

- ◆ 医師偏在の是正に向けた総合的な
対策パッケージがまとまる
- ◆ 中間年改定の年に行う
期中の診療報酬改定について

Vol. 157 2025
1-2月号

Volante

ボランテ

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>
~医療機関のBCPの考え方~
「医療機関におけるBCP導入から見直しの手順」

医師偏在の是正に向けた総合的な 対策パッケージがまとまる

経済的インセンティブなど、2026年度から本格実施

少子高齢化が進展する中、持続可能な医療提供体制の構築に向けて、地域間・診療科間における医師偏在の是正が重要となります。そこで、厚生労働省では2024年末まで医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの策定が進められていました。

12月25日の厚生労働省医師偏在対策推進本部で「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が取りまとめられました。本稿ではその概要をご紹介します。

👉 医師偏在是正の総合的な対策パッケージが策定される

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方として、つぎの3つの観点から対策を進める必要があることが示されました(図表1)。

1つは、医師の価値観や地域の実情に応じ、経済的インセンティブや医師養成過程、地域医療機関の支え合いを組み合わせた総合的な対策を進めること。

2つは、若手だけでなく中堅・シニア世代も対象とし、キャリアパスや柔軟な働き方に配慮した支援を行うこと。

3つは、従来のへき地対策を超えて、医療機関維持が困難な地域の実情を踏まえた対策を講じることです。

さらに、国民皆保険制度を維持し必要な医療機能を確保するため、関係者全体での協働が不可欠としています。

なお、医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策の検討を行うとともに、医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進していくとしています。

👉 重点医師偏在対策支援区域が設定される

続いて、総合的な対策パッケージの具体的な取組についてみていきます。

内容としては、

「医師確保計画の実効性の確保」

「地域の医療機関の支え合いの仕組み」

「地域偏在対策における経済的インセンティブ等」

「医師養成過程を通じた取組」

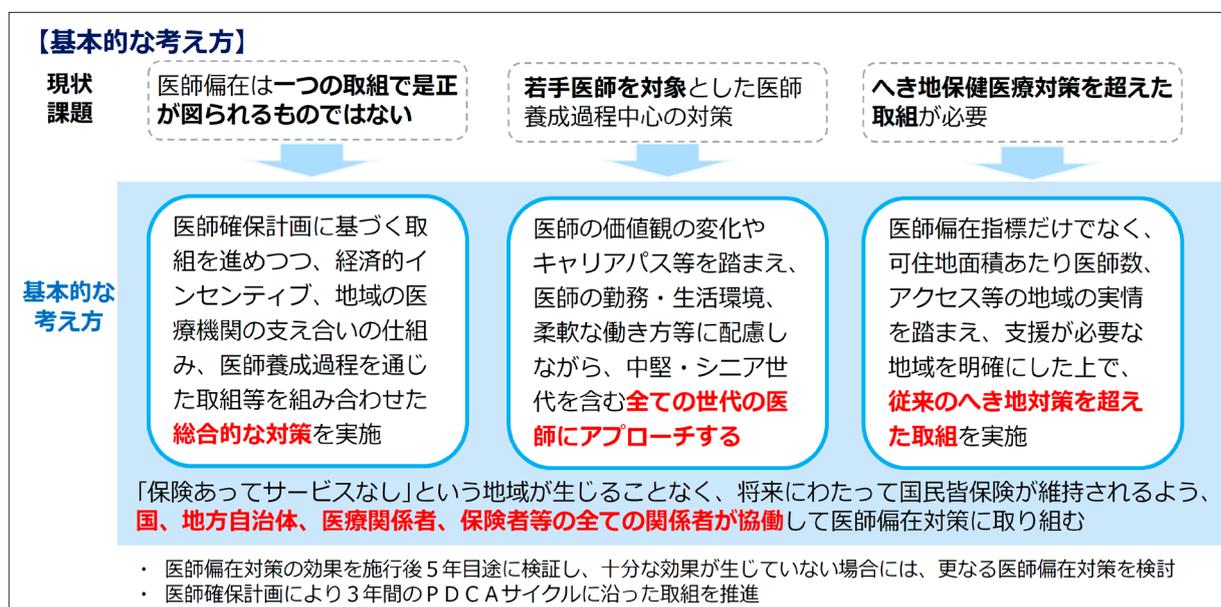
「診療科偏在の是正に向けた取組」の5つが挙げられました(図表2)。

< 1. 医師確保計画の実効性の確保 >

優先的かつ重点的に対策を進めるエリアが「重点医師偏在対策支援区域」として設定されます。重点医師偏在対策支援区域の設定に当たっては、都道府県において厚生労働省の提示する候補区域(各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏など)を参考としつつ、地域の実情に応じて選定するとしています。またこれは二次医療圏単位に限らず、市区町村単位や地区単位なども考えられるとしています。

