

2023年度 医療経営セミナー
2023年11月12日（日）

2024年診療報酬改定からポスト2025へ どうする医療機関経営

有限責任監査法人トーマツ
古株 靖久

※ 本資料の意見に関する部分は講師の私見であり、講師の所属する法人の公式見解ではありません

本日の講師を務めさせていただきます、よろしくお願いいたします

自己紹介



古株 靖久 (こかぶ やすひさ)

生命科学修士、経営学修士
医療経営士2級、介護福祉経営士2級

総務省
地方公共団体の経営・財務マネジメント強化事業
アドバイザー (No. 127023)
病院事業・介護事業

■ 経歴

大学院にて生命科学研究科を修了後、製薬会社における約10年の勤務を経て現職に至る。
製薬会社では、抗がん剤領域のマーケティング部門及びメディカルアフェアーズ部門に所属。在職中に大学院にて経営学修士を修了。
2016年より、有限責任監査法人トーマツのヘルスケア領域コンサルティング部門において、病院や介護事業の経営コンサルタント業務に従事している。

■ 現職のプロジェクト実績

【病院】

- ・ 新公立病院改革プランの策定及び実行支援
- ・ 公立病院や公的病院における再編統合計画の策定支援

【介護】

- ・ 介護事業の経営分析及び戦略策定支援
- ・ 高齢者向け住宅サービスの業務改善及び戦略策定支援

【企業】

- ・ ヘルスケア領域における新規事業計画の策定支援
- ・ 健康経営度分析及び健康経営施策の立案支援

【厚生労働省】

- ・ 介護サービス情報公表制度の調査
- ・ 医療機能の分化・連携に向けた医療機関の具体的対応方針に対する調査支援

【セミナー講師】

病院・介護事業者の経営戦略・経営改善、診療報酬改定 等

< 有限責任監査法人トーマツ >

- ・ 2021年介護報酬改定から読み解く、未来介護の経営戦略

< 日本経営協会 >

- ・ 地域医療構想を踏まえた公立病院の経営分析と戦略策定
- ・ 基礎から学べる病院経営戦略の考え方

< 日本医療企画 >

- ・ “イチ”からわかる病院経営オンライン塾
- ・ “イチ”からわかる介護経営オンライン塾

本日は以下の3テーマについて、お話をさせていただきます

アジェンダとキーワード

①ポスト2025に向けた医療政策の動向

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿、かかりつけ医制度の方向性、地域医療連携推進法人制度の変更点、遠隔医療のトレンド

②2024年診療報酬改定の展望

2021年診療報酬改定の振り返り、2024年診療報酬改定に向けた中医協の議論、診療報酬改定のポイント、介護報酬改定のポイント

③事例から考察する、持続可能な地域医療提供体制

機能再編等で経営改善した事例紹介（公立病院と民間病院）、経営戦略と経営改善、経営戦略の策定プロセス、経営分析の手法

2024年診療報酬改定からポスト2025へ どうする医療機関経営

アジェンダとキーワード

① ポスト2025に向けた医療政策の動向

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿、かかりつけ医制度の方向性、地域医療連携推進法人制度の変更点、遠隔医療のトレンド

② 2024年診療報酬改定の展望

2021年診療報酬改定の振り返り、2024年診療報酬改定に向けた中医協の議論、診療報酬改定のポイント、介護報酬改定のポイント

③ 事例から考察する、持続可能な地域医療提供体制

機能再編等で経営改善した事例紹介（公立病院と民間病院）、経営戦略と経営改善、経営戦略の策定プロセス、経営分析の手法

2025年以降における地域医療構想について

- 地域医療構想については、これまでもPDCAサイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の2025年までの取組を着実に進めるために、PDCAも含め責務の明確化による取組の強化を図っていく。
- さらに、2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある。そのため、現在の取組を進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていく。

(検討のスケジュールのイメージ)

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
新しい地域医療構想の検討・取組		国における検討・制度的対応		都道府県における策定作業	新たな構想に基づく取組
現行の地域医療構想の取組	構想に基づく取組				

全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理(令和4年5月17日)

6. 医療・介護・福祉サービス

- 今後の更なる高齢化の進展とサービス提供人材の不足等を踏まえると、医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化の取組は必須である。まずは、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備などを、都道府県のガバナンス強化など関連する医療保険制度等の改革と併せて、これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべきである。

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画(2024年～)の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。

出所：厚生労働省ホームページ（第93回社会保障審議会医療部会：令和4年11月28日）

(別紙) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこからバックキャストする形で、改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある資源で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者・国民の目線で描いたもの。

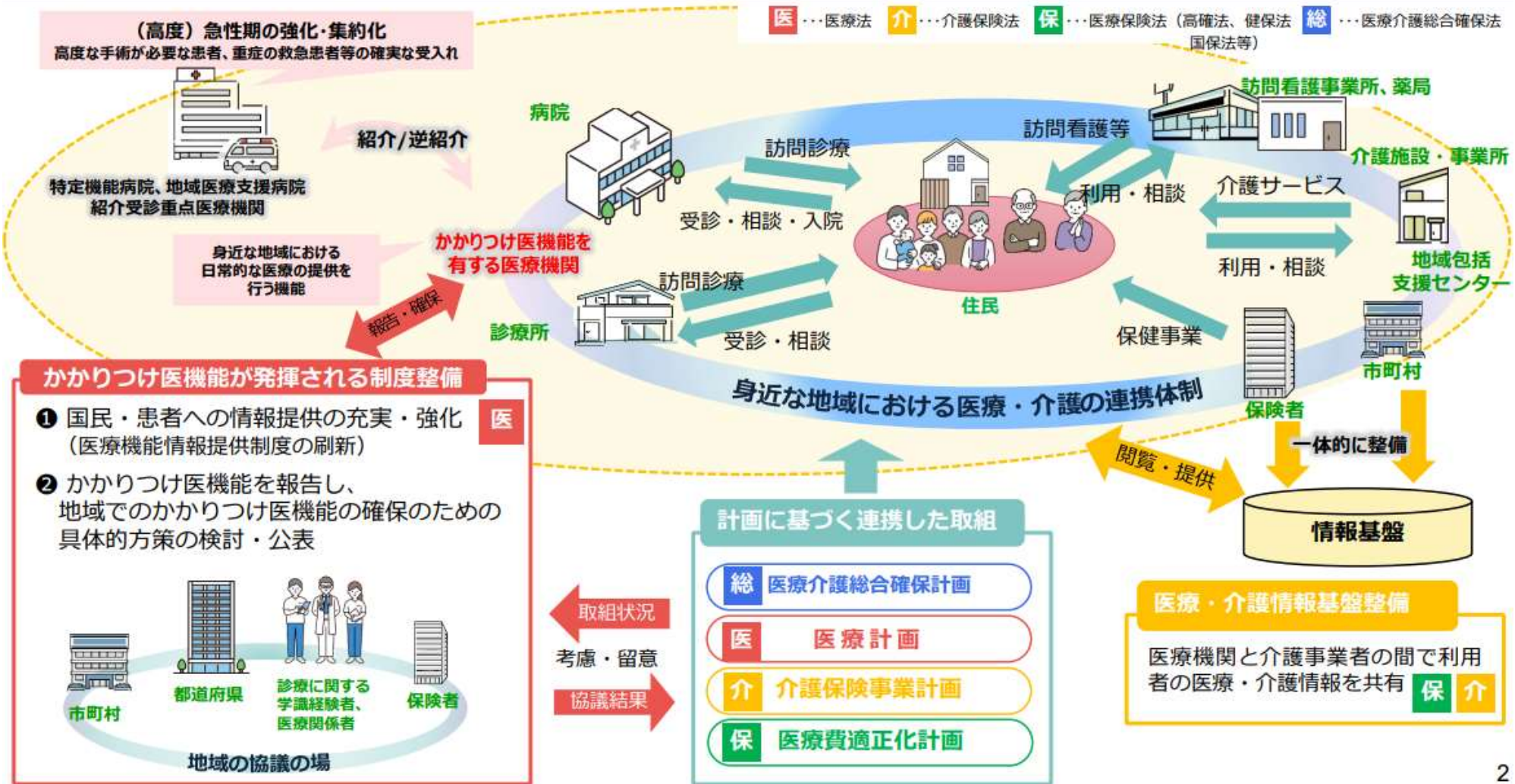
2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者・国民の目線から見て、安心感が確保されるものでなければならない。

- I 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- II 地域に健康・医療・介護等に関して気軽に相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
- III 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



出所：厚生労働省ホームページ（第19回医療介護総合確保促進会議：令和5年2月16日）

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

令和5年2月16日

資料4

第19回医療介護総合確保促進会議

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。

（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。

② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。

② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。

健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。

② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。

③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。

② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。

③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。

④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。

⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月末→令和8年12月末)等を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

1

出所：厚生労働省ホームページ（第19回医療介護総合確保促進会議：令和5年2月16日）

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

出所：厚生労働省ホームページ（第102回社会保障審議会医療部会：令和5年9月29日）

医療機能情報提供制度の刷新

➤ 国民・患者が、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能を十分に理解した上で**、自ら適切に医療機関を選択できるよう、「医療機能情報提供制度」(※)の充実・強化を図る。

(※) 医療機能情報提供制度は、国民・患者による医療機関の適切な選択を支援するため、医療機関に対し、医療機能に関する情報(診療科目、診療日、診療時間、対応可能な治療内容等)について都道府県知事への報告を義務づけ、それを都道府県知事が公表する制度。

【見直しのポイント】

① 医療機能情報提供制度について、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能の理解に基づく、国民・患者の医療機関の適切な選択に資する**という制度趣旨を明確化

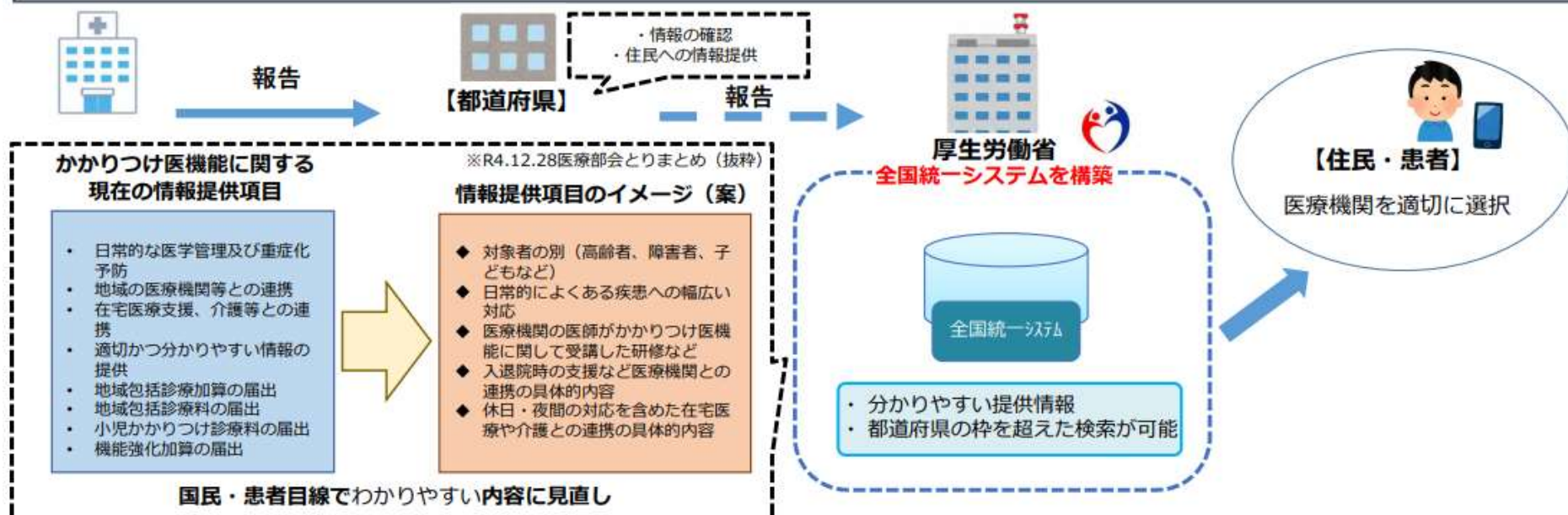
<かかりつけ医機能>

身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能を「かかりつけ医機能」と定義

② 全国の情報を一元化・標準化した**全国統一システムを構築**し、より検索性が高くわかりやすい情報を提供

③ 国民・患者へのわかりやすい情報提供ができるよう、**情報提供項目を見直す**(厚生労働省令)

(具体的な項目の内容については、今後、有識者等の参画を得て検討。)

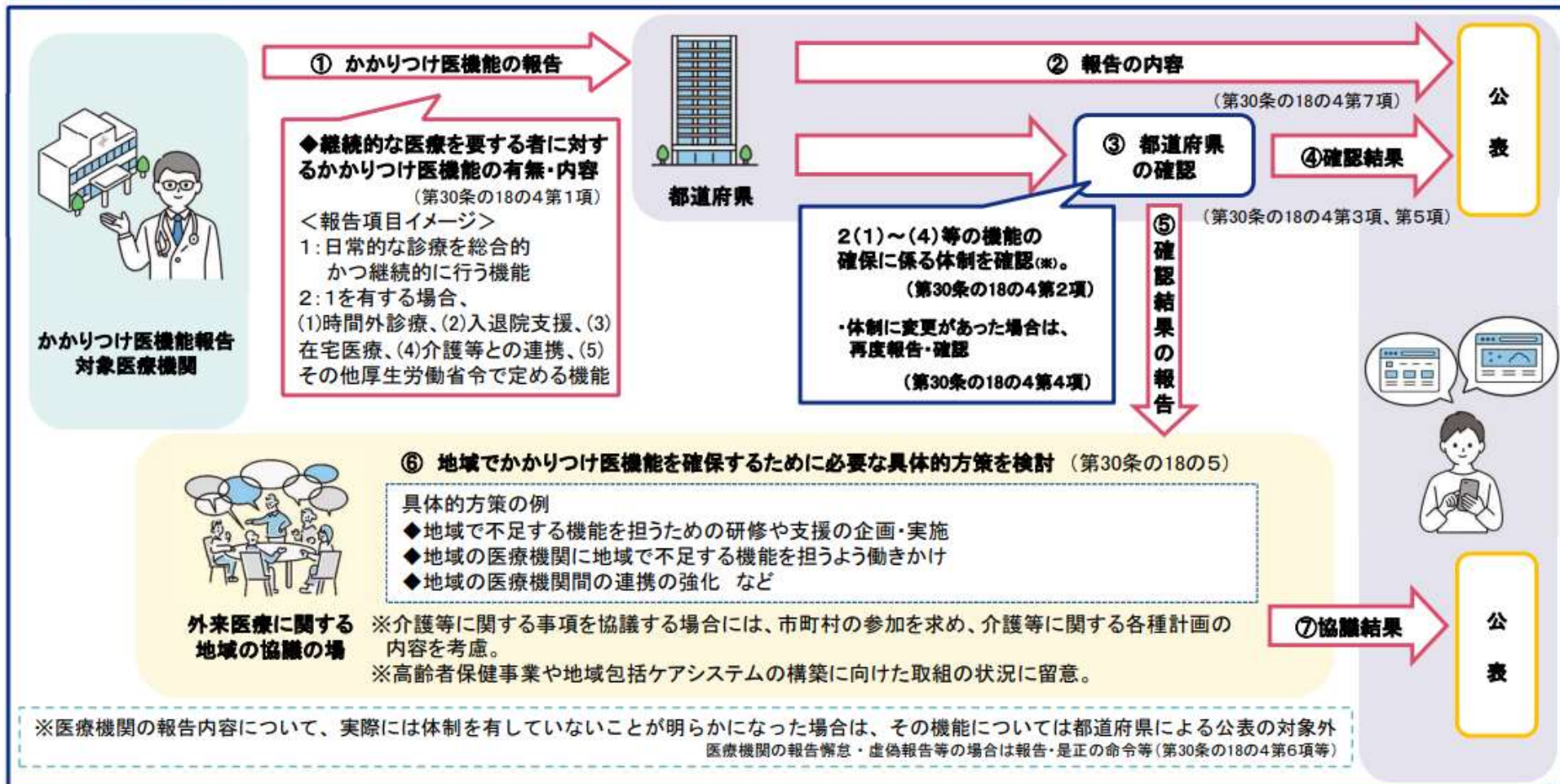


出所：厚生労働省ホームページ(第102回社会保障審議会医療部会：令和5年9月29日)

かかりつけ医機能報告の流れ

かかりつけ医機能報告概要

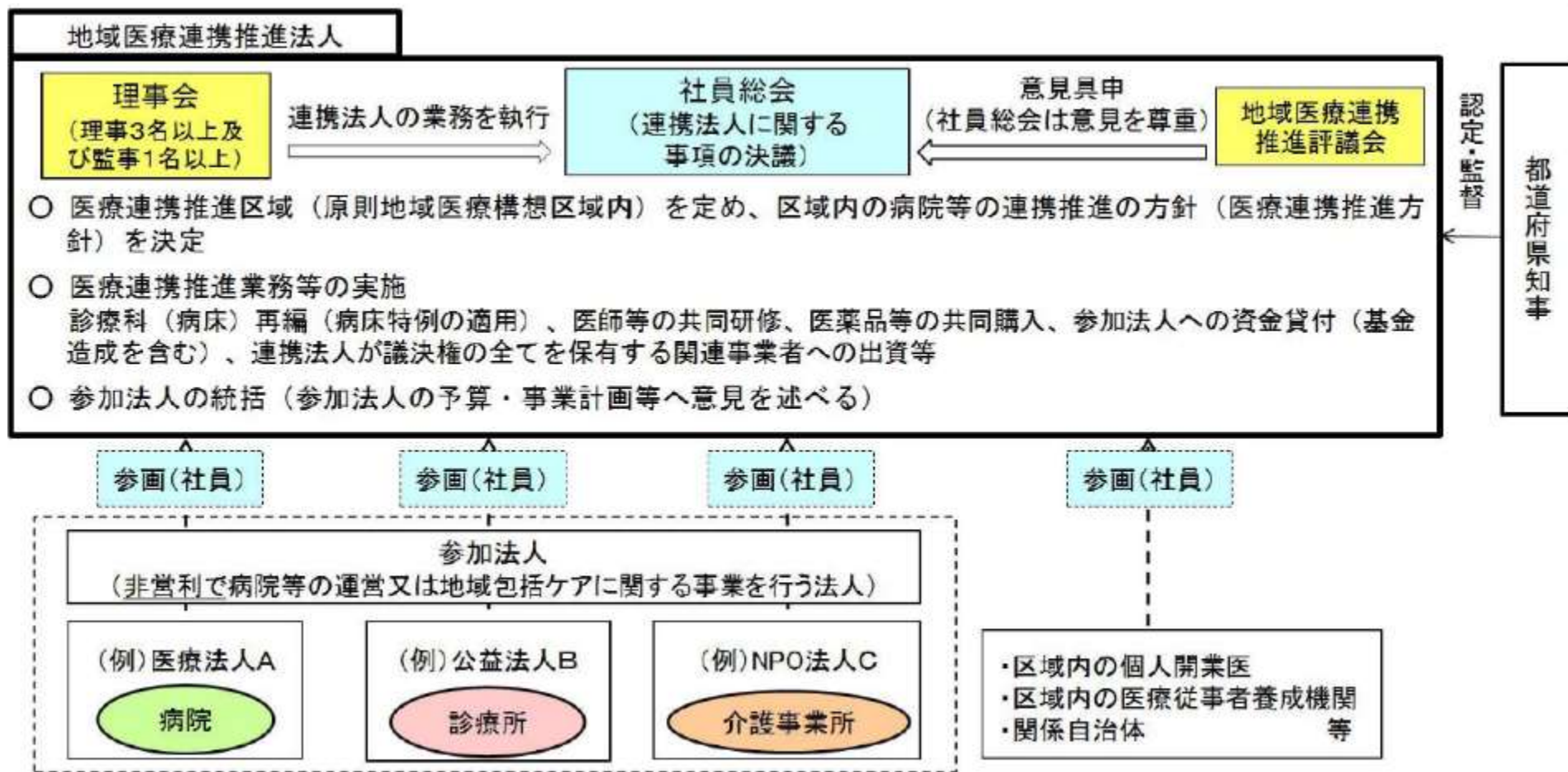
- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



出所：厚生労働省ホームページ（第102回社会保障審議会医療部会：令和5年9月29日）

地域医療連携推進法人制度の概要

2017年4月から地域医療連携推進法人制度が始まりました



出所：厚生労働省ホームページ（2017年1月16日「医療法の一部を改正する法律について（平成27年度改正）」

地域医療連携推進法人のメリット

制度上のメリットは病床融通と資金貸付しかありません

1. 法制度上のメリット

① 病床融通・・・病床過剰地域においても、地域医療構想のために必要な病床融通を、参加法人間で行うことを可能とする

【現行制度の取り扱い】

- 病床の地理的遍在を是正するため、都道府県は各医療圏の基準病床数を算出し、医療計画に規定
- 病床過剰地域では、病床再編に伴い、地域全体の病床数が増加しない場合にも、病床の融通を行うことは認められない

② 資金貸付・・・参加法人に対する資金貸付を可能とする

【現行制度の取り扱い】

- 医療法人は、医療法上、余剰配当金の配当が禁止されており、余剰金の貸付は、原則として認めない取り扱い

2. 法人運営のメリット（医療連携推進業務の一例）

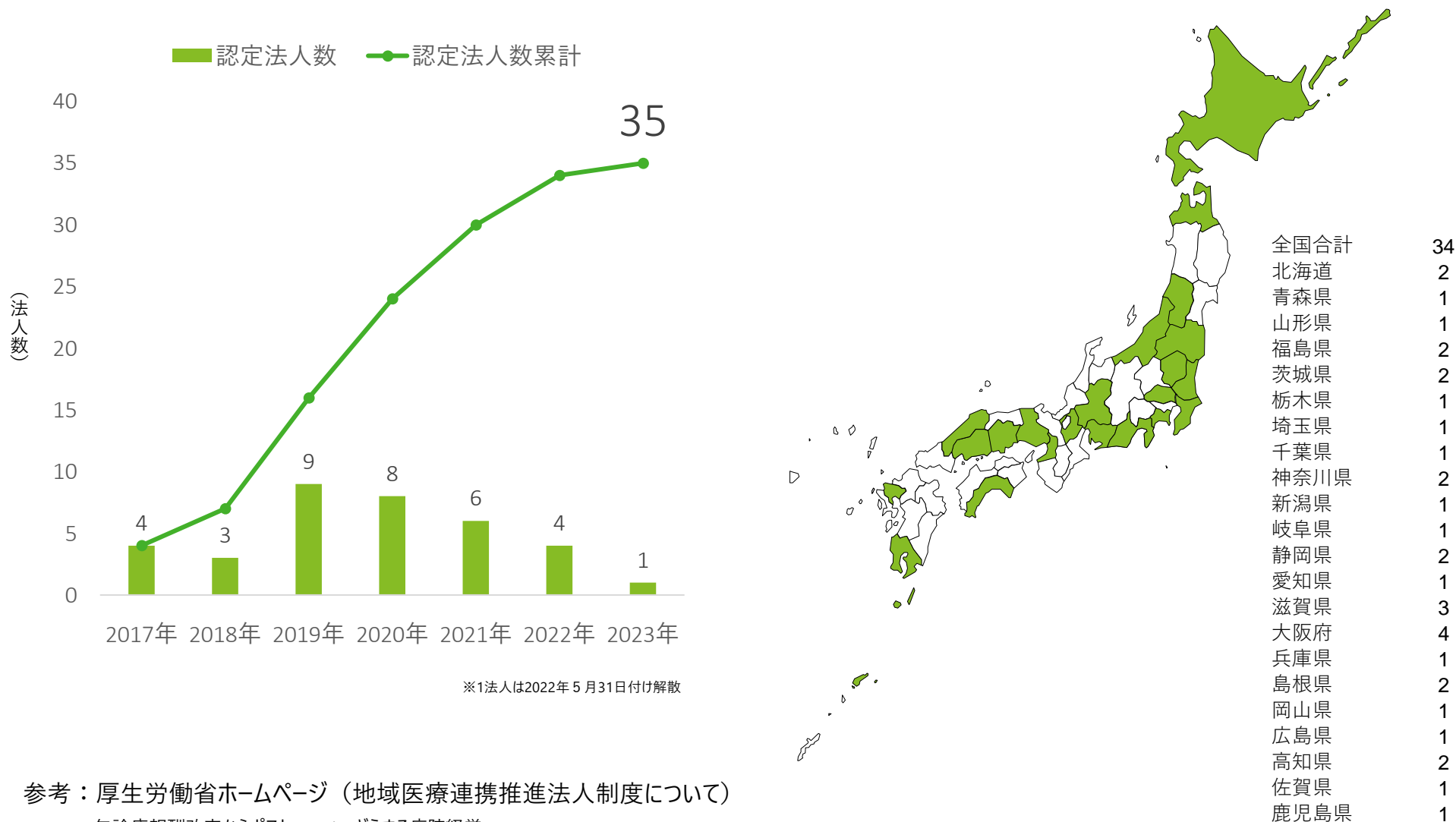
③ 患者紹介・逆紹介の円滑化・・・カルテの統一化、重複検査の防止、スムーズな転院

④ 医薬品・医療機器等の共同購入・・・経営効率の向上

⑤ 医師等医療従事者の再配置・・・法人内の病院間での適正配置

地域医療連携推進法人の認定法人数

2017年4月から開始した地域医療連携推進法人制度は、2023年4月1日時点で34法人（22道府県）が認定されています

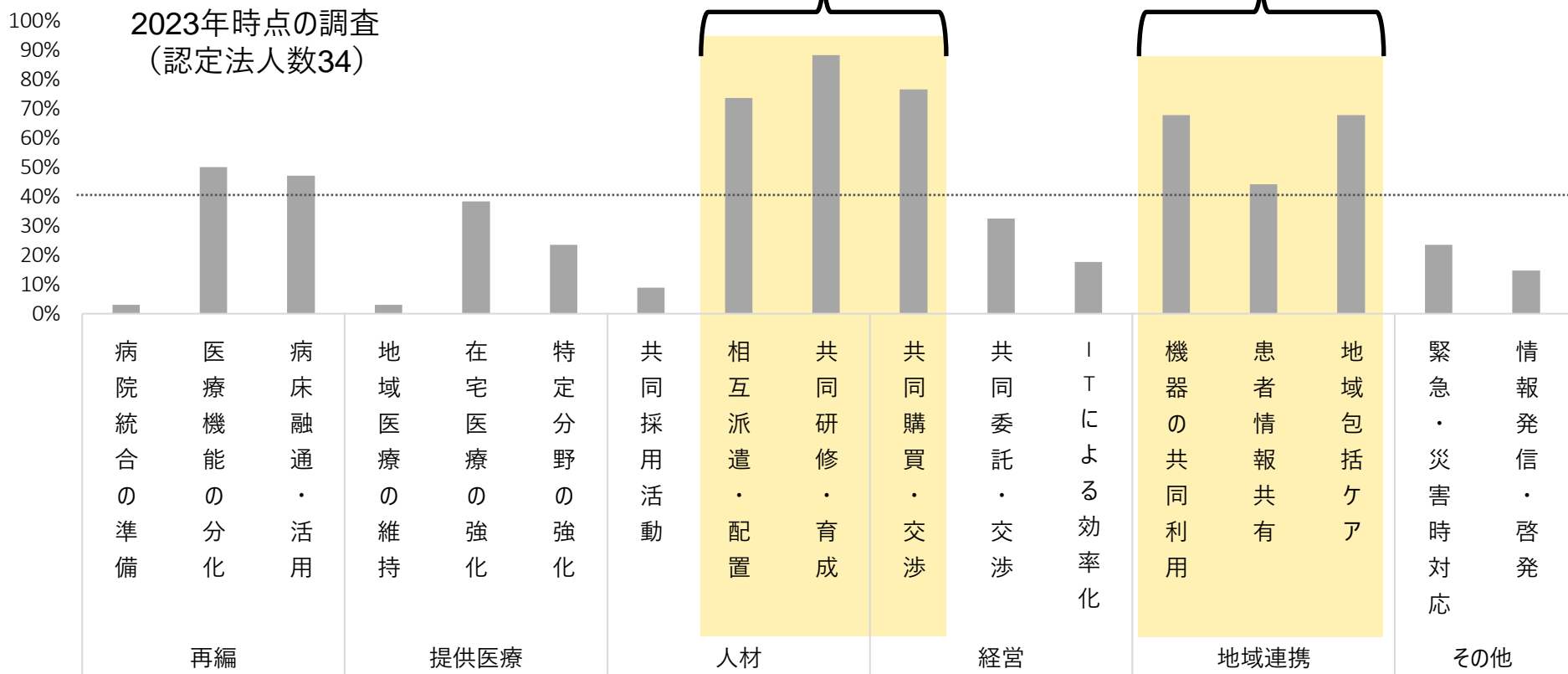


参考：厚生労働省ホームページ（地域医療連携推進法人制度について）

地域医療連携推進法人の取り組み

地域医療連携推進法人の過半数以上は、共同研修、共同購買、機器の共同利用等に取り組んでおり、再編や提供医療に係る項目に取り組む法人は少ない傾向にあります

地域医療連携推進法人は手軽に実行できる項目を中心に取り組んでいる傾向があります



参考：各都道府県ホームページ

地域医療連携推進法人制度の見直し（案）

1 現状

- ・ 地域医療連携推進法人制度は、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、ヒト・モノ・カネを一体的に運営することにより、病院等を開設する参加法人が相互に連携しながら、効率的に地域医療を提供する仕組みとして創設された。
- ・ 地域医療構想への取組みに当たっては、少子高齢化の進展や医療の担い手の減少、今般のコロナ対応における課題等も踏まえ、限りある医療資源や人的資源を有効に活用することが重要となっている。
- ・ こうした課題を解決するためには、法人立・個人立といった違いに関わらず、参加医療機関において病床融通や人事交流等の取組みを通じた連携が重要であるが、現状、個人立の医療機関については地域医療連携推進法人に参加できないこととなっている。
- ・ また、地域医療連携推進法人の事務手続きの負担が大きいという声が多く寄せられている。

2 見直し

【措置内容】

- 地域医療構想の推進のため、**個人立を含めた医療機関がヒトやモノの融通を通じた連携を可能とする新類型を設けてはどうか。**
例えば、新類型については、個人立医療機関の参加を可能とするため、現行制度と比較して以下の見直しが考えられる。
 - ・ 個人立医療機関は個人用資産と医療資産の分離が困難であること等に鑑み、**カネの融通（「出資」「貸付」）は不可とする。**
 - ・ カネの融通をしない場合には、公認会計士又は監査法人による**外部監査を不要**とし、また、**参加法人が重要事項を決定する場合の意見照会のうち、一部を不要**とする。
 - その他、事務負担の軽減のため、**代表理事再任時の手続きを緩和**してはどうか。
- ※ なお、現行の地域医療連携推進法人については、各法人の選択により、新類型に移行することも可能とする。

