

# 神奈川県病院協会 令和7年度第2回 事務長部会/幹事会

## 新地域医療構想と 2026診療報酬改定の動向



令和7年5月14日  
桜ヶ丘中央病院  
事務長 坂巻 英夫



# (医) 哺育会 桜ヶ丘中央病院



住 所 神奈川県大和市福田1-7-1

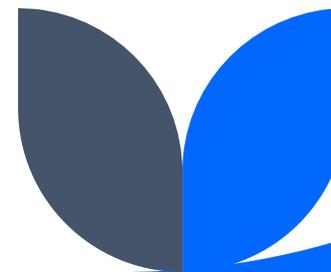
電 話 046-269-4111

病床数 171床 (一般45床、障害40床、回リハ86床)

管理者 院長 島崎 猛

診療科 内科/外科/整形外科/小児科/眼科/皮膚科/循環器内科  
消化器外科/脳神経外科/脳神経内科/麻酔科/放射線科  
リハビリテーション科

日本医療機能評価機構 (3rdG:Ver3.0) 認定施設



当該資料は、令和6年12月に開催した大和・高座病院協会院長、事務長懇親会にて発表した内容を一部抜粋したものがベースとなっております。

最新の動向を盛り込みましたが、昨年末の情報も含んでいることをご承知おきください。

また、多分に私見を含んでおりますので、その点もご留意ください。

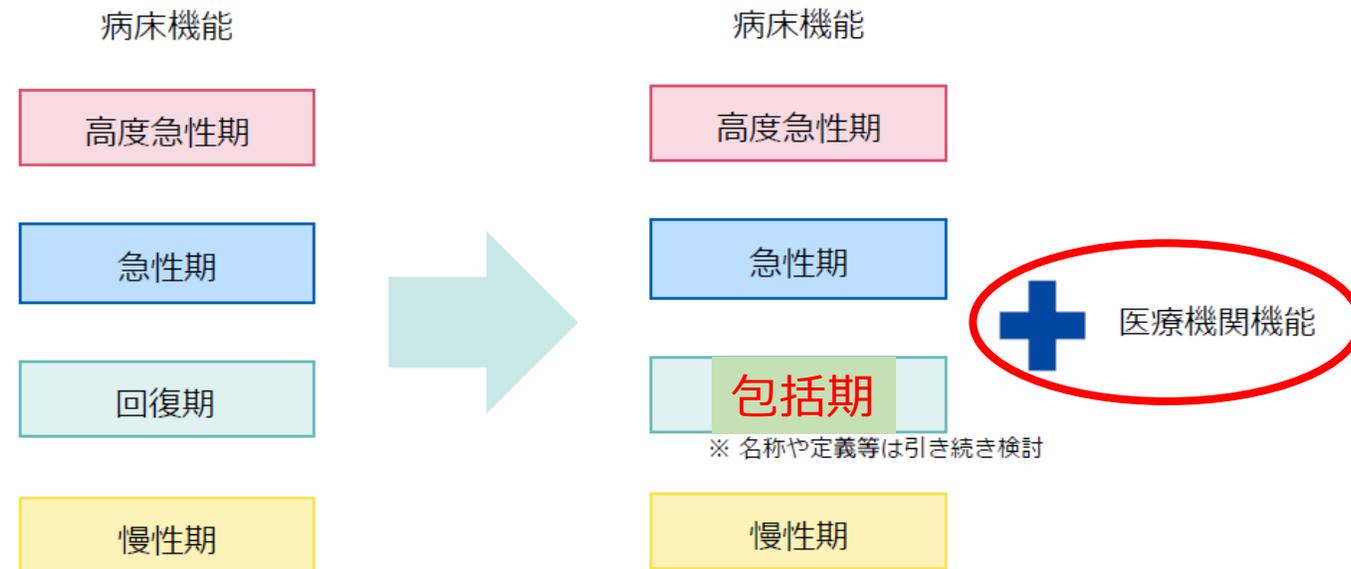


# 新地域医療構想について

# 病床機能区分の見直しについて

## 病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



# 医療機関機能ごとの詳細

## これまでの主な議論（医療機関機能（案））

### 医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
  - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
  - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

### 地域ごとの医療機関機能

#### 主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急等機能	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 高齢者等の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・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li></ul>
在宅医療連携機能	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li></ul>
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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、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。</li></ul>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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や一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。</li></ul>

### 広域な観点の医療機関機能

- ・ 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、広域な観点で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。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

# 地域包括医療病棟の創設

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-① 等

## 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備し、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設

**(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病棟入院基本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6.4㎡/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、**入棟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。

### 地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰  
在宅医療、介護との連携

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による**高齢者医療に必要な多職種配置**

包括的に提供

# 急性期拠点機能の基準案（一部抜粋）

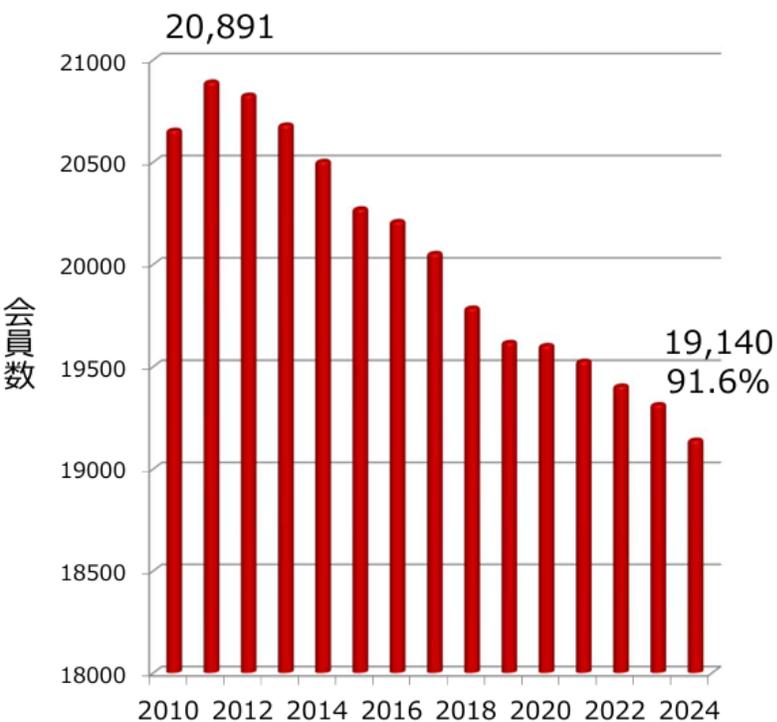
## 医療機関機能の報告に係る考え方（案）①

- 医療機関機能等の報告については、地域の状況・取組の進捗等を把握し、地域における協議を通じて取組を推進するとともに、国民・患者に共有することを目的としている。
- 二次医療圏ごとに救急車受入台数は異なり、救急車の受入台数は多くないものの、二次医療圏内の救急搬送の大部分に対応している医療機関もある。
- 在宅医療について、医療機関によって1か月あたりの在宅訪問患者数に幅があり、また、二次医療圏ごとに病院が対応する在宅訪問患者の割合が異なり、地域によって在宅医療に係る病院の役割は異なる。
- 休日や夜間において緊急手術が毎日発生しない医療圏も多くあり、一年のうち最も多く休日や夜間の手術が必要な日でも数件のみにとどまる医療圏が多い。他方、そうした医療圏においても複数の医療機関で緊急手術を受けられる体制をとっているケースが見受けられる。
- 手術については、多くの症例を実施する医療機関が、症例数の少ない医療機関よりも死亡率が低いことが知られている。二次医療圏毎に日中に手術は行うが、時間外等に手術を行わない医療機関が一定数存在する。
- 地域での緊急対応を含む救急・急性期に関する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関が必要。

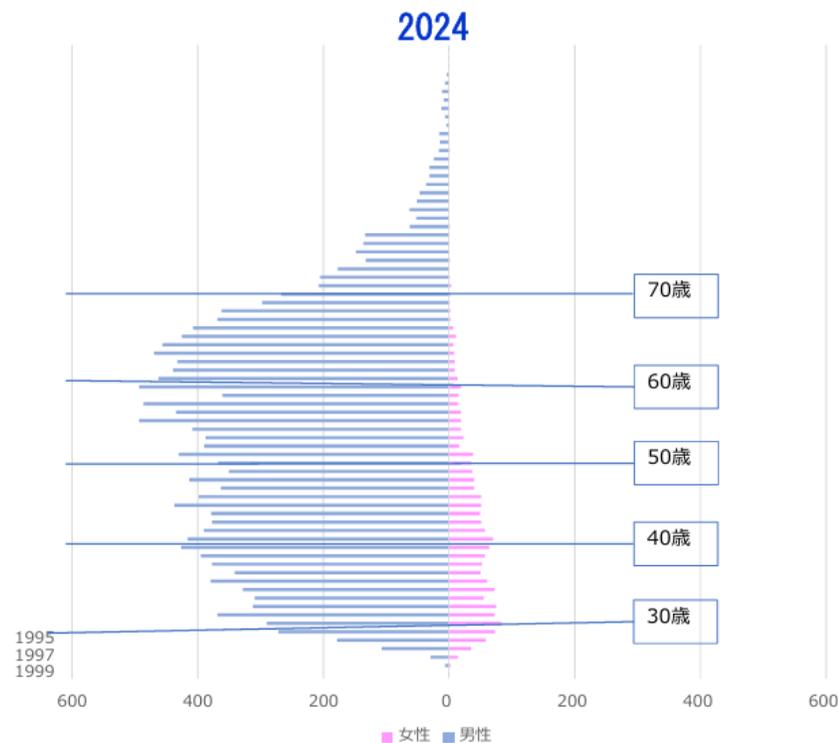
# 日本消化器外科学会の会員数減少について

## 日本消化器外科学会の会員の推移と男女別年齢分布

日本消化器外科学会会員数の推移



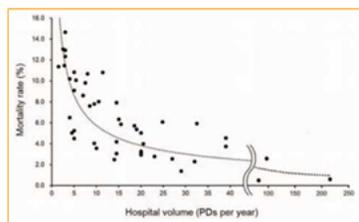
日本消化器外科学会人口ピラミッド



- 外科医になろうとする人材不足
- 外科医が多くの急性期病院に分散していることが、外科医1人あたりの業務負担増に
- 女性外科医は36%増（2015→2023）  
→女性外科医への支援が必要

# 症例数の多い施設 = 手術成績が良好

## 高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績 -集約化によって見込まれる短期成績の向上-



年間の当該手術数

Hata T, et al. Ann Surg 2016.



超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。  
厚生労働科学特別研究事業  
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究  
(藤原俊義ら、2020)

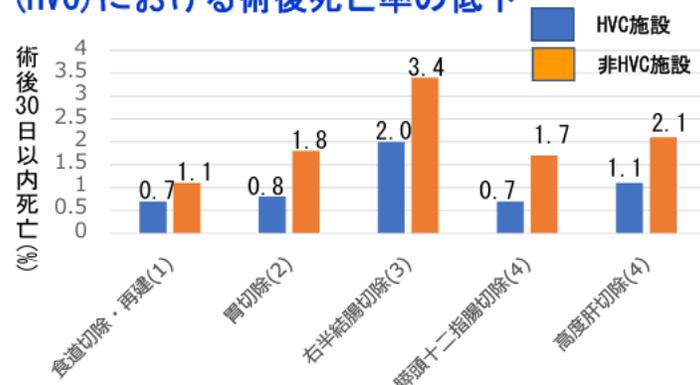
一部のエビデンスでは、症例数の多い施設で手術を実施するほど、良い手術実績との研究結果が示されている

## 年間手術数の多いハイボリュームセンター (HVC) における術後死亡率の低下

対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター (HVC) の基準成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(1) Motoyama S, Esophagus 2020.  
(2) Kakeji Y. NCD data.

(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.  
(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.



