

日本病院団体協議会
第 246 回代表者会議 議事次第

日 時 2025 年 6 月 20 日（金）13:00～15:00
場 所 Web 会議システム「Zoom」を使用した開催（日病会議室との併用）

議 題

1. 中医協関連会議の報告

<説明者>

資料 1 総会（6/18・第 609 回）

池端委員、太田委員

資料 1-2 入院・外来医療等の調査・評価分科会（6/13・第 3 回）

津留委員

✓ 資料 1-3 入院・外来医療等の調査・評価分科会（6/19・第 4 回）

〃

資料 1-4 疑義解釈（その 27）

一読

2. 診療報酬実務者会議の報告

資料 2 診療報酬実務者会議（6/18・第 235 回）議事次第

津留委員長

✓ 資料 2-2 令和 8 年度（2026 年度）診療報酬改定に関する要望書【第 2 報】（案）

〃

3. その他

✓ 資料 3 中医協委員候補者の選出について

津留委員長、望月議長

✓ 資料 3-2 「経済財政運営と改革の基本方針 2025」（骨太の方針）

〃

資料 3-3 第 66 回全日本病院学会（2025 年 10 月 11 日開会式）

〃

資料 3-4 日病協負担金について

〃

資料 3-5 社会保障審議会医療保険部会（6/19・第 195 回）

一読

資料 A 第 245 回代表者会議（5/23）報告書

参考資料 1 2025 年度代表者会議開催日程

参考資料 2 日病協代表者 名簿

※ 15:00～ 記者会見（Zoom）

※ 次回開催について

日時：2025 年 7 月 11 日（金）13:00～15:00（予定）WEB 会議（日病会議室との併用）

| | | | | | |
|--------------------|--------------|---|---|---|---|
| 出席者 | 議長 | | 望 | 月 | 泉 |
| | 副議長 | | 猪 | 口 | 雄 |
| | 中医協委員 | | 池 | 端 | 幸 |
| | | | 太 | 田 | 圭 |
| | 診療報酬実務者会議委員長 | | 津 | 留 | 英 |
| | | | | | 智 |
| 一般社団法人国立大学病院長会議 | 会 長 | 大 | 鳥 | 精 | 司 |
| | 理 事 | 藤 | 井 | 靖 | 久 |
| 独立行政法人国立病院機構 | | < | 欠 | 席 | > |
| 一般社団法人全国公私病院連盟 | 副会長 | 三 | 角 | 隆 | 彦 |
| 公益社団法人全国自治体病院協議会 | 会 長 | 望 | 月 | | 泉 |
| | 副会長 | 小 | 阪 | 真 | 二 |
| 公益社団法人全日本病院協会 | 会 長 | 猪 | 口 | 雄 | 二 |
| | 常任理事 | 津 | 留 | 英 | 智 |
| 独立行政法人地域医療機能推進機構 | 理事長 | 山 | 本 | 修 | 一 |
| | 理 事 | 山 | 本 | 圭 | 子 |
| 一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会 | 会 長 | 仲 | 井 | 培 | 雄 |
| | 副会長 | 加 | 藤 | 章 | 信 |
| 一般社団法人日本医療法人協会 | 会 長 | 伊 | 藤 | 伸 | 一 |
| | 副会長 | 太 | 田 | 圭 | 洋 |
| 一般社団法人日本社会医療法人協議会 | 会 長 | 西 | 澤 | 寛 | 俊 |
| | 副会長 | 加 | 納 | 繁 | 照 |
| 一般社団法人日本私立医科大学協会 | 参 与 | 小 | 山 | 信 | 彌 |
| 大学病院の診療報酬に関する検討委員会 | 委 員 | 川 | 瀬 | 弘 | 一 |
| 公益社団法人日本精神科病院協会 | 副会長 | 平 | 川 | 淳 | 一 |
| 一般社団法人日本病院会 | 会 長 | 相 | 澤 | 孝 | 夫 |
| | 副会長 | 谷 | 口 | 健 | 次 |
| 一般社団法人日本慢性期医療協会 | 会 長 | 橋 | 本 | 康 | 子 |
| | 副会長 | 池 | 端 | 幸 | 彦 |
| 一般社団法人 | | | | | |
| 日本リハビリテーション病院・施設協会 | 副会長 | 近 | 藤 | 国 | 嗣 |
| | 副会長 | 佐 | 藤 | 吉 | 沖 |
| 独立行政法人労働者健康安全機構 | 理事長 | 大 | 西 | 洋 | 英 |

令和7年度 第4回 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

令和7年6月19日(木)13:00～15:00
於 ハイブリッド開催

議 事 次 第

1. 外来医療（その1）
2. データ提出加算（その1）
3. 情報通信機器を用いた診療について（その1）

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が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な有無、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

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでに、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

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。

17

かかりつけ医機能に係る主な評価について

① 体制整備に対する評価

| | |
|--|--|
| 時間外対応加算 <input checked="" type="checkbox"/> (平成24年度改定で新設) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価するもの。 【届出医療機関数(令和5年)】(加算1)診療所 11,354 (加算2)診療所 15,943 (加算3)診療所 364 |
| 機能強化加算 <input checked="" type="checkbox"/> (平成30年度改定で新設) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 専門医療機関への受診の要否の判断、一元的な服薬管理等を含めた、診療機能を評価する加算。(初診料加算) ・ 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（地域包括診療料・加算や小児かかりつけ診療料等の届出や保健福祉サービスを担う医師の配置等）が整備されている必要がある。 【届出医療機関数(令和5年)】病院 1,289 診療所 13,518 |
| 在宅療養支援診療所・病院 (平成18年度改定で新設) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所・病院を評価。（在宅時医学総合管理料等で高い評価を設定） 【届出医療機関数(令和5年)】病院 2,021 診療所 14,755 |

② 診療行為に対する評価

| | |
|--|---|
| 地域包括診療料・加算 <input checked="" type="checkbox"/> (平成26年度改定で新設) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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） ・ 上記の患者に対し、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制（研修を受けた医師等）が整備されている必要がある。 【届出医療機関数(令和5年)】(診療料)病院 51 診療所 226 (加算)診療所 5,956 |
| 小児かかりつけ診療料 (平成28年度改定で新設) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価。 ・ 小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている必要がある。 【届出医療機関数(令和5年)】(診療料1)診療所 1,992 (診療料2)病院 6 診療所 324 |
| 生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> (令和6年度改定で再編) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 脂質異常症、高血圧症又は糖尿病患者の治療における生活習慣に関する、療養計画書を用いた総合的な治療管理の評価。 ・ 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されている必要がある。 ※ 届出不要 |

③ その他、連携や紹介等に対する評価

| | |
|------------------------------|--|
| 連携強化診療情報提供料 (令和4年度改定で改称等) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 「紹介受診重点医療機関」や、かかりつけ医機能を有する医療機関において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合について評価。 ※ 届出不要 |
| 紹介割合等による減算 (平成24年度改定で新設) | 紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等（注）を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料を減算する規定。（注）特定機能病院、一般病床200床以上の地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関、その他400床以上の医療機関 ※ 届出不要 |

1. 外来医療について（その1）

1 - 2. 体制整備に係る評価

① 時間外対応加算について

② 機能強化加算について

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、よりの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の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。
 - （ニ） 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。

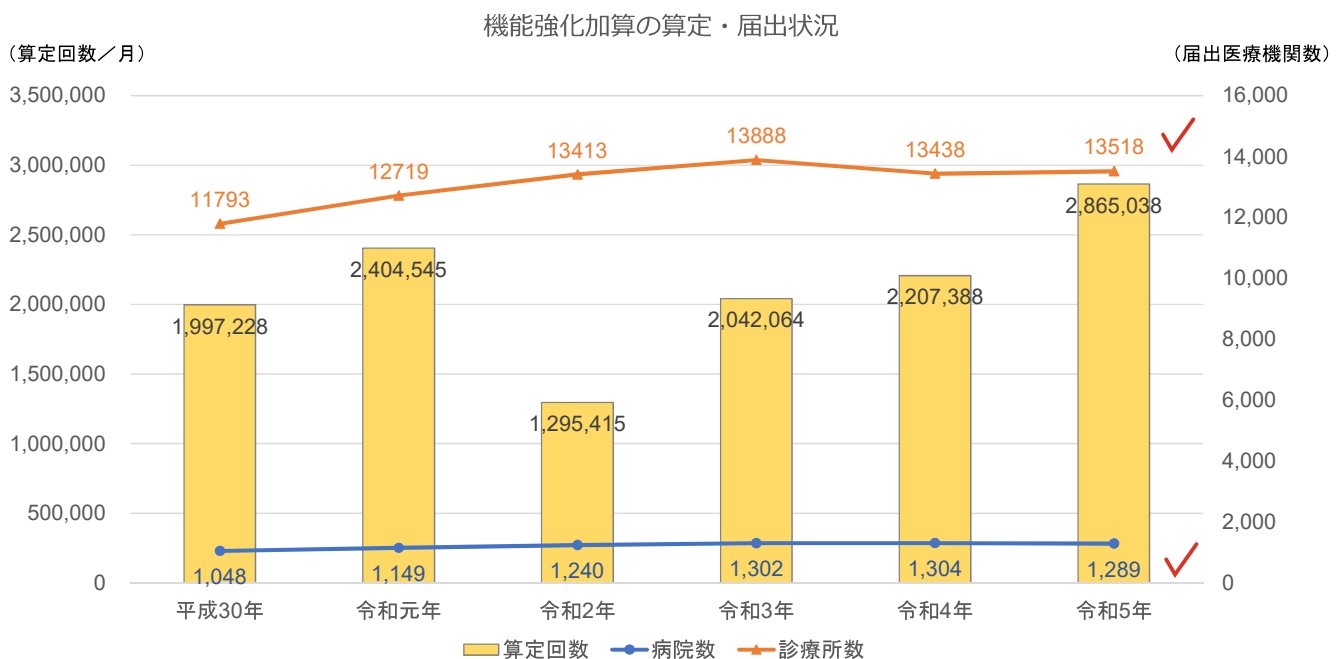
| 令和4年改定前 | | 改定後 | |
|---------|--|--|---|
| 届出・実績 | 次のいずれかの届出 | 次のいずれかを満たしていること。 | |
| | <ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算 地域包括診療料 | <ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算1／地域包括診療料1の届出を行っていること。 <p>(参考: 地域包括加算1／診療料1の施設基準) 以下の全てを満たしていること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、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、10人以上であること。 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。 | <p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、次のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> 小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。 | |
| 配置医師 | <ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料 <p>(在支診又は在支病に限る)</p> | <p>(参考: 機能強化型の在支診又は在支病の施設基準) 以下のいずれにも該当していること。</p> <p>過去1年間に、</p> <ul style="list-style-type: none"> (在支診の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)。 (在支病の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)又は在支診からの緊急受入の実績が31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4件以上(連携型の場合、当該医療機関で2件以上)。 | <p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 以下のいずれかを満たしていること。 <p>過去1年間に、</p> <ul style="list-style-type: none"> (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。 |
| | — | <ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。 <p>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</p> | |

下線部は令和4年度診療報酬改定事項

31

機能強化加算の算定・届出状況

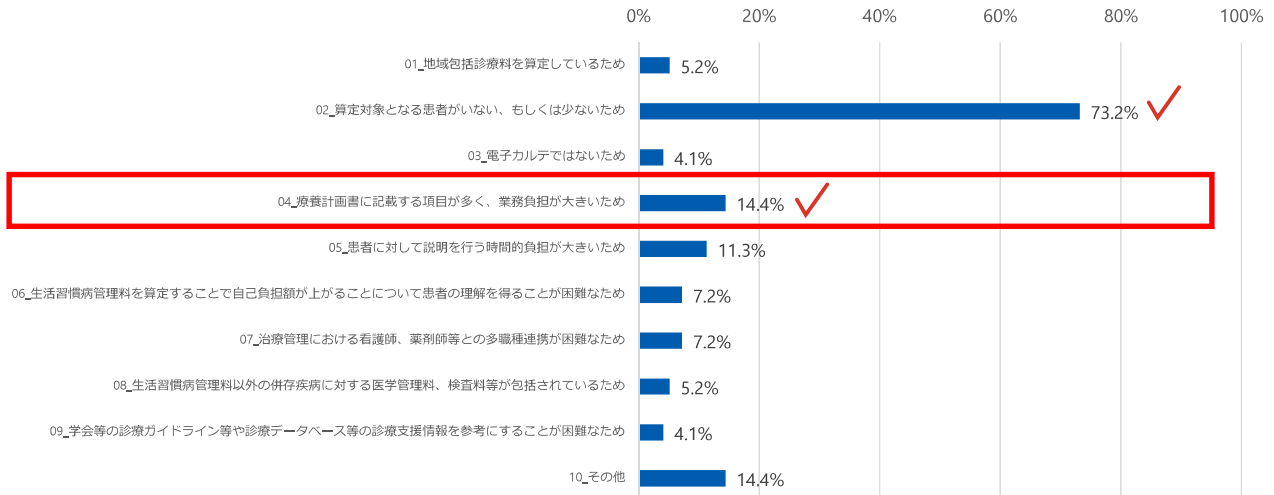
- 機能強化加算の届出医療機関数は、令和3年までは増加傾向であったが、近年は横ばいである。
- 算定回数は、令和2年に大きく減少していたが、令和5年には令和元年以前よりも増加した。



出典: (届出医療機関数) 各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況 (算定回数) 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院に対して、生活習慣病管理料を算定していない理由を聞いたところ、「算定対象となる患者がいない、もしくは少ないため」が73.2%と最も多く、次いで「療養計画書に記載する項目が多く、業務負担が大きい」が14.4%であった。

生活習慣病管理料を算定していない理由 (n=97)



その他（自由記載欄）の主な記載例（一部要約）

- ・生活習慣病の診療を行っていないため
- ・専門の医師が不在のため
- ・整形外科、眼科、皮膚科等を専門としているため

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（外来調査（施設票））

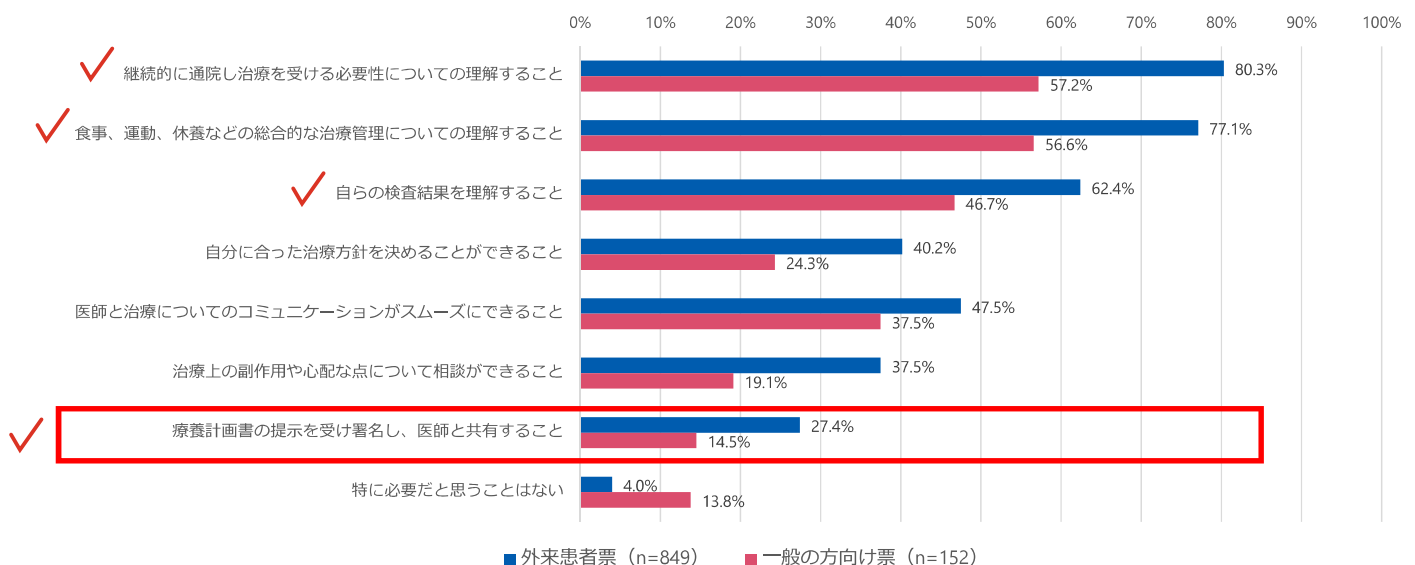
79

生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うこと

| | |
|--------|-----|
| 診調組 | 入-1 |
| 7.5.22 | |

- 生活習慣病について定期的に通院し、療養計画書の交付を受けた方に、生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うことについて聞いたところ、「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解すること」、「食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解すること」、「自らの検査結果を理解すること」が多かった。

