

1カ月の重要政策ニュースのポイントが分かる

MC+ Monthly

2024年4月

診療報酬改定



「治す」と「治し支える」で 病床機能分化

急性期のADL低下防止へリハ、口腔・栄養管理

医療DX



マイナ保険証を 「加算」と「支援金」で促進

救急時閲覧は10月、電カル共有は今年度中に試行

機能情報提供制度



全国統一システムで 検索・利便性が向上

G-MIS活用で医療機関等の報告負担を軽減

介護



介護情報基盤は LIFEなど4共有から

将来的に電子的共有による医療との連携も





「治す」と「治し支える」で病床機能分化 急性期のADL低下防止へリハ、口腔・栄養管理

増加する高齢者救急にいかに対応するか。2040年を見据え、その“解”が求められた24年度診療報酬改定だったが、核として「地域包括医療病棟」を創設。下り搬送の促進や受け皿での対応強化、リハビリテーションの充実も図るなど、体系的な見直しが行われている。

10対1の新病棟とは？

高齢者急性期を主対象に「治し支える医療」を担う

高齢者の救急患者等に対し、一定の体制を整えたうえでリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する病棟の評価として、「**地域包括医療病棟入院料**」(3,050点/日)は新設された。体制面では、10対1看護配置、リハビリ専門職2名配置、管理栄養士の専任配置等の「ストラクチャー」に加え、原則48時間以内にADL、栄養・口腔状態の評価、休日リハの提供等の「プロセス」、退院・転棟時にADLが低下する患者5%未満等の「アウトカム」の観点から病棟の機能を規定している。

この新病棟には、急性期一般入院料1(急入1:7対1病床)、同2~6の算定病棟(10対1)、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟(地ケア病棟)等からの転換が想定されている。今後、急入1は「治す医療」(急性期医療)に特化し、地域包括医療病棟(包括病棟)は高齢者急性期を主対象に「治し支える医療」を、地ケア病棟は急性期治療後の患者や在宅療養患者の受け入れと在宅復帰支援を担うことになる(図表1)。

7対1病床は厳格化へ

現行の必要度基準では軽症・中等症とミスマッチも

こうした機能分化が進められた背景には、次のような急性期医療の現状がある。

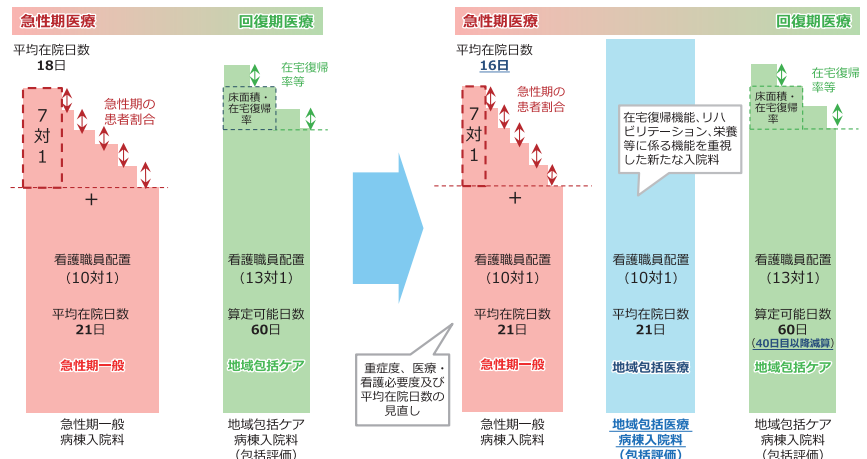
- ①高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送者数が増加し、なかでも「軽症・中等症」が増加している
 - ②高齢(75歳以上)の入院患者には医療資源投入量が少ない傾向の誤嚥性肺炎や尿路感染等の疾患が多い
- そして、①(軽症・中等症)については、現行の一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」(必要度)では重症患者の基準を満たしやすく、急入1への誘因になっていることが指摘されていた。

また、②については、医療資源投入量に急入1とそれ以外の病床で大きな差がなく、急入1以外でも受け入れが可能であり、むしろ急入1の病院(高度急性期を担う)とは医療資源投入量がミスマッチとなる可能性がある。

このような課題を踏まえ、急入1の必要度(項目・基準)を見直し、急入1以外でも患者の状態に応じて適切に受け入れが進むよう、**軽症・中等症の高齢者救急が切り分けられること**となった。

しかし、今度はその受け皿という問題が生じる。当初は地ケア病棟での受け入れを視野に入れていたが、13対1看護配置では救急対応に限界があるため、包括病棟の創設に至っている。

図表1 地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ



(出典)令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)《厚生労働省》

地ケアへ「下り搬送」

適切な初期診療を経て 連携医療機関へ転院搬送

軽症・中等症の高齢患者であっても、そのときの状態によっては三次救急医療機関等に搬送されるケースもあるが、そのまま入院治療を行うことは前述のようにミスマッチな場合もあって好ましくない。そこで、救急搬送された患者に初期診療を実施し、連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗のうえで転院搬送する場合の評価として、「救急患者連携搬送料」(600点～1,800点)が新設された。急性期医療は重症患者対応に集中するための、いわゆる「下り搬送」を促進するものだ(図表2)。

この下り搬送の受け入れ先には、包括病棟はもちろん、地ケア病棟も

想定されている。現状でも高齢救急患者の緊急入院を積極的に受け入れている病棟もあるからだが、そうした場合は医療資源投入量や人員加配などに一定程度の負担がある。そのため、「在宅患者支援病床初期加算」を次のように見直した。

▽介護老人保健施設からの入院(現行500点):①救急搬送患者または他の医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の医療機関から搬送された患者で初日から当該病棟に入院した場合580点、②①以外の場合480点▽介護医療院や自宅等からの入院(同400点):①480点、②380点

急性期リハを強化せよ!

