

# 視点

## 新たな地域医療構想 明確なビジョンを期待

新たな地域医療構想に向けた議論が、厚労省の検討会で進んでいる。現行の地域医療構想は2025年を目標とした構想であるため、その先の2040年を見据えた構想となる。検討会は年内に報告書をまとめ、厚労省は2025年度にガイドラインを策定する予定だ。団塊の世代がすべて75歳以上に達するのが2025年。医療ニーズ増大に対応し効率的な医療提供を行うため、これまでの地域医療構想では、急性期や回復期、慢性期など機能別の病床を過不足なく整備することを目標とした。ただ

急性期病床は未だ過剰とみなされ、2040年を見据えると、人口構造的にさまざまな変化がある。地域の違いも大きい。需要面では、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する。地域別に見ると、都会は高齢人口の増加が続くが、過疎地では高齢人口も減少するので、地域の医療ニーズの動向を見極めなければならない。供給面では、人口減少に伴う現役世代の縮小が医療の担い手の確保を困難にする。2000年から2040年にかけて生産年齢人口

は15%減少する見込みだ。人口要因等に基づくニーズの変化に対し、財源を含めて人的資源の制約がかかる供給量をどう確保するかが最大の課題となる。そのため、在宅医療の推進や介護連携を含む地域の医療提供体制の不断の見直しが必要になる。多くの関係者が、地域の医療提供体制を支えているが、利害が複雑に交錯している。その調整は困難で、同じ方向をめざすには明確なビジョンが求められる。厚労省の検討会には、みんなが一致できるビジョンを期待したい。

# 社会保険旬報

## 目次

No.2926 2024年5月1日

### 視点

新たな地域医療構想  
明確なビジョンを期待 ..... 3

### 座標

財政審が「こども・高齢化」を議論  
経口摂取推進に向け要件見直しを ..... 4  
高血圧症アプリの処方調査結果を発表  
ケアマネジメント検討会が初会合 ..... 5

### インタビュー

令和6年度診療報酬改定  
生活から遠い場所の滞在時間を減らし  
できるだけ早く生活に近い場所に戻す  
厚生労働省保険局医療課長 眞鍋馨 ..... 6

### レコーダ

医療経済フォーラム・ジャパン主催  
第115回定例研修会から  
「電子カルテ改革から医療DXの  
社会実装へ～医学・医療の原点から」  
笠貫宏 ..... 12

### 霞が関と現場の間⑤

なぜ訪問介護は高収益か  
中村秀一 ..... 26

### 潮流

衆院が子育て支援法改正案を可決 ..... 27  
財務省が医療制度改革で考え方 ..... 28  
新たな地域医療構想でヒアリング ..... 30  
健保連総会で宮永会長を再選 ..... 31  
新薬品10成分15品目を薬価収載 ..... 32

### NEWS

全自病会長が新しい地域医療構想で見解  
ほか ..... 33

療養の給付の取扱いについて ..... 41

編集室・ワードカプセル ..... 42

## 医療機器

降圧薬の減量・中止につながる  
高血圧症治療アプリの処方調査

医療機器メーカーの CureApp は4月9日、同社が開発した高血圧症治療アプリの処方実態の調査結果を発表した。同アプリの使用によって、降圧薬の減量や中止につながる可能性を示した。

同アプリは令和4年9月に販売開始しているが、臨床現場の処方実態が明らかでないことから、初めての実態調査を実施。

令和4年9月～令和5年4月の間に同アプリを処方され利用を開始した患者83名が対象（11施設）。観察項目は患者背景や合併症、併用薬、医療機関情報など。83名のうち、51%が「降圧薬なし」、49%が「降圧薬あり」としている。

患者のカルテデータと同アプリのデータとを紐づけして解析。具体的には、カルテから既往歴や診察室血圧、現在の内服薬（降圧薬含む）の情報などを収集。同アプリを通じて年齢、性別、身長、体重、日々の血圧測定値（家庭起床時血圧、家庭就寝前血圧）などを収集した。

その結果、降圧薬なしの患者の83%が6か月間にわたり、降圧薬を使用しないまま血圧が管理され、降圧薬が処方されている患者の34%で減薬や中止が行われていたことがわかった。

同日の会見でアプリの効果について、谷川朋幸取締役（聖路加国際病院医師）は「既に降圧薬を使用している患者群で降圧薬の減量または中止を可能にする場合が示された。降圧薬を服用していない高血圧患者においても薬物療法を開始することなく血圧コントロールが得られることが期待できることも示された」と述べた。

座

標

## 介護保険

ケアマネジメント検討会が初会合  
質の向上や人材確保を議論

厚労省は4月15日、「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会」の初会合を開いた。令和4年に社会保障審議会介護保険部会がまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」を受け、ケアマネジメントの質の向上や人材確保に関する制度的・実務的な課題を包括的に検討する。座長には埼玉県立大学の田中滋理事長を選出した。

初会合では、①ケアマネジャーの業務のあり方②人材確保・定着に向けた方策③法定研修のあり方④ケアマネジメントの質の向上に向けた取組み—について意見を求めた。

業務のあり方では、業務範囲の明確化と他専門職との役割分担を求める意見があがっ

た。奈良県生駒市の田中明美委員は、「基本的には介護保険の運営基準に基づいた対応が理想」と述べ、他職種との連携等の間接支援と利用者相談等の直接支援を重視できるための支援が必要と指摘した。

人材確保・定着では、ケアマネジャーの処遇改善に意見が集中。日本介護クラフトユニオンの村上久美子参考人は、「経験を積んだ介護職員がケアマネジャーになると賃金が下がるケースがほとんど。資格取得に必要な経験と処遇のバランスが取れていない」と訴えた。

法定研修では、受講者の負担軽減やカリキュラムの標準化の必要性が指摘された。日本医師会の江澤和彦委員は、標準的な研修は動画視聴で行い、地域特性に応じた研修を上乘せて開催する方法を提案した。

検討会は今後、ケアマネジメントの質の向上に向けた取組みを議論するとともに、構成員の事例発表や、事業者団体・現場の実践者からのヒアリングを行う。

Interview  
インタビュー

令和6年度診療報酬改定

生活から遠い場所の滞在時間を減らし  
できるだけ早く生活に近い場所に戻す

厚生労働省保険局医療課長 眞鍋馨

令和6年度診療報酬改定は、改定率で言えば賃上げ対応が中心だが、6年に一度の医療・介護等の同時改定で、両者の連携を深める様々な工夫が施された。また高齢者救急への対応という観点を含め、幅広い入院医療の見直しが行われた。厚生労働省保険局の眞鍋馨医療課長はこれらについて、「生活から遠い場所の滞在時間を減らし、できるだけ早く生活に近い場所に戻す」ことをめざしたものと表現した。

賃上げ対応が、今回改定の主要事項であることは間違いありません。我々としては、昨年の大臣合意の改定率の決定により、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種に対するベア等の引上げがきちんと行われることが担保できる制度設計をしなければならぬと受け止め、その方向での対応案を中医協に示しました。

賃上げ対応方法については、すでに介護報酬で導入されている処遇改善加算が参考になります。診療報酬でも令和4年10月に看護職員処遇改善評価料を新設しており、賃上げの経験がありました。