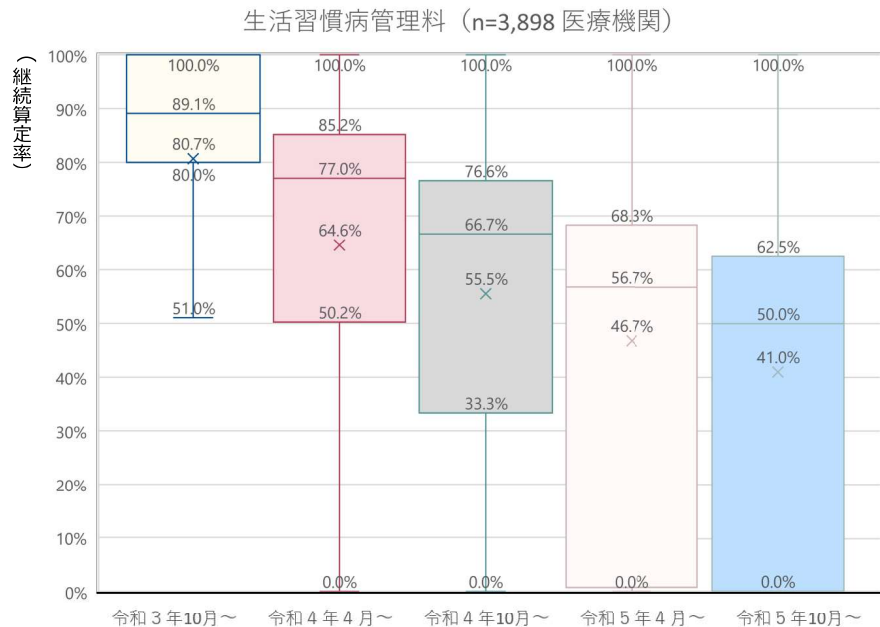
「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」の治療管理を続ける上で、必要と思うことについて



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（外来調査（患者票、一般市民票））

生活習慣病管理料の継続算定率

- 令和3年4月～9月に生活習慣病管理料（現在の「生活習慣病管理料(Ⅰ)」に相当）を算定された患者が、令和3年10月以降の6か月間ごとに、同一医療機関で同一の管理料を継続して算定された率（継続算定率）を、医療機関ごとに算出し、その分布を示したものは以下のとおり。
- 医療機関ごとに、継続算定率にはばらつきがあった。



出典：NDBデータ（令和3年4月～令和6年3月診療分） ・四分位範囲の1.5倍を超える外れ値は図から除外

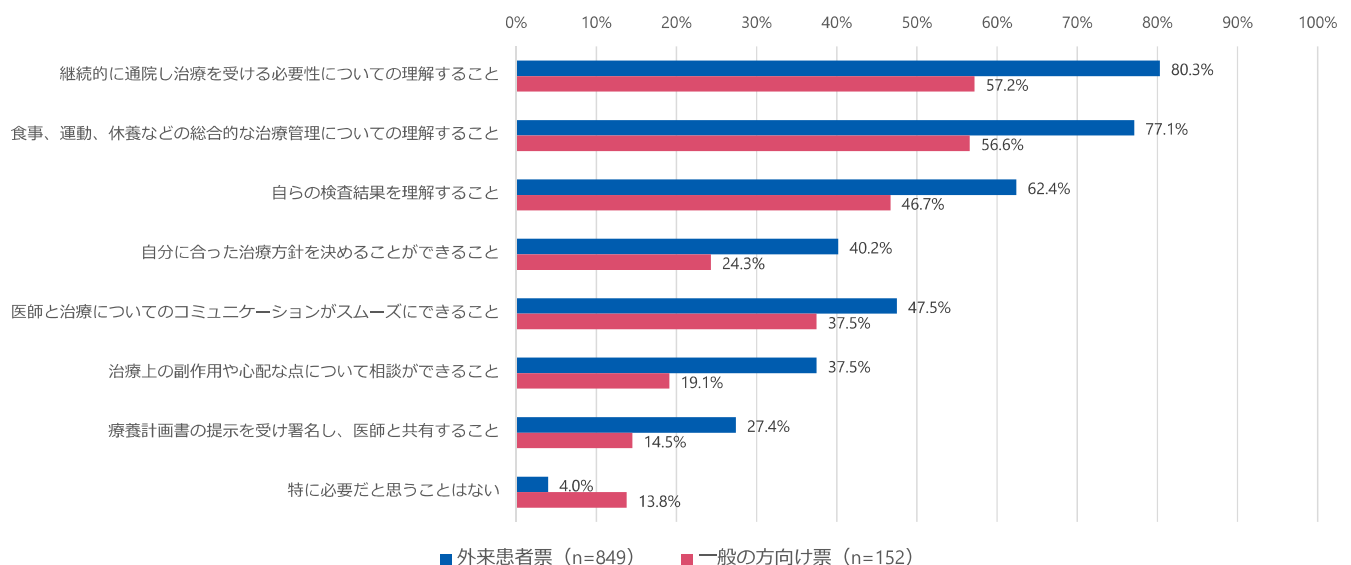
85

生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うこと（再掲）

診調組 入-1
7.5.22

- 生活習慣病について定期的に通院し、療養計画書の交付を受けた方に、生活習慣病の治療管理を続ける上で必要と思うことについて聞いたところ、「継続的に通院し治療を受ける必要性についての理解すること」、「食事、運動、休養などの総合的な治療管理についての理解すること」、「自らの検査結果を理解すること」が多かった。

「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」の治療管理を続ける上で、必要と思うことについて



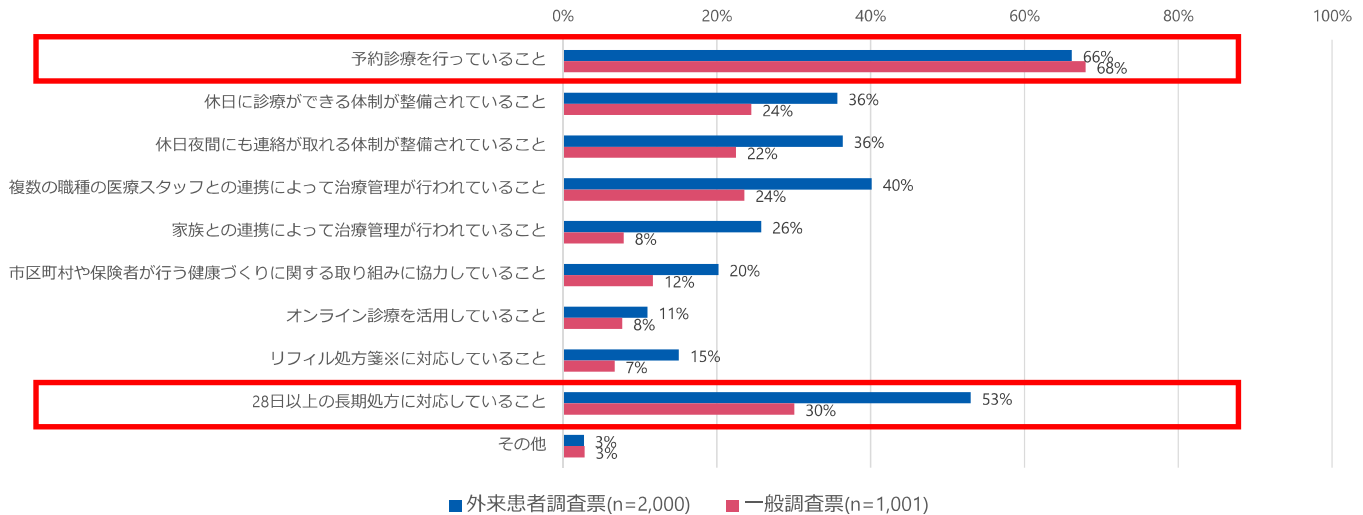
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（外来調査（患者票、一般市民票））

定期的な受診を続ける上で患者が必要と思うこと

診調組 入-1
7.5.22

- 外来患者及び一般の方を対象とした調査において、「定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと」を聞いたところ、「予約診療を行っていること」が最も多く、次いで「28日以上 of 長期処方に対応していること」、「複数の職種の医療スタッフとの連携によって治療管理が行われていること」、「休日に診療ができる体制が整備されていること」等が多かった。

定期的な受診を続ける上で、医療機関の体制や機能として必要と思うこと（複数回答）



※「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（外来調査（患者票）、一般市民調査票）

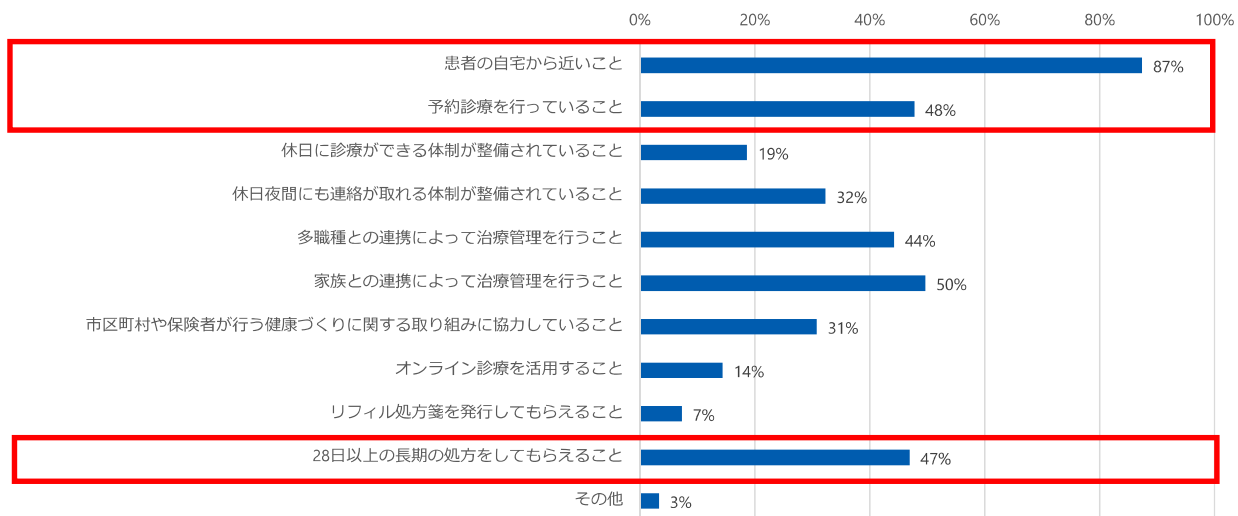
87

患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと

診調組 入-1
7.5.22

- 医療機関を対象とした調査において、「患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと」を聞いたところ、「患者の自宅から近いこと」が約87%と最も多く、次いで「家族との連携によって治療管理を行うこと」、「予約診療を行っていること」、「28日以上 of 長期の処方をしてもらえること」等が多かった。

外来施設調査票：患者に継続した受診を続けてもらう上で必要なこと（複数回答）（n=848）



・「リフィル処方箋」とは、症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のこと

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（外来調査（施設票））

P228

88

1. 外来医療について（その1）
2. データ提出加算（その1）
3. 情報通信機器を用いた診療について（その1）

101

データ提出加算の概要

1 データ提出加算1・3

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 145点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 215点

2 データ提出加算2・4

- イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 155点
- ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 225点

- ・ データ提出加算1・2: **入院初日**に限り算定する。
- ・ データ提出加算3・4: 療養病棟入院基本料等を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、**入院期間が90日を超えるごと**に1回算定する。

データ提出加算1・3: 「入院データ」のみ提出

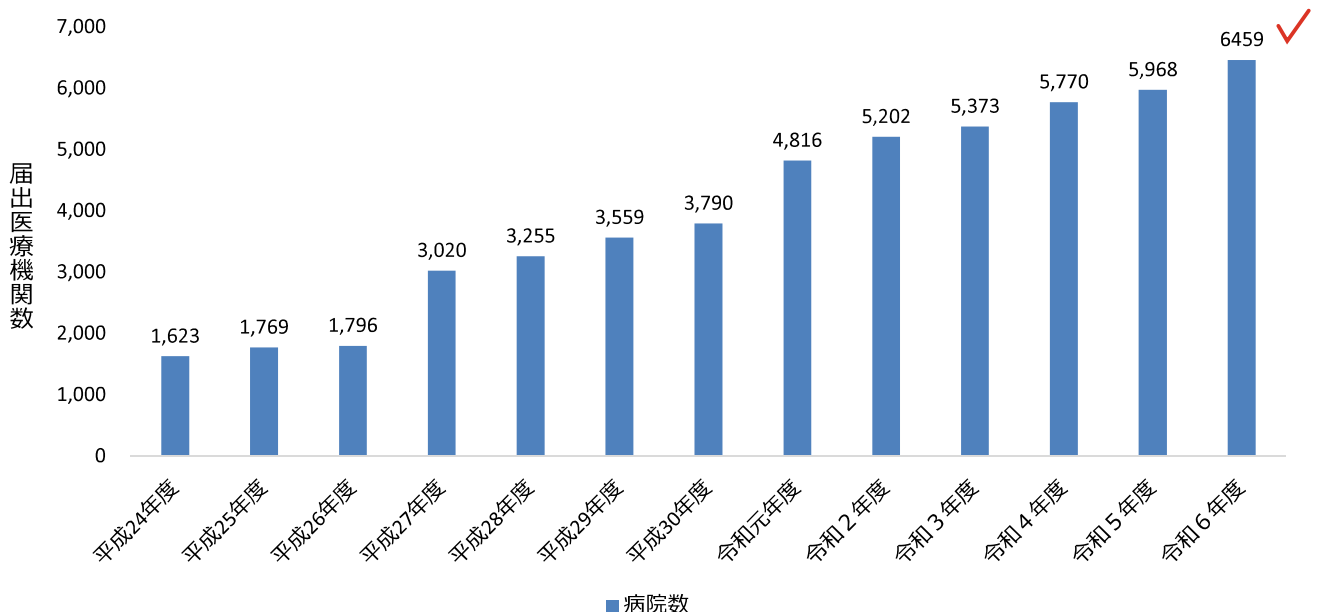
データ提出加算2・4: 「入院データ」+「外来データ」の提出

- (1) 「A207」診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ただし、特定入院料（「A317」特定一般病棟入院料を除く。）のみの届出を行う保険医療機関にあっては、「A207」診療録管理体制加算1、2又は3の施設基準を満たしていれば足りること。
- (2) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。
- (3) DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあっては入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあっては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。
- (4) 「適切なコーディングに関する委員会」（※）を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。
- （※） コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする。

データ提出加算の届出医療機関数の推移

- データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。
- 届出医療機関数は、経時的に増加している。

