



全日病 ニュース

2023.2.1 No.1025

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp](mailto:ajhainfo-mail@ajha.or.jp)

2024年度診療報酬改定に向けたスケジュールを決定

中医協総会 ポスト2025年を見据えた6年に1度のトリプル改定

中医協総会(小塩隆士会長)は1月18日、2024年度診療報酬改定に向けた検討の進め方を了承した。6年に1度の医療・介護・障がい福祉等のトリプル報酬改定であるとともに、ポスト2025年を見据えた医療・介護提供体制の姿を想定し、報酬改定に取り組むことが求められている。また、第8次医療計画や医師の働き方改革、医療DXへの対応も大きな課題となっている。

- 厚生労働省は、2024年度改定の背景として、以下を指摘した。
- ①介護報酬・障がい福祉サービス等報酬との同時改定
 - ②2025年に向けて地域医療構想を推進するとともに、医療介護総合確保促進会議による「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」が取りまとめられる
 - ③新興感染症対応を含め第8次医療計画が2024年度から始まる
 - ④2024年度から医師の働き方改革が実施される
 - ⑤医療DXの取組みが進んでいる
 - ⑥革新的な医薬品や医療ニーズの高い

医薬品の日本への早期上市や医薬品の安定的な供給を図る観点から、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」で、薬価制度などの議論が行われている

⑦プログラム医療機器(SaMD)の検討が求められている

これらを踏まえ、それぞれの検討を行う場を決定した。

介護給付費分科会と意見交換

同時改定ということでは、前回の同時改定(2018年度改定)の時と同様に、中医協と介護給付費分科会において、各報酬がより有機的に連携した設計になるように、それぞれが具体的な改定項目の議論に入る前に、同時改定に関する議論を行うため、関係する委員などが参加する意見交換会を設定する。

なお、意見交換会では、具体的な報酬に関する方針には踏み込まず、新型コロナの感染拡大を踏まえた今後の健康危機管理やポスト2025および2040年を見据えた際の課題や方向性の共有を

目的にする。改定内容の重要な決定はあくまで中医協で行うとの考えだ。

開催時期は3月以降、3回程度とする。課題としては、認知症やリハビリテーション・口腔・栄養、人生の最終段階における医療・介護、訪問看護、薬剤管理などをあげた。会議は原則公開で、保険局と老健局が事務局を務める。

また、プログラム医療機器(SaMD)については、AIを備え医学管理を行うスマホのアプリなど従来の評価の枠組みが想定していない技術が登場してきているため、保険医療材料等専門組織にワーキンググループを設置し、評価体系を検証する。

中医協での2024年度改定に向けた議論は4月以降に始まる。まずは、第8次医療計画、医師の働き方改革、医療DXをテーマに議論する。その後、入院、外来、在宅、歯科、調剤、感染症、個別事項(その1)などについて、夏頃までに、幅広く意見交換を行う。秋頃より、個別具体的な改定項目(その2)について、診療報酬でどう評価するかの本格的な議

論が行われる。

それと並行して、入院・外来医療等の調査・評価分科会や改定結果検証部会などで、2022年度改定の検証を含めた議論が各分野で行われることになる。

委員からスケジュールに関し、特に異論はなく了承された。

支払側はメリハリある評価求める

意見では、支払側の健康保険組合連合会理事の松本真人委員が、「ポスト2025年の議論も重要だが、2025年に向け地域医療構想をきちんと進める必要があるということに特に指摘したい」と述べ、着実な地域医療構想の推進を求めた。また、「新興感染症対応、医師の働き方改革、医療DX、医薬品の評価、プログラム医療機器(SaMD)などの課題に対し、評価の充実を前提とするのではなく、メリハリをつけて評価することが大事だ」と釘を刺した。

また、支払側の委員から、医療DXをめぐり昨年12月23日に答申が行われた「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の評価見直しに関連し、答申書付帯意見に、「早期に患者・国民の声を丁寧かつ幅広く聴く」と明記されたことから、患者からのヒアリングの実施を主張する意見が相次いだ。これに対し、日本医師会常任理事の長島公之委員は、特定の意見に偏る意見聴取にならないよう、ヒアリングの実施方法については、慎重に検討すべきであると主張した。

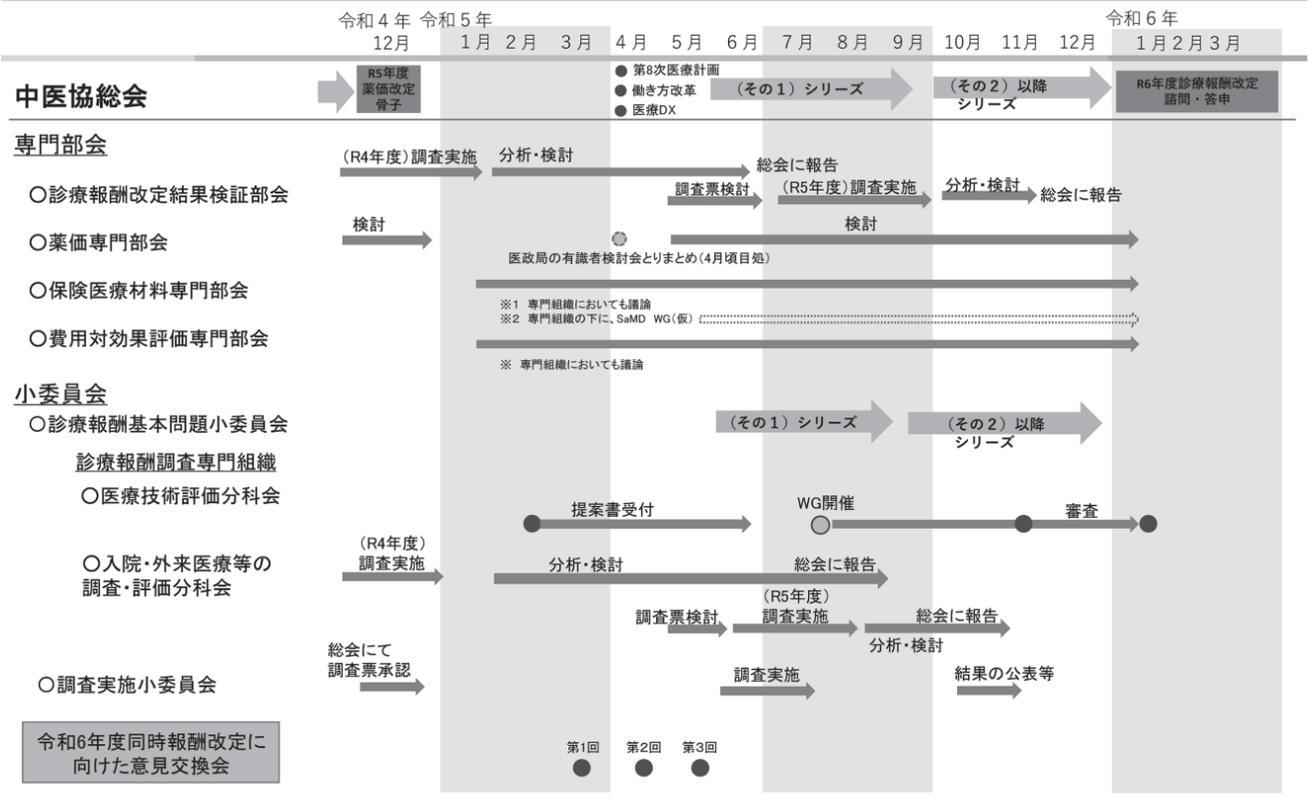
保険医療機関の指導・監査等

そのほか、2021年度の保険医療機関等の指導・監査等の実施状況が報告された。個別指導は1,050件で対前年度比747件減、新規個別指導が4,453件で同1,538件増。2021年度は、新型コロナの感染拡大のため見合わせていた新規個別指導を再開したため増加したが、個別指導は一部で実施できず減少した。保険医療機関の指定取消等は26件、保険医の登録取消等は16人となっている。

本号の紙面から

- 8次医療計画の意見まとめる 2面
- 医療提供体制の意見まとめる 3面
- 中医協が報酬改定を答申 4・5面
- 薬価改定などで大臣予算折衝 6面
- 来年度の厚労省予算案を決定 7面
- 医療情報提供項目を6つ追加 8面

令和6年度診療報酬改定に向けた中医協等の検討スケジュール(案)



清話抄

移転リニューアルを経験して

昨年の7月末に当院の新築移転リニューアルを経験した。旧病院は開設から約40年が経過しており、建物の老朽化および耐震構造の問題もあって、4年程前から計画し順次進めていた。その時点においては、建設費の高騰のため「オリンピックが終わるまで待つ」が通説であった。

市の再開発計画地での移転計画とあって、プロポーザルを経て、コンソーシアムの一員として進める中での大手ゼネコンとの折衝や、様々な法令の制限下で計画を進めることとなり、莫大な事務的作業を行わなければならなかった。振り返るとよく無事に移転できたものだと思う。

コンソーシアムは2つの街区から成っており、同じ街区には当院の他に民間医療機関2施設と商業・ホテル・共同住宅があり、もう1つの街区は大学や医療系の専門学校で構成され、サステナブルをキーワードに今後様々な連携により発展が見込まれる形となっ

ている。

全体計画の関係上、オリンピックが終わるのを待てず、約4年前に設計・施工契約をせざるを得なかったが、その後の建設費の上昇を顧みれば幸いであった。WAM(独立行政法人 福祉医療機構)の直近のデータ(2021年度)では、規模や機能によって異なるが、医療施設における建設費の平米単価では423千円で、2010年度以降で最高額となっており、今はさらに上昇しているとのことである。

新型コロナウイルス禍からの需要回復に伴う需要逼迫、ウクライナ危機による原材料の高騰、急激な円安の進行

等でプロジェクトの延期や計画の見直しなどが相次ぎ、先行きの不透明さに対する懸念が強まっている。また、診療報酬においてはプラス要素がみえてこない中、病院経営においては非常に厳しい環境である。次の世代に置き換わったとき、今回と同じようなことが果たして可能なかとも心配である。

