

国民皆保険の危機はどこから訪れるのか

国際医療福祉大学大学院教授 島崎謙治

shmazaki-kenji@ihwg.jp

本日の講演の内容

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国民皆保険が形骸化することである。実は、その端緒はいろいろなところで見られる。

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。

I . 構造

「国民皆保険の堅持」と言うけれど・・・

【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？

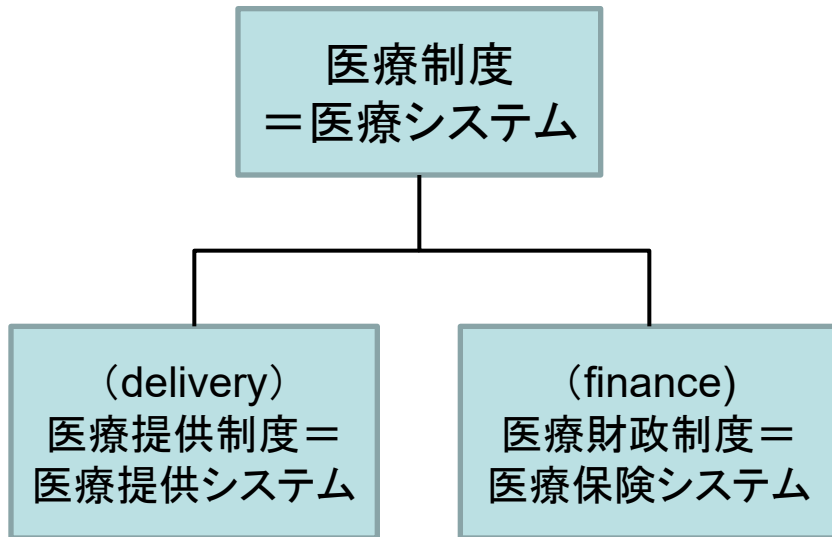
【質問2】

「保険あって医療なし」の状態でも国民皆保険と言えるか？

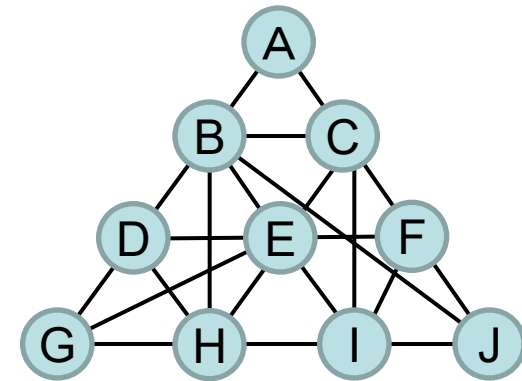
【質問3】

「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。

医療分野についての国際比較（2023年）

一人当たり医療費や、総医療費の対GDP比は、高齢化率は際だって高いにもかかわらず、米国やヨーロッパ4国と比較して高くはなっていない。医療提供体制については、人口当たりの病床数が多く、病床あたりの医療職員数が少ない。また、平均在院日数が長く、外来診察回数も多い。

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
一人当たり医療費（米ドル）	13,818	6,412	9,301	6,848	7,364	5,619
総医療費の対GDP比（%）	16.7	11.0	11.7	11.5	11.3	10.7
人口千人当たり総病床数	2.8 ^{※3}	2.4	7.7	5.4	1.9	12.5
人口千人当たり臨床医師数	2.7 ^{※3}	3.4	4.7	3.9	4.5 ^{※3}	2.7 ^{※3}
病床百床当たり臨床医師数	98.9 ^{※3}	138.5	60.8	72.1	235.5 ^{※3}	21.0 ^{※3}
人口千人当たり臨床看護職員数	12.4 [#]	9.1	12.3	9.6 ^{#※2}	11.0	12.2 ^{※3}
病床百床当たり臨床看護職員数	438.2 ^{#※3}	374.9	159.8	171.8 ^{#※2}	577.4 ^{※3}	96.8 ^{※3}
平均在院日数	6.6 ^{※3}	8.3	9.0	9.1	5.5	26.3
平均在院日数（急性期）	6.0 ^{※3}	7.5	7.5	5.5	5.3	15.7
人口一人当たり外来診察回数	3.5 ^{※3}	5.0 ^{※1}	9.7	5.4	2.4	12.1 ^{※3}

出典：「OECD Data Explorer」（2026年2月13日閲覧）

注1：「※1」は2009年、「※2」は2021年、「※3」は2022年。注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3：「一人当たり医療費（米ドル）」は、購買力平価である。注4：「病床百床当たり臨床医師数」は、臨床医師数を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

注5：「病床百床当たり臨床看護職員数」は、臨床看護職員数（アメリカ、フランスは研究機関等で勤務する職員を含む）を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

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をはじめ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。

※ 2020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）

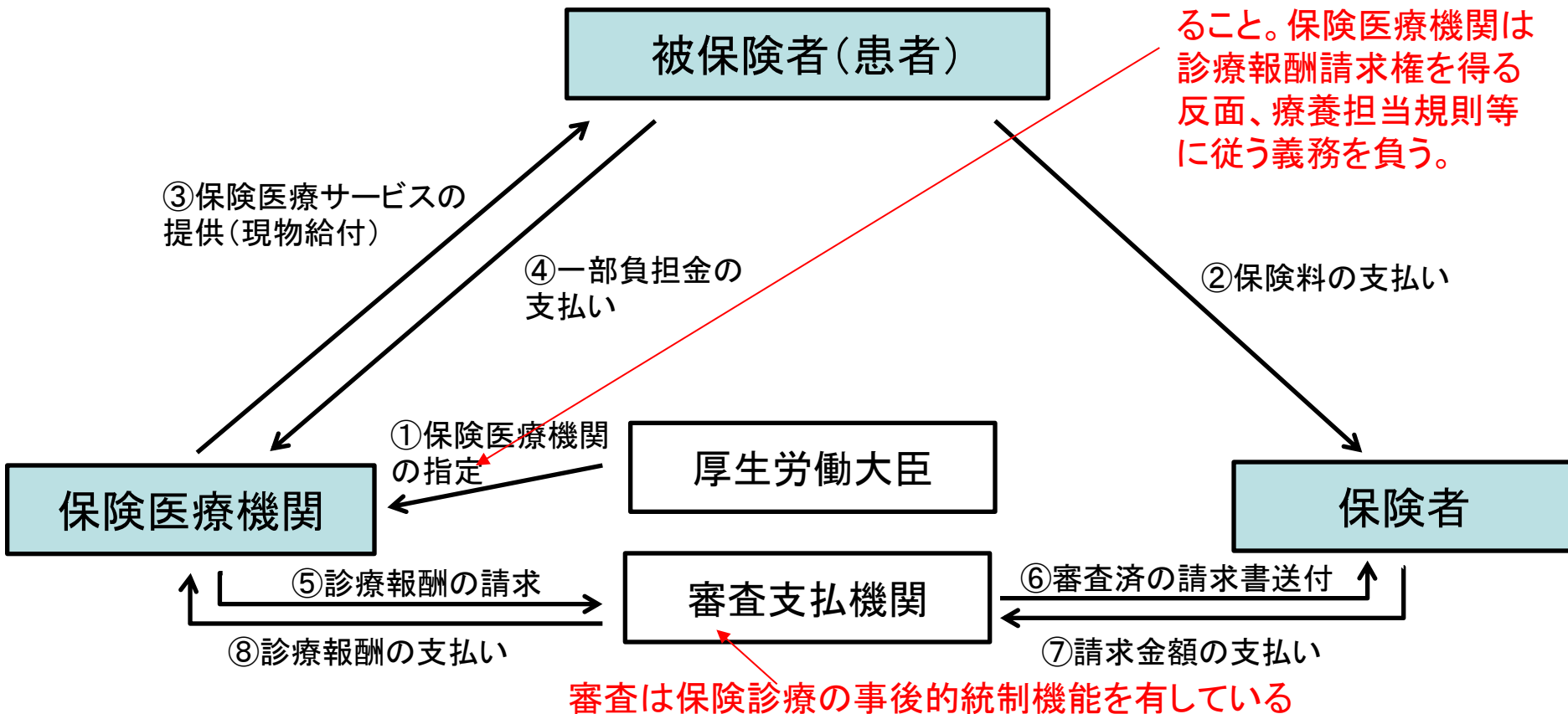
- 被用者保険と地域保険の二本立てにより国民すべてを社会保険でカバー。
(沿革)

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。

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。

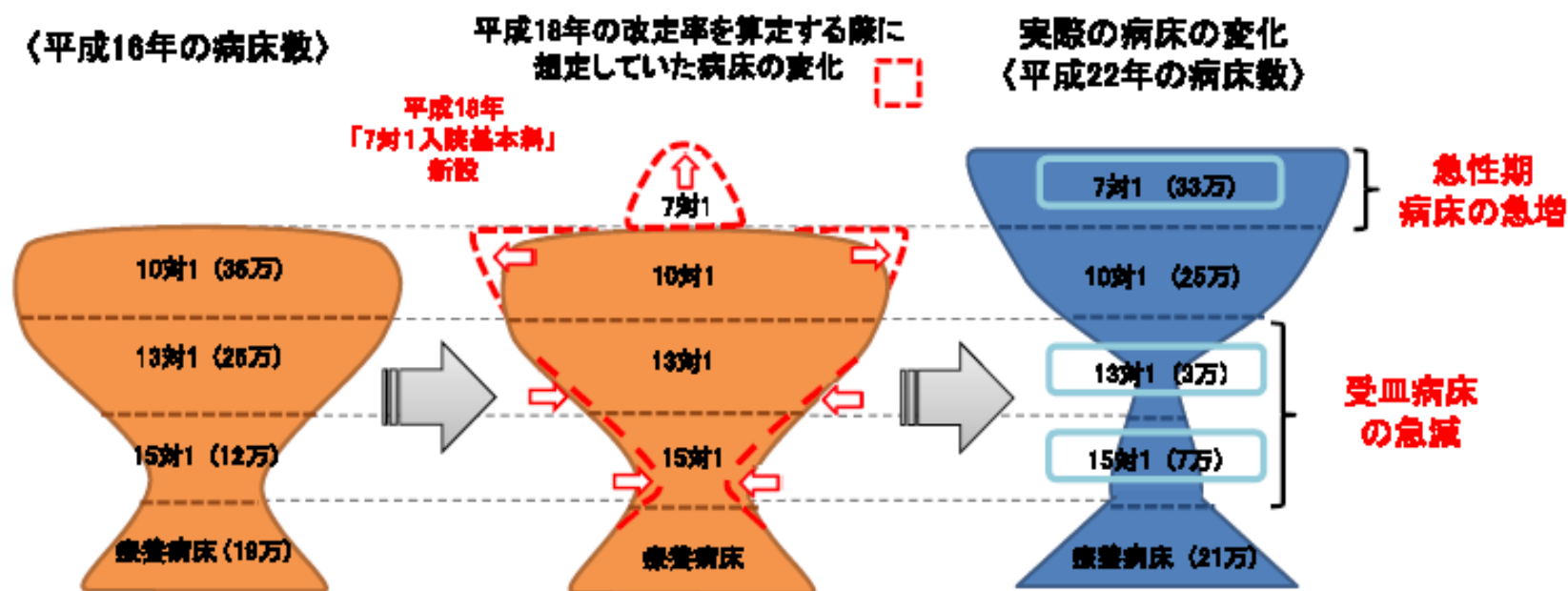
診療報酬の政策誘導機能の意義と限界

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)。



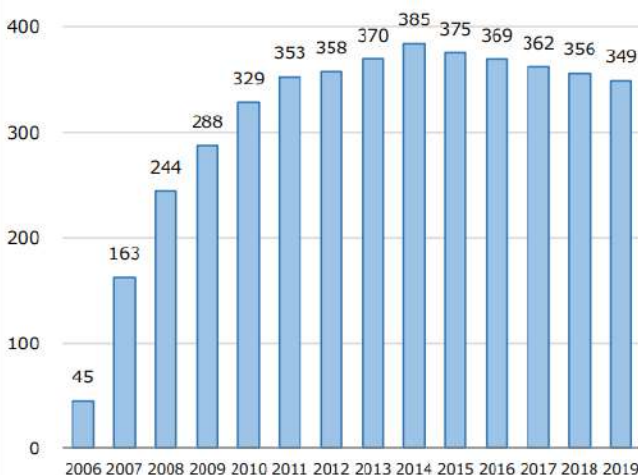
※平成22年の病床数(療養病床除く)は許可病床数。その他の病床数は稼働病床数を示している。

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ペンディング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

急性期病院一般入院基本料等の評価

- 病院の機能に着目した急性期病院一般病棟入院基本料等を新設するとともに、救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、該当患者割合に救急搬送応需係数を加えた該当患者割合指数に見直す。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者のADL維持・向上等に係る取組を進めるため、看護・多職種協働加算を新設。

		急性期病院 A		急性期病院 B※1		急性期一般 1	急性期一般 2	急性期一般 3	急性期一般 4※1		急性期一般 5	急性期一般 6
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)		10対1以上 (7割以上が 看護師)		7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)					
看護・多職種※1				25対1以上						25対1以上		
該当患者割合 指数の基準※2	必要度I	指数①: 28% 指数②: 35%				28%	24%	20%	指数①: 28% 指数②: 35%	15%	測定している こと	
	必要度Ⅱ	指数①: 27% 指数②: 34%				27%	23%	19%	指数①: 27% 指数②: 34%	14%		
平均在院日数		16日以内	21日以内	16日以内	16日以内	21日以内			16日以内	21日以内		
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上	—	8割以上	8割以上	—			8割以上	—		
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	—	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要			—	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	—	
救急搬送等の病院の実績		以下を満たす ・救急搬送2,000 件/年以上 ・全麻手術1,200 件/年以上	以下のいずれかを満たす ・救急搬送1,500件/年以上 ・救急搬送500件/年以上かつ全身麻 酔手術500件/年以上 ・人口20万人未満二次医療圏で最大 救急搬送件数(1000件/年以上) ・離島医療圏で最大救急搬送件数			—						
データ提出加算		○(要件)										
点数		1,930点	1,643点	1,898点	1,874点	1,779点	1,704点	1,597点	1,874点	1,575点	1,523点	

※1 急性期病院B入院基本料又は急性期一般入院料4において、看護・多職種協働加算を算定する場合は、入院基本料の看護職員10対1以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員25対1が配置される。

※2 重症度、医療・看護必要度の基準患者割合に係る指数：該当患者割合 + 救急搬送応需係数

急性期病院A・B、急性期一般1：割合①A3点以上、又はC1点以上
割合②A2点以上、又はC1点以上
急性期一般2～5：A2点以上かつB3点以上、又はA3点以上、又はC1点以上

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

年間救急搬送件数× $\frac{\text{当該病棟の救急搬送入院数}}{\text{救急搬送応需係数の対象病棟の救急搬送入院数}}$ ÷当該病棟の病床数

Ⅱ．軌跡

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

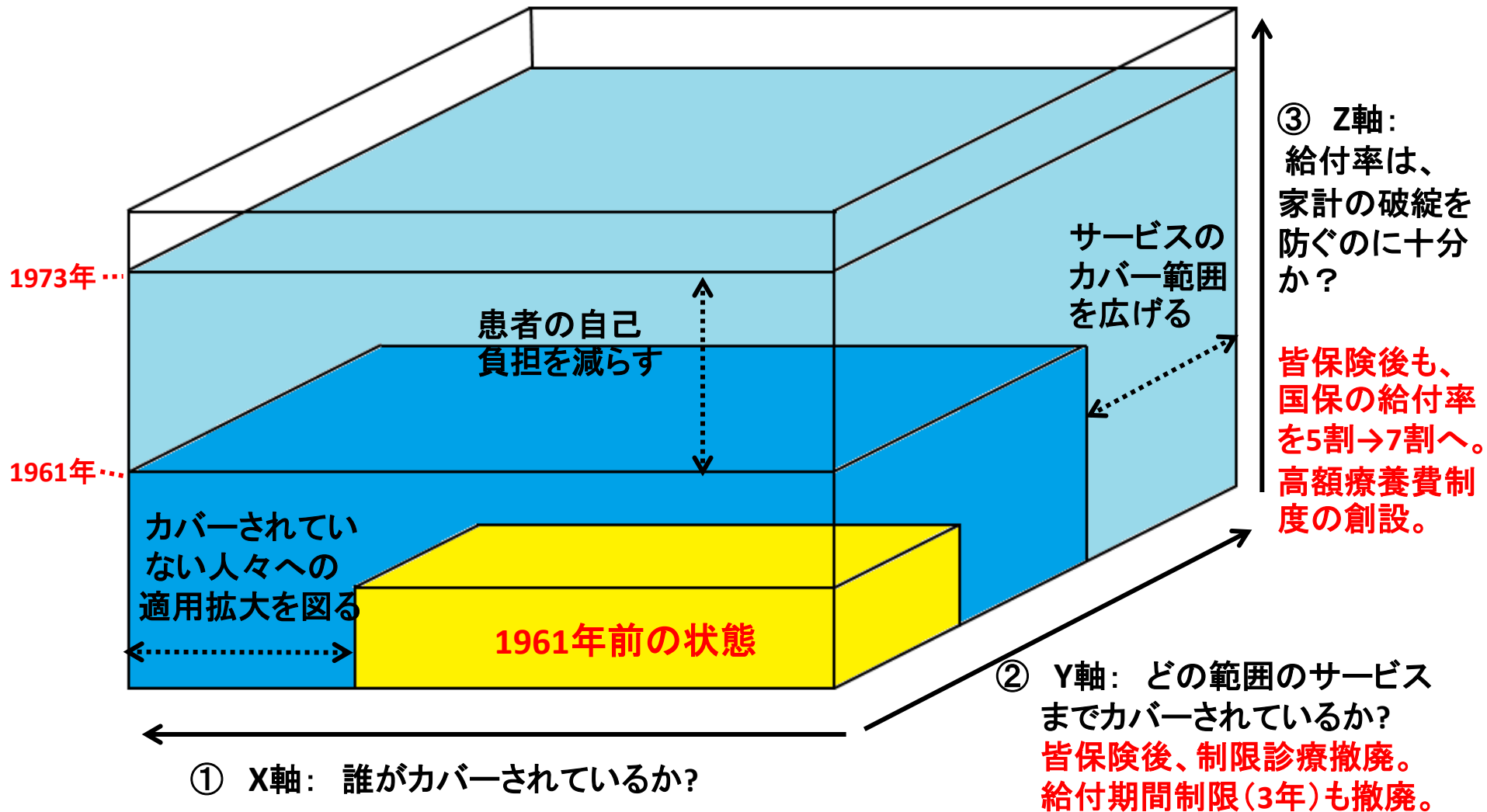
※ 制限診療・・・最新の高価の抗生物質を使用できるのは、サルファ剤を使ってもダメ、ペニシリンを使用しても効果がなかった場合に限られるなどの制限があった。

- 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)



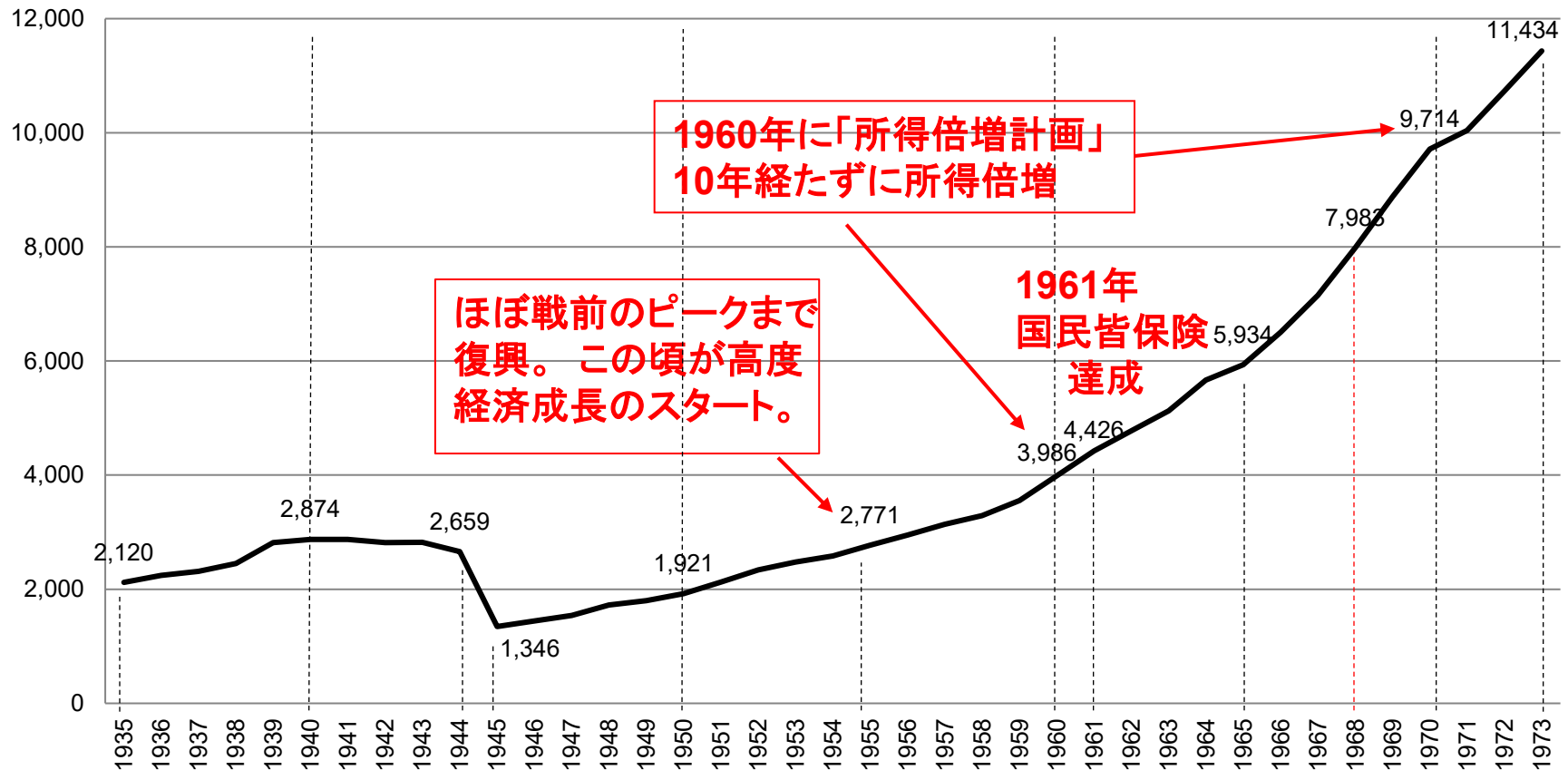
(出典)筆者作成。立方体の図のコンセプトは「World Health Report 2010」による。

日本の1人当たりGDPの推移

(Maddison Project Databaseによる)

