

自由診療となる訪日外国人患者に係る診療価格に関する研究

研究代表者 田倉 智之 日本大学医学部医療管理学分野 主任教授

研究要旨

政府は、令和5年に閣議決定された新たな「観光立国推進基本計画」において、観光の質的向上を象徴する、「持続可能な観光」、「消費額拡大」、「地方誘客促進」の3つを柱として、戦略的に取り組むことを掲げている。本研究は、社会医療法人等における訪日外国人患者受入に係る業務負担等を明らかにするための基礎資料の整備を目的とした。

本研究は、「理論・手法、先行研究のサーベイ」を踏まえ、「訪日外国人の診療価格算定手法の研究」と「医療経営支援のマニュアルの整備」の3つの課題から構成された。具体的には、各医療機関に負担をかけずに代表的かつ悉皆的に診療価格設定を実現する手法の研究開発を行った。文献サーベイは、医療分野における価格設定等の算定手法や算定結果に関わる先行研究を整理した。検索方法は、調査対象期間を過去10年間とし、対象のデータベースを医中誌とPubMed等とした。検索基準は、原著を主体として総説も範囲とした。訪日外国人の診療コストのマクロ的な算定手法は、最初に「日本人の診療コスト」を算出し、その結果に外国人係数を適用し「外国人の診療コスト」を算定する方式とした。具体的には、医師を基軸に医療従事者の人件費を算出し、その結果と医療施設の「経費科目構成の割合」を応用して、各経費科目の費用および全体の総費用を推定する手順とするモデルを構築した。

医療機関の価格設定アプローチに関わる動向調査を行ったところ、医療価格の議論は伝統的に医療費原価が基盤であることが明らかとなった。その大きな理由として、医療経営の観点からは収支管理と資源管理が最重要であることが挙げられた。一方で、診療価格は、「原価」のみでは決まらないことも示唆された。医療サービス価格は、費用だけでなく、需要・供給、市場構造、各種規制、第三者支払の影響を考慮するのが望まれた。マクロアプローチによる価格算定の結果、訪日外国人の診療価格は、日本人の数倍(循環器の例:外来は約1.7倍:2.3万円、入院は約3.4倍:189.8万円)にすることが、医療経営リスクの軽減等の観点から、概ね妥当であると示唆された(数値はモンテカルロ法による確率感度分析の前)。この算定結果は、病院経営の汎用的なベンチマークとして医療管理者が参考にすることで、各種の検討に資するすることも期待される。

本研究は、社会医療法人等における訪日外国人患者受入に係る業務負担等を明らかにしつつ、付帯的に、社会医療法人等における自由診療に係る診療価格制限を緩和する必要性等も示すことが出来た。本研究で得られた成果は、我が国の医療システムの持続的な発展に寄与すると推察される。

分担研究者:

中島 範宏 (福島県立医科大学 准教授)
太田 圭洋 (名古屋記念財団 理事長)
蓋 若琰 (長崎大学 教授)

A. 研究目的

政府では、令和5年に閣議決定された新たな「観光立国推進基本計画」において、観光の質的向上を象徴する、「持続可能な観光」、「消費額拡大」、「地方誘客促進」の3つを柱として、戦略的に取り組むこ

とを掲げている。

2024年の訪日外国人は約3678万人(出入国在留管理庁)と、前年比で約1095万人増え、過去最多を記録した。これに伴い、訪日外国人の受診者数も増加の一途を辿っており、地域医療の中核を担う社会医療法人等でも、日本人に比べて一般的に診療に要する費用が多い訪日外国人の診療需要が高まっている。

一方、社会医療法人等は、税制優遇措置を受けることから公的な運営が求められており、自費患者に対し、保険診療と同一の基準で計算し請求することが認定・承認の要件となっている。そのため、社会医療法人等においては、訪日外国人の診療増加に伴い、経営上の経済負担が増加しており、安定経営に対する懸念が高まっている。

社会医療法人等を中心に、医療制度における法人格の位置づけや外国人診療の診療実態を考慮しつつ、訪日外国人に対する適正な価格設定、請求方法、経営管理、人材育成等の手法検討や環境整備が望まれる。一方で、医療機関における外国人患者の受入れに関しては、日本人の診療とは異なり、言語・文化の違いによる追加的な負担があり、また、自由診療であることから、診療価格設定については、医療機関の体制整備の状況や社会医療法人を始めとする病院開設法人の種類により、様々な状況がある。そのため、適正な価格設定、請求方法、経営管理等に関わる研究は十分でない。

例えば、訪日外国人の診療価格の算定手法として、個別医療機関における医療資源消費の測定を基盤とする医療費原価のアプローチが挙げられるが、算定理論が複雑で各施設の算定負担が高く、高度なノウハウも不可欠で施設運営上の制約等もあることから医療管理者が汎用的に利用することは困難である。

また、これまで、社会医療法人等が訪日外国人患者を受け入れる場合の業務負担等については、十分な検証や研究が行われていない。

以上を踏まえ、本研究においては、社会医療法人等における訪日外国人患者受入れに係る業務負担等を明らかにし、社会医療法人等における自由診療に係る診療価格制限を緩和する必要性を示すデータの収集や資料作成を行い、各医療機関に負担をかけずに代表的かつ悉皆的に診療価格設定を実現

する手法の研究開発、及びそれとの相乗効果を念頭におきつつ、病院管理者が自立して訪日外国人に対する適正な価格設定、請求方法、経営管理、人材育成等を展開できるマニュアル等の整備を行う。

