定における医療費のシミュレーションです。日医工 MPS において設定した患者モデルにおいて医業収入や患者負担を比較しています。

処方薬剤は「4 種類 1 剤」で、先発品処方とそれに相当するジェネリック処方を設定しました。また検査や調剤料もモデルとして示しました。

<基本的な見方>

各診療報酬点数項目に点数が記載され、請求合計（収入）と患者の負担額（3 割負担）が求められています。「先発品処方 vs ジェネリック処方」「改定前（2004 年）vs 改定後（2006 年）」「月 2 回受診 vs 月 1 回受診」「院内処方 vs 院外処方」など、あるいは「施設間」でも比較できるようになっています。

<診療所の場合>

・ 医業収入の増減

診療報酬改定前後で約 1.2%（11 点）のダウンとなりました。（先発 2 回院外、新 - 旧：901 点 - 890 点）このモデルでは、再診料の引き下げが 2 点に留まったこともあり、平均改定率（1.36%）を若干下回りましたが、初診料や検査等は引き下げ幅が大きく実際にはさらに大きな影響が出ていると思われます。

・ 患者負担の比較

患者負担を比較すると、同じ医療行為 & 同じ成分規格の薬剤処方において、ジェネリックと先発品処方では負担に大きな差があることがわかります。これがジェネリックのコストメリットです。

（月 2 回院外、先発 - G E：6,430 円 - 4,190 円 = 2,240 円）

・ 医業収入の比較

院内処方においてジェネリック処方の方が医業収入が少なく見えますが、これは薬剤料が算入されているため、実際の医業収益を比較するためには、薬剤購入価格（支出額）の情報を加える必要があります。薬剤や材料等の購入費用が影響するものについては別途シミュレーションを行ってください。

<保険薬局の場合>

・ 医業収入の増減

診療報酬改定の前後で約 5.6%（74 点）の大きなダウンとなりました。

（先発 2 回院外、旧 - 新：1,326 点 - 1,252 点 = 74 点）

保険薬局では薬価改正の影響をまともに受けることと、調剤基本料の引き下げが大きな要因です。薬剤服用歴管理料と服薬指導加算については、月 2 回診療（合算）において 88 点であり増減は±0 でした。

このモデルでの先発品薬価の引き下げ率（点数換算で）は 5.7%（1-462/490）でしたが、今回特例引き下げが適用された先発品では 15%以上も薬価ダウンした薬剤もあり、納入価格へのスライド対応の厳しい中、収入を確保する経営はさらに難しくなっています。

『多くの患者を集める』戦略に出る場合は、代替調剤により負担軽減を患者にアピールことや、療養病床から地域に移動すると考えられる慢性期疾患患者を“顧客”として確保することが重要になります。

・ 患者負担の比較

ジェネリックへ変更するだけで、保険薬局の支払額において 2,260 円（約 6 割減）と患者負担を半減以

下にできます。(保険薬局、月2回院外 先発 - GE : 3,760円 - 1,500円 = 2,260円)

少なくとも、代替処方に対する自院(自局)方針を明確にし、地域内の動向、他の薬局の取り組み等について、常にリサーチしていくことが重要です。

<100床未満、200床未満の病院の場合>

診療所との大きな違いは、再診料と特定疾患療養指導料です。しかし特定疾患療養指導料は改正前後で増減がなかったので、このモデルでは9点(1.3%~1.5%)でした。

大規模急性期病院(200床以上)では、紹介率に基く加算点数が廃止されたため、医業収入として大きなマイナスとなっており、今後さらに患者獲得のための戦略を展開することになると思われます。地域連携をさらに進めるとは思われますが、「患者の選択」として競合することも考えられるので、中小規模病院として患者を惹き付ける“特長”が重要になります。

<200床以上の病院の場合>

・医業収入

まず目を引くのが医業収入の276点、一般病床で200床を超えると再診料が外来診療料となり、また慢性疾患では診療所で算定されている点数のほとんどが算定できなくなります。

同じ診療行為、同じ処方の診療所との収入の差が、614点(約70%)で1/3以下となっています。

(先発2回院外, 診療所 - 200床以上 : 890点 - 276点)

大規模病院は、慢性疾患患者を外来で診ても医業収入でのメリットはほとんどありません。ただし紹介率に関する加算がなくなったこともあり、入院患者を確保するために外来比率を上げてくる病院が出てくる可能性もあります。

