

1カ月の重要政策ニュースのポイントが分かる

MC plus Monthly

2022年12月号

医業経営

医療法人の経営情報、提出を原則義務化
小規模法人、公表・第三者提供には配慮も 1~2

医療提供体制

連携法人、「ヒト・モノ融通」に重点の新類型
個人立の参加を認め、事務負担も一部軽減へ 3~4

医療計画

高額医療機器の「配置・稼働状況」を見える化
新規購入後は稼働状況を都道府県へ報告 5

介護

訪問・通所の複合型介護サービス新設へ
事業者の経営情報提出を義務化しDB整備 6

トピックス

2022年11月のトピックス 7~10

MC+
plus

医療・介護関連の重要トピックをまとめた月刊誌 **MC plus Monthly**

バックナンバー https://www.wic-net.com/search/by_detail/category/30#result

Click!

その他の MC plus コンテンツ

- 最新の重要厚生行政情報の「資料と解説」 **Daily**
https://www.wic-net.com/search/by_past
- 制度・政策を読み解いて実践するための重要ポイントの「詳説」 **Scope**
https://www.wic-net.com/search/by_freeword?freeword=&category=29#result
- 制度・政策の経緯、最新トピックなどを学ぶ「研修資料」 **Tools**
https://www.wic-net.com/search/mcplus_tools



医療法人の経営情報、提出を原則義務化 小規模法人、公表・第三者提供には配慮も

医療法人の経営情報を収集・分析するためのデータベースが2023年度に構築される。原則としてすべての医療法人にデータの提出を義務付けるが、公表するのは属性などに応じてグルーピングした分析結果とし、提出された個別の医療機関の情報は公表されない。

厚生労働省の「医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会」がまとめた報告書によると、医療法人から収集するのは、病院と診療所に限定した経営情報。このデータベースを構築する新たな制度は、医療が置かれている現状と実態を明らかにすることが主目的であり、経営規模などによって対象を限定することは望ましくないため、原則として、データの提出をすべての医療法人に義務付ける。ただし、対応が困難であることが明らかな医療法人まで義務化すべきではないとし、法人税制度で社会保険診療報酬の所得計算の特例措置（いわゆる四段階税制）が適用されている小規模な医療法人（20年度61法人）は除外する。

項目は政策活用性の向上と 法人の業務負担のバランスで

提出を求める経営情報については、補助金の創設や診療報酬改定などの政策活用を踏まえれば、収集する情報がより詳細であることが活用性の向上につながるが、原則義務化を前提とすれば、一般的には対応可能な範囲の情報となるよう医療法人の負担への配慮が必要になる。そうした観点から提出項目が検討された結果、医療機関ごとの財務諸表の作成で推奨されている「病院会計準則」をベースに定められた。

具体的には収益・費用（損益計算書）の情報として、▽医業収益（入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医業収益）▽材料費（医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費）▽給与費（給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費）▽委託費（給食委託費）▽設備関係費（減価償却費、機器賃借料）▽経費（水道光熱費）一などが並ぶ（図表1）。このうち、室料差額収益と給食委託費は診療所では任意項目で、ほかにも診療所のみ任意と、病院・診療所に共通する任意の項目がある。

一方で、資産や負債、純資産（貸借対照表）の情報については、施設単位で作成していない法人も一定数あることから、提出対象とはせず、

現行の事業報告書等における法人単位の貸借対照表を活用する。

データベースは23年度までの構築を目指しており、データ提出の施行時期は23年度の可能な範囲で早期とする必要があるとしている。

職種別の1人当たり給与費は 任意提出で協力を要請

新たな制度の枠組みは、「骨太方針2022」（22年6月閣議決定）において、「経営実態の透明化の観点から、医療法人等の経営状況に関する全国的な電子開示システムなどを整備し、処遇改善を進める際に費用の見える化などを促進する」との方向性が示されたことを受け、検討会が取りまとめたものだ。また、「全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理」

【図表1】地域医療介護総合確保基金（医療分）の対象事業（抜粋）

経営情報案	※ 赤字文字は必須項目。緑文字は任意項目。青文字は病院は必須項目、診療所は任意項目。
施設別	
○ 医業収益 （入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医業収益）	※ 入院診療収益及び外来診療収益は任意項目として「保険診療収益（患者負担含む）」及び「公害等診療収益」を別掲。 ※ その他の医業収益は任意項目として「保健予防活動収益」を別掲。
○ 材料費 （医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費）	※ 診療所の「室料差額収益」は入院診療収益の内数として記載。
○ 給与費 （給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費）	
○ 委託費 （給食委託費）	
○ 設備関係費 （減価償却費、機器賃借料）	
○ 経費 （水道光熱費）	※ 診療所は「設備関係費」、「研究研修費」及び「経費」の科目は設けず「その他の医業費用」の科目を設ける。
○ 控除対象外消費税等負担額	
○ 本部費配賦額	※ 診療所の「水道光熱費」、「控除対象外消費税等負担額」及び「本部費配賦額」はその他の医業費用の内数として記載。
○ 医業利益 （又は 医業損失 ）	
○ 医業外収益 （受取利息及び配当金、運営費補助金収益、施設設備補助金収益）、○ 医業外費用 （支払利息）	
○ 経常利益 （又は 経常損失 ）	
○ 臨時収益 、○ 臨時費用	
○ 税引前当期純利益 （又は 税引前当期純損失 ）	
○ 法人税、住民税及び事業税負担額	
○ 当期純利益 （又は 当期純損失 ）	
○ 職種別の給料及び賞与並びにその人数 ※ 病床機能報告で分かる情報は当該報告の情報を活用	
<small>職種 医師、歯科医師、薬剤師、看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）、その他の医療技術者等（診療放射線技師、臨床工学士、臨床検査技師、リハビリスタッフ（理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士）、歯科衛生士、歯科工学士、栄養士等（管理栄養士、栄養士、調理師）、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士、看護補助者、事務（総務、人事、財務、医事等）担当職員、医師事務作業補助者、診療情報管理士、その他の職員</small>	

