



全日病 NEWS 2023.10.15

No.1042

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

医師の働き方改革に向け地域医療体制確保加算などを議論

中医協・入院医療等分科会

救急医療管理加算は明確な基準求める意見相次ぐ

中医協の入院・外来医療等の調査・評価分科会(尾形裕也分科会長)は9月29日、「医療従事者の負担軽減・医師等の働き方改革の推進」や地域包括ケア病棟入院料等、障害者施設等入院基本料等、救急医療管理加算、「医療資源の乏しい地域に配慮した評価」など幅広いテーマを検討対象にした。2024年度診療報酬改定に向けた分科会の議論が大詰めを迎えている。

「医療従事者の負担軽減・医師の働き方改革の推進」については、地域医療体制確保加算の評価をめぐり議論が行われた。2020年度改定で新設された同加算は、医師の働き方改革に対応するための象徴的な点数で、入院初日に520点という高い点数を算定できる。算定医療機関は直近で1,045医療機関。400床以上の医療機関の64%、200~399床の医療機関の27%、100~199床の医療機関の3%が届け出ている。

地域医療体制確保加算を算定する病院には、医師労働時間短縮計画の策定が求められ、勤務医の労働時間の減少が期待されている。だが、地域医療体制確保加算を算定している医療機関において、時間外労働が年1,860時間以上の医師と年960時間以上の医師は、2020年から2022年にかけて、わずかに上昇した。

厚生労働省は、「逆の実績が出てしまっていることは、加算を今後とも維持するためにも、考えないといけない」と指摘。健康保険組合連合会参加の中野恵委員は、医師の労働時間短縮に結びつくための要件の厳格化を主張した。

時間外労働が増えた理由について、日本医師会副会長として出席している全日病会長の猪口雄二委員は、「地域で救急医療体制の集約化が進んでいることが影響しているのではないかと」指摘。日本病院会常任理事の牧野憲一委員は、宿日直ではなく、交代勤務で夜勤に対応する取組みが進んだことの影響をあげた。

全日病常任理事の津留英智委員や地域医療機能推進機構理事長の山本修一

委員は、医師の働き方改革が、地域で二次救急を担う医療機関に危機感を与えていることを強調。地域医療体制確保加算について、「救急医療に係る実績として、救急用の自動車または救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間2,000件以上」等としている要件の緩和などを求めた。

一方、医療機関の宿日直許可の取得状況を見ると、夜間に医師が従事する業務で、調査対象施設のうち、6割以上が宿日直許可を取得していた。許可の対象がすべての業務の場合と一部の業務の場合があり、一部の業務について許可を受けた施設は24%。許可を受けている業務としては、「一般病棟業務」、「救急外来業務」、「院内管理業務」の順で多い。治療室の中では、MFICU(母体胎児集中治療室)の業務で取得率が高くなっている。

津留委員は、ICUなど治療室における宿日直許可の妥当性について、治療室の施設基準との関係で今後整理されることを踏まえ、「業務の実態に応じて、必要な体制が取られているのであれば、柔軟な運用を認めるようにしないと、治療室における医師確保が極めて困難になってしまう」と訴えた。

他の委員からは、ICU等の施設基準で求めている常時勤務の医師が、宿日直許可の対象である場合の施設基準を別に設定して、点数を区別することの提案もあった。ただ、これに対しては、猪口委員が、「診療報酬の規定に宿日直許可の有無を直接持ち込むことはやらないほうがよい」と述べた。

医師事務作業補助体制加算は2008年度改定で導入され、勤務医の業務負担軽減に効果があることが実態調査により確認されており、これまで充実が図られてきた。同日の議論でも、医師の業務移管を推進するため、さらに充実させるべきとの意見が相次いだ。

牧野委員は、2022年度改定で、3年以上の経験者を評価する見直しを行ったことが、雇用を定着させスキルも向

上することにつながっていると評価するとともに、レセプトの症状詳記を医師事務作業補助者が代替できれば、勤務医の負担軽減がさらに進むと強調した。津留委員も、「救急要件を満たせない病院でもニーズは高い。更なる質向上を求めつつ点数引上げは必要だ」と述べた。

看護職員の負担軽減については、診療報酬では主に、夜間の看護体制の充実や看護補助者の業務分担・協働に対して評価が行われている。

2022年度報酬改定で新設した看護補助体制充実加算の届出状況は、急性期看護補助体制加算の届出施設では約4割、看護補助加算の届出施設では2割超となっている。委員からは、看護補助者を確保するのに、介護職員処遇改善加算のある介護施設と比べ、給与面で医療機関が不利であることや、看護職員と看護補助者の協働が現場でうまくできていないとの指摘があった。

