

- ◆ 第8次医療計画策定に向け
意見のとりまとめがおこなわれる
- ◆ 医療DXの推進のための
オンライン資格確認の導入・普及
に関する加算の特例措置

Vol. 145 2023年

1-2 月号

ボラnte

医療経営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2回>

～医師の働き方改革の進め方～

「医師の労働時間の把握・自己研鑽の取扱い」

第8次医療計画策定に向け 意見のとりまとめがおこなわれる

－ 6事業目の新興感染症対策における 基本的な考え方が明らかに－

第8次医療計画から、新型コロナの感染拡大を踏まえ、「新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項」が医療計画に位置付けられ、従来の5疾病5事業から5疾病6事業となりました。検討会や下部組織のワーキンググループでは、都道府県が医療計画を作成する際の拠り所となる基本指針を、2022年度末には提示できるように論議を進めてきました。12月9日に開催された第20回第8次医療計画等に関する検討会では、これまでの議論を踏まえた意見のとりまとめ(案)が示されました。本稿では、その内容の一部をご紹介します。

👉 そもそも医療計画とは

医療計画は、病床規制を主な目的に、二次医療圏ごとの病床数や病院の整備目標、医療従事者の確保などを定めるため、1985年に導入されました。2006年の医療法改正で、疾病・事業ごとの医療連携体制を記載することになり、2016年の医療法改正で、地域医療構想が明示され、2018年の医療法改正により「医師確保計画」と「外来医療計画」が加わりました。

そして2024年度から2029年度までを対象とする今回の第8次医療計画から、新型コロナの感染拡大を踏まえ、「新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項」が医療計画に位置付けられ、これまでの5事業から6事業となりました。

これまで、検討会や下部組織のワーキンググループでは、都道府県が医療計画を作成する際の拠り所となる基本指針を2022年度末には提示できるように論議を進めてきました。これまでの議論を2022年12月

までに報告書にとりまとめ、それを踏まえて厚労省が2023年3月までに基本指針を策定します。そしてその指針に基づいて都道府県が2023年度中に医療計画を作成し、2024年度から新しい医療計画がスタートするスケジュールとなっています。

👉 意見のとりまとめ案が示される

12月9日の第20回第8次医療計画等に関する検討会では、本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、第8次医療計画の「医療計画作成指針」および「疾病・事業および在宅医療に係る医療提供体制構築に係る指針」等の見直しに関する意見のとりまとめ(案)が示されました。資料では、見直しを必要とする事項として、

【1】医療計画全体

【2】5疾病・6事業および在宅医療のそれぞれの医療提供体制等

【3】外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン

【4】医師確保計画策定ガイドラインの4つの区分で示しています。

図表 1 一般病床の平均在院日数について

- 第7次医療計画においては平成21年及び平成27年病院報告から短縮率を計算し、平成27年の平均在院日数に地方ブロックごとに所定の短縮率を乗じることで、用いる平均在院日数を算出している。
- 新型コロナウイルス感染症の影響を受けている令和2年及び3年を除けば平均在院日数は引き続き減少傾向にある中、その減少の割合は従前と比べると鈍化している一方で、地域差の是正は進んでいない。

