

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.840 2024.10.8

医療情報ヘッドライン

**経口中絶薬の無床診での使用は再審議
日医は「講習受講の義務化」など提言**

▶厚生労働省 薬事審議会

**認知症行動障害の治療薬が国内初承認
武見厚労相「治療の選択肢が増える」**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2024年10月4日号

**介護報酬改定の効果検証調査、
期限過ぎても提出可**

経営TOPICS

統計調査資料

令和5(2023)年

受療行動調査(概数)の概況

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:業績管理 > サブジャンル:業績管理と予算管理

成果報告のポイント

医療行為データ分析と業績管理

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。

経口中絶薬の無床診での使用は再審議 日医は「講習受講の義務化」など提言

厚生労働省 薬事審議会

厚生労働省の薬事審議会は9月25日、経口中絶薬「メフィーゴパック」の無床診療所での使用について、下部組織の医薬品第一部会で再審議することを決めた。8月26日の医薬品第一部会で、条件付きながら無床診療所での使用が了承されたばかりだったが、日本医師会（日医）から提出された意見書を受けて差し戻されることになった。

■無床診での使用には厳しい要件があった

メフィーゴパックは、2023年4月に薬事承認された国内初の経口中絶薬。2種類の薬剤を36～48時間あけて服用することで、妊娠63日（9週0日）以下であれば手術をせずに人工妊娠中絶を行うことができる。

1剤目は1錠、36～48時間後に服用する。2剤目は4錠で、左右の臼歯の歯茎と頬の間に2錠ずつ30分間静置する。30分静置のあと、口腔内に錠剤が残った場合は「飲み込む」と厚生労働省の資料内の「用法・用量」に記載されている。8月26日の医薬品第一部会で了承された施設要件は以下となる。

- 原則、入院可能な有床施設（病院又は有床診療所）において使用とする。
- ただし、無床診療所における本剤の投与は、以下の（1）及び（2）の全ての要件を満たす場合に限る。

「以下の（1）及び（2）」は、「夜間・休日を含む24時間体制で本剤を投与された者との緊急連絡体制を確保すること」、「入院可能な有床施設など6つの要件を全て満たす他の医療機関と連携した緊急時の体制を整備すること」となっている。つまり、無

床診療所での使用は可能とはいえ、かなり厳しい要件をクリアする必要があった。

■失神を伴う子宮出血の可能性も

なぜそこまで要件が厳しいのか。それは、厚労省がWebサイトで公開している『いわゆる経口中絶薬「メフィーゴパック」の適正使用等について』のページを見るとわかる。

「安全性について」の項目には、「国内第Ⅲ相試験における有害事象の発現割合は57.5%（69/120例）であり、主な有害事象は下腹部痛（30.0%）や嘔吐（20.8%）であった。

重大な副作用としては、重度の子宮出血（0.8%）や感染症（頻度不明）等が報告されている」と記載。さらに、「本剤により下腹部痛があらわれます。異常な痛みが継続する場合には、正所異所同時妊娠の可能性もあること等から、速やかに本剤の処方医療機関に連絡してください」「失神を伴う子宮出血が発現する可能性があることから、自動車の運転等危険を伴う機械の操作を行う場合は十分に注意してください」とも書かれており、少なくとも飲むだけで簡単に人工妊娠中絶ができるというものではないことは明らかだ。

なお、薬事審議会に提出された日医の意見書には、日本産婦人科医会からの提案として「適正な運用を進めるために早急に対応すべき事項」が4項目挙げられている。

具体的には「講習受講の義務化」「流通管理体制等のデジタル化」「安全性確保のための資材」「国民への正しい情報提供」であり、再審議ではこれらの妥当性が議論されることになりそうだ。

認知症行動障害の治療薬が国内初承認 武見厚労相「治療の選択肢が増える」

厚生労働省

厚生労働省は9月24日、大塚製薬の抗精神病薬「レキサルティ」について、国内で初めて認知症に伴う行動障害への効能効果を承認した。

攻撃的言動や同じ動作の反復など、介護者の負担を大きくする一因とされる「アシテーション」と呼ばれる症状が対象。こうした症状は、アルツハイマー型認知症の約半数で認められるという研究成果も発表されているため、患者の不安緩和や介護者の負担を減らすことが期待される。