（出典）医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会（第1回 10/19）《厚生労働省》

(22年5月)にも「看護、介護等の現場で働く人の処遇改善を進めるに際して事業報告書等を活用した費用の見える化などの促進策のパッケージも進めるべき」との記載があった。

さらには、財務省の財政制度等審議会が、公的価格評価検討委員会における看護師等の処遇改善に向けた議論を踏まえ、「職種別の1人当たり給与費」が確実に把握できるような制度設計を行い、透明性を向上させるよう強く主張。その取り扱いが焦点の一つとなっていたが、報告書では、医療法人によって職種ごとの細分化が困難な場合があり、細分化できる範囲も異なるため、提出対象となる職種の全体を示したうえで(図表1)、「その区分方法も含めて提出を任意とすべき」と結論付けた。ただし、医療従事者の処遇の適正化を進めるためには、やはり職種別の1人当たり給与費の把握が欠かせないことから、可能な範囲で提出への協力を求める必要があるとしている。

この内容は、すでに公的価格評価検討委員会で取り上げられており、提出を「強力かつ継続的」に求めるべきとの意見が上がっている。

国民への分析結果公表では個別に推知されることを防止

データベースは、医療が置かれている現状・実態への国民の理解を促進するためにも活用される。その際、個別の医療法人の情報を公表してもそれが医療の実態を表しているとは限らず、むしろ、属性などに応じたグルーピングによる分析結果で全体像を示した方が国民の理解はより深まると考えられる。また、個別の情報を公表した場合は、一人医師医療法人など小規模な法人も数多いこと

から、人件費など個人の報酬額を容易に推測できる内容にもなり得る。

そのため、報告書では、属性などに応じてグルーピングした分析結果を公表し、医療法人から提出された個別の医療機関の情報は公表しないとしている。さらに、例えば、地域によっては施設数が限定される精神科病院などでは、一般病院と同様の地域区分でのグルーピングでは匿名の分析結果の公表であっても医療機関が推知される可能性が高まるため、そうした点への配慮も求めている。

国民への公表の運用にあたっては、独立行政法人福祉医療機構(WAM)の活用が検討される(図表2)。

第三者提供は法人の信頼と協力が得られる仕組みに

データベースは公費で構築するものであり、国民共有の財産として有効活用すべき観点から、研究目的などのためにデータを利用する第三者への提供制度も検討される。第三者への提供にあたっては、「医療経済に対する国民の理解に資すると認められる学術研究」や「適正な保健医療サービスの提供に資する施策の企画および立案」など、制度の目的に合

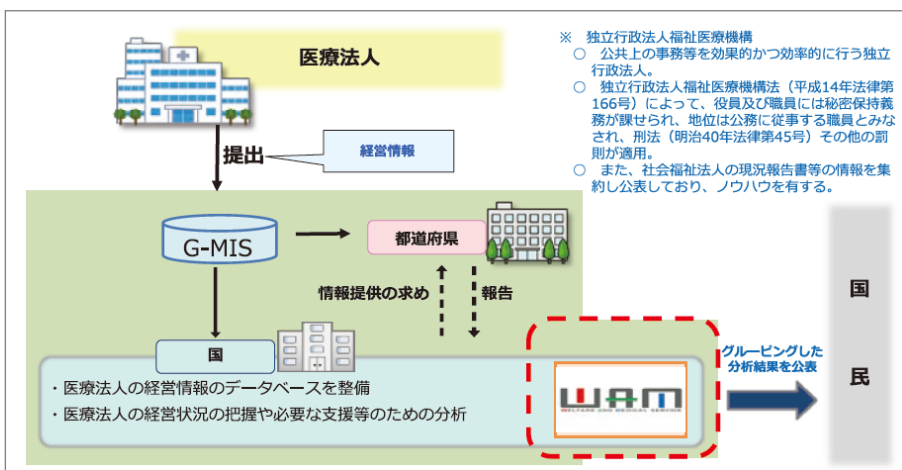
致した利用に限定される見込みだ。

また、医療法人の競争上の利益などを保護し、信頼と協力を得ることができる仕組みとすべきとしており、第三者に提供する場合には提供先で医療法人・医療機関が特定されないようにすることを求めている。

運用開始に向けては、データベースとしてデータの充足を見据えた施行期日とし、それまでに提供対象となる情報の内容や利用目的の限定方法、再識別させないための方法、漏洩のリスク低減など、制度の詳細について慎重に検討していくべきことを指摘している。

今後は細部の検討が行われて制度化に至るが、施行後にも課題は残る。提出を求める情報では、対象外とした医療機関ごとの資産、負債および純資産の情報について、それらを集集することは医療機関のマネジメントにも活用できるとの意見があり、施行後のニーズや医療法人への業務負担の状況を踏まえて検討することとされている。職種別給与費についても、公的価格評価検討委員会には将来的な義務化を求める声があり、施行後も厚労省に見直しの検討を求めている考えが示されている。

【図表2】医療法人の経営情報データベースの運用イメージ



(出典)医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会(第2回 11/8)《厚生労働省》

連携法人、「ヒト・モノ融通」に重点の新類型 個人立の参加を認め、事務負担も一部軽減へ

2017年4月に創設され、5年が経過した「地域医療連携推進法人」に新たな類型が追加されることとなった。個人立の医療機関に参加の門戸を開くほか、事務手続きの負担が大きいとの現場の声にも配慮する。新類型には現行の連携法人からの移行も可能となる見込みだ。