データ提出加算の届出状況

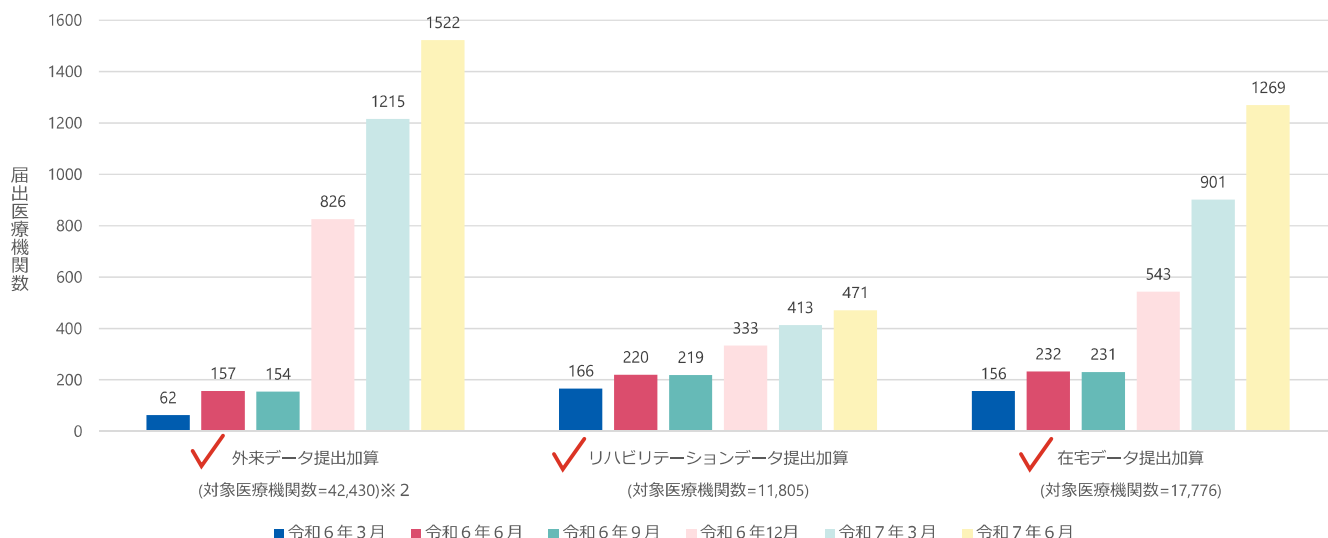


出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）
※令和6年度については速報値

P240 外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移

- 外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移は、以下のとおり。

外来データ等提出加算の3カ月毎の届出状況※1



出典：保険局医療課調べ

※1 データの抽出時期や条件等により、他の公開資料とは異なる数値となることがある。

※2 対象医療機関数については、令和6年7月NDBにおいて、外来データ等提出加算を算定しうる診療報酬項目（※3）を、1回以上算定している医療機関数。

※3 外来データ提出加算においては生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を、在宅データ提出加算においては在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料を、リハビリテーションデータ提出加算においては疾患別リハビリテーション料を指す。

111

外来様式1の詳細①

- 外来データ等提出加算※においては、外来様式1として、例えば以下のような情報の入力を行っている。

| 共通項目（抜粋） | | 外来データ提出加算特有の項目（抜粋） | | 脳卒中 | |
|----------|-------------|--------------------|------------|---------|-----------------------|
| 患者情報 | 生年月日 | 外来受診情報 | 受診年月日 | 急性冠症候群 | 脳卒中の有無（既往含む） |
| | 性別 | | 初診/再診 | | 脳卒中の初発の種類（既往含む） |
| | 患者住所地域の郵便番号 | | 他院による紹介の有無 | | 脳卒中の初発の発症（診断）年月 |
| | 身長 | | 診療科コード | | 脳卒中の初発以外の発症（診断）年月 |
| | 体重 | 糖尿病 | 糖尿病の有無 | | 脳卒中の初発以外の種類（既往含む） |
| | 喫煙区分 | | 自院管理の有無 | 心不全 | 急性冠症候群の有無（既往含む） |
| | 1日の喫煙本数 | | 診断年月 | | 急性冠症候群の初発の種類（既往含む） |
| 介護情報 | 喫煙年数 | | 血糖コントロール | | 急性冠症候群の初発の発症（診断）年月 |
| | 高齢者情報 | 高血圧症 | 慢性合併症：網膜症 | | 急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む） |
| | 要介護度 | | 慢性合併症：腎症 | 急性大動脈解離 | 急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月 |
| 傷病情報 | 自院管理の有無 | | 慢性合併症：神経障害 | | 心不全の有無 |
| | ICD10コード | | 高血圧症の有無 | | 心不全の診断年月 |
| | 傷病名コード | 脂質異常症 | 自院管理の有無 | | 急性大動脈解離の有無（既往含む） |
| | 修飾語コード | | 診断年月 | | 急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月 |
| | 傷病名 | | 血圧分類 | | 急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月 |
| 入院の状況 | 入院の有無 | | 収縮期血圧 | 慢性腎臓病 | 慢性腎臓病の有無 |
| | ICD10コード | | 拡張期血圧 | | 慢性腎臓病の診断年月 |
| | 傷病名コード | | 脂質異常症の有無 | | 高尿酸血症の有無 |
| | 修飾語コード | | 自院管理の有無 | | 高尿酸血症の診断年月 |
| | 傷病名 | | 診断年月 | 高尿酸血症 | 尿酸値 |
| 終診情報 | 当月中の終診情報 | | リスク分類 | | |
| | 終診年月日 | | LDLコレステロール | | |
| | ICD10コード | | | | |
| | 傷病名コード | | | | |
| | 修飾語コード | | | | |
| | 傷病名 | | | | |

※外来データ提出加算、在宅データ提出加算及びリハビリテーションデータ提出加算

P240

112

○ 外来データ等提出加算※においては、外来様式 1 として、例えば以下のような情報の入力を求めている。

| 在宅データ提出加算特有の項目（抜粋） | | 往診の状況 | 往診日 | リハビリテーションデータ提出加算特有の項目 | |
|--------------------|---------------------|-------|----------------|-----------------------|---------------------------|
| 療養情報 | 在宅療養を始めた年月 | 開始前情報 | 療養を行っている場所 | 外来受診情報 | 受診年月日 |
| | 療養を行っている場所 | | 主たる訪問診療を行う医療機関 | | 初診の有無 |
| 開始前情報 | 訪問診療開始前の往診日または外来受診日 | 訪問の状況 | ICD-10コード | | 他院による紹介の有無 |
| 訪問の状況 | 訪問診療日 | | 傷病名コード | 受診の状況 | 診療科コード |
| | 主たる訪問診療を行う医療機関 | 患者の状態 | 傷病名 | | 開始年月日 |
| | 単一建物診療患者数 | | 患者の状態 | | リハビリテーションが必要となった主病名の発症年月日 |
| | 訪問看護日 | | バーセルインデックス | | 上限日数を迎えた年月日 |
| | 自院での実施の有無 | | 排泄の状況 | | ICD-10コード |
| | 自院診断の有無 | | ブリストルスケール | | 傷病名コード |
| | ICD10コード | | 排尿の状況 | | 傷病名 |
| | 修飾語コード | | 褥瘡の状況 | 退院 | 退院年月日 |
| | 傷病名 | | 低栄養の有無 | | 患者の状態 |
| 救急受診の状況 | 救急受診日 | 入院の状況 | 摂食・嚥下障害の有無 | 患者の状態 | バーセルインデックス |
| | 受診先 | | 経管・経静脈栄養の状況 | | FIM |
| | 受診経路 | | 自院診断の有無 | 訓練内容 | 入所年月日 |
| | 転帰 | | ICD10コード | | 退所年月日 |
| 入院の状況 | 入院年月日 | | 傷病名コード | | 短期入所利用サービス |
| | 退院年月日 | | 修飾語コード | | |
| | 受診先 | | 傷病名 | | |
| | ICD-10コード | | ステージ分類 | | |
| | 傷病名コード | | UICC 病期分類(T) | | |
| 短期入所の状況 | 入所年月日 | | UICC 病期分類(N) | | |
| | 退所年月日 | | UICC 病期分類(M) | | |
| | 短期入所利用サービス | | UICC 病期分類(版権) | | |
| | | | NRS | | |

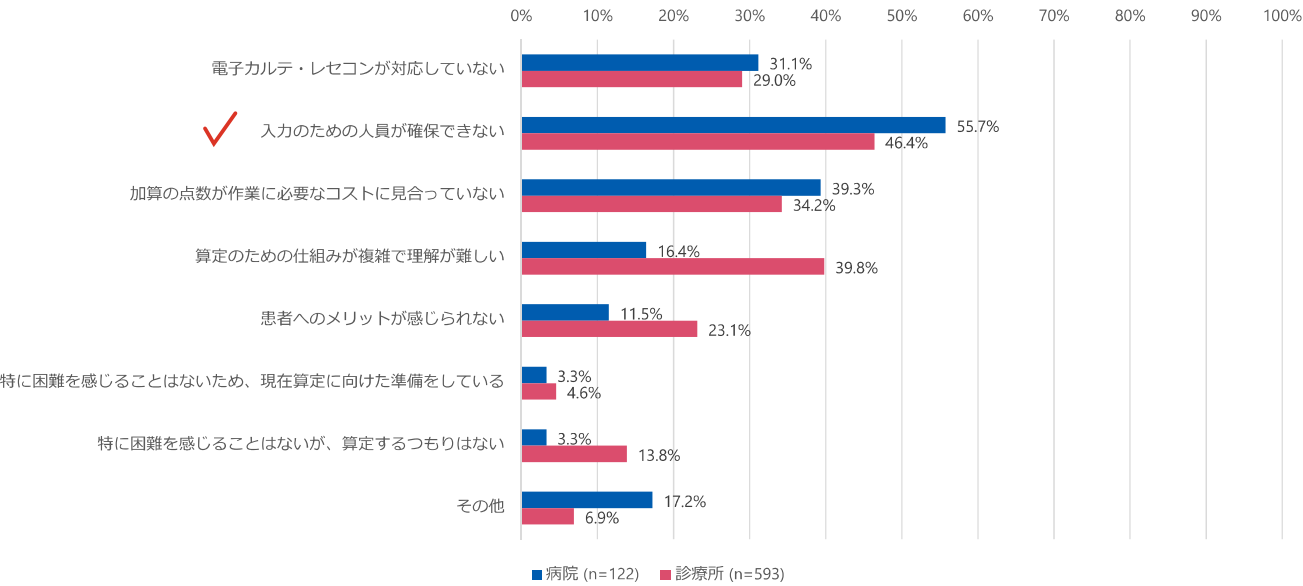
※外来データ提出加算、在宅データ提出加算及びリハビリテーションデータ提出加算

外来データ提出加算

診療組 入-1
7. 5. 2 2

○ 外来データ提出加算を算定していない理由、又は算定しているが困難に感じていることとしては、「入力のための人員が確保できない」が最も多かった。

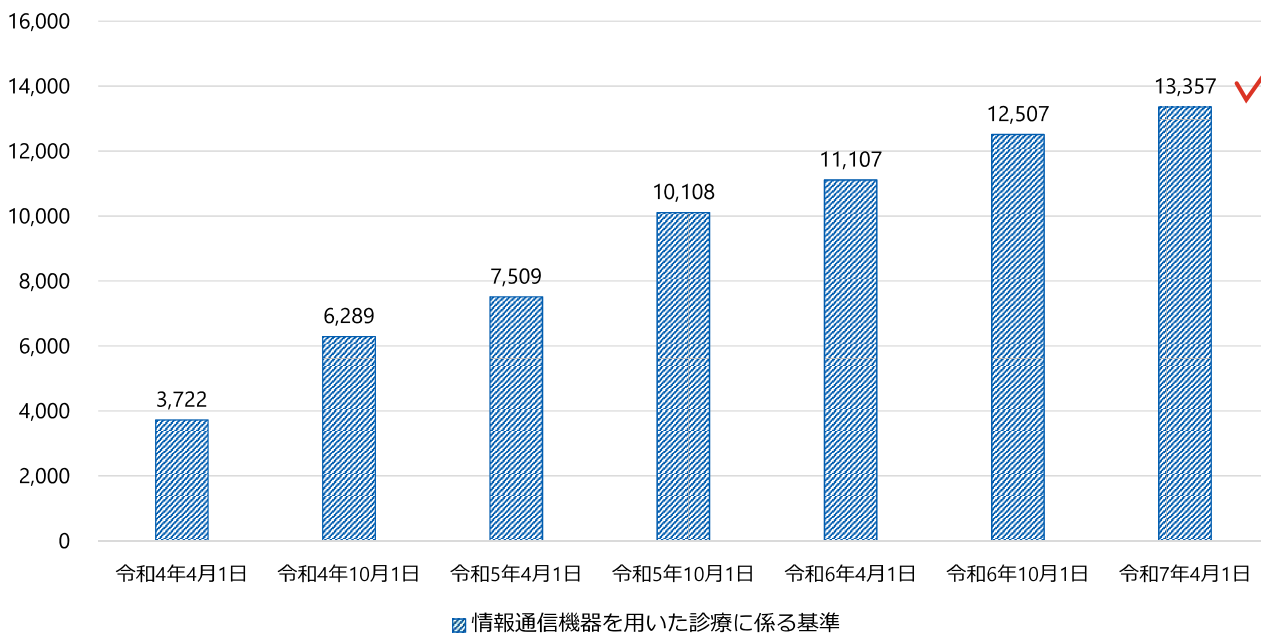
外来データ提出加算を算定していない理由、又は算定しているが困難に感じていることについて（複数選択可）



P248 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

- 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和7年4月1日時点において約13,400医療機関となっている。

(届出医療機関数)



出典：保険局医療課調べ（「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出」状況の抽出結果）

※元となるデータベース及びデータ抽出タイミングにより他の公表データと一致しない場合がある

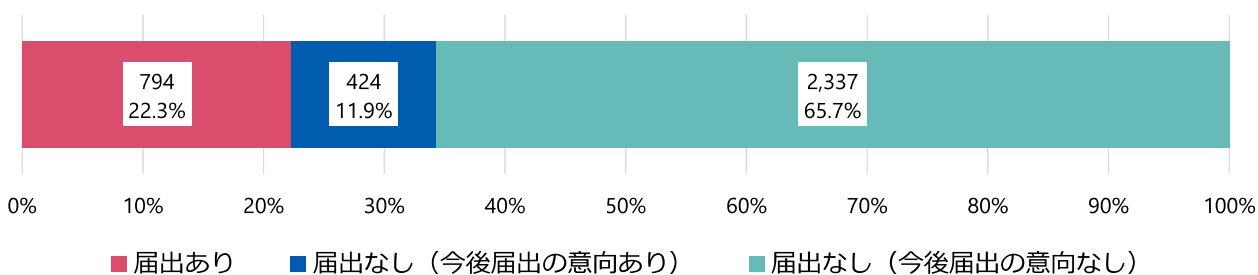
127

情報通信機器を用いた初診料等の施設基準の届出状況

診療組 入-1
7.5.22

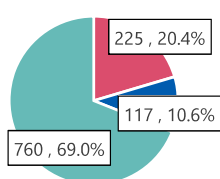
- 情報通信機器を用いた初診料等の施設基準を届け出ているのは、回答施設の22.3%であった。
○ 区分別では、E区分での届出医療機関割合が高かった。

情報通信機器を用いた診療の届出状況 (n=3,555)

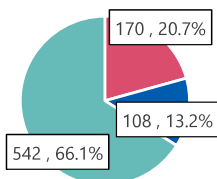


(参考) 各区分における届出状況

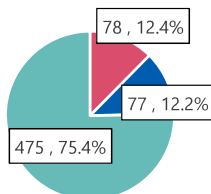
A区分 (n=1,102)



