

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.738 2022.9.13

医療情報ヘッドライン

**オンライン資格確認の新加算を告示
システムの運用開始日から算定可能**

▶厚生労働省

**サイバーセキュリティ対策さらに強化
ガイドラインも今年度中に再改訂へ**

▶厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

週刊 医療情報

2022年9月9日号

**「次の感染症」に備え
「対応の具体策」を決定**

経営TOPICS

統計調査資料

**最近の医療費の動向/概算医療費
(令和3年度2月)**

経営情報レポート

**感染症対策と働き方改革を推進
2022年度診療報酬改定の概要**

経営データベース

ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営計画の基本と実践

**経営計画策定前の準備
経営戦略策定のプロセス**

発行:税理士法人ネクサス

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

オンライン資格確認の新加算を告示 システムの運用開始日から算定可能

厚生労働省

厚生労働省は9月5日、10月の診療報酬改定で新設される「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」を官報へ告示。関連の通知および事務連絡を発売した。この加算は、「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」によるもの。事務連絡の1つである疑義解釈資料によれば、算定可能なのは「オンライン資格確認を導入し、運用開始日の登録を行った上で、実際に運用開始した日から」となっている。

来年4月のオンライン資格確認導入の原則義務化へ向け、未導入の医療機関に対する外堀を着々と埋める一手となっている。

■政府肝いりの「医療DX」の

基盤を固めるのが狙い

オンライン資格確認は、従来レセプト請求後になっていた健康保険証の資格確認を、顔写真付きのマイナンバーカードを利用することで、医療機関や薬局がその場でできるようにする仕組み。関連業務の負荷や返戻、未収金リスクの軽減を図る効果が期待されている。

ただし、運用をめぐるドタバタが続いているのが実態だ。本来は2021年3月下旬に本格運用開始の予定だったが、プレ運用でエラーが続出。2021年10月まで延期された。

本格運用が開始されても、医療機関・薬局に設置しなければならない顔認証付きカードリーダーの導入は伸び悩み、今年1月下旬の時点で運用している医療機関は全体の1割程度（10.9%）にとどまっていた（8月28日時点では27.5%となっている）。

そこで、導入を後押しするため4月の診療

報酬改定で「電子的保健医療情報活用加算」を新設。初診は7点を初診料に加算、再診は4点を再診料に加算（いずれも月1回）としたが、マイナンバーカードを利用して医療機関を受診すると患者負担が重くなるという矛盾した設計だったため批判が続出。

オンライン資格確認は、医療費抑制効果も期待される「医療DX」の基盤となるため、急遽見直しを図った形だ。

■オンライン初診や初診往診は対象外

新設される「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」は、加算1（4点、月1回）と加算2（2点、月1回）がある。疑義解釈資料によれば、「オンライン資格確認等システムを通じて情報の取得を試みた結果、患者の診療情報が存在していなかった場合」は加算2が算定可能。「患者が診療情報の取得に同意しなかった場合」や、「患者の個人番号カード（編注：マイナンバーカードのこと）が破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合」は加算1が算定可能だ。

しかし、「情報通信機器を用いて初診を行う場合や往診で初診を行う場合」、つまり初診のオンライン診療や初診の往診は対象外となる。

また、施設基準として、「オンライン資格確認を行う体制を有していること」「受診歴、薬剤情報、特定健診情報、その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと」を「院内およびホームページ等」に掲示することも盛り込まれているので要注意だ。

サイバーセキュリティ対策さらに強化 ガイドラインも今年度中に再改訂へ

厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

厚生労働省は、9月5日の健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループで「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策の更なる強化策—今後の医療機関におけるサイバーセキュリティ対策の基本方針—」を提示し、了承された。

また、今年3月に改訂した「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を今年度中に再改訂する方針も明らかにした。

■オンライン資格確認の義務化で

セキュリティ意識の醸成が必要に

このタイミングで厚労省が強化策を打ち出したのは、来年4月からオンライン資格確認が原則義務化されるのが大きい。

ガイドラインの再改訂に関する資料でも、「新技術、制度・規格の変更への対応」として、オンライン資格確認の導入に必要なネットワーク機器等の安全管理措置やローカル5Gの利用可能性などに触れている。

そもそも、医療機関における医療関係のネットワークは、インターネットと分離されているのが基本だ。なぜなら、医療機関には重要な医療システムや電子カルテなどのセンシティブな患者情報があるからである（もちろん、インターネット分離をしてもマルウェアなどの脅威が侵入するおそれがないわけではない）。