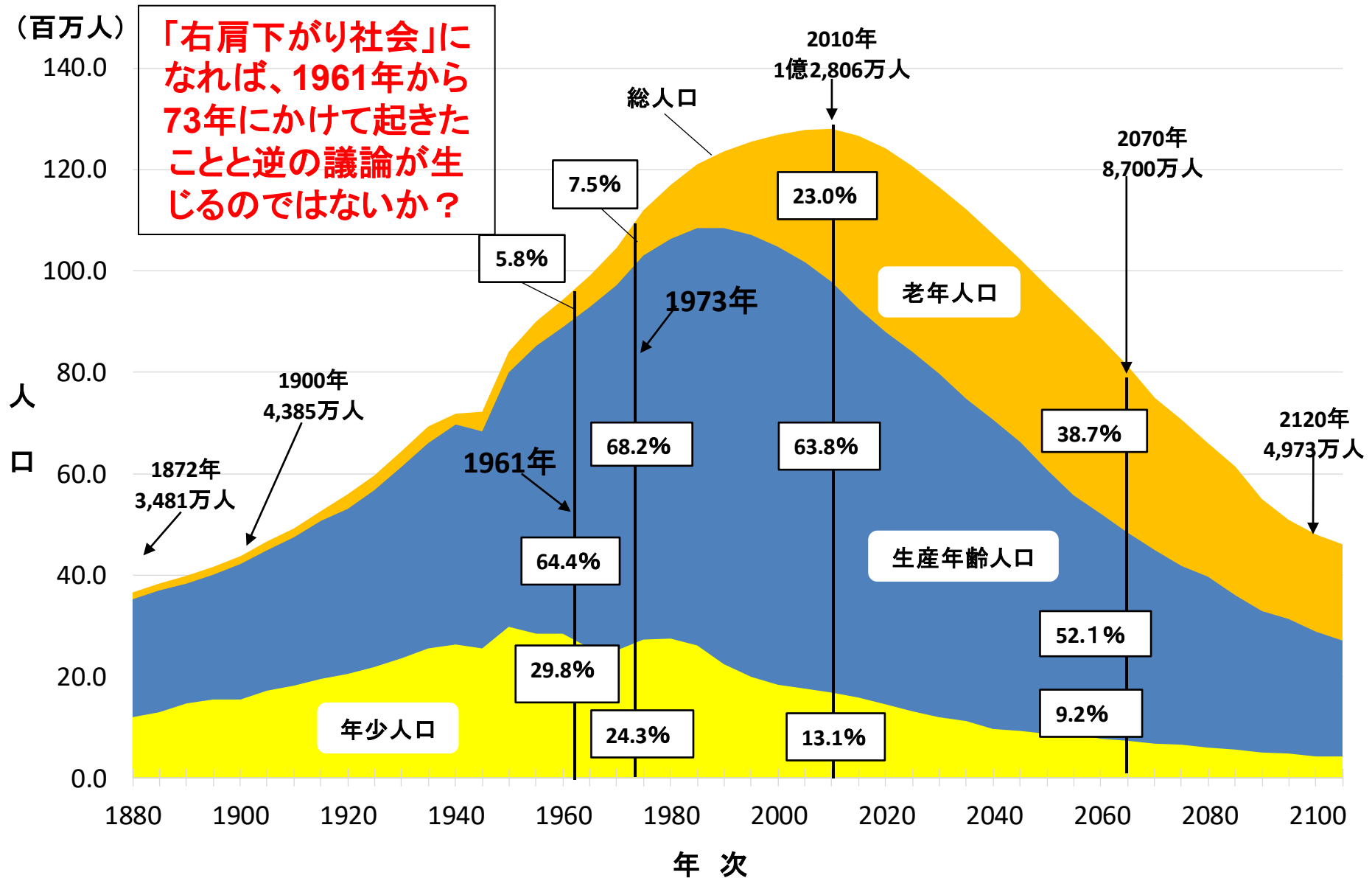
1973年
第一次オイル
ショック勃発

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)」

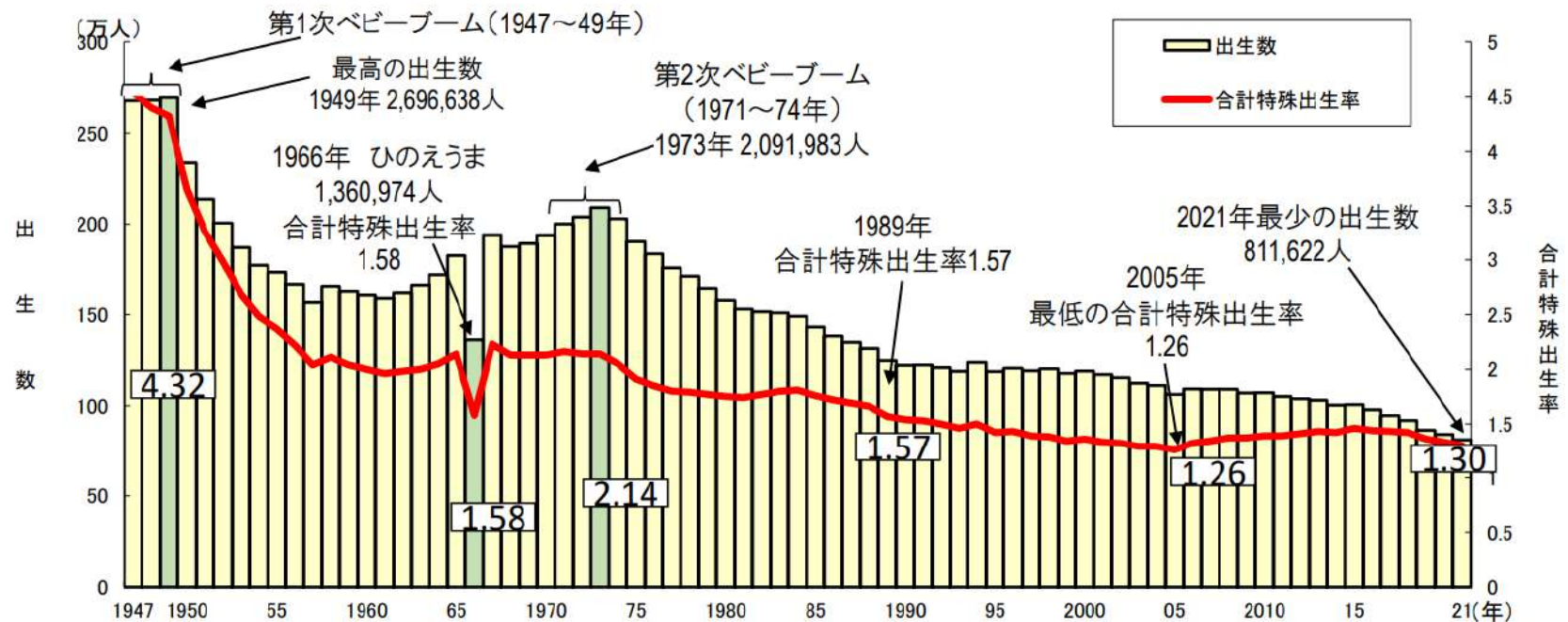
III. 展望

(1) 人口構造の変容と影響

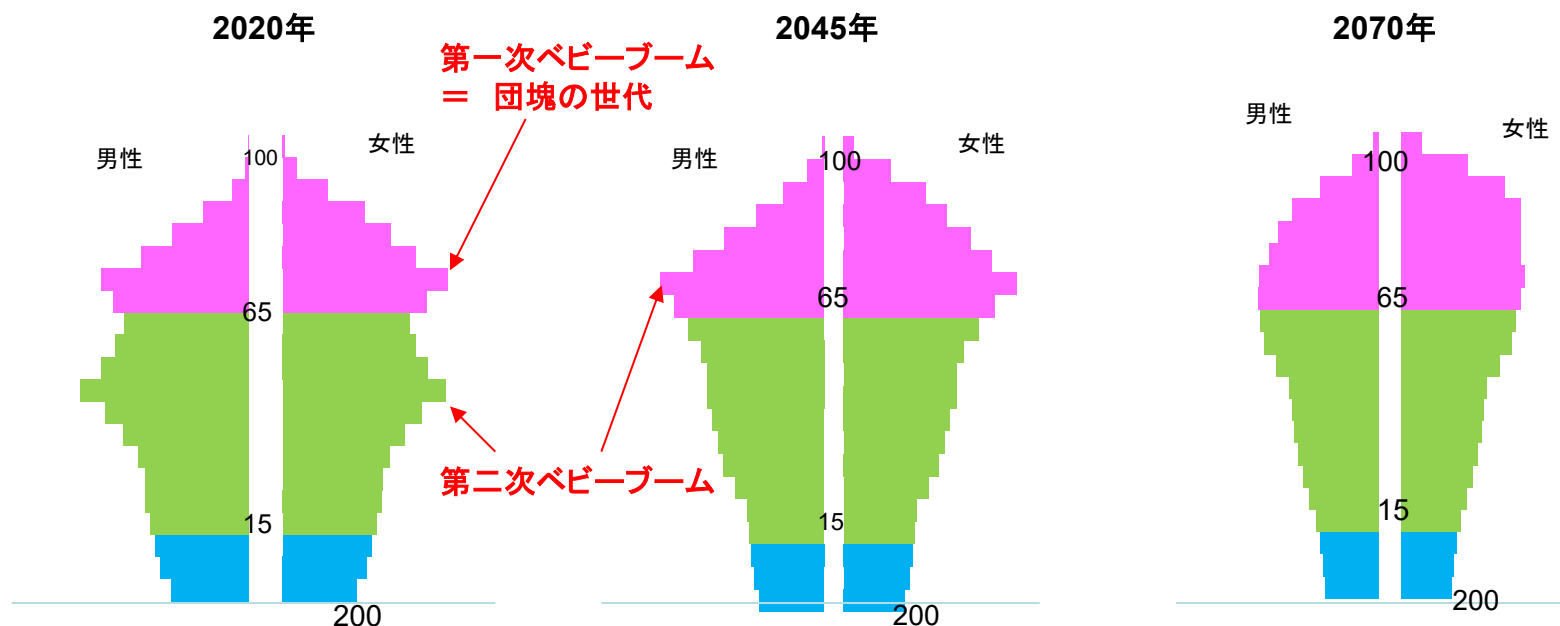
出生数、合計特殊出生率の推移

- 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 2025年は 70.6万人 (日本人に限ると67.1万人)
合計特殊 出生率	4.32	2.14	1.57	1.26	1.30	2024年は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仮定値は、2020年が1.33、2070年が1.36。
- ③ 100歳以上は、1963年が153人。2025年は10.8万人。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。

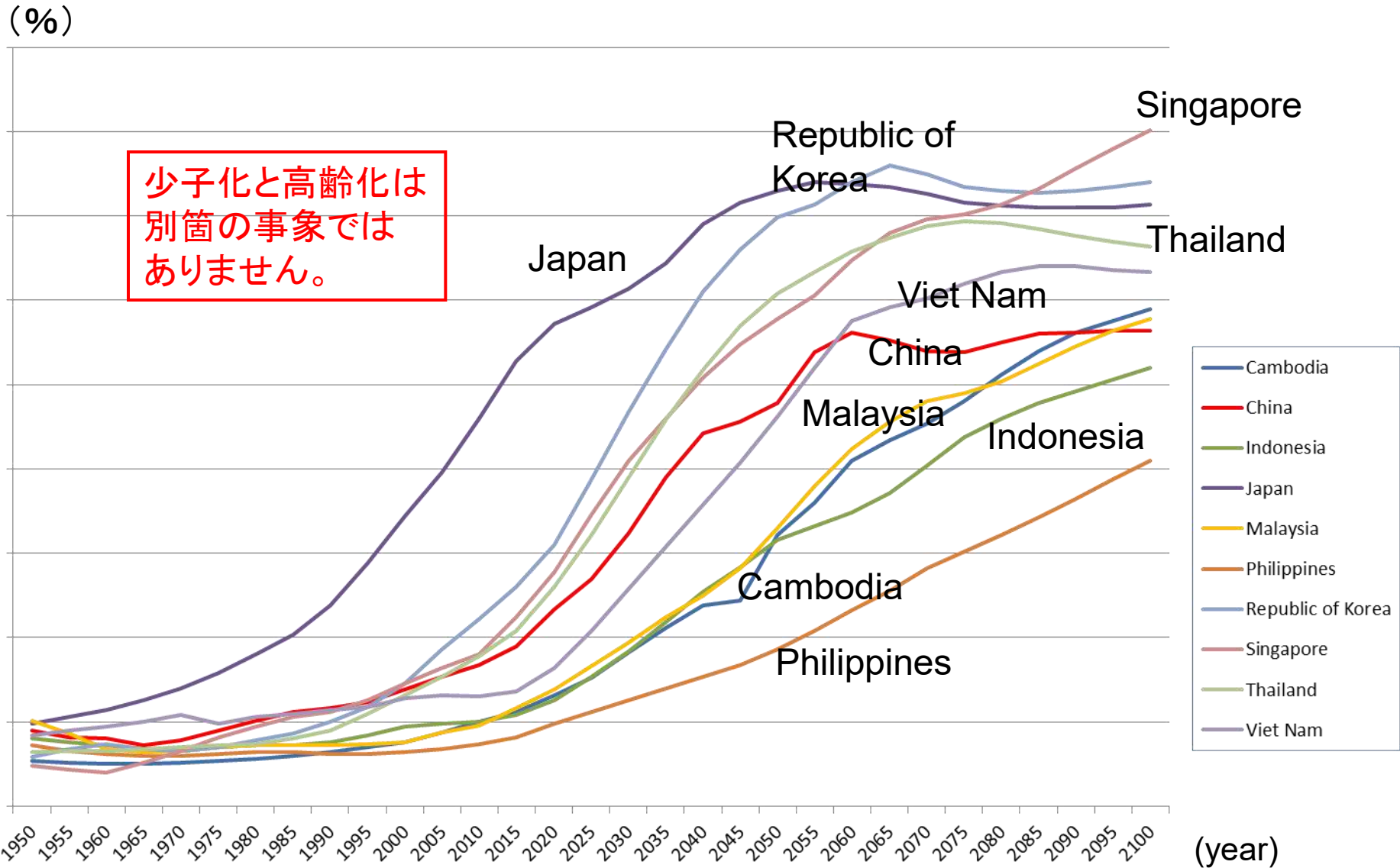
表：将来人口の基本指標

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

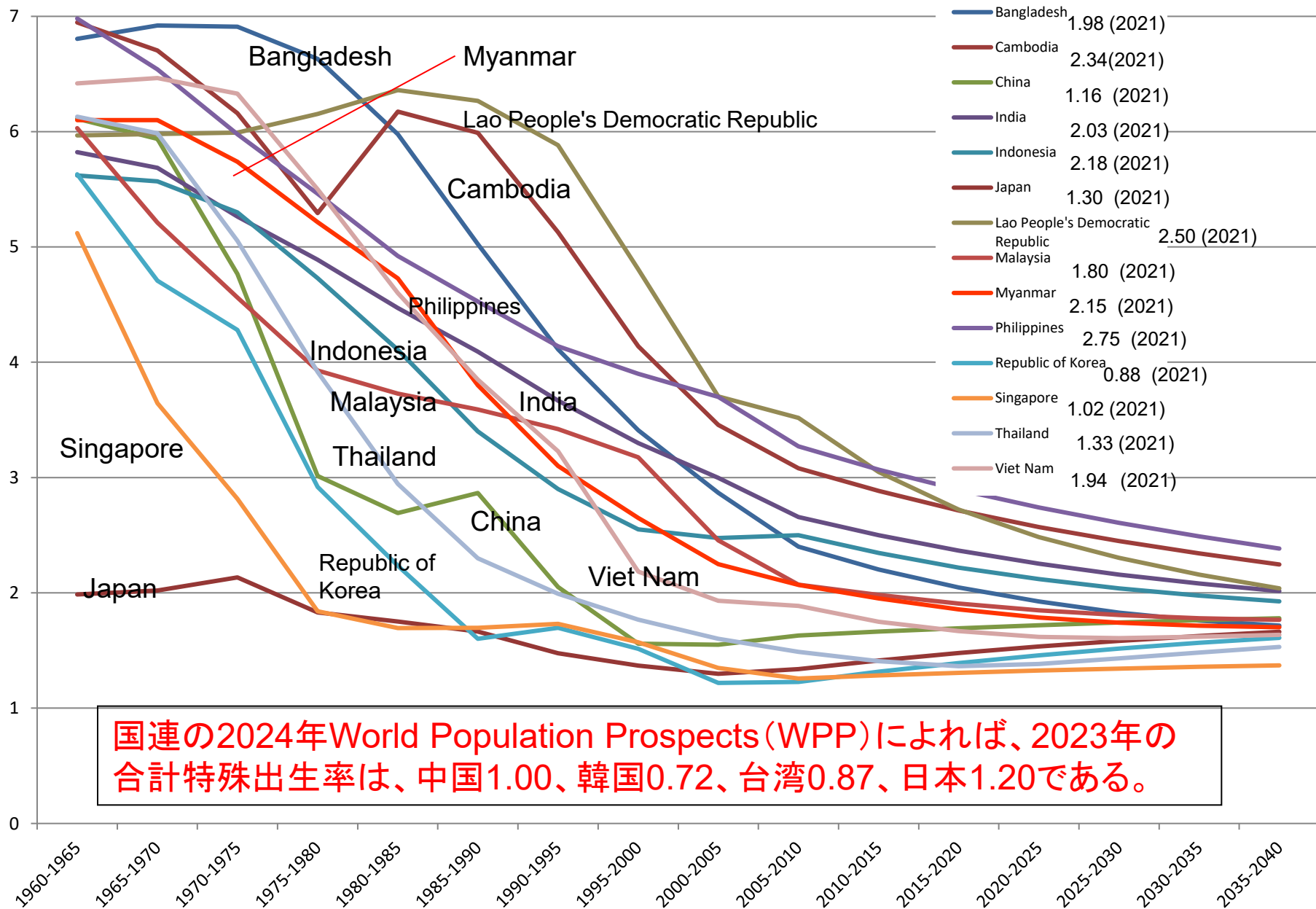
(注) 括弧書は2020年を100とした場合の割合。

(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

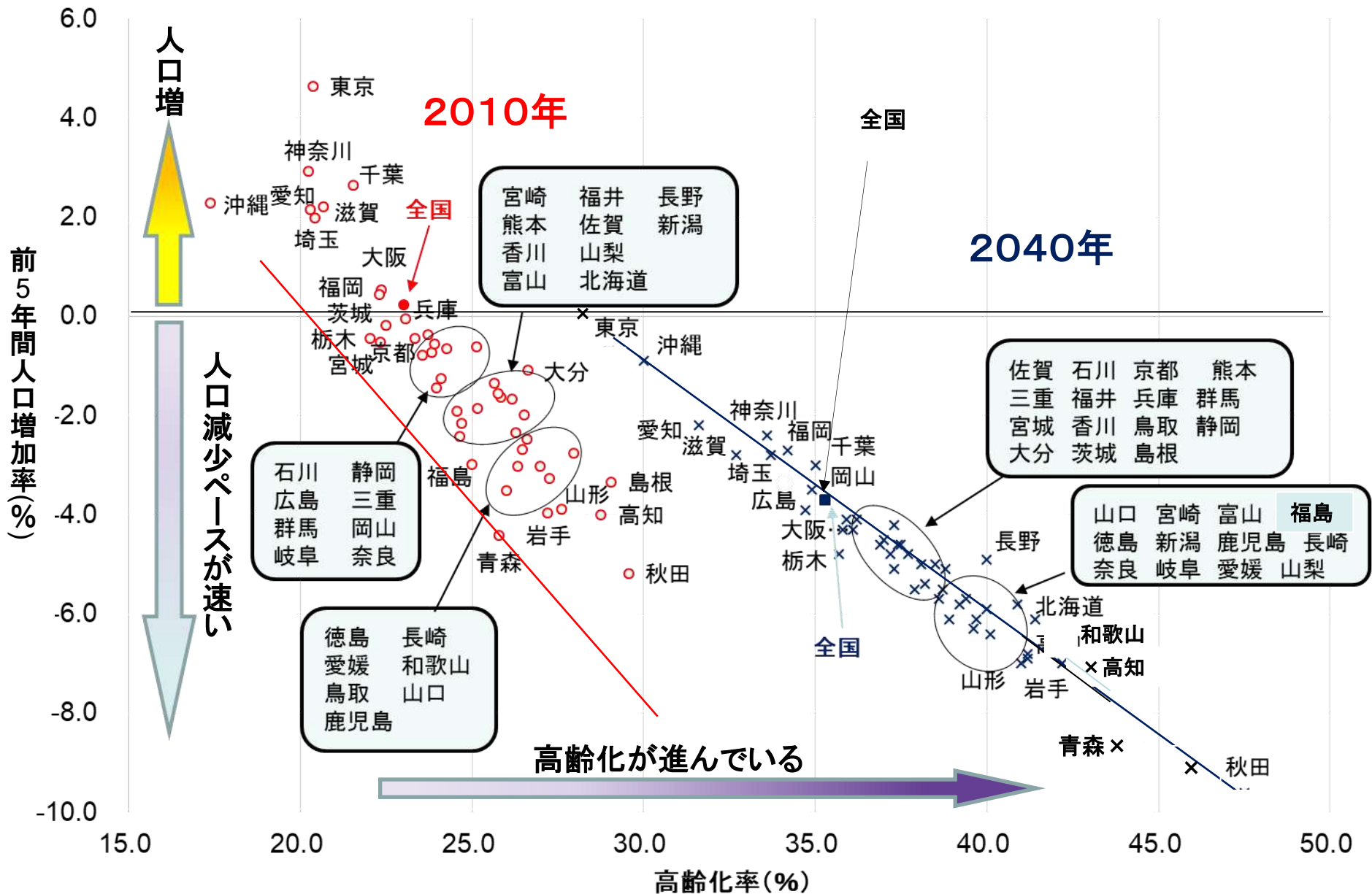


アジア諸国の合計特殊出生率の推移



Source: UN "World Population Prospects: The 2022 Revision"

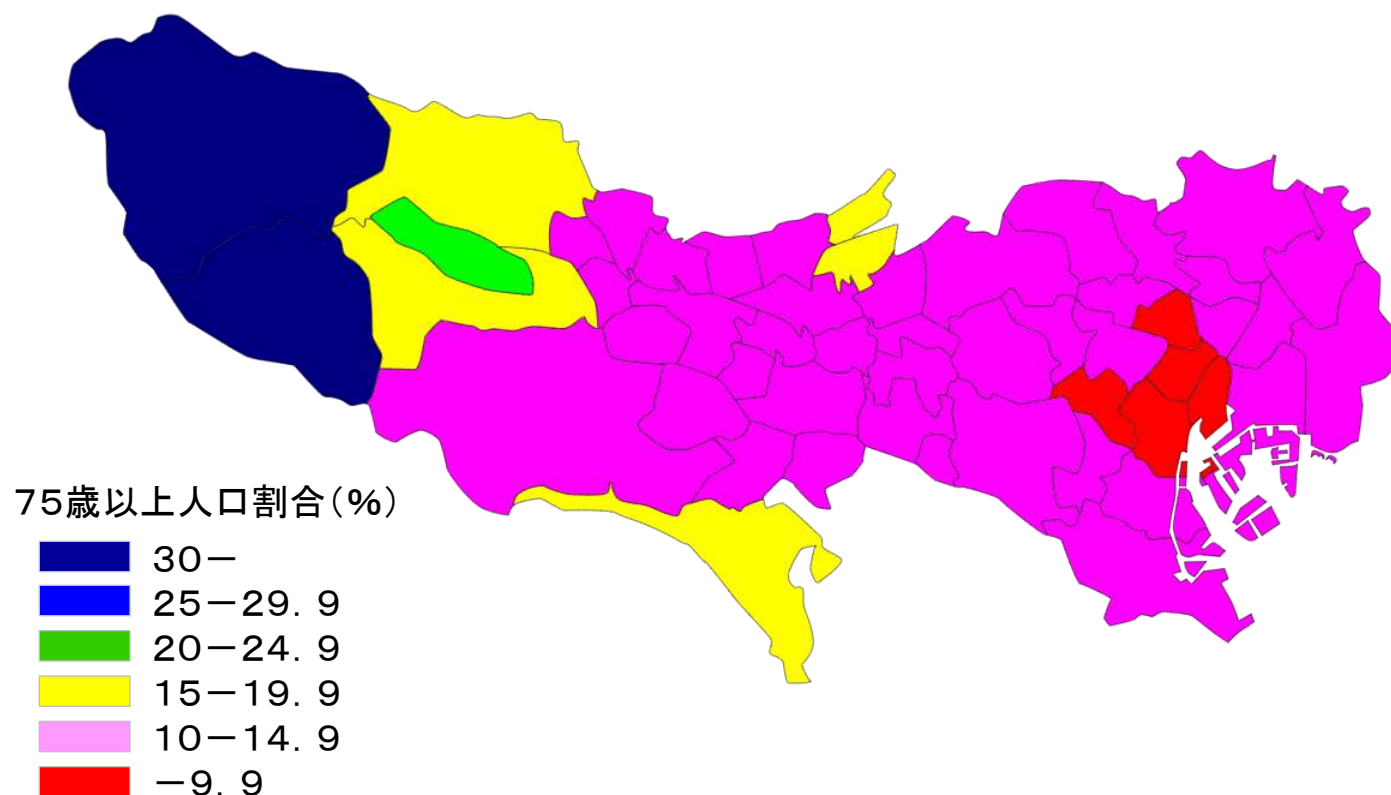
図：都道府県別 高齢化率と人口減少率（2010年，2040年）



(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。

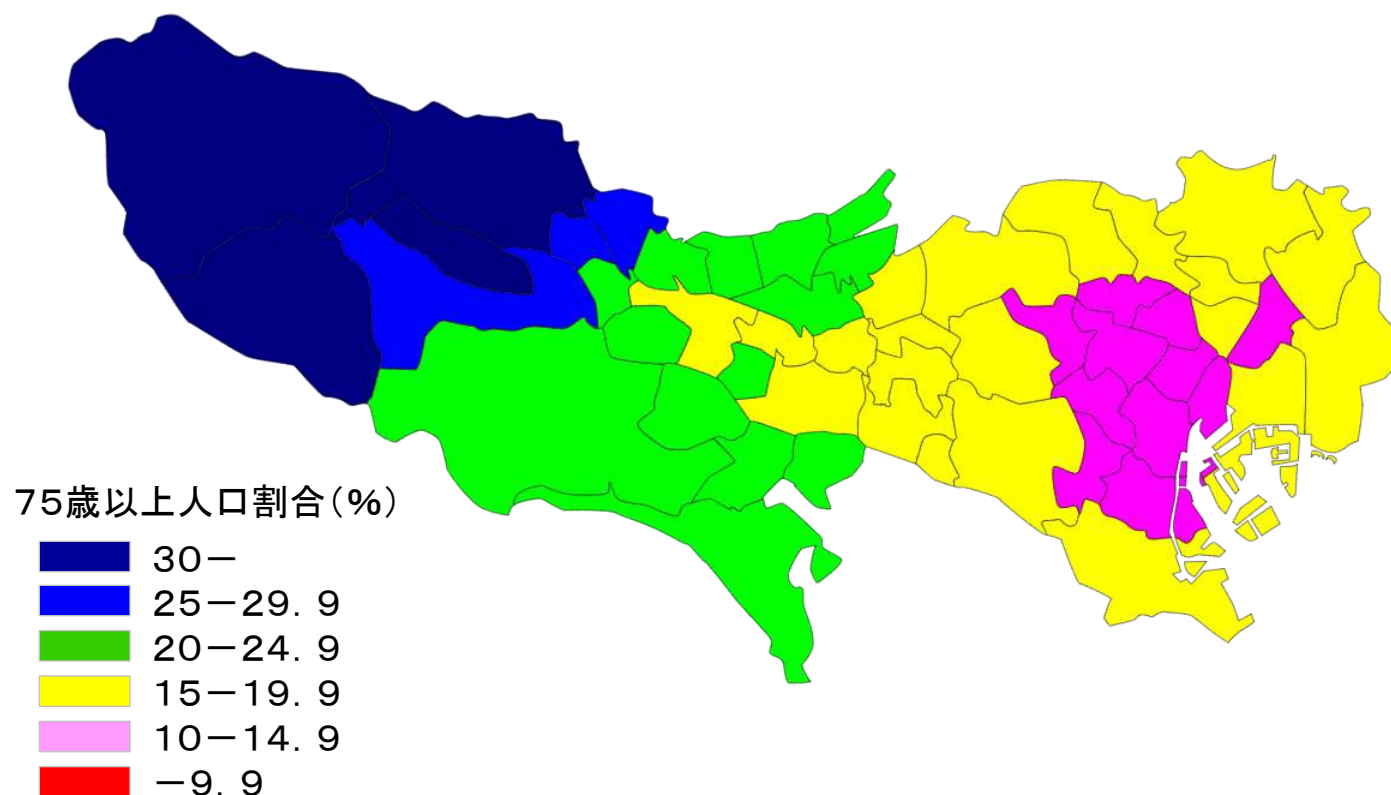
(出典)総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」

