

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.592 2019.10.1

医療情報ヘッドライン

来年度の概算要求、当初予算から
6,593億円増の
32兆6,234億円

▶厚生労働省

回復期リハビリテーション病棟入院料
1～4の要件が見直される可能性浮上

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会

週刊 医療情報

2019年9月27日号

20年度診療報酬改定
データ提出の要件化対象を拡大へ

経営 TOPICS

統計調査資料
最近の医療費の動向/概算医療費
(平成31年1月)

経営情報レポート

療養病床の転換先として創設
新類型「介護医療院」の行方

経営データベース

ジャンル:機能選択 サブジャンル:病床機能選択
200床規模の病院の経営強化策
専門病院の差別化戦略

発行:税理士法人 森田会計事務所

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

来年度の概算要求、当初予算から 6,593億円増の32兆6,234億円

厚生労働省

来年度（2020年度）の予算編成に向けた各省庁の概算要求が8月30日に締め切れ、一般会計総額は、2年連続で過去最大を更新する105兆円規模となった。

省庁別で最も多いのは厚生労働省で、今年度当初予算と比べて6,593億円増となる32兆6,234億円に上り、年金、医療、介護、福祉などの社会保障費にあたる「年金・医療等に係る経費」は、初めて30兆円を突破し、30兆5,269億円となった（今年度当初予算と比べて5,353億円増）。

■地域医療構想・医師偏在対策・医療従事者働き方改革の推進は、135億円増の979億円

重点要求を見ていくと、医療の分野では「医師偏在対策」「働き方改革」「健康寿命延伸」関連で今年度当初予算よりも手厚い配分がなされている。まず「地域医療構想・医師偏在対策・医療従事者働き方改革の推進」は、今年度の844億円から135億円増の979億円となった。そのうち、「医師偏在対策」は81億円増の190億円となっており、新規の推進枠として「認定制度を活用した医師少数区域等における医師の勤務環境改善等」に23億円を充てている。これは、来年度から開始される医師少数区域で勤務した医師の認定制度に合わせたものであり、地域において幅広い領域の疾患を総合的に診る「総合診療医等の養成支援」は、今年度の3.6億円から大幅に積み増した47億円となっている。

■健康寿命延伸関連は、歯科への配分が厚い

「医療従事者働き方改革の推進」は、今年度の35億円から64億円を積み増した99億円で、とりわけ、「ICT活用やタスク・シフティング等の勤務環境改善・労働時間短縮に取り組む医療機関の支援」は今年度の3.9億円から42億円となっており、時間外労働の上限規制が適用される中小規模の医療機関を手厚く支援しようとする姿勢を示した。具体的には、今年度から各都道府県で開始されたモデル事業を拡大するためのコストとなる。

「健康寿命延伸」関連で目立つのが、歯科への配分が厚くなった。「歯科保健医療提供体制の推進」には1.5億円（今年度は6,800万円）、ライフステージごとの特性を踏まえた歯科口腔保健施策を推進するための市町村支援や、後期高齢者医療広域連合が実施する高齢者向け歯科健診の実施支援には21億円（今年度は14億円）を盛り込んでいる。

また、感染症対策では風しん対策の推進に48億円（今年度は12億円）を充てているのが目立つ。一方で、「データヘルス改革、ロボット・AI・ICT等の実用化推進」は今年度から116億円減の607億円となった。

これは、医療保険のオンライン資格確認に伴う中間サーバーの改修が今年度中にほぼ終了するため、厚労省は173億円削減できると見込んでいる。「ロボット・AI・ICT等の実用化推進」は新規の推進枠として設けられており、32億円の予算を要求している。

回復期リハビリテーション病棟入院料 1～4の要件が見直される可能性浮上

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会

厚生労働省は、8月28日の中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会で、回復期リハビリテーション病棟における重症者の「退院時の日常生活機能評価」の実態に言及し、回復期リハビリテーション病棟入院料1～4を算定しているほとんどの病棟が、「3割以上が4点以上改善」をクリアしていると指摘した。

