

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.864 2025.4.1

医療情報ヘッドライン

**出産費用の保険適用で6割超の
分娩施設が「分娩取扱い中止」を検討**

▶日本産婦人科医会

**ウェブサイトの事例解説書を改訂
再生医療やSNS・動画の事例を拡充**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2025年3月28日号
**高度ながん医療など
集約化へ**

経営TOPICS

統計調査資料
病院報告
(令和6年12月分概数)

経営情報レポート

**賃上げ推進と生活習慣病予防を図る新たな取組へ
令和6年度診療報酬改定の解説**

経営データベース

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:退職・休職
**休職の種類と手続きの流れ
切迫流産で長期入院する場合**

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

出産費用の保険適用で6割超の分婉施設が「分婉取扱い中止」を検討

日本産婦人科医会

3月 19 日に厚生労働省と子ども家庭庁が「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」を開催。

そのなかで日本産婦人科医会は、正常分娩の費用が保険適用となった場合「分婉取扱いを止める」または「制度内容により中止を考える」と回答した分婉取扱いがある医療機関が 785 施設中 486 施設と 6 割を超えたことを明らかにした。

同会は公表した資料に、「中止の可能性がある医療機関が実際に分婉を中止した場合、今後、分婉施設を変更せざるを得ない妊婦が多数にのぼり、地域に大きな混乱と不安をもたらす可能性がある」と明記。分婉取扱いのある医療機関が、社会的な賃上げ傾向に対応するための人件費上昇や物価高の影響で経営状況が厳しくなっていることを踏まえ、正常分娩の保険適用化が地域の分婉提供体制を崩壊させる引き金となる懸念を示している。

■出産費用は右肩上がりの状況が続く

妊娠・出産は病気ではないという理由から、出産費用は医療健康保険の適用外だ。

帝王切開や吸引分婉となった場合は、異常分娩として保険適用されるが、正常分娩は対象外。そのため、分婉取扱いがある医療機関は、コストをにらみながら費用を決めてきた。

実際、平均出産費用の年次推移を見ると、公的病院も私的病院も右肩上がりとなっている。全施設平均で見ると、2012 年度は 41.7 万円だったが、5 年後の 2017 年度は 44.8 万円、さらに 5 年後の 2022 年度は 48.2 万円と 10 年間で 6.5 万円も上昇した。

顕著なのは、2023 年度だ。1 年で 2.5 万

円上昇して 50.7 万円となり、続く 2024 年度上半期も 51.8 万円と、上昇基調に入っている。この上昇には、さまざまな要因が背景にあることが推察できる。

2022 年 2 月に起きたロシアのウクライナ侵攻は、エネルギー価格の高騰を引き起こし、水道光熱費を大きく上昇させた。

原材料価格の高騰やコロナ禍によるサプライチェーンの混乱は、物価高を促している。

そして、出産育児一時金が 2023 年 4 月に 8 万円も引き上げられ、50 万円となった影響も大きい。医療機関にとっては「値上げしやすくなった」といえるからだ。

■「子ども未来戦略」で保険適用を打ち出す

そうなると、妊産婦の経済的負担が重くなることを問題視する動きが出てくる。結果、動き出したのが「正常分娩の保険適用化」だ。

「異次元の少子化対策」を打ち出した当時の岸田政権は、2023 年末に閣議決定した「子ども未来戦略」に、2026 年度をメドに検討することを明記した。

他方で、保険適用されると、出産費用は公的価格となるため、急な物価高が起きても数えることはできない。

そもそも、2023 年 5 月請求分以降の出産費用の差額を見ると、全体の 45% が出産育児一時金を超過。お祝い膳などの費用や室料差額などを含めた妊婦合計負担額との差額だと、80% が超過している。

すでに、妊産婦にとっても分婉取扱い施設にとっても経済的負担が重くなっている、保険適用化のみで解決すると言い切れない状況であることは確かだろう。

ウェブサイトの事例解説書を改訂 再生医療やSNS・動画の事例を拡充

厚生労働省

厚生労働省は3月11日、「医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書（第5版）について」と題した事務連絡を発出。

