誌面見本をぜひご覧ください！

視点

急性期一般入院料１の病床が増加

令和６年度診療報酬改定に向け、中医協が活発な議論を行っている。７月５日の総会では、入院医療の看護配置７対１の急性期一般入院料１の届出病床数が令和２年から令和４年にかけてわずかに増えるという驚きのデータが示された。

一般病床の半数を占める急性期一般入院料１から他の入院料への転換は、「医療機能の分化」の象徴的存在だ。平成26年度改定から緩やかに減少が始まり、地域包括ケア病棟入院料や10対１の急性期一般入院料への移行が進んだ。

移行を促すため、重症度、医療・看護必要度の基準を厳格化するとともに、他の入院料への移行を難しくさせる診療報酬上の障害を取り払い、移行先の評価を充実させた。それらを通じ、実際の病院の機能や求められるニーズにふさわしい病棟への転換を進めた。

増加がみられたのは令和２年度以降だ。コロナ禍に、一定規模の病床を持つ病院が病院機能を急性期にシフトし、積極的に設備投資を行った事例があることもきいた。各病院が持続可能性と地域のニーズを踏まえ選んだ戦略である。

令和４年度改定では、支払側・診療側の意見が対立するなか、「心電図モニターの管理」の項目を削除し、重症度、医療・看護必要度の厳格化を進めた。それが、急性期一般入院料１の動きにどう影響したかも気になるところだ。

一方、令和６年度改定に向け、高齢者の救急医療で、リハビリなどが充実した地域包括ケア病棟での受入れを推進すべきとの論点が出ている。それが推進されれば、急性期病床は減るが、どのような医療提供体制をめざすのか。ビジョンを明確にしながら、診療報酬改定の議論を進めてほしい。

社会保険旬報 目次

№2899　2023年８月１日

視点
急性期一般入院料１の病床が増加 …… 3

座標
日病協が病院薬剤師の確保へ要望書
柔整のオンライン請求導入を議論 …… 4
INESがたばこの健康被害減へ研究会
病院建設費の平米単価は低下 …… 5

インタビュー
全世代型社会保障の考え方で
医療保険制度を改正
厚生労働省保険局長　伊原和人 …… 6

論評
診療報酬の過去・現在・未来
玉井真澄 …… 16

動向
オン診や在宅医療
かかりつけ医機能との関係が課題に
―中医協が外来、在宅医療を議論 …… 28

霞が関と現場の間で㊷
夏休みに辿り着く
中村秀一 …… 33

潮流
あはき療養費の６年改定の議論を開始 …… 34
協会けんぽが2022年度決算を公表 …… 36
モダンホスピタルショウを開催 …… 38
障害サービス報酬の検証調査を提示 …… 39

NEWS
全自病が医師の働き方の調査結果を発表
ほか …… 41

編集室・ワードカプセル …… 42

SAMPLE

座標

日病協

病院薬剤師の確保で要望書

日本病院団体協議会は7月11日、日本病院薬剤師会と共同で加藤勝信厚労相に「病院薬剤師確保に係る要望書」を提出した。すべての都道府県で医療需要に対する病院薬剤師が充足していないとの調査結果を踏まえ、病院薬剤師の確保が非常に困難な状況が病院にある中で、「国家レベルでの迅速な対応が必要な状況にある」と訴え、3項目の具体案を示した。

要望は、「診療報酬上の要望」、「地域医療介護総合確保基金等の優先的な活用」、「薬学部の卒前及び卒後教育の充実」の3項目。

診療報酬では、①病棟薬剤業務実施加算の算定対象の拡大②退院時薬剤情報管理指導料、退院時薬剤情報連携加算の算定対象の拡大③病院薬剤師による転院、転所時における薬剤管理サマリー等の情報提供に関する評価の創設④病院薬剤師の外来業務に関する評価の創設⑤病院薬剤師の時間外業務に関する評価の創設―がある。

病棟薬剤業務実施加算については、すべての入院基本料での算定を可能とすることや、回復期病棟などでの時間要件を段階的に緩和することを内容とした。

地域医療介護総合確保基金の活用では、病院で一定期間勤務した薬剤師に対して、奨学金を返済するための経費や、都道府県が指定する病院に期間を定めて薬剤師を派遣するための経費を支援することを求めた。

薬学部の卒前・卒後教育については、卒前では、病院での実務実習の期間を拡大し、実習内容を充実させることをあげた。卒後では、2023年度の卒後臨床研修のモデル事業を踏まえ、研修体制が整った施設を増やすなど体制強化につながる予算の確保を要望した。

柔道整復

オンライン請求導入の方針を議論

社会保障審議会医療保険部会の柔道整復療養費検討専門委員会（遠藤久夫座長）は7月13日、柔道整復療養費のオンライン請求導入について議論しているワーキング・グループ（WG）から検討の方向性について報告を受けた。

WGのこれまでの議論により、療養費へのオンライン請求導入の目的を、①療養費の施術管理者への確実な支払い、請求代行業者等による不正行為の防止②オンライン請求による施術所や保険者の事務の効率化、システム整備・運用の効率化③審査の質の向上④より質が高く効率的な施術の推進―として明確にした。オンライン請求は、現行の療養費制度の枠組みで実施する方針も示した。

オンライン請求の導入後は、療養費申請書の紙請求を原則として廃止する。仮に一定期間、オンライン請求と紙請求を併用するとしても、期間を区切り経過措置とする方針を示した。

オンライン請求導入に必要な費用や維持管理費などを検討するため、施術所と保険者等を対象に実態調査を今年度中に実施する。システムの詳細は、この調査結果を踏まえて検討を進める。

今後もWGで議論し、今年度末に再度、専門委員会に議論の経過を報告する。その後、WGは来年度末に導入方針案をまとめる予定。

国保中央会の池田俊明委員は、オンライン請求の導入後は直ちに紙請求を廃止すべきと主張。「審査支払機関で（オンライン請求と紙請求の）2つの仕組みを作るのは負担が重い」と訴えた。健保連の幸野庄司委員は、「オンラインで請求できない施術所にどのような仕組みで対応するか、検討しておくべき」と主張した。

SAMPLE

全世代型社会保障の考え方で医療保険制度を改正

厚生労働省 保険局長 伊原 和人

5月に成立した健保法等改正法について、厚生労働省の伊原和人保険局長にインタビューした。老いも若きも、全ての世代が同じように支え合う全世代型社会保障の考え方で、高齢者医療の保険料負担の見直しを含め医療保険制度を改正したと説明した。今後の制度改革では、金融所得を含む能力に応じた負担のあり方や物価・賃金上昇への対応、現役世代の減少など人口動態の変化への対応が課題になるとの認識を示した。次期診療報酬改定や医療DX、マイナンバーカードの保険証利用についても見解をきいた。

1 健保法等改正

全ての世代が同様に支え合う

――まず、今回の健保法等改正の目的はどのようなものでしょうか。

昨年の6月に保険局長に就任した時点で、「全世代型社会保障」のコンセプトに基づき制度を見直すという方針は明確でした。

前任の濵谷浩樹保険局長のときに、全ての団塊世代が2025年には後期高齢者となる中で、一定以上の所得のある後期高齢者の窓口負担2割を導入し、利用者負担の観点から、医療保険の持続可能性を高めるための改革が行われました。

一方、医療保険制度全体を見渡したときに、2040年に向けて、これまでの高齢化一辺倒だった人口動態が大きく変化していくことは大きな課題だと感じていました。20

25年以降、後期高齢者の伸びは落ち着き、他方で、若い世代は急激に減っていく。こうした人口変化に医療保険制度はどのように対応していくべきかを考えました。

そうなると、以前から指摘されてきたことですが、後期高齢者医療制度の保険料負担のあり方が問題となります。現役世代と後期高齢者の保険料負担割合を比べると、現役世代にやや不利な仕組みになっていました。しかし今後は、老いも若きも、同じように支え

SAMPLE

合っていくのが全世代型社会保障ではないかということで、高齢者医療制度の保険料負担のあり方を見直すことにしました。

――高齢者医療制度の改正を、他の法案とあわせて「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」として、一括法案にしたのはなぜですか？

２０４０年に向けた人口変動を見ると、後期高齢者人口は落ち着きますが、85歳以上人口の増加率は上がり、ピークを迎えます。となると、医療と介護の提供体制の改革を議論する必要があります。昨年まで医政局長を務めていたこともあり、その必要性を強く感じていました。これまで進めてきた地域医療構想は、あくまでも団塊世代が75歳となる２０２５年を想定した構想であり、その先については次の地域医療構想で考えるべき課題です。