イントラネットで運営していたのが、いきなり外部ネットワークと接続することになるわけで、サイバーセキュリティに関する基礎知識が不足している医療従事者が多いことも予想される。

■基本方針は短期対策と中長期対策で構成

そのため、「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策の更なる強化策」は、“基本のキ”を踏まえつつ、適切な手順がわかる構成となっている。

具体的には短期的な対策と中長期的な対策に分けられており、短期的な対策は「平時の予防対応」「インシデント発生後の初動対応」「日常診療を取り戻すための復旧対応」の3つ。「平時の予防対応」は「医療機関向けサイバーセキュリティ対策研修の充実」「脆弱性が指摘されている機器の確実なアップデートの実施」「医療分野におけるサイバーセキュリティに関する情報共有体制（ISAC）の構築」「検知機能の強化」「G-MIS（医療機関等情報支援システム）を用いた医療機関への調査実施」。

そして「インシデント発生後の初動対応」は「インシデント発生時の駆けつけ機能の確保」「行政機関等への報告の徹底」、「日常診療を取り戻すための復旧対応」は「バックアップの作成・管理の徹底」「緊急対応手順の作成と訓練の実施」となっている。

なお、中長期対策は「バックアップデータの暗号化・秘匿化」「保健医療分野におけるSOC（セキュリティオペレーションセンター）の構築」。後者は、24時間365日体制で監視することがサイバー攻撃の早期発見に役立つからであるが、コストもかかるのが難点。厚労省も「セキュリティ対策にかかる費用と損害のバランスには留意が必要」としており、今後のサイバー攻撃をめぐる情勢の変化にも影響されそうだ。

医療情報①
政府感染症
対策本部

「次の感染症」に備え 「対応の具体策」を決定

政府の新型コロナウイルス感染症対策本部（本部長＝岸田文雄首相）は9月2日、「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取り組みを踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」を決定した。具体策は、以下の4本柱。

- ① 次の感染症危機に備えた感染症法等の改正
- ② 新型インフルエンザ等対策特別措置法の効果的な実施
- ③ 次の感染症危機に対応する政府の司令塔機能の強化
- ④ 感染症対応能力を強化するための厚生労働省の組織の見直し

このうち①では、以下の3つの視点で、具体的な改正項目を示している。

- ▼ 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等
- ▼ 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等
- ▼ 水際対策の実効性の確保

医療提供体制の整備に関しては、感染症法に基づき都道府県が平時に定める予防計画で、医療・検査・宿泊施設等の確保について数値目標を定め、保健所設置市等は都道府県の計画を踏まえ新たに平時に予防計画を策定するとした。

また、都道府県等と医療機関等は、感染症発生・まん延時の具体的な役割・対応等（病床、発熱外来、自宅療養者等に対する医療の提供、後方支援、人材派遣、個人防護具の備蓄等）について、あらかじめ協定を締結するとした。公立・公的医療機関等や特定機能病院・地域医療支援病院には感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務付ける。

保険医療機関等は、感染症医療の実施について、国・地方公共団体が講ずる措置に協力すべきとし、初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関に対し、都道府県は感染症流行初期に感染症流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置を講ずる。

また都道府県等は、協定の履行状況等の報告徴収・公表を行う。協定に沿った対応をしない医療機関等に対する勧告・指示・公表の権限を付与し、特定機能病院・地域医療支援病院については、指示に従わない場合に承認を取り消すことができる。

自宅・宿泊療養すべきとされた者への医療の提供では、入院医療と同様に感染症法上の位置づけに応じて患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

さらに、人命にかかわるような緊急時の入院勧告・措置について、都道府県知事が保健所設

置市等の長に指示できる権限を創設する。感染症発生・まん延時に、保健師等の専門家が保健所業務を支援する仕組み（IHEAT）を整備する。

●医師・看護師以外の検体採取など可能に

ワクチン接種の体制整備では、医療DXの一環として、オンライン資格確認の基盤を活用して個人番号カードによる接種対象者の確認の仕組みを導入する。

また、感染症発生・まん延時に、厚生労働相や都道府県知事の要請により、医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行うことができる枠組みを整備する。