＜医療計画の見直し等に関する意見のとりまとめ（医療計画の見直し等に関する検討会（平成28年12月26日））（抜粋）＞

次期医療計画においては、経年推移に加え、次の各要素を勘案して設定することとする。

ア 平均在院日数の経年推移

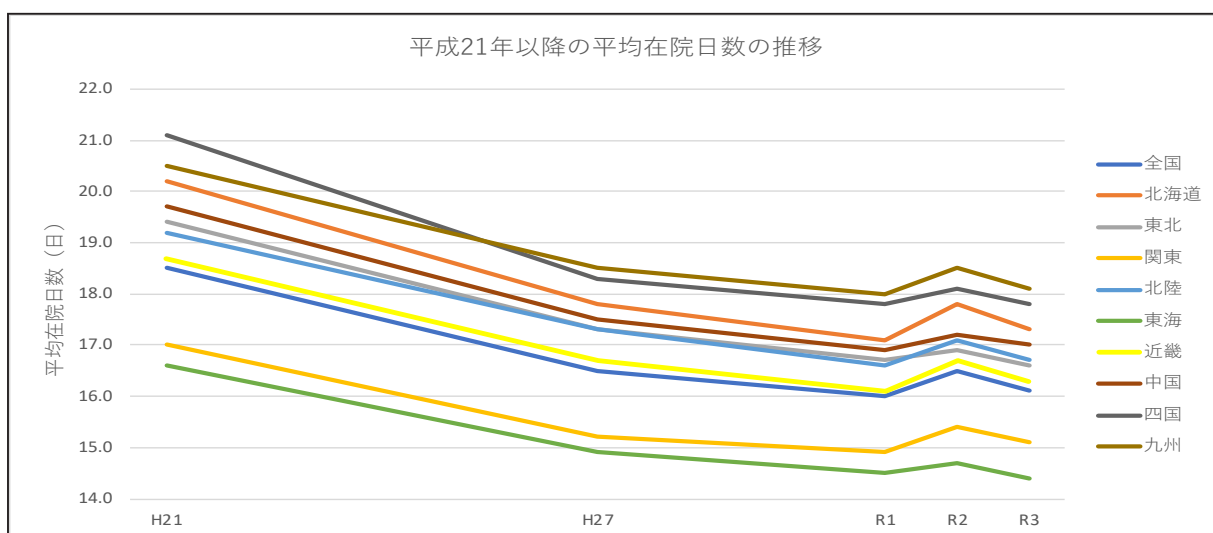
イ 各地方ブロックの差異

ウ 将来のあるべき医療提供体制の構築に向けた取組

具体的には、直近の病院報告（平成27年）までの6年間（平成21年～27年の6年間）の平均在院日数の変化率を基礎とし、**地域差の是正を進める観点**から、

i) 各地方ブロックの平均在院日数がその全国平均を下回っている（短い）場合、当該ブロックの変化率を用いる

ii) 各地方ブロックの平均在院日数がその全国平均を上回っている（長い）場合、「全国値 α 」と当該ブロックの変化率を比較し、より高い変化率を用いる（ α については、地域差の是正を目的として適当とする値を定める）。



	H21	H27	H21→H27 短縮状況	第7次で 見込んだ 短縮率	H27 (再掲)	R1	H27→R1 短縮状況	R2	R3
全国	18.5	16.5	-2.0(-11%)	—	16.5	16.0	-0.5(-3%)	16.5	16.1
北海道	20.2	17.8	-2.4(-12%)	-12%	17.8	17.1	-0.6(-4%)	17.8	17.3
東北	19.4	17.3	-2.0(-11%)	-12%	17.3	16.7	-0.6(-3%)	16.9	16.6
関東	17.0	15.2	-1.8(-11%)	-11%	15.2	14.9	-0.2(-2%)	15.4	15.1
北陸	19.2	17.3	-1.9(-10%)	-12%	17.3	16.6	-0.7(-4%)	17.1	16.7
東海	16.6	14.9	-1.7(-10%)	-10%	14.9	14.5	-0.4(-3%)	14.7	14.4
近畿	18.7	16.7	-2.0(-11%)	-12%	16.7	16.1	-0.6(-4%)	16.7	16.3
中国	19.7	17.5	-2.2(-11%)	-12%	17.5	16.9	-0.6(-3%)	17.2	17.0
四国	21.1	18.3	-2.8(-10%)	-13%	18.3	17.8	-0.5(-3%)	18.1	17.8
九州	20.5	18.5	-2.0(-10%)	-12%	18.5	18.0	-0.5(-3%)	18.5	18.1

※ 単位の記載のないものは、「日」を単位としている。

※ 平成27年の在院日数が最も短い東海ブロックを緑色に、最も長い九州ブロックを赤色に着色している。

出典：第15回 第8次医療計画等に関する検討会（令和4年10月7日）

資料1：医療圏、基準病床数、指標（総論）について（その2）

まず【1】医療計画全体では、①医療計画の作成、②医療提供体制、③医療従事者の確保等の記載事項、④医療の安全の確保等、⑤二次医療圏及び基準病床数、⑥医療計画の作成手順等—について触れられています。