病棟薬剤師についても、医療機関での確保が困難との指摘が相次いだ。医療従事者の負担軽減をはじめ、薬物療法の有効性・安全性を高めることが期待されているが、算定は、病棟薬剤業務実施加算1の届出施設の約50%、加算2は約25%にとどまる。加算1は週1回120点を一般病棟などで、加算2は1日1回100点を治療室で算定できる。病院団体の委員からは、給与面で薬局と競合し負けてしまうため、処遇を向上させることのできる水準の病棟薬剤業務実施加算の点数や、算定できる病棟の範囲の拡大が求められた。

地域包括ケア病棟については、短期滞在手術等基本料3との関係の分析結果が示された。地域包括ケア病棟の入棟患者のうち、短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟、病室で0%だが、158施設(16.5%)は10%以上。10施設は50%以上であった。短期滞在手術等基本料3を多く算定すると、地域包括ケア病棟の指標は向上する。

津留委員は、「収益目的だけで、短期滞在手術等基本料3を算定しているわけではないと思うが、ヒアリングなどにより確認が必要。短期滞在手術等基本料3を算定する分のデータは指標から除外しても、影響はあまり大きくないと思う」と述べた。

障害者施設等入院基本料については、適正化の観点での論点が示された。特に、「障害者施設等入院基本料2~4を届け出ている病棟で、慢性腎不全患者を多く受け入れている施設」があることに、療養病棟入院基本料での透析治療よりも診療報酬が高くなることが指摘された。2016年度診療報酬改定では、脳卒中の後遺症による重度の意識障害者について、患者の状態が医療区分の1・2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価になった。猪口委員は、「基準を明確化し、基準を満たせない場合は減額することも考えられる」と提案した。

救急医療管理加算の判定困難

救急医療管理加算(2面表参照)については、2022年度改定で、患者の重症度をより適切に把握するため、意識障害、心疾患、呼吸不全の患者の重症度を救急受診時等に記載。さらに、患者が「意識障害または昏睡」でJCS(Japan Coma Scale)が0の場合など、緊急入院が必要と判断した医学的根拠を摘要欄に記載することになった。

分析結果を踏まえ、「JCSやNYHA等による重症度分類が、転帰と関連しているもの、こうした重症度に関わらず加算1または加算2が選択されていると考えられる場合がある」ことから、重症度分類と加算の算定対象との関係が論点になった。これに対して、津留委員や牧野委員は、都道府県ごとの査定の判断が異なり、加算1が認められる場合と認められない場合があることを問題視し、改善を求めた。

津留委員は、「都道府県により査定(次頁に続く)

コロナ補助金除くと病院は2020年度も2021年度も赤字

日医会見

財務省の財政制度等審議会に示された数字に猪口全日病会長が反論

全日病の猪口雄二会長(日本医師会副会長)は9月29日の日本医師会の会見で、病院の経営状況について説明した。財務省が財政制度等審議会の資料で、全日病・日本病院会・日本医療法人協会の3病院団体の病院経営定期調査を引用し、病院の経常利益率が改善していることを示したことに、数字の選び方が一面的であると反論した。会見には、病院団体から、日本医療法人協会の太田圭洋副会長や日本精神科病院協会の野木渡副会長も参加。物価高騰に対応し医療従事者の処遇改善の期待に応えるため、それに相応しい診療報酬改定の必要性を訴えた。

財務省が引用したのは、3病院団体の病院経営定期調査によるコロナ前後の病院の経常利益率で、コロナの感染

拡大前の2019年度の経常利益率がマイナス0.6%であったのに対し、2020年度は3.7%、2021年度は7.5%に改善。これに着目した日刊紙の記事では、財務状況が好転し「黒字へ急回復」という表現が用いられた。

しかし、この3.7%、7.5%という数字はコロナ補助金を含んだもので、コロナ補助金を除くとマイナスに転落し、マイナス4.0%、マイナス2.0%となる。しかも、コロナ補助金は医療機関に等しく交付されたわけではない。猪口会長は、「コロナ病床を確保した重点医療機関など急性期の大病院には多くの補助金が入ったといえるかもしれないが、回復期や慢性期を担う中小病院では少ない。コロナ補助金を除いた経常利益がマイナスの病院は、2020年度で

65.9%、2021年度で55.9%と半数を超える」と説明した。

また、直近のデータを見ると、2022年4~6月の1病院当たり平均の経常利益率は、コロナ補助金を含めても、マイナス5.0%、2023年はマイナス5.9%に落ち込んでいる。猪口会長は、医療費用について給与費がわずかに上がり、水道光熱費が上がっているなど経費が増加していると説明した。

病床確保料などコロナ補助金や診療報酬の特例は、2023年5月8日から大幅に減額となった。10月以降は、さらに減額となり、病床確保料が交付される条件が非常に厳しくなった。コロナ対応の補助金や診療報酬の特例は、来年度には解消される見込みである。コロナ補助金など政府の支援により、医



療機関によってはコロナ禍の経営は改善したが、今後の見通しは厳しい。

本号の紙面から

薬剤自己負担見直しを議論	2面
コロナ特例の医療費を分析	3面
かかりつけ医機能で検討会	4面

の違い、ご当地ルールのようなものがあり、救急医療管理加算で特に大きいと感じられる。ある県で加算1に認められるものが、別の県では加算2になることがある」と事例をあげた。