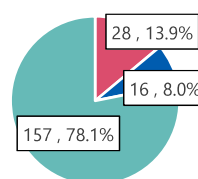
B区分 (n=820)



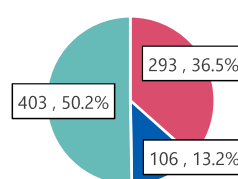
C区分 (n=630)



D区分 (n=201)



E区分 (n=802)



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（共通A））

P248

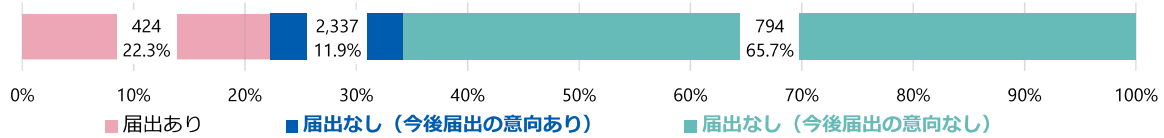
128

P249 情報通信機器を用いた診療の届出の意向と理由

 診療組 入-1
7.5.22

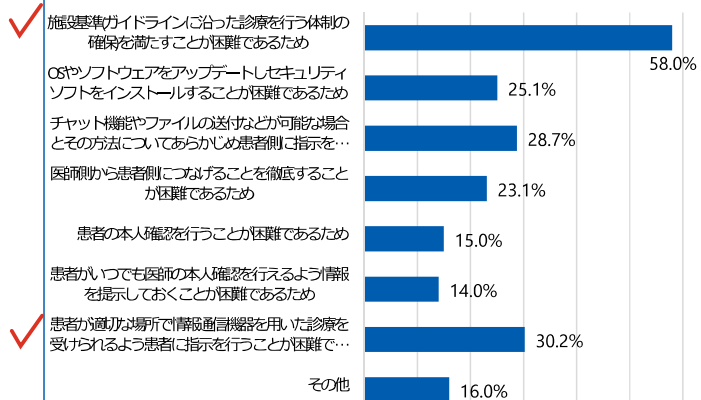
- 情報通信機器を用いた診療の届出の意向があるが届出できていない理由として、施設基準（ガイドラインに沿った診療体制の確保）を満たすことが困難と回答した施設が58%、患者に対する受診場所の指示が困難と回答した施設が30.2%であった。
- 今後の届出の意向なしと回答した理由として、「患者のニーズがない・少ないため」（55.7%）、「システム導入・運用コストが高い」（47.5%）、「メリットが手間やコストに見合わない」（45.0%）という回答であった。

（再掲）情報通信機器を用いた診療の届出状況（n=3,555）



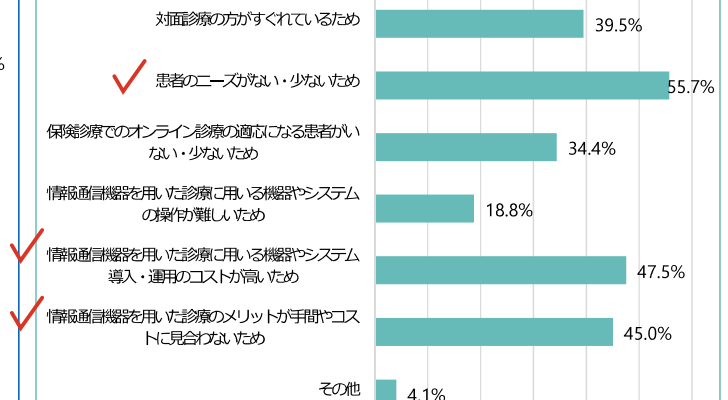
✓ 届出の意向はあるが、届出できていない理由（n=407）

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60%



✓ 届出の意向がない理由（n=2,305）

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60%



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（共通A））

129

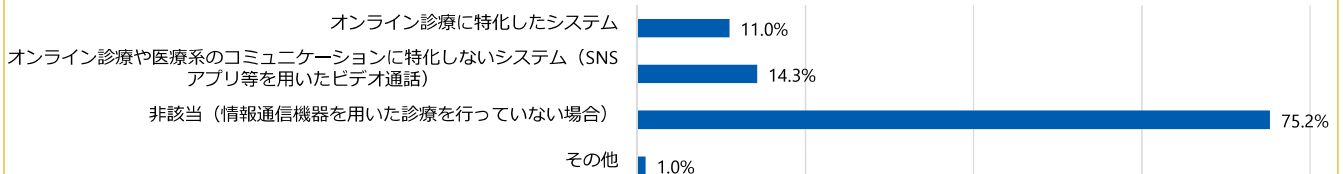
オンライン診療に使用しているシステム等について（医療機関調査）

 診療組 入-1
7.5.22

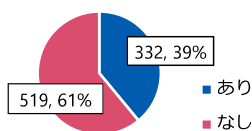
- 医療機関におけるオンライン診療のシステム導入時の初期費用の中央値は27.5万円、月額維持費用の中央値は1万円/月であった。
- システム利用に係る患者からの費用徴収をしている医療機関は約29%、徴収額の中央値は600円であった。

利用しているシステム概要（n=3,511、複数回答）

0% 20% 40% 60% 80%

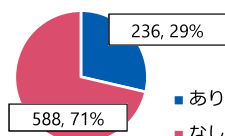


- システム利用に係るシステム提供者への費用の支払い（n=851）



| | 回答数 | 平均値 | 四分位数 | | | |
|---------|------|-----------|----------|-----------|-----------|--|
| | | | 25%Tile | 50%Tile | 75%Tile | |
| 導入時初期費用 | 193件 | 779,887円 | 36,500円 | 275,000円 | 475,000円 | |
| 月額維持費用 | 205件 | 22,216円/月 | 5,000円/月 | 10,000円/月 | 24,250円/月 | |

- システム利用に係る患者からの費用徴収（n=824）



| | 回答数 | 平均値 | 四分位数 | | | |
|------------------------|------|--------|---------|---------|---------|--|
| | | | 25%Tile | 50%Tile | 75%Tile | |
| システム利用に係る患者1人当たりの平均徴収額 | 222件 | 891.3円 | 500円 | 600円 | 1,000円 | |

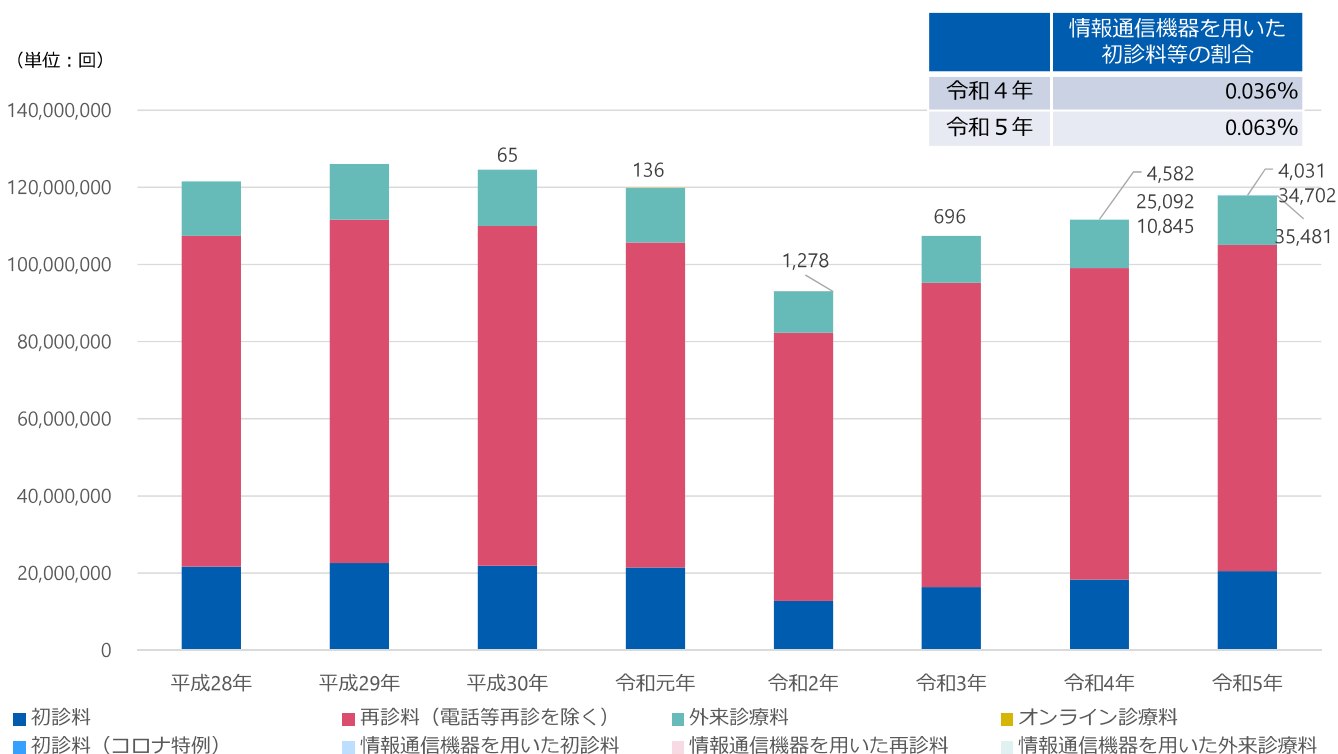
出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（共通A））

130

P249

情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

○ 令和5年における情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は初・再診料等全体の0.063%を占める。

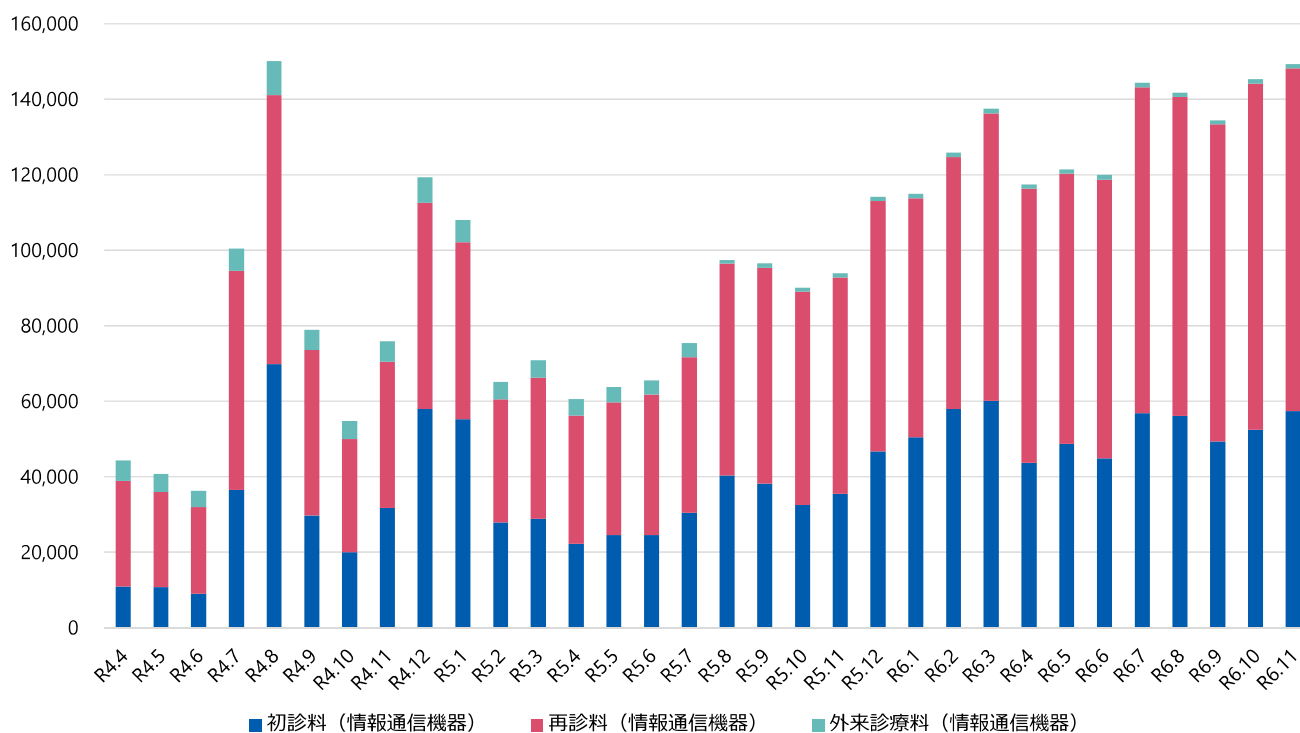


出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）

131

情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

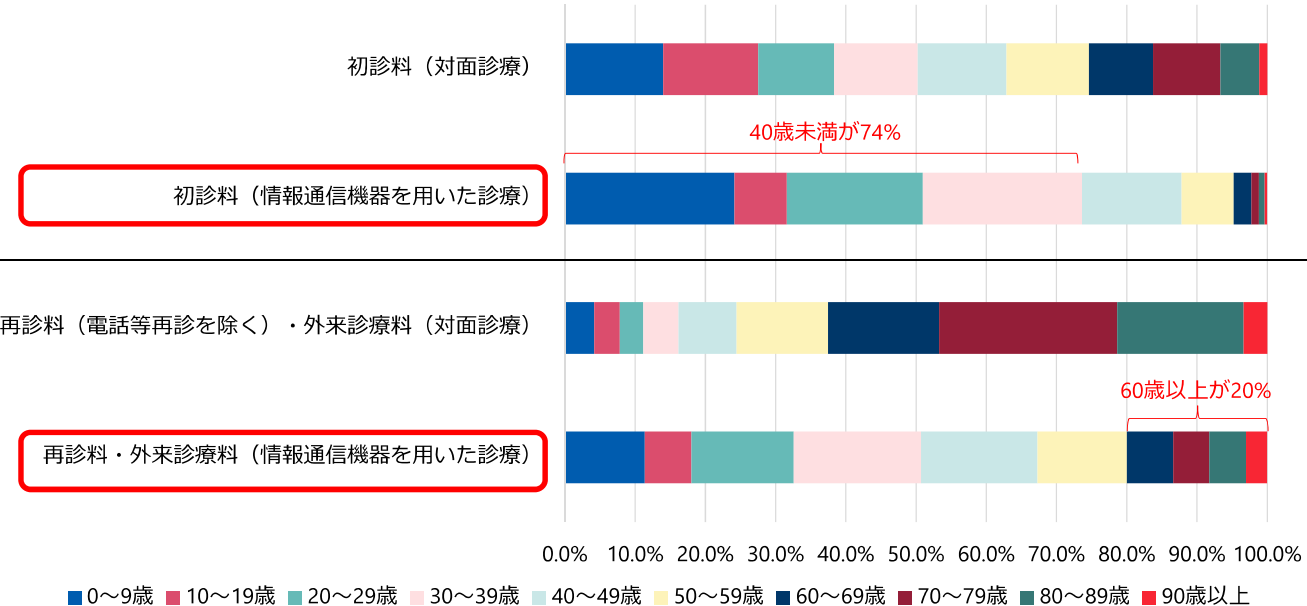
○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は、令和5年4月以降は増加傾向。



出典：NDBデータ

P251 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数（年齢分布）

- 情報通信機器を用いた初診料の年齢構成について、対面診療では40歳未満の割合が50%であるのに対し、情報通信機器を用いた場合は74%となっている。
- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療の年齢構成について、対面診療では60歳以上の割合が63%であるのに対し、情報通信機器を用いた場合は20%となっている。



