

- ◆ 医療DX推進に向けた改定内容と支援一時金の見直しについて
- ◆ リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進

Vol. 154 2024

7-8月号

ボラン チ

Volante

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。

医療DX推進に向けた改定内容と 支援一時金の見直しについて

2024年度の診療報酬改定では、医療情報取得加算や医療DX推進体制整備加算が新設される等、医療DXの推進に向けた内容が多数盛り込まれました。

そのような中、医療DXの基盤ともなるオンライン資格確認によるマイナ保険証の利用率は7.73%と低調となっています。

本稿では医療DXの全体像とそれに関連する改定内容、またマイナ保険証利用促進のための一時金見直しについてご紹介します。

👉医療DX令和ビジョン2030とは

2024年度の診療報酬改定では、医療DXを推進するための多くの関連内容が盛り込まれました。医療DXを推進する背景には、医療分野におけるデジタル化の遅れが大きく影響しています。この遅れを解消するため、2022年に「医療DX令和ビジョン2030」という施策が発表されました。「医療DX令和ビジョン2030」は医療現場のDXを推進するため、具体的な施策として次の三つの柱を掲げています。

「①全国医療情報プラットフォームの構築」では、まず、オンライン資格確認等システムの拡充が進められており2023年4月より義務化されました。さらに2024年度中に電子処方箋の普及に努めるとともに、「電子カルテ情報共有サービス」を構築し、情報の共有範囲を拡大することを目指しています。

「②電子カルテ情報の標準化等」では、2024年度中に標準型電子カルテの開発を開始し、遅くとも2030年には必要な患者の医療情報を共有するため、概ねすべての医療機関において電子カルテ情報の標準化

(データ形式の統一)を実現することを目指しています。

さらに「③診療報酬改定DX」に関しては、今回の改定時期の後ろ倒しや共通算定モジュールの整備など、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化する取り組みが行われます。

👉2024年改定でも様々な医療DXへの対応を評価

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医療機関の体制も整ったことに伴い、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の名称が「医療情報取得加算」に見直されました。また算定要件に「十分な情報の取得」が追加されるなど、これまでの体制整備にかかる評価から、初診時等の診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価へと評価の在り方が見直されました。施設基準に大きな変更はありませんが、点数としては初診時の点数がそれぞれ1点ずつ減点[例:加算1(マイナ保険証を利用しない)の場合、4点→3点]された一方で、再診時のマイナ保険証の利用時には1点の加算が新設されました(図表1)。

図表1 医療情報取得加算の概要

医療情報取得加算（医療情報・システム基盤整備体制充実加算からの名称変更）			
初診時 (月1回)	加算1	マイナ保険証を利用しない	3点
	加算2	マイナ保険証利用	1点
再診時 (3月に1回)	加算3	マイナ保険証を利用しない	2点
	加算4	マイナ保険証利用	1点

図表2 医療DX推進体制整備加算の主な施設基準

医療DX推進体制整備加算の主な施設基準（項目/経過措置等）	
1. レセプトオンライン請求を行っている	
2. オンライン資格確認を行う体制を有している	
3. オンライン資格確認等システムの活用により、医師等が診療を行う診察室等で、診療情報等を閲覧・活用できる体制を有している	
4. 電子処方箋を発行する体制を有している	2025年3月31日
5. 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有している	2025年9月30日
6. マイナ保険証の利用率が一定割合以上である	2024年10月から適用
7. 医療DX推進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・活用して診療を行うことについて、院内の見やすい場所に掲示している	
8. 上記について、原則、ウェブサイトに掲載している	2025年5月31日

出典：厚生労働省 令和6年度診療報酬改定説明資料等について「0.4 令和6年度診療報酬改定の概要 医療DXの推進」より抜粋（図表1、2とも）

また質の高い医療を提供するために医療DXに対応する体制を確保している場合の評価として、「医療DX推進体制整備加算」が新設されました。施設基準などの要件を満たし届出を行った場合には、初診時に月1回、8点が加算されます。施設基準には、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制の整備や、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの導入など、様々な医療DXへの対応が求められています。また電子カルテ情報共有サービスなど、現時点では詳細が不明なものも施設基準に盛り込まれているため、それぞれに経過措置が設けられています(図表2)。