その中で⑤二次医療圏の設定にあたっては、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討することとしています。その基準は第7次医療計画における考え方を踏襲し、見直しを行わない場合においてはその理由(地理的条件、面積、交通アクセス等)を明記することになります。隣接する都道府県の区域を含めた医療圏の設定は、現在も指針において設定が可能ですが、実務上の課題からそのような医療圏の設定がないのが実情です。一方で、医療提供体制の構築においては、隣接する都道府県と連携を取ることが必要であり、二次医療圏の設定は重要なテーマとなります。都道府県が医療計画を策定する際は医療圏の設定について優先的に議論を行うとともに、その検討状況を先んじて国に報告することを求めています。

また基準病床数の算出にあたって用いる平均在院日数は、前回の医療計画と同様に平均在院日数の短縮を進め、地域格差を是正していく方向性が維持されています。(図表1)。

続いて、【2】5疾病・6事業および在宅医療のそれぞれの医療提供体制等についてですが、作成手順等でも示されていますが、それぞれ他の計画との整合性をとりながら検討が進められています。例えば、がんであれば「がん対策推進基本計画」や「がん診療連携拠点病院等の整備について」の内容、心筋梗塞等の心血管疾患であれば「循環器病対策推進基本計画」の内容を踏まえて取り組

むことが基本とされています。

今回の第8次医療計画に新たに追加された「新興感染症発生・まん延時における医療」については、これから別途議論される予防計画の基本指針等との整合性を図りながら議論をまとめ、医療計画の指針等について検討していくとしています。第20回の検討会では次のような点について議論がなされました。

まずは新興感染症発生・まん延時における医療提供体制確保について、「都道府県において平時から予防計画・医療計画により、感染症発生・まん延時の、地域における医療機関の役割分担を明らかにしながら、感染症医療提供体制の確保と通常医療提供体制の維持を図る」という医療計画策定にあたっての基本的な考え方を示しました。また想定する感染症としては、感染症法に定める新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症を基本としながらも、現に対応しており、これまでの対応の教訓を生かすことができる新型コロナへの対応を念頭に取り組むとしています。

なお、実際に発生・まん延した感染症が、事前の想定とは大きく異なる事態となった場合は、その感染症の特性に合わせて協定の内容を見直すなど、実際の状況に応じた機動的な対応を行うとしています。その他、記載事項のイメージ案なども示されています(図表2)。

外来医療、地域で不足する医療機能を担うように求める

【3】外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインでは、

①外来医師偏在指標の活用、②医療機器の効率的な活用、③地域における外来医療の機能分化及び連携 について言及されています。

図表2 記載事項イメージ案

【平時からの取組】

- 都道府県における予防計画・医療計画の策定
- 都道府県と医療機関との協定の締結による対応可能な医療機関・病床等の確保
(病床、発熱外来、自宅療養者等に対する医療の提供、後方支援、人材派遣、
個人防護具備蓄)
[協定締結の対象となる医療機関:病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション]
- 感染状況のフェーズに応じた病床の必要数や人材派遣の可能人数の設定など準備体制
の構築
- 専門人材の確保(都道府県による人材育成、医療機関における研修・訓練)
- 感染症患者受入医療機関と感染症患者以外(通常医療)に対応する医療機関の役割分担
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染症発生・まん延時の取組】

上記の平時からの取組に基づき、感染症発生・まん延時に以下の取組が適確に実施

されるよう記載

- 協定締結医療機関・流行初期確保措置付き協定締結医療機関における協定の履行
- 感染状況のフェーズに応じた準備体制の迅速かつ確実な稼働
(都道府県によるフェーズの設定、医療機関におけるフェーズに応じた協定の履行、
都道府県による協定の履行確保措置の発動、広域的な人材派遣の実施)
- 感染症医療と通常医療に対応する医療機関間の連携・役割分担の実施 等

