

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.831 2024.7.30

医療情報ヘッドライン

医療DX推進体制整備加算を見直し
マイナ保険証利用率に応じた3区分

▶厚生労働省
中央社会保険医療協議会 総会

2025年の病床必要量との乖離は縮小
「急性期過剰は解消されない想定」

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2024年7月26日号

「かかりつけ医機能報告」
枠組み固まる

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5年度2月)

経営情報レポート

医療法人は令和5年8月決算から義務化
医療機関経営情報報告制度の概要

経営データベース

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:ウェブサイト広告

ホームページ作成のポイント

ホームページのアクセス数向上対策

医療DX推進体制整備加算を見直し マイナ保険証利用率に応じた3区分

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、7月17日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、「医療DX推進体制整備加算」の見直し案を提示し、了承された。10月からマイナンバーカードの健康保険証利用率（マイナ保険証利用率）に応じた3区分が導入される。

現状の8点（歯科6点、調剤4点）は「加算3」となり、新たに10点（歯科8点、調剤6点）の「加算2」、11点（歯科9点、調剤7点）の「加算1」が加わる形だ。

「加算1」のマイナ保険証利用率は今年12月までの算定分が15%、来年1月以降の算定分は30%。「加算2」は同10%、20%、「加算3」は同5%、10%となる。

同時に「医療情報取得加算」も見直され、こちらは現状、マイナ保険証の場合1点、現行の健康保険証の場合3点となっているが、今年12月以降は全て1点となる。

12月2日で現行の健康保険証の発行が終了されることを受けての措置だ。

■マイナ保険証利用実績が施設基準

「医療DX推進体制整備加算」は、今年度の診療報酬改定で新設された。厚労省が公開している資料によれば、「オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価」であり、「マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること」が施設基準となっていた。

「一定程度」とはいかにも曖昧な基準だが、これは、マイナ保険証の利用率が、診療報酬

改定前の2024年2月時点でも4.99%と極めて低調だった影響が大きい。

マイナ保険証の利用促進を実施していたこともあり、その結果を踏まえて7月に基準値を設定することにしていた。

■6月のマイナ保険証利用率は9.90%

12月に現行の健康保険証を廃止するという締切を設けたことで、マイナ保険証の利用率向上への取り組みは大きく強化されている。

2023年度補正予算案でマイナ保険証の利用促進に887億円を計上し、今年5月から7月の3カ月を「マイナ保険証利用促進集中取組月間」として医療現場への一時金支給も敢行。6月21日の社会保障審議会医療保険部会では、この一時金を倍増して診療所・薬局には最大20万円、病院には最大40万円を支給する方針も固めた。

結果、利用率は右肩上がりになっており、5月に7.73%、6月には9.90%と10%突破も目前となっている。施設類型別に見ると、医科診療所は8.24%と低調だが、歯科診療所は14.34%、病院は19.19%と20%に手が届くところまで来た。

最も大きな加算がなされる「加算1」は、来年1月以降30%のマイナ保険証利用率が必要と水準が高いが、病院の利用率の現状を見て、インセンティブの獲得に意欲を燃やせる範囲と判断したものと思われる。

なお、今年6月の都道府県別のマイナ保険証利用実績を見ると、上位は富山（16.07%）、石川（15.21%）、福井（15.11%）の北陸3県、下位3県は沖縄（4.49%）、和歌山（6.83%）、愛媛（7.58%）だった。

2025年の病床必要量との乖離は縮小 「急性期過剰は解消されない想定」

厚生労働省 地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ

厚生労働省は、7月10日の「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」で2023年度病床機能報告の速報値を報告。2023年の病床数は合計119.3万床で、2015年の合計125.1万床と比べて5.8万床減った。

2025年7月1日時点における予定病床数は合計119.0万床と見込んでいる。

2025年の病床必要量との乖離率は、2015年に+5.0%だったのが+0.1%に縮小。同省は「必要量に近づいている」とした。

■回復期は▲45.6%と不足が顕著

日本の人口構成比における最大のボリュームゾーンは、1947年から1949年の第1次ベビーブームで生まれた約800万人の「団塊の世代」だ。この世代が全員75歳以上の後期高齢者となるのが2025年である。

