

## 24年度診療報酬改定の 疑義解釈示す

2024年度の診療報酬改定が6月に施行されるのに先立って、厚生労働省は、「疑義解釈資料」（その1）を地方厚生局などに3月28日付で出した。

「救命救急入院料」「特定集中治療室管理料」「小児特定集中治療室管理料」などに配置する専任の医師を「宿日直を行う医師ではないこと」とする基準に関しては、治療室に勤務する専任の医師が、宿日直を行う医師ではないことを求めるものだと説明した。

厚労省は、新たな規定が、これらの入院料や管理料を届け出る病院に、宿日直許可を取得していないことを求めるものではないとしている。

また、治療室に勤務する医師が宿日直を行う医師ではないものの、宿日直許可を取得している業務に従事する場合の取り扱いに関しては、「宿日直許可を取得している業務に従事するかにかかわらず」、専任の医師が治療室に勤務している間は宿日直を行わないよう求めた。

24年度の診療報酬改定では、救命救急入院料、特定集中治療室管理料1-4、小児特定集中治療室管理料のほか、「新生児特定集中治療室管理料1」「新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料」「母体・胎児集中治療室管理料」の施設基準として、治療室に配置する専任の医師が宿日直を行う医師ではないことを明確化した。

一方、特定集中治療室管理料では、宿日直も行う専任医師を配置した場合も算定できる管理料5と6が新設される。点数が低い特定集中治療室管理料5や6への切り替えを避けるため、病院団体には、「病院によっては宿日直許可を返上せざるを得ない」という声があった。

診療報酬の改定に伴い新しい点数が原則6月1日から適用されるのに先立ち、厚労省の疑義解釈では、見直し後の詳しい運用をQ&A形式で示した。

特定集中治療室管理料1と2では、「生理学的スコア」（SOFAスコア）の判定が入室日に5以上（管理料3と4では3以上）の患者の割合を、直近1年間の入室患者の1割以上とする基準が追加される。厚労省によると、「入室日」とは患者が治療室に入った初日を指す。

また、入院期間が通算される1回の入院で患者が複数回ICUに入室した場合は、初回の入室日にSOFAスコアを測定するという。入室日にSOFAスコアを2回以上測定した場合は、最も高いスコアを採用する。

SOFAスコアは、呼吸機能・凝固機能・肝機能・循環機能・中枢神経機能・腎機能の6つをそれぞれ5段階の点数でスコア化し、多臓器不全の度合いを判定する指標。

### ●地域包括医療病棟内にはリハ専用設備「不要」

厚労省は、2024年度診療報酬改定の「疑義解釈資料」（その1）で、「地域包括医療病棟入院料」の届け出病棟内にリハビリテーションを行う専用の設備は必要かの質問に「不要」とす

る取り扱いを示した。

また、地域包括医療病棟入院料の算定要件のうち、必要な検査やCT撮影、MRI撮影を常時行える体制の整備を求める施設基準に関しては、救急患者にそれらを実施できるならオンコールの職員が対応する体制でも「差し支えない」としている。

さらに、「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」（1日120点）を算定した患者がその後、「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」（1日80点）を届け出ている院内の地域包括医療病棟に移った場合は、連携体制加算との通算で14日間に限り連携体制加算を算定できるという。

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の後にリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定する場合も同じように取り扱う。

地域包括医療病棟入院料とリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準では、常勤の管理栄養士の専任配置をそれぞれ求めている。管理栄養士の専任配置はいずれも1人につき1病棟に限るとされており、それらは兼務できない。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算とリハビリテーション・栄養・口腔連携加算は、リハビリや栄養管理、口腔管理を連携・推進する取り組みへの評価として新設され、そのうち連携加算は地域包括医療病棟で算定する。

これらの加算の施設基準では、低栄養リスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や摂取量を週5回以上、把握することとされている。

