

◆ **新型コロナ5類移行に伴う  
診療報酬特例の見直し内容  
の整理**

◆ **第8次医療計画に向けた  
外来医療計画および  
外来診療の今後**

Vol. 147 2023

5-6 月号

ボ  
ラ  
ン  
チ

Volante

医療経営者の舵取りを支援する医療経営情報誌。  
医療専門コンサルタントが最新の業界動向をお届けします。

＜新連載：第4回＞

～医師の働き方改革の進め方～

「医療機関勤務環境評価センターの  
評価を受けるときの注意点」

# 新型コロナ5類移行に伴う 診療報酬特例の見直し内容の整理

政府は3月10日、新型コロナウイルス感染症対策本部を開催し、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等」を決定しました。

5月8日から新型コロナの感染症法上の位置づけが5類になり、医療提供体制も通常体制に戻していくこととなります。それに伴い、診療報酬の特例や補助金なども見直されることになり、その内容が明らかになりました。

本稿では、その見直し内容のうち、入院・外来に焦点をあててご紹介していきます。

## 👉医療提供体制を2024年に向けて 段階的に移行

5月8日から新型コロナの感染症法上の位置づけが5類になるに伴い、医療提供体制も通常体制に戻していくこととなります。この移行に関して、国の資料では「幅広い医療機関で新型コロナウイルス感染症の患者が受診できる医療体制に向けて、必要となる感染対策や準備を講じつつ国民の安心を確保しながら段階的に移行」していくとしています。特に、今年の夏・冬には新たな感染拡大が生じる可能性があります。そのため見直し内容は、その都度検証し、必要に応じて対応を図るとしています。また2024年度の診療報酬改定では、コロナ対応を組み込んだ報酬体系を構築する方針であり、新型コロナ対応の医療提供体制を解消する時期として2024年度が念頭に置かれていることが読み取れます(図表1)。

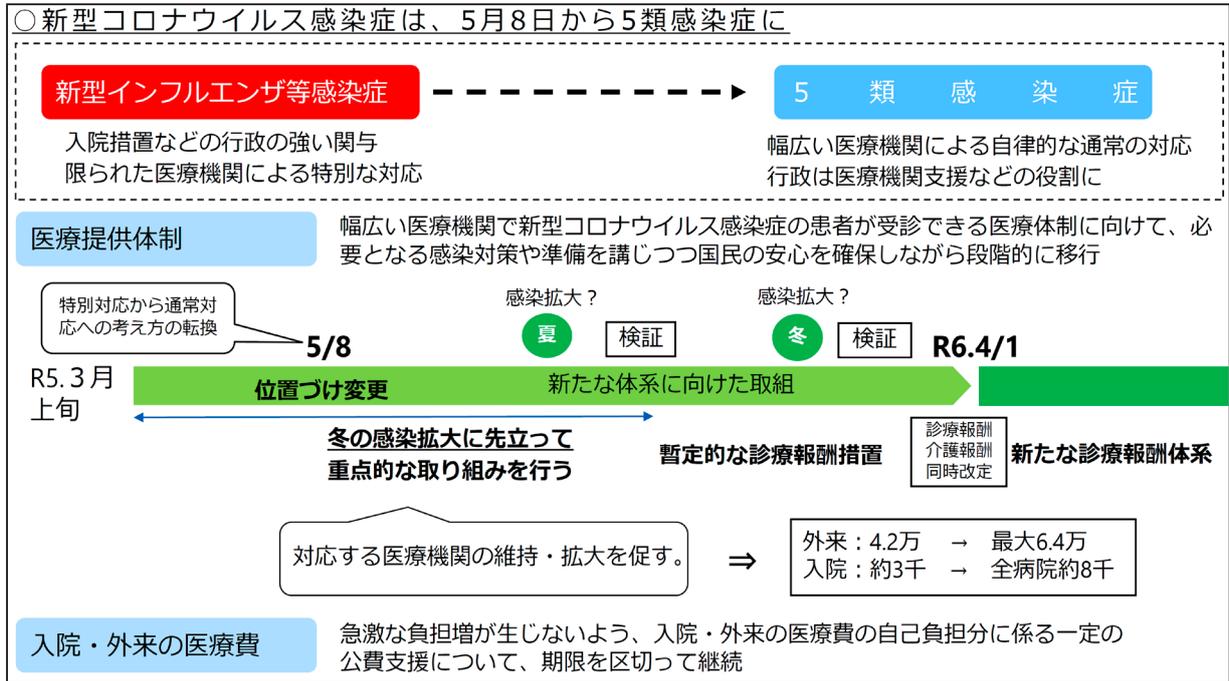
具体的な医療提供体制として、外来では、現状で約4.2万の対応医療機関を最大6.4

万に増やすことを目指すとしています。具体的な措置の1つとして、新型コロナ患者であることを理由にした診療拒否は応招義務の「正当な事由」ではないことが明確化されました。一方で、設備整備や個人防護具を確保し、診療の手引きなどわかりやすい啓発資料も作成・周知するとしていくことを明らかにしています。

