

## 病院建設の平米単価、 22年度は40.9万円

福祉医療機構は、2022年度の病院建設（新築）の費用が1平方メートル当たり40.9万円だったとするリサーチレポートをまとめた。

10年度以降で最高だった21年度から下がったが、福祉医療機構では、高止まりだとしている。ユニット型特別養護老人ホームの建設単価は10年度以降で最高の32.7万円だった。

ただ、福祉医療機構では、建設費の高騰は福祉・医療施設だけでなく、建設業界全体に共通の傾向だとしている。

平米単価は、建築の延床面積（工事費対象部分）に占める建築工事費。22年度の病院の単価は24病院の平均額を割り出した。

サンプル数が少ないため、福祉医療機構では、全国の状況を反映しているとは限らないとしている。

集計結果によると、病院建設の22年度の平米単価は40.9万円で、10年度以降で最高だった前年度の42.3万円（15病院）から1.4万円下がった。

ただ、13年度（23.9万円）からの10年間で見ると、22年度は13年度の1.7倍に当たり、福祉医療機構では「依然として高い水準にある」としている。

介護老人保健施設（9施設）の建設単価は31.2万円で、前年度の33.4万円（7施設）から2.2万円低下した。

また、ユニット型特養の建設費（37施設）は1平方メートル当たり32.7万円。前年度の30.9万円（43施設）から1.8万円上昇し、10年度以降で最高だった。

ユニット型特養の建設費は、サンプル数が少ない「中国・四国」と「九州・沖縄」を除く6ブロックごとの平米単価も集計した。

それによると、最高は「首都圏（埼玉・千葉・東京・神奈川）」の34.2万円で、全国平均を唯一上回った。最低は「東北（青森・岩手・宮城・秋田・山形・福島）」の30.7万円だった。

## 地域包括診療料の算定が微減、 診療加算は微増

厚生労働省の「社会医療診療行為別統計」（2022年）によると、医療機関の「かかりつけ医機能」への評価とされる診療報酬のうち、「地域包括診療料」は同年5月診療分（6月審査分）のレセプトの集計で計7,780回算定されていた。

前の年の同じ月に比べ4.7%減った。

社会医療診療行為別統計によると、22年5月診療分での算定は、外来を中心に行う医療機関向けの地域包括診療料1（月1回1,660点）が5,842回（前年同月比6.1%減）、診療料2（同1,600点）が1,938回（0.2%減）。地域包括診療料全体では7,780回で、前年同月から381回（4.7%）減少した。

一方、「地域包括診療加算」は、加算1（25点）が50万7,519回（4.7%増）、加算2（18点）が88万8,858回（3.7%増）といずれも微増した。加算1と加算2を合わせた全体では139万6,377回（4.1%増）だった。

地域包括診療料と地域包括診療加算は、医療機関の「主治医機能」への評価として14年度の診療報酬改定で新設された。

現在は、（高血圧症・糖尿病・脂質異常症・慢性心不全・慢性腎臓病・認知症）の6つの慢性疾患のうち複数を持つ患者に継続的・全人的な医療を行う医療機関が算定する。

包括点数の地域包括診療料は、病院（許可病床200床未満）と診療所が算定できるが、地域包括診療加算を算定できるのは診療所のみ。厚労省によると、届け出医療機関数は18年ごろからいずれも横ばい傾向が続いている。

22年度の診療報酬改定では、慢性心不全と慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていない場合のみ）が慢性疾患の対象に追加された。

### ●機能強化加算の算定は8.8%増

また、「かかりつけ医機能」を整備している医療機関の初診を評価する「機能強化加算」（80点）は、22年5月診療分で計222万8,745回算定されていた。

前年同月比で8.8%増えた。内訳は、初診料への上乗せが181万6,374回（8.4%増）、「小児科外来診療料」の初診時が29万8,315回（12.9%増）、「小児かかりつけ診療料」の初診時が11万4,056回（6.2%増）。