VUCA (Volatility Uncertainly Complexity Ambiguity) 時代といわれているが、グローバル化・デジタル化・少子高齢化などの社会変化に対応するには、人材マネジメントのアップデートと更なる経営基盤の強化が喫緊の課題であろうと考える。(三井慎也)

主張

賢い機能分化とダウンサイジング

今回のコロナ騒動の悩ましい点は感染防止と病院経営を両立しなければならぬことだと思います。そのような中、2025年の地域医療提供体制構築のため地域医療構想が進められていますが、今回のコロナ騒動で起こった患者の受療行動の変化により5年早く、外来患者の激減が起こってしまいました。いずれ、アフター・コロナ時代が来るとは思いますが、一旦変わった患者の受療行動が戻ると

は思えません。今後の人口構造の変化を考えると、医療機能の分化・連携強化・集約化は避けられない課題であるし、在宅から医療・介護までの一連の患者の流れの中で自院がどの領域で役割を果たせるのかが求められていると思います。そのことを考えると現在、各地で開催されている地域医療構想調整会議では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の数合わせ的な議論が行われています

が、そうではなく、特定機能病院、地域医療支援病院や専門医療機能を持った一部の病院・診療所を除き、地域の住民の「かかりつけ」的な機能すなわち、住民が困った時に何とかしてくれる病院が求められていると思います。まさに全日病会員病院の得意とするところでもあります。

しかしながら、外来・入院収益はやや持ち直しつつあるも、人口構造の変化を考えると今後の医療経営は厳しいと言わざるを得ません。

そのような中、国は地域医療構想を粛々と進めていく方針に変わりはなく「重点支援区域の申請」と「病床機能再編支援補助金」の仕組みを示し、医療

機能の統合・削減に公費を投入する体制を築こうとしています。すなわち国の主導で機能分化とダウンサイジングを積極的に進める方針だと思います。現在、各医療機関はコロナの受け入れの有無に関わらずコロナの影響を強く受けていることは事実であり、その状況が劇的に改善するとは思えません。今後の医療経営は、これまで以上に地域の人口動態・高齢化の状況を睨みながら、国が積極的に進めようとしているこういった仕組みを活用し、地域医療構想に則った賢い機能分化と賢いダウンサイジングを真剣に考えていくことも必要なかもしれません。

(牧角寛郎)

コロナ病床確保事業の見直しで所見

会計検査院

人員不足で受入れを断った医療機関を問題視

会計検査院は1月13日、新型コロナウイルス感染症患者受入れのため、2020年度から実施している病床確保事業等の検査結果を公表した。新型コロナ患者受入れのための病床確保の補助金事業の実施状況を調査。病床を確保しても、看護師などが確保できずにコロナ患者の受入れを断っていた医療機関があることなどから、厚生労働省に対し、事業の見直しに関し、所見を示した。

2020・2021年度の病床確保事業で補助金を受けていた496医療機関を検査(全3,483医療機関の14.2%)。確保病床の病床利用率が50%を下回っていた医療機関にアンケート調査を実施すると、看護師などの増員を見込んで、病床を確保したが、実際は想定した人数を確保できず、コロナ患者の入院受入要請を断っていたと回答した病院があった。また、実際の入院に伴う診療報酬額

と病床確保料を比べると、医療機関によって大きな差があり、医療機関により「機会損失」を上回る病床確保料を受けている医療機関があり、その逆もあった。

会計検査院はこうした調査結果を受け、厚労省に、「交付金は、確保病床の運用に必要な看護師等の人員が確保できているなど実際に入院受入体制が整っている確保病床を交付対象とするものであることを明確に定めるべき」と指摘した。また、看護師などの確保が困難

になった場合には、医療機関と調整を行うことを都道府県に指導すべきとした。

また、病床確保料の上限額の設定が適切であるかを改めて検証し、検証結果を踏まえた上限額や算定方法の見直しの検討を求めた。確保病床への病床確保料であれば、コロナ患者が実際に入院した場合の診療報酬、コロナ患者のために休止した病床の病床確保料であれば、休止前入院患者の診療報酬を参考にすることを提案した。

この問題は、各都道府県庁から問い合わせが来ると考えられるので、十分に話し合いを行っていただきたい。

2025年までの地域医療構想の取組みの着実な推進を明記

厚労省・第8次医療計画検討会

民間病院の対応方針の策定率向上を求める

厚生労働省の第8次医療計画等に関する検討会(遠藤久夫座長)は昨年12月23日、「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」(尾形裕也座長)がまとめた第8次医療計画の地域医療構想に関する意見の報告を受けた。地域医療構想は2025年までの取組みとなっており、当面、現行の枠組みでの取組みを着実に進めるが、第8次医療計画期間中に2025年を迎えるため、2025年以降の取組みについては、今後、2040年を見据えた中長期的課題として、改めて整理し、検討する。

当面の地域医療構想の取組みの進め方では、民間病院の取組みの加速化を求める意見が出る一方、客観的なデータに基づく議論が、地域の地域医療構

想調整会議で行われるよう、厚労省に偏りのない資料作成を求める意見が、医療提供者側の委員から相次いだ。

同日の検討会に厚労省が示した資料の中で、「地域医療構想調整会議における対応方針の検討状況」(下記の図表を参照)をめぐり議論があった。地域医療構想では、将来的な病床機能ごとの医療需要の変化を踏まえ、それに対応できる地域の医療提供体制を整えるため、医療機関の再編・統合を含めた対応方針を定めることになっている。

医療機関の区分別に、対応方針の協議状況を見ると、再検証対象医療機関を除く「新公立病院改革プラン・公立病院経営強化プラン対象病院」の対応方針の措置済みを含む「合意済」の割合

は、医療機関単位で99%、病床単位で99%となっている。

一方、「その他」は、医療機関数では29%、病床数単位で39%にまで下がる。「その他」の医療機関は概ね民間病院と想定されるため、健康保険組合連合会専務理事の河本滋史委員などが、民間病院の取組みの加速化を求めた。

しかし、これに対しては、「大阪では多くの民間病院が協議に参加し、合意している。都道府県別にみないと実態を見誤る」(加納繁照委員・日本医療法人協会会長)、「有床診療所が『その他』に入っているが、地域医療構想は病院を中心に進めているので誤解を招く」(今村知明委員・奈良県立医科大学教授)などの意見が相次いだ。

厚労省担当官は、「地域医療構想は公立・公的医療機関の協議を先行させているので、対応に違いが出るものと理解している。データの出し方についても、都道府県別のデータも示すなど、改めて検討する」と回答した。

全日病副会長の織田正道委員は、「データの出し方については、実数もきちんと示してほしい。主に民間病院の『その他』の母数は1万494で、その3割は3,150ぐらい。公立・公的病院は合わせて1,200程度なので、対応している民間病院の方がずっと多い」と指摘した。

何を指標に構想を推進するか

第8次医療計画策定に向けた地域医療構想の意見のとりまとめでは、地域医療構想の基本的な枠組みを維持しつつ、着実に取組みを進めるとの方針を確認した。その際に、都道府県は、「毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクルを通じて、地域医療構想を推進する」と明記した。

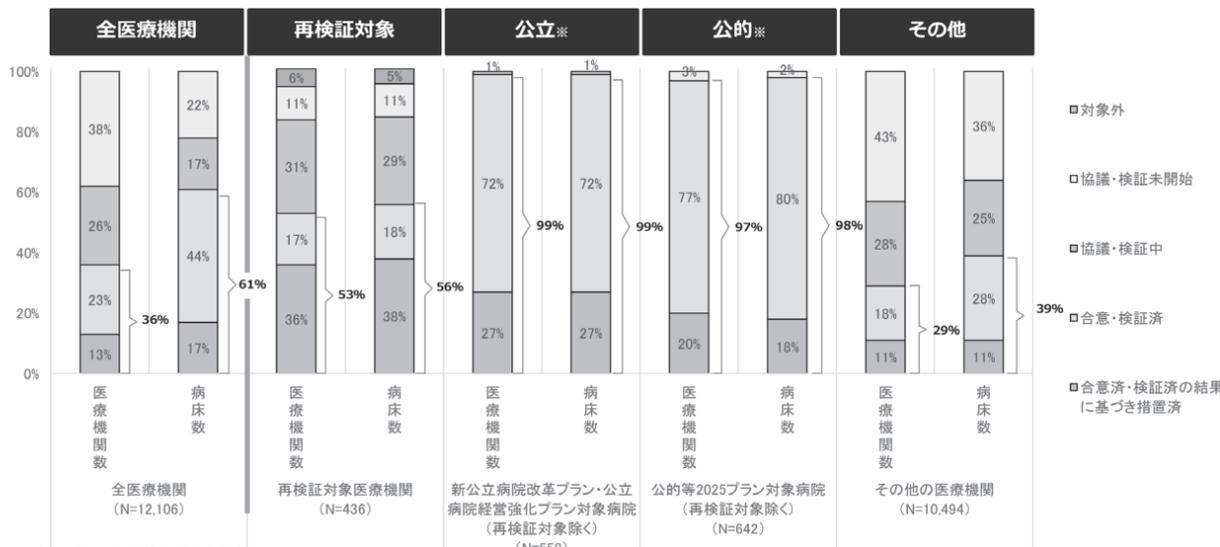
また、病床機能報告上の病床数と将来の病床の必要量について、データの特徴だけでは説明できないほどの差が生じている構想区域について、その要因の分析・評価を公表するとともに、「必要な方策を講じる」としている。