B. 研究方法

本研究は、研究目的にそって「理論・手法、先行研究のサーベイ」を踏まえ、「訪日外国人の診療価格算定手法の研究」と「医療経営支援のマニュアルの整備」の3つの課題から構成する。

(1) 理論・手法、先行研究のサーベイ

本課題では、訪日外国人等の医療インバウンドにおける価格設定や請求方式に関わる理論・手法の探索として、先行研究等のサーベイを実施する。本サーベイの主な対象は、本研究の目的に関わる次の項目とする。

まずは、価格設定／請求方式等の在り方や理論・手法について、ミクロ経済学等の分野を中心に教科書等の整理を行う。一般に、医療の価格設定の考え方については、大きく「市場ベース」「投入ベース」に分けて議論する場合がある。「市場ベース」の評価は、実際に形成された報酬額を需給関係が反映された市場価格とみなして、これを報酬額決定の根拠とする。「投入ベース」の評価は、サービスの供給に伴う有形・無形の「消費資源」の大きさをベースに報酬額を決定する。通常、医療制度が成熟した国々では、この観点から公的医療市場等の価格形成がなされていると推察される。

続いて、上記の結果を踏まえつつ、医療分野における価格設定等の算定手法や算定結果に関わる先行研究を整理する。検索方法は、調査対象期間を過去10年間とし、対象のデータベースを医中誌とPubMed等とする。検索基準については、原著を主体として総説も範囲とする。調査対象の地域は、日本のみならず他先進諸国も対象とするが、整理にあたっては各地域の文化・制度、および国民性・経済力等の社会経済的な要因に配慮することにする。調査結果から最終的に取りまとめるサンプルは、概ね10編を目標とする。

なお、海外における外国人への支払い制度のサーベイも1か国程度を実施する。

(2) 訪日外国人の価格算定手法の研究

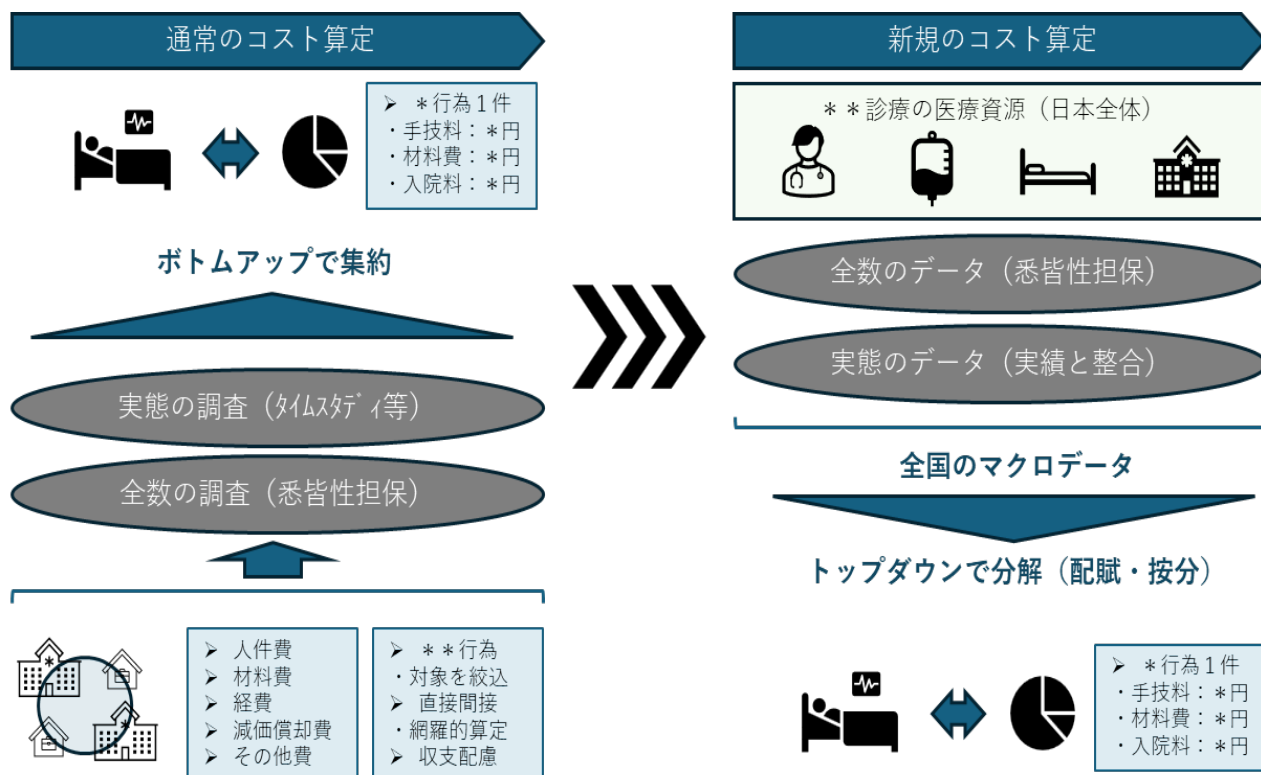
本課題では、社会医療法人を中心とした本邦の地域医療の中核医療機関における訪日外国人の価格算定手法に関わる理論・手法の研究開発を行う。訪日外国人の診療価格の算定手法として、医療資源消費の測定を基軸とする医療費原価のアプローチ（ミクロ的な算定）が挙げられるが、前述のような制約が散見する。