「地域医療連携推進法人」（以下、連携法人）は、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として導入された。運営主体（非営利法人）が異なる複数の病院・診療所・介護施設などが参加して、機能分担や連携、経営効率化などに共同で取り組み、グループの一体的な運営によって、「ヒト・モノ・カネ・情報」の有効活用を目指すものだ。地域医療を「競争から協調」へと変化させるねらいがある。

連携法人は、医療連携推進区域（原則、地域医療構想区域内）を定め、区域内の連携推進の方針（医療連携推進方針）を定め、医療連携推進業務などを実施する。具体的には、診療科・病床の再編（病床特例の適用）、医療従事者の共同研修、医薬品・医療機器の共同購入の調整、参加法人への資金貸付（基金造成を含む）、連携法人が議決権のすべてを保有する関連事業者への出資などの業務であり、最近注目される「地域フォーミュラ」の導入でも一定の成果が見られている。

医療法に定められた基準を満たす一般社団法人を都道府県知事が認定することになっており、▽病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院のいずれかを運営する法人が2以上参加すること▽医師会、患者団体その他で構成される「地域医療連携

推進評議会」を法人内に置いていること一などの認定基準がある。

今年10月1日時点では、全国で33法人が認定を受けている。都道府県別に見ると、大阪が最も多く4法人で、次いで滋賀3法人、北海道・福島・茨城・神奈川・静岡・島根・高知が各2法人などとなっている（図表1）。

個人立も含めて医療資源や人的資源の有効活用へ

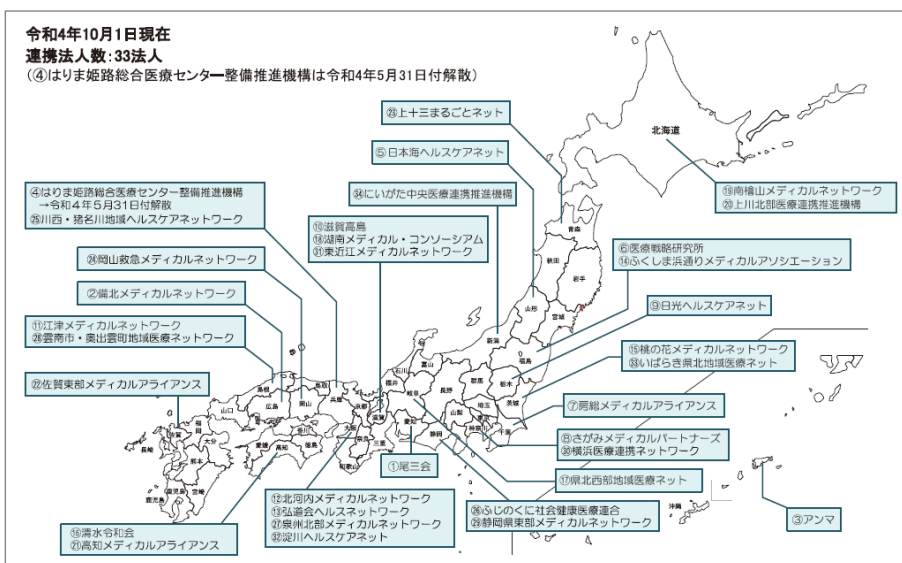
今年6月に閣議決定された「骨太方針2022」には、地域医療構想の推進に向けて、連携法人の有効活用を図ることが明記されている。一方で、今後の地域医療構想への取り組みにあたっては、少子高齢化の進展や医療の担い手の減少、今回の新型コロナ

ウイルス感染症対応における課題なども踏まえ、限りある医療資源や人的資源を有効に活用することが重要になっている。

そうした課題を解決するためには、法人立・個人立の違いにかかわらず、参加する医療機関において病床融通や人事交流などの取り組みを通じて連携が進められることが必要だが、現状、個人立の医療機関（病院・診療所）は連携法人に参加することができない。また、現場からは連携法人の事務手続きの負担が大きいとの声が多く寄せられていた。

個人立の医療機関が参加できるようになれば、さらなる地域の医療資源の有効活用と医療・介護連携の促進などが期待される。

【図表1】地域医療連携推進法人の設立事例（設立順）



(出典) 社会保障審議会医療部会(第94回 12/5)《厚生労働省》

個人立の「カネの融通」は不可 カネ融通なしは外部監査不要

厚生労働省は、現状を踏まえた制度の見直しとして、個人立を含めた医療機関の「ヒトやモノの融通」を通じた連携に重点を置いた新類型を設けることを、「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」で提案している。その内容は次のとおりで（図表2）、新類型には現行の連携法人からの移行も選択制で認める方針だ。

▽個人立医療機関の参加を認めるが、個人立医療機関は個人用資産と医療資産の分離が困難であることなどに鑑み、カネの融通（「出資」「貸付」）は不可とする

▽カネの融通をしない場合には、公認会計士または監査法人による外部監査を不要とし、また、参加法人が重要事項を決定する場合の意見照会のうち、一部を不要とする

このほか、事務負担の軽減のため、代表理事再任時の手続きを緩和する見直しも行われる。

外部監査費用に重い負担感 代表再任時の手続きは非効率

現場の負担感に対する配慮は、厚労省が実施したアンケート調査の結果に基づいている。21年12月末～22年1月末に、連携法人、参加法人、道府県、医師会を対象に実施したもので、23連携法人、110参加法人の回答を見ると、連携法人のうち13法人（56.6%）が「外部監査費用に負担感」があると回答。参加法人間の調整業務を主としている連携法人では、費用の大半が外部監査費を含む事務費などとなるため、「医療連携推進業務の事業比率50%超」の規定

