

分かりやすい医療費情報の提供促進

保険医療機関及び保険薬局等が交付する 領収証等の改善に関する実態調査結果 〈調査結果に基づいて改善通知〉

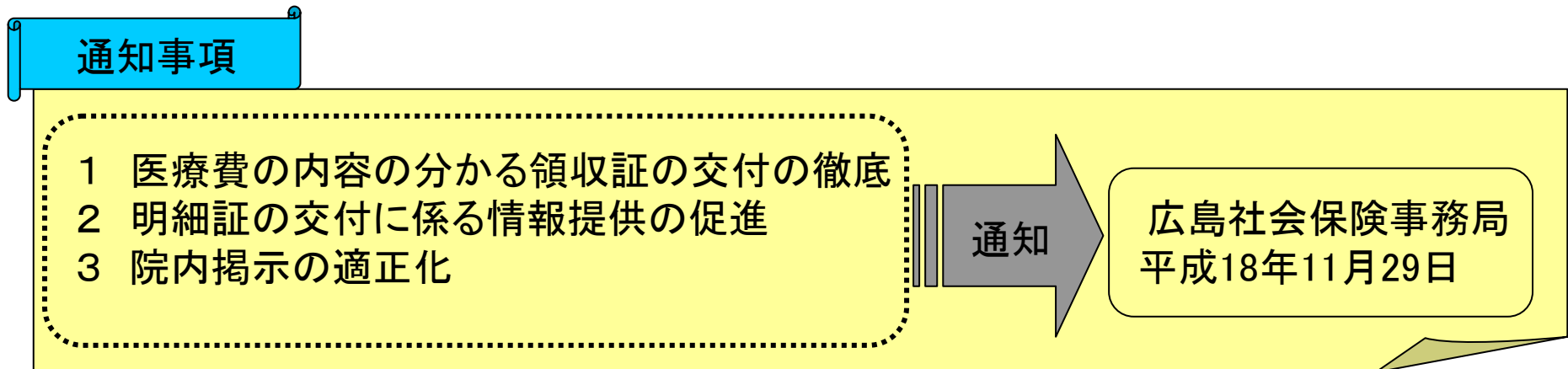
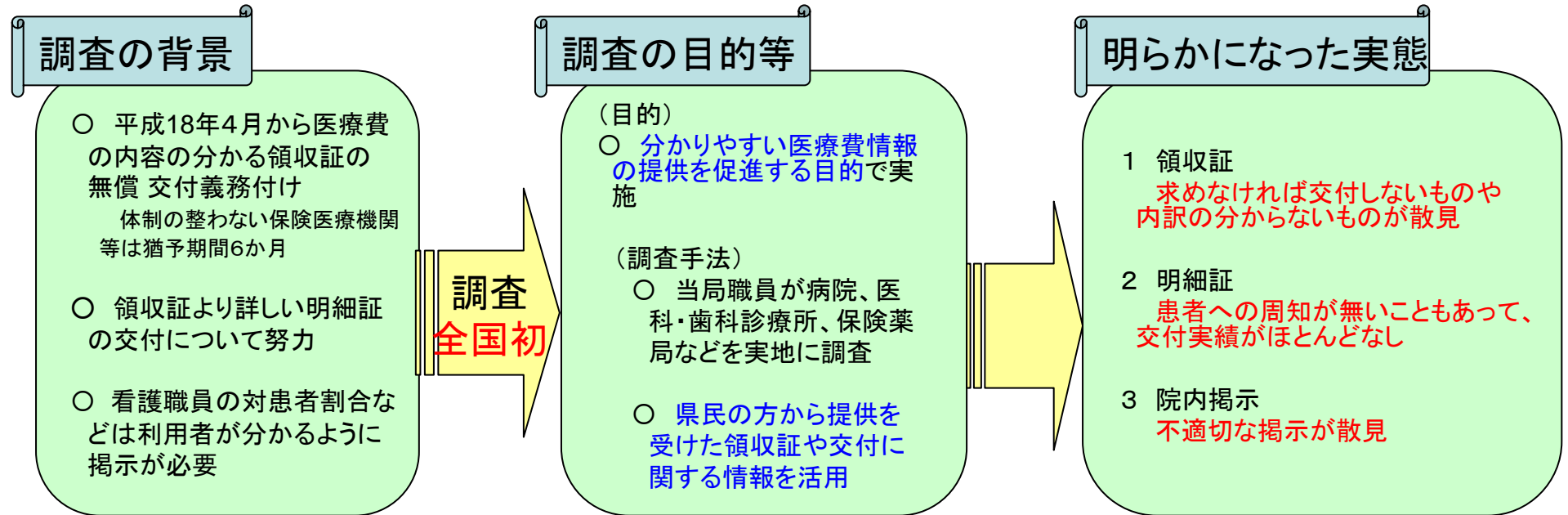
中国四国管区行政評価局では、平成18年9月～11月にかけて、病院、医科・歯科診療所、保険薬局などにおける領収証の交付状況や看護職員の対患者割合などの表示状況について、分かりやすい医療費情報の提供を促進するためこの調査を実施しました。

調査結果に基づき、平成18年11月29日、病院や保険薬局などを指導監督する広島社会保険事務局に対して改善意見を通知しました。

この調査は、「行政評価・監視」活動の一環として行ったものです。「行政評価・監視」とは、中国四国管区行政評価局が行う活動の一つで、行政の運営状況を調査して、改善を推進するものです。

なお、同時に調査を行った鳥取行政評価事務所及び山口行政評価事務所もそれぞれ11月30日に鳥取社会保険事務局、山口社会保険事務局に改善意見を通知する予定です。

概略



通知事項 1 医療費の内容の分かる領収証の交付の徹底

制度

- 平成18年4月から医療費の内容の分かる領収証の無償交付が義務化(猶予期間6か月)
保険医療機関及び保険医療費担当規則(昭和32年厚生省令第15号)、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和32年厚生省令第16号)
- 医科及び歯科にあつては初・再診料、検査等点数表の各部単位、保険薬局にあつては調剤技術料等点数表の各節単位で、また、指定訪問看護事業者にあつては訪問看護基本療養費等別に表示
- 患者の自己負担割合や保険点数の合計欄等を記載した標準様式を提示

指導状況

- これらの事項を社会保険事務局は、集団指導を通じて保険医療機関、保険薬局に周知しかし、指定訪問看護事業者への集団指導は未実施

調査結果

義務化の内容が不徹底な状況あり…… 調査した468機関中97機関(20.7%)で延べ111事項

- ① 保険医療機関及び保険薬局460機関中
 - i 患者が求めなければ、領収証を交付しない場合があるもの 5機関
 - ii 総額だけ記載し、医療費の内容が分からない領収証を交付しているもの 12機関
 - iii 患者の自己負担割合や保険点数の合計表示がないなど分かりにくいもの 76機関
 - ※ 集団指導を通じて周知しているにもかかわらず、なお不徹底な状況
- ② 指定訪問看護事業者8機関中
 - i 総額だけ記載し、医療費の内容が分からない領収証を交付しているもの 1機関
 - ii 患者の自己負担割合や保険点数の合計表示がないなど分かりにくいもの 3機関

通知事項

医療費の内容の分かる領収証の交付について、

- ① 保険医療機関及び保険薬局に対し集団指導を実施するなどにより、さらに指導の徹底に努めること。
- ② 指定訪問看護事業者を対象とした集団指導を実施すること。

通知事項 2 明細証の交付に係る情報提供の促進

制度

- 患者の求めがあれば、領収証より詳しい診療報酬点数の算定項目の分かる明細証の交付に努める。
- 保険医療機関は、明細証を交付できる体制を整えているとして社会保険事務局に届け出た場合、初診料に30円加算

指導状況

- これらの事項を社会保険事務局は、集団指導を通じて保険医療機関、保険薬局に周知

調査結果

- ① 明細証の交付が可能な保険医療機関等すべてにおいて交付可能な旨の掲示なし。
- ② 明細証の交付が可能な保険医療機関及び保険薬局33機関中27機関(81.8%)で交付実績なし。
 - i 明細証を交付できるとして社会保険事務局に届出て加算を受けているが、交付実績がないもの 10機関
 - ii 自ら明細証の交付体制を整えているが、交付実績がないもの 17機関

聞き取り調査の結果

- 患者が希望すれば明細証の交付を受けることができることを「知らない」と答えたもの 1,025人中856人(83.5%)
- 明細証の交付を「希望する」と答えたもの 1,015人中663人(65.3%)

