

社会保険旬報

2025 9/21

No.2976

レコーダ

2026年度診療報酬改定の課題と展望

…林修一郎

論評

非医療としての「介護」誕生前夜

—1998年「福祉のターミナルケア」論争とは何であったのか

…柏崎郁子

潮流

令和6年度概算医療費は1.5%増の48兆円で過去最高

潮流

IQVIAのデータから国内医薬品市場の動きをみる

NEWS

厚労省が医療事故調等検討会に医療安全管理者の役割など論点を提示

資料

歯科・学科・実技試験問題の解答と解説…第62回診療報酬請求事務能力認定試験

■レコーダ

医療経済フォーラム・ジャパン 第123回定例研修会

2026年度診療報酬改定の 課題と展望

【講師】林修一郎 厚生労働省 保険局医療課長

医療経済フォーラム・ジャパン（会長Ⅱ中村洋・慶應義塾大学大学院教授）主催の第123回定例研修会が8月5日に都内で開かれ、厚生労働省保険局の林修一郎医療課長が「2026年度診療報酬改定の課題と展望」をテーマに講演した。

2026年度診療報酬改定に向けた課題として、林課長は、新たな地域医療構想で表現された、医療機関機能などの考え方を踏まえ、様々な医療機関の機能を診療報酬体系においてどう支えていくか、中央社会保険医療協議会（中医協）においても議論が必要であると説明した。2024年度改定で新設した地域包括医療病棟については、医療界から要件緩和を求める意見が相次いでいる。林課長は、現状の要件が設定された理由を説明するとともに、病棟の現状の使われ方や患者像を医療資源投入量の分析を通じて明らかにし、よりきめ細かな報酬設定の可能性を示唆した。

賃金・物価対応が2026年度改定の最大の課題であることを会場の参加者とともに確認した。骨太方針2025では従来の社会保障関係費抑制方針に関する記載が修正されたが、現行の診療報酬が賃金・物価が上昇する現象に対応するためには、そのための方法を考える必要があると述べた。

現状の診療報酬は薄利多売を
迫るような形になっている

2026年度診療報酬改定の議論はまだ始まったばかりで、まだ改定の方針を説明できる段階では

ないが、2年前とは随分違った社会情勢になっている。課題もいろいろ変化しており、課題をどう受け止めているかということ話したい。

今後85歳以上人口が増大する。

これまでは病気になってから要介護になる患者を診ることを医療提供体制の前提にできたが、今後は元々要介護で病状が悪化して入院し要介護の状態のまま居宅等に戻るということを前提にした医療提

供体制にしていく必要がある。

全体として人口が減少する中で、特に大都市では80代、90代の高齢者が増加し、入院医療の需要が増える。回復期の需要は急性期からある程度シフトさせることで



〈はやし・しゅういちろう〉

1998年に東京大学医学部卒業。2000年に厚生省入省。2005年にハーバード大学公衆衛生大学院修士。その後、厚労省保険局医療課課長補佐（2014～16年）、奈良県医療政策部長（2016～19年）、社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長（2021～23年）、医政局医事課長（2023～24年）などを歴任。2024年7月から保険局医療課長。

対応できる。しかし、慢性期や在宅医療の需要が増えるからと言って、慢性期の病床や介護保険施設をそのまま増やすことは、さらに将来の需要を考えると難しい。

地方都市でも人口構造の変動に応じて、急性期の需要が徐々に回復期、慢性期にシフトし、全体として需要がしばらくでいく。このような変化にどう対応していくかが課題となる。

現状の診療報酬は、どうしても薄利多売を迫るような形になっている。点数全体が大きくは上がらない中で、医療の質向上のために新たな診療報酬項目を設けても、施設基準など新たに設ければ、コスト増となる。さまざまな効率化が病院に求められており、病院は収入を確保するため、できるだけ提供量を増やすことで対応し、スタッフが疲弊するといったことを繰り返してきている。

昭和から平成にかけて、日本の医療は諸外国と比べれば比較的安価な医療を提供してきた。しかし人口が減るときに、この薄利多売モデルがうまくいかなくなる。需要が増えていく分野を診療報酬で

誘導し、効率的に提供するようなドライブをかけることはできる。ところが需要が減る分野に現状の仕組みで対応することは難しい。

医療は、学校や鉄道、農業など他の分野と比べて需要の減少が少し遅れて来るので、まだそこまで議論になっていない面があるのだが、地方の人材不足が最初に来て、それに対してどう効率化して持続可能な体制にするかということが課題となっている。

そういった課題がある中で、2026年度改定で何ができるかというと、一つは2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の議論が動いている時期に当たっていることは大きいことだと思う。厳格に一致させるということを目指すものではないが、診療報酬体系において参考にできるものがある。もう一つは、物価・賃金の上昇への対応で、これが2026年度改定を特徴づける大きな要素になる。