■軽度認知症に効果がある「ドナネマブ」も承認

今回承認されたレキサルティは、現在日本を含めた約60の国と地域で展開されている。

2015年に米国で「成人の大うつ病補助療法」「成人の統合失調症」の2つの効能で承認され、「アルツハイマー型認知症に伴うアシテーション」の効能については、2023年に米国で初めて承認されたほか、今年8月時点でカナダ、フィリピン、台湾で承認済みだ。

なお、認知症の治療薬をめぐっては、米国製薬大手のイーライリリーによる「ドナネマブ」も9月24日に正式承認されている。

ドナネマブは、アルツハイマー病型認知症患者のうち、認知症を発症する前の軽度認知障害や軽度の認知症が投与の対象。アルツハイマー病の原因物質に直接働きかける薬としては、昨年9月に国内で承認され12月から保険適用されたエーザイの「レカネマブ」につづき国内2例目となる。

次々に認知症薬が開発され、承認されている背景には、認知症患者数の増加がある。

超高齢社会に突入した日本の認知症患者数は、2012年に462万人で65歳以上の7人に1人だったが、今後さらに増えていくことが見込まれている。

今年5月の認知症施策推進関係者会議で、厚生労働省の研究班が示した推計によれば、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年には約471万人、2030年には約523万人、2040年には約584万人、2060年には約645万人となる見込みだ。

■「新しい認知症観」を提示した基本計画も策定

こうした状況を踏まえ、今年1月には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行。それに基づき、「認知症になったら何も分からなくなる」という従来の捉え方を払拭する「新しい認知症観」を提示した「認知症施策推進基本計画」が9月2日に政府の認知症施策推進関係者会議で取りまとめられたばかりである。

武見敬三厚生労働相（当時）は、9月28日の会見で「レキサルティ」が承認されたことに対する記者の質問に対し、「認知症の人とその家族の皆様が安心して日常生活を営むための治療の選択肢が増える意義があると思います」とのコメントがあった。

さらに、「認知症の病態等の解明や、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る研究を推進するとともに、安心して治療を受けられる保健医療福祉の相談体制も同時に整備してまいります」としており、新薬の承認のみならず認知症患者を支える環境をさらに整えていく意向をにじませている。

医療情報①
 厚生労働省
 事務連絡

介護報酬改定の効果検証調査、 期限過ぎても提出可

厚生労働省は9月27日、2024年度介護報酬改定の効果検証や研究を行うため同年度に実施する調査について調査票の提出期限が過ぎた場合でも提出することを可能とする事務連絡を都道府県や関係団体に提出した。調査への協力を呼び掛けている。

厚労省は24年度の調査で、以下に関する4つの調査研究事業を行う。

- ▼高齢者施設などと医療機関の連携体制
- ▼福祉用具貸与価格の適正化
- ▼リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施や一体的な取り組み
- ▼地域の実情や事業所規模等を踏まえた効果的かつ効率的なサービス提供の在り方

調査票の提出期限は調査研究事業ごとに異なる。最も早いのが「地域の実情や事業所規模等を踏まえた効果的かつ効率的なサービス提供の在り方」の研究事業で、調査票の提出の締め切りは9月30日。「福祉用具貸与価格の適正化」の研究事業は10月25日、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施や一体的な取り組み」では同30日までに提出する必要がある。「高齢者施設などと医療機関の連携体制」の研究事業は11月8日が提出期限となる。

この調査は、24年度の介護報酬改定の効果検証などに役立てるため厚労省が実施する。

その結果は次の報酬改定に向けた検討での基礎資料として活用される。

厚労省では25年2月ごろまでに調査の分析を終え、3月をめぐりに社会保障審議会の介護給付費分科会で調査結果を踏まえて議論する。

医療情報②
 四病院団体
 協議会

四病協、中間年改定含む 財政支援要請へ

病院の経営が急速に悪化して深刻な経営不振に陥っているとして、四病院団体協議会は、特例的な財政支援を国に求める方針を決めた。

四病協が9月25日に開いた記者会見で、日本病院会の相澤孝夫会長は「中間年における診療報酬の改定も排除しない形で（支援を）検討していただきたい」と述べた。

日病のほか、日本医療法人協会、全日本病院団体が合同で行った「病院経営定期調査」の中間報告によると、本業の医療活動に伴う6月の医業収益は、369病院の100床当たりの平均で前年同月から0.1%減少する一方、医業費用は0.9%増え、減収減益となった。

