

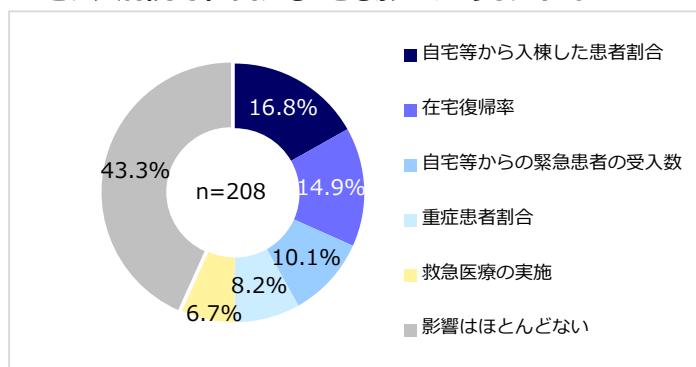
2022年度（令和4年度）診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果について－回復期・働き方改革関連等－

令和4年8月5日
 経営サポートセンター リサーチグループ
 主査 高橋 佑輔

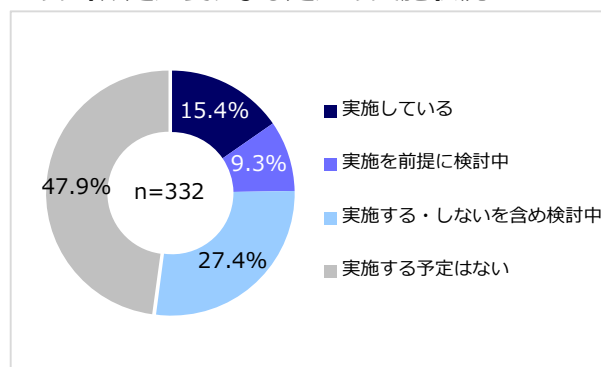
地ケア届出病院の56.7%が施設基準の見直しにより「経営に影響あり」

- 地域包括ケア病棟入院料（管理料）
 - ✓ 経営にもっとも影響がある見直しは、地ケア1の19.5%が「在宅復帰率」、200床以上の地ケア2の56.3%が「自宅等から入棟した患者割合」、200床未満の地ケア2の17.5%が「自宅等からの緊急患者の受入数」
- 回復期リハビリテーション病棟入院料
 - ✓ 重症患者割合の基準の引上げにより、回リハ1の29.0%が調査時点で改定後の基準を満たしていない。また、回リハ1の41.1%、回リハ3の27.3%が、第三者の評価を受けている
- 働き方改革関連
 - ✓ 急性期病院における地域医療体制確保加算は、高度急性期病院の70.0%、急性期一般入院料1の34.0%が届出を行っている
 - ✓ 医師事務作業補助体制加算1の届出を行っている病院の28.5%が、3年以上の勤務経験を有する補助者の配置割合が「100%」
- リフィル処方箋
 - ✓ リフィル処方箋による処方を行っている病院は15.4%。このうち、処方についてあらかじめ院内で方針を定めている病院は29.4%

▼地ケア病院で経営にもっとも影響がある見直し



▼リフィル処方箋による処方の実施状況



【本リサーチ結果に係る留意点】

- ・資料出所は、すべて福祉医療機構である（以下記載がない場合同じ）。
- ・数値は四捨五入しているため、合計や差引が一致しない場合がある。また、図表中の「n」は病院数である（以下記載がない場合同じ）。
- ・本アンケートは、福祉医療機構の貸付先のうち急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む）または回復期リハビリテーション病棟入院料のいずれかの届出を行っている病院を運営する1,129法人を対象に、2022年5月30日から同年6月20日までを期間とし、Web上で実施した。なお、貸付先に公立の病院は含まれない。
- ・302法人（332病院）から回答があり、回答率は26.7%であった。

令和4年度診療報酬改定（以下「今改定」という。）は、「新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築」および「安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進」を重点課題として行われた。

このたび、福祉医療機構（以下「機構」という。）では、実態把握のため、診療報酬改定の影響等に関するアンケート（以下「本調査」という。）を実施し、332病院¹から回答を得た。本稿では、その結果のうち、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。以下記載がない場合同じ。）の届出を行っている208病院²（以下「地ケア」という。）および回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている125病院³（以下「回リハ」という。）における影響と働き方改革関連等について、みていきたい。なお、結果の詳細については、本稿と併せて公表しているデータを、また、感染対策関連および急性期一般入院基本料の届出を行う病院（以下「急性期病院」という。）における影響については、公表済のレポート⁴をそれぞれ参照されたい。

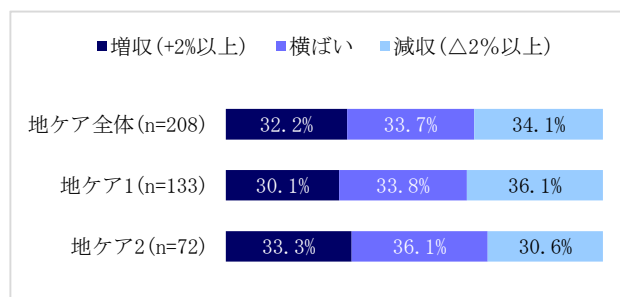
1 地域包括ケア病棟入院料（管理料）

1.1 前年度と比べた医業収益の状況

前年同月と比べて地ケア全体で34.1%が減収、33.7%が横ばい。増収・減収した要因はいずれも「今改定の影響以外」が約9割で、利用率の変動が影響

2021年4月と比べた2022年4月単月の医業収益の状況は、地ケア全体で「減収」が34.1%、次いで「横ばい」が33.7%と続き、回答が割れた（図表1）。地域包括ケア病棟入院料1の届出を行っている病院（以下「地ケア1」という。）および地域包括ケア病棟入院料2の届出を行っている病院⁵（以下「地ケア2」という。）についても全体と同様の傾向であった。以下、増収・減収要因についてみていくが、全体と同様の傾向の場合、地ケア1・2に係る記載は割愛する。

（図表 1）前年同月と比べた医業収益の状況



増収要因について確認したところ、地ケア全体で「今改定の影響以外」が95.5%と大半を占めていた。その具体的な要因は、地ケア全体で、「利用率の上昇」が60.9%ともっとも高い（図表2）。利用率については、比較対象の2021年4月