図：市区町村別75歳以上人口比率（東京都：2020年）



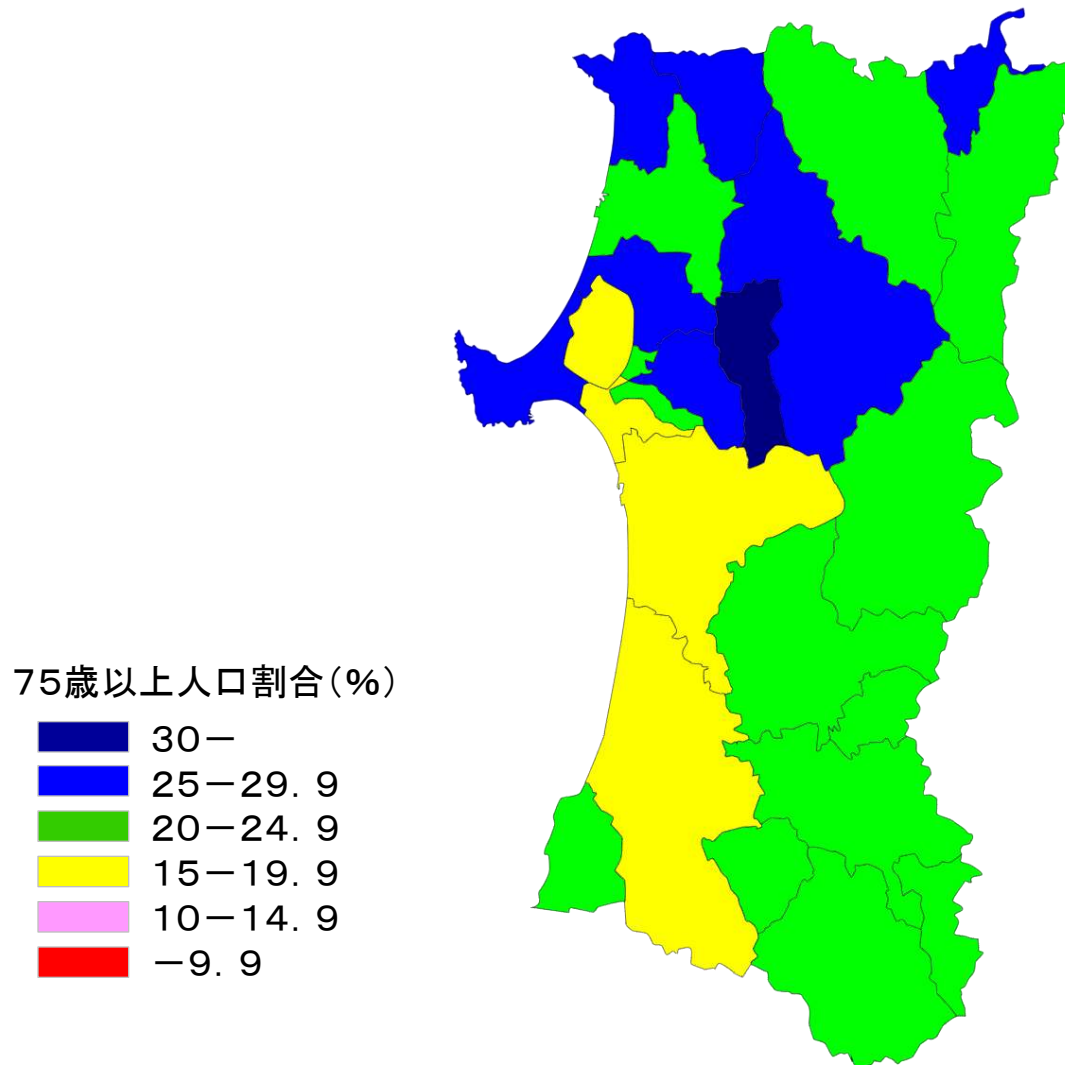
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」

図：市区町村別75歳以上人口比率（東京都：2050年）



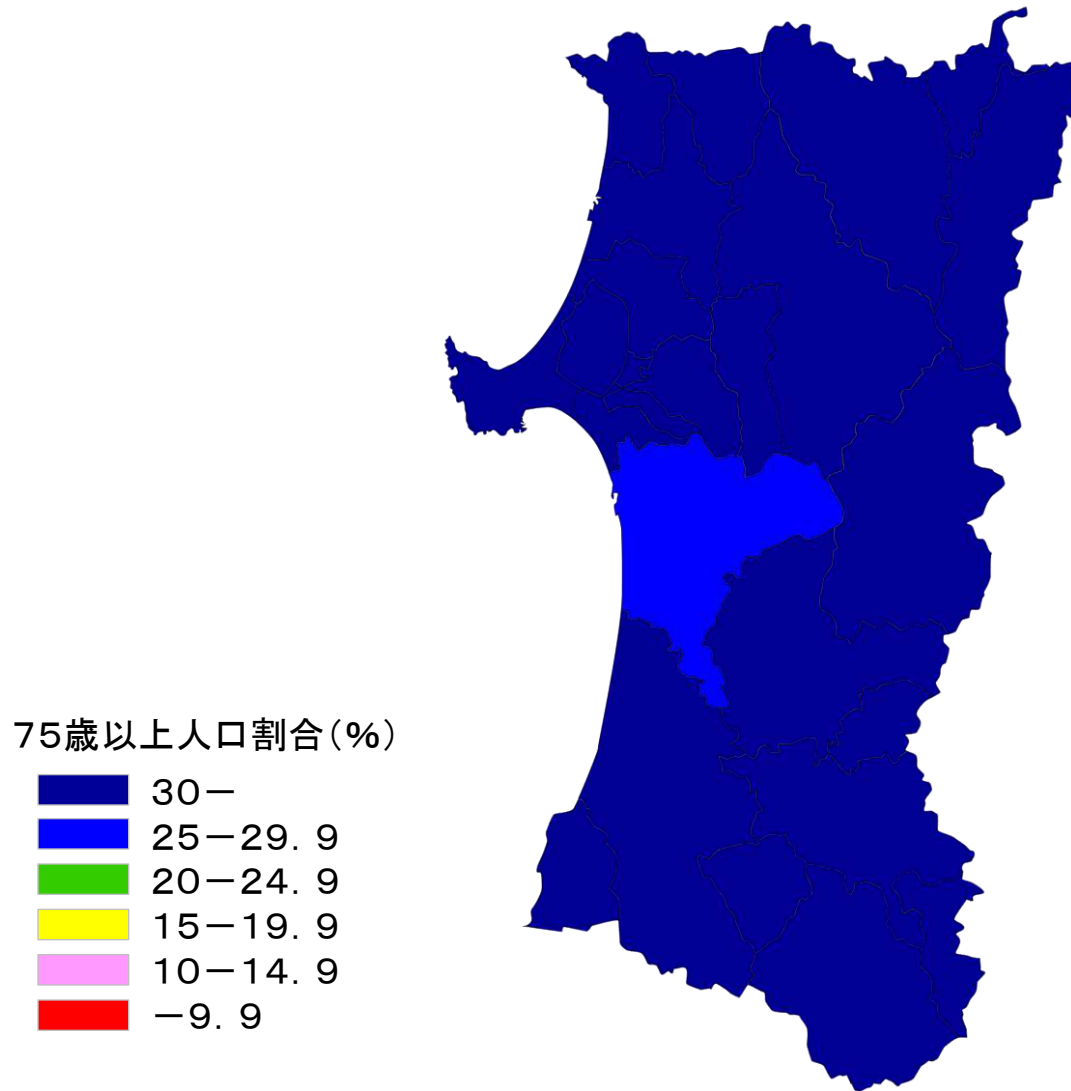
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」

図：市区町村別75歳以上人口比率(秋田県：2020年)



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：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)」

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。

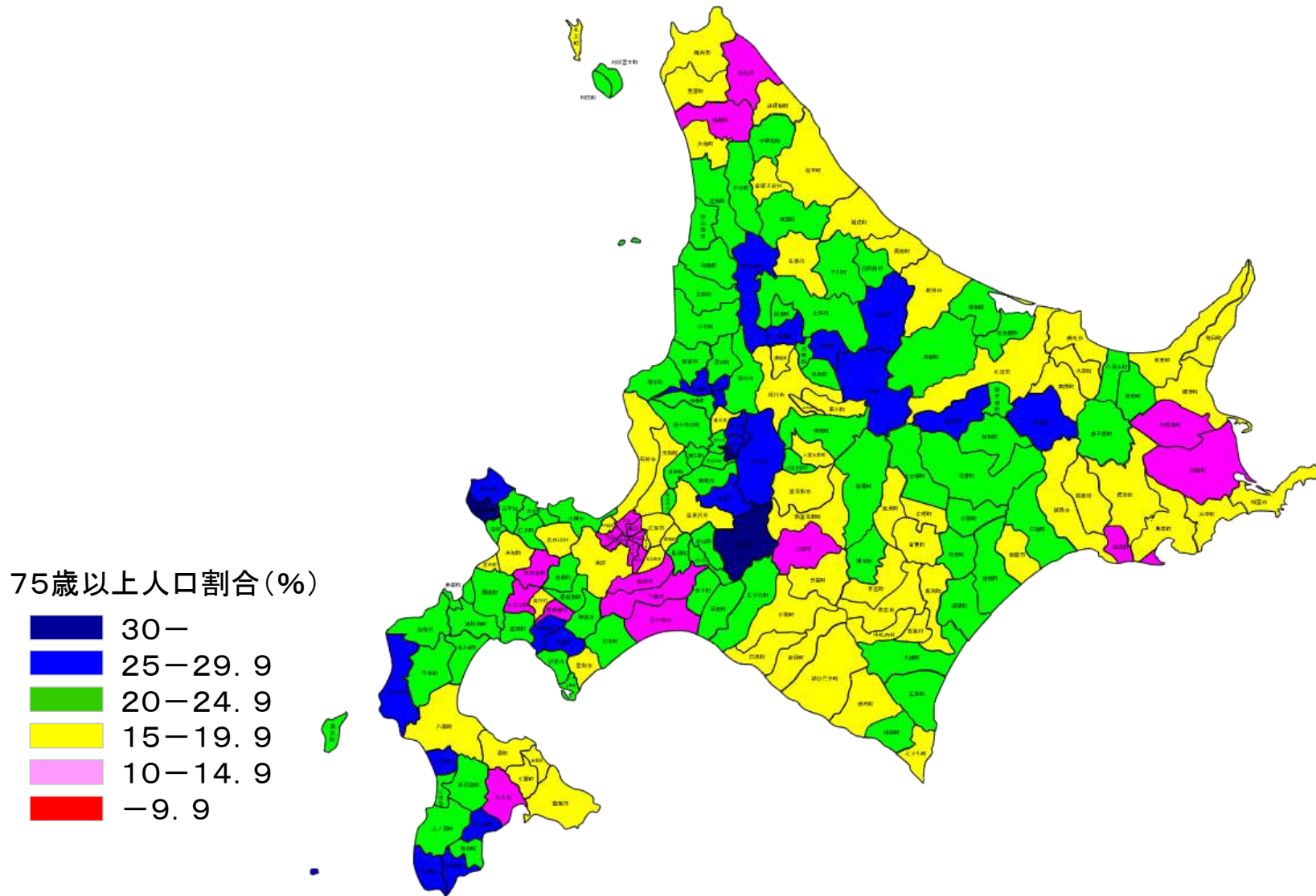
【東京都】

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】

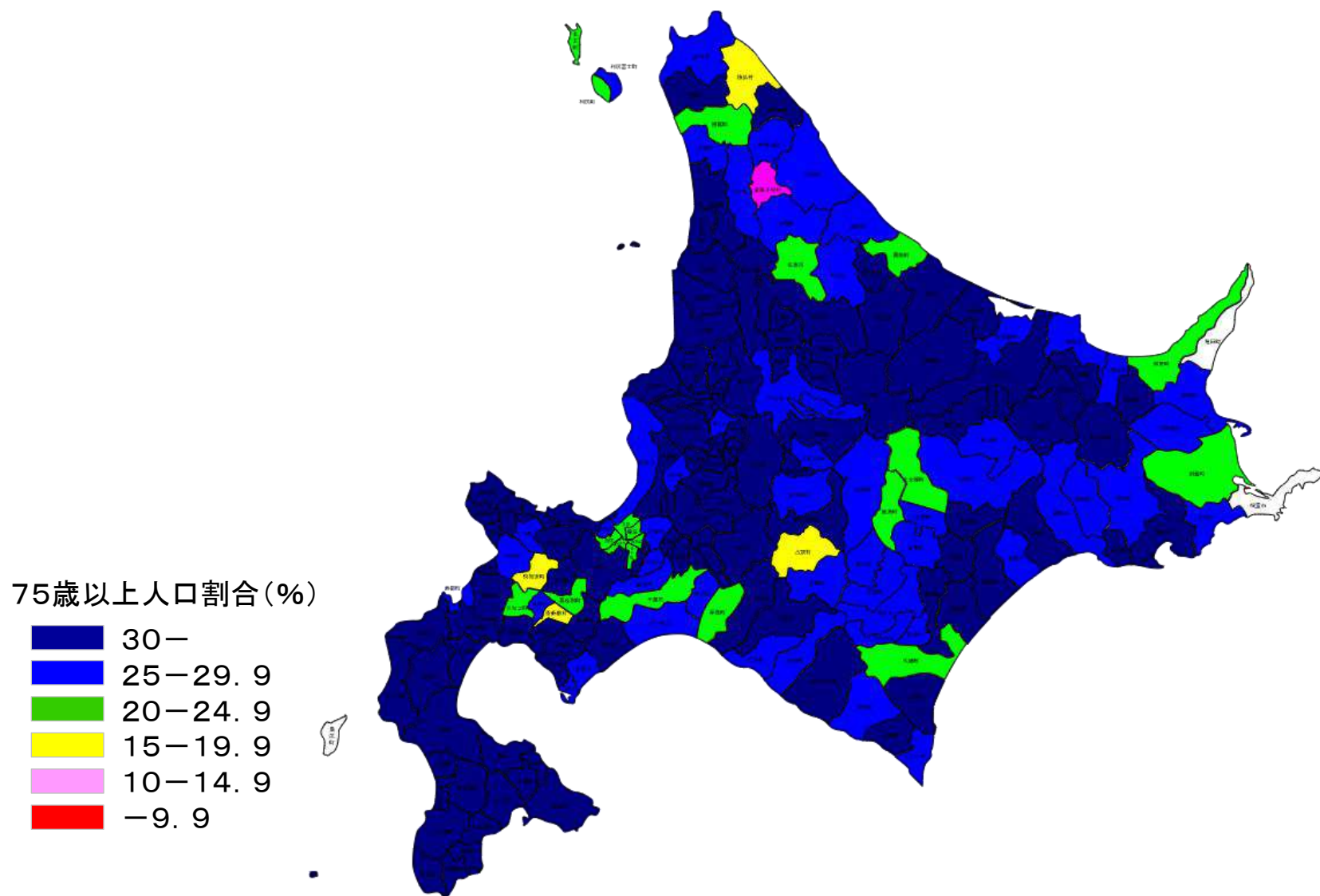
A : 総人口	959,502人(2020年)	→	560,429人(2050年)
B: 75歳以上人口	190,577人(2020年)	→	180,444人(2050年)
B / A	19.9% (2020年)	→	32.2% (2050年)

図：市区町村別75歳以上人口比率（北海道：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（北海道：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）」

北海道の人口減少と高齢化

【北海道】

A : 総人口 5,224,614人(2020年) → 3,820,016人(2050年)
B: 75歳以上人口 855,525人(2020年) → 1,040,710人(2050年)
B / A 16.4% (2020年) → 27.2% (2050年)

【札幌】

A : 総人口 1,973,395人(2020年) → 1,745,608人(2050年)
B: 75歳以上人口 268,750人(2020年) → 434,830人(2050年)
B / A 13.6% (2020年) → 24.9 % (2050年)
全国は23.2%

【札幌以外】

A : 総人口 3,251,219人(2020年) → 2,074,408人(2050年)
B: 75歳以上人口 586,775人(2020年) → 605,880人(2050年)
B / A 18.0% (2020年) → 29.2% (2050年)

- (参考) 1. 札幌人口集中度 37.7%(2020年) → 45.6%(2050年)
2. 2020年から2050年にかけて人口が半減以上の市。注:括弧書きは割合
小樽(49.9)、夕張(29.4)、留萌(44.5)、美唄(42.3)、芦別(35.8)、士別(44.9)
三笠(45.0)、歌志内(28.0)、深川(49.3)。町村は144中56が半減以上。

職種別職員数：圏域別

都道府県

01北海道

2次医療圏 All

人口区分

All

2024(R06)病床機能報告

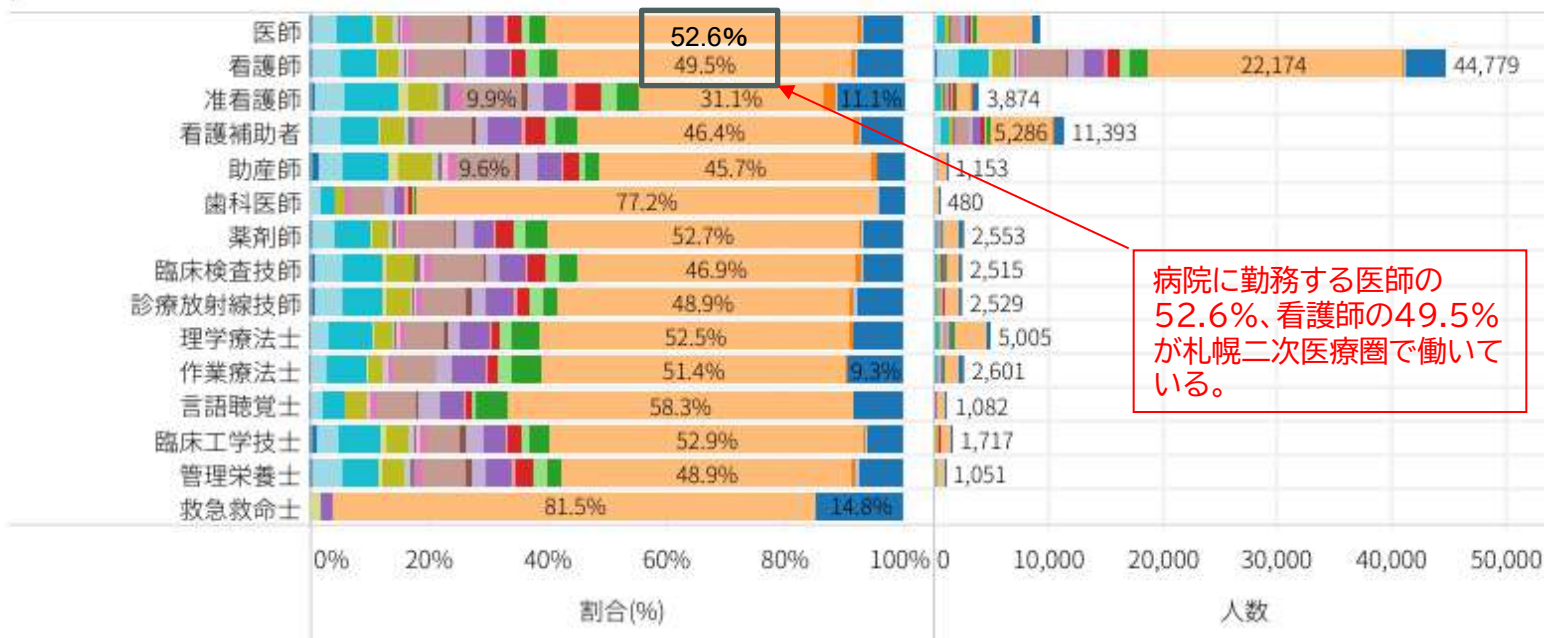
職種選択

All

- 0101南渡島
- 0102南檜山
- 0103北渡島檜山
- 0104札幌
- 0105後志
- 0106南空知
- 0107中空知
- 0108北空知
- 0109西胆振
- 0110東胆振
- 0111日高
- 0112上川中部
- 0113上川北部

- 医師
- 看護師
- 准看護師
- 看護補助者
- 助産師
- 歯科医師
- 薬剤師
- 臨床検査技師
- 診療放射線技師
- 理学療法士
- 作業療法士
- 言語聴覚士
- 臨床工学技士
- 管理栄養士
- 救急救命士

kbishikawa@ihwg.jp



病院に勤務する医師の
52.6%、看護師の49.5%
が札幌二次医療圏で働いて
いる。



3,045

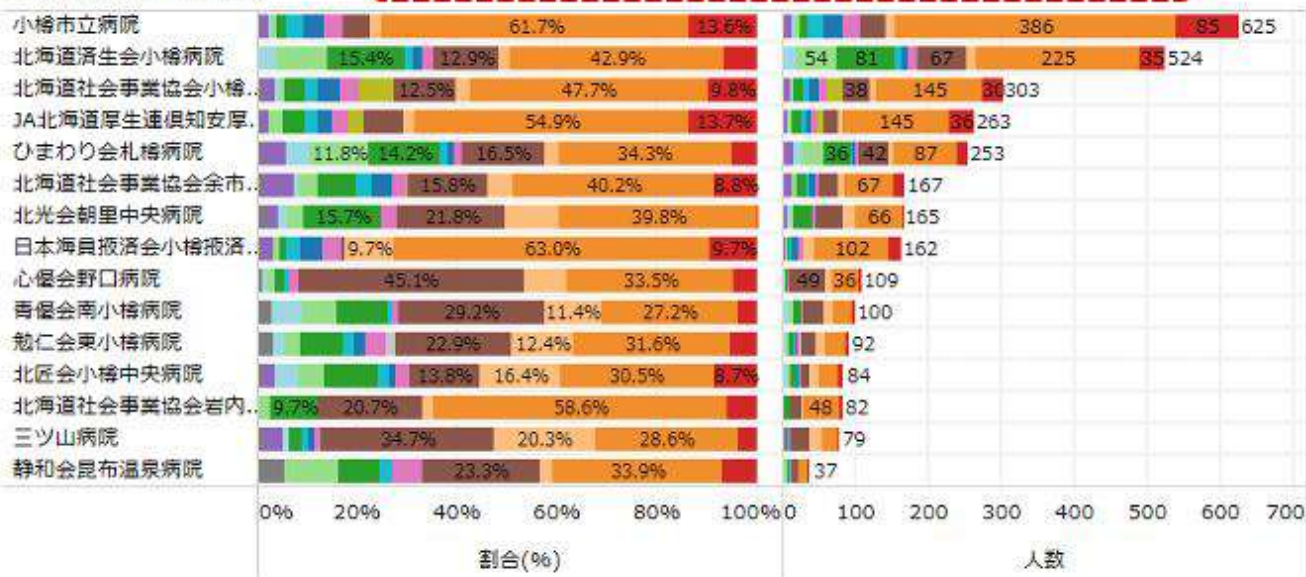
施設の職員数：後志

▼ < 職種別職員数map 都道府県別職員数 都道府県別職員数/職種別 圏域の職員数 圏域の職員数/設立主体別 圏域の職員数/施設別 施設の職員数 >

施設の職員数：職種別

都道府県 01北海道 2次医療圏 0105後志

2024(R06)病床機能報告



人口区分

- ☒ 100万人以上
- ☒ 30万人以上
- ☒ その他

- 医師 看護師 看護補助者 助産師 歯科医師 薬剤師 臨床検査技師 診療放射線技師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 臨床工学技士 管理栄養士 救急救命士
- 急性期 慢性期 急性期 回復期 急性期

石川ベンジャミン光一先生
のスライドを借用しました。

医療機能(目標)を
提供するために
必要なスタッフの
人数と構成
→人材確保の戦略

職種選択

(すべて)

