

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.820 2024.5.14

医療情報ヘッドライン

**健保組合の9割近くが赤字に
赤字幅は6,578億円と過去最大**

▶健康保険組合連合会

**「総合診療科」の院外標榜を提言
未分化な健康問題への対応を強化**

▶規制改革推進会議

健康・医療・介護ワーキング・グループ

週刊 医療情報

2024年5月7日号

**医師偏在解消、
診療科指定の地域枠を促進へ**

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和5年12月分概数)

経営情報レポート

**賃上げ推進と生活習慣病予防を図る新たな取組へ
令和6年度診療報酬改定の解説**

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床以上の病院の生き残り戦略
専門病院の経営ポイント**

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

健保組合の9割近くが赤字に 赤字幅は6,578億円と過去最大

健康保険組合連合会

健康保険組合連合会（健保連）は4月23日、「令和6年度健康保険組合 予算編成状況—早期集計結果（概要）について—」を発表。健康保険組合全体の2024年度収支は、6,578億円の赤字となる見込みであることを明らかにした。赤字組合は前年度から7.5ポイント増加し、全体の86.6%と9割近くを占める1,194組合となった。

■高齢者拠出金が前年度比4.6%増

健保連は、主に大企業が設立している健康保険組合の連合組織。全国1,379の組合で構成されており、被保険者となる従業員とその家族ら（被扶養者）を含めると約2,800万人と全国民の約4分の1を占める。

2024年度（早期集計）の被保険者数は、前年度比1.1%増の1,686万6,761人。これは過去最高の数字だ（被扶養者数は2.3%減の1,139万3,147人）。そのため、経常収入も多く、前年度比4.5%増の9兆53億円を見込んでいるが、経常支出が前年度比5.3%増の9兆6,631億円の見通しであるため、前述のとおり6,578億円の赤字となる。

経常支出を見ていくと、その要因がわかる。

まず保険給付費は、前年度比6.2%増、金額にして2,945億円増となる5兆756億円。健保連はこの結果について、「新型コロナウイルス感染拡大下での医療費の高い伸びや著しい変動が懸念材料となり、例年に比べ高めの見込み」と分析している。加えて注視すべきなのは、高齢者拠出金だ。前年度比4.6%増（1,701億円増）の3兆8,774億円と全体の4割超を占めている。高齢者拠出金は、後期高齢者支援金と前期高齢者納付金で構成されているが、前者が前年度比3.8%増（835

億円増）、後者が同5.7%増（866億円増）。

2025年に「団塊の世代」が全員75歳以上の後期高齢者となることから、拠出金はさらに増えていく見込みだ。

今年度の平均保険料率は前年度比0.05ポイント増の9.32%で過去最高を記録。当年度の支出を保険料収入だけでまかなう実質保険料率は0.17ポイント増の10.27%となり、加入者の負担が重くなっていることは明らか。

健保連の佐野雅宏会長代理が同日の記者会見で「給付は高齢者、負担は現役世代という仕組みはもはや限界」とコメントし、現役世代の負担軽減を政府に求める意向をにじませているのもうなずける。

■賃上げで保険料収入は大幅増の見通し

なお、賃上げ率が平均5.24%と、日本労働組合総連合会（連合）では33年ぶり、全国労働組合総連合（全労連）では25年ぶりの高い水準を記録しているが、今回発表された予算編成は、前年度上半期データに基づき1月から2月にかけて行われるため、反映されていない。そのため、実際の保険料収入は伸びるとみられる。ちなみに、2024年度予算では保険料収入を3,811億円増（前年度比4.5%増）とし、「被保険者数の堅調な伸びとともに、賃金引上げの追い風・効果を漸次的に反映」としているが、実際の賃上げは前述のとおり5%超。健保連は「賃上げ1%は、保険料収入+800億円程度に相当」と試算しているため、見通しより200億円ほど多い4,000億円増となる可能性が高い。保険給付費も伸び率が鈍化しており、プラス要因は多いが、高齢者拠出金の増加を踏まえると、厳しい財政状況は今後も続くと思われるだろう。