現状・課題

見直しの内容とねらい

①

- 個人立医療機関が地域医療連携推進法人の運営に参加できない。

②

- 代表理事（任期2年）の再任時における都道府県医療審議会への意見聴取など、事務手続きの負担が大きい。



- **個人立医療機関の参加を認める**ことで、個人立医療機関も含めた病床融通や業務連携等が可能となり、地域の医療・介護等の連携を促進。

- **手続きの一部を緩和**することで、地域医療連携推進法人、参加法人、都道府県の負担を軽減。

出所：厚生労働省ホームページ（第9回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG：令和4年10月27日）

新類型の地域医療連携推進法人のイメージ（案）

（趣旨） 少子高齢化の進展による医療需要及び医療ニーズの変化並びに医療の担い手の減少が見込まれる2040年に向けて、個人立医療機関の参加等により、更なる地域の医療資源の有効活用と地域の医療・介護の連携等を促進する。

地域医療連携推進法人（新類型）

新類型は出資・貸付が不可ですが、外部監査等は不要で一部の事務手続きが簡素化される等、設立のハードルが低くなります

※赤字箇所が現行制度との相違点

理事会
（理事3名以上及び監事1名以上）

連携法人の
業務執行

社員総会
（連携法人に関する事項の決議）

意見具申

地域医療連携推進評議会

認定・監督

都道府県知事

意見具申

都道府県医療審議会

- **個人開業医も参加可能**であり、ヒトやモノの融通を通じ、区域内（原則、構想区域内）の医療機関等が連携
- 診療科・病床の再編（病床特例の適用）、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入等の医療連携推進業務を行うが、**参加法人への資金貸付や関連事業者への出資は不可**
- 一方で、例えば、外部監査の実施等といった、**連携法人の一部の事務手続きを緩和**

地域医療連携推進法人に参加し、医療連携に関する業務を行う

医療機関を開設する法人等（※）

（例）医療法人
A
病院

（例）自治体
B
病院

（例）大学C
病院

（例）社会福祉法人D
介護施設

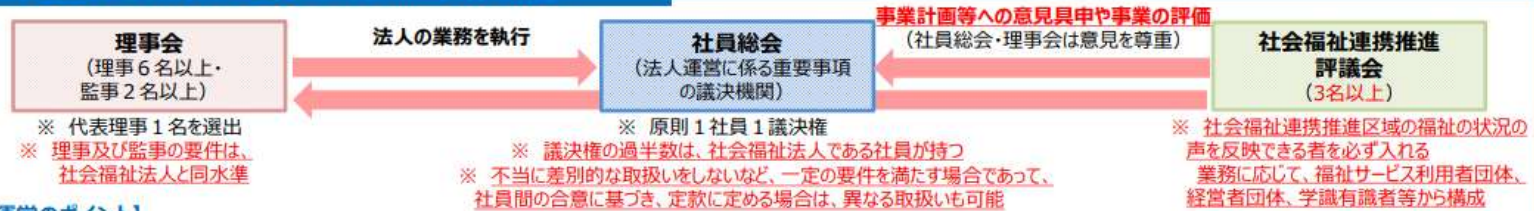
（例）個人開業医E
診療所

○ 予算や借入金の決定等、**参加法人が重要事項を決定する場合は連携法人に対し意見照会を行う必要があるが、新類型の参加を促すため、一部の事項を除きこれを不要とできないか。**

（※） 区域内の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院を開設する法人又は個人のほか、介護事業その他地域包括ケアシステムの構築に資する事業に係る施設を開設する法人又は個人（営利を目的とする法人等を除く）。

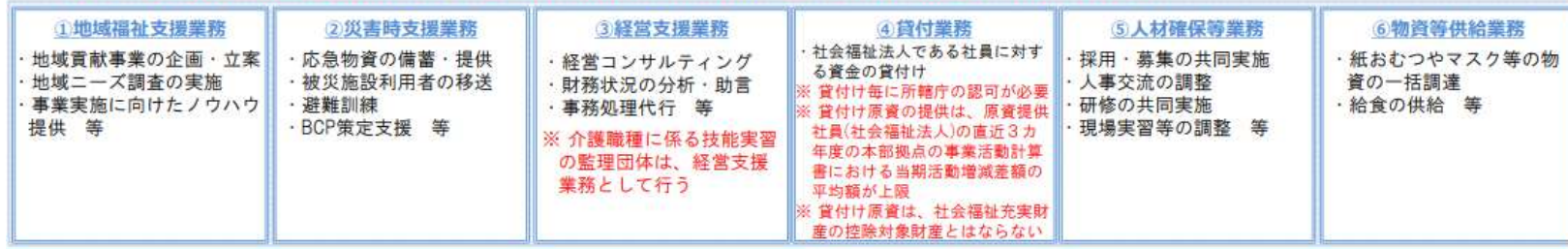
- 社会福祉連携推進法人は、①社員の社会福祉に係る業務の連携を推進し、②地域における良質かつ適切な福祉サービスを提供するとともに、③社会福祉法人の経営基盤の強化に資することを目的として、福祉サービス事業者間の連携方策の新たな選択肢として創設。
 - 2以上の社会福祉法人等の法人が社員として参画し、その創意工夫による多様な取組を通じて、地域福祉の充実、災害対応力の強化、福祉サービス事業に係る経営の効率化、人材の確保・育成等を推進。
- ⇒社会福祉連携推進法人の設立により、**同じ目的意識を持つ法人が個々の自主性を保ちながら連携し、規模の大きさを活かした法人運営が可能**となる。

社会福祉連携推進法人(一般社団法人を認定)



【法人運営のポイント】

- 社会福祉連携推進区域(業務の実施地域。実施地域の範囲に制約なし。)を定め、社会福祉連携推進方針(区域内の連携推進のための方針)を決定・公表
- 社会福祉連携推進業務の実施 (以下の6業務の中から全部又は一部を選択して実施)
- 上記以外の業務の実施は、社会福祉連携推進業務の実施に支障のない範囲で実施可 (社会福祉事業や同様の事業は実施不可)
- 社員からの会費、業務委託費等による業務運営 (業務を遂行するための寄附の受付も可)
- 社員である法人の業務に支障が無い範囲で、職員の兼務や設備の兼用可 (業務を遂行するための財産の保有も可)



所轄庁(都道府県知事、市長(区長)、指定都市の長、厚生労働大臣のしずれか)
 認定・指導監督

会費等を支払い、社員として参画、社員総会において議決権を行使

社会福祉連携推進業務等を通じた便益を享受

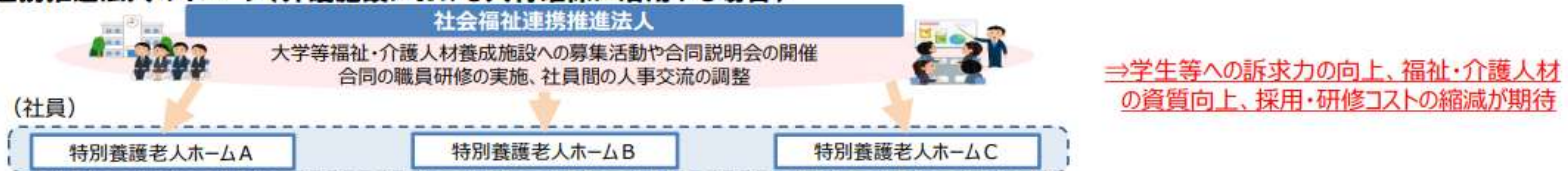
【社員として参画できる法人の範囲】

※ 2以上の法人が参画し、参画する社員の過半数は社会福祉法人であることが必要



※ 各法人は、複数の社会福祉連携推進法人に参画することが可能

社会福祉連携推進法人のイメージ(介護施設における人材確保に活用する場合)



地域医療連携推進法人と社会福祉連携推進法人

2023年8月現在、社会福祉連携推進法人は18法人が認定されています。地域医療連携推進法人と異なるルールも多いため、地域に応じた使い分けに関心が集まります

カテゴリ	地域医療連携推進法人	社会福祉連携推進法人
根幹となる法人形態	一般社団法人	一般社団法人
連携推進業務	地域医療連携推進業務 ① 医療従事者の資質の向上を図るための研修 ② 医薬品、医療機器などの供給 ③ 参加法人への資金貸付、債務保証、基金引受 ④ 医療機関の開設	社会福祉連携推進業務 ① 地域福祉支援業務 ② 災害時支援業務 ③ 経営支援業務 ④ 貸付業務 ⑤ 人材確保等業務 ⑥ 物資等供給業務
エリア	医療連携推進区域（地域医療構想調整区域を原則とした単位としている）	社会福祉連携推進区域（市区町村区域タイプ、都道府県域等における広域的なタイプ、いずれも許容）
機関設計	社員総会 理事会（3人以上）、監事（1人以上） 会計監査人（規模に関らず必須） 地域医療連携推進評議会	社員総会 理事会（6人以上）、監事（2人以上） 会計監査人（一定規模以上は必須） 社会福祉連携推進評議会（3人以上）
社員に参画できる者	① 病院等を設立する法人 - 医療法人、社会福祉法人、公益法人、NPO法人、学校法人、国立大学法人、独立行政法人、地方自治体等、病院を開設している株式会社も条件付きで可 ② 介護事業その他の地域包括ケアシステムの構築に資する事業に係る施設・事業所を開設・管理する法人 - 個人開業医、介護事業等を行う個人、大学等の医療従事者の養成機関開設者、地方自治体、医師会、歯科医師会	① 社会福祉法人（過半数である必要がある） ② 社会福祉事業を経営する法人 ③ 有料老人ホームを経営する事業等を経営する法人 ④ 学校を含む社会福祉事業等従事者を養成する法人 - 上記法人の法人格の種別は問わない - 地方公共団体は参加できるが、議決権を行使することはできない - 法人数は2以上

2023年10月に内閣府の経済・財政一体改革推進委員会と規制改革推進会議における医療政策のWGが立ち上がり、医療DXやオンライン診療の推進が注目されています

経済・財政一体改革推進委員会

第44回 経済・財政一体改革推進委員会 開催日時：2023年10月13日

< 社会保障WGの検討事項 >

- 給付と負担の見直し
- 少子高齢化・人口減少時代における医療・介護サービスの提供体制
- **医療DXの実現**
- 働き方に中立的な社会保障制度、予防・健康づくり

< スケジュール >

- 2023年10月～各WGでの議論開始、12月上中旬に工程表案とりまとめ、12月下旬に改革工程表2023とりまとめ

規制改革推進会議

第17回規制改革推進会議 開催日時：2023年10月16日（月）

< 健康・医療・介護WGで対応すべき課題 >

- **オンライン診療のさらなる普及・促進（デイサービスや学校での受診、公民館などでの受診（医師非常駐のオンライン診療専用の診療所）の全国拡大、診療報酬上の評価の在り方見直し等）**
- 地域における持続可能な在宅医療提供体制の構築
- 診療報酬、介護報酬における常勤・専任要件等の緩和
- 高齢者施設における人員配置基準の特例的な柔軟化、データに基づく自立支援・重度化防止に資する介護サービスの実現、地域内の複数種類の介護サービスに関する一体的マネジメントの実現

< スケジュール >

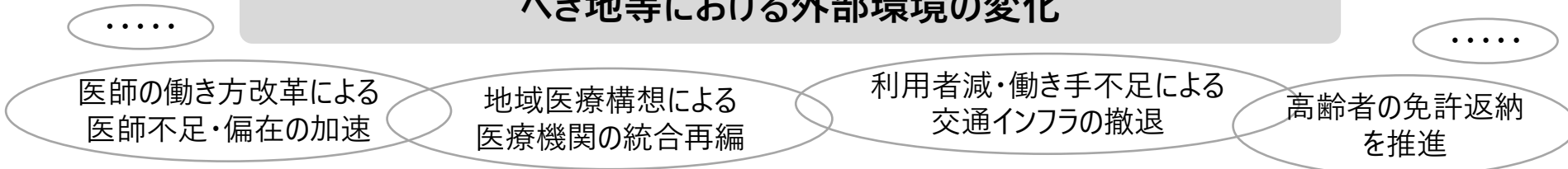
- 2024年夏を目途に答申を取りまとめる。
- なお、答申を待たずに、改革を実現すべき事項については、早期の実現を求める。

出所：内閣府ホームページ（経済・財政一体改革推進委員会・規制改革推進会議）

へき地等を中心として、医療機関・患者が直面している地域医療提供体制に係る課題は年々深刻化しています。今後の地域医療提供体制を維持するためには、地域に応じた遠隔医療の有効な活用が求められます

地域医療提供体制に係る課題と遠隔医療の可能性

へき地等における外部環境の変化



医療の供給者（医療機関） が抱える主な課題

- へき地等を中心として、
- 慢性的な常勤医師不足
 - 病院のダウンサイジング等による医療提供体制の低下

医療の需要者（患者） が抱える主な課題

- へき地等を中心として、
- 通院する交通手段の確保
 - 左記による医療アクセスのさらなる低下

へき地を中心として、今後の地域医療提供体制を維持するためには、**地域に応じた遠隔医療の有効な活用方法を模索する必要があります**

2023年5月、規制改革推進会議の議論を踏まえて「医師が常駐しないオンライン診療のための診療所」の開設が特例で認められるようになりました

医師が常駐しない診療所の開設

規制改革実施計画（令和4年6月7日閣議決定）（抄）

厚生労働省は、通所介護事業所や公民館等の身近な場所での受診を可能とする必要があるとの指摘があることや、患者の勤務する職場においてはオンライン診療の実施が可能とされていることも踏まえ、デジタルデバイスに明るくない高齢者等の医療の確保の観点から、オンライン診療を受診することが可能な場所や条件について、課題を整理・検討し、結論を得る。

【引き続き検討を進め、令和4年度結論】

出所：内閣府ホームページ「規制改革実施計画（令和4年6月7日 閣議決定）」

へき地等において特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設について

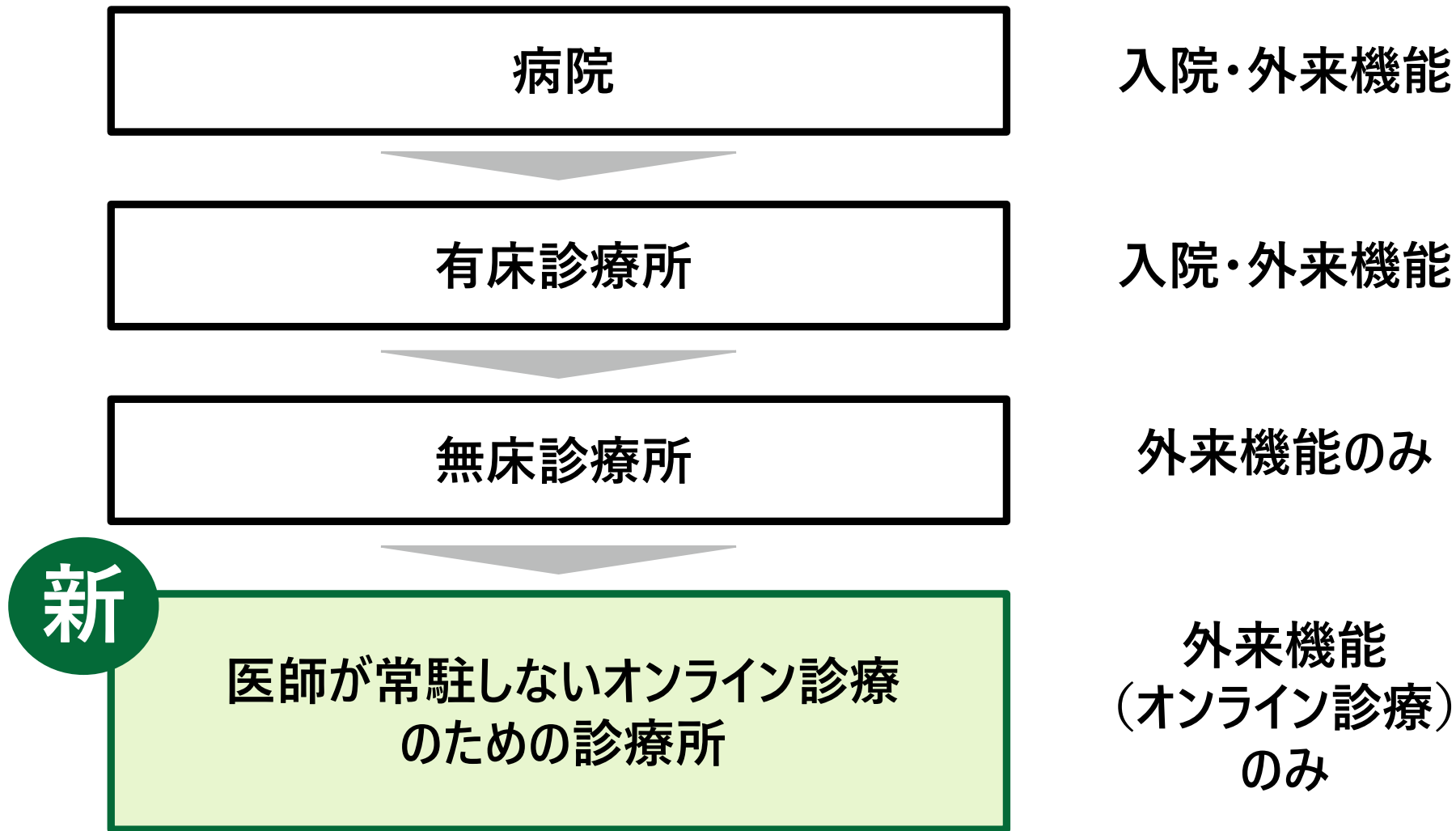
- 受診機会が十分に確保されていないエリアがあるへき地などに限定し、医師が常駐せずオンライン診療を行うための診療所の開設を特例で認めることになった
- 「へき地」に該当するのは無医地区、準無医地区、離島振興対策実施地域として指定された「離島の地域」、奄美群島、小笠原諸島、沖縄振興特別措置法に規定する離島のほか、準無医地区と同程度に医療の確保が必要な地区

規制改革推進に関する答申（令和6年6月1日）において、「へき地」に限らず開設可能にできるように検討継続するよう求めている

出所：へき地等において特例的に医師が常駐しないオンライン診療のための診療所の開設について（医政総発0518第1号 令和5年5月18日）

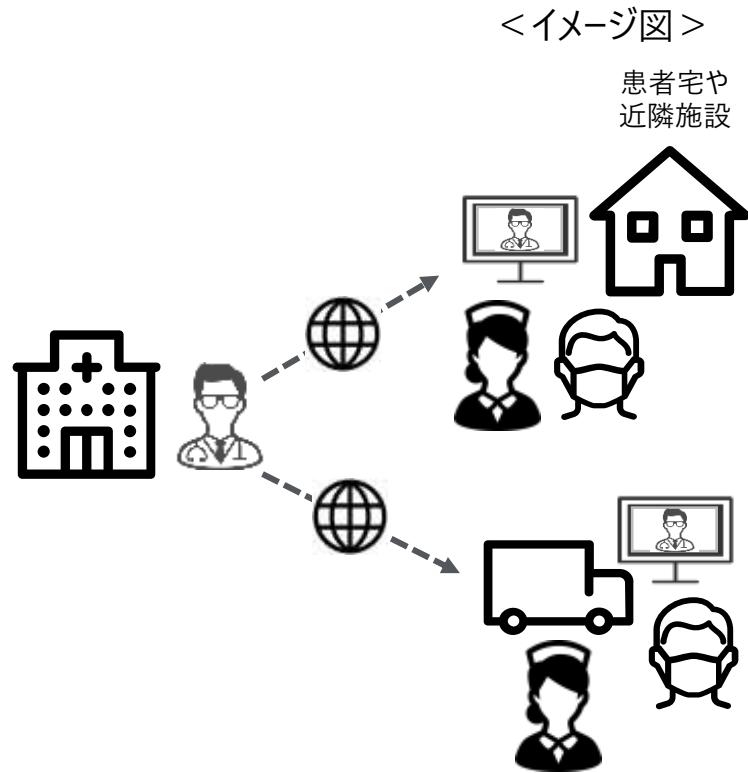
「医師が常駐しないオンライン診療のための診療所」は、これまでの病院・有床診療所・無床診療所に次ぐ、新しい地域医療提供体制になると考えられます

地域医療提供体制の類型



オンライン診療に係る設備形式として、患者宅・近隣施設／診療ブースを活用する「固定式」と医療MaaS車両を活用する「移動式」の2パターンが考えられます

固定式と移動式によるオンライン診療のパターン



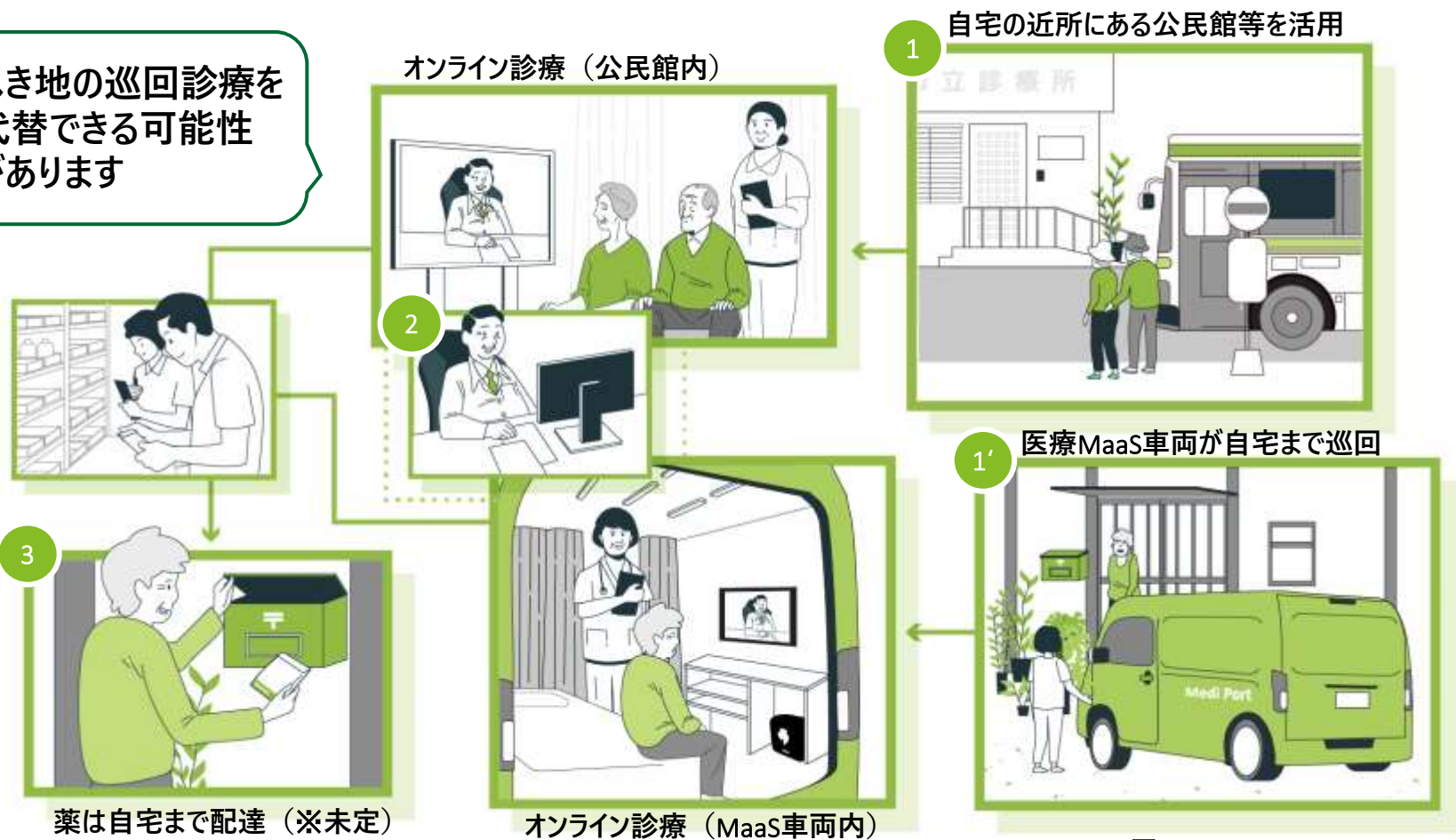
* 現地訪問は看護師ではなく、無資格者でも可能

オンライン診療に関わる設備形式	メリット	デメリット
<p>固定式</p> <p>患者宅・近隣施設（診療所跡・公民館等）／診療ブースを使用する想定</p>	<p><患者></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 医療機関に行かず、自宅の近くでオンライン診療を受診できる <p><医療機関／自治体></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 診察のために医師が移動しなくてもよくなる 	<p><患者></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 通院したい価値観を持つ患者も一定数いる <p><医療機関／自治体></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 近隣施設等にオンライン診療を受けられる設備（必要に応じて処置・検査機器）の常設が必要になる
<p>移動式</p> <p>患者宅近隣に医療MaaS車両で訪問する想定</p>	<p><患者></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 医療機関に行かず、自宅の近くでオンライン診療を受診できる（自宅前でも可能） <p><医療機関／自治体></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 診察のために医師が移動しなくてもよくなる 	<p><患者></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 通院したい価値観を持つ患者も一定数いる <p><医療機関／自治体></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 医療MaaS車両の導入が必要になる

公民館や医療MaaSでオンライン診療を実施することにより、従来の医療施設ではない場所において、地域医療提供体制を整備することが可能になります

オンライン診療を活用した新しい地域医療提供体制のあり方

へき地の巡回診療を代替できる可能性があります

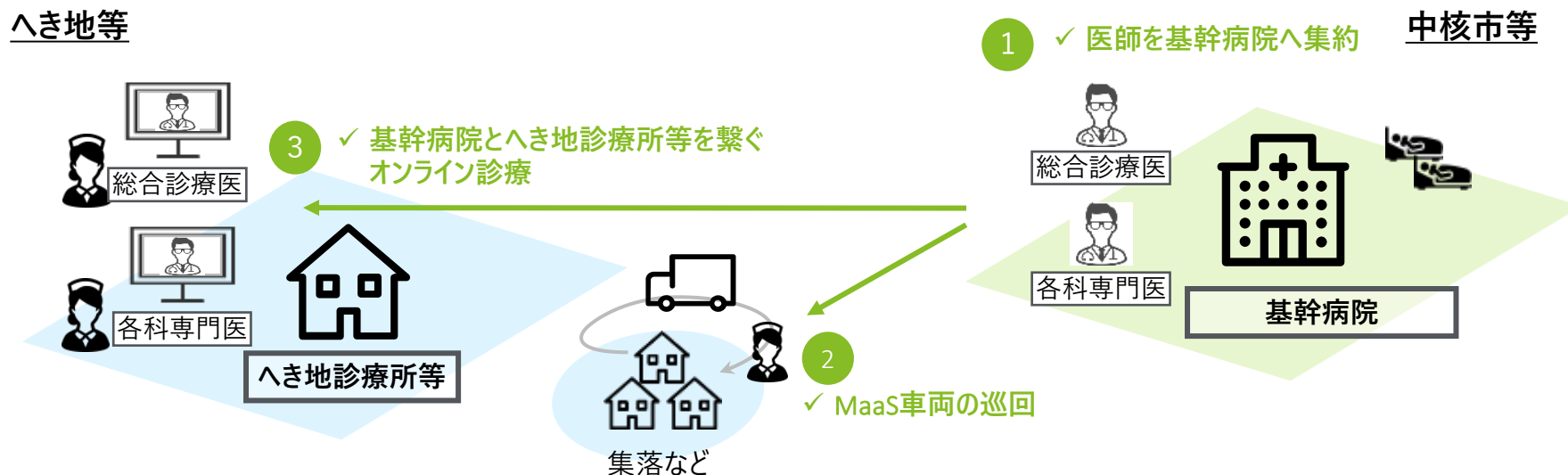


図：©Deloitte Tohmatu Healthcare

MaaS（Mobility as a Service）：いろいろな形式の移動サービスを1つのサービス上に統合し、より便利な移動を実現する仕組みのこと

オンライン診療を活用した地域医療提供体制によって、①医師の負担軽減、②在宅医療への積極的アウトリーチ、③地域住民の医療アクセス向上等のメリットを期待できます

オンライン診療を活用した地域医療提供体制のメリット



ポイント	オンライン診療活用の目的・意義
①医師の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 連携病院単体で医師を確保することが困難であっても、基幹病院側の医師が診療の一部を担うことで医療提供体制自体を維持することはできるようになるなど、医師の所在にとらわれず医療を提供することが可能となる
②在宅医療への積極的アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> オンライン診療やMaaS車両を活用することで、地域医療構想によって病院が再編統合した場合に課題とされていた、在宅医療患者へのアウトリーチ強化が可能となり、「病院が自宅に来る」環境を作り出せる
③地域住民の医療アクセス向上	<ul style="list-style-type: none"> 基幹病院と連携病院をオンライン診療でつなぐことで、基幹病院に勤務する専門医の外来を連携病院側からオンラインで受けられるようになるなど、地域住民の医療アクセスを向上させることが可能となる

2024年診療報酬改定からポスト2025へ どうする医療機関経営

①ポスト2025に向けた医療政策の動向まとめ

- 現在、ポスト2025年の医療・介護提供体制の議論が始まり、地域医療構想の次の政策が検討されています。
- かかりつけ医機能については、現在、制度の詳細検討が行われており、令和7年度から「かかりつけ医機能報告」が施行される予定です。
- 令和6年4月より、地域医療連携推進法人制度に個人立医療機関が参加できる「新類型」が創設される予定です。
- へき地等を中心として、遠隔医療は地域医療提供体制のあり方を変える可能性があります。

2024年診療報酬改定からポスト2025へ どうする医療機関経営

アジェンダとキーワード

① ポスト2025に向けた医療政策の動向

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿、かかりつけ医制度の方向性、地域医療連携推進法人制度の変更点、遠隔医療のトレンド

