

医業経営情報

REPORT

Available Information Report for Corporate Management

2019

12

制度改革

2020年4月 診療報酬改定

診療報酬改定の概要と病医院の経営対応

- ① 次期診療報酬改定の全体的動向
- ② 入院医療をめぐる改定の方向性
- ③ 外来・在宅医療に関する評価の見直し
- ④ 「2025年モデル」を見据えた今後の病医院戦略

1 | 次期診療報酬改定の全体的動向

1 | 2020年診療報酬改定に向けた議論と重点課題

(1) 社会保障審議会で示された方向性

2020年診療報酬改定の方向性について、10月31日の第120回社会保障審議会（社保審）で議論されました。年内に財務省と厚生労働省が合意し、診療報酬全体の改定率を決めることになっています。その後、各診療行為の報酬や個別の薬価等について、年明けに中央社会保険医療協議会（中医協）で改定案を取りまとめ、厚生労働省に答申して決定し4月より施行されます。現時点で社保審で示された方向性は下記のとおりです。

◆次期診療報酬改定に向けた基本認識、視点、方向性等について

（出典）2019年10月31日「第120回社会保障審議会医療保険部会」資料

視点① 医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進【重点課題】

- 2040年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。
- 医師等の働き方改革に関しては、2024年4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。
- 診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング/タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。時間外労働の上限規制の適用が開始される2024年4月を見据え、今後、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点にも留意しながら、総合的な医療提供体制改革の状況等も踏まえた、より適切な評価を行う必要がある。

視点② 患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現

- 患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、新たなニーズ等に対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。
- また患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近でわかりやすい医療を実現していくことが重要。

視点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

- 急性期、回復期、慢性期など患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるよう、切れ目ない医療の提供体制が確保されることが重要である。
- このためには、医療機能の分化・強化・連携を進めるとともに、在宅復帰等につながるよう、質の高い在宅医療・訪問看護の確保や、他の医療機関等との連携、介護サービスとの連携・協働等が必要である。

視点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

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上とともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

(2)2020年診療報酬改定の重点課題

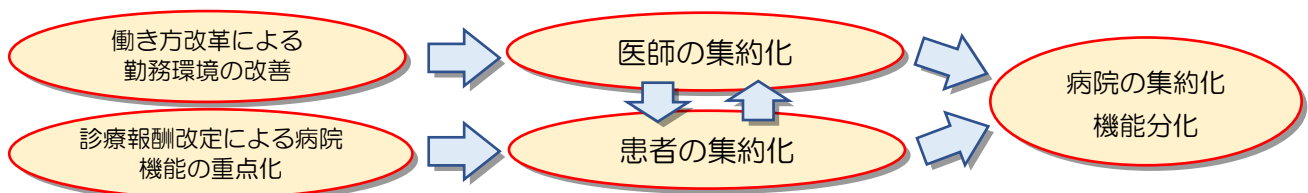
基本方針は、前回の2018年度診療報酬改定時と大きくは変わっていませんが、注目すべきは「医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進」することが重点課題に設定されていることです。

2014年度の診療報酬改定から上記4つの視点は毎回挙げられており、2018年度の診療報酬改定までは「地域包括ケアシステムの推進」が重点課題として取り組まれてきました。しかし、2020年度の診療報酬改定では「地域包括ケアシステムの推進」に取って代わり、「医師等の働き方改革の推進」が重点課題となっています。

2024年4月から医師についても時間外労働の上限規制が適用されることを見据え、医師の労働時間管理の徹底と労働時間短縮への計画的な取り組みが今後一層強く求められ、勤務医を抱える病医院では対応が必要となります。

また、2025年は地域医療構想のフィニッシュの年であり、病院の機能分化と集約化の実現に向けて政策誘導を強化した印象があります。医師の業務負担の軽減・勤務環境の整備ができた病院、つまり働きやすい病院へ医師は自然と集約され、これを背景に患者の集約化も進み、ひいては病院の集約化に繋がります。

さらに2020年の診療報酬改定で医師の働き方改革を強化することにより、病院の機能分化や病床削減の速度を上げたいという意図が窺えます。



◆診療報酬改定の具体的方向性の推移

(出典) 2019年10月31日社保審資料より作成

	2014年度	2016年度	2018年度	2020年度
視点① 最重要課題	医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等	「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること	地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進	医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進 重要度アップ
視点②	患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点	「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること	新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実	患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現
視点③	医療従事者の負担を軽減する視点	重点的な対応が求められる医療分野を充実すること	医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進	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
視点④	効率化余地がある分野を適正化する視点	効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること	効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上	効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