織田委員は、「当初の地域医療構想の議論が、各医療機能の病床数を『(推計に基づく2025年の)病床の必要量』に合わせなければいけないという方針になってしまったために、実際は不足していない回復期病床の増床が行われるなど、地域の医療提供体制に混乱が生じた。病床の必要量自体も、2013年時点の入院受療率や人口推計から算出した2025年の推計であり、古すぎる。地域医療構想を推進するにあたっては、病床の必要量に合わせることを強調するよりも、地域の医療機関間の連携や住民の満足度など定性的な評価を含めて、地域医療構想のPDCAサイクルを回すことが大事だ」と強調した。

地域医療構想調整会議における対応方針の検討状況

- 全ての医療機関の対応方針の措置済みを含む「合意済」・「検証済」の割合は医療機関単位で36%、病床単位で61%となっている。
- 再検証対象医療機関の対応方針の措置済みを含む「検証済」の割合は医療機関単位で53%、病床単位で56%となっている。
- 再検証対象医療機関を除く新公立病院改革プラン・公立病院経営強化プラン対象病院の対応方針の措置済みを含む「合意済」の割合は医療機関単位で99%、病床単位で99%となっている。
- 再検証対象医療機関を除く公的等2025プラン対象病院の対応方針の措置済みを含む「合意済」の割合は医療機関単位で97%、病床単位で98%となっている。
- その他の医療機関の対応方針の措置済みを含む「合意済」の割合は医療機関単位で29%、病床単位で39%となっている。

医療機関の区分別にみた対応方針の協議状況



※公立、公的には、再検証対象を含まない
 ※再検証対象医療機関の「対象外」には既に病床を有さなくなった医療機関も含まれるため一律に全医療機関の合計に計上していない。 医政局地域医療計画課調べ(一部精査中)

かかりつけ医機能の制度整備の意見などまとめる

社保審・医療部会

医療機能情報提供制度の刷新とかかりつけ医機能報告制度の創設

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は昨年12月23日、かかりつけ医機能の制度整備を含む「医療提供体制の改革に関する意見」(意見書)を大筋でまとめた。国民・患者の医療機関の選択に役立てるための医療機能情報提供制度の刷新と、かかりつけ医機能の充実・強化を図るためのかかりつけ医機能報告制度の創設が柱となる。厚生労働省は、同日の議論を受け、修正した意見書を12月28日に公表している。

「医療提供体制の改革に関する意見」は、医療提供体制の改革に関する基本的な考え方を示した上で、◇かかりつけ医機能が発揮される制度整備◇医療法人制度の見直し◇地域医療構想の推進◇医療従事者に関する取組の推進—の具体的な改革の内容を示している。

基本的な考え方では、新型コロナ対応について触れ、「行政による事前の準備が十分でなかったため、全国的な感染拡大による急速な医療ニーズの増大に直面」したと表現した。これに関し、全日病副会長の神野正博委員は、「行政による事前の準備が十分でなかった」というよりも、診療報酬を含め、病院が余裕のある体制を持つだけの制度的な対応がなされていなかったことに大きな原因がある」と指摘した。

意見書では、新興感染症対応と通常医療の両立を図るため、「平時から入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化と連携を図る」ことの重要性が、コロナ禍により改めて認識されたと強調し、今後の対応を図る必要があるとしている。一方、高齢者の増加と生産年齢人口の減少が続くことから、医療資源には限りがある。このため、「機能分化と連携、人材の確保を一層重視した国民目線での提供体制の改革」を進めることなどが、喫緊の課題であると位置づけている。

性急な制度改革は望ましくない

具体的な改革では、「かかりつけ医機能の制度整備」に多くの頁を割いた。

かかりつけ医機能については、2013年の日本医師会・四病院団体協議会の合同提言や、診療報酬における慢性疾患を有する高齢者などへの評価が行われてきた。しかし、医療計画等の医療提供体制に関する諸施策に位置付けた取組みは、これまで行われていない。

意見書は、人口構造の変化などにより、医療資源に限りがあることも踏まえ、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現するためにも、かかりつけ医機能の制度整備が必要としている。

その際に、「国民・患者がそのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を選択し、利用することができる仕組みとし、医療機関は地域の実情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化する仕組み」との基本的な考えを打ち出した。

かかりつけ医機能の制度制度をめぐっては、抜本的な改革を含め、これまでさまざまな意見があった。

しかし、意見書では、「我が国の医療制度が、フリーアクセスの保障、国民皆保険、医師養成のあり方と自由開業制、人口当たりの病床数といったさまざまな要素が微妙なバランスの上に成立していることに鑑み、エビデンスに基づく議論を行い、現在ある医療資源を踏まえ、性急な制度改革がなされないよう時間軸に十分に留意することが必要」であり、今回の改革案に至ったとしている。

医療機能情報提供制度の刷新

改革案の柱の1つが「医療機能情報提供制度」の刷新である。現状の「医療機能情報提供制度」に対しては、医療部会の議論において、「内容の具体性に乏しい」、「診療報酬点数(の項目)そのままでは理解しづらい」といった意見があり、実際に医療機関を選択する手段としては、「不十分」とされた。

このため、以下のような見直しを実施する。

まずは、「かかりつけ医機能」の定義を法定化する。定義は、現行の医療法施行規則で、「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医療機関の機能」とされていることを踏まえた内容とする。

医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つ情報と医療機関間の連携に係る情報を都道府県に報告するとともに、都道府県知事は、報告された「かかりつけ医機能」に関する情報を国民・患者にわかりやすく提供する。

このため、情報提供項目を見直すとともに、都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について、全国統一のシステムを導入する。

情報提供項目のイメージとしては、◇対象者の別(高齢者、障害者、子どもなど)◇日常的によくある疾患への幅広い対応◇医療機関の医師がかかりつけ医機能に関して受講した研修など◇入退院時の支援など他の医療機関との連携の具体的内容◇休日・夜間の対応を含めた在宅医療や介護との連携の具体的内容—を例示した。

なお、具体的な項目の内容などは、今後、有識者や専門家などが参加する会合で、詳細を検討する。また、医療機能情報の公表の全国統一化は2024年度以降に実施するとしている。

かかりつけ医機能報告制度の創設

特に、在宅を中心に、入退院を繰り返す、最後は看取りを要する高齢者が、今後さらに増加することから、そうした高齢者へのニーズに対応するかかりつけ医機能の充実・強化を図る必要がある。このため、かかりつけ医機能報告制度を創設する。

具体的なニーズとしては、①持病(慢性疾患)の継続的な医学管理②日常的によくある疾患への幅広い対応③入退院時の支援④休日・夜間の対応⑤在宅医療⑥介護サービス等との連携—をあげた。

かかりつけ医機能報告制度では、医療機関がこのようなニーズに対応する機能や、それを今後担う意向などを都道府県に報告する。連携して機能を発揮する場合には、連携する医療機関も報告する。この報告に基づき、都道府県は、地域における機能の充足状況や、これらの機能をあわせもつ医療機関を確認・公表するとしている。

その上で、都道府県は、医療関係者や医療保険者などが参画する地域の協議の場で、不足する機能を強化する具体的方策を検討し、結果を公表する。

その際に、多様なすべての機能を一人の医師・一つの医療機関だけで担うことは現実的ではなく、個々の医療機関の機能強化に加え、医療機関の適切な連携を通じて、機能の強化を図ることが重要であることも強調した。

医療部会では、これに関連して、次のような意見があった。

「個々の医療機関の機能を向上させるため、一定の報告基準を国が統一的に定めるべき」、「研修の受講を必須とすべ

き」、「医療機関からの報告だけでは不十分であり、公的な認定によって一定の質を担保する仕組みを設けるべき」、「全人的な診療に対応できる総合力を有する医師は重要である」、「こうした医師を養成するため、病院が研修を行う役割を担うべき」、「大学病院等の大病院から患者を逆紹介させる仕組みが必要」—。

都道府県が、地域の協議の場において検討する具体的方策については、以下のような事項を例示した。

◇病院勤務医が地域で開業し地域医療を担うための研修や支援の企画実施(例えば、在宅酸素療法、在宅緩和ケア、主治医意見書の書き方等。研修先の幹旋や研修中の受け持ち患者の診療支援も考えられる)◇地域で不足する機能を担うことを既存または新設の医療機関に要請◇医療機関同士の連携の強化(グループ診療、遠隔医療やオンライン資格確認の活用等)◇在宅医療を積極的に担う医療機関や在宅医療の拠点の整備◇多職種連携の推進◇地域医療連携推進法人の設立活用(個人立を含めた医療機関の連携を可能とする新類型を設ける)

神野委員は、こうした取組みを推進するための電子的な情報共有の基盤となる全国医療情報プラットフォームの構築について、「急性期、回復期、慢性期、介護等の情報を共有することが、かかりつけ医機能の制度整備においても、肝になってくる。その基盤作りをきちんと議論しないとイケない」と指摘した。

書面交付のあり方にさまざまな意見

意見書はさらに、慢性疾患を有する高齢者が在宅で医療を受ける場合をはじめ、患者が継続的な管理を必要とし、患者が希望する場合に、医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容について、「書面交付」などを通じて、説明するとした。

神野委員は、「この書面交付においても、全国統一化を検討してほしい。また、病院団体の関係者からは、書面交付が煩雑となり、業務に負荷がかかることのないよう求める意見が出ており、できるだけシンプルなもの、そして必要かつ十分なものが望ましい」と述べた。

「書面交付」に関してはそのほか、「子どもを含め幅広く対象とすべき」、「継続的な管理が必要と判断される患者に限定すべきではない」、「情報の一元化やその調整窓口を想定し、患者と医師との関係は1対1にすべき」、「その情報を都道府県に登録し保険者が把握できるようにすべき」、「複数の医療機関から書面の交付を可能とすべき」との意見が出た。

これらの取組みについては、今後設置される有識者や専門家による会合で、詳細が検討される。

また、医療法に基づく「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針(告示)」など関係法令を改正する。2025年度を目途に、個々の医療機関からの機能の報告を受けて、地域の協議の場における「かかりつけ医機能」に関する議論を開始する。具体的な方針が決定した段階で、医療計画に反映する(第8次医療計画の中間見直しを想定)とのスケジュールを描いている。