これを受けて支払側委員からは、基準値の妥当性を検討すべきとの声が上がっており、「4点以上」から引き上げられる可能性が浮上した。

■昨年度の診療報酬改定で、回復期リハビリテーション病棟入院料は従来の3区分から6区分に再編

回復期リハビリテーション病棟入院料は、昨年度の診療報酬改定により従来の3区分から6区分に再編された。

従来は、1日6単位以上の手厚いリハビリを行っている病棟を評価する「リハビリテーション充実加算」（以下、充実加算）が基本部分に上乗せできていたが、充実加算を廃止し、実績をより評価する設計に変更された。

点数は旧入院料1が2,065点、2が1,851点、3が1,697点（いずれも充実加算を含めた数字）だったが、改定後は入院料1が2,085点、2が2,025点、3が1,861点、4が1,806点、5が1,702点、6が1,647点となっており、入院料3まで従来よりも点数が高くなる仕組みだ。

■より質の高いリハビリに対して

手厚い評価ができるよう設計し直す方向へ

実績は、入院料1および2に相当する要件を勘案したもので、「入院料1相当の実績」は「重症割合3割以上」「重症者（における退院時の日常生活機能評価）の4点以上回復が3割以上」「自宅等退院7割以上」、「入院料2相当の実績」は「重症割合2割以上」「重症者（における退院時の日常生活機能評価）の3点以上回復が3割以上」「自宅等退院7割以上」となっている。

つまり、重症者割合と日常生活機能評価が肝となる。重症者割合に関しては、設計どおりに入院料1・2を算定している病棟がほぼ30%以上、入院料3・4が20%以上となっているものの、日常生活機能評価の「3割以上が4点以上改善」入院料1～4のほとんどの病棟がクリアしており、想定よりも基準が甘かったといえる結果となっている。

効果的なりハビリを各病棟が展開している証でもあるが、裏を返せばクリアしやすい基準であるともいえるため、より質の高いリハビリに対して手厚い評価ができるよう設計し直す意向を暗に示したともいえよう。

今後、さらに高齢者が増加することで、回復期リハビリテーション病棟の需要が増していくことも踏まえれば、支出の引き締めを図るため要件を厳しくするのは必然的な流れであり、次期改定を前に布石を打ったと見るべきだろう。

医療情報①
 中央社会保険
 医療協議会

20年度診療報酬改定 データ提出の要件化対象を拡大へ

中央社会保険医療協議会（中医協）の診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」（分科会長＝尾形裕也・九州大学名誉教授）は9月19日に会合を開き、2020年度診療報酬改定に向けて、以下について議論した。データ提出については、施設基準の要件とする入院料の範囲を広げる方向性が概ね確認された。

- ▼診療実績データの提出にかかる評価
- ▼短期滞在手術等基本料
- ▼入院患者の評価指標等

■診療側、時間的猶予求める声も

データ提出については、2014年度改定で「7対1入院基本料」（一般病棟、特定機能病院、専門病院）、地域包括ケア病棟入院料で要件化された。その後16年度改定では200床以上の「10対1入院基本料」（一般病棟、特定機能病院、専門病院）、18年度改定では急性期一般入院料2～7と回復期リハビリテーション病棟入院料（200床以上）、療養病棟入院基本料（同）で要件化されている。この日の会合で厚生労働省は、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6と療養病棟入院基本料の50床以上200床未満について、データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出を要件とする対象の範囲の拡大について提議した。

範囲拡大の方向性について、診療側、支払側双方から概ね賛意が示されたが、診療側の委員からは時間的猶予を求める声が上がった。また、データ提出項目について療養病棟入院基本料で必須となっている要介護度や要介護情報、回復期リハビリテーション病棟入院料で必須となっているFIMを、それぞれ急性期についても追加する方向を示した。診療側の一部からは、FIMについて、「急性期にはそぐわない」として反対する声があった。

■短期滞在手術の見直しで議論

短期滞在手術等基本料の現状について厚労省は、以下のような課題を挙げた。

▼短期滞在手術等基本料 1

- ・当該基本料の算定回数は増加傾向にあり、対象手術の回数も増加が認められる

▼短期滞在手術等基本料 2

- 当該手術を実施する症例の平均在院日数は 2 日を大きく上回っている

▼短期滞在手術等基本料 3

- 対象手術には、入院外で実施される割合が高いものが含まれる
- 当該基本料の導入当時と比べ、外来で手術を実施する回数は増加しているが、当該基本料の対象手術となっていることで、入院で実施するインセンティブとなっている可能性が考えられる