2020年度の診療報酬改定率は、2018年度に引き続きマイナス改定が予想されます。財務省は11月1日に開催された財政制度等審議会で、「国民医療費の増加は、国民負担の増加を意味し、これ以上の負担増を防ぐためには、医療費の増加を抑制することが必要」と示し、マイナス改定を提案しています。

◆財務省が示す2020年診療報酬改定の考え方

- 過去10年間で国民医療費は平均2.4%/年のペースで増加。このうち、高齢化等の要因による増加は平均1.1%/年であり、残りの半分程度は人口増減や高齢化の影響とは関係のない要素によるもの。高齢化等の要因による増加の範囲に収めるためには、診療報酬改定において2年間で▲2%半ば以上のマイナス改定とする必要。
- こうした観点から、制度改革の実現のほか、2020年度の診療報酬改定においても一定程度のマイナス改定を行い、国民負担を抑制する必要。

(出典) 医療制度改革の基本的な考え方 (2019年11月1日財政制度等審議会)

2 | 診療報酬改定率の見通し

◆診療報酬改定率の推移

(単位：%)

	2014年	2016年	2018年	2019年	2020年
診療報酬本体	0.73	0.49	0.55	0.41	
薬価等	-0.63	-1.33	-1.74	-0.48	
改定率(総額)	0.10	-0.84	-1.19	-0.07	???

2%半ば以上のマイナス改定が予想される

※2019年は増税によるもの

2 | 入院医療をめぐる改定の方向性

1 | 急性期の改定内容

(1) 看護必要度の評価項目をめぐる見直し

厚生労働省は2019年11月15日、中医協総会で2020年度診療報酬改定に向けて、急性期一般入院基本料など急性期における入院医療の評価の在り方について議論しています。

看護必要度の評価項目には、A項目「モニタリング及び処置など」、B項目「患者の状況など」、C項目「手術などの医学的状況」があります。入院医療等の調査・評価分科会の調査結果によると、A項目の「専門的な治療・処置」に該当する薬剤のうち、抗悪性腫瘍剤や免疫抑制剤の内服薬は、全体的に入院で実施される割合が低いこと、C項目の評価対象である手術等には入院で実施される割合が9割未満のものがある一方、「経皮的針生検」や「EUS-FNA」など、入院時に実施されている割合が9割以上であるにも関わらず、評価対象外となっている検査項目が多数あることが判明しました。

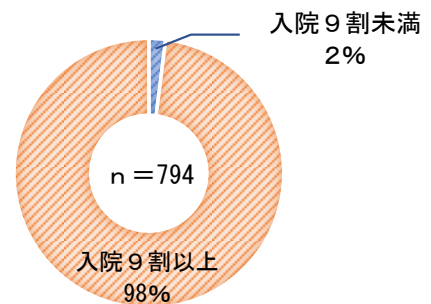
このことから、A項目とC項目に含まれる治療・処置と手術内容について、より実態を踏まえた評価基準に見直す必要性が指摘されています。

◆入院での実施が9割未満の手術例

種別	診療行為	入院の割合(%)	
開胸手術	胸壁腫瘍摘出術	84.6	
	静脈形成術、吻合術（胸腔内静脈）	86.1	
開腹手術	膀胱脱手術（その他）	44.7	
	膀胱内凝血除去術	64.2	
	腹直筋離開手術	85.7	
骨の手術	骨腫瘍切除術（その他）	58.7	
	腐骨摘出術（手）	65.7	
	骨部分切除術（手）	70.0	
	骨腫瘍切除術（手）	78.9	
	関節切除術（手）	82.3	
	骨腫瘍切除術（足）	83.6	
	骨部分切除術（前腕）	84.1	
	骨部分切除術（その他）	84.4	
	骨部分切除術（上腕）	88.6	
	胸腔鏡・腹腔鏡手術	腹腔鏡下卵管形成術	80.8

◆評価対象手術の入院割合

必要度Ⅱの評価対象手術



◆入院で検査を実施する割合(生検検査)

名称	入院の割合(%)	総件数	点数	名称	入院の割合(%)	総件数	点数
骨髄生検	48.70	41,328	730	経皮的針生検法	96.00	78,237	1,600
リンパ節等穿刺又は針生検	8.20	66,700	200	前立腺針生検法	43.70	28,558	1,400
センチネルリンパ節生検(片)(併用法)	54.30	313	5,000	内視鏡下生検法	7.60	4,095,296	310
センチネルリンパ節生検(片)(単独法)	70.00	230	3,000	EUS-FNA	95.60	23,518	4,000
乳腺穿刺又は針生検(片)(その他)	0.80	173,334	200	経気管肺生検法	77.30	90,483	4,000
乳腺穿刺又は針生検(片)(生検針)	1.80	97,605	650	EBUS-TBNA	79.60	14,842	550
甲状腺穿刺又は針生検	3.00	157,741	150				

