

週刊WEB

医療 経営

MAGA
ZINE

Vol.767 2023.4.11

医療情報ヘッドライン

1月運用開始の電子処方箋は順調 今秋にもリフィル処方箋に対応

▶厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

「がん対策推進基本計画」を閣議決定 がん検診受診率目標は60%に引き上げ

▶政府

週刊 医療情報

2023年4月7日号

出産費用の保険適用、 「見える化」踏まえ検討へ

経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費 (令和4年度9月)

経営情報レポート

2022年度 診療報酬改定 厚生労働省 疑義解釈の解説

経営データベース

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:求人・採用

労働契約書等の書類、文書の保存期間 入職日の設定

発行:税理士法人ネクサス

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

1月運用開始の電子処方箋は順調 今秋にもリフィル処方箋に対応

厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

厚生労働省は、3月29日の健康・医療・介護情報利活用検討会で、今年1月より運用を開始した電子処方箋について、今秋を目処にリフィル処方箋へも対応する方針を明らかにした。電子処方箋は、3月19日現在1,808施設の医療機関および薬局（3月19日時点で病院7、医科診療所93、歯科診療所5、薬局1,703）で稼働しており、これまでシステム上の大きなトラブルもなく概ね順調に運用されている。ただし、医師判断の分割調剤やリフィル処方箋への対応はしておらず、導入済み施設からシステムの改善や機能拡充を求める声が挙がっていた。

■利用申請済み施設は

3月19日時点で46,028

電子処方箋は、名称のとおり処方箋を従来の紙ではなく、デジタルデータで運用する仕組みのこと。オンライン資格等確認システムを活用し、クラウド上に構築された「電子処方箋管理サービス」を経由することで、医療機関や薬局が相互に処方・調剤情報を参照できる。つまり、重複投薬チェックが容易になるということだ。医療機関・薬局間の情報共有が促進されることで、より適切な医療の提供も期待できる。

さらに、薬局では処方箋の内容を入力する作業や、紙の処方箋の保管が不要になるため、業務効率化につながるメリットもある。

実際、導入に前向きな医療機関・薬局は増えており、3月19日時点で利用申請済みの施設数は46,028（病院1,102、医科診療所17,805、歯科診療所10,161、薬局

16,960）。2月19日時点での利用申請済み施設数は40,412だったため、1カ月で5,000以上増えたことになる。

厚労省の電子処方箋サービス推進室は、2月末時点で「同一市町村内の医療機関・薬局から電子処方箋の利用申請が数多く出されているなど、特に利用意欲が高いと考えられる地域も存在する」としており、積極的に導入を推進する自治体があることも窺える。

一方、医療機関・薬局のいずれかしか運用しておらず、デジタル化のメリットが生かせていない地域もある。背景にあるのは、4月に原則義務化されたオンライン資格確認等システムの導入対応によるシステムベンダの逼迫だ。厚労省が2月24日に公表した情報によれば、電子処方箋システム導入に対応可能な時期について、今年の上半期（6月）と回答したベンダはわずか6社。来年以降や「未定」と回答した事業者も多く、現在申請済みの全施設で運用が開始されるのがいつになるか、先行きは不透明と言わざるを得ない。

■リフィル処方箋は最大3回まで

繰り返し利用できる

2022年4月にスタートしたリフィル処方箋は、症状が安定している患者に対して発行されるもので、最大3回まで繰り返し利用できる。薬剤の処方を受けるためだけに医療機関を受診する必要はなくなるが、薬局の適切なフォローがより求められることになる。

一般への周知徹底や啓発も含め、解決すべき課題はまだ多く残っているのが現状といえそうだ。

「がん対策推進基本計画」を閣議決定 がん検診受診率目標は60%に引き上げ

政府

政府は3月28日、がん対策の基本的方向を定めた「がん対策推進基本計画」（以下、基本計画）を閣議決定した。

「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標に掲げ、「がん予防」「がん医療」「がんとの共生」の3分野に加え、各分野を支える基盤の整備を柱に構成されている。

