

I. 薬局・医療機関関連

I. コロナ後遺症対応医療機関リスト化

厚労省は新型コロナウイルス感染症の後遺症に対応できる医療機関のリストを4月28日までに作成してウェブサイトで公表するよう各都道府県に要請した。後遺症に悩む人がかかりつけ医で治療を受けたり、必要に応じて専門医に繋いだり相談できる体制を整備するためである。都道府県のリストは厚労省のホームページにリンクが張られる予定である。

II. 健保連、かかりつけ医登録制を主張

健康保険組合連合会は2023年度事業計画を決めた。その中にはかかりつけ医制度に関して、健保連の提言に沿った仕組みの実現を主張する。健保連は一定の機能が整備された医療機関をかかりつけ医として公的に認定し、その施設の医師一人を国民や患者が任意でかかりつけ医として登録する仕組みである。日本医師会がかかりつけ医を1人に絞る制度の実現には反対意見を表明しており、今後かかりつけ医のあり方はこの2つの意見を中心に議論が進められていくだろう。

III. 医療と介護の総合確保方針 2024

厚労省は2024年度に始まる新たな医療計画と介護保険事業計画に向けて、医療と介護の「総合確保方針」

の見直し案を大筋で了承した。見直し案では、地域完結型医療介護提供体制構築、サービス提供人材確保と働き方改革、限りある資源の効率的かつ効果的な活用、デジタル化・データヘルスの推進、地域共生社会の実現に加えて「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」を新たに示す。

IV. 糖尿病、感染症流行時はオンライン受診を検討

厚労省は、腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会の中間とりまとめを公表した。その中に感染症流下の非常事態であっても糖尿病患者が切れ目なく適切な医療を受けられるような体制整備が盛り込まれた。具体的にはオンライン診療の活用などを視野に入れており、今後オンライン診療が可能な糖尿病患者の病態像の整理をする方針である。

V. 24年診療報酬、手術料精緻化検討

中医協総会は2024年度の診療報酬改定に向けた医療技術評価分科会による対応案を了承した。外科系学会社会保険委員会連合（外保連）の手術基幹コード「STEM7」と整合性が取れていない診療報酬点数表の手術料の区分コード「Kコード」の一部見直しを検討する。

II. 行政・技術関連情報

I. AI、うつ病を診断

脳の画像診断を行う人工知能がうつ病患者を高精度に見つけることに成功したと広島大学などの研究チームが発表した。うつ病の診断は問診や心理テストなどが中心で医師によるバラつきが課題であった。うつ病患者と健康な人の脳の血流を fMRI で撮影しその画像を、あらかじめ患者ら1200人の脳回路の特徴を学ばせたAIで解析したところ正解率は7割ほどであった。今後精度が上がれば、医師のうつ病診断の補助になる可能性が見えてきた。

II. iPS心筋球、世界初治験

慶応大学発ベンチャーのハートシード社は、iPS細胞から作製した心臓の筋肉を小さな塊にして、心筋球として**重い心不全患者の心臓に移植する世界初の臨床試験**を行ったことを発表した。現在のところ合併症はなく、心臓の状態も改善が見られるという。移植した細胞が成長して心筋が再生すれば、ドナーを待つしかない心臓移植に代わる根本的な治療法となる可能性がある。

III. 介護の申請・届出電子化

厚労省は、介護保険制度で必要な介護事業者による自治体への文書提出に関して、**全国共通の電子データによる申請・届出システムでの処理に切り替える**。自治体によっては持参や郵

送のみの受付など業務効率化を妨げる規定が存在する場合があります、介護職員の負担になっていた。2025年度には全国で切り替えを完了させる考えであり、電子化の準備が整った自治体から順次切り替えていく。

IV. コロナウイルス 2019 に

厚労省は、新型コロナウイルス感染症に関して、**5類への引き下げ時に名称を、「コロナウイルス感染症 2019」に変更する検討**に入った。新型という言葉を外すことで平時の感染症という印象を持たせる狙いがある。数字の2019は中国で初めて確認された年を表している。もともと文字数が多く言いにくかったが、今回の変更でさらに文字数が増えた上、ニセンジュウキュウなのか、ニイマルイチキュウなのか、ニイゼロイチキュウなのか、人によって呼び方が変わりそうな予感がする。