通知事項

明細証が交付できるとして社会保険事務局に届け出ている保険医療機関に対し、明細証が交付できる旨掲示するよう指導すること。

通知事項 3 院内掲示の適正化

制度

- ◎ 保険医療機関は、院内の見やすい場所に、次の事項等を掲示しなければならない。
 - i) 入院基本料に関する事項
 - ii) 入院時食事療養（Ⅰ）の基準に適合するものとして社会保険事務局長又は都道府県知事に届け出た事項
 - iii) 保険外併用療養の内容及び費用に関する事項
 - ・ 保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年厚生省令第15号）
 - ・ 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）
- ◎ 具体的な掲示方法等
 - (例) ・ 入院基本料の施設基準 ⇒ 届出事項・届出事項の概要（看護職員の対患者割合、看護要員の配置）
 - ・ 特別療養環境室（差額ベット） ⇒ ベットの数及び料金
 - ・ 金属床総義歯、入院期間が180日を越える入院 ⇒ 社会保険事務局長に報告した患者負担額
 - ・ 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平成18年3月13日付け保医発第0313003号）
- ◎ 社会保険事務局は、保険医療機関に対し療担規則等に定める事項について周知徹底させることを目的として、**指導**することとされている。
 - ・ 保険医療機関等及び保険医等の指導及び監査について（平成7年12月22日付け保発第117号）

調査結果

広島県内の保険医療機関4,187機関のうち、34機関（11病院、13医科診療所、10歯科診療所）を調査

- ◎ **掲示の内容が不適切なものあり…実地調査した保険医療機関34機関中13機関(38.2%)で延べ26件**

《主な不適切事例》

- ① **入院基本料の施設基準**に関する届出内容の**掲示がない**。…届出の15機関のうち **4 機関**
- ② **入院基本料の施設基準**の掲示**内容が旧表記のまま**。…掲示している11機関のうち **3 機関**
- ③ 夜勤から日勤への引継ぎ時間帯などの**看護職員 1人当たりの受持ち患者数が明確でない**掲示がある。…掲示している11機関のうち **6 機関**
- ④ **入院時食事療養(Ⅰ)の基準**に関する届出内容の**掲示がない**。…届出の11機関のうち **2 機関**
- ⑤ 入院時食事療養の特別管理の**届出は廃止となったが、依然として掲示**…届出の10機関のうち **3 機関**
- ⑥ 金属床総義歯に係る**費用の掲示がない**。…金属床総義歯の施用を行うとしている13機関のうち **2 機関**
- ⑦ **入院期間が180日を越える場合の入院費用**について、**報告とは異なる金額を掲示**…費用を徴収する9機関のうち **3 機関**

- ◎ 一部の保険医療機関から、診療報酬の改定に伴い**掲示内容の変更が頻繁に生じることから、掲示方法等について直接指導を求める声あり**

通知事項

医療サービスの内容及び費用について、患者に対し適正な内容の情報提供を図るため、次の措置を講じること。

- ① 個別の保険医療機関の申出に応じて、院内掲示の適切化について指導する仕組みを整備すること。
- ② 掲示に係る指導を計画的に実施するなど、院内掲示の適正化を図ること。

4 処方せん様式の変更状況

制 度

- 平成18年4月から処方せん様式に「後発医薬品への変更可（保険医署名付き）」欄を追加

調査結果

- 院外処方を行っている16機関のすべてが新様式を使用

保険医療機関及び保険薬局等が交付する領収証等の改善に関する実態調査結果

報道資料（事例表等）

第1	通知事項1関係	1～4頁
第2	通知事項2関係	5～6頁
第3	通知事項3関係	7～17頁
第4	一般住民の方からの聞き取り調査結果	18～19頁

中国四国管区行政評価局

第1 通知事項1 関係（医療費の内容の分かる領収証）

1 領収証の不適切な状況

広島県内の468機関（保険医療機関312機関、保険薬局148機関及び指定訪問看護事業者8機関）を調査した結果、次表のとおり、不適切な状況が97機関（20.7%）で延べ111事項認められた。

（単位：事業者、事項）

区分	不適切事業者数、事項数			左の不適切な事項の内容						領収印がなかったもの	C、Dのうち電子化加算を受けていたもの
	1事業者当たり不適切事項数 A	事業者数 B	不適切事項数小計 A×B	患者が求めなければ領収証を交付しない場合があるもの C	医療費の内容が分からない総額だけの領収証を交付していたもの D	医療費の内容が記載されているが分かりにくいもの					
						診療報酬の各部・節を統合していたもの	自己負担割合の表示がなかったもの	保険点数の合計の表示がなかったもの	指定訪問看護事業の提供日の表示がなかったもの		
保険医療機関	1	3	3	3							(2)
	2	6	12		6					6	(2)
	2	1	2				1	1			
	1	16	16				16				
	1	5	5					5			
	1	24	24							24	
	1	10	10			10					
保険医療機関小計		65	72	3	6	10	17	6		30	(4)
保険薬局	1	2	2	2							
	2	6	12		6					6	
	1	14	14							14	
	1	6	6				6				
保険薬局小計		28	34	2	6	0	6	0		20	
指定訪問看護事業者	1	1	1		1						
	2	1	2				1	1			
	1	1	1				1				
	1	1	1						1		
指定訪問看護事業者小計		4	5	0	1	0	2	1	1	0	
合計		97	111	5	13	10	25	7	1	50	(4)

（注）（ ）数字は、内数である。

2 厚生労働省の指導

従前の領収証の例

領 収 書

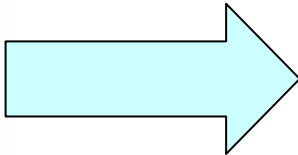
病院
40

№0

02 *540# 計
*540 冊
*5000 冊
*4460 冊

1212
10-54

平成18年4月から医療費の内容
(初・再診療料、検査等)の分かる
領収証の無償交付が義務化
(猶予期間6か月)



厚生労働省が示した領収証の標準様式 (医科)

領 収 証

患者番号		氏 名			請求期間 (入院の場合)		
		様			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			平成 年 月 日				

保 険	初・再診療料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	食事療養	生活療養					
	円	円					

保険外負担	保険外併用療養費	その他
	(内訳)	(内訳)

	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
合 計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額 合 計	円		

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院 〇〇 〇〇

領収印

2

3 領収証の標準様式

医科の例

領 収 証

患者番号	氏 名	請求期間 (入院の場合)					
	様	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			平成 年 月 日				
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	食事療養	生活療養					
	円	円					
保険外負担	保険外併用療養費	その他					
	(内訳)	(内訳)					
合 計		保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担			
		円	円	円			
負担額		円	円	円			
領収額合計				円			

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇〇病院 領収印

歯科の例

領 収 証

患者番号	氏 名	請求期間 (入院の場合)					
	様	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			平成 年 月 日				
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療	歯冠修復及び欠損補綴
	点	点	点	点	点	点	点
	歯科矯正	食事療養	生活療養				
	円	円	円				
保険外負担	保険外併用療養費	その他					
	(内訳)	(内訳)					
合 計		保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担			
		円	円	円			
負担額		円	円	円			
領収額合計				円			

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇〇病院 領収印

保険薬局の例

領 収 証

患者番号	氏 名	請求期間		
	様	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
領収証No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家
	平成 年 月 日			
保 険	調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保険医療材料料
	点	点	点	点
保険外負担	保険外併用療養費	その他		
	(内訳)	(内訳)		
合 計		保 険	保険外負担	
		円	円	円
負担額		円	円	円
領収額合計				円

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇〇薬局 領収印

訪問看護事業の例

領 収 証

領収書No.	患者番号	氏 名					
		様					
請求期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
発行日	負担割合	本・家	区分				
平成 年 月 日							
保険適用負担	保険負担分項目	単価	数量	金額			
	(内訳)						
保険外負担	保険外負担分項目	単価	数量	金額	税 消費税率等		
	(内訳)						
提供日	備 考						
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					
明細合計額		保 険	保険外負担				
		円	円	円			
課税対象額				円			
領収額合計				円			

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇〇訪問看護ステーション 領収印

3 不適切な領収証の事例

外科

2006年10月07日 11:32
7151

部門01 ¥1,020

現金 ¥1,020

総額だけ記載し、医療費の内容がわからない領収証

患者の自己負担割合がない領収証

領 収 書

氏 名	年 月 日
保 険	平成 18.10.4 日

保険	初・再診	検 査	投 薬	処 置	手 術	注 射	指 導	
	273	224	94	28				点

合計点数	619 点
領収額	¥1,860-

(診断書代 円を含む)

