

九州医師会連合会委員・九州各県医師会役員合同協議会

JMA

中央情勢報告

令和7年11月29日

公益社団法人 日本医師会

会長 松本 吉郎



日医君
(福岡県バージョン)

目 次

1. 事前にいただいた質問への回答
2. 次期診療報酬改定に向けた日本医師会の考え方
3. 日本医師会の考え方と財務省財政審の主張
4. 中医協の状況
5. OTC類似薬

(参考)令和7年 診療所の緊急経営調査 結果 -令和5年度、6年度実態報告-

1. 事前にいただいた質問への回答

質問内容等の一覧

質問者(医師会)	標題
鹿児島県	物価高騰等に対する補助金の執行について
長崎県	国民皆保険制度を守るために
熊本県	消費税について
福岡県	医業承継の税制上の課題が地域医療の存続に及ぼす影響について
福岡県	令和8年度診療報酬改定における 病院と診療所の均衡をめぐる課題について
福岡県	医療事故調査制度発足10年を踏まえて、 日本医師会の立ち位置と各都道府県医師会の現況について

物価高騰等に対する補助金の執行について

質問者	鹿児島県医師会
標題	物価高騰等に対する補助金の執行について
要旨	<p>令和4年度に新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援交付金」が創設されて以降、毎年、物価高騰等に対する補助金が組まれている。令和5年には「重点支援地方交付金」となったが、現在まで継続して推奨事業メニューの事業者支援の対象に医療機関・介護施設が含まれているのは、ひとえに松本会長をはじめとする日本医師会の役員の先生方のご尽力によるものと御礼申し上げる。</p> <p>しかし、当該補助金や、令和6年度補正予算(令和7年度に繰り越し)における「医療施設等経営強化緊急支援事業」は、国から直接、各医療機関へ補助金が支給されず、それぞれの都道府県行政により金額などが決められ、議会で予算承認を受けた後、それぞれ異なる補助金の内容で、更に時期にも格差が生じている。</p> <p>本県では、これら補助金のアナウンスや執行が他県と比べて非常に遅く、医療機関に補助金が行き渡るまでの期間が長くなっている。例を挙げると、令和6年12月に国から公表された重点支援地方交付金の給付申請が開始されたのは翌年の7月であった。また、先述の補正予算事業における「生産性向上・職場環境整備等支援事業」は令和6年12月に厚生労働省が発表し、県議会では令和7年6月末に補正予算として可決したにもかかわらず、9月1日にになってようやく県ホームページにて公表された。本会や各医療機関への周知文書はさらにその後になってからの発送であった。</p> <p>また、重点支援地方交付金による補助金対象は「高圧電力・LPガス使用」及び「入院患者食事提供」の病床を有する施設のみが対象とされており、無床診療所は対象外となっている。他県では、無床診療所も補助対象とされているところもあり、格差が生じている。</p> <p>上記状況を踏まえ、全国で統一した金額を、速やかに医療機関等に支給していただくため、国で一括して執行まで行っていただくことを要望する。</p>

令和7年度 補正予算に向けて

高市内閣総理大臣 所信表明演説（2025年10月24日）

- 国民の皆様のいのちを守り、安心して必要なサービスを受けていただくためにも、赤字に苦しむ医療機関や介護施設への対応は待ったなしです。診療報酬・介護報酬については、賃上げ・物価高を適切に反映させていきますが、報酬改定の時期を待たず、経営の改善及び従業者の待遇改善につながる補助金を措置して、効果を前倒します。

高市総理が所信表明演説で述べられたことは、現在の医療機関の窮状をご理解された上で、スピード感をもった対応で「医療をしっかりと支えていただける」というご趣旨だと考えています。ただし、国の補正予算が成立しても、都道府県で議会を開き補正を組むとなると相当時間がかかり、医療機関はそこまでもちません。実際に去年の補正が10月末時点で行き届いていない県などもあります。日本医師会は、都道府県を通さずに国が直接医療機関に出す補助金などの実現を引き続き求めていきます。

光熱費・食材料費等物価高騰対応 重点支援地方交付金

物価高騰への対応については、過去約3年の間に5回にわたって重点支援地方交付金(地方創生臨時交付金)による補助が自治体を通じて行われています。直近では、5月27日に予算額1000億円ながら予備費による追加が決定したところです。しかし、給付までに時間がかかることや、自治体ごとにバラつきがあることが課題です。

1回目

令和4年9月20日閣議決定 **6,000億円**(コロナ・物価予備費 当初2,000億円 + 追加4,000億円)

2回目

令和5年3月28日閣議決定 **7,000億円**(令和4年度予備費より)

3回目

令和5年11月2日閣議決定 **5,000億円**(令和5年度補正予算より)

4回目

令和6年11月22日閣議決定 **6,000億円**(令和6年度補正予算より)

5回目

令和7年5月27日閣議決定 **1,000億円**(令和7年度予備費より)

重点支援地方交付金の追加

令和6年度補正予算

|エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者に対し、地方公共団体が地域の実情に合わせて必要な支援をきめ細やかに実施できるよう、重点支援地方交付金を「低所得世帯支援枠」及び「推奨事業メニュー」実施のため追加する。

- 予算額：1.1兆円（うち ①低所得世帯支援枠 0.5兆円、②推奨事業メニュー 0.6兆円）
※ この他、「給付金・定額減税一体措置(令和5年度経済対策)」に基づく給付金(0.6兆円)を措置。
- 対象事業：
 - ①（低所得世帯支援枠）物価高騰の負担感が大きい低所得世帯への負担の軽減を図る事業。
 - ②（推奨事業メニュー）エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者に対し、支援を行う事業。効果的と考えられる推奨事業メニューを提示。

推奨事業メニュー	
(生活者支援)	(事業者支援)
①エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う低所得世帯支援	⑤医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援
②エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う子育て世帯支援	⑥農林水産業における物価高騰対策支援
③消費下支え等を通じた生活者支援	⑦中小企業等に対するエネルギー価格高騰対策支援
④省エネ家電等への買い換え促進による生活者支援	⑧地域公共交通・物流や地域観光業等に対する支援

- 算定方法：
 - ①（低所得世帯支援枠）住民税非課税世帯1世帯あたり3万円を基礎として算定（市町村）
住民税非課税世帯のうち、子育て世帯は子ども1人あたり2万円を加算
 - ②（推奨事業メニュー）人口、物価上昇率、財政力等を基礎として算定（都道府県、市町村）

重点支援地方交付金 交付限度額（令和6年度補正予算）

【都道府県分】

(単位：千円)

都道府県	合計
北海道	18,738,181
青森	5,855,578
岩手	5,723,501
宮城	6,346,630
秋田	5,063,235
山形	4,858,552
福島	6,041,857
茨城	6,646,146
栃木	5,037,998
群馬	5,126,393
埼玉	13,317,027
千葉	11,238,703
東京	15,338,574
神奈川	14,818,226
新潟	6,891,996
富山	3,665,629
石川	3,943,143
福井	3,332,557
山梨	3,825,133
長野	6,861,226
岐阜	5,714,936
静岡	8,402,833
愛知	13,029,488
三重	4,597,258

都道府県	合計
滋賀	4,086,027
京都	6,636,703
大阪	16,798,573
兵庫	12,705,259
奈良	4,843,230
和歌山	4,301,779
鳥取	3,604,317
島根	3,802,865
岡山	6,024,214
広島	7,076,219
山口	4,488,848
徳島	3,804,566
香川	3,910,552
愛媛	5,492,377
高知	4,096,871
福岡	14,227,934
佐賀	4,308,580
長崎	5,882,827
熊本	6,749,379
大分	5,023,767
宮崎	5,168,217
鹿児島	6,639,814
沖縄	5,912,282
合計	330,000,000

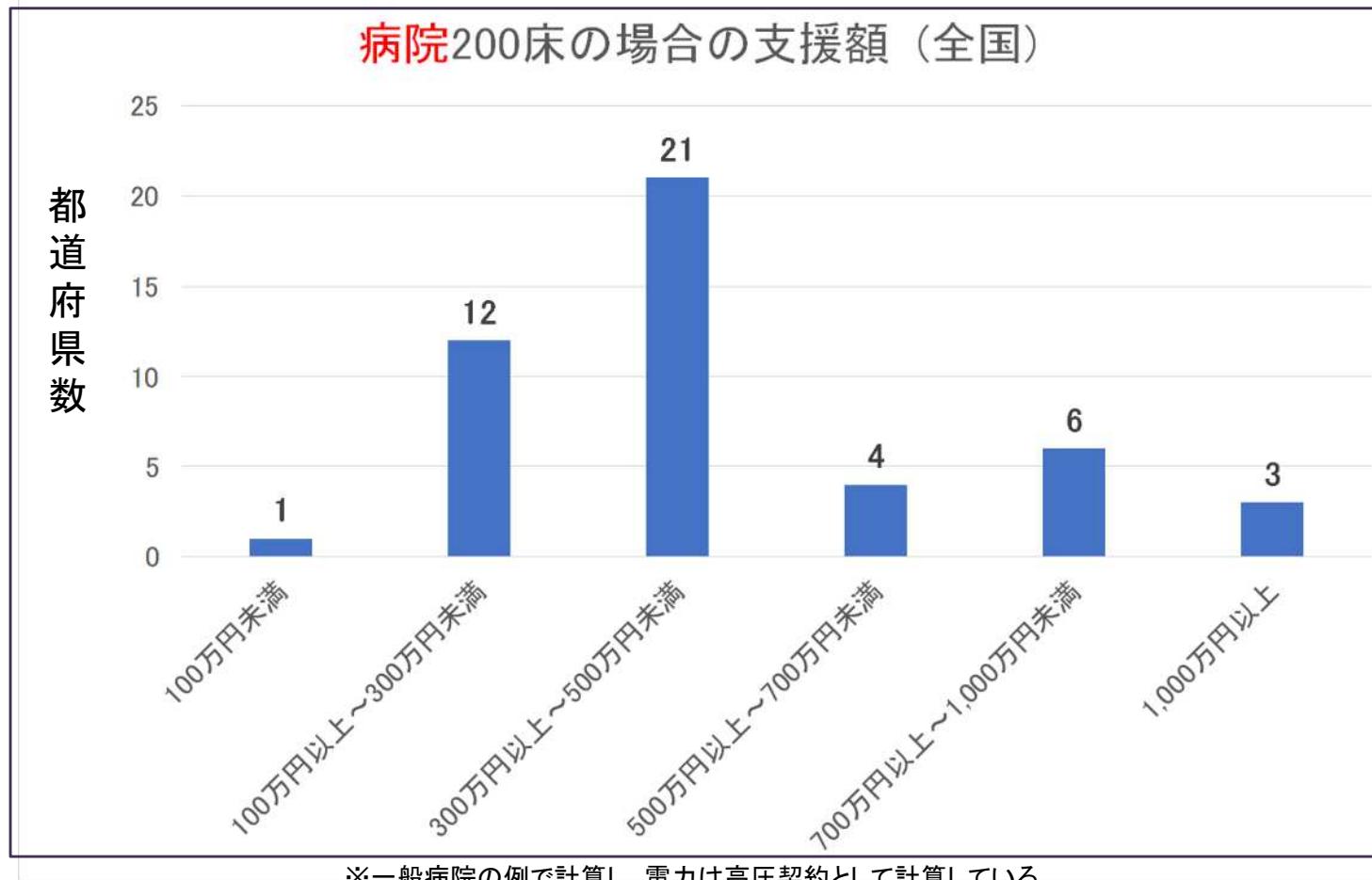
【市町村分】〔 都道府県内の市区町村に係る交付限度額の合算額 〕

(単位：千円)

都道府県	合計
北海道	16,810,912
青森	4,283,448
岩手	3,983,346
宮城	5,539,635
秋田	3,341,808
山形	3,579,089
福島	5,271,570
茨城	6,034,447
栃木	4,110,892
群馬	4,377,452
埼玉	12,542,796
千葉	10,690,068
東京	16,069,370
神奈川	13,634,012
新潟	5,694,630
富山	2,503,753
石川	2,872,381
福井	1,904,899
山梨	2,294,341
長野	6,461,073
岐阜	5,029,776
静岡	7,204,786
愛知	12,355,711
三重	3,903,600
福岡	11,657,150
佐賀	2,425,049
長崎	3,941,459
熊本	5,097,002
大分	3,092,033
宮崎	3,255,066
鹿児島	4,953,898
沖縄	4,211,914
合計	270,000,000

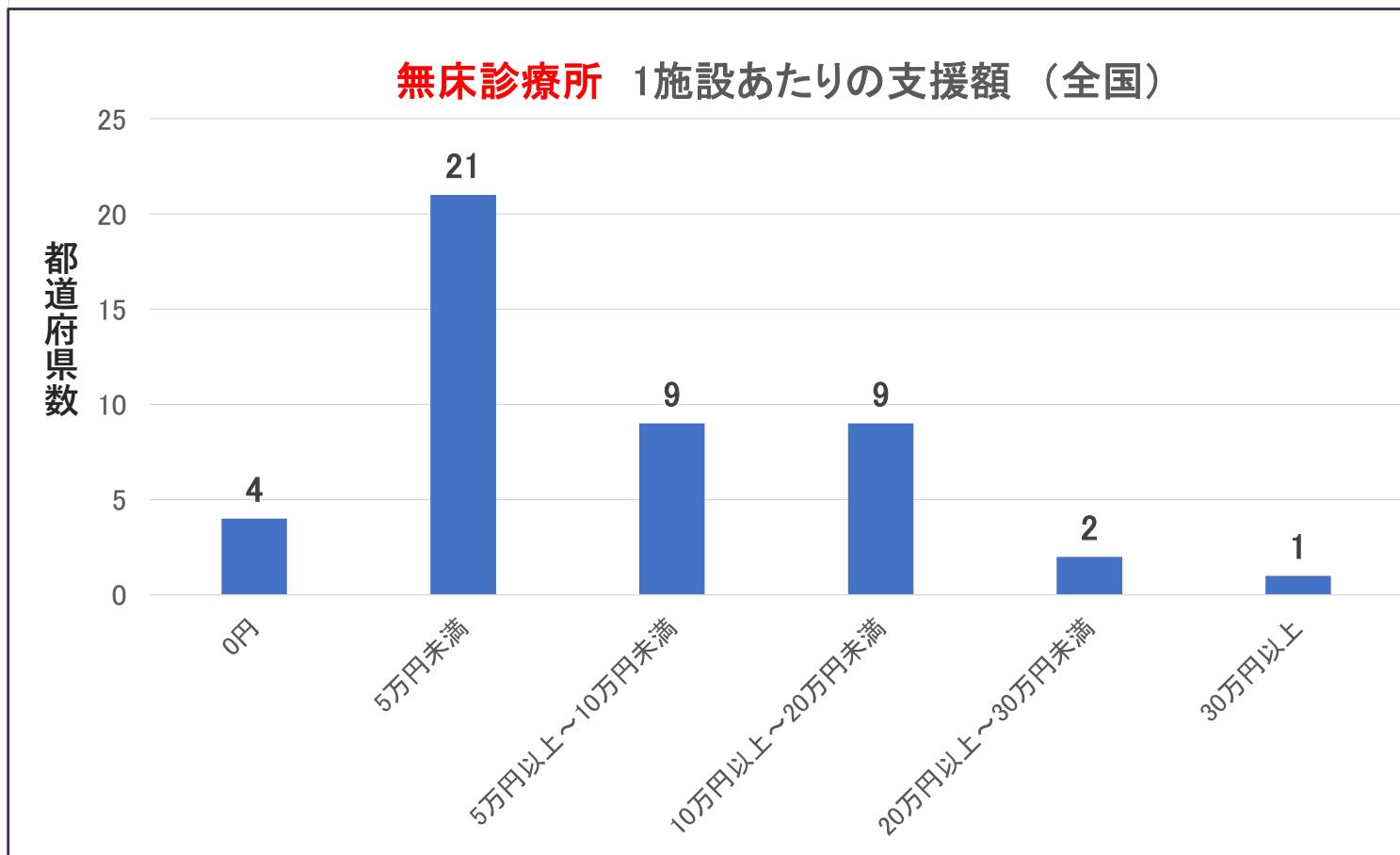
令和6年度補正予算「重点支援地方交付金」を活用した各都道府県における病院への光熱費・食材料費等支援の状況

地方自治体により支援額に大きな差異があることが課題



令和6年度補正予算「重点支援地方交付金」を活用した各都道府県における無床診療所への光熱費等支援の状況

地方自治体により支援額に大きな差異があることが課題



※都道府県の支給要綱等より1施設当たりの固定額が算定可能な46都道府県の集計。電力は低圧契約、ガスはプロパンの例で計算。

令和6年度補正予算「重点支援地方交付金」医療機関向け物価高騰対策支援 九州各県の申請受付開始月

地方自治体により交付までに時間がかかることが課題

	申請受付開始月	決定した補正予算の時期
福岡県	令和7年1月	令和6年度12月補正予算
佐賀県	令和7年4月	令和6年度2月補正予算
長崎県	令和6年12月	令和6年度11月補正予算
熊本県	令和7年7月、10月(※)	令和6年度2月補正予算
大分県	令和7年6月	令和6年度2月補正予算
宮崎県	令和7年5月	令和6年度2月補正予算
鹿児島県	令和7年7月	令和6年度3月補正予算
沖縄県	令和7年9月	令和6年度2月補正予算

各県のホームページ等より作成

※熊本県は、令和7年8月の大雨による被災等を踏まえ、10月に2次募集が行われた。

令和6年度補正予算「重点支援地方交付金」医療機関向け物価高騰対策支援

九州各県はいずれも受付終了済み

各県ホームページより



令和6年度12月
補正予算



電力・燃料・食料品等の価格上昇分への支援

○ 医療・福祉・教育施設等に対し、電気代等の上昇分を支援

- ・ 医療施設等 25億9,182万3千円

48億7,894万3千円

[対象施設] 病院・診療所（歯科含む）、施術所、薬局、助産所、歯科技工所

[対象経費] 電気代（低圧・高圧・特別高圧）、食材費の上昇分

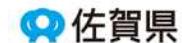
[対象期間] 令和6年8月～10月、令和7年1月～3月

[補助額※] 病院、有床診療所 19,700円～47,000円／床

無床診療所 40,700円～64,000円／施設

施術所、薬局、助産所、歯科技工所 12,100円～27,600円／施設

※ 対象経費の有無に応じて異なる



令和6年度2月
補正予算

【受付終了しました】医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金の申請受付を開始しました

業種区分 (大分類:A～J、中分類:1～6)		①基準単価	②加算
A	病院等		
1	病院		14千円/床
2	有床診療所		
3	無床診療所	40千円/施設	
4	歯科診療所		
	助産所		—



令和6年度11月
追加補正予算

【受付終了】令和6年度長崎県医療機関等物価高騰緊急支援事業支援金

概要

物価高騰の影響を受けた県内医療機関等に対して、支援金を支給することで負担軽減を図ります。

支援金の額

- 病院、医科・歯科有床診療所（3床以上）
1床あたり18,000円

- 医科・歯科有床診療所（2床以下）、医科・歯科無床診療所
1施設あたり48,000円



2次募集

令和6年度2月
補正予算

令和7年度（2025年度）

熊本県医療機関等 物価高騰対策

熊本県物価高騰対策支援金のご案内

区分	支援金額（※1）
病院、4床以上の診療所	3万4千円×病床数（※2）
3床以下の診療所、無床診療所、歯科診療所	11万2千円

熊本県は、令和7年8月の大雨による被災を踏まえ、10月に2次募集が行われた。

令和6年度補正予算「重点支援地方交付金」医療機関向け物価高騰対策支援

九州各県はいずれも受付終了済み

各県ホームページより



令和6年度2月
補正予算

物価高騰対策緊急支援補助金

物価高騰下においても安定的にサービスが提供できるよう、物価高騰分に要する費用を補助します。

申請期間：令和7年6月3日(火)～令和7年8月29日(金)

医療	診療所(0～3床)※歯科診療所、無床診療所含む	45千円／施設
	病院(公立病院除く)、診療所(4床以上)	20千円／床
	薬局、施術所(鍼灸マッサージ・柔道整復)、助産所	20千円／施設



令和6年度鹿児島県医療機関物価高騰対策支援事業（追加支援分）について

令和6年度3月
補正予算

(1) 特別高圧電力受電への支援

対象施設

特別高圧電力で受電する病院・有床診療所（令和6年8月から同年10月まで及び令和7年1月から同年3月までに特別高圧での受電の実績があるもの）

支給単価

使用電力OkWh(R6.8, 9月の実績)×1.0円

使用電力OkWh(R6.10, R7.1, 2月の実績)×0.7円

使用電力OkWh(R7.3月の実績)×0.4円

(2) LPガス使用施設への支援

対象施設

LPガスを使用する病院・有床診療所（令和6年8月から同年10月まで及び令和7年1月から同年3月までの間にLPガスの使用実績があるもの。）

支給単価

支給単価

支給単価

病床数	1-19	20-50	51-100	101-200	201-300	301以上
単価	1万2千円	3万3千円	6万8千円	13万8千円	21万8千円	27万8千円

(3) 食材費高騰に対する支援

対象施設

入院患者への食事提供を行う病院・有床診療所（令和6年6月から令和7年3月までの間に入院時食事療養費の支払い対象となった診療を行っているもの）

支給単価

支給単価

支給単価

支給単価

支給単価



令和7年度 宮崎県物価等高騰対策

緊急支援金のお知らせ

(病院・診療所向け) 宮崎県医療政策課

令和6年度2月
補正予算

支 援 額

区分	物価高騰	食材料費高騰
病院	3万円／床	1万円／床
有床診療所（4床以上）	3万円／床	1万円／床
有床診療所（4床未満）	10万円／施設	1万円／床
無床診療所	10万円／施設	

※病床は最大稼働病床数とします。
最大稼働病床は、令和6年4月1日
から令和7年3月31日までの期間
で、一番多く稼働した病床数とし
てください。

受付期間

令和7年5月16日(金)～6月13日(金)

(※郵送の場合、消印有効とします。)

令和6年度2月
補正予算



医療施設等の管理者の皆さまへ

医療施設等物価高騰対策支援事業(R6.6～R7.3月負担分)のご案内

物価高騰の影響を価格転嫁できない保険診療等を行う医療施設等の事業継続を支援するため**補助金**を支給します。

(1) 補助対象施設及び基準額

①対象経費ごとの高騰分の合計額、②基準額の
いずれか低い額を支給（千円未満切り捨て）

1. 病院及び5床以上の病床を有する診療所

5～19床	33万2千円
20床～	病床数×2万3千円

2. 1以外の医療施設等

医科診療所（無床又は5床未満の病床を有する診療所）	21万7千円
---------------------------	--------

光熱費・食材料費等物価高騰対応 重点支援地方交付金

物価高騰への対応については、過去約3年の間に5回にわたって重点支援地方交付金(地方創生臨時交付金)による補助が自治体を通じて行われています。直近では、5月27日に予算額1000億円ながら予備費による追加が決定したところです。しかし、給付までに時間がかかることや、自治体ごとにバラつきがあることが課題です。

1回目

令和4年9月20日閣議決定 **6,000億円**(コロナ・物価予備費 当初2,000億円 + 追加4,000億円)

2回目

令和5年3月28日閣議決定 **7,000億円**(令和4年度予備費より)

3回目

令和5年11月2日閣議決定 **5,000億円**(令和5年度補正予算より)

4回目

令和6年11月22日閣議決定 **6,000億円**(令和6年度補正予算より)

5回目

令和7年5月27日閣議決定 **1,000億円**(令和7年度予備費より)

重点支援地方交付金の追加

令和7年度5月予備費

エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者に対し、地方公共団体が地域の実情に合わせて必要な支援をきめ細やかに実施できるよう、重点支援地方交付金を「推奨事業メニュー」実施のため追加する。

- 予算額 : 1, 000億円（推奨事業メニュー分）

◀◀◀ 予算額が少なく医療機関への支援も限定的

- 対象事業：エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者に対し、支援を行う事業。効果的と考えられる推奨事業メニューを提示。（詳細は、2頁参照）

推奨事業メニュー	
(生活者支援)	(事業者支援)
①エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う低所得世帯支援	⑤医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援
②エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う子育て世帯支援	⑥農林水産業における物価高騰対策支援
③消費下支え等を通じた生活者支援	⑦中小企業等に対するエネルギー価格高騰対策支援
④省エネ家電等への買い換え促進による生活者支援	⑧地域公共交通・物流や地域観光業等に対する支援

- 算定方法：人口、物価上昇率、財政力等を基礎として算定（都道府県、市町村）

重点支援地方交付金 交付限度額（令和7年度予備費）

【都道府県分】

(単位：千円)

都道府県	合計
北海道	2,766,818
青森	906,680
岩手	908,866
宮城	1,023,121
秋田	806,023
山形	794,779
福島	957,496
茨城	1,142,644
栃木	843,358
群馬	843,801
埼玉	2,248,340
千葉	1,893,615
東京	2,579,757
神奈川	2,503,844
新潟	1,179,416
富山	598,333
石川	663,373
福井	559,688
山梨	637,615
長野	1,104,722
岐阜	959,546
静岡	1,448,941
愛知	2,202,509
三重	790,346

都道府県	合計
滋賀	675,639
京都	1,117,221
大阪	2,905,724
兵庫	2,141,523
奈良	816,759
和歌山	722,258
鳥取	598,534
島根	638,733
岡山	1,016,478
広島	1,216,930
山口	768,186
徳島	638,765
香川	658,135
愛媛	909,267
高知	689,039
福岡	2,404,300
佐賀	724,368
長崎	990,590
熊本	1,138,205
大分	859,325
宮崎	869,735
鹿児島	1,139,937
沖縄	996,718
合計	55,000,000

【市区町村分】〔都道府県内の市区町村に係る交付限度額の合算額〕

(単位：千円)

都道府県	合計
北海道	2,464,848
青森	653,137
岩手	623,777
宮城	888,281
秋田	522,741
山形	579,679
福島	824,339
茨城	1,045,975
栃木	688,545
群馬	716,886
埼玉	2,124,040
千葉	1,805,724
東京	2,699,570
神奈川	2,300,733
新潟	980,221
富山	402,730
石川	485,170
福井	321,260
山梨	381,572
長野	1,033,491
岐阜	845,786
静岡	1,246,820
愛知	2,092,007
三重	677,809

都道府県	合計
滋賀	522,406
京都	920,103
大阪	2,785,776
兵庫	1,889,074
奈良	582,659
和歌山	464,746
鳥取	291,617
島根	372,316
岡山	747,577
広島	1,076,364
山口	600,985
徳島	358,098
香川	429,650
愛媛	604,313
高知	403,104
福岡	1,969,111
佐賀	408,438
長崎	664,545
熊本	859,212
大分	532,848
宮崎	548,521
鹿児島	853,249
沖縄	710,147
合計	45,000,000

令和7年度補正予算「重点支援地方交付金」医療機関向け物価高騰対策支援



令和7年度長崎県医療機関等物価高騰緊急支援事業支援金

令和7年度6月
追加補正予算

9月30日 受付終了

概要

物価高騰の影響を受けた県内医療機関等に対して、支援金を支給することで負担軽減を図ります。

支援金の額

- 病院・医科・歯科有床診療所（4床以上）
1床あたり15,000円
- 医科・歯科有床診療所（3床以下）、医科・歯科無床診療所
1施設あたり46,000円



Kagoshima Prefecture

令和7年度鹿児島県医療機関物価高騰対策支援事業について

令和7年度6月
追加補正予算

10月28日 受付終了

(1) 特別高圧電力受電への支援

対象施設

特別高圧電力で受電する病院・有床診療所（令和7年7月から同年9月までの間に特別高圧での受電の実績があるもの）

支給単価

使用電力(OkWh(R7.7, 9月の実績)) × 0.5円、使用電力(OkWh(R7.8月の実績)) × 0.6円

(2) LPガス使用施設への支援

対象施設

LPガスを使用する病院・有床診療所（令和7年7月から同年9月までの間にLPガスの使用実績があるもの。）

支給単価

病床数	1-19	20-50	51-100	101-200	201-300	301以上
単価	4千円	1万2千円	2万4千円	4万9千円	7万4千円	9万9千円

各県ホームページより



令和7年度6月
追加補正予算

受付期間10月20日
～令和8年1月30日

令和7年度 福岡県医療機関等物価高騰対策支援 金の申請について ※特別高圧受電施設が対象

今般、酷暑に対応する国の措置を踏まえ、「物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金」を活用し、国の支援事業の対象となっていない特別高圧で受電する医療機関等に対し、電力料金について支援を実施します。

区分	電気	給付額	提出書類
病院 医科診療所 歯科診療所 薬局 施術所 養成所	特別高圧	令和7年7月分～9月分の電力使用量 に応じた次の額の合計 1kwh×補助単価(※) ※補助単価は以下のとおり ・令和7年7月分及び9月分 1.0円/kwh ・令和7年8月分 1.2円/kwh	1.申請書 2.通帳の写し 3.電気使用量の明細 (電気のご使用量のお知らせ等)

医療施設等経営強化緊急支援事業

〔 令和6年度補正予算で計上
令和7年度予算に繰り越して順次実施 〕

予算総額: 1,311億円

	交付額	金額
1. 病床数適正化支援事業	病院(一般、療養、精神)・有床診: 4,104千円 × 病床数	428億円
2. 施設整備促進支援事業	(市場価格 - 補助事業単価) × 国負担分相当	
3. 生産性向上・職場環境整備等支援事業	病院・有床診: 4万円 × 病床数、 診療所・訪問看護ステーション: 1施設 18万円	828億円
4. 分娩取扱施設支援事業 ・小児医療施設支援事業	分娩取扱施設支援事業 病院または診療所: 1施設 250万円 助産所: 1施設 100万円	55億円
	小児医療施設支援事業 小児科部門の病床数 × 25万円	
5. 地域連携周産期支援事業(分娩取扱施設)	分娩取扱期間に応じた基準額と対象経費額のいずれか少ない方の額 × 補助率 1施設 最大1,140万円 × 1/2	
6. 地域連携周産期支援事業(産科施設)	基準額と対象経費額のいずれか少ない方の額 × 補助率 施設整備の場合: 1施設 最大1,680万円 × 1/2	

交付額の基準は全国統一(国が定める実施要綱による)

(出所) 令和7年度医療施設等経営強化緊急支援事業実施要綱 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001470617.pdf>)

病床数適正化支援事業

医療施設等経営強化緊急支援事業

事業目的

効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、経営状況が厳しい医療機関に対して入院医療を継続してもらうことを目的に支援を行う。

事業概要

患者減少等により経営状況の急変に直面している医療機関への支援

(概要) 医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関を対象とした経費相当分の給付金を支給する。

(交付額) 病院（一般病床・療養病床・精神病床）・有床診：4,104千円／床

支給対象

（支給対象）（※1）

- ・予算成立日（令和6年12月17日）以降、令和7年9月末までに病床数を削減
 - ・令和7年9月末時点で、廃院をしていないこと（※2）
- （※1）令和7年度への繰越しが認められた場合 **調整中**
- （※2）地域医療構想に基づく再編統合は除く

（算定除外）

- ・産科・小児科病床の削減
- ・同一開設者による病床融通
- ・事業譲渡による削減
- ・病床種別の変更によるもの（病床数の減を伴わないもの）
- ・特例病床により増床した病床の削減
- ・既存病床の算定から除外される病床の削減

※提出のあった事業計画を踏まえて、予算の範囲内で国から都道府県に配分を行う



病床数適正化支援事業の配分対象病床数

都道府県	配分対象病床数		活用意向を示した 病床数
	第1次	第2次	
北海道	352	398	4,862
青森県	100	72	575
岩手県	138	97	1,022
宮城県	100	70	812
秋田県	147	116	1,103
山形県	135	48	603
福島県	220	161	2,361
茨城県	260	27	1,009
栃木県	107	18	647
群馬県	100	56	753
埼玉県	100	83	878
千葉県	276	171	1,759
東京都	539	176	2,595
神奈川県	411	134	1,569
新潟県	260	69	1,112
富山県	100	50	506
石川県	108	40	589
福井県	100	49	361
山梨県	100	36	557
長野県	116	70	794
岐阜県	100	131	795
静岡県	108	92	1,198
愛知県	139	88	1,424
三重県	100	42	335

都道府県	配分対象病床数		活用意向を示した 病床数
	第1次	第2次	
滋賀県	100	77	477
京都府	139	152	2,047
大阪府	197	141	2,514
兵庫県	107	196	2,395
奈良県	100	50	328
和歌山県	100	27	424
鳥取県	100	10	233
島根県	100	44	464
岡山県	100	84	909
広島県	147	79	994
山口県	138	98	952
徳島県	129	43	439
香川県	100	55	646
愛媛県	100	77	1,242
高知県	100	44	628
福岡県	181	181	2,400
佐賀県	100	38	512
長崎県	210	93	2,303
熊本県	100	89	1,076
大分県	100	19	853
宮崎県	153	38	1,405
鹿児島県	253	139	1,698
沖縄県	100	40	418
合計	7,170	4,108	53,576

*「令和7年度医療施設等経営強化緊急支援事業(病床数適正化支援事業)の内示について」厚生労働省医政局医療経理室、令和7年4月11日、6月27日付事務連絡より作成。

病床削減についての日本医師会の考え方

令和6年度補正予算の病床数適正化支援事業で5万床を超える申請があったことを踏まえると、そうしたニーズに応えるものと理解しております、前向きに評価しております。

具体的には、実情調査も行って各地域における医療ニーズを踏まえた上で、病床数の適正化に当たって必要な支援が行われるものであると受け止めておりますが、病床数の適正化を進めていく際には、丁寧に意見を聞きながら進めていただきたいと考えております。なおその際、**病床数適正化支援事業の対象外となつた4万数千床の病床については、優先的な支援の対象としていただくよう配慮をお願いいたします。**

もちろん、病床の削減ありきではなく、感染症パンデミック等の有事対応も含め、地域で必要な入院医療がなくならないよう勘案することも、同時に求められます。

また、全国の地域住民、患者さんやそのご家族、そして医療現場で懸命に命や健康を守っている医療従事者等にご理解、ご納得いただけるような施策を望んでおります。

(2025年6月9日 プレスリリースより)

丁寧に意見を集めながら支援策も含めていただきたいと考えている。関係者や地域の理解と納得を得た上で進めていただきたい。

(2025年6月18日 定例記者会見より)

地域医療構想の取り組みの推進に向けた調査

「経済財政運営と改革の基本方針2025」(令和7年6月13日閣議決定)抜粋

…新たな地域医療構想に向けた病床削減(※)、…などの改革について、引き続き行われる社会保障改革に関する議論の状況も踏まえ、2025年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、2026年度から実行する。

(※) 人口減少等により不要となると推定される一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情を踏まえた調査を行った上で、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

厚生労働省医政局地域医療計画課「地域医療構想の取組の推進に向けた調査について」

(令和7年8月14日)抜粋

- 医療機関の連携・再編・集約化の取組状況を把握するための調査を実施。
- 許可病床数や医療措置協定の確保病床数、当面の病床削減の予定等を定期的に把握する予定。
- 本調査の回答については、必要に応じて今後の予算要求等にも活用する可能性があり、また、その交付の前提となる可能性もあることが記載。

※ 9月30日まで回答期限を延長(9月19日付け事務連絡)

生産性向上・職場環境整備等支援事業

医療施設等経営強化緊急支援事業

- 令和6年度補正予算で措置され、令和7年度に繰り越して実施
- 申請の受付は各都道府県
- 病院・有床診療所 許可病床数 × 4万円
無床診療所 18万円 を支給
※許可病床数が4床以下の有床診療所は18万円
- 令和7年3月31日時点でベースアップ評価料を届出済の病院、診療所、訪問看護STが対象
- 以下の取組みに係る、令和6年4月1日から令和8年3月31日までの経費が対象
 - ① ICT機器等の導入による業務効率化、
 - ② タスクシフト／シェアによる業務効率化、
 - ③ 給付金を活用した更なる賃上げ

○○○○知事 殿

病院・有床診用
保険医療機関名：○○○○○○○○○○

生産性向上・職場環境整備等支援事業申請書

生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり申請します。

【申請額】

病床数	×	給付額 40,000円	=	申請額 0円
-----	---	----------------	---	-----------

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

導入設備	設備名	①に要する申請額
	合計	0円

②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

②に要する申請額

③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

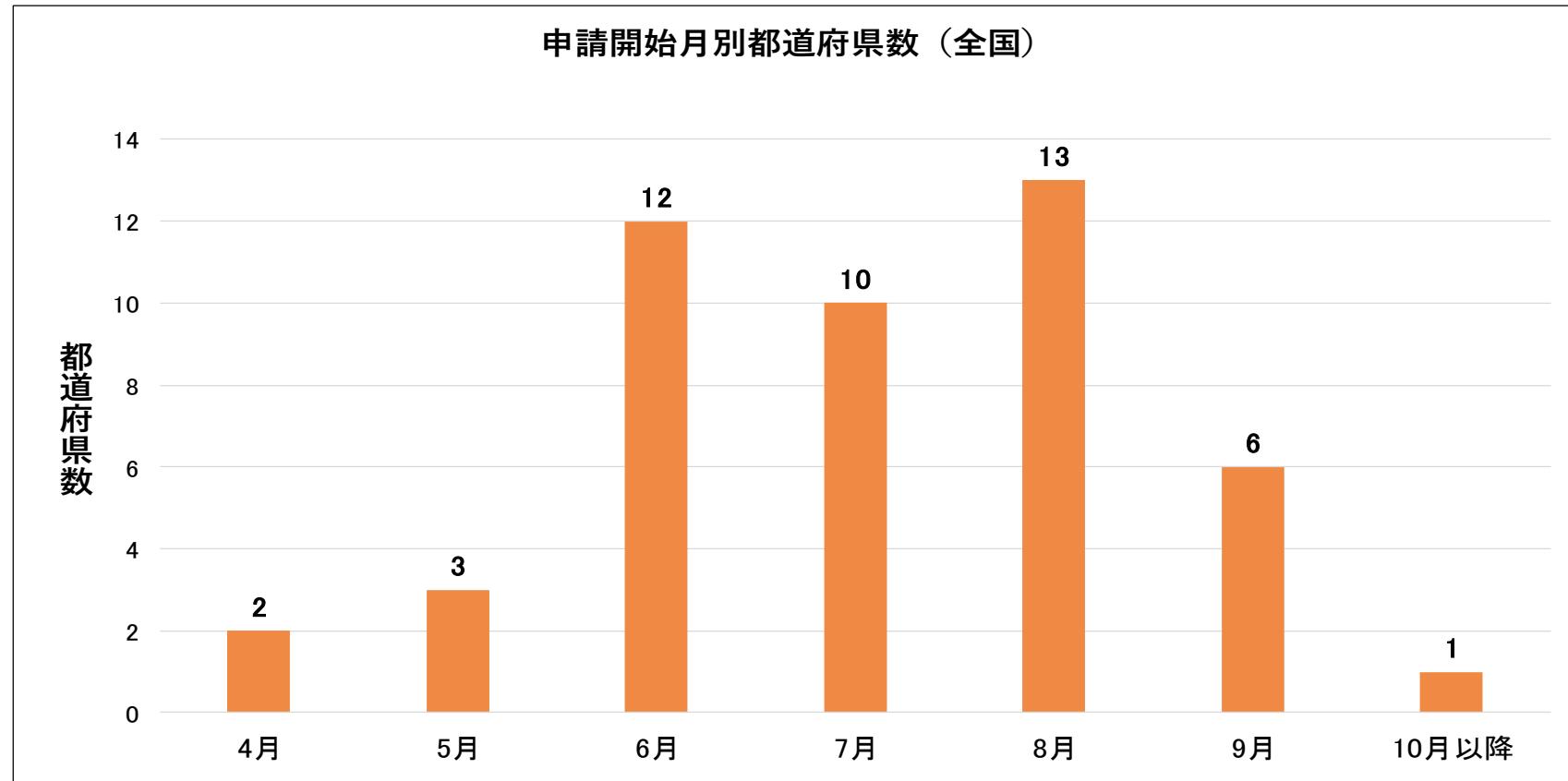
③に要する申請額

①+②+③	0円
-------	----

(出所)医療施設等経営強化緊急支援事業実施要綱(令和7年4月1日、厚生労働省医政局長)

生産性向上・職場環境整備等支援事業 都道府県における申請開始月 (令和7年)

令和6年度補正予算の補助金が令和7年の秋になんでも医療機関に入らない県もある。
給付までに時間がかかることや、都道府県によって時期にバラツキがあることが課題。



*都道府県のWebサイトで公表されている内容及び問い合わせた結果を元に作成

生産性向上・職場環境整備等支援事業 申請受付期間（令和7年）

昨年12月に成立した補正予算が今年の夏季賞与に間に合わない状況であり、都道府県の議会を通すことにより給付に時間がかかることが課題。

福岡県	1回目 6月16日～9月30日 2回目 10月1日～12月15日 3回目は12月以降を予定
佐賀県	8月29日～11月28日
長崎県	7月25日～10月31日
熊本県	8月29日～1月30日
大分県	9月9日～12月15日
宮崎県	1回目 8月29日～10月3日 2回目 10月6日～3月19日
鹿児島県	1回目 9月1日～10月31日 2回目 12月1日～1月30日
沖縄県	9月8日～1月30日

日本医師会 第158回臨時代議員会（2025.3.30）より

○代表質問に対する茂松副会長の答弁

物価高騰への対応につきましては、過去3年の間に4回にわたって重点支援地方交付金による補助が行われ、また、令和6年度補正予算においては、賃金対応も含めた一定の補助が実現しています。

しかし、こうした補助金も、昨今の急激な物価高騰と人件費上昇には到底追いついていません。

しかも給付までに時間がかかることや、補助事業によっては自治体ごとにバラつきがあることが課題であり、こうした点の改善を、繰り返し主張しています。

国民皆保険制度を守るために

質問者	長崎県医師会
標題	国民皆保険制度を守るために
要旨	<p>今の診療報酬点のままでは、病院・診療所の経営は非常に厳しく、倒産、閉院する医療機関も多数出てくるものと思われる。次期診療報酬改定では大幅な点数のアップを望む。</p> <p>その一方で、診療報酬が上がることで総医療費が増大し、個人が支払う保険料が増え、国民の生活は苦しいものとなる可能性があるうえ、保険料を払えず未加入となる国民も出てくることも予想される。保険料をあげなければ、赤字で破綻、解散する保険者が出てくる可能性もある。</p> <p>誰もが「国民皆保険制度を守る」とは言うが、今のままで、医療機関がつぶれるか、保険に加入することができない国民が出てきて、制度自体が有名無実化することが危惧される。</p> <p>日医としては、この難問を解決する方法としてどのように考えているのか。そのお考えを伺いたい。</p>

国民皆保険制度について

医療者等の考え方

必要かつ適切な医療は
保険診療により確保

公的保険の考え方

こういう考え方もあるが

財政を緊縮する主張

大きなリスクは共助中心、
小さなリスクは自助中心

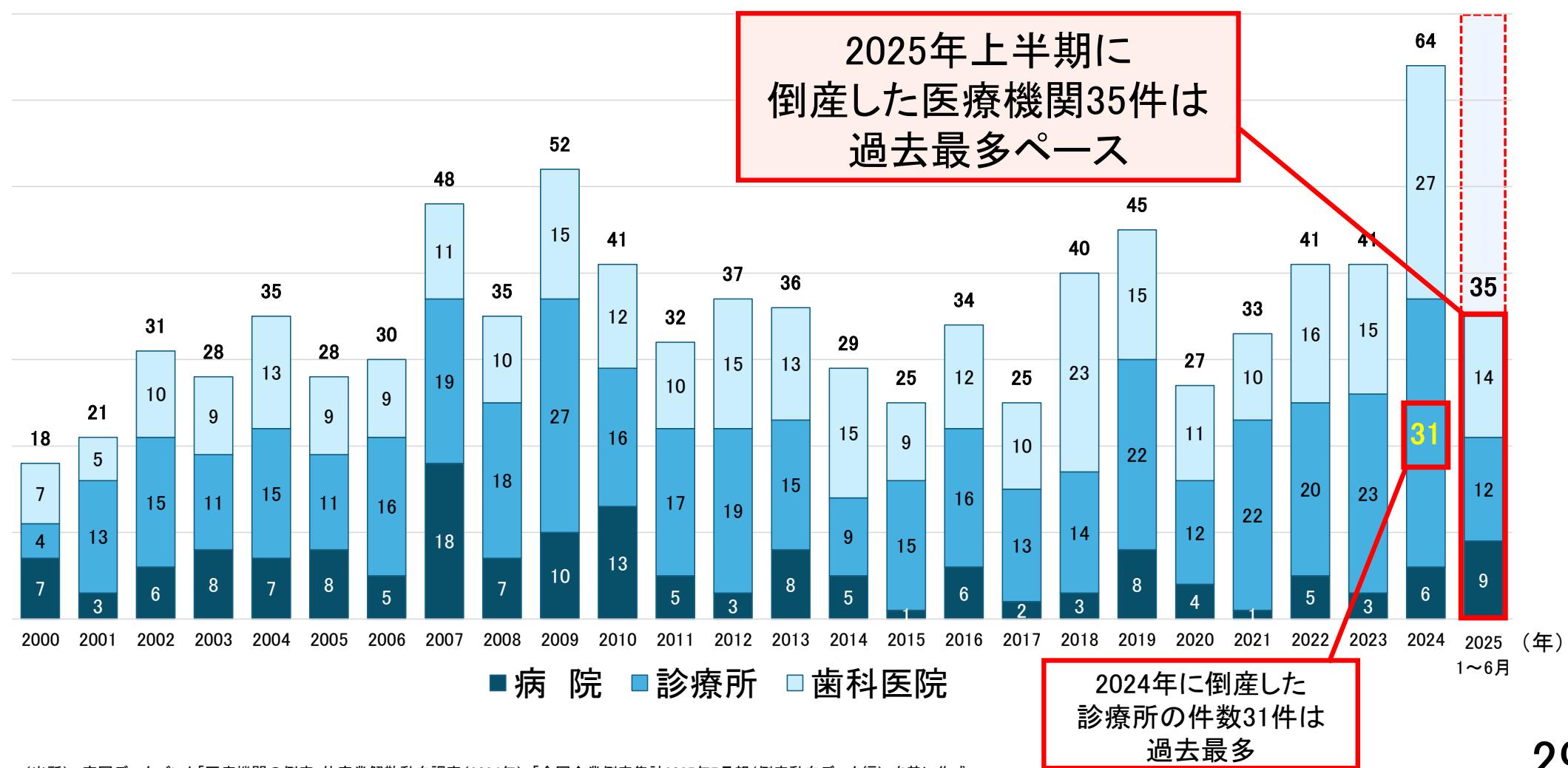
民間保険の考え方

医療は現金給付ではなく、現物給付である

(出所) 厚生労働大臣、規制改革担当大臣による「いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意」(平成16年12月15日)、
財務省財政制度等審議会財政制度分科会 資料「持続可能な社会保障制度の構築(財政各論Ⅱ)」(令和7年4月23日)21頁を基に作成

医療機関(病院・診療所・歯科医院)経営事業者の倒産件数推移

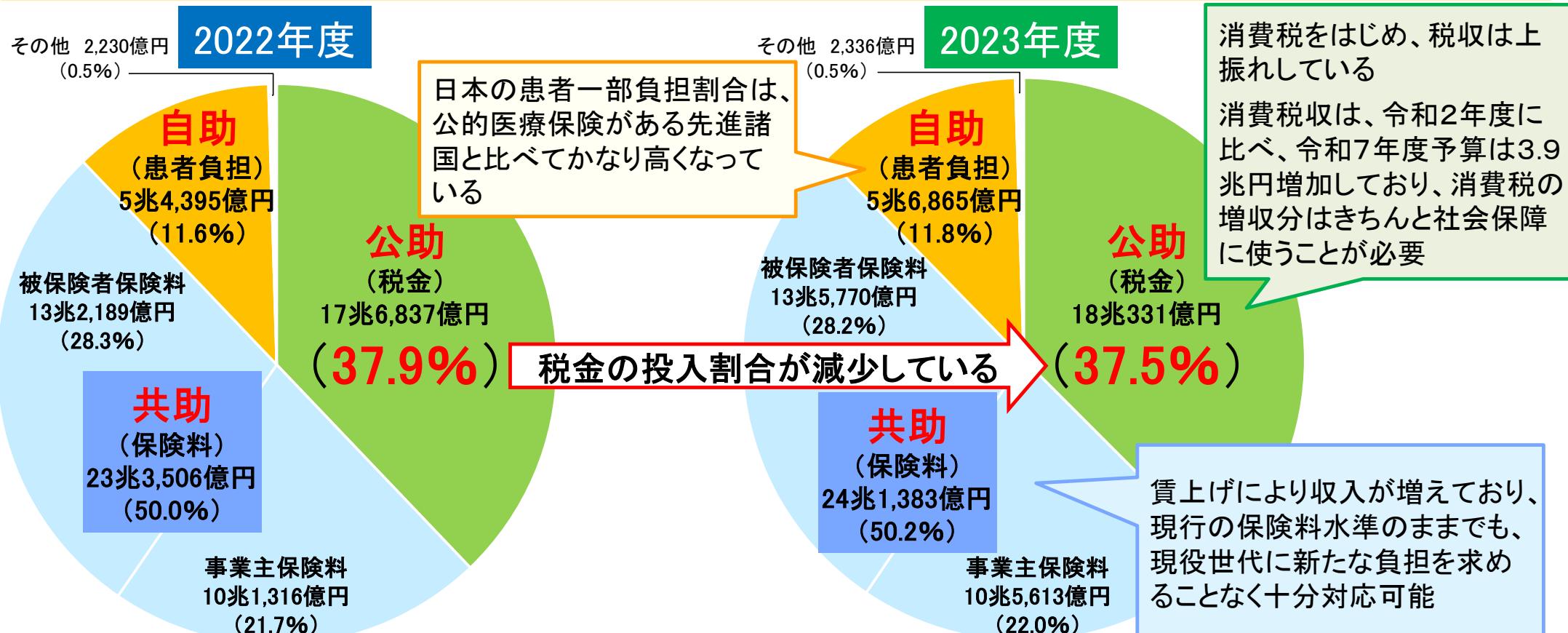
(件数)



(出所) 帝国データバンク「医療機関の倒産・休廃業解散動向調査(2024年)」「全国企業倒産集計2025年7月報(倒産動向データ編)」を基に作成

国民医療費の財源構成(2022年度・2023年度比較)

「税金による公助」、「保険料による共助」、「患者さんの自己負担による自助」、この3つのバランスを考えながら進め、病に苦しむ患者さんの自己負担のみを上げないことが重要である。
あわせて、低所得者にしっかりと配慮することも不可欠である。



* 厚生労働省「令和5(2023)年度 国民医療費の概況」表3 財源別国民医療費(令和7年10月10日)
厚生労働省「令和4(2022)年度 国民医療費の概況」表3 財源別国民医療費(令和6年10月11日)を基に作成

物価・賃金の変動

税収(公助)

消費税収は、増税前に1%あたり2.66兆円であったが、現在では1%あたり3.3兆円程度と、**7,000億円弱**増額している。

消費税収は社会保障に充てるとされており、経済成長の果実である消費税収増を社会保障に活用すべきである。

保険料(共助)

現役世代の収入は増えており、協会けんぽなど健康保険組合の保険料収入が上振れしている。現行の保険料水準のままでも、共助の財源は増加している。

物価が上がれば税収は増える

人件費が上がれば料率はそのままでも保険料収入は増える

消費税について

質問者	熊本県医師会
標題	消費税について
要旨	<p>以前より、保険診療における医療費は非課税であるが、医薬品や医療機器、水道光熱費、建物の維持管理費など、様々な経費を支払う際には課税される状況が続いている。</p> <p>建前では、消費税は事業者にとって実質的な負担にならないように診療報酬や薬価等に消費税を反映し点数を上乗せされているとの事であるが現在の様々な物価高騰、人件費の上昇で多くの医療機関は赤字経営となっている事実をふまえると不十分である。診療報酬で消費税を補填する現在のシステムは破綻しているのではないだろうか。</p> <p>消費税3%の時はまだしも、現在は10%と上昇し、今後、さらに増税される可能性もある現在、医療費を課税対象とするか、国が代わりに補償するかの対応策が必要であると思われる。</p>

日本医師会 令和8年度税制改正要望

社会保険診療等に係る消費税制度の見直し

社会保険診療等に係る消費税について、

診療所においては非課税のまま診療報酬上の補てんを継続しつつ、

病院においては軽減税率による課税取引に改めること

診療報酬上の補てん状況の検証(中医協)

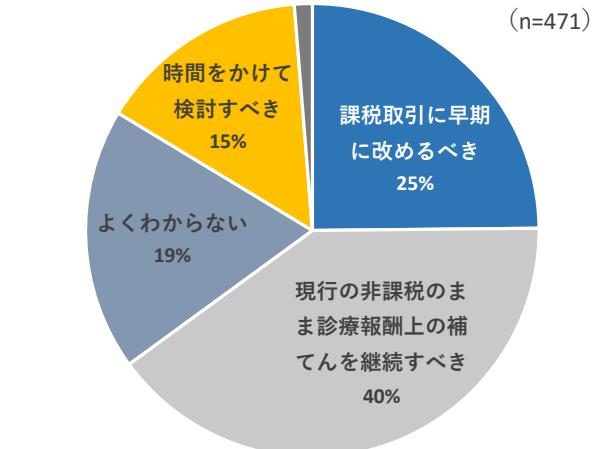
	令和3年度 補てん率	令和4年度 補てん率
病院	112.0%	103.7%
一般診療所	87.0%	89.5%
歯科診療所	97.6%	99.5%
保険薬局	79.6%	91.5%

医療機関の仕入れに要する消費税負担については、診療報酬による補てんが行われていますが、補てん率には不足やバラつきがあり、より精緻かつ十分な補てんが必要です。他方で、診療報酬における補てんの精緻化には限界もあると考えられます。

個々の医療機関の消費税負担解消のためには、課税取引への転換が有力な選択肢として考えられる一方で、小規模医療機関等への影響も配慮する必要があります。

そこで、診療所(有床診療所を含む)においては非課税のまま、病院においては課税とすることを要望します。

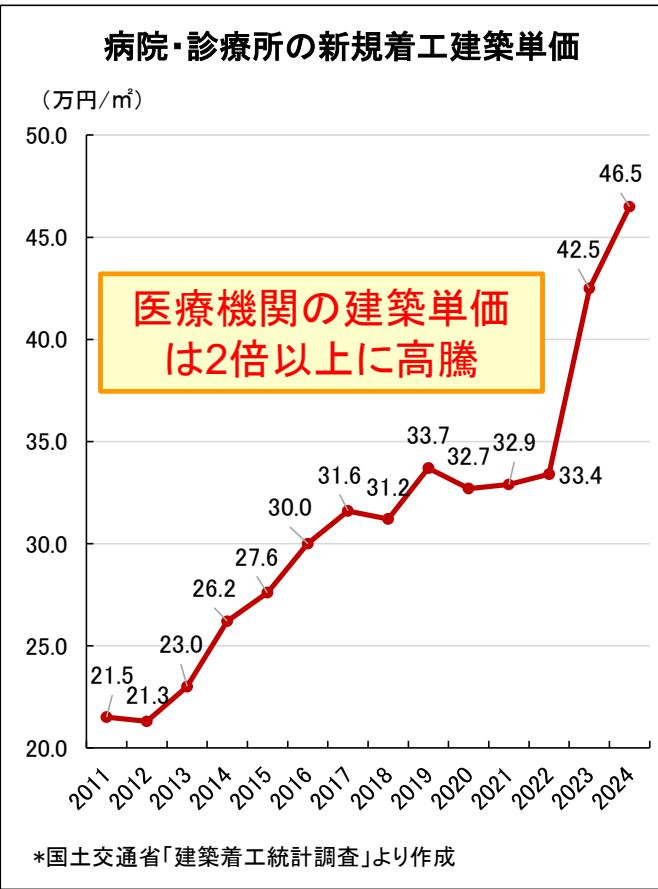
医療に係る消費税の在り方に関する有床診療所の意向



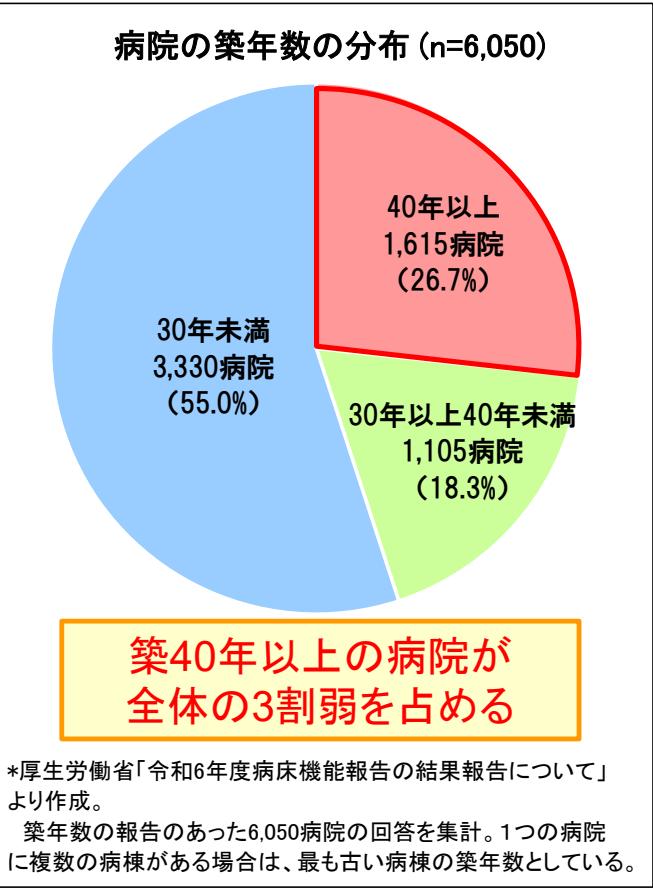
2023年6月全国有床診療所連絡協議会調べ

医療機関の消費税負担の中でも、高額な投資の際のキャッシュフローの悪化は喫緊の課題であり、日本医師会は、税制措置が実現するまでの間、**高額な投資に対応する何らかの手当て**を、別途、求めています。