医療法人経営情報DBを構築

医療法人制度の見直しでは、医療法人の経営情報のデータベース構築がある。これについては、「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2022年11月にまとめた報告



書に基づき、「医療法人の経営情報を把握・分析し、医療機関の経営状況を踏まえた政策の企画・立案に活用するとともに、医療の現状と実態を国民に丁寧に説明するため、新たな制度として医療法人の経営情報を収集してデータベースを構築する」との考えを示した。

新たな制度の対象については、施行後に決算期を迎える医療法人から対象とし、「施行時期は2023年度の可能な範囲で早期」とすることを提案した。

なお、「職種別の給与費については、医療現場の負担等を踏まえ、任意報告事項とすべきとの意見があった一方で、公的価格評価検討委員会からの職種別給与費データは確実に提出すべきとの要請を踏まえ、制度発足時は任意報告事項とするが、施行後早期に提出状況を評価し、義務化も含め検討すべきではないかとの意見があった。こうした意見に鑑み、制度発足時は任意の報告事項としつつ、制度施行後の状況を踏まえ、必要な対応について引き続き検討すべきではないか」との文言を明記した。

地域医療連携推進法人については、「個人立を含めた医療機関がヒト(医師等)やモノ(医療機器等)の融通を通じた連携を可能」とする新類型を設け、個人立医療機関の参画を可能とする。

その際に、◇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(資金)の融通(出資、資金の貸付)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する—などの対応を講じる。

また、地域医療連携推進法人について、「複数の構想区域にまたがる場合の理由」や「大学病院が参加している影響、特に医師確保の観点から法人に参加する医療機関等への影響や参加していない地域の医療機関等への影響」などを検証する必要性を指摘した。

認定医療法人制度では、持ち分の定めのない医療法人への移行を促す観点から、相続税・贈与税の税制優遇措置を行っている。これについて、期限である「2023年9月」を延長するとともに、移行期限を認定から「3年以内」を「5年以内」に延ばすことを提案した。

2025年以降の地域医療構想

地域医療構想は当面、2025年までの計画となっているが、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃までを視野に入れつつ、コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定するとの考えで一致した。

今後の取組みについては、「必要な医療を面として提供するための医療機関ごとの機能分化と連携が重要である、かかりつけ医機能や在宅医療を取り込むため、外来医療、在宅医療の整備計画の中で新たな方向性や目標を踏まえながら、2025年以降の入院需要を推計していくべき」であることなどを示した。

そのほか、意見書では、医療従事者に関する取組みの推進として、◇医療従事者のタスク・シフト/シェアの推進と医師の働き方改革◇医師偏在対策等、医療の担い手の確保に関して、意見をまとめている。

オンライン資格確認の導入・普及で診療報酬引上げ

中医協総会 医薬品の安定供給のための診療報酬上の対応も講じる

中医協総会(小塩隆士会長)は昨年12月23日、オンライン資格確認導入の原則義務付けの経過措置と医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱い、医薬品の安定供給のための取組みの推進に向けた診療報酬上の加算の取扱いに関して、加藤勝信厚生労働大臣の諮問に対し答申した。また、これらの措置が2023年4～12月までの特例措置であることを念押しするなど、5項目の答申書附帯意見をつけた。

医療DXを推進するため、オンライン資格確認の導入・普及を徹底させる観点から、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を期限付きで充実させる①初診時・調剤時の評価の引上げ②再診時の評価の新設③オンライン請求を求める要件の見直し一を行う。これらは特例措置との位置づけで、2023年4～12月までの間の措置とする(5面右下の図表を参照)。

現行の医療情報・システム基盤整備体制充実加算では、マイナンバーカードを活用しない場合(加算1)は4点、活用する場合(加算2)は2点に下がる。今回の対応では、「加算1」を4点から6点に引き上げる。また、再診における評価として、「加算3」(1月に1回、2点)を新設する。調剤管理料の「加算1」は3点から4点に引き上げる(6月に1回)。

さらに、オンライン請求を求めると見直す。現行では、オンライン請求を行っていることが加算を算定する要件となっている。この要件を緩和し、オンライン請求を2023年12月31日までに開始する旨の届出を行っている医療機関・薬局であれば、2023年12月31日までの間に限り、要件を満たしているとみなし、加算を算定できる。

2023年4月に義務化されるにもかかわらず、オンライン資格確認システムを導入し、運用している病院、医科・歯科診療所、薬局は、2022年12月18日時点で39.1%、義務化対象外の紙レセプトで請求を行っている施設を除くと42.1%となる。病院のみだと52.1%、52.2%で半数を超えている。

義務化に対応できない「やむをえない事情」が、医療機関などにあると考えられ、今回の対応では、それを6項

目に分類して、それぞれに対して経過措置を設けることにした。対応は以下のとおりとなった。

(1)「2023年2月末までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の医療機関、薬局」は「システム整備が完了する日まで(遅くとも2023年9月末まで)」

(2)「オンライン資格確認に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない医療機関、薬局(ネットワーク環境事情)」は「オンライン資格確認に接続可能な光回線のネットワークが整備されてから6か月後まで」

(3)「訪問診療のみを提供する医療機関」は「訪問診療のオンライン資格確認(居宅同意取得型)の運用開始(2024年4月)まで」

(4)「改築工事中、臨時施設の医療機関、薬局」は「改築工事が完了するまで、臨時施設が終了するまで」

(5)「廃止・休止に関する計画を定めている医療機関、薬局」は「廃止・休止まで(遅くとも2024年秋まで)」

(6)「その他特に困難な事情がある医療機関・薬局」は「特に困難な事情が解消されるまで」

最後の「その他特に困難な事業」とは、「自然災害等により継続的に導入が困難となる場合」、「高齢の医師等でレセプト取扱件数が少ない場合(目安として月平均レセプト件数が50件)」を例示した上で、個別判断するとした(4面左下の図表を参照)。

これらの経過措置の要件に該当せず、オンライン資格確認の義務化に従わない場合は、療養担当規則の違反になる。厚生労働省は、直ちに保険医療機関等の取り消しという手段は取らず、地方厚生局による個別の指導が行われるとの姿勢を示している。

厚労省は、オンライン資格確認の2023年3月末の状況について、直近の導入ペースでみると全体で58%になるが、システム事業者の対応を最大化させることで74%、さらなる導入加速化で8割を超える導入率を見込んでいる。一方、マイナンバーカードの申請件数は約8,473万枚で人口比67.3%(2023年1月22日)。オンライン資格確認システムは医療DXの基盤になると考えられ

ており、政府は導入に向けた支援に本腰を入れている。

支払側委員が一齐に反対表明

ただ、12月21日の中医協総会の議論では、診療側がこれらの見直しに、賛意を表明したのに対し、支払側の委員が一齐に反対を主張した。反対の最も大きな理由は、12月21日の2023年度予算編成をめぐる加藤勝信厚労相と鈴木俊一財務大臣の大臣折衝により方針が決まり、21日夜の中医協に、加藤厚労相による諮問が出され、年内の答申が求められるという唐突さにあった。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「このタイミングでの議論は全くの想定外。中医協として丁寧な議論すべき」と訴えたが、通常改定で実施するような公聴会やパブリックコメント募集も行われず、中医協の議論が軽視されることへの懸念を表明した。

加算の充実にも反対があり、全国健康保険協会理事長の安藤伸樹委員は、「診療報酬の評価は、患者・国民の負担に見合うものでなければならない。患者が現状でマイナンバーカードを活用したオンライン資格確認にメリットを感じているとは思えず、国民の理解を得られない」と述べた。

一方、日本医師会常任理事の長島公之委員は、「複数疾患を抱える高齢者に適切な医療を提供するには、医療機関等が連携し、面としての機能を発揮し、患者を支えることが求められる。そのためには、患者がかかっているすべての医療機関を網羅した医療情報等を迅速に情報収集することが必要になる。それを個々の医療機関等が問診票で行うことは大変で、オンライン資格確認システムが有用だ」と強調した。

支払側は、12月23日の総会の議論を経て、答申書附帯意見をまとめた上で、厚労省の提案を受け入れた。附帯意見では、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の充実についても、オンラ



イン資格確認の原則義務化の経過措置についても、「延長は行わないこと」を明確にする文言を盛り込んだ。

また、「患者がマイナンバーカードを用いて、医療機関等を受診することで、健康・医療情報に関する多くのデータに基づいた安心・安全でより良い医療を受けることが可能になるなど、様々なメリットがあることについて、広く患者・国民が理解し、実感できるよう、関係者が連携して周知等に取り組んでいくこと」との文言などをつけた(5面の「答申書附帯意見」を参照)。

一般名処方加算などの引上げ

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置では、診療報酬において、◇処方箋料での一般名処方加算の引上げ◇入院基本料等での後発医薬品使用体制加算の引上げ◇処方料での外来後発医薬品使用体制加算の引上げ一を行う。調剤報酬では、地域支援体制加算の引上げを行う(5面右下の図表を参照)。

一般名処方加算については、追加の施設基準として、「薬剤の一般名処方を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示」を満たしていれば、「加算1」は7点を9点に、「加算2」は5点を7点に、それぞれ2点の引上げを行う。

一般名処方加算では、交付した処方箋に1品目でも一般名処方が含まれている場合は「加算2」を、後発医薬品が存在するすべての医薬品が一般名処方されている場合は「加算1」を算定することになっている。

後発医薬品使用体制加算(入院初日)については、追加の施設基準を設定した上で、「加算1(90%以上)」は47点を67点、「加算2(85%以上)」は42点を62点、「加算3(75%以上)」は37点を57点と、それぞれ20点をプラスする。

施設基準には、「医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等適切に対応する体制を有していること」、「投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること」などを加える。

処方料の外来後発医薬品使用体制加算についても同様に、施設基準を追加した上で、「加算1(90%以上)」は5点を7点、「加算2(85%以上)」は4点を6点、「加算3(75%以上)」は2点を4点に、それぞれ2点をプラスする。