そこで、本研究では、日本全体の医療資源消費（マクロ的成本）から、1件の外国人診療の費用を算定するアプローチを検討する。すなわち、本邦の全体の医療資源を外国人診療1件あたりの資源消費（費用単価）に分解（配賦・按分）する方式とする（図1）。このアプローチは、従来のボトムアップ方式のデータ集約による算定が困難な場合における次策に位置づけられる。

具体的には、1) 日本全体の外国人関連のマクロ的指標を整理する、2) マクロ的成本は統計資料データから算定する、3) マクロ的成本から原価計算方式（モデル計算）で1件の外国人費用を推計する、4) 結果の不確実性は、シミュレーション（モンテカルロ法、確率感度分析）で対応する、という方針とする（図2）。なお本研究における主な制約としては、対応するデータの精度や条件などが挙げられる。

以上より、本研究で研究開発を試行する新たなアプローチ（マクロ的な算定）は、従来の日本全体の代表的かつ網羅的なデータの整備・構築が難しく、病院経営に重要なベンチマークとして医療管理者が汎用的に利用することも困難であるという課題に対して、一定の解決策となることが期待される。

図1. コストのマクロ的な算定手法の検討概念



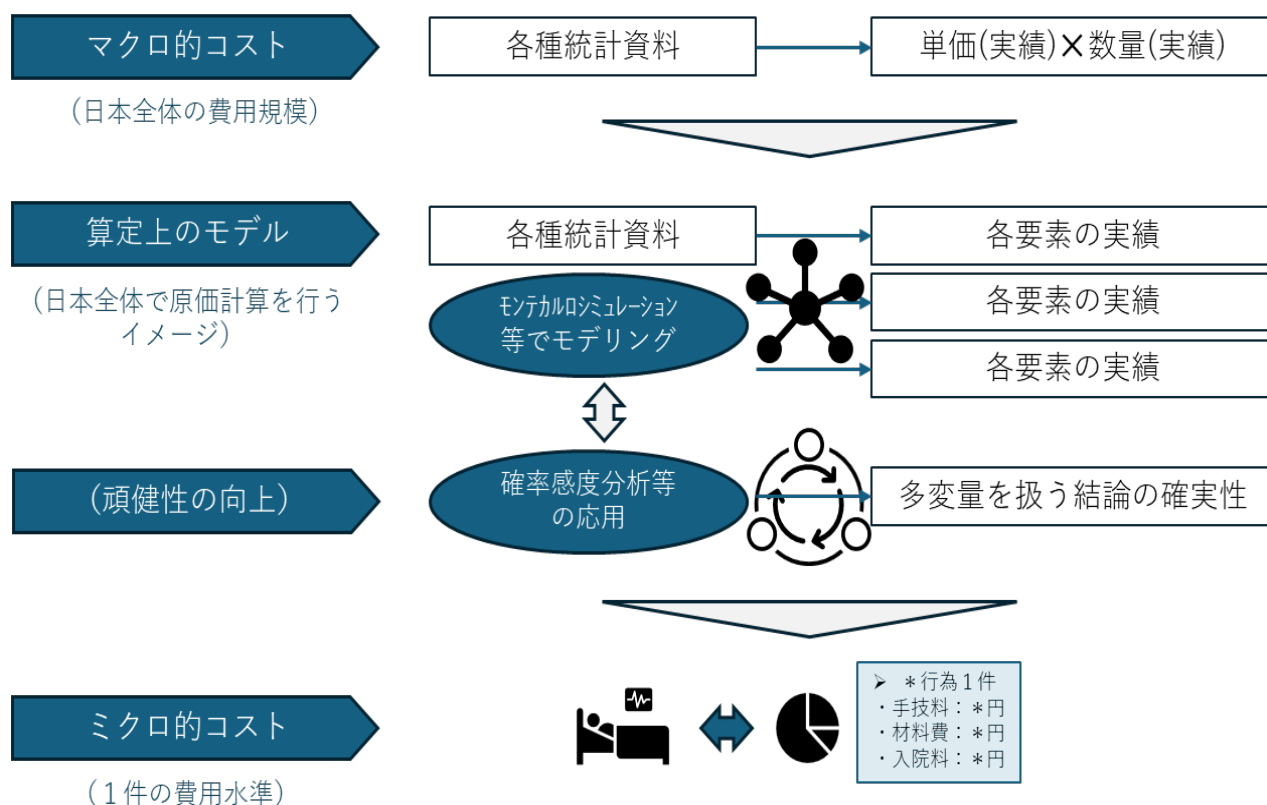
(3) 医療経営支援のマニュアルの整備

本課題では、令和元年の「訪日外国人に対する適切な診療価格に関する研究(厚生労働科学特別研究事業)」の報告におけるマニュアルを参照しつつ、(1)(2)項の研究成果をも念頭に、訪日外国人診療を取り巻く時流の変遷(医療技術、市場や制度等)に配慮した外国人診療の診療価格設定等のマニュアルを整備する。

想定する訪日外国人の診療価格算定マニュアルは、先行研究を踏襲し、大きく3つのパートから構成する。「共通パート」は、本マニュアルの背景と目的、診療価格の基本的な考え方、および自由診療価格の概念から構成される。「医科病院(入院・外来)パート」は、医療費原価計算の概要と進め方、医療費原価計算に必要な情報収集から構成する。「医科・歯科診療所パート」についても同様に、医療費原価計算の概要と進め方、医療費原価計算に必要な情報収集から構成する。

