

【相澤会長挨拶】

- ・ 昨日厚労大臣に呼ばれ、ベースアップ評価料の算定に関する計画書の提出が進んでいないことに対して、日病から会員病院への働きかけを依頼された。各病院はただでさえ苦しい経営状況の中で、かえって持ち出しになりかねない制度への対応に苦慮しており、またどうしていいかわからないことが多いため、相談窓口の設置を進言したが、何に困っているかについての具体的な内容を日病でまとめて提出するように指示された。また、DX の推進におけるマイナ保険証の利用促進については、資格確認はできるが現実には使えるものなのかが不透明で、窓口負担が複雑化してすべてカバーできない点などの不便さが利用の進まない一因であり、厚労省の進め方に問題があることを日病として正していきたい。

【承認事項】

1. 正会員の状況（2024 年 5 月 25 日現在）

1 年前との比較で、病院数は 43 増、病床数は 6,436 増であった。国に申し入れ等を行う際には、病院数の多さが効果的であることが分かった。引き続き会員病院数の増加に努めたい。

経営主体	病院数	病院数比率	病床数	病床数比率
国	180	7	67,401	10
自治体	429	17	148,194	22
その他公的	302	12	99,889	15
公的・計	911	36	315,484	47
私的・計	1,648	64	352,944	53
総数	2,559	100	668,428	100

2. 病院総合医 認定承認について

新たに 23 名を認定、更新認定者は 41 名であった

3. 総会資料の 2023 年度事業報告書（案）、収支決算報告（案）の説明があった

【報告事項】

1. 各委員会等の開催報告について

①病院総合医評価・更新委員会、病院総合医認定委員会

- ・ 認定審査 23 名、更新審査 41 名全員を「適」とし、認定委員会に諮った結果、全員が認定された。現在の細則では、更新の要件として『更新には、医療安全管理や医療政策等の講習会・セミナー等に定期的に参加し、状況の変化に適応できる能力を養うことが望ましい』という表現に留められていることから、当委員会が出された意見（病院総合医としての活動や、セミナー・講習会への参加実績等）をまとめて認定委員会に諮り、明確な形で更新の要件を提示できるように協議を進めることになった。「厳しすぎると更新者が減り、甘くなると質が担保できなくなる懸念がある。議論を積み重ねながら、充実していければよい」との考えが委員長より示された。
- ・ 病院総合医の協働・連携に関する取り組みを、日病、全日病、全自病の 3 病院団体に進めていく方向で準備している。

②QI 委員会

- 令和 6 年度診療報酬改定で医療の質関連が加わることから、診療報酬上有利になるなどの PR を行い、QI プロジェクトの参加施設数を増やす方法を継続して検討する。⇒ その一方で、標準病院群では参加することによる機能評価係数Ⅱへの貢献はあまり期待できないとの指摘がある

③診療報酬検討委員会

- 最新の疑義解釈を追加した令和 6 年度診療報酬改定ポイント Ver2.0 を公開した。また、施設基準に定められている研修要件一覧の作成を行い、研修を増やしていく。
- 2024 年度病院経営定期調査を 3 病院団体に実施する。調査票案の説明があり、「不足している職種」、増員することにより診療報酬上の加算が取れる「増員したい職種」を設問項目に追加することとした。
- 令和 6 年度診療報酬改定要望事項の結果は、○2、△2、×2 であった。

日本病院会
令和6年度 診療報酬改定要望事項 結果一覧(案)