第2 通知事項2 関係（明細証）

1 明細証の交付状況

次表のとおり、保険医療機関及び保険薬局において、明細証の交付体制があるもの33機関中27機関（81.8%）で交付実績がない。

（単位：機関）

区 分	保険医療機関	保険薬局	小計	指定訪問看護 事業者	計
調査対象機関数	34	17	51	8	59
うち明細証交付体制あり	25(21)	8(6)	33(27)	7(0)	40(27)
明細証が交付可能として電子 化加算を受けているもの	11(10)		11(10)		11(10)
自主的に明細証の交付体制を 整えているもの	14(11)	8(6)	22(17)	7(0)	29(17)

（注）（ ）の数字は、明細証の交付実績がないものである。

2 「領収証より詳しい診療報酬点数の算定項目のわかる明細証」の例

診療明細書			
区分	項目名	点数・金額	回数
初診料	*初診料(病院)	342	1
指導料	*乳幼児育児栄養指導料	130	1
注射	*点滴注射(乳幼児)(1日の注射量が100cc以上の場合)		
	ソリターT1号(200mg) 1瓶		
	ダラシンS注射液(300mg) 1A	198	1
	*プラスチックカニューレ型静脈内留置針(標準型) 1	10	1
検査	*B-BIL/総		
	BUN		
	クレアチニン		
	ALP		
	Na, Cl		
	K		
	Ca		
	GOT		
	GPT		
	LDH		
	項目算定 10項目	130	1
	*B-ガス分析	150	1
	*B-末梢血液一般検査		
	後	42	1
	*マイコプラズマ抗体価測定		
	血清アミロイドA(SAA)蛋白精密測定	80	1
	*検体検査管理加算(1)	40	1
*血液学的検査判断料	135	1	
*免疫学的検査判断料	144	1	
*生化学的検査(1)判断料	155	1	
記録	*胸部 X-P		
	画像記録用フィルム 大四ツ切 1枚 デジタル映像化処理加算(単純撮影)	247	1
処方	*処方せん料(6種類以下・その他)	71	1
合計点数:		1,874	

第3 通知事項3 関係（掲示が不適切な事例の紹介）

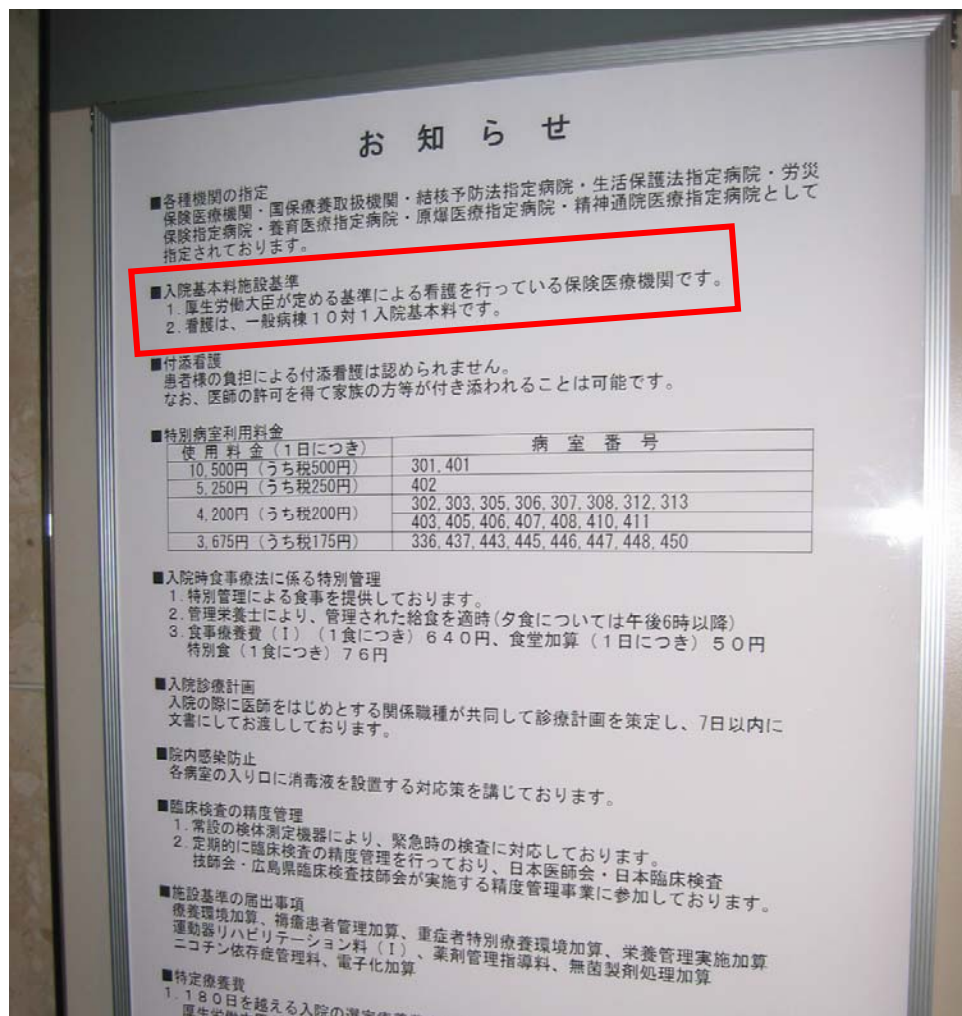
1 院内掲示の不適切な状況

広島県内の保険医療機関のうち34機関の院内掲示について調査した結果、不適切な状況が次表のとおり、13機関（38.2%）で延べ26件認められた。

掲示事項の 不適切状況 不適切な 状況がみられた 機関及びその件数		入院基本料の施設基準			入院時食事療養 (I)		特別養療環 境室	金属床総義 歯	200床以上の 病院の再診	入院期間が180日を超え る入院	
		届出事項 の未掲示	旧表記 の掲示	看護職員数 の分かりに くい掲示	届出事項 の未掲示	廃止され た事項の 掲示	ベッド数の未 掲示	内容及び費用 の未掲示、未報 告	他科の再診料を 掲示	費用の未掲示	報告と異なる 掲示
A	2件					○					○
B	5件		○	○		○			○		○
C	1件			○							
D	3件			○	○					○	
E	3件		○	○			○				
F	1件			○							
G	2件	○			○						
H	4件		○			○		○			○
I	1件			○							
J	1件	○									
K	1件	○									
L	1件	○									
M	1件							○			
13機関	26件	4件	3件	6件	2件	3件	1件	2件	1件	1件	3件
届出又は届出が必 要な機関数		15機関			11機関		10機関	13機関	1機関	9機関	

2 入院基本料の施設基準に適合するものとして届け出ているにもかかわらず、その届出事項を掲示していないもの

《参考》届出事項を適切に掲示している病院の例



コメント

- 保険医療機関は、療担規則及び掲示事項等告示に基づき、その病院又は診療所内の見やすい場所に、①入院基本料に関する事項、②各種施設基準に適合するものとして、社会保険事務局長に届け出た事項を掲示しなければならないこととされています。