なお、検討するマニュアルは、マクロ的な算定結果から個別医療機関の特性に配慮した診療価格等の議論につながるよう、ミクロ的な算定結果も有効活用する形態で変換ロジック(将来の係数表等の礎になる)の概念も必要に応じて検討する。また、自院におけるミクロ的な算定アプローチの結果のチェック(検証)も行えるような配慮も試行する。また、医療機関の種別、読み手の職種別に各項目を読んだ上で、外国人患者数や診療特性、運営方式等の要件から自施設の症例のみで適切な価格設定が難しい場合には、他施設の事例を参考に価格設定を行うための支援にもなるよう、配慮もする。

図2. 算定手法の基本設定(算定フロー)



C. 研究結果

(1) 理論・手法、先行研究のサーベイ

本研究においては、医療機関の価格設定アプローチに関わる動向調査を主体に、その議論に影響(背景因子にもなる)を及ぼす公的医療保険制度における価格設定・支払方式についても整理を試行した[1～14]。また、それらを踏まえて、自由診療における医療機関の価格設定アプローチの考察を行った。

医療機関の価格設定アプローチに関わる動向調査の結果、国内外で、医療価格の議論は伝統的に医療費原価が基盤であることが明らかとなった。その大きな理由として、医療経営の観点からは収支管理と資源管理が最重要であることが挙げられた。一方で、診療価格は、「原価」のみで決定しない場合も示唆された。医療サービス価格は、費用だけでなく、需要・供給、市場構造、各種規制、第三者支払の影響を受けることが明らかになった。以上から、原価計算は必要条件だが十分条件ではなく、診療サービスの価格設定は、内部・外部環境に配慮しつつ、支払制度・予算制約・品質指標と一体で設計されるのが理想であると整理された(図3)。つまり、自由診療分野では、公的保険のような全国一律価格でないため、医療機関が個別裁量に価格を設定するものの、完全な自由市場ではなく、各国特有の医療広告規制、説明義務、医療安全、消費者保護、各種倫理面の制約を受けると理解された。なお、TDABC(Time-Driven Activity-Based Costing)は近年最も注目される原価手法であり、Value-Based Healthcare 等の概念との統合が国際潮流として挙げられた。

ちなみに、自由診療分野における価格設定においては、特に次の4点が重要になると考えられる。

- ① 価格の根拠：原価、専門性、リスク、設備、医師経験、期待成果を明確化する
- ② 患者へ説明：総額、追加費用、再診料、薬剤費、キャンセル料を事前提示する
- ③ 価格差別化：提供する標準プラン、高付加価値プラン、包括プラン等を分ける
- ④ 倫理・信頼：過度な成果保証、誇大広告、不要施術誘導を避ける（不確実性を含有する医療のため、診療ガイドラインや医療倫理に準拠する方針を堅持）

図3. 医療機関の価格設定アプローチの概念

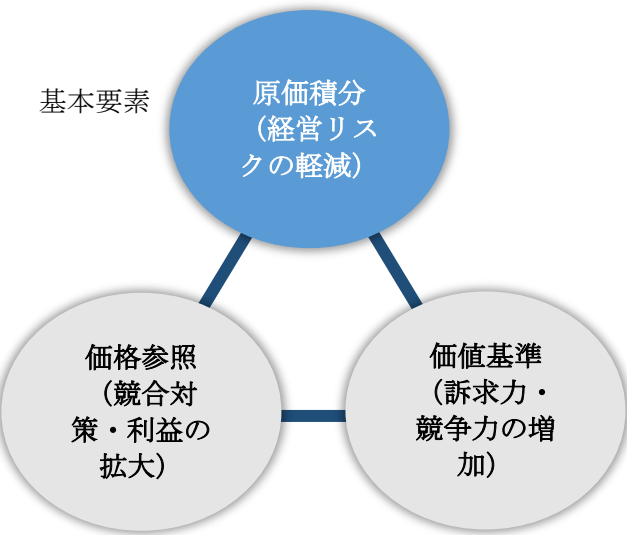


表1. 医療機関の価格設定アプローチの動向

区分	アプローチ	コンセプト	主な特性	主な適用領域	主な運用国
価格設定要素	原価加算価格	原価＋利益率	最低採算価格の把握に必要	自由診療の全般	多国
	競合参照価格	競争施設価格参照	自由診療市場では一般的	美容医療・歯科等	米国等
	価値基準価格	患者価値反映	審美関連・QOL医療で重要	美容医療、先進医療等	欧米
価格提示方式	パッケージ価格	施術一括価格	患者（支払者）の理解向上に有効	不妊治療、美容医療等	米国
	メニュー価格	行為別価格	比較的容易だが価格競争化の傾向	自由診療の全般	多国
	成果連動型	成果保証・再施術保証	倫理・情報非対称性に注意が必要	美容医療（再生医療含）	多国
	（サブスクリプション型）	月額・年額制	予防・オンライン診療で拡大傾向	Concierge care (medicine)	米国