水際対策では、新型インフルエンザ等感染症等に感染したおそれのある者に居宅等での待機を指示できるとし、待機状況の報告に応じない場合等の罰則を創設する。

また、検疫所長が、隔離等の措置を適切に講ずる体制を確保するため、平時から、都道府県知事とも連携したうえで、医療機関と協定を締結する仕組みを整備する。（以降、続く）

医療情報②
厚科審
感染症部会

感染症法等の見直し等について 大筋了承

厚生労働省は9月5日、厚生科学審議会感染症部会（部会長＝脇田隆字・国立感染症研究所長）の会合を開き、厚労省が示した「現行の感染症法等の見直し等について（案）」について議論し、大筋で了承した。

案では、政府の「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」による「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について」に基づき課題を抽出。政府の新型コロナウイルス感染症対策本部が6月17日に決定した「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取り組みを踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の方向性」に基づき対応の方向性を記載。さらに、新型コロナウイルス感染症対策本部決定「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取り組みを踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の具体策」に基づき具体策が示されている。

テーマとして挙げたのは、以下の9項目。

- ▼感染症に対応する医療機関の抜本的拡充
- ▼自宅・宿泊療養者等への医療提供体制の確保等
- ▼広域での医療人材の派遣等の調整権限創設等
- ▼保健所の体制とその業務に関する都道府県の権限・関与の強化等
- ▼検査体制の強化
- ▼感染症データ収集と情報基盤の整備
- ▼治療薬の研究環境の整備
- ▼医療用物資等の確保の強化
- ▼水際対策の実効性の向上

週刊医療情報（2022年9月9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（令和3年度2月）

厚生労働省 2022年6月30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					75歳以上		
		被用者保険	本人	家族	国民健康保険	（再掲） 未就学者			
平成29年度	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1
平成30年度	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
令和元年度	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
令和2年度4～3月	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
4～9月	20.5	11.3	6.2	3.5	2.3	5.1	0.5	8.1	1.1
4～2月	38.3	21.3	11.8	6.6	4.3	9.5	1.0	15.1	1.9
12月	3.7	2.1	1.2	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
1月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
2月	3.4	1.9	1.1	0.6	0.4	0.8	0.1	1.3	0.2
令和3年度4～2月	40.0	22.7	12.8	7.2	4.8	9.9	1.2	15.6	1.8
4～9月	21.8	12.4	7.0	3.9	2.6	5.4	0.7	8.4	1.0
12月	3.8	2.2	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
1月	3.6	2.0	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
2月	3.4	1.9	1.1	0.6	0.4	0.8	0.1	1.3	0.1

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。（以下同）

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。なお、当該データは診療報酬明細書において、「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

● 1人当たり医療費

(単位：万円)

	総計	医療保険適用						
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上
			本人	家族				
平成29年度	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2
平成30年度	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9
令和元年度	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2
令和2年度4～3月	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0
4～9月	16.3	10.5	8.0	7.8	7.3	17.4	8.3	45.0
	12月	2.9	1.9	1.5	1.4	3.1	1.7	8.0
	1月	2.7	1.8	1.4	1.3	2.9	1.5	7.6
	2月	2.7	1.8	1.4	1.4	2.9	1.5	7.3
令和3年度4～2月	31.9	21.4	16.5	15.9	15.6	34.5	20.3	85.7
4～9月	17.3	11.6	9.0	8.6	8.5	18.7	11.5	46.6
	12月	3.0	2.0	1.6	1.5	3.3	1.9	8.2
	1月	2.9	1.9	1.5	1.5	3.1	1.7	7.8
	2月	2.7	1.8	1.4	1.4	2.9	1.5	7.2

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 診療種類別概算医療費

● 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29年度	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9	
平成30年度	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0	
令和元年度	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0	
令和2年度4～3月	42.2	33.5	16.3	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.0	21.7	3.0	
4～9月	20.5	16.3	8.0	6.9	1.4	3.7	0.4	0.17	8.3	10.5	1.4	
	12月	3.7	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
	1月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2
	2月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2
令和3年度4～2月	40.0	32.0	15.2	13.9	2.9	7.0	0.7	0.39	15.9	20.9	2.9	
4～9月	21.8	17.4	8.3	7.6	1.6	3.8	0.4	0.21	8.6	11.4	1.6	
	12月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
	1月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.2
	2月	3.4	2.7	1.2	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.3	1.8	0.2