出典：第20回 第8次医療計画等に関する検討会(令和4年12月9日)
資料2：6事業目(新興感染症対応)について

①外来医師偏在指標の活用については、策定した外来医療計画は住民に対してわかりやすく周知するほか、取組の実効性を確保する観点からは、金融機関等へ情報提供を行うことが重要としています。また新規開業医以外だけでなく既存の開業医においても、地域の実情に応じて不足する医療機能を担うように求めることができます。これから創設される「かかりつけ医機能報告制度」は、これらの取り組みの基盤となるものといえるでしょう。

続いて②医療機器の効率的な活用については、医療機器の配置・稼働状況の可視化と共同利用の推進が挙げられています。共同利用計画については、地域の医療資源を可視化する観点から、新たに医療機器を購入

する医療機関では、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られることとなります。

【4】医師確保計画策定ガイドラインについては、見直しが必要な項目として①医師偏在指標、②医師少数スポット、③目標医師数、④医学部における地域枠・地元出身者枠の設定・取組等、⑤産科・小児科医師偏在指標、⑥医師確保計画の効果の測定・評価一等が挙げられています。①医師偏在指標については、都道府県が地域の実情に応じた施策を検討する際の参考となるように、国が新たに勤務施設別(病院及び診療所)の医師偏在指標を参考資料として都道府県に提示するという方向性が示されています。

医療DXの推進のための オンライン資格確認の導入・普及 に関する加算の特例措置

—中央社会保険医療協議会 総会(第535回)資料—

令和4年12月23日に開催された中央社会保険医療協議会 総会(第535回)において、医療DXの基盤となるオンライン資格確認の導入に関する議論が行われました。

個別改定項目の内容として、① 医療DXの基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付けに係る経過措置について、② 医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置について検討が行われました。

ここでは、②の医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置についてご報告いたします。

個別改定項目について

② 医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置

第1 基本的な考え方

医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、保険医療機関における初診時及び再診時並びに保険薬局における調剤時について、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1の評価を見直すとともに、再診時に診療情報を活用して診療等を実施することについて、新たな評価を行う特例措置を講ずることとする。

また、あわせて療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求(以下「オンライン請求」という。)を更に普及する観点から、当該加算の算定要件を見直す特例措置を講ずることとする。

上記特例措置については、令和5年4月から12月まで(9か月間)時限的に適用する。

第2 具体的な内容

1. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に適合する保険医療機関を受診した患者に対し、初診を行った場合における評価を見直す。

2. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に適合する保険医療機関を受診した患者に対し、再診を行った場合における評価を新設する。

3. オンライン資格確認等システムを導入した保険医療機関が、オンライン請求を行っていない場合において、オンライン請求を令和5年12月31日までに開始する旨を地方厚生局長等に届け出た場合には、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定可能とする。

図表 1 医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置

- 医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」について、(1)初診時・調剤時の評価を見直すとともに、(2)再診時についても新たに評価を行う特例措置を講ずる。
- また、あわせてオンライン請求を更に普及する観点から、(3)当該加算の算定要件を見直す特例措置を講ずることとする。
- これらの特例措置を令和5年4月から12月まで(9か月間)時限的に適用する。

医療情報・システム基盤整備充実体制加算

(1) 初診時・調剤時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関・保険薬局において、初診又は調剤を行った場合における評価の特例

・初診料(医科・歯科)

医療情報・システム基盤整備体制充実加算1(マイナンバーカードの利用なし) 4点→●点

・調剤管理料(調剤)

医療情報・システム基盤整備体制充実加算1(マイナンバーカードの利用なし) 3点(6月に1回)→●点

(2) 再診時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対し、再診を行った場合における評価を設ける

・再診料

(新) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3(マイナンバーカードの利用なし) ●点(1月に1回)

(3) 加算要件の特例(オンライン請求の要件)

現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、オンライン請求を令和5年12月31日までに開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局は、令和5年12月31日までの間に限り、この要件を満たすものとみなす。

		現行の加算	特例措置(令和5年4～12月)
初診	マイナンバーカードを利用しない	4点	●点
	// 利用する	2点	2点
再診	マイナンバーカードを利用しない	—	●点
	// 利用する場合	—	—
調剤	マイナンバーカードを利用しない	3点	●点
	// 利用する場合	1点	1点