またこの重点医師偏在対策支援区域を対象とした「医師偏在是正プラン」を都道府県

図表1 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの基本的な考え方



出典：厚生労働省医師偏在対策推進本部 資料「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」

図表2 総合的な対策パッケージの具体的な5つの取組み

取組	具体的な内容
1. 医師確保計画の実効性の確保	① 重点医師偏在対策支援区域
	② 医師偏在是正プラン
2. 地域の医療機関の支え合いの仕組み	① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等
	② 外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等
	③ 保険医療機関の管理者要件
3. 地域偏在対策における経済的インセンティブ等	① 経済的インセンティブ
	② 全国的なマッチング機能の支援
	③ リカレント教育の支援
	④ 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定
4. 医師養成過程を通じた取組	① 医学部定員・地域枠
	② 臨床研修
5. 診療科偏在の是正に向けた取組	

出典：厚生労働省医師偏在対策推進本部 資料「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を基に作成

で策定することになります。医師偏在是正プランでは、支援対象医療機関、必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組等を定めることとしています。さらに医師偏在是正プランは国の定めるガイドラインを踏まえ、緊急的な取組みを要する事項(当該区域で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に対する支援)から先行して行い、2026年度に全体が作成される予定です。

< 2. 地域の医療機関の支え合いの仕組み >

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

医師少数区域等での勤務経験を管理者要件とする対象医療機関が拡大されました。具体的には、医療法第31条に基づき、医師確保への協力が求められる公的医療機関や国立病院機構、地域医療機能推進機構、労働者健康安全機構が運営する病院が対象に追加されています。さらに、勤務経験の期間は現行の6カ月以上から1年以上に延長され、柔軟な勤務形態が認められるよう調整されています。この取り組みにより、地域医療への医師の参加が促進され、地域医療の持続可能性が高まることが期待されています。

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等

外来医師が多数いる区域では、新規開業を希望する医師に対し、地域で不足している医療機能を担うことが要請される仕組みが導入されました。具体的には、夜間・休日診療や在宅医療など、地域医療に必要とされる機能を新規開業の条件として提示し、医療機能の偏在を是正することを目的としています。要請にも関わらず「地域で不足している医療機能提供」「医師不足地域での医療提供」を行わない開業者に対しては、都道

府県医療審議会での理由等説明を求めた上で、やむを得ない理由がない場合には都道府県が「勧告」「公表」を行うことが可能とされています。

③ 保険医療機関の管理者要件

保険医療機関の管理者要件において、医師は2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年、歯科医師は1年の臨床研修及び保険医療機関において3年、保険診療に従事したことが設けられます。

👉 派遣医師等への手当増額など、経済的インセンティブが講じられる

< 3. 地域偏在対策における経済的インセンティブ等 >

医師不足地域への医師配置を促進するため、経済的インセンティブが講じられます。重点医師偏在対策支援区域における医師確保を推進するため、医師偏在是正プラン全体の策定にあわせて2026年度から経済的インセンティブの本格実施となる見込みです。具体的には、つぎの3つが挙げられています。

診療所の承継・開業・地域定着支援:

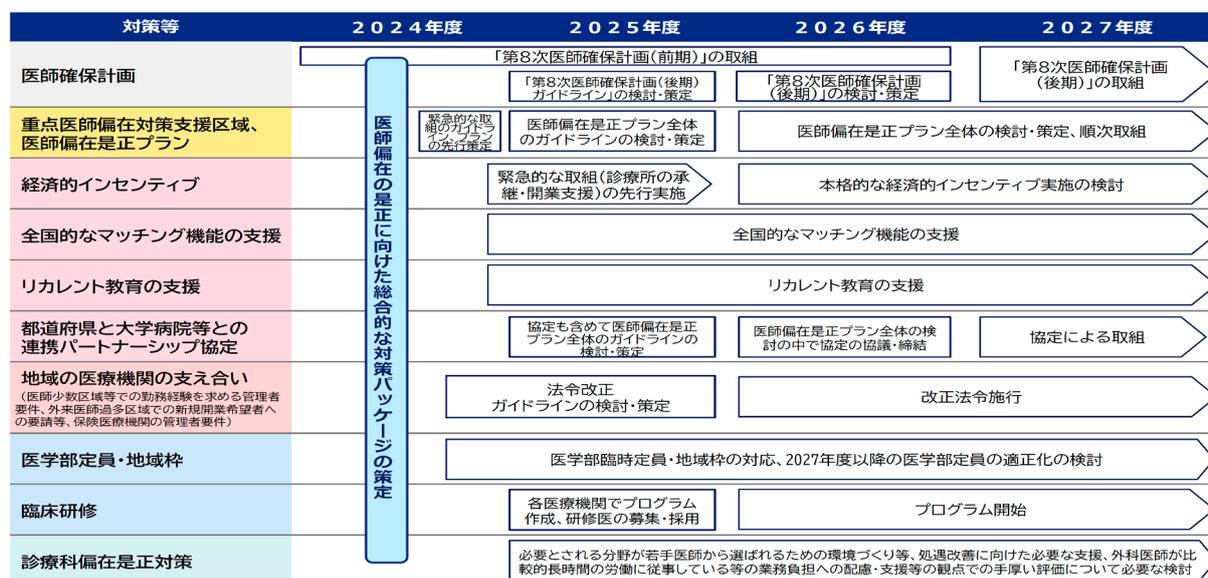
医師少数区域で診療所を承継または新規開業する際に必要な施設整備や設備整備費用を補助。また、地域への定着を支援する取り組みを2024年度補正予算で先行して対応。