一方、東京慈恵会医科大学医療保険指導室室長の鳥海弥寿雄委員は、「そもそもレセプト1枚で患者の状態を判断するのは困難」と強調。患者の重症度を判断する明確な基準が必要と主張した。牧野委員は、都道府県の判断に差があるのなら「明確な基準」が求められるとした上で、「JCSのような定量的な指標だけでは捉えられない、患者の疾患・病態を考慮に入れた明確な基準が必要になる」と強調した。

救急医療管理加算に関する論点ではほかに、加算2のみのチェック項目である「サ」(その他の重症な状態)について、「『その他の重症な状態』の算定患者数が増加する一方で、これらの患者において多い傷病名は、重篤な状態であれば他の算定対象である状態に該当する」との指摘があった。加算2「サ」に対して、妥当性の検証が必要との意見が出ており、今後、適正化の観点での議論が行われる可能性がある。

医療資源の乏しい地域に配慮した評価では、「医療資源の少ない地域において、回復期リハビリテーション病棟の病床数が0である地域が23地域あり、

医療資源の少ない地域全体の57.5%を占める」といったデータが示された。猪口委員は、「医療資源が乏しい地域

で、回復期リハビリテーションを提供する施設を維持していくことは難しい。患者が少なく、遠方からの患者も、急

性期の患者も来る。そういう地域では、混合病棟といった発想で病棟の機能を考えるべきであると思う」と述べた。

救急医療管理加算の概要

A205 救急医療管理加算 (1日につき/入院した日から7日間に限る)

- 1 救急医療管理加算1 1,050点
- 2 救急医療管理加算2 420点

【算定要件】(抜粋)

- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、ア～サイいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態であっても算定できる。
- 救急医療管理加算2の対象となる患者は、アからサまでに準ずる重篤な状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからサまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからサまでに準ずる重篤な状態であっても算定できる。
- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ◆ アからサのうち該当する状態(加算2の場合は、アからサのうち準ずる状態又はシの状態のうち該当するもの)
 - ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの
 - ◆ イの状態に該当する場合はJCS 0の状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)に該当する場合はBurn Index 0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)	サ 蘇生術を必要とする重篤な状態
イ 意識障害又は昏睡	キ 広範囲熱傷	シ その他の重症な状態
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態	
エ 急性薬物中毒	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態	
オ ショック	コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態	

【施設基準】(抜粋)

- 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
 - ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)
 - イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。
- 施設基準に係る届出を行うこと。

薬剤自己負担見直しが議論の俎上に

社保審・医療保険部会

社会保障審議会の医療保険部会(田辺国昭部会長)は9月29日、薬剤自己負担の見直しを議論した。高額薬剤が相次ぎ登場し、医療保険財政への影響が懸念されている中で、保険給付の重点化を図るべきといった議論がある。厚生労働省は今回、骨太方針2023や有識者検討会の報告を踏まえ、薬剤自己負担の見直しに関して4つの案を提示。委員の意見を求めた。

4つの案は、①薬剤定額一部負担②薬剤の種類に応じた自己負担の設定③市販品類似の医薬品の保険給付のあり方の見直し④長期収載品の自己負担のあり方の見直し。骨太方針2023には、「イノベーションを推進するため、長期収載品等の自己負担のあり方の見直し」の検討が明記されており、特に、長期収載品の自己負担のあり方に対し

後発品と長期収載品の薬価差を踏まえた自己負担に賛否

て、賛否があった。

薬剤定額一部負担は、いわゆる「ワンコイン負担」で、外来診療や薬剤支給時に薬局窓口で定額負担を求める。薬剤の種類に応じた自己負担の設定は、有効性などに基き薬剤を分類し、カテゴリ別に自己負担割合を設定する。

市販品類似の医薬品の保険給付のあり方の見直しは、OTC医薬品に類似品がある医療用医薬品について、保険給付範囲からの除外や償還率の変更、定額負担の導入などを行う。長期収載品の自己負担のあり方の見直しは、長期収載品のさまざまな使用実態に応じた評価を行う観点や、後発品との薬価差を踏まえつつ、自己負担を見直す。

全日病会長(日本医師会副会長)の猪口雄二委員は、「薬剤自己負担見直しの案は、いずれも患者の自己負担増

となる。闇雲に負担増を求めるのではなく、医療上必要なものは保険適用するという公的医療保険制度の原則に立ち戻って考えるべきだ。また、今は後発医薬品の安定供給が最優先の課題である。こうした観点から、相当に精緻な検討が必要になる」と慎重な議論を求めた。

訪問看護や訪問診療のオンライン資格確認の説明も行われた。

訪問看護ステーションのオンライン請求とオンライン資格確認は2024年6月に始まる。2024年秋の保険証廃止を見据えつつ、オンライン請求・オンライン資格確認は原則義務化される。医療機関と同じく、訪問看護ステーションにも財政支援を行うとしており、上限42.9万円の実費補助の案が示された。猪口委員は、「訪問看護ではモバイル