厚労省によると、全ての患者の状況を1回の食事の確認する必要はなく、週5回以上の食事でも計画的に確認できれば差し支えないという。

必要なら1日に2回確認してもいいが、同じ日に複数回行った場合は「1回」としてカウントする。

医療情報②  
厚生労働省  
検討会

## 新たな地域医療構想、 議論キックオフ

高齢化がピークを迎える2040年ごろを見据え、厚生労働省の有識者検討会は3月29日、新たな地域医療構想に関する議論を始めた。

これまでの入院だけでなく、外来や在宅医療をまたぐ構想の具体化の検討を行い、年末の取りまとめを目指す。

検討会では、医療・介護関係団体や保険者、都道府県、学識経験者にヒアリングを行いながら、夏から秋ごろにかけて中間取りまとめを行う。その後、制度改正の具体的な内容について話し合う。

## ●機能の明確化「病院単位で」との指摘

厚労省は、新たな地域医療構想に関するガイドラインを25年度に示すほか、入院や外来・在宅医療のニーズが40年にかけてどう変化するかを推計も行う。

それらを踏まえて、各都道府県が新たな構想を26年度に策定。それに基づく医療提供体制の再編などの取り組みを、27年度に行われる第8次医療計画の中間見直し後に開始する。

この日開かれた初会合では、新たな地域医療構想について「病院単位での方向性についても機能を明確化できるように議論を進めてほしい」（今村知・奈良県立医科大教授）との意見や、4月に始まる医師の時間外労働の上限規制により生じる課題を明らかにしつつ検討していく必要があるとの指摘があった。

また、取りまとめまでのタイトなスケジュールを懸念する構成員もいた。

現在の地域医療構想は、人口が多い団塊世代の全員が75歳以上になり、高齢化が加速する25年を想定して各都道府県が「構想区域」ごとに作った。

それに沿った医療の再編は病院や有床診療所の病床機能の見直しが中心となっている。

一方、新たな地域医療構想は40年ごろを見据えたもので、医療や介護の「複合ニーズ」を抱える85歳以上の人の増加に対応できるようにするため、病院だけでなく「かかりつけ医機能」や在宅医療、医療・介護連携などを含めて地域の医療提供体制全体の構想となる見通し。

人口の減少が目立つ地域もあることから、現在の構想区域の見直しも検討される。

厚労省が29日に初会合を開いたのは、「新たな地域医療構想等に関する検討会」。今後は月1、2回開催し、社会保障審議会の医療部会に報告しながら検討を進めていく。

医療情報③  
福祉医療機構  
公表

## 医療法人の経営情報を 初めて公表

福祉医療機構は、医療法人の経営情報のデータベースを活用して行った分析結果を初めて公表した。

全国の3万4,341法人が都道府県に報告した2022年度の経営情報（決算期同年3-11月）が分析の対象で、本業の事業収支ベースでの利益率は1法人当たり4.7%、受取利息などを含む経常収支ベースでは6.2%のいずれも黒字だった。

また、赤字法人の数は事業収支ベースで1万1,519法人（33.5%）、経常収支ベースでは7,957法人（23.2%）だった。

福祉医療機構によると、今回の分析は23年11月時点で集計可能な法人単位のデータを集約した「概括的なもの」で、医療機関の経営の実態を詳細に表すものではないとしている。

医療法人の経営状況を「見える化」するデータベースの創設は、政府の全世代型社会保障構

築会議が22年12月の報告書に盛り込んだ。公的な財源を充てる医療費の使い道を明らかにすることが狙いで、23年8月に施行された。

医療法人は、病院や診療所の収支などに関するデータを医療機関等情報支援システム「G-MIS」を使い都道府県に報告する。医師や看護師など職種別の給与（給料・賞与）や人数の報告は任意になった。

都道府県からの情報を取りまとめて地域別や規模別など属性でグルーピングした分析結果を厚生労働省が公表することとされ、福祉医療機構にデータ分析を委託した。

それを受けて福祉医療機構は今回、都道府県別にも経営状況を集計した。一方、法人の規模別や職種別給与などのデータは公表しなかった。

事業収支ベースでの利益率（1法人あたり）は全都道府県で黒字だったが、黒字幅に開きがある。最高は奈良の8.0%（43法人）、最低は岩手の1.6%（272法人）だった。