派遣医師・従事医師への手当増額:

医師少数区域の特定医療機関に派遣されたり従事したりする医師に対し、手当の増額を通じて支援。

医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援:

図表3 今後のスケジュール(予定)



※ 医師偏在対策の効果を実施後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討

出典：厚生労働省医師偏在対策推進本部 資料「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」

土日勤務に対応する代替医師の確保や勤務環境改善に向けた支援を特定医療機関に提供するとともに、派遣元医療機関にも支援を実施。

これらのインセンティブにより、医師の地域定着を促進し、医療資源の偏在是正が期待されます。

その他に「全国的なマッチング機能の支援」「リカレント教育の支援」「都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定」が挙げられています。

< 4. 医師養成過程を通じた取組 >

医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、「恒久定員内への地域枠の設置」等を含む地域への定着の取り組みの支援や、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討などが行われます。

また臨床研修は、2026年度からの広域型連携型プログラム(医師少数県等で24

週以上の研修を実施)の開始に向けて準備を進めていくとしています。

< 5. 診療科偏在の是正に向けた取組 >

診療科偏在は国全体で取り組むべき課題であり、労働環境の改善や医療の集約化を進めつつ、若手医師が必要な分野を選びやすい環境整備が求められています。特に外科医の長時間労働に配慮し、業務負担への手厚い評価や支援策を検討するとしています。

これら医師偏在対策における、より具体的な内容については、2026年度の予算編成過程で検討していく方針が示されています(図表3)。

その際には2026年度診療報酬改定において、実効性のある医師偏在対策の具体的な対応についても検討するとしています。

中間年改定の年に行う 期中の診療報酬改定について

－入院時の食費の基準の見直し－

本年は診療報酬改定の中間年にあたり診療報酬改定はありませんが、昨年12月25日の中央社会保険医療協議会総会(第601回)において、「中間年改定の年に行う期中の診療報酬改定について」が議題としてあがり、

- ① 入院時の食費の基準の見直し
- ② 歯科衛生士や歯科技工士のタスクシフト、手間への評価の見直し
- ③ 長期収載品の選定療養化や医薬品供給不安に伴う服薬指導の評価の見直しの3点がとりあげられました。

ここでは、①入院時の食費の基準の見直しについてご紹介いたします。

👉 物価高に対応するため入院時の食費の基準見直し

2024年診療報酬改定において、食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を見直すという内容で、入院時の食費の基準が25年ぶりに、1食あたり640円から670円と30円(4.68%)引き上げられたのは記憶に新しいところです。

しかし、現下の物価高、特に食料品の高騰はさらに勢いを増しています(図表1)。

こういった厳しい状況の下、管理栄養士などは、物価高騰の対策として、「業者から安価な食材を紹介してもらう」、「価格変動が少ない食材の使用頻度を増やす」、「冷凍食材や加工食品を増やす」などの対応策を実施しています。