これに対し、支払側委員からは、規定の期間と実際の在院日数にかい離があると指摘し、中長期的な視点で見直す必要があると訴えた。

■DPC作業Gからの報告を受ける

またこの日は、DPC/ PDPS 等作業グループからの報告と提案を受けた。

作業グループからは、「現行の治験等の実施の評価対象となる病院が少ない現状を踏まえ、臨床研究中核病院の要件を参考に評価内容を見直す」「新型インフルエンザ等協力病院が把握できることを踏まえ、機能評価係数Ⅱで評価を検討」などが提起された。

医療情報②
 社会保障審議会
 医療部会

20年度診療報酬改定に向けて 「基本方針」の議論開始

厚生労働省の社会保障審議会医療部会（部会長＝永井良三・自治医科大学学長）は 9 月 19 日に会合を開き、2020 年度診療報酬改定に向けて「基本方針」に関する議論を開始した。

厚労省はまず以下を示すとしたうえで、たたき台として例を示した。

▼改定に当たっての基本認識

▼改定の基本的視点と具体的方向性

基本認識については、下記 3 点を例示した（以下、続く）。

- ▼健康寿命の延伸、人生 100 年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▼医師等の働き方改革の推進
- ▼患者・国民に身近な医療の実現

週刊医療情報（2019 年 9 月 27 日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

最近の医療費の動向

/ 概算医療費(平成31年1月)

厚生労働省 2019年6月26日公表

1 制度別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総計	医療保険適用							公費	
		75歳未満					国民健康保険	(再掲)未就学者		75歳以上
		被用者保険	本人	家族						
平成26年度	40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0	
平成27年度	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1	
平成28年度	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1	
平成29年度 4~3月	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1	
4~9月	20.9	11.9	6.3	3.4	2.6	5.6	0.7	7.9	1.1	
10~3月	21.4	12.2	6.6	3.5	2.7	5.6	0.8	8.1	1.1	
平成30年度 4~1月	35.4	20.0	10.8	5.8	4.4	9.2	1.2	13.7	1.8	
4~9月	20.9	11.8	6.3	3.4	2.6	5.5	0.7	8.1	1.1	
10~1月	14.5	8.2	4.5	2.4	1.8	3.7	0.5	5.6	0.7	
12月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.5	0.9	0.1	1.4	0.2	
1月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.5	0.9	0.1	1.4	0.2	

注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注 2. 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注 3. 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

●1人当たり医療費

(単位：万円)

	総計	医療保険適用							
		75歳未満	被用者				国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上
			保険	本人		家族			
平成26年度	31.4	21.1	15.6	14.7	15.5	32.2	21.0	93.1	
平成27年度	32.7	21.9	16.3	15.4	16.0	33.9	21.3	94.8	
平成28年度	32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0	
平成29年度4～3月	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.7	94.2	
	4～9月	16.5	10.9	8.1	7.7	8.0	17.2	10.6	46.8
	10～3月	16.9	11.2	8.5	8.1	8.4	17.7	11.1	47.4
平成30年度4～1月	28.0	18.4	14.0	13.2	13.7	29.4	18.5	78.4	
	4～9月	16.5	10.8	8.2	7.8	8.0	17.4	10.8	46.6
	10～1月	11.4	7.5	5.8	5.5	5.7	12.0	7.6	31.8
	12月	2.8	1.9	1.5	1.4	1.4	3.0	1.9	7.9
	1月	2.8	1.9	1.5	1.4	1.4	3.0	1.9	7.9

注1. 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注2. 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2 診療種別別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費					調剤	入院時食事療養等	訪問看護療養	(再掲)医科入院+医科食事等	(再掲)医科入院外+調剤	(再掲)歯科+歯科食事等
		医科入院	医科入院外	歯科								
平成26年度	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8	
平成27年度	41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8	
平成28年度	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9	
平成29年度4～3月	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9	
	4～9月	20.9	16.6	8.0	7.1	1.5	3.8	0.4	0.11	8.4	10.9	1.5
	10～3月	21.4	16.9	8.2	7.3	1.5	3.9	0.4	0.12	8.6	11.2	1.5
平成30年度4～1月	35.4	28.3	13.8	12.1	2.5	6.2	0.7	0.22	14.4	18.3	2.5	
	4～9月	20.9	16.8	8.2	7.1	1.5	3.6	0.4	0.13	8.6	10.8	1.5
	10～1月	14.5	11.5	5.6	5.0	1.0	2.6	0.3	0.09	5.8	7.5	1.0
	12月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.02	1.4	1.9	0.3
	1月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.5	1.9	0.2

