日医FAXニュース
JMA
日医FAXニュース
編集・発行：日本医師会（03-3946-2121）

## ■ 診療報酬改定、新設管理料に着目を

― 長島常任理事 ―

2024年度診療報酬改定で、厚生労働省が生活習慣病の医学管理料を見直す方針を示したことを受け、中医協の診療側委員を務める長島公之・日医常任理事は１月30日、メディファクスの取材で、「特定疾患療養管理料を算定して生活習慣病の管理をされていた医療機関の大部分は、新設される『生活習慣病管理料（Ⅱ）』に移行していただけると思っている」と述べた。

厚労省は26日の中医協に示した個別改定項目案（短冊）で、特定疾患療養管理料の対象疾患から、糖尿病、脂質異常症、高血圧を除外する方針を示した。一方で、これらの疾病を主病とする患者に対し、同意を得て治療計画を策定し、総合的な治療管理を行った場合、新たに生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定できる方向性も盛り込んだ。

長島氏は「糖尿病、脂質異常症、高血圧に対する特定疾患療養管理料に代わり、生活習慣病管理料（Ⅱ）が新設された」と説明。「単に、生活習慣病の特定疾患療養管理料が削除されたわけではない」と話した。

【メディファクス】

## ■ 急性期１の必要度、「B項目」廃止

― 公益裁定で決着 ―

2024年度診療報酬改定に向け、中医協総会（会長＝小塩隆士・一橋大経済研究所教授）は１月31日、両側の意見の隔たりが大きかった一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度（必要度）」について、公益裁定で見直し方針を決定した。急性期一般入院料１のB項目（A２点以上かつB３点以上）は廃止する。

●該当患者割合２つとも満たす　急性期１

急性期１は、該当患者割合の基準を２つに分ける。専門的な急性期治療を要する患者の集約化のため、該当患者割合①（「A３点以上」または「C１点以上」）は20％、該当患者割合②（「A２点以上」または「C１点以上」）は27％に決まった。①と②の両方を満たす必要がある。

これまで厚生労働省が示していたシミュレーションでは、①は15％・18％だったが、それよりも高い20％になった。②は24％・28％だったが、27％に落ち着いた。

急性期２～５の該当患者割合は、「A２点以上かつB３点以上」「A３点以上」「C１点以上」とする。必要度ⅠとⅡの間で、該当患者割合の基準に一定の差を設ける。例えば急性期２では、Ⅰは22％、Ⅱは21％とする。

急性期全体で、「救急搬送後の入院／緊急に入院を必要とする状態」の評価日数は「５日」から「２日」、抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）の得点は「２点」から「３点」にする。

●「案４」採用　診療側、慎重姿勢崩さず

厚労省は必要度の見直しに当たって、医療機関にとって最も厳しい案１から、最も緩やかな案４まで、大きく４種類を示していた。公益裁定では、案４を採用した。

公益裁定の前の議論で、支払い側の松本真人委員（健保連理事）は、案１の採用を主張。該当患者割合①は20％、②は29％にすべきだとした。鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）、佐保昌一委員（連合総合政策推進局長）らも同調した。

診療側の長島公之委員（日医常任理事）は、厚労省案について、「適正な医療提供に必要となる医療機関の裁量を狭めるもの」だとして、もっと影響の少ない案を検討すべきだと主張した。B項目の存続を訴えてきた太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）、池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）らも、見直しに慎重な姿勢を示した。

●平均在院日数「16日以内」に　急性期１

公益裁定では、急性期１の平均在院日数の基準を、現在の「18日以内」から「16日以内」に見直す方針も決まった。支払い側が14日以内を主張し、診療側が現状維持を求めた結果、中間値を取ることになった。　【メディファクス】

## ■ 医師数の適正化・偏在是正

―　来年夏に取りまとめ　新検討会で　―

厚生労働省は１月29日、「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」（座長＝遠藤久夫・学習院大経済学部教授）の初会合を開いた。医師数の適正化、地域・診療科の偏在是正といった長期的課題を今後議論し、2025年夏にまとめるスケジュールを確認した。構成員からは、地域・診療科の偏在を議論する上で、性別や年齢との相関も考慮すべきとの意見が出た。

