

外来・在宅含めて医療再編へ、 40年見据え

社会保障審議会の医療部会が21日開かれ、厚生労働省は、高齢化がピークを迎える2040年ごろを見据え、これまでの入院だけでなく、外来や在宅医療をまたぐ新たな地域医療構想の策定を都道府県に求める方針を示した。

高齢化と人口減少の進展に伴う医療ニーズの変化に合わせて医療体制の再編を促すため。医療団体の幹部や患者代表らによる「新たな地域医療構想等に関する検討会」（仮称）を厚労省では立ち上げ、近く議論を始める。

21日の医療部会で、松原由美委員（早稲田大人間科学学術院教授）は「介護を確保できなければ、在宅医療の話など絵に描いた餅になるだけでなく、在宅にいられない高齢者が病院に行ってしまう」と述べ、新たな地域医療構想は、介護の需給バランスをにらみながら作る必要があると指摘した。

新たな地域医療構想は各都道府県が26年度に作り、それに基づく医療提供体制の再編が、27年度に行われる第8次医療計画の中間見直し後に始まる。

厚労省は、それに向けて地域医療構想の策定ガイドラインを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の推計も行う。各都道府県は、それらを踏まえて新たな構想を26年度に策定する。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。

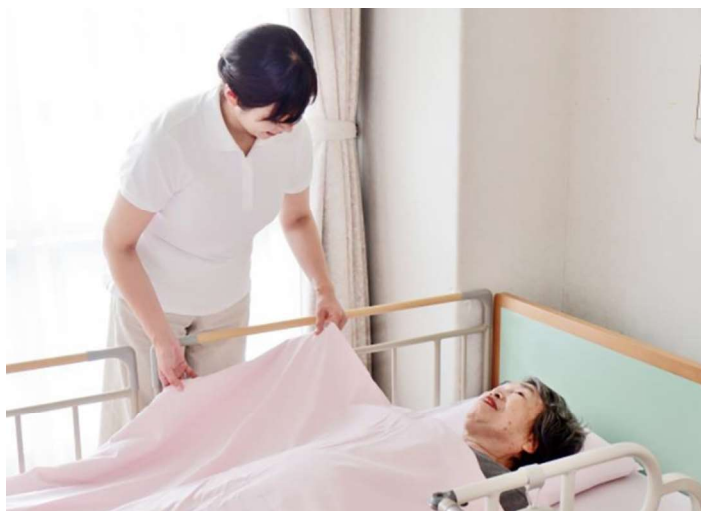
これに対して新たな地域医療構想では、「かかりつけ医機能」の確保や介護との連携の強化を促し、外来や在宅を含む地域医療全体の再編につなげる。人口減少が目立つ地域もあるため、構想区域の見直しも検討する。

神野正博委員（全日本病院協会副会長）は、人口が数万人規模にとどまる構想区域と200万人を超える構想区域が混在しているのは「異常だと言わざるを得ない」と指摘し、人口規模や面積などの明確な基準を示すよう求めた。

検討会では、夏から秋ごろまでに議論を一巡させ、年末の取りまとめを目指す。

厚労省は、高齢化がピークを迎える40年ごろを見据えて都市部や過疎地ごとに医療提供体制のモデルを示したい考え。

病床機能報告の機能区分や報告の基準のほか、地域医療構想に沿った医療の再編を実現させるための都道府県の権限なども検討課題に挙げた。



DPC 病院の基礎係数を官報告示 ～保険診療係数は 24 年度の報酬改定で廃止

厚生労働省は 21 日、DPC 対象病院の病院群ごとに 6 月から適用する基礎係数と、病院ごとの機能評価係数Ⅱの値などを官報告示した。「DPC 標準病院群」の基礎係数は、調査期間のデータ数が月 90 件未満の病院をそれら以外の病院と切り分けて設定する。

DPC 標準病院群の基礎係数は、「データ数月 90 件未満」の 103 病院を 1.0063、それら以外の 1,423 病院を 1.0451 にする。また、DPC 標準病院群以外の基礎係数は「大学病院本院群」（82 病院）が 1.1182、「DPC 特定病院群」（178 病院）は 1.0718 で、いずれも 6 月 1 日から適用し、2026 年度の診療報酬改定で見直す。