¹ 病床規模別にみると、100床未満が33.4%、100床以上200床未満が45.2%、200床以上300床未満が10.8%、300床以上400床未満が6.9%、400床以上が3.6%となり、200床未満が約8割を占める。開設主体別にみると、医療法人が84.3%、社団・財団法人が7.2%、社会福祉法人が2.1%、その他が6.3%であった。

² 特定入院料別にみると、入院料1が63.9%、入院料2が34.6%、入院料3が1.0%、入院料4が1.4%であった（2022年5月1日時点。重複を含む）。

³ 特定入院料別にみると、入院料1が58.4%、入院料2が16.7%、入院料3が17.6%、入院料4が4.8%、入院料5が1.6%、入院料6が3.2%であった（2022年5月1日時点。重複を含む）。

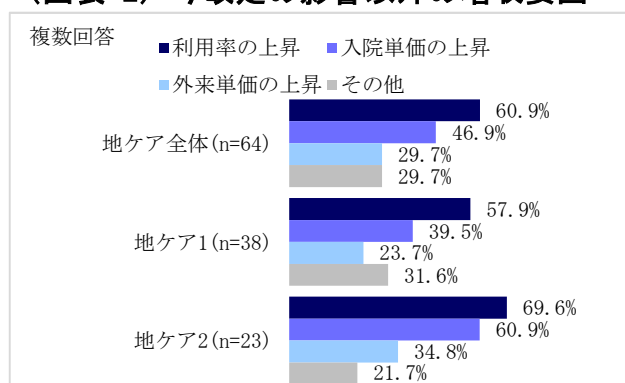
⁴ 福祉医療機構「2022年度（令和4年度）診療報酬改定の影響等に関するアンケート結果についてー感染対策・急性期ー」（https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/220727_No002.pdf）

⁵ 本調査において、地ケアのうち入院料3・4はn数が少ないため、記載を割愛した。

が2020年度から引き続く新型コロナウイルス感染症（以下「コロナ」という。）の影響により低迷していた時期であったためと推測される。なお、「その他」については、コロナ対応関連の補助金と答えた病院が多く、当該補助金収益を医業収益へ計上した一部の病院による回答と推察される。

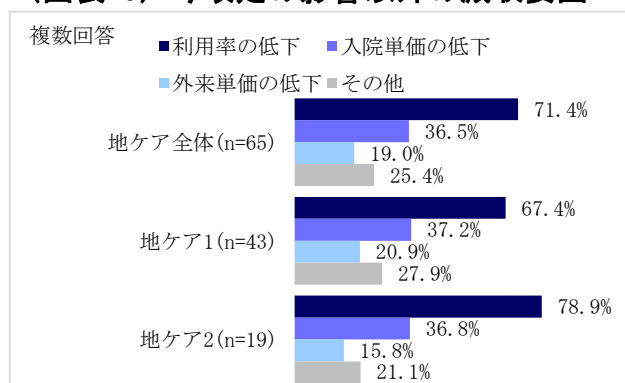
参考までに、増収要因について「今改定の影響」と答えた病院すべてが、具体的な理由として「入院単価⁶の上昇」と答えた。

（図表 2）今改定の影響以外の増収要因



一方、減収要因について確認したところ、増収要因と同様、地ケア全体で「今改定の影響以外」が88.7%と大半を占めていた。その具体的な要因は、地ケア全体で、「利用率の低下」が71.4%ともっとも高い（図表 3）。利用率の低下は、院内クラスターの発生や病床確保などコロナの影響によるものも含まれているとみられる。

（図表 3）今改定の影響以外の減収要因



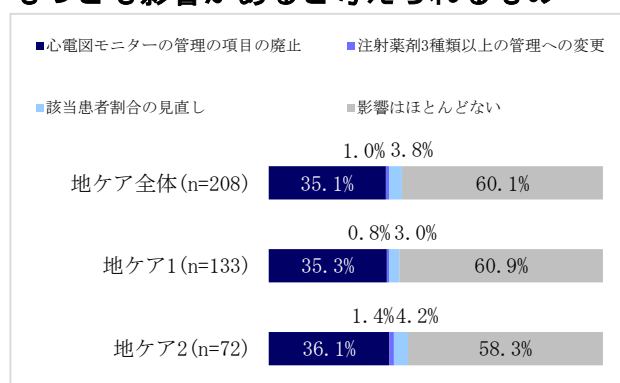
1.2 重症度、医療・看護必要度の見直しによる影響

35.1%が「心電図モニターの管理の項目の廃止」が経営にもっとも影響と回答

地ケアにおいて、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」（以下「看護必要度」という。）に関する見直しのうち、経過措置期間終了後、もっとも影響があると考えられるものについては、60.1%が「経営への影響はほとんどない」と答えた一方、影響がある病院では「心電図モニターの管理の項目の廃止」が35.1%ともっとも高く、地ケア1・2も、全体と同様の結果となった（図表 4）。

自由記述をみると、主たる診療科が内科系・循環器科であることや、高齢の患者が多いことなどが理由として多く挙げられた。地域包括ケア病棟への入院患者の多くは、急性期を脱して、在宅復帰を目指すケースが大半を占めることから、注射薬剤や輸血等による評価は少ないとみられ、心電図モニター管理は特に重要項目であったと考えられる。