しかし、これらのことが長期化すると食事の質の低下が懸念され、患者満足度の低下につながりかねない状況であるといえます(図表2)。

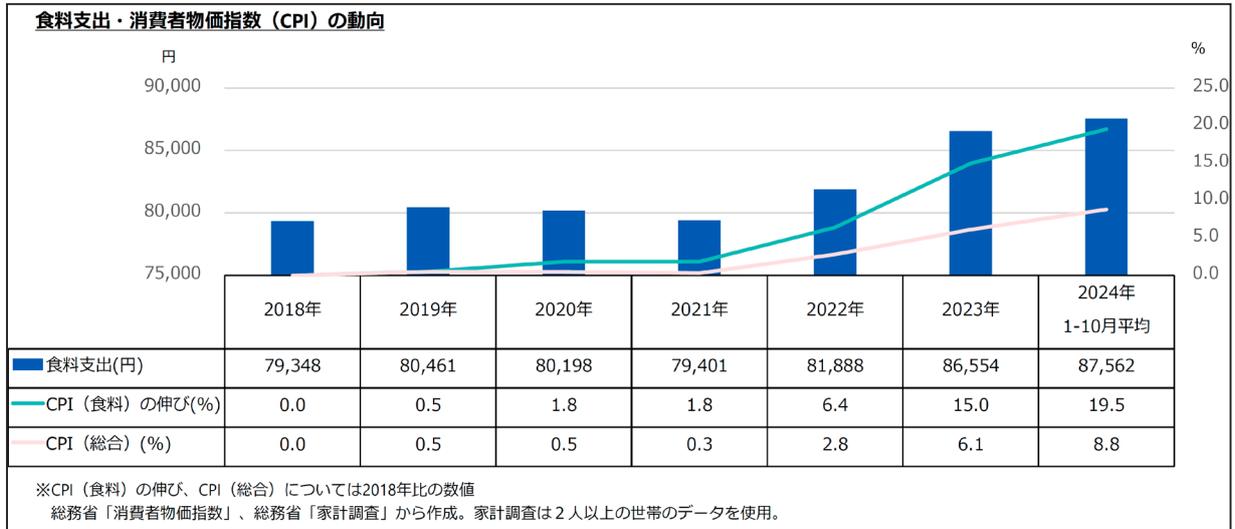
👉 入院時の食費の基準の見直しについて(案) 更に20円引き上げ

これらの状況を受けて厚生労働省は、診療報酬改定中間年ではありますが、「入院時の食費 について、令和6年度診療報酬改定において、1食当たり30円引き上げを行ったが、食材費等の高騰は更に続いている。医療の一環として提供されるべき食事の質を確保する観点から、更に1食当たり20円引き上げる。」(図表3)という方針をかかげています。

この改定は、2025年度予算編成過程を経て、実施日が決まる予定となっています。

出典：厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第601回) 資料「総-3 中間年改定の年に行う期中の診療報酬改定について」より抜粋(図表1, 2, 3とも)

図表1 入院時の食費をめぐる状況



図表2 給食管理に携わる管理栄養士・栄養士が物価高騰の対策として行っている工夫

	全体		管理栄養士		栄養士	
業者から安価な食材を紹介してもらう	254	43.8%	206	46.5%	48	35.0%
仕入れ先の変更	208	35.9%	163	36.8%	45	32.8%
価格の変動が少ない食材の使用頻度を増やす	195	33.6%	143	32.3%	52	38.0%
冷凍食材や加工食品を増やす	149	25.7%	114	25.7%	35	25.5%
メディアを活用してレシピや調理法の幅を広げる	138	23.8%	102	23.0%	36	26.3%
手間がかかっても食材ごとの仕入れ先を分ける	132	22.8%	105	23.7%	27	19.7%
提供食数の変動把握を強化する	107	18.4%	89	20.1%	18	13.1%
保存がきくものは1度に大量に仕入れてコストを抑える	94	16.2%	70	15.8%	24	17.5%
大量購入や定期購入で仕入れ値を下げる交渉	93	16.0%	69	15.6%	24	17.5%
単価を下げるために旬の食材を多く取り入れたメニューにする	90	15.5%	59	13.3%	31	22.6%
揚げ物を減らし、蒸し・炒め・煮込み物を増やす	81	14.0%	59	13.3%	22	16.1%
調理工程を見直す	80	13.8%	64	14.4%	16	11.7%
施設側で使用している栄養剤などの見直し	64	11.0%	62	14.0%	2	1.5%
規格外の野菜を取り入れる	45	7.8%	31	7.0%	14	10.2%
個人業者に地元食材や日製品など安く取り扱えないか交渉	43	7.4%	31	7.0%	12	8.8%
給食委託会社との契約の見直し	39	6.7%	36	8.1%	3	2.2%
委託側での発注を必要最低限の発注数に抑えてもらう	27	4.7%	21	4.7%	6	4.4%

調査期間：2023年7月24日～8月2日
 調査対象：給食のコスト管理業務を行っている全国の管理栄養士・栄養士580名
 調査方法：Webを使用したアンケート

出典：株式会社エス・エム・エス 管理栄養士・栄養士向けコミュニティ「エイチエ」 「物価高騰による施設等の給食への影響調査」(複数回答)

図表3 入院時の食費の基準の見直しについて(案)

○入院時の食費について、令和6年度診療報酬改定において、1食当たり30円引き上げを行ったが、食材費等の高騰は更に続いている。医療の一環として提供されるべき食事の質を確保する観点から、更に1食当たり20円引き上げる。

食事療養及び生活療養の費用額算定表	(現行)	(見直し案)
第一 食事療養		
1 入院時食事療養(I) (1食につき)		
(1) (2)以外の食事療養を行う場合	670円	690円
(2) 流動食のみを提供する場合	605円	625円
2 入院時食事療養(II) (1食につき)		
(1) (2)以外の食事療養を行う場合	536円	556円
(2) 流動食のみを提供する場合	490円	510円
第二 生活療養		
1 入院時生活療養(I)		
(1) 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養(以下「食事の提供たる療養」という。)(1食につき)		
イ □以外の食事の提供たる療養を行う場合	584円	604円
□ 流動食のみを提供する場合	530円	550円
2 入院時生活療養(II)		
(1) 食事の提供たる療養(1食につき)	450円	470円

