

記者会見 医療現場からの報告

資料目次

・ 次第	2
◆病院現場から深刻な経営実態の報告と、厚労省への要望について (資料)	
・ 物価高騰に関する医療機関緊急調査より、深刻な病院経営実態の報告	3
・ 直ちに財政出動し、診療報酬の大幅引き上げを求める(要請書)	5
* 保団連が今年2月に実施した「物価高騰に関する医療機関の緊急影響調査」結果から、入院医療機関における深刻な経営実態の報告と、調査に基づく診療報酬の緊急再改定と大幅引き上げ等を求める保団連の要請書	
・ 物価高騰・賃金上昇に圧迫される病院経営(スライド資料)	7
* 青森健生病院の経営実態から、病床利用率を高めても利益が出ない、費用の伸びが収益の伸びを大きく上回る、コロナが落ち着いても以前のように戻れない、医療材料・給食材料の高騰が病院経営を圧迫など、具体的な実態と、現場からの声	
◆医療機関の感染症対策に関する診療報酬上の評価に係るアンケート結果報告 (資料)	
・ 感染症対策に関する診療報酬上の評価に係るアンケート(最終集計)	14
* 保団連が今年3月から4月にかけて実施したアンケート結果から、医療現場の感染症対策の現状と診療報酬上の評価の低さについて、現場の怒りの声も含めた報告、厚労省への要望	
・ 感染症対策に係る診療報酬上の評価について(評価の変遷)	28
・ 外来の感染症対策に関する評価点数の告示・通知・施設基準	29
* アンケート調査報告の補足資料。2024 年診療報酬改定を境に、感染症対策の評価が大幅に下がったこと、その一方で医療機関に課せられる複雑で多くの算定要件を一覧表示	
・ 2026 年度診療報酬改定に向けた保団連改善要求	34
* 記者会見後に感染症対策等に係る厚生労働省要請を実施する。その要求内容	
◆その他報告関連資料 (資料)	
・ 「医療・介護・障害福祉分野の経営状況や賃上げの状況等について」自由民主党社会保障制度調査会への厚生労働省提出資料	41
* 4 月 14 日の自民党の社会保障制度調査会で、2024 年度における診療所、病院の対 2023 年度比での経常利益率の最頻値は-1.0%~0.0%、有床診療所は-3.0%~-2.0%との速報値が報告された	
・ 新型コロナ後の医療再建と財源問題_保団連の財源提案	45
* コロナ収束後の医療・社会保障の再建と財政再建を見据え、法人減税、雇用の規制緩和など新自由主義的路線からは決別し、消費税増税ではなく、大企業・超富裕層に対する応分の税負担、医療・社会保障の充実、雇用の改善を進めて、医療・社会保障財源の確保を進めるべきとする保団連財源提案	

記者会見 医療現場からの報告

次第

日時:2025 年6月 12 日(木)14:00～15:00 記者会見

会場:厚生労働省9階会見室(現地のみ)

司会:吉中 丈志 保団連病院・有床診療対策部長

1. 病院現場からの深刻な経営実態報告、感染症対策のアンケート結果報告

14:00～14:30

◆病院現場から深刻な経営実態の報告と、厚労省への要望について

- ・物価高騰に関する医療機関緊急調査から病院の深刻な経営実態報告、及び厚労省への要望について

吉中 丈志 保団連病院・有床診療対策部長

- ・病院の経営実態報告

泉谷 雅人 青森健生病院事務局長

◆医療機関の感染症対策に関する診療報酬上の評価に係るアンケート結果報告

- ・感染症対策に関する診療報酬上の評価に係るアンケート結果報告

山崎 利彦 保団連社保・審査対策部担当理事

- ・小児科の立場から現場の実態説明

荻野 高敏 愛知県保険医協会理事長

2. 質疑

14:30～15:00

入院医療機関の物価高騰に関する緊急影響調査

全国保険医団体連合会

調査概要

当会では、2月に医療機関の経営状況について緊急調査を行いました。調査では、物価高騰による影響、診療報酬改定後の状況、持ち出ししてでも賃上げせざるを得ない医療機関の逼迫した経営現状が明らかになりました。

今回は計4,658件の医療機関のうち、入院医療機関674件（14%）の病院・有床診療所に特化して調査結果を分析しました。

（1） 診療報酬改定後の医療機関収入（昨年1月と比較して） 「下がった」55.5%

回答医療機関の55.5%・372件が、昨年1月と比較して診療報酬改定後の収入が「下がった」と回答しました。「下がった」と回答した医療機関の収入減少の幅は、10%以上が31.7%・118件となり、経営の厳しい現状が見えます。

（2） 光熱費・材料費など診療報酬改定で「補填できていない」95.4%

光熱費・材料費等の経費は、診療報酬改定で物価高騰分が「補填できていない」と95.4%・643件が回答しました。物価高騰により、光熱費や必要な医療材料など、あらゆる物が大幅に値上がりしています。特に入院医療機関では入院患者のために経費が増え、すべて入院料という点数で賄っている以上、大幅な引き上げが不可欠です。

（3） 人件費が診療報酬改定で「補填できていない」92.9%

人件費が診療報酬改定で「補填ができていない」と92.9%・626件が回答しました。

4月の診療報酬改定では、「ベースアップ評価料」が導入され、多くの病院で算定しているものの、患者減や物価高騰などの影響で医療機関の収支は最終的に赤字です。

（4） 光熱費・材料費等、人件費の補填が診療報酬で出来ていない理由

（2）、（3）の問について、「診療報酬で補填が出来ていない理由」を自由記述で尋ねました。多数の医療機関で「物価高で材料費や光熱費が上がっているから」と物価高騰の影響が色濃く出ています。一方で、他業種との関係やスタッフ確保のために「人件費は上げなければならない」との声が寄せられています。また、コロナ後未だに患者が戻って来ていないなどの理由で大幅な減収になっている現状も明らかになりました。

また、電子カルテやレセコン、オンライン資格確認導入による費用増加など「医療DX」に関連する費用増も重なり、医療機関の経営を圧迫しています。

人件費に関しては、そもそも医療機関は、「スタッフ確保が難しく常に人手不足の状態」という悲痛な訴えがあります。「ベースアップ評価料」については、職種が限定されている点について「課題だ」という意見が多数寄せられました。合わせて、「ベースアップ評価料」を算定しても最終的には、物価高騰や患者減で医療機関収入が赤字になり、経営が厳しいと困り果てている現状です。

(5) 2024 年分の賃上げを「実施している」84%

2024 年分の賃上げは 84%・566 件が「実施している」と回答しました。医療機関経営が非常に厳しい中でも、ベースアップ評価料の対象外となる職員の分も持ち出し対応で賃上げをしている状況が明らかになりました。

(6) 賃上げを「実施していない」理由

医療機関で賃上げを「実施していない」(15.6%) 理由を自由記述で尋ねています。「昇給は実施しているが賃上げは診療報酬改正で原資が確保出来ない」など多数の声が寄せられ、賃上げをしたくても出来ない苦しい状況が伺えます。

(7) 医療機関経営の現状や困りごと

医療機関経営の現状や困りごとについて自由記述で尋ねています。

<スタッフ不足>

医療機関のスタッフ不足が深刻です。他業種の賃上げ水準に届いていない医療機関の給与では、スタッフを確保することも困難です。スタッフが確保できなければ、診療の縮小、閉院も考えなければならない状況に医療機関は追い込まれて行きます。

<減収>

物価高騰にもかかわらず、診療報酬の削減、患者減など、いくら頑張っても経営が成り立たないという悲痛な声が寄せられています。中には、頑張ってきたが、「もうあきらめたい気持ちだ」という医師・歯科医師の嘆き、「閉院を考えている」などの声も寄せられています。

<オン資など医療 DX>

オンライン資格確認の導入で経費の増加、スタッフの手がカードリーダーなどのトラブルで取られるなど、本来の診療とはかかわらない業務が医療機関に課されていることについて不満の声が多数寄せられています。また、「医療 DX」にかかわる機材の購入・維持費などが物価高騰で苦しんでいる医療機関経営に拍車をかけています。

(8) 行政等（国、県、市町村）への要望など

行政等への要望を自由記述で尋ねています。

<診療報酬の引き上げ>

「とにかく診療報酬を上げて欲しい」という声が多く、診療報酬の引き上げがなければ、物価高騰、医療機関の経営、賃上げも現実味がないとの意見が多数です。

地域医療を守り、地域住民が安心して医療を受けることは、医療機関の安定的な経営なしには実現出来ません。「分娩を保険で行うことが厳しい、無床化を予定している」「感染症のパンデミックに協力できる体力はない」などの記述もありました。医療機関は、想像以上に厳しい状況です。地域から医療機関が無くなれば、受診抑制を生み、疾病の重症化にも繋がります。医療機関の経営を安定させ、地域医療を守るために、当アンケート結果も鑑み、診療報酬の期中改定と次回診療報酬の大幅な引き上げを強く求めます。

以上

2025 年 6 月 12 日

内閣総理大臣 石破 茂 殿
財務大臣 加藤 勝信 殿
厚生労働大臣 福岡 資麿 殿

全国保険医団体連合会
病院・有床診療所対策部
部長 吉中 丈志

**このままでは、地域から入院医療機関がなくなる！
国民の命と健康を守ることは国の責務
直ちに財政出動し、診療報酬の大幅引き上げを求める**

いま、医科・歯科の医療機関は経営危機に瀕しているが、とりわけ入院医療機関は病床利用率が100%を超えても赤字となるなど、このままでは借入金が払えずに経営が破綻し、入院医療機関がなくなる地域が続出してしまう。まさに、医療崩壊の危機が目前に迫っている。

この原因は、医療機関の経営の原資である診療報酬が長年にわたって著しく抑制されてきたことにあり、加えて新型コロナ入院患者を受け入れた場合の支出増と収入減、物価高騰、度重なる患者窓口負担拡大と実質賃金や年金の実質減額等による受診抑制等にある。

特に昨年の診療報酬改定では、2024年に2.5%、2025年に2%のベースアップを実施する「ベースアップ評価料」を新設したものの、2024年の民間企業の賃上げは大企業が5.33%（2024年民間主要企業春季賃上げ要求・妥結状況）であり格差はさらに広がっている。しかも、大幅な物価高騰が予測される中で、診療報酬本体の改定率は0.88%しかなく、ネットではマイナス0.12%であり、収支は大幅に悪化している。

保団連が今年2月に実施した「物価高騰に関する医療機関の緊急影響調査」（4,658の医科・歯科病院・診療所が回答）では、診療報酬改定によって、「収入が下がった」（65.5%）、「光熱費・材料費などが補填できていない」（91.8%）、「人件費が補填できていない」（90.3%）という状況であった。入院医療機関は、これに加えて新型コロナウイルス感染症等の院内感染対策や地域医療構想への対応として改築や医療機器の購入などによる借入金があり、その返済が困難な状況になっている。さらに建て替え時期になっている病院・有床診療所も多いが、その原資がない状況である。

一方、昨年9月に発表された2023年度法人統計によると、企業の内部留保は過去最大の600兆9,857億円（資本金10億円以上の大企業だけで539.3兆円。計上利益は76.3兆円、配当金は32.5兆円と過去最大）となっている。

特に大企業は、研究開発減税、連結納税制度、輸出戻し税など、税を軽減する特権的な措置がいくつも設けられており、利益に対する大企業の実質的な法人税負担率は10%程度しかない。大企業に応分の負担を求めるだけで社会保障費の財源は十分に確保できる。

そもそも国民の命と暮らし、健康を守ることこそ、政府の役割である。社会保障への支出は、消費として終わるのではなく、雇用を確保し日本経済を押し上げる効果を有する。また、社会保障分野の「総波及効果」は公共事業よりも高く主要産業より「雇用誘発効果」が高い。大企業に応分の負担を求めて、崩壊の危機に瀕している医療・介護をはじめとした社会保障に十分な財政投入を行うべきである。