（図表 4）「重症度、医療・看護必要度」に関する見直しのうち、経過措置期間終了後、もっとも影響があると考えられるもの



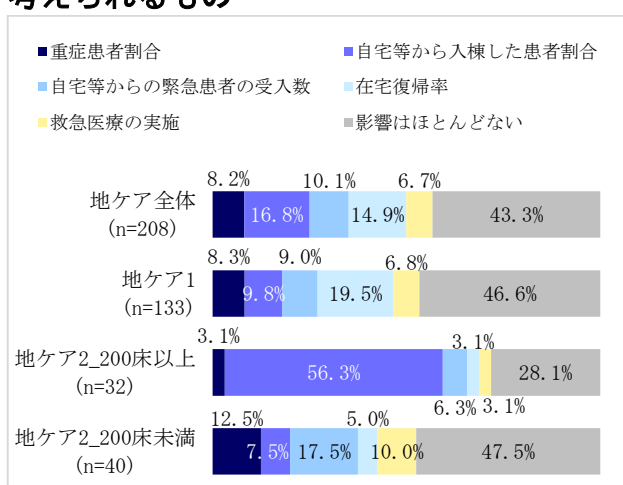
⁶ 患者1人1日当たり医業収益（入院）を指す（以下記載がない場合同じ）。

1.3 施設基準に係る見直しによる影響

施設基準の見直しにより、地ケア全体の56.7%が、経営に影響があると回答

地ケアの施設基準に係る見直しのうち、経過措置期間終了後、もっとも影響があると考えられるものについては、43.3%が「影響はほとんどない」と答えた一方、影響がある病院では「自宅等から入棟した患者割合」が16.8%ともっとも高く、次いで「在宅復帰率」が14.9%と続く（図表5）。地ケア1は「在宅復帰率」が19.5%、200床以上の地ケア2は「自宅等から入棟した患者割合」が56.3%、200床未満の地ケア2は「自宅等からの緊急患者の受入数」が17.5%と、もっとも高い結果となった。

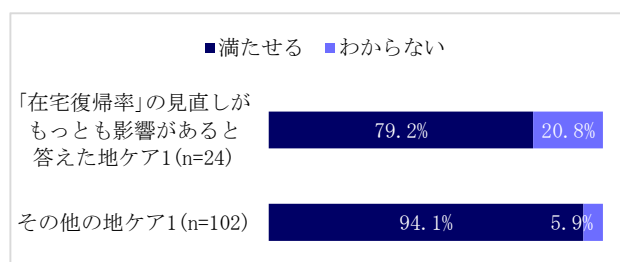
（図表5）施設基準に係る見直しのうち、経過措置期間終了後、もっとも影響があると考えられるもの



地ケア1については、在宅復帰率の基準が70.0%から72.5%に引き上げられたが、直近6か月間⁷における地ケア1の在宅復帰率の中央値を確認したところ、82.4%であった。そのうち、「在宅復帰率」の見直しをもっとも影響があると答えた病院では79.0%、それ以外の病院では83.2%となり、4.2ポイントの差が開いていた。また、経過措置期間終了後、在宅復帰率の基準を「満たせるか」については、「在宅復帰率の見直し」

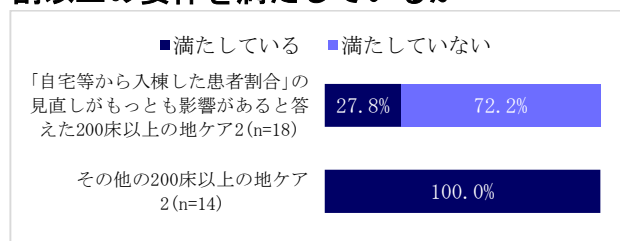
「見直し」をもっとも影響があると答えた病院では79.2%、それ以外の病院では94.1%となり、14.9ポイントの差が開いた（図表6）。

（図表6）経過措置期間終了後、在宅復帰率の基準を満たせるか



地ケア2については、「自宅等から入棟した患者割合」、「自宅等からの緊急患者の受入数」または「在宅医療等の実績」の3要件のうち1つ以上を満たさなければ、点数が10%減算となる。「自宅等から入棟した患者割合が2割以上」の要件を「満たしているか」については、「自宅等から入棟した患者割合」の見直しをもっとも影響があると答えた200床以上の地ケア2では27.8%であるが、それ以外の200床以上の地ケア2では100%であった（図表7）。このような背景もあり、図表5でみたように、200床以上の地ケア2においてもっとも影響のある見直しは、「自宅等から入棟した患者割合」が56.3%と高い結果となったようだ。これまで自院の一般病棟からの転棟患者が多かった病院にとっては、入院経路の見直しなどの対応が必要となり、影響が大きいと考えられる。

（図表7）自宅等から入棟した患者割合が2割以上の要件を満たしているか



⁷ 2021年10月から2022年3月まで（以下記載がない場合同じ）

なお、200床未満の地ケア2についても、3要件のうちの一つである「自宅等からの緊急患者の受入数」が、もっとも影響のある見直しと答えた割合が高かった。規模の小さい病院の場合、割合よりも実人数で求められる実績要件の方がハードルとしては高く感じるのかもしれない。

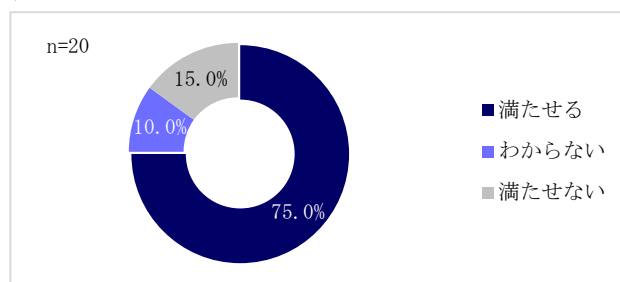
これらの要件については、将来的に厳格化される可能性もあることから、地域における自院の役割を見極めながら、サブアキュート機能の充実を図っていく必要がある。

1.4 自院の一般病棟から転棟した患者割合の見直しによる影響

経過措置期間終了後、基準を「満たせる」と答えた200床以上400床未満の病院は75.0%

地ケア2は、「自院の一般病棟から転棟した患者割合が6割未満」の要件の対象病院が400床以上から200床以上に拡大されたうえ、満たせない場合の点数の減算割合も10%から15%に厳格化された。200床以上400床未満の地ケア2⁸について、経過措置期間終了後、「自院の一般病棟から転棟した患者割合」が基準を「満たせる」と答えた病院は75.0%であった(図表8)。なお、「満たせる」と答えた病院における直近3か月間⁹の同割合の中央値は61.0%で、このなかには調査時点で基準を満たしていない病院が6割含まれていた。自由記述をみると、基準を満たすための取組として、「一般病棟の在宅からの入院を地域包括ケア病棟に回す」、「緊急・予定を問わず直接入院を増やし基準を満たせるようにする」、「外来患者の入院時トリアージ機能強化、他院からの転院受入強化」などが挙げられた。このような入院の運用変更を伴う取組は、病院全体の利用率にも影響する可能性がある点には留意すべきであろう。