新たな地域医療構想の医療機能との関係

従来の地域医療構想からの変化では、病床機能のうち、急性期と

回復期を一体的に提供する機能として、「包括期」を位置付けた。「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」としている。

従来の地域医療構想の議論では、「回復期機能が不足している」と盛んに言われたのだが、「急性期が過剰だから、その行先としての回復期」が位置付けられた面があり、その結果、回復期の病床が不足しているとされ、回復期機能の需要がどうやら過大に見積もられていたと感じている。

「包括期」を新たに位置付けることで、その理念もさることながら病床数のバランスという意味でも、よい形になると思う。

新たな地域医療構想では、医療機能も位置付けられた。「高齢者救急・地域急性期機能」、「在宅医療等連携機能」、「急性期拠点機能」、「専門等機能」、「医育及び広域診療機能」がある。こうした機能について医療機能に報告を求めることになった。

診療報酬はこれまで病棟単位で

議論ばかりをしてきて、従来の地域医療構想も病棟単位の議論で進めてきた。しかし、救急の受入れや人材育成、医療の質など、医療機能単位でどういう機能を持っているかを考えることが非常に重要だ。そこが過小評価されてきた。

今回、新たな地域医療構想で医療機能機能が位置付けられたことから、我々も医療機能単位の機能の議論をしやすくなるのではないかと考えている。

例えば、急性期の病院については、たんに7対1病棟を持つているかということではなく、医療機能として急性期の機能を持つということや診療報酬上もどう捉えるかということがある。

また、大学病院本院の機能をこれまで上手に位置付けることができなかったという課題に対応する必要がある。大学病院本院が担っている機能は、地域全体の医療提供体制の確保であり、人材を輩出し、派遣し、三次医療圏単位で他の病院が診ることのできない重い病気や珍しい病気の患者を診ることのできる診療能力をもち、地域全体の医療のコーディネート

を行う責任を担っている。

診療報酬で何ができるかは今後の議論だが、研究や教育については、基礎研究や卒前教育は文部科学省の所掌であるとしても、臨床研究や卒後教育については、厚労省が受け持つ部分をもう少し精緻に見る必要がある。

地域包括医療病棟を分析 資源投入量の違いを把握

生活を支える医療について説明する。届出病床数の推移を見ると、この5年間で一般病棟入院基本料は減った。地域包括ケア病棟入院料や回復期リハビリテーション病棟入院料は増えた。療養病棟入院基本料は介護医療院などへの転換や在宅医療への移行により減っている。政策的に進めた方向での変化が実際に起きている。

今後は一層高齢者の救急搬送が増加する。85歳以上人口が増加するからだけではなく、この10年の傾向で、85歳以上では救急搬送率自体が上がっている。一方、85歳未満では0〜4歳の年齢階層を除き、そのような傾向はない。

この理由は実はよくわかってい

ない。かつては入院していた人が在宅で過ごすことが多くなったという社会変化によるのかもしれない。もしかしたら、同居人が車を運転して病院に送るようなことができなくなっている状況を表しているのかもしれない。

いずれにしても、高齢者の救急搬送が増加する。2024年度改定では、このような状況を踏まえ、医療と介護の連携の推進のため、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等の連携に関する要件・評価を充実させた。

かつては「こちらは医療、こちらは介護」と分離する議論が重視されたように思うが、2008年度改定以降、医療と介護の連携と一体化を推進する方向となり、2024年度改定はその集大成と言える見直しになったと考えている。

急性期で充実させたい機能としての対応では、「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」が新設された。まだ取得は少ないが、取得している医療機関の病棟は変わってきていると感じる。さまざまな職種が病棟で働くようになってきた。

病棟ごとに人員配置を調べると、回復期リハビリテーション病棟が手厚いことがわかる。急性期病棟に看護職員はいるがリハビリスタッフは少ない。リハビリスタッフが回りハ病棟に多く、急性期病棟でのリハビリは不十分だ。まだまだやれる余地があると思う。

2024年度改定では地域包括医療病棟も新設された。趣旨は「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」である。このような病棟が大事であるということの共通理解は醸成されてきたように思う。

地域包括医療病棟の入院料は3050点の点数1本で評価している。患者の状態を問わず1本の点数にしてしまうと、重い患者を診ずに軽い患者ばかりを診ようとする逆選択のインセンティブが生じる可能性がある。それを防ぐために、施設基準を細かく定めている（図表1）。