「総合診療科」の院外標榜を提言 未分化な健康問題への対応を強化

規制改革推進会議 健康・医療・介護ワーキング・グループ

4月26日の規制改革推進会議「健康・医療・介護ワーキング・グループ」で、「総合診療科」の院外標榜を求める提言がなされた。

特定臓器にとどまらず、予防・健康増進や家族・職場・社会環境などを踏まえた「未分化な健康問題」への対応を強化すべきというのが理由だ。過去には、リハビリテーション科や病理診断科、臨床検査科などが標榜可能になって以降、医療施設従事者を大きく伸ばした例もあり、規制緩和が実現すれば、総合診療科が発展するきっかけとなる可能性は十分にありそうだ。

■総合診療専門医は

年200人ペースで誕生している

提言を行ったのは、日本総合研究所が2022年に業界団体や患者団体、学会などとともに設立した「健康・医療政策コンソーシアム」の取りまとめをしている上席主任研究員の川崎真規氏だ。

川崎氏は、複数疾患を抱える人が65歳以上の約6割、75歳以上の約8割と多いことにまず触れ、その社会的影響を説明。疾患ごとに専門医受診が必要となることで受診回数が嵩み、ケアの分断やポリファーマシー（多剤併用）などによる患者の負担が増えること、それによって医療費が増加し医療資源を圧迫するおそれを指摘した。

また、医療職でない人が、自らの不調を診療科ごとに分けて伝えるのは困難であるため、「未分化な状態」で相談できる医療機関が必要だとした。そうした包括的な医療ニーズに対応する診療科として生まれたのが、総合診

療科であり「プライマリ・ケア」の考え方だ。

いずれも1970年代に登場し、さまざまな研究が進められている。日本では、2018年度から開始した日本専門医機構が認定する新専門医制度でも、総合診療専門医が設けられ、専攻医採用数は年間200名ペースで推移している。

他方で、総合診療科の定義は未だ明確ではない。しかも、医療法によって院外標榜が認められていないため、「総合診療を提供する医療機関」を探しにくいのが実情だ。

厚生労働省が国民向けに提供する全国医療機関検索システム「医療情報ネット（ナビイ）」の診療科目一覧にも記載がない。

■具体策として医道審議会の

分科会開催を提言

こうした状況について、川崎氏は「国民の総合診療へのフリーアクセス、フリーチョイスが円滑に行われていない」とし、「臓器や疾患名を意識せずに不調の内容を全て相談することに対応できる専門医である総合診療科の医師を、かかりつけ医として呼びたい国民もいると考えます。国民が、総合診療科を院外標榜する医療機関を見つけられるようにすることは、かかりつけ医を持ちたい国民の希望に対応することにもつながります」と主張。

まずは議論する機会を設けるべきだとして、2008年2月以降開催されていない医道審議会医道分科会診療科名標榜部会の開催を求めた。昨年、国会の厚生労働委員会でも議論にのぼりつつ、具体的な検討が進んでいないが、今回はどうなるか、動きに注目したい。

医療情報①
 厚生労働省
 有識者検討会

医師偏在解消、 診療科指定の地域枠を促進へ

特定の診療科や地域の医師の偏在を解消するため、厚生労働省は4月26日の有識者検討会で、大学医学部について従事する診療科を指定する「診療科選定地域枠」や恒久定員内への地域枠の設置の促進を論点に挙げた。

また、中堅以降の医師の偏在にどう対応するかも検討課題に挙げた。法改正や規制緩和も含めた対策を求める意見や、高齢の医師の活躍を促す方策が必要だとの意見が構成員から出た。

医学部での地域枠の設定は、地域で医師を確保するために有効な手段とされている。中でも、従事要件で診療科の範囲を特定した診療科選定地域枠は、地域ごとの実情に応じて必要な診療科の医師を確保することができる。文部科学省の調査によると、全都道府県の55.3%が2024年度に診療科選定地域枠を設定していた。また、同年度の医学部臨時定員の地域枠（全978枠）のうち診療科選定地域枠は410枠（41.9%）だった。

診療科の特定は都道府県ごとにさまざま、例えば外科や小児科、産婦人科、救急科、麻酔科、総合診療など一定の範囲の診療科の中から希望する診療科に従事するなどの方法が取られている。これにより医師の希望をある程度満たしながら診療科の偏在を解消するといった機能を果たしているとされている。