(図表8) 200床以上400床未満の地ケア2において、経過措置期間後、自院の一般病棟からの転棟割合6割未満の基準を満たせるか

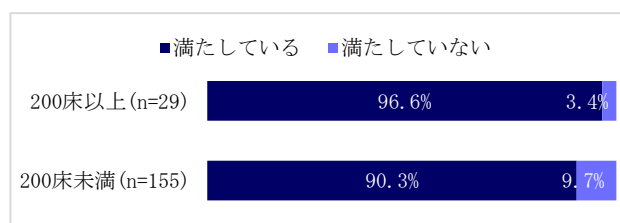


1.5 救急体制・病床種別に係る評価の見直しによる影響

一般病床で地ケアの届出を行う病院における救急の実施状況は、200床以上で96.6%、200床未満で90.3%

一般病床において地域包括ケア病棟入院料(以下「地ケア入院料」いう。)の届出を行う場合、救急の実施に係る施設基準が新設された。救急の実施状況は、200床以上では96.6%が基準を満たしている一方、200床未満では90.3%であった(図表9)。なお、200床未満で基準を満たしていない病院の86.7%は、2023年3月31日までに満たす予定で、そのうち61.5%が24時間の救急医療提供により基準を満たすと答えた。

(図表9) 一般病床において地域包括ケア病棟入院料の届出を行う病院の救急の実施に係る施設基準を満たしているか



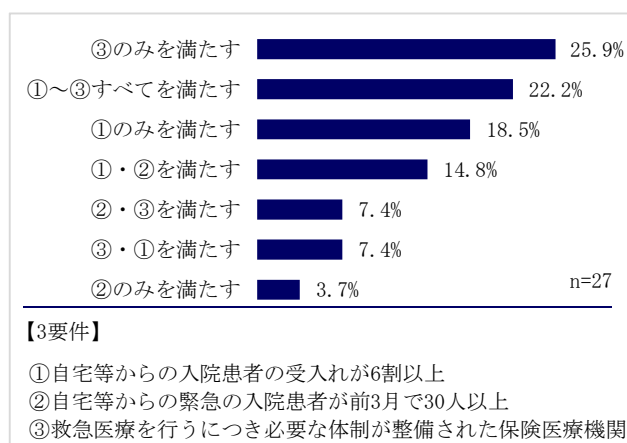
療養病床において地ケア入院料の届出を行う場合、点数が5%減算されることとなった。ただ

⁸ 本節における地ケア2には地域包括ケア入院医療管理料による届出は含まない。

⁹ 2022年1月から2022年3月まで

し、3要件のうちいずれかを満たすことで所定点数を算定できる。2022年10月1日以降、90.0%の病院がいずれかの要件を満たす予定と答えた。「満たす予定」と答えた病院において、3要件すべてを満たす割合は22.2%である（図表10）。これに対して、いずれか1つのみを満たす病院は48.1%と多くを占めているが、引き続き、療養病床において地ケア入院料の届出を行う場合は、今改定で示された要件が、医療政策上求められる在り方であることを認識し、将来的にすべてが要件化される可能性にも備える必要があると考えられる。

（図表10）療養病床において地域包括ケア病棟入院料の届出を行う病院の2022年10月1日以降の予定（いずれかの要件を満たす病院の内訳）



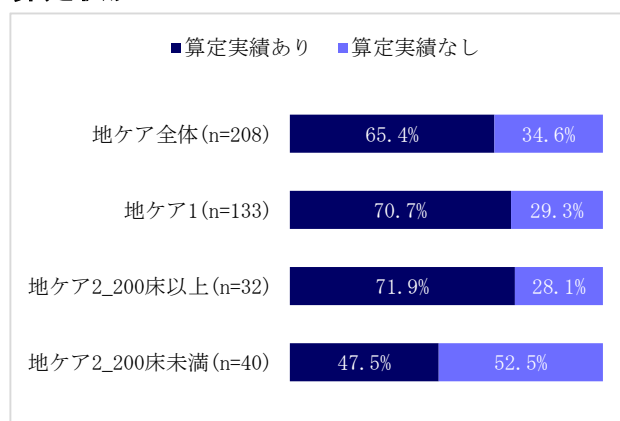
1.6 急性期患者支援病床初期加算の算定状況

65.4%が届出。2021年4月と比べた自院等から転棟した割合は「横ばい」が76.5%、「低下」が17.4%

急性期患者支援病床初期加算は、改定前まで、他院または自院の一般病棟から転院または転棟した場合、14日を限度に一律150点が算定できた。しかし、改定後は、「400床以上」と「400床未満」で点数が分けられ、さらに「他院から」

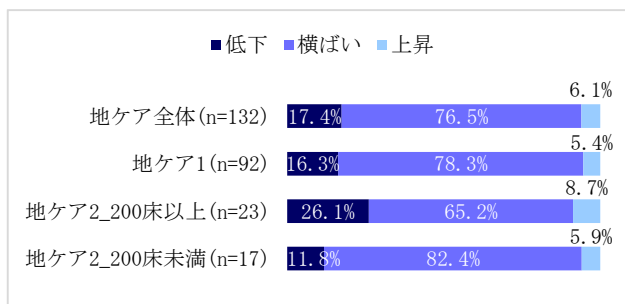
と「自院から」でも点数に差がつけられた。自院からの場合はいずれも点数が下がった。同加算の算定状況は、地ケア全体で65.4%に算定実績があり、地ケア1および200床以上の地ケア2では7割を超えるが、200床未満の地ケア2では47.5%にとどまった（図表11）。地ケア2について、200床以上と未満で割合に差がついたが、平均病床数を確認すると320.2床と115.6床と大きく異なることから、病床規模が大きいことで複数の病棟を有することができ、自院内での転棟による算定実績が高いのではないかと考えられる。