今回の対応では、ベースアップ評価料を新設しました。医療機関にはこれを算定していただき、それによる増収分はすべて賃上げ対応に使うことを求めています。まずは賃上げのための計画を出していただき、実績についても計画に沿った対応が行われたことを確認できる報告書を提出していただきます。



**眞鍋 馨 (まなべ・かおる)**

1969年愛媛県出身。1995年東北大学医学部卒業。同年厚生省に入り、2002年にロンドン大学大学院に留学。2005年に保険局医療課課長補佐、2012年に長野県健康福祉部長、2015年に保険局医療課企画官、2018年に老健局老人保健課長などを歴任。

支援に関する指針を作成すること」と、「医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備」を求めることになりました。

「医療DX推進のため、「医療情報取得加算」や「医療DX推進体制整備加算」が新設されました。「医療情報取得加算」の趣旨ですが、現行の「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の後継という位置づけと認識しています。現行の加算は、初診のみの算定ですが、「医療情報取得加算」は再診も対象としました。

医療情報を取得することで、質の高い医療に結びつけることができることを評価しています。マイナ保険証を使うと医療情報を取得する手間が減るということに着目し、マイナ保険証を利用する場合は、患者負担が低くなる点数設定となっています。

一方、「医療DX推進体制整備加算」は新しい点数です。これは、医療DX推進に資する様々な項目を要件に取り入れています。施設基準をみるとわかりますが、オンライン資格確認で取得した医療情報

報を実際に診察室等で活用できる体制を求めています。

さらに、今年10月からはマイナ保険証利用の実績を一定程度有していることを要件としています。

医療機関に対し、ぜひマイナ保険証の利用を進めてほしいという意図があります。そのほか、電子処方箋を受けつける体制を令和7年度から、電子カルテ情報共有サーバを活用できる体制を令和7年10月から求めています。

医療機関の整備状況には段階的な経過措置を設けました。これらの趣旨を医療機関の皆様にご理解いただき、実装が進むことを期待しています。医療DX推進により、診療情報がリアルタイムで共有できる環境をめざしています。

「オンライン診療では、どのような見直しがありますか。」

オンライン診療に対する診療報酬については、平成30年度改定で一部が導入され、新型コロナウイルス感染症拡大を経て、ガイドラインにおいて初診を含めた全面的な解禁があり、それを受けた対応が令和4年度改定で行われました。今回改定では、新たな類型を設けるなど

オンライン診療の範囲が広がっています。

例えば、へき地医療における「CP with N」が有効であることがデータで出ており、患者が看護師と一緒にいる場合のオンライン診療を評価することになりました（看護師等遠隔診療補助加算）。また、指定難病患者を対象とした「CP with D」についても有効性が出ており、遠隔連携診療料の対象に指定難病患者を追加しました。

閉塞性無呼吸症候群に対する持続陽圧呼吸（CPAP）療法の指導管理料には、オンライン診療の場合の評価を新設しました。

このようにオンライン診療として活用できる医療が増えています。遠隔で行うことのできる医療がコロナ禍で特例的に実施され、その経験を活かすことができると言えるかもしれません。

新たな分野としては、情報通信機器を用いた通院精神療法の評価を新設しています。これに関してもガイドライン（情報通信機器を用いた精神療法に係る指針）が整備されたことから、そのガイドラインに沿ってオンライン診療を行

うことに対する評価となつてい  
す。これらが、今回改定でのオン  
ライン診療の主な見直しです。

## 地域包括医療病棟の創設 ICUや7対1も見直し

令和6年度改定は高齢者救急  
への対応が大きなテーマでした。  
その関連で入院医療の様々な見直  
しがあり、地域包括医療病棟も創  
設されたと理解しています。

地域によってばらつきがありま  
すが、高齢化が急速に進み、年齢  
別人口構成が変わっています。そ  
のような変化のなかで、地域に求  
められている入院医療の機能につ  
いては、常に見直しを行つていく  
ことが必要だと思つています。そ  
ういう背景のなかで、入院料に関  
して、高度急性期から急性期、回  
復期、慢性期に至るまで幅広い見  
直しを行うことになりました。

また、医療・介護等の同時改定  
であることから、「令和6年度の  
同時報酬改定に向けた意見交換  
会」を開催し、要介護等高齢者の  
急性期入院のあり方について、議  
論していただきました。その際に、  
これから高齢者の救急搬送が増え

ること、そしてその多くは軽症、  
中等症であることが示されました。  
その上で、高齢の救急患者にふ  
さわしい入院医療を提供する体制  
はどういうものなのかということ  
をご議論いただき、今回改定で、  
それに対し方向性を示すことが必  
要だと受け止めました。

それが意見交換会の意義でし  
し、高齢の軽症、中等症の救急患  
者が、機能としてミスマッチのな  
い病棟に入院することができ、そ  
の病棟からの早期退院を見据え、  
リハビリテーションや栄養管理、  
口腔管理がきちんと提供され、介  
護を含めた多職種連携で話し合い  
を行つた上で退院をめざす議論を  
行うことができました。

その後の中医協の議論では、提  
案する時期が少し遅れてしまつた  
ことは、確かにそのとおりですが  
(昨年12月15日)、これから特に都  
会において急増することが予想さ  
れる高齢者救急を担う新たな病棟  
として、地域包括医療病棟の考え  
方を示すことになりました。

一方、高度急性期では、特定集  
中治療室管理料等について、SO  
FASコアを導入した患者指標と

専従の常勤医師の治療室内の勤務  
を要件としない区分を設けるなど  
大きな見直しを行つています。

急性期では、7対1病棟である  
急性期一般入院料1の平均在院日  
数を短縮し、「重症度、医療・看  
護必要度」はB項目を削除し、該  
当基準の割合を厳しくするなどの  
見直しを行つています。

高次の医療機関で診療する必要  
性が必ずしもない患者は、新たな  
地域包括医療病棟や地域包括ケア  
病棟、場合によっては老人保健施  
設も選択肢になりますが、そうい  
う場所で療養していただくことが、  
高齢者にとつても望ましいことで  
あると私は思っています。

例えば、感染症で肺炎になつた  
高齢者に抗生剤を投与して少し様  
子をみているような場合にふさわ  
しい入院機能は、先進的ながん治  
療を行つているような病棟とは異  
なっており、提供する医療と必要  
とする医療のミスマッチが生じて  
いることになりました。

——高齢者救急で地域包括医療病  
棟に搬送される流れはどのような  
イメージですか。

高齢者救急の搬送先がどこにな

るのかということについては、各  
地域のメディカルコントロールや  
地域の医療資源の状況、消防機関  
と医療機関の関係などにより異な  
るでしょう。中等症の高齢者救急  
であれば、地域包括医療病棟で十  
分対応できると考えています。た  
だ、現場に落とし込んだときにさ  
まざまなバリエーションがあつて  
よいと思います。

重症ではない患者が、高次の病  
院に搬送される場合も当然あり得  
ます。そういった場合を想定し、  
今回改定では、いわゆる下り搬送  
の評価(救急患者連携搬送料)を  
新設しています。診断と治療方針  
が決まつて、その病院でなくても  
大丈夫ということになれば、速や  
かに地域包括医療病棟などに搬送  
することの評価となつています。