薬局においては、調剤基本料で後発医薬品調剤体制加算を算定している場合の地域支援体制加算について、追加の施設基準を設けた上で、加算の種類

原則義務化の経過措置

- 令和4年度末時点で、やむを得ない事情がある保険医療機関・薬局は、期限付きの経過措置を設ける。

※対象の保険医療機関・薬局は、地方厚生(支)局に原則オンラインで事前届出を行う(支払基金とも情報共有)
※令和6年4月まで資格確認限定型・居宅同意取得型の運用を開始することとしており、こうした状況を踏まえ、今後、必要な見直しを行う。

やむを得ない事情	期限
(1) 令和5年2月末までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関、薬局(システム整備中)	システム整備が完了する日まで (遅くとも令和5年9月末まで) ※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和5年9月末事業完了まで継続
(2) オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関、薬局(ネットワーク環境事情)	オン資に接続可能な光回線のネットワークが整備されてから6か月後まで ※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和6年3月末事業完了まで継続
(3) 訪問診療のみを提供する保険医療機関	訪問診療のオン資(居宅同意取得型)の運用開始(令和6年4月)まで ※ 訪問診療等におけるオン資の導入に係る財政支援は、令和6年3月末補助交付まで実施
(4) 改築工事中、臨時施設の保険医療機関、薬局	改築工事が完了するまで 臨時施設が終了するまで ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象
(5) 廃止・休止に関する計画を定めている保険医療機関、薬局	廃止・休止まで (遅くとも令和6年秋まで) ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象
(6) その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局 ※ 例外措置又は(1)～(5)の類型と同視できる個別判断	特に困難な事情が解消されるまで ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象

※上記のほか、患者から電子資格確認を求められた場合に於ける義務について、訪問診療等・オンライン診療の場合の経過措置(居宅同意取得型の運用開始(令和6年4月)まで)を設ける。

に応じて、それぞれの点数を引き上げている。

施設基準では、「地域の保険医療機関・同一グループではない保険薬局に対する在庫状況の共有、医薬品融通などを行っていること」などを追加した。取組みの例としては、「地域の薬局間での医薬品備蓄状況の共有と医薬品の融通」、「医療機関への情報提供(医薬品供給の状況、自局の在庫状況)、処方内容の調整」、「医薬品の供給情報等に関する行政機関(都道府県、保健所等)との連携」をあげ、それを薬局の見やすい場所に掲示することを求めた。

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の対応も、2023年4～12月までの特例措置としている。

診療報酬では解決できない課題

2021年以降、医療用医薬品の供給は、出荷の調整・停止や販売中止が相次ぎ、出荷調整等の影響のために代替となる医薬品の確保などの業務が増大しており、医療機関・薬局・医薬品卸の大きな負担となっている。

厚労省の安定供給確保に関するアンケート調査(2022年8月末時点)によると、医薬品の「欠品・出荷停止」「限定出荷」は223社1万5,036品目のうち、全体の28.2%、後発品の41.0%で発生した。出荷停止となった1,099品目のうち、683品目が行政処分を受けた7社が製造する医薬品であった。

医薬品の不安定供給に関する医療機関へのヒアリングでは、入院医療でも「欠品が多く、通常使っている医薬品と異なるため、追加的な説明が必要となり、それでも患者の不安がぬぐい切れない」などの意見が寄せられている。

後発品メーカーの薬機法違反を契機として始まったこうした問題に対し、厚労省は今後の改善策を示している。具体的には、◇2023年度薬価改定で、不採算品算定の特例を実施した医薬品について、安定供給を製薬企業に求める◇製薬業界と国が連携しつつ、各医薬品の正確な供給状況について、できる限り迅速に把握・提供する取組みを実施する◇安定供給に向けた産業構造を含めた課題について、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」で議論することなどをあげた。

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置についても、中医協総会の議論では、診療側が賛意を表明したのに対し、支払側の委員が難色を示した。松本委員は、「医療機関や薬局の業務負担が増していることは理解するが、医薬品供給問題への対応は本来業務なのではないか。最大の被害者である患者・国民に負担を転嫁するのはいかがなものか」と問いかけた。

これに対し、日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員などは、医療機関などにおける現場の苦勞を訴え、理解を求めた。支払側は、オンライン資格確認の導入促進のための対応と同様に、「延長は行わないこと」を明確にした上で、厚労省の提案を了承した。

一方、診療報酬上の対応を行ったとしても、医薬品の安定供給問題は解決しないという認識では、診療側・支払側は一致している。小塩会長は、「薬価や診療報酬では解決できない産業構造、ビジネスモデル、供給体制の再検討が求められている」と指摘した。

今回の診療報酬改定については、特に支払側から評価の見直しに対する反対意見が出た。しかし、小塩会長が「大臣折衝による政府の決定を重く受け止める」と発言し、決定事項は揺るがないとの状況でもあった。ただ、中医協の議論のあり方については課題が残された。

答申書附帯意見

①まずは2023年4月のオンライン資格確認の原則義務化に向けて、さらなる導入の加速化を図ること。その上で、本経過措置は真にやむを得ない事情に限定して対象を明確化し、最小限に留めるものであるという前提の下、延長を行わないこと。契約を締結したがシステム整備未完了の場合の経過措置の適用に当たっては、保険医療機関及び保険薬局、システム事業者並びに導入支援事業者に対し、当該経過措置は期限を区切って更に導入を加速化することを目指したものであるという趣旨の周知徹底を図るとともに、さらなる導入に向けた取組を行い、2023年9月末までにシステム整備を完了させること。また、その他特に困難な事情がある場合については、具体例を明確化し、特に限定的に扱うこと。

②医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る初診時・調剤時の追加的な加算、再診時の加算及び加算に係るオンライン請求要件の緩和並びに一般名処方、後発品使用体制に係る加算及び

薬局における地域支援体制に係る加算の上乗せ措置については、オンライン資格確認に伴うマイナンバーカードを用いない場合の診療情報取得に係る医療機関等の負荷・手間を考慮し、オンライン資格確認等システムの導入・普及を徹底していく観点及び医薬品の供給が不安定な中、患者への適切な薬剤処方の実施や薬局の地域における協力を促進等していく観点から特例的に措置されているものであることを踏まえ、2023年12月末までの措置とし、延長は行わないこと。また、オンライン請求の導入やその体制整備もあわせて強力に促進すること。

③医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る評価の特例については、本年8月10日の附帯意見2に照らして、患者・国民の声の聴取と医療の質の向上の状況に係る調査・検証についてまだ行われていないとの指摘を踏まえ、同附帯意見2と合わせて、早急に患者・国民の声を丁寧かつ幅広く聴き、初診時・調剤時及び今回追加された再診時において、取得した医療情報の活用による医療の質の向上の状況等について十分に調査・検証を行うとともに、課題が把握された場合には速やかに中医

協へ報告の上、対応を検討すること。

④医療情報・システム基盤整備体制充実加算が、創設後、短期間のうちに見直しが行われることを踏まえ、改めて、医療DXの基盤となるオンライン資格確認について、患者がマイナンバーカードを用いて医療機関等を受診することで、健康・医療情報に関する多くのデータに基づいた安心・安全でより良い医療を受けることが可能になるなど、様々なメリットがあることについて、広く患者・国民が理解し、実感できるように、関係者が連携して周知等に取り組んでいくこと。

⑤一般名処方、後発品使用体制に係る加算及び薬局における地域支援体制に係る加算の上乗せ措置について、医薬品の適切な提供に資する医療現場の取組状況をよく把握するとともに、不安定供給の対応を患者・国民に負担させるという問題の指摘を踏まえ、患者・国民の声をよく聴き、その実施状況及び安定供給問題への対応状況について調査・検証を行い、課題が把握された場合には速やかに中医協に報告の上、対応を検討すること。(略)

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・システム基盤整備体制充実加算

※ 本加算で、医療機関・薬局に求められる取組・体制は、次ページ

(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 → 6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) → 4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) 2点(1月に1回)

(3) 加算要件の特例(オンライン請求の要件)

現在の加算は、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	6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	-	2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	4点
	〃 利用する場合	1点	1点

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置(全体像)

- 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、患者への適切な薬剤の処方や、保険薬局の地域における協力促進などの観点から、保険医療機関・保険薬局に対する加算について、特例措置を講ずる。
- この特例措置は、令和5年4月から12月まで(9か月間)時限的に適用する。

特例措置の全体像

	現行の加算	特例措置
診療報酬	処方箋料の関係 一般名処方加算1 7点 一般名処方加算2 5点	+2点
	入院基本料等の関係(※入院初日) 後発医薬品使用体制加算1(90%以上) 47点 後発医薬品使用体制加算2(85%以上) 42点 後発医薬品使用体制加算3(75%以上) 37点	+20点
	処方料の関係 外来後発医薬品使用体制加算1(90%以上) 5点 外来後発医薬品使用体制加算2(85%以上) 4点 外来後発医薬品使用体制加算3(75%以上) 2点	+2点
調剤報酬	調剤基本料の関係(特別調剤基本料を算定している場合は80/100に相当する点数) 地域支援体制加算1 39点 地域支援体制加算2 47点 地域支援体制加算3 17点 地域支援体制加算4 39点	+1点 又は +3点

※特例措置は、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、適切な提供に資する取組を実施した場合が対象(要件を追加)。

社会保障関係費の増加額を4,100億円に抑える

2023年度予算案大臣折衝

薬価改定の影響額は安定供給問題などに配慮し▲3,100億円

加藤勝信厚生労働大臣と鈴木俊一財務大臣は昨年12月21日、2023年度予算編成に向けた大臣折衝を行い、社会保障関係費について、2022年度と比べ、実質的な伸びを4,100億円(年金スライド分除く)とすることで合意した。歳出増の項目もあるなかで、2023年度の薬価の中間年改定で得られる財源により、支出増を抑えた形となっている。