この施設基準が（病院団体などから）非常に厳しいと指摘されている。どの項目が厳しいのかとき

くと、例えば、4番目のADLが入院時と比較して低下した割合や、5番目の「重症度、医療・看護必要度」の割合、6番目の21日以内である平均在院日数などがあげられるが、特定の項目が厳しいというより、それぞれの病院で満たすことが難しい項目が異なっている状況がある。

地域包括医療病棟には意図した通り急性期に近い患者が入院しており、この施設基準がそれなりに機能しているという見方もできる。地域包括ケア病棟だと施設基準がもう少し緩く、包括点数も低くなるため、短期滞在手術基本料の白内障・水晶体の疾患、小腸大腸の良性疾患の手術を行う患者が多いが、地域包括医療病棟ではそのような傾向は見られていない。

地域包括医療病棟は2025年3月で149施設、7800床ほど。149施設の病院がどの病床を減らして地域包括医療病棟に移行したのを見ると、急性期一般入院料1から4700床程度、急性期一般入院料4〜6から2600床程度となっている（図表2）。最初の頃は急性期一般入院

図表 1

地域包括医療病棟 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A100に掲げる一般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。

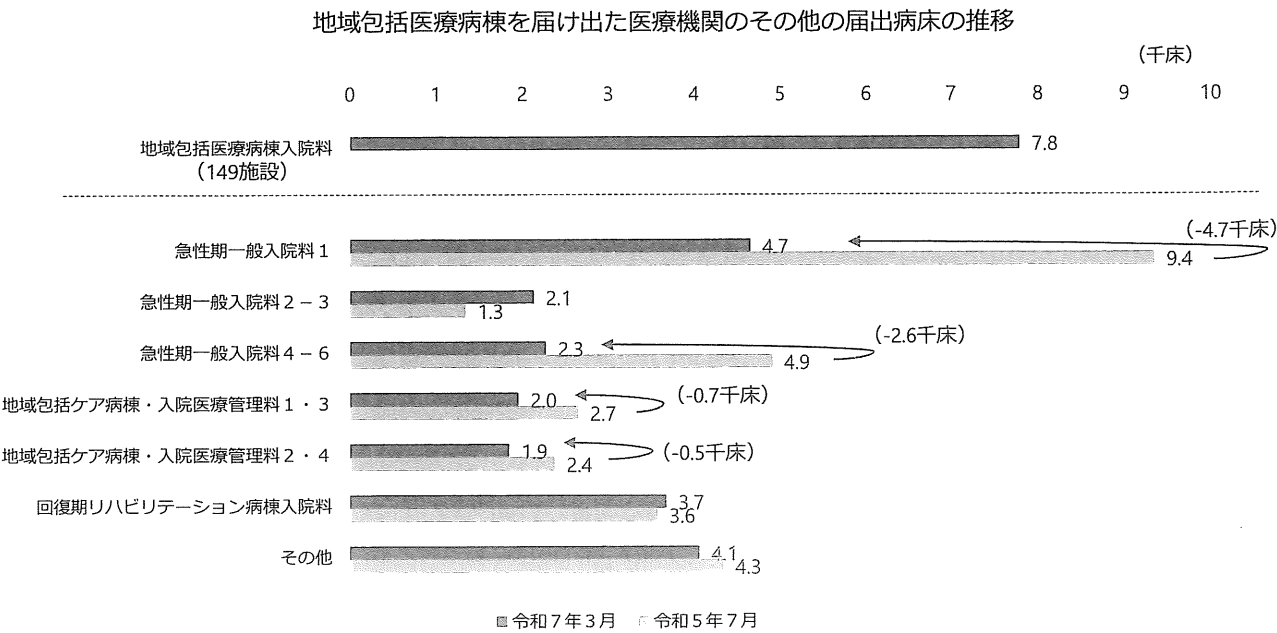
(14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

包括的に提供

図表 2

地域包括医療病棟の届出状況

○ 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。



出典：2025年3月と2023年7月のDPCデータ様式3より集計

料1の病棟のうち、1病棟のみを転換するという病院が多かったと書いていたが、最近は急性期一般入院料4の病棟をすべて地域包括医療病棟に転換する動きなどが広がってきている。

施設基準については、内科系の病院に不利という見方がある。例えば、「重症度、医療・看護必要度」の基準値は手術ありの患者が多いと満たしやすく、そうでないと満たしにくい傾向がある。なぜかと言うと、「重症度、医療・看護必要度」については、医学管理の密度を表現する方向での改定を過去に行ってきたからで、例えば、手術を受けた患者は当然高く評価すべきであるとして、C項目が設けられた。

一方、内科系の患者が満たす項目としては、例えば、心電図モニターの設定や点滴の数で重症度を判断するなど、どうしても、何か処置をしたということに着目した指標になりやすい。そうすると、必要性が低い患者にも心電図モニターをつければ基準を満たせるということが起きてしまい、その指標はやめようということになり、だんだんと内科系を評価する指標