第三次救急医療機関から地域包  
括医療病棟に転送される場合が多  
いのか、地域包括医療病棟に直接  
入棟する場合が多いのかについて  
は、地域によると思います。現状  
でも下り搬送を積極的に行つてい  
る地域があります。搬送先の病院  
にきちんとした体制があり、連絡  
体制が取れているのであれば、全

体として医療資源が適切に活用されているということになります。

地域包括医療病棟が、どこでどのように活用されるかを定量的に示させるかという点、まだこれからですから、実施状況をみて、そして改善すべき点があれば、次期改定で対応していただきたいと考えます。

### 生活に配慮した医療と

### 医療の視点が入った介護

令和6年度改定は医療・介護等の同時改定でした。医療・介護等の連携について、どのような改定が行われたのでしょうか。

6年に一度の貴重なタイミングです。まずは「令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」を開催し、今回改定につながる議論をきちんとしていただきました。

例えば、在宅医療や外来の文脈では、主治医と、介護保険事業所やケアマネジャー、サービスマン担当者会議、地域ケア会議などとのつながりを担保するにはどうしたらよいかということが議論されましたし、地域包括医療病棟の創設につながる議論もありました。

介護保険施設等に関しては、入所者の病状が急変した場合に、救急搬送すべき事態ももちろんあります。

ですが、介護保険施設等で行える医療を手厚くすれば、入院せずに済むかもしれません。入院になった場合でも、常日頃から入所者の病状や状況を知っていれば、入院もスムーズになるし退院も早まります。介護保険施設等で提供できる医療のレベルを上げることと同時に、いざというときには連携する医療機関が引き受けてくれるという関係が重要です。

介護報酬改定でも介護保険施設等が協力医療機関と実効性のある連携体制を構築することを必須と見る見直しがあり、新たな加算もできました。これらの対応には大きな意味があると思います。

診療報酬では、介護保険施設等と協力医療機関の間の往診や入院に関して新たな評価を行いましたし、介護保険施設で提供できる医療の範囲を拡大しました。協力医療機関については、介護保険施設等の入所者の対応に慣れている在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟を持つ病院などが担っていただ

くことが望ましいという規定も設けました。

医療では、より生活に配慮した質の高い医療、介護では、より医療の視点を含めたケアマネジメンが非常に大事です。今回改定で診療報酬と介護報酬の両者でこのような対応が行われたことはとても意味があるものと思います。

虚弱な高齢者の容態は急変しますので、介護の現場では常に医療の視点が入っていることが求められます。例えば、食べる量がいつもより少ないとか、部屋から出てくる時間がいつもより遅いとか、部屋から廊下に出るのにいつもより時間がかかっているとか、そういうところに現れるのです。「医療の視点」が入っている介護施設等であってほしいというのは、私が老人保健福祉課長であったときに強く感じていたことです（令和3年度介護報酬改定時）。

このように、介護に医療の視点が入り、介護保険施設等と医療機関の協力関係が高まると、入所者の病状が突然悪化した場合に救急車を呼ぶ回数が減るでしょうし、入院の回避にもつながることが期

待できます。高齢者救急がこれから増えることが予想されるなかで、ここをうまく回すことをめざす必要がありますし、ご本人にとって同じ場所で療養を続けられるのが一番よいことです。

――真鍋課長は以前からリハビリテーション、栄養管理、口腔管理の一体的な推進が重要と主張してきました。今回改定ではどのようにそれが反映されましたか。

リハビリテーションについてはこれまで回復期リハビリテーション病棟等において成果を上げてきました。今回改定では、これまで評価自体はあったのですが、急性期からのリハビリテーションを導入する医療機関が増えることを期待し、新たな評価を行いました。要介護高齢者になる一番大きな要因は加齢ですが、急性期病棟への入院が2番目の要因であるという分析結果が出ています。

急性期病棟では安静臥床が優先され、リハビリテーションを積極的にやろうという状況ではなく、栄養管理も十分ではない実態があります。退院時にさらにADLが低下し、元の施設には戻れず、よ



り要介護度の高い入所者を受け入れる施設に入ることになってしまいがちです。

急性期病棟にもリハビリテーションをきちんとやってほしいという気持ちをずっと持っていて、今回創設した地域包括医療病棟の機能にもそれが含まれています。新たに「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」を新設しました。

同加算の趣旨は、ADLの維持・向上や早期離床をめざし、土・休日を含めできるだけ早く、

リハビリテーションを提供してほしいということです。特に急性期は1日が大事で、脳梗塞のダメージなどでは固定化が進んでしまいますから、適時適切にリハビリテーションを行うことが大変重要になります。

算定要件では、原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することなどを求めています。

従来のADL維持向上等体制加算と異なり、新たな加算では別に疾患別リハビリテーション等を算定できることは大きな違いであり、その意味ではかなり充実した点数を設定しました。ぜひ活用していただきたいと思っています。

また、疾患別リハビリテーション料について、実施者ごとの訓練実態を把握可能とするために、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設することは、点数が変わらないので、あまり注目されていないようですが、データが蓄積され、今後の改定でアウトカムに基づく評価を考えていく上

で、重要になります。

これを行うことによつて、各疾患のリハビリテーションに理学療法士や作業療法士などの医療従事者がどれだけ関わり、ADLがどのように変化したかということが把握できるようになります。

栄養管理については、回復期リハビリテーション病棟入院料1に、高齢者に適した低栄養の診断基準であるGLIM基準を用いた評価を行うことを算定要件としています。「入院料1・2」について、

口の中の状態に課題が認められた場合に、歯科医療機関への受診を促すことも要件としています。

### 医療区分の分類は精緻化 中心静脈栄養は適正化

療養病棟入院基本料については、点数設定の区分に大きな見直しがありました。また、医療区分3の中心静脈栄養については、適正化され、医療区分3の場合と医療区分2の場合に分かれました。

療養病棟入院基本料における医療区分・ADL区分の分類の作成は、平成18年度診療報酬改定で私が担当しました。医療資源投入量

に応じて医療区分を3段階に分けるといふ、ざっくりとした区分でした。その後も精緻化の議論が行われたのですが、改めて分析すると、医療資源投入量と点数が整合していたので、大きな見直しは行われずにきています。

しかし、医療区分は、スモンやパーキンソン病関連疾患などの「疾患・状態」と人工呼吸器や中心静脈栄養などの「医療処置」が混在しています。分類として整理するときに、本来は患者の状態と医療的な介入は分けるべきです。

このため今回改定で、「疾患・状態」の3区分と「医療処置」の3区分を掛けあわせ、9分類にすることになりました。

分類を精緻化することにより、例えば、医療区分2でも医療資源投入量が多い処置を行えば、評価が高くなります。一方、現場の負担を増やすことは避けられたので、項目自体は変えていません。

新しい技術を項目に入れるときに「疾患・状態」と「医療処置」を分けていると、個別に検討できるようにになり、あとから項目の出し入れがやりやすくなるという利

## ■レコーダ

# 医療経済フォーラム・ジャパン 第115回定例研修会

## 電子カルテ改革から医療DXの 社会実装へ 医学・医療の原点から

【講師】笠貫 宏（早稲田大学医療レギュラトリーサイエンス研究所顧問、内閣府健康・医療戦略参与）

医療経済フォーラム・ジャパン（会長 川中村洋・慶應義塾大学大学院教授）主催の第115回定例研修会が2月29日に都内で開かれ、早稲田大学医療レギュラトリーサイエンス研究所顧問で内閣府健康・医療戦略参与を務める笠貫宏氏が「電子カルテ改革から医療DXの社会実装へ 医学・医療の原点から」をテーマに講演した。