通し番号	要望項目	要望内容	結果	改定内容
1	入院基本料および入院食事療養費の増額	電気・ガス・灯油等の高騰、食材費の値上げにより、医療収益は従来と変わらないにもかかわらず、医療費用は増加となっている。特に入院医療に関して経営への圧迫が顕著となっているため、入院基本料および入院食事療養費の増額を要望する。	△	・入院基本料は増額（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置） ・入院食事療養費は30円増額。 ※ただし、所得の状況その他の事情を斟酌して厚生労働省令で定める者等については所償区分等に応じて1食につき10～20円引き上げる。
2	入院基本料または診療録管理体制作業の引き上げ、評価項目の新設	医療DXやサイバーセキュリティ対策、将来的な標準電子カルテの導入など、デジタル機器の導入、更新およびその維持にあたり、SEを含む専任のシステム担当者を多数雇用しているが、診療報酬上で直接的な評価はなく、その労務費は全て病院が負担していると言っても過言ではない。国の方針として医療DX、セキュリティ強化等を推進するのであれば、補助金だけでなく、診療報酬上の評価もあわせて行うことが望まれる。具体的には入院基本料や診療録管理体制作業の増点、新たな点数項目の設定をおこなう等を要望する。	○	【診療録管理体制作業】 ○加算1 100点⇒140点（40点増額） 適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、非常時に備えたサイバーセキュリティ対策等の整備に係る要件及び評価を見直しが行われた。 ただし以下の要件が追加。 ・非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。 ・非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画（BCP）を策定し、少なくとも年1回程度、定期的に訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。
3	医師事務作業補助体制作業の引き上げ	医師の働き方改革を実現するには、タスクシフト/シェアの推進が不可欠である。医師の事務作業をタスクシフト/シェアするために重要な役割を担っているのが医師事務作業補助者である。一方で、重要なポジションにも関わらず、それに見合った加算点数となっていないと考えられる。医師の働き方改革の推進のため、点数の引き上げを要望する。	○	【医師事務作業補助体制作業】 ○15対1 加算1 1,050点⇒1,070点、加算2 975点⇒995点（20点増額） 医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制作業加算1の要件に、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容を定期的に評価することが望ましいことを追加された。

令和6年度 診療報酬改定要望事項 結果一覧（精神領域）（案）

通し番号	要望項目	要望内容	結果	改定内容
4	精神科急性期充実体制作業の点数引き上げについて	精神科充実体制作業は、急性期充実体制作業を算定する医療機関において、精神疾患を有する患者を精神科棟にて受け入れ可能であることを評価した加算である。急性期充実体制作業と同様に急性期医療体制を評価する総合入院体制作業においては、同加算1を算定するには精神科棟の存在が必須であり本体に組み込まれている。同加算1は240点、精神科棟なしの同加算2は180点である。精神科棟分が60点分とすると現行の30点は十分とはいえない。精神科充実体制作業を30点から60点へ増点されたい。	△	急性期充実体制作業の注2として、小児・周産期・精神科充実体制作業が新設された。 イ) 急性期充実体制作業1の場合 90点 ロ) 急性期充実体制作業2の場合 60点 (小児・周産期・精神科充実体制作業とは、小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制作業として、算定する急性期充実体制作業の区分に応じ、所定点数（イ・ロ）を更に加算する。） 精神科充実体制作業については、注3となり、注2に該当しない場合に算定可能。点数は30点で変更なし。
5	精神科救急急性期医療入院料の精神科救急医療体制作業における算定対象の拡大について	現行では、「認知症を除く症状性を含む器質性精神障害（精神症状を有する状態に限る。）ただし、令和6年3月31日までの間は、精神症状を有する状態に限り、認知症を含むものとする。」とされている。令和6年度4月1日以降も引き続き一定の状態を有する認知症患者については対象とするよう要望する。特に夜間に救急入院する高齢者は、一定の状態を有する患者は搬送された時点での認知症の有無はわからないため	×	変更なし。 令和6年4月1日からは、認知症患者については対象外となる。
6	新規入院患者6割以上の入院形態の見直しについて	新規入院患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院、医療観察法入院のいずれかとなっている。厚労省は可能な限り任意入院での入院治療を推奨しており、患者に説明を尽くして入院に納得してもらおうとする、医療保護入院患者が減り、この施設基準に矛盾する。また許し人権問題の一つとしてあげられており、医療保護入院の廃止を訴えている団体もある。令和6年4月からの精神保健福祉法改正に鑑みて施設基準の見直しを提案したい。	×	新規入院患者6割以上の入院形態については変更なし。 なお、精神科救急急性期医療入院料の届出書（様式54）の、「2 実績に係る要件（2）精神科救急医療体制の整備等に係る実績」について、精神科救急情報センターと精神医療相談窓口の件数を別々記載するように変更となっている。

