

国民皆保険の危機

—診療報酬および医療提供体制の課題を中心に—

国際医療福祉大学大学院教授 島崎謙治

shimazaki-kenji@iuhw.ac.jp

目的・内容

国民皆保険は寄木細工のように微妙なバランスによって成り立っている。社会経済（そして上部構造の政治）が大きく変容する中で危惧されるのは、**まっとうな意思決定・政策決定が行われずに、あるいは公的保険からの“逃散（ちょうさん）”が進み、国民皆保険が形骸化することである。**

本日は、拙書（『日本の国民皆保険』ちくま新書）の順番に沿って、国民皆保険の「構造」・「軌跡」に関し簡単に触れた上で、演者の危機意識を含め、「展望」について述べる。そして、最後に、**診療報酬の「賃金・物価スライドによる1点単価変動制」（私案）について解説する。**

I . 構造

「国民皆保険の堅持」と言うけれど・・・

実は、以下の設問は、前著(2015)『医療政策を問いなおす』の冒頭に登場

。

【質問1】

仮に給付範囲や給付率が縮減されても、国民皆保険と言えるか？

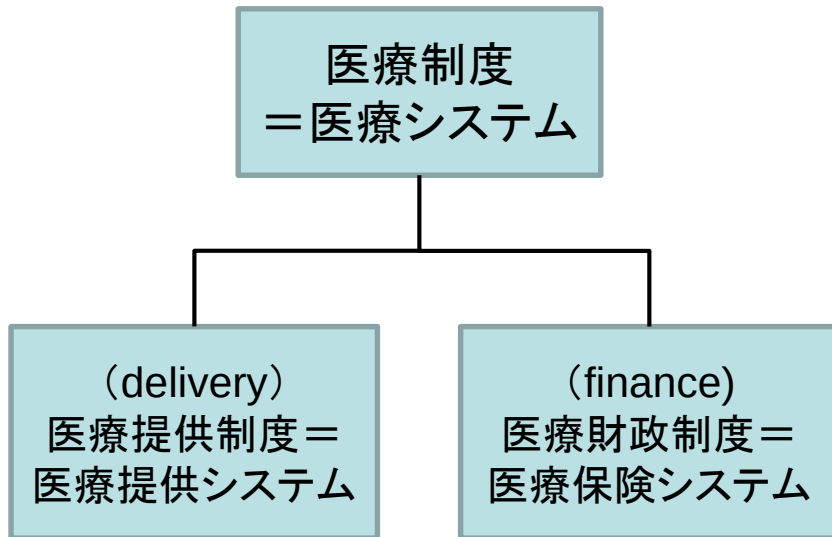
【質問2】

「保険あって医療なし」の状態でも国民皆保険と言えるか？

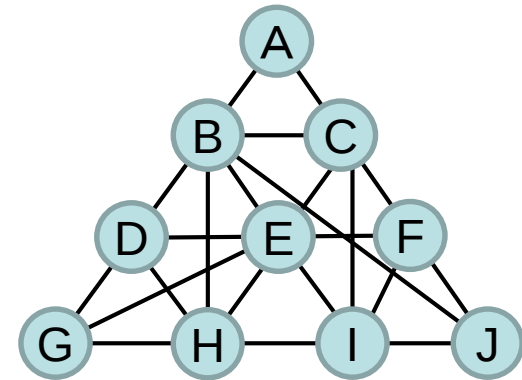
【質問3】

「国民皆**保険**の堅持」とは、社会保険方式を維持することまで含意するか？

医療制度とは何か？



「制度」(英語ではinstitutions)は、「システム」とほぼ同義。したがって、医療制度がdeliveryとfinanceから成るということは、医療システムが、医療提供システムというサブ・システム(sub-system)と医療財政システム(日本では医療保険システムと同義)というサブシステムの2つから成ると言い換え可能である。



「制度」は構造(英語ではstructure)として捉えることができる。構造とは構成要素(英語ではcomponent)の集合体である。個々の構成要素は、互いに複雑に絡み合って成り立っている。このため、**改革に当たっては構成要素相互の関連を分析することが不可欠である。**“よい接ぎ木”よりも**“木に竹を接ぐ”**ことの方が多い。

国民皆適用(皆保障) UHCの実現の手法

UHC(Universal Health Coverage)を実現する手法としては、大別して2つがある。どちらを選択するかは、医療政策の大きな「分岐点」である。

(1) 社会保険方式

「国民皆(全員)」を「社会保険」によりカバーする方式。財源は主として保険料である。

(代表国) 日本、ドイツ、フランス、オーストリア、オランダ、スイス

(注)「保険」とは、あらかじめ保険料を拠出し保険事故(医療では病気・怪我)が生じた場合に給付を行う仕組みである。なお、民間保険と異なり社会保険では、①強制加入が通例、②保険料は傷病リスクに比例しない、③保険料は応能負担(所得に応じた負担)が加味されるのが通例、といった相違がある。

(2) 税方式

政府(国または地方自治体)が医療サービスを直接供給する方式。財源は当然税金であるため、一般に「税方式」と呼ばれる。

(代表国) 英国、北欧4国、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、イタリア

(注)この方式の重要なポイントは、政府がdelivery とfinanceを一体的に行うことにある。その意味では、税方式というよりも直接供給方式と呼ぶ方が、その本質を的確に表している。

Privately delivered
And publicly financed

図 医療制度の粗い国際比較

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン	アメリカ
供給	「民」中心 (公の占める割合は約3割)	「公」中心 (公の占める割合は約9割)	「公」中心 (公の占める割合は約7割)	ほぼすべてが「公」	ほぼすべてが「公」	「民」中心 (公の占める割合は約25%)
財政	「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (税方式)	「公」 (税方式)	「民」 (メディケア・メディケイドを除く)
財政の制度設計	○国民皆保険 ○社会保険方式 ○「保険料」のほか「税」の割合も高い	○国民の9割が対象(自営業者・高所得者は任意加入) ○社会保険方式 ○原則として「保険料」	○全国民が対象 ○社会保険方式 ○保険料が約5割、その他一般社会拠出金等が約5割	○全国民を対象 ○保健サービス方式 ○財源は「税」	○全国民を対象 ○保健サービス方式 ○財源は「税」	○公的医療費保障は、高齢者・障害者、低所得者、児童のみ ○メディケアは社会保険方式 ○メディケイドは「税」により低所得者をカバー
	75歳 後期高齢者医療 国民健康保険 被用者保険	9割の国民を社会保険方式でカバー ※2009年1月から国民皆保険化(公的保険が民間保険に加入) 自営業者等は任意加入	民間セクターの被用者 保険(一般制度) 公務員等の被用者 保険(特別制度) 自営業者 保険	税方式で国民全員をカバー	税方式で国民全員をカバー(県単位)	65歳 公的医療保険(メディケア) 民間保険に任意加入

(出典) 島崎謙治 (2020) 『日本の医療—制度と政策〔増補改訂版〕』 29頁を一部改変。

医療提供体制の国際比較 (2021年)

国名	平均在院 日数 (急性期)	人口千人 当たり 病床数	人口千人 当たり 臨床医師数	100床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数	100床 当たり 臨床看護 職員数
日本	16.0	12.6	2.6※1	20.5※1	12.1※1	95.8 ※1
韓国	7.6	12.8	2.6	20.0	8.8	68.7
ドイツ	7.4	7.8	4.5	58.4	12.0	155.0
フランス	5.6	5.7	3.2	56.4	8.6	151.9
英国	7.1	2.4	3.2	131.2	8.7	358.4
米国	5.9	2.8	2.7	96.3	11.8※2	432.2※2

出典: OECD Health Data Statistics 2023

注1 「※1」は2020年、「※2」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

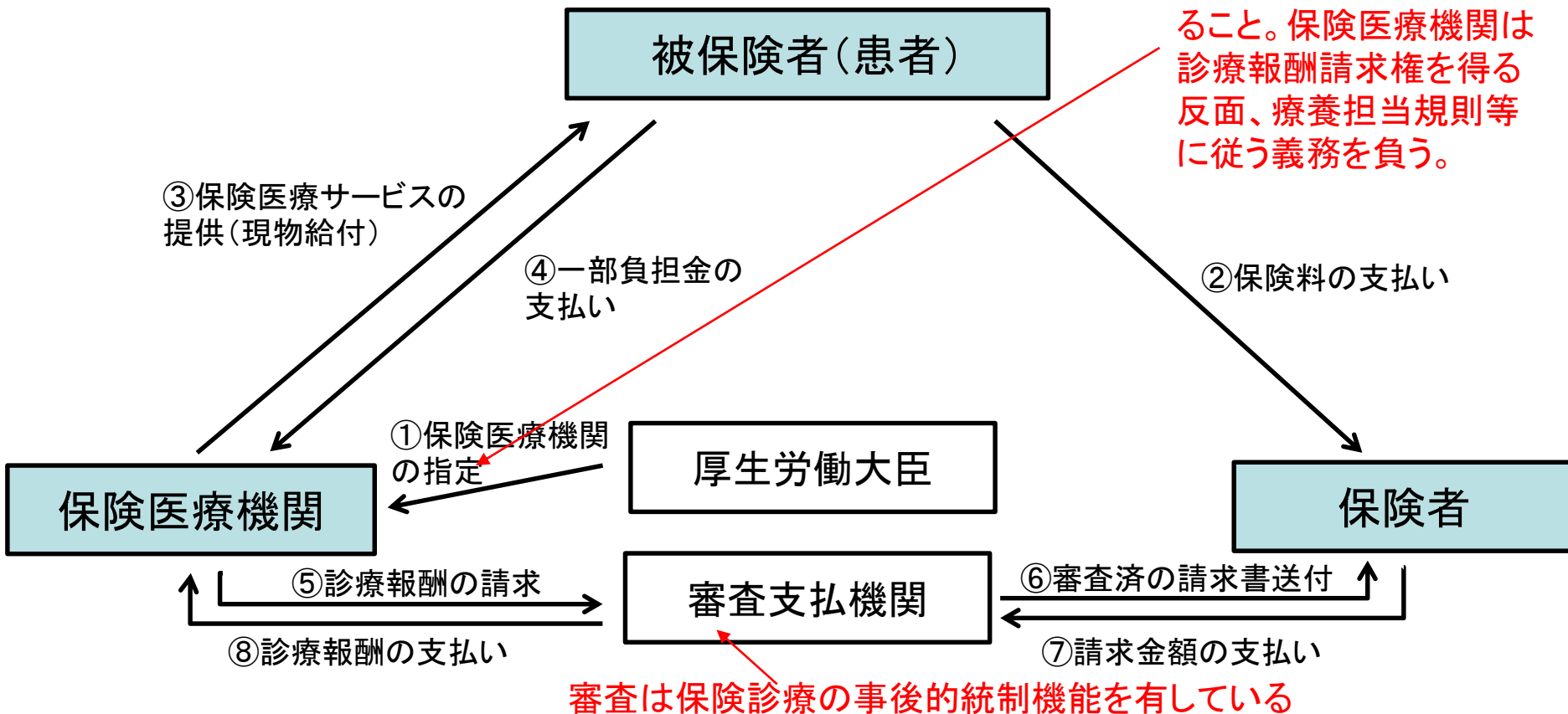
注2 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百を乗じた数値である。

注3 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本: 全病院の病床。ドイツ: 急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナースিংホームの病床を除く)。
フランス: 急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床。イギリス: NHSの全病床(長期病床を除く)。アメリカ: AHA
(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

医療機関の指定及び現物給付と診療報酬

指定とは、公的保険を取り扱う“お墨付き”を与えること。保険医療機関は診療報酬請求権を得る反面、療養担当規則等に従う義務を負う。



保険医療機関が保険者に代わって保険診療を提供する(現物給付を行う)ことの「対価」が診療報酬なのである。

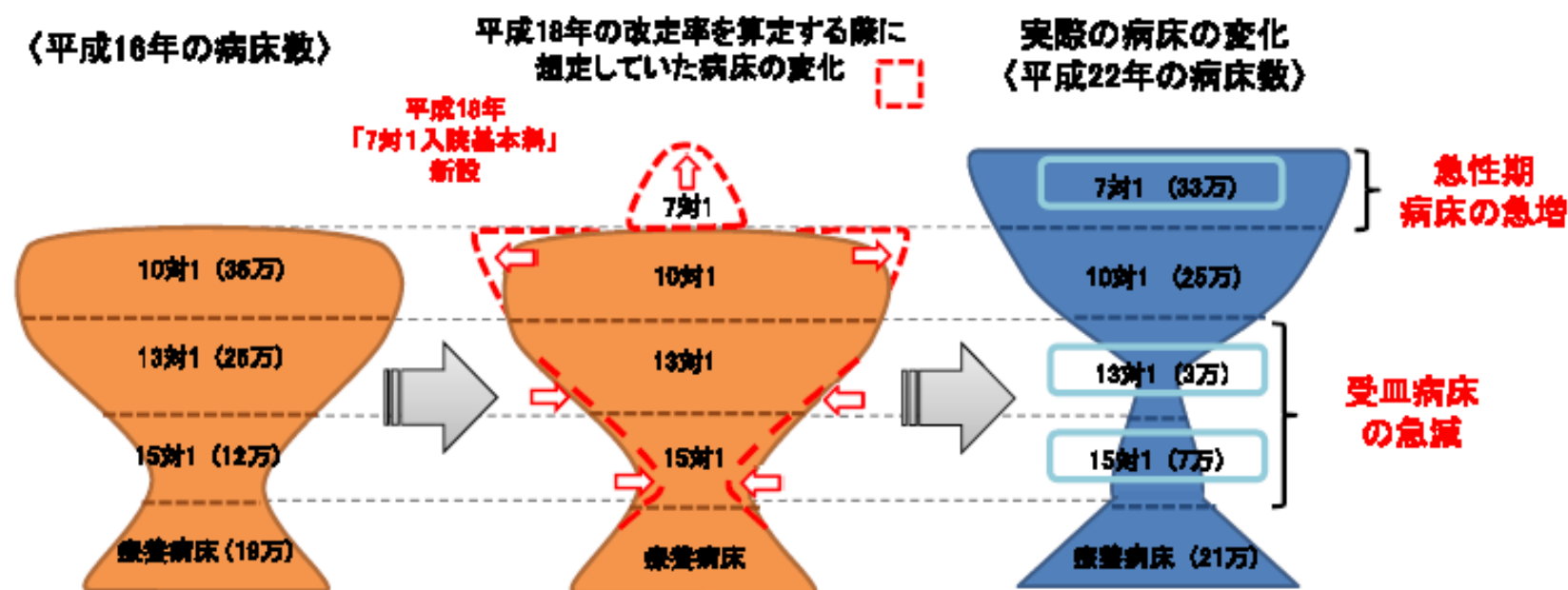
診療報酬の政策誘導機能の意義と限界

特に施設基準

1. 点数表は単なる公定料金表ではなく、保険給付の範囲を決めるとともに、算定要件の変更等を通じ保険診療の内容、質・量をも制御。
2. 診療報酬の政策誘導機能によって、医療機関を望ましい方向に誘導し、医療費のセクター間の配分や医療費のマクロ管理機能を実質的に発揮させ、ファイナンスと結合。
3. ただし、診療報酬は診療の対価であり、万能ではない。また、しばしば“間違える”。

医療提供体制改革(病床の数のコントロール)

- **診療報酬**は一定の要件を満たせば算定できるため、ある診療報酬を算定する**病床の数を制限することはできない**。
- 今回の医療提供体制改革は2025(平成37)年を見据え、平成29年度にかけて順次必要な措置を講じていくものであり、単に診療報酬の配分によって対応するということでは行き過ぎた医療提供体制の変化をもたらす可能性があり、**まずは、医療法改正による病床の適切な区分の設定などによる実効的な規制手法を講じることが不可欠**(病床の数のコントロールが不可欠)。



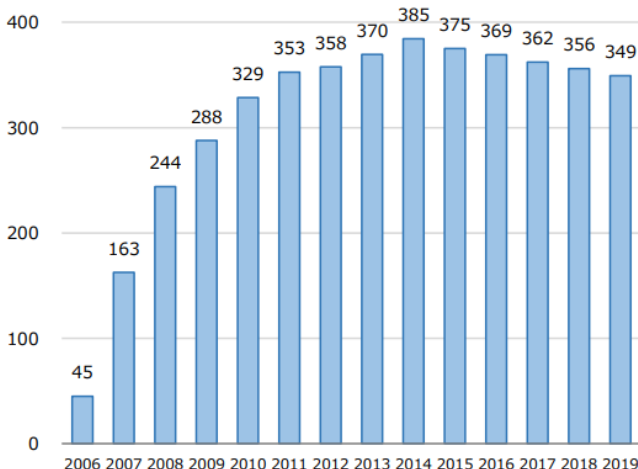
※平成22年の病床数(療養病床除く)は許可病床数。その他の病床数は稼働病床数を示している。

令和4年度診療報酬改定と効率的で質の高い医療提供体制の整備(総論)

- 効率的で質の高い医療提供体制の整備に向けては、既に述べた地域医療構想の推進などの制度面の取組が最重要である。
- こうした手法と比べた場合、診療報酬で医療提供体制を誘導することには、慎重さが求められる。まず、一定の要件を満たせば算定を認める診療報酬の仕組みのもとでは、診療行為の算定回数を正確に見通すことも制御することも難しい側面がある。このように加減が効かない仕組みであることに加えて、診療報酬が現状では地域の実情に応じられない全国一律の体系であること、人員配置などのストラクチャー評価に重点を置いていることが、診療報酬改定による人員体制を含めた地域の医療提供体制への影響を助長し、負の影響を及ぼすことがあり得る。極力歪みをもたらさない制度設計が目指されなければならない。
- (注) 診療報酬改定が医療提供体制に負の影響をもたらした実例として、平成18年度(2006年度)診療報酬改定において導入された看護配置7対1の入院基本料の設定による当該病床のいたずらな急増がある。その後累次にわたる算定要件の見直しにもかかわらず、当該病床の集約化は進まなかった。この結果、医療資源の散在が加速化し、実際には低密度で対応できる医療しか行わない、いわゆる「なんちゃって急性期病床」が急増した。
- このような認識のもと、昨年12月の当審議会の建議では、令和4年度診療報酬改定に向けて、「医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし」の考え方を示すとともに、診療報酬の体系的見直しの方向性や個別の改定項目について提言をいただいた。
- その結果、令和3年12月22日大臣合意(財務大臣・厚生労働大臣、以下「大臣合意」)においては、医療提供体制改革に資する個別の改定項目の見直しの方向性が盛り込まれ、令和4年度診療報酬改定に一定程度反映されることとなった。
- 政府支出に占める割合が高い医療費についてワイズスpendingを徹底することは国民的な要請であり、医療政策の内容やその制度設計、診療報酬体系や個別の改定項目について財政当局や当審議会が具体的に提言していくことは当然の責務である。今後とも具体的な提言を強化し、その反映に努めるとともに、効果検証を含めたPDCAサイクルを回していかなければならない。

◆看護配置7対1の入院基本料の届出状況

(千床)

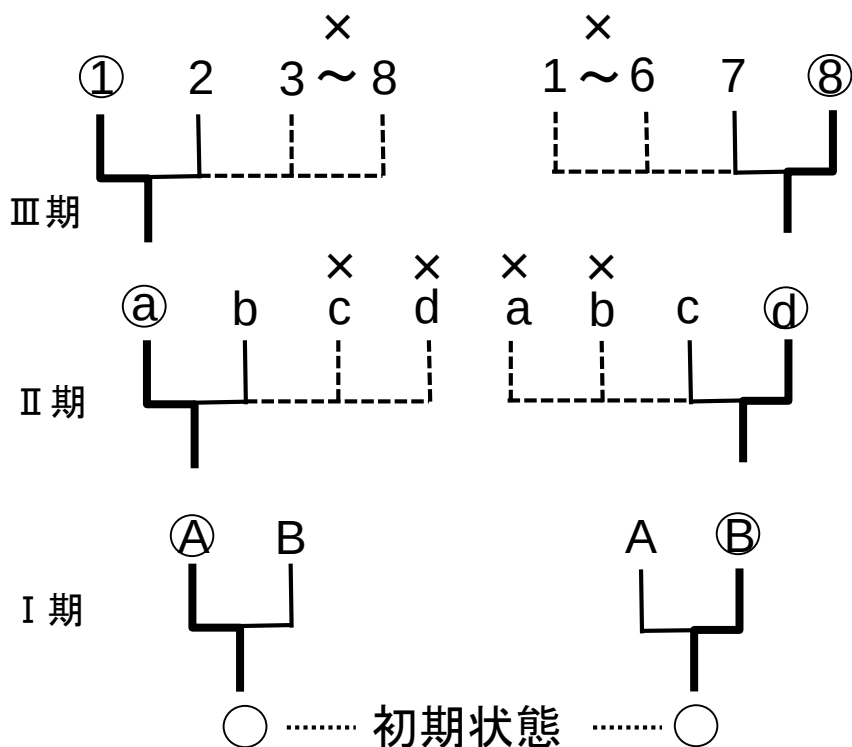


※2018年度以前は7対1入院基本料、以降は急性期一般入院料1の届出病床数(出所) 令和3年8月25日 中央社会保険医療協議会

大臣合意における制度改革事項	令和4年度診療報酬改定
① 看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化	○医療機能に応じた評価となるよう、「重症患者の評価項目」を見直し(厳格化) ※重症患者に限らず使用されている心電図モニター項目の削除 等
② 在院日数を含めた標準化に資するDPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進	○DPC制度について、入院初期を高い点数とする一方、それ以降の期間は低い点数とすることで、点数設定方法をメリハリ付け ○1入院当たり包括払いの仕組みである短期滞在手術等基本料の対象拡大 短期滞在手術等基本料1 15項目⇒38項目 短期滞在手術等基本料3 19項目⇒57項目
③ 医師の働き方改革に関する加算の実効性を向上させる見直し	○医師の働き方の改善目標の設定や勤務実績の報告を含む医師労働時間短縮計画の作成を要件化
④ 外来の機能分化につながるよう、かかりつけ医機能に係る措置の実態に即した適切な見直し	○かかりつけ医機能に係る加算等について、加算を算定していることの対外公表や、地域の連携体制への参加等を要件に追加 ○かかりつけ医機能に係る加算において、算定要件とする他の診療報酬点数の届出について、算定実績がない場合の評価の厳格化

経路依存性と政策選択

【イメージ図】



(出典) 島崎作成

【説明】

1. 経路依存性 (path dependence) とは、制度が過去の政策選択や歴史的な偶然等によって拘束されることをいう。換言すれば、初期状態はほぼ同じなのに、その後の僅かな違いによって異なる歩みを辿り、結果的には、まったく別箇の制度となってしまうことをいう。
2. 左の「イメージ図」で、最初に A を選ぶと、次の段階での政策の選択枝が絞られる (この図では a か b に限られる)。以下同様。
3. 現行の制度はこれまでの政策決定と因果関係が存在。「正史」は“一本道”の説明により正統性を強調。しかし、実際は政策選択の分岐点があったはずである。

米国の国民皆保険の挑戦と頓挫

1. ビスマルクの社会保険三立法の画期性

ビスマルクの社会保険三立法(三部作)は、ヨーロッパの社会保障学者の間で熱狂的に歓迎された。その理由は、個人の責任を重視する古典的自由主義の下では、エリザベス救貧法以来の「劣等処遇の原則」を乗り越えることができなかったが、将来のリスクに備え自ら保険料を拠出するという「保険」の要素を組み込むことにより、社会保障の対象を広く労働者等に広げることができたからである。

2. 20世紀初頭の米国における労働立法化の動向とその後

米国でもビスマルクの社会保険立法の影響は及び、1910年代に労働者を対象とする健康保険法案が14州で提出された。しかしこれは結果的に失敗に終わった。重要なことは、1つの失敗が次の状況を生み出し、次の政策選択を拘束していくということ。例えば、民間保険が医療市場を「先占」すると、後から統一的な公的医療保険制度を創設することは難しい。このため、民間医療保険への加入義務を課すことにより国民皆保険に近づけようとする考え方が生まれる。ニクソン大統領の皆保険構想はその創始。オバマケアもその系譜に属する。

以上は、日本の国民皆保険の実現の歩みと比較すると興味深い政策的示唆が得られよう。

日独の医療保険制度の相違

1. 被保険者の保険者選択制とリスク構造調整

ドイツでは「管理された競争」モデルの影響を受け、1990年代半ばから、被保険者が保険者を選択できる政策が採られた。保険者の競争条件の同等性（イコール・フットイング）を確保するためには、年齢や所得水準だけでなく疾病リスクまで含め完全なリスク構造調整が必要になる。重要なことは、完全なリスク構造調整を行うということは実質的に保険者を統合することと同じだということ。実際、ドイツでは、疾病金庫の統合が急激に進むとともに疾病金庫間の保険料率の差がなくなった。また、国家管理も強まる傾向にある。

⇒ しかし、**国家と私人の間に中間団体が挟まり多元的・自律的に意思決定を行うというモデルは時代遅れなのだろうか？**

2. ドイツは国民皆保険か？

ドイツの疾病保険（健康保険）は、ドイツは労働者のための保険として成立し、今日でもその性格が残存している。自営業者等は、一定の条件を満たさないと公的医療保険に任意加入さえできない。こうした者が傷病リスクをヘッジしようと思えば、民間保険に入るよりない。また、被用者であっても高所得者は公的保険の強制加入者ではない（任意加入はできる）。

ドイツには日本の国民健康保険に相当する仕組みはない。**ドイツの国民皆保険は公的医療保険に入れない者に対し、民間医療保険の受入れ義務を課すもの。**したがって日本の国民皆保険とは異なる（島崎は「国民皆保険化」と呼んでいる）。

Ⅱ．軌跡

日本の医療制度の特徴

1. デリバリー（サービスの提供）

- 民間セクター中心の医療提供体制 日本の病床の約7割は民間セクター。
(沿革)