をクリアすることが非常に困難で職員採用の妨げにもなっており、「今後、規制緩和の方向で見直してほしい」との意見があった。また、連携法人のうち11法人（47.8%）が、代表理事の再任時に都道府県知事があらかじめ医療審議会の意見を聞くことになっている手続きが「非効率である」と回答し、道府県からも手続き簡略化の要望が出ていた。

「顔の見える関係」や質の高い研修の開催などがメリットに

一方で、連携法人制度のメリットも確認されている。「顔の見える関係が構築できた」（連携法人の95.6%、参加法人の70.0%）、「経営的にも率直な話ができるようになった」（同52.1%、44.5%）という回答が相対的に多く、連携法人の設立が参加法人間の情報交換の活発化に一定程度寄与していることが分かった。

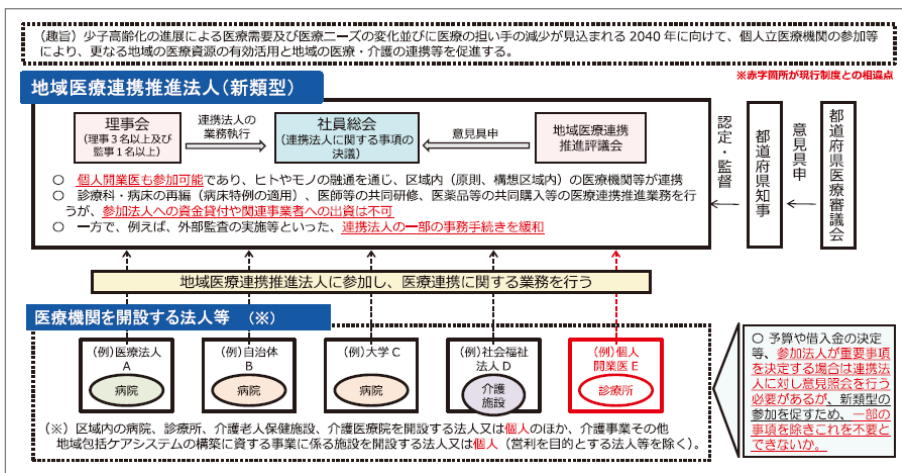
連携強化や地域医療構想の推進に向けては、「患者の紹介・逆紹介、転院が円滑になった」（連携法人の34.7%、参加法人の30.0%）との回答が多かったものの、連携構築には時間がかかるため、設立間もない法人では「まだ成果がない」という回

答が多い状況だった。「病床変更による役割分担により地域医療構想の実現に寄与した」（20参加法人）、「病床稼働率が改善した」（10参加法人）との回答からは、連携強化の効果が表れていることがうかがわれた。

医療の質の向上に関しては、「質の高い共同研修が開催されている」（連携法人の56.5%、参加法人の45.5%）という回答が多く、研修を共同で実施することにより、経費や業務量の削減などが図られていた。このほかには、「医師確保において単独よりも交渉力が増す」（21参加法人）、「医薬品の共同購入による経済効果が見られた」（21参加法人）との回答があり、経営へのメリットを享受している法人もあった。

連携法人業務の調査時点での実施状況を見ると、「共同研修」が15法人（65.2%）、「共同購入」が9法人（39.1%）、「在籍出向・人事交流」が11法人（47.8%）。今後の実施予定では、この3業務は7割以上に及び、病床融通が10法人（43.5%）、病床数の変更が11法人（47.8%）、病床機能の変更が10法人（43.5%）という状況で、今後さらに活動が活発化していく可能性が示されている。

【図表2】新類型の地域医療連携推進法人のイメージ（案）



（出典）地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（第9回 10/27）《厚生労働省》

高額医療機器の「配置・稼働状況」を見える化 新規購入後は稼働状況を都道府県へ報告

2024年度からの「第8次医療計画」の策定に向けた議論が進んでいる。厚生労働省の検討会は、都道府県に提示する計画の作成指針を年内に取りまとめる予定だ。同計画の一部である「外来医療計画」では、高額医療機器の共同利用・効率的な活用をさらに進める方針が示されている。

「医療機器の効率的な活用」は、20年度に始まった外来医療計画の記載事項の一つであり、都道府県は特定の医療機器を新たに設置（更新を含む）する病院・診療所（歯科を除く）に対し、その共同利用計画の作成・提出を求め、定期的に「地域の外来医療を協議する場」(地域医療構想調整会議等)で確認を行い、地域の状況を取りまとめて公表することになっている（図表1）。

対象となる医療機器は、CT、MRI、PET、リニアック、ガンマナイフ、マンモグラフィの6種。病院・診療所が作成する共同利用計画には、▽共同利用の相手方医療機関▽共同利用の対象医療機器▽保守、整備等の実施に関する方針▽画像撮影等の検査機器については画像情報および画像診断情報の提供に関する方針

の記載が求められる。

このような取り組みを進める背景には、対象機器の人口当たり台数に地域差があり、機器ごとに地域差の状況も異なっていることがある。今後、人口減少が見込まれるなかでは、関係する情報の可視化や新規購入者への情報提供を有効に行いながら、都道府県において必要な協議を実施していくことが必要になっている。

共同利用や画像診断情報の提供の有無も可視化へ

厚生労働省が今年度実施した調査によると、共同利用計画の提出を求めると回答のあった38都道府県では、24%の医療機関が共同利用を行っていなかった。その理由には、「人員不足」、「自院のみの利用を想定」などのほか、「診断用の機器で