自由診療で行われる再生医療やエクソームなどに関する誇大広告・虚偽広告の事例や、SNS・動画における広告形態の詳細化や分かりやすい情報提供のあり方の例示について内容を拡充したことを明らかにした。

■ネットパトロールの事例を多く掲載

従来、ウェブサイトは広告規制の対象ではなかった。しかし、美容医療サービスに関する情報提供を契機として消費者トラブルが発生していることを踏まえ、2018年6月1日に医療法を改正。広告規制の対象範囲を単なる広告だけでなく「広告その他の医療を受ける者を誘引するための手段としての表示」に変更し、ウェブサイトによる情報提供も広告規制の対象となった。

それを受け、2017年度から「医業等に係るウェブサイトの調査・監視体制強化事業」でネットパトロールを実施。医療機関のウェブサイトによる情報提供に対する監視を強化している。そこで得られた事例をわかりやすく解説することで、医療広告規制のさらなる理解を図ろうとしたのが「医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書」だ。

医療機関のウェブサイトは、「他の広告媒体と同様に広告可能事項を限定する場合、詳細な診療内容など患者等が求める情報の円滑な提供が妨げられるおそれがある」ため、限定解除要件を満たすことで広告可能とすることができます。

その関連事例を多く掲載しているのも特徴

だ。ちなみに限定解除要件は以下の4つとなっている。

- ①医療に関する適切な選択に資する情報であって患者等が自ら求めて入手する情報を表示するウェブサイトその他これに準じる広告であること
- ②表示される情報の内容について、患者等が容易に照会ができるよう、問い合わせ先を記載することその他の方により明示すること
- ③自由診療に係る通常必要とされる治療等の内容、費用等に関する事項について情報を提供すること
- ④自由診療に係る治療等に係る主なリスク、副作用等に関する事項について情報を提供すること

■SNSは個人アカウントの発信も規制対象

SNSにおける広告形態については、画像や動画音声による情報提供やハッシュタグによる誘引、個人アカウントの情報であっても、医療機関や医師への特定性と誘引性をいずれも有する場合、医療広告に相当する旨を明記した。

治療のビフォーアフター写真にも触れ、治療の内容や費用、治療の主なリスクや副作用といった情報提供が一体的かつ一覧性をもってなされていなければ違反となることとしたうえで、情報提供の場所に関する例示を新たに加えている。

自由診療で行われる再生医療については、「厚労省から認可を受けている」「厚労省にも承認された治療法」などといった記載は禁止となることを明記。科学的な根拠が乏しい情報であるのに特定の処置の有効性や安全性を強調し治療に誘導することは誇大広告にあたるとしている。

ピズアップ週刊

医療情報

2025年3月28日号

[情報提供] MMPG

(メディカル・マネジメント・プランニング・グループ)

メディカルウェーブ

医療情報①
厚生労働省
検討会高度ながん医療など集約化へ
～検討会で6月ごろに議論を取りまとめ

厚生労働省は21日、2040年を見据えて標準化されていない高度ながん医療の提供などは「集約化」を検討する一方、がん予防などは引き続き「均てん化」を進める案を有識者検討会に示した。検討会では6月ごろ議論の取りまとめを行い、同省ではそれを踏まえて集約化と均てん化の考え方を都道府県に夏ごろ通知する。

この日の「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で、厚労省は医療技術と医療ニーズの2つの観点から集約化に取り組む医療の考え方を提案した。医療技術の観点では、新たな手法を用いた診断・治療や標準化されているとは言えない高度ながん医療や、特殊な設備を必要とするがん医療は、医療技術の向上や持続可能性の確保の観点から集約化を検討する。

また、医療ニーズの観点では、集約化するがん医療の候補として、以下を挙げた。

- ▼医療需要が多い一方で、医療提供体制は必ずしも充足していない医療
- ▼医療資源の散在により医療需要と医療提供体制のアンバランスが生じる可能性がある医療
- ▼医療提供体制は充足しているが、医療需要が少ないため非効率な医療提供体制となる医療