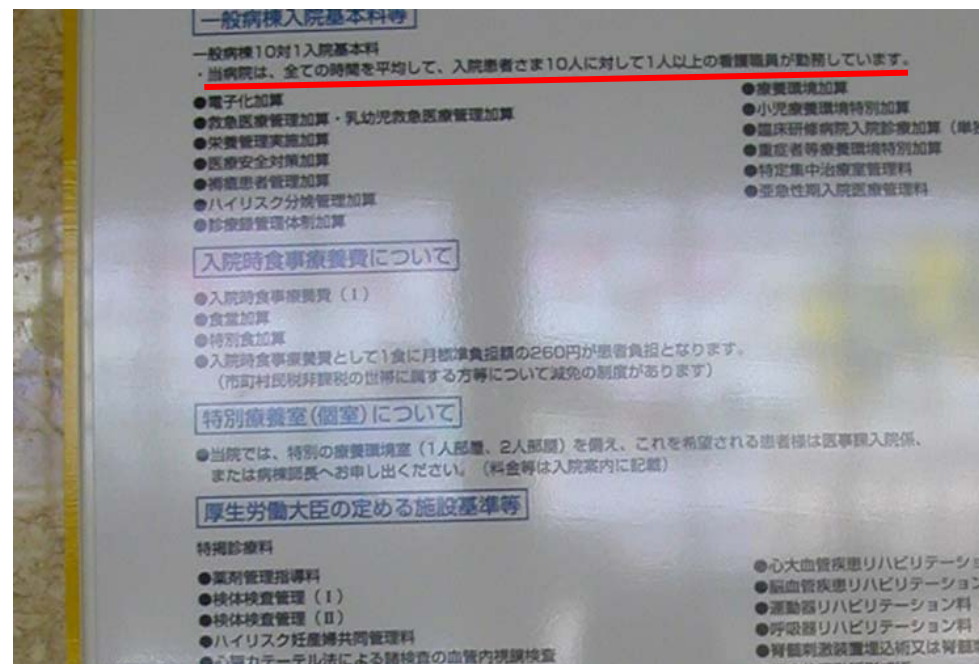
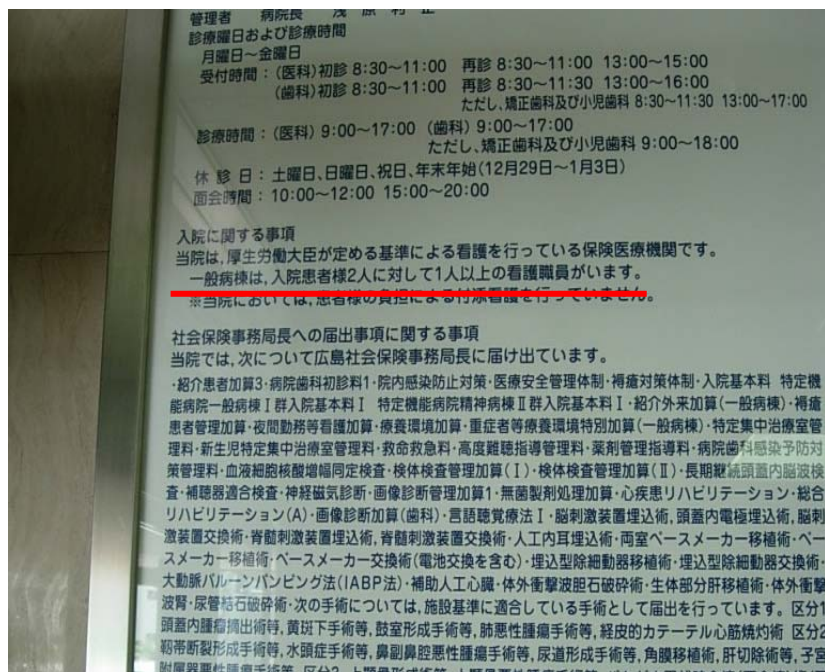
左の写真は、一般病棟 10 対 1 入院基本料の施設基準に適合するとして社会保険事務局長に届け出た事項を適切に掲示している病院の例です。

- 今回調査した保険医療機関 34 機関のうち、入院基本料の施設基準に適合するとして広島社会保険事務局長へ届け出ている保険医療機関は 15 機関でしたが、このうち 4 機関がその届出事項を掲示していませんでした。

3 看護職員の配置に係る表記を平成 18 年度診療報酬改定に合致するよう改善していないもの

《事例》

《参考》看護職員の配置に係る表記を平成 18 年度診療報酬改定に合致するよう適切に改善している病院の例



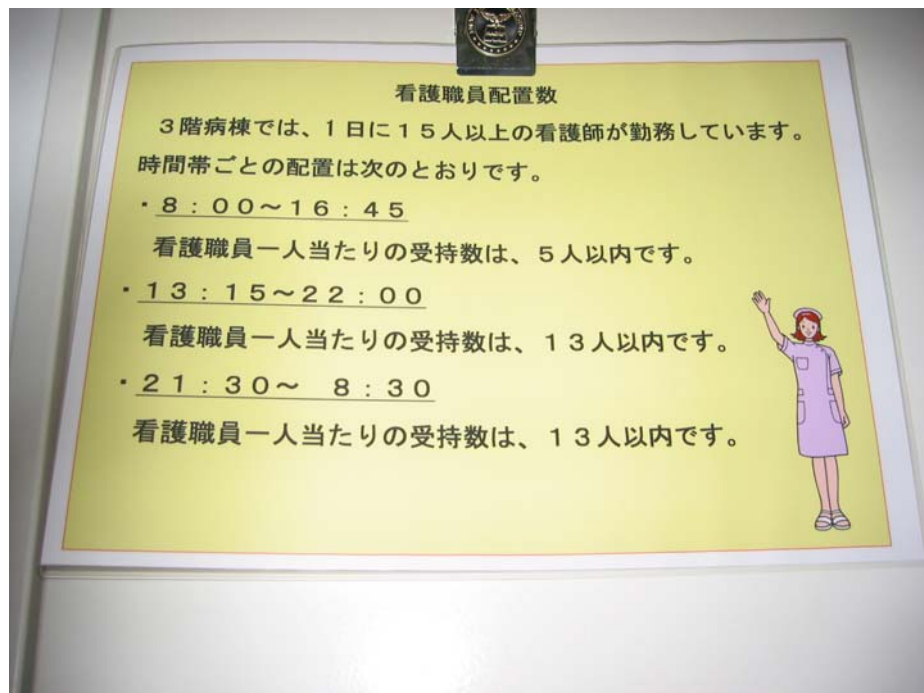
コメント

- 看護職員等の配置に係る情報提供の推進の観点から、平成 18 年度診療報酬改定により、入院基本料に関する事項を掲示する場合の看護職員等の配置に係る表記が、右表のとおり、患者に対する看護職員の雇用数から患者に対する看護職員の勤務者数に改正されました。
- 今回調査した保険医療機関 34 機関のうち、入院基本料に関する届出事項を掲示している保険医療機関は 11 機関でしたが、このうち 3 機関が、看護職員の配置に係る表記を平成 18 年度診療報酬改定に合致するよう改善していませんでした。

平成 18 年度診療報酬改定前	平成 18 年度診療報酬改定後
「看護職員配置 2 : 1」 入院患者 2 人に対し看護職員 1 人を雇用していることを意味する。	「看護職員の実質配置 10 : 1」 平均して入院患者 10 人に対し看護職員 1 人が実際に勤務していることを意味する。

4 二つの勤務帯が重複する時間帯（例えば、夜勤者から日勤者への引継ぎ時間帯）における看護職員 1 人当たりの受持ち患者数が明確でない掲示がみられるもの

《事例》



コメント

・ 掲示上の留意事項によると、保険医療機関は、入院基本料に係る届出内容の概要（看護要員の構成等）を掲示することとされています。

入院患者数 42 人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の 10 対 1 入院基本料を算定している病院の掲示例は、次のとおりです。

当病棟では、1 日に 13 人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。

- ・ 朝 9 時～夕方 17 時まで、看護職員 1 人当たりの受け持ち数は 6 人以内です。
- ・ 夕方 17 時～深夜 1 時まで、看護職員 1 人当たりの受け持ち数は 14 人以内です。
- ・ 深夜 1 時～朝 9 時まで、看護職員 1 人当たりの受け持ち数は 14 人以内です。