医療ニーズの大幅な増加が見込まれることから、医療機能の現状を把握するため2014年度に開始されたのが病床機能報告制度だ。

翌2015年度から2年間をかけて、機能分化を推進するため全都道府県で地域医療構想が策定された。

地域医療構想では、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量を医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計。毎年実施される病床機能報告によって、足元の状況と今後の方向性を「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」で病床の機能分化・連携に向けた協議をしてきた。

前述のように、マクロで見れば、病床数は順調に削減。病床必要量の乖離率も大幅に縮小している。

しかし、病床機能別に見ると未だ急性期への偏りは大きい。2015年と2023年の乖離率を見ると、高度急性期は+29.9%だったのが+22.3%に、急性期は+48.8%だったのが+31.2%にと縮小してはいるものの、数字としては非常に大きい（回復期は▲65.2%だったのが▲45.6%に、慢性期は+24.7%だったのが+6.6%となっている）。

この状況について、ワーキンググループの幸野庄司構成員（健康保険組合連合会参与）は、「急性期過剰、回復期不足というトレンドが残ったまま、2025年においても解消されないことが想定できる」と指摘。「マクロの病床数全体の乖離が減少している中で、機能別のアンバランスが生じていることについての分析がしっかり行われているかについて検証していくべき」と述べたうえで、地域医療計画の達成は各都道府県知事の責任だと言及した。

■高度急性期は2025年に増える見通し

なお、ワーキンググループの座長を務める尾形裕也九州大学名誉教授からは、高度急性期の病床数が2023年よりも2025年見込みのほうが多いことに疑問が出された。

実際、厚労省の資料によれば、2023年は15万9543床だったのが、2025年には16万2314床と2771床増える見込みとなっている。

これに対して厚生労働省医政局の浅野優歩地域医療計画課長補佐は「一部看護体制の充実等も相まって高度急性期の報告が増えた」と聞いている」と返答。図らずも、国や自治体がコントロールしきれていない状況が見えた形となった。

医療情報①
 厚生労働省
 分科会

「かかりつけ医機能報告」 枠組み固まる

厚生労働省の「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」は 19 日、2025 年 4 月に施行される新たな報告制度を巡る議論を大筋で取りまとめた。

焦点だった「日常的な診療を総合的・継続的に行う機能」（1 号機能）に関しては、「皮膚・形成外科」「精神科・神経科」など 17 の領域ごとに早期発見などの一次診療に対応できるかどうかや、一次診療を行える疾患の報告を求めることになった。

分科会では、全身倦怠感、不眠、食欲不振などの症状ごとに対応可能かどうかの報告を求める案も検討したが、「患者が訴える症状と医師の考える症状に違いがあり、症状の報告は医療現場が混乱する」などの慎重論があり、見送った。

分科会の正式な「議論の整理」は、社会保障審議会の医療部会に近く報告する。また厚労省は、都道府県などと意見交換しながら、自治体向けのガイドラインを年度内のできるだけ早い時期に作る。「かかりつけ医機能」の報告制度では、特定機能病院や歯科の医療機関を除く全国の病院と診療所が、「日常的な診療」の 1 号機能と、「時間外診療」などの 2 号機能の 2 段階で都道府県に報告する。

また、それら以外に健診や予防接種への対応なども報告することになった。初回の報告は 26 年 1-3 月に行う。1 号機能に関しては、17 の診療領域ごとに、以下などの報告を求める。

- ▼一次診療に対応できるかどうかや、一次診療を行える疾患
- ▼「かかりつけ医機能」に関する研修修了者や総合診療医の有無
- ▼「かかりつけ医機能」の報告事項を院内掲示で公表していること

3 つ全てを「可」と報告した病院・診療所が 2 号機能も報告する。

2 号機能には、「時間外診療」「入退院時の支援」「在宅医療の提供」「介護サービス等と連携した医療提供」の大きく 4 つを盛り込んだ。

時間外診療の機能として、具体的には、以下の 2 つを挙げた。

- ▼在宅当番医制や休日夜間急患センターに参加するなど、時間外の診療体制の確保状況
- ▼「時間外対応加算」（加算 1-4）の届け出や、「時間外加算」「深夜加算」「休日加算」の算定状況

時間外診療の体制を地域の医療連携で確保する場合は、連携先の医療機関名の報告も求め、2 つのうちどちらかに該当する病院・診療所を時間外診療の「機能あり」と見なす。

●一次診療の報告内容は5年後をめどに見直し検討

厚生省は、1号機能の一次診療に関する報告対象の疾患として、「高血圧」「脳梗塞」「乳房の疾患」など40の例を示した。分科会の「議論の整理」では、一次診療に関する報告の内容を報告制度の施行から5年後をめどに改めて検討するとしている。