出典：令和5年度NDBオープンデータ

情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

- 情報通信機器を用いた初診と対面診療における初診に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。情報通信機器を用いた初診における傷病名としては急性上気道炎が21.5%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が多い。

| No. | 傷病名 | 令和6年度 | |
|-----|-------------------|--------|--------|
| | | 7月診療月 | |
| | | 回数 | 構成比% |
| 計 | 情報通信機器を用いた初診の算定回数 | | 100.0% |
| 1 | 急性上気道炎 | 12,214 | 21.5% |
| 2 | COVID-19 | 5,090 | 9.0% |
| 3 | 適応障害 | 3,133 | 5.5% |
| 4 | 手足口病 | 2,138 | 3.8% |
| 5 | 急性気管支炎 | 1,935 | 3.4% |
| 6 | 急性胃腸炎 | 1,344 | 2.4% |
| 7 | 急性咽頭炎 | 1,212 | 2.1% |
| 8 | 気管支喘息 | 1,181 | 2.1% |
| 9 | 尋常性ざ瘡 | 1,053 | 1.9% |
| 10 | 感冒 | 988 | 1.7% |
| 11 | 多汗症 | 942 | 1.7% |
| 12 | じんま疹 | 895 | 1.6% |
| 13 | 湿疹 | 883 | 1.6% |
| 14 | アレルギー性鼻炎 | 865 | 1.5% |
| 15 | アトピー性皮膚炎 | 847 | 1.5% |
| 16 | 不眠症 | 794 | 1.4% |
| 17 | 口唇ヘルペス | 596 | 1.0% |
| 18 | うつ病 | 526 | 0.9% |
| 19 | うつ状態 | 525 | 0.9% |
| 20 | 膀胱炎 | 515 | 0.9% |

| No. | 傷病名 | 令和6年度 | |
|-----|--------------|-----------|--------|
| | | 7月診療月 | |
| | | 回数 | 構成比% |
| 計 | 対面による初診の算定回数 | | 100.0% |
| 1 | COVID-19 | 1,537,680 | 6.9% |
| 2 | 急性気管支炎 | 807,739 | 3.6% |
| 3 | 急性上気道炎 | 747,594 | 3.3% |
| 4 | アレルギー性鼻炎 | 610,533 | 2.7% |
| 5 | 近視性乱視 | 586,053 | 2.6% |
| 6 | 急性咽頭喉頭炎 | 491,660 | 2.2% |
| 7 | 湿疹 | 452,709 | 2.0% |
| 8 | 急性咽頭炎 | 356,724 | 1.6% |
| 9 | 気管支喘息 | 349,538 | 1.6% |
| 10 | 急性副鼻腔炎 | 339,804 | 1.5% |
| 11 | アトピー性皮膚炎 | 310,623 | 1.4% |
| 12 | 耳垢栓塞 | 195,555 | 0.9% |
| 13 | 咽頭炎 | 193,892 | 0.9% |
| 14 | アレルギー性結膜炎 | 181,197 | 0.8% |
| 15 | 皮脂欠乏性湿疹 | 174,503 | 0.8% |
| 16 | 変形性膝関節症 | 167,690 | 0.7% |
| 17 | じんま疹 | 167,040 | 0.7% |
| 18 | 遠視性乱視 | 166,920 | 0.7% |
| 19 | 尋常性ざ瘡 | 158,923 | 0.7% |
| 20 | 結膜炎 | 157,712 | 0.7% |

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。対面診療にない傷病名のうち、令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

- 情報通信機器を用いた初診と対面診療における初診に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。
情報通信機器を用いた初診における傷病名としてはCOVID-19が56.5%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が多い。

| No. | 傷病名 | 令和4年度 | |
|-----|-------------------|--------|--------|
| | | 5月診療月 | |
| | | 回数 | 構成比% |
| 計 | 情報通信機器を用いた初診の算定回数 | 10,682 | 100.0% |
| 1 | COVID-19 | 6,035 | 56.5% |
| 2 | 急性上気道炎 | 2,120 | 19.8% |
| 3 | 急性気管支炎 | 1,756 | 16.4% |
| 4 | アレルギー性鼻炎 | 1,083 | 10.1% |
| 5 | 急性咽頭炎 | 669 | 6.3% |
| 6 | 発熱 | 646 | 6.0% |
| 7 | 咽頭炎 | 642 | 6.0% |
| 8 | コロナウイルス感染症 | 542 | 5.1% |
| 9 | 気管支喘息 | 420 | 3.9% |
| 10 | 急性胃腸炎 | 377 | 3.5% |
| 11 | 扁桃炎 | 306 | 2.9% |
| 12 | 湿疹 | 268 | 2.5% |
| 13 | 急性咽頭喉頭炎 | 234 | 2.2% |
| 14 | 不眠症 | 232 | 2.2% |
| 15 | 感冒 | 226 | 2.1% |
| 16 | 咽頭喉頭炎 | 211 | 2.0% |
| 17 | 頭痛 | 177 | 1.7% |
| 18 | 急性胃炎 | 154 | 1.4% |
| 19 | じんま疹 | 152 | 1.4% |
| 20 | 下痢症 | 151 | 1.4% |
| 21 | 廃用症候群 | 134 | 1.3% |
| 22 | 皮脂欠乏症 | 134 | 1.3% |
| 23 | 急性扁桃炎 | 129 | 1.2% |
| 24 | 皮脂欠乏性湿疹 | 128 | 1.2% |
| 25 | 嘔吐症 | 121 | 1.1% |

| No. | 傷病名 | 令和4年度 | |
|-----|--------------|------------|--------|
| | | 5月診療月 | |
| | | 回数 | 構成比% |
| 計 | 対面による初診の算定回数 | 18,097,507 | 100.0% |
| 1 | COVID-19 | 2,226,897 | 12.3% |
| 2 | アレルギー性鼻炎 | 1,562,467 | 8.6% |
| 3 | 近視性乱視 | 1,138,705 | 6.3% |
| 4 | 急性気管支炎 | 975,795 | 5.4% |
| 5 | 急性上気道炎 | 892,046 | 4.9% |
| 6 | 湿疹 | 742,671 | 4.1% |
| 7 | 急性咽頭喉頭炎 | 678,311 | 3.7% |
| 8 | アレルギー性結膜炎 | 548,146 | 3.0% |
| 9 | 糖尿病 | 524,424 | 2.9% |
| 10 | 耳垢栓塞 | 519,903 | 2.9% |
| 11 | 急性副鼻腔炎 | 498,260 | 2.8% |
| 12 | 気管支喘息 | 461,144 | 2.5% |
| 13 | 急性咽頭炎 | 443,514 | 2.5% |
| 14 | 皮脂欠乏症 | 428,591 | 2.4% |
| 15 | 高血圧症 | 404,342 | 2.2% |
| 16 | 遠視性乱視 | 385,952 | 2.1% |
| 17 | アトピー性皮膚炎 | 381,011 | 2.1% |
| 18 | 慢性胃炎 | 365,715 | 2.0% |
| 19 | 発熱 | 356,222 | 2.0% |
| 20 | 皮脂欠乏性湿疹 | 350,153 | 1.9% |
| 21 | 胃炎 | 315,687 | 1.7% |
| 22 | 腰痛症 | 312,640 | 1.7% |
| 23 | ドライアイ | 298,589 | 1.6% |
| 24 | 頭痛 | 296,906 | 1.6% |
| 25 | 肝機能障害 | 295,340 | 1.6% |

出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている

135

情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料と対面による再診料・外来診療料に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。情報通信機器を用いた再診料・外来診療料における傷病名としては適応障害が9.1%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、精神疾患に類する傷病名が占める割合が高い。

| No. | 傷病名 | 令和6年度 | |
|-----|--------------------------|-------|--------|
| | | 7月診療月 | |
| | | 回数 | 構成比% |
| 計 | 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数 | | 100.0% |
| 1 | 適応障害 | 8,003 | 9.1% |
| 2 | 高血圧症 | 4,833 | 5.5% |
| 3 | 気管支喘息 | 3,660 | 4.2% |
| 4 | うつ病 | 3,257 | 3.7% |
| 5 | アレルギー性鼻炎 | 3,252 | 3.7% |
| 6 | 不眠症 | 2,855 | 3.3% |
| 7 | 月経困難症 | 2,496 | 2.9% |
| 8 | うつ状態 | 1,803 | 2.1% |
| 9 | アトピー性皮膚炎 | 1,761 | 2.0% |
| 10 | 急性上気道炎 | 1,752 | 2.0% |
| 11 | 睡眠時無呼吸症候群 | 1,635 | 1.9% |
| 12 | 慢性胃炎 | 1,629 | 1.9% |
| 13 | 湿疹 | 1,397 | 1.6% |
| 14 | 片頭痛 | 1,299 | 1.5% |
| 15 | COVID-19 | 1,209 | 1.4% |
| 16 | 尋常性ざ瘡 | 1,171 | 1.3% |
| 17 | スギ花粉症 | 1,055 | 1.2% |
| 18 | 不安神経症 | 1,008 | 1.2% |
| 19 | 急性気管支炎 | 948 | 1.1% |
| 20 | パニック障害 | 898 | 1.0% |

| No. | 傷病名 | 令和6年度 | |
|-----|---------------------|-----------|--------|
| | | 7月診療月 | |
| | | 回数 | 構成比% |
| 計 | 対面による再診料・外来診療料の算定回数 | | 100.0% |
| 1 | 高血圧症 | 9,545,663 | 9.2% |
| 2 | 変形性膝関節症 | 2,689,408 | 2.6% |
| 3 | 気管支喘息 | 2,207,287 | 2.1% |
| 4 | 2型糖尿病 | 1,953,540 | 1.9% |
| 5 | 高コレステロール血症 | 1,832,608 | 1.8% |
| 6 | 慢性胃炎 | 1,762,346 | 1.7% |
| 7 | 糖尿病 | 1,675,078 | 1.6% |
| 8 | アレルギー性鼻炎 | 1,551,541 | 1.5% |
| 9 | 腰部脊柱管狭窄症 | 1,442,194 | 1.4% |
| 10 | 慢性腎不全 | 1,402,271 | 1.4% |
| 11 | うつ病 | 1,196,874 | 1.2% |
| 12 | 肩関節周囲炎 | 1,153,572 | 1.1% |
| 13 | 高脂血症 | 1,153,564 | 1.1% |
| 14 | 狭心症 | 1,076,890 | 1.0% |
| 15 | 脂質異常症 | 1,029,275 | 1.0% |
| 16 | 変形性腰椎症 | 1,021,543 | 1.0% |
| 17 | アトピー性皮膚炎 | 937,661 | 0.9% |
| 18 | 骨粗鬆症 | 934,318 | 0.9% |
| 19 | 近視性乱視 | 896,805 | 0.9% |
| 20 | 慢性心不全 | 821,488 | 0.8% |

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。対面診療にない傷病名のうち、令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

136

- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料と対面診療における再診料・外来診療料に係る傷病名の上位25位は以下のとおり。情報通信機器を用いた再診料・外来診療料における傷病名としてはCOVID-19が27.2%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が高い。

| No. | 傷病名 | 令和4年度 5月診療月 | |
|-----|-------------------------|----------------|--------|
| | | 回数 | 構成比% |
| 計 | 情報通信機器を用いた再診・外来診療料の算定回数 | 24,880 | 100.0% |
| 1 | COVID-19 | 6,765 | 27.2% |
| 2 | アレルギー性鼻炎 | 6,702 | 26.9% |
| 3 | 高血圧症 | 3,884 | 15.6% |
| 4 | 急性上気道炎 | 3,657 | 14.7% |
| 5 | 気管支喘息 | 3,340 | 13.4% |
| 6 | 便秘症 | 2,805 | 11.3% |
| 7 | 急性気管支炎 | 2,791 | 11.2% |
| 8 | 不眠症 | 2,754 | 11.1% |
| 9 | アレルギー性結膜炎 | 2,113 | 8.5% |
| 10 | 皮脂欠乏症 | 2,071 | 8.3% |
| 11 | 慢性胃炎 | 2,061 | 8.3% |
| 12 | 高コレステロール血症 | 1,973 | 7.9% |
| 13 | 糖尿病 | 1,791 | 7.2% |
| 14 | 湿疹 | 1,734 | 7.0% |
| 15 | 腰痛症 | 1,687 | 6.8% |
| 16 | 急性咽喉炎 | 1,405 | 5.6% |
| 17 | 高脂血症 | 1,396 | 5.6% |
| 18 | 鉄欠乏性貧血 | 1,345 | 5.4% |
| 19 | アトピー性皮膚炎 | 1,256 | 5.0% |
| 20 | 皮脂欠乏性湿疹 | 1,210 | 4.9% |
| 21 | コロナウイルス感染症 | 1,128 | 4.5% |
| 22 | 骨粗鬆症 | 1,113 | 4.5% |
| 23 | 逆流性食道炎 | 1,108 | 4.5% |
| 24 | 胃潰瘍 | 1,079 | 4.3% |
| 25 | 頭痛 | 1,007 | 4.0% |

| No. | 傷病名 | 令和4年度 5月診療月 | |
|-----|--------------------|----------------|--------|
| | | 回数 | 構成比% |
| 計 | 対面による再診・外来診療料の算定回数 | 62,206,981 | 100.0% |
| 1 | 高血圧症 | 19,348,105 | 31.1% |
| 2 | アレルギー性鼻炎 | 8,944,790 | 14.4% |
| 3 | 不眠症 | 8,730,208 | 14.0% |
| 4 | 便秘症 | 8,206,032 | 13.2% |
| 5 | 糖尿病 | 8,024,647 | 12.9% |
| 6 | 高コレステロール血症 | 7,770,380 | 12.5% |
| 7 | 慢性胃炎 | 7,157,835 | 11.5% |
| 8 | 高脂血症 | 7,092,086 | 11.4% |
| 9 | 腰痛症 | 6,844,633 | 11.0% |
| 10 | 骨粗鬆症 | 5,421,005 | 8.7% |
| 11 | 変形性膝関節症 | 4,636,653 | 7.5% |
| 12 | 逆流性食道炎 | 4,552,906 | 7.3% |
| 13 | 2型糖尿病 | 4,465,986 | 7.2% |
| 14 | 脂質異常症 | 4,446,350 | 7.1% |
| 15 | 高尿酸血症 | 4,366,523 | 7.0% |
| 16 | アレルギー性結膜炎 | 4,248,100 | 6.8% |
| 17 | 気管支喘息 | 4,179,183 | 6.7% |
| 18 | 維持療法の必要な難治性逆流性食道炎 | 4,048,947 | 6.5% |
| 19 | 湿疹 | 3,521,267 | 5.7% |
| 20 | 狭心症 | 3,318,654 | 5.3% |
| 21 | 近視性乱視 | 3,202,902 | 5.1% |
| 22 | 鉄欠乏性貧血 | 3,141,966 | 5.1% |
| 23 | 皮脂欠乏症 | 3,079,372 | 5.0% |
| 24 | 胃潰瘍 | 3,032,102 | 4.9% |
| 25 | 肩関節周囲炎 | 2,897,913 | 4.7% |

出典：NDBデータ(令和4年5月診療分) ※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている

137

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(外来医療)

- 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。
- 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。
- かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。
- 情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含め、その実態について調査・検証を行うとともに、より適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

15 情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

(在宅医療等)

- 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、同一建物居住者への効率的な訪問診療や訪問看護における対応等、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(精神医療)

- 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。特に新設された精神科地域包括ケア病棟入院料については、地域定着等の状況も含め、データを用いて適切に調査・検証し、評価の在り方について検討すること。

(リハビリテーションへの対応等)

- 回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設に伴い、医療資源の少ない地域におけるリハビリテーションへの対応等について、今回改定による影響の調査・検証を行うこと。

(医療技術の評価)