注1. 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

● 受診延日数

(単位: 億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養	
		医科入院	医科入院外	歯科			
平成 26 年度	25.7	25.6	4.7	16.7	4.2	8.1	0.13
平成 27 年度	25.8	25.6	4.7	16.8	4.2	8.2	0.15
平成 28 年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17
平成 29 年度 4~3 月	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
4~9 月	12.8	12.7	2.3	8.2	2.1	4.1	0.10
10~3 月	12.8	12.7	2.4	8.3	2.1	4.3	0.10
平成 30 年度 4~1 月	21.2	21.0	3.9	13.6	3.5	7.0	0.19
4~9 月	12.6	12.5	2.3	8.1	2.1	4.1	0.11
10~1 月	8.6	8.5	1.6	5.6	1.4	2.9	0.08
12 月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.7	0.02
1 月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.7	0.02

注. 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

● 1 日当たり医療費

(単位: 千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考)
		食事等含まず	食事等含む					医科入院外+調剤
平成 26 年度	15.5	32.6	34.3	8.2	6.7	8.9	11.0	12.5
平成 27 年度	16.1	33.3	35.0	8.5	6.8	9.6	11.0	13.2
平成 28 年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1
平成 29 年度 4~3 月	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
4~9 月	16.4	34.3	36.0	8.7	6.9	9.2	11.1	13.3
10~3 月	16.7	34.7	36.4	8.8	7.0	9.2	11.1	13.5
平成 30 年度 4~1 月	16.7	35.3	37.0	8.9	7.1	8.9	11.3	13.4
4~9 月	16.7	35.1	36.8	8.9	7.1	8.9	11.3	13.4
10~1 月	16.8	35.6	37.3	8.9	7.1	8.8	11.3	13.5
12 月	16.8	35.2	36.9	8.8	7.2	9.1	11.4	13.6
1 月	17.2	35.3	37.0	9.2	7.0	8.8	11.4	13.8

注. 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。
 「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外を受診延日数で除して得た値である。
 歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科を受診延日数で除して得た値である。

最近の医療費の動向/概算医療費(平成31年1月)の全文は、
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

療養病床の転換先として創設

新類型

「介護医療院」の行方

1. 介護療養病床廃止と新施設類型の創設
2. 新たな施設類型「介護医療院」の概要
3. 医療機関の実態に基づいたタイプ別選択肢
4. 今後の高齢者医療に期待される将来像



■参考文献

厚生労働省「療養病床の在り方等に関する検討会」

厚生労働省「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて

～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～に関する参考資料」

1

医業経営情報レポート

介護療養病床廃止と新施設類型の創設

■ 医療費抑制を目的とした介護療養病床廃止と受け皿の整備

(1) 介護療養病床の廃止と新たな施設類型の創設

介護療養病床は、利用者の8割以上が後期高齢者であることから、社会保障費が膨らむ一因とされており、これまで廃止に向けた議論が続けられてきましたが、廃止期限を6年延長したものの、2017年度末での廃止が決定しました。

