

宿日直許可取得でも 適切な診療提供なら基準クリア

厚生労働省は2022年度診療報酬改定の疑義解釈資料（その54）で、宿日直許可を取得していても専任の医師が常時、治療室内の患者に適切な診療を行い、昼夜にかかわらず同様の勤務体制を取っていれば、救命救急入院料などの施設基準を満たしているとみなして差し支えないとの考え方を示した。

医師の働き方改革の一環で、休日労働を含む時間外労働の罰則付き上限（年960時間）が24年4月から規制される。医療機関が労働基準監督署に申請し、宿日直の許可を取得すれば、その宿日直は労働時間としてカウントされないが、取得しなければ医師の時間外労働を上限に収めるのが難しくなる可能性がある。

労働基準監督署の許可は、宿日直中の業務が、以下などの基準を全て満たせば受けられる。

- ▼通常の勤務時間から完全に解放された後のもの
- ▼一般の宿日直業務以外には、特殊な措置を必要としない軽度または短時間に限る

一方、診療報酬の救命救急入院料や特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料1、総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準では、専任の医師が常時、治療室内に勤務することを求めている。

宿日直許可を得ている医療機関では、宿日直中の医師の業務が軽度であることから、救命救急入院料などの施設基準を満たせるのか判断に迷う可能性がある。

そのため厚労省は疑義解釈で、専任の医師が常時、治療室内の患者に適切な診療を行い、昼夜に関わらず同様に勤務する体制を取っていれば、宿日直許可を取得していても基準をクリアしていると判断して差し支えないとの考えを示した。

宿日直許可を取得していても専任の常勤医師が常時、院内において必要な診療体制を整えている場合も、ハイケアユニット入院医療管理料の医師の配置に関する施設基準を満たしていると見なして差し支えないとした。

ただ、これらは「当面の間の解釈」であり、医師の配置基準と宿日直許可との整理については、24年度の診療報酬改定を巡る議論の過程で明確化される見通しだという。



低リスクなら積極的な接種勧奨 不要に、日医・釜薙氏

日本医師会の釜薙敏常任理事は7月26日の定例記者会見で、新型コロナウイルス感染症のワクチンについて、重症化するリスクが高い高齢者や基礎疾患がある人を除き、積極的に接種を勧奨する必要はなくなったという認識を示した。新型コロナのワクチンは、オミクロン株系統「XBB.1」に対応する1価ワクチンの接種が9月に始まる。

釜薙氏は会見で、新型コロナワクチンの接種について、「発症の予防や重症化の予防にも効果があるという報告がみられる」と述べ、重症化するリスクが高い65歳以上の高齢者や基礎疾患がある人に対しては、積極的に接種勧奨するのが適切で妥当だと指摘した。

ただ、重症化リスクが高くないそれら以外の人に対しては、感染の拡大を抑えるために接種を無理に勧める状況ではなくなったという認識を示した。

ワクチンの接種後に体調を崩すケースの報告があるため、釜薙氏は、低リスクの人たちは「個人の防衛の視点から、予防接種をするかどうか選択していただく時期に入った」と述べた。

精神障害者地域移行特別加算の 算定延長を要望

厚生労働省の「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」は7月25日、2024年度の報酬改定に関する意見を関係8団体からヒアリングし、日本精神科病院協会（日精協）は、「精神障害者地域移行特別加算」の算定可能な期間を、現在の「退院後1年間」から年単位で延長することなど5点を要望した。

共同生活支援（グループホーム）などの精神障害者地域移行特別加算（1日300単位）は、精神科病院に1年以上入院していた精神障害者に対し、地域で生活するのに必要な相談援助や支援を社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師らが計画に基づき行った場合、退院1年以内に限り算定できる。

共同生活支援のグループホームを整備している会員病院を対象に日精協が行った調査では、日中に対面で行う支援として、「食事提供や家事の支援」「声掛けや見守り」「相談対応・コミュニケーション」「服薬管理」などの頻度が極めて高いことが分かった。