こうしたことから、私たちは次の事項の実現を強く求めるものである。

記

- 一. 患者・国民の命と健康を守るため、医療従事者・介護従事者の賃金を民間企業と同等水準に引き上げるとともに、医業経営が継続できるよう、次回改定を待たず医科・歯科の診療報酬・介護報酬を10%以上引き上げること。
 - ① 診療報酬・介護報酬引き上げと同時に患者負担や利用者負担の軽減を実施すること。
 - ② 診療報酬・介護報酬引き上げまでの間は、全額公費により、10%以上の診療報酬・介護報酬引き上げに匹敵する緊急財政措置を実施すること。
 - ③ 入院時食事療養費及び入院時生活療養費については、物価・人件費の高騰分を患者負担にせず、保険給付分を増額すること。
- 一. 福祉医療機構、日本政策金融公庫、商工中金、民間金融機関等からの借入金について、相当期間の支払い猶予措置を行うこと。
- 一. 新型コロナウイルス感染症及び同等以上の感染対策が求められる患者を受け入れるための感染対策物資や空床確保に対する財政措置を実施すること。また、当該患者の入院を受け入れた場合は、感染対策などに係る経費を診療報酬で正当に評価し、大幅に引き上げること。
- 一. 物価高騰対策として消費税を緊急に5%に引き下げること。控除対象外消費税の負担を解消とすること。
- 一. 上記措置に対する財源は、大企業等への適正課税と、防衛費の大幅増額の中止で捻出し、患者・利用者負担を引き下げること。

以上



津軽保健生活協同組合

健生病院

～物価高騰・賃金上昇に圧迫される病院経営～

健生病院の概要

- 総合診療科
- 内科
- 外科
- 整形外科
- 産婦人科
- リハビリテーション科
- 救急科
- 集中治療科
- 小児科
- 精神科
- 緩和ケア科



所在地:青森県弘前市 《津軽地域医療圏:27万5千人》

病床数 282床

- 急性期一般病棟 172床
- HCU 8床
- 地域包括医療病棟 28床
- 回復期リハビリ病棟 60床
- 緩和ケア病棟 14床

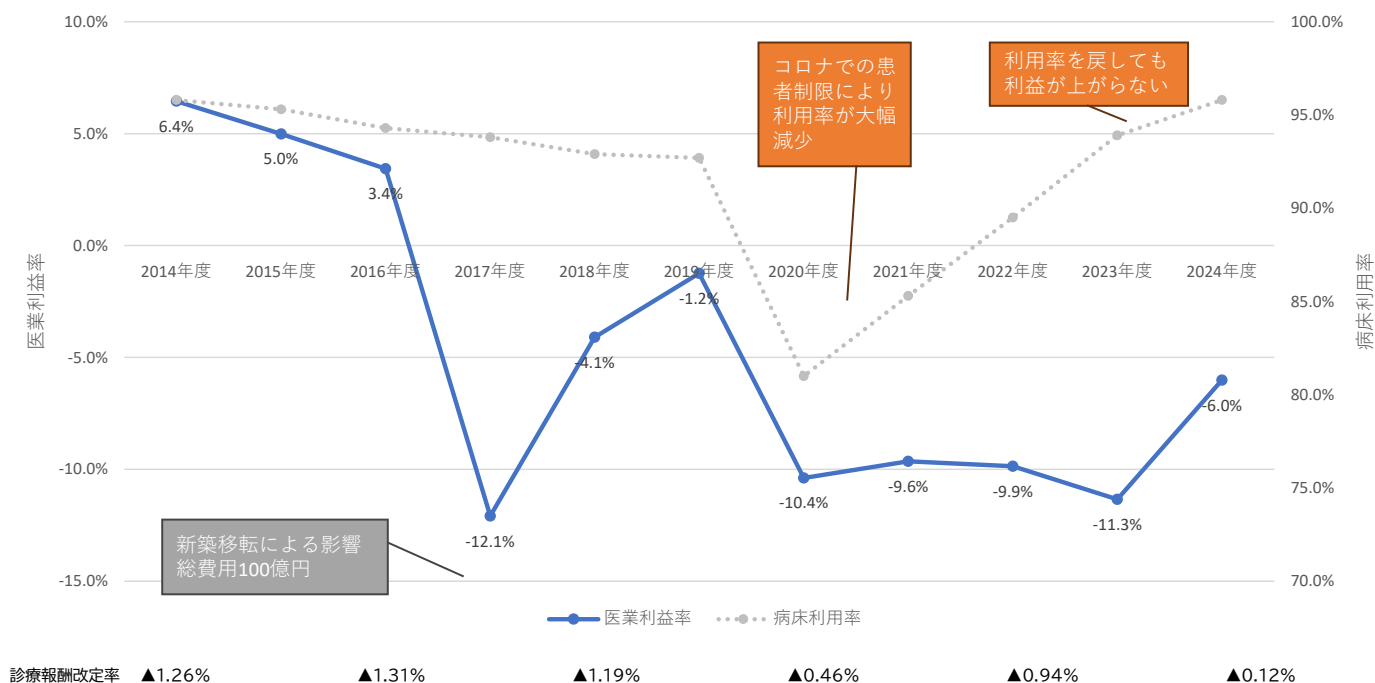
- 1日当外来患者数 700人
- 1日当在院患者数 274人
- 救急車搬入数(年間) 33,00人
- 平均在院日数 13.1日
- 手術件数(年間) 1,000件
- 分娩数(年間) 170件

