

コロナ禍時代を生き抜く、これからの医療機関経営

令和3年度 鎌倉市医師会学術講演会

第8回 生涯教育講座

2021年10月27日

医療法人養生院 理事
株式会社メディヴァ 取締役
小松 大介

会社概要

設立

2000年6月

資本金

1億5,800万円

代表取締役

大石佳能子

取締役

小松大介、岩崎克治、白根真
亀田隆明、亀田信介、亀田省吾
（亀田メディカルセンター）
植村仁（東急不動産）

事業内容

- 病院コンサルティング
- クリニックコンサルティング
- 介護施設コンサルティング
- ヘルスケア関連企業コンサルティング
- 自治体、健保組合コンサルティング

所在地

本社 東京都世田谷区用賀2-32-18-301
九州支店 福岡県福岡市博多区博多駅中央街8番1号 JRJP博多ビル3F

HP

<http://www.mediva.co.jp>

従業員数

220名



株式会社メディヴァのご紹介①（事業概要）

- 株式会社メディヴァは、各種事業（下記①-⑤）を通じて医療業界の「革新」と新しい「価値創造」の実現を目指している

ミッション：患者視点の医療改革

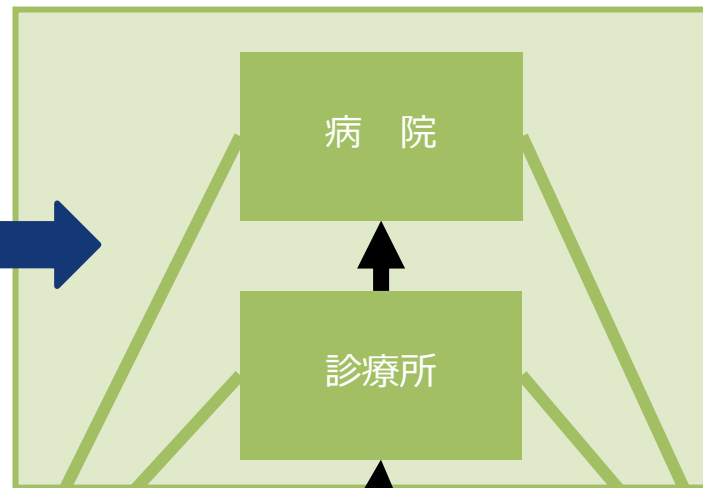
<provider>



亀田総合病院



東急不動産



②病院コンサル、再生支援、
事業承継・M&A支援

③診療所開業、運営支援

医療法人社団プラタナス
通所介護ぼじえじ

①医療・介護サービス

行政、企業
ファンド

④事業コンサル、
地域包括ケア構築、
行政機関関連調査、
海外事業

⑤健保コンサル、
特定保健指導、
重症化予防、
健康経営・産業保
健コンサル

<partner>

<partner>

株式会社メディヴァのご紹介②（医療・介護サービス等）

- 予防（健診・指導）、治療（外来、病院）、療養・リハビリ（看護（訪問看護、看護小規模多機能）、介護（自立支援型デイ）、終末期（在宅医療、ホスピス））を運営
- 運営支援等、深く関与する医療法人は4法人
（3病院：ケアミックス、回復期リハ、精神科 + 12クリニック：健診、在宅、外来）
- 海外（ベトナムのクリニック、中国のデイサービスFC）も展開

予防



保健指導・重症化予防

治療



家庭医外来

療養・リハビリ



在宅医療・訪問看護



人間ドック
健康診断



病院



看護小規模多機能



ホスピス病棟



日本の医療の海外展開



デイサービス

株式会社メディヴァのご紹介③（強み）

- 以下の強みを活かし、医療・介護分野において各種ビジネスの支援を行っている。
 - 多くの医療機関の支援を通じて得た「医療現場での様々な知見」や、医療法人社団プラタナスをはじめとした「新しい取り組みを実践する場」を持っていること。
 - 厚生労働省、医師会、各種団体等といった業界で幅広い人脈ネットワークを構築していること。



医療法人社団プラタナス

- 健診受診者約30,000名/年、外来患者6,000名/月
- 在宅患者約1,800名（看取り約330人名/年）

亀田総合病院グループ

- 国内有数の高度先進医療機関
- 他医療法人との密な連携



- ◆ 健康保険組合向けコンサルティング（特定保健指導、重症化予防、データヘルス計画策定、産業保健等）
- ◆ 事業会社向けコンサルティング（事業計画策定、ビジネスモデル構築、マーケティング・営業戦略策定等）
- ◆ 行政・自治体向けコンサルティング（各種調査研究事業、地域包括ケアシステム構築支援等）
- ◆ 医療機関向けコンサルティング（事業計画・基本構想策定支援、戦略策定、運営・開設支援、M&A等）
- ◆ 海外向けコンサルティング（各種調査研究事業、健診センター開設、医療輸出支援等）

株式会社メディヴァのご紹介④（その他）

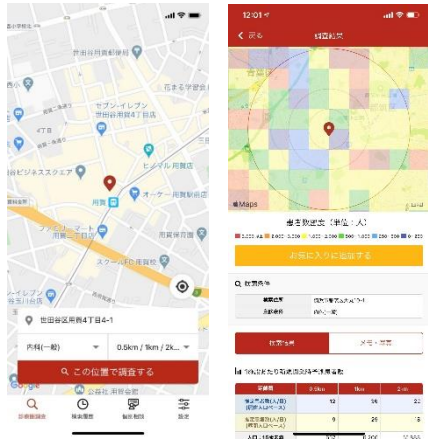
➤ コンサルティング以外にも各種出版やアプリ開発、事業承継のマッチング等を行っています

【診療圏調査アプリ】

【業務量調査、改善】

【事業承継】

※無料、登録不要



【出版物】

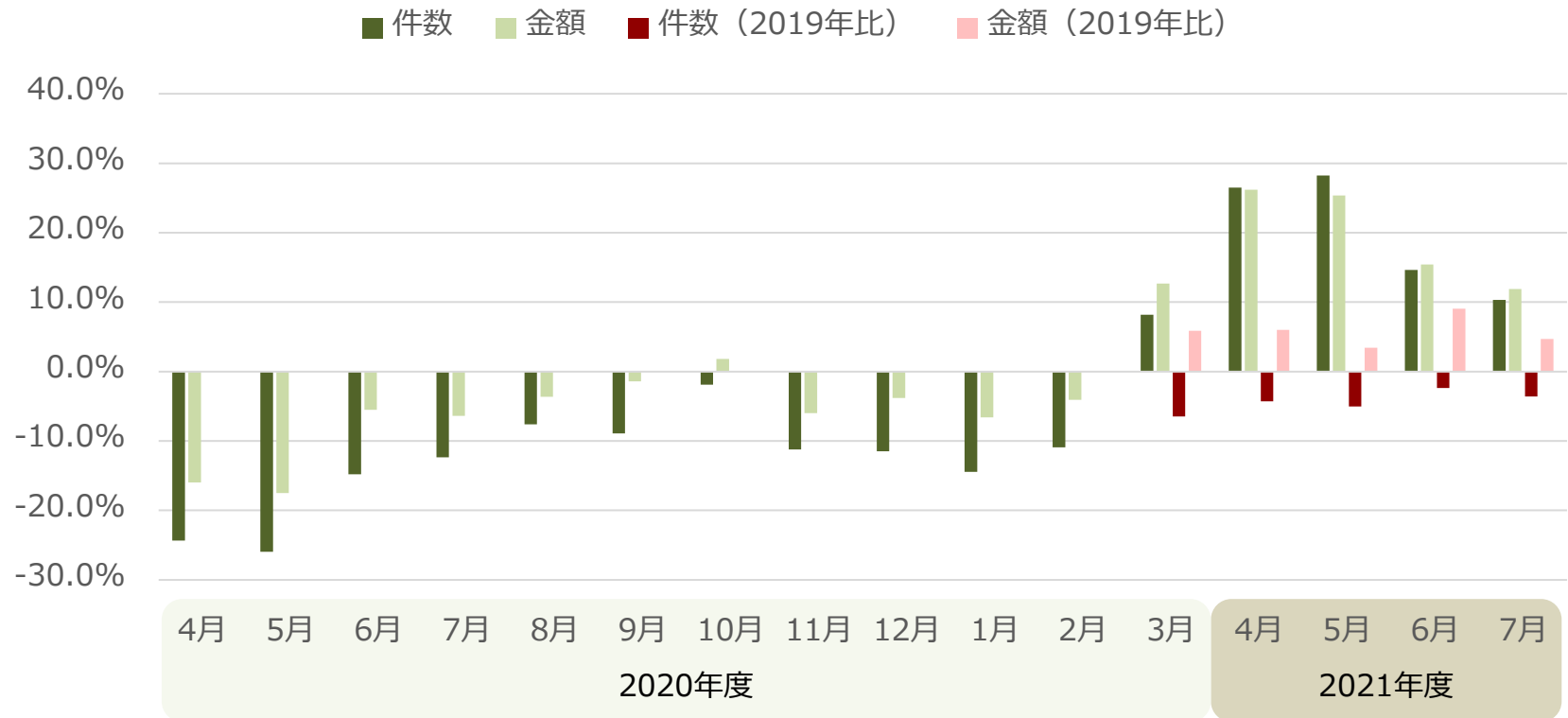


本日の講義内容

1. 医療機関経営/介護施設における新型コロナウイルスの影響
2. 医療機関/介護施設経営を取り巻く環境変化
3. 2022年度診療報酬改定の見通し
4. コロナ禍時代を生き抜く、これからの医療機関経営戦略
5. 医療機関の経営戦略事例

新型コロナウイルス感染症対応下での 医業経営状況

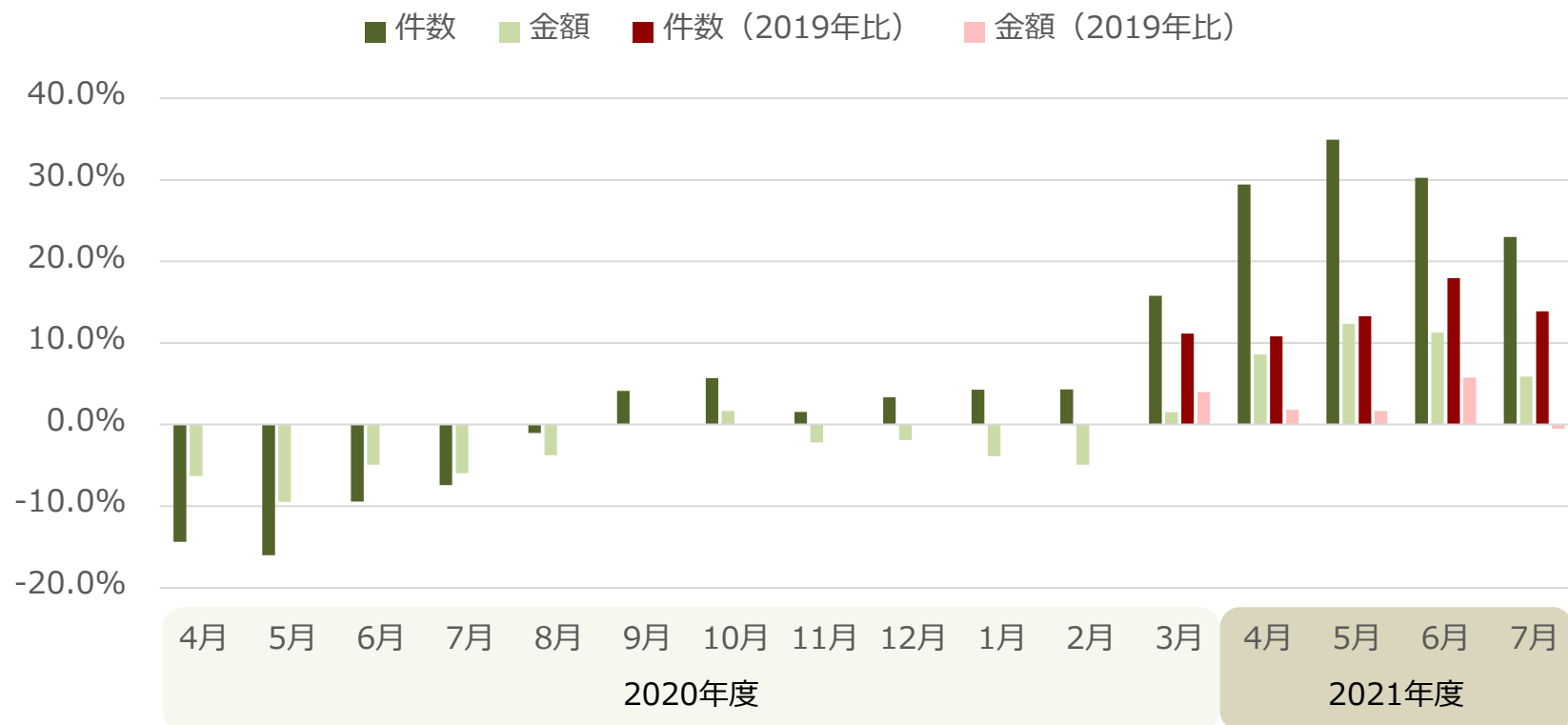
支払基金の請求点数の対前年同月比（入院外：％）



出典：支払基金

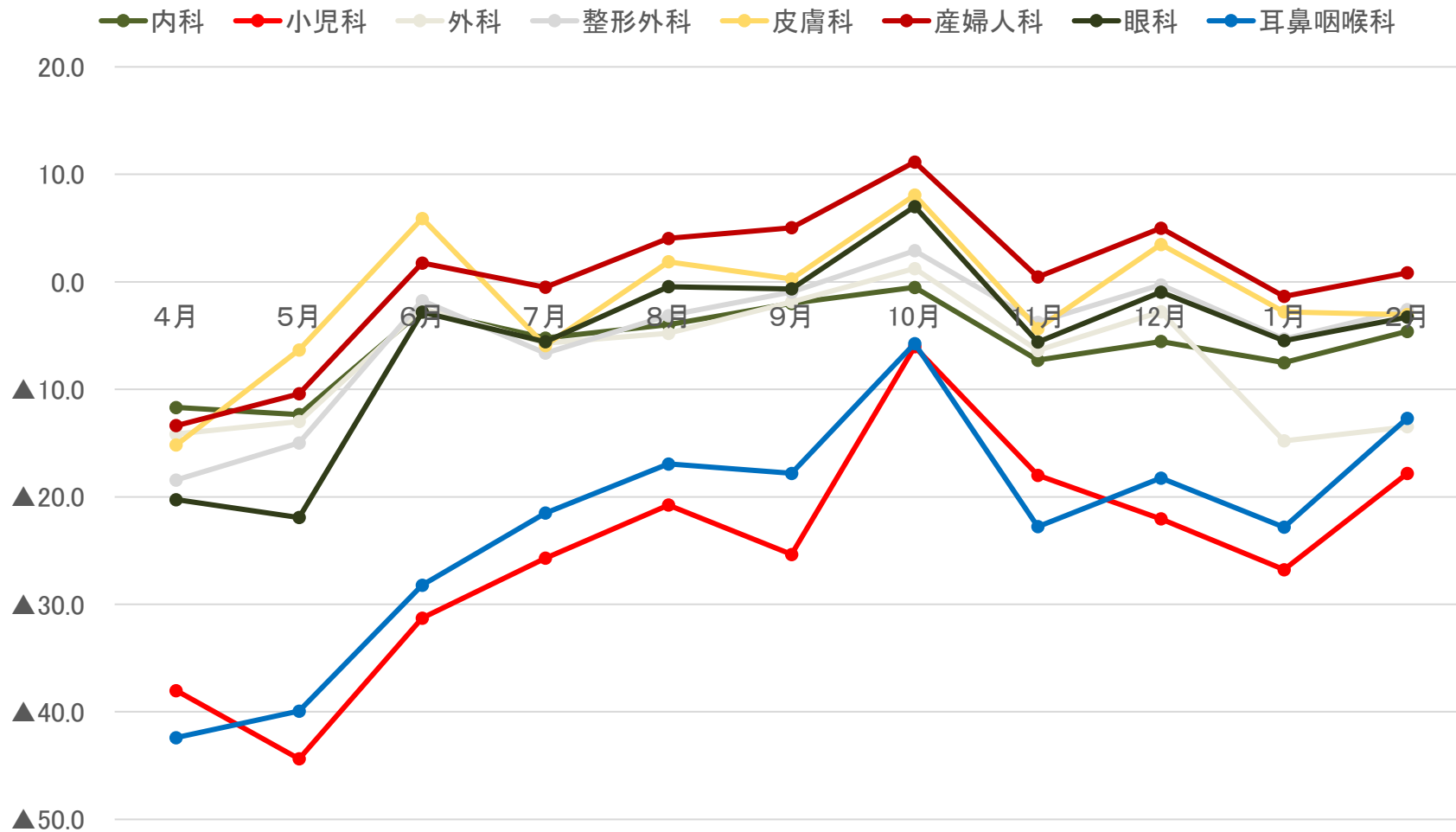
新型コロナウイルス感染症対応下での 医業経営状況

支払基金の請求点数の対前年同月比（入院：％）



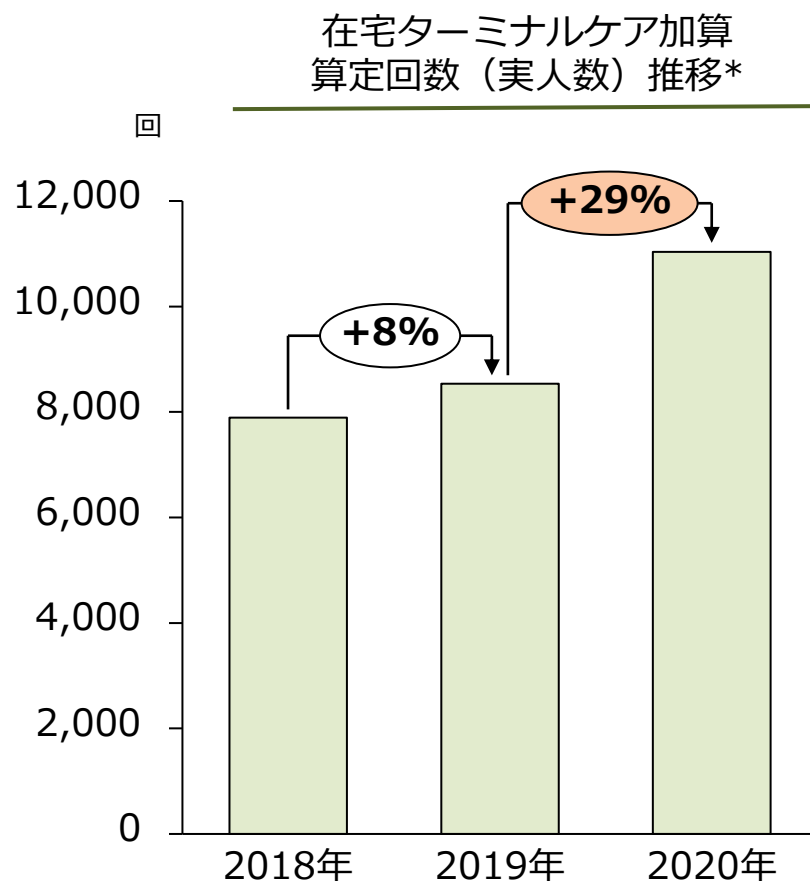
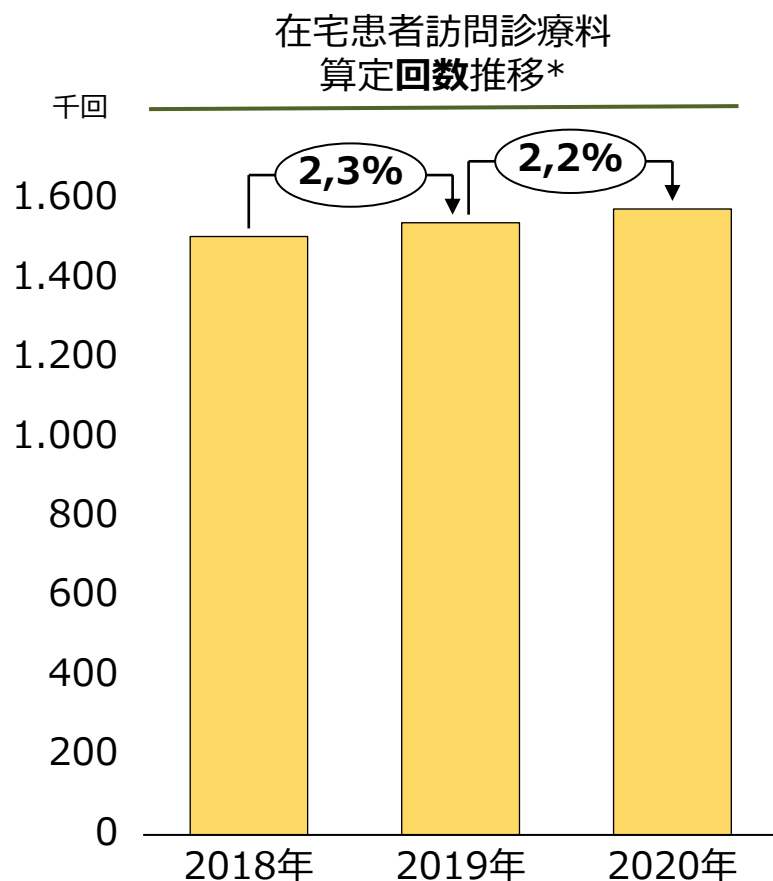
出典：支払基金

新型コロナウイルス感染症対応下での 医業経営状況



コロナ禍における訪問診療と看取りの変化

- コロナ禍における訪問診療回数は微増（経年と大きな差異なし）に留まっているが、看取りの件数は2019年の約8,500件から2020年には約11,000件となり、29%増と大幅に増加した。



* 出典：社会医療診療行為別統計（各年6月調査分）

- ・ 在宅患者訪問診療料は（Ⅰ）1同一建物居住者以外、（Ⅱ）1同一建物居住者、（Ⅲ）イの回数合計
- ・ 在宅ターミナルケア加算は在宅患者訪問診療料（Ⅰ）および（Ⅱ）にかかる在宅ターミナルケア加算の回数合計

新型コロナによる重症度×救急度と患者数減少の構造

“患者が感じる”緊急度

高

低

このセグメントの一部で、需要先送りがなされた

高

低

“患者が感じる”重症度

<ul style="list-style-type: none"> 救命救急 (脳卒中、心筋梗塞・・・) 進行性がん 脳/心臓血管系疾患 高齢者の肺炎の一部 透析 疾患別リハビリテーション 	<ul style="list-style-type: none"> 早期がんの一部 整形外科系疾患の手術 眼科、耳鼻科系疾患の手術 各種難病
<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の肺炎の一部 急性胃腸炎の一部 急性発熱の一部 急性外傷の一部 蕁麻疹の一部 各種検査 (採血、CT・・・) 	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病等の毎月の診察 軽症の風邪症状 軽症の胃腸炎 消炎鎮痛/慢性疼痛 各種検査 (内視鏡、エコー・・・) 健康診断/人間ドック 目的/目標の無い通所サービス

このセグメントでは、受入側の混乱 (救急車たらい回し等) が見られた

このセグメントの一部で、需要蒸発が起こった

withコロナ時代に生き残る医療機関となるために

1. 中長期的に医療需要の減少が見込まれるが、全てのセグメントではない。
2. 各医療機関別に見ても、この間も減らなかった患者さん、すぐに戻ってきた患者さんは存在している（例：救命救急、がん、生活習慣病、緊急度の高い検査、疾患別リハビリ、透析、在宅等）
3. コロナ禍を機に、各医療機関が自らの役割を再定義し、必要とされる医療提供に注力しつつ、経営を維持するための方向性を見いだすべきと考える

本日の講義内容

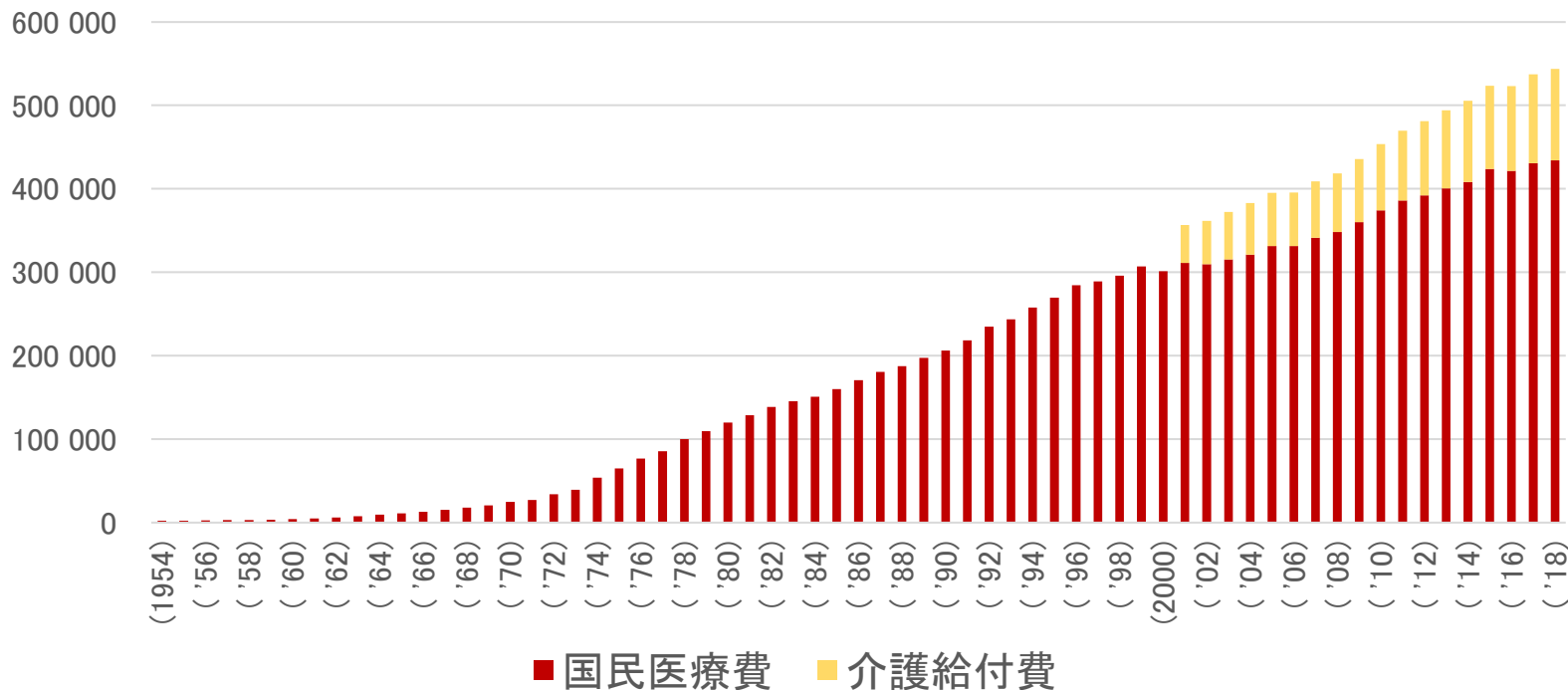
1. 医療機関経営/介護施設における新型コロナウイルスの影響
2. 医療機関/介護施設経営を取り巻く環境変化
3. 2022年度診療報酬改定の見通し
4. コロナ禍時代を生き抜く、これからの医療機関経営戦略
5. 医療機関の経営戦略事例

国民医療費＋介護保険費

- 国民医療費は、過去50年以上、伸び続けている。
- 2000年に一時的に伸びが鈍ったが、これは介護保険の導入の影響

国民医療費＋介護保険費の推移

単位：億円

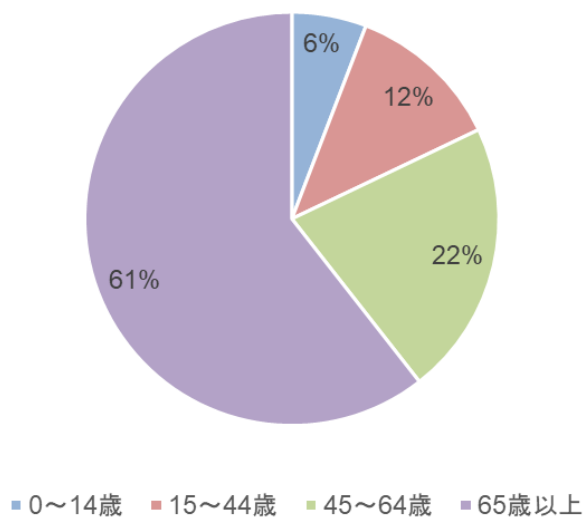


■ 国民医療費 ■ 介護給付費

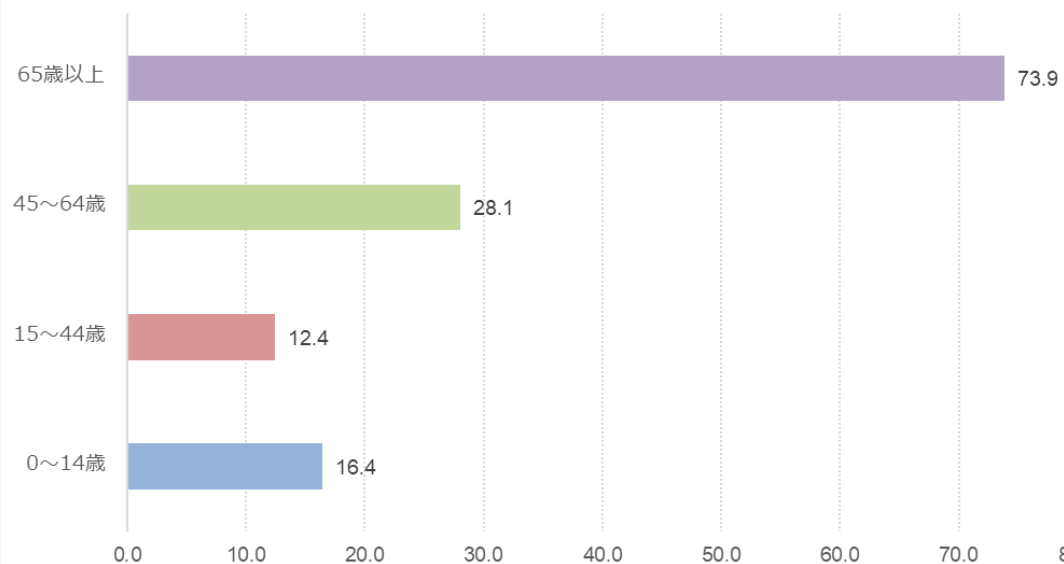
国民医療費の世代間分布

■ 年齢別に国民医療費を見ると、65歳以上の一人あたり医療費は、それ以下の世代の5－10倍以上である。

国民医療費の世代間分布

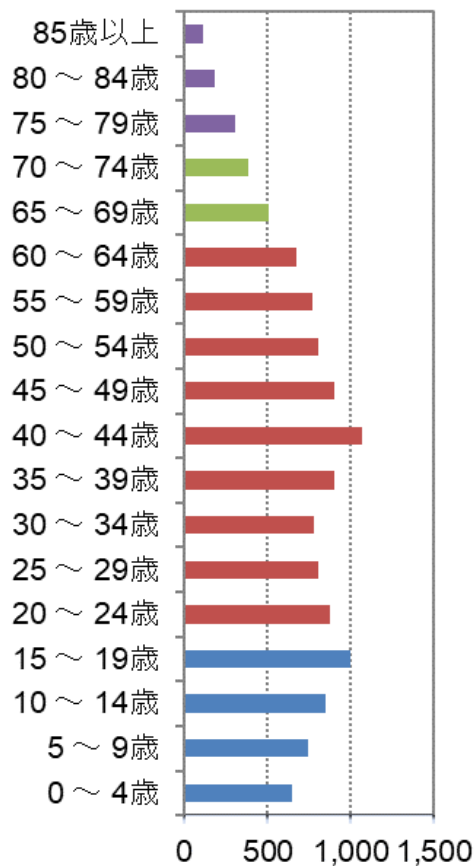


1人あたり医療費

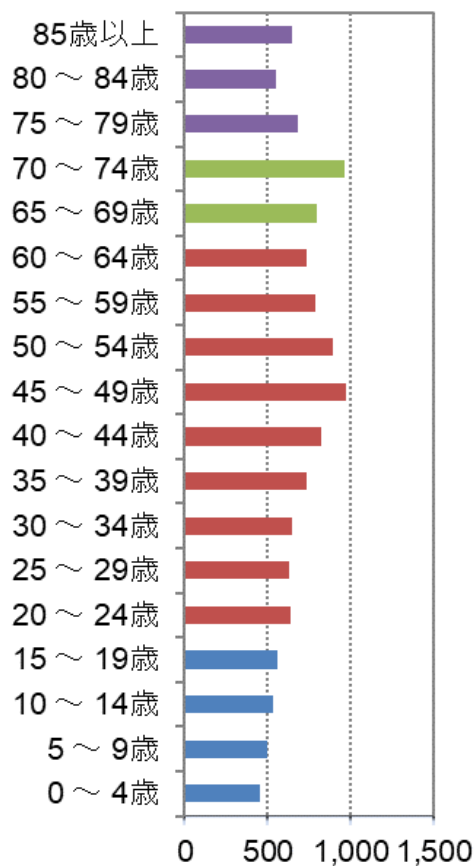


人口構成の変化

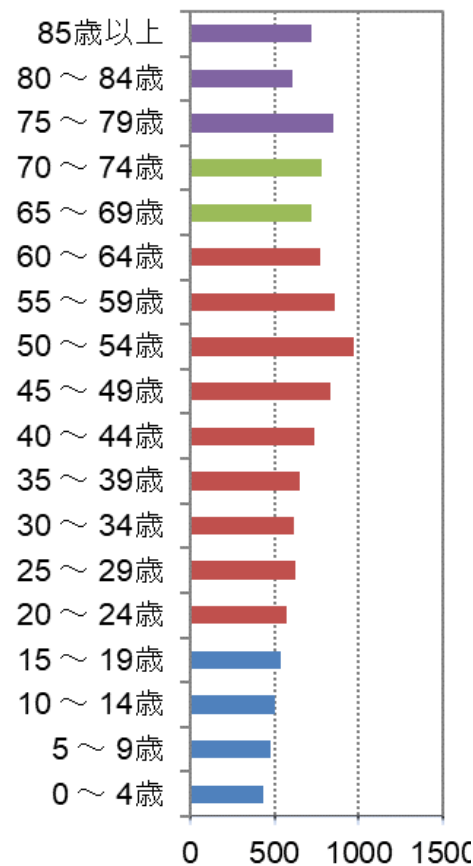
1990年
(総人口：1億2328万人)