国内人口が減少する中、医師数は10年代だけで約４万5000人増加するなど、年々増えている。厚労省の医師数の需給推計では、医師の労働環境を働き方改革のA水準相当と仮定した場合、29年ごろに約36万人で均衡し、以降は供給過多となる。医学部定員数を24年度で固定して推計すると、18歳人口の医学部進学は、20年は「約123人に１人」だが、50年には「約85人に１人」となる。

医師数が増える中で、医学部での地域枠の設置、臨床研修の募集定員の上限設定、専攻医募集のシーリングなど、偏在対策も実施してきたが、現在でも医師不足と感じている地域はある。単純に医師数を増やすだけでは医師不足の問題を解消できない中で、人口減少を踏まえた医師数の適正化も検討する必要があるとして、検討会で両方の課題を議論していくことになった。

まずは短期的課題として、26年度臨時定員の設置方針を、今春まで議論する。長期的課題として、27年度以降の医学部定員増員ペースの見直し、地域偏在対策、診療科偏在対策について、月１回ペースで検討を重ねる。全体の取りまとめは25年夏を予定する。

●「県内偏在」の視点も持つべき

石川県七尾市の恵寿総合病院で理事長を務める神野正博構成員（全日本病院協会副会長）は、能登半島地震の経験も踏まえ、「石川県は医師多数医療圏だが、能登は医師不足医療圏。県全体で見る視点と同時に、県内偏在の

視点も持ってほしい」と話した。

熊本大病院長の馬場秀夫構成員（国立大学病院長会議）は、特定の臓器別、のように従来とは異なる診療領域の組織体制を取る医療機関が増えていることも考慮して、医師不足対策を行う必要があるとした。

木戸道子構成員（日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長）や國土典宏構成員（国立国際医療研究センター理事長）らは、「医師偏在は性別や年齢などのデータも見ていく必要がある」「偏在解消には経済的な報酬以外のインセンティブも必要」などと訴えた。

釜萢敏構成員（日医常任理事）は、一定の経験を積んだ医師や定年後の勤務医などが医師不足地域で勤務できる環境づくりも議論すべきだと提言した。　　【メディファクス】

## ■ 被災地支援、「適切なロードマップを」

―　日医・細川氏　―

細川秀一常任理事は１月31日の会見で、能登半島地震の被災地へのJMAT（日医災害医療チーム）の派遣状況などを説明した。現地では、DMAT（災害派遣医療チーム）や日本赤十字社の救護班などとうまく連携しているとの認識を示した。各団体の活動規模が変化していく中で、「適切なロードマップが重要」だとした。

●JMAT、延べ3490人を派遣

JMAT調整本部は、DMATや日赤救護班など各種団体の本部と同じく、石川県庁の保健医療福祉調整本部内に設置している。このため、細川氏は「適宜、現地での連携・コミュニケーションが大変うまく取れている」と話した。

「いずれ、それぞれの活動範囲や派遣規模は変わっていくが、共に手を取り合って被災者の健康を守るためにも、適切なロードマップを示し、高齢者施設を含め円滑な引き継ぎ体制を築くことが重要」と指摘した。

JMATの派遣人数は、１月30日までに延べ3490人に達した。30日には、引き継ぎ班も含めて、40チームが活動した。

今後は可能な限り、同じ都道府県医師会が、同じ地域の診療所や避難所に交代でチームを派遣する体制に移行する。県内各地に毎日25チームを派遣する予定で、都道府県医師会に協力を求めた。

被害が大きい能登半島北部の診療所の支援については、道路状況などが改善されるまでは、通常チームより装備を強化した「重装JMAT」の派遣を続けていく方針だ。重装JMATは、病院の医療従事者を中心に構成されている。細川氏は「被災地の診療所や医師会のことを本当に配慮してくれる」と感謝の意を示した。

●避難所で眼科支援も

笹本洋一常任理事は、日本眼科医会と県眼科医会による支援活動を紹介した。１月20～21日、金沢市の1.5次避難所２カ所で、眼科医療支援車両「ビジョンバン」を利用して、被災者支援に当たった。

使用中の点眼薬がなくなった人、老眼鏡を自宅に置いてきた人、避難所で目の乾燥に悩む人など82人を診察。点眼薬やメガネ、コンタクトレンズなどを提供した。

笹本氏は「日医としても、医療・介護・福祉団体とも連携を図りながら、息の長い被災地支援を継続していく」と語った。

【メディファクス】