【医療機関・薬局に求められること】

今般の特例で新たに設定

初診時等における診療情報取得・活用体制の充実

再診時における診療情報取得・活用体制の充実

【施設基準】(初診時・再診時共通)

○ 次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

- ① オンライン請求を行っていること。
- ② オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- ③ ②の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うこと(※)について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

(※) ①は今回の特例措置で、R5.12.31日までにオンライン請求を開始することを地方厚生局長等に届け出た場合には要件を満たしたものとみなす。

【算定要件】

○ 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。(通知)

(※) 具体的な対応として問診票の標準的項目を規定(通知)

診療情報を取得・活用する効果(初診・調剤)

医療機関

✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。

✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。

問診票の標準的項目を新たに通知で示している

問診票(初診時)

- 今日の症状
- 過去の病歴
- 他の医療機関の受診歴
- 処方されている薬
- 特定健診の受診歴
- アレルギーの有無
- 妊娠・授乳の有無
- ……

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

薬局

✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。

✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。

オンラインにより確認可能

(※) 再診時の具体的な対応として、薬剤情報の確認や、その他必要に応じて健診情報等の確認を行う旨を規定予定(通知)

診療情報を取得・活用する効果(再診)

医療機関

✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。

再診時の確認等について通知で示す予定

再診時の確認事項

- ・薬剤情報
- ・その他、必要に応じて健診情報等

出典：中央社会保険医療協議会 総会(第535回)(2022年12月23日)「個別改定項目について」の補足説明資料

地域包括ケア病棟 三つの機能を有する病棟

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。

地域包括ケア病棟は、「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などの受け入れ」「③在宅復帰支援」の三つの機能を有した病棟です。地域包括ケア病棟は疾患に関わらず入院できますが、原則 60日間という日数制限があります。

👉 三つの機能をバランスよく 提供する病棟

地域包括ケア病棟は、急性期治療を経過した患者を受け入れるポストアキュート機能、在宅で療養を行っている患者などを受け入れるサブアキュート機能、在宅復帰に向けた支援を行う在宅復帰機能の三つの機能をバランスよく提供することが求められている病棟です。

前回に続き今回(2022年度)の改定においても、三つの機能を偏りなく提供されることが求められる見直しとなっています。具体的には、「自院の一般病棟から転棟した患者割合60%未満(未達の場合10%減算)」について、対象病院が400床から200床以上に拡大され、かつ未達の場合の減算割合も15%に引き上げられました。また「自宅等から入院した患者の割合」なども15%から20%に引き上げられ、かつ、1～4のすべての入院料の要件に盛り込まれました。

👉 200床未満の地域包括ケア病棟は 4種類

地域包括ケア病棟の入院料は、200床以上は二つ、200床未満は四つの基準に分かれます。これは、200床未満については「地域包括ケアに関する実績*」による加算が設定されたためです。200床未満の場合、入院料1が1日2,809点、入院料4が1日2,076点となっています。

入院料1、2の主な要件(施設基準)としては、「一定の病室面積の確保(患者1人あたり6.4m²以上)」「在宅への復帰支援(割合72.5%以上)」などが定められています。そのほか、入院料1～4で共通の要件として、「リハビリの実施(1日平均2単位*以上)」「一定の重症患者の受け入れ(割合12%*以上)」などがあります。

👉 入院日数は60日間が上限

地域包括ケア病棟への入院日数には上限があり原則60日間と決められています。

*実績:「自宅などからの入棟患者割合」「自宅などからの緊急患者の受け入れ」など。

*2単位: 40分以上のリハビリ(1単位=20分以上)。

*12%: 重症度、医療・看護必要度Ⅰで評価した場合、Ⅱで評価した場合は8%以上。

地域包括ケア病棟に入院した患者は、在宅復帰に向けたサポートを受けながら、60日以内での退院を目指します。もしくは、患者本人や家族の希望を踏まえて、介護施設などへの入所準備を行います。