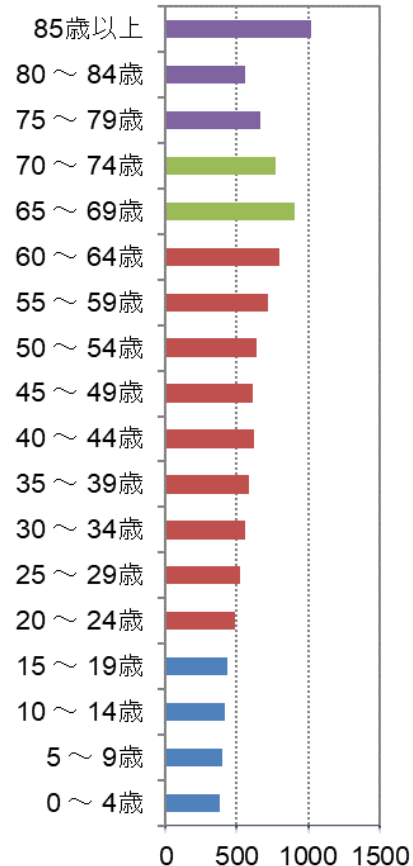
2021年5月1日
(総人口：1億2536万人)



2025年
(総人口：1億2254万人) (総人口：1億1092万人)



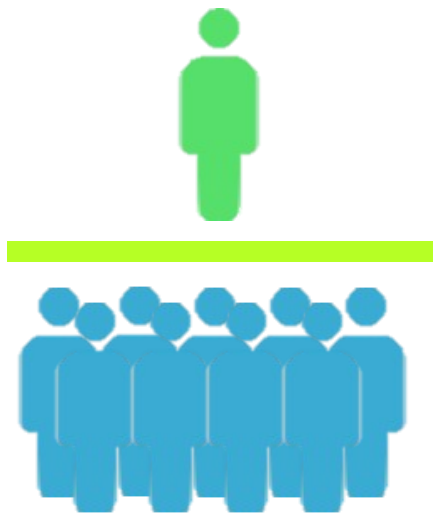
2040年
(総人口：1億1092万人)



※ 総務省「国勢調査」及び「人口推計」
 ※ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

少子高齢化の進行によって、「みこし型」から「肩車型」へ

〈1965年〉
みこし型、胴上げ型



65歳以上1人に対して、20～64歳は9.1人

〈2021年〉
騎馬戦型



65歳以上1人に対して、20～64歳は1.9人

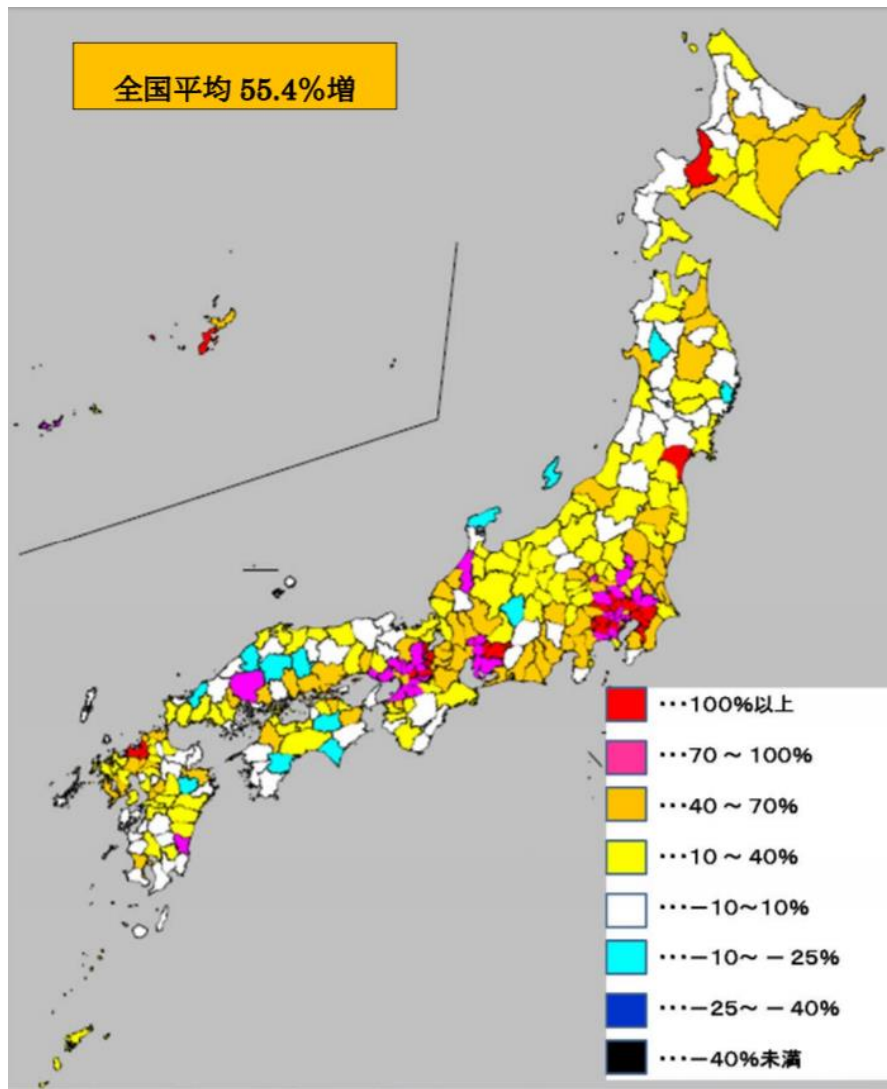
〈2050年〉
肩車型



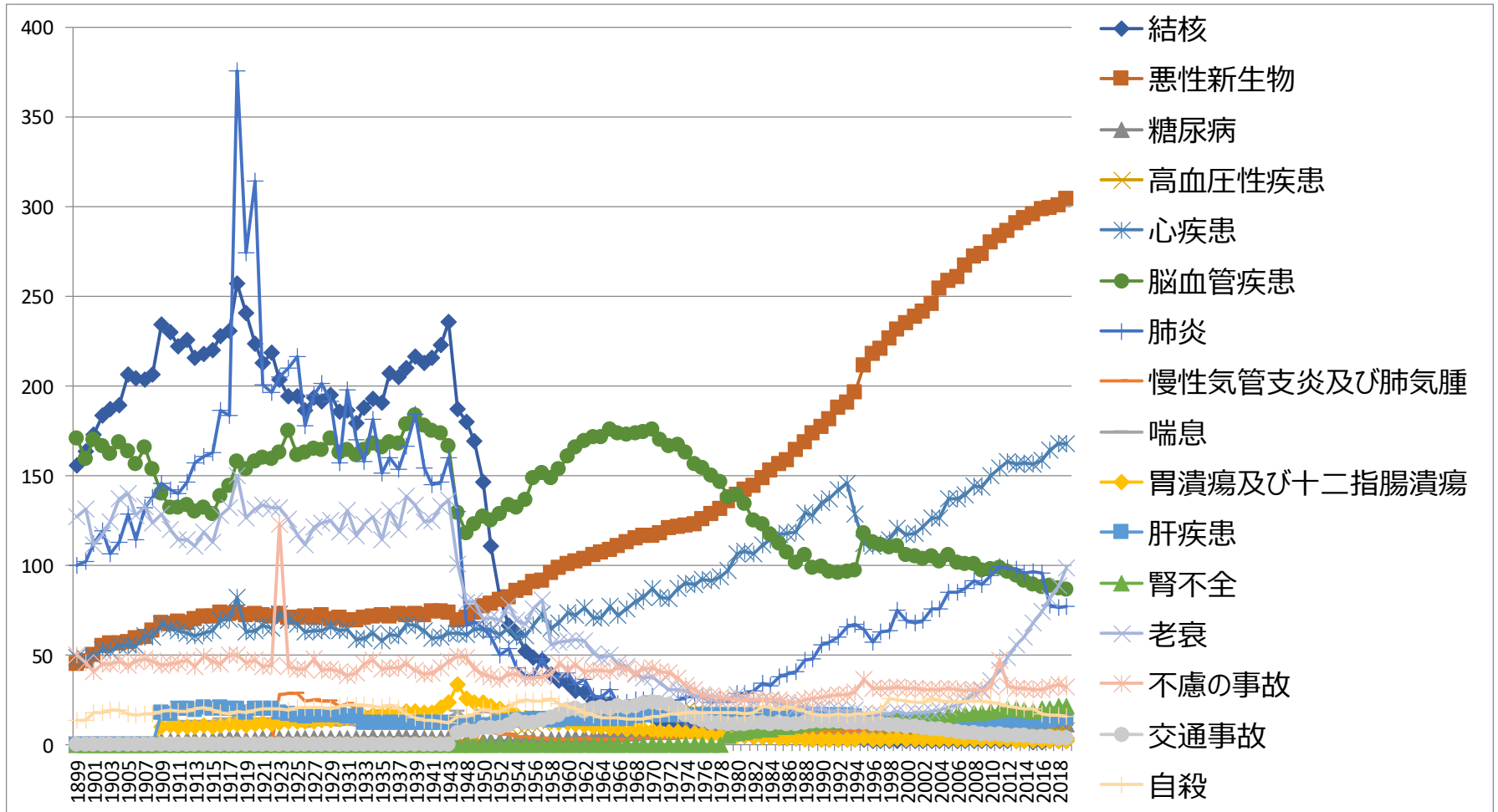
65歳以上1人に対して、20～64歳は1.2人（推定）

人口動態：2010年→2040年の75歳以上増減率

- 地域により異なり、既に減少が始まっている地域もあります（推計）。

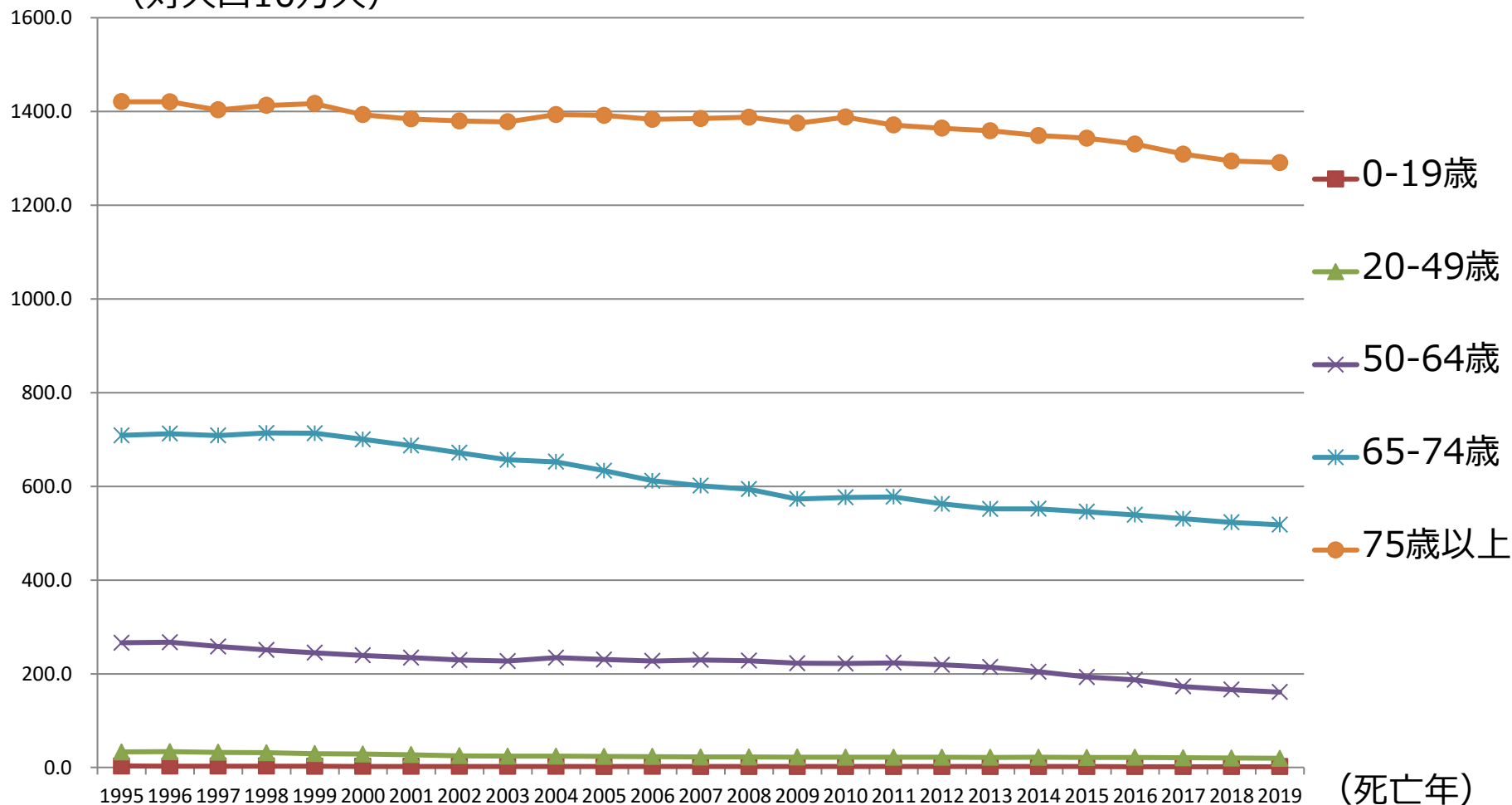


死因別死亡率推移（人口10万対）



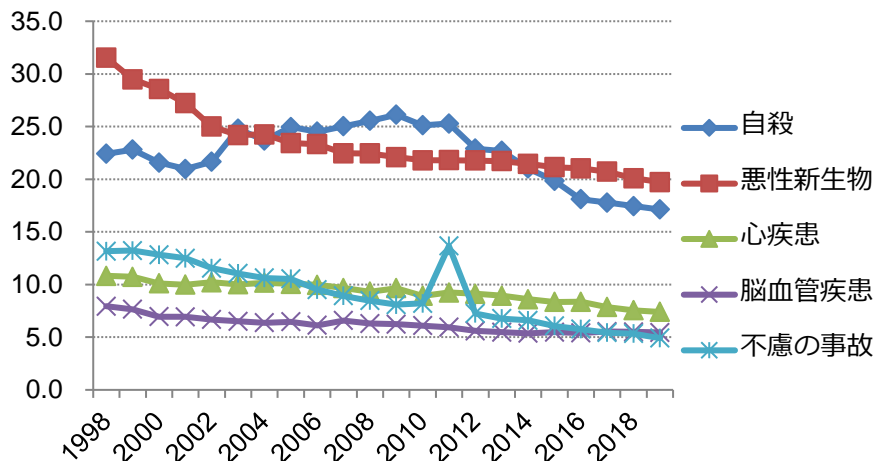
全国年齢別がん死亡率の推移（年齢5区分化）

(対人口10万人)

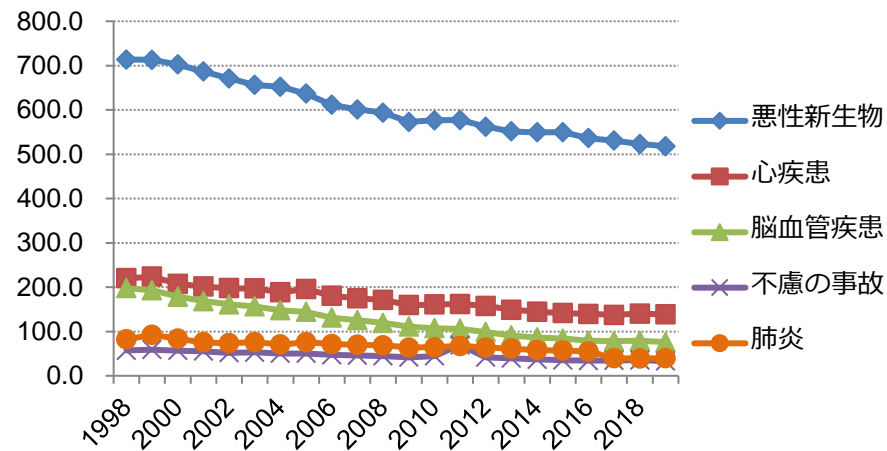


死因順位5位までの年代別死亡率（人口10万対）の推移

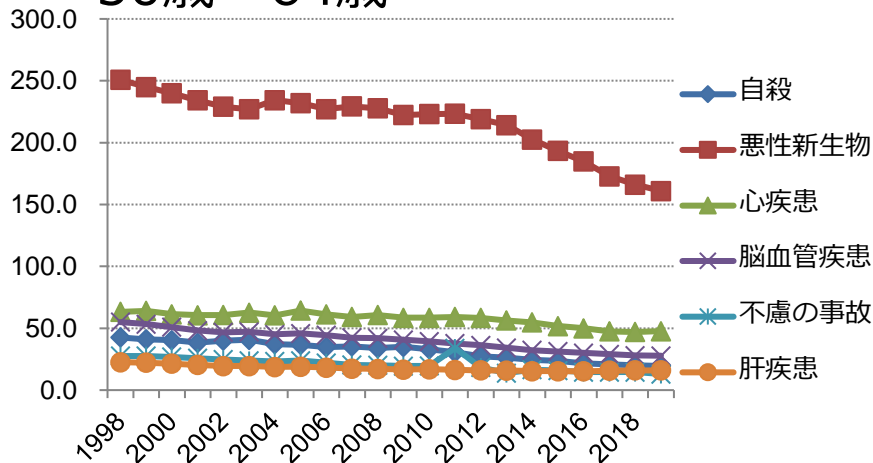
20歳～49歳



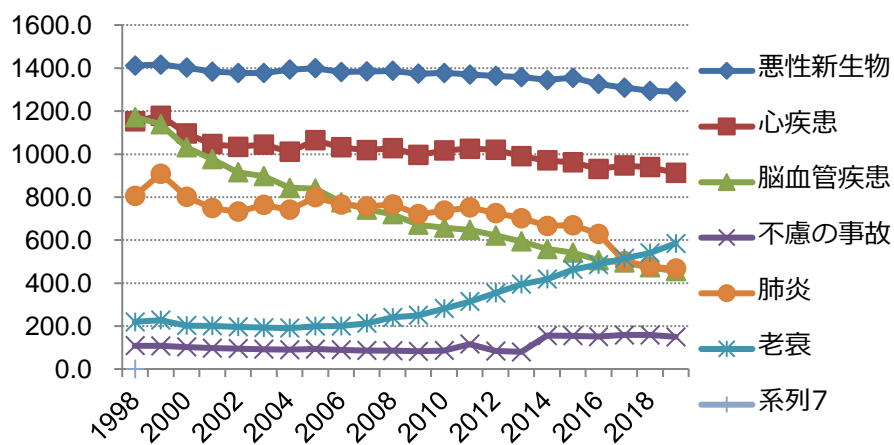
65歳～74歳



50歳～64歳

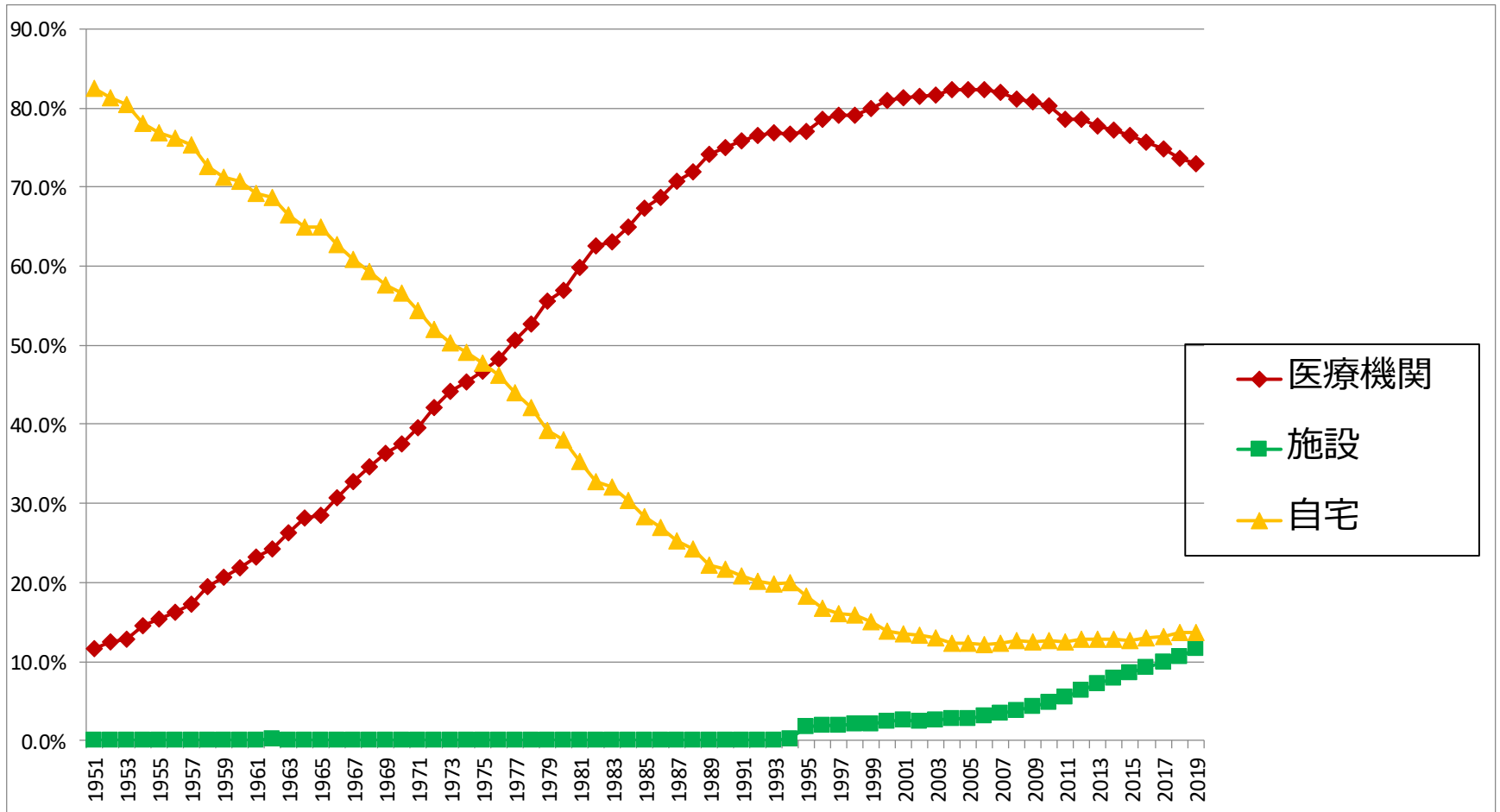


75歳以上

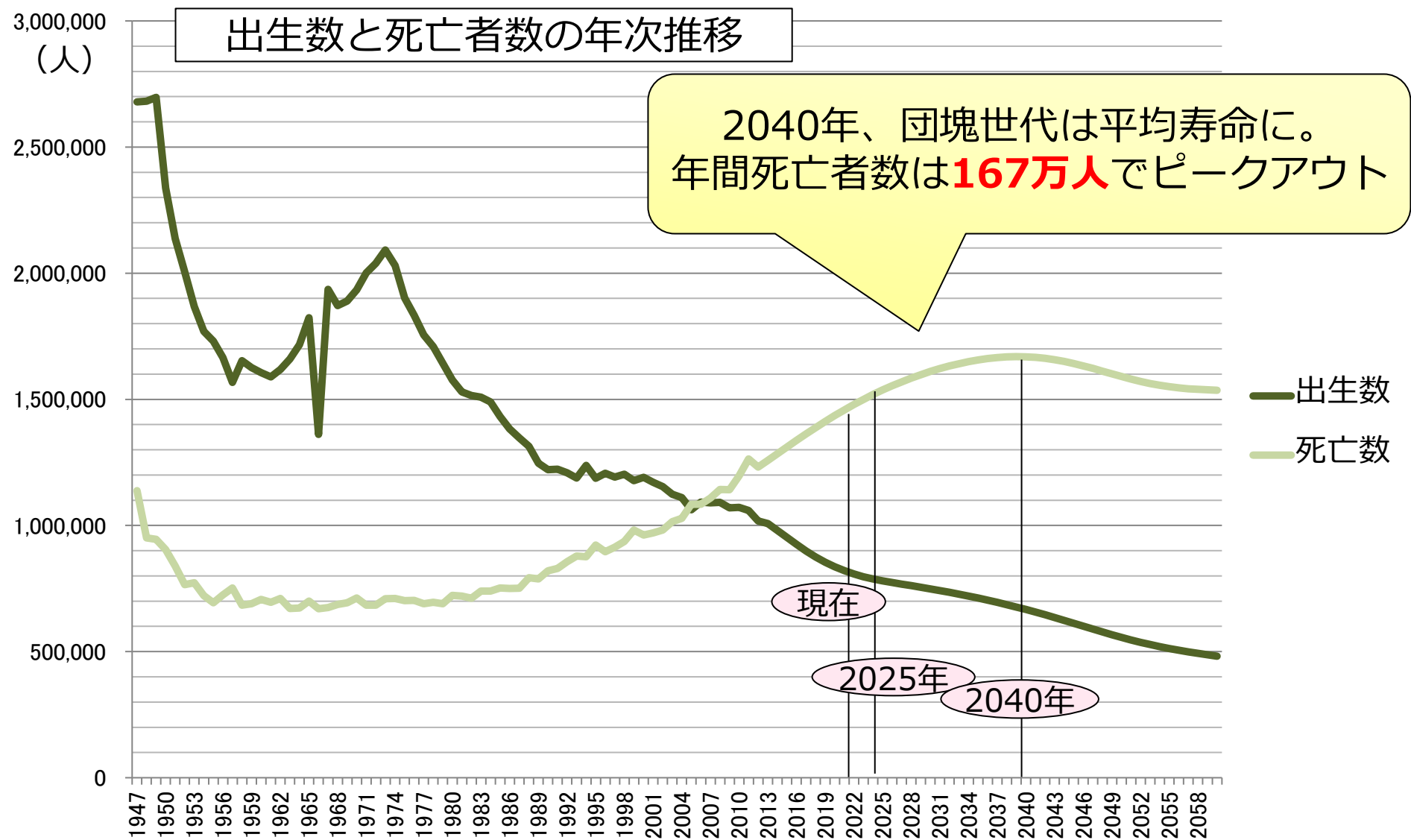


注：・自殺については、65歳以上は死因5位内に入っていないため、データがない。
 ・20歳未満については、先天的な病気による死因も多く、また年度によるデータノイズも多いことから省いた。
 ・「老衰」については、85歳以上でのみ死因5位内に入ってくるため、85歳以上での人口10万対のデータ。

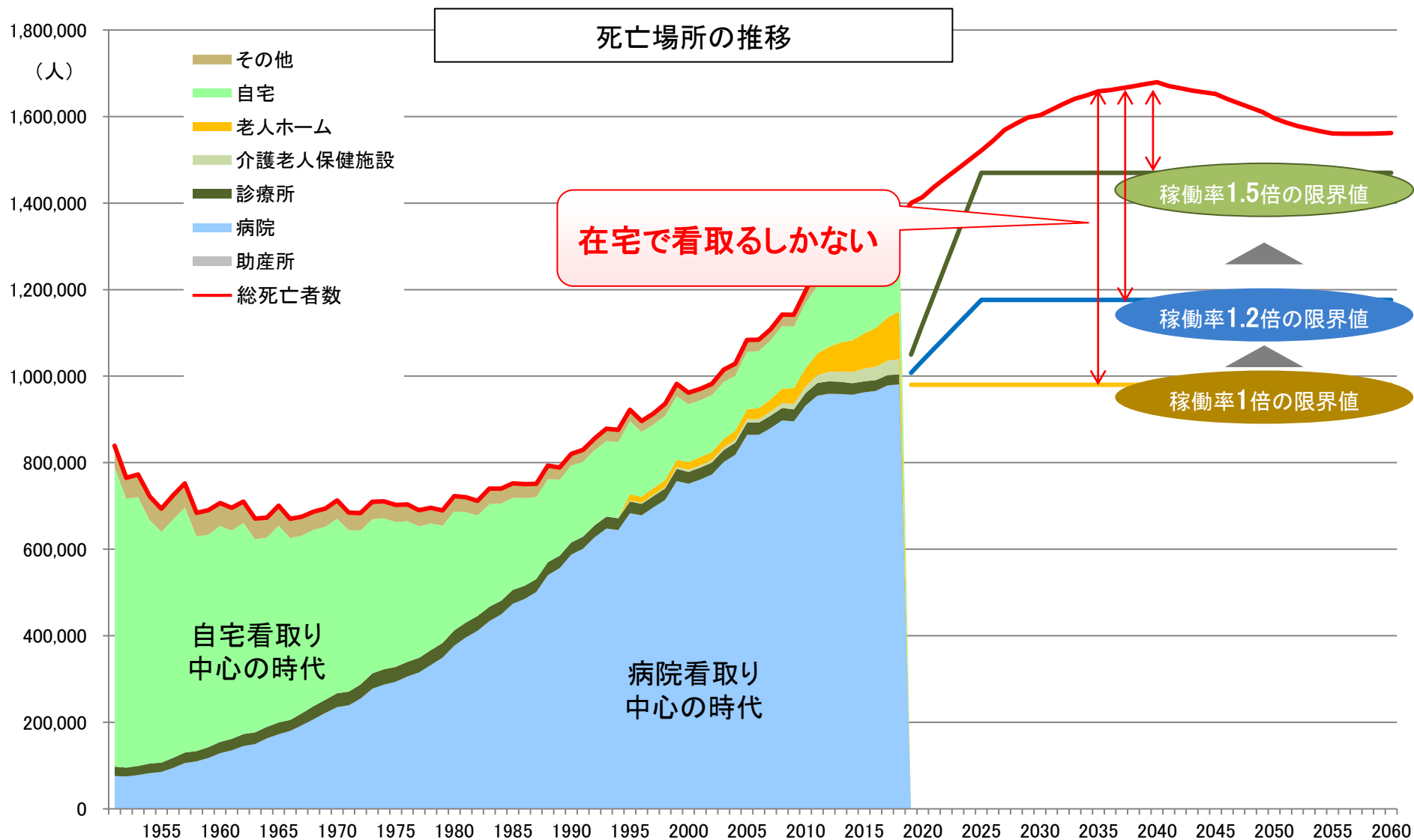
死亡場所別にみた年次死亡数の割合



虚弱高齢者の増加の先にあるのは、“多死社会”