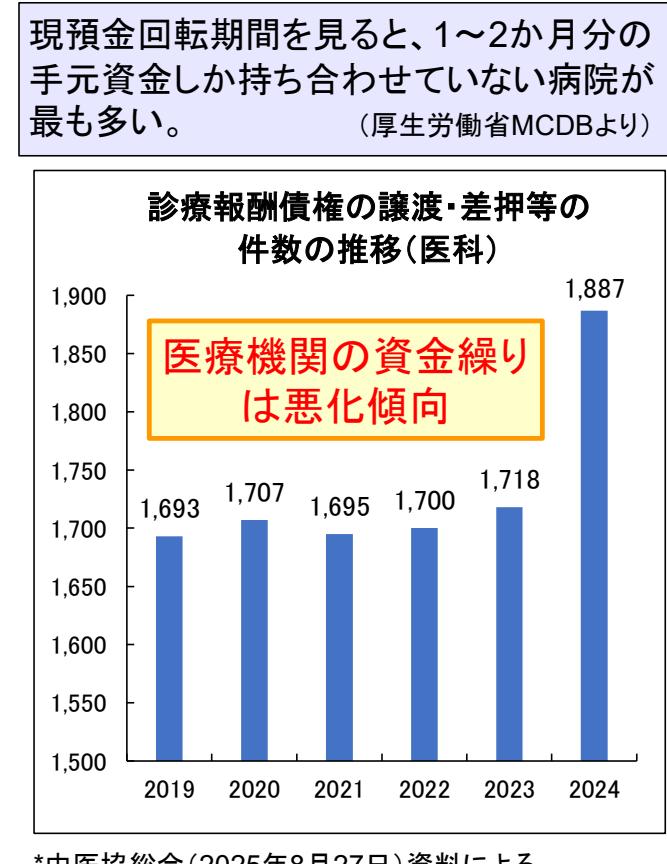
建設費の高騰



施設の老朽化



資金繰りの悪化



- ・ 診療報酬上の消費税の補てんについて、2025年10月の中医協 消費税負担分科会において、過去に公表した補てん率に誤りがあったことが発覚し、データが修正されました。
- ・ 令和3年度、4年度は下方修正となり、一般診療所は大きく補てん不足となっています。病院は平均値では補てん不足ではありませんが、補てんのバラツキが問題となっています。

診療報酬上の控除対象外消費税の補てん状況（2025年10月8日、中医協消費税分科会）

修正前		医科全体	病院	一般診療所	歯科診療所	保険薬局	(参考) 全体補てん率
令和2年度	補てん差額(A-C)						
令和3年度	補てん率(A/C)	136千円	3,851千円	▲164千円	24千円	56千円	103.9%
	補てん差額(A-C)	103.4%	110.1%	87.0%	103.4%	112.7%	
令和4年度	補てん率(A/C)	225千円	4,898千円	▲149千円	23千円	▲80千円	104.5%
	補てん差額(A-C)	105.6%	113.2%	88.9%	103.2%	89.5%	
	補てん率(A/C)	286千円	4,841千円	▲73千円	38千円	▲61千円	106.1%
	補てん差額(A-C)	107.1%	112.8%	94.6%	105.4%	91.7%	

修正

修正後		医科全体	病院	一般診療所	歯科診療所	保険薬局	(参考) 全体補てん率
令和2年度	補てん差額(A-C)						
令和3年度	補てん率(A/C)	309千円	5,746千円	▲131千円	41千円	101千円	108.3%
	補てん差額(A-C)	107.7%	115.1%	89.6%	105.9%	123.6%	
令和4年度	補てん率(A/C)	173千円	4,703千円	▲183千円	▲18千円	▲155千円	102.2%
	補てん差額(A-C)	104.2%	112.0%	87.0%	97.6%	79.6%	
	補てん率(A/C)	▲32千円	1,511千円	▲151千円	▲4千円	▲63千円	98.9%
	補てん率(A/C)	99.3%	103.7%	89.5%	99.5%	91.5%	

※ A:収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分 C:支出のうち課税経費の消費税相当額

補てん状況の修正に関する中医協での日本医師会役員の発言

10月8日 中医協消費税分科会(長島常任理事)

- ◇ 今回、補てん状況の修正ということで、令和4年度は全体で補てん不足(98.9%)だったことが判明した。これは、消費税対応の補てんの仕組みの信頼を大きく失墜させるものであり、極めて遺憾。
- ◇ 平成30年にもデータの誤りが修正された経緯があった。今度こそ再発防止策を徹底していただくよう強く求める。
- ◇ 「精緻な補てん」と言えるのかという、現状の対応に対する根本的な疑問が生まれる。極めて大きな問題。
- ◇ 補てん率が徐々に下がっている(全体補てん率:令和2年度108.3%→令和3年度102.2%→令和4年度98.9%)。物価はさらに上がり続けているため、令和5年度・6年度はさらに乖離が大きくなる公算が高いと思われる。今の状況に合った補てんのあり方を検討していただきたい。
- ◇ しっかりと精緻に把握していただくとともに、(中略)、補てん以外にすぐにできるようなことが何があるか、あるいは中長期的にどう考えるか、この機に抜本的にしっかりと検討していただきたい。

10月8日 中医協総会(江澤常任理事)

- ◇ 消費税分科会において正確に調査分析を行い、より精緻かつ十分な補填のあり方を検討していただくよう強く求める。

医療の消費税 — 課税転換の課題

社会保険診療が非課税であるがゆえに、控除対象外消費税が発生していることから、病院団体をはじめ、課税転換を求める強い意見があります。

課税転換によって控除対象外消費税を解消することができる一方、様々な課題もあります。

課税転換の課題

- ① 国民の理解……………
- ② 診療報酬への補てん分「引きはがし」
- ③ 概算経費率による所得計算の特例への影響
- ④ 消費税の免税事業者、簡易課税事業者への影響
- ⑤ 事業税非課税措置への影響

非課税を課税にすること自体に、
国民(有権者)の広い理解を得ること
が難しく、政治的に極めて難しい課題。

►►診療所のデメリットを踏まえると、診療所を含めた課税転換については、
現時点では合意形成が難しい状況。

課税転換の課題 -② 診療報酬への補てん分「引きはがし」

- これまで消費税対応として診療報酬に全体で「3.77%」が補てんされてきました。
- 税率5%から10%への対応は、基本診療料に上乗せすることで補てんされています。
- こうした診療報酬上への補てん分については、いわゆる「引きはがし」が不可避となります。

診療報酬上の消費税対応改定率

(%)

消費税率	改定時期	全体	本体	薬価 ・材料
3%	1989.4	0.76	0.11	0.65
5%	1997.4	0.77	0.32	0.45
8%	2014.4	1.36	0.63	0.73
10%	2019.10	0.88	0.41	0.47
通算		3.77	1.47	2.30

診療報酬本体における消費税の補てん（一部の項目を抜粋）

※消費税率5%から10%への引上げに対応

	点数 令和6年6月現在	うち消費税 対応分（※）
初診料	291 点	18 点
再診料	75 点	4 点
急性期一般入院料1（旧7対1入院基本料）	1,688 点	84 点
地域一般入院料1	1,176 点	51 点
療養病棟入院料1 入院料1	1,964 点	44 点
精神病棟10対1入院基本料	1,306 点	36 点
有床診療所入院基本料1（14日以内）	932 点	71 点
回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,229 点	98 点
地域包括ケア病棟入院料1（40日以内）	2,838 点	129 点

課税転換の課題 -③概算経費による所得計算の特例(四段階税制)への影響

課税取引に転換し、医療機関が負担した消費税の還付を請求するためには、実額での記帳が不可欠であることから、「実額で仕入れ税額を計算できるのであれば、社会保険診療報酬に係る所得計算の特例は不要になる」という趣旨の財務大臣の国会答弁も残されており、この税制の存続が大きく危ぶまれます。

社会保険診療報酬の所得計算の特例措置の概要

対 象：年間の社会保険診療報酬が5,000万円以下であり、かつ医業収入が7,000万円以下の個人及び医療法人

内 容：社会保険診療収入の額に応じ、次の各区分ごとに概算経費率を乗じて得た概算経費を、必要経費とすることができる。

<u>社会保険診療収入</u>	<u>概算経費率</u>
2,500万円以下	の部分 ・・・ 7.2%
2,500万円超 ~ 3,000万円以下	の部分 ・・・ 7.0%
3,000万円超 ~ 4,000万円以下	の部分 ・・・ 6.2%
4,000万円超 ~ 5,000万円以下	の部分 ・・・ 5.7%

<u>本制度の適用診療所数 (推計)</u>		<u>推計の考え方 ※</u>
一般診療所	約4,800施設	一般診療所数(個人) 40,064 × 特例適用者の割合 12.1%
歯科診療所	約15,300施設	歯科診療所数(個人) 50,896 × 特例適用者の割合 30.2%
合計	約20,200施設	

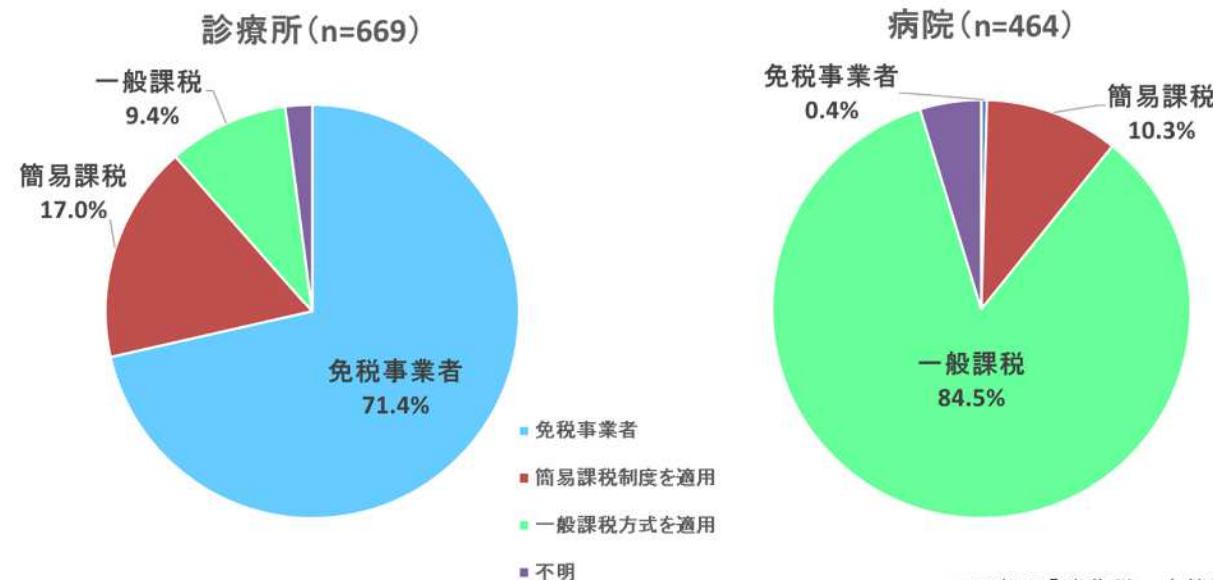
※ 診療所数は医療施設調査(令和4年)より。特例適用者の割合は日本医師会及び日本歯科医師会の調査(平成30年)より。

課税転換の課題 -④消費税の免税事業者、簡易課税事業者への影響

過去の調査では、診療所の約7割が免税事業者、2割が簡易課税事業者でした。

しかし、社会保険診療報酬が課税売上になると、ほとんどの診療所の課税売上が1,000万円を超え、「免税事業者」ではなくなり、消費税の申告・納付義務が発生します。また、課税売上が5,000万円までの「簡易課税制度」も、多くの診療所は利用できなくなります。

消費税課税方式等の適用状況(平成19年度)



免税事業者…課税売上が年間1,000万円までの事業者は消費税の申告・納付義務がない。

簡易課税制度…課税売上が年間5,000万円までの医療機関には、課税売上に係る消費税×50%を仕入税額控除できる。

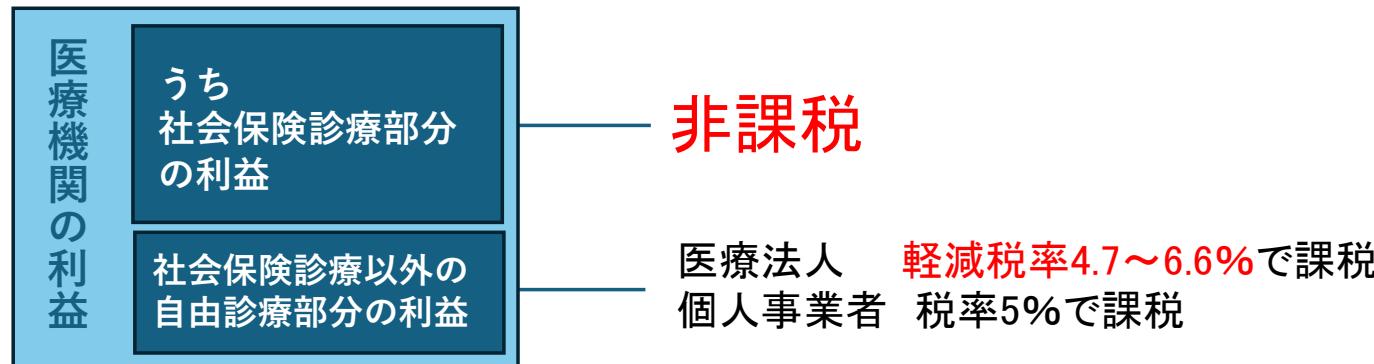
課税転換の課題 -⑤事業税非課税措置への影響

社会保険診療に対する事業税非課税措置は、毎年の税制改正で総務省が常に見直しを求めてくる中で、社会保険診療の公共性の高さを背景に今日まで維持されています。しかし、社会保険診療に消費税を課税することとなった場合、事業税非課税の説得力が弱まりかねません。国税である消費税と地方税である事業税の違いはありますが、議論の波及は避けがたい情勢です。

参考

医療機関の事業税は、

- 利益のうち、**社会保険診療部分の利益**については、
 - ・ 医療法人、個人事業者ともに、事業税は**非課税**とされている。
- 利益のうち、**社会保険診療以外の部分の利益**に対しては、
 - ・ 医療法人では、約4.7%～6.6%の**軽減税率**で、法人事業税が課税されている。
 - ・ 個人立の医療機関では、他の多くの業種と同じく5%の税率で、個人事業税が課税されている。



(一般事業者の利益に対しては、法人は税率4.8～9.6%、個人事業者は税率5%で課税)

日本医師会は、消費税10%への引上げを控えた平成29～31年度の税制改正において、いわゆる**非課税還付方式**を要望したが、実現に至りませんでした。

- 平成29年度・平成30年度 **(非課税還付方式)**

社会保険診療等に対する消費税について、現行の制度を前提として、診療報酬に上乗せされている仕入税額相当額を上回る仕入消費税額を負担している場合に、その超過額の還付が可能な税制上の措置を(早急に)講ずること。

日本医師会税制要望

※平成30年度は「早急に」を追記

- 平成31年度 **(非課税還付方式)**

控除対象外消費税問題解消のため、診療報酬への補てんを維持した上で、個別の医療機関等において診療報酬に上乗せされている仕入れ税額相当額に過不足が生じる場合には、申告により補てんの過不足に対応する新たな税制上の仕組みを平成31年度に創設すること。

病院団体は課税転換を求める一方、小規模医療機関への影響も配慮することが必要であることから、現在の要望を行うに至っている。

- 令和6年度～令和8年度

社会保険診療等に係る消費税について、診療所においては非課税のまま診療報酬上の補てんを継続しつつ、病院においては軽減税率による課税取引に改めること。

日本医師会税制要望

※令和4年度、5年度も、概ね同じ趣旨の要望

令和7年11月6日 参議院本会議での高市総理大臣答弁

自由民主党・日本維新の会 連立政権合意書(令和7年10月20日)

2. 社会保障政策

- 令和7年度中に、以下を含む社会保障改革項目に関する具体的な骨子について合意し、令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実行する。

(1)～(12) (略)

(13) 医療機関における高度医療機器及び設備の更新等に係る現在の消費税負担の在り方の見直し

高市総理の答弁（令和7年11月6日 日本維新の会 浅田均 参議院議員への答弁）

医療に係る消費税についてお尋ねがございました。日本維新の会と自民党の連立政権合意では、医療機関における消費税負担の在り方も検討項目となっています。

これまで社会保険診療は、消費税が非課税とされており、医療機関等の仕入れに要する消費税の負担は、診療報酬によって手当を行っています。

医療機関を輸出企業のように消費税の還付対象とするということにつきましては、社会政策的な配慮に基づき、消費税が非課税とされている他のサービスへの影響などの課題について更なる検討が必要になると考えております。

社会政策的配慮に基づき消費税が非課税とされている取引：学校の授業料・教科書、住宅の賃貸料、火葬・埋葬料ほか

医業承継の税制上の課題が地域医療の存続に及ぼす影響について(1/2)

質問者	福岡県医師会
標 題	医業承継の税制上の課題が地域医療の存続に及ぼす影響について
要 旨	<p>現在わが国では高齢医師の引退に伴い、診療所や中小病院の承継が大きな課題となっており、その際、相続税、贈与税、所得税等の負担が大きく、後継者の確保が難航しているとの声をしばしば耳にする。特に地方においては、医業承継が円滑に進まないことは無医地区の拡大や地域医療崩壊につながりかねない。医業承継の円滑化は、単に一医院の存続問題にとどまらず、地域住民の健康と生活に直結する喫緊の課題である。</p> <p>医業承継を阻む税制上の問題点としては以下のような課題を考える。</p> <p>※次ページへ続く</p>

医業承継の税制上の課題が地域医療の存続に及ぼす影響について(2/2)

質問者	福岡県医師会
標題	医業承継の税制上の課題が地域医療の存続に及ぼす影響について
要旨	<p>1. 「出資持ち分のある医療法人」では持ち分の評価が高額になり、相続税負担が重くなり、継承できずに廃業に至るケースがある。多くの医療法人(特に持ち分ありの医療法人)は一般の中小企業に適応される「事業承継税制(相続税、贈与税の納税猶予制度)」の対象外で、税負担の軽減措置を受けられない。</p> <p>2. 2007年以降「持ち分なしの医療法人」への移行が推進されているが、移行の際に贈与税が発生するリスクがあり、スムーズに移行できないケースが多い。また2017年から導入された認定医療法人制度は医業承継税制の一つの解決策ではあるが、小規模診療所や家族経営の診療所ではハードルが高く普及していないというのが現状である。</p> <p>3. 個人開業医の承継では事業用資産の相続税評価が高額で承継時に多額の相続税が課される上に、一般事業に比べて事業承継税制の適用に制限があり、税負担が重くなる。</p> <p>4. 医療法人の余剰金は分配ができないために、株式譲渡のような後継者が法人を買い取るような仕組みが使えない。</p> <p>以上結論的にはどの医療法人でも税制が医業承継の障害になっており、現行制度は承継促進には適していないと考えられる。</p> <p>今後、日本医師会として、国や関係省庁に対し具体的にどのような税制改正を要望されるご予定でしょうか。ご回答とともに、日本医師会としての取組方針をお示しいただけますと幸いです。</p>

日本医師会
令和8年度 税制改正要望(令和7年8月)より

医業承継時の相続・贈与に関する税制措置

下線はご質問に関連する項目

- (1) 医療法人の出資持分の相続税評価の引き下げ
- (2) 持分のない医療法人における基金の相続税評価の引き下げ
- (3) 認定医療法人制度に係る税制措置の延長・拡充
- (4) 出資額限度法人の持分の相続税評価の引き下げ(出資額を限度とする) など

医業承継の税制上の課題

1. 持分のある医療法人の相続・承継について①

持分のある医療法人の相続について、日本医師会は、税制改正要望において、
持分の評価の引き下げ(評価減)を要望しています。

医療法人は、中小企業の事業承継税制(相続税・贈与税の納稅猶予制度)の対象外とされており、また持分の相続税評価においても中小企業の株式と比べて不利な取り扱いとなっていると言えることから評価が高額になる等の課題があることは、ご指摘の通りです。

事業承継税制(相続税・贈与税の納稅猶予制度)については、平成21年度から令和6年度まで長年にわたって国に要望をいたしましたが糸口が見えないことから、会内委員会の提言も踏まえ、現在は、持分の評価の引き下げに絞って要望しています。今後、令和9年度以降の税制改正に向けては、会内委員会での検討を踏まえて改めて判断し、要望して行く予定です。

- ・政府への政策要望の際には、エビデンスとして実例を示すことが重要となります。
- ・相続税が重くなり承継できずに廃業に至ったケース等の情報がありましたら、日本医師会にお寄せいただければ幸いです。

医業承継の税制上の課題

1. 持分のある医療法人の相続・承継について②

日本医師会 令和8年度税制改正要望

事業承継に関する相続税・贈与税については、平成21年度改正で取引相場のない株式等についての相続税及び贈与税の納税猶予制度が創設されましたが、医療法人の持分については、取引相場のない株式等と同等に評価・課税されているにも拘らず、課税の軽減措置である同制度の適用から外される結果となっており、課税上のバランスを欠いております。

地域に必要な医療を確保するためにも、相続税等の納税のために医業継続に不可欠な財産までもが換金等され、地域の医療資源が脆弱化することのないよう、手当てすることが必要です。

(1) 医療法人の出資の評価方法の改善

純資産額方式における評価減を行うこと。評価減割合は、法定評価方法である存続期間の定めのない地上権の評価方法(60%評価減)に準じること。

持分のある医療法人は、医療法上の経過措置として位置づけられており、資産としての存続期間が不明。

医業承継の税制上の課題

2. 持分のない医療法人への移行と相続・承継について

持分のない医療法人への移行を希望する法人にとって、「持分のない医療法人への移行計画の認定制度（認定医療法人制度）」が不可欠な制度となっています。

持分のない医療法人への移行については、当然、各法人の判断で行うべきものであり、日本医師会としては、あくまで相続・承継に向けた「選択肢のひとつ」であると考え、認定医療法人制度に係る税制措置の延長・拡充を要望しています。

本制度の適用には一定の要件がありますが、役員の同族制限がないことが大きなポイントであり、小規模な医療法人においても、希望すれば利用し得る制度です。

認定医療法人制度を活用して「持分のない医療法人」に移行した法人は、令和6年度の1年間で104件、うち60件は診療所であり、さらにそのうち44件が無床診療所です。

認定医療法人制度に係る税制措置の延長・拡充

認定医療法人制度に係る税制措置について、適用期限(令和8年12月31日)を延長するとともに、認定要件を緩和等すること

認定医療法人制度に係る税制

「持分なし医療法人への移行計画の認定」を受けた場合に以下の措置が適用される。

持分とは、法人の出資者が、

- ・法人を退社して払戻しを受ける権利、及び
- ・法人の解散時に残余財産の分配を受ける権利

① 法人に対するみなし贈与税の非課税（平成29年10月～）

持分なし医療法人に移行するため、出資者が持分を放棄すると、持分が法人に贈与されたとみなされて、法人にみなし贈与税が課されるところ、「移行計画の認定」を受けて持分なし医療法人に移行すれば、その贈与税が課税されない。

② 相続税等の納税猶予・免除（平成26年10月～）

持分なし医療法人への移行を検討中に相続が発生した場合、持分に対して相続税がかかるところ、相続税の申告期限(10ヶ月)までに「移行計画の認定」を受ければ、その相続税*が猶予され、5年以内に移行すれば免除される。

* 持分に対応する部分に限る

不意な相続の発生などにより生前に持分放棄ができなかった場合、医業継続のためにこの措置が不可欠。

(厚生労働省令和8年度税制改正要望事項より)

○ 医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置の延長

医療法上の持分なし医療法人への移行計画の認定制度の延長に伴い、その制度を前提とした特例措置について、適用期限を3年延長する。

[相続税、贈与税]

持分のない医療法人への移行計画の認定制度(認定医療法人制度)の要件

「運営の適正性に関する要件」

※他に形式的な要件があるが省略している

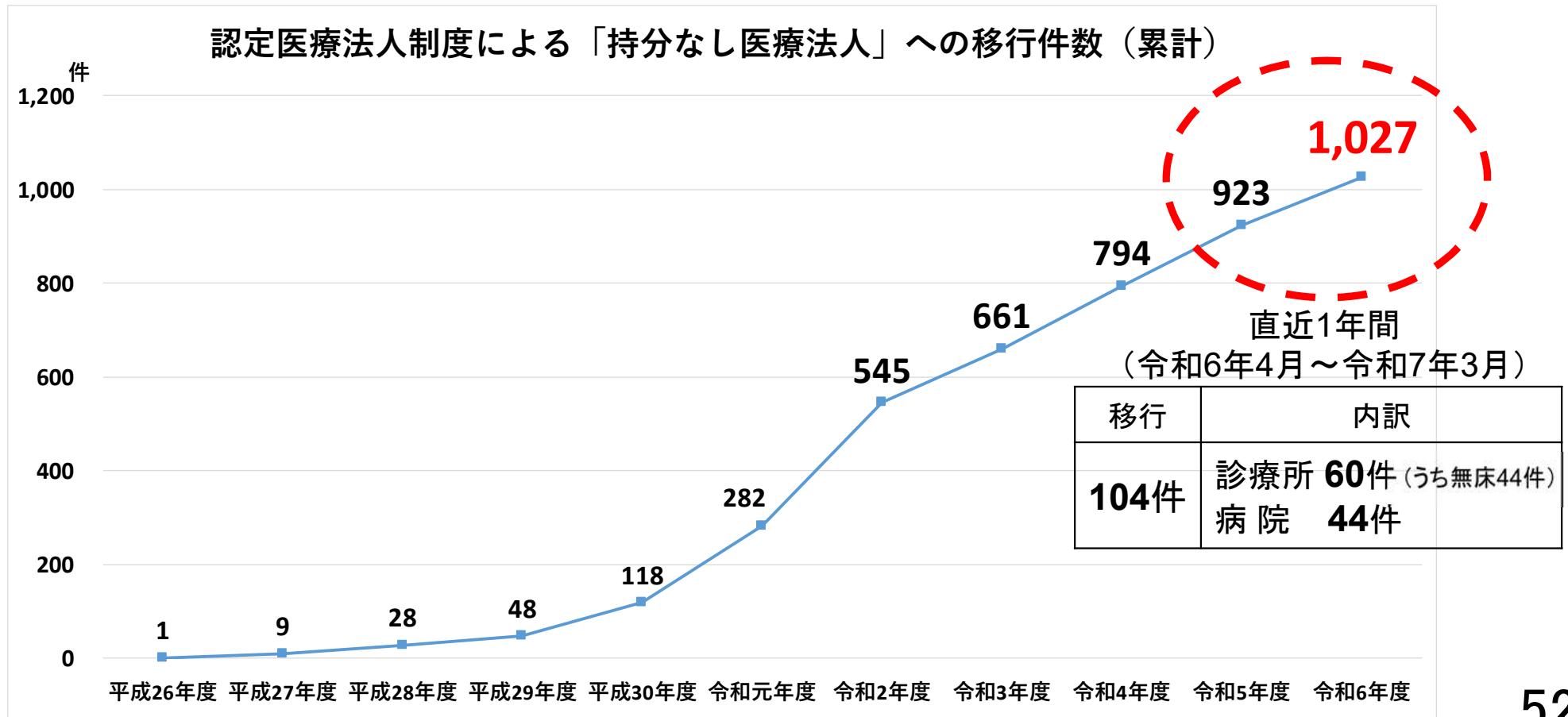
- ① 法人関係者に対し、特別の利益を与えない
- ② 役員に対する報酬等が不当に高額にならないような支給基準を定めている
- ③ 株式会社等に対し、特別の利益を与えない
- ④ 遊休財産額は事業にかかる費用の額を超えない
- ⑤ 法令に違反する事実、帳簿書類の隠ぺい等の事実その他公益に反する事実がない
- ⑥ 社会保険診療等(介護、助産、予防接種含む)の収入が、収入の80%超である
- ⑦ 自費患者に対し請求する金額が、社会保険診療報酬と同一の基準による
- ⑧ 医業収入が医業費用の150%以内である

これらの要件は持分のない医療法人へ移行した後6年間は満たしていかなければならない。

「役員の同族制限」が課されないことがポイント。診療所の医療法人も活用し得る。

認定医療法人制度を活用した「持分のない医療法人」への移行状況

平成26年に創設された認定医療法人制度は医業承継のための「選択肢のひとつ」として、累計で1,027件がこの制度を活用して「持分のない医療法人」に移行しています。直近1年間で104件が移行しています(うち60件が診療所、さらにそのうち44件が無床診療所)。



医業承継の税制上の課題

3. 個人開業医の相続・承継について

個人版事業承継税制の課題

個人開業医の承継では、一般事業者に比べて「個人版事業承継税制(相続税等の納税猶予制度)」の適用に障壁があることは、ご指摘の通りです(脚注参照)。

これについて、日本医師会は、令和2年度から令和5年度まで、本制度の改善を要望いたしましたが、他方で、本制度は、あくまでも納税の猶予である上に、他の有力な特例制度である「小規模宅地の減額特例」との選択制とされていることから、そもそもメリットが薄く、会内委員会において税理士・会計士の団体に意見を聴取した結果、活用ニーズが低いと判断し、現在は要望いたしておりません。

個人開業医の相続税については、本制度に拘らず、要望すべき措置を引き続き検討して行きます。

(脚注) 平成31年度に創設された「個人版事業承継税制」は、個人事業を承継した後継者が事業を継続している間に限り、相続税等の納税を猶予する措置であり、個人事業を廃止した場合には、猶予が切れ、納税が必要となります。法人化による個人事業の廃止も同様ですので注意が必要です。この点について、一般事業者が株式会社化する場合には、個人の事業用資産を現物出資することにより、例外として納税猶予を継続できる取扱いとされています。しかし、個人開業医が医療法人化する場合には、株式会社のように現物出資することは出来ないため、法人化すると事業廃止となり、猶予が切れ、納税が必要となってしまいます。この意味において、個人開業医にとって本制度を利用することは後継者が将来医療法人化する選択肢が事実上なくなることに等しいため、ほぼ利用できない制度となっています。

個人版事業承継税制の留意点

「個人版事業承継税制」とは、個人事業者の土地・建物、器具備品、車両、無形資産などの事業用資産の承継に係る相続税等の納税を猶予する特例であり、10年間限定の時限措置です。

- 個人版事業承継税制は、既存の事業用小規模宅地の減額特例(事業用宅地400m²まで80%減額を認める特例)と選択制です。
- 個人版事業承継税制を利用すると事業用小規模宅地の減額特例は利用できなくなります。
- あくまで事業を継続する間、納税を「猶予」するものであり、「減額」ではありません。
- 医療法人成りをする際には、個人事業の廃止となり、納税が必要となることに十分な留意が必要です。

医業承継の税制上の課題

4. 医療法人の第三者への承継について

持分のない医療法人は、残余財産の分配を受ける権利等がないため、持分を譲渡することは出来ません。しかし、実際には、役員退職金を事実上の譲渡対価として、役員を交代することによって、第三者に承継することが行われています。

一方、持分のある医療法人は、持分を譲渡するとともに、役員を交代することにより、第三者に承継することができます。

また、第三者への承継は、承継・開業しようとする「譲り受け側」の医師からみて、新規開業よりもリーズナブルであることや、開業して成り立つだけの医療需要が見込めることが、取引のベースとなるため、成約は容易ではありません。

なお、日本医師会は、令和8年度税制改正に向けて、医師が不足する重点医師偏在対策支援区域で承継・開業する診療所への登録免許税、不動産取得税、固定資産税の軽減措置等の創設を要望しています。

令和8年度診療報酬改定における 病院と診療所の均衡をめぐる課題について(1/2)

質問者	福岡県医師会
標題	令和8年度診療報酬改定における病院と診療所の均衡をめぐる課題について
要旨	<p>令和8年度診療報酬改定に関して、病院と診療所の双方の立場に鑑み、以下の点について見解を求めたい。</p> <p>この数年にわたり、我が国においては物価の持続的な上昇と賃金水準の上昇が顕著にみられている。しかし、公定価格である診療報酬の改定率は、令和4年度+0.43%、令和6年度+0.88%にとどまり、物価・賃金の上昇に追随できていないのが実情である。その結果、多くの医療機関が経営の逼迫に直面し、とりわけ病院では赤字経営が常態化している。</p> <p>病院は診療所に比して規模が大きく、収支の赤字額も甚大となる傾向にある。さらに病院は24時間365日体制で地域医療を担っており、夜間・休日勤務に従事する職員への給与水準の上昇は避けられない。これが経営をさらに圧迫し、実に8割の病院が赤字に転落しているとされる大きな要因である。物価上昇と賃金の上昇(とりわけ、夜間・休日勤務に従事する職員の賃金上昇)は当面の間、止まることはないだろう。診療報酬改定率そのものは、従来より政治的決着によって定められてきた。しかし、その改定率を「どのように配分するか」については、中医協における議論を経ることが慣例であった。ところが令和4年度改定以降、配分についても政府が直接的に指示を行うようになり、中医協本来の役割は大きく損なわれ、形骸化しているとの指摘がなされている。さらに、一部の報道では、病院と診療所の双方の診療報酬を同時に引き上げることは困難であり、病院を優先する場合には診療所の報酬を削減せざるを得ないと見解が示されているようである。もし仮に、このような「病院か診療所か」という二者択一を迫られる事態となれば、それは我が国の医療提供体制を分断しかねない重大な問題となる。</p> <p>※次ページへ続く</p>

令和8年度診療報酬改定における 病院と診療所の均衡をめぐる課題について(2/2)

質問者	福岡県医師会
標題	令和8年度診療報酬改定における病院と診療所の均衡をめぐる課題について
要旨	<p>病院と診療所は役割こそ異なるが、いずれも国民医療を支える両輪であり、相互に補完し合ってはじめて地域医療は成り立つ。病院が失われれば入院医療が崩壊し、診療所が失われれば身近なかかりつけ医機能が消滅する。いずれも国民生活の基盤を脅かす事態であり、両者を対立的に捉えることは誤りであり、共存と調和のもとに持続可能な医療提供体制を築くことこそ、国民が真に望む姿である。</p> <p>日本医師会は、かねてより「国民医療の確保と持続可能性」を至上命題として活動を続けてきた。したがって、令和8年度改定に際して仮に二者択一を迫られるような状況に陥ったとしても、日本医師会はそのような二元論に拘泥すべきではないと考える。むしろ国民医療全体にとっての最適解を導くために、力強い提言を行う責務がある。もし仮に、政府が二者択一を迫った場合、日本医師会として、どのような対応を行うのか。また、病院と診療所双方の存続をどのように対応していくのか、ご見解をお聞かせいただきたい。</p>

読売新聞「財政審の報酬議論に反論 日医会長『診療所の4～5割赤字』」(2025年11月7日)

日本医師会の松本吉郎会長は6日の記者会見で、診療所に支払われる診療報酬の圧縮が財政制度等審議会(財務相の諮問機関)で議論されたことに対し、「診療所の4～5割は赤字で大変な状態だ」と反論した。

5日の財政審の分科会で財務省は、来年度の診療報酬改定に向け、診療所の報酬を「適正化の方向で検討すべきだ」と指摘。一定機能を有しない場合には初診・再診料を減算する案や、基準を満たせば初診料に上乗せできる「機能強化加算」を廃止する案を提示した。

松本会長は「財政的な観点のみから個別の診療報酬を議論することは看過できない」と不快感を示した。

また、医療介護分野で働く現役世代の賃上げが実現できない状況に触れ、「財政審の議論には、人材流出と経営悪化によって、医療介護の提供体制が維持できなくなるという危機感が感じられない」と批判した。

日本医師会の松本吉郎会長は6日の記者会見で、診療所に支払われる診療報酬の圧縮が財政制度等審議会(財務相の諮問機関)で議論されたことに対し、「診療所の4～5割は赤字で大変な状態だ」と反論した。

5日の財政審の分科会で財務省は、来年度の診療報酬改定に向け、診療所の報酬を「適正化の方向で検討すべきだ」と指摘。一定機能を有しない場合には初診・再診料を減算する案や、基準を満たせば初診料に上乗せできる「機能強化加算」を廃止する案を提示した。

松本会長は「財政的な観点のみから個別の診療報酬を議論することは看過できない」と不快感を示した。また、医療介護分野で働く現役世代の賃上げが実現できない」と不快感を示した。

日医会長「診療所の4～5割赤字」

財政審の報酬議論に反論

できない状況に触れ、「財政審の議論には、人材流出と経営悪化によって、医療介護の提供体制が維持できなくなるという危機感が感じられない」と批判した。



* 記事: 読売新聞「財政審の報酬議論に反論 日医会長『診療所の4～5割赤字』」(2025年11月7日) 朝刊二面

写真: 読売新聞オンライン「財政審の報酬議論に反論 日医会長『診療所の4～5割赤字』」(2025年11月6日) <<https://www.yomiuri.co.jp/medical/20251106-OYT1T50150/>>

財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障②」等の議論について(1/5)

松本吉郎会長は、11月6日の会見に引き続き、11日に行われた財務省財政制度等審議会財政制度分科会(以下、財政審)での議論の内容を受けて、「今回の財政審の資料は診療所の適正化と称することを行うためのストーリーに基づく資料と議論であり、医療界の中での分断を招こうとしているが、病院、診療所共に、医療機関は地域を一体となって支えており、両方とも地域にとって必要不可欠なものである」と強調した。

松本会長は、11日に開催したシンポジウム「社会保障のアップデート」の中で、有識者が「不適切なデータや評価は、最前線で戦う現場の士気を下げ、社会的共通資本である医療・介護・福祉を脆弱化させ、社会を分断させる恐れがある」と指摘されていたことを紹介し、財政審が「高齢者と若者」「病気の方と健康な方」「病院と診療所」など、さまざまな二項対立で分断を煽っていることが社会の不安定につながっているとして、「社会格差と健康格差を生まない社会にしていかなければならぬ」との考えを示した。



*令和7年11月12日日本医師会記者会見より

(出所)日本医師会定例記者会見「財務省財政制度等審議会財政制度分科会における社会保障②等の議論について」(令和7年11月12日)

財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障②」等の議論について(2/5)

また資料の内容については、多くは今春の財政審の春の建議の焼き直しであり、特に「2. 医療・介護の理想像」などは春から多少変更はあるものの、関係者の同意も無い財務省の勝手な理想像が示されているに過ぎず、「あきれ果て、理解に苦しんでいる」と述べ、例えば「長期処方の普及が質の高い医療とは到底思えない」と批判した。

更に、松本会長は、国民皆保険制度について「平成16年の大臣合意により、『必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する』とされており、これが『公的保険の考え方』である」と説明した上で、財務省等を中心に「大きなリスクは共助中心、小さなリスクは自助中心」という「民間保険の考え方」も一部に見受けられることは残念だとし、「医療は『現金給付』ではなく『現物給付』であり、公的皆保険制度として必要かつ適切な医療は保険診療により確保すべきである」と主張した。

その上で、財政審の「医療」に関する資料について、(1)病院・診療所の収益に対する費用構造、(2)「2024年度赤字診療所(医療法人立)の分析」及び「(参考)医療法人の法人設立時期に基づく経常利益率の分析」、(3)医療提供の効率化等一の主に3点に対して反論した。

財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障②」等の議論について(3/5)

(1)では、診療所の院長給与について、実態を正確に把握するためには、平均値ではなく中央値と最頻値を重視すべきであると指摘。加えて、院長は診療だけでなく経営上の全責任を負い、経営が困窮した場合には、連帯保証人として個人財産を投入してでも返済に対応する責任がある他、特に小規模の医療機関では、院長は診療のみならず、医療安全の確保、人材の確保、人事・労務、福利厚生、広報、設備の修繕・更新に至るまで、院内があらゆることに対応しているとし、「財務省が示したデータは、医療機関が不眠不休で立ち向かった新型コロナウイルス感染症関連の『今はなき』補助金が含まれるなど、現在の苦しい医療機関経営の実態を全く示しておらず、恣意的にイメージを先行させようという意図が伺える」と抗議した。

また、個人診療所の院長の個人収益について、その中から所得税の支払い、借入の返済、建物や医療機器等の固定資産の更新等を行う必要があるため、医療法人の院長の給与と同列に比較することは全く不適切であるとし、「一般に、個人のまま経営している診療所は医療法人よりも零細であり、このような資料の出し方は著しく誤解を招くもの」と非難した。

更に、改めて現在の無床診療所の経常利益率の中央値は2.5%、最頻値は0.0～1.0%であることにも触れ、「地域医療を守る診療所の廃業・倒産が頻回に起こることは望ましくなく、一定の利益率がないと安定的に存在していくことが不可能になる」こと等を説明した。

財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障②」等の議論について(4/5)

(2)では、無床診療所を経営する医療法人の収支において、設立後年数が長いほど経常利益が減少し、事業収益と事業費用も同時に減少していることに関して、財政審が「法人登記が古い医療法人ほど経常利益率が低くなるのは、設置者である医師が内部留保を給与の形で取り崩しているからである」と断定していることに対しては、「実際には設立後年数が長くなるほど、むしろ事業費用は減少しており、それ以上に事業収益が減少していることが経常利益の悪化を招いている」と反論。

また、医療法人は剰余金の配当が禁止されていることから、当期純利益がプラスであれば利益剰余金が積み上がっていくことは必然とした上で、利益剰余金は、医療法人の設立以降、毎年の税引き後の利益または損失を積み上げた結果の金額で、「現預金」としてそのまま残っているとは限らないと指摘。多くの医療機関は、税引き後の利益を建物や医療機器等の設備投資など、医療に再投資したり、過去の設備投資で借り入れた借金の返済に充てており、現預金が一部残っていたとしても、将来の建て替えや医療機器等の更新に備える財源として確保しなければならないと強調した。

(3)では、「財政的観点のみから財政審が、個別の人員配置まであげつらうことは越権行為と言わざるを得ず、見過ごすことはできない」と強く非難する一方、医療・介護分野における

財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障②」等の議論について(5/5)

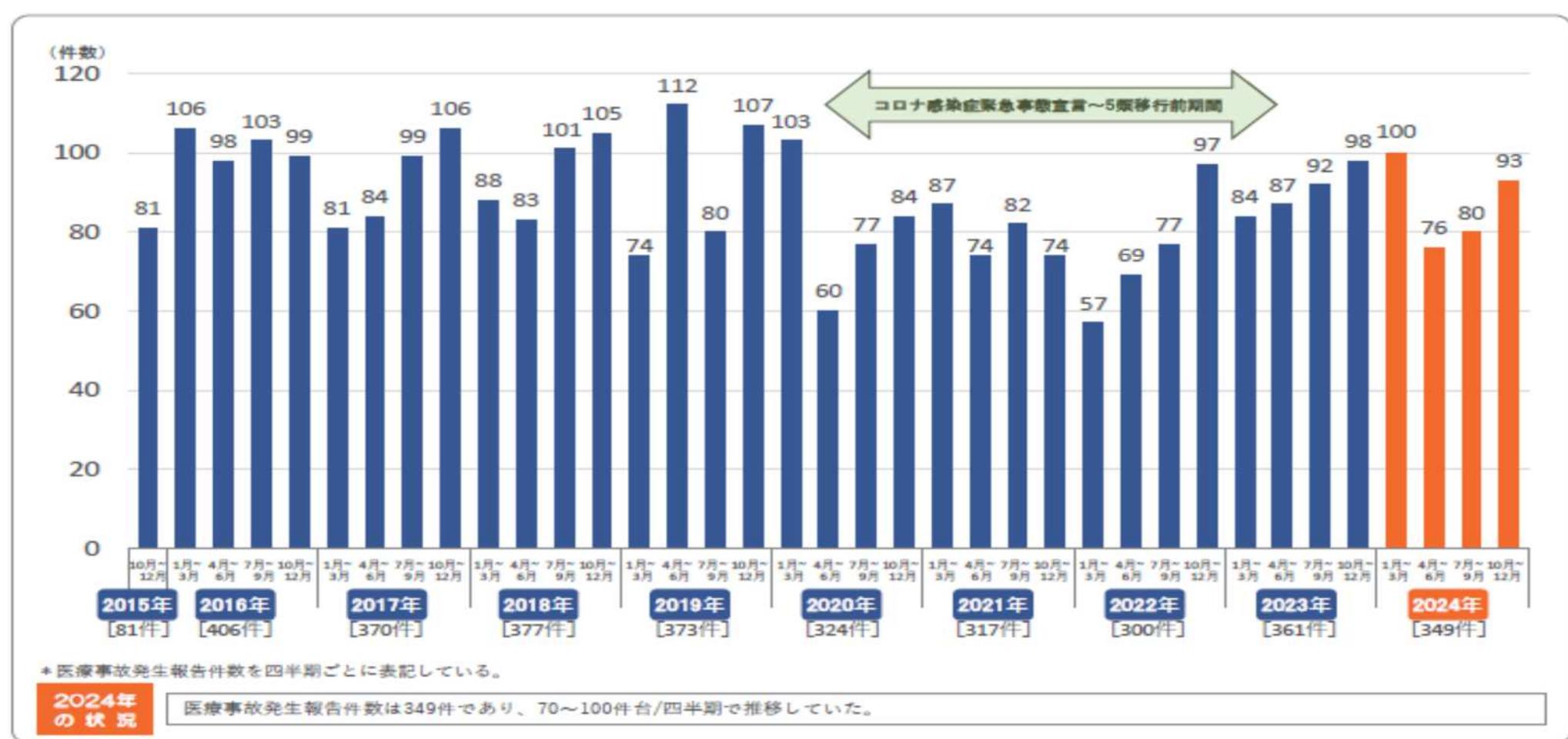
人材紹介について、人材紹介会社を経由した雇用の都度、発生する手数料は医療機関にとって大きな負担となっていることには、「この件だけだが、珍しく財政審と考え方の方向性は一致している」と述べた。

最後に、松本会長は、診療所の利益率は、決算月が直近になるほど利益率が低くなっていること、2025年度は更に悪化することに改めて触れ、「診療所だけを深堀りして財源を捻出するようなことは到底容認できない」と主張。また、今回の財政審の議論は「診療所の適正化を行う」と称することを行うための恣意的な資料となっており、医療機関経営の経常利益率は中央値2.5%、最頻値0.0～1.0%と、病院だけでなく診療所も非常に厳しい状況で、例えば、売上が1億円だと利益は250万円、1.5億円だと375万円と決して高くなく、更にその中で高額な医療機器等の設備投資等も行っていることを再度強調するとともに、診療所で使用する医療機器でも1,000万円を超える機器は多くあり、耐用年数も決まっているため、買い替えや高額な修繕等も必要になると説明。「このままでは閉院する医療機関が増え、地域医療の崩壊を招く」と警鐘を鳴らし、財源を純粋に上乗せする対応が必須だとして、次期改定までの2年間をしっかりと見た改定水準を求めた。

医療事故調査制度発足10年を踏まえて、 日本医師会の立ち位置と各都道府県医師会の現況について

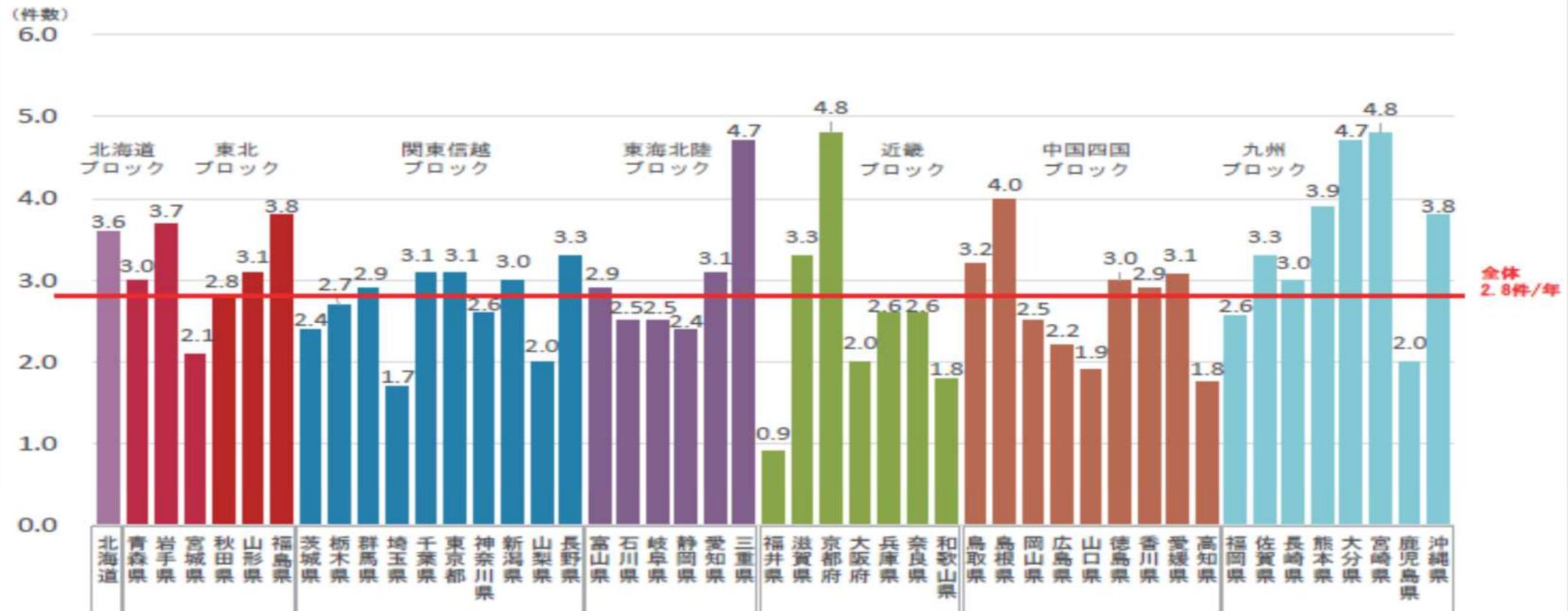
質問者	福岡県医師会
標題	令和8年度診療報酬改定における病院と診療所の均衡をめぐる課題について
要旨	<p>医療事故調査制度は再発防止を主な目的として、犯人捜しに傾かない調査の支援団体を、各都道府県医師会が担ってきました。日本医師会と日本医療安全調査機構は共同で調査制度の周知活動を行ってきていると聞いています。</p> <p>私自身福岡県方式の初期段階で初期対応と院外専門委員を担いましたので、調査制度の難しさを経験してきました。当事者(医療機関)への対応、遺族への説明の問題等です。福岡県における調査は100例を超えるのが現況です。その中いろんな問題点が指摘されてきています。支援団体の在り様は地域で異なり報告書も公開されておらず、医療機関(病院)の問題点も様々な事に及ぶと思われます。福岡県も担当医の加齢に伴う引継ぎの時期になりました。引継ぎを誤ると、診療や報告書に納得できない遺族は司直に届け、医療訴訟に発展する可能性があります。医療機関への調査支援体制を円滑に維持、継続することが大切と思います。</p> <p>日本医師会は、各都道府県医師会の調査制度の現況をどのように把握されているのか、またその問題点解決のため、どのような対策、指導をされているのか。司法の問題には、日本医師会の関与が必要ではないかと考えます。我々会員、医療機関は守ってもらえるのか。医療事故調査制度10年を踏まえ日本医師会のお考え対策をお示しください。</p>

医療事故調査制度 発生報告件数の推移



医療事故調査・支援センター2024年 年報(日本医療安全調査機構)より

都道府県別人口100万人あたりの医療事故発生報告数(制度開始から)



*「人口100万人あたりの報告件数」とは、医療事故発生報告件数/9.25/人口(「令和5年人口推計」総務省統計局)×100万として算出している(1年換算)。

制度開始
からの状況

人口100万人あたりの医療事故発生報告件数(制度開始からの累計)を1年換算した件数は全体で2.8件/年であった。最も多かったのは「京都府」「宮崎県」の4.8件、続いて「三重県」「大分県」の4.7件であった。

厚労科研(令和5・6年度)

医療事故調査制度における医療事故調査等支援団体による 支援の機能的運用および質向上に向けた研究

研究代表者 細川 秀一（日本医師会 常任理事）

研究分担者 藤原 慶正（日本医師会 常任理事）

研究協力者 菅間 博（日本医療法人協会 副会長）

木下 浩作（全国医学部長病院長会議 患者安全推進委員会委員長）

研究の目的

医療事故調査制度における、医療事故調査等支援団体による以下の現状を把握し、今後の支援の提供体制と質の向上を図ることによって、医療事故の原因分析と再発防止による医療安全の向上という制度本来の目的に繋がることを目指した。

① 医療機関が事例毎に適当な支援を受けられる体制

①-a 各種支援のリソース

①-b 医療機関への支援団体の紹介・情報提供

② 提供される支援の質の確保

⇒ 全国の支援団体・支援団体協議会の実態調査を実施

厚労科研報告書より 今回の調査から明らかになったこと

<①-a 各種支援のリソースについて>

- ・ 人員が限定されている中で、各支援団体が医療機関を支援している
- ・ 実績の乏しい支援団体がある一方、多くの支援を提供している団体もある

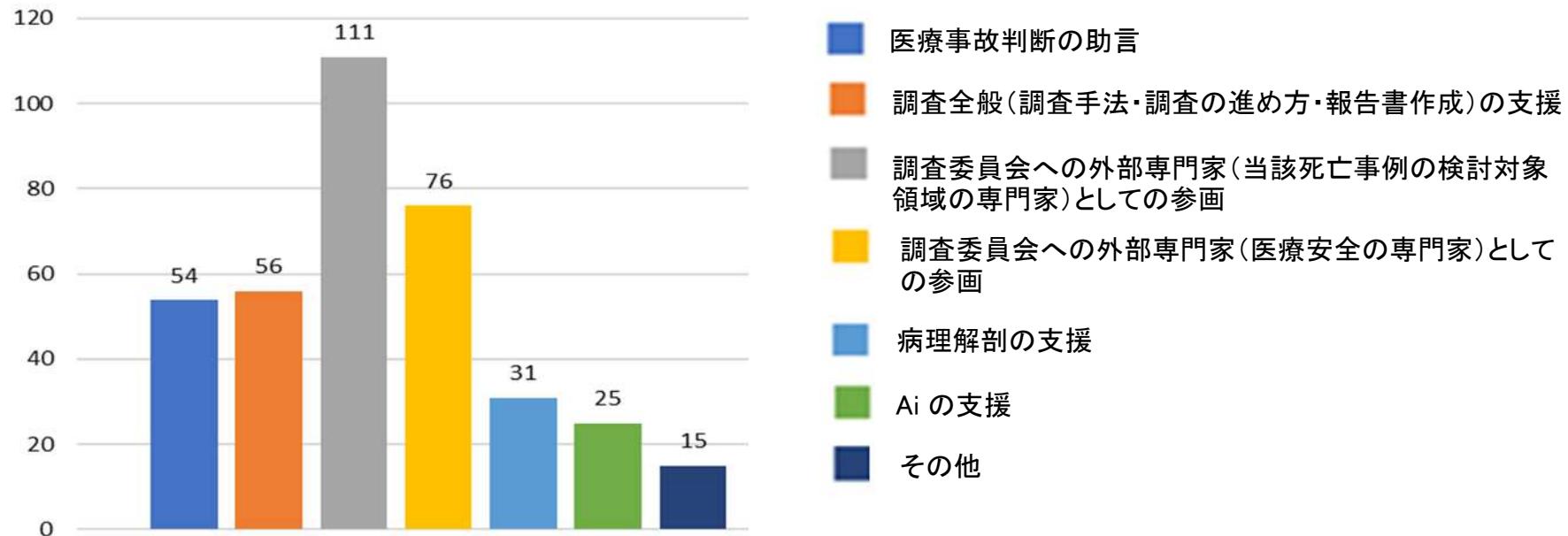
<①-b 医療機関への支援団体の紹介・情報提供について>

- ・ 医療機関からの支援の依頼のルートは複数ある
- ・ 地方協議会は支援団体の窓口として一定の活動をしているが、実績が乏しいことなどから、組織的な対応が確立していない地方協議会もある
- ・ 地方協議会による支援団体の情報の把握状況にはばらつきがある

<② 提供される支援の質の確保について>

- ・ 支援の質の確保に積極的に取り組んでいる支援団体がある一方で、その内容にはばらつきがある

提供している支援の内容(複数選択可) (n=346)



【「その他」について】

- ・メディエーターとして
- ・家族への説明時の同席依頼
- ・事故の内容の分析について助言
- ・医療事故調査費用保険
- ・法令通知に定められている事項を医療事故調査・支援センターに報告する際の書式(ひな型)を作成し、ホームページに公開
- ・支援状況を包括的に管理・調整するシステムは有していないため詳細が不明
- ・調査委員会への外部専門家の紹介・派遣…6件

医療事故が発生した医療機関からの支援依頼方法について

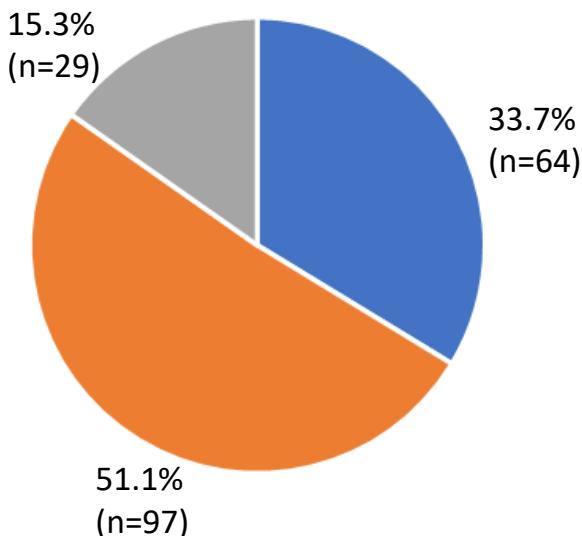
支援団体からの回答

(n=190)

- 地方協議会を通して依頼される
- 医療機関から直接依頼される
- その他

※「その他」について

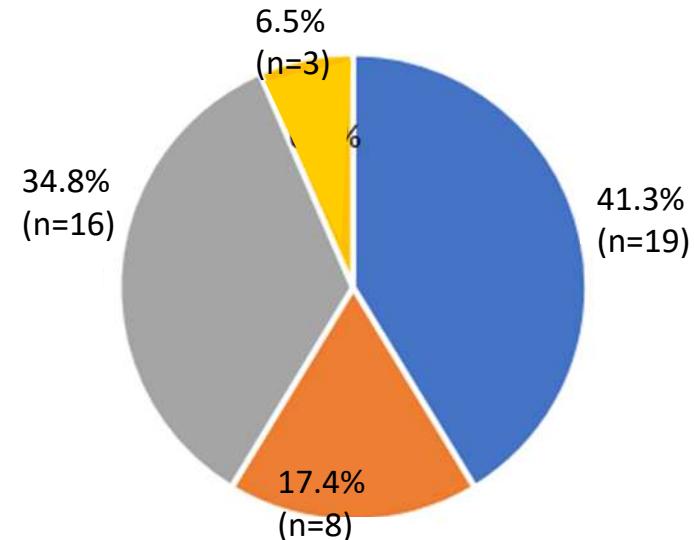
- ・日本医療安全調査機構を通して…11件
- ・学会を通して…5件
- ・看護協会を通して…3件
- ・他学術団体から
- ・全国国民健康保険診療施設協議会等
- ・把握していない



地方協議会からの回答

(n=46)