- 保険適用された医療技術に対する評価について、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果や関係学会等による臨床的位置付けを踏まえ、適切な再評価が継続的に行われるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。
- また、革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- かかりつけ歯科医の機能の評価に係る施設基準の見直し等の影響や回復期リハビリテーション病棟等の入院患者に対する口腔管理・多職種連携の状況等を調査・検証し、口腔疾患の継続的な管理の在り方や口腔管理に係る関係者との連携の評価の在り方について引き続き検討すること。

(参考) オンライン診療で初診から診断書を発行可能としている医療機関

北海道から沖縄まで
全国どこでも
初診から
オンライン診療での対応！



主に休職・復職相談に特化し、
全国からオンラインで受診できる初めてのクリニックです。
診断書、傷病手当金申請書、就労可否証明書
すべての書類の作成が可能！
また、休職の診断書はPDFデータで即日受取可能です。

プライバシーも安心！
オンラインでの診療

LINE で診断書がもらえる
オンライン診療対応のメンタルクリニック

スマホでかんたん！診断書がもらえる
スマホ で診療が受けられる
メンタルクリニック
心療内科 精神科

通院不要
スマホで完結

診断書の
即日発行可能

24時間 LINE
予約可能

休職の
相談

※当院は、休職相談をメインとしたクリニックです。
※医師の診察により、診断書の発行ができない場合もあります。

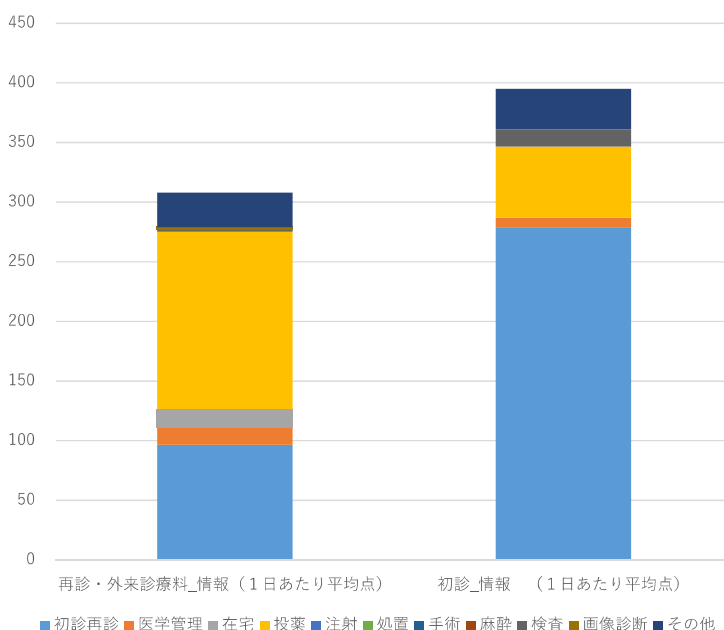
145

不眠症に対する情報通信機器を用いた診療実態

| | | |
|-----|-----|---|
| 中医協 | 総 | 4 |
| 5. | 11. | 8 |

- 不眠症を主傷病とする患者に対する情報通信機器を用いた診療のレセプト請求点数の内訳は以下のとおり。投薬が一定の割合を占めていた。
- 情報通信機器を用いた診療日において、初診から向精神薬が処方されている実態があった。

「不眠症」を主傷病とする患者に対し、「情報通信機器を用いた初診料」あるいは「情報通信機器を用いた再診料・外来診療料」を算定した日における、各診療区分毎の診療費の平均値（令和4年12月診療分）



「不眠症」を主傷病とする患者に対し、情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料を算定した日における向精神薬の処方回数（処方料のみ、令和4年10～12月診療分）

再診・外来診療料

| 成分名 | 算定回数 |
|-----------|------|
| プロチゾラム | 68 |
| ゾピクロン | 30 |
| ゾルピデム酒石酸塩 | 602 |
| アルプラゾラム | 120 |
| トリアゾラム | 37 |
| フルニトラゼパム | 86 |
| エチゾラム | 80 |

初診

| 成分名 | 算定回数 |
|--------|------|
| トリアゾラム | 28 |

【案】

2025年 月 日

厚生労働大臣
福岡 資麿 殿

日本病院団体協議会

議長 望月 泉

| | | |
|--------------------------|-----|-------|
| 一般社団法人国立大学病院長会議 | 会長 | 大鳥 精司 |
| 独立行政法人国立病院機構 | 理事長 | 新木 一弘 |
| 一般社団法人全国公私病院連盟 | 会長 | 邊見 公雄 |
| 公益社団法人全国自治体病院協議会 | 会長 | 望月 泉 |
| 公益社団法人全日本病院協会 | 会長 | 猪口 雄二 |
| 独立行政法人地域医療機能推進機構 | 理事長 | 山本 修一 |
| 一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会 | 会長 | 仲井 培雄 |
| 一般社団法人日本医療法人協会 | 会長 | 伊藤 伸一 |
| 一般社団法人日本社会医療法人協議会 | 会長 | 西澤 寛俊 |
| 一般社団法人日本私立医科大学協会 | 参与 | 小山 信彌 |
| 公益社団法人日本精神科病院協会 | 会長 | 山崎 學 |
| 一般社団法人日本病院会 | 会長 | 相澤 孝夫 |
| 一般社団法人日本慢性期医療協会 | 会長 | 橋本 康子 |
| 一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 | 会長 | 斉藤 正身 |
| 独立行政法人労働者健康安全機構 | 理事長 | 大西 洋英 |

令和8年度（2026年度）診療報酬改定に係る要望書【第2報】

令和7年度に入っても、インフレ基調は変わらず、物価高騰、人件費高騰（令和7年春闘賃上げ率2年連続で5%超）は続いており、病院経営は更に深刻な状況へと悪化しています。病院医療は地域社会における最も重要なインフラの一つです。適切に診療報酬が上がらなければ、地域で必要とされる病院が経営難から機能不全に陥り、「助かるべき命が助からない」という本当の意味での医療崩壊が始まります。一旦崩壊した医療インフラは簡単に立ち直す事は出来ません。その危機的状況を回避させるためにも、前回総論的な要望【第1報】でお願いしましたように、基本的な入院料を堅実に引き上げて頂くと共に、より適切な医療サービスの提供が出来る様、改めて13項目の要望【第2報】を提出します。

1. 重症度、医療・看護必要度について内科系急性期患者の適切な評価の見直し

令和6年度診療報酬改定における、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しについて、内科系の急性期患者が評価されにくいという内科系評価指標に関する問題点について一定の認識が存在します。この点は（一社）内科系学会社会保険連合（内保連）からも過去に指摘があり、前回改定において内保連からも要望がなされていたところです。重症度、医療・看護必要度での、内科系急性期患者の評価の在り方については、内科系の重症度を的確に示す評価する指標が必要であり、評価の見直しを要望します。

2. 高齢急性期患者の受け入れに適切に機能する地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟入院料については、2040年に向けて今後増加が見込まれる高齢者救急、高齢急性期患者に対応する病棟機能として、令和6年度改定で新設されましたが、重症度、医療・看護必要度の基準も含め、施設基準が非常に厳しく、急性期一般入院料1（7対1）の届け出要件を満たせなくなった病棟の受け皿としての意味合いにやや偏った施設基準であったとも言えます。急性期一般入院料と地域包括ケア病棟入院料との中間的機能のバランスを保ちながら、より積極的に高齢者救急、高齢急性期患者の受け入れが可能となるよう、適切な施設基準の見直しを要望します。

3. 介護専門職（介護福祉士）配置、介護を行う看護補助者の更なる評価と配置要件の拡大

令和6年度改定で新たに設けられた「看護補助者体制充実加算1」では、看護補助者への評価が見直され、施設基準として初めて、「介護福祉士の資格、または看護補助者として3年以上の勤務経験と適切な研修の修了」が要件に加えられました。今後とも急性期から慢性期まで医療機関における要介護高齢者は増加し、看護師の介護負担は益々大きくなります。介護専門職（介護福祉士）配置、もしくは介護を行う看護補助者の更なる評価を要望します。

4. 精神病床における身体疾患やリハビリテーション、権利擁護等への対応に係る医療資源投入への適切な評価

精神病床では、近年、入院期間に関わらず重い精神症状を抱えた患者が増え、身体疾患の併存やADL低下に対するケアの量も増加しています。さらに、精神保健福祉法の改正等を経て、患者の権利擁護への対応の労力も増加しています。しかし多くの精神科病院が、新設後30年以上も経過している特定入院料等を算定せざるを得ず、医療資源投入量が診療報酬に十分に反映されていないため、精神病床が正當に評価されることを要望します。

5. 外来・在宅ベースアップ、入院ベースアップ評価料の適切な評価の見直しと、全職種を対象へ

令和7年度春闘の賃上げ率が2年連続で5%越えと言われる中で、我々医療界の人材が他産業に移動し、益々人手不足に拍車がかかることが無いように、他産業と同じ水準で賃上げが出来る様に、外来・在宅ベースアップ評価料、入院ベースアップ評価料の適切な評価の見直しを要望します。また加算対象外職員（事務職員・その他）に対しては各医療機関が持ち出しでベースアップを行っている場合があり、人件費負担増が医療経営を悪化の要因となっています。医療機関職員の全ての職種を評価対象にすることを要望します。

6. 在宅救急患者の受入と下り搬送受入側に関する、包括期・慢性期医療への評価

今後軽症、中等症の高齢者救急が増加するにあたり、包括期・慢性期の病棟において、在宅で急変した高齢のマルチモビリティ患者を、直接受け入れる場合の更なる評価を求めます。また、適切な下り搬送の評価として、救急患者連携搬送料が新設されましたが、搬送先の後方医療機関に於いても、夜間休日の受け入れを強化する場合の評価や、救急患者を3次救急医療機関等まで迎えに行き転院搬送する場合の新たな評価を求めます。

7. 地域医療提供体制確保加算 救急車1, 000台以上でも評価する仕組み

地域医療提供体制確保加算による評価は、令和4年度改定より、年間2, 000台以上の救急車搬送件数に加え、「年間1, 000台以上の救急搬送件数かつ総合周産期特定集中治療室等の届出」が追加されました。今後地域での2次救急を担う中小病院等における高齢者救急医療受け入れ体制を確保する為に、周産期医療又は小児救急医療の実績がない場合であっても年間1, 000台以上の救急車搬送件数で算定が可能となるよう評価の見直しを求めます。

8. 医師事務作業補助体制加算の更なる評価

医師事務作業補助体制加算は、これまでも診療報酬改定で毎回評価を上げて頂いてありますが、今後医師の働き方改革を更に推進し、医師の負担軽減を図る為にも、医師事務作業補助体制加算1において病床数15対1の配置以上に加配した場合の医師事務作業補助体制加算の更なる評価を求めます。また施設基準においては、年間緊急入院患者数の要件がまだまだ厳しく要件の更なる緩和を求めます。

9. 医療DX推進に係る、実質を反映する更なる評価

医療機関が、情報通信技術（ICT）を活用し、医療の質向上や業務効率化を図ること、患者満足度向上、医療従事者の負担軽減、そして病院経営の安定化等の多くのメリットをもたらすことを目的とし、医療DXの推進体制を整備した場合に算定できる加算として、医療DX推進体制整備加算や医療情報取得加算が新設されています。しかし、電子処方箋システムや医療情報取得システム（管理側）の整備・改修に於いて、医療機関経営も不安定な中、既に多額の投資費用が発生しており、補助金等のみで安心安全な電子処方箋システム等の構築・完備・維持が可能な状況とは言えません。適切な診療報酬による評価を要望します。

10. 医師の働き方改革に係る「宿日直許可基準」の取扱いと特定集中治療室の医師要件の緩和

医師の働き方改革の一環として、特定集中治療室（ICU）や新生児特定集中治療室（NICU）の宿日直許可基準の取扱いが令和6年度改定で明確化され、宿日直を行う医師を配置するICUに低い点数の特定集中治療室管理料5・6が新設されました。宿日直許可を得れば大幅な減収となり、一方で上位管理料や加算を取得するためにICU等勤務医について夜勤とすれば、翌日の医師確保が困難となる等の影響が大きいため、評価の見直しを要望します。

11. 内視鏡手術支援機器を用いる手術及びロボット手術（ダヴィンチ、ヒノトリ等）の評価

内視鏡手術用支援機器を用いた内視鏡手術（以下ロボット手術／ダヴィンチ・ヒノトリ等）は機器の国内導入は増加、症例数も増加しており、医学的安全性・有用性に関する評価も高まっています。一方で手術時に使用する消耗品や機器類のメンテナンス費用等については、通常の腹腔鏡下手術よりもかなり割高であり、費用実態に合わせた評価を要望します。また算定の為の施設基準（年間症例数）が厳しく、巨額の設備投資を行っても症例数が満たせない場合は届出を取り下げる事になります。今後安全で低侵襲のロボット手術活用が推進されるよう、基準の緩和を要望します。

1 2. 加算として取り扱われる医療材料等の評価の見直し

特定保険医療材料の価格については、昨今の急激な物価高により、定期的な見直しでは追いついていない現状があります。また「無菌調剤処理」や「自動縫合器」、「自動吻合器」など加算として評価される材料に関しては、長期間評価の見直しが行われないまま放置されているものも存在します。特定保険医療材料の価格上昇に迅速に対応出来る仕組みの構築と評価の見直しを要望します。

1 3. 高額医薬品管理料の新設

超高額医薬品の薬事承認が相次いでおり、使用額は年々増加しています。超高額医薬品は使用に至るまでの適切かつ慎重な薬剤保管（低温フリーザ等）、解凍作業等が必要であり、医療機関ではその管理コストが必要となります。また（患者側の都合等による）当該薬剤の使用不可・破損のリスクを負うばかりか、やむを得ぬ理由により投薬が中止となった場合には、当該医薬品費用を負担しなければなりません。超高額医薬品の管理料の新設を要望します。

以上

2025年6月20日

日本病院団体協議会
議長 望月 泉 様

日本病院団体協議会
診療報酬実務者会議
委員長 津留 英智

中央社会保険医療協議会委員候補者の選出について
(第235回日病協診療報酬実務者会議 検討結果)

2025年6月18日開催の第235回診療報酬実務者会議において、中央社会保険医療協議会委員候補者の選出等について議論を行った結果、下記の結論となりましたのでご報告申し上げます。

なお、同実務者会議における本件についての議論の経過は別紙のとおり。

記

I. 中央社会保険医療協議会委員候補者について

小阪 真二 氏

(診療報酬実務者会議 委員・全国自治体病院協議会 副会長)

【別紙】

「第 234 回及び第 235 回診療報酬実務者会議における中央社会保険医療協議会委員候補者の選出等についての議論の経過」

1. 本議論に関する事前説明

津留委員長より以下の説明が行われた。

2025 年 4 月 23 日開催の第 244 回日病協代表者会議において、池端幸彦中医協委員（日本慢性期医療協会 副会長）が 2025 年 10 月で任期満了を迎えることから、「中医協委員候補者の選考に係る日病協代表者会議の決定事項（平成 26 年 1 月 30 日）」により、診療報酬実務者会議において候補者を選出するようにとの依頼があった。

2. 議論の経緯・内容

「中医協委員候補者の選考に係る日病協代表者会議の決定事項（平成 26 年 1 月 30 日）」に則り、2 回にわたり議論を行った。

なお、津留委員長は候補者であるため、本件に係る議論の進行は岡副委員長が行った。

○各団体からの中医協委員候補者の推薦

前回の中医協委員候補者選出の際と同じく、日病協加盟団体へ中医協委員の候補者について推薦書の提出を依頼し、全国自治体病院協議会副会長の小阪真二氏、全日本病院協会常任理事の津留英智氏、日本精神科病院協会副会長の平川淳一氏が中医協委員候補者として推薦があった。