(出典) 上記いずれも 2019年10月16日「入院医療等の調査・評価分科会」資料より作成

(2)看護必要度Ⅱへの移行拡大をめぐる見直し

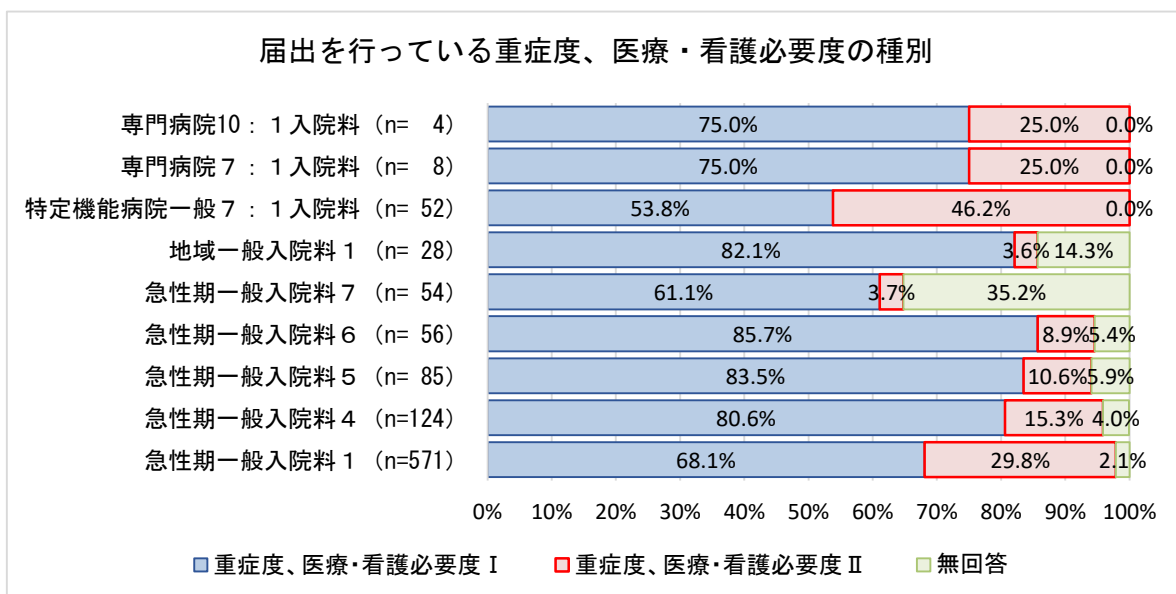
2018年度改定では医療現場の負担軽減や根拠となるデータに客観性を持たせることを目的に、急性期入院基本料2・3では看護必要度Ⅱでの届け出を原則として必須化しました。

一方、入院料1では既存の評価方法の看護必要度ⅠとⅡのいずれかを選べるようにしていましたが、この点についても中医協で議論されました。

入院医療等の調査・評価分科会の調査結果によると、急性期一般入院料1の29.8%、特定機能病院（7対1入院基本料）の46.2%が看護必要度Ⅱでの届け出を行っていたことがわかりました。また、病床規模別では200床以上で26.9%、400床以上で32.7%が必要度Ⅱでの届け出を行っており、概ね病床規模が大きくなるほど割合が高くなっています。

看護必要度Ⅱでの届け出が増えていることを受け、当面はⅠを選択できるようにしつつも、一定数以上の病床数を持つ医療機関などを対象として段階的にⅡでの届け出を原則化してはどうかとする意見も出されています。

◆入院単価に応じた看護必要度該当患者割合



(出典) 2019年10月30日「入院医療等の調査・評価分科会」資料より作成

(3)DPC対象病院の経営4指標のプライオリティ

今までの病院経営は病床稼働率100%であれば収益を確保できていましたが、近年は稼働率だけ優先させても赤字基調になる場合があります。特に急性期に関しては、DPCの効率性係数の重要性が増しているため、稼働率の他に「在院日数の短縮」「看護必要度の向上」「入院単価の向上」も意識していく必要があります。例えば、稼働率を優先させた場合には、在院日数が伸び、これにより看護必要度も維持できなくなるため、入院単価は下がっていきます。

◆経営4指標のプライオリティのマトリクス

	(1) 病床稼働率の向上を優先	(2) 在院日数の短縮を優先	(3) 看護必要度の向上を優先	(4) 入院単価／日の向上を優先
病床稼働率 (新規入院患者増を伴わない場合)		×	× (○のケースもあり)※	×
在院日数 (効率性係数の計算式による)	×		○ (×のケースもあり)※	○
看護必要度 (病床回転率を上げる前提)	× (○のケースもあり)※	○ (×のケースもあり)※		○
診療密度 (包括範囲出来高点数の1日当たり入院単価)	×	○	○	