消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

# 症例の集約に対する消化器外科学会の考え方

## 消化器外科の明るい未来を達成するためのロードマップ 実現のためのアクション・プラン

1. 低・中難度手術を担当する施設：外科専攻医→**Generalistsの育成**
2. 高度な消化器手術を行う施設：**Specialistsの育成**

手術を集中して行うことで患者さんの術後成績が改善。

日本消化器外科学会、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本肝胆膵外科学会高度技能専門医の  
修練医を多く配置することで、高度な手術経験を短期間で積ませることができ、  
高度な技術を有する消化器外科医の早期育成を目指す。

(修練期間の短縮とキャリア・プランの明確化と専門性の維持)



2においては積極的に重点化を目指す方針としたい

# 今後の急性期病院に起こる変化の予想

令和6年度診療報酬改定 II-4 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-②

## DPC対象病院の基準の見直し

### DPC対象病院の基準の見直し

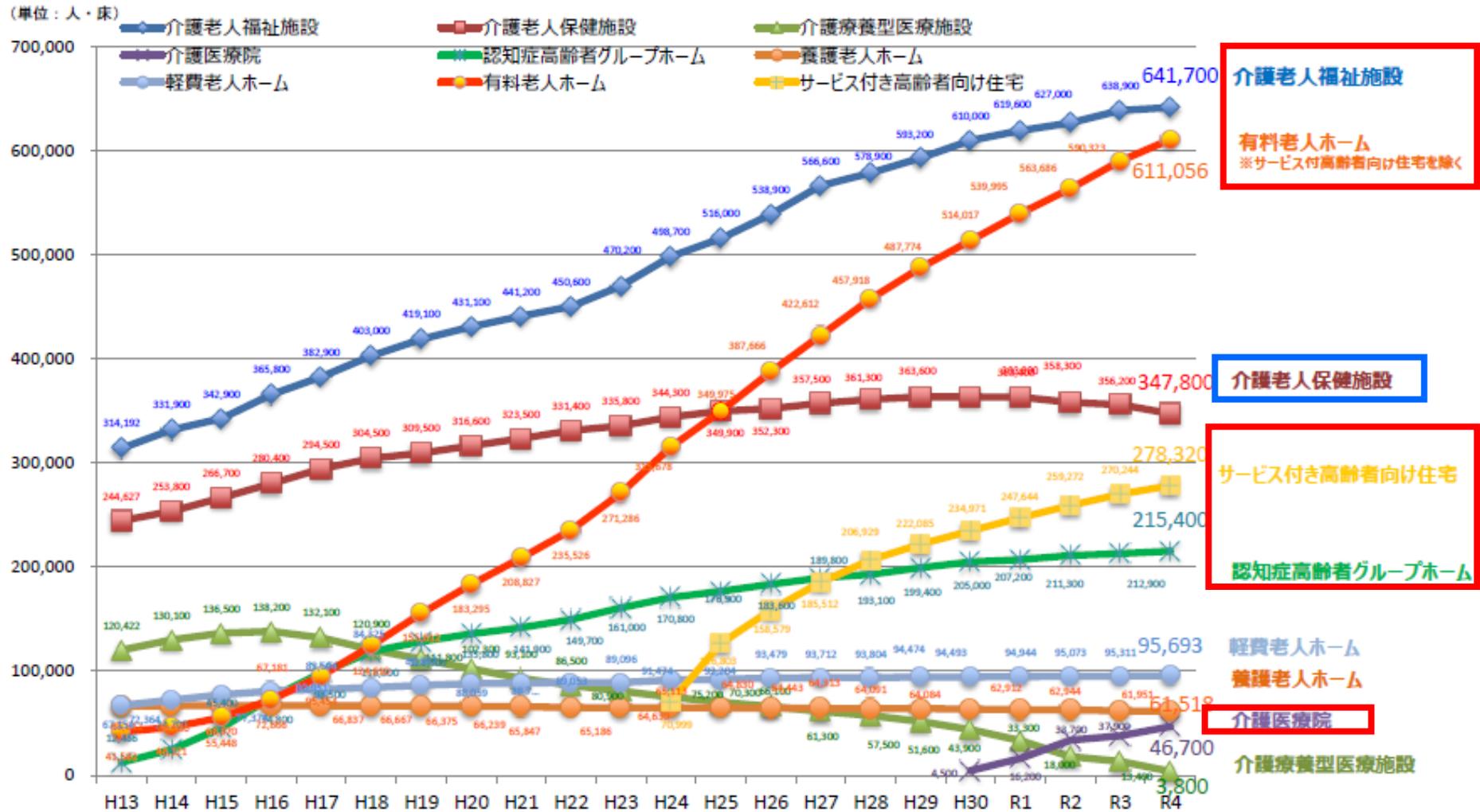
- DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、データ数に係る基準（1月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として新たに位置づける。

現行	改定後
<p>【DPC対象病院の基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出</li> <li>診療録管理体制加算に係る届出</li> <li>以下の調査に適切に参加               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」</li> <li>- 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」</li> </ul> </li> <li>調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上</li> </ul> <p>(新設)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催</li> </ul>	<p>【DPC対象病院の基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出</li> <li>診療録管理体制加算に係る届出</li> <li>以下の調査に適切に参加               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」</li> <li>- 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」</li> </ul> </li> <li>調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上</li> <li><b>調査期間1月あたりのデータ数が90以上</b></li> <li>適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 「退院患者調査」の様式1（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満</li> <li>- 「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満</li> <li>- 「退院患者調査」の様式1における未コード化傷病名の使用割合が2%未満</li> </ul> </li> <li>適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催</li> </ul>

- データ数及び適切なDPCデータの作成に係る基準の運用については、令和8年度診療報酬改定時よりDPC制度への参加及びDPC制度からの退出に係る判定基準として用いることとする。

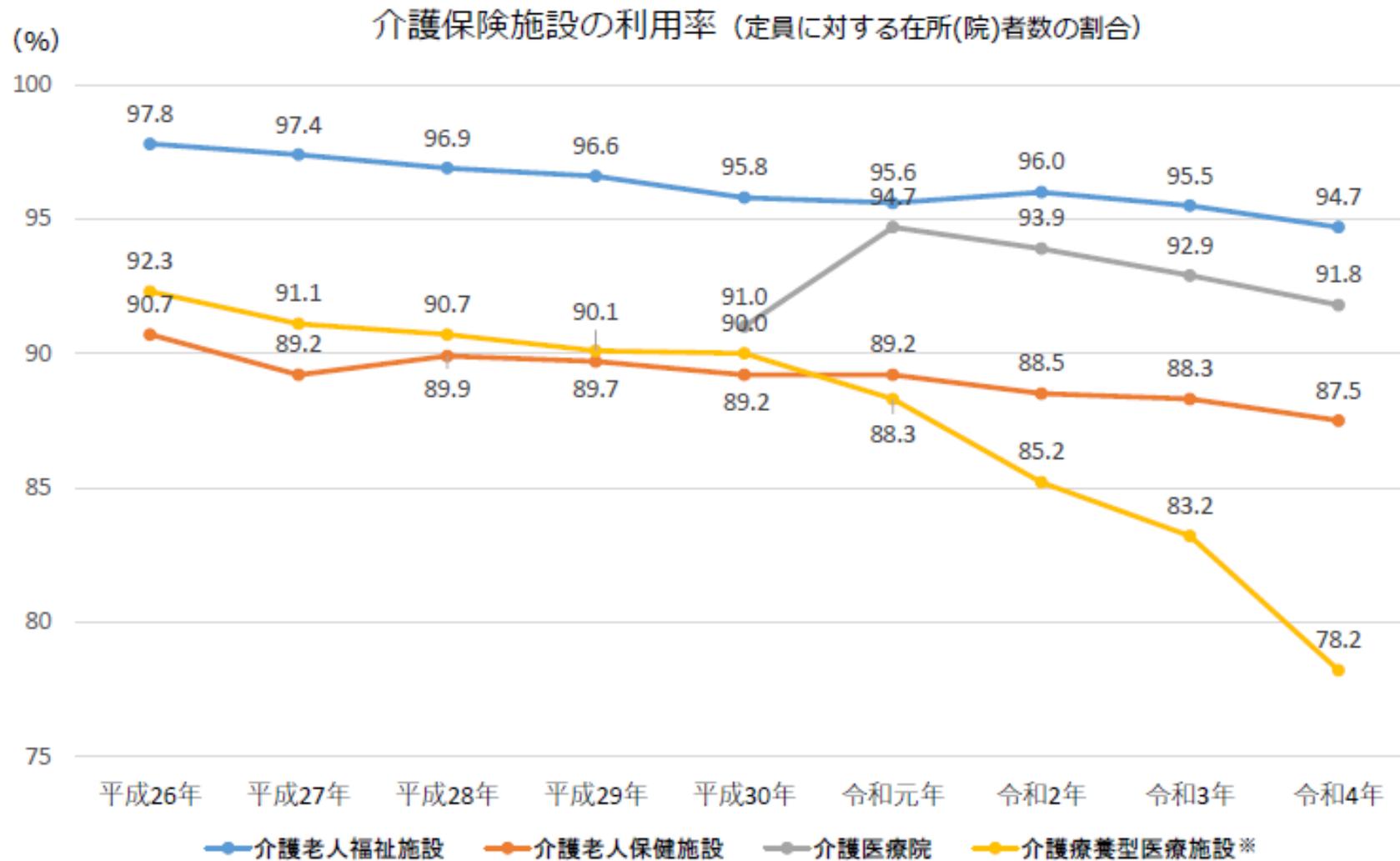
# 高齢者の住居形態の変化への対応

令和6年9月30日第9回新たな地域医療構想等に関する検討会資料  
 高齢者向け施設・住まいの利用者数



※1：介護保険施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。  
 ※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。  
 ※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）  
 ※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R2.10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～は基本計画の数値（利用者数ではなく定員数）による。  
 ※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（利用者数ではなく定員数）による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。  
 ※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（R4.9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

# 介護保険施設の利用率の推移



※介護療養型医療施設における「定員」は介護指定病床数

出所：介護サードス施設・事業所調査

# 介護施設等における対応力の強化

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

## ■ Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs)

ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

## ■ 老健施設における治療管理などの対応の評価

### ■ 単位等

- ・ 所定疾患施設療養費 (Ⅰ) 239単位/日
- ・ 所定疾患施設療養費 (Ⅱ) 480単位/日

- 注1 所定疾患施設療養費 (Ⅰ) (Ⅱ) は、いずれか一方のみ算定可能。
- 注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日 (Ⅰ) もしくは10日 (Ⅱ) を限度とする
- 注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

### ■ 算定要件等

#### <対象疾患>

- ・ 肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

#### <所定疾患施設療養費 (Ⅰ)>

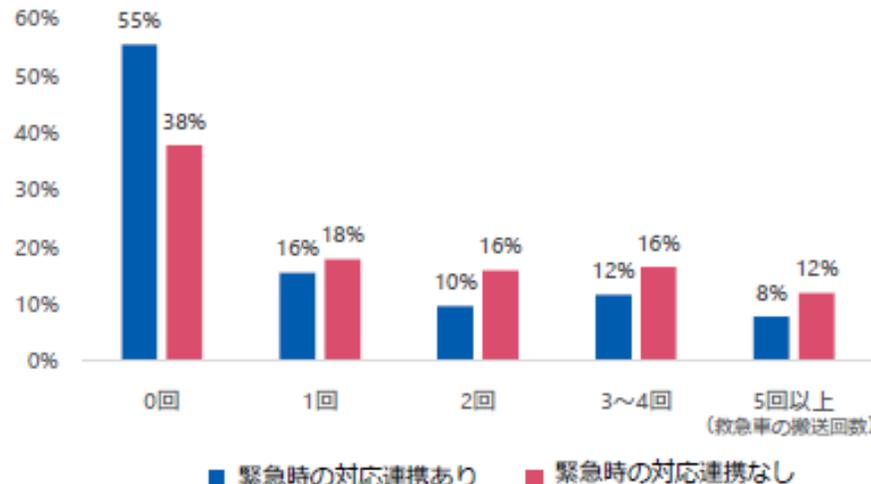
- ・ 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

#### <所定疾患施設療養費 (Ⅱ)>

- ・ 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- ・ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

## ■ 介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

### 介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数



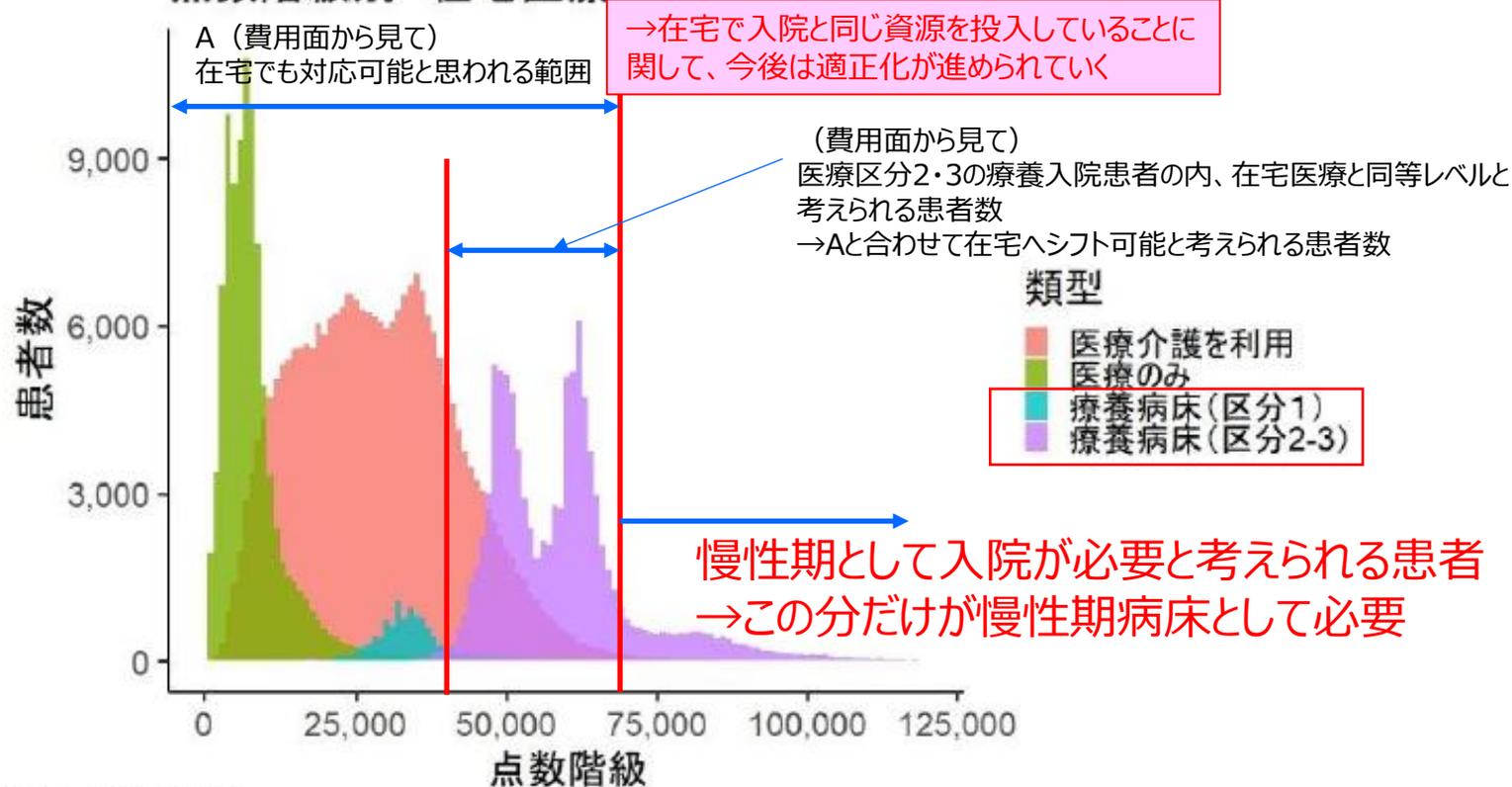
資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