厚労省が6月21日、中央社会保険医療協議会に報告した機能強化加算の算定回数は、同じ22年6月審査分（5月診療分）で計220万7,388回だった。

どちらもナショナルデータベースのデータを使っているのに社会医療診療行為別統計の値と異なるのは、集計のプロセスに違いがあるためという。

機能強化加算は、地域包括診療料など「かかりつけ医機能」関連の診療報酬を届け出ている病院（許可病床200床未満）や診療所が行う質の高い初診への評価として、18年度に新設された。地域包括診療料などの対象外を含む全患者に算定できる。

18年度以降、届け出医療機関は増加傾向が続いていたが、厚労省によると、22年7月現在の届け出数は計1万4,760件（病院1,304件、診療所1万3,456件）で、前年同月から2.8%減少していた。

22年度の診療報酬改定に伴い同年9月からは、機能強化加算を届け出ている医療機関に地域包括診療料などの算定実績の基準をクリアすることが新たに求められた。

## 「10割請求」回避へ対応案示す ～「オンライン資格確認利用推進本部」の初会合

加藤勝信厚生労働相を本部長とする「オンライン資格確認利用推進本部」の初会合が6月29日開かれ、厚労省は、医療保険者のデータ登録が間に合わずに医療保険への加入を確認できなくても、医療機関が医療費の10割負担を患者に求めないようにするための対応案を示した。

マイナポータル画面や従来の健康保険証で加入を確認できれば診療報酬を請求できるようにするなどの内容。

加藤氏は初会合のあいさつで、患者が本来の自己負担で医療を受けられるようにする取り扱いが、遅くとも8月から医療現場で徹底されるように対応する方針を示した。

厚労省は、転職などで保険者の確認が間に合わないケースのほか、患者の情報を窓口で読み取る医療機関の「顔認証付カードリーダー」に不具合が生じたり、停電や広範囲なネット障害でシステムが停止したりするケースを想定している。

社会保障審議会（厚労相の諮問機関）の医療保険部会に29日、対応案を示し、了承されれば、詳しい対応やスケジュールなどを通知する。

厚労省の対応案によると、患者自身のスマートフォンでマイナポータル画面の資格情報画面を表示してもらい、医療保険への加入を確認する。それらの方法で加入を確認できなければ、氏名や生年月日、加入先の医療保険の名称などの「被保険者資格申立書」の記載を患者に求める。

医療機関は、申立書の情報に基づき医療費の自己負担の金額を計算し、その後、社会保険診療報酬支払基金などの審査支払機関に診療報酬を請求する。

医療保険への正式な加入状況は審査支払機関が事後確認する。最終的に加入先を確認できなければ、保険者が負担を案分する。

推進本部は、加藤氏が27日の閣議後の記者会見で、省内に設置する方針を明らかにしていた。マイナ保険証に別人の個人情報もひも付けられるなどの相次ぐ問題を受け、以下などを検討する。

- ▼医療機関や薬局でのトラブルへの対応策
- ▼医療機関や薬局での円滑な運用法
- ▼迅速・正確にデータを登録する方法
- ▼マイナ保険証の啓発・広報の方法

29日の初会合には、加藤氏や伊佐進一厚労副大臣のほか、大島一博事務次官ら省幹部が出席し、マイナ保険証の利用を推進するための取り組みの検討を始めた。

## システム不具合なら 「資格情報不詳」のまま請求

社会保障審議会の医療保険部会が6月29日開かれ、厚生労働省は、システムの不具合などで加入先の医療保険を「マイナ保険証」で確認できない患者に医療機関が医療費の全額の支払いを求めるのを防ぐための対応案を示した。審査支払機関にレセプトを請求するまでに加入先が分からなくても、「資格情報不詳」として医療機関に請求を認める。

それへの反対意見はなく、厚労省は詳しい運用を医療機関などに近く周知する。遅くとも8月には対応を切り替える方針。

厚労省案は、患者の加入先の医療保険を「マイナ保険証」で確認できなくても、マイナポータルの画面や従来の健康保険証で確認できれば診療報酬を請求できるようにするのが基本。どちらも困難な場合は、氏名や生年月日、性別、住所などマイナンバーカードの情報（券面事項）や、加入している医療保険の名称などの「被保険者資格申立書」への記入を患者に求める。