また、「かかりつけ医機能」に関する研修の修了者や総合診療専門医に関しては、当面は、いるかどうかだけの報告を求めるが、施行5年後の見直しに向けて、それらの医師が「いること」の報告を求めるか検討することになった。厚生省は、「かかりつけ医機能」に関する研修の要件を設定して、それに該当する研修を示す。

医療情報②
 中央社会保険
 医療協議会

25年度の薬価中間年改定、 実施を巡り早くも応酬

中央社会保険医療協議会の薬価専門部会は17日、診療報酬改定が行われない2025年度の薬価中間年改定の在り方について議論を開始した。これまでの改定の影響も踏まえ、関係業界からの意見聴取も行いながら検討を深めていく。この日は、診療側が「実施の可否を含めた慎重な検討が必要だ」と主張した一方、支払側からは「現行の制度に則って薬価を毎年改定するのが基本スタンスだ」との指摘があり、双方の応酬が早くも始まった。

薬価は、診療報酬改定のタイミングで通常の見直しが行われているが、16年の「4大臣合意」に基づき、市場実勢価格を薬価に適時反映して国民負担を抑制するため全品目を対象に薬価調査を毎年行い、その結果を基に薬価改定を行うこととなった。

また、2年に1回の薬価調査に加え、その間の年も調査を行って実勢価格との乖離が大きな品目について薬価改定を行うこととされた。中間年として初めての21年度薬価改定では、平均乖離率(8%)の0.625倍を超える価格乖離の大きい1万2,180品目(全品目の約7割)を対象に実施。これにより薬剤費が約4,300億円削減された。また、平均乖離率は17年度に9.1%だったが、21年度に7.6%、23年度には6.0%にまで下がっている。

23年12月の中医協で了承された24年度の薬価制度改革の骨子では、診療報酬改定がない年の薬価改定の在り方について「速やかに議論を開始する」とされた。

政府が24年6月に閣議決定した骨太方針2024でも、イノベーションの推進や医薬品の安定供給の確保の必要性、物価上昇など医療を取り巻く環境の変化を踏まえて国民皆保険の持続可能性を考慮しながら、25年度の薬価改定の在り方を検討する方向性が示された。

こうした状況を踏まえて厚生労働省は17日の薬価専門部会で、25年度薬価改定の在り方に加え、これまでの改定の影響も含めて関係業界にヒアリングを行いながら議論を深めていくことを論点に挙げた。(以降、続く)

週刊医療情報(2024年7月26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5年度2月）

厚生労働省 2024年6月28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				
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	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1	
令和3年度	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2	
令和4年度4~3月	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2	
	4~9月	22.6	12.7	7.3	4.1	2.7	5.4	0.7	8.8	1.1
	4~2月	41.8	23.4	13.6	7.7	5.1	9.8	1.3	16.3	2.0
	12月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	1月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
2月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2	
令和5年度4~2月	43.2	23.9	14.3	8.1	5.3	9.6	1.3	17.2	2.1	
	4~9月	23.5	13.0	7.7	4.4	2.9	5.3	0.7	9.3	1.1
	12月	4.0	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	1月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	2月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.8	0.1	1.5	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。(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、令和2年8月診療分以前のデータは、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。

● 医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	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				
令和元年度	2.4	1.4	3.1	4.4	0.1	▲0.8	▲2.7	3.9	1.8	
令和2年度	▲3.1	▲3.7	▲3.6	▲0.8	▲9.0	▲3.8	▲19.1	▲2.4	▲1.1	
令和3年度	4.6	6.4	8.5	8.1	8.8	3.7	18.4	2.7	1.1	
令和4年度4~3月	4.0	3.2	6.4	6.6	6.9	▲1.0	6.5	5.3	2.3	
	4~9月	3.1	2.7	5.4	5.9	5.3	▲0.7	▲0.0	4.1	0.3
	4~2月	3.7	3.1	6.3	6.5	6.8	▲1.1	5.8	5.0	1.7
	12月	2.0	2.8	8.3	9.1	8.7	▲4.5	10.8	1.3	▲1.3
	1月	5.1	4.0	7.9	8.2	8.4	▲1.2	12.0	6.7	4.1
2月	10.4	7.9	10.6	8.7	14.2	4.1	25.2	14.1	10.7	
令和5年度4~2月	3.4	2.1	4.7	5.6	3.9	▲1.4	3.0	5.2	4.2	
	4~9月	4.0	2.4	5.2	6.1	4.3	▲1.3	9.6	6.2	5.0
	12月	3.4	1.8	3.7	4.1	3.6	▲0.9	▲2.0	5.5	4.7
	1月	2.9	1.8	3.8	5.1	2.3	▲1.1	▲5.3	4.4	3.8
	2月	2.6	2.6	5.6	7.3	4.0	▲1.7	▲6.7	2.7	1.9