# 慢性期医療は療養病床から在宅へ（私見）

## 在宅医療と療養病床の医療資源投入状況について

- 在宅医療を受けている患者について、介護費用もあわせた場合（訪問看護療養費は含まない）、療養病床の医療区分1における費用と同程度もしくはそれ以上の費用となる場合がある。

### 点数階級別 在宅医療・療養病床患者数



注) NDBデータ(2021年10月診療分、75歳以上)を使用。

注) 点数は、各レセプトの合計点数を使用。介護費用は、保険請求額と利用者自己負担額を10で除し、医療費点数と合算している。

注) 療養病床入院基本料は、当該入院料を31日算定している患者に絞り込み。

注) 「医療介護総費用」は、在宅患者訪問診療科(「同一建物居住以外」)を受け、かつ、介護費用のある者をID4で抽出。

注) 2021年の訪問看護療養費はNDBに格納されていないため含まれていない。

# 2026年診療報酬改定に向けて

2025年4月23日 財政制度等審議会・財政制度分科会資料より

# 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



令和7年 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 令和8年 1月 2月 3月

## ■中医協総会

キックオフ



・医療機関を  
取り巻く状況  
・医療提供体制

その1シリーズ



その2以降シリーズ



諮問・答申・  
附帯意見

## ■専門部会

・診療報酬改定結果検証部会

総会報告



調査票等の検討 → 7年度調査実施

秋 総会報告



・薬価専門部会

議論、業界意見聴取

薬価調査実施

とりまとめ  
総会報告

総会報告

・保険医療材料専門部会

議論、業界意見聴取

材料価格調査実施

とりまとめ  
総会報告

総会報告

・費用対効果評価専門部会

議論、業界意見聴取

とりまとめ  
総会報告



## ■小委員会など

・診療報酬調査専門組織

・入院・外来医療等の  
調査・評価分科会

議論

とりまとめ  
総会報告

・医療技術評価分科会

技術提案書募集

提案書評価

先進医療会議

とりまとめ

総会報告

・調査実施小委員会

医療経済実態調査 実施

公表

# 社会保障関係費の歳出水準の考え方①

## 「経済財政運営と改革の基本方針2018（骨太2018）」（抄）（2018年6月15日閣議決定）

社会保障関係費については、再生計画において、2020年度に向けてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、2019年度以降、その方針を2021年度まで継続する（注）。

（注）高齢化による増加分は人口構造の変化に伴う変動分及び年金スライド分からなることとされており、人口構造の変化に伴う変動分については当該年度における高齢者数の伸びの見込みを踏まえた増加分、年金スライド分については実績をそれぞれ反映することとする。これにより、これまで3年間と同様の歳出改革努力を継続する。

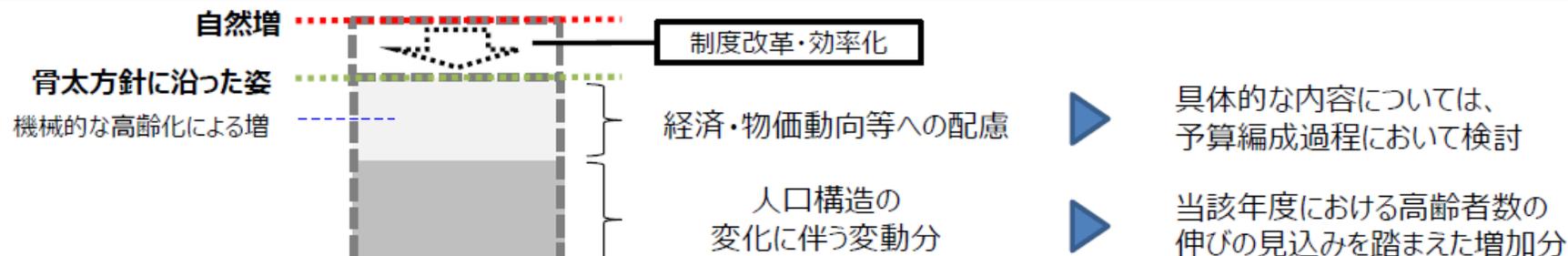
## 「経済財政運営と改革の基本方針2021（骨太2021）」（抄）（2021年6月18日閣議決定）

社会保障関係費については、基盤強化期間においてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続する。

## 「経済財政運営と改革の基本方針2024（骨太2024）」（抄）（2024年6月21日閣議決定）

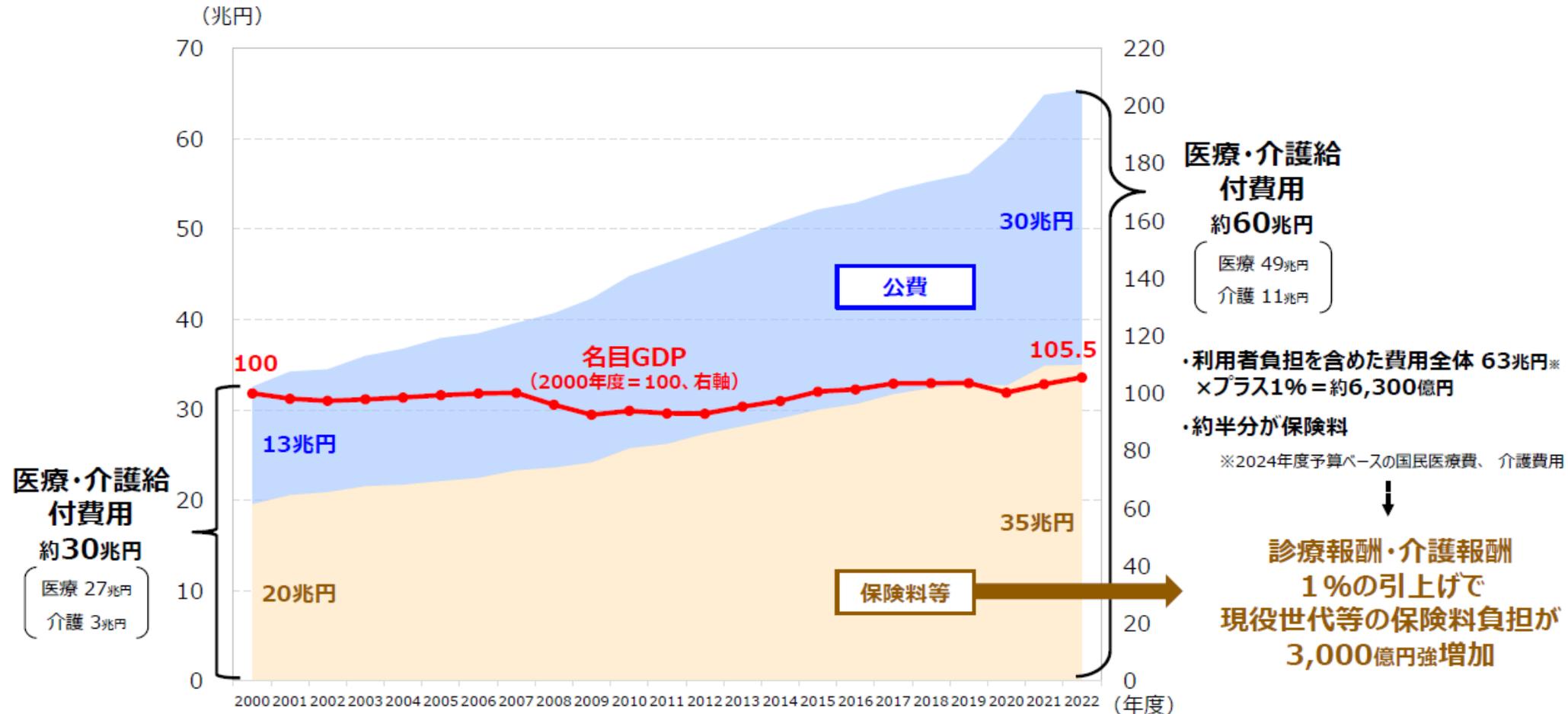
予算編成においては、2025年度から2027年度までの3年間について、…これまでの歳出改革努力を継続（注）する。その具体的な内容については、日本経済が新たなステージに入りつつある中で、経済・物価動向等に配慮しながら、各年度の予算編成過程において検討する。

（注）2013年度以降歳出改革を継続しており、「経済財政運営と改革の基本方針2021」（令和3年6月18日閣議決定）に基づく2022年度から2024年度までの3年間の歳出改革努力を継続。多年度にわたり計画的に拡充する防衛力強化とこども・子育て政策については、それぞれ2027年度まで又は2028年度まで歳出改革を財源に充てることとされている。なお、社会保障制度に係る歳出改革については、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和5年12月22日閣議決定。以下「改革工程」という。）に基づく取組を進めることとされている。



# 医療・介護の給付費用の効率化の必要性

- 医療・介護の給付費用は、この20年あまりで概ね倍増しており、経済成長率を大幅に上回って増加している。
- その費用の約半分は保険料によって賄われており、更なる給付費用の増加は現役世代等の保険料負担の増加に直結することに留意する必要。



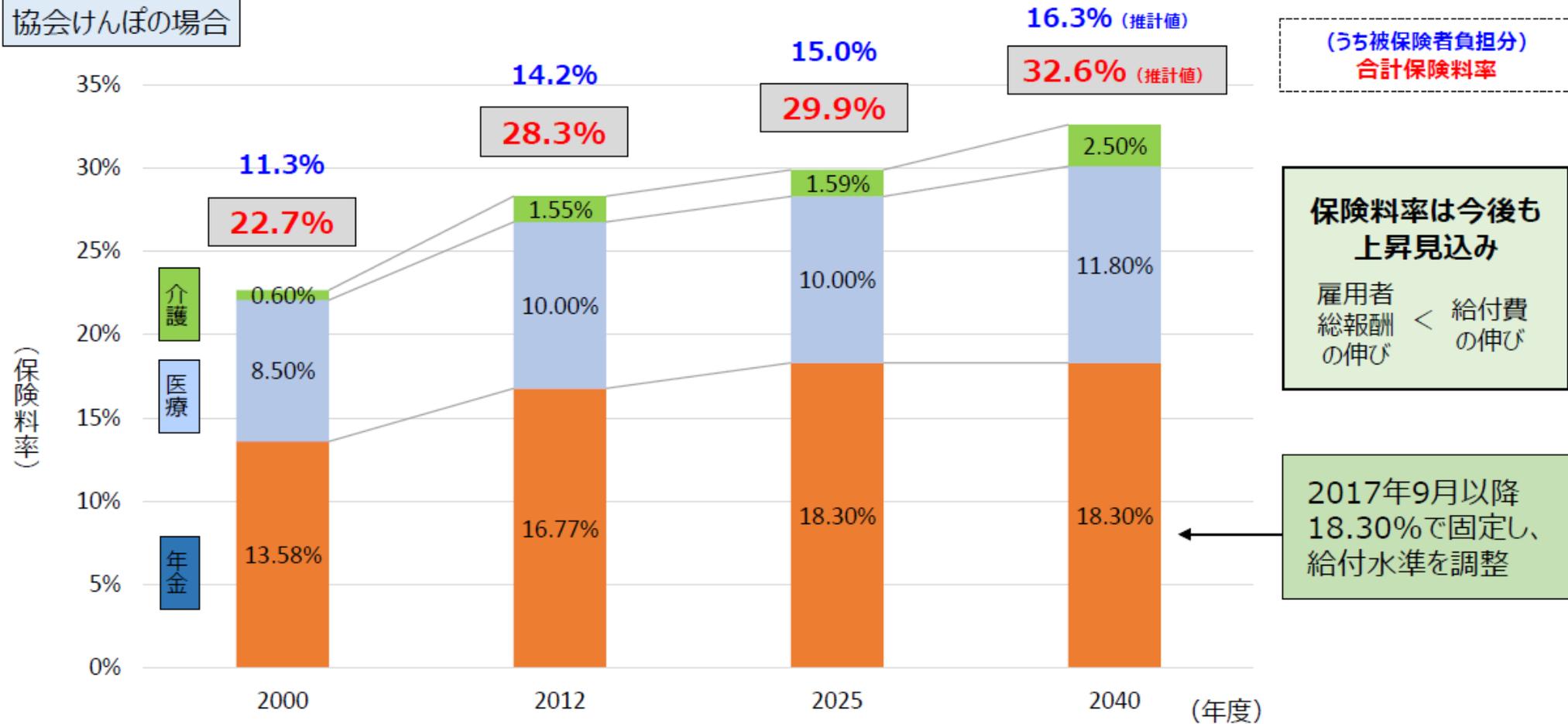
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「令和4年度社会保障費用統計」