より早期から切れ目なく 多職種で計画と評価を

包括病棟が創設された背景として、急性期医療には次のような現状

や課題もある。

●高齢者の一部は急性期の治療を受けている間にADLが低下して回復期に転院することになり、在宅復帰が遅くなる(安静臥床の弊害)

●誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながる

●入院時、高齢患者の一定割合が低栄養リスク状態や低栄養であり、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

●リハビリの実施率にはばらつきがあり、土日・祝日の実施率が低い

これらに対応するため、7対1病床・10対1病床には、リハビリ、栄養・口腔管理の一体的な計画作成と計画に基づき多職種で取り組む(土日・祝日のリハビリ実施を含む)体制の確保を評価する「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」(120点/日、計画作成日から14日限度)が新設された(図表3)。より早期からの切れ目のないリハビリ(離床)・栄養・口腔の取り組みと、多職種による評価と計画を促進するのが狙いだ。

今後注目される点は?

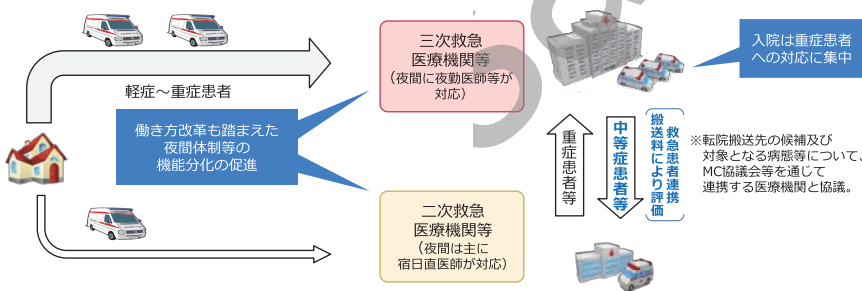
「10対1再編」の動きは特に注視される。

●包括病棟が「急性期」の位置付けの場合、地ケア病棟(回復期)からの移行という「地域医療構想」での機能分化に逆行することの影響

●リハビリ、栄養・口腔管理のアウトカムなどについての幅広いデータ分析と評価のあり方

●10対1の急性期一般病棟の入院機能を明確にしたうえでの再編を含めた評価のあり方

図表2 初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制



(出典)令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)《厚生労働省》

図表3 急性期におけるリハビリ、栄養・口腔管理の推進

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(1日につき) 120点



より早期からの切れ目のない リハ(離床)・栄養・口腔の取組

- 疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- 土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- 入棟後早期のリハビリテーションの実施
- 病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入



多職種による評価と計画

- 原則48時間以内の評価と計画作成
- 口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- 定期的カンファレンスによる情報連携

令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)《厚生労働省》を基に作成

マイナ保険証を「加算」と「支援金」で促進 救急時閲覧は10月、電カル共有は今年度中に試行

岸田政権が推し進める「デジタル社会への移行」の一環として、2024年度診療報酬改定では「医療DX」体制整備への評価が政策的に進められた。今後は医療現場におけるマイナ保険証の利用勧奨を重視し、電子処方箋や電子カルテ情報の共有が促進されることになる。

医療DXの新加算とは？

マイナ保険証の利用率を要件に体制整備を評価

24年度改定では「**医療DX推進体制整備加算**」が新設された。オンライン資格確認により取得した診療・薬剤情報を診療に活用可能な体制を整備するとともに、「電子処方箋管理サービス」や「電子カルテ情報共有サービス」を導入し、質の高い医療を提供するための体制を確保していることへの評価で、初診時に8点（月1回）が加算できる。医療DXの推進が目的であるため、マイナンバーカード保険証（マイナ保険証）の利用率を要件としており、10月から適用される。5月の実績に基づき夏頃に設定される見込みだ（図表1）。

また、要件のうち、現在導入が促進されている電子処方箋管理サービスは25年3月末まで、25年度中の本格運用を目指す電子カルテ情報共有サービスについては25年9月末までの経過措置が設けられている。加算を算定する医療機関はいち早く体制を整えることが求められる。

現行の「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」は、オンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されたことを踏まえ、体制整備から診療情報等の取得・活用への評

価に改め、「医療情報取得加算」に名称が変更される。患者がマイナ保険証を利用した場合、初診時（月1回）は2点から1点に引き下げられたが、再診時（3カ月に1回）にも1点を加算できるようになる。患者がマイナ保険証を利用しない場合は、初診時3点、再診時2点となる。