一方、がん予防といった多くの医療機関で対応できる医療などは、都道府県ががん診療連携拠点病院（拠点病院）などと連携して地域の実情に応じて均てん化を進める。

厚労省では、40年を見据えたがん医療の均てん化と集約化に関する基本的な「考え方」を6月ごろ明らかにする。集約化や均てん化するのが望ましいがん医療は、都道府県のがん診療連携協議会が、将来の医療ニーズを踏まえて分析するとともに、がんの種類ごとに議論して医療機関の役割分担を明確化する。

がん医療については、がん対策推進基本計画に基づき、国は全国にがん診療連携拠点病院などを整備し、患者の状態に応じて適切な医療や支援を提供できるよう均てん化を進めてきた。

政府が2023年3月に閣議決定した第4期の基本計画では、地域の実情に応じて均てん化を引き続き進める一方、がん医療を持続可能にするため、一部の医療は拠点病院などの役割分担を踏まえて集約化する方針を打ち出した。

医療情報②
文部科学省
検討会大学病院の医師派遣、
診療報酬での評価検討必要

文部科学省は21日、医師少数区域への医師の派遣といった大学病院が特定機能病院として担う役割や機能に対し、診療報酬などでの評価の検討が必要だとする見解を省内の検討会で示した。

物価高騰や賃上げなどの影響により、収益と費用が見合わない多様な役割や機能を求められる大学病院の経営が逼迫していることから、文科省は経営面でのバックアップを図るとしている。

文科省の見解は、大学病院など特定機能病院の承認要件を見直し、大学病院本院がクリアすべき「基礎的基準」に医師の派遣などを新たに盛り込む方針が厚生労働省の検討会で示されたことを踏まえたもの。

承認要件の見直しでは、「基礎的基準」に加え、病院の自主的な取り組みを評価する「発展的基準（上乗せ基準）」を設ける方針。医師の派遣では、地域の実情に応じた一定の実績を基礎的基準として求め、医師が少ない地域への派遣を上乗せ基準で評価するとしている。

文科省は21日に開いた「今後の医学教育に関する検討会」で、医師の派遣や高度医療の提供、医学教育など大学病院が特定機能病院として行う取り組みに対し、診療報酬上の評価をはじめとする経営面での支援について検討が必要だとした。

文科省はまた、経営支援策の一つとして、2016年に全国の国立大学病院で運用を開始した管理会計システム「HOMAS2」の活用を挙げた。

HOMAS2では、診療科ごとの収支を経年で比較可能で、診療科間で収益や費用の内訳などを共有し、経営実態の把握や分析が可能。HOMAS2を導入した45病院を対象に国立大学病院長会議が行った調査によると、16-23年度で47.1億円の経営改善効果が見られたという。

文科省は、HOMAS2の活用をはじめ、病院経営に必要な知識を習得する人材を計画的に育成するなど、経営改善の取り組みを一層強化する必要があるとの考えを示した。

医療情報③
厚生労働省
介護保険部会

介護情報基盤の活用へ 総額50億円補助

利用者の介護情報を本人や介護事業所、医療機関、市町村などで共有する「介護情報基盤」の活用に必要な費用への支援策として、厚生労働省は事業所や医療機関に総額で約50億円を補助する。2024年度の補正予算で財源を確保し、夏ごろ開始する。

事業所が介護情報基盤を活用して利用者の情報を共有するには、利用者のマイナンバーカードを読み取るカードリーダーや各種セキュリティ対策ソフトなどが必要になる。そのため、厚労省はカードリーダーの導入や端末設定などの費用を支援する。

また、医療機関に対しては、主治医意見書を記載する文書作成ソフトや電子カルテに、自治体の介護保険事務システムで受け取り可能な仕様で送信する機能を搭載する費用を支援する。

厚労省では、介護事業所が提供するサービスの種類や医療機関ごとに上限額を設定。新たに設置するポータルサイト経由で申請を受け付け、夏ごろに補助を開始する。

17日に開かれた社会保障審議会の介護保険部会で明らかにした。

補助の上限などの詳細は引き続き検討し、できるだけ早期に示す。介護保険部会のこの日の意見交換では、事業所でのカードリーダーの導入への支援について医療機関などを対象に先行して実施している補助と同等以上にするよう求める意見が出た。（以降、続く）