④日本診療情報管理学会 POS 等検討委員会

- 質を担保した標準化退院時サマリーの確立について、コンテンツの選択および表示枠のあり方を具体的に示した「退院サマリー作成に関するガイダンス」を基に退院時要約の構築がなされなければいけないとし、本ガイダンスをいかに普及させていくかが課題であるとした。
- 電子カルテ情報共有サービスへの参画推進については、時間や場所に依らずコアな診療情報を獲得できる仕組みとして「随時サマリー」構想を挙げ、その意義を確認した。具体的には、退院時要約等の診療記録に関する標準化推進合同委員会にて作成された「随時サマリー構成のためのガイダンス」の重要性を認識し、診療情報管理学会内での周知を図っていききたいとした。
- 患者の生活機能サマリー構築においては、「鹿児島モデル」の取り組みについて報告があり、2024年3月から実稼働を開始したとのことであった。その進捗や中途結果を踏まえて、標準的な生活機能評価法の妥当性や有用性を確認し、標準化看護サマリーの構築提案に向けていききたいとした。

2. 日病協実務者会議について

- 国立大学病院長会議より、特定集中治療室管理料等の特定入院料については、総合周産期特定集中治療室管理料と同様に、「専ら該当する診療科に従事する医師（宿日直を含む）が常時1名以上病院内に勤務、2名のうち1名は専任医師として治療室で診療が必要な際には速やかに対応できる体制であること」を新たに医師配置状況として認める要望が提案された。現在複数の大学で施設基準の勤務体制を満たすことができない状況から施設基準を引き下げて運用すると、年間で約868百万円減額の見込みとの説明があった。医師数、看護師数、患者数等の人数で基準を策定されると、病院経営が成り立たなくなる地域の病院があるとの意見が挙げられた。

3. 中医協について（第589回）～今は診療報酬制度のメンテナンスの時期

- 新医薬品について：18成分22品目。高額薬剤が多い
- 新薬算定における係数について

新薬算定における係数について				中医協 総-1-1 参考1 6 . 5 . 1 5			
●労務費単価				●一般管理販売費率			
	令和2年	令和3年	令和4年		令和2年	令和3年	令和4年
現金給与総額(円) ※1 A	480,669	503,847	513,514	一般管理販売費率 (%) ※6	50.1	50.9	52.1
実労働時間(時間) ※2 B	156.0	162.0	159.7	令和2年～令和4年 平均一般管理販売費率 (%)	51.0		
時間あたり労務費(円/時間) ※3 C	3,081	3,110	3,215	●営業利益率			
法定福利費 (%) ※4 D	15.1	16.3	16.3		令和2年	令和3年	令和4年
労務費単価(円/時間) ※5 E	3,546	3,617	3,739	営業利益率 (%) ※7	17.3	16.4	16.3
令和2年～令和4年 平均労務費単価(円/時間)	3,634			令和2年～令和4年 平均営業利益率 (%)	16.7		
				●流通経費率			
					令和2年	令和3年	令和4年
				売上高(百万円) ※8 A	17,334,686	17,572,509	18,011,796
				売上原価(百万円) ※9 B	16,143,503	16,345,300	16,777,006
				流通経費率 (%) ※10 C	6.9	7.0	6.9
				令和2年～令和4年 平均流通経費率 (%)	6.9		

※1 「毎月勤労統計調査」(厚生労働省政策統括官付参事官付雇用・賃金福祉統計室) 全国調査年次報告における医薬品製造業(E165)の規模0(30人以上)、性T(男女計)の「現金給与総額」

※2 「毎月勤労統計調査」(厚生労働省政策統括官付参事官付雇用・賃金福祉統計室) 全国調査年次報告における医薬品製造業(E165)の規模0(30人以上)、性T(男女計)の「実労働時間(総数)」

※3 C=A/B

※4 「毎月勤労統計調査」(厚生労働省政策統括官付参事官付雇用・賃金福祉統計室) 「第3表 産業、企業規模別、現金給与以外の労働費用の現金給与額に対する割合(3-1)」の「製造業(業種別)」における「法定福利費」

※5 E=C×(1+D/100)

※6 「産業別財務データハンドブック」(日本政府投資銀行) 連結決算「第1表」の「1. 5. 6 医薬品 Pharmaceuticals」における「販売費・一般管理費」

※7 「産業別財務データハンドブック」(日本政府投資銀行) 連結決算「第1表」の「1. 5. 6 医薬品 Pharmaceuticals」における「営業利益」

※8 「医薬品産業実態調査」(厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課) 卸売業「表8 損益計算書(医薬品関係部門以外も含む)」における「売上高」