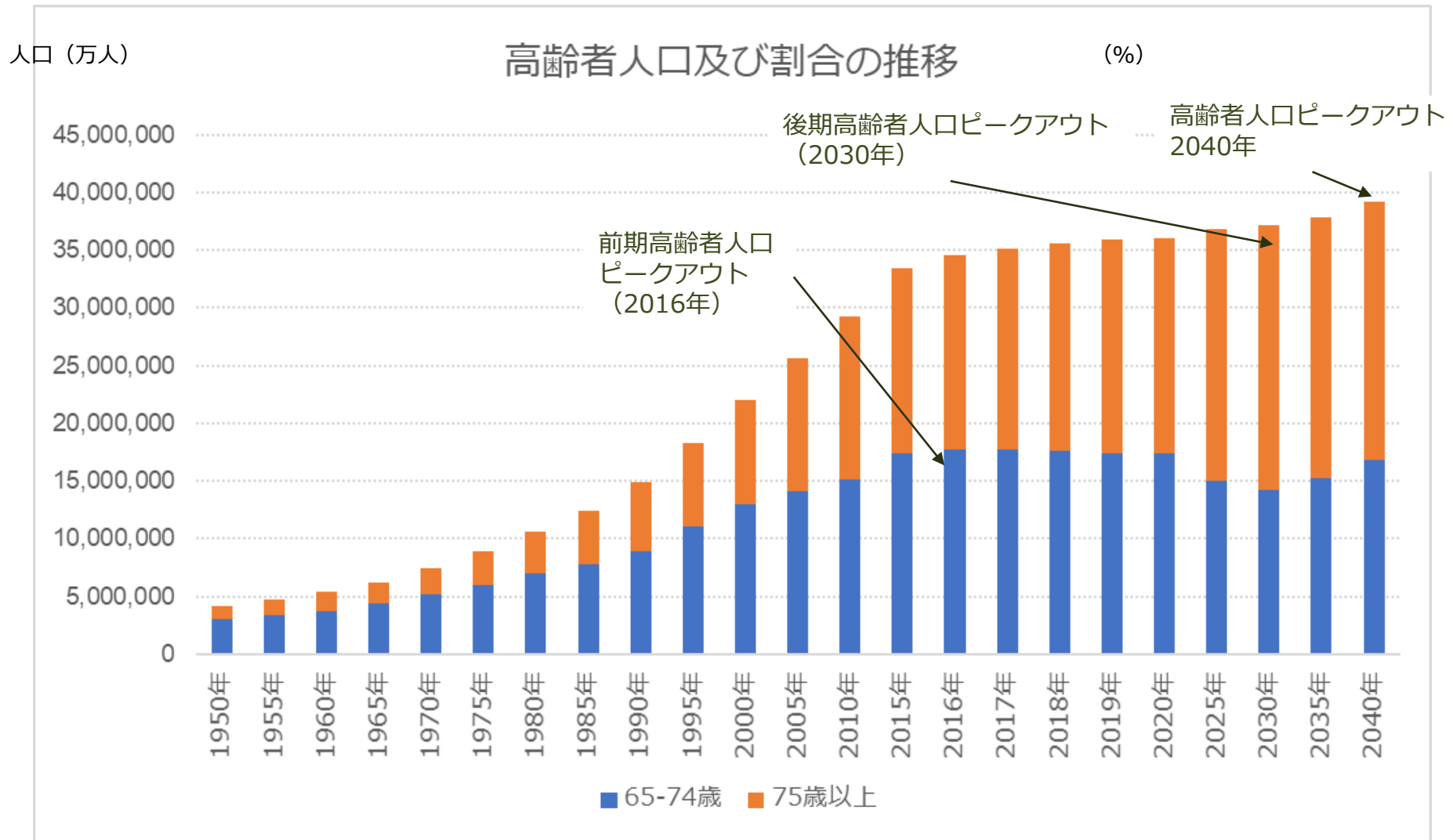


多死社会、、、30万人の方の「死に場所」が足りない



（資料）厚労省「人口動態推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（H24年推計）出生中位死亡中位推計」

高齢化率上昇の内訳→前期高齢者は頭打ち、後期高齢者が激増

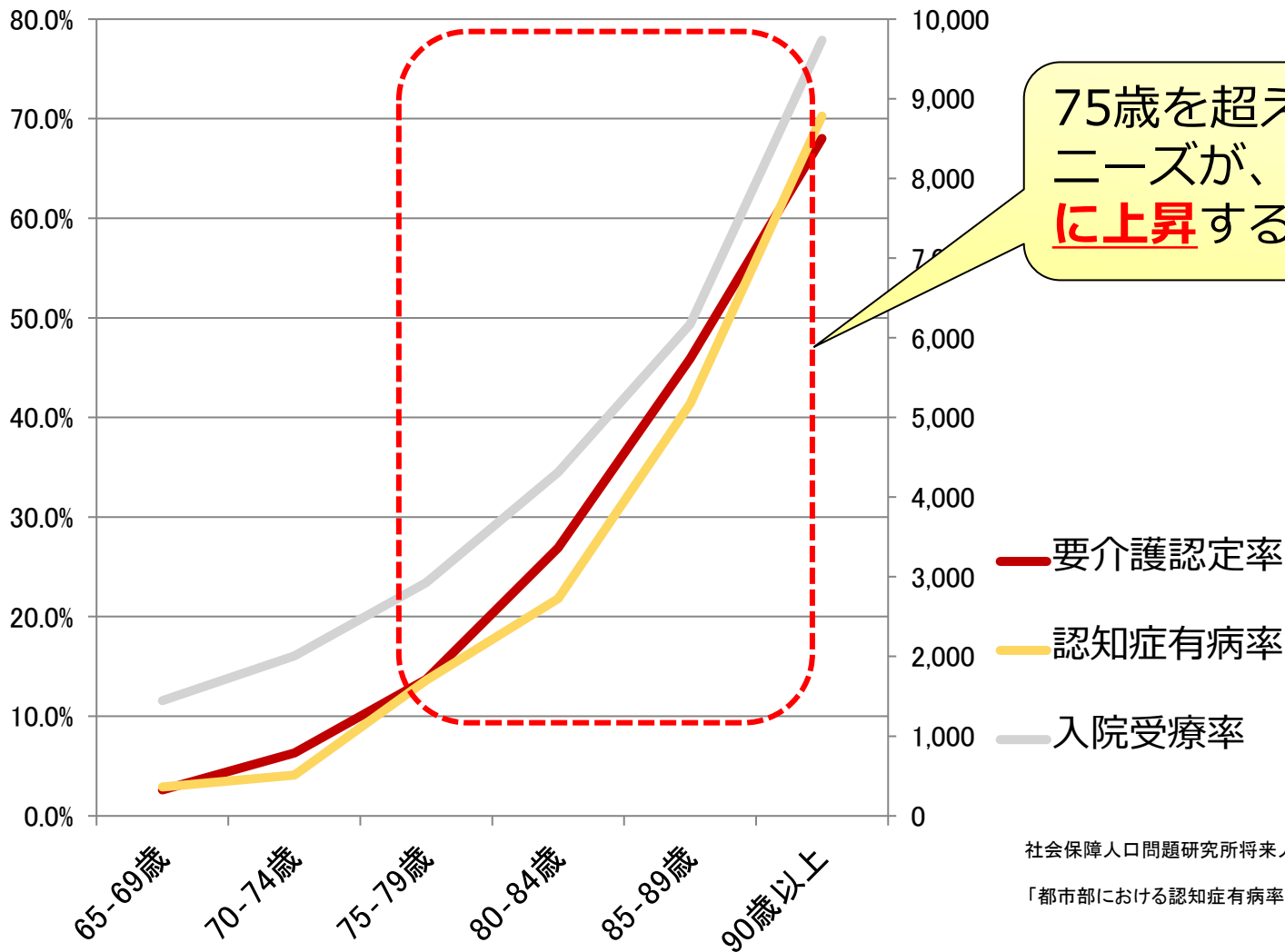


後期高齢者の激増 = マクロレベルでの“虚弱集団”の出現

加齢に伴う、各医療・介護ニーズの変化

要介護認定率
認知症有病率

入院受療率（人口10万対）



75歳を超えると、各種
ニーズが、**指数関数的
に上昇**する

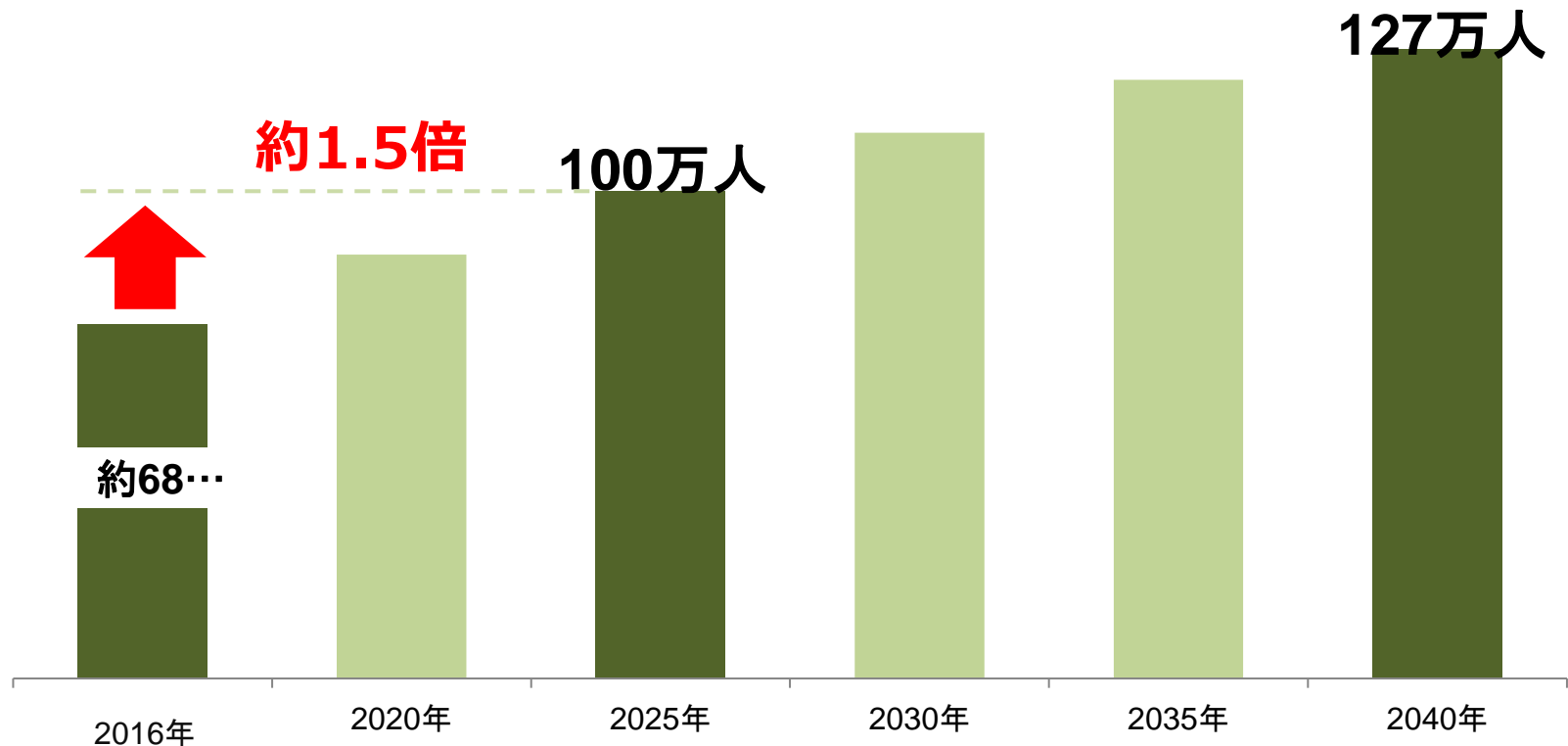
- 要介護認定率
- 認知症有病率
- 入院受療率

(データ元)
要介護認定率: 社会保障人口問題研究所将来人口推計及び、介護給付費実態調査(H24)
認知症有病率: 筑波大附属病院
「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H24)
入院受療率: 患者調査(H23)

在宅療養患者は2025年には100万人

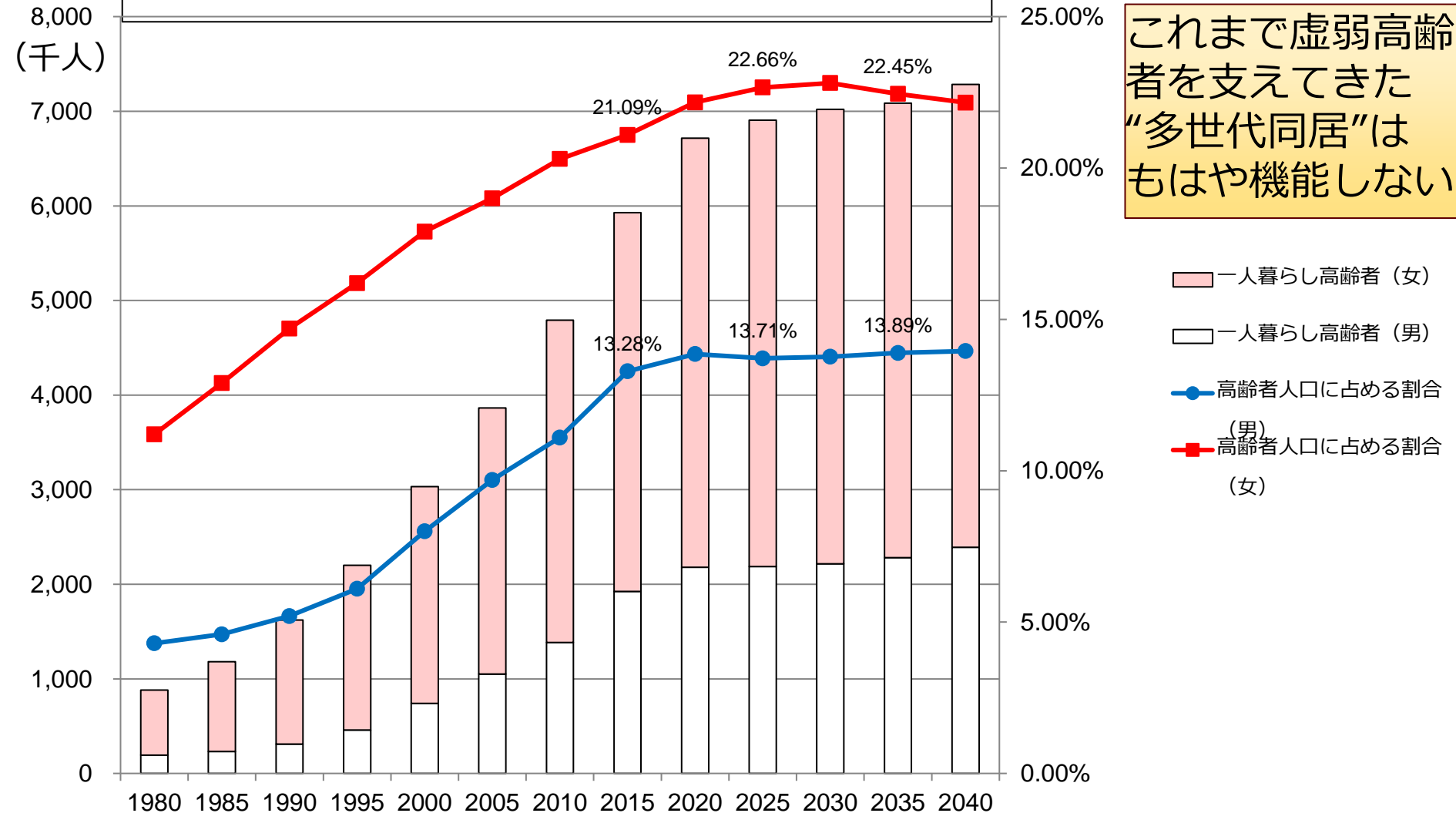
- 2016年時点で全国に約68万人いる訪問診療患者数を、受療率上昇を加味せず「高齢化だけ」で将来推計しても、2025年には約100万人、2040年には約127万人となり、全病床数と同等の規模になる。

全国 訪問診療患者数の将来推計



高齢者の独居化は進行、家族によるサポートは期待できない

一人暮らし高齢者数の推移予測（男女別）



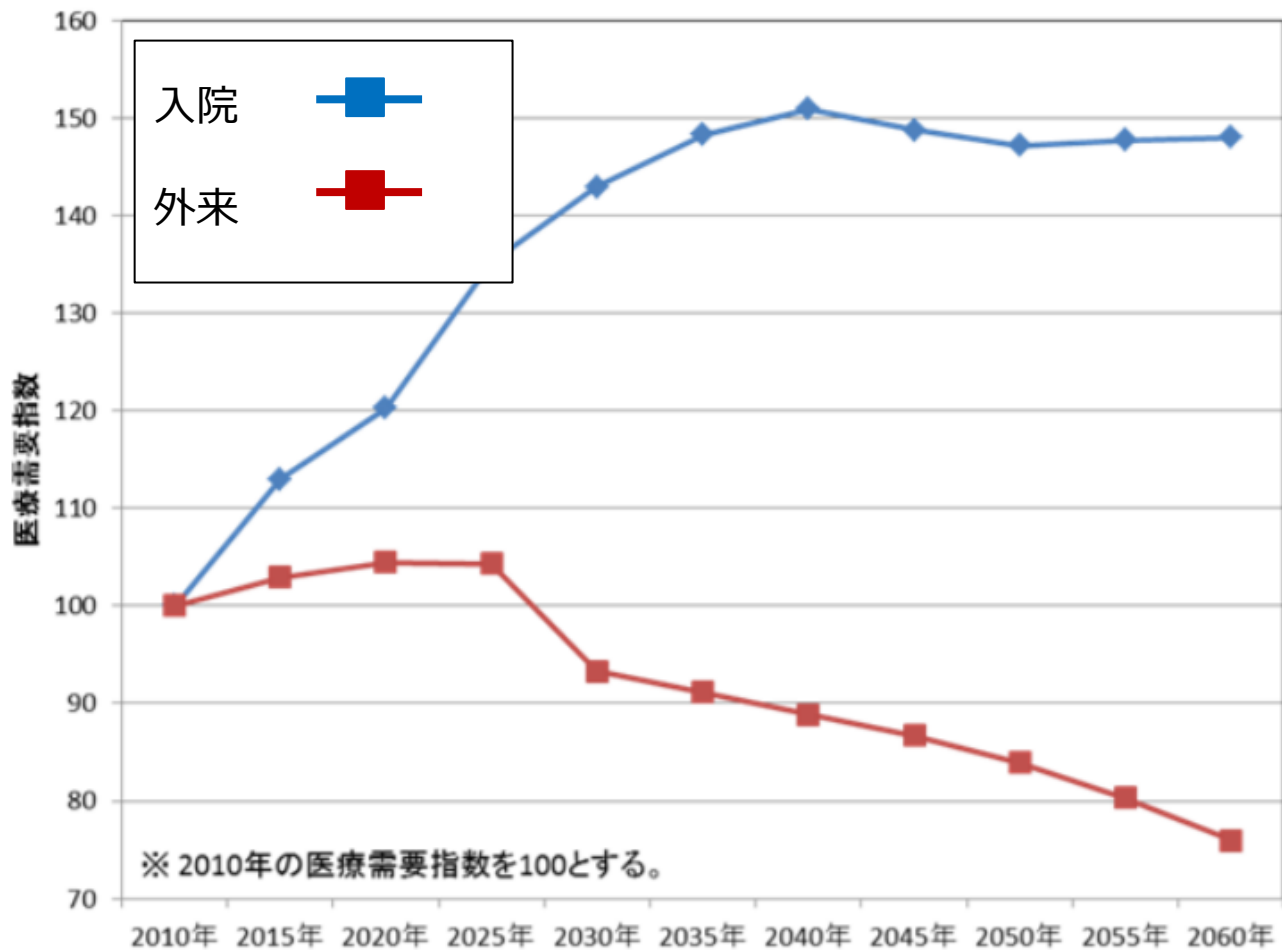
これまで虚弱高齢者を支えてきた“多世代同居”はもはや機能しない

- 一人暮らし高齢者 (女)
- 一人暮らし高齢者 (男)
- 高齢者人口に占める割合 (男)
- 高齢者人口に占める割合 (女)

(資料) 総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」「日本の将来推計人口」

今後の入院医療と外来医療の需要推移（全国）

- 2025年をピークに外来医療の需要は減少に転じる予測となっている。
- 一方で入院の需要は増え続け、2040年にピークを迎える予測。



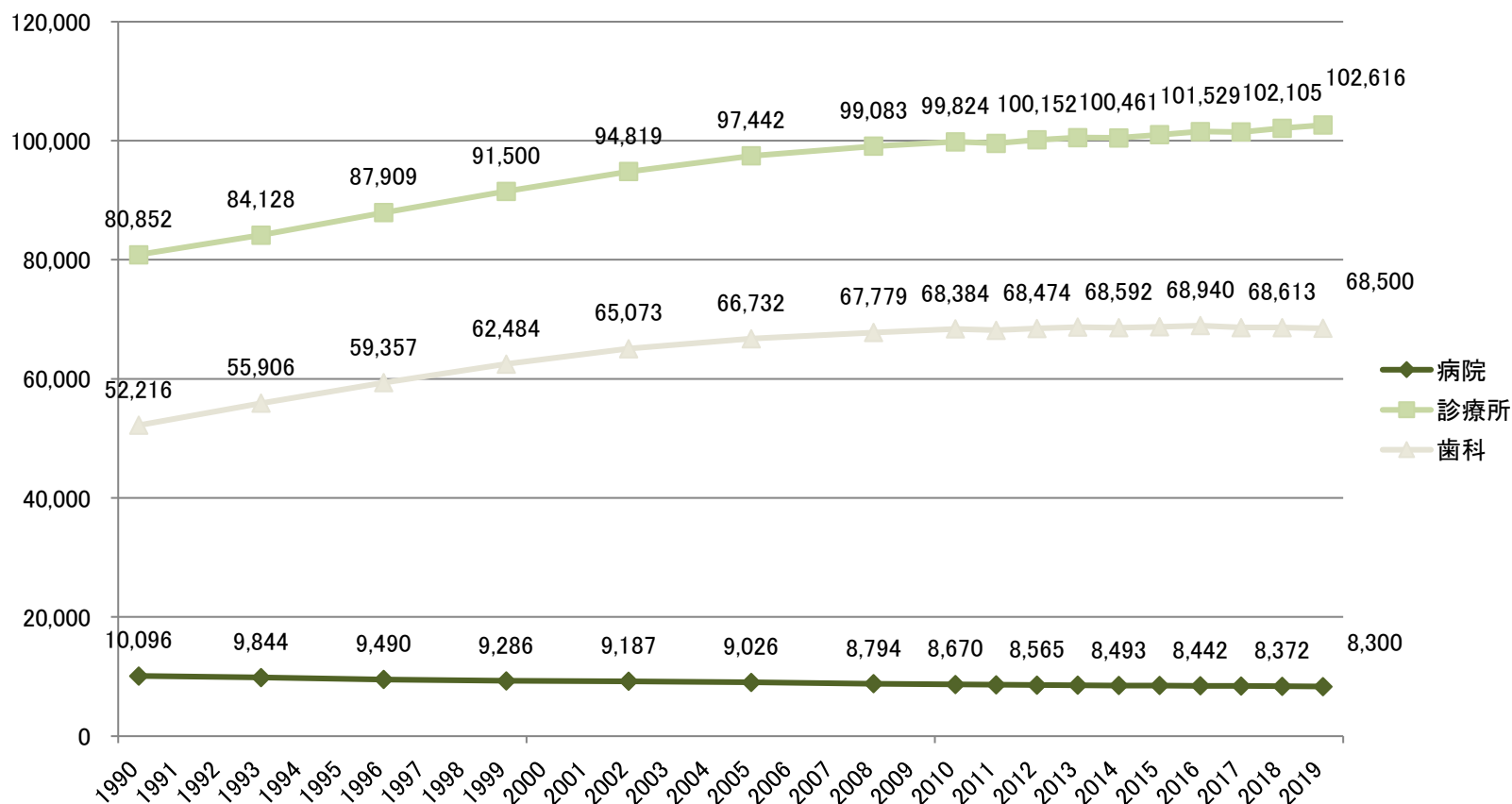
入院・外来受療率（5歳区分）



医療機関の施設数

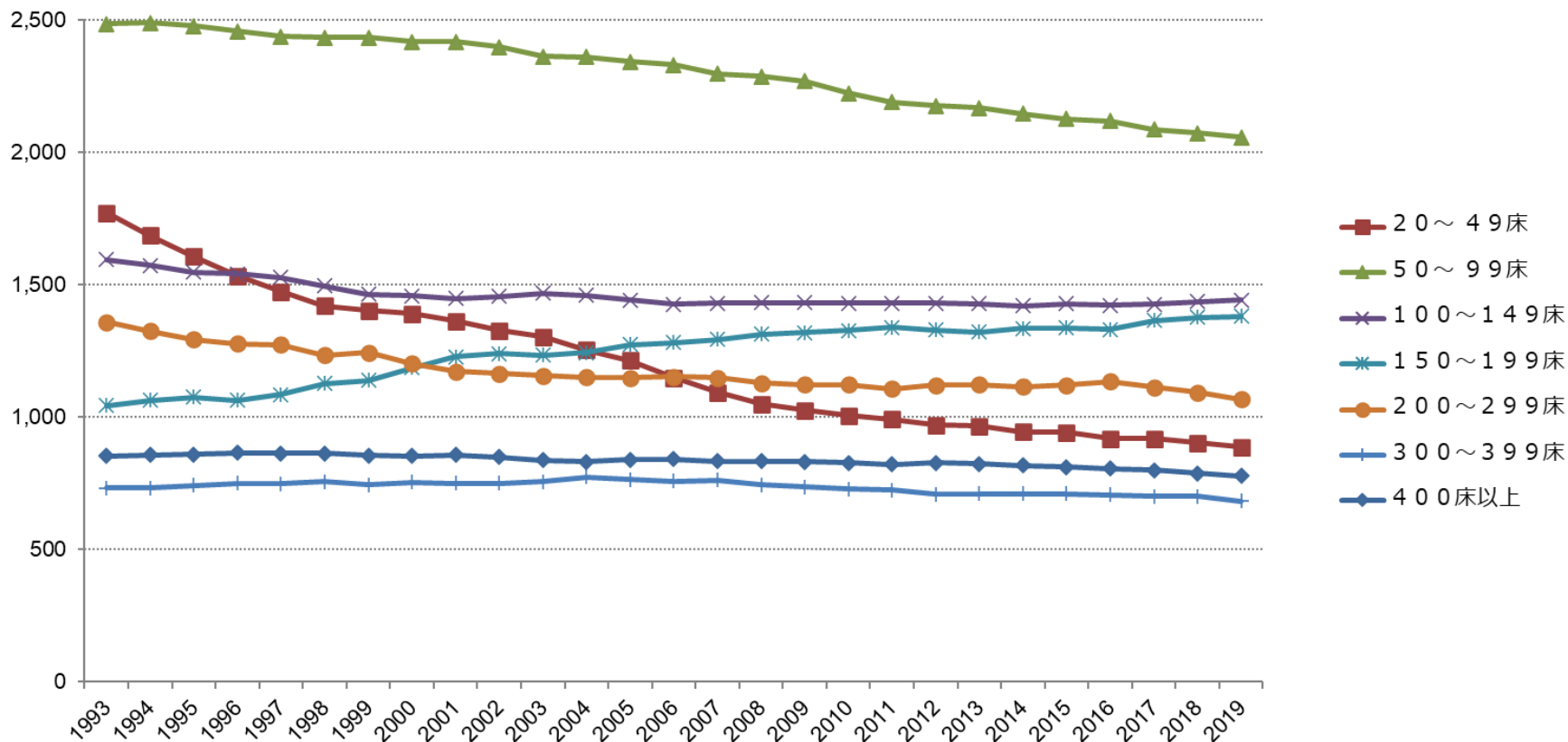
- 病院は、20年間、減少の一途をたどっている。
- 診療所数は、医科・歯科共に増加していたが、直近で横ばいに転じた

単位：数

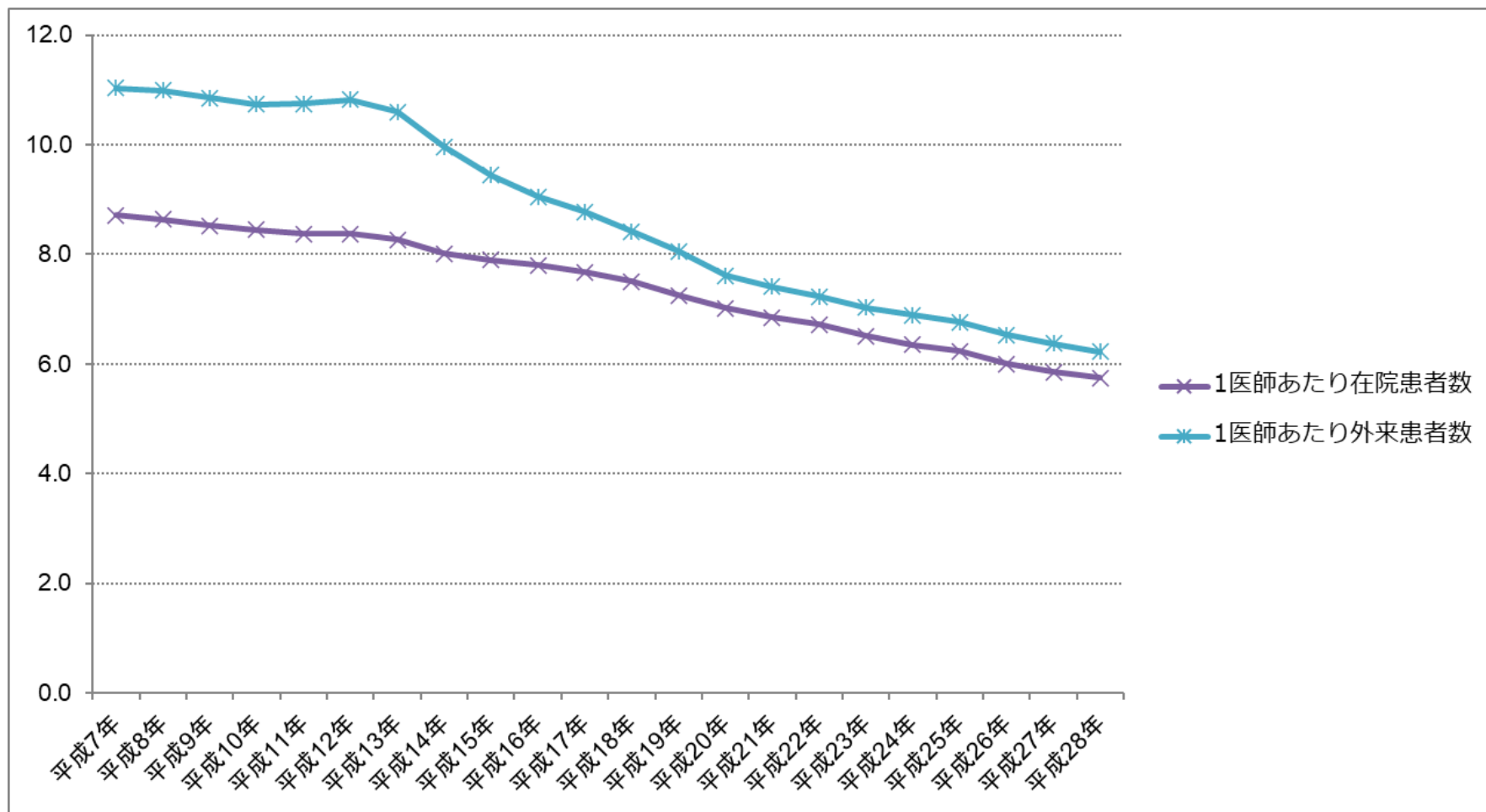


病院数の規模別推移

	1999→2019	CAGR (2009→2019)
病院総数	-11%	-0.6%
20～49床	-37%	-2.3%
50～99床	-15%	-0.8%
100～149床	-2%	-0.1%
150～199床	21%	1.0%
200～299床	-14%	-0.8%
300～399床	-8%	-0.4%
400床以上	-8.9%	-0.5%