この医療DXの推進の流れは在宅医療にも波及しています。例えば、医療DXにより取得した診療情報等を活用した質の高い在宅医療を提供した場合、在宅患者訪問診療料等の加算として「在宅医療DX 情報活用加算(月1回・10点)」が新設されました。

👉マイナ保険証の利用率、依然として低調傾向

マイナンバーカード1枚で保険医療機関・薬局を受診することで、患者の健康・医療データに基づいた適切な医療が受けられるようになります。このオンライン資格確認は、医療DXの基盤となります。

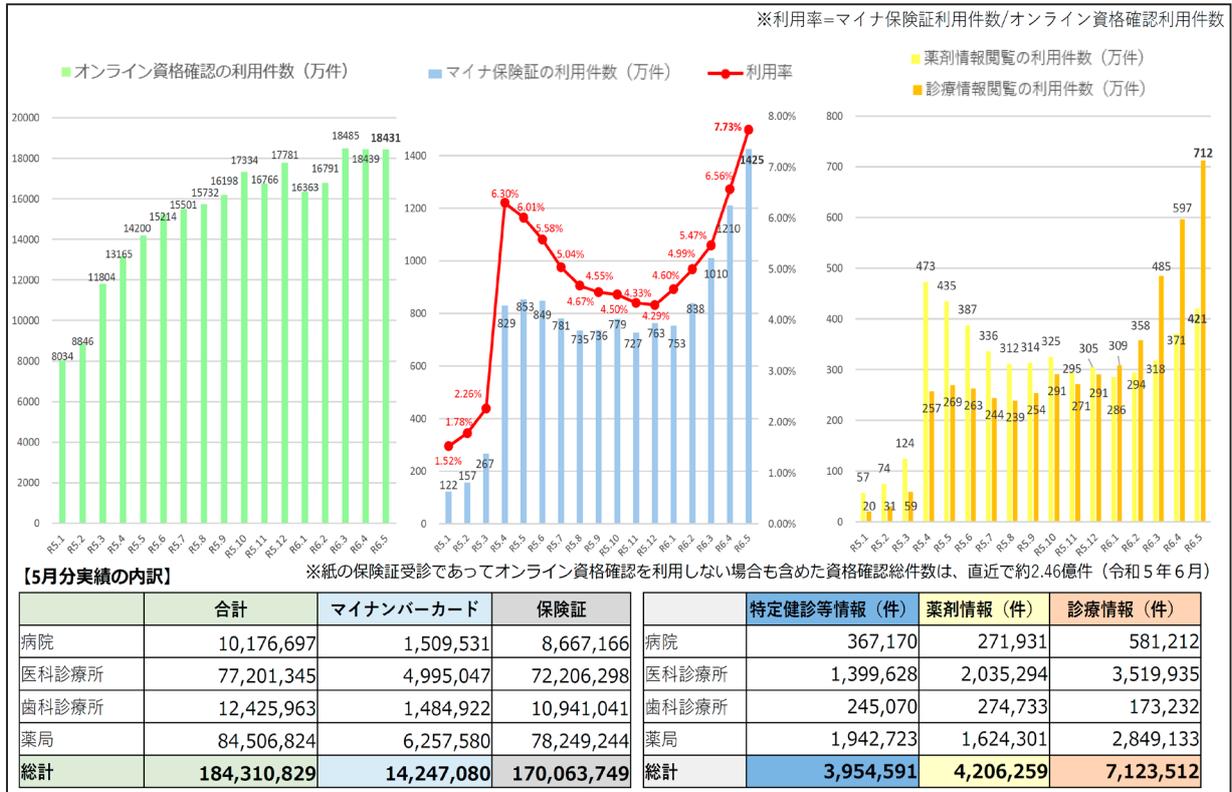
2024年5月のマイナ保険証の利用率は7.73%と上昇傾向にありますが、依然として低調です。都道府県別では、富山県が12.52%で最も高く、沖縄県が3.42%で最も低くなっています(図表4)。

これを踏まえ、2024年6月21日の社会保障審議会・医療保険部会で、利用促進のための支援見直しが発表されました。具体的には、利用率に応じた一時金の最大額が病院では20万円から40万円に、診療所・クリニックでは10万円から20万円に引き上げられます。