👉 病室単位での届出も可能

また、地域包括ケア病棟は、病棟単位ではなく、「病室」単位で届け出ることにも可能です。例えば、一般病棟を一つだけもつ病院で、一般病棟の一部の病室を、地域包括ケア病棟として届け出ることができます

（正確には、地域包括ケア入院医療管理料と呼ぶ入院料を届け出ます）。

このとき、点数や施設基準は、通常地域包括ケア病棟と基本的に同じ内容です。

現在、地域包括ケア病棟を届け出ている病院は、全国に約2,650病院あります

（2019年6月末現在*）。

地域包括ケア病棟は、制度上2014年度に創設されたばかりの病棟ですが、多くの病院で届出が行われています。

*…現在：中医協「令和3年度入院医療等の調査・評価分科会とりまとめ」（2021年10月27日）

地域包括ケア病棟の入院料別の主な施設基準

項目	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
点数	2,809点		2,620点		2,285点		2,076点	
在宅復帰率	72.5%以上				70%以上(未達は100分の90に減算)			
自院の一般病棟から 転棟した患者割合	—	—	60%未満 (許可病床 200床以上 の場合) (未達は100 分の85に減 算)	—	—	—	60%未満 (許可病床 200床以上 の場合)(未 達は100分 の85に減 算)	
自宅等から入院した 患者の割合	20%以上	20%以上 *	① 20%以上		20%以上	20%以上 *	① 20%以上	
自宅等からの緊急の 入院患者	3月で 9人以上		② 3月で9人以上		3月で 9人以上		② 3月で9人以上	
在宅医療等の実績	2つ以上		③ 1つ以上		2つ以上		③ 1つ以上	

※ ①で囲んだ項目①～③のいずれか一つ以上を満たさない場合は、100分の90に減算

* 10床未満は、3月で8人以上



「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2回>

「医師の労働時間の把握・自己研鑽の取扱」

今医師の働き方改革を進めるに当たって、まず必要となることは、医師の労働時間の把握である。今回は、その際特に問題となる自己研鑽の取扱を含めて解説する。

主たる勤務先での労働時間

これまで医師の多くは労働者としての意識がなく、医療機関においては、医師の労働時間の把握が行われていない場合が多いため、まず、出勤時間と退勤時間から労働(滞在)時間を把握しなければならない。その場合、タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認することが望ましいが、日をまたぐ勤務も多く、正確なデータの収集が困難な場合もあるため、少なくとも医師が労働(滞在)時間を正しく申告する体制は整備する必要がある。

ただし、医師の自己申告によって把握する場合には、実態との乖離がないことが重要であり、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とされている。

外勤先での労働時間

医師の多くは、複数の医療機関に勤務していると思われるが、副業・兼業を行う医師を使用するすべての医療機関は、労働基準法第38条第1項の規定により、それぞれ、自らの医療機関における労働時間と他の医療機関における労働時間とを通算して管理する必要があるとされている。

令和6年4月から始まる医師の時間外労働時間規制においても、複数の医療機関に

おける時間外・休日労働時間が、通算して、年960時間または1,860時間以内に収まっている必要があり、すべての医療機関は医師の外勤先の労働時間を含めて管理しなければならない。

外勤先での労働時間については、各医療機関では、医師が副業・兼業を始める前に、医師からの申告等により、あらかじめ副業・兼業の有無・内容を確認しておくことが重要であるが、外勤先の医療機関に直接確認を求める必要はない。

基本的な確認事項は、まずは外勤先で医師が従事する業務内容などであるが、医師が他の医療機関において、例えば、顧問や理事、管理監督者等に従事する場合には、その労働時間は通算されない。

多くの場合は外勤先で診療等に従事し、労働時間通算の対象となるが、その場合には、①外勤先との労働契約の締結日・期間、②外勤先での所定労働日、所定労働時間、始業・終業時刻、③外勤先での所定外労働の有無、見込み時間数、最大時間数、④外勤先における実労働時間等の報告の手続、⑤これらの事項について確認を行う頻度を確認しておくことが必要である。