伊原和人（いはら・かずひと）
香川県出身。東京大学法学部卒業後、厚生省に入省。健康政策局、兵庫県伊丹市役所などを経て、1994年高齢者介護対策本部課長補佐として介護保険制度の創設にかかわる。1997年から日本貿易振興機構（JETRO）ニューヨークセンターに出向。その後、障害保健福祉部企画官、虐待防止対策室長などを歴任し、医療保険改革、少子化対策、障害福祉新制度、年金記録問題、難病新法制定などに携わる。総理官邸、日本年金機構、年金、医療介護連携、社会保障の担当審議官、政策統括官（総合政策担当）、医政局長などを経て、2022年６月より現職。

今後の課題は、要介護高齢者の急性期医療をどのように支えるか、85歳以上の高齢者の「ときどき入院、ほぼ在宅」という暮らし方を支えるために、「ときどき入院」の部分をどのように担うか、それにふさわしい病床はどうあるべきなのかというようなことを考えていかなければなりません。

医療・介護の提供体制を２０４０年バージョンに仕立て直していくことが必要となります。また、かかりつけ医機能の話もあります。今回の法案では、この医療・介護の提供体制の改革が医療保険改革と並んで重要なテーマであるということで、全世代型社会保障改革法案として一本にまとめられることとなりました。

この一括法案の中身を見れば、医療保険制度においては高齢者医療を全世代で支え合う仕組みが強化されました。医療・介護の提供体制では、かかりつけ医機能の制度整備が盛り込まれましたし、医療・介護情報の一体的提供、地域医療連携推進法人への介護事業者の参加、さらには医療費適正化計画における医療・介護サービスの効果的・効率的提供など、医療・介護の連携強化に関する諸規定が盛り込まれることとなりました。

また、少子化対策の強化の観点から、出産育児一時金の大幅な引上げとあわせて、その

SAMPLE Interview

図表１　全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

１．こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

①　出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和５年４月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
②　産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

２．高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法】

①　後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
②　前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

３．医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

①　都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
②　都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（６年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
③　経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

４．医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

①　かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
②　医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
③　医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
④　地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
⑤　出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和５年９月末→令和８年12月末)等を行う。

等

施行期日

令和６年４月１日（ただし、３①の一部及び４⑤は公布日、４③の一部は令和５年８月１日、１②は令和６年１月１日、３①の一部及び４①は令和７年４月１日、４③の一部は公布後３年以内に政令で定める日、４②は公布後４年以内に政令で定める日）

費用の一部を後期高齢者医療制度も支援するという仕組みが導入されることとなりました。高齢者医療制度ができる前は、全ての世代で出産育児一時金の費用を負担していた経緯もあり、全世代型社会保障の観点からすれば必要な仕組みではないかということで、一括法案の全体パッケージができました（**図表1**）。

２０４０年に向けて、人口動態の変化を踏まえ中長期的な将来を考えたときに、医療保険制度を変えるだけではなく、医療・介護の提供体制も変えていかなければいけない。これらは根底にある課題が共通し、相互に密接に結びついているわけです。国会での審議でも、常に両者が関連付けられ、議論されていたように思います。

保険料負担増の理解を得られるかに腐心

――国会での法案審議を通じてのご感想や見解をお聞かせください。

高齢者保険料の負担率の見直しにおける、後期高齢者と現役世代の負担の伸び率を等しくするという改正のコンセプトは明確です。しかし、介護保険が既にそういう仕組みになっているからといっても、実際には高齢者の医療保険料の負担が上がることになるわけで、どうすればご理解いただけるか、最も考えたところです。

制度の中身を見ていただくと、制度改正により低所得の方、具体的には約６割の方の負担は増えないようにするなど工夫をしています。国会審議の中では、「なぜ老いも若きも同じように負担していかなければいけないのか」を中心にご指摘があり、負担の必要性、配慮措置を含めて、いろいろ説明させていただきました。

保険料負担に加えて、少子化対策をめぐる議論が多かったですね。国民健康保険の減額調整措置の廃止をめぐる議論もありましたし、それから、出産費用（正常分娩）の保険適用の話も出てきました。

SAMPLE

保険適用の話は、長年の課題です。今回の出産育児一時金の引上げをめぐり、医療保険部会でも議論となりました。実際、出産費用は地域差・施設差が非常に大きい。一方、これだけ差がある中で、どのように全国で統一していくのか、少子化の進行に伴い産科医療機関が減少しつつある中で、保険適用がそれに拍車をかける事態とならないかなどの指摘もありました。医療保険部会では、まずは実態を把握するということで、出産費用の見える化を進めることとされました。

ちょうど法案が衆議院で審議中の3月末に、「こども・子育て政策の強化について（試案）」がまとまりました。この中で、今後、見える化などの検証を行った上で、保険適用の導入を含め出産支援等のあり方について検討を行うこととされ、新しい〝宿題〟をいただくことにもなりました。

出産費用を見える化し保険適用の議論につなげる

――それでは、各事項のポイントや施行に向けた取組み、課題を各テーマについて教えてください。まず、出産育児一時金の後期高齢者医療制度からの支援金の導入についてお願いします。

日本では合計特殊出生率の低下傾向に一度歯止めがかかり、2015年には1・45にまで上がったのですが、その後また下がってしまい、特にコロナの影響でここ数年はつるべ落としのように下がり、2022年は1・26になりました。

こうした中で、少子化問題に対する社会的関心は、おそらく過去に例のないくらい高まっていると思います。

出産育児一時金の引上げ自体は、昨年6月の骨太方針で既に決まっていました。問題はどの程度引き上げるのか、その財源をどうするかでした。13年にわたって据え置かれてきたことから、その引上げ幅が大きくなることは覚悟していましたが、その財源を従来のルール通りに、現役世代だけに負担してもらうことでよいのだろうかと、いろいろ考えました。

結局、後期高齢者医療制度ができる前は、高齢者も含めてみんなで費用を出していたこともあり、全世代型社会保障のコンセプトに則って、出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みとすることになりました（**図表2**）。

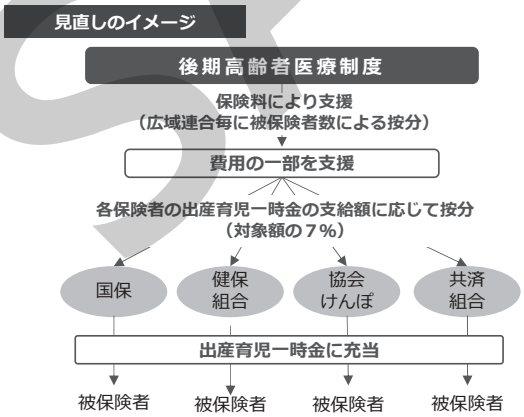
今回、8万円も引き上げたわけですから、大きな見直しです。今後、出産費用の見える化を進めていきますが、妊婦さんの産科医療機関の選択に資するよう環境整備につなげるとともに、出産費用等の分析を通じて、正常分娩の保険適用の議論につなげていきます。

出産費用の見える化については、いま研究班で議論しており、夏の間に案をまとめるつもりです。

――正常分娩の保険適用のスケジュールは。

さまざまな難しい課題もあり、令和8年度を目途に検討を進めます。もし保険適用とする場合には、法律改正が必要になるでしょう。議論が具体的になってくれば、スケジュールも見えてくると思います。

図表2　出産育児一時金を全世代で支え合う仕組み



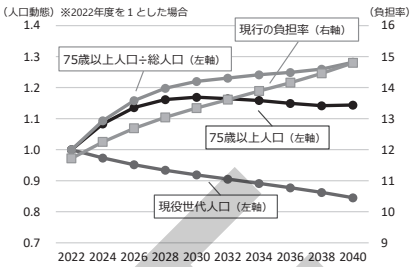
図表2～5は、第163回社会保障審議会医療保険部会資料より抜粋して掲載

SAMPLE

図表３　高齢者負担率の見直し

- 現行の高齢者負担率（高齢者が保険料で賄う割合）の設定方法は、現役世代の減少のみに着目しており、**制度導入以降、現役世代の負担（後期高齢者医療支援金）が大きく増加し（制度創設時と比べ、現役は1.7倍、高齢者は1.2倍の水準）、2025年までに団塊の世代が後期高齢者になる中で、当面その傾向が続く**。一方、長期的には、高齢者人口の減少局面においても、高齢者負担率が上昇し続けてしまう構造。
- 高齢者世代・現役世代それぞれの人口動態に対処できる持続可能な仕組みとするとともに、当面の現役世代の負担上昇を抑制するため、**介護保険を参考に、後期高齢者１人当たり保険料と現役世代１人当たり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう、高齢者負担率の設定方法を見直し**。