入院では、現状で約3千の対応病院から、約8.2千のすべての病院が対応する体制を目指としています。具体的には、①約3千の重点医療機関等は重症・中等症Ⅱの患者に重点化、②これまで受入れ経験のある重点医療機関以外の病院(約2千)に対しては、軽症・中等症Ⅰの患者の受入れを積極的に促すとしています。特に、高齢者を中心に「地域包括ケア病棟」などでの受入れを推進する考えです。そして③これまで受入れ経験のない医療機関については受入れを促すとしています。

入院調整は原則、医療機関間での調整となりますが、円滑な移行に向け、行政による調整の枠組みを残し、病床逼迫時に支援す

図表1 新型コロナ位置づけの変更に伴う医療提供体制等の見直しのポイント



出典：新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について（情報提供）

図表2：位置づけ変更に伴う医療提供体制の見直し（外来・入院・入院調整）

現行	位置づけ変更後	具体的な措置など
<b>外来</b> 約4.2万の医療機関	最大6.4万の医療機関での対応を目指す	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 感染対策について効率的な対応へ見直し</li> <li>▶ 設備整備や個人防護具の確保などの支援</li> <li>▶ 応招義務の整理（コロナへの疑いのみを理由とした診療拒否は「正当な事由」に該当しないことを明確化）</li> </ul> <p>⇒ 診療の手引き等を含め分かりやすい啓発資料を作成し、医療機関に周知定期的に対応医療機関数を把握・進捗管理しながら、維持・拡大</p> <p><small>※医療機関名の公表は当面継続（冬の感染拡大に先立って対応を検討）                      ※重症化リスクの低い者の自己検査・自宅療養（含む自己検査キット・解熱鎮痛剤常備）、受診相談センター等の取組は継続</small></p>
<b>入院</b> 約3,000の医療機関	約8,200の全病院での対応を目指す	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 上記の外来と同様の取組に加え、4月中旬に、各都道府県で9月末までの「移行計画」を策定し、新たな医療機関による受入れを促進</li> <li>① 確保病床を有していた重点医療機関等（約3,000） ⇒ 重症・中等症Ⅱ患者への重点化を目指す</li> <li>② これまで受入れ経験のある重点医療機関等以外の医療機関（約2,000） ⇒ 軽症・中等症Ⅰ患者の受入れを積極的に促す 特に、高齢者を中心に、「地域包括ケア病棟」等での受入れを推進</li> <li>③ これまで受入れ経験のない医療機関 ⇒ 受入れを促す</li> </ul> <p><small>※廃止となる臨時の医療施設（新型インフルエンザ特別措置法）のうち必要なものはその機能を当面継続</small></p>
<b>入院調整</b>	都道府県保健所設置市特別区 原則、医療機関間による調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 病床状況の共有のためのG-MISなどITの活用推進</li> <li>▶ 円滑な移行のため、当面、行政による調整の枠組みを残す（病床ひっ迫等に支援）</li> <li>▶ まずは軽症・中等症Ⅰ患者から医療機関間の調整を進め、秋以降、重症者・中等症Ⅱ患者の医療機関間の調整を進める</li> <li>▶ 妊産婦、小児、透析患者は、都道府県における既存の調整の枠組みに移行</li> </ul>

出典：新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について（情報提供）

る考えです。また病床状況の共有のため、各地域でこれまで構築してきたシステムの活用を推進するとともに、G-MISの入力項目の簡素化等の改良も行うとしています(図表2)。

### 👉 **新型コロナの診療報酬上の特例も見直される**

新型コロナ患者の重症者の特定集中治療室管理料など特定入院料については、通常の3倍の点数が算定できる特例が講じられてきましたが、5類に変更後は、各点数の1.5倍の評価に見直されます。また中等症のコロナ患者への急性期一般病棟での入院医療において、救急医療管理加算の4～6倍の点数が算定できる特例も2～3倍の点数に変更となり、1,900～2,850点となります。

一方、新型コロナ患者に対する診療で、介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟(例:地域包括ケア病棟等)が受け入れる場合の加算として、950点の加算が新たに設けられました。

その他、新型コロナ回復患者への診療では、二類感染症患者入院診療加算の3倍(750点)の特例は継続しますが、30日まで1,900点を上乗せできる特例等は廃止となります。見直し後は、14日目までは950点を上乗せできますが、750点の算定は60日が上限となりました。

その一方で、感染対策を講じた診療や個室管理、リハビリテーションにおける特例は見直し後もそのまま継続されます。

続いて外来について、感染対策を講じた上での新型コロナ疑い患者に対する診療で「院内トリアージ実施料」(300点)を算定できる特例は、「対応医療機関の枠組みを前提

とし、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行」に該当すれば引続き算定できるとしています。それに該当せず、院内感染対策を実施する場合は147点となります。一方で、発熱外来を公表している場合に算定できた二類感染症患者入院診療加算(250点)(3月は147点)の特例は廃止となります。

初診を含め新型コロナ患者を診療する場合に、救急医療管理加算I(950点)を算定できる特例は147点に減点されます。ただし、新型コロナ患者について、入院調整を行った上で、入院先の医療機関に対し診療情報を示す文書を添えて患者紹介を行い、診療情報提供料(I)を算定する場合には、救急医療管理加算1(950点)を算定できることになりました。一方で、抗体カクテル療法(ロナプリーブ)を投与すると救急医療管理加算の3倍を算定できる特例は終了となります(図表3)。