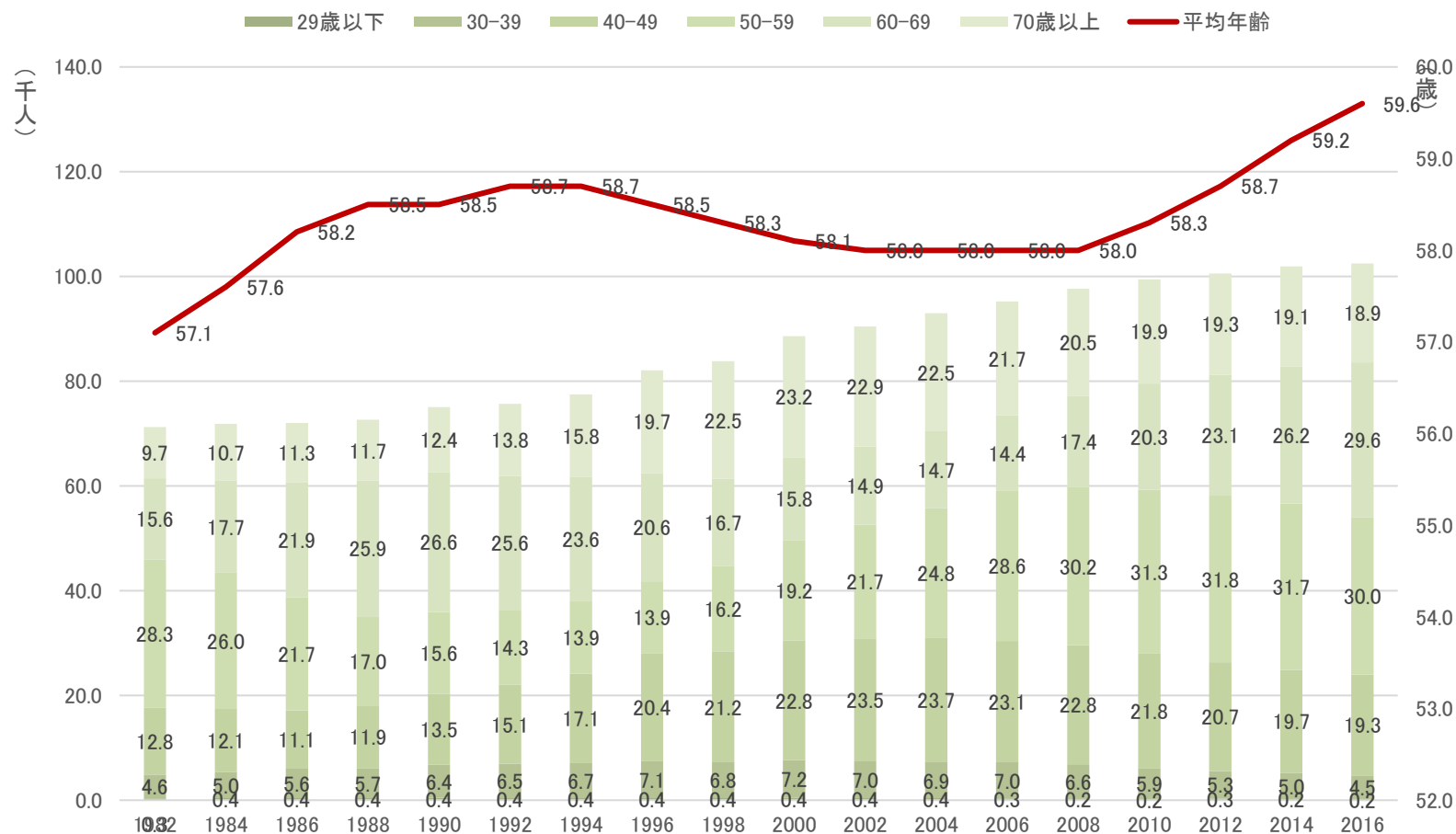


医師当たり患者数の見通し



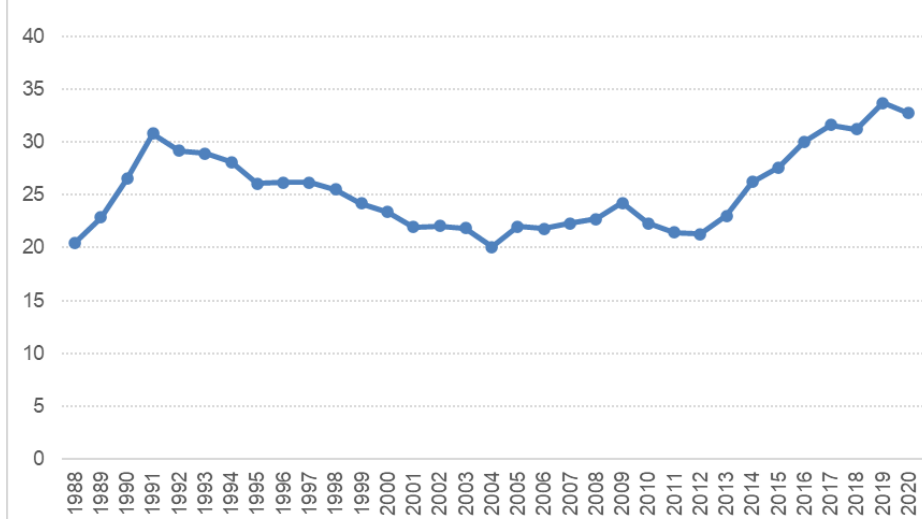
出典：厚生労働省「病院報告」

診療所の医師数と平均年齢

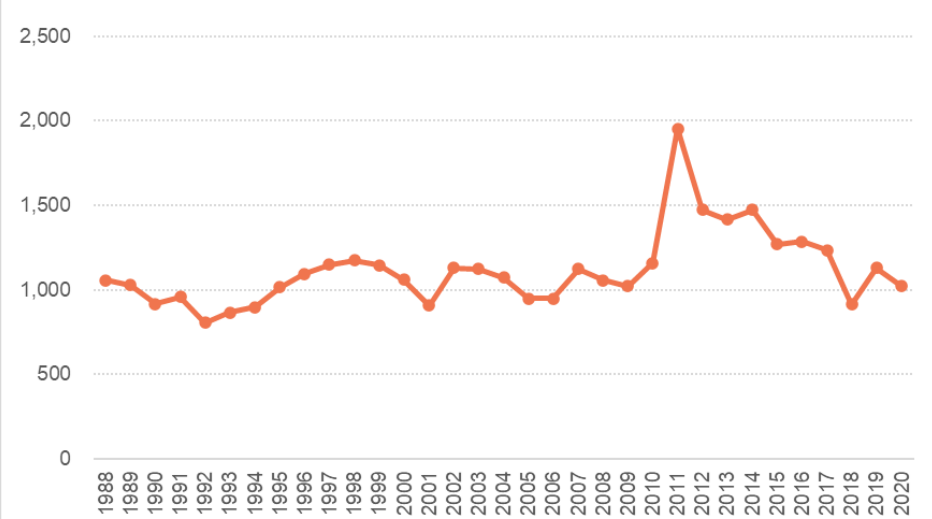


病院・診療所の建設費用の推移

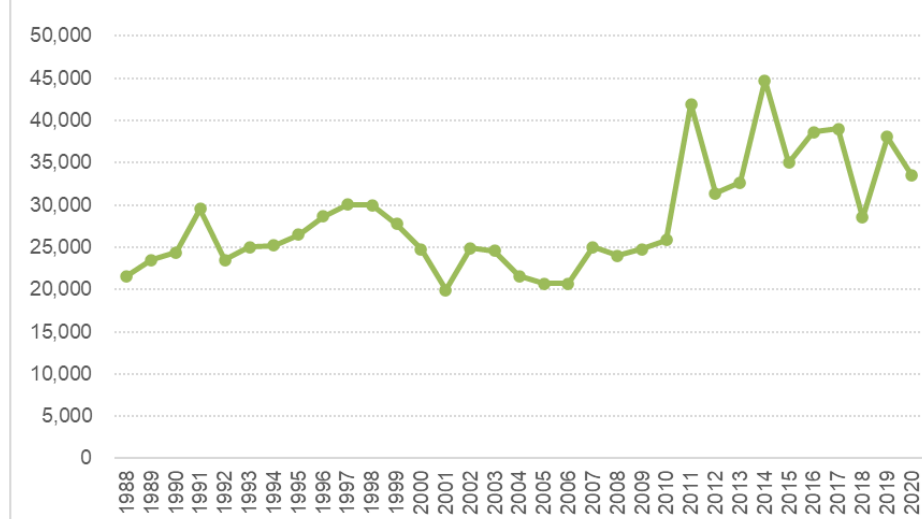
1m2当たり建設費用



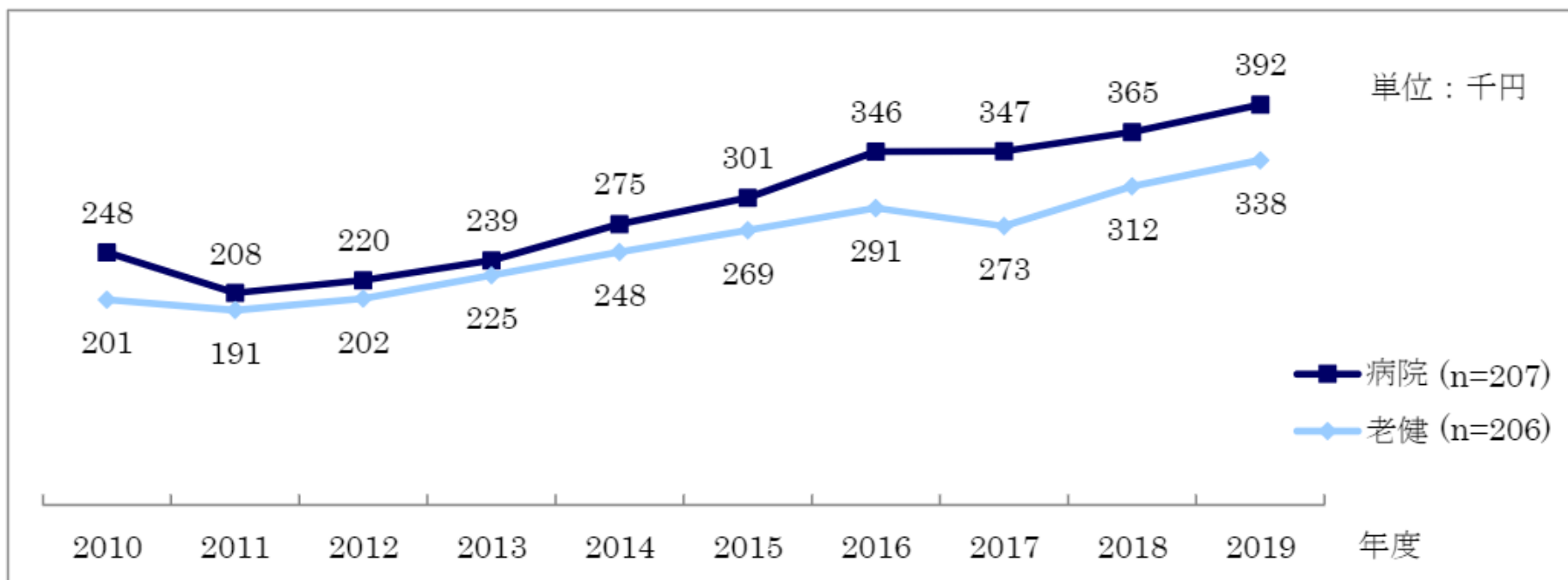
1棟当たり建設面積



1棟当たり建設費用



病院・介護老人保健施設の平米単価の推移（平均）



本日の講義内容

1. 医療機関経営/介護施設における新型コロナウイルスの影響
2. 医療機関/介護施設経営を取り巻く環境変化
3. 2022年度診療報酬改定の見通し
4. コロナ禍時代を生き抜く、これからの医療機関経営戦略
5. 医療機関の経営戦略事例

2020年度 診療報酬改定のポイント①

高度急性期・
一般急性期・DPC

- 重症度は、認知症患者の評価が下がった。救急・手術患者の評価が上がった。
- 救急は、全体的に手厚い対応に。救急車2000台以上(1000台以上)が一つの区切り。
- 400床以上と特定機能病院等は、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟の届出が厳しくなった。

地域包括ケア病床

- 自宅からの入院患者数や在宅医療・訪問看護等の実績要件が厳格化
- 認知症ケアや緩和ケア等、高齢化により顕在化しつつあるニーズに対して評価。対応強化が必要。

回復期リハ病床

- リハビリテーション実績指数は、より厳格化。発症早期の患者受入・早期退院を強化する必要がある
- FIMの測定において、患者・家族への説明が要件化。
- 管理栄養士の配置が回復期リハ病棟1で要件化。摂食嚥下リハも一定の評価。

医療療養病床

- 経過措置2には終了、経過措置1も減算幅が拡大。
- 中心静脈栄養は定期的な評価が必要に。かつ患者・家族への説明が要件化。
- 感染・寝たきり・長期入院のリスクを下げるために、排尿自立支援を評価。

2020年度 診療報酬改定のポイント②

在宅医療・訪問看護

- 在宅医療の改定は軽微。
- 精神科訪問看護、複数回・複数名訪問看護についても、同一建物減算。
- 専門性を評価。特定行為関連の特定保険医療材料の算定が可能に。軽症の人工肛門・人工膀胱ケア。

外来

- 紹介状無し初診患者の定額負担は、200床以上の地域医療支援病院に拡大
- 機能強化加算の要件に患者周知の強化。地域包括診療加算は要件緩和。小児かかりつけ診療料の拡大など。「かかりつけ医」の推進。
- オンライン診療料の変更は軽微。僻地診療などでの要件緩和。

その他

- <緩和ケア>対象に末期心不全・HIVを追加。
- <透 析 >腹膜透析と血液透析の併用要件の見直し。
- <栄 養 >栄養管理、栄養食事指導体制の実現に向けた評価の充実。

働き方改革

- 各種施設基準における常勤要件の緩和
- ※週3日以上かつ週22時間以上の非常勤の組み合わせを一部許容
- 医師事務作業補助、看護職員・看護補助等におけるタスクシェアリング推進
- 病棟薬剤業務の強化と薬剤師配置基準要件の緩和
- 情報通信機器を活用した会議等の効率化
- 総合入院体制加算等における働き方改革制度の推進
※病院管理者のコミットメント強化や各種人事制度等の充実

2021年度介護保険改定の全体像

“基本料を全サービスで引き上げ”

1. 感染症や災害への対応強化
 - 感染症や災害に備え**業務継続計画 (BCP)**策定を義務づけ
 - 21年4～9月は基本料を0.1%上乘せ（通年0.05%）
2. 地域包括ケアシステムの推進
 - 認知症対応の強化
 - 看取り対応の充実
 - 医療連携の強化
3. 自立支援・重度化防止の取組の推進
 - リハビリや口腔、栄養ケアを強化
 - **LIFE情報の活用とPDCAサイクル**の徹底
 - リハビリ等のアウトカム評価
4. 介護人材の確保・介護現場の革新
 - ICT化による省力化、効率化を強化
 - 処遇改善に向けた加算を取りやすく
5. 制度の安定性・持続可能性の確保

令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

改定率：+0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%（令和3年9月末までの間）

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室以外の定員上限の明確化

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通減制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進
・職員の離職防止・定着に資する取組の推進
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
・人員配置基準における両立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた

業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
・会議や多職種連携におけるICTの活用
・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減

の推進 ・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の提示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
・リハビリテーションマネジメントの強化 ・遠隔通所直後のリハの充実
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
・ADL維持等加算の拡充

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

・基本報酬の見直し

2021年度介護保険改定のポイント

1. 感染対策とBCP
感染対策のための基本料増加、BCP策定の義務付けにより、感染や災害への対策を強化が求められる
2. 患者状態のモニタリングとアウトカム評価
LIFEによって患者状態を定期的にモニタリング、PDCAサイクルによって、より成果の得るリハビリや介護の取組に改善する必要がある
※ただしLIFEにこだわりすぎると結果がでないことも
3. リハビリ、口腔ケア、栄養ケア、認知症、看取り対応強化
医療ニーズ中心に多様な利用者のニーズに答え、介護施設対応できる利用者の幅を拡充する
4. 人材確保強化
サービス提供体制強化加算等で、介護福祉士の確保が評価され、処遇改善加算も使いやすく微修正され、ますます人材確保競争が激化

全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月14日） ※一部抜粋

資料1

全世代型社会保障改革の方針（案）

令和2年12月14日

<目次>

第1章 はじめに

1. これまでの検討経緯
2. 全世代型社会保障改革の基本的考え方

第2章 少子化対策

1. 不妊治療への保険適用等
2. 待機児童の解消
3. 男性の育児休業の取得促進

第3章 医療

1. 医療提供体制の改革
2. 後期高齢者の自己負担割合の在り方
3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

第4章 終わりに

全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月14日） ※一部抜粋

全世代型社会保障改革の基本的考え方

社会保障制度についても、まずは、国民1人1人が、仕事でも、地域でも、その個性を發揮して活躍できる社会を創っていく。その上で、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割を踏まえて、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいく。

まず、我が国の未来を担うのは子供たちである。長年の課題である少子化対策を大きく前に進めるため、本方針において、**不妊治療への保険適用の早急な実現**、待機児童の解消に向けた新たな計画の策定、**男性の育児休業の取得促進**といった少子化対策をトータルな形で示す。

一方、令和4年（2022年）には、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり始める中で、**少しでも多くの方に「支える側」として活躍いただき**、能力に応じた負担をいただくことが必要である。このため、本方針において高齢者医療の見直しの方針を示す。

このような改革に取り組むことで、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「**全世代型社会保障**」への改革を更に前に進めていく。

第2章 少子化対策

長年の課題である少子化対策を大きく前に進めるため、以下の取組を進める。

1. 不妊治療への保険適用等

子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。具体的には、令和3年度（2021年度）中に詳細を決定し、**令和4年度（2022年度）当初から保険適用を実施する**。同時に、不妊治療のみならず、里親制度や特別養子縁組等の諸制度について周知啓発を進める。また、児童虐待の予防の観点から、地域で子供を見守る体制の強化や児童福祉施設による子育て家庭への支援の強化を着実に推進する。

2. 待機児童の解消

年末までに「新子育て安心プラン」を取りまとめる。具体的には、安定的な財源を確保しながら、令和3年度（2021年度）から令和6年度（2024年度）末までの**4年間で約14万人分の保育の受け皿を整備する**。

3. 男性の育児休業の取得促進

男性の育児参加を進めるため、今年度から男性国家公務員には1か月以上の育児休業の取得を求めているが、**民間企業でも男性の育児休業の取得を促進する**。

全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月14日） ※一部抜粋

第3章医療

1. 医療提供体制の改革

今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、・・・都道府県の医療計画に新興感染症等への対応を位置づけるとともに、地域医療構想については、・・・その財政支援等を行う。

外来医療においては、大病院における患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の問題に鑑み、**かかりつけ医機能の強化**とともに、外来機能の明確化・連携を図る。

あわせて、安全性・信頼性の担保を前提とした**オンライン診療を推進する**とともに、医師の健康を確保し医療の質・安全の向上を図るための**医師の働き方改革**、医療関係職種の専門性を生かした医療提供体制の推進、医師偏在に関する実効的な対策を進める。

2. 後期高齢者の自己負担割合の在り方

・・・これらを総合的に勘案し、後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても課税所得が28万円以上及び年収200万円以上（単身世帯の場合）の方に限って、その医療費の**窓口負担割合を2割**とし、それ以外の方は1割とする。

3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担（初診5,000円）を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち**一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大**する。

規制改革推進会議における「規制改革実施計画」 ※抜粋

最先端の医療機器の開発・導入の促進

- プログラム医療機器（※）の承認審査において、その特性を踏まえた審査の考え方を整理し、柔軟かつ迅速な承認を可能とする審査制度を検討する。

医療分野におけるDX化の促進

- 処方箋等の文書において、利用が推奨されている電子署名（HPKI）以外の電子署名の利用に資するよう、考え方を明らかにする。
- 電子カルテ等のデータをシステムを通じて治験の症例報告書等を作成した場合に、簡素な方法で原資料との照合・検証が可能であることを明確化し、周知する。
- オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針を策定し、初診からの実施に係る具体案を検討した上で、診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けて取り組む。

現状と課題

【現状】

世界で急速に拡大しているプログラム医療機器(SaMD)※やAI技術を活用した画像診断機器等の開発において、我が国は大きく後れを取っている。

※ SaMD: 「Software as a Medical Device」

汎用PCや携帯端末等にインストールして用いられる医療用ソフトウェア

(例) 禁煙治療アプリ・糖尿病管理指導アプリ・心電図アプリ等

【課題】

1. SaMD開発における相談体制／医療機器への該当性基準

重要事項(医療機器該当性・機器承認・保険適用)の相談窓口が縦割りであり、加えて、該当性基準が不明確である。

2. デジタルヘルスの審査プロセス・保険評価制度

SaMDの特性を活かした柔軟かつ迅速な承認プロセスがとられていない。また、SaMD等の活用により得られる効果・効能が正しく保険評価されていない。

3. SaMD販売時における許可申請

医療機器販売業の許可申請時等に必要とされる書類が、プログラムの特性に即していない。

4. AI画像診断機器等開発時における画像・患者情報の活用

過去の画像データや患者情報の取り扱い基準が不明確で、活用できない。

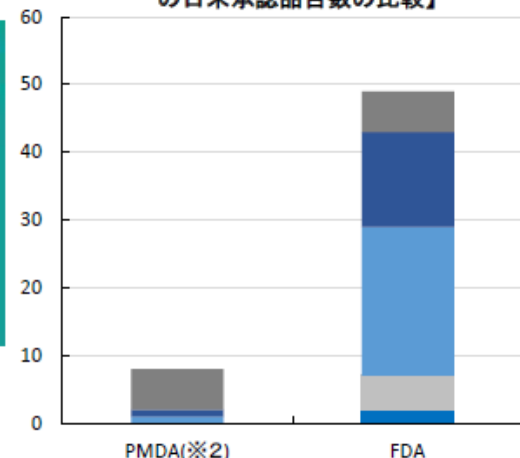
【プログラム医療機器の例】



米国FDA(食品医薬品局)に認可された「FibriCheck」アプリケーションを使用して心拍数をモニタリングし、心房細動を検知する。

(出典:令和2年10月第1回規制改革推進会議 医療・介護WG資料2-2)

【AI/ML based SaMD(※1)の日米承認品目数の比較】



■2016年 ■2017年 ■2018年 ■2019年 ■2020年(※3)

※1 AI/ML based SaMD: AIやMachine Learningで開発されたSaMDを指す。

※2 PMDAはすべての承認品目を公開しているわけではなく、企業による公開情報に基づき集計。

※3 2020年はCOVID-19関連製品が優先審査対象となっており、通常時と審査スキームが異なる。

(出典:令和2年10月第1回規制改革推進会議 医療・介護WG資料2-2)

実施事項

1. SaMD開発に関する事前相談・審査体制の強化／医療機器該当・非該当の判断の容易化 【措置済み】

- 医療機器該当性、承認手続及び保険適用の可能性について、一元的な事前相談が可能な体制を整備する。
- 既存事例の追加やプログラム医療機器該当性の基準を明確化する。

2. SaMDの開発・導入の迅速化に資する審査制度の見直し・医療保険上の評価の明確化 【令和3年度検討・結論】

- プログラムとしての特性を踏まえた一定の分類ごとに審査の考え方を整理し、具体的な評価指標を作成する。
- プログラムの特性を踏まえた柔軟かつ迅速な承認を可能とする審査制度を検討する。
- 医療従事者の働き方改革等の視点を含めて、SaMDを活用して提供される医療の質の確保・向上に係る評価の考え方を明確化する。

3. SaMDの普及に資する医療機器販売業許可申請の簡素化 【令和3年度措置】

- プログラムの特性を踏まえ、販売業許可申請時等における営業所の平面図等の提出書類を省略する。

4. AI画像診断機器等の開発・承認に当たってのデータ活用の円滑化等 【令和3年度措置】

- 既存の医療画像や患者データを円滑に活用できるよう、性能評価における仮名加工情報の利用可否を検討し、仮名加工情報への加工手法を明確化する。
- 既存の医療画像データや診療情報のみを用いての性能評価試験においては、治験として実施する必要がないことを明確化する。

医療分野におけるDX化の推進

現状と課題

1. 医療分野における電子認証手段の見直し

- 医療分野において、以下の理由により電子署名が普及していないとの指摘。
 - ・利用が推奨されているHPKIの普及が十分でない。
 - ・HPKI以外の電子署名サービスの利用可否が不明確。

【HPKIカード】

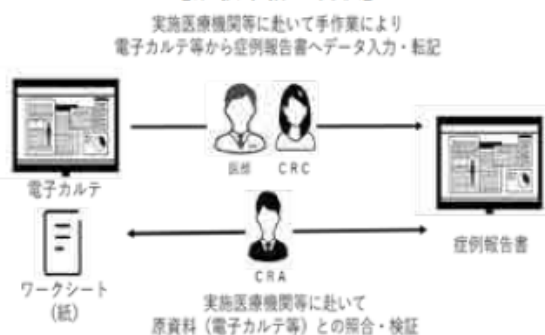
- ※ 現時点では、医師資格等が確認できる唯一の署名。
- ※ 日本医師会、日本薬剤師会、医療情報システム開発センター（MEDIS）が認証局となっている。
- ※ HPKIカード普及状況
 - (1) 発行実績：約1.8万枚（R3.2末時点）
 - (2) 医師数：327,210名（H30末時点）
 - (3) HPKIカード普及率（(1)/(2)）；
約5.5%

（出典：令和3年3月第9回規制改革推進会議医療・介護WG（資料2-2）及び平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計を基に規制改革推進室作成）

2. 治験の仕組みの円滑化

- 関係者間で被験者データを授受する際に外部ネットワーク等が活用されず、医療機関等の実地に赴いた業務処理が基本となっている。
- 電子カルテ等からシステム処理により症例データを作成した際の、原資料との照合・検証ルールが不明確であり、省力化を実現できない。

【治験業務の現状】



3. 患者の医療情報アクセス円滑化

- 患者が医療機関にカルテ等の診療情報の開示を求める際、書面による手続や情報授受が基本とされており、医療機関に都度来訪する負担等が生じている。
- 医療機関での開示請求処理に相当程度の日数を要しており、開示の迅速化が求められる。

【医療機関における診療情報の開示所要日数】



（出典：「診療情報の提供等に関する指針について（周知）」（平成30年7月20日厚生労働省医政局医事課長通知））

実施事項

1. 医療分野における電子認証手段の見直し

- HPKIに加え、これ以外の電子署名の利用に資するよう、
 - ・電子署名法上の電子署名が利用可能であること
 - ・処方箋等、医師等の国家資格の確認が必要な文書に電子署名を利用する場合における、資格確認の方法・確認する際の考え方
を明らかにする。【令和3年度結論・措置】

2. 治験の仕組みの円滑化

- 当事者が講ずべき安全措置等と併せて、外部ネットワーク等を用いて医療情報の授受ができることを周知する。
- 電子カルテ等のデータを系統的に処理して症例報告書等を作成した場合に、簡素な方法により原資料との照合・検証が可能であることを明確化する。【令和3年度措置】

3. 患者の医療情報アクセス円滑化

- 電磁的記録の提供により診療情報の開示を受けられることを明確化する。【令和3年度措置】
- オンラインで診療情報開示の請求申立てが可能であることの明確化を検討する。
- 開示請求処理の実態を把握した上で、開示を迅速化するための方策を検討する。【令和3年検討開始、結論を得次第速やかに措置】

オンライン診療・オンライン服薬指導の特例措置の恒久化

現状と課題

- 令和2年4月以降、新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間に限り、院内も含めた感染拡大の防止のため、オンライン診療・服薬指導について初診からの実施を可能とし、希望する患者が幅広く受診できる時限的措置を実施。

実施事項

- 現在の時限的措置を着実に実施する。**【新型コロナウイルス感染症が収束するまでの間、継続的に措置】**
- 情報通信機器を用いたオンライン診療・服薬指導は、以下の方向で恒久化の内容を具体化し、実施に向けて取り組む。
【令和3年度から検討開始、令和4年度から順次実施】

オンライン診療

更なる活用に向けた取組

- オンライン診療の果たす役割を明確にし、オンライン診療の適正な実施、国民の医療へのアクセスの向上等を図る。
- オンライン診療の更なる活用に向けた基本方針を策定し、オンライン診療活用の好事例を展開する。

初診の取扱い

原則

かかりつけ医による実施を原則とする。

かかりつけ医がない場合等

かかりつけ医以外の医師が実施する以下の場合

- 医師が、あらかじめ診療録、診療情報提供書、地域医療ネットワーク、健康診断結果等の情報により患者の状態が把握できる場合。
- 健康な勤労世代等かかりつけ医がない患者や、かかりつけ医がオンライン診療を行わない患者で上記の情報を有さない患者について、医師が、初回のオンライン診療に先立って、別に設定した患者本人とのオンラインでのやり取りの中でこれまでの患者の医療履歴や基礎疾患等につき、適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合。

診療報酬上の取扱い

- 対面診療との関係を考慮し、中医協において検討。
※現在、対象疾患等の要件、点数が診療報酬において定められている。

初回等の取扱い

- オンライン診療又は訪問診療を受診した場合に限らず、対面診療等を受診した場合にも実施可能とする。
- 薬剤師の判断により、初回から実施可能とする。
- 介護施設等に居住する患者への実施を可能とする。

服薬指導

一気通貫のオンライン医療の実現

- オンライン資格確認等システムを基盤とした電子処方箋システムの運用【令和4年夏目途措置】
- 薬剤の配送における品質保持等に係る考え方の明確化

中央社会保険医療協議会

－次期診療報酬改定に向けた主な検討内容について－

【主なテーマ】

- ・ コロナ・感染症対応
- ・ 外来
- ・ 入院
- ・ 在宅
- ・ 歯科
- ・ 調剤
- ・ 個別 事項

働き方改革の推進

不妊治療の保険適用

医薬品の適切な使用の推進

歯科用 貴金属の随時改定

コロナ・感染症対応についての課題と論点 ※一部抜粋

【課題】

- ✓ これまでの診療報酬改定において、経験のある医師や看護師の配置や、医療機関における研修、質の高い診療を実施できる医療機関とのカンファレンスなどによる取組を評価
- ✓ 新型コロナウイルス感染症対応として、各医療機関が、重症患者だけでなく、中等症患者への治療や自宅・宿泊療養を行っている患者への治療等の提供を行っている。
- ✓ これらの医療機関への財政的支援については、緊急包括支援金等によって、かかり増し経費に加え、医療機関における病床の確保や休床に対する補助も含め、多方面からの支援を講じてきている・・・
- ✓ さらに、令和3年4月には、施設基準のうち、令和2年度診療報酬改定によって変更となった患者の診療に係る実績要件や、手術等の診療実績についても、特例措置を講じ・・・
- ✓ 改正医療法においては、「新興感染症等の感染拡大時の医療」を、令和6年度から開始する都道府県の第8次医療計画における5疾病5事業の6事業目として位置づけ、・・・

【論点】

- ✓ 現行の特例措置の効果検証等も踏まえつつ、今後の新型コロナウイルス感染症対策のあり方について、どのように考えるか。
- ✓ 第8次医療計画に向けた検討状況も踏まえつつ、新型コロナウイルス感染症をはじめとする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について、どのように考えるか。

外来についての課題と論点 ※一部抜粋

【課題】

(かかりつけ医機能・医療機関連携)

- ✓ 継続的かつ全人的な医療を行うことについて、**地域包括診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料、初診料機能強化加算**を新設してきた。
- ✓ 都道府県の外来医療計画において、外来機能の明確化・連携を位置付けることとされた。

(生活習慣病対策)

- ✓ **生活習慣病管理料**について平成 30 年度、令和 2 年度診療報酬改定において見直した。

(外来機能の分化の推進)

- ✓ 紹介率や逆紹介率が低い場合の初診料等の減算や、**紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入**を、診療報酬改定において実施してきている。

(オンライン診療)

- ✓ オンライン診療に係る診療報酬上の評価については、令和 2 年度改定では見直しを実施した。新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、臨時的・特例的取扱いを実施
- ✓ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しに関する議論が進められており、「対面診療との関係を考慮し、診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けた取組を進める」