救急現場でも活用？

意識不明者の救急搬送でも医療情報の閲覧が可能に

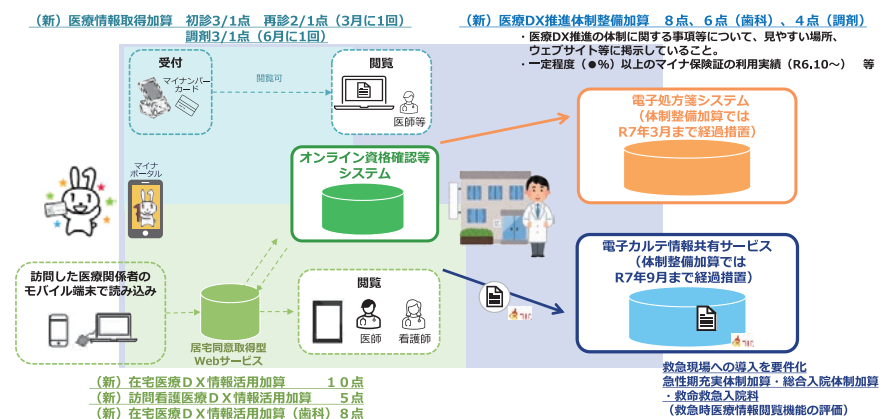
医療DXは救急医療現場でも推進される。今年10月から「**救急時医療情報閲覧機能**」の運用が始まることを受け、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療をさらに推進する観点から、「総合入院体制加算」、「急性期充実体制加算」、「救命救急

入院料」の施設基準に同機能の導入が追加される（25年3月末までの経過措置あり）。

この救急時医療情報閲覧機能とは、病院において患者の生命や身体保護のために必要な場合、マイナカードまたは4情報等（氏名、生年月日、性別、住所・保険者名称）による検索で本人確認を行うことによって、意識障害等で同意取得困難な患者であっても、レセプト情報に基づく医療情報等が閲覧できるようになるシステムだ。現行のオンライン資格確認等システムで通常表示可能な診療・薬剤情報に加え、患者の基本情報・医療情報等が集約された救急用サマリーの閲覧が可能となる。迅速かつ適切な検査・治療等への活用が期待されている。

これとは別に、救急業務にマイナ

図表1 2024年度診療報酬改定における医療DXの全体像



（出典）令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）《厚生労働省》

カードを活用する総務省消防庁の実証事業も5月に始まる。既往歴や受診した医療機関名などの搬送先の選定に必要な情報を救急隊員が閲覧し、業務の迅速化や円滑化につながる狙いで、全国67の消防本部、計660隊が参加する。

マイナ保険証が基盤！

23年10月比の利用実績の増加に応じて支援金も

このように、医療DXはマイナ保険証が基盤であり、オンライン資格確認等システムを通じて確実に本人確認を行うことが、本人の健康・医療データに基づくより良い医療の実現の起点となる（図表2）。

マイナカードの保有率は7割となっており、その約8割はマイナ保険証の登録を行っている。さらに、マイナカードの常時携行者は18歳以上のカード保有者の4割ともなっていることから、厚生労働省は医療現場における利用勧奨が重要であるとし、今回改定での対応が図られた。前述の新加算でも利用を勧奨する院内掲示が要件となっている。

医療機関には、**マイナ保険証の利用率の増加に応じた支援金**も交付される。まず、今年1～5月の利用率が23年10月の利用率との比較で増加した場合、その平均利用率・総利用件数に応じて支援額が決まる。たとえば、10%ポイント以上増加した場合は40円/件が支払われる。

さらに、5～7月はマイナ保険証利用促進「集中取組月間」として、いずれかの月の23年10月実績および同月利用人数からの増加量に応じ、最大10万円（病院20万円）の

一時金を支給する。同月診療分のレセプト件数が150件以下の施設（小規模施設）には、規模に配慮した区分も設定される。ただし、▽窓口での共通ポスターの掲示▽来院患者への声かけとマイナ保険証の利用を求めるチラシ配布の徹底一が支給条件となる。利用人数の増加に応じ、かつ定額の給付とすることにより、医療現場にとってより分かりやすい形とし、利用率のさらなる底上げを図るのが狙いだ。

電子処方箋はなぜ進まない？

負担軽減へ費用補助は継続、機能追加も補助対象に

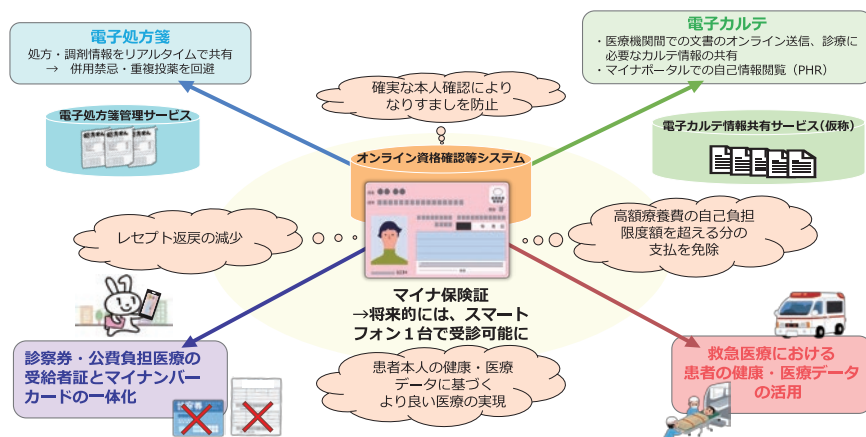
一方で、医療DXを構成するシステムとしては、23年1月に運用が始まった電子処方箋管理サービスの普及が依然低調だ。オンライン資格確認の運用を始めた概ねすべての医療機関・薬局に25年3月までに導入することを目指しているが、運用開始率は病院0.4%、診療所（医科）1.0%、薬局19.6%にとどまる（2月4日時点）。導入が進まない理由には▽導入施設数が少なく医療機関・薬局が緊