今年度の診療報酬改定と一時金の見直し等により、マイナ保険証の利用率の増加につながるのか、今後の動向を注視したいところです。



図表3 オンライン資格確認などの利用状況



図表3 オンライン資格確認などの利用状況

○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率（令和6年5月）は以下のとおり。
 ※黄色=上位5県 灰色=下位5県

都道府県名	利用率
北海道	8.32% (+1.19%)
青森県	5.99% (+1.39%)
岩手県	9.25% (+1.15%)
宮城県	7.11% (+1.01%)
秋田県	7.18% (+1.72%)
山形県	7.94% (+1.03%)
福島県	10.68% (+1.72%)
茨城県	9.53% (+1.39%)
栃木県	9.71% (+1.61%)
群馬県	8.95% (+1.44%)
埼玉県	6.94% (+0.93%)
千葉県	8.44% (+1.32%)
東京都	7.25% (+0.96%)
神奈川県	7.49% (+1.29%)
全国	7.73% (+1.17%)

都道府県名	利用率
新潟県	11.03% (+1.79%)
富山県	12.52% (+2.07%)
石川県	12.17% (+2.02%)
福井県	11.63% (+1.68%)
山梨県	6.53% (+0.96%)
長野県	6.73% (+1.22%)
岐阜県	7.35% (+1.38%)
静岡県	8.93% (+1.65%)
愛知県	5.84% (+1.03%)
三重県	7.17% (+1.06%)
滋賀県	8.43% (+1.37%)
京都府	8.33% (+1.27%)
大阪府	6.85% (+0.93%)
兵庫県	7.31% (+1.03%)
奈良県	7.51% (+0.98%)
和歌山県	5.02% (+0.67%)

都道府県名	利用率
鳥取県	10.98% (+1.28%)
島根県	10.33% (+1.61%)
岡山県	7.49% (+1.16%)
広島県	8.23% (+1.33%)
山口県	9.85% (+1.71%)
徳島県	6.09% (+1.25%)
香川県	8.32% (+1.00%)
愛媛県	5.44% (+1.04%)
高知県	7.02% (+1.51%)
福岡県	7.20% (+1.00%)
佐賀県	8.33% (+0.99%)
長崎県	7.90% (+0.97%)
熊本県	8.20% (+0.98%)
大分県	7.29% (+0.87%)
宮崎県	9.70% (+0.65%)
鹿児島県	11.98% (+1.14%)
沖縄県	3.42% (+0.14%)

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数
 （括弧内の値は令和6年4月の値からの変化量（%ポイント））

出典： 第179回社会保障審議会医療保険部会「【資料1】マイナ保険証の利用促進等について」より抜粋
 （図表3、4とも）

リハビリテーションに係る医療・介護 障害福祉サービス連携の推進

2024年度の改定では、医療保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練(機能訓練)の円滑な移行を推進する観点から、医療保険のリハビリテーションを提供する病院・診療所が基準該当サービスの提供施設として指定が可能となったことを踏まえ、病院・診療所が自立訓練(機能訓練)を提供する際の疾患別リハビリテーション料等に係る要件が見直されました。その主な内容を見ていきましょう。

急性期におけるリハビリテーション、 栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価が新設されました。

(新) リハビリテーション・口腔・栄養連携
体制加算 (1日につき) 120点

これは、入院した患者全員に対し、入院後48時間以内にADL、栄養状態及び口腔状態に関する評価を行い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画の作成及び計画に基づく多職種による取組を行う体制の確保に係る評価を新設するものです。これに伴い、ADL維持向上等体制加算は廃止されました。

対象患者は、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)又は専門病院入院基本料(7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る)を算定している患者で、リハビリテーション、栄養管理

及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算します(図表1)。

主な施設基準としては、当該病棟において、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が2名以上配置されていること(なお1名は専任の従事者でも差し支えない)、専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていること、当該保険医療機関に一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務していること等が要件とされています。(図表2)

一体的な取組の効果的な推進とその 質の向上の為の手引書

本誌ではこれまで主に医科診療報酬についての記事を記載してきましたが、医療・介護・障害福祉サービス連携の推進には、医療機関、介護保険施設との連携が重要となります。

そこで、本稿では、日本健康・栄養システム学会が、作成した手引書「高齢者の口から食べる楽しみをいつまでも!!」をご紹介します。

図表1 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

▶ 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

(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

多職種による評価と計画

- ・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

- ・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

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

【算定要件】 (概要)