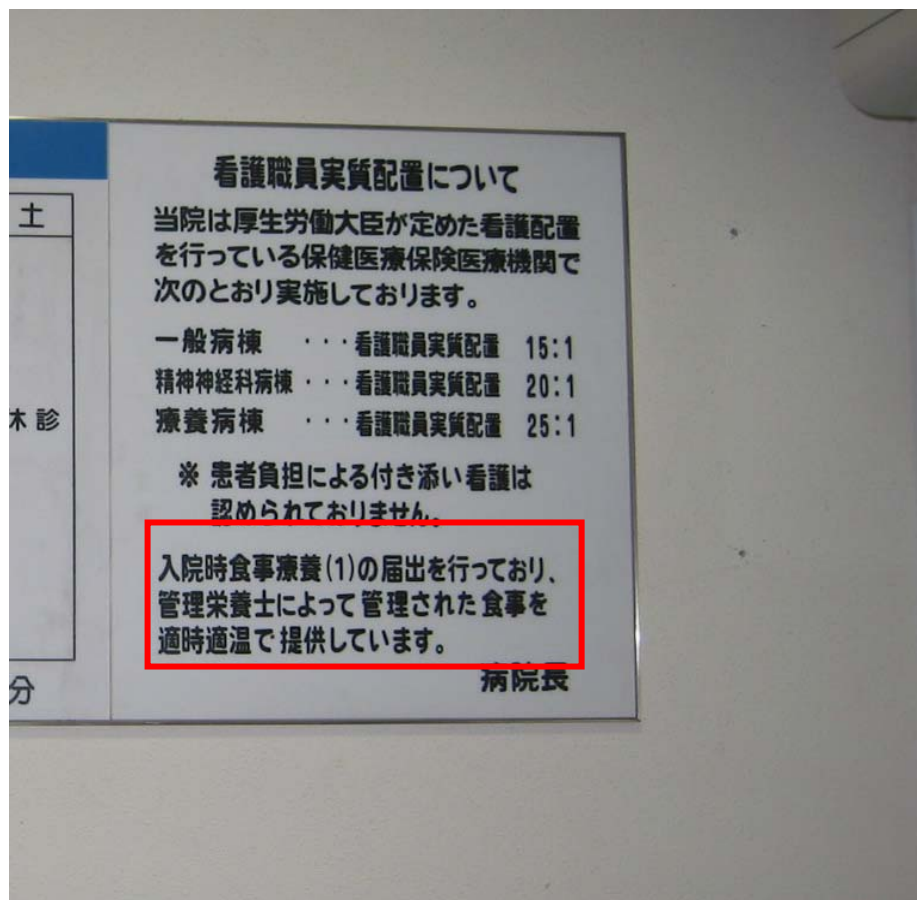
・ 今回調査した保険医療機関 34 機関のうち、入院基本料に関する届出事項を掲示している保険医療機関は 11 機関でしたが、このうち 6 機関において、二つの勤務帯が重複する時間帯における看護職員 1 人当たりの受持ち患者数が明確でない掲示がみられました。

左の写真例の場合、二つの勤務帯が重複する 8 時から 8 時 30 分の間と 13 時 15 分から 16 時 45 分間の看護職員 1 人当たりの受持ち患者数が何人なのか、明確ではありません（下図参照）。



5 入院時食事療養（Ⅰ）の基準に適合するものとして届け出ているにもかかわらず、その届出事項を掲示していないもの

《参考》届出事項を適切に掲示している病院の例



コメント

- 保険医療機関は、療担規則及び掲示事項等告示に基づき、その病院又は診療所内の見やすい場所に、入院時食事療養（Ⅰ）の基準に適合するものとして社会保険事務局長又は都道府県知事に届け出た事項を掲示しなければならないこととされています。

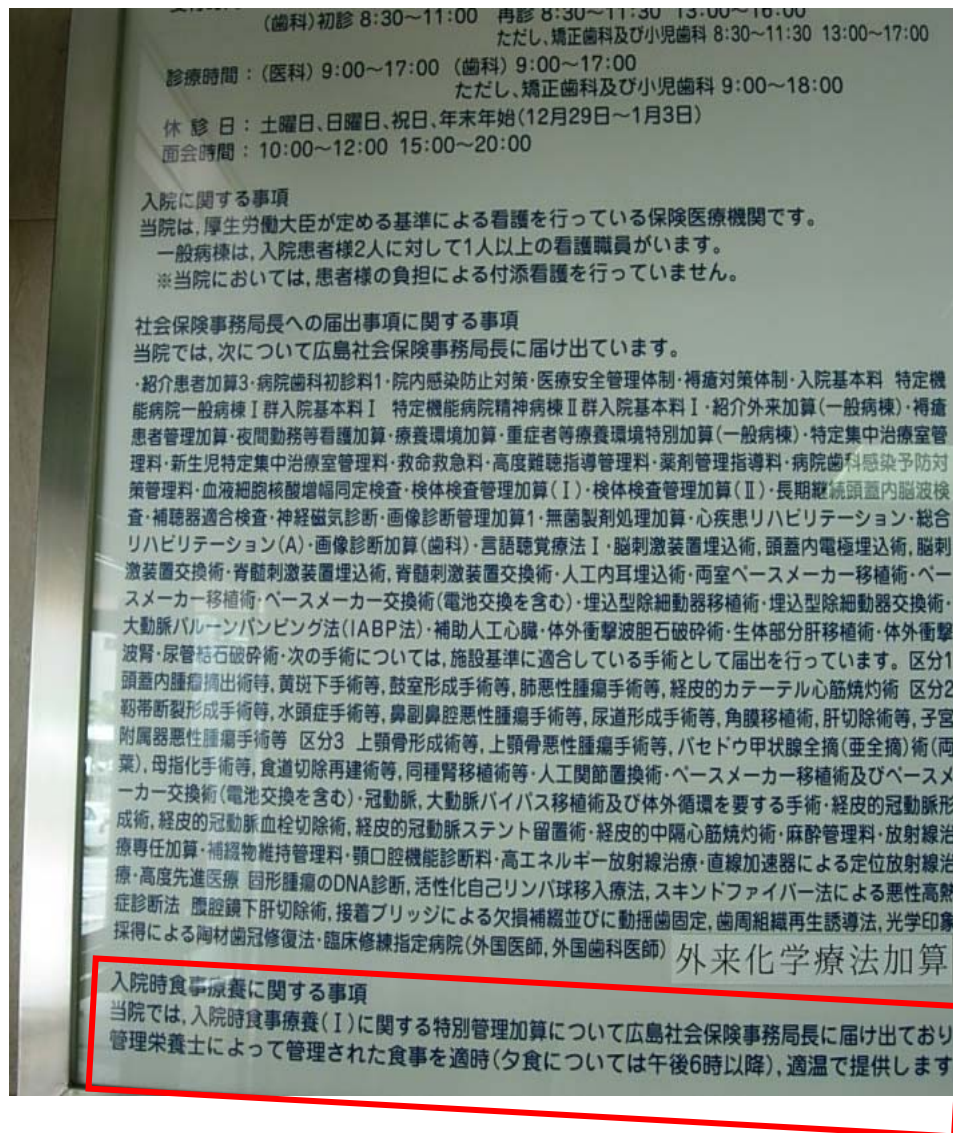
また、掲示上の留意事項によると、当該届出を行ったことにより患者が受けられるサービス等の内容をわかりやすく掲示することとされています。

左の写真（赤線で囲った部分）は、入院時食事療養（Ⅰ）の基準に適合するとして社会保険事務局長に届け出た事項を適切に掲示している例です。

- 今回調査した保険医療機関 34 機関のうち、入院時食事療養（Ⅰ）の基準に適合するとして広島社会保険事務局長又は都道府県知事へ届け出ている保険医療機関は 11 機関でしたが、このうち 2 機関が届出事項を掲示していませんでした。
 - 食事療養の費用額算定表によると、食事療養の費用（1食につき）は、入院時食事療養（Ⅰ）に適合する病院等の場合 640 円、入院時食事療養（Ⅱ）に適合する病院等の場合 506 円となっており、入院時食事療養に関する届出事項の掲示は、患者が入院費用を計算する場合のひとつ目安となります。
- なお、入院時食事療養（Ⅱ）の基準に適合する場合、保険医療機関は社会保険事務局長へ届け出ることとされておらず、掲示は不要です。