（図表11）急性期患者支援病床初期加算の算定状況



また、算定実績のある病院のうち97.1%が2021年度中にも算定実績があった。2021年4月と2022年4月の両方で算定実績のある病院における「自院等の一般病棟から転棟した割合」の変化は、地ケア全体では「横ばい」が76.5%ともっとも高く、次いで「低下」が17.4%と続く（図表12）。地ケア1・2においても、おおむね同様の傾向だが、200床以上の地ケア2において「低下」が26.1%と若干高い。「自院の一般病棟から転棟した患者割合が6割未満」の対象が200床以上まで拡大した影響により、200床以上の地ケア2における「低下」の割合が高くなったと考えられる。

(図表 12) 前年同月と比べた「自院等の一般病棟から転棟した割合」の変化

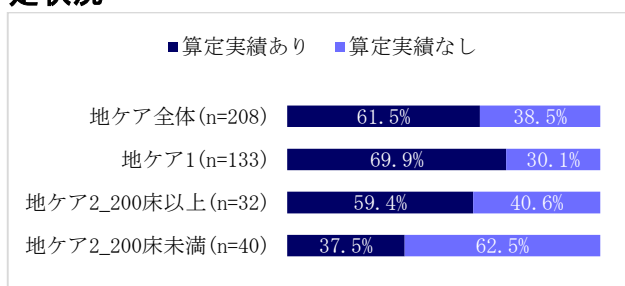


1.7 在宅患者支援病床初期加算の算定状況

61.5%が届出。2021年4月と比べた自宅・その他施設から入院した割合は「横ばい」が76.4%、「上昇」が17.3%

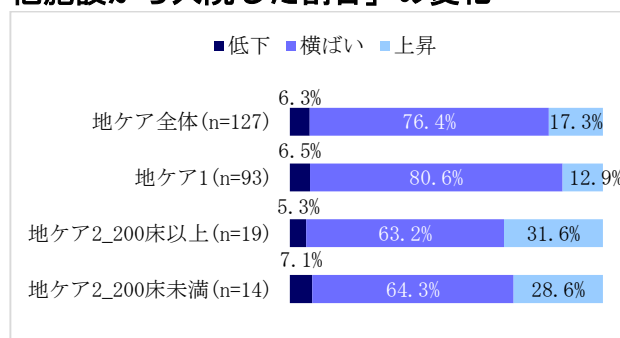
在宅患者支援病床初期加算は、改定前まで、介護老人保健施設（以下「老健」という。）等または自宅から入院した場合、14日を限度に一律300点が算定できた。しかし、改定後は、老健からの場合は500点と200点上昇、それ以外からの場合も400点と100点上昇したが、入院元によって点数に差がつけられた。同加算の算定状況は、地ケア全体で61.5%に算定実績があり、地ケア1、200床以上の地ケア2、200床未満の地ケア2の順に割合が高い（図表13）。地ケア1は自宅等から入棟した患者割合が2割以上、200床以上の地ケア2は自院の一般病棟から転棟した患者割合が6割未満といった施設基準が定められていることが要因と考えられる。

(図表 13) 在宅患者支援病床初期加算の算定状況



また、算定実績のある病院のうち99.2%が2021年度中にも算定実績があった。2021年4月と2022年4月の両方で算定実績のある病院における「自宅・その他施設から入院した割合」の変化は、地ケア全体では「横ばい」が76.4%ともっとも高く、次いで「上昇」が17.3%と続く（図表14）。地ケア1は全体と同様の傾向だが、地ケア2は200床以上・未満のいずれも「上昇」が約3割と高い。200床以上の地ケア2については、「自院等の一般病棟から転棟した割合」が「低下」した病院の83.3%が、「自宅・その他施設から入院した割合」が「上昇」したと答えていたことから、基準を満たすために、自宅・その他施設から一般病棟へ入院していた患者の一部を地ケアへの直接入院に変更した可能性がある。

(図表 14) 前年同月と比べた「自宅・その他施設から入院した割合」の変化



2 回復期リハビリテーション病棟入院料

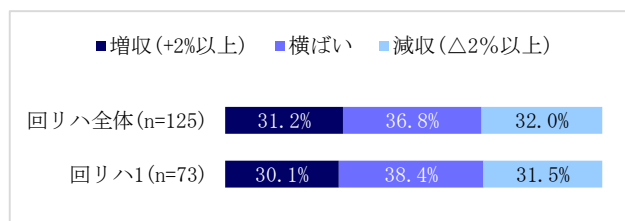
2.1 前年度と比べた医業収益の状況

前年同月と比べて回りハ全体で36.8%が横ばい、32.0%が減収。増収・減収した要因はいずれも「今改定の影響以外」が97%以上で、利用率の変動が影響

2021年4月と比べた2022年4月単月の医業収益の状況は、回りハ全体で「横ばい」が36.8%、次いで「減収」が32.0%と続き、回答が割れた（図表15）。回復期リハビリテーション病棟入院

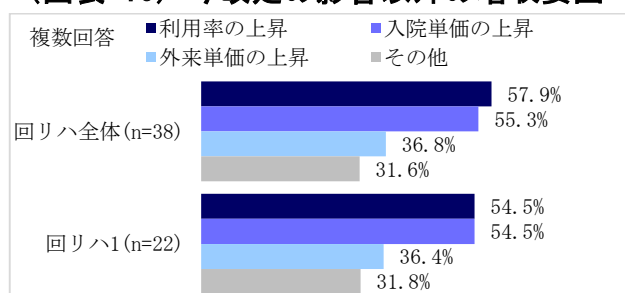
料 1 の届出を行っている病院¹⁰（以下「回りハ 1」という。）についても、全体と同様の傾向であった。以下、増収・減収要因についてみていくが、全体と同様の傾向の場合、回りハ 1 に係る記載は割愛する。

(図表 15) 前年同月と比べた医業収益の状況



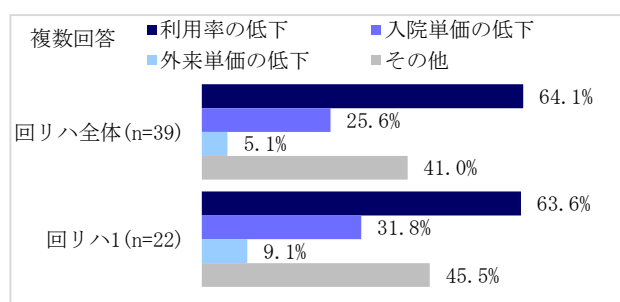
増収要因について確認したところ、回りハ全体で「今改定の影響以外」が 97.4%と大半を占めていた。その具体的な要因は、地ケアと同様に、回りハ全体で「利用率の上昇」が 57.9%と最も高い(図表 16)。なお、「その他」については、コロナ対応関連補助金のほか、外来患者数の増加、訪問リハビリテーションの需要の増加などの回答もあった。