- 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、**患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定**できる。
- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、**原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成**すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、**カンファレンスが定期的**に開催されていること。
- 適切な口腔ケアを提供するとともに、**口腔状態に係る課題(口腔衛生状態の不良や咬合不良等)を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す**こと。
- 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。**専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。**
- **専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行う**とともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと。

【施設基準】 (概要)

- 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病院入院基本料)又は10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病院入院基本料)を算定する病棟を単位として行うこと。
- 当該病棟に、**専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。))が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。**
- 当該病棟に**専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- 当該保険医療機関において、**一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務**していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
 - ア 疾患別リハ料が算定された患者のうち、**入棟後3日までに疾患別リハ料が算定された患者割合が8割以上**であること。
 - イ **土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上**であること。
 - ウ **退院又は転棟した患者(死亡退院及び終末期がん患者を除く。))のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満**であること。
 - エ 院内で発生した褥瘡(DESIGN-R2020分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が**2.5%未満**であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること。
- 入退院支援加算1の届出を行っていること。
- B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

出典: 厚生労働省 令和6年度診療報酬改定説明資料等について「18 令和6年度診療報酬改定の概要 個別改定事項(1)」より抜粋

これは、介護保険施設・老人保健施設・通所事業所・通所リハビリテーション事業所を対象に行われた厚生労働省の調査研究事業の一環で、同学会が作成したもので、2024年度診療報酬・介護報酬改定の解説と合わせて、一体的取組の意義について伝えています(図表2、3)。

2024年度介護報酬改定では、リハビリテーションマネジメント加算、口腔・栄養スクリーニング加算、栄養アセスメント加算など、リハビリテーション・口腔・栄養に関わるサービス提供について効果的・効率的な取組を進めるように新たな加算などが創設されました。

同学会は、一体的取組に関する実態調査とインタビュー調査を通じて得られた課題の整理と対応策について検討を実施し、その結果を踏まえて、介護保険を利用する施設や事業所において、より充実した一体的取組を円滑に進められるように「手引書」を編集したとのことです。

本手引きの構成は次の通りです。

- ① 一体的取組のための体制づくり
- ② 2024年介護報酬・診療報酬改定による一体的取組の推進(施設ごとに記載)
- ③ 一体的取組の質の向上を目指して(入所前から在宅への支援別の解説)
 - ・入所・利用前の説明および情報収集
 - ・スクリーニング・アセスメント
 - ・三領域の各計画書(原案)の作成
 - ・本人・家族、ケアマネ等への説明
 - ・実施、チェック、モニタリング、評価
- ④ 在宅支援のための情報連携
- ⑤ 医療・介護の情報連携
- ⑥ 介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用

⑦ 一体的取組の推進のための研修のあり方

- 資料：・絵で見る一体的取組(フロー)
- ・訪問栄養食事指導推進のための訪問サービス事例集
 - ・実施計画書様式(記載例あり)

手引書では、一体的取組において自立支援・重症化予防のための効果的な方法は、「多職種連携による一体的なリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を実施すること」で、そのためには綿密な計画・実行・評価・効果判定(PDCA)を組織として行うことが必要となると解説しています。