6 平成 18 年度診療報酬改定により、入院時食事療養の特別管理に係る届出制度は廃止となったにもかかわらず、依然として当該届出を行っている旨を掲示しているもの

《事例》

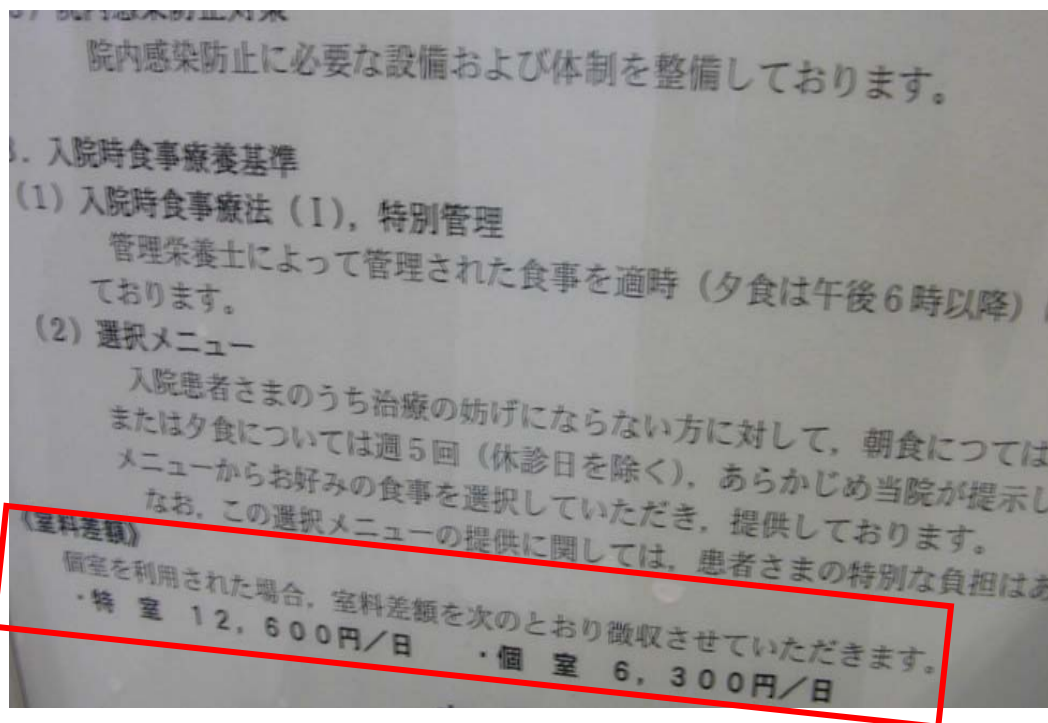


コメント

- ・ 平成 18 年度診療報酬改定以前は、次の要件を満たす食事療養を提供する病院等については、社会保険事務局長又は都道府県知事に届け出をして、食事療養費の特別管理加算が認められていました。
 - ① 食事療養が栄養士によって行われていること
 - ② 適時に食事提供を行うこと (夕食については午後 6 時以降)
 - ③ 適温の食事提供を行うこと (保温・保冷配膳車、保温トレイ、食器等を用い入院患者全員に適温の食事を提供)
 - ④ 電子レンジでの暖め直しをしない など
- しかし、適時・適温の食事提供を行っている医療機関が大半を占める実態を踏まえ、平成 18 年度診療報酬改定により、入院時食事療養の特別管理に係る届出制度 (食事療養費の特別管理加算の制度) は廃止されました。
- ・ 今回調査した保険医療機関 34 機関のうち、平成 18 年度診療報酬改定以前に、入院時食事療養の特別管理に係る届出を行っていた保険医療機関は 10 機関でしたが、このうち 3 機関は、制度廃止後もなお、当該届出を行っている旨を掲示していました。

7 特定療養環境室を利用した場合の料金のみを掲示し、部屋数（ベッド数）を掲示していないもの

《事例》



《参考》特別療養環境室のベッド数及び料金を適切に掲示している病院の例

食事療養料 健康保険法の規定による入院時食事療養費の算定方法で得た額
 ・交通事故により健康保険を使用しない場合の診療料及び食事療養料の額
 診療料 健康保険法の規定による医療に要する費用の額の算定方法を準用して得た額を1.5倍した額
 食事療養料 健康保険法の規定による入院時食事療養費の算定方法で得た額
 ・非紹介患者の初診に係る加算料 1,575円
 ・診察券発行 100円
 ・180日を超える長期入院の実費徴収
 ・180日を超えて入院している場合は、入院費本料の10%の実費を徴収する場合があります。

室料差額
 特別室を使用した場合、室料差額を1日につき次表のとおり徴収します。

区分	室料差額	病棟	病室番号
S室（1人部屋）	10,290 円	南4	205
		北4	715
A室（1人部屋）	5,460 円	南4	220 221 222
		北3	612
B室（1人部屋）	4,200 円	北2	506 512 513
		北3	613 616 617
C室（1人部屋）	3,465 円	北4	716 717
		北3	615
D室（2人部屋）	2,100 円	南3	105 106 107 108 113 115 116
		南4	202 203 206 207 208 211 212
		217 218 223 225 226 227	
		5西	311 313 315 316 323 325
		5東	303 305 306 307 310 326 327
		328	
		北2	507 508
		北3	605 606 607 608
北4	705 706 707 708		
		710 711 712 713	

（注）2人部屋の1人使用については、4,200円となります。

平成16年4月1日現在

コメント

- 療担規則によると、保険医療機関は、特別の療養環境の提供などの保険外併用療養費に係る事項については、その内容及び費用につき院内掲示を行う旨定められています。
- また、掲示上の留意事項によると、保険医療機関は、患者を特別療養環境室に入院させた場合、保険医療機関内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に特別療養環境室の各々についてそのベッド数及び料金を患者にとって分かりやすく掲示しておくこととされています。
- 今回調査した保険医療機関34機関のうち特別療養環境室を備える保険医療機関は10機関でしたが、このうち1機関では、特別療養環境室を利用した場合の料金のみを掲示しており、患者にとって、特別療養環境室が何室（床）あるのか分からないものとなっていました。

8 金属床総義歯に係る費用について掲示していないもの

《参考》金属床総義歯に係る費用について適切に掲示している
歯科診療所の例

患者の皆さんへ
金属床の総義歯は料金の一部が
保険で支払われます。
その分患者さんの負担が軽減されます。

金属床総義歯とは総義歯(総入れ歯)の床の部分に金属を使用したものです。金属床総義歯は、通常の保険の義歯と比べて床がうすいといった快適性に特徴があります。

- 本院で金属床の総義歯(総入れ歯)を希望される場合は、下記の価格の一部が特定療養費として保険で給付されます。
- 特定療養費は診療日数などにより異なりますが、おおよそ4万5千円程度です。なお、特定療養費は通常の保険と同様に一部負担金がかかります。
- 本院での金属床総義歯の価格は次のとおりです。

金属の種類	1床当たりの価格	
	上顎	下顎
白金加金	350.000	350.000
チタン床	180.000	180.000
コバルトクロム	150.000	150.000

- 患者さんの歯ぐきなどの状態によっては金属床総義歯が適さない場合もありますので、事前に主治医とよく話し合ってください。
- 必ず領収書をお受け取りください。

平成 年 月 **歯科**

コメント

- ・ 療担規則によると、保険医療機関は、金属床総義歯の提供などの保険外併用療養費に係る事項については、その内容及び費用につき院内掲示を行う旨定められています。

また、掲示上の留意事項によると、金属床総義歯に係る費用を徴収する保険医療機関は、金属床総義歯の概要及び金属床総義歯に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこととされ、さらには、その費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、社会保険事務局長にその都度報告するものとされています。

左の写真例は、金属床総義歯に係る費用について適切に掲示している歯科診療所の例です。

- ・ 今回調査した保険医療機関 34 機関のうち、歯科のある病院及び歯科診療所は計 16 機関で、このうち、13 機関が金属床総義歯に係る施行を行っていました。しかし、そのうちの 2 機関では、金属床総義歯に係る費用について掲示していませんでした。
- ・ 金属床総義歯に係る費用については、診療報酬点数表などによって統一されたものはなく、ある程度、保険医療機関の判断で設定できるため、同じ金属を使用している、その額は保険医療機関によって異なります。

費用についての掲示がないと、患者は安心して治療を受けられません。

9 再診に係る特別の料金として医科と歯科とで異なる金額を設定しているが、院内の掲示板に医科の再診に係る特別料金の額のみを
 掲示しているもの

《事例》

	白亜加蓋(上顎・下顎)	410,000円	
	金合金(上顎・下顎)	386,900円	
	特殊合金(上顎・下顎)	188,600円	
	チタン合金(上顎・下顎)	287,800円	
につき	徴収額		
につき	上記に定める1床当たりの価格から特定療養費を控除した金額に100分の105を乗じて得た額		
につき	182,100円		
	6 特定療養費に係る麟趾に罹患している患者の指導管理に関する料金		
	フッ化物局所応用	(1口翌1回につき)	2,100円
	徴収額		
	上記に定める価格に100分の105を乗じて得た額		
	3,000円		
	4,000円		
	7 200床以上の病院における再診時負担額		
	自己都合による場合	808円	
	消費税法で非課税とされる助に係る資産の譲渡等に該当する場合については括弧内の料金とする。	(770円)	
37,480円			
12,120円			
28,900円			
	8 治療に係る診療で特定療養費支給対象外となる料金		第1項本文に規定する

コメント

- 療担規則によると、保険医療機関は、200床以上の病院の再診に関する事項などの保険外併用療養費に係る事項については、その内容及び費用につき院内掲示を行う旨定められています。
 また、掲示上の留意事項によると、200床以上の病院で、再診に係る特別の料金を徴収しようとする病院は、必要な情報を病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示することとされており、さらには、再診に係る特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、社会保険事務局長にその都度報告することとされています。
- 今回調査した保険医療機関 34 機関のうち、200床以上の病床を備える保険医療機関は 7 機関で、このうち、再診に係る特別の料金を徴収することとしている機関は 1 機関でした。
 当該保険医療機関では、再診に係る特別の料金として医科 808 円、歯科 598 円と異なる金額を設定していましたが、内科掲示板はもとより、歯科掲示板にも、歯科の再診に係る特別料金の額を掲示せず、左の写真例のとおり医科の再診に係る特別料金の額のみを掲示していました。