### 👉 **患者負担は期限を区切った一定の公費支援に**

患者等に対する公費支援についても5類変更後は取り扱いが変わることになります。外来では、新型コロナ治療薬(経口薬:ラゲブリオ・パキロビッド、ゾコーバ、点滴薬:ベクルリー、中和抗体薬:ロナプリーブ、ゼビュディ、エバジェルD)が公費となります。また新型コロナ治療のための入院医療費は、急激な負担増を避けるため高額療養費の自己負担限度額から2万円(2万円未満の場合はその額)が減額されることとなります。これらの措置は夏の感染拡大への対応としてまずは9月末までとし、その後については、感染状況等や他の疾患との公平性も考慮しつつ、その必要性を踏まえて取扱いを検討するとしています。なお、検査費用の公費支援は終了となります。

図表3：新型コロナの診療報酬上の特例の見直し(入院・外来を抜粋)

対応の方向性・考え方		現行措置(主なもの)	位置づけ変更後 (令和5年5月8日～)		
入院	入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し  介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受け入れを評価	①重症患者 ICU等の入院料: 3倍 (+8,448～+32,634点/日)	①重症患者 ICU等の入院料:1.5倍 (+2,112～+8,159点/日)	医療体制の状況等を検証しながら判断	R6改定において恒常的な感染症対策への見直し
		②中等症患者等 救急医療管理加算: 4～6倍 (3,800～5,700点/日)	②中等症患者等(急性期病棟等) 救急医療管理加算: 2～3倍 (1,900～2,850点/日)  ※介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟(例:地域包括ケア病棟等)が受け入れる場合は加算(+950点/日)		
	コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日 (さらに+1,900点は30日目まで、その後、+950点は90日目まで)	コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日 (60日目まで。さらに14日目までは+950点)			
必要な感染対策を引き続き評価	250～1,000点/日 (感染対策を講じた診療)	(引き続き評価)			
	300点/日 (個室での管理)	(引き続き評価)			
	250点/日 (必要な感染予防策を講じた上でリハビリテーションを実施)	(引き続き評価)			
外来	空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価  その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ	300点 【院内の感染対策が要件】	① 300点【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行】 又は、 ② 147点【①に該当せず、院内感染対策を実施】		
	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し  位置づけ変更に伴い、医療機関が実施する入院調整等を評価	250点(3月は147点) 【発熱外来の標榜・公表が要件】	— (R5.3月末に終了)		
		950点 【初診含めコロナ患者への診療】  ※ロナブリーブ投与時の特例(3倍)あり	147点 【初診時含めコロナ患者への療養指導(注)】 ※ロナブリーブ投与時の特例(3倍)は終了 (注)家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導  950点/回 【コロナ患者の入院調整を行った場合】		

出典:新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について(情報提供)

# 第8次医療計画に向けた 外来医療計画 および 外来診療の今後

医第8次医療計画策定に向けて、外来医療計画の議論が進められています。  
外来患者の減少は各医療機関で顕著なものがありますが、今後の外来診療の在り方についてデータをもとに検討いたします。

## 👉 外来医療計画とは

- 外来医療計画とは、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第2項第10号の規定に基づく、医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたものです。
- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(以下「対象区域」という。)ごとに、協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表します。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めています。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしてしています。

## 👉 今後の外来患者数・在宅患者数予測

図表1は、日本全国における外来患者数が最大になる年を二次医療圏ごとに色分けしたものです。図からもわかるように、一部都市部を除いてすでに外来患者数のピークを迎えており、多くの地域で今後は減少の方向に向かっていることがわかります。

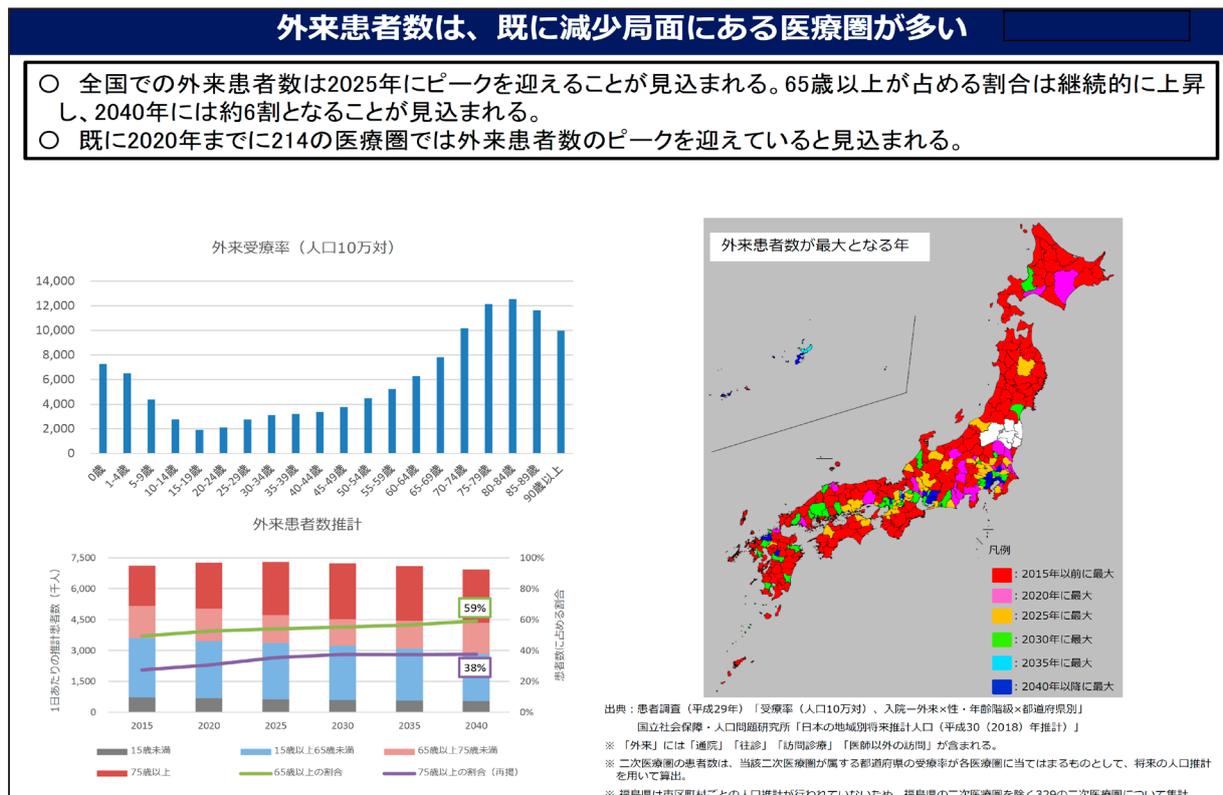
一方、図表2は今後の在宅患者数を同様に示したものです。在宅患者は、多くの地域で2040年以降にピークを迎えることが想定されています。