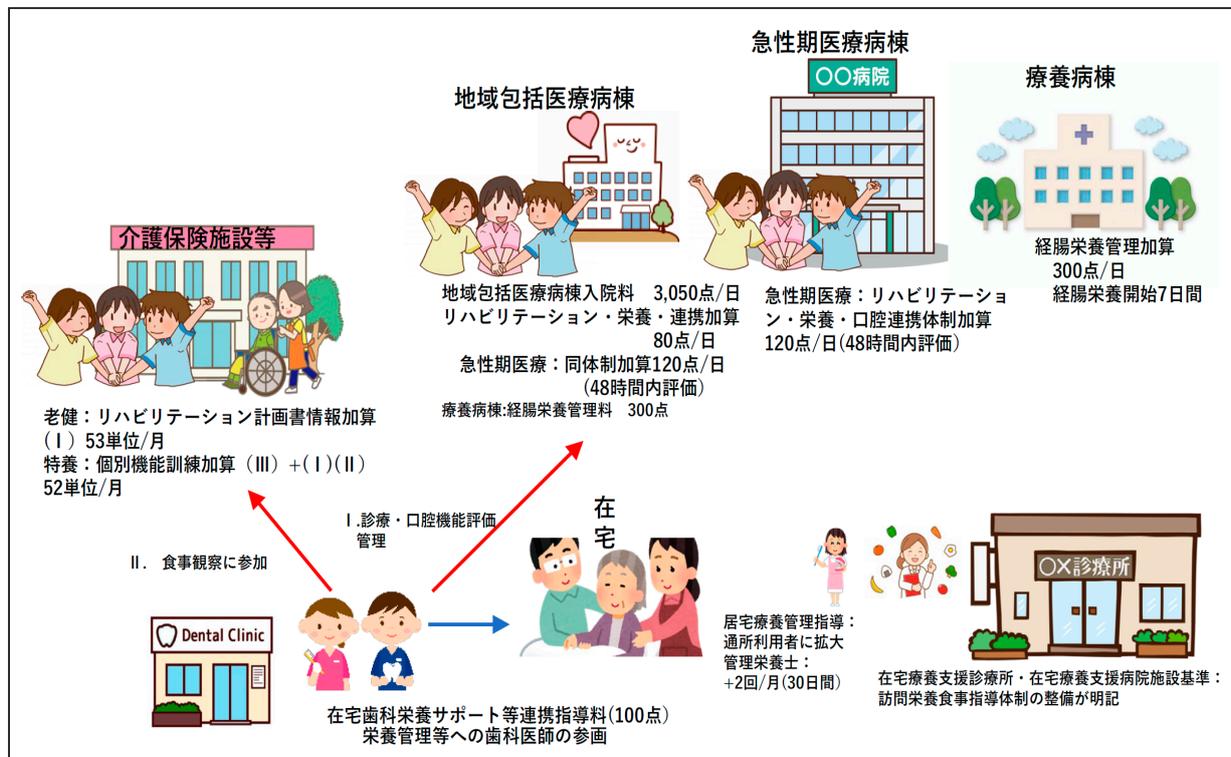
リハビリテーション専門職等が管理栄養士や歯科医師・歯科衛生士と連携する利点については、栄養管理士と協働してリハビリテーション計画に栄養管理を組み込むことで約9割の栄養改善が見られたこと、さらに、一体的取組により栄養状態の維持・向上とADLの改善に繋がり、専門職のモチベーション向上にも繋がることも報告されています。

この手引書は、介護保険施設・老人保健施設・通所事業所・通所リハビリテーション事業所等の介護保険施設等の従事者に向けて作成されていますが、診療報酬に関する解説や多数の事例も紹介されており、これらの施設等と連携を行っていく医療機関の従事者にも参考になる内容であると考えます。

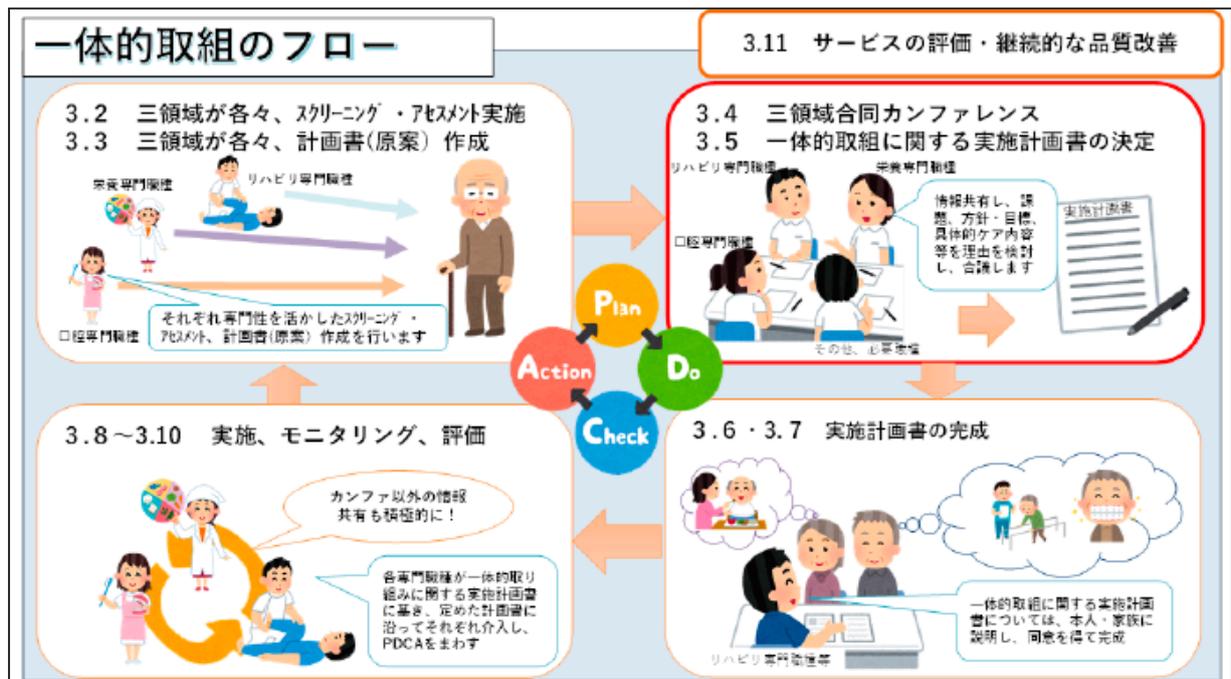
手引書は、日本健康・栄養システム学会のホームページに掲載されています。
(令和5年度研究事業 ⇒ 研究報告書 ⇒ 手引書 をクリック)

