

骨太の方針2025から 次期診療報酬改定をよむ

愛知県医師会 理事 高橋昌久

第27回参議院議員通常選挙政策協定書

政策協定事項

医療は命と暮らしを支える社会インフラである。持続可能で安心できる医療提供体制の実現に向け、以下の政策を強く求める。

- 一、賃金・物価の上昇に速やかに対応しうる、新たな診療報酬の仕組みを導入すること。
 - 一、安心安全な医療を提供するため、国の主導で医薬品の安定供給体制を大至急確保すること。
 - 一、医療DXの推進により、医療機関に過度な負担を求めることのないよう、環境を整備すること。
 - 一、社会保険診療等に係る消費税非課税制度には歪があり、早急に税制改革をすること。
- 今回、調査室では、第27回参議院議員通常選挙に向けた政策協定書をGW前に作成し、その後、決議案の作成に取り掛かりました。

政策協定書 → 「骨太の方針2025から次期診療報酬改定をよむ」 → 決議
一貫性を持たせつつ、新しい情報を加味し、行動への衝動を

次期診療報酬改定までの道のり

2025年4月

4月23日 財務省 財政制度等審議会 財政制度分科会

持続可能な社会保障制度の構築 財政各論Ⅱ

2025年5月 財務省 財政制度等審議会

5月27日 **「激動の世界を見据えたあるべき財政運営」 春の建議**

2025年6月13日

政府 **「経済財政運営と改革の基本方針」 骨太**

の方針

財務省 **「概算要求基準額」** を作成

2025年8月

厚労省 次年度予算見積書(**概算要求書**)を財務省に提出

中央社会保険医療協議会 (**中医協**) 具体的な料率や加算
を議論

12月末までに各部会の意見を取りまとめて中医協総会に報告

前回の令和6年度改定では令和5年12月11日に「令和6年度診療報酬改定の基本方

本日使う資料（出典）

中央社会保険医療協議会 総会 資料

令和7年4月9日

第606回 令和8年度診療報酬改定薬価改定の議論の
進め方について

令和7年4月23日

第607回 医療機関を取り巻く状況について

財務省 財政制度等審議会 建議（令和7年5月27日）

「激動の世界を見据えたあるべき財政運営」 概要・参考資料

厚生労働省 医療施設調査

令和 8 年度診療報酬改定の議論の進め方について

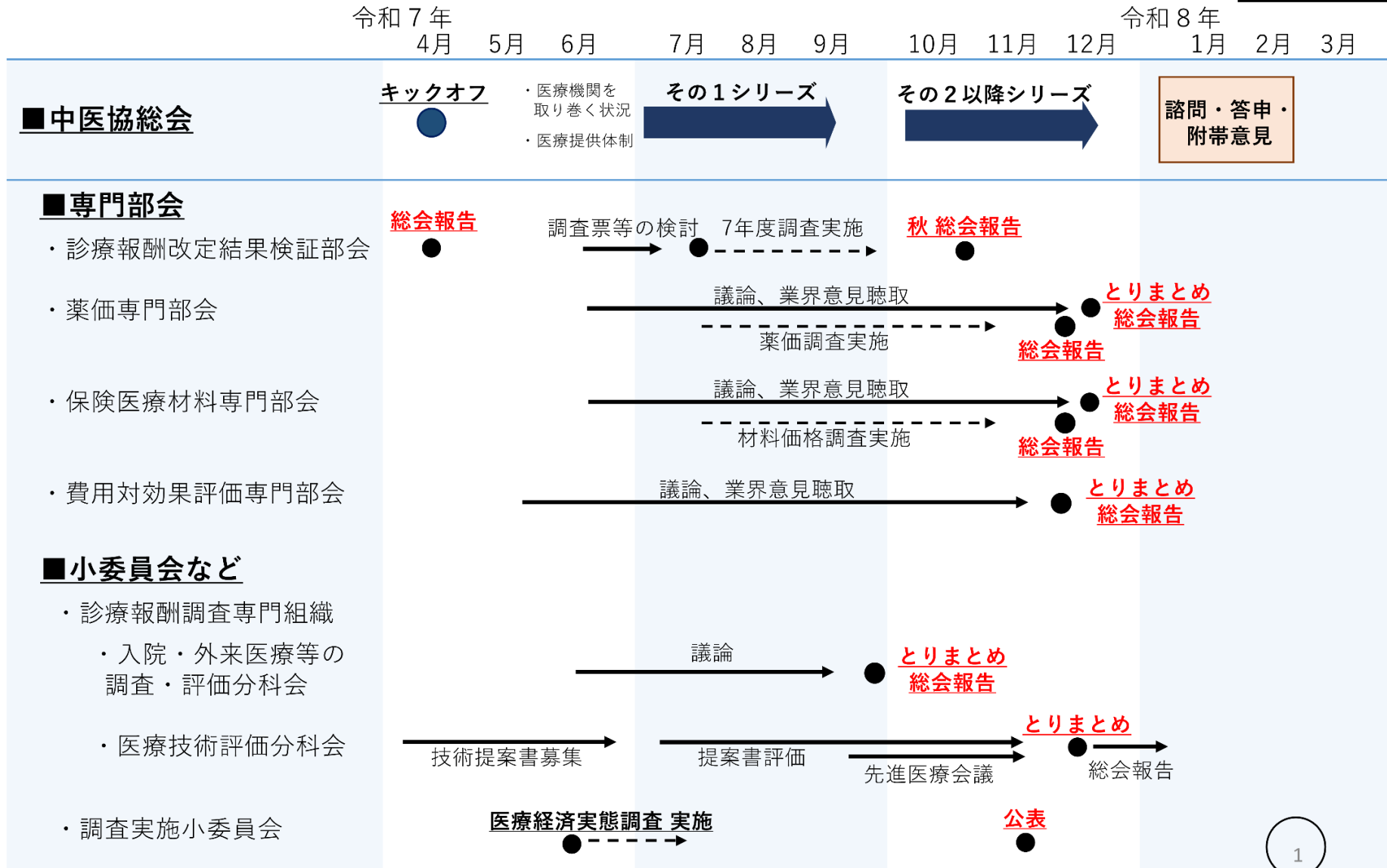
2025. 4.9

中医協総会で「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）」を提示し、キックオフとして今後の論点整理やスケジュール（第一ラウンド：6～9月、第二ラウンド：10月以降）を承認

「物価・賃金、医療機関の経営状況について、これまでの改定とは相当に異なる状況」になるとの観点から、夏以降の議論の本格化に先立ち、医療機関を取り巻く状況と医療提供体制を議論する対応が了承された。

令和8年度診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール（案）

中医協 総 - 7
7 . 4 . 9



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

病院の事業利益率

中央社会保険医療協議会医療機関を取り巻く状況について
(2025.4.23)

病院の事業利益率について、平成30年度から
令和5年度の推移をみると

① 一般病院が1.4%の黒字→1.9%の赤字

② 精神科病院が2.2%の黒字→0.9%の赤字

③ 療養型病院が4.0%の黒字→1.5%の黒字

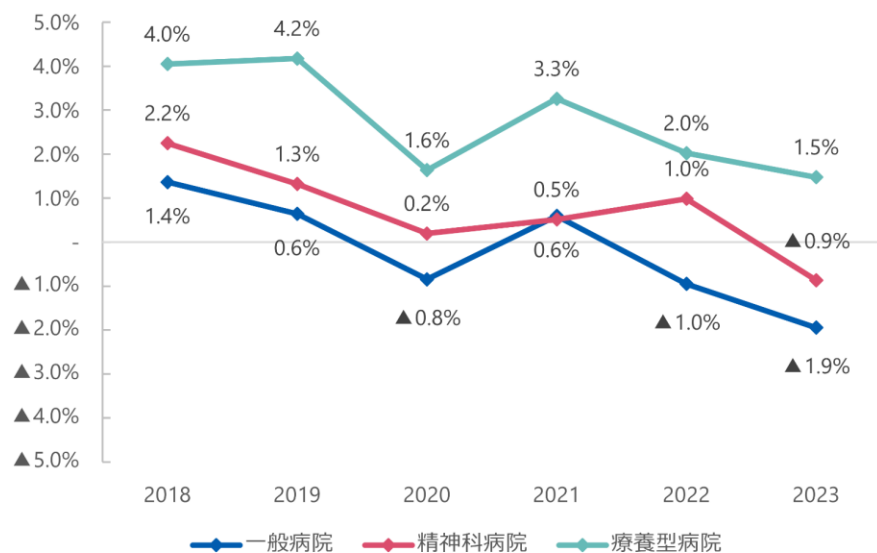
と各病院類型とも悪化傾向と

か、という

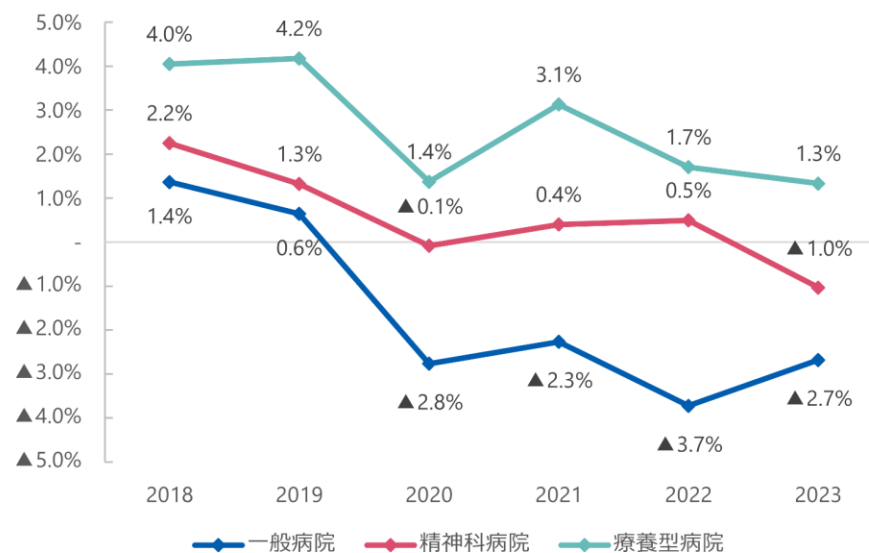
病院の事業利益率の推移

事業利益率は各病院類型のいずれも低下傾向にあり、療養型病院以外はすべてマイナスとなっている。また、コロナ補助金の影響を除外すると、より利益率は低下している状況。

事業利益率の推移



事業利益率の推移（コロナ補助金影響を除く）



計算式：事業利益率＝事業利益÷事業収益

※2020年度以降、一部の医療機関では事業収益にコロナ補助金が含まれている点に留意

2020年度以降、一部の医療機関では事業収益にコロナ補助金が含まれていることから、当該影響を除く事業利益率を算出

計算式：事業利益率＝（事業利益－事業収益に計上されたコロナ補助金）÷（事業収益－事業収益に計上されたコロナ補助金）

出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

対象病院は、福祉医療機構に貸借対照表・損益計算書いずれも提供している貸付先としており、2018年度1,061施設、2019年度997施設、2020年度2,014施設、2021年度1,875施設、2022年度1,689施設、2023年度1,943施設が対象。

病院の経常利益率

中央社会保険医療協議会医療機関を取り巻く状況について
(2025.4.23)

病院の経常利益率でみても

- ① 一般病院が1.8%の黒字→0.1%の赤字
 - ② 精神科病院が3.4%の黒字→2.0%の黒字
 - ③ 療養型病院が5.2%の黒字→3.3%の黒字
- となっている。

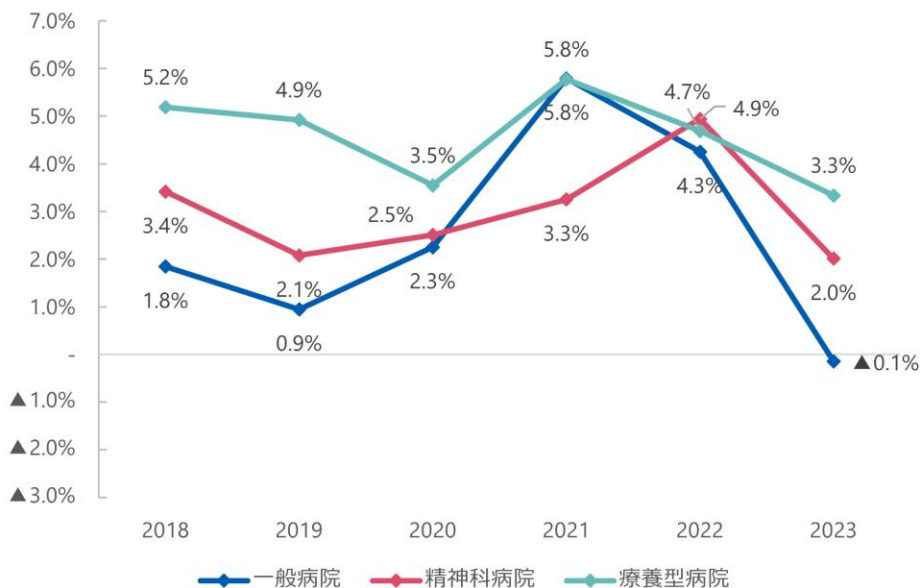
コロナ補助金の影響を除くと、

経常利益率はさらに低下する。

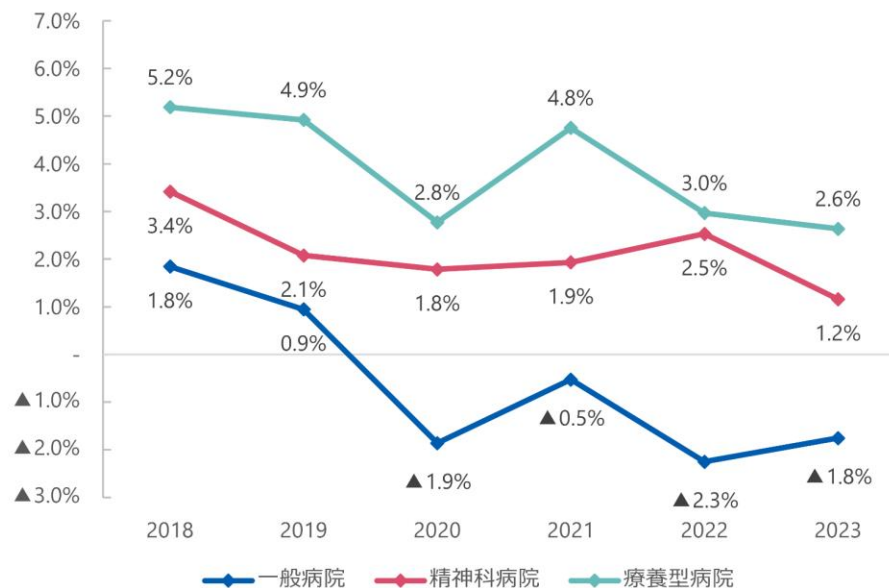
病院の経常利益率の推移

経常利益率はコロナ補助金の影響で2020年度～2022年度は上昇したものの、補助金が減少した2023年度は大きく低下している。なお、コロナ補助金を除く経常利益率においても、一般病院はマイナスとなっている状況。