## 👉 今後、医療機関に求められる対応

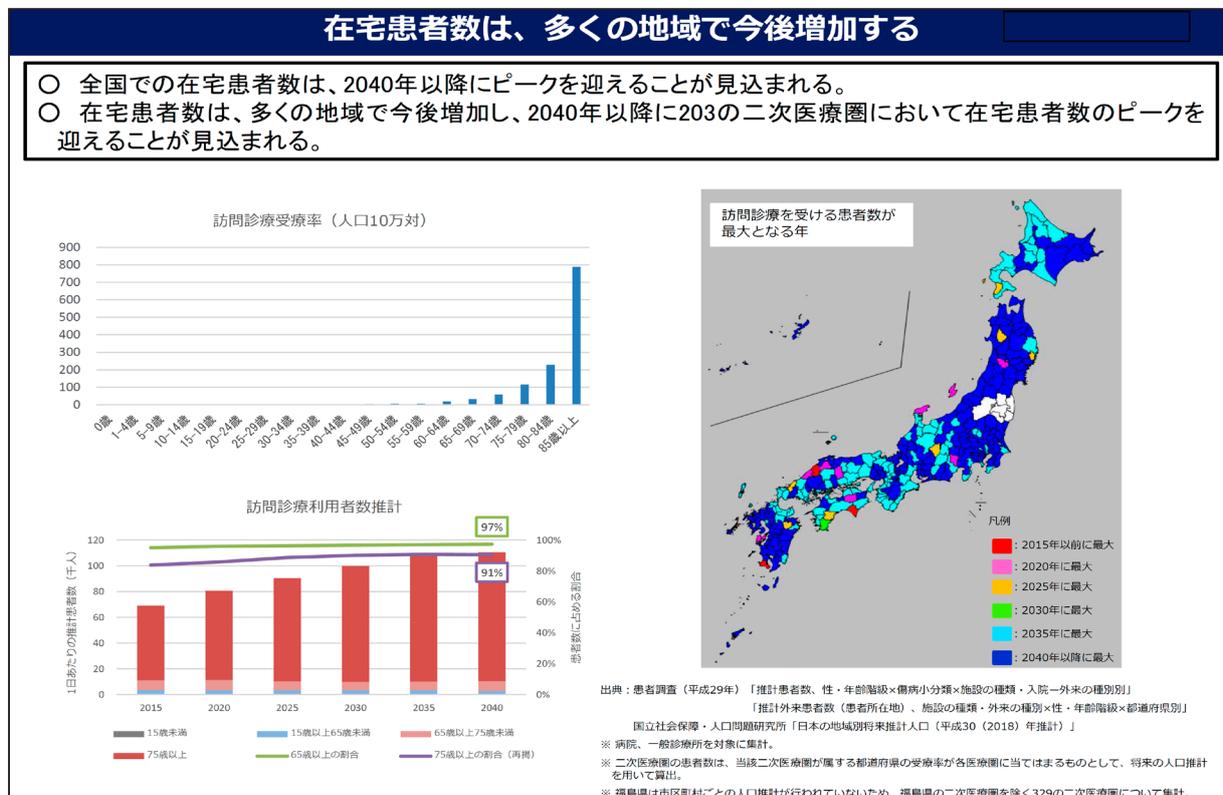
このような状況を踏まえて今後の外来診療における医療機関の在り方として以下の点が重要になると思われます。

- 地域における人口動態をつかみ、外来患者数の予測をたてる
- 外来患者数は既に減少局面にある医療圏が多い
- 需要予測による診療科の絞り込みが必要となる
- 医療機器の効率的活用、共同利用等
- 救急の対応が必要(最低、地域包括ケア病棟算定要件に求められる救急体制)
- 在宅医療、訪問診療への取り組みが必須
- 外来における収益と経営資源(人員配置、人材採用難等)投入のバランスを図る
- かかりつけ医機能への対応(中小病院・診療所)
- 紹介受診重点医療機関への取り組み(200床以上)
- 外来機能報告制度への対応