② 2024年診療報酬改定の展望

2021年診療報酬改定の振り返り、2024年診療報酬改定に向けた中医協の議論、診療報酬改定のポイント、介護報酬改定のポイント

③ 事例から考察する、持続可能な地域医療提供体制

機能再編等で経営改善した事例紹介（公立病院と民間病院）、経営戦略と経営改善、経営戦略の策定プロセス、経営分析の手法

2022年は診療報酬の単独改定がありました。地域医療構想のゴールである2025年に向けて、いよいよ残りは次回の2024年診療報酬・介護報酬の同時改定となります

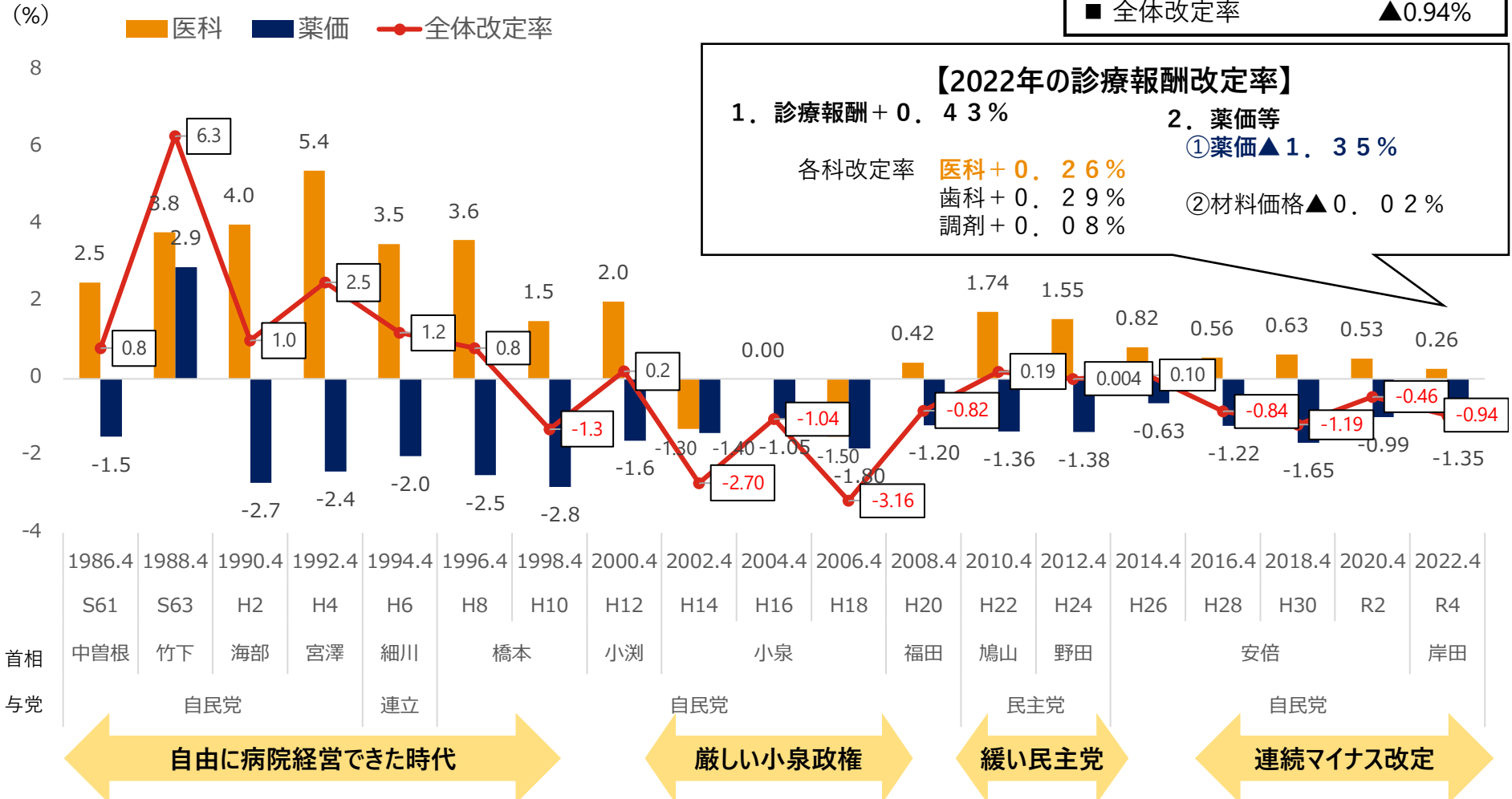
2025年までの主な医療・介護政策



診療報酬改定率（医科・薬価・全体改定率）

過去4回の診療報酬改定における改定率は、全体でマイナス、医科でプラスという結果でした

2022年の診療報酬改定率	
■ 診療報酬（本体）	+0.43%
■ 薬価	▲1.35%
■ 材料価格	▲0.02%
■ 全体改定率	▲0.94%



出所：厚生省保険局医療課「平成30年診療報酬改定の概要」、第447回中央社会保険医療協議会「令和2年度診療報酬改定に係る検討状況について（説明）」、第508回中央社会保険医療協議会総会「令和4年度診療報酬改定の改定率等について」（全て厚生労働省HP）

2022年診療報酬改定の概要

改定の基本的視点・改定率

<改定の基本的視点>

- ① 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築（重点課題）
- ② 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進（重点課題）
- ③ 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ④ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

<改定率>

■ 全体改定率	▲0.94%
<hr/>	
■ 診療報酬（本体）	+0.43%
■ 薬価	▲1.35%
■ 材料価格	▲0.02%

主な改定ポイント

<入院料の施設基準>

- 急性期一般入院料の重症度、医療・看護必要度において、心電図モニターが削除等の基準変更
- 地域包括ケア病床の在宅復帰率や地域包括ケアに係る実績要件等が厳格化

<新設加算>

- 急性期充実体制加算、重症患者対応体制強化加算、重症患者初期支援充実加算、紹介受診重点医療機関入院診療加算等

<外来>

- リフィル処方箋が解禁

<オンライン診療>

- 初診からのオンライン診療が実施可能

<その他>

- 感染防止対策加算から感染対策向上加算に変更
- 不妊治療が保険収載
- 看護補助体制充実加算の新設、医師事務作業補助体制加算等の働き方改革を狙う加算を加算

2022年度（令和4年度）診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果について －感染対策・急性期－ <2022年7月時点>

「心電図モニター」の項目廃止は、49.2%の急性期病院で「経営に影響あり」

- 感染対策向上加算の届出状況
 - ✓ 75.0%の病院が、感染対策向上加算を届出。病床規模別にみると、規模が大きくなるにつれて、同加算 1 の届出を行っている病院の割合は高くなる。届出を行っていない病院の満たすことが困難な施設基準は「医療機関間・行政等との連携」が 47.6%と最も高い
 - ✓ 94.0%の病院が感染防止対策加算から移行。移行した病院の 85.9%は点数が上昇した
- 重症患者初期支援充実加算の届出状況
 - ✓ 届出の対象となる病院の 50.0%が、重症患者初期支援充実加算を届出。専任の入院時重症患者対応メディエーターとして配置する職種は、社会福祉士が 77.8%であった
- 重症度、医療・看護必要度に関する見直しのうち経営にもっとも影響が大きいもの
 - ✓ 44.0%の病院が、「影響はほとんどない」と答えた一方、49.2%が「心電図モニターの管理の項目の廃止」と答えた。その理由については、主たる診療科が内科系・循環器科で「心電図モニターの管理」によって該当する患者が多いことなどが多くを占めた
- 急性期充実体制加算の届出状況
 - ✓ 急性期一般入院料 1 の届出を行っている病院の 12.9%が、急性期充実体制加算を届出。同加算の届出を行っていない病院の満たすことが困難な施設基準は、「精神科リエゾンチーム加算等の届出」や「手術等に係る実績」などが多くを占めた

2022年度（令和4年度）診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果について －回復期・働き方改革関連等－ <2022年8月時点>

地ケア届出病院の 56.7%が施設基準の見直しにより「経営に影響あり」

- 地域包括ケア病棟入院料（管理料）
 - ✓ 経営にもっとも影響がある見直しは、地ケア 1 の 19.5%が「在宅復帰率」、200 床以上の地ケア 2 の 56.3%が「自宅等から入棟した患者割合」、200 床未満の地ケア 2 の 17.5%が「自宅等からの緊急患者の受入数」
- 回復期リハビリテーション病棟入院料
 - ✓ 重症患者割合の基準の引上げにより、回リハ 1 の 29.0%が調査時点で改定後の基準を満たしていない。また、回リハ 1 の 41.1%、回リハ 3 の 27.3%が、第三者の評価を受けている
- 働き方改革関連
 - ✓ 急性期病院における地域医療体制確保加算は、高度急性期病院の 70.0%、急性期一般入院料 1 の 34.0%が届出を行っている
 - ✓ 医師事務作業補助体制加算 1 の届出を行っている病院の 28.5%が、3 年以上の勤務経験を有する補助者の配置割合が「100%」
- リフィル処方箋
 - ✓ リフィル処方箋による処方を行っている病院は 15.4%。このうち、処方についてあらかじめ院内で方針を定めている病院は 29.4%

2022年10月／2023年1月診療報酬改定の概要

2022年10月改定内容

① 看護職員処遇改善評価料の新設

(新)	看護職員処遇改善評価料（1日につき）	
1	看護職員処遇改善評価料 1	1点
2	看護職員処遇改善評価料 2	2点
3	看護職員処遇改善評価料 3	3点
↓		
145	看護職員処遇改善評価料 145	145点
146	看護職員処遇改善評価料 146	150点
147	看護職員処遇改善評価料 147	160点
↓		
165	看護職員処遇改善評価料 165	340点

① 医療DXの基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付け

- (1) 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正関係
- (2) 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の改正関係

② オンライン資格確認等システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の見直し

1. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の新設（保険医療機関4点）
2. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の新設（保険薬局3点）

2023年1月改定内容

① 医療DXの基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付けに係る経過措置について

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令の改正関係

② 医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置

1. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算における初診の評価
2. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算における再診の評価
3. 保険医療機関における医療情報・システム基盤整備体制充実加算の経過措置
4. 保険薬局における医療情報・システム基盤整備体制充実加算の経過措置

③ 医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置

1. 一般名処方加算の見直し
2. 後発医薬品使用体制加算の見直し
3. 外来後発医薬品使用体制加算の見直し
4. 地域支援体制加算の見直し

前回の診療報酬改定と介護報酬改定ともに、本来求められる機能・役割を進化・深化させるべく、施設基準等は厳格化の方向性で進められ、働き方改革や感染症対策等の対応も求められる「負担増」の色が濃い改定でした

2022年診療報酬改定/2021年介護報酬改定の復習

		2022年 診療報酬改定	2021年 介護報酬改定
機能・役割の進化・深化		<p>① <u>上からのアプローチ（高度・専門機能の分化・評価）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期充実体制加算や紹介受診重点医療機関加算の新設 <p>② <u>下からのアプローチ（ボトムアップと強制退場）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟入院料の施設基準に求めるハードルを引き上げ （旧）急性期一般入院料6や（旧）回復期リハビリテーション病棟入院料5の廃止 	<ul style="list-style-type: none"> 栄養マネジメント加算、低栄養リスク改善加算、口腔衛生管理体制加算等を廃止して、基本報酬の算定要件に組み込み 認知症専門ケア加算・認知症行動・心理症状緊急対応加算の創設、介護に直接携わる職員に認知症介護基礎研修の受講を義務化 看取りに係る加算の算定要件に「人生の最終段階におけるガイドライン」に準ずる取り組みを要件化
上記を推進	連携推進	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算の新設により、保健所や医療機関同士の連携を求める 在宅外来共同指導料の新設により、外来・在宅担当の医療機関同士の連携を推進 	<ul style="list-style-type: none"> 生活機能向上連携加算でICTによる外部のリハビリ専門職との連携を評価 通院時情報連携加算の新設により、利用者の医療機関受診時によるケアマネの同行を評価
	働き方改革	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療体制確保加算で医師の時間外労働を短縮させる計画の作成を求める 看護補助体制充実加算の新設により、タスクシフト推進をストラクチャーからプロセスで評価 	<ul style="list-style-type: none"> 人員配置基準や報酬算定における常勤・常勤換算において、週30時間以上の時短勤務等もカウント可能 介護職員等特定処遇改善加算の平均賃金改善額の配分ルールを見直し
	ICT利活用	<ul style="list-style-type: none"> 初診からのオンライン診療が実施可能 院内外のカンファレンス・会議がオンラインで実施可能 	<ul style="list-style-type: none"> 見守り機器やインカム等のICT導入によって、特養の夜間人員配置や日常生活継続支援加算の基準を緩和
	データ利活用	<ul style="list-style-type: none"> データ提出加算対象の入院料を拡大 	<ul style="list-style-type: none"> 科学的介護推進体制加算（LIFEデータ提出）の新設
	感染症対策	<ul style="list-style-type: none"> 感染防止対策加算から感染対策向上加算への変更に伴い、医療機関の感染対策取り組み内容を見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 全てのサービスに事業継続計画（BCP）の策定、研修の実施、訓練・シミュレーションの実施を義務化

令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見は以下の通りです、令和6年度診療報酬改定の方向性を読み解くことが可能です

令和4年度診療報酬改定の答申書附帯意見

答申書附帯意見	
全般的事項	1 分かりやすい診療報酬体系
入院医療	2 一般入院基本料や高度急性期医療の評価
	3 地ケア病棟、回りハ、療養入院料の評価
	4 DPC/DPPS、短期滞在手術
かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療	5 かかりつけ医機能の評価
	6 リフィル処方箋等の検証
	7 オンライン診療の課題には速やかに対応
	8 精神科救急医療体制加算の評価
働き方改革	9 医師の働き方改革、看護補助者の活用等
在宅医療	10 在宅医療、在宅歯科医療、訪問薬剤管理等
医療技術の評価	11 RWDの活用、プログラム医療機器の開発等
歯科診療報酬	12 院内感染防止
調剤報酬	13 オンライン服薬指導の見直し等
後発医薬品の使用推進	14 バイオ後発医薬品を含む後発医薬品
その他	15 感染対策向上加算の検証
	16 オンライン資格確認システムの活用推進
	17 不妊治療の保険適用を検証
	18 保険給付費範囲のあり方等
	19 明細書無料発行、訪問看護レセプト電子請求
	20 施策の効果、患者への影響を迅速に把握
R4追加項目	

令和6年度診療報酬改定の方向性

<入院医療＝入院料施設基準の厳格化>

- 急性期一般入院料：入院料1における重症度の引き上げ、集中治療室等の届出を要件化等
- 地域包括ケア病棟入院料：在宅医療に係る実績要件の引き上げ、院内転棟制限の対象を拡大等
- 回復期リハビリテーション病棟入院料：FIMの引き上げ等
- 療養病棟入院料：中心静脈栄養のさらなる厳格化（又は医療区分からの除外）、経過措置の廃止等

<外来医療>

- かかりつけ医機能の評価（or 制度化で縛りを強化）
- 紹介受診重点医療機関の位置づけを明確化
- リフィル処方箋の普及促進
- オンライン診療の加点と算定要件のさらなる緩和

<働き方改革>

- 医師の時間外労働規制の取り組みを施設基準に含める
- タスクシフト推進のプロセス指標やアウトカム指標の導入

<その他>

- 感染対策向上加算の見直しと感染対策のさらなる評価
- オンライン資格確認に係る加算の見直し

出所：厚生労働省ホームページ（第516回中央社会保険医療協議会総会：令和4年2月9日）

追加の診療報酬改定においても、答申附帯意見が提示されています。内容の殆どがオンライン資格確認（医療DX）に関連する内容です

2022年10月改定の答申書附帯意見（全文）

1：関係者それぞれが令和5年4月からのオンライン資格確認の導入の原則義務化に向けて取組を加速させること。その上で、令和4年末頃の導入の状況について点検を行い、地域医療に支障を生じる等、やむを得ない場合の必要な対応について、その期限も含め、検討を行うこと。

2：今回新設された医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関し、その評価の在り方について、算定状況や導入状況も踏まえつつ、患者・国民の声をよく聴き、取得した医療情報の活用による医療の質の向上の状況について調査・検証を行うとともに、課題が把握された場合には速やかに対応を検討すること。

3：オンライン資格確認を医療DXの基盤として、今後、患者の同意の下でいかすことができる患者の健康・医療情報が拡大し、さらに安心・安全でより良い医療が受けられる環境が整備されていくということが、患者・国民に広く浸透するよう、関係者が連携して周知を図っていくこと。

記載内容の殆どが
オンライン資格確認（医療DX）
に関連する内容

2023年1月改定の答申書附帯意見（要約）

1：令和5年4月のオンライン資格確認の原則義務化にむけて、更なる導入に向けた取組を行い、令和5年9月末までにシステム整備を完了させること。また、その他特に困難な事情がある場合については、具体例を明確化し、特に限定的に扱うこと。

2：医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る初診時・調剤時の追加的な加算等の上乗せ措置については、令和5年12月末までの措置とし、延長は行わないこと。また、オンライン請求の導入やその体制整備もあわせて強力に促進すること。

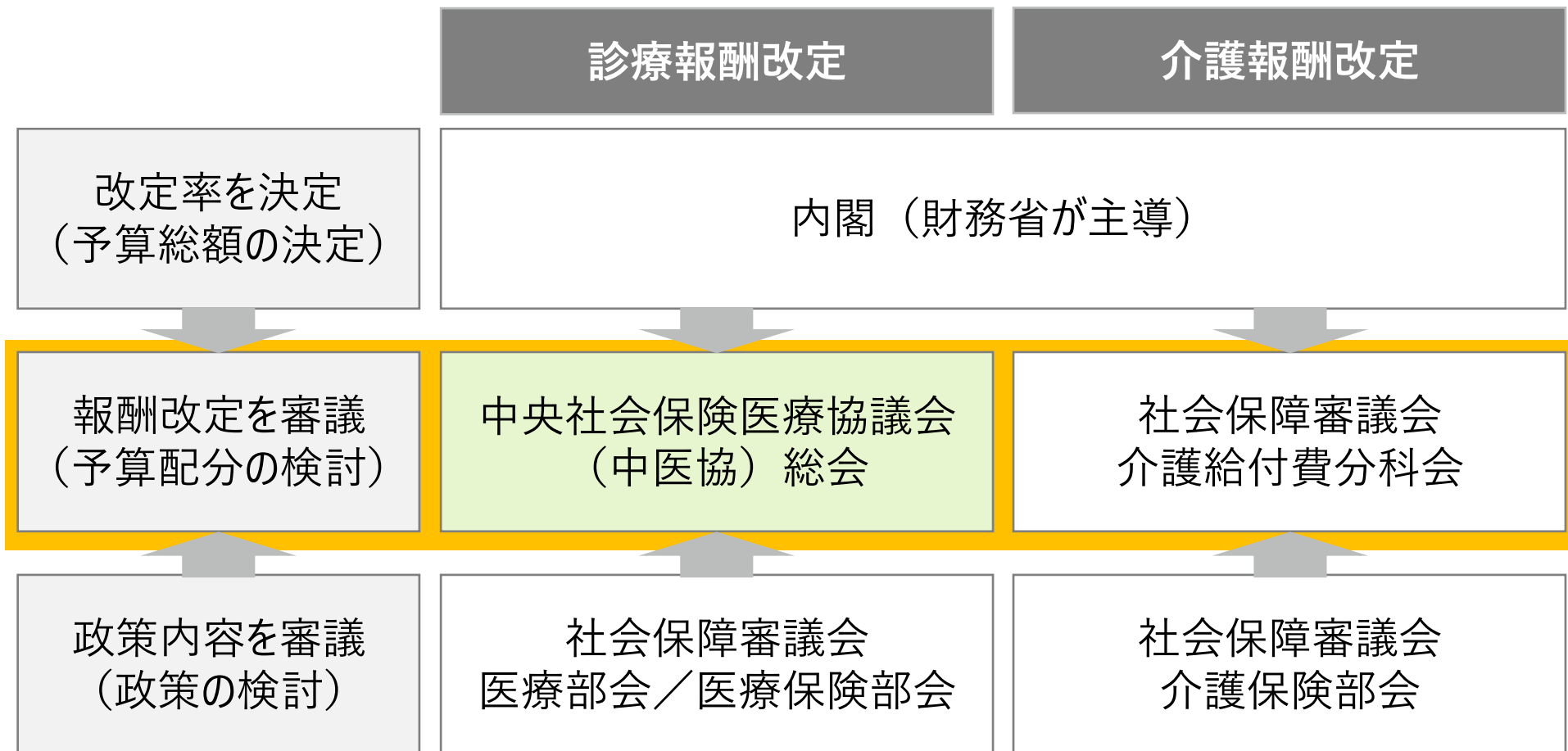
3：医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る評価の特例の初診時・調剤時及び今回追加された再診時において、取得した医療情報の活用による医療の質の向上の状況等について十分に調査・検証を行うとともに、課題が把握された場合には速やかに中医協へ報告の上、対応を検討すること。

4：医療DXの基盤となるオンライン資格確認について、患者がマイナンバーカードを用いて医療機関等を受診することで、様々なメリットがあることについて、広く患者・国民が理解し、実感できるよう、関係者が連携して周知等に取り組んでいくこと。

5：一般名処方、後発品使用体制に係る加算及び薬局における地域支援体制に係る加算の上乗せ措置について、医薬品の適切な提供に資する医療現場の取組状況をよく把握するとともに、安定供給問題の根本的解決に向けて、十分かつ早期に検討すること。また、医薬品の適正使用を含め、限りある医療資源を有効に活用する取組を積極的に推進すること。

診療報酬改定は中央社会保険医療協議会（中医協）、介護報酬改定は社会保障審議会の介護給付費分科会が主な審議の場になります

2024年同時報酬改定に向けた予習



中央社会保険医療協議会とは、厚生労働相の諮問機関であり、総会と4専門部会と2小委員会で構成。診療報酬改定においては、「診療側」と「支払側」の議論が注目されます

中央社会保険医療協議会（中医協）とは

日本の健康保険制度や診療報酬の改定などについて審議する厚生労働相の諮問機関。通例、中医協。厚生労働省設置法第6条第2項及び社会保険医療協議会法第1条第1項の規定により厚生労働省に設置される。

■ 中央社会保険医療協議会総会

< 4 専門部会 >

- 診療報酬改定結果検証部会
- 薬価専門部会
- 保険医療材料専門部会
- 費用対効果評価専門部会

< 2 小委員会 >

- 診療報酬基本問題小委員会
【診療報酬調査専門組織】
 - ・ 入院・外来医療等の調査・評価分科会
 - ・ 医療技術評価分科会、DPC評価分科会 等
- 調査実施小委員会

診療報酬改定率を決めるイメージ図



令和5年1月18日の中医協総会において、「令和6年度診療報酬改定に向けた検討の進め方について（案）」が示されました

背景

令和6年度の診療報酬改定に向けては、下記の人口動態や社会情勢の変化や医療提供体制改革等を踏まえ、検討を進めることとしてはどうか。

- 令和6年度の診療報酬改定は、ポスト2025年も見据えた介護報酬及び障害福祉サービス等報酬との同時改定であること
- 2025年に向けて地域医療構想の取組を進めるとともに、さらに医療介護総合確保促進会議で「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」がとりまとめられること
- 感染症法・医療法改正により新たに追加された「新興感染症への対応」を含む5疾病6事業等の見直しを行う第8次医療計画が令和6年度から開始になること
- 医師の働き方改革として2024年4月に労働時間上限規制等、改正労働基準法および改正医療法が施行すること
- 医療DXの実現に向けて、医療DX推進本部等において議論が進められていること
- 革新的な医薬品や医療ニーズの高い医薬品の日本への早期上市や医薬品の安定的な供給を図る観点から、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」において、流通、薬価制度、産業構造の検証など幅広く議論し、とりまとめが行われること
- プログラム医療機器（SaMD）の評価体系を検証し、今後のあり方について検討が求められていること

出所：厚生労働省ホームページ（第536回中央社会保険医療協議会総会：令和5年1月18日）

主要な検討項目ごとに中医協総会や中医協の専門部会・小委員会で検討されます

検討項目と検討の場

令和4年度の診療報酬改定の検証などは、例年通り検証部会などを中心に検討を行いつつ、新たな検討項目等を含めたそれぞれの検討項目を、下記の通り、検討の場で議論することとしてはどうか。

検討項目	検討の場
答申附帯意見に関する事項	改定結果検証部会等
入院および外来医療等の評価	入院・外来医療等の調査・評価分科会
医療経済実態調査	調査実施小委員会
薬価制度	薬価専門部会
医療技術の評価	医療技術評価分科会
医療材料制度	保険医療材料専門部会
第8次医療計画 医師の働き方改革 医療DX	総会等にて検討
介護報酬制度および障害福祉サービス等報酬制度との同時改定	令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（仮）
プログラム医療機器（SaMD）の取り扱い	SaMD ワーキンググループ（仮）（保険医療材料等専門組織の下に設置）

出所：厚生労働省ホームページ（第536回中央社会保険医療協議会総会：令和5年1月18日）

診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、医療と介護の意見交換会実施されました

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会

■ 目的

令和6年度の診療報酬等の改定に向けて、中央社会保険医療協議会及び介護給付費分科会において、それぞれ改定内容に係る検討が行われるところ、各報酬がより有機的に連携したものとなるよう、それぞれが具体的な検討に入る前に、同時改定に関する議題に主に関係する委員等で意見交換を行う。なお、この懇談会では、関係者において新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえた今後の健康危機管理やポスト2025および2040年を見据えた際の課題や方向性の共有を目的とし、具体的な報酬に関する方針を決めないこととする。

■ 議題（案）

- | | | |
|-------------------------------------|---|----------------|
| 1. 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携 | } | 第1回：2023年3月15日 |
| 2. 高齢者施設・障害者施設等における医療 | | 第2回：2023年4月19日 |
| 3. 認知症 | } | 第3回：2023年5月18日 |
| 4. リハビリテーション・口腔・栄養 | | |
| 5. 人生の最終段階における医療・介護 | | |
| 6. 訪問看護 | | |
| 7. 薬剤管理 | | |
| 8. その他 | | |

出所：厚生労働省ホームページ（第536回中央社会保険医療協議会総会：令和5年1月18日）

令和6年度診療報酬改定に向けた中医協等の検討スケジュール（案）

- 基本方針の決定：12月頃
- 改定率の決定：12月末



出所：厚生労働省ホームページ（第536回中央社会保険医療協議会総会：令和5年1月18日）

診療報酬改定における基本方針の変遷：2020→2022

2020年の基本的視点と比較して、働き方改革は引き続き重点課題、地域包括ケアシステムの推進に新型コロナ感染対策が統合されて2つ目の重点課題に格上げされています。

2020年	2022年診療報酬改定の基本的視点と具体的方向性	
<p>働き方改革</p> <p><重点課題> 1. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進</p>	<p>新 コロナ感染対策＋地域包括ケア</p> <p><重点課題> 1. 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応 ○ 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組 ○ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ○ 外来医療の機能分化等 ○ <u>かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価</u> ○ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 ○ 地域包括ケアシステムの推進のための取組
<p>重点的テーマと安全で質の高い医療</p> <p>2. 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現</p>	<p>働き方改革</p> <p><重点課題> 2. 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進 ○ <u>各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進</u> ○ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、<u>その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価</u> ○ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保 ○ <u>令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進</u>
<p>地域包括ケア</p> <p>3. 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進</p>	<p>重点的テーマと安全で質の高い医療</p> <p>3. 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等 ○ 医療におけるICTの利活用・<u>デジタル化への対応</u> ○ アウトカムにも着目した評価の推進 ○ 重点的な対応が求められる分野について、<u>国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価</u> ○ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進 ○ <u>薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価</u>
<p>適正化・持続性</p> <p>4. 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上</p>	<p>適正化・持続性</p> <p>4. 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進 ○ 費用対効果評価制度の活用 ○ 市場市場価格を踏まえた適正な評価等 ○ 重症化予防の取組の推進 ○ <u>医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進</u> ○ <u>効率性等に応じた薬局の評価の推進</u> <p style="text-align: right;">前回改定からの追記箇所</p>

出所：厚生労働省ホームページ（第504回中央社会保険医療協議会総会「令和4年度診療報酬基本方針について」：令和3年12月24日）

診療報酬改定における基本方針の変遷：2022→2024

10月27日の医療保険部会において、令和6年度診療報酬改定の基本的視点と具体的方針の案が提示されました。重点課題は「人材確保と働き方改革」です

2024年診療報酬改定の基本的視点と具体的方向性（案） 前回改定からの追記箇所

<p>人材確保＋働き方改革</p> <p><重点課題> 1. 現下の雇用情勢を踏まえた人材確保・働き方改革等の推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組 ● 働き方改革に向けての取組の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進 ・業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価 ・地域医療の確保及び機能分化を図る観点から必要な救急医療体制等の確保 ・医療人材および医療資源の偏在への対応 	<p>重点的テーマと安全で質の高い医療</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 食材料費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応 ● 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価 <ul style="list-style-type: none"> ・患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて地域で継続して生活できるよう、医療機関間の連携の強化に資する取組等を実施 ・人生の最終段階における医療・ケアの充実 ● アウトカムにも着目した評価の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を推進 ● 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療等） <ul style="list-style-type: none"> ・小児医療、周産期医療、救急医療の充実 ・質の高いがん医療の評価 ・認知症の者に対する適切な医療の評価 ・地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価 ・難病患者に対する適切な医療の評価
<p>地域包括ケア＋医療DX</p> <p>2. ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・マイナ保険証を活用した、質が高く効率的な医療の提供 ・医療情報の標準化、ICTの活用等を通じて、医療連携の取組を推進 ● 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組 <ul style="list-style-type: none"> ・医療と介護の連携、医療と障害福祉サービスの連携の推進 ● リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進 ● 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価 <ul style="list-style-type: none"> ・増加する高齢者急性期医療のニーズや地域医療構想等を踏まえた、患者の状態に応じた適切な医療資源を効率的に提供するための機能分化の推進 ● 外来医療の機能分化・強化等 ● 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組 ● かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価 ● 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 <ul style="list-style-type: none"> ・専門性の高い看護師の活用 	<p>3. 安心・安全で質の高い医療の推進</p> <p>適正化・持続性</p> <p>4. 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価 ● 地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価 ● 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等 <ul style="list-style-type: none"> ・患者の安心・安全を確保するための医薬品の安定供給の確保を推進 ・医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価