(注) ここでの「医療・介護給付費用」は、医療保険、介護保険、生活保護のうち医療扶助相当分、公衆衛生のうち医療分等を指す。  
公費と保険料等の区分は粗い試算。2020年度～2022年度は新型コロナ対策により費用が増加していることに留意。

# 現役世代が負担する社会保険料負担

- 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。
- 医療介護の保険料率上昇を抑制する取組みを強化しないと、足元の構造的賃上げ等の動きを阻害するほか、中期的にも保険制度が持続できないおそれ。

協会けんぽの場合

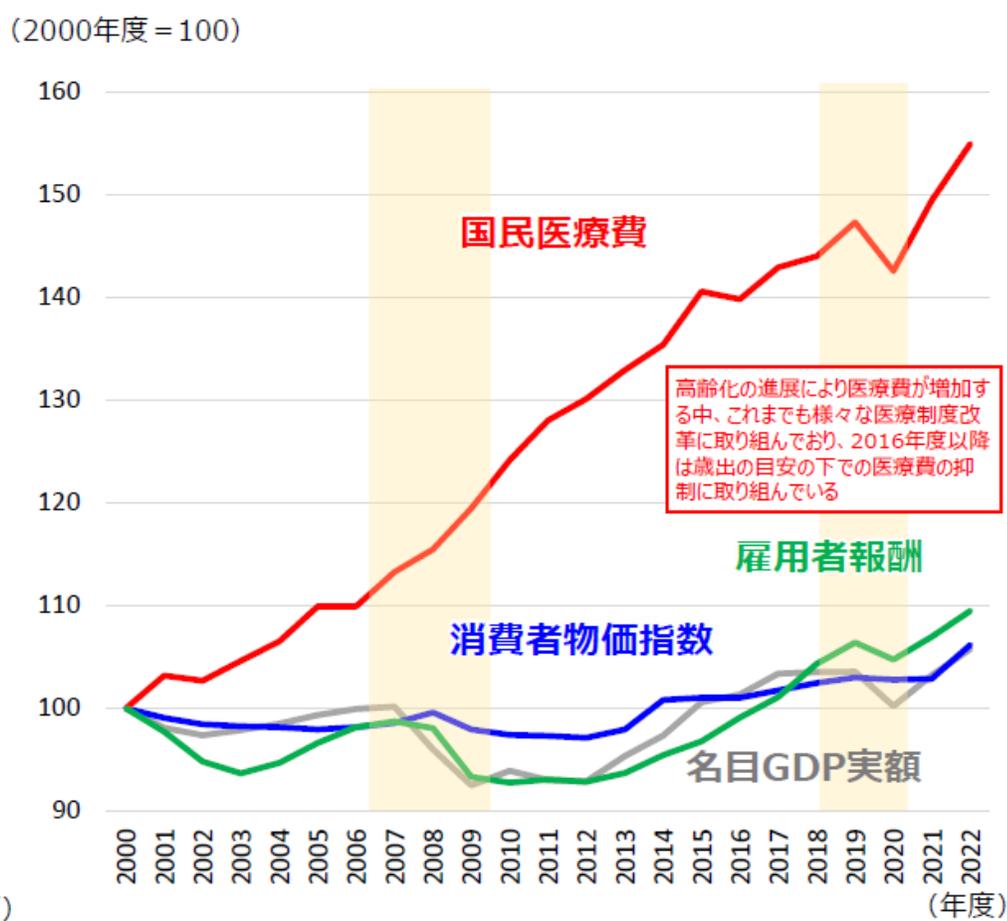
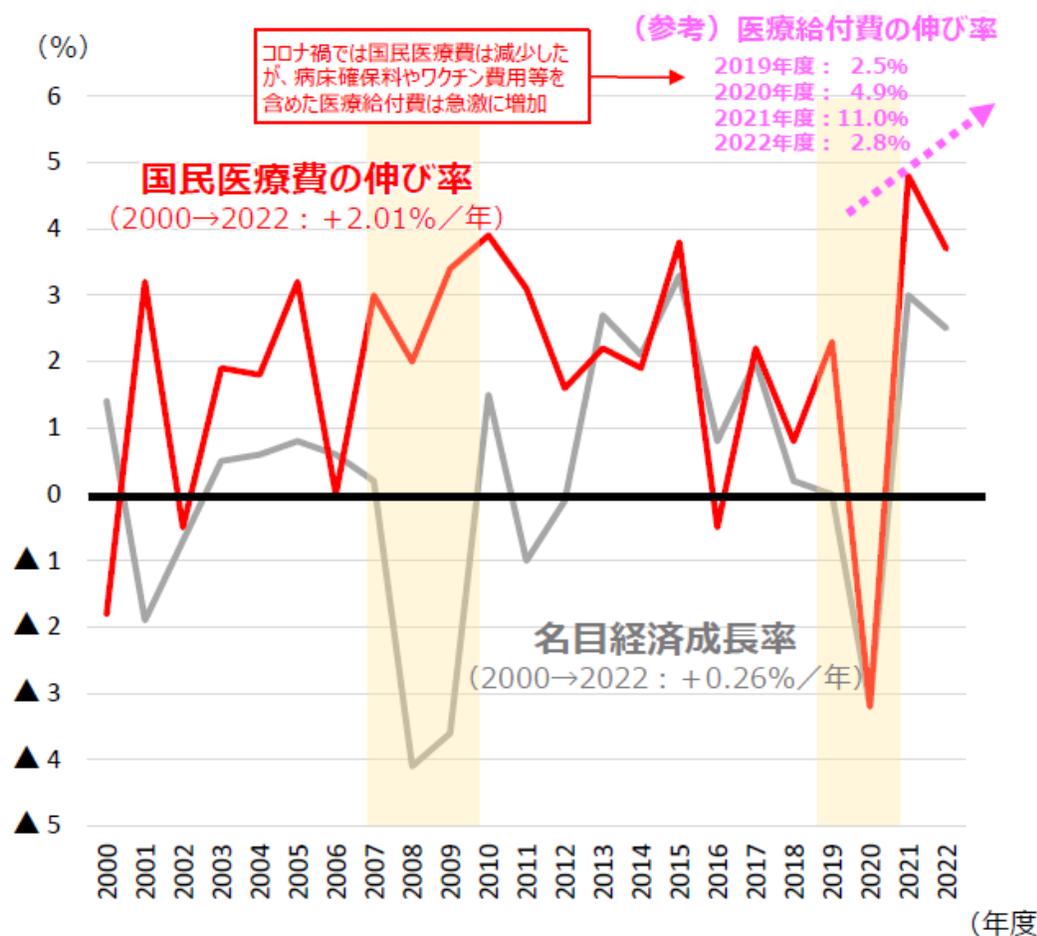


(出所) 日本年金機構ホームページ「厚生年金保険料額表」、全国健康保険協会ホームページ「健康保険料率等の推移」

(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) 2025年4月23日 財政審議会・財政制度分科会資料

# 医療費の伸びと経済成長率

- 医療・介護の保険料率の上昇傾向に歯止めをかけるには、医療・介護給付費の伸びを雇用者報酬の伸びと同水準にする必要。
- この雇用者報酬を含む経済成長率は、（経済危機の発生等による）周期的な振幅が大きいですが、医療費は、経済状況にかかわらず安定的に増加する傾向にある。
- **医療費の伸びと経済成長率の関係を議論する際には、周期的な振幅を考慮に入れた中期的な成長率と比較すべきである。**

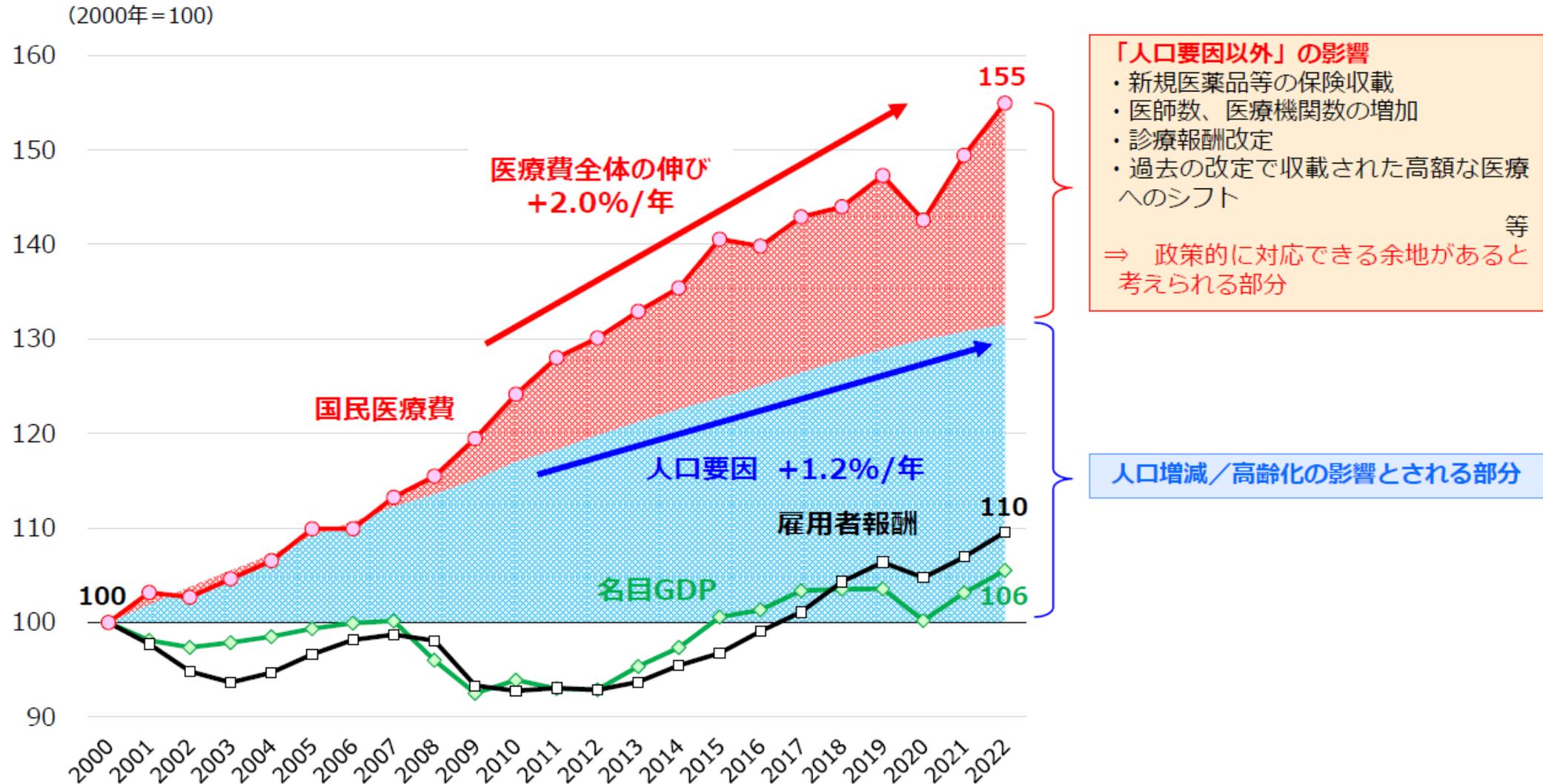


(出所) 内閣府「国民経済計算」、総務省「消費者物価指数」、厚生労働省「国民医療費」。医療給付費は国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用」から算出

(注) 国民医療費及び医療給付費の伸び率は、対前年度比。年平均増加率は、始点から終点までの増加率を年数のべき乗根で算出。

# 医療の伸びと政策的対応可能性

○ 医療費の伸びのうち、人口増減/高齢化による部分は半分強であり、予算による統制の外で行われる新規医薬品の保険収載など人口要因以外の部分も大きなシェアを占めている。政策的にはこの「人口要因以外」の部分における重点化・適正化努力を強化することで、保険料負担を含め国民負担の増加を抑制していく必要。



(出所) 内閣府「国民経済計算」、厚生労働省「国民医療費」、厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