福祉医療機構では、分析結果を原則として年1回公表する方針。ただ、今回は全法人の決算期をカバーできていないため、対応を検討する。

規模別などでのグルーピングには厚労省の方針を踏まえて対応する。

医療情報④  
政府  
方針決定

## 26年度の医学部定員、 24年度の水準が上限

政府は3月27日、2026年度の医学部の定員を24年度の水準（9,403人）を上限にする方針を決めた。医学部の定員の上限は25年度まで9,420人とされているが、実態に合わせてこれを下げる。

実効性を伴う偏在対策を行うことが前提で、臨時定員の適切な配分方針も検討する。

特定の地域や診療科への医師の偏在を解消させるための対応や、各都道府県への臨時定員の配分などは引き続き議論する。

厚生労働省が有識者らの「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」に提案し、了承された。厚労省案は、以下という内容。

- ▼26年度の医学部定員は、現時点での定員から急激な変更は行わず24年度の水準（9,403人）を上限にする
- ▼実効性のある医師偏在対策と臨時定員の適切な配分方針を検討する

医学部定員の上限は25年度まで9,420人とされているが、20年度以降の実際の定員数は最大で9,403人（24年度）だったといい、26年度の上限をこの水準に下げる。

厚労省は、臨時定員の地域枠を 24 年度比で増やす意向の「医師少数県」があったら、「医師多数県」の定員の一部を配分・調整して全国ベースでの定員を枠内に収める案も示した。

26 年度の医学部の定員を巡っては、日本医師会が医師の質低下を防ぐ必要性などを指摘し、増やさない対応を求めている。

これに対し、全国知事会は都道府県ごとの需給推計に基づいて定員を設置するべきだと主張し、意見が分かれていた。

27 日の検討会で、釜范敏構成員（日医常任理事）は「先々の状況を踏まえて新たな方向性に進むべきだと思っているが、止むを得ない」と述べた。

一方、知事会側は、医師少数県が臨時定員を増やしたくても、「医師多数県が調整に応じる保証がない」などと述べ、実効性を伴う偏在対策が始まるまでは 9,420 人の上限を維持するべきだと主張した。

しかし、最終的に厚労省案が了承された。

検討会の遠藤久夫座長（学習院大教授）は「地域偏在対策にもっとしっかり取り組むという条件付きで、厳しい指摘だ」と強調した。

医療情報⑤  
厚生労働省  
検討会

## 診療科別の医師数、国が「管理を」 ～釜范敏構成員（日本医師会常任理事）が発言

地域や診療科での医師の偏在対策を話し合う厚生労働省の検討会が 3 月 27 日開かれ、釜范敏構成員（日本医師会常任理事）は「新たに医師になった人がどの診療科を選ぶかについて国として管理をしなければいけない時期に来ている」と述べた。

また、諸外国の例も参考にしながら、これから医師になる人にも了解を得た上で各診療科の医師数の枠を国が決めていくべきだと提案した。

釜范氏はまた、国が一方的に決めるのではなく関係学会や医師会、国民なども交えて結論を出していく必要性を強調した。

地域での偏在については、短期間でもよいので医師が「医師少数県」で働く仕組みをつくらなければ解消しないとの考えを示した。

一方、國土典宏構成員（国立国際医療研究センター理事長）は医師が少ない地域や診療科に従事する医師の報酬を手厚くすることが偏在の解消には「一番有効だ」と主張した。

ほかの構成員は、もっと踏み込んだ対応を行うよう厚労省に求めた。

厚労省は 27 日の会合で、今後の方向性として実効性のある医師の偏在対策の検討が必要だとし、引き続き議論を重ねる方針を示した。

## 大卒と高卒で疾患の死亡率に差 ～日本人の教育歴と死亡率との関連を初めて推計

学校教育を受けた期間（教育歴）と死亡率との関連があることが、国立がん研究センター（国がん）の研究結果で分かった。

例えば、脳血管疾患の死亡率は大卒よりも高卒の人が、女性の乳がんは大卒の人のほうが、それぞれ高い。「教育歴が死亡率に関わる生活習慣や健康行動などを反映する指標の一つとなることが考えられる」（国がん）と話す。