週刊医療情報（2025年3月28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。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜粋

病院報告

(令和6年12月分概数)

厚生労働省 2025年3月13日公表

1. 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和6年12月	令和6年11月	令和6年10月	令和6年12月	令和6年11月
病院					
在院患者数					
総数	1 133 001	1 126 975	1 124 238	6 026	2 737
精神病床	255 085	256 896	258 502	△ 1 811	△ 1 606
感染症病床	269	192	202	77	△ 10
結核病床	942	942	923	0	19
療養病床	227 045	226 726	227 369	319	△ 643
一般病床	649 660	642 218	637 242	7 442	4 976
外来患者数	1 236 915	1 233 470	1 271 035	3 445	△ 37 565
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 474	1 489	1 537	△ 15	△ 48

(注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和6年12月	令和6年11月	令和6年10月	令和6年12月	令和6年11月
病院					
総数	70.2	74.7	76.1	△ 4.5	△ 1.4
精神病床	80.4	80.7	81.2	△ 0.3	△ 0.5
感染症病床	14.3	9.8	8.8	4.5	1.0
結核病床	27.2	27.2	26.5	△ 0.0	0.7
療養病床	84.0	84.4	84.5	△ 0.4	△ 0.1
一般病床	62.7	69.8	72.1	△ 7.1	△ 2.3
診療所					
療養病床	38.4	39.1	39.0	△ 0.7	0.1

(注) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

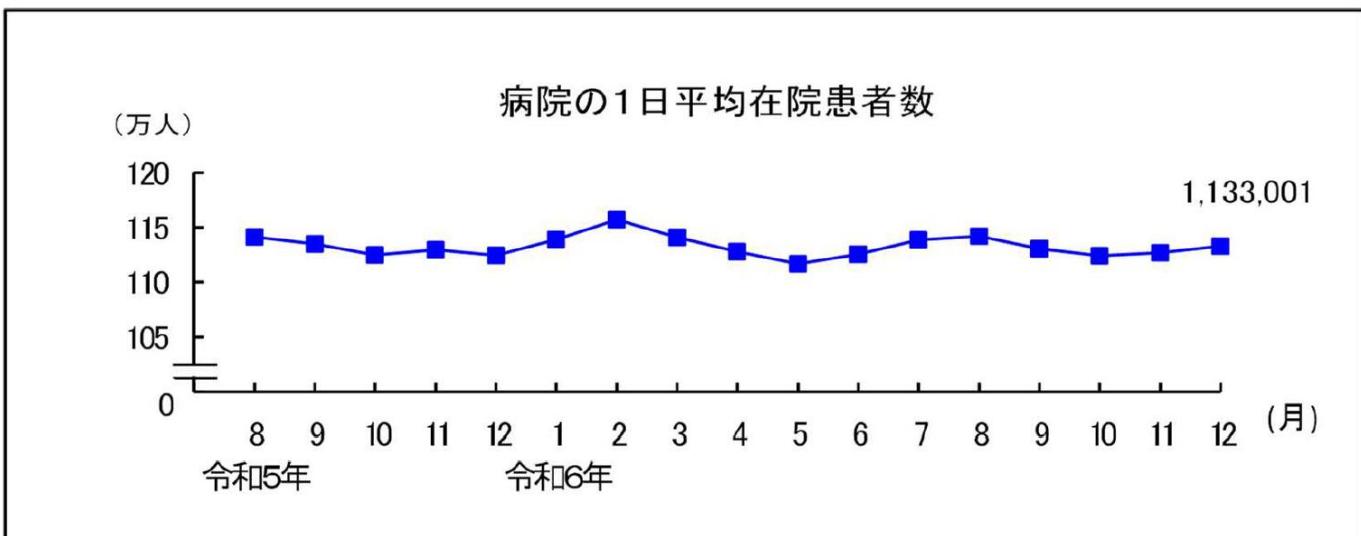
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和6年12月	令和6年11月	令和6年10月	令和6年12月	令和6年11月
病院					
総数	24.5	25.2	24.9	△ 0.7	0.3
精神病床	253.7	256.9	245.0	△ 3.2	11.9
感染症病床	8.9	10.0	9.7	△ 1.1	0.3
結核病床	52.5	57.9	54.5	△ 5.4	3.4
療養病床	109.5	116.3	114.7	△ 6.8	1.6
一般病床	14.9	15.3	15.0	△ 0.4	0.3
診療所					
療養病床	96.2	94.6	100.6	1.6	△ 6.0