図表1 今後の外来患者数の動向



図表2 今後の在宅患者数の動向



出典：第9回第8次医療計画等に関する検討会(2022年6月15日) 資料1『外来医療の提供体制』より抜粋

## 定額支払いの範囲 医師の技術料は出来高支払い

弊社で執筆いたしました「[医療費の仕組みと基本がよ～くわかる本](#)」(第4版)  
(2022年度診療報酬改定に対応した最新版)が、全国の書店などで好評発売中です。  
ここでは、その内容の一部を抜粋してお届けいたします。

DPC/PDPS制度の医療費は、正確には「定額支払い部分」と「出来高支払い部分」  
に分かれています。手術など医師の技術料に相当する医療行為は、出来高による  
支払い、そのほかの医療行為は定額支払いとなっています。

### 👉 DPC病院の診療報酬 =定額部分+出来高部分

DPC/PDPS制度は、いわゆる「定額支払い制度」と呼ばれるものですが、入院医療に関わるすべての医療行為が定額支払いの対象となっているわけではありません。医師の技術料に相当する部分は、従来と同様、出来高支払い扱いとなります。それ以外の注射や投薬、検査、入院基本料などが定額支払いの対象です。そのため、DPC病院に入院した際の診療報酬は、(定額支払いの点数) + (出来高支払いの点数) の合計となります。

### 👉 医師の技術料は出来高支払い

DPC/PDPS制度で出来高支払いとなる医療行為は、具体的には「初診料」「手術・麻酔」「放射線治療」「病理診断」などです。これらの治療に関わる医療費は、DPC病院でもDPC以外の病院でも、同じ点数が

患者に請求されます。

また、上記のほか、医師が関わる一部の検査や、リハビリテーションなども出来高支払いです。

上記以外の注射や投薬、検査、画像診断、入院基本料などは基本的に定額支払いとなるため、実施した注射や投薬の種類・回数によらず、定額の医療費が請求されます。

### 👉 定額支払いによって、請求や審査の業務が簡素化

定額支払い部分の点数は、患者の病名などに基づいて決まります。同じ病名の患者であれば、どの病院においても同様の治療を行う(同程度の医療資源がかかる)と考えられるため、DPC/PDPS制度では病名ごとに定額の料金を定めています。

正確には、5,000種類ほどの診断群分類(DPCコード)と呼ばれる分類表があり、その分類表をもとに、患者の定額部分の点数

\* DPC/PDPS: Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System の略。

\* 一般病棟: 特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料を含む。

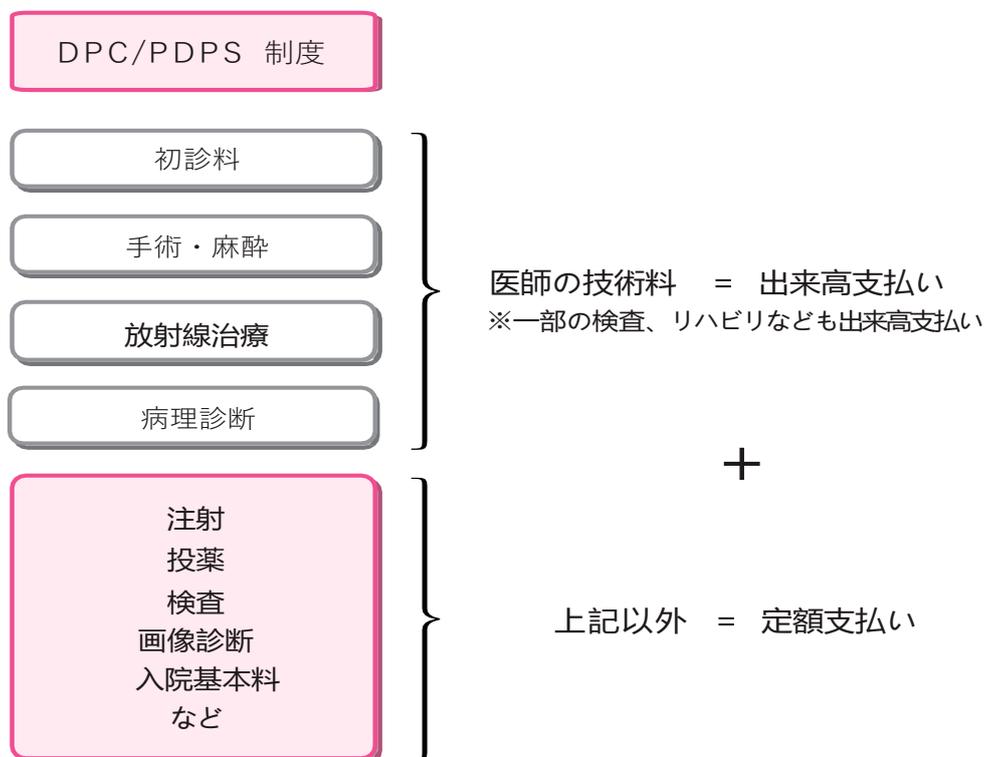
が決まります（詳しくは次節以降で解説します）。

DPC/PDPS制度の利点として、定額支払いであるため、過剰な診療が防止できるという点があります。DPC/PDPS制度に加入していない病院では、検査や投薬の多寡に応じて医療費が変わりますが、DPC病院では定額で