施設名(略称)

kbishikawa@ihwg.jp

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

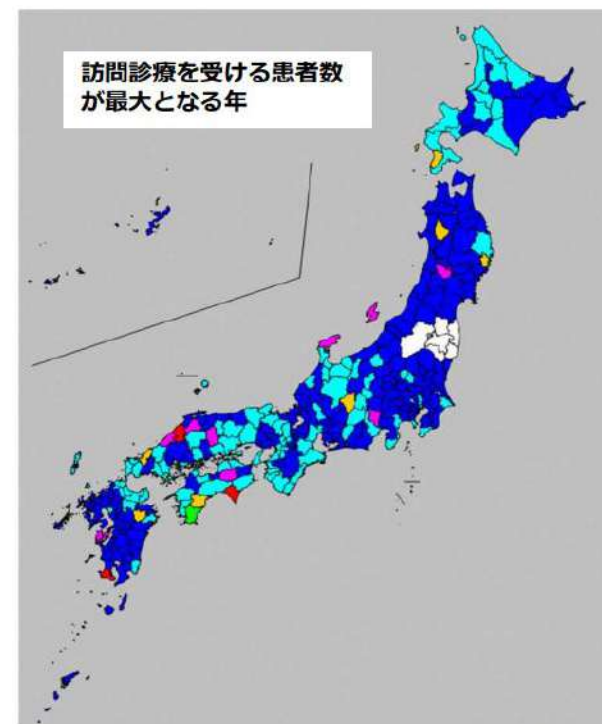
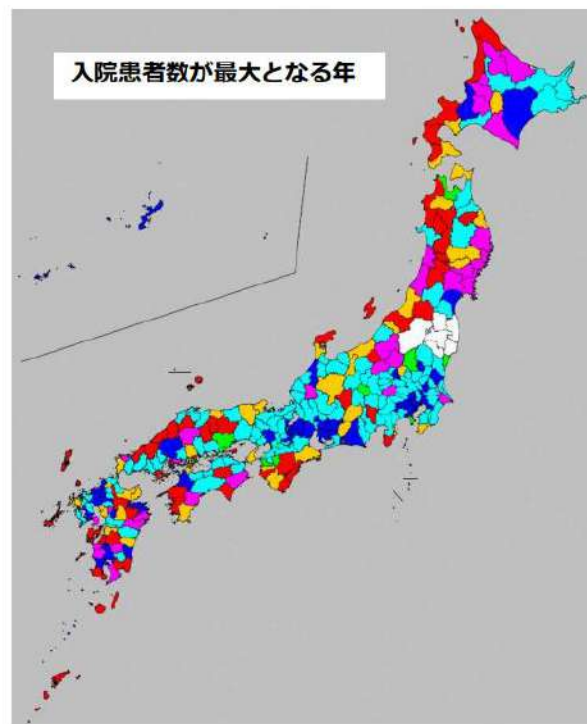
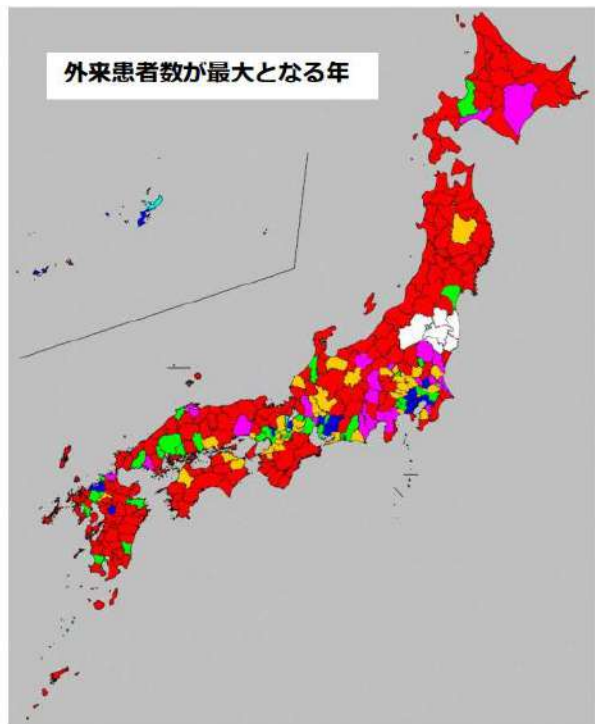
外来：既に減少局面にある医療圏が多い

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

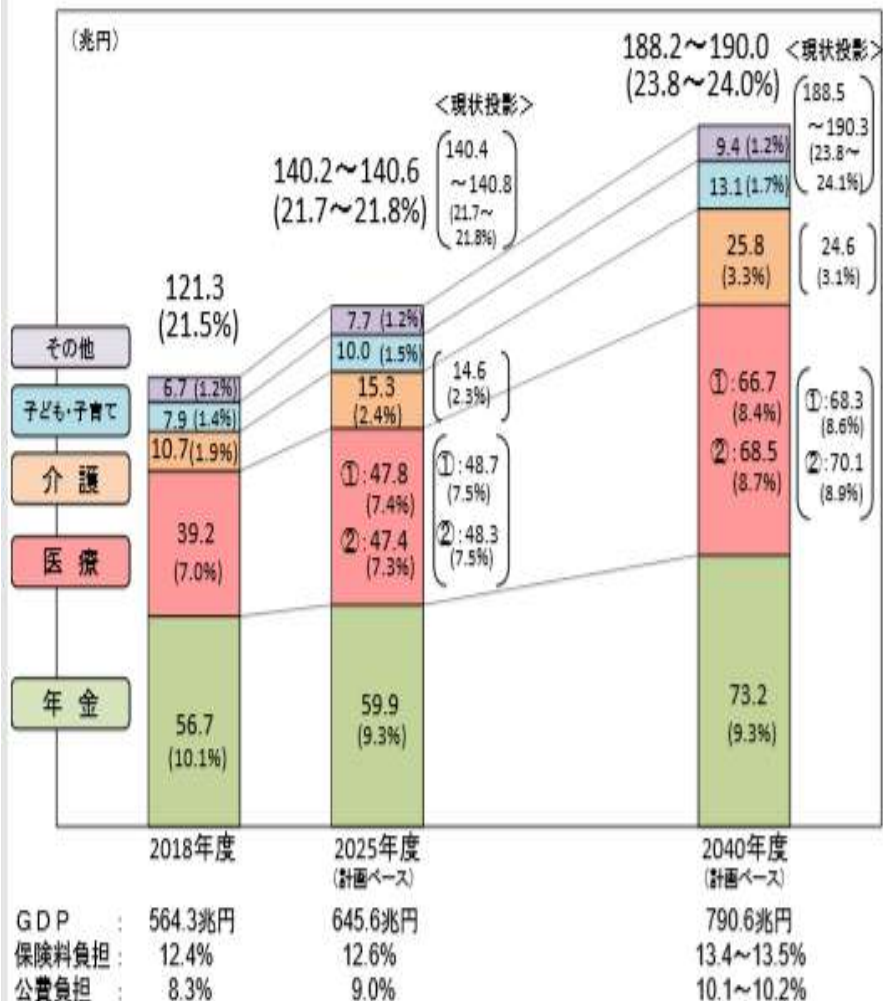
1. 経済成長の源泉は、①資本蓄積、②労働力、③技術進歩の3つ。高齢化は貯蓄率を低下させ①にマイナスの影響、生産年齢人口の減少は②にマイナスの影響、を及ぼす。
⇒ このため、元々2020年頃の日本の潜在成長率は1%程度と考えられていた。
2. 「就業者1人当たり生産性」、「就業率」の向上が重要。
※ $GDP / 総人口 = (GDP / 就業人口) \times (就業人口 / 総人口)$
なお、総人口の減少も、安定した国内市場の縮小等を通じ日本経済に影響を与える。何で食っていくかが問題。
3. 医療・介護は成長産業であるが、成長「牽引」産業であるかどうかは別問題。医療・介護の生産性の向上が必要。
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

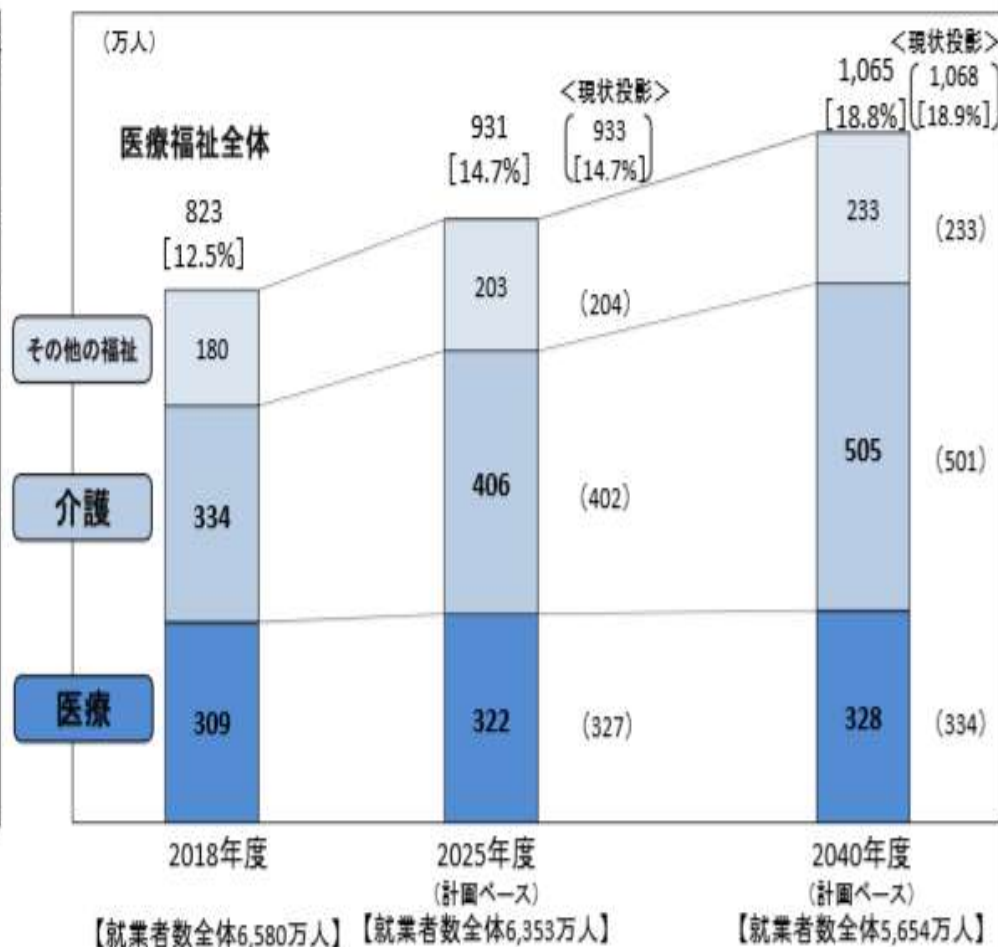
(内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日)

社会保障給付費の見通し

(経済ベースラインケース)



医療福祉分野における就業者の見通し



(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

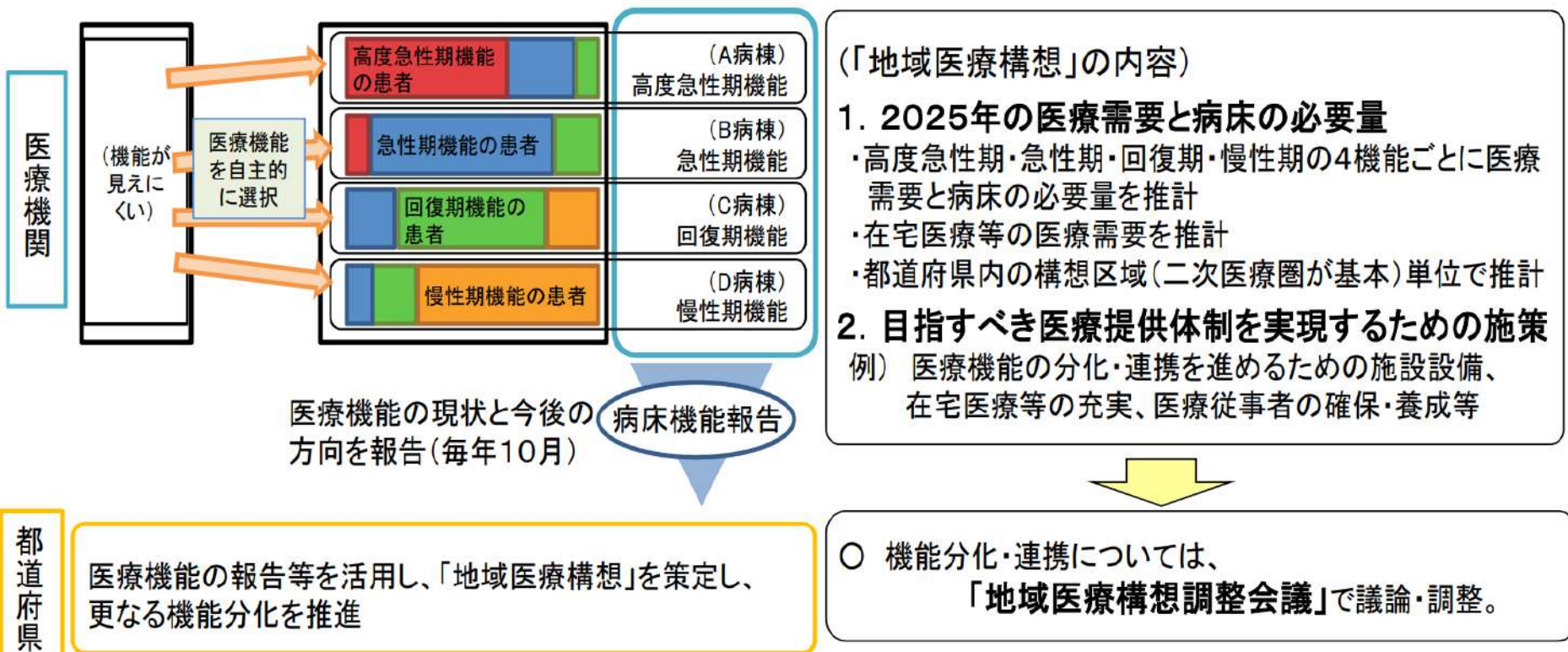
(偏在是正の目標年：2036年)

- 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

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。



(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

2040年に向けた地域医療構想について

背景

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。

- ・ 入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する地域医療構想を策定。
- ・ 2040年やその先を見据え、医療機関の役割分担を明確化し、**医療機関機能に着目した医療機関の連携・再編・集約化**を推進。

分野ごとの取組

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- ・ 急性期の医療需要の見込み等を踏まえ、急性期症例の集約化や、手術・救急医療の役割分担等について協議

高齢者救急の受入体制の整備

- ・ 高齢者救急の考え方を踏まえた、救急の実施基準への反映や入院早期からのリハビリ等の推進

外来医療

外来医療提供体制の維持

- ・ 外来医療の需要見込みや地域の資源等を踏まえ、休日・夜間を含めた提供体制の整備やアクセス確保の取組を検討

在宅医療

在宅医療の受け皿の整備

- ・ 在宅医療、介護保険施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- ・ 多職種連携の取組等の推進

介護との連携

医療と介護の複合ニーズへの対応

- ・ 慢性期の医療需要を一体的に把握し、介護保険施設の活用方向性を協議
- ・ 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- ・ 大学病院本院と連携し、地域医療構想全体を踏まえた人的協力について協議
- ・ 看護師等の人材確保の方向性を反映

具体的な施策

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論や、必要病床数の運用の単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能報告の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進

高齢者救急・地域急性期機能

- ・ 高齢者をはじめとした救急搬送の受入
- ・ 入院早期からのリハビリ・退院調整等の実施

急性期拠点機能

- ・ 人口20万～30万に1つを目安に確保
- ・ 手術等の医療資源を多く要する医療を集約して提供

在宅医療等連携機能

- ・ 地域での在宅医療の提供
- ・ 他の施設等と連携した24時間対応等の実施

専門等機能

- ・ 集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- ・ 都道府県と連携した人的協力
- ・ 広域的に担うべき医療の提供、人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

病床機能区分について回復期を包括期とした上で、2040年の必要病床数について地域医療構想の取組等を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 構想区域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。

構想区域ごとの医療機関機能

具体的な内容

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 人口20～30万人に1つを目安として、構想区域ごとに確保すべき医療機関数を設定。
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 在宅医療の提供を行う、又は主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討し報告。また、地域の実情に応じ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能と併せて報告することも可能。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 ※ 有床診療所について、高齢者救急の受入や在宅医療の提供・後方支援を積極的に担っている場合、それぞれ高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能を報告することも考えられる。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点での医療機関機能

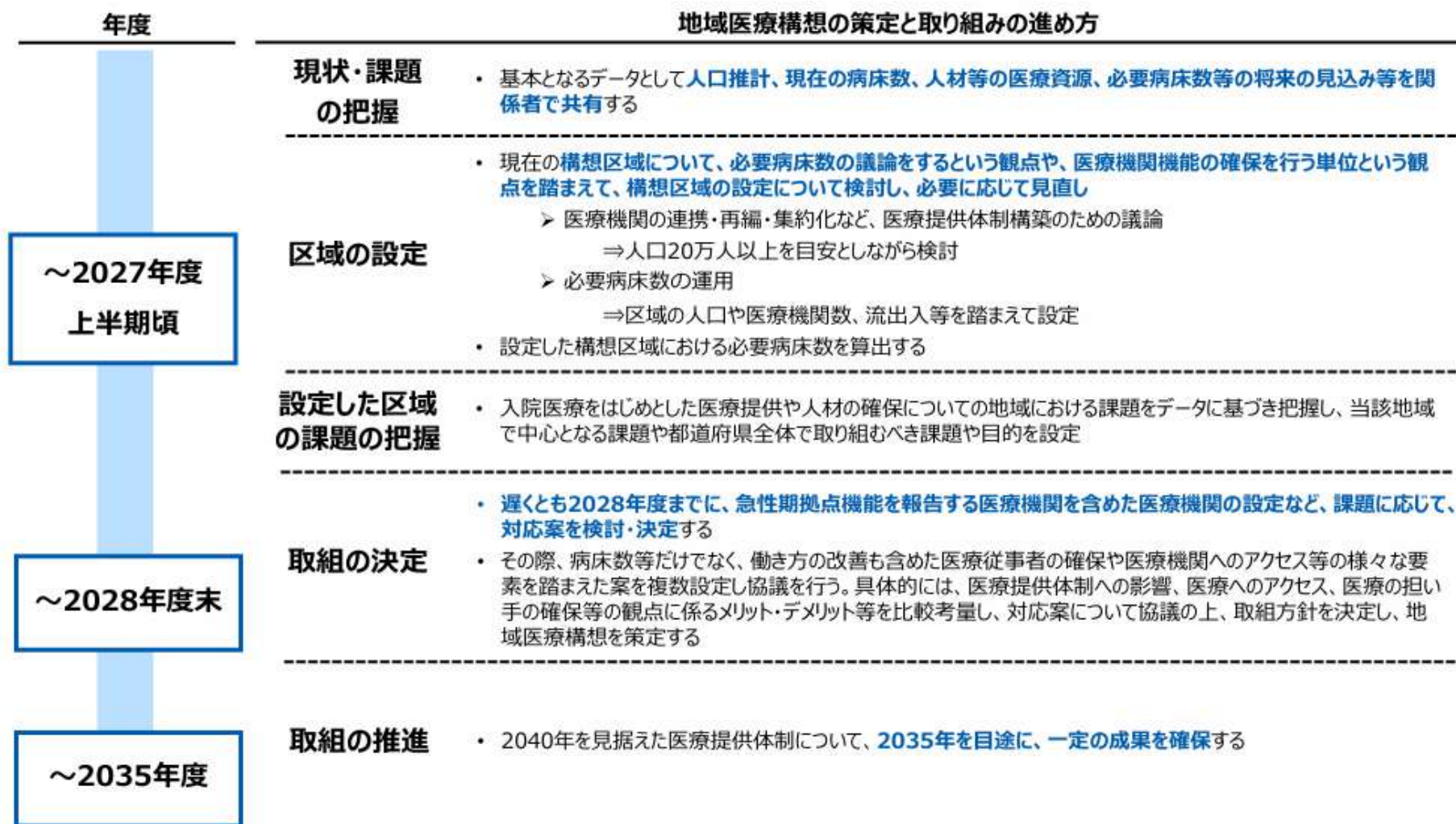
医育及び広域診療機能	・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。 ※ 大学病院本院は、医育及び広域診療機能のみを報告し、構想区域ごとの医療機関機能については報告しない。また、大学病院本院以外の医療機関について、医育及び広域診療機能を報告することはしない。
------------	---

病床機能報告における報告の目安

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
高度急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能	- 救命救急入院料 - 特定集中治療室管理料 - ハイケアユニット入院医療管理料 - 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 - 小児特定集中治療室管理料 - 新生児特定集中治療室管理料 - 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 - 総合周産期特定集中治療室管理料 - 新生児治療回復室入院医療管理料 - 一類感染症患者入院医療管理料
急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	- 急性期病院A、B一般入院料 - 急性期一般入院料 1～6 - 特定機能病院A～C入院基本料 (7:1、10:1) - 専門病院入院基本料 (7:1、10:1) - 小児入院医療管理料 1～3
包括期機能	・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ・急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	・地域一般入院料 1～3 ・専門病院入院基本料 (13:1) ・有床診療所入院基本料 1、4 ・地域包括医療病棟入院料 ・小児入院医療管理料 4、5 ・回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 ・特定一般病棟入院料 ・特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・特に、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	・療養病棟入院料 1～2 ・障害者施設等入院基本料 (7:1～15:1) ・有床診療所入院基本料 2、3、5、6 ・有床診療所療養病床入院基本料 ・特殊疾患入院医療管理料 ・特殊疾患病棟入院料 ・緩和ケア病棟入院料

※ 診療報酬改定に伴い入院料等の種類が変更された場合は適宜見直しを行う。

地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール



※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

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



（構造的な課題）

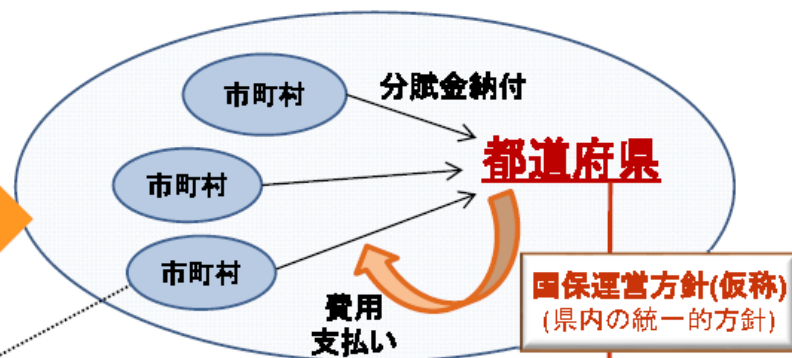
- ・年齢が高く医療費水準が高い
- ・低所得者が多い
- ・小規模保険者が多い

- ・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

【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。

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

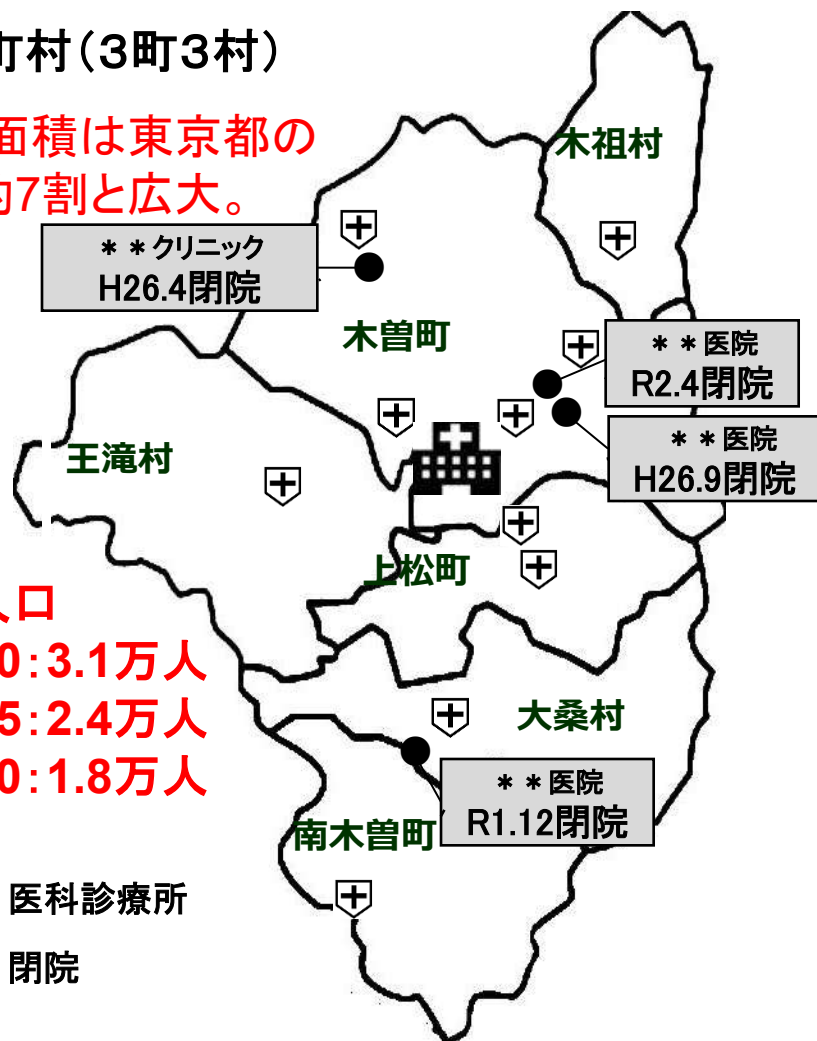
6町村(3町3村)

※面積は東京都の
約7割と広大。

※人口
2010:3.1万人
2025:2.4万人
2040:1.8万人

⊕ 医科診療所

● 閉院



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。※オンライン診療実施。

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: 65.7歳(2026年4月現在)

歯科診療所: 10施設

調剤薬局: 9施設

※すべて電子処方箋対応

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・合意が必要ではないか。

出典: 長野県立木曽病院の協力を得て筆者作成

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だとし、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

新見民間3病院合併へ

オフィス棟併設 地方創生に寄与



合併する（右上から時計回りに）新見中央病院、長谷川記念病院、太田病院のコラージュ

人口減病床120に減



新見市の民間3病院が合併することが21日までに分かった。新医療法人を設立して新病院を建設。第1候補地をJR新見駅前とし土地の一部を市が取得する。5年後をめどに現在ある全診療科を残した上で合計231床の病床数を減らし120床にする。同市は人口減少や高齢化対策が急務。各病院の経営状況も厳しく、合併で持続可能な医療体制の確立を目指す。既に仮調印し、近く公表する。新病院はオフィス棟なども設け、地方創生に寄与