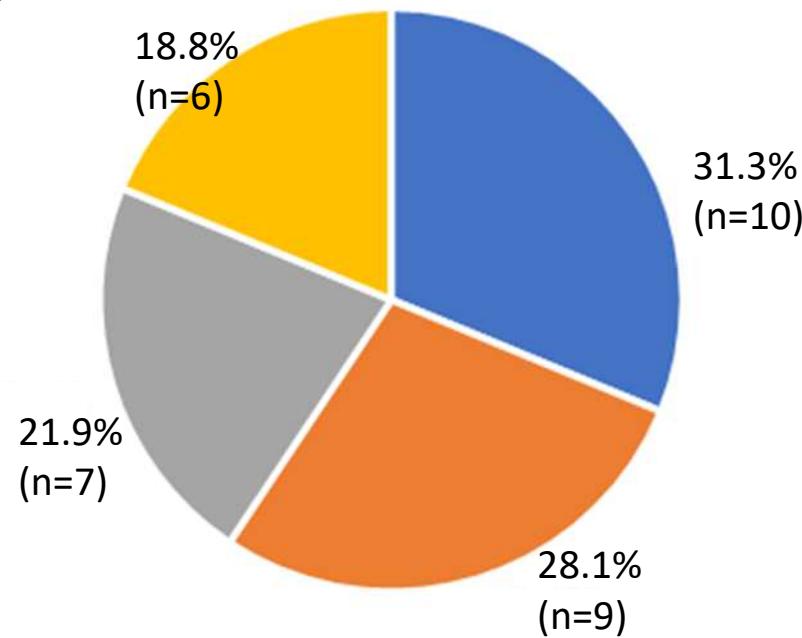
- 地方協議会を通して依頼されることになっている
- 決められていないが、地方協議会を通して依頼されることが多い
- 決められていないが、地方協議会を通さず支援団体に直接依頼されることが多い
- 不明



地方協議会において 支援団体が行っている支援の内容を把握しているか

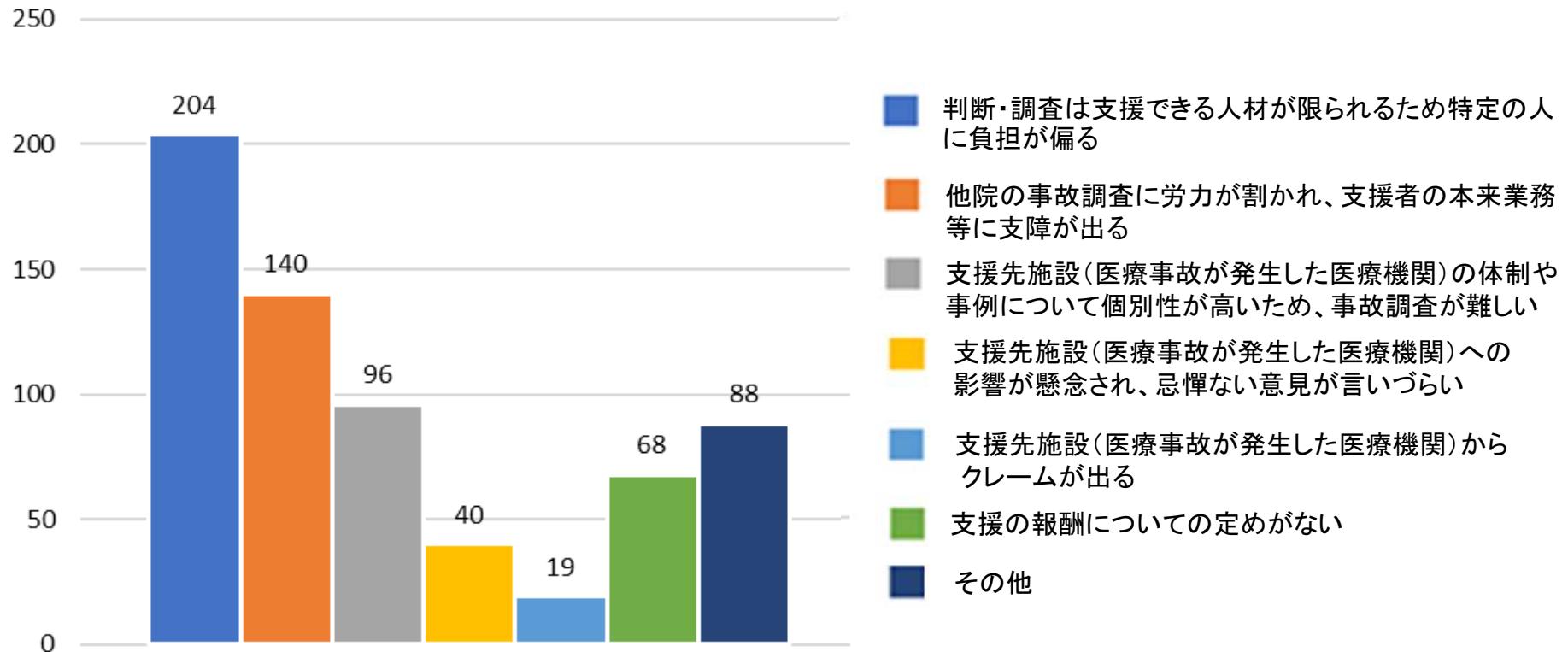
(n=32)

- 全ての支援団体について把握している
- 一部の支援団体について把握している(把握している支援団体の方が多い)
- 一部の支援団体について把握している(把握していない支援団体の方が多い)
- 把握していない



支援を提供する際の課題について(複数選択可)

(n=346)



ヒアリングから

支援の質の確保について

- 地方協議会(医師会)内に、医療事故調査専用の支援委員会を設置
(地域内全域の主要病院の院長はじめ医療安全担当医師が参画)
- 支援委員会に参画する常任委員が、外部委員として院内調査委員会委員長を務め、一定レベルの調査報告書を作成している
- 院内調査報告書案についても、支援委員会常任委員全員において意見交換のうえ内容を検討
- 医師会オリジナルの院内調査委員会委員長向けマニュアルの作成

今後の課題と取り組み

- 支援を安定して提供するために、**支援する人材の確保が課題**
- 地方協議会が支援団体の情報を更新しつつ把握し、医療機関に情報提供・紹介する体制の構築が重要
- 現状で支援団体がおこなっている多様な取り組みを、支援団体間で共有し、各団体の自律的な活動の活性化につなげることも重要
- そのためには、**中央協議会による支援団体相互の意見交換と情報共有も有用**

支援団体自体の環境の変化なども踏まえ、支援を提供できる支援団体を改めて確認することも必要

▶日本医師会の重点的取り組み

- **中央協議会の活動の活性化**
- 事故調査制度の基本的な情報を全国に再周知、確認 → **全国の地方協議会の連絡会議を開催**
- 特に医療機関管理者に制度の理解を深めていただく → **「セミナー」の内容充実と受講促進**

院内調査の要点2024

院内調査の要点 2024

【日本医師会 医療安全対策委員会 答申】
医療事故調査制度における院内調査のさらなる充実に向けて

令和4・5年度医療安全対策委員会答申
「医療事故調査制度における院内調査のさらなる充実に向けて」として作成
◎委員長 紀平幸一 静岡県医師会 会長(当時)
○副委員長 上野道雄 福岡県医師会 参与

- 全国の医療施設で院内調査に取り組む際のよりどころとなる考え方、手法を盛り込んだ参考書として作成
- 令和6年度より医療事故調査制度セミナーの教材として活用中
- 引き続き医療安全対策委員会で内容を充実させていく予定



←日本医師会ホームページよりダウンロード！

令和7年度 医療事故調査制度「管理者・実務者セミナー」

(日本医療安全調査機構 委託事業 / 運営: 公益社団法人 日本医師会)

【開催日程】

※どちらかを選んで受講

①会場

日時: 令和7年12月7日 (日) 12:30~18:00 (予定)

場所: 日本医師会館 小講堂 (東京)

②e-learning

受講期間: 令和7年12月中旬~令和8年3月末

※会場受講者はe-learningも併せて受講可能

【対象者】

医療機関の管理者、実務者もしくはこれに準ずる方



日本医師会 公式キャラクター
「日医君(にちいくん)」

2. 次期診療報酬改定に向けた日本医師会の考え方

次期診療報酬改定で必要な対応

次期診療報酬改定においては、下記の5項目についての対応がしっかりと行われなければなりません。

まずは
補正で対応

- ・ 過年度の不足分
賃金上昇・物価高騰

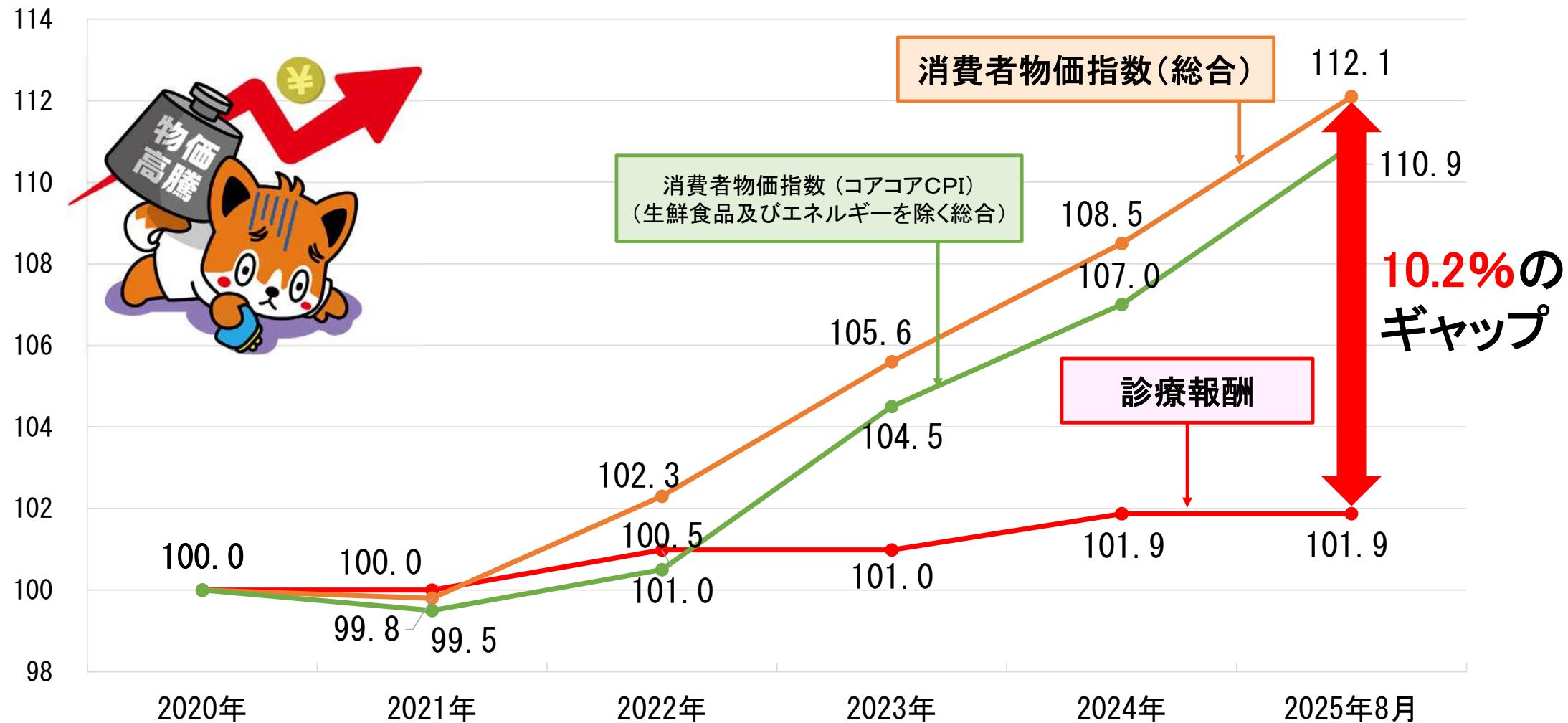
別枠で対応

- ・ 賃金上昇
- ・ 物価高騰

通常の改定

- ・ 医療の高度化
- ・ 高齢化

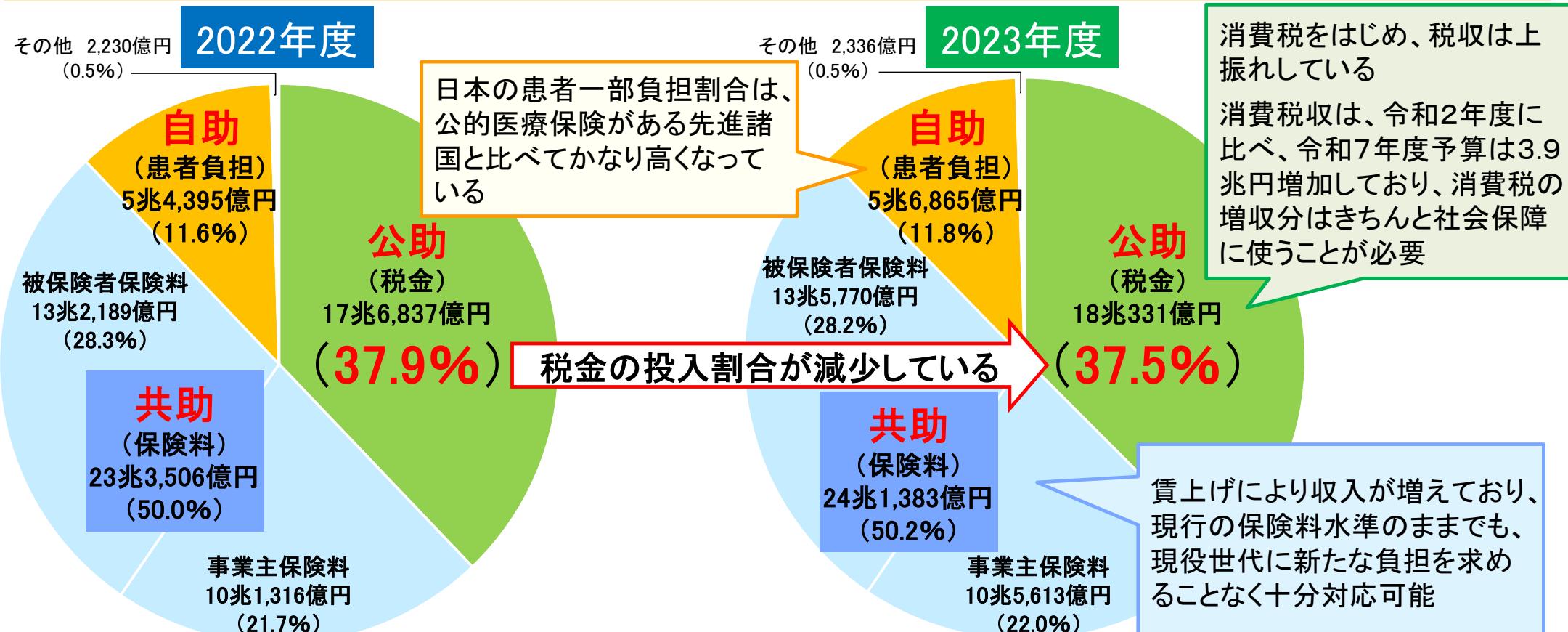
診療報酬上昇率と物価上昇率の比較（2020年=100）



（出所）総務省「消費者物価指数」（2020年基準）を基に作成

国民医療費の財源構成(2022年度・2023年度比較)

「税金による公助」、「保険料による共助」、「患者さんの自己負担による自助」、この3つのバランスを考えながら進め、病に苦しむ患者さんの自己負担のみを上げないことが重要である。
あわせて、低所得者にしっかりと配慮することも不可欠である。



* 厚生労働省「令和5(2023)年度 国民医療費の概況」表3 財源別国民医療費(令和7年10月10日)
厚生労働省「令和4(2022)年度 国民医療費の概況」表3 財源別国民医療費(令和6年10月11日)を基に作成

2025年 最低賃金・春闘・人事院勧告 引上げ率

最低賃金

プラス約6%

5年前の2020年に比べて
約24%上昇

春闘

プラス5.26%

1991年(5.66%)以来
34年ぶり高水準

人事院勧告

プラス3.62%

上げ幅3%以上は1991
年(3.71%)以来34年ぶり

* 全国加重平均は昨年の1,055円から66円上
がり1,121円、率にするとプラス6.26%

厚生労働省「全ての都道府県で地域別最低賃金
の答申がなされました～答申での全国加重平均額
は昨年度から66円引上げの1,121円～」(令和7年9
月5日)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_63030.html>

* 骨太の方針2025に記載の2025年春季労使交渉
平均賃上げ率

内閣府「経済財政運営と改革の基本方針2025」(令和7
年6月13日)
<<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/decision0613.html>>

* 人事院「令和7年人事院勧告」(令和7年8月7日)
<https://www.jinji.go.jp/seisaku/kankoku/archive/r7/r7_top.html>

物価・賃金の変動

税収(公助)

消費税収は、増税前に1%あたり2.66兆円であったが、現在では1%あたり3.3兆円程度と、**7,000億円弱**増額している。

消費税収は社会保障に充てるとされており、経済成長の果実である消費税収増を社会保障に活用すべきである。

保険料(共助)

現役世代の収入は増えており、協会けんぽなど健康保険組合の保険料収入が上振れしている。現行の保険料水準のままでも、共助の財源は増加している。

物価が上がれば税収は増える

人件費が上がれば料率はそのままでも保険料収入は増える

国民皆保険制度について

医療者等の考え方

必要かつ適切な医療は
保険診療により確保

公的保険の考え方

こういう考え方もあるが

財政を緊縮する主張

大きなリスクは共助中心、
小さなリスクは自助中心

民間保険の考え方

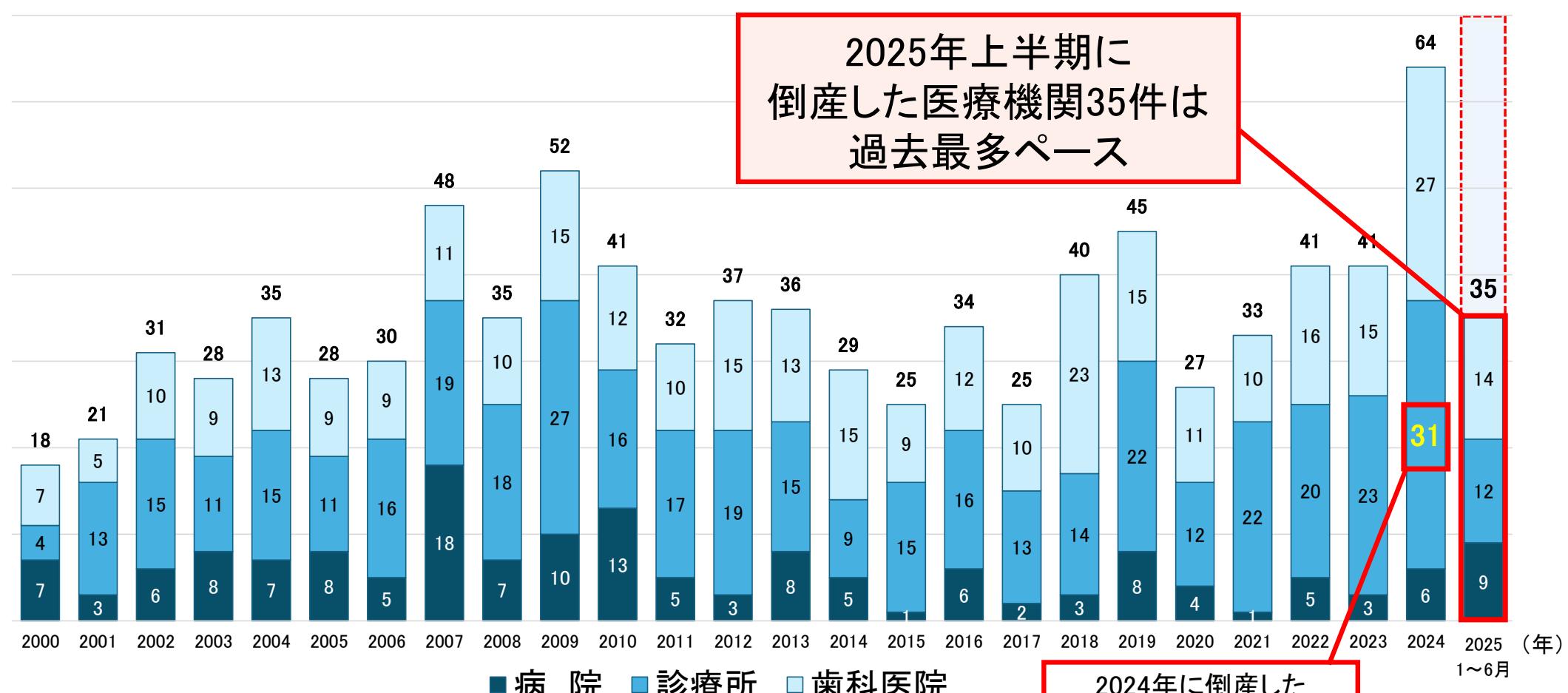
医療は現金給付ではなく、現物給付である

(出所) 厚生労働大臣、規制改革担当大臣による「いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意」(平成16年12月15日)、
財務省財政制度等審議会財政制度分科会 資料「持続可能な社会保障制度の構築(財政各論Ⅱ)」(令和7年4月23日)21頁を基に作成

医療機関(病院・診療所・歯科医院)経営事業者の倒産件数推移

再掲

(件数)



2025年上半年に
倒産した医療機関35件は
過去最多ペース

2024年に倒産した
診療所の件数31件は
過去最多

(出所) 帝国データバンク「医療機関の倒産・休廃業解散動向調査(2024年)」「全国企業倒産集計2025年7月報(倒産動向データ編)」を基に作成

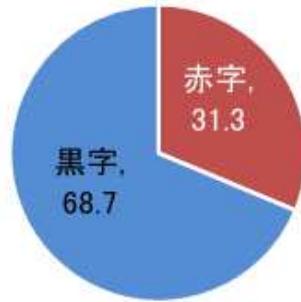
令和7年 診療所の緊急経営調査

(令和)年度		医療法人								
		診療所全体 n=6,761			無床診療所 n=6,187			有床診療所 n=574		
		5年度	6年度	増減 ポイント	5年度	6年度	増減 ポイント	5年度	6年度	増減 ポイント
医業利益率	平均値	6.7%	3.2%	-3.5	7.6%	3.6%	-4.0	2.7%	1.3%	-1.3
	中央値	4.8%	1.1%	-3.8	5.2%	1.2%	-4.0	1.6%	0.1%	-1.5
	最頻階級	0~2%未満	0~2%未満		0~2%未満	0~2%未満		0~2%未満	0~2%未満	
経常利益率	平均値	8.2%	4.2%	-4.0	9.0%	4.4%	-4.5	4.7%	3.0%	-1.7
	中央値	6.2%	2.1%	-4.1	6.6%	2.2%	-4.4	3.4%	1.7%	-1.7
	最頻階級	0~2%未満	0~2%未満		0~2%未満	0~2%未満		0~2%未満	0~2%未満	

医療法人全体 医業利益の赤字割合

医療法人全体 経常利益の赤字割合

令和5年度



令和6年度



令和5年度



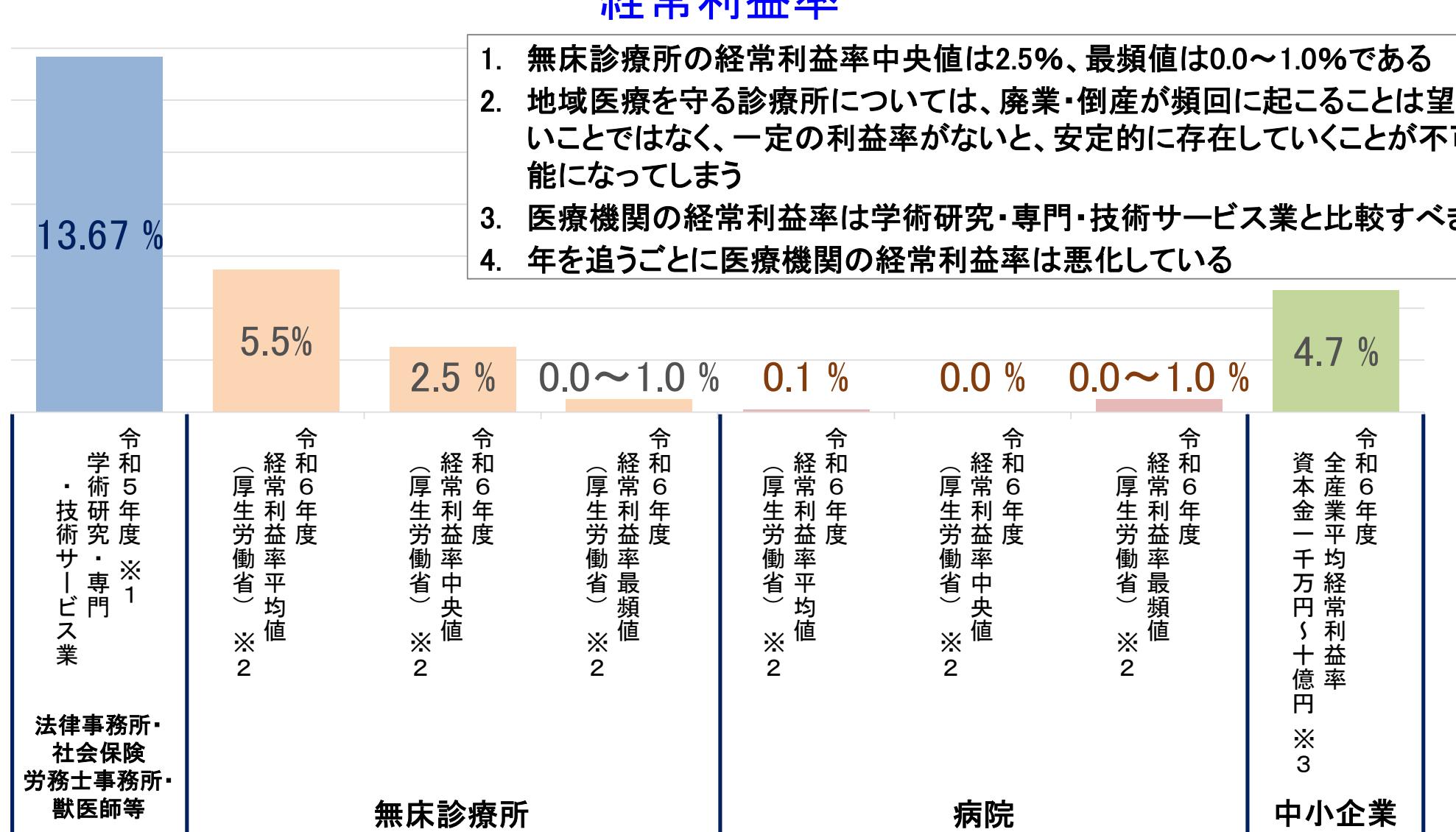
令和6年度



病院だけでなく多くの診療所が赤字に転落している

経常利益率

1. 無床診療所の経常利益率中央値は2.5%、最頻値は0.0~1.0%である
2. 地域医療を守る診療所については、廃業・倒産が頻回に起こることは望ましいことではなく、一定の利益率がないと、安定的に存在していくことが不可能になってしまう
3. 医療機関の経常利益率は学術研究・専門・技術サービス業と比較すべき
4. 年を追うごとに医療機関の経常利益率は悪化している



(出所) ※1 中小企業庁「中小企業実態基本調査(令和5年度決算確報)」(令和7年7月30日)*中小企業実態基本調査に医療機関は入っていない、※2 厚生労働省 第120回社会保障審議会医療部会(令和7年10月27日)資料2-2「医療法人の経営状況(R7.8月末時点速報版)」、※3 財務省「年次別法人企業統計調査(令和6年度)」(令和7年9月1日)

医療法人 令和5年度・6年度における病院・診療所の医業利益率(二期連続)

WAM NET(福祉医療機構)で公表されたMCDBを活用した分析

医業利益率	病院	無床診療所	有床診療所
N数 (N/医療法人立施設)	1,275 (22.7%)	8,357 (19.2%)	604 (14.8%)
令和5年度 [R5.8.1~R6.3.31の間に決算を迎えた施設]	平均値	▲0.4%	7.6%
	中央値	▲0.8%	4.8%
	最頻値	0.0~1.0%	2.0~3.0% ▲1.0~0.0%
			
令和6年度 [R6.4.1~R7.3.31の間に決算を迎えた施設]	平均値	▲1.1%	4.2%
	中央値	▲1.3%	1.3% ▲0.5%
	最頻値	0.0~1.0%	0.0~1.0% 1.0~2.0%

*医療法人経営情報データベースシステム(MCDB)における、施設別の経営情報を医政局にて集計。

令和5年度と6年度の両年度でMCDBの提出のある病院・診療所が対象。

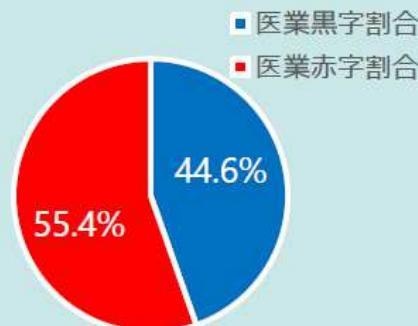
*社会保障審議会医療部会(2025年10月27日)資料より作成。

令和5年度・6年度における病院・診療所の赤字割合（医業収支）

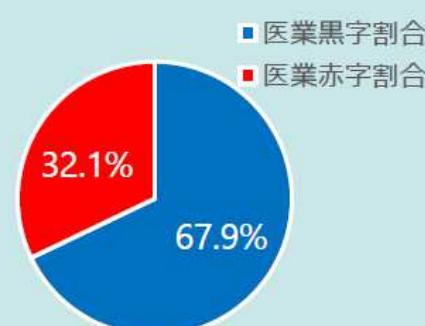
R7.8月末収集
時点の速報値

【令和5年度決算】

病院



無床診療所



有床診療所



【令和6年度決算】

病院



無床診療所



有床診療所



(出典) 医療法人経営情報データベースシステム (MCDB) における、施設別の経営情報

※ R5年度については、制度施行開始日であるR5.8.1以降に決算日を迎えた施設。（R7.3末収集時点）

(出所) 社会保障審議会医療部会(2025年10月27日)資料

医療法人 令和5年度・6年度における病院・診療所の経常利益率(二期連続)

WAM NET(福祉医療機構)で公表されたMCDBを活用した分析

経常利益率	病院	無床診療所	有床診療所
N数 (N/医療法人立施設)	1,275 (22.7%)	8,357 (19.2%)	604 (14.8%)
令和5年度 [R5.8.1～R6.3.31の間に決算を迎えた施設]	平均値	1.6%	9.2%
	中央値	1.5%	6.4%
	最頻値	1.0～2.0%	0.0～1.0%
			
令和6年度 [R6.4.1～R7.3.31の間に決算を迎えた施設]	平均値	0.1%	5.5%
	中央値	0.0%	2.5%
	最頻値	0.0～1.0%	0.0～1.0%
※令和7年8月末収集時点の速報値			1.0～2.0%

※医療法人経営情報データベースシステム(MCDB)における、施設別の経営情報を医政局にて集計。

令和5年度と6年度の両年度でMCDBの提出のある病院・診療所が対象。

*社会保障審議会医療部会(2025年10月27日)資料より作成。

【令和5年度決算】

病院



無床診療所



有床診療所

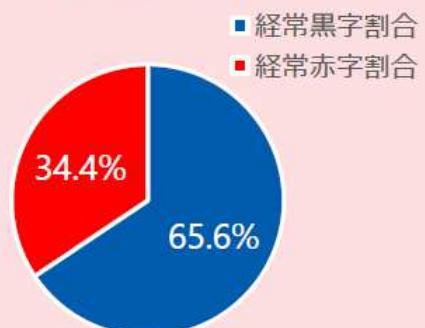


【令和6年度決算】

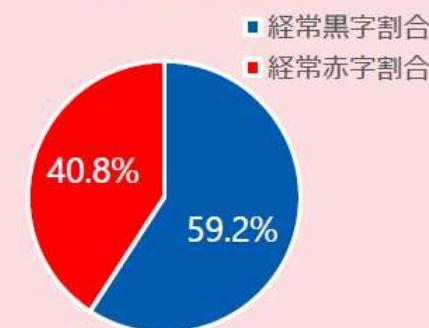
病院



無床診療所



有床診療所



(出典) 医療法人経営情報データベースシステム (MCDB) における、施設別の経営情報

※ R5年度については、制度施行開始日であるR5.8.1以降に決算日を迎えた施設。（R7.3末収集時点）

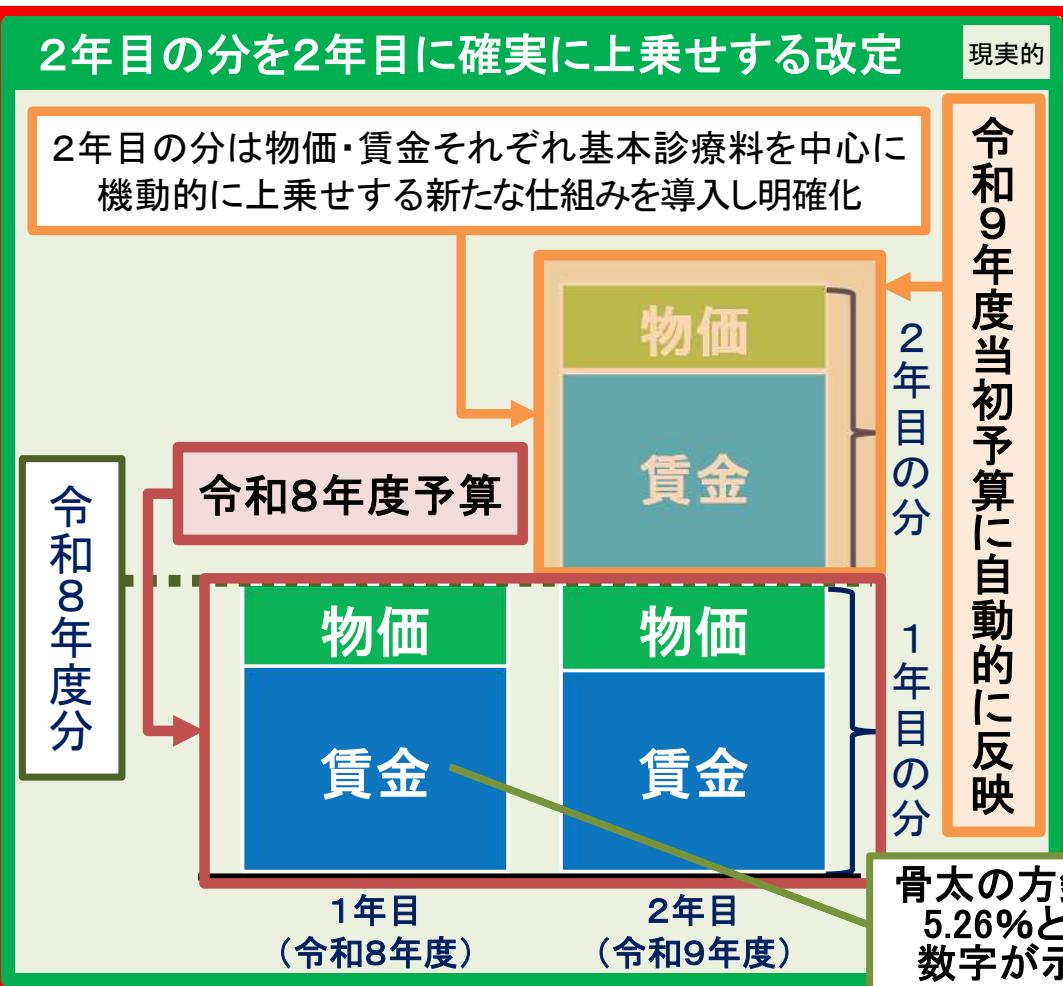
(出所)社会保障審議会医療部会(2025年10月27日)資料

インフレ下における賃金・物価上昇への次期診療報酬改定での対応

2年目の分を2年目に確実に上乗せする改定

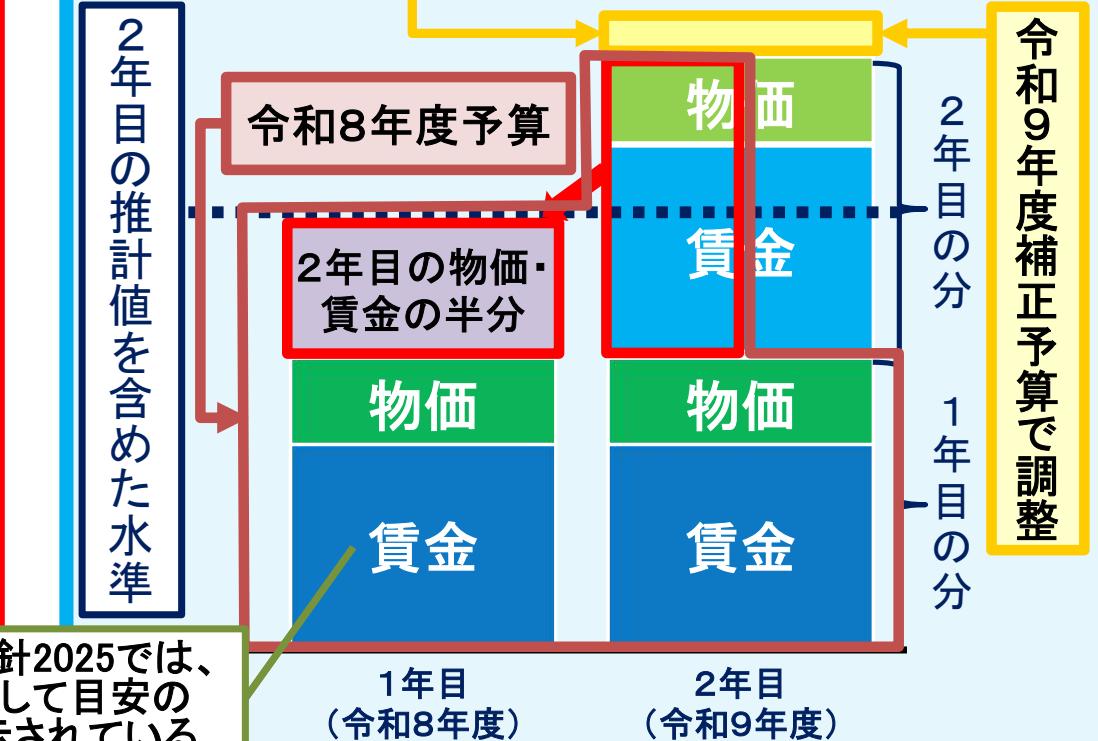
現実的

2年目の分は物価・賃金それぞれ基本診療料を中心に機動的に上乗せする新たな仕組みを導入し明確化



次の改定までの2年間をしっかりとみた改定水準 理想的

2年目は実調の調査から3年間ずれることから、物価・賃金が大きく上昇した場合には、それに応じて適切に対応する新たな仕組みの導入の検討を明確化



「次の改定までの2年間をしっかりとみた改定水準」が望ましく理想的であるが、2年目の予算を先取りすること等もあり、「2年目の分を2年目に確実に上乗せする改定」が現実的である。
2年目(令和9年度予算)での対応とする場合、大臣折衝事項等でしっかり明確化して対応を行うべき。

骨太の方針2025

(「経済・財政新生計画」に基づく今後の取組方針)

とりわけ社会保障関係費²⁰⁴については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。具体的には、高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する。

204 社会保障関係費の伸びの要因として高齢化と高度化等が存在する。

(1)全世代型社会保障の構築

医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかりと図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある。このため、これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、次期報酬改定を始めとした必要な対応策において、2025年春季労使交渉における力強い賃上げ²⁰⁷の実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。

207日本労働組合総連合会の集計によれば、現時点(第6回集計)で定期昇給を含む平均賃上げ率は5.26%(うちベースアップ分のみで3.71%)、組合員数300人未満の組合の平均賃上げ率は4.70%(うちベースアップ分のみで3.51%)となっている。

令和7年度補正予算について

昨年令和6年度の補正予算の規模では、賃金・物価等の上昇により、医療機関の窮状に歯止めがかからず、むしろ拍車がかかりました。

財務省は前年度とあまり変わらず、11月中旬現在、令和7年度補正予算は2,000億円程度で充分であると主張しているのですが、それでは「止血」にすらなりません。地域を支える医療機関への支援として、1兆円規模の予算を組んでいただけるようお願いいたします。

令和7年度補正予算として
医療機関への**1兆円規模**が必要

11月28日に令和7年度補正予算案が閣議決定し、医療・介護併せて約1.4兆円、医療だけで1兆円超の予算が計上されました

令和7年度補正予算の内訳

厚生労働省予算で医療・介護併せて約1.4兆円、医療だけで1兆円超の予算を獲得

厚生労働省

医療分合計
1兆368億円

ア 費上げ・物価上昇に対する支援 5,341億円
(費上げ1,536億円・物価上昇3,805億円)

イ 施設整備の促進に対する支援 462億円

ウ (独)福祉医療機構による優遇融資等の実施 804億円

エ 医療分野における生産性向上に対する支援 200億円

オ 病床数の適正化に対する支援 3,490億円

カ 出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科への支援 72億円

文部科学省

大学病院の機能強化・経営環境改善 349億円

内閣府

重点支援地方交付金 エネルギー・食料品価格の高騰分

令和7年度補正予算の概要(1/3)

医療の支援パッケージに1兆368億円 厚労省・補正予算案

2025年11月28日 19:31

政府は28日、2025年度補正予算案を閣議決定した。金額は18兆3034億円。厚生労働省分は2兆3252億円。「医療・介護等支援パッケージ」として1兆3649億円を計上し、このうち医療分野に1兆368億円を充てた。医療機関や薬局の賃上げ・物価上昇に対する支援に5341億円を積んだ。

賃上げ・物価上昇支援の内訳は賃上げ分が1536億円、物価上昇分が3805億円。医療機関・薬局従事者の処遇改善を支援し、地域に必要な医療提供体制の確保を目指す。

病院への基礎的支援額は1床当たり最大19万5000円で、内訳は賃金分が8万4000円、物価分が11万1000円。賃金分の加算はベースアップ評価料を算定しているなどの条件を設ける見通しで、厚労省は今後詳細について調整を進める。

令和7年度補正予算の概要(2/3)

●救急車受け入れ件数に応じて加算

基礎的支援に加え、救急対応を行う病院への支援として、過去の救急車受け入れ件数に応じた加算を設ける。23年度の実績値を使用することなどを視野に入れている。

1施設当たりの条件は次の通り。
▽1件以上1000件未満=500万円
▽1000件以上=1500万円
▽2000件以上=3000万円
▽3000件以上=9000万円
▽5000件以上=1億5000万円
▽7000件以上=2億円—。3次救急病院は、受け入れ件数が少ない場合でも一律で1億円を加算。5000件以上の実績がある場合は、上記の条件に応じた金額を加算する。

救急車受け入れ件数が少ない病院への支援として、全身麻酔手術と分娩取扱件数に応じた加算も設ける。具体的には、過去の全身麻酔手術件数か、分娩件数を3倍した数を用い、いずれかが800件以上の場合は1施設当たり2000万円を加算。2000件以上の場合は8000万円を加算する。ただし、救急車受け入れ件数が3000件未満の施設に限るほか、救急車受け入れ件数に関する加算との併給はできない。

令和7年度補正予算の概要(3/3)

有床診療所への支援額は1床当たり8万5000円で、内訳は賃金分が7万2000円、物価分が1万3000円。医科無床診療所と歯科診療所は1施設当たり32万円。賃金分が15万円、物価分が17万円。

医療分野の支援パッケージにはこのほか、病床数の適正化に対する支援に3490億円、福祉医療機構による優遇融資の実施に804億円などを盛った。

厚労省の補正予算案全体は、医療・介護の支援パッケージを含め6つの柱で構成。パッケージ以外の項目と金額は次の通り。▽物価上昇を上回る賃上げの普及・定着に向けた支援=360億円▽医療・介護の確保、DXの推進、「攻めの予防医療」の推進=2277億円▽創薬力強化に向けたイノベーションの推進、医薬品などの安定供給確保や品質・安全性の確保=1527億円▽次なる感染症危機などに備えた体制強化、国際保健への戦略的取り組み=627億円▽包摂的な地域共生社会の実現=4683億円—。

令和8年度予算編成における診療報酬改定について

令和8年度予算編成 (診療報酬改定)

※一部補助金等も含む

発射台

土台

令和7年度補正（補助金）

令和7年度医療費（診療報酬）

高市内閣總理大臣 三師会要望書(令和7年11月20日)



——オーラ二等。同ホテル内の宴会場「美譽の間」で中曾根弘文同党参院議員の在職40周年記念会合に出席し、あいさつ。同45分、同ホテル発。同6時55分、東京・赤坂の衆院議員宿舎。

*朝日新聞朝刊「首相動静 20日」(2025年11月21日)

内閣総理大臣
高市 早苗 殿

日本医師会 会長 松本吉郎
日本歯科医師会 会長 高橋英登
日本薬剤師会 会長 岩月進

医科・歯科医療機関、薬局等における賃金・物価の上昇等への
今年度中の補助金・診療報酬両面からの機動的対応について

医科・歯科医療機関、薬局等ともに著しく経営状況が逼迫し、閉院や倒産が相次いでおり、賃金上昇と物価高騰、さらには日進月歩する医療の技術革新への対応が必須です。

賃金上界につきましては、令和7年度最低賃金はプラス約6%、また「骨太の方針 2025」でも示された 2025 年春季労使交渉の平均賃上げ率は 5.26% 等となっております。一方で医療は公定価格で運営されており、診療報酬改定は2年に一度だけであり、医科・歯科医療機関、薬局等は、とても賃金上昇、物価高騰等に対応できるような状態ではありません。

すみやかに財政支援として令和7年度補正予算を編成し、期中改定もしくはそれに相当する補助を早急に行っていただくよう求めます。さらに令和8年度予算編成における次期診療報酬改定についても、大幅なプラス改定とするよう特段の配慮をお願いいたします。

なお、適正化等の名目により、医療費の一部を削って財源を捻出するという方法は取るべきではありません。前例のない大規模で抜本的な対応で財源を純粋に上乗せる緊急的な対策が必要です。

このままでは地域医療の崩壊は避けられません。国民、患者の健康、地域医療を守り、世界に冠たる国民皆保険を堅持するため、下記について特段の対応をよろしくお願ひいたし

25

1. 公定価格で運営されている医科・歯科医療機関、薬局等において、経営の安定、離職防止、人材確保が図られるよう、賃上げが可能となる環境を整えること
 2. すみやかに令和7年度補正予算を編成し、医科・歯科医療機関、薬局等への財政支援を行うこと
 3. 令和8年度予算編成における次期診療報酬改定について、賃金上昇と物価高騰、医療の技術革新に対応した大幅なプラス改定すること
 4. 令和7年度補正予算、令和8年度診療報酬改定のいざれも財源を純粋に上乗せすること
 5. OTC類似薬の保険給付の見直しは、安全性、有効性、経済性の面で国民にとって負担や不利益が大きいことから反対であり、検討を行際には慎重に行うこと

国民医療を守るために総決起大会(令和7年11月20日)

国民医療を守るために総決起大会が令和7年11月22日、日本医師会館大講堂で開催された。

1万人にのぼる参加者を得て、国民、患者、利用者の健康を守り、さらには国民皆保険を堅持するための決議を満場一致で採択した。



決議

医療・介護は公定価格で運営されているが、物価・賃金の急激な上昇に診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の改定が追いついておらず、医科歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーションや介護事業所等は、著しく経営状況が逼迫しており、閉院や倒産が相次いでいる。

令和7年度最低賃金はプラス6%強、人事院勧告はプラス3.62%、また「骨太の方針2025」でも示された2025年春季労使交渉の平均賃上げ率は5.26%等となっているが、医科歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーションや介護事業所等は、とてもこれらに対応できるような状態ではない。

適正化等の名目により、医療・介護の財源を削って財源を捻出するという方法でこれ以上削減されれば、地域の医療・介護の崩壊は避けられない。

よって、国民、患者、利用者の健康を守り、さらには国民皆保険を堅持するため、以下の対応を求める。

1. 令和7年度補正予算での対応

医科歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーションや介護事業所等に対し、補助金と診療報酬・介護報酬等報酬の両面からの早急な対応を行うこと。

2. 令和8年度予算編成での対応

令和8年度診療報酬改定をはじめ、令和8年度予算編成において、賃金上昇と物価高騰、高齢化、医療の技術革新に対応した大幅なプラスすること。

3. 財源を純粋に上乗せするいわゆる「真水」による大規模で抜本的な対応

これまで適正化という名の下で社会保障費は削られ続けてきたが、あくまで財源を純粋に上乗せするいわゆる「真水」による思い切った緊急的な対策を行うこと。

以上、決議する。

令和7年11月20日

国民医療を守るために総決起大会

3. 日本医師会の考え方と財務省財政審の主張

財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会

医療費節減などの提言が行われている。

具体的項目

- ・医療費の伸び率管理
 - ・医療機関の経営情報のさらなる見える化
 - ・外来機能の集約化
 - ・生活習慣病管理料の算定要件の厳格化
 - ・診療所過剰地域の1点単価の引き下げ
 - ・院外処方の引き下げ
 - ・スイッチOTCの推進
- など



これに対して日本医師会はエビデンスをもって反論

財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障」等の議論について(1/5)

松本吉郎会長は11月6日の記者会見において、前日5日の財務省財政制度等審議会財政制度分科会(以下、財政審)での令和8年度予算編成に向けた議論の内容を受けて、「このままでは人材流出と経営悪化により医療・介護提供体制が維持できなくなるという危機感が全く感じられないことは、極めて遺憾であり、強く抗議する」と反論。その上で、「公定価格で運営されている医療機関等で働く938万人の賃上げが、可能となる環境を整えることが不可欠である」と訴えた。

松本会長は診療報酬について、本来は社会保障審議会で議論された、るべき医療の姿を念頭に、中医協において診療側・支払側・公益委員の三者で検討すべきものであるとした上で、「財政的観点のみから財政審が個別の診療報酬まであげつらうことは越権行為と言わざるを得ず、看過できない」と強く批判した。更に、「財政審の資料は、社会保障の給付と負担を一体的に捉えない、著しく偏った内容になっている」と指摘。「保険料は全て国民の健康と生活を支える医療・介護サービスとして還元されている」と述べた上で、現役世代にとっての社会保障のメリットというと子育て支援の充実にまず言及しがちだが、離れて暮らす親への仕送りや医療・介護を心配することなく、能力と適性に応じた場所で活躍できることこそが、子どもの有無に限らず現役世代のメリットであると提唱した。

(出所)日本医師会定例記者会見「財務省財政制度等審議会財政制度分科会における社会保障等の議論について」(令和7年11月6日)



*令和7年11月6日日本医師会記者会見より

財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障」等の議論について(2/5)

また、「健康保険料は給与全体の数%であり、可処分所得の向上はその数%分を削減して行うのではなく、あくまで賃上げで目指すべき」と主張。実際に「骨太の方針2025」で示された2025年春季労使交渉の平均賃上げ率5.26%は、協会けんぽの労使折半保険料率5%を上回っていると述べた。その上で松本会長は財政審の議論には、看過できない事実誤認が多数含まれると指摘し、「総論」及び各論の「医療」に関する部分でそれぞれ5点の誤りを挙げた。

「総論」では、(1)現役世代が負担する社会保険料負担、(2)医療・介護に係る保険給付費等の伸びと現役世代の保険料負担、(3)経済・物価動向等への対応と現役世代の保険料負担、(4)マクロの家計可処分所得の変動要因、(5)勤労者世帯の税・社会保険料負担の推移—の5点について指摘した。

(1)では、協会けんぽの保険料率が2012年度以降、過去の推計値よりも低い10.0%のまま推移しているとして国民に過度な不安をあおるべきではないと批判。(2)では、「2022年から2024年の直近3年間で見れば、雇用者報酬の伸び3.0%は保険給付費等の伸び2.1%を上回っている」と直近の具体的な数値を挙げて反論し、適切なデータを基にした議論を求めた。

(3)では、現役世代の可処分所得を増やすために社会保障給付を削減すべきとする主張は、医療・介護分野で働く現役世代は可処分所得増どころか額面の報酬も上がらず、取り残されても構わないと主張しているようなものであると強く批判。「社会保障給付費の増加を財政制度改革等により無理やり抑えることは、国民への社会保障給付を大幅にカットすることと同義であり、医療保険制度の根幹を搖るがし、受けられる医療が制限される事態を招く」と抗議した。

(出所)日本医師会定例記者会見「財務省財政制度等審議会財政制度分科会における社会保障等の議論について」(令和7年11月6日)

財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障」等の議論について(3/5)

(4)では、「年金などの現金給付のみが考慮されており、医療や介護のサービス給付が考慮されていない点でミスリードと言わざるを得ない」と指摘。医療や介護の現物給付を含めれば可処分所得が増加していることを、財務省は無視しているとした。

(5)では、社会保険料負担率の伸びが強調されているが、社会保障給付費はそれを上回るペースで増加しており、直近10年間の保険料負担の伸びは極めて緩やかである点を強調した。

その上で松本会長は、医療機関の半数が赤字という危機的状況において、医療・介護従事者が離職せず働き続けられる、かつ医療・介護サービスを提供する基盤を将来にわたって維持できるような十分な経済対策とともに、令和8年度診療報酬改定では、改定2年目以降も予想される賃金・物価上昇に確実かつ機動的に対応できるよう、医療の高度化や高齢化等に対応した通常の改定である政策的改定とは別に、賃金・物価の毎年の上昇を視野に入れた改定を求めた。

各論の「医療」の部分に関しては、(1)2026年度診療報酬改定の全体像①、(2)2026年度診療報酬改定の全体像③、(3)全人的なケアの実現に向けた「かかりつけ医機能の評価」の再構築(総論①)、(4)受診時定額自己負担の導入、(5)薬剤自己負担の在り方の見直し—の5点について反論した。



(出所) 日本医師会定例記者会見「財務省財政制度等審議会財政制度分科会における社会保障等の議論について」(令和7年11月6日)
TBS「Nスタ」(2025年11月6日)

財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障」等の議論について(4/5)

(1)では、「今改定はインフレ下での『今後の道しるべ』となる極めて重要な改定であり、財務省によるデフレ下における10数年間の“適正化”名目による誤った医療費抑制策を踏襲してはならない」として、高齢化による增加分に、経済・物価動向等に対応する增加分を確実に加算することを求めた。

(2)では、診療所の経営状況に関して、現在の無床診療所の経常利益率の中央値は2.5%、最頻値は0.0~1.0%であり、同様の形態である専門サービス業の14%弱と比較して著しく低いことを説明し、「地域医療を守る診療所については、頻繁な入退場は望ましいことではなく、一定の利益率がないと、安定的に存在していくことは不可能」と強調。無床診療所の利益率は、決算月が直近になるほど利益率が低くなっている、2025年度は更に悪化していることが予想されるとして、診療所の適正化を行うための恣意的な資料であると強く非難した。

(3)では、かかりつけ医機能等について、現在が「過渡期」と表現されているが、法改正も施行され、現在の制度に基づき地域を面で支えるものであることから、この方向性に沿って完成形として近づけていくべきと主張。「1人の医師だけを登録するという、いわゆる『登録制』は、患者さんの医療へのアクセス権、医師を選ぶ権利を阻害する提案だ。

(出所) 日本医師会定例記者会見「財務省財政制度等審議会財政制度分科会における社会保障等の議論について」(令和7年11月6日)
TBS「Nスタ」(2025年11月6日)



財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障」等の議論について(5/5)

国民・患者さん側からすれば、財務省が主張する『登録制』で自分の行ける医療機関が限定され、かかりつけ医を固定されるような提案は、決して望んでいない」と述べ、地域で面としてのかかりつけ医機能をしっかりと果たしていくべきとした。

(4)では、「医療が必要な患者に、これ以上必要な受診をためらわせるようなことがあってはならない」と述べ、国民皆保険制度の下で培われた早期発見・早期治療の体制が必要であることを強く警告した。

(5)では、OTC類似薬の議論を含め、これまで記者会見等で述べてきたとおりであるとして、「国民の安全性や公平性を損なわないよう、慎重な議論が必要」という従来の見解を改めて強調した。

最後に、松本会長は11月4日の国会で高市早苗内閣総理大臣が、経営難が深刻化する医療機関への支援は急を要するとして、「診療報酬改定の時期を待たず、経営の改善や職員の方々の処遇改善につながる補助金を措置し、効果を前倒しする」と答弁したことにも触れ、「これ以上、適正化等の名目で医療費を削減すれば、国民の医療へのアクセスが保障できないため、前例のない大規模で抜本的な対応、財源を純粋に増やす、いわゆる『真水』による思い切った改定が必要である」と訴えた。



(出所) 日本医師会定例記者会見「財務省財政制度等審議会財政制度分科会における社会保障等の議論について」(令和7年11月6日)
TBS「Nスタ」(2025年11月6日)

現役世代が負担する社会保険料負担

財務省資料

- 社会保障に係る負担を現役世代の社会保険料負担で見ると、現役世代の保険料率は報酬の3割に迫る水準であり、今後も継続的に上昇する見込み。



(出所) 日本年金機構ホームページ「厚生年金保険料額表」、全国健康保険協会ホームページ「健康保険料率等の推移」

(注) 2040年度の保険料率については、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(平成30年5月21日)における経済ベースライン・現状投影・医療単価の伸び率が低い(=保険料総額が少ない)数値を用いている。

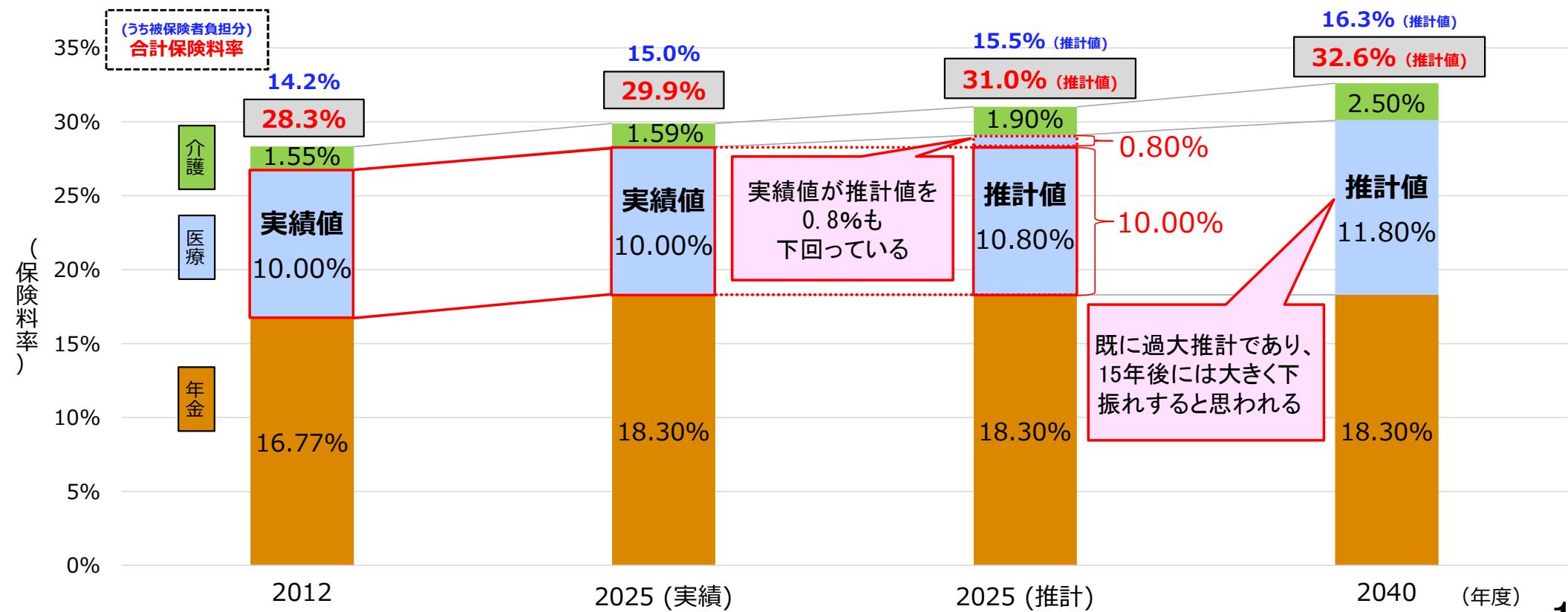
(出所) 財務省 財政制度等審議会財政制度分科会(令和7年11月5日開催)資料3「社会保障①」8頁<https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251105/03.pdf>