健生病院の医業利益率の年次推移

病床利用率を高めても利益が出ない

病床利用率95%であっても利益率はマイナス。収益を伸ばす努力をしても費用の伸びがそれを上回る。全職員で費用削減に取り組んでいるが、利益率はマイナス6%。

医業利益率と病床利用率の推移

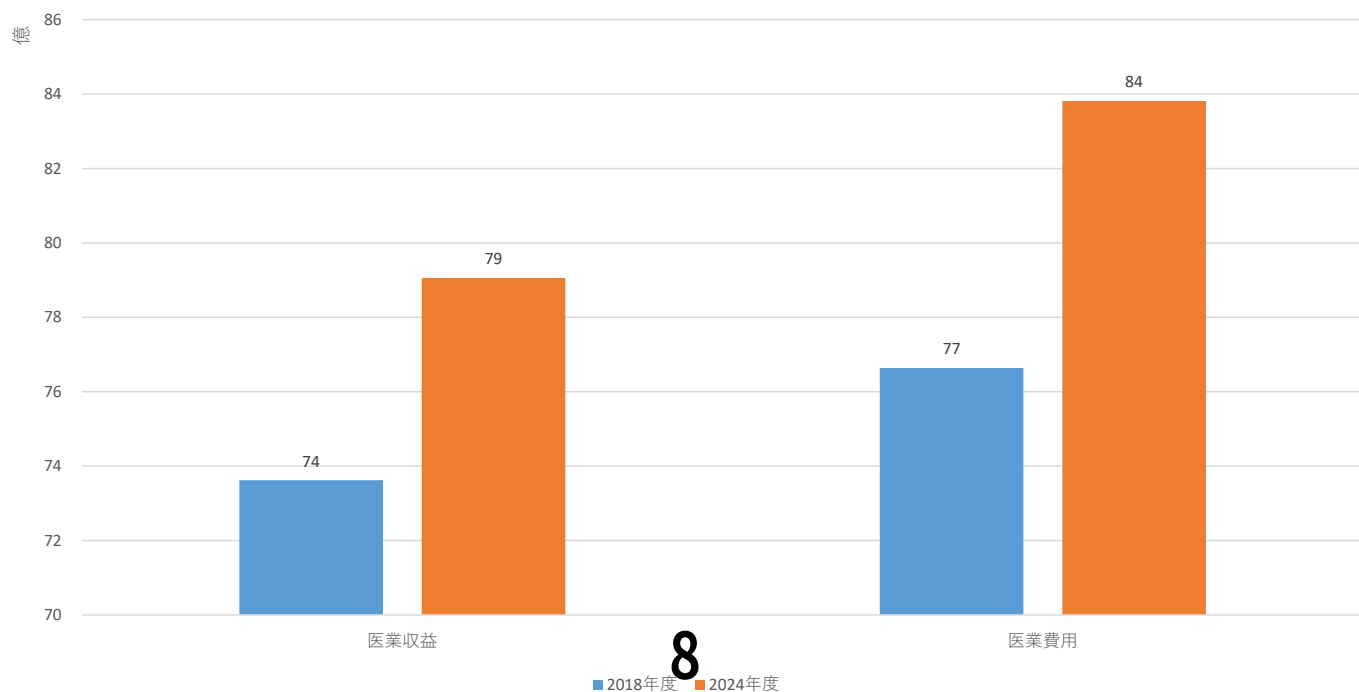


医業収益と医業費用の推移

費用の伸びが収益の伸びを大きく上回る

コロナ前の2018年度と比較すれば、収益は約5億円増収しているが、費用が7億円伸びている。医療材料、食費、人件費(委託費)等の負担が急激に増えている。

医業収益・医業費用の比較

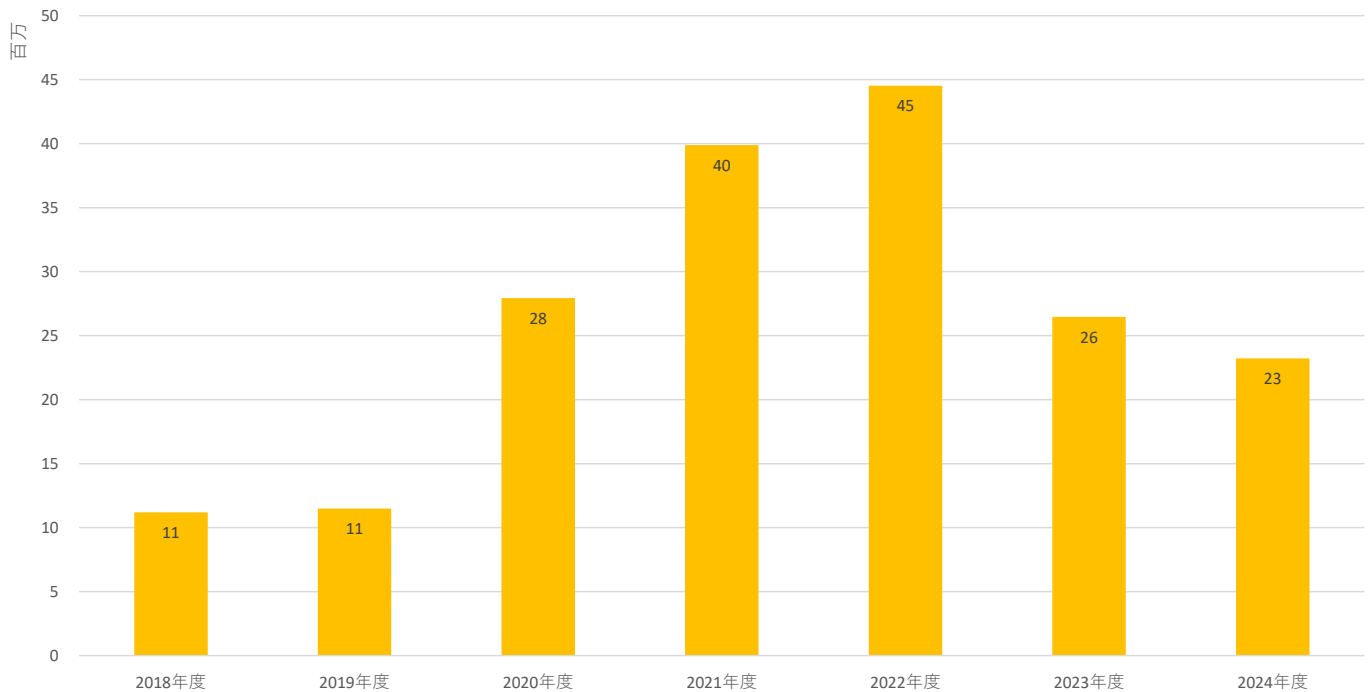


マスクや手袋の感染対策(個人防護具)費用

コロナが落ち着いても以前のようにには戻れない

感染対策はコロナ前のようににはならない。個人防護具(PPE)の費用はコロナ前に1100万円だったものが、コロナが落ち着いた後でも2倍の2300万円となっている。

個人防護具の費用



医療材料単価の上昇

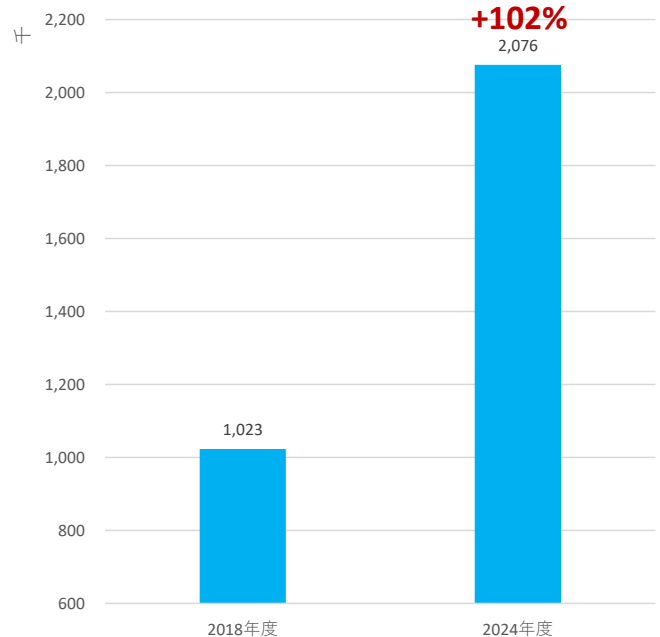
物価高騰により医療材料の単価が上昇

医療行為に必要な材料の価格が急激に上がっている。下図は一例。(単価明かせないため)同数使用とした場合の費用比較。注射関係材料(シリンジ等)は2倍以上の単価増。

輸液セット費用



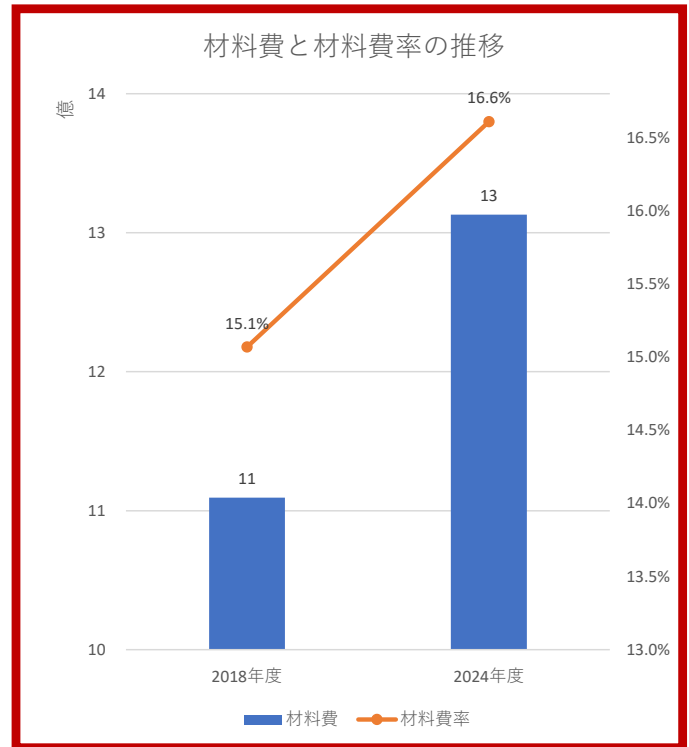
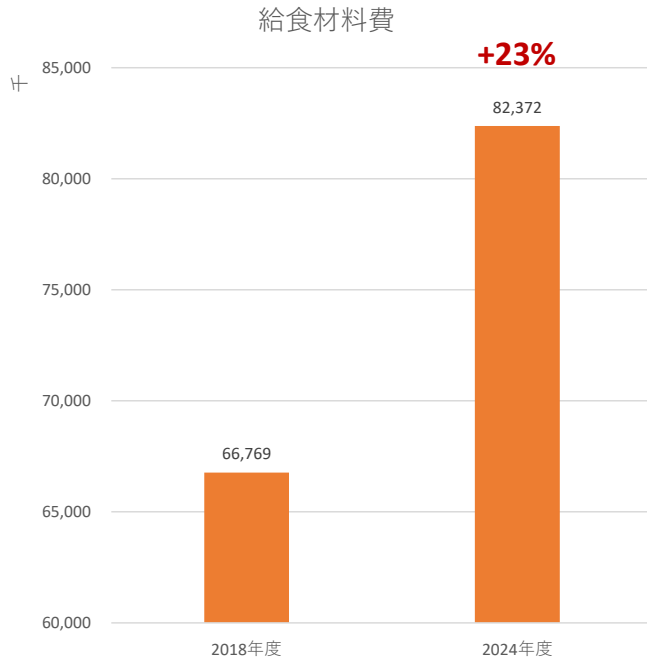
注射関係材料(シリンジ等)費



材料費全体で2億円の増加

医療材料・給食材料の高騰が病院経営を圧迫

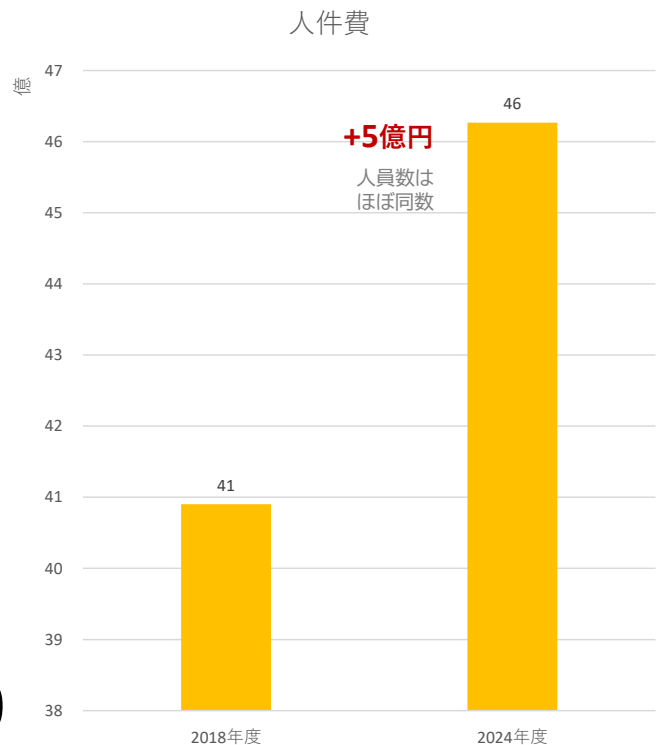
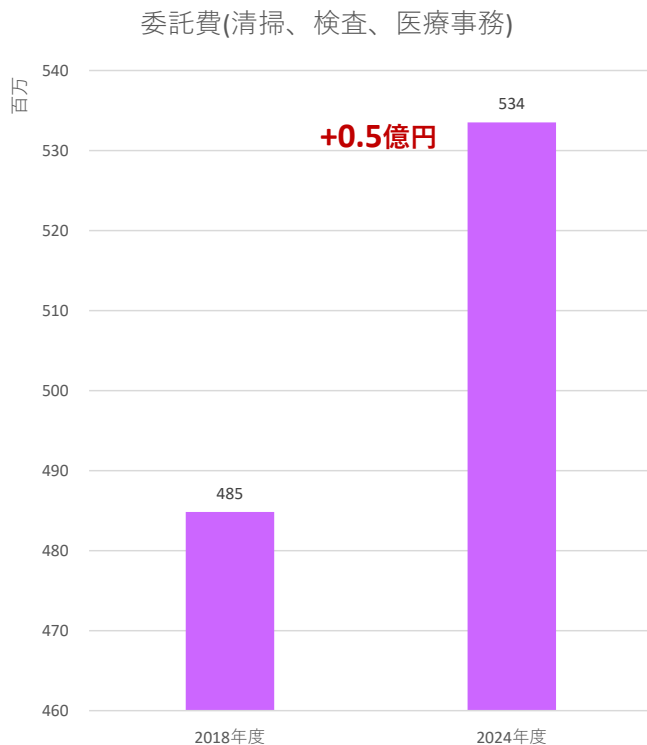
医療材料に加え食材費も上昇している。報酬改定で1食+20円となったが全く追いつかない。材料全体を2018年度と比較すれば2億円の増加で、病院経営は立ち行かない。



賃金上昇の影響

最低賃金の上昇で委託費が5000万円増

清掃や医療事務の委託料は最低賃金対応で急激に伸びている。また、職員人件費は2018年度から5億円増加。他産業への流出に給与引上げで対応せざるを得ない状況。

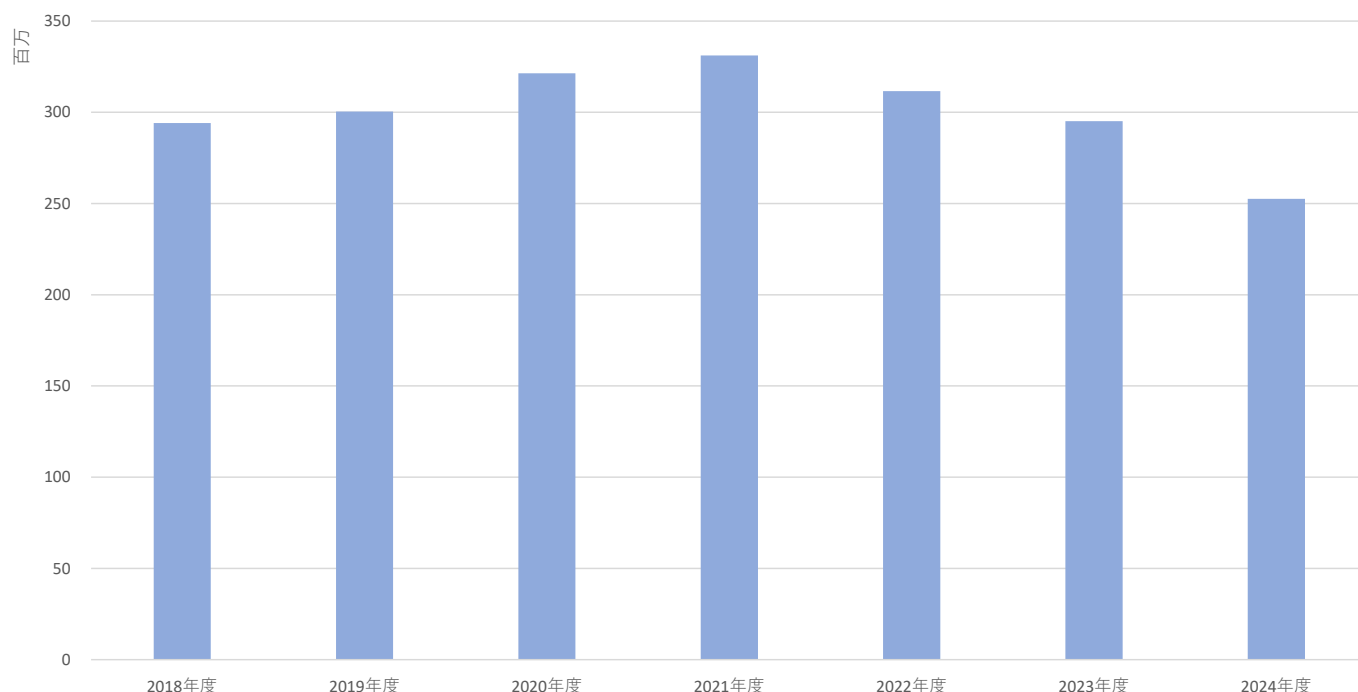


控除対象外消費税の問題

年間3億円を超える金額

保険診療は非課税なので、患者から消費税をいただかない。しかし、医療を行なうための材料・医薬品や設備などの仕入れには、消費税がかかっている。

控除対象外消費税額



病院を維持するためには莫大な投資が必要

■病院の建設コストは10年前の2倍

独立行政法人 福祉医療機構(WAM)の調査によると、病院建設のコストは10年前と比較すると2倍に跳ね上がっている。

当院は2017年に総工費100億円で新築移転した。老朽化した建物は危険であり、病院継続のためには建替えせざるを得ない。



毎月3300万円の借入金返済

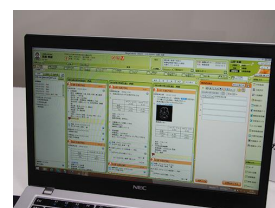


老朽化した病院の建替え
100億円の借入

※坪単価107万円

■電子カルテ・医療機器の大型投資

電子カルテやCT・MRIなどの医療機器は医療を行う上ではなくてはならない。どれも億を超える金額であり、患者の安全のため定期的に更新しなくてはならない。当院は2024年に5億円で電子カルテを更新した。



毎月400万円の借入金返済



WAMの緊急融資
5億円の借入

差額ベッド料など 選定療養の収益拡大に流れていく

- 費用増に診療報酬が追いついていない状況下で、経営を維持するため多くの病院が差額ベッド料などの選定療養の価格を上げている。

	2018年度	2023年度
個室料金 平均	7,907円／泊	8,437円／泊
個室料金 最高額	378,000円／泊	385,000円／泊

※中医協「主な選定療養に係る報告状況」より

- 選定療養の増額が続けば、「**お金がないと医療を受けられない**」状況を生み出しかねない。
- 当院は、経済格差が命の格差をつくってはいけないという理念のもと、差額ベッド料は徴収していない。津軽圏域は農家が多く、現状でも経済的理由での受診抑制が起こっているため、これ以上の経済差別を持ち込んで地域健康を守れない。
- 診療報酬含め、**地域の患者の命と健康を守れる制度設計を**