あるため、病院側は効率のよい医療が求められます。

また、DPC/PDPS制度では、従来の出来高支払い請求と比較して、病院での医療費の計算手続きや、審査支払機関での審査業務などが簡素化されるというメリットもあります。

### DPC/PDPS制度の出来高部分と定額部分



#### 「医療費の仕組みと基本がよ〜くわかる本」

は、社会保障費の中心的な要素である医療費にスポットをあてて、図表を使ってわかりやすく医療費・診療報酬を解説した入門書です。

患者になったときの診療代はどのようになっているのか、患者さんに対し医療機関窓口で職員としてどのように対応するのがわかります！

2022年度診療報酬改定に対応した最新の【第4版】を秀和システムから発行しました。

**好評発売中!**

# ～医師の働き方改革の進め方～

## <連載:第4回>

### 「医療機関勤務環境評価センターの評価を受けるときの注意点」

B水準やC水準の指定を考えている医療機関では、いよいよ医療機関勤務環境評価センターの受審に向けて、準備作業が大詰めになっているのではないだろうか。そこで、今回は、評価センターの評価を受けるときの注意点や評価項目の留意点についてご説明する。

#### 1. 自己評価シート作成に当たっての注意点

評価センターの評価を受ける場合には、まず、評価センターホームページから評価受審の申し込みをする。申し込みをすると、評価センターから医療機関へ基本情報・自己評価シートの作成依頼及び受審料(33万円(税込み))の請求書がメールにて連絡される。

基本情報・自己評価シートは、医療機関が作成依頼のメールを受信後、30日以内に評価システムに入力を完了する必要があるので、あらかじめ各シートの入力の準備をしたうえで、評価受審の申し込みをしてほしい。

自己評価シートを作成するに当たっては、次の点に注意していただきたい。

○初回の評価は書面評価となり、提出資料の説明を口頭ですることができないため、取組状況のコメントと資料だけでサーベイヤーが理解できるよう工夫する必要がある。例えば、根拠資料には、評価項目が求めている該当箇所をサーベイヤーが確認できるよう、下線や印を付すなどの配慮をするとうい。

○解説集に記載されている確認資料例は、あくまで参考として例示されたものなので、資料名にとらわれず、評価項目ごとの「評価のポイント」で求めている事項を満たす資料だけを提出するようにしてほしい。

○必須以外の評価項目が申請時点で未取組であっても、具体的な実施時期を定め、取り組むことを医師労働時間短縮計画に記載する必要がある。そうでないと、評価保留となってしまうので、特に注意してほしい。

#### 2. 評価項目と評価基準

新規指定の場合の評価項目は、76項目であり、そのうち18項目が必須項目、58項目が必須以外の項目となっている。必須項目は、表のとおりであるが、労働関係法令及び医療法に規定された事項で、未達成の場合には、評価保留となるので、評価時点で必ず達成するようにしてほしい。