≪人口動態・負担率の見通し（推計）≫

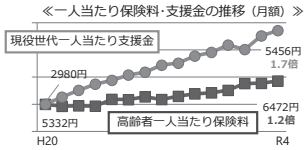


後期高齢者医療

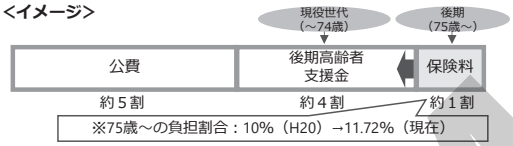
＜現行＞

- ２年に１度、**現役世代人口の減少による増加分を高齢者と現役世代で折半**するように高齢者負担率を見直し。

≪一人当たり保険料･支援金の推移（月額）≫



＜イメージ＞

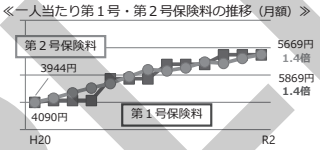


（参考）介護保険

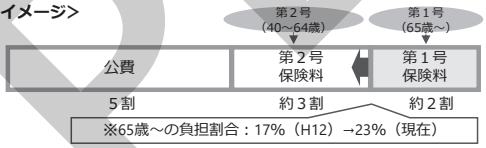
＜現行＞

- ３年に１度、第1号被保険者と第２号被保険者の**人口比に応じて負担割合を見直し**。
- **第１号被保険者と第２号被保険者の１人当たり保険料額は概ね同じ。**

≪一人当たり第１号・第２号保険料の推移（月額）≫



＜イメージ＞



保険料負担の見直し６割は対象外

――後期高齢者医療制度における高齢者負担率の見直しについてはいかがでしょうか。

高齢者や現役世代が支払う保険料や支援金の推移を制度創設当時からみると、高齢者１人当たりの保険料は１・２倍、現役世代の支援金は１・７倍となり、相当の差が出てきています。制度の持続可能性や、全ての世代が同様に社会保障を支えるという全世代型社会保障の考え方からすると、見直しが必要です。そこで、高齢者負担率のあり方を見直すこととしました（**図表３**）。

しかし、制度改正に伴う負担増は、賦課限度額や所得に係る保険料率を引き上げる形で負担能力に応じた負担とし、結果として、低所得層を中心に約６割の方を引上げの対象から外し、あわせて激変緩和措置も講じています。

来年４月からの施行となりますが、丁寧な周知・広報などを進めていきます。

保険者間の格差が大きくては持続可能ではない

――前期財政調整制度の報酬調整についてはいかがですか。

被用者保険者の保険料率の分布を見ると、すそ野が広く、所得が少なく料率の高い保険者と、所得が高く料率の低い保険者があり、差が大きく開いている実態があります（**図表４**）。

６年ぶりに保険局に戻ってきて驚いたのは、協会けんぽ以上の保険料率の健保組合が２割を超えていることです。やはりこれは、格差としては大きすぎるのではないかということで、加入者数に応じた調整だけではなく、報酬水準に応じた調整を入れることにしました（**図表５**）。

今回の改正により、負担能力の低い、報酬水準が低い保険者にとっては、プラスに働くでしょう。他方、負担能力の高いところからすれば、マイナスに働くことになります。

――大規模単一健保のようなところはマイナ

SAMPLE

スになりますね。

報酬調整の導入は、負担能力に応じた負担という意味において、公平だといえます。一方、負担増となる保険者からすれば、そんな理屈言われても腑に落ちないというご意見があります。保険者はそれぞれが自立し、分立している以上、差が生じるのは当初から予定されていたことではないかという話です。

しかし、保険者間の格差があまりに大きすぎるのは、被用者保険として持続可能ではありません。結局、報酬調整の範囲については、医療保険部会でも議論になりましたが、保険者機能の発揮の重要性、保険者や労使の理解が必要だということで、3分の1という形となりました。

ただ同時に、現役世代の負担上昇の抑制の観点から、健保組合に対し、国費による更なる支援（430億円）を行うこととなり、健保組合全体として見ると、高齢者負担率の見直しを含め、トータルで負担減となりました。今回、この国費支援の一環として、新たに健保組合間の共助の仕組みへの支援が制度化されましたが、今後、健保組合の共同事業の役割強化につながることを期待しています。

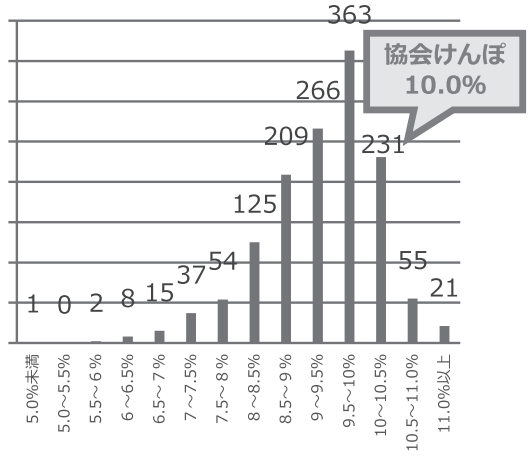
適正化での都道府県の役割強化 医療者も当事者として参画を

――医療費適正化計画の実効性の確保のための見直しについてお願いします。

医療計画においても、都道府県の役割が大きくなっています。医療保険でも、国民健康保険が都道府県と市町村の共同の仕組みになりました。後期高齢者医療は、はじめから広域連合です。医療保険は地域ごとに格差が大きいですから、都道府県が中心となって取り組むことが大事です。

今回、医療費適正化計画の実効性を向上させる体制を構築するため、保険者協議会を必置として、そこには医療提供者にも当事者として入っていただくこととしています。

図表４　健康保険組合の保険料率の分布（Ｒ３）



図表５　前期財政調整における報酬調整の導入

- 前期高齢者の給付費の調整は、**現在、「加入者数に応じた調整」**を実施。
- 負担能力に応じた負担の観点から、**被用者保険間**では、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、**部分的（導入の範囲は１/３）に「報酬水準に応じた調整」（報酬調整）を導入**。
- あわせて、**現役世代の負担をできるかぎり抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに更なる支援を行う**。

SAMPLE

診療報酬の過去・現在・未来

前 株式会社ソラスト専務執行役員医療事業本部長　玉井　真澄

はじめに

「団塊の世代」全員が75歳になる2025年を目前に、最後の診療報酬改定が来年2024（令和6）年に行われる。この年は介護報酬と障害福祉サービスの報酬も改定されるトリプル改定の年となる。このような節目の改定を控え、これまでの診療報酬改定がどのような変遷を辿り、今回の改定を迎えるのか、また、この先どのような方向に進むのかを考えていきたい。

診療報酬の過去

1927（昭和2）年に労働者を対象とした健康保険法が施行され、1942年（昭和17）年には国民医療法が制定され、病院と診療所が明確に区分された。1948（昭和23）年には、医療機関の整備と質担保を行うため医療法が制定され、施設基準などの整備、広告・診療科目の規制などが行われた。終戦直後の1947（昭和22）年の平均寿命は男性50・06歳、女性53・96歳で、当時の死因の上位は結核、肺炎及び気管支炎、胃腸炎などの感染症によるものが多く、このような背景からも一定水準の質を保った医療機関の確保が必要であった。

1958（昭和33）年に新医療費体系が導入された。薬価と医療材料を別に定め、医療行為ごとに全国一律の点数1点10円で評価（点数単価方式）するなど、現在の診療報酬の基礎となっている。

1961（昭和36）年には、国民皆保険制度が確立され、すべての国民が公的医療保険に加入し、一定の負担割合で医療を受けることができるようになった。また、時は高度成長期であり地方から都市部への人材流入が活発化したことで核家族化が進んだため、家庭内での高齢者介護が難しくなり、その受け皿となる法律として、1963（昭和38）年に老人福祉法が制定された。

1973（昭和48）年の老人福祉法改正に伴い60歳以上の高齢者の医療費自己負担分が無料化となった（いわゆる福祉元年）。同年、保険医療機関の窓口で支払う医療費を一定額以下にとどめる高額療養費制度も始まった。1970（昭和45）年には、衛生水準の向上や医学の進歩等により、総人口に占める65歳人口の割合が7％を超える高齢社会を迎えることになった。