西欧諸国では病院と診療所は別個のものとして生成発展。これに対し日本は、1942年の国民医療法の制定まで、病院は診療所の一形態という位置づけ。

- フリーアクセスの尊重 外来の受診回数は日本は欧米諸国の概ね2倍以上。
(関連)

ヨーロッパとくに英国など税方式の国のアクセスは非常に悪い。

スウェーデンは「0-7-90-90日ルール」も十分遵守されていない。

※ 2019年度から「7」は「3」に改正。ただし、アクセスが改善されたわけではない。

2. ファイナンス（費用の調達・決算）

- 被用者保険と地域保険の二本立てにより国民すべてを社会保険でカバー。
(沿革)

一世紀の歴史。2022年は健保法制定百周年であった。

大雑把に言えば、前半の半世紀は、戦前の基盤形成、戦争による打撃からの復興、国民皆保険を達成し拡充。後半の半世紀は、高齢者医療の負担の在り方を中心に見直しの歴史。

被用者保険と地域保険の二本建て

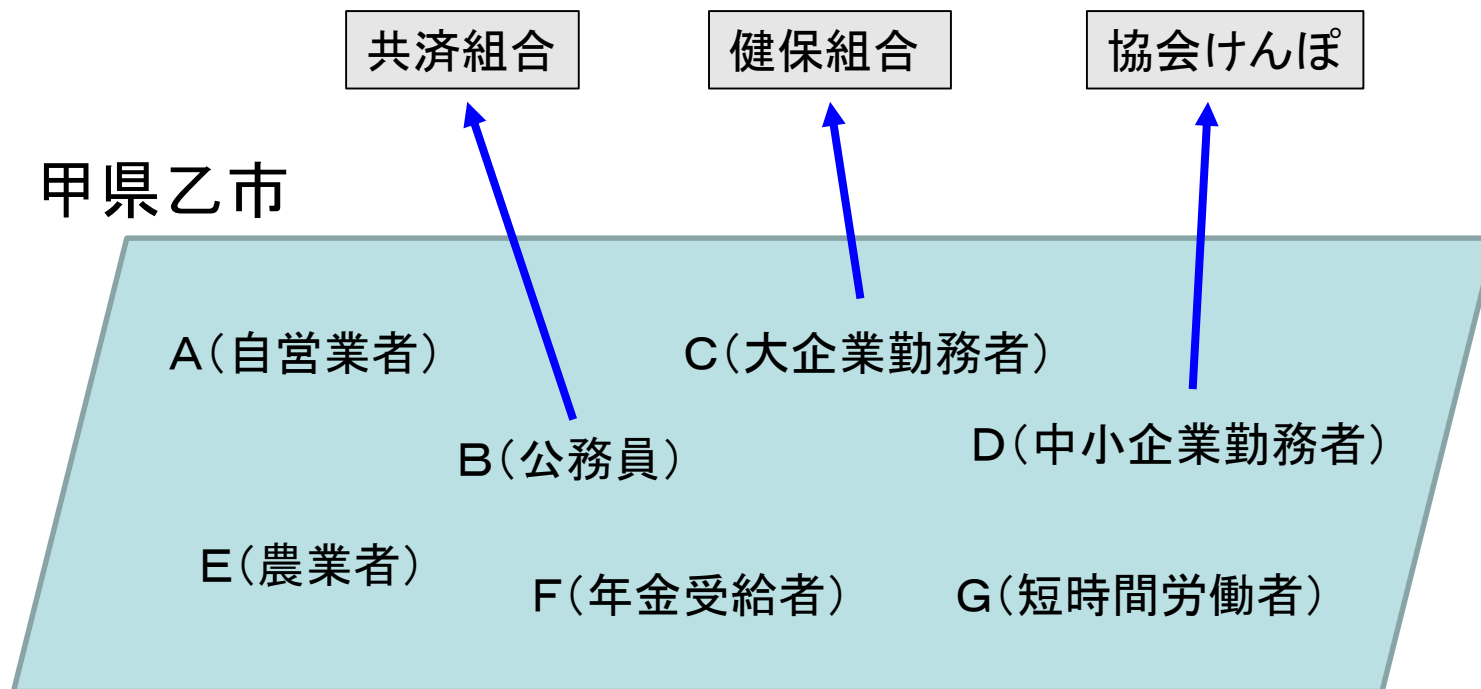
1. 基本構造

- 市町村(国保法上は都道府県)に住所を有する者は、当該市町村・都道府県を保険者とする国保(地域保険)の適用対象。ただし、被用者及びその被扶養者、国保組合の被保険者等は国民健康保険の適用除外という構造。
 - ※ なお、生活保護受給者は医療扶助が行われるため適用除外。
- つまり、わが国の国民皆保険は、市町村国保の「投網」をいったん国民全員にかけること(換言すれば市町村国保を「受け皿」とすること)により成り立っている。 ※「二本建て」といっても、並列的關係にあるわけではない。

2. 沿革

- 1922年:ドイツの疾病保険法をモデルとして、工業労働者を対象に健康保険法が制定。その後、ホワイトカラーなど対象拡大。
- 1938年:農民・自営業者等を対象に国民健康保険法(旧法)が制定。これは日本の独創である。ただし、任意設立・任意加入方式であった。
- 1958年:国民健康保険法を全面改正。1961年から全市町村で実施かつ強制加入(国保をベースとする国民皆保険の実現)。

医療保険の適用関係(イメージ図)



(注)簡略化したイメージ図であり、被用者保険の被扶養者や生活保護受給者は記載していない。

1938年の旧国保法の制定の背景と成功要因

1. 背景

当時、農村の窮乏が深刻。医療内容も劣悪。被用者保険の「農村版」を作り、農村の疲弊を救済する必要に迫られた。

2. 成功要因

- ① 制度設計(例:診療報酬)に関し被用者保険の仕組を「援用」できるとともに、地域保険を運営する行政財政のインフラが存在。

(例)この当時、住所管理(地域保険では必須)の仕組ができていた。また、地方住民税の徴収も行われていた。⇒ 住民のフローの所得の捕捉がある程度できており、応能負担の保険料設定が可能であった。

- ② 医療水準は高くなかったとはいえ、農村の医療を確保する活動等が展開されていた。例:現在の農業協同組合の前身が病院等を建設。

- ③ 戦時体制の強化に伴い、国が「健民健兵」(国民を健康にすることにより健康な兵士を作る)の一環として、国保の普及を強力に推進。

⇒ 1942年頃には全国で95%程度まで普及。ただしUHCに近づいたというのは過大評価(医師や医療資材の不足により保健活動中心が実情であった)。

なお、この当時、生命保険会社や損害保険会社は存在したが、公的医療保険が「先占」したため、民間医療保険と競合問題は発生しなかった。

1961年の国民皆保険の背景と成功要因

1. 背景

- ① 日本経済は、第二次世界大戦の壊滅的打撃を克服し急速に復興。
※ 社会保険は国民の所得水準が一定以上でなければ成立しない。
- ② 一方、傷病による貧困は大きな社会問題。1956年当時、総人口の約3割が無保険者状態にあった。
- ③ 1955年に保守勢力が結集し現在の自由民主党が結成。政治が戦後復興の「明るいシンボル」を求めている。
⇒ いわば経済復興（「もはや戦後ではない」1956年度版経済白書）と貧困（「果たして戦後は終わったか」1956年度版厚生白書）が交錯する時代背景の中で、国民皆保険が政治プロセスに浮上した。

2. 成功要因

- ① 被用者保険と国民健康保険の二本建ての基盤が存在。
※ 国民皆保険前でも国民健康保険を実施していた市町村は数多く存在。
- ② 僻地に公立病院の設置が進むなど一定水準の医療のdeliveryが確保。
- ③ 地方自治関係団体・マスコミ等が国民皆保険を強く支持。
※ 国（厚生省）は当初は“及び腰”（皆保険は実現不可能だと考えていた）。
- ④ 経済界が国民皆保険を支持した。医師会も強い反対は行わなかった。
そのひとつの理由は当時の医療水準では医師は過剰気味であったこと。
- ⑤ 制度設計の権限の分散がなかった（厚生省に権限が一元化されていた）。
※ 最後まで議論があったのか、小規模事業所の従業員等の問題。
- ⑥ 貧富の差が大きいと皆保険は難しいが、日本は貧富の差が小さかった。

国民皆保険が実現した後の給付の拡充

日本は1973年にオイルショックが起こるまで高度経済成長が続いた。これを背景に、給付内容を拡充するなど国民皆保険の実質を具備させていった。**1961年から73年にかけて10年余の“成熟過程”があった。**

(主な例)

- ①. 国民健康保険、被用者保険の被扶養者の給付率の引上げ(5割給付から7割給付へ)
- ②. 高額療養費(自己負担限度額の上限設定)制度の導入
- ③. 給付期間(3年)を撤廃
- ④. 「制限診療」を撤廃

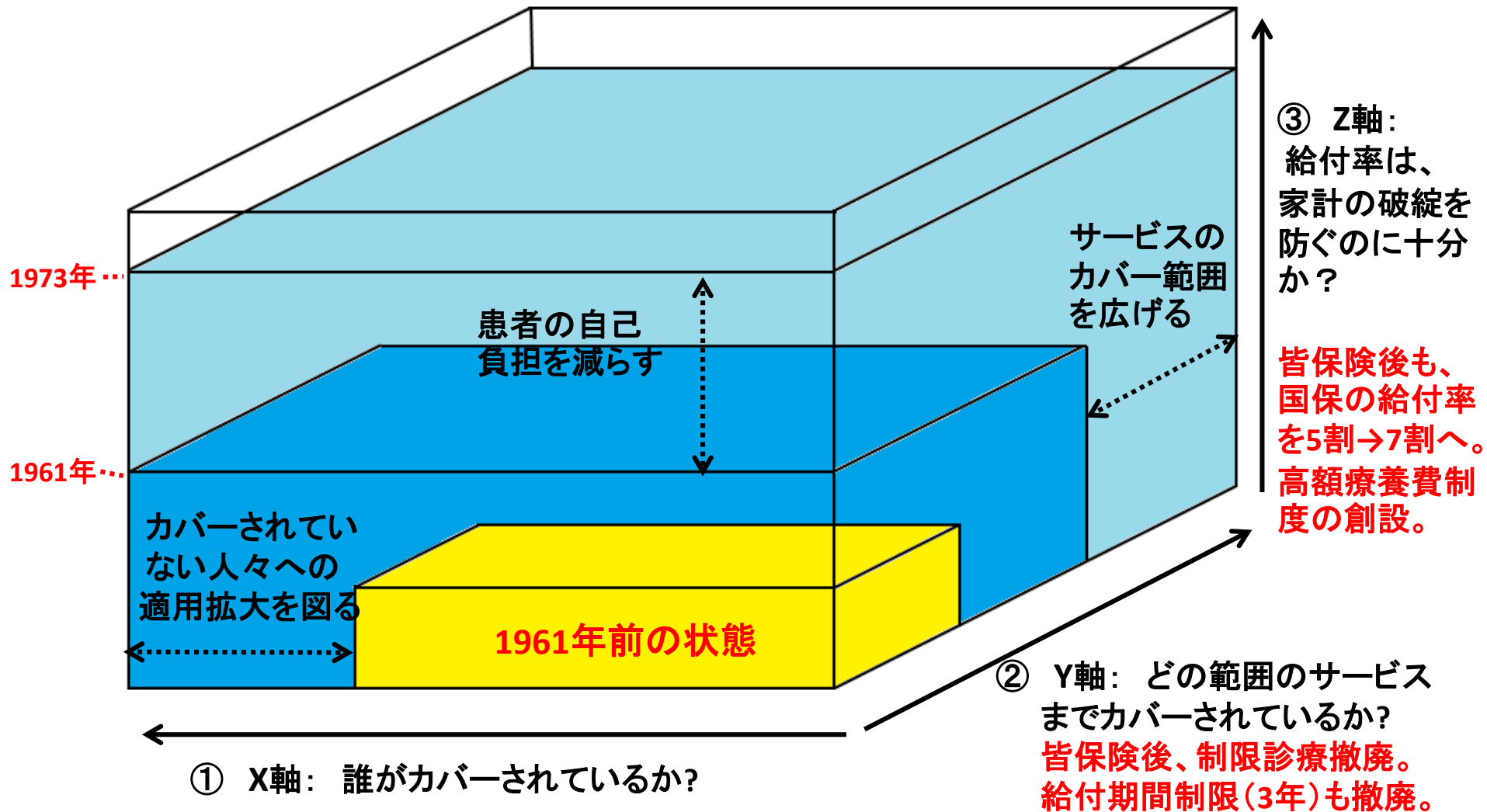
※ 制限診療・・・最新の高価の抗生物質を使用できるのは、サルファ剤を使ってもダメ、ペニシリンを使用しても効果がなかった場合に限られるなどの制限があった。

- ⑤. 老人医療費の無料化(1973年度から実施)
⇒ 演者は①から④は評価するが、⑤は(沢内村等の取組は別にして)日本の医療制度史上、最大の「失策」だとの評価。

なお、国民皆保険の完成という観点からはもう1つ重要な改正事項がある。それは、1984年の健保法の大改正の際、特定療養費制度を創設したこと。これは、混合診療を原則禁止したうえで、法的コントロール下で例外的・部分的解禁を図るもの。1984年の改正のメインストリームではないが重要な改正。

日本の国民皆保険の達成・成熟過程

(1961年前・1961年・ 1973年の比較)



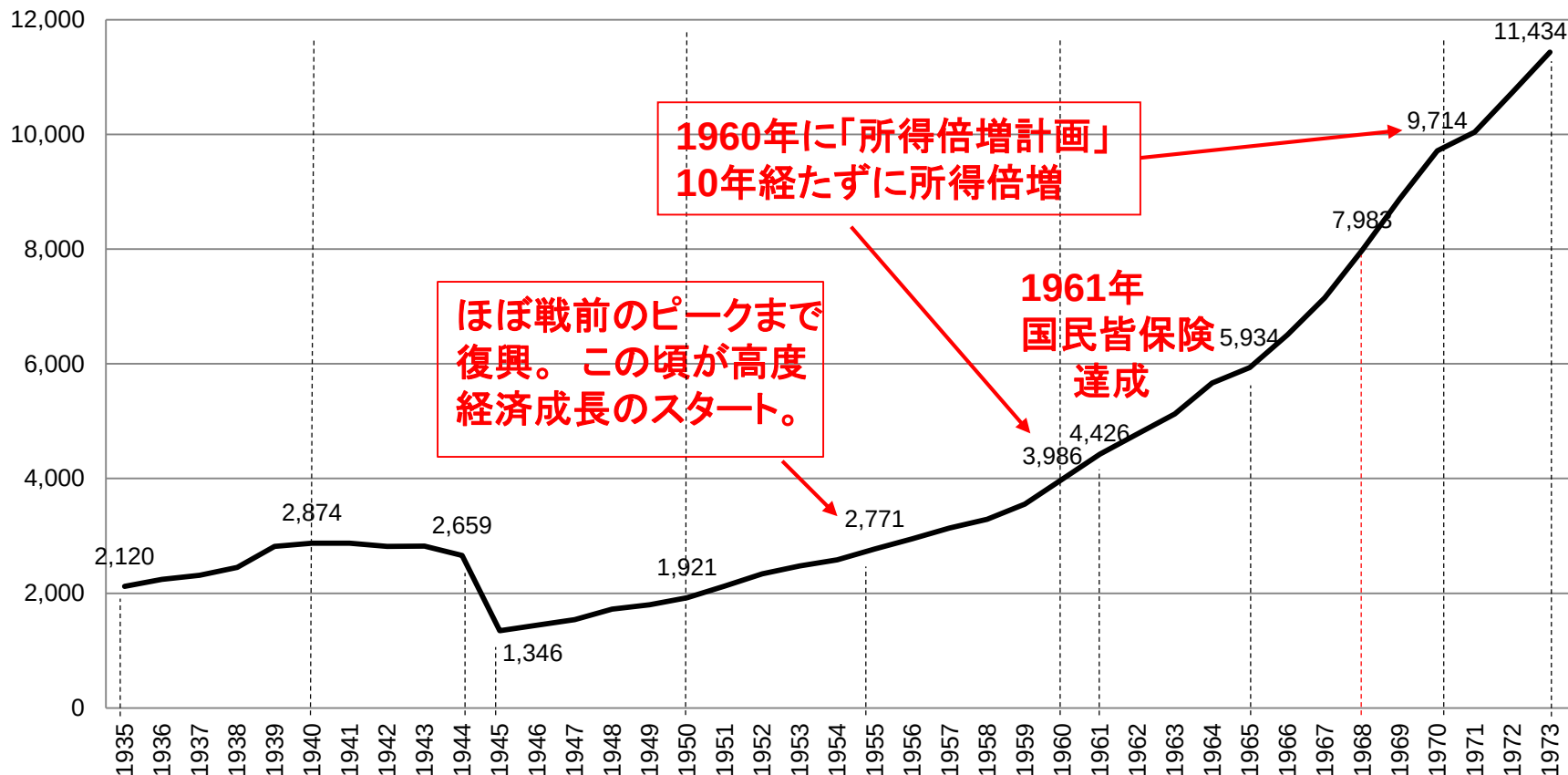
(出典)筆者作成。立方体の図のコンセプトは「World Health Report 2010」による。

日本の1人当たりGDPの推移

(Maddison Project Databaseによる)

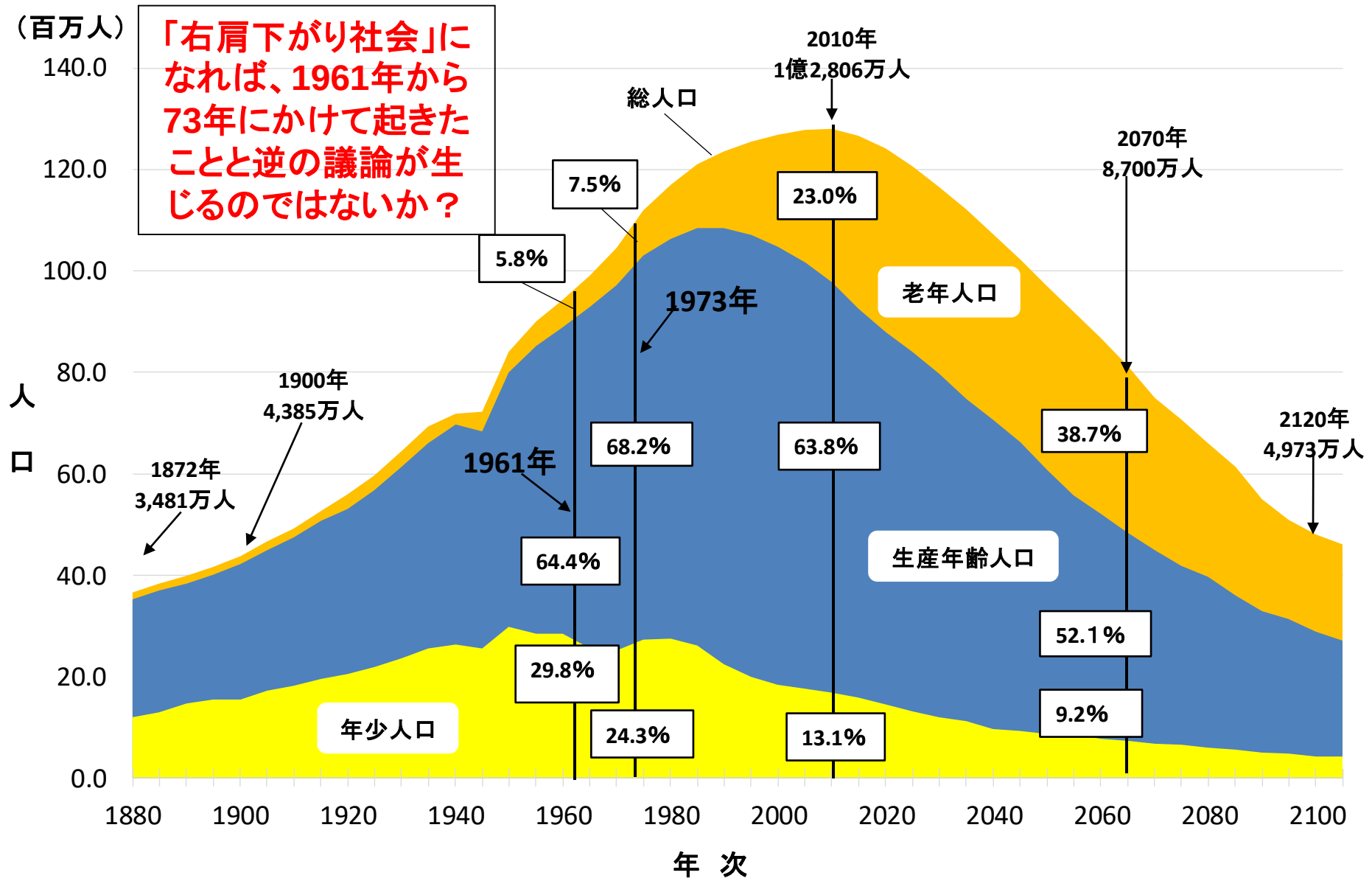
1973年
第一次オイル
ショック勃発

1990年基準の国際ドル表示



(データ出典) Bolt, J. and J. L. van Zanden (2013). The First Update of the Maddison Project; Re-Estimating Growth Before 1820. Maddison Project Working Paper

日本の人口の推移(年齢3区分) 1880-2120年



(出典)「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計(2023年推計)」

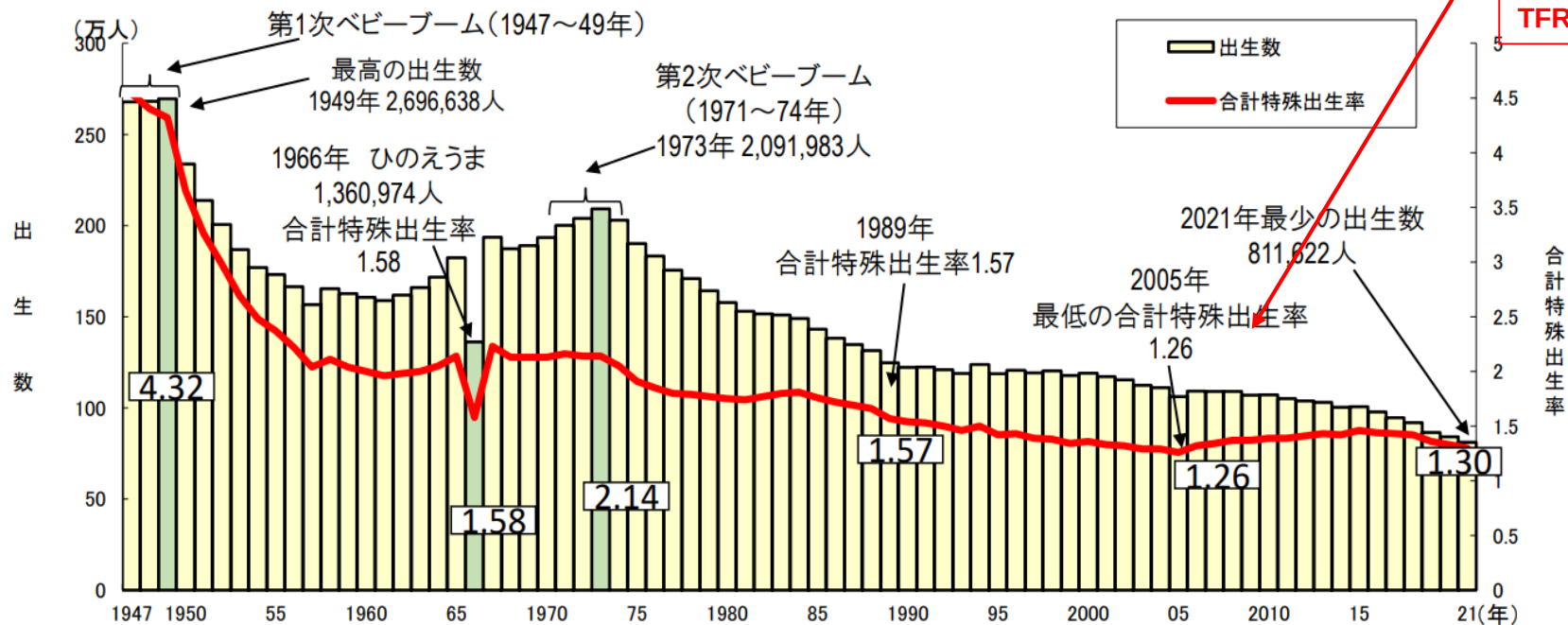
III. 展望

(1) 人口構造の変容と影響

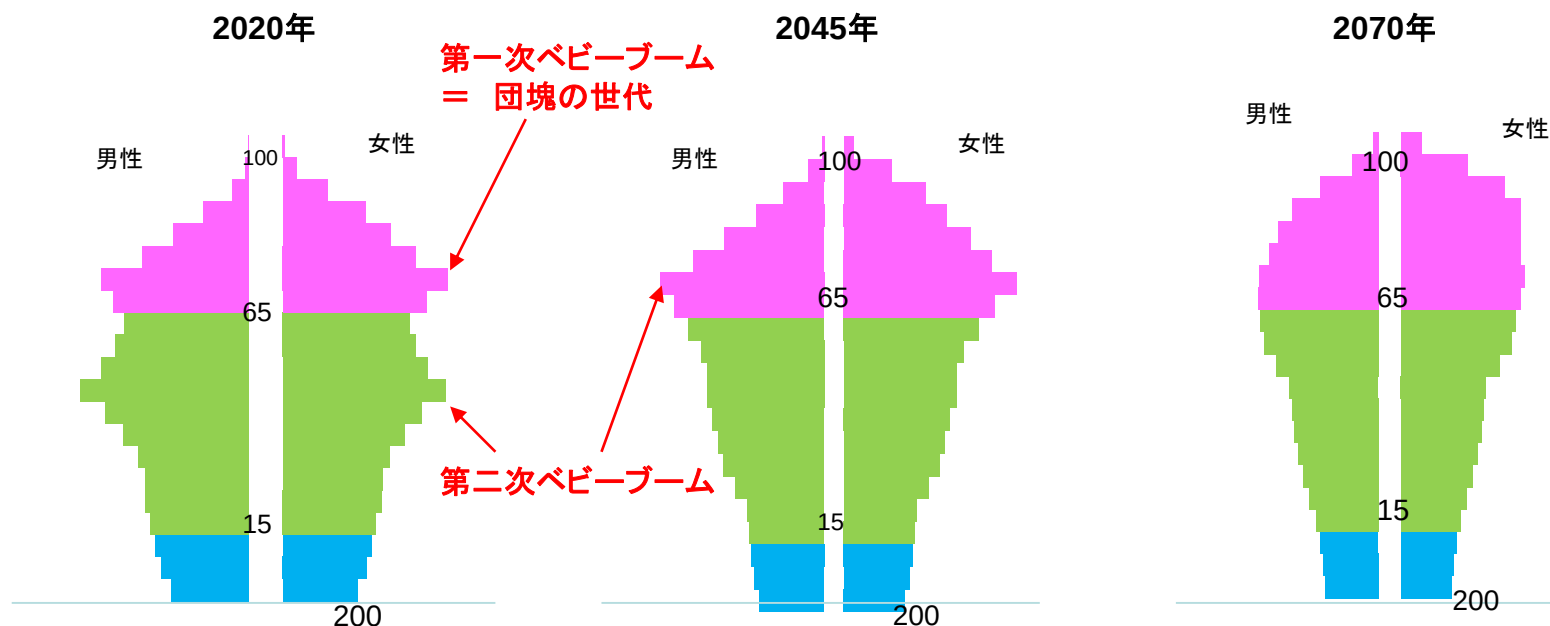
出生数、合計特殊出生率の推移

- 2022年1～10月の出生数（速報値：日本における外国人の出生等を含む）は66万9,871人、対前年同期間比マイナス4.8%となっており、2022年の年間の出生数は初めて80万人を下回る見込み。