注) 平均在院日数 =
$$\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \text{ (新入院患者数} + \text{退院患者数)}}$$

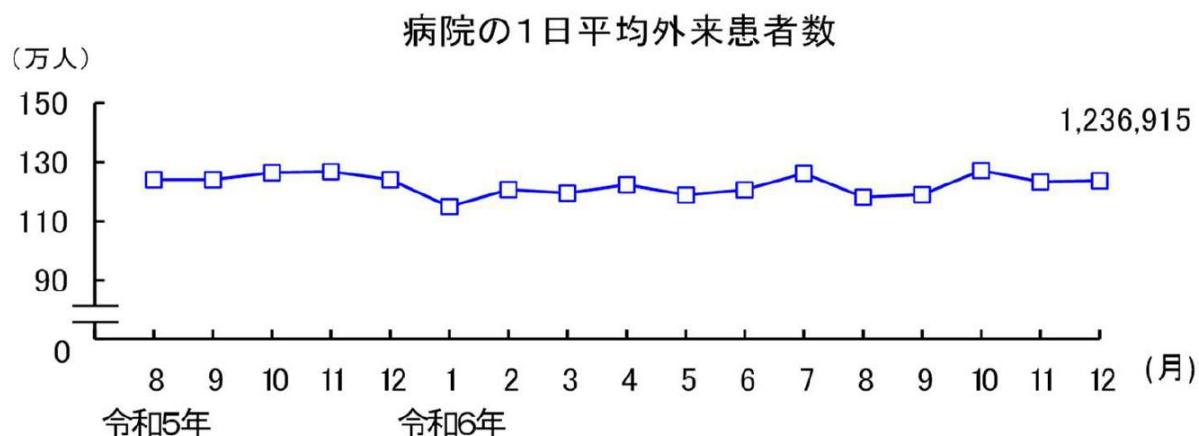
ただし、
療養病床の 平均在院日数 =
$$\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \right)}$$