念病院（同市新見）、長谷川紀

初。

合併するのは新見中央病

院（同市新見）、長谷川紀

床削減や連携を提唱してき

たが、民間病院の再編は進

する計画で専門家によると、民間病院合併とまちづ

くりを合わせた事業は全国

合併の背景には医療機関

が置かれた厳しい経営状況

がある。全国では約7割の

病院が赤字との指摘もあり、

新見市の各病院も経費高騰

や人材不足などから診療報酬

だけでカバーできない課題を抱えてきた。

国は2014年から各都道府

県で入院治療を中心に担う2次医療圏を対象に病

床削減や連携を提唱してきたが、民間病院の再編は進

を促進する病院を財政支援する「重点支援区域」を目標す

すほか、国や県の補助金を活用していく。

建設候補地には病院とス

ーパーが入る医療・商業棟のほか、金融機関などが入

居するオフィス棟を建設し、市営駐車場も整備。県

を通じて厚生労働省が再編を進める病院を財政支援す

る「重点支援区域」を目標するほか、国や県の補助金を活用

していく。

津崎龍一郎・新見中央病院副院長は「中山間地に寄

り添った医療インフラを守るため、関係団体と連携して挑

みたい」。新見市の根石憲司副市長も「健康福祉の

まちづくりを実現するには病院の再編統合は不可欠だ。駅

前のまちづくりと一体で進めるため、国や県と共に最大限支援したい」と話す。

病院再編問題に詳しい国際医療福祉大学大学院の島崎謙治教授（医療政策）は民

間3病院の合併が地域の産業や雇用と結びつき、地方

創生の中に戦略として位置づけた全国初の事例。財政

面や人材確保など課題はあるが、議論を尽くして実現

してほしい」と期待している。（山内悠記子）

んでいない。

3病院は今後の人口減も見据え、3年前から合併による縮小案を協議。消滅可

能性都市にも含まれていることから、市は生き残り戦略

として中心市街地のまちづくりとセットで活性化策を検討している。

津崎龍一郎・新見中央病院副院長は「中山間地に寄

り添った医療インフラを守るため、関係団体と連携して挑

みたい」。新見市の根石憲司副市長も「健康福祉の

まちづくりを実現するには病院の再編統合は不可欠だ。駅

前のまちづくりと一体で進めるため、国や県と共に最大限支援したい」と話す。

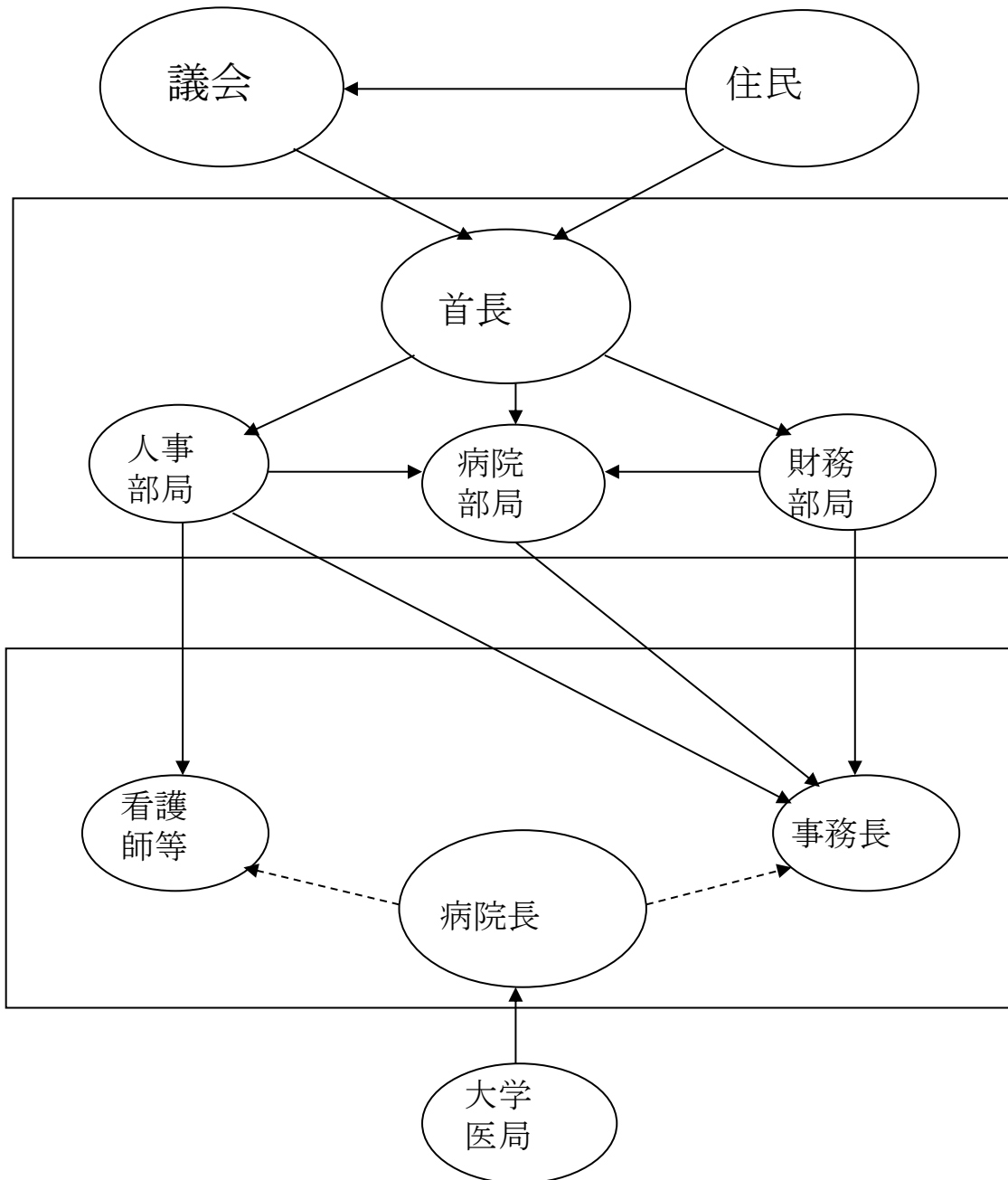
病院再編問題に詳しい国際医療福祉大学大学院の島崎謙治教授（医療政策）は民

間3病院の合併が地域の産業や雇用と結びつき、地方創生の中に戦略として位置

づけた全国初の事例。財政面や人材確保など課題はあ

るが、議論を尽くして実現してほしい」と期待している。（山内悠記子）

図：公立病院のガバナンス（模式図）



公立病院のガバナンス（統御）の構造は非常に複雑かつ分散。

（例）開設者と病院長の権限が不一致。⇒ そもそも自律的な経営が行いにくいガバナンス構造になりやすい。

(3) デリバリーに関するトピックス

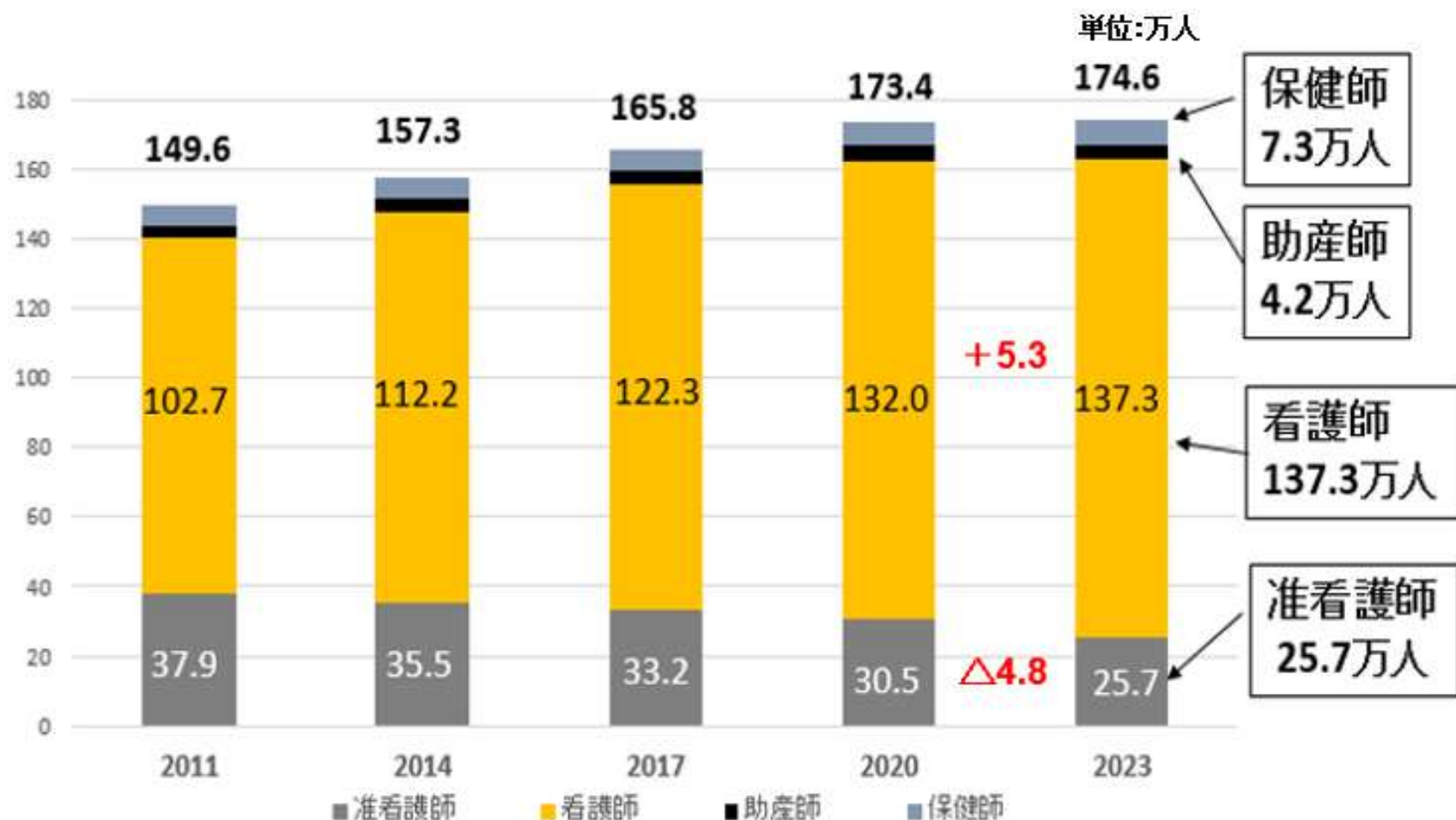
あるエピソード

私はバブル真っ盛りの1988年に広島市に出向し、91年に厚生省に戻った。配属されたのは保険局企画課で、法令担当補佐として局長と話をする機会が多かった。

黒木武弘局長(後に事務次官)は洒脱な方で、「今後、重要になるのは、シッコウマン(質・効率・マンパワー)だ」と講演等で語っていた。また、92年には「看護師等の人材確保の促進に関する法律」(注:制定時の名称は「看護婦・・・」)が制定されたが、黒木局長はこんなことを言っておられた。

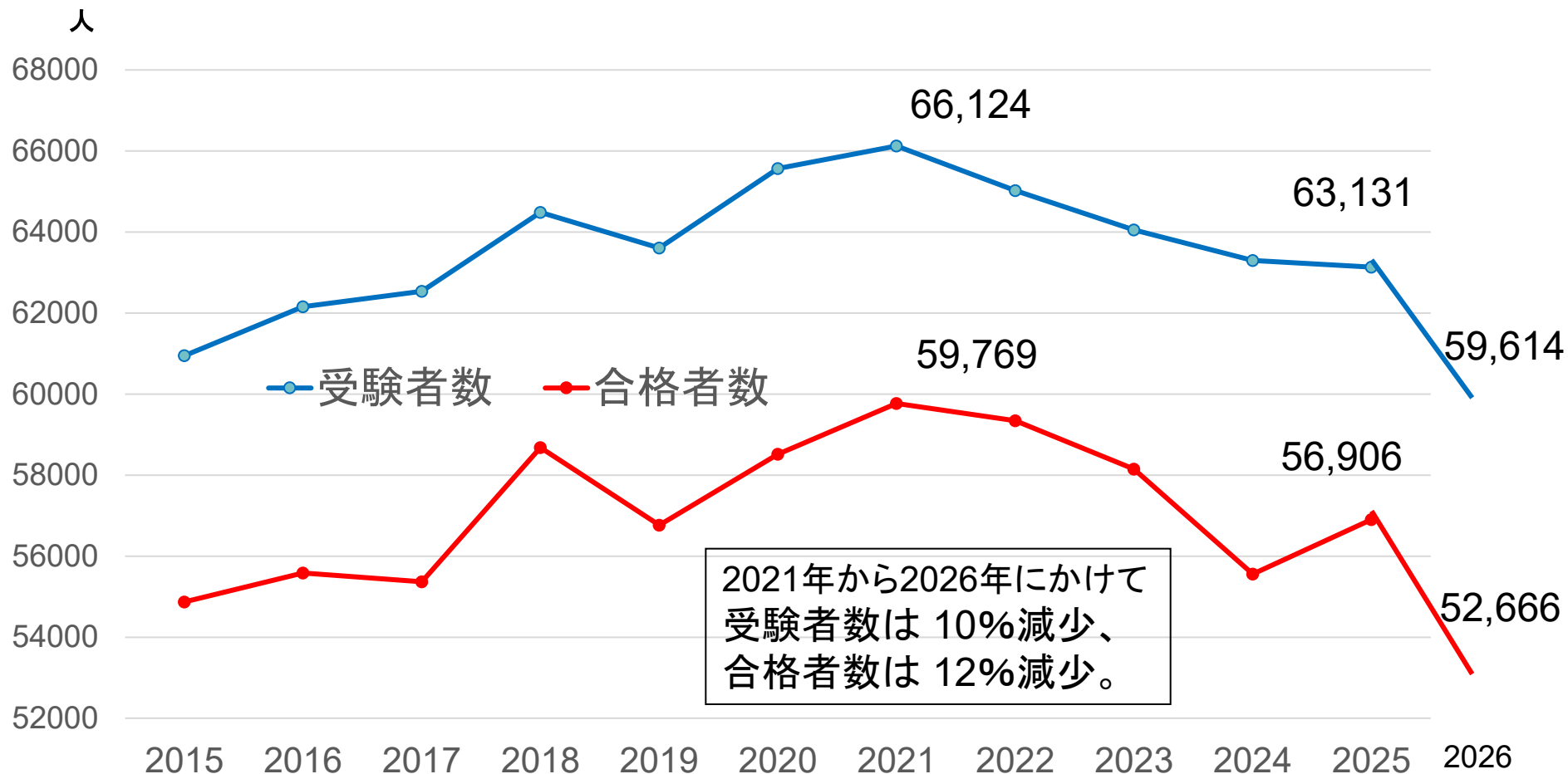
「保険局は医療保険のお金の算段をする局だが、お金の問題は本当に困ったら何とかなる。しかし、人手の確保はそういうわけにはいかない。気がついたときには手遅れということになりかねない。国民皆保険が崩れるとすればそちら側からかもしれない。」

図 看護職員就業者数の推移



出典: 中央社会保険医療協議会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」(2025年9月11日)