要性を感じていない▽複数のシステム改修が断続的に必要となる一ことなどが挙げられている。厚労省は今後、▽公的病院を中心に導入推進を強化▽複数のシステム改修の一体的な導入一などの対応策を講じる考えだ。

導入費用の補助金は24年度も継続され、昨年12月にリフィル処方箋などの機能が追加されたことを受け、その費用補助も行われる。上記の対応策の後者に関しては、システムと追加機能を同時に導入した医療機関等への補助枠も設定される。

この電子処方箋や電子カルテなどの医療情報のほか、レセプト・特定健診情報、予防接種、介護情報も含めて全国的なクラウド間連携を実現し、必要なときに必要な情報が共有・交換できるよう、オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充して整備されるのが「**全国医療情報プラットフォーム**」で、これが医療DXの核だ。そのなかで、医療機関・薬局による電子カルテ情報の一部の共有・閲覧を可能とする電子カルテ情報共有サービスも構築され、24年度中にモデル事業が始まることになっている。

図表2 医療DXの基盤となるマイナ保険証



（出典）社会保障審議会・医療保険部会（第175回 2/29）《厚生労働省》



全国統一システムで検索・利便性が向上 G-MIS活用で医療機関等の報告負担を軽減

医療・薬局機能情報提供制度の全国統一システムが4月1日から運用されている。都道府県を跨いでの検索が可能になるなど、国民・患者の利便性が向上している。今後は、かかりつけ医機能の制度整備に合わせ、情報提供項目の見直しも行われる予定だ。

「ナビイ」は情報の統一と利便性向上で利用促進へ

医療・薬局機能情報提供制度は、病院、診療所、歯科診療所、助産所と薬局に対して、その医療・薬局機能に関する情報を都道府県へ報告することを義務付け(年1回以上報告)、都道府県がその情報を集約し、住民・患者に分かりやすい形で提供することにより、医療機関等の適切な選択を支援することを目的に、2007年度から運用が開始された。しかし、都道府県ごとに情報提供システムの機能や公表方法、公表情報の粒度が異なる、つまり“ばらつき”のあることが指摘され、県境の住民にとっては使いづらいことなども課題となっていた。

こうした現状に加え、医療機関等

の報告負担の軽減、公表情報の正確性の確保なども求められていたことから、政府は23年5月に医療法等の改正を行い、必要な措置を講じることを規定。それを受け、都道府県で個別に運用されているシステムとデータを集約する全国統一的な情報提供システムが構築され、「ナビイ」の愛称で4月から運用が始まっている(図表1)。この愛称は、ナビゲーション(案内)の「ナビ」と、医療機関等に関する情報を意味する「イ(医)」を組み合わせたものだ。

全国統一システムの運用に先立ち、今年1月から医療機関等の報告には「医療機関等情報支援システム」(G-MIS)が活用されている。これは、全国の医療機関から病院の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、受診者数、検査数、医療機器や医療資

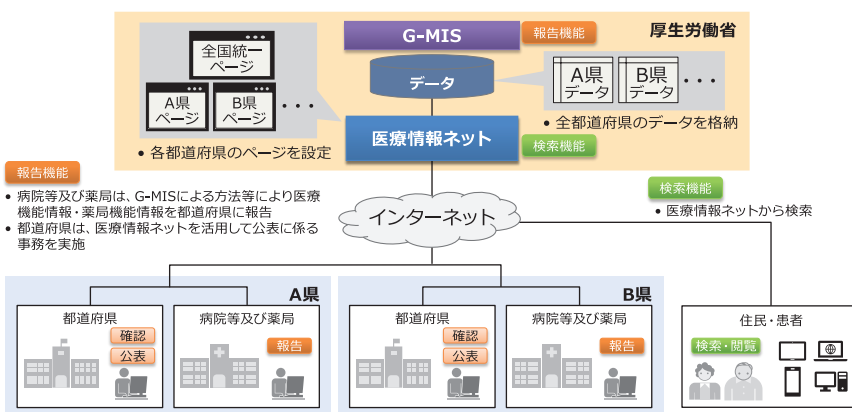
材の確保状況などを一元的に把握・支援するシステムで、薬局も含めて報告に導入された。従前は、都道府県が報告用ホームページを開設するなどしていたが、G-MISの活用により、医療機関では他制度の報告との共通化が可能となり、報告負担の軽減が図られている。