しかし在宅へシフトする慢性疾患患者に対して、さらに地域連携を重要視する病院も多いと考えられるので、「どこと連携するか」が、さらに重要な地域医療機関の戦略になってきます。

・患者負担の比較

診療所と全く同じ医療行為を受けているにも係わらず、医療機関だけの支払額を比較すると、患者負担は診療所より1,840円も安くなります。

(先発2回院外, 診療所 - 200床以上 : 2,670円 - 830円)

これは患者負担が3倍以上の違うことになり、この状況を患者が知った時の影響を考慮する必要があります。患者が『設備が良くて安い病院』へ移動すると、せっかくの構築した“地域連携”も崩れてしまうことが考えられます。

診療報酬では初診料の一本化など、患者視点による対応も進んではいますが、“焼け石に水”状態です。

診療所の経営方針「ジェネリックの影響」

患者負担が高い診療所でも、今回のモデルの処方を全てジェネリックに切り替えると、4,190円(ジェネリック・診療所2回院外)となり、安かった200床以上の病院の4,590円(先発・200床以上2回院外)よりさらに患者負担が軽減できるので、患者自己負担の差による大病院への患者移動を抑制できる可能性があります。

また今後、大規模病院で一般名処方や代替可処方せんの発行などが進んだ場合は、保険薬局分と併せた総支払額が2,340円(ジェネリック・200床以上2回院外)となり、先発品処方の診療所の6,430円(先発・診療所2回院外)と比べて、負担額は4,090円も多くなります。

これらの状況の変化に対して、医業経営としてどのような対策を行うかを早急に考えて実行に移すこと

が重要になります。

2006 年度 医業経営のポイント

「無床診療所」

在宅療養支援診療所がキーワード。24 時間体制を確保するための連携が重要になる。

患者負担を考えることがさらに重要になる。地域内の病院などの動向に注意し、患者負担額にあまり差がでないように留意することが必要。

さらに代替調剤の実施に対してどう対応するかを決めておくこと必要。

- ・ 代替調剤を実施するか、しないか。
- ・ 患者から希望されたらどう対応するか。
- ・ 実施する場合の方法は（条件付き実施か、全て実施か）、など

「有床診療所」

ベッドの有効利用が求められる。

地域内の小規模多機能型介護の要の施設として、また在宅療養支援診療所に対する緊急入院をサポートするなど、小規模入院施設としてポジションがはっきりしてきた。

地域内での診療所のポジションを明確にして、地域住民等にアピールすることが重要となる。

「中小規模病院」

慢性期の入院患者を病院の外（自宅、介護施設）に移すことが経営上必要になってくる。

施設から出た患者は地域内の介護に委ねることになる。その地域内には元々入院していた患者の何倍もの患者が存在し、その患者を自院の対象患者として確保することが重要になる。

中小病院としても積極的に地域医療に貢献し、在宅等患者の急変時の緊急時入院先として受け入れる体制を示すことで、地域住民、介護職員等にアピールすることが出来る。

診療所へ 24 時間体制のサポートを申し出て、在宅療養支援診療所を支援し、連携することが、具体的に地域内慢性疾患患者を自院の対象患者として確保できることになる。

「大規模病院」

紹介率に関する加算が廃止されたことは、『ハシゴを外されて、火を付けられた』状態との比喻も聞こえてくるくらい、厳しいダウンとなった。

今後は急性期病院のブランドとして「DPC」への参加が増える。

入院はマルメ、外来は代替調剤（一般名処方）となった場合、ジェネリックが一般化する。

平均在院日数の短縮が医業経営上さらに求められ、患者回転数を上げるためにも、更なる連携を進める必要が出てくる。

医療成績等のデータの公表などにより、同規模クラスの病院とはさらに競争が激化し、病院淘汰が進む。

将来的には、情報公開の中で患者選択により生き残った病院に“ の分配 ”が行われ、医業経営が安定することになると考えられるので、医療の質として治療成績、安全対策が重要になる。

「保険薬局」

現行の体制維持での経営努力には限界がある。在宅介護への拡大、患者サイドに立った情報提供や指導、医療保険以外の収入源などの体制を整備するには、「人」を含めた質の向上が不可欠となる。

4 月から始まる「代替調剤」について、経営方針として取り組み方を明確にすることが重要となる。