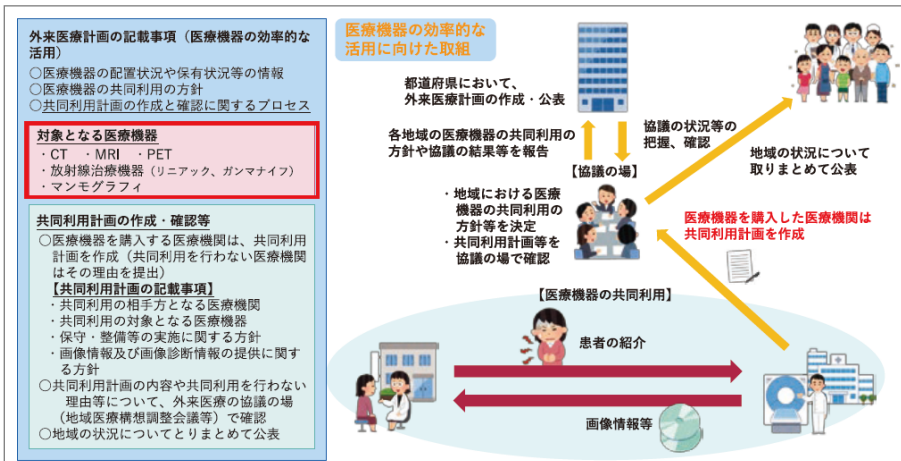
はない」も挙がっていた。一方で、共同利用を進めるため、CT・MRIなどの配置状況のマッピングや、1台当たりの撮像件数のグラフ化などにより可視化を図っている都道府県もあることを、厚労省は紹介している。こうした現状を踏まえ、第8次医療計画における見直しとして、次のような提案を行っている。

▽都道府県において、地域の医療機関がその地域において活用可能な医療機器について把握できるよう、医療機器の「配置・稼働状況」に加え、共同利用計画から入手可能な「医療機器の共同利用の有無」や「画像診断情報の提供の有無」などの方針についても可視化を進め、共同利用を促進する

▽新たに医療機器を購入する医療機関に対して、購入後の当該医療機器の「稼働状況」について、都道府県へ報告を求める

外来医療計画には今後、都道府県ごとに「紹介受診重点医療機関」が位置付けられる。高額な医療機器・設備や特定の医療人材などを必要とする専門的な外来への紹介受診を担う医療機関であり、かかりつけ医機能を持つ医療機関からの患者紹介の流れをより明確にするねらいがある。高額医療機器の効率的な活用が進められるなかでは、集約化が一定程度進むことも考えられそうだ。

【図表1】医療機器の共同利用計画の策定



(出典) 第8次医療計画等に関する検討会(第16回 10/26)《厚生労働省》

訪問・通所の複合型介護サービス新設へ 事業者の経営情報提出を義務化しDB整備

多様化する在宅介護ニーズに対応するため、訪問や通所などの複数のサービスを組み合わせた新たな複合型サービスが創設される。2024年度からの「第9期介護保険事業（支援）計画」を見据え、制度改正の議論を進めている社会保障審議会・介護保険部会で厚生労働省が提案した。

今後、単身・独居や高齢者のみの世帯が増加し、大都市部では介護ニーズが急増するなどの状況を踏まえれば、柔軟なサービス提供によるケアの質の向上や、家族負担の軽減に資するよう、地域の実情に合わせて、既存資源などを活用した複合的な在宅サービスの整備を進めることが重要になる。厚労省は、そうした現状認識を示したうえで、特に都市部における居宅要介護者のさまざまな介護ニーズに柔軟に対応するため、複数の在宅サービス（訪問や通所）を組み合わせ提供する複合型サービスを新設することを提案した。

導入に向けた具体的な検討は介護給付費分科会で行われる見通しだが、厚労省は複数サービスを組み合わせ提供する事業者の取り組み事

例（図表1）を示すなかで、現場には次のような課題があることを紹介している。

▽在宅サービスの併用者は利用頻度が高い人も多く、他のサービスも必要になってくるとすぐに区分支給限度額を超えてしまう。そのため、必要なサービスが十分に提供できない場合があり、また、それぞれのサービスの回数調整も必要になるため、利用調整が煩雑になっている

▽デイサービスでは、朝の出迎え後、昼食後、利用者の帰宅後の時間に、一部職員が待機している場合もあり、その中で職員を訪問に回すなどして有効活用を図りたいが、人員配置基準もあって難しい。また、本人が希望しない場合もある

▽利用者の状態変化などによるサー

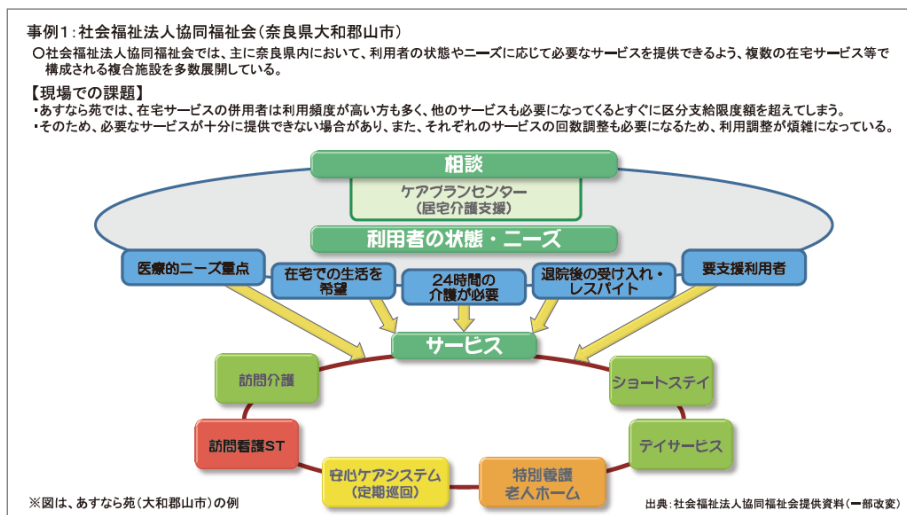
ビス変更は、ケアマネジャーを介して行うという点で、時間がかかっているのが現状であり、即時性ということでは難しいところがある