※高齢者の誤嚥性肺炎等で看護必要度の該当患者基準「A得点1点以上かつB得点3点以上(認知症又はせん妄あり)」に当てはまる。長期入院患者が多い場合は、逆の関係になるケースもある

$$\text{病床稼働率(\%)} = \frac{\text{24時現在の患者数} + \text{1日に退院した患者数}}{\text{病床数}} \times 100$$

$$\text{病床利用率(\%)} = \frac{\text{24時現在の患者数}}{\text{病床数}} \times 100$$

(出典) 工藤高 2019年11月12日 医業経営セミナー「診療報酬改定の概要と病医院の経営対応」資料より抜粋

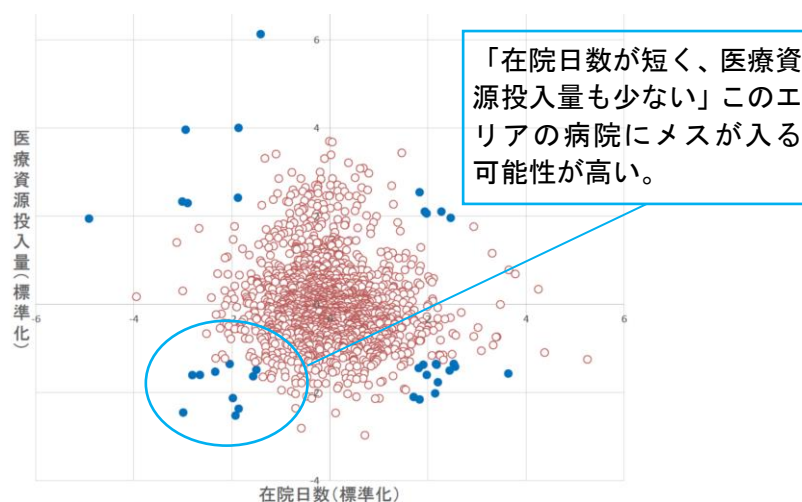
2 | 地域包括ケア病棟をめぐる見直し

地域包括ケア病棟のポスト・アキュート（他急性期病院からの転院）機能については、DPC病棟からの転棟が正しく行われているのかが問題視されています。

在院日数が平均より短い病院のなかには、必要な医療が提供され、かつ在院日数が短い病院がある一方で、急性期医療が必要な状態である患者への医療が、他の病棟において提供されている可能性もあると考えられています。つまり、収入が低いDPC病棟では何もせず、算定が高い地域包括ケア病棟へ早々に転棟させているケースがあるのではないかと

いうことです。今後、在院日数の短い病院であって、自院他病棟への転棟割合が高い病院に対しては、書面調査や個別のヒアリングなどが実施される可能性があります。

◆医療資源投入量及び在院日数が外れた病院(100病院)



出典：H30年DPCデータ

- ※ 医療資源投入量（1入院あたり）、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
- ※ 標準化：(実測値－平均値)/標準偏差
- ※ 青は、医療資源投入量、在院日数ともに値が上位（下位）100病院となる病院