MEJが「電子カルテ改革からの医療DX」を提言し、標準型電子カルテの開発、全医療機関への普及、医療の質向上に役立つ電子カルテ開発、世界レベルの高品質電子カルテ開発などを提案してきたことを説明。電子カルテ改革によるDX「電子カルテDX」は、「二次利用と二次活用をもたらし、医療提供体制の変革を来す」との認識を示した。講演の要旨を紹介する。

### 医学、医療人として 医療DXに関わる

なぜ本日のテーマをわが国の「電子カルテ改革から医療DXの社会実装へ」としたか。国の進めるデータヘルス改革からの医療DXと、電子カルテ改革からの医療

DXの重要性について話したい。

2020年以降、医療DXという言葉が広く普及したが、医療DXには多くのステークホルダーが関わるため、それぞれの目的により定義、内容は異なる。そのため、その社会実装には学際的なアプローチが必要である。

私は医療DXの専門家でも、医療情報学の専門家でもないが、東京女子医科大学で循環器内科学の診療・研究・教育に携わり、その定年後早稲田大学でレギュラトリーサイエンスという新たな学問領域の研究・教育を行い、2021年MEJにおいて日本医療の国

際展開に関わってきた。2020年からのコロナ禍と、MEJの国際展開の経験を通して、なぜ電子カルテ改革と医療DXに取り組んできたのか。また、内閣府の健康・医療参与としての経験も踏まえて、本日のテーマについて考える。

〈かさぬき・ひろし〉

東京女子医科大学循環器内科学講座教授、日本心臓血圧研究所所長を経て、早稲田大学理工学術院先進理工学研究科生命理工学専攻教授、東京女子医科大学学長、Medical Excellence JAPAN理事長を歴任。現職のほか、日本医師会COVID-19有識者会議副座長を務めている。



## 医療レギュラトリー サイエンスが基盤

レギュラトリーサイエンスは、1987年に内山充氏が提唱した概念である。

科学技術の進歩を、根拠に基づき適正な予測、評価、判断により、人と社会に役立つ最も望ましい姿に調整（レギュレート）するための科学であり、規制政策に科学的根拠を与える行政科学の側面と既存の基礎科学や応用科学とは異なる評価科学の側面を持つ。

2011年の科学技術基本会議において、科学技術の成果を「人と社会」に役立てることを目的として、根拠に基づいた確かな予測、評価・判断を行い、科学技術の成果を「人と社会」との調和の上で最も望ましい姿に調整するための科学と定義している。

私は2010年に東京女子医科大学・早稲田大学共同大学院において、レギュラトリーサイエンス学を担当し、科学技術と人、社会との調和の上で、最適化を図るための自然科学と人文社会科学を融合（文理融合）する新たな学際的

学問領域（インターディシプリナリーリサーチ）と定義した。

ここでは医薬品等のベネフィットリスク評価に加えて、コストベネフィット評価という医療経済研究を行い、さらにイノベーションは技術革新にとどまらず、新たな考え方と規制を取り入れ、新価値創造と、大きな社会的変化を起こすことと定義し、「イノベーション推進のために、技術革新と規制革新の最適化を図る調整科学」として取り組んできた。

21世紀に入り、わが国は薬事行政と研究開発推進に関わる大変革期に突入した。すなわち、2004年PMDA（独立行政法人医薬品医療機器総合機構）が設立され、2014年には、薬事法大改正により薬機法となり、内閣府に健康・医療戦略室が設けられた。

さらに、2015年には、日本版NIH（国立衛生研究所）と期待されたAMED（国立研究開発法人日本医療研究開発機構）が設立された。米国ではFDAは1906年、NIHは1887年に設立され、それぞれ98年、128年の遅れであった。

しかし、わが国の科学技術の研究開発推進体制と薬事行政が急速に整備され、健康・医療戦略は大きな成果を上げつつある。そしてこの大変革期において、レギュラトリーサイエンスの重要性が注目されてきている。

## 新型コロナ対応 医療DXの周回遅れ

新型コロナに対応するため、2020年に日本医師会長の横倉義武先生にご相談し「COVID-19有識者会議」を設立していただいた。

医療現場が抱えるCOVID-19の予防、診断、治療、臨床研究の諸課題について、医学以外の分野も含めて、科学的な視点に基づいた情報を提供するホームページである。現在は、武見記念生存科学研究基金に移ったが、その内容は、国立国会図書館の永久保存版のホームページとして残ることになった。その過程で多くの提言を行い感じたことは、医療DXの周回遅れの顕在化とデータ駆動型政策の欠如である。

経済同友会代表幹事の小林喜光氏を委員長とする「新型コロナ対

応・民間臨時調査会 調査・検証報告書」作成に参画した。調査会のワーキンググループは、若手弁護士等の専門家で構成され、安倍晋三首相（当時）をはじめ、政府・行政の責任者等83名にヒアリングを実施し報告書をまとめた。

その過程で感じたことは、感染症危機時の政治的合理性と科学的合理性の問題であり、政治が科学に問いかけても、答えは出ないというトランスサイエンスとレギュラトリーサイエンスの課題である。

例えば、2020年にワクチン研究開発「加速平行プラン」が公表されたが、私はレギュラトリーサイエンスの視座からパンデミック時の戦略的創薬開発力の強化を提案し、「新型コロナウイルスパндеミック等の危機・管理における国産ワクチンの実用化実現に向けた国家戦略」を提案した。それは自民党政務調査会を経て「ワクチン開発、生産体制強化戦略」として閣議決定に反映された。

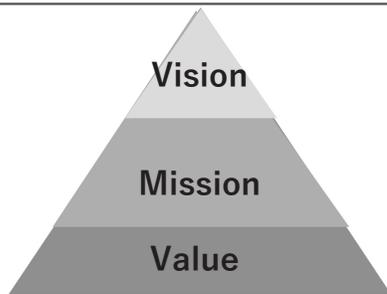
そのなかで海外ワクチンを承認する「特別承認制度」はあったが、国産ワクチン開発のための法律はなく、また国産ワクチンの大規模

図表7

## 医療DXのビジョン・ミッション・バリュー（私案）

背景：従来の我が国の医療制度（国民皆保険制度と医療提供体制）は多くの改革が行われてきたが、少子超高齢人口減少と社会保障費（特に医療費）増加という喫緊の課題を抱える

DXとは2004年にストルターマンにより提唱されたITにより社会や生活を変化させるという概念である。医療DXはIoTやAIなどデジタルテクノロジーを活用して、健康医療領域に新しい価値を創造し、医療の改革をもたらすこと。制度を改める「改革」ではなく、新しいものにする「変革」であり、21世紀における医療制度の変革が求められている



デジタル社会において、国民は誰でもどこでもいつでも最適な医療を受け、生涯にわたる安全安心で健康な幸せな人間らしい生活ができる社会

健康医療分野において、デジタルテクノロジー（IoT、AI等）を活用して、医療の質と安全を向上させ、新しい価値を創造し、医療の変革を行う

医療情報の一次利活用により、オンライン医療/遠隔医療、地域医療、PHR/セルフケアの向上、二次利活用により、研究開発・創業等イノベーション、公衆衛生の向上、政策立案等