注) 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 29 年度	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
平成 30 年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和 2 年度 4～3月	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
4～9月	11.2	11.1	2.2	7.0	1.9	3.7	0.15
12月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
1月	1.8	1.8	0.4	1.1	0.3	0.6	0.03
2月	1.8	1.8	0.3	1.2	0.3	0.6	0.03
令和 3 年度 4～2月	21.7	21.4	3.9	13.8	3.6	7.3	0.33
4～9月	11.9	11.7	2.2	7.6	2.0	4.0	0.18
12月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
1月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
2月	1.8	1.8	0.3	1.1	0.3	0.6	0.03

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 29 年度	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
平成 30 年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
令和 2 年度 4～3月	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
4～9月	18.2	36.5	38.2	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
12月	18.2	37.7	39.4	9.7	7.8	10.0	11.5	15.1
1月	19.1	37.2	38.9	10.4	7.6	10.2	11.6	15.8
2月	18.4	37.9	39.6	9.9	7.8	9.8	11.7	15.2
令和 3 年度 4～2月	18.4	38.5	40.2	10.1	7.9	9.6	11.7	15.1
4～9月	18.3	38.3	40.0	10.0	7.9	9.5	11.7	15.0
12月	18.5	38.8	40.5	9.9	8.0	10.0	11.7	15.3
1月	19.2	38.3	40.0	10.6	7.8	9.9	11.8	15.9
2月	18.8	38.4	40.1	10.5	8.0	9.9	11.9	15.8

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の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の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(令和3年度2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。



制度改正

感染症対策と働き方改革を推進

2022年度

診療報酬改定の概要

1. 診療報酬改定の基本的方向性
2. 外来・在宅医療に関する改定のポイント
3. 入院医療に関する改定のポイント
4. 働き方改革推進とその他改定のポイント



■参考資料

厚生労働省：中央社会保険医療協議会資料

1

医業経営情報レポート

診療報酬改定の基本的方向性

■ 2022年度改定の基本的視点と具体的方向性

今回の診療報酬改定では、次のような基本的視点と具体的方向性を明示しています。

◆ 2022年度診療報酬改定の基本的視点と具体的方向性

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】

- 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
- 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
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

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】

- 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
- 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
- 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

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

- 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・デジタル化への対応
- 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、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 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
- 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

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

- 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
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 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
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

2

医業経営情報レポート

外来・在宅医療に関する改定のポイント

■ 外来・在宅医療に関する改定とかかりつけ医機能評価の見直し

通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、患家において共同して必要な指導を行った場合について新たに評価を行います。

◆外来在宅共同指導料の概要

(新)外来在宅共同指導料1 外来在宅共同指導料2

●対象患者

外来において継続的に診療（継続して4回以上外来を受診）を受けている患者であって、在宅での療養を行う患者（入院・入所患者等は対象外）。

●算定要件

- ・指導料1は、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で文書により情報提供した場合に算定。
- ・指導料2は、外来において患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関にて算定。

2022年度改定では、かかりつけ医機能の評価が見直され、その一部を紹介します。

◆かかりつけ医機能の評価等の見直し

●地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

- ・地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。
- ・患者に対する生活面の指導については必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととする。
- ・患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能であることを周知することとする。

●機能強化加算の見直し

機能強化加算を算定する保険医療機関が、地域の医療提供体制において担うべきかかりつけ医機能を明確化する。

●継続診療加算の見直し

継続診療加算について、地域の医師会又は市町村が構築する当番医制等に参加し、市町村・医師会と連携して、必要な在宅医療体制を確保した場合の評価を新設するとともに、名称を「在宅療養移行加算」に変更する。

■ 情報通信機器の活用と訪問看護に関する評価見直し

(1)情報通信機器を活用した場合の評価見直し

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診・再診料・外来診療料が見直されています。対象患者は、同指針に基づき、「医師が情報通信機器を用いた診療の実施が可能と判断した患者」としています。

3

医業経営情報レポート

入院医療に関する改定のポイント

■ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療を評価

地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で、急性期入院医療を実施するための体制について新たな評価を行っています。

◆ 急性期充実体制加算の概要

(新)急性期充実体制加算(1日につき)

● 対象患者

高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有する病院の入院患者

● 算定要件

高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

● 主な施設基準

- ・ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1に限る）を算定する病棟を有する病院であること。
- ・ 感染対策向上加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- ・ 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。

また、重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数 200 床以上）を算定する病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることが要件化されています。