医療現場の声

- 先が見えなく「どこまで頑張ればいいのか」「どこまで耐えればいいのか」と不安。もう頑張れないかもしれません。
- 去年まで一般企業で働いていました。今年から病院で働いています。どちらも同じ職種で正社員雇用です。年収が三分の一に減りました。賃金格差におどろきました。**同じ職種で働いているのになぜ病院勤務の方が収入が低いのか不思議**です、医師が少ない、医療従事者が少ない・・・一般企業の方が収入が良くて働きやすいのだから、病院で働く人が足りなくなるのは当然だと思います。
- もう限界。低賃金での重労働。**奨学金借りて大学行って国家資格取ったが後悔**している。
- 看護師達は人の命を守る仕事をしているのに、この賃金でよいのかと思う。患者の命の重さが低賃金でいいのか。入職して5年以内の子達がこの職場に未来がないと退職していく。希望や夢思っで入職してきた子達がすぐにやめていくのは切ないです。

医療現場の声

- ひとり親です。給料が低すぎてこの物価高についていけなくなってきました。今後も物価高が続いていったら生活ができなくなるだろうなと漠然と考えています。考えていると目の前が真っ暗になりそうなので考えないようにしています。
- 自らの雇用も不安定な中で、どんどん物価高や税の引き上げが進んでいく、将来に不安しかない。国民の生活を守ろうとする政治家はいないのか？選挙に行く気もなくなる。
- 物価等がただでさえも上がる中、診療報酬は上がりず。医療スタッフは日々奮闘するもコストが上がる一方。経営は改善されない。このままだと医療を志す人がどんどんいなくなると思う。
- 物価が上がっているのに給料が上がっていかない。診療報酬も上がりずおかしいと思う。黒字になったら診療報酬減らす、赤字になったら病院潰すではおかしい。政府の人たちは自分らが十分なお金をもらっているでしょうが、それでいいのか？

医療現場の声

- 診療報酬の引下げで病院はどこも閉院の不安にさらされ、働いているスタッフも常に不安です。
- 医療職はこのままでは仕事できなくなってしまうのではないのでしょうか？賃金も上がらない、病院経営も苦しい・・・どうなるのか・・・心配です。
- コロナ禍では患者を救うために自ら感染リスクを負いながら対応してきました。初期の頃は「子供を保育園に連れてくるな」と登園拒否など差別も受けながら頑張ってきました。それなのに「金を出し過ぎた」と社会保障の削減で全国の病院がつぶれそうになっています。コロナ禍でもてはやされ、用済みとなれば捨てられる感覚です。
- 医療へのニーズはあるのに、病院の経営が立ち行かなくなるなんておかしいです。医療福祉分野は国民が生きていくために必要な予算です。防衛費などへ過剰な配分はやめて社会保障予算に組み込んでください！

感染症対策に関する診療報酬上の評価に係るアンケート（最終集計）

全国保険医団体連合会

調査概要

○ 基本情報

- ・ 調査期間： 2025 年 3 月 11 日～4 月 11 日
 - ・ 調査方法： 保険医協会・医会を通じて会員に案内を送付、回答は FAX・郵送により受け集計は保団連で行った。
3. 送付件数 44,849 件（43 都道府県）
4. 回答件数 4,904 件（回収率 10.9%）
- （内訳 無床診：4,262 件（87%）、有床診：292 件（6%）、病院 296 件（6%）、NA：54 件（1%））

○ 調査の趣旨

2024 年度の診療報酬改定では、感染症対策について、外来では外来感染対策向上加算に発熱患者等対応加算（月 1 回、20 点）、抗菌薬適正使用体制加算（月 1 回、5 点）が新設されたほか、入院では特定感染症入院医療管理加算（1 日につき、治療室の場合：200 点、それ以外の場合：100 点）が新設されるなどの対応が行われました。一方で、新型コロナ患者（疑い含む）に感染予防策を講じた上で診療した場合に院内トリアージ実施料（診療の都度、300 点）が算定できる取扱いなどが 2024 年 3 月末で廃止されたほか、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性など各種感染症診断の汎用検査の点数が引き下げ（420 点→225 点）られました。

こうした中で、2024 年度の改定内容や点数については、5 類感染症に位置付けられたものの現在でも重篤な後遺症を引き起こす危険性を持つ新型コロナウイルス患者の診療に見合わない評価の低さなどに対して、早急な改善を求める怒りの声が、多く寄せられているところです。こうした状況を踏まえ、保団連として別紙のアンケートを各協会・医会会員に対して実施するよう呼びかけることといたしました。

01 感染症対策への評価に不満 78% —発熱外来対応医療機関—

回答医療機関の 84%（4,106 件）は何らかの形で発熱外来に対応しているとの結果が出ており、大多数の医療機関では発熱患者の動線分離などの対応を実施している点が明らかになる（スライド 5）一方、それらの医療機関の 78%（3,180 件）は感染症対策に関する診療報酬について「あまり評価されていない」、「全く評価されていない」と回答するなど、不満が多い結果となっています（スライド 7）。

02 物的・人的コスト増に対して「赤字」を訴える医療機関 7 割超

感染症対策に関する診療報酬に対して不満と回答した発熱外来対応医療機関（3,180 件）について、その理由では、「物品代の高騰」や「スタッフ増員・手当増額等の費用」に診療報酬上の評価が見合っていないとの回答が多数を占めています（物品代高騰は 75%、人件費高騰は 73%、複数回答可）。医療機関が実施する感染症対策に要する費用が、診療報酬に対して「持ち出し（＝赤字）」となっている深刻な状況が伺えます（スライド 10）。

03 「もう疲れた」、「困ったときだけ医師の倫理」にモヤモヤ 悲痛の声多数

当該医療機関（3,180 件）が回答した自由記載欄では、現場からのより生々しい実態が寄せられています（スライド 15～17）。

- コロナ禍を通じて手のひらを反して医療機関を切り捨てるような政府を知った。次のパンデミックは協力しない（新潟県）。
- この国の医療施策、日本医師会の活動に対して諦めました。開業医が減少し、市民が日本の医療の状況を自覚し、マスコミが理解するまで何も変わらないでしょう。もうそれでも回復不能、遅すぎます。皆様のために頑張ってきたことに疲れました（広島県）。
- 医師の義務感からつづけているが、正直、正當に評価されていないと感じる（神奈川県）
- 困った時だけ医師の倫理をもちだされても…ともやもやしております（東京都）。

04 小児科では「赤字」の不都合が一層深刻

当該医療機関（3,180 件）が回答した自由記載欄などでは、特に小児科では、インフルエンザや新型コロナウイルスに係る検査費用が小児科外来診療料等に包括されてしまうため、検査を実施した場合の「赤字」が大きいといった声が一定数寄せられています。

小児は同月内に何度も発熱して受診することも少なくなく、また受診時に「暴れる」「泣き叫ぶ」など、人手を多く要するほか、成人よりも飛沫を飛ばすことが多く、医療従事者の感染リスクは他の診療科よりも高い状況です。こうした状況の中、小児科では感染症対策に関する診療報酬についての赤字の度合いが一層高くなってしまっている現状があります（スライド 11、15、17）。

05 アンケート結果を踏まえ政府に求めること

- 新型コロナウイルス感染症は 5 類感染症となりましたが、現在でも重篤な後遺症を引き起こす疾患であることに変わりはありません。ただ、政府は医療機関に対して未知の感染症対策も見据えた日常的な感染症対策を求める一方、その対策を評価する診療報酬は実際に医療機関が負担する物的・人的コストには遠く及ばないのが現状です。一例を挙げれば、感染症対策に必要とされる PPE（防護服）の一般的な値段は 400 円で、場合によっては 1 診療毎の交換が必要となる一方、診療報酬としての発熱患者等対応加算は月 1 回、20 点（＝200 円）しか手当されていない状況です（スライド 21）。
- アンケートでは感染症対策に係る診療報酬上の評価の現状改善に向けて求める対応として、特に感染症対策に関する診療報酬に対して不満と回答した発熱外来対応医療機関（3,180 件）は、外来感染対策向上加算・発熱患者等対応加算の点数大幅引き上げ並びに都度の算定を可とすることを求める意見、汎用の感染症の検査点数の引き上げを求める意見が多く寄せられています（スライド 13）。保団連は当然に 2026 年診療報酬改定に向けた改善を求める取り組みを強めていきます。

- ただ基本的な感染症対策（PPE、消毒液、マスク等の備品整備など）は既にどの医療機関も当然に実施しています。こうした点を踏まえれば、本来は「感染症対策に対する加算」としての評価ではなく、基本診療料（初・再診料）の引き上げによって実施されるべきであると考えます。保団連は、基本診療料は「患者に必要な医療の不足なき提供に必要な最も基本的な技術評価」であるとの原則的な考えのもと、引き続き基本診療料について保険医療機関の安定的経営に十分となる水準まで大幅に引き上げることを、まず大前提として引き続き求めています。

最終集計

感染症対策に関する診療報酬上の評価に係るアンケート

国民医療の向上をめざす
 全国保険医団体連合会
<https://hodianren.doc-net.or.jp/>
電話：03-3375-5121

1

概要

1. 調査期間 2025年3月11日～4月11日

2. 調査方法 保険医協会・医会を通じて会員に案内を送付。

回答はFAX・郵送により受付け、集計は保団連で行った。

3. 送付件数 44,849件（43都道府県※）

4. 回答件数 4,904件 回収率 10.9%

※ 43都道府県

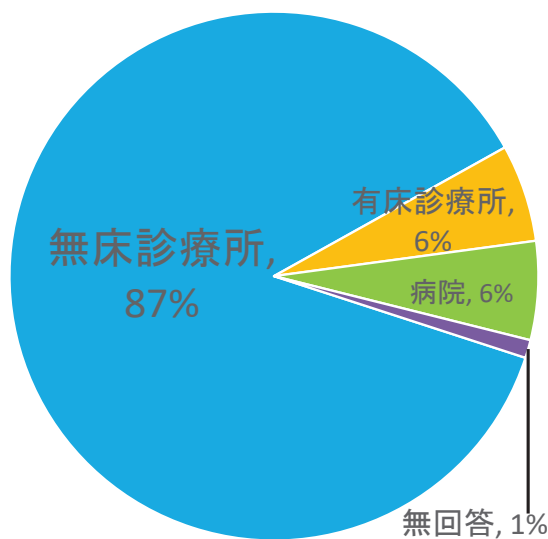
（北海道、青森、岩手、宮城、秋田、福島、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、
神奈川、山梨、新潟、富山、石川、福井、長野、岐阜、静岡、愛知、三重、滋
賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山、鳥取、島根、岡山、広島、山口、徳島、
愛媛、高知、福岡、佐賀、大分、宮崎、鹿児島、沖縄）

2

問 2 施設区分

無床診療所	4,262件
有床診療所	292件
病院	296件
未回答	54件
合計	4,904件

n=4904
医療機関



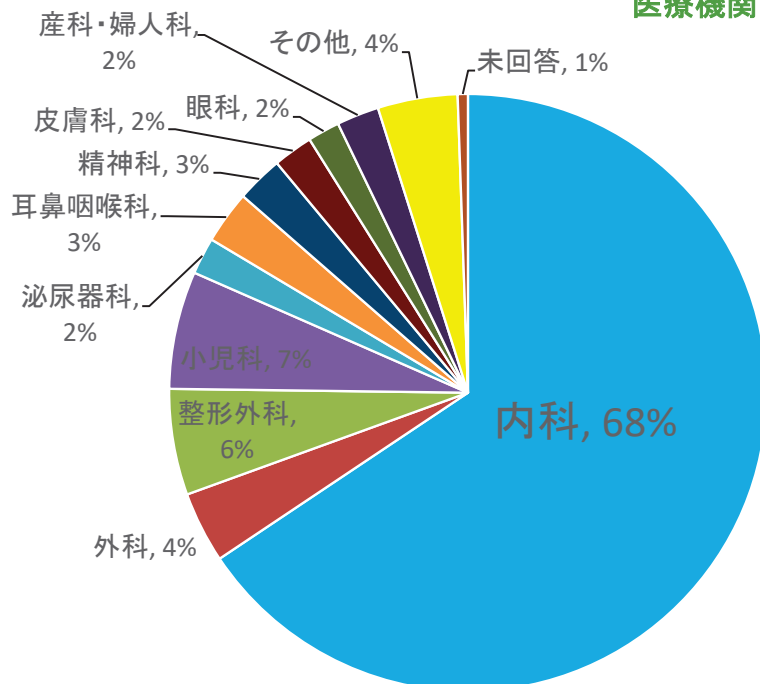
3

問3. 主な標榜科

1. 内科	3,227件 (68%)
2. 外科	195件 (4%)
3. 整形外科	291件 (6%)
4. 小児科	323件 (7%)
5. 泌尿器科	101件 (2%)
6. 耳鼻咽喉科	145件 (3%)
7. 精神科	128件 (3%)
8. 皮膚科	109件 (2%)
9. 眼科	88件 (2%)
10. 産婦人科	116件 (2%)
その他	219件 (4%)
無回答	28件 (1%)
合計	5,070件 (※)