大学病院本院並みの診療機能がある DPC 特定病院群は、22 年度の 181 病院（4 月 1 日現在）から差し引き 3 病院減る見込み。DPC 対象病院全体では 22 病院増え 1,786 病院になる。基礎係数は、DPC 対象病院の基本的な診療機能を評価する仕組みで、病院群ごとの包括範囲出来高点数と DPC 点数表に基づく包括点数の平均値から割り出す。そのため、診療密度の低い病院があると、同じ病院群のほかの病院への評価にも影響が及ぶ。

厚労省の分析によると、1 カ月当たりのデータ数が 90 件以下の DPC 対象病院は、ほかの病院に比べて診療密度が相対的に低い傾向にあることが分かり、中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」の取りまとめでは、24 年度の診療報酬改定で「何らかの対応が必要」とされていた。

そのため厚労省は、DPC 対象病院の要件に「データ数月 90 件以上」を追加。この基準をクリアしない病院はほかと切り分けて DPC 標準病院群の基礎係数を設定することにした。26 年度の報酬改定以降は、この基準で DPC 制度への参加・退出を判定する方針。

厚労省はまた、地域医療への貢献度などに応じて DPC 対象病院ごとに適用する「機能評価係数Ⅱ」（効率性係数・複雑性係数・カバー率係数・地域医療係数）や「救急補正係数」の値も官報告示した。

機能評価係数Ⅱの DPC 標準病院群での最大値は、「宮崎県立延岡病院」（宮崎県延岡市）の 0.1588。一方、救急入院の初期対応で医療資源投入と DPC 点数との差をカバーする救急補正係数の最大値は、「新城市民病院」（愛知県新城市）の 0.0650 になる。

機能評価係数Ⅱと救急補正係数を合わせた値は「大曲厚生医療センター」（秋田県大仙市）の 0.1884 がトップで、これらの係数はいずれも年度ごとに見直す。

機能評価係数Ⅱには現在、効率性係数・複雑性係数・カバー率係数・地域医療係数のほかに「保険診療係数」と「救急医療係数」があるが、適切なデータの作成などを評価する保険診療係数は 24 年度の報酬改定で廃止されることになった。

一方、救急医療係数は、これまでの評価の枠組みを維持した上で、機能評価係数Ⅱから独立した救急補正係数に移行する。

急性期一般 1、 15%超が脱落の可能性

日本医療法人協会の太田圭洋副会長は 19 日、2024 年度診療報酬・介護報酬同時改定説明会で、急性期一般入院料 1 を現在届け出ている病院の最大で 15%超が一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」（看護必要度）の見直しで施設基準を維持できなくなる可能性があるという見方を示した。

看護必要度の影響を把握するために厚生労働省が行ったシミュレーションが根拠で、太田氏は、見直し後に基準をクリアするのが難しいなら、今回新設される「地域包括医療病棟入院料」への転換を真剣に検討するよう呼び掛けた。

24 年度の診療報酬では、看護必要度のうち、モニタリング・処置等の「A 項目」と、手術等の医学的状況の「C 項目」を見直す。

また、急性期一般入院料 1 では、入院患者の「重症度」を DPC データ（EF 統合ファイル）で測定する看護必要度Ⅱの利用を、許可病床 200 床未満を含む全ての病院に 10 月以降、原則義務付ける。

厚労省が 1 月、中央社会保険医療協議会に示したシミュレーションによると、急性期一般入院料 1 を届け出ている 1,372 病院の 10.9%が看護必要度の見直し後に施設基準をクリアできなくなる。

さらに、シミュレーションを行う段階で従来の基準をクリアしていない病院が 4.5%あり、太田氏は、それらを合わせると急性期一般入院料 1 の病院の 15%超が脱落する可能性があるという認識を示した。

太田氏はその上で、看護必要度Ⅱの利用が必須になる 200 床未満や、これまで看護必要度Ⅰを使ってきた病院は「（見直し後の基準に）引っ掛かる可能性が高い」と指摘した。

看護必要度のうち A 項目の見直しでは、「注射薬剤 3 種類以上の管理」の評価期間が入院 7 日目までとされた上、「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」などの静脈栄養が評価されなくなるため、太田氏は「内科系の病院には厳しい」とも述べた。

救急救命処置、エコー検査を 特例追加へ

厚生労働省は 21 日、救急救命士による救急車内でのエコー検査の実証試験を提案している岡山県吉備中央町に研究デザインの精緻化などを要請した上で、それらが「必要十分」だと認められた場合は救急救命処置の範囲にエコー検査を特例的に追加する方針をワーキンググループ

ブに示した。

研究デザインの精緻化として、救急車での搬送前・搬送中のエコー手技や搬送先病院の選定に係るプロトコルの作成、既存のプロトコルとの整合などを吉備中央町に要請する。また、救急救命士による超音波装置の操作に係る研修のプログラムの作成も求める。