日本健康・栄養システム学会 ホームページ
<https://www.j-ncm.com/study-report/r5-rouken-study/>

図表2 2024年度診療報酬・介護報酬改定による一体的取組の推進 イメージ



図表3 一体的取組のフロー



出典：一般社団法人日本健康栄養システム学会 リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の『一体的取組』のための手引書「高齢者の口から食べる楽しみをいつまでも!!」より抜粋 (図表2、3とも)

在宅医療の診療報酬例②

訪問診療(定期的な訪問)

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5版)(2024年度診療報酬改定に対応した最新版)を、4月に秀和システムから発行しました。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。

今号からは、在宅医療の診療報酬について、事例を交えて解説していきます。在宅医療は、医師が患者の自宅を緊急で訪問する「往診」と、定期的な診療のために訪問する「訪問診療」の2種類があります。

👉 訪問診療の診療報酬は主に2つ

今号では、「訪問診療(定期的な訪問)」のケースを見ていきます。

訪問診療の主な診療報酬としては、「在宅患者訪問診療料」と「在宅時/施設入居時等医学総合管理料」の2つがあります。在宅患者訪問診療料は、その名の通り、患者の自宅などを医師が訪れて診療を行った場合に算定されます。

医学総合管理料は、月1回以上の訪問診療を提供している患者に対して、在宅療養計画を作成し、総合的な医学管理を行った場合に算定されます。

👉 訪問場所や訪問人数によって点数が異なる

「在宅患者訪問診療料」ならびに「在宅時/施設入居時等医学総合管理料」の点数は、訪問する場所(自宅、有料老人ホーム

など)や訪問人数によって異なるのが特徴です。例えば、在宅患者訪問診療料の点数は通常1回888点ですが、同じ建物に住む患者2人以上に対して、同じ日に訪問診療を行った場合は患者1人につき213点となります。

今回(2024年度)の改定では、在宅療養支援診療所(病院)について、過去3か月の患者(一部の状態を除く)1人あたりの訪問診療の回数が平均で12回を超えた場合の減算規定*が設けられました。

訪問診療は、「患者の自宅への訪問診療」の場合と「施設*への訪問診療」の場合で点数が異なります。自宅への訪問の場合は「在宅時医学総合管理料」、施設への訪問の場合は「施設入居時等医学総合管理料」が算定されます。(詳しくは次号で解説します)。

* 減算規定:在宅患者訪問診療料(1)1の場合、その直後の直近1月に限り、同一患者に5回以上訪問診療を実施した際の5回目以降の点数が50%減算。

* 施設:養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム。

👉 再診料は、訪問診療料の点数に含まれている

一例として、自宅で療養生活を送る患者が、在宅療養支援診療所の医師から月1回訪問診療を受けた場合、診療報酬としては「在宅患者訪問診療料（1回888点）」と「在宅時医学総合管理料（2,285点）」が算定されます。なお、往診とは異なり、再診料は在宅患者訪問診療料に含まれているため算定しません。検査や注射などを行っ