【論点】

- ✓ 中長期的に地域の医療提供体制が人口減少や高齢化等に直面する中、**外来機能の明確化・連携や、かかりつけ医機能の強化等を推進**し、患者にとって安心・安全で質の高い外来医療の提供を実現するための、診療報酬の在り方について、どのように考えるか。
- ✓ オンライン診療を安全性・信頼性を確保しながら推進していく観点から、「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、**診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けた取組を進める**こととなるが、その際に考慮することとされている**対面診療との関係等**について、どのように考えるか。

外来医療についての論点

【かかりつけ医機能について】

- かかりつけ医機能の強化等を推進し、患者にとって安心・安全で質の高い外来医療の提供を実現するために、慢性腎臓病や心不全の管理においてかかりつけ医が役割を果たすことが求められていることを踏まえ、地域包括診療料・加算の評価の在り方について、どのように考えるか。また、予防接種法のB類疾病としてインフルエンザや肺炎球菌が含まれているが、基礎疾患等を踏まえた予防接種の相談への対応の必要性も踏まえ、かかりつけ医機能を強化する観点から、診療報酬において、どのように考えるか。

【小児におけるかかりつけ医機能について】

- 小児のかかりつけ医においては、体調が悪くなった場合の対処方法についてあらかじめ助言や指導を行うことがより求められている実態や、医療機関にとっては24時間対応を行うことが難しい・負担が大きいという実態も踏まえ、小児のかかりつけ医機能に係る評価について、どのように考えるか。

【医療機関間の連携について】

- 医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）を算定するに当たって、他の医療機関の施設基準の届出状況の把握等について、どのように考えるか。

【生活習慣病管理について】

- 生活習慣病の適切な管理を推進する観点から、生活習慣病管理料の評価の在り方について、どのように考えるか。

【耳鼻咽喉科診療について】

- 耳鼻咽喉科領域の処置においては、領域横断的に、複数の処置を組み合わせられて実施されている実態があることを踏まえ、評価の在り方についてどのように考えるか。また、小児の耳鼻咽喉科領域の疾患において抗菌薬の適正使用を推進することに係る評価の在り方について、どのように考えるか。

入院についての課題と論点 ※一部抜粋

【課題】

（急性期入院医療）

- ✓ 平成 30 年度改定において基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合した。また、**重症度、医療・看護必要度の見直し等**を行ってきた。
- ✓ 24 時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の後方病床等への退院支援の機能が重要であるとして、**総合入院体制 加算・救命救急入院料等**の入院料を設けている。

（回復期入院医療）

- ✓ 地域包括ケア病棟入院料について、「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つの役割を担うこととされ・・・
- ✓ 回復期 リハビリテーション病棟入院料は、リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期 リハビリテーションの充実を図る・・・アウトカム評価に基づく入院料の評価を導入・・・
- ✓ **いずれの入院料も病床数は増加**しており、8万床超となっている。

（慢性期入院医療）

- ✓ 療養病棟入院基本料の届出医療機関数・病床数は近年横ばいであるが、**経過措置（注 11）を届け出ている病棟については、届出医療機関数・病床数ともに減少**している。
- ✓ 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者が対象」、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者が対象」とされている。

入院についての課題と論点 ※一部抜粋

【課題】

(入院医療における他の取組)

- ✓ 入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価している。
- ✓ 累次の改定において、救急医療管理加算の要件及び評価の見直しを行っている。
- ✓ 医療資源の少ない地域の医療機関については、診療報酬の要件緩和等を行っている。
- ✓ 日帰り、1泊2日等よる手術等を行うため、短期滞在手術等基本料が設定されている。
- ✓ 平成30年度以降、DPC対象病院においては、DPC/PDPSによる評価を優先する(点数設定方式Dにより設定。)こととし、短期滞在手術等基本料2及び3は算定不可となっている。

【論点】

- ✓ 人口減少・高齢化が着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化し、マンパワーの制約も一層厳しくなる中、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されるよう、医療機能の分化・連携の促進を推進する入院医療の提供体制の評価のあり方について、どのように考えるか。

在宅についての課題と論点 ※一部抜粋

【課題】

(在宅医療を取りまく現状について)

- ✓ 在宅医療については、高齢化及び地域医療構想による病床の機能分化・連携により、**需要が大幅に増加**
- ✓ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、2040年と2015年では約39万人年の差が推計されている。「**最期を迎えたい場所**」については、「**自宅**」が最も多い。
- ✓ 在宅医療において積極的役割を担う医療機関は「**多職種連携を図りつつ、24時間体制**で在宅医療を提供」、「**医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携**の支援」を行うことが望ましい。
- ✓ 医療計画において、訪問診療を行う診療所・病院数に関する目標設定を各都道府県が行うこととされているが、**現状の数が目標値に達していない都道府県が存在**する。
- ✓ 「地域の病院と在宅医療との水平連携が不足している」、「かかりつけ医の在宅医療への参画等、在宅医療推進を支える体制が不十分である」、「医師会等関係団体と行政との連携が進んでいない地域がある」、「行政担当者が在宅医療について知らないことがある」等の在宅医療についての課題

(在宅医療領域における取組等について)

- ✓ 在宅医療・介護連携推進事業における取組例として「主治医・副主治医制の導入」がある。
- ✓ 都道府県により、居宅等の医療の提供に関する事業が行われている。事業例として、「訪問診療医のグループや急変時受入医療機関による連携に向けた情報交換会を実施する場合の経費を支援」等がある。
- ✓ 緩和ケアのうち、**在宅緩和ケアは、訪問診療・看護・介護を中心**として行われる。
- ✓ 特に、小児に対する緩和ケアにおいては、成人の緩和ケアとの違いが指摘されている。

在宅についての課題と論点 ※一部抜粋

【課題】

(在宅医療に係る診療報酬上の評価について)

- ✓ 在宅療養支援診療所を新設後、**増加傾向であったが、近年は概ね横ばい**となっている。在宅療養支援診療所の届出を行わない理由として「24時間の往診担当医の確保が困難であるため」が最も多かった。
- ✓ 在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価として、継続診療加算を新設した。算定回数は平成30年と比較して令和2年は増加していた。継続診療加算を算定していない理由として「**24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない**」が最も多かった。

【論点】

- ✓ 今後、在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、在宅医療を担う医療機関と市町村・医師会との連携、及び、医療・介護の切れ目のない提供体制の構築等を推進し、**質の高い在宅医療を十分な量提供**できるようにするため、診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

在宅医療に係る論点

【継続診療加算について】

- 24時間の往診を行う体制を確保していない場合であっても、市町村・医師会と連携した上で在宅医療の提供体制が構築されている場合があることを踏まえ、要件の在り方について、どのように考えるか。

【在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について】

- 「他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う」ことが役割として望ましいこととされていること、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院のうち約半数で適切な意思決定支援に関する指針が定められている又は定められる見込みがあることを踏まえ、施設基準の在り方について、どのように考えるか。
- 在宅療養支援病院が果たしている役割や有する機能等を踏まえ、施設基準の在り方について、どのように考えるか。

【外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携について】

- 外来において医療を受けていた患者が在宅医療を受けるに当たり、外来を担当する医師と在宅を担当する医師が共同して患者に必要な指導等を行うことに係る評価の在り方について、どのように考えるか。

【在宅ターミナルケア加算について】

- 定期的に訪問診療を提供するに至る前にターミナルケアが提供されている場合等があることから、適切なターミナルケアの実施の観点も踏まえつつ、要件等の在り方について、どのように考えるか。

訪問看護についての課題と論点 ※一部抜粋

【課題】

(訪問看護を取りまく状況について)

- ✓ 訪問看護ステーションの数は増加傾向
- ✓ 訪問看護ステーションの利用にかかる費用は、医療費及び介護給付費ともに増加しており、**医療費の伸び率が大きい。**
- ✓ **機能強化型訪問看護管理療養費の届出も増加**傾向。
- ✓ 職種別の従事者数のうち、**理学療法士等が占める割合が増加**傾向。

(訪問看護の診療報酬上の評価について)

- ✓ 訪問看護ステーションの利用者の**主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く**、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、統合失調症等の利用者が半分以上
- ✓ 令和2年度診療報酬改定において、人員配置要件の見直し、小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化、専門性の高い看護師による同行訪問の充実の評価を行った。
- ✓ 訪問看護ステーションにおいて、褥瘡ケア等のニーズを有する在宅療養者に対する**専門の研修を受けた看護師による同行訪問**の算定件数は増加傾向にある。
- ✓ 特定行為研修 修了者のうち 約4.5%が訪問看護ステーションで就業している。

【論点】

- ✓ 訪問看護に係る診療報酬上の評価について、令和2年度改定における見直し・評価の考え方を踏まえ、質の高い訪問看護の適切な評価を推進しつつ、地域包括ケアを推進する役割を果たしていくため、どのように考えるか。

働き方改革についての課題と論点 ※一部抜粋

【課題】

(働き方改革に係るこれまでの経緯)

- ✓ 働き方改革については、**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、各医療機関は・・・労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる
- ✓ 改正医療法において、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき**健康確保措置等の整備**や**地域医療構想の実現**に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる・・・
(医師の働き方改革に係る取組への評価について)
- ✓ 令和2年度改定において、入院医療の提供を評価した**地域医療体制確保加算**が新設された。
(タスクシェア・タスクシフトに対する評価について)
- ✓ 平成20年度**医師事務作業補助体制加算**が新設され、順次評価の拡大・充実が図られてきた。
- ✓ **特定行為研修修了者である看護師**の配置及び活用の評価についても充実が図られてきた。
(医療従事者の負担軽減等に対する評価について)
- ✓ **看護補助者の配置**や**夜間の看護体制を充実**することに対して評価が行われている。
- ✓ **総合入院体制加算**の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理した。

働き方改革についての課題と論点 ※一部抜粋

【課題】

(働き方改革に関連した地域全体での取組み等)

- ✓ 軽症の救急患者を地域の身近な診療所において受け止めることが進むよう、平成 24 年度改定において、**診療所の夜間・早朝等の時間帯における診療の評価**を新設した。
- ✓ 一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を求めており、今後、大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための**定額負担の拡充を行う**こととしている。

【論点】

- ✓ 今般の改正医療法において医師の労働時間短縮のための措置等が整備されたこと、医師をはじめとした医療従事者の働き方改革の取組や、これまでの診療報酬上の対応を踏まえ、**働き方改革の推進に対する診療報酬の在り方**について、どのように考えるか。

不妊治療の保険適用についての課題と論点 ※一部抜粋

【課題】

- ✓ 不妊治療のうち、特定不妊治療については、費用の一部を助成する等の対応を行ってきた
- ✓ 今般、全世代型社会保障改革の方針において、「不妊治療への保険適用を早急に実現する。**令和4年度当初から保険適用を実施する**」こととされた
- ✓ また、医療保険部会においても、「当部会の議論も踏まえて、保険適用に向けた検討を進めるべきである」と整理された。
- ✓ 日本生殖医学会より「**生殖医療 ガイドライン**」が作成・公表されたところ。
- ✓ 我が国の医療保険制度の基本的考え方は、必要な医療は保険診療で行われるべきであるとした上で、保険適用となるのは、治療の有効性・安全性が確認された医療である、というものである。
- ✓ なお、保険外併用療養費制度においては、保険導入のための評価を行うものとして、先進医療等について、保険診療との併用を認めている。

【論点】

- ✓ ・ ・ 不妊治療についても同様に、**関係学会の作成したガイドライン等に基づいて有効性・安全性等の確認**を進めることとしてはどうか。
- ✓ さらに、現時点において有効性・安全性等が確認できないものの、今後、保険適用を目指すものについては、**先進医療等の保険外併用療養費制度の活用**が考えられる。
- ✓ 有効性・安全性等の確認をよりの確に実施する観点から、中医協総会において関係学会等からヒアリングを行うことについて、どのように考えるか。

医薬品の適切な仕様推進についての課題と論点 ※一部抜粋

【課題】

(医薬品の適切な使用に係る取組)

- ✓ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬等への取組について、医療機関と薬局の連携による取組や入院患者への取組について診療報酬上の評価を実施している。
- ✓ 革新的な新規作用機序を有する医薬品は、「最適使用推進ガイドライン」を踏まえた内容を保険適用上の留意事項として通知し、使用の最適化を図っている。
- ✓ 医療費適正化の観点から、「ビタミン剤」、「うがい薬」、「湿布薬」及び「保湿剤」について、対応を行ってきている。

(後発医薬品)

- ✓ 後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の算定回数は増加傾向にある。
- ✓ 一般名処方が増加しており、一般名処方された医薬品のうち約 80 %が保険薬局において後発医薬品が調剤されている。
- ✓ 2020 年（令和 2 年）9 月時点の後発医薬品の使用割合は 78.3 %であり、80 %とする目標に届かなかった。
- ✓ 後発医薬品調剤体制加算について、費用対効果が見合っておらず、加算制度については、廃止を含めた見直しを行うべきであり、その際、減算については、対象を大幅に拡大するなど減算を中心とした制度に見直すべきではないか、と指摘されている。

医薬品の適切な仕様推進についての課題と論点 ※一部抜粋

【課題】

(バイオ後続品)

- ✓ バイオ後続品の使用割合は、製剤によってばらつきがある。
- ✓ バイオ後続品の使用促進の観点から、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設した。

(フォーミュラリ)

- ✓ 一般的には、「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味するものとして用いられている。
- ✓ 検証調査の結果では、いわゆる「フォーミュラリ」を定めている病院は、6.1%であった。また、フォーミュラリを定めている薬剤の種類別にみると、「定めている」と「定める予定」の合計は、プロトンポンプ阻害薬（PPI）経口薬で58.4と最も多かった。

【論点】

- ✓ 医薬品の適切な使用の推進について、これまでの診療報酬上の対応なども踏まえ、どのように考えるか。
- ✓ 昨今の後発医薬品の品質や安定供給に係る問題も踏まえつつ、**新目標との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算等の見直しの検討**など、今後の対応についてどのように考えるか。

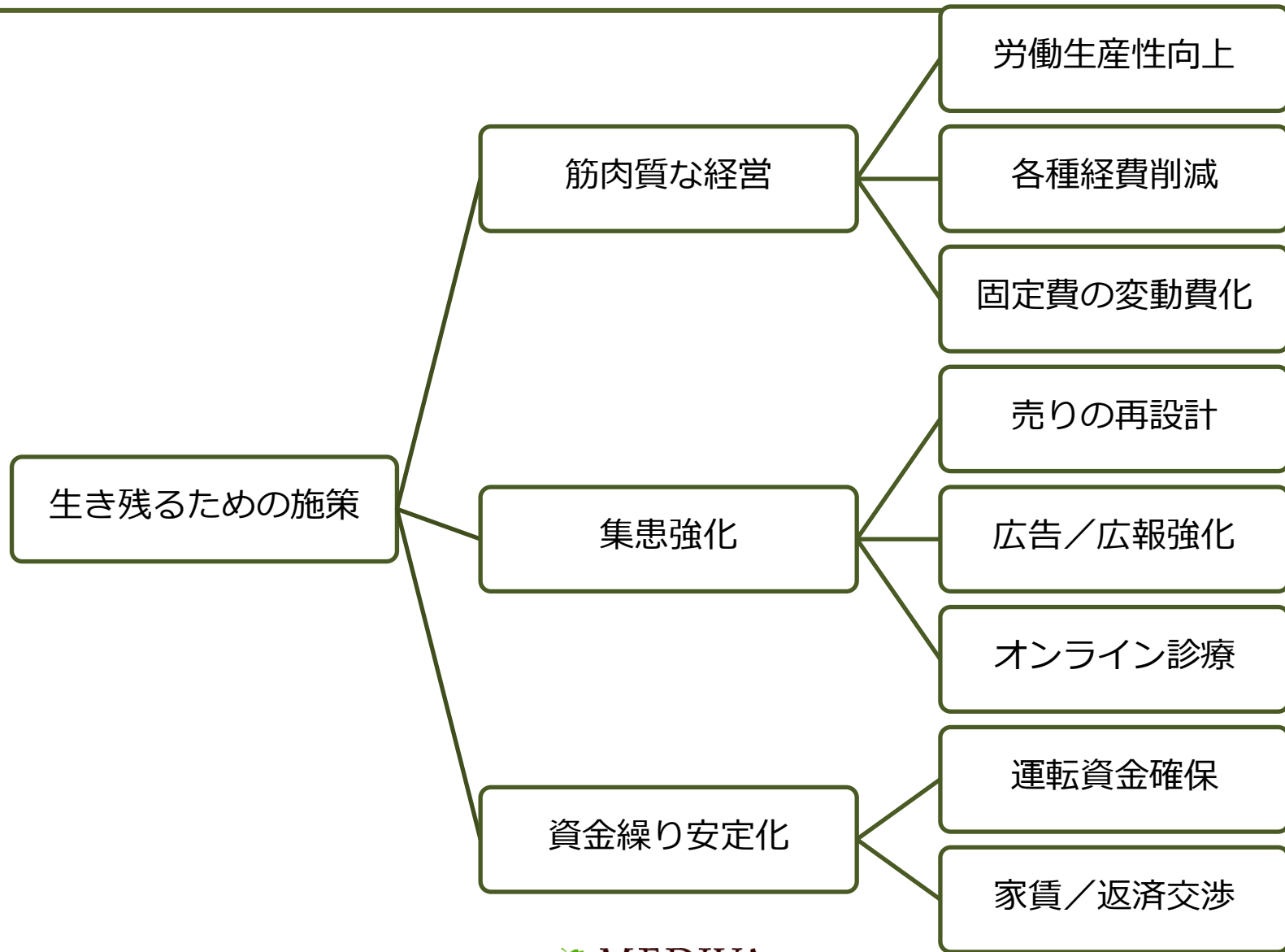
本日の講義内容

1. 医療機関経営/介護施設における新型コロナウイルスの影響
2. 医療機関/介護施設経営を取り巻く環境変化
3. 2022年度診療報酬改定の見通し
4. コロナ禍時代を生き抜く、これからの医療機関経営戦略
5. 医療機関の経営戦略事例

withコロナ時代に生き残るための基本方針

- ✓筋肉質な経営
- ✓集患強化
- ✓資金繰り安定化

withコロナ時代に生き残るための基本方針について



withコロナ時代に生き残るための基本方針について

基本的な考え方

施策の具体例

労働生産性向上	<ul style="list-style-type: none">・医療機関の最大の資産であり費用は、人件費。・労働生産性向上で、利益率を高める	<ul style="list-style-type: none">・医師とのタスクシェア・スタッフの複数業務兼務／IT
各種経費削減	<ul style="list-style-type: none">・費用削減は直接利益改善に繋がる・診療の影響が少ないことから始める	<ul style="list-style-type: none">・委託業者相見積もり・機器保守費用の見直し
固定費の変動費化	<ul style="list-style-type: none">・毎月の固定費が高いと収益減に耐えられない・若干割高でも、変動費化で収益減に備える	<ul style="list-style-type: none">・非常勤医師の出来高払い・検査関係の外注
売りの再設計	<ul style="list-style-type: none">・今回のコロナ禍で必要な医療は明確化・必要な医療に注力する限りニーズは安定	<ul style="list-style-type: none">・自院の患者動向分析・一部診療科削減等
広告／広報強化	<ul style="list-style-type: none">・売りの再設計とあわせて改めてPR強化・残念ながらシェアの取り合い競争	<ul style="list-style-type: none">・web見直し、コンテンツ充実・広告、看板等の見直し
オンライン診療	<ul style="list-style-type: none">・オンライン診療は単価は低い（後述）・しかし感染管理上は、対面よりも有用	<ul style="list-style-type: none">・お試しでオンライン診療開始・ニーズの見極め
運転資金確保	<ul style="list-style-type: none">・資金不足は、最初に解決したい課題・緊急制度融資も充実している	<ul style="list-style-type: none">・WAMに相談・メインバンク、医師信に相談
家賃／返済交渉	<ul style="list-style-type: none">・毎月の家賃、返済は固定費であり重たい・交渉次第で一時的な減額可能	<ul style="list-style-type: none">・交渉、相談

新型コロナウイルスおよび感染拡大抑止策が医療機関経営に与えた影響

1. 新型コロナウイルスおよび感染拡大抑止策によって、医療機関を受診する患者さんは昨年春に大幅に減少した。秋にかけて回復し、一時前年並みになった医療機関もあるが、その後、第4波、第5波と続いており、再び厳しい状況が続いている
2. 診療所は、平均して2割近い減収となり、診療科別では特に小児科、耳鼻咽喉科が大変厳しく、また立地としては都心オフィス街が非常に厳しい状況となった
3. 病院も平均して1割前後の減収となり、赤字に転落した病院が多く存在した。ただし、病院機能による差はあり、影響が大きい順に急性期（地域包括ケア含む）＞慢性期＞回復期＞精神科の順となっている。
4. この先の感染状況が見通せない中、患者や一般住民における感染管理強化や医療機関受診そのものを怖がる傾向は継続することから、中長期的にも患者さんは一定数の減少が続くと考えられる。

本日の講義内容

1. 医療機関経営/介護施設における新型コロナウイルスの影響
2. 医療機関/介護施設経営を取り巻く環境変化
3. 2022年度診療報酬改定の見通し
4. コロナ禍時代を生き抜く、これからの医療機関経営戦略
5. 医療機関の経営戦略事例

事例①：中規模病院の経営改善（コストカット）

- ・病床規模：150床（一般30床、回復期リハ40、療養60床、その他20）
- ・地域：関東甲信越
- ・経営不振の背景：主軸医師の退職、手術数の減少、入院収入の減少、無計画な医師増員 等

	基本方針	連携・営業	人事・組織	費用	当社の役割
初年度	<ul style="list-style-type: none"> ・医師配置適正化 ・部門別原価計算 ・在宅医療強化 ・施設基準確保 ・費用削減 	<ul style="list-style-type: none"> ・連携先（ケアマネ、訪問看護等）ヒアリング ・在宅がん医療総合診療料算定 	<ul style="list-style-type: none"> ・院長交代 ・常勤医の世代交代（高齢医師の退職勧奨） 	<ul style="list-style-type: none"> ・費用削減 	<ul style="list-style-type: none"> ・部門別原価計算の口ジック作成・実行支援 ・医師配置における提言 ・在宅医療の収益化 等
2年目	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の採用力、モチベーション向上 ・部門実績のモニタリング強化 ・在宅医療強化 		<ul style="list-style-type: none"> ・等級別基本要件書の策定 ・360度評価トライアル 	<ul style="list-style-type: none"> ・費用削減 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師人事考課および360度評価導入支援 ・病床機能別実績集計 ・人財育成におけるアドバイザー支援 等
3年目	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の採用力、モチベーション向上 ・院内プロジェクト運営支援 ・在宅医療拡大 ・地域連携体制構築 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院への営業強化 ・待機日数のモニタリング ・レスパイト入院受入れ強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師人事考課・インセンティブ制度の精密化 ・病棟の看護配置適正化 	<ul style="list-style-type: none"> ・人件費適正化 	<ul style="list-style-type: none"> ・病床機能（ポストアキュート、サブアキュート、急性期補完機能）のKPI設定とモニタリング支援 ・連携アドバイザー ・院内プロジェクト運営支援 等

事例①：中規模病院のコスト削減策

✓ 経費削減案。1.8億円を提案し、最終的に約8000万を実現した。

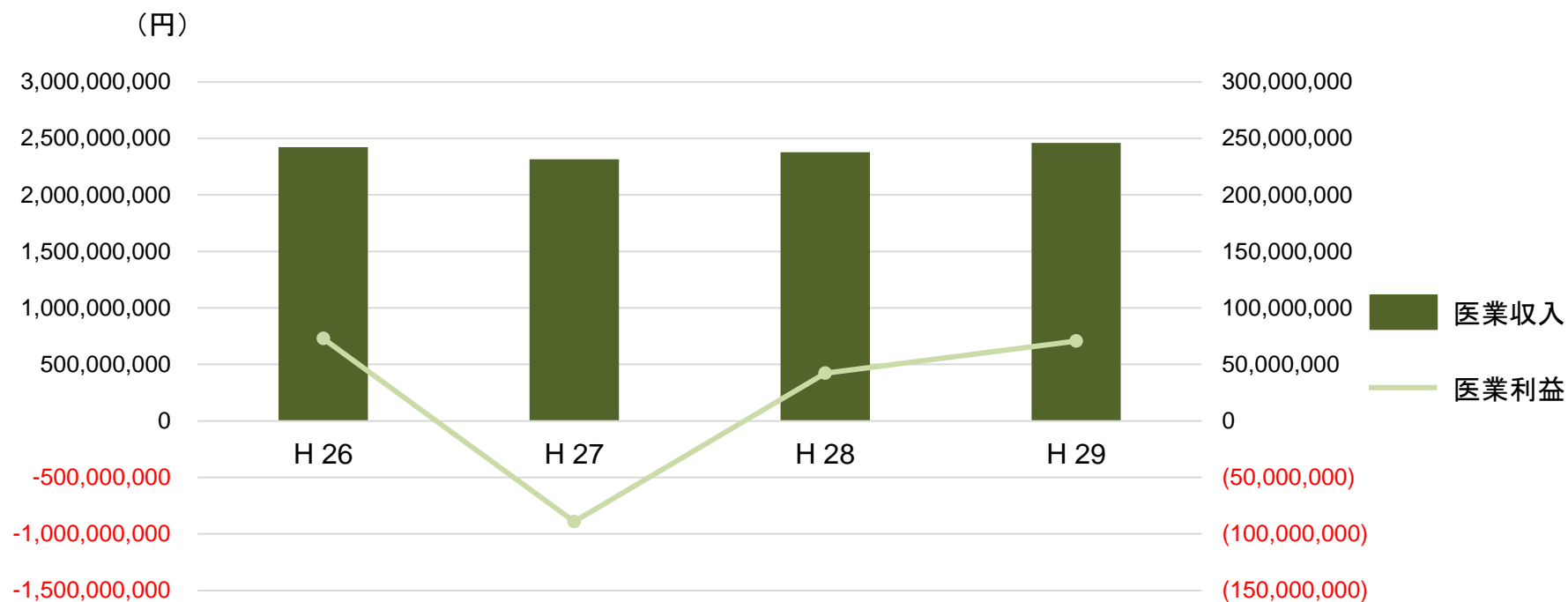
経費施策<精査前>

	項目	具体策	効果
1	材料費の見直し	率の見直し	946,000
2	消耗備品費	上限規制	3,000,000
3	役員報酬	カット	20,000,000
4	非常勤医師	契約見直し	22,740,000
5	手当見直し	見直し	7,200,000
6	法定福利費	給与削減に伴う効果	15,980,000
7	部長手当	見直し	2,400,000
8	人事配置見直し	内容精査	12,700,000
9	採用及び時間外手当	内容精査	49,960,000
10	消耗品・消耗備品	単価直し	4,000,000
11	水道光熱費	単価・節電	4,200,000
12	広告宣伝費	内容精査	500,000
13	旅費交通費	内容精査	500,000
14	雑費	行事等見直し	2,100,000
15	福利厚生費	パン・牛乳	1,000,000
16	交際接待費	内容精査	400,000
17	寄付金	内容精査	300,000
18	医事委託費	契約見直し	6,820,000
19	清掃委託費	範囲見直し	4,610,000
20	減価償却費	状況に応じて	9,500,000
21	修繕費	内容精査	7,100,000
22	車両関係費	内容精査	760,000
23	機器保守料	内容精査	1,100,000
24	機器リース料	内容精査	600,000
25	レンタル料	CPAP単価	4,300,000
26	研究図書費	内容精査	250,000
27	研究研修費	内容精査	3,130,000
	計		186,096,000

経費施策<精査後>

	実現可能度合	修正効果
○	整形外科手術減少による影響あり。	946,000
○	各部門部署に節約意識を共有徹底により削減可能性あり。	3,000,000
○	予定どおり削減あり。	20,000,000
△	医師契約見直しに伴う最終削減額 ⇒1,308万円(常勤240万 非常勤1068万)	13,080,000
△	その他(手当等)見直し720万円について削減なし。賞与調整検討。	0
△	法定福利費については-600万円の削減可能性あり。	6,000,000
○	予定どおり削減あり。	2,400,000
○	予定どおり削減あり。	12,700,000
△	改善努力必要	
△	具体的な改善努力が必要。	
○	可能性あり。省エネについては具体的な改善計画が必要。	4,200,000
○	内容見直しで、予定通り削減可能性あり。	500,000
×	非常勤医師の交通費の経理取扱いの変更があり、削減困難。	
○	内容見直しで、予定通り削減可能性あり。	2,100,000
○	パン・牛乳について4月より全廃決定、実施中。	1,000,000
×	現状予算が対前年度実績より-約30万円。	300,000
×	近隣、学会等との関係を踏まえ、現状予算(35万円)が妥当。	
△	金額精査し、現状予算より203万円増額予定。	-2,030,000
△	仕様、業者見直しを行っているが、現状予算より150万円増額予定	-1,500,000
△	施設基準の維持、減収回避のための機器更新・導入は必須。	
○	X線機器の管路故障等の大きな故障が無い限り可能性あり。	7,100,000
○	ガソリン代値下げにより可能性あり。	760,000
○	医療系システムの保守料見直しにより可能性あり。	1,100,000
○	一部医療機器の再リース終了により実施済。	600,000
△	CPAPレンタル料について交渉中。-315万円の見直し予定。	3,150,000
○	組織的見直しにより可能性あり。	250,000
○	組織的見直しにより可能性あり。	3,130,000
○	新たにリハビリ支援費用195万円削減あり。	1,950,000
	計	80,736,000