今回の提案を受けて委員からは、介護保険制度の持続可能性や人材の確保などを考えれば、既存サービスを整理し、新たな複合型サービスに財源・人材を集約化させることも重要ではないかとの指摘があった。厚労省はその観点で、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」と「夜間対応型訪問介護」など、機能が類似・重複している既存サービスを将来的に統合・整理することも提案している。

情報公表制度の見直しで 1人当たり賃金も公表対象に

医療法人の経営情報を収集・分析するデータベース（DB）の構築が最近のトピックになっているが（p1・2に関連記事）、介護サービス事業者についても、財務諸表などの経営情報を定期的に都道府県知事に届け出ることを求め、DBを整備、分析結果を公表することとなる見通しだ。併せて、「介護サービス情報公表制度」を見直し、1人当たり賃金なども公表対象に追加する。経営情報の公表にあたっては、属性などに応じてグルーピングした分析結果とし、賃金についても個人が特定されないよう配慮が行われる。

【図表1】複数サービスを組み合わせ提供する事業者の取り組み



（出典）社会保障審議会・介護保険部会（第101回 11/14）《厚生労働省》

医療制度改革

令和5年度予算の編成等に関する建議

「かかりつけ医」の認定制度は入らず

財政制度等審議会は11月29日、医療など分野ごとの改革を盛り込んだ2023年度予算の編成に関する提言（秋の建議）を取りまとめ、鈴木俊一財務相に提出した。医療関連では、医療機関による「かかりつけ医機能」の発揮を促すため、機能の明確化・法制化を求めたが、これまで主張していた「かかりつけ医」の認定制度や、患者が事前登録する仕組みの創設は盛り込まなかった。

財政審は、23年度予算編成の主要課題として、▽防衛力の強化▽少子化対策・こども政策▽GX（グリーン・トランスフォーメーション）への投資—の3つを挙げ、それらを充実させるため、国債発行に依存しない安定財源を確保する必要性を指摘した。

社会保障に関する提言では、能力に応じて負担し、必要に応じて給付する「全世代型」の社会保障の構築と、「ウィズコロナ」への移行を進める必要性を前面に打ち出した。新型コロナの感染拡大で少子化が加速し、人口減少が7年程度前倒しされる一方、人口が多い「団塊世代」の全員が25年までに後期高齢者（75歳以上）に差し掛かり「このままでは給付費の増加に伴い現役世代の大幅な負担の増加が免れない」と言及した上で、医療に関しては、▽新型コロナに伴う医療関係の支援の見直し▽医療保険制度の見直し▽薬価の毎年改定の「完全実施」—などを提言した。

社会保障審議会・医療部会

かかりつけ医機能の報告制度を創設

厚労省は11月28日、社会保障審議会・医療部会に「かかりつけ医機能」の発揮を促す制度整備の骨格案や、

「かかりつけ医機能」を充実・強化するための協議のイメージなどを示した。制度整備の基本的な考え方を医療部会で年内に取りまとめる。

厚労省は、幅広いプライマリケアの提供や高齢者の持病（慢性疾患）への継続的な医学管理などの医療ニーズに対応できるようにするため、地域の医療機関が整備している「かかりつけ医機能」を報告する新たな制度の検討を始めた。医療法の改正を視野に2023年度中に法整備を行い、早ければ24年度に報告を開始し、各都道府県の医療計画に26年度以降、順次反映させる。

都道府県は、医療機関からの報告に基づき「かかりつけ医機能」の整備状況やそれぞれの医療ニーズに対応できる医療機関を確認・公表する。また、地域に不足している機能を強化するための具体策を「協議の場」で検討し、公表する。

厚労省は、医療機能情報提供制度の「かかりつけ医機能」を「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」と定義し、法定化する方針を明記した。情報提供する項目や提供方法は23年夏をめどに検討を始める。

財務省 医療機関への支援継続を問題視

コロナ特例の縮小・廃止を主張

財政制度等審議会・財政制度分科会が11月7日に開いた会合で財務省は、2021年度の医療費が新型コロナウイルスの感染拡大前の水準に回復し、医療機関の経営が改善しているとして、緊急包括支援交付金による病床確保料や診療報酬の特例的な評価などによる支援を早急に縮小・廃止すべきだと主張した。

厚生労働省が9月に公表した「医療費の動向」によると、新型コロナの拡大によって20年度の医療費は前年度から3.1%減少したものの、21年度には4.6%増えたことが分かっている。このため財務省はこの日「21年度には医療費がコロナ前の水準を回復している」と指摘した。

財務省は、新型コロナ関連の補助金や診療報酬の特例による22年度の支援の総額は4兆円規模になる見込みだとして、コロナ前の報酬の水準を回復している医療機関への支援を継続することを問題視。11月29日に財政審が取りまとめた秋の建議に、これらの支援の見直しを盛り込んだ。

予算・補助金・医療費

2022年度第2次補正予算案

厚生労働省の一般会計は4兆6,137億円

政府は11月8日の臨時閣議で、総合経済対策を実行するための2022年度第2次補正予算案を決定した。厚生労働省の一般会計は4兆6,137億円で、医療関連では感染症対策の強化とDX（デジタルトランスフォーメーション）の推進が柱。新型コロナウイルスに感染し、入院の治療が必要な患者を受け入れる病床を確保するため、緊急包括支援交付金を積み増す。