図 看護師国家試験 受験者数・合格者数の推移

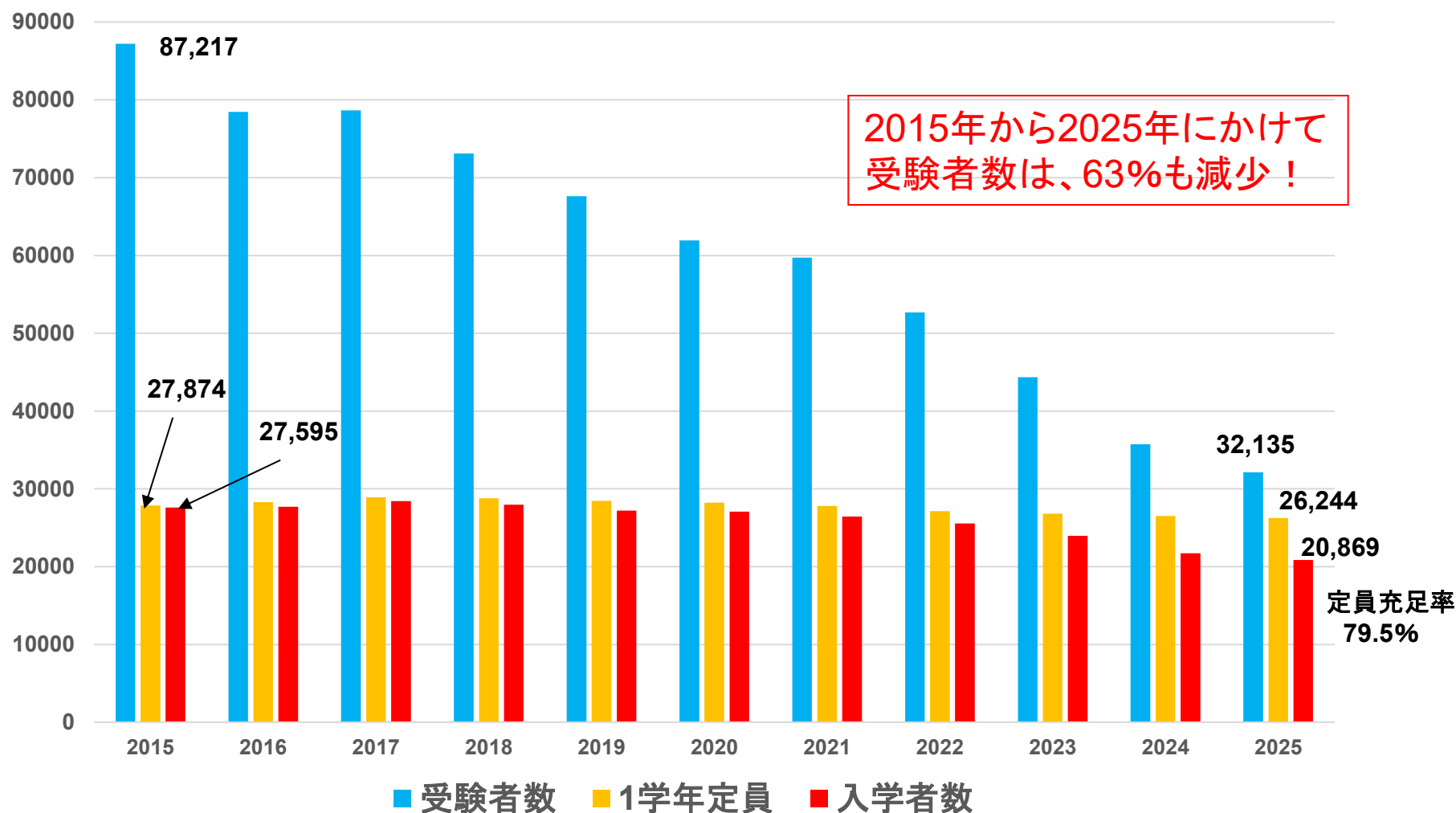


注：新卒だけでなく既卒を含めた全体の受験者数・合格者数である。

2024年に比べ2025年の受験者数が減少し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。

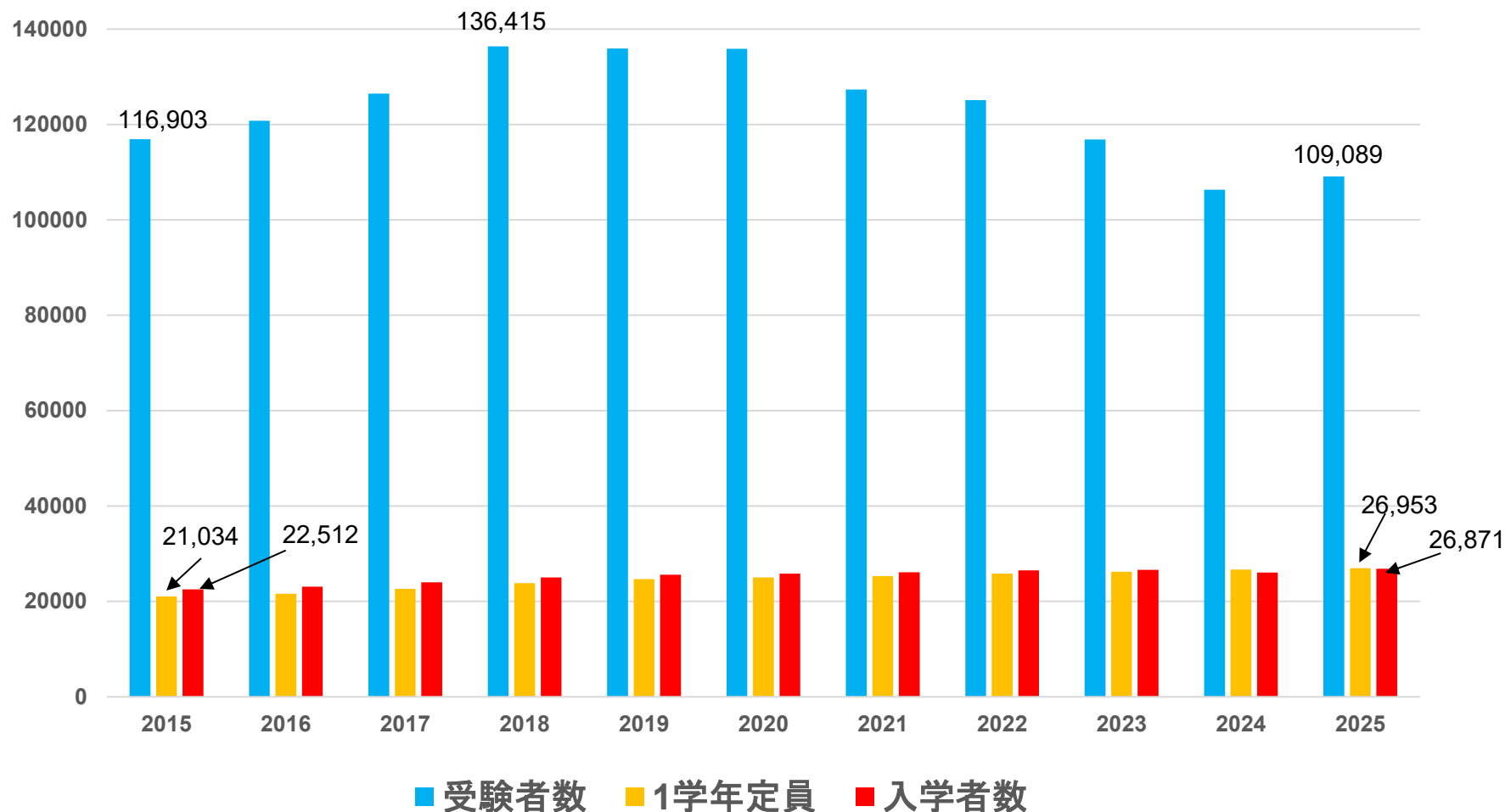
出典：厚生労働省「看護師国家試験の結果」

図 看護師養成所(3年課程)受験者数・1学年定員・入学者数の推移



出典：日本看護協会出版会「令和6年看護統計資料集」

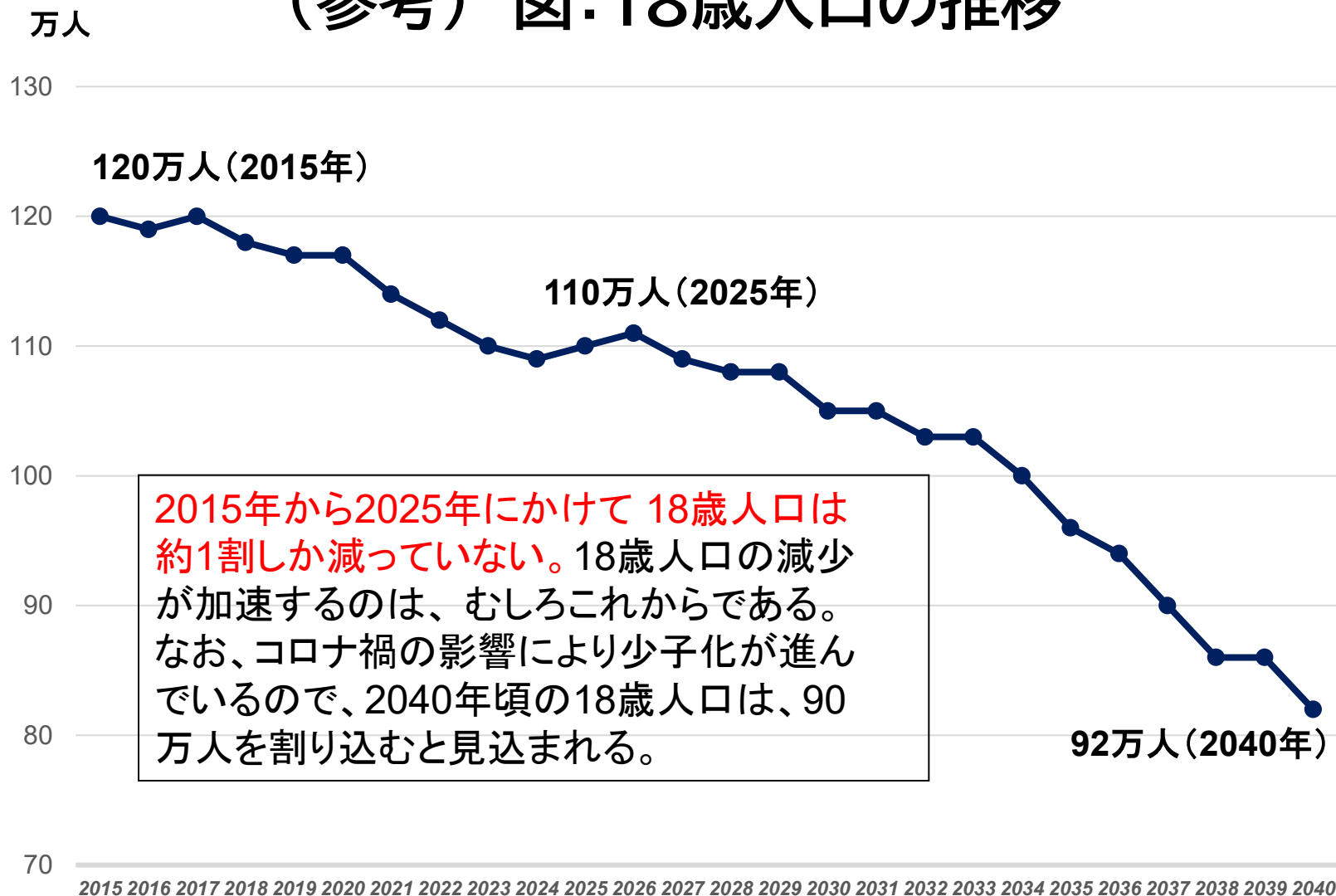
図 看護系大学(4年制)受験者数・1学年定員・入学者数の推移



注: 2025年に受験者数が増加したのは、多子世帯の大学無償化の影響等によるもので、長期的には凋落傾向を辿ると考えられる。

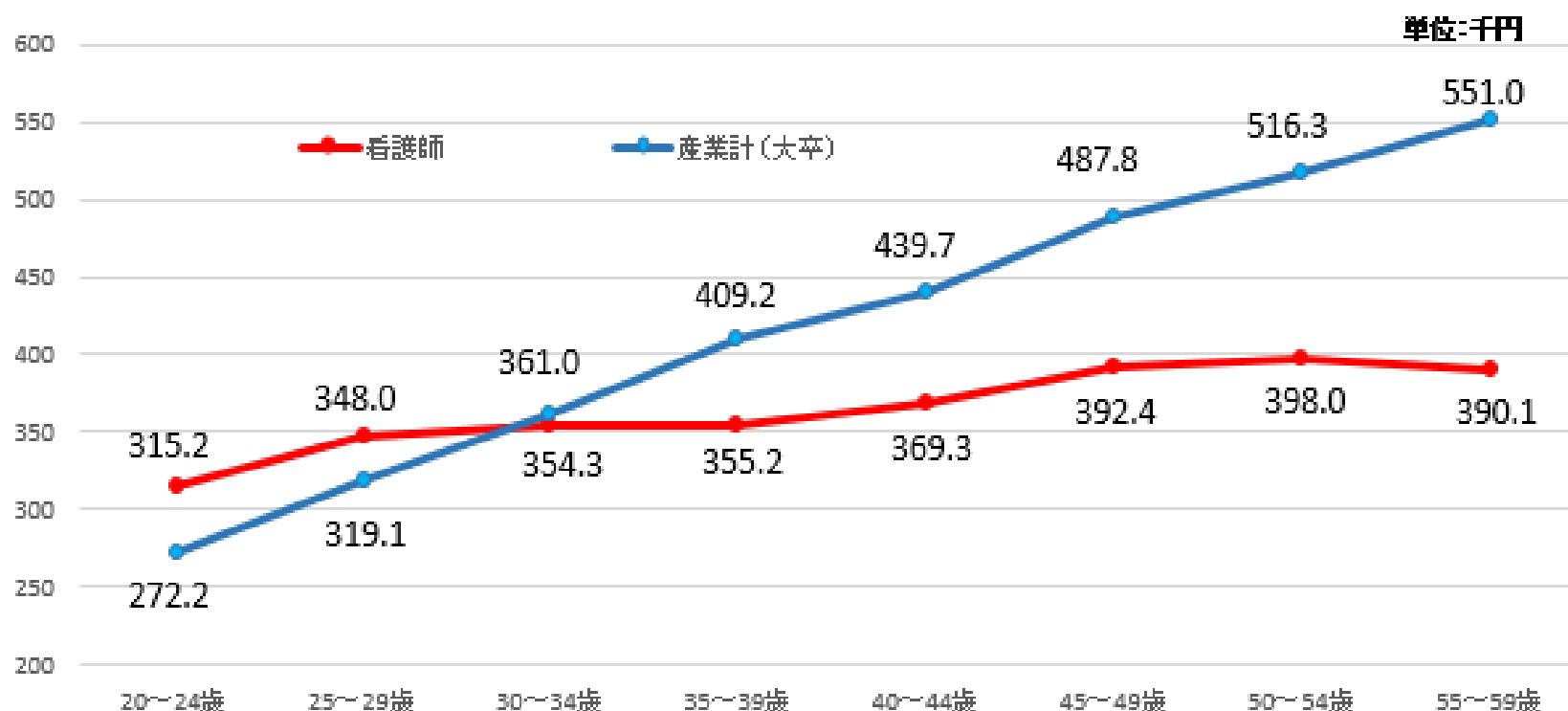
出典: 日本看護協会出版会・各年「看護統計資料集」

(参考) 図:18歳人口の推移



出典：18歳人口：2015年が総務省「国勢調査」、その他の年は「学校基本統計」

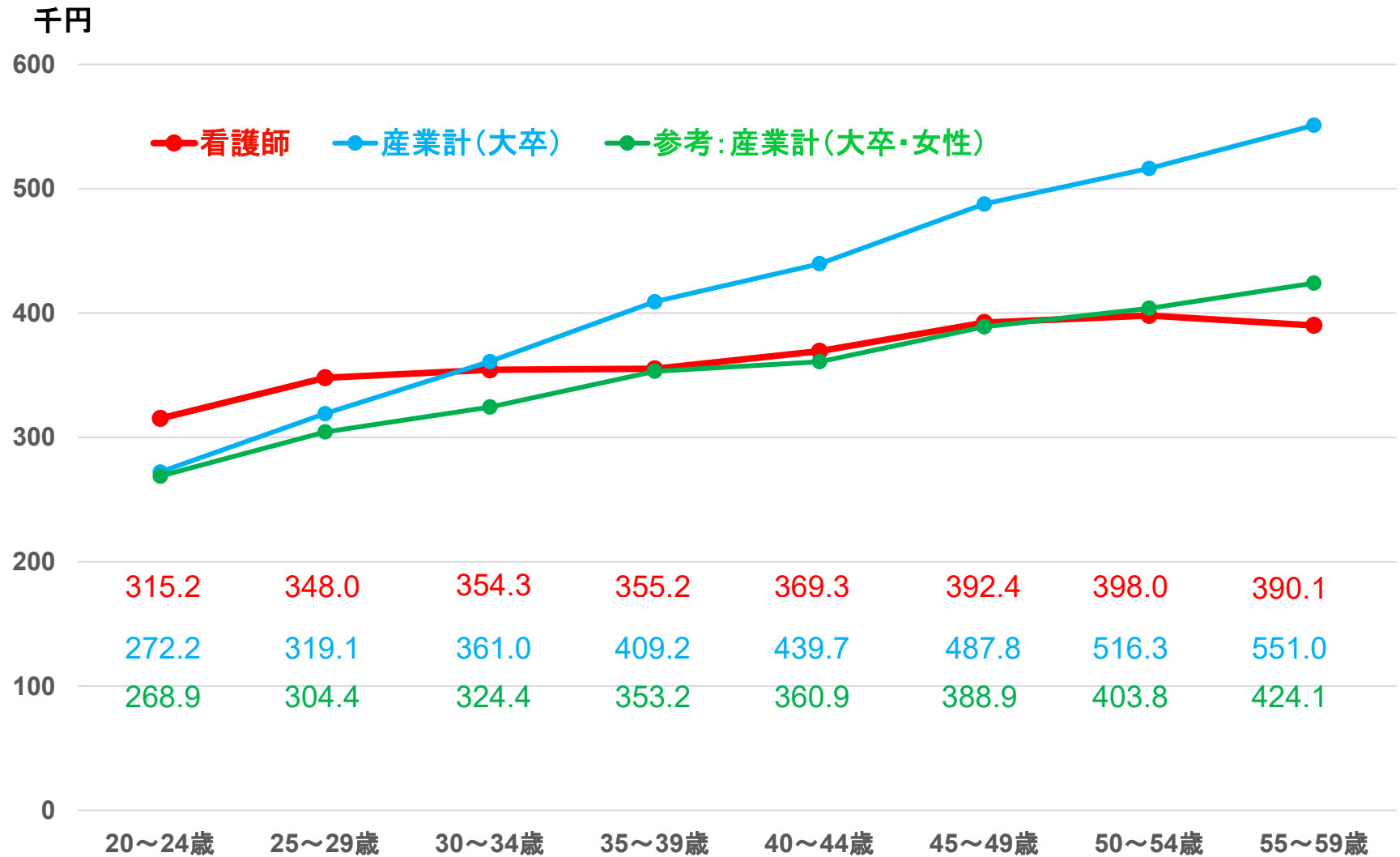
図表 看護師および産業計(大卒)の年齢階級別月額賃金の比較(2024年)



注:月額賃金とは「決まって支給する現金給与額」(時間外手当、夜勤手当等を含む)

出典:厚生労働省「賃金構造基本統計調査」(2024年)

図7 看護師および産業計(大卒)の年齢階級別月額賃金



注: 月額賃金とは「決まって支給される現金給与額(時間外手当、夜勤手当等を含む)。

出典: 厚生労働省「賃金構造基本統計調査」

【図表 41-1】 病院勤務者の賃金額に対する項目別の満足度

n=3,662 (%)

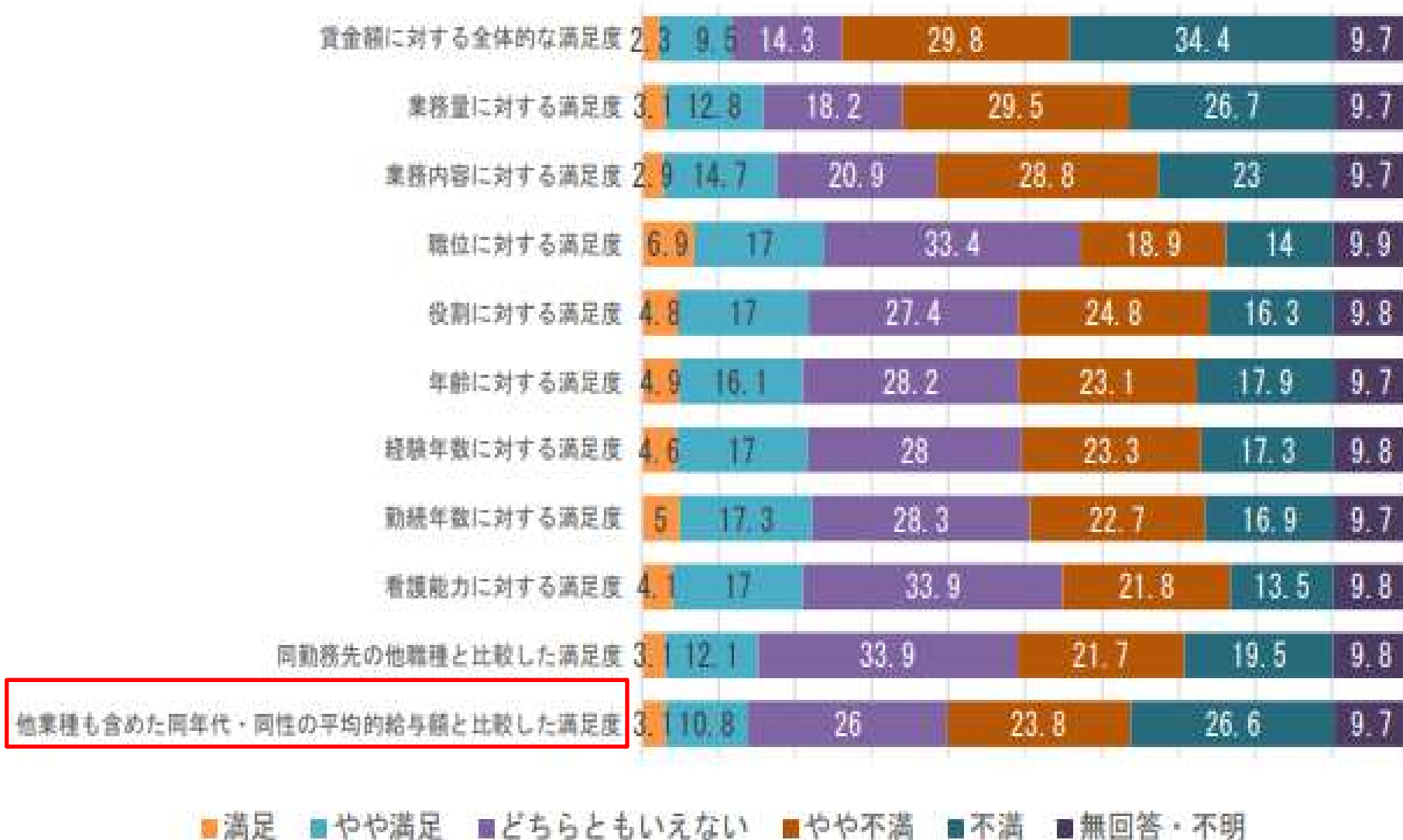


表 2 看護管理者が考える新卒看護職員の退職理由

退職理由	割合 (%)
健康上の理由（精神的疾患）	52.5
自分の看護職員としての適性への不安	47.4
自分の看護実践能力への不安	41.6
上司・同僚との人間関係	29.8
他施設への関心・転職	21.8
健康上の理由（身体的疾患）	15.8
他分野（看護以外）への関心・転職	14.6

注：複数回答あり（5つまで）

出典：日本看護協会「病院看護実態調査」（2024 年）

出典: 経済財政諮問会議(2026年5月22日)上野厚生労働大臣提出資料

医療関係職種の安定的な養成・確保に関する検討会

目的

- 2040年頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者の増加と生産年齢人口（15歳～64歳人口）の減少が一層見込まれるとともに、18歳人口の減少によって医療関係職種の養成校の定員充足率が近年低下傾向にあるなど、今後、医療関係職種の養成・確保は一層の課題となっていくことが見込まれる。また、こうした医療関係職種の養成・確保をとりまく環境の変化は、地域によって大きく状況が異なるため、その実情に応じた対策を講じていくことが必要となる。
- このため、地域において将来にわたって必要な医療が持続的に提供されるよう、各地域の人口の推移や新たな地域医療構想の策定等の状況を踏まえ、18歳人口の減少が急激に進む中でも必要な医療関係職種を安定的に養成・確保していく観点から迅速な対応を行うことが求められる。
- 地域において必要な医療関係職種の安定的な養成・確保の在り方について、関係者による専門的観点から検討を進めるため、本検討会を開催する。

検討事項

- 地域において必要な医療関係職種を安定的に養成・確保するための方策

構成員（敬称略・五十音順）

青木 郁香	日本臨床工学技士会 専務理事
東江 由起夫	日本義肢装具士協会 会長
上田 克彦	日本診療放射線技師会 会長
内山 量史	日本言語聴覚士協会 会長
江澤 和彦	日本医師会 常任理事
小野 太一	政策研究大学院大学 副学長・教授
神野 正博	全日本病院協会 会長
風間 雄一郎	福島県保健福祉部 次長（健康衛生担当）
木戸 道子	日本赤十字社医療センター 副院長・第一産婦人科部長
喜熨斗 智也	日本救急救命士会 会長
國土 典宏	国立健康危機管理研究機構 理事長
斉藤 秀之	日本理学療法士協会 会長
寺島 多実子	日本歯科医師会 常務理事
中野 夕香里	日本看護協会 専務理事
西田 裕介	国際医療福祉大学 成田保健医療学部長
野口 晴子	早稲田大学政治経済学術院 教授
平山 春樹	日本労働組合総連合会 総合政策推進局生活福祉局 局長
福島 統	東京慈恵会医科大学 名誉教授
丸林 彩子	日本視能訓練士協会 副会長
武藤 智美	日本歯科衛生士会 会長
森野 隆	日本歯科技工士会 会長
守屋 百合子	静岡医療科学専門学校 副大学校長
山本 伸一	日本作業療法士協会 会長
横地 常広	日本臨床衛生検査技師会 代表理事会長

2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会

目的

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や生産年齢人口の減少を見据えた医療提供体制の構築にあたっては、地域医療の支え手である看護職員の需給の状況を見通しつつ、看護職員の資質を高めるとともに、各地域において養成・確保策について検討が進められることが重要。
- このため、現下の看護職員の需給の状況や地域・領域別偏在、勤務環境、看護師等学校養成所の定員充足状況なども踏まえ、新たな地域医療構想の策定に合わせ、今後の看護職員に求められる資質を議論し、国や都道府県等が看護職員の養成・確保への対応のために講ずることが考えられる施策のメニューを速やかに整理していく。
- その際、2040年に向けた看護職員の養成・確保の検討に資するよう、これまで8回にわたり策定してきた看護職員の需給見通しについて、推計方法を精緻化し、新たな地域医療構想における医療需要を反映したものとする。

主な論点

- 2040年に向けた看護職員の需給見通しと看護職員の養成・確保への対応について

【看護職員の養成策】

看護の実践能力を更に高めるための養成課程・研修の在り方、少子化の進展に対応した看護師等学校養成所の運営、社会人経験者のリスキリング支援

【地域の看護職員の確保策】

地域偏在・領域偏在（訪問看護等）への対応、求人・求職間のミスマッチ改善（復職研修の強化等）、ハローワークとの連携強化

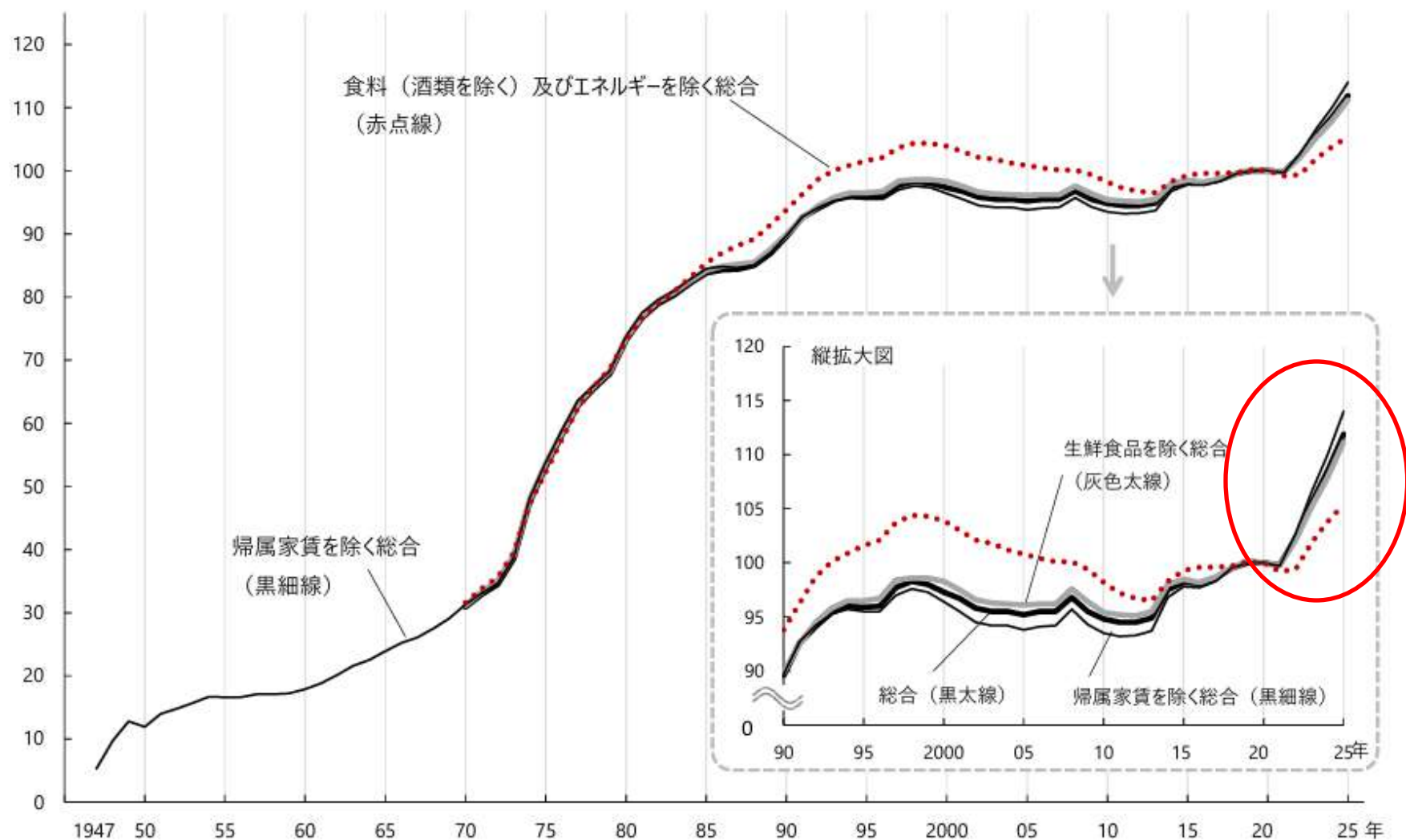
【看護職員の勤務環境改善】

看護管理者の能力向上、多様で柔軟な働き方（両立支援、夜勤含む）、ICT機器の活用による業務効率化、ハラスメント対策

構成員（敬称略・五十音順）

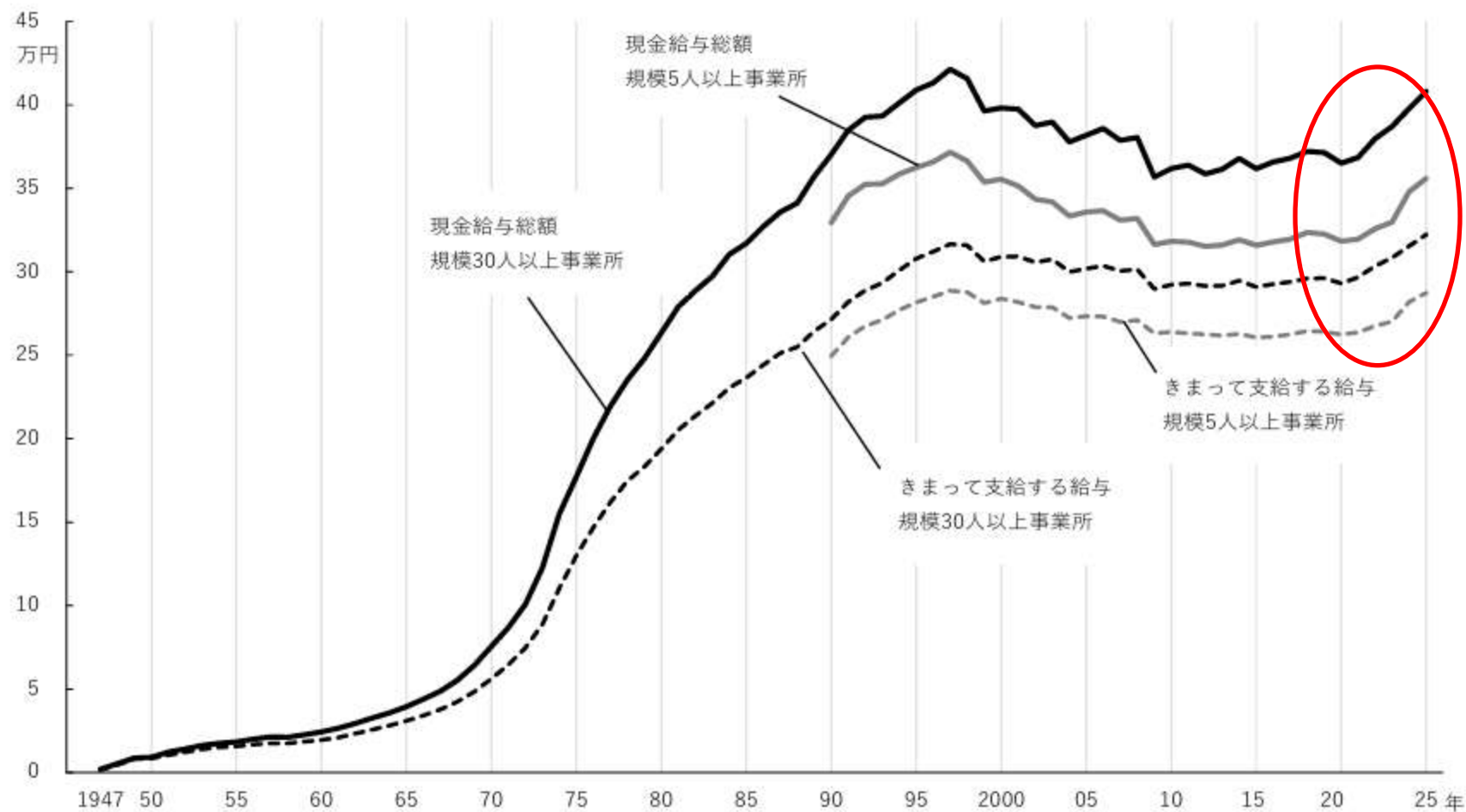
秋山 智弥	公益社団法人 日本看護協会 会長
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事
大島 精司	一般社団法人 国立大学病院長会議 会長
小野 太一	政策研究大学院大学 副学長・教授
影山 菜穂子	読売新聞東京本社編集局医療部 記者
風間 雄一郎	福島県保健福祉部 次長（健康衛生担当）
鎌倉 やよい	一般社団法人 日本看護学会協議会 常任理事
小林 美亜	山梨大学大学院総合研究部医学域臨床医学系 特任教授
古元 重和	北海道大学 大学院医学研究院 社会医学分野 医療政策評価学教室 教授
園田 孝志	一般社団法人 日本病院会 副会長
田中 志子	公益社団法人 全国老人保健施設協会 副会長
玉井 保子	公益社団法人 大分県看護協会 会長
新田 國夫	一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 理事長
春山 早苗	自治医科大学 看護学部 教授
樋口 秋緒	社会医療法人北農会 介護老人保健施設 恵み野ケアサポート
平原 優美	公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事
平山 春樹	日本労働組合総連合会 総合政策推進局生活福祉局 局長
別府 千恵	一般社団法人 日本私立医科大学協会
松原 由美	早稲田大学人間科学学術院 教授
水方 智子	一般社団法人 日本看護学校協議会 会長
山口 育子	認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML 理事長