上記 3 名より、中医協委員候補者となることにつき、それぞれ所信表明を行っていた。

○候補者を一本化するための検討

第 234 回・第 235 回日病協診療報酬実務者会議において、候補者を一本化するための協議を行ったが、一本化できなかったことから、無記名投票選挙を行うこととなった。

○無記名投票選挙

選挙管理人は元中医協委員であり、今回、団体として推薦者を挙げていない日本病院会の島委員が務めた。

労働者健康安全機構が棄権し、全 14 票で無記名投票選挙が行われ、過半数である 8 票以上を小阪真二氏が獲得した。

○結果

無記名投票選挙の結果を踏まえ、実務者会議として、次期中医協委員候補者を小阪真二氏とすることについて全会一致で決定した。

以上

(別紙)

経済財政運営と改革の基本方針 2025
～「今日より明日はよくなる」と実感できる社会へ～

令和7年6月13日

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

1. 「経済・財政新生計画」の推進

(経済再生と財政健全化の両立の重要性)

第1章で述べた基本的考え方の下、それに基づく政策を推進するとともに、金利のある世界となる中、大災害や有事に備えた財政余力を確保する観点も踏まえ、中長期の経済財政の姿を展望しつつ、経済・財政・社会保障の持続可能性を確保していく必要がある。

経済あつての財政という考え方は、経済政策の基本的な立場であり、今後もこの方向性を堅持する。経済の主役は企業・個人の活力であり、新たな行動を実行に移す企業・個人を、政府が様々な政策ツールにより積極的に後押しすることで経済成長を実現していくことが望ましい姿であり、それを力強く進める中で財政健全化を実現していく。その際、民間企業の予見可能性を高めるため、重要政策に複数年度で計画的に取り組んでいく観点も踏まえながら、EBPMによるワイズスペンディングを徹底し、成長と分配の好循環を拡大させる中で、歳出構造の平時化を図る。

同時に、国債需給の悪化等による長期金利の急上昇を招くことのないよう、国内での国債保有を一層促進するための努力を引き続き行う必要がある。また、頻発する自然災害や安全保障環境の変化の中で、有事に備えた財政余力の確保の重要性は一層増しており、今後も市場で国債を安定的に発行できる環境を整えつつ、財政余力の確保のため、財政健全化に取り組んでいく必要がある。

以上の基本認識を踏まえ、骨太方針2024で定めた「経済・財政新生計画」²⁰³の枠組みの下、財政健全化目標の堅持と歳出改革努力の継続を基本方針とし、具体的には以下の考え方に沿って、引き続き経済再生と財政健全化の両立に取り組む。

(「経済・財政新生計画」に基づく今後の取組方針)

経済あつての財政との考え方の下、財政健全化目標によって、米国の関税措置への対応や物価高への的確な対応も含め、状況に応じたマクロ経済政策の選択肢が歪められてはならない。必要な政策対応を行うことと財政健全化目標に取り組むことを矛盾しないものにしていく。経済を成長させ、そして財政健全化に向けて取り組んでいく。こうした取組を通じて、金利が上昇する局面において、大災害や有事に十分に対応する財政余力を確保し、将来の経済・財政・社会保障の持続可能性を確保していく。

そうした中、金利のある世界において、我が国の経済財政に対する市場からの信認を確実なものとするため、財政健全化の「旗」を下ろさず、長期を見据えた一貫性のある経済財政政策の方向性を明確に示すことが重要である。このため、2025年度から2026年度を通じて、可能な限り早期の国・地方を合わせたPB黒字化を目指す。ただし、米国の関税措置の影響は不透明であり、その経済財政への影響の検証を行い、的確に対応すべきであり、必要に応じ、目標年度の再確認を行う。その上で、「経済・財政新生計画」の期間を通じて、その取組の進捗・成果を後戻りさせることなく、PBの一定の黒字幅を確保しつつ、債務残高対GDP比を、まずはコロナ禍前の水準に向けて安定的に引き下げることを目指し、経済再生と財政健全化を両立させる歩みを更に前進させる。

²⁰³ 計画の対象期間は、2025年度から2030年度までの6年間。

P330

予算編成においては、2027年度までの間、骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続しつつ、日本経済が新たなステージに移行しつつあることが明確になる中で、経済・物価動向等を踏まえ、各年度の予算編成において適切に反映する。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。非社会保障関係費²⁰⁵及び地方財政についても、第3章第4節「物価上昇に合わせた公的制度の点検・見直し」も踏まえ、経済・物価動向等を適切に反映する。

今後も、状況に応じて必要な政策対応を行っていくことに変わりはないが、PBの黒字化を達成した後、黒字幅が一定水準を超えた場合には、経済成長等に資するような政策の拡充を通じて経済社会に還元することをあらかじめルール化することについても検討に着手していく。

(税制改革)

骨太方針2024等も踏まえ、コストカット型経済から脱却し、成長型経済への移行を実現するとの基本的考え方の下、経済成長と財政健全化の両立を図るとともに、少子高齢化、グローバル化等の経済社会の構造変化に対応したあるべき税制の具体化に向け、包括的な検討を進める。

物価上昇局面の対応や格差の是正及び所得再分配機能の適切な発揮を始めとする観点から、各種所得の課税の在り方及び人的控除を始めとする各種控除の在り方の見直しを含む所得税の抜本的な改革の検討²⁰⁶を進める。EBPMの取組を着実に推進するとともに、デジタル社会にふさわしい税制の構築及び納税環境の整備と適正・公平な課税を実現する観点から、制度及び執行体制の両面からの取組を強化するほか、新たな国際課税ルールへの対応を進める。

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

本格的な少子高齢化・人口減少が進む中、技術革新を促進し、中長期的な社会の構造変化に耐え得る強靱で持続可能な社会保障制度を確立する。このため、「経済・財政新生計画」に基づき、持続可能な社会保障制度を構築するための改革を継続し、国民皆保険・皆年金を将来にわたって維持し、次世代に継承することが必要である。

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

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。

²⁰⁵ 令和7年度予算の非社会保障関係費は、近年の物価上昇率の変化を反映した令和6年度予算の増(+1,600億円程度)と同水準を維持しつつ、公務員人件費の増により実質的に目減りしないよう、相当額(+1,400億円程度)を上乗せし、+3,000億円程度とした。

²⁰⁶ 所得税法等の一部を改正する法律(令和7年法律第13号)に基づく。

P331

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。

このため、2024年度診療報酬改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、介護・障害福祉分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善や業務負担軽減等の実現に取り組むとともに、これまでの処遇改善等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、事業者の経営形態やサービス内容に応じた効果的な対応を検討する。

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、O T C類似薬の保険給付の在り方の見直し²⁰⁸や、地域フォーミュラリの全国展開²⁰⁹、新たな地域医療構想に向けた病床削減²¹⁰、医療D X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応能負担の徹底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。

(中長期的な時間軸を見据えた全世代型社会保障の構築)

現役世代が急速に減少し、高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据えた中長期的な時間軸も視野に入れ、現役世代の負担を軽減しつつ、年齢に関わりなく、能力に応じて負担し、個性を活かして支え合う「全世代型社会保障」の構築が不可欠である。改革工程²¹³を踏まえ、医療・介護D XやI C T、介護テクノロジー、ロボット・デジタルの実装やデータの二次利用の促進、特定行為研修を修了した看護師の活用、タスクシフト／シェアなど、医療・介護・障害福祉分野の生産性向上・省力化を実現し、職員の負担軽減や資質向上につなげるとともに、地域医療連携推進法人、社会福祉連携推進法人の活用や小規模事業者のネットワーク構築による経営の協働化・大規模化や障害福祉サービスの地域差の是正を進める。医療機関、介護施設、障害福祉サービス等事業者の経営情報の更なる見える化²¹⁴を進める。医療・介護・障害福祉分野の不適切な人材紹介の問題について実効性ある対策を講ずる。

現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環を実現するため、各種データ分析・研究を始めE B P M Iによるワイズスペンディングを徹底し、保険料負担の上昇を抑制すると

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。

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O T C化に向けた実効的な方策の検討を含む。

²⁰⁹ 普及推進策を検討し、各地域において地域フォーミュラリが策定されるよう取組を推進する。

²¹⁰ 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。

²¹¹ 医療・介護保険における負担への金融所得の反映に向けて、税制における金融所得に係る法定調書の現状も踏まえつつ、マイナンバーの記載や情報提出のオンライン化等の課題、負担の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、具体的な制度設計を進める。

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。

²¹³ 「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）。

²¹⁴ 経営情報の提出、分析及び公表の電子化を含む。

P332

ともに、全世代型社会保障の将来的な姿を若者も含め国民に分かりやすく情報提供する。

（中長期的な介護提供体制の確保等）

医療・介護ニーズを抱える高齢者や独居高齢者が増加する中、要介護状態や認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、中長期的な介護サービス提供体制の確保のための方向性を2025年中にまとめる。具体的には、2040年以降を見据え、人口減少や高齢化の進展によるサービス需要の地域差に応じ、中山間地域での柔軟な対応など各地域で地域包括ケアシステムを深化させるための方策を整理しつつ、地域医療構想を踏まえた医療・介護連携や介護予防の強力な推進、質の高いケアマネジメントの実現²¹⁵を含めた多職種間の連携や相談体制の充実、介護テクノロジーの社会実装に向けた実証・導入・伴走支援による生産性向上、事業者間の連携・協働化や大規模化の経営改善の取組や、ワーキングケアラーへの対応など官民連携による介護保険外サービスの普及、外国人を含む介護人材の確保・定着を支援する。有料老人ホームの運営やサービスの透明性と質を確保する。

介護保険制度について、利用者負担の判断基準の見直し等の給付と負担の見直しに関する課題について、2025年末までに結論が得られるよう検討する。

（中長期的な医療提供体制の確保等）

2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、コロナ後の受診行動の変化も踏まえ、質が高く効率的な医療提供体制を全国で確保する。このため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進めつつ、かかりつけ医機能の発揮される制度整備、医療の機能分化・連携や医療・介護連携、救急医療体制の確保、必要な資機材の更新を含むドクターヘリの安全かつ持続可能な運航体制の確保、大学病院・中核病院に対する支援を通じた医師派遣の充実、臨床実習に専念できる環境の整備、適切なオンライン診療の推進、減少傾向にある外科医師の支援、都道府県のガバナンス強化等を進める。

地域医療構想については、地域での協議を円滑に進めるため、医療機関機能・病床機能の明確化、国・都道府県・市町村の役割分担など、2025年度中に国がガイドラインを策定し、各都道府県での2026年度以降の新たな地域医療構想の策定を支援する。

医師の地域間・診療科間の偏在への対応については、経済的インセンティブや規制的な手法といった地域の医療機関の支え合いの仕組みを含めた総合的な対策のパッケージを順次実施し、その効果を検証する。

こうした医師の適正配置のための支援の在り方について、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医学教育を含めた総合的な診療能力を有する医師の育成、医師養成過程の取組と併せて、2025年末までに検討を行う。地域の医師確保への影響にも配慮し、医師偏在是正の取組を進め、医師需給や人口減少等の中長期的な視点に立ち、2027年度以降の医学部定員の適正化を進める。また、偏在対策を含む看護職員の確保・養成や訪問看護におけるICT活用を含む看護現場におけるDXの推進、在宅サービスの多機能化といった在宅医療介護の推進に取り組む。

医療保険制度について、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制²¹⁶を図りつ

²¹⁵ 介護支援専門員の更新研修の見直しを含む。

²¹⁶ 後期高齢者支援金を含む。

P333

つ、給付と負担の見直し等の総合的な検討を進める。高額療養費制度について、長期療養患者等の関係者の意見を丁寧に聴いた上で、2025年秋までに方針を検討し、決定する。

妊娠・出産・産後の経済的負担の軽減のため、2026年度を目途に標準的な出産費用の自己負担の無償化に向けた対応を進める。妊婦健診における公費負担を促進する。「出産なび」の機能を拡充するほか、小児周産期医療について、地域でこどもを安心して生み育てることができるよう、最先端の医療を含めた小児周産期医療体制の確保を図るため、産科・小児科医療機関を取り巻く厳しい経営環境を踏まえ、医療機関の連携・集約化・重点化を含めた必要な支援を行う。安全で質の高い無痛分娩を選択できる環境を整備する。

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。国民健康保険の都道府県保険料水準の統一に加え、保険者機能や都道府県のガバナンスの強化を進めるための財政支援の在り方について検討²¹⁷を行う。

(働き方に中立的な年金制度の構築)

公的年金については、働き方に中立的な制度を構築する観点から、改正年金法²¹⁸を踏まえ、更なる被用者保険の適用拡大や在職老齢年金制度の見直しを進めるとともに、いわゆる「年収の壁」への対応として、「年収の壁・支援強化パッケージ」²¹⁹の活用を促進する。

(がん、循環器病等の疾患に応じた対策等)

がん対策²²⁰、循環器病対策²²¹、慢性腎臓病対策²²²、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患に応じた対策、難病対策、移植医療対策²²³、アレルギー対策²²⁴、依存症対策、難聴対策、栄養対策、受動喫煙対策、科学的根拠等に基づく予防接種の促進を始めとした肺炎等の感染症対策²²⁵、更年期障害や骨粗しょう症など総合的な女性の健康支援²²⁶を推進する。運送業での睡眠時無呼吸対策、睡眠障害の医療アクセス向上と睡眠研究の推進、睡眠ガイド等の普及啓発、健康経営の普及、睡眠関連の市場拡大や企業支援に一層取り組む。

糖尿病と歯周病との関係など全身の健康と口腔の健康に関するエビデンスの活用、生涯を通じた歯科健診(いわゆる国民皆歯科健診)に向けた具体的な取組、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医歯薬連携などの多職種連携、歯科衛生士・歯科技工士の離職対策を含む人材確保、歯科技工所の質の担保、歯科領域のICT活用、歯科医師の不足する地域の分析等を含めた適切な配置の検討を含む歯科保健医療提供体制構築の推進・強化に取り組むとともに、有効性・安全性が認められたデジタル化等の新技術・新材料の保険導入を推進する。また、自立支援・在宅復帰・社会復帰に向けたリハビリテーションの推進に取り組む。

²¹⁷ 調整交付金や保険者努力支援制度その他の財政支援の在り方、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の医療扶助の在り方の検討。

²¹⁸ 社会経済の変化を踏まえた年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する等の法律(令和7年6月13日成立)。また、今回の法律で決定した改正内容により、将来の所得代替率は、制度改正を行わない場合と比べて、令和6年財政検証における成長型経済移行・継続ケースで1.3%、過去30年投影ケースで1.4%それぞれ上昇すると見込まれる。

²¹⁹ 令和5年9月27日全世代型社会保障構築本部決定。

²²⁰ 「がん対策推進基本計画」(令和5年3月28日閣議決定)に基づく取組。

²²¹ 「循環器病対策推進基本計画」(令和5年3月28日閣議決定)に基づく取組。基盤整備及び研究推進や、後遺症支援を含む。

²²² 腎不全患者の緩和ケアを含む。

²²³ イスタンブール宣言を踏まえた国内の臓器提供、臓器あっせんや移植実施の抜本的な体制整備を含む。

²²⁴ アレルギー疾患(アトピー性皮膚炎等を含む。)医療の均てん化促進等を含む。

²²⁵ 小児の感染症を含む。

²²⁶ 科学的知見に基づき女性の負担にも配慮した乳がん検診の推進などががん検診の受診率の向上に向けた取組を含む。

P334

(予防・健康づくり、重症化予防)