それを受けて相澤氏は会見で「病院が深刻な経営不振に陥っている」と述べ、厳しい状況を訴えた。病院の建物を改築したくても建築費の高騰などで設備投資できないケースもあるという。3団体は、病院経営定期調査の回答期限を8月30日から9月27日に延長し、これまでに1,000を超える病院が回答した。調査結果の最終報告は遅くとも11月迄にはまとまる見通しで、四病協では、それを踏まえて特例的な財政支援を国に要請する方針である。

相澤氏は会見で、「このままだとキャッシュフローすら回らなくなるのではないかと。来年はさらに厳しい状況になる」と述べ、次の診療報酬改定を待たずに対応する必要があるという認識を示した。

医療情報③
 全国保険医
 団体連合会

マイナ保険証のトラブル 5月以降に「あった」7割

全国保険医団体連合会は9月19日記者会見を開き、医療機関で5月以降に発生したマイナ保険証のトラブルに関する調査の中間集計を公表した。

調査に回答した1万超の医療機関のうち、トラブルの報告が「あった」のは7割に上り、2023年10月以降のトラブルを調べた前回は約10ポイント上回った。現行の健康保険証が12月2日に廃止されることには、延期したり保険証を残したりするべきだと9割超が答えており、竹田智雄会長は「医療現場は現行の保険証の存続を求めている」と強く訴えた。

調査は、8月6-31日に37都府県の医科診療所や病院など計6万2,179カ所に調査票を配布。8月末までに回答があった1万242カ所分を集計した（回答率16.5%）。マイナ保険証によるトラブルが5月以降に「あった」と答えた医療機関は69.7%だった。

前回の調査では、8,672の医療機関の59.8%が「あった」と答えていて、今回はそれを9.9ポイント上回った。報告が多かったトラブルは（複数回答可）、「氏名や住所などの表記に●が出る」が66.9%で最多だった。次いで、「カードリーダーの接続・認証エラー」（52.4%）、「資格情報が無効と表示される」（48.0%）など。トラブルや不具合があった際には78.3%が紙の保険証で資格確認をしており、患者にいったん10割負担を請求した医療機関も1割程度あった。

トラブルや不具合が生じたことで患者からクレームを受けたという報告も多かった。保険証が廃止された場合の受付業務について聞いたところ（複数回答可）、「今も混乱しており、廃止後は忙殺される」（58.8%）、「診療の待ち時間が長くなる」（46.7%）などが目立った。

保険証の廃止に賛成したのは8.6%にとどまり、「廃止を延期すべき」だ14.0%、「保険証は残すべき」だ76.9%と、9割超が保険証の存続を求めた。

保団連は調査の最終結果を10月中旬に集計し、公表する予定で、それを踏まえ、12月2日以降も保険証を存続するよう、引き続き国に要望する考えを示した。

週刊医療情報（2024年10月4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。

令和5(2023)年 受療行動調査(概数)の概況

厚生労働省 2024年9月20日公表

結果の概要

1. くだん医療機関にかかる時の情報の入手先

くだん医療機関にかかる時に「情報を入手している」者は、外来が80.7%、入院が83.6%、「特に情報は入手していない」者は、外来が16.3%、入院が14.1%となっている。

「情報を入手している」者について、情報の入手先別にみると、外来、入院ともに「家族・友人・知人の口コミ」が最も高く、外来で68.4%、入院で66.7%、次いで、外来では「医療機関が発信するインターネットの情報」が28.8%、入院では「医療機関の相談窓口」が24.0%となっている。

■外来－入院別にみたくだん医療機関にかかる時の情報の入手先(複数回答)

(単位：%)

令和5年

	総数	情報を入手している	情報の入手先(複数回答)										特に情報は入手していない	不詳
			医療機関の相談窓口	医療機関が発信するインターネットの情報	医療機関の看板やパンフレットなどの広告	行政機関の相談窓口	行政機関が発信するインターネットの情報(医療機能情報提供制度など)	行政機関が発信する広報誌やパンフレット	電子掲示板、ブログの情報を含む)	医療機関・行政機関以外が発信するインターネットの情報(SNS、電子掲示板、ブログの情報を含む)	新聞・雑誌・本の記事やテレビ・ラジオの番組	家族・友人・知人の口コミ		
外来	1000	80.7	(14.6)	(28.8)	(5.6)	(2.1)	(3.9)	(3.5)	(18.1)	(4.0)	(68.4)	(10.3)	16.3	3.0
入院	1000	83.6	(24.0)	(21.4)	(6.7)	(5.4)	(4.3)	(3.9)	(14.4)	(5.3)	(66.7)	(13.9)	14.1	2.3