がん検診受診率の目標を従来の50%から60%へ引き上げられたほか、「デジタル化の推進」が新たに盛り込まれている。

■職域のがん検診に

法的根拠を持たせる可能性も

がんは、40年以上にわたって日本の死因第1位。約2人に1人が罹患すると推計されているため、国は対策に力を注いできた。

その方向性を定める重要な指針となるのが、6年に1回策定される「がん対策基本推進計画」だ。2006年に成立したがん対策基本法に基づき、2007年に第1期の計画がスタート。今回は第4期となる。

今回、目標値が引き上げられたがん検診受診率は、これまで良かったわけではない。

国民生活基礎調査によれば、どのがん検診も受診率は増加傾向にあるものの、2019年時点で50%を達成しているのは男性の肺がん検診のみだ。

伸び悩みの状況に追い打ちをかけたのがコロナ禍で、厚生労働行政推進調査事業費補助金がん対策推進総合研究事業「新型コロナウイルス感染症によるがん診療及びがん検診などの受診状況の変化及び健康影響の解明にむけた研究」では、検診受診者は1～2割減少

していると報告されている。

今回の基本計画では抜本的な解決策が示されていないが、受診者の30～70%が受診しているとされる職域のがん検診が見直されそう。現状、職域での実施は任意のため、がん検診の種類や受診者数の実態が把握しきれていないが、「法的な位置付けも含め、がん検診全体の制度設計について検討」と明記。

少なくとも、新たな案が「がん検診のあり方に関する検討会」で示される可能性があり、推移を見守りたい。

■高齢者がん医療で在宅でのケアを強化

項目を新設した「デジタル化の推進」は、PHR（パーソナルヘルスレコード）の推進や現況報告書のオンライン化、オンラインを活用した相談支援や効果的な情報提供など、「ICTやAIを含むデジタル技術の活用による医療のデータ化とその利活用の推進」に取り組むべきとしている。普及の遅れが指摘されている「e Consent（電磁的方法によるインフォームド・コンセント）の活用等の治験のオンライン化」も明記された。

また、2025年には全人口の30%に達すると推計されている高齢者がん対策も項目が新設。適切な治療およびケアのため「更なるガイドラインの充実を推進」するとともに、高齢者がん医療の実態把握も進めるとしている。個別目標としては「多職種での連携や地域の医療機関等との連携を強化し、患者が望んだ場所で適切な医療を受けられることを目指す」が掲げられており、少なくとも緩和ケアを含む在宅医療が強化される方向なのは間違いなさそう。

医療情報①
政府
少子化対策

出産費用の保険適用、 「見える化」踏まえ検討へ

政府は3月31日、少子化対策の試案（たたき台）をまとめた。これからの3年間を「集中取組期間」と位置付け、「こども・子育て支援加速化プラン」（加速化プラン）に取り組む。

その一環で、出産費用（正常分娩）への保険適用を含む経済支援を検討する。出産に伴う経済的な負担を和らげるのが狙いで、2024年4月に国が始める出産費用の「見える化」の結果を踏まえて判断する。

国は、出産育児一時金の給付額を4月以降、現在の42万円から50万円に増額する方針で、出産費用の「見える化」で効果を検証する。正常分娩への保険適用を含む経済支援は、「見える化」による検証結果を踏まえて検討する。ただ、たたき台では、保険適用が必要かを判断する時期には踏み込んでいない。少子化対策は政権が肝いりの政策の一つ。岸田文雄首相は1月4日の年頭記者会見で、「異次元の少子化対策」に挑戦する方針を示した。それを受け、政府の関係府省会議が具体化を進め、たたき台をまとめた。

小倉将信少子化対策担当相は31日記者会見し、「わが国の出生率は2000年代に入ると急速に低下した。このままでは2030年代に入ると若年人口は現在の倍のスピードで急速に減少する」と危機感を表明した。

たたき台では、30年代に入るまでのこれからの6-7年を少子化対策のラストチャンスに位置付け、今後3年間を見据えた加速化プランに取り組む方向性を打ち出した。

加速化プランは、以下などが柱となっている。

- ▼子育てに伴う経済的な負担を軽減するための支援
- ▼子育て世帯に提供するサービスの拡充
- ▼共働き・共育て推進

正常分娩への保険適用は、経済的な負担軽減の支援策の一つとして検討する。

出産に伴う経済的な負担を和らげ、出生率の低下に歯止めを掛けるのが狙いだが、公定価格の診療報酬が正常分娩に適用されると、医療機関側はアメニティー充実などのサービスを提供しづらくなる可能性がある。