年	1949年	...	1973年	...	1989年	...	2005年	...	2021年	2022年
出生数	269万 6,638人	...	209万 1,983人	...	124万 6,802人	...	106万 2,530人	...	81万 1,622人	77万 2024年は 約72万人 (2024年6月発表)
合計特殊 出生率	4.32	...	2.14	...	1.57	...	1.26	...	1.30	2023年は1.20 日本人に限ると68.6万人。 TFRは1.15



人口ピラミッドの変化（2020年，2045，2070年）



（留意すべき点）

- ① 「第一次ベビーブーム」（および「第二次ベビーブーム」）の影響が、“波のように”長期にわたり及ぶ。
- ② 今後、出生数が減少するのは合計特殊出生率が低下するからではない。母数となる出産年齢人口が減少するからである。（参考）出生率中位の場合の假定値は、2020年が1.33、2070年が1.36。
- ③ 100歳以上は、1963年が153人。2024年は9.5万人。団塊の世代が100歳を超える頃の2051年には46.9万人、2070年は61.5万人、第二次ベビーブーマーが100歳を超える2075年には71.5万人と推計。
- ④ 「第二次ベビーブーム」・・・ 1971～74年生まれ。「就職氷河期」・・・ 1972～76年生まれ。

（注）縦軸は年齢、横軸は人口（単位：万人）。

（出典）1960年・2020年は「国勢調査」。2045年、2070年は、「日本の将来推計人口（2023年推計）」の出生中位・死亡中位推計。

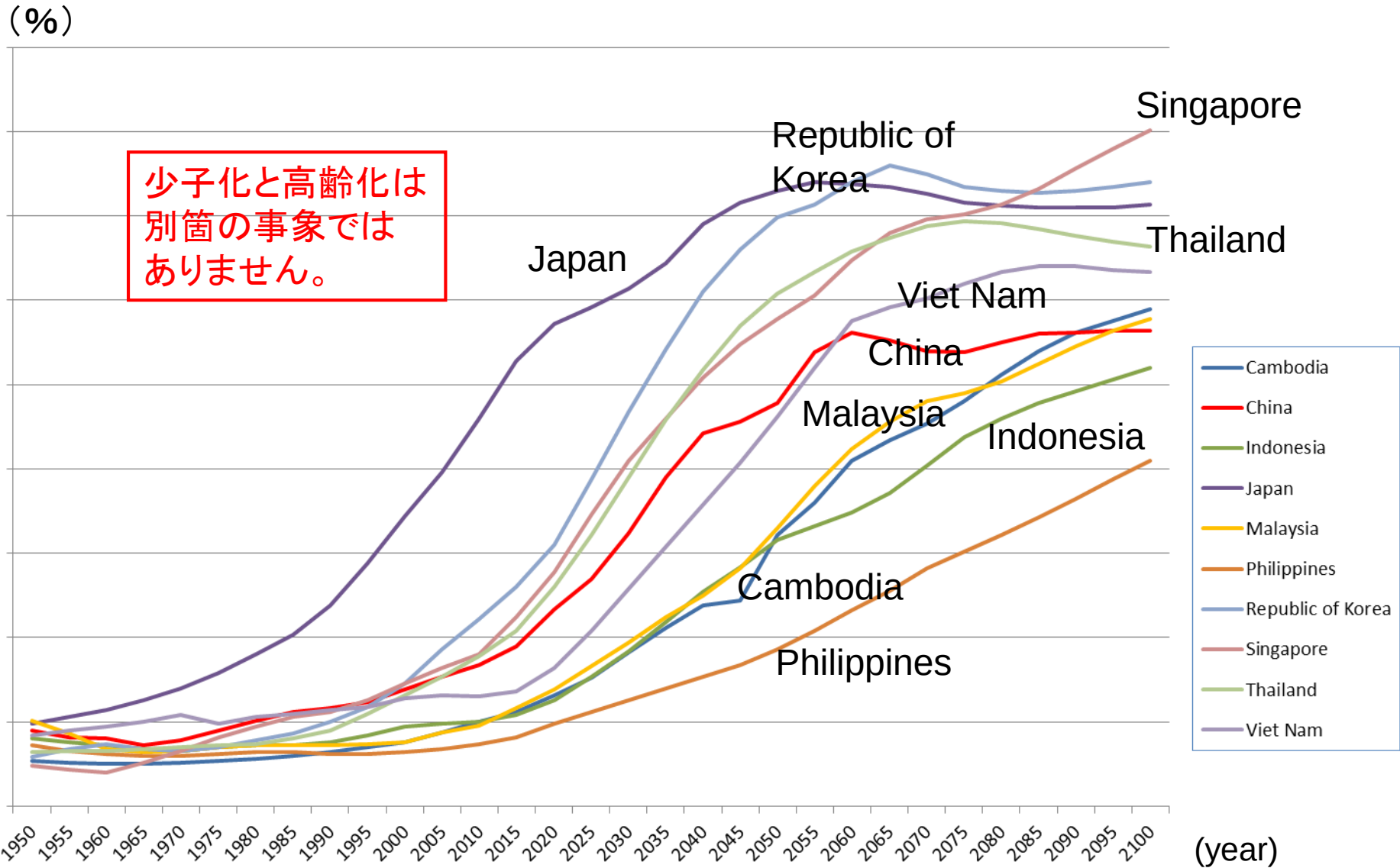
表：将来人口の基本指標

年	総人口(A) (万人)	人 口 3 区 分					高齢化率 (D/A)	老年人口の 生産年齢人口に対する 割合(D/C)	(参考) 生産年齢人口を20～69 歳、老年人口を70歳以上 とした場合の 老年人口の 生産年齢人口の割合
		年少 人口(B) (15歳未満) (万人)	生産年齢 人口(C) (15～64歳) (万人)	老年 人口(D) (65歳以上) (万人)	(参考) 再掲 (75歳以上) (万人)	(参考) 再掲 (85歳以上) (万人)			
2020	12,615 (100)	1,503 (100)	7,509 (100)	3,603 (100)	1,860 (100)	613 (100)	28.6 %	2.1人で 1人を 支える	2.8人で 1人を 支える
2040	11,284 (89)	1,142 (76)	6,213 (83)	3,929 (109)	2,228 (120)	1,006 (164)	34.8 %	1.6人で 1人を 支える	2.2人で 1人を 支える
2070	8,700 (69)	797 (53)	4,535 (60)	3,367 (93)	2,180 (117)	1,117 (182)	38.7 %	1.3人で 1人を 支える	1.7人で 1人を 支える

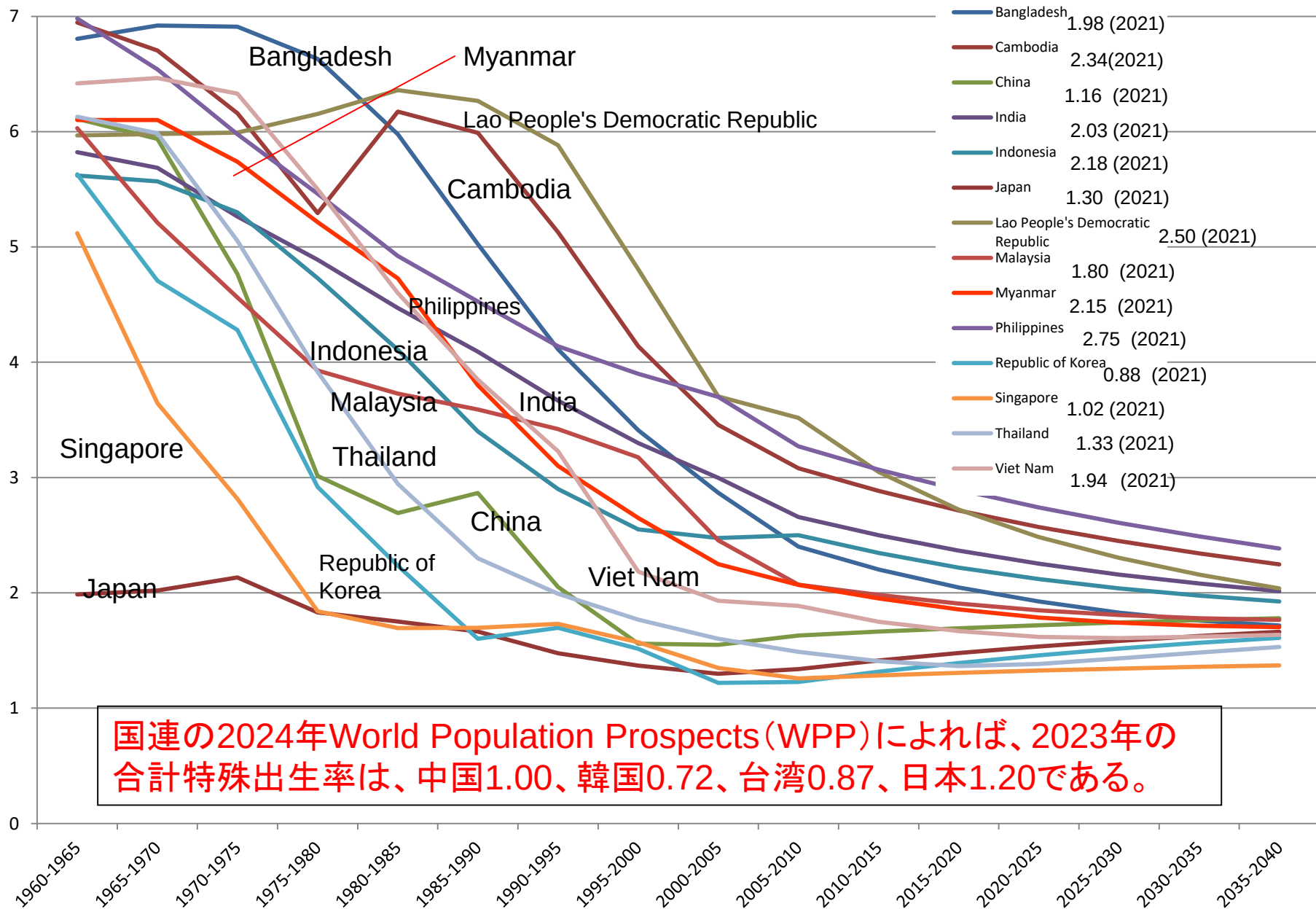
(注) 括弧書は2020年を100とした場合の割合。

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2023年推計)」(出生中位・死亡中位の場合)

アジア各国の高齢化の予測

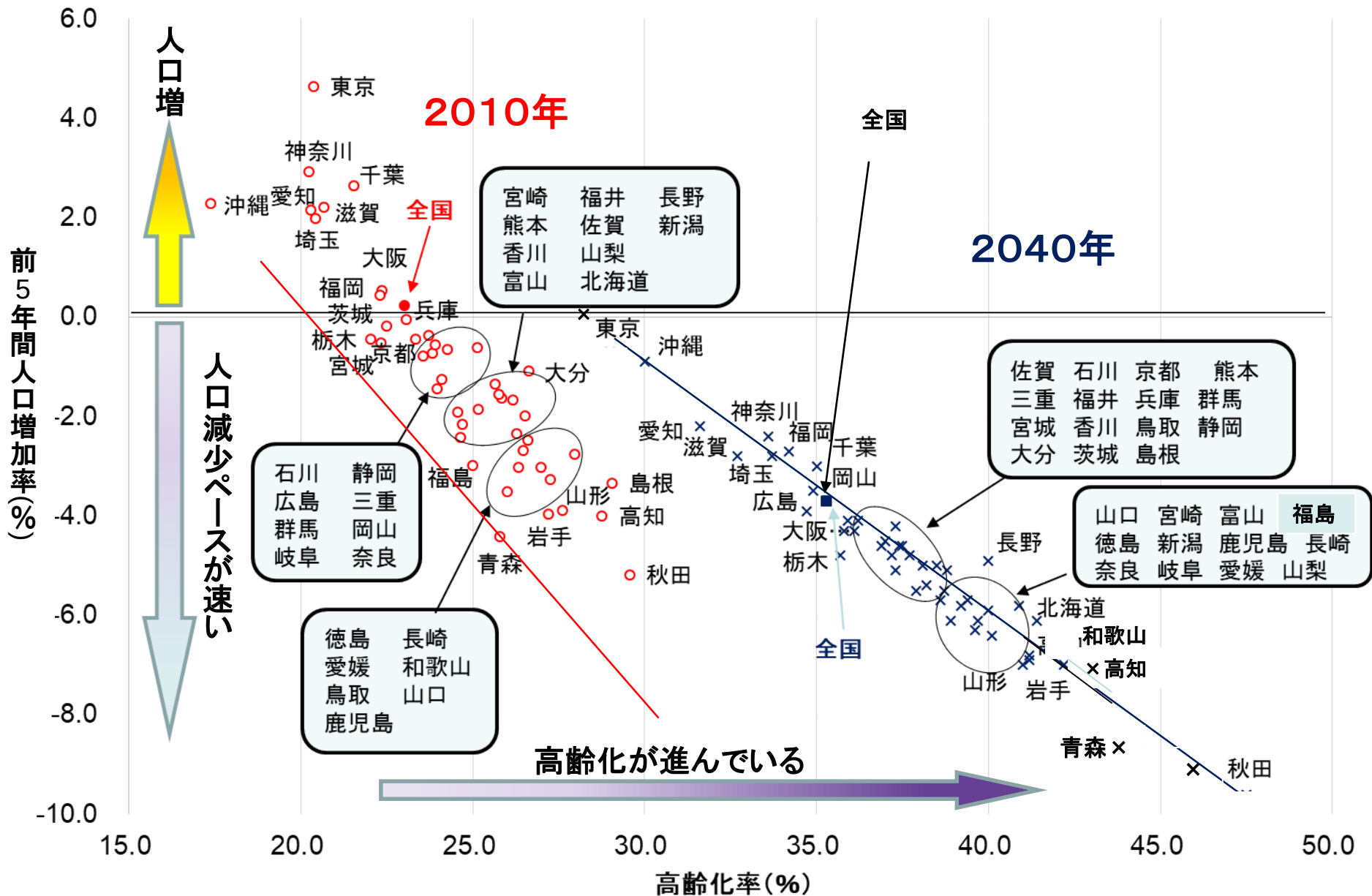


アジア諸国の合計特殊出生率の推移



国連の2024年World Population Prospects (WPP)によれば、2023年の合計特殊出生率は、中国1.00、韓国0.72、台湾0.87、日本1.20である。

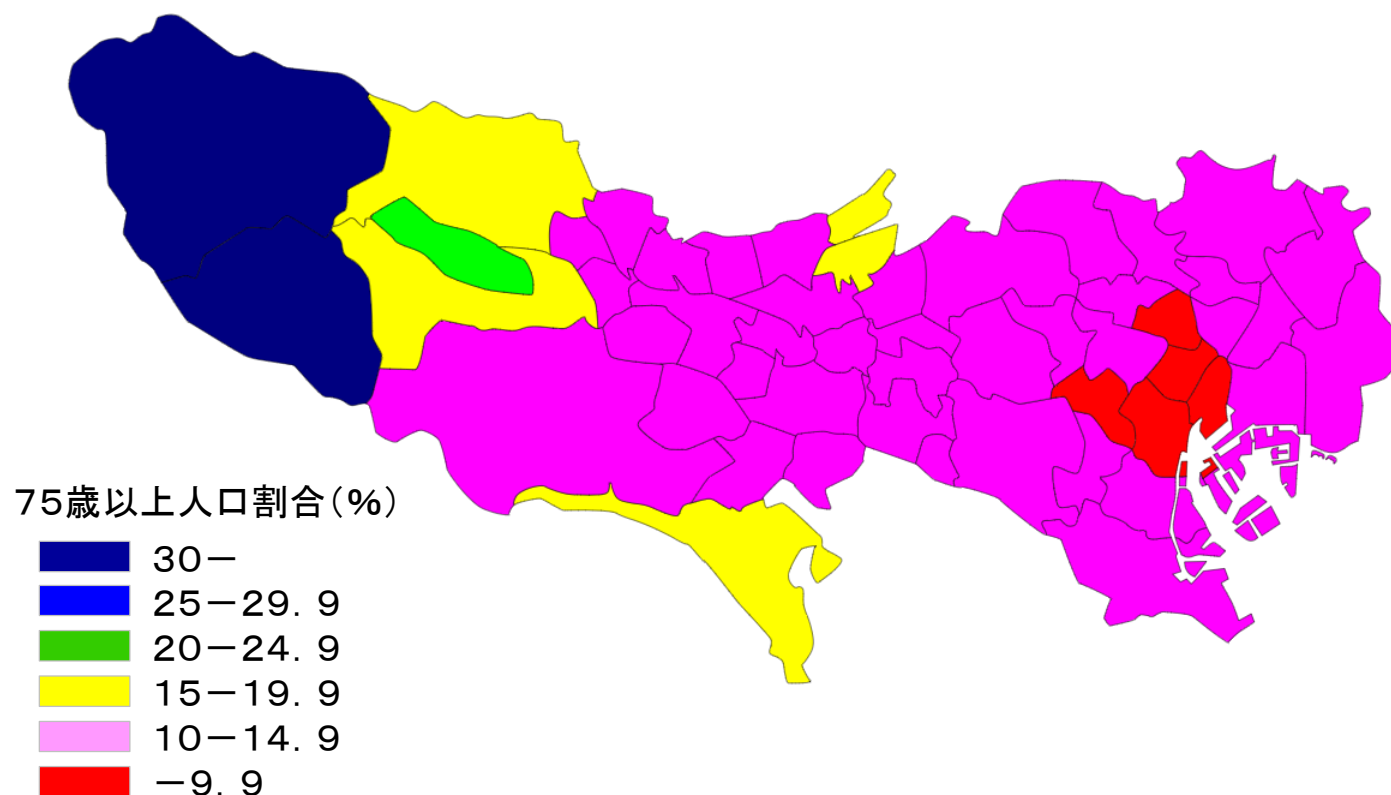
図：都道府県別 高齢化率と人口減少率（2010年，2040年）



(注)2010年の人口増加率は2005年から2010年の増加率、2040年の人口増加率は2035年から2040年の増加率である。

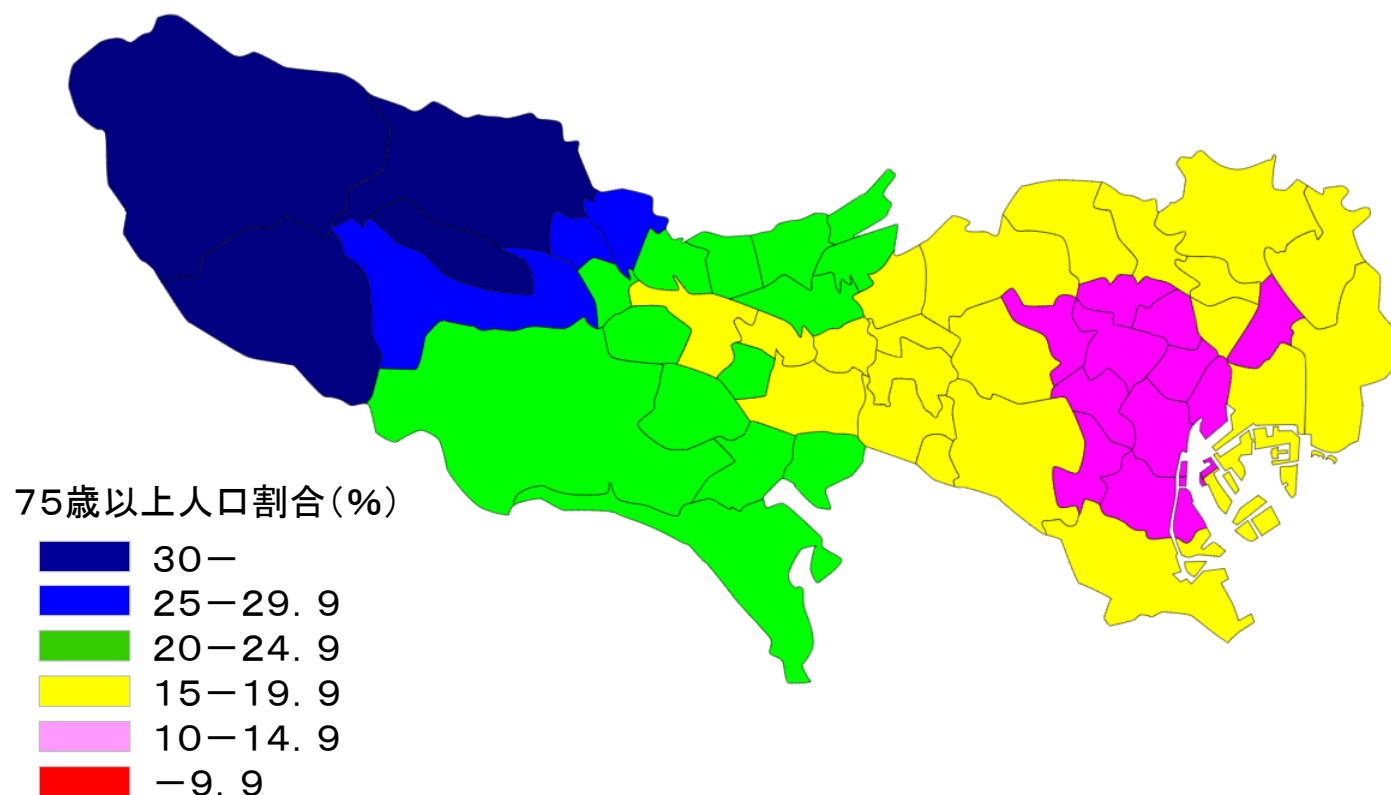
(出典)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」

図：市区町村別75歳以上人口比率（東京都：2020年）



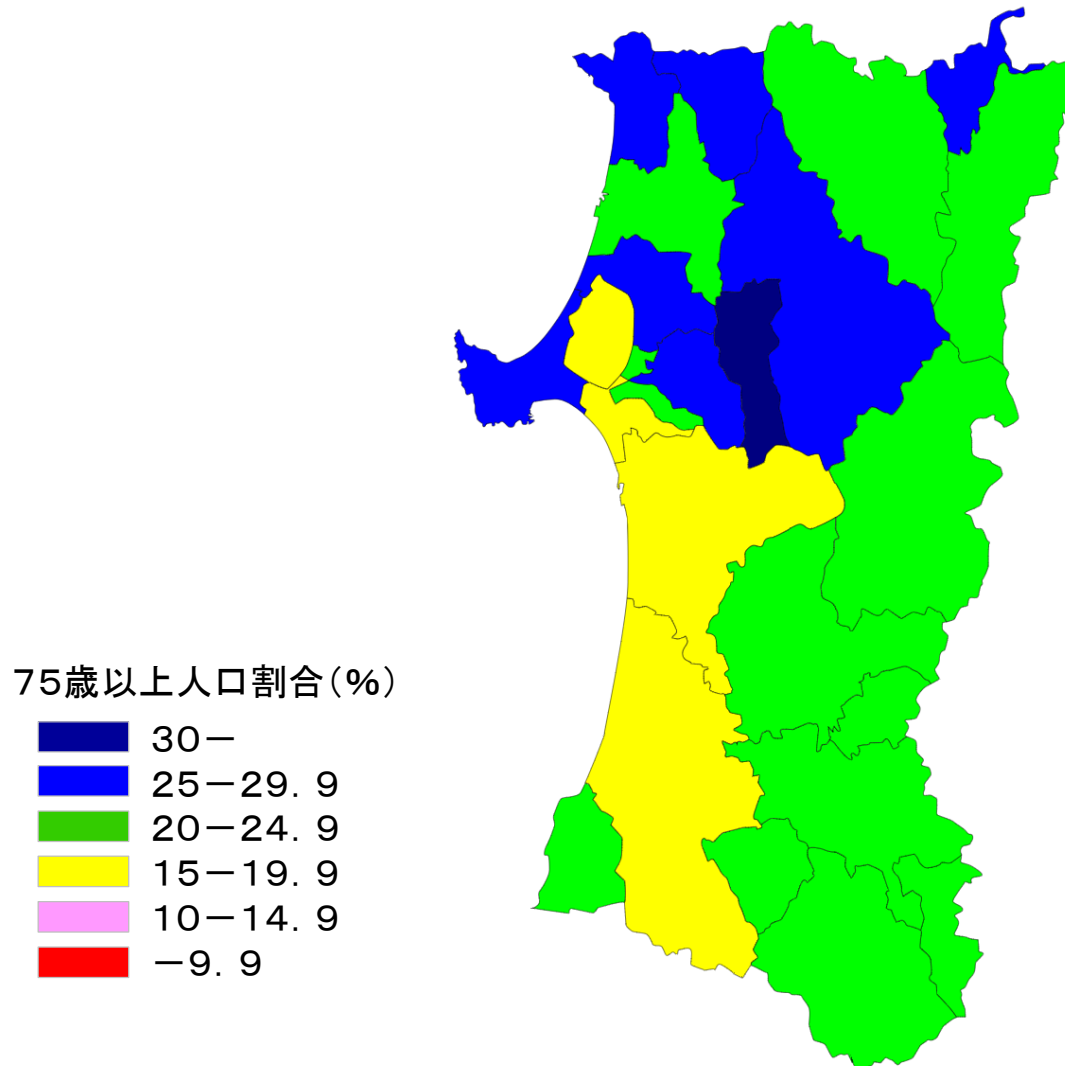
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」