が減ってきてしまった経緯がある。内科系の患者をどう評価することも改めて議論しなければならな

いと思っている。病院内の機能分化がどこまで合理的なのかという問題もある。急性期と慢性期の医療は全然違うので、病棟の機能分化の推進は非常に意味があった。昔は機能分化が不十分で、看護職員も薄く広く配置され、急性期の医療密度が低く、入院期間が延びるという状況があったが、今ではそれぞれの病棟が効率的に機能を発揮できるようになってきた。

機能分化が進んでさまざまな病棟に分かれたのだが、さて現在、急性期一般入院料2や4の患者、地域包括医療病棟の患者で病態が異なるだろうか。元々、異なる患者を想定して設計されたわけではなく、実際に実態調査で患者像を調べても違いは少ない。異なる病棟に類似の患者が入院する機能分化は、現場判断を複雑化させ、病院全体の効率性を下げている可能性がある。現在、入院・外来医療等の調査・評価分科会でも分析が行われている。

図表3は、地域包括医療病棟の患者を4群に分けて、「緊急入院や手術実施の割合と包括内の出来高実績点数」を見ている。例えば、誤嚥性肺炎や尿路感染症などの「1群」では、包括点数に含まれる検査・投薬の医療資源投入量が多い。一方、内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術や前腕の骨折などの「4群」では、緊急入院が少なく、手術は頻繁にある。手術は包括点数とは別に出来高点数を算定できる。包括点数に含まれている検査・投薬は比較的少ない。

このような差がある中で、病院の経営努力が行き過ぎると、3群・4群の患者をたくさん集めようとなってしまう可能性がある。地域包括医療病棟の理念を実現するためには、そうならないように、仕組みを検討していく必要がある。

回復期リハビリテーション病棟については、患者のADLを上げるという理想が果たされているのかという観点で検討している。ADL改善の実態調査では、回りハ病棟がどんどんできていることや、本来リハビリを集中的に提供すべき患者だけでなく、リハビリ

による機能改善が見込みにくい患者、例えば急性期後に次の行き場が見つかりにくい患者も、回りハ病棟に多く入院していると思われる状況が示唆されている。

高齢者を断らず面倒見のいい病院が望まれる状況

私が奈良県に出向していた時期に、地域の病院のキャッチフレーズとして、「奈良に必要なのは『断らない病院』と『面倒見のいい病院』、ということを示した。奈良県では、『断らない病院』が従来からの目標であった。ただ、『断らない病院』だけだと、今後重要になる病院が魅力なく見えてしまうので、『面倒見のいい病院』というキャッチフレーズを作った。

地域包括医療病棟の新設や新たな地域医療構想における「高齢者救急・地域急性期機能」としての医療機関機能の位置付けの議論を踏まえると、この中間的な「高齢者に多い疾患を断らず、面倒見もいい病院」が求められているように感じる。

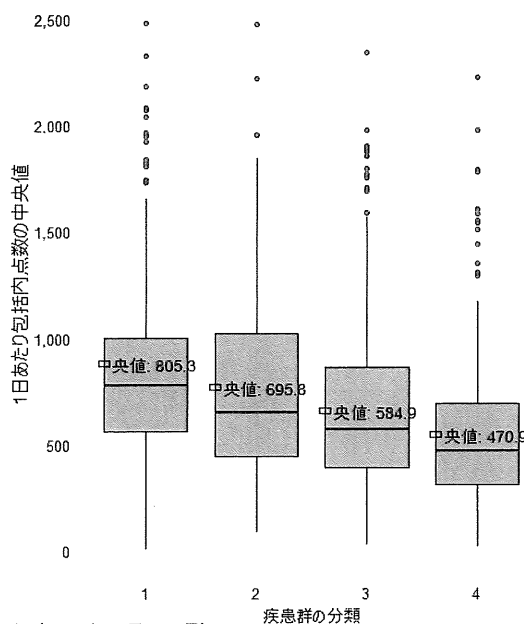
地方の人口減少の中で、医療提供体制をどう確保するかという観

図表3

緊急入院や手術実施の割合と包括内の出来高実績点数

○ 地域包括医療病棟において、緊急入院の割合や手術実施の割合に基づいて診断群分類を層別化すると、1日あたりの包括内の出来高実績点数の分布は以下のとおりであった。

1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（右表の各群別）



群	診断群分類の特徴	該当する診断群分類の数
1	緊急入院＞0.8かつ手術≤0.8	315
2	緊急入院＞0.8かつ手術＞0.8	110
3	緊急入院≤0.8かつ手術≤0.8	324
4	緊急入院≤0.8かつ手術＞0.8	306