端末の導入も求められている。小規模事業者が多いため、医療機関以上にコスト捻出やスタッフの確保が難しい状況が続いている」と述べた。

2024年4月開始の訪問診療等における居宅同意取得型のオンライン資格確認の仕組みでは、初回訪問時のオンライン資格確認や薬剤情報等の提供に関する同意は、医療関係者が持参するモバイル端末等で行う。2回目以降は、医療機関等の再照会機能を活用する。

猪口委員は「使いやすい環境を整えることが重要だ。通常のオンライン資格確認より多くの手順が必要になるので、わかりやすい手順書やトラブルの際の対応マニュアルの整備など、きめ細かい対応をお願いする」と述べた。

入院医療等分科会の中間とりまとめを基本小委に報告

中医協・基本小委

高齢者救急の受け皿をめぐる診療側・支払側双方から意見

中医協の診療報酬基本問題小委員会(小塩隆士会長)は9月27日、入院・外来医療等の調査・評価分科会の中間とりまとめの報告を受けた。

中間とりまとめは、入院医療等分科会が、DPC/PDPSを含む入院全般から外来、横断的事項(身体的拘束、入院退院支援、リハビリテーション・栄養等)にわたる幅広い事項に関し、専門的な調査・検討を行ったもの。総会における2024年度診療報酬改定に向けた本格的な議論で活用される。中間とりまとめに対しては、診療側・支払側から高齢者救急への対応をはじめ様々な意見が出された。

日本医師会常任理事の長島公之委員は、まず、2022年度改定で導入した急性期充実体制加算と総合入院体制加算の関係に言及。急性期充実体制加算の点数が高いために、総合入院体制加算から急性期充実体制加算に移行する病院が出てきており、地域の基幹病院の

総合的な入院体制を確保する上で、懸念が生じていることに対し、「総合入院体制加算の点数が低いということが最大の課題で、引上げを検討すべき」と述べた。

かかりつけ医機能との関連では、特定疾患療養管理料を届け出ている医療機関で、時間外対応加算1・2を算定していない傾向があるとの指摘に対し、「要件に時間外対応が含まれていないので、当たり前だ。だからといって、かかりつけ医機能を果たしていないとは言えない」と指摘した。

支払側の健康保険組合連合会理事の松本真人委員からの意見は、適正化の観点での指摘が目立った。

2022年度改定の「重症度、医療・看護必要度」の見直しで、「点滴ライン同時3本以上の管理」の項目が「注射薬剤3種類以上の管理」に変更された後に、当該項目の該当割合がいずれの入院料でも上昇していることに対し、

狙い通りの適正化が図られているかどうかの詳細な分析を求めた。

高齢者救急に関しては、「75歳以上の誤嚥性肺炎や尿路感染症の患者を急性期一般入院料1の病棟で対応することが妥当なのか。十分に検討する必要がある。2022年度改定から急性期一般入院料1の病床数が増えたことも踏まえ、機能分化の推進のため、議論を深めたい」と述べた。地域包括ケア病棟については、急性期病棟からの下り搬送の評価を充実させることに「一定の理解はできる」としつつ、下り搬送の評価と直接入棟の評価には差を設けることが必要と指摘した。

DPC/PDPSの機能評価係数Ⅱの複雑性係数が、診断群分類の種類が少ない病院などで係数が高くなり、「不適当」な評価になっているとの指摘に対しては、「計算方法を変更するよりも、DPC対象病院からの退出を促すルールを検討すること」が適切であるとした。

かかりつけ医機能の評価については、「高血圧、糖尿病、脂質異常症のいずれも、再診患者のかなり多くに外来管理加算や特定疾患療養管理料が算定されている一方で、地域包括診療料、地域包括診療加算、生活習慣病管理料の算定は極めて少ない」との指摘を問題視し、「既存のかかりつけ医機能を評価する診療報酬項目の体系的な見直しを考える時期が来ている」と述べた。

松本委員の高齢者救急に関する意見に対しては、日本医師会副会長の茂松茂人委員が、「救急搬送の段階で、高齢患者の入棟先を判断することは、なかなか難しい」と理解を求めた。

日本病院会副会長の島弘志委員も、「地域包括ケア病棟がある病院で二次救急や救急告示の体制があれば、そちらで対応し、そういった体制がなければ、トリアージができる施設に搬送し、その後、適切な医療機関に下り搬送するということが重要」と述べた。

レカネマブの薬価算定の議論が始まる

中医協総会 介護費用等の軽減効果をどう評価するかに注目集まる

中医協総会(小塩隆士会長)は9月27日、高額医薬品への対応として、レカネマブ(遺伝子組換え)の薬価算定方法の議論を開始した。レカネマブの効能・効果は、アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制。販売名はレケンビ、製造販売事業者はエーザイ株式会社で、9月25日に薬事承認された。年間1,500億円

