

【相澤会長挨拶】

- ・財政審からは、次期診療報酬改定で0.1%のマイナス改定が宣言されている。医療経済実態調査からは、医療機関の赤字幅の拡大が明らかとなっている。四病協としても苦境にある現状を主張するとともに、嘆願書を提出して政治家や厚労省に要望をしてきた。
- ・働き方改革が本格化する中で、日病は救急医療への影響を懸念する旨発信していく。

【外部説明】

- ・衆議院議員 松本尚氏：「医療と経済の関係について」～医師も経済の勉強を
 - ① 悲観的な国民意識、新自由主義的政策、財務省の緊縮財政政策が、バブル崩壊以降の経済成長の低迷を助長してきた。
 - ② 「デフレからの完全脱却」と「経済の好循環」を作り出すには、十分な需要を生み出す金融緩和の継続と国債発行を厭わない財政出動が必要である。
- ・厚生労働省医政局 高宮氏：「感染症法改正について」
令和6年4月1日施行に向けた情報提供。G-MISによる報告の義務付け等

【報告事項】

1. 救急・災害医療対策委員会
 - ・「病院等における風水害BCPガイドライン」の改定に向けた会員病院への再調査を予定している。再調査の目的は、○会員病院全体の風水害危険の把握、○浸水想定区域内病院における建築の浸水等対策の明確化、○病院所在地の浸水危険等を踏まえた活動計画（タイムライン）の作成要領等の明確化とする。
2. 中医協～週2回のペースで診療報酬改定の議論がされている。第562-567回
 - ・急性期入院医療について～施設基準（注射薬3剤、平均在院日数等）、急性期充実体制加算に関連する評価等の取り扱いが対象。論点は以下。

266

急性期入院医療についての論点

【論点】

（急性期医療の現状を踏まえた対応について）

- 医療従事者の人材確保が今後より困難となることが予想される中、増大する高齢者の急性期医療のニーズに効率的に対応し、適切な医療資源を投入しながら高齢患者等のADLを維持する取組を推進するための入院医療に対する評価の在り方についてどのように考えるか。

（急性期一般入院基本料の施設基準について）

- 7対1病棟においても高齢患者の割合が増加する中で、医療機関間の機能分化による効率的な医療の提供を推進する観点から、急性期一般入院基本料の施設基準に関する以下の点についてどのように考えるか。

[一般病棟用の重症度、医療・看護必要度]

- ・ 「救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態」の評価日数
- ・ 「注射薬剤3種類以上の管理」の対象薬剤及び評価日数
- ・ 「呼吸ケア」及び「創傷処置」における必要度Ⅰ及びⅡの違い並びに「創傷処置」における「重度褥瘡処置」の扱い
- ・ 入院で投与される割合にはばつきがあることを踏まえた「抗悪性腫瘍剤の使用」等の対象薬剤
- ・ 7対1病棟におけるB項目の取扱い
- ・ 直近における入院での実施率及び入院から手術実施までの日数を踏まえたC項目の対象手術等及び評価日数
- ・ 短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を実施する患者の取扱い
- ・ 必要度Ⅱの届出施設数の増加等を踏まえた必要度Ⅱの届出を要件とする範囲

[平均在院日数]

- ・ 急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の短縮化

（その他の急性期入院医療の実績及び体制に基づく評価について）

- 急性期充実体制加算の届出医療機関においては、多くがそれまで総合入院体制加算の届出を行っていたこと等を踏まえ、地域における総合的な入院医療の提供体制を確保する観点から、急性期充実体制加算を届け出ている医療機関の体制の評価についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関のうち許可病床数が300床未満の医療機関の状況を踏まえ、許可病床数が300床以上の医療機関に適用されるものと300床未満の医療機関に適用されるものの両者が存在する現行の急性期充実体制加算の施設基準についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関は化学療法の実施件数が多いが、外来での実施割合には医療機関間でばつきがあることを踏まえ、急性期充実体制加算における化学療法に係る実績要件についてどのように考えるか。
- 急性期充実体制加算の届出医療機関における心臓胸部大血管手術の実績の取扱いについてどのように考えるか。