10 入院期間が180日を超える入院について、その具体的な患者負担の額を掲示していないもの

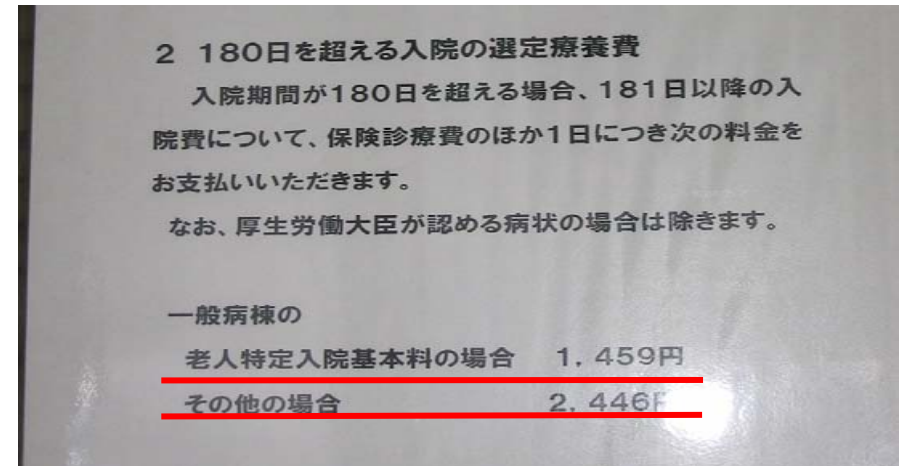
《事例》

食事療養料 健康保険法の規定による入院時食事療養料の費用の額の算定方法で得た額
 ・交通事故により健康保険を使用しない場合の診療料及び食事療養料の額
 診療料 健康保険法の規定による医療に要する費用の額の算定方法を準用して得た額を1.5倍した額
 食事療養料 健康保険法の規定による入院時食事療養料の費用の額の算定方法で得た額を1.5倍した額
 ・非紹介患者の初診に係る加算料 1,575円
 ・診察券再発行 100円
 ・180日を超える長期入院の実費徴収
 180日を超えて入院される場合は、入院基本料の15%の実費を徴収する場合があります。

室料差額
 特別室を使用した場合、室料差額を1日につき次表のとおり徴収します。

区分	室料差額	病棟	病室番号
S室(1人部屋)	10,290円	南4	205
		北4	715
A室(1人部屋)	5,460円	南4	220 221 222
		北3	612
B室(1人部屋)	4,200円	北2	506 512 513
		北3	613 616 617
		北4	716 717
C室(1人部屋)	3,465円	北3	615
		南3	105 106 107 108 113 115 116
D室(2人部屋)	2,100円	南4	202 203 206 207 208 211 212
			217 218 223 225 226 227
		5西	311 313 315 316 323 325
		5東	303 305 306 307 310 326 327
			328
		北2	507 508
		北3	605 606 607 608
			705 706 707 708

《参考》入院期間が180日を超える入院について、その具体的な費用の額を適切に掲示している病院の例



コメント

- 療担規則によると、保険医療機関は、入院期間が180日を超える入院に関する事項などの保険外併用療養費に係る事項については、その内容及び費用につき院内掲示を行う旨定められています。
- 今回調査した保険医療機関34機関のうち、入院期間が180日を超える入院について特別の料金を徴収することとしている保険医療機関は9機関でしたが、このうち1機関では、具体的な患者負担の額について掲示していませんでした。
- 入院期間が180日を超える入院に係る患者負担の額については、「社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、入院料の基本点数の100分の15に相当する点数をもとに計算される額を標準とする」とこととされていますが、ある程度、保険医療機関の判断で設定できるため、その額は保険医療機関によって異なります。
 具体的な患者負担額についての掲示がないと、患者は安心して治療を受けられません。

11 入院期間が180日を超える入院の費用について、社会保険事務局長に対し報告した金額とは異なる料金の額を掲示しているもの

《事例》

入院患者の皆様へ

従来より、長期間入院されている患者様につきましては、特別な場合を除き、入院料以外に特別な料金をご負担いただいております。

平成16年4月1日以降、入院日数が180日を超えられる患者様（同一疾病，同一負傷により他病院から転院の場合は通算日数）に対して適用する特別な料金は、基本料金の15%（一日当たり一般1,460円，老人1,430円）となっております。

○特別な場合

1. 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
2. 難病患者等入院診療加算を算定する患者
3. 重度の肢体不自由者，脊髄損傷等の重度障害者，重度の意識障害者
筋ジストロフィー患者，難病患者等
4. 悪性新生物に対する腫瘍薬を投与している状態
5. 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態
6. ドレーン法又は胸腔の洗浄を実施している状態
7. 人工呼吸器を使用している状態
8. 人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態
9. 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し，当該疾病に係る治療を継続している状態

コメント

- ・ 療担規則によると、保険医療機関は、入院期間が180日を超える入院に関する事項などの保険外併用療養費に係る事項については、その内容及び費用につき院内掲示を行う旨定められています。

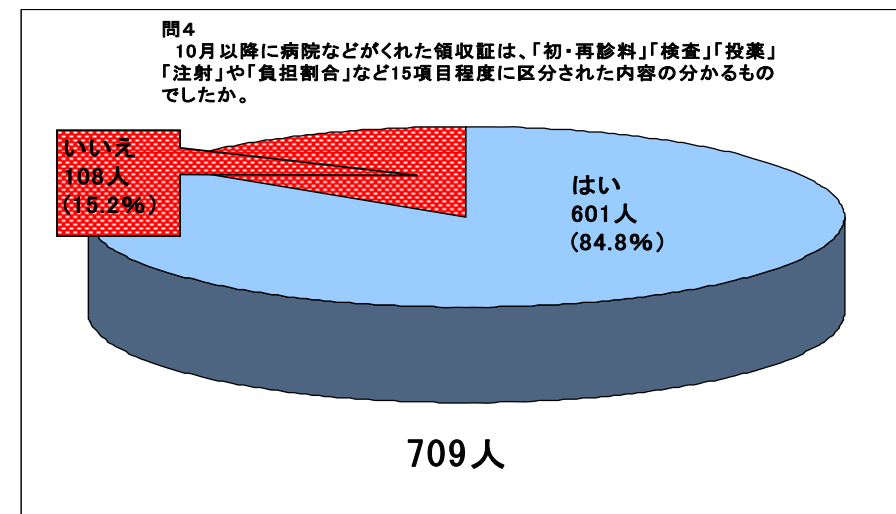
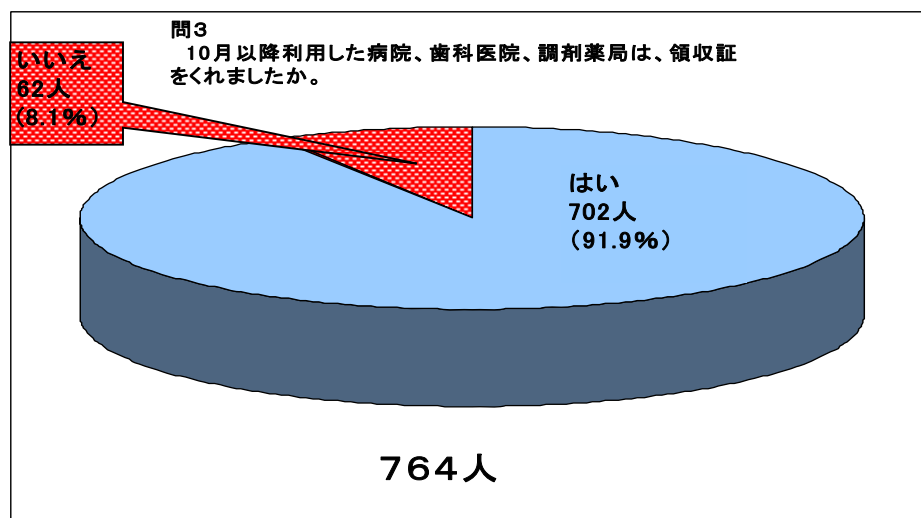
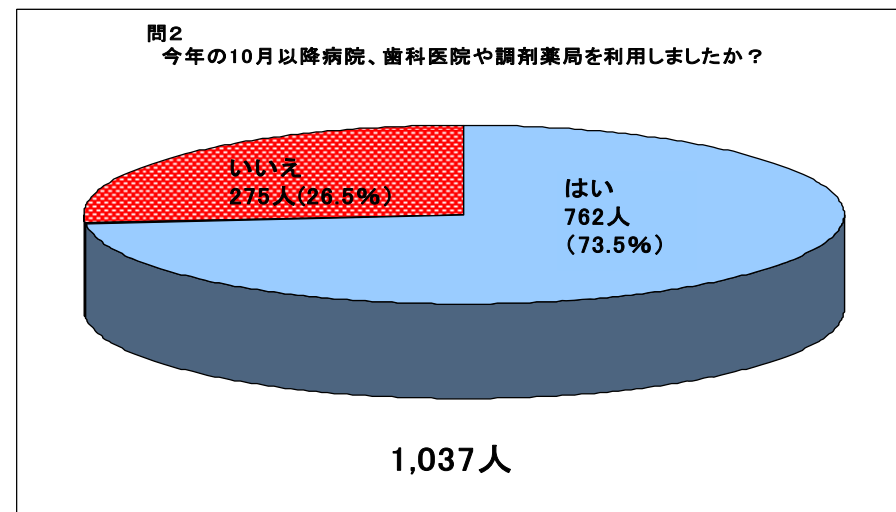
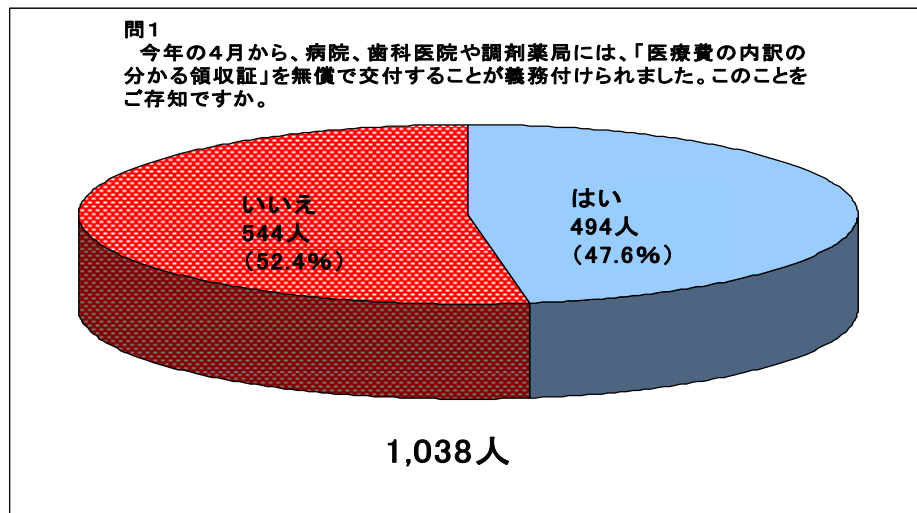
また、掲示上の留意事項によると、入院期間が180日を超える入院について特別の料金を徴収しようとする場合において、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、社会保険事務局長にその都度報告するものとされています。