(2) 訪日外国人の価格算定手法の研究

訪日外国人の診療コストのマクロ的な算定手法の背景と概念は、図2のとおりとした。本算定の基本構成は、我が国の「日本人の診療コスト」を算出し、その結果に外国人係数を適用し「外国人の診療コスト」を算定する方式とした。最初に医師を基軸に医療従事者の人件費を算出し、その結果と医療施設の「経費科目構成の割合」を応用して、各経費科目の費用および全体の総費用を推定する手順とするモデルを構築した。その訪日外国人の費用は、一般診察、検査・診断、薬物療法、療養、処置・手術、リハビリ、その他等の対象施設内で必要とされる医業を完結する範囲とした。なお、算定モデルのプロセス内では、施設特性別(病院、診療所等)や診療科別の特性に配慮した整理(データセット等)を行った。結果は訪日外国人の受療(罹患率)の高い疾病別(循環器[心血管、脳神経]、呼吸器、消化器、筋骨格[外傷])、かつ医科外来・医科入院別にそれぞれの全体平均として代表的な結果を示す方式とした。得られた結果は、一元感度分析を行った後に、モンテカルロ法に基づく確率感度分析も実施するモデル構成とした。

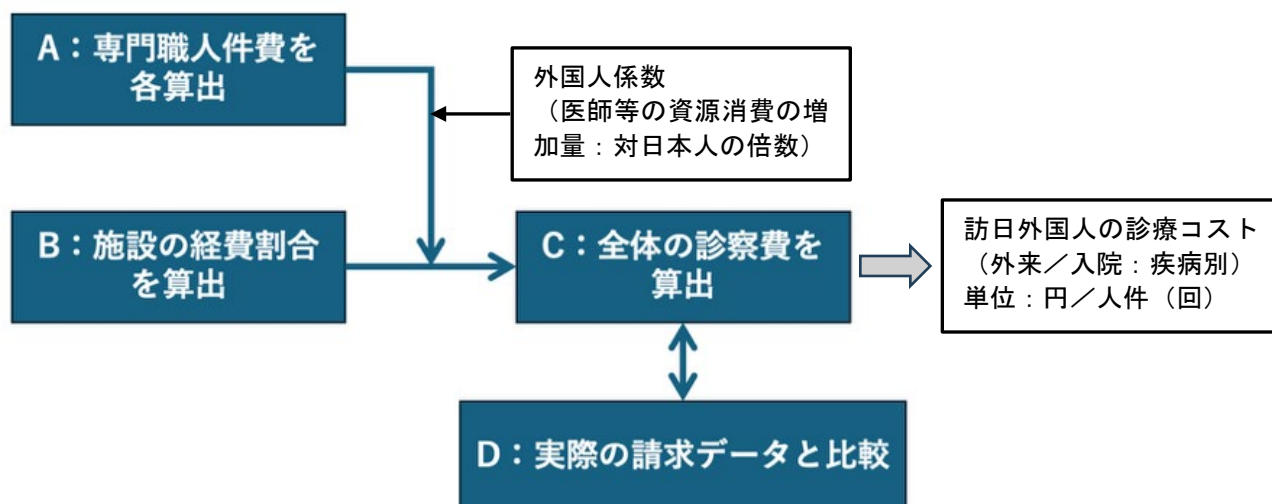
上記の概念に対して具体的には、図4に示すフレーム(フローチャート)で本分析は行う算定方式とした。最初に段階 A では、トップダウン方式(マクロの配賦・按分)で日本全体の医療者の人件費を推計した上で、医師・看護師・薬剤師などの専門職種別に人件費(診療一件あたり)をそれぞれ算出した(図5、図6)。次に段階 B では、段階 A で得られた人件費の結果を活用しつつ、施設の経営情報などから、その他の経費科目を算出した。次に段階 C では、段階 A と B の 2 つの算定結果を統合させ、モンテカルロ法を用いて、C で全体の診察費を推計(シミュレーション)した。最後に、段階 D において、C で得た推計値を実際の請求データと比較し、75%タイルに収まるかを確認(検証)した。この検証結果を踏まえて、段階 A から段階 C に至る算定プロセス上において、医療資源消費(特に変動費用として各経費科目への影響度が高い)の核となる医師の人件費(診療時間等)を中心に、外国人係数(対象集団の実測値等の報告を引用)を先行調査等のデータを引用して反映し、最終的に「外国人の診療コスト」を算定した。なお、その外国人の診療コストは、外国人診療に伴う追加費用

をフィードバックのうえ反映して推定した。また、その結果も、上記と同様な確率感度分析をモデリング(モンテカルロ法等)で実施し信頼性を担保した。

人件費の算出に用いるデータは、医師、その他医療職に関わる代表的な公知資料から抽出し、その従事者人数、人件費単価と従事時間の積分から各診療行為の人件費を算定した。各経費科目別の費用算定に応用する経費科目構成の割合は、医療機関経営に関わる代表的な公知資料から日本全体の代表的な情報を参照し、給与費、医薬品費、給食用材料費、診療材料費・医療消耗器具備品費、委託費、設備関係費、減価償却費、経費、その他の医業費用(それぞれの定義は出典資料に準じる)の区分で推計した。診療材料の実績や診療介入の件数は医科診療報酬請求データ(医療ビッグデータ)を応用した。マクロの配賦・按分においては、各診療科間に対応した診療実績(回数、件数、日数)を基準にした重みづけの係数を設定して補正も行った。特に、外来費用については初診・再診の要素、入院費用については手術時間の要素、等の医療資源消費に影響を及ぼす要素を考慮するメカニズムも検討した。