V. コロナ病床は1年後に廃止予定

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の分類引き下げに伴い、医療提供体制を段階的に正常化する政府の移行案が明らかになった。入院患者を受け入れる**コロナ病床は当面継続するが、1年以内の廃止を目指す**。廃止後は国内のすべての病院での受け入れを図る。また外来診療は現在の1.5倍、約64,000施設での受け入れ態勢を構築したい考えである。

Ⅲ. 企業関連情報

I. ファイザー、RS ウイルスワクチン申請

ファイザーは、組換え 2 価融合前 F タンパク質抗原含有 RS ウイルスワクチンを日本で承認申請した。同ワクチンは、妊婦に摂取し、母体から胎児へ移行する RS ウイルス中和抗体価を高めることで乳児において、出生時から RS ウイルスを原因とする下気道疾患を予防することを目的とする。RS ウイルスは生後 6 か月未満で感染すると重症化するとされている。日本では毎年 12 万人～14 万人ほどの 2 歳未満の乳幼児が罹患し、1/4 が入院すると推計されている。

II. 不眠障害治療用アプリ承認取得

ヘルスケアテック企業のサスメド社は不眠障害治療に用いるアプリ「サスメド Med CBT*i* 不眠障害治療用アプリ」の医療機器製造販売承認を取得したと発表した。今後、保険適用と発売に向けた準備を進めていく。同アプリは不眠障害において、医師が行う認知行動療法の支援を行うものという位置づけであり、今回の承認においても、補助や支援に用いるものであることを明確にすることが条件とされている。

III. 「ゾコーバ」後遺症リスク半減

塩野義製薬の新型コロナウイルス感染症治療薬「ゾコーバ」に関し

て、治験参加者の 6 か月の追跡調査の結果、プラセボ服用群と比べて、のどの痛みや倦怠感などの症状が継続するリスクが 45%減少したと発表した。新型コロナウイルス感染症では症状改善後も長く後遺症に悩まされるケースが多く報告されているが、原因や治療法などは分かっていない。

IV. 第一三共、営業組織改編

第一三共は、4 月 1 日より営業組織を改編し、営業本部とマーケティング本部を統合し医薬営業本部にするほか、12 支店 25 エリア統括部体制から、16 営業部体制に移行する。16 営業部体制に移行することで、エリアマーケティング機能を強化することが狙いである。また営業企画部の特定疾患グループ、希少疾患グループを独立させて特定疾患推進部とすることで特定疾患事業の強化を図る。

V. 科研製薬、組織改編

科研製薬は 4 月 1 日より営業本部にある 5 つの支店を廃止し、新設する 3 つの統括営業部が 33 営業所を直接管轄する体制に変更すると発表した。営業所や統括営業部に権限を委譲し、現場に則したスピード感ある対応ができる体制を目指す。また、医薬営業部内にマーケティンググループを新設し、デジタル戦略チームを設置する。

IV. 展望

I. 客の多い料理店

売上が大きい施設というのは、売り手にとって魅力が高い。おのずと力のある企業（製品）がそのような施設を徹底的に攻略するから、力のない企業（製品）の入り込む余地はない。このロジック、何となく正しそうだが、現実を見る限りどうも全く違うようだ。

この10年、休日によく行くカフェはビル2階、新聞博物館みたいな施設の隣にある。あまり人が寄り付かなそうな立地だったので、昔はいつ行ってもすいていたのだが、雑誌に載ってからは入店まで30分は待たされるようになった。ここは、空いているころと比べるとケーキなどの品数が豊富になった。増えた客が飽きないようにしたのだろう。なるほど、客が増えると扱ひ商品も比例して増えるようだ。フレンチのお店などは人気店であってもメニューは限られている。これは業態上仕方ない。そのかわり、ワインリストが豊富であったり、食後のコーヒー紅茶の種類が充実していたり、やはり多様な好みに合わせる工夫はしているのだ。