※9 「医薬品産業実態調査」(厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課) 卸売業「表8 損益計算書(医薬品関係部門以外も含む)」における「売上原価」

※10 C=(A-B)/A×100

・ 用法用量変化再算定及び市場拡大再算定品目について

○ 効能変更等が承認された既収載品及び2年度目以降の予想販売額が一定額を超える既収載品について、一定規模以上の市場拡大のあった場合、新薬収載の機会（年4回）を活用して、薬価を見直すこととされている。

○ 今般、NDBデータ（12月診療分）に基づく検討を行ったところ、イミフィンジ点滴静注については用法用量変化再算定の要件に、ユルトミスH1点滴静注については市場拡大再算定の要件に該当したことから、新薬収載の機会を活用して薬価を見直す^{※1}こととする。

※1 NDBデータ（12月診療分）に基づく検討のため、今回の再算定薬価が令和6年度薬価改定後の薬価より高い場合は、今回の再算定薬価は適用しない。

＜薬価算定組織 令和6年4月23日＞

No	銘柄名	成分名	会社名	規格単位	現行薬価	改定薬価	薬効分類	再算定の理由	補正加算	適用日
1	イミフィンジ点滴静注 120mg イミフィンジ点滴静注 500mg	デュルバルマブ (遺伝子組換え)	アストラゼネカ(株)	120mg2.4mL1瓶 500mg10mL1瓶	76,355円 310,154円	67,871円 275,693円	注429 その他の腫瘍用薬	用法用量変化再算定 ^(※2)		令和6年8月1日 ^(※4)
2	ユルトミスH1点滴静注 300mg/3mL ユルトミスH1点滴静注 1100mg/11mL ソリス点点滴静注 300mg	ラブリズマブ (遺伝子組換え) エクリスマブ (遺伝子組換え)	アレクシオンファーマ合同会社	300mg3mL1瓶 1100mg11mL1瓶 300mg30mL1瓶	699,570円 2,565,090円 650,826円	659,985円 2,419,945円 615,752円	注639 注639 注639	その他の生物学的製剤 市場拡大再算定の要件に該当 ^(※3) 類似品	A=10 A=10	令和6年8月1日 ^(※4)

※2 主たる効能効果である「切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的放射線療法後の維持療法」に対して令和5年11月24日に用法用量の変更（1回10mg/kgを2週間間隔→1回1,500mgを4週間間隔）が行われた。

※3 本品は令和5年5月に「視神経髄膜炎スペクトラム障害（視神経髄膜炎を含む）の再発予防」の効能又は効果が追加され、効能変更の承認を受けた日から10年を経過していない。また、NDBデータに基づく検討を行ったところ、年間販売額が350億円超かつ、基準年間販売額の2倍以上という要件に該当すると判断した。

※4 医療機関等における在庫への影響等を踏まえ、再算定薬価の適用には一定の猶予期間を設けることとする。

・ 類似薬算定のための薬剤分類（改訂第14版）について

1. 「類似薬選定のための薬剤分類」は、平成11年の中医協（薬価制度改革の基本方針）に基づき、類似薬効比較方式に係る類似薬選定の透明化を図るために作成されている医療用医薬品成分の分類で、薬価算定における薬理作用類似薬を判断する上での基礎資料。

2. 今般、令和5年5月から令和6年4月までに薬価収載された41成分について、薬価算定組織において検討作業を進め、「類似薬選定のための薬剤分類（改訂第14版）」としてとりまとめた。