(※) 複数診療科選択の医療機関があるため問1医療機関形態での医療機関総数を超過するもの

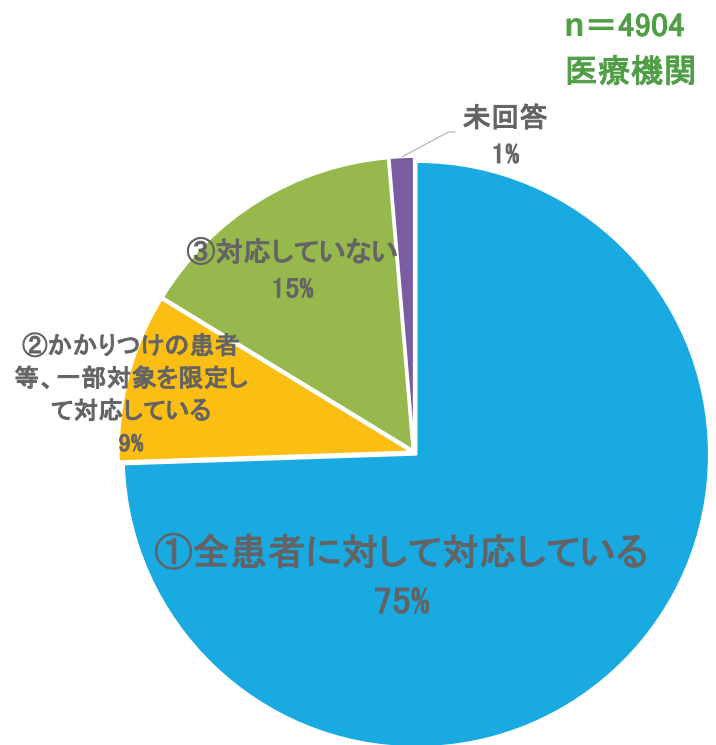
n=4904
医療機関(※)



4

問4. 発熱外来対応の有無

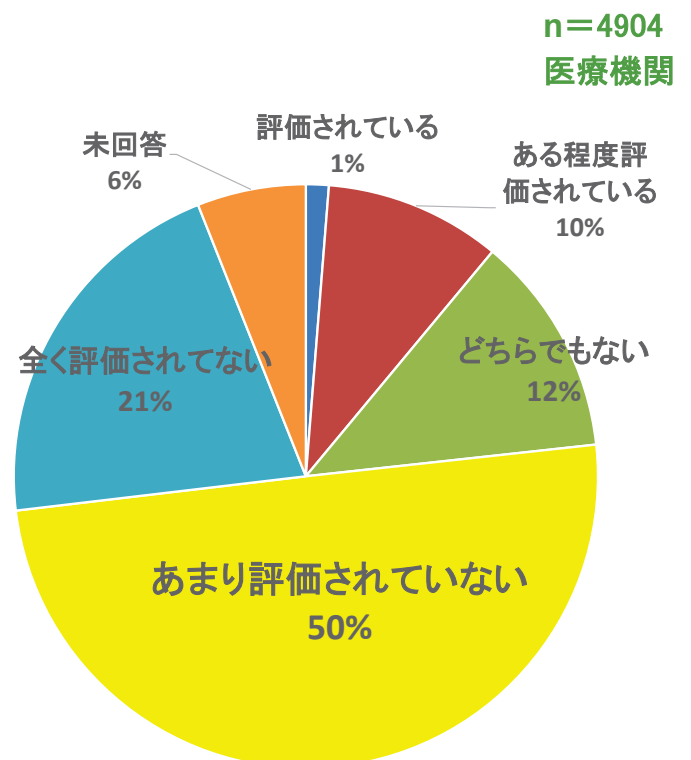
全患者に対応	3,652件
対象を限定して対応	454件
対応していない	732件
未回答	66件
合計	4,904件



5

問5. 感染症対策への診療報酬上の評価は充分か？

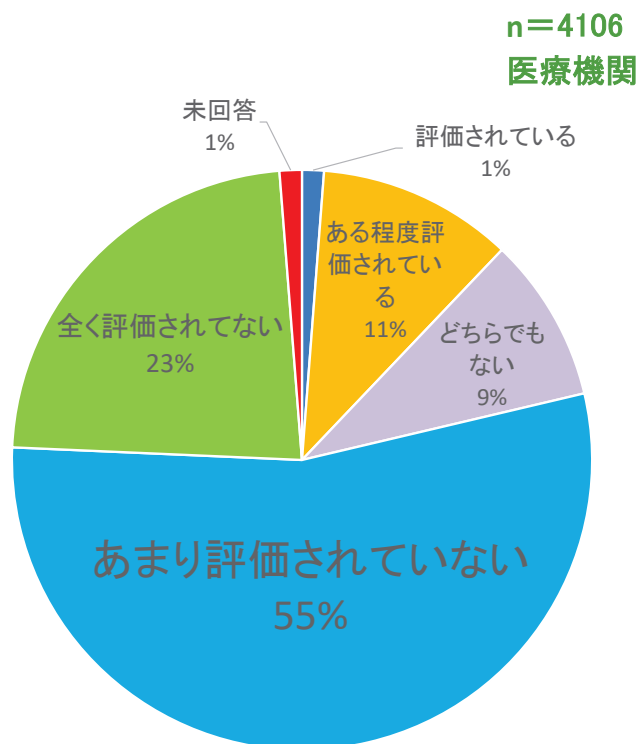
評価されている	62件
ある程度評価されている	479件
どちらでもない	600件
あまり評価されていない	2445件
全く評価されていない	1023件
未回答	295件
合計	4,904件



6

問5. 感染症対策への診療報酬上の評価は充分か？ (発熱外来対応有り医療機関)

評価されている	50件
ある程度評価されている	447件
どちらでもない	378件
あまり評価されていない	2233件
全く評価されていない	947件
未回答	51件
合計	4,106件



7

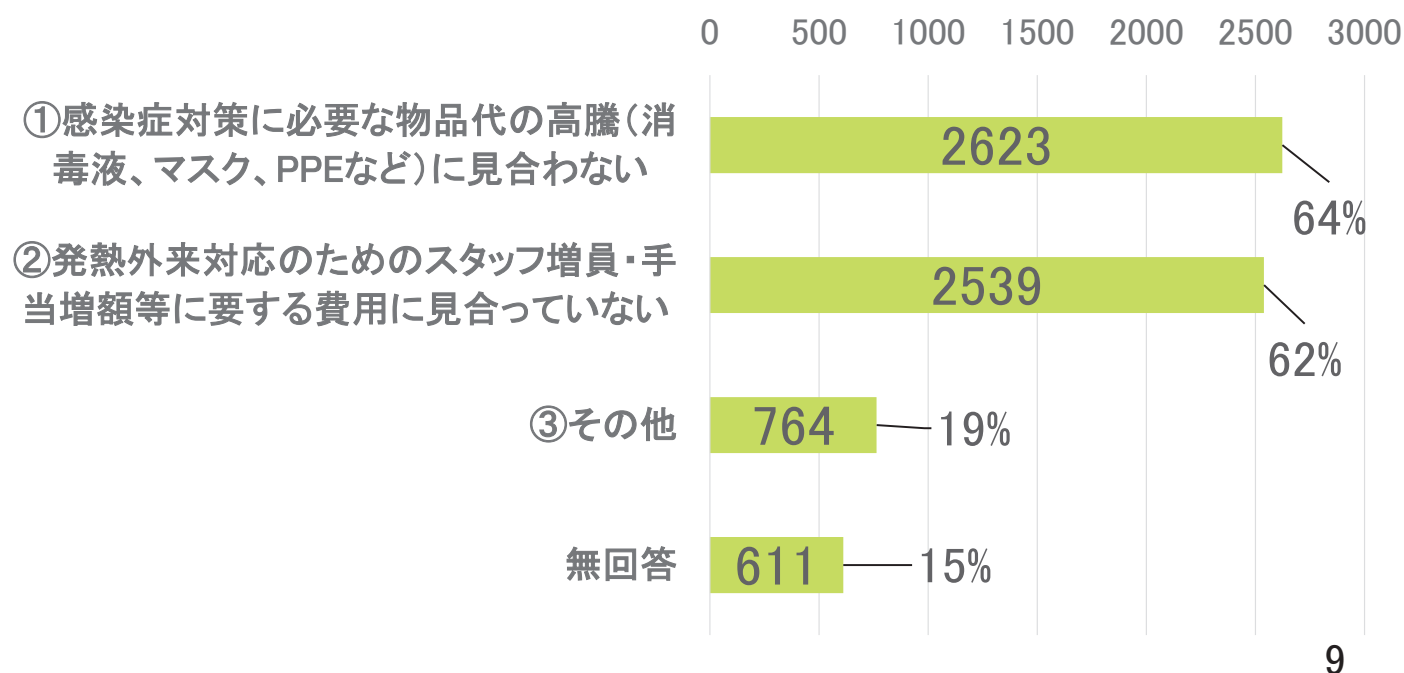
問6. 感染症対策への評価で特徴的な意見(自由記載欄) (ある程度)評価されている・どちらでもないと回答した医療機関

徳島県	外来感染対策向上加算と別に発熱患者等対応加算がある。
鹿児島県	コロナも5類感染症扱いになり、この位かなと思っている。
東京都	そもそもCOVIDの時の報酬が多すぎたとは思っている。ただ、導線管理などが困難な場合、加算はあきらめるしかない現状だと思っている。
滋賀県	国の財源が赤字なので致し方ない。
兵庫県	医療に従事する者にとっては必要な義務と思っている。他の業種の人では行えない。
京都府	感染症患者への対応は医療機関の通常業務と考える。
三重県	現状ではあまりこだわらないが、新しい未知の感染症が流行したときには、診療報酬を十分上げる必要あり。
佐賀県	発熱患者対応は当然行なわれる通常診療の一環として行なわれるもので特段の「...加算」などでの対応不要である。初・再診料を物価上昇に対応し上げれば良いと思う
岡山県	十分な対応、コロナ特例が過大であったと感じる。

8

問7. 評価が不十分と感じる理由(複数回答可)
(発熱外来対応有りの医療機関総数)