協会けんぽの保険料率

日本医師会の主張

2018年に厚生労働省などが発表した「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」では、2025年度の協会けんぽの保険料率は10.8%に上がるとされているが、コロナ禍を経た中でも、協会けんぽの保険料率は2012年度から10.0%のままである。むしろ、今年度の東京都では、9.91%に下がるなどの傾向もみられる。

こうした推計値は過大予測になっており、デフレ下のコストカット型経済を踏襲し、国民に過度な不安を煽るべきではない。

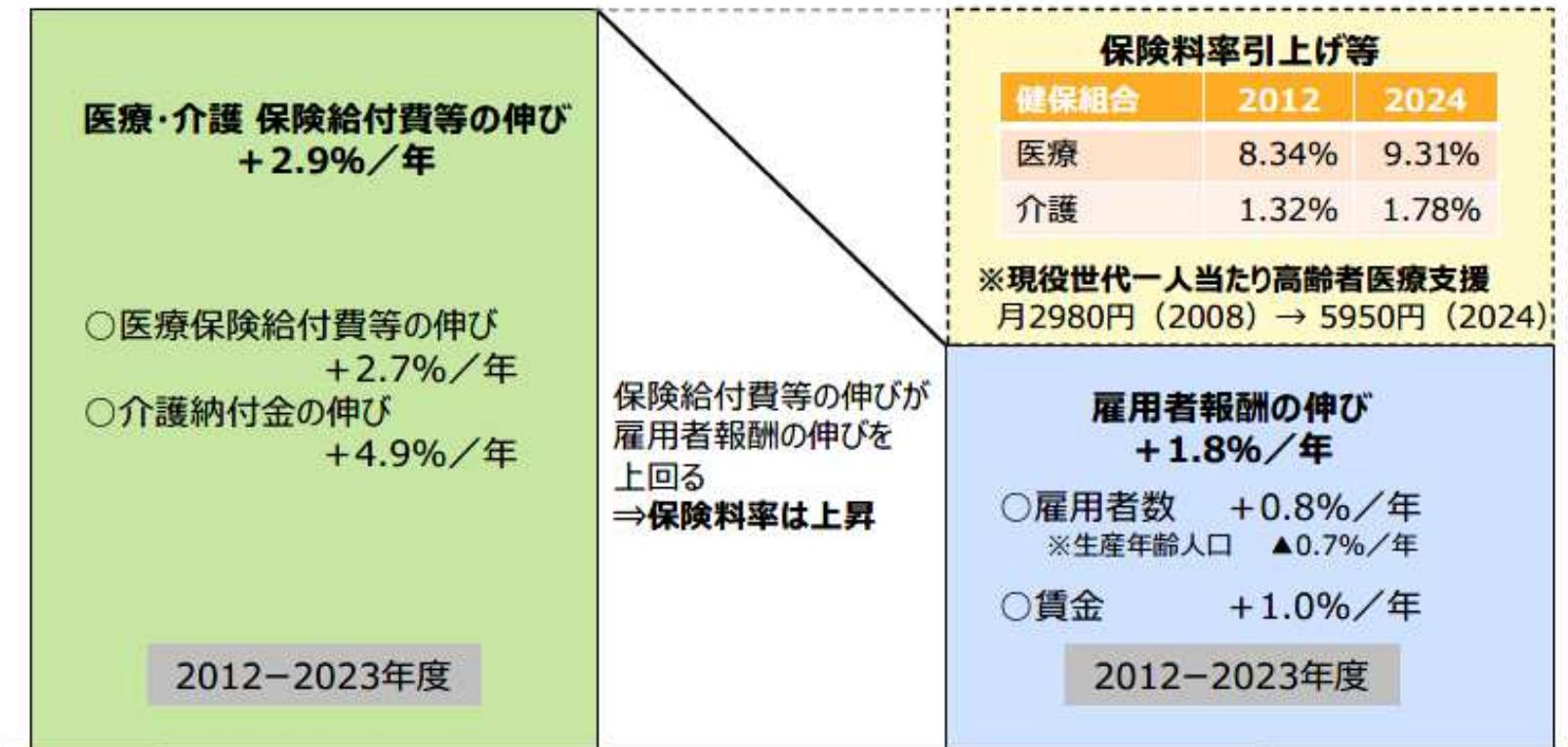


(出所)財務省 財政制度等審議会財政制度分科会(令和7年11月5日開催)資料3「社会保障①」8頁<https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251105/03.pdf>
内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(平成30年5月21日)19頁<<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakujouhou-1260000-Seisakutoukatsukan/0000207399.pdf>>を基に作成

医療・介護に係る保険給付費等の伸びと現役世代の保険料負担

財務省資料

- 医療・介護の給付の伸びが保険料の賦課ベースとなる雇用者報酬の伸びを上回っており、このギャップにより、保険料率は上昇してきた。
- 若者・子育て世帯の可処分所得を増加させるためにも、歳出改革と賃上げによりこのギャップを縮小し、医療・介護の保険料率の上昇を最大限抑制する必要がある。



(出所) 内閣府「国民経済計算」(2023年度年次推計)、総務省「人口推計」、全国健康保険協会及び健康保険組合予算・決算関係資料

(注1) 年平均は始点から終点までの伸び率を年数で単純に除して算出

(注2) 医療保険給付費等は、2012年度から2023年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における保険給付費及び拠出金等の総額（健康保険組合の2023年度実績については決算見込額）

(注3) 介護納付金は、2012年度から2023年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における介護納付金の総額（健康保険組合の2023年度実績については決算見込額）

(注4) 健康保険組合に係る保険料率は、平均設定保険料率であって、各組合の単純平均（加入する被保険者数でウェイトがけしていない）。2012年度は決算、2024年度は決算見込み。

(出所)財務省 財政制度等審議会財政制度分科会(令和7年11月5日開催)資料3「社会保障①」9頁<https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251105/03.pdf>

医療・介護に係る保険給付費等の伸びと現役世代の保険料負担

日本医師会の主張

- 医療・介護の給付の伸びが保険料の賦課ベースとなる雇用者報酬の伸びを上回っており、このギャップにより、保険料率は上昇してきた。
- 若者・子育て世帯の可処分所得を増加させるためにも、歳出改革と賃上げによりこのギャップを縮小し、医療・介護の保険料率の上昇を最大限抑制する必要がある。



※ 医療保険給付費等・介護納付金は、全国健康保険協会及び健康保険組合の決算見込み

※ 雇用者報酬は、内閣府「国民経済計算」(1994年1-3月期～2025年4-6月期2次速報値)

(出所) 内閣府「国民経済計算」(2023年度年次推計)、総務省「人口推計」、全国健康保険協会及び健康保険組合予算・決算関係資料

(注1) 年平均は始点から終点までの伸び率を年数で単純に除して算出

(注2) 医療保険給付費等は、2012年度から2023年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における保険給付費及び拠出金等の総額（健康保険組合の2023年度実績について）

(注3) 介護納付金は、2012年度から2023年度にかけての全国健康保険協会及び健康保険組合における介護納付金の総額（健康保険組合の2023年度実績については決算見込み）

(注4) 健康保険組合に係る保険料率は、平均設定保険料率であって、各組合の単純平均（加入する被保険者数でウェイトがけしていない）。2012年度は決算、2024年度は決算見込み。

(出所)財務省 財政制度等審議会財政制度分科会(令和7年11月5日開催)資料3「社会保障①」9頁 <https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251105/03.pdf>

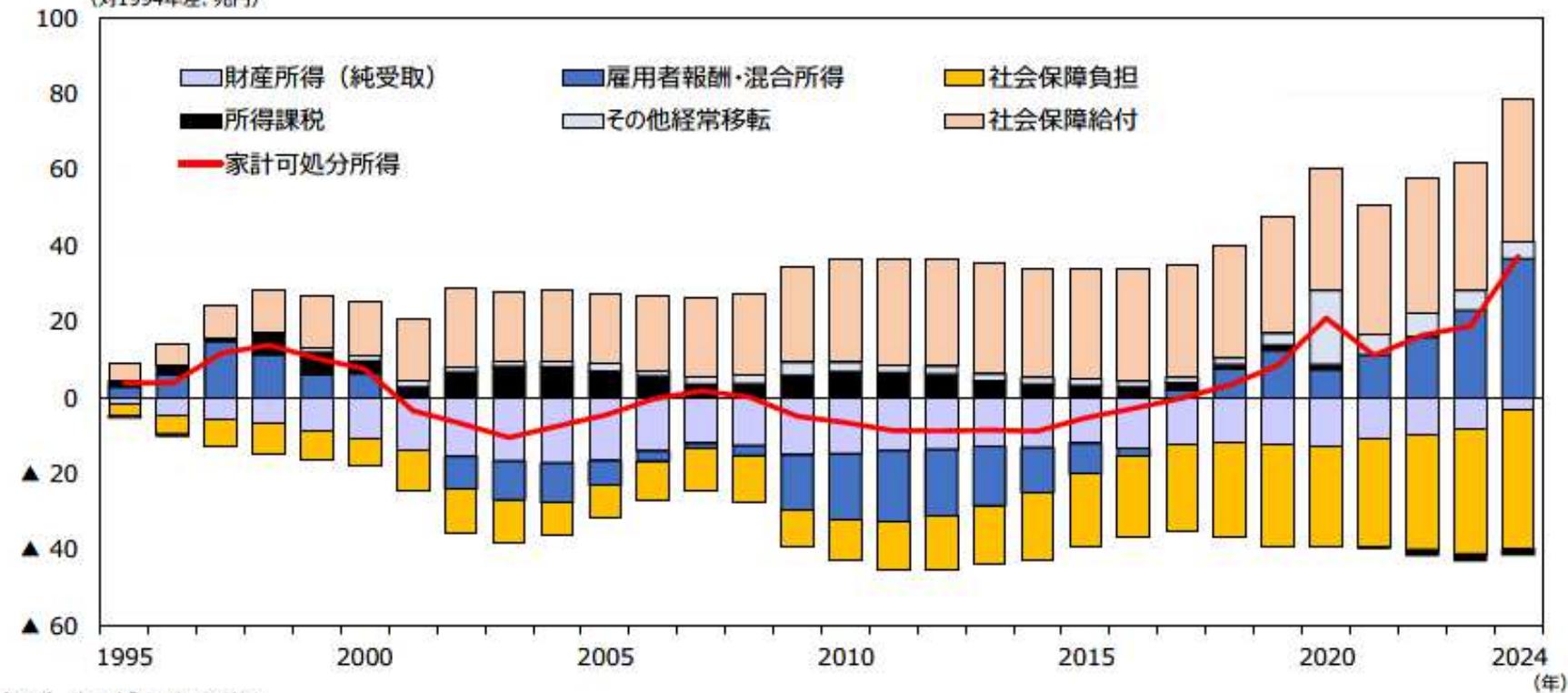
マクロの家計可処分所得の変動要因

財務省資料

- 経済の好循環を実現するためには、賃金の上昇にとどまらず、社会保険料等を差し引いた可処分所得の持続的な増加が不可欠。
- 過去30年間の家計可処分所得の変動要因を分析すると、社会保険料負担の増加が大きな影響を及ぼしている。社会保険料の背後には給付が存在するが、その多くは年金等の高齢者向け給付に充てられており、結果として社会保障給付の增加分を差し引くと、可処分所得の増加はほとんど相殺されてしまっている。
- 社会保険制度は、世代間扶養や社会的連帯を支える極めて重要な制度であるが、現役世代の納得感を得て、その持続可能性を確保していく上で、現役世代の保険料負担を抑制していくことが不可欠である

◆家計可処分所得の変動要因

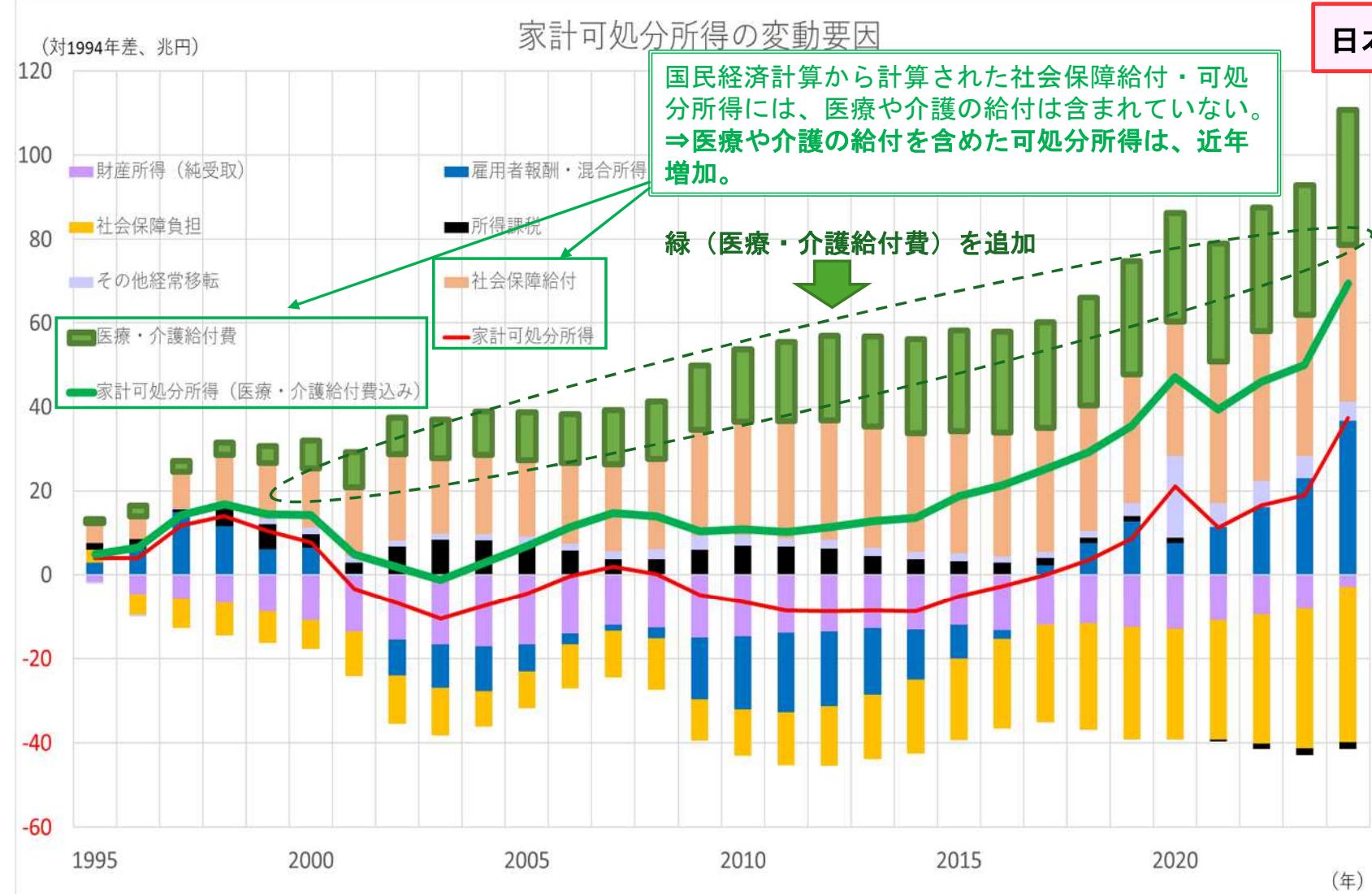
(対1994年差、兆円)



(出所) 内閣府「国民経済計算」

(出所) 財務省 財政制度等審議会財政制度分科会(令和7年11月5日開催)資料3「社会保障①」6頁 <https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251105/03.pdf>

日本医師会の主張



(出所) 内閣府「国民経済計算」より作成。医療給付費については、2023年までは厚生労働省「国民医療費の概況」、2024年は2023年の医療給付費に2024年の概算医療費の伸び1.5%を乗じて計算。介護給付費については、2023年までは厚生労働省「介護保険事業報告年報」、2024年は、厚生労働省「令和6年度介護給付費等実態統計」における費用額累計の伸び3.7%を乗じて計算。

財務省 財政制度等審議会財政制度分科会(令和7年11月5日開催)資料3「社会保障①」6頁

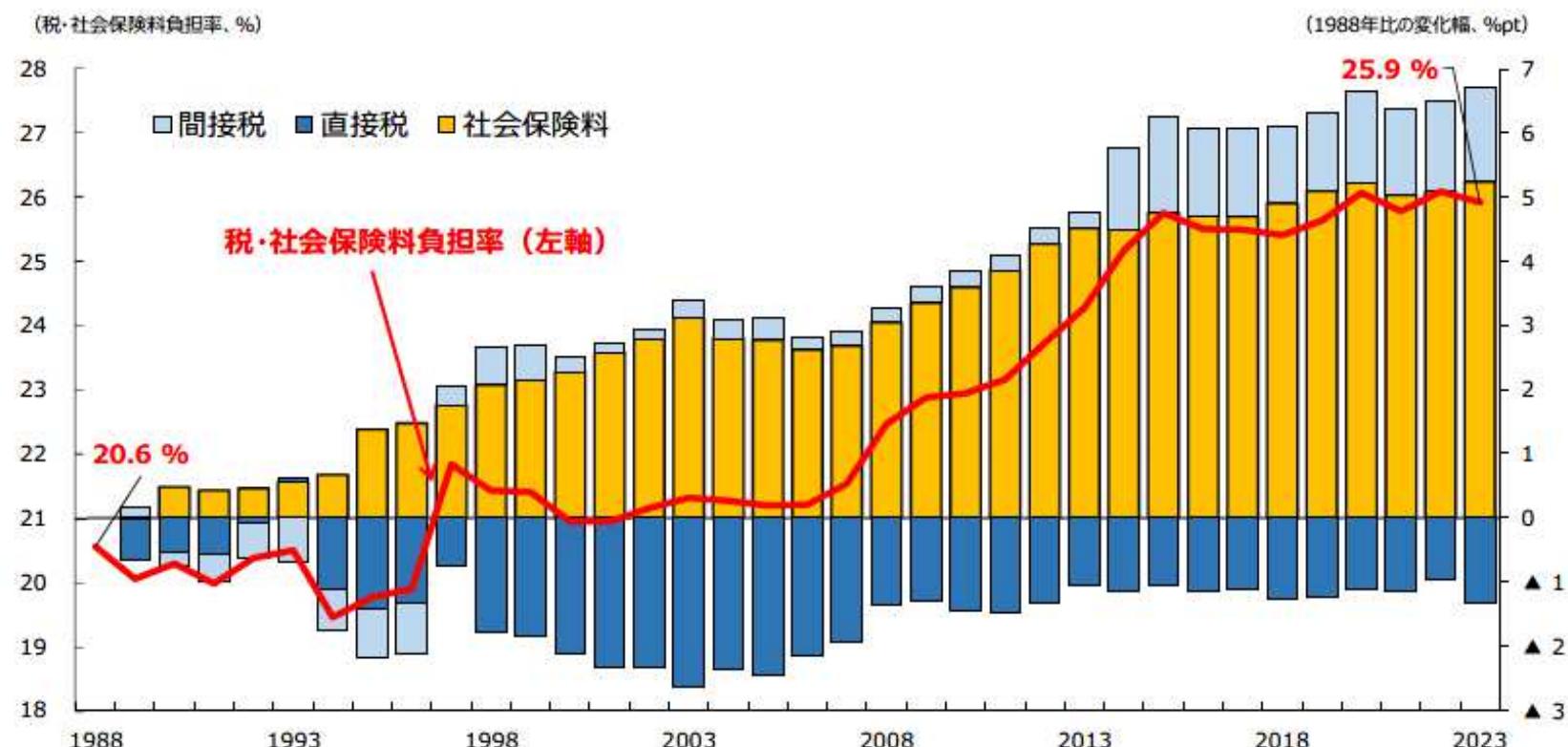
<https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251105/03.pdf>を基に作成

勤労者世帯の税・社会保険料負担の推移

財務省資料

- 勤労者世帯の税・社会保険料負担率は平成以降で5%強増加しており、その増加の大半は社会保障給付の増加に伴う社会保険料負担の増加が占めている。

◆家計（二人以上の勤労者世帯・全国平均）の税・社会保険料負担率の推移（民間試算）

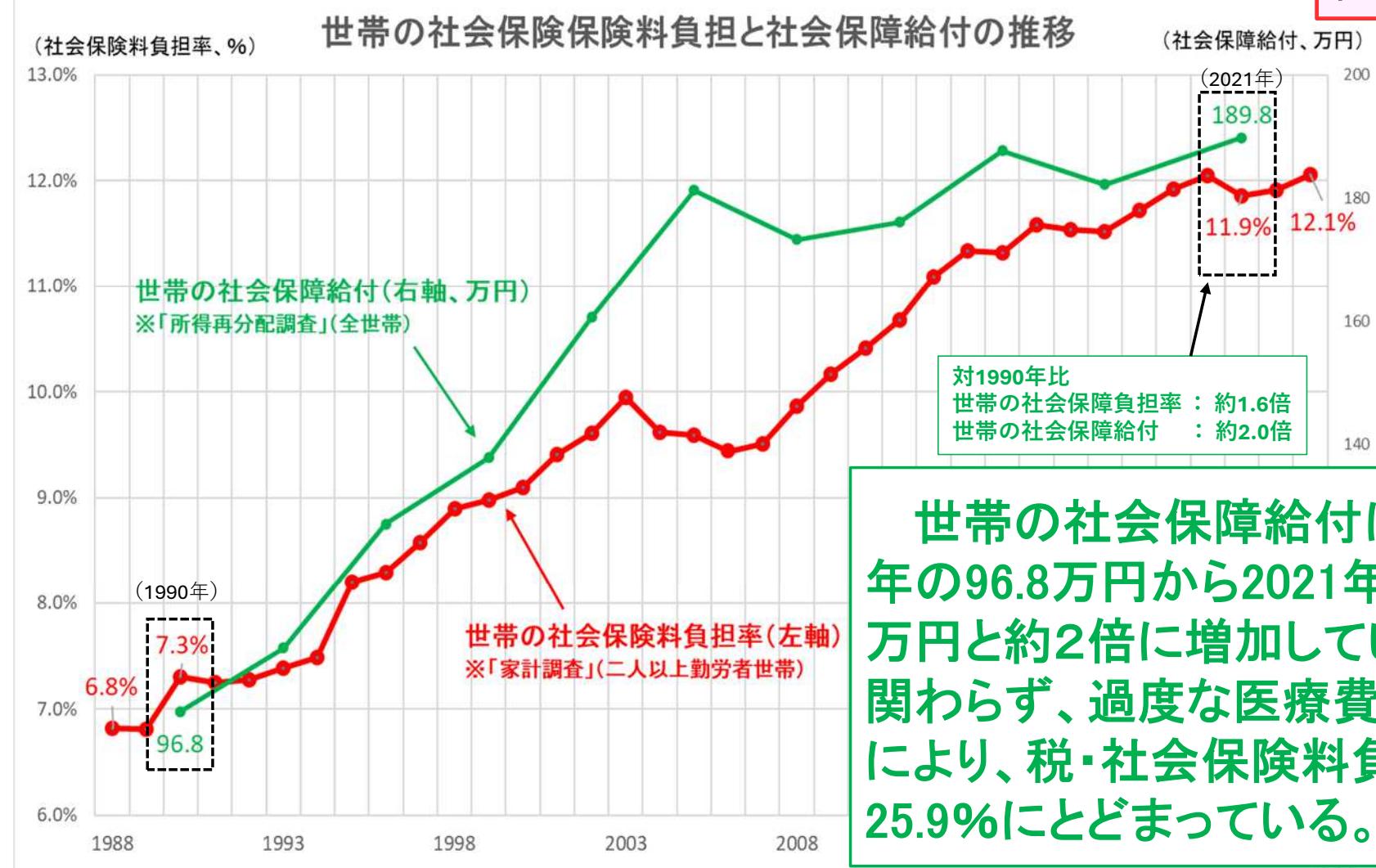


(出所) 是枝俊悟・平石隆太「平成以降の家計の税・社会保険料負担の推移」(『大和総研調査季報』2025年新春号)より作成。

(注1) 税・社会保険料負担率 = (直接税 + 間接税 + 社会保険料) / 勤め先収入。

(注2) 棒グラフは1988年比の税社会保険料負担率の変化幅の内訳を指す(右軸)。

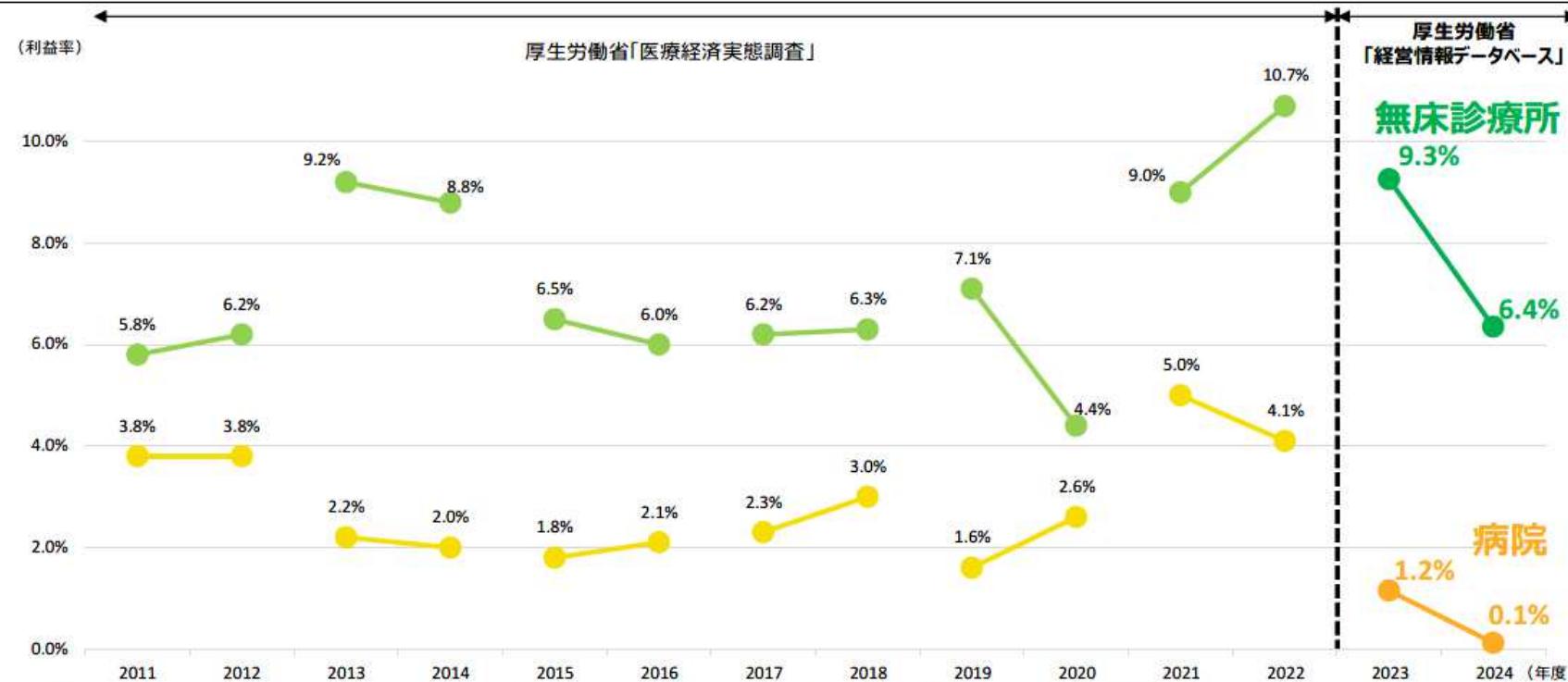
(出所) 財務省 財政制度等審議会財政制度分科会(令和7年11月5日開催)資料3「社会保障①」7頁 <https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251105/03.pdf>



世帯の社会保障給付は、1990年96.8万円から2021年の189.8万円と約2倍に増加しているにも関わらず、過度な医療費の抑制により、税・社会保険料負担率は25.9%にとどまっている。

診療所を巡る状況

- 近年、日本の診療所の数は増加傾向が続いているが、そのような状況下においても、無床診療所の平均利益率は、2023年度に9.3%、2024年度に6.4%と依然として高水準を維持している。さらに、財務省の機動的調査によれば、無床診療所の利益剰余金は、1施設あたりで、2023年度に1.31億円、2024年度に1.35億円と高水準を保っており、多くの診療所に経営余力が引き続き存在すると考えられる。



(注1) 医療経済実態調査は2年に1回（西暦の奇数年）実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。一方、厚生労働省「経営情報データベース」は、同一の母集団に対する悉皆調査であり、各年の集計結果同士を経年比較可能と考えられる。

(注2) 医療経済実態調査に係る利益率は、一般病院（医療法人立）及び一般診療所（医療法人立・入院診療収益なし）に係る補助金を含んだ利益率（医業収益及び介護収益の合計額に対する総損益差額（診療所は損益差額）の割合）。厚生労働省「経営情報データベース」に係る利益率は、それぞれ一般病院（医療法人立）及び一般診療所（医療法人立・入院収益なし）に係る経常利益対経常収益。

(出所) 2011年度から2022年度の無床診療所及び病院の利益率：厚生労働省「医療経済実態調査」（病院：集計1、診療所：集計2）。2023年度から2024年度までの無床診療所及び病院の利益率：厚生労働省「経営情報データベース」（2025年10月24日福祉医療機構公表分）。

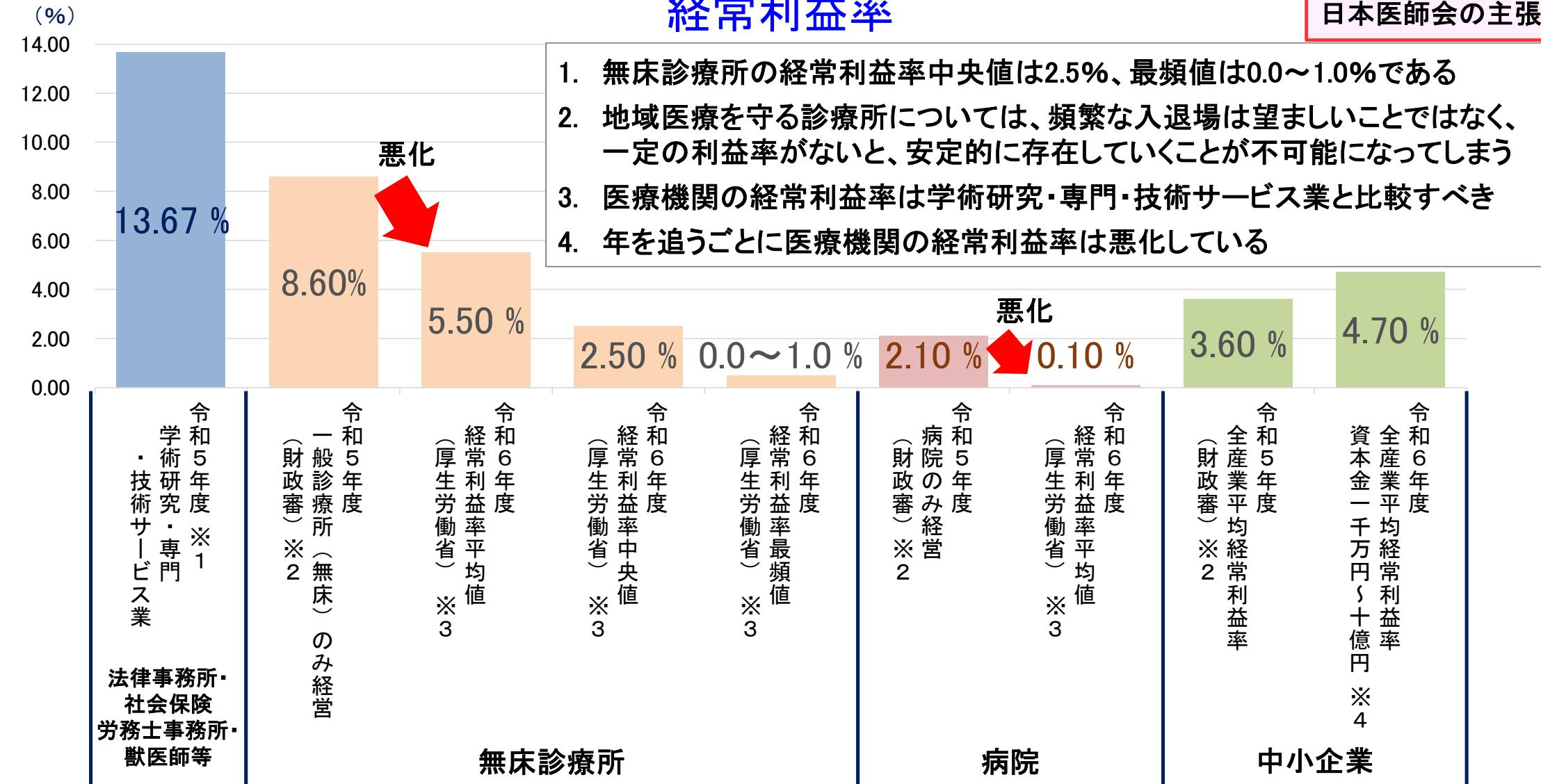
【改革の方向性】（案）

- 診療所については、依然として高水準にある利益率や利益剰余金を踏まえ、適正化の方向で検討すべき。

(出所) 財務省 財政制度等審議会財政制度分科会（令和7年11月5日開催）資料3「社会保障①」19頁 <https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251105/03.pdf>

経常利益率

日本医師会の主張

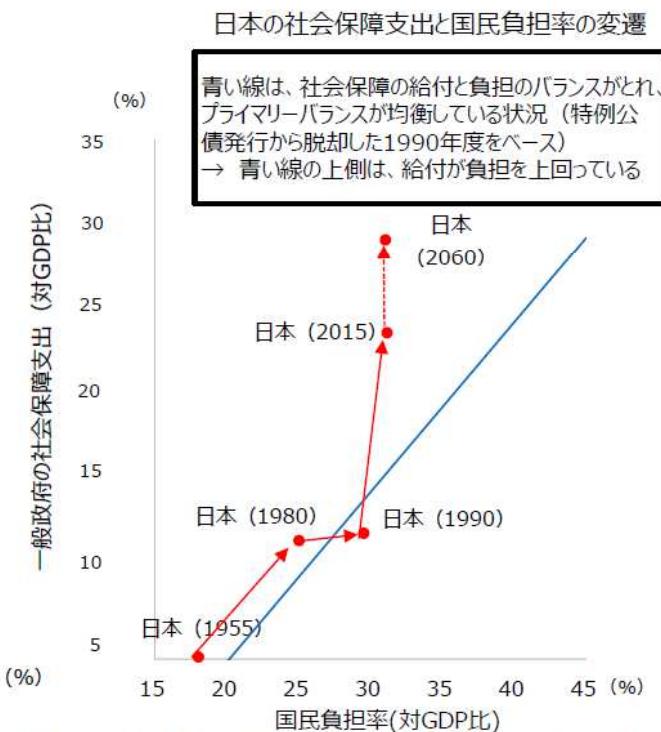
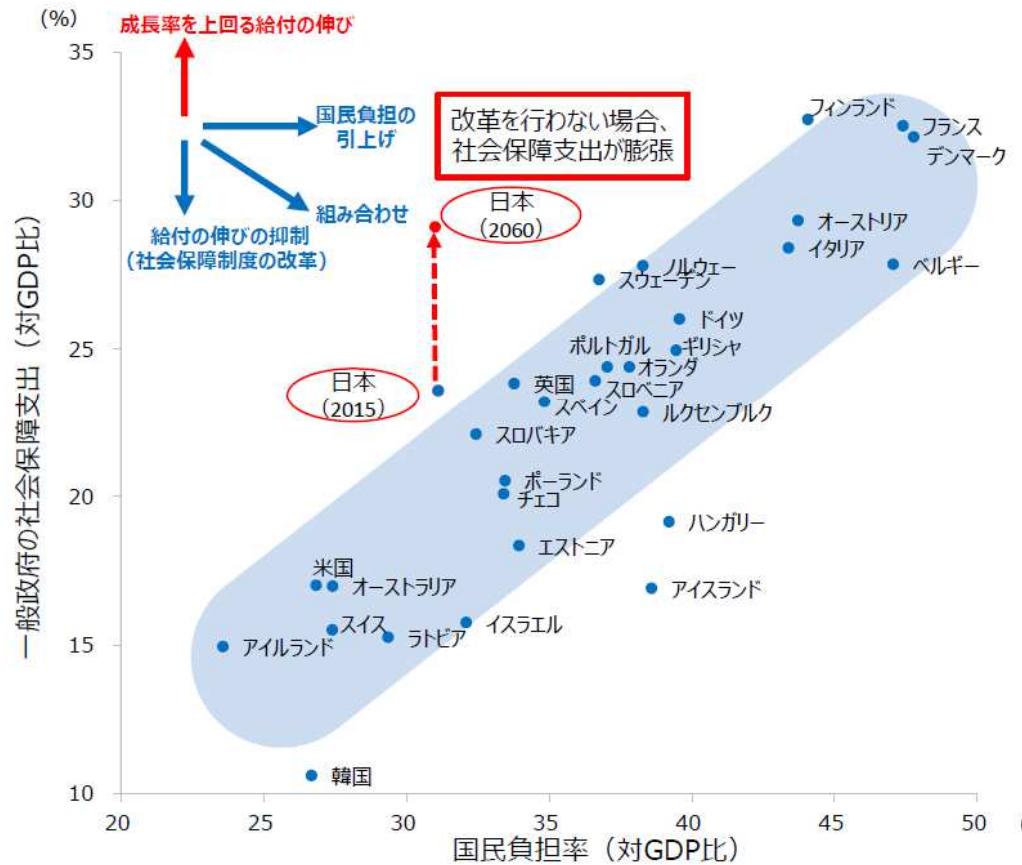


(出所) ※1 中小企業庁「中小企業実態基本調査(令和5年度決算確報)」(令和7年7月30日)*中小企業実態基本調査に医療機関は入っていない、※2 財務省 財政制度等審議会 財政制度等分科会「激動の世界を見据えたるべき財政運営」(参考資料)(3)資料V-3-15(令和7年5月27日)、※3厚生労働省 第120回社会保障審議会医療部会(令和7年10月27日)資料2-2「医療法人の経営状況(R7.8月末時点速報版)」、※4 財務省「年次別法人企業統計調査(令和6年度)」(令和7年9月1日)

OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係

財務省資料

- 我が国は諸外国と比べ、給付と負担のバランスが不均衡の状態に陥っており、制度の持続可能性を確保するための改革が急務。



(注1) 数値は一般政府（中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの）ベース。日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績（アイスランド、オーストラリアについては2014年実績）。日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計（改訂版）」（2018年4月6日 起草検討委員提出資料）より作成。

(注2) 線掛け部分は、日本・諸外国の各座標とその回帰線からの距離の95%信頼区間を表している。

(注3) ここでのプライマリーバランスは「国民負担率 - (社会保障支出 + 非社会保障支出(利払費を除く))」（いずれの値も対GDP比）として簡便に捉えたものであり、SNAベースのプライマリーバランスとは異なる。

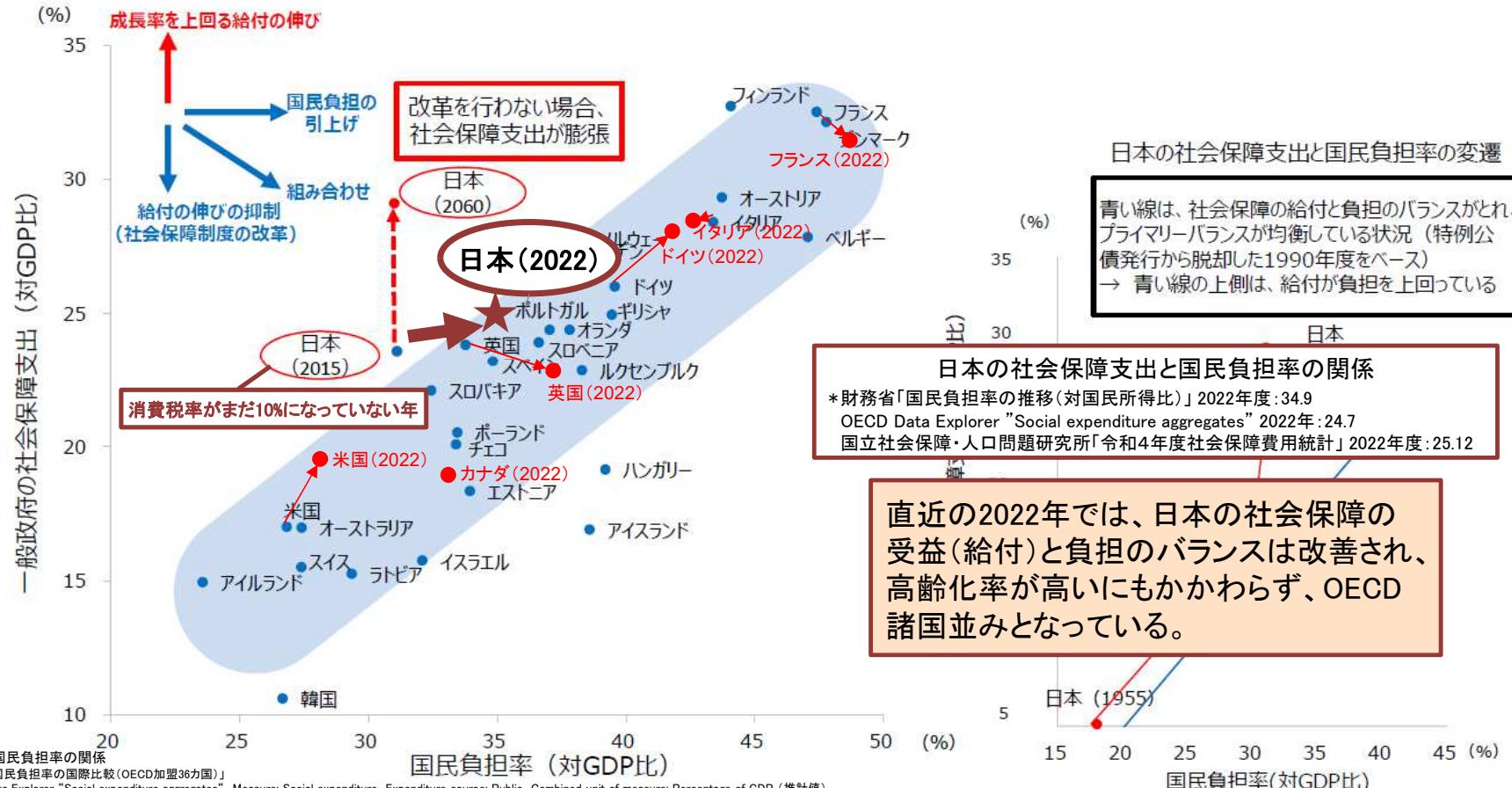
(出所) 国民負担率：OECD “National Accounts”、“Revenue Statistics”、内閣府「国民経済計算」等。社会保障支出：OECD “National Accounts”、内閣府「国民経済計算」。ただし、1955年の日本の値について17は、国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」における社会保障給付費。

(出所) 財務省 財政制度等審議会財政制度分科会(令和7年11月5日開催)資料1「財政総論」17頁<https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251105/01.pdf>

OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係

日本医師会の主張

- 我が国は諸外国と比べ、給付と負担のバランスが不均衡の状態に陥っており、制度の持続可能性を確保するための改革が急務。



20 国民負担率の関係

* 国民負担率：財務省「国民負担率の国際比較(OECD加盟36カ国)」

Measure: Social expenditure, Expenditure source: Public, Combined unit of measure: Percentage of GDP (推計値)

(注1) 数値は一般政府（中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの）ベース。日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績（アイスランド、オーストラリアについては2014年実績）。日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計（改訂版）」（2018年4月6日 起草検討委員提出資料）より作成。

(注2) 縄掛け部分は、日本・諸外国の各座標とその回帰線からの距離の95%信頼区間を表している。

(注3) ここで「プライマリーバランス」は「国民負担率 - (社会保障支出 + 非社会保障支出 [利払費を除く]) / (いずれの値も対 GDP 比)」として簡便に捉えたものであり、SNA ベースのプライマリーバランスとは異なる。

(出所) 国民負担率：OECD “National Accounts”, “Revenue Statistics” 内閣府「国民経済計算」等、社会保険支出：OECD “National Accounts”, 内閣府「国民経済計算」ただし、1955年の日本

¹⁰ は、国連社会保険・人口問題研究所「社会保険費用統計」における社会保険給付額。

は、国立社会保障・人口問題研究所が社会保険適用統計による社会保険給付費

読売新聞「財政審の報酬議論に反論 日医会長『診療所の4～5割赤字』」(2025年11月7日)

日本医師会の松本吉郎会長は6日の記者会見で、診療所に支払われる診療報酬の圧縮が財政制度等審議会(財務相の諮問機関)で議論されたことに対し、「診療所の4～5割は赤字で大変な状態だ」と反論した。

5日の財政審の分科会で財務省は、来年度の診療報酬改定に向け、診療所の報酬を「適正化の方向で検討すべきだ」と指摘。一定機能を有しない場合には初診・再診料を減算する案や、基準を満たせば初診料に上乗せできる「機能強化加算」を廃止する案を提示した。

松本会長は「財政的な観点のみから個別の診療報酬を議論することは看過できない」と不快感を示した。

また、医療介護分野で働く現役世代の賃上げが実現できない状況に触れ、「財政審の議論には、人材流出と経営悪化によって、医療介護の提供体制が維持できなくなるという危機感が感じられない」と批判した。

日本医師会の松本吉郎会長は6日の記者会見で、診療所に支払われる診療報酬の圧縮が財政制度等審議会(財務相の諮問機関)で議論されたことに対し、「診療所の4～5割は赤字で大変な状態だ」と反論した。

5日の財政審の分科会で財務省は、来年度の診療報酬改定に向け、診療所の報酬を「適正化の方向で検討すべきだ」と指摘。一定機能を有しない場合には初診・再診料を減算する案や、基準を満たせば初診料に上乗せできる「機能強化加算」を廃止する案を提示した。

松本会長は「財政的な観点のみから個別の診療報酬を議論することは看過できない」と不快感を示した。また、医療介護分野で働く現役世代の賃上げが実現できない」と不快感を示した。

財政審の報酬議論に反論

日医会長「診療所の4～5割赤字」

できない状況に触れ、「財政審の議論には、人材流出と経営悪化によって、医療介護の提供体制が維持できなくなるという危機感が感じられない」と批判した。



日本医師会の松本吉郎会長（2024年6月）

* 記事：読売新聞「財政審の報酬議論に反論 日医会長『診療所の4～5割赤字』」(2025年11月7日) 朝刊二面

写真：読売新聞オンライン「財政審の報酬議論に反論 日医会長『診療所の4～5割赤字』」(2025年11月6日) <<https://www.yomiuri.co.jp/medical/20251106-OYT1T50150/>>

財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障②」等の議論について(1/5) 再掲

松本吉郎会長は、11月6日の会見に引き続き、11日に行われた財務省財政制度等審議会財政制度分科会(以下、財政審)での議論の内容を受けて、「今回の財政審の資料は診療所の適正化と称することを行うためのストーリーに基づく資料と議論であり、医療界の中での分断を招こうとしているが、病院、診療所共に、医療機関は地域を一体となって支えており、両方とも地域にとって必要不可欠なものである」と強調した。

松本会長は、11日に開催したシンポジウム「社会保障のアップデート」の中で、有識者が「不適切なデータや評価は、最前線で戦う現場の士気を下げ、社会的共通資本である医療・介護・福祉を脆弱化させ、社会を分断させる恐れがある」と指摘されていたことを紹介し、財政審が「高齢者と若者」「病気の方と健康な方」「病院と診療所」など、さまざまな二項対立で分断を煽っていることが社会の不安定につながっているとして、「社会格差と健康格差を生まない社会にしていかなければならぬ」との考え方を示した。



*令和7年11月12日日本医師会記者会見より

(出所)日本医師会定例記者会見「財務省財政制度等審議会財政制度分科会における社会保障②等の議論について」(令和7年11月12日)

また資料の内容については、多くは今春の財政審の春の建議の焼き直しであり、特に「2. 医療・介護の理想像」などは春から多少変更はあるものの、関係者の同意も無い財務省の勝手な理想像が示されているに過ぎず、「あきれ果て、理解に苦しんでいる」と述べ、例えば「長期処方の普及が質の高い医療とは到底思えない」と批判した。

更に、松本会長は、国民皆保険制度について「平成16年の大臣合意により、『必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する』とされており、これが『公的保険の考え方』である」と説明した上で、財務省等を中心に「大きなリスクは共助中心、小さなリスクは自助中心」という「民間保険の考え方」も一部に見受けられることは残念だとし、「医療は『現金給付』ではなく『現物給付』であり、公的皆保険制度として必要かつ適切な医療は保険診療により確保すべきである」と主張した。

その上で、財政審の「医療」に関する資料について、(1)病院・診療所の収益に対する費用構造、(2)「2024年度赤字診療所(医療法人立)の分析」及び「(参考)医療法人の法人設立時期に基づく経常利益率の分析」、(3)医療提供の効率化等一の主に3点に対して反論した。

財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障②」等の議論について(3/5)

(1)では、診療所の院長給与について、実態を正確に把握するためには、平均値ではなく中央値と最頻値を重視すべきであると指摘。加えて、院長は診療だけでなく経営上の全責任を負い、経営が困窮した場合には、連帯保証人として個人財産を投入してでも返済に対応する責任がある他、特に小規模の医療機関では、院長は診療のみならず、医療安全の確保、人材の確保、人事・労務、福利厚生、広報、設備の修繕・更新に至るまで、院内があらゆることに対応しているとし、「財務省が示したデータは、医療機関が不眠不休で立ち向かった新型コロナウイルス感染症関連の『今はなき』補助金が含まれるなど、現在の苦しい医療機関経営の実態を全く示しておらず、恣意的にイメージを先行させようという意図が伺える」と抗議した。

また、個人診療所の院長の個人収益について、その中から所得税の支払い、借入の返済、建物や医療機器等の固定資産の更新等を行う必要があるため、医療法人の院長の給与と同列に比較することは全く不適切であるとし、「一般に、個人のまま経営している診療所は医療法人よりも零細であり、このような資料の出し方は著しく誤解を招くもの」と非難した。

更に、改めて現在の無床診療所の経常利益率の中央値は2.5%、最頻値は0.0～1.0%であることにも触れ、「地域医療を守る診療所の廃業・倒産が頻回に起こることは望ましくなく、一定の利益率がないと安定的に存在していくことが不可能になる」こと等を説明した。

財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障②」等の議論について(4/5) 再掲

(2)では、無床診療所を経営する医療法人の収支において、設立後年数が長いほど経常利益が減少し、事業収益と事業費用も同時に減少していることに関して、財政審が「法人登記が古い医療法人ほど経常利益率が低くなるのは、設置者である医師が内部留保を給与の形で取り崩しているからである」と断定していることに対しては、「実際には設立後年数が長くなるほど、むしろ事業費用は減少しており、それ以上に事業収益が減少していることが経常利益の悪化を招いている」と反論。

また、医療法人は剰余金の配当が禁止されていることから、当期純利益がプラスであれば利益剰余金が積み上がっていくことは必然とした上で、利益剰余金は、医療法人の設立以降、毎年の税引き後の利益または損失を積み上げた結果の金額で、「現預金」としてそのまま残っているとは限らないと指摘。多くの医療機関は、税引き後の利益を建物や医療機器等の設備投資など、医療に再投資したり、過去の設備投資で借り入れた借金の返済に充てており、現預金が一部残っていたとしても、将来の建て替えや医療機器等の更新に備える財源として確保しなければならないと強調した。

(3)では、「財政的観点のみから財政審が、個別の人員配置まであげつらうことは越権行為と言わざるを得ず、見過ごすことはできない」と強く非難する一方、医療・介護分野における

財務省財政制度等審議会財政制度分科会における「社会保障②」等の議論について(5/5)

人材紹介について、人材紹介会社を経由した雇用の都度、発生する手数料は医療機関にとって大きな負担となっていることには、「この件だけだが、珍しく財政審と考え方の方向性は一致している」と述べた。

最後に、松本会長は、診療所の利益率は、決算月が直近になるほど利益率が低くなっていること、2025年度は更に悪化することに改めて触れ、「診療所だけを深堀りして財源を捻出するようなことは到底容認できない」と主張。また、今回の財政審の議論は「診療所の適正化を行う」と称することを行うための恣意的な資料となっており、医療機関経営の経常利益率は中央値2.5%、最頻値0.0～1.0%と、病院だけでなく診療所も非常に厳しい状況で、例えば、売上が1億円だと利益は250万円、1.5億円だと375万円と決して高くなく、更にその中で高額な医療機器等の設備投資等も行っていることを再度強調するとともに、診療所で使用する医療機器でも1,000万円を超える機器は多くあり、耐用年数も決まっているため、買い替えや高額な修繕等も必要になると説明。「このままでは閉院する医療機関が増え、地域医療の崩壊を招く」と警鐘を鳴らし、財源を純粋に上乗せする対応が必須だとして、次期改定までの2年間をしっかりと見た改定水準を求めた。

国民皆保険制度について

日本医師会の考え方

必要かつ適切な医療は
保険診療により確保

公的保険の考え方

こういう考え方もあるが

財務省等の考え方

大きなリスクは共助中心、
小さなリスクは自助中心

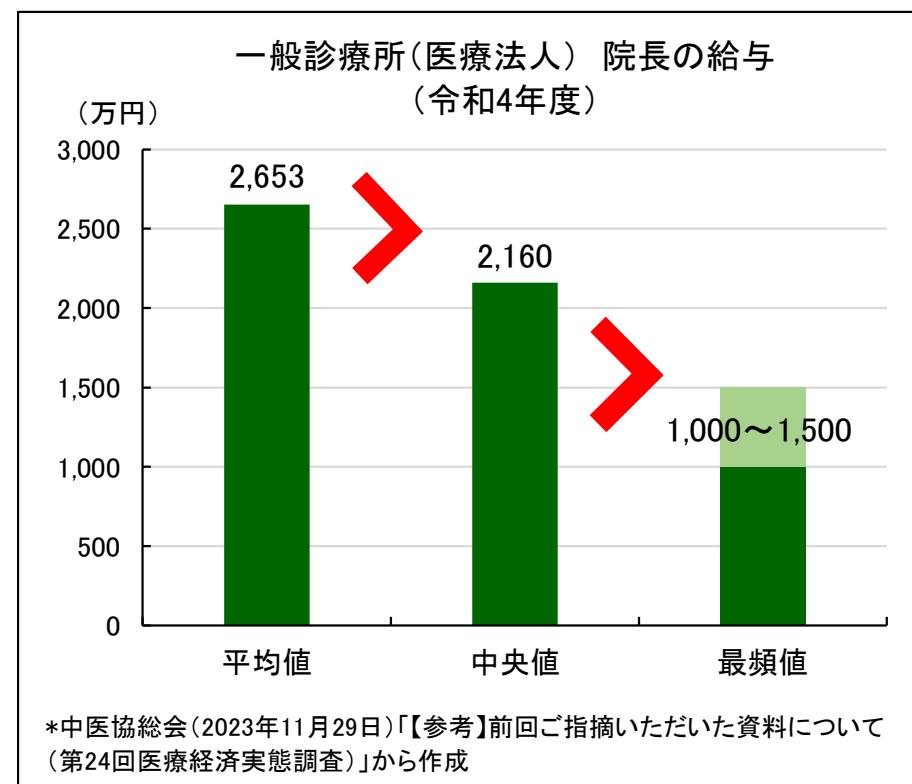
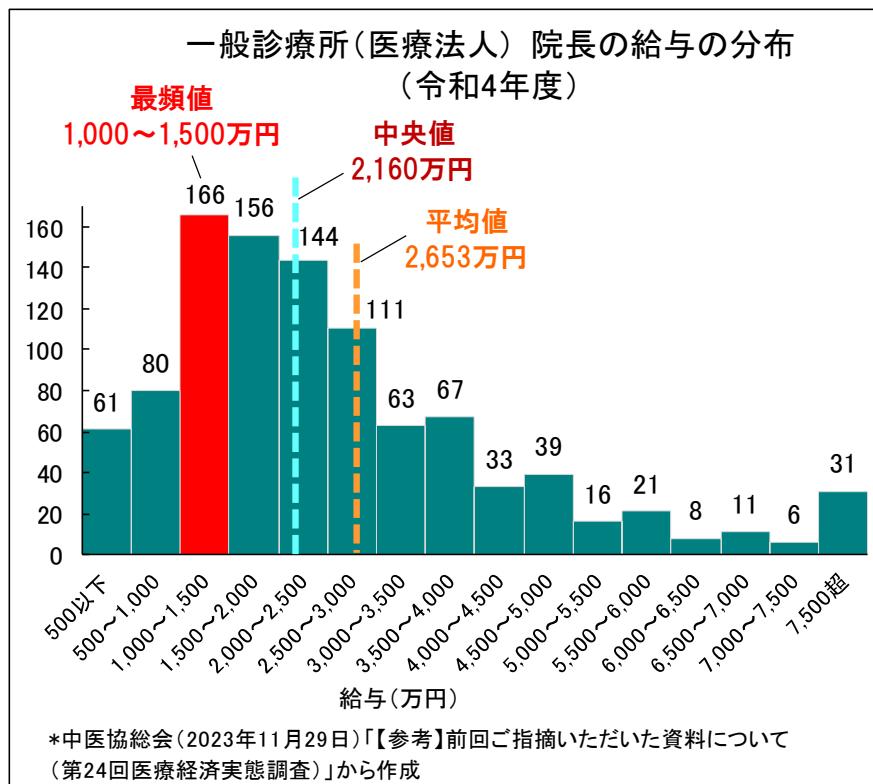
民間保険の考え方

医療は現金給付ではなく、現物給付である

(出所) 厚生労働大臣、規制改革担当大臣による「いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意」(平成16年12月15日)、
財務省財政制度等審議会財政制度分科会 資料「持続可能な社会保障制度の構築(財政各論Ⅱ)」(令和7年4月23日)21頁を基に作成

診療所の院長給与(医療法人)