＜追加41成分(令和5年5月～令和6年4月収載分)＞

分類名	頁	薬名
113 抗てんかん剤	P9～	ペランバネル水和物
116 抗パーキンソン剤	P17～	ホスレボドパ・ホスカルビドパ水和物
119 その他の中枢神経系用薬	P23～	レカナマブ(遺伝子組換え)
125 発汗剤、止汗剤	P30～	オキシブチニン塩酸塩
129 その他の末梢神経系用薬	P31～	ジフェリケファリン酢酸塩
132 耳鼻科用剤	P38～	レボフロキサシン水和物
218 高脂血症用剤	P51～	インクリシランナトリウム エビナクマブ(遺伝子組換え)
219 その他の循環器官用剤	P53～	チナバル塩酸塩
239 その他の消化器官用剤	P73～	ブデソニド ベドリスマブ(遺伝子組換え) メリキズマブ(遺伝子組換え)
241・249 ホルモン剤・抗ホルモン剤	P74～	セマグルチド(遺伝子組換え)
264・269・395・412 皮膚潰瘍用剤	P98～	バイナツプル老齢汁精製物
333・339 血液凝固・血小板凝集阻防止剤	P116～	アバロンボバグマレン酸塩
339 その他の血液・体液用薬	P118～	ルスパテルセプト(遺伝子組換え)
392 解毒剤	P123～	グルカルビダーゼ(遺伝子組換え)
399 他に分類されない代謝性医薬品	P136～	コール酸 リトレシチニブチル酸塩 ロナファルニブ ダニコバン ベグバリアーゼ(遺伝子組換え) ベグセタコフラン ジルコフランナトリウム フチパチニブ シロリムス
421-429 腫瘍用薬	P141～	タラゾマリブチル酸塩 ベルツズマブ(遺伝子組換え)・トラスツズマブ(遺伝子組換え)・ボルヒアルロニダーゼ アルファ(遺伝子組換え) エポコリタマブ(遺伝子組換え) ベグアスバルガーゼ
441-449 アレルギー用薬	P153～	レプリキズマブ(遺伝子組換え)
611-615・619・621-624・629 主として一般細菌に作用するもの	P156～	セフィデロコルトシル酸塩硫酸塩水和物
625 ウイルスに作用するもの	P163～	レナカパビルナトリウム
631-633 ワクチン類、毒素及びトキソイド類、抗毒素類	P166～	乾燥ヘモフィルスb型ワクチン(破傷風トキソイド結合体)

- ・ 最適使用推進ガイドライン：ネモリヅマブ～アトピー性皮膚炎に伴うそう痒
- ・ 最適使用推進ガイドラインの簡略化：再審査期間を終え、有効性及び安全性に関する情報が十分に蓄積された品目/効能・効果に関しては、事務的な手続きの簡略化を目的として行う。今般キートルーダを簡略版 GL に改訂する。

● GL と簡略版 GL の記載内容の比較：

GL	簡略版 GL
1. はじめに ・ 最適 GL 作成にあたって協力された学会名 ・ 医薬品名 ・ 対象となる効能・効果、用法・用量等	1. はじめに (同左)
2. 本剤の特徴、作用機序	(削除) ※原則、添付文書と同一のため ただし、3. 臨床成績については、コンプリメンタリー診断を設定する場合には、当該診断に係る部分集団解析を最適 GL にのみ記載。
3. 臨床成績	
4. 施設について ・ 施設要件 ・ 医師要件 ・ 副作用への対応等	2. 施設について (同左)
5. 投与対象となる患者 ・ 有効性が示された投与対象となる患者並びに投与対象とならない患者及び使用方法 ・ 安全性に関する事項	3. 投与対象となる患者 (同左)
6. 投与に際して留意すべき事項	4. 投与に際して留意すべき事項 (削除) ※原則、添付文書と同一のため

	品目	製造販売業者	簡略版 GL に改訂予定の最適使用推進ガイドライン	最適使用推進ガイドライン及び保険適用上の留意事項の通知発出日及び適用日 [※]
1	キイトルーダ点滴静注 100mg	MSD (株)	<ul style="list-style-type: none"> ○非小細胞肺癌 ※ ○古典的ホジキンリンパ腫 ○尿路上皮癌 ○高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-High) を有する固形癌及び結腸・直腸癌 ○頭頸部癌 ※ ○腎細胞癌 ※ ○食道癌 ○乳癌 ※ ○胃癌 ○胆道癌 	(通知発出日・適用日) 令和6年5月17日