出所：厚生労働省ホームページ（第169回社会保障審議会医療保険部会「令和6年度診療報酬改定の基本方針について」：令和5年10月27日）

中央社会保険医療協議会総会

	回数	開催日	議題等 (診療報酬関係のみを抜粋)		
10月 5回	第561回	2023年10月27日	<ul style="list-style-type: none"> 在宅（その4）について 診療報酬基本問題小委員会からの報告について 処遇改善（その1）について 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">(その2) 以降 シリーズ <第2ラウンド></div>	
	第560回	2023年10月20日	<ul style="list-style-type: none"> 個別事項（その3：医療・介護・障害福祉サービスの連携）について 在宅（その3）について 		
	第559回	2023年10月18日	<ul style="list-style-type: none"> 個別事項（その2：がん・疾病対策について）について 		
	第558回	2023年10月11日	<ul style="list-style-type: none"> 費用対効果評価専門組織からの報告について 		
	第557回	2023年10月4日	<ul style="list-style-type: none"> 在宅（その2）について 		
9月 3回	第556回	2023年9月27日	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬基本問題小委員会からの報告について 		
	第555回	2023年9月15日			
	第554回	2023年9月13日	<ul style="list-style-type: none"> 費用対効果評価専門組織からの報告について 		
8月 3回	第553回	2023年8月30日	<ul style="list-style-type: none"> 令和6年度診療報酬改定に向けたこれまでの議論について 		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">(その1) シリーズ <第1ラウンド></div>
	第552回	2023年8月23日	<ul style="list-style-type: none"> 費用対効果評価の結果を踏まえた薬価の見直しについて 		
	第551回	2023年8月2日	<ul style="list-style-type: none"> 個別事項について（その1：小児・周産期） 医療DXについて（その2） 		
7月 3回	第550回	2023年7月26日	<ul style="list-style-type: none"> 感染症について（その1） 調剤について（その1） 		
	第549回	2023年7月12日	<ul style="list-style-type: none"> 費用対効果評価の結果を踏まえた材料価格の見直しについて 在宅について（その1） 歯科医療について（その1） 		
	第548回	2023年7月5日	<ul style="list-style-type: none"> 入院について（その1） 		
6月 2回	第547回	2023年6月21日	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬基本問題小委員会からの報告について 診療報酬改定結果検証部会からの報告について 保険医療材料専門部会・薬価専門部会からの報告について 外来について（その1） 		
	第546回	2023年6月14日	<ul style="list-style-type: none"> 費用対効果評価専門組織からの報告について 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主なご意見について 働き方改革の推進について（その1） 		
	第545回	2023年5月17日			
5月 2回	第544回	2023年5月10日	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬基本問題小委員会からの報告について 		
	第543回	2023年4月26日	<ul style="list-style-type: none"> 医療DXについて（その1） 		

出所：厚生労働省ホームページ（中央社会保険医療協議会総会：令和5年10月28日時点）

中医協診療報酬調査専門組織（入院・外来医療等の調査・評価分科会）

	回数	開催日	議題等	
10月 2回	令和5年度第10回	2023年10月12日 (令和5年10月12日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護職員処遇改善評価料の実績報告について 2. これまでの議論におけるご指摘等について 3. 入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）（案） 	10月27日 中医協総会 で報告
	令和5年度第9回	2023年10月5日 (令和5年10月5日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中医協基本問題小委員会・総会への報告結果について 2. 診療情報・指標等作業グループからの最終報告について 3. 急性期入院医療について（その4） 4. DPC/PDPS等作業グループからの最終報告について 5. 令和5年度調査結果（速報）概要 	
9月 3回	令和5年度第8回	2023年9月29日 (令和5年9月29日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について 2. 地域包括ケア病棟について（その3） 3. 慢性期入院医療について（その3） 4. 横断的事項について 	
	令和5年度第7回	2023年9月14日 (令和5年9月14日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討状況について検討結果（中間とりまとめ）（案） 	
	令和5年度第6回	2023年9月6日 (令和5年9月6日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 診療情報・指標等作業グループからの中間報告について 2. DPC/PDPS等作業グループからの中間報告について 3. 急性期入院医療について（その3） 4. 回復期リハビリテーション病棟について（その1） 5. 慢性期入院医療について（その2） 	
8月 1回	令和5年度第5回	2023年8月10日 (令和5年8月10日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 急性期入院医療について（その2） 2. 高度急性期医療について（その1） 3. 地域包括ケア病棟について（その2） 4. 慢性期入院医療について（その1） 	
	令和5年度第4回	2023年7月20日 (令和5年7月20日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 前回の議論におけるご指摘について 2. 情報通信機器を用いた診療について（その1） 3. 外来医療について（その1） 4. 外来腫瘍化学療法について 5. 横断的事項等（その2） 	
7月 2回	令和5年度第3回	2023年7月6日 (令和5年7月6日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 急性期入院医療について（その1） 2. 地域包括ケア病棟について（その1） 3. 横断的事項について（その1） 	
	令和5年度第1回	2023年4月24日 (令和5年4月24日)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分科会の検討方針について 2. 令和5年度調査の内容について 3. 令和4年度調査の回収状況について 4. 令和4年度特別調査の結果報告について 5. 令和5年度におけるDPC/PDPSの現況について 6. 診断群分類の見直し作業等の実施について(案) 	

出所：厚生労働省ホームページ（入院・外来医療等の調査・評価分科会：令和5年10月28日時点）

第1ラウンドまとめ

中医協 総 - 2
5 . 8 . 3 0

令和6年度診療報酬改定に向けた議論の概要

- 中央社会保険医療協議会総会において、令和5年4月より、令和6年度診療報酬改定の論点等に関して、議論を行った。
- その内容及び意見について、以下のとおり整理する。
- 今後、以下に整理した内容を踏まえ、小委員会や専門部会の議論も進め、令和6年度診療報酬に向けてさらに議論を行っていく。

1. 議論の経過

日 程	議 題
令和5年4月26日	○ 医療DX（その1）
5月17日	○ 医療計画
6月14日	○ 働き方改革の推進について
6月21日	○ 外来（その1）
7月5日	○ 入院（その1）
7月12日	○ 在宅（その1） ○ 歯科（その1）
7月26日	○ 感染症（その1） ○ 調剤（その1）
8月2日	○ 個別事項（小児周産期） ○ 医療DX（その2）

入院・外来医療等の調査・評価分科会まとめ

中医協 総 - 4
5 . 1 0 . 2 7

中医協 診 - 2
5 . 1 0 . 2 7

入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果 （とりまとめ）

令和5年10月27日
入院・外来医療等の調査・評価分科会
分科会長 尾形裕也

I. 概要

診療報酬調査専門組織の一つである「入院・外来医療等の調査・評価分科会」（以下「分科会」という。）は、令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見等に関する事項等について、技術的な課題に関して専門的な調査及び検討を行うこととされている。入院・外来医療等に関連する事項について、令和4年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、令和6年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として「令和4年度入院・外来医療等における実態調査」及び「令和5年度入院・外来医療等における実態調査」を実施し、調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。

1. 一般病棟入院基本料について 別添資料①P12 ~ P95
2. 特定集中治療室管理料等について 別添資料①P96 ~ P132
3. DPC/PDPSについて 別添資料②P2 ~ P113
4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について 別添資料③P2 ~ P50
5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について 別添資料③P51 ~ P103
6. 療養病棟入院基本料について 別添資料③P104 ~ P155
7. 障害者施設等入院基本料等について 別添資料③P156 ~ P178
8. 外来医療について 別添資料④P2 ~ P82
9. 外来腫瘍化学療法について 別添資料④P83 ~ P113
10. 情報通信機器を用いた診療について 別添資料④P114 ~ P150
11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について 別添資料④P151 ~ P200
12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について 別添資料⑤P2 ~ P21
13. 横断的個別事項について 別添資料⑤P22 ~ P186

出所：厚生労働省ホームページ（第553回／第561回中央社会保険医療協議会総会：8月30日／10月27日）

診療報酬改定時期を2ヶ月後ろ倒しした場合のスケジュール（案）

- 施行時期の後ろ倒しにあたっては、総合的な検討が必要とされているところ。
- 毎年薬価改定の観点からは、4月の薬価改定が実施されれば、薬価調査を例年通りに実施することが可能。
- また次期改定に向けては、6月施行の場合、経過措置は9月末を基本とし、年度内の検証調査が実施可能。



出所：厚生労働省ホームページ（第548回中央社会保険医療協議会総会：令和5年7月5日）

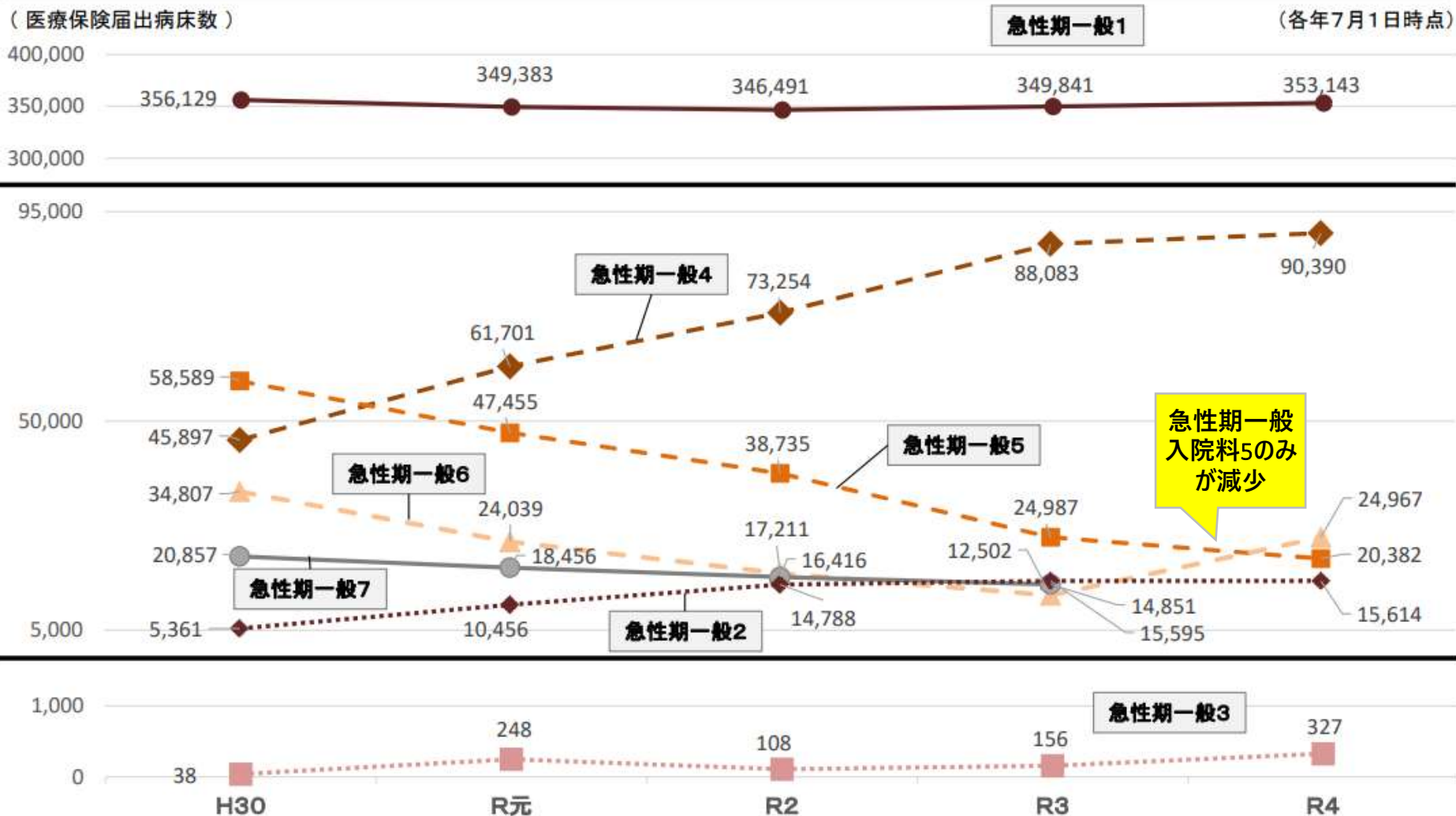
今回の診療報酬改定において、急性期一般入院料と地域包括ケア病棟入院料における施設基準の見直しによる影響が大きかったと考えられます

入院料	入院料ごとの主な改定内容	共通の主な改定内容
急性期一般入院料	<ul style="list-style-type: none"> ■ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を見直し ■ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化（入院料1：許可200床以上） ■ 急性期一般入院料6の廃止 	<p><重症度、医療・看護必要度></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目を見直し ✓ 「点滴ライン同時3本以上の管理」から「注射薬剤3種類以上の管理」に変更 ✓ 「心電図モニターの管理」を削除 ✓ 「輸血や血液製剤の管理」を1点から2点に変更 <p><褥瘡対策></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 薬剤師又は管理栄養士が他職種と連携し、薬学的管理や栄養管理を実施することに関し、診療計画への記載を求める <p><診療体制加算></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施（許可400床以上） ■ HL7 FHIR導入状況を報告
地域包括ケア病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> ■ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合を見直し ■ 在宅復帰率の引き上げ（入院料1・2は72.5%以上、3・4は70%以上なければ10%減算） ■ 一般病棟から転棟患者割合の対象拡大（許可200床以上） ■ 地域包括ケアの実績部分の引き上げ（入院料1・3は自宅等から入棟20%以上と緊急患者3ヶ月9人以上）、入院料2・4にも1項目以上を要件化 ■ 入退院支援加算1の届出（許可100床以上、届出なければ10%減算） ■ 第二次救急又は省令に基づき認定された救急病院であることを要件化 ■ 療養病床は5%減算（自宅等から入院や救急機能あれば減算なし） 	
回復期リハビリテーション 病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ■ 重症患者割合の引き上げ（入院料1・2は40%以上、入院料3・4は30%以上） ■ 回復期リハビリテーションを要する状態に「心大血管疾患等」が追加 ■ 回復期リハビリテーション病棟入院料5の廃止 	
療養病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入院料2経過措置の延長・見直し（25%減算、FIM測定しなければリハビリ2単位超えを包括化） ■ 中心静脈栄養の厳格化（摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制がなければ医療区分3から医療区分2を算定） 	
緩和ケア病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ■ データ提出加算の要件化 ■ ガイドラインに基づく疼痛評価を導入、疼痛の評価・指導なければ100点減 	
障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ■ データ提出加算の要件化 ■ 障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者を90日までの間に限り、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す 	
地域一般入院基本料、専門病院 入院基本料（13対1）、精神科 救急急性期医療入院料	<ul style="list-style-type: none"> ■ データ提出加算の要件化 	

出所：第516回中央社会保険医療協議会総会「答申について」2022年2月9日（厚生労働省HP）より作成

入院料別の病床数の推移（急性期一般入院基本料）

- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、減少傾向であったが、令和3年から微増している。
- 急性期一般入院料5が減少傾向にあるが、急性期一般入院料4は増加傾向である。



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

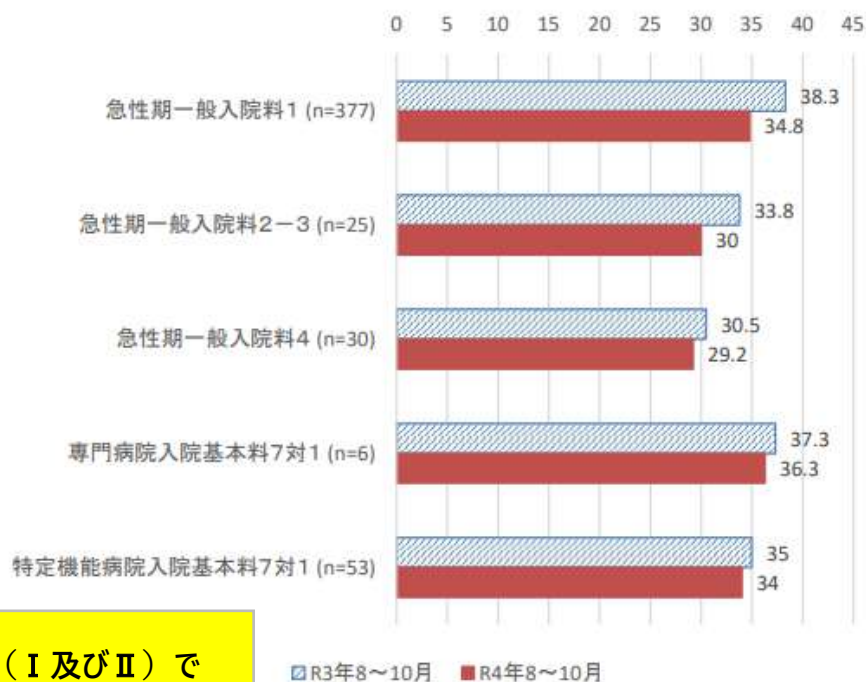
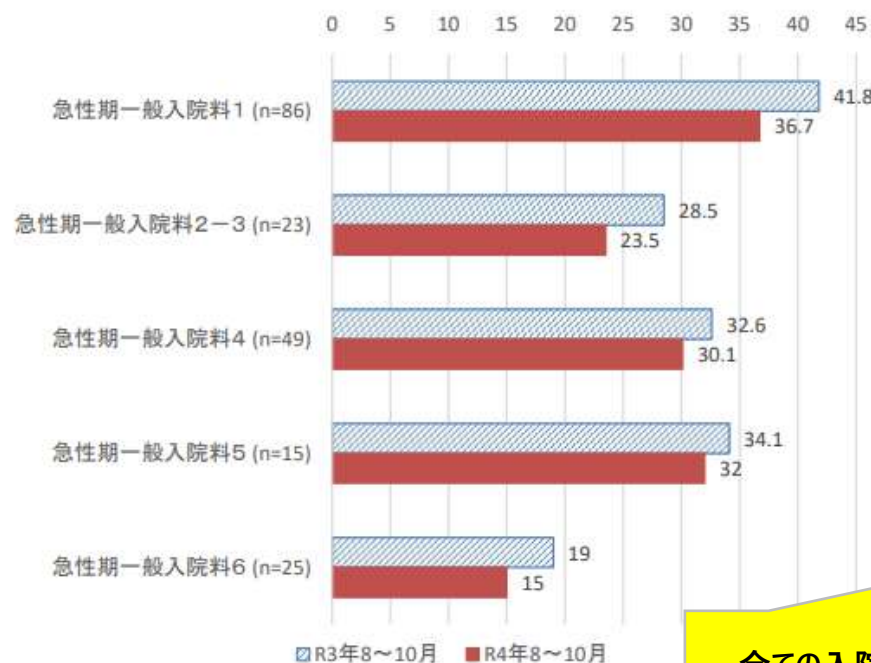
出所：厚生労働省ホームページ（第548回中央社会保険医療協議会総会：令和5年7月5日）

- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約5%、急性期一般入院料4で約3%低下していた。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合は、令和3年から4年にかけて急性期一般入院料1で約4%、急性期一般入院料4で約1%低下していた。

R3, R4いずれも回答した施設における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (平均)

(重症度、医療・看護必要度Ⅰ)

(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)



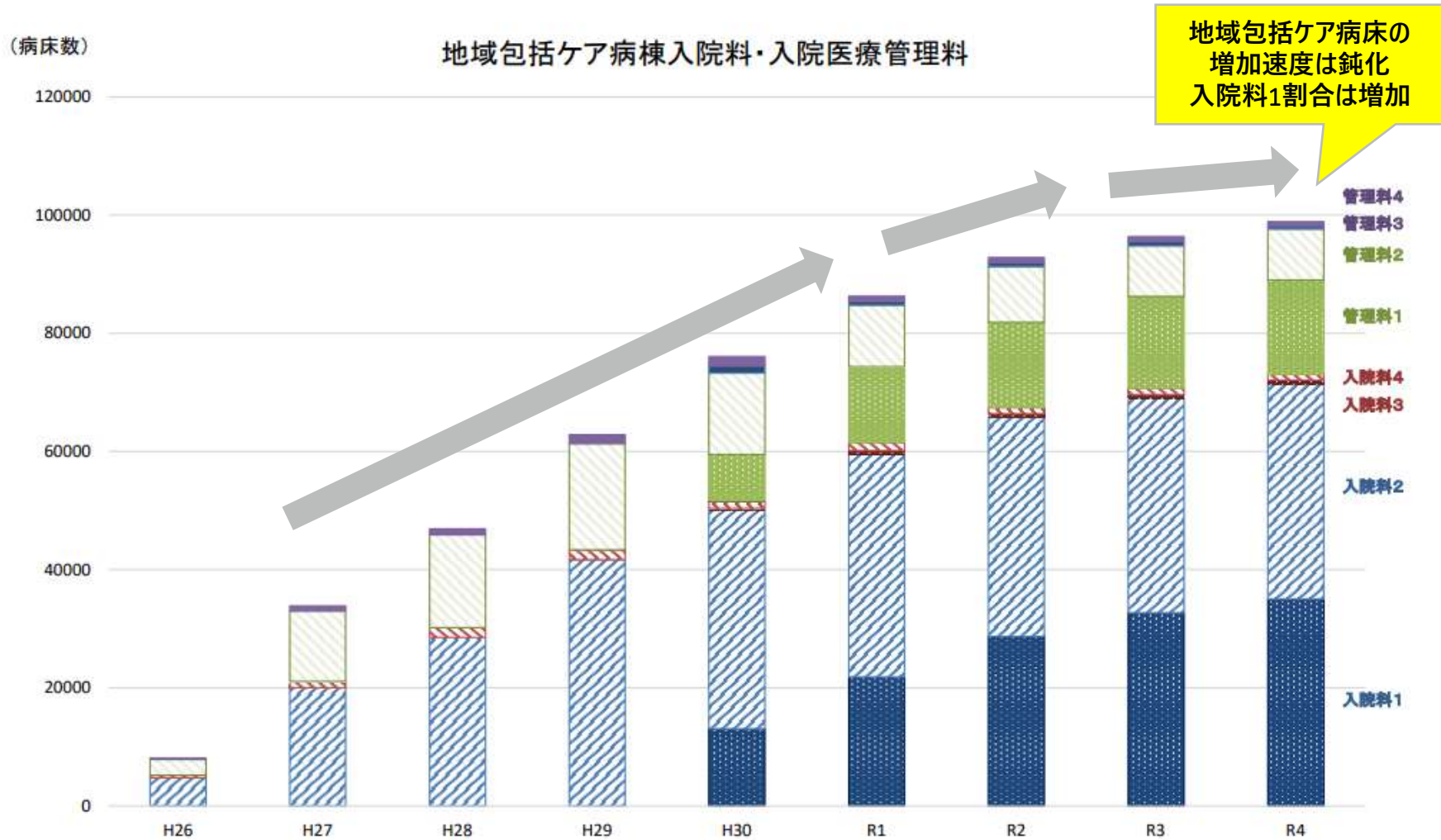
全ての入院料 (Ⅰ及びⅡ) で重症度、医療・看護必要度は低下
特に心電図モニターの影響大

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

出所：厚生労働省ホームページ (第548回中央社会保険医療協議会総会：令和5年7月5日)

入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数はいずれも増加傾向であった。



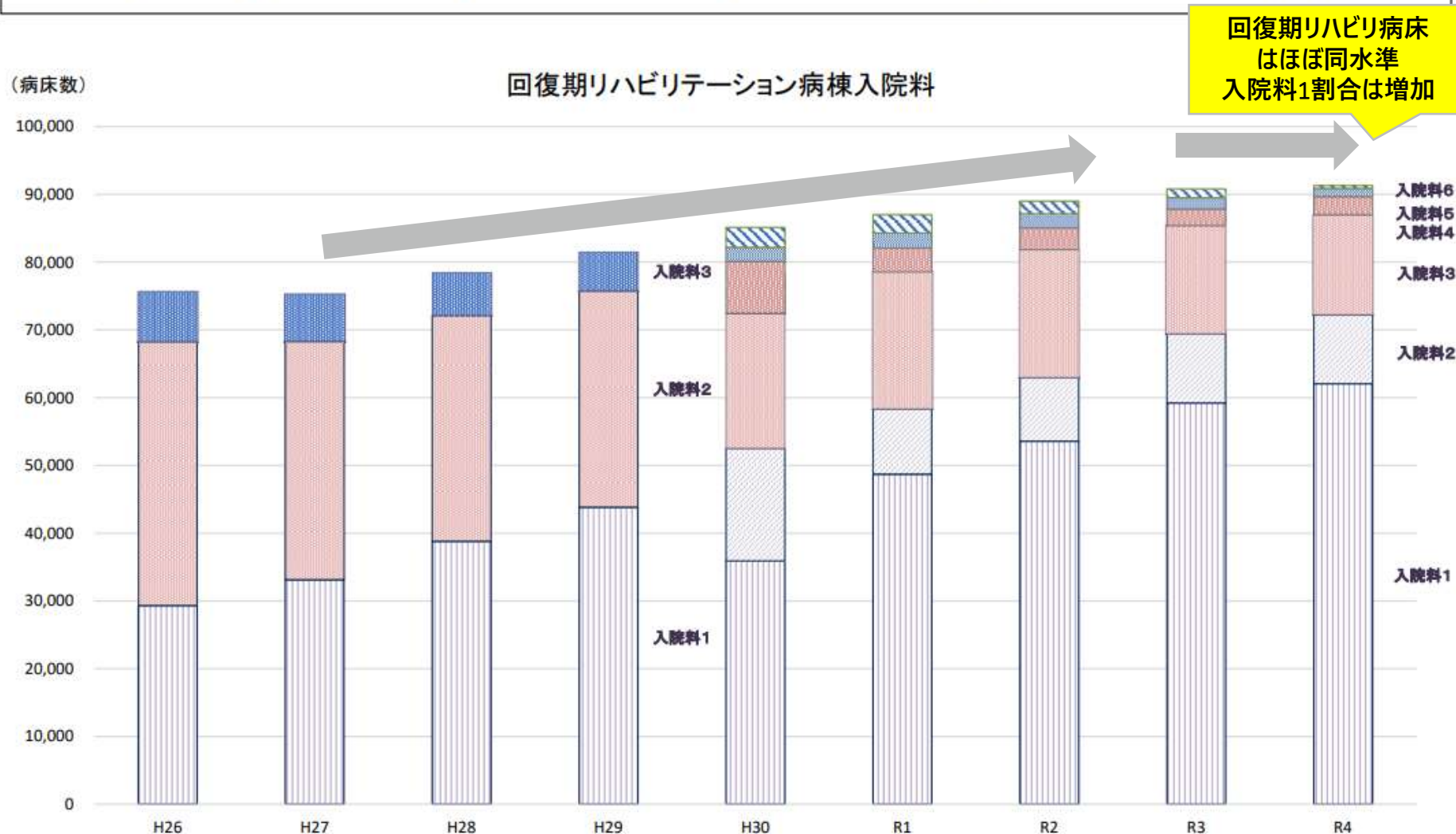
出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

出所：厚生労働省ホームページ（第548回中央社会保険医療協議会総会：令和5年7月5日）

53 2024年診療報酬改定からポスト2025へ、どうする病院経営

入院料別の届出病床数の推移

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は増加傾向であった。



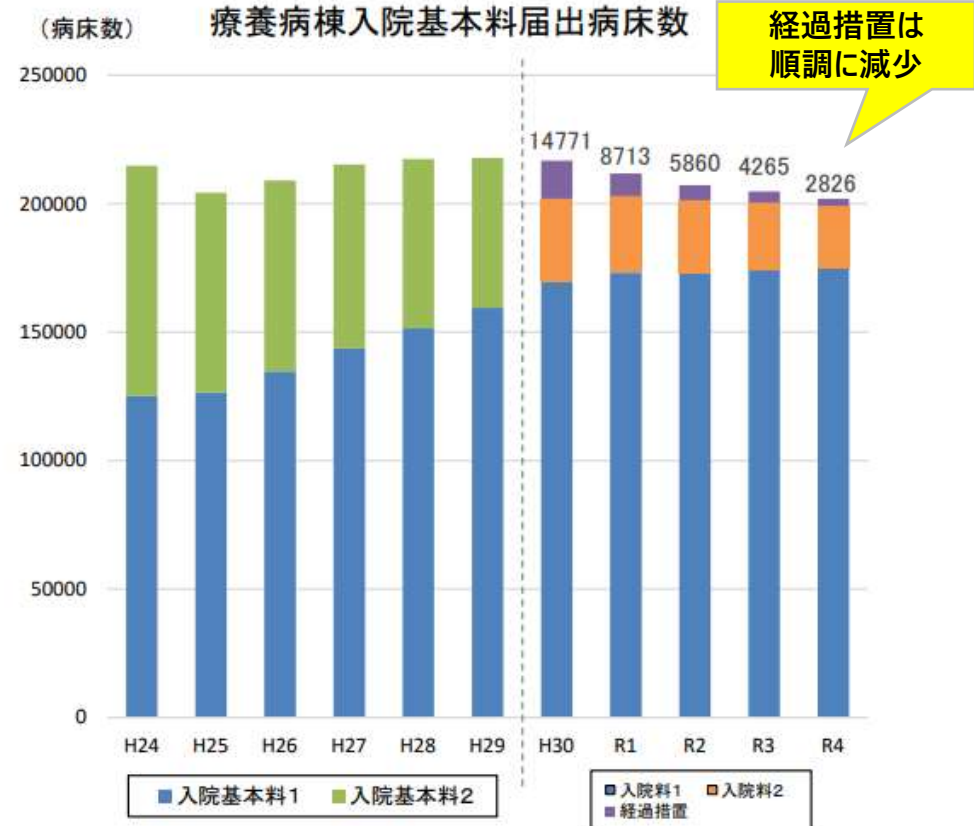
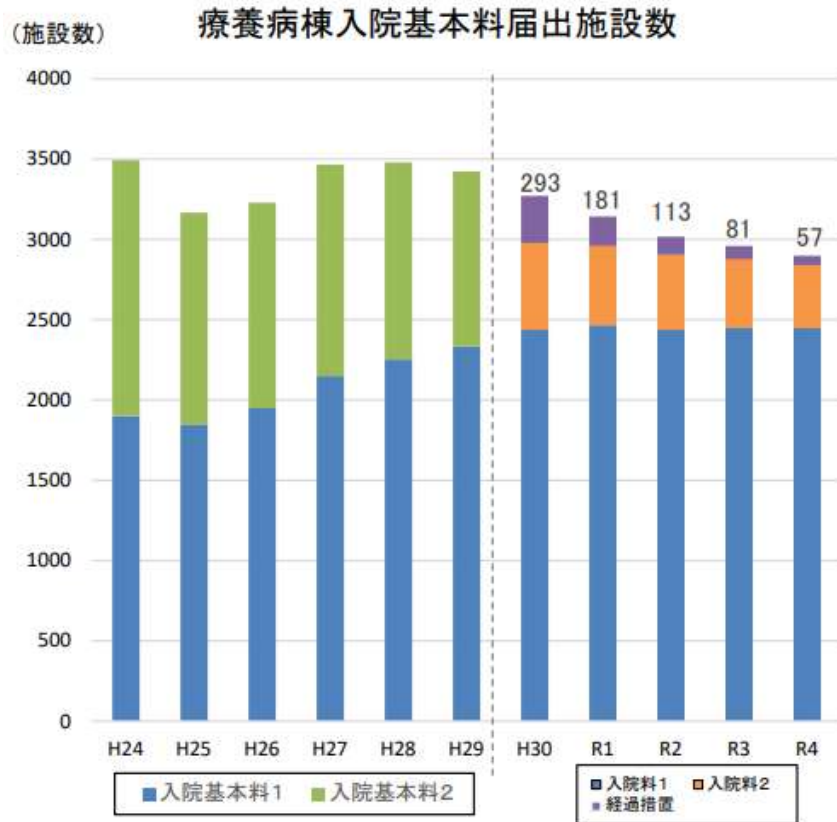
出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