経常利益率の推移



経常利益率の推移（コロナ補助金の影響を除く）



計算式：経常利益率＝経常利益÷事業収益

※2020年度以降、コロナ補助金の影響が含まれている点に留意

2020年度以降、コロナ補助金の影響を除く経常利益率を算出

計算式：経常利益率＝（経常利益－事業収益に計上されたコロナ補助金－事業外収益に経常されたコロナ補助金）÷（事業収益－事業収益に計上されたコロナ補助金）

出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

対象病院は、福祉医療機構に貸借対照表・損益計算書いずれも提供している貸付先としており、2018年度1,061施設、2019年度997施設、2020年度2,014施設、2021年度1,875施設、2022年度1,689施設、2023年度1,943施設が対象。

病院の収支構造の変化

中央社会保険医療協議会医療機関を取り巻く状況について
(2025.4.23)

事業収益の増加（10.3％）以上に、事業費用が増加したため（14.7％）事業利益が悪化した。

金額ベースで見ると費用の50％超を占める人件費の増加が最も大きい。

病院の収支構造の変化

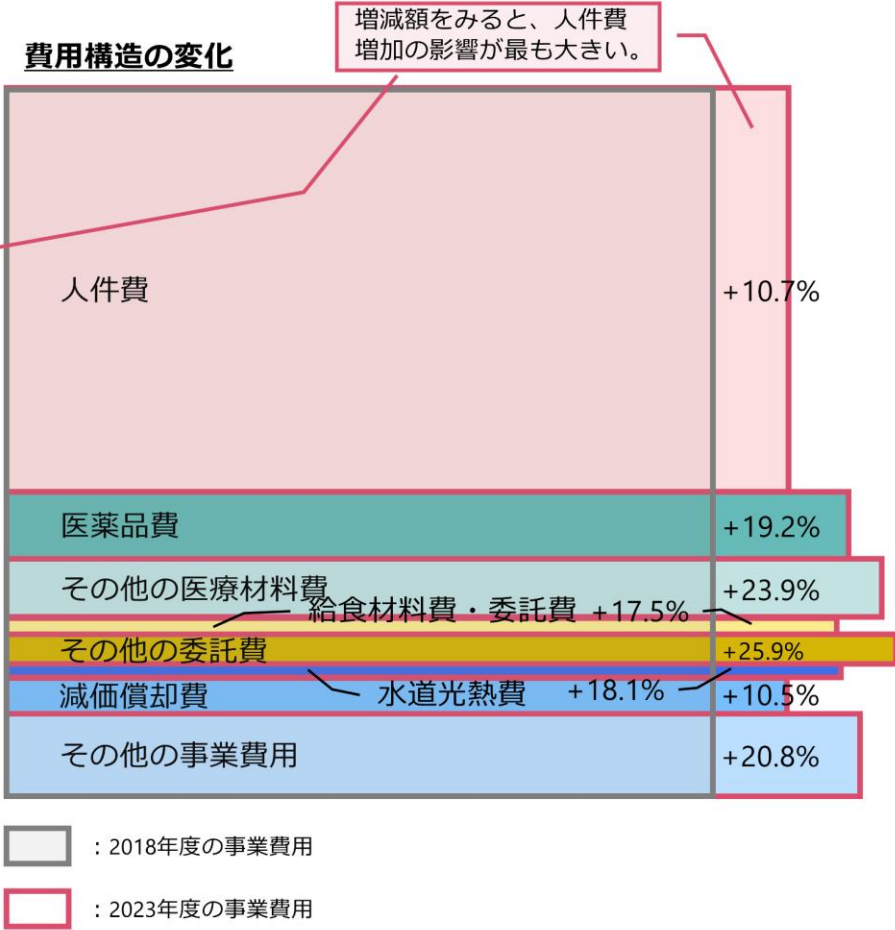
2018年度と2023年度の病院の100床当たり損益を比較すると、事業収益の増加（+10.3%）以上に事業費用が増加（+14.7%）したため、事業利益が悪化。金額ベースでは、費用の50%超を占める人件費増加の影響が最も大きい。

100床当たり損益の比較

単位：千円	2018→2023の比較			
科目	2018	2023	増減額	増減率
事業収益	1,523,760	1,681,312	+157,552	+10.3%
事業費用	1,495,334	1,714,970	+219,636	+14.7%
人件費	855,635	947,106	+91,470	+10.7%
医薬品費	142,674	170,064	+27,389	+19.2%
その他の医療材料費	121,928	151,092	+29,164	+23.9%
給食材料費・委託費	34,901	40,994	+6,093	+17.5%
その他の委託費	63,244	79,648	+16,405	+25.9%
水道光熱費	28,040	33,106	+5,066	+18.1%
減価償却費	74,153	81,919	+7,766	+10.5%
その他費用	174,758	211,040	+36,282	+20.8%
事業利益	28,426	-33,657	▲62,084	-

出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成
対象病院は、福祉医療機構に貸借対照表・損益計算書いずれも提供している貸付先としており、2018年度1,061施設、2023年度1,943施設が対象
数値は病院全体のものであり、様々な機能や規模の病院が含まれていること、年度により対象施設数が異なることから、100床当たりの損益を計算して比較を実施
事業収益からは事業収益に計上されたコロナ補助金を除外。医薬品費は薬品全般の費消額であり、その他の医療材料費は診療材料費や医療消耗器具備品などの医薬品費以外の医療材料費のこと。人件費には給与費の他、法定福利費、退職給付費用、役員報酬を集計

費用構造の変化



賃上げの動向

中央社会保険医療協議会医療機関を取り巻く状況について（2025.4.23）

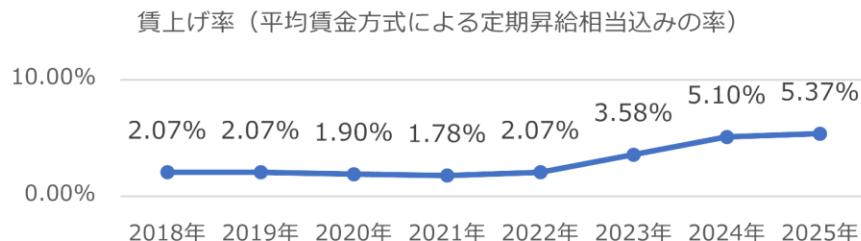
一人平均賃金の改定率をみると、全産業平均では令和6年は4.1%上昇しているが、医療・福祉では2.5%の上昇にとどまっている。

診療側の長島委員（日医常任理事）は医療機関経営の厳しさを強調し、「このままでは人手不足に拍車がかかり、患者に適切な医療が提供できなくなるだけでなく、ある日突然地域から医療機関がなくなるのではないかと危惧している」とした上で、「次回改定の最大の課題は他産業に負けない賃上げを実現できるよう医療機関の収支を改善させること。そのために診療報酬の引上げが必要だ」との考えを示した。

人件費：給与単価について① | 国内の賃上げの動向

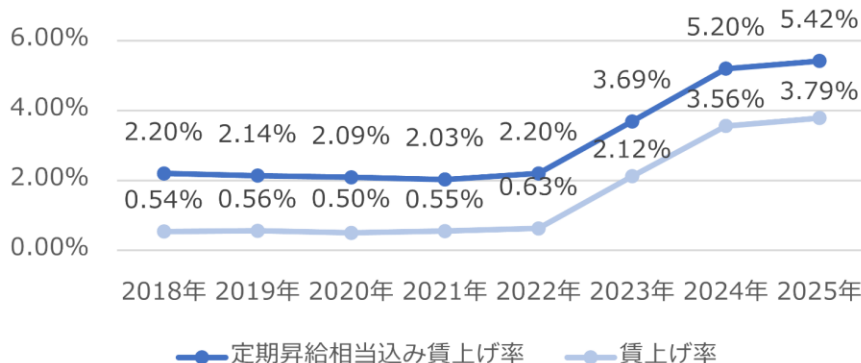
- 2018年以降の春闘における賃上げ情勢を見ると、2022年以降は賃上げ率の水準が高まっている。賃金引上げ等の実態に関する調査でも、産業全体の1人平均賃金の改定率が2022年以降高まっているが、医療・福祉においてはそれに届いていない。
- 医療関係職種の平均を見ると給与額も上昇しているが、産業全体の平均には届いていない。

直近の賃上げ情勢（春闘結果より・医療以外を含む）



定期昇給相当込み賃上げ率および賃上げ率

※賃上げ分が明確にわかる組合のみ

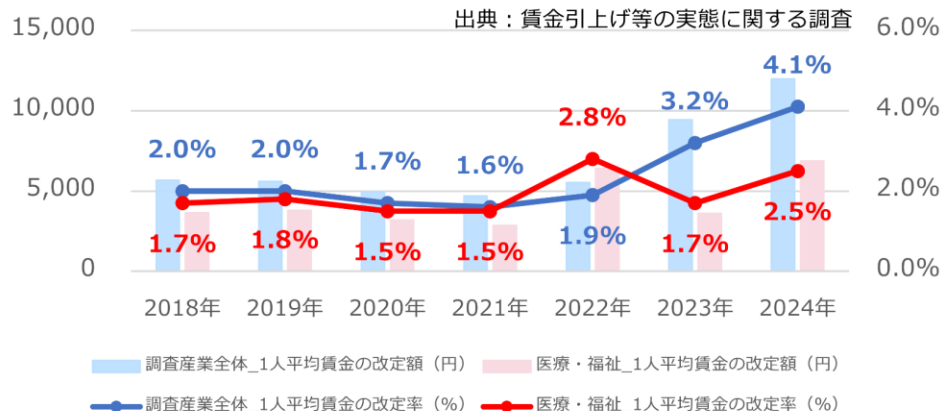


※対象産業（連合を構成する産別組織より）

金属／食品／交通・運輸／医療・福祉／金融・保険／建設・資材・林産／化学・繊維／資源・エネルギー／サービス・一般／商業・流通／情報・出版／公務

※出典：日本労働組合総連合会「春季生活闘争 回答集計結果」（2025年は第4回集計時点）

産業全体（青）と医療・福祉（赤）の賃上げ状況の比較



産業全体（青）と医療業の医療関係職種（赤）の給与額の比較 単位：千円



※医療関係職種は医師・歯科医師・獣医師以外の以下で集計している

薬剤師／保健師／助産師／看護師／准看護師／診療放射線技師／臨床検査技師／理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・視能訓練士／歯科衛生士／歯科技工士／栄養士／その他の保健医療従事者／介護支援専門員（ケアマネジャー）／看護補助者（看護助手）

※出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」の調査票データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

激動の世界を見据えたあるべき財政運営

財務省財政制度等審議会・財政制度分科会 2025.5.27

社会保障関係費の伸びを「高齢化の範囲内に抑える」方針継続

その理由は4つ

- 1) 医療技術の高度化 → 医療費の高騰（超高額薬剤の保険適用）
- 2) 高齢化の進展 団塊世代2025年度には全員後期高齢者に
- 3) 傷病罹患率が高く、かつ一回の治療当たりの日数が非常に長いため、
高齢者の増加は「医療費の増加」を招く
- 4) 現役世代人口の減少

2025年度から2040年度にかけて急速に減少

若者・子育て世帯の手取り所得を増加させ、社会保障制度の持続性を確保する観点から「医療・介護の保険料率の上昇を最大限抑制する」必要がある

財政制度等審議会 建議

「激動の世界を見据えたあるべき財政運営」

2025.5.27

6月の「骨太方針2025」や、その後の社会保障審議会（医療部会、医療保険部会、介護保険部会）や中央社会保険医療協議会などでの議論にも色濃く影響を及ぼす（可能性があります）。