日本医師会の松本吉郎会長は、「（サービスの内容や費用に）大きな差がある中で、全国一律の診療報酬で評価するとなると、さまざまな課題がある」と指摘している。

政府は、少子化対策の予算を将来的に倍増させる方針で、こども家庭庁を4月に設立して政策を取りまとめる。その上で、6月に閣議決定する骨太方針に予算倍増に向けた大枠を示す。

医療情報②
規制改革推進
会議WG

訪問看護の薬剤 「包括指示書で投与」提案

規制改革推進会議の医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ（WG）は3月30日、訪問看護ステーションに配置できる薬剤の拡充について関係者からヒアリングし、在宅医療・看護の支援などを行う「コミュニティヘルス研究機構」の山岸暁美理事長は、医師が発行する「包括指示書」に基づき訪問看護ステーションに薬剤をストックし、患者の急変時に看護師らが投与できるようにする仕組みを提案した。訪問看護ステーションから医療機関まで看護師が薬剤を取りにいく時間が大幅に削減され、在宅療養の患者の急変にタイムリーに対応できるようになる上、医師の負担軽減も見込めるとしている。

提案は、訪問看護ステーションが医療機関や調剤薬局と連携協定を結び、患者の主治医が訪問看護と連携薬局に発行する包括的指示書に基づき処方薬をストックする仕組み。連携先の薬局が訪問看護ステーションの薬剤の管理を担当し、疑義照会なども行う。訪問看護ステーションは、患者の急変時対応に薬剤を使用したら、医師と薬剤師に報告する。訪問看護師を対象に山岸氏らが行った緊急調査では、薬剤や輸液が手元にないことで急変時に即時対応できなかった経験が「ある」と1,340人のうち69.9%（速報）が答え、「人口減少地域」や「過疎地」など医療資源の少ない地域で割合が高かった。30日の会合には、厚生労働省も出席し、正確に実態を把握した上で総合的に対応を検討する必要があるという認識を示した。

医療情報③
厚生労働省
公表

マイナ保険証対応済み、 義務化対象の6割超

厚生労働省によると、マイナ保険証への対応に必要なオンラインの資格確認システムを運用し始めた全国の病院・診療所・薬局は3月19日現在、4月以降に導入が義務付けられる全施設の6割を超えた。施設の種別別では、薬局が8割を超えたのに対し、診療所（医科）では5割ほどにとどまっている。ただ、厚労省は、3月末までにシステムを導入できる病院・診療所・薬局は最大で全体の74%にとどまるとみている。

これは、2022年11月時点でのベンダーからの報告が根拠で、病院・診療所・薬局からの申し込みが集中し、ベンダー側がシステム改修に対応し切れないなどのケースを想定している。

そのため、ベンダーと23年2月末までに契約したのに整備が4月に間に合わない場合、病院・診療所・薬局による導入を最大で9月末まで猶予することになった。

厚労省は、オンライン資格確認システムを運用し、マイナ保険証への対応を始めた病院・診療所・薬局が全国にどれだけあるかを毎週集計し、結果を公表している。（以降、続く）

週刊医療情報（2023年4月7日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

最近の医療費の動向

/ 概算医療費（令和4年度9月）

厚生労働省 2023年1月31日公表

1 制度別概算医療費

● 医療費

（単位：兆円）

	総計	医療保険適用							公費
		75歳未満					75歳以上		
		被用者保険	本人	家族	国民健康保険	(再掲)未就学者			
平成30年度	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
令和元年度	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
令和2年度	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
令和3年度4~3月	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2
4~9月	21.9	12.4	7.0	3.9	2.6	5.4	0.7	8.4	1.1
7月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.4	0.2
8月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
9月	3.6	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
令和4年度4~9月	22.6	12.7	7.3	4.1	2.7	5.4	0.7	8.8	1.1
7月	3.8	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
8月	3.8	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.4	0.2
9月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2

注1) 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注2) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。（以下同）

注3) 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。なお、当該データは診療報酬明細書において、「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

● 1人当たり医療費

(単位：万円)