- ・ 今回調査した保険医療機関34機関のうち、入院期間が180日を超える入院について特別の料金を徴収することとしている保険医療機関は9機関でしたが、このうち3機関では、社会保険事務局長に対し報告した金額とは異なる金額を掲示していました。また、そのうち2機関は、報告後に金額を変更していましたが、変更の報告を行わず、変更後の金額を掲示していました。

例えば、ある病院（左の写真例）では、入院期間が180日を超える入院について、平成15年4月以降、一般からは970円/日、老人からは950円/日を徴収する旨を広島社会保険事務局長に報告していましたが、平成16年4月1日以降、一般から1,460円/日、老人から1,430円/日徴収することに変更し、社会保険事務局長に対する変更報告を行わず、変更後の金額を掲示していました。

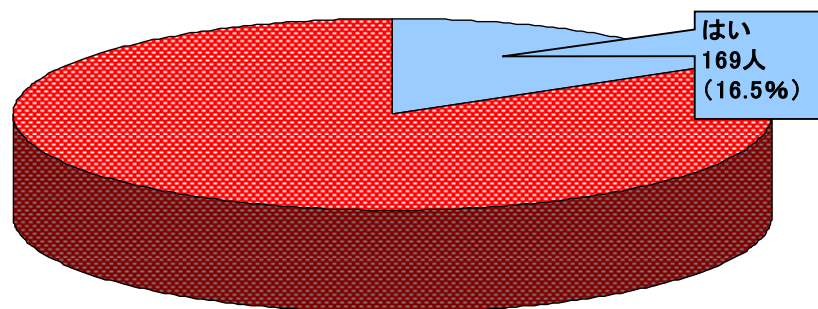
なお、入院期間が180日を超える入院に係る料金の額については、「社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、入院料の基本点数の100分の15に相当する点数をもとに計算される額を標準とする」こととされていますが、当該3機関が徴収することとしている現行の料金の額を調査したところ、上記の標準に照らし不適正なものは認められませんでした。

第4 一般住民の方からの聞き取り調査結果



問5

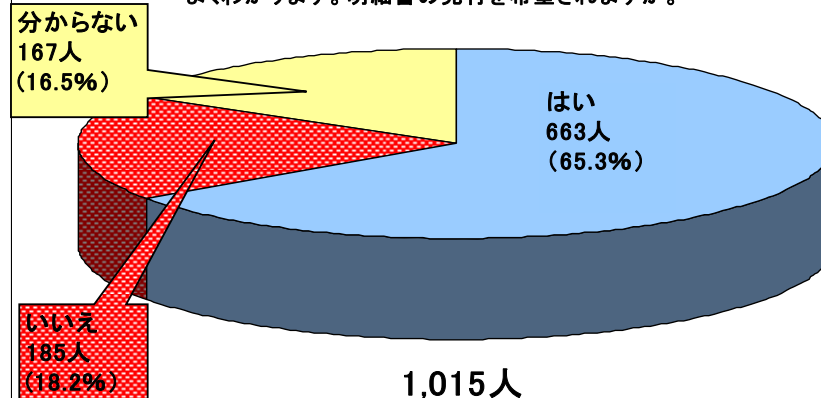
領収証よりさらに詳しい医療費の明細が知りたい場合、患者さんが希望すれば医療費の明細書を実費(無料~2千程度)で病院が発行することになっています。このことをご存知ですか。



1,025人

問6

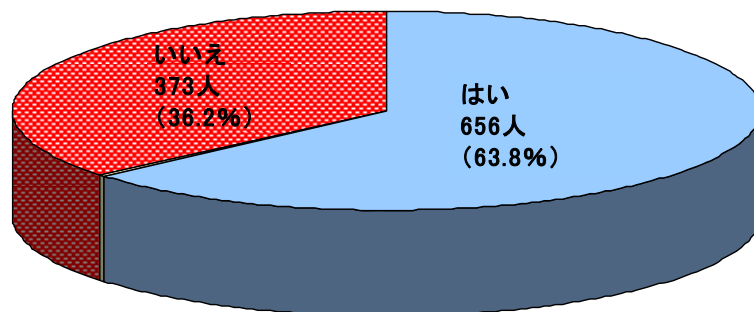
明細書を発行してもらうことで、自分の受けた医療の内容がよくわかります。明細書の発行を希望されますか。



1,015人

問7

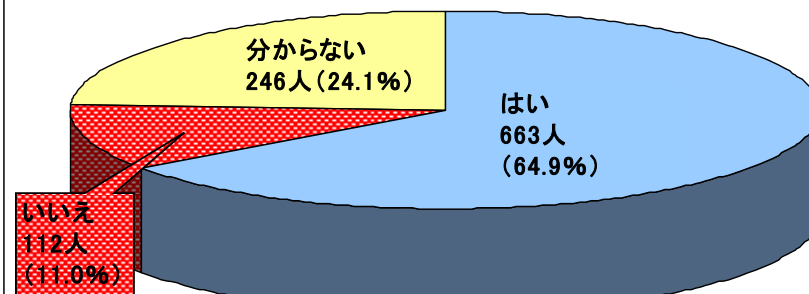
同じ効能の薬でも比較的価格の高い先発医薬品と安価な後発医薬品(ジェネリック医薬品)があることをご存知ですか。



1,029人

問8

同じ効能なら後発医薬品(ジェネリック医薬品)を使用したいと思われませんか。



1,021人