図1 消費者物価指数 2020 = 100 1947年～2025年 年平均



資料出所 総務省統計局「消費者物価指数」

図1 常用労働者1人平均月間現金給与総額、きまって支給する給与額 1947年～2025年 年平均



資料出所 厚生労働省「毎月勤労統計調査」

注 規模30人以上事業所の1969年以前はサービス業を除く調査産業計

しかし、2024年診療報酬改定では・・・

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。

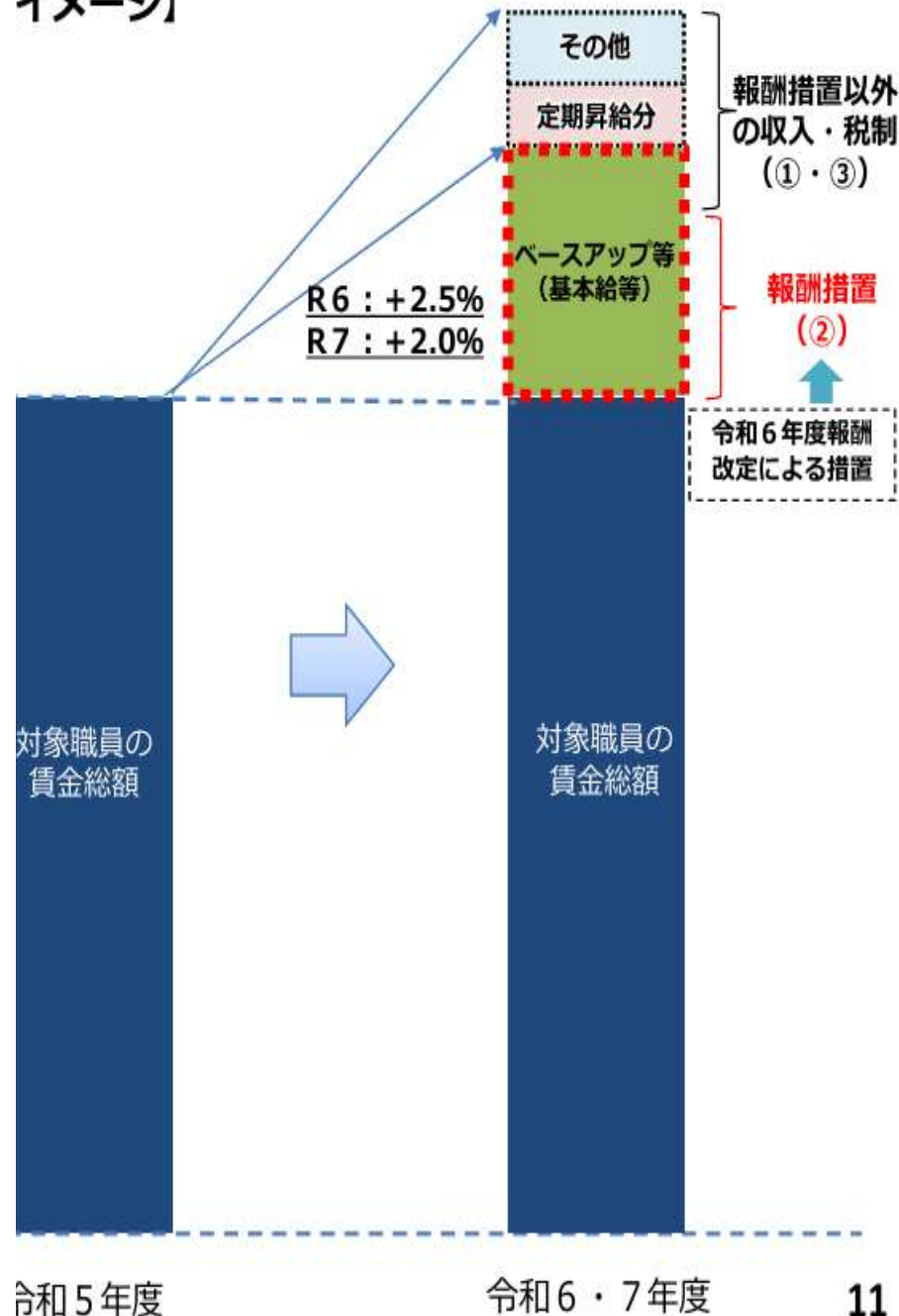
※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種 (上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※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]



令和8年度診療報酬改定について（令和7年12月24日大臣折衝事項）

1. 診療報酬 +3.09%（R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%）（R8年6月施行）

※1 うち、賃上げ分 +1.70%（2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%）

- ・医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のペアを実現するための措置
- ・うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 +0.76%（2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%）

- ・特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%（R8年度+0.41%、R9年度+0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%）
- ・また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09%（入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日））

- ・患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%

- ・配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%）

※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 ▲0.15%

※6 うち、※1～5以外分 +0.25% 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

2. 薬価等

薬価： ▲0.86%（R8年4月施行）
材料価格： ▲0.01%（R8年6月施行）
合計： ▲0.87%

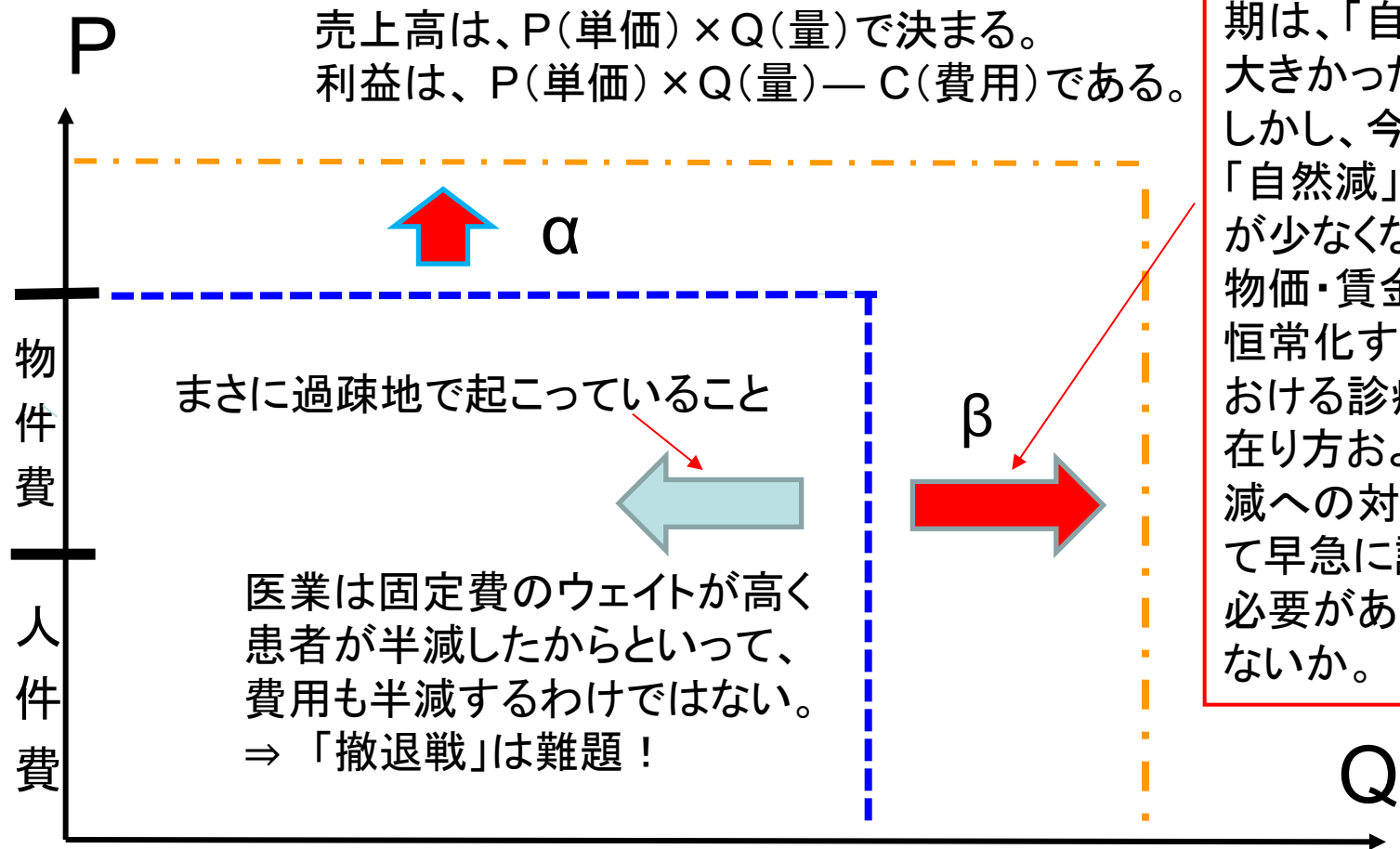
3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
- ③ 医師偏在対策のための対応
- ④ 更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

- ① R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
- ② 費用対効果評価制度の更なる活用

1970年代の 診療報酬の物価・人件費スライド制



かつての高度成長期は、「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および「自然減」への対応について早急に議論する必要があるのではないか。

物価・賃金スライドによる1点単価変動制(私案)

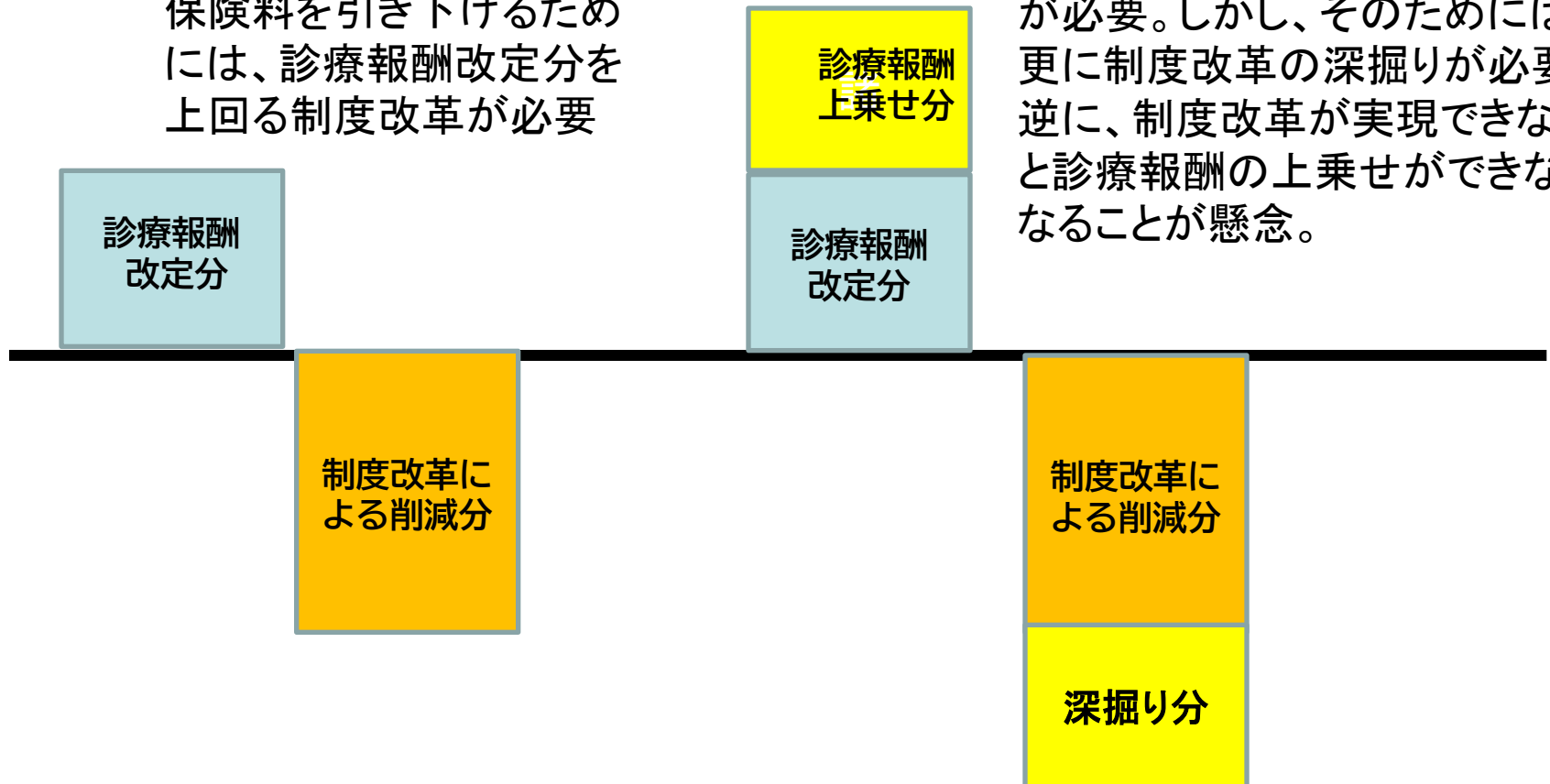
1. 薬剤費を除く、医業費用を人件費分と物件費分(人件費以外)に大別し、人件費分と物件費分の比率は直近の数字を用いる。制度スタート時の1点単価10円を人件費分と物件費分に分ける(例:人件費分5.7円、物件費分4.3円)。
2. 人件費分は毎年の適切な賃金上昇率、物件費分は消費者物価指数(CPI)で伸ばし、毎年の1点単価を算出する。
3. 通常の診療報酬改定が行われない年度は、各点数はそのままとし、2で算出された1点単価を乗じて診療報酬を算定する。
4. 通常の改定年度の診療報酬改定は、基本的にこれまでと同様の手法で行うが、その際、賃金の引上げ状況を含め医業経営の実態を検証し改定率を設定する。

※以上はたたき台である。例:1点単価変動制が嫌ならば、点数にスライドさせることでも構わない。 $\text{点数} \times (10\text{円} \times \text{スライド率}) = (\text{点数} \times \text{スライド率}) \times 10\text{円}$

演者の懸念（イメージ図）

現役世代の保険料引下げを求める声強いが、保険料を引き下げるためには、診療報酬改定分を上回る制度改革が必要

賃金を大幅にアップするためには診療報酬を上乗せすることが必要。しかし、そのためには、更に制度改革の深掘りが必要。逆に、制度改革が実現できないと診療報酬の上乗せができなくなることが懸念。



(4) ファイナンスの改革

2026年2月の衆議院選挙における 自由民主党の公約一抄(社会保障)

- 地域医療・介護等の基盤を守るため、医療・福祉・介護分野で働く幅広い職種の方々の確実な賃上げを図ります。
- 中・低所得者(若者・現役世代を含む)の税・社会保険料負担を軽減し、所得に応じて手取りが増えるように、「給付付き税額控除」の制度設計を進めます。
- 飲食料品は、2年間に限り消費税の対象としないことについて、今後「国民会議」において、財源やスケジュールの在り方など、実現に向けた検討を加速します。社会保障支出の伸びを抑えるとともに、社会保険料等の負担を見直します。
- マイナンバーによる情報連携を前提に、国が直接プッシュ型で「公正」「公平」「迅速」な給付を実行するための給付インフラを構築します。
- 労働時間規制については、経済成長にも資する、柔軟で多様な働き方の実現に向け、心身の健康維持と従業員の選択を前提に、運用・制度の両面から検討を進めます。

演者コメント

1. 高市総裁は、選挙期間中、「(飲食料品の減税の実現は)自分の悲願」と踏み込んだ。
2. 「飲食料品の減税」が「給付付き税額控除」実現までの繋ぎとの説明は論理的か？

飲食料品の消費税減税の是非

【演者の意見】

(「ごまめの歯ざしり」の感は否めないが・・・) 反対である

〔理由〕

1. 消費税は社会保障の貴重な財源。食料品の消費税ゼロの減収は約5兆円。社会保障制度の持続可能性を毀損させる。
2. 社会政策として不適當。高所得者ほど減税の恩恵が大きい。
※逆進性対策が必要だとしても、消費税制の枠組の中で行う必要はない。
3. 経済対策として不適當。必ずしも物価対策にならない(減税分だけ価格が下がる保証はない。市場がネガティブに反応し円安に振れれば、輸入品の価格は上昇し物価は上がる)。
また、2年間限定だとしても、2年後は感覚的には「増税」。
4. システム改修に多額の(余計な)費用がかかる。外食産業にとって不公平な競争環境が強いられる。

給付付き税額控除の是非

【演者の意見】

「まず実施することが重要」という意見があるが、拙速に創設することには反対である。

〔理由〕

1. 「魔法の杖」ではない。巨額にのぼると見込まれる財源の確保は難題。
巨額にのぼる貴重な財源を投入するに値する制度でなければならない。
2. **制度設計をめぐる課題は山積。特に④はハードルが高い。**これらに目をつぶり制度をスタートさせると、不公平な制度が「固着」し修正が困難。
 - ①政策目的の特定(逆進性対策のほか就労促進を入れるか)
 - ②控除対象の税目(所得税のほか地方税も対象にするか)
 - ③対象者の範囲(多額の資産を有する者も対象にするのか)
 - ④正確な所得捕捉(クロヨン問題。金融所得の捕捉。税制上の優遇措置の排除)
 - ⑤給付単位(個人か世帯か。世帯の特定を含め世帯単位の方が難度は高い)
 - ⑥社会保障給付の関係の整理(特に生活保護など低所得者対策との調整)
 - ⑦実施官庁の決定(税務当局が非課税者に給付を行うことの是非等)

給付付き税額控除について (中間とりまとめ(社会保障国民会議 令和8年7月29日))

- 給付付き税額控除は、諸外国との比較を通じて純負担率の改善が必要であることが明らかになった、中低所得の現役勤労者に着目。
- ① その負担軽減を通じ、所得に応じて、これまでよりも一層手取りが増えるようにするとともに、
② いわゆる「年収の壁」などによる「働き控え」を緩和することを通じた就労促進を図る、
という喫緊の課題に適切に対応する必要。
- これらを目的として、制度横断的に、負担(税・社会保険料)と現金給付を総合的に捉え、純負担率を調整する「所得に連動したきめ細かな給付」を行うこれまでにない新たな制度を早期に導入(令和11年度に本格導入)。
- ※ 今回導入を目指す「所得に連動したきめ細かな給付」は、本格的な「給付付き税額控除」を導入する第一歩であり、制度の将来像については、継続して検討を行う。
- ※ 「所得に連動したきめ細かな給付」制度の導入に当たって、公金受取口座の登録率向上などデジタル技術を活用した事務負担軽減に取り組みつつ、その後の実務的な環境整備の進展に合わせて、段階的な精緻化を図る。
- ※ 税額控除と給付の組合せとすることについては、将来的に給付のみと決め打ちすることなく、今後とも、個人所得課税における人的控除の見直しによる税負担の変化や、デジタル技術の進展に応じた事務負担も踏まえ、検討を継続。

【子育て世帯(夫婦・子2人)の純負担率】

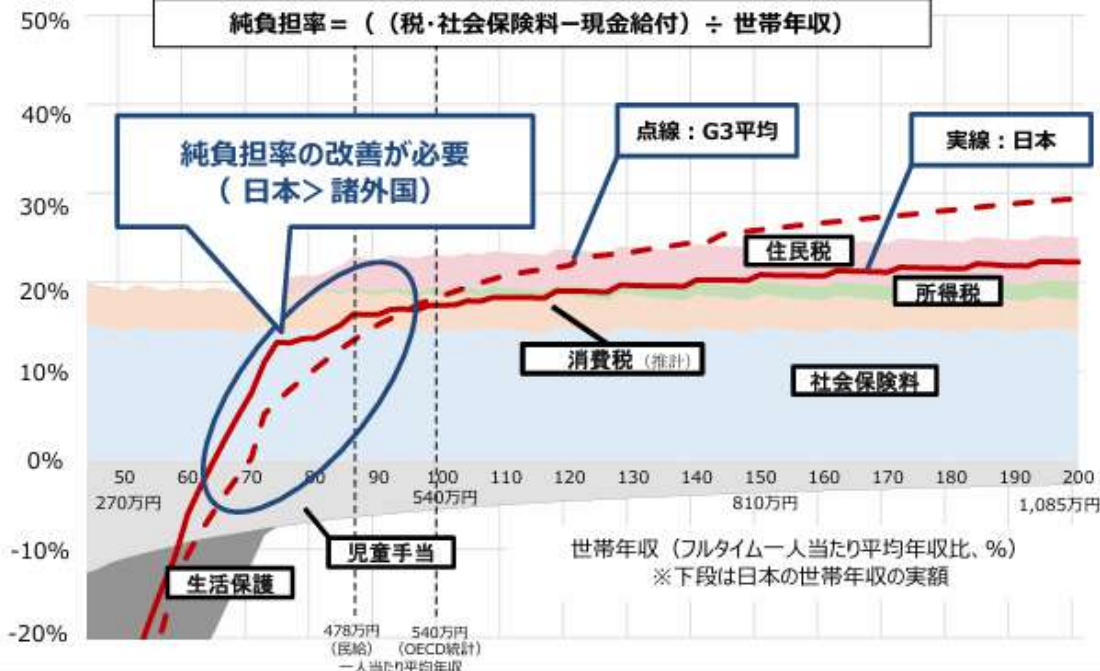
G3(米・独・仏)平均との比較

$$\text{純負担率} = (\text{税・社会保険料} - \text{現金給付}) \div \text{世帯年収}$$

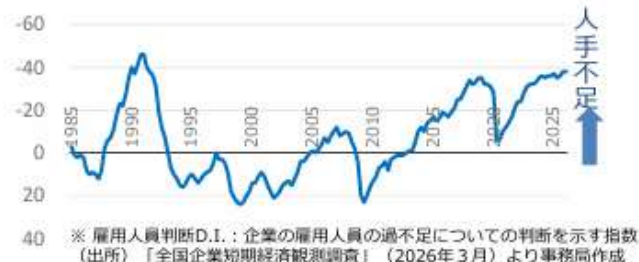
純負担率の改善が必要
(日本 > 諸外国)

点線: G3平均

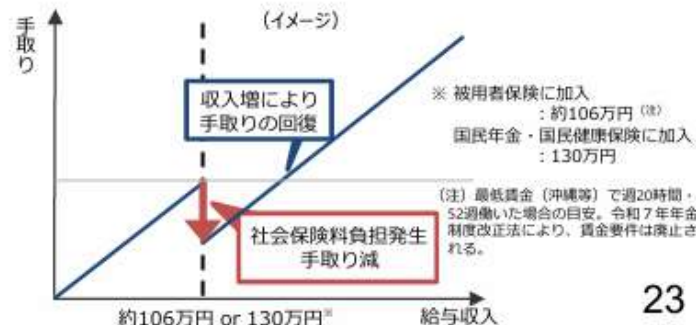
実線: 日本



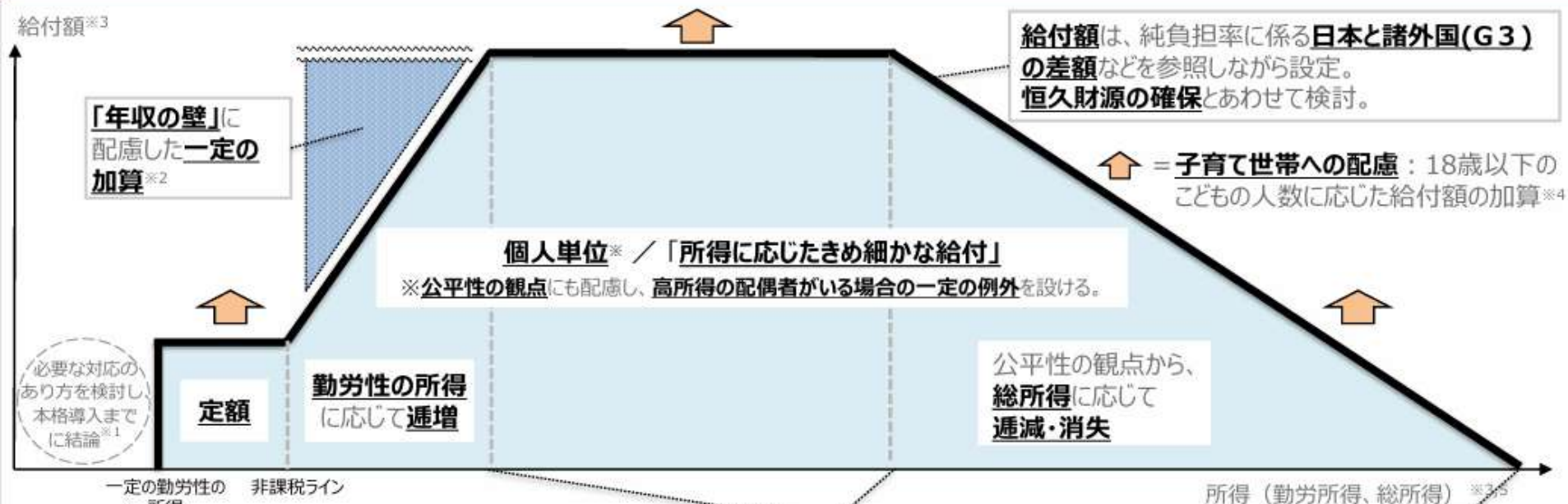
【深刻な人手不足(雇用人員判断D.I.の推移)】



【「年収の壁」による手取りの変化】



「所得に連動したきめ細かな給付」の本格導入のイメージ（中間とりまとめ（社会保障国民会議 令和8年7月29日））



これまでのご意見

- ・被用者保険の適用：所得 約32万円超（収入 約106万円超）※6
- ・給与所得ゼロ：所得 0万円超（収入 74万円超）
- ・雇用保険の適用：（収入 約 53万円超）

給付に係る閾値となる所得水準は、純負担率や純負担額の国際比較等を参照しながら設定。恒久財源の確保とあわせて検討。

※ 給付が消失する水準は、諸外国では概ね平均年収の50%前後。

○ **単身者、個人事業者、フリーランス、高齢者**（就労し、純負担が現役並みの中低所得高齢者）も対象。

- ※1 給付の対象外で支援が必要な方を丁寧に把握した上で、給付と相談・就労支援の一体的な実施を含め、必要な対応のあり方を財源とともに検討し、可能なものについては令和11年度からあわせて実施できるよう、本格導入までに結論。その際、国民年金や国民健康保険の減免・軽減制度などの必要に応じた拡充を含め、幅広く選択肢を検討。
- ※2 「年収の壁」による手取りの減少を踏まえ、第3号被保険者制度の見直しや被用者保険の適用拡大の更なる加速により「年収の壁」が解消するまでの時限的な措置。就労促進の観点から「年収の壁」に直面する方に対して手厚い給付を行うこととそれ以外の方に対する給付を含めた総合的なバランス等を勘案して設定することとし、給付の重点化をどの程度図ることが可能であるかを含め検討。
- ※3 給付に係る閾値となる所得水準及び給付額については、定期的に見直すことが可能な弾力的な仕組みとする。
- ※4 子育て世帯に配慮することについては、制度の複雑化に対する懸念から慎重な意見があった。
- ※5 金融所得については、制度を精緻化する中で対応。預金の利子所得も、遠くない将来の課題として検討。
- ※6 正社員に比べて時間・日数が4分の3未満の短時間労働者についての要件に関する目安。