2. 予約の状況、診察等までの待ち時間、診察時間(外来患者のみ)

(1) 予約の状況

外来患者の予約の状況をみると、「予約をした」は79.0%となっている。病院の種類別にみると、「予約をした」は特定機能病院が93.9%と最も高い。次いで、大病院が90.6%、中病院が81.9%となっている。

また、前回と比べると、小病院で「予約をした」が3.4ポイント上昇している。

(2) 診察等までの待ち時間

外来患者の診察等までの待ち時間をみると、「15分未満」が27.9%と最も多く、次で、「15分～30分未満」が24.9%、「30分～1時間未満」が20.6%となっており、1時間未

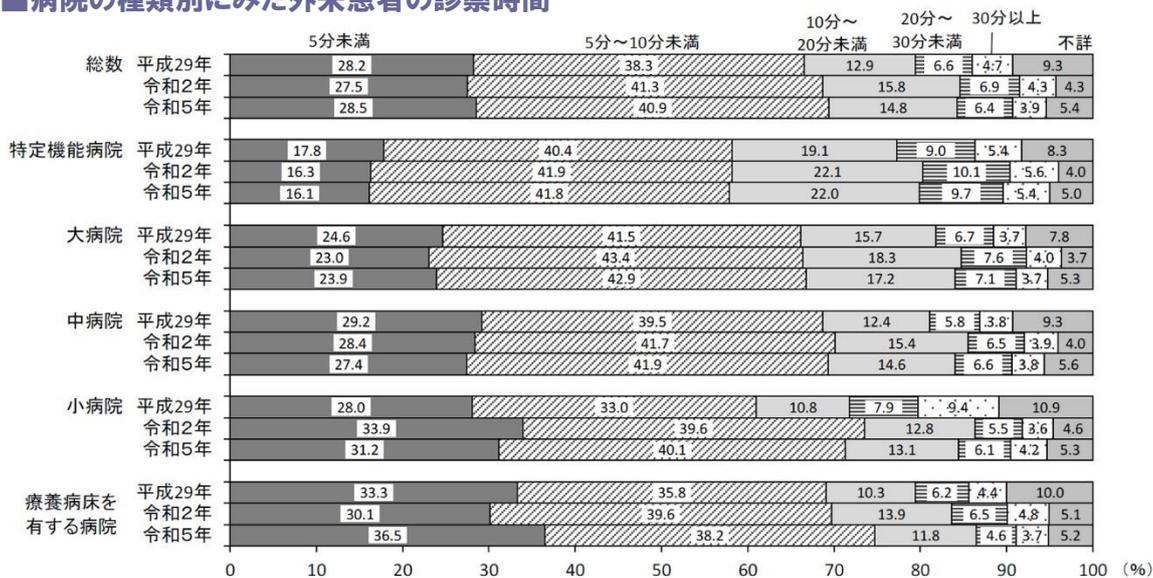
満（「15分未満」「15分～30分未満」「30分～1時間未満」）が約7割となっている。
病院の種類別にみると、大病院を除く全ての病院で「15分未満」が最も多くなっている。

(3) 診察時間

外来患者の診察時間をみると、「5分～10分未満」が40.9%と最も多く、次いで、「5分未満」が28.5%、「10分～20分未満」が14.8%となっている。

病院の種類別にみると、「5分未満」は療養病床を有する病院で36.5%と最も高く、特定機能病院で16.1%と最も低くなっている。

■病院の種類別にみた外来患者の診察時間



注：「医師に診てもらっていない」者を除いた数値である。

3. 最初の受診場所(外来患者のみ)

外来患者が、調査日現在に受診した病気や症状について最初に受診した場所をみると、「最初から今日来院した病院を受診」が51.4%と最も多く、次いで、「最初は他の病院を受診」が27.6%、「最初は診療所・クリニック・医院を受診」が18.8%となっている。

病院の種類別にみると、特定機能病院では「最初は他の病院を受診」が43.9%と最も多く、それ以外の病院では「最初から今日来院した病院を受診」が最も多くなっている。

また、年次推移をみると、特定機能病院及び大病院では「最初は診療所・クリニック・医院を受診」が平成29年以降、約3割となっており、上昇している。

4. 自覚症状の有無、自覚症状はなかったが受診した理由、受診までの期間(外来患者のみ)