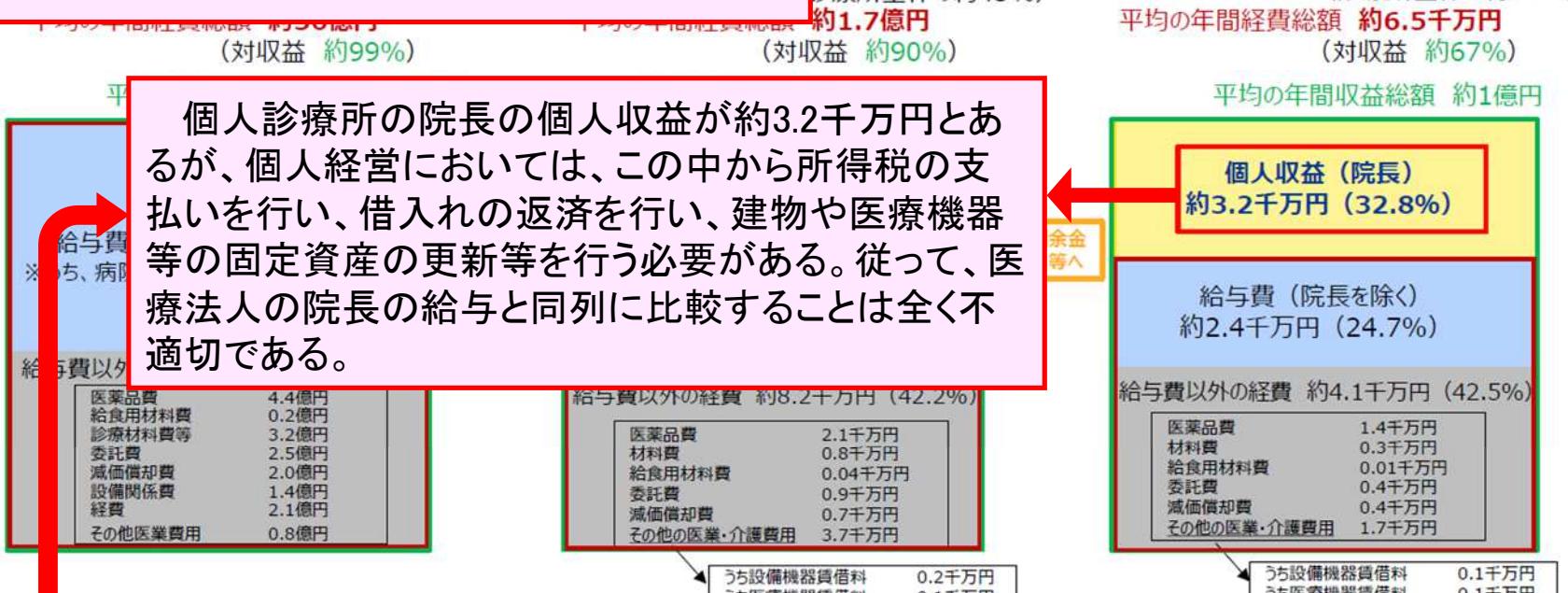
- ・財務省は令和4年度の院長給与の平均値(2,653万円)を示しているが、実際には中央値でみると2,160万円と平均値よりも約500万円低く、さらに最頻値は1000万円～1500万円であり平均値の半分程度であった。分布に偏りがあることを踏まえ、実態を正確に把握するためには、平均値ではなく中央値と最頻値を重視するべきである。
- ・院長は、診療だけでなく経営上の全責任を負っており、仮に経営が困窮した場合には、連帯保証人として個人財産を投入してでも返済に対応する責任がある。特に小規模の医療機関では、院長は、医療安全の確保から、人材の確保、人事・労務、福利厚生、広報、設備の修繕・更新にいたるまで、院内のあらゆることに対応している。



病院・診療所の収益に対する費用構造

そもそも財務省が示したデータは、インフレにより経営が苦しくなる以前の診療報酬改定前のものであり、現在の苦しい医療機関経営の実態を全く示していない。

いずれも人件費（給与費等）が全体の約5割を占めている。
医療法人立では13.7%、個人立では32.8%に達する。



個人診療所の院長の個人収益が約3.2千万円とあるが、個人経営においては、この中から所得税の支払いを行い、借入れの返済を行い、建物や医療機器等の固定資産の更新等を行う必要がある。従って、医療法人の院長の給与と同列に比較することは全く不適切である。

個人収益 (院長)
約3.2千万円 (32.8%)

給与費 (院長を除く)
約2.4千万円 (24.7%)

給与費以外の経費 約4.1千万円 (42.5%)	
医薬品費	1.4千万円
材料費	0.3千万円
給食用材料費	0.01千万円
委託費	0.4千万円
減価償却費	0.4千万円
その他の医業・介護費用	1.7千万円

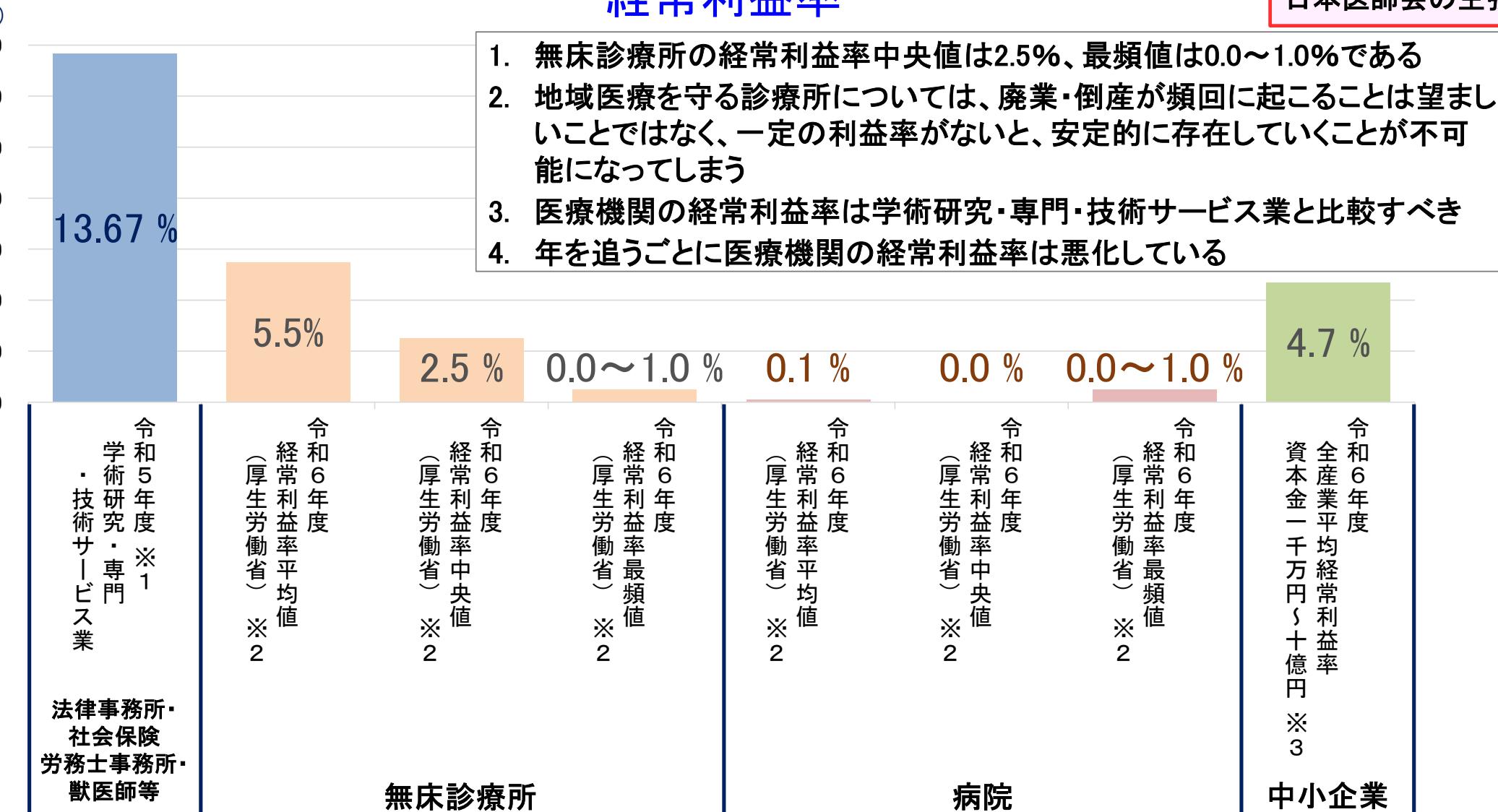
収益には、「今はなき」新型コロナウイルス感染症関連の補助金が含まれる。

厚生労働省「第24回医療経済実態調査報告」(2022年(度))（以下、単に「医療実調報告2022」という。）に基づき財務省作成。数字はいずれも1施設あたり。病院は「集計1」、診療所は「集計2」。

- (注1) 括弧書きは収益全体に占める割合。収益には、新型コロナウイルス感染症関連の補助金が含まれる。
- (注2) 給与費には、職員の給料・賞与のほか、退職金・法定福利費等が含まれている。
- (注3) 病院長、一般診療所（医療法人）の院長の給与は、医療実調報告2022における「職種別常勤職員1人平均給与年(度)額等」における、病院長及び院長に係る平均給料年(度)額及び賞与の合計額。
- (注4) 一般診療所（個人）の「個人収益（院長）」には、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられる部分が存在する場合もある。
- (注5) 一般診療所における「その他の医業・介護費用」には、福利厚生費、消耗品費、光熱水費、賃借料、事業税、固定資産税等、支払利息、雑費等が含まれる。
- (注6) 診療所全体に対する医療法人立及び個人立の診療所の割合について、これら以外に「その他」の類型があるため、合計が100%にならない。

経常利益率

日本医師会の主張



(出所) ※1 中小企業庁「中小企業実態基本調査(令和5年度決算確報)」(令和7年7月30日)*中小企業実態基本調査に医療機関は入っていない、※2 厚生労働省 第120回社会保障審議会医療部会(令和7年10月27日)資料2-2「医療法人の経営状況(R7.8月末時点速報版)」、※3 財務省「年次別法人企業統計調査(令和6年度)」(令和7年9月1日)

医療法人 令和5年度・6年度における病院・診療所の経常利益率(二期連続)

厚生労働省資料

WAM NET(福祉医療機構)で公表されたMCDBを活用した分析

経常利益率	病院	無床診療所	有床診療所
N数 (N/医療法人立施設)	1,275 (22.7%)	8,357 (19.2%)	604 (14.8%)
令和5年度 [R5.8.1～R6.3.31の間に決算を迎えた施設]	平均値	1.6%	9.2%
	中央値	1.5%	6.4%
	最頻値	1.0～2.0%	0.0～1.0%
			
令和6年度 [R6.4.1～R7.3.31の間に決算を迎えた施設] ※令和7年8月末収集時点の速報値	平均値	0.1%	5.5%
	中央値	0.0%	2.5%
	最頻値	0.0～1.0%	0.0～1.0%

※医療法人経営情報データベースシステム(MCDB)における、施設別の経営情報を医政局にて集計。

令和5年度と6年度の両年度でMCDBの提出のある病院・診療所が対象。

(出所)厚生労働省「第120回社会保障審議会医療部会」(令和7年10月27日)資料より作成

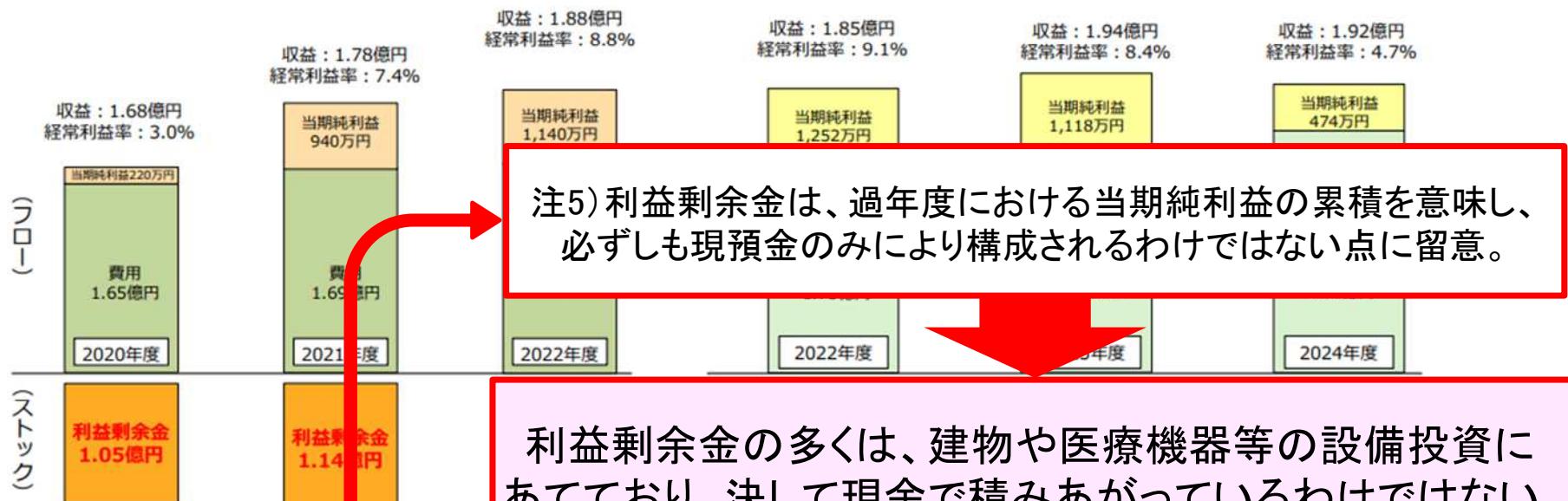
(参考) 2022年度から2024年度の診療所の財務分析（財務省機動的調査）

財務省資料に
日本医師会が加筆

- 2023年度に続き、2025年度においても、全国の財務局において機動的調査を実施。無床診療所を経営する医療法人について、利益剰余金が高水準で維持されていることが確認された。

参考：2023年11月1日財政制度等審議会資料を一部編集
各医療法人における事業報告書等（許可病床数0床の18,207法人）
を基に財務省において集計（1医療法人あたり）

各医療法人における事業報告書等（許可病床数0床の23,565法人）
を基に財務省において集計（1医療法人あたり）



(注1) 2023年度調査の結果：各都道府県等が公表している事業報告書等を基に、2020事業年度から2024事業年度分のデータが全て揃う法人について集計。

業年度分のデータが全て揃う法人について集計）。38都道府県から2023年9月中旬までに入手した21,939法人を対象。

(注2) 2025年度調査の結果：各都道府県等が公表している事業報告書等を基に、2022事業年度から2024事業年度の医療法人の経営状況等を調査したもの（全都道府県について、3事業年度分のデータが全て揃う法人について集計）。47都道府県から2025年9月下旬までに入手した28,154法人を対象。

(注3) 上記の収益・費用は損益計算書における本来業務及び附帯業務の事業収益・事業費用の合計値。

(注4) 病院コストを加味して設立された新型コロナの診療報酬上の特措措置を含むものであり、平時の医療提供体制への移行は、収益・費用の双方に影響する。

(注5) 利益剰余金は、過年度における当期純利益の累積を意味し、必ずしも現預金のみにより構成されるわけではない点に留意。

(注6) 調査対象法人に所有される施設等の収益・費用も含めている。

読売新聞「社保改革 攻防火ぶた 自維実務者協議」(2025年11月13日)(1/2)

社会保障制度改革に関する自民、日本維新の会両党の実務者による協議が12日に始まった。維新は社会保障制度改革を連立政権樹立の「絶対条件」としていただけに強く意気込んでいる。年末の2026年度予算編成に向け、給付と負担のあり方の見直しがどこまで進むか、医療界も巻き込んで激しい攻防が繰り広げられそうだ。

「社会保障分野は非常に注目度が高い。自民党としっかり連携し、熟議をして進めていきたい」

維新の梅村聰衆院議員は会合の冒頭、こう強調した。

高齢化の進展に伴い、国民の所得に占める保険料の割合「社会保障負担率」は長期上昇傾向にある。今年度は18%で、1980年代前半の2倍近い数字だ。現役世代の負担軽減と手取り増は近年の重要な政治課題で、維新は今夏の参院選で「医療費を4兆円削減し、現役世代1人あたりの社会保険料を年6万円軽減する」と訴えた。

維新が力ギとにらんでいるのが、市販薬と成分や効果が似る「OTC類似薬」の保険適用からの除外だ。解熱鎮痛薬や胃腸薬など約7000品目あり、健康保険組合連合会によると、65歳未満でOTC類似薬のみを処方された際の処方額は919億円で、診察代などを含めた医療費総額は1兆635億円に上る。「見直しの内容次第で医療費は相当減る」(財務省幹部)

実務者協議では来週以降、OTC類似薬から議論するが、合意取り付けは容易ではない。アトピー患者の団体は「経済的負担が大幅に増え、治療が継続できなくなる」として保湿剤などの保険適用継続を求める要望書を厚生労働省に提出した。自民内にも「湿布は外さないでくれという声は無視できない」(ベテラン)と高齢者への配慮を求める声が出ている。社会保障審議会(厚労相の諮問機関)の医療保険部会でも並行して議論が進んでおり、保険範囲の見直しや自己負担の引き上げなどが論点になる。



読売新聞「社保改革 攻防火ぶた 自維実務者協議」(2025年11月13日)(2/2)

「3割」拡大は難航確実

自民、維新の連立合意書に盛り込まれた「年齢によらない真に公平な応能負担の実現」も難航が確実視されている。

維新の吉村代表は「支払い能力がある方は、高齢者であっても(負担を)お願いするべきだ」と議論に前のめりだ。高市首相も先の代表質問で「高齢者の負担のあり方についても検討を進め、現役世代の保険料負担の抑制につなげていく」と同調する。もっとも「高齢者の受診控えにつながるのではないか」との懸念があり、自民内では慎重論が根強い。この日の自維両党の協議でも温度差が見えた。

また、現行制度のまま75歳以上の3割負担を拡大した場合、現役世代の負担が増す可能性があることも問題を複雑にしている。後期高齢者医療制度では、3割負担の対象者の医療費には公費が投入されておらず、現役世代が支払う保険料を原資とした支援金を充てているためだ。健康保険組合連合会は3割負担の対象拡大は公費負担導入とセットで行うよう求めている。

この日の両党の協議では、医療や介護の保険料算定に反映させるため、金融所得の把握について検討を進めることでも合意した。

診療報酬の上げ幅焦点

年末の予算編成では、医療サービスの公定価格「診療報酬」の改定も大きな焦点だ。首相は「賃上げ、物価高を適切に反映させる」と繰り返し述べており、医師らの人工費に回る「本体」部分は引き上げの公算が大きくなっている。

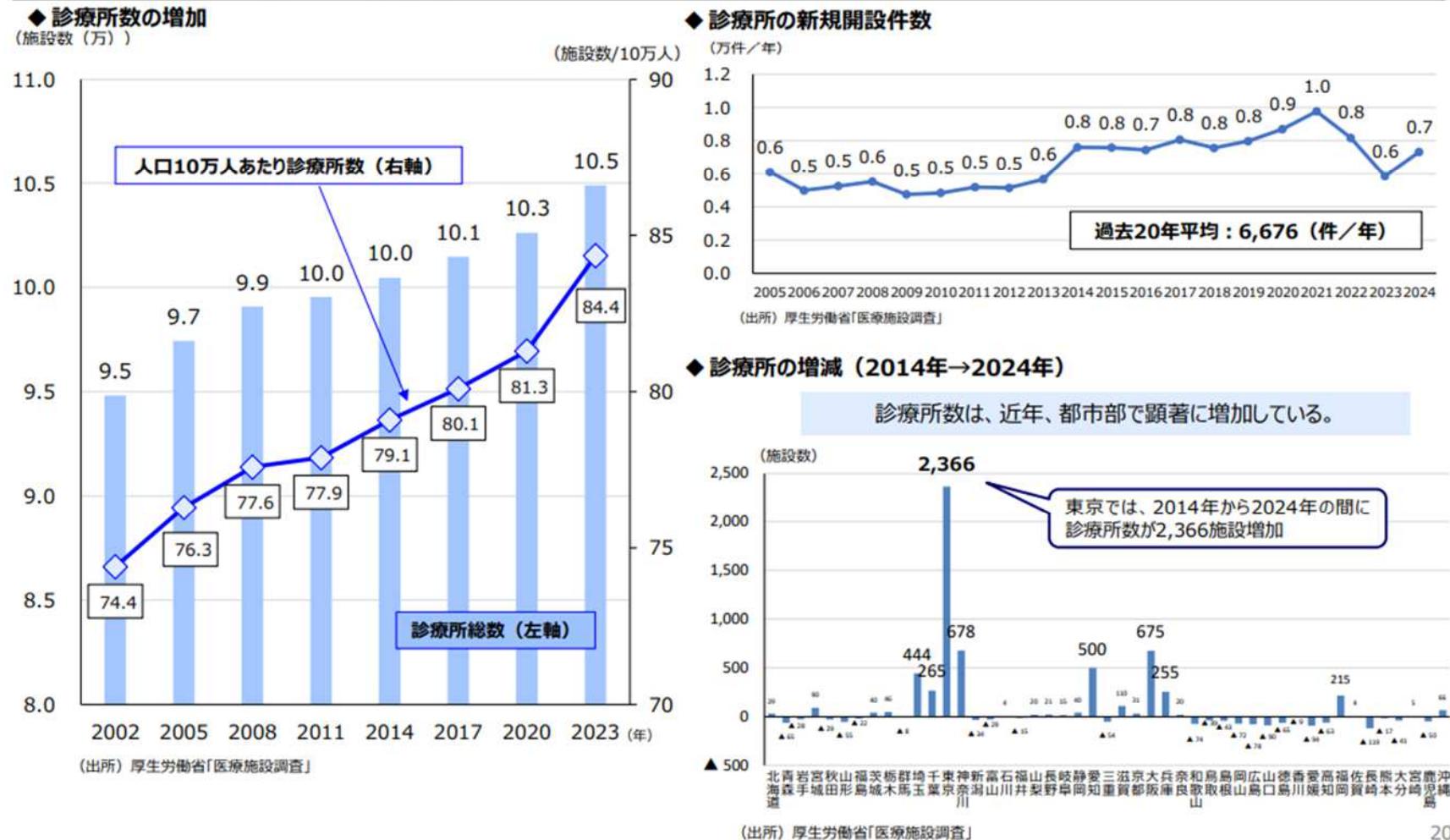
診療報酬は2年ごとに見直される。「本体」と薬代にあたる「薬価」からなり、2016年度以降は本体の引き上げ分を薬価の引き下げ分で相殺し、「全体」ではマイナス改定を続けてきた。しかし、今回は「薬価を削る余地は少ない」(厚労省幹部)とされ、本体の引き上げ幅が大きいと、現役世代の保険料負担軽減という与党の方針に逆行しかねない。

財政制度等審議会(財務相の諮問機関)の資料では、国民医療費の総額は約50兆円で、全体の改定率を1%上げれば約5000億円増え、このうち保険料の負担は約2500億円増える。財政審は病院に比べ診療所が高い利益率を上げているとして、病院を優先するなど処遇改善にメリハリをつけるよう求めている。これに日本医師会は診療所も経営が厳しいとし、「(財政審には)危機感が全く感じられない。極めて遺憾で強く抗議する」(松本吉郎会長)などと反発する。

日本医師会は長く自民党を支えており、自民は医師会をむげにできない。一方、維新は医師会とさほど関係が強くなく、吉村代表は診療報酬改定の議論を「医師会の意見が反映されやすい仕組みになっている」と鋭く批判する。首相は両党の間で難しい判断を迫られることになる。

(参考) 診療所の多さ

- 診療所数は、年々増加し、新規の開設件数も横ばいの状況。人口あたりでみれば、増加傾向は一層明白。また、都道府県別にみると、特に、大都市圏で顕著な増加がみられる。



(出所) 財務省 財政制度等審議会財政制度分科会(令和7年11月5日開催)資料3「社会保障①」20頁<https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251105/03.pdf>

(参考) 診療所における1受診あたりの医療費の推移及び物価上昇率との比較

財務省資料

- 診療所の1日あたり医療費（≒1受診あたり医療費）は、コロナ禍で急増した反動により足元での減少傾向が見て取れるが、コロナ禍前よりも依然高い水準(A)。（2022年・2023年と2024年の比較だけでは正当な評価が困難。）さらに、コロナ禍で顕著に減少していた受診延日数は、コロナ禍前の水準に戻ってきている(B)。
- 結局、国民一人あたり医療費は、コロナ禍を挟んで、着実に伸び続けているのが実態(C)。物価上昇率との関係では、国民1人あたり医療費・1受診あたり医療費ともに、物価が低迷する中にもほぼ一貫して増加しており、2019年以降で見ても、物価上昇率が年平均1.9%の伸びであるのに対して、国民1人あたり医療費は年平均3.1%、1受診あたり医療費は年平均2.4%増加している。

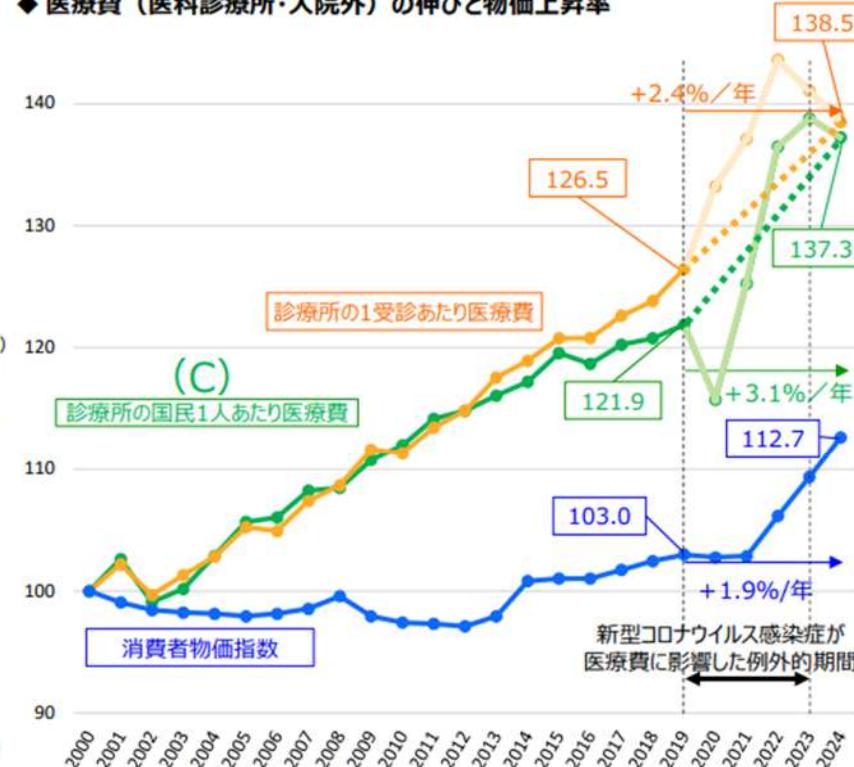
◆ 医科診療所 1施設あたり利益率の推移



(出所) 2011年度から2022年度の診療所（いずれも医療法人立）の利益率：厚生労働省「医療経済実態調査」

(注) 中小企業における平均経常利益率は、財務省「法人企業統計」より作成（資本金1億円未満の金融業・保険業以外の業種における、売上高に占める経常利益の割合）

◆ 医療費（医科診療所・入院外）の伸びと物価上昇率



◆ 1受診あたりの医療費の伸び（医科診療所・入院外）



(出所) 厚生労働省「医療費の動向調査」

(注1) 1受診あたりの医療費は、医療費の総額を受診延日数で除して得た値。平均増加率は、始点から終点までの増加率を年数のべき乗根で算出。

(注2) 薬剤費は院内処方の場合を除き含まれない。(注3) 新型コロナに係る補助金は単価に影響を与えない。

(注4) 診療報酬の特例や不妊治療の保険適用による影響は、一定の仮定を置いて推計で、370円程度。(2022年度ベース)

(出所) 財務省 財政制度等審議会財政制度分科会(令和7年11月5日開催)資料3「社会保障①」22頁<https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251105/03.pdf>

22

135

全人的なケアの実現に向けた「かかりつけ医機能の評価」の再構築（総論③）

財務省資料

- 「かかりつけ医機能の報酬上の評価」の再構築に向けて、まずは、かかりつけ医機能報告上、基本的な機能を有していない診療所への減算措置を導入すべき。また、「体制整備への評価」と「診療行為への評価」を明確に区分し、初診に係る機能強化加算については廃止を軸に検討すべき。これらは「かかりつけ医機能」が法制上明確化された中で、患者・国民の分かりやすさの観点からの要請でもあると考えるべき。
- その上で、診療行為への評価については、全人的な医療を包括的に評価するものとして創設された地域包括診療料をベースに報酬体系を見直すことが適当であり、既存の報酬項目（外来管理加算、特定疾患管理料、生活習慣病管理料）はゼロベースで見直しを図るべき。

機能強化加算

- ✓ 機能強化加算（80点）は、**初診への加算**。初診患者の中でも特に継続的な管理が必要な疾患を有する患者に対し、専門医療機関への受診の要否の判断を含めた質の高い診療機能を発揮することを評価するために2018年に設けられたもの。
- ✓ 「体制への評価」であるため、施設基準さえ満たせば、**患者実態によらず**、また、**当該医療機関をかかりつけ医としない患者に対しても、一律に算定される**。

かかりつけ医機能を持つ医療機関の体制整備を評価するための仕組みが別途存在する中で、全ての患者に対して初診時の追加負担を求める事になる機能強化加算は、有効性・効率性の観点から疑問と言わざるを得ない。**廃止を軸に検討すべき**。

外来管理加算

- ✓ 外来管理加算（52点）は、「**計画的な医学管理**」を評価し、**再診料に加算**。検査・処置・リハビリ・精神科精神療法・手術等の実施を行わないことや、**丁寧な問診や詳細な身体診察**などが要件。
- ✓ 特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算、地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算と**併算可**。

事実上「無駄な検査等を行わないこと」を評価するもの。より重点的にかかりつけ医機能を評価する報酬項目が存在する中、幅広い併算定を認めつつ残存させてきたことの正当性が問われる。**即刻廃止とするか、地域包括診療料等に包括化すべき**。

地域包括診療料・加算／認知症地域包括診療料・加算

- ✓ **複数の慢性疾患**（高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症、慢性心不全又は慢性腎臓病の6つのうち2つ以上）を有する患者に対し、**継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価**。（「診療料」は月1回の包括点数。「加算」は診療所のみ算定でき、出来高。）
- ✓ かかりつけ医機能を評価するため創設された基幹的・代表的な報酬項目であるにもかかわらず、**必要な体制整備が困難との理由で、算定実績は低調**。

地域での医療・介護の複合ニーズを総合的に受け止め、認知症を含めた複数の慢性疾患有する患者に全的なケアを実施する医療機関を的確に評価するにふさわしい報酬として**発展的改組を試みるべき**。

例えば、認知症地域包括診療料・加算と統合した上で、個々の医療機関の担うかかりつけ医機能をよりきめ細かに評価できる報酬体系に再構築すべき。

- 併せて、生活習慣病の患者に全的なケアを実施する際、地域の医療機関において、かかりつけ医機能が最大限に発揮され、より適正な疾病管理が可能となるよう、2024年度改定に続き、**特定疾患療養管理料・生活習慣病管理料の更なる見直しを断行すべき**。

【改革の方向性】（案）

- 外来診療の機能分化・連携や、全的なケアを提供する医療機関に対する適切な評価が促進される方向で、各種加算等を改めて精査・整理してはどうか。診療側の提供体制や経営上の事情への配慮より、真に患者本位の治療を目的とした報酬体系へ再構築すべき。27

各論①：かかりつけ医機能を有さない診療所への対応

- 2025年度より、かかりつけ医機能報告制度がスタートした。今後、医療機関は自らの有するかかりつけ医機能を都道府県に報告し、患者は医療機能情報提供制度（ナビイ）等で確認できるようになる。国民一人ひとりのニーズに寄り添い、患者本位のかかりつけ医機能を実現するためには、公的にかかりつけ医療機関を認定する仕組みや、かかりつけ医療機関に患者を登録する仕組みなどが必要と考えられることから、我が国におけるかかりつけ医療機関の普及・定着に向けては道半ばではあるが、それでも、重要な一步とも考えられる。
- 2026年度診療報酬改定においては、かかりつけ医機能を十全に果たす医療機関を重点的に評価する報酬体系の構築が必要だが、その前提として、「1号機能」をそら有さない医療機関には厳しく対応すべき。

◆かかりつけ医機能報告 1号機能とその報告事項

- 1号機能を有する医療機関であるかは、（★）が付記されている報告事項について、「実施している」あるいは「実施できる」ことが要件となる。

① 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を 総合的かつ継続的に行う機能（1号機能）

具体的な機能	継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合にはする機能
背景及び政策課題	複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加を背景として、発生頻度上で適切な診療や保健指導等を行うニーズが高まっていくことから、よくある疾患への一次診療や医療に関する体制を構築できること。
報告事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項（※下記の「他の報告事項」は除く）」について院内 ○ かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無 ○ 17の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること（★） ○ 一次診療を行うことができる疾患 ○ 医療に関する患者からの相談に応じることができること（継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む）（★）
その他の報告事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数 ○ かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数 ○ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制の有無 ○ 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

（出所）厚生労働省「かかりつけ機能の確保に関するガイドライン」（2025年6月）に基づき作成。

財務省は主張しているが
日本医師会は当然
反対している。

【改革の方向性】（案）

- かかりつけ医機能報告制度上の1号機能を有しない医療機関については、初診・再診料の減算を行うべき。

各論②：生活習慣病の患者に対する疾病管理の適正化

- 2024年度診療報酬改定では、生活習慣病に係る報酬の適正化として、月2回算定可能な特定疾患療養管理料から、高血圧性疾患・糖尿病・脂質異常症を除外し、月1回のみ算定可、外来管理加算・特定疾病処方管理管理加算との併算定不可の「生活習慣病管理料(Ⅱ)」を新設。
- 薬物療養で病状が安定している生活習慣病患者の疾病管理については、諸外国等でのガイドラインでは数ヶ月に一度の経過観察が適当とされるケースもあることを踏まえた算定頻度の妥当性、特定疾患療養管理料の対象疾患の適切性など、更なる適正化に向けた検討の余地があると考えられる。

(月2回算定)【2024改定前】

特定疾患療養管理料

- ✓ 治療計画に基づき、服薬・運動・栄養等の療養上の管理を行った場合を包括評価

1 診療所の場合 225点
2 病院（100床未満） 147点
3 病院（100床以上、200床未満） 87点

※ 再診料に対する外來管理加算、処方料・処方箋料に対する特定疾患処方管理加算が算定可

<改定前>
 - 再診料 73点
 - 外來管理加算 52点
 - 特定疾患療養管理料 225点
 - 処方箋料 68点
 - 特定疾患処方管理加算2 66点

【2024改定後】

特定疾患療養管理料

1 診療所の場合 225点
2 病院（100床未満） 147点
3 病院（100床以上、200床未満） 87点

※ 糖尿病・脂質異常症・高血圧を除外

※ 上記3疾患以外は特定疾患処方管理加算の算定可
※ 外來管理加算は引き続き算定可

【改革の方向性】(案)

- 特定疾患療養管理料については、頻回受診を誘発する要因となりかねないことから、特定疾患処方管理加算等との併算定を一律で不可とすべき。また、同管理料から除外し、生活習慣病管理料で評価すべき疾患がないか更に精査すべき。さらに、生活習慣病管理料の算定要件は一般的な診療ガイドラインに沿う形で厳格化すべき。例えば、血圧のコントロール状況など患者の状態に応じて算定可能回数の頻度を下げる等の対応を図ってはどうか。

(月1回算定)

【2024改定前】

生活習慣病管理料

- ✓ 生活習慣に関する総合的な疾病管理を包括評価
- ✓ 検査、注射、病理診断の費用は全て所定点数に包括。

1 脂質異常症を主病とする場合 570点
2 高血圧症を主病とする場合 620点
3 糖尿病を主病とする場合 720点

※療養計画書による丁寧な説明、患者の同意、計画書への患者の署名が必要

【2024改定後】

生活習慣病管理料(Ⅰ)

- ※ 引き続き、検査等は包括
- ※ 外來管理加算の併算定は不可

1 脂質異常症を主病とする場合 610点
2 高血圧症を主病とする場合 660点
3 糖尿病を主病とする場合 760点

生活習慣病管理料(Ⅱ)

- ※ 検査等は出来高算定 333点
- ※ 外來管理加算の併算定は不可

<改定後>
 - 再診料 75点
 - 外來管理加算=52点
 - 生活習慣病管理料2 333点
 - 処方箋料 60点
 - 特定疾患処方管理加算2=66点

◆ 諸外国等の生活習慣病の経過観察中のガイドライン

高 血 壓

2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension

8.4.薬物による血圧降下療法の対象となる患者の選択
…患者が確定高血圧（持続血圧 ≥140/90mmHg）と診断された場合、…生活習慣介入と薬物療法を同時に組み合わせた血圧降下治療を開始することが推奨されます。…治療開始後は、血圧がコントロールされるまで、患者を頻繁に診察する必要があります（例：1～3か月ごとに一般開業医または専門医に診察を受ける）。血圧は、できれば3か月以内にコントロールする必要があります。…

8.5. 血圧降下療法の強度と理想的な治療目標

8.5.4薬物療法の期間とモニタリング
血圧降下療法は通常慢性的で、多くの場合は生涯にわたる。…**血圧がコントロールされたら、少なくとも1年に1回のフォローアップが推奨**されます。

Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children

高血圧のフォローアップのガイドライン

3. 降圧治療薬を受けている患者は、血圧のレベルに応じて、2回連続の診察で測定値が目標値を下回るまで、毎月または2か月ごとに診察を受ける必要があります…。**目標血圧に達したら、患者は3～6か月間隔で診察を受ける必要があります。**

脂 質 異 常 症

動脈硬化性疾患予防ガイドライン（2022年版）（日本動脈硬化学会）

4.4 薬物療法のフォローアップ BQ21 薬物療法開始後には定期的な検査が必要か？
薬物療法開始後は、副作用に関連する症状に留意するとともに薬剤効果の確認と用量調節、生化学的検査による副作用確認と生活指導への活用のため、投与開始後半年間は2～3回程度、その後は3～6か月に一回程度、定期的に検査を行うのが望ましい。

糖 尿 病

Standards of Care in Diabetes (American Diabetes Association)

2型糖尿病に対する薬物療法

推奨事項
9.17 投薬プランと投薬行動は、治療に影響を与える要素を勘案するため、**定期的（例：3～6か月ごと）に再評価され、必要に応じて調整を受けるべき**である。（エビデンスレベル E：専門家のコンセンサス又は臨床経験）

各論③：機能強化加算

財務省資料

- 機能強化加算（80点）は、初診の患者の中でも特に継続的な管理が必要な疾患を有する患者に対し、専門医療機関への受診の要否の判断を含めた確で質の高い診療機能を発揮することを評価する観点から、2018年度診療報酬改定で創設されたもの。しかし、「体制への評価」であるため、地域包括診療加算等の施設基準さえ満たせば、患者実態が制度趣旨と大きく異なっていても一律に全ての患者に対して算定され、患者に追加負担を求める形となっている。
- 2022年度診療報酬改定で所要の見直しが実施されたが、施設基準を満たせば初診患者に対し一律に算定できることに変わりはない、足元の届出・算定状況を見ても、「かかりつけ医機能の発揮」を的確に評価し、促進する役割を果たしているのか判然としない。

◆2022年度改定の概要

- ✓ カカリつけ医機能を有する医療機関および医師の実績要件をそれぞれ追加。

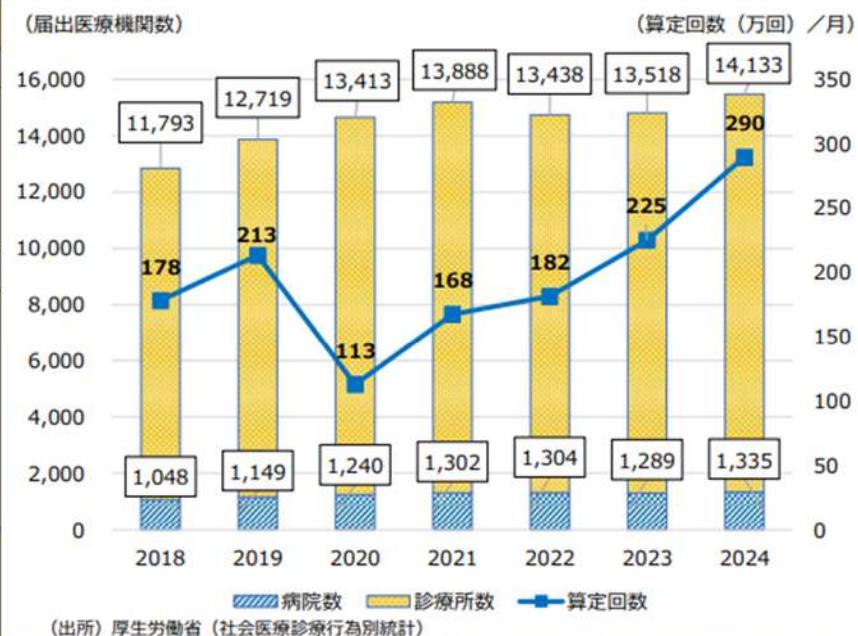
2022年度改定後の要件（青字下線は要件追加部分）	
次のいずれかを満たしていること。	
地域包括診療 加算1／地域 包括診療料1 の届出を行って いること。	以下のいずれも満たすこと。 ・ 地域包括診療加算2／地域包括診療料2の届出を行っていること。 ・ 直近1年間にいて、次のいずれかを満たしていること。 ■ 地域包括診療加算2／地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。 ■ 在宅患者訪問診療料（I）の「1」、在宅患者訪問診療料（II）又は往 診料を算定した患者の数の合計が3人以上。
小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。	
在宅時医学総 合管理料／施 設入居時等医 学総合管理料 の届出を行って いる機能強化 型の在支診又 は在支病である こと。	以下のいずれも満たすこと。 ・ 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている 機能強化型以外の在支診又は在支病であること。 ・ 過去1年間にいて、以下のいずれかを満たしていること。 ■ （在支診の場合）緊急往診の実績3件以上。 ■ （在支病の場合）緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合 計が3件以上。 ■ 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実 績が1件以上。 ・ 下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。 ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成 イ 警察医として協力 ウ 乳幼児健診を実施 エ 定期予防接種を実施 オ 幼稚園の園医等 カ 地域ケア会議に出席 キ 一般介護予防事業に協力

【改革の方向性】（案）

- 機能強化加算は、廃止を軸に検討すべき。

◆届出・算定状況

- 機能強化加算の届出施設数は、2024年も引き続き微増。算定回数は2024年に大きく伸び、コロナ禍前を超えていている状況。



30

各論④：外来管理加算

- 外来管理加算は、再診料に加算される代表的・基本的な加算であるが、近年、外来診療所によるかかりつけ医機能を評価するための管理料・加算が創設・充実されてきている中で、その評価対象が極めて不明瞭。事実上、「無駄な検査等を行わない」ことを評価するものとなっており、国民目線で、多額の患者自己負担・保険料・税を財源にして残存する価値のある加算として納得感が得られるのか疑問。
- 歴史的に内科系の診療所における「全人的な患者管理」を評価してきたものだが、かかりつけ医機能の発揮をメリハリを持って評価していくとの観点からは、既にその役割を終えていると評価すべき。2024年度改定で生活習慣病管理料等との併算定が不可となった一方で、依然として地域包括診療加算や特定疾患療養管理料との併算定は可能となっているが、見直しを行うべき。

◆現行制度

- ✓ 外来管理加算（52点）は、「計画的な医学管理」を評価して、**再診料に加算されるもの**。検査・処置・リハビリ・精神科精神療法・手術等の実施を行わないことや、**丁寧な問診や詳細な身体診察**などが要件。

◆経緯

年度	見直し内容
1967年 (昭和42年)	理学療法、精神病特殊療法並びの処置・手術を行った場合に算定しうる評価として、内科加算（甲表）を新設
1969年 (昭和45年)	内科加算（甲表）を廃止し、内科再診料を新設（乙表）
1977年 (昭和53年)	内科診療料について、内科的診療を主に行う医療機関で行われた内科的疾患に係る処置以外の臨時の処置（通常2~3回の処置で治癒が予見される軽度の傷病に対する処置）を行った場合でも算定可。
1992年 (平成4年)	内科再診料を廃止し、一定の処置や検査等が不要な患者に対し、計画的な医学管理を行った場合の評価として外来管理加算を創設
2000年 (平成12年)	外来管理加算の引き上げ（42点⇒52点）
2008年 (平成20年)	医師が患者の療養上の疑問に答え、概ね5分を越えて疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うことなどを要件化
2010年 (平成22年)	算定要件における時間の目安（いわゆる「5分ルール」）を廃止
2024年 (令和6年)	生活習慣病管理料との併算定を不可に

【改革の方向性】（案）

- 外来管理加算については、かかりつけ医機能を評価する各種の管理料・加算も含めた診療報酬体系全体を見直す中で、廃止又は地域包括診療料等への包括化を行るべき。

◆算定状況／算定要件について

- 外来管理加算は、再診料が算定された場合の3分の1以上で算定されており、年間医療費換算で1,700億円分に達している。

(注)「社会医療行為別統計」（2024年8月）における外来管理加算の一月あたり算定総点数を年間換算して算出。

- かかりつけ医機能を評価する加算である**地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算**が併算定可能。なお、生活習慣病管理料（I）（II）については、2024年度診療報酬改定で併算定が不可となったが、生活習慣病管理料（I）（II）が算定された日と別日であれば算定可能。

◆基本料への「包括化」について

- 加算は、基本的な診療行為に比して付加価値のある質の高いサービス等の実施に必要な「かかり増し」費用を賄うため設定されるもの。社会環境や診療実態の変化等により、別途の評価が不要となれば、基本的な評価項目に包括化されるのが自然な対応。

- 包括化の例として、2024年度改定においては、外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと等を踏まえ、初診料を3点、再診料をそれぞれ2点引き上げたところ。

- なお、慢性疾患の患者への継続的ケアに対し、検査等を包括する形で評価するものとして、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料（I）がある。

各論⑤：地域包括診療料・加算

- 地域包括診療料・加算は、かかりつけ医機能を重点的に評価するために導入された報酬項目だが、その算定実績は低調と言わざるを得ない。特に、「包括評価」として、今後の拡充が期待される地域包括診療料については、体制整備が困難と指摘されている。しかしながら、同診療料の算定が進まない背景には、一定のハーダル（施設基準）を越えて、地域住民に対し、より充実した形でかかりつけ医機能を発揮するより、要件の厳しくない既存の各種加算・管理料の算定を積み上げて報酬を得る方が経済合理的となっていることもあるのではないか。

◆現行制度

- ✓ 地域包括診療料・認知症地域包括診療料は、診療所又は（200床未満の）病院のかかりつけ医機能を包括的に評価するもの。（月1回算定）

地域包括診療料1：1,660点、地域包括診療料2：1,600点
認知症地域包括診療料1：1,681点、認知症地域包括診療料2：1,613点

- ✓ 地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算は、診療所が出来高で算定できるもの（1回につき）。病院は算定できない。

地域包括診療加算1：28点、地域包括診療加算2：21点
認知症地域包括診療加算1：38点、認知症地域包括診療加算2：31点

- ✓ 「診療料」と「加算」との要件の違いは、以下の3つの要件のうち、全てを満たすか、いずれか一つを満たすか、という点。

- ①時間外対応加算の届出、②常勤換算2名以上の医師の配置（うち1人以上が常勤医師）、
③在宅療養支援診療所の届け出

	地域包括診療料・加算	認知症地域包括診療料・加算
対象疾患	高血压症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症の6疾病のうち2つ以上（疑いは除く。）	以下の全ての要件を満たす認知症患者 <ul style="list-style-type: none"> 認知症以外に1以上の疾病を有する（疑いは除く） 同月に「1処方につき5種類を超える内服薬」等の投薬を受けていない患者

【参考】地域包括診療料を届け出ていない理由

「24時間対応薬局との連携」、「常勤医師の配置」が困難との理由に加え、「在宅療養支援診療所でない」ことを算定できない理由に挙げた施設が多くあった。（出所：入院・外来医療等における実態調査（2022年度・外来施設票））

◆算定状況について

- 地域包括診療料、認知症地域包括診療料については、足元で伸びが見られるものの、依然として低い実績水準。

- 地域包括診療加算の算定回数は増加傾向である一方、認知症地域包括診療加算の算定回数は低迷している。



	地域包括診療加算	認知症地域包括診療加算
算定回数（2018⇒2024）	(2018) 1,259,825 (2024) 1,725,565	(2018) 34,530 (2024) 30,697

（出所）（届出医療機関数）各年7月1日（2024年は8月1日）時点の主な施設別統計
(算定回数) 社会医療行為別統計

【改革の方向性】（案）

- 機能強化加算や外来管理加算等の抜本的な見直しと併せて、地域包括診療料・加算については、地域での医療・介護の複合ニーズを総合的に受け止め、全人的なケアを実施する医療機関を的確かつ包括的に評価するにふさわしい報酬として、発展的改組を試みるべき。例えば、かかりつけ医機能の発揮を前向きに志向させるインセンティブの働く報酬として、地域包括診療料をベースとしつつ、かかりつけ医機能をよりきめ細かに評価できる報酬体系へと再構築してはどうか。なお、その際、認知症地域包括診療料・加算との統合も検討してはどうか。

33

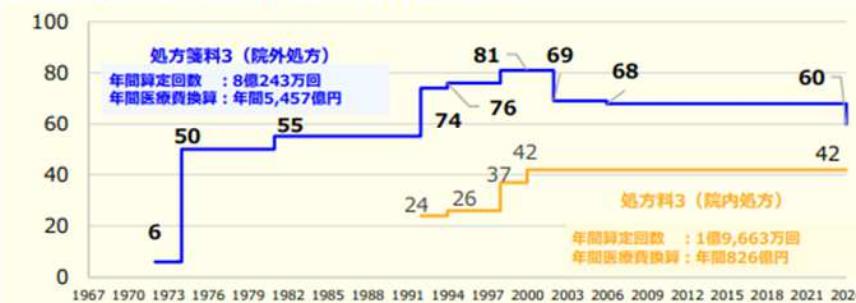
処方料・処方箋料の見直し

- 薬剤の処方に係る各種施策は、医師の行動変容に依存せざるを得ず、診療報酬による誘導が常態化。医師と薬剤師の業務分担により医療の質の向上を目指す医薬分業は、薬価差益に代わる利益を医療機関に付与する観点から、処方箋料（院外処方）の設定・引上げにより実現が図られたと評価できる。後発医薬品の利用促進も医療機関の体制整備や一般名（成分名）での処方を評価する加算等が措置されてきた。
- 足元、処方箋受取率（院外処方の割合）は8割を超え、医薬分業は相当な進歩を見せており、後発医薬品の使用割合も9割に達している。
- 医師による薬剤処方に係るこれらの報酬面での評価の在り方は、医師の自発的協力又は規制的手法であれば不要だった多大な財政的な負担（患者自己負担、保険料、税）を伴うものでもあったことを踏まえ、再考すべき時期に来ている。

◆ 処方箋受取率全国平均の推移



◆ 院外処方と院内処方の報酬上の評価の推移



【改革の方向性】(案)

- 医薬分業の進歩状況を踏まえ、処方箋料（院外処方）の水準は、処方料（院内処方）の水準と同程度とすべき。また、後発医薬品の利用状況に鑑み、一般名処方加算は廃止し、後発医薬品に係る体制加算は減算措置に振り替えるべき。（更なる後発医薬品の促進は、先発品との価格差に係る選定療養化の拡大により図っていくこととしてはどうか。）

◆ 一般名処方加算/後発医薬品に係る体制加算の概要・算定状況

- 一般名処方加算とは、医療機関において、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて医薬品の一般的な名称を記載して処方箋を交付した場合に、処方箋料（院外処方）に上乗せて算定できる加算。
- 後発医薬品使用体制加算（外来後発医薬品使用体制加算）は、医療機関（診療所）が調剤した後発医薬品の使用数量割合に応じ、入院患者（院内処方される患者）に対し入院基本料（処方料）に上乗せて算定できる加算。

	算定回数	年間医療費換算
一般名処方加算	5億4,160万回	396億円
後発医薬品使用体制加算	600万回	37億円
外来後発医薬品使用体制加算	5,788万回	30億円

(出所) 算定回数は厚生労働省「第10回NDBオープンデータ」（2023年度のレセプト情報）。

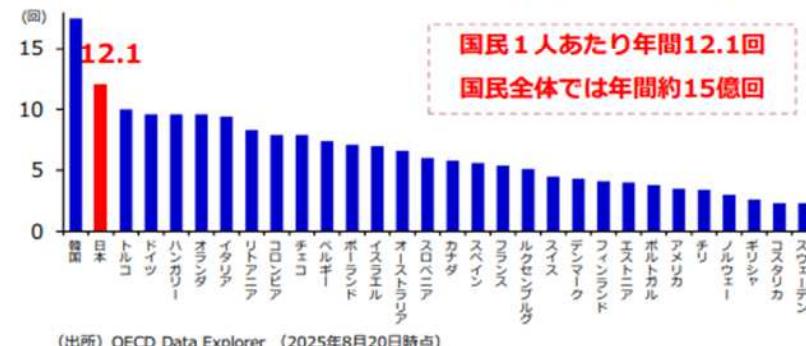
◆ 後発医薬品の使用割合の推移と主な経緯



受診時定額自己負担の導入

- 日本の外来受診頻度は国際的に見て高く、その多くは少額受診。希少な医療資源をできるだけ有効活用し、現役世代の保険料負担軽減を含め医療保険制度の持続性を確保していく観点から、比較的軽微な受診については、患者から一定額の負担を徴収する仕組みを検討すべき。
- また、受診時定額自己負担は、非効率な外来医療の提供につながっている場合もあると考えられる患者側の受診行動の変容を促していくための有効な手段ともなり得るもの。例えば、かかりつけ医療機関への受診と、それ以外の外来受診との間で金額設定を変えることで、今後のかかりつけ医の普及を一層促進するといったことも考えられる。

◆ 1人あたり外来受診回数（医科）の国際比較（2022年）（再掲）



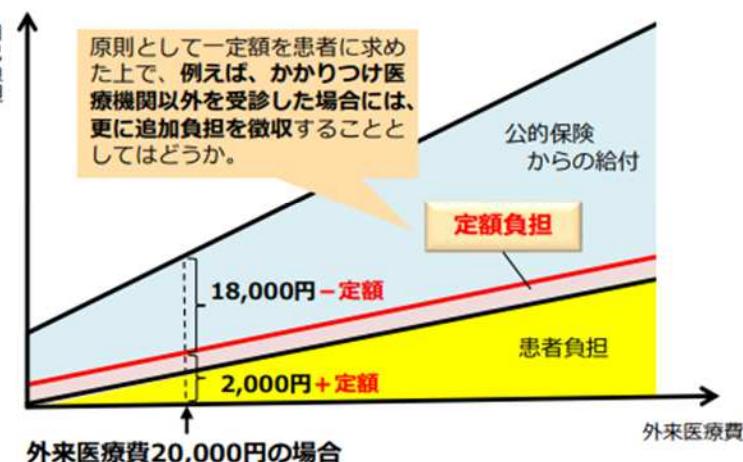
◆ 入院外の医療費階級別レセプト件数の割合



◆ フランスにおける受診時定額負担制度（2005年～）の概要

拠出金額	1回2ユーロ（1日8ユーロ、年間50ユーロが上限） ※2024年5月に1回1ユーロから引き上げ
対象者	以下の者は除外 ・18歳未満の者　・妊娠6ヶ月以上の妊婦　・戦争障害者 ・一定の低所得者向け医療制度の対象者

◆ 受診時定額負担のイメージ（1割負担の患者の場合）



【改革の方向性】（案）

- 医療保険制度の持続可能性の確保と効率的な医療提供体制の構築の双方の観点から、外来受診時の定額負担の導入を実現すべく、早急に具体策の検討に着手し、その是非を広く国民に問うべき。

（出所）財務省 財政制度等審議会財政制度分科会（令和7年11月5日開催）資料3「社会保障①」48頁<https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251105/03.pdf>

(参考) 国民健康保険組合への財政支援の在り方

- 我が国の医療保険制度は、職域保険と地域保険の二本柱で構成されているが、国民健康保険組合（国保組合）は、例外的な存在として、国民健康保険法に基づき同種同業の者を対象に国民健康保険事業を行う公法人。所得水準に応じ13.4%～63.6%の国庫補助を受けている。
- 「能力に応じた負担」の観点から、2016年度から5年間をかけて、組合員の所得水準に応じた段階的な見直しが実施されたものの、現在でも、最も所得水準の高い国保組合であっても医療給付費等の13%の定率補助が行われている。また、国保組合の保険料水準は総じて低く、本来健康保険の適用を受けるべき事業所においても事業主の保険料負担が回避されているケースが見られる。

◆国保組合の概要

□ 歴史的経緯

1938年：旧国民健康保険法により、普通国保組合（現在の市町村国保）とともに、特別国保組合（現在の国保組合）が制度化。

1959年：全市町村の国保事業実施が義務化（国民皆保険達成）。以降、既存国保組合存続は認められる一方、新たな国保組合の設立は原則認められていない。（1970年の建設国保、1974年の沖縄県医師国保のみ特例的に認可。）

□ 2025年3月末の組合数及び被保険者数

(1-1) 医師	47組合	被保険者数	26万人
(1-2) 歯科医師	27組合	被保険者数	25万人
(1-3) 薬剤師	16組合	被保険者数	3万人
(2) 建設関係	32組合	被保険者数	129万人
(3) 一般業種	36組合	被保険者数	68万人
合計	158組合	被保険者数	252万人

◆国保組合への国庫補助

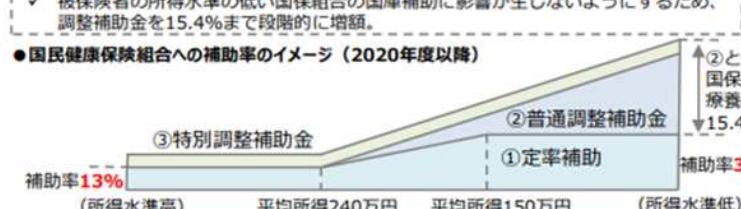
□ 国保組合への国庫補助制度は市町村国保に倣った制度設計であり、協会けんぽより遙かに高い補助水準の組合が大多数。主に以下の3つの補助からなる。

- ①定率補助：医療給付費等の13%～32%を定率で補助。補助率は被保険者（組合員の家族含む）の平均所得に応じ決定。
- ②普通調整補助金：組合ごとに計算する調整対象需要額（医療給付費等の見込額）と調整対象収入額（理論上の保険料収入見込額）の差額を補助。
- ③特別調整補助金：組合ごとの取組や災害等の特殊事情に応じ、必要な場合に補助。

【参考】前回見直しの概要（2016年度～2020年度）

- ✓ 平均所得水準150万円未満の組合は32%の定率補助を維持しつつ、150万円以上の組合は所得水準に応じ段階的に引き下げ、240万円以上の組合は13%とする。
- ✓ 被保険者の所得水準の低い国保組合の国庫補助に影響が生じないようにするために、調整補助金を15.4%まで段階的に増額。