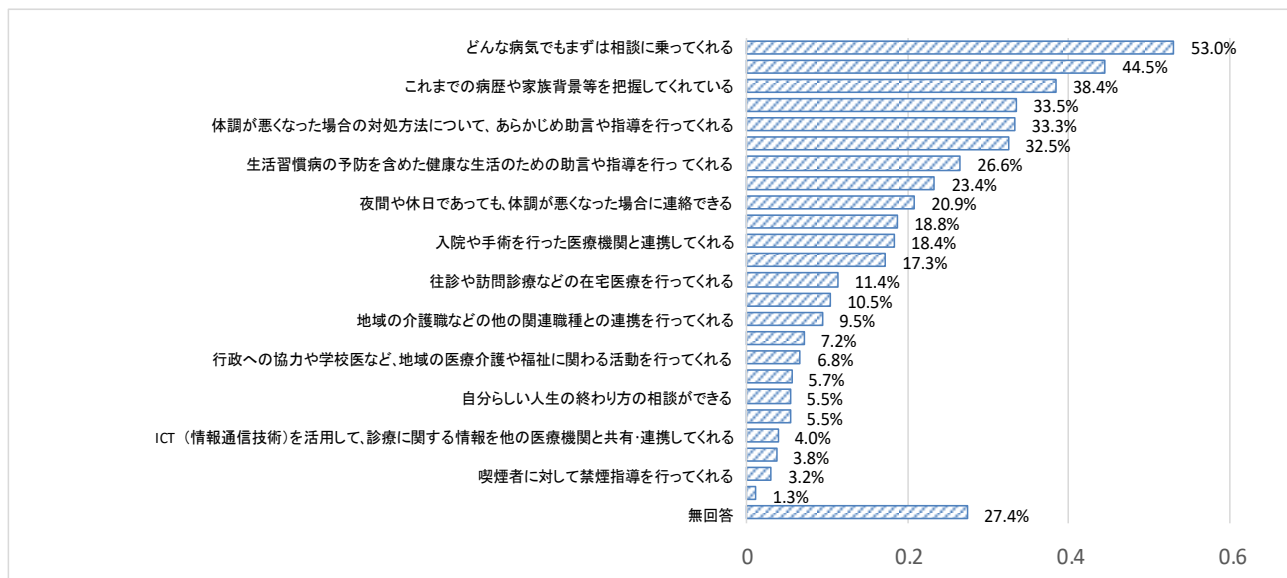
3 | 外来・在宅医療に関する評価の見直し

1 | 外来と診療所に係る評価

(1) かかりつけ医機能の評価

外来医療の機能分化とかかりつけ医機能は、引き続き強化される見込みです。紹介状なしの大病院受診時の患者定額負担は、現在の400床以上から200床以上に対象病院が拡大される可能性があります。診療所としては、かかりつけ医としての機能充実とともに、連携の強化に向けた取り組みがますます重要となり、大病院と連携していることのPR強化とともに、かかりつけ医として患者から選ばれるために、どのようなアピールが必要か検討しなければなりません。

◆ かかりつけ医を決めた理由



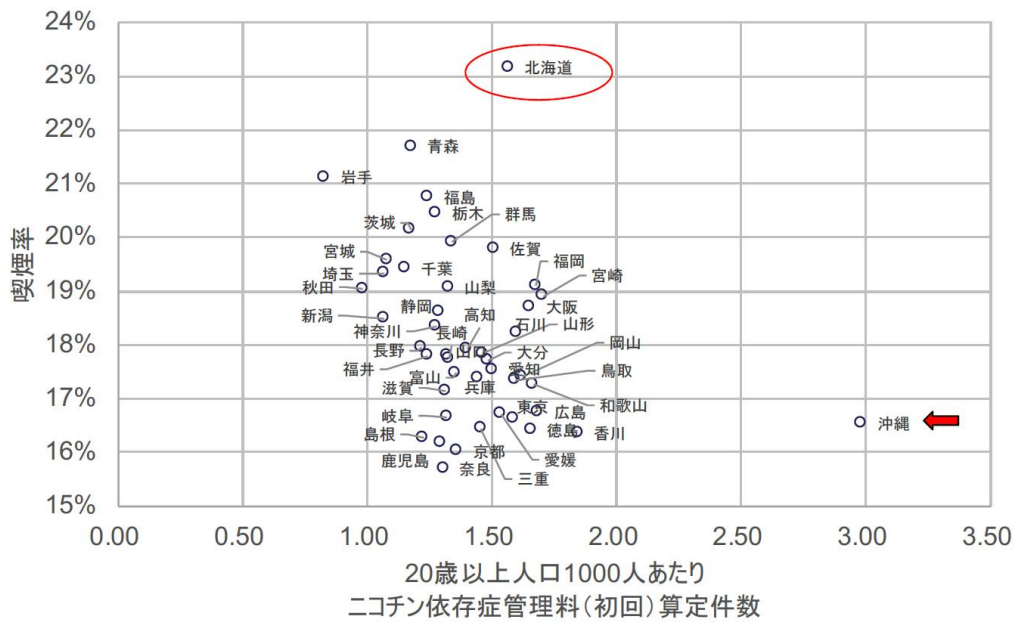
(出典) 2018年度「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」より作成

(2) 禁煙外来の需要

厚労省が公開している電子レセプト、特定健診の公開データであるNDB（ナショナル・データ・ベース）によると、例えば最も高い北海道の喫煙率は23%を超えています。

したがって、禁煙外来の需要は相応にあると思われ、今後もニコチン依存症管理料の算定が見込まれます。専門外来を充実させて患者増を図る場合には、禁煙外来の開設も検討の余地があります。