【各群に含まれる診断群分類の例】

- 誤嚥性肺炎、肺炎等（市中肺炎）、腎臓又は尿路の感染症
- 股関節・大腿近位の骨折、頭蓋・頭蓋内損傷
- 食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾病）、慢性腎炎候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全
- 小腸大腸の良性疾病 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術、白内障・水晶体の疾患、前腕の骨折 骨折観血的手術

出典：DPCデータ（2024年10月～12月）

人口の少ない地域の急性期機能をどう守る

救急搬送件数と病院が所属する

点で、オンライン診療の活用があげられる。患者住所地で見ると、都道府県・二次医療圏別の情報通信機器を用いた診療の算定回数はばらついている。ところが、提供地で見ると、ほとんどが東京都の医療機関である。年齢では若い患者が多い。都会の医療機関が地方の患者にオンライン診療を提供するのはよいことだと捉える意見もある。ただ、地方の医療提供体制が維持されるのであればよいのだが、都会の医療機関が利益の出るオンライン診療だけを行い、手間がかかるところは地方にまかせるということになれば、地方の医療提供体制を破壊してしまう。

例えば、ネット通販で書籍を購入できるようになって、町の本屋さんが消えてしまっている。医療機関をそうしてはいけない。いくらオンライン診療が広がっても、地方の医療機関がなくなるのは困るので、オンライン診療も対面診療も行う医療機関が必要だ。

しかし今後確保していかなければならない医療機能を考えると、ある程度の集約化は必要としても、人口が10～20万人規模の二次医療圏でも急性期機能を担う病院は絶対に必要なので、そのような病院をどう守るかということを議論していく必要がある。

二次医療圏人口の関係を見ると、救急搬送件数が年4千件以上の病院は、人口の多い都会の二次医療圏に分布している。見方を変えて、救急搬送件数の地域シェア率と病院が所属する二次医療圏人口の関係をみると、人口20万人以下の二次医療圏において、その二次医療圏のほとんどの救急を担っている病院があることがわかる。

地域における病院の重要性という観点では、大都市のある二次医療圏の大規模な病院と比べて、人口規模の小さい二次医療圏の地域シェア率が高い病院は、地域にとつて遜色ないというか、むしろかけがえのない存在と言える。一方、これまでの診療報酬では全国一律の基準を基本としており、救急搬送件数の基準のように定量的な指標を実数で表してきた。

これまでの診療報酬の評価は、病棟の評価が中心であった。どんな小さな病院でも看護配置7対1の基準を満たせば、急性期一般入院料1の病棟を持てる。しかし病院の機能により、病棟機能の発揮状況には差があるのではないか。そういったことを踏まえ、病棟最適を追い求めるのではなく、病棟最適より病院最適、さらに病院最適よりも地域最適を誘導できる診療報酬体系を考えていく必要があると思っています。

医師偏在対策への対応図る 消化器外科医減少に危機感

医政局がまとめた医師偏在対策については、診療報酬でも配慮してほしいと要請されている。医師偏在には地域偏在や診療科偏在がある。なかなか難しい課題だと思っており、今後検討していく。

一県一医大は医師偏在対策の一つであったし、医局機能による偏在対策も行われてきた。臨床研修制度が始まってから一日偏在が拡大したが、その後、医学部入学定員における地域枠の設定などさまざまな対策が取られ、ある程度は