ここで、重要なのが、外勤先との労働契約の締結日である。外勤先と所定労働時間を通算する場合、労働契約が締結された順番に通算することとされているので、労働契

図表 1 労働時間該当性の取扱いの明確化

○ 自己研鑽など労働時間に該当するものとし、院内で周知	
労働時間に該当するもの	労働時間に該当しないもの
A 診療に関するもの 1 病棟回診 2 予定手術の延長、緊急手術 3 チャーティング 4 サマリー作成 5 外来の準備 6 オーダーチェック 7 診療上必要不可欠な情報収集	A 休憩・休息 1 食事 2 睡眠 3 外出 4 インターネットの閲覧
B 会議・打合せ 1 必須出席者である会議・委員会 2 参加必須の勉強会・カンファレンス	B 自己研鑽 1 自己学習 2 症例見学 3 参加任意の勉強会・カンファレンス
C 研究・講演その他 1 上長の命令に基づく学会発表の準備 2 上長の命令に基づく外部講演等の準備 3 上長の命令に基づく研究活動・論文執筆	C 研究・講演その他 1 上長の命令に基づかない学会発表の準備 2 上長の命令に基づかない外部講演等の準備 3 上長の命令に基づかない研究活動・論文執筆

※ 聖路加国際病院の事例を基に、厚生労働省医政局において作成

出典：令和4年度アドバイザー研修資料

(2022年11月18日厚生労働省医政局医事課医師等医療従事者働き方改革推進室)

約の締結の順番と、外勤先の所定労働時間は、忘れずに確認してほしい。

自己研鑽の取扱

研鑽が労働時間に該当するかどうかについては、「使用者の指揮命令下に置かれているかどうか」により判断することになるが、個々の医師が行う研鑽が労働であるか否かについては、当該医師の経験、業務、当該医療機関が当該医師に求める医療提供の水準等を踏まえて、現場における判断としては、当該医師の上司がどの範囲を現在の業務上

必須と考え指示を行うかによらざるを得ないとされている。

要は、医療機関ごとに取り扱いを明確化し、書面等に示し(図表1参照)、院内職員に周知し、研鑽を行うことについての医師の申出と上司による確認(その記録)という手続が求められる。労働時間に該当しない研鑽を行う場合には、例えば白衣を着替えるなどにより、通常勤務と明確に切り分けることも必要である。



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—

医療保険の被用者保険間の格差是正見直し審議

厚生労働省は12月1日、「第159回社会保障審議会医療保険部会」を開催し、これまでに引き続き医療保険制度改革を審議しました。

「第7回全世代型社会保障構築会議」(9月28日開催)では被用者保険間の格差是正の見直しの方向性について、

○現行の「加入者数に応じた調整」に加え、部分的に「報酬水準に応じた調整」を導入してはどうか

○前期高齢者納付金の計算に複数年(3年)平均給付費を用いてはどうか

○現役世代の負担をできるかぎり抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で既存の支援を見直すとともに、さらなる支援を行ってはどうか

としています。

事務局は、今年10月に施行された窓口負担割合の見直し(一定以上所得者への2割負担の導入)の施行状況などを注視する必要がある、かつ、現役並み所得者への医療給付費には公費負担がなく、判断基準の見直しによって現役世代の負担が増加するなどの理由から、引き続き検討を要するとの方針を提示しました。併せて、金融資産・所得の負担への反映についても、負債の把握が困難なことや、保険者の事務負担の増加などを理由に継続して検討する考えを示しました。

また、部分的に「報酬水準に応じた調整」を導入した際の被用者保険別の前期高齢者納付金に対する財政的影響についても試算を提示しました。

事務局が示した見直しの方向性は、委員からおおむね賛同が得られたものの、「後期高齢者医療制度を根本的に見直すべきではないか」「世代間の対立をあおるような論調となっているのではないか」「被用者保険間の格差是正により削減した公費財源は現役世代の負担軽減に充てるべき」などの意見・要望が寄せられました。

出産育児一時金を50万円に増額、過去最高の引き上げ幅に

岸田文雄首相は12月10日の記者会見で、来年度から大幅に引き上げるとしていた「出産育児一時金」について、「現行の42万円から50万円に増額する」と表明しました。これは過去最高の引き上げ幅です。