# 制度の持続可能性を確保していくための医療制度改革

## 質の高い医療の効率的な提供

- 医療提供体制の改革
  - ・ 地域医療構想の推進、医師偏在対策
  - ・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備
- 公定価格の適正化
  - ・ 診療報酬改定、調剤報酬改定
- 費用対効果評価の活用
- 保険者機能の発揮
- 職種別の給与を含めた医療機関の診療・経営情報の更なる見える化
- 医療DX

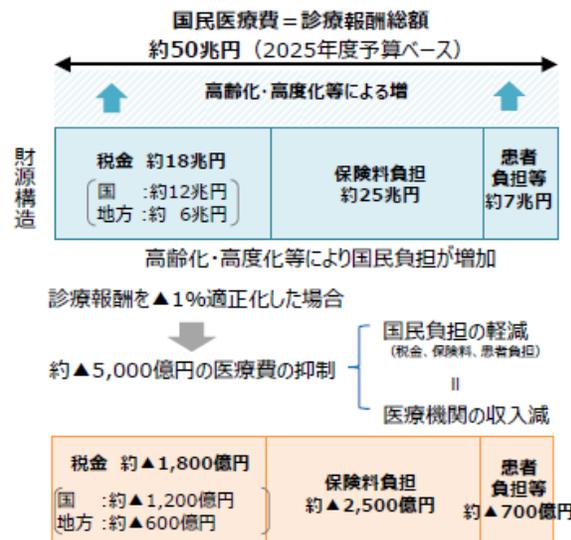
## 保険給付範囲の在り方の見直し

- 薬剤の自己負担の引上げ
  - ・ OTC類似薬の保険給付の在り方の見直し
  - ・ 薬剤費の一定額までの全額患者自己負担
  - ・ 医薬品の有用性に応じた保険給付率設定
- 医療費単価が増加する一方、支え手となる現役世代が減少するなかで、実効給付率に着目した、支え手の負担軽減につながる仕組みの導入
- 患者負担等の見直し（入院時の部屋代等）

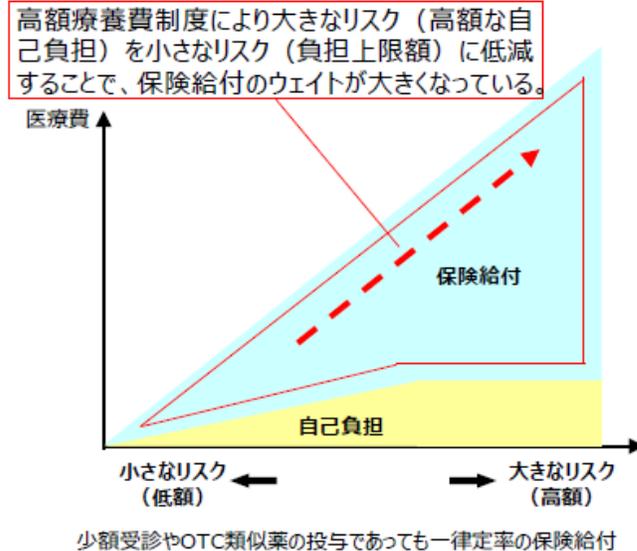
## 高齢化・人口減少下での負担の公平化

- 年齢ではなく能力に応じた負担
  - ・ 金融所得・金融資産を勘案した公平な負担
  - ・ 後期高齢者医療制度における「現役並み所得」の判定基準の見直し
- 高齢者が益々活躍することのできる長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方の見直し
- 後期高齢者医療制度における現役世代からの支援金に係る負担増の更なる抑制

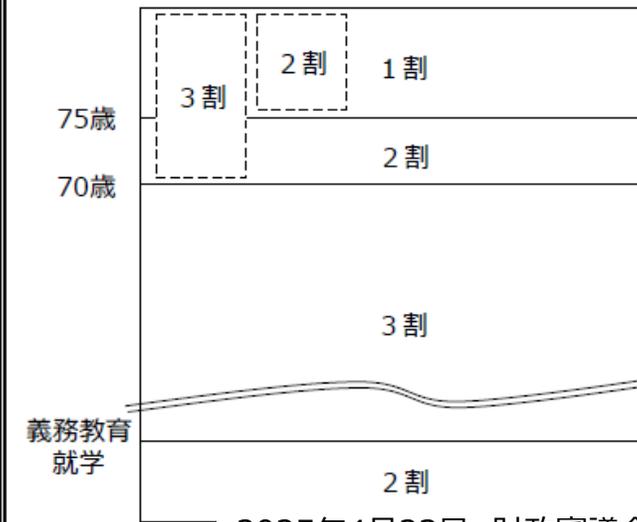
### 医療費の構造



### 現状の保険給付のイメージ



### 医療費の窓口自己負担



# 効率的な医療提供体制の構築（総括）

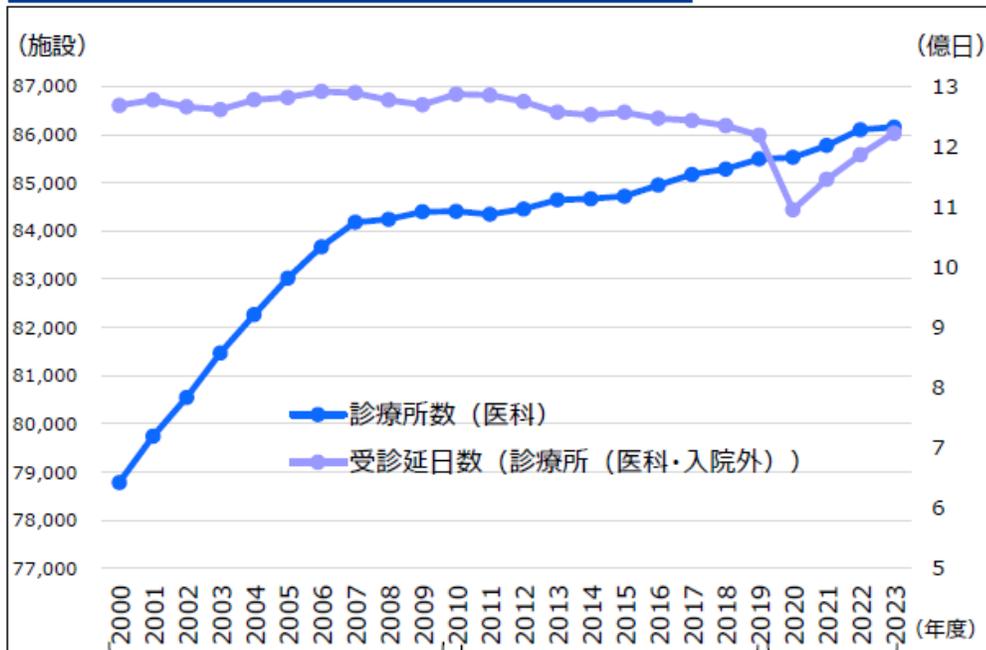
- 今後も人口減少が進む中で、地域医療を支える関係者が一丸となり、地域の希少な医療資源を可能な限り効率的に活用することによって、持続可能な地域医療提供体制を構築していくことが不可欠。
- 具体的には、高齢化等の患者像の変化やコロナ後の受診行動の変化に的確に対応し、病院機能の再編・統合や分化・連携を推進するとともに、日常的な幅広い疾患には地域全体で効率的に対応できるよう、地域に分散する医療資源を集約化していくことが肝要。

（参考）大臣折衝事項（令和6年12月25日 厚生労働省）

## （2）医療提供体制改革

高齢者人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化等に対応すべく、2040年度頃を視野に入れて、入院だけでなく、外来・在宅、介護連携や人材確保等も含める形で、あるべき医療提供体制を実現することが可能となるよう、新たな地域医療構想を策定する。2027年度から同構想に基づく医療提供体制改革が全国各地域で着実に進められるよう国として必要な対応を図る。医師偏在対策については、新たな地域医療構想を通じて、将来の人口動向や医療需要等の変化に対応した効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を進めることを踏まえ、重点医師偏在対策支援区域における財政支援について真に必要な対応を検討する。その上で、医師の適正配置につなげるための支援の具体的な内容については、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医師養成過程の取組等とあわせて、支援の継続性の観点から安定的な財源の確保を図りつつ、令和8年度予算編成過程で検討する。

## 診療所数の推移



1日当たりの医療費の推移 (診療所 (医科・入院外))

期間	年平均増減率
2000-2010	+1.1%
2010-2019	+1.4%
2019-2023	+2.8%

（出所）厚生労働省「医療費の動向」（令和5年度）

## これまでに取り組んできた主な事項

- **地域医療構想の推進**
  - ・ 2025年に向けて、構想区域ごとに病床の機能分化・連携を推進
  - ・ 医療介護総合確保基金の創設・充実
- **医師偏在対策**
  - ・ 地域枠の設定、臨床研修・専門研修での採用上限数の設定
  - ・ 医療介護総合確保基金による修学資金貸与、基幹病院からの医師派遣の充実
  - ・ 外来医師多数区域での新規開業者への地域医療提供の要請
- **かかりつけ医機能報告制度の創設**（2025年4月施行）

## 今後の主な改革の方向性

- **新たな地域医療構想の策定**（2025年国会に関係法案提出）
  - ・ 病床に加え、外来・在宅医療、介護連携も視野に入れ、地域ごとにビジョンを策定
  - ・ 病床に加え、「医療機関としての」機能報告を求め、その役割分担を明確化
  - ・ 精神病院及び精神科クリニックも地域医療構想の対象に位置付け
- **「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」の実行・具体化**
  - ・ 経済的インセンティブの具体策の検討（2026年度予算編成過程）
  - ・ 外来医師「過多」区域での新規開業者への規制強化（2025年国会に関係法案提出）
  - ・ 保険医療機関の管理者要件の創設（2025年国会に関係法案提出）
- **タスクシフト・シェアの推進**
- **医学部定員の適正化**

# 我が国の医療提供体制の現状と課題

- 日本では、諸外国と比べて、総病床数が多く、平均在院日数も長い。人口千人当たりの医師数は少なくないが、病床百床当たりの医師数は少ない。また、MRIやCTスキャナーの台数が極めて多く、1人当たり外来受診回数も多い。医療費と相関性が高いとされる病床数は西高東低の傾向。
- 更に、診療所については、都市部で増加傾向にある一方、1診療所当たりの従事者数が少なく、非効率な運営体制となっているとの指摘もある。

## ◆ 医療提供体制に関する各種指標の国際比較

国名	平均在院日数	平均在院日数 (急性期)	人口千人当たり 総病床数	人口千人当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床医師数	1病院当たり 臨床医師数	人口百万人当り MRI台数	人口百万人当り CTスキャナー台数	外来薬剤費 対GDP比	1人当たり 外来受診回数
日本	27.3	16.1	12.6	2.7	21.0	40.6	57.4 (2020年)	115.7 (2020年)	1.7% (2021年)	11.7 (2021年)
ドイツ	8.9	7.5	7.7	4.6	59.4	127.9	34.9	36.3	1.5%	9.6
フランス	9.1	5.6	5.5	3.2	58.1	73.1	17.9	20.2	1.3%	5.5
イギリス	7.7	7.5	2.5	3.3 (2023年)	130.2	107.4	7.2 (2014年)	9.5 (2014年)	0.7%	—
アメリカ	6.6	6.0	2.8	2.7	98.9	148.1	38.0 (2021年)	42.6 (2021年)	1.6%	3.6 (2021年)

(注) 記載がない場合は2022年データ。(出所) OECD Data Explorerより作成(2025年3月31日閲覧)。

## ◆ 人口千人当たりの病院病床数 (2023年)

都道府県	病院病床数 (人口千人当たり)
高知県	23.5
鹿児島県	20.2
長崎県	19.8
徳島県	19.0
熊本県	18.8

(中略)

千葉県	9.6
東京都	8.9
愛知県	8.7
埼玉県	8.6
神奈川県	7.9

## ◆ 1診療所(無床)当たりの従事者数 (2023年)

区分	1診療所当たりの人数
医師	1.4
看護師	1.6
准看護師	0.8
事務職員	1.7

(注) 1診療所(無床)当たりの従事者数は、2023年度の各区分従事者数を同年度の無床診療所数で除して得た数。(出所) 厚生労働省「令和5年医療施設(静態・動態)調査」

## ◆ 人口10万人当たりの無床診療所数(2023年)

区分	無床診療所数 (人口10万人当たり)
特別区	116.6
政令市	89.5
中核市	79.9
全国平均	84.4

## ◆ 医療費の決定要因に関する研究

<医師関係> (日本にも当てはまる)

- ① 医師誘導需要仮説: 医師の増加が医療需要を喚起
- ② アバーツ・ジョンソン仮説: 医師間の競争が激しくなるほど、価格競争ではなく設備投資競争(MRI等)が起きる  
(設備投資により、働きたい医師+患者を引きつけることができる)

(出所) 第2回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料2(印南構成員・野口構成員資料)から抜粋