日精協では、共同生活援助で利用者の生活の安定を維持させるには、これらの支援を退院から1年を経過した後も続ける必要があるとしている。

日精協ではほかに、共同生活援助で施設外への同行支援を行う場合に算定する加算の新設や、

福祉専門職員配置等加算Ⅰと加算Ⅱに設定されている有資格者の配置基準の緩和なども求めた。

24年度の報酬改定に向けて厚労省の検討チームでは、より質の高いサービスの提供など4つの視点から、8月にかけて計49団体の意見を聴く方針。今回のヒアリングは3回目で、日精協や全国地域生活支援ネットワークなど8団体が参加した。

全国地域生活支援ネットワークは、医療的ケア児・者が地域で暮らせる体制を整備するため、介護職員らが喀痰吸引を行った場合に算定する加算や「医療連携体制加算」を生活介護事業所に新設することなどを要望した。

医療情報④
経済財政政策
担当相

感染症対応の司令塔 「危機管理統括庁」9月1日設置

後藤茂之経済財政政策担当相は7月28日の閣議後の記者会見で、感染症の発生・まん延時に司令塔機能を担う「内閣感染症危機管理統括庁」を9月1日に設置すると発表した。コロナ禍の教訓を踏まえ、次の感染症の危機の際に迅速で的確に対応できる体制を整える。

後藤氏は、「統括庁は感染症対応の実務の中核を担う厚生労働省と一体的対応を確保しつつ、将来的には新たに専門家組織として設置される国立健康危機管理研究機構と連携して総合的に感染症危機に対応する機能を担う司令塔組織として万全を期してまいりたい」と述べた。

設置時の統括庁は約60人体制でスタート。ただ、危機対応時には最大で約300人で対応する予定。

医療情報⑤
中央社会保険
医療協議会

感染対策、「恒常的」な 評価の議論始まる

中央社会保険医療協議会は7月26日、2024年度の診療報酬改定に向けて医療機関の感染症対策の議論を始め、厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症を含む新興感染症以外への対応と、新興感染症の発生・蔓延時を想定した対応とに分けて論点を示した。

抗菌薬の適正使用の促進など薬剤耐性対策も議論する。

厚労省は、中医協がこの日開いた総会で新型コロナを「新興感染症以外」に位置付けた。

新型コロナの感染症法上の位置付けが5類へ移行したのに伴い、これまでの診療報酬の特例は、医療提供体制の今夏までの状況などを検証しながら段階的に縮小させることになっている。

厚労省は、24年度以降は「恒常的」な対応への評価に切り替える方針。

ただ、診療報酬のコロナ特例の取り扱いは今回取り上げなかった。厚労省保険局の眞鍋馨医療課長は、「適切な時期に改めて議論する」と説明した。

新興感染症以外への対応では、感染対策に必要な人員の確保、個人防護、個室管理、地域の医療機関や高齢者施設との連携などの観点から医療現場の対応を議論する。

社会保障審議会の介護給付費分科会との意見交換会での声を踏まえ、厚労省は、病院に配置されている感染症の専門家が地域の高齢者施設や障害者施設に行く助言・支援の重要性が指摘されているという認識を示した。

中医協の分科会が行った調査では、22年度に新設された「感染対策向上加算1」を届け出ている416病院の6割超は高齢者施設に感染対策の助言を行っていることが分かった。

感染対策向上加算1の病院と連携して感染対策に取り組む加算2の113病院も3割超が高齢者施設への助言を行っていて、こうした対応を24年度に後押しするよう求める意見があった。

感染対策向上加算1は、地域の他の医療機関と連携して感染防止対策の基幹的な役割を担う医療機関への評価。22年度には、感染対策向上加算1の病院が加算2の病院などに感染対策を助言して算定する「指導強化加算」も新設された。

●新興感染症対策、長島委員「平時からの評価」を主張

一方、新興感染症への対応では、感染症法の改正や、都道府県が作る医療計画の見直しとの整合性をどれだけ取るかが焦点になる。新たな感染症の発生・蔓延に対応するため国が決めた入院医療の提供の枠組みでは、各都道府県が全国の医療機関計約3,000カ所と協定を結び、全国ベースで当面、約5.1万床の確保を目指す。