●国民健康保険組合への補助率のイメージ（2020年度以降）



◆国保組合の保険料水準

□ 国保組合の保険料率（定額制の場合その額）は組合ごとに財政余力等を勘案して決定可能。全体として協会けんぽ・市町村国保より低水準。

●保険料が定額の組合数と組合員1人あたり保険料賦課額（年額）

	事業主である被保険者	従業員である被保険者	
		うち、医師・歯科医師・薬剤師	その他
医師国保 (47)	43.9万円 (26)	42.7万円 (25)	12.4万円 (43)
歯科医師国保 (26)	38.8万円 (6)	23.7万円 (19)	14.9万円 (23)
薬剤師国保 (16)	28.6万円 (6)	21.7万円 (7)	17.2万円 (11)
一般国保 (36)	25.5万円 (25)		15.2万円 (28)
建設国保 (32)	26.5万円 (9)		14.5万円 (5)
全組合 (158)	33.6万円 (72)	32.7万円 (51)	14.2万円 (110)

【参考】市町村国保と協会けんぽの保険料（イメージ）

（市町村国保）※東京都の場合

市町村民税の課税標準額812.2万円の被保険者：年額 66万円（医療分のみ・世帯人数1人）

（協会けんぽ）※東京都の場合。別途同額の事業主負担あり。

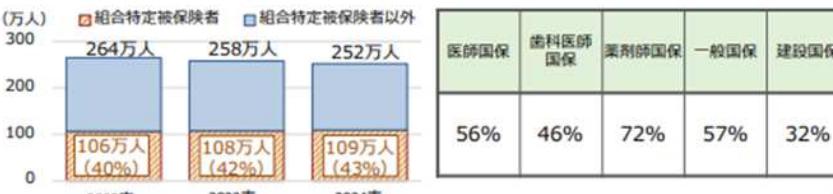
標準報酬月額29.5万円の被保険者：年額 11.6万円/人（医療分のみ）

◆組合特定被保険者

□ 事業所の規模等を踏まえ本来健康保険法の適用を受けるべき者であっても、事業主が健康保険の適用除外申請を提出し承認を得れば国保組合に加入可能な「組合特定被保険者」制度が存在。

□ 組合特定被保険者の場合、被用者保険加入時と異なり事業主の保険料負担が発生しない。

●国保組合全体の組合特定被保険者数・割合の推移 ●業種ごとの組合特定被保険者数の割合（2024年度末）



61

医療提供の効率化 ②質の評価

- 医療の価値は、必ずしも投入された人材に比例するものではない。しかしながら、価値の評価（アウトカム評価）に基づき医療の価格を客観的に設定することを回避してきたため、診療報酬体系は、「診療に要する経費を補填する」との考え方を基本とし、ストラクチャー評価を基礎として構築されてきた。
- 診療報酬でのストラクチャー評価は、他の福祉分野と比べてもその厳格さが際立つ。例えば、看護職員の配置は、医療法上で定められた最低基準に加え、入院患者の特性等に応じて診療報酬上で上乗せの配置が要請されている。この診療報酬上の基準は、「実質配置」を求めるものであり、常時一定の職員が配置されることが基本となっている。リハビリ職員等についても同様で、常勤や専従を条件とする加算が多く設定されている。
- 人手不足が深刻化し、職員の賃上げの必要性が高まる中、ストラクチャー評価によって手厚い人員配置がインセンティブ付けされていることは、できるだけ少ない人手で質の高い医療を提供しようとする努力を阻害しているおそれ。今後の医療の質の評価のあり方として、アウトカム評価に重心を移していくことと併せ、配置基準の見直しを検討していくべき。さらに、出来高払いから包括払いへと、報酬体系を見直していくことも必要ではないか。

◆ストラクチャー評価・アウトカム評価

- ✓ 医療の質を評価するためのドナベディアン・モデルにおいては、①ストラクチャー、②プロセス、③アウトカムの3つの評価の観点が存在。
- ✓ ストラクチャー及びプロセスは、それぞれ医療提供体制の整備度合い及び診療行為の過程を評価するものであり、最終的な医療の「質」との関連性は間接的であるが、客観的かつ定量的な計測可能性が高いため、診療報酬上の評価基準に多く採用されている。
- ✓ アウトカムは、医療の提供が患者に及ぼした影響に着目するため、「質」の評価に最も近いが、客観的・定量的計測が難しく、診療報酬上の評価基準にはあまり採用されていない。

◆医療法上の衛生規制及び診療報酬上の実質配置基準について

- ✓ 医療法上、適正な医療の実施のため、医療機関において有すべき人員の「基準」が示されている^(注1)。病院（一般病床）における看護職員の「基準」は、「実質配置」換算で **15 : 1** に相当する^(注2)。
 - (注1) 満たさない場合には、都道府県の改善指導・業務停止命令等の対象となる（医療法第21条、同法第23条の2、医療法施行規則第19条）。
 - (注2) 医療法上の「雇用配置」3:1から「実質配置」15:1への換算は、1日の労働時間を8時間、年間労働日数を225日とし、 $\frac{24}{8} \times \frac{365}{225}$ をかけることにより換算している。
- ✓ 一方で、診療報酬の看護職員の配置基準（実質配置）は、多くの病棟で、医療法で要請される人員配置への加配を必要とするもの。急性期1病棟の配置基準は **7 : 1** であり、医療法の2倍以上の人員配置が求められることとなっている。



診療報酬上の機能分類（主なもの）	診療報酬上の配置基準（実質配置）	入院料別に40床当たり必要人員数（人）
急性期一般入院料1	7 : 1	28
急性期一般入院料2～6	10 : 1	20
地域包括ケア病棟入院料	13 : 1	15
回復期リハビリテーション病棟入院料	13 : 1 又は 15 : 1	15又は13
療養病棟入院基本料	20 : 1	10
障害者施設等入院基本料	7 : 1～15 : 1	28～13

(出所) 厚生労働省「2024年度診療報酬改定の概要 入院 I～IV」。必要人員数は財務省算出。

(注) 衛生規制に基づく40床あたりの必要人員数は、一般病床の場合14人、療養病床の場合10人（財務省算出）。

【改革の方向性】(案)

- アウトカム評価の導入・拡充と併せ、配置基準の緩和や柔軟化を図るとともに、診療報酬上の評価の包括化を進めていくべき。

30

医療提供の効率化 ③人員配置の適正化

財務省資料

- 急性期 1 の入院料を算定する病院（看護職員の配置 7 : 1）であっても、救急搬送受入や全身麻酔手術の件数が低位にとどまる医療機関が存在。貴重な看護人材の有効な活用と病院経営の効率性向上の両面から、算定入院料の見直しが必要な急性期病院が一定数存在すると考えられる。
- 地域包括ケア病棟や回復期リハ、療養病棟については、個々の病院で事情が異なるとは思われるものの、配置基準を超える人員が配置されている状況にある施設も多いと見られることから、人員配置の適正化余地が十分に存在すると考えられる。

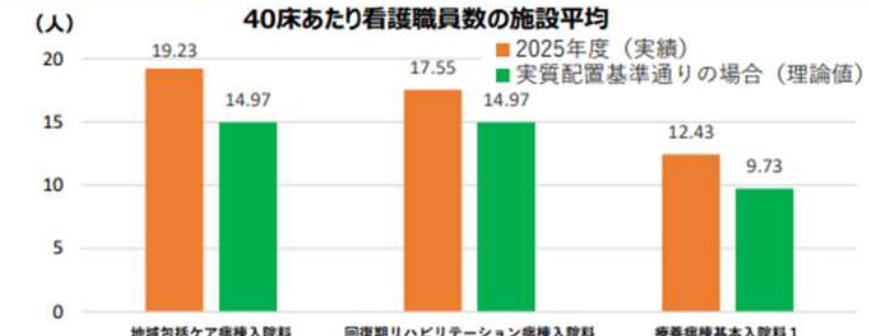
◆ 急性期病棟の実態

- ✓ 急性期 1 病院（看護職員 7:1 配置）の中には、救急搬送受入数や全身麻酔手術実施件数が急性期 2 ~ 6 病院（同 10:1）と同等程度にとどまる病院が一定数存在。
(2024年9月DPCデータ。厚生労働省「第614回中央社会保険医療協議会資料総1参考1」(2025年8月6日)より)



◆ 配置基準と職員数の関係

- ✓ 40床あたり看護職員数をみると、病院によっては、配置基準を超えて加配していることが伺える。
- ✓ また、回復期リハビリテーション病棟入院料については、リハビリ専門職を配置基準上の必要数を超えて加配し、全職員数で急性期一般入院料 1 を上回っている。



40床あたりリハビリ専門職員数の施設平均 (2025年度)



回復リハビリテーション病棟の配置基準は、1病棟あたり、専従常勤の理学療法士 3名以上、作業療法士 2名以上、言語聴覚士 1名以上となっているが、実際には、一般的な 1病棟あたり病床数である40床につき平均して16名程度が配置されている。

※衛生規制上は「適当数」とされている。

(出所) 厚生労働省「第613回中央社会保険医療協議会」(2025年7月23日) 資料を基に作成。 全身麻酔手術件数 (件)

【改革の方向性】(案)

- 算定している入院料を、その病院が果たしている機能の実態に沿ったものへと見直すとともに、現状の入院料の配置基準上の必要数を超えて専門職を配置している病院は、人員配置の適正化を徹底すべき。

(出所) 財務省 財政制度等審議会財政制度分科会(令和7年11月11日開催)資料3「社会保障②」31頁 <https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251111/syaho.pdf>

医療提供の効率化 ⑤効率的な医療提供体制の構築（新たな地域医療構想の策定）

財務省資料

- これまで地域医療構想に基づく取組が進められてきたものの、日本の病床数は諸外国比で過剰。特に急性期病床は今なお適正化の余地が大きい。さらに、コロナ後の受診行動の変化もあり、病床利用率は低下傾向。病床削減を着実に進めるこも含め、患者の状態に応じ、過不足のない形で、質の高い医療が提供されるよう、それぞれの地域において効率的な医療提供体制を構築していくことが求められる。
- 今後策定される新たな地域医療構想では、現役世代・働き手の減少、入院・外来需要の低下などの患者の受診行動の変化を的確に捉え、地域の医療関係の資源が有効に活用されるよう、未来志向での医療提供体制の構築を進めていく必要。

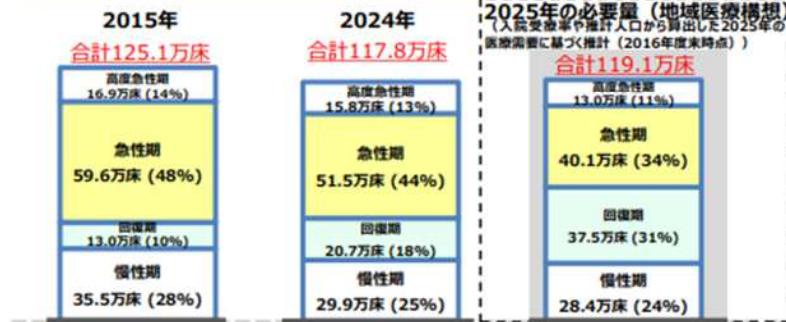
◆ 急性期機能を提供する病床数（人口1,000人対）



(出所) OECD Data Explorer "Hospital beds by function of healthcare". 「日本」については、厚生労働省「病床稼働状況(2022年度)」、総務省「人口統計(2022年)」
(注) グローバル日本は、医療経済学的構造・特徴、医療機関、政策動向等の国別比較分析。日本は、医療経済学的構造・特徴、医療機関、政策動向等の国別比較分析。

◆ 病床機能の変化（2024年度病床機能報告）

- 過去の地域医療構想に基づく取組により、人員配置の手厚い高度急性期・急性期の病床は減少傾向だが、いまだ急性期病床は過剰。



【改革の方向性】（案）

- 新たな地域医療構想のガイドラインで国が示す必要病床数や外来需要の推計は、各地域の医療提供体制改革を後押しできる実効的なものとする必要。具体的には、現状投影に基づく医療ニーズを入院・外来・在宅医療・介護の間で割り当てるのではなく、今後生じる患者像の変化（需要面での変容）を織り込むとともに、各医療機関の機能分化・連携・集約化等を通じた地域医療の効率化（供給面での取組）についてあるべき姿を反映した推計とすべき。

36

◆ 新たな地域医療構想

【基本的な考え方／施行スケジュール】

- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築。
- 2040年に向け、外来・在宅・介護連携、人材確保等も含めた「るべき医療提供体制」の実現に資するよう構想を策定・推進。精神医療も包含。
- 新たな構想は2027年度から順次開始。
 - 2025年度に国のガイドライン作成（必要病床数や外来需要等の推計モデルを提示）、2026年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等を提示、2028年度までに医療機関機能に着目した協議等を開始。

【医療機関の役割分担】

- 各医療機関は、新たに「医療機関機能」を都道府県に報告することが義務となる。
- 急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、専門等機能、医育及び広域診療機能
- 引き続き報告させる病床機能のうち「回復期機能」は、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」が追加され、名称は「包括期機能」となる。

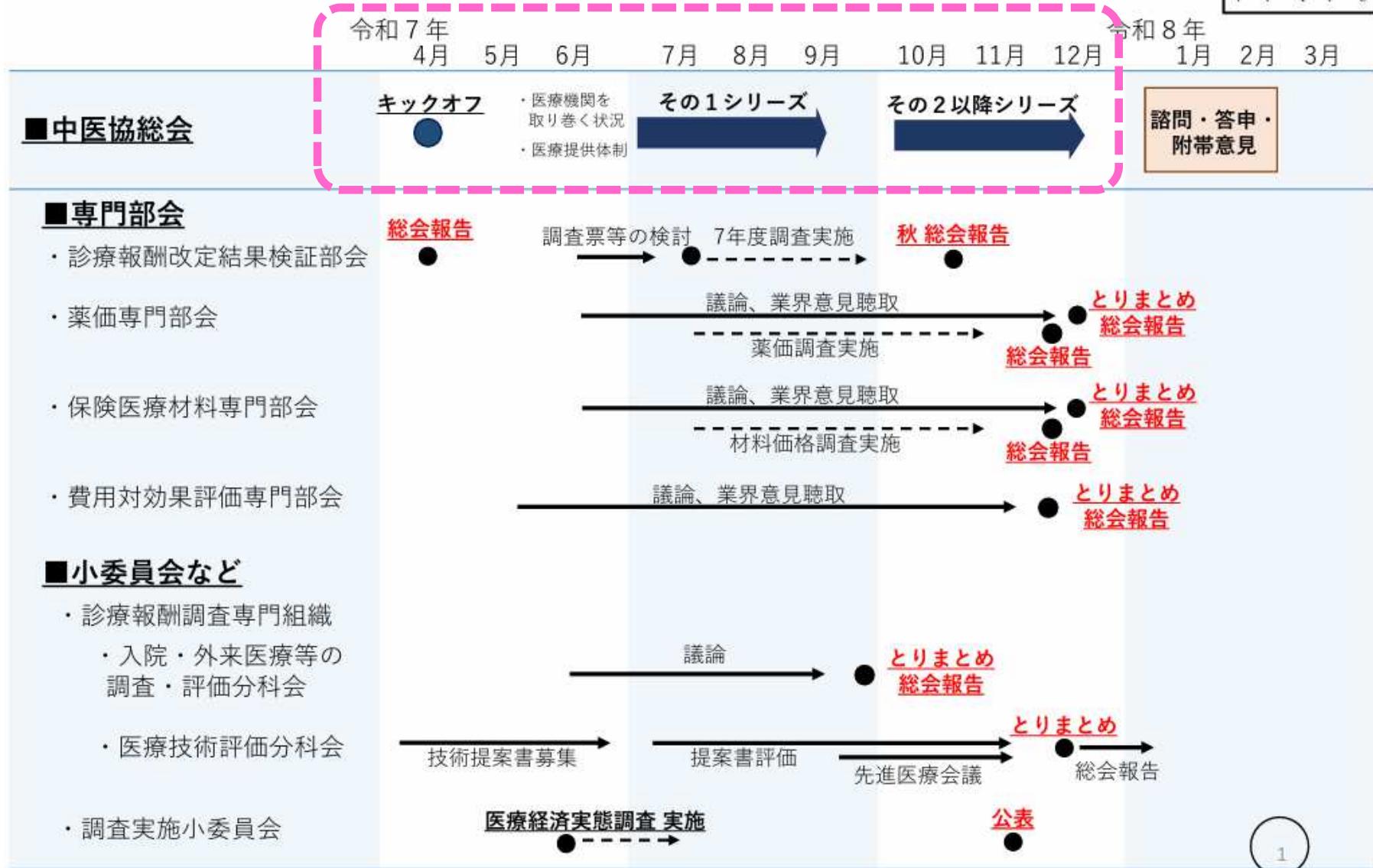
【都道府県知事の権限強化】

- 増床後の地域の病床数が基準病床数に満たない場合であっても、必要病床数を超えた増床の際は、調整会議等を踏まえて許可を与えないことができる。
- 既存病床数が基準病床数を上回る際には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を要請。

4. 中医協の状況

令和8年度診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール（案）

中医協 総 - 7
7 . 4 . 9



※なお、令和8年度診療報酬改定に向けては、分科会からの報告は総会へ行い、総会でその内容について議論を深めることとする。

視点 1 物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取りまく環境の変化への対応

- 医療機関等は、現下の持続的な物価高騰により、事業収益の増加以上に、人件費、委託費や医療材料費等といった物件費の事業費用が増加しており、事業利益が悪化している状況、また、2年連続5%を上回る賃上げ率であった春闇などにより、全産業において賃上げ率が高水準となっている中、医療分野はこれに届いておらず、人材確保も難しい状況にあり、医療分野は厳しい状況に直面している。
- 医療機関等が資金繰り悪化等により、必要な医療サービスが継続できない事態は避けなければならないことから、物価高騰による諸経費の増加を踏まえた対応や、必要な処遇改善等を通じた、医療現場を支える医療従事者の賃上げ・人材確保のための取組を進めることが急務である。
- 加えて、医師の働き方改革を進め、全ての医療従事者が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。また今後は、ICT、AI、IoT等の利活用の推進や、これらを通じた診療報酬上求める基準の柔軟化等により、医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行っていく必要がある。

【考えられる具体的な方針の例】

- 医療機関等が直面する人件費、委託費や医療材料費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者的人材確保に向けた取組
 - ・ 医療従事者の処遇改善
 - ・ 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進
 - ・ タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
 - ・ 医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策
 - ・ 診療報酬上求める基準の柔軟化

視点2 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、 地域包括ケアシステムの推進

- 2040年頃を見据えては、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据えた上で医療提供体制を構築していく必要があるところ、それに向けて、医療機関の機能に着目した分化・連携、病床の機能分化・連携等の入院医療を始めとして、外来医療・在宅医療、介護との連携を図ることが重要である。
- 併せて、こうした医療提供体制の構築に当たっては、更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が増す中で、ICT、AI、IoT等の利活用の推進等により医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行うこと、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進等により多職種が連携して医療現場を支えること、また都市部と比較して人口減少がより顕著な地方部の人口・医療資源の少ない地域を支援すること等により、どの地域でも必要な医療機能を確保することが必要である。

【考えられる具体的方針の例】

- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
 - ・ 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備
 - ・ 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価
- 「治し、支える医療」の実現
 - ・ 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
 - ・ 円滑な入退院の実現
 - ・ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
 - ・ 業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用の推進（再掲）
 - ・ タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進（再掲）
- 医師偏在対策の推進

視点3 安心・安全で質の高い医療の推進

- 患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、イノベーションを推進し、新たなニーズにも対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。

【考えられる具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
- 質の高いリハビリテーションの推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価
 - ・ 救急医療の充実
 - ・ 小児・周産期医療の充実
 - ・ 質の高いがん医療の評価
 - ・ 質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者等に対する適切な医療の評価
- 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

視点4 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、医療資源を効率的・重点的に配分するという観点も含め、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。
- 医療関係者が協働して、医療サービスの維持・向上を図るとともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

【考えられる具体的方針の例】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬等の薬剤給付の在り方の検討
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等に関する、市場実勢価格を踏まえた適正な評価／効率的かつ有効・安全な利用体制の確保
- 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
 - ・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応
 - ・ 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進
 - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進
 - ・ 電子処方箋の活用
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

令和7年10月17日
中医協総会「外来(その2)」

【論点①】 かかりつけ医機能に係る評価について

- **機能強化加算**は、より的確で質の高い診療機能を評価するものとされていることを踏まえ、かかりつけ医に関連した診療機能や、データ提出についての評価を行うことについてどのように考えるか。

機能強化加算について

機能強化加算

- ▶ 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出している医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

機能強化加算 80点

[算定要件]

- ・ 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むより的確で質の高い診療機能を評価する観点からかかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。
- ・ 必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
 - （イ）患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
 - （ロ）専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
 - （ハ）健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
 - （二）保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
 - （ホ）診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

- ・ 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- ・ 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- ・ 次のいずれかにおける届出を行っている。
 - ア 地域包括診療加算
 - イ 地域包括診療料
 - ウ 小児かかりつけ診療料
 - エ 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
 - オ 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- ・ 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。

主なかかりつけ医機能と現行の診療報酬の比較

青字：機能強化加算で体制整備を評価している機能

医療法上の主なかかりつけ医機能の例	関連する主な現行の診療報酬
機能の院内掲示による公表	機能強化加算の掲示要件
かかりつけ医機能に関する研修等の修了	地域包括診療料・加算の研修要件
一次診療の対応が可能な診療領域・疾患	-
全国医療情報プラットフォームの参加・活用	医療DX推進体制整備加算等
服薬の一元管理の実施	機能強化加算、地域包括診療料・加算等
通常の診療時間外の診療	時間外対応加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料 在宅療養支援診療所・病院等
入退院時の支援	在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料、入退院支援加算等
在宅医療の提供	在宅療養支援診療所・病院、地域包括診療料・加算等
介護サービス等との連携	地域包括診療料・加算、機能強化加算等
法定健診・検診	機能強化加算、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、地域包括診療料・加算
定期予防接種	機能強化加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料
学校医・警察医	機能強化加算、小児かかりつけ診療料
産業医	(療養・就労両立支援指導料)
臨床研修医等の教育	-

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要）令和6年7月31日

令和6年9月5日 第110回 社会保障審議会医療部会 資料3(抜粋)

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型（モデル）の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
 - ・当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- 通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供
※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能報告制度とは？

- ◇ 赤枠で囲まれている1号機能、つまり「かかりつけ医機能」に関する研修の修了者の有無、あるいは診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患の報告等を行った医療機関を、基本的な「かかりつけ医機能」を有する医療機関として扱うもの
- ◇ 2号機能については、こうした「かかりつけ医機能」を有する医療機関同士の連携を促進等するために、報告が求められるもの

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

機能強化加算について

日本医師会の主張(概要)

- 調査の結果、機能強化加算を算定している医療機関は、
 - ・より早期に検査結果を出せる体制が確保されている傾向があること
 - ・ポリファーマシー対策についても、より多く取り組んでいる傾向があること
 - ・「処方薬の把握」、「健診に関する相談」、「予防接種」、「学校医」等に関する機能を有している割合が大きいこと
- が明らかになっており、「かかりつけ医機能」をより発揮するための機能強化加算の効果が現れていることが示されている
- この有意義な機能強化加算を継続して評価していくことが患者さんのために極めて有益であり、さらには、地域の最適な医療提供体制の構築にも不可欠

支払い側の主張(概要)

- 機能強化加算は、患者の状態に関係なく、初診料に一律80点を上乗せする仕組となっている。
- 「かかりつけ医機能」は重要だが、初診の患者にもわかりやすい形で「かかりつけ医機能」を評価する診療報酬に名称を含めて、作り変えるべき
- 具体的には、「かかりつけ医機能報告制度」も参考に、
 - ・一次診療が可能な新領域や疾患をどのくらいカバーできているのか、
 - ・「かかりつけ医機能」に関する研修等の修了や、
 - ・即日結果が出る検査体制、
 - ・実習や研修の受け入れも評価項目に位置づけることで、「かかりつけ医機能」の底上げを図るべき

「かかりつけ医機能報告制度」と診療報酬上の評価について

日本医師会の主張(概要)

- 「かかりつけ医機能の報告制度」は、各医療機関がどういった「かかりつけ医機能」を有するのかを報告する制度であり、あくまでも地域にとって最適な医療提供体制を構築することが目的
- つまり、「かかりつけ医機能の報告制度」は、**診療報酬とはまったく趣が異なるもの**であり、各医療機関を評価するためのものではなく、一つの医療機関が全ての「かかりつけ医機能」を有することを求めるものではない

支払い側の主張(概要)

- 慢性疾患等のある患者が、質の高い医療を継続して受けられる環境や、休日・夜間等の緊急時にも、身近な診療所や中小病院で、安心して、一次診療を受けられる環境を整備する中で、大病院との役割分担も進め、地域の外来医療体制を最適化することが必要。
- 「かかりつけ医機能」の定義が明確になり、今年度から「かかりつけ医機能報告制度」が施行され、国民、患者がかかりつけ医というものに非常に今注目している関心を持っている。法的にも環境が熟している中で、中身と外見がなかなか患者、国民から理解ができないものを、よりわかりやすく組み替えることに関して、なぜそこまで否定的なのか理解に苦しむ。

【論点②】

生活習慣病に係る評価について

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)**について、次のような点等を踏まえ、その評価のあり方についてどう考えるか。
- ・生活習慣病管理料の算定状況や患者調査の結果等
 - ・生活習慣病に関するガイドライン等に沿った標準的な診療の推進や、糖尿病患者の歯科・眼科への受診指導の推進等、質の高い生活習慣病管理を評価する観点、その際、医療機関から提出されたデータ等を活用する観点

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）

脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたもの。（平成14年度診療報酬改定で新設、令和6年度診療報酬改定において再編）

	生活習慣病管理料（Ⅰ）月1回 脂質異常症を主病とする場合 610点 高血圧症を主病とする場合 660点 糖尿病を主病とする場合 760点	生活習慣病管理料（Ⅱ）月1回 333点
対象患者	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者	
対象医療機関	許可病床数が200床未満の病院又は診療所	
包括範囲 (算定月に併算定不可)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来管理加算（ただし、算定日とは別日であれば算定可） ・ 第1部医学管理等（ただし、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料は併算定可能。） ・ 第3部検査 ・ 第6部注射 ・ 第13部病理 	
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。 ・ 糖尿病を主病とする場合にあっては、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。 ・ 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと。（総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。） ・ 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。 ・ 算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意のもと必要な協力をう。 ・ 糖尿病の患者について、年1回程度眼科受診を指導し、歯周病の診断と治療のため、歯科受診を促すこと。 	
(療養計画書)	<ul style="list-style-type: none"> ・ (初回) 療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受ける。 ・ (継続) 療養計画書は、内容に変更があった場合又は概ね4月に1回は交付する。 ・ 電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。 	
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。 ・ 28日以上の長期処方又はリフィル処方にについて、対応が可能であること院内掲示する。 	

・ 令和6年3月28日付け保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」（抜粋）

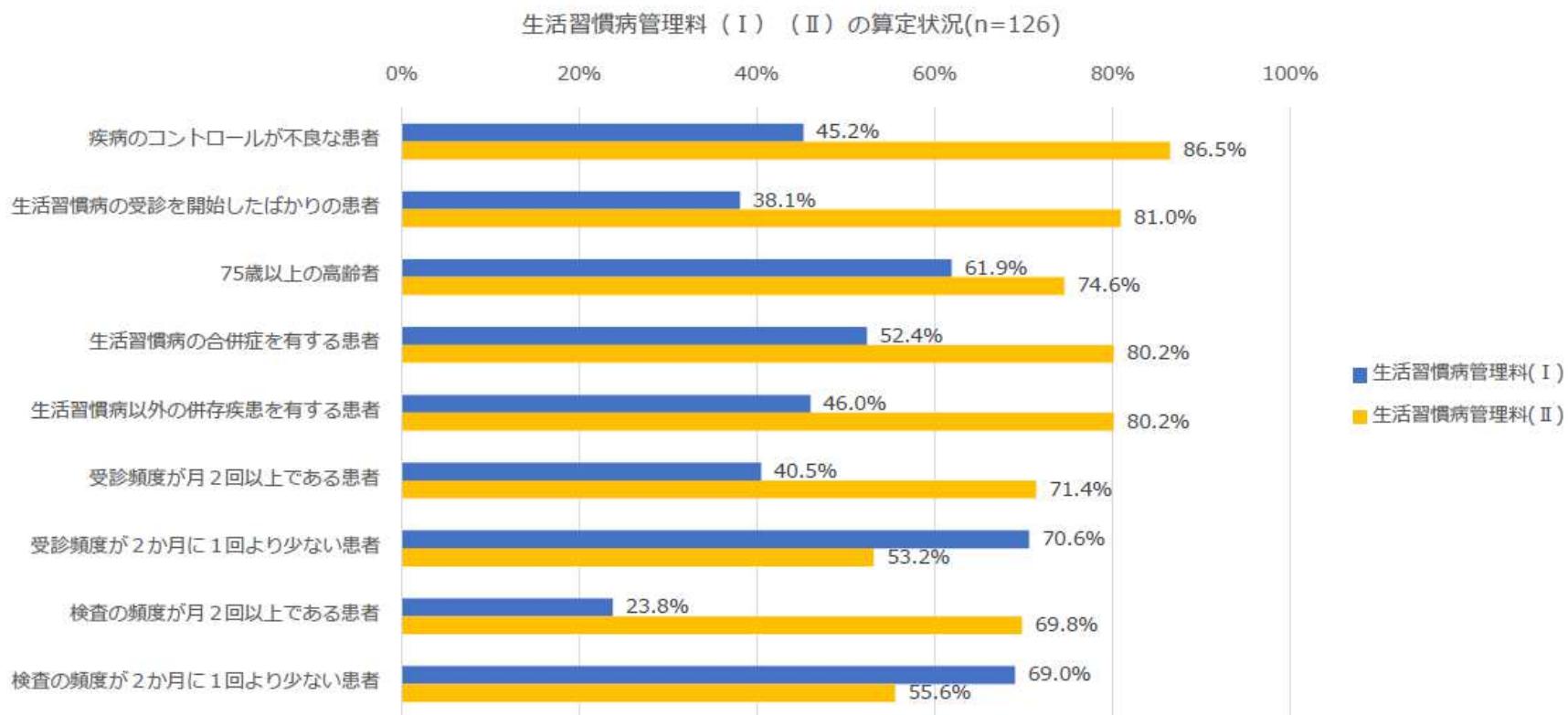
問 135 生活習慣病管理料（Ⅰ）と生活習慣病管理料（Ⅱ）は、それぞれどのような患者に対して算定するのか。

（答）個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである。

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定状況

診調組 入-2
7. 8. 28

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の両方を算定している医療機関に対して、それぞれの算定対象としている患者の属性について確認した結果は以下のとおり。
- 「受診頻度が2か月に1回より少ない患者」「検査の頻度が2か月に1回より少ない患者」については、「生活習慣病管理料（Ⅰ）」の算定が多く、その他の患者については、「生活習慣病管理料（Ⅱ）」の算定が多い傾向があった。



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（外来調査（施設票））

生活習慣病管理料について

日本医師会の主張(概要)

- 生活習慣病の管理で重要なのは、個々の患者さんの状況に応じた管理が可能となるように、評価のあり方を柔軟にすること。
- その観点から、例えば、前回改定で導入された療養計画書の記載内容や頻度における個々の状況に応じた柔軟な対応や、文書の提供方法も必要な内容が含まれていれば、各種手帳や電子的手段の活用を認めるなど、もっと緩和すべきであり、疾患管理に直接関係ない医師の署名を不要とすることなどを認めるべき。
- また、生活習慣病管理料の中に、生活習慣病とは関係のない悪性腫瘍特異物質治療管理料等、多数の項目が含まれてしまっている点など、包括範囲の設定が広すぎる点も、1つの医療機関で、患者さんを幅広い視点で管理することを阻害する要因になっており、手直しが必要。
- 生活習慣病管理に係る点数については、前回改定で、あまりにも大きな変更があったところであり、現在も前回改定の対応に、非常に難渋していることから、全国の医療現場から多数の悲鳴が上がっている。
- 今回改定では、臨床現場の実態を踏まえた修正を優先すべきであると、強く、強く要望する。

支払い側の主張(概要)

- 予約診療や長期処方をより積極的に実施して、状態が安定した患者の受診間隔を長くして、通院負担は軽減すべき
- 受診期間が長く、検査があまり行われない患者は、検査料が包括された生活習慣病管理料1の算定が多い。管理料1については、検査をはじめとする医療資源の投入量を詳細に分析して、実態に合った評価に適正化することを強く求める
- 診療側からは、自院で検査を実施しておらずとも、人間ドックや健康診断の検査結果を活用しているという説明もあったが、それは患者自身あるいは事業主、保険者が別途費用を負担しており、点数を据え置くという理由にはならない

外来管理加算・特定疾患療養管理料について

日本医師会の主張(概要)

- 外来管理加算については、個々の患者さんのお住まいや生活環境のほか、合併症なども考えながら、その方にふさわしい治療内容をテラーメイドで提供しており、ある意味、かかりつけ医の醍醐味にあたる部分であって、まさにプロフェッショナルな匠の技ともいえるもの
- 患者さんにとって、我々の取り組みはわかりにくいかもしれないが、患者さんのために何ができるのかということを日々考えて1人1人の外来診療を行っているということを理解していただきたい
- 特定疾患療養管理についても、これまでの歴史の議論の積み重ねということは、ぜひご理解いただきたい

支払い側の主張(概要)

- 脂質異常症、高血圧、糖尿病のそれぞれの患者全体のうち、おおむね1割程度が外来管理加算のみの患者となっており、一部の機関で適切な検査や療養計画書もなく、いわば薬を処方するだけの状況が強く疑われる
- 外来管理加算の要件である丁寧な問診や詳細な診察、懇切丁寧な説明というのは、ある意味いわば当たり前のことであり、質の高い生活習慣病の管理を推進するという観点からも、**外来管理加算の廃止が必要**
- 特定疾患療養管理料**についても更なる分析が必要であり、副傷病名や処方薬も調査し、**適切な運用が行われない場合には是正すべき**

令和7年10月8日
中医協総会「入院(その2)」

【論点】

急性期一般入院基本料について

○急性期一般入院料では、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度等により、病棟の機能を評価しているが、同じ急性期一般入院料を算定している病院でも、許可病床数あたりの救急搬送件数や手術件数、医師数、収支構造等が病院の機能によって異なっている。

こうした病院の機能や特性を踏まえ、**急性期における病院機能を踏まえた評価のあり方**について、どのように考えるか。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ

診調組 入-3
7.7.3 改

＜医療機関機能の名称と定義＞

・ 高齢者救急・地域急性期機能

高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。

・ 在宅医療等連携機能

地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。

・ 急性期拠点機能

地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。

※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

・ 専門等機能

上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が重要である。

・ 医育及び広域診療機能

大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

急性期一般入院料算定病院における救急搬送受入件数別施設数

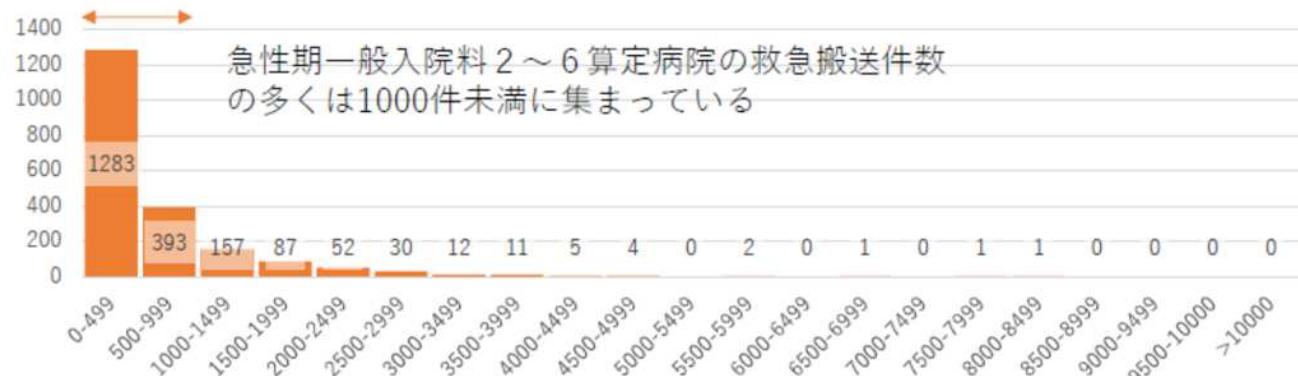
診調組 入-1
7.9.18 改

- 急性期一般入院料1算定病院と急性期一般入院料2～6算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料1算定病院で救急搬送件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料1算定病院のみで見ると、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の救急搬送件数の病院から、更に多くの救急搬送受入のある病院まで、様々である。

急性期一般入院料1における救急搬送受入件数別施設数



急性期一般入院料2～6における救急搬送受入件数別施設数



出典：DPCデータ（2024年9月）、2023年度病床機能報告

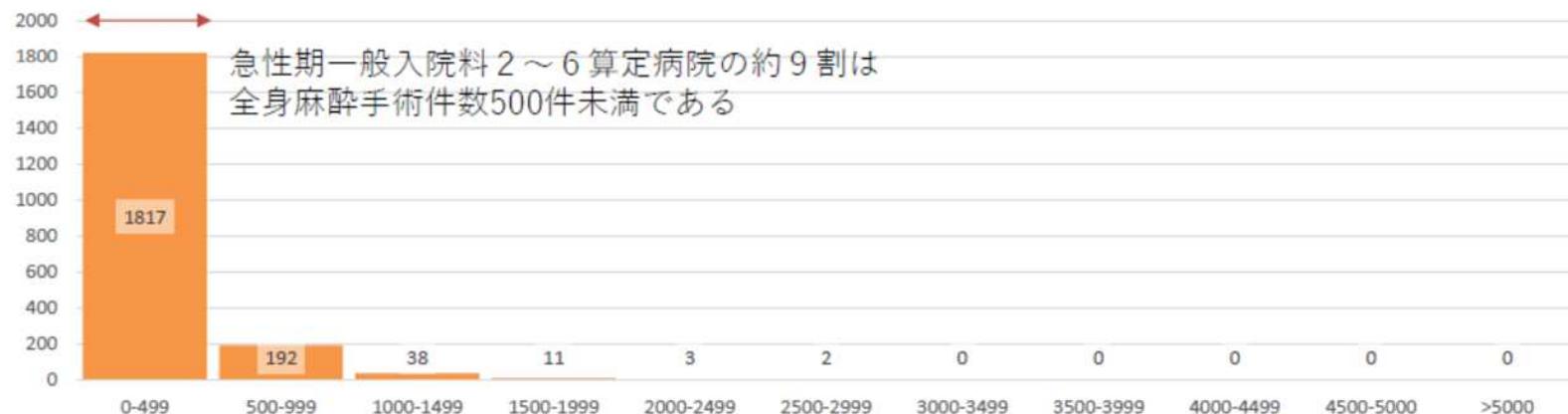
全身麻酔手術件数別の病院数

- 急性期一般入院料1算定病院と急性期一般入院料2～6算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料1算定病院で全身麻酔手術件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料1算定病院のみで見ると、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の全身麻酔手術件数の病院から、更に多くの全身麻酔手術件数のある病院まで、様々である。

急性期一般入院料1における全身麻酔手術件数別施設数



急性期一般入院料2～6における全身麻酔手術件数別施設数



出典:2023年10月～2024年9月DPCデータ

急性期一般入院基本料について

日本医師会の主張(概要)

- これまでのような病棟単位の評価ではなく、病院としての急性期機能を評価する方向性が示されており、大変大きな見直しとなる。
- 現在、病院の経営状況は、過去に経験のない瀕死の重傷状態にある中で、大きな見直しや適正化を行うと容易に病院は倒れる状況にあるため、大きな見直しや適正化は厳に慎むべき。
- 病院の経営状況を踏まえれば、「適正化はないもの」と確信して申し上げる。
- 病院における急性期機能を、救急搬送件数や全身麻酔手術数で評価する方向性も見え隠れしており、仮に検討するのであれば、詳細かつ精緻なシミュレーションを行い、1か所残らず、すべての病院がプラスとなるよう確認することは不可欠であり、絶対条件である。
- 入院(その1)でも強く要望したが、次回改定は、医療機関の経営を、まさに治し支える改定であることが不可欠であり、このことを念頭に置き、第一義的に考えていくべきである。

支払い側の主張(概要)

- 「適正化はあり得ない」という意見があったが、議論の結果、評価するものもあれば、当然、適正化のものもあり、そういう意見には与さない
- 地域で病院の役割分担を明確にする観点から、診療報酬においても、**病床機能だけではなく、医療機関機能を着目することが重要**。特に、急性期については医療資源を集約化、重点化し、より効果的で効率的な医療を目指すべき。
- 救急搬送や全身麻酔手術**という切り口で見た場合、急性期一般入院基本料の2～6とほぼ同じような機能で、急性期一般入院基本料1を算定する病院が相当数あることがわかる。
- こうしたことを念頭に置くと、やはり急性期一般入院基本料1は、救急搬送や全身麻酔手術の実績に応じた基準を設定することが考えられる。
- さらに、令和6年度改定の附帯意見で、地域包括医療病棟の新設を踏まえ、10対1病棟のあり方を検討することになっており、急性期一般入院基本料の2～6の再編も必要。

【論点】

重症度、医療・看護必要度について

○重症度、医療・看護必要度について、「手術なし症例」が救急搬送による入院の多くを占めること、「手術なし症例」は、救急搬送入院した場合であっても、A・C項目の基準該当割合が「手術あり症例」と比較して低いこと等を踏まえ、「手術なし症例」や「救急搬送後の症例」における密度の高い医学的管理の適切な評価を図る観点から、重症度、医療・看護必要度の評価について、どのように考えるか。

論点の背景

- 令和6年度改定で、A項目の「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」については、3日目以降に医療資源投入量が低下していること等から、評価日数が5日間から2日間に変更された。
 - 救急搬送により入院した内科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合は、外科系症例の重症度、医療・看護必要度の該当割合よりも低くなる傾向にある
- 現在の「重症度、医療・看護必要度」では、内科系症例が十分に評価されているとは言えず、内科系の患者割合が高い医療機関では必要度を維持できず、病院経営に深刻な影響を及ぼしているのではないか？

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの概要

※対象病棟の入院患者について、A項目(必要度Ⅰの場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る)及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1 創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	－	－
2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	－	－
3 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	なし	あり	－	－
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	－	－
5 輸血や血液製剤の管理	なし	－	あり	－
6 専門的な治療・処置（※2）	－	－		
① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、			あり	
② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、			あり	
④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
⑤ 放射線治療、			あり	
⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、			あり	
⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、			あり	
⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、			あり	
⑩ ドレナージの管理、			あり	
⑪ 無菌治療室での治療			あり	
7 I : 救急搬送後の入院（2日間）	なし	－	あり	－
II : 緊急に入院を必要とする状態（2日間）				

C 手術等の医学的状況	0点	1点
15 開頭手術（11日間）	なし	あり
16 開胸手術（9日間）	なし	あり
17 開腹手術（6日間）	なし	あり
18 骨の手術（10日間）	なし	あり
19 胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
救命等に係る内科的治療（4日間）		
①経皮的血管内治療、		
②経皮的心筋焼灼術等の治療、		
③侵襲的な消化器治療		
21 別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
22 別に定める手術（5日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

(※1) A項目のうち「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度Ⅰの場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

(※2) A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

令和6年度改定において、評価日数が5日間から2日間に短縮された

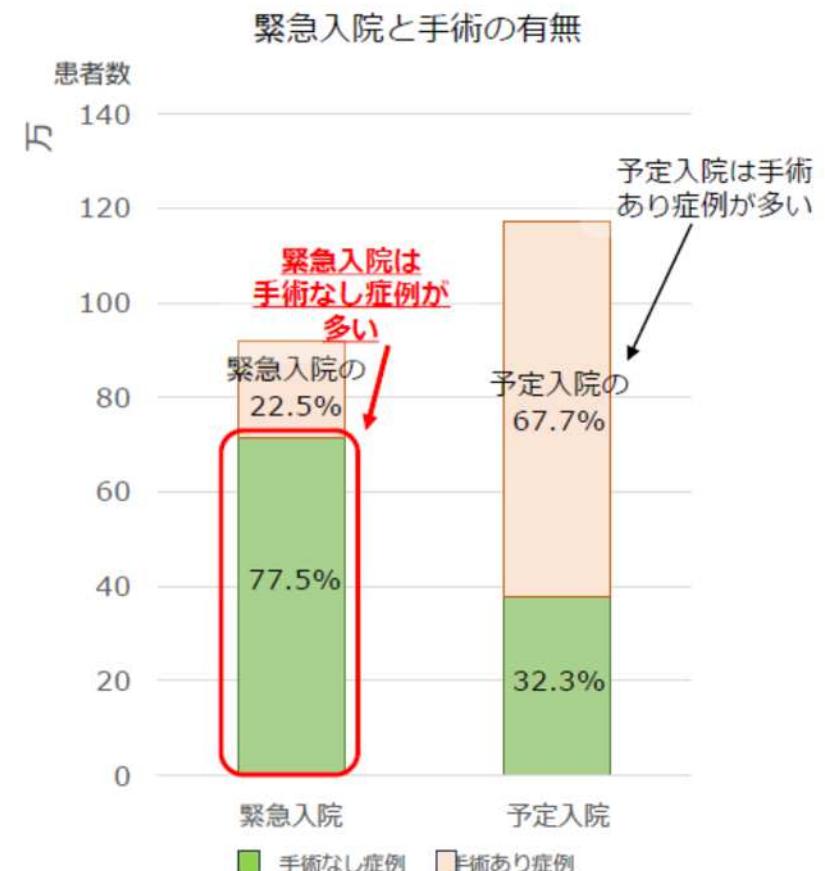
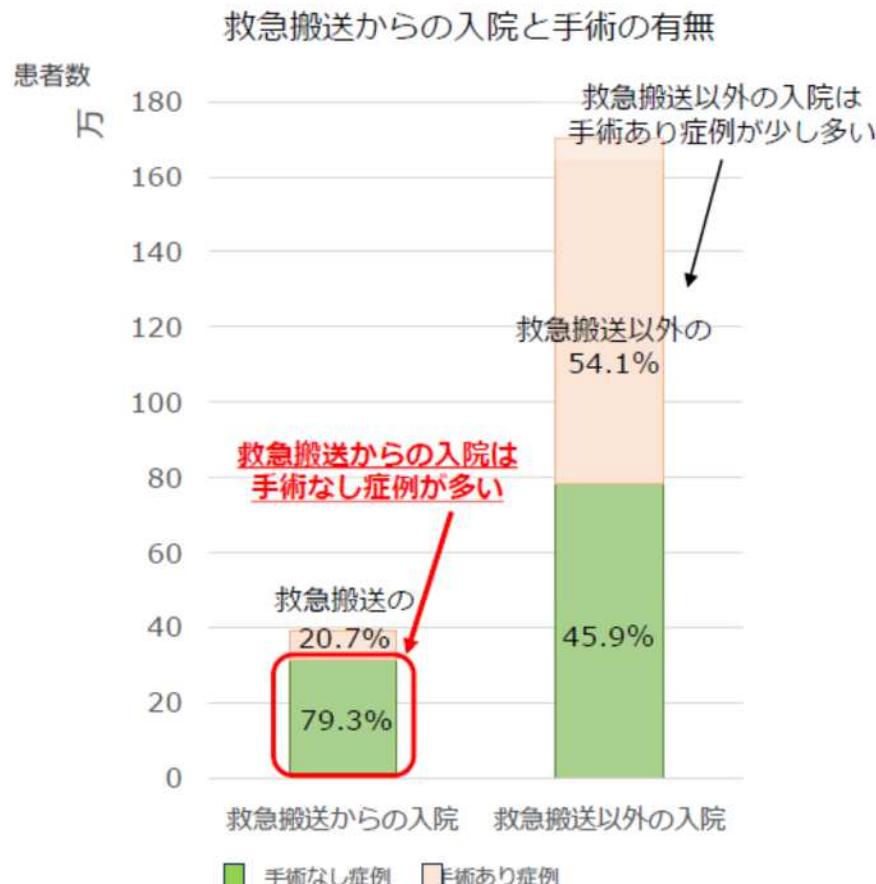
（3日目以降に医療資源投入量が低下している等の理由による）

B 患者の状況等	患者の状態			介助の実施	
	0点	1点	2点	0	1
8 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	－	－
9 移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
10 口腔清潔	自立	要介助	－	実施なし	実施あり
11 食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
12 衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
13 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	－	－	－
14 危険行動	ない	－	ある	－	－

救急搬送からの入院や緊急入院に占める手術なし症例の割合

診調組 入-3
7. 9. 11改

- 救急搬送からの入院や緊急入院の約8割を手術なし症例が占める。

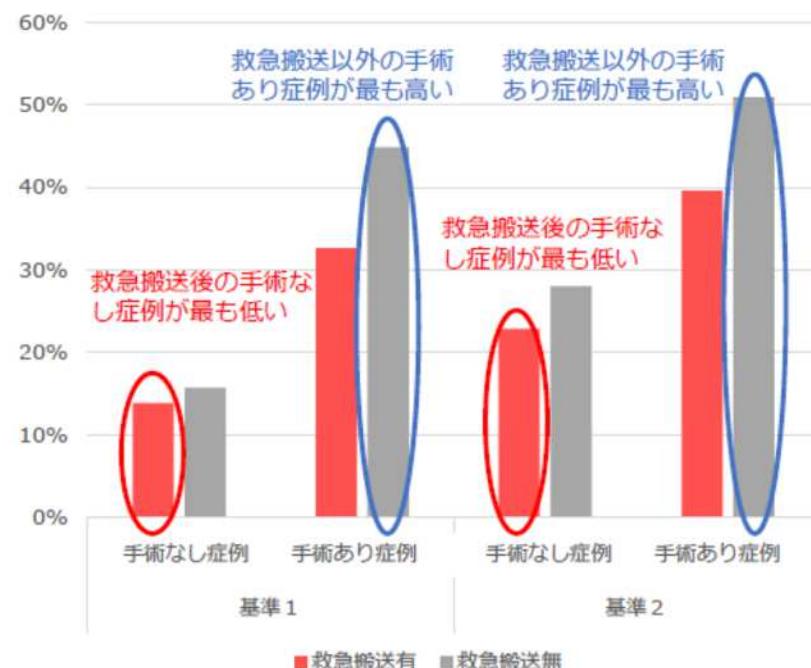


出典:2024年10月～12月DPCデータ(期間内に急性期一般入院料の病棟、地域包括医療病棟に直接入院した症例(非転院・転棟症例)を対象として、手術に係るKコードの算定がある症例を手術あり症例、それ以外を手術なし症例と分類し、救急搬送、緊急入院におけるそれぞれの症例の割合を示した。)

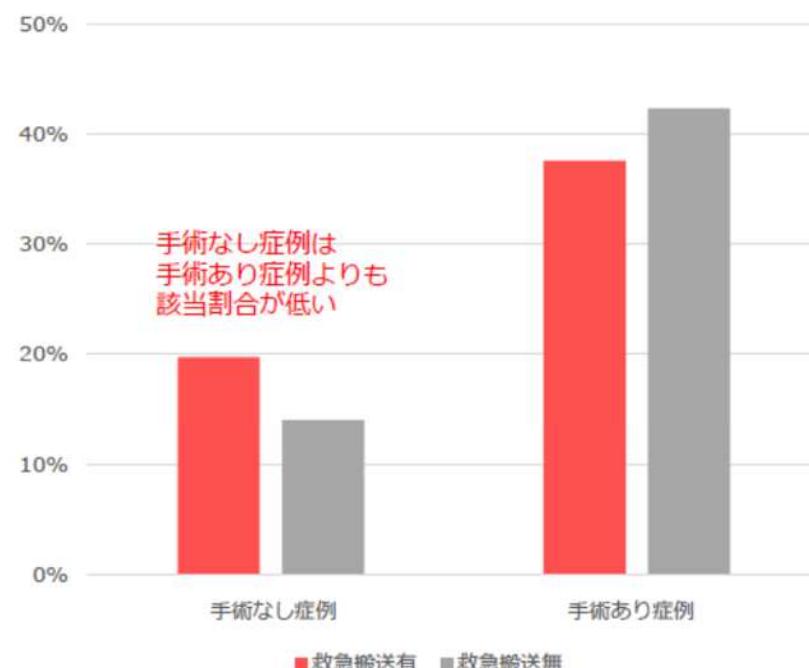
救急搬送別・手術の有無別重症度、医療・看護必要度該当割合

- 急性期一般入院料 1において、救急搬送入院の有無別、手術の有無別に重症度、医療・看護必要度基準該当割合をみると、救急搬送後の入院の手術なし症例が最も低く、救急搬送以外の入院の手術あり症例が最も高かった。
- 急性期一般入院料 4においても、救急搬送入院の手術なし症例であっても、手術あり症例より該当割合が低かった。

急性期一般入院料 1 の重症度該当割合



急性期一般入院料 4 の重症度該当割合



出典：DPCデータ（2025年1月～3月）

・基準該当割合：当該群の在院日数の合計に対する、各入院料の重症度基準を満たす日数の割合
・手術に係るKコードを算定された症例を手術あり症例、それ以外を手術なし症例として集計

手術なし症例をより反映する指標についての検討

診調組 入-2参考
7.7.3 改

- 手術なし症例が手術あり症例と比べて重症度、医療・看護必要度のA・C項目を満たしにくいことについて、適切な受け入れが求められる手術なし症例の重症度を適切に評価するための指標の案を以下に列挙した。

考えられる対応		具体的な対応例	メリット	考えられる懸念
現行のA・C項目の修正		<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急入院の該当日数を伸ばす ・ A6の下位項目のうち免疫抑制剤を2点→3点に ・ 負荷の高い内科疾患に行われる処置等を追加 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 影響を試算しやすい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大きな変化は生まれにくい。 ・ 個々の症例の評価を精緻化することには限界があるのではないか。
新たな評価方法により加点	医療資源投入量（出来高点数）を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査の包括内出来高点数が一定以上の場合に加点 	<ul style="list-style-type: none"> ・ データ提出加算のEFファイルを用いて自動的に計算可能で手間はない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不要な検査を惹起する可能性。特に出来高病棟では医療費の増加につながらないか。
	疾患名に応じて評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 内科系救急等で明らかに入院適応があり、かつ、頻度の高い一定の疾患に入院〇日目まで加点 	<ul style="list-style-type: none"> ・ C項目では評価されづらい内科系症例のみにダイレクトに加点される 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病名のアップコーディングが生じないか。 ・ 入院時には診断がつかないことが多い。
	救急応需や緊急入院など病院として負荷の高い項目を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床数あたりの救急応需件数や緊急入院件数に応じた一定の割合を、基準該当割合に加算 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の取組そのものを評価することにつながる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 軽症の患者であっても、救急車利用が促されたり、緊急入院が装われたりすることはないか。

救急搬送患者の評価の重みを増す方法について

- 重症度、医療・看護必要度において、救急搬送患者に関する評価を高めるためには、①該当患者割合を増やす方法と、②該当患者割合とは別に、救急搬送患者数を指数化して合算する方法が考えられる。
- このうち、②の方法であれば、入院延長へのインセンティブが生まれにくいのではないか。
- また、救急搬送へのインセンティブを生じないよう、救急搬送患者に加え、協力施設入所者入院加算の対象患者も含めて評価することが考えられるのではないか。

現在は、各患者が重症度、医療・看護必要度の基準を満たすかどうかを判別し、該当患者割合を算出している

(例)



①救急搬送（※）の受け入れによる入院後の該当日数を増やす —該当患者割合が増える

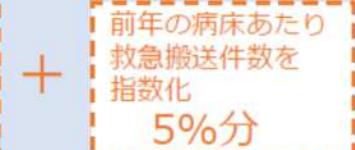
(例)



該当日数を大きく延長すると、入院へのインセンティブや、入院日数延長へのインセンティブが生まれるのではないか。

②救急搬送（※）の受け入れを指数化して該当患者割合に合算 —合算した値が増える

(例)



入院しない場合や、退院までの日数が短い場合についても評価対象に含めることができるため、入院延長へのインセンティブが生まれない。

（※）更に、救急搬送へのインセンティブを生じさせないためには、救急搬送患者だけでなく、協力施設入所者入院加算の対象患者を加えて評価することが考えられるのではないか。

重症度、医療・看護必要度について

日本医師会の主張(概要)

○重症度、医療・看護必要度の評価において、これまで内科系疾患の評価が低いとの指摘があったところであり、「手術なし症例」をより反映する指標や救急搬送患者の評価の重みを増す方法の検討がなされ、これらの密度の高い医学的管理の適切な評価を図ることに異論はないが、新たな評価を加えることにより、他の評価が適正化や厳格化されることがあつてはならない

支払い側の主張(概要)

- 緊急入院の該当日数を延ばす方法については、前回改定で医療資源投入量を踏まえて救急搬送後の日数を短縮したことや、入院日数の延長に繋がる懸念があるから考えにくい
- 医療資源投入量に基づき評価することも、医療費の増加を招くことが懸念される
- 内科系の疾患に応じた評価も、病名のアップコーディングが懸念される
- 救急搬送患者数を指数化する方法についても、懸念がないわけではないが、相対的に医療機関がコントロールしにくい印象を受けるので、これらの方法を軸にシミュレーションをして、その結果を見ながら、議論を進めてはどうか

【論点】 総合入院体制加算と急性期充実体制加算について

- 急性期の拠点的な機能を評価している総合入院体制加算と急性期充実体制加算では、類似しているが異なる施設基準が設定されている等、複雑な評価となっているが、それらの評価の趣旨や地域医療における意義を踏まえ、類似した二つの評価体系がある現状と、その評価のあり方についてどう考えるか。
- 人口規模の少ない医療圏等で拠点的な機能を果たしている病院では、都市部にある病院と比較して、総合入院体制加算や急性期充実体制加算の実績要件を満たすことが困難である一方で、そうした地域で救急医療や総合的な診療体制を確保するために不可欠な病院もあることを踏まえ、そうした地域の拠点的な機能を果たす病院に求められる機能やその評価のあり方についてどう考えるか。
- 総合入院体制加算から急性期充実体制加算に移行した病院では、精神病床数の減少がみられているが、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の確保を図る観点から、総合入院体制加算と急性期充実体制加算における精神科の入院医療に係る評価のあり方について、どのように考えるか。