この頃の診療報酬改定は、1972年（＋13・7％）、1974年（＋35％）、1976年（＋9・0％）、1978年（＋11・6％）と10％を超える改定が行われ、医療費が急速に増加した（2年に一度このような高い率での診療報酬改定が行われたことが結果として病院経営に近代的マネジメントの

SAMPLE

導入を遅れさせた一因なのかもしれない）。同時期の1973（昭和48）年に、第1次石油危機が起こり、高度経済成長は終焉を迎える。その後日本経済は低成長となり徐々に医療保険財政に影響を与えることとなる。

医療費抑制へ

1983（昭和58）年1月の全国保険・年金課長会議において、当時の厚生省保険局長吉村仁氏が発表した「医療費亡国論」は、医療保険制度をいま改革しなくては、必ずいずれ国家は崩壊するといったものだった。同年3月の本誌にも、「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」というレポートで「このまま医療費が増え続ければ、国家がつぶれるという発想さえ出てきている。これは仮に医療費亡国論と称しておこう」と著している。この時期を転機に医療費抑制政策が進んでいくことになる（医療費亡国論が発表された1983年は長年日本医師会会長で医療政策に大きな影響を与えたといわれる武見太郎氏が亡くなった年というのも興味深い）。

1985（昭和60）年に、第1次医療法の改正により、地域医療計画が導入され、全国を二次医療圏と三次医療圏に分け、病床規制が導入された。これが本格的な医療費抑制政策のはじまりである。

その後の1992（平成4）年の第2次医療法改正では、医療施設の機能体系化により、特定機能病院、療養型病床群制度が創設され、医療の機能分化が進められるようになった。

患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいとして地域医療支援病院が創設され、総合病院制度が廃止されたのは、1997（平成9）年の第3次医療法改正である。大病院思考から地域重視へ、他の医療機関との連携が始まった（第2次医療法改正の時点（1992年）から医療機能の分化と連携を図る政策がとられながら遅々として進まず、約30年後のコロナ禍でその機能不全が改めてクローズアップされる形となった）。

その後の第4次医療法改正では、一般病床と療養病床に病床が区分されるようになり、機能による病床の再編が進められた。

2002（平成14）年には、健康保険法が改正され、医療保険の本人負担が2割から3割に引き上げられ、70歳以上の高齢者自己負担定率化による1割負担の徹底（現役並み所得者2割）、老人保健制度対象者年齢の段階的な70歳以上から75歳以上への引き上げなどが行われた。

医療費抑制のもう一つの視点としては、2000（平成12）年に、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸および生活の質向上を目的とした21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）が開始され、生活習慣病などの国民のさまざまな健康課題に対して目標設定が定められた。そして、2003（平成15）年に施行された健康増進法により、保健指導や受動喫煙の防止などが法律に盛り込まれた（後の特定健診制度につながっていく）。

機能分化へ

1992（平成4）年頃からは医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代となっていった。

診療報酬に関しては、多岐にわたる諸問題について、診療報酬改定を通じて政策的に誘導するように、1991（平成3）年、中医協に診療報酬基本問題小委員会が設置され検討されるようになった。

1992（平成4）年の診療報酬改定では、良質な医療の効率的な供給という考えを基本とし、医療サービスの質に応じた評価、技術料重視の観点からの評価、診療報酬の合理化が進められた。たとえば、病院は入院機能を、診療所は外来機能を重点評価し、初診料等に差をつけた。また、成人病等の疾患についてプライマリ・ケアを担う地域のかかりつけ医が計画的に療養上の指導ができるよう特定疾患療養指導料が新設された。

1996（平成8）年の診療報酬改定では、機能分担と連携の促進、診療報酬の包括化を推進することに重点がおかれ、一般病院から療養型病床群への転換促進、小児外来の包括化、老人慢性疾患外来総合診療料の新設などが行われた。

1998（平成10）年の診療報酬改定では、長期入院の是正や、過剰な検査・画像診断を是正するための適正化が行われた。

SAMPLE

診療報酬・介護報酬改定等に関する年表（昭和56年～）

年	和暦	■事柄　○一部負担金　★介護報酬改定	診療報酬改定率 本体	診療報酬改定率 全体	重点課題
1981年	昭和56年	■診療報酬改定 ○初診800円／入院500円／被扶養者2割（S55年改定）	8.1%	2.0%	(1)医療技術の進歩に対応して、項目の新設と内容の整理 (2)保険外負担問題の改善を図るための関連項目を新設 (3)技術料の適正評価と診療行為間及び診療科間の格差是正
1982年	昭和57年	■医療費抑制政策に転ず			
1983年	昭和58年	■老人保健法施行 ■診療報酬改定（老人診療報酬点数表創設に伴う一般の診療報酬微調整） ■厚生省保険局長 吉村仁「医療費亡国論」全国保険・年金課長会議にて発表	0.3%	▲1.2%	診療報酬適正化に資する事項のうち緊急性の高い項目の改善 【老人診療報酬点数表の創設】 (1)不必要な長期入院の是正 (2)入院医療から地域・家庭への転換 (3)投薬・注射等より指導重視の医療の確立 (4)主として老人のみ収容する病院に合った診療報酬の設定・医療費の適正化
1984年	昭和59年	■診療報酬改定 ■特定療養費制度導入 ■対がん10カ年総合戦略 ○1割	2.8%	▲2.3%	(1)救急医療等良質な医療の安定的供給の確保 (2)治療効率を高める新技術の導入 (3)プライマリー・ケアの推進 (4)在宅医療の促進と入院期間の適正化 (5)投薬・注射の適正化
1985年	昭和60年	■診療報酬改定	3.3%	1.2%	(1)病院の入院機能、診療所の外来機能の重点評価 (2)在宅医療の推進 (3)慢性疾患患者への指導重視の医療等 (4)入院医療の安定的供給の確保と病院機能の評価 (5)病院・診療所間の連携強化、検査データの共同利用促進等
1986年	昭和61年	■診療報酬改定 ■第1次医療法改正施行（地域医療計画、一人医師法人） ■1995年に新たな医師になる者を10%程度抑制目標として入学者数の削減措置（S61.6、S62.6） ■老人保健施設創設（老人保健法の一部改正）	2.3%	0.7%	(1)病院・診療所の機能別評価・連携強化 (2)技術料を重視した観点から診察料引上げ (3)在宅医療の推進、精神科医療の充実 (4)長期入院に対する入院時医学管理料の逓減制強化、定数超過入院是正等 (5)多項目検査の見直し等
1987年	昭和62年	■構造調整の指針（新前川レポート）を受け、労働基準法の改正（週48時間労働制から週40時間労働制を法定労働時間短縮の目標として明確化） ■変形労働時間制、フレックスタイム制の導入			
1988年	昭和63年	■診療報酬改定 ■老人保健施設療養費制度導入 ■THP（トータル・ヘルスプロモーション・プラン）が企業の努力義務として導入	3.4%	0.5%	(1)長期入院の是正を図るため入院時医学管理料見直し (2)在宅医療の推進を図るため「在宅療養」の部を新設 (3)検査の適正化を図るため検体検査再編成 (4)紹介外来制の導入等 (5)特3類看護・基本看護料新設
1989年	平成元年	■診療報酬改定（消費税の転嫁） ■高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）策定による在宅介護の充実を図る	0.1%	0.76%	消費税の影響が明らかと思われる代表的項目の引上げ（入院時基本診療料、検査料、注射料等）
1990年	平成2年	■診療報酬改定 ■ゴールドプラン開始	3.7%	1.0%	(1)医療機関の機能・特質に応じた評価 (2)入院の適正化を図るため入院時医学管理料の引上げ (3)在宅医療の推進のため訪問看護の充実、悪性腫瘍患者、寝たきり患者に係る在宅療養指導料の新設
1991年	平成3年	■レセプト電算処理システムPS開始			
1992年	平成4年	■診療報酬改定 ■労働時間の短縮の促進に関する臨時措置法（時短促進法）制定	5.0%	2.5%	(1)医療機関の機能・特質に応じた評価（病院は入院機能、診療所は外来機能の評価） (2)良質な看護サービスの安定的・効率的供給確保（スタッフ数に応じた適正な評価と定数超過入院対策強化及び付き添い看護適正化） (3)技術料重視の観点から診察料・処置料・手術料の引上げ等 (4)在宅医療推進のため、往診、訪問診療等の引上げ、看護婦による在宅療養指導料の新設
1993年	平成5年	■診療報酬改定（医療法改正に伴う部分改定） ■第2次医療法改正施行（医療施設の機能体系化、特定機能病院、療養型病床群制度化） ■労働基準法改正（時間外・休日労働の割増賃金率引上げ） ■中小企業労働時間短縮促進特別奨励金創設？	0.0%	0.0%	(1)療養型病床群については定額制の導入等長期療養にふさわしい看護配置や療養環境向上についての評価等（療養型病床群施設管理料の新設等） (2)特定機能病院については高度で総合的医療の質を評価等（特定機能病院入院診療料の新設等） (3)療養環境に着目した特定療養費制度の創設
1994年	平成6年	■診療報酬改定（４月と10月の２段階実施） ■新ゴールドプランの策定（在宅、施設両面にわたる基盤整備） ■がん克服新10か年戦略	4.8% （うち10月実施分1.5%）	2.7%	【４月実施分】 (1)新診療報酬点数表の制定（甲表・乙表が廃止され一本化） (2)往診、訪問診察、かかりつけ医師機能、診療情報提供機能及び地域のプライマリケア機能を担う診療所・中小病院の機能を評価 (3)医薬分業（面分業）の推進など診療報酬の適正化 (4)診療報酬に係わる届出制への移行 【10月実施分】 (1)新看護体系（付添看護廃止） (2)在宅医療の推進（訪問看護ステーションによる訪問看護事業の対象者拡大、訪問栄養食事指導・訪問薬剤管理指導の新たな評価） (3)基準給食を入院時食事療養費制度に改変
1995年	平成7年	■日本医療機能評価機構設立			
1996年	平成8年	■診療報酬改定 ■「生活習慣病」概念の導入	3.4%	0.8%	(1)一般病棟・老人病棟から療養型病床群への転換促進 (2)200床以上病院の初診の特定療養費化 (3)小児科外来の包括化・老人慢性疾患外来総合診療料の新設等の包括化の拡大 (4)末期や急性増悪時の在宅医療の充実、医薬分業の推進 (5)院内感染防止対策加算、運動療法指導管理料の新設 (6)患者への情報提供の評価（入院治療計画加算、薬剤情報提供加算）