の市場規模が予測される高額薬剤については、通常の薬価算定と異なり、直ちに総会に報告し、薬価算定方法を議論することになっている。総会の議論により、レカネマブは特例的な方法で薬価算定を行い、承認から90日以内の薬価収載を目指すことで合意した。

また、10月4日の中医協では、薬価専門部会と費用対効果評価専門部会を

合同で開催し、レカネマブの薬価算定方法の議論を行うことを了承した。

レカネマブの効能・効果であるアルツハイマー病による軽度認知障害等の推定有病者数はエーザイによると約542万人と多いが、添付文書や患者要件、医師・施設要件を厳しく定める最適使用推進ガイドラインにより、投与対象となる患者数は限定的になる見込

み。ただ、レカネマブは抗体医薬品であり、同じ適用のアリセプトなどと比べ、作用機序が異なり、製造コストが高く、高額医薬品となる可能性が高い。

また、介護費用等の軽減効果をどう評価するかに注目が集まる。これまで費用対効果評価の議論の中で、介護費用を含めた分析は行われていない。一方で、諸外国で介護費用への影響を分析に組み込んでいる事例があるほか、日本には介護データベースがある。介護費用の評価は、レカネマブをより高く評価することであり、イノベーションと財政のバランスの問題になる。

2022年度概算医療費に占めるコロナ特例分は1.9%で9千億円

中医協総会 入院は4千億円で2.2%、入院外は5千億円で2.8%

厚生労働省は9月27日の中医協総会(小塩隆士会長)に、新型コロナ対応の診療報酬特例が2022年度医療費に与えた影響を報告した。2022年度概算医療費46兆円のうち、特例分は9千億円で全体の1.9%を占めることがわかった。18.1兆円の入院のうち、特例分は4千億円で2.2%、16.2兆円の入院外のうち、特例分は5千億円で2.8%。外来での特例分の寄与が入院より大きい

ことも示されている。

前回の中医協での概算医療費の報告に対し、特に、支払側の委員がこれらの結果について、新型コロナ対応の診療報酬特例や2022年度診療報酬改定の影響の分析を求めている。

2022年度の概算医療費は46兆円で、対前年度比で4.0%の伸び。新型コロナの感染拡大前の2019年度と比べると、5.5%の伸びとなるが、1年当たりに

換算すると1.8%の伸びで、高い伸び率ではない。2019年度比でみると、受診延日数がマイナス3.6%であるのに対し、1日当たり医療費が9.4%の高い伸びとなっている。

1人当たり医療費は、2019年度の34.5万円が2022年度に36.8万円となっており、新型コロナ特例分を除くと、36.1万円になる。入院について同様に示すと、2019年度比の14万円が2022年

度に14.5万円となっており、新型コロナ特例分を除くと、14.2万円になる。外来では、2019年度比の11.8万円が2022年度に13万円となっており、新型コロナ特例分を除くと、12.6万円になる。

また、2022年度診療報酬改定で保険適用となった不妊治療の医療費は、2022年度で897億円。全体の46兆円に占める割合は0.2%となっている。このうち入院外が879億円で大部分を占めている。特に、入院外の診療所が776億円で大きく、病院の入院外は104億円にとどまっている。

これらの結果を踏まえ、日本医師会常任理事の長島公之委員は、「2022年度はオミクロン株による感染拡大や不妊治療の影響などで医療費が伸びた。1人当たり医療費をみると、診療報酬上の特例などにより、1日当たり医療費の伸びは高いが、受診延日数が戻っておらず、特例分を除けば伸び率は低い。10月以降、特例分は減額となるが、医療機関の新型コロナ対応は続く。物価高騰もあり、医療機関の厳しい経営状況は続いている」と訴えた。

一方、健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「診療報酬は患者が受けるサービスに対する対価であるため、1人当たり医療費よりも、1日当たり医療費の伸びに基づいて考えるべきだ」と述べるとともに、リフィル処方箋導入が医療費に与えた影響なども示してほしいと要望した。

これに対して、長島委員は、受診回数が減れば、1回の受診における診療密度が高くなることを指摘。受診延日数の変化も反映された指標である「1人当たり医療費」が総合的に考えて重要と返した。