かかりつけ医機能の項目は国民・患者目線で改修

ナビイでは、全国の医療機関等について都道府県を跨いで探すことができるほか、検索機能も充実しており、「キーワード」、「急いで(現在診療中の医療機関を科目と場所から)」、「じっくり(設備や対応内容などから)」などのさまざまな探し方ができる。また、より対象者ごとの検索性・利便性を高め、分かりやすい情報提供を行うため、今後は「高齢者」、「小児」、「障害児・者、難病患者」の利用者区分を設定できるようにしている。

現在、25年4月の「かかりつけ医機能報告制度」導入に向けて準備が進められているが、その報告内容もナビイで公表されることになっている。現行の情報提供では、診療報酬項目が含まれることなどから、国民・患者目線で分かりやすい内容に見直しが行われる。

図表1 構築する全国統一システムのイメージ



(出典)医療・薬局機能情報提供制度の概要《厚生労働省》



介護情報基盤はLIFEなど4共有から 将来的に電子的共有による医療との連携も

医療DXの推進では今後、電子カルテ情報の共有などを図る「全国医療情報プラットフォーム」の整備が目玉となっているが、そのなかでは介護情報を利活用する「介護情報基盤」も構築される。情報共有の内容や留意事項などの検討が進められ、中間とりまとめが行われている。

政府の「医療DXの推進に関する工程表」(2023年6月2日、医療DX推進本部決定)には、医療情報だけでなく、介護情報の共有についても記載がある。介護では、24年度からシステム開発を行い、希望する自治体において先行実施し、26年度から全国展開する方針だ。厚生労働省の専門検討会に設置された「介護情報利活用ワーキンググループ」は、全国医療情報プラットフォームに「**介護情報基盤**」を構築し、情報の利活用を進めることを目指し、情報共有の内容やその範囲、安全管理などに関する検討を22年9月から進めてきた。24年3月には中間とりまとめが行われている。

認定、請求・給付、LIFE、ケアプランの4情報から

中間とりまとめによると、介護情報基盤で共有する情報は当面、▽要介護認定情報▽請求・給付情報▽LIFE情報▽ケアプランとする。そのほかの介護情報や医療情報の共有については、情報の標準化などの進展も踏まえながら、引き続き検討するとしている。

情報を共有する関係者は、▽利用者▽保険者(市区町村)▽介護サービス事業所▽居宅介護支援事業所(介護事業所に所属し、利用者のケ

アプランを作成する介護支援専門員を含む)▽医療機関一を基本とする。利用者の同意は、各介護事業所が利用者の資格を確認する契約時に、すべての情報について一括して取得する。同意の撤回、各情報のオプトアウトなども、他分野の状況も踏まえて今後検討する。利用者にも原則、情報を共有する。

安全管理面では、介護情報も医療情報と同様に、利用者の「要配慮個人情報」を含む情報であることから、厚労省の『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』を踏まえて取り扱う。

電子カルテ共有を見据え、医療機関の3文書6情報も

介護情報の利活用に期待される効果については、次の6つが挙げられている。

①介護保険被保険者証関連情報の電子化を通じた利便性向上

②要介護認定事務の電子化を通じた自治体、介護事業所、医療機関等の業務負担軽減と認定にかかる日数の短縮

③介護事業所間の情報共有による適切なケアの提供

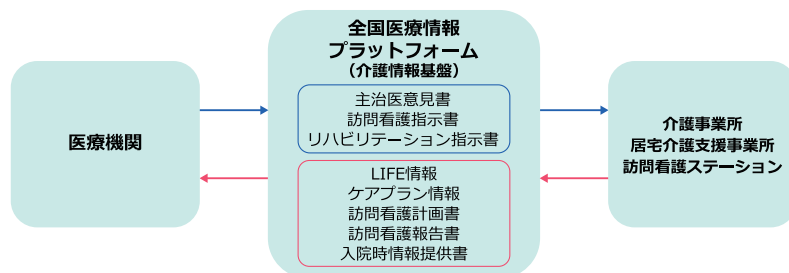
④情報の電子的共有を通じた医療・介護間の連携の促進

⑤主治医意見書等の電子化を通じた二次利用可能性の向上

⑥蓄積された情報の分析等を通じた介護の質の向上等

このうち、④については、今後の「電子カルテ情報共有システム」の導入も見据え、医療機関からは3文書6情報(診療情報提供書、退院時サマリー、健康診断結果報告書、アレルギー、感染症、処方等)、訪問看護指示書、リハビリテーション指図書、介護事業所等からは訪問看護計画書、訪問看護報告書、入院時情報提供書などの情報連携が想定されている(図表1)。

図表1 電子的共有を通じた医療・介護間の情報連携



(出典)介護情報利活用ワーキンググループ(第8回 2/5)《厚生労働省》

診療報酬改定

6月1日から適用

DPC対象病院の基礎係数を官報告示

厚生労働省は3月21日、DPC対象病院の病院群ごとに6月から適用する基礎係数と、病院ごとの機能評価係数Ⅱの値などを官報告示した。DPC標準病院群の基礎係数は、「データ数月90件未満」の103病院を1.0063、それら以外の1,423病院を1.0451にする。また、DPC標準病院群以外の基礎係数は「大学病院本院群」（82病院）が1.1182、「DPC特定病院群」（178病院）は1.0718で、いずれも6月1日から適用し、2026年度の診療報酬改定で見直す。大学病院本院並みの診療機能があるDPC特定病院群は、22年度の181病院（22年4月1日現在）から3病院減る見込み。DPC対象病院全体では22病院増え1,786病院になる。