- ・ 医薬品・医療機器等の費用対効果の総合的評価案について

対象品目名：ソーティクツ錠（デュクラパシチニブ）

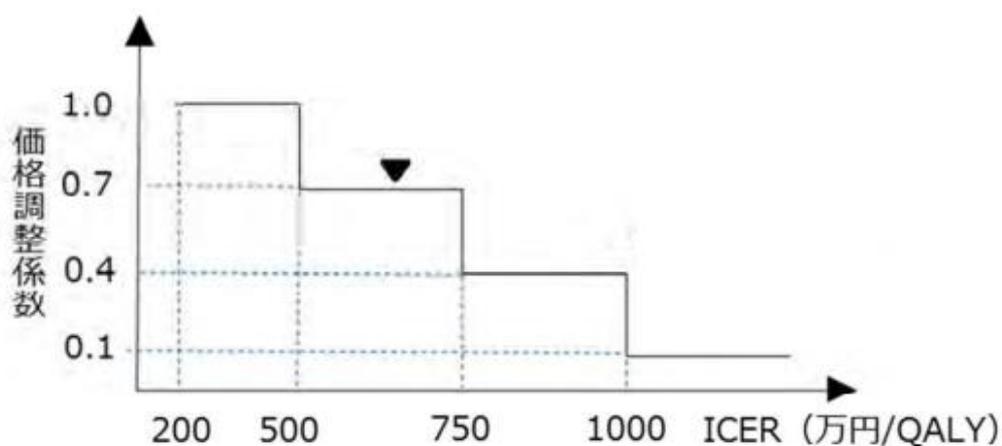
製造販売業者名： Bristol-Myers Squibb 株式会社

効能・効果：既存治療で効果不十分な下記疾患

尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症

対象集団	比較対照技術	ICER（円/QALY）の区分※1、2	患者割合（%）
全身療法歴のない患者*	アプレミラスト	500万円/QALY 以上 750万円/QALY 未満	100

（補足）分析対象集団の ICER の区分（有用性系加算等の価格調整係数）



<費用対効果評価結果に基づく価格調整係数>

対象集団	比較対照技術	有用性加算等の価格調整係数（β）※1	患者割合（%）
全身療法歴のない患者	アプレミラスト	0.7	100

※1 本品は薬価収載時に類似薬効比較方式（I）で算定され、有用性系加算が適用されていることから、以下の算式を用いて分析対象ごとの価格を算出し、それらを当該分析対象集団の患者割合等で加重平均したものを価格調整後の薬価とする。

$$\text{価格調整後の薬価} = \text{価格調整前の薬価} - \text{有用性加算部分} \times (1 - \beta)$$

<価格調整後の薬価>

No	錠剤名	成分名	会社名	規格単位	現行薬価	改定薬価	薬効分類	費用対効果評価区分	適用日※2
1	ソーティクツ錠 6mg	デュクラパシチニブ	ブリistol・マイヤーズスクイブ（株）	6mg1錠	2,770.90円	2,533.40円	内399 他に分類されない代謝性医薬品	H1（市場規模が100億円以上）	令和6年8月1日

費用対効果評価対象品目

評価中のもの：17

評価終了：37

- ・ 現行の「高額薬剤判定」の運用方法について
 - 新たに保険収載・効能追加となった高額薬剤については、医療の技術革新の導入が阻害されないよう、一定の基準に該当する薬剤を使用した患者については、当該薬剤の十分な使用実績データが収集され DPC 包括評価が可能となるまでの期間、包括評価の対象外としている（以下、当該対応を「高額薬剤判定」という。）。
 - 「高額薬剤判定」は、包括評価の対象外となる薬剤および当該薬剤が使用される診断群分類を告示するいわゆる「高額薬剤告示」への追加および診断群分類の定義（傷病名・手術・処置等）を定める「定義告示」への追加の2つの作業からなり、新薬の薬価収載に合わせ、年4回実施している（なお、緊急に薬価収載された新薬については、必要に応じて追加的な判定作業を実施する）。
 - 高額薬剤判定の具体的な作業は次の通り。

【高額薬剤告示への追加】

- 新たに保険適用される以下の医薬品について、その効能・効果から当該医薬品を使用する可能性のある 診断群分類（14桁コード）を抽出する。
 - ① 新薬
 - ② 効能効果・用法用量の一部変更（薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）
 - ③ 事前評価済公知申請
- 各診断群分類について、該当医薬品を入院初日から退院まで添付文書に記載された用法・用量に従って投与した場合の投与回数（仮想投与回数）から、当該医薬品の1入院あたり薬剤費を算出する。
- 当該1入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている1入院あたり薬剤費の84%tile 値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定する。

【定義告示への追加】

- 類似薬効比較方式で算定された新薬であり、当該算定の際の比較薬が該当する診断群分類の定義テーブルにおいて分岐として定義されている場合は、当該新薬を定義テーブルに追加する。