SAMPLE

オン診や在宅医療 かかりつけ医機能との関係が課題に

―中医協が外来、在宅医療を議論

中医協が令和6年度診療報酬改定に向けた議論を進めている。総会（小塩隆士会長）で、各テーマについて、一巡目の議論を行っているほか、入院・外来医療等の調査・評価分科会（尾形裕也分科会長）では、専門的な調査・検討を秋のとりまとめに向けて行っている。入院・外来医療等の調査・評価分科会は7月20日に、オンライン診療、外来医療、外来腫瘍化学療法、入退院支援、7月12日の総会では、在宅医療をテーマとしたが、いずれもかかりつけ医機能との関係が課題となっている。

オンライン診療の偏った使われ方に懸念

【オンライン診療、外来医療】

オンライン診療については、平成30年度改定で診療報酬の評価を新設したが、対面診療が原則との考え方のもと、厳格な要件が設定された。令和2年度改定では、実態に応じた見直しが行われ、若干の緩和となった。その時には、新型コロナの感染拡大が始まっており、初診からのオンライン診療を含め、要件を大幅に緩和した時限的な特例措置が令和4年度から実施された。その後、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を見直し、恒久的なルールとして、初診からのオンライン診療が可能となった。これに合わせて令和4年度改定が行われている。

オンライン診療の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和5年4月1日時点で750０施設。令和2年10月時点の実態調査では、大半の届出施設において実施実績がなかったが、初診料で全体の2・4％、再診料・外来診療料で全体の9・3％の施設で、15回以上の算定実績があった。算定する医学管理料は、特定疾患療養管理料が最多であり、特定の医療機関で飛び抜けて算定が多かった（695件）。

患者の所在が医療機関と異なる市町村または特別区であるオンライン診療の件数の割合が97・5％を超える医療機関は239施設（13・7％）。また、全診療件数のうち、オンライン診療が1割を超える医療機関は112施設（6・9％）、5割を超える医療機関は7施設となっている（0・4％）。

オンライン診療の初診料、再診料・外来診療料の算定件数で、最も多い傷病名はいずれも新型コロナ。一方、対面診療の割合が5割未満の医療機関における再診料・外来診療料の件数では、不眠症が4割で最多であった（令和4年5月診療分）（31頁上図）。

委員からは、現状のオンライン診療の件数が特定の領域、診療形態、医療機関で多いことへの懸念を示す意見が相次いだ。地域医療機能推進機構（JCHO）の山本修一委員は、「鳴り物入りで登場したオンライン診療が、一部の医療機関で偏った使われ方をしているのではないか。指導という体制を考える必要があると強く思った」と述べた。

次に、外来医療について、200床未満の病院と診療所が算定する生活習慣病を管理する評

SAMPLE

情報通信機器を用いた診療に係る傷病名（対面診療の割合５割未満）

○　対面診療の割合が５割未満（情報通信機器を用いた診療が全診療の５割を超える）の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。傷病名としては初診ではCOVID-19が37.9%、再診料・外来診療料では不眠症が39.7%と最多であった。

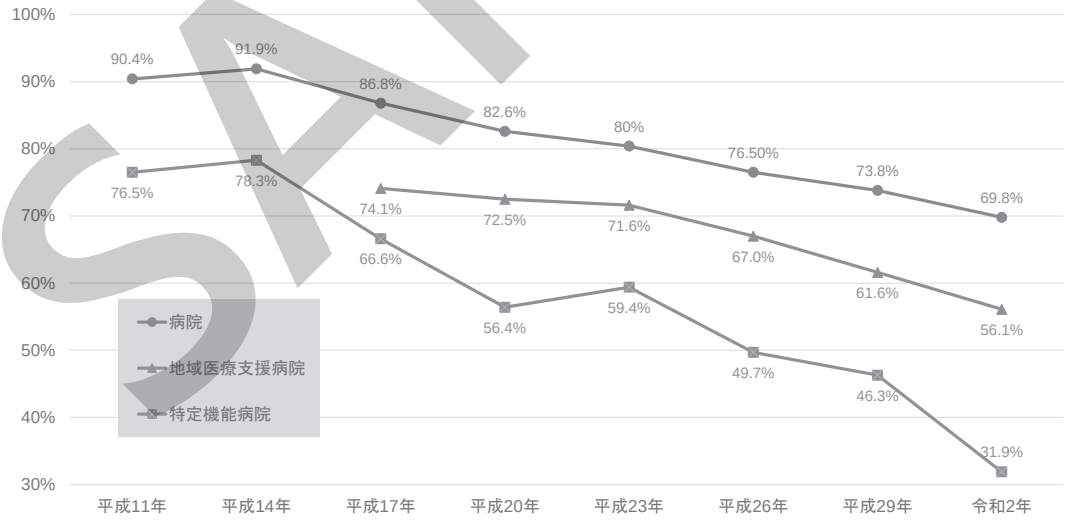
No.	初診料に係る傷病名	令和4年度 5月診療月 回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数	807	100.0%
1	ＣＯＶＩＤ－１９	306	37.9%
2	咽頭炎	268	33.2%
3	不眠症	165	20.4%
4	廃用症候群	134	16.6%
5	神経痛	111	13.8%
6	アレルギー性鼻炎	46	5.7%
7	腰痛症	36	4.5%
8	喘息性気管支炎	32	4.0%
9	頚肩腕症候群	32	4.0%
10	急性上気道炎	28	3.5%
11	湿疹	15	1.9%
12	気管支喘息	15	1.9%
13	皮脂欠乏症	15	1.9%
14	睡眠時無呼吸症候群	15	1.9%
15	胃炎	12	1.5%
16	便秘症	10	1.2%
17	急性胃腸炎	8	1.0%
18	虫刺性皮膚炎	7	0.9%
19	肩関節炎	6	0.7%
20	皮膚そう痒症	6	0.7%
21	浮腫	5	0.6%
22	慢性便秘	5	0.6%
23	咽頭喉頭炎	5	0.6%
24	更年期症候群	5	0.6%
25	変形性膝関節症	4	0.5%