◆病院:1日平均在院患者数の推移

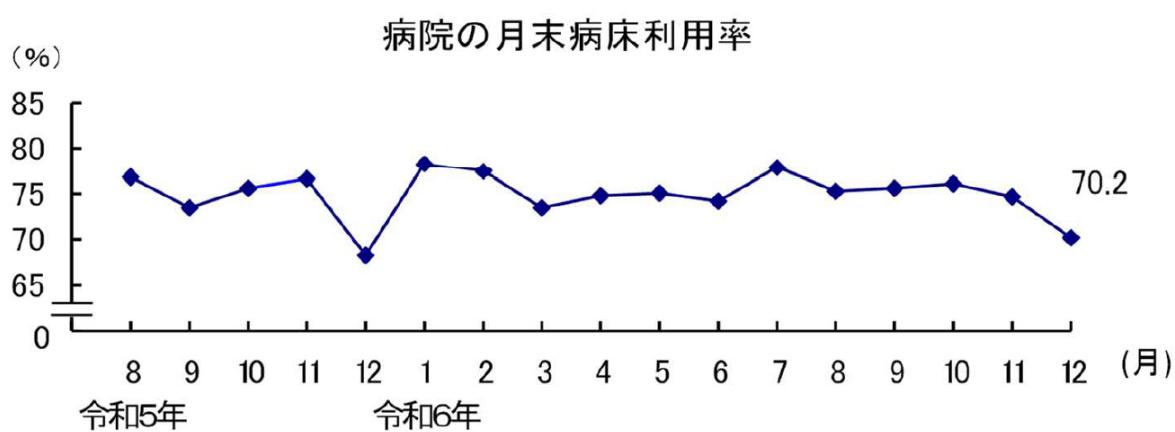


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

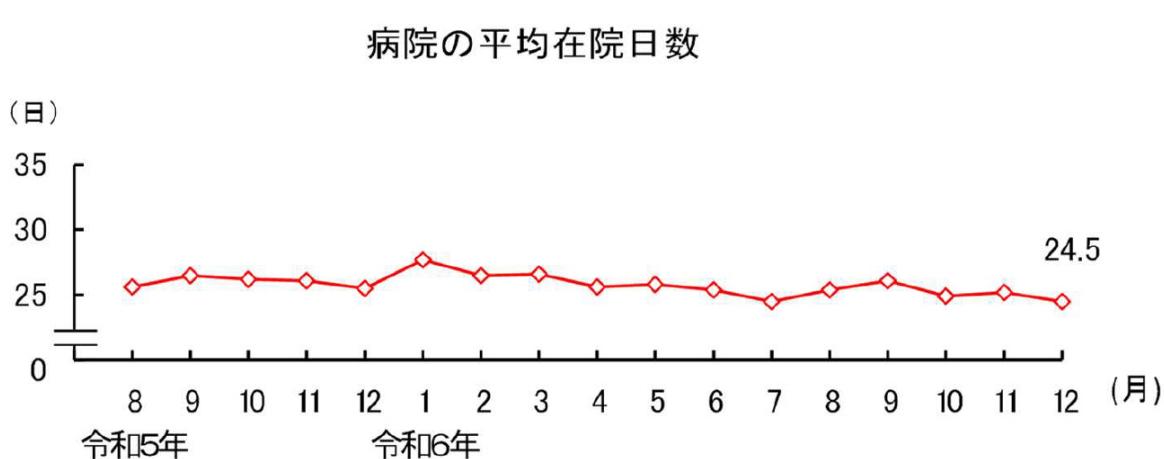
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



病院報告（令和6年12月分概数）の全文は
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



制度改正

賃上げ推進と生活習慣病予防を図る新たな取組へ

令和6年度

診療報酬改定の解説

1. 令和6年度 診療報酬改定の概要
2. 今後2年間で4.5%の賃上げへ
3. 適切な生活習慣病の管理へ
4. 高齢者の疾患に対する入院料の新設



■参考資料

【厚生労働省】：保険局医療課 令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）

令和6年度 診療報酬改定の概要

■ 令和6年度 診療報酬改定の方向性

令和6年度の診療報酬改定は、物価高騰の波や、職員の賃上げ、医療 DX の推進などの様々な影響がある中で行われました。今次改定での本体の増減としては+0.88%とされ、医療関係職種へのベースアップが主要な項目になります。

また、患者の自己負担増を伴った入院時の食費基準額も引き上げされました。

一方、生活習慣病を中心とした管理料の再編により、診療報酬は 0.25%引き下げられますが、その他の医科、歯科、調剤の各科ではそれぞれ増額改定。薬価は革新的新薬の保護や後発医薬品の価格帯調整など、薬剤供給の安定化を図るとし、0.97%の減少です。

これに伴い、選定療養の導入など新たな保険給付の対象基準が設けられました。医療従事者の賃上げや物価動向にも注目が集まるなかで、改定後の医療現場の変化が注視されています。

◆令和6年度 診療報酬改定の改定率

1. 診療報酬本体 +0.88%

- ① 医療関係職種のベースアップを実施していくための特例的な対応 +0.61%
- ② 入院時の食費基準額の引上げの対応 +0.06%
- ③ 生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%
- ④ ①～③以外の改定分 +0.46%