また、恒久定員内への地域枠についても、臨時定員の地域枠に依存せずに地域偏在是正を進められる方策として重要で、都道府県や大学によっては活用が進んでいる。

議論では神野正博構成員（全日本病院協会副会長）が、医師の偏在を解消するため地域枠以外の有効な方策は現時点では考えられないとした上で、「前例に捉われず法的なことや規制緩和も含めて考えなければならない」と強調した。

また、偏在解消についての武見敬三厚労相の考え方や財務省の提言を有識者検討会の俎上に載せた上でそれらの是非を判断する必要があるとも訴えた。

武見氏は4月7日、NHKの「日曜討論」に出演し、医師の偏在の解消策として地域の医師数の割り当てに言及し、前例に囚われることなく規制的手法も含めて対応を検討すべきだとの考えを示した。一方、16日に開催された財政制度等審議会の分科会で財務省は、当面の措置として診療所が過剰な地域で診療報酬の単価を引き下げた上で、それによる公費の節減効果を活用し、医師が足りない地域での対策を強化することを提案した。

中堅以降の医師の偏在対策については、国土典宏構成員（国立国際医療研究センター理事長）が医師の現役を終えた高齢の人はすぐにでも活躍できるとし、それを促す方策の検討を求めた。

感染症対策、 政府の行動計画改定案を了承

政府の「新型インフルエンザ等対策推進会議」は4月24日、感染症対策の行動計画の改定案を了承した。新型コロナウイルス感染症の反省を踏まえ、「準備期」「初動期」「対応期」の3つのフェーズごとに、医療など13の対策を整理する。

政府行動計画の抜本見直しは2013年に作られてから初めて。政府は、医療提供体制の整備など行動計画に基づく取り組みの実施状況を年度ごとにフォローし、今後はおおむね6年ごとに計画を改定するとしている。改定案へのパブリックコメントを24日に始め、5月に開く次の推進会議で取りまとめる。政府の新たな行動計画は6月の閣議決定を目指す。政府全体の行動計画に沿って各都道府県も25年4月までに行動計画を作る。

感染症対策の政府行動計画は、09年に発生した新型インフルエンザ「H1N1」への対応を踏まえ、13年に作成した。「未発生期」「海外発生期」「国内発生早期」「国内感染期」「小康期」のフェーズごとに、「予防・蔓延防止」「医療」など6項目の対策を整理している。

新型コロナの反省を踏まえ、政府はこれを「準備期」「初動期」「対応期」の3つのフェーズに見直し、「医療」など13の対策を新たな行動計画に盛り込む。新型インフルや新型コロナ以外を含む幅広い感染症の発生を念頭に準備期の取り組みを特に充実させる。

政府の行動計画は、新たな感染症が発生した際に作る基本的対処方針のベースとなる。改定案によると、「準備期」には国や自治体、医療機関のほか、25年4月の設立を目指す「国立健康危機管理研究機構」（JIHS）などが人材育成や実践的な訓練に取り組む。医薬品や医療機器、個人防護具などの医療機関への備蓄を平時から進め、ワクチンや治療薬の供給体制も整備する。また都道府県は、改正感染症法に基づき医療機関と医療措置協定を締結し、感染症発生時の医療提供体制を整備する。各都道府県が現在、医療機関との協定締結を進めていて、政府は9月末には一段落するとみている。

医療機関の事務負担を軽減して感染症への対応力を強化するため、電子カルテの標準化など医療DXも進める。感染症発生の「初動期」には、流行初期医療確保措置の協定を都道府県と締結した医療機関が入院患者の受け入れなどの対応を始める。

●ガイドライン早期提示を、知事会が意見書

政府の「新型インフルエンザ等対策推進会議」で、全国知事会の平井伸治副会長（鳥取県知事）は、各都道府県が感染症対策の行動計画の見直しを円滑に進められるようにするため、政府の新たな行動計画が決まったらガイドラインを速やかに示すよう求める意見書を出した。

（以降、続く）

病院報告

(令和5年12月分概数)