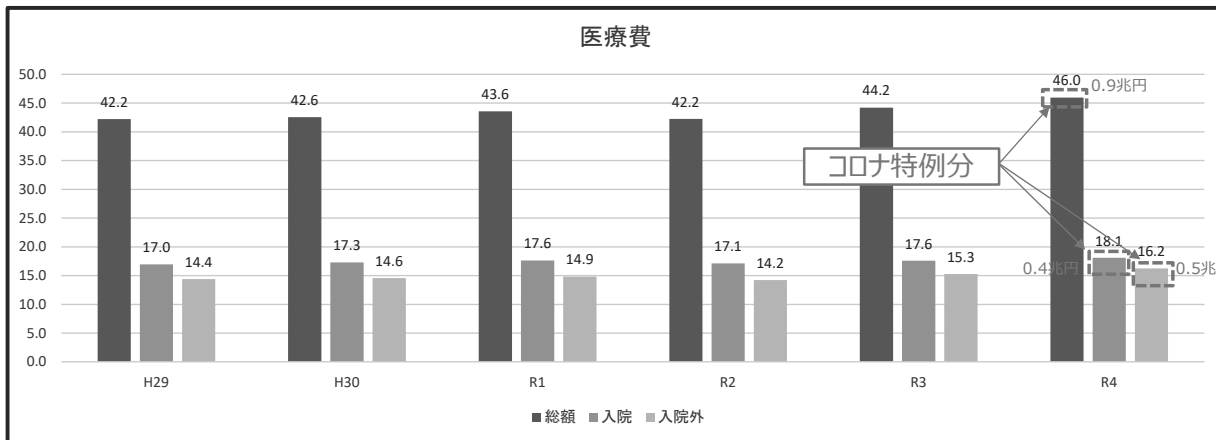
令和4年度概算医療費における新型コロナの診療報酬上の特例の影響について

	総額	(再掲)入院	(再掲)入院外
令和4年度概算医療費	46.0兆円	18.1兆円	16.2兆円
うち特例分	0.9兆円	0.4兆円	0.5兆円
特例が占める割合	1.9%	2.2%	2.8%

※ 入院は、入院時食事療養費・入院時生活療養費を含む。総額は、調剤分及び歯科分の医療費や療養費等を含む。

※ 特例分は、新型コロナの診療報酬上の特例措置による増額分を、医科・歯科・調剤NDBデータについて合計したもの。

※ この特例分は、「令和4年度 医療費の動向」で示した「主傷病がCOVID-19であるレセプト(電算処理分)を対象に医科医療費を集計すると、令和4年度で8,600億円(全体の1.9%)程度」とは異なるもの。具体的には、「令和4年度で8,600億円(全体の1.9%)程度」には、新型コロナ患者に係る医療費のうち特例措置(特例分)ではない医療費(初・再診料、入院基本料、検査料、薬剤費など)も含まれており、また、主傷病がCOVID-19ではない患者に係る特例分(疑い患者等に係る特例分)は含まれていない。



保険医療材料等の保険適用時期を大筋で了承

中医協・保険医療材料専門部会 診療報酬改定の6月実施に伴い対応を整理

中医協の保険医療材料専門部会(笠木映里部会長)は9月20日、2024年度診療報酬改定が4月から6月実施に後ろ倒しになることに伴い、改定前後における保険医療材料等の保険適用時期を大筋で了承した。

保険医療材料の区分は大きく、A、B、C、Rの区分がある。

A区分には、縫合糸や注射針など既存の診療報酬項目で包括的に評価するA1(包括)、超音波検査装置と超音波検査など既存の特定の診療報酬項目で包括的に評価するA2(特定包括)、当該製品を使用する技術が既存の診療報酬項目で評価するA3(既存技術・留意事項通知の変更あり)がある。

B区分には、冠動脈ステントやペースメーカーなど既存の機能区分により評価され、技術料とは別に評価するB1

(既存機能区分)、既存の機能区分により評価され、技術料とは別に評価するB2(既存機能区分・機能区分の定義等の変更を伴う)がある。既存の機能区分に対して期限付改良加算を加えるB3(期限付改良加算)は中医協での了承が必要となる評価区分だ。

C区分とR区分は、いずれも中医協の了承が必要となる。

C1(新機能)は、特殊加工された人工関節など新たな機能区分が必要で、それを用いる技術はすでに評価されている製品である。C2(新機能・新技術)は、リードスペースメーカーなど当該製品を使用する技術が未評価である製品である。R区分は、再製造品を新たな機能区分で評価している。

また、臨床検査(体外診断用医薬品)については、E1(既存項目)、E2(既存

項目・変更あり)、E3(新項目・改良項目)がある。

現状で区分B3、C1、C2、E3については、改定年の1月に中医協総会で承認された保険医療材料等は改定年の4月に、改定全体と合わせて保険適用することになっている。また、改定年の4月と5月に中医協総会で承認された保険医療材料等については、改定年の6月に保険適用することになっている。

6月実施に伴う対応策では、改定前年の12月と改定年の1月に中医協総会で承認された保険医療材料等は、迅速な保険導入の観点から、通知上の保険適用時期の基準に合わせる形で、改定年の3月に保険適用する。

その際、区分C2、E3において、技術料を準用する場合は、3月1日に関係通知を改正することとし、改定に伴

う6月1日の関係通知施行までの3か月間は、改定前の技術料を準用する。

現状で区分A3、B2、E2については、改定前年の12月に、保険医療材料等専門組織で区分が決定された保険医療材料等については、同年1月に保険適用することになっている。また、改定年の4月に保材専で区分が決定された保険医療材料等については、同年5月に保険適用することになっている。