【各科改定率】医科： +0.52% 歯科： +0.57% 調剤： +0.16%

2. 薬価等 ①薬価 ▲0.97% ②材料価格 ▲0.02%

■ 改定の基本的視点と具体的方向性

今回の診療報酬改定は、基本認識として以下の4項目が挙げられています。物価高騰や賃金上昇に応じた医療機関の経営安定化などの適正化を目指し、また、全世代型社会保障の実現、医療・介護・障害福祉の連携強化、新興感染症への対応も基本認識として重視されています。

◆改定に当たっての基本認識

- 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- 医療 DX やイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

2

医業経営情報レポート

今後2年間で4.5%の賃上げへ

■ ベースアップ評価料の概要

今回の診療報酬改定において、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）に対して賃上げを実施する際の評価として「ベースアップ評価料」が新設されました。

ベースアップ評価料は「外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価」と「入院患者に係る評価」に分けられています。

対象職員の賃上げの計画及び実績については定期的に報告することとされており、ベースアップ評価料を算定する際は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に充当する必要があります。

また、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置として、初再診料や入院基本料等の引き上げも同時になされました。

◆ 賃上げに係る評価の全体像

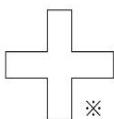
ベースアップ評価料

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)
・届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(I) 初診時6点 再診時2点 等



※ 入院に携わる職員のための評価



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)、訪問看護ベースアップ評価料(II)

・一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(II) 等

病院、有床診療所

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

・必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

(新) 入院ベースアップ評価料（1日につき）

1 入院ベースアップ評価料1 1点

2 入院ベースアップ評価料2 2点

↓

165 入院ベースアップ評価料165 165点

・対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告

・ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に用いる必要（令和6年度から令和7年度への繰り越しは可）

初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置

・賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～②に伴う報告や抽出調査等により把握

3

医業経営情報レポート

適切な生活習慣病の管理へ

■ 特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、様々な項目について見直しが行われました。まずは、特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧が除外されることとなりました。

処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様です。

また、「アナフィラキシー」および「ギラン・バレー症候群」が特定疾患療養管理料の対象疾患に加わることとなりました。

◆特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。

(※1) 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。

(※2) 糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注3」を削除する。
- より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加する。

現行	改定後
<p>【特定疾患療養管理料】 〔施設基準〕</p> <p>別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患</p> <p>結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 糖尿病 スフィンゴリビド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リボ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症</p> <p>リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 高血圧性心疾患 虚血性心疾患 (中略) 性染色体異常 (新設) (新設)</p>	<p>【特定疾患療養管理料】 〔施設基準〕</p> <p>別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患</p> <p>結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 (削除) スフィンゴリビド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リボ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症 (家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。) リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 (削除) 虚血性心疾患 (中略) 性染色体異常 アナフィラキシー ギラン・バレー症候群</p>

厚生労働省：保険局医療課 令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）

■ 生活習慣病管理料(Ⅰ)の見直し

生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料についての要件及び評価を見直すこととなりました。

これまで用いられていた「療養計画書」が簡素化され、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合には、血液検査項目についての記載は不要となります。

また、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することが望ましいとされ、糖尿病患者に対しては、歯科受診を推奨することが要件となりました。

4

医業経営情報レポート

高齢者の疾患に対する入院料の新設

■ 地域包括医療病棟のイメージ

昨今の高齢化の進展に伴い、特に軽症から中等症の救急搬送が増えています。高齢者が急性期病棟で治療を受ける中で、活動性の低下などにより、回復期への転院や在宅復帰の遅延につながっています。

また、高齢の入院患者における誤嚥性肺炎や尿路感染などの治療では、必要な医療資源が少ないにもかかわらず、これらへの対応が急性期病院で扱われることが多く、医療資源のミスマッチが発生しています。

早期リハビリテーションの導入が、死亡率の低下や活動性の改善に効果的であることが示されているなか、多くの高齢者が入院時に低栄養状態であることも問題となっており、これらの課題に対応するため、今次改定で地域包括医療病棟が新設されることとなりました。

◆ 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送者数が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院することになり、在宅復帰が遅くなるケースがあることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量がミスマッチとなる可能性)
- 誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が低栄養リスク状態又は低栄養である。また、高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援、適切な意思決定支援