厚生労働省 2024年3月19日公表

1. 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和5年12月	令和5年11月	令和5年10月	令和5年12月	令和5年11月
病院					
在院患者数					
総数	1 124 647	1 129 627	1 124 839	△ 4 980	4 788
精神病床	258 993	260 386	261 660	△ 1 393	△ 1 274
感染症病床	582	793	691	△ 211	102
結核病床	942	982	1 004	△ 40	△ 22
療養病床	231 325	231 418	231 543	△ 93	△ 125
一般病床	632 806	636 048	629 940	△ 3 242	6 108
外来患者数	1 241 015	1 267 422	1 263 389	△ 26 407	4 033
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 819	1 863	1 920	△ 44	△ 57

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和5年12月	令和5年11月	令和5年10月	令和5年12月	令和5年11月
病院					
総数	68.3	76.6	75.6	△ 8.3	1.0
精神病床	80.7	81.0	81.4	△ 0.3	△ 0.4
感染症病床	32.2	45.5	37.1	△ 13.3	8.4
結核病床	25.0	24.7	25.8	0.3	△ 1.1
療養病床	84.0	84.2	84.1	△ 0.2	0.1
一般病床	59.3	73.0	71.2	△ 13.7	1.8
診療所					
療養病床	37.4	38.6	39.4	△ 1.2	△ 0.8

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

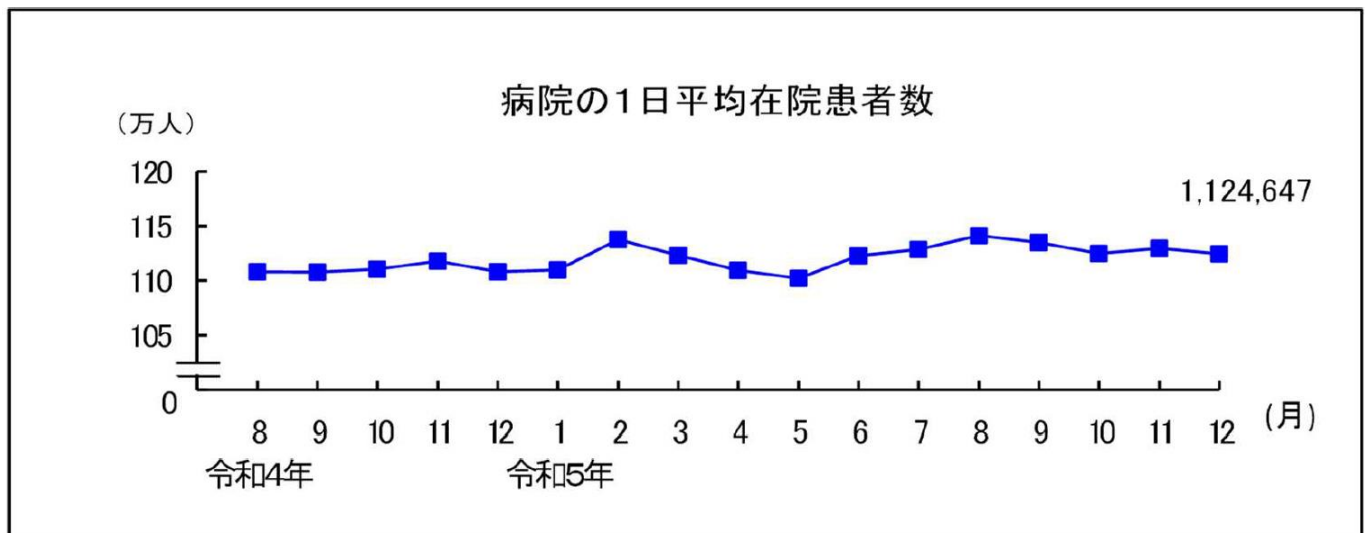
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和5年12月	令和5年11月	令和5年10月	令和5年12月	令和5年11月
病院					
総数	25.5	26.1	26.2	△ 0.6	△ 0.1
精神病床	260.9	264.8	259.7	△ 3.9	5.1
感染症病床	12.7	18.2	11.2	△ 5.5	7.0
結核病床	47.7	36.1	46.9	11.6	△ 10.8
療養病床	113.3	119.7	120.2	△ 6.4	△ 0.5
一般病床	15.3	15.6	15.6	△ 0.3	△ 0.0
診療所					
療養病床	93.5	106.3	109.7	△ 12.8	△ 3.4

注) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

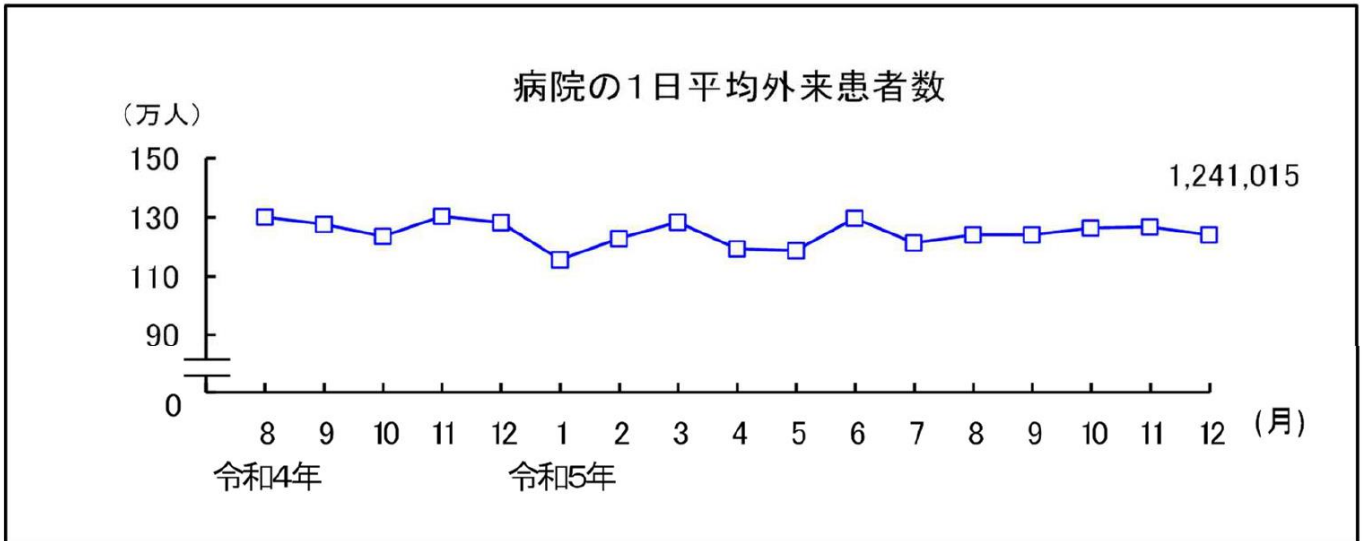
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