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料については、評価体系が見直されています。

当該入院料の役割は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つとされています。

厚生労働省は、自院の一般病棟や自宅等からの入棟割合にばらつきや患者の入棟元の違いによって重症度、医療・看護必要度に相違があること、病床種別が一般病床か療養病床かによって救急実施の有無の傾向が異なるといった点を指摘しました。

4

医業経営情報レポート

働き方改革推進とその他改定のポイント

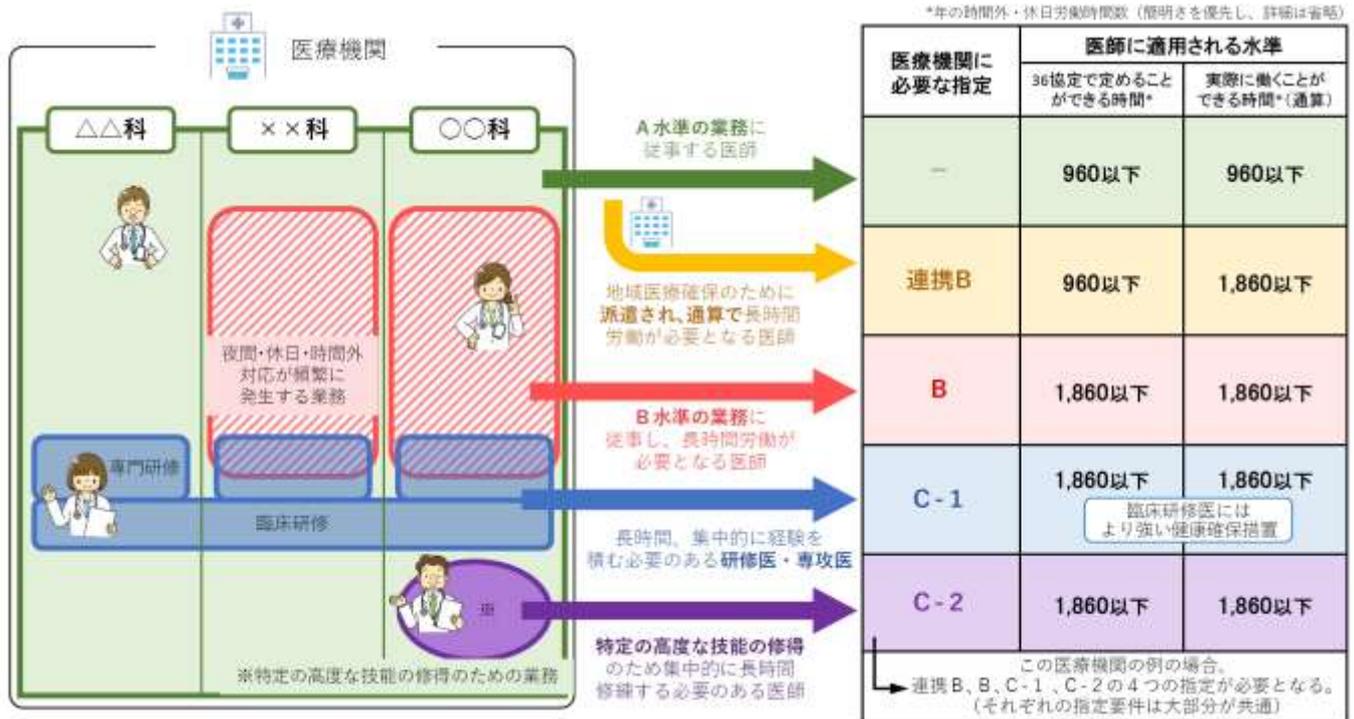
■ 働き方改革推進

(1) 働き方改革推進概要と地域医療体制確保加算の評価見直し

医師についての時間外労働の上限については、2024年4月からの適用となります。

2024年4月からは下記のA水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、指定される事由となった業務に従事する医師にのみ適用されます。所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関はそれぞれの水準についての都道府県知事の指定を受ける必要があります。

◆ 各水準の指定と適用を受ける医師について



出典：中央社会保険医療協議会 総会（第503回）資料

医師の上限時間適用が迫る中、2022年度改定では、周産期医療又は小児救急医療を担う医療機関を、地域医療体制確保加算の対象医療機関に追加するとともに、評価が見直されています。