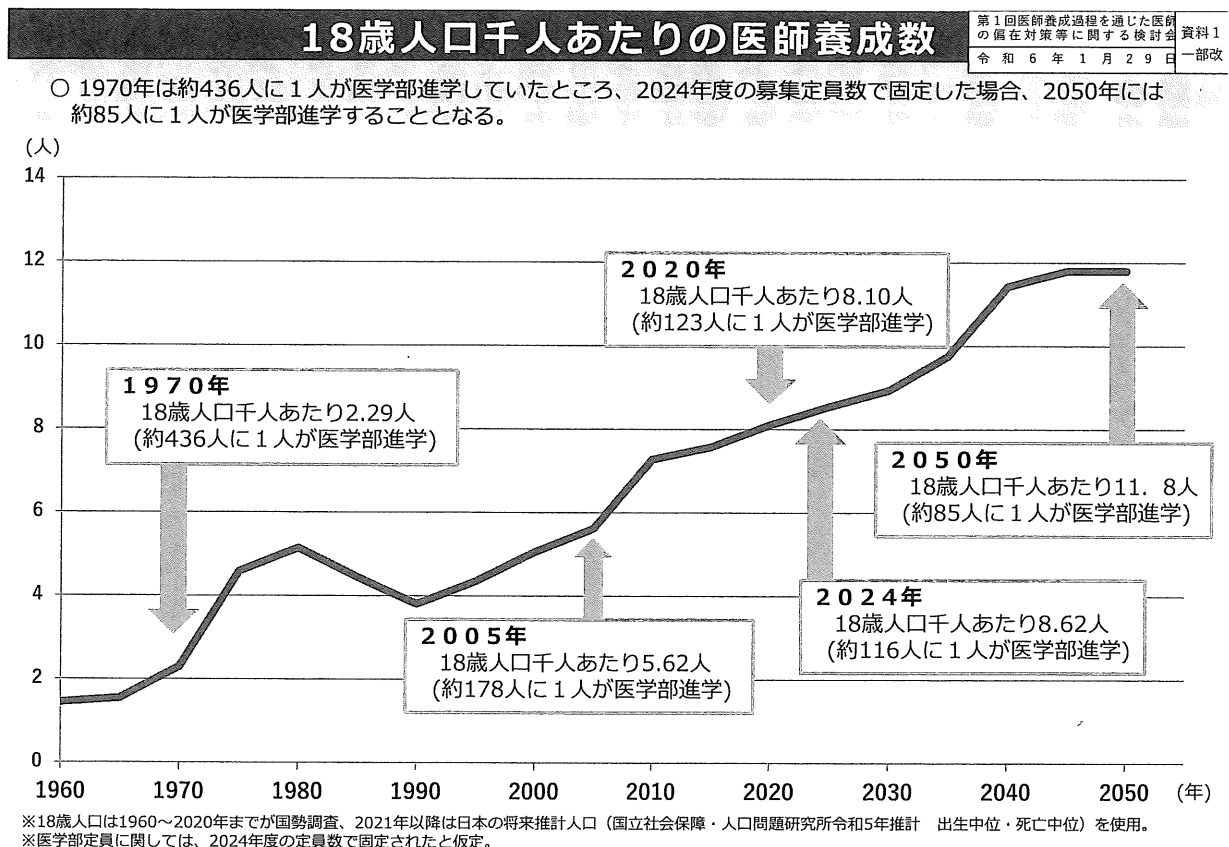
改善してきた。

医師数が、医学部入学定員の臨時増員により人口当たりで増えていることは無視できない要素である。1970年は18歳人口千人あたり2・29人で、約436人に1人が医学部に進学していた。それが2024年になると、18歳人口千人あたり8・62人で、約116人に1人が医学部に進学していることになる。今後ますます人口あたり医師数は増えていく(図表4)。

医師数は西高東低であり、現状の配置をどうするかが課題となっている。さまざまな論点があるが、インセンティブでやるべきという人と、規制でやるべきという人の両方がいる。とりわけ医療界では規制はよくないという人が多い一方で、医療界の外からは、強制的に配置すればよいといった過激な意見もある。

私自身はただ規制してもうまく行くものではないと思っていて、やはりやる気とか心を込めて診療する気持ちをもってやりたいと思うから力が出るのだと考えている。例えば、国家試験の点数が低かったから、明日から特定のへ

図表4



き地で診療してくださいと言つても、うまく行かないだろうと思う。ただ、インセンティブだけでうまくいくかというとそうでもないので、両者を組み合わせる必要がある。

若手医師に偏つて医師偏在対策を行っている面もあり、若手が窮屈になつて美容医療に流れる原因にもなつているとの指摘もある。若手に偏在対策を押し付けるべきではないというのは正論なのだが、生活の基盤が固まつてしまつた40～50代の医師がへき地に行つてくれるかというより難しく、ジレンマがある。

「偏在」か「散在」という問題もある。医師不足地域であつてもそもそも医療需要があるのかという問題や、地域に病院が多すぎるから不足しているのであり、集約化が解決策なのではないか、ということも論点になると思う。

もう一つ重要なのは診療科偏在であり、これまでは小児科、産科の医師不足が言われてきたが、外科医の不足があり、特に若手で消化器外科になる人がどんどん減つているという状況にある。こうし

た状況を何とかしないといけない。給料を含めた処遇の問題だけでなく、働き方や組織風土のほか、修練に時間がかかることからコスト志向の若手から敬遠されている印象がある。実効性のある対策とするためには、働き方改革とともに、毎晩当直をしなくていいような提供体制、症例数を積んで早く修練できる仕組みなどが求められる。医療提供体制の集約化とあわせて進めていくべき課題として、診療報酬改定においても論点の一つになるだろう。

物価・賃金の上昇を踏まえ 対応に相当する増加分加算

診療報酬の改定率は内閣が決定するため、医療課長に直接的な権限はないが、どのように対応していくのかということに頭を悩ましていた。長い間、物価が上がらないという前提で改定を行ってきた。最近になって物価・賃金が上昇し、加えて、建築単価も急激に上がっている。「昭和」に遡って歴史を紐解かないと前例のない状態になつていく。