事例①：中規模病院の経営改善



初年度

施設基準確保
費用削減、
現状分析、
原価計算、
医師採用、

2年目

在宅医療強化
部門別原価計算の
ロジックモデル構築

3年目

在宅医療強化
医師人事考課導入
モニタリング強化

事例②：大規模病院における看護業務改善

地域中核急性期病院（400床）

- ・ 地域中核の急性期病院、I C U、H C U、一般急性期
- ・ 内科、脳神経外科、整形外科が柱
- ・ 収入が伸び悩む中、人件費が増え続け、利益を圧迫



- ・ 看護部門を中心に業務改善と人員配置の最適化に着手

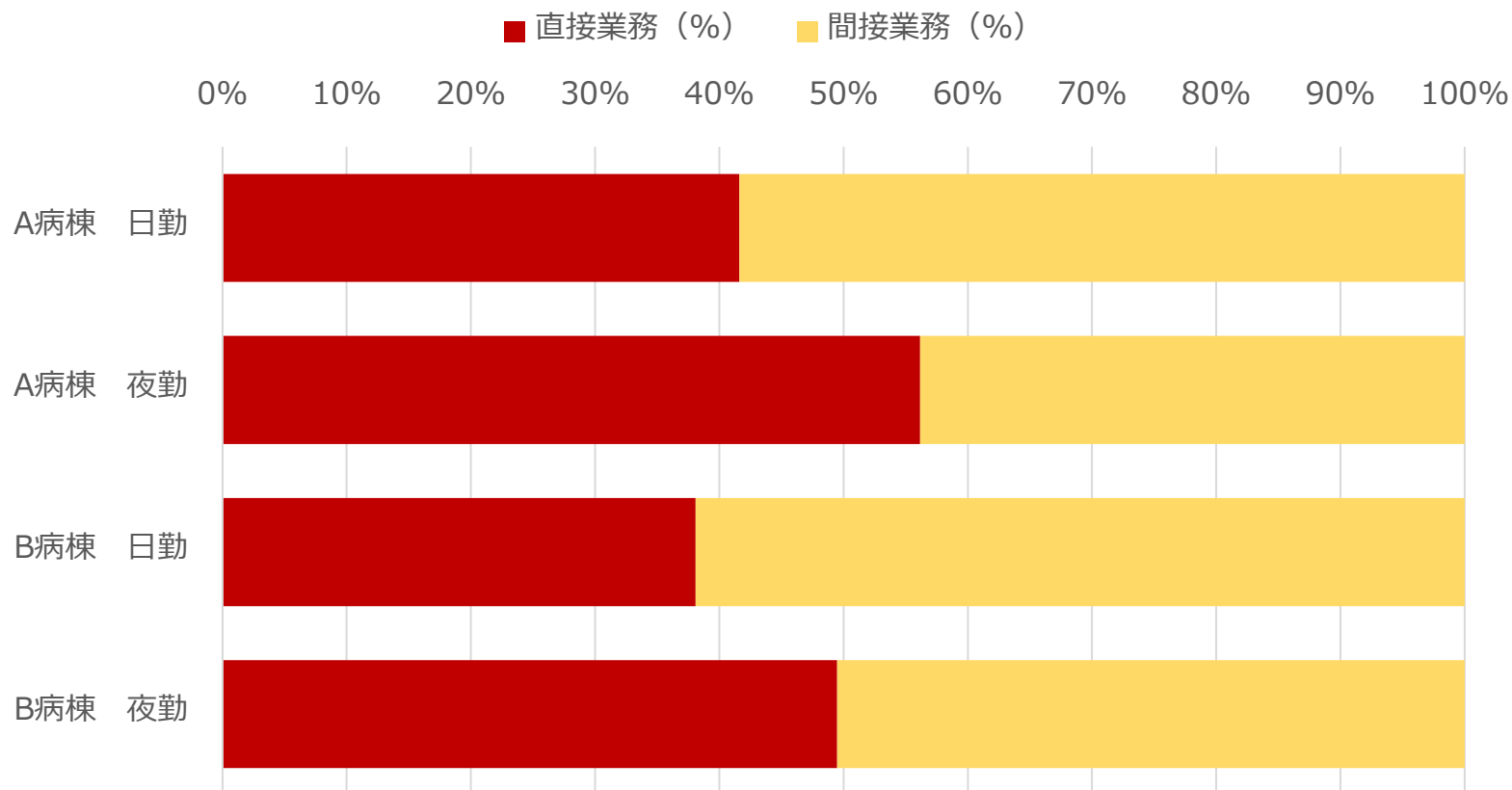
業務改善



- ・ 病棟あたり1日10時間の業務改善効果 = 1人分の再配置が可能に

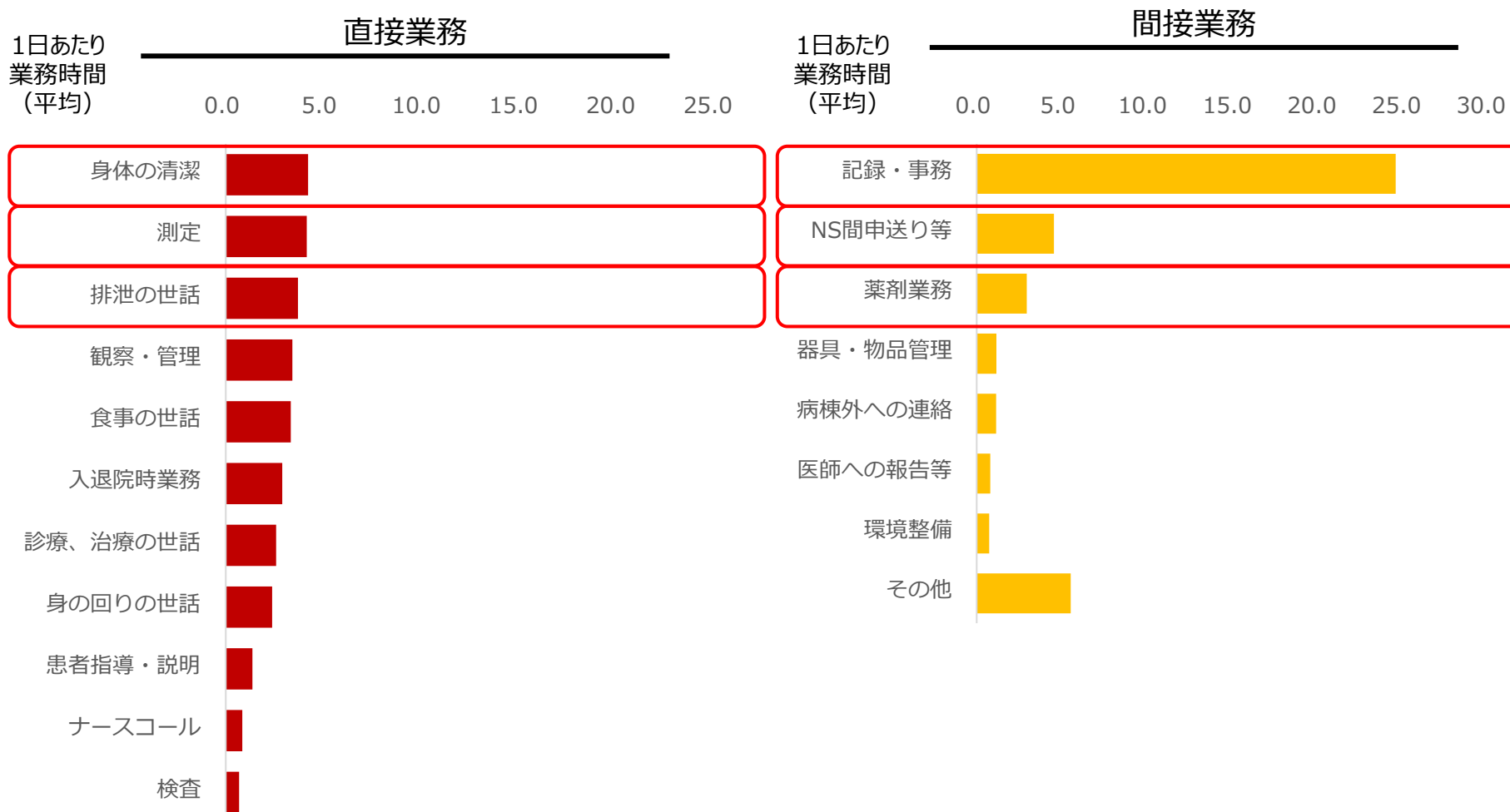
事例②：直接業務と間接業務の割合

- A病棟は日勤は間接業務の割合が高く、夜勤は直接業務の割合が高い。
- B病棟は日勤は間接業務の割合が高く、夜勤は直接業務と間接業務の割合がほぼ同等である。



事例②：直接業務と間接業務の割合 | 日勤

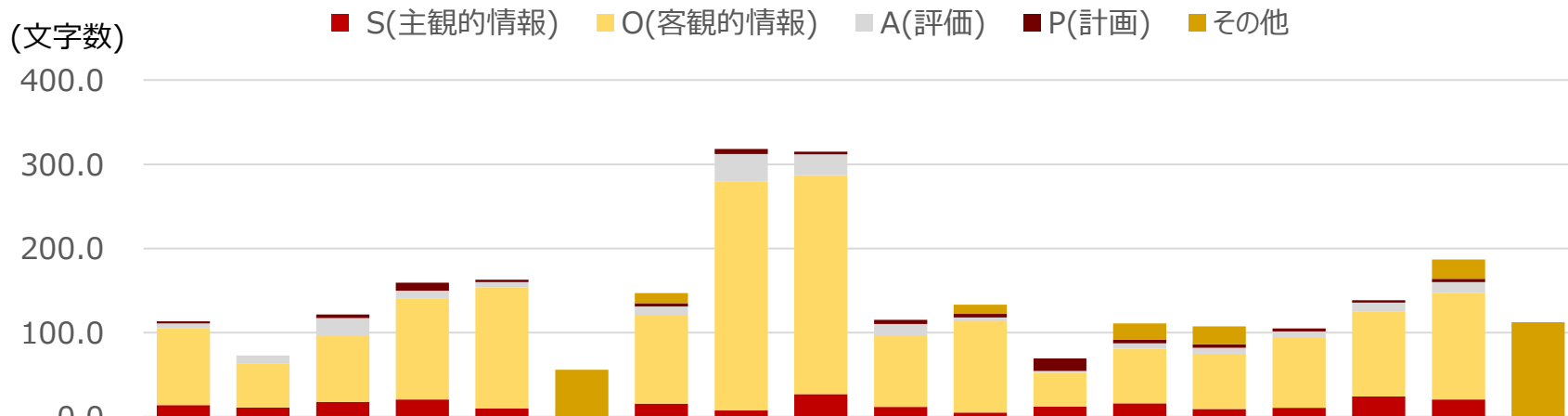
- 直接業務は「身体の清潔」、「測定」、「排泄の世話」の業務時間が長い。
- 間接業務は「記録・事務」、「NS間送り等」、「薬剤業務」の業務時間が長い。



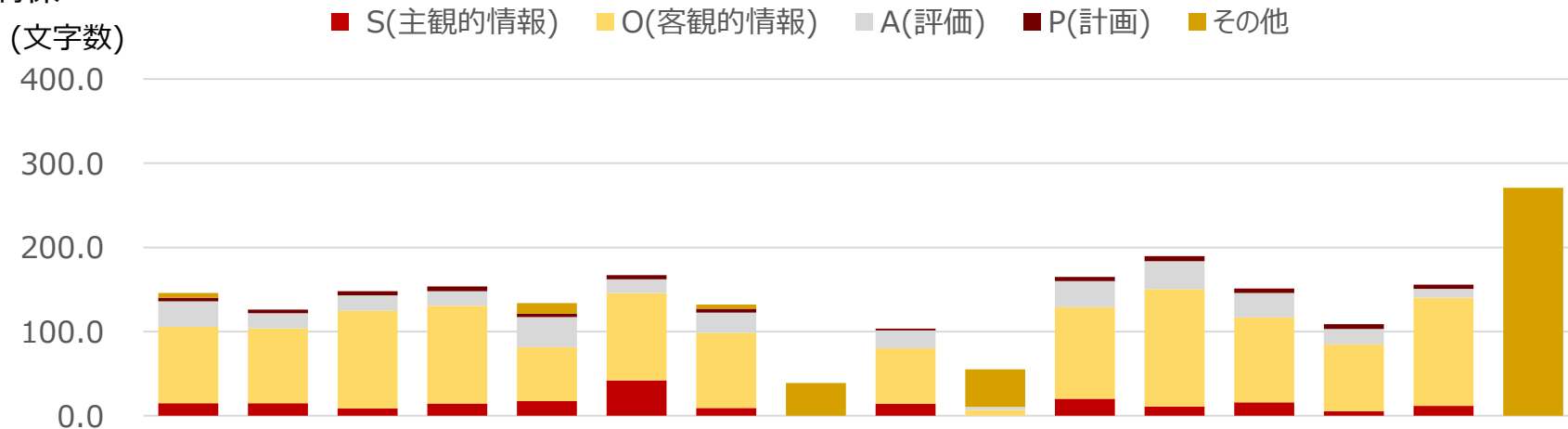
事例②：業務課題と改善施策の検討 | 記録・事務 | 看護記録

- 看護師1人あたりのSOAP文字数は、「O：客観的情報」の文字数が多い。

A病棟



B病棟

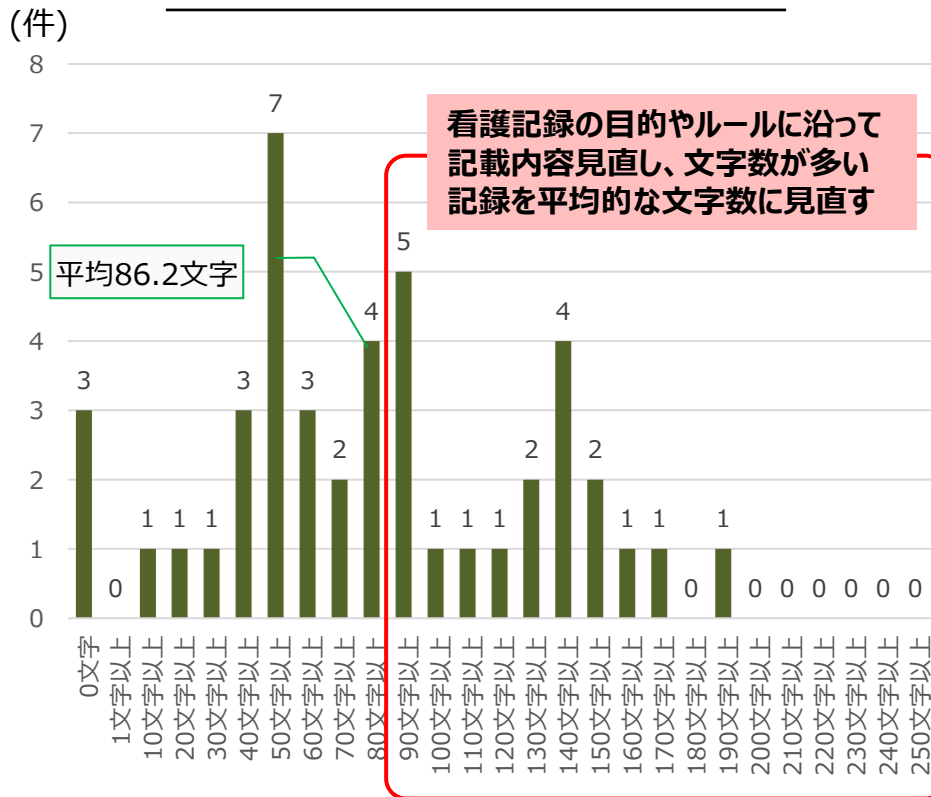


事例②：業務課題と改善施策の検討 | 記録・事務 | 看護記録の文字数削減効果

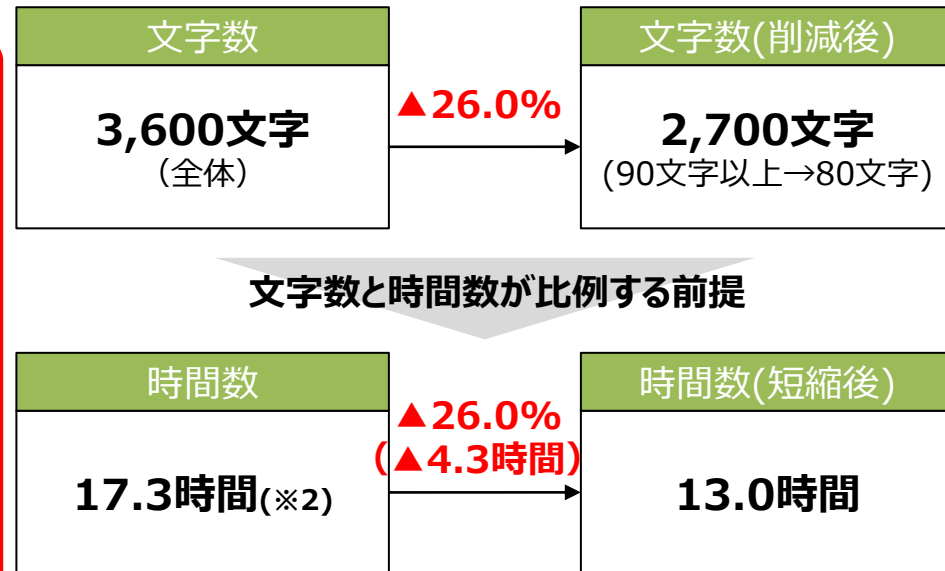
- 看護記録の目的やルールに沿って記載内容を見直すと共に、「O:客観的情報」の文字数が多い記録を平均的に直した場合、記録時間削減率は約26.0%、4.3時間短縮できる可能性がある。

A病棟 日勤

(看護記録「O:客観的情報」の文字数)



文字数削減による時間短縮効果



事例③：中規模急性期病院の病棟機能転換

地域：関東

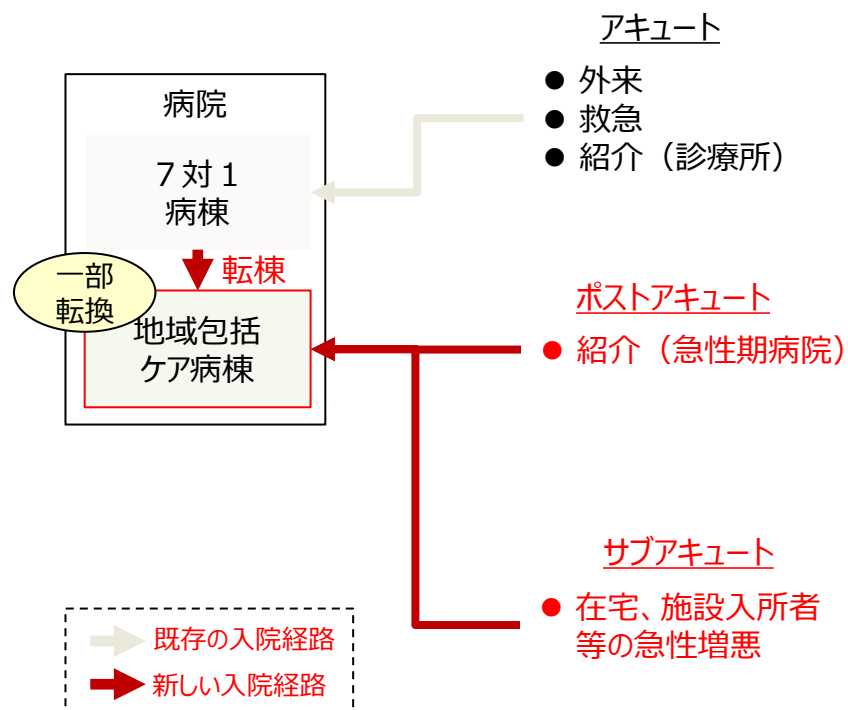
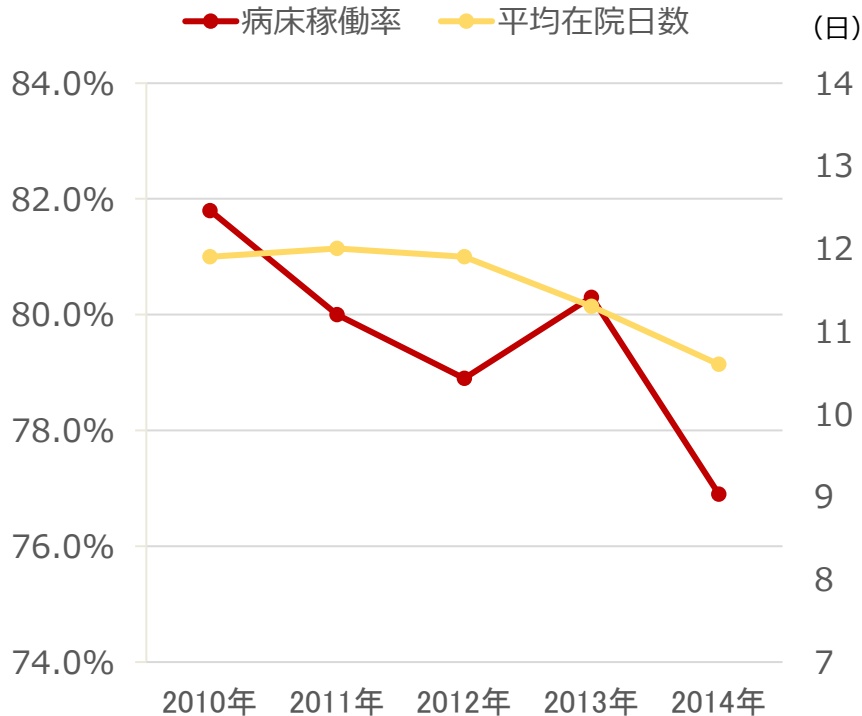
事業：病院（7対1DPC、200床未満）

売上：約50億円

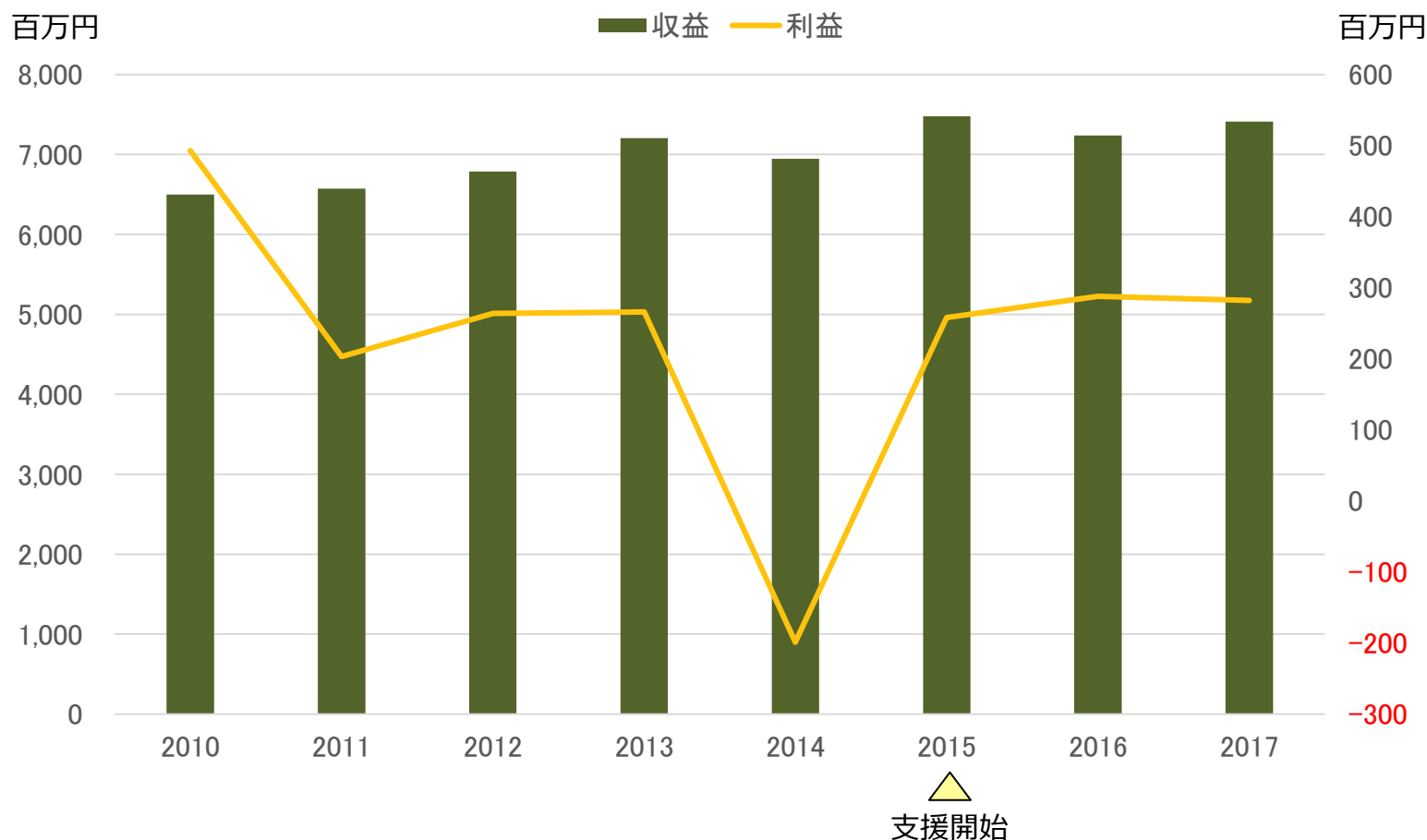
利益：病院は数千万円の赤字

- 診療報酬改定等の影響により在院日数が短縮し、病床稼働率が低下。減収、減益。

- 実質非稼働の病床を転換し、新たな（ポスト+サブアキュート）入院経路を確保することで、増患を図る。



事例③：中規模急性期病院収支サマリー



- 平成27年5月より支援開始。
 - 収益改善のため、7対1入院基本料の一部を地域包括ケア病床に転換。
 - 費用削減のため、医薬品、診療材料、委託の見直しを実施。
 - 改善期間のキャッシュフロー安定のため、金融機関に対しリスクの要請等支援を実施。
- ➡結果、支援開始年度に黒字転換を実現。

事例④：小規模病院における大規模な戦略転換

小規模個人病院（40床）

- ・ 老舗の個人病院、経営者一族から委任された雇われ院長が運営
- ・ 内科（高齢者対応）、透析が当面の収入源
- ・ 老人病院化、地域の評判は芳しくない、稼働率の低下



- ・ じりじりと収支悪化、将来ポテンシャルなし、建て替え不可能

戦略転換



- ・ 医業利益が80%増加、地域のブランド病院、繰上げ弁済

事例④：小規模病院における大規模な戦略転換



病院

理事長



- ・息子に事業承継
(出資持分も譲渡)