※入院時の食費の自己負担の観点から、医療保険部会での議論も予定。 ※見直しの施行日については、2025年度予算編成過程を経て決定。

そのほかの在宅医療 訪問看護、薬剤指導など

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。

在宅医療では、医師以外に、看護師や薬剤師、管理栄養士などによる訪問も行われます。それぞれ医師の指示に基づき、医療的な処置や服薬状況の確認、栄養管理などが行われます。

👉 医師の指示のもと、看護師などが訪問

前節までは、医師が患者の自宅などを訪れて診察や医学的な管理を行った場合の診療報酬を説明してきました。本節では、医師以外の医療職が在宅を訪問する場合の診療報酬について解説します。

看護師や薬剤師、管理栄養士などが、医師の指示に基づき必要に応じて患者の自宅などを訪問します。

👉 訪問看護は、「医療機関」「ステーション」の2通り

看護職員が、医師からの指示を受けて患者の自宅などを訪問することを「訪問看護」といいます。訪問看護には、「医療機関の看護師」が訪問する場合と、「訪問看護ステーション」から看護師が訪問する場合の2通りがあります。訪問看護ステーションは、医療機関とは異なる事業体で、看護職員2.5人以上(パート含む)などの基準を満たすことで設立できます。

医療機関の看護師が患者の自宅を訪問する場合、診療報酬の「在宅患者訪問看護・指導料」が算定されます。通常は週3日まで訪問することができ、1日580点が算定されます。また、医療機関からのより手厚い訪問看護提供体制を評価する観点から、一定の実績を満たす場合について訪問看護・指導体制充実加算150点を月1回に限り算定できます。

訪問看護ステーションから看護師などが訪問する場合は、上記の在宅患者訪問看護・指導料に相当する「訪問看護基本療養費Ⅰ」が算定されるほか、「訪問看護管理療養費」と呼ばれる費用がかかります。

なお、同じ日に同じ建物内の患者3人以上を訪問する場合は、1人あたりの点数が上記よりも低くなります。また、末期の悪性腫瘍など「厚生労働大臣が定める疾病等^{*}」に該当する患者の場合は、週4日以上が訪問が可能です。

^{*} 疾病等：末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患など。

👉 訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導

薬剤師が訪問し、医師が発行した処方箋をもとに薬を処方するほか、服薬状況の確認や指導などを行った場合、「在宅患者訪問薬剤管理指導料」が算定されます。

また、管理栄養士が訪問して、献立の作成や栄養管理を行った場合には「在宅患者訪問栄養食事指導料」が算定されます。

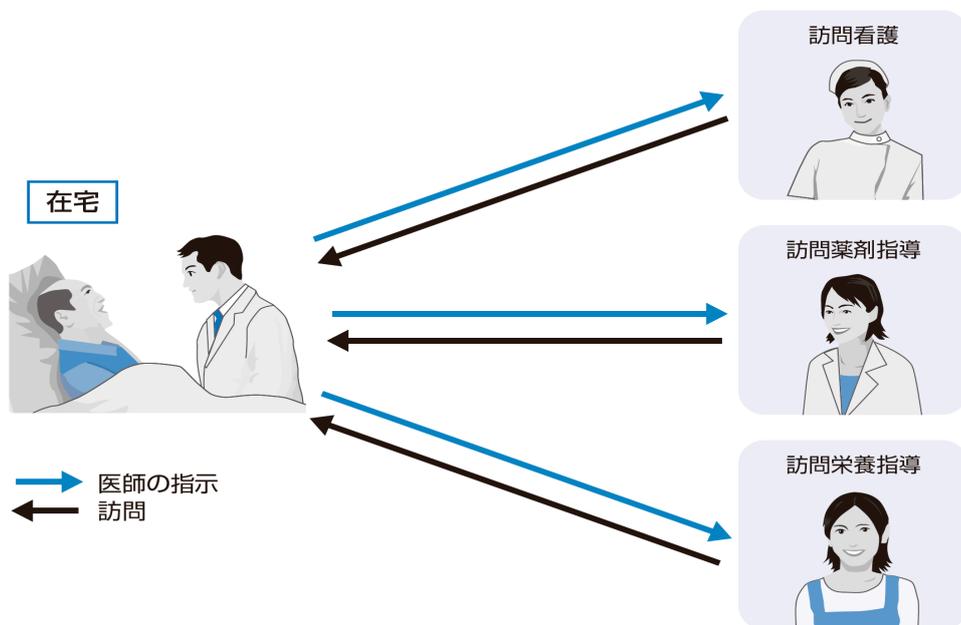
👉 在宅医療は介護保険が優先

在宅医療の診療報酬を算定する際の注意点として、介護保険の適用者（要介護・要支援の認定を受けている人）の場合、医療保険ではなく介護保険が優先されます。

例えば、要介護認定者が訪問看護を利用する場合は、介護保険の訪問看護に則りサービスの提供と費用の算定が行われます*。

*…行われます：末期の悪性腫瘍など厚生労働大臣が定める疾病等に該当する患者の場合、医療保険が適用。

医師以外の医療職による在宅医療の例



「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かがわかります！

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

～医療機関のBCPの考え方～

<連載:第2回>

「医療機関におけるBCP導入から見直しの手順」

内閣府が実施した「業種別BCP策定率」調査(令和5年度)では、国内の医療・福祉関連事業者のBCP策定率は41.3%で、全業種平均の策定率50.5%を約9ポイント下回っています。連載第2回は、「医療機関がBCPを導入する際の手順」について記します。