激 動 の 世 界 を 見 据 え た
あ る べ き 財 政 運 営

令和7年5月27日
財政制度等審議会

(概要) V 持続可能な社会保障制度の構築

総論：全世代型社会保障の構築と制度改革

社会保障の持続性確保のため、全世代型社会保障の構築に向けた改革工程に沿って制度改革を推進。

医療・介護の給付と負担のバランスの最適化を通じて、現役世代の保険料負担を最大限抑制する。

制度全体を再設計（バックキャスティング）する重要性を強調。

医療分野のポイント

医療機関の経営実態に基づく報酬見直し

医療機関の経営状況をデータで分析し、適正な報酬体系への見直し

かかりつけ医機能報告制度を契機（2026.1月 実際の報告開始）

費用対効果評価の活用拡大

評価体制の強化や薬価・価格調整範囲の拡大も検討。

評価結果を保険収載の可否判断にも活用。

年齢ではなく能力に応じた負担、世代間の公平性の確保

高齢者の金融資産等を考慮した制度再構築を検討。

V 持続可能な社会保障制度の構築

- **社会保障の持続性を確保するための改革に不断に取り組む必要。全世代型社会保障の構築に向けた改革工程に基づき、医療・介護の給付と負担のバランスの適正化を通じて、現役世代の保険料負担を最大限抑制することが重要。**
- 患者や医療・介護現場において、社会保険の基本理念に基づき各関係者が果たすべき機能や役割について認識が共有され、その体現に向けて活動が行われるとともに、関係者が密接に連携しながら全体を形作ることが理想。こうした理想像を描きながら、**共通認識の醸成やそれに基づく行動変容を制度面でも後押しするための制度改革を、持続可能な未来を実現するために今何を行うべきか、バックカスティング的に議論していくことが有用。**

（医療）

- **次期診療報酬改定については、医療機関の経営状況の実態をデータに基づき分析し、国民負担の軽減と必要な医療保障のバランスを図りつつ、メリハリある対応をとることが重要。特に、本年4月からかかりつけ医機能報告制度が開始したことを契機に、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報酬体系の見直しを図るべき。**
- **費用対効果評価の一層の活用に向け、現行の評価体制の抜本的な強化を進めるとともに、対象医薬品や価格調整の範囲を拡大するほか、費用対効果評価の結果を保険収載の可否の判断に用いることも検討すべき。**
- **年齢ではなく能力に応じた負担とし、世代間の公平性を確保する観点から、医療・介護保険制度における金融所得の勘案、金融資産等の取扱いについて検討を深めるとともに、長寿社会にふさわしい高齢者医療制度のあり方について検討を深めるべき。**

（介護）

- **限られた介護人材を有効活用し、生産性を向上させることは重要であり、ICT機器を活用した人員配置の効率化や経営の協働化・大規模化、職場環境の整備に取り組むべき。**
- **あわせて、利用者負担の見直し、ケアマネジメントに関する給付のあり方（利用者負担等）の検討、軽度者に対する介護サービスの地域支援事業への移行など、改革工程に沿って給付と負担の見直しを早急に進めるべき。**

（障害福祉）

- **事業所の増加に応じて総費用額が増加しやすい構造にある中、報酬の適正化に加え、サービスの質の確保・向上に向け、①事業者指定のあり方の見直し、②事業者への実地指導等の強化、③不正行為に対する対処等に取り組むべき。**

（生活保護等）

- **生活扶助基準は、一般低所得世帯の消費実態との均衡を図るべきであり、データの充実に取り組み、定期検証を1年前倒すとともに、世帯類型別の消費実態を適切に反映すべき。データ活用の推進により、医療扶助の適正化を進めるべき。**

社会保障関係費のメリハリある予算編成

政府の予算編成

過去10年間にわたって社会保障関係費の実質的な伸びを

「高齢化による伸びに抑えるとの方針を達成してきた」と言及。

さらに、診療報酬改定のあった2024年度予算、そして薬価改定を実施した2025年度予算（政府原案）について「適切に措置されている」と評価している。

今後もこの考え方に沿ったメリハリのある予算編成を実施していくことが重要。

社会保障関係費のメリハリある予算編成

資料Ⅴ－１－３

- 社会保障関係費については、過去10年間、経済・物価動向に適切に配慮しつつ、社会保障を持続可能なものとするための改革を行うことで、メリハリある予算編成を実施し、社会保障関係費の実質的な伸びを「高齢化による伸びに抑える」との方針を達成してきた。
- 直近で診療報酬改定が行われた2024年度予算、2025年度予算（政府原案）においても、制度改革・効率化等に取り組み、「高齢化による伸びに抑える」との方針に沿った姿を実現しつつ、年金スライドや人事院勧告等を踏まえた対応など経済・物価動向等への配慮や少子化対策の充実、報酬改定等について適切に措置されている。
- 今後も、この考え方に沿ったメリハリのある予算編成を実施していくことが重要。

（単位：億円）

	2024年度編成		2025年度編成（政府原案）	
	増減	主な制度改革等	増減	主な制度改革等
社会保障関係費	+8,500		+5,600	
年金	+3,200	年金スライド +2.9% （予算積算上の改定率） +3,500	+2,900	年金スライド +1.9% （予算積算上の改定率） +2,200
医療	+1,200	診療報酬改定 +0.88% +800 薬価改定等 ▲1,300 前期財政調整における報酬調整 ▲1,300	+1,000	薬価改定等※ ▲1,300
介護	+300	介護報酬改定 +1.59% +400	+100	—
福祉等	+3,800	障害報酬改定 +1.12% +200 児童手当の拡充 +1,200 育休国庫負担引き上げ +1,000 出産・子育て応援交付金 +300	+1,600	人事院勧告等を踏まえた保育給付の増 +300 児童手当・児童扶養手当の拡充 +200 保育所1歳児クラスの職員配置改善 +100

※ 政府原案に含まれていた「高額療養費の見直し」については、国会審議等を踏まえ、実施を見合わせ、本年秋に改めて検討し決定することとし、予算修正が行われた。

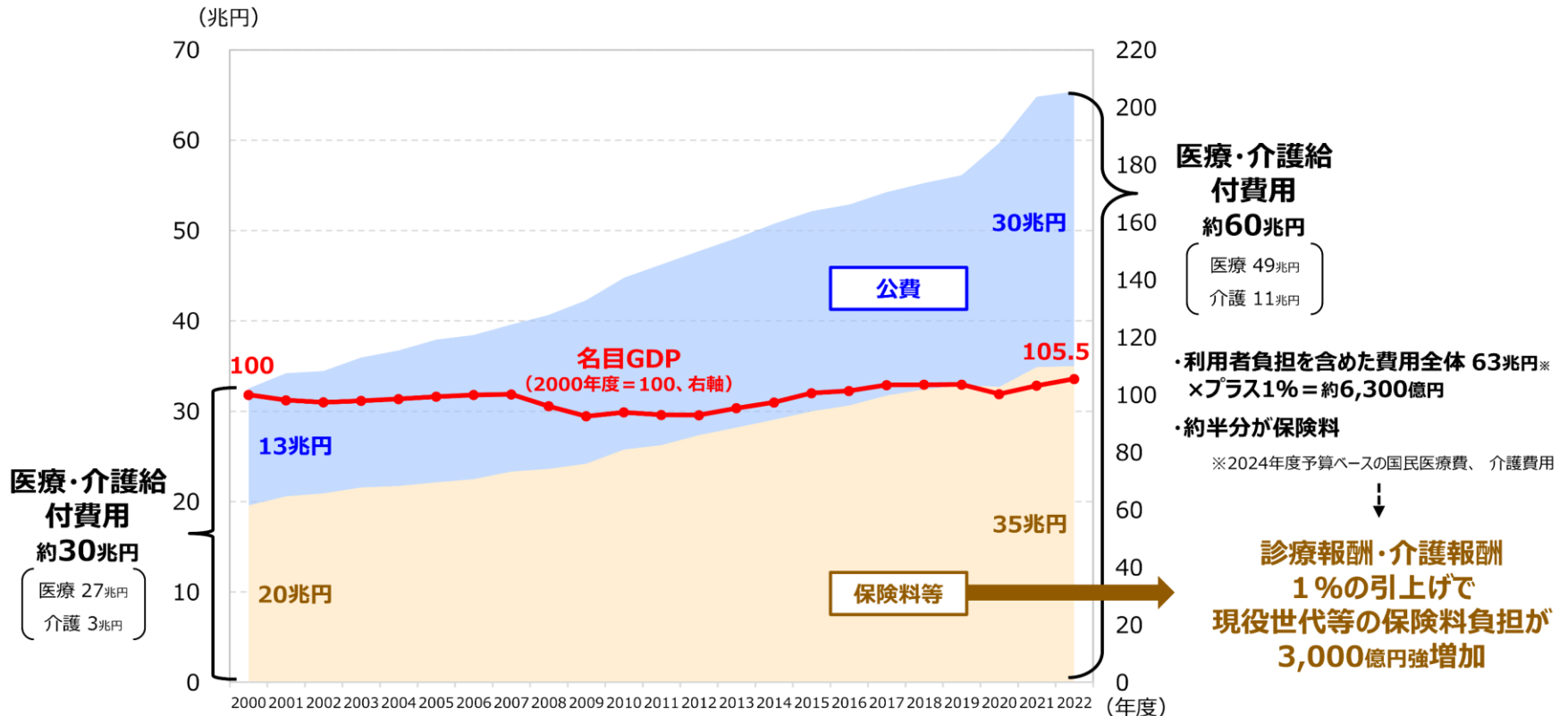
医療・介護の給付費用の効率化の必要性

- 医療・介護保険制度における給付費用に関しては、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。
- 診療報酬・介護報酬1%の引上げで現役世代等の保険料負担が3,000億円強増加

医療・介護の給付費用の効率化の必要性

資料V-1-5

- 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。

医療・介護に係る保険給付費等の伸びと現役世代の保険料負担

- 2012－2023年度にかけて

医療・介護保険給付費等の伸び＋**2.9％／年**

雇用者報酬の伸び＋**1.8％／年**

保険給付費等の伸びが雇用者報酬の伸びを上回る

⇒**保険料率は上昇**

若者・子育て世帯の手取り所得を増加させるとともに、社会保障制度の持続性を確保する観点から、**医療・介護の保険料率の上昇を最大限抑制**する必要がある。

- 医療・介護の給付の伸びが雇用者報酬の伸びを上回っており、結果として保険料率は上昇してきた。
- 若者・子育て世帯の手取り所得を増加させるとともに、社会保障制度の持続性を確保する観点から、医療・介護の保険料率の上昇を最大限抑制する必要がある。

医療・介護 保険給付費等の伸び + 2.9%/年

- 医療保険給付費等の伸び
+ 2.7%/年
- 介護納付金の伸び
+ 4.9%/年

2012－2023年度

保険給付費等の伸びが雇用者報酬の伸びを上回る
⇒ **保険料率は上昇**

保険料率引上げ等

健保組合	2012	2024
医療	8.34%	9.32%
介護	1.32%	1.78%

※現役世代一人当たり高齢者医療支援
月2980円（2008）→ 5950円（2024）

雇用者報酬の伸び + 1.8%/年

- 雇用者数 + 0.8%/年
※生産年齢人口 ▲0.7%/年
- 賃金 + 1.0%/年

2012－2023年度

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

（注1）年平均は始点から終点までの伸び率を年数で単純に除して算出

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

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

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

現役世代が負担する社会保険料負担

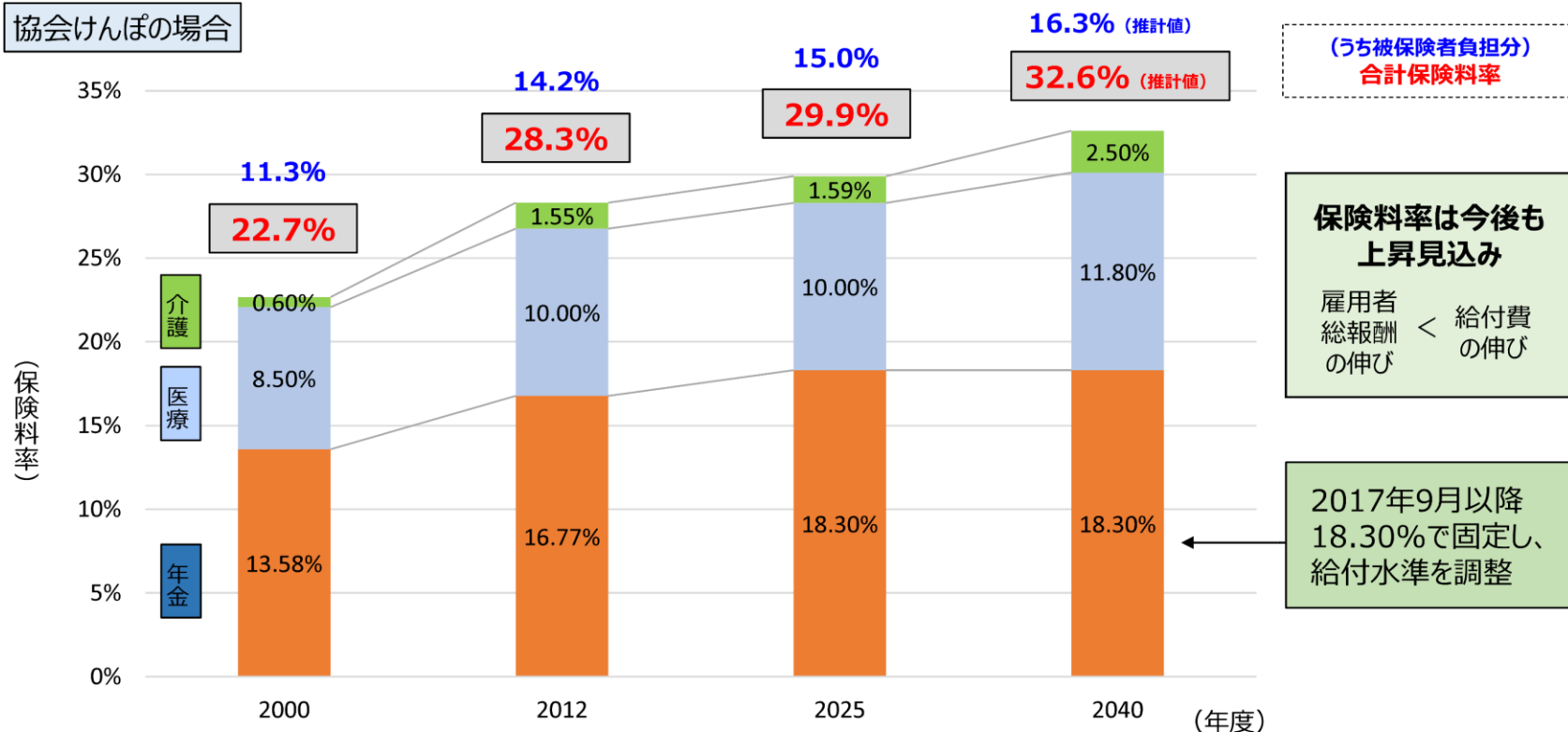
- 社会保障に係る負担を現役世代の社会保険料負担で見ると、現役世代の保険料率は報酬の3割に迫る水準であり、今後も継続的に上昇する見込み。
- 医療介護の保険料率上昇を抑制する取組みを強化しないと、足元の構造的賃上げ等の動きを阻害するほか、中期的にも保険制度が持続できない。