##### 【主な留意点】

**評価項目4** 評価申請時において規程等の改正が完了していない場合には、法施行に向けた具体的規程案と改正予定がわかる資料を提出すればよい。

**評価項目6** 賃金、休暇、育児・介護休業、裁量労働制等の定めがなされている規程について、改定年月日など変更履歴がわかる資料を含め、確認される。特に、最近改正が行われた育児・介護休業法の内容が反映されていることを確認してほしい。

**評価項目9** 常勤・非常勤医師に対し、法定事項をすべて網羅した雇用契約書又は労働条件通知書を書面で交付していることが必要である。

**評価項目14** 代表者は医師である必要はなく、全職員の過半数代表者であればよい。

評価項目16 既存の衛生委員会でもよい。  
 評価項目20 タイムカード等客観的な記録が望ましいが、自己申告による記録でも

よい。ただし、自己申告により把握した労働時間が実際の労働時間と合致しているか確認、補正できる措置が必要である。

医師の労働時間短縮の取組状況 評価項目と評価基準（必須項目18）

項目	評価項目	評価基準	備考
4	追加的健康確保措置の体制を整備するために、勤務間インターバルと代償休息に関するルールをいずれも定めている	○ or ×	
6	就業規則、賃金規程を作成し、定期的に見直しを行い、変更を行った際には周知されている	○ or ×	常に最新の状態を保っていれば○
7	就業規則、賃金規程をいつでも医師が確認することができる	○ or ×	各部署に配布、院内等に常時掲載しアクセス可能等であれば○
9	常勤・非常勤医師に対し、雇用契約を医師個人と締結し、雇用契約書又は労働条件通知書を書面で交付している	○ or ×	メール等を用いた電子交付でも差し支えない
10	常勤・非常勤医師に対し、入職時に、就業規則、賃金規程や労働時間の管理方法に関して、医師本人へ周知をしている	○ or ×	オリエンテーション時にレクチャーを行う、またはマニュアル配布等をしていれば○
11	宿日直許可の有無による労働時間の取扱い（「宿日直許可のある宿直・日直」と「宿日直許可のない宿直・日直」）とを区別して管理している	○ or ×	宿日直の時間が労働時間に該当するかがわかる資料があれば○
12	36協定では実態に即した時間外・休日労働時間数を締結し、届け出ている	○ or ×	前年度の労働時間実績や労働時間短縮に向けた取組状況を確認した上で労使間の協議を行い、締結していれば○
14	36協定の締結当事者となる過半数代表者が適切な選出プロセスを経て選出されている	○ or ×	36協定を締結するための過半数代表者を選出することを明らかにしたうえで、投票、挙手などにより選出していれば○
16	医師を含む関係者が参加する合議体で議論を行い、医師労働時間短縮計画を作成している	○ or ×	
20	評価を受ける医療機関における労働（滞在）時間を把握する仕組みがある	○ or ×	客観的記録が望ましいが、日々の出勤状況と労働（滞在）時間を把握する仕組みがあり、実施していれば○
22	副業・兼業先の労働時間の実績を、少なくとも月に1回は、申告等に基づき把握する仕組みがある	○ or ×	
25	勤務間インターバルの確保を実施できず、代償休息の付与の対象となる医師及び時間数を少なくとも月1回は把握する仕組みがある	○ or ×	
30	労働安全衛生法に基づき産業医が選任されている	○ or ×	
31	医師に対する面接指導の実施体制が整備されている	○ or ×	
35	月の時間外・休日労働が100時間以上になる面接指導対象医師を月単位で把握する仕組みがある	○ or ×	80時間超で把握する仕組みや衛生委員会で把握できる等であれば○
42	月の時間外・休日労働が155時間を超えた医師を月単位で把握する仕組みがある	○ or ×	衛生委員会で把握できる等であれば○
44	衛生委員会が法令で定められた頻度・内容で開催されている	○ or ×	月に1回、構成員も定められたとおりに招集していれば○
46	医師に対する健康診断の実施率	○ or ×	100%であれば○。ただし、どうしても健診受診を拒む医師がある場合等、正当な事由を記録に残していれば、100%でなくても○

出典：「医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン（評価項目と評価基準）第1版 令和4年4月厚生労働省」より作成



大澤 範恭（おおさわ のりやす）

AIP経営労務合同会社／AIP社会保険労務士・行政書士事務所代表  
 特定社会保険労務士・行政書士・認定登録医業経営コンサルタント  
 1982年厚生省（当時）に入省。厚生労働省老健局総務課長、日本年金機構理事等に就任。2017年末に退職後、独立。  
 病院専門に、働き方改革の支援をしている。  
 ホームページ <https://www.aip-sr.jp> 「AIP経営」で検索。

# —厚生行政ダイジェスト—

## 中医協 診療報酬改定施行後ろ倒しへ議論開始

中央社会保険医療協議会は4月26日、診療報酬改定の施行時期の見直しに向けた議論を始めました。見直し後の新たな診療報酬の運用は現在、原則4月に始まりますが、医療現場やベンダーの負担を考慮し、政府は後ろ倒しする方針です。どの年度から、どれだけ後ろ倒しするかなど中医協で議論します。厚生労働省は、具体的な対応を決める時期について、「それほど早く決定する必要はないと思うが、現場への影響や、ベンダーがSEを確保する時期などを考えると、直前ではなく、期間をある程度設けて決定する必要がある」としています。

診療報酬改定の施行を後ろ倒しすることで、医療機関やベンダーの業務負担が点数見直しの前後に集中する「デスマーチ」の解消を目指します。中医協が4月26日に開いた総会では、施行を後ろ倒しすることによる財政への影響や、2年置きに行われる改定結果の検証に十分な期間を確保できるかどうかを論点に挙げました。

診療側からは、意見交換で、「診療報酬改定が行われると、医療機関では短期間で対応するために大きな業務負担が生じている。レセコンや電子カルテの改修のための費用も、最終的に医療機関がリース料などの形で負担している」などと述べ、医療機関の負担の極小化を目指すべきだと主張しました。また、ベンダー側の負荷軽減が進んだら運用・保守コストを減らすなど医療機関へ確実に還元するよう訴えました。

一方、支払側からは、診療報酬改定の施行時期の見直しに理解を示す一方、医療機関やベンダーだけでなく、医療保険者の負担も視野に入れた丁寧な議論を求めました。

政府が推進する医療DXは、

- 全国医療情報プラットフォームの創設
- 電子カルテ情報の標準化
- 診療報酬改定DX ーの3つが柱となっています。

診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しは、診療報酬改定DXの具体策の一つで、厚労省はほかに、医療機関が算定する診療報酬の点数と患者の窓口負担を自動で計算できるように「共通算定モジュールの開発・運用」も目指しています。厚生労働省は、「複雑な診療報酬体系を反映して間違いのない形で運用することも重要」だと述べ、検証を重ねながら開発を進める方針を示しました。

## 月平均夜勤時間のコロナ特例 9月末に終了

厚生労働省は4月6日、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けが5月8日に変更されるのに先立って、診療報酬の施設基準に関する特例の5月8日以降の取り扱いに関する事務連絡を出しました。

スタッフによる1カ月当たりの平均夜勤時間が1割以上変動して入院基本料の施設基準をクリアできなくなっても変更の届け出を猶予する特例を2023年9月末に終了させるとしています。月平均夜勤時間の特例は、新型コロナの患者を受け入れたことで入院患者が急増したり、新型コロナに感染して職員が出勤できなくなって一時的に不足したりすることを想定して、2020年2月から始まりました。