実効性の高いBCPの導入には、「被害をもたらした原因(地震か水害かなど)が何かは問わないオールハザード(全災害対応型)アプローチ」で考え、災害実態に即した業務の優先順位を設定することが重要です。

<<導入手順>>

1 リスクの特定と評価

BCPの第一歩として、医療機関が直面するさまざまなリスクを特定し、その影響度を評価します。自然災害、火災、感染症の流行、テロ、サイバー攻撃など、潜在的なリスクを洗い出し、それぞれの発生確率と影響の大きさを評価することが重要です。この過程で、過去の事例を参考にしながら、医療機関の特性や地域特有のリスクも考慮します。リスク評価の結果は、BCP全体の方向性を決定づける重要な情報となります。

2 緊急時の対応計画の策定

特定したリスクに対する具体的な対応計画を策定します。この計画には、各リスクに対するアクションプランや、医療提供の継続に向けた手順を明示します。緊急時には、患者のトリアージや、医療スタッフの動員、医療資源の管理など、具体的な業務プロセスを明確化します。対応計画は、シミュレーションを通じて実効性を確認し、実際の状況に即した内容に修正することが求められます。

3 業務の優先順位設定

連載第1回BCP策定のポイントでも記しましたが、災害時においては、すべての業務

を同時に行うことができないため、業務の優先順位を設定します。業務の優先順位設定はBCPの要点とも言えます。

医療機関では、患者や職員の安全確保を最優先とします。患者の安全確保の視点では、①急性期治療や救急対応、②人工透析や人工呼吸器など生命維持関連装置の機能確保、③入院患者のケアなどが最も重要な業務として位置付けられます。

これらに基づいて、重要業務を継続するためのリソース確保(職員のシフト調整、必要な医療機器の確保など)や、業務が中断した場合の代替手段(他施設との連携、外部支援機関の活用など)を計画します。業務の優先順位付けにより、限られた人的・物的資源を効率的・効果的に活用することを目指します。

4 従業員の教育と訓練

BCPの策定だけでなく、実際に機能させるためには、スタッフへの教育と訓練が不可欠です。定期的な訓練や演習を通じて、スタッフが緊急時の対応手順を理解し、自信を持って行動できるようにします。訓練には、実際のシナリオを用いたシミュレーションを取り入れ、現実的な状況での対応力を養うことが重要です。また、教育プログラムを作成し、新入職員や非常勤スタッフ

にもBCPの重要性を理解させることが求められます。

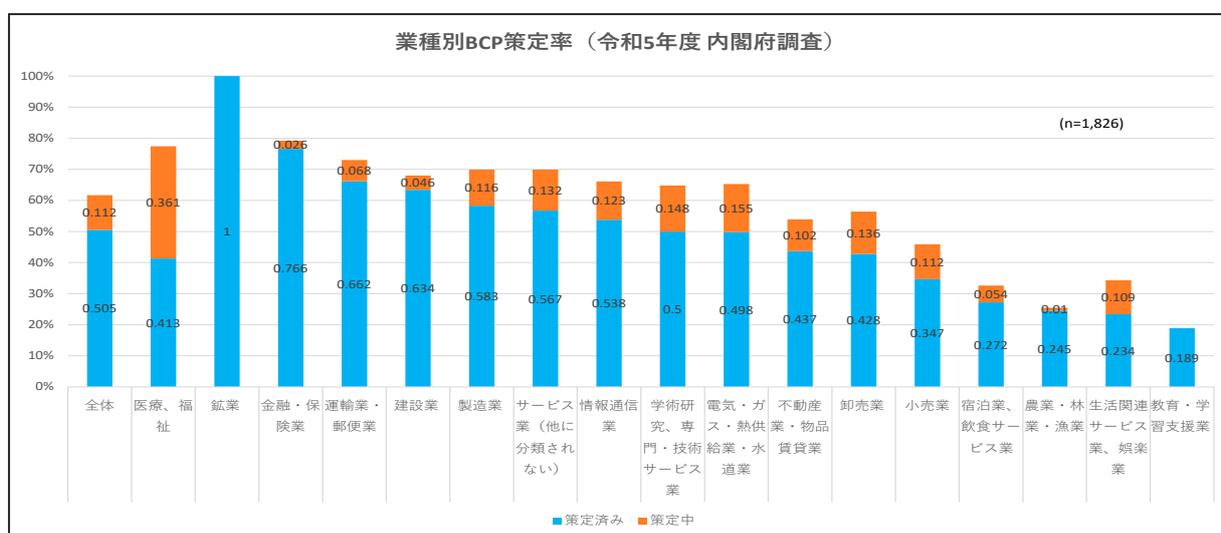
5 BCPの見直し(更新と改善)