現役世代が負担する社会保険料負担

資料V-1-7

- 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)における経済ベースライン・現状投影・医療単価の伸び率が低い(=保険料総額が少ない)数値を用いている。

医療・介護に係る保険給付費等の伸びと現役世代の保険料負担

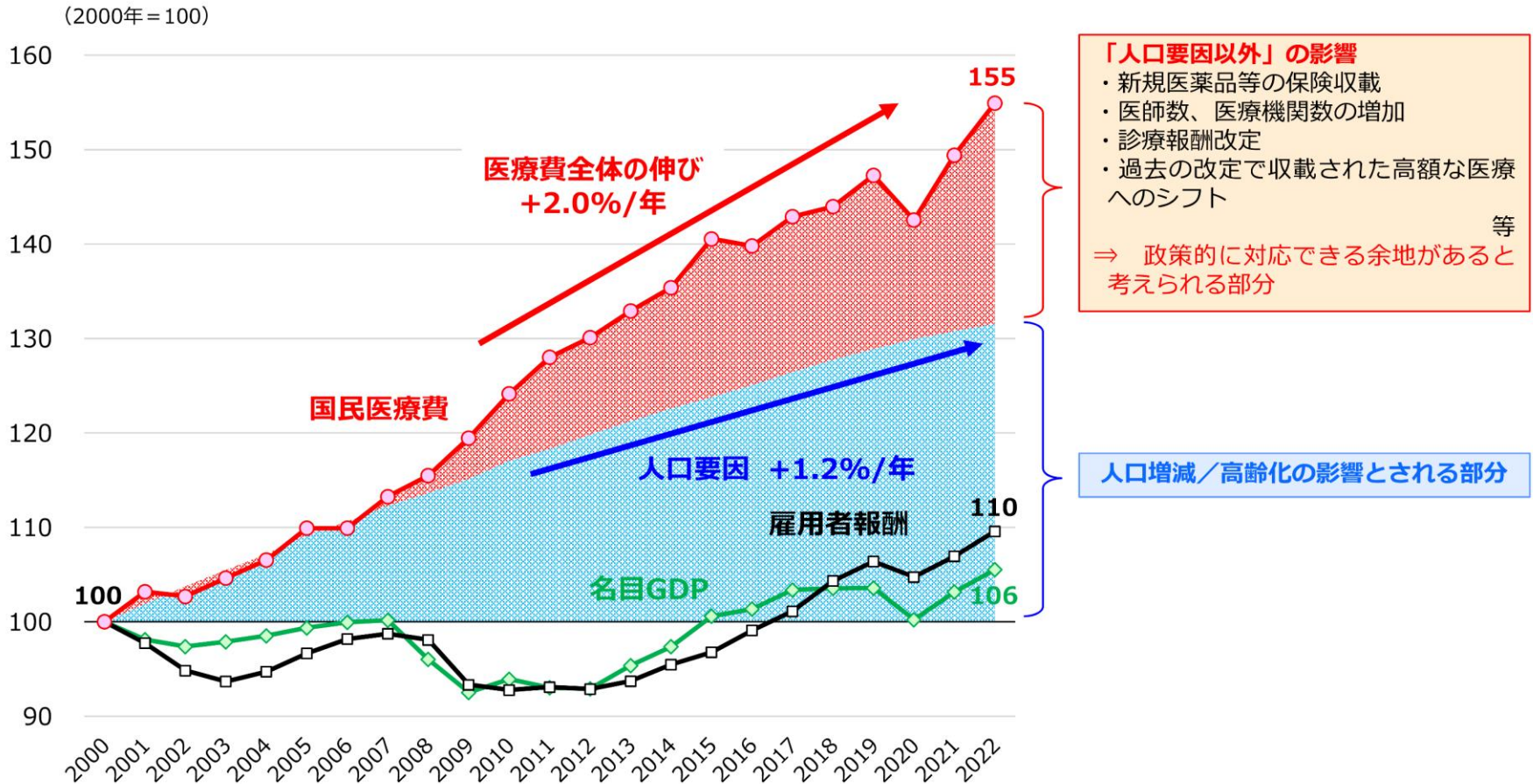
医療費の伸びのうち、「人口増減・高齢化による部分」は半分強であり、予算統制の外で行われる「新規医薬品の保険収載など人口要因以外の部分」について重点化・適正化努力を強化し、保険料負担を含め国民負担の増加を抑制していく必要がある

重点化・適正化を強化する「人口要因以外の部分」とは何か？

- ・ 新規医薬品等の保険収載
- ・ 医師数、医療機関数の増加
- ・ 診療報酬改定
- ・ 過去の改定で収載された高額な医療へのシフト等

⇒政策的に対応できる余地があると考えられる部分

- 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」

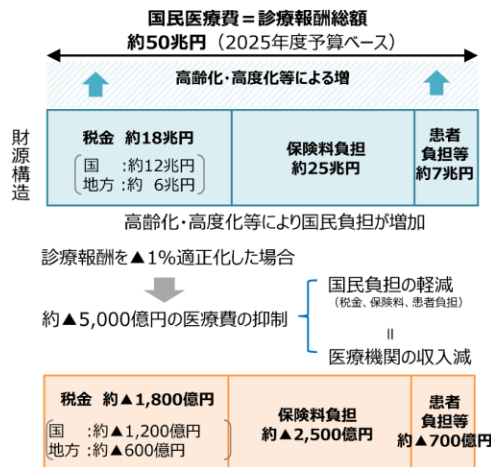
制度の持続可能性を確保していくための医療制度改革

- 質の高い医療の効率的な提供（地域医療構想の推進、医師偏在の是正、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、診療報酬の適正化、職種別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の推進など）
- 保険給付範囲の在り方の見直し（OTC類似薬の保険給付の在り方の見直し、一定額までの全額自己負担導入など薬剤の自己負担引き上げ、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、入院時の室料負担など患者負担見直しなど）
- 高齢化・人口減少下での負担の公平化（年齢でなく能力に応じた負担、長寿社会にふさわしい後期高齢者医療制度など）

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

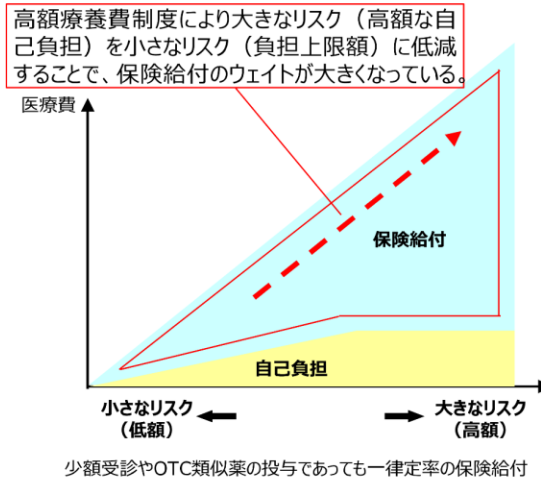
医療費の構造



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）

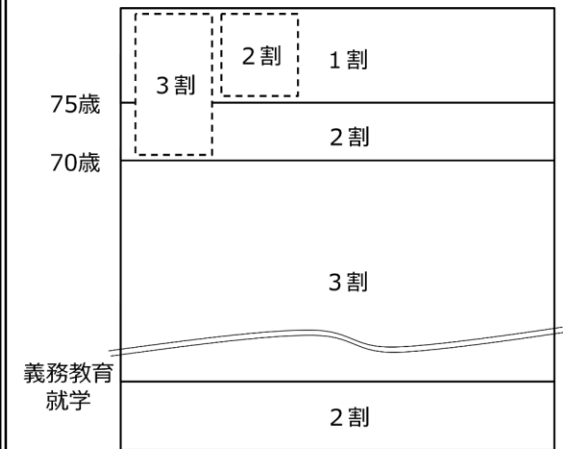
現状の保険給付のイメージ



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

医療費の窓口自己負担



病院と診療所で働く医師について

一貫して増加している日本の医師数の勤務状況を見ると、病院勤務の医師が着実に増加しているものの、診療所で働く医師も増加を続けてきている。

病院で働く医師の勤務先の病床規模を見ると、大規模病院に集約しているとは言えない状況。また、2000年代以降の医学部定員の増加の影響を受けた世代が「開業適齢期」を迎える中で、今後、地域医療を支える医師の最適配置の観点も踏まえた診療所の整備が進められるのか懸念がある。

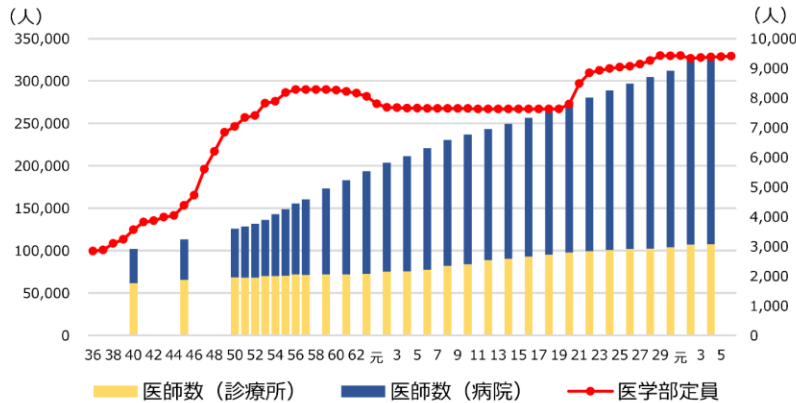
効率的・効果的な医療提供の観点から、「病院機能の集約」と「診療所数の適正化（削減）」が必要である。病院勤務医から開業医へのシフトを起こすことのないよう診療報酬体系の見直しを図るべき

病院と診療所で働く医師について

資料V-3-9

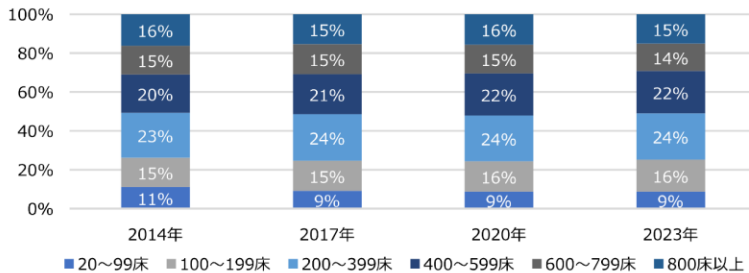
- 一貫して増加している日本の医師数の勤務状況を見ると、病院勤務の医師が着実に増加しているものの、診療所で働く医師も増加を続けてきている。
- 病院で働く医師の勤務先の病床規模を見ると、大規模病院に集約しているとは言えない状況。また、2000年代以降の医学部定員の増加の影響を受けた世代が「開業適齢期」を迎える中で、今後、地域医療を支える医師の最適配置の観点も踏まえた診療所の整備が進められるのか懸念がある。

◆ 医学部定員と医師数の推移



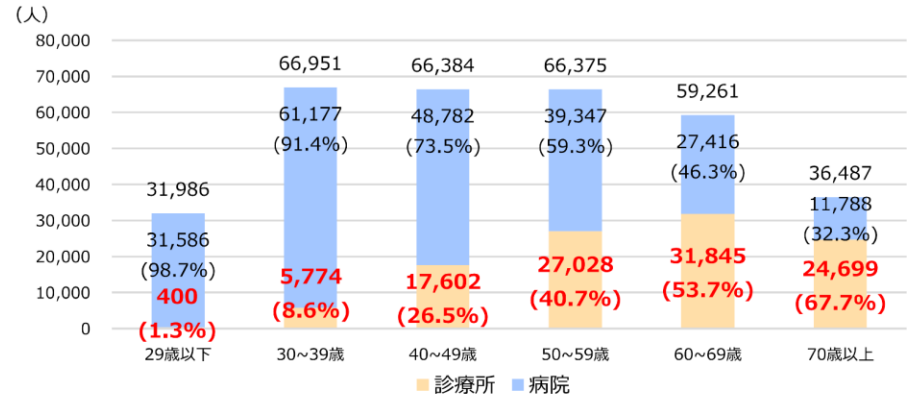
（出所）厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）
文部科学省「医学部定員増について」