社会保障関係費に相当する予算の夏の概算要求時点の対前年度増加額は5,600億円程度であったので、1,500億円程度の圧縮が行われたことになる。

薬価改定の影響額は3,100億円

2023年度薬価改定では、2022年薬価調査に基づき、改定の対象範囲について、国民負担の軽減を図る観点から、平均乖離率7.0%の0.625倍(乖離率4.375%)を超える品目を対象とした。これは、全品目(約1万9,400品目)のうち69%(約1万3,400品目)に相当する。

その上で、原材料費の高騰、安定供給問題への対応、イノベーションへの配慮の観点から、緊急・特例的な措置を実施する。緊急・特例的な措置は大

きく2つで、「不採算品再算定の特例適用」による薬価引上げ(1,100品目)と新薬創出等加算の特例適用(従前薬価と遜色ない水準)(150品目)となっている。これにより、薬価引下げの対象品目は69%から48%(約9,300品目)に落ちる。

薬価改定の影響額は、薬剤費ベースでは▲3,100億円(国費▲722億円)に相当するが、厚労省が、2022年薬価調査に基づいて示した試算では、平均乖離率0.625倍超を採用した場合の実勢値改定のみ影響額は▲4,830億円であった。

今回決定した薬価改定の影響額をみると、▲3,100億円のうち、新薬が▲780億円(新薬創出等加算対象▲10億円)、長期収載品が▲1,240億円、後発品が▲1,210億円、その他がプラス130億円となっている。

平均乖離率0.625倍を超えるのは1万3,400品目。改定対象品目の割合は、新薬が2,400品目のうち1,500品目で63%、長期収載品が1,700品目のうち1,560品目で89%、後発品が1万500品目のうち8,650品目で82%、その他品目が4,700品目のうち1,710品目で36%。新薬のなかで

新薬創出等加算対象は600品目のうち240品目で41%(下表参照)となっている。

実質的に初めての中間年改定であった2021年度薬価改定では、平均乖離率8.0%の0.625倍(乖離率5%)を超える品目が対象となった。2023年度薬価改定では、平均乖離率が1.0ポイント下がったため、対象品目の割合も下がったが、平均乖離率の0.625倍超という水準を踏襲する形となった。

一方で、市場実勢価格加重平均値調整幅方式で改定する場合の調整幅は通常改定と同じく2%とする。2021年度薬価改定で適用した「新型コロナウイルス感染症特例(0.8%)」のような一律の削減額の緩和は実施しない。それでも、2023年度薬価改定では、緊急・特例的な適用が実施されるため、薬剤費ベースの影響額は3,100億円に落ちる。2021年度薬価改定の影響額は▲4,300億円で、2023年度薬価改定よりも大きい。



また、医薬品の供給が不安定ななか、患者への適切な薬剤処方の実施や薬局の地域における協力促進などの観点から、2023年12月末までの間、一般名処方、後発品の使用体制に係る加算、薬局における地域支援体制に係る加算について上乗せ措置を講じることも合意された(4・5面参照)。

国立病院等の積立金を国庫返納

財源確保のため、独立行政法人国立病院機構と独立行政法人地域医療機能推進機構の積立金(746億円)を、前倒しで国庫返納させる。この取扱いについては、「前倒しの国庫返納」という法律に規定された原則とは異なる対応であることから、「二法人が、コロナ医療や各種政策医療を含め、法人に課せられた責務や地域医療における役割を適切かつ確実に果たす運営を行うことができるよう、最大限配慮する」と明記した。

医療保険制度改革

出産育児一時金は昨今の出産費用の上昇を踏まえ、2023年4月から50万円に引き上げる方針が決まっている。引上げの財源措置については、75歳以上の後期高齢者にも新たに負担を求める仕組みとする。ただ、2023年度に限っては国が76億円の支援を行い、後期高齢者の負担はない。2024年度以降は、後期高齢者医療制度での負担を求めるが、経過措置として、2024・2025年度の負担は2分の1とし、2026年度から出産育児一時金全体に対する負担分を負担してもらう。

また、後期高齢者医療制度の医療費を全世代で負担能力に応じて支え合う形にするため、後期高齢者全体の負担率を増やす。後期高齢者の負担増の特例的な算定については、◇(2024年度の)施行後1年以内に新たに75歳に到達する方を除き、賦課限度額を2年かけて段階的に引き上げる。具体的には、2024年度に73万円、2025年度に80万円とする◇年収211万円相当以下の所得層に対しては、2024年度は制度改正分を軽減した所得割とし、2025年度は制度改正分を含む所得割とする。

さらに、今回の医療保険制度改革では、65～74歳の前期高齢者の医療費に対する財政調整の仕組みにおいて、「加入者数に応じた調整」に加え、「報酬水準に応じた調整」を部分的に導入することになった。これにより、各保険者の負担割合が変わる。これに伴い、2024年度から特例的に、健康保険組合への支援を430億円追加する。

そのほか、オンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、2023年12月までの間、初診時・調剤時における追加的な加算、再診時における加算を設定するとともに、加算に係るオンライン請求の要件を緩和する(4・5面参照)。

令和5年度薬価改定による影響額と改定対象品目数(イメージ)

○ 本骨子案に基づき令和5年度薬価改定を行ったとした場合の医療費への影響と改定対象品目数の試算

■改定による影響額について

	全体	新薬※1 (2,400品目)	うち新創加算対象 (600品目)	長期収載品 (1,700品目)	後発品 (10,500品目)	その他品目※1 (4,700品目)
改定による影響額	▲3,100億円	▲780億円	▲10億円	▲1,240億円	▲1,210億円	+130億円

■改定対象品目数について(平均乖離率の0.625倍を超える品目の数)

	全体	新薬※1 (2,400品目)	うち新創加算対象 (600品目)	長期収載品 (1,700品目)	後発品 (10,500品目)	その他品目※1 (4,700品目)
改定対象品目数※2	13,400品目 (69%)	1,500品目 (63%)	240品目 (41%)	1,560品目 (89%)	8,650品目 (82%)	1,710品目 (36%)

※1) 新薬は、後発品のない先発品であり、長期間収載されている先発品を含んでいる。その他品目は、昭和42年以前に収載された医薬品。

※2) このほか、不採算品再算定の対象となる品目(1,100品目)のうち改定対象品目でないものが約570品目ある。

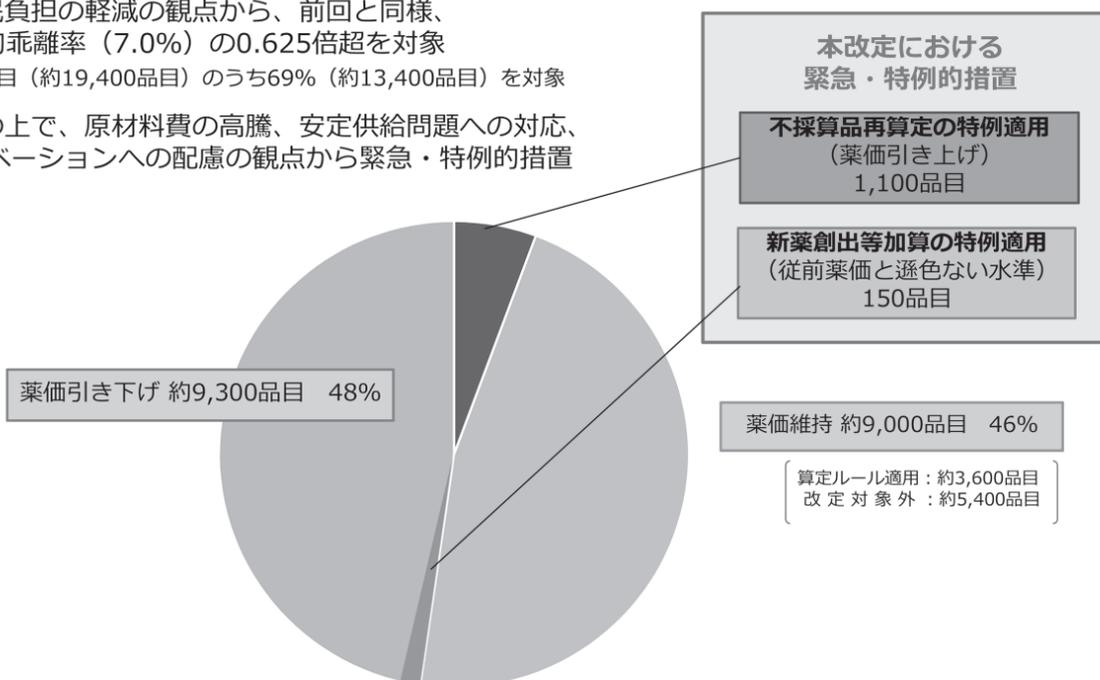
(注) 数はいずれも概数(令和5年度予算ベース)であり、カテゴリーごとの内訳は今後の精査により変動しうる。

(参考) 平均乖離率の0.625倍を超える品目を改定対象として調整幅2.0%のみを考慮した場合の実勢値改定影響額を機械的に算出すると、全体▲4,830億円、新薬▲1,570億円(うち新創加算対象▲640億円)、長期収載品▲1,320億円、後発品▲1,800億円、その他品目▲140億円。

令和5年度薬価改定のイメージ

- 国民負担の軽減の観点から、前回と同様、平均乖離率(7.0%)の0.625倍超を対象
※全品目(約19,400品目)のうち69%(約13,400品目)を対象

- その上で、原材料費の高騰、安定供給問題への対応、イノベーションへの配慮の観点から緊急・特例的な措置



2022年度補正予算と一体の予算で医療DXなどを推進

2023年度厚労省予算案

政府は昨年12月23日、2023年度予算案を閣議決定した。厚生労働省予算案は33兆1,686億円、対前年度比5,382億円増(1.6%増)。大部分を占める社会保障関係費は、こども家庭庁移行分を除き32兆8,514億円、同5,503億円増(1.7%増)となった。新型コロナ対応や医療介護DXなど夏の概算要求で要望した予算の一定程度が、2022年度補正予算で確保されており、両者を一体としてみる必要がある。