事務連絡によると、この特例は5月8日以降、

- 新型コロナの患者を受け入れたり、そうした医療機関に職員を派遣する医療機関
- 新型コロナに感染して出勤できない職員がいる医療機関
- などを対象に9月末まで続け、その時点で終了します。

これらの医療機関では、平均在院日数や手術の年間件数などの診療実績をクリアできなくなったとしても、施設基準の届け出の変更が猶予されてきましたが、そうした取り扱いも9月末までとなります。

一方、地域包括診療加算や地域包括診療料の算定要件のうち、慢性疾患の指導に関する「適切な研修」の修了に関する特例は、この事務連絡発出日から2年が経過した日、すなわち2025年4月6日に終了します。これらの診療報酬を算定する医療機関は本来、「適切な研修」を2年ごとに届け出る必要がありますが、新型コロナの感染拡大を防ぐため研修が中止されるなど「やむを得ない事情」でこの基準をクリアできない場合、2年間は引き続き猶予することとなります。

## 中央社会保険医療協議会で、選定療養の追加・見直しを検討

厚生労働省は4月4日から28日まで、選定療養として新たに導入すべき事例の提案と、現在の11種類の見直しに関する意見の募集をおこないます。提案や意見の具体的な内容や、それらが必要な理由の記載も求め、中央社会保険医療協議会で夏以降に追加や見直しを議論します。

保険外併用療養費制度は、保険診療と保険外診療を併用する「混合診療」を例外で認める仕組みで、2006年の法改正に伴い創設されました。将来的な保険導入を前提とする先進医療などの「評価療養」や「患者申出療養」と、導入を前提としない選定療養があり、保険適用外のサービスは、患者から料金を徴収できます。選定療養には現在、○特別の療養環境(差額ベッド)、○予約診療、○時間外診療—など11種類あります。

# 医療経営にも役立つ！

## 今月のドラッカーの名言

マネジメントの父と称されるピーター・F・ドラッカーの言葉から、医療経営を担う経営者や管理者、医療現場の職員の皆さまの日々の活動に役に立つものを取り上げて発信していきます。

### 今月の名言

**“リーダーはメンバーの強みのみを見なくてはいけない。”**

(P.F.ドラッカー著「経営者の条件」(ダイヤモンド社)より)

### 解説



『部下の弱みに目を向けることは、間違っているばかりか無責任である。上司たるものは、組織に対して、部下一人ひとりの強みを可能なかぎり活かす責任がある。そしてそれ以上に、部下に対して、彼らの強みを最大限に生かす責任がある部下の弱みに目を向けることは、間違っているばかりか無責任である。上司たるものは、組織に対して、部下一人ひとりの強みを可能なかぎり活かす責任がある。そしてそれ以上に、部下に対して、彼らの強みを最大限に生かす責任がある。』とドラッカーは説きます。

人が成果を上げるのは、強みによってのみです。弱みを強化するだけでは、平凡にすることができるかどうか疑わしいものです。リーダーはメンバーを活かし、組織に高い成果を上げる責任を負います。その責任を果たすためには、メンバーの持つ弱みではなく、強みを把握し、強みから卓越した成果を上げる存在になってもらう必要があるのです。

# 医療機関の“後継者問題”でお困りの方へ 最適な候補者とのマッチングを支援します

診療所など医療機関の事業承継・M&Aなら

## the 医療承継



### クリニックに特化

当社は他のM&A会社とは違い、クリニックに特化した事業承継（M&A）を支援していますので、クリニックの事業承継に関する情報を豊富に取り扱っています。



### 医療機関専門の コンサルタントが対応

当社は医療経営に精通したコンサルタントが、アドバイザーとして担当します。事業承継だけでなく、クリニック経営に関することも含めてワンストップで相談していただけます。



### 25年超のコンサルティング実績

当社では、医療機関に特化したコンサルティングだけで25年以上やっています。これまで培ってきたノウハウや知見が、事業承継、その後のクリニック経営にもお役に立てると考えています。

## クリニックの事業承継支援

クリニックに特化した事業承継の支援をしています。一般企業や病院、介護施設、調剤薬局などを一緒に扱っている会社もありますが、当社はクリニック専門です。これまで25年超のコンサルティング業務で培ってきたネットワークを通じて、最適な候補者とのマッチングを支援します。



◆お問い合わせ・ご相談：医療総研株式会社 森田 morita@iryso-oken.co.jp

## 医業種交流会「メディカル・ビズ・ミーティング」 のご案内

\*内容：開業医等によるクリニック経営に関するセミナーの開催、ビジネスマッチングなど

\*開催頻度：毎月開催

\*セミナー情報等の案内ホームページ：<https://iryo-soken.co.jp/mbiz.html>

### 医療総研株式会社

記事へのご質問や経営に関する  
ご相談などお気軽にご連絡ください。

発行責任者：伊藤 哲雄

---

東京都渋谷区渋谷1-7-5  
青山セブンハイツ804

TEL :03 - 6451 - 1606

FAX :03 - 6451 - 1607

e-mail : [otoiawase@iryo-soken.co.jp](mailto:otoiawase@iryo-soken.co.jp)

---