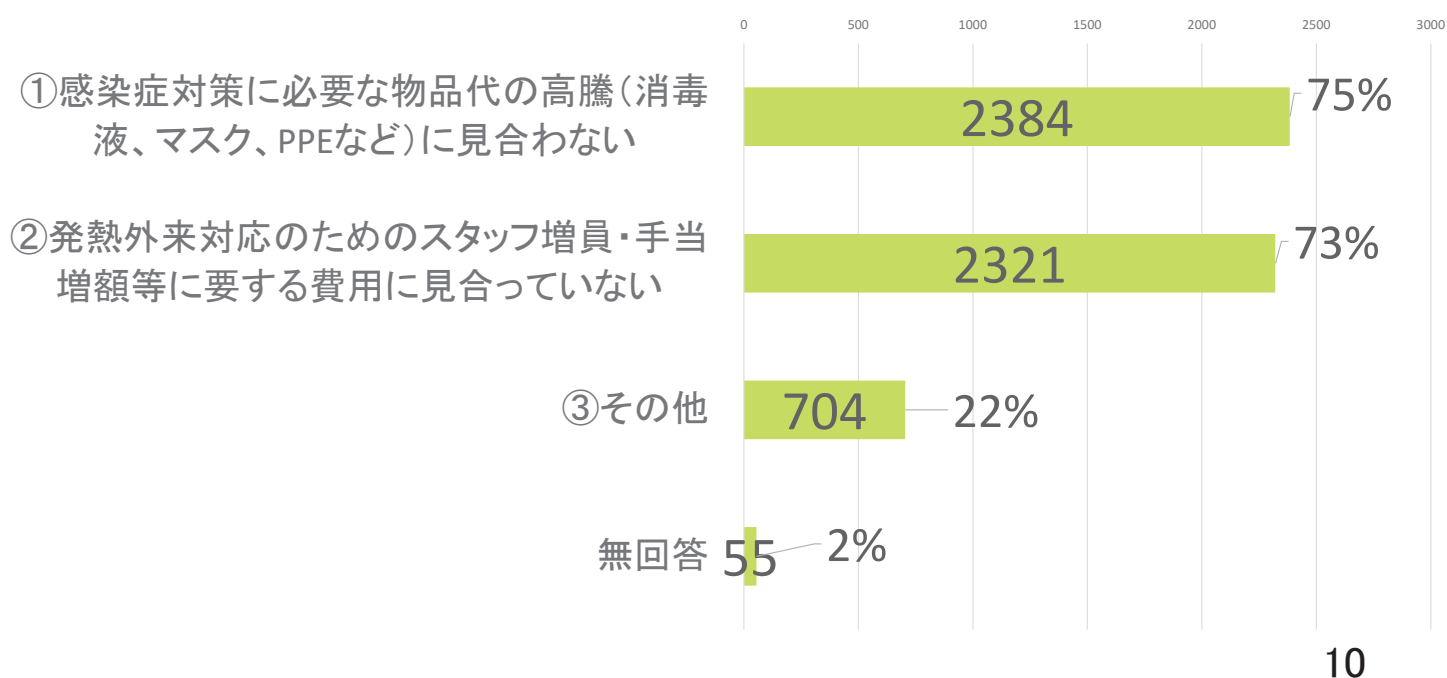
n=4106
医療機関



問7. 評価が不十分と感じる理由(複数回答可)

(発熱外来対応有り・評価が(あまり)全くされていないと回答した医療機関)

n=3180
医療機関



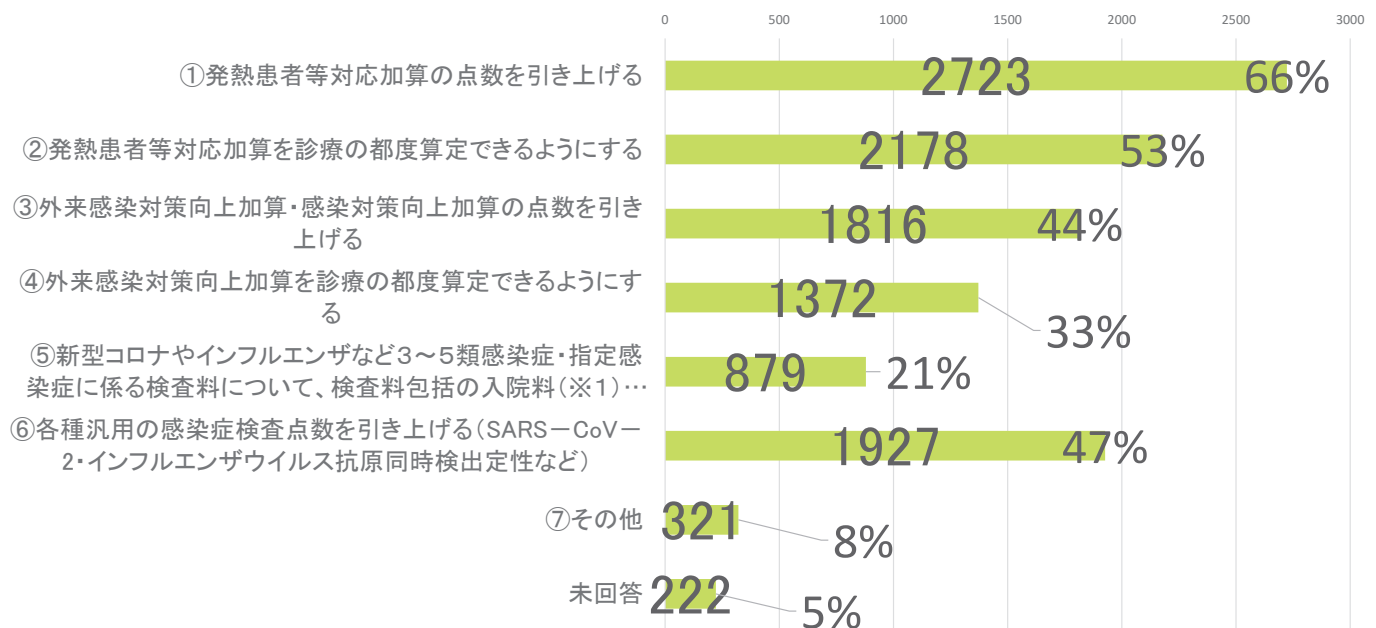
問7.「その他」回答での特徴的な意見

新潟県	そもそも6才未満の小児外来診療科または小児かかりつけ診療科に、検査の項目はなし、すべて持ち出しでの検査になっている。
東京都	全患者に対して、発熱、感染症の受け入れをしているのに、施設基準などの内容が複雑なため何の加算も取れない。
東京都	広く宣伝されると対応がまにあわないため、公的にはリストに載らないよう申請を出していないため、報酬はもらえない状態。完全にボランティア。
福島県	院内トリアージなど発熱外来の算定が廃止された事。
長野県	通常診療と空間を分けての発熱外来診療は、全スタッフにおいて業務負担増が著しく、その都度通常診療が滞るため時間内に診療が終えられない。
山口県	発熱外来対応の設備維持費(プレハブの診察室、空調設備など)が考慮されていない。
広島県	感染症をもらってしまう頻度増加。院長なら数日間休診となり収入に大きな影響がある。スタッフも余裕を持っているわけではないので、欠員するときつい。呼び出しベルなどを使い、コストと時間、空間の代償に見合うものとは感じない。
滋賀県	近隣には発熱外来を標榜しているが非常に限られた時間のみでも当院の負担が非常に大きい。スタッフも疲労を蓄積しているが、診療報酬が増える見込みもなく、スタッフを増員できない。
栃木県	外来感染対策向上加算が算定できない。(スタッフ不足で年一回の講習を受講できませんでした)
茨城県	小児科外来診療料による対応患者が大多数なので、発熱患者のトリアージのため、スタッフの手間と時間が増えて電話対応等で業務に支障あり、必要な検査料も包括されてしまい困窮している。発熱患者等対応加算を算定できる体制にある場合は、検査料は出来高算定とすることを希望します。

11

問8. 改善に必要な診療報酬上の措置(複数回答可) (発熱外来対応有りの医療機関総数)

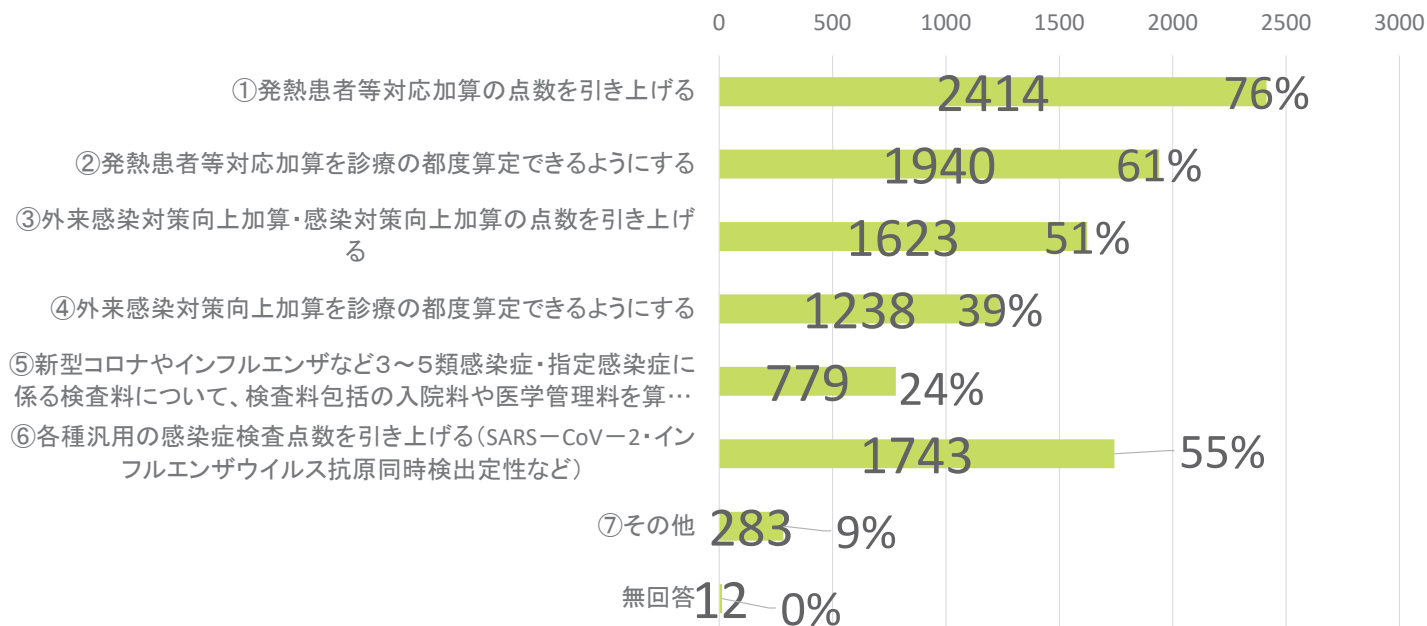
n=4106
医療機関



12

問8. 改善に必要な診療報酬上の措置(複数回答可) (発熱外来対応有り・評価が(あまり)全くされていないと回答した医療機関)

n=3180
医療機関



13

問9. 自由意見欄で特徴的な意見 (ある程度)評価されている・どちらでもないで回答した医療機関

東京都	検査や発熱患者の対応にかかる点数の引き下げには根拠がないと思っています。今後新規感染症がおこった時も、この点数ではやりたくない。
京都府	行政が非現実的な感染対策を医療機関に求めないこと。
京都府	医療機関は受診する全ての患者に対して一定程度の感染対策をすることは当然のことと思う。感染・発熱対応として加算するのではなく、 感染症対策のコストを加えた診察料(初診料、再診料)とするべき である。
新潟県	現在の状況で 発熱外来として特に評価する必要はない のではないかと。
東京都	検査キットも値段がそれなりにするため、コロナ、インフルの検査(点数)を引き上げてほしい。
北海道	6才未満の検査持ち出し検査するだけ損失！！

14

問9. 自由意見欄で特徴的な意見(その1)

(あまり)全く評価されていないと回答した医療機関

兵庫県	全体の医療費が増えるのは人工分布上、避けようがないですが、 患者一人当たりの単価を下げるイコール医療の質を下げる ことだと、認識して欲しい。
静岡県	感染症対策に係る各種加算について、 カンファレンスに参加しなくても、十分感染対策はできているのに施設基準を満たせず算定できないのは不合理 だ。真面目に対策しているのが馬鹿らしくなる。
北海道	そもそも患者さんの高齢化に伴う業務の煩雑さに対して、適正な診療報酬になっていないように思われます。感染症対策のみに限定される問題ではない。
新潟県	コロナ禍を通じて手のひらを反して医療機関を切り捨てるような政府を知った。次のパンデミックは協力しない。
宮崎県	発熱外来に時間と手間とコストがかなりかかっているのに月200円はあまりにも酷すぎる。コロナは今でも命に関わる病気であることに変わりはない。 せめて最低月1500円はないと開業医はつぶれる。賃上げは身を削ってやっているが限界がある。開業医が潰れ、みている患者が全て病院におしよせたら病院機能が維持できなくなることを厚労省は分かっている。
愛知県	未だに発熱患者を制限しているクリニックがあるため、感染症流行期には発熱外来を行う診療所に集中する。この解消に発熱外来の点数を増やすことで発熱外来を行う診療所を増やしてほしい。
大分県	小児科外来診療料に感染症検査が包括されると、特に新型コロナのPCRは持ち出しが大きく、検査不可能。
東京都	他の診療報酬を軒並み減額しておきながら、感染症発生有事に問答無用に全ての診療所を巻き込み対応させようとしており、そもそも協力、関与するに値しない施策 である。経営は日々厳しさを増しているが、だからと言って妥協するつもりはありません。
愛知県	インフルエンザの検査が薬局で買えるようになり、自己判断でインフルエンザではないからと、待ち合い室にマスクなくてせきをしている患者がいる、検査キットは販売中止にすべきだと思う。