WG ではこれらの進捗状況を確認し、研究デザインや研修プログラムが「必要十分」だという結論に至れば、厚労省が救急救命処置の範囲にエコー検査を特例的に追加するとともに、省令の改正を行う。その後、特区での実証試験を認める。

厚労省は WG とは別の検討の場を 2024 年度に設置する予定。

救急救命士によるエコー検査の実証は、デジタル田園健康特区の吉備中央町などが国に提案している。実証では、救急車と医療機関の間で情報伝送環境を構築した上で、医師の指示を受けながら救急救命士がエコー検査を実施。

一方で医師はエコー検査画像を基に傷病者の状態を確認し、搬送先や追加処置の指示を救急救命士や救急隊に行う。想定している効果は覚知から治療開始までの時間短縮や、傷病者の救命率の向上など。

21 日の WG では、「外傷を疑う可能性があれば速やかに 3 次救急病院に運ばばいい」などと救急救命士によるエコー検査の必要性を感じないとの指摘が改めて出た。

深澤恵治構成員（チーム医療推進協議会理事）は、実証で搬送時間の短縮という効果が出なければ救急救命士によるエコー検査は全国展開しないのかと厚労省に質問した。

これに対して担当者は、「最初に設定した結論が出なかった場合は全国展開しないと考えている」と応じた。

医療情報⑤
厚生労働省
検討会

外国人介護人材の 訪問系サービス従事促進へ

厚生労働省は 22 日、外国人介護人材に関する検討会を開催し、訪問系サービスへの従事に焦点を当てた議論を行った。

厚労省は、介護職員初任者研修の修了を外国人介護人材が訪問系サービスに従事するための前提条件としたほか、外国人材を受け入れる事業者への巡回訪問の実施や、母国語の相談窓口設置などの支援案を示した。

構成員からは、外国人材の受け入れやキャリアアップの促進に賛成したうえで、従事の要件に日本語コミュニケーション能力の追加を求める意見が複数寄せられた。受け入れ事業者をはじめとした介護現場の負担増を懸念する声も上がった。

また、現在は訪問系サービスへの従事が認められていない技能実習生や特定技能実習生の規制緩和の是非についても意見が交わされた。

積極的な受け入れを要望する構成員がいた一方、技能実習制度の目的は人材確保ではなく国際貢献であることから、介護現場や外国人材に誤解を与えないよう慎重に判断すべきだとする指摘もあった。

厚労省は今回の意見を踏まえ、再度検討を行う。次回の検討会では、取りまとめの作成に向けた議論に入る予定。

医療情報⑥
全世代型社会
保障構築会議

介護 2 割負担拡大 「今から検討必要」

政府の全世代型社会保障構築会議が 21 日開かれ、一部の構成員が介護保険サービスの利用者負担を 2 割にする範囲の拡大について今から検討を始めるべきだと主張した。

2023 年 12 月に閣議決定された社会保障の改革工程では、介護保険の利用者負担が 2 割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについて多角的に検討し、27 年度からの第 10 期介護保険事業計画が始まる前に結論を得るとされた。

内閣官房の担当者によると、この日の構築会議では構成員から、「介護保険の 2 割負担拡大について今から検討を始める必要がある」との指摘があった。

また、医師の高齢化への対策を講じるべきだとの声や、次回以降の会議の進め方のロードマップを示すよう求める意見もあったという。

担当者は、今後の進め方について整理したうえで、次回までに示す考えを示した。

医療情報⑦
中央社会保険
医療協議会

通常承認のゾコーバ、薬価を維持 ～1 錠 7,407.40 円、1 治療で 5 万 1,851.80 円

中央社会保険医療協議会は 22 日の総会で、新型コロナウイルス感染症の治療薬「ゾコーバ錠」の通常承認に基づく薬価について緊急承認時と同じ 1 錠 7,407.40 円、1 治療では 5 万 1,851.80 円とすることで合意した。

同剤の有効性や安全性が確認され、臨床的な位置付けに変わりがないことなどが根拠で、現在の薬価を維持する。薬価基準の告示改正は行わない。

ゾコーバは、新型コロナの軽症から中等症Ⅱの患者を対象とした飲み薬で、2022 年 11 月 22 日に緊急承認（期限 1 年）され、23 年 3 月 15 日に薬価収載された。