◆ 医師の勤務先病院の病床規模の割合



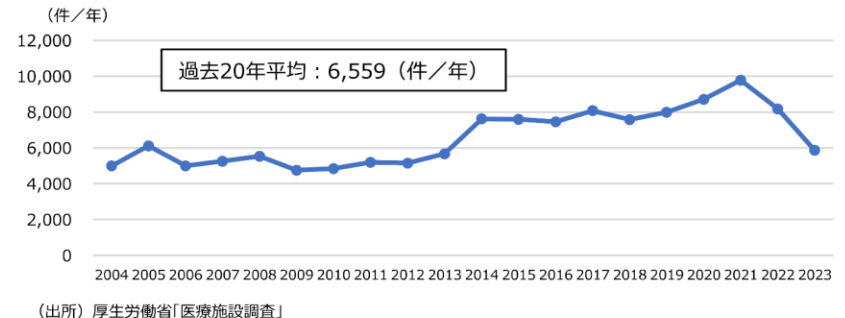
（出所）厚生労働省「医療施設調査」

◆ 医師の年齢構成（令和4年度）



（出所）厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）

◆ 診療所の新規開設件数



（出所）厚生労働省「医療施設調査」

【改革の方向性】（案）

- 効率的・効果的な医療提供の観点から、病院と診療所の間での医師偏在は喫緊の課題であり、病院機能の集約と診療所数の適正化が必要。病院勤務医から開業医へのシフトを起こすことのないよう、診療報酬体系の見直しを図るべき。

財務省春の建議が示す診療所の新規開設件数とは？

過去20年の平均 6,559 (件/年) 2022年は 8,000件を超えている？

医療施設(動態)調査・病院報告の概況 令和4 (2022) 年 (厚生労働省) によると
一般診療所は「有床」が 5,958 施設 (2 1 1 減)、「無床」は 99,224 施設 (1,101増)
で前年に比べ 890 施設増加している。

施設数 : 105,182 増加 : 890

開設 : 7,847 再開 : 324 廃止 : 6,697 休止 : 584

$7,847 + 324 - 6,697 - 584 = \underline{890}$ (稼働中の診療所の増加数)

$7,847 + 324 = \underline{8,171}$ (財務省の新規開設件数)

再開324を含み、廃止6,697、休止 : 584を含まない)

稼働中の診療所の増加数 890のうち、再開324を含んでいるので

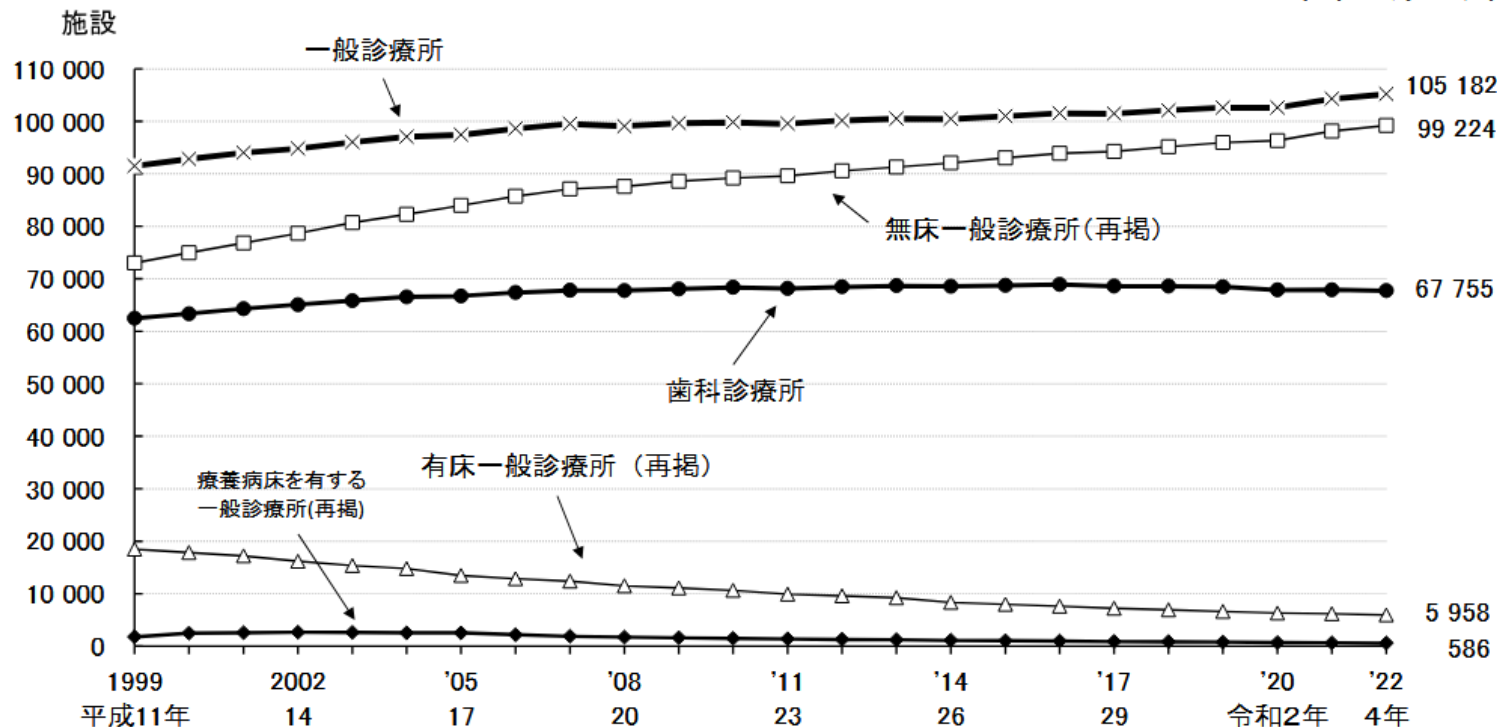
$890 - 324 = \underline{566}$ (実際の純増減開設件数)

増減数 = 開設 + 再開 - 廃止 - 休止

純増減数 = 開設 + 再開 - 廃止 - 休止 - 再開

図2 診療所数の年次推移

各年10月1日現在



注:1)「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13・14年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

2) 平成20年までの「一般診療所」には「沖縄県における介輔診療所」を含む。

表2 施設の種別別にみた施設数の動態状況

	令和4年 10月1日 現在 (2022)	増 減 数							令和3年 10月1日 現在 (2021)
		令和3(2021)年10月～令和4(2022)年9月							
		増		減		種類の 変 更			
		開 設	再 開	廃 止	休 止				
病 院	8 156	△ 49	60	3	106	6	・	8 205	
精神科病院	1 056	3	2	－	1	－	2	1 053	
一般病院	7 100	△ 52	58	3	105	6	△ 2	7 152	
一般診療所	105 182	890	7 847	324	6 697	584	・	104 292	
有床	5 958	△ 211	44	13	79	34	△ 155	6 169	
無床	99 224	1 101	7 803	311	6 618	550	155	98 123	
歯科診療所	67 755	△ 144	1 333	107	1 410	174	・	67 899	
有床	21	－	1	－	1	－	－	21	
無床	67 734	△ 144	1 332	107	1 409	174	－	67 878	

(厚生労働省「令和4年(2022)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」)

医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況 令和5（2023）年（厚生労働省）

財務省のグラフでは、2023年は6,000弱を示している

医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況では

施設数：104,894 増加：-288

開設：5,437 再開：417 廃止：5,047 休止：1,095

$5,437 + 417 - 5,047 - 1,095 = \underline{-288}$ （稼働中の診療所の増加数）

$5,437 + 417 = \underline{5,854}$ （財務省の新規開設件数）

再開417を含み、廃止5,047、休止：1,095を含まない）

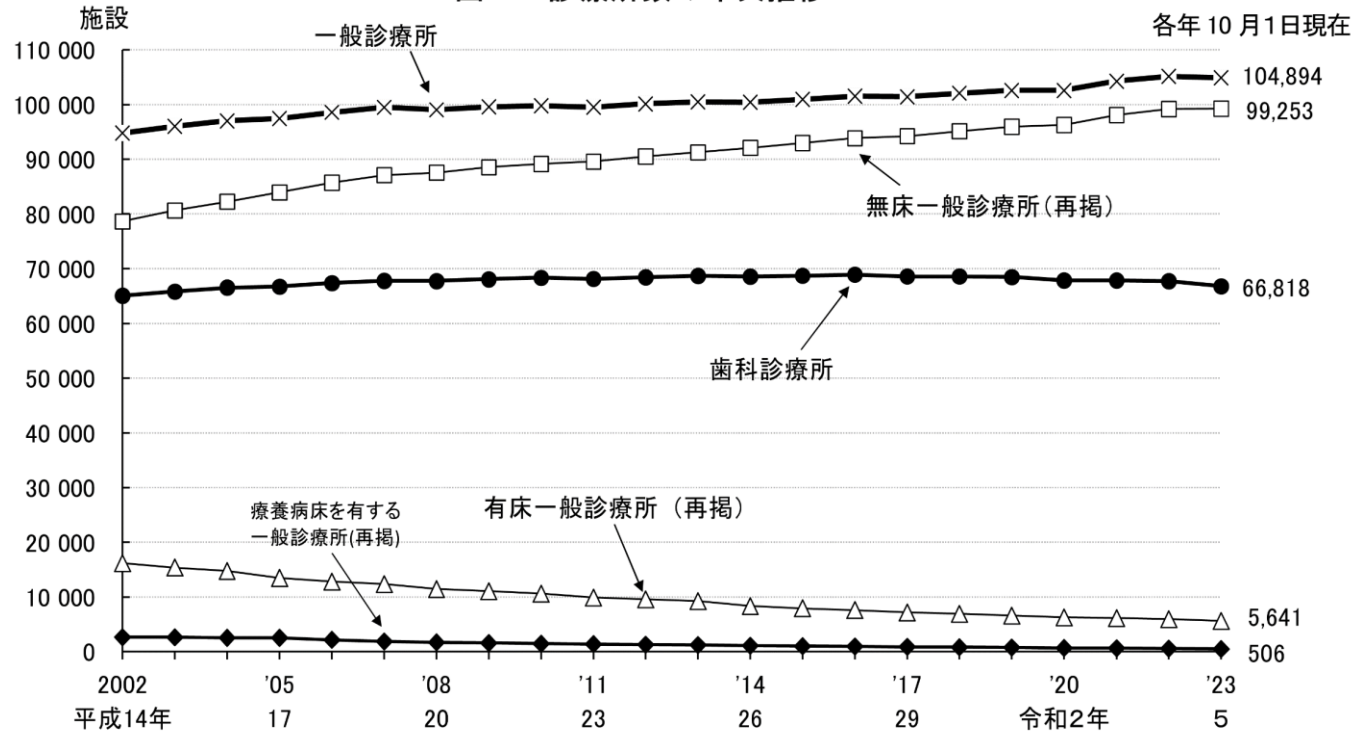
稼働中の診療所の増加数 -288のうち、再開417を含んでいるので

$-288 - 417 = \underline{-705}$ （実際の純増減開設件数）

増減数＝開設＋再開－~~廃止~~－~~休~~

~~止~~
純増減数＝開設＋再開－~~廃止~~－~~休~~止－再開

図2 診療所数の年次推移



注: 1) 「療養病床」は、平成 14 年は「療養病床」及び「経過の旧療養型病床群」である。

2) 平成 20 年までの「一般診療所」には「沖縄県における介輔診療所」を含む。

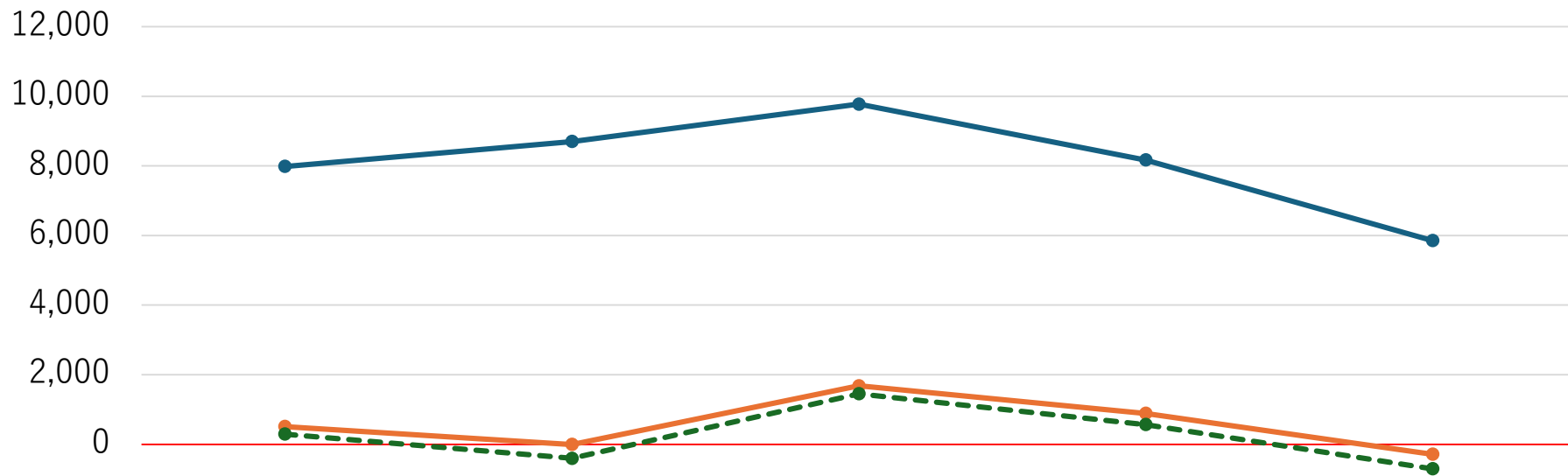
表2 施設の種別別にみた施設数の動態状況

	令和 5 年 10月 1 日 現 在 (2023)	増 減 数						令和 4 年 10月 1 日 現 在 (2022)
		令和4(2022)年10月～令和5(2023)年9月						
		増		減		種類の 変 更		
		開 設	再 開	廃 止	休 止			
病 院	8 122	△ 34	55	4	80	13	・	8 156
精神科病院	1 057	1	1	－	2	1	3	1 056
一般病院	7 065	△ 35	54	4	78	12	△ 3	7 100
一般診療所	104 894	△ 288	5 437	417	5 047	1 095	・	105 182
有床	5 641	△ 317	45	15	98	47	△ 232	5 958
無床	99 253	29	5 392	402	4 949	1 048	232	99 224
歯科診療所	66 818	△ 937	1 454	101	2 037	455	・	67 755
有床	20	△ 1	－	－	－	－	△ 1	21
無床	66 798	△ 936	1 454	101	2 037	455	1	67 734