BCPは一度策定して終わりではありません。定期的にレビューを行い、新たなリスクや状況に応じて見直すことが重要です。具体的には、年に一度の見直しや、実際の災害発生後の振り返りを通じて、BCPの効果を評価します。また、変更があった場合は関係者

全員に周知し、常に最新の状態を維持することで、BCPの実効性を高めることができます。このプロセスを通じて、組織全体でBCPの重要性を再認識する機会とすることも大切です。

BCPの見直し(更新と改善)を含む運用管理は、BCM(事業継続マネジメント)とも呼ばれ、策定したBCPが機能するために不可欠な考え方です。

図表 「業種別BCP策定率」



出所: 令和5年度企業の事業継続及び防災の取組に関する実態調査概要(内閣府防災計画担当 令和6年3月)を基に筆者作成

<<医療機関がBCPを策定する際の参考資料>>

厚生労働省は、医療機関がBCPを策定する際に参考となる考え方や手順、ひな形をホームページに掲載しています。本稿執筆の際にも参考とした資料ですので、参考資料として記載します。

- 1) 「医療施設の災害対応のための事業継続計画(BCP)」厚生労働省
- 2) 「BCP策定の手引き・在宅医療を提供する診療所編」厚生労働省
- 3) 「サイバー攻撃を想定した事業継続計画(BCP)策定の確認表」厚生労働省
- 4) 「サイバー攻撃を想定した事業継続計画(BCP)策定の確認表のための手引き」厚生労働省
- 5) 「医療情報システム部門 事業継続計画(BCP)」厚生労働省
- 6) 「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」厚生労働省
- 7) 「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル」厚生労働省

鶴岡 順也 (つるおか じゅんや)

資格等: 経済産業大臣登録・中小企業診断士、
関東経済産業局長認定経営革新等支援機関、ITコーディネータ
専門: 経営戦略立案、リスクマネジメント、マーケティング、医療機関等の経営改善支援
所属学会: 日本経営診断学会、危機管理システム研究学会

一厚生行政ダイジェスト

補正予算：病院など賃上げ支援 1床当たり4万円

政府は2024年11月29日、2024年度の補正予算案を閣議決定しました。

厚生労働省の一般会計は8,414億円で、医療関連では賃上げをさらに支援するため828億円を計上しています。ベースアップ評価料を算定し、生産性の向上につながる設備の導入などを進める病院や有床診療所に給付金を1床当たり4万円、無床診療所と訪問看護ステーションには1施設につき18万円を支給します。医療機関や訪問看護ステーションでの生産性向上の取り組みを支援し、人材の確保や定着を図るのが狙いです。

対象となる取り組みの例としては、

- タブレット端末や離床センサー、インカム、WEB会議設備などの導入による職員間の情報伝達の効率化
 - 床ふきロボットや監視カメラなどの導入による清掃業務や院内監視業務の効率化
 - 医師事務作業補助者や看護補助者の配置による医師や看護師の業務効率化
- などを厚生労働省は挙げています。

これらは、新たに配置する際に必要な経費のほか、既に雇用している職員の人件費に充てることも可能であるとされています。

2024年度の補正予算案には、患者の減少といった医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関に対する支援に428億円を盛り込んでいます。対象となる医療機関への給付金の交付額は、病院や有床診療所の場合は1床当たり410万4,000円です。また、現在の物価高騰を含む経済状況の変化により、施設の整備が困難な病院などへの支援も行います。さらに、医師の偏在の是正に向けた医師不足地域での診療所の承継や開業支援、リカレント教育の実施に109.7億円を計上しました。それを活用し、医療機関の維持が困難な「重点医師偏在対策支援区域」(仮称)の医師を確保するため、支援区域内で診療所を承継したり、開業したりする場合の施設や設備の整備に加え、一定期間の定着を図るための支援を行います。

医療法人の経営情報、新システムで届け出へ

厚生労働省は、医療法人に義務付けられている事業報告書や経営情報の年度ごとの届け出について、2025年度以降は福祉医療機構が総合情報提供サイト「WAM NET」上に立ち上げる新システムに移行することを事務連絡で伝えました。新たなシステムの利用には年度内の申請が必要で、早めの申請を呼び掛けています。

利用申請は、福祉医療機構のウェブサイトの法人情報登録フォームで行います。

2025年2月28日までに利用申請すると新システムの法人IDが年度内に発行されます。その後、パスワードの設定などを済ませれば4月以降にログインできるようになります。2025年3月中に利用申請した場合は4月以降に法人IDを発行することになります。