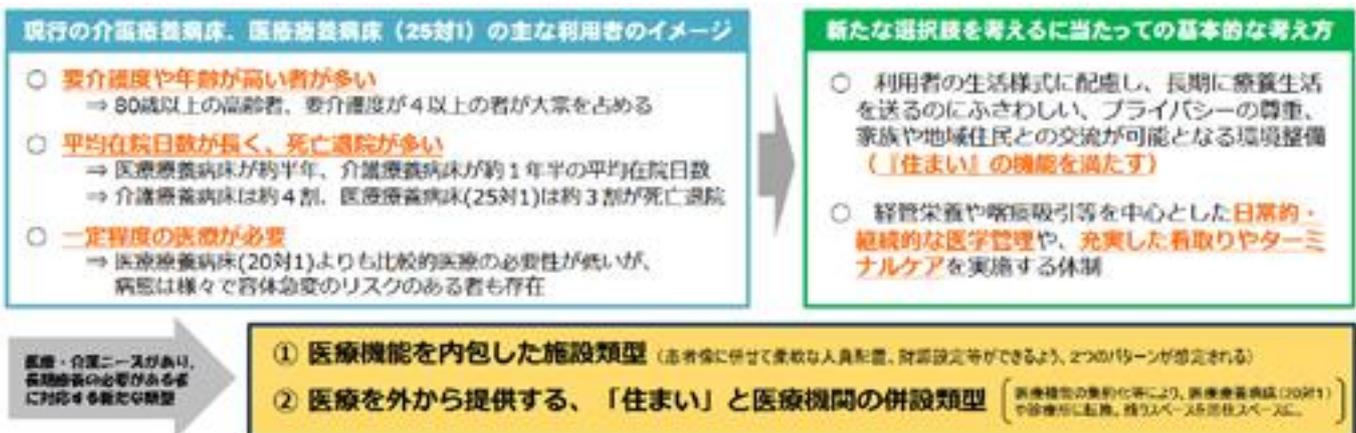
◆ 入所者の年齢構成～介護療養型医療施設(診療所)は75歳以上が約90%



出典：平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（公益法人全日本病院協会）

廃止に伴い、現在介護療養病床等に入院する患者の受け皿となる新たな類型が必要となることから、2017年6月から、厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」や社会保障審議会「療養病床のあり方等に関する特別部会」で、2018年度以降の新たな受け皿施設や移行計画について、様々な議論が交わされてきました。

◆ 新たな選択肢の整理案



出典：厚生労働省「療養病床の在り方等に関する検討会」

2

医業経営情報レポート

新たな施設類型「介護医療院」の概要

■ 新施設類型「介護医療院」の機能

(1) 介護医療院の2つのタイプ

社会保障審議会「療養病床のあり方等に関する特別部会」の提言により、「地域包括ケアシステム強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の成立をもって創設された介護医療院には、医療機能の整備体制から大きく分けて2つのタイプがあります。

介護医療院は、病院や診療所と区別された新類型であり、医療の必要性が比較的高い方が利用する①医療機能を内包した施設系サービス、そして、医療を外から提供する、②居住スペースと医療機関併設タイプ、の2種類が設けられました。

さらに①のなかでも主な利用者として、(Ⅰ)容体急変リスクのある医療必要度の高い利用者、(Ⅱ)医療の必要性は多様ながら(Ⅰ)に比べて容体が比較的安定した利用者、をそれぞれ想定した2つのパターンが示されました。

◆「介護医療院」の概要

	①医療を内包した施設系サービス		②居住スペースと医療機関の併設型
	(Ⅰ)	(Ⅱ)	
施設の基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設		医療外付け型
設置根拠	介護保険法 *医療法上の医療提供施設		医療機関：医療法 居住スペース ：介護保険法 老人福祉法
主たる利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等 (療養機能強化型A・B相当)	(Ⅰ)と比べて比較的容体が安定している者	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定している者
施設基準(参考)	<u>介護療養病床相当</u> (参考：現行の介護療養病床) 医師 48：1 看護 6：1 介護 6：1	<u>老健施設相当以上</u> (参考：現行の老健施設) 医師 100：1 看護・介護 3：1	医療機関部分 ：算定する診療報酬施設基準 (参考：特定施設入居者介護) 医師 基準なし 看護・介護 3：1
面積	老健施設相当 (8.0㎡/床) ※多床室の場合はプライバシーに配慮した療養環境整備が必要(家具・パーテーション等)		(現行の有料老人ホーム) 居住スペース 個室 13.0㎡/室以上