266

172

- ・入院時の食費について～引き上げの幅の問題はあるが認められそう
- ・レカネマブ（レケンビ）について
 - 取扱いについての議論の中で、費用対効果評価における価格調整範囲の見直しや、介護費用の軽減に係るデータの取扱いについて検討する。
- ・回復期入院医療について
 - 救急搬送後、地域包括ケア病棟に直接入棟することの評価が進んでくる。
- ・回復期リハビリテーション病棟に対する第三者評価は回避？院内研修で代替？
- ・働き方改革の推進について
 - 地域医療体制確保加算について、医師の働き方改革を推進する実効性を担保する観点から、医師の長時間労働が減少するよう要件を見直すことについてどのように考えるか（算定病院でわずかだが時間外労働時間が延長傾向にある）
- ・新医薬品（令和 5 年 11 月 22 日収載）：ウゴービ皮下注、適応症：肥満症
- ・不妊治療についての論点
 - 令和 4 年度から保険適用。保険診療の実施状況等を踏まえ、その影響等についてどのように考えるか。年齢・回数に係る検討について、従前の特定治療支援事業や保険診療における取扱い等、さらには最新のエビデンス等を踏まえ、現状の取り扱いを変える必要性についてどのように考えるか。また、胚凍結保存管理料の算定できる保存期間の取り扱いについてどのように考えるか。
- ・慢性期入院医療についての論点
 - 療養病棟の中心静脈栄養の評価について、一定の上限日数を設けることおよびガイドライン等で経腸栄養が禁忌かつ静脈栄養が適応とされていない疾患については医療区分 2 として評価することについてどのように考えるか。
- ・PET 検査の診療報酬上の評価について
 - デリバリーの場合における PET 検査の撮影等に係る技術料を新設するとともに、PET 用放射性医薬品について薬価算定を行う。
- ・第 24 回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告の概要が公表された
 - この調査は、病院、一般診療所、歯科診療所及び保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として中医協が実施したものである。令和 5 年度においては、R3 年度から R4 年度の収入や費用の伸びを前提に、コロナの類型見直し、物価高騰、賃金上昇などの影響を踏まえて推計すると、医業利益率及びコロナ報酬特例等を除いた医業利益率は、▲10%程度となり悪化する見込みで注意を要する。
- ・DPC/PDPS の基本事項
 - 平成 15 年 4 月に制度導入後、令和 4 年 4 月 1 日時点の対象病院は、1,764 病院、約 48 万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床の約 84%を占める。次期改定では適切な包括評価を行う観点から見直しを検討するか。
 - データ数が少ない DPC 対象病院は複雑性係数の値が高い傾向にあり、データ数が 1 月あたり 90 以下の病院では診療密度が低い傾向にあった。次期改定からは、該当する病院のデータを除外して算出するか。

3. 社会保障審議会医療部会

・厚労省は令和6年度診療報酬改定に向けた基本認識・基本的視点・具体的方向性について提示した。

・改定にあたっての基本認識として、「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」の4つの案を示した。

・改定の基本的視点については、視点1「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」、視点2「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」、視点3「安心・安全で質の高い医療の推進」、視点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」の4点を示した。

・厚労省は前回議論での指摘が多かったことや現下の雇用情勢に加え、長期的にも人口構造の変化により支え手が不足する状況の中、人材確保が大きな課題となっていることに鑑み、視点1を重要課題として位置付けることを提案した。

・医療団体の委員からの意見は以下の通り・夜間勤務、土日・祝日の勤務等により、病院薬剤師・看護補助者の確保が厳しい。医師の働き方改革に伴うタスク・シェア/タスク・シフトに非常に重要な要素であり、処遇改善が必要。・医療DXの中心となる電子カルテの普及促進等に関して、病院にとって経常費用および運営費用がとても大きな負担となっているため、負担の適正化にむけて遂行するという点について明記を。・医療従事者の待遇が十分改善されなければ、さらなる人材流出を招くことを危惧し、医療従事者の賃金を確実に持続的に確保することを要望。・診療報酬は公定価格のため、医療機関は他産業のように価格に転嫁することができないことをよく理解してほしい。また、医療機関の運営を持続可能とするためにも賃上げの実現が重要だと強調。