図：市区町村別75歳以上人口比率（東京都：2050年）

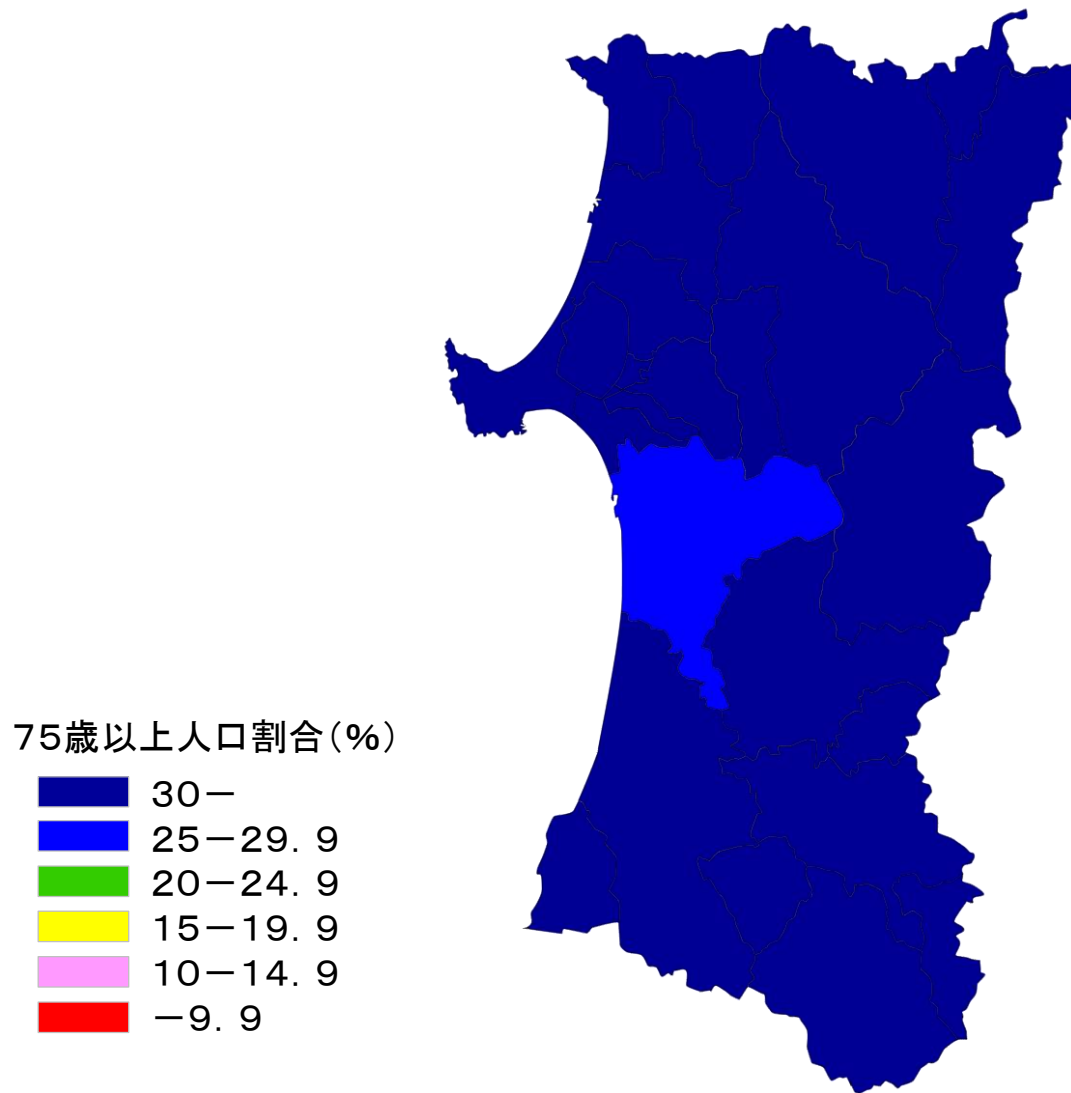


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」

図：市区町村別75歳以上人口比率（秋田県：2020年）



図：市区町村別75歳以上人口比率(秋田県：2050年)



東京都と秋田県の高齢化問題の相違

2020年と2050年を比べると、

- ・ 東京都は75歳以上人口が激増、総人口はほぼ同じ。
→ 医療・介護需要の増加への対応が必要。
- ・ 秋田県は75歳以上人口も減少。だが、それ以上に人口急減。
→ 支え手の確保と効率的なサービス供給が課題。

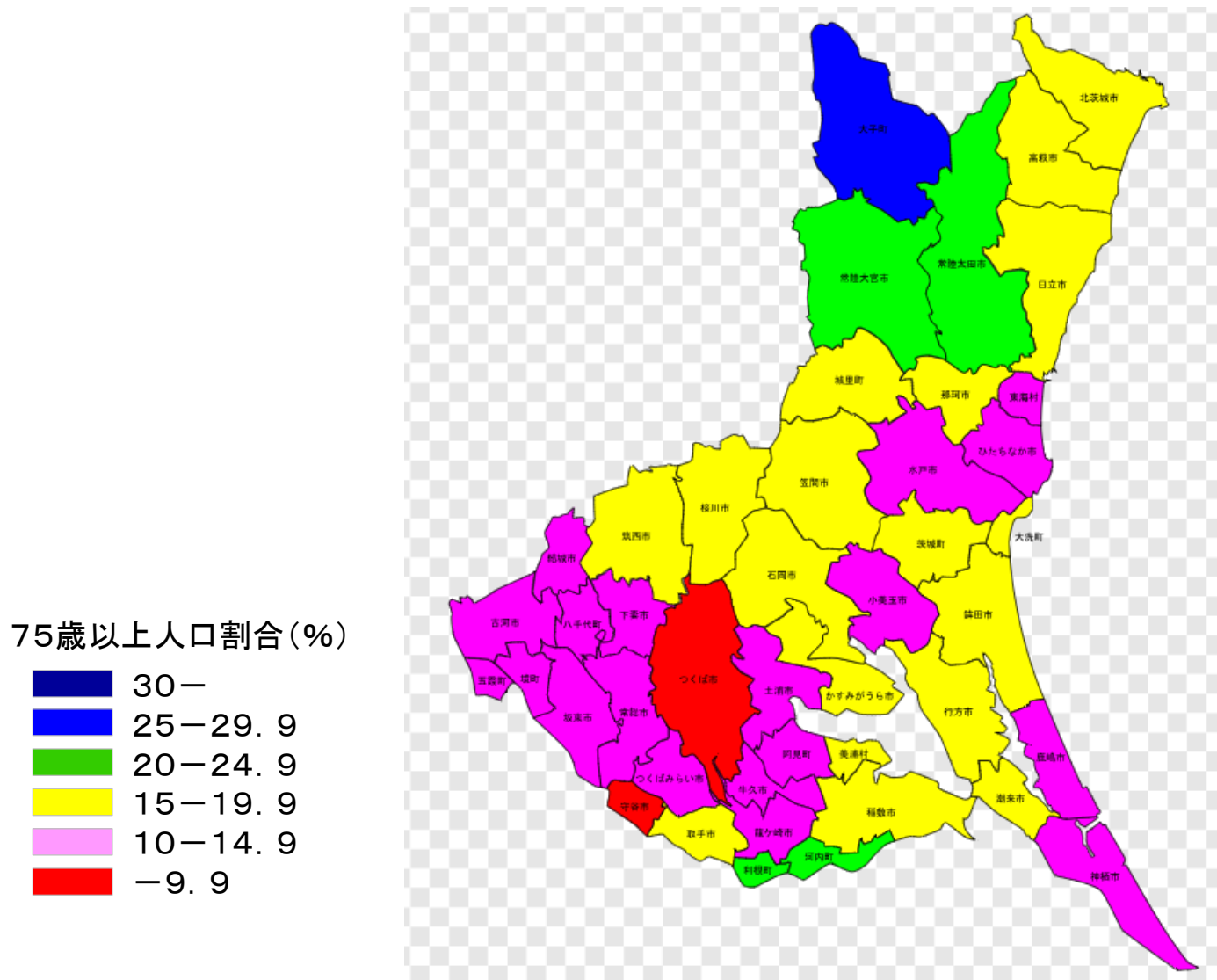
【東京都】

A : 総人口	14,047,594人(2020年)	→	14,399,144人(2050年)
B: 75歳以上人口	1,694,374人(2020年)	→	2,518,405人(2050年)
B / A	12.1% (2020年)	→	17.5 % (2050年)

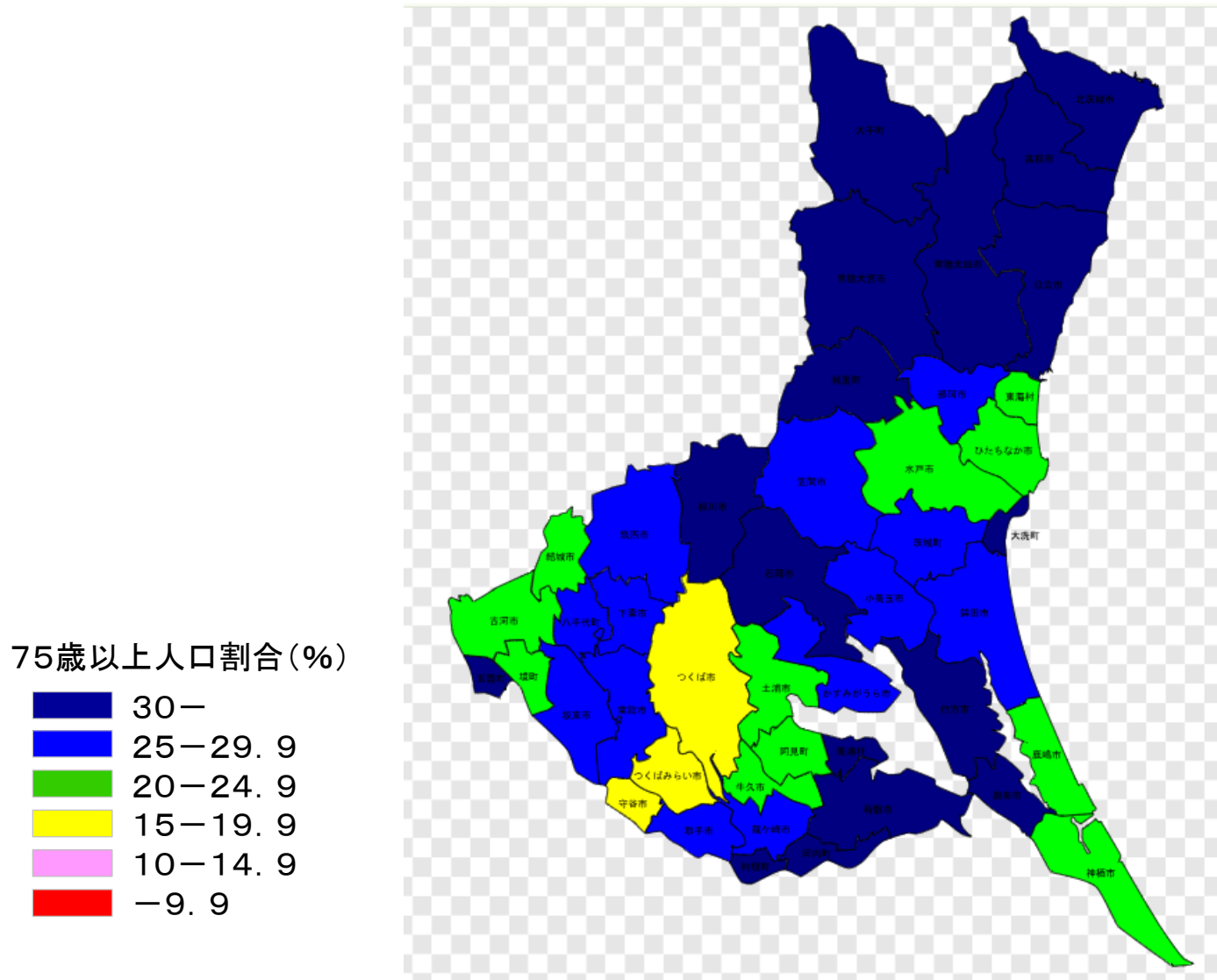
【秋田県】

A : 総人口	959,502人(2020年)	→	560,429人(2050年)
B: 75歳以上人口	190,577人(2020年)	→	180,444人(2050年)
B / A	19.9% (2020年)	→	32.2% (2050年)

図：市区町村別75歳以上人口比率（茨城県：2020年）



図：市区町村別75歳以上人口比率(茨城県：2050年)



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」

茨城県の人口減少と高齢化

A : 総人口

22%減

2,867,009人(2020年) → 2,245,065人(2050年)

B : 75歳以上人口

34%増

419,883人(2020年) → 564,649人(2050年)

B / A

14.6% (2020年) → 25.2% (2050年)

世帯構造も変わる：例：「1人暮らし世帯」

○ 「1人暮らし高齢世帯」数

2000年：	女229万人、 男 74万人	計： 303万人
2020年：	女482万人、 男256万人	計： 738万人
2040年：	女623万人、 男418万人	計：1041万人(※)

※ 世帯主が65歳以上である世帯の43%に相当。

【注目】 2020年から2040年にかけての増加数, 女性:142万人<男性:162万人

(出典)国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(2024年推計)」

○ 一口で「1人暮らし世帯」と言っても……

- ①子どもが近距離にいる、 ②子どもが離れて住んでいる、
- ③子どもも親戚もいない、のでは意味はまったく異なる。

⇒ 少子化が進むことは、③が増えること。

○ 「団塊の世代」の後の男性の未婚率は非常に高い。

たとえば、生涯未婚率(50歳時の未婚率で代替)は、

1980年 男： 2.60%、 女： 4.45%

2020年 男： 28.25%、 女：17.81%

○ 家族の代替機能を誰がどう果たすのかという問題が深刻化。単に成年後見人をつければよいという問題ではない。

2040年に向けた医療需要の変化

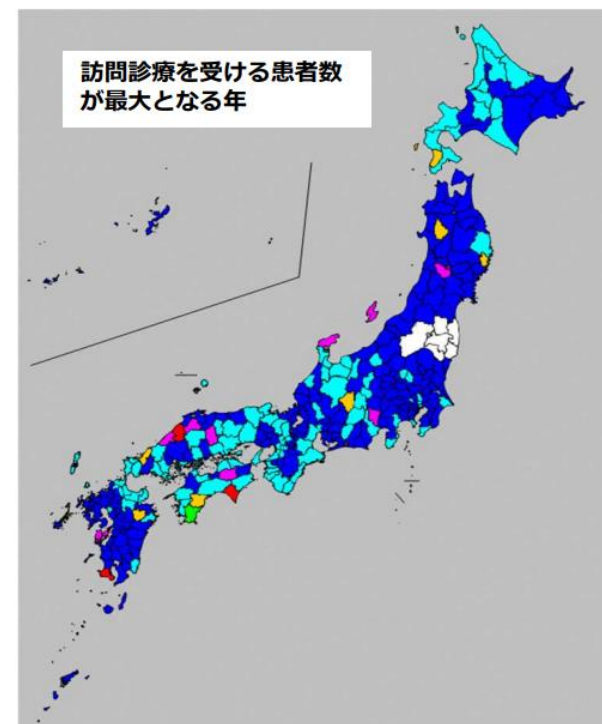
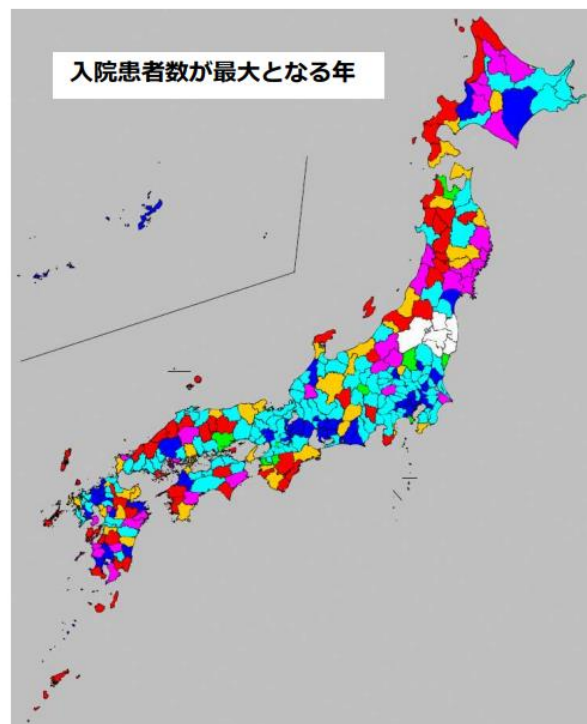
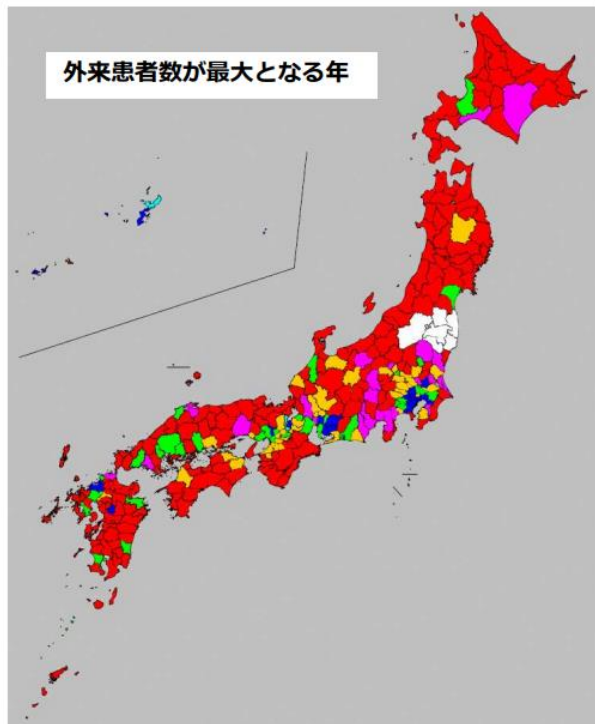
外来：既に減少局面にある医療圏が多い

入院：なお増加。ただし2035年までにピーク

在宅：多くの地域で増加。2040年以降にピーク

凡例

- ：2015年以前に最大
- ：2020年に最大
- ：2025年に最大
- ：2030年に最大
- ：2035年に最大
- ：2040年以降に最大



人口構造の変容と経済成長

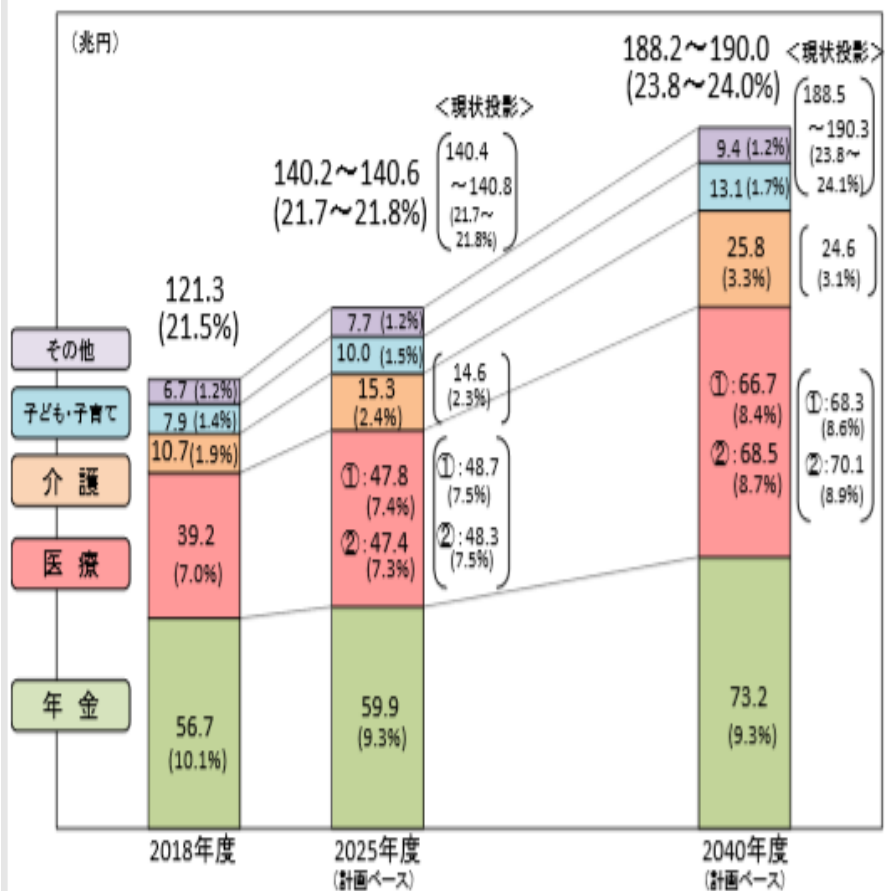
1. 経済成長の源泉は、①資本蓄積、②労働力、③技術進歩の3つ。高齢化は貯蓄率を低下させ①にマイナスの影響、生産年齢人口の減少は②にマイナスの影響、を及ぼす。
⇒ このため、元々2020年頃の日本の潜在成長率は1%程度と考えられていた。
2. 「就業者1人当たり生産性」、「就業率」の向上が重要。
※ $GDP / \text{総人口} = (GDP / \text{就業人口}) \times (\text{就業人口} / \text{総人口})$
なお、総人口の減少も、安定した国内市場の縮小等を通じ日本経済に影響を与える。何で食っていくかが問題。
3. 医療・介護は成長産業であるが、成長「牽引」産業であるかどうかは別問題。医療・介護の生産性の向上が必要。
ICTの活用、ロボット技術の活用、チーム医療、タスクシフトの推進、業務のセグメント化と最適割当のほか、医療機能の分化と連携(介護を含む)が重要。 **地域全体の生産性の向上の視点が重要！**

2040年を見据えた社会保障の将来見通し一抄一

(内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日)

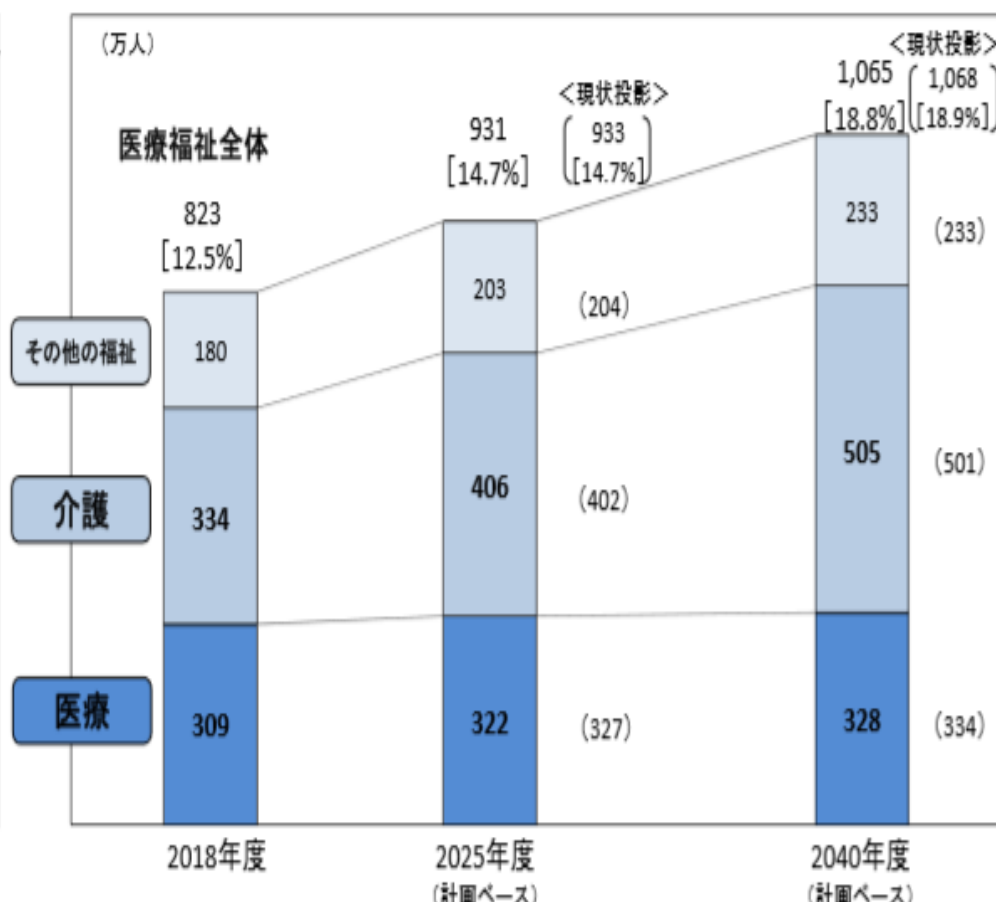
社会保障給付費の見通し

(経済ベースラインケース)