◆病院:1日平均在院患者数の推移

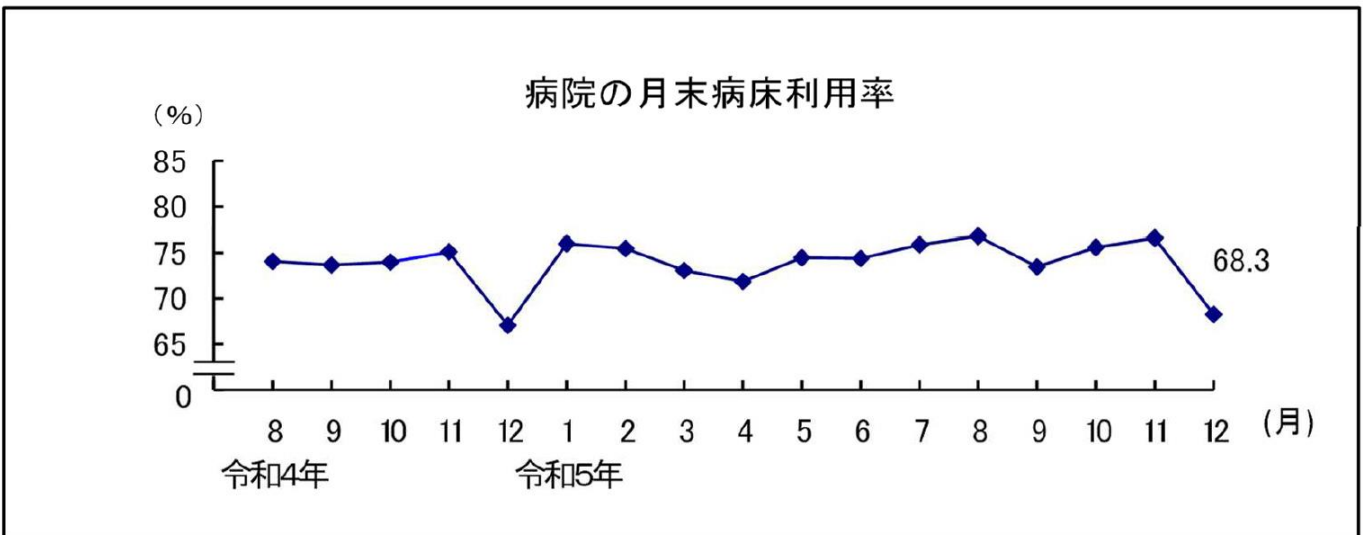


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

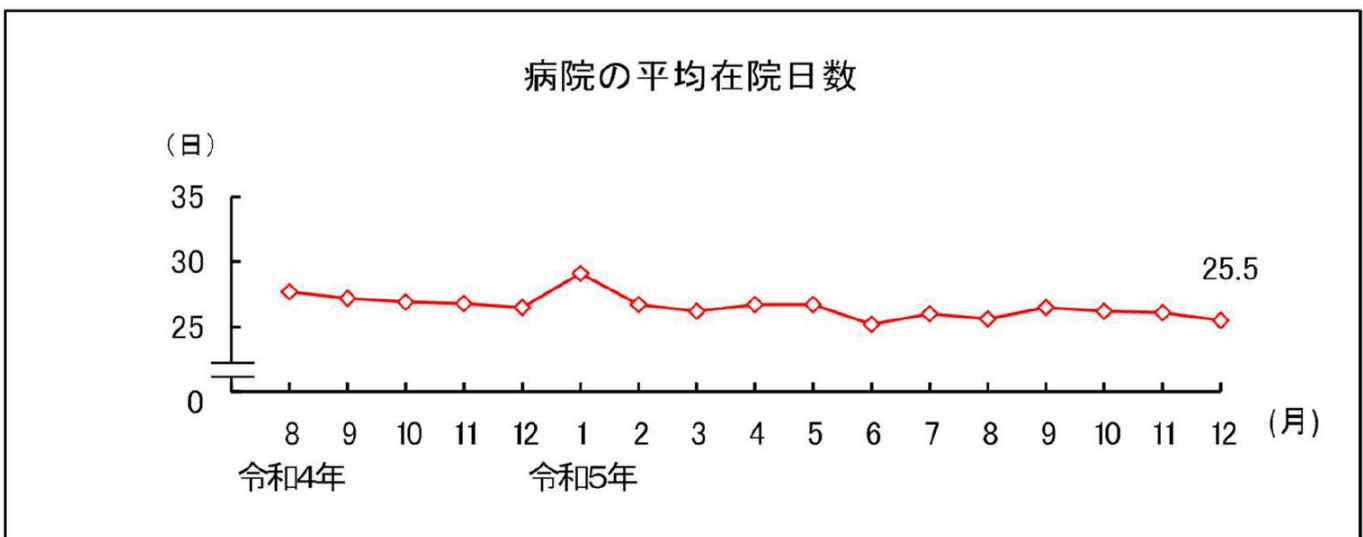
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



病院報告(令和5年12月分概数)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



制 度 改 正

賃上げ推進と生活習慣病予防を図る新たな取組へ

令和6年度 診療報酬改定の解説

1. 令和6年度 診療報酬改定の概要
2. 今後2年間で4.5%の賃上げへ
3. 適切な生活習慣病の管理へ
4. 高齢者の疾患に対する入院料の新設



■参考資料

【厚生労働省】：保険局医療課 令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）

1

医業経営情報レポート

令和6年度 診療報酬改定の概要

令和6年度の診療報酬改定は、物価高騰の波や、職員の賃上げ、医療 DX の推進などの様々な影響がある中で行われます。

そこで今回は6月に行われる改定内容の詳細を解説し、背景やその目的、具体的な変更点について深く掘り下げ、さらに注目すべき点について解説していきます。

■ 令和6年度 診療報酬改定の方向性

今次改定での本体の増減としては+0.88%とされ、医療関係職種へのベースアップが主要な項目で、医療職の賃金は令和6年度に 2.5%、令和7年度に 2.0%の増額が予定されています。