(図表 16) 今改定の影響以外の増収要因



一方、減収要因について確認したところ、増収要因と同様に、回りハ全体で「今改定の影響以外」が 97.5%と大半を占めていた。その具体的な要因は、地ケアと同様に、回りハ全体で「利用率の低下」が 64.1%と最も高い(図表 17)。なお、「その他」については、外来患者数の減少のほか、リハビリ職員に複数名の体調不良者が出たことなどが挙げられた。

(図表 17) 今改定の影響以外の減収要因

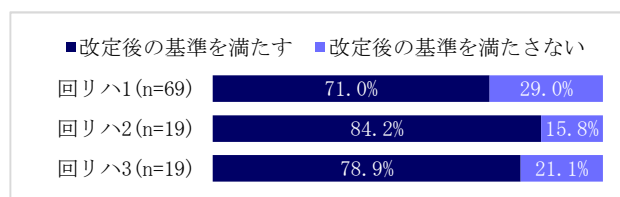


2.2 重症患者割合の基準の引上げによる影響

改定前の基準を満たす回りハ 1 の 29.0%が調査時点で改定後の基準を満たしていない

今改定により、新規入院患者に占める重症の患者の割合（以下「重症患者割合」という。）の基準が、回りハ 1・2 は 3 割以上から 4 割以上へ、回りハ 3・4 は 2 割以上から 3 割以上へと引上げられた。直近 6 か月間の重症患者割合が改定前の基準は満たすが、改定後の基準を満たせない病院は、回りハ 1 で 29.0%、回りハ 2 で 15.8%、回りハ 3 で 21.1%であった(図表 18)。いずれも、基準の引上げによって、そのままでは基準を満たせなくなる病院が一定数存在することがわかった。なお、改定後の基準を満たせない病院の 85.7%は、経過措置期間終了以降、「満たせる予定」と答えたが、回りハ 1 の一部では回りハ 3 への届出変更を検討している病院もみられた。

(図表 18) 改定前の重症患者割合の基準を満たす病院のうち改定後の基準を満たすか



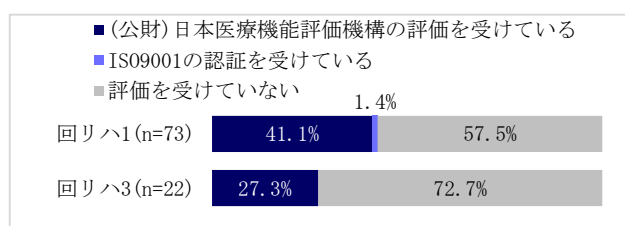
¹⁰ 本調査において、回りハのうち入院料 2、3、4、5 および 6 は n 数が少ないため、一部記載を割愛した。

2.3 第三者評価の受審状況

回りハ1の41.1%、回りハ3の27.3%が第三者評価を受審

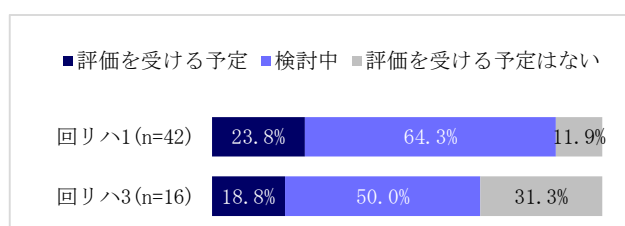
回りハ1・3については、第三者による評価を受けていることが望ましいとされた。回りハ1の41.1%、回りハ3の27.3%が第三者の評価を受けている（図表19）。

（図表19）第三者評価の受審状況



評価を受けていない病院の今後の予定については、回りハ1の64.3%、回りハ3の50.0%が「検討中」と答えた（図表20）。「受けない」と答えた病院は、回りハ1が11.9%、回りハ3が31.3%にとどまり、多くの病院が慎重でありながらも評価の受審を視野に入れている様子がうかがえる。現時点で、評価の受審は「望ましい」だが、今後の改定で要件化される、あるいは受審の有無で点数等に差をつけるなどの可能性も考えられる。そのような改定も見込んで、受ける予定がない病院においても、受審の検討が必要となるかもしれない。

（図表20）第三者評価を受審していない病院の今後の予定



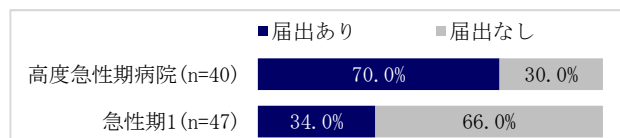
3 働き方改革関連

3.1 地域医療体制確保加算の届出状況

高度急性期病院の70.0%が届出。急性期1の25.0%が新規で届出

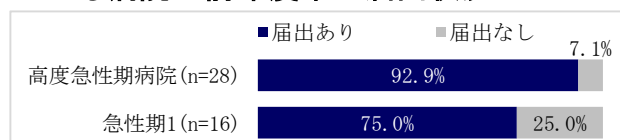
令和2年度診療報酬改定で新設された地域医療体制確保加算は、今改定により、点数が520点から620点へ引上げられるとともに、施設基準が見直され、対象病院が拡充された。高度急性期病棟・病床の届出を行っている病院¹¹（以下「高度急性期病院」という。）では70.0%、急性期一般入院料1の届出を行っている病院（以下「急性期1」という。）では34.0%が同加算の届出を行っている（図表21）。施設基準において、救急搬送件数が年間2,000件以上などの実績が必要であることから、高度急性期病院での届出が多いことがみてとれる。

（図表21）地域医療体制確保加算の届出状況



2022年3月31日時点で同加算の届出を行っている病院は、高度急性期病院で92.9%、急性期1で75.0%であった（図表22）。いずれについても、今年度から新規に届出を行っている病院が増加している。