GDP : 564.3兆円 645.6兆円 790.6兆円
 保険料負担 : 12.4% 12.6% 13.4~13.5%
 公費負担 : 8.3% 9.0% 10.1~10.2%

医療福祉分野における就業者の見通し



【就業者数全体6,580万人】 【就業者数全体6,353万人】 【就業者数全体5,654万人】

こども・子育て政策の強化（加速化プラン）の財源の基本骨格（イメージ）

別紙 6

令和 5 年12月22日 第9回こども未来戦略会議参考資料
(全世代型社会保障構築本部事務局提出)

- 既定予算の最大限の活用等を行うほか、2028年度までに徹底した歳出改革等を行い、それによって得られる公費節減の効果及び社会保険負担軽減の効果を活用する。
- 歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で支援金制度を構築することにより、実質的な負担が生じないこととする。

【歳出面】 加速化プラン完了時点 **3.6兆円**

※3.6兆円(36000億円)÷1億人=3.6万円

経済的支援の強化

1.7兆円

全てのこども・子育て世帯を
対象とする支援の拡充

1.3兆円

共働き・共育での推進

0.6兆円

【歳入面】 加速化プランの財源 = 歳出改革の徹底等

既定予算の最大限の活用等

1.5兆円

歳出改革の徹底等

1.1兆円

1.0兆円

予算を通じて支出

社会保険制度を通じて拠出する
仕組みを創設(支援金制度)

社会保障
経費の伸び

公費節減の効果

社会保険負担
軽減の効果

社会保障改革の徹底
(改革工程を策定)

+

賃上げ

その他
(福祉等)

社会保険
(医療・介護等)

公費(国・地方)

社会保険料財源

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

内閣官房全世代型社会保障
構築本部事務局作成資料

別紙 8

- ◆ 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- ◆ 3つの「時間軸」で実施（①来年度（2024年度）に実施する取組、②加速化プランの実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組、③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組）
- ◆ 上記②の取組は、2028年度までの各年度の予算編成過程において、実施すべき施策を検討・決定

主な改革項目と工程

※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	（労働市場や雇用の在り方の見直し） ・「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 ・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等	（勤労者皆保険の実現に向けた取組） ・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 ・フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 ・年収の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	・前期財政調整における報酬調整の導入 ・後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み ・介護保険制度改革（第1号保険料負担の在り方） ・介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等） ・イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し ・診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 ・入院時の食費の基準の見直し等 ・生活保護制度の医療扶助の適正化	（生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） ・医療DXによる効率化・質の向上 ・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 ・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ・医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備） ・介護の生産性・質の向上 ・イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し ・国保の普通調整交付金の医療費勘案等 ・国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 ・介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方） ・サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 ・福祉用具貸与のサービスの向上 ・生活保護の医療扶助の適正化等 ・障害福祉サービスの地域差の是正（能力に応じた全世代の支え合い） ・介護保険制度改革（利用者負担（2割負担）の範囲、多床室の室料負担） ・医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い ・医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 ・障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現（高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等） ・高齢者の活躍促進 ・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 ・経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し）
「地域共生社会」の実現	・重層の支援体制整備事業の更なる促進 ・社会保障教育の一層の推進 ・住まい支援強化に向けた制度改正 等	・孤独・孤立対策の推進 ・身寄りのない高齢者等への支援 等

これも明記されている！

私見

1. 本腰を入れて異次元の少子化対策を講じるのであれば、正面から消費税の引上げを打ち出すべき。
2. 岸田総理は、「支援金は保険料として整理されるべきもの」と答弁したが、支援金は保険の“対価性”がない。また、医療保険の徴収ルートを使うことの法的正当性の説明は困難
3. 賃上げ分に係る社会保険料の負担増等を「追加的な社会保険料の負担増」から控除するのは詭弁。
4. 2028年度まで、毎年、財源捻出のため、医療・介護など改革工程に掲げられた「改革圧力」が高まる。
⇒むしろ高齢者と子育て世代との分断を招くのではないか。

(2) デリバリーの改革

まず結論から

1. 医療提供体制をめぐる政策の三本柱

① 働き方改革、② 地域医療構想、③ 医師等の偏在是正

2. 働き方改革

B水準は、地域医療確保 **暫定** 特例水準

- ・ 2024年度を凌げば終わりではない。B水準は2035年度末に解消。
- ・ ボディブローのように効く。地域医療構想や偏在是正を促す要因。

3. 地域医療構想

- ・ 「土俵」の拡大に反対ではないが、実効性には多くの課題あり。
- ・ “チキンレース”の構図。賢明な経営判断を促す“仕掛け”が必要。

4. 医師の偏在是正

医療制度史研究者

長野県立病院機構理事

- ・ 日本にとって“宿痼”の難題。**歴史や現場から学ぶ姿勢が大切。**
- ・ 極端な規制や経済誘導は失敗する。医師の派遣機能強化が重要。
- ・ 診療科偏在は長期的に影響大。“専門家による自己規律”が肝要。

2040年の医療提供体制を見据えた改革

I.医療施設の最適配置の実現と連携

(地域医療構想の実現：2025年まで)

- ① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

一体的に推進
総合的な医療提供体制改革を実施

II.医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する
上限規制：2024年度～)

- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

III.実効性のある医師偏在対策

(偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

(出典)社会保障審議会医療部会(2020年8月24日)資料

医師の時間外労働規制について

一般則

2024年4月～

将来
(暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 後)

(例外)
・年720時間
・複数月平均80時間
(休日労働含む)
・月100時間未満
(休日労働含む)
年間6か月まで

年1,860時間／
月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

将来に向けて
縮減方向

年960時間／
月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

**A : 診療従事勤務
医に2024年度以降
適用される水準**

連携B
例水準
(医療機関を指定)

B
地域医療確保暫定特

C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

C-2

C-1 : 臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
C-2 : 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

年960時間／
月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

※この(原則)については医師も同様。

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)
※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

(出典) 医師の働き方改革の推進に関する検討会(2021年7月1日)資料

医師の働き方改革のインパクト

1. 日本は、国民皆保険でフリーアクセス。膨大な医療ニーズや(ニーズに至らない)ウオントを医師等の過重労働という「巨大なスポンジ」で吸収してきた。
2. しかし、法が許容する以上の超過勤務をさせると、罰則付きの法律違反。スポンジですべての「水」(ニーズ等は吸収できず、医療市場に吐き出される。
3. 対応策は、①患者が我慢 ⇨ 一定の我慢は必要だが、すべてしわ寄せするのは不適當。
② 医師養成数を増やす ⇨ 単純増の選択はない。
③ 医療資源を再配置する ⇨ これが本命。

大学病院改革プランのイメージ

我が国の医学教育・研究の維持発展 地域ニーズに応じた診療の確保

持続可能な大学病院経営の実現

大学病院改革プランの策定（大学本部と一体となった改革の推進）

「大学病院改革ガイドライン」で示された以下の検討項目を参考として、自院の実情に応じた大学病院改革プランを策定

運営改革

【検討項目】

- 自院の役割・機能の再確認※
 - ・医学部の教育研究に必要な附属施設としての役割・機能
 - ・専門性の高い高度な医療人を養成する研修機関としての役割・機能
 - ・医学研究の中核としての役割・機能
 - ・地域医療構想等と整合した医療機関としての役割・機能

等

※改革の基本方針として記載が必須
- 病院長のマネジメント機能の強化
 - ・マネジメント体制の構築
 - ・診療科等における人員配置の適正化等を通じた業務の平準化
 - ・医療計画及び病床の在り方をはじめとした事業規模の適正化

等
- 大学等本部、医学部等関係部署との連携体制の強化
- 人材の確保と処遇改善
- その他運営改革に資する取組等

教育・研究改革

【検討項目】

- 臨床実習に係る臨床実習協力機関との役割分担と連携の強化
- 臨床研修や専門研修に係るプログラムの充実
- 企業等や他分野との共同研究等の推進
- 教育・研究を支援するための体制整備
 - ・人的・物的支援
 - ・制度の整備と活用
- その他教育・研究環境の充実に資する支援策

これは深刻な問題

診療改革

【検討項目】

- 都道府県等との連携の強化
- 地域医療機関等との連携の強化
- 自院における医師の労働時間短縮の推進※
 - ・多職種連携によるタスク・シフト／シェア
 - ・ICTや医療DXの活用による業務の効率化等

等

※地域医療確保暫定特例水準（B水準・連携B水準）適用対象医師の時間外・休日労働時間を年間960時間以内に縮減する必要がある2035（令和17）年度末に向けて、2029（令和11）年度までの期間における医師労働時間短縮計画も記載
- 医師少数地域を含む地域医療機関に対する医師派遣（常勤医師、副業・兼業）
- その他診療改革に資する取組等

財務・経営改革

【検討項目】

- 収入増に係る取組の推進
 - ・保険診療収入増に係る取組等の更なる推進
 - ・保険診療外収入の拡充
 - ・寄附金・外部資金収入の拡充
- 施設・設備及び機器等の整備計画の適正化と費用の抑制
 - ・自院の役割・機能等に応じた施設・設備・機器等の整備計画の適正化
 - ・費用対効果を踏まえた業務効率化・省エネルギーに資する設備等の導入
 - ・導入後の維持管理・保守・修繕等も見据えた調達と管理費用の抑制
- 医薬品費、診療材料費等に係る支出の削減
 - ・医薬品費の削減
 - ・診療材料費の削減
 - ・その他支出の削減
- その他財務・経営改革に資する取組等
- 改革プランの対象期間中の各年度の収支計画

※下線部は、文部科学省及び厚生労働省において財政支援等を予定。

2024年度から医師の時間外・休日労働の上限規制がスタート

医師の長時間労働

年960時間換算以上の医師の割合

- ・病院全体・・・37.8%
- ・大学病院・・・47.1%

※約1千万時間超えの時間外労働

医療提供体制の確保

国立大学病院からの医師派遣

- ・常勤医師：43,157名

患者紹介率

- ・令和3年度：87.6%

教育・研究時間の減少

助教の過当たり研究業務時間

- ・「0時間」・・・15%
- ・「5時間以下」・・・49.7%

大学病院の機能の低下

国立大学病院の設備の価値残存率

- ・H25:34.8%→R3:24.5

Covid-19関連論文発表数

- ・日本14位（主要7か国最下位）

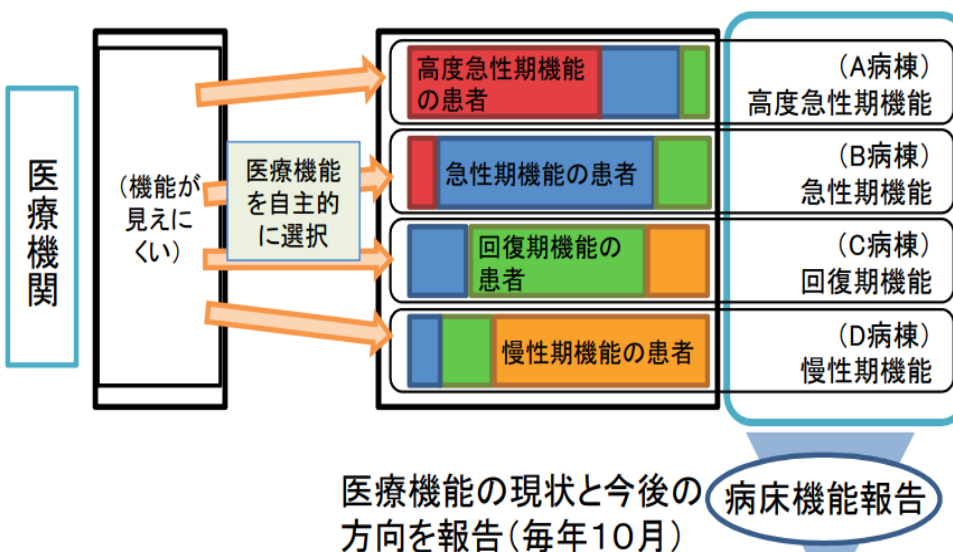
増収減益の財務状況

国立大学病院の推移（H22→R1）

- ・業務収益・・・1.3倍
- ・業務損益・・・0.38倍

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

(出典) 社会保障審議会医療部会(2021年6月3日) 参考資料

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)

② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等

- ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
- ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

医療法改正案 新旧対照表

改正後

地域医療構想に即して、医療計画を定めることが規定。

改正前（現行制度）は、医療計画において地域医療構想を定める旨が規定されていたけれども、この規定は削除。

第三十条の四 都道府県は、基本方針及び地域医療構想に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 六（略）

（削る）

改正前

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 六（略）

七 地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域（以下「構想区域」という。）における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という。）に関する事項

イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第三十条の十三第一項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量（以下単に「将来の病床数の必要量」という。）

ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項

ハ 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

地域医療構想に関する演者の評価・課題

1. 地域医療構想の策定やデータに基づく解析は重要

(理由) 医療を取り巻く環境は激変。地域医療の将来像について、データに基づき関係者が共通認識を持ち議論することは大切かつ必要。

2. ただし、地域医療構想の実効性など課題は山積

本質的な問題は「チキンレース」の構造。他にも次のような課題。

① 医療機能の相対性

我慢比べ・消耗戦になりやすい構図

病床機能は相対的。病床と病棟は1対1で対応しない。

② 構想区域(原則二次医療圏)の現実妥当性

生活圏や患者の流れと一致しない二次医療圏は数少くある。

③ 地域医療構想の射程

本来は「地域総合生活構想」。地域包括ケアとの接合は必須。

④ 自治体の体制整備と人材育成

地域医療構想は総合計画に匹敵。医療人材の養成は追いついていない。

3. 地域医療構想と連動する「経営戦略の見直し圧力」は増大

ただし地域医療構想を軽視すべきではない。①これと連動した診療報酬改定、②金融機関の審査、③公立病院改革、④国民健康保険制度改革が効く。

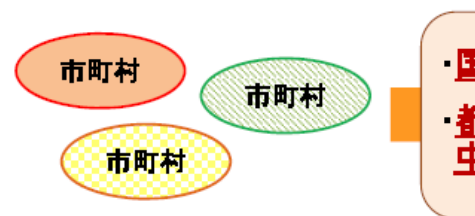
国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、**全額**、都道府県が市町村に交付
- ・保険料負担の平準化を更に進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、**国保の運営方針を定め**、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と直接顔の見える関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】市町村が個別に運営



- ・国の財政支援の拡充
- ・都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす

（構造的な課題）

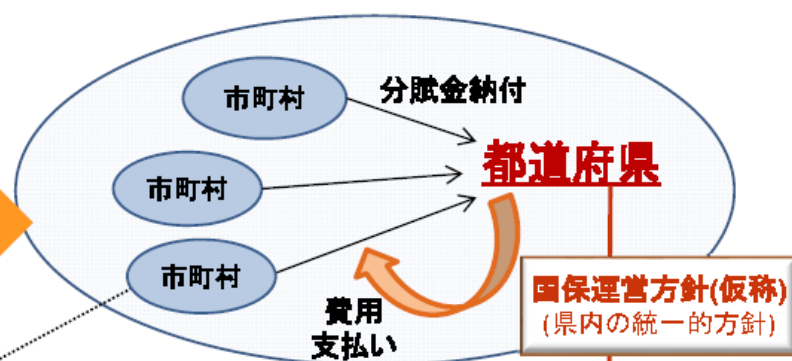
- ・年齢が高く医療費水準が高い
- ・低所得者が多い
- ・小規模保険者が多い

- ・資格管理（被保険者証等の発行）
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付
- ・保健事業

※被保険者証は都道府県名のもの
※事務の平準化、効率化、広域化を進める

○引き続き、地方との協議を進める

【改革後】都道府県が中心的役割



- ・財政運営責任（提供体制と双方に責任発揮）
- ・市町村ごとの分賦金決定
市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本
- ・市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・市町村が担う事務の平準化、効率化、広域化を促進

※国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の設定

10

【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する」

【論点】

- 高齢者医療確保法第14条においては、医療費適正化の観点から地域ごとの診療報酬の定めを行いうることが規定されているが、平成18年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はない。どのような内容の診療報酬の定めが可能かについて都道府県に具体的に示されてもいない。
- 平成30年度からの国保改革により、都道府県が、県内の医療費の水準や見通しを踏まえた保険料設定と住民への説明責任を負うこととなり、県内の医療提供体制の在り方と一体的な検討を行うこととなる。
- 国保の都道府県単位化を機に、地域別診療報酬の活用を検討するなど医療費適正化に向けて積極的に取り組もうという都道府県も現れている。

全国一律（注）

診療報酬点数（厚生労働大臣告示）

（例）	初診料	282点
	急性期一般入院料 1	1,591点
	調剤基本料 1	41点

×

全国一律

1点あたり
単価
10円

= 医療費

（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。

（参考）

- 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。

◆ 医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の活用（考えられる例）

- 医療費の伸びが高く住民の保険料負担が過重となる場合における診療報酬1点単価の調整
- 入院医療費の地域差是正等の観点からの、特定の病床が過剰な地域における当該入院基本料単価の引下げ
- 調剤業務の需要に見合わない供給増（薬剤師や薬局数の増加）が生じた場合の調剤技術料の引下げ

【改革の方向性】（案）

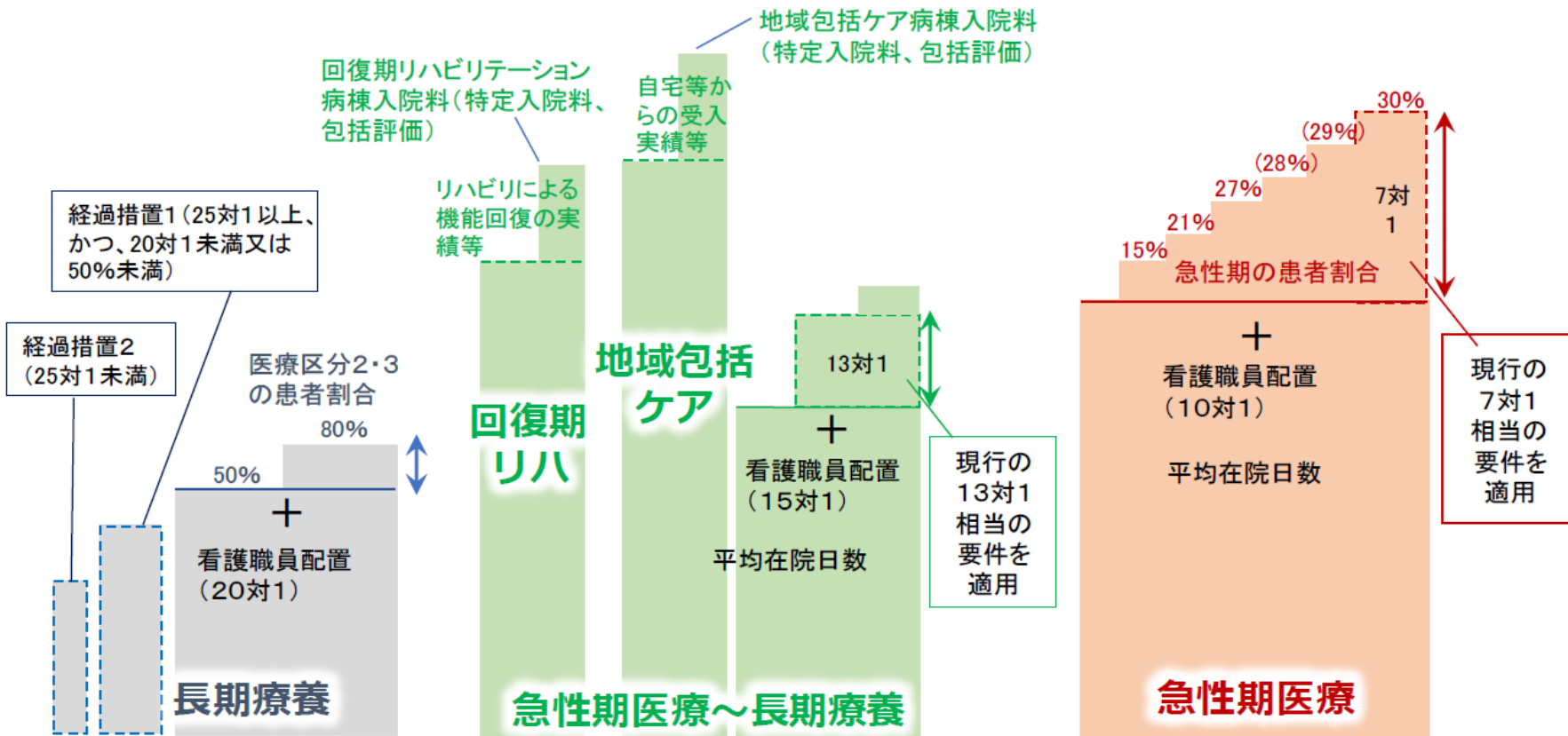
- 都道府県における医療費適正化の取組みに資する実効的な手段を付与し、都道府県のガバナンスを強化する観点も踏まえ、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の具体的に活用可能なメニューを国として示すとともに、今年度から開始する第三期医療費適正化計画の達成に向けても柔軟に活用していくための枠組みを整備すべき。

68

出典：財政制度分科会（2018年10月9日）財務省提出資料

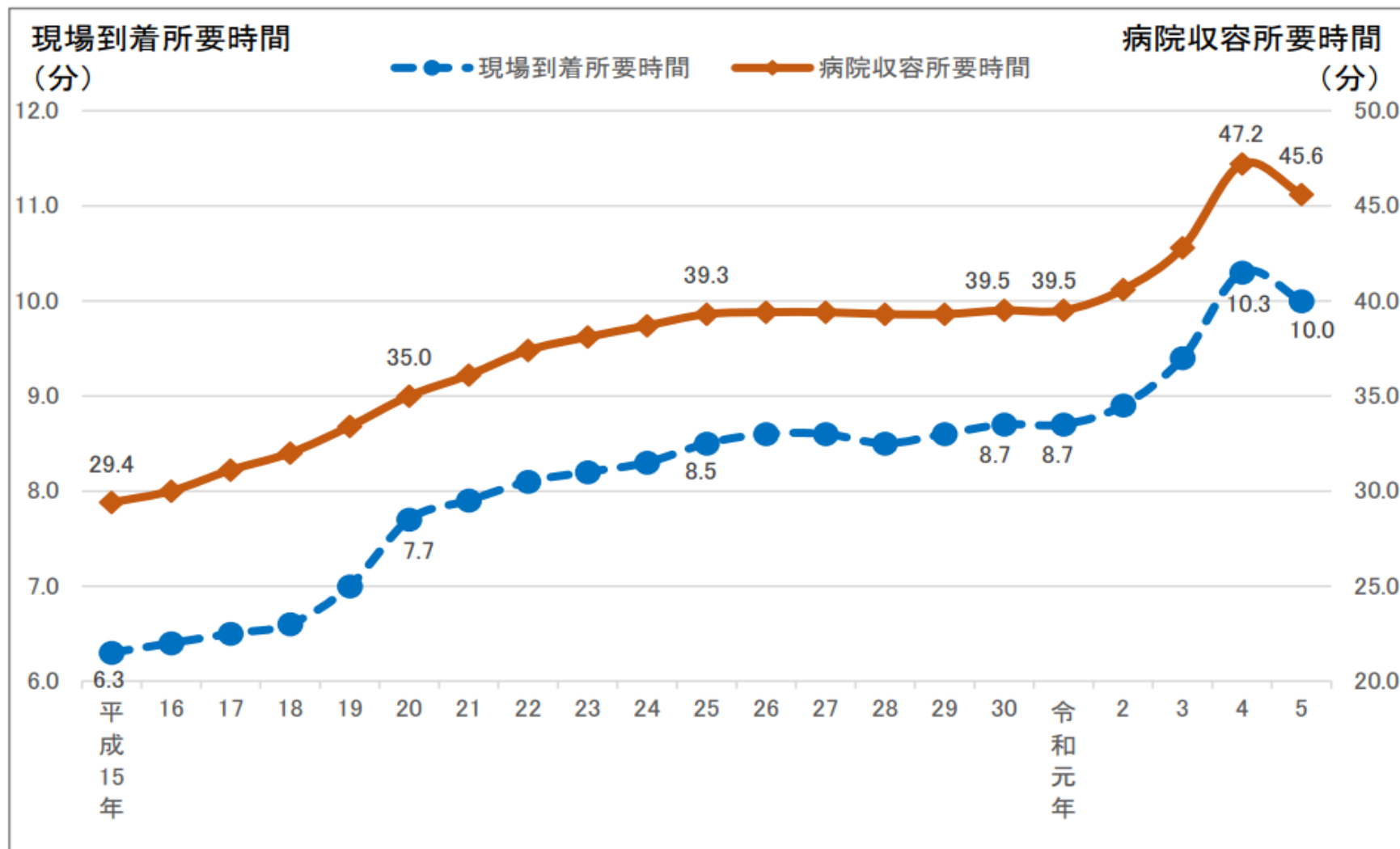
新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