データヘルス改革による「データヘルスDX」+電子カルテ改革による「電カルDX」  
+診療報酬改定のDXによる「医療保険DX」が医療DXの真の目的を達成する

厚労省は、DXとは「デジタル技術によってビジネスや社会、生活の形・スタイルを変えること」であり、医療DXとは「保健・医療・介護の各段階において発生する情報やデータを全体最適化された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えること」と定義している。

「DX」は2004年にアメリカのエリック・ストルターマンによって提唱された、「ITにより社会や生活を変化させる」という概念である。医療DXはIoTやAIなどのデジタルテクノロジーを活用して、健康医療領域に新しい価値を創造し、医療の変革をもたらす。制度を改める「改革」ではなく、新しいものにする「変革」であり、医療DXは、21世紀のグローバルかつデジタル社会における医療制度の変革である。

図表7は、私案として、現時点での医療DXのビジョン・ミッション・バリューを示す。

データヘルス改革によって「データヘルスDX」から「保健医療DX」へ展開し、電子カルテ改革により「電カルDX」から「医療提供体制DX」へ展開し、「診療報酬改定DX」により「医療保険DX」へ展開し、それが統合されることによって、医療DXの真の目的を達成することになるだろう。

### 統合型ヘルスケアシステムと医療DX

昨年、「第3期SIP統合型ヘルスケアシステム」（永井良三自治医科大学学長、プログラムディレクター）が発表された。

デジタルツインとは、「現実世界（物理空間）の情報をデジタル化し、仮想空間（デジタル空間）上に再現したモデル」である。医療デジタルツインの実装により医療・ヘルスケアにおける「知識発見」と「医療提供」の循環が自律的に促進され、医療の質向上、健康寿命延伸、医療産業振興、持続可能な医療制度に活用されることを目指している。

そのために、医療デジタルツインを活用した医療・ヘルスケア課

題のソリューションの「事業」化と、医療デジタルツインに必要な「技術開発」に取り組み。5年間の大型の国家プロジェクトであり、その成果により、日本版医療DXのブランドデザインが具現化されることを期待している。

## ICT技術群の進歩にらみ医療の制度設計を

われわれがあまり実感していないが、Society5.0における医療変革のブランドデザインはどのようなものが考えられるか。

民主主義、資本主義、少子超高齢人口減少社会、ポストコロナ時代、価値観の多様化と社会格差の拡大、デジタル革新、まさに、UCA（変動性、不確実性、複雑性、曖昧性）の時代である。

澤智博先生（帝京大学医療情報システム研究センター）によると、IT技術の「デジタル化」や「IT化」はいずれも20年来使用されてきた言葉であるが、ここに至って「DX」が提唱されるようになった背景には、ここ数年のIT技術群（クラウドシステム・多様なビッグデータ・クラウドで連携する

データベース・ローコード／ノーコード開発＋生成AI・AI・機械学習）の進展がある。

例えば、1億人のユーザーになる期間は、Facebookは4・5年、TikTokは9か月、ChatGPTは2か月と、とんでもないスピードで進展する。

さらに、今後どうなるか、2025年からどんな新技術が、どんな進展スピードで出現するか予測困難である。IT技術の進歩を睨みながら日本の医療をどのように制度設計していくかが課題である。

## 産官学医で医療DXによる医療変革の実現を

最後に、まとめとして5点あげる。

- 1、コロナ禍により、わが国の医療DXの周回遅れが顕在化し、国民の不安と恐怖を招いた。「医療DX令和ビジョン2030」により、2022年は「医療DX元年」となり、国のデータヘルス改革等は大きく前進した。

- 2、医療DXにかかわるステークホルダーは多く、各立場により、その定義と目的と内容は異なるが、医療DXはデジタル技術の活

用により、新価値創造をもたらし、医療を変革する。

- 3、MEJ四次元医療改革研究会は、「電子カルテ改革からの医療DX」を提言してきた。医療DXの優先度と実現可能性の観点から、①標準型電子カルテの開発と全医療機関への普及（情報のフリーアクセス）②役に立つ愛される電子カルテ（医療の質向上と医療安全等）開発、③世界レベルの高品質の電子カルテ開発である。

- 4、電子カルテ改革による医療DXは、一次利用（地域医療、PHR）と二次活用（研究開発、政策立案）の新価値創造をもたらす。医療提供体制の変革を来たす。データヘルス改革による全国医療情報プラットフォームと診療報酬改定DXの社会実装と並行加速して推進することにより、「日本版医療DX」が実現する。

- 5、わが国はSociety5.0を目指す大変革期にある。少子超高齢人口減少、働き方改革、社会保障財政危機等の重要課題が山積しており、産官学医が一体となり、医療DXによる医療デリバリーとファイナンスという医療変

革の実現に向けて取り組むべきである。

## 質疑応答

### 医療DXは電カル普及から水平・垂直サーベイランスを

島田晴雄（元首都大学東京理事長）

日本では医療情報の共有は医師と患者の間だけでとまっております。主要国に比べて遅れている。どうすれば医療DXの推進に向けてブレイクスルーができるのか。

笠貫 日本は医療DXに対してもっとオープンにならないといけない。医師、患者、国民、研究者、企業が医療DXにどう取り組むか。国としてはブランドデザインをどうつくるか、俯瞰して全体最適化を図ることを考えて欲しい。

医療DXを推進するためには、まず電子カルテを全医療機関で使って、患者も医師もよかったということを実感し、共有することによって、先が見えてくるのではない。創薬や臨床研究などの二次活用についても成功事例を重ねていくと、ブレイクスルーが期



# なぜ訪問介護は高収益か

## 高収益で基本報酬引下げ

4月から実施された介護報酬改定では、全介護サービス中で訪問介護の基本報酬だけが引き下げられた。訪問介護事業者からはもとより各方面から非難が殺到し、老健局は釈明に追われている。曰く「全介護サービスの収支差の平均がプラス2・4%。特養、老健がマイナスに対し、訪問介護はプラス7・8%と極めて高い。総費用に占める訪問介護のシェアは大きい。処遇改善加算を活用してほしい」と。

訪問介護についてはヘルパーの高齢化や新規ヘルパーの確保が困難など、その苦境が伝えられてきた。それなのに、なぜ訪問介護は高収益となるのだろうか。

## 訪問介護事業の実態

介護給付費分科会に提出された資料では、訪問介護のサービス利用者は106万人にのぼり、費用額も1兆500億円。総介護費用の9・8%を占める（21年度）。訪問介護の事業所数は約3万4千と多く、平均すると1事業所当たりの利用者数は31人、働くヘルパーは常勤換算

で6・8人（うち常勤のヘルパーは3・9人）であり、月額の売上は260万円と小規模である。

一方、介護サービス報告によると、訪問介護従事者は50・9万人である。1事業所当たり14・8人となる。つまり1事業所に10・9人の非常勤ヘルパーがいる計算だ。

非常勤ヘルパーには、事業所からの指示で利用者宅を訪問すれば時給で賃金が支払われる、出来高払いだ。サービスの利用がなければ賃金は生ぜず、この部分の「稼働率」は100%ということになる。訪問介護が高収益となる仕組みだ。