政府全体の社会保障関係費と厚労省予算案の社会保障関係費は、主に子ども・子育て関連予算を内閣府と分け合っており、計数が一致しない。2023年度にはこども家庭庁が発足する。こども家庭庁の2023年度予算案は4兆8,104億円。厚労省予算案からは、こども家庭庁に移行する厚労省関係部局分(8,857億円)を除いている。

厚労省予算案の社会保障関係費の内訳は、年金が13兆78億円、対前年度比2.5%増、医療が12兆2,356億円、同0.5%増、介護が3兆6,959億円、同2.7%増、雇用が539億円、同36.4%減、福祉等が3兆8,582億円、同2.8%増。

年金の伸びがやや高いのは、物価スライド分の2,179億円があるため。公的年金は物価上昇分を保障するという機能がある。一方、一定の物価上昇があると、平均余命の伸びと被保険者の減少率を勘案し、年金額を調整するマクロ経済スライドが発動し、物価スライドによる伸びの一部分が減額される。

医療費の内訳をみると、協会けんぽが1兆2,688億円、対前年度比2.2%増、国民健康保険が3兆1,166億円、同3.1%減、後期高齢者医療が5兆6,794億円、同3.9%増。3制度合計が10兆648億円、同1.4%増、公費負担医療が1兆8,454億円、同1.4%増となっている。

電力標準化やオン資普及を目指す

予算案の重点事項では、「コロナ禍からの経済社会活動の回復を支える保健・医療・介護の構築」、「成長と分配の好循環に向けた『人への投資』」、「安心できる暮らしと包摂社会の実現」を3本柱とした。また、概算要求での要望事項の多くを2022年度補正予算で計上した。

「コロナ禍からの経済社会活動の回復を支える保健・医療・介護の構築」

コロナ禍からの経済社会の回復を支える保健・医療・介護の構築を目指す

の主な予算は、次のようになっている。新型コロナ対応は、2023年度予算案で97億円、2022年度補正予算で3兆3,584億円。2022年度補正予算で多くを手当てした(デジタル庁計上分を含む)。基本的には、これまでの新型コロナ対応を継続するための予算となっており、年度内の予算を確保している。

具体的には、◇新型コロナ緊急包括支援交付金による支援◇新型コロナワクチンの接種体制の確保◇感染拡大等に備えた抗原定性検査キットの確保◇感染症拡大等に備えた医療用物資の備蓄◇水際対策を着実に推進するための検疫体制の確保—などがある。

一方、2023年度予算案では、◇新型コロナ感染者等が発生した介護事業所等のサービス継続支援◇抗インフルエンザウイルス薬の備蓄◇保健所・地方衛生研究所の体制・機能強化◇薬剤耐性対策の推進—などを盛り込んだ。

医療DXなどの予算も、2023年度予算案で19億円、2022年度補正予算で509億円と、2022年度補正予算で多く

を確保した(デジタル庁計上分を含む)。

2022年度補正予算では、◇マイナンバーカードと健康保険証の一体化に向けた取組み(オンライン資格確認の用途拡大等の推進)◇医療情報等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◇電子処方箋の安全かつ正確な運用に向けた環境整備◇保健医療福祉分野の公開鍵基盤(HPKI)の普及◇診療報酬改定に関するDXの取組みの推進◇整合的かつ効率的な審査支払機能の運用に向けた国保総合システムの整備◇予防接種事務デジタル化等のための環境整備◇科学的介護の推進に向けた体制・取組みの強化—などを盛り込んだ。

一方、2023年度予算案では、◇電子カルテ情報の標準化の推進等◇医療分野等のDXを踏まえたサイバーセキュリティ対策の推進◇ICTの推進等を踏まえた薬局DXの推進、対人業務の充実等◇科学的介護データ提供用データベースの機能拡充—などがある。

例えば、電子カルテ情報の標準化を推進するための保健医療情報利活用推

進関連事業(5.3億円)では、異なる電子カルテの医療機関同士でも医療情報が共有できるよう、電子カルテ情報を速やかに標準化し、その情報を全国の医療機関等と患者本人が安全に閲覧できる仕組みの構築などを加速させる。

医療分野におけるDXを踏まえたサイバーセキュリティ対策の推進では、昨今、国内の医療機関を標的としたランサムウェアによるサイバー攻撃被害が増加したことから、医療機関のサイバーセキュリティ対策の徹底を図る(1億円)。専門家の派遣による感染原因の特定や対応の指示などの初動支援体制の強化など、これまでのサイバーセキュリティ研修に加え、サイバー攻撃を想定した訓練など実用性のある研修を実施する。

また、オンライン資格確認・電子処方箋の推進のため、医療情報化支援基金による支援で289億円を積んだ。オンライン資格確認では、2022年度に集中的なシステム導入経費の補助を行っており、2022年度予算には700億円以上を投入していた。

令和5年度 厚生労働省予算案における重点事項

コロナ禍からの経済社会活動の回復を見据え、国民の命・雇用・暮らしを守る万全の対応を行うとともに、全世代型社会保障の構築を推進し、未来を切り拓く「新しい資本主義」を実現することにより、国民一人ひとりが豊かさを実感できる社会を構築するため、以下を柱として予算措置を行う。

I. コロナ禍からの経済社会活動の回復を支える保健・医療・介護の構築

<新型コロナウイルス感染症対策の着実な実行、次の感染症危機に備えるための対応能力の強化>

- ◆ 新型コロナウイルスへの対応と次の感染症危機に備えた取組

<医療介護DXの推進、科学技術力向上・イノベーションの実現>

- ◆ 医療分野・介護分野におけるDX、医療のサイバーセキュリティ対策の推進
- ◆ 医薬品・医療機器等の実用化促進、安定供給、安全・信頼性の確保
- ◆ 科学技術力向上・イノベーションの実現

<地域医療構想の推進、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革の推進等>

- ◆ 地域医療構想、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革の推進等
- ◆ 救急・災害医療体制等の充実
- ◆ 地域包括ケアシステムの構築、自立支援・重度化防止の推進
- ◆ 認知症施策推進大綱に基づく施策の推進

<予防・重症化予防・健康づくり、歯科保健医療の推進等>

- ◆ 健康寿命延伸に向けた予防・健康づくりの推進
- ◆ がん・肝炎・難病対策等の推進
- ◆ 歯科保健医療の推進
- ◆ 食の安全・安心の確保
- ◆ 国際機関等を通じた国際貢献の推進・医療の国際展開

II. 成長と分配の好循環に向けた「人への投資」

<「賃上げ・人材活性化・労働市場強化」雇用・労働総合政策パッケージ>

- ◆ 労働者の賃上げ支援
- ◆ 人材の育成・活性化
- ◆ 賃金上昇を伴う労働移動の円滑化
- ◆ 多様な選択を力強く支える環境整備・雇用セーフティネットの再整備

<多様な人材の活躍促進>

- ◆ 女性の活躍促進
- ◆ 高齢者の就労・社会参加の促進
- ◆ 障害者の就労促進
- ◆ 外国人に対する支援
- ◆ 就職氷河期世代、若年者・新規学卒者の支援

<多様な働き方への支援>

- ◆ 多様な働き方の実現
- ◆ 働き方改革の推進、ハラスメント対策
- ◆ 非正規雇用労働者への支援、雇用形態に関わらない公正な待遇の確保、働く方の相談支援の充実、働く環境改善等
- ◆ 看護、介護、障害福祉の現場で働く方々の処遇改善の引き続きの実施

(参考) 令和4年度第二次補正予算での主な対応

<新型コロナウイルス感染症対策等>

- ・ 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金による支援
- ・ 新型コロナワクチンの接種体制の確保等

<賃上げ、人への投資、成長分野への労働移動等>

- ・ 業務改善助成金の拡充

III. 安心できる暮らしと包摂社会の実現

<地域共生社会の実現等>

- ◆ 相談支援、参加支援、地域づくりの一体的実施による重層的支援体制の整備促進
- ◆ 生活困窮者自立支援、ひきこもり支援、自殺総合対策等の推進
- ◆ 成年後見制度の利用促進・権利擁護支援の推進
- ◆ 困難な問題を抱える女性への支援
- ◆ 障害者支援、依存症対策の推進

<水道、戦没者遺骨収集、年金、被災地支援等>

- ◆ 水道の基盤強化
- ◆ 戦没者遺骨収集等の推進
- ◆ 安心できる年金制度の確立
- ◆ 被災地における福祉・介護サービス提供体制の確保等

<医療・介護分野のDXの推進等>

- ・ マイナンバーカードと健康保険証等の一体化に向けた取組(オンライン資格確認の用途拡大等の推進)
- ・ 全国医療情報プラットフォームの創設

<安心できる暮らしと包摂社会の実現>

- ・ 生活困窮者支援・自殺対策の取組等への支援
- ・ 水道施設等の耐災害性強化、災害復旧への支援等

2022年度 第9回常任理事会の抄録 12月17日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
 - 埼玉県 医療法人聖心会南古谷病院
理事長 曾山 鋼一
 - 神奈川県 医療法人社団協友会横浜鶴見リハビリテーション病院
院長 吉田 勝明
 正会員は合計2,542会員となった。
- 賛助会員として以下の入会を承認した。
 - 東京都 アメリカン・エクスプレス・インターナショナル Inc
(代表取締役 吉本 浩之)
 賛助会員は合計115会員となった。
- 福岡県支部事務局業務委託覚書の変更について説明があり、承認された。
- 災害時医療支援活動指定病院の申請について説明があり、以下の申請を