（図表22）地域医療体制加算の届出を行っている病院の前年度末の届出状況



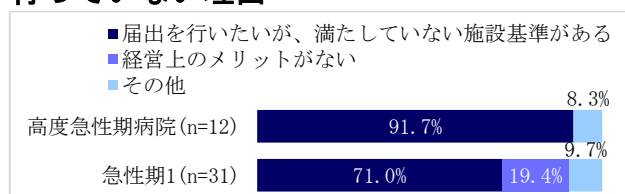
一方で、同加算の届出を行っていない理由について、高度急性期病院では、経営上のメリットがないと答えた病院はなく、91.7%が満たす

¹¹ 本調査において、「高度急性期病棟・病床」とは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料等いわゆる高度急性期入院医療機能に係るものを指す。

ことが困難な施設基準があると答えた（図表 23）。なお、高度急性期病院で「その他」と答えた病院についても、理由は「今後届出を行う予定である」とのことであった。急性期 1 でも、満たすことが困難な施設基準があるため届出を行っていない病院が 71.0%と最も高い。

また、満たすことが困難な施設基準を「救急医療に係る実績」と答えた病院は、高度急性期病院のすべて、急性期 1 の 90.9%に上った。

（図表 23）地域医療体制確保加算の届出を行っていない理由



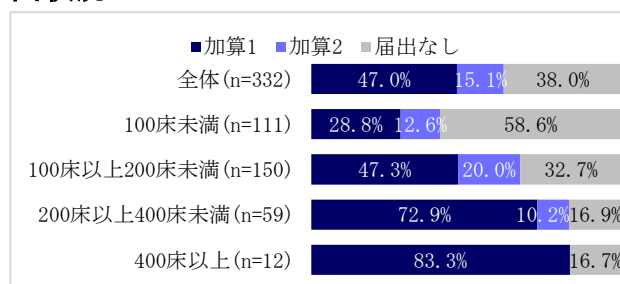
3.2 医師事務作業補助体制加算の届出状況

約 6 割の病院が同加算を届出。一部の病院で、加算 2 から加算 1 への移行がみられた

医師事務作業補助体制加算は、平成 20 年度診療報酬改定で新設され、その後、評価の新設、業務の拡大、点数の引上げと強化されてきた。今改定において、加算 1 の施設基準は、業務場所から勤務経験年数に着目した評価¹²へ見直されたうえで、加算 1・2 とともに点数が引上げられた。全体で、加算 1 が 47.0%、加算 2 が 15.1%と、約 6 割の病院が同加算の届出を行っている（図表 24）。病床規模別にみると、規模が大きくなるにつれて届出を行う病院の割合は高くなる傾向にある。参考までに、入院料別に比較してみると、急性期病院、地ケア、回リハの順に割合が高く、74.6%、66.8%、59.2%であることが確認できた。規模が大きく、救急搬送や手術の

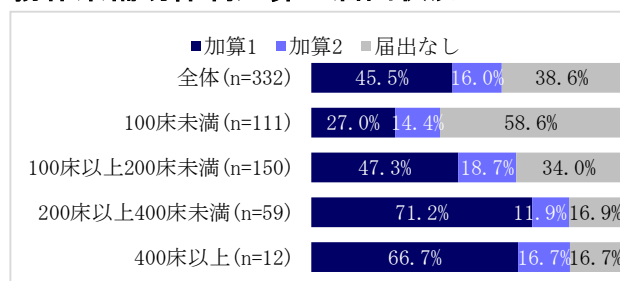
件数が多い急性期病院において、勤務医の負担軽減のため、同加算の届出が進んでいる様子が見えてくる。

（図表 24）医師事務作業補助体制加算の届出状況



ただし、点数は引上げられたものの、2022 年 3 月 31 日時点でも、全体で約 6 割の病院が届出を行っていたことから、本調査時点においては、届出を行う病院が大幅に増えるといったことは確認できなかった（図表 25）。なお、n 数が小さいことに留意は必要だが、400 床以上についてみると、加算 1 の割合が 66.7%から 83.3%に上昇している一方で、加算 2 の届出を行う病院がなくなっていた。加算 1 の施設基準が見直されたことで、加算 2 から加算 1 へ移行し、増収を図ることができた病院があったとみられる。業務場所に係る要件が撤廃されたことで、病院ごとに柔軟な実施が可能となったことも影響しているかもしれない。

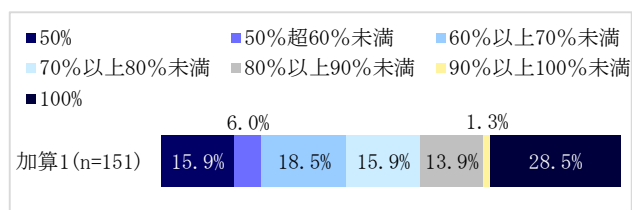
（図表 25）2022 年 3 月 31 日時点の医師事務作業補助体制加算の届出状況



¹² 当該医療機関における 3 年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに配置基準の数で 5 割以上配置されていることとされた。なお、雇用形態（常勤・非常勤等）にかかわらず、勤務経験を通算することはできるが、他の医療機関での勤務経験を通算することはできない。

加算 1 の届出を行う病院について、自院における 3 年以上の勤務経験を有する医師事務作業補助者の配置割合¹³は、「100%」の病院が 28.5% ともっとも高く、次いで「60%以上 70%未満」の病院が 18.5%と続く（図表 26）。基準の最低限度である「50%」の病院も 15.9%だが存在する。なお、参考までに中央値は 73.6%であった。

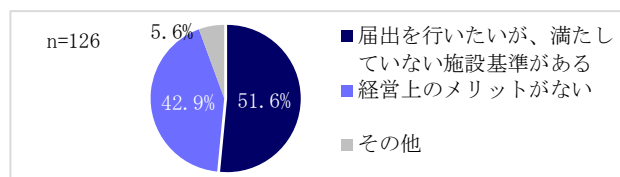
（図表 26）自院における 3 年以上の勤務経験を有する医師事務作業補助者の配置割合