た場合はその費用が別途かかりますが、投薬料（処方箋料含む）および処置料の一部などは在宅時医学総合管理料の点数に含まれているという扱いです。

上記と同様の診療所が月1回、有料老人ホームに居住する患者複数人（10人以上19人以下）に対し、同一日に訪問診療が行われた場合、「在宅患者訪問診療料（1回213点）」と「施設入居時等医学総合管理料（665点）」が算定されます。

在宅医療（訪問診療）の診療報酬算定例

<自宅への訪問診療> 月1回

●在宅医療料	3,173点
（在宅患者訪問診療料 888点）	
（在宅時医学総合管理料 2,285点）	
<hr/>	
	計3,173点

<有料老人ホームへの訪問診療> 月1回

●在宅医療料	878点
（在宅患者訪問診療料 213点）※1	
（施設入居時等医学総合管理料 665点）※2	
<hr/>	
	計878点

※1 同じ建物に住む他の患者に、同じ日に訪問診療をした場合の点数。

※2 訪問診療を提供している患者が同じ建物に10人以上19人以下いる場合の点数。



「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！

2024年度診療報酬改定に対応した最新【第5版】を秀和システムから発行しました。

好評発売中!

一厚生行政ダイジェスト一

サイバー攻撃を想定したBCP策定の確認表作成、策定割合は未だ低調

厚生労働省は、サイバー攻撃を受けた場合の事業継続計画(BCP)を策定する上で記載すべき項目をまとめた確認表を作り、医療団体に6月6日付で通知しました。確認表の項目ごとに解説を加えた手引きとBCPのひな形も作成し、医療機関に活用を呼び掛けています。

BCP策定の確認表では、①平時(非常時に備えたサイバーセキュリティの体制整備)、②検知(システム障害が見受けられる場合の対応)、③初動対応(サイバー攻撃による被害の拡大防止)、④復旧処理(復旧計画に基づく対応)、⑤事後対応(復旧結果の報告を踏まえた再発防止策の検討)の5つのステップごとに確認すべき項目をまとめました。

ステップ①の「平時」では、非常時を想定して院内の情報機器の全体を網羅するネットワーク構成図を作成し、院内のサーバ・端末・ネットワーク機器の状況を把握できているかを確認します。確認表の手引きでは、サーバや端末のOS、IPアドレス、脆弱性への対応状況、ウイルス対策ソフトの稼働状況の一覧を整備するよう呼び掛けています。さらに、非常時を想定したサイバーセキュリティ体制の整備では、サイバー攻撃のリスクを検知するための情報収集体制を整備できているかどうか、バックアップと復旧の手順を確認できているか等をチェックします。

ステップ③のサイバー攻撃を受けた際の「初動対応」では、電源系統・ブレーカー・ハードウェア・ソフトウェアなどの原因調査を行えるかどうか、調査を事業者に依頼できる体制になっているかを確認します。また、サイバー攻撃の兆候があったらネットワークを遮断するなど、被害の拡大を防ぐための対応が可能かどうかを確認します。

ステップ④の「復旧処理」では、経営層からの指示に基づき復旧計画を実施できるかを確認します。手引きでは、BCPを策定する際の留意点としてあらかじめリスク分析を行う重要性を強調し、院内だけでなく事業者やほかの関係者と情報交換を行うなど「リスクコミュニケーション」の実践を呼び掛けました。また、BCPの定期的な見直しや更新も求めました。

一方で、サイバー攻撃を想定した事業継続計画(BCP)を策定している病院は5,353施設の3割にも満たないことが、厚生労働省の調査結果で明らかになりました。(6月10日、健康・医療・介護情報利活用検討会の「医療等情報利活用ワーキンググループ」で報告)。

調査は、2月1日～3月8日に医療機関等情報支援システム(G-MIS)のIDが付与されている8,171病院を対象に実施され、5,353病院から回答を得ました。

サイバー攻撃などによるシステム障害の発生に備えてBCPを策定している病院は全体の27%で、2023年のほぼ同時期の調査から4ポイント上昇しましたが、3割には届きませんでした。病床の規模別では、割合が最も高い500床以上の病院ですら5割に届きませんでした。

BCPでの対処手順が適切に機能することを訓練等で確認しているのは策定済みの病院の34%を占めました。この割合は2023年と同じですが、病床規模別に見ると100床以下で上昇したのに対して、「200～400床」では低下しています。また、サイバーセキュリティ対策として医療情報システム安全管理責任者を配置しているのは5,353病院の86%で、2023年から13ポイント上昇しています。