- 承認した。
 - 広島県 社会医療法人祥和会脳神経センター大田記念病院
理事長 大田 泰正
 - 熊本県 医療法人社団順幸会阿蘇立野病院
理事長 上村 晋一
 災害時医療支援活動指定病院は合計123病院となった。
- 全日本病院協会における研究活動及び公的研究費等の管理・監査の実施規程案について説明があり、承認された。

【主な報告事項】

- 審議会等の報告
 - 「中医協総会、薬価専門部会、調査実施小委員会」、「第8次医療計画等に関する検討会」、「高齢者医薬品適正使用検討会」、「医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行

- 為・研修部会」、「社会保障審議会医療部会」、「循環器病対策推進協議会」、「厚生科学審議会がん登録部会」、「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」、「医療介護総合確保促進会議」の報告があり、質疑が行われた。
- 第64回全日本病院学会in 広島開催趣意書と広報活動について報告が行われた。

● 病院機能評価の審査結果について

- 主たる機能
- 【3rdG: Ver.2.0】～順不同
- 一般病院 1
 - 京都府 千春会病院
 - 岡山県 金田病院
 - 広島県 山崎病院
 - 福岡県 友田病院
- 一般病院 2
 - 東京都 江東病院

- 一般病院 3
 - 東京都 有明病院
- リハビリテーション病院
 - 兵庫県 明石リハビリテーション病院
 - 熊本県 熊本回生会病院
- 慢性期病院
 - 山口県 安岡病院
 - 愛媛県 西条愛寿会病院
 11月4日現在の認定病院は合計2023病院。そのうち、本会会員は851病院と、全認定病院の42.1%を占める。

【主な討議事項】

- かかりつけ医機能について討議し、全日病として「かかりつけ医機能に関する考え方」を文書化することとした。

報告事項にオンライン資格確認など6項目を追加

厚労省・医療情報提供内容検討会

都道府県の医療情報提供制度への医療機関の報告事項



厚生労働省の「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」(尾形裕也座長)は1月12日、医療機能情報提供制度の報告項目の追加について、大筋で了承した。同日の委員からの意見を踏まえ、報告事項の詳細は改めて調整するが、年度内に6項目を告示で追加する予定だ。

医療機能情報提供制度では、病院などに対して、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報(医療機能情報)について、都道府県への報告を義務付け、都道府県がその情報を集約し、わかりやすく提供する制度。医療に関する制度や保険診療における診療行為など、医療法以外の制度の事項も報告項目として設定しているが、担当部局などからの要望を受けて、定期的に報告項目の見直しを行っており、今回も見直しを検討することになった。

追加する6項目は、①一般不妊治療、生殖補助医療②オンライン資格確認(マイナンバーカードの保険証利用)により取得した診療情報の活用③電子処方箋の発行④医師少数区域経験認定医師⑤救急救命士、管理栄養士、栄養士⑥医療安全対策一となっている。

「一般不妊治療、生殖補助医療」は、「対応することができる疾患または治療の内容」の報告項目に追加する。2022年度診療報酬改定により、生殖医療ガイドラインを踏まえ、一定のエビデンスのある医療技術が保険適用されている。

医療保険被保険者のオンライン資格確認については、報告項目に「オンライン資格確認(マイナンバーカードの保険証利用)により取得した診療情報を活用した診療の実施の有無」を追加する。

また、現行の医療計画の項目である「医療安全管理者の配置」などを診療所等の報告項目とするほか、医療の評価機関として厚生労働大臣が定めるものとして、「一般財団法人日本品質保証機構」(JQA)を追加する。これらの提案に

「電磁的記録をもつて作成された処方箋の発行の可否」を追加する。電子処方箋はオンライン資格確認の仕組みを活用し、医療機関・薬局の義務ではないが、今年1月から運用が始まっている。

医師少数区域経験認定医師については、提供サービスや医療連携体制に関する報告項目に、「人数」を追加する。医師少数区域等の医療に従事した医師を厚生労働大臣が認定している。

救急救命士、管理栄養士、栄養士の職種については、それぞれ人員配置の報告事項に追加する。救急救命士は、救急救命処置が行える場所に病院だけでなく、救急外来が加わった。管理栄養士や栄養士については、配置を評価する診療報酬項目などが増えている。これらのことが背景にあると考えられる。

医療安全対策については、第8次医療計画の目標に関連し、「病院等の管理者に医療事故調査制度についての理解を促すための研修の受講割合」、「病院における医療安全の取組への客観的な評価により、当該取組を推進していくため、他の病院から医療安全対策に関して評価を受けている、または第三者評価を受審している病院数の割合」を新たな項目として盛り込むことになった。

このため、医療安全対策に関する報告項目に「医療事故調査制度に関する研修の管理者の受講の有無」、「医療安全における医療機関の連携による評価の実施の有無」を追加する。

また、現行の医療計画の項目である「医療安全管理者の配置」などを診療所等の報告項目とするほか、医療の評価機関として厚生労働大臣が定めるものとして、「一般財団法人日本品質保証機構」(JQA)を追加する。これらの提案に

対し、委員からさまざまな意見が出たが、項目を追加すること自体への強い反対はなかった。

ただ、日本医療法人協会副会長の小森直之委員は、「報告事項はできるだけシンプルに、医療機関になるべく負担をかけないという方向性で、この場で議論してきた。医療機能情報提供制度以外で、医療法人の経営情報のデータベース構築でもさまざまな報告が求められているが、医療機関にとって、報告にかかる時間が増えていくことは問題だ。国民・患者にとって有用性のある情報を提供するという観点で、報告事項とするかを判断すべきで、なんでもかんでも報告するというのではないと思う」と述べた。

医療機能情報提供制度の全国統一

また、現在、医療機能情報提供制度は全国統一システムの稼働に向け、作業が続けられている。全国統一システムでは、全国のデータを集約することになり、医療機関は共通基盤(G-MIS)を通じて、各項目のデータを報告する。厚労省は、G-MISの活用により医療機関の負担が軽減すると説明している。全国統一システムとG-MISの設計は、今年10月までに完成する予定であり、それ以降に医療機関へのアカウント付与などサービス開始が順次始まる。住民・患者が全国統一システムによる医

療情報を閲覧できるようになるのは、2024年度頃と想定されている。

なお、かかりつけ医機能が發揮される制度整備に関する検討も進められている。まずは、法案を国会で成立させる必要があり、かかりつけ医機能の具体的な検討はその後となる。したがって、全国統一システムを開始する段階で、医療機関のかかりつけ医機能の医療情報が含まれる可能性は低い。

ネットパトロール事業の現況

そのほか、ネットパトロール事業の報告があった。医療機関のホームページに起因する美容医療サービスに関する消費者トラブルなどがあり、厚労省が作成するガイドラインに違反するホームページに対するネットパトロール事業が実施されている。

2021年度末時点の対応状況をみると、通報受付による違反ありのウェブページは748サイト(1,087施設)、委託事業者によるネットパトロールの監視での違反ありのウェブページは99サイト(113施設)であった。通報受付件数の86%、監視件数の93%が改善している。

今回検討する報告項目案の一覧

1. 一般不妊治療、生殖補助医療	対応することができる疾患又は治療の内容に関する事項として、「一般不妊治療」、「生殖補助治療」を追加
2. オンライン資格確認(マイナンバーカードの保険証利用)により取得した診療情報を活用した診療	提供サービスや医療連携体制に関する事項として「オンライン資格確認(マイナンバーカードの保険証利用)により取得した診療情報を活用した診療の実施の有無」を追加
3. 電子処方箋の発行	提供サービスや医療連携体制に関する事項として「電磁的記録をもつて作成された処方箋の発行の可否」を追加
4. 人員配置①(医師少数区域経験認定医師)	提供サービスや医療連携体制に関する事項として「医師少数区域経験認定医師の人数」を追加
5. 人員配置②(救急救命士、管理栄養士、栄養士)	病院等の人員配置に関する事項として「救急救命士」、「管理栄養士」、「栄養士」を追加
6. 医療安全対策	医療安全対策に関する事項として医療計画に盛り込まれる項目等を追加

■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページを参照)

研修会名(定員)	期日【会場】	参加費 会員(会員以外)(税込)	備考
「病院情報セキュリティ対策—サイバー攻撃対策と医療情報BCP—」セミナー(WEB開催) 100名	2023年2月20日(月)	5,500円(8,800円)	病院へのサイバー攻撃が相次いでいる。電子カルテシステムを外部ネットワークと隔離してもサイバー攻撃は防げない。サイバー攻撃は受けるものというゼロトラストを大前提とした対策が必要。また、BCPの一環として、サイバー攻撃時の対応手順を具体的に作成することが重要になる。
在宅医療における病院の役割研修会—地域で異なる病院の役割—(WEB開催) 80名	2023年2月23日(木・祝)	11,000円(16,500円)	地域密着型医療を目指す病院に在宅医療への取組みが求められている。今回の研修会では、第8次医療計画の位置づけに関する講演を実施する。次いで、人口密度の高い大都市・地方の県庁所在地・人口減高齢化の進む地域の3つのそれぞれの地域における在宅医療の事例発表を行う。
2040年に生き残るための経営セミナー「医師の働き方改革」(WEB開催) 100病院	2023年2月28日(火)	8,800円(11,000円)	2024年度に医師の働き方改革が施行される。労働時間短縮の取組みとともに、「医師の宿日直許可」の取得が重要になる。セミナーでは、「医師の宿日直許可」の取得の経緯についての報告を含め、制度概要や厚生労働省の対応、民間病院の事例に関する講演を実施する。
病院の多職種リーダー研修会—専門職から組織人へ—(WEB開催) 48名	第1会合 2023年2月24日(金) 第2会合 2023年3月10日(金) 第3会合 2023年3月24日(金)	38,500円(49,500円)	病院職員が自分の職域のみならず地域や病院全体の課題を検討し、その解決策を模索することを目的にセミナーを実施している。さまざまな職種の職員がその専門技術を習得するだけでなく、組織全体を見渡し、さらには経営参画できる人材を育成することが病院に求められている。