第2次補正予算案は、10月に閣議決定された総合経済対策を実行するための財源となる。一般会計の総額は政府全体で28兆9,222億円。新型コロナや物価高騰対策の予備費を計3兆7,400億円増額する。

厚生労働省は、新型コロナウイルスに感染して入院の治療が必要な患者の受け入れ病床を確保するため、緊急包括支援交付金（医療分）を1兆5,189億円積み増して都道府県を支援する。また、医療用物資の備蓄のために計454億円を盛り込んだ。医療用マスクやガウン、手袋などの輸入が減少・不足して医療現場の需給が逼迫しても円滑に供給できるように備蓄を進め、必要に応じて医療機関に配布する。

一方、医療DX関連では科学技術力の向上などと合わせて1,000億円を計上した。内訳は、マイナンバーカードと健康保険証を一体化するマイナ保険証の導入に計344億円、医療情報の共有基盤となる全国医療情報プラットフォームの創設に計27億円、電子処方箋を安全・正確に運用するための環境の整備に34億円など。

四病院団体協議会

電子処方箋費用補填を厚生労働省に要望

四病院団体協議会は11月30日の総合部会で、電子処方箋システムの導入に係る病院の持ち出し分を補填するよう厚生労働省に求める方針を固めた。入院時食事療養費の引き上げや、高騰する光熱費への財政措置も改めて働き掛ける。部会後の記者会見で、幹事団体である日本医療法人協会の加納繁照会長が明らかにした。

会見で加納会長は、多くの病院で電子処方箋の運用が始まる2023年1月までに準備が間に合わないと予測される中、同年4月以降に補助金の上限が下がることに懸念を示した。その上で「導入費用は大きな負担になっているので、財政的な補填を考えてもらうことをしっかりと主張していく」と強調。四病協として厚生労働省に要望していく考えを示した。

次期医療費適正化計画

リフィル処方箋の導入を新目標に

厚生労働省は11月17日に開催された社会保障審議会・医療保険部会にて、2024年度に始まる第4期医療費適正化計画で、白内障手術や外来での化学療法の実施、リフィル処方箋の導入といった医療資源の投入量に地域差がある医療の適正化などを新たな目標として設定するとともに、既存の目標についてデジタルを活用した効果的な取り組みを進める方向性を示した。また、各取り組みの実効性を高めるため、都道府県の責務や取り得る措置を明確化する。

厚生労働省が提示した見直し案では、第4期計画で新たに目標を設定する項目はほかに、▽高齢者の骨折対策など医療・介護の機能連携を通じた効果的で効率的なサービス提供▽高齢者の心身機能の低下に起因した疾病や介護の予防の取り組み▽急性下痢症などに対する抗菌薬の処方といった効果が乏しいというエビデンスがあると指摘されている医療の適正化一がある。

リフィル処方箋については地域差の実態を確認した上で必要な取り組みを進める。また、医療資源の投入量に地域差がある、効果が乏しいエビデンスがあることが指摘される医療に関しては、有識者の「検討の場」でエビデンスを収集・分析し、都道府県が取り組める目標や施策の具体的なメニューを提示する。

一方、既存目標のさらなる実効性を高めるため、デジタルの活用を推進する。具体的には、特定健診・特定保健指導に関して受診者の行動変容につながって成果が出たことを評価する方向で見直す。また、重複投薬や多剤投与の適正化に向けて23年1月に運用が始まる電子処方箋の活用によって取り組みを推進。後発薬の使用を促すための新たな数値目標も設ける。

国が示す基本方針を基に、各都道府県が23年度中に第4期計画の策定作業に着手する方針。

医師の働き方改革

派遣医師引き上げによる診療への影響

全国43医療機関で支障の可能性

11月9日、地域の医療提供体制を維持するために必要な全国の43医療機関が、2024年4月時点で派遣医師の引き上げにより診療機能に支障が出ると見込んでいるとの調査結果を厚生労働省が公表した。

調査は、24年4月から始まる医師の時間外労働の上限規制に向けた医療現場の準備状況を把握するのが目的で、今回が3回目。調査期間は8月22日～9月16日で、都道府県と56の大学病院（本院）を対象に実施した。

都道府県への調査では、地域の医療提供体制の維持に必須となる43医療機関が、24年4月時点で医師の引き上げにより診療機能への支障を来すことが見込まれると答えた。

厚生労働省が7月11日～8月19日に実施した2回目調査では、地域の医療提供体制の維持に必要な303医療機関（病院216、有床診療所87）で時間外・休日労働時間が年1,860時間を超える医師が計993人いた。

今回の調査では、その医療機関が労働時間の短縮に取り組んでも、24年4月時点で超過する見通しの医師が病院で204人、有床診療所で33人の計237人いることも報告された。

一方、大学病院・本院に聞いたところ、8病院が労働時間短縮への取り組みを進めても、24年4月時点で年1,860時間の超過が見込まれる医師が計69人いると回答した。ただ、56病院で計1,095人が超過する見通しだと回答した2回目の調査と比べ、病院や医師の数が共に大幅に減っていることが明らかになった。

診療機能への影響に対する対応

センターによる個別の伴走型支援も

厚生労働省は、医師の時間外労働の上限規制が適用される2024年4月以降、地域の医療提供体制の維持に必要で、医師の引き上げなどで診療機能に支障が出る可能性がある医療機関での医師の確保を支援する方針を、11月28日に開かれた社会保障審議会・医療部会に示した。

具体的な対応は、都道府県の医療勤務環境改善支援センターによる医療機関への個別の「伴走型支援」や、厚生労働省が設置した窓口を通じた相談などによる宿日直許可の申請を円滑化するための支援。