旧院長



新院長



交代

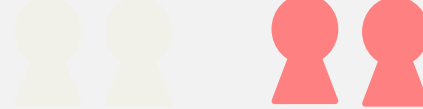
高齡により
引退

旧スタッフ

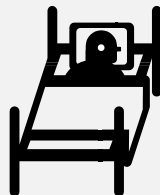


一部退職

新スタッフ



内科施設

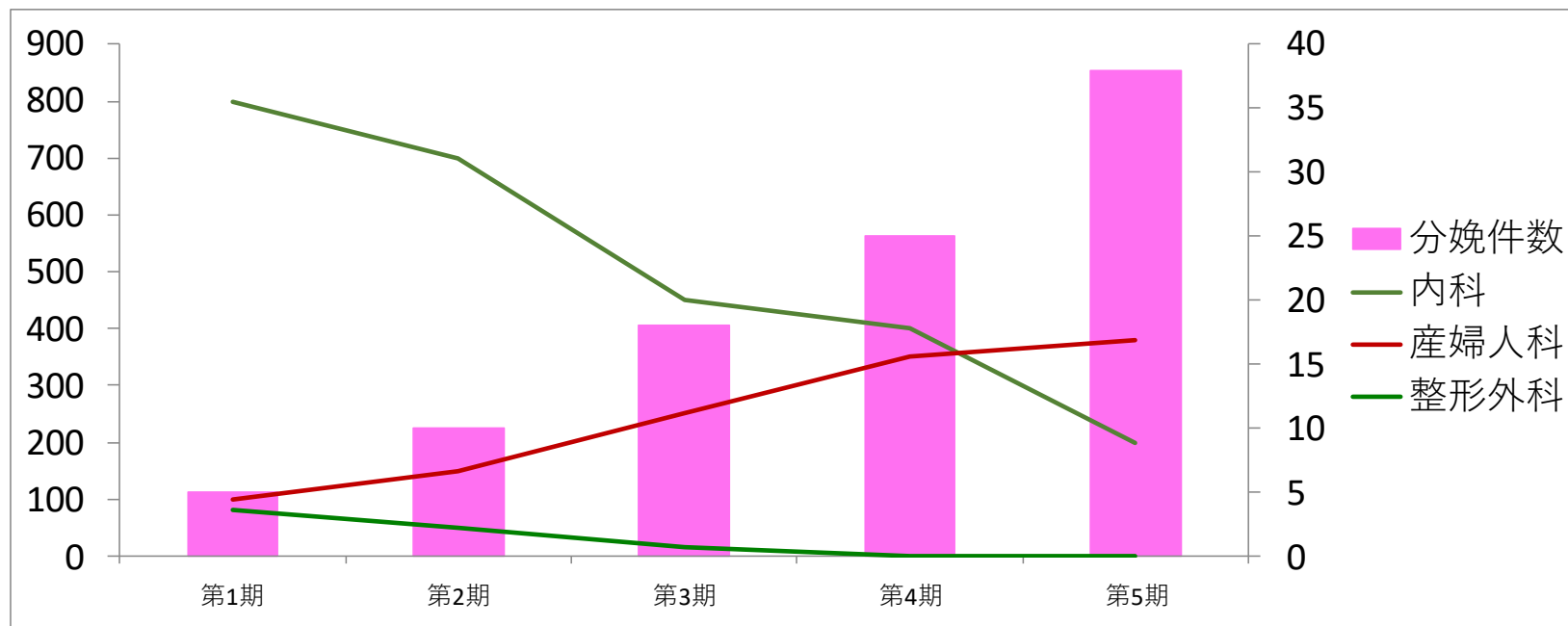


一部改修

産婦人科施設



事例④：小規模病院における大規模な戦略転換



院長交代
助産師採用
施設改修

整形外科の閉鎖

二次救急指定の
返上。借入金の
繰上返済

全病棟産科転換
産科常勤医の採
用。組織強化

ED

事例⑤：中規模病院の収益増加策

- ・ 地方にある中規模病院（約100床）
- ・ 稼働減による収益減少

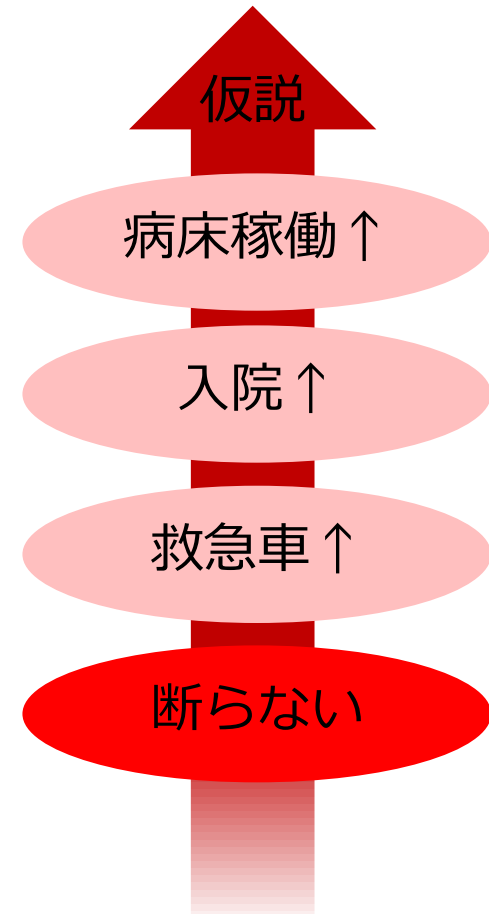
問題点

- ・ 収益額と利益の低さが問題

KPI（Key Performance Indicator）の設定

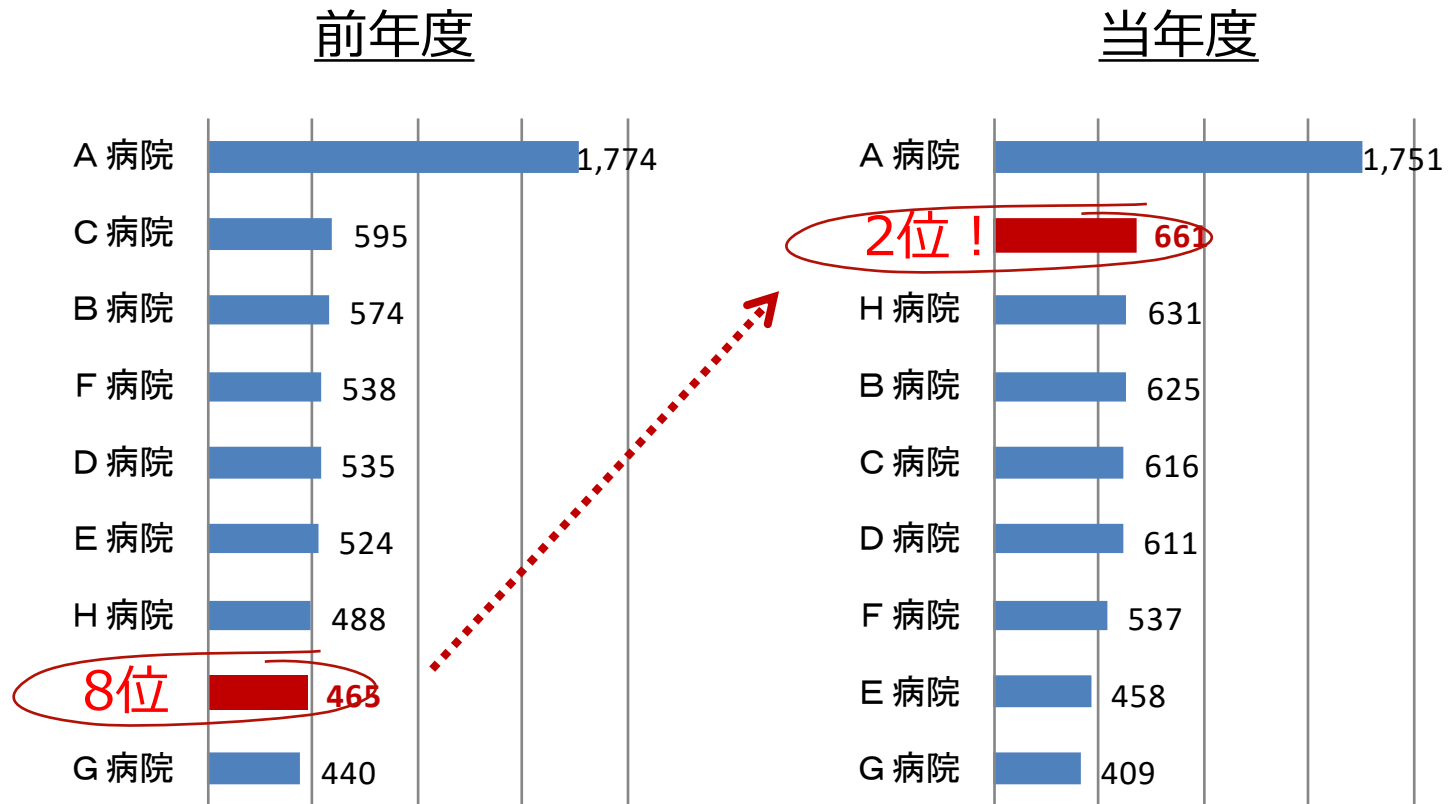
病床稼働率 
救急受入率 

- ・ 救急受入強化による病床稼働率向上を最重点施策に



事例⑤：中規模病院の収益増加策

〇〇市内救急収容実績（件数）



事例⑤：中規模病院の収益増加策

救急受入率

+16%

病床稼働率

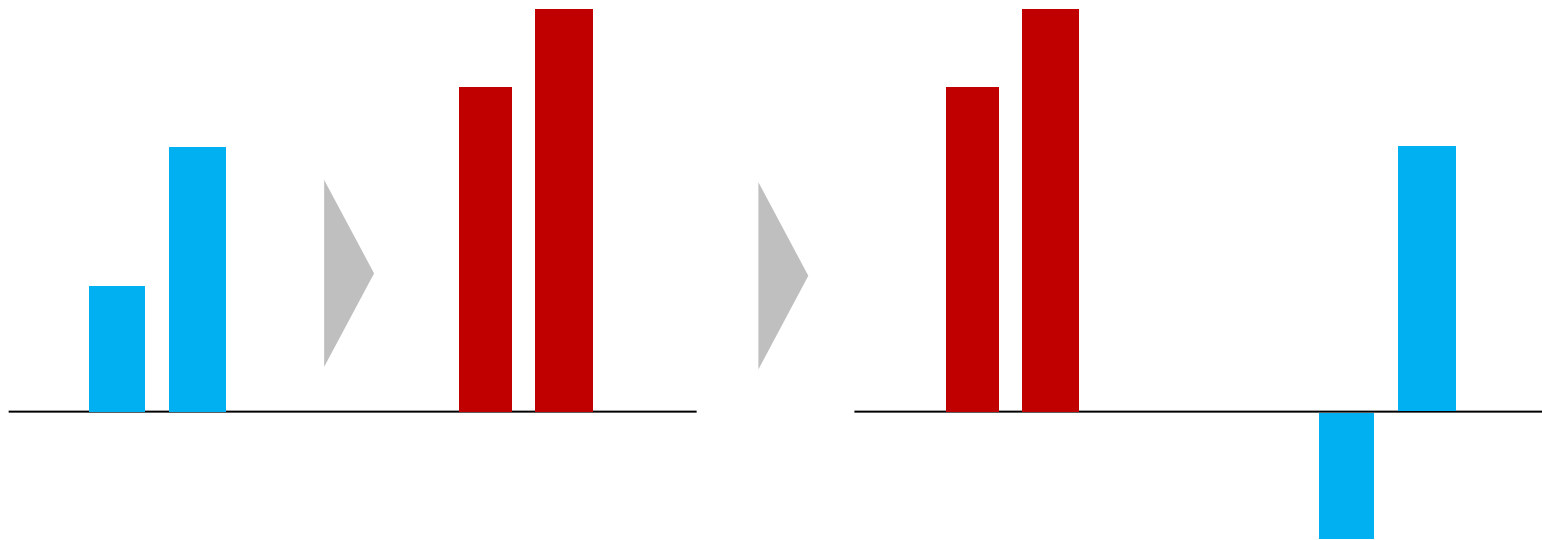
+6%

医業収入


+2億

医業利益

+2.5億

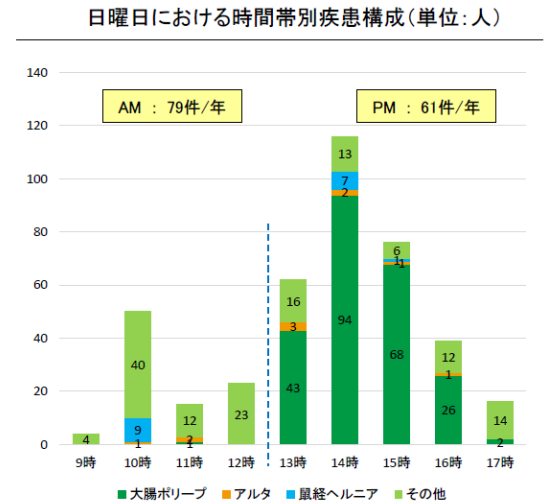
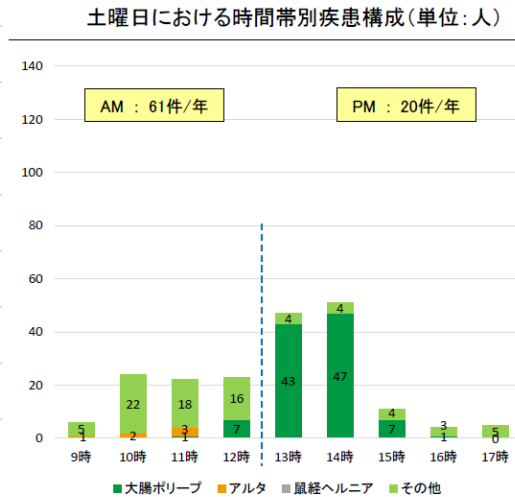
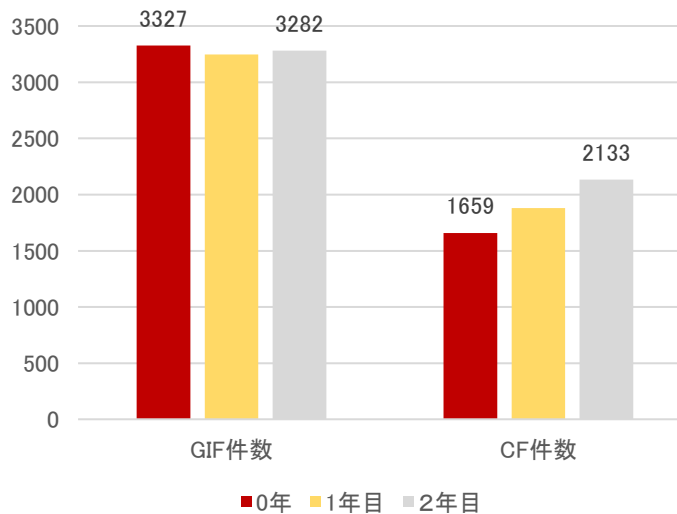


事例⑥： 専門病院のマーケティング強化

病院名	A病院（100床未満）	
所在地	関東郊外	
病床機能	一般病棟（急性期一般）	
常勤換算 医師数	4.5名	
患者数	上部消化管3000件/年、下部内視鏡2,000件/年	
特徴	元々地域密着型の消化器専門病院。 ⇒短期滞在入院を特徴に再マーケティング	

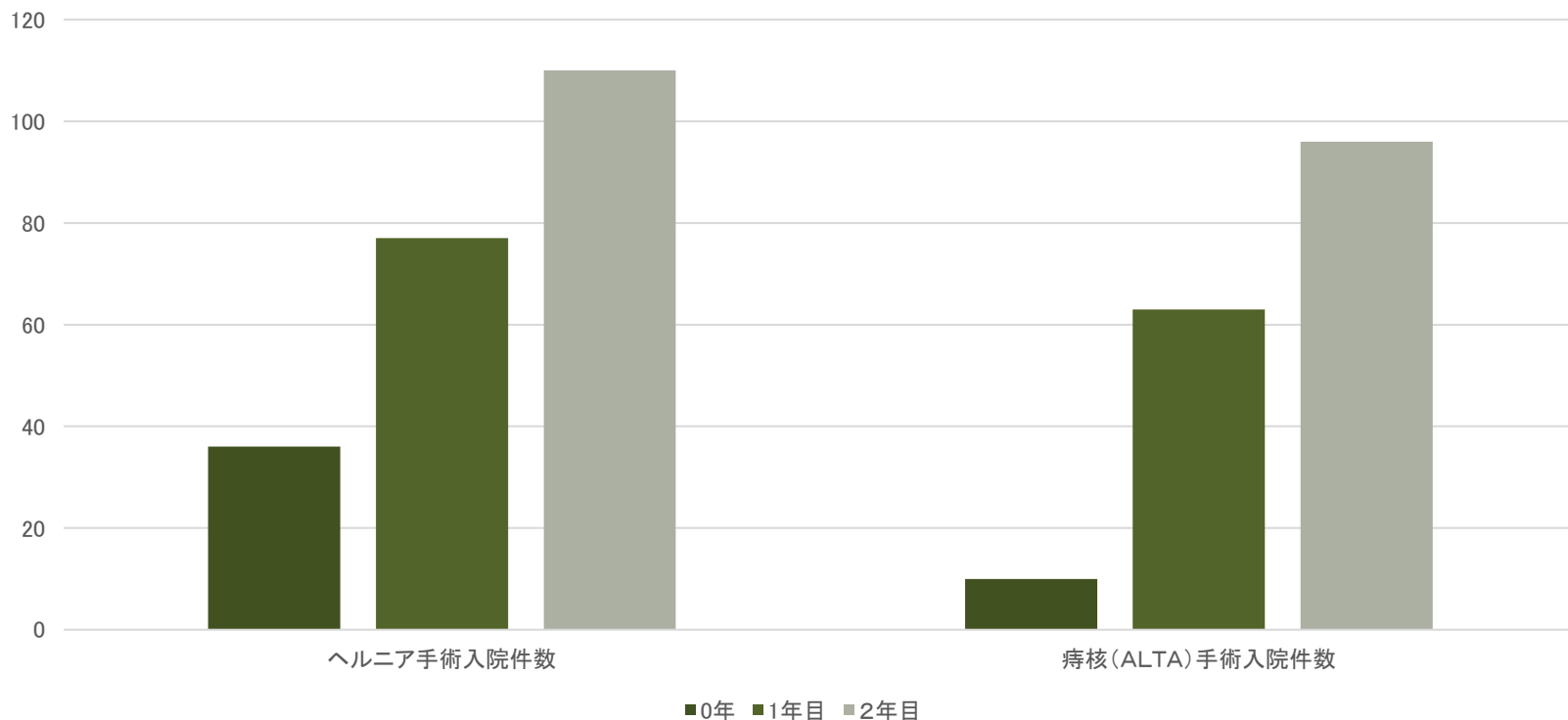
事例⑥：予約オペレーション改善

- 同じ休日にも関わらず、土曜日と日曜日で大腸内視鏡検査の入院件数に倍の差があった。
- 土曜日は午後外来を行っている為、内視鏡検査予約がとれず、予約待ちの状態に。
⇒土曜日午後外来を閉鎖、予約枠の開放により、内視鏡件数は1.3倍まで増加
- その他、医師に対してインセンティブ付与。予約枠の取り方を工夫する事で、予約待ちを解消。
(大腸内視鏡検査スピードの測定し、スピードの速い医師の枠を同時並列で運用)




事例⑥： webマーケティング強化による効果

- 地域密着型の消化器専門病院から、「短期滞在手術」を中心とした病院への方針転換
- ホームページの大幅な見直し（SEO、医療機関のWEBマーケティングに強い業者への切り替え）により手術件数は2倍に。
- 大腸内視鏡検査の増加によりALTAの件数も増加。



事例⑦：在宅医療の積極的導入

病院名	A病院（100床未満）	
所在地	関東郊外	
病床機能	一般病棟（急性期一般、地域包括ケア）、 障害者病棟、療養病棟	
常勤換算 医師数	4.6名	
在宅患者数	20名強（2019年10月時点※2019年4月立上げ）	
特徴	地域にほとんど在宅医療を提供する医療機関がなく、 地域（特に行政）からの期待が大きい	

事例⑦： 中小病院における在宅医療の優位性

■ 強み

		中小病院	診療所
外部要因	集患	自院の退院患者も対象になる 知名度がある・得やすい	紹介されるための活動が必要 知名度アップも一苦労
	患者の志向	病院志向が強いので有利	在宅医療啓発も必要
内部要因	24時間体制	当直医体制とは別に構築が必要 医師が多く体制構築しやすい	院長依存 グループ診療化には一苦労
	バックベッド	自院入院はかなり柔軟に 対応できる可能性がある	連携関係構築が必要 柔軟性は低い
	医師スタッフ採用	規模・ハードがあることは有利	規模が小さい時期は かなり苦労する
	診療領域・専門性	複数の医師・専門性により カバーできる範囲が広い	院長の専門性に偏りがち
	チーム医療	病院の文化次第 規模が大きな分、難易度は高い	院長中心に作りやすい 院長依存

事例⑦：在宅医療導入の直接的経済効果

	現状	STEP 1	STEP 2
	地域包括ケア病棟 2 (40床)	地域包括ケア病棟 1 (40床) + 一般在支病	地域包括ケア病棟 1 (40床) + 強化型在支病連携
病床単価	2,558点/日 稼働80%	2,738点/日 稼働80%	2,738点/日 稼働80%
病床収益	約 3億円	3億2000万円	3億2000万円
		+ 2000万	
在宅・訪看患者数	なし	医療 4名 (Dr週半日) 訪看 8名 (Ns週 2日)	医療 50名 (Dr 5名×1日) 訪看 50名 (Ns 3名) ※在宅看取り 2名
在宅・訪看収益	0円	400万円	4800万円
		+ 4800万円	
病院収益	約 3億円	3億2400万円	3億6800万円
		+ 6800万円	

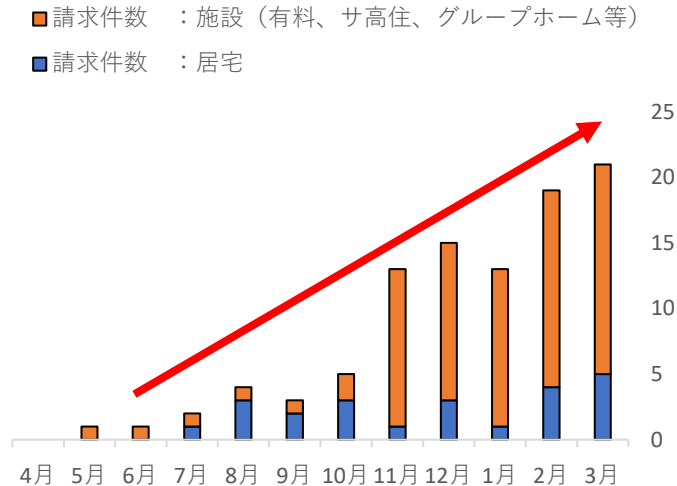
他のメリット

- ・外来で初診料 機能強化加算@80点算定可に
- ・在宅患者の入院増加 (サブアキュート入院@4,200点 (14日間) も増加)

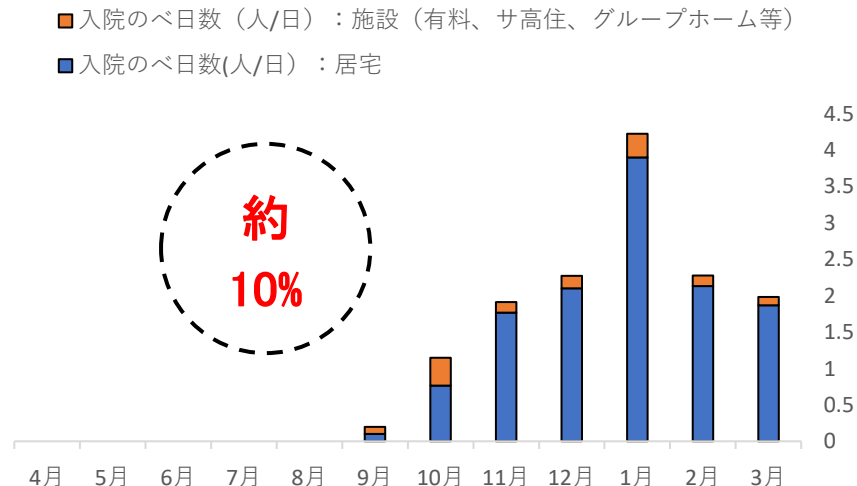
事例⑦：在宅医療導入の派生的経済効果（入院患者増）

- 訪問診療中の実患者20人のうち、約10%（延べ日数2人/日）は常時入院加療が必要な状態。
- 訪問診療の開始により地域包括ケア病床の入院料1も取得（1,800円/日の増収）
- 地域包括ケア基準UP+訪問診療+病床稼働向上の相乗効果が得られた。

訪問診療請求件数



訪問診療患者入院延べ日数（人/日）



事例⑧：事業譲渡と健診センターの経営改善

大規模健診センター

- ・ 首都圏にある150坪の診療所、病院サテライト
- ・ 最高の立地、高度検査機器、著名な医師をそろえる
- ・ 内科、乳腺化、婦人科の外来、健康診断



- ・ 患者数が伸びず、コスト負担が大きく、事業譲渡

戦略転換



- ・ 3年目に黒字化、リピート意向98% + 勧める度95%

事例⑧：事業譲渡と健診センターの経営改善

ファンド



法人グループに投資して、不採算部門を清算

営業権（健保契約）、雇用契約、リース契約の譲渡

旧医療法人

新医療法人

旧院長

旧スタッフ

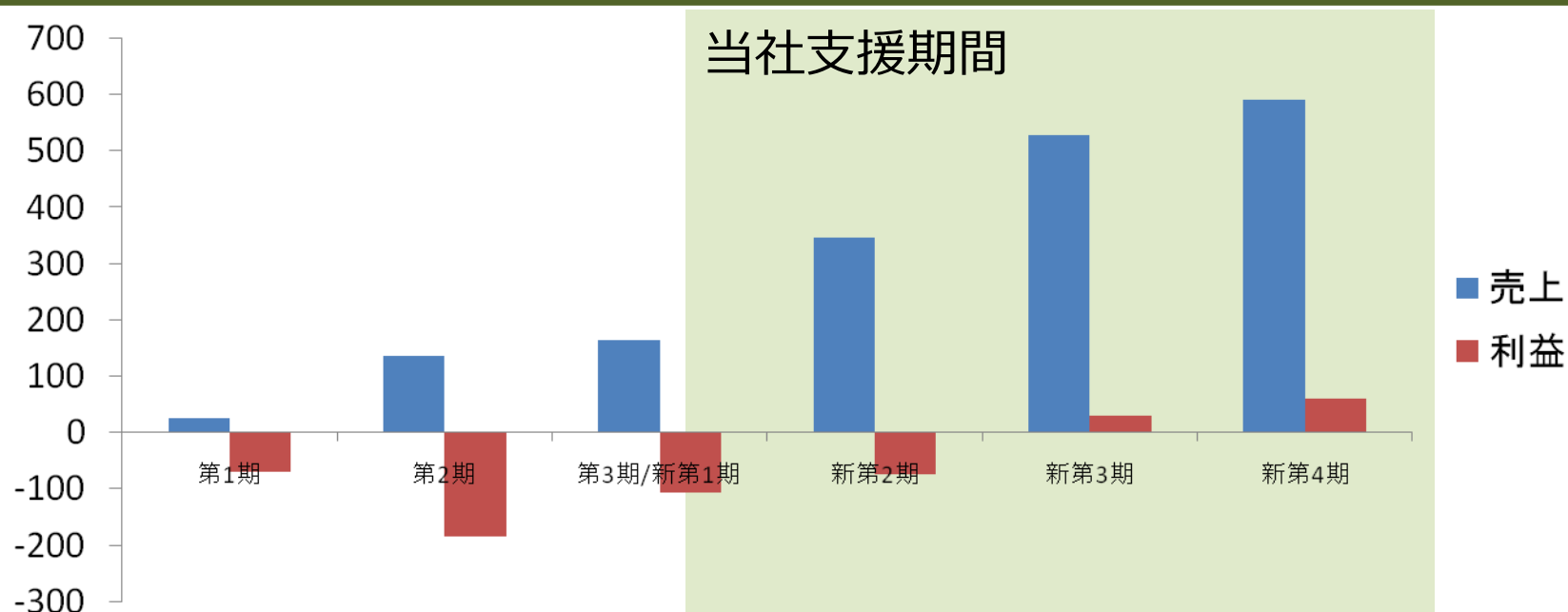
事業譲渡

新院長

新スタッフ

旧院長は非常勤として一定期間勤務。スタッフの雇用契約は継続

事例⑧：事業譲渡と健診センターの経営改善



病院サテライトとして新設

事業譲渡

CT売却
X線TV購入
営業戦略見直し

内装リニューアル

営業強化
予約管理の徹底

IV₁

Medical Innovation and Value-Added

事例⑨：分院活用による診療科・病棟再編転換

中核病院（400床）、分院（200床） 他

- ・ 地方の民間病院
- ・ 地域中核病院として、救急、癌、整形外科等に強み
- ・ 分院においても類似機能を提供しており、医療資源が分散



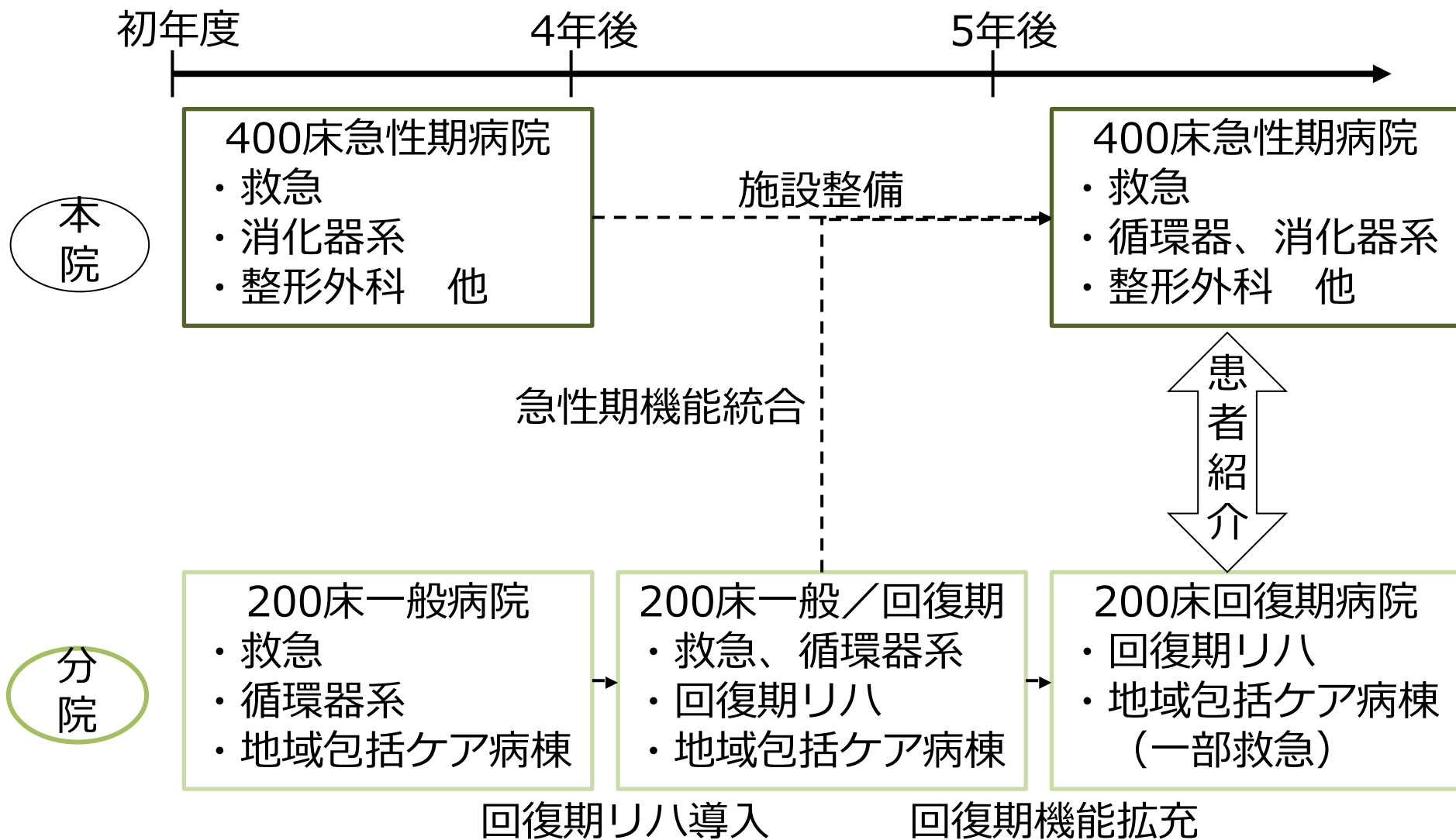
- ・ 本院の施設整備に伴い、分院との間で診療科・病棟構成を見直し

戦略転換

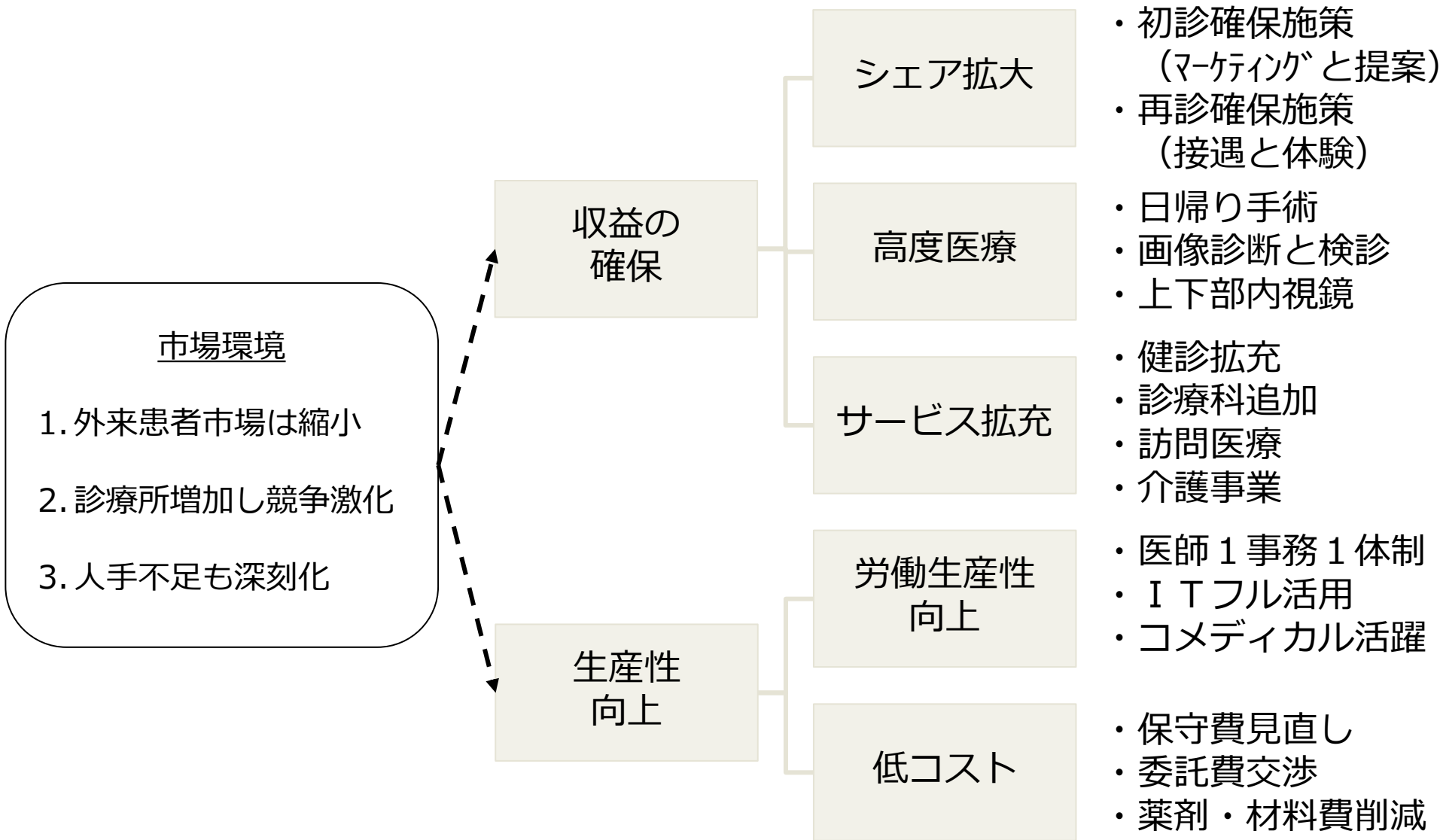


- ・ 本院の救急体制強化・重症度向上、分院において稼働率向上

事例⑨：分院活用による診療科・病棟再編転換



診療所の戦略的選択



戦略事例：プライマリケアの徹底

項目	概要
対象患者	・幼児から高齢者 (常時、小児科と内科医併診)
対象疾患	・プライマリケア全般 (風邪症状、高血圧、高脂血症等) ・一般的健康診断
診療圏	・狭い
設備投資	・X線、心電図、エコー
サービス	・時間、場所の利便性追求
KPI (主たる経営指標)	・患者数

事例：

✓ ナビタスクリニック

- ・ 駅直結の駅ビル内に3施設
- ・ 平日21時まで、土曜日17時まで
- ・ 内科・小児科・皮膚科
- ・ インターネット予約

✓ CAPSクリニック

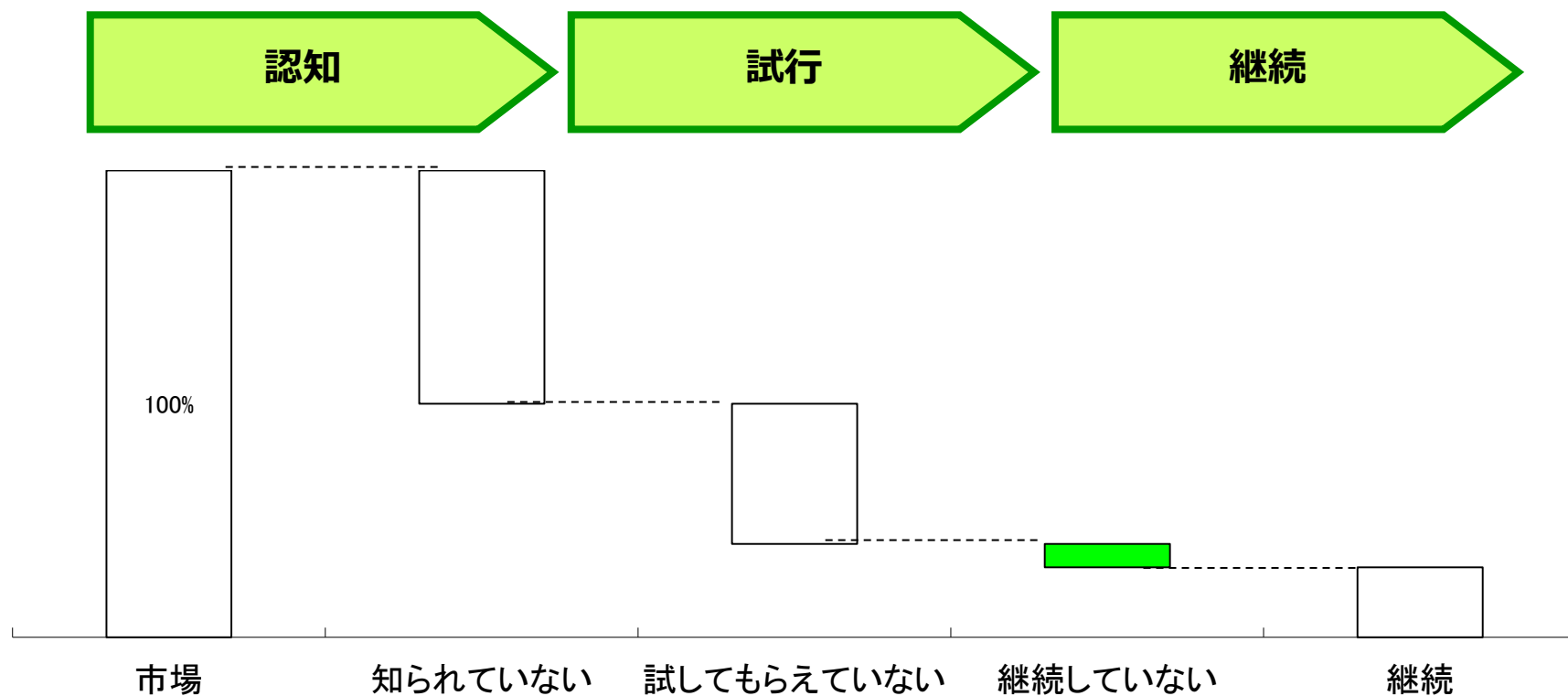
- ・ 東京東部を中心に6施設
- ・ 年中無休9時～21時まで
- ・ 内科、小児科
- ・ インターネット予約