(1) 自覚症状の有無、自覚症状はなかったが受診した理由

外来患者が、調査日現在に受診した病気や症状を初めて医師に診てもらった時、「自覚症状があった」は66.1%、「自覚症状がなかった」は28.4%となっている。

「自覚症状がなかった」と回答した者の受診した理由をみると、「健康診断（人間ドックを含む）で指摘された」が45.9%と最も高くなっている。

また、年次推移をみると、「健康診断（人間ドックを含む）で指摘された」が上昇している。

(2)受診までの期間

「自覚症状があった」「自覚症状がなかった」と回答した者について、受診までの期間（症状を自覚した時から、又は自覚症状がなかったが受診した理由が生じた時から最初の受診までの期間）をみると、「1週間～1か月未満」が19.9%と最も多く、次いで、「1～3日」が15.0%となっている。自覚症状の有無別にみると、「自覚症状があった」では「1～3日」「1週間～1か月未満」が17.6%と最も多く、「自覚症状がなかった」では「1週間～1か月未満」が25.4%と最も多くなっている。

5. 医師からの説明の有無、説明の程度

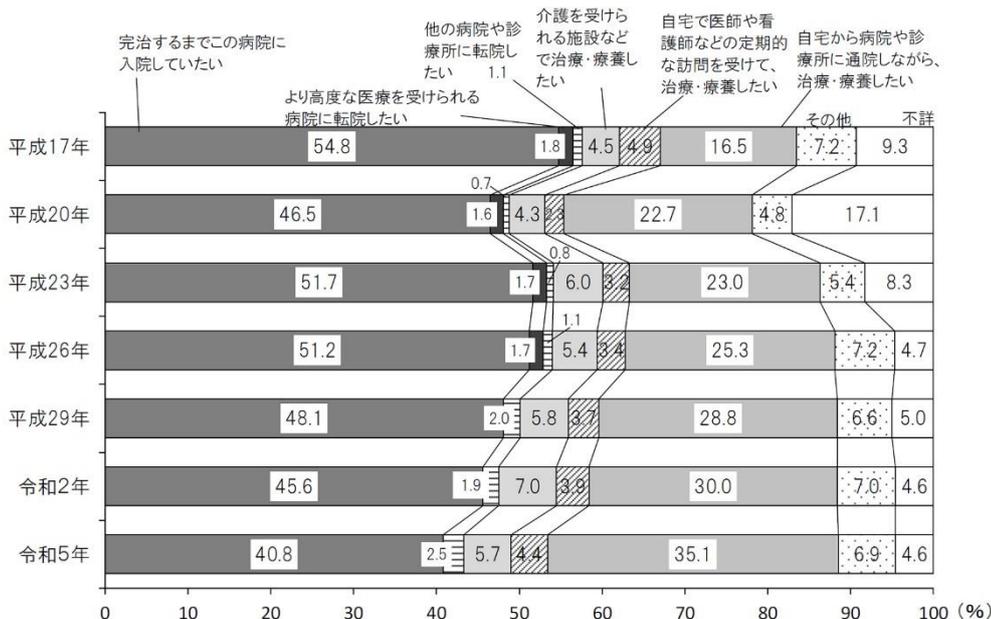
病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から「説明を受けた」者は、外来で96.3%、入院で94.2%となっている。

医師から「説明を受けた」者について、「説明は十分だった」は外来で94.5%、入院で91.8%、「説明は十分ではなかった」は外来で5.5%、入院で8.2%となっている。

6. 今後の治療・療養の希望(入院患者のみ)

入院患者の今後の治療・療養の希望をみると、「完治するまでこの病院に入院していきたい」が40.8%で最も多く、次いで、「自宅から病院や診療所に通院しながら、治療・療養したい」が35.1%となっている。病院の種類別にみると、「完治するまでこの病院に入院していきたい」は、療養病床を有する病院で43.5%と最も高く、「自宅から病院や診療所に通院しながら、治療・療養したい」は、特定機能病院で47.0%と最も高くなっている。

■入院患者の今後の治療・療養の希望の年次推移



注 1)：平成 23 年は、岩手県、宮城県及び福島県を除いた数値である。

注 2)：平成 29 年以降は「より高度な医療を受けられる病院に転院したい」は「他の病院や診療所に転院したい」と統合した。

令和5（2023）年 受療行動調査（概数）の概況の全文は
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した。