図 11 現場到着所要時間及び病院収容所要時間の推移



※東日本大震災の影響により、平成 22 年及び平成 23 年の釜石大槌地区行政事務組合消防本部及び陸前高田市消防本部のデータを除いた数値により集計している。

(出典)総務省消防庁「令和6年版 救急・救助の現況」

地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ

現行

令和6年度診療報酬改定後

急性期医療

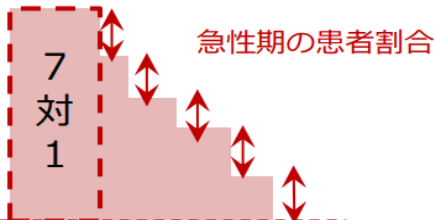
回復期医療

急性期医療

回復期医療

平均在院日数
18日

平均在院日数
16日

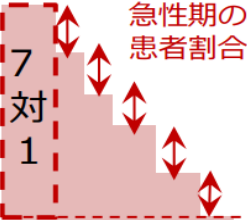


看護職員配置 (13 対 1)

算定可能日数 60日

地域包括ケア

地域包括ケア病棟入院料 (包括評価)



重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直し

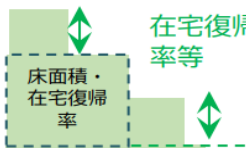
在宅復帰機能、リハビリテーション、栄養等に係る機能を重視した新たな入院料

看護職員配置 (10 対 1)

平均在院日数 21日

地域包括医療

地域包括医療病棟入院料 (包括評価)



看護職員配置 (13 対 1)

算定可能日数 60日 (40日目以降減算)

地域包括ケア

地域包括ケア病棟入院料 (包括評価)

ストラクチャー(看護体制)の選択は自由だが、地域の需要に合わないアウトカムの点数が取れない。

医学部入学定員と地域枠の年次推移

第6回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ

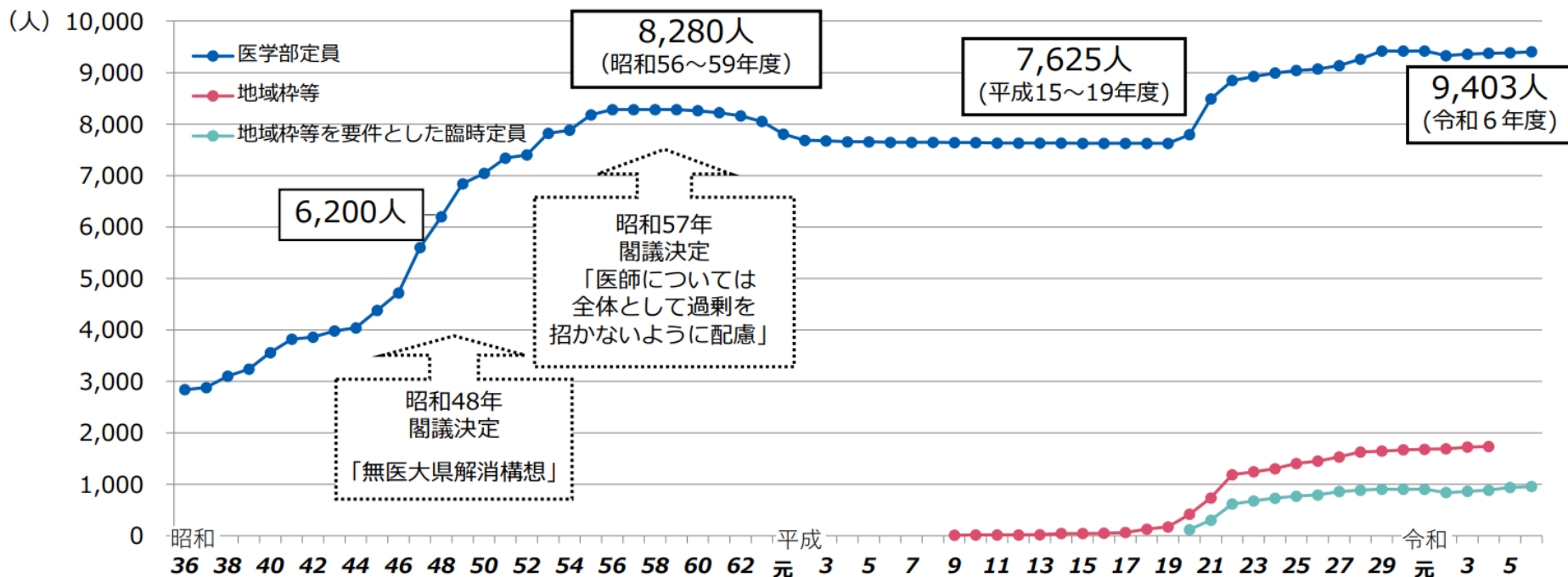
参考資料

令和4年8月10日

1(一部改)

- 平成20年度以降、医学部の入学定員を過去最大規模まで増員。
- 医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。(平成19年度173人(2.3%)→令和4年1,736人(18.8%))

※地域枠等：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠



	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
医学部定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262	9,420	9,419	9,420	9,330	9,357	9,374	9,384	9,403
医学部定員（自治医科大学を除く）	7,525	7,683	8,373	8,733	8,810	8,868	8,918	8,946	9,011	9,139	9,297	9,296	9,297	9,207	9,234	9,251	9,261	9,280
地域枠等以外の医学部定員	7,452	7,375	7,750	7,660	7,681	7,687	7,635	7,619	7,603	7,635	7,775	7,745	7,733	7,635	7,634	7,638	—	—
地域枠等	173	418	736	1,186	1,242	1,304	1,406	1,450	1,531	1,627	1,645	1,669	1,682	1,688	1,723	1,736	—	—
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.2%	17.0%	17.8%	17.7%	18.0%	18.1%	18.3%	18.7%	18.8%	—	—
地域枠等を要件とした臨時定員	0	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840	865	885	938	955
地域枠等を要件とした臨時定員の割合	0%	1.5%	3.6%	7.1%	7.7%	8.2%	8.6%	8.9%	9.5%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.1%	9.4%	9.6%	10.1%	10.3%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

(地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、令和5年文部科学省医学教育課調べ)

医師偏在対策に関するとりまとめの概要

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

① 医師偏在対策の総合的な実施

- ・医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

② 全ての世代の医師へのアプローチ

- ・若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施

- ・人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1) 医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。
- ・医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ・是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R8年度全体策定

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

- ・管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする

- ・要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

③ 保険医療機関の管理者要件

- ・保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

(3) 経済的インセンティブ

- ・診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- ・派遣医師・従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える)※保険給付と関連の乏しい使途に当たるとの意見あり
- ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

- ・医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

(5) リカレント教育の支援

(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

(7) 医師偏在指標のあり方

(8) 医師養成過程を通じた取組

(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

二次保健医療圏別

病床数・医師数・看護師数等偏差値2022版

日本医師会総合政策研究所<https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-3737/>より

二次医療圏名	総病床数	一般病床	療養病床	病院勤務医数	診療所医師数	訪問看護ステーション数	総看護師数
茨城県	47	47	47	45	42	41	45
水戸	53	59	47	50	47	43	56
日立	56	52	51	42	40	37	48
常陸太田・ひたちなか	39	39	45	36	38	40	37
鹿行	40	39	48	36	34	40	38
土浦	50	46	45	45	44	36	46
つくば	48	55	46	68	51	45	52
取手・龍ヶ崎	46	47	45	45	42	52	44
筑西・下妻	43	36	55	36	42	34	38
古河・坂東	47	43	42	41	41	36	43

★印医療圏は全項目偏差値40台以上

は偏差値30台

医師偏在指標

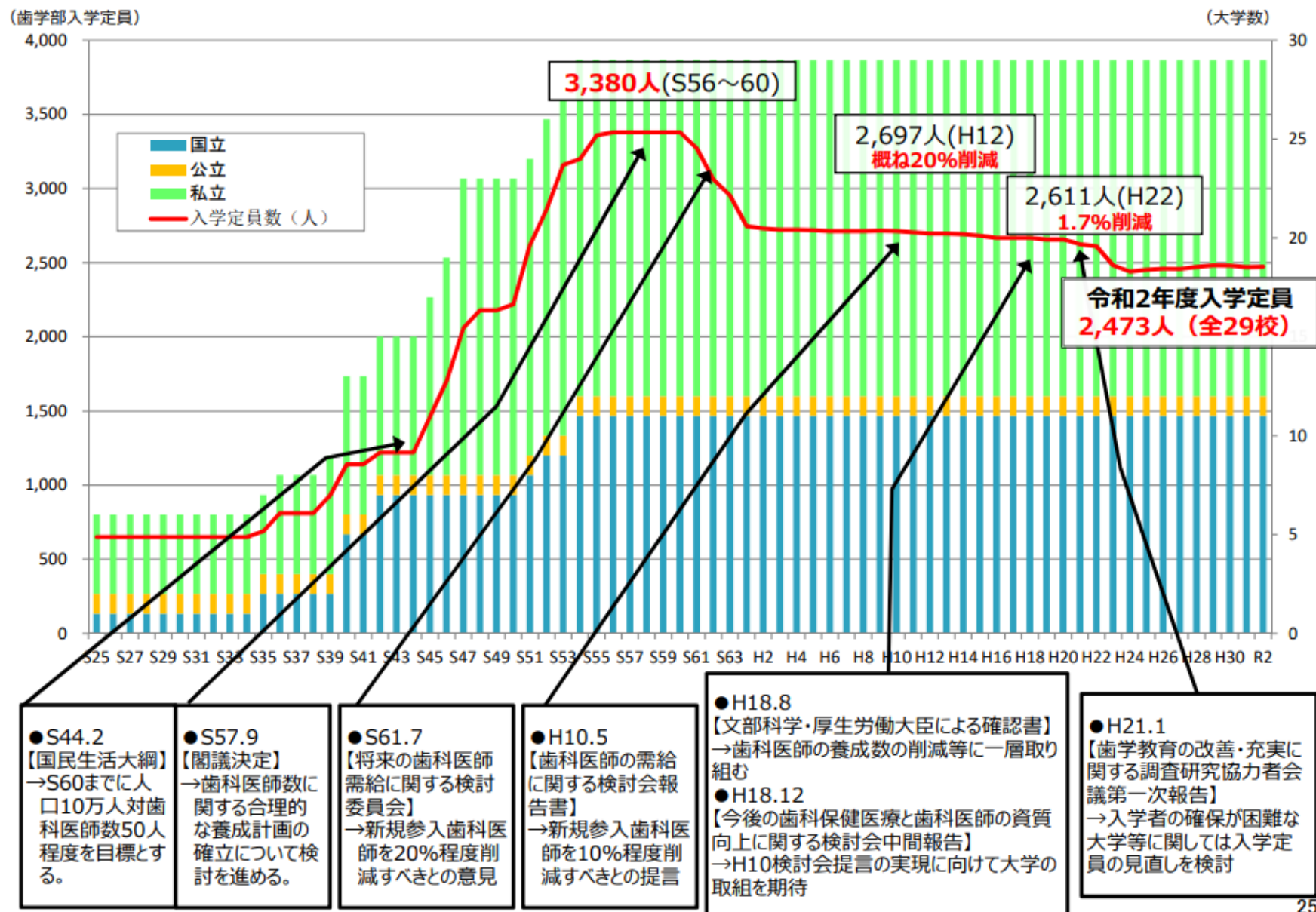
(二次医療圏別)

上位1/3 下位1/3

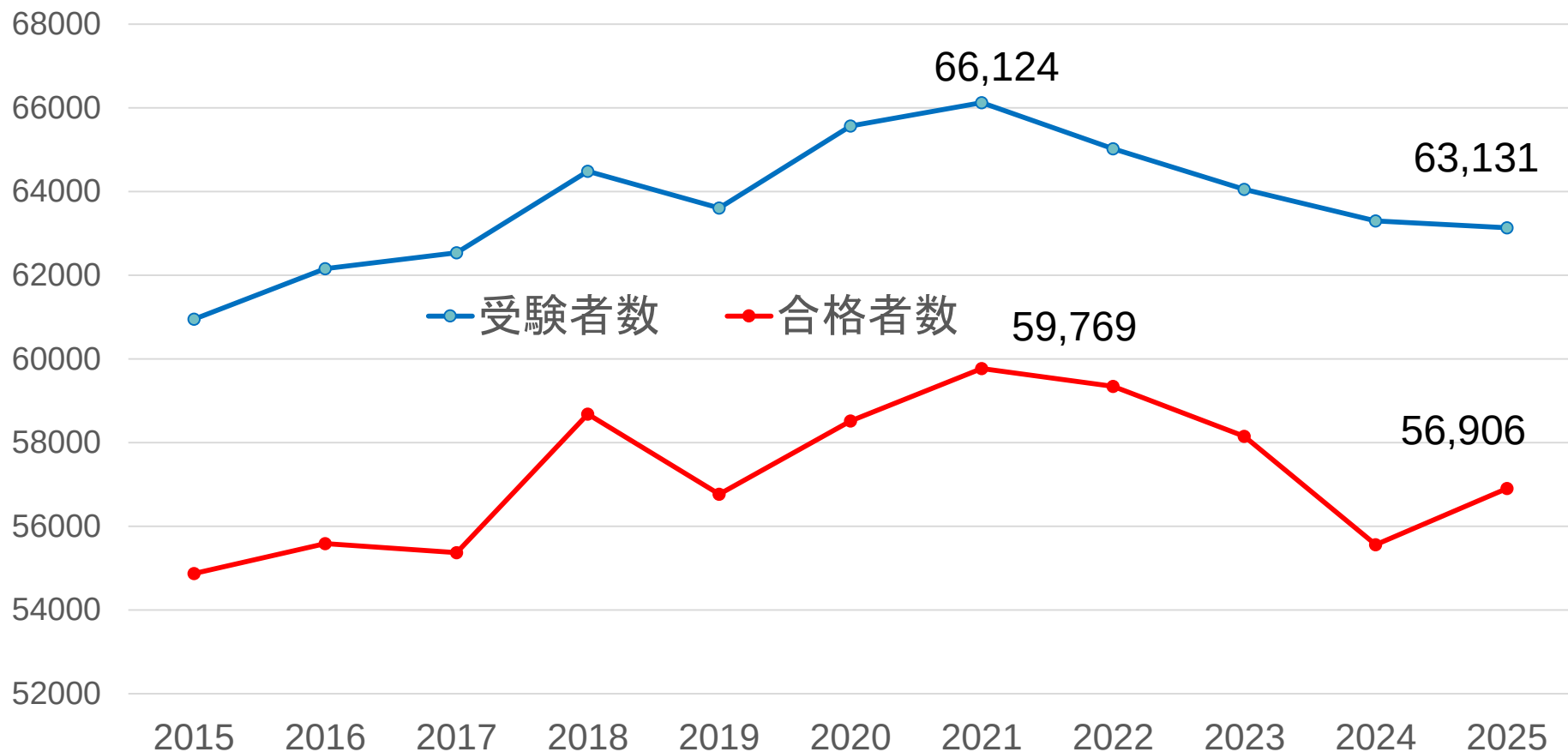
医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
00	全国	全国	255.6
0101	北海道	南渡島	205.5
0102	北海道	南檜山	139.0
0103	北海道	北渡島檜山	112.6
0104	北海道	札幌	282.4
0105	北海道	後志	205.9
0106	北海道	南空知	166.9
0107	北海道	中空知	195.1
0108	北海道	北空知	145.0
0109	北海道	西胆振	184.0
0110	北海道	東胆振	180.7
0111	北海道	日高	152.0
0112	北海道	上川中部	291.0
0113	北海道	上川北部	186.6
0114	北海道	富良野	135.3
0115	北海道	留萌	181.3
0116	北海道	宗谷	130.2
0117	北海道	北網	144.1
0118	北海道	遠紋	148.3
0119	北海道	十勝	192.8
0120	北海道	釧路	158.8
0121	北海道	根室	116.6
0201	青森県	津軽地域	253.2
0202	青森県	八戸地域	164.4
0203	青森県	青森地域	186.6
0204	青森県	西北五地域	126.3
0205	青森県	上十三地域	139.6
0206	青森県	下北地域	152.7
0301	岩手県	盛岡	244.6
0302	岩手県	岩手中部	135.4
0303	岩手県	胆江	144.9
0304	岩手県	両磐	151.1
0305	岩手県	気仙	144.1
0306	岩手県	釜石	107.8
0307	岩手県	宮古	134.5
0308	岩手県	久慈	142.4
0309	岩手県	二戸	200.9

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
0401	宮城県	仙南	169.7
0403	宮城県	仙台	288.8
0406	宮城県	大崎・栗原	172.6
0409	宮城県	石巻・登米・気仙沼	164.0
0501	秋田県	県北	142.0
0502	秋田県	県央	243.4
0503	秋田県	県南	159.6
0601	山形県	村山	237.4
0602	山形県	最上	120.0
0603	山形県	置賜	189.2
0604	山形県	庄内	162.8
0701	福島県	県北	266.1
0702	福島県	県中	188.3
0703	福島県	県南	162.7
0706	福島県	相双	155.5
0707	福島県	いわき	123.2
0708	福島県	会津・南会津	168.9
0801	茨城県	水戸	231.2
0802	茨城県	日立	140.3
0803	茨城県	常陸太田・ひたちなか	140.3
0804	茨城県	鹿行	137.2
0805	茨城県	土浦	184.4
0806	茨城県	つくば	337.7
0807	茨城県	取手・竜ヶ崎	173.3
0808	茨城県	筑西・下妻	153.0
0809	茨城県	古河・坂東	148.8
0901	栃木県	県北	171.2
0902	栃木県	県西	168.1
0903	栃木県	宇都宮	207.6
0904	栃木県	県東	207.0
0905	栃木県	県南	345.3
0906	栃木県	両毛	179.3

歯科大学(歯学部)数及び入学定員の推移



看護師国家試験 受験者数・合格者数推移



注：新卒だけでなく既卒を含めた全体の受験者数・合格者数である。

2024年に比べ2025年の受験者数が微減であったにもかかわらず合格者数が増加しているのは合格率が87.8%から90.1%に上昇したためである。

出典：厚生労働省「看護師国家試験の結果」

医薬制度調査会「医療制度改善方策」(1940年)の概要

※国家統制策が列挙。その大半は国民医療法(1942年)に盛り込まれた。

項目	内容
医療の普及	医療機関の偏在是正を図るため、医療過密地における開業制限 医師の勤務指定制度（厚生大臣が必要と認めるときは、免許取得後1年以内の医師に2年を限度として指定地の勤務を命じる） 無医地区に対する公営医療機関の設置 各種医療機関の整備統制 医療費に関する整理合理化（診療報酬規程の制定）、保険制度の拡充
医療内容の向上	学校教育期間中の実地修練制度（1年以内のインターン制度の導入）、診療科名の整理と新たな診療科名の創設 専門科名を標榜する場合の国家検定制度（一種の専門医制度）の創設 医業広告の制限（学位広告の禁止等）、医療内容の監督強化
医師会の改組	医師全員を強制加入させるとともに、会長は内閣任命として行政監督を強化する

一種の病床規制

法律上も規定された

法制化されるも実施されず。

産業組合による医療利用組合の先駆性

(厚生連の前身)

要は、医療資源を
集積し、ネットワーク
で繋ぐ(連携)する。

中樞病院と診療所配置の事例
(秋田医療利用購買組合)

1. 基本的な考え方

「地勢上、交通上1ブロックをなす地区の中心に、近代医学の粋を集めた完全なる総合病院を設置し、此處に多数の優秀なる人的要素を擁する。かくて之を「基地」として、此處より区域内僻地に支所として分院、診療所、出張所等を配置し、又はこれらを置くことの出来ない地域には、巡回診療班を派遣する」

(出典) 黒川泰一(1939)『保健政策と産業組合』167-168頁

2. 先駆性

- ・これは、偶然にも、1931年の国際連盟保健部による農村地区の医療制度の組織化の考え方と符合。
- ・また、戦後、WHOが開発途上国に対し勸奨した、3層制による地域医療確保構想の「先取り」。
- ・今日風に言えば、「コンパクト・アンド・ネットワーク」そのもの。

歴史の教訓

1. 医療資源が乏しくなると国家統制の議論が惹起。配給制と同じ。
それを防ぐには、プロフェッショナル・オートノミーの発揮が必須。
このことは特に診療科の偏在是正において肝要。
2. 勤務指定制の教訓は、日本で強制配置の立法があったことよりも、慎重な運用の配慮が行われていたこと。下記想定問答参照。
(問)勤務指定制度を設けたために将来医師志望者が減少するおそれがないか。
(答)勤務指定制度はたびたび申すように医師の適正な配置をするために、必要な場合に発令する途をひらいたもので、全医師に必ず指定するとか、無医村に配置する目的で設けたものではない。これを実施する結果は現在の医学校卒業者の就職斡旋方法の不合理をも是正できるし、また勤務指定を受けた者は将来安心して政府から就職の斡旋もしてもらえるほかに、総合病院等で診療の修練をする機会もあたえられるのであるから、この制度の趣旨がよく了解されたならば医師志望の減少などという現象は起こらないと思っている。
(出典)厚生研究所(1942)『国民医療法と医療団』研進社, 138頁。
3. 基幹的な病院や地域医療支援病院は、大学医局等と連携し医師不足地域の医師の派遣元としての役割を担うべきである。

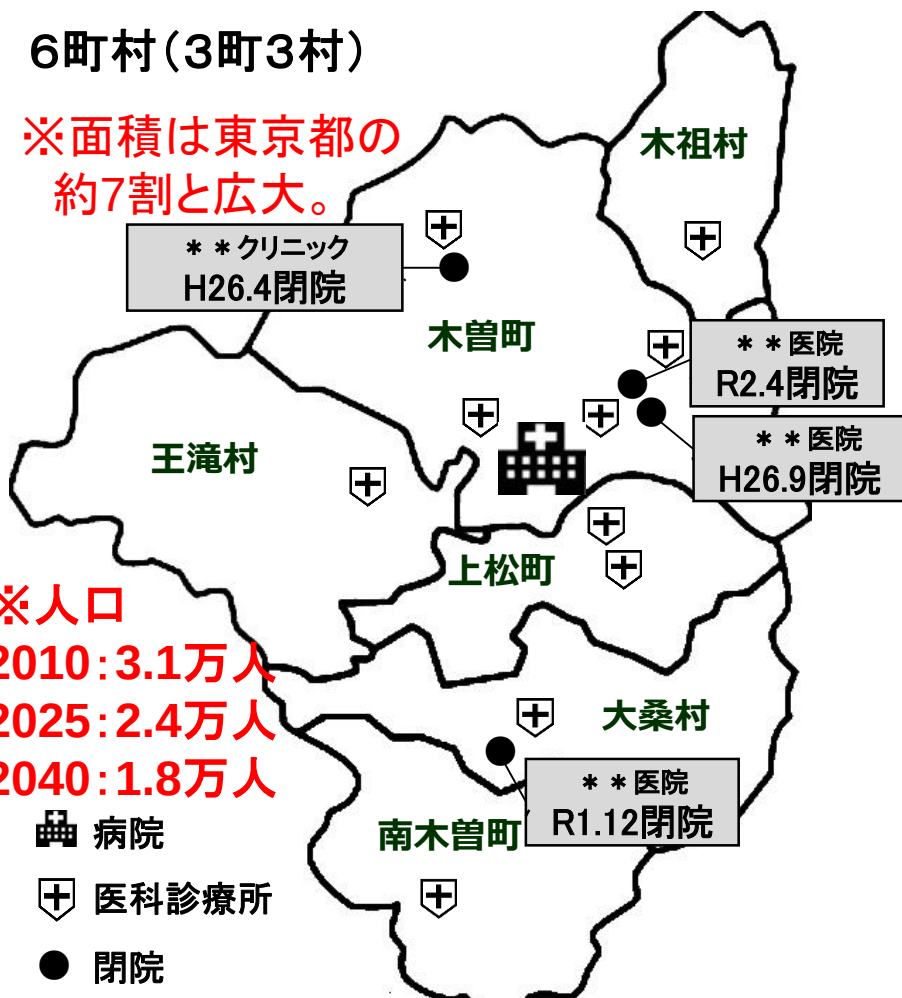
保険者拠出による経済的インセンティブの是非

1. 医師不足の地域の医師であれ、その人件費が診療報酬の対象であるのは事実。しかし、へき地など医療過疎地は医師だけでなく看護師等が不足している。また、患者数も減少かつ少なく不採算になる。
⇒国や自治体が補助金を交付するほか、地域医療総合確保基金(以下、基金)によって必要な措置が講じられてきた。また、現実問題として、公立病院が対応せざるを得ない場合が多いので、不採算部分を一般財源で補填するほか地方交付税で財源措置してきた歴史。
2. 診療報酬と一般財源の組合せによる対応は、いわば「先人の知恵」。
また、基金の創設は、島崎(2011)『日本の医療[初版]』377頁で主張。
保険者の拠出を求める前に、こうした公費財源による対策との関係を十分整理することが必要。さらに言えば、医師不足地域の医師に限定したインセンティブの付与の是非も議論の余地がある。関連経費を含め基金により対応するのがベストチョイスのように思われる。

木曽二次医療圏と長野県立木曽病院の実状

6町村(3町3村)

※面積は東京都の
約7割と広大。



R5木曽保健福祉事務所作成 一部修正

病院: 1施設

二次医療圏唯一の有床医療機関

259床(2015年)→149床(2024年)

診療機能は低下。ただし分娩機能有。

医科診療所: 10施設

この10年で4施設が閉院

新規開院なし

医科診療所管理者

平均年齢: 68.6歳 (2024年4月現在)

歯科診療所: 10施設

調剤薬局: 9施設

※うち8施設は電子処方箋対応

なし崩し的に縮小するのではなく、この地域で確保すべき医療は何か、“防御ライン”を決め、その費用を誰がいかに負担するのかの議論・合意が必要。

分娩 取り扱い困難に

県立木曽病院
来年4月から

松本、上伊那の医療機関と連携へ

木曽郡内で唯一、妊娠出産に対応している県立木曽病院（木曽町福島）が来年4月から、分娩の取り扱いが困難になるとの見通しを示した。帝王切開に必要な麻酔科医の確保ができなくなり、人口減で分娩数も少なくなっているため、現行の体制を維持できなくなった。病院は松本、上伊那の両地域と、岐阜県東濃地域の医療機関に分娩の協力を依頼し、連携を強化していく。