●1人当たり医療費

(単位：万円)

	総 計								
	医療保険適用							75歳以上	
	75歳未満			国民健康保険	(再掲)未就学者				
	被用者保険	本人 家族							
本人		家族							
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	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0	
令和3年度	35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9	
令和4年度4～3月	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.5	95.7	
	4～9月	18.0	12.0	9.5	9.0	9.1	19.1	11.9	47.0
	12月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.1	8.0
	1月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	8.0
	2月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	7.9
令和5年度4～2月	34.7	23.0	18.4	17.4	18.1	36.5	24.0	88.4	
	4～9月	18.8	12.5	10.0	9.4	9.8	19.8	13.6	48.2
	12月	3.2	2.2	1.8	1.7	1.7	3.4	2.2	8.2
	1月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.0	8.1
	2月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	1.9	7.8

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	診療費				
								医科入院	医科入院外	歯科		
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	42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0	
令和3年度	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1	
令和4年度4～3月	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2	
	4～9月	22.6	18.1	8.4	8.1	1.6	3.8	0.4	0.24	8.8	11.9	1.6
	12月	3.9	3.1	1.4	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.1	0.3
	1月	3.8	3.1	1.5	1.3	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.2
	2月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
令和5年度4～2月	43.2	34.4	16.4	15.0	3.0	7.6	0.7	0.55	17.1	22.6	3.0	
	4～9月	23.5	18.7	8.9	8.2	1.6	4.1	0.4	0.29	9.3	12.2	1.6
	12月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.2	0.3
	1月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.0	0.3
	2月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.0	0.3

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				
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27	
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32	
令和3年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37	
令和4年度4～3月	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43	
	4～9月	12.1	11.9	2.1	7.8	2.0	4.1	0.21
	12月	2.1	2.0	0.3	1.3	0.3	0.7	0.04
	1月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.04
	2月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.04
令和5年度4～2月	22.7	22.2	4.0	14.5	3.7	8.1	0.46	
	4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.4	0.24
	12月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.8	0.04
	1月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	2月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04

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) 医科入院外+調剤	
		食事等含まず	食事等含む						
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	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0	
令和3年度	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2	
令和4年度4～3月	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4	
	4～9月	18.6	39.6	41.3	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
	12月	19.0	40.7	42.4	10.5	8.2	9.7	12.0	15.9
	1月	19.9	41.4	43.1	11.0	8.0	9.7	12.1	16.3
	2月	19.6	41.8	43.5	10.5	8.2	9.4	12.1	15.7
令和5年度4～2月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.3	12.1	15.5	
	4～9月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.3	12.0	15.4
	12月	18.9	40.4	42.1	10.2	8.3	9.5	12.2	15.6
	1月	19.6	40.7	42.4	10.7	8.1	9.5	12.2	16.0
	2月	19.4	41.0	42.7	10.5	8.3	9.5	12.2	15.9

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5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。