(2) 医師事務作業補助体制加算の評価見直し

2022年度改定では、再度評価の見直しが行われるとともに、医師事務作業補助体制加算の施設基準が変更されています。

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:経営計画 > サブジャンル:経営計画の基本と実践

経営計画策定前の準備

経営計画を策定する前にしておかなければならないことはありますか。

経営計画を策定する前に、医療機関の存在価値や社会的な意義等の価値観を明確にした上で、医療機関が将来こうありたいと思う姿とはどのようなものを認識しておく必要があります。

つまり、「病院理念」・「基本方針」を策定していく必要があります。

また、病院理念、基本方針を既に策定している医療機関では、それが院内で浸透しているか、現在の環境に適合しているかを見直さなければなりません。病院理念、基本方針を作成するためには、以下の手順で進めていきます。

(1) 開業時の理念・精神の整理

経営者の人生観や開業動機を整理していきます。

つまり、開業時の時代背景や開業者の志等、病院理念にまつわるエピソードを確認します。

そのために、沿革を紐解くのも一つの手段です。

また、後継者はどのような考えで経営を継承してきたかを整理していきます。

(2) 今までの病院理念の確認

現在までの病院理念が院内に受け入れられてきたかを検討し、見直していきます。

もし、壁に飾ってあるだけで、誰も見向きもしない状況であれば、その理念が現実離れしていて無視されている傾向が強いといえます。

その際には、今後の病院理念策定の際に、難解な言葉を避け、具体的な表現を用いることや実行可能で基本的なことを中心にしていく対策を講じる必要があります。

(3) 病院理念の成文化

(1)と(2)のキーワードをピックアップしながら、経営者の哲学に合致し、患者からも、職員からも共感を得られるものを、基本方針などとしてまとめていきます。

また、経営計画における目標を達成するためには、これら活動を担う人材の育成と能力向上が必要不可欠な要素です。

こうしたマンパワー育成と能力向上は相互に密接な関係にあります。

この両方に関係あるのが、部下の育成を担い、部下の能力向上に大きく関わらなければならない立場の中間管理職になります。

この中間管理職の働きぶりによってマンパワー育成と能力向上の成否が左右されます。



ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営計画の基本と実践

経営戦略策定のプロセス

経営戦略策定のプロセス及び 年度経営計画の策定手順を教えてください。

経営戦略とは、病院理念と基本方針の実現のために何をしなければいけないかという視点で物事を考えています。経営戦略の策定のためには、以下のようなステップを経ることが必要です。

(1) 経営理念・経営ビジョンの策定

医療機関としての志や、目指す将来の姿を描いていきます。

(2) 全体戦略の策定

全体戦略とは、現状と目標のギャップを埋めるための基本戦略と組織戦略を策定することです。具体的には、戦略としてどの領域をビジネスの場とするかを定める「事業領域（ドメイン）」、その事業領域に対して基本的にどのような戦略で臨むかという基本戦略、基本戦略を遂行するために必要な組織体制を決める「組織戦略」の3つの戦略で構成されています。

(3) 個別戦略の策定

個別戦略とは、事業戦略と機能別戦略に分類することができます。事業戦略とは、医療機関が複数の事業を手掛けている場合、個々の事業について、どのような事業戦略をとるべきかをまとめるものです。それに対し、機能別戦略とは、医療機関を機能別に見た場合に、それぞれの機能でどのような戦略をとるべきかの視点でみるものです。

年度経営計画の策定手順では、大きく分けて5つのステップがあります。

- ① 中長期目標を実現するために、翌年度にとるべき基本的な重点目標を固めます。
- ② 続いて、中長期目標で定めた事業領域にそって、翌年度の市場・得意先編成及び商品構成について、収益の面から具体的に設定するとともに、開発投資計画を、設備投資、人材投資、研究開発投資の3面から検討し、その内容と投資金額を設定します。各部門が部門計画を策定し、出揃ったところで、部門計画を全体計画と突き合わせて、調整を行います。
- ③ 全体計画と部門計画の調整の結果を受けて、必要な修正を加えて部門計画としてまとめます。
- ④ 各部門計画と調整を終えた上で、医療機関全体の予算を利益計画、資金計画としてまとめ、さらに予算を月別に展開します。
- ⑤ 最後に各部門の計画を集めて、医療機関全体の予算とあわせて経営計画書にまとめた上で、全職員を対象として経営計画発表会を企画し、実施します。