小売業も同じだ。コンビニエンスストアのような規模の小さい店舗と、イオンやコストコなどの巨大な店舗では、後者が圧倒的に品揃え豊富だ。コンビニ店舗が狭いので売れ筋、つまり力のある製品しか置けない。一方で大規模なスーパー

は、多種多様な商品を置くスペースがあり、実際に品揃えは豊富だ。聞いたことのないメーカーの商品などもポツポツと並ぶ。小規模な店舗でも品ぞろえの豊富さを売りにする店は繁盛していることが多い。焦点の絞り方を間違えなければだが。

客が多いということは、それだけ様々なニーズがあるという事だ。様々なニーズがあるなら、それに応えないと客は定着してくれない。そのため、多くの客が来る店は、多様なニーズに対応できるような商品ラインナップを広げる。売れ筋の商品だけでなく、それに飽きた人たちや、こだわりが強い人たち向けにマイナーな商品も展開する必要性があるのだ。

多くの客を抱えて売り上げ規模が大きい施設は、営業担当者にとって魅力的だ。当然、各社の担当者が力を入れて営業をかける。多くの企業はエース級の人材を投入するだろう。しかし、どんなに優秀な営業職員でも、取引先の施設の客が多ければ多いほど、そのすべての客のニーズを満たす提案は出来ない。そして、その満たされないニーズに他の企業の商機があるのだ。激戦のように見えるが、1社では到底満たしきれないニーズがあるので、それをしっかり見いだせれば、むしろ客が少なく、その分扱う商品を絞っているところよりも付き合いやすいのだ。（武田）

V. 市場動向レポート

I. かかりつけ医のあり方

今後 10 年、医療の世界ではかかりつけ医というキーワードが重要になるだろう。ただ、医療提供側と保険者側ですでに意見の相違が生じている。それだけ両者にとって重要なことなのだろう。かかりつけ医自体は、反対ではないが、それをどのような機能として定義して導入するのか、各論部分で対立がある。

保険者側は、厚労省含めた当局も同じかもしれないが、かかりつけ医の要件定義をしっかりと上で、認定していきたい考えを持っている。つまり、医療提供体制の中で求められている患者やその家族を含めて全人的に診つつ、地域医療の窓口として必要に応じて専門施設を紹介するなどの対応をするコーディネーターとしての役割に対し「かかりつけ医」という名前を付けようとしているのだ。一方、医師会側は、患者は様々な疾患を抱えており、かかりつけ医を複数持っても良いはずで、特定の医師をかかりつけ医として患者と紐づけるのは適切ではないと反対している。

意見の一番の相違点は、**かかりつけ医を 1 人に決めるのか、1 人に限定せず複数かかりつけ医を持つことを認めるか**というところだ。保険者側などは、かかりつけ医を 1 名に絞って、そこを窓口に必要なに応じて専門医を受診したり、介護を利用したり、効率的な医療資源の利用を実現したい。

このような流れが実現されると、かかりつけ医に選ばれなかった医療機関は、かか

りつけ医から紹介されるまで患者が来ないという事態になるかもしれない。それでも今はまだまだが人口減少が進み、需要と共有、医師と患者のバランスが逆転した後など、かかりつけ医かどうかは収益に大きな差を生むかもしれない。そもそもこのような機能が上手く動き出せば、医療提供体制の余剰分が削減されるのだから、削減される側の医師からするとたまったものではないだろう。

このように見るとかかりつけ医のあり方がいかに重要か見えてくる。かかりつけ医を専門医の 1 種類のように定義し、患者は複数かかりつけ医を持つことが出来る状態にするというのが医師会の考えだろう。自由にかかりつけ医を複数持てるのであれば、患者にとっては良いことだろう。一方で保険者や当局が進もうとしているかかりつけ医を 1 名に絞る制度は、不便なこともあるだろう。徐々に有名無実化している医療のフリーアクセスがさらに縮小される。しかし、医療のプロであるかかりつけ医がコンシェルジュとなり、患者にあった医療をコーディネートするのであれば、無駄の少ない医療提供の実現が可能になるだろう。そうなれば、**医療費抑制にもなる**。これからかかりつけ医のあり方がどちら寄りになるのか、それによって医療提供体制が変わっていくのだ。(武田)