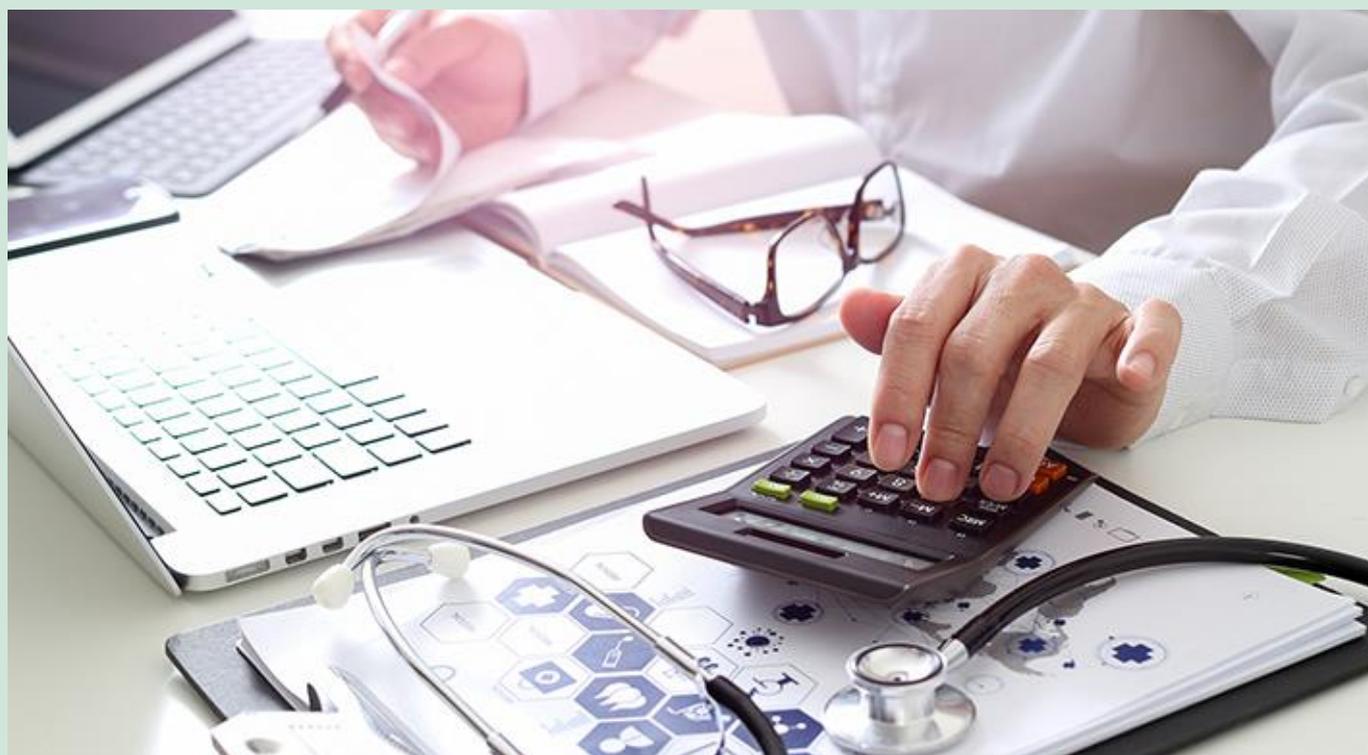
経営情報
レポート
要約版



制度改正

医療法人は令和5年8月決算から義務化 医療機関経営情報 報告制度の概要

1. 令和5年8月から経営情報報告が義務化
2. 概算経費率適用の医療法人は対象外
3. 対象となる提供データの範囲
4. 国民・研究者へのデータ提供と公表



■参考資料

【厚生労働省】：2023年7月7日 第100回社会保障審議会医療部会 議事録 医療法人の経営情報に関するデータベース(MCDB)の施行(令和5年8月分)について(報告)他

1

医業経営情報レポート

令和5年8月から経営情報報告が義務化

我が国では、高齢人口の増加や医療の高度化などに伴い、国民医療費が増加の一途を辿り、将来的には生産年齢人口の急減や医療資源の地域格差など、克服すべき課題も待ち受けています。特に新型コロナウイルスの感染拡大では、医療機関支援政策のためのエビデンスが不足し、国民への情報提供も不十分であるという課題も浮き彫りになりました。これらの課題に対処し、国民に政策を説明するためには、医療の現状と実態を示す情報が必要です。

特に、医療法人は地域医療の重要な担い手であり、「運営状況の透明性」が求められています。医療法人の経営情報の収集とデータベースの構築、そして国民への詳細な説明が、医療法人制度の趣旨と調和する重要な要素です。そのため、政府方針においても、医療法人の経営情報収集、データベース構築、丁寧な説明に関する検討が求められています。