No.	再診料・外来診療料に係る傷病名	令和４年度 5月診療月 回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数	973	100.0%
1	不眠症	386	39.7%
2	アレルギー性鼻炎	296	30.4%
3	高血圧症	239	24.6%
4	気管支喘息	229	23.5%
5	高コレステロール血症	184	18.9%
6	急性胃炎	156	16.0%
7	変形性腰椎症	149	15.3%
8	ＣＯＶＩＤ－１９	143	14.7%
9	２型糖尿病	139	14.3%
10	便秘症	135	13.9%
11	慢性胃炎	133	13.7%
12	頚肩腕症候群	123	12.6%
13	糖尿病	115	11.8%
14	逆流性食道炎	112	11.5%
15	胃炎	101	10.4%
16	アトピー性皮膚炎	90	9.2%
17	高脂血症	87	8.9%
18	アレルギー性結膜炎	86	8.8%
19	変形性膝関節症	83	8.5%
20	浮腫	83	8.5%
21	神経症	79	8.1%
22	低酸素血症	77	7.9%
23	皮脂欠乏症	70	7.2%
24	慢性心不全	65	6.7%
25	急性上気道炎	60	6.2%

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）　※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

○　紹介無しで外来受診した患者の割合を機能別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、令和2年は特定機能病院では31.9%、地域医療支援病院では56.1%であった。



出典：平成11年から令和2年患者調査を基に作成。
注：平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

SAMPLE

夏休みに辿り着く

猛暑の中で

今年は7月の初めから猛暑に見舞われた。私は国際医療福祉大学の大学院で教えているが、4月からの前期の15コマの講義のほか、大学院の社会人向け公開講座である「介護事業マネジメント講座」「社会保障を分析する」のそれぞれ15コマと「支援機器講座」（これは東畠弘子教授と共同の13コマ）のコーディネートを担当していたので、結構大変であった。それに頼まれて行っている新潟医療福祉大学での15コマの講義（これはオンラインではあるが）が加わったので、やっと夏休みに辿り着いたという状態である。

地元の世田谷区の審議会などの仕事も引き受けているが、10年振りの基本計画の策定時期に当たり、その関係で仕事が増えた。気がつくと7つの会議に参加していた。加えて練馬区からも仕事を頼まれている。これ以上の戦線の拡大は避けなくてはならない。

対面での研究会の再開

主宰するフォーラムで開催している月例社会保障研究会は、コロナ禍で3回中止した後、2020年6月からオンラインで開催してきた。お陰様で2月には記念すべき100回目を迎えることができた（第1回は2012年4月）。この間、多くの講師に登壇していただいた。何よりも毎回多くの皆様の参加に支えられて持続することができている。有難いことだ。

6月には3年3月ぶりに対面の研究会を再開した。会場のプレスセンターに入るとホームグランドに戻った気分になった。国立社会保障・人口問題研究所の岩澤美帆部長に新将来推計人口について講演していただいたが、会場からの質疑も活発で、対面ならではの手応えを感じた。

後輩の諸君のこと

通常国会が終了し、厚生労働省の幹部の人事異動があった。いわば定例の異動であるが、医務技監や何人かの局長など知り合いが退職となった。医薬・生活衛生局長で退官した八神敦雄さんもその一人。私が1987年の5月に北海道庁に出向した際、東京の公務員宿舎からの引越しに手伝いきてくれたのが入省1年目の八神君であった。その彼が公務員生活を卒業する。月日の経つのが早いことに驚くばかりだ。

そんな感慨に浸っていたところ、旧厚生省のOGである椋野美智子さんが日田市長選で4期目を目指す現職にダブルスコアで勝利したとの知らせが入った。『はじめての社会保障』（有斐閣刊）で椋野さんとの共著者である田中耕太郎さんからのメールである。4年前の市長選では惜敗であったので、この間の彼女の苦労を思うと頭が下がる。市民のための良い市政を実現することを願いたい。

医療介護福祉政策研究フォーラム 理事長
中村 秀一（なかむら・しゅういち）

国際医療福祉大学大学院教授。1973年、厚生省（当時）入省。老人福祉課長、年金課長、保険局企画課長、大臣官房政策課長、厚生労働省大臣官房審議官（医療保険、医政担当）、老健局長、社会・援護局長を経て、2008年から2010年まで社会保険診療報酬支払基金理事長。2010年10月から2014年2月まで内閣官房社会保障改革担当室長として「社会保障と税の一体改革」の事務局を務める。この間、1981年から84年まで在スウェーデン日本国大使館、1987年から89年まで北海道庁に勤務。著書は『平成の社会保障』（社会保険出版社）など。

SAMPLE

あはき療養費の6年改定の議論を開始
社保審・医療保険部会の検討専門委

社会保障審議会・医療保険部会のあん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会（遠藤久夫座長）は7月14日、あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう（あはき）療養費の令和6年改定に向けた議論を開始した。厚労省が令和6年改定の基本的な考え方を説明。往療料の距離加算の廃止や訪問施術料の創設など6項目が示された。保険者代表の委員から料金包括化への反対意見が出た。

委員はオンラインで参加した

■往療料の距離加算廃止や訪問施術料の創設を提案

あはき療養費の令和4年改定は同年6月1日に施行。改定率は医科＋0・26％の半分に当たる＋0・13％で、施術料・初検料・施術報告書交付料の引上げなどが行われた。なお、令和元年度の療養費は、あん摩マッサージ指圧が750億円、はり・きゅうが437億円となっている。

令和6年改定では、令和4年改定における引き続きの検討事項となった「往療料の見直し」を踏まえ、基本的な考え方として6項目が提案された。

①往療料の距離加算の廃止

往療料の距離加算（4㎞超の区分）を廃止。その場合、当該廃止に伴う財源は施術料や離島や中山間地等の地域の施術料の加算として振り替える（**図表1**）。

②離島や中山間地等の地域に係る加算の創設

距離加算（4㎞超の区分）の廃止の影響に配慮し、離島や中山間地等の地域の施術料の加算（「特別地域加算（仮）」）を創設する。「特別地域加算（仮）」の対象は、訪問看護療養費の「特別地域訪問看護加算」の地域を対象とする。

③往療料の見直し及び訪問施術料（仮）の創設

往療料を見直し、支給要件から「定期的・計画的に行う場合」を外し、定期的・計画的な往療により施術を行う場合は、「患家への訪問（訪問料（仮））」として区分を整理。その上で、「施術料」と「訪問料（仮）」を包括した1回あたりの新たな料金体系（訪問施術料（仮））を創設し、訪問施術制度の導入を検討する（**図表2**）。

④料金包括化の推進

訪問施術制度の導入の検討を見据え、マッサージ及び変形徒手矯正術の施術料は、「施術部位数に応じた報酬」から「料金包括化」に移行する。施術料の料金包括化は、医師の同意書は変更せず施術が必要な部位が記載されるものとし、支給申請書において同意書で示された施術部位に施術がなされたことの確認により、療養費の支給対象とする。

⑤同一日・同一建物への施術

今後、訪問施術制度の導入の検討により訪問施術料（仮）を新設する場合には、定期的・計画的に行う施術である性質に鑑み、同一日・同一建物への施術については、訪問診療や訪問看護における例を踏まえつつ設定する。

⑥その他の見直し

請求の電子化や審査のシステム化などの効率的・効果的な審査の検討、施術管理者の登録の更新制についてどう考えるか。

■健保連が料金包括化に反対

健保連の幸野庄司委員は厚労省の提案に対し、6項目のうち①～③の項目について優先的に検討することを求めた。

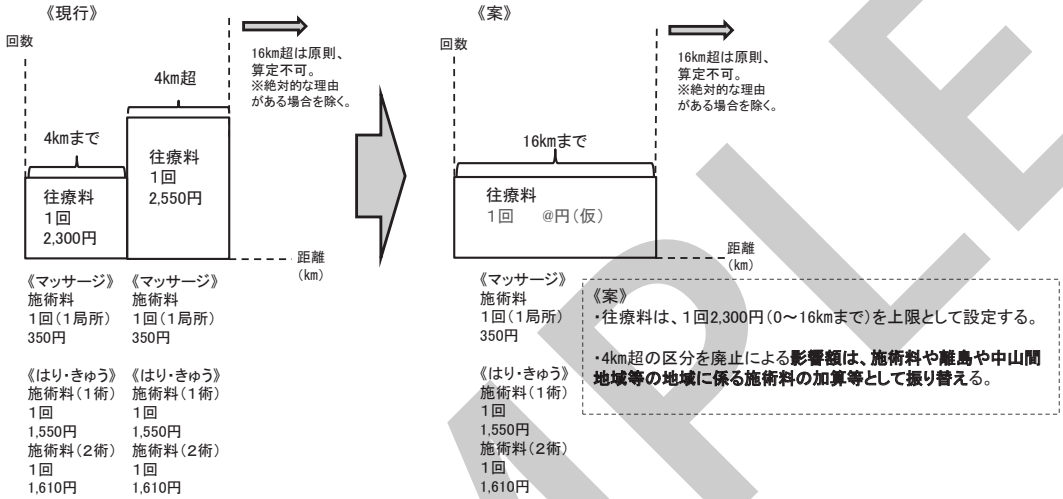
④の料金包括化については「療養費の原則である健保法87条の主旨から逸脱しており、明確に反対する。部位数に関わらず包括化することで、施術回数を稼ぐことになるのではないか。必要最低限の施術をして施術料をもらうことを懸念している」と述べた。