◆喫煙率とニコチン依存症管理料(初回)の関係



(出典) 工藤高 2019年11月12日 医業経営セミナー「診療報酬改定の概要と病医院の経営対応」資料より抜粋

2 | 在宅医療関連評価方法の見直し

在宅医療や訪問看護分野は、今後も高齢患者の増加が続いており、2025年には75歳以上人口が18%に達すると推計されています。

こうした中で、在宅医療に対応可能な医療機関は概ね増加傾向にあり、その大部分は診療所が占めています。併せて、訪問看護ステーションの数や規模は増加・拡大しています。

これら現状を踏まえ、近年増加傾向にある自宅等における死亡が微増傾向にあることから、特にニーズが高く介護する家族の負担軽減や、急変時対応への不安解消に向けた取り組みへの評価も検討されています。

(1) 在宅医療の現状と見直しの方向性

在宅医療については、質と量はもとより、効率性も確保しつつ、多様化する患者ニーズに応えることができるようなサービス提供のあり方や地域の状況、個々の患者の状態、医療内容、住まいや住まい方等を踏まえた評価のあり方が検討されています。

◆在宅医療をめぐる評価の課題に対応した方向性

- 在宅療養支援診療所を含めたかかりつけ医による在宅医療提供体制
- かかりつけ医の夜間・時間外の負担軽減に資する、地域の医療機関の連携による救急応需体制
- かかりつけ医機能を補完するため、複数の診療科の医師が協働して行う訪問診療
- 患者の状態や診療内容、居住形態に応じた効果的・効率的なサービス提供

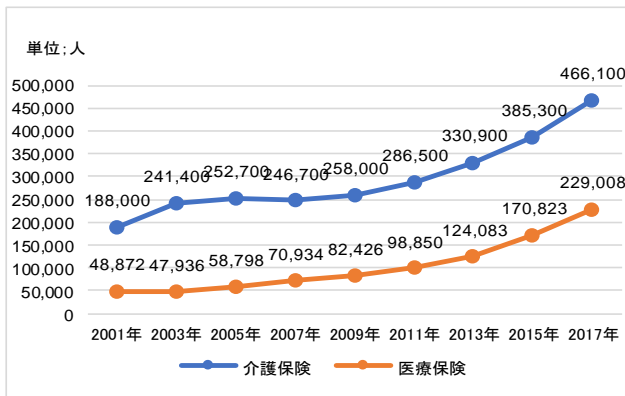
(2)訪問看護ステーションに関する評価

訪問看護ステーションの利用者は、介護保険および医療保険ともに増加しており、特に医療保険の利用者が伸びています。

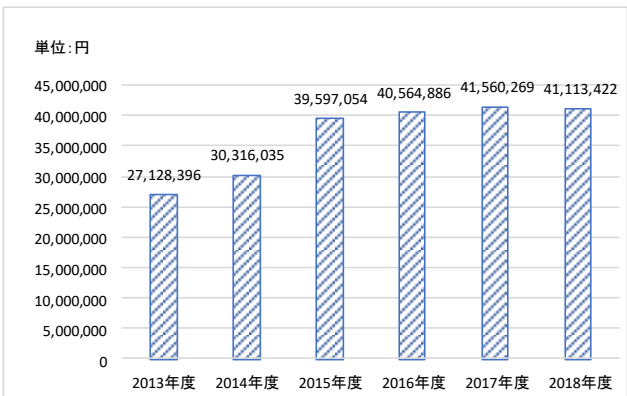
理想の訪問看護ステーションの収入比率は「医療保険：介護保険＝3：7」といわれていますが、2015年度に医療保険36%：介護保険64%となり、理想の割合にだいぶ近づいています。2016年度は訪問看護ステーションの収支が初の黒字となり、以降、訪問看護ステーションの収支は黒字を計上しています。

今後も訪問看護の需要は増加していくものとみられますが、収益体質をしっかりと維持していくことが重要です。

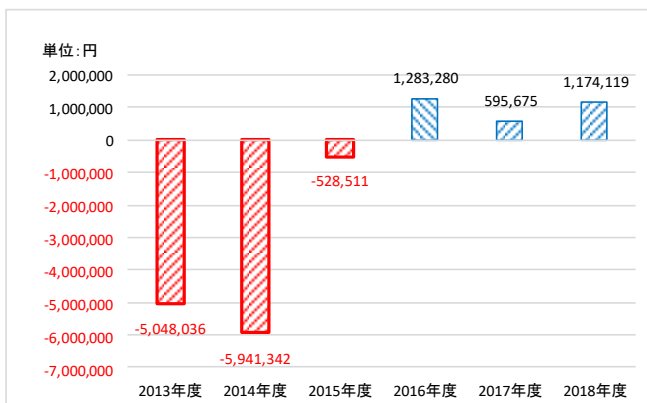
◆訪問看護利用者数の推移



◆訪問看護ステーション年度別収入



◆訪問看護ステーション年度別損益



(出典) 工藤高 2019年11月12日 医業経営セミナー
「診療報酬改定の概要と病医院の経営対応」資料より
抜粋

◆訪問看護の収入確保のポイント

- 訪問看護の収入＝訪問1回あたり単価×訪問回数
 - ・「単価を上げるのか」
 - ・「訪問回数を増やすのか」
- 訪問回数 常勤1人当たり月80回以上、1日4回以上目標
- 人件費率を70%以下に抑えれば15%程度の利益