6月実施に伴う対応策では、時期としては、これまでどおり、区分決定がなされた月の翌月1日に保険適用する。ただし、改定年の4月に保材専で区分が決定され、5月1日に保険適用する保険医療材料等については、改定に伴う6月1日の関係通知施行までの1か月間、改定前の通知を改正して対応し、6月以降は改定後の通知を改正して対応する。

なお、区分A1、A2、B1、E1については、保険適用にあたり告示や通知の改正を伴わないため、施行時期の後ろ倒しによる影響はない。

2024年度診療報酬改定の基本方針を議論

社会保障審議会 医療保険部会・医療部会 全日病の正副会長が意見表明

厚生労働省は9月29日、社会保障審議会の医療保険部会と医療部会に2024年度診療報酬改定の基本方針の「基本認識」と「基本的視点」の案を提示した。基本認識の案として、物価高騰・賃金上昇への対応が盛り込まれた。日本医師会副会長として医療保険部会に出席している全日病の猪口雄二会長は、医療現場の人材確保のために、次期改定では医療機関の職員の賃金引上げを可能とする水準にすべきと訴えた。

厚労省が示した基本認識の案には、①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②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③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④社会保障制度の安定性・持続可能性の確

保、経済・財政との調和一が盛り込まれた。

基本的視点の案には、(1)ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進(2)現下の雇用情勢を踏まえた人材確保・働き方改革等の推進(3)安心・安全で質の高い医療の推進(4)効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上。

基本的視点の(1)~(4)のそれぞれについて、「具体的方向性」が示された。(1)については「地域医療構想・地域包括ケアを踏まえた医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価」や「かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価」などがあげられている。

(2)については、「医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組み」や「働き方

改革に向けての取組みの推進」が示された。(3)については、「食材費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応」「アウトカムにも着目した評価の推進」などがあがっている。(4)については、医薬品関係の論点があげられた。

「物価上昇への対応を」猪口委員

医療保険部会で、全日病会長の猪口雄二委員は「次回の診療報酬改定では、現在の物価上昇・賃金上昇の状況を十分に反映させてほしい。医療制度の持続可能性という意味でも、すべての医療機関の経営の状態を安定化させることが重要だ」と訴えた。

猪口委員は、医療業界から他の産業に人材が移る事例が起きていると紹介し、「現状の人手不足のなかで、医療の従事者のみ待遇が改善できなければ、医療に人が集まらなくなってしまう。次期改定では医療機関の職員の賃金を



医療保険部会に出席する猪口会長

しっかり確保できるようにすることを強く要望したい」と述べた。

医療部会で全日病副会長の神野正博委員は、基本的認識の一番目の例にあげられている物価高騰・賃金上昇への対応が、改定の基本的視点には記載されていないことを問題視。「人件費を3%上げるためには6,100億円必要で、そのために診療報酬改定で2.19%の引上げが必要である」と訴えた。

また、改定の「具体的方向性」に「かかりつけ医の機能の評価」と書かれたことについて、「かかりつけ医についてはこれまで議論してきていないので、整理が必要だ」と指摘した。

かかりつけ医機能の制度整備へ検討会を新設

社会保障審議会 医療部会 来年の夏頃に取りまとめ

社会保障審議会医療部会(遠藤久夫部会長)は9月29日、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の施行に向けて検討会を新設する方針を了承した。来年夏頃に取りまとめを行い、それを踏まえてかかりつけ医機能報告システムの構築などが進められることになる。

今年5月に成立した全世代型社会保障関連法により、かかりつけ医機能の制度を整備することが決まった。具体的には、①医療機能情報提供制度の刷新(2024年4月施行)と②かかりつけ医機能報告制度の創設(2025年4月施行)を行う。両制度の整合性を確保しつつ、医療機関を適切に選択できるように国民へ情報提供を行うことをめざす。

この制度整備を進めるに当たって、厚生労働省は10月から新たに「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会(仮称)」を立ち上げることを提案。この検討会の下に、(1)「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会(新設)」と(2)「医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会(改編)」の2つを設置する(図表参照)。