(出典) 療養病床のあり方等に関する特別部会「療養病床のあり方等に関する議論の整理」

3

医業経営情報レポート

医療機関の実態に基づいたタイプ別選択肢

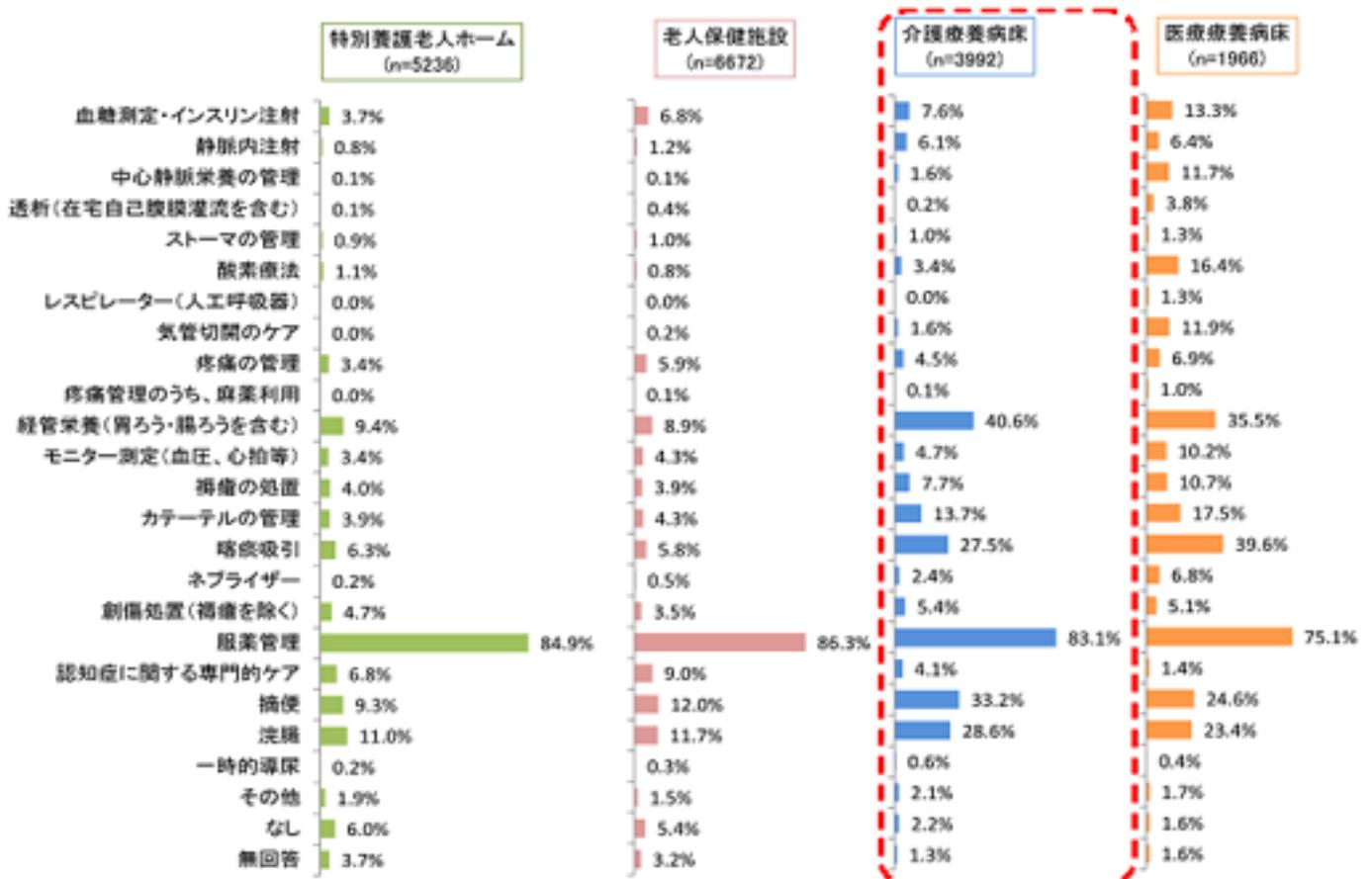
■ 介護医療院への転換検討ポイント

(1) 介護療養病床からの転換に向く施設系サービス

医療機能を内包した施設系サービスのうち、容体急変リスクを有する利用者が主体となる介護療養型タイプは、日常的・継続的な医学管理や24時間の看取り・ターミナルケア、夜間・休日対応を含む当直又はオンコール体制の整備が示され、医療ニーズへの対応が求められています。

これらは介護療養病床のなかでも、2015年介護報酬改定で新設された「療養機能強化型A・B」の機能と重なるもので、その他の介護療養病床と平均要介護度に大きな差がみられない（機能強化型4.5/その他4.3）一方、経管栄養や喀痰吸引など日常的・継続的な医学管理を要する利用者が多い現状からも、機能強化型のサービス提供が期待されていることがわかります。