厚労省の分析によると、1カ月当たりのデータ数が90件以下のDPC対象病院は、ほかの病院に比べて診療密度が相対的に低い傾向にあることが分かり、中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」の取りまとめでは、24年度の診療報酬改定で「何らかの対応が必要」とされていた。そのため同省は、DPC対象病院の要件に「データ数月90件以上」を追加。この基準をクリアしない病院はほかと切り分けてDPC標準病院群の基礎係数を設定することにした。26年度の診療報酬改定以降は、この基準でDPC制度への参加・退出を判定する方針。

疑義解釈資料（その1）

栄養管理体制等の入院料通則を整理

厚生労働省は、2024年度診療報酬改定「疑義解釈資料（その1）」を3月28日付けで公表。入院料の通則で新たに規定する栄養管理体制の基準のうち、栄養状

態の定期的な評価は、必ずしもすべての患者の退院時に行う必要はないとする取り扱いを示した。同省はそのうえで、院内の機能などを踏まえて、どのようなケースで退院時に評価を行うか、栄養管理手順に位置付けておくよう医療機関に求めている。

24年度診療報酬改定では、入院料の通則を見直し、栄養管理体制の基準を明確化した。また、入院患者の身体的拘束を原則禁止し、医師・看護職員などのチームが作る指針に沿って最小化に取り組むことを新たに規定。それに伴い、入院料や入院基本料を医療機関が届け出るには、退院時を含む栄養状態の定期的な評価や「標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価」の実施を盛り込んだ栄養管理手順を作ることが求められる。

疑義解釈（その1）では、医療機関が行う栄養状態の評価に関して、低栄養状態の診断に使う「GLIM基準」の活用を栄養管理手順に位置付けることが「望ましい」とする一方、GLIM基準を参考に、医療機関の機能などに応じて「標準的な手法」を管理手順に位置付けることを認める方針を改めて示した。ただ、血中アルブミン値のみで栄養状態を評価することは「標準的な手法」に含まれないとして、複合的な栄養指標に基づく評価の実施を栄養管理手順に盛り込むよう求めた。

医療提供体制

医療提供体制全体の構想見据え

新たな地域医療構想の検討会初会合

高齢化がピークを迎える2040年ごろを見据え、厚生労働省は「新たな地域医療構想等に関する検討会」を立ち上げ、3月29日に初会合を開いた。これまでの入院だけでなく、外来や在宅医療を横断する構想の具体化の検討を行い、24年末の取りまとめを目指す。

同検討会では、医療・介護関係団体や保険者、都道府県、学識経験者からヒアリングを行いながら、夏から秋ごろに中間取りまとめを行う。その後、制度改正の具体的な内容について話し合う。厚労省は、新たな地域医療構想に関するガイドラインを25年度に示すほか、入院や外来・在宅医療のニーズが40年にかけて、どのように変化するか、その推計も行う。それらを踏

まえて、各都道府県が新たな構想を26年度に策定。それに基づく医療提供体制の再編などの取り組みについて、27年度に行われる第8次医療計画の中間見直し後に開始する。

現在の地域医療構想は、人口が多い団塊世代の全員が75歳以上になり、高齢化が加速する25年を想定して各都道府県が「構想区域」ごとに策定したもの。それに沿った医療の再編は病院や有床診療所の病床機能の見直しを中心となっている。

一方、新たな地域医療構想は40年ごろを見据えたもので、医療や介護の「複合ニーズ」を抱える85歳以上の人の増加に対応できるようにするため、病院だけでなく「かかりつけ医機能」や在宅医療、医療・介護連携などを含めて地域の医療提供体制全体の構想となる見通し。人口の減少が目立つ地域もあることから、現在の構想区域の見直しも検討される。

地域医療連携推進法人（Q&A）

外部監査の不要なケースを明示

厚生労働省は「地域医療連携推進法人制度」に関するQ & Aを更新し、3月29日付の事務連絡で都道府県に周知した。制度の一部が4月1日に見直され、公認会計士などによる外部監査を受ける必要がなくなるケースと、引き続き受けなければならない事例をそれぞれ明示している。

同制度の施行以降、地域医療連携推進法人は外部監査を受ける必要があった。しかし、制度の一部が見直されてからは、①参加法人などが病院などに関する業務を行うのに必要な資金を調達するための支援として資金の貸し付けや債務の保証、基金を引き受ける者の募集、出資を行わない旨を、定款に定めている、②最終会計年度に係る貸借対照表の負債の部に計上した額が計50億円以上、または損益計算書の事業収益の部に計上した額が計70億円以上に該当しないのいずれにも当てはまる場合は外部監査を受けなくてもよい。