一方、同加算の届出を行っていない病院の 51.6%が「届出を行いたい、満たしていない施設基準がある」、42.9%が「経営上のメリットがない」と答えた（図表 27）。また、前述の 51.6%の病院のうち 72.3%の病院は、満たすことが困難な施設基準を「医師事務作業補助者の確保が困難」と答えていることから、職員確保が大きな課題であるようだ。なお、その他について自由記述をみると、年間の緊急入院患者数を挙げる病院が複数存在した。

「経営上のメリットがない」について、同加算の点数が、医師事務作業補助者の採用費用や人件費に対して見合わないという意味と推察するが、医師事務作業補助者の配置による医師の業務負担軽減で、医師の時間外勤務の削減や、医師の余力の確保による医療の質の向上など、費用対効果でみる視点も含めて検討してみると、経営上のメリットが見出せるかもしれない。

（図表 27）医師事務作業補助体制加算の届出を行っていない理由



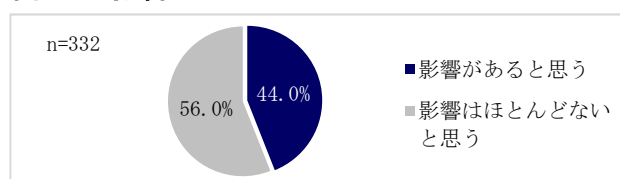
4 リフィル処方箋の導入状況

リフィル処方箋を導入する病院は 15.4%にとどまる。導入による経営への影響は 56.0%の病院が「ほとんどないと思う」と回答

最後に、リフィル処方箋¹⁴の導入状況についてみていきたい。今改定の改定率「0.43%」については、リフィル処方箋の導入・活用による効率化で「△0.10%」が加味されている。

リフィル処方箋の導入によって、「経営に影響があると思う」と答えた病院が 44.0%である一方、「影響はほとんどないと思う」と答えた病院は 56.0%となった（図表 28）。具体的な影響の内容については、外来患者延数の減少やそれに伴う検査等の減少が挙げられている。

（図表 28）リフィル処方箋の導入による経営への影響



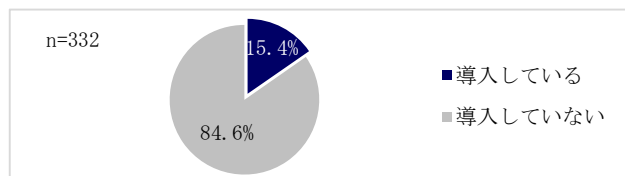
リフィル処方箋を導入している病院の割合は 15.4%にとどまる（図表 29）。病床規模別でもみてみたが、規模の差による割合の大きな違いは確認できなかった。リフィル処方箋の導入は、患者の負担軽減効果のほか、病院勤務医から薬剤師へのタスクシフティングによる働き方改革の推進などの側面も期待されるが、新設されて

¹³ 配置割合 50%以上で回答のあった病院を集計の対象とした。

¹⁴ 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる。

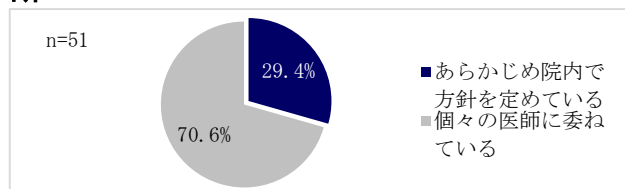
間もないため、多くの病院が様子見といった状況と考えられる。

(図表 29) リフィル処方箋の導入状況



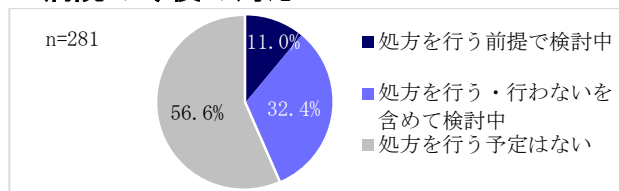
また、リフィル処方箋を導入している病院のうち、処方判断については、70.6%の病院が、個々の医師に委ねており、あらかじめ院内で方針を定めている病院は、29.4%にとどまる(図表 30)。判断を個々の医師に委ねた場合、医師によって対応が異なるといった不公平感等を患者が感じ、トラブルとなる恐れもあるため、実施にあたっては、院内でよく検討のうえ、方針を定めたほうがよいかもしれない。

(図表 30) リフィル処方箋による処方判断



なお、リフィル処方箋を導入していない病院の56.6%が今後も処方を行う予定はないと答えたが、32.4%が処方を行う・行わないを含めて検討中、11.0%が処方を行う前提で検討中と慎重ではあるが、前向きな病院も約4割存在した(図表 31)。

(図表 31) リフィル処方箋を導入していない病院の今後の対応



おわりに

今改定の影響等について、2本のレポートにわたりみてきた。地ケアについては、サブアキュート機能の充実が一層求められることから、経過措置期間ではあるが、自院の一般病棟からの入棟を自宅等からの直接入院へ切替えるなど、早速動きを見せている病院もみられた。回りハについても、第三者の評価を受けていない病院でも、受審の検討をしている様子が見えてきた。

次回の改定は、超高齢社会となる2025年の直前で、介護報酬と同時改定となり、大幅な改定が予想されるが、診療報酬改定の大きな流れとしては、機能分化・連携や医師の働き方改革の推進など今改定の重点課題がベースとなるであろう。そのような認識のもと、自院の属する地域内での役割を果たすうえで、必要な新設加算の届出、新しい施設基準を維持するための対応を行っていく必要がある。

本調査結果が、今後の皆さまの病院運営の参考となれば幸いである。

最後になるが、長く続くコロナ対応のなか本調査にご協力いただいたことで今回の分析を行うことができた。この場を借りて担当者および関係者に謝意を表す。

【免責事項】

- ※ 本資料は情報の提供のみを目的としたものであり、借入など何らかの行動を勧誘するものではありません
- ※ 本資料は信頼できると思われる情報に基づいて作成されていますが、情報については、その完全性・正確性を保証するものではありません
- ※ 本資料における見解に関する部分については、著者の個人的所見であり、独立行政法人福祉医療機構の見解ではありません

《本件に関するお問合せ》

独立行政法人福祉医療機構 経営サポートセンター リサーチグループ TEL : 03-3438-9932