流行初期の段階から入院患者の受け入れに対応する流行初期医療確保の協定を結ぶ医療機関にはそのうち約500カ所を想定していて、都道府県は、24年度に運用が始まる第8次の医療計画に協定締結の数値目標を書き込む。

感染対策向上加算の施設基準には新興感染症への対応が含まれ、新型コロナの重点医療機関や協力医療機関などの枠組みと連動しているが、厚労省によると、次の新興感染症の発生に備えるための協定締結の仕組みとは一致していない。

そのため26日の総会では、24年度の改定でそれらの整合性を取るべきだと支払側の複数の委員が主張した。

ただ、松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、感染対策向上加算のほか、診療所向けの「外来感染対策向上加算」が24年度の診療報酬改定で新設されたため、「既に評価の枠組みはかなり整備されたものと認識している」と述べた。

診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）は、流行初期医療確保の協定の締結先だけでなく、より多くの医療機関が対応できる体制を整備するため、診療報酬による平時からの評価を求めた。

訪問リハの拡充には 老健でも「みなし指定」を

7月24日に開かれた社会保障審議会・介護給付費分科会では訪問リハビリテーションの課題について話し合われ、事業を開始するに当たり介護保険法の特例で病院や診療所に適用される「みなし指定」について、医療機関だけではなく、介護老人保健施設や介護医療院でも認めてほしいとする要望が出された。

訪問リハビリについては、退院後から利用開始までの期間が2週間未満の利用者は、2週間以上の場合と比べて機能回復の程度が大きいという調査結果が示されている一方で、開始まで2週間以上かかっている人が一定数いることも分かっている。

こうした現状を踏まえ分科会では、必要な人に、早期に適切な期間、訪問リハビリを行うためにはどのような対策が必要か話し合われた。

全国老人保健施設協会会長の東憲太郎委員は、事業所の開設を推奨していくに当たり、医療機関には認められている「みなし指定」が現在は介護老人保健施設や介護医療院には適用されていないことが「大きなハードルとなっている」と訴え、制度の見直しを求めた。

また、経団連専務理事の井上隆委員は、リハビリの早期開始には医療と介護の連携強化が重要だとの認識を示し、「前回の改定で設けられた一体的な計画書が十分に普及しておらず、より広く活用できる施策が必要だ」と述べた。その上で、両分野で円滑に情報連携できるよう文書の標準化を速やかに進め、事務負担を軽減する必要があると指摘した。

分科会ではこのほか、介護予防訪問リハビリの長期間利用減算について、生活機能を「維持できている」という点ではむしろ評価されるべきだとする意見も出た。

地域支援体制加算「要件厳格化を」 ～中医協・支払側委員が厳格化の必要性を強調

2024年度の調剤報酬改定に向け、中央社会保険医療協議会・総会は7月26日、調剤に関する議論を始めた。薬局による地域医療への貢献を評価する「地域支援体制加算」について、支払側委員が算定要件の厳格化の必要性を強調。一方で診療側委員は、地域医療に貢献する体制やその機能が充実している薬局で必要な取り組みが進むよう評価すべきだと主張した。

地域支援体制加算は、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局への評価で、18年度の調剤報酬改定で新設された。

22年度改定では、調剤基本料1を算定しているかどうかや貢献に係る体制・実績によって

4 区分に見直された。また、災害や新興感染症の発生時にも医薬品を供給できるように「薬薬連携」を進めるなど、地域支援体制加算の算定薬局の体制整備を促す連携強化加算（2 点）を新たに設けた。

再編後の地域支援体制加算は、「加算 1」と「加算 2」が調剤基本料 1 の薬局、「加算 3」と「加算 4」はそれ以外の薬局向けで、点数の高い加算 2 と連携強化加算を合わせると 49 点を算定できる。

26 日の総会で厚生労働省が示したデータによると、この加算の届け出薬局数が年々増加傾向にあり、22 年 7 月時点では 6 万 607 力所の薬局の 38.2%を占めた。また、調剤基本料 1 の薬局の約 4 割、調剤基本料 1 以外の薬局では約 3 割が届け出ている。