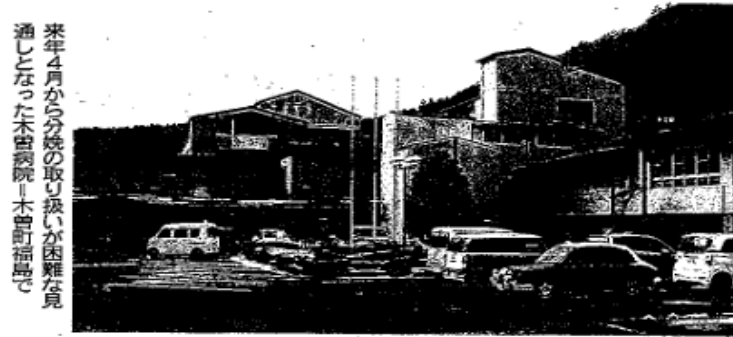
（阿部竹虎、稲熊美樹）

麻酔医の確保難や人口減少受け

木曽病院は現在、産科医2人と小児科医2人、麻酔科医1人が常勤し、分娩に対応している。全員が信州大医学部付属病院（松本市）から派遣されているが、麻酔科医は高齢で働き方改革なども背景に来年3月末を最後に常勤できなくなる見込み。木曽病院は求人活動をしているものの代わりの医師を確保できていない。同病院での分娩数は2019年度から毎年60～70件台で推移していたが、24年度は12月までで42件にとどまり、3月末時点で50件を下回る見通し。県によると、分娩を扱う医療機関は年間300件以上の分娩が経営上必要とされており、病院は医師数と分娩数のバランスを考慮して維持が困難と判断した。

性があるため、木曽広域消防本部の救急隊員を対象に、妊婦への対応方法を伝える研修会を実施する。一方、病院での妊婦健診や産後ケアは継続する。松本、大北の両地域には「出産・子育て安心ネットワーク協議会」があり、健診協力医療機関として参加、連携する。浜野英明院長は取材に「分娩は安全安心が一番で、残念ではあるが苦渋の決断をした。丁寧な説明を繰り返していく」と話した。病院と県は5日、木曽町内で開かれた木曽医療圏の地域医療構想調整会議で、郡内の全町村長や関係者に現状と今後の方針を伝えた。

伊那市の伊那中央病院は常勤の産科医と麻酔科医がそれぞれ6人いる体制で、23年度は帝王切開も含めて483件の分娩を取り扱った。木曽郡からの妊婦の受け入れは可能とし、担当者には取材に「十分対応できる。心配しないではない」と話した。



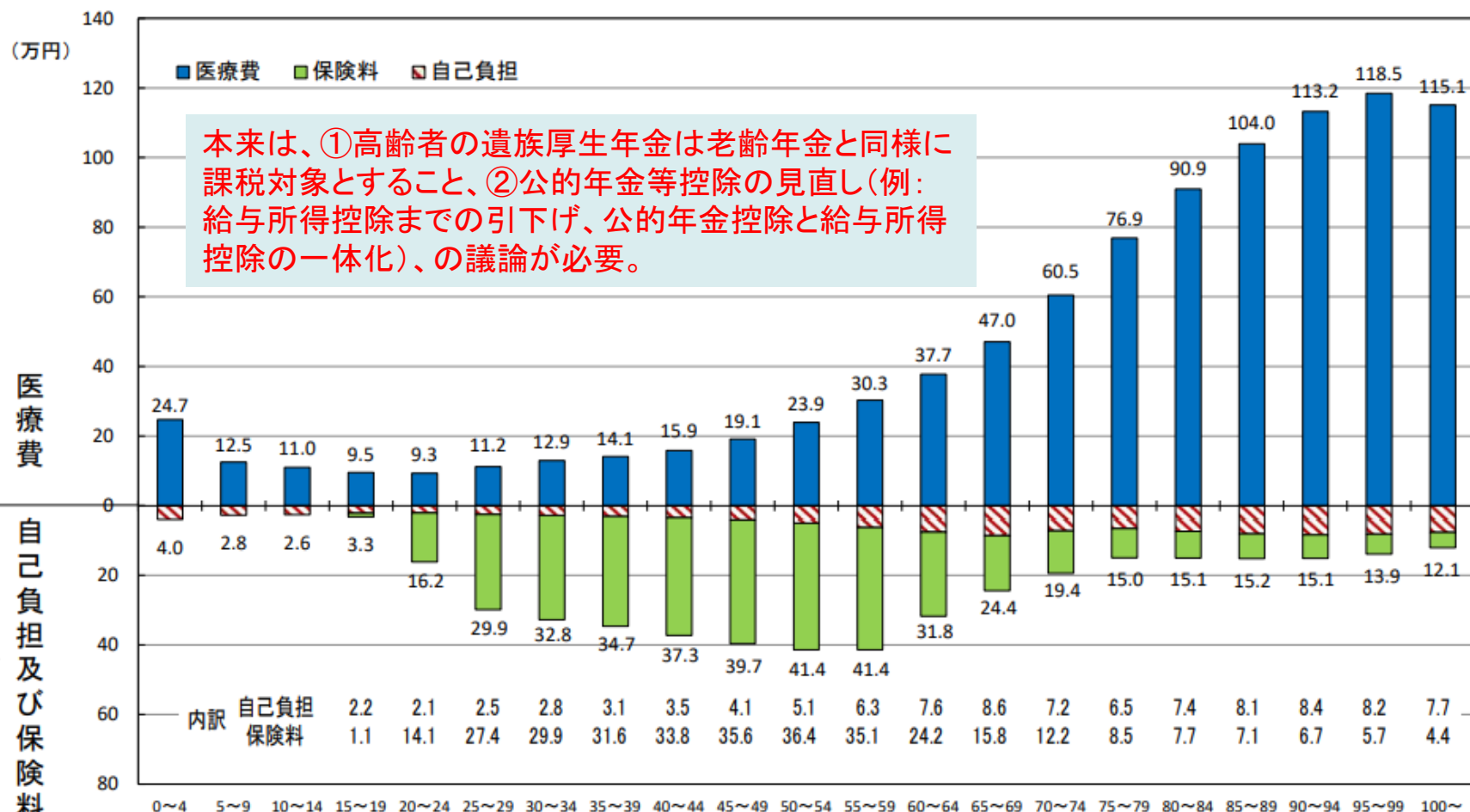
来年4月から分娩の取り扱いが困難な見通しとなった木曽病院＝木曽町福島で



木曽病院の資料から作成

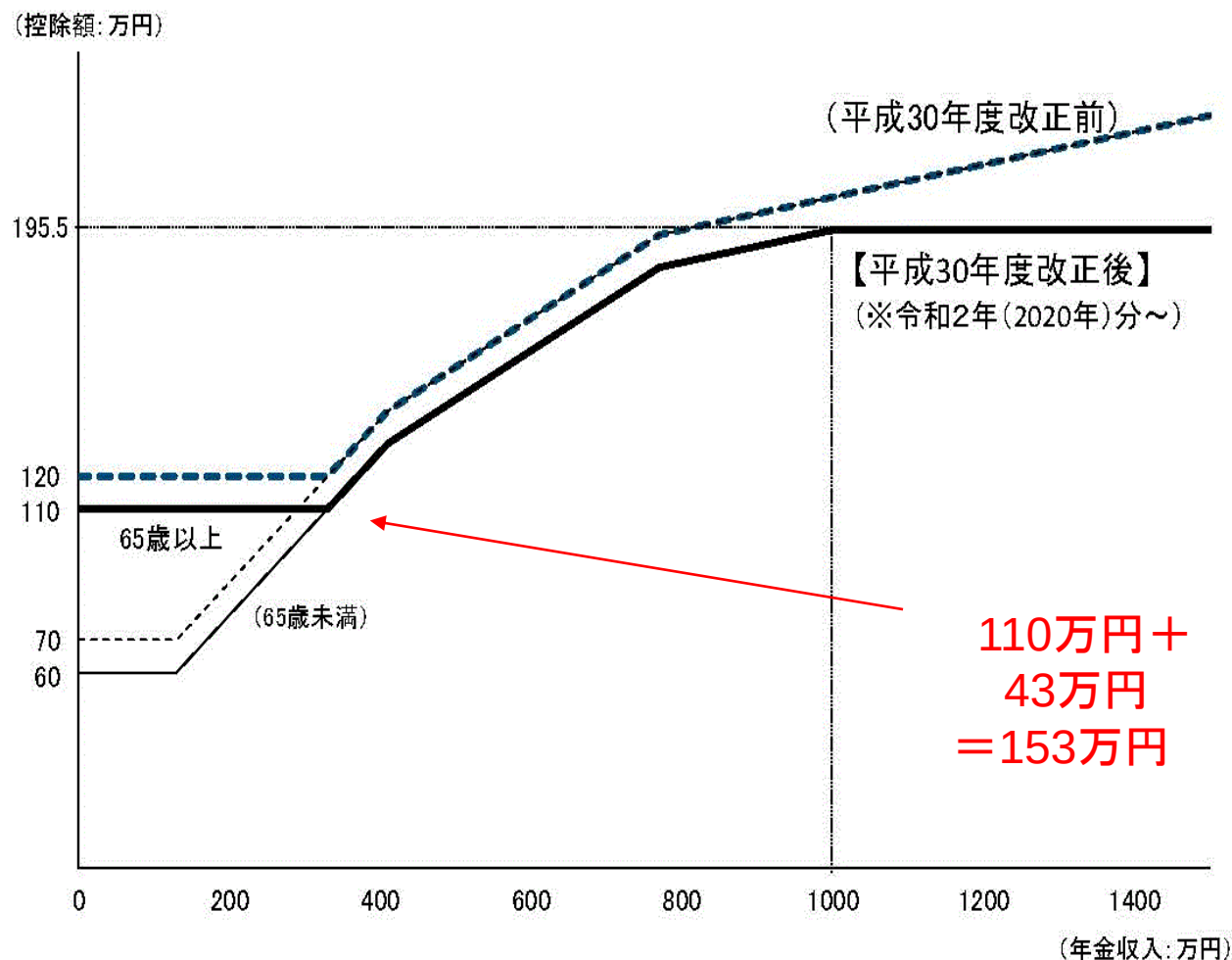
(3) ファイナンスの改革

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (令和3年度実績に基づく推計値)



- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 4. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

公的年金等控除の仕組み



公的年金等控除額

(平成30年度改正前)

〔①+②〕又は③の大きい額

①定額控除 50万円

②定率控除
(定額控除後の年金収入)

360万円までの部分 25%

720万円までの部分 15%

720万円を超える部分 5%

③最低保障額

65歳以上の者 120万円

65歳未満の者 70万円

【平成30年度改正後(令和2年分～)】

〔①+②〕又は③の大きい額

①定額控除 **40万円**

②定率控除
(**50万円**控除後の年金収入)

360万円までの部分 25%

720万円までの部分 15%

950万円までの部分 5%

③最低保障額

65歳以上の者 **110万円**

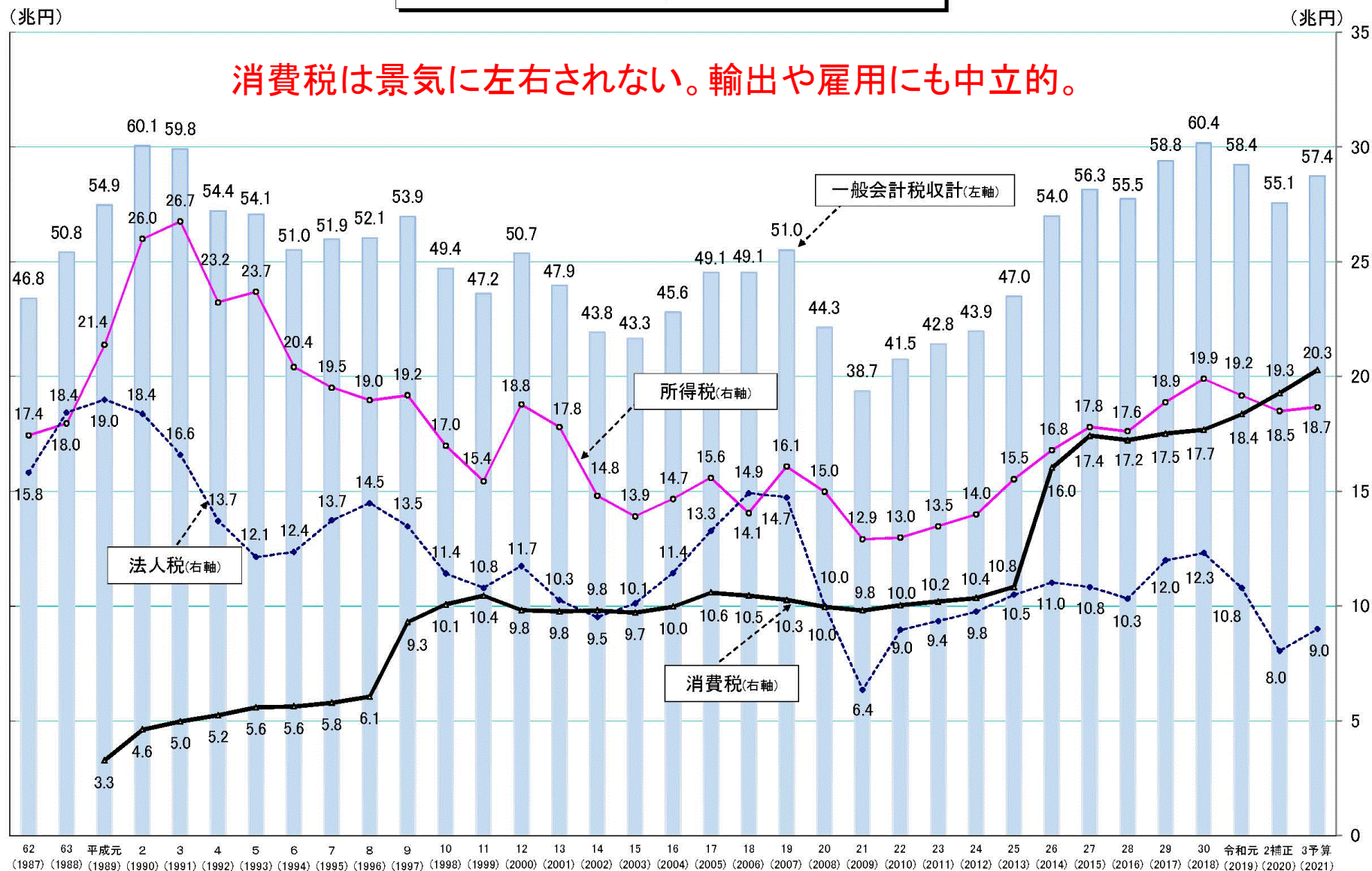
65歳未満の者 **60万円**

(注) 年金以外の所得が1,000万円超の者は10万円、2,000万円超の者は20万円、控除額を引き下げる。

【改正後】基礎控除を10万円引き上げる(給与所得控除・公的年金等控除から基礎控除への振替。)

一般会計税収の推移

消費税は景気に左右されない。輸出や雇用にも中立的。



出所:財務省HP

(年度)

(4) 「賃金・物価スライドによる 1点単価変動制」(私案)

病院経営は破綻寸前 地域医療崩壊の危機

病院医療は、地域社会の最も重要なインフラのひとつです。

しかし昨今の物価の高騰や賃金の急激な上昇局面の中、

多くの病院がいま深刻な経営危機に陥っています。

緊急要望

- 直近の病院の経営状況を考慮し、地域医療を守るため、緊急的な財政支援措置を講ずること。
- 病院の診療報酬について、物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組みを導入すること。
- 社会保障予算に関して、財政フレームの見直しを行い、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という取扱いを改めること。

令和7年3月12日

2か月経たずして、再度緊急声明

公益社団法人 日本医師会
一般社団法人 日本病院会
公益社団法人 全日本病院協会
一般社団法人 日本医療法人協会
公益社団法人 日本精神科病院協会
一般社団法人 日本慢性期医療協会
公益社団法人 全国自治体病院協議会

病院をはじめとする医療機関の経営状況は、現在著しく逼迫しており、賃金上昇と物価高騰、さらには日進月歩する医療の技術革新への対応ができない。このままでは人手不足に拍車がかかり、患者さんに適切な医療を提供できなくなるだけでなく、ある日突然、病院をはじめとした医療機関が地域からなくなってしまう。

まずは補助金による機動的な対応が必要だが、直近の賃金上昇と物価高騰を踏まえると、令和8年度診療報酬改定の前に期中改定での対応も必要であると考えます。

さらに令和8年度診療報酬改定に向けて、以下の2点を求める。

1.『高齢化の伸びの範囲内に抑制する』という社会保障予算の目安対応の廃止

賃金上昇と物価高騰等を踏まえ、財政フレームを見直して目安対応を廃止し、別次元の対応を求める。

2. 診療報酬等について、賃金・物価の上昇に応じて適切に対応する新たな仕組みの導入

医療業界でも他産業並みの賃上げができるよう、賃金・物価の上昇を反映できる仕組みの導入を求める。

【緊急調査】2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況

- 病院の経営状況は経年的に悪化し、2023年度には半数を超える病院が赤字に陥っていた。
- 2024年度診療報酬改定の影響を調べるため、6病院団体の会員を対象に2024年度改定後の病院の経営状況についての緊急調査を実施した。1,816病院から回答を得た。

【結果概要】

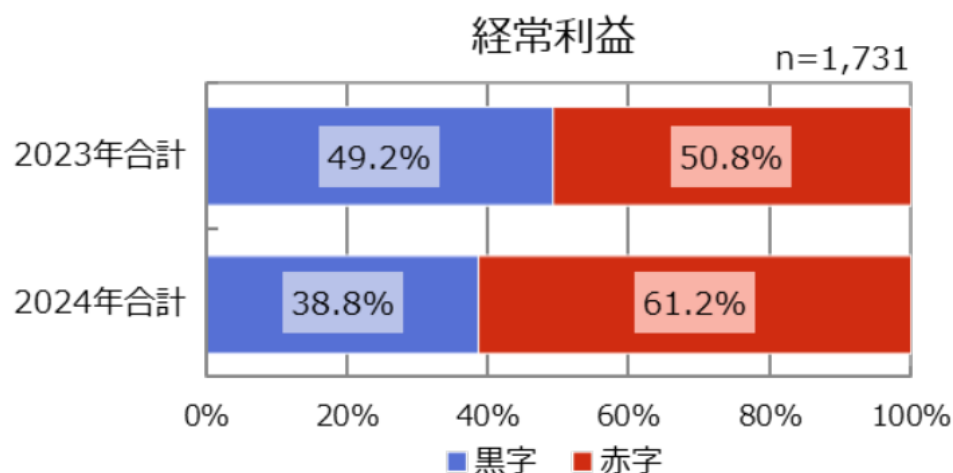
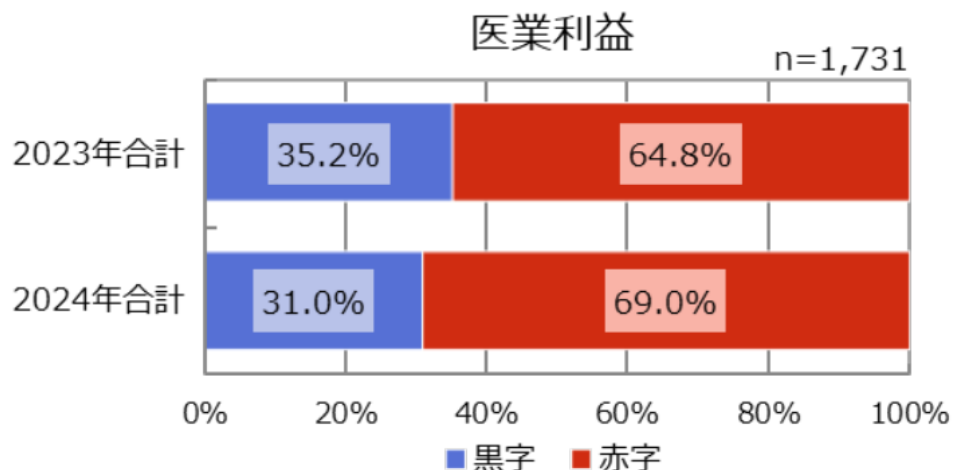
- 2024年診療報酬改定後、病床利用率は上昇傾向にあるものの、医業利益率、経常利益率は悪化傾向が認められた。
- 医業利益の赤字病院割合は69%まで増加、経常利益の赤字病院割合は61%まで増加した。
- 2023年度WAM(福祉医療機構)データの債務償還年数の分析では半数の病院が破綻懸念先と判断される30年を超えていた。

【要望】

- 病院経営は危機的状況であり、病院の診療報酬について、物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組みが必要。
- そのために、社会保障予算に関するの財政フレームの見直しを行い、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という取扱いを改めることが必要。

【緊急調査】2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況 ＜医業利益・経常利益 黒字・赤字割合＞

- 医業利益・経常利益ともに2024年度は赤字病院割合が増加している



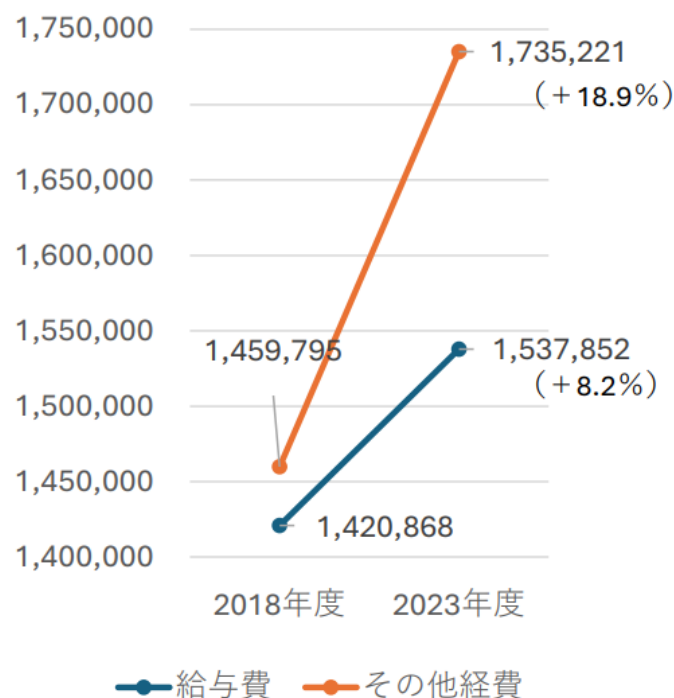
2018年度／2023年度合計 経費の変化・その他経費の内訳

2024年度病院経営定期調査【3病院団体合同調査】より再掲

- 2018年と2023年の経費の変化は、給与費よりも**その他経費の増加**が大きい。
- その他経費の内訳では、診療報酬では償還されない**委託費、水道光熱費などの経費が増えており、控除対象外消費税は約50%増加**している。

100床あたりの平均(単位:千円)

5年間の経費の変化



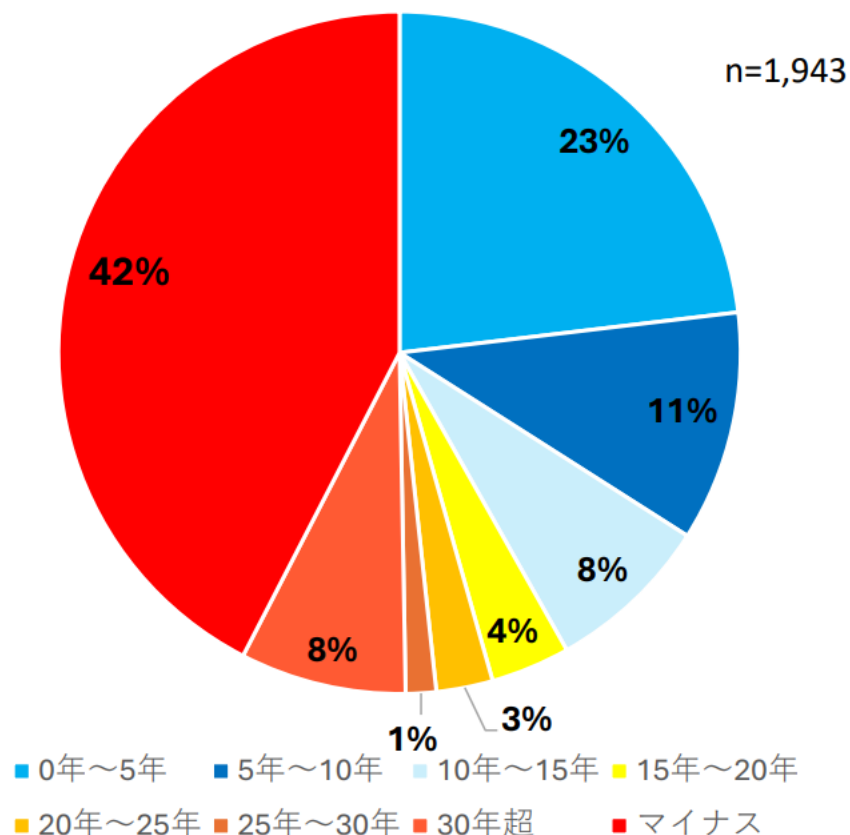
100床あたりの平均(単位:千円)

その他 経費 内訳

	2018年度	2023年度	増加率
医薬品費	482,158	615,312	27.6%増
診療材料費	306,855	351,077	14.4%増
委託費	190,309	232,547	22.2%増
経費(水道光熱費等)	139,709	158,707	13.6%増
控除対象外消費税等負担額	30,367	45,209	48.9%増

債務償還年数(借入を返済するまでに必要な年数)