出所：厚生労働省ホームページ（第548回中央社会保険医療協議会総会：令和5年7月5日）

54 2024年診療報酬改定からポスト2025へ、どうする病院経営

療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

○ 療養病棟入院料経過措置（看護職員配置25対1又は医療区分2・3の割合の患者5割未満）の届出施設数は令和4年7月1日時点で57施設、2,826床であった。

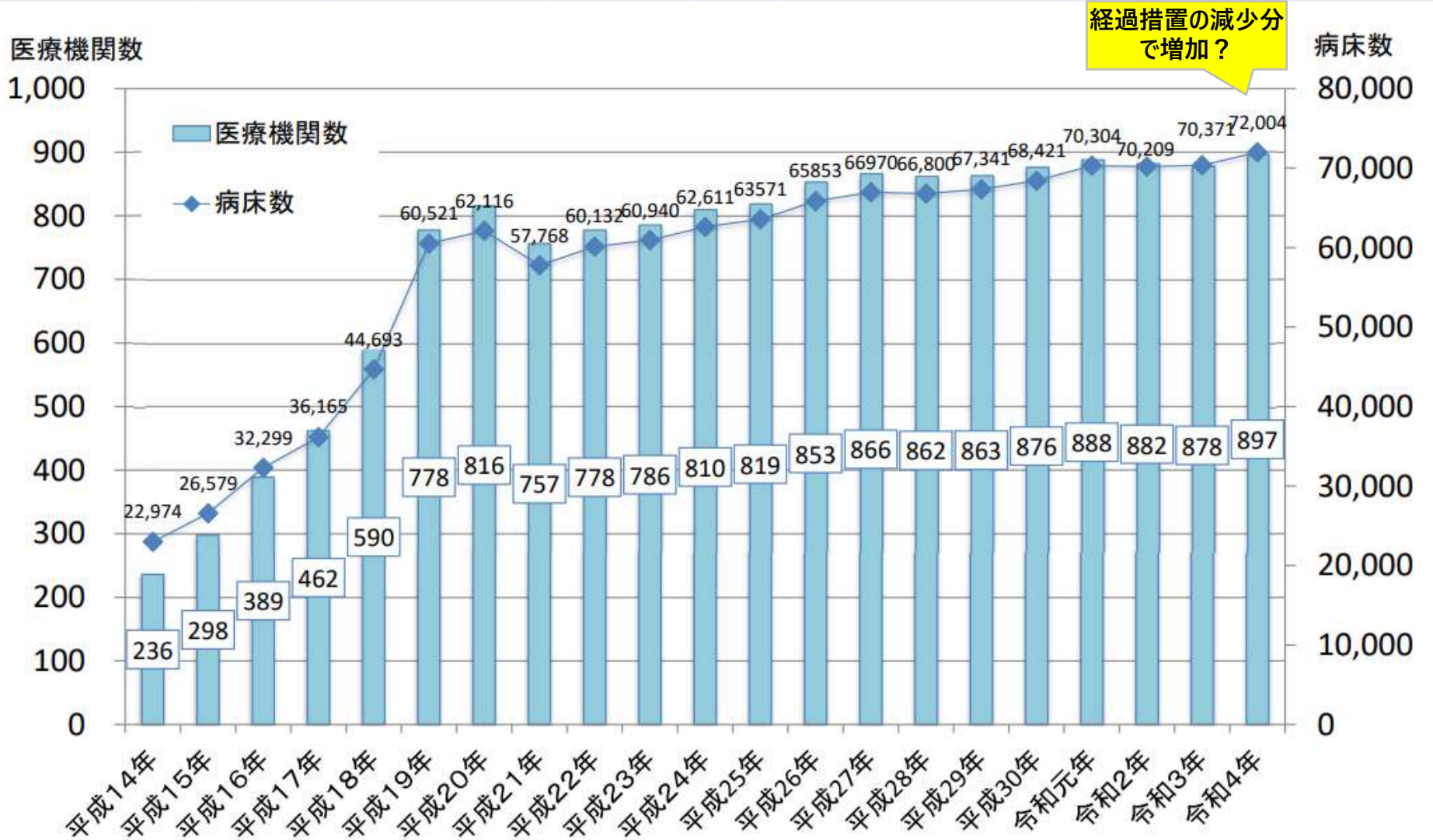


出典: 保険局医療課調べ(7月1日時点)

※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く ※H30-R1の経過措置1・2は合算

出所: 厚生労働省ホームページ (第548回中央社会保険医療協議会総会: 令和5年7月5日)

障害者施設等入院基本料 届出医療機関数・病床数



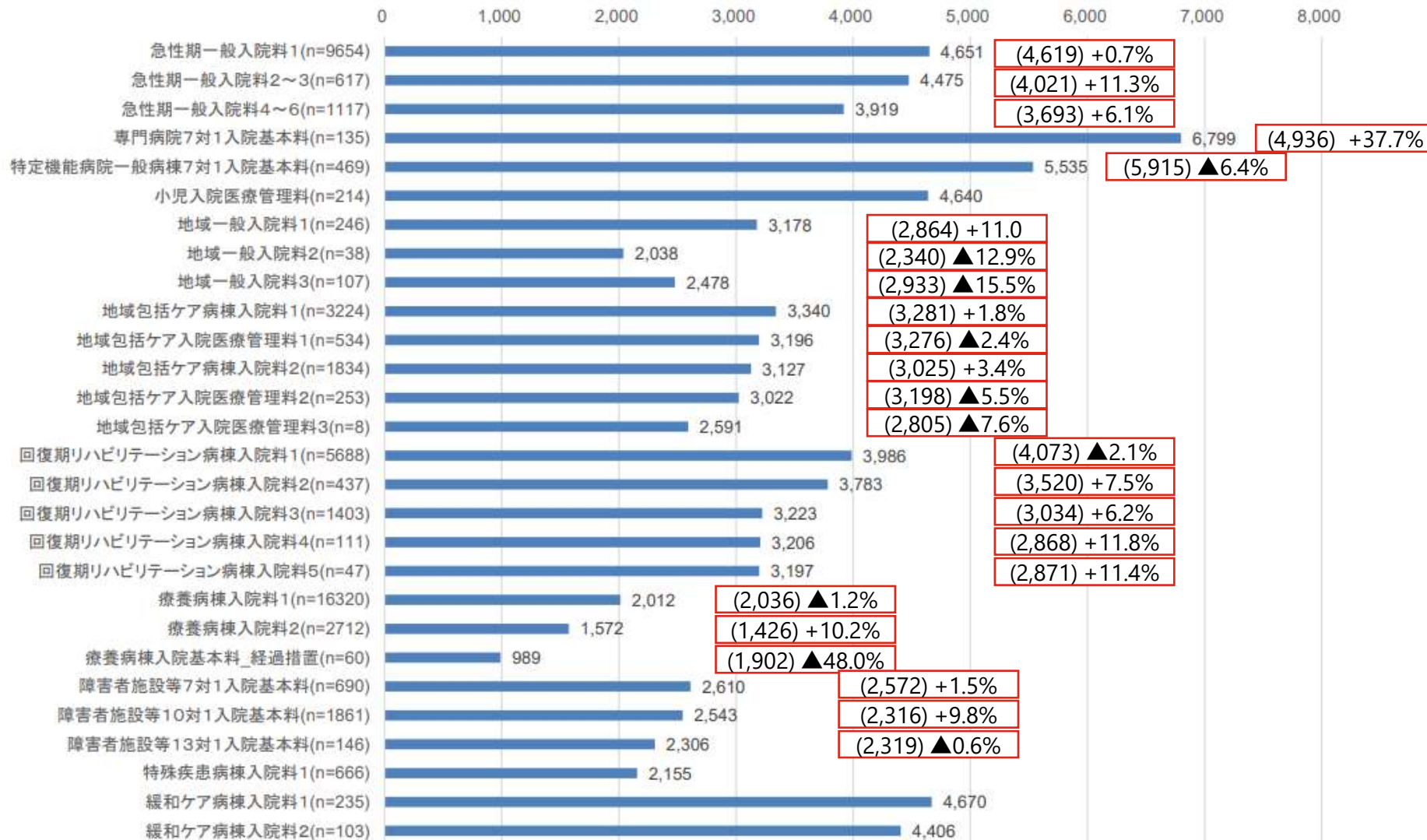
出典: 保険局医療課調べ

出所: 厚生労働省ホームページ (第548回中央社会保険医療協議会総会: 令和5年7月5日)

入院料ごとの1日当たりのレセプト請求点数

診調組 入-1
5. 6. 8 改

(点/日)



(2022診療報酬改定の調査結果) 増減割合

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)、DPCデータ、レセプトデータ

出所：厚生労働省ホームページ(第548回中央社会保険医療協議会総会：令和5年7月5日)

前回改定の影響が顕在化される令和5年度の調査結果が間もなく公表されるので、注視する必要があります。次回改定は2018年ダブル報酬改定のように、入院料の構造自体が大きく見直される可能性があります

主要な入院料の考察

入院料	令和3年から令和4年の増減		注目ポイント
	病床数	入院単価	
急性期一般入院料	入院料1-4：＋ 入院料5：-- 入院料6：＋＋ 合計：－	入院料1：＋ 入院料2-3：＋＋ 入院料4-6：＋	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入院料1のさらなる厳格化 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 重症度の基準UP、集中治療室等の要件化 ■ 入院料6の維持？ 絞り込み？
地域包括ケア病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理料	入院・管理料1：＋ 入院・管理料2-4：± 合計：＋	入院料：＋ 管理料：－	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入院料1のさらなる厳格化？ <ul style="list-style-type: none"> ✓ 在宅復帰率・重症度 ✓ 救急医療・在宅医療の実績等 ■ 転棟患者割合の対象拡大
回復期リハビリテーション病棟 入院料	入院料1：＋＋ 入院料1-6：－ 合計：＋	入院料1：－ 入院料2-3：＋ 入院料4-5：＋＋	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入院料1の厳格化？ <ul style="list-style-type: none"> ✓ FIMの実績要件の基準UP ✓ 第三者評価の要件化等
療養病棟入院料	入院料1：± 入院料2：± 経過措置：－	入院料1：－ 入院料2：＋＋ 経過措置：--	<ul style="list-style-type: none"> ■ 中心静脈栄養のさらなる厳格化？ ■ 経過措置は廃止

新設された急性期充実体制加算は、総合入院体制加算1よりも高い診療報酬が付いていますが、施設基準のハードルは厳しく設定されています。2つの加算は併算定ができません

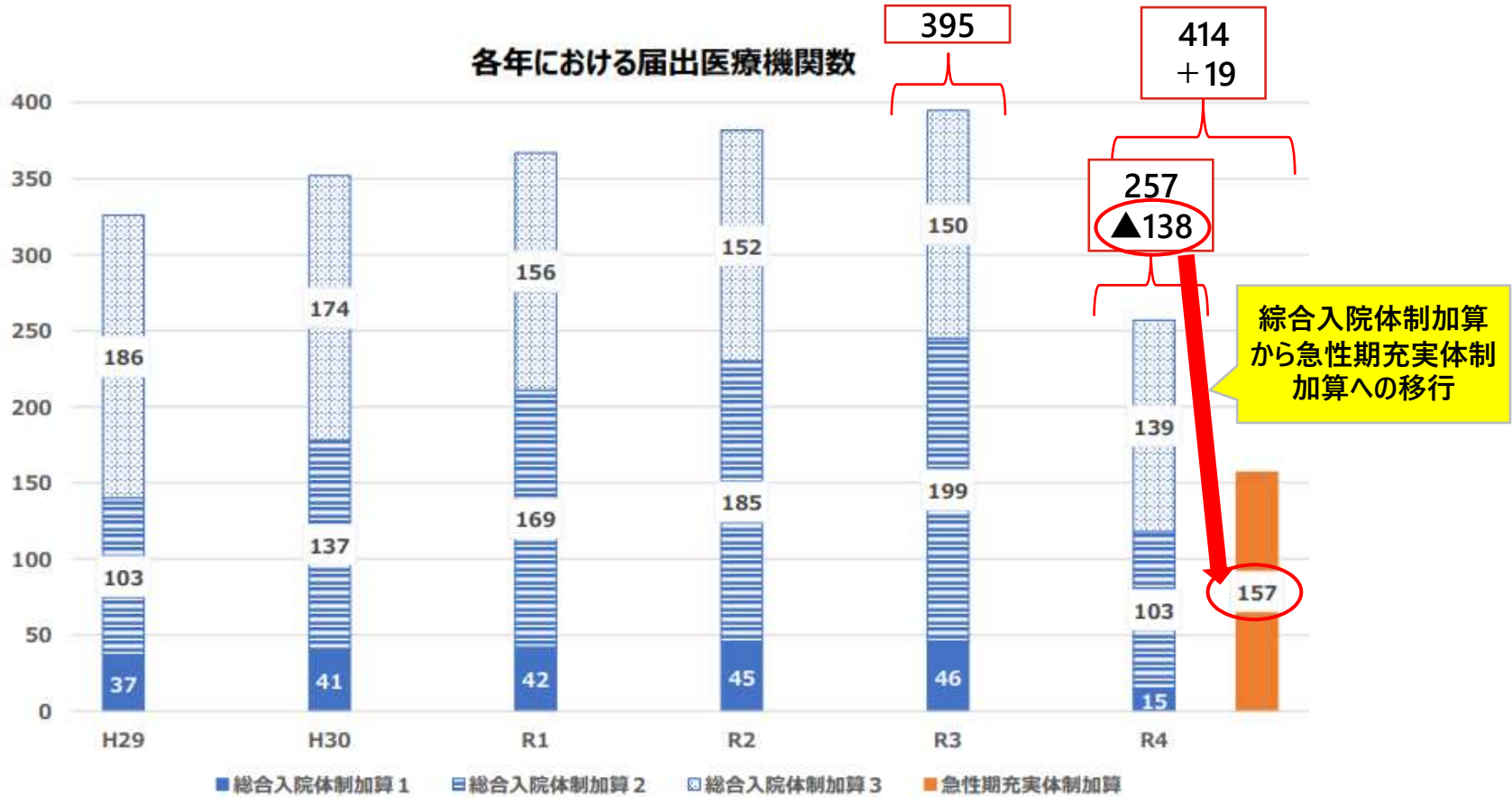
高度急性期に係る加算の比較

加算	(新) 急性期充実体制加算	総合入院体制加算	地域医療体制確保加算
点数	7日以内：460点 8～11日以内：250点 12～14日以内：180点	14日以内 加算1：240点 加算2：180点 加算3：120点	入院初日 620点
1入院患者あたり 14日間の収入	47,600円	加算1：33,600円 加算2：25,200円 加算3：16,800円	6,200円
施設基準 における 主な診療実績 (年間) ＝アウトカム指標	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急搬送件数2,000件以上 ■ 全身麻酔手術2,000件以上 ■ 悪性腫瘍手術400件以上 ■ 心臓カテーテル法の手術200件以上 ■ 化学療法1,000件以上 ■ 異常分娩50件以上 ■ 小児手術40件以上 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急搬送件数2,000件以上 (加算2) ■ 全身麻酔手術800件以上 ■ 人工心肺の手術等40件以上 ■ 悪性腫瘍手術400件以上 ■ 化学療法1,000件以上 ■ 放射線治療体外照射4,000件以上 ■ 分娩100件以上 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急搬送件数2,000件以上 ■ 救急搬送件数1,000件以上 (総合周産期特定集中治療室管理料等を届出している医療機関)
他の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ■ 感染対策向上加算1 ■ 紹介受診重点医療機関 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 標榜診療科、精神病床 (加算1) ■ 紹介受診重点医療機関 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 「医師労働時間短縮計画」の作成
併算定ルール	併算定は不可		－
算定 医療機関数	126施設 (6月22日 CBNewsより)	加算1：46施設 加算2：202施設 加算3：148施設 (令和4年1月時点)	940施設 (令和3年3月時点)

出所：第516回中央社会保険医療協議会総会「答申について」2022年2月9日（厚生労働省HP）より作成

総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出状況

○ 近年の総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出医療機関数は以下のとおり。



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日の状況）

出所：厚生労働省ホームページ（第548回中央社会保険医療協議会総会：令和5年7月5日）

感染対策向上加算は新型コロナウイルスの受け入れ体制（コロナ病床や発熱外来）について、自治体のHPを通じて公表する必要があります

(旧) 感染防止対策加算	(新) 感染対策向上加算
感染防止対策加算 1 390点 + 200点* = 590点 *感染防止対策地域連携加算100点と抗菌薬適正使用支援加算100点	感染対策向上加算 1 710点 + 30点* = 740点 *指導強化加算30点
感染防止対策加算 2 90点 一般病床 300床以下	感染対策向上加算 2 175点 + 35点* = 210点 一般病床 300床以下 *連携強化加算30点とサーベイランス強化加算5点
未届	感染対策向上加算 3 75点 + 35点* = 110点 一般病床 300床以下 *連携強化加算30点とサーベイランス強化加算5点

感染対策向上加算 1 施設基準 感染防止対策加算 1 からの主な変更点	感染対策向上加算 2 施設基準 感染防止対策加算 2 からの主な変更点	感染対策向上加算 3 施設基準 感染対策向上加算 2 との主な違い
(7) ……保健所及び地域の医師会と連携……、また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること。 (17) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のHPにより公開していること。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> 新型コロナウイルス感染症重点医療機関 </div> (18) 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。 (20) - (24) 現行の感染防止対策地域連携加算と抗菌薬適正使用支援加算の施設基準が要件化	(7) ……また、感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。 (14) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のHPにより公開していること。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> 新型コロナウイルス感染症協力医療機関 </div> (15) 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。	(3) 感染制御チームは専任の常勤医師と専任の看護師のみ、ともに適切な研修を修了していることが望ましい。 (7) ……また、感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。 (12) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のHPにより公開していること。 (13) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。

出所：第516回中央社会保険医療協議会総会「答申について」2022年2月9日（厚生労働省HP）より作成

感染対策向上加算等の届出医療機関数

- 感染対策向上加算の届出医療機関数は、令和3年までにおける感染防止対策加算の届出医療機関と同程度だった。
- 外来感染対策向上加算の届出施設数は約1万6千施設であり、内科を標榜する診療所のうち一部にとどまっていた。



出典

- ・保険局医療課調べ(加算の届出状況、各年7月1日時点)
- ・医療施設調査(診療所数、令和2年10月1日時点)

出所：厚生労働省ホームページ（第550回中央社会保険医療協議会総会：令和5年7月26日）

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設①

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点から、看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う。

(新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)

[施設基準]

- ・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。

研修対象	研修内容
看護師長等	所定の研修※1を修了していること。
看護職員	全ての看護職員が、所定の研修を修了していること。 研修は、講義及び演習により、次の項目を行う研修であること。 イ(イ)看護補助者との協働の必要性 (ロ)看護補助者の制度的な位置づけ (ハ)看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方 (ニ)看護補助者との協働のためのコミュニケーション (ホ)自施設における看護補助者に係る規定及び運用
看護補助者	現行の研修内容※2のうち、エ(日常生活にかかわる業務)について業務内容毎に業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、それを用いて研修を実施すること。

- ※1 (イ) 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること(5時間程度)
(ロ) 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- ① 看護補助者の活用に関する制度等の概要
 - ② 看護職員との連携と業務整理
 - ③ 看護補助者の育成・研修・能力評価
 - ④ 看護補助者の雇用形態と処遇等
- ※2
- ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
 - イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
 - ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
 - エ 日常生活にかかわる業務
 - オ 守秘義務、個人情報の保護
 - カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

改定後

【急性期看護補助体制加算】	
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)	240点
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)	220点
50対1急性期看護補助体制加算	200点
75対1急性期看護補助体制加算	160点

(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算

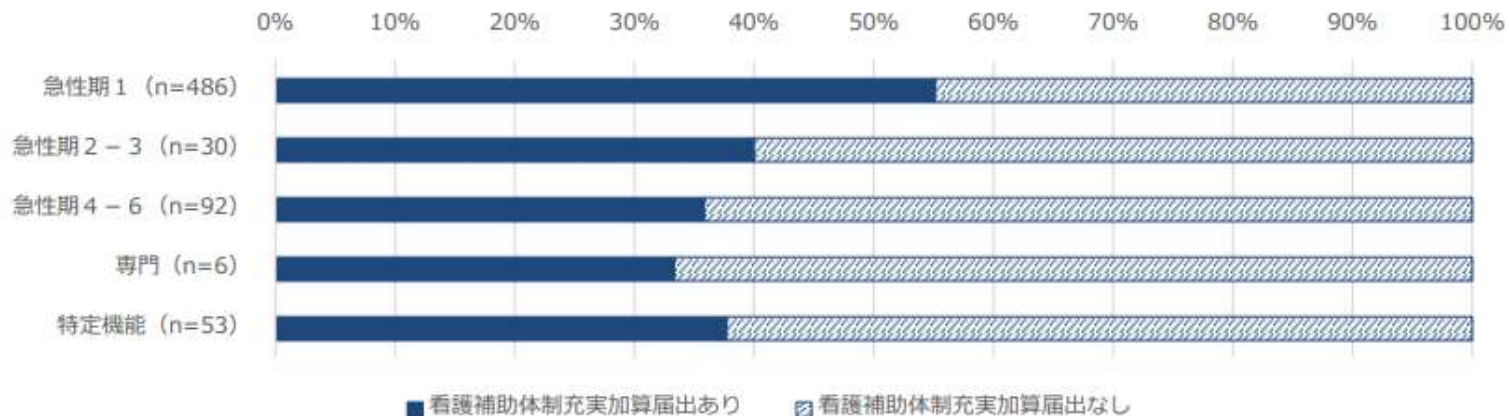
【看護補助加算】	
看護補助加算1	141点
看護補助加算2	116点
看護補助加算3	88点

(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算

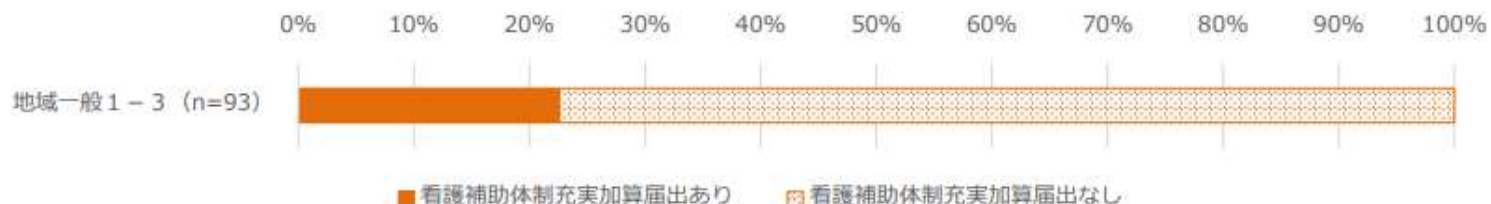
イ 夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)	50点
<u>(新) □ 看護補助体制充実加算</u>	55点
イ 看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)	
(1) 14日以内の期間	146点
(2) 15日以上30日以内の期間	121点
<u>(新) □ 看護補助体制充実加算</u>	
(1) 14日以内の期間	151点
(2) 15日以上30日以内の期間	126点
イ 看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)	160点
<u>(新) □ 看護補助体制充実加算</u>	165点

○ 看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合の評価である看護補助体制充実加算について、急性期看護補助体制加算を届け出る施設では約4割、看護補助加算を届け出る施設では2割超が届け出ている。 **施設基準の研修受講に時間を要している可能性があります**

■ 急性期看護補助体制加算を届け出る施設における、看護補助体制充実加算の届出有無（令和4年11月1日時点）



■ 看護補助加算を届け出る施設における、看護補助体制充実加算の届出有無（令和4年11月1日時点）

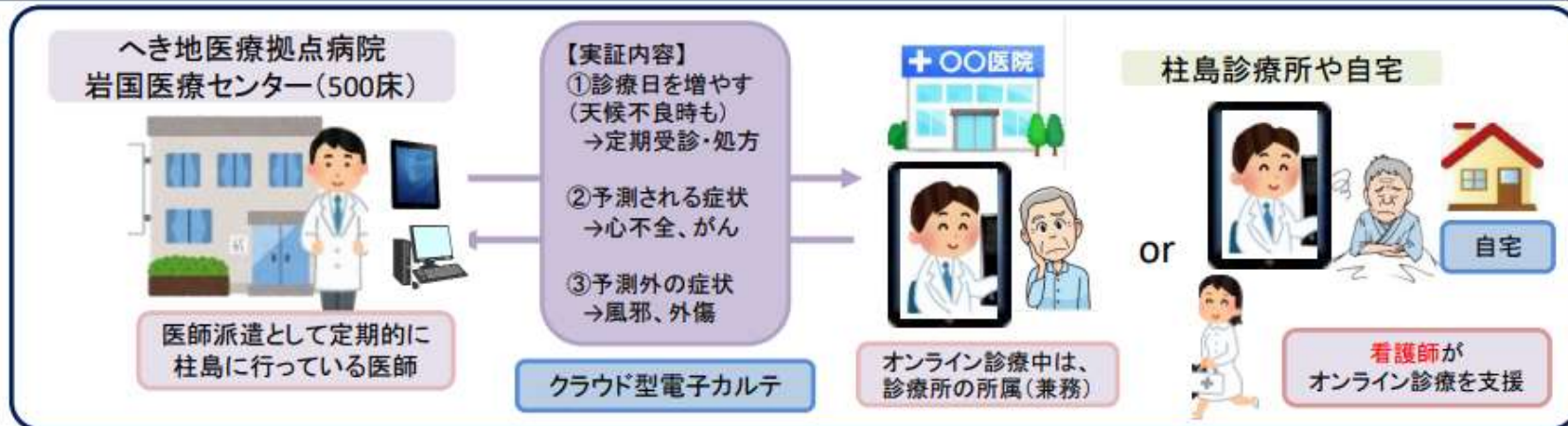


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（A票））

出所：厚生労働省ホームページ（第561回中央社会保険医療協議会総会：令和5年10月27日）

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）

- ・同医療圏のへき地医療拠点病院から月2回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
- ・令和2年から実証開始。本土から看護師のみ離島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。



・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる(オンライン診療の適切な実施に関する指針)。

・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる(令和4年3月23日厚労省事務連絡)。

【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療(検査、処置)を届けられる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題

- ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
- ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

厚生労働行政推進調査事業費「へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究」研究班作成

2024年診療報酬改定のポイント（その1）

機能・役割の進化・深化

< 入院 >

- 急性期一般入院料¹の絞り込み：重症度の基準UP、集中治療室等の要件化
- 重症度、医療・看護必要度の見直し：B項目（衣服の着脱）とC項目（骨の手術）の整理
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化拡大
- 地域包括ケア病棟入院料の実績要件見直し：前回改定の調査結果に基づく見直し
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件見直し：FIM得点の基準UP
- 療養病棟入院料：経過措置（注11）の廃止、中心静脈栄養のさらなる厳格化・見直し

< 外来 >

- かかりつけ医機能の評価：初再診の算定要件化 or 加算による評価
- リフィル処方箋のさらなる推進
- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算：前回改定の調査結果に基づく見直し

< オンライン診療 >

- DtoPwithNの評価、対面診療との点数差見直し、算定要件のさらなる緩和

2024年診療報酬改定のポイント（その2）

働き方改革

- 医師事務作業補助体制加算のさらなる評価、医師事務作業補助者のプロセス評価
- 医師労働時間短縮計画の作成を求める要件化拡大
- 看護補助者配置加算・夜間看護加算等のさらなる評価
- ICT/AI/ロボット等の評価：人員配置基準等の緩和

医療DX

- オンライン資格確認のさらなる推進（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の再掲）
- 電子処方箋の推進

感染対策

- 感染対策向上加算：感染症BCP要件化、前回改定の調査結果に基づく見直し
- 第8次医療計画における新興感染症指定病院の評価

サイバーセキュリティ対策

- 診療録管理体制加算のサイバーセキュリティ対策に係る要件化拡大or新たな加算による評価

2024年介護報酬改定のポイント

機能・役割の進化・深化

- 介護療養病床の廃止：2024年3月末の予定、介護医療院の新設
- 複合型サービスの新類型：複数の在宅サービス（訪問・通所介護等）を組み合わせて提供可能

働き方改革

- 処遇改善加算の見直し：3種類の加算統合や手続きの簡素化
- 介護助手の新しい評価：診療報酬の看護補助者配置加算のようなイメージ
- ICT（見守りセンサーやインカム）導入による人員配置基準のさらなる緩和
- 介護ロボットの新しい評価：人員配置基準等の緩和

介護DX

- 科学的介護推進体制加算：前回改定の調査結果に基づく見直し
- 居宅介護支援のケアプランデータ連携システム活用を要件化
- 電子申請・届出システムの要件化

診療報酬改定と
介護報酬改定の
情報をタイムリーに
収集しましょう！

医療部会、医療保
険部会、介護保
険部会、介護給付費
分科会

中医協総会、専門
部会、小委員会

審議会・研究会等

厚生労働省関係の審議会、研究会等の議事録等を掲載しています。

審議会・研究会等開催予定一覧

行事・会議の予定はこちらから

法律または政令の定めにより設置された審議会等

- **社会保障審議会**
- 厚生科学審議会
- 労働政策審議会
- 医道審議会
- 薬事・食品衛生審議会
- 中央最低賃金審議会
- 労働保険審査会
- **中央社会保険医療協議会**
- 社会保険審査会
- 独立行政法人評価委員会
- 疾病・障害認定審査会
- 援護審査会
- 旧優生保護法一時金認定審査会
- ハンセン病元患者家族補償金認定審査会
- がん対策推進協議会
- 肝炎対策推進協議会
- 国立研究開発法人審議会
- 過労死等防止対策推進協議会
- アレルギー疾患対策推進協議会
- 循環器病対策推進協議会
- 成育医療等協議会
- アルコール健康障害対策関係者会議
- 医薬品等行政評価・監視委員会

● 上記以外の検討会、研究会等

政策について

- 分野別の政策一覧
- 組織別の政策一覧
- 各種助成金・奨励金等の制度

審議会・研究会等

審議会・研究会等開催予定一覧

- 国会会議録
- 予算および決算・税制の概要
- 政策評価・独法評価
- 厚生労働省政策会議

関連リンク

情報配信サービスメルマガ登録

2024年診療報酬改定からポスト2025へ どうする医療機関経営

②2024年診療報酬改定の展望まとめ

- 11月現在、中医協では診療報酬改定の議論が第2ラウンドの最中です。12月末には改定率の決定、1月末には点数なし短冊、2月上旬には点数ありの短冊（答申）の公表が予定されています。
- 2024年同時報酬改定は前回の流れを引き継いだ「負担増」の厳しい改定になることは間違いありません。中医協の議論を注視しながら、いち早く対応するための準備を進めましょう。