医療機関の窓口では、医療費の本来の自己負担分を患者から受け取り、その後、審査支払機関にレセプトを請求する。患者がどの医療保険に加入しているかがそれまでに分からない場合は「資格情報不詳」のまま請求する。

厚労省保険局の水谷忠由医療介護連携政策課長は、この日の医療保険部会で、「（加入先が分からない場合のレセプトは）今では返戻されてしまうが、返戻されない仕組みにすることを提案させていただいた」と説明した。

この枠組みで医療機関が実際に請求を行う場合、レセプトにどのような記載を求めるかなどの詳しい運用は引き続き整理し、できるだけ早く固める。

厚労省はまた、マイナ保険証で医療機関を初めて受診したり、転職などで保険証が切り替わったりする場合は、マイナ保険証だけでなく従来の保険証も念のため持参するよう患者への周知を医療保険者に求める方針も示した。

## 「医療・介護・障害連携の財源を」 日看協委員

社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）の介護給付費分科会は6月28日、2024年度に行われる介護報酬と診療報酬の同時改定に向けて中央社会保険医療協議会の総会と合同で開いた意見交換会の内容を踏まえて議論し、田母神裕美委員（日本看護協会常任理事）は、医療・介護・障害サービスの連携推進に必要な財源の確保を厚労省に求めた。

中医協総会との意見交換会は、24年度の同時改定に向けて介護と医療の連携や調整を一層進めるため、3月から5月にかけて3回開かれ、▽地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携▽訪問看護—など9つのテーマを議論した。

そのうち医療・介護・障害サービスの連携に関しては、多忙な専門職同士の情報伝達を円滑に進めるため、ICT（情報通信技術）を活用して連携を進めるべきだという意見などがあつた。

田母神委員は、28日の介護給付費分科会で意見交換会について、「医療や障害サービスとも連携しながら、必要な（介護）サービスを提供する上でさまざまな課題が多々あることが示された」と述べ、3分野の連携を進めるのに必要な財源の確保を厚労省に求めた。

古谷忠之委員（全国老人福祉施設協議会参与）は、「特別養護老人ホーム等の高齢者施設からは緊急時対応の困難なケースも多く報告されている」と述べ、要介護者に適した医療を提供するための連携の方法を検討する必要性を指摘した。

要介護認定を受けた人への訪問看護サービスの提供に関する質問もあり、厚労省老健局の古元重和老人保健課長は、医療保険から介護保険へのサービスの切り替えを円滑に進めるための対応を同時改定に向けて検討する方針を示した。

訪問看護の利用者は、年齢や疾患などに応じて介護保険か医療保険の適応となるが、介護保険の給付が医療保険の給付に優先され、末期がんや難病などで医師の指示があつた場合などに限り、医療保険のサービスを利用できる。

医療情報⑥  
日本病院会  
嘆願書

## 入院基本料「大幅引き上げを」、 1,874 病院から嘆願書

日本病院会は、医療機関が算定する入院基本料の大幅な引き上げに関する嘆願書の提出への協力を呼び掛けたところ、最終的に計 1,874 病院（6月24日時点）から嘆願書を受け取ったことを明らかにした。内訳は、日病の会員が 1,242 病院、非会員が 632 病院だった。

入院基本料を巡っては、日病が3月14日、引き上げを求める要望書を加藤勝信厚労相宛てに提出。電力やガスなどの値上げが病院経営にも大きな影響を及ぼしているが、診療報酬は公定価格であるため個々の病院の裁量で改定することはできないと指摘していた。

その後、日病が自民党政務調査会・社会保障制度調査会の田村憲久会長ら国会議員にも同様の要望書を提出したところ、「病院からの嘆願書も必要ではないか」との指摘があつたという。

そのため、日病は入院基本料の大幅な引き上げに関する嘆願書を提出するようホームページで会員病院に呼び掛けた。4月27日時点で計 1,227 病院から嘆願書を受け取ったことから、それらを取りまとめ、同日に加藤厚労相のほか、複数の国会議員に宛てて提出していた。

こうした働き掛けについて、日病は「骨太方針にも一定の成果があつた」との見解を示して

いる。

政府が6月16日に閣議決定した骨太方針2023には、2024年度に控える診療報酬や介護報酬などの同時改定について、物価高騰や賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性や患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、「必要な対応を行う」と明記していた。