独立行政法人 WAM(福祉医療機構)より提供



<病院の状況>

2023年度において、債務償還年数30年超及びマイナスの病院が50%となっており、一般的に破綻懸念先とされる30年超の病院が半数を占めていることになる。

※一般的には5年から10年程度といわれる。

※債務償還年数 = $\frac{[(\text{短期借入金} + \text{1年以内返済予定長期借入金} + \text{1年以内返済予定リース債務} + \text{長期借入金} + \text{リース債務}) - \{(\text{事業未収金} + \text{たな卸資産}) - (\text{買掛金} + \text{支払手形})\}]{(経常利益(コロナ関連補助金は除く) - \text{収益関係税金} + \text{減価償却})}$

※マイナスとは、債務償還原資(経常利益－収益関係税金＋減価償却)が赤字の場合

令和6年度診療報酬改定と賃上げについて ～ 今考えていただきたいこと（病院・医科診療所の場合）～

令和6年2月15日

厚生労働省保険局医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

診療報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬 +0.88% (国費800億円程度 (令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2～4を除く改定分 +0.46%

各科改定率	医科 +0.52%
	歯科 +0.57%
	調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む。

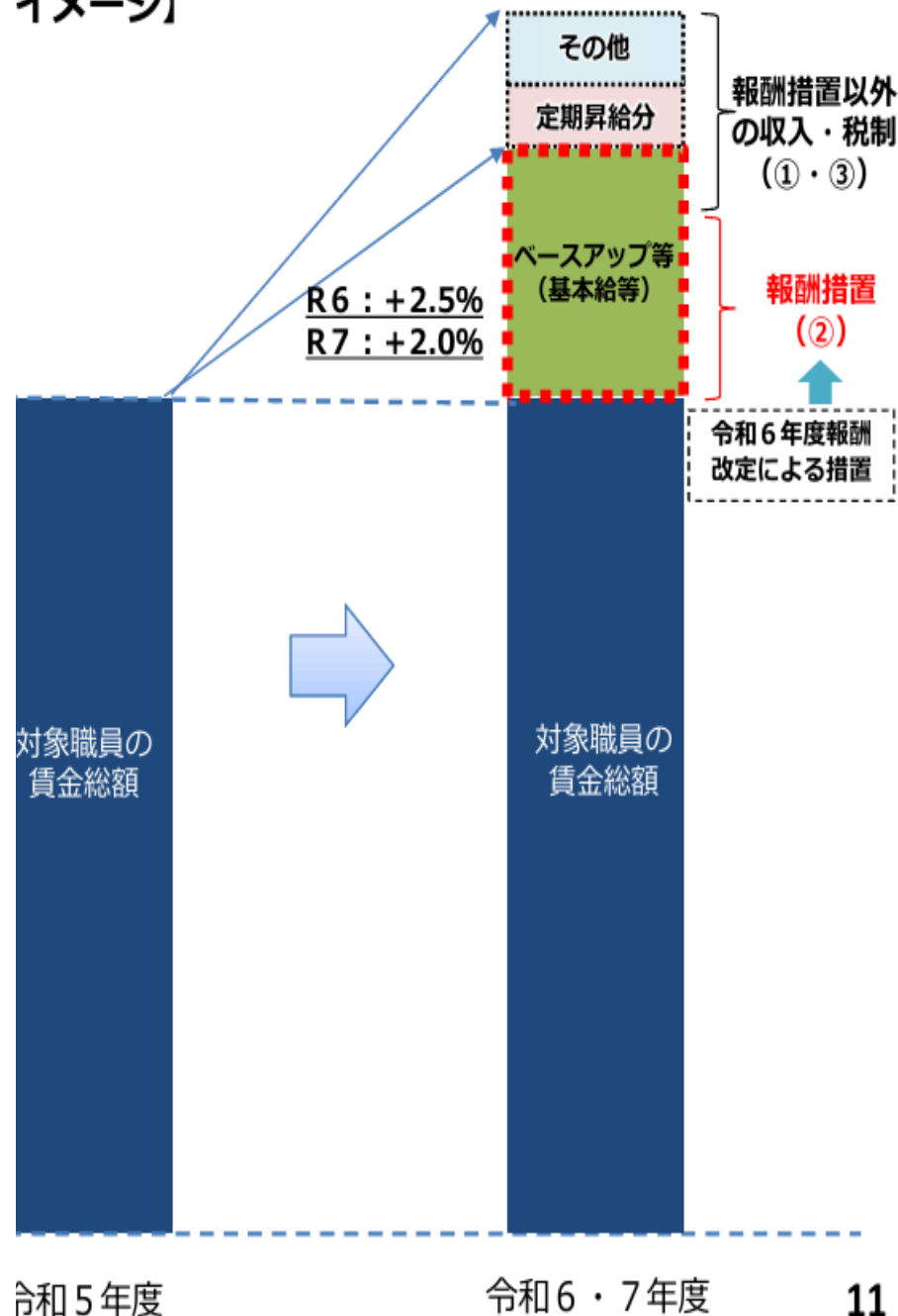
※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種 (上記※1を除く) について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ (1食当たり30円) の対応 (うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10~20円) +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

(注) 令和6年6月施行

イメージ]



(例) 政府目標を踏まえたモデルケース

【例：年間の給与総額が1億円であった場合】

(パターン1)

令和6年度にまとめて引き上げを行う配分方法

$$(2.5\% + (2.5\% + 2.0\%)) \div 2 = +3.5\%$$

(政府目標/2年間)

ベースアップ評価料
以外の部分

+α

230万円

230万円

230万円

令和6年度

令和7年度

(パターン2)

2年間で段階的に引き上げを行う配分方法

診療報酬分

$$2.5\% + 2.0\% = +4.5\%$$

(政府目標)

+2.0%
(政府目標)

+2.5%
(政府目標)

ベースアップ評価料
以外の部分

繰り越し

ベースアップ評価料
以外の部分

+γ

令和6年度からの繰り越し分

65万円

230万円 - 165万円 = 65万円
を次年度に繰り越し可能。

令和6年度の賃金引き上げ
に充てる診療報酬分を
165万円とする

230万円

230万円

令和6年度

令和7年度



ベースアップ評価料による賃上げの対象とならない職種についても、引き上げられた初再診料等や入院基本料等を活用して、同様の考え方で政府目標の達成を目指して頂きますようお願いいたします。

診療報酬改定・疑義解釈事務連絡 その1 (2024年3月28日)

(別添2)

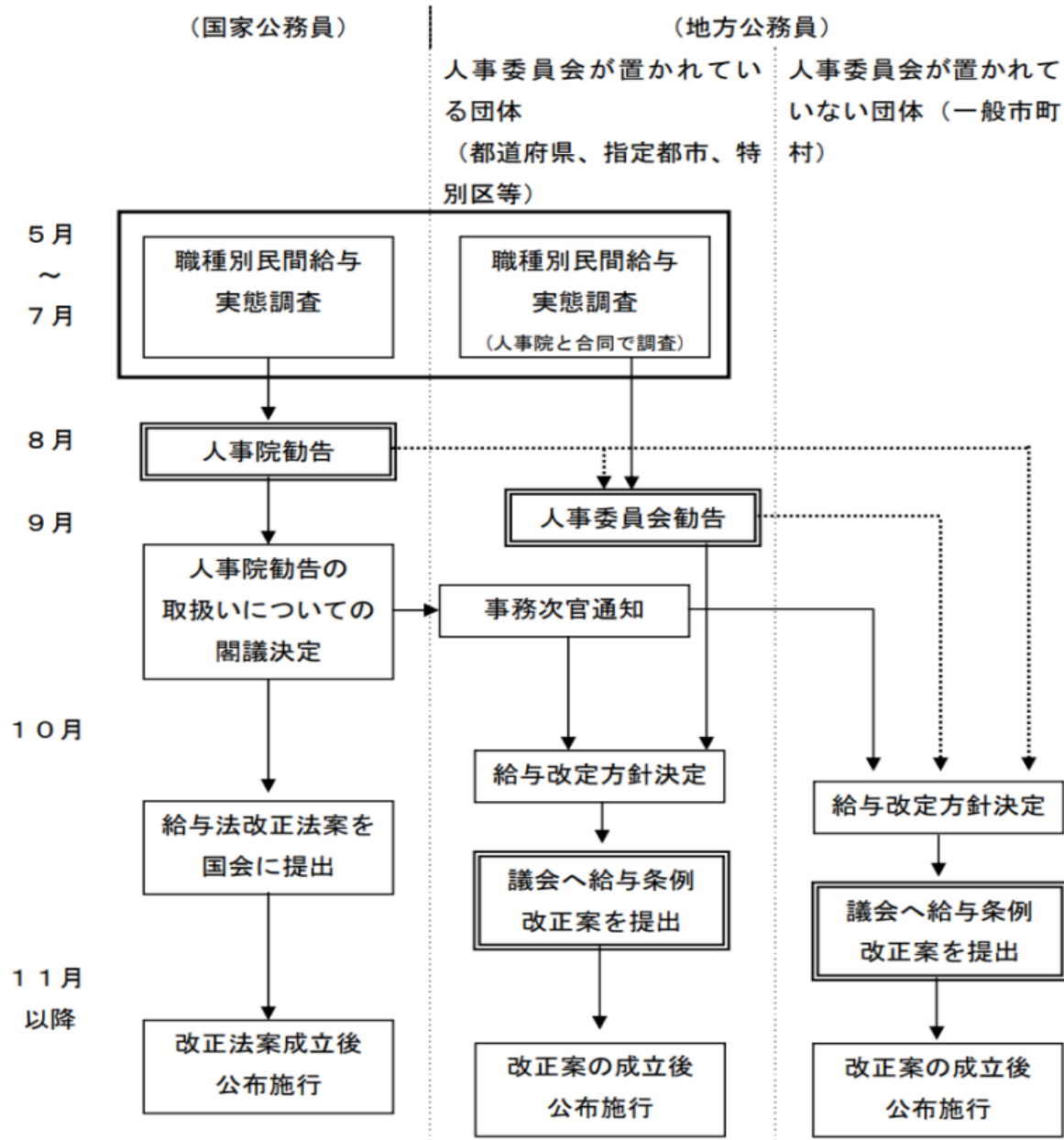
看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

問6 ベースアップ評価料において、賃金の改善については、算定開始月から実施する必要があるか。

(答) 原則算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては実施する必要がある。なお、令和6年4月より賃金の改善を行った保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。

ただし、届出時点において「賃金改善計画書」の作成を行っているものの、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、令和6年12月までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができる。

人事院勧告と給与改定の仕組み



■ 本年の給与改定(勧告)

民間給与の状況を反映して、約30年ぶりとなる高水準のベースアップ

月例給

[本年4月分の民間給与を調査して官民比較] 【令和6年4月実施】

✓ 官民較差: 11,183円(2.76%)

- 採用市場での競争力向上のため、初任給を大幅に引上げ

給与制度のアップデートの先行実施

【総合職(大卒)】230,000円(+14.6%[+29,300円]) 【一般職(大卒)】220,000円(+12.1%[+23,800円])

【一般職(高卒)】188,000円(+12.8%[+21,400円])

- 若年層に特に重点を置きつつ、全ての職員を対象に全俸給表を引上げ改定

※ おおむね30歳台後半までの職員に重点を置いて改定

行政職俸給表(一)の平均改定率は、1級[係員] 11.1%、2級[主任等] 7.6%、全体 3.0%

※ 官民較差はいわゆる「ベア」に相当。モデル試算した定期昇給分を加えると、月収で約4.4%の給与改善

定昇込みだと4.4%

ボーナス

[直近1年間(昨年8月～本年7月)の民間の支給状況を調査して官民比較] 【令和6年4月実施】

✓ 年間 4.50 月分 → 4.60 月分 期末手当及び勤勉手当の支給月数をともに0.05月分引上げ

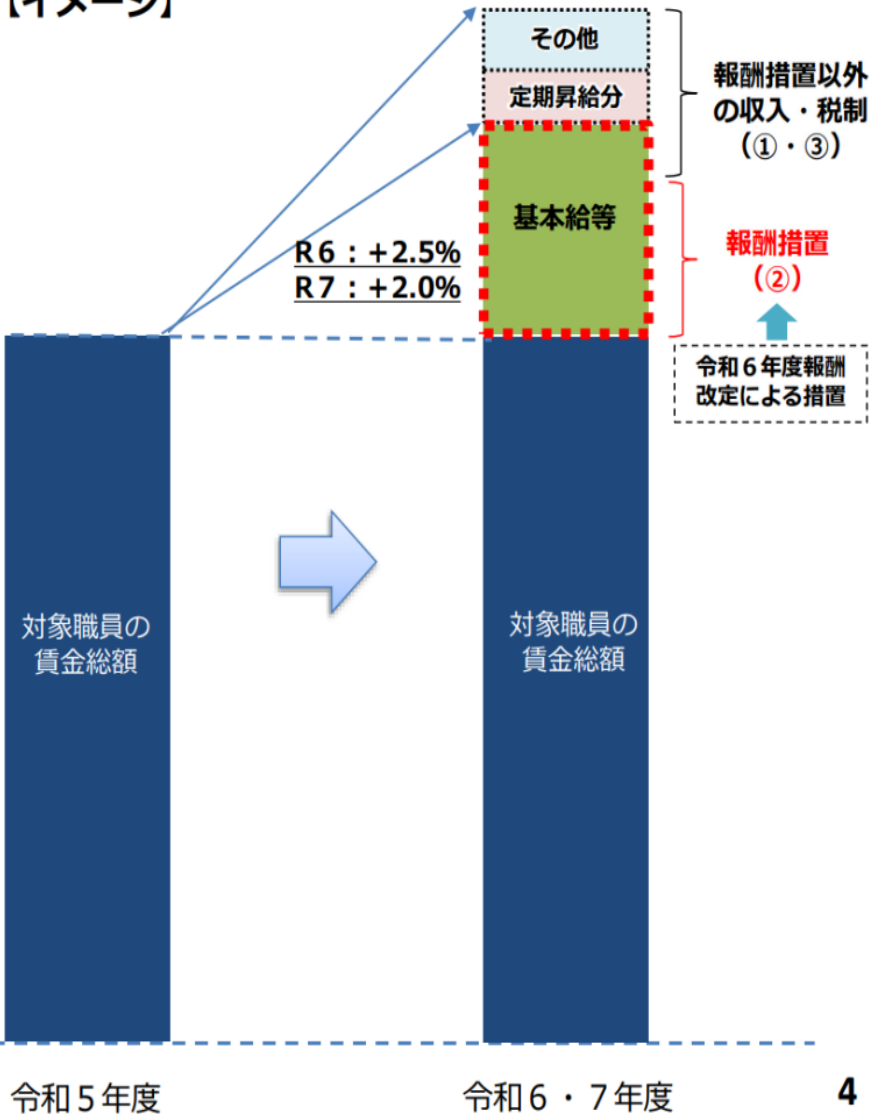
寒冷地手当

【手当額改定: 令和6年4月実施、支給地域改定: 令和7年4月実施】

✓ 民間の同種手当の支給額を踏まえ、月額を11.3%引上げ。新たな気象データに基づき、支給地域を改定

人事院勧告の影響

【イメージ】

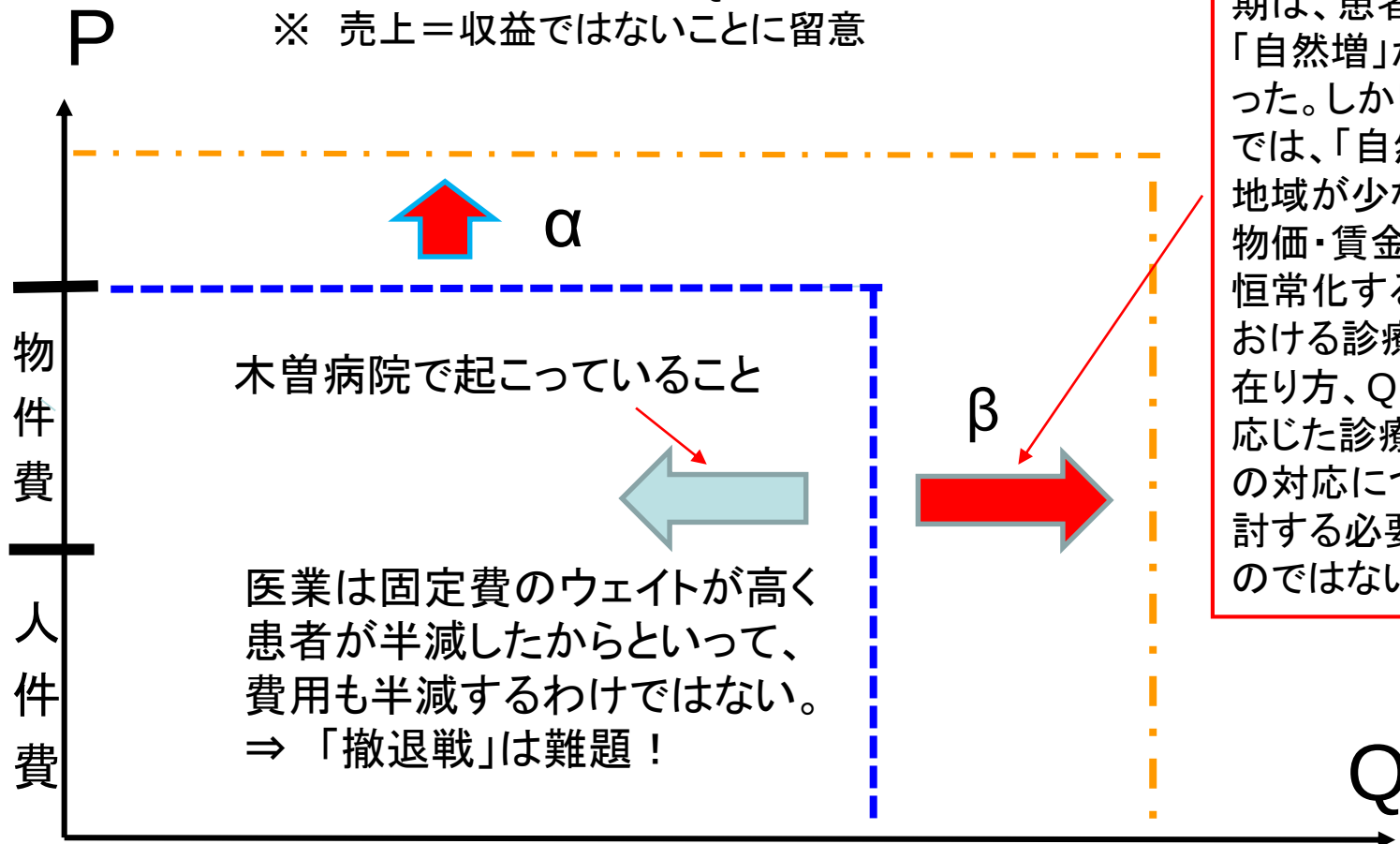


1. ベアと診療報酬改定等の関係
 - ※ 厚労省は、基本給等のアップ分は診療報酬で賄われるとは言っていない。
 - しかし、利益剰余金はベアに充てるべきものではない。また、公立病院等は法人税非課税のため賃上げ促進税制の恩恵なし。
2. 人事院勧告(2024年8月9日)の概要
 - ・ベースアップ分 **2.76%**
 - ※ 若手が多い職場はもっと高くなる
 - ・ボーナス 4.6カ月(対前年0.1月増)
 - ・定昇込み賃上げ率 4.4%
3. 公立病院への人件費の“持ち出し”は相当多額に及ぶ。
 - ・人事院勧告と診療報酬の乖離分
 - ・診療報酬改定月と給与改定月の差分
 - ・賃上げ促進税制の恩恵なし分
 - ・40歳以上医師分など。
 - ・定期昇給分その他
4. 民間医療機関も看過できないはず。

(参考) 診療報酬の物価・人件費スライド制

売上高は、 $P(\text{単価}) \times Q(\text{量})$ で決まる

※ 売上＝収益ではないことに留意



かつての高度成長期は、患者増など「自然増」が大きかった。しかし、今日では、「自然減」の地域が少なくない。物価・賃金上昇が恒常化する時代における診療報酬の在り方、Qの内容に応じた診療報酬等の対応について検討する必要があるのではないか。

日本の1点単価固定制

本来、点数は医療行為の難易度等に伴う相対的な指標であり、1点単価は物価・賃金水準を反映した経済的指標。米国のメディケアのパートB（医師診療部分）のRBRVS（Resources-Based Relative-Value Scale）では、相対評価要素（医師の医療密度・時間、診療費用等）に変換係数（わが国の1点単価に相当）を乗じ診療報酬を算定する仕組み。韓国も2001年に1点単価変動制に移行。しかし、日本では1958年に新医療費体系が制定されて以来、1点単価は10円で固定。考えられる理由は、①端数がつくと一部負担金の計算が面倒、②経済成長率に連動した総額予算制に対する医療界等の警戒心、③点数操作を通じた政策誘導の裁量性の確保。

（参考）

新医療費体系導入時に1点単価固定制が採用された理由について、大村潤四郎（新医療費体系創設時の厚生技官）は、「点数単価式というのは非常に複雑だという考えが、ことに時の保険局長の高田正巳さんなんか『単価は10円、いいな、簡単で...』。そういう調子で、（中略）、単価を10円にして固定しよう、そういうような空気でした。それまでの考え方では点数は医療行為間のバランスを、単価は物価や賃金を反映した経済価値を表したんだけれども、それを簡単に料金表にしてしまった。」と述べている。小山路男『戦後医療保障の証言』（総合労働研究所、1985年）175頁。

物価・賃金スライドによる1点単価変動制(私案)

1. 薬剤費を除く、医業費用を人件費分と物件費分(人件費以外)に大別し、人件費分と物件費分の比率は直近の数字を用いる。制度スタート時の1点単価10円を人件費分と物件費分に分ける(例:人件費分5.7円、物件費分4.3円)。
2. 人件費分は毎年適切な賃金上昇率、物件費分は消費者物価指数(CPI)で伸ばし、毎年の1点単価を算出する。
3. 通常の診療報酬改定が行われない年度は、各点数はそのままとし、2で算出された1点単価を乗じて診療報酬を算定する。
4. 通常の改定年度の診療報酬改定は、基本的にこれまでと同様の手法で行うが、その際、賃金の引上げ状況を含め医業経営の実態を検証し改定率を設定する。

(注) これは多くの論点があり、あくまで「たたき台」である。

医師会等の反応と所見

第158回日医臨時代議員会における質疑 出典:メディファクス等

1. 加藤雅通代議員(愛知)

質問:「物価動向に応じて1点単価をスライドさせてはどうか」

(城守常任理事)「1点単価スライド制を導入すると、デフレになったり他の変動要因が生じたときに、単価を容易に変えられることになってしまう」

(松本会長)「これは功罪半ばする難しい問題。病院と診療所、地域間、診療科間で点数が変わり得るなど、診療報酬の根幹に関わる問題だ」

2. 橋本寛代議員(兵庫)

質問:「診療報酬単価を物価・賃上げでスライドさせ毎年改定する案も提唱されているが、見解如何」

(茂松副会長)「1点単価を物価等でスライドさせるという案は考えるに値するとは思いますが、デフレになった場合の問題等もあり慎重に考えるべきだ」

【島崎コメント】

予想どおりの反応だが、医師会や病院団体が考える「物価・賃金の上昇に対応できる適切な仕組み」とは何なのかを示すことが必要。

なお、私は Qについては、ゼロでよいとも、放置してよいとも言っていない！
増収減益ということもあり得る。Qの内容に応じた精査と議論が必要。

社会保障関係費に関する「骨太の方針2025」原案と閣議決定の記述

〈6月6日 原案時点〉

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¹⁷⁹。

注179 社会保障関係費については、医療・介護等の現場の厳しい現状を踏まえ、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、令和7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を踏まえながら、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。高齢化や高度化等による増加分に、こうした経済・物価動向等を踏まえた対応による増加分を加えた、いわゆる自然増から、これまでの歳出改革努力を継続する。

〈6月13日 閣議決定〉

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。

注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。

今後の厳しい道のりと憂慮

1. 診療報酬のプラス改定は社会保険料の引上げ要因であるが、政治的には、社会保険料の増加の抑制が強い訴求力。その象徴は、日本維新の会の社会保険料4兆円減の要求。これを振り払うこと自体大変。
2. 政府も、こども未来戦略（閣議決定）において、社会保険料（医療・介護）の上昇の極力抑制が明記。
3. 社会保険料の抑制材料があるか？ できそうなものはほとんどやってしまったのが実状。高額療養費の限度額の引上げも頓挫。税金で代替（税金引上げ）も至難。必要な給付を賄うためには負担は不可欠。

まとめ

1. 社会経済が「右肩下り」になれば、1961年から73年にかけて生じた給付拡充と逆の議論(①全員加入の再考、②給付範囲の縮小、③給付率の引下げ)が起こり得る。ただし、安易に「給付外し」や混合診療全面解禁等を行うと、私的負担にシフトするだけで、(統制が外れることにより)かえって実質的な負担が増えるといったことが生じ得る。
2. WHOによるUHCの立方体の図ではデリバリーが考慮されていないが、医療分野でより危惧されるのは、必要な人材が確保できなくなること。医療機関の再編や効率化の努力等は必要であるが、物価・賃金の上昇に対応した診療報酬の在り方の検討が必要。私案は数多くの論点があることは承知しつつ、その議論の一助となるよう提示したもの。
3. 国民皆保険は空気や水のように“当たり前”の存在となっているが、寄木細工のように微妙なバランスによって成り立っている構造物である。給付と負担のバランスに関する認識や熟慮を欠き、保険料の引下げや減税など国民受けする“選挙向け公約合戦”が横行することは憂慮すべき事態。
4. 「自覚者は責任者である」(糸賀一雄)という言葉がある。それぞれ自らの責任・役割を果たし、国民皆保険を維持・継承することは、自分達のためだけでなく、次世代に対する我々の社会的責任である。