また、患者の自己負担増を伴った入院時の食費基準額も引き上げられます。一方、生活習慣病を中心とした管理料の再編により、診療報酬は 0.25%引き下げられますが、その他の医科、歯科、調剤の各科ではそれぞれ増額改定されます。薬価は革新的新薬の保護や後発医薬品の価格帯調整など、薬剤供給の安定化を図るとし、0.97%の減少です。

これに伴い、選定療養の導入など新たな保険給付の対象基準が設けられます。医療従事者の賃上げや物価動向にも注目が集まるなかで、改定後の医療現場の変化が注視されています。

◆ 令和6年度 診療報酬改定の改定率

1. 診療報酬本体	+0.88%
① 医療関係職種のベースアップを実施していくための特例的な対応	+0.61%
② 入院時の食費基準額の引上げの対応	+0.06%
③ 生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化	▲0.25%
④ ①~③以外の改定分	+0.46%
【各科改定率】	医科：+0.52% 歯科：+0.57% 調剤：+0.16%
2. 薬価等	
① 薬価	▲0.97%
② 材料価格	▲0.02%

■ これまでの診療報酬改定率の推移

平成12年度からの診療報酬改定率の推移を見ると、平成20年度からは診療報酬本体でプラス改定が見られる一方で、薬価はマイナス改定が続いています。

結果として平成28年度以降は診療報酬全体でマイナス改定が続き、令和6年度もその傾向が維持されていることがわかります。

2

医業経営情報レポート

今後2年間で4.5%の賃上げへ

■ ベースアップ評価料の概要

今回の診療報酬改定において、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）に対して賃上げを実施する際の評価として「ベースアップ評価料」が新設されました。

ベースアップ評価料は「外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価」と「入院患者に係る評価」に分けられています。

対象職員の賃上げの計画及び実績については定期的に報告することとされており、ベースアップ評価料を算定する際は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に充当する必要があります。

また、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置として、初再診料や入院基本料等の引き上げも同時になされました。

◆ 賃上げに係る評価の全体像

ベースアップ評価料

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

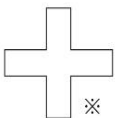
① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)
 ・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 初診時 6点 再診時 2点 等



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ



※ 入院に携わる職員のための評価

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)、訪問看護ベースアップ評価料(II)
 ・ 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(II) 等

病院、有床診療所

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

・ 必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

(新) 入院ベースアップ評価料 (1日につき)

1	入院ベースアップ評価料 1	1点
2	入院ベースアップ評価料 2	2点
↓		
165	入院ベースアップ評価料 165	165点

- ・ 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告
- ・ ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に用いる必要（令和6年度から令和7年度への繰り越しは可）

初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置

・ 賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～②に伴う報告や抽出調査等により把握

■ 特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、様々な項目について見直しが行われました。まずは、特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧が除外されることとなりました。処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様です。

また、「アナフィラキシー」および「ギラン・バレー症候群」が特定疾患療養管理料の対象疾患に加わることとなりました。

◆ 特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

- ▶ 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。
 (※1) 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。
 (※2) 糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注3」を削除する。
- ▶ より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加する。

現行	改定後
【特定疾患療養管理料】 【施設基準】 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 糖尿病 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症 リボジストロフィー ローノア・ベンゾード腺脂肪腫症 高血圧性疾患 虚血性心疾患 (中略) 性染色体異常 (新設) (新設)	【特定疾患療養管理料】 【施設基準】 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 (削除) スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症(家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。) リボジストロフィー ローノア・ベンゾード腺脂肪腫症 (削除) 虚血性心疾患 (中略) 性染色体異常 アナフィラキシー ギラン・バレー症候群

厚生労働省：保険局医療課 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)

■ 生活習慣病管理料(Ⅰ)の見直し

生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料についての要件及び評価を見直すこととなりました。これまで用いられていた「療養計画書」が簡素化され、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合には、血液検査項目についての記載は不要となります。

また、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましいとされ、糖尿病患者に対しては、歯科受診を推奨することが要件となりました。