医療情報⑦  
厚生労働省  
有識者検討会

## 「総合事業」進めるには 地域にもっと情報提供を

厚生労働省の有識者検討会で市町村が運営する介護保険の「介護予防・日常生活支援総合事業」（総合事業）を充実させるための課題について話し合わせ、委員から、住民を含む多様な主体の参入を促進するためには、地域に対し、総合事業に関する情報をより一層提供していく必要があるとの提案があった

総合事業は2015年の介護保険法の改正に伴ってスタートした、市町村が中心となり地域の实情に応じて多様な主体が参画する事業で、要支援者らへの効果的な支援を行うことを目指している。現在、この事業を充実させていくための工程表に盛り込む内容について検討しており、夏ごろに中間整理を取りまとめる予定。

6月30日に開かれた検討会では、厚労省から、議論を深めてもらいたい点として、以下などが提起された。

- ▼医療・介護関係者のみならず、地域の民間企業・産業や住民など多様な主体の参画による活動となっているか
- ▼介護分野以外からの事業主体の参入を進め、地域での持続可能なサービス提供体制を確保するためにどうすればよいか
- ▼現行の総合事業のサービスモデル（訪問型サービスA-Dなど）の在り方についてどのように考えるか

これについて委員からは「総合事業の存在をもっと地域に知ってもらう必要がある」との声が複数上がった。東洋大国際学部教授の沼尾波子構成員は「地域のなかではさまざまな住民主体の活動があるが、これが介護保険制度のなかの総合事業サービスと結び付いていない。こういう制度があることすら伝わっておらず、情報が相互に繋がりが合う仕組みを作ることがとても必要だ」と述べた。

検討会ではこのほか、持続可能な事業となるためには適切なケアマネジメントが行われるこ

とを前提に経営のための十分な費用を支払う必要があるといった意見や、現在固定されているサービス A、B、C、D の類型を取り払い、必要とされるサービスを改めて確認し、柔軟に対応できる形にすべきといった提案が出された。

医療情報⑧  
社会保障  
審議会

## 看多機 緊急時の泊まり対応に関する要望も

6月28日に開かれた社会保障審議会の介護給付費分科会では、看護小規模多機能型居宅介護（看多機）について、医療ニーズを有する中重度の要介護者の生活を支える地域の拠点として求められるサービスを提供するための課題が話し合われた。委員からは、ターミナル期に該当する利用者への緊急時の泊まり対応への取り扱いに関する要望があった。

看多機は、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせることで、主治医との密接な連携の下で医療行為も含めた「通い」「泊まり」「訪問（看護・介護）」を24時間、365日提供するサービス。退院後の在宅生活への移行や看取り期を支援する目的がある。

医療ニーズの高い中重度の要介護者の在宅での療養生活を支えており、国はさらなる普及を進めていく。看多機の短期利用は年々増加しており、利用回数はコロナ禍でも増えている。将来的な看多機の見込みサービス量は、2020年度（実績値）の1万5,000人に対し、40年度の推計値では3万4,000人と2倍以上になるという。

分科会では、看多機が抱える課題として看護職員や介護職員が十分に確保できないことが挙げられた。特に、看取りや重度者に対応できる「夜勤」が可能な職員を確保したり、看護職員以外の職種で対応したりすることが難しいという。

こうした課題・問題点について、日本看護協会常任理事の田母神裕美委員が、緊急時の泊まりに対する取り扱いを検討する必要があると主張。「ターミナル期には点滴等の医療処置や泊まり、訪問の回数が多いなど、ケアの密度が高い」としたうえで、緊急時の訪問看護は緊急時訪問看護加算で対応されているが、泊まりについては包括報酬の中で対応せざるを得ないと指摘した。

全国老人福祉施設協議会参与の古谷忠之委員は、看多機の今後の在り方について、「訪問看護、訪問介護、通所介護、ショートステイの機能があるが、これらの機能を複合的に使用する場合や、単独で使用する場合など、状況に応じて利用できるように検討していくことも重要」と提案した。