■ 国民への理解などの様々な目的

医療法人の経営情報に関するデータベース（MCDB）の構築は医療法人の経営情報を把握・分析するとともに、国民に丁寧に説明するために、医療法人の経営情報を収集するものです。MCDBを構築することによって、国民に対して医療が置かれている現状・実態の理解を促進し、また、効率的かつ持続可能な医療提供体制の構築を推進する政策の検討に役立てることが出来ます。また、経営への影響を踏まえた的確な支援策の検討、医療従事者等の処遇の適正化に向けた検討、医療経済実態調査の補完など、数々の目的があります。今回のデータベースの構築は国民や政府のためだけではなく、医療法人にとっても自院との比較のために有効なものとなり、経営課題の分析等に使用することが可能です。留意すべき点として、医療法人の経営情報の提出は、調査主体が被調査主体を抽出し、被調査主体が任意で回答する調査ではなく、医療法人への義務的な全数把握であることが挙げられます。また、全ての医療法人が既に取得・収集している情報をもとにデータベースを構築すべきであると考えられています。

◆医療計画の策定に係る指針等の全体像

医療法人の経営情報を把握・分析するとともに、その分析により国民に丁寧に説明するため、医療法人の経営情報（※）を収集する。

※ 病院及び診療所に限定した経営情報。

これにより、

- ・ 医療機関の経営状況をもとに、**国民に対して医療が置かれている現状・実態の理解の促進**
- ・ 医療機関の経営状況の実態を踏まえた、**効率的かつ持続可能な医療提供体制の構築のための政策の検討**
- ・ 物価上昇や災害、新興感染症等に当たり**経営影響を踏まえた的確な支援策の検討**
- ・ 実態を踏まえた**医療従事者等の処遇の適正化に向けた検討**
- ・ 社会保険診療報酬に関する基礎資料である**医療経済実態調査の補完**

に活用することが可能となる。

また、医療機関側も、マクロデータを自院の経営指標と比較することで、経営課題の分析にも活用可能であると考えられる。

出典：厚生労働省「医療法人の経営情報のデータベース」の在り方について

2

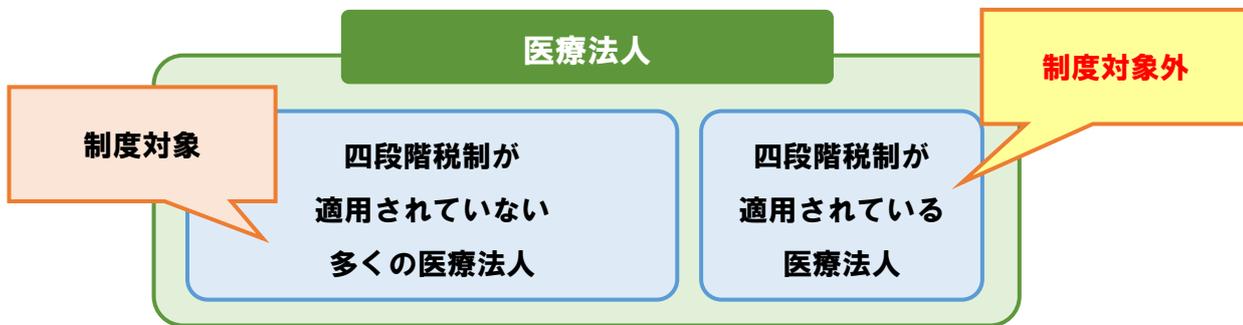
医業経営情報レポート

概算経費率適用の医療法人は対象外

■ 対象となる医療法人

今回のMCDBの構築に関して、対象となるのは基本的に「すべての医療法人」とされています。

しかし一部「四段階税制」が適用されている小規模な医療法人については社会保険診療報酬に概算経費率を乗じて経費を算出しているため、実態に即しているとは言い難く、また、小規模な医療法人は経理に携わっている従業員についても限りがあり、今回の法改正によって、業務に過度な負担が生じる可能性もあります。したがって、対象から除外されています。



◆ 診療報酬の所得計算特例措置(四段階税制)

医療法人では、租税特別措置法第26条・第67条により、社会保険診療に係る費用として、必要経費に算入する金額を、実額経費ではなく、概算経費で計算することが認められています。

■ 対象要件

各事業年度において、社会保険診療につき支払を受けるべき金額を有する場合において、当該支払を受けるべき金額が5,000万円以下、かつ、事業所得に係る総収入金額に算入すべき金額の合計額(当該各事業年度の総収入金額)が7,000万円以下である場合