4

医業経営情報レポート

高齢者の疾患に対する入院料の新設

■ 地域包括医療病棟のイメージ

昨今の高齢化の伸展に伴い、特に軽症から中等症の救急搬送が増えています。高齢者が急性期病棟で治療を受ける中で、活動性の低下などにより、回復期への転院や在宅復帰の遅延につながっています。

また、高齢の入院患者における誤嚥性肺炎や尿路感染などの治療では、必要な医療資源が少ないにもかかわらず、これらへの対応が急性期病院で扱われることが多く、医療資源のミスマッチが発生しています。

早期リハビリテーションの導入が、死亡率の低下や活動性の改善に効果的であることが示されているなか、多くの高齢者が入院時に低栄養状態であることも問題となっており、これらの課題に対応するため、今次改定で地域包括医療病棟が新設されることとなりました。

◆ 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
 (高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

厚生労働省：保険局医療課 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)

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床以上の病院の 生き残り戦略

200床を超える病床を有していますが、これからの病院生き残りに必要な視点を教えてください。

200床以上の病院が生き残るための戦略を策定するに当たっては、第一に医業経営環境を把握することが必要となります。この数年では、外来機能を分離し、サテライト化する病院も珍しくなくなってきました。

これをはじめ、意思決定と生き残り戦略策定に求められる視点とは、次のようなものと考えられます。

(1) 医業経営の環境変化に対する認識向上の視点

1. 医療・福祉を取り巻く環境についての前提

- ① 社会とその構造
- ② 市場と消費者（患者・要介護者）のニーズとデマンド
- ③ 技術の動向

2. 医療・福祉の変革についての前提の自覚

- ① 医療の変化 : 量から質へ
- ② 福祉の変化 : 措置から契約へ

(2) 地域において担うべき役割の調査資料データ

競合する医療機関の動向・機能レベル、評価等のマーケティング・リサーチ

(3) 専門医師の確保手段

住民ニーズに合致した病院機能（診療科目等）を担うことのできる専門医師の確保

(4) スタッフの確保手段

看護師、PT・OT・STほかコ・メディカルスタッフの確保

(5) 管理職の確保手段

病院運営に求められるマネジメント・スキルを有した管理職の確保



ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

専門病院の経営ポイント

**産婦人科病院の経営ポイント及び
 糖尿病センターの運営方法について教えてください。**

■産婦人科病院の経営のポイント

現代は少子高齢化の波が押し寄せており、産婦人科の需要が減少することを危惧される病院もあるでしょう。産科と婦人科に分けて、今後の病院経営を検討するポイントは次のように考えられます。

(1) 産科

周産期医療に関する機能強化は、正常分娩の妊産婦を含めて患者の信頼を得る効果的な方策のひとつです。それには、他の診療科との技術的・人材的な連携を深め、提供する診療体制そのものに対する信頼を向上させ、総合病院における診療科目はないという不安材料を除去することが必要です。また、妊産婦に対しては、分娩のための入院環境・アメニティの整備によって、総合病院や競合病院との差別化をはかるべきです。

さらに、助産婦外来や不妊外来等も専門性をアピールできるといえます。

(2) 婦人科

成人女性、あるいは仕事を持つ女性を対象とした女性外来を設置し、ストレスを原因とする婦人科疾患への対応・相談を専門的に扱うことは、大きな誘引効果があるものと考えられます。

その際には、心療内科や神経科との連携も密にし、カウンセリング機能に重点を置くことも有効でしょう。さらに、骨代謝疾患を扱う専門医や整形外科、リハビリ科との連携によって専門性を際立たせることも検討すべきです。

■糖尿病センターの運営方法のポイント

糖尿病を対象とする治療の専門性を高め、糖尿病センターとしての機能を備えるための体制づくり、経営面と患者を集めるポイントは、次に挙げるようなものです。

(1) 人材	<ul style="list-style-type: none"> ① 専門医の確保（複数が望ましい） ② 看護師の確保（日常生活指導、教育入院等の実施に必要な指導力） ③ OTの確保
(2) ハード面の拡充	<ul style="list-style-type: none"> ① 人工透析装置の導入（5～10基程度） ② 理学療法（Ⅱ）以上の施設設備（リハビリ訓練室）
(3) 運営	教育入院のシステム・プログラムの整備
(4) 患者確保	関連機関（診療所等）との連携、アプローチ