「消費税減税及び就業者負担軽減支援金支給法案」の問題点

※ 法律の正式名称は、「租税及び社会保険料による負担の軽減のための飲食料品に係る消費税率の臨時的な引下げ及び就業者負担軽減支援金の支給に関する法律案」である。

1. 多くの重要な事項が「未定」だらけ

消費税減税や就業者負担軽減支援金（以下、就業者支援金）の財源は、「特例公債に頼ることなく、補助金等及び租税特別措置の適正化その他の歳出・歳入の見直し」とだけ記載。就業者支援金の支給要件（対象となる所得額など）や給付金額などはすべて政令に委任。

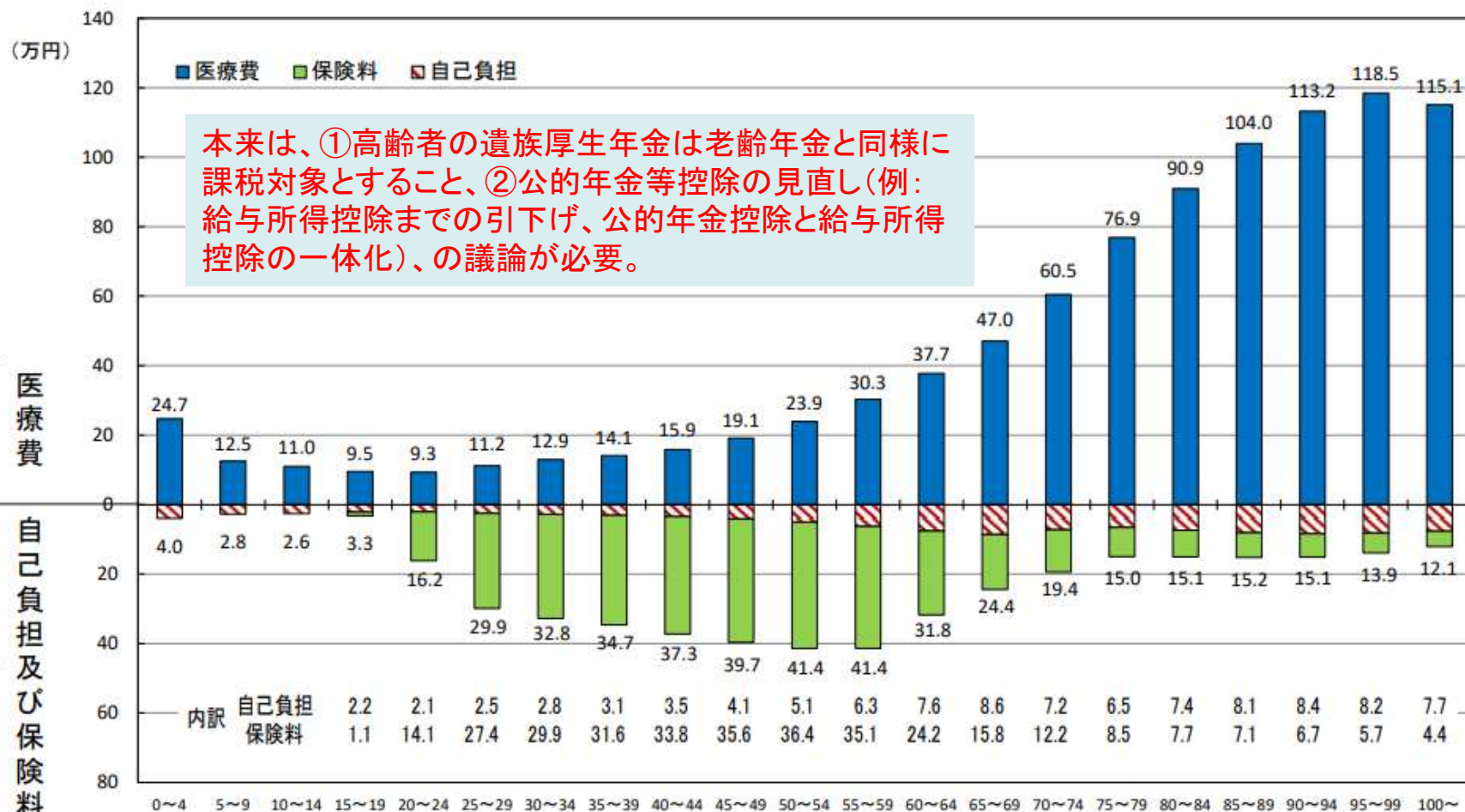
2. 消費税減税は新たな給付制度の「繋ぎ」というロジックは破綻

消費税率の引下げ率は、システム改修等に時間がかかることを理由にゼロ％ではなく1％とされたが、実質的にゼロ税率とするため1％分については就業者支援金が支給。それが可能可能ならば消費税減税を行う必要はない。8％分すべて就業者支援金を支給すればよい。

3. 就業者支援金の対象者は約2,000万人(就業者の3割)に過ぎない

消費税減税が切れる2029年4月には、就業していない年金受給者や障害や病気により働けない者を含め、就業者支援金の対象とならない約1億人の者は「増税」となる。その政治的なフィージビリティもさることながら、法案の問題点は、生活困窮者自立支援法をはじめとする既存の社会保障制度との関係の整理や必要となる財源の確保を含め、それらの検討の具体性を欠いたまま法案の検討事項とされた(36条)。厚生労働省は「重い荷物」(後始末の責任)を背負わされた。

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。

医療費の一部負担（自己負担）割合について

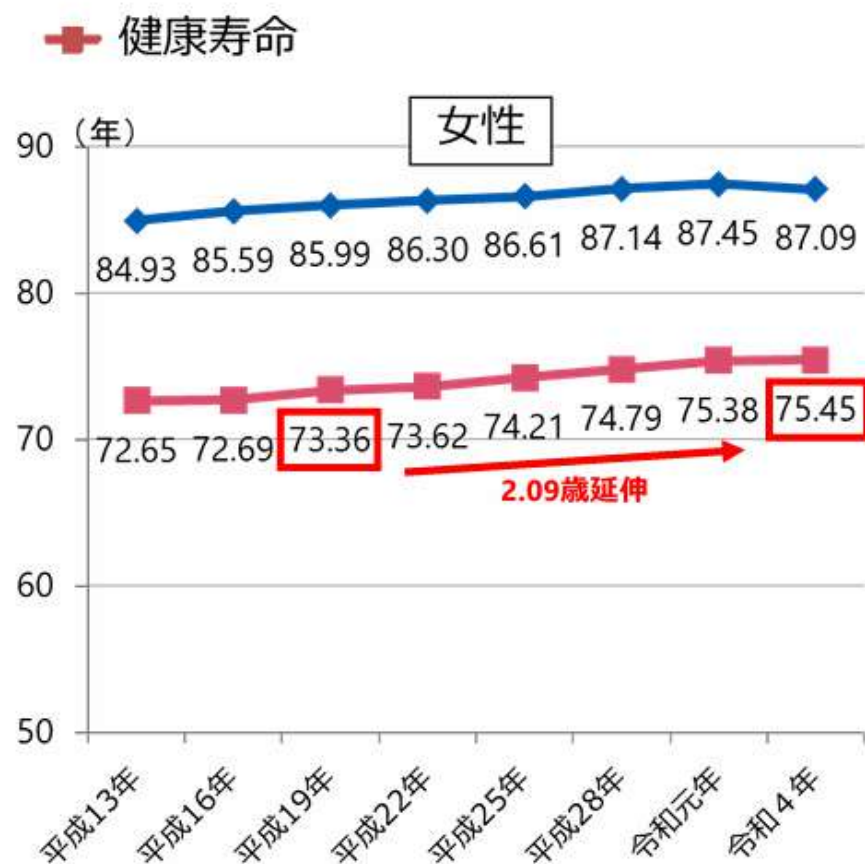
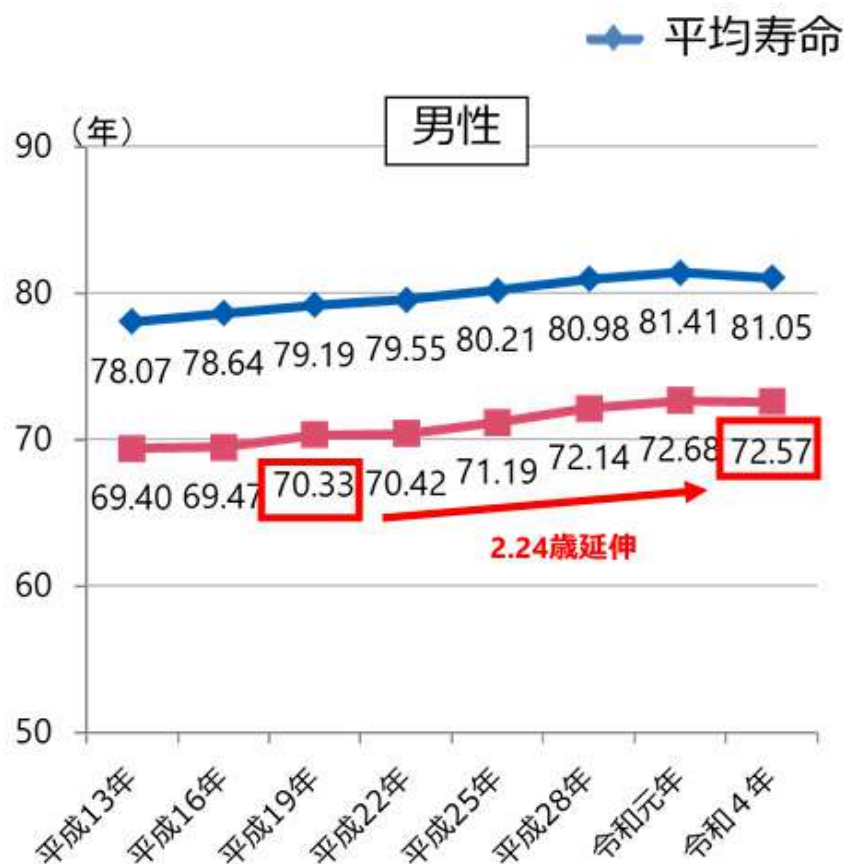
- それぞれの年齢層における一部負担（自己負担）割合は、以下のとおり。
 - ・ 75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割、現役並み所得者以外の一定所得以上の者は2割（※））。
 - ・ 70歳から74歳までの者は、2割（現役並み所得者は3割。）。
 - ・ 70歳未満の者は3割。6歳（義務教育就学前）未満の者は2割。
- （※）令和4年10月1日から施行。

	一般所得者等	一定以上 所得者	現役並み 所得者
75歳	1 割負担	2 割負担	3 割 負担
70歳	2 割負担		
6 歳 (義務教育就学後)	3 割負担		
	2 割負担		

平均寿命と健康寿命※の推移

※日常生活に制限がない期間の平均

令和6年12月24日第4回 健康日本21
(第三次) 推進専門委員会 資料1-1
を一部改変



【資料】 平均寿命：平成13・16・19・25・28・令和元・4年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」
健康寿命：厚生労働科学研究において算出

高齢者の就業率の推移（平成20年以降）

○ 70～74歳、75～79歳の就業率は、後期高齢者医療制度施行時の65～69歳、70～74歳の就業率と同程度に上昇。

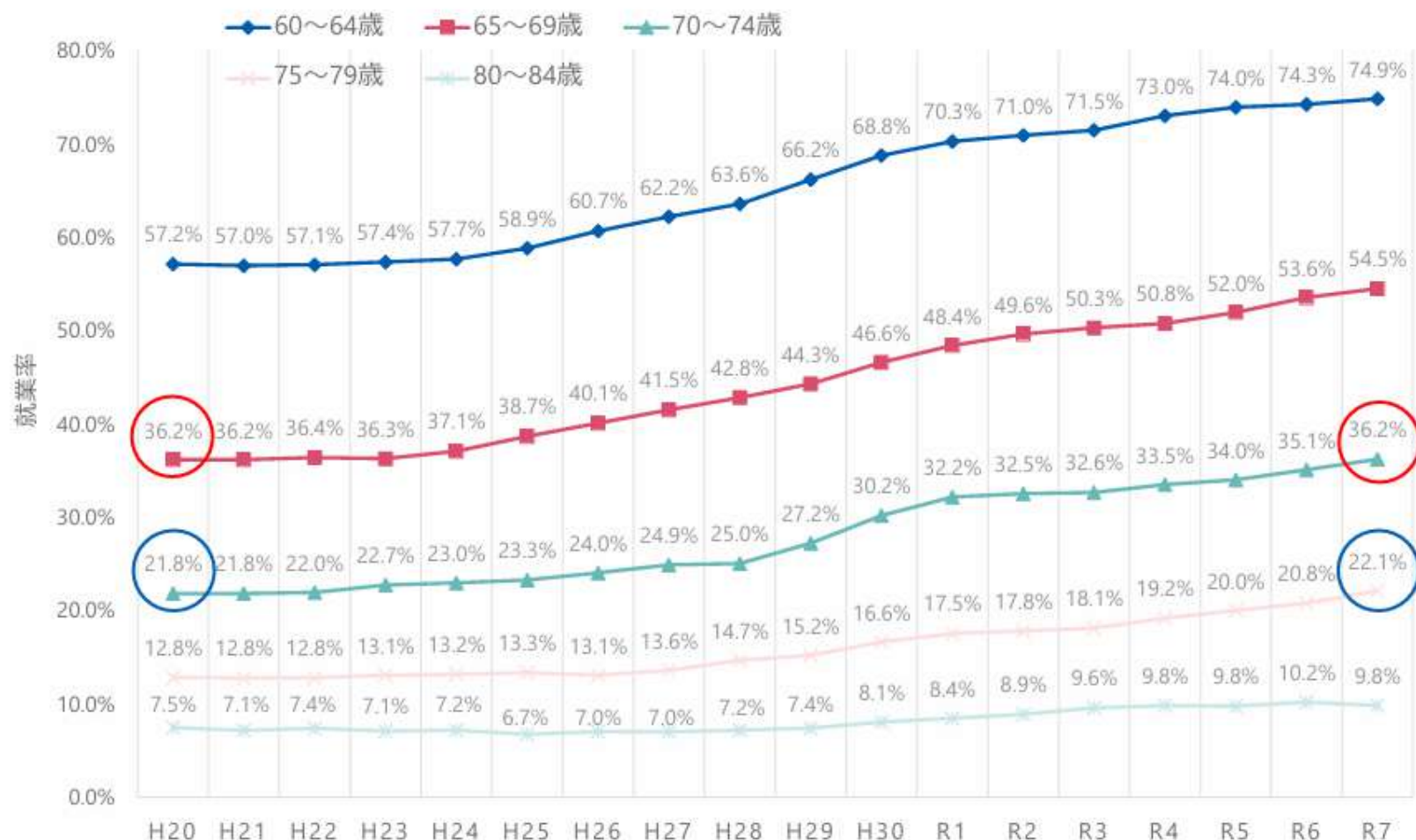
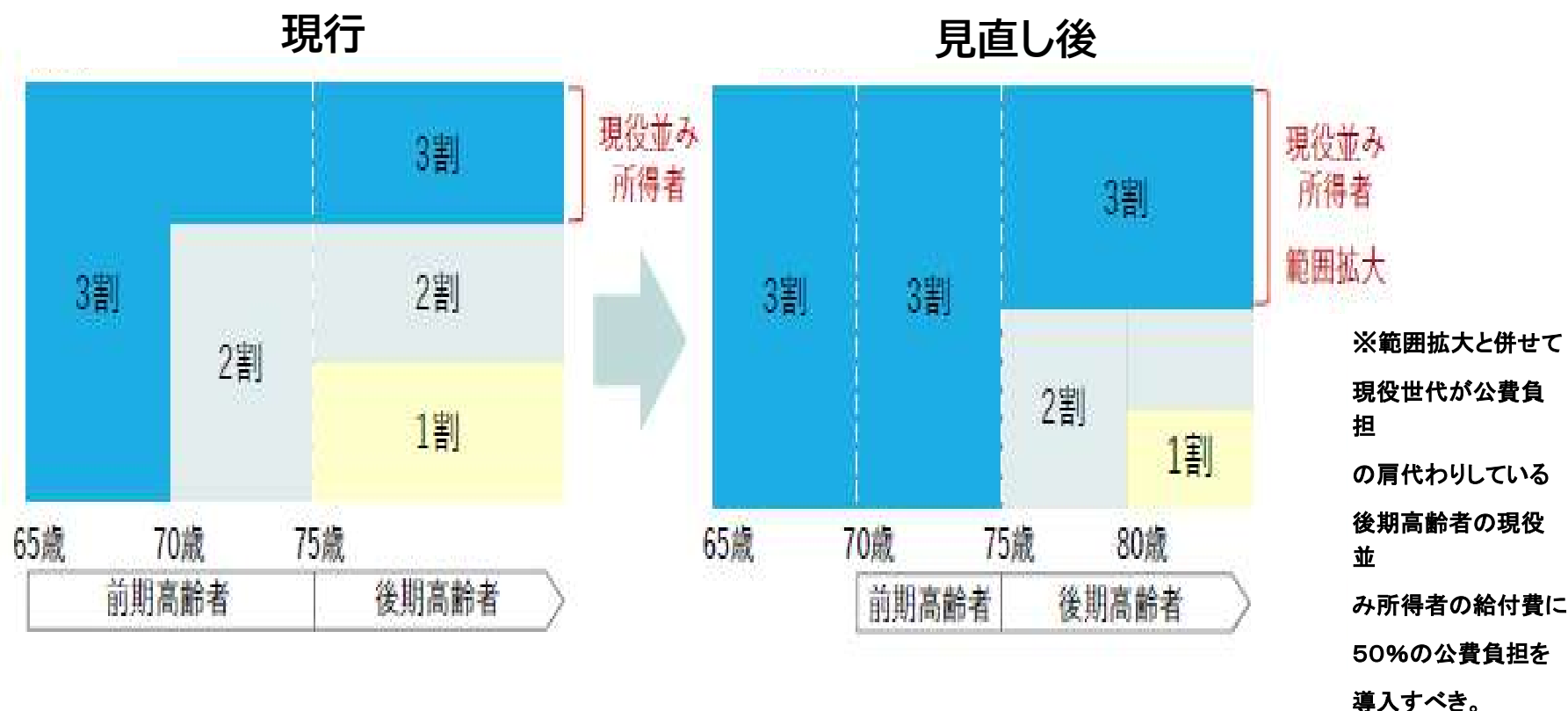


図 健保連の窓口負担割合の見直しに関する提言



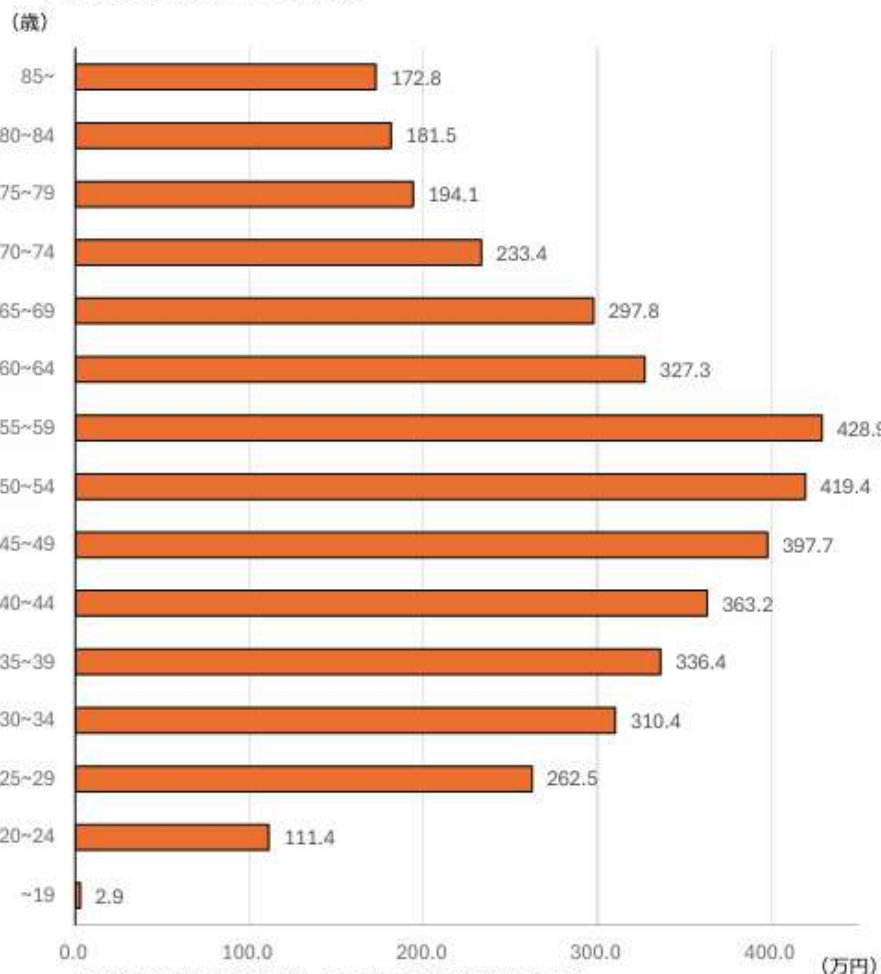
出典：健保連「『ポスト2025』健康保険組合の提言（概要版）」（2025年9月）

一部筆者加工。

高齢者の収入の状況（2024年）

- 平均収入は、55～59歳を頂点に、年齢を重ねるにつれて低下。
- 75歳以上個人の収入は、150万円未満の層が約半分を占めている。

＜年齢階層別の平均収入＞



＜75歳以上個人の収入額の分布＞

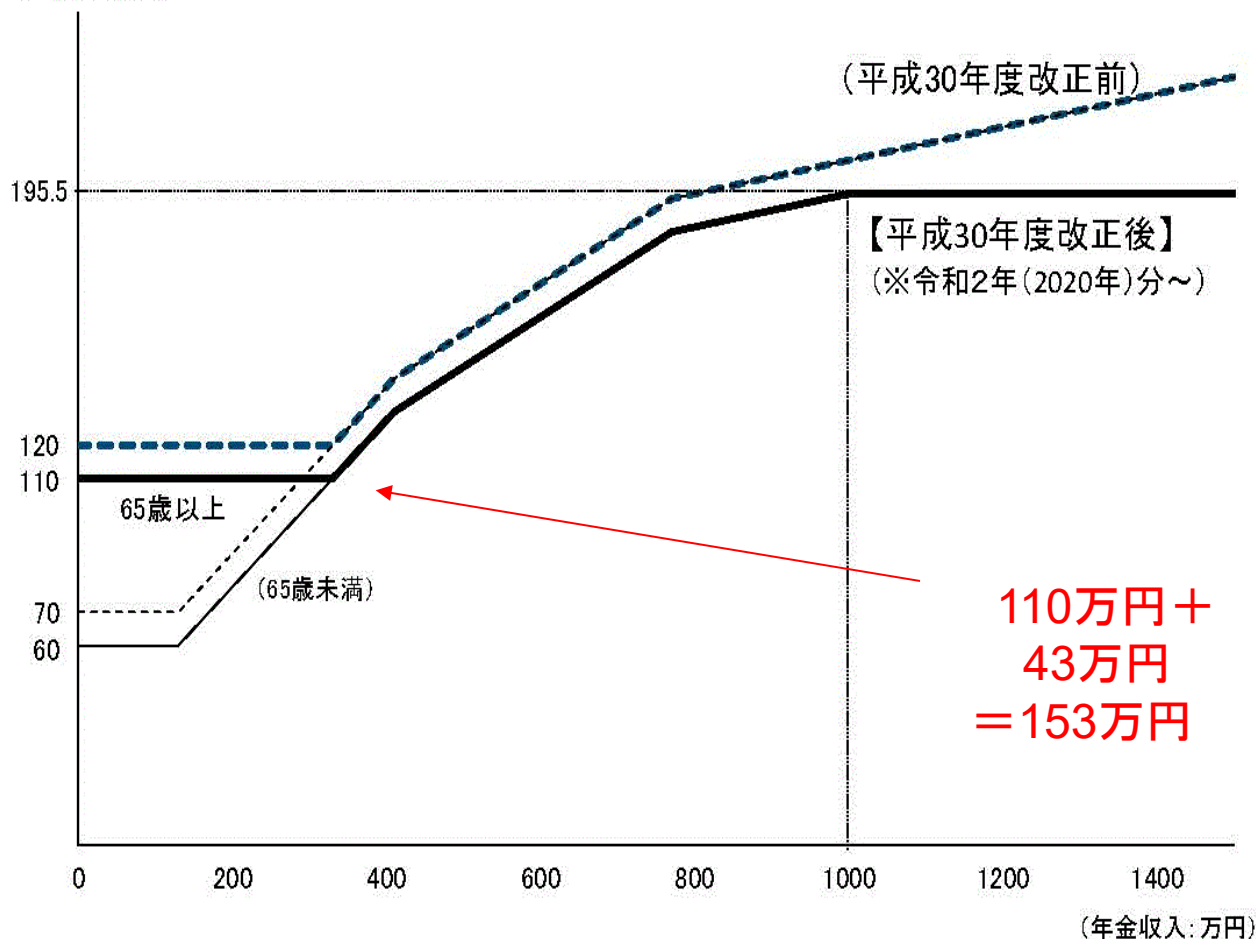


【出典】2025年（令和7年）国民生活基礎調査（抽出調査）

※ 「収入」は、給与収入、年金等については給与所得控除、公的年金等控除を適用する前の金額。（事業収入等に係る仕入原価や必要経費は差し引いている）

公的年金等控除の仕組み

(控除額: 万円)



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。)

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） 等
「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

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。