(厚生労働省 令和 5 (2023) 年医療施設
(静態・動態) 調査・病院報告の概況)

診療所の新規開設件数（全国）

（件／年）



▲ 2,000

	2019	2020	2021	2022	2023
開設+再開	7,986	8,700	9,775	8,171	5,854
増減数	511	▲ 4	1,680	890	▲ 288
純増減数	293	▲ 402	1,451	566	▲ 705

—●— 開設+再開 —●— 増減数 -●- 純増減数

増減数＝開設＋再開－~~廃止~~－~~休止~~

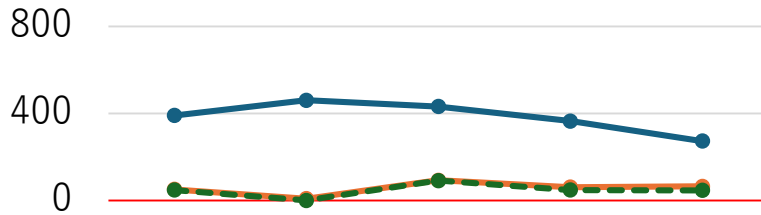
純増減数＝開設＋再開－~~廃止~~－~~休止~~－再開

（厚生労働省「医療施設調査」より作成）

診療所の新規開設件数（愛知・東京）

愛 知

(件／年)



	2019	2020	2021	2022	2023
開設+再開	391	461	432	365	273
増減数	51	8	93	61	65
純増減数	48	0	91	48	46

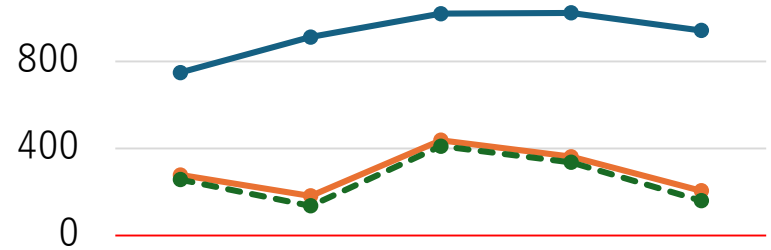
—●— 開設+再開 —●— 増減数 -●- 純増減数

増減数＝開設＋再開－~~廃止~~－~~休止~~

純増減数＝開設＋再開－~~廃止~~－~~休止~~－再開

東 京

(件／年)



	2019	2020	2021	2022	2023
開設+再開	749	913	1,020	1,024	943
増減数	278	182	438	362	205
純増減数	257	136	411	336	160

—●— 開設+再開 —●— 増減数 -●- 純増減数

(厚生労働省「医療施設調査」より作成)

診療報酬改定に係る基本的な考え方

- 医療費（薬剤費等除く）の伸びは、「医療費の単価の伸び」と「患者等の人口要因の伸び」で構成され、全体として医療機関の収入増となって人件費や物件費（薬剤費等を除く）が賄われている。日本経済が過去長らくデフレに直面し、賃金や物価水準が上昇しない中であっても、我が国の医療費は、高齢化等の人口要因に加え、診療報酬改定（政策的な価格変更）により概ね上昇を続けてきた。
- こうした医療費の増嵩（ぞうすう）は、現役世代の社会保険料負担を含む国民負担の増加に直結するものであり、国民皆保険を堅持するためにも、病院と診療所では経営状況や費用構造等に差異があることにも配意しつつ、全体として診療報酬の適正化（抑制）を図ることが必要。

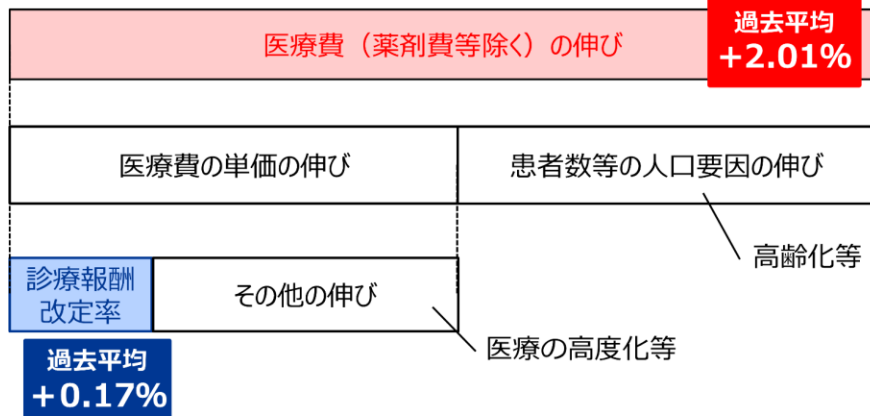
※「増嵩（ぞうすう）」は、量や金額などがふえ、かさむること、また、

診療報酬改定に係る基本的な考え方

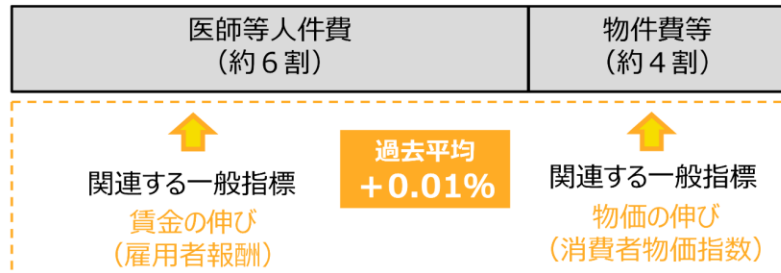
資料V-3-13

- 医療費（薬剤費等除く）の伸びは、「医療費の単価の伸び」と「患者等の人口要因の伸び」で構成され、全体として医療機関の収入増となって人件費や物件費（薬剤費等を除く）が賄われている。日本経済が過去長らくデフレに直面し、賃金や物価水準が上昇しない中であっても、我が国の医療費は、高齢化等の人口要因に加え、診療報酬改定（政策的な価格変更）により概ね上昇を続けてきた。
- こうした医療費の増嵩は、現役世代の社会保険料負担を含む国民負担の増加に直結するものであり、国民皆保険を堅持するためにも、病院と診療所では経営状況や費用構造等に差異があることにも配慮しつつ、全体として診療報酬の適正化を図ることが必要。

◆ 医療費の伸びの構造（イメージ）

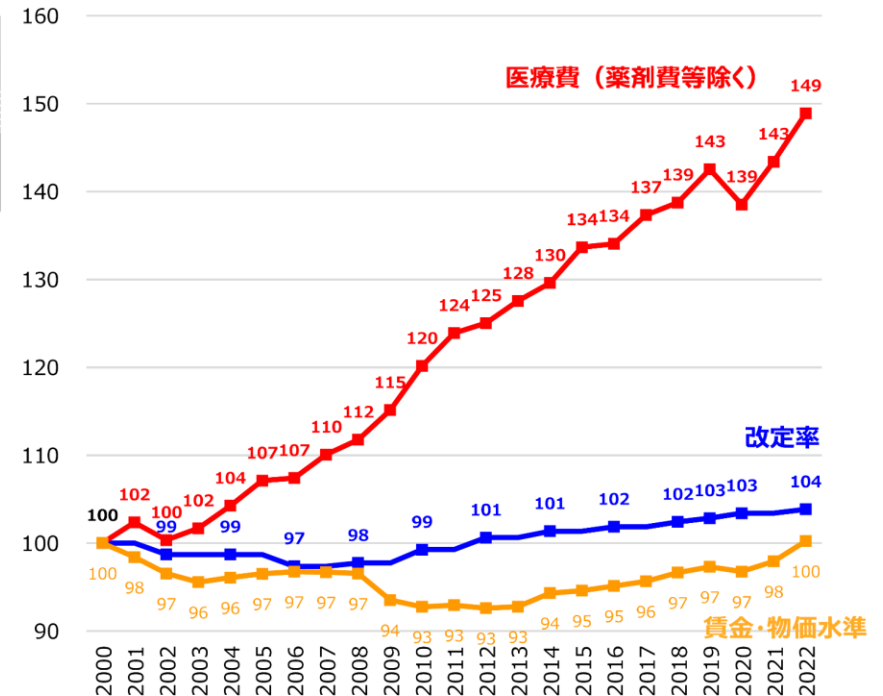


（参考）医療機関の費用構造（薬剤費等除く）



- (注1) 各指標の過去平均は年平均伸び率であり、2000年度から2022年度までの動向を年数のべき乗根で算出。
 (注2) 賃金・物価の伸びは、1人当たり雇用者報酬の伸びと、消費者物価指数の伸びを、各年度の人件費・物件費等のウェイト加重平均して算出している。
 (注3) 医療費（薬剤費等除く）の伸びを計算した期間には、新型コロナの影響を受け期間が含まれていることに留意する。

◆ 医療費（薬剤費等除く）の推移（2000年度 = 100）



- (出所) 厚生労働省「国民医療費」、「医療費実態調査」、内閣府「国民経済計算（GDP統計）」、総務省「消費者物価指数（長期時系列データ）」、「労働力調査」
 (注1) 診療報酬改定率は、厚生労働省発表資料等による。
 (注2) 医療費（薬剤費等除く）は、「国民医療費」、「医療費実態調査」、「医療費実態調査の結果に基づき厚生労働省において推計した費用構造」を基に、国民医療費を総計し、医薬品・医療材料に係る部分を除くことにより推計したもの。
 (注3) 賃金・物価水準は、1人当たり雇用者報酬の伸びと消費者物価指数の伸びを、各年度の人件費・物件費等のウェイト加重平均して算出し、2000年を100として指数化したもの。

診療所に対しては非常に厳しい提案が行われている

医療経済実態調査等のデータを精緻に分析した上で、国民負担の軽減と必要な医療保障のバランスを図りながら「メリハリある対応」を検討する必要がある（診療所に厳しい改定）。

前回の診療報酬改定の議論のさなか、財務省の秋の建議で診療所の利益率がよいことから診療報酬の厳格化について提案されたのはまだ記憶に強く残っている。今回の春の建議に向けた議論においても、診療所に対しては非常に厳しい提案が行われていることがわかる。

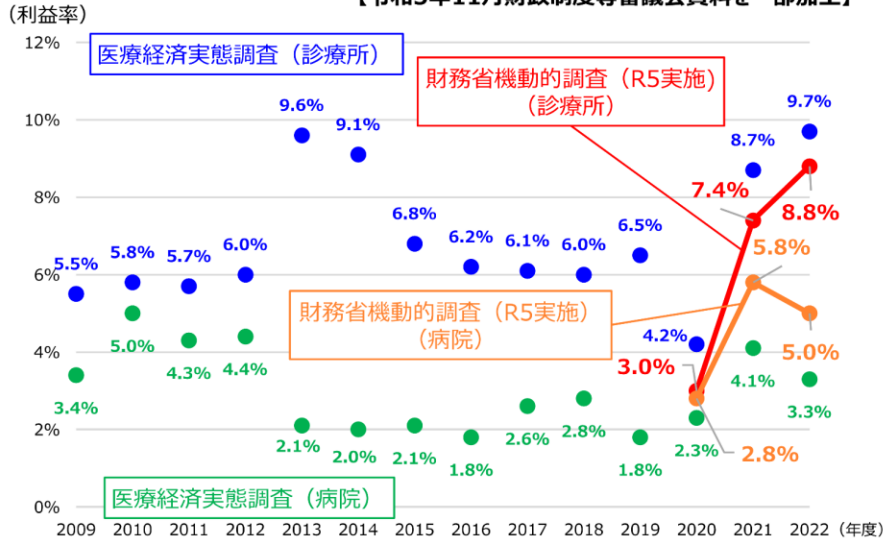
診療所の経営状況を踏まえた対応

資料V-3-15

- 令和6年度診療報酬改定は、病院・診療所の2022年度の経営状況（医療経済実態調査・財務省機動的調査に基づくデータ：診療所の利益率は、それぞれ9.7%、8.8%）を踏まえて実施。
- 直近で把握可能な2023年度の医療機関の経営状況について、厚生労働省が全国の医療法人の事業報告書等を集計したデータを確認したところ、無床診療所のみを経営する医療法人の利益率は8.6%であり、中小企業の全産業平均である3.6%よりも高い水準であった。（なお、1法人当たりの本来業務に要した費用については、診療所・病院ともに微増。）

◆ 診療所と病院の利益率の比較（～2022年度）

【令和5年11月財政制度等審議会資料を一部加工】



◆ 厚生労働省データ(医療法人の事業報告書等)による22・23年度の分析

【利益率・1法人当たり積立金】

経営形態	利益率（平均）	1法人当たり積立金(千円)
一般診療所（無床）のみ経営	2022年度 9.8% 2023年度 8.6%	2022年度：128,687 2023年度：137,897
病院のみ経営	2022年度 4.4% 2023年度 2.1%	2022年度：996,735 2023年度：961,569

（参考）

中小企業における平均経常利益率（全産業） 2022年度：3.4%、2023年度：3.6%

【1法人当たり本来業務費用】

経営形態	1法人当たり本来業務費用(千円)
一般診療所（無床）のみ経営	2022年度：160,178 2023年度：163,260（対前年度+1.92%）
病院のみ経営	2022年度：1,473,831 2023年度：1,485,822（対前年度+0.81%）

（出所）厚生労働省データ（医療法第52条の規定に基づき都道府県に届出があった事業報告書等を2024年11月末時点で区切り、厚生労働省において集計したもの。集計率は76%。）

（注1）サンプル数は、「一般診療所（無床）のみ経営」の2022年度が21,101法人、2023年度が21,040法人であり、「病院のみ経営」の2022年度が1,168法人、2023年度が1,163法人。