国がんは、国勢調査と人口動態調査の匿名データを突合させるデータリンケージにより、日本人の教育歴と死亡率との関連を初めて推計した。

研究グループは、2010年の国勢調査から得た約800万人の人口データと、10年10月～15年9月の人口動態調査から得た約33万人の死亡データから、「性」、「生年月」、「住所（市区町村）」、「婚姻状況」、「配偶者の年齢」の5つの変数の組み合わせを個人識別情報（リンケージキー）とし、重複がなかった男性22万4,538人、女性10万1,286人（年齢30～79歳）を抽出。

最終学歴が「大学以上卒業者」「高校卒業者」「中学卒業者」で分けた教育歴と死因別死亡率の関連を調査した。

その結果、女性の乳がんを除く、全ての死因で教育歴が短いほど死亡率が高かった。

最も死亡率の差が大きかったのは脳血管疾患だった。男性では大卒以上に比べ、高卒で約1.20倍、中卒で約1.47倍だった。

女性でも、大卒以上に比べ、高卒（約1.42倍）、中卒（約1.63倍）と教育歴が短いほど死亡率が高くなった。

ほかにも男性は肺がんや胃がん、虚血性心疾患での死亡率差が大きく、女性では肺がんや虚血性心疾患、胃がん、肝臓がんでの死亡率の差が目立った。

研究グループは「教育歴が死亡率に直接影響しているわけではない」としたうえで、教育歴の短さが喫煙率の高さや塩分摂取量の多さ、職業選択による健康への影響などに関連することが報告されており、脳血管疾患や肺がんなどの死亡率差が生じた可能性がある」と指摘した。

一方、女性の乳がんは教育歴が長いほど死亡率が高いという結果となり、これについては「妊娠・出産歴が少ないことがリスク要因とされていることから、教育歴が長いほど妊娠・出産歴が少なくなるという傾向を反映している可能性がある」とみている。

研究グループは、「教育歴が死亡率に関わる生活習慣や健康行動などを反映する指標の一つとなることが考えられる」とし、今後はデータリンケージの精度を高めるとともに、ポイントとなる健康格差の指標を抽出し、格差の縮小につながるさらなる研究や提言を行っていく考えだ。

## 准看護師の養成停止に反対

～総合部会で養成の停止に反対することで一致

日本看護協会が准看護師の養成停止を盛り込んだ要望書を厚生労働省に出したのに対して、四病院団体協議会は3月27日の総合部会で、養成の停止に反対することで一致した。

日本医療法人協会の加納繁照会長は総合部会後の記者会見で、准看護師が不足すると特に精神科の病院は運営自体が難しくなるとして、「准看護師を制度としてしっかり守っていただきたい」と述べた。



2025年度の予算編成や税制の見直しを巡る政府内の議論が始まるのに向けて、日看協は19日、看護職員の外来での人員配置標準を強化することや、デジタル技術を導入した看護を実践するための財源の確保など「看護DX」を推進することなど4点を重点要望とする要望書を厚労省医政局に出した。

この要望には、准看護師の養成停止と准看護師制度に関する課題の解決も盛り込まれていて、加納氏は、27日の総合部会で、准看護師の養成停止に四病協として反対する方針で一致したことを明らかにした。日看協は、23年度や24年度の予算・政策に関する要望書にも准看護師の養成の停止を盛り込んでいた。

加納氏は会見で、准看護師は病院にとって「必要な職種だ」と強調した。また、「われわれが発言しなくてはならない状況になれば、（准看護師の養成停止に）四病協として反対したい」とも述べた。

また、四病協は27日の総合部会で、24年度の診療報酬改定で新設される「地域包括医療病棟」の勉強会を内部の「医療保険・診療報酬委員会」に立ち上げることを決めた。

地域包括医療病棟に病棟を移行させる上での課題などを議論し、見直しへの意見をまとめるという。加納氏は「急性期一般入院料1からこちらに行かざるを得ない病院も出てくるだろう」と指摘した。