	総計	医療保険適用							
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上	
			本人	家族					
平成30年度	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9	
令和元年度	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2	
令和2年度	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0	
令和3年度4～3月	35.2	23.5	18.2	17.5	17.2	37.9	22.1	93.9	
	7月	3.0	2.0	1.5	1.5	1.5	3.1	2.2	7.9
	8月	2.9	2.0	1.5	1.4	1.5	3.1	1.9	7.7
	9月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.7	7.7
令和4年度4～9月	18.1	12.1	9.5	9.0	9.2	19.1	12.0	47.0	
	7月	3.0	2.1	1.7	1.6	1.6	3.2	2.2	7.8
	8月	3.0	2.1	1.7	1.6	1.6	3.2	2.0	7.6
	9月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	7.9

注1) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2 診療種類別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費				調剤	入院時 食事療養等	訪問 看護療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等	
		医科 入院	医科 入院外	歯科								
平成30年度	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0	
令和元年度	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0	
令和2年度	42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0	
令和3年度4～3月	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1	
	7月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
	8月	3.7	2.9	1.4	1.3	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.2
	9月	3.6	2.9	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.4	1.9	0.3
令和4年度4～9月	22.6	18.1	8.4	8.1	1.6	3.8	0.4	0.24	8.8	11.9	1.6	
	7月	3.8	3.1	1.4	1.4	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
	8月	3.8	3.0	1.4	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.4	2.1	0.3
	9月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3

注) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。

入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

● 受診延日数

(単位：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養	
		医科入院	医科入院外	歯科			
平成30年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
令和3年度4～3月	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
7月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
	2.0	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.03
令和4年度4～9月	12.1	11.9	2.1	7.8	2.0	4.1	0.21
7月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
	2.0	2.0	0.3	1.3	0.3	0.7	0.04
	2.0	2.0	0.3	1.3	0.3	0.7	0.04

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

● 1日当たり医療費

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外+調剤
		食事等含まず	食事等含む					
平成30年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
令和2年度	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
令和3年度4～3月	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
7月	18.2	38.3	40.0	9.9	7.9	9.5	11.7	14.9
	18.8	38.5	40.2	10.3	7.9	9.7	11.7	15.4
	18.5	38.8	40.5	10.2	7.9	9.7	11.7	15.3
令和4年度4～9月	18.6	39.6	41.3	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
7月	18.4	39.1	40.8	10.3	8.1	9.1	11.9	15.1
	18.7	39.7	41.4	10.7	8.1	9.3	11.9	15.6
	18.8	40.1	41.7	10.5	8.2	9.5	11.9	15.5

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外の受診延日数で除して得た値である。歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。

最近の医療費の動向/概算医療費(令和4年度9月)の全文は
当事務所のホームページの「医療経営 TOPICS」よりご確認ください。



制 度 改 正

2022年度 診療報酬改定

厚生労働省 疑義解釈の解説

1. 2022年度 診療報酬改定の概要
2. 紹介・逆紹介割合は連続する6か月の割合を報告
3. 医師事務加算は雇用形態に関係なく通算可能
4. 感染対策向上加算は揭示事項が具体化



参考資料

【厚生労働省】：事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その1） 疑義解釈資料の送付について（その2）
疑義解釈資料の送付について（その3） 疑義解釈資料の送付について（その4）

1

医業経営情報レポート

2022年度 診療報酬改定の概要

■ 2022年度診療報酬改定の方向性

改定後間もなく、厚生労働省より多くの疑義解釈が出され、診療報酬について詳細な内容が決定されています。今回の改定率は、診療報酬本体部分が 0.43%引き上げられた一方で、薬価、材料価格の引き下げの影響により、全体改定率は 0.94%のマイナス改定となりました。