本算定は最終的に、訪日外国人の診療1件あたりの医療費原価(コスト)が推定される方式である。算定されたコストは、医科診療報酬請求データ(医療ビッグデータ)の平均値と比較して、その差が 25%タイルに収まる(病院経営指標の実態から診療報酬の水準は医療費原価と大きく異ならないという前提)かどうかの検証を行い、算定ロジックの適正度・信頼度を評価検証できるようにした。さらに、確率感度分析は、解析ソフト(例:TreeAge 等)を利用して、1 千回以上のシミュレーション検定を行う方式とした。なお、検証する変数は、影響度や不確実性を考慮して、医師等の人数、人件費の単価、診療所要の時間、外来／入院等の件数、経費科目構成の割合、診療材料費、等を対象とした。算定結果の一例として、循環器[心血管、脳神経]の領域における外来コストおよび入院コストの算定結果を表2に示した(数値はモンテカルロ法による確率感度分析の前段階データ)。事例の循環器領域は、訪日外国人のコストが日本人に対して、外来は約 1.7 倍(2.3 万円)、入院は約 3.4 倍(189.8 万円)となった。また参考までに、利用するデータソースやその概要の一覧についても添付した(表3)。

図4. 算定プロセスの基本フレーム



- ・段階 A: 専門職別人件費単価 (外来 1 件/入院 1 回)
- ・段階 B: 一般病院の費用構成比 (設置主体別→加重平均→正規化)
- ・段階 C: A と B を統合し、費目別単価と総コスト単価を算出
- ・段階 D: レセプト点数等に基づく独立系列で単価を算出し、C と比較

図5. 医師の人件費の算定のフロー(概念)

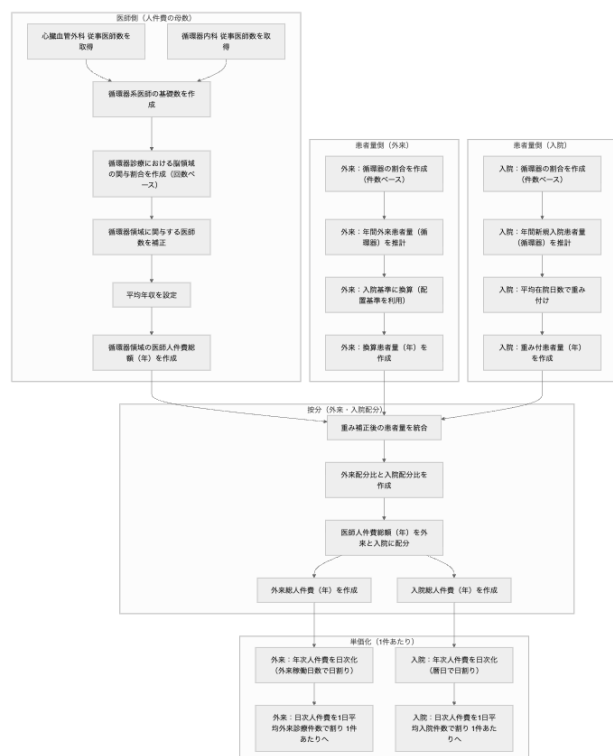


図6. 看護師の人件費の算定のフロー(概念)



表2. 循環器疾患領域の医療費原価の算定結果例

【対象:循環疾患】

区分	日本人のコスト	訪日外国人のコスト	倍数
外来診療 (円/件)	13,747	23,600	1.717
入院診療 (円/件)	548,385	1,898,198	3.461

表3. 参考:利用するデータソースやその概要の一覧 (例)