常勤ヘルパー1人当たりの給与は月額約29万円である。非常勤ヘルパー10・9人が常勤ヘルパーの担当した以外の仕事（常勤換算で2・9人分）をすることになる。非常勤ヘルパー1人当たりの仕事量は常勤職員の0・26人分で、賃金は月額7・7万円となる。

## ゴールドプラン時代と変わらない

1990年を初年度とするゴールドプランは、当時2〜3万人しかいなかった

ホームヘルパーを2000年までに10万人とする計画であった。当時老人福祉課長であった筆者は、「どうやってヘルパーを増やすのか」と国会で責められ、年額168万円の常勤ヘルパーの手当を318万円と大幅に引き上げた。

しかし、ヘルパーは市町村の公務員か社会福祉協議会の職員に限られ、非常勤職員が大部分であった。民間のヘルパーがようやく誕生しつつあったが、ほとんどが「登録ヘルパー」だった。

人材確保のなかで、従来のビジネスモデルでは通用しない。基本報酬の引下げを嘆く前に、訪問介護のあり方を見直すことが重要ではなからうか。

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・看護局長を経て、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。



# 衆院が子ども・子育て支援法改正案可決 「支援金制度」に野党が反対討論

衆議院本会議は4月19日、子ども・子育て支援法等改正案を自民・公明両党の賛成多数で可決し、参院に送付した。立憲民主、維新、共産、国民民主は反対した。野党の反対討論では、医療保険者が支援納付金を徴収する「子ども・子育て支援金制度」について、「負担額の説明が小出しで不誠実」「社会保障料の目的外利用」などと批判した。



衆院本会議（4月19日）

## ■負担額の説明が不誠実 社会保障料の目的外利用

野党4党の代表が反対討論、公明の代表が賛成討論を行った。

立憲民主の坂本祐之輔議員は、「子ども・子育て政策にかける予算はより拡充する必要がある」と述べた上で、「それでも法案に反対する最大の理由は、子ども・子育て支援金制度に多くの重大な問題があるからだ」と強調。

支援金制度創設の反対理由として、①支援金の負担額の説明が小出しで極めて不誠実だ。情報開示の後ろ向きな姿勢が国民の不信を招いた②明らかに国民負担を強いる③社会保険制度の主旨を大きく逸脱する。医療に直結しない費用を医療保険の枠組みで徴収するもので、給付と負担の関連性が極めて希薄である④現役世代の手取り額を減じさせ、子ども・子育て支援策と逆行する⑤事業主負担が生じるため、賃上げや安定雇用に負

の影響がある―の5点をあげた。

維新の赤城正幸議員は、「人口問題に正面から向き合い、加速化プランをはじめとする改正法案を作成したことには敬意を表する」と述べる一方、支援金制度については「大臣の説明のたびに数値が変り、誰も正しく理解していないのではないか。欠点だらけの制度にもかかわらず、国民からこっそりと財源を徴収せしめんとする不誠実な姿を断じて見過ごせない」と訴えた。

その上で、支援金制度の問題点として、▽社会保障料の目的外利用である▽社会保障料を財源とすること自体が少子化対策に反する―ことを指摘した。

共産の高橋千鶴子議員は支援金制度について「もともと社会保険は逆進性が高く、保険者や市町村によって負担に差があるため、そこに支援金を載せると格差が広がる」と批判した。

国民民主の田中健議員は「子ども・子育て支援の拡充には賛成する。また、ヤングケアラーの支援や児童手当の所得制限撤廃などが内容に含まれていることは一歩前

進だと評価する」と述べた。一方、支援金制度については「最大の問題は健康保険に充てるべき保険料の目的外流用であることだ。受益と負担の関係が不透明なため、実質的なステルス増税にほかならない。給料から天引きされる社会保険料であれば国民は痛みを感じにくい。まさに取りやすいところから取る発想だ」と指摘した。

## ■特別委で19の附帯決議

前日18日に法案の採決が行われた衆院地域活性化・こども政策・デジタル社会形成に関する特別委員会は、19項目の決議を採択した。

支援金制度について、▽支援金による拠出が、歳出改革等による社会保険負担軽減効果の範囲内に収まるように取り組む▽支援金は、医療保険料や介護保険料とは区分して子ども・子育て支援金率が設定されることから、医療保険料率等とは異なるものであることを保険者に周知する―を求めている。

なお、立憲民主と維新が、それぞれ提出した修正案はいずれも否決された。

# 診療報酬の地域別単価導入を提案 財務省が医療制度改革で考え方

財務省は4月16日の財政制度等審議会財政制度分科会に、医療制度改革など社会保障改革の考え方を示した。制度の持続可能性の確保に向け、医師偏在対策として診療所の偏在是正のための診療報酬の地域別単価の導入や費用対効果評価の結果を保険収載の可否の判断に用いることなどを提案した。一方、財務省の提案に、日本医師会の松本吉郎会長や武見敬三厚労相は反論。(座標) 関連



財務省

## ■毎年薬価改定の完全実施 医学部定員の適正化を

財務省は、「制度の持続性を確保していくための医療制度改革」として、①質の高い医療の効率的な提供、②保険給付範囲のあり方の見直し、③高齢化・人口減少下での負担の公平化の3本柱で、改革項目をあげた。

「質の高い医療の効率的な提供」では、経営情報の「見える化」や令和6年度診療報酬改定、医師偏在対策、地域医療構想などについて改革の方向性を示した。経営情報の「見える化」では、昨年8月に施行された改正医療法を踏まえ、医療機関が特定されない形での「経営情報データベース」が導入された。しかし、職員の職種別の給与・人数が任意提出項目となっていることを問題視し、義務化を主張した。

令和6年度診療報酬改定では生活習慣病の管理の診療報酬の効率

化・適正化が求められ、見直しをした。特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料について、長期処方の観点を含め再編した。

これに対し、「生活習慣病の診察頻度や使用される薬の価格が医療機関によって大きな差があるとの指摘を踏まえ、生活習慣病や他の疾病の管理のあり方の検討を深めるべき」とした。

薬価改定では、「毎年薬価改定が行われるなか、2年に一度しか適用されないルールがあるのは合理的な説明が困難」と、毎年薬価改定の完全実施を求めた。

費用対効果評価の適用については「評価を実施する薬剤の範囲や価格調整対象範囲を拡大するとともに、諸外国の例も踏まえ、費用対効果評価の結果を保険償還の可否の判断にも用いることも検討すべき」と提案した。

医師養成数については、「今後の医師需給見込みを踏まえ、医学部定員の適正化を速やかに実施していく必要がある」とした。

医師偏在対策では、診療所の偏在是正のため診療報酬の地域別単価の導入を提案。診療所不足地域

と診療所過剰地域で異なる1点当たり単価を設定し、医療資源のシフトを図る。診療所過剰地域の1点当たり単価(10円)の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用して、医師不足地域における対策を別途強化する案も提示した。

医師過剰地域における新規開業規制については、供給水準が一定量を越えた場合に許可制限を行うドイツなどの諸外国の例を参考にすべきとした。

2025年までの地域医療構想については、国が都道府県と一体となって必要な対応方針を示し、進捗が遅れている地域の取組みを後押しするとともに、各医療機関が地域医療構想と整合的な対応を行うよう求める知事の権限強化の法制的対応を求めた。