■ 概算経費

社会保険診療報酬の金額によって、以下を概算経費として計上することができます。

- 2,500万円以下：社会保険診療報酬の72%
- 2,500万円超～3,000万円以下：社会保険診療報酬の70% + 50万円
- 3,000万円超～4,000万円以下：社会保険診療報酬の62% + 290万円
- 4,000万円超～5,000万円以下：社会保険診療報酬の57% + 490万円

■ 病床機能報告・外来機能報告との連携

新たな制度において、収集する経営情報の情報量が多ければ、政策のエビデンスとしての活用性も高まるものと考えられ、単独で活用するのではなく既存の調査等と連携することにより、活用性がより高まることが考えられます。

3

医業経営情報レポート

対象となる提供データの範囲

■ 対象となるデータの拡大

提出の対象となっているデータは事業報告書を始めとした現行の書類に加え、事業所ごとの医業収益・費用、医業外収益・費用など損益情報も含まれることとなります。

事業所ごとの取りまとめた情報は医療機関等情報システム（G-MIS）にて送信することから、対象となる情報を整理する必要があります。また、報告する項目によっては必須項目・任意項目であるものや、病院は必須項目であるものなどに分かれています。

◆ 報告の対象となる情報について

現行

- 事業報告書
- 貸借対照表
- 関係事業者との取引の状況に関する報告書
- 監査報告書
- 社会医療法人の役員報酬基準、保有資産目録、業務に関する書類
- その他一定規模以上医療法人・社会医療法人債発行法人関係書類（閲覧対象外）
- 財産目録
- 損益計算書（法人全体の事業収益・費用等のみ）

改定（医業収益等）

医業収益（入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医業収益）

※入院診療収益及び外来診療収益は任意項目として「保険診療収益（患者負担含む）」及び「公害等診療収益」を別掲。

※その他の医業収益は任意項目として「保健予防活動収益」を別掲。

※診療所の「室料差額収益」は入院診療収益の内数として記載。

- 材料費（医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費）
- 給与費（給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費）
- 委託費（給食委託費）
- 設備関係費（減価償却費、機器賃借料）
- 研究研修費
- 経費（水道光熱費）

※診療所は「設備関係費」、「研究研修費」及び「経費」の科目は設けず「その他の医業費用」の科目を設ける。

4

医業経営情報レポート

国民・研究者へのデータ提供と公表

■ 国民への公表とSNS等によるリスク

各医療法人で構築したMCDBは政府が政策等の検討に使用するだけではなく、国民に対しても情報提供がなされます。

しかし、SNSが発達した昨今においては、公表された情報について、悪意的にこれを利用される可能性も否めません。また、詐欺やその他の犯罪被害などのリスクを伴います。

公表する経営情報については、属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表するなどの対策が検討されています。

◆ 国民への公表方法について

- 医療法人の経営情報は、これを把握・分析し、国民に対して、医療が置かれている現状・実態の理解の促進等をするために収集する。
- この目的のためには、個別の医療法人ごとの情報を公表する必要はなく、むしろ、**属性等に応じたグルーピング等による分析を充実しつつ、その結果を提示することにより、国民に対してより分かりやすく丁寧に医療の現状・実態を提示できると考えられる。**
- 一方、個別の医療法人の経営情報を公表した場合、医療法人は、一人医師医療法人の存在など小規模な経営を法人形態により実施している診療所も数多くあり、人件費など個人の報酬額を容易に想定できる内容になり得る。
- また、社会医療法人や一定規模以上の医療法人に限定したとしてもSNS等の発達した現在においては、公表された情報について、悪意的にこれを利用される可能性も否めず、詐欺その他の犯罪被害などのリスクを伴う。
- このため、**公表する経営情報については、属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表してはどうか。**
- なお、公表する具体的な内容である分析（マクロデータや指標）方法については、システムの設計時や運用時において、より充実した内容となるよう検討していくこととしてはどうか。

出典：厚生労働省 「医療法人の経営情報のデータベース」の在り方について

■ 研究者への公表と十分な制度設計の検討

今回構築されるMCDBは研究者などの第三者機関への提供も予定されています。

学術研究目的であっても、いわゆる「オーダーメイド集計」のように、個々のニーズを踏まえた分析結果の作成・提供への取組も必要と考えられています。

また、医療法人の中には、医師が一人である医療法人も含まれており、データベースの使い方によってはそういった医療法人の給与等が公開されることになり、特定の個人の収入を明らかにしてしまう危険性もあります。