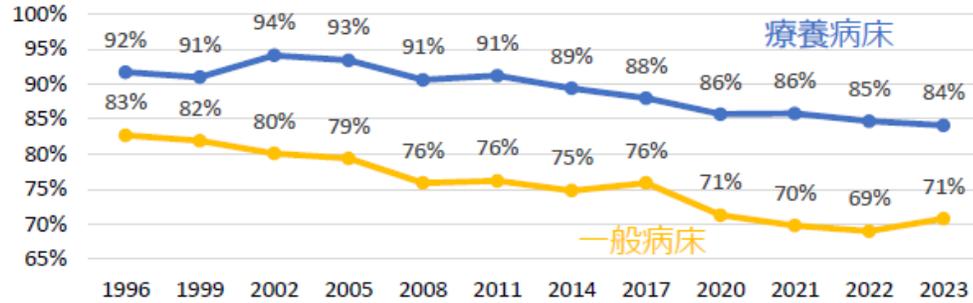
## 【改革の方向性】(案)

- 人材確保も困難となる中、できる限りコストを縮減し、医療資源を効率的に活用することで、質の高い医療を提供する必要。地域の実情に応じ、病床数の適正化を図り、入院機能の高度医療への重点化を図るとともに、診療所を含めた外来機能の集約を推進していくべき。

# (参考) 病院を取り巻く基本環境

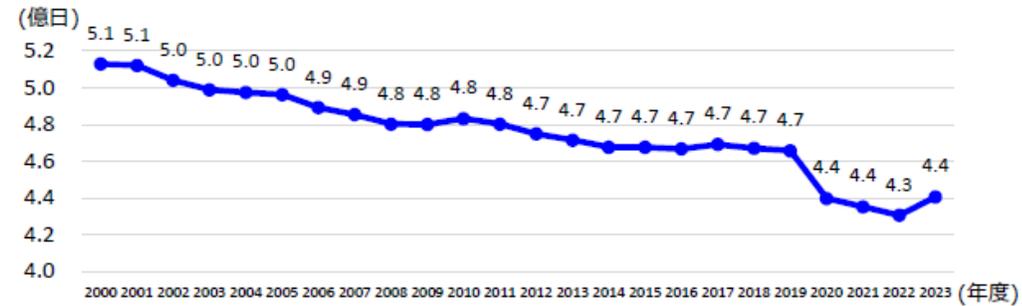
- 諸外国と比べて、特に人口当たりの急性期病床が多い中、全体として、病床利用率は低下傾向にあり、入院延べ日数の低下も見られる。
- 2040年における手術件数を見ると、全ての診療領域において、半数以上の地域医療構想区域で手術件数が少なくなると見込まれている。

## ◆ 病床利用率の推移



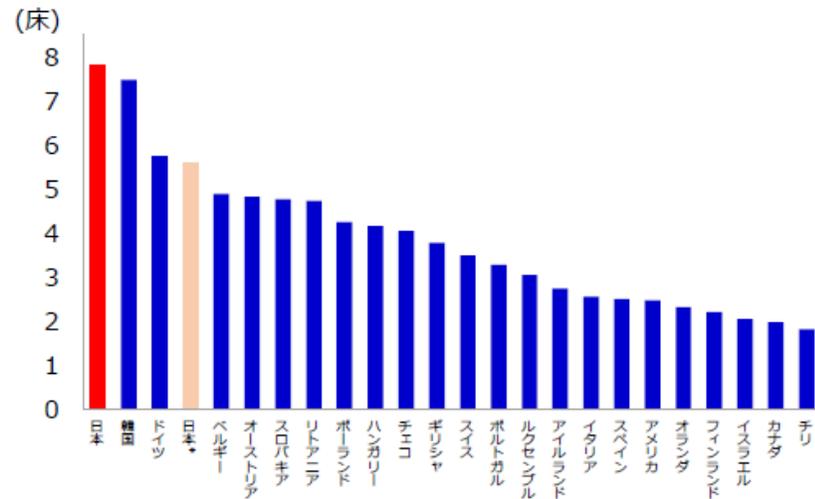
(出所) 厚生労働省「病院報告」(令和5年)  
 (注1) 療養病床は、平成8~11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過の旧療養型病床群の数値。  
 (注2) 一般病床は、平成8~11年まではその他の病床(療養型病床群を除く。)、平成14年は一般病床及び経過の旧その他の病床(経過の旧療養型病床群を除く。)の数値。

## ◆ 受診延べ日数(入院)



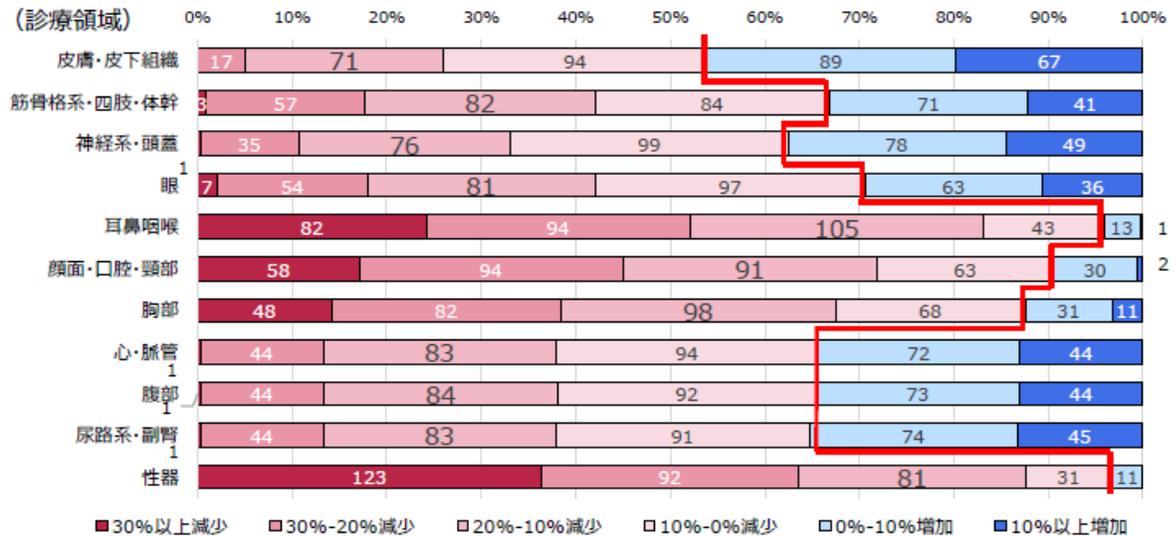
(出所) 厚生労働省「医療費の動向」(令和5年)

## ◆ 急性期機能を提供する病床数(人口1,000人対)



(出所) OECD Data Explore "Hospital beds by function of healthcare"、「日本\*」については、厚生労働省「病床機能報告(2022年度)」、総務省「人口推計(2022年)」  
 (注) グラフ内の「日本」は、医療機能別の病院、有床診療所の一般病床、療養病床、急性期病床の合計。「日本\*」は病床機能報告における急性期病床の合計。

## ◆ 2040年における手術件数の変化(対2020年比の変化率別構想区域数)



(出所) 厚生労働省「NDBオープンデータ」(令和4年度)、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省にて作成。推計は、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

# 医療提供体制の構築に向けた施策の方向性

- 令和7年国会に提出された医療法等改正法案に基づき、今後、それぞれの地域において、新たな地域医療構想の策定と医師偏在の是正が進められることになる。新制度の施行に際しては、高齢化はもとより、現役世代・働き手の減少や患者の受診行動の変化を的確に捉え、希少な医療資源の最大限の活用につながる医療提供体制の構築が可能となるよう、実効的な取組を進めていく必要。
- また、あるべき医療提供体制は一朝一夕で構築できるものではない。今後の社会経済環境の変化や医療分野での技術革新等も踏まえつつ、時機を逸することなく、次なる改革を実現することができるよう、不断の検討を図る必要がある。

## ◆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「あ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】

- 新たに「医療機関機能」の報告を求めるとし、構想区域ごとや広域な観点で確保すべき機能や今後の方向性等を都道府県に報告。
  - ✓ 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」を追加し、「包括期機能」とする。

### 【都道府県知事の権限強化】

- 必要病床数を超えた増床の際は、調整会議で認められた場合に限り許可。
- 既存病床数が基準病床数を上回る際には、地域の实情に応じた、必要な医療機関に調整会議の出席を要請。

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、**患者像の変化（需要面での変容）**、各医療機関の機能分化・連携・集約化による**地域医療の効率化（供給面での取組）**を反映した推計とすべき。

手術件数など客観要件により「急性期拠点機能」を持たせる病院を絞り込むとともに、地域の高齢者救急の担い手となるべき医療機関はリハビリ機能も重視した「高齢者救急・地域急性期機能」としての役割を發揮すべき。

地域での効率的な医療提供体制の構築に責任を持つ**都道府県の権限強化の在り方について、不断の見直しが必要。**

## ◆医師偏在対策

### 【経済的インセンティブ】

- 診療所の承継・開業・地域定着への支援。
- 派遣医師・従事医師への手当増額。（財源は保険者拠出）
- 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関への支援。

### 【規制的手法】

- 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関を拡大。（地域医療支援病院に公的・公立病院、国病、JCHO、労災病院を追加）
- 外来医師過多区域の新規開業者に対し、都道府県から、開業6か月前に医療提供内容の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能に。
  - ✓ 要請に従わない場合、医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮
- 保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件化。

### 【その他の支援】

- リカレント教育の支援、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援。

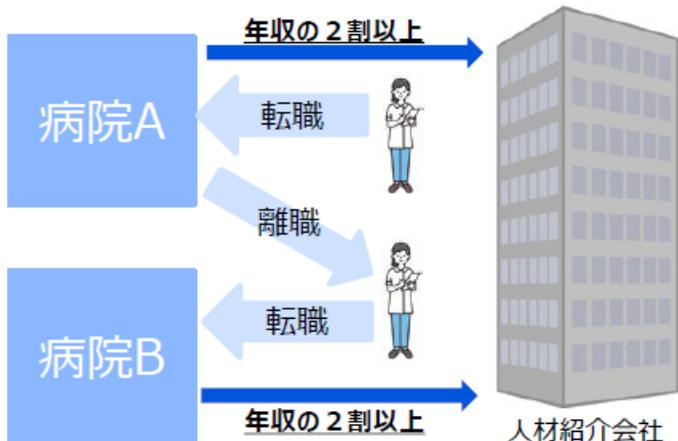
## 【改革の方向性】（案）

- 地域医療構想の策定に当たって、これまでの病床の機能分化・連携の推進に加え、地域における医療機関ごとの役割分担の明確化が一層図られるよう、国として実効的なガイドラインを作成すべき。

# 人材紹介会社の規制強化

- 医療機関が医療従事者を雇用する際、人材紹介会社を介す場合は一定の手数料が生じる。ただし、人材紹介会社を経由した場合の離職率を見ると、安定的な人材確保につながっているとは言いがたく、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。
- 足元で、紹介手数料の負担割合は更に増加しているとも考えられ、保険料と税金で賄われている医療機関の経営原資が必要以上に紹介手数料に流れ、更に保険料の上昇を招くことのないよう、実態を把握の上で必要な対応を図る必要がある。

## ◆ 人材紹介会社を介した転職の例



## ◆ 人材紹介会社に対する手数料設定

○ 採用者の年収に対する手数料率 (平均) : **23.4%**

(参考) 職種ごとの平均手数料額

職種	平均手数料 (万円)
医師	351.7
看護師	76.0
准看護師	67.9
看護補助者	43.3
助産師	116.0
薬剤師	115.3

(出所) 公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会、独立行政法人福祉医療機構「病院の人材紹介手数料」に関するアンケート調査-調査結果概要- (2020年) より抜粋

## ◆ 常勤看護師 (准看護師を含む) の新規雇用で採用に要した1人当たりの費用 (2020年度)

金額帯	全体	紹介会社 未回答6病院除く	紹介会社以外 未回答52病院除く
~50万円	77.0%	6.5%	97.4%
51~100万円	20.6%	77.0%	1.3%
101~150万円	0.3%	13.5%	0.3%
151~200万円	0.0%	1.0%	0.0%
201万円~	2.0%	2.0%	1.0%
<b>平均</b>	34.9万円	<b>88.1万円</b>	<b>10.8万円</b>
<b>中央値</b>	21.8万円	<b>83.5万円</b>	<b>0万円</b>

(出所) 全日本病院協会「雇用における人材紹介会社に関するアンケート調査報告」(2020年)

## ◆ 医療従事者の離職率

	人材紹介会社経由	
	3か月以内	6か月以内
医師	13.0% (0.8%)	19.0% (3.6%)
保健師・助産師	9.3% (2.1%)	24.0% (7.2%)
看護師・准看護師	11.9% (6.8%)	23.1% (12.0%)
看護助手	21.7% (14.8%)	35.2% (24.6%)
薬剤師	12.1% (6.9%)	19.8% (10.0%)
リハビリ専門職	7.1% (1.6%)	13.1% (2.9%)
その他	15.4% (8.5%)	24.6% (13.0%)
合計	13.3% (7.4%)	24.2% (12.8%)