（注2）同一法人からの報告で異常値のないものを2期連続分析可能法人として分析している。各形態の法人数が年度ごとに一致しないのは、経営形態が変わる場合があるため。

（注3）中小企業における平均経常利益率は、財務省「法人企業統計」より作成（資本金1億円未満の金融業・保険業以外の業種における、売上高に占める経常利益の割合）。

【改革の方向性】（案）

- 令和8年度診療報酬改定においては、2024年度の医療機関の経営状況について、年末に判明する医療経済実態調査等のデータを精緻に分析した上で、国民負担の軽減と必要な医療保障のバランスを図りながら、メリハリある対応を検討する必要。
- ※ 本来は、掘り下げた議論を行うためにも、医療施設の経営状況をリアルタイムで、職種別給与などを含む完全な形で見える化することが重要。

全人的なケアの実現に向けて 見直しを検討すべき主な報酬項目

評価の厳格化

具体的な施策として、外来管理加算と機能強化加算の廃止、かかりつけ医機能報告を踏まえた機能に対する評価、生活習慣病管理料において病状が安定化した患者に対しては診療報酬上の評価を複数月に1回とすることなどが提案されている。

各種の基本料や加算を精査・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（かかりつけ医機能の評価すると説明されている【地域包括診療料・地域包括診療加算】【機能強化加算】【外来管理加算】などの整理を提案している）

- 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。

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 虚血性心疾患 不整脈 脳血管疾患 肺気腫 喘息 胃炎及び十二指腸炎

【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。

疾病管理の在り方（生活習慣病）

資料Ⅴ－3－17

- 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包含される。

- 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)

- 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%）

（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、増減率から概算を算出。（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。

外来診療所の地域偏在の是正

①地域別単価の導入について

- 医師偏在対策として「地域別診療報酬の仕組み」を活用し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促していくべき。当面の措置として、診療所過剰地域における1点当たり単価（10円）の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化することも考えられる。
- インセンティブ措置は？

外来診療所の地域偏在の是正 ①地域別単価の導入について

資料Ⅴ－３－２０

- 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在を是正するための経済的インセンティブ措置として、地域別診療報酬の仕組みの活用を検討する必要がある。
- 具体的には、報酬点数×1点当たり単価（10円）となっている診療報酬について、診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点当たり単価を設定することが考えられる。

◆診療報酬の仕組み

全国一律（注）		全国一律			
診療報酬点数（厚生労働大臣告示）					
（例） 初診料	291点	×	1点あたり 単価 10円	＝	医療費
再診料	75点				
調剤基本料1	45点				

（注）入院基本料への地域加算（都市部に加算）など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

※ 1 介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。

※ 2 かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

◆1点単価の調整等により政策対応の幅が広がると考えられるケース

<医療費適正化>

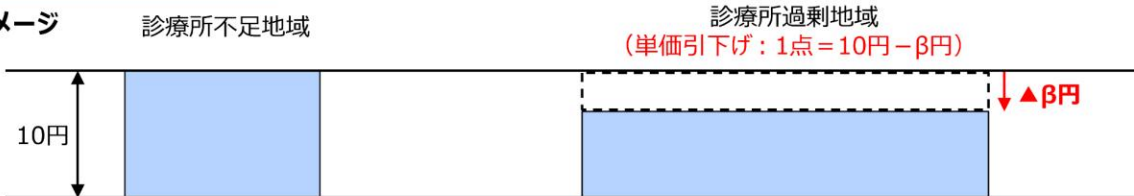
○保健医療2035提言書（抄）（2015年6月「保健医療2035」策定懇談会）
「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。」

<医療機関の医業収入の安定>

○財政制度等審議会建議（抄）（2021年5月）
「新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、これまで法律の改正を伴うことのない取扱いとして度々行われてきた災害時の「概算払い」を参考とし、前年同月ないし新型コロナ感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべきである。」

※前年同月ないし前々年同月水準からの減収相当額の支払い部分について実際に行われた診療行為への対価性を欠く点については、たとえば対前年同月ないし対前々年同月比で保険点数が2割減り、8/10となった場合に、1点単価を12.5円に補正することとすれば、診療行為への対価性を保持したまま、前年同月ないし前々年同月水準の診療報酬を支払うことは可能である。

◆診療所の偏在是正のための当面の措置のイメージ



【改革の方向性】（案）

- 医師偏在対策として、地域別診療報酬の仕組みを活用し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促していくべき。なお、当面の措置として、診療所過剰地域における1点当たり単価（10円）の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化することも考えられる。

外来診療所の地域偏在の是正

②過剰サービスの評価の適正化

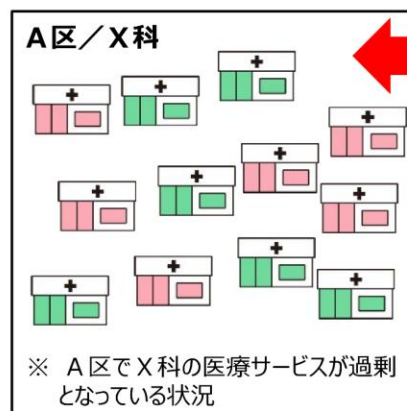
適切なアウトカム指標導入とセットで「特定過剰サービス（客観的な基準に照らし「ある地域の特定の診療科に係る医療サービスが過剰」と判断される場合）」に対する**減算措置**を導入すべき。

また、「特定過剰サービス」に係る保険給付については、アウトカム指標に応じた減算措置に加え、各年度の「基準額」を**超過した場合の精算措置**の導入についても検討すべき。

診療所の診療科ごとの総量規制？

- 医師偏在対策のための経済的インセンティブについては、新たな診療報酬上のディスインセンティブ措置を組み合わせることが有効。このことは、メリハリの効いた政策誘導という観点のみならず、医師少数区域への財政支援を継続的に実施していくに当たり、国民負担を軽減する観点からも重要。具体的には、客観的な基準に照らして、ある地域の特定の診療科に係る医療サービスが過剰であると判断される場合には、需要の掘り起こしが発生しているとみなし、当該医療サービスを「特定過剰サービス」として減算の対象とすることが考えられる。
- ただし、一律の減算は必ずしも適当ではないと考えられることから、特定過剰サービスを対象とした（診療科ごとの）アウトカム指標を設定・評価した上で、当該評価においてアウトカムが良好と判定された場合には、付加価値を適正に生んでいるとみなし、当該減算措置の対象から除外するといったことも考えられる。なお、「かかりつけ医機能」やNDBデータをアウトカム指標の設定・評価に活用することも考えられる。
- また、「特定過剰サービス」単位ごとに見た医療費について、例えば対前年度から大幅に延伸するなど、一定の「基準額」を超過した場合には、アウトカム指標を満たさない医療機関を中心に、超過額の保険償還分を精算するといった仕組みを併せて導入することも検討の余地がある。

◆「特定過剰サービス」における減算（イメージ）



- アウトカム指標を満たさない医療機関
- アウトカム指標を満たす医療機関

特定地域の特定診療科について、アウトカム指標を設定の上、第三者等によりアウトカムを評価・公表。

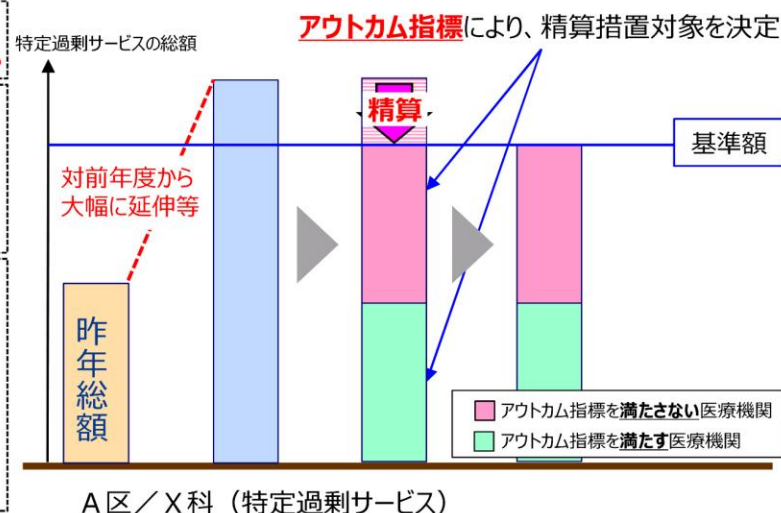
【アウトカム指標を満たさない場合】

「特定過剰サービス」に該当すると判断され、かつ、アウトカムが良好と言えないことから、当該医療機関における診療報酬1点単価の引下げや、診療報酬上の減算を行う。

【都道府県に報告されるかかりつけ医機能の内容】

令和7年度から始まる「かかりつけ医機能報告制度」では、地域医療の質の向上の観点から、「日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」（1号機能）を有する医療機関に対し、「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」（2号機能）の報告を求めることとされている。

◆ 医療サービスの偏在の是正（イメージ）



【改革の方向性】（案）

- 実効性ある医師偏在対策のためには、診療報酬上のディスインセンティブ措置が不可欠。適切なアウトカム指標導入とセットで、「特定過剰サービス」に対する減算措置を導入すべき。また、「特定過剰サービス」に係る保険給付については、アウトカム指標に応じた減算措置に加え、各年度の「基準額」を超過した場合の精算措置の導入についても検討すべき。

医薬分業の進捗を踏まえた処方料・処方箋料の在り方

- 処方箋料（院外処方）を手厚く評価する現行の報酬体系について再考の余地がある。医薬分業の進捗状況を踏まえ、処方料（院内処方）の水準との関係で、処方箋料（院外処方）の適正な水準を検討すべき

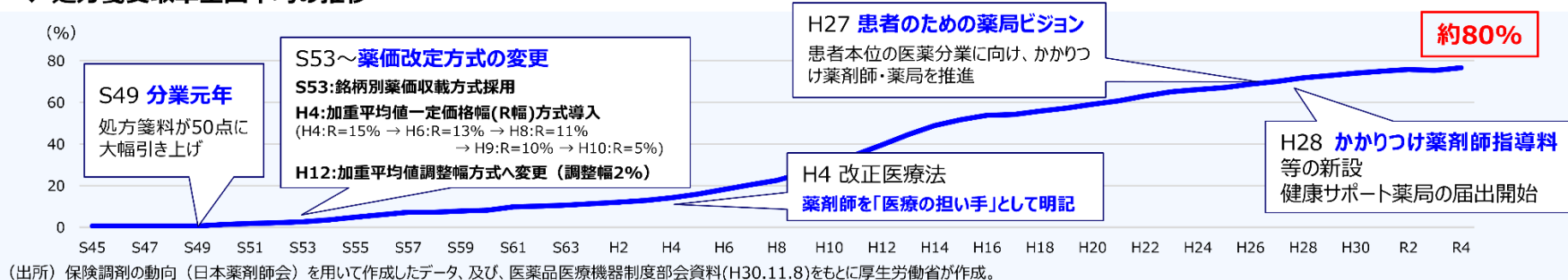
さらなる処方箋料の引き下げ

医療分業の進捗を踏まえた処方料・処方箋料の在り方

資料V-3-22

- 医療分業とは、医師が患者に処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担することによって、医療の質の向上を目指すもの。なお、医療分業の推進の背景としては、医療機関による薬価差益の獲得を目的とした過剰投与も指摘されていた。
- 処方箋料（院外処方）の引上げなど政策的な後押しにより、医療分業は相当な進捗を見せていると評価できる。また、薬局に求められる役割として、医療関係者等との連携による地域住民に対する薬物治療（外来・在宅医療）の提供の重要性が広く認識されるに至っている。

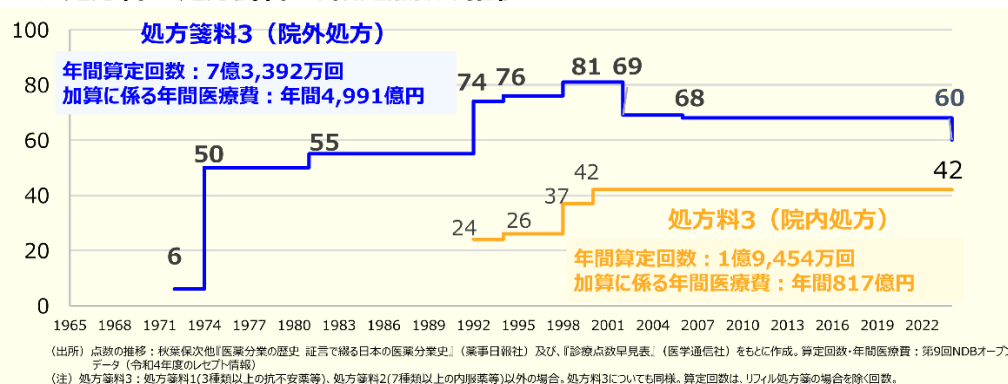
◆ 処方箋受取率全国平均の推移



(参考) 薬価改定方式の変更による薬価差の縮減



◆ 処方料3・処方箋料3の設定点数の推移



【改革の方向性】(案)

- 処方箋料（院外処方）を手厚く評価する現行の報酬体系については、その政策的意義を含め、再考の余地があるのではないかと。具体的には、医療分業の進捗状況を踏まえ、処方料（院内処方）の水準との関係で、処方箋料（院外処方）の適正な水準を検討すべき。

リフィル処方への推進に向けた取組

- **生活習慣病**患者の数は急増しており、症状が安定し長期間の処方可能なケースも増加していると考えられる。
- 医薬分業の本旨から考えれば、こうしたケースについては、リフィル処方とかかりつけ薬剤師による服薬状況等の確認を組み合わせることにより、通院負担を軽減させ、患者の利便性を向上させることが可能と考えられる。これにより、長期間の処方に係る患者の服薬状況等に関する医師の不安の解消にもつながる。