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:医療制度 > サブジャンル:ウェブサイト広告

ホームページ作成のポイント

医療機関におけるホームページ作成のポイントについて教えてください。

ホームページは、多様な情報を提供できるツールとして、医療機関と患者側双方にとって、もっとも身近な存在のひとつです。自院の存在と診療理念を患者や地域住民に発信するためには、もはや不可欠な存在です。

評判や口コミを耳にしたり、受診歴があっても診療時間を確認したりするなど、自院の認知に向けた「入り口」に位置づけられるため、これを最大限に利用する工夫が必要です。

■閲覧者の期待するホームページ作成のポイント

①好感度の高い雰囲気

医療機関の情報、または特定の疾患や症状について情報を得たいと考える人にとって、より詳細な内容を求めているのは当然の欲求だといえるでしょう。受診するか否かを決めるポイントでもあることから、提供する医療のレベルや診療内容だけでなく、診療理念や治療方針等が明確に示されていること、さらに今後、訪れたいと考えている医療機関施設内の状況がわかることは、受診を予定する人の安心感につながるため、好感度が高くなる傾向にあります。

②専門性の高い情報提供

一般的に、プライバシー性を有する医療情報は、身近で相談することが困難であるために、閲覧者の欲求が高い対象だといえます。それは、そのまま集患手段にも活用できるために、より正確で専門性の高い情報を掲載し、かつ定期的に更新することによって、閲覧者の関心を維持することができます。ホームページは、閲覧が少なければその効果が大幅に減少します。

アクセス数を確保するために、こうした情報提供には積極的な展開が必要だといえます。

■必ず入れたいホームページの掲載情報

①医療機関の基本情報

- ⇒ 医療機関名、診療時間、場所とアクセス、連絡先（電話番号等）
 自院の存在をホームページ閲覧者に示す最低限の情報

②集患・増患のための情報

- ⇒ 院長ほかスタッフの自己紹介、メッセージ
 自院で行うことができる治療、診療方針、施設内容、院内風景（画像等）
 一般的な広告では得にくく、閲覧者の注目も高い情報



ジャンル:医療制度 > サブジャンル:ウェブサイト広告

ホームページの アクセス数向上対策

**閲覧されるホームページにするための
対策を教えてください。**

自院の存在やアピールポイントを知ってもらおうホームページにするためには、まず閲覧者を増やすことが必要です。それには、関心の度合を示す指標になるアクセス数の向上がポイントのひとつになります。そのために重要なのが、SEO（検索エンジン最適化）対策です。

①ホームページ「タイトル」などに頻出検索ワードを使用

ホームページへのアクセスは、各種インターネット検索エンジンで検索ワードを入力して行います。これら検索結果の上位に自院ホームページを表示させるには、ロボットといわれる自動巡回プログラムに自院のキーワードを認識させる機会を増やし、優先順位をあげる必要があります。そのためには、インターネット利用者が入力する頻度が高い検索ワードをホームページのタイトルに用いると同時に、ホームページの本文にもこれらキーワードを多用します。

【ホームページ検索の候補となる検索ワード 例】

- 第1位 所在地名（自宅や勤務先がある市・区・町・地域などで絞込み）
- 第2位 診療科目（治療方法含む、専門外来名も多い）
- 第3位 診療所名（単一で入力されるケースが多い、口コミの事前調査）
- 第4位 クリニック（所在地と組み合わせると検索ワードとなる比率が高い）

②自院のイメージを伝えられる情報発信ページを追加

口コミで情報を得て自院ホームページを検索したインターネット利用者を意識し、自院のイメージを伝えられる工夫が重要です。院長の「人となり」や専門的な内容の情報を求められている場合には、掲示板（BBS）の設置や SNS を活用する方法もありますが、質問への回答など院長本人の負担が大きく、悪意の書き込みなども懸念されます。

代わりに、例えば「クリニックだより」というコンテンツを設置し、院長が綴るコラムや医療関連情報などを掲載して、定期的な更新を行います。これは、アクセスした閲覧者から発信されるメッセージはないものの、注目度の高い検索ワードがこのコンテンツで掲載された用語に含まれるようになり、更新時期にはアクセス数が伸びる傾向があります。

また、潜在的患者層へのアピールにもつながり、受診時には「かかりつけ医」としての意識付けや集患・増患効果を生み出すきっかけとしても期待できます。