## ■スイッチOTC化を進める 金融所得・金融資産を助案

「保険給付範囲のあり方の見直し」は、セルフメディケーションの推進をあげた。医療用医薬品を処方された場合の自己負担よりOTC薬を購入したほうが安くなる

# 新医薬品10成分15品目を薬価収載 ボーイデヤ錠に迅速導入加算適用

厚労省は4月17日、新医薬品10成分15品目を薬価基準に収載した。2024年度薬価制度改革で新設された「迅速導入加算」に1品目が該当したが、製造原価の開示率が低いため加算係数ゼロとなり恩恵は受けられなかった。ピーク時売上高予想は「アイリーア」の351億円が最大だった。

## ■製造原価開示率が低く 加算係数ゼロに

10成分のうち、制度改革に伴う加算が与えられたのは7成分。医薬品業界が要望した迅速導入加算は早速、「ボーイデヤ錠」に適用された。同薬は造血幹細胞に異常が生じ、赤血球が壊されやすくなる発作性夜間ヘモグロビン尿症の治療薬。国際共同開発で欧米より早く承認されるなど、加算の要件を満たした。ところが製造原価の開示率が「50%未満」と低いため、迅速導入加算の10%だけでなく有用性加算Ⅰ(40%)、市場性加算

(10%)まで含めて加算係数ゼロと判定された。ピーク時でも患者数は61人、販売金額5・3億円というウルトラオーファンドラッグだ。

加算係数ゼロとなった成分は他にもある。早老症治療薬「ゾキンヴィ」は標準治療が確立されていない致死的な疾患に有効ことから、有用性加算(45%)に加え市場性加算(15%)も与えられたが、原価の開示率が低いため上乘せはなかった。骨髄異形成症候群に伴う貧血が適応の「レプロジル」も同様に有用性加算などが得られなかった。同薬は新規の作用機序をもつ赤血球成熟促進薬で、低リスク患者にも使用できる。

加算が得られなかったなかでは高脂血症治療薬「エヴキーズ」が、類似薬効比較方式で算定され有用性加算で40%、小児加算で10%がついた。極めてまれな疾患であるホモ接合体家族性高コレステロール血症を適応とする。リンパ脈管筋腫症

(LAM)などが適応の「ラパリムス」は、有用性加算で15%を獲得した。LAMは妊娠可能年齢の女性に発症する腫瘍性疾患のひとつ。

抗てんかん薬「フィコンパ」は、経口剤が服用できない患者のための点滴静注用製剤で新投与経路となるが、小児加算(5%)とともに新ルールに基づいて新薬創出加算の対象にもなった。

## ■アイリーアは ピーク時予想351億円

ピーク時予想の最大はアイリーアの351億円だが、従来品(2mg)の高用量製剤(8mg)で従来品からの置き換えが進むと見られる。新剤型のため加算はない。今年11月にはバイオシミラー参入の可能性があるが、先行品を販売するバイエル薬品はバイオAGの承認を取得済み。266億円の「イブグリース」は、アトピー性皮膚炎の治療薬。この領域は2018年に「デュピクセント」が発売されて以降、抗体医薬とJAK阻害剤を中心に新薬上市や効能追加が相次ぐ。アレルギー疾患が増加するなか、薬剤費を押し上げる要因

にもなっている。新薬創出加算のみだった全身型重症筋無力症治療薬「ヒフデューラ」(208億円)とレプロジル(123億円)をあわせ、100億円以上は4成分だった。

◎ 4月17日薬価収載で加算が付いた品目

製品	企業	加算
ゾキンヴィカプセル	アンジェス	有(I) A=45% 市(I) A=15% ※
ボーイデヤ錠	アレクシオンファーマ	有(I) A=40% 市(I) A=10% 迅A=10% ※
ラパリムス顆粒	ノーベルファーマ	有(Ⅱ) = 15%
フィコンパ	エーザイ	小A = 5%
エヴキーズ点滴静注液	ウルトラジェニックスジャパン	有(I) A = 40% 小A = 10%
レプロジル皮下注用	ブリistolマイヤーズスクイブ	有(I) A = 45% 市(I) A = 10% ※
イブグリース皮下注	日本イーライリリー	小A = 5%

有=有用性、市=市場性、小=小児、迅=迅速導入。新薬創出等加算は除く。※は加算係数ゼロ

## 新しい地域医療構想で 全自治会長が見解

全国自治体病院協議会の  
小熊豊会長は4月11日  
の会見で、新しい地域医  
療構想について見解を示  
した。

厚労省が3月から「新  
たな地域医療構想等に關  
する検討会」で議論をス  
タートさせたことを受け、  
「これまでの人口減少に  
伴う病床削減や医療機関  
の再編統合の延長にとど  
まらず、地域の医療・介  
護提供を総合的に支援す  
るための方法を検討して  
ほしい」と要望した。



小熊会長は、2025

年までの地域医療構想や  
新型コロナウイルス感染  
症対応を振り返り、「こ  
れからは新興感染症への  
備えをしていかないとい  
けない。人、道具も用意  
しながら、ある程度の余  
裕をもった体制を維持し  
つつ機能性を高めて効率  
性をよくする一方で、地  
方では在宅、かかりつけ  
医支援、介護との連携を  
考えないといけない。東  
京・大阪のような大都市  
や都道府県の中核都市の  
病院とは（地方の公立公  
的病院は）機能が異なる。  
今後、適切に決めてほし  
い」と述べた。

## 東京単一健保が総会 新会長に前川幸哉氏

東京単一健康保険組合  
運営協議会（石坂博会長）  
は4月12日、都内で定期  
総会を開き、令和6年度  
の事業計画案と収支予算  
案を承認した。任期満了



に伴う役員改選では、新  
会長に前川幸哉氏（電通  
健康保険組合）を選出し  
た。

冒頭挨拶で石坂会長  
は、6年度の予算編成に  
ついて「会員71組合のう  
ち、保険料率を引き上げ  
たのは8組合で前年度よ  
り2組合増えた。平均保  
険料率は91・76%で0・  
62%上昇している。赤字  
組合は61組合で前年度予  
算と比較して11組合増え  
た。71組合の経常収支差  
は差し引き143億円の  
赤字となった。健保組合  
の財政状況は年々厳しさ  
を増している」と述べた。

6年度予算編成の概要  
（速報値）について同協  
議会の総務部会が報告。

予算編成の傾向につい  
て「保険料収入は昨年よ  
り増加しているが、支出  
面でも納付金や医療費の  
増加から保険給付費が上  
昇しており、赤字組合の  
増加につながった。引き  
続き厳しい組合運営状況  
がうかがえる結果となっ  
た」と説明した。

任期満了に伴う役員改  
選では、会長に前川氏を、  
副会長には前会長の石坂  
氏（三陽商会健康保険組  
合）、信田雅彦氏（ダイ  
ドリーミテッド健康保険  
組合）を選出した。