SAMPLE

図表１

往療料に係る距離区分の廃止（案）（あはき療養費）

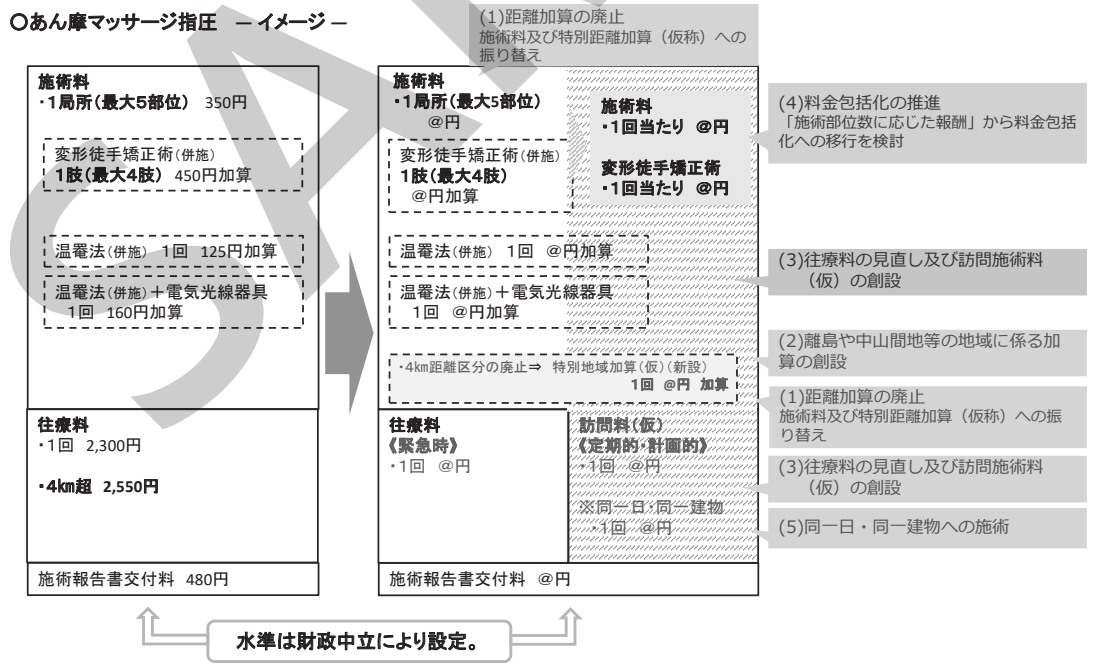
○ あはき療養費の往療料について、4kmまで（1回2,300円）と4km超（1回2,550円）の区分を廃止し、往療1回あたりの金額を設定（現行の2,300円を上限として設定）することについてどう考えるか。
○ 片道16kmを超える往療は、現行と同じ取扱いとして、往療を必要とする絶対的な理由がある場合を除き、原則、算定を認めないこととすることについてどう考えるか。
○ 往療料の距離加算（4km超の区分）を廃止し、その場合、当該廃止に伴う財源は、施術料や離島や中山間地等の地域に係る施術料の加算等として振り替えることについてどう考えるか。



図表２

施術料と往療料を包括化した訪問施術制度の導入について（案）（マッサージ）

※令和6年改定に訪問施術制度の導入の検討をふまえた考え方（案）



SAMPLE

4319億円の黒字、準備金4・7兆円
協会けんぽの2022年度決算

全国健康保険協会（協会けんぽ）は7月7日、2022（令和4）年度決算見込み（医療分）を発表した。収支差は4319億円の黒字で、13年連続の黒字決算となった。黒字額は後期高齢者支援金に多額の精算が生じたことから、前年度に比べ1328億円増えた。2022年度末の準備金残高は4兆7414億円と過去最高を更新。同21日の運営委員会に報告した。

■保険料収入は＋1・9％ 標準報酬月額＋2・0％

2022年度は収入11兆3093億円、支出10兆8774億円となり、収支差は4319億円の黒字となった（**図表1**）。

収入は、前年度から1813億円増加（＋1・6％）した。これは収入の9割近くを占める保険料収入が1868億円増加（＋1・9％）したことによるもので、賃金（標準報酬月額）の増加（＋2・0％）が主な要因としている。

なお、標準報酬月額の伸び率は協会発足の2008年以降で最高となった。被保険者数は2022年10月の制度改正で、国や自治体等に勤務する短時間労働者等が共済組合に移行したことから0・1％増にとどまっている。

■1人当たり医療費＋4・4％ 後期支援金1901億円戻り

支出は、前年度から486億円増加（＋0・4％）。保険給付費は増加し、拠出金等は減少した。

支出の6割に相当する保険給付費は、前年度から2502億円増加（＋3・7％）。加入者数は減少（▲0・8％）したものの、医療費（加入者1人当たり医療給付費）が増加（＋4・4％）したことが主な要因としている。

拠出金等は、1271億円減少。新型コロナウイルス感染症拡大の影響に伴う2020年度の高齢者の医療費の一時的な減少により、後期高齢者支援金の返還額（戻り分1901億円）の影響が大きかったことが主な要因とした。

その他の支出は746億円減少。国庫補助の精算（国への返還）が、2021年度の大幅な増加の反動で減った。これは2020年度の協会の医療費が新型コロナの影響で減少したため、補助金の受入超過が生じていたことによるもの。

■収支差増「一次的な特殊事情」

2022年度末の準備金残高は前年度末の4兆3094億円から4319億円増え、4兆7414億円となった（**図表2**）。

協会けんぽは、各年度末において保険給付費や高齢者拠出金等の支払いに必要な額の1か月分を準備金（法定準備金）として積み立てなければならないが、準備金残高は5・6か月分に相当する。

決算見込みについて協会けんぽは、「収支差は前年度比で増えたが、要因は保険料収入の増加より保険給付費の増加が上回ったものの、後期高齢者支援金に多額の精算が生じたことで支出の伸びが抑えられたことによるもの。一時的な特殊事情によるものだ」と分析した。

今後の財政については、「収入面では被保険者数の伸びの鈍化、不安定な海外情勢や物価高の影響で経済の先行きが不透明であることなどを鑑みると、保険料収入の増加が今後も続くことは期待し難い。一方、支出面は加入者1人当たり医療給付費が引き続き大きく伸びていることや、今後も後期高齢者支援金の増加が見込まれることを踏まえると、楽観を許さない状況である」と見通しを示した。

■「納得感得られる」議論を

運営委員会では、過去最高の準備金残高に懸念が示された。

「事業者からは、少しでもいいから保険料率を引き下げるべきとの声が強くあがっている。令和6年度保険料率の議論では、納得感の得られる議論を行うべきだ」（関戸昌邦・全国商工会連合会相談役）、「4・7兆円も積み上がっているが、どこまで積み上げるのか。中小企業が苦しむなか、事業者や加入者に納得感の得られる運営ができているかを示すことが大事」（小林広樹・全日本学校教材教具協同組合代表理事）との意見が出た。

SAMPLE

広告

岩手からの提言
今こそ具体策が必要です。

医師の不足と偏在の解消が急務です！

医師の地域偏在が拡大しています。今こそ日本全体の取組が必要です。

岩手県知事
達増拓也

岩手県では、日本の医療の未来を守るために
地域医療基本法（仮称）の制定を提言しています。

現在、地域医療は、医師の不足と地域偏在・診療科偏在という危機的な状況の中にあって、現場の医師達の献身と志によって支えられています。

しかし、高齢化による医療需要の増大や新型コロナウイルスをはじめとする新興感染症の発生等によって、地域医療を支える医師達が、過剰な負担や過酷な勤務にさらされるたびに、地域医療は崩壊の危機に見舞われることになります。