調査フローの主な変数		変数の説明		変数の単位		出典/データソース	
番号							
1	心臓血管外科従事医師	人				令和6年版 医師・歯科医師・薬剤師統計 (医師) における医療施設従事医師の主たる診療科別集計。	
2	循環器内科従事医師	人				令和6年版 医師・歯科医師・薬剤師統計 (医師) における医療施設従事医師の主たる診療科別集計。	
3	循環器疾患(心臓系)従業医師数	人				心臓血管外科従業医師+循環器内科従事医師	
4	医師1人平均給料年(度)額	円/年				医療経済実態調査 第25回 page314	
5	循環器担当医師の総人件費	円/年				循環器疾患(心臓系)従業医師数*医師1人平均給料年(度)額	
6	全体入院患者延数	人/年				令和6年 病院報告 全国編 第1表 総括表 入院患者延数 (新入院患者年間数)	
7	全体外来患者延数	人/年				令和6年 病院報告 全国編 第1表 総括表 外来患者延数 (新入院患者年間数)	
8	脳関連の外来一般医療診療費戻日数	日/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第15表-1	
9	脳関連の外来後期医療診療費戻日数	日/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第15表-2	
10	循環器疾患全体の外来一般医療診療費戻日数 (脳関連も含む)	日/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第15表-1	
11	循環器疾患全体の外来後期医療診療費戻日数 (脳関連も含む)	日/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第15表-2	
12	脳関連の入院一般医療診療費戻日数	日/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第14表-1	
13	脳関連の入院後期医療診療費戻日数	日/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第14表-2	
14	循環器疾患全体の入院一般医療診療費戻日数 (脳関連も含む)	日/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第14表-1	
15	循環器疾患全体の入院後期医療診療費戻日数 (脳関連も含む)	日/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第14表-2	
16	循環器疾患全体の外来一般医療診療費戻日数	日/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第15表-1	
17	循環器疾患全体の外来後期医療診療費戻日数	日/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第15表-2	
18	循環器疾患全体の入院一般医療診療費戻日数	日/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第14表-1	
19	循環器疾患全体の入院後期医療診療費戻日数	日/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第14表-2	
20	循環器だけの外来一般医療診療費戻日数	回/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第15表-1	
21	循環器だけの入院一般医療診療費戻日数	回/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第15表-2	
22	循環器だけの入院一般医療診療費戻日数	回/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第14表-1	
23	循環器だけの入院後期医療診療費戻日数	回/月				令和6(2024)年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分 診療行為の状況 医科診療 第14表-2	
24	循環器疾患全体の外来診療費戻日数 (脳関連も含む)	日/月				循環器疾患全体の外来一般医療実施件数 (脳関連も含む) +循環器疾患全体の外来後期医療実施件数 (脳関連も含む)	
25	循環器疾患全体の入院診療費戻日数 (脳関連も含む)	日/月				循環器疾患全体の入院一般医療実施件数 (脳関連も含む) +循環器疾患全体の入院後期医療実施件数 (脳関連も含む)	
26	脳関連の外来総診療費戻日数	日/月				脳関連の外来一般医療実施件数+脳関連の外来後期医療実施件数	
27	脳関連の入院総診療費戻日数	日/月				脳関連の入院一般医療実施件数+脳関連の入院後期医療実施件数	
28	循環器疾患だけの外来診療費戻日数	日/月				循環器疾患全体の外来診療費戻日数 (脳関連も含む) - 脳関連の外来総診療費戻日数	
29	循環器疾患だけの入院診療費戻日数	日/月				循環器疾患全体の入院診療費戻日数 (脳関連も含む) - 脳関連の入院総診療費戻日数	
30	循環器疾患全体の外来医療診療費戻日数	日/月				総数の外来一般医療診療費戻日数+総数の外来後期医療診療費戻日数	
31	循環器疾患全体の入院医療診療費戻日数	日/月				総数の入院一般医療診療費戻日数+総数の入院後期医療診療費戻日数	
32	循環器だけの外来医療診療費戻日数	回/月				総数の外来一般医療診療費戻日数+総数の外来後期医療診療費戻日数	
33	循環器だけの入院医療診療費戻日数	回/月				総数の入院一般医療診療費戻日数+総数の入院後期医療診療費戻日数	
34	循環器外来患者延数	人/年				全体外来患者延数*循環器疾患全体の外来診療費戻日数 (脳関連も含む) /総数の外来医療診療費戻日数	
35	循環器入院患者延数	人/年				全体入院患者延数/総数の入院医療診療費戻日数*循環器疾患全体の入院診療費戻日数 (脳関連も含む)	
36	外来医師の配置基準	医師/外来患者				医療法に基づく人員配置標準について	
37	入院医師の配置基準	医師/入院患者				医療法に基づく人員配置標準について	
38	入院/外来医師比率	医師一人から見た時の患者の受け入れ能力				入院医師の配置基準/外来医師の配置基準	
39	外来一日の回数	回/日				循環器の外来医療診療回数/循環器の外来医療診療日数	
40	入院一日の回数	回/日				循環器の入院医療診療回数/循環器の外来医療診療日数	
41	入院/外来患者一日回数比率	人				入院一人の回数/外来一人の回数	
42	年間の循環器外来患者数を入院患者の重みへ換算	人				循環器外来患者延数/外来:入院医師比率	
43	循環器入院患者延数	人				循環器入院患者延数*1	
44	重み付後入院/外来	円/年				年間の循環器外来患者数を入院患者の重みへ換算/循環器疾患の手術時間による重み付	
45	循環器全体の入院総人件費	円/年				循環器担当医師の総人件費/(1+重み付後入院/外来)*重み付後入院/外来	
46	循環器全体の外来総人件費	円/年				循環器担当医師の総人件費/(1+重み付後入院/外来)	
47	循環器全体の入院医師数	人				循環器疾患(心臓系)従業医師数/(1+重み付後入院/外来)*重み付後入院/外来	
48	循環器全体の外来医師数	人				循環器疾患(心臓系)従業医師数/(1+重み付後入院/外来)	

(3) 医療経営支援のマニュアルの整備

本研究については、前述のとおり、令和元年の「訪日外国人に対する適切な診療価格に関する研究(厚生労働科学特別研究事業)」の報告におけるマニュアルを参照しつつ、(1)(2)項の研究成果をも念頭に、訪日外国人診療を取り巻く時流の変遷(医療技術、市場や制度等)に配慮した外国人診療の診療価格設定等のマニュアルを整備した。

基本的には、最近の関わる最新の状況にそって、内容をリバイスすると同時に、前述の(1)項の医療機関における価格設定方法の考え方を追加した。さらに、前掲の(2)項に関わるマクロアプローチによる原価計算方法の概説とともに、その過程で各医療機関の経営で参考になる部分(例:診療実績、重みづけ、稼働率系等)を抜粋し参考までに追加した。

図7. インバウンドによる医療システムへの貢献

- 医療インバウンドの適正な成長は、本邦の医療システムの持続的運営に貢献すると想像される

文化の違いによる追加的な負担があり、また、自由診療であることから、診療価格設定については、医療機関の体制整備の状況や社会医療法人を始めとする病院開設法人の種類により、様々な状況があると言われている。