世界最高水準の健康寿命を誇る我が国の高齢者は、労働参加率や医療費でみても若返っており、こうした前向きな変化を踏まえ、更に健康寿命を延伸し、Well-beingの向上を図り、性別や年齢に関わらず生涯活躍できる社会を実現する。データヘルス計画に基づく保険者と事業主の連携した取組（コラボヘルス）や保険者の保健事業でのICTを活用したエビデンスに基づくPHRや健康経営と共働した効果的な取組を支援するほか、働き盛り世代の職域でのがん検診を広く普及するため、受診率や精度管理の向上の取組を更に推進する。AMEDのプライマリヘルスケア・プラットフォーム等を通じた支援により、エビデンスに基づくヘルスケアサービスを普及する。糖尿病性腎症の重症化予防等の大規模実証事業を踏まえたプログラムの活用を進める。高齢者の社会参加促進や要介護認定率の低下に向け、データを活用したエビデンスに基づく取組として、地域の多様な主体の連携協力や、成果指向型の取組等による効果的な介護予防やリハビリテーションを充実する。

(創薬力の強化とイノベーションの推進)

政府全体の司令塔機能の強化を図りつつ、医薬品業界の構造改革を進めるとともに、「健康・医療戦略」²²⁷に基づき、創薬エコシステムの発展やヘルスケア市場の拡大、創薬力の基盤強化に向け、一体的に政策を実現する。新規ファースト・イン・ヒューマン試験実施施設など、国際水準の治験・臨床試験実施体制を整備する。MEDISO²²⁸・CARISO²²⁹の体制を強化し、ヘルスケアスタートアップを強力に支援するほか、革新的医薬品等実用化支援基金の対象を拡充することを検討し、創薬シーズの実用化を支援する。国民負担の軽減と創薬イノベーションを両立する薬価上の適切な評価²³⁰の実施、承認審査・相談体制の強化、バイオ医薬品を含む医薬品の製造体制の整備や人材育成・確保により、国際水準の研究開発環境を実現し、ドラッグラグ/ロスの解消やプログラム医療機器への対応を進めるほか、PMDAの海外拠点を活用し、薬事相談・規制調和を推進する。大学、ナショナルセンターと医療機関が連携して担う実証基盤を整備するなど産業振興拠点機能及び開発後期や海外展開に向けた研究開発支援を強化し、治療機器やプログラム医療機器を始めとした日本発の医療機器の創出を促進する。

医薬品の安定供給に向け、抗菌薬等のサプライチェーンの強靱化や取り巻く環境の変化を踏まえた持続可能な流通の仕組みの検討を図るとともに、感染症の流行による需要の急激な増加といったリスクへの対策を講じ、基礎的な医薬品等²³¹の足元の供給不安に対応する。さらに、少量多品目構造解消に向けた後発医薬品業界の再編を推進するほか、バイオシミラーについて、国内生産体制の整備及び製造人材の育成・確保を着実に進め、使用を促進する。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。全ゲノム解析を推進し、2025年度の事

²²⁷ 令和7年2月18日閣議決定。

²²⁸ 医療系ベンチャー・トータルサポート事業（MEDical Innovation Support Office）。

²²⁹ 介護分野におけるMEDISOと同様の相談窓口（CARE Innovation Support Office）。

²³⁰ 2024・2025年度薬価改定において新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象となる革新的新薬について薬価を基本的に維持したことを念頭に置いた革新的新薬の特許期間中の対応に関する創薬イノベーション推進の観点からの検討等。

²³¹ 日本薬局方収載医薬品の一部を含む。

P335

業実施組織の設立、ゲノム情報基盤の整備や解析結果の利活用を進める。iPS細胞を活用した創薬や再生・細胞医療・遺伝子治療の研究開発を推進するほか、新規抗菌薬開発に関する市場インセンティブなどにより薬剤耐性菌の治療薬を確実に確保するとともに、ワクチン・診断薬・治療薬など感染症危機対応医薬品等の開発戦略の策定・研究開発を推進する。イノベーションの推進や現役世代の保険料負担への配慮の観点から、費用対効果評価制度について、客観的な検証を踏まえつつ、更なる活用に向け、適切な評価手法、対象範囲や実施体制の検討と併せ、薬価制度上の活用や診療上の活用等の方策を検討する。標準的な薬物治療の確立に向け、休薬・減薬を含む効果的・効率的な治療に関する調査研究を進め、診療ガイドラインに反映していく。医薬品の適正使用や後発医薬品の使用促進のみならず、医療費適正化の観点から、地域フォーミュラを普及する。小中学生から献血に対する理解を深めるとともに、輸血用血液製剤及びグロブリン製剤、フィブリノゲン製剤等血しょう分画製剤の国内自給、安定確保、適正使用を推進する。アクションプラン²³²に基づく医療用等ラジオアイソトープの国産化及び利用促進に必要な体制整備等の取組を進める。

（国際保健の推進）

WHOや世界銀行と連携し、低・中所得国の保健財政の強化に向け、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に関する世界的拠点として日本にUHCナレッジハブを設置し、UHCの実現に向けた取組を加速するなど、インド太平洋地域等での国際保健に戦略的に取り組む。「グローバルヘルスのためのインパクト投資イニシアティブ（トリプル・アイ）」を通じ日本企業の国際展開後押しと国際貢献を実現する。ERIAと連携した外国医療人材育成、医療インバウンドを含む健康・医療・介護関連の国際展開、低所得国を中心にした感染症対策²³³や保健システム強化等の国際保健課題対策に係る貢献を促進する。

（2）少子化対策及びこども・若者政策の推進

2024年の出生数²³⁴は、過去最少の約68.6万人まで減少するなど少子化の進行は危機的な状況である。また、いじめ、不登校、児童虐待や貧困、こどもの自殺増加など、今を生きるこどもを取り巻く状況も極めて深刻である。今を生きるそして将来生まれる全てのこども・若者の最善の利益を第一に考え、「こども未来戦略」²³⁵、「こども大綱」²³⁶及び「こどもまんなか実行計画2025」²³⁷に基づき、「こどもまんなか社会」を実現し、少子化の流れを変え、こども・若者のWell-beingを高めていく。施策の実施に当たっては、こどもを取り巻く環境や地域の子育て支援に係る状況、女性の継続就業率や男性の育休取得率等の数値目標を含めた指標を活用し、EBPMを確実に実行し、ワイズスペンディングにつなげるとともに、こども・若者や子育て世帯を始めとして国民の共感が得られるよう、丁寧な広報を行う。

²³² 「医療用等ラジオアイソトープ製造・利用推進アクションプラン」（令和4年5月31日原子力委員会決定）。

²³³ ワクチン接種率向上及び薬剤耐性菌感染症対策に係る国際連携を含む。

²³⁴ 「令和6年人口動態統計月報年計（概数）」（令和7年6月4日公表）。

²³⁵ 令和5年12月22日閣議決定。

²³⁶ 令和5年12月22日閣議決定。

²³⁷ 令和7年6月6日こども政策推進会議決定。

P336

(加速化プランの本格実施と効果検証の徹底)

こどもを生み、育てたいという希望が叶う社会、こどもたちが健やかに育まれる社会の実現と少子化トレンドの反転を目指し、政策を総動員することが不可欠である。集中取組期間において、「経済・財政新生計画」や加速化プラン²³⁸に沿って、経済的支援、全てのこども・子育て世帯を対象とする支援、共働き・共育での推進のための施策を本格実施する。具体的には、保育士・幼稚園教諭等の処遇改善、保育士配置の改善、こども誰でも通園制度の全国展開や、放課後児童クラブ等への支援²³⁹、子育て世帯への住宅支援に取り組むとともに、施策全般について出生率やこどものWell-beingに関する指標等関連指標に与える効果の検証を徹底し、より効果的な施策への重点化など施策の見直しを検討する。このため、改革工程に基づく徹底した歳出改革を進めるなど財源確保を図るとともに、2026年度からのこども・子育て支援金制度の円滑な導入に向け、国民の共感を得られるよう制度の意義やその用途などの周知の準備を進めるほか、少子化の危機的かつ深刻な状況を踏まえ、官民が連携し、社会全体でこども・子育て世帯を支える意識を醸成する。

(若者支援及び困難に直面するこどもの支援を始めとするこども大綱の推進)

全てのこども・若者の健やかな成長を社会全体で支えていく。このため、「経済・財政新生計画」やこども大綱に沿って関連施策を進める。こども・若者シェルターなど、虐待等により困難に直面するこどもや青年期の若者等の支援を強化する。若者が主体となって活動する団体等が抱える資金不足や構成員の維持困難等の課題²⁴⁰を踏まえた活動継続を支える施策や、各種審議会等の委員登用を含む、こども・若者の意見反映・社会参画を推進するほか、官民が連携した若者のライフデザイン（将来設計）支援や結婚支援を行う。

「はじめの100か月の育ちビジョン」²⁴¹に基づく幼児期までの育ちの質の向上、「こどもの居場所づくりに関する指針」²⁴²に基づく支援、保育現場の負担軽減や改正児童福祉法²⁴³に基づく保育人材の確保等を進める。産後ケア事業、新生児マススクリーニング、新生児聴覚検査や乳幼児健診など母子保健対策や不妊症、不育症の相談支援、流産・死産経験者への相談支援を行う。「プレコンセプションケア推進5か年計画」²⁴⁴に基づく取組を進める。卵子凍結の知見収集や知識の普及の環境整備を行う。こども性暴力防止法²⁴⁵の施行準備や「生命（いのち）の安全教育」の推進、青少年のインターネットに関する課題への対応、こども視点での防災対策などこどもの安心・安全対策やこどもまんなかまちづくりを進める。こども食堂・こども宅食や、学習支援、体験機会の提供など、こどもの貧困解消や見守り強化を行う。こどもの状況も踏まえたひとり親家庭への養育費確保を含めた多面的で伴走型の支援を強化するとともに、経済社会の動向等も踏まえ、就業支援や経済的支援の在り方を検討する。職員配置などこども家庭センター等の体制強化や訪問による支援、認定資格の取得促進など、児童虐待の予防に取り組む。性被害を受けたこどもに配慮した支援体

²³⁸ 「こども未来戦略」（令和5年12月22日閣議決定）に基づくこども・子育て支援加速化プラン。

²³⁹ 実施に当たっては、多様な体験活動を推進すること。

²⁴⁰ こども家庭庁「若者が主体となって活動する団体に関する調査研究」報告書。

²⁴¹ 「幼児期までのこどもの育ちに係る基本的なビジョン」（令和5年12月22日閣議決定）。

²⁴² 令和5年12月22日閣議決定。

²⁴³ 児童福祉法等の一部を改正する法律（令和7年法律第29号）。

²⁴⁴ 令和7年5月22日プレコンセプションケアの提供のあり方に関する検討会決定。性別を問わず、適切な時期に、性や健康に関する正しい知識を持ち、妊娠・出産を含めたライフデザイン（将来設計）や将来の健康を考えて健康管理を行う概念であるプレコンセプションケアについて、5か年計画を決定。

²⁴⁵ 学校設置者等及び民間教育保育等事業者による児童対象性暴力等の防止等のための措置に関する法律（令和6年法律第69号）。

■ 「かかりつけ医機能報告制度」念頭の報酬評価、議論開始 中医協

中医協「入院・外来医療等の調査・評価分科会」（分科会長＝尾形裕也・九州大名誉教授）は19日、かかりつけ医機能報告制度を念頭に置いた診療報酬上の評価について議論を開始した。厚生労働省は、かかりつけ医機能に関する現在の診療報酬による評価を、▽体制整備に対する評価（時間外対応加算、機能強化加算など）▽診療行為に対する評価（地域包括診療料・加算など）▽その他、連携や紹介等に対する評価（連携強化診療情報提供料など）―に整理して提示。議論を促した。

かかりつけ医機能報告制度は、今年4月に施行された。来年1月に、医療機関からの報告が始まる予定。医療機関は都道府県知事に対し、慢性疾患を有する高齢者や継続的な医療を必要とする地域住民を支えるために、保有しているかかりつけ医機能を定期的に報告する。同制度は、かかりつけ医機能を診療報酬で評価する上で、一つのポイントになっていくとみられる。

●機能強化加算の届け出、近年は横ばい

特に議論になったのは、体制整備に関する評価の一つ、機能強化加算だ。厚労省は機能強化加算の届け出医療機関数について、2021年までは増加傾向だったと説明。21年7月は1万5190施設、22年は1万4742施設、23年は1万4807施設で、近年は横ばいとした。

算定回数は20年6月に129万5415回と大きく減少したが、23年は286万5038回で、19年の240万4545回よりも増加している状況だった。

機能強化加算の届け出医療機関は、「処方薬の把握」「健診に関する相談」「予防接種」「学校医」などに関する機能を有している割合が大きいことなども示した。

一方で、かかりつけ医機能報告制度で報告を求める「1次診療の対応が可能な診療領域・疾患」や「臨床研修医等の教育」に着目した評価はしていない。

●報告制度や地域医療構想に沿って検討を 中野委員

こうした状況を踏まえ中野恵委員（健保連参与）は「外来医療の評価については、かかりつけ医機能報告制度や、新たな地域医療構想の方向性を踏まえて検討していくことが必要ではないか」と参加委員に呼びかけた。機能強化加算についても「かかりつけ医機能報告制度に沿った形で、診療報酬上の体制評価の検討を進めてはどうか」と指摘した。

小池創一委員（自治医科大地域医療学センター教授）は、かかりつけ医機能の1号機能（日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能）で、かかりつけ医機能に関する研修の修了などが挙げられていると言及。研修の実態などを調査課題に挙げていく必要性を指摘した。

2025年 6月23日月曜日

メディファクス

9477号

■ 中医協委員、全自病の小阪副会長を推薦

日病協

日本病院団体協議会は20日の代表者会議で、10月に任期満了を迎える中医協診療側委員の池端幸彦氏（日本慢性期医療協会副会長）の後任候補として、全国自治体病院協議会副会長の小阪真二氏（島根県立中央病院長）を推薦することを決めた。日病協に設置している、診療報酬実務者会議から提案を受けた。会議後の会見で、望月泉議長（全自病会長）と、猪口雄二副議長（全日本病院協会会長）が報告した。

中医協委員の後任選出の経緯について、猪口副議長は「小阪氏を含め3氏が立候補した。3氏での話し合いが行われたが結論が出ず、18日の実務者会議で選挙によって小阪氏が選出された」と説明。近く、厚生労働省に申請手続きを取る。

この日の代表者会議では、政府の「骨太の方針2025」についても議論した。望月議長は「社会保障関係費の伸びの要因として、高齢化とともに医療の高度化が入ったことや、高齢化による増加分に相当する伸びに、経済・物価動向分を踏まえた対応に相当する増加分を加算すると記載されたことを、高く評価する意見が多かった。今後の財源確保への第一歩だ」と述べた。

その上で「まだ油断はできない。今後もしっかり活動を展開していく」と話した。

2025年 6月23日月曜日

メディファクス

9477号

■ 生活習慣病管理料の療養計画書、見直し求める声も

中医協

19日の中医協「入院・外来医療等の調査・評価分科会」は、外来医療について議論した。2024年度診療報酬改定で大幅に見直された生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱについて、療養計画書の見直しを求める意見が出た。

牧野憲一委員（日本病院会副会長）は、厚生労働省が5月の分科会に報告した「24年度入院・外来医療等における実態調査」の結果に言及。「患者に説明する項目として、6割の医療機関が『食事・運動等の生活指導』を挙げているのに対し、外来患者が『食事・運動等の生活指導』の説明を求めるという回答は4割弱。両者に認識のずれが生じている」と指摘した。

生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱの算定で必要となった、療養計画書にも触れた。実態調査の結果で、生活習慣病管理料を算定していない理由として、「算定対象となる患者がいないため」と答えた73.2%を除けば、「療養計画書に記載する項目が多く、業務負担が大きいため」との回答が14.4%と最も多かったことに着目。「療養計画書が簡素化されたと聞いていたが、まだまだ負担が大きいと言える。患者と医療機関の認識のずれも含め、療養計画書の在り方を検討することが必要ではないか」と述べた。