総合入院体制加算

診調組 入-3
7 . 7 . 3

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編。

(1日につき／14日以内)	総合入院体制加算1 260点	総合入院体制加算2 200点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていなくても良い。） 外来を縮小する体制を有すること。（右記） 次のいずれにも該当する。 <ul style="list-style-type: none"> ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 	<ul style="list-style-type: none"> ア 初診に係る通常費用の届出をしており、実費を徴収している。 診療情報提供料1の注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり退院の必要のない患者数及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。 	<ul style="list-style-type: none"> イ 紹介受診料点医療機関である。
実績要件	全身麻醉手術件数年2000件以上	全身麻醉手術件数が年1200件以上	全身麻醉手術件数が年800件以上
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす —	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす —
精神科要件	<p>精神患者の入院受入体制がある</p> <p>(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること</p>	<p>以下のいずれも満たす</p> <p>イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出</p> <p>□ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</p>	<p>以下のいずれかを満たす</p> <p>イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出</p> <p>□ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</p>
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(A 2点以上又はC 1点以上)	必要度I : 3割3分以上 必要度II : 3割2分以上	必要度I : 3割1分以上 必要度II : 3割以上	必要度I : 2割8分以上 必要度II : 2割7分以上

急性期充実体制加算

診調組 入-3
7 . 7 . 3

(1-7日／8-11日／12-14日)	急性期充実体制加算 1 (440点/200点/120点)	急性期充実体制加算 2 (360点/150点/90点)
入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料 1 を届け出ている（急性期一般入院料 1 の病棟では、重症度、医療・看護必要度 II を用いて評価を行っている） 敷地内禁煙に係る取組を行っている 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない 	
24時間の救急医療提供	<p>いずれかを 満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 精神疾患診療体制加算 2 の算定件数又は救急搬送患者の入院 3 日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上 救急時医療情報問覧機能を有していること 	
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上） <ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 ◆心臓胸部大血管手術 100件/年以上 ◆化学療法 1,000件/年以上（外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が6割以上であること。） 	<p>上記のうち5つ以上を満たす</p> <p>上記のうち2つ以上を満たし、以下のいずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆異常分娩 50件/年以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている 	
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算 1 を届け出ている 	
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 若しくは 2 を届け出ている 	
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている 	
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満 	
外来機能分化に係る取組	<p>いずれかを 満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関 	
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算 1 、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の施設基準の届出を行っていることが望ましい 	
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算 1 又は 2 の届出を行っている 	
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない 	

総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1の主な施設基準

診調組 入-1
7.9.18

- 総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1は救命救急センター等の救急の体制整備や全身麻酔手術件数等で共通する基準があるほか、総合的な診療体制については総合入院体制加算1でのみ求められる施設基準があり、手術実績等については、急性期充実体制加算1でのみ求められる施設基準がある。
- 加算の対象となる14日間で算定できる点数の総額は、総合入院体制加算1は急性期充実体制加算1と比較して低くなっている。

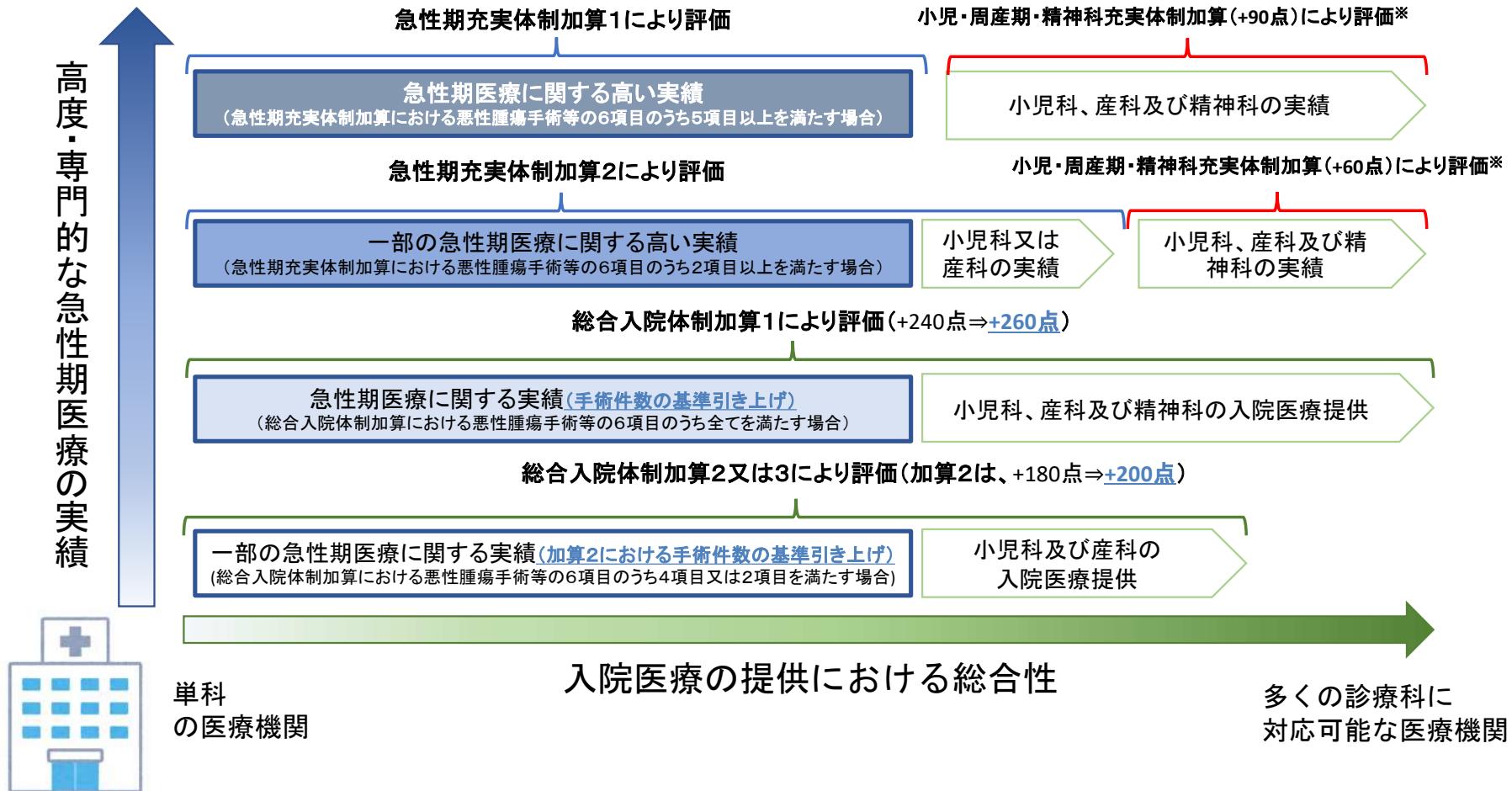
	総合入院体制加算1 14日間 計3640点	急性期充実体制加算1 14日間 計4240点	
	総合入院体制加算1のみの施設基準	概ね共通の施設基準	急性期充実体制加算1のみの施設基準
救急・手術	<ul style="list-style-type: none"> 腹腔鏡下手術：100件/年以上 心臓胸部大血管手術(※) 40件/年以上 	<ul style="list-style-type: none"> 救命救命センター又は高度救命救急センター（急性期充実体制加算では救急搬送件数2000件/年以上でも可） 全身麻酔手術件数2000件/年以上 悪性腫瘍手術400件/年以上 	<ul style="list-style-type: none"> 緊急手術350件/以上 消化管内視鏡手術 600件/年以上 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 心臓カテーテル法手術 200件/年以上 心臓胸部大血管手術(※) 100件/年以上
総合的な 診療体制等	<ul style="list-style-type: none"> 内科、外科、整形外科、脳外科、精神科、小児科、産科（産婦人科）の標榜と入院医療の提供 分娩件数 100件/年以上 放射線治療 4000件/年以上 精神科の24時間対応体制+入院受入体制 	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法 1000件/年以上(急性期充実体制加算では外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が6割以上) 	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制 感染対策向上加算1 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出
その他の 施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 病院の医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制を整備している 重症度、医療・看護必要度II：3割2分以上(I: 3割3分以上) 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない 救急時医療情報閲覧機能を有している 外来を縮小する体制を有する 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない 同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していない 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1の届出 特定集中治療室管理料等の届出 敷地内禁煙に係る取組 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者の一般病棟以外への転棟が1割未満 入退院支援加算1又は2の届出 一般病棟の病床数の合計が、許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 院内迅速対応チームの設置等

注 総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1の主な施設基準を抜粋したものであり、全ての基準を記載しているものではない。

※ 総合入院体制加算1と急性期充実体制加算1では対象となる手術等が異なっている。

急性期充実体制加算等の見直し

急性期医療における診療実績及び入院医療の提供体制に基づく評価体系（イメージ）



※ 精神科充実体制加算については、小児及び産科の実績はないものの、精神科の実績がある場合に算定する加算(+30点)とする。

拠点的な病院での精神病床数の変化

診調組 入-1
7. 9. 18

- 令和2年1月以降、総合入院体制加算と急性期充実体制加算の算定病院における精神病床届出数は、加算算定病院数の増加に伴い、増加傾向にある。
- 一方で、同一の病院で比較すると、特に急性期充実体制加算を届け出た病院で、精神病床届出施設数がやや減少する傾向がみられる。

■各年度の総合入院体制加算・急性期充実体制加算算定施設における精神病床の届出数 (集計対象施設は各年度毎に異なる)

年度	総合入院体制加算 1		総合入院体制加算 2		総合入院体制加算 3		急性期充実体制加算 1		急性期充実体制加算 2		合計	
	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数
R2	1749	43	1126	23	1071	18	—	—	—	—	3946	84
R3	1932	46	1124	24	989	16	—	—	—	—	4045	86
R4	1935	47	1103	23	989	16	—	—	—	—	4027	86
R5	515	12	530	14	1081	17	2105	49	—	—	4231	93
R6	319	8	500	12	1224	24	2210	55	—	—	4253	99
R7	275	8	424	10	966	18	2224	55	302	5	4191	96

■加算対象施設のうち、同一の施設群における各年度の精神病床の届出数 (集計対象施設は各年度で同一)

	R4~R7総合入院体制加算 (施設数: 146)		R5から急性期充実体制加算 (施設数: 167)		R6から急性期充実体制加算 (施設数: 44)		R7急性期充実体制加算 (施設数: 32)	
	精神病床 届出数	精神病床 届出施設数	精神病床 届出数	精神病床 届出施設数	精神病床 届出数	精神病床 届出施設数	精神病床 届出数	精神病床 届出施設数
R4	1045	21	2079	47	234	7	574	9
R5	993	21	2055	48	254	8	559	8
R6	993	21	1913	47	234	7	525	9
R7	1021	21	1899	45	212	7	517	9

※各年1月の届出状況

R4~7総合入院体制加算 : R4~7年でいずれも総合入院体制加算を算定していた病院を対象に集計

R5~急性期充実体制加算 : R4年は総合入院体制加算、R5年以降は急性期充実体制加算を算定している病院を対象に集計

R6~急性期充実体制加算 : R4, 5年は総合入院体制加算、R6年以降は急性期充実体制加算を算定している病院を対象に集計

R7急性期充実体制加算 : R4~6年は総合入院体制加算、R7年に急性期充実体制加算を算定している病院を対象に集計

出典 : DPCデータ (2020年1月~2025年1月)

総合入院体制加算と急性期充実体制加算について

日本医師会の主張(概要)

- 総合入院体制加算は、幅広い総合的な診療体制を評価するものであるのに
対して、急性期充実体制加算は高度あるいは専門的な医療の提供体制を評
価するものとして、それぞれ趣旨が異なるものではあるが、両加算の点数の
差もあり、地域の総合病院の精神科病床数等が減少する弊害も生じた
- 両者の一本化の方向性も見受けられ、次回改定に向けて、それぞれの加算
の趣旨を活かしつつ、かつ施設基準のハードルを上げることなく、柔軟に見
直しを図っていくべき**
- また、人口規模の少ない医療圏等で拠点的な機能を果たしている病院の評
価としては、資料に示されているとおり地域シェア率の考え方を導入するこ
とも検討すべきと考えるが、地域の設定などについては丁寧な検討が必要
- 急性期充実体制加算に精神科を充実する体制を評価する加算が設定されて
いるものの、精神病床の減少が見られており、施設基準ではなく、現行の加
算に上乗せして評価する仕組みが求められる

支払い側の主張(概要)

- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算は、統合する方向に異論はない。
共通点は多いが、どんな病気も断らない幅広さと、難しい手術を一手に引
き受けるといった性格の違い、成り立ちの違いも踏まえて急性期の拠点機
能を評価するための指標や重みづけについて、今後、議論したい
- 人口の少ない地域については、救急搬送等の実績をシェア率等で見ると
いった一定の配慮はあり得るが、その代わりに、他の医療機関を支援する機
能を求める工夫も必要
- 精神科については、身体症状と精神症状を一体的に診ることができる機能
を、地域で確保する観点からも必要

令和7年11月5日
中医協総会「入院(その3)」

【論点】

地域包括医療病棟について

- 高齢者の生理学的特徴や**地域包括医療病棟**における診療の現状を踏まえ、より高齢の患者を入院させることへの負のインセンティブを生まない観点から、**平均在院日数**や**ADL要件等のアウトカム評価の在り方**について、どう考えるか。
- 地域包括医療病棟に求められる、高齢者に頻度の高い疾患や緊急入院の受け入れを促進する評価の在り方について、例えば、地域包括医療病棟の入院料は患者によらず一律であるが、**手術のない緊急入院の患者**は手術を行う患者と比べ、**包括範囲内で実施される医療が多いが出来高で算定できる医療は少ないと**等を踏まえ、どのように考えるか。

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- ▶ 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

[算定要件]

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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院料の地域一般入院料 3 の例により、算定する。



[施設基準] (抜粋)

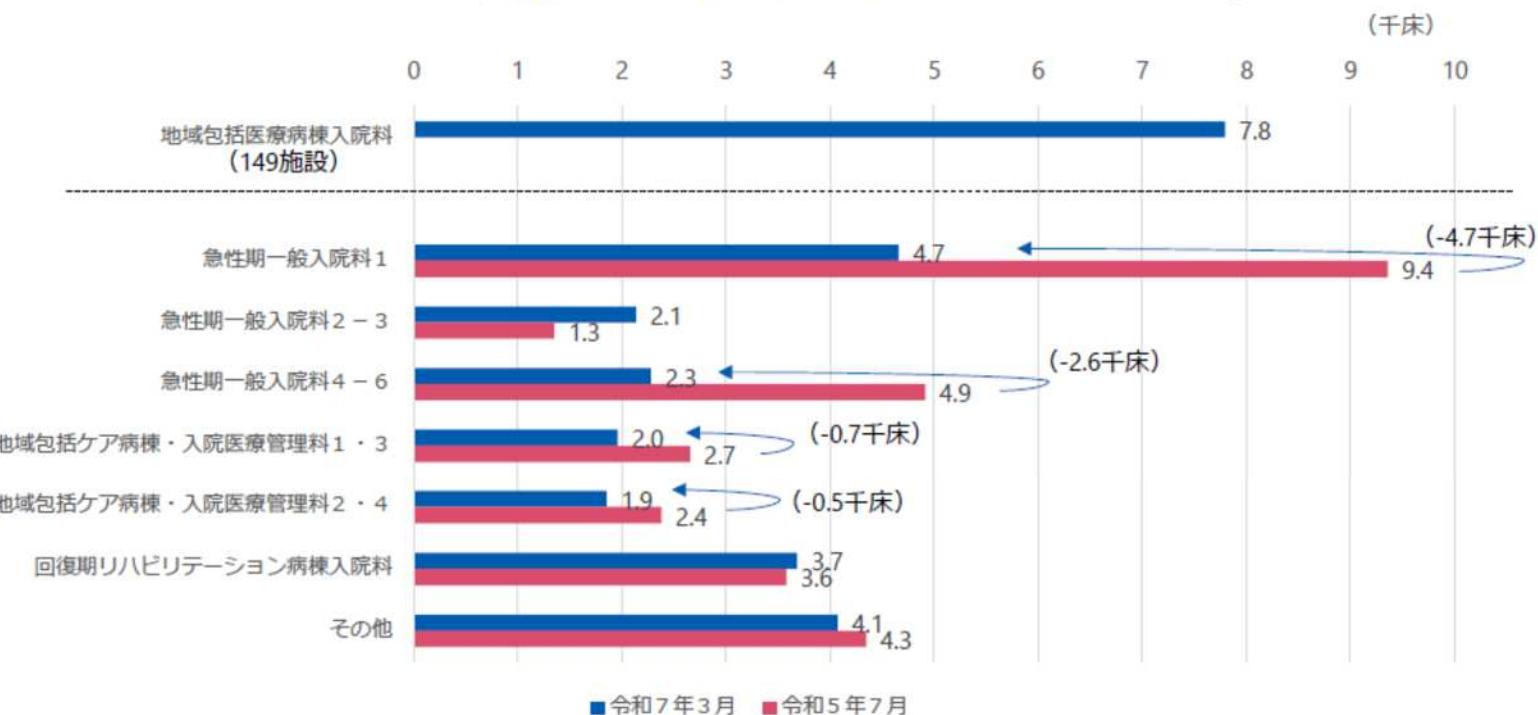
- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。（病室6.4m²/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等）
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持・向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。
(ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）であるとともに、入院患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の**平均在院日数が21日以内**であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

地域包括医療病棟の届出状況

中医協 総 - 3
7 . 7 . 23

- 令和7年3月時点で地域包括医療病棟は7.8千床ほどであり、届出をした医療機関においては主に急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料を届け出る病床が減少していた。

地域包括医療病棟を届け出た医療機関のその他の届出病床の推移



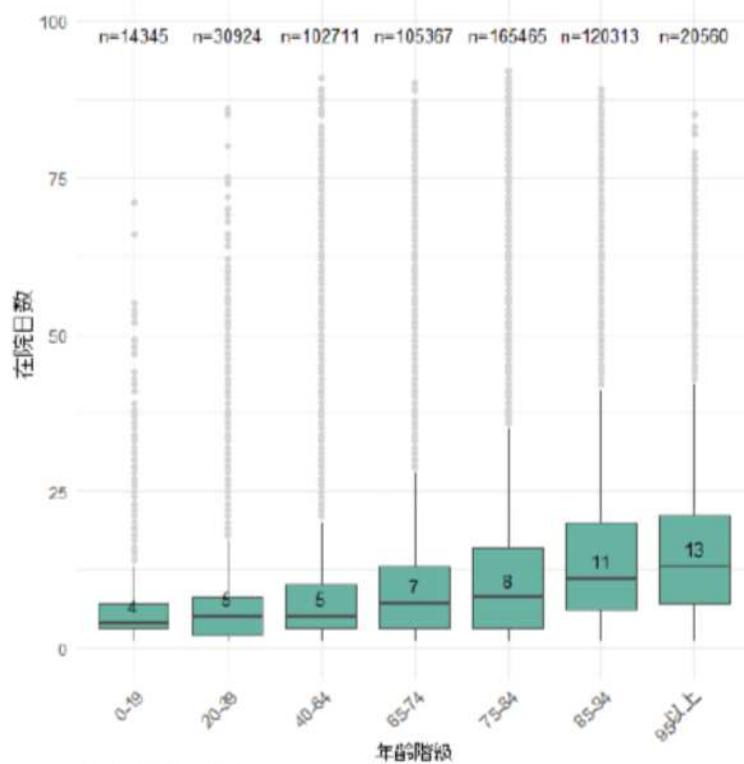
出典：2025年3月と2023年7月のDPCデータ様式3より集計

各病棟における在院日数と年齢

調査組 入-1
7 . 7 . 17

- 急性期一般入院料2-6、地域包括医療病棟のいずれにおいても、年齢階級が上がるほど在院日数が長くなる傾向であり、85歳以上では、在院日数の中央値が85歳未満と比べて5~6日程度延長していた。
- 各施設における85歳以上の患者の割合にはばらつきがあった。

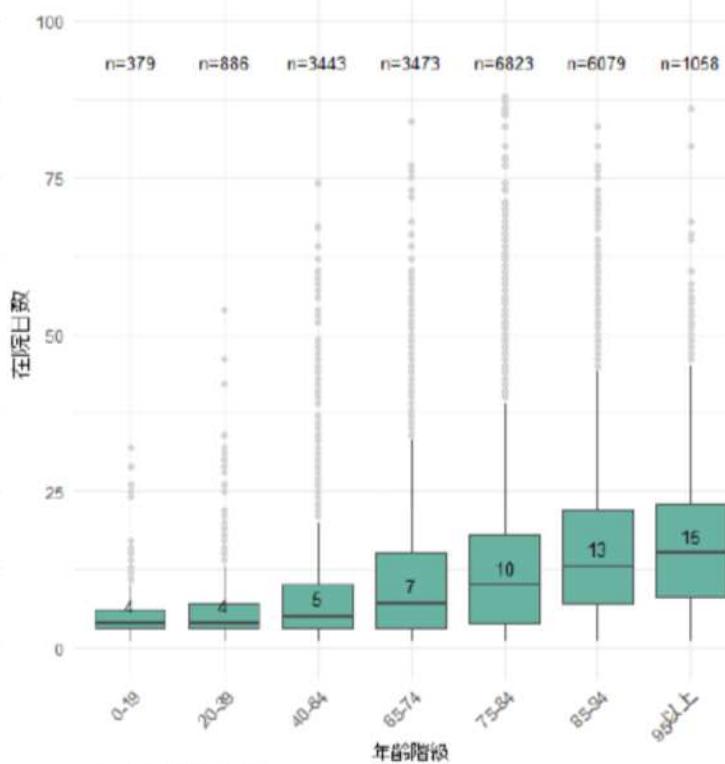
年齢区分ごとの急性期一般入院料の在院日数の分布



在院日数中央値

85歳未満 7日（3-13日）、85歳以上 12日（6-20日）

年齢区分ごとの地域包括医療病棟の在院日数の分布



在院日数中央値

85歳未満 7日（3-15日）、85歳以上 13日（7-22日）

85歳以上の患者割合の分布
(施設ごと)



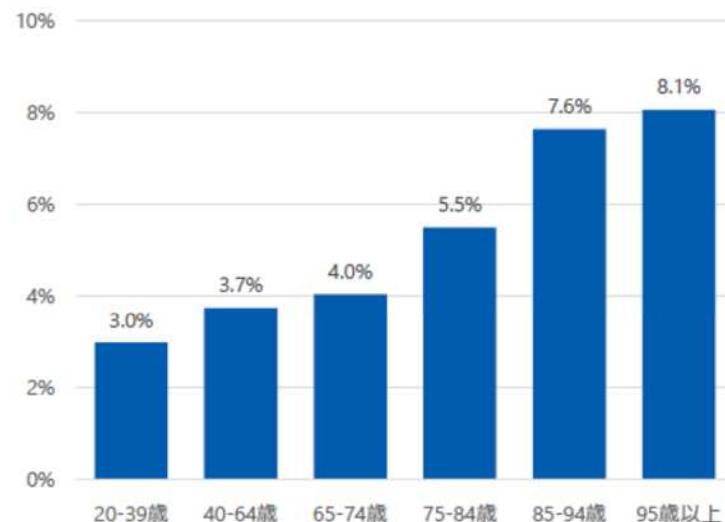
出典：DPCデータ（2024年10月～12月）

ADLが低下する要因

- 85歳以上の高齢者や、要支援・要介護認定者では、それ以外の患者と比較して、退院時にADLが低下する患者の割合が多い。
- 地域包括医療病棟は主としてこうした患者の受入を担う病棟であり、ADLが低下した患者の割合は高くなりやすいと考えられる。

患者属性ごとの退院時にADLが低下する割合

(年齢別)



(要介護認定別)

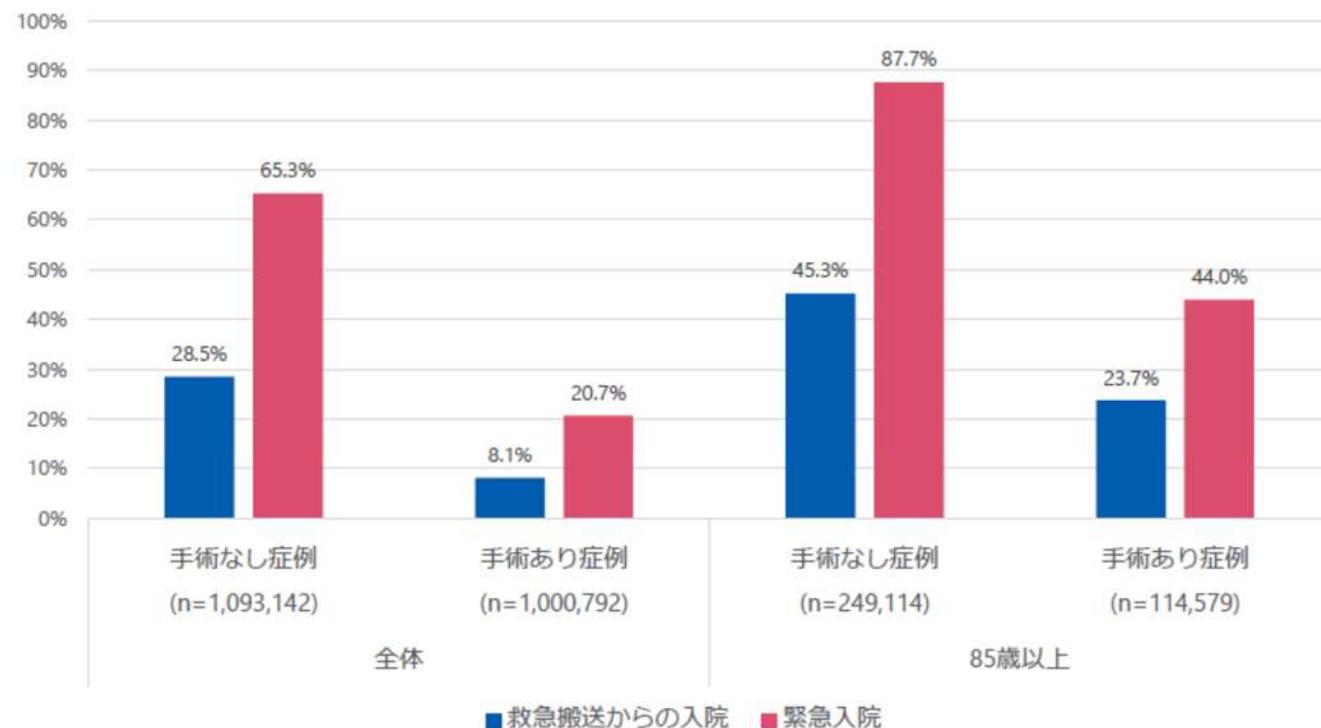


出典：DPCデータ（2024年10月～12月） 地域包括医療病棟において入退院が完結している症例を対象とした。

手術実施の有無と救急搬送や緊急入院の頻度

- 手術を行わない症例においては、救急搬送からの入院や緊急入院の割合が、手術を行う症例と比較して高い。
- 特に85歳以上の高齢者においては、手術を行わない症例の9割近くが緊急入院である。

手術実施の有無と救急搬送・緊急入院の頻度



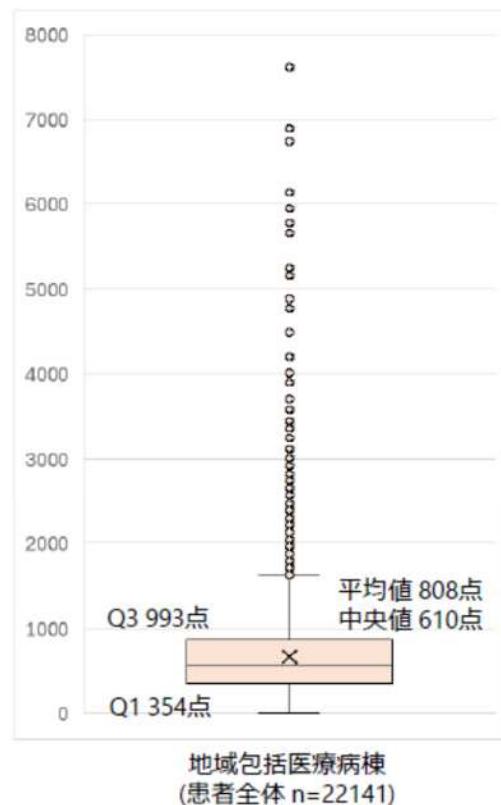
出典：保険局医療課調べ（2024年10月～12月DPCデータ） 期間内に急性期一般入院料の病棟、地域包括医療病棟に直接入院した症例（非転院・転棟症例）を対象として、手術に係るKコードの算定がある症例を外科系、それ以外を内科系症例と分類し、救急搬送、緊急入院の割合を示した。

患者ごとの包括内出来高実績点数の分布

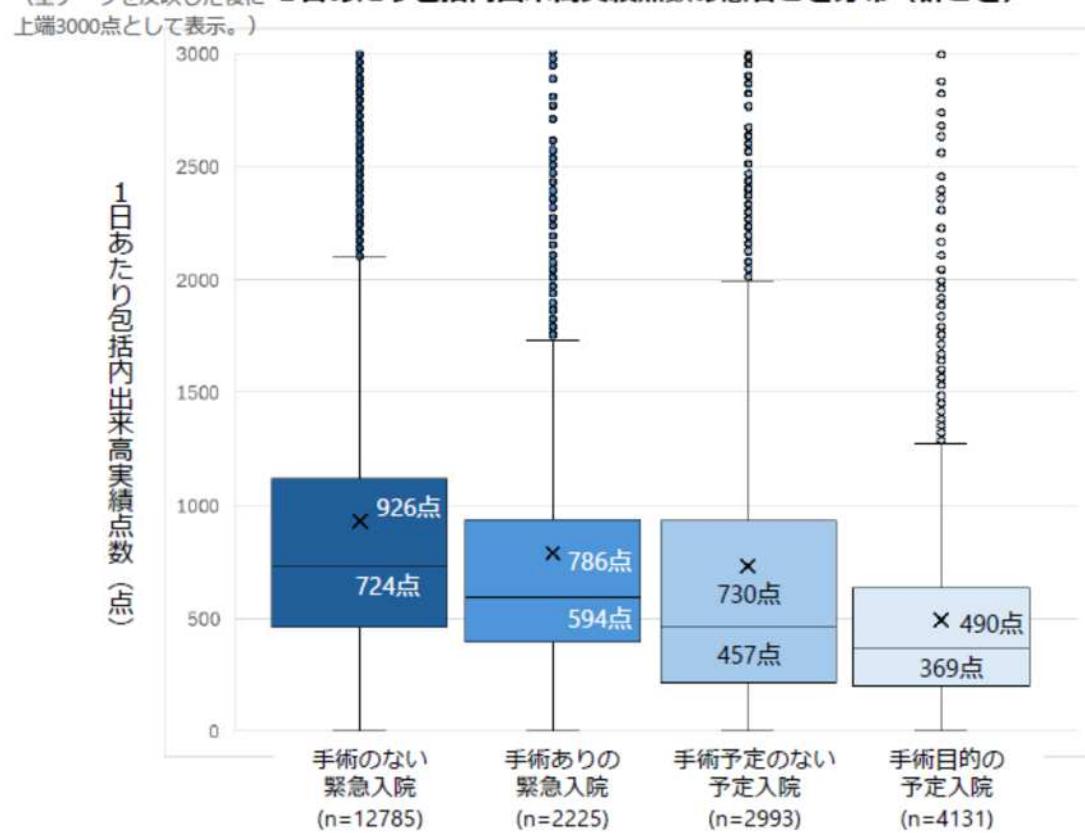
診調組 入-3
7. 9. 11改

- 患者ごとの1日あたり包括内出来高実績点数の分布は以下左図のとおりで、ばらつきがみられた。
- 緊急入院か予定入院か、手術（※）を実施したか否かにより、1日あたりの包括内の出来高実績点数の患者ごと分布を比較すると右図のとおりであり、手術を行わない緊急入院群では手術目的の予定入院群と比較し、1日あたり包括内出来高実績点数の平均値は約440点高く、群による差が大きかった。

1日あたり包括内出来高実績点数の分布



1日あたり包括内出来高実績点数の患者ごと分布（群ごと）



出典：DPCデータ（2024年10月～12月）

※手術に係るKコードが算定された場合に手術実施とした（輸血に係るKコードは含まない）。 31

地域包括医療病棟について

日本医師会の主張(概要)

○高齢の患者さんは、資料にありますように、平均在院日数が長く、退院時のADLが悪化しやすい結果となっており、**平均在院日数の見直し及び退院時のADL悪化患者割合5%未満ルールの見直しは必須**

○**手術のない緊急入院や救急搬送からの入院の患者さんは、包括内出来高実績点数が高い一方で、出来高算定部分が少なく、実態に即して、より一層評価すべき**

支払い側の主張(概要)

○要介護の高齢者を多く受け入れた場合に、ADLが低下しやすいというのは事実であり、ADLを低下した患者の割合を5%以下にするという要件については、ADLが低下しやすい患者が多い場合の救済措置として検討の余地がある。

○平均在院日数については、高齢者ほど在院日数が長くなる傾向が明らかであり、地域包括医療病棟で在院日数が長くなることは一定程度理解する。

○ただし、85歳以上の患者割合にばらつきも見られることから、一律の緩和というよりも、特に在院日数の長い85歳以上の患者が多い場合に限り、別途の基準を設けることが妥当

○手術のない緊急入院や救急搬送からの入院については、医療資源投入量に応じた評価になつていいということは事実。外科系と内科系の相対的な違いを是正し公平な評価になるよう、きめ細かな評価を見直すことが考えられる。

【論点】

包括期の入院医療について

- **急性期病棟を持たない病院**で在宅患者を多く受け入れる**地域包括ケア病棟**の機能や入院する患者像は、**地域包括医療病棟**と重複がみられ、重症度がやや低い。両病棟は評価体系や施設基準が異なっており、患者ごとにどちらの病棟がより適するかの判断を要すること等を踏まえ、入院時に患者の病態が明らかでない中で受け入れを円滑に行う体制の在り方について、どのように考えるか。

包括期を担う病棟の施設基準

診調組 入-1
7. 6. 13改

		(参考) 急性期一般入院料4	地域包括医療病棟	地ケア入院料1/3	地ケア入院料2/4
病棟ストラクチャー	病棟	一般病棟	一般病棟	一般病棟又は療養病棟※	一般病棟又は療養病棟※
	看護職員	10対1	10対1	13対1	13対1
	看護師割合	7割以上	7割以上	7割以上	7割以上
	PT/OT/STの病棟配置	(-)	常勤2名以上	常勤1名以上	常勤1名以上
	管理栄養士	(-)	専任常勤1名以上	(-)	(-)
	リハ実施	出来高	出来高、専従リハ職は6単位まで	包括、必要者に2単位以上	包括、必要者に2単位以上
	ADLの維持向上、 栄養管理に関する体制整備		要		
	重症度、医療・看護必要度	A 2点以上かつB 3点以上、 A 3点以上、C 1点以上のいずれか	A 2点以上かつB 3点以上、 A 3点以上、C 1点以上のいずれか	A 1点以上又はC 1点以上	A 1点以上又はC 1点以上
	看護必要度Ⅰ	16%以上	16%以上	10%以上	10%以上
	看護必要度Ⅱ	15%以上	15%以上	8%以上	8%以上
病棟アプローチ・カセムス	入院日に特に介助を要する患者		5割以上		
	同一病院一般病棟からの転棟		5%未満		65%未満
	自宅等から入院			2割以上	★2割以上
	自宅等からの緊急入院			前3ヶ月で9人以上	★前3ヶ月で9人以上
	救急搬送		15%以上		
病院ストラクチャー・プロセス	平均在院日数	21日以内	21日以内		
	在宅復帰		8割以上	72.5%以上/70%以上	72.5%以上/70%以上
	その他の プロセス・アウトカム指標		48時間以内のADL・栄養・口腔評価 土日祝日のリハ提供体制 ADL低下が5%未満		
	病床数等			200床未満	400床未満
病院ストラクチャー・プロセス	救急医療		第二次救急医療機関又は救急病院	第二次救急医療機関又は救急病院※	第二次救急医療機関又は救急病院※
	地域との連携		25施設以上の協力医療機関		
	在宅医療の提供			6項目のうち2つ以上を提供	6項目のうち1つを提供 又は★のいずれか
	リハビリ届出		脳血管及び運動器	心大血管、脳血管、糖尿病、 運動器、呼吸器、がんのいずれか 専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料1) 入退院支援加算1の届出 (連携機関のうち5以上は 介護保険法等のサービス事業所)	心大血管、脳血管、糖尿病、 運動器、呼吸器、がんのいずれか 専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料2) 入退院支援加算1の届出 (連携機関のうち5以上は 介護保険法等のサービス事業所)
	入退院支援		入退院支援加算1の届出 (=連携機関数が25以上)		
	除外要件		特定機能病院 急性期充実体制加算 専門病院入院基本料	特定機能病院	特定機能病院

※ 療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

(再掲) 地域包括ケア病棟における入院患者数上位疾患

- 地域包括ケア病棟に入院する患者の主たる疾患は、急性期病棟の併設状況や、入院経路により異なっている。
- 急性期病棟を持つ医療機関の地域包括ケア病棟に直接入院する患者の中には、短期滞在手術棟基本料3の対象手術を実施する患者が多い。急性期病棟のない地域包括ケア病棟では、内科系疾患の直接入院が比較的多い。

【各病棟における患者数上位10疾患】

地域包括ケア病棟（急性期病棟併設あり 1,686施設）

1 白内障、水晶体の疾患（片眼手術）	6.4%	1 誤嚥性肺炎	2.0%
2 小腸大腸の良性疾患	4.1%	2 股関節・大腿近位の骨折	1.9%
3 胸椎、腰椎以下骨折損傷	1.8%	3 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	1.7%
4 腎臓又は尿路の感染症	1.1%	4 胸椎、腰椎以下骨折損傷	1.7%
5 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	1.1%	5 膝関節症 人工関節再置換術等	1.6%
6 前庭機能障害 手術なし	1.1%	6 腎臓又は尿路の感染症	1.6%
7 白内障、水晶体の疾患（両眼手術）	0.9%	7 心不全	1.3%
8 心不全	0.9%	8 筋拘縮・萎縮（その他）	1.2%
9 体液量減少症	0.9%	9 股関節骨頭壊死、股関節症	0.9%
10 2型糖尿病	0.9%	10 その他の感染症（真菌を除く。）	0.7%

地域包括ケア病棟（急性期病棟併設なし 882施設）

1 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	3.6%	1 筋拘縮・萎縮（その他）	3.6%
2 心不全	3.1%	2 胸椎、腰椎以下骨折損傷	1.3%
3 誤嚥性肺炎	2.7%	3 股関節・大腿近位の骨折	1.3%
4 腎臓又は尿路の感染症	2.6%	4 誤嚥性肺炎	1.3%
5 胸椎、腰椎以下骨折損傷	2.3%	5 心不全	0.9%
6 体液量減少症	2.2%	6 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	0.8%
7 筋拘縮・萎縮（その他）	2.1%	7 腎臓又は尿路の感染症	0.7%
8 慢性腎炎症候群・慢性腎不全	1.5%	8 慢性腎炎症候群・慢性腎不全	0.7%
9 その他の感染症（真菌を除く。）	1.5%	9 脊柱管狭窄 腰部骨盤、不安定椎	0.5%
10 脳卒中の続発症	1.3%	10 体液量減少症	0.5%

（再掲）地域包括医療病棟

1 誤嚥性肺炎	4.2%
2 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	4.1%
3 腎臓又は尿路の感染症	3.2%
4 股関節・大腿近位の骨折	2.6%
5 心不全	2.5%
6 胸椎・腰椎以下骨折損傷	2.4%
7 体液量減少症	2.2%
8 小腸大腸の良性疾患	2.1%
9 その他の感染症（真菌を除く。）	2.0%
10 インフルエンザ、ウイルス性肺炎	1.6%

急性期病棟のない医療機関の地域包括ケア病棟に直接入棟する患者の疾患は、地域包括医療病棟とかなりの程度一致している。

出典：DPCデータ（2024年10月～12月）

包括期の入院医療について

日本医師会の主張(概要)

○地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の入院患者の重症度、医療・看護必要度には、かなり差異があり、論点には、「患者ごとにどちらの病棟がより適するかの判断を要する」との記載もあるが、現状においては必ずしもそうではない。

○地域包括ケア病棟から地域包括医療病棟への移行を困難にする最大の要因の1つが、重症度、医療・看護必要度を満たせないことであることも実態を示している。

支払い側の主張(概要)

○地域包括医療病棟に比べて、地域包括ケア病棟のほうが、重症度、医療・看護必要度の得点が低いことに留意しつつ、機能の低い地域包括ケア病棟とするのか、やや軽症向けの地域包括医療病棟とするのか、いずれかの方法で新たな評価区分を設定することが考えられる。

【論点】

包括期の入院医療について

- 地域包括医療病棟の機能や入院する患者像は急性期一般入院基本料2~6の病棟と重複がみられる。両病棟はともに10対1看護配置であるなど施設基準の共通点があるものの、評価体系等が異なっており、患者ごとにどちらの病棟がより適するかの判断を要すること等を踏まえ、入院時に患者の病態が明らかでない中で受け入れを円滑に行う体制を確保するための在り方について、どのように考えるか。

急性期一般入院料2-6と併設されている地域包括医療病棟

診調組 入-1
7. 7. 17改

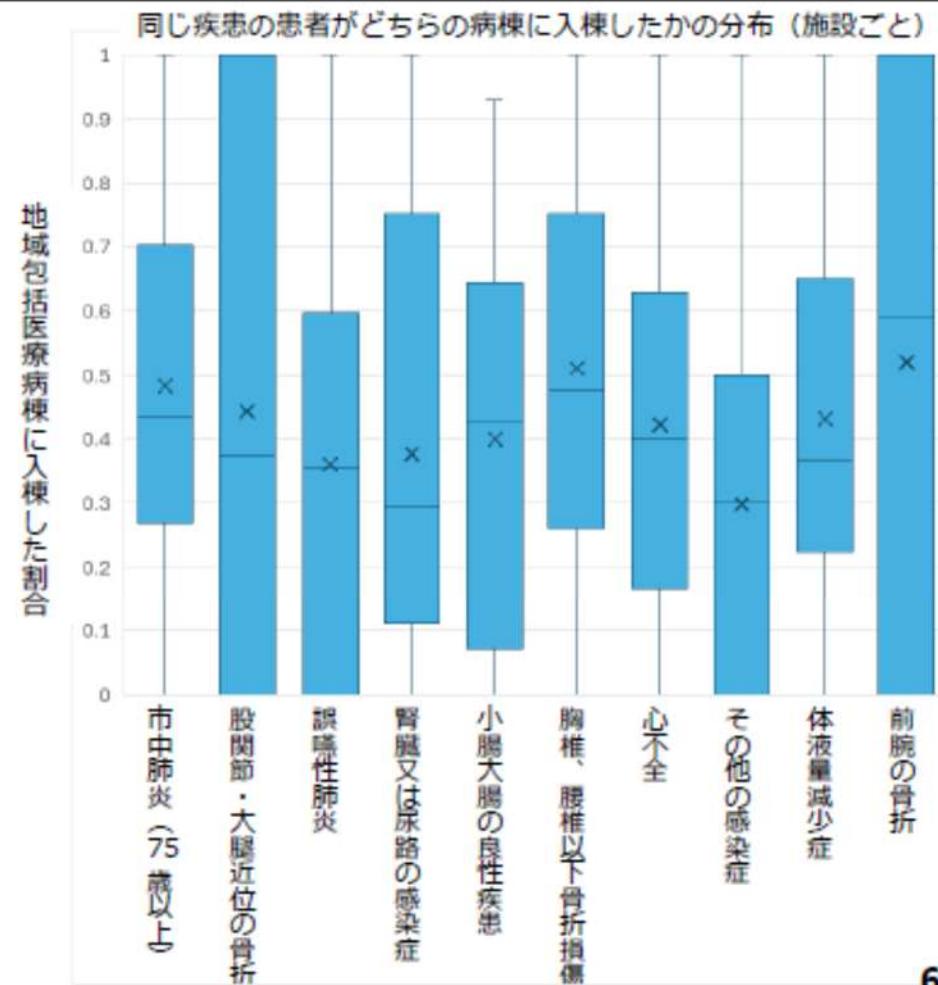
- 10対1看護配置の急性期一般病棟と地域包括医療病棟を共に有する医療機関における、入棟患者数の多い疾患は、両病棟で共通していた。
- 疾患別に、地域包括医療病棟へ入棟した割合の医療機関ごとの分布をプロットすると、広い範囲に分布しており、一定の傾向はみられなかった。

急性期一般入院料2-6に入院した上位疾患(n=14824)

1 誤嚥性肺炎	3.4%
2 小腸大腸の良性疾患 (ポリペク)	3.3%
3 肺炎等 (市中肺炎かつ75歳以上)	2.4%
4 腎臓又は尿路の感染症	2.2%
5 白内障、水晶体の疾患 片眼手術	2.2%
6 その他の感染症 (真菌を除く。)	2.1%
7 心不全 手術処置なし 転院以外	1.8%
8 股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術	1.8%
9 胸椎、腰椎以下骨折損傷 手術なし	1.3%
10 ヘリニアの記載のない腸閉塞 手術なし	1.1%

地域包括医療病棟に入院した上位疾患(n=6860)

1 肺炎等 (市中肺炎かつ75歳以上)	4.5%
2 股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術	3.7%
3 誤嚥性肺炎	3.5%
4 腎臓又は尿路の感染症	2.8%
5 小腸大腸の良性疾患 (ポリペク)	2.7%
6 胸椎、腰椎以下骨折損傷 手術なし	2.6%
7 心不全 手術処置なし 転院以外	2.2%
8 その他の感染症 (真菌を除く。)	2.0%
9 体液量減少症	1.8%
10 前腕の骨折 骨折観血的手術	1.6%



出典:DPCデータ(2024年10月～12月)

地域包括医療病棟入院料と同一の医療機関で算定されている入院料

中医協	入-1
7. 7. 23	7. 6. 13

- 同一医療機関内に急性期一般入院料1～6のいずれかを有する医療機関が約3分の2であり、地域包括ケア病棟を有する医療機関が半数以上であった。
- 約3分の2が同一医療機関内にDPC対象病床を有していた。

地域包括医療病棟を有する医療機関における、他の入院料を届け出ている施設の割合(n=131)



出典：DPCデータ（2024年12月）

包括期の入院医療について

日本医師会の主張(概要)

○地域包括医療病棟と、急性期一般入院基本料2～6については、機能や入院患者像が重複しているとの指摘がなされているが、本件に関しては、今後の急性期医療の再編を踏まえながら、実態に即して検討していく案件であり、**病院経営にも大きく影響することでもあるから、中長期的に、ゆっくりと、着実に、年数をかけて検討していく事案である**

○病床再編の方向性を指示示すことを否定するものではないが、**足元の病院経営の極めて悪化している時に、1回の診療報酬改定で、一気に進めることは厳に慎むべきであり、数年単位の猶予を持って対応すべきことと強く要望する**

支払い側の主張(概要)

○地域包括医療病棟と急性期一般入院料2から6のケアミックス病院では、入棟患者に大きな差がない。

○同じ10対1の急性期一般入院料2から6と、地域包括医療病棟の併設が一定程度あり、特に重症度、医療・看護必要度が同等の急性期一般入院を4との組み合わせが多い。

○高齢者救急への対応を強化する視点、医療機能の分化連携により効率的な地域完結医療を目指すためには、急性期医療と地域包括医療のケアミックスの必要性は高くないものと考える。

5. OTC類似藥

OTC類似薬の保険給付の在り方の見直しは時期尚早であり反対

1. 患者・家族の経済的、物理的な負担の問題

医療用医薬品であれば、1～3割の負担ですが、一般用医薬品ではその10倍以上の価格になるものもあり、その全額が自己負担になります。特に影響が大きいのが、難病や心身障害者、生活保護受給者、小児の医療費助成等で、助成の対象外となってしまいます。病気で苦しむ方や経済的弱者の負担が重くなります。

2. アクセス等の問題

OTC類似薬が保険適用除外となると、医療機関にアクセスできても地方やへき地などで市販薬に簡単にアクセスできない地域もあり、そこでは患者さんに薬が届きません。また、院内での処置等に用いる薬剤や、更には薬剤の処方、また在宅医療における必要な薬剤使用にも影響します。

3. 医学的な見地からの問題

医療機関への受診遅延による健康被害が懸念されます。重篤な疾患の早期発見・早期治療の機会を失うなどさまざまなリスクがあります。

OTC類似薬が保険から外れると

①

医療機関



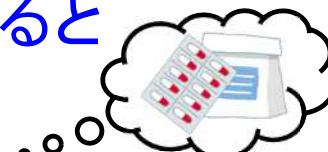
受付

○○(薬剤名)はOTC類似薬
ですので、ご自身でご購入下
さい



今まで薬代1ヶ月
300円ぐらい
だったっけ…

②

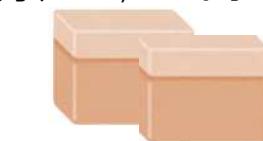


○○(薬剤名)のOTCを1ヶ月分
買いたいのですが…

ドラッグストア等



○○プレミアムS(商品名)2箱
(1ヶ月分)で5,000円です



④

OTC類似薬が保険から外れる
と、広告費などが上乗せされた
OTC医薬品を購入することに
なるため、何倍も高い自己負
担となります

③



5,000円！？
なんでこんなに高いの？
よく使う薬なのに
これからどうしよう…

処方薬とOTC医薬品の価格差

一般名	処方薬(OTC類似薬) (薬価*)	OTC医薬品販売名 (代表的なもの)	販売価格(メーカー希望小売価格)	1錠／1g当たりの 自己負担額
エピナステン塩酸塩 (抗アレルギー薬)	20mg 14.5円 (3割自己負担 4.8円)	アレジオン20	6錠 1518円 (1錠 253.0円)	約52倍
ファモチジン (胃薬)	10mg 10.4円 (3割自己負担 3.1円)	ガスター10 S錠	6錠 1078円 (1錠 179.7円)	約58倍
ロキソプロフェンナトリウム水和物錠 (解熱・鎮痛薬)	60mg 10.1円 (3割自己負担 3.0円)	ロキソニンS	12錠 768円 (1錠 64.0円)	約21倍
ヘパリン類似物質 (皮膚保湿剤)	1g 3円 (3割自己負担 0.9円)	ヒルマイルド	60g 1550円 (1g 25.8円)	約29倍
ラベプラゾールナトリウム(PPI)	10mg 19.0円 (3割自己負担 6.3円)	バリエットS	6錠 1480円 (1錠 246.7円)	約39倍

*薬価については価格が最も低いものを記載

薬剤自己負担の見直しに関する主な項目

○薬剤自己負担の見直しに関しては、これまでの議論等を踏まえると、例えば、以下のような項目が考えられる。

	①薬剤定額一部負担	②薬剤の種類に応じた自己負担の設定	③市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し	④長期収載品の自己負担の在り方の見直し
考え方	<ul style="list-style-type: none"> 外来診療や薬剤支給時に、薬局窓口等において、薬剤に関し定額負担を求める <p>【参考】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成9年～平成15年にかけて薬剤一部負担制度があったが、廃止。 	<ul style="list-style-type: none"> 有効性等などの医療上の利益に基づき薬剤を分類、各カテゴリー別に自己負担割合を設定 <p>【参考】</p> <ul style="list-style-type: none"> フランスの例では、医療上の重要性に応じて35%～100%（代替性のない医薬品は0%）と設定 	<ul style="list-style-type: none"> OTC医薬品に類似品がある医療用医薬品について、保険給付範囲からの除外や償還率の変更、定額負担の導入など、保険給付の在り方を見直す 	<ul style="list-style-type: none"> 長期収載品について様々な使用実態※に応じた評価を行う観点や後発品との薬価差分を踏まえつつ、自己負担の在り方を見直す <p>※抗てんかん薬等での薬剤変更リスクを踏まえた処方、薬剤工夫による付加価値等への選好等</p>
課題	<ul style="list-style-type: none"> 低額の医薬品ほど相対的に負担が重くなる点 平成14年健保法等改正法の附則における7割給付の維持との関係 <p>等</p>	<ul style="list-style-type: none"> 疾病等による区分を設けることの是非 医療上の重要性等の分類の技術的可能性、薬剤の分類方法 平成14年健保法等改正法の附則における7割給付の維持との関係 <p>等</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保する必要性 市販薬の有無で取扱いを変えることの是非（医療用と市販薬では、同一の成分であっても期待する効能・効果や使用目的、患者の重篤性が異なる場合がある） <p>等</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保する必要性 いわゆる参照価格制との関係等

(参考) このほか、長期収載品に係る薬価上の措置に関しては、これまで、平成30年度薬価改定等、後発品への置換率や後発品上市後の時期に応じた措置を講ずるなど、隨時見直しを行っている。

厚生労働省「第168回社会保障審議会医療保険部会」(令和5年9月29日)【資料3】「経済財政運営と改革の基本方針2023」等関連事項について」26頁

医療用医薬品とOTC医薬品の薬剤費比較

現状、OTC医薬品が医療用医薬品よりも薬剤費負担が大きい傾向にあり、OTC医薬品を薬局等で購入する者の負担は医師の処方に基づいて医療用医薬品を入手した者よりも大きく、公平性に課題がある。一方で、仮に特定の医療用医薬品を保険適用除外とした場合、医療用よりも高いOTCを自己負担で購入するか、薬剤費を全額自己負担することになり、これまで保険適用された価格で医療用医薬品を入手していた者にとっては負担増となる。

(医療用医薬品とOTC医薬品の薬剤費の例)

	医療用医薬品※1		患者自己負担（3割）	OTC医薬品 薬剤費※3
	品目	薬剤費※2		
花粉症薬	フェキソフェナジン 錠剤 60mg 14日分	291.2円～803.6円	87.4円～241.1円	743円～2,075円
湿布薬	ロキソプロフェンナトリウム水和物テープ 50mg 14枚	177.8円～180.6円	53.3円～54.2円	525円～1,958円
総合感冒薬	非ピリン系感冒剤 散剤 8日分	156.0～218.4円	46.8円～65.5円	1,634円～2,343円
解熱鎮痛薬	ロキソプロフェンナトリウム水和物錠剤 60mg 4日分	121.2円	36.4円	299円～768円

約3～23倍

約10～36倍

約25～50倍

約8～21倍

※1 医療用医薬品の場合、別途、初診料（291点）、処方箋料（60点）、調剤基本料（45点）、薬剤調整料（24点）、調剤管理料（処方日数に対応した点数）、後発医薬品調剤体制加算2（28点）等が生じる。

※2 医療用医薬品の薬剤費について、同一品目に複数銘柄がある場合は最も薬価の安いものと最も高いもので算定した場合の薬剤費を記載（薬価は令和7年4月時点のもの）。

※3 OTC薬は購入先やメーカーの違い（ブランド品、それ以外）によって価格は大きく異なる。表中左欄の医療用医薬品の用量・処方日数と同じ規格で販売されているOTC医薬品について、確認できた範囲における最安値からメーカー希望小売価格までの範囲を記載。

（参考）自由民主党、公明党、日本維新の会合意（令和7年6月11日）（抜粋）

【OTC類似薬の保険給付のあり方の見直し】

類似のOTC医薬品が存在する医療用医薬品（OTC類似薬）の保険給付のあり方の見直しについては、医療の質やアクセスの確保、患者の利便性に配慮しつつ、医療保険制度の持続可能性確保を目指すことを基本とし、令和7年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、令和8年度から実行する。

その際、医療機関における必要な受診を確保し、こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、成分や用量がOTC医薬品と同等のOTC類似薬をはじめとするOTC類似薬一般について保険給付のあり方の見直しの早期実施を目指す。その上で、個別品目に関する対応についても、これまでのビタミン剤やうがい薬、湿布薬に関する対応を踏まえ、適正使用の取組を検討する。

あわせて、セルフメディケーション推進の観点から、スイッチOTC化に係る政府目標（※）の達成に向けた取組を着実に進めるとともに、夏以降、当初の医師の診断や処方を前提にしつつ、症状の安定している患者にかかる定期的な医薬品・検査薬のスイッチOTC化に向けて、制度面での必要な対応を含め、更なる実効的な方策を検討する。

（※）令和5年末時点で海外2か国以上でスイッチOTC化されている医薬品のうち、本邦でスイッチOTC化されていない医薬品（約60成分）を令和8年末までにOTC化する。

経済財政運営と改革の基本方針 2025（令和7年6月13日）（抜粋）

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

（1）全世代型社会保障の構築

（略）

持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、OTC類似薬の保険給付の在り方の見直し²⁰⁸や、地域コミュニティの全国展開²⁰⁹、新たな地域医療構想に向けた病床削減²¹⁰、医療DXを通じた効率的で質の高い医療の実現、現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しによる機能負担の徹底²¹¹、がんを含む生活習慣病の重症化予防とデータヘルスの推進などの改革について²¹²、引き続き行われる社会保障改革に関する議論の状況も踏まえ、2025年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、2026年度から実行する。

（略）

リフィル処方箋の普及・定着や多剤重複投薬や重複検査の適正化を進めるとともに、保険外併用療養費制度の対象範囲の拡大や保険外診療部分を広くカバーし、公的保険を補完する民間保険の開発を促す。

（略）

当初の医師の診断や処方に基づき症状の安定している患者が定期的に服用する医薬品や、低侵襲性検体である穿刺血を用いる検査薬を含む医薬品・検査薬の更なるスイッチOTC化など、具体的な工程表を策定した上でセルフケア・セルフメディケーションを推進しつつ、薬剤自己負担の見直しを検討する。

208 医療機関における必要な受診を確保し、子どもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、個別品目に関する対応について適正使用の取組の検討や、セルフメディケーション推進の観点からの更なる医薬品・検査薬のスイッチOTC化に向けた実効的な方策の検討を含む。

212 詳細については、「自由民主党、公明党、日本維新の会 合意」（令和7年6月11日自由民主党・公明党・日本維新の会）を参照。

BS-TBS「報道1930」テレビ出演(令和7年11月20日)

日本の医療は“崩壊”寸前 何を守り何を削る？今必要な改革とは【11月20日（木） #...