本来、住民がその居住する地域で、必要なときに必要な医療を受けられることが、地域における医療のあるべき姿です。医師の地域偏在を根本的に解消し、地域医療のあるべき姿を実現するためには、都道府県レベルの取組だけでは限界があります。

また、令和６年４月から「医師の働き方改革」として、医師に対する時間外労働の上限規制が始まります。医師の不足と偏在の解消が進まない限り、長時間労働の本質的な解消と、安心で持続可能な医療提供体制との両立を図ることはできません。

国全体で地域医療を守り、地域医療に携わることで医師が成長し、研鑽を積むことに繋がる、実効性のある仕組みが必要です。

岩手県が提唱する「地域医療基本法（仮称）」は、①医師の計画的な養成、②適正な配置、③医師の処遇の適正・研修の充実の３つの施策について国を挙げて取り組むことを主眼とし、地域医療再生のグランドデザインを定めるものです。

地域医療基本法の草案やポイントなどをwebで紹介しております。
地域医療基本法について詳しくは、▶ 地域医療基本法 検索

岩手県
〈お問い合わせ先〉岩手県 保健福祉部 医療政策室
〒020-8570 岩手県盛岡市内丸10-1 TEL.019-629-5492・FAX.019-626-0837

SAMPLE

医師の働き方改革の調査結果を発表 全自病

全国自治体病院協議会（小熊豊会長）は7月13日の会見で、医師の働き方改革の実態調査の結果を発表した。調査は2回目で、前回より働き方改革の取組みが進む一方、労働と自己研鑽の切り分けなどの課題が残った。

調査は2023年3月10日～5月22日に実施し、会員病院のうち28・6％の245病院が回答。2023年2月28日時点の状況を調査対象としている。前回は2021年12月31日時点の調査で、会員病院のうち41・2％の355病院が回答した。

労働基準監督署への宿日直許可の取得状況については、「宿日直許可を行っているすべての診療所で許可を取っている」が41・0％（前回43・9％）、「一部の診療所しか許可を取っていない」が10・2％（前回4・0％）、「全くとっていない」が23・0％（前回33・4％）。「取得していない」との回答が減少する一方で、「取得した・している」との回答が増加した。

時間外労働時間と自己研鑽の把握について、「研鑽時間は自己申告により上長が承認を行い、時間外労働時間と区分けしている」と答えたのが51・1％（前回35・7％）。「時間外労働時間と自己研鑽の区分けはできていない」と答えたのが37・9％（前回49・3％）。

医師の働き方を変えていくための具体的な取組みについては、「主治医制の見直し」が29・7％、「土日祝日の当番医のみでの対応の徹底」が11・6％、「完全休日の設定」が10・9％、「会議の勤務時間内の実施や時間の短縮化」が38・4％。

会見で望月泉副会長は「労働と研鑽の切り分けは大きな問題。医師の自己研鑽を妨げない病院の体制をめざす必要がある」と述べ、医療の質を担保しながら働き方改革の取組みを進める必要があるとした。

主治医制の見直しについても、「複数主治医制やグループ制への取組みを進めないと、土日祝日の当番医対応や完全休日の設定も難しい」と述べ、会員病院に対するさらなる周知を行うとした。

介護報酬にアウトカム評価の導入を提案 日慢協

日本慢性期医療協会の橋本康子会長は7月20日、会見を開き、介護報酬のアウトカム評価について見解を示した。

橋本会長は、要介護3～5の高齢者の3割以上が通所リハビリテーション等により改善し、介護度が軽減すると指摘。一方で、リハビリを提供して状態を改善させ、介護度を軽くしたことで、事業者側の収益が減ってしまう現行の介護報酬の構造を問題視した。

橋本会長は「今後、少子高齢化で就労人口が減るため、寝たきりの方や要介護者の増加を防止し、介護される側の人数を減らしていくことが重要だ。そのために、介護にもアウトカム評価を導入しなければいけないのではないか」と訴えた。

橋本会長は、介護のアウトカム評価の私案を発表した。専門家のチームにより要介護者を「改善可能」と「改善困難」の2つのグループに分類し、「改善可能」グループには要介護度改善に向けたリハビリテーションを実施し、要介護度の変化によりアウトカムによる評価を行う。

他方、改善困難なグループの要介護者には、よりよいQOLをめざした介護サービスを提供し、現行の介護報酬と同様に、その提供量による評価を続ける。

池端幸彦副会長は、「100人に1人か2人でも要介護度が改善するのなら、アウトカム評価で現場のモチベーションを上げることが必要なのではないか。それが最終的には介護保険制度の維持につながる」と述べた。

SAMPLE

編集室

▼今年の国際モダンホスピタルショウは第50回の記念開催で、同じく連載から50周年を迎えた手塚治虫氏の漫画『ブラックジャック』とコラボレーション。会場では特設の企画パネル展示が行われ、いつもとひと味違う体験ができた。

▼『ブラックジャック』は天才的外科医だが医師免許を持たないブラックジャックこと間黒男（はざま・くろお）の活躍を描く。高い報酬を要求したり、常識外れの治療を行ったりするため、敵も多いが、「患者を救いたい」という意志は誰よりも強く、他の医師が匙を投げた難しい手術も請け負う。彼の人物像と人間ドラマが魅力の作品だ。

▼ご存知の方も多いだろうが、実は手塚治虫氏は医師免許を持っており、インターン時からプロの漫画家として活動していた。人体や細胞の細かな描写、生命倫理などの造詣の深さは、医学の知識に裏打ちされたものなのだろう。久しぶりに漫画を読み返したくなった。（中里）

▼新型コロナが5類になって、去年まで感染対策のために中止されていた、さまざまな夏の行事が再開されている。小4の娘は小学生になって初めて、夏休み中のプール学習に通っている。

▼近所で大規模な盆踊り大会が4年ぶりに開催された。前回の2倍近い人が集まったようだ。たくさんの店が並んでいたが、ビールは売り切れ、食品を買うのにも30分近い行列。終了時には帰りたくてもなかなか帰れないほどの人の波だった。

▼行事の再開には「待ってました！」という感がある。ただ、感染リスクの高い行動は何かと考え、それを避け続けてきた3年間の経験から、マスクなしで多数の人が集まり、飲み食い話す状況に、不安を感じてしまう。

▼去年の夏はマスクを付けていても、いろいろな行動に不安が伴った。それを考えれば、不安の位相は確実に変わってきているし、今後も変わっていくだろう。来週は町内会の夏祭り。屋台の店番をがんばります。（手塚）

ワードカプセル

ハーム・リダクション

ハーム・リダクション（harm reduction）とは、健康被害や危険をもたらす行動習慣を直ちにやめさせようとするのではなく、その行動に伴う害や危険をできるかぎり少なくすることを目的とした、公衆衛生上の実践や政策のこと。規制の強化や厳罰化では解決できない薬物依存の問題にアプローチする方法として提唱され、諸外国では実際にハーム・リダクションの政策が進められられている。

近年、たばこについてもハーム・リダクションの考え方が注目されている。成人喫煙者に電子たばこなど、紙巻きたばこより害の少ない代替品を提供することが、公衆衛生にプラスになるとの指摘がある。

本誌の感想はせひ

#社会保険旬報

をつけてシェア

どんなにわずかな気づきでも、
その共有がだれかの役に立ちます

And Please Follow
@junpo1941

個人情報の取扱いについて

読者の皆様よりお預かりしました個人情報は、小社にて厳重に管理し、第三者への提供は行いません。

個人情報に関するお問い合わせは、下記担当までご連絡いただきますようお願いいたします。

担　当　㈱社会保険研究所　顧客相談窓口
電　話　03-3252-7914
E-Mail　somu@shaho.co.jp
ホームページ
https://www.shaho.co.jp

社会保険旬報　*No. 2899*　2023年（令和５年）８月１日／発行　社会保険研究所／編集人　岡住泰和／発行人　谷野浩太郎
◉本社＝〒101-8522 東京都千代田区内神田2-15-9 The Kanda 282 ／ 代表☎03(3252)7901　FAX03(3252)7977
◉編集部☎03(3252)7701　FAX03(5256)9020／メールアドレス=junpo@shaho.co.jp　◉月３回（年36回）発行
◉年間購読料39,600円（税込み）、年間購読の場合、送料は小社負担。前納制・自動継続。１冊1,100円（税込み）、送料は実費。

SAMPLE