2024年診療報酬改定からポスト2025へ どうする医療機関経営

アジェンダとキーワード

① ポスト2025に向けた医療政策の動向

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿、かかりつけ医制度の方向性、地域医療連携推進法人制度の変更点、遠隔医療のトレンド

② 2024年診療報酬改定の展望

2021年診療報酬改定の振り返り、2024年診療報酬改定に向けた中医協の議論、診療報酬改定のポイント、介護報酬改定のポイント

③ 事例から考察する、持続可能な地域医療提供体制

機能再編等で経営改善した事例紹介（公立病院と民間病院）、経営戦略と経営改善、経営戦略の策定プロセス、経営分析の手法

経営環境の変化に伴い、自院の経営戦略の見直しから、経営改善に成功した実例のケースを2つ紹介します

経営戦略の見直しから経営改善に成功したケーススタディ

経営環境の変化に伴い、自院の経営戦略の見直しから
経営改善に成功した**実例**のケースを2つ紹介します
(ともに財務諸表が公表されている公立病院)

1

病床機能を見直して、病床利用率の向上を実現

2

収益を維持しながらダウンサイジングを実現

ケース1：病床機能を見直して、病床利用率の向上を実現

F町立病院

< 時点 >

平成27（2015）年～平成31／令和元（2019）年

< 開設主体 >

自治体 F町（人口約15千人・高齢化率32％／2015年時点）

< 許可病床数 >

一般154床（看護配置10対1）、感染症4床

※ 一般120床で稼働

< 標榜診療科 >

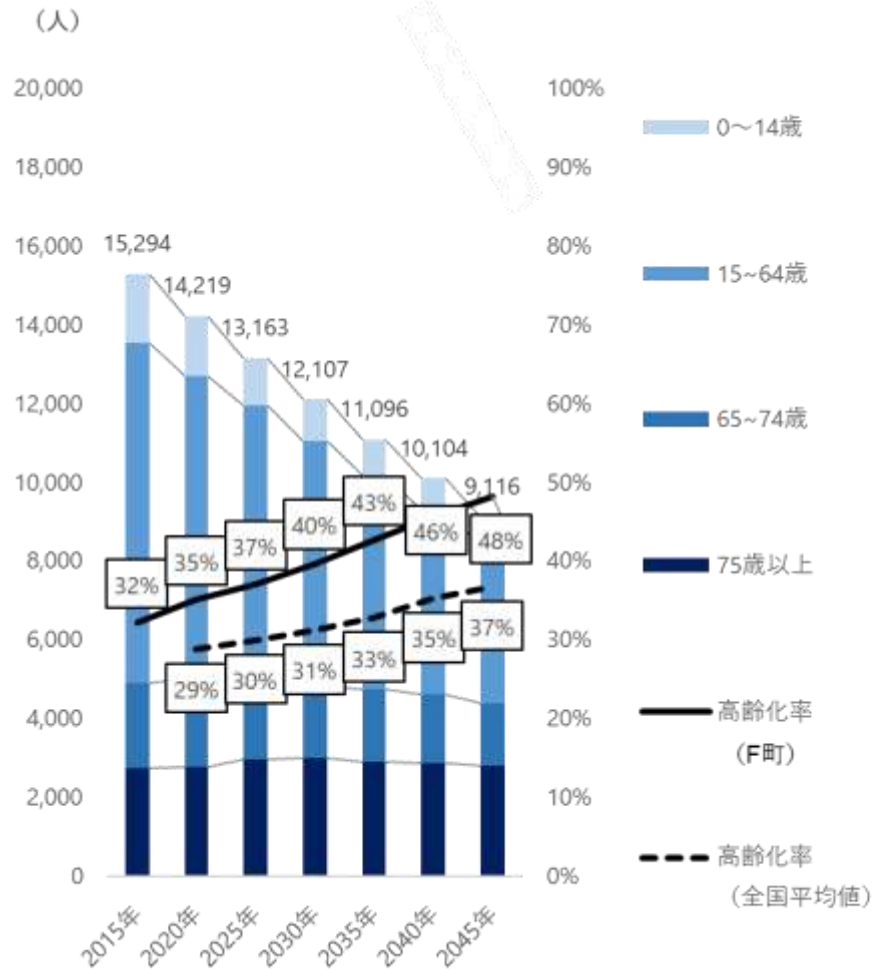
内科、外科、小児科、整形外科、脳外科、皮膚科、病理診断科、放射線科、リハビリテーション科

< 各種指定 >

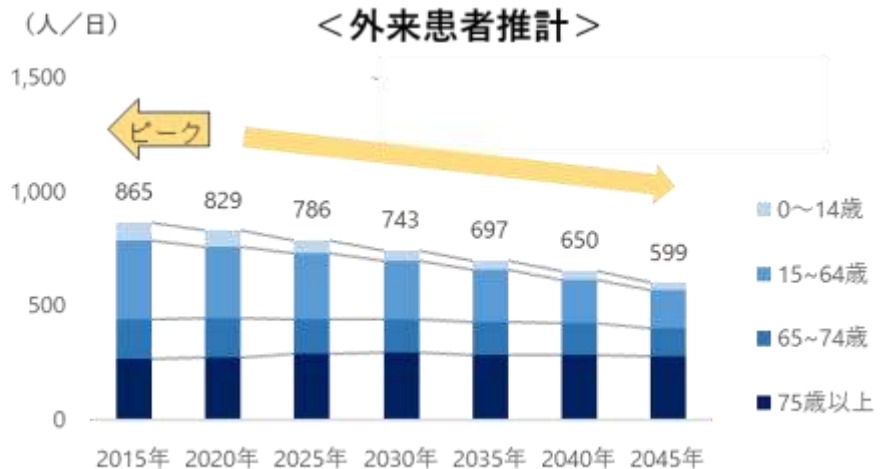
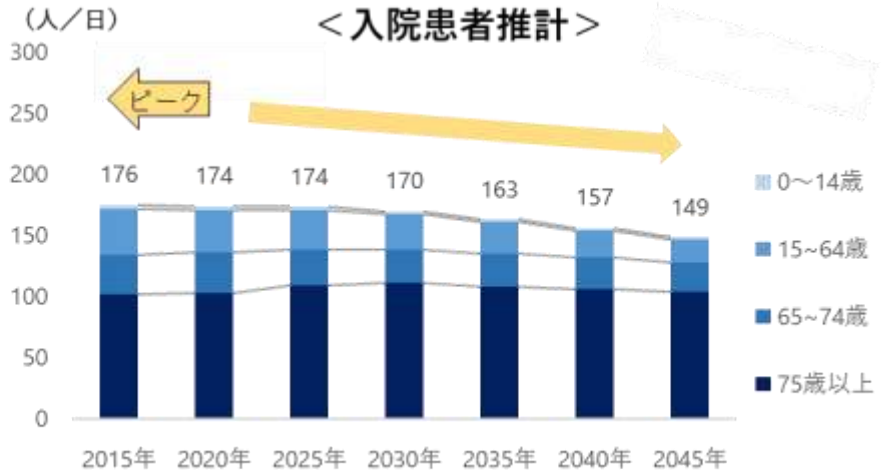
地域災害拠点病院、救急告示病院など

F町は人口減少が進み、高齢化率が全国平均値よりも約20年高齡化が進んでいます。 入院患者数と外来患者数ともに減少している状況です

F町：将来人口推計



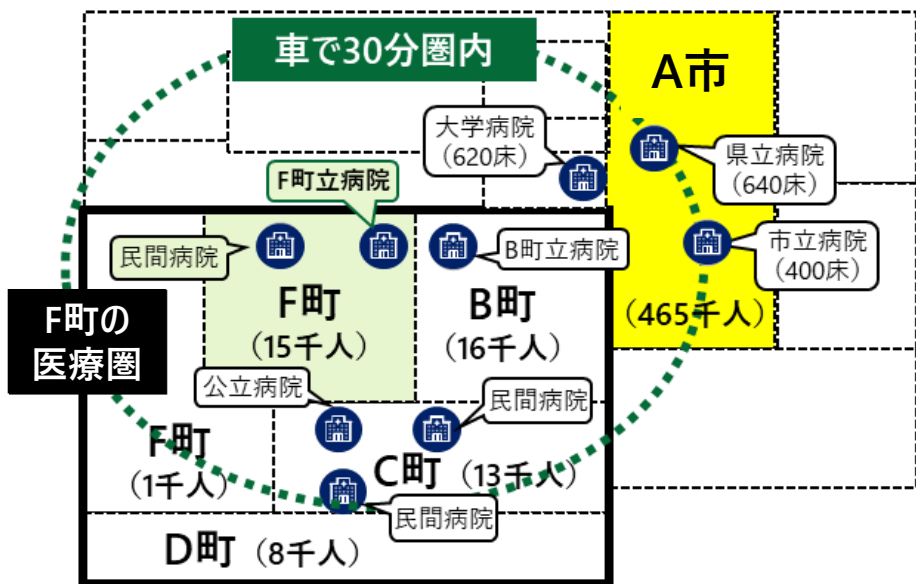
F町：医療需要の推計



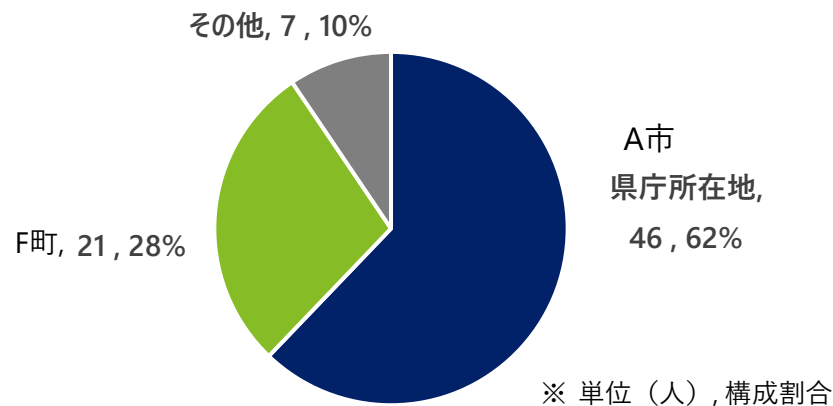
出所：国立社会保障・人口問題研究所ホームページ（日本の地域別将来推計人口）、厚生労働省ホームページ（平成29年度患者調査）

F町はA市（県庁所在地）に近いので、車で30分圏内に多くの高度急性期病院があります。そのため、F町の入院患者の約7割が町外の医療機関に流出しています

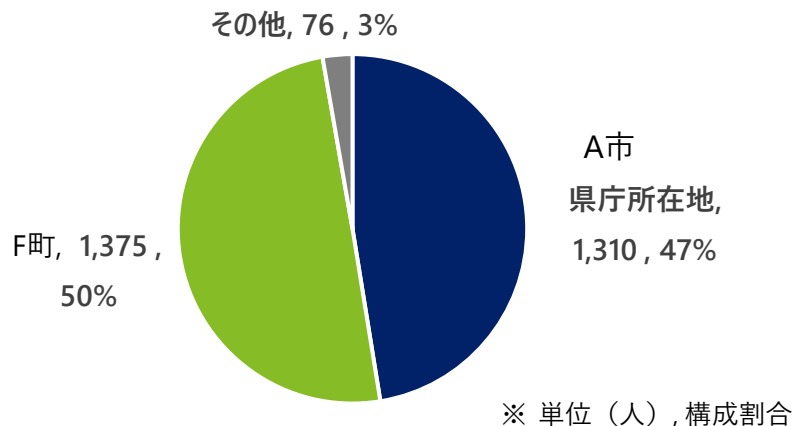
F町立病院の周辺環境



F町の入院患者の受療動向（国保レセプト）



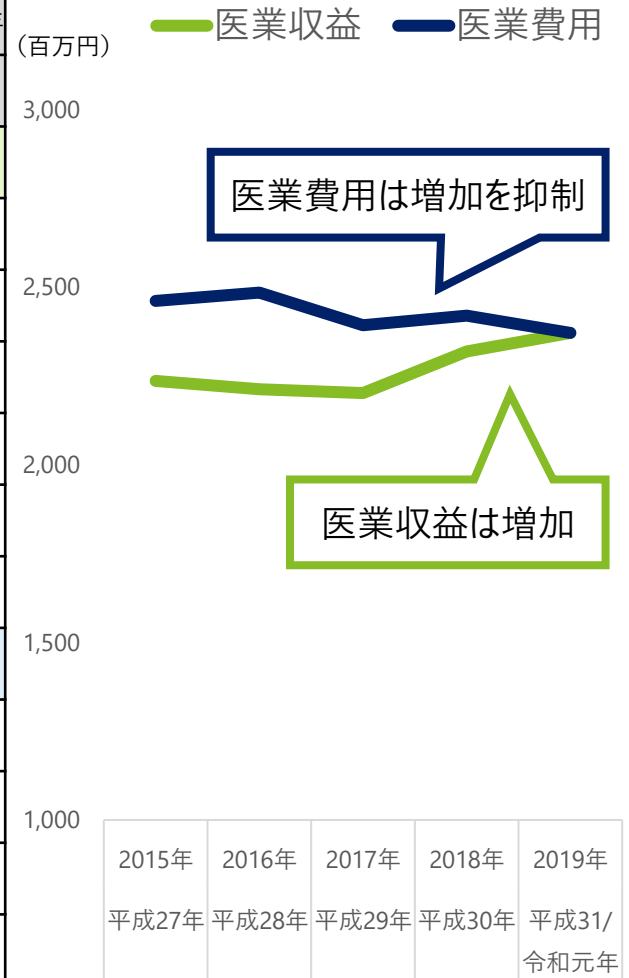
F町の外来患者の受療動向（国保レセプト）



F町立病院は医業費用を抑えながらも、入院患者数を増やすことによって、医業収益を増加させています

F町立病院の損益計算書（抜粋）

指標	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	平成31/令和元年
	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
医業収益（百万円）	2,236	2,213	2,202	2,320	2,371
入院収益（百万円）	1,348	1,310	1,381	1,484	1,498
1日平均入院患者数（人）	92	97	100	111	112
入院患者1人1日単価（円）	40,010	37,065	37,733	36,645	36,417
外来収益（百万円）	578	583	568	578	623
1日平均外来患者数（人）	269	263	266	267	266
外来患者1人1日単価（円）	8,847	9,144	8,769	8,895	9,683
医業費用（百万円）	2,462	2,486	2,394	2,420	2,372
職員給与費（百万円）	1,127	1,164	1,112	1,132	1,116
職員数（人）	144	148	136	138	136
材料費（百万円）	494	440	428	411	435
経費（百万円）	727	751	723	743	750



出所：総務省ホームページ（平成27年度～平成30年度 地方公営企業年鑑）、F町ホームページ（町立病院決算）

F町立病院は、これまでの「急性期」への執着から脱却して、「急性期～回復期」にシフトする経営戦略に転換しました

F町立病院のクロスSWOT分析

	プラスの要素	マイナスの要素
外部環境	<p style="text-align: center;">機会</p> <p>< 市場 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 地域医療構想の必要病床数において、<u>F町の医療圏は回復期病床が不足している</u> ■ <u>車で約30分の県庁所在地に流出患者が多い</u> <p>< 競合 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>近隣には急性期病院が多く、慢性期病院もあるため、地域医療連携を図りやすい環境にある</u> 	<p style="text-align: center;">脅威</p> <p>< 市場 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 入院医療需要はほぼピークに達している、外来医療水準は既に減少している ■ 地域医療構想の必要病床数において、F町の医療圏は全体的に病床過剰である <p>< 医療機関 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 急性期病院が近くに多いため、急性期医療の競合環境は厳しい
内部環境	<p style="text-align: center;">強み</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>整形外科に強みを持っている</u> ■ <u>歴史ある病院のため、近隣医療機関との関係構築はできている</u> ■ ベンチマーク比較で職員給与費は低く抑えられている 	<p style="text-align: center;">弱み</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ベンチマーク比較で医業収益が低く、特に入院・外来ともに患者数が少ない ■ ベンチマーク比較で材料費・経費が高く、購買コントロールが弱い可能性がある

< 機会×強みのクロスSWOTより >

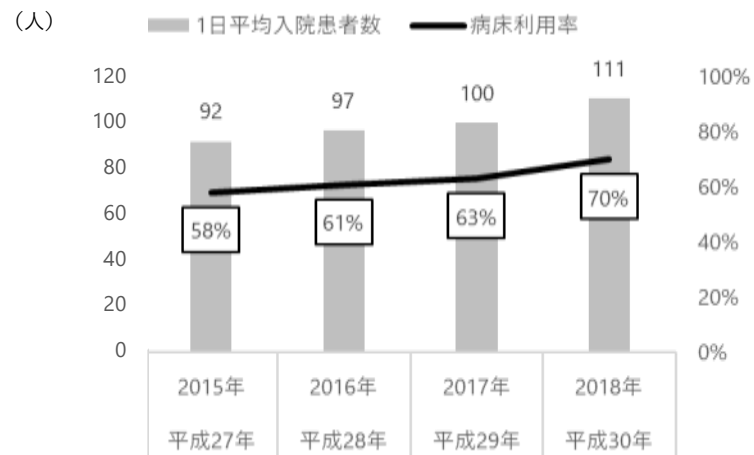
2017年頃から事業ドメインを「急性期」から「急性期～回復期」にシフトする経営戦略に転換

F町立病院は新規入院患者数を増やすために、院内（ベッドコントロール改善）と院外（地域連携活動）のアプローチが効果的に噛み合いました

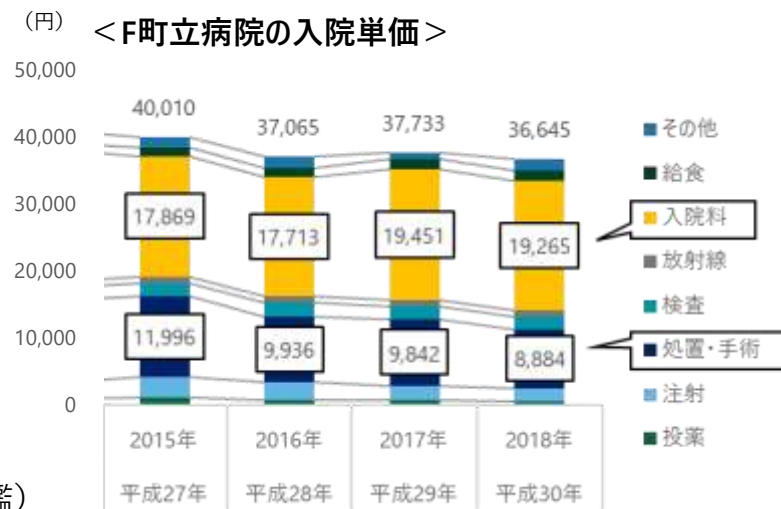
F町立病院における経営改善の取り組み

取り組み (2017年以降の取り組み)		結果
収益増加	地域包括ケア病床の導入	入院単価の向上
	ベッドコントロールの改善 地域連携活動の強化	延入院患者数の増加
	診療報酬対策	入院単価の向上
	遠方出張健診を廃止 →経営資源を入院に集中	他の医業収益の低下
費用削減	職員採用計画の厳格運用	職員給与費の維持
	診療材料の価格交渉	材料費の削減
	委託範囲の見直し	委託費の削減

< F町立病院の入院患者数 >



< F町立病院の入院単価 >



出所：総務省ホームページ（平成27年度～平成30年度 地方公営企業年鑑）

ケース2：収益を維持しながらダウンサイジングを実現

K市立病院

< 時点 >

平成29（2017）年～令和2（2020）年

< 開設主体 >

自治体 K市（人口約44千人・高齢化率31%/2015年時点）

< 許可病床数 >

一般260床（看護配置7対1）、感染症6床

令和2年以降 一般193床（看護配置10対1）、感染症6床

< 標榜診療科 >

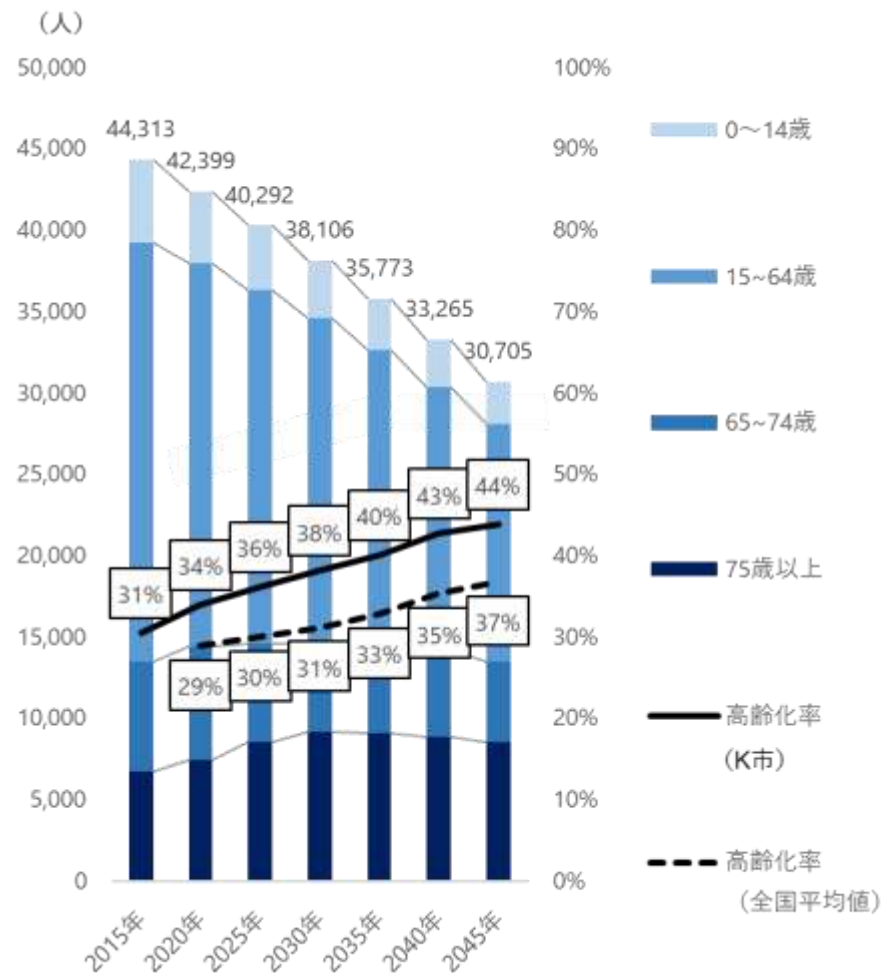
内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、産婦人科、小児科、泌尿器科、眼科、精神科、皮膚科、脳神経内科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、救急科

< 各種指定 >

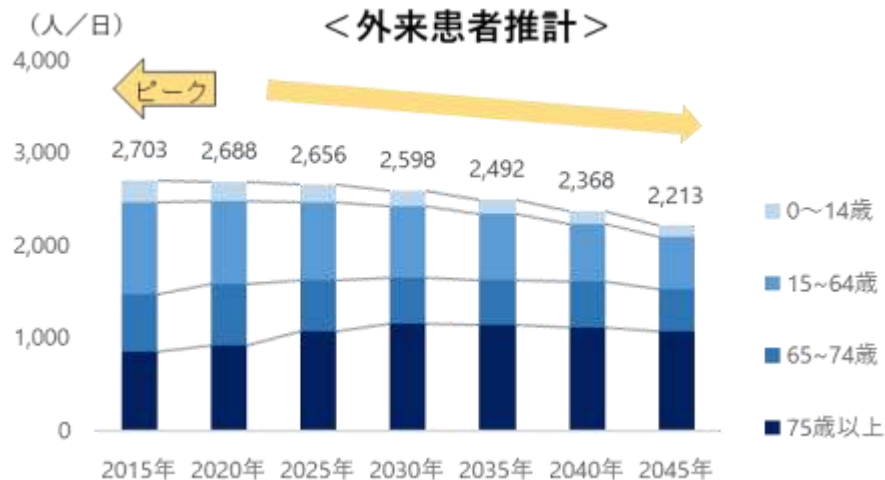
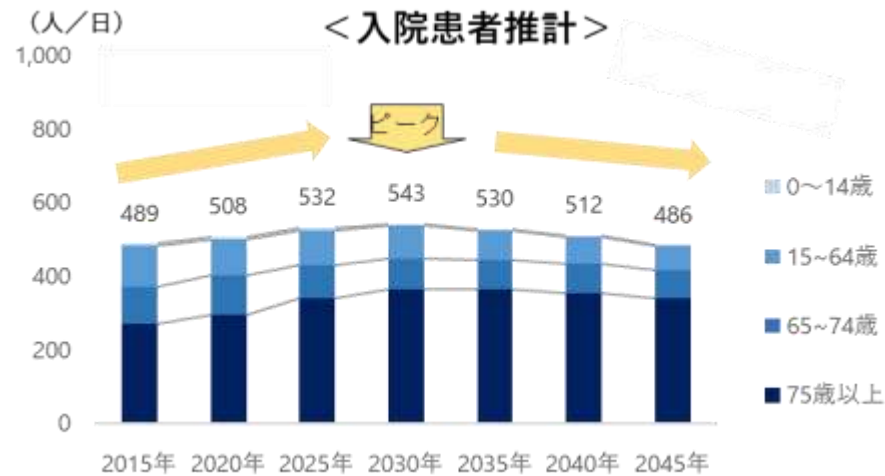
臨床研修病院（基幹型）、救急告示病院など

K市も人口減少が進み、高齢化率の全国平均値よりも約20年高齡化が進んでいます。入院患者数は2030年頃をピークとして減少、外来患者数は既に減少している状況です

K市：将来人口推計



K市：医療需要の推計



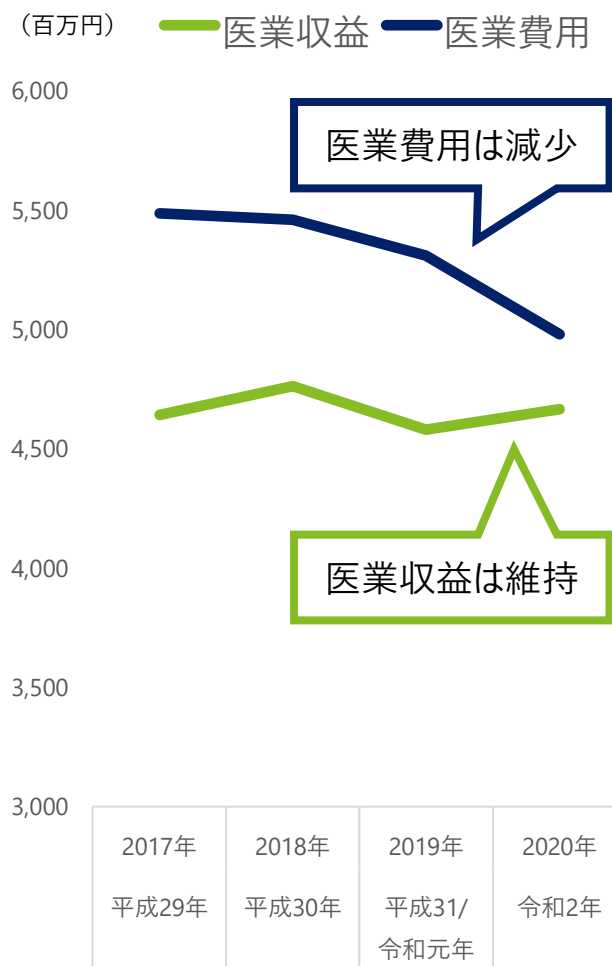
出所：国立社会保障・人口問題研究所ホームページ（日本の地域別将来推計人口）、厚生労働省ホームページ（平成29年度患者調査）

K市立病院はダウンサイジングによる医業費用の大幅な削減を実行しながらも、医業収益（コロナ2019の補助金を除いても）を維持させています

K市立病院の損益計算書（抜粋）

コロナ2019
影響

指標	平成29年	平成30年	平成31/令和元年	令和2年
	2017年	2018年	2019年	2020年
医業収益（百万円）	4,644	4,764	4,581	4,668
入院収益（百万円）	2,995	3,081	2,941	3,122
1日平均入院患者数（人）	191	193	183	185
入院患者1人1日単価（円）	42,964	43,842	43,842	46,351
外来収益（百万円）	1,235	1,226	1,192	1,124
1日平均外来患者数（人）	502	495	471	369
外来患者1人1日単価（円）	10,072	10,148	10,820	11,689
医業費用（百万円）	5,489	5,461	5,312	4,982
職員給与費（百万円）	3,000	2,950	2,863	2,894
職員数（人）	331	317	295	277
材料費（百万円）	812	840	799	798
経費（百万円）	1,307	1,320	1,280	1,041



出所：総務省ホームページ（平成29年度～令和2年度 地方公営企業年鑑）

K市の外部環境から、K市立病院のダウンサイジングは必須であり、新病院建て替えを見据えて段階的な稼働病床数の削減を実行しています

K市立病院のクロスSWOT分析

	プラスの要素	マイナスの要素
外部環境	<p style="text-align: center;">機会</p> <p>< 市場 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 地域医療構想の必要病床数において、<u>K市の医療圏は回復期病床が不足している</u> ■ <u>入院医療需要は2030年頃まで微増傾向にある</u> <p>< 競合 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>K市内では唯一の急性期病院であり、近隣には慢性期病院や診療所があるため、地域医療連携を図りやすい環境にある</u> 	<p style="text-align: center;">脅威</p> <p>< 市場 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 入院医療需要は2030年以降に減少、外来医療水準は既に減少している ■ 地域医療構想の必要病床数において、K市の医療圏は全体的に病床過剰である <p>< 医療機関 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ K市の医療圏内で2022年には高度急性期病院が開院予定であり、総じて急性期医療の競合環境は厳しい
内部環境	<p style="text-align: center;">強み</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>幅広い診療科があり、内科系診療科に強みを持つ</u> ■ 歴史ある病院のため、<u>近隣医療機関との関係構築はできている</u> ■ <u>新病院建て替えを検討している</u> 	<p style="text-align: center;">弱み</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 施設全体が老朽化している ■ 病床利用率は年々低下傾向にある ■ ベンチマーク比較で医業費用が全体的に高い傾向にある