24 年 3 月 5 日には通常承認され、それに基づく薬価を中医協の薬価算定組織で改めて検討することになっていた。

同組織の検討結果によると、ゾコーバの有効性や安全性について確認が行われたほか、臨床的な位置付けに変わりはなく、承認事項（効能・効果、用法・用量）も緊急承認時と通常承認時で同じだった。また、新型コロナ治療に係る最新の手引きなどでも同剤の臨床上的位置付けに変化はなかった。

こうしたことを踏まえ、同組織は「薬価収載時の算定方法に基づき対応することが妥当であり、現行の薬価と同額とすることが適切」と判断。同組織の委員長が22日の総会に報告し、了承された。

総会はまた、ゾコーバに係る収載後の価格調整（市場拡大再算定）の扱いについて今後も継続することも決めた。この扱いについては、対象疾患の特性を踏まえたルールとされており、依然として新型コロナの感染が継続している状況や本剤の審査結果を踏まえた判断。

医療情報⑧
福祉医療機構
集計結果

介護主体の社福法人、 約46%が赤字に

介護サービスを中心に提供する2,973の社会福祉法人の45.8%が2022年度に赤字だったとする集計結果を、福祉医療機構が発表した。赤字法人の割合は前年度から6.5ポイント上昇した。

同機構は貸付先の法人から提出された22年度決算のデータを集計。業態別の内訳は、介護主体が2,973法人、保育主体が2,911法人、障害主体が1,210法人など。

本業の介護サービスでどれだけ利益を得ているかを示す「サービス活動増減差額率」（利益率）は、介護主体の法人が平均0.7%で、21年度と比べ1.0ポイント低下した。

また、介護サービスが主体の2,280法人の従事者の採用率は、22年度が14.3%（前年度比0.6ポイント低下）、離職率は14.8%（0.1ポイント上昇）だった。

同機構は、「人材確保がさらに困難な状況となっていることが推測される」としている。

医療情報⑨
厚生労働省
WG

公的DBで仮名化情報の提供へ ～18日の健康・医療・介護情報利活用検討会

厚生労働省の健康・医療・介護情報利活用検討会は18日、医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ(WG)で、公的データベース(DB)での仮名化情報の利用・提供に向けた議論を行った。

仮名化情報とは他の情報と照合しない限り個人を特定できない情報のこと。匿名化情報と異

なり、特異な検査値や病名の削除・改変が不要なため、同じ研究分野の別データと連結させた活用が可能となる。

例えば、稀少疾患に該当する脾臓細胞症患者の場合、匿名化情報では「その他」の病名扱いとなるが、仮名化情報では元データのまま表記できる。また、収縮期血圧などの数値が異常値を示すケースでも、「〇〇以上」と濁す必要がなくなる。これまでのWGでは、こうした仮名化情報の利用を前提とした法制面の方向性について意見が交わされていた。

厚労省はこれまでの議論内容をまとめた資料の中で、医療研究の公共性の高さを根拠に、必要性和リスクに関する審査を経たうえで、公的DB利用を認めることが適当と示した。また、現行の匿名化情報の取り扱いと同様に、仮名化情報でも本人同意なしで情報提供することを提案した。

これに対し、WGの構成員からは、情報活用を拒否する患者の情報を除外する仕組みや、多数存在する公的DBを管理するための体制構築を求める意見などが上がった。

このほか、WGでは情報提供後のトレーサビリティ(追跡可能性)や国民の理解促進について議論が行われた。今後、厚労省はこれらの意見を踏まえた検討を行い、同WGで結果を報告する予定。

医療情報⑩
厚生労働省
集計

介護医療院 816 施設、 3 カ月で 14 施設増

厚生労働省によると、全国の介護医療院の施設数は2023年12月末現在、816施設で、23年9月末の802施設から3カ月間で14施設増えた。23年6-9月末は8施設の増加にとどまっていたが、2桁増に回復した。22年12月末の751施設からは65施設の増加。

23年12月末現在の816施設の類型別の内訳は、重篤な身体疾患を持つ高齢者などを受け入れる「Ⅰ型」が9月末から7施設増の541施設で全体の66.3%を占めている。

ほか、容体が比較的安定した高齢者向けの「Ⅱ型」が6施設増の269施設(全体の33.0%)、Ⅰ型とⅡ型の「混合」が1施設増の6施設(0.7%)。

介護医療院は、医療と介護の長期的なニーズを併せ持つ要介護の高齢者を受け入れる介護保険施設として18年4月に創設された。厚労省が各都道府県の整備状況を3カ月ごとに集計している。