一方、①に該当する場合でも、病院の開設などにより地域医療連携推進法人の負債が50億円以上、または事業収益が70億円以上となれば外部監査を受ける必要がある。また、当該会計年度の期間中に①の内容が定められていない期間があれば、そのすべての期間を対象とした外部監査を受けなければならない。

医療機関への立ち入り検査 働き方改革を検査項目に追加

医師の時間外労働の上限を罰則付きで規制する新たな制度が4月1日に施行されることに伴い、厚生労働省は、都道府県や保健所などが行う医療機関への立ち入り検査に2024年度から医師の働き方改革関連の項目を追加。同省のホームページに掲載した「全国医政関係主管課長会議」の資料に盛り込んだ。

厚労省によると、立ち入り検査に追加した医師の働き方改革関連の項目のうち、全医療機関に対して行うのは、▽時間外労働が月100時間以上になることが見込まれる「面接指導対象医師」への面接指導が実施されていることの確認▽面接指導を行った後に、労働時間の短縮や宿直回数の見直しなど「適切な措置」を必要に応じて講じていることの確認▽時間外労働が月155時間を超えた医師の労働時間を短縮するため「必要な措置」を講じていることの確認—の3項目。

また、地域医療の提供を維持することに不可欠な救急医療などの業務に従事するため、24年4月以降もやむを得ず長時間労働を行う医師がいる「特定労務管理対象機関」への立ち入り検査では、長時間労働の医師に対して勤務間インターバル（始業から24時間以内に9時間の休息）や、代償休息が確保されていることを確認する。

医師・歯科医師・薬剤師統計

医師34.3万人、女性医師8万人突破

厚生労働省は3月19日、「2022年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」を公表した。統計によると、2022年12月末時点の医師数は全国に34万3,275人で、2年前から3,652人（1.1%）増加した。女性の医師は全体の23.6%に当たる8万1,139人（20年比3,593人増）で、初めて8万人を突破。ただ、総数は増えているものの、診療科や地域ごとの医師の偏在が依然として生じていることも明らかになった。

医療施設で働く医師は22年12月末時点で全国に32万7,444人（20年比1.2%増）。施設別では、病院が22万96人、診療所は10万7,348人だった。従事する診療科別の医師数では（複数回答）、「内科」が9万2,677人で最も多く、全体の3割弱を占めた。次いで「消化

器内科(胃腸内科) 2万9,661人や「小児科」2万6,818人、「整形外科」2万5,726人、「外科」2万3,552人、「循環器内科」2万2,587人、「精神科」1万8,377人などの順になっている。

病院経営・運営

医師の時間外労働上限規制 診療体制縮小の見込みあり457施設

厚生労働省は、医師の時間外労働の上限が規制される4月以降、457の医療機関が診療体制の縮小を見込んでいるとする調査結果を、3月14日の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」に報告した。

調査は、「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査」で、今回が5回目の実施。大学病院の本院を除く全病院と分娩を扱う有床診療所(院長のみが診療する診療所以外)を対象に、2023年10月30日~11月30日に各都道府県を通じて調査票を配布し、24年3月13日現在の状況を反映させた。

医師の働き方改革に伴い、一部の診療科を閉じるなど診療体制を縮小する見込みがあるかの質問には46都道府県の7,326医療機関から回答があり、「見込みあり」457施設、「見込みなし」6,869施設だった。縮小を見込んでいる457施設のうち、縮小によって地域医療の提供体制に「影響あり」と答えたのは132施設で、「影響なし」77施設、「不明」248施設だった。

また、大学病院などからの医師の引き揚げの影響で診療体制への縮小を見込んでいる医療機関も49施設あり、うち21施設はそれによって地域医療提供体制への影響があると答えた。

福祉医療機構 医療法人の経営情報分析を初公表

福祉医療機構は、医療法人の経営情報のデータベースを活用して行った分析結果を初めて公表した。全国の3万4,341法人が都道府県に報告した2022年度の経営情報(決算期同年3~11月)が分析の対象で、本業の事業収支ベースでの利益率は1法人当たり4.7%、受取利息などを含む経常収支ベースでは6.2%のいずれ

も黒字だった。また、赤字法人の数は事業収支ベースで1万1,519法人(33.5%)、経常収支ベースでは7,957法人(23.2%)だった。

福祉医療機構によると、今回の分析は23年11月時点で集計可能な法人単位のデータを集約した「概括的なもの」で、医療機関の経営の実態を詳細に表すものではないとしている。

学会認定16の専門医資格 2028年度末以降は広告原則不可に

医療広告への規制の見直しを議論する厚生労働省の「医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会」は3月25日、日本小児科学会の「小児科専門医」など16学会が認定する16の専門医資格の広告を2028年度末以降は原則認めない対応案を了承した。日本専門医機構が認定する基本領域(19領域)の専門医資格の広告に一本化するが、学会認定の専門医の資格を28年度末までに取得・更新する医師に対しては認定・更新から5年間に限り広告を認める。

59の学会が認定する56の専門医の資格は現在、「当面の措置」として広告が認められており、厚労省案は、日本専門医機構の基本領域と重なるそのうち16学会による16の専門医の資格について、28年度末に経過措置を終了させる内容で、その後は広告不可とする。