(出所) 厚生労働省「医療・介護分野における職業紹介事業に関するアンケート調査」(2019年)  
(注) 括弧内は人材紹介会社以外の離職率。

## ◆ 医業介護費用に占める紹介手数料の割合

項目	令和3年度	令和4年度	金額の伸び率
医業・介護収益	3,295,193千円	3,363,733千円	<b>2.1%</b>
医業・介護費用	3,477,120千円	3,587,973千円	<b>3.2%</b>
<b>紹介手数料</b>	2,877千円	3,455千円	<b>20.1%</b>
構成比率 (対収益)	0.09%	0.10%	
構成比率 (対費用)	0.08%	0.10%	

(出所) 厚生労働省「医療経済実態調査」(令和5年)

## ◆ 人材紹介手数料等に対する医療機関の意見

- 高額の手数料をどうにかして欲しい。いつまで経っても足元を見て紹介手数料を決められている感じがする。
- 紹介会社の手数料が高すぎることで、採用する際の障害になっている、又、経営面の負担になる。
- 国として紹介料の上限を妥当な金額に設定するなど、なんらかの基準を設けて欲しい。

(出所) 全日本病院協会「雇用における人材紹介会社に関するアンケート調査報告」(2020年) より抜粋

- ハローワーク、職能団体の紹介・斡旋が全く機能しておらず、人材紹介業が一連の規制緩和で隆興を極めている。ほぼ電話とメールだけで想定年収の20%~30%を徴収するのはどう考えてもやり過ぎと思われる。
- 手数料が高額すぎ、不満を感じます。職種に寄りますが、年収の20%~30%もの手数料を請求されます。

(出所) 公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会、独立行政法人福祉医療機構「病院の人材紹介手数料」に関するアンケート調査-調査結果概要- (2020年) より抜粋

### 【改革の方向性】(案)

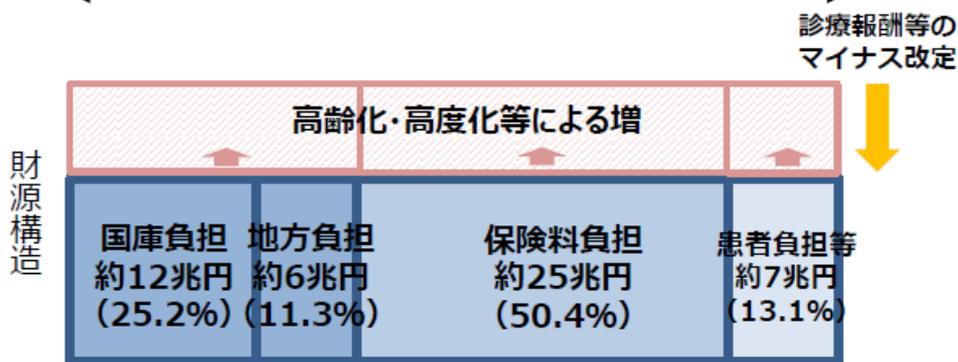
- ハローワークや都道府県等を介した公的人材紹介の充実とあわせ、手数料の多寡や定着状況により紹介業者が選別・淘汰される仕組みを推進し、必要に応じて更なる規制強化を検討すべき。

# 診療報酬改定（総括）

- 効率的で質が高く、患者本位の医療提供体制を構築していくのと軌を一にする形で、あるべき診療報酬体系を構築していくことが重要。診療報酬は、保険償還の対象となるサービスの価格（P=単価）であり、サービスの供給（Q=量）次第では、国民負担の軽減には直接はつながらないが、あるべき医療提供体制の構築との整合性を図りつつ、不断の合理化・適正化を進めていく必要。
- 2026年度診療報酬改定は、これまで進めてきた「2025年に向けた改革」のバトンを引き継ぐ改定であり、新たな地域医療構想や医師偏在対策の強化、そして、施行が本格化する「かかりつけ医機能報告制度」の後押しともなるようなメリハリのある改定とすべき。

## 医療費の構造

国民医療費 = 診療報酬総額  
約50兆円（2025年度予算ベース）



診療報酬を▲1%適正化した場合

約▲5,000億円の医療費の抑制

国民負担の軽減  
(税金、保険料、患者負担)

医療機関の収入減

税金 約▲1,800億円

国 : 約▲1,200億円  
地方 : 約▲600億円

保険料負担  
約▲2,500億円

患者  
負担等  
約▲700億円

## これまでに取り組んできた主な事項

- **メリハリのある診療報酬改定（2024年度診療報酬改定）**
  - ・ 医療従事者の賃上げのための「ベースアップ評価料」を新設
  - ・ 入院時の食費基準額の引き上げ（30円）（2025年度にも20円の引上げ）
  - ・ 生活習慣病等に係る管理料等の再編等の効率化・適正化
- **2025年度薬価改定**
  - ・ 国民負担の軽減、創薬イノベーションの推進、医薬品の安定供給の確保の要請にきめ細かく対応

## 今後の主な改革の方向性

- **高齡化やコロナ後の受診行動の変化を踏まえた今後のあるべき医療提供体制の構築に向けた診療報酬改定**
  - ・ 病院と診療所では経営状況や費用構造等が異なることを踏まえたメリハリある改定の実施
  - ・ 地域での全人的なケアの実現に資する報酬体系の見直し
  - ・ 診療ガイドラインに基づく適切な疾病管理を踏まえた診療報酬の在り方の見直し
  - ・ 医師偏在対策につながる診療報酬上の措置の検討
  - ・ リフィル処方箋の一層の利用促進に資する診療報酬上の対応

# 報告を求めるかかりつけ医機能「1号機能」

○かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所とする。  
 ○報告を求めるかかりつけ医機能（1号機能）の概要は以下のとおり。1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

## ■ かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所

## ■ 具体的な機能（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を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、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、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

## ■ 医療機関からの報告事項（1号機能）

- 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること
- 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
- 17の診療領域\*1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

\*1 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※ 上記の1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

※ かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後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て、改めて検討する。

令和6年7月5日「かかりつけ医機能が發揮される制度の施行に関する分科会」資料

## (例) 一次診療に関する報告できる疾患案（40疾患）

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
高血圧	590.1	9.循環器系
腰痛症	417.5	16.筋・骨格系及び外傷
関節症(関節リウマチ、振白)	299.4	16.筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6.呼吸器、17.小児
皮膚の疾患	221.6	1.皮膚・形成外科、17.小児
糖尿病	210	14.内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16.筋・骨格系及び外傷、17.小児
脂質異常症	153.4	14.内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7.消化器系
慢性腎臓病	124.5	10.腎・泌尿器系
がん	109.2	-
喘息・COPD	105.5	6.呼吸器、17.小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6.呼吸器、17.小児
うつ(気分障害、躁うつ病)	91.4	3.精神科・神経科
骨折	86.6	16.筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4.眼
白内障	64.4	4.眼
緑内障	64.2	4.眼
骨粗しょう症	62.9	16.筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス(神経症)	62.5	3.精神科・神経科
認知症	59.2	2.神経・脳血管
脳梗塞	51	2.神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
統合失調症	50	3.精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5.耳鼻咽喉、17.小児
睡眠障害	41.9	3.精神科・神経科
不整脈	41	9.循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4.眼、17.小児
前立腺肥大症	35.3	10.腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9.循環器系
正常妊娠・産じょくの管理	27.9	11.産科
心不全	24.8	9.循環器系
便秘	24.2	7.消化器系
頭痛(片頭痛)	19.9	2.神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2.神経・脳血管
難聴	17.1	5.耳鼻咽喉
筋断症候群	17	16.筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12.婦人科
慢性肝炎(肝硬変、ウイルス性肝炎)	15.3	8.肝・胆道・膵臓
貧血	12.3	15.血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13.乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数  
[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?stat\\_inf0=00003211984&fileKind=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?stat_inf0=00003211984&fileKind=1)

### 【上記例の設定の考え方】

- ・一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出、該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加、ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・XXI健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

- 報告を求めるかかりつけ医機能（2号機能等）の概要は以下のとおり。
- 各報告事項のうち、いずれかが「有」の場合は「当該機能有り」として報告を行う。

## ■ 具体的な機能（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療  
・通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能
- （2）入退院時の支援  
・在宅患者の後方支援病床を確保し、地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスに参加し入退院時に情報共有・共同指導を行う機能
- （3）在宅医療の提供  
・在宅医療を提供する機能
- （4）介護サービス等と連携した医療提供  
・介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する機能

## ■ その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等
- 1号機能及び2号機能の報告で「当該機能有り」と現時点でならない場合は、今後担当意向の有無

## ■ 医療機関からの報告事項（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
  - ① 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日 夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
  - ② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況
- （2）入退院時の支援
  - ① 自院又は連携による后方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
  - ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
  - ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
  - ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
  - ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数
- （3）在宅医療の提供
  - ① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
  - ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
  - ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
  - ④ 自院における在宅看取りの実施状況
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
  - ① 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会設定等）
  - ② 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
  - ③ 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
  - ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
  - ⑤ ACPの実施状況

# 全人的なケアの実現に向けて

- 2025年4月、かかりつけ医機能報告制度がスタートし、地域の患者は、今後、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用することが可能となる。それぞれの地域で、住民の医療ニーズの動向を的確に捉え、医療機関相互間の役割分担・連携が進められる中で、地域住民に身近な立場で全人的なケアを総合的かつ継続的に行う医療機関が選択されることが重要。
- 2026年度診療報酬改定は、こうした全人的なケアを重点的に評価する報酬体系とする契機とすべきであり、これまで先行して進められてきた「かかりつけ医機能の報酬上での評価」について改めて精査・整理の上で、抜本的な見直しを図るべき。特に外来診療に関し、初診・再診料に係る各種加算や「日常的な健康管理」を評価する各報酬項目を含め、地域の患者を「治し、支える」役割を的確に評価する報酬体系とすべき。

## ◆見直しを検討すべき主な報酬項目

### 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を有する患者に対する全人的なケアを評価するにふさわしい報酬となっているか、前向きにかかりつけ医機能の発揮を志向できる的確なインセンティブ機能を果たしているかを検証の上で見直す必要。例えば、両者を統合した上で、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ではないか。

### 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。

例えば、再診料に包括化する等した上で、その果たしてきた役割・機能については、他のかかりつけ医機能を評価する管理料・加算との間で整理・統合すべきではないか。

### 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的確で質の高い診療機能を発揮することを評価するもの。
- ✓ 「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。

「初診時におけるかかりつけ医機能の発揮」を的確に評価する形となっているかどうかを改めて検証した上で、その廃止を含め抜本的な見直しを図るべきではないか。

### 【改革の方向性】（案）

- 外来診療の機能分化・連携を更に進め、地域において、全人的なケアを提供する医療機関が適切に評価されるよう、各種の基本料や加算を今一度よく精査・整理した上で、診療側の提供体制や経営上の都合ではなく、真に患者本位の治療を実現できる報酬体系へと再構築すべき。

# 疾病管理の在り方（生活習慣病）

- 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を実施。具体的には、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、新たに月1回算定可能な「生活習慣病管理料(Ⅱ)」を新設した。
- 引き続き、生活習慣病管理料や特定疾患療養管理料の要件については、診療ガイドラインと整合的な形となるよう、不断の見直しが必要。

(月1回算定)

## 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含まれる。

- 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、当該計画書への患者の署名が必要

(月2回算定)

## 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**外来管理加算**（52点）が算定可
- ※ 処方料・処方箋料に対する**特定疾患処方管理加算**（56点）も算定可

**R6改定により、生活習慣病である糖尿病・脂質異常症・高血圧を除外**

【令和6年度診療報酬改定に関する中医協の附帯意見】

生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、**より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。**  
 加えて、**他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。**

【算定イメージ】

<改定前>

- ・再診料 73点
- ・外来管理加算 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

<改定後>

- ・再診料 75点
- ・~~外来管理加算 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~~

◆ 特定疾患療養管理料の対象疾患（主なもの）

- 結核
- 悪性新生物
- 甲状腺障害
- 処置後甲状腺機能低下症
- 虚血性心疾
- 不整脈
- 脳血管疾患
- 肺気腫
- 喘息
- 胃炎及び十二指腸炎

(月1回算定)

## 生活習慣病管理料(Ⅰ)

- 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**
- ※ **引き続き、検査等は包括**

(月1回算定)

## 生活習慣病管理料(Ⅱ)

- 1 脂質異常症を主病とする場合 **333点**
- ※ **引き続き、検査等は出来高算定**
- ※ **外来管理加算の併算定は不可に見直し**

(月2回算定)

## 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**

- ※ **引き続き、外来管理加算は算定可**
- ※ **特定疾患処方管理加算（56点）の対象疾患からも、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外**

【算定実績】

【算定回数の変動による影響】

特定疾患療養管理料 **2,675万回⇒1,112万回** (▲1.21%)  
 特定疾患処方管理加算 **2,165万回⇒638万回** (▲0.31%)  
 外来管理加算（再診） **5,620万回⇒4,360万回** (▲0.24%)  
 生活習慣病管理料(Ⅰ) **27万回⇒101万回** (+0.18%)

【点数の新設・廃止による影響】

(廃止) 特定疾患処方管理加算(Ⅰ) (▲0.06%)  
 (新設) 生活習慣病管理料(Ⅱ) (+1.64%)