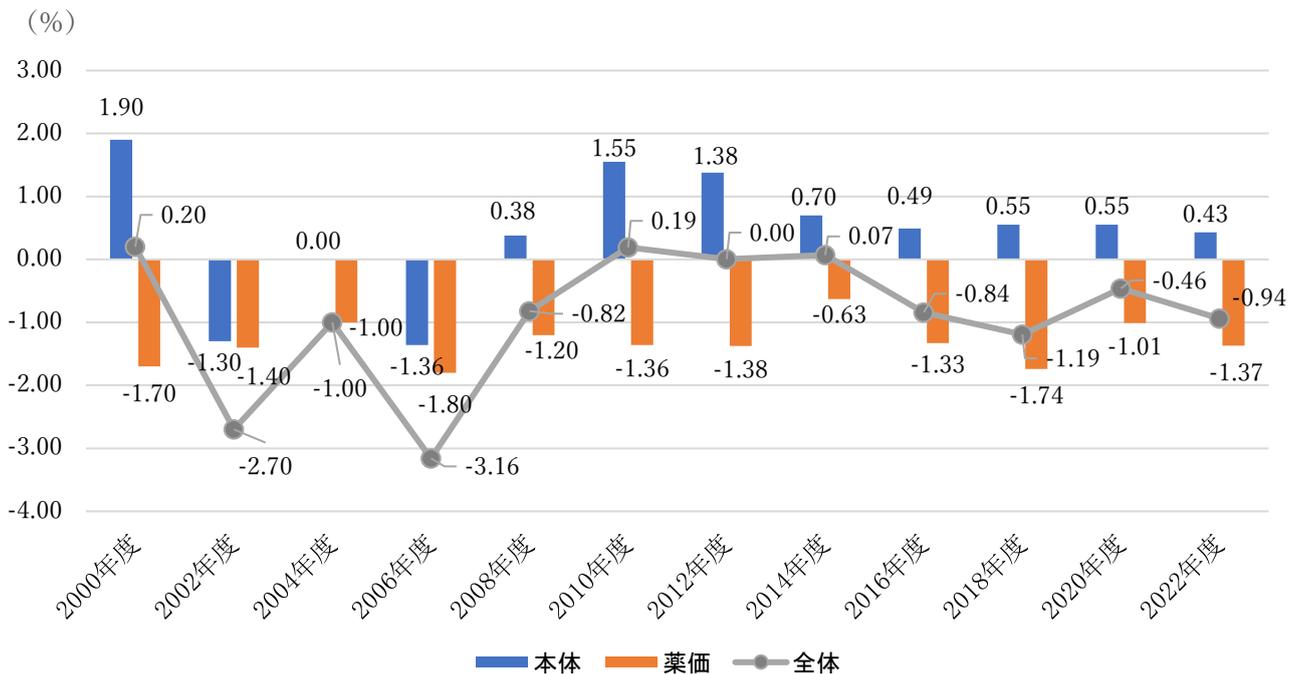
2020 年度の改定と同様に、全体改定率は引き下げられましたが、本体部分のプラス改定は今回で8回連続です。本体部分の引き上げ幅には、看護職員の処遇改善への特例的な対応と不妊治療の保険適用のための特例的な対応の財源として、それぞれ 0.2%、合わせて 0.4%のプラス要因が含まれます。

その一方で、一定期間は再診を受けなくても繰り返し使える「リフィル処方箋」の導入・活用促進による効率化によりマイナス 0.1%、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来でマイナス 0.1%、合わせて 0.2%のマイナス要因が含まれ、実質的な引き上げ幅は 0.23%となっています。

■ これまでの診療報酬改定率の推移

2000 年度からの診療報酬改定率をみると、2008 年度から本体はプラス改定、薬価はマイナス改定という状態が続き、2016 年度以降は全体としてマイナス改定となる状態が続いています。

◆ これまでの診療報酬改定率の推移



2

医業経営情報レポート

紹介・逆紹介割合は連続する6か月の割合を報告

■ 初診料、外来診療料

「特定機能病院」と一般病床 200 床以上の「地域医療支援病院」及び「紹介受診重点医療機関」で算定する初診料と外来診療料の減算規定について疑義解釈が出されました。

紹介割合と逆紹介割合の計算対象期間は今年度中の任意の連続する6か月の紹介割合と逆紹介割合を地方厚生局へ報告することとなりました。病院の種類ごとに減算の基準が設けられており、基準に達しない場合は減算対象となります。

■ 厚生労働省 疑義解釈(初診料・外来診療料)

問	区分番号「A000」初診料並びに区分番号「A002」外来診療料における紹介割合及び逆紹介割合（以下単に「紹介割合及び逆紹介割合」という。）の計算等については令和5年4月1日から適用することとされているが、計算の対象となる期間及び地方厚生（支）局長への報告の時期についてどのように考えればよいか。
答	令和5年4月1日までに、令和4年度中の任意の連続する6か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、別添様式 28 により地方厚生（支）局長へ報告すること。なお、当該実績が基準に達していない場合にあっては、令和5年4月1日から令和6年3月 31 日までの間、区分番号「A000」初診料または区分番号「A002」外来診療料の所定点数を減算して算定すること。また、令和5年 10 月1日までに、令和4年度の年間の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、別紙様式 28 により、地方厚生（支）局長へ報告すること。