また、日本専門医機構が認定するサブスペシャリティの領域のうち、基本領域の研修中にサブスペシャリティの研修を始める「連動研修」の実施が可能な15領域の専門医の資格は、研修制度の整備基準や認定・更新の基準、専門医の名称が整ったものから個別に広告を認める。一方、連動研修を行わないサブスペシャリティの12領域は、新たな判断基準を設定し、それをクリアすることを条件に広告を認める。

厚労省は、新たな判断基準の骨子案として▽国民への分かりやすさ▽質の担保▽社会的・学術的意義一の3点を示した。それらのうち「国民への分かりやすさ」に関しては、専門医の名称と提供する医療の内容が広く普及していることや、ほかの専門医との区別が明確で紛らわしくないことなどを挙げた。また、社会的・学術的な意義の観点から、専門医の氏名や所属機関を公表し、国民や患者向けに啓発活動を行うなど社会への情報発信を求める。

その他

後発医薬品に金額ベースの副次目標 2029年度末に65%以上で設定

厚生労働省は3月14日、後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上とする「副次目標」を新たに設定する方針を社会保障審議会・医療保険部会に示した。現行の数量ベースでの政府目標に加え、金額ベースでも目標を設けることで、後発薬の使用促進による医療費の適正化を進めていく狙いがある。

後発薬の金額シェアは年々上昇傾向にあり、23年の薬価調査では56.7%だった。厚労省はこれを29年度末までに65%以上に引き上げることを目指す。また、新たな目標を踏まえ、金額ベースの使用割合を薬効分類ごとに示すなど都道府県に必要なデータを提供し、医療費適正化の取り組みが進められるよう支援する。

現行の数量ベースの目標は変更せず継続。「医薬品の安定的な供給を基本としつつ、数量シェアを29年度末までに全都道府県で80%以上」を主目標とする。バイオシミラーについては、「29年度末までにバイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の60%以上」とする副次目標を設定して使用促進を図っていく。

総務省消防庁・実証事業 マイナ保険証で救急業務の迅速化へ

総務省消防庁は、「マイナ保険証」を活用した救急業務の実証事業に乗り出す。救急搬送される傷病者のマイナ保険証をカードリーダーで読み取り、既往歴などを確認しながら医療機関を選定し、業務の迅速化・円滑化につなげることを目的に、実証結果などを踏まえ2025年度中の運用開始を目指す。実証事業は5月中旬から開始。67の消防本部、計660隊が参加する。

現状の救急活動は、傷病者の情報聴取を救急隊員が主に口頭で行っている。しかし、既往歴や受診した医療機関名など搬送先の選定に必要な情報を本人や関係者が正確に把握していない場合や、聞き取りが困難な状況があり、これらの場合では、情報が不足した状態で搬送先を選定している。

実証では、救急隊が傷病者のマイナ保険証をカード

リーダーで読み取り、厚生労働省のオンライン資格確認等システムにアクセス。既往歴や受診した医療機関名、薬剤、特定検診などの情報を閲覧し、傷病者に適応する搬送先医療機関の選定を行う。意識がないなど同意取得が困難な場合について、消防庁担当者は「プライバシー保護の観点から、実施可否については最終調整中」と話している（p.3~4に関連記事）。

ケアマネの業務範囲整理など 新たな検討会を立ち上げ議論へ

厚生労働省は、ケアマネジメントに関する課題を洗い出したうえで具体策を講じるための新たな検討会を4月に立ち上げることを、3月28日の社会保障審議会・介護保険部会で公表した。介護支援専門員（ケアマネ）の業務範囲の整理や主任ケアマネの役割の明確化などを議論し、秋ごろ中間整理を行う。

検討会は、日本介護支援専門員協会や日本医師会などの関係者や学識経験者などで構成予定。ケアマネ試験や法定研修の在り方、ケアマネジメントの質の向上・評価、AIやICTの活用などについても話し合う。

介護現場で働くケアマネの数は減っているが、ケアマネが対応している利用者像は多様化・複雑化しており、求められる能力や役割はさらに増している。介護保険部会が2022年12月にまとめた介護保険制度の見直しに関する意見書では「ケアマネジメントの質の向上および人材確保の観点から、包括的な方策を検討する必要がある」とされた。

より幅広い情報をタイムリーに入手したい方は…
『MC plus Headline』をご利用ください

ヘッドラインニュースメール **無料配信中!**

MC plus Headline

平日毎日

お電話でのお問い合わせ

TEL: **03-5781-1850** (代表)

厚生政策情報センター

いますぐ 簡単登録!!

1カ月の重要政策ニュースのポイントが分かる

MC+ Monthly

sample

提供

発行

厚生政策情報センター vol.61 2024年4月20日発行

東京都品川区東品川2-2-20 天王洲オーシャンスクエア22F

TEL: 03-5781-1850(代表)

E-MAIL: info@wic-net.com

本誌は、2024年4月10日時点の情報に基づき、厚生政策情報センターが取材・編集したのですが、その正確性等について保証するものではありません。

本誌のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

他者への転送並びに記事の複製・転載等を禁じます。

Copyright©2024 Welfare policy Information Center All rights reserved

非売品