同加算の施設基準では、十分な数の医薬品を備蓄することとされている。医療用医薬品の備蓄品目数を見ると、同加算の算定薬局の方が算定していない薬局よりも多い傾向があった。

722 力所の薬局での要指導医薬品・一般用医薬品の備蓄品目数では、100 品目以上の薬局が 153 力所（21.2%）あった一方、19 品目以下の薬局が 280 力所（38.8%）で、中には全く置いていない薬局が 58 力所（8.0%）あった。

議論で松本真人委員（健康保険組合連合会理事）が、「22 年度改定で地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて評価体系を見直したものの、まだ実績評価には弱い」と指摘。その上で、医薬品の備蓄状況なども踏まえて、「要件の厳格化が必要だ」と訴えた。

これに対して日本薬剤師会副会長の森昌平委員は、「引き続き体制や機能が充実している薬局においては必要な取り組みが推進されるような形で評価していくべきだ」と主張した。

医療情報⑧
中央社会保険
医療協議会

敷地内薬局に強い対応求める 意見、連携も課題に

中央社会保険医療協議会の 7 月 26 日の総会では、医療機関の敷地の中にある「敷地内薬局」は地域包括ケアシステムの推進などに逆行するとして、さらなる強い対応を行うよう診療側の委員が厚生労働省に求めた。支払側の委員からも同様の意見が上がった。

厚労省がこの日示したデータによると、特別調剤基本料を算定している敷地内薬局は全ての薬局と比べて処方箋の受け付け回数は多かったものの、薬局による地域医療への貢献を評価する地域支援体制加算の届け出割合が低かった。

また、2022 年度の調査で、敷地内に薬局がある 18 の医療機関のうち、その薬局との「連携あり」と答えたのは 7 医療機関（38.9%）、「連携なし」は 11 医療機関（61.1%）だった。

連携の内容は、処方内容の問い合わせに関する業務の簡素化が多かった。

日本薬剤師会副会長の森昌平委員は総会で、敷地内薬局の不適切な公募の事例が後を絶たな

いことへの懸念を示した。

また、敷地内薬局は国が整備を進める地域包括ケアシステムに逆行するとし、「さらなる強い対応が不可欠だ」と訴えた。

松本真人委員（健康保険組合連合会理事）も、実態をより詳細に把握した上で、その結果によっては24年度の調剤報酬改定でのさらなる見直しを検討すべきだと指摘した。

22年度の調剤報酬改定では、敷地内薬局が算定する特別調剤基本料を引き締め、処方箋の受け付け1回当たりの点数を9点から7点に引き下げた。

敷地内薬局を巡っては、大学病院などによる誘致が活発化している。厚労省のデータでは、病院の敷地内薬局は21年4月時点で全国に計196カ所あり、前年の同期から73カ所増えた。

診療所の敷地内薬局は計155カ所で、20年4月からの1年間で111カ所増えた。

ただ、敷地内薬局に厳しい目も向けられている。薬局の機能強化などを話し合う厚労省のワーキンググループでは、敷地内薬局が「かかりつけ薬剤師・薬局」としての機能を果たすとは考えにくいとの声や、薬局から病院への利益供与に当たるなどの指摘があった。

敷地内薬局の実態や公募内容を調査するよう求める意見もある。

医療情報⑨
健康保険組合
連合会

健保連・宮永会長 「未経験の厳しい時期に」

健康保険組合連合会の宮永俊一会長は7月28日の総会であいさつし、「少子・高齢社会が今までに経験したことのない厳しい時期に入ること間違いなし」との認識を示した。

生産年代の人口減少と高齢者人口の急増が同時に進む上、2022年には出生数が80万人を割り込み、一層の少子化が見込まれるため。

健保連が4月に発表した23年度予算の早期集計によると、健保組合の経常収支の赤字幅は1,380組合全体で過去最大の5,623億円となり、全組合の約8割が赤字になる見通し。

新型コロナウイルス感染症による受診控えの反動で保険給付費の増加が見込まれるほか、高齢者医療への拠出金の急増が響いたため、宮永氏は、少子・高齢化が一層進むことへの強い危機感を表明した。