【所定点数の変動による影響】

特定疾患処方管理加算66点→56点 (▲0.08%)  
 生活習慣病管理料(Ⅰ)570点→610点他 (+0.00%)  
**+1,352万回**

(注1) 括弧内は、前年同月期に対する総点数の増減率を示している。(注2) 生活習慣病管理料(Ⅱ)の算定回数については、増減率から概数を算出。  
 (注3) 生活習慣病管理料(Ⅰ)の所定点数の変動による要因の増減率については支払基金から聴取した情報による。(出所) 社会保険診療報酬支払基金「被用者保険等医療費の動向」(令和6年6月～8月診療分)

【改革の方向性】(案)

- 生活習慣病患者の疾病管理について、病状が安定してきた患者に対するフォローアップは、一般的な診療ガイドラインに沿う形で報酬の算定要件を厳格化するべき。例えば、血圧がコントロールされている場合の生活習慣病管理料の算定について、1か月に1回よりも長くする等の対応を検討すべき。

# (参考) 生活習慣病にかかる診療ガイドライン

○ 諸外国等における生活習慣病に関するガイドラインでは、薬物療法で病状が安定している場合は、数か月に1度の経過観察が適当とされるケースもある。

## ◆ 諸外国等における生活習慣病（高血圧や脂質異常症）の経過観察中のガイドライン

高血圧	2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension	<p>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 <math>\geq 140/90\text{mmHg}</math>）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、<b>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）</b>。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。…</p> <p>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。…<b>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</b>されます。</p>
	Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children	<p>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…。<b>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</b>があります。</p>
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）	<p>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、<b>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</b>。</p>
糖尿病	Standards of Care in Diabetes (American Diabetes Association)	<p>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、<b>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</b>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）</p>

# セルフケア・セルフメディケーションの推進 ①スイッチOTC化の一層の推進

- セルフケア・セルフメディケーションの推進に当たっては、OTC薬の選択肢の幅を広げるため、スイッチOTCの推進が重要。
- OTC薬に係る適正使用の確保や販売体制の改善、国民の理解促進を含めた環境整備を前提としつつ、「長期間状態が安定」「対処方法が確定」「自己による服薬管理が可能」と言える場合に係るスイッチOTC化を着実に進めていくべき。

## ◆スイッチOTCとは

(i) 処方箋医薬品 ①医療用医薬品

(ii) 処方箋医薬品以外の医療用医薬品

【スイッチOTC化】

(=要指導(一般用)新有効成分含有医薬品の承認取得)

要指導医薬品

※ 現行制度上、要指導医薬品は、一定期間経過後、自動的に一般用医薬品に移行。

※ R7国会において、適正使用確保のため必要なら要指導医薬品に留めることを可能とする法改正予定。(R7年国会に提出中 (R7.3/18日))

一般用医薬品

②OTC薬

第一類医薬品

第二類医薬品

第三類医薬品

## 【スイッチOTC化する上で満たすべき基本的要件】

- 人体に対する作用が著しくないものであって、使用者の状態やその変化に応じて、医師による薬剤選択や用量調整等(他剤との併用も含む)を必要としない医薬品であること。
- 以下のいずれかのような医薬品であること。
  - 使用する際に使用者自身が症状から判断することが可能であり、使用者自身が適正に購入し短期間使用できる医薬品であること。
  - 初発時は、使用者のみでは自己判断が難しい症状であるものの、一定期間内の診断情報、服薬指導等といった医師、薬剤師による一定の関与により、使用者が適正に購入し使用できる医薬品であること。
- 原疾患以外の症状をマスクするリスク等を含め、医療機関への受診が遅れることによって生じるリスクについて、講じる対策により許容可能なリスクにできること。
- スイッチOTC化した際に懸念される公衆衛生上のリスク(医薬品の濫用等)について、講じる対策により許容可能なリスクにできること。

(出所) 医療用から要指導・一般用への転用に関する評価検討会議における「中間とりまとめ」

## ◆主な例

(※これまでスイッチOTC化されたのは計96成分(2025.4時点))

スイッチ年次	成分名	薬効(一般用医薬品)	主な製品
1983年	ソステロール	コレステロール降下薬	ローカスタ
1985年	インドメタシン	外用鎮痛薬	サロンパス
1985年	イブプロフェン	鎮痛薬	イブ
1988年	カルボスチン	鎮咳薬	ムコダイン
1997年	ファモチジン	胃腸薬	ガスター
2010年	ロキソプロフェンナトリウム	消炎鎮痛薬	ロキソニン
2012年	フェキソフェナジン塩酸塩	アレルギー用薬	アレグラ
2020年	精製ヒアルロン酸ナトリウム	ドライアイ薬	ヒアレイン

## ◆スイッチOTC化のKPI (令和5年12月に設定)

- 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については、原則として3年以内(令和8年末まで)に日本でもOTC化する。
- 関係審議会等の審査・審議・意思決定プロセスの見直し等必要な措置を講ずることにより、国内でスイッチOTC化の要望があり申請されたものについては、原則として以下の対応。
  - ① 「医療用から要指導・一般用への転用に関する評価検討会議」への要望書の提出時点から総期間1年以内に検討結果を取りまとめる。
  - ② 承認申請から承認の可否を判断するまでの総期間1年以内とする。

## 【改革の方向性】(案)

- 国民の利便性向上に資する医薬品のスイッチOTC化を進め、薬局で自ら購入できる医薬品の選択肢を増やしていく必要。例えば、既に医師の処方を受け、症状が長期に安定しているような生活習慣病患者に係る医薬品(降圧剤等)・検査薬のスイッチOTC化を進めてはどうか。

# セルフケア・セルフメディケーションの推進 ②OTC類似薬の保険適用の在り方の見直し

○ OTC薬のある医療用医薬品に対する保険給付の在り方については、諸外国の例や、我が国の保険外併用療養費制度も参考に、概ね全ての自治体でこども医療費助成が実施されていること等も踏まえつつ、必要な医療保障とのバランスを確保できる方策について、幅広く検討を進めるべき。

## ◆諸外国の例（医薬品に対する保険給付の在り方）

✓ 医薬品の処方制限、有用性に応じた自己負担割合の設定、定額自己負担といった様々な仕組みを持つ国が存在。

### 【英国】～軽度な症状に対する医薬品の処方制限～

医療費の抑制のため、**重症ではない症状を有する患者に対する処方医薬品の交付を減らし、OTC薬の購入を促すようにするため**、2019年、NHS England による**ガイドランスが発行**されている<sup>25</sup>。

25 NHS, Guidance on conditions for which over the counter items should not routinely be prescribed in primary care.

(出所)「国民が安心してセルフメディケーションできるICTやIoT技術を活用したOTC医薬品の販売・授与に関する調査研究」(研究代表者 昭和大学薬学部 赤川圭子氏)

### 【仏国の例】～薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定～

抗がん剤等の代替性のない高額医薬品		0%
国民連帯の観点から負担を行うべき医療上の利益を評価して分類(医薬品の有効性等)	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

### 【スウェーデンの例】～薬剤費の一定額までの全額患者負担～

年間の薬剤費	患者負担額
1,150クローネまで	全額患者負担
1,150クローネから5,645クローネまで	1,150クローネ+超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

(注) 1クローネ=14円 (2024年4月中において適用される裁定外国為替相場)

## ◆「保険外併用療養費制度」の柔軟な活用・拡大について

保険外併用療養費の対象となれば、保険診療との併用が可能。例えば、差額ベッド代は全額自己負担でも、それ以外の入院料などは通常の負担。

評価療養	保険導入のための評価を行うもの(例: 先進医療)
患者申出療養	患者からの申出に基づき保険導入のための評価を行うもの
選定療養	保険導入を前提としないもの(例: 差額ベッド、歯科の金合金)

OTC類似薬	技術料等	現状
保険給付	保険給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 現状では、技術料も薬剤も内容にかかわらず一定割合の負担</li> <li>■ 薬局等でOTC薬が販売されているにも関わらず、保険料財源により、OTC類似薬がファイナンスされる。</li> </ul>
3割自己負担	3割自己負担	

OTC類似薬	技術料等	案: 単純な「保険適用除外」
全額自己負担	全額自己負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ OTC類似薬について、単に保険給付から外す場合には、「混合診療の原則禁止」の下で、技術料や他の薬剤も含めて全額が自己負担となる。</li> </ul>

OTC類似薬	技術料等	案: 保険外併用療養費制度の活用
全額自己負担	保険外併用療養費	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 保険外併用療養費制度を活用し、例えば「新たな選定療養」と位置付ければ、OTC類似薬についてのみ切り出されて自己負担となる。</li> </ul>
	3割自己負担	

### 【改革の方向性】(案)

○ セルフケア・セルフメディケーションの推進、リスクに応じた自己負担、必要な医療へのアクセスの確保といった観点を踏まえ、OTC類似薬に係る保険給付の在り方の見直しを具体的に進めていくべき。

# 入院時の部屋代

- 医療機関への入院コストのうち、「光熱水費」や「室料」については、「医療」そのものではなく、医療技術や薬剤に適切にファイナンスするという医療保険の本来の役割を果たし続けるとの観点からは、保険給付の対象外とすべきと考えられる。
- 現状、65歳以上の一般病床・精神病床の入院患者と、65歳未満の全ての患者は、「室料」はもとより、「光熱水費」の負担がない。65歳以上の療養病床の入院患者に限っては、「光熱水費」の負担はあるが、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）では徴収される「多床室の室料」は負担していない。これら自己負担となっていない部分の費用については、医療保険でカバーされている。
- 在宅医療を受ける患者との公平性の観点や、医療法上の病床区分で診療報酬上の取扱いを変えることの不合理性に鑑みれば、年齢や対象疾患・対象病棟に関わりなく、患者の負担能力に応じて、光熱水費・室料を自己負担として求めることを検討すべきではないか。

## ◆ 現行制度

(医療法上の病床区分)	65歳以上	65歳未満
療養病床	370円 (光熱水費相当)	0円
一般病床・精神病床	0円	0円

※ 別途、入院患者から「差額ベッド代」を徴収可能。

## ◆ 病床区分と診療報酬の関係

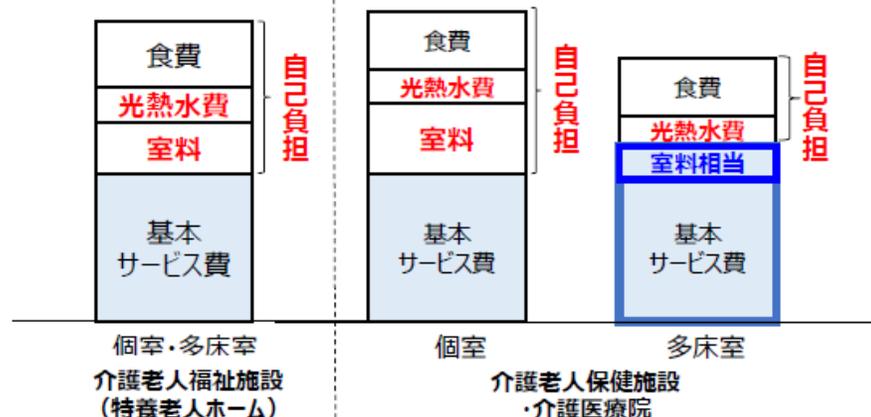
- ✓ 療養病床でも一般病床でも、診療報酬上は、例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料のどちらでも算定（届出）可能となっている。つまり、病床区分と当該病床に入院する患者実態は明確に紐付いていないのが実態。
- ✓ 同じ65歳以上でも、例えば、ともに地域包括ケア病棟入院料を算定しており、機能・評価が同等の医療を受けているにも関わらず、入院先が療養病床か否かで、光熱水費負担の有無が変わるのは不合理ではないか。

## ◆ 在宅との均衡

- ✓ これまで、「地域完結型」の医療を目指し、病床機能の分化・連携と、在宅医療・介護までの切れ目ない提供体制の構築が目指されてきた。
- ✓ 「居住コスト」という生きていく上での基本的な費用について、入院患者であるか、在宅療養者であるかで負担の在り方が異なるのは、（少なくとも医療政策としては）不公平であり、患者にとっての最適な医療選択を歪める恐れもあるのではないか。

## ◆ 介護保険制度での取扱い

※ 補足給付対象外の入居者であれば、自己負担額は自由に設定可能。



### 【介護保険制度における「補足給付」の仕組み】

- 介護保険では、食費及び居住費（光熱水費・室料）に係る自己負担額について、負担能力に応じた軽減措置を実施。
- 介護保険の給付範囲ではないとの前提で、その対象に対して、暫定的・例外的・福祉的な措置として、介護保険から給付。
- 応能負担の徹底の観点から、保有資産を勘案の上で、補足給付の対象の可否・給付額を決定。

## 【改革の方向性】（案）

- 医療機関の入院患者に係る光熱水費・室料については、介護保険制度での取扱いも参考にしつつ、患者の負担能力に応じた形で、保険給付から除外し、自己負担とするべき。

# 以上となります

※本内容に開示すべきCOIはありません

※本プレゼンテーションの内容は、あくまで坂巻の私見を含んだ内容となっておりますことを、ご承知おきください。