4. 地域医療構想および医師確保計画に関するWG

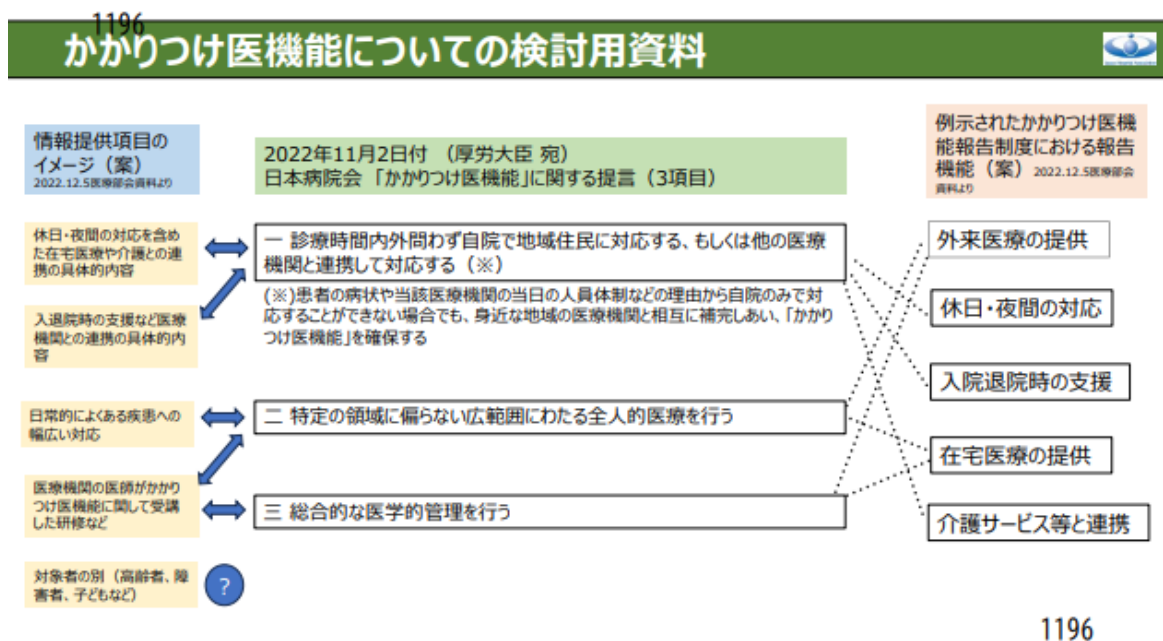
○再検証対象医療機関の検討状況については、令和5年3月時点での調査結果と比較すると、措置済みを含む検証済の医療機関単位の割合は58%から68%、病床単位の割合は62%から74%と増加していた。地域医療構想調整会議の開催回数については、コロナ禍前の水準に戻りつつあることが報告された。複数医療機関の再編に関する議論については、全構想区域のうち72区域(21%)で行われており、全都道府県のうち30都道府県(64%)で行われていた。そのうち、13道県・20区域では重点支援区域の選定を受けていた。

○2015年から2022年にかけての病床機能報告と2025年の病床の必要量との乖離については、病床機能の乖離率は0.7%で15年度の+5.0%から縮小していた。構想区域別にみても全体的に縮小傾向にあることが報告され、地域医療構想の当初の目的は概ね達成できているとの評価であった。

○令和7年度医学部臨時定員に係る方針について、医師確保計画策定ガイドラインで示された方針も踏まえ、各都道府県に対し積極的に恒久定員内への地域卒や地元出身者の設置についての議論を開始するよう促した上で、臨時定員を希望する都道

府県・大学に対しヒアリング等を実施し、地域における医師の確保に真に必要な範囲で臨時定員の設置を認める、令和7年度については、令和6年の枠組みを暫定的に維持し、医学部総定員数の上限を9,420人とする。令和8年度以降については改めて検討することとする。

【協議事項】 かかりつけ医機能について



1197
改正案 (かかりつけ医機能)

<考え方>

①言葉は似ているが「かかりつけ医機能」とは、「かかりつけの医師」や「主治医」とは異なり、医療機関の機能であることを明確に周知することが必要。

②「かかりつけ医機能」は、患者・国民が、どこの医療機関・診療科に受診すべきか分からない場合に、とりあえず受診、相談できる医療機関である旨を明示すべき医療機関の機能。さらに、当該医療機関の医師の診断のもと、必要に応じて他の医療機関を紹介するなど医療機関間連携をおこなう医療機関の機能。

③「かかりつけ医機能」を有する病院は、休日、夜間においても②を行うことができることを条件とすべき。

1197