< 機会×強みのクロスSWOTより >

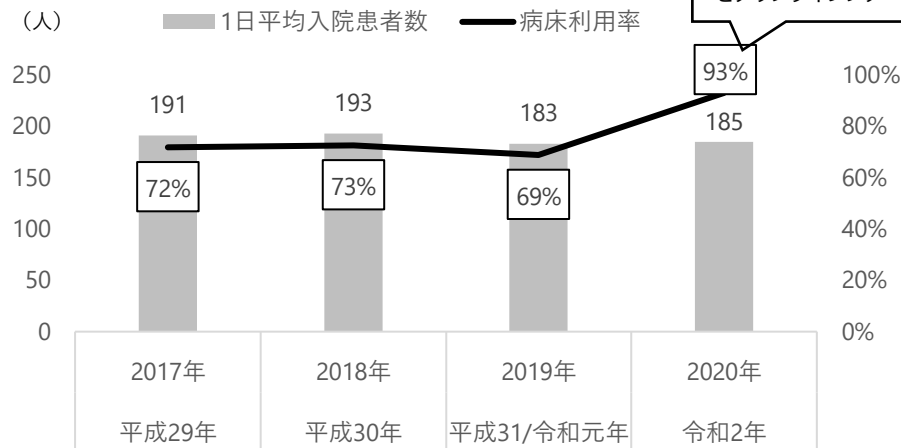
「急性期～回復期」の入院機能を維持しながら、新病院建て替えを見据えたダウンサイジング

K市立病院は2020年に許可病床数を266床から199床に削減することにより、診療報酬の増収効果と人件費の削減効果の両方を同時に得ています

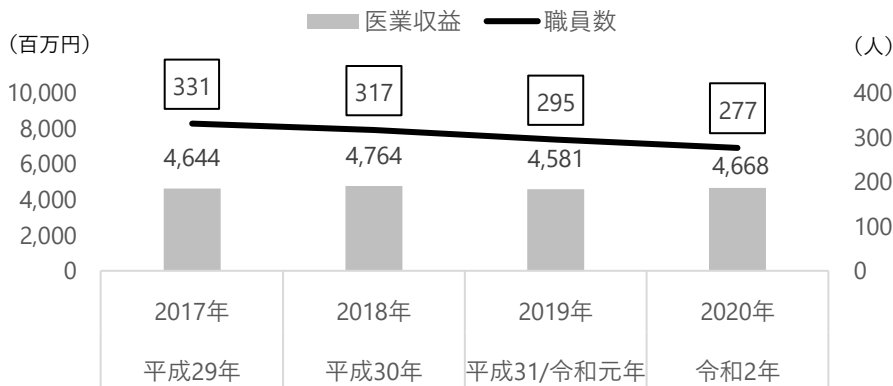
K市立病院における経営改善の取り組み

取り組み (2017年以降の取り組み)		結果
収益増加	地ケア病床の導入・拡大	入院診療単価の向上
	266床から199床への病床数削減に伴う診療報酬のメリット <ul style="list-style-type: none"> 地ケア病棟入院料1 外来の検査出来高、特定疾患療養管理料 等 	入院・外来診療単価の向上
	ベッドコントロールの強化	病床高稼働を維持
費用削減	266床から199床への病床数削減に伴う看護師数の削減(退職者不補充)	職員給与費の削減
	委託範囲の見直し	委託費の削減

< K市立病院の入院患者数 >



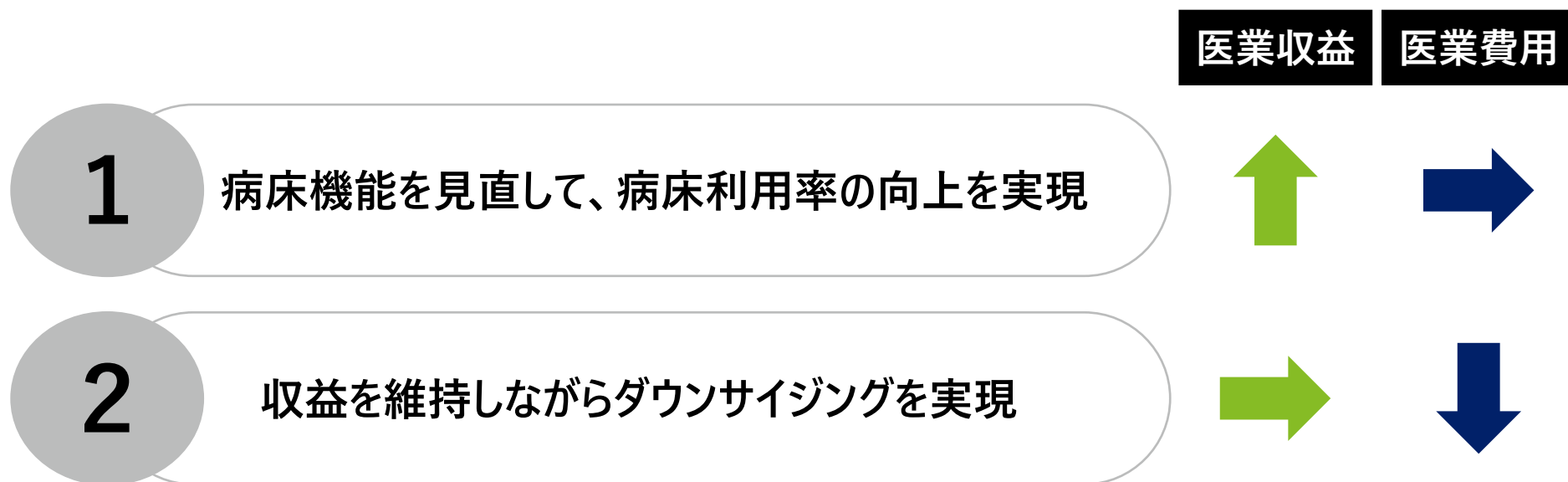
< K市立病院の医業収益と職員数 >



出所：総務省ホームページ（平成29年度～令和2年度 地方公営企業年鑑）

収益増加を軸にしたケースと費用削減を軸にしたケースを紹介しました。真逆のアプローチですが、2病院ともに経営戦略の見直しから経営改善の取り組みに成功した事例です

ケーススタディのまとめ





コロナ以降のサステイナブルな病院等の経営支援

医療機関の経営モデル集



令和4年3月
埼玉県



出所：埼玉県ホームページ (<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/195876/businessmodel.pdf>)

機能再編に関する経営モデルは以下の通りです 自院で活用可能な経営モデルをご検討ください

経営モデル（機能再編） 1/2

推奨医療機関					No	項目	内容
1	2	3	4	5	1	● 各種ユニットの導入	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病棟の高度化に向けた特定入院料の導入 患者像、施設構造、人員要件を満たす場合に導入余地がある
1	2	3	4	5	2	● 緩和ケア病棟の導入	<ul style="list-style-type: none"> がん領域に強みをもち、一般病棟の稼働率が低下している場合に検討 急性期一般で受入れる患者層とターゲットが異なることや在院日数を長く見込めることから稼働率の向上の可能性はある
1	2	3	4	5	3	● 地域包括ケア病棟・病床の導入（急性期から）	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病棟または病棟の一部を地域包括ケア病床に転換 当県では回復期病床が不足しているため、稼働が低下している急性期病棟から転換すると入院患者の増加が見込める また、急性期病棟の入院単価は入院日数が経過するほど低下するが、地域包括ケア病床は原則一定である。そのため、一定期間経過後に急性期病棟から地域包括ケア病床へ転棟させることで、入院単価が増加する可能性が高い
1	2	3	4	5	4	● 地域包括ケア病棟・病床の導入（慢性期から）	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期病棟または一部を地域包括ケア病床へ転換 入院初期を地域包括ケア病床で受入れ、患者状況を把握するトリアージ用の病床として活用 在宅復帰が見込める患者に対してはリハビリ等を積極的に行い、在宅復帰困難な患者は自院の療養病棟へ転棟 当該運用を行う際、地域包括ケア病棟入院料（管理料）は3 or 4となる

出所：埼玉県ホームページ（<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/195876/buisinessmodel.pdf>）

機能再編に関する経営モデルは以下の通りです 自院で活用可能な経営モデルをご検討ください

経営モデル（機能再編） 2/2

推奨医療機関					No	項目	内容
1	2	3	4	5	5	● 回復期リハビリテーション病棟の導入	<ul style="list-style-type: none"> 脳、整形領域の急性期患者が多く、転院先に苦慮している場合に検討 回復期リハビリテーション病棟の対象疾患は入院期間Ⅱ以降のDPC点数が低い傾向がある 施設基準上の要件（特にセラピスト）をクリアする場合、増収となる可能性が高い
1	2	3	4	5	6	● 精神病棟の機能分化	<ul style="list-style-type: none"> 精神病棟を複数持っている病院は患者属性に合わせた特定入院料を選択することで入院単価が上昇し、増収に繋がるケースがある 患者属性によって「精神科救急入院料」、「精神科急性期治療病棟入院料」、「精神科療養病棟入院料」、「認知症治療病棟入院料」を選択する
1	2	3	4	5	7	● 在宅機能の強化	<ul style="list-style-type: none"> 200床未満の病院や診療所において、在宅医療提供への意向がある場合に検討 在宅医療の提供により、かかりつけ患者の増加や在宅療養支援病院・診療所、在宅時医学総合管理料の届出による単価向上によって増収に繋がるケースがある

出所：埼玉県ホームページ（<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/195876/buisinessmodel.pdf>）

急性期一般病棟で受入れている患者の疾病・重症度に応じたユニットへの転換を検討する

概要

急性期一般入院料1を届出ている場合に検討の余地があります。各ユニットで受入患者等の要件が異なるため、自院の患者構成に応じて導入ユニットを検討します

増収のロジック

各ユニットの対象となる患者を入院させることで、ユニット毎に設けられている診療報酬部分が加算となり、増収となります。ユニット毎の対象患者と看護配置は以下の通りです。

名称	対象患者	看護配置
救命救急入院料		4:1
特定集中治療室管理料	医師が救命救急入院が必要であると認めた者：意識障害、急性呼吸不全等	2:1
ハイケアユニット入院医療管理料		4:1 or 5:1
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳梗塞、脳出血、くも膜下出血のいずれかであって医師が必要と認めた者	3:1
小児特定集中治療室管理料	医師が救命救急入院が必要であると認めた者で15歳未満：意識障害等	2:1
新生児特定集中治療室管理料	新生児で医師が必要と認めた者：高度の先天奇形、低体温等	3:1
総合周産期特定集中治療室管理料	母体または胎児にリスクの高い妊娠だと医師が認めた者：合併症妊娠等	3:1
新生児治療回復室入院医療管理料	医師が必要だと認めた者：高度の先天奇形、低体温等	6:1

導入時の論点

論点①：人員配置

ユニットケア導入時の論点として、人員配置がネックになることが多い傾向にあります。医師の専従配置や看護師の常時配置が課題となります。看護師の配置は、一般病棟のように1日の傾斜配置が出来ないため、夜勤人数が多く必要になります。具体的には、脳卒中ケアユニットを9床導入した場合、常時3名以上の配置が必要となります。

論点②：看護必要度

看護必要度に対する論点は2つ存在します。一つ目は、一般病棟の看護必要度の評価項目とユニットの評価項目が異なることです。つまり、一般病棟で看護必要度を満たす患者が必ずしもユニットで看護必要度を満たす患者ではないことを留意して導入可否を決めることが必要です

二つ目は、ユニット導入による一般病棟への影響です。ユニット導入によって、重症の患者（看護必要度を満たす患者）が一般病棟から減少します。ユニット導入分の看護必要度の低下に一般病棟が耐えられるかを試算しておく必要があります。最悪の場合、ユニットは導入したが一般病棟の入院料が類下げになることも見通されます。

増収額のイメージ

- 前提
 - ・ ハイケアユニット入院医療管理料1：4床導入、稼働率80%
 - ・ 1日当たりの増加分の入院単価：6,855点

約80百万円/年 増収

悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者の受入を積極的に行っている、もしくは行っていくことで集患や単価増加に繋がる

概要

緩和ケア病棟入院料の算定対象は悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者に限られています。当該患者で1病棟構成できる場合、緩和ケア病棟入院料の導入を検討する余地があります。

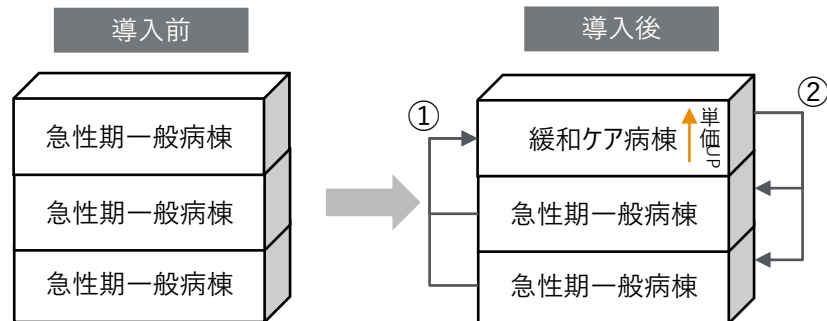
増収のロジック

緩和ケア病棟の算定対象の患者の急性期一般病棟における平均単価は30千円/日～40千円/日になると推測されます。一方で、緩和ケア病棟入院料で算定すると単価は50千円/日前後になることが推測されます。

したがって、急性期一般病棟から緩和ケア病棟に転換する場合を想定すると、入院単価の上昇分が増収につながります。

● 導入時の患者移動・機能分担のイメージ

【複数の急性期一般病棟を持つ病院の1病棟を緩和ケア病棟に転換する場合】



導入時は緩和ケア病棟の算定対象の疾患の患者を緩和ケア病棟に集め ①、緩和ケア病棟の算定対象外の患者を急性期一般病棟に移動します ②。導入後は同様の病棟間の機能分担のもとで運用します

急性期一般病棟入院料から緩和ケア病棟入院料での算定に切り替わることによる単価上昇分が増収につながります

導入時の論点

論点①：職員配置

7対1の看護配置が必要となるため、10対1以下の病棟から緩和ケア病棟に切り替える場合、より手厚い看護配置が必要となります。また、緩和ケアに関する研修を修了した医師を病棟に専任配置する必要があります。

論点②：設備投資

患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を病棟に設置することや一定以上の病棟面積（患者1人につき30㎡以上）や病床面積（患者1人につき8㎡以上）の確保が必要です。

論点③：単価の維持と新規入院患者

緩和ケア病棟入院料は入院日数が長くなると単価が低くなるよう制度設計されているため、一定の水準以上の単価を維持するためには実患者の確保が必要となります。平均在院日数を60日にコントロールしながら30床/90%で運用する場合、年間約160人の患者の確保が必要となります。

論点④：在宅医療を担う医療機関との連携

緩和ケア病棟を届出する医療機関は施設基準上、地域の在宅医療を担う医療機関と連携し、当該医療機関の患者の緊急時の受入に対応することや当該医療機関の職員に緩和ケアに関する研修を実施することが求められています。このような施設基準上の要件に加え、論点③の新規入院患者の確保という点でも、緩和ケア病棟を導入する場合には在宅医療を担う医療機関との連携が重要になります。

増収額のイメージ

● 前提

- 緩和ケア病棟：30床、稼働率90%
- 転換前の病棟の単価（急性期一般病棟の場合）：30,000円～40,000円/日
- 緩和ケア病棟の単価：50,000円/日

約**96-192**百万円/年 増収

No3.
地域包括ケア病棟・病床の導入（急性期から）

入院単価が低下している患者を地域包括ケア病棟へ転棟（転床）させることで入院単価および収益が増加する

概要

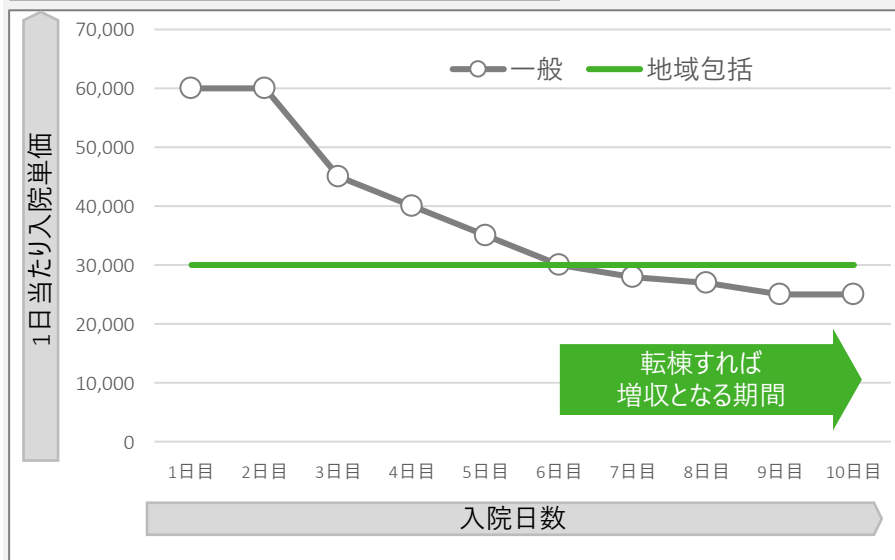
急性期一般病床のある200床未満の病院が主な対象となります。また、DPC算定病院と出来高病院では、算定ルールが異なります。収益的には、出来高病院のほうが増収メリットを享受できる場合が多い傾向にあります。

増収のロジック

DPC・出来高の双方、入院前半の入院単価は高く、日数が経過するほど入院単価が減少する傾向があります。一方、地域包括ケア病棟・病床は、60日まで一定の入院料が設定されています。

そのため、入院単価が減少していく一般病棟入院料と一定の地域包括ケア病棟入院料の入院単価が逆転するタイミングで転棟（転床）すれば、増収に繋がります。

● 増収イメージ



出所：埼玉県ホームページ (<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/195876/buisnessmodel.pdf>)

導入時の論点

論点①：請求方法（出来高かDPCか）

地域包括ケア病棟の算定ルールは、出来高請求かDPCかで異なります。出来高請求の場合、地域包括ケア病棟へ入棟した日から地域包括ケア病棟入院料の算定が可能ですが、DPCの場合は地域包括ケア病床へ入院した場合でも入院期間Ⅱが終わるまで（管理料の場合はⅢまで）DPCの点数を算定し続けることとなります。

特にDPCの場合は傷病名と自院の機能評価係数によって、入院単価が大きく異なるため、増収する傷病名とタイミングについての分析が必要となります。

論点②：入院料の類上げ

地域包括ケア病棟入院料は4つの単価で構成されており、在宅復帰率7割以上・7割未満と、サブアキュートや在宅医療提供の有無によって単価が変わります。急性期からの転換の場合は、在宅復帰率7割以上の地域包括ケア病棟2からスタートすることが一般的で、導入後により単価の高い1への類上げを目指していきます。

具体的な要件としては、在宅からの緊急入院の受入割合などのサブアキュートに関する要件と訪問診療や訪問看護等の在宅医療・介護の提供に関する要件が設けられています。

論点③：院内オペレーションの整備

地域包括ケア病棟の導入以前の入院料が急性期一般のみの場合は原則、入院した病棟から退院する運用を取られています。地域包括ケア病棟を導入した場合、「院内転棟」が発生することが見通されます。そのため、一般病棟と地域包括ケア病棟間での情報共有や患者移動などのオペレーション整備が必要となります。

増収額のイメージ

● 前提

- 地域包括ケア病棟：50床、稼働率90%
- 転棟時の患者の入院単価は27,000円/日
- 地域包括ケア病棟の単価は30,000円/日

約50百万円/年 増収

No.4.
地域包括ケア病棟・病床の導入（慢性期から）

全病床が療養病棟入院基本料を算定している病院において、1病棟を地域包括ケア病棟へ転換する。当該地域包括ケア病棟は、入院時の受入病棟として活用し、60日間で治療などを実施、その後に療養病棟へ転棟する

概要

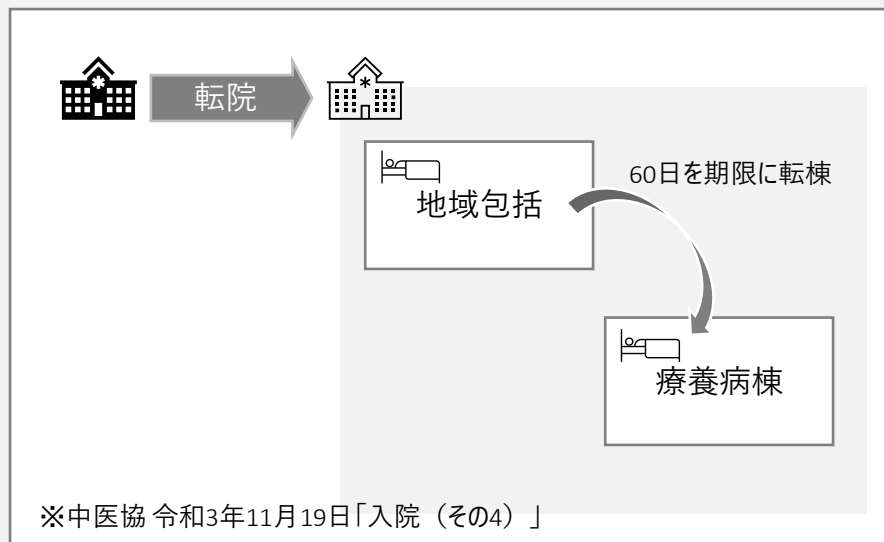
全ての病床で療養病棟入院基本料を算定している病院が対象となります

増収のロジック

療養病棟の入院単価は、療養病棟入院基本料1で約20千円/日、2で14千円/日※となっています。一方、地域包括ケア病棟入院料は加算等を入れると3で25千円/日、4でも23千円/日と療養病棟入院基本料より高い単価となっています。

しかし、地域包括ケア病棟入院料は60日までしか算定できないため、60日以降は療養病棟へ転棟というフローとなります。

● 運用イメージ



導入時の論点

論点①：職員配置

療養病棟は看護配置が20対1が原則ですが、地域包括ケア病棟では13対1の配置が必要です。また、地域包括ケア病棟が入院の窓口となるため、当該病棟配置の医師の負荷や理解が必要となります。

論点②：新規入院患者数

地域包括ケア病棟の滞在可能日数は60日のため、新規入院患者が一定数いなければ当該病棟の稼働率は低下します。稼働率90%を目指す場合、概算で月に15名の新規入院患者が必要となります。

論点③：入院料の類上げ

地域包括ケア病棟入院料は4つの単価で構成されており、在宅復帰率7割以上・7割未満と、サブアキュートや在宅医療提供の有無によって単価が変わります。慢性期からの転換の場合は、在宅復帰率7割未満の地域包括ケア病棟4からスタートすることが一般的で、導入後により単価の高い1への類上げを目指していきます。

具体的な要件としては、在宅からの緊急入院の受入割合などのサブアキュートに関する要件と訪問診療や訪問看護等の在宅医療・介護の提供に関する要件が設けられています。

増収額のイメージ

● 前提

- ・ 地域包括ケア病棟：50床、稼働率90%
- ・ 転棟時の患者の入院単価、療養病棟入院基本料1の場合 20,000円/日、2の場合 14,000円/日
- ・ 地域包括ケア病棟の単価は25,000円/日

約**82-147**百万円/年 増収

急性期一般病棟メインの病院において、脳・整形領域の症例が多い場合に検討します。一般病棟の稼働率が上がらない場合、稼働向上によって増収となる場合があります

概要

一般病棟で脳・整形領域の手術患者が一定数存在する病院が対象となります。

増収のロジック

回復期リハビリテーション病棟は、①算定できる患者に制限がある ②リハビリが出来高算定可能 ③入院料の算定可能期間が長いという3つの特徴があります。算定できる患者は以下の通りであり、主に脳神経外科や整形外科が活用する病棟となります。そのため、回復期リハビリテーション病棟では、疾患別リハビリテーションの脳血管疾患リハビリテーションや運動期リハビリテーションが出来高算定可能です。これは、同じ回復期の特定入院料である地域包括ケア病床と異なる特徴です。（地域包括ケア病床はリハビリの出来高算定が不可）また、入院期間についても下表のとおりで上限が60日から180日と一般病棟は勿論、地域包括ケア病床よりも長い期間の入院が可能です。

一般病棟の稼働率が低迷している場合、上記の特徴を生かすことで増収に繋がれます。具体的には、稼働していない病床を回復期リハビリテーション病棟へ変更することで、これまで他院に任せていた回復期の治療を自院で担うことが出来るため、空いていたベッド分が増収となります。

疾患	期間
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後、又は義肢装着訓練を要する状態	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷、頭部外傷を含む多部位外傷	180日
多肢の骨折、大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折、外科手術又は肺炎などの治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後	90日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後	60日
股関節又は膝関節の置換術後の状態	90日

出所：埼玉県ホームページ（<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/195876/buisnessmodel.pdf>）

導入時の論点

論点①：症例数

回復期リハビリテーションの導入にあたっては、まず「導入病床数を埋めるだけの対象患者が存在するのか」が論点になります。仮に導入病床50床、想定のある平均在院日数が90日の場合、年間で約200名の対象患者が自院の一般病床に存在するかが確認のポイントとなります。200名を大幅に超える患者が存在し、かつ、一般病床の稼働率が低迷しているのであれば、増収になる可能性は非常に高いと言えます。

論点②：セラピスト数

回復期リハビリテーション病棟は、基本部分が約16,000円-21,000円と比較的低い水準で設定されています。しかし、患者に対するリハビリテーションは出来高請求が可能のため、入院単価の増加を図るためには、リハビリテーションを多く提供する体制が必要です。

論点③：院内オペレーションの整備

前述した地域包括ケア病棟と同様です。導入以前の入院料が急性期一般のみ場合は原則、入院した病棟から退院する運用を取られています。回復期リハビリテーション病棟を導入した場合、「院内転棟」が発生することが見通されます。そのため、一般病棟と回復期リハビリテーション病棟間での情報共有や患者移動などのオペレーション整備が必要となります。

増収額のイメージ

- 前提
 - ・ 全病床200床、一般病棟患者数140名（回復期リハ導入前）
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟：50床、単価32,000円
 - ・ 回復期リハ導入後、一般病床140名、回復期リハ45名

約**525**百万円/年 増収

医療機関間又は病棟間での機能分担を図ることで、“特徴ある精神病棟”に切り替え、その特徴ある病棟機能を評価した入院料の導入を行うことで増収に繋げる

概要

精神病床において届出・算定できる入院料は入院基本料の他、複数の特定入院料があります。入院料ごとに算定対象となる患者（疾患、年齢、入院日からの日数...etc）や施設基準の要件（平均在院日数、自宅への移行率、人員配置...etc）が設定されています。医療機関間の連携や病棟間の機能分担を通じて、病棟の患者像を変え、“特徴ある精神病棟”に切り替えることで、当該機能を評価した入院料の届出・導入が可能となり、増収を図ることができる可能性があります。

増収のロジック

【想定ケース】

以下の前提の医療機関を想定した増収シナリオの例を紹介します
 ・2病棟の精神病棟を持つ医療機関で15対1入院基本料を届出
 ・2病棟に在院日数が短い患者と長い患者が混在しており、13対1入院基本料への類上げには2病棟全体の平均在院日数を80日以内に抑えることが課題（それ以外の要件は充足しているものとする）

【増収シナリオ】

1つの病棟を在院日数の短い患者のための病棟、一方の病棟を在院日数が長い患者のための病棟に機能を分けることで増収を図ることができる可能性があります
 例えば、在院日数の短い患者のための病棟の平均在院日数が80日を下回るのであれば当該病棟を13対1入院基本料に類上げし、在院日数が長い患者のための病棟を在院日数や算定上限日数の要件がない精神療養病棟に切り替えることで増収を図ることができる可能性があります。

【その他、留意事項】

上記の入院日数の観点以外にも、認知症に対する治療を評価した認知症治療病棟や精神病棟患者の地域移行を評価した地域移行機能強化病棟入院料等、様々な観点から精神科医療機能を評価した入院料が診療報酬では設定されています。そのため、地域間や病棟間の機能分担を通じて、入院基本料の類上げや特定入院料の届出を可能とすることで増収を図ることができる可能性があります。

出所：埼玉県ホームページ（<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/195876/buisnessmodel.pdf>）

導入時の論点

論点①：施設基準

届出を行う入院基本料、特定入院料の施設基準上の要件を充足する必要があります。例えば特定入院料を導入する場合、複数名以上の精神保健指定医の配置が必要となる入院料が多いため、精神保健指定医の配置が課題となるケースがあります。他にも、入院料によっては入院患者の自宅への移行割合や設備的な要件（訓練室、保護室...etc）を充足する必要があるため、人的・設備投資や病棟の運用変更を通じて各入院料の施設基準を充足する必要があります。

論点②：入棟・転棟のオペレーション

左記事例のように院内の複数の精神病棟の機能分担を図る場合、各病棟の機能に応じて新規入院時の入棟先病棟を振り分けるルールや病棟間の転棟に関するルールを整備する必要があります。

論点③：地域連携

機能分担を医療機関間で進めていく場合、地域の医療機関での連携が必要となります。また、1医療機関内で病棟の機能分担・転換を進める場合にも地域との連携が必要となるケースがあります。例えば、地域移行機能強化病棟入院料の届出にあたっては入院患者を自宅へ移行させることが必要となるため、施設との連携や精神科デイケアを提供している医療機関との連携が必要となるケースがあります。また、精神科急性期治療病棟（入院日数3か月以内の患者が入院患者の4割以上であることは必要）や10対1入院基本料（平均在院日数:40日以内であることが必要）の届出を目指す場合、入院期間の短い患者の割合を高めることが必要となるため、入院期間の長い患者を他の医療機関に紹介し、逆に入院期間の短い急性期の患者の紹介を依頼する必要が発生するケースがあります。