VI. 数字で見る医療提供体制（都道府県別施設数 22年11月）

	施設数					病床数			
	病院	療養病床を有する病院 (再掲)	一般診療所	療養病床を有する一般診療所 (再掲)	歯科診療所	病院	療養病床 (再掲)	一般診療所	療養病床 (再掲)
全 国	8 153	3 453	105 345	576	67 684	1 491 951	278 121	79 943	5 649
01 北海道	535	221	3 433	28	2 786	90 580	18 664	4 970	303
02 青森	90	35	861	8	490	16 334	2 253	1 564	77
03 岩手	92	29	888	6	550	16 146	2 138	1 030	64
04 宮城	135	48	1 746	9	1 050	24 595	3 175	1 264	79
05 秋田	65	23	815	4	423	14 019	1 832	655	49
06 山形	67	22	903	3	464	14 111	2 068	473	33
07 福島	124	46	1 391	5	831	24 033	2 983	993	37
08 茨城	173	74	1 778	13	1 359	30 494	5 227	1 566	119
09 栃木	109	55	1 484	6	958	21 136	3 966	1 422	48
10 群馬	127	61	1 581	2	974	23 420	4 029	888	26
11 埼玉	342	120	4 500	2	3 538	62 918	11 023	2 395	29
12 千葉	290	119	3 945	5	3 242	59 803	10 878	1 985	64
13 東京	629	231	14 755	10	10 697	125 152	21 983	3 454	130
14 神奈川	336	123	7 099	8	4 970	73 757	12 831	2 152	122
15 新潟	119	37	1 685	2	1 112	26 049	3 396	563	38
16 富山	106	50	758	1	439	14 994	3 760	395	12
17 石川	91	36	885	2	480	16 553	3 066	782	16
18 福井	67	28	572	7	298	10 249	1 763	825	88
19 山梨	60	27	757	3	430	10 580	1 999	403	18
20 長野	124	53	1 608	8	988	22 908	3 219	762	70
21 岐阜	96	45	1 633	15	950	19 475	2 783	1 389	185
22 静岡	170	79	2 764	4	1 739	36 273	8 684	1 643	56
23 愛知	318	146	5 630	16	3 707	65 980	13 207	3 406	163
24 三重	93	47	1 526	11	804	19 169	3 525	887	129
25 滋賀	58	29	1 146	1	562	13 863	2 476	465	17
26 京都	160	49	2 500	2	1 282	31 945	3 558	617	25
27 大阪	506	208	8 851	3	5 468	103 976	19 981	1 973	28
28 兵庫	347	152	5 228	10	2 960	63 804	12 730	2 227	88
29 奈良	75	33	1 227	2	678	15 951	2 748	397	18
30 和歌山	83	35	1 029	10	521	12 819	2 106	742	110
31 鳥取	43	25	487	3	258	8 313	1 743	420	18
32 島根	46	24	707	2	250	9 679	1 712	405	10
33 岡山	159	72	1 608	24	995	27 097	4 041	1 793	275
34 広島	232	106	2 538	31	1 501	36 892	7 381	2 473	312
35 山口	139	73	1 226	8	638	24 344	7 345	1 313	78
36 徳島	106	57	700	11	421	13 267	3 307	1 291	75
37 香川	87	35	852	17	472	14 059	2 092	1 333	167
38 愛媛	134	69	1 191	10	643	20 260	4 323	1 950	126
39 高知	120	70	526	2	348	15 734	4 461	1 075	10
40 福岡	453	204	4 811	75	3 072	81 626	17 145	6 215	627
41 佐賀	96	49	702	29	398	14 152	3 633	1 982	242
42 長崎	146	65	1 338	30	700	25 231	5 752	2 885	289
43 熊本	203	93	1 480	32	832	32 287	7 144	3 920	298
44 大分	151	44	962	15	522	19 466	2 365	3 316	143
45 宮崎	132	58	923	21	486	18 141	3 215	2 146	177
46 鹿児島	230	111	1 385	54	794	31 665	6 786	4 360	500
47 沖縄	89	37	931	6	604	18 652	3 625	779	61