（一部改変）

■ 外来栄養食事指導料

外来栄養食事指導料の悪性腫瘍患者に対して指導する管理栄養士の規定について疑義解釈が出されました。算定にあたり「がん病態栄養専門管理栄養士」の研修を終えて、認定証が発行されている必要があります。

また、患者への指導時間や指導回数についても疑義解釈が出され、特段の基準はなく、患者にあわせて個別に設定してよいことになりました。

■ 外来栄養食事指導料 注3

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の**専門的な知識を有する管理栄養士**が具体的な献立等によって**指導**を行った場合に限り、月1回に限り 260 点を算定する。

3

医業経営情報レポート

医師事務加算は雇用形態に関係なく通算可能

■ 医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算の施設基準について疑義解釈が出されました。医師事務作業補助者の3年以上の勤務経験は他の保健医療機関での経験年数と合算することはできませんが、雇用形態に関しては勤務経験年数を合算することが可能となりました。また、配置区分ごとに配置基準の数を5割以上にすることとなりました。

なお、病床種別ごとに15対1、20対1等の異なる配置区分での届出は可能ですが、同一医療機関で医師事務作業補助体制加算1と2の届出を併せて行うことはできません。

◆厚生労働省 疑義解釈(医師事務作業補助体制加算①)

問	<p>区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算の施設基準における「当該保険医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること」について、</p> <p>①他の保険医療機関での勤務経験を通算することは可能か。</p> <p>②雇用形態(常勤・非常勤等)にかかわらず、勤務経験を通算することは可能か。</p> <p>③5割以上の配置は、実配置数か、配置基準の数か。</p>
答	<p>それぞれ以下のとおり。</p> <p>①不可。</p> <p>②可能。</p> <p>③配置基準の数である。なお、配置基準の数については、施設基準通知「第4の2医師事務作業補助体制加算」の1の(2)を参照すること。また、同通知別添7の様式18における「1」の「二」の「医師事務作業補助者のうち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の割合が5割以上」の項目については、配置基準の数で判断すること。</p>

◆厚生労働省 疑義解釈(医師事務作業補助体制加算②)

問	<p>区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算について、病床種別の異なる病床を有する保険医療機関において、病床種別ごとに15対1、20対1等の異なる配置区分での届出は可能か。</p>
答	<p>可能。ただし、同一保険医療機関が医師事務作業補助体制加算1の届出と医師事務作業補助体制加算2の届出を併せて行うことはできない。</p>

■ 療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の注について疑義解釈が出されました。中心静脈栄養を実施している患者に対して嚥下機能に係る検査等の必要性を定期的に確認することにより、摂食機能または嚥下機能の回復に係る実績を有する必要はないこととなりました。

4

医業経営情報レポート

感染対策向上加算は揭示事項が具体化

■ 外来感染対策向上加算・感染対策向上加算

2022 年度診療報酬改定では感染防止対策の強化が進められ、診療所における外来診療時の感染防止対策に対する評価が新設されました。

外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算について疑義解釈が出され、院内での感染防止対策についての取組みとして「基本的な考え方」「組織体制」「業務内容」「抗菌薬適正使用のための方策」「他の医療機関等との連携体制」について揭示することとなりました。

また、感染対策向上加算 1 の届出を行っている医療機関が感染対策向上加算 2 または 3 の届出を行っている複数の医療機関と連携している場合は個別ではなく、合同でカンファレンスを開催してよいこととなりました。

◆厚生労働省 疑義解釈(外来感染対策向上加算・感染対策向上加算①)

問	外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「院内感染防止対策に関する取組み事項を揭示していること」とされているが、具体的にはどのような事項について揭示すればよいか。
答	<p>以下の内容について揭示すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内感染対策に係る基本的な考え方 ・院内感染対策に係る組織体制、業務内容 ・抗菌薬適正使用のための方策 ・他の医療機関等との連携体制