(1)のかかりつけ医機能の施行に関する分科会は新たに設置されるもので、かかりつけ医機能報告について検討する。(2)の医療機能情報提供制度等

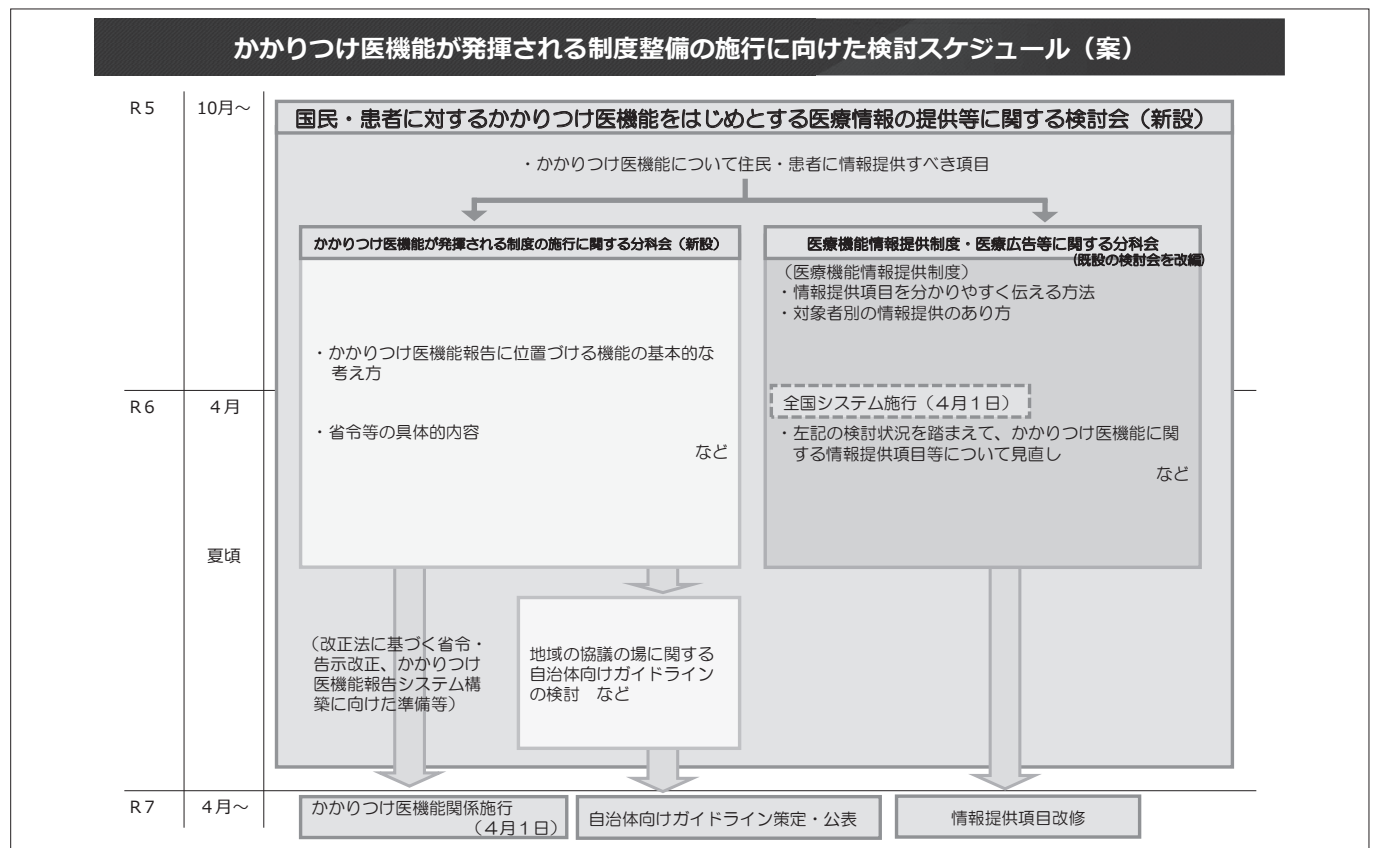
の分科会は既存の会議体の位置づけを変更するもので、医療機能情報提供制度の全国統一システム化やかかりつけ医機能の情報提供項目等を検討する。

これらの会議体での検討を、来年夏頃に取りまとめる予定だ。

全日病副会長の神野正博委員は、入院病床をもつ病院もかかりつけ医機能

を担う実態があると主張した。また、紹介受診重点医療機関であっても一部の診療科では、かかりつけ医機能を担う場合があることを確認した。

さらに、医療計画とかかりつけ医機能の制度整備の整合性について質問。厚労省は、第8次医療計画の中間見直しから両者の整合性をとる考えであることを明らかにした。



■ 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
個人情報管理・担当責任者養成研修会 アドバンストコース(東京開催) 48名	2023年11月16日(木) 全日病会議室	23,100円	個人情報保護に関する事例検討を中心とした応用的な研修会として、講師として弁護士3人を招き、ベーシックコースではできなかった法の解釈についてのより深い議論を行う。参加者には、「個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンストコース」受講認定証を発行する。
病院管理者のためのユマニチュード (認知症対応メソッド) 研修 80名	2023年11月26日(日) WEB開催	13,200円(17,600円)	日本ユマニチュード学会代表理事の本田美和子先生より、ユマニチュードの基本技術の紹介から医療施設で導入するための必要な研修デザイン、認証制度の紹介などについて講演いただく。
医師事務作業補助者研修	2023年6月14日(水)~ 2024年5月31日(金) e-ラーニング形式での配信期間	27,500円 (1アカウント・90日間有効)	本研修は「医師事務作業補助体制加算」の施設基準で求められている「32時間以上の研修」を補完するための研修であり、所定のレポート等を提出した方に授与する「受講修了証」は研修証明となる。