◆ 現在受けている治療の割合（複数回答）



(出典) 厚生労働省「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～に関する参考資料」

現行の療養機能強化型が果たしている高い医療ニーズを有する高齢者の受け皿として、介護医療院への転換パターン検討では、介護療養型がより具体的な選択肢になるといえます。

4

医業経営情報レポート

今後の高齢者医療に期待される将来像

■ 介護医療院の創設がもたらす影響

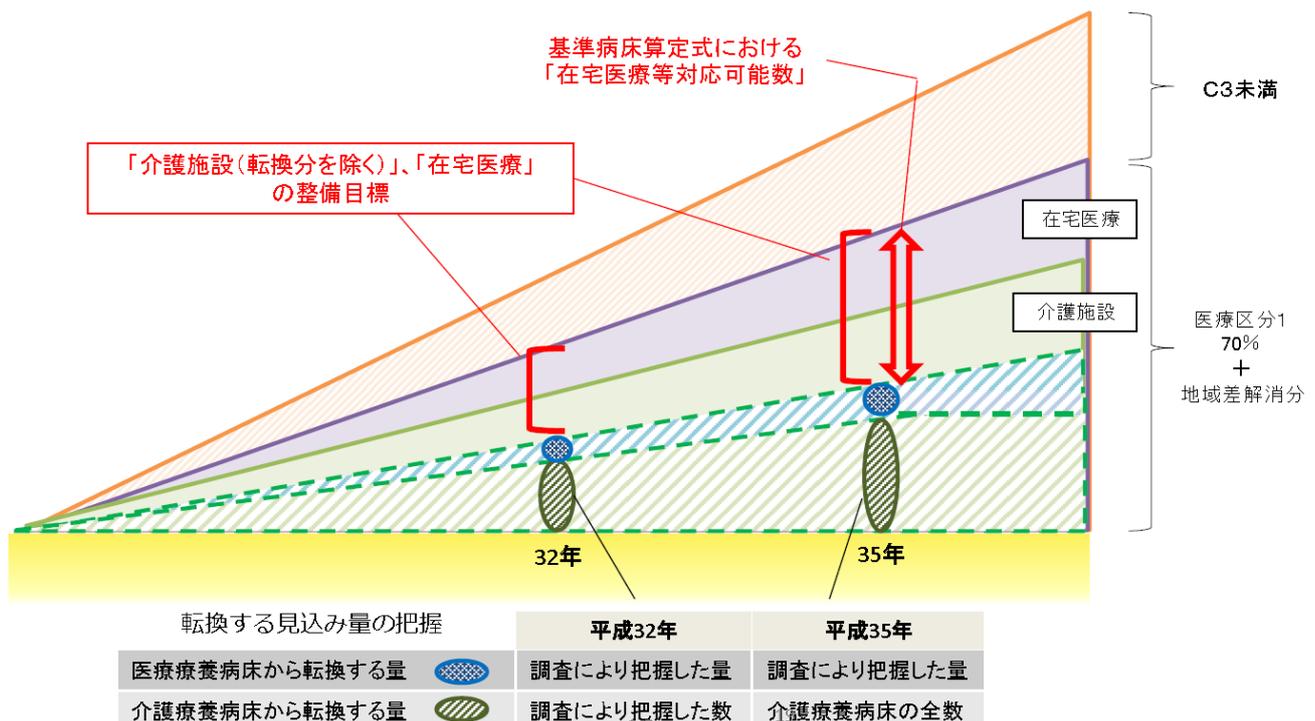
(1) 療養病床から生じる新たなサービス必要量の受け皿

2017年度末で廃止となった介護療養病床（2024年3月末まで移行期間猶予）、および経過措置が終了する療養病棟入院基本料2（25：1）は、病床転換への期限が迫っています。

介護医療院の創設により、当初方針の柱であった病床数の大幅削減ではなく、療養病床の受け皿としての機能を提示したことで、今後新たなサービスの必要量を把握し、診療報酬および介護報酬の決定や、在宅医療や介護の受け皿の整備目標の設定、療養病床の基準病床の算定（在宅医療等対応数の算出）に活用するとしています。

そのため、介護医療院等への転換見込み量は、医療計画の終期である2023年度時点のものを算定しています。

◆ 療養病床から介護医療院等へ転換する見込み量の把握イメージ



出典：厚生労働省「療養病床の在り方等に関する検討会」

転換見込み量は、都道府県と市町村の連携の下で調査を実施（調査すべき事項等は、国が例示）し、把握した数を活用します。ただし、介護療養病床については、経過措置期間が2023年度末とされていることを踏まえ、2020年度時点については調査により把握した数、2023年度時点については全数に相当する数を下限として、転換する見込み量を設定する方針が示されています。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。



ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

200床規模の病院の 経営強化策

**200床規模の中小規模病院の経営強化策の
具体的事例を教えてください。**

一般の民間病院における病床規模は、医療法の源流にみるように、診療所をスタートとしており、トップの経営能力や資金力、個人立か医療法人による開設かの選択等の事情によって定まってきたといえます。

現在では、200床以上とそれ未満の病床数の病院は、いわゆる大病院と中小病院として様々な区分がなされることが多くなっていますが、200床規模の中規模病院が必要な経営基盤を強化するためには、地域医療のニーズに応えるべく、組織体質と経営体質の強化が求められています。

具体的には、次のような取り組みの事例が挙げられます。

(1) 組織体質の強化

① 診療科目の見直し

地域・診療圏で優位性を持つ診療科目を分析し、一部廃止も含めて標榜科目の絞り込み

② 組織活性化

院内環境の活性化として、業務に対する意欲・集中力向上に向けた取り組み

③ 管理職のマネジメント強化

管理能力の強化（権限委譲、任期制導入、トップダウン体制、リーダー層育成）

(2) 経営体質の強化

① 院内情報（経営状況等）共有化

主に管理職を対象として、経営指標や病院運営状況に関する情報を公開

② 委員会活動の積極展開（マーケティング等）

経営努力の積極化、一般職員の経営参画意識醸成

③ 関連事業への多角化経営推進

在宅医療・訪問診療、健康増進・予防事業、福祉事業等の関連分野での目標を設定し、経営活動を推進する

ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

専門病院の差別化戦略

透析専門病院と整形外科専門病院の差別化戦略について教えてください

■透析専門病院の差別化戦略のポイント

人工透析は、根治療法ではなく対症療法であります。臨床で広く普及することによって救命効果を向上させ、代表的な延命治療になっています。

世界には約70万人の透析治療患者がいるといわれていますが、そのうち最も透析治療が普及しているのは日本なのです。既に国内の透析患者は18万人おり、年5%の割合で増加しているといわれています。

今後の透析専門病院の差別化に必要なポイントは、次のようなものです。

(1) 医療技術の向上

- ① 専門医療機関としての医療の質の向上
- ② 合併症の回避
- ③ 患者（身体的）負担の減少
- ④ 職員教育

(2) 患者志向の組織運営

- ① 患者支援（通院送迎、休養スペース、疾病に対する学習）
- ② 療養環境の整備
- ③ 日常生活へのアドバイス（MSWの積極活用）

(3) 在宅療養への指導・取り組み

■整形外科専門病院の差別化戦略

外科系専門病院であれば、手術中心の診療体制であることが求められます。そのため、診療材料や人件費等のコストが高くなるのは必然と考えられることから、手術症例数の大小と経営状況との関連を重視している病医院もあるでしょう。

一般に、手術症例が少なければ入院患者の病態も軽症になります。この場合、患者回転率と付加価値は高くなりますが、これによって必ずしも経営状況が良いものになるとは限りません。

例えば、救急で受け入れる軽症患者を多く扱う場合には、個別の症例件数は増えても技術的な向上は望めないほか、院内の組織や医療提供体制における活力の低下等の影響も考えられ、軽症患者を対象として症例件数を増やすことは、メリットばかりではないといえます。

また、整形外科はリハビリテーションと密接な関係があり、手術症例の増加は急性期あるいは回復期リハビリテーションの件数も増加することを意味すると同時に、リハビリ部門の活性化につながるようになります。さらに、クリニカル・パスを導入することによって、病床運営の計画性も確保することができるため、整形外科に特化した病院経営は効果的な戦略策定が可能です。そして、手術を主体とする急性期の整形外科病院として、外来診療や在宅医療への展開も考えられます。ただし、やはりポイントとなるのは、提供する医療すなわち医師の資質レベルとマーケティング手法といえるでしょう。

週刊 WEB 医業経営マガジン No. 592

【著 者】日本ビズアップ株式会社

【発 行】税理士法人 森田会計事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複製することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。