※当該内容は、精神病棟のみの病院についてもご活用いただけます

増収額のイメージ

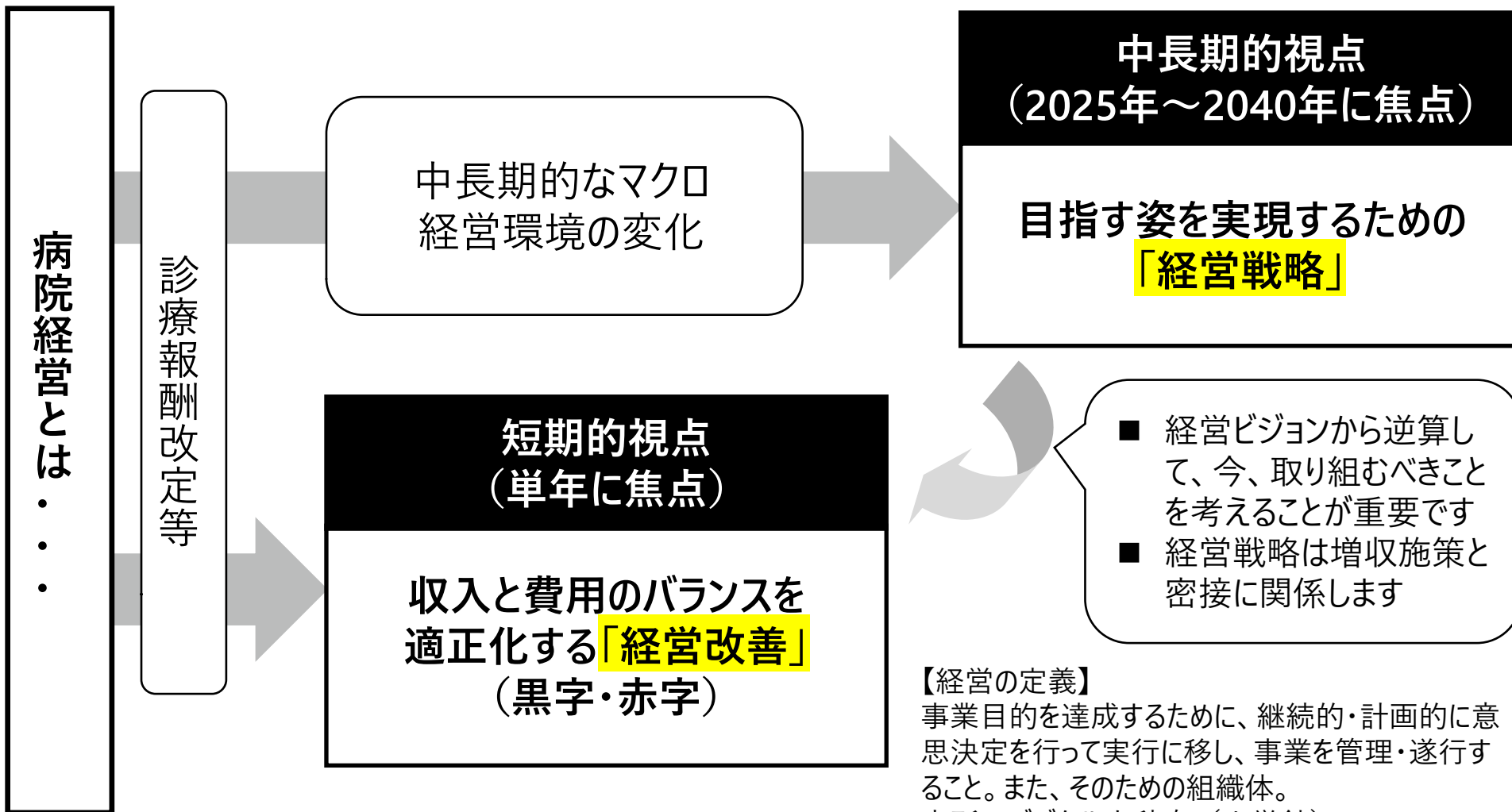
- 前提（左記ケースの場合）
 - ・ 2病棟（50床×2病棟、稼働率:90%）
 - ・ 転換前の病棟の単価:15,000円/日
 - ・ 転換後の病棟の単価:16,000円/日
（13対1入院基本料の病棟:19,000円、精神療養病棟:13,000円※）

約**33**百万円/年 増収

（※）転換後の単価は入院患者に対する診療密度等で変動します。上記はあくまで一定の仮定を置いた上でのモデルケースです

病院経営に正確な定義はありませんが、中長期的視点による「経営戦略」、短期的視点による「経営改善」といった、2通りの意味が考えられます

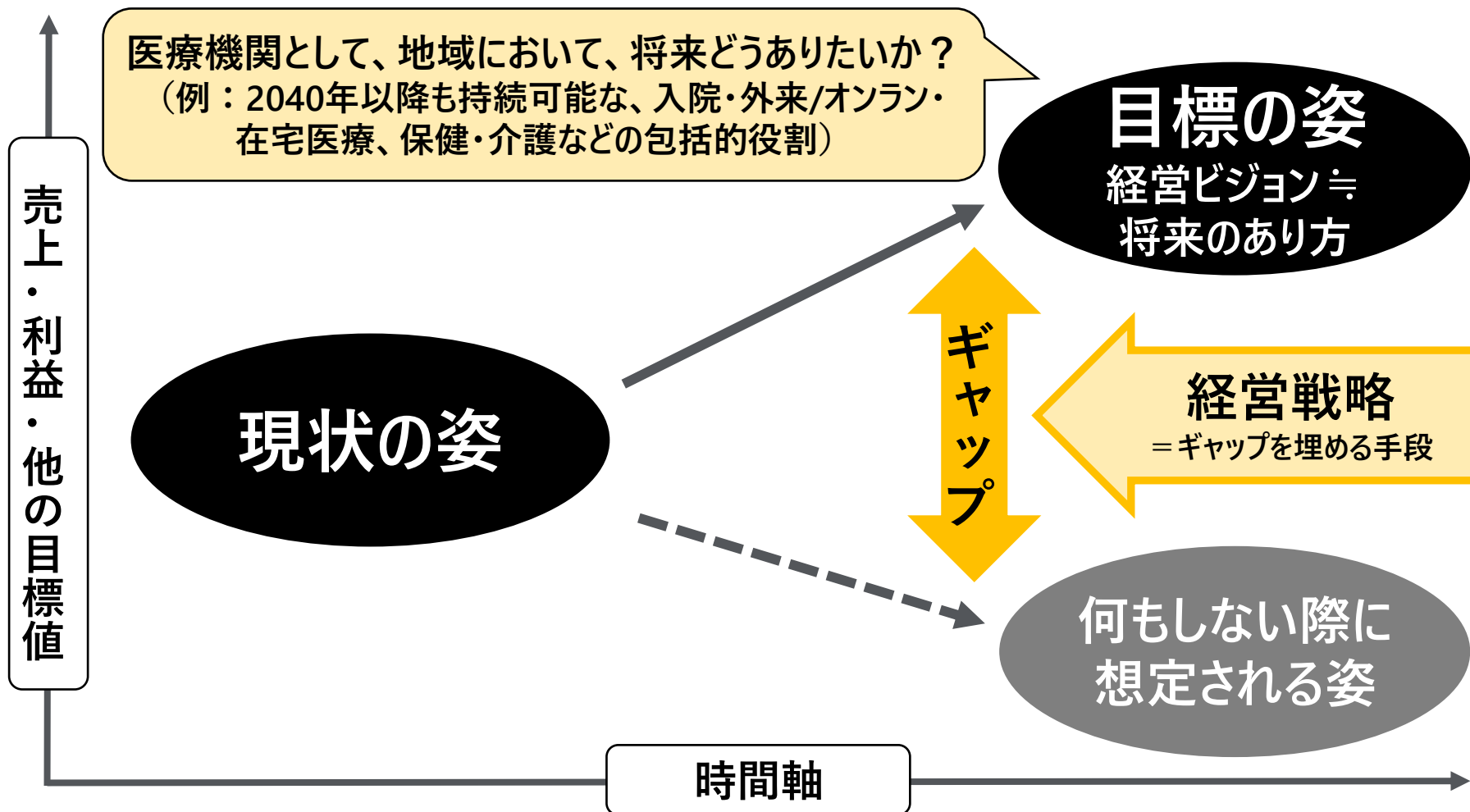
病院経営の定義（私見に基づく）



【経営の定義】
事業目的を達成するために、継続的・計画的に意思決定を行って実行に移し、事業を管理・遂行すること。また、そのための組織体。
出所：デジタル大辞泉（小学館）

経営戦略とは、「現状の姿」と「目標の姿」におけるギャップを埋める手段を指します

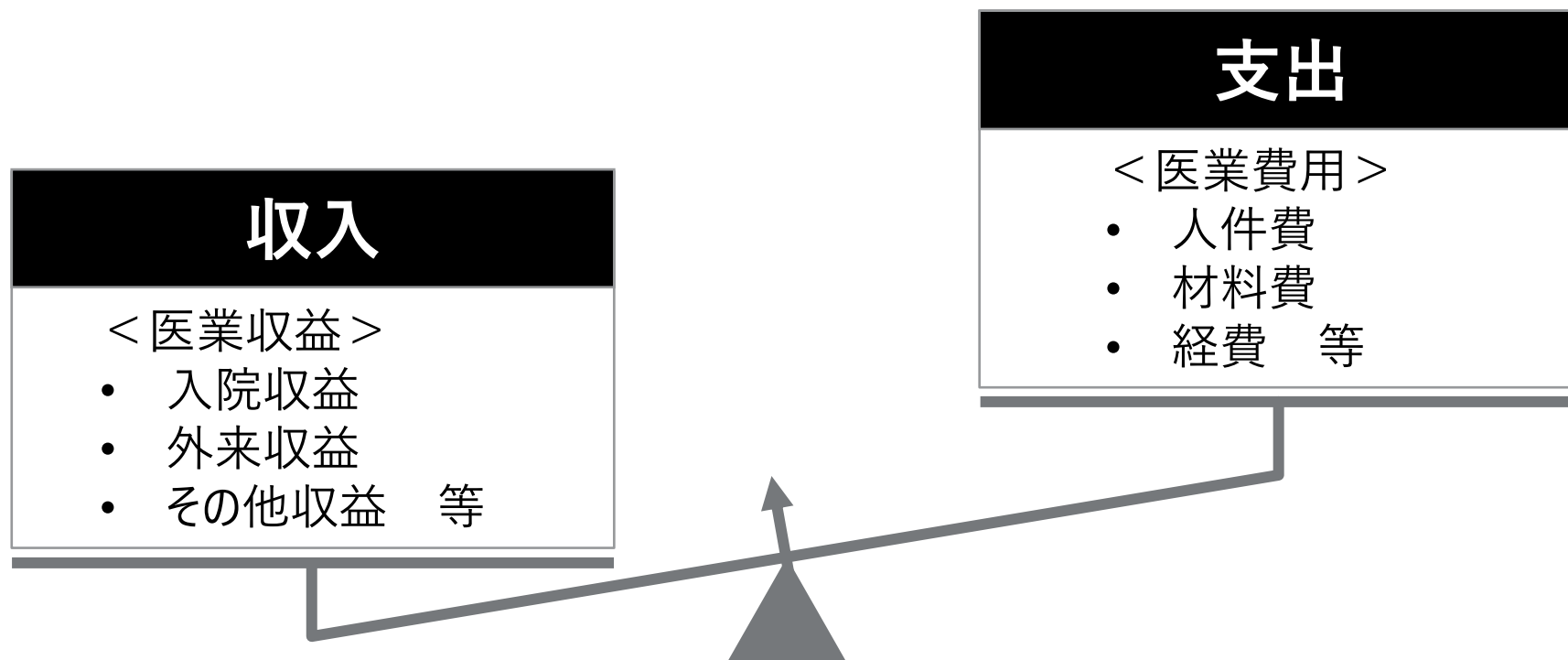
病院経営の中長期的視点（経営戦略）



シンプルな意味での経営改善とは、単純な収入と支出のバランスを意味します

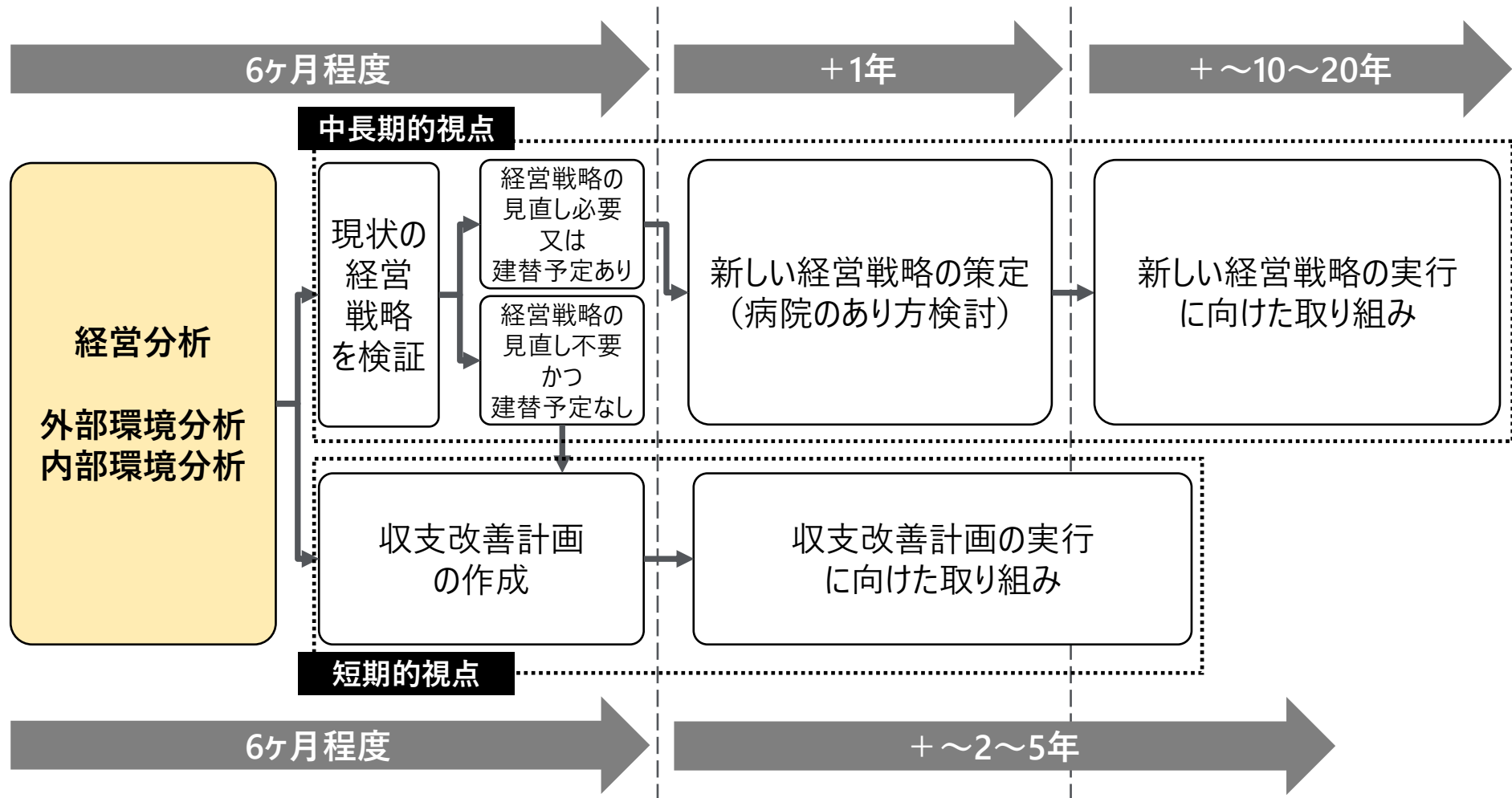
病院経営の短期的視点（経営改善）

<あるべき収支構造のバランス>



病院経営の検討プロセスにおいて、中長期的視点（経営戦略）と短期的視点（経営改善）ともに経営分析が最初のステップになります

病院経営の検討プロセス



経営分析は外部環境分析と内部環境分析から構成されます

外部環境分析と内部環境分析の違い

カテゴリ	外部環境分析	内部環境分析
概要	企業を取り巻く様々な外部の要因・状況に対し、適切な経営戦略を立案していくための分析手法です。分析対象となる外部環境は「マクロ環境」「市場環境」「競合環境」の3つに分類されます。	内部環境＝経営資源の分析を行い、自社の強みと弱みを明らかにしていく手法です。自社のリソースを検討し、競合他社より「勝っている」のか、「劣っている」のかを分析し、経営戦略の指針とします。
主な分析項目	<ul style="list-style-type: none"> ■ マクロ外部環境 ✓ PEST：政治的/経済的/社会的/技術的要因 ■ ミクロ外部環境 ✓ 市場（患者と医療資源） <Customer> ✓ 競合（医療機関） <Competitor> 	自院 <Company> <ul style="list-style-type: none"> ■ 財務 ✓ 収支構造指標 など ■ 非財務 ✓ 診療実績 ✓ 地域連携 など
分析の目的 (中長期的視点)	SWOT分析の「機会」と「脅威」を抽出する	SWOT分析の「強み」と「弱み」を抽出する
SWOT分析の実行		
分析の目的 (短期的視点)	収益増加・費用削減の打ち手を検討する	収益増加・費用削減の優先順位をつける
収支改善の取り組み		

「市場」は主に患者と医療資源を指します。「競合」は3Cフレームワークの名前というだけで、医療においては、競合医療機関と連携医療機関の明確な線引きはできないと考えます

外部環境分析の主な分析項目

内外	3C	大項目	中項目	小項目	データソース
外部環境	市場	患者	将来推計人口	<ul style="list-style-type: none"> 人口推計：2020年～2045年 高齢化率、年齢階級別人口の年平均成長率 	<ul style="list-style-type: none"> 将来推計人口
			将来推計患者	<ul style="list-style-type: none"> 入院・外来全体の1日あたり患者推計：2020年～2045年 入院・外来傷病別の1日あたり患者推計：2020年～2045年 	<ul style="list-style-type: none"> 将来推計人口×厚労省統計（患者調査）
			患者流出入	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者流出入 入院傷病別の推定患者流出入 入院・外来全体の患者流出 入院・外来傷病別の患者流出 	<ul style="list-style-type: none"> 厚労省統計（患者調査） DPCデータ レセプトデータ レセプトデータ
		医療資源	医療機関・病床	<ul style="list-style-type: none"> 病床機能別の既存病床数と2025年必要病床数 入院料別の人口あたり病床数 病院数・診療所数・病床数 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想 将来推計人口×NDBデータ 厚労省統計（医療施設調査）
			医療従事者	<ul style="list-style-type: none"> 人口あたり医師数、年齢・主たる診療科別・専門医別の人口あたり医師数 人口あたりの医療従事者数 	<ul style="list-style-type: none"> 厚労省統計（医師・歯科医師・薬剤師統計） 病床機能報告
			医療実績	<ul style="list-style-type: none"> 人口あたりの医療実績（手術件数、リハビリ件数、分娩件数等） 	<ul style="list-style-type: none"> 病床機能報告
	競合（医療機関）	医療機関ストラクチャー	立地・基本情報	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の立地情報 医療機関の病床機能別病床数、標榜診療科等 	<ul style="list-style-type: none"> 病床機能報告・地域医療情報システム 医療機関情報検索システム・各病院HP等
		医療機関アウトカム	各種シェア等	<ul style="list-style-type: none"> 病床機能・入院料別の病床利用率 入院患者シェア 診療実績シェア（手術件数、リハビリ件数、分娩件数、救急車搬送件数、紹介患者件数等） 	<ul style="list-style-type: none"> DPCデータ・レセプトデータ・病床機能報告 地域の消防署データ

病院の内部環境分析において、収支構造と診療実績に係る指標が非常に重要です

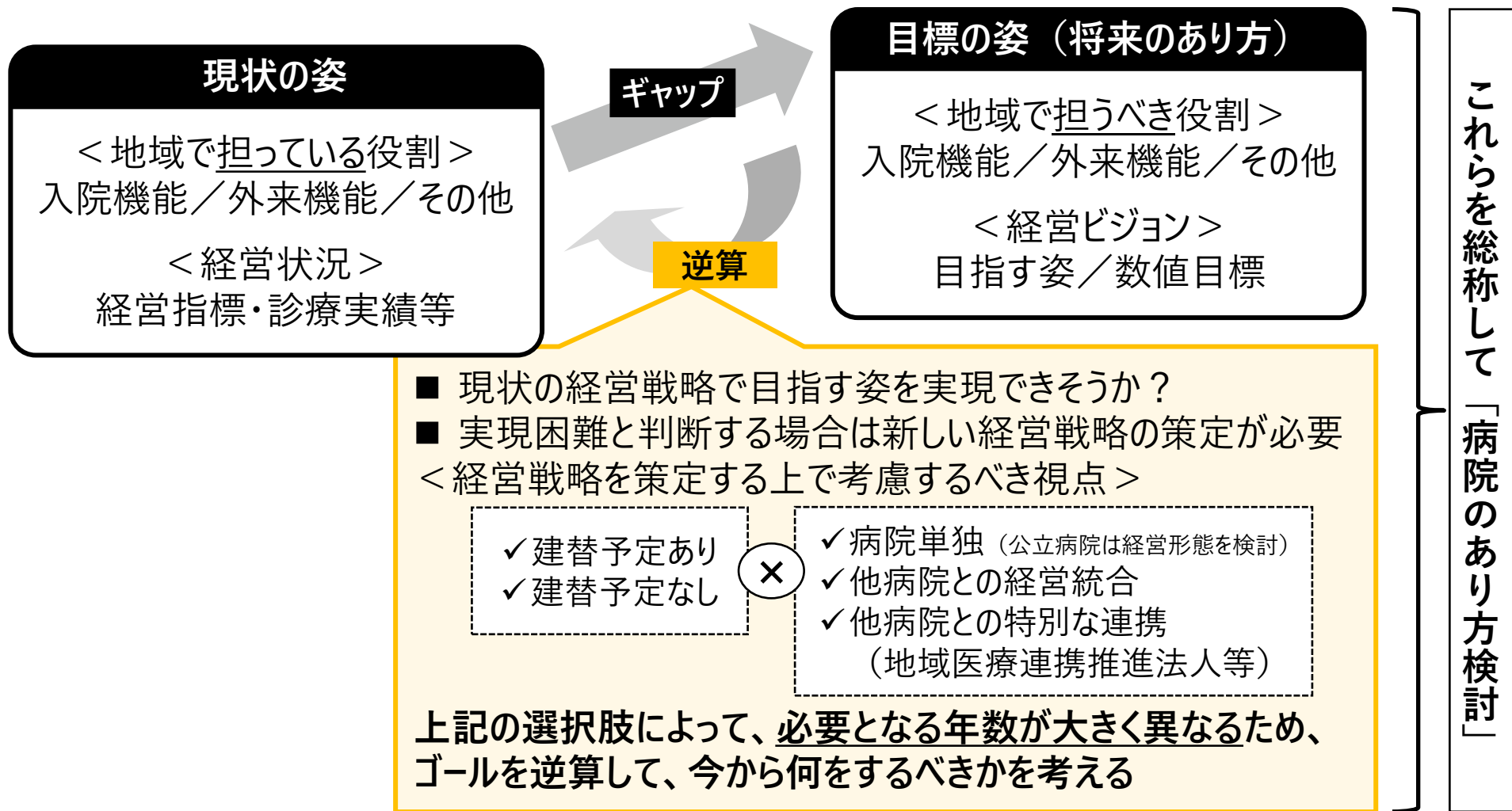
内部環境分析の主な分析項目

内外	3C	大	中項目	小項目	重要度	ベンチマーク
内部環境	自院	財務	収支構造指標	<収支比率> ■ 経常損益、経常収支比率、医業損益、医業収支比率 等 <入院収益> ■ 100床あたり入院収益、病床利用率、入院患者1人1日あたり診療収入 ■ 新規入院ルート、平均在院日数 等 <外来収益> ■ 100床あたり外来収益、100床あたり1日外来患者数、外来患者1人1日あたり診療収入 等 <医業費用> ■ 100床あたり医業費用、100床あたり給与費、100床あたり材料費、100床あたり経費、100床あたり減価償却費 率 ■ 給与費比率、材料費比率、経費比率、減価償却費比 等	◎ 最重要	○ 財務はベンチマーク統計が多い
			他の財務指標	■ 固定費比率、総資本医業利益率、総資本回転率、固定資産回転率、労働生産性 等 ■ 自己資本比率、固定長期適合率、流動比率、借入金比率、償還期間 等	○	
		非財務	診療実績	<実績数> ■ 手術、救急車搬送、分娩、リハビリテーション、画像診断、検査、透析、処方箋 等 <効率性> ■ 手術室・高額医療機器稼働率、救急車応需率、リハビリスタッフ1人あたり実施単位数 等 <施設基準のアウトカム指標> ■ 平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率、リハビリ実績指数 等	◎ 最重要	△
			地域連携	<アウトカム指標> ■ 紹介件数・逆紹介件数（医療機関別、診療科別）、紹介率・逆紹介率 <プロセス指標> ■ 紹介を受けられなかった件数、紹介の連絡から受診までの日数 等 ■ 連携医療機関のABC分析、連携医療機関等への訪問件数、地域連携イベント開催数 等	○	×
			患者（顧客）	■ 患者満足度、クレーム数、患者属性（住所、年齢、性別、傷病等） 等	○	×
			職員	■ 職員満足度、実施研修数、人事関連指標 等	○	×
			その他	■ 上記に該当しないような指標（例：ESG、SDGs、CSR等）	○	?

※ 上記は講師の私見です

「現状の姿」から「目標の姿」におけるギャップを埋めるための手段が経営戦略であり、経営戦略を策定する上で、建替予定や他病院との経営統合・連携の方向性が重要です

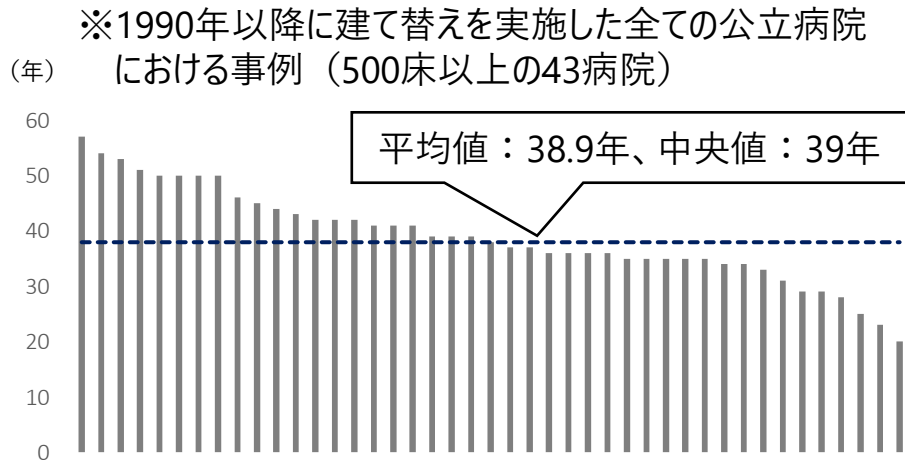
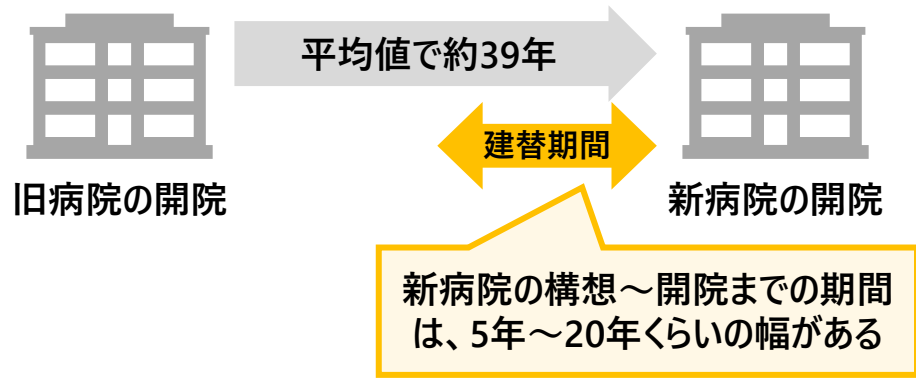
中長期的視点の具体的な考え方



公立病院の建物が運用されている期間は平均値で約39年であり、新病院の構想から開院までの期間は、5年～20年くらいの幅があります

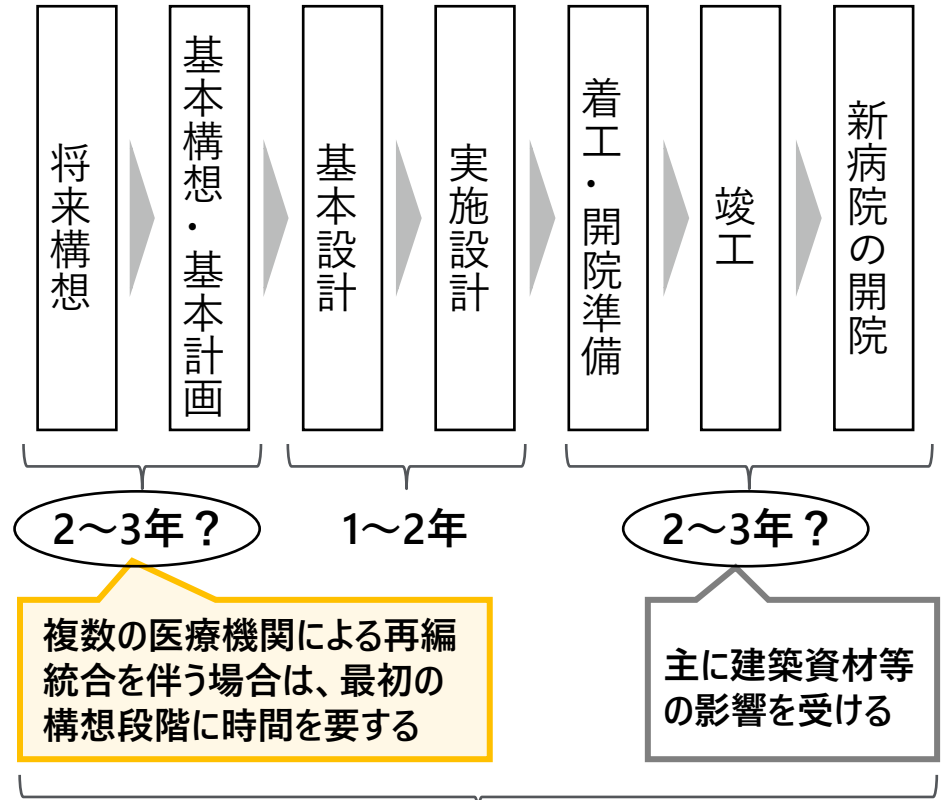
新病院の建て替え

<新病院の建て替え期間（公立病院の例）>



出所：総務省ホームページ（地方公営企業年鑑）

<新病院の建て替えに係るプロセスと大よその期間>



<大まかなイメージ>

病院単独は5～10年、再編統合は10～20年

2024年診療報酬改定からポスト2025へ どうする医療機関経営

③事例から考察する、持続可能な地域医療提供体制まとめ

- 経営戦略の見直しから経営改善に取り組んだ実例として、収益増加を軸にしたケース、費用削減を軸にしたケースを紹介しました。
- コロナ以降のサステナブルな病院等の経営支援を目的とした「埼玉県の医療機関の経営モデル集」を紹介しました。
- 医療機関経営において、中長期的視点に基づく「経営戦略」と、短期的視点に基づく「経営改善」を区別して考える必要があります。
- 適切な経営分析に基づいて、自院の「将来のあり方」を描きながら、地域で求められる役割を実直に果たすことにより、持続可能な地域医療提供体制の確保が可能になると考えられます。

2024年診療報酬改定からポスト2025へ どうする医療機関経営

本日のまとめ

①ポスト2025に向けた医療政策の動向

地域医療構想の実現に向けた取り組みを進めながら、ポスト2025に向けた医療政策の議論を注視しましょう。

②2024年診療報酬改定の展望

いち早く2024年診療・介護ダブル報酬改定に備えるために、中医協の議論を注視しましょう。

③事例から考察する、持続可能な地域医療提供体制

適切な経営分析に基づいて、自院の「将来のあり方」を描きながら、経営戦略の策定と経営改善を同時に取り組みましょう。