4 「2025年モデル」を見据えた今後の病医院戦略

1 | その他個別項目の改定の方向性

(1) 医療ICT化を検討する際の留意点

医療機関の機能や規模を問わず、医療分野におけるICT化は必要不可欠となっています。ICT化の徹底について、厚生労働省から次のような改定方針が示されています。

「近年の総務省主導によるICT活用推進を受け、医療情報の標準化や共通ICTインフラを整備し、医療の質と効率性向上を図ることで、世界に誇る保健医療水準を維持するとともに、民間の投資を喚起し、健康で安心して暮らせる社会実現を目指すことを目的とする」という指針に則り、診療報酬上も政策的誘導が間違いなく強化されます。

自院のICT化を検討する際のポイントは、下記のとおりです。

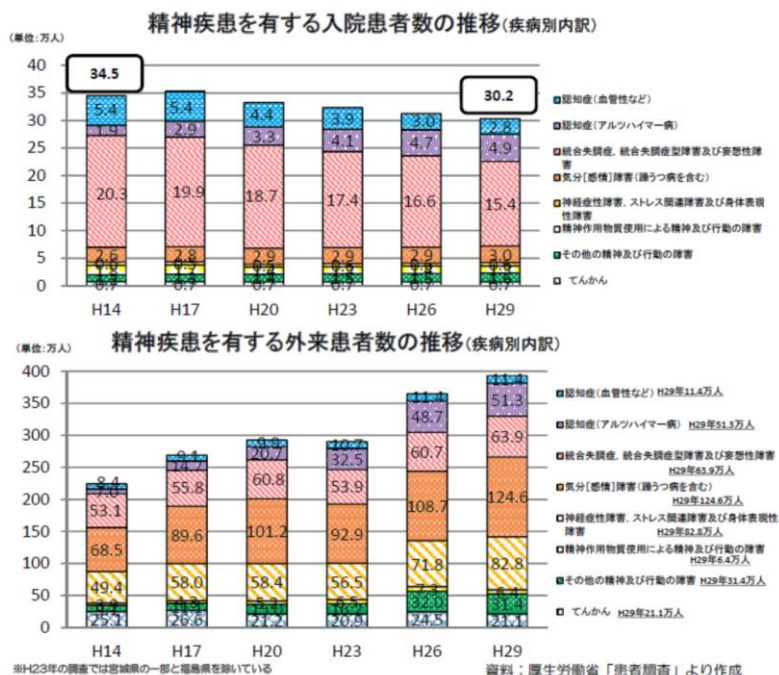
◆ICT化のポイント

- 医療連携や医学研究に利用可能な番号を導入する
- 医療機関データのデジタル化+地域の医療機関間のネットワーク化を優先する
 - ⇒ 自院が使いやすいようにシステムをカスタマイズするのではなく、汎用性の高い（最も売れている）パッケージ商品をそのまま使う

(2) 精神医療をめぐる改定の方向性

精神医療の現状をみると、精神病床の入院患者数は過去15年間で減少傾向（約34.5万人⇒30.2万人）にある一方、外来患者数は増加傾向にあり、特に認知症やうつ病が増加しています。診療報酬上の評価において、精神医療については地域移行を重点的に進める精神病棟への評価が高くなっています。この傾向は今後も続くとみられ、集中的な退院支援と精神病床数の適正化に取り組む必要があります。

◆精神疾患を有する入院患者数と外来患者数の推移



2 | 機能別に見る病医院がとるべき経営戦略

診療報酬改定では、国や厚生労働省が重視する分野に手厚い評価をしており、また政策誘導として評価の見直しや要件の緩和・厳格化が行われていることは否めません。

しかし、改定が重ねられ、政策の軌道修正や変更によって点数が変動するからといって、何も手当をしないままでは、安定した病医院経営を確保することは難しくなります。

2025年に向かっては、自院の機能を正確に見極め、とるべき戦略を策定し、できるところから実践していくことが求められています。

(1) 急性期医療をめぐる戦略

地域医療構想における4区分については、病棟単位の届出であり、1日入院単価から入院基本料相当部分とリハビリの一部を除外したものです。つまり、診療科単位で急性期の患者が分散している場合、病棟単位の「急性期度合」が高まらないため、診療科単位ではなく、患者の重症度に応じた病棟編成を行う病院が増えてきています。