早期の在宅復帰



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

厚生労働省：保険局医療課 令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）

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:退職・休職

休職の種類と手続きの流れ

休職の種類と正しい手続き の流れを教えてください。

(1) 休業や欠勤との違い

休職は休業や欠勤とは制度上の位置づけが異なります。休業は医療機関側の都合や法律に従った休みのため、取得を拒否することができません。

一方、休職は職員側の個人的な事情による休暇で、産休・育休、介護、療養など様々な理由が認められています。また欠勤は個人的な理由で勤務を休むことは休職と同じですが、欠勤は労働の義務が免除されません。

また事前の届け出がない無断の場合は懲戒処分の対象となることがあります。

(2) 休職の種類

休職は休職理由によって分類されます。休職期間は原則無給とすることが一般的ですが、要件を満たした場合手当を受けられるケースがあります。

①病気に による休職	業務中や通勤中で発生した「労働災害」とは異なり、職員が個人的な事情による病気や怪我をした際に適応される休職です。 休職を取得するには主治医による診断書が必要になります。また、業務で負った傷病は「労働災害」にあたります。混同しないよう注意が必要です。
②事故に による休職	何らかの容疑にかけられ逮捕や勾留された場合など長期的に欠勤することです。「事故」の名前がついていますが交通事故による休職ではありません。 交通事故で負傷した場合、勤務中であれば「労働災害」、業務外であれば「病気による休職」になります。
③自己都合 による休職	ボランティアなどの奉仕活動や留学などの個人的な事情や家庭の事情で一定期間仕事を休む場合が該当します。 自己都合休職を認めているかは社内規定によります。
④起訴に による休職	起訴休職とは、刑事事件で起訴された場合に適用される休職制度です。自己都合休職に含まれる場合もあります。ただし、単に起訴されたからといって直ちに休職とはならず、医療機関の社会的信用や業務への影響などを勘案して判断されます。職員の就労が医療機関に多大な混乱をもたらす場合などに限られます。

(3) 休職手続きから復帰の流れ

休職の具体的な手続きは就業規則等の規定に従うのが一般的です。医療機関側も社内規程を明確に整えておく必要があります。

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:退職・休職

切迫流産で長期入院する場合

切迫流産で長期に入院する場合は、傷病休職として取り扱っても差し支えないでしょうか。

「切迫流産」は健康保険の傷病手当金の対象となっています。そのため傷病休職として扱われます。

また、健康保険に加入しており、連続3日以上仕事を休み、十分な報酬が得られなかったとき、4日目以降、休んだ日数分の手当が支給されます。

(1)傷病休職と産休

■傷病休職とは？

傷病休職とは、病気やケガなどで仕事ができなくなった場合に、医療機関が職員に休暇を与える制度です。傷病休職を取得する際は、医師の診断書が必要とされる場合が多いです。

医療機関は、傷病休職中の職員に対して、給与を支払う義務はありません。しかし、健康保険などの社会保険に加入している場合は、傷病手当金が支給されます。

■産休とは

産休とは、「産前産後休業」のことを指します。労働基準法で定められており出産のための準備や出産後の回復のために仕事を休業できる制度です。

パート、アルバイトなど雇用形態関係なく働いているすべての女性が取得できます。

産休期間は、原則として出産予定日の前6週間から出産後8週間まで取得できます。なお、妊娠4ヶ月以降に流産（死産）したときは、8週間の産後休業を与えられます。

(2)解雇などの不利益な取扱い

雇用機会均等法9条で、妊娠等を理由とする不利益取扱いを禁止しています。違反をすれば罰則が課せられます。

■妊娠・出産等を理由とした不利益取扱いの例

- 解雇すること
- 雇用契約の更新をしないこと
- 労働契約内容の変更を強要すること
- 降格させること
- 就業環境を害すること
- 不利益な自宅待機を命じること
- 減給や賞与に不利益な算定を行うこと
- 人事考課において不利益な評価を行うこと
- 不利益な配置の変更
- 派遣先が妊娠した職員を拒むこと