◆厚生労働省 疑義解釈(外来感染対策向上加算・感染対策向上加算②)

問	区分番号「A234-2」感染対策向上加算について、感染対策向上加算 1 の届出を行っている保険医療機関において、連携する感染対策向上加算 2 または感染対策向上加算 3 の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、それぞれの保険医療機関と個別にカンファレンスを開催する必要があるか。
答	感染対策向上加算 2 または感染対策向上加算 3 の届出を行っている複数の保険医療機関と合同でカンファレンスを開催して差し支えない。

新興感染症が発生した際に都道府県等の要請を受けて診療を実施する体制を有し、自治体のホームページにて公開されていることが施設基準の要件となっています。自治体のホームページにて公開されるべき情報が明示されました。

「保険医療機関の名称」「所在地」「確保病床数」「対応可能な時間」などとなりましたが、重点医療機関や診療・検査医療機関によって公開する内容が異なります。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。



ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 求人・採用

労働契約書等の書類、 文書の保存期間

当院では、パートタイマーと1年間の労働契約を締結しており、労働契約書は2年間保存後廃棄処分していますが、これでよいのでしょうか？

事業所で作成する重要書類には、法律で保存期間が定められています。

労働基準法は、労働関係の書類の保存期間について、「使用者は、労働者名簿、賃金台帳及び雇入、解雇、災害補償、賃金その他労働関係に関する重要な書類を5年間保存しなければならない。」と定めています。

そして起算日については、「雇入、解雇又は退職に関する書類については、労働者の解雇、退職又は死亡の日」と定めています。

なお、労働契約書の保存期間は、経過措置が講じられたため当分の間、労働者の退職の日から数えて3年です。

また、労働者名簿、賃金台帳、タイムカード、時間外労働計算書、健康診断書等については、5年間保存しなければなりません。

労働基準法関連書類以外の主な書類の保存期間とその根拠法令は、次のとおり定められていますので、参考にするとともに、法定の年限を遵守して下さい。

書 類		期 間	根 拠 法 令
健康保険、厚生年金保険関連書類		2年間	次の①②のいずれかに該当する事業者 (株式が上場されているかは問わず)
雇用保険 関連	雇用保険の被保険者に 関する書類	4年間	雇用保険規則
	その他の書類	2年間	
労災保険関連書類		3年間	労災保険規則
労働保険の徴収・納付等の関連書類		3年間	保険料の徴収等規則



ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 求人・採用

入職日の設定

雇用契約書に定めた雇用開始日と実際の勤務開始日が異なる場合、 入職日はいつにすればよいのでしょうか？

通常、雇用契約では、雇用開始日を明示して締結します。しかし、実際には何らかの理由により、雇用契約書に示した雇用開始日と実際の勤務開始日が異なることがあります。

このように、雇用契約書で取り決めた雇用開始日と実際に勤務を開始する日が異なると、入職する職員にとって、様々な不都合が生じます。

雇用保険や厚生年金保険は、被保険者資格の取得日によって、給付を受けるために必要な期間が不足することもあるほか、退職金や年次有給休暇など、入職日を起算日として継続勤務期間を計算する場合にも、職員側に不都合が生じることがあります。

したがって、このような問題を統一的に処理するためには、雇用契約書で取り決めた雇用開始日と実際の勤務開始日を一致させておかなければなりません。この場合、どちらに合わせるかは任意ですが、次の点に留意することが必要です。

(1) 実際に勤務を開始した日が雇用契約書の雇用開始日より遅れた場合

雇用契約書の雇用開始日を 入職日とする場合	契約書に明示された日よりも遅れた日数分の給与を、無給とするのか有給とするのかを定めておく必要があります。
実際の勤務開始日を 入職日とする場合	雇用契約書の雇用開始日を実際の勤務開始日に合わせて訂正し、その日を雇用開始日とします。

(2) 実際に出勤した日が雇用契約書に明示された日より早まった場合

雇用契約書の雇用開始日を 入職日とする場合	雇用契約書に記載した雇用開始日以前の実際に勤務した期間については、アルバイト勤務扱いとし、労働者名簿の「雇入年月日」の欄には、雇用開始の日を記入します。
実際の勤務開始日を 入職日とする場合	雇用契約書に記載した入職日を実際の勤務開始日に訂正し、これを雇用開始の日にします。