現在の医療機関等情報支援システム「G-MIS」の法人IDは新システムに引き継がれますが、年度内に改めて利用申請する必要があります。

医療法人や都道府県の負担軽減、データ収集と分析を一元的に行えるようにするのが狙いで、新システムで届け出を行うと、翌年度以降は前年度の入力内容を利用できます。また、入力ミスや必須項目の入力漏れがないか、数値に整合性が取れているかなど、入力内容のチェック機能も導入されます。

医師の時短計画、2段階評価で毎年見直し

厚生労働省は、働き方改革に伴う医師の労働時間短縮計画を作成するためのガイドラインを一部改正したと2024年11月27日に都道府県などに通知しました。今回の改正により、毎年見直しが求められる時短計画について、計画の年度途中に行う「年度暫定評価」と、次年度開始後に実施する「年度最終評価」の2段階評価で見直しを行うことを追記しました。

改正したガイドラインでは、時間外や休日の労働時間が年960時間を超え、特例水準を適用する医師が勤務する特定労務管理対象機関や地域医療介護総合確保基金の補助金の交付を受ける医療機関、特定労務管理対象機関の指定を受けようとする医療機関などに医師の時短計画の作成を義務付けています。

時短計画の期間は、5年を超えない範囲で設定することとし、ガイドラインでは4月を時短計画の開始月とした場合を例に、毎年行う見直しの方法を解説しています。それによると、初年度の第3四半期頃に「年度暫定評価」を実施し、時短計画の対象となる医師の時間外・休日労働時間数や、タスクシフト、タスクシェアによる労働時間の短縮に向けた取り組みについて実績を確認します。実績の確認期間は4月から11月末までの8カ月間としました。その結果を基に第4四半期頃に時短計画の見直しを検討し、年度末までに2年目の時短計画の変更を行います。

「年度暫定評価」は年度途中で行うため、初年度全体の「年度最終評価」を2年目の第1四半期頃に実施して、「年度暫定評価」と同様に実績を確認します。その結果を基に、すでに開始している2年目の時短計画の見直しが必要かどうかを検討し、計画を見直す場合は6月末までに計画の変更を行いません。一連の見直しは毎年行い、特定労務管理対象機関は時間外・労働時間の実績などを記入する参考資料とともに時短計画を都道府県に提出します。

オンライン診療の資格確認、マイナ在宅受付Webなどで

厚生労働省は、健康保険証の新規発行が終了した2024年12月2日以降にオンライン診療を行う際は、モバイル端末で資格確認を行う「マイナ在宅受付Web」のほか、資格確認書や健康保険証の画面上への提示によって資格確認を行うこととする疑義解釈資料を2024年11月29日に発出しました。

現行の健康保険証による資格確認ができるのは、保険証の有効期限の範囲内か2025年12月1日までとなり、オンライン服薬指導での資格確認も同様の取り扱いとなります。

健康保険証の新規発行の終了に伴い療養担当規則が改正され、11月2日に施行されました。マイナ保険証や資格確認書による資格確認が規定され、現行の保険証はこの日から最大で1年間使用が可能となりました。

疑義解釈では、「マイナ在宅受付Web」で資格確認を行う際の留意点を紹介しています。医療機関や薬局はあらかじめオンライン資格確認等システムで「マイナ在宅受付Web」のURLか二次元コードを取得し、患者に共有します。患者側では、あらかじめマイナンバーカードに保険証を登録しておく必要があり、その上で、自分のモバイル端末などを用いて、共有されたURLか二次元コードから「マイナ在宅受付Web」にアクセスします。マイナンバーカードを端末にかざし、本人確認を行うことで資格確認が可能となります。マイナ保険証の電子証明書の有効期限が過ぎた場合でも、3カ月間は引き続き資格確認を行えます。ただし、その場合は医療情報を取得することはできません。

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

“ 成果を上げるものは
アウトプット思考である。”

(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



『仕事を生産的なものにするには、成果すなわち仕事のアウトプットを中心に考えなければならない。技能や知識などインプットからスタートしてはならない。技能・情報・知識は道具にすぎない。』

とドラッカーは説きます。

成果とはアウトプット、その人からどれだけのものが生み出されたかということです。学生と社会人の違いは、学生が学ぶ事中心、つまりインプット志向なのに対し、社会人はアウトプット志向であるということです。

高い成果を上げる人は皆、アウトプットを強く意識しながら仕事をしています。

どの職場にも学生時代の考え方が抜けず、インプットにばかり注意を向け、その結果成果を上げられない人がいます。そういう人ほど成果が上がらない理由を他に見つけ言い訳を並べるものです。

結果だけが全てではないでしょうが、組織として成果をあげるためには、そういった人にアウトプットを意識させ、成果につなげるためにどうすべきかを教えることがリーダーには求められます。

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