前川会長は挨拶で「こ  
の役員で力をあわせ、み  
なさんの力を借りなが  
ら、よりよい会にしてい  
きたい」と述べた（写真）。

## 関東信越管内の 組合86%が赤字に

来賓挨拶で、関東信越

厚生局の及川勝彦保険課  
長は、同局管内の健保組  
合の財政状況を報告した。

各健保組合が提出した  
令和6年度予算の収入支  
出予算届書の速報値につ  
いて、▽経常赤字を見込  
む組合は前年度よりも56  
組合増の674組合で、  
全体の約86%を占める▽  
保険料率の平均は90・  
3%で、前年度よりも0・  
36%上昇した▽87組合が  
保険料率を引上げ、44組  
合が保険料率を引下げた  
▽保険料率が100%を  
超えた組合は66組合で、  
うち8組合が今年度新た  
に100%を超えたと  
説明した。

その上で、「厳しい財  
政状況のなか、私どもと  
しては加速する生産年齢  
人口の減少や増加傾向に  
ある医療費の動向などに  
注視するとともに、健保  
組合の健全な財政運営に  
資する取組みを進めてい  
きたい」と述べた。

# 療養の給付の取扱いについて

「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する告示」(令和6年3月27日・厚生労働省告示第125号)、「厚生労働大臣が定める療養を廃止する件」(令和6年3月27日・厚生労働省告示第126号)、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等及び特掲診療料の施設基準等の一部を改正する告示」(令和6年3月29日・厚生労働省告示第154号)、「生活衛生等関係行政の機能強化のための関係法律の整備に関する法律の施行に伴う厚生労働省関係告示の整理に関する告示」(令和6年3月29日・厚生労働省告示第171号)、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部改正等について」(厚生労働省保険局医療課長通知, 令和6年3月29日・保医発0329第4号)、「令和6年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」(厚生労働省保険局医療課事務連絡, 令和6年3月29日)を整理し、当研究所発行の『医科点数表の解釈(令和4年4月版)』の該当項目を示した。

なお、厚生労働省告示第171号は令和6年4月1日から適用された。厚生労働省告示第125号、厚生労働省告示第154号については令和6年4月1日適用分のみ掲載した。

★Web追補のバックナンバーは、当社ウェブサイト上の『診療報酬関連情報ナビ』からご覧いただけます。本追補と併せてご利用ください。また、「オンライン資格確認」に関連する通知・事務連絡等を『診療報酬関連情報ナビ』の診療報酬関連情報データベースに掲載していきますので、ご活用下さい。  
(<https://www.shaho.co.jp/publication/navi/>)

頁	欄	行	変更前	変更後
399	右	上から16行目	ガルカネズマブ製剤 オファツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレスマブ製剤 アバロバラチド酢酸塩製剤 カブラシズマブ製剤 乾燥濃縮人C1-インアクチベーター製剤 フレマネズマブ製剤 メトトレキサート製剤 チルゼバチド製剤 ビメキズマブ製剤 ホスレボドパ・ホスカルビドパ水和物配合剤 ペグバリアーゼ製剤 ラナデルマブ製剤 ネモリズマブ製剤 ペグセタコبران製剤 ジルコبرانナトリウム製剤 コンシズマブ製剤 テゼパルマブ製剤 オゾラリズマブ製剤 [網かけは本誌No.2915(2024.1.11)等にて改正済み]	ガルカネズマブ製剤 オファツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレスマブ製剤 アバロバラチド酢酸塩製剤 カブラシズマブ製剤 乾燥濃縮人C1-インアクチベーター製剤 フレマネズマブ製剤 メトトレキサート製剤 チルゼバチド製剤 ビメキズマブ製剤 ホスレボドパ・ホスカルビドパ水和物配合剤 ペグバリアーゼ製剤 ラナデルマブ製剤 ネモリズマブ製剤 ペグセタコبران製剤 ジルコبرانナトリウム製剤 コンシズマブ製剤 テゼパルマブ製剤 オゾラリズマブ製剤 トラロキヌマブ製剤
399	右	上から18行目	(最終改正; 令 5. 11. 30 厚生労働省告示第323号) [網かけは本誌No.2915(2024.1.11)等にて改正済み]	(最終改正; 令 6. 3. 29 厚生労働省告示第154号)
417	右	上から15行目	ガルカネズマブ製剤 オファツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレスマブ製剤 アバロバラチド酢酸塩製剤	ガルカネズマブ製剤 オファツムマブ製剤 ボソリチド製剤 エレスマブ製剤 アバロバラチド酢酸塩製剤

# 編集室

▼令和6年2月分の最新の人口動態統計速報が公表された。出生数は対前年同月比▲2398人の5万4532人、死亡数は同4412人増の14万269人。出生数から死亡数を差し引いた自然増減数は▲8万5737人。人口減少のトレンドはさらに深刻になっている。

▼月に8万5千人が減少するとはどういうことか。2020年の国勢調査では、秋田県横手市（8万5555人）、岐阜県関市（8万5283人）、大阪府堺市東区（8万5043人）の人口がこれとほぼ同数である。あくまで単純な数字の比較だが、少し規模感が捉えやすくなったか。

▼これほどまでに人が減っている状況で、働き方だけが変わらないままというわけにはいかないはず。マンパワーだけでは打てないからこそ、効率化やDXが謳われる。若い世代が公

私ともに充実を求め、コスパやタイパを意識するのも当然のように思える。改めて、働き方改革は喫緊の課題である。（中里）

▼小誌2924号に城西大学伊関友伸教授の論評「韓国の公共病院の現状と新型コロナウイルスへの対応」を掲載した。私事で恐縮だが、かつて伊関教授が自治体職員だった時に彼の下で働いたことがある。

▼自分はただの臨時職員であり、適当な仕事を与えて放っておいてもよかつただろうに、勉強になるからと重要なインタビューや検討会に同行させていただいた。現在の自分に繋がったわづか半年の貴重な経験だった。研究者に転身してからの活躍を遠くから見ているが、今回は偶然に編集を担当することができて、たいへん光栄に思う次第だ。

▼今回の論評ではコロナ禍に韓国の公共病院が果たした役割とその後の窮状を浮き彫りにし、わが国に共通する課題にも言及した。伊関教授の研究は冷静でありつつも、常にそこで暮らす住民を守ろうとする情熱を感じる。これは当時自分がお世話になったからだけだろうか。ぜひ感想をお寄せください。（町田）

## ワードカプセル

### 新たな地域医療構想等に関する検討会

厚生省医政局長主催の検討会。現行の地域医療構想が2025年までの取組みであることから、新たな地域医療構想について2040年頃を見据えて検討する。メンバーは21名。

医療・介護団体から伊藤伸一・日本医療法人協会会長代行、猪口雄二・全日本病院協会会長、江澤和彦・日本医師会常任理事、大屋祐輔・全国医学部長病院長会議理事、岡俊明・日本病院会副会長、小熊豊・全国自治体病院協議会会長、櫻木章司・日本精神科病院協会常務理事、東憲太郎全国老人保健施設協会会長、吉川久美子・日本看護協会常任理事が参加。保険者・自治体代表は、河本滋史・健保連専務理事、國分守・福島県保健福祉部長、佐藤博文・飛騨市地域包括ケア課長、石原靖之・鏡野町健康推進課長。

ご登録ください（無料）

Web 医療と介護



#### 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けますようお願いいたします。

担当 株式会社社会保険研究所 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. 2926 2024年(令和6年) 5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。