病院の事業利益率は下がつてい

る。コロナ補助金の影響を除いた一般病院の事業利益率の推移を見ると、コロナの感染拡大期から事業利益率は落ちており、コロナ補助金でそれがマスクされていたことがわかる。事業を営む上で、この事業利益率の低下は由々しき事態である一方で、財源確保の理解を得るために、なぜであるかが説明されなければならない。

2018年から2023年度の病院の収支構造の変化を見ると、100床あたりで事業収益が10.3%増であるのに対し、事業費用が14.7%増。収益増を費用増が上回っている。その原因は何かというと、ボリュームでは、10.7%増の人件費の影響が最も大きいことがわかる。そのほか、23.9%増の「その他の医療材料費」や19.2%増の医薬品費、25.9%増の「その他の委託費」の影響が大きい。

人件費が増えたといつても、単価が上がったのか、人数が増えたのかという問題がある。実際は半々ぐらいの影響になつていく。病床を削減したとしてもスタッフの数が変わらず、人件費割合が増

大しているということもある。

人件費の単価の上昇についても、すべてベースアップに使われたということではなく、看護職員やリハビリ職員など医療従事者の平均年齢が上がっており、定昇分での人件費増がある。ベースアップ分だけ措置すれば人件費増分をカバーできるかという点、必ずしもそうではなく、人口全体が高齢化している中で、各職種の平均年齢が上がっており、その分をどう考えるかも課題となつていく。

病院団体もこの状況に悲鳴を上げておられていて、6病院団体(日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会・日本慢性期医療協会・全国自治体病院協議会)は「地域医療はもう崩壊寸前、このままでは、ある日突然、病院がなくなります」と訴えている。

医療費の状況がどうなつていくかを確認することも重要である。病院の1日平均在院患者数・1日平均外来患者数はどちらも経年的に減少傾向にある。外来では受診頻度が下がり、入院では在院日数が短縮しており、効率化が図られ

図表5

過去の改定率の推移

	診療報酬		薬価等	【参考】診療報酬+薬価等
平成24年度	+1.379%		▲1.375%	+0.004%
平成26年度	通常改定分	+0.1%	▲1.36%	▲1.26%
	消費税対応分	+0.63%	+0.73%	+1.36%
	合計	+0.73%	▲0.63%	+0.1%
平成28年度	+0.49%		▲1.82% (うち、市場拡大再算定の特例分等 ▲0.29%、実勢価等改定分▲1.52% (市場拡大再算定(通常分)を除くと▲1.33%))	▲1.33% (実勢価等改定分で計算すると、▲1.03%)
平成30年度	+0.55%		▲1.74% (うち、市場拡大再算定の特例分等 ▲0.29%、実勢価等改定分▲1.45%)	▲1.19% (実勢価等改定分で計算すると、▲0.9%)
令和元年度 (消費税率引上げに伴う対応)	通常改定分	±0%	▲0.95%	▲0.95%
	消費税対応分	+0.41%	+0.47%	+0.88%
	合計	+0.41%	▲0.48%	▲0.07%
令和2年度	+0.55% (① ②を除く改定分 +0.47% ② 働き方改革のための特例的な対応 +0.08%)		▲1.01% (うち、市場拡大再算定の見直し等▲0.01% 実勢価等改定分(令和元年度改定の平年度化効果分を含む)▲1.00%)	▲0.46% (実勢価等改定分(令和元年度改定の平年度化効果分を含む)で計算すると、▲0.45%)
令和4年度	+0.43% (① ②～⑤を除く改定分 +0.23% ② 看護の処遇改善のための特例的な対応 +0.20% ③ リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化 ▲0.10% ④ 不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.20% ⑤ 小児の感染防止対策に係る加算措置(医科分)の期限到来 ▲0.10%)		▲1.37% (うち、実勢価等改定分▲1.46% 不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.09%)	▲0.94%
令和6年度	+0.88% (① ②～④を除く改定分 +0.46% (うち40歳未満勤務医師、事務職員等の賃上げ対応 +0.28%程度) ② 看護職員その他の医療関係職種等の賃上げ対応 +0.61% ③ 入院時の食費基準額の引上げ +0.06% ④ 管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%)		▲1.00%	▲0.12%

ているのだと思う。その一方で、入院も入院外も医科の1日当たり医療費は上昇傾向にある。

年齢階級別に1人当たりの入院医療費の伸びを見ると、10年前と比べ、1人当たりの入院医療費は多くの年齢層で大きく増加しているというのではない。入院医療費の伸びの大半は高齢化によると考えられる。

図表5は「過去の改定率の推移」である。過去10年間、診療報酬の改定率は低い数字が続いている。デフレ下の改定では、小さな改定率をもとに医療の質を改善してきた。現時点では、物価・賃金の上昇により改定率が上がる仕組みにはなっていない。