本研究においても、その一端はマクロアプローチの算定プロセスにおいて、診療の多様性等も含めて認識が新たになった。そのため、適正な価格設定、請求方法、経営管理等に関わる研究は不可欠と推察される。特に、昨今の病院経営は厳しさを増しており、訪日外国人の診療受入において、経営リスクの軽減は最重要課題である。一方で、訪日外国人の医療インバウンドは、病院経営を取り巻く環境変遷に対して、経営強化の新たな機会とも考えられる。特に、診療需要の減少が予想される地域医療や研究機能の強化が望まれる高度医療では、取組次第では課題解決の選択肢ともなり得る(図7)。結果として、我が国の医療システムの持続的な発展につながることも期待される。

【主な期待値】

1. 診療需要減少を背景に国内医療資源の有効活用
⇒ 海外需要の取り込み
 2. 競争力のある診療領域を中心に利益水準の向上
⇒ 海外経済の呼び込み
 3. 特定症例を対象に医師等の育成・研修の機会確保
⇒ 教育機会の取り込み
 4. 医療イノベーションに資する症例確保や経験維持
⇒ 研究能力の向上や拡大の機会
- (予定手術: 癌・整形外科・(診断・健診)等 [メディカルツーリズム]、
緊急手術(他診療): 循環器・外傷・感染等 [訪日観光])



D. 考察

前掲のとおり、社会医療法人等を中心に、医療制度における法人格の位置づけや外国人診療の診療実態を考慮しつつ、訪日外国人に対する適正な価格設定、請求方法、経営管理、人材育成等の手法検討や環境整備が、昨今の医療インバウンドで望まれている。一方で、医療機関における外国人患者の受入れに関しては、日本人の診療とは異なり、言語・

E. 結論

本研究は、各医療機関に負担をかけずに代表的かつ悉皆的に診療価格設定を実現する手法の研究開発、及びそれとの相乗効果を念頭におきつつ、病院管理者が自立して訪日外国人に対する適正な価格設定、請求方法、経営管理、人材育成等を展開できるマニュアル等の整備を行った。その結果、訪日外国人の診療価格は、日本人の数倍(循環器の例:外

来は約 1.7 倍、入院は約 3.4 倍)にすることが、医療経営リスクの軽減等の観点から、概ね妥当であると示唆された。以上から本研究は、社会医療法人等における訪日外国人患者受入に係る業務負担等を明らかにしつつ、付带的に、社会医療法人等における自由診療に係る診療価格制限を緩和する必要性等も示すことが出来た。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許情報

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

1. Barber SL, Lorenzoni L, Ong P. *Price Setting and Price Regulation in Health Care: Lessons for Advancing Universal Health Coverage*. Paris: OECD Publishing; 2019. 対象制度：医療価格設定・公的保険. 対象国：OECD 諸国.
2. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *Int J Health Plann Manage*. 1995;10(1):23-45. 対象制度：医療提供者支払方式. 対象国：国際比較.

3. Keel G, Savage C, Rafiq M, Mazzocato P. Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature. *Health Policy*. 2017;121(7):755-763. 対象制度：TDABC・原価計算. 対象国：多国間比較.
4. Etges APB, Ruschel KB, Polanczyk CA, Urman RD. Advances in Value-Based Healthcare by the Application of Time-Driven Activity-Based Costing for Inpatient Management: A Systematic Review. *Value Health*. 2020;23(6):812-823. 対象制度：Value-Based Healthcare・TDABC. 対象国：欧米中心.
5. Niñerola A, Sánchez-Rebull MV, Hernández-Lara AB. Usefulness of Activity-Based Costing in the Healthcare Field: A Literature Review. *Health Care Manag Sci*. 2021;24(2):256-270. 対象制度：ABC 原価計算. 対象国：国際比較.
6. Hayashida K, Murakami G, Matsuda S, Fushimi K. History and profile of Diagnosis Procedure Combination (DPC): development of a real data collection system for acute inpatient care in Japan. *J Epidemiol*. 2021;31(1):1-11. 対象制度：DPC/PDPS. 対象国：日本.
7. Robyn PJ, Sauerborn R, Barnighausen T. Provider payment in community-based health insurance schemes in developing countries: a systematic review. *Health Policy Plan*. 2013;28(2):111-122. 対象制度：提供者支払方式. 対象国：低中所得国.
8. Sirur R, Miller R, Crawford MW. Pricing of hospital services: evidence from a thematic review. *Health Econ Policy Law*. 2024;19(2):157-176. 対象制度：病院サービス価格形成. 対象国：主に米国・高所得国.
9. Vogl M. Assessing DRG cost accounting with respect to resource allocation and tariff calculation: the case of Germany. *Health Econ Rev*. 2012;2(15). 対象制度：DRG 原価計算. 対象国：ドイツ.

10. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, editors. *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Maidenhead: Open University Press; 2011. 対象制度 : DRG 制度. 対象国 : 欧州.
European Observatory 資料
11. Frakt AB. How much do hospitals cost shift? A review of the evidence. *Milbank Q*. 2011;89(1):90-130. 対象制度 : 病院価格・費用転嫁. 対象国 : 米国.
12. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing; 2025. 対象制度 : 医療価格・支払制度. 対象国 : OECD 諸国.
13. Hamada H, Sekimoto M, Imanaka Y. Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan. *Health Policy*. 2012;107(2-3):194-201. 対象制度 : DPC/PDPS. 対象国 : 日本.
14. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Innovative Provider Payment Models for Promoting Value-Based Health Systems*. Paris: OECD Publishing; 2023. 対象制度 : Value-Based Payment・Blended Payment. 対象国 : OECD 諸国.
OECD 公式資料