2025年11月20日放送

日本人は病院に行きすぎ？「追加負担」案

増大する医療費 削減するには？

OTC類似薬
市販薬と成分・効果はほぼ同じ
医師の処方せんが必要 保険適用内
自民 新規 OTC類似薬 保険適用外 見直し?
医療費削減
効果は 1兆円 以上
OTC類似薬が保険から外れると
市販薬を購入することになり
自己負担は何倍にもなる
最悪の選択 だ

日本人は病院に行きすぎ？
初診料 2880円
再診料 730円
(診療所の場合)
初診・再診問わず一律上乗せ
受診時定額負担

受診時定額負担が最も
医療費を抑制することに有効
負担金を取ることで「とりあえず病院」
ではなく立ち止まって本当に
病院に行くべきかを考えてほしい



2025年11月20日放送

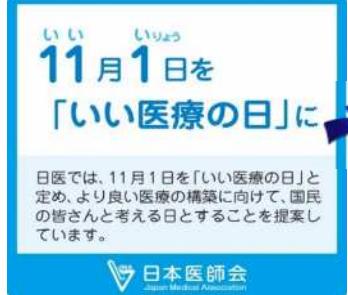
超高齢社会 日本の医療費 削減できるか

日本維新の会 幹事長代理 梅村 聰
立憲民主党 衆院議員 岡本充功
日本医師会 会長 松本吉郎



OTC類似薬の保険適用除外について明確に
反対の説明をしてきました

ご清聴ありがとうございました



日本記念日協会に
認定されました！

*<http://www.kinenbi.gr.jp/>



(参考)令和7年 診療所の緊急経営調査 結果
-令和5年度、6年度実態報告-

調査概要

目的

- 令和5年度と6年度の2年分の診療所(医療法人、個人立、他)の経営実態を早急に把握し、今後の議論に備える。

概要

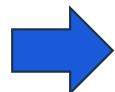
- 調査対象 日医A1会員の診療所管理者(院長) n=71,986 対象
- 調査時期 令和7年6月2日～7月14日
- 調査手法 Web調査と郵送調査の併用
- 調査内容 令和5・6年度の2年度分の収支、課題など

日医総研で実施・分析

回収数

- 13,535 (18.8%) うち収支部分が有効な回答は11,103 (うち医療法人6,761、個人立4,180)
 - 損益計算書の記載が不完全な回答を対象外とした。

※詳細: 日医総研ワーキングペーパー No.494 「令和7年 診療所の緊急経営調査」



定例記者会見(令和7年9月17日)

回答施設

開設主体と病床の有無

	診療所全体		無床診療所		有床診療所	
開設主体	回答数	%	回答数	%	回答数	%
医療法人	6,761	60.9	6,187	59.2	574	89.1
個人立	4,180	37.6	4,117	39.4	63	9.8
その他	162	1.5	155	1.5	7	1.1
全体	11,103	100.0	10,459	100.0	644	100.0

主たる診療科

	診療所全体		無床診療所		有床診療所	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%
内科	5,832	52.5	5,610	53.7	222	34.3
小児科	855	7.7	851	8.1	4	0.6
外科	517	4.7	465	4.4	52	8.0
整形外科	718	6.5	656	6.3	62	9.6
産婦人科	473	4.3	272	2.6	201	31.2
眼科	706	6.4	657	6.3	49	7.6
耳鼻咽喉科	645	5.8	640	6.1	5	0.8
皮膚科	458	4.1	457	4.4	1	0.2
精神科	266	2.4	263	2.5	3	0.5
その他	440	4.0	407	3.9	33	5.1
不明・無回答	193	1.7	181	1.7	12	1.9
全体	11,103	100.0	10,459	100.0	644	100.0

□ 開設主体の「その他」は、社会福祉法人、公益社団法人、一般社団法人、生活協同組合、国民健康保険、国、公立、公的、私立学校法人等を含む。

□ 事業年度の定義は以下としている。

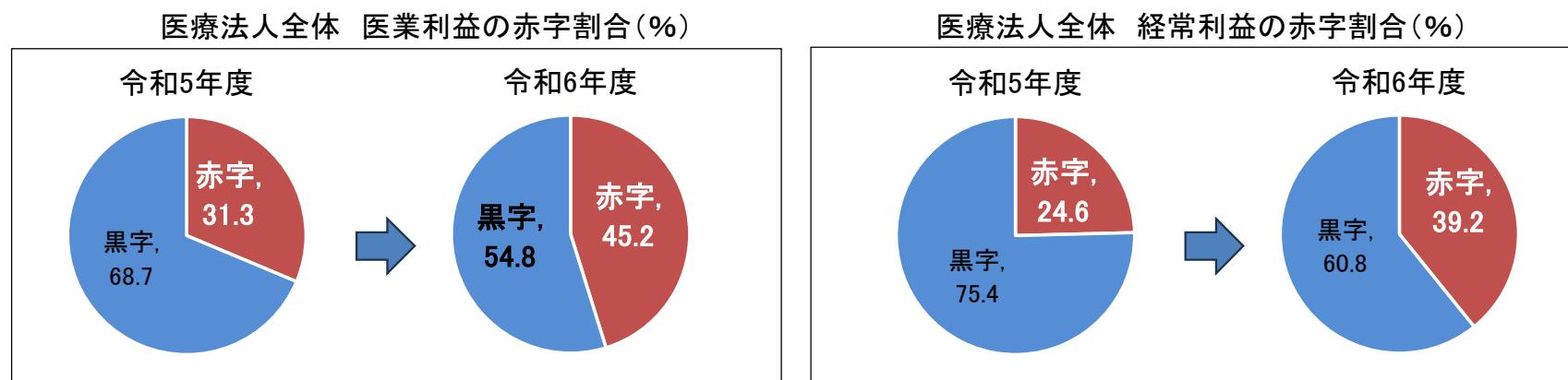
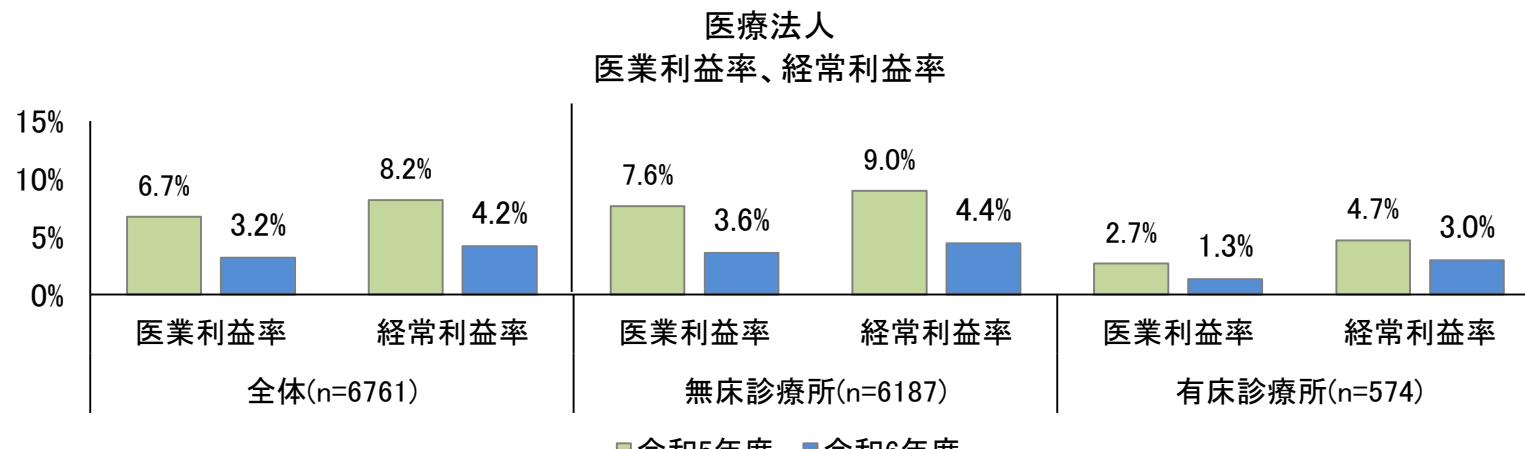
- ・ 令和5年度は令和5年4月～6年3月(2023年4月～24年3月)の間に終了する年度、個人立は令和5年
- ・ 令和6年度は令和6年4月～7年3月(2024年4月～25年3月)の間に終了する年度、個人立は令和6年

□ 診療所として介護事業を実施している施設では介護収益があるが、ここでは介護収益も含めた合計を「医業収益」としている。また、介護に係る費用も含めて「医業費用」としている。医業利益率=(医業収益-医業費用)÷医業収益、経常利益率=(医業利益+医業外収益-医業外費用)÷医業収益

□ なお、医業収益には自費診療の収益も含む。医業外収益には補助金収益などを含む。

1. 利益率(令和5年度→6年度) ①医療法人

- 令和6年度、診療所の経営は前年度から大幅に悪化した。
- 医療法人(n=6761)の医業利益率は6.7%から3.2%に悪化、経常利益率は8.2%から4.2%に半減した。
- 令和6年度の医業利益は45%(3059施設)が赤字、経常利益は39% (2650施設)が赤字であった。

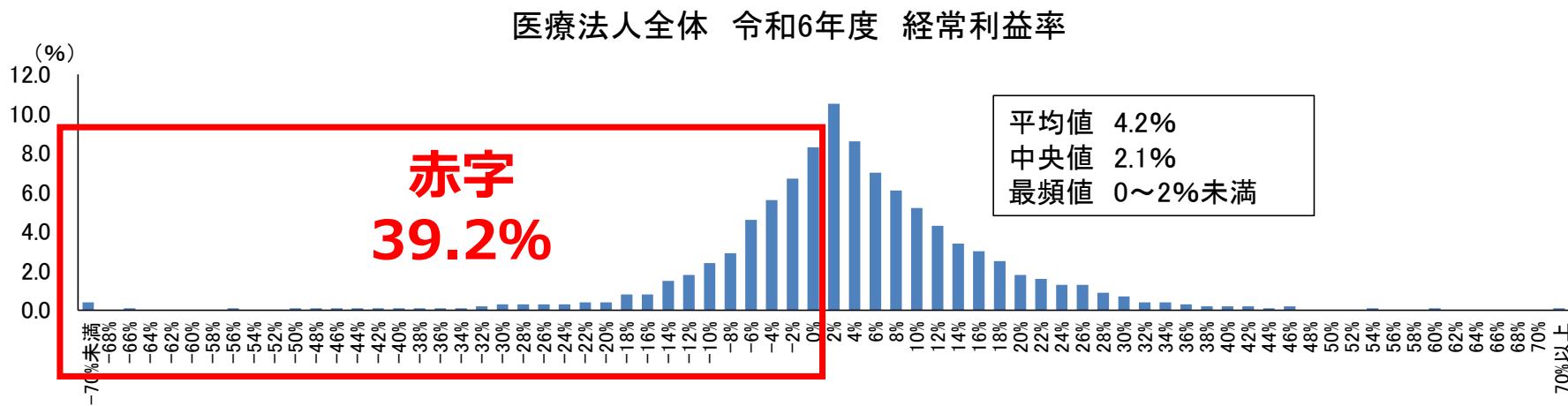
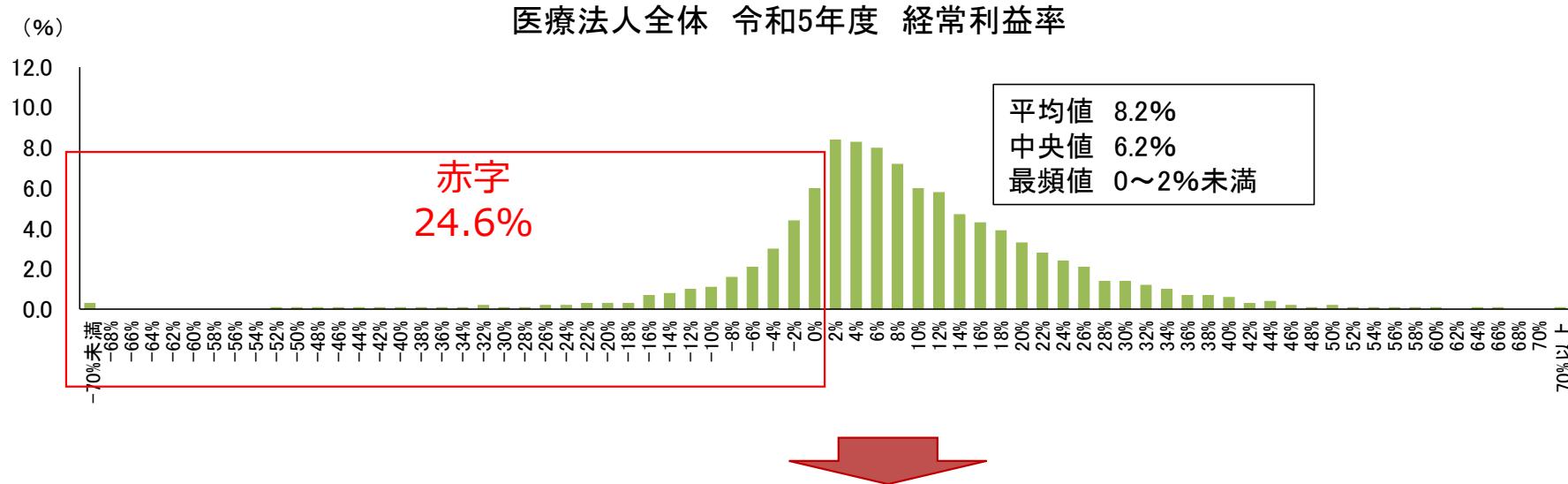


1. 利益率(令和5年度→6年度) ①医療法人

- 医療法人全体(令和6年度)の医業利益率、経常利益率の中央値はそれぞれ1.1%、2.1%であった。
- いずれも中央値が平均値より約2ポイント低く、最頻値(階級)は0%~2%であった。
- 物価高騰・人件費上昇に加え、コロナ補助金・診療報酬上の特例措置の廃止、診療報酬改定を含む影響で、令和6年度の利益率は前年度から大きく低下した。

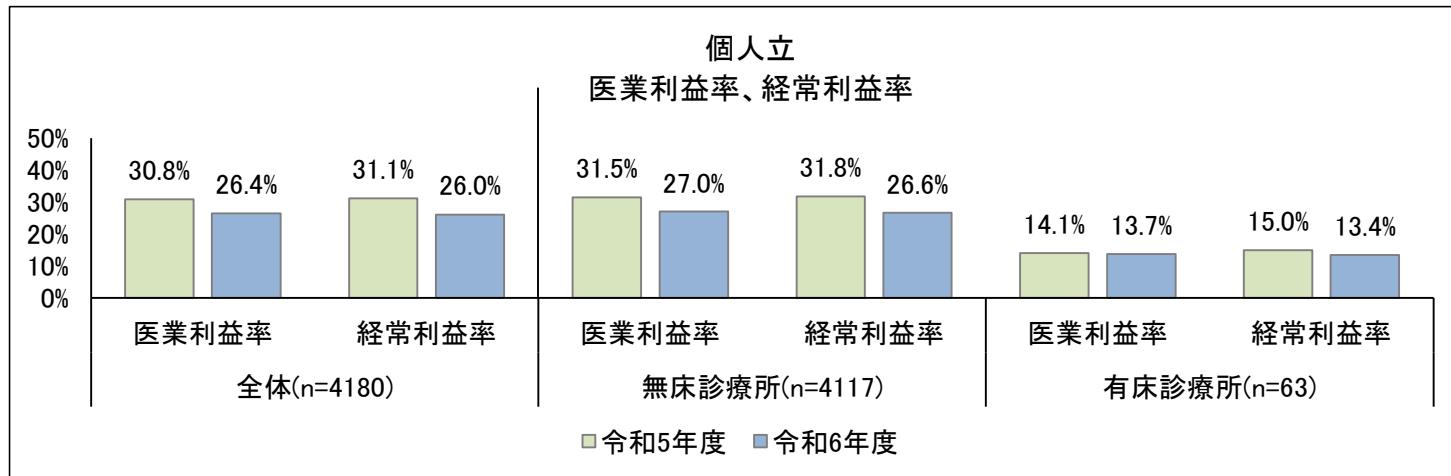
(令和)年度		医療法人								
		全体 n=6,761			無床診療所 n=6,187			有床診療所 n=574		
		5年度	6年度	増減 ポイント	5年度	6年度	増減 ポイント	5年度	6年度	増減 ポイント
医業利益率	平均値	6.7%	3.2%	-3.5	7.6%	3.6%	-4.0	2.7%	1.3%	-1.3
	中央値	4.8%	1.1%	-3.8	5.2%	1.2%	-4.0	1.6%	0.1%	-1.5
	最頻階級	0~2%未満	0~2%未満		0~2%未満	0~2%未満		0~2%未満	0~2%未満	
経常利益率	平均値	8.2%	4.2%	-4.0	9.0%	4.4%	-4.5	4.7%	3.0%	-1.7
	中央値	6.2%	2.1%	-4.1	6.6%	2.2%	-4.4	3.4%	1.7%	-1.7
	最頻階級	0~2%未満	0~2%未満		0~2%未満	0~2%未満		0~2%未満	0~2%未満	

1. 利益率(令和5年度→6年度) ①医療法人 分布



1. 利益率(令和5年度→6年度) ②個人立

- 個人立(n=4,180)の利益率も大きく低下した。経常利益(額)は対前年で19.5%減少した。
- 個人立の事業所は、医療法人の事業所と収支構造が違うため、利益の意味が異なることに留意が必要。

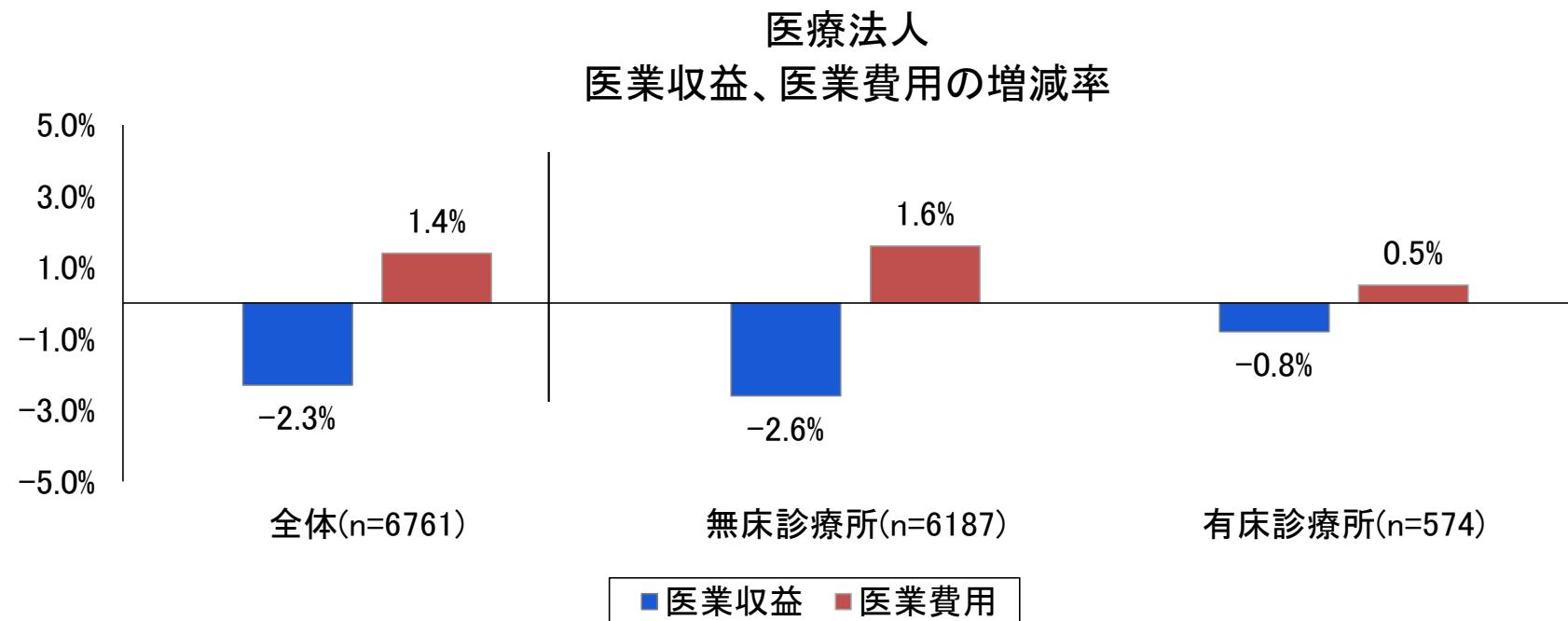


(千円)	個人立全体(n=4180)			
	令和5年度	令和6年度	増減額	増減率(%)
医業収益	87,591	84,330	-3,262	-3.7%
医業費用	60,611	62,051	1,440	2.4%
医業利益	26,981	22,279	-4,702	-17.4%
経常利益	27,285	21,962	-5,323	-19.5%

個人立の事業所と医療法人の事業所では収支構造が違い、「利益」の意味が異なることに留意が必要。個人立では、事業者所得(開設者の報酬)が損益計算書の「費用」に含まれず、「利益」に含まれるため、医療法人に比べて利益率は高くなる。また、個人立の利益の中から、所得税・住民税、社会保険料の支払いが行われる。

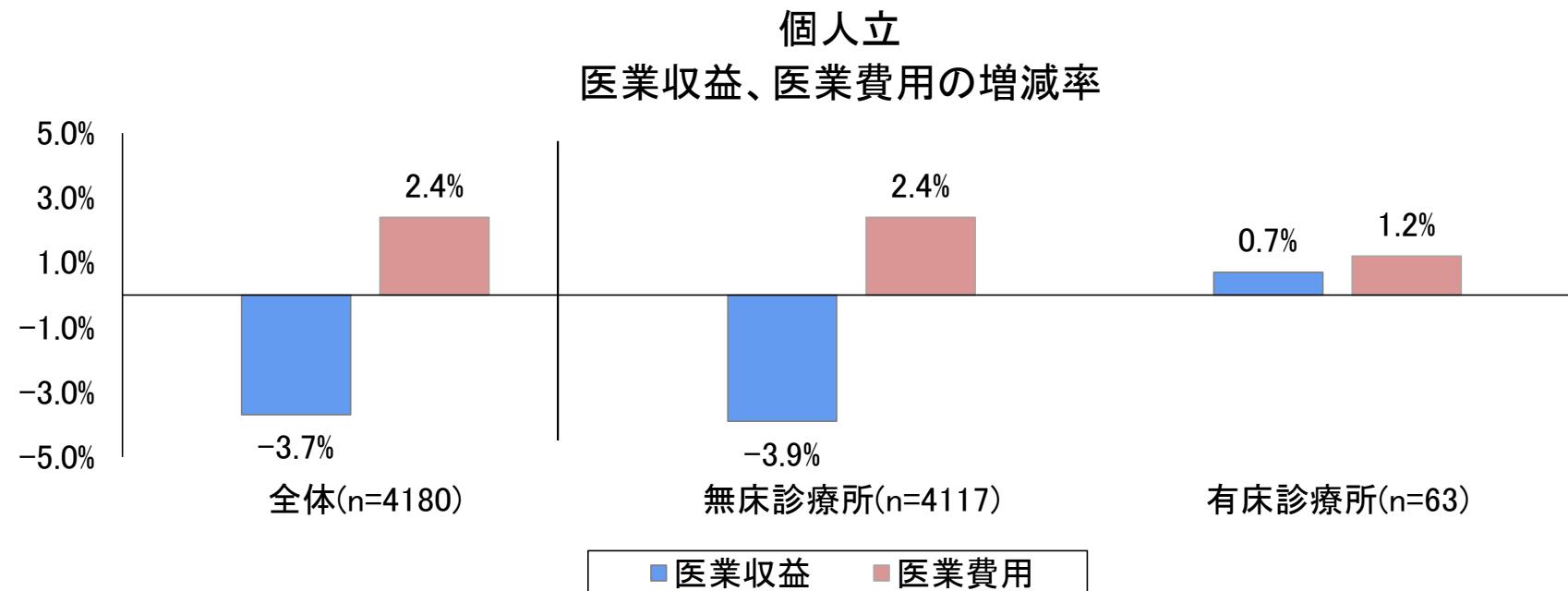
2. 医業収益と医業費用(令和5年度→6年度) ①医療法人

- 医療法人全体の医業収益は2.3%減少し、医業費用は1.4%増加した。無床診療所、有床診療所とも同様の傾向であった。
- コロナ補助金・診療報酬上の特例措置の廃止による減収が医業収益に大きな影響を与えた。



2. 医業収益と医業費用(令和5年度→6年度) ②個人立

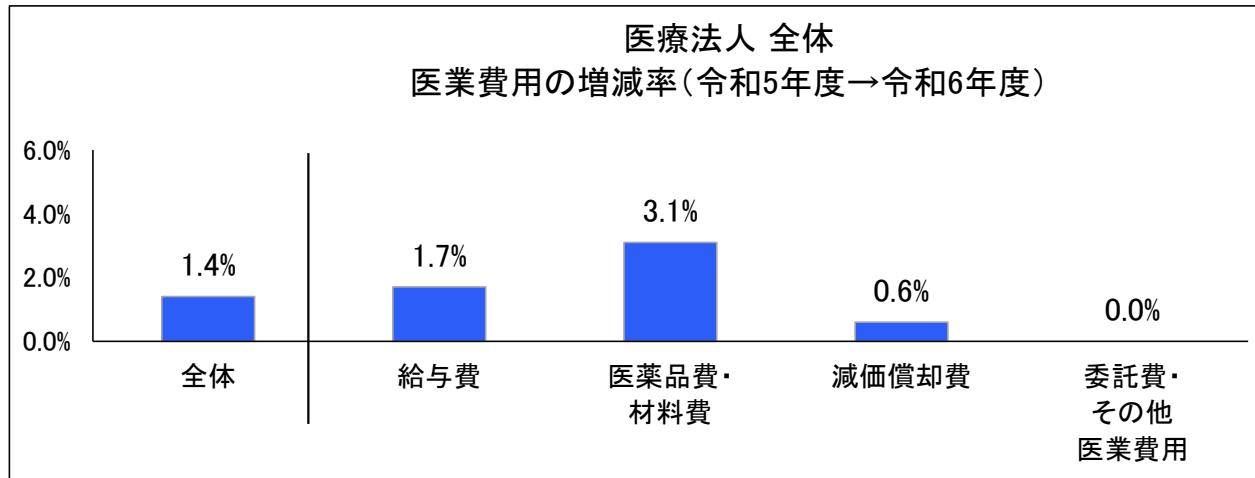
- 個人立も同様に、医業収益は全体で3.7%減少、医業費用は2.4%増加した。



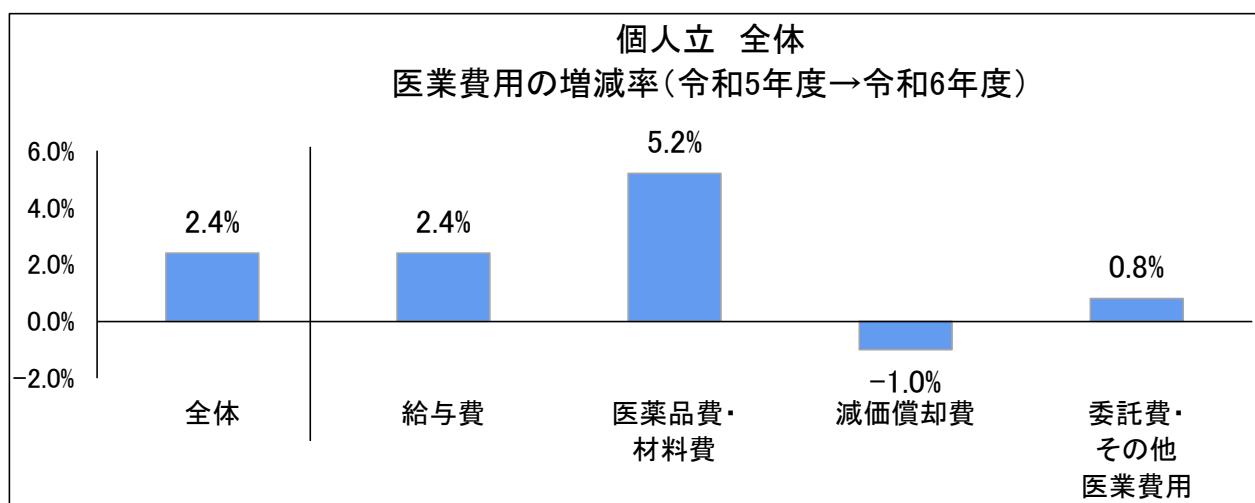
※有床診療所はn数が少ないため参考値

3. 医業費用 項目別増減率（医療法人・個人立）令和6年度

- 人件費上昇と物価高騰の影響を受けて、医療法人、個人立とともに、給与費、医薬品費・材料費が対前年で増加した。



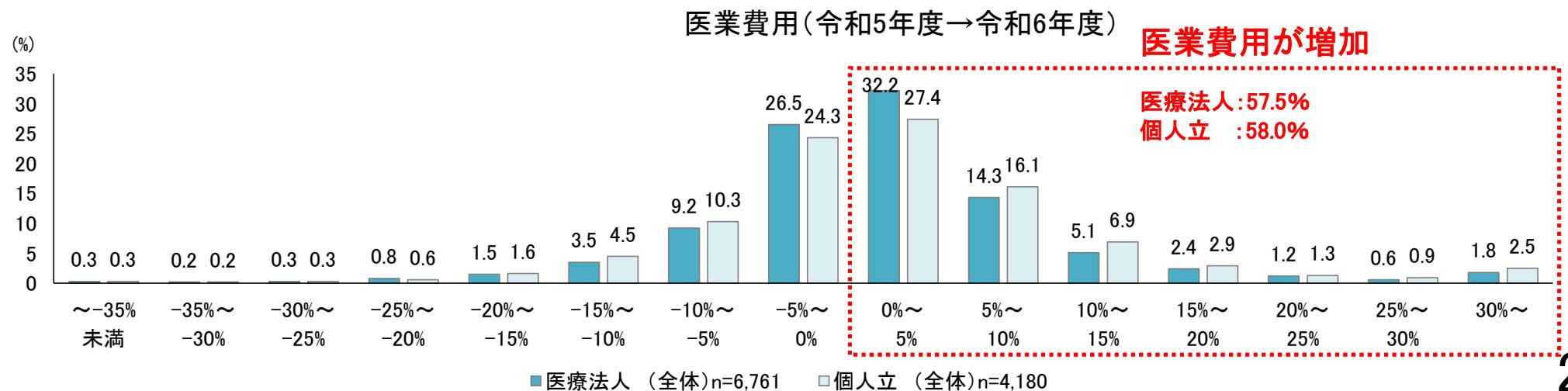
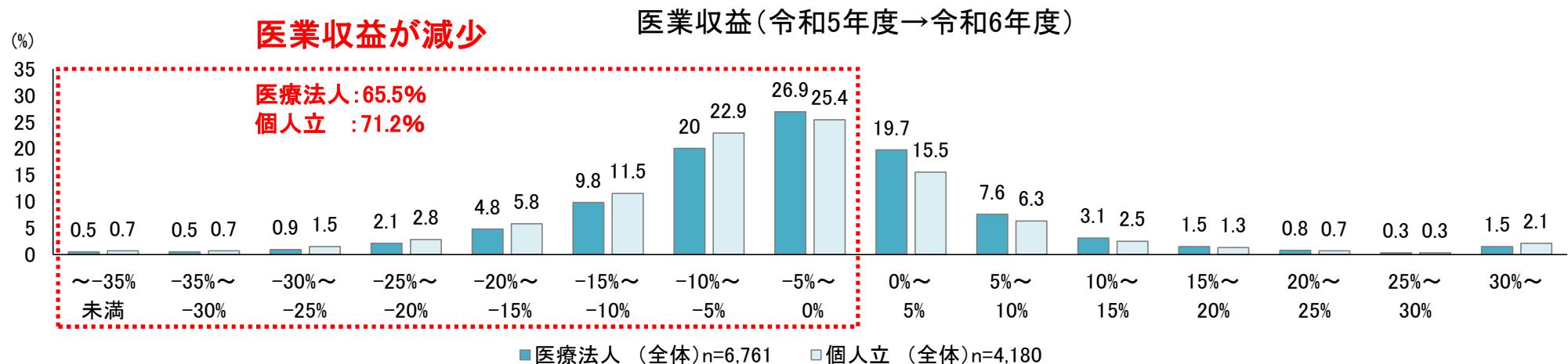
	医療法人 全体(n=6761)					
	令和5年度		令和6年度		増減額	増減率
	金額	割合	金額	割合		
医業収益	189,921	100.0%	185,586	100.0%	-4,335	-2.3%
医業費用	177,177	93.3%	179,698	96.8%	2,521	1.4%
給与費	93,778	49.4%	95,335	51.4%	1,557	1.7%
医薬品費・材料費	29,740	15.7%	30,669	16.5%	929	3.1%
委託費	8,177	4.3%	7,857	4.2%	-320	-3.9%
減価償却費	7,388	3.9%	7,435	4.0%	47	0.6%
その他の医業費用	38,094	20.1%	38,401	20.7%	307	0.8%
医業利益	12,743	6.7%	5,888	3.2%	-6,856	-53.8%
医業外収益	5,027	2.6%	4,046	2.2%	-981	-19.5%
医業外費用	2,273	1.2%	2,224	1.2%	-49	-2.2%
経常利益	15,498	8.2%	7,710	4.2%	-7,788	-50.3%



	個人立 全体(n=4180)					
	令和5年度		令和6年度		増減額	増減率
	金額	割合	金額	割合		
医業収益	87,591	100.0%	84,330	100.0%	-3,262	-3.7%
医業費用	60,611	69.2%	62,051	73.6%	1,440	2.4%
給与費	23,341	26.6%	23,910	28.4%	569	2.4%
医薬品費・材料費	14,708	16.8%	15,471	18.3%	763	5.2%
委託費	3,111	3.6%	3,157	3.7%	47	1.5%
減価償却費	4,007	4.6%	3,966	4.7%	-41	-1.0%
その他の医業費用	15,445	17.6%	15,547	18.4%	102	0.7%
医業利益	26,981	30.8%	22,279	26.4%	-4,702	-17.4%
医業外収益	1,540	1.8%	779	0.9%	-762	-49.4%
医業外費用	1,236	1.4%	1,096	1.3%	-141	-11.4%
経常利益	27,285	31.1%	21,962	26.0%	-5,323	-19.5%

4. 収益・費用増減率の分布（医療法人・個人立）

- 約7割の施設で医業収益が対前年比で減少した。また約6割の施設で医業費用が増加した。

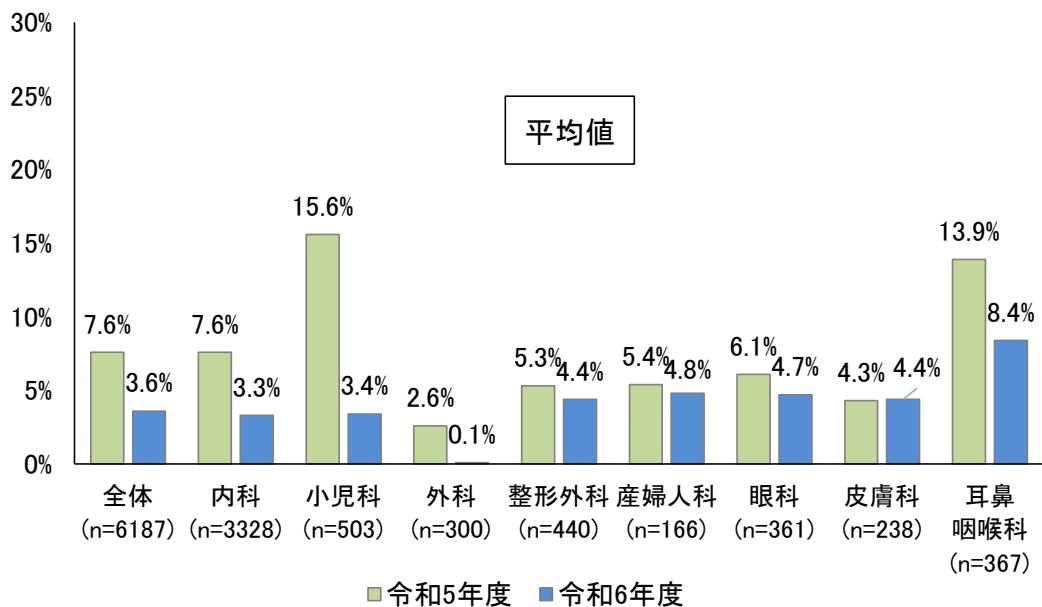


5. 診療科別利益率 ①医療法人 医業利益率(R5→R6)

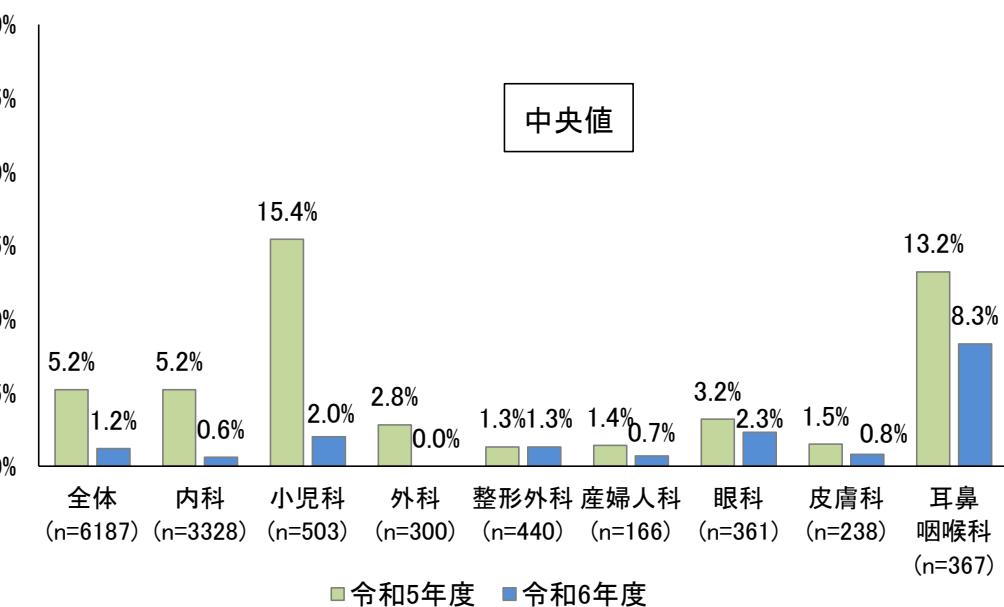
- 医療法人のほぼすべての診療科で医業利益率が悪化した。特に、発熱外来など感染症対応を実施してきた内科、小児科、耳鼻咽喉科では、令和6年度のコロナ関連補助金・診療報酬上の特例措置廃止や診療報酬改定の影響が大きく、小児科では呼吸器感染症の変動も影響した。

医療法人 無床診療所 医業利益率

医療法人 無床診療所 医業利益率 平均値



医療法人 無床診療所 医業利益率 中央値

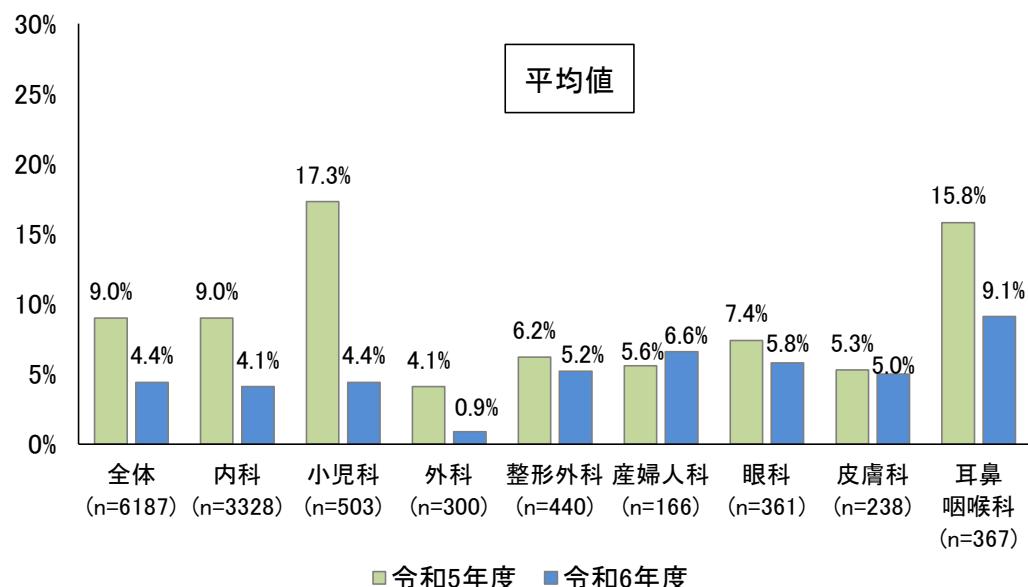


5. 診療科別利益率 ①医療法人 経常利益率(R5→R6)

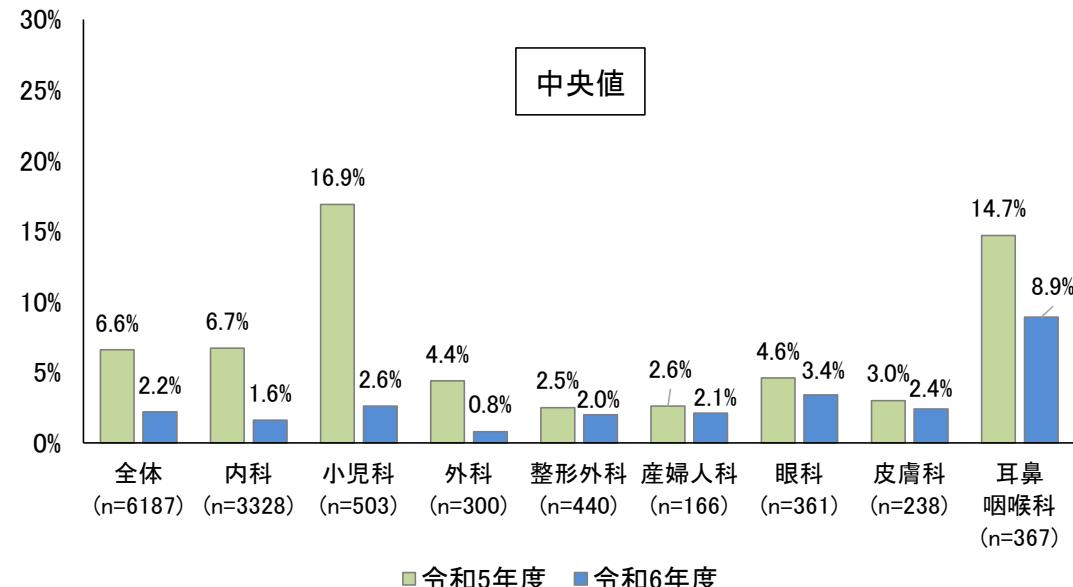
- 医療法人のほぼ全ての診療科で、経常利益率も平均値、中央値ともに悪化した。

医療法人 無床診療所 経常利益率

医療法人 無床診療所 経常利益率 平均値



医療法人 無床診療所 経常利益率 中央値

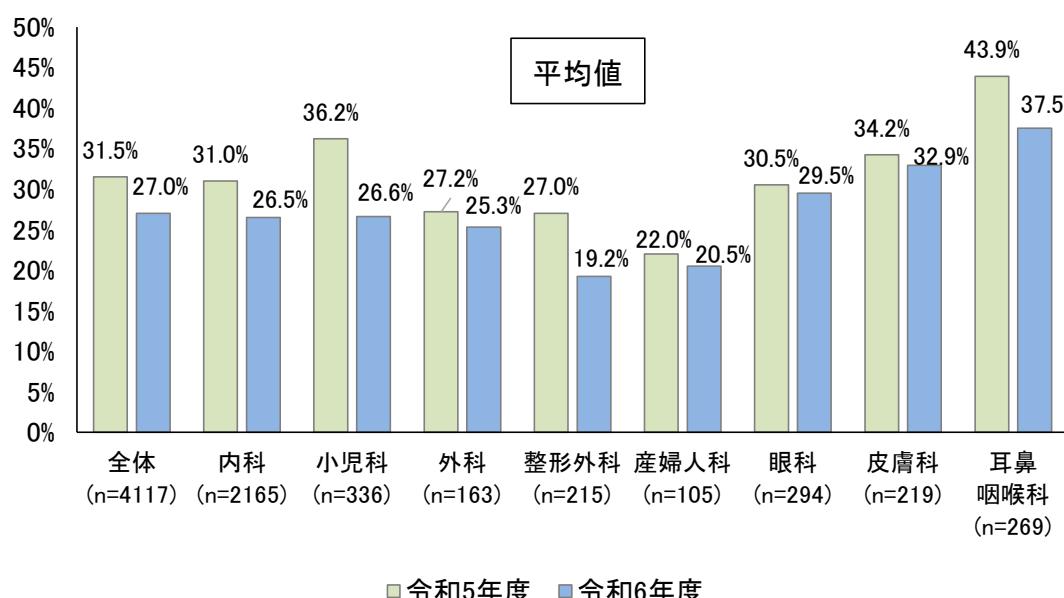


5. 診療科別利益率 ②個人立 医業利益率(R5→R6)

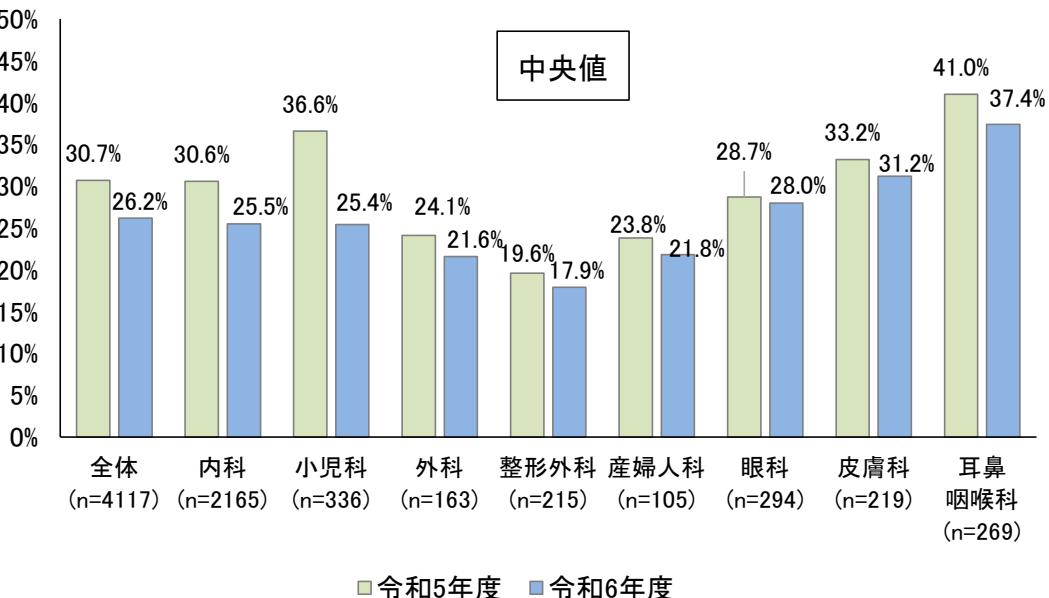
- 個人立の全ての診療科で、医業利益率は平均値、中央値ともに低下した。

個人立 無床診療所 医業利益率

個人立 無床診療所 医業利益率 平均値



個人立 無床診療所 医業利益率 中央値

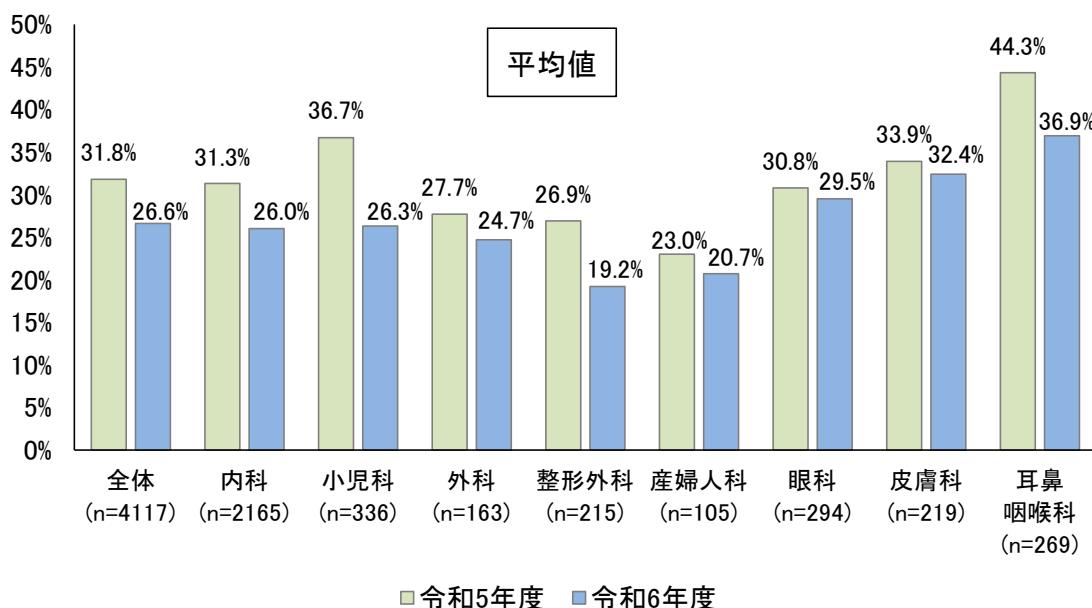


5. 診療科別利益率 ②個人立 経常利益率(R5→R6)

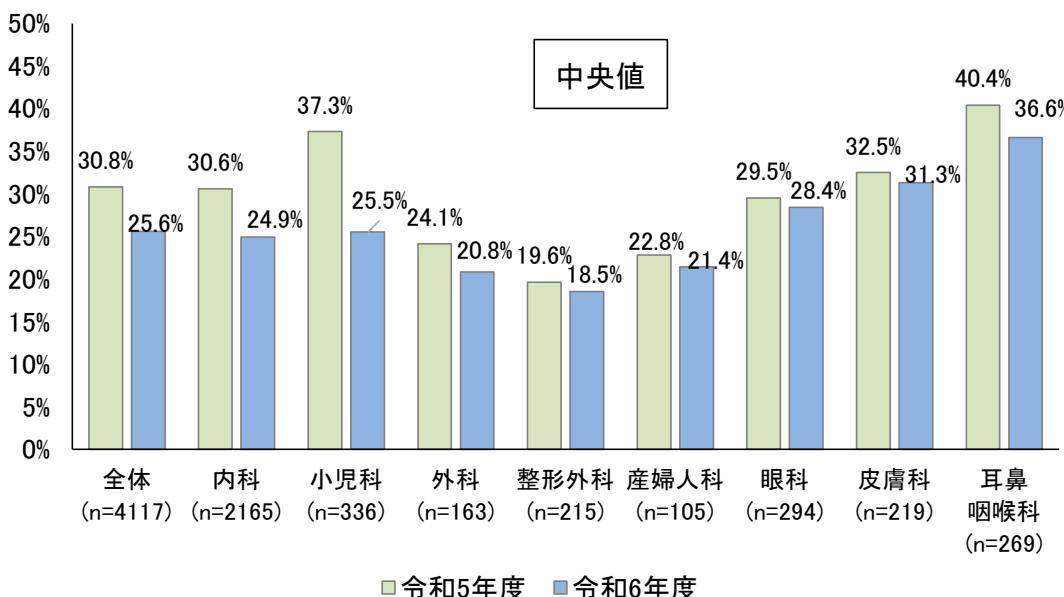
- 個人立の全ての診療科で、経常利益率は平均値、中央値ともに低下した。

個人立 無床診療所 経常利益率

個人立 無床診療所 経常利益率 平均値



個人立 無床診療所 経常利益率 中央値



6. 決算期別利益率

- 医療法人の決算月は法人によって異なるが、令和7年1月～3月の間に令和6年度の決算を迎えた診療所では、医業利益率が2.8%、経常利益率が3.2%であった。
- 決算期が直近に近づくほど利益率が低下している。令和6年度の4～6月決算以降、前回改定の影響も受けて、経営環境の悪化が顕著に進んでいる。

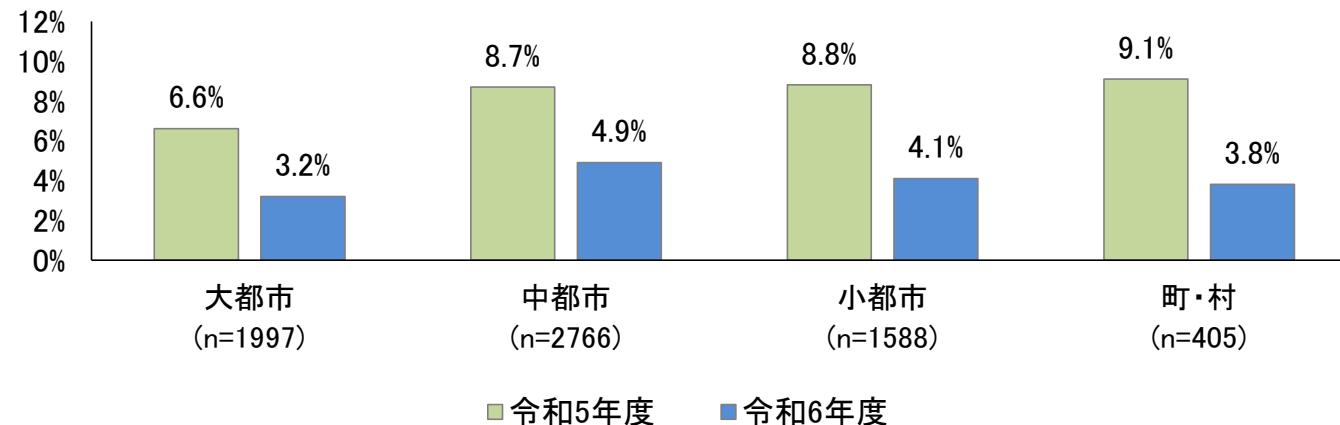
決算期別の医業利益率、経常利益率 医療法人(全体)

n数		医業利益率				経常利益率			
		令和5年度		令和6年度		令和5年度		令和6年度	
		平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値
4月～6月決算	1,682	7.6%	5.3%	3.9%	2.3%	9.8%	6.7%	5.2%	3.4%
7月～9月決算	2,514	6.8%	5.3%	3.2%	1.5%	8.4%	6.8%	4.4%	2.7%
10月～12月決算	835	6.4%	4.5%	2.5%	0.1%	7.8%	5.8%	4.0%	1.2%
1月～3月決算	1,682	6.1%	3.8%	2.8%	-0.3%	6.8%	4.8%	3.2%	0.5%

7. 地域別利益率

- 診療所の地域に関わらず経営悪化が見られた。医業利益率、経常利益率は、大都市から町村まで、いずれの地域においても低下した。

医療法人 全体 経常利益率 －都市規模別



平均値と中央値

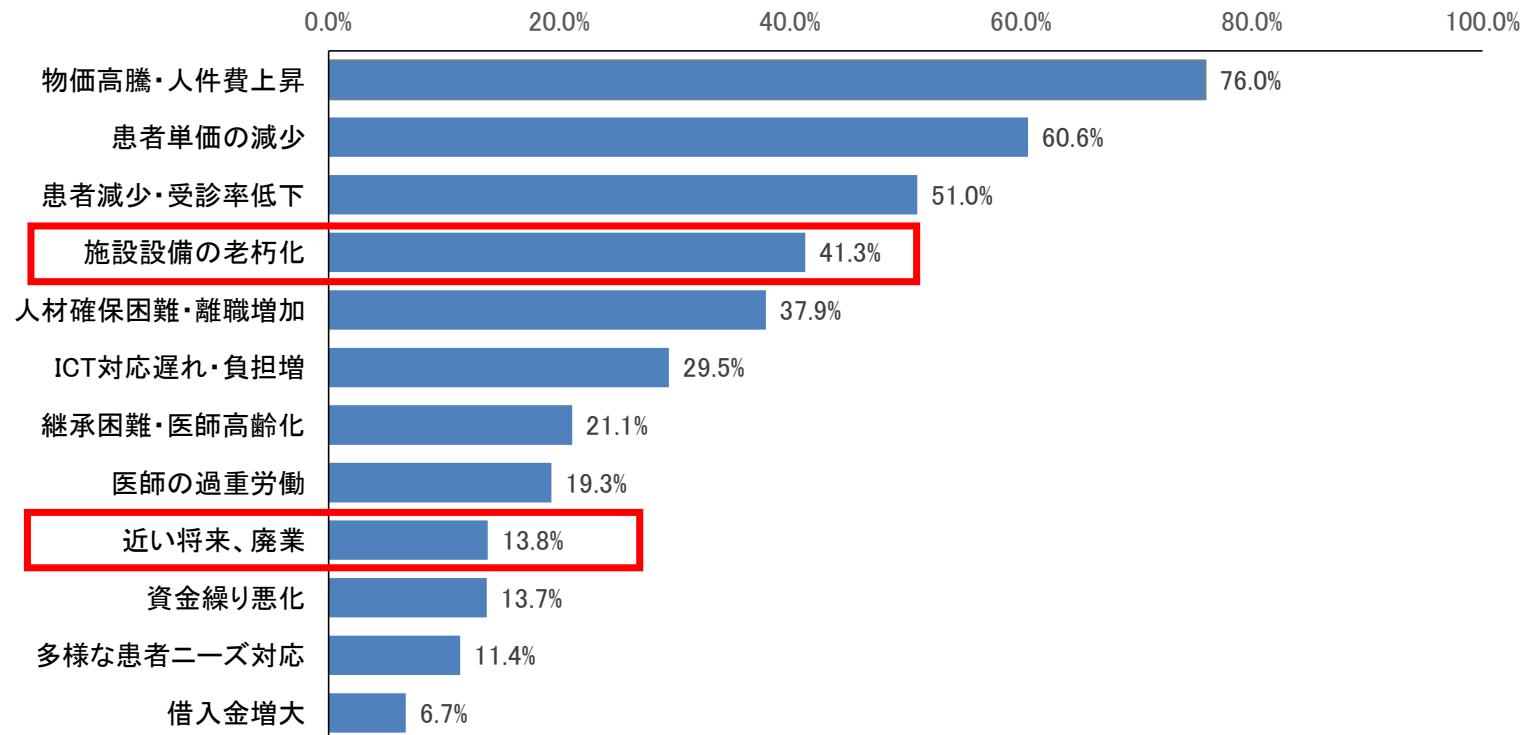
		大都市		中都市		小都市		町・村	
		令和5年度	令和6年度	令和5年度	令和6年度	令和5年度	令和6年度	令和5年度	令和6年度
経常利益率	平均値	6.6%	3.2%	8.7%	4.9%	8.8%	4.1%	9.1%	3.8%
	中央値	5.6%	1.6%	6.3%	2.5%	6.3%	2.2%	6.8%	2.8%
n数		1,997		2,766		1,588		405	

都市規模別の大都市は政令指定都市および特別区、中都市は人口10万人以上の市、小都市は人口10万人未満の市。

8. 経営課題

- 「物価高騰・人件費上昇」、「患者単価の減少」、「患者減少・受診率低下」を課題に挙げる診療所が半数以上を占めた。「施設設備の老朽化」が41.3%、「近い将来、廃業」が13.8%を占めた。これらはどの地域でも課題とされていた。

経営課題(複数回答) n=13,535



まとめ

- ・ 診療所の直近の経営状況は、医療法人、個人立ともに減収減益で、前年度から大幅に悪化したことが判明した。医療法人の約4割が赤字となり、個人立では経常利益が約2割減少した。
- ・ 物価高騰・人件費上昇に加え、コロナ補助金・診療報酬上の特例措置を含めた影響の結果であり、診療所の診療科や地域に関わらず、経営が悪化した。また、直近の決算期ほど利益率が低く、経営環境の悪化が顕著に進んでいる。このままでは、令和7年度は医療法人の約5割が経常利益赤字となることも予想される。
- ・ 診療所の経営者が厳しい経営に直面する中で、多くの診療所が地域から撤退・消滅し、病院とともに担っている地域の医療提供を継続できなくなる可能性がある。
- ・ 地域の患者さんへの医療を安定的に提供し続けるため、次期診療報酬改定での大幅な手当と、早期の補助金ならびに期中改定による緊急かつ最大限の支援が不可欠である。その実現に向けて、国への働きかけをさらに強力に行う所存である。