電子カルテ情報共有サービス、モデル事業2025年1月から開始

厚生労働省は6月10日に開催した「医療等情報利活用ワーキンググループ」の会合で、標準規格に対応した電子カルテ情報共有サービスのモデル事業を2025年1月から順次開始すると発表しました。全国9地域の中核病院を中心に、連携する周辺の病院・診療所が参画し、同サービスの有用性や機能を検証すると共に課題を収集していきます。

モデル事業の中核病院としては、●日本海総合病院(山形県酒田市)●水戸済生会総合病院(水戸市)●千葉大医学部附属病院(千葉市)●浜松医科大医学部附属病院(静岡県浜松市)●藤田医科大病院(愛知県豊明市)●三重大医学部附属病院(津市)●南奈良総合医療センター(奈良県大淀町)の参画が予定されています。そのほか、北海道では函館地区で、石川県では加賀市のデジタル田園健康特区でモデル事業の調整が進められています。

医療機関の間で電子カルテ情報を共有・交換可能にする電子カルテ情報共有サービスを巡っては、データ形式をXMLとPDFに加工して管理することとされていました。厚生労働省は、活用の可能性をより広げるために加工前の電子カルテデータである「HL7 FHIR」(医療情報を連携するための国際的な標準規格)の形式でも管理可能にすることを提案しました。

また、電子カルテ情報を格納する際にエラーチェックを行う「バリデーション」の運用案も提示し、電子カルテ情報共有サービスの運用側でバリデーションを行うことから、医療機関側ではベンダ内で行うオフラインテストと接続検証環境下のテストを必須とし、本番運用時のバリデーションは任意としました。

時間外労働の上限規制、施行後の影響を調査へ

医師の時間外労働の上限規制が4月1日に施行されたのを受けて、厚生労働省は各都道府県に6月19日付の事務連絡で、大学病院による医師派遣の引き揚げの有無や、救急医療や周産期医療への影響を調査することを伝えました。調査は、時間外労働の上限規制が施行された後の実態を把握するため各都道府県が行います。

調査対象は、時間外労働の上限規制が始まるのに先立って2023年10月～11月に行った準備状況調査(5回目)で、派遣医師の引き揚げなどで診療体制の縮小が見込まれると答えた医療機関のほか、●三次救急や二次救急医療機関(救急告示医療機関)●夜間休日急病診療所や休日急患診療所●分娩を取り扱う病院や診療所●地域医療の提供体制を維持するために不可欠な医療機関などで、大学病院の本院は含めません。

大学病院などによる医師派遣の引き揚げの有無や、救急・周産期医療に従事する医師を削減したり診療時間を短縮したり、診療体制をおおむね1月～5月に縮小したかどうかなどを調査します。診療体制を縮小した医療機関には、それによって地域の医療提供体制を確保できる見込みがあるかどうかを尋ねます。

その後の状況をフォローアップするため、2025年1月15日～2月14日に2回目の調査を行う予定です。

また厚生労働省は、時間外労働の上限を特例で緩和する「特定労務管理対象機関」としての指定が新たに必要になる見込みの医療機関を6月1日時点で把握している場合、病院名を提供するよう都道府県に求めました。地域の医療提供体制の変化などに伴って都道府県による指定が4月以降、新たに必要になる見込みの医療機関が実際に出てきているということです。

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

“リーダーシップとは 正しい意思決定の事である”

(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



『やがて妥協が必要になるからこそ、何が受け入れられやすいかではなく、何が正しいかを考えなければならない。そもそも、何が正しいかを知らずして、正しい妥協と間違った妥協を見分けることはできない。その結果間違った妥協をしてしまう。』とドラッカーは説きます。

経営・マネジメントとは意思決定のことです。意思決定の根本にあるのは、誰が正しいかではなく、何が人として正しいかということです。妥協の産物としての意思決定になってはなりません。

最終的に妥協することになったとしても、リーダーはその正当性・正しさというものを徹底して熟慮しなければなりません。

日々の仕事の中で意思決定すること、せざるを得ないことは多いと思います。経営者にとっても管理職にとっても、毎日が意思決定という状況かもしれません。そんな状況の時こそ、ドラッカーのこの言葉を思い返して頂きたいと思います。

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