そこで今回は6月に行われた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した。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。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した。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

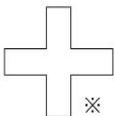
① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

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・ベンソード腺脂肪腫症 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・ベンソード腺脂肪腫症 (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:業績管理 > サブジャンル:業績管理と予算管理

成果報告のポイント

費用の予算管理における 成果報告のポイントを教えてください。

予算管理制度を機能させるためには、その「成果」を毎月報告させることが必要です。

これを怠れば、予算管理に対する意識を院内に定着させるのは困難です。

例えば、翌月 15 日までに成果速報を各部門に定期的に連絡する仕組みの場合、予算額は根拠に基づき決定しているため、各部門では消費物品内容と数量に大きな変動がなければ、予算計画は遂行されるはずですが、

しかし、予算計画を策定しただけで、実行は各担当者に一任しているような状況では、各部門や職員個々が責任を持たないというえ、さらに予算を達成できなかった場合には、他者や他部門へ責任転嫁させることになりかねません。

こうした事態を回避するためには、予算管理の結果報告を定期的に行うことが重要です。

この報告によって定期的な現状把握が可能となり、予算管理担当者は対策が立てやすくなります。このように、管理する側に大きな負担を与えない方法が最も定着しやすいといえるでしょう。

また、部門単位の予算額と実消費額の状況について、半期・年度単位のグラフで示して情報を伝えることも、予算管理上では効果があります。

さらに最も職員数の多い看護部門に対しては、成果報告書以外に師長会議などに出席して直接状況報告を行い、その場で問題点などについて意見交換することも有効です。

■ポイント

- 予算計画だけを策定して「……のはず」という事態にしない
- 「予算管理を行っている」という言葉の発信だけでは、全職員に定着しない
- 報告は定期的に行い、各部門は現状を把握しておく
- 予算管理の遂行は人任せにしない、させない
- 成果報告によって、各職員に予算管理という取り組みを理解させる
- 予算管理報告を定期的に行うことは、各部門単位だけでなく、職員個々が実践することが重要であるとする「当事者意識」の醸成につながる
- 職員数の多い看護部門では、師長会議等の病棟・外来単位による予算状況報告も効果的



ジャンル:業績管理 > サブジャンル:業績管理と予算管理

医療行為データ分析と業績管理

**医療行為データを分析することは、
 業績管理にどのように役立つのでしょうか？
 また、部門別原価計算のメリットを教えてください。**

業績管理において、単に診療報酬請求額の合計額をみるだけでは、その報酬が適切な処理により算定された適正な報酬額であるかどうかということは判断できません。

したがって、医療行為別データ管理の分析や、レセプト請求時における請求漏れの有無をチェックするなど、適正な診療報酬を得ていることの確認が必要です。適正な報酬請求の前提として、医事担当職員も診療報酬の基本点数や加算に関する十分な知識を持つことは当然のことです。

一方で、医師も請求漏れがないように、診療録やレセプトの適正な記載・記入を心がける必要があります。また、診療行為の発生源は全て医師なので、請求事務を行う医事担当職員との間で協力関係がなければ、医療行為データを詳細に分析したとしても、収入増に直結するわけではありません。

このような観点から、医療行為別分析は、業績管理を行うために不可欠な作業だといえます。さらに、多くの診療科目を標榜し、入院機能を備えている病院においては、部門別原価管理体制を整備することで、次のような効果が期待できます。

- ①DRG（診断群）とEBM（科学的根拠に基づいた医療）の有効性の検証
 - ⇒ 部門別原価制度の構築が不可欠
- ②部門別原価計算の導入は、医療現場と管理部門との経営情報の接点となり、ナレッジマネジメント（知識・知恵の活用）の基礎になる
 - ⇒ 現場にも経営に対する意識を醸成できる
- ③部門別原価計算を財務諸表（P/L、B/S、C/F）と連動させることにより、全院的視野と各部門（診療科別・職種別・入院外来等）的視野の調整が可能になる
 - ⇒ 財務諸表の活用で、経営資源を投下すべき部分を選定できる
- ④部門別原価計算の情報は、予算編成の基礎資料に有用
 - ⇒ 原価計算制度と予算制度の有機的な整備・運用を実現できる