厚生労働省はまた、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医師の労働時間短縮に取り組む医療機関をサポートするほか、地域医療提供体制維持に必要で、大学病院による医師の引き上げなどで診療機能に支障が生じる可能性がある医療機関の医師確保に関する支援も行う。

24年4月からの医師の時間外労働の上限規制に向け、厚生労働省はこれらの病院について個別に実態を確認するとともに、今後の取り組みの状況を把握する。

その他

マイナンバー利活用

社会保障「給付と負担」の見直し提言

経済財政諮問会議が11月2日に開かれ、日本経済団体連合会の十倉雅和会長など民間議員は、マイナンバーの利活用を前提とした社会保障の「給付と負担」の制度改革などを提言した。また、改革を進めるために政府全体で年限を区切った工程表を作った上で、その進み具合を管理するよう求めた。

民間議員はまた、「オンライン資格確認システム」や「電子処方箋」の運用の下で、健康保険証とマイナンバーカードの一体化や電子カルテの標準化、「全国医療情報プラットフォーム」の構築を早期に実現させるよう要望。これらによって、医療や介護に掛かる費用の適正化とサービスの質の両立を図るとともに、医療現場などの業務効率化に向けた基盤整備を進めるべきだと主張した。

諮問会議はこの日、「マイナンバー利活用による生活・社会保障の向上」などをテーマに話し合った。議論を踏まえて岸田文雄首相は「効率的な社会保障制度を実現するための鍵となるのがマイナンバーの利活用」だと強調。その上で、マイナンバーを利活用した制度の充実の具体的なロードマップを整理するよう関係閣僚に指示した。

第8次医療計画等に関する検討会

医療計画の作成指針見直し案を議論

「第8次医療計画等に関する検討会」が11月24日に開かれ、厚生労働省は、計画の作成指針の見直しを巡る議論のとりまとめに向けてたたき台を示した。2021年の医療法改正を踏まえ、新興感染症への対応を都道府県が医療計画に新たに記載するほか、がんや糖尿病、精神疾患で「かかりつけ医」と専門医などとの役割分担を進める方向性を打ち出した。

今回は「かかりつけ医機能」の具体的な内容にまでは踏み込まなかった。その機能の発揮を促す制度の整備を巡り、政府内で議論が進んでいるため、外来医療の確保に関するガイドラインの取り扱いを必要に応じて検討するとしている。

同検討会は、年内にとりまとめを行うことになっており、厚労省がそれを受けて計画作成の指針を見直す。都道府県は第8次医療計画を23年度中に作り、24年度に運用が始まる。

各都道府県はこれまで、「5疾病」（がん・脳卒中・心筋梗塞などの心血管疾患・糖尿病・精神疾患）と、「5事業」（救急・災害・へき地・周産期・小児の各医療）のほか、在宅医療ごとの提供体制や整備目標を医療計画に記載してきた。21年の医療法改正を踏まえ、第8次医療計画では、「新興感染症発生・まん延時における医療」の記載を追加し、これまでの5事業を「6事業」にする。厚労省のたたき台では、それに加え、がん・心血管疾患・精神疾患・糖尿病のほか、救急・周産期・小児の事業で、新興感染症の発生・まん延時の医療体制を記載する方向性を打ち出した。

厚労省は、新型コロナの感染拡大によって地域医療のさまざまな課題が浮き彫りになり、適切な役割分担の下で、必要な医療を「面として」提供することの重要性が改めて認識されたとしている。

一方、人口減少と高齢化が同時に進む40年を見据え、人口構造や医療ニーズの変化に対応する必要性も指摘した。人工知能（AI）やアプリを診断・治療の補助に使うなど、心血管疾患でデジタル技術の活用を進めるほか、救急やへき地医療ではオンライン診療を促す。

厚労省は、へき地医療拠点病院が行う巡回診療のうち、オンラインによる実施回数・日数・延べ受診患者数を新たな整備指標の例に挙げた。

人事院 給与制度を見直し

国家公務員の看護師長の給与アップ

人事院は11月18日、国立ハンセン病療養所などに勤務する看護職に適用される「医療職俸給表（三）」の級別標準職務表を見直すと公表した。管理的な立場や、特に高度な知識・経験に基づき困難な業務を行う国家公務員看護師の給与を2023年4月から引き上げる。

人事院が給与制度を見直し、国家公務員である看護師がキャリアアップに伴って、より高い職務の級に上がることが可能な環境を整備。専門性や能力のある人材を適切に評価することで、その活躍をより支援することが狙い。仕事内容や実績などを踏まえ、厚生労働省など各省が昇格の対象となる看護師を最終的に決め、処遇改善につなげる。

具体的には、現状を踏まえて国家公務員の副看護師長の職務の級を新たに3級とし、現在は3級の看護師長の基本的な位置付けを4級に引き上げた。4級の看護師長の職責は、標準よりも高い「相当困難」なものと規定。副看護師長を置かない小規模な医療機関で、3級の看護師長を置けるようにするための処置。

また、現在は2級の看護師のうち、特に高度な知識や経験を基に困難な業務を行う看護師を新たに3級に位置付ける。人事院は認定看護師や特定行為研修の修了者などを想定している。

いずれも、施行は23年4月1日付。同じ職務の級でも職員ごとに号俸が異なるため、昇格に伴ってどれくらい給与が上がるかは具体的に示せないという。

MC plus
Monthly

2022年12月号

発行：厚生政策情報センター（2022年12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）
FAX：03-5781-1851
E-MAIL：info@wic-net.com

本誌は、2022年12月5日時点の情報に基づき、弊社が取材・編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。このため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。