全処方箋数に対するリフィル処方箋の割合0.07%（51,048／73,176,800）

- （出所）中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会（令和7年4月9日）資料

- 生活習慣病患者の数は急増しており、症状が安定し長期間の処方が可能なケースも増加していると考えられる。
- 医薬分業の本旨から考えれば、こうしたケースについては、リフィル処方とかかりつけ薬剤師による服薬状況等の確認を組み合わせることにより、通院負担を軽減させ、患者の利便性を向上させることが可能と考えられる。これにより、長期間の処方に係る患者の服薬状況等に関する医師の不安の解消にもつながる。

◆ 処方期間を巡る経緯

- ・ 平成14年度報酬改定の際に、原則として疾患名又は医薬品名を限定した投与日数の制限は行わないこととされた。
- ・ 収載から1年以内の新薬（実質的に、既収載品によって1年以上の臨床使用経験があると認められる新医薬品等の特例は除く）及び、麻薬・向精神薬など厚労大臣が定めるものは、日数が設定されている。

◆ 医薬分業のメリット（平成27年10月 厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」より抜粋）

- ア 服用歴や現在服用中の全ての薬剤に関する情報等を一元的・継続的に把握し、次のような処方内容のチェックを受けられる
- ・ 複数診療科を受診した場合でも、**多剤・重複投薬等や相互作用が防止される。**
 - ・ **薬の副作用や期待される効果の継続的な確認を受けられる。**
- イ **在宅で療養する場合も、行き届いた薬学的管理**が受けられる。
- ウ 過去の服薬情報等が分かる薬剤師が相談に乗ってくれる。また、薬について不安なことが出てきた場合には、**いつでも電話等で相談**できる。
- エ **かかりつけ薬剤師からの丁寧な説明により、薬への理解が深まり、飲み忘れ、飲み残しが防止される。**これにより、**残薬が解消される。**

◆ 長期処方とリフィル処方の違い



◆ 生活習慣病に係る総患者数（平成14年と令和5年の比較）



◆ リフィル処方を選択した理由

長期処方ではなくリフィル処方箋を発行する理由（複数回答）

- ・ 「薬剤師との連携により患者の状態や副作用のモニタリングができるため」 50.6%
- ・ 「患者が適切に薬の管理ができるか心配なため」 38.4%

(出所) 厚生労働省中央社会保険医療協議会（令和7年4月9日）資料（検-2-1）

◆ 診療報酬上の扱い

- ・ 生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、地域包括診療料等の要件に追加

要件

患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

- ・ 特定疾患処方管理加算（加算の見直し） R6改定

28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算(Ⅰ)は廃止し、28日以上処方のみで算定可能とし、また、リフィル処方を行った場合にも算定可能とした。

◆ リフィル処方箋の実績（令和6年7月診療分）

全処方箋数に対するリフィル処方箋の割合 0.07% (51,048/73,176,800)

(出所) 中央社会保険医療協議会 総会（令和7年4月9日）資料

【改革の方向性】(案)

- リフィル処方を短期的に強力に推進していく観点から、早期に的確なKPIを設定するとともに、リフィル処方の実績がリアルタイムで確認できるような仕組みを設けるべき。また、特定の慢性疾患などにおいて、継続的な状況確認が必要な場合でも、薬剤師との連携によりリフィル処方が活用されるよう、診療報酬上の加減算も含めた措置を検討すべき。

生活習慣病治療薬等の処方の方

- 薬剤の適正使用の推進の観点から、生活習慣病治療薬等について費用対効果も加味した処方ルールを設定すべき。また、フォーミュラリの活用により、処方ルールの実効性を高めるべき。さらに、必要に応じ、症状が安定した慢性疾患への治療薬（降圧剤等）のスイッチOTC化を推進するべき。

- フォーミュラリ

『患者に対して最も有効で経済的な医薬品の使用方針』

- 生活習慣病治療薬の処方は、性・年齢、進行度、副作用のリスク等に応じて、基本的には個別の患者ごとに医師が判断すべきものであるが、例えば、高血圧薬については、Ca拮抗系に比して高価とされるARB系が多く処方されている。英国のガイドラインでは、第一選択薬にCa拮抗系が推奨される患者もいる。
- また、糖尿病用剤（内服薬）についても、安価なビグアナイド系に比して、高価とされるDPP4系やSGLT2系が処方されているが、ビグアナイド系とDPP4系の使用においては、両者の間で合併症の抑制効果に差はないとする研究もある。

◆ 主な血圧降下剤（（内服薬／外来・院外）の医療費影響額上位5品目

種類	主な品目	処方数量	薬価×処方数量
ARB系	アジリバ錠20mg	297百万	416億円
ARB系	アジリバ錠40mg	101百万	212億円
ARB系	アジリバ錠10mg	77百万	72億円
ARB系/Ca拮抗系	レザルタス配合錠HD	90百万	71億円
ARB系	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	234百万	61億円

◆ 主な糖尿病用剤（内服薬／外来・院外）の医療費影響額上位5品目

種類	主な品目	処方数量	薬価×処方数量
DPP-4阻害薬	ジャヌビア錠50mg	250百万	295億円
SGLT2阻害薬	ジャディアンス錠10mg	155百万	293億円
DPP-4阻害薬	トラゼンダ錠5mg	206百万	272億円
SGLT2阻害薬	フォシーガ錠5mg	140百万	250億円
SGLT2阻害薬	フォシーガ錠10mg	94百万	249億円

Ca拮抗系	シルニジピン錠10mg「ザワイ」	144百万	27億円
-------	------------------	-------	------

(出所) 第9回NDBオープンデータ（令和4年度のレセプト情報）

ビグアナイド	メトグルコ錠250mg	557百万	56億円
--------	-------------	-------	------

(出所) 第9回NDBオープンデータ（令和4年度のレセプト情報）

◆ 高血圧薬の使用に関するガイドライン

日本	英国
【STEP1】 【A】ARB・ACE阻害薬、【C】Ca拮抗薬、【D】サイアザイド系利尿剤のいずれか 【STEP2】（以下の組み合わせのいずれか） ● ARB・ACE阻害薬 + Ca拮抗薬 ● ARB・ACE阻害薬 + サイアザイド系利尿剤 ● Ca拮抗薬 + サイアザイド系利尿剤 【STEP3】 ARB・ACE阻害薬 + Ca拮抗薬 + サイアザイド系利尿薬 【STEP4】高血圧専門医へ紹介、【A】+【C】+【D】+MR拮抗薬、βもしくはα遮断薬、さらにほかの種類の降圧剤	【STEP1】 ● 2型糖尿病を併発の全年齢 又は 55歳以下の非アフリカ系・カリブ系 → ARB阻害薬又はACE阻害薬 ● 55歳以上かつ2型糖尿病を併発せず 又は 2型糖尿病併発せずかつアフリカ系・カリブ系 → カルシウム拮抗剤 【STEP2】（略） ※ 1.4.27 適切であればジェネリックを処方し費用を最小限に抑える。

(出所) 高血圧治療ガイドライン2019（日本高血圧学会）p.78図5-2をもとに改変

(出所) Hypertension in adults: diagnosis and management (NICE guideline [NG136])

◆ 糖尿病用剤の費用対効果に関する研究

【方法】2015年1月～2021年9月までに治療を開始した2型糖尿病患者について、傾向スコアマッチングを用いて主にビグアナイド（BG）を処方されている群とDPP-4を処方される群に分け（合計416人が分析対象）、生存率解析を行った。 【結果】治療開始時からのDPP-4阻害薬の使用と頻繁な通院は、その後の合併症の発症を抑制する効果はなかった。他方、DPP-4阻害薬を使用し高頻度で通院を行った群の年間の医療費は、BGを使用し、低頻度で通院を行った群の約1.9倍であった。日本人2型糖尿病患者にとって、治療開始時にBGを使用しかつ比較的通院頻度を低くすることで、DPP-4阻害薬の使用や頻繁な受診と同程度の合併症抑制効果を得ながら医療費を削減することができると示唆される。 Yoshihara, H., Tonoike, T., Ohno, H., Nishiuchi, S., Igarashi, A. (2024). Impact of Initial Treatment Policies on Long-term Complications and Costs in Japanese Patients with Type 2 Diabetes: A Real-World Database Study. <i>Diabetes Ther</i>, 15, 1811-1820. https://doi.org/10.1007/s13300-024-01611-9（財務省にて仮訳）

【改革の方向性（案）】

- 薬剤の適正使用の推進の観点から、生活習慣病治療薬等について費用対効果も加味した処方ルールを設定すべき。また、フォーミュラの活用により、処方ルールの実効性を高めるべき。さらに、必要に応じ、症状が安定した慢性疾患への治療薬（降圧剤等）のスイッチOTC化を推進するべき。

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。
- 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

- 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

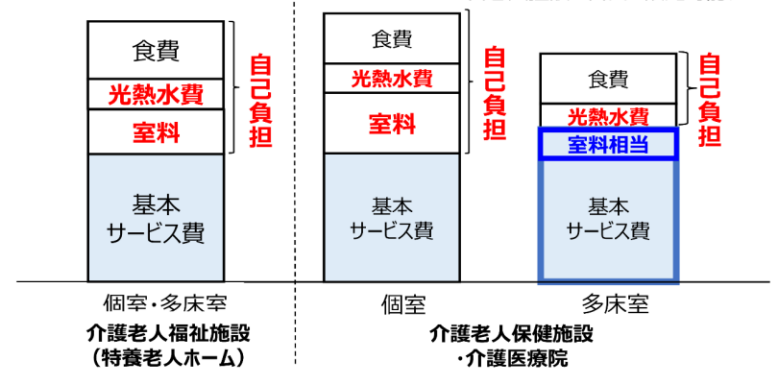
- ✓ 療養病床でも一般病床でも、診療報酬上は、例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料のどちらでも算定（届出）可能となっている。つまり、病床区分と当該病床に入院する患者実態は明確に紐付いていないのが実態。
- ✓ 同じ65歳以上でも、例えば、ともに地域包括ケア病棟入院料を算定しており、機能・評価が同等の医療を受けているにも関わらず、入院先が療養病床か否かで、光熱水費負担の有無が変わるのは不合理ではないか。

◆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。

春の建議をうけて、次期診療報酬改定に反映される可能性が高い項目

社会保障関係費の伸び抑制継続

過去10年間、社会保障関係費の実質的伸びを「高齢化による伸びの範囲内」に抑制してきた方針を維持し、令和8年度以降も同様の枠組みで歳出編成を行う。特に高齢化進行に伴う自然増分を超えた給付拡大には厳しい目が向けられる。

診療報酬・薬価制度のさらなる適正化

特に、本年4月からかかりつけ医機能報告制度が開始したことを契機に、**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報酬体系の見直しを図るべき。**

診療所関連報酬の「適正化」（抑制）（外来診療所の地域偏在の是正も含め）

かかりつけ医機能の評価すると説明されている**【地域包括診療料・地域包括診療加算】【機能強化加算】【外来管理加算】などの整理・分散化・削減・廃止。**

生活習慣病管理料の評価は複数月に1回とすること

医薬品については、費用対効果評価を従前以上に前面に打ち出し、選定療養の厳格化 生活習慣病治療薬のスイッチOTC化 さらなる処方箋料引き下げと、リフィル処方箋の促進

光熱水費・室料の自己負担化

日医・松本会長 報告書は「腹立たしい内容ばかり」

令和7年（2025年）5月20日（火） / 「日医君」だより

No.1294

ある日突然病院がなくなる「恐れていた事態はすでに起きている」

兵庫県伊丹市の近畿中央病院が経営の厳しさから年度内での診療休止を検討している

「医療機関は言わば限界まで乾いた布のような状況にあり、いくら絞ったところでもう水は出ない。」

「医療費のどこかを削って財源をねん出するという方向では、医療機関経営の改善にはつながらず、賃金・物価上昇への対応等ができない」

「あくまで財源を純粹に上乘せする“真水”での対応が必要だ」

「経済成長の果実である消費税の増収分をしっかりと社会保障に活用すべき」

まずは消費税増収分を社会保障に

増税後の増収分使用せず後代への負担付け回し軽減に活用

財政審の議論「大半は容認できない」

現役世代の負担軽減について

「現役世代の収入が増えており、それに伴って現在の保険料率のままでも保険料収入は増え、社会保障は其中で十分行いう事ができている。つまり現行の保険料水準でも共助の財源は増加している」

協会けんぽの保険料率は18年に財務省などが発表した見通しでは保険料率が10.8%に上昇するとされていたが、

「実際には12年から13年間10%で、過大予測だ」

生活習慣病管理料のあり方について、一定の条件の下で生活習慣病管理料の算定1か月に1回より長くすることを提案したことに

「医師は患者の状況を見ながら対応を行っており、医師がしっかりと判断すべきもの。そもそも中医協で議論されるべき内容であり、財政審が言及すべき内容ではない」

次期診療報酬改定までの道のり

2025年4月

財政制度分科会

4月23日 持続可能な社会保障制度の構築 財政各論Ⅱ

2025年5月

5月9日 建議とりまとめに向けた審議

5月27日 春の建議

2025年6月13日 政府 **骨太の方針**

財務省「概算要求基準額」を作成

2025.7.20 第27回参議院議員通常選挙

2025年8月 厚労省 次年度予算の見積書(概算要求書)を財務省に提出

中央社会保険医療協議会（中医協）具体的な料率や加算を議論

12月末までに各部会の意見を取りまとめて中医協総会に報告

前回の令和6年度改定では令和5年12月11日に「令和6年度診療報酬改定の基本方針」が、同12月20日に「診療報酬改定の改定率」が公表されています。

翌年1月に諮問、2月に答申、3月の点数告示。

2026年6月 診療報酬改定施行