4. 四病協 医業経営・税制委員会について

- ・ 令和7年度税制改正要望について

予算要望と同様に要望の重要度に分けた構成とし、実現の可能性の高い要望を上位に位置付けてはどうか。賃上げ促進税制の税額控除できる上限額について、医療界のように人件費率が高い業界にとっては上限が厳しいため、緩和を要望してはどうか、等の意見を含めて、次回委員会までに各団体で検討し、8月を目途に厚労省に提出する予定とした

・ 控除対象外消費税問題について

4月の日病協代表者会議において、控除対象外消費税の問題について、「医療機関ごとのばらつきが大きいと、それをデータとして示し、診療報酬による補填には限界があることを訴えていきたい」として、個々の医療機関の診療報酬による補填状況を独自に調査する方針となった。これについて、全日病・猪口会長より当委員会で調査方法等を検討してほしいとの依頼があったが、調査・分析にはかなりの作業負担がかかること、外注には1千万円単位の費用がかかることなどが問題となり、「どこが主体となってどの程度の規模で調査をするのか」等の方向性を猪口会長に示してもらったこととした。

5. 第3回 新たな地域医療構想等に関する検討会 ～ 第2回関係団体・有識者ヒアリングが行われた

149	新たな地域医療構想の主な検討事項（案）	令和6年3月29日 第1回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1
<p>○ 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。</p>		
※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討		
<p>【現状】</p> <ul style="list-style-type: none"> 各構想区域の2025年の病床の必要量について、病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。 各医療機関から都道府県に、現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）で協議。 都道府県は地域医療介護総合確保基金等を活用して支援。 <p>など</p>	<p>【主な課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> 2025年の病床の必要量に病床の合計・機能別とも近付いているが、構想区域ごと・機能ごとに乖離。 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、在宅を中心に入退院を繰り返し看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。その際、かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。 2040年までみると、都市部と過疎地等で、地域ごとに人口変動の状況が異なる。 生産年齢人口の減少等がある中、医師の働き方改革を進めながら、地域に必要な医療提供体制を確保する必要。 <p>など</p>	<p>【主な検討事項（案）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル <ul style="list-style-type: none"> 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等 病床の機能分化・連携の更なる推進 <ul style="list-style-type: none"> 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等 病床必要量と基準病床数の関係 病床機能報告：機能区分、報告基準等 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等 地域医療介護総合確保基金 都道府県の権限 等 地域における入院・外来・在宅を含めた医療提供体制の議論 <ul style="list-style-type: none"> 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等 地域医療介護総合確保基金 都道府県の権限 介護保険事業等を担う市町村の役割 等 <p style="text-align: right;">149 など</p>

150	地域医療構想に関する今後の想定スケジュール（案）	令和6年3月29日 第1回新たな地域医療構想等に関する検討会 資料1（一部改）
<p>現行の地域医療構想</p> <p>3/13 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG 議題：地域医療構想の更なる推進について → 3/28に2025年に向けた取組の通知を发出</p> <p>夏頃 推進区域・モデル推進区域（仮称）の設定</p> <p>アウトリーチの伴走支援</p> <p>地域医療構想の取組状況について、随時、調査を実施した上で、WGにおいて、進捗状況の評価等を行う。</p> <p>報告 WGの議論の内容を新検討会に報告し、現行の地域医療構想の評価課題を踏まえ、新たな地域医療構想の検討を進める。</p> <p>令和9年度（2027年度） ・新たな地域医療構想の取組（第8次医療計画の中間見直し後の取組）</p>	<p>新たな地域医療構想</p> <p>3/29 第1回新たな地域医療構想等に関する検討会 ※ 検討会を月1～2回程度開催 ※ 医療部会に報告しながら検討を進める</p> <p>1 巡目の議論 ・関係団体等からのヒアリング ・論点の提示、議論</p> <p>夏～秋頃 中間まとめ（予定）</p> <p>2 巡目の議論 ・制度改正の具体的な内容に関する議論</p> <p>年末 最終まとめ（予定）</p> <p>令和7年度（2025年度） ・新たな地域医療構想に関するガイドラインの検討・发出</p> <p>令和8年度（2026年度） ・新たな地域医療構想の検討・策定</p> <p style="text-align: right;">150</p>	

文責：谷口健次（小牧市民病院）