✓ 用賀アーバンクリニック

- ・ 郊外の1Fテナント
- ・ 昼休み無し、8時～19時まで
- ・ 家庭医・総合医が中心

その他戦略例：予防接種・一般健診強化、祝日・夜間診療

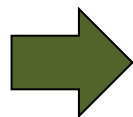
マーケティングの考え方



対 策

- ・ ホームページ見直し
- ・ webマーケ対策
- ・ 看板、チラシ配布
- ・ 勉強会、講演会
- ・ “売り”の再設計
- ・ webの文言修正
- ・ 口コミの誘引
(院内ちらしなど)
- ・ 受付、Nsの接客改善
- ・ 診察スタイル変更
- ・ 院内施設、設備の見直し
(家具入替、壁塗替、雑誌見直し等)

webサイトのてこ入れ #1



webサイトのでこ入れ #2



Webブラウザのシークレットやプライベートモードで、地域+専門科で検索

地図検索上の検索ランキング対策
M E O : Map Engine Optimization

検索ランキング対策
S E O : Search Engine Optimization

用賀アーバンクリニック 医療法人社団プラタナス

<https://yoga-urban.jp/>

用賀アーバンクリニックは、ファミリードクター（家庭医）、サービス業としての医療の実践、患者様参加型医療の実践をコンセプトに、洗練された医療を提供できるよう努力しています。...【お知らせ】小島医師退職による2019年4月の内科体制について; 2019.03.28

スタッフ紹介・担当医表・予約外来・診療内容のご案内・ご挨拶・理念・概要

このページに複数回アクセスしています。前回のアクセス: 19/06/12

東京都 用賀駅の内科一覧 ここカラダ

<https://www.cocokarada.jp/> 病院検索、内科、東京都、東京急行電鉄田園都市線

東京都、用賀駅の内科をお探しならここカラダ。全国15万件の病院情報を、住所・駅名からカンタン検索！あなたに最適な病院・診療所歯科医院がきっと見つかります。

まきのクリニック | 世田谷区用賀・用賀駅 | 内科 皮膚科 循環器科 胃腸科

makinoclinic-youga.com/

世田谷区の「まきのクリニック」は用賀駅から徒歩1分。内科・皮膚科・循環器科・胃腸科・呼吸器科・リハビリテーション科・アレルギー科を診療。生活習慣病の早期発見と生活指導に注力。特定の症状だけでなく、全身の健康状態を総合的に診察します。

このページに2回アクセスしています。前回のアクセス: 19/06/12

たてき内科クリニック

www.tateki.gr.jp/

世田谷区用賀にある糖尿病、甲状腺専門の内科 たてきクリニックです。

東京都世田谷区用賀の内科一覧 15件 - Yahoo!口コミ

診療所の戦略的選択

市場環境

1. 外来患者市場は縮小
2. 診療所増加し競争激化
3. 人手不足も深刻化

- ✓ 地域の患者増が見込めない場合、基本はシェア拡大
- ✓ シェア増には、webや広報を通じた初診対策、院内の接遇・施設を改善する再診対策に分かれる
- ✓ Webは、日々進化しており、継続投資が必須

シェア拡大

- ・ 初診確保施策
(マーケティングと提案)
- ・ 再診確保施策
(接遇と体験)
- ・ 日帰り手術

検診
鏡

生産性 向上

向上

- ・ ITツール活用
- ・ コメディカル活躍

低コスト

- ・ 保守費見直し
- ・ 委託費交渉
- ・ 薬剤・材料費削減

戦略事例：高度医療（手術、検査）



事例：

- ✓ 執行クリニック
 - そけいヘルニア専門
 - 日帰り手術
（そけいヘルニア、下肢静脈瘤、痔核他）
- ✓ ニコタマ大腸・肛門クリニック
 - 大腸と肛門に特化
 - 大腸内視鏡、肛門日帰り手術
- ✓ 眼科：日帰り白内障手術 他
- ✓ リハビリ： 大規模リハ室
- ✓ 画像診断： MRI 他

項目	概要
対象患者	・専門治療・検査の患者
対象疾患	・日帰り手術 ・高度検査(MRI、CT、大腸内視鏡)
診療圏	・広い
設備投資	・検査機器各種 ・外来手術室、麻酔器、各種滅菌器
サービス	・高度医療
KPI (主たる経営指標)	・主たる検査・手術件数 ・紹介患者数

戦略事例：画像診断

メディカルチェックスタジオ

2017年12月に開業した画像診断専門クリニック。リーズナブルで短時間。気軽に画像検査が受けられる。脳ドック、CT肺・心血管ドックに特化した健診を実施。

住所	東京都中央区銀座1丁目2-4サクセス銀座ファーストビル 2F
アクセス	東京メトロ銀座一丁目、京橋駅徒歩1分
URL	https://medicalcheckstudio.jp/

費用		機器		認定	
1泊人間ドック	-	PET、PET-CT	—	人間ドック学会機能評価認定施設	-
日帰り人間ドック	-	MRI、MRA	1.5T	総合健診医学会認定優良総合施設	-
生活習慣病予防健診	-	CT	80列		
脳ドック	17,500円	マンモグラフィ	—	日本病院会人間ドック指定施設	-
CT肺・心血管ドック	10,000円	超音波診断装置	○	マンモグラフィ検診施設認定施設	-
婦人科検診	-	胃部X線	—		
		内視鏡	—		

30分以内で終わる脳ドック
3分で終わるCT肺・心血管ドック。
スマホで予約管理や結果確認が可能。
リーズナブルな価格で継続受診を促す。

戦略事例：心臓・循環器検査

CVIC心臓画像クリニック飯田橋

MRI・CTを使用し、身体の内부를3Dに視覚化する画像診断センターとして、2009年11月に開院。日本初の心臓を中心とした循環器系の検査に特化した施設。放射線被ばくがなく、造影剤を使わないMRIを中心に健診を提供。

住所	東京都新宿区小川町1-14 飯田橋リーブルクス
アクセス	飯田橋駅徒歩5分
URL	http://www.cviclinic.com/

費用		機器		認定	
1泊人間ドック	-	PET、PET-CT	—	人間ドック学会機能評価認定施設	-
プレミアムドック (脳・心臓と動脈硬化 検査)	178,000円	心臓MRI	1.5T×2	総合健診医学会認定優良総合施設	-
脳・心臓ドック	144,000円	CT	80列	日本病院会人間ドック指定施設	-
脳ドック	29,800円	マンモグラフィ	—	マンモグラフィ検診施設認定施設	-
心臓ドック	115,000円	超音波診断装置	○		
婦人科検診	-	胃部X線	—		
		内視鏡	—		

心臓+動脈硬化に特化して、一般ドックでは発見が難しい心臓病のCTMRI画像診断での早期発見を売りにする。

診療所の戦略的選択

市場環境

1. 外来患者市場は縮小
2. 診療所増加し競争激化
3. 人手不足も深刻化

収益の確保

シェア拡大

高度医療

コスト削減

- ・ 初診確保施策
(マーケティングと提案)
- ・ 再診確保施策
(接遇と体験)
- ・ 日帰り手術
- ・ 画像診断と検診
- ・ 上下部内視鏡
- ・ 健診拡充
- ・ 診療科追加

- ✓ 医療の発展によりクリニック+日帰りで出来ることは増え続けている
- ✓ 病院がどうしても外来より入院を重視する傾向があり、一点突破の外来医療投資は、差別化できる場合がある
- ✓ ただし高投資・高コストとなりリスクは大きいいため、経営判断は慎重に

- ・ 薬剤・材料費削減

1 体制
用
ル活躍

戦略事例：在宅医療の展開

項目	概要
対象患者	・高齢者
対象疾患	・脳卒中後遺症、認知症、整形疾患後遺症、末期癌 （胃瘻、人工呼吸器、注射等）
診療圏	・半径10km程度
設備投資	・車 ・業務効率化のICT（電子カルテ等）
サービス	・24時間対応、看取り ・複数医師によるグループ診療
KPI （主たる経営指標）	・患者数 ・施設別紹介患者数

事例：

- ✓ 悠翔会
 - ・在宅療養支援診療所 10箇所
 - ・全て機能強化型
 - ・年間往診3000件、看取り200件
- ✓ 桜新町アーバンクリニック
 - ・機能強化型在宅料支援診療所
 - ・登録患者数400人以上
（グループ全体で2000人以上）
- ✓ デンタルサポート
 - ・20以上の医療法人グループ
 - ・訪問歯科が中心

その他戦略例：外来中心の開業医による連携型訪問診療
一人医師による小規模投資型訪問診療

戦略事例：自由診療（美容皮膚）特化

項目	概要
対象患者	・20－50代女性
対象疾患	・しみ、しわ、たるみ
診療圏	・半径20km程度
設備投資	・各種レーザー、イオン導入 ・皺・たるみ改善機器各種
サービス	・完全予約制、女性スタッフのみ
KPI (主たる経営指標)	・患者数 ・患者あたり施術件数

事例：

- ・Aクリニック（美容皮膚科）



その他戦略例：美容形成外科、人間ドック・健診

診療所の戦略的選択

市場環境

1. 外来患者市場は縮小
2. 診療所増加し競争激化
3. 人手不足も深刻化

収益の確保

シェア拡大

高度医療

サービス拡充

- ・ 初診確保施策
(マーケティングと提案)
- ・ 再診確保施策
(接遇と体験)
- ・ 日帰り手術
- ・ 画像診断と検診
- ・ 上下部内視鏡
- ・ 健診拡充
- ・ 診療科追加
- ・ 訪問医療
- ・ 介護事業

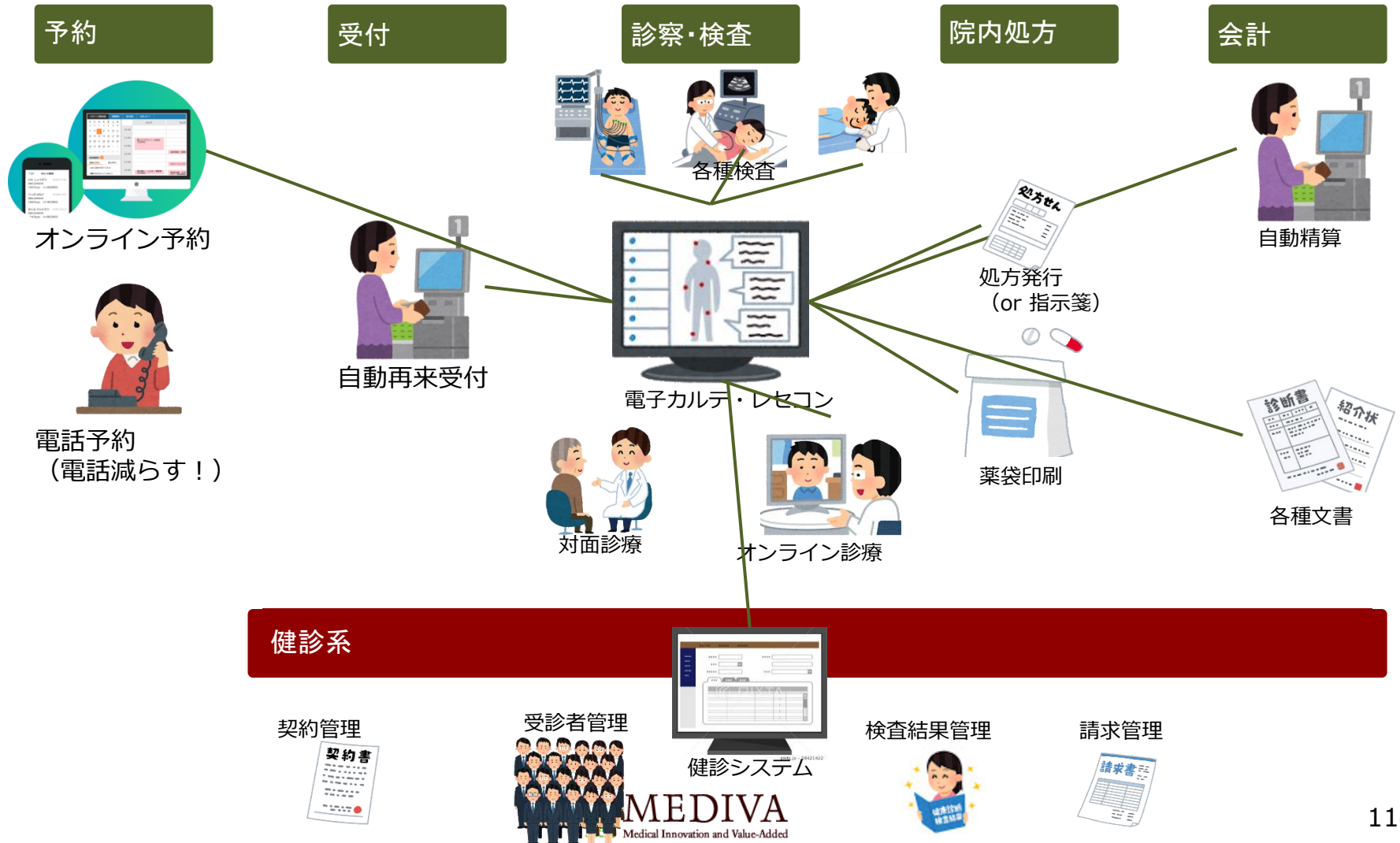
- ✓ 外来保険診療に限界がある以上、それ以外の領域に力を入れることは重要なテーマとなる
- ✓ 特に健診、在宅、介護は市場的にはまだ伸びが見込まれている
- ✓ ただしそれぞれに外来とは異なるマネジメントが必要であり、既存事業との相乗効果についてもよく見極める必要がある

業務1体制
用
ル活躍
し
費削減

事例：外来クリニックの生産性／付加価値向上

外来クリニックの効率化／付加価値向上に向けて

- ・電子カルテ・レセコンを軸とした各種DX連携による高生産性の実現
- ・極クラウドサービスを活用。
- ・カルテ・レセコンの患者情報（ID）の一元化が重要 → CRMにも繋がる。

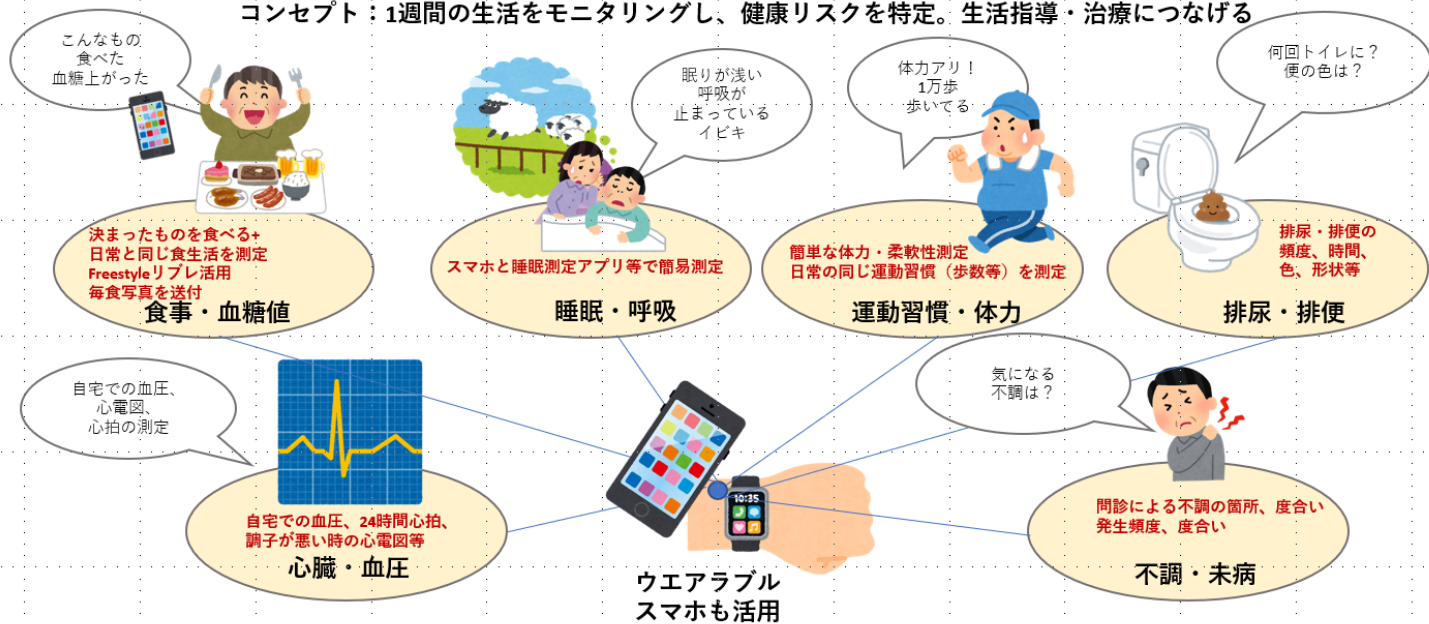


24時間健診（試験運用中）

・ウェアラブル測定デバイスの進化 → 施設への設備投資なしで家庭医外来と親和性の高い「自宅健診」をトライアルから開始したい。

生活習慣とリスクの「棚卸」健診（測定方法）

コンセプト：1週間の生活をモニタリングし、健康リスクを特定。生活指導・治療につなげる



現状分析、課題提起
リスク予測、アクション提案



生活指導、疾病管理

MEDIVA
Medical Innovation and Value-Added



オンライン診療（リアルも）

クリニックの事務員ゼロ運用に向けて

クリニック入居のマンション居住者向けに、平日8時30分～9時、土曜9時～13時の予約外来



来院

専用電話、もしくはWeb予約システムにて申し込み
Googleカレンダーにて共有
受付メール発信
カルテ枠作成

web問診サービスを利用。
健康保険証の画像と共に送信してもらう。

メールアドレスのない方は、来院時に記入

保険証にて本人確認

temi経由で案内

医師、看護師が診察室で対応

医師がその場でプリントアウト、看護師と確認し本人に渡す

原則、後払い。診察日当日は請求書・明細書を発行せずメールで送る。
支払い方法は、銀行振込、または来院によるクレジットカード、電子マネー、PayPay、現金払い

オンライン

アプリから予約

Googleカレンダーにて共有
受付メール発信
カルテ枠作成

web問診サービスを利用。

医師が管理画面にログインし対応

患者指定の方法で送付

原則予約時のクレジット登録で対応。診察日当日は請求書・明細書を発行せずメールで送る。



事例：健診事務の生産性／付加価値向上

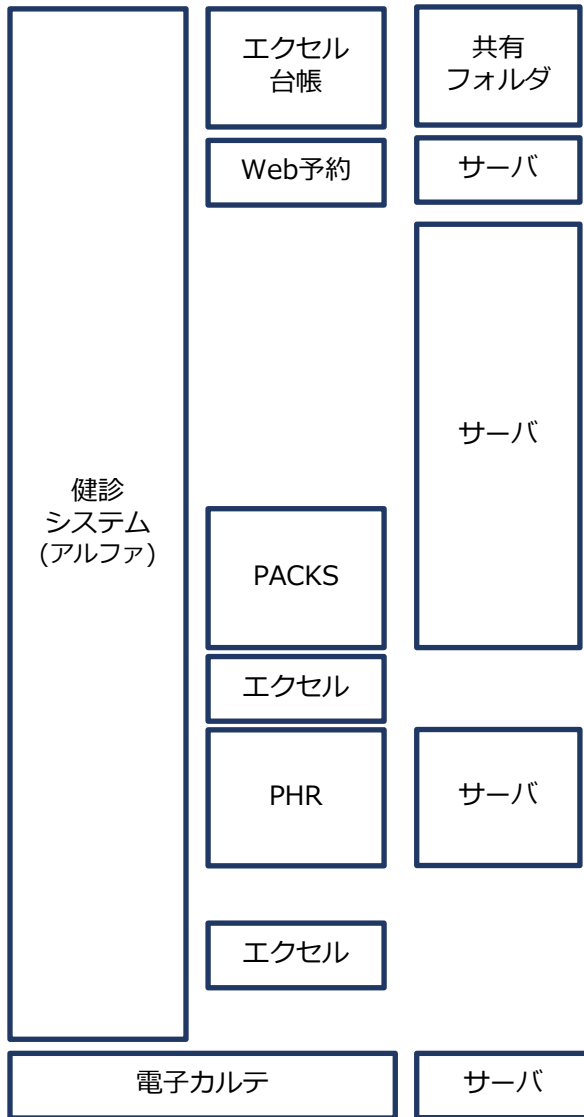
健診業務の課題整理

➡ 特に「契約」「予約」「請求」業務がアナログ管理となっており負荷が高い

業務フロー

システム・ツール・サーバ

契約 (法人)	<ul style="list-style-type: none"> 契約内容調整 契約手続き 情報登録
予約	<ul style="list-style-type: none"> 内容確認 オプション確認 日程調整
事前配送	<ul style="list-style-type: none"> ピッキング 検査キット送付
受付	<ul style="list-style-type: none"> 内容確認 オプション確認 検査キット受取
健診	<ul style="list-style-type: none"> 進捗確認 情報連携 支払い処理
結果作成	<ul style="list-style-type: none"> ロジックから算出 手修正 確認
結果送付	<ul style="list-style-type: none"> My ihc 登録 個人向け送付 健保向け送付
請求	<ul style="list-style-type: none"> 請求リスト出力 請求処理(健保,企業)
保健指導 再検査	<ul style="list-style-type: none"> 外来 データ提供 紹介状リスト提供



分類	問題・課題
契約	<ul style="list-style-type: none"> 法人との契約内容が複雑でアナログ管理 台帳のフォーマットが法人ごとに異なる 見積書等のフォーマットが法人ごとに異なる 契約書類が紙管理 (検索必要) 健診者管理IDの重複発番 情報登録可能な人材が少数 (難解なため)
予約	<ul style="list-style-type: none"> 予約調整が人力 (TEL/Mail) 予約から確定までにタイムラグが発生 予約電話時間帯に偏り発生 予約電話の品質管理 Web上で予約が完結しない (最終的に人力)
配送	<ul style="list-style-type: none"> 健診者数増加に伴う作業負荷の増加 置き場所が不足
受付	<ul style="list-style-type: none"> オプション受診の促進 (単価を上げる) 当日キャンセル率の改善 キャンセル枠の活用 (在庫管理)
健診	<ul style="list-style-type: none"> 関連システムのサーバ構成、保守状況が不明
結果	<ul style="list-style-type: none"> 結果作成の手修正と確認の負荷が高い
送付	<ul style="list-style-type: none"> 健保組合へのデータ提供パターン数が多い My ihc 登録者数増加 My ihc を活用したコミュニケーションの実施 (予約確認、リマインド、フォロー通知)
請求	<ul style="list-style-type: none"> 請求リスト出力パターン数が多い
保指	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導、再検査との連動 健診者へのアフターフォロー施策

直近の実施内容

➡ 特に負荷の高い「契約」「予約」の業務効率化から着手

分類	業務効率化・リスク改善案 新サービス案	分類		スコア								
		業務効率 リスク改善	新サービス	効率化・改善 (1:小/3:中/5:大)				事業性	難易度 (1:小/3:中/5:大)			
				業務 負荷	リスク	緊急度	合計		実行 コスト	実現あ 時間	難易度	合計
契約	・ エクセル台帳の廃止/減少	○		5	3	3	11	1	1	3	5	9
	・ 契約パターンの集約	○		5	1	3	9	1	1	3	5	9
	・ 契約書類のOCRデータ化	○		3	1	3	7	1	3	1	1	5
	・ マイナンバーによる健診者管理		○	1	1	1	3	3	5	5	5	15
予約	・ 事前確認情報の事前連絡	○		5	1	3	9	1	1	1	1	3
	・ 予約の一部自動化 (TEL、Web)	○		5	1	3	9	3	3	3	3	9
	・ 予約枠の制限の緩和	○		3	1	3	7	1	3	3	3	9
	・ 予約電話品質情報管理	○		1	3	1	5	1	3	3	3	9
	・ 健診者へのオプション検査項目の 適正診断サービス提供		○	1	1	1	3	3	3	1	3	7
	・ 予約コールセンターのBPO事業化		○	5	1	1	7	5	5	5	5	15
配送	・ 検査キット配送のBPO事業化		○	3	1	1	5	5	5	5	5	15
受付	・ キャンセル枠の見える化	○		1	1	3	5	1	3	3	3	9
健診	・ サーバのBCP対策	○		3	5	5	13	1	3	5	5	13
	・ サーバのクラウド化	○		3	3	3	9	1	3	5	5	13
結果	・ 健診結果作成の確認の自動化	○		5	1	3	9	1	3	3	3	9
結果 送付	・ My ihc拡張 (予約確認、フォロー等)		○	1	1	3	5	3	3	3	3	9
	・ PHR - LINE 連携 (登録数増加施策)		○	1	1	1	3	3	1	1	3	5
	・ 健保組合への結果閲覧Web提供		○	3	1	3	7	3	5	5	5	15
請求	※契約内容の統一化と運動	○										
保指	・ 保健指導事業連携		○	1	1	1	3	5	3	5	5	13
	・ 不定愁訴 (健康相談) サービス		○	1	1	1	3	5	3	5	5	13

業務効率化から付加価値向上へ

契約健保・企業数	:	約600団体
受診者数	:	約4万人（年間・4施設）
リピート	:	90%（感覚値）
施設稼働率	:	95～100%（コロナ自粛明け直後は70～80%）



PHRを活用した「患者CRM」による新サービス展開案（健診以外の接点創出＋物品販売）

Step 1

健診結果をアプリで確認

済

追加サービス：健診結果の見方をサポート（読み物／ウェビナー）

Step 2

不定愁訴の簡易自動相談サービス（チャットボット等）

対象者：保健指導対象にはならない、健診受診者

目的：より健康になるための、日常の健康お困り事相談サービス

方法：問診、健診結果情報を基にした、自動回答（チャットボット等）

Step 3

不定愁訴の対面相談サービス＋健康商品販売

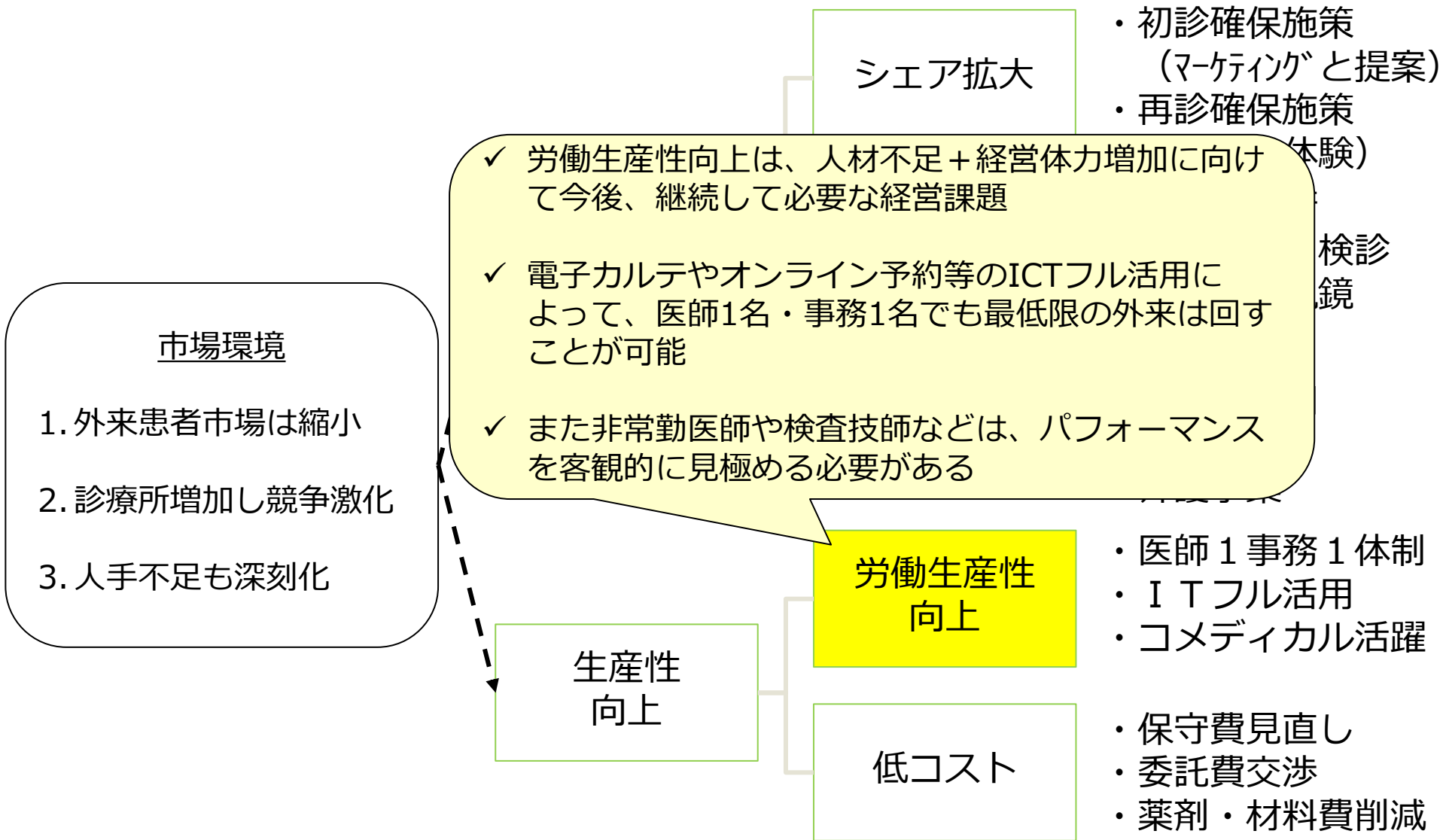
対象者：同上

目的：マンツーマンでの健康相談、健康商品の紹介、販売

方法：問診、健診結果情報に基づいた、対面相談

対面相談に基づいた、健康商品の紹介、販売

診療所の戦略的選択



10年後の医療機関経営（私見）

1. 高度急性期医療は、400床以上の地域中核病院か50～100床程度の専門特化型病院だけが生き残る。特に手術と救命救急医療は、地域中核病院への集約化が進む
2. 200床までの中小規模病院は、地域包括ケア機能（在宅復帰、在宅医療、介護施設連携）、リハビリテーション機能が鍵となり、特に在宅医療は多くの中小病院の必須機能となる
3. 200～400床の中規模総合病院は戦略的に悩ましい状況となる。二次救急・一般的な手術・地域包括ケア機能を複合的に有する必要がある
4. 精神科病院は、入院患者の減少で大幅にダウンサイジングが進む。破綻する病院も増える。一方で、精神科在宅やメンタル産業医は普及が進む
5. 診療所は、厳しい経営となる。市場をきちんと押さえているか、特定の診療科、在宅や健診・日帰り手術等の特徴が必要となる
6. 医師と看護師が余り始める一方で、介護・看護助手の人手がより不足する。外国人の活用、高齢者再雇用以外で、休眠看護師の活用等が求められる
7. 地方の病院は、合併や縮小等が進まないと共倒れになる。都心部や中心市街地の急性期病院は、人件費増・設備投資増の負担が増す。

まとめ

1. 昨年、世界的に感染拡大が始まった新型コロナウイルスは、その直接的な対応だけでなく、感染拡大抑止策等の間接的な影響として、医療機関経営に多大なダメージを与え続けています。
2. 緊急事態宣言やワクチン接種の普及、また各種治療方法の確立によって、今後の早期収束が期待されますが、実際のところ第5波は過去最大の感染規模であり、第6波もどうなるかわからず、中長期的に対応が必要な状況です。
3. また一方で、2022年度の診療報酬改定にむけては、コロナ対応と並行して、全世代型社会保障改革や規制改革会議等で議論が進められ、また中医協においても遅ればせながら論点整理が始まっています。また感染症対策は、5疾病6事業の6事業目として各種計画に盛り込まれることとなりました。
4. こうした動きから、2022年度の診療報酬改定を見通すと、感染管理の強化やBCP策定はおそらく高い確率で盛り込まれる一方で、従来への入院、外来、在宅における施設基準は小幅な改定となる可能性が高いです。
5. そうした中でも、個別に見ると、急性期病床は重症度の基準の微修正、既に普及が進んだと見られている地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟は質の向上に転換し、在宅は引き続き拡充に向けた連携強化、外来はオンライン診療の拡充といった点がポイントになり、また不妊治療の保険適用の可能性が高まっている点がポイントしてあげられます。

ご静聴ありがとうございました。