さらに岸田首相は、妊婦や子育て家庭への伴走型の相談支援を充実させるとともに、妊婦健診時の交通費や、ベビー服などの育児関連用品、産後ケア、家事支援サービスなどに見える10万円相当の経済的支援を、所得制限を設けることなく来年以降も継続する考えを明らかにしました。これらの取り組みを先行させつつ、来年4月に発足するこども家庭庁のもと、政府の総力を挙げ、「こども真ん中」社会の実現に向けた道筋を「来年6月までに示す」と語りました。

医療保険制度改革案まとめる

厚生労働省は12月15日、「第161回社会保障審議会医療保険部会」を開催し、
▽出産育児一時金の引き上げ
▽高齢者医療を全ての世代で公平に支え合う仕組み
▽被用者保険における負担能力に応じた格差是正の強化
などを柱とした医療保険制度改革案を大筋でとりまとめました。

今回の整理案では、「出産育児一時金の引上げと見える化はセットで行うべき」としながらも、「平均入院日数や出産費用及び妊婦合計負担額の平均額については、医療機関等ごとに公表する必要があると考える。その際、出産件数が一定数以下の医療機関等については公表を任意とするといった対応を検討してはどうか」とされ、費用のみを強調した公表の在り方に対して、日本産婦人科医会が懸念を示したことへの配慮がうかがわれます。併せて、整理案には「医療機関ごとの特色も併せて公表するよう工夫してはどうか」とする文言も明記されており、公表の具体化に必要な詳細については、来夏をめどに有識者などの検討により決定し、医療保険部会へ報告されることになります。

また、「医療費適正化対策の実効性の確保」として示された後発医薬品に関しては、「フォーミュラリーの検討・推進や医薬品の安定的な供給に留意しつつ、新たな数値目標を設定する」との方針が示されました。

ポスト2025年の医療・介護提供体制像を提示

厚生労働省は12月16日、「第18回医療介護総合確保促進会議」を開催し、事務局は総合確保方針の改定に向けた基本的方向性の見直し案に加えて、「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」とする素案を示しました。

国は「医療介護総合確保推進法」で、地域における医療および介護を総合的に確保するための基本的な方針を定めることが規定されており、24年度から新たな医療計画および介護保険事業支援計画が策定されることを踏まえ、本年度内に総合確保方針の改定を行う必要があります。

事務局が提示した総合確保方針の見直し案では、「団塊の世代が全て75歳以上となる2025年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者・国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現」としており、次期の医療計画・介護保険事業支援計画が2025年をまたぐことを考慮し、高齢者人口がピークを迎える2040年をより意識した表現となっています。

基本的方向性として、●「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築、●サービス提供人材の確保と働き方改革、●限りある資源の効率的かつ効果的な活用、●デジタル化・データヘルスの推進、●地域共生社会づくり の5つを明示しました。

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

“リーダーに求められるのは人格である。”

(P.F.ドラッカー著「マネジメント」(ダイヤモンド社)より)

解説



人のマネジメントにかかわる能力、たとえば議長役や面接の能力を学ぶことはできます。管理体制、昇進制度、報酬制度を通じて人材開発に有効な方策を講ずることもできます。しかし、それだけで十分でしょうか。スキルの向上や仕事の理解では補うことのできない根本的な資質が必要となります。それは、真摯さであるとドラッカーは説きます。真摯さとは、人間として誠実で信頼できるという意味です。

ドラッカーは、

仕事の能力の高さよりも、まずリーダーが人間として信頼できる人間かどうかということを重視しました。

真摯さだけは、リーダーは生来もっていなければならない、後天的に身に付けることはできないとしたのです。

新年を迎えて、昨年仕事を振り返りつつ、今年の仕事、自分の抱えている部署、部門をどう運営していこうかと考えている管理職の方も多いのではないのでしょうか。

ドラッカー経営の根本には、人間の幸せがあります。

自分の部署、部門を動かしていくのは部下であり、同僚ですが、これをリーダーとして統括する管理職に求められるもの、問われているものの第一は、あなたの人格そのものなのかもしれません。

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：<http://medical-biz.jp/>

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