もともとICUやHCUでは診療科別の概念はなく、急性期の需要に適した病棟編成を検討することが必要です。

◆高度急性期・急性期の戦略・戦術

1. 急性期需要に対応した急性期病床の適正化
2. 急性期需要が少ない
⇒許可病床のダウンサイジング、または地域包括ケア病棟等の他機能へ転換
3. 重症患者が多いICU、HCU等の急性期ユニットを増やす
4. 後発医薬品のある薬剤はすべて切り替え、薬剤総合評価調整加算（多剤投与の改善の算定）を検討
5. 救急医療体制のさらなる充実
6. 診療ガイドラインの遵守、クリティカルパス数の増加
7. 医療連携、介護施設、介護医療院、介護事業所との連携強化、特にケアマネージャーとの連携をより強く、院内及び法人内連携を強化
8. 早期リハビリの充実
9. 医師の働き方改革に対応した多職種協働によるチーム医療と十分な職員研修予算確保
10. 看護師確保のための中長期採用計画策定と卒後教育の充実
11. コメディカル関連点数（NST、栄養指導、薬剤管理指導等）の完全実施・算定
12. 「強み」とする診療科、医療分野のさらなる強化

(2) ケアミックス、回復期・療養型の戦略

ポスト・アキュート機能として地域包括ケア病棟を活用する場合には、高度急性期病院との連携が重要になります。また、院内でDPCから地域包括ケア病棟に転棟させる場合などは、平均値から外れるような「在院日数も短く、資源投入量も少ない」ケースについては、次期改定では是正される可能性があります。

◆回復期・慢性期の戦略・戦術

1. 回復期リハビリ病棟のリハ提供は365日体制、1患者1日平均6単位以上実施
⇒理想は脳血管中心で8単位以上、FIM利得を上げて回転率を高める
2. 回復期リハビリ病棟はリハビリ専門医採用が理想
⇒困難な場合は週1～2回程度の勤務が可能な非常勤リハビリ専門医を採用
3. 十分なりハビリ提供可能な人数までPT等を採用
4. 後発医薬品への切り替え、薬剤総合評価調整加算（多剤投与の改善の算定）を検討
5. 医療療養型のスタンダード：介護医療院への転換も検討
⇒20：1看護、医療区分2・3患者を8割以上、対象者には積極的にリハビリ提供
6. 回復期・療養型はともに在宅復帰率を高める
7. 急性期病院や介護施設、介護医療院、介護事業所との連携強化、特にケアマネージャーとの連携をより強く、院内及び法人内連携を強化
8. 医師の働き方改革に対応した多職種協働によるチーム医療と十分な職員研修予算確保
9. コメディカル関連点数（NST、栄養指導、薬剤管理指導等）の完全実施・算定
10. 在宅療養支援診療所、介護医療院、介護施設、サ高住へシームレスにつなぐ

(3) 診療所の戦略

「かかりつけ医」のさらなる普及を図る施策が今後も継続することが予想されており、患者の状態や価値観も踏まえて、適切な医療を円滑に受けられるサポート機能を発揮すること、そして大病院との連携強化が求められます。

◆診療所の戦略・戦術

1. 地域のニーズに合致した診療日時（夜間、早朝、日祝日）
2. 信頼できる病院との連携、介護施設・介護事業所との連携を強化
3. ホームページ等の広報ツールの充実
4. マイカルテ等による情報開示
5. 職員の接遇マナー改善・充実
6. アンケート調査による患者ニーズの把握
7. かかりつけ医機能強化と在宅医療への取り組み
8. 専門クリニック ⇒自院の強みとして専門性をより鮮明に打ち出す
 - ・在宅専門・禁煙外来・糖尿病外来・認知症外来・睡眠時無呼吸・女性外来
 - ・セカンドオピニオン外来 等

※本レポートは、2019年11月12日（火）、(株)吉岡経営センター主催

医療経営セミナー「2020年4月診療報酬改定の概要と病医院の経営対応」

（講師：(株)MM オフィス 代表取締役 工藤 高 氏）の講演要旨および配布レジュメをベースとし、一部を再構成して作成したものです。

掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメに使用、または一部加工しています。

■参考資料

厚生労働省：2019年10月31日「第120回社会保障審議会医療保険部会」資料

2019年10月16日「入院医療等の調査・評価分科会」資料

2018年度「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」

2017年度「患者調査」

財務省：2019年11月1日財政制度等審議会「医療制度改革の基本的な考え方」

医業経営情報レポート

2020年4月 診療報酬改定 診療報酬改定の概要と病医院の経営対応

【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。