政府予算における社会保障関係費の歳出の目安に関して、骨太方針2024では、「2025年度から2027年度までの3年間に、上記の基本的考え方の下、これまでの歳出改革努力を継続する」との記述があった。

どんな歳出改革努力かというと、骨太方針2021に基づく歳出改革努力となっている。骨太方針2021には、社会保障関係費につ

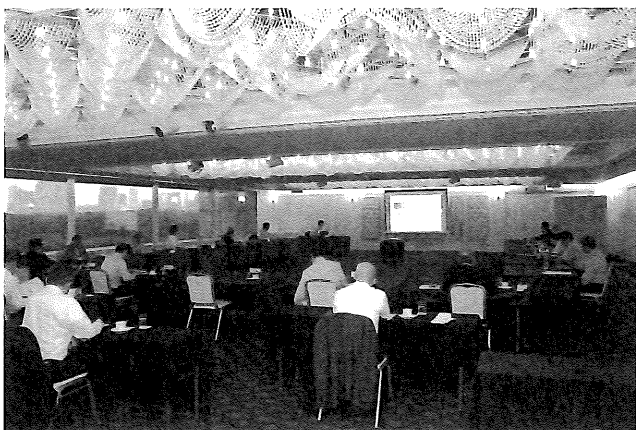
いて、「基盤強化期間においてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続する」とある。

社会保障関係費を高齢化による増加分の伸びにおさめることが目安となり、これまで毎回国費ベースで1300～1500億円圧縮する努力を行ってきた。

しかし物価分の対応をこのような形でやろうとすると、とても他の費用をそこまで圧縮できないので、やはり物価分は何か別の方法を考えないといけないということで、骨太方針2025の記述となった。

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」となったので、少なくとも、伸びすことは禁止されていないという風になったと受け止めている。

ただ、どれだけ伸ばすのかということについては、経済物価動向を踏まえて自動的に増加させるとは書いていなくて、「対応に相当す



る増加分」と書いてある。この「対応」分が今後決められていくので、関係者の理解を得る必要がある。

医療界からの改定率に対する要望は非常に大きい。一方で医療の効率化を求める意見も非常に根強くある。この先どうなるか今は私にはまだ見えていない。

質疑応答

土居丈朗氏（慶應義塾大学経済学部教授）

診療所よりも病院の経営状況が

悪い。診療報酬の改定率を病院に傾斜させることはできるのか。

林課長

例えば、2024年度改定では看護職員、病院薬剤師その他医療関係職種の賃上げ等のためのベースアップ評価料を新設した。病院と診療所では医療従事者の数が大きく異なるので、結果として病院に大きく傾斜した配分になっている。

歴史を遡ると、オイルショック以前の頃に物価対応として病院と診療所で改定率を分けて、病院の改定率を診療所よりも高くした時期があった。

議論をそこまで先鋭化させなくても過去の改定においては一番切実なところに改定財源が配分されるようにさまざまな努力が行われてきたので、それは今後も続くと思う。

小黒一正氏（法政大学経済学部教授）

今後の人口減少で2050年までに人口が半分になる地域も少なくない。生産年齢人口も全体で2千万人ぐらゐ減る。新たな地域医療構想で2040年を見据えて医

療提供体制を最適化するとして、もつと先を見て地域別に誘導する必要があるのではないか。

林課長

人口減少の中で医療提供体制の縮小をどう図っていくかは、最重要課題だと思っている。提供体制の確保と集約化を同時に行う改革をうまく実現させている他の分野があれば是非教えてほしい。

例えば、理論的には法律を作つて強制的に病院を集約化して最適化を図る手法がありえるのかもしれないが、日本は民間主体の医療提供体制で、強制力によることには制約がある。診療報酬で誘導するために、地域別に単価を設定する提案もあるが、単価を下げると収益を確保するためその分提供量を増やす行動に導くことになる。それにも限界があつてどこかで消耗戦になってどこも疲弊していく。

人口が増える局面では薄利多売で切磋琢磨して質も量も確保できた。人口減で提供体制を縮小する局面ではうまく行かなくなる。

谷修一氏（国際医療福祉大学名誉学長）

医療機関の経営がこれだけ厳し

くなると、従来と同じような改定をやっても仕方がない。極端に言えば、2026年度改定は経営安定のため初再診料と入院料を大きく引き上げることに集中し、その他のことは次の改定に後回しにするぐらいの気持ちで対応すること、を医療界は期待していると思う。

林課長

医療界の期待はまさにその部分だと感じている。医療機関の経営分析も行うなど従来と違う対応も行っている。しっかりと向き合っていく。