15

問9. 自由意見欄で特徴的な意見(その2)

(あまり)全く評価されていないと回答した医療機関

福島県	生活保護者以下の(低所得者低年金者)の受診控えが増えている。 病状悪化での受診となり、病院入院せざるを得ない方が増えています。亡くなる高齢者が多くなり、地域人口減少が促進されているようにみえます。
広島県	もう私も70歳を過ぎ、 この国の医療施策、日本医師会の活動に対して諦めました。 開業医が減少し、市民が日本の医療の状況を自覚し、マスクが理解するまで何も変わらないでしょう。もうそれでも回復不能、遅すぎます。皆様のために頑張ってきたことに疲れました。
岐阜県	人手不足、物価高、賃上げの流れの中、保険点数は下がる一方、短期間でぐるぐると条件がかわったり、届出が必要となったり、仕事は増える一方と感じます。今後に不安しかありません。
青森県	(物価上昇賃上げ)に対応するため、 初・再診料の引上げが必要。
神奈川県	医師の義務感からつづけているが、正直、正當に評価されていないと感じる
岐阜県	当院では発熱のみならず感冒症状のある人は全て駐車場で対応しており、暑い中、寒い中、雨の中、スタッフが走り回って往復している、その手間と診療報酬がみあっていない。
東京都	困った時だけ医師の倫理をもちだされても..ともやもやしております。

16

問9. 自由意見欄で特徴的な意見(その3)

(あまり)全く評価されていないと回答した医療機関

宮崎県	算定しようにも、施設基準が多すぎて、届け出していない。しぼりが多すぎる。
神奈川県	小児かかりつけ診療料でPCRをするとマイナス、複数の迅速検査もマルメのためもちだしになる。
宮城県	感染リスク患者対応は、感染してしまう場合もあり、クリニックとしても、かなり気を使うのに複数回来院される患者に対しても2回目以降算定できないのは納得いかない。そもそも点数が低い。
東京都	発熱患者1人にかかる時間が他の患者さんの診療時間に影響する。そのため、その分人数も減り院長の体力も減り減収となってしまっている。
神奈川県	全く評価されていないが、来院される患者さんは医療法では拒否できないので。
東京都	発熱外来は感染リスクがあるため、診察にかかわる全職員がマスク、フェイスシールド等の装備をし、その他の外来患者の診療を一時完全にストップしてから診察をし、診療が終わった後も消毒、空気の入れ替え作業などを行ってから外来を再開することになり、1人発熱患者が来院するだけでかなりの時間を要してしまいます。結果、この点数では見合っていないと感じています。
東京都	皮フ科でも、学校伝染病や带状疱疹などの患者は来院され診断もするのに評価されない。

17

アンケート結果分析(その1)

(1) 総論

- 8割超の医療機関は「発熱外来」(動線分離、発熱患者対応など)を実施
- 「発熱外来」対応有りの医療機関では、
 - ・ 約8割の医療機関が「(あまり)評価されていない」と回答
 - ・ 「(ある程度)評価されている」との回答は1割程度に留まる
- 2024年度改定の内容を「裏切り・手のひら返し」と感じる医療機関多し

(2) 感染症対策を(一定)肯定的に評価した医療機関が掲げた特徴的な理由

- ・ 発熱患者等対応加算の創設 ➡ **ないよりはマシ**
- ・ 新型コロナウイルス感染症の5類感染症指定 ➡ **警戒レベルでは妥当**
- ・ **財政赤字の折、不十分な評価は致し方なし**
- ・ 医療従事者として**当然の責務**

18

アンケート結果分析(その2)

(3) 感染症対策を(一定)否定的に評価した医療機関の特徴

① 評価理由

- 「物品代」、「スタッフ等の人件費」高騰に対して評価不十分の回答多数
- 「その他」の特徴的な意見
 - ・ 感染症検査費用の小児科外来診療料等への包括 ➡ **検査実施＝赤字**
 - ・ 外来感染対策向上加算の届出困難 ➡ **カンファ参加困難**の意見多し
 - ・ 時間的、空間的動線分離 ➡ **診療時間増 ➡ スタッフ等の負担増**
 - ・ **医療従事者の感染リスクへの評価がない**
 - ・ 発熱外来継続に当たっての**設備維持等の評価がない**

19

アンケート結果分析(その3)

② 必要と感じる診療報酬上の措置

- 発熱患者等対応加算点数の引き上げ ＋ 都度算定可を要望する意見多数
➡ 外来感染対策向上加算も同様の意見多数
- 感染症関連検査点数引き上げ要望も多数(検査キット費用の高騰)
- **小児科では感染症関連検査費用の包括除外要望の意見が目立つ**
- 「その他」では感染症対策に係る各種加算の要件緩和要望の意見が目立つ
 - ・ 外来感染対策向上加算 : **カンファ要件(年2回)の緩和**
 - ・ 発熱患者等対応加算 : 外来感染対策向上加算の「加算」からの独立
≡ **コロナ特例下での院内トリアージ加算の復活**

20

アンケート結果を踏まえた保団連の意見(総論)

- 感染症対策関連の費用 > 診療報酬 ➡ **逆ザヤの状況は明らか**
➡ 標準的PPE費用:1枚400円、1診療 > 発熱患者等対応加算(200円、初診時、月1回)
- 新型コロナウイルス感染症は重篤な後遺症が残る可能性のある疾患
 - ・ 医療従事者の感染リスクが適正に評価されず
 - ・ 医療従事者増員困難 ➡ 医療従事者の負担増 ➡ 医療機関の疲弊深刻化
- 診療報酬の水準 = 医療の質 ➡ 医療機関の疲弊深刻化 = 医療の質低下
- 基本診療料は患者に必要な医療の不足なき提供に必要な最も基本的な技術評価
➡ 保険医療機関の安定的経営に十分な点数設定が不可欠



- **初・再診料等の基本診療料を改めて引き上げるべき！！**
- **少なくとも感染症対策に係る各種報酬項目の改善を行うべき！！**

21

アンケート結果を踏まえた保団連の意見(感染症対策に係る報酬項目改善要望)

- 多くの医療機関が感染対策の充実が可能となる水準の診療報酬が必要
- 「新興感染症等への対応」は**保健所の機能強化や国庫負担の投入等により対応を図るべき**



- **外来感染対策向上加算・発熱患者等対応加算について
点数大幅引き上げ + 診療の都度算定可 とすること**
- (外来)感染対策向上加算に係る施設基準の大幅な緩和を行うこと
➡ 特に年2回のカンファ受講(実施)については緩和を求める声大きい
- 新興感染症等への対応は外来感染対策向上加算の施設基準から除外すること

22

感染症対策に係る診療報酬上の評価について

感染症対策に対する主な診療報酬の評価の変遷

●院内トリージ実施料 300点（診療の都度）



発熱患者等対応加算 20点（月1回）

＜コロナ等検査点数＞

- SARS-CoV-2抗原定性
- SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性

300点
420点



150点
225点

外来における小児診療等に係る評価

（評価した理由）成人等と比較して、▼親や医療従事者と濃厚接触しやすい（抱っこ、おむつ交換など）、▼感染経路が非常に多く、感染予防策の徹底が重要、▼訴えの聴取等が困難であり、全ての診療等において、新型コロナウイルス感染症を念頭にといった対策が必要、等の理由で導入（2020年12月14日中医協）

●医科 100点
●歯科 55点



廃止

外来の感染症対策に関する評価点数の告示・通知・施設基準

2022 年改定	2024 年改定
＜点数表＞ 外来感染対策向上加算（月 1 回・診療所のみ） 【告示】 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関（診療所に限る）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月 1 回に限り 6 点 を所定点数に加算する。	＜点数表＞ 外来感染対策向上加算（月 1 回・診療所のみ） 【告示】 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関（診療所に限る）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月 1 回に限り 6 点 を所定点数に加算する。 <u>ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合は、発熱患者等対応加算として、月 1 回に限り 20 点 を更に所定点数に加算する。</u>
【通知】 診療所における、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画、<u>新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制の確保を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所において初診料を算定する場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り加算することができる。</u>	【通知】 診療所における、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画、<u>空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で発熱患者等の外来診療等を実施する体制の確保を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所において初診料を算定する場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り加算することができる。</u> 発熱患者等対応加算（新設） <u>外来感染対策向上加算を算定している場合であって、発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で診療を行った場合に算定する。</u>

＜施設基準＞ 外来感染対策向上加算の施設基準（初診料、再診料共通） 【告示】 (1) 専任の院内感染管理者が配置されている。 (2) 当該医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されている。 (3) 感染防止対策につき、A234-2 感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている医療機関等と連携している。 【通知】 次のいずれにも該当する。 (1) 診療所である。 (2) 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という）を設置している。ただし、A234 医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。 (3) 感染防止対策部門内に、専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置されており、感染防止に係る日常業務を行う。なお、当該職員は A234 医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、入院料等の通則 7 における院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。 (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備されている。 (5) (3)の院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布している。	＜施設基準＞ 外来感染対策向上加算の施設基準（初診料、再診料共通） 【告示】 (1) 専任の院内感染管理者が配置されている。 (2) 当該医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制<u>及び感染症の患者を適切に診療する体制</u>が整備されている。 (3) 感染防止対策につき、A234-2 感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている医療機関等と連携している。 【通知】 次のいずれにも該当する。 (1) 診療所である。 (2) 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という）を設置している。ただし、A234 医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。 (3) 感染防止対策部門内に、専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置されており、感染防止に係る日常業務を行う。なお、当該職員は A234 医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、入院料等の通則 7 における院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。 (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備されている。 (5) (3)の院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布している。
--	---

(6) (3)の院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っている。なお、当該研修は入院料等の医療安全管理体制の基準に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行う。 (7) (3)の院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、A234-2 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加している。なお、A234-2 感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、当該複数の医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回参加し、合わせて年2回以上参加している。また、A234-2 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加している。 (8) (7)に規定するカンファレンスは、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という）が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。 (9) <u>ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報</u>を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、<u>患者の同意を得ている。</u> <u>また、医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合</u>には、厚生労働省「<u>医療情報システムの安全管理に関するガイドライン</u>」に対応している。 (10) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する A234-2 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言を受ける。また、細菌学的検	(6) (3)の院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っている。なお、当該研修は入院料等の医療安全管理体制の基準に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行う。 (7) (3)の院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、A234-2 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加している。なお、A234-2 感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、当該複数の医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回参加し、合わせて年2回以上参加している。また、A234-2 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加している。 (8) (7)に規定するカンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。 (9) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する A234-2 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言を受ける。また、細菌学的検
---	--

査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っている。 (11) (3)の院内感染管理者により、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。 (12) 当該医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示している。 <u>(13) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開している。</u> (14) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する。 (15) 厚生労働省健康局結核感染症課「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っている。 (16) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定	査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っている。 (10) (3)の院内感染管理者により、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。 (11) 当該医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示している。 <u>(12) 当該保険医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として、空間的・時間的分離により発熱患者等の動線を分ける等の対応を行う体制を有している。</u> <u>(13) 感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関(同法第36条の2第1項の規定による通知(同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る)又は医療措置協定(同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る)に基づく措置を講ずる医療機関に限る)である。</u> (14) 新興感染症の発生時等に、発熱患者等の診療を実施することを念頭に、発熱患者等の動線を分けることができる体制を有する。 (15) 厚生労働省健康局結核感染症課「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っている。 (16) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定
---	---

した地域連携に係る体制について、連携する A234-2 感染対策向上加算 1 に係る届出を行った他の医療機関等とあらかじめ協議されている。 (17) A234-2 感染対策向上加算に係る届出を行っていない医療機関である。	した地域連携に係る体制について、連携する A234-2 感染対策向上加算 1 に係る届出を行った他の医療機関等とあらかじめ協議されている。 <u>(17) 感染症から回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、当該患者の診療について必要に応じて精密検査が可能な体制又は専門医への紹介が可能な連携体制を有していることが望ましい。</u> (18) A234-2 感染対策向上加算に係る届出を行っていない医療機関である。
--	--

2024 年改定で新設

<点数表>

抗菌薬適正使用体制加算（月 1 回・診療所のみ）

【告示】

注 11（外来感染対策向上加算）本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月に 1 回に限り 5 点を更に所定点数に加算する。

【通知】

外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加し、使用する抗菌薬のうち Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は当該サーベイランスに参加する診療所全体の上位 30%以内である場合に算定する。

<施設基準>

【告示】

抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有している。

【通知】

- (1) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている。
- (2) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加している。
- (3) 直近 6 か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は(2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位 30%以内である。

2026 年度診療報酬改定に向けた保団連改善要求

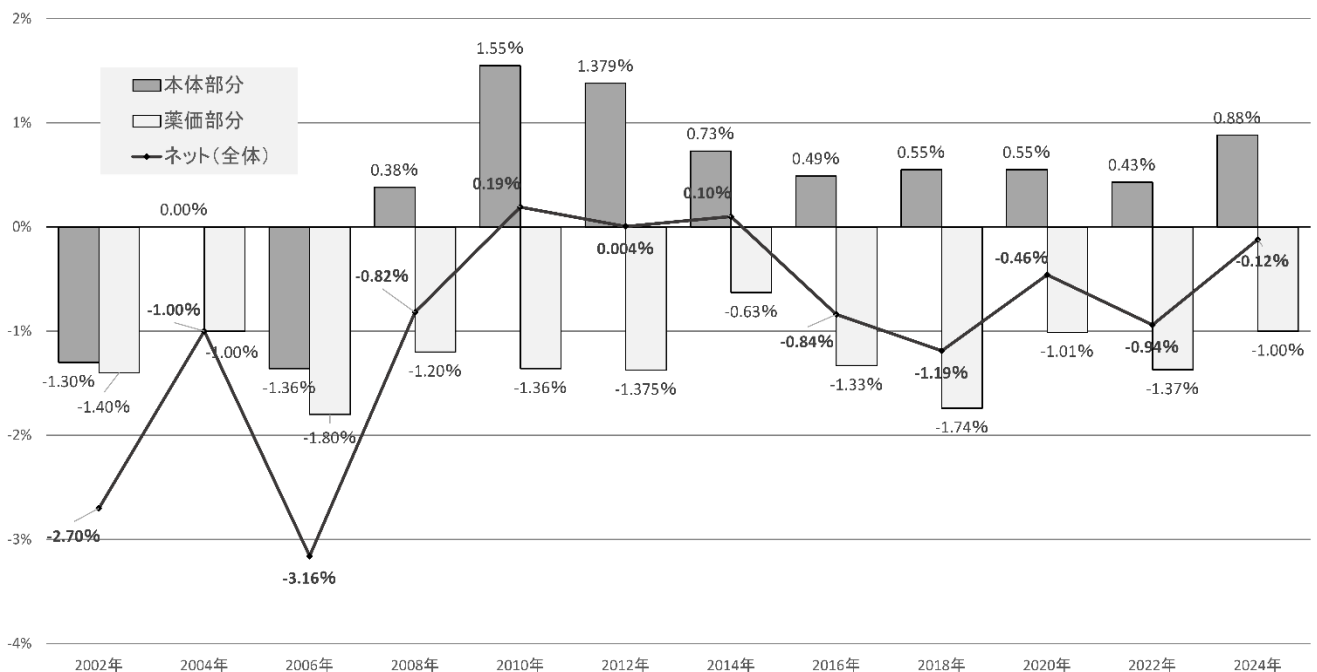
1. 医療費総枠を拡大し、基本診療料を中心に診療報酬を大幅に引き上げること

長年の低医療費政策の下で診療報酬のマイナス改定が繰り返され、医療現場の疲弊はコロナ禍に直面してさらに厳しくなった。診療報酬は医療機関経営の原資であるとともに、国民が受ける医療の質・量を規定する。したがって、低い報酬のままでは医療へのアクセスと国民の健康が損なわれる。

また、物価が高騰する中、医療機関と介護事業所の経営難、人材難への対応を求める声が医療・介護業界から断続的に上がっている。国の責務は、医療機関が感染症対応を行えるよう、余力のある医療提供体制を構築することであり、感染症病床の削減や保健所の統廃合などはこれに逆行する動きだ。

直近の 22 年間を見ても、2002～08 年、2016～24 年と 9 度にわたってネット（全体）でのマイナス改定が行われてきた。「財政再建」を名目に社会保障をコストと捉えて費用削減を図る政策を転換し、診療報酬の総枠拡大と基本診療料の大幅な引き上げに舵を切ることが不可欠である。

診療報酬の改定率の推移（2002～2024年） 厚生労働省資料より作成



2024 年度診療報酬改定の本体改定率は+0.88%となった。他方、薬価・材料費の改定率-1.00%を含めた全体の改定率（ネット）は-0.12%で、2016 年改定から 5 回連続のマイナス改定である。今回改定でも医療機関の経営改善に背を向ける姿勢が示されたといえる。とりわけ、内科系の診療所を中心に汎用点数の引き下げによる財源捻出が行われ、大幅な減収がもたらされたことは看過できない。

改定率の議論では、厚労省の「医療経済実態調査」だけでなく財政制度等審議会が持ち込んだ「機動的調査」を用いて、経済界や支払側の委員を中心に「診療所の収益率が高い」「特定の領域への賃上げは不要」といった宣伝が行われた。財政論ありきでなく必要な医療を積み上げた上で予算を決定すべきだ。

2026 年度改定に向けた議論においても、財務省は医療費削減ありきの議論を展開している。その上、診療所の経営状況を改善傾向と捉え、医学管理に係る具体的な点数の廃止や、OTC 類似薬の保険適用除外（保険外併用療養費の活用）など看過できない提案を行っている。

4 月 9 日の中医協では厚労省の保険局医療課長が「物価や賃金、医療機関経営などこれまでの改定とは相当異なる状況にある」と説明し、14 日の自民党の社会保障制度調査会で厚労省が示した 2024 年度の病院・診療所の経常利益率を機械的に推計した結果では、最頻値で見れば、病院のみを運営する医療法人は「-1.0%~0.0%」、無床診療所のみを運営する医療法人は「-3.0%~-2.0%」と落ち込んでいるとの報道も見られるなど、医療機関経営をめぐる足元の状況が悪化していることは明らかだ。

今求められるのは、高齢化の伸びの範囲内に抑制する社会保障予算の「目安対応」ではなく、医療費の総枠拡大である。財界の要求をはねのけ、国民皆保険制度を存続させるための議論を進めるべきだ。

<事前質問>

- 要求理由にも記載の通り、財務省は医療機関の利益率の高さを掲げ、診療報酬も含めた医療費削減の提起を積極的に行っています。他方、自民党の社会保障制度調査会（4 月 14 日）に貴省が提出した資料では、2024 年度の病院・診療所の経常利益率を機械的に推計した結果として、最頻値が病院のみを運営する医療法人は-1.0%~0.0%、無床診療所のみを運営する医療法人は-3.0%~-2.0%といずれもマイナス圏内に落ち込む見通し（2023 年度の最頻値は、病院、無床診療所ともに 0.0%~1.0%でプラス圏内）となり、24 年度診療報酬改定後に経営状況が悪化していることが伺えます（4 月 14 日 MEDIFAX）。こうした状況を踏まえ、厚生労働省としては 2026 年度改定に向けてどのような姿勢で対応される予定なのかお示しください。

2. 初診料・再診料

初・再診料について、急激な感染症の拡大にも対応できるよう平時から医療提供体制や医院経営に余力が生じる水準まで引き上げること。

初・再診料の算定に当たり、医療機関は厚生労働省が定義する患者への基本的な診察に必要な物的・人的コストの範疇を超え、24 時間対応や各関係機関との医療情報の連携など、まさに全人的な対応が求められる。新型コロナ感染症への対応では平時からの人的・物的余力が不可欠であることも教訓となった。初・再診料は長年にわたり十分な引き上げが行われず、求められる役割に対して評価が著しく低く据え置かれている現状は改善されておらず、一刻も早い改善が必要である。

- 感染症対策に関する診療報酬上の評価に係るアンケートでは、「発熱外来の対応を行っている医療機関」の 78%が、医療機関の感染症対策に関する診療報酬について「(あまり) 全く評価されていない」と感じています（感染症対策に関する診療報酬上の評価に係るアンケートのスライド 7）。
- また、そのように回答した医療機関に評価が不十分と感じる理由を聞いたところ、感染症対策に必要な追加の「物品代」・「人件費」に、診療報酬上の評価が全く見合っていないとの意見が多数を占めています（同スライド 10）。
- 併せて、医療機関の感染症対策に関する診療報酬上の評価について「(あまり) 全く評価

されていない」と回答した医療機関は、自由記載欄の中で感染症対策に要する費用が診療報酬に対して完全に「逆ザヤ」となる中で対応しており、中には深刻な疲弊を訴える生々しい声も寄せられています（同スライド15～17）

- 基本的な感染症対策（PPE、消毒液、マスク等の備品整備など）は既にどの医療機関も当然に実施しています。こうした点を踏まえ、基本診療料は患者に必要な医療の不足なき提供に必要な最も基本的な技術評価であり、医療機関の安定的経営に十分な点数設定が不可欠であるとの観点から、第1には上述の不合理の改善を行う上でも初・再診料の引き上げを求めると同時に、当該要望が実現されるまでの当面の要望として本要請書の以下項目3、4の対応を求めるものです（同スライド21）。

3. 外来感染対策向上加算及び発熱患者等対応加算、A234-2 感染対策向上加算について、下記の改善を行うこと。

- ① 外来感染対策向上加算について、点数を大幅に引き上げた上で診療の都度算定できるようにすること。また、感染対策向上加算を併せて届出・算定できるようにすること。

月1回の算定となったことで、コロナ特例で算定できていた医科外来等感染症対策実施加算（1回につき5点）よりも低い評価となるにもかかわらず、施設基準が非常に厳しい。また、外来感染対策向上加算は診療所でしか届出できないため、病院が感染対策向上加算と併せて届出・算定できるようにすべきである。

- ② 外来感染対策向上加算と感染対策向上加算について、施設基準の大幅な緩和と報酬引き上げを行うこと。特に、新興感染症等への対応（感染患者の受け入れ・発熱患者の診療、ゾーニング・導線分離、訓練、協議など）については、感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の施設基準から除外した上で、保健所の機能強化や国庫負担の投入等により対応を図ること。

多くの医療機関が感染対策を充実させることこそ必要である。また、新興感染症等への対応は、患者負担を伴う診療報酬によって措置すべきものではなく、国の負担によって実施すべきものである。

- ③ 発熱患者等対応加算について、外来感染対策向上加算の加算ではなく単独の加算とした上で、点数を大幅に引き上げ、発熱その他感染症疑い患者に対応する場合は診療の都度算定できるようにすること。

そもそも感染対策向上加算で求められる新興感染症等の発生時における病診連携を含めた体制確保と、日常診療における発熱その他感染症疑いの患者に対する対応とは異なる評価であるべきである。実際に感染対策向上加算を届出できない医療機関でも同線分離等の対応をし発熱等の患者を診療している。また、医療機関で求められる感染防止対策（発熱患者の同線・診療時間分離や感染防護物資の整備等）の水準は変化していないにもかかわらず、コロナ特例が終了し、十分に評価されない状況となっている。

4. COVID-19、インフルエンザウイルスに対する抗原検査、PCR 検査に係る診療報酬上の評価について下記の改善を行うこと。

- ① 点数を引き上げること。
- ② 検査料を包括する入院料、医学管理料の包括外として、出来高算定を認めること

COVID-19、インフルエンザウイルスは、定期的に一定規模の感染拡大が繰り返されている。特に COVID-19 感染症は後遺症が残る危険な疾患である点に留意すべきである。また、当

該検査に用いる検査キットは昨今の物品高騰に伴い、経年的に価格が上昇する傾向にあり、検査キット費用が各種検査料に肉薄する状況である。各種検査に関する評価は、単に検査キット費用のみならず、様々な追加の感染対策等を講じ、危険を顧みず、「疑い」も含めた各種ウイルスの感染症患者を診療する医療機関の危険手当であることを再認識すべきである。

- 感染症対策に関する診療報酬上の評価に係るアンケートでは、現状の改善に求めることとして外来感染対策向上加算・発熱患者等対応加算の引き上げ並びに都度算定可とすること、各種汎用の感染症検査の引き上げを求める声が多く寄せられています。（感染症対策に関する診療報酬上の評価に係るアンケートのスライド13）。
- 外来感染対策向上加算の施設基準が複雑かつ厳しい内容（カンファ受講など）なため、発熱患者の対応をしているにも関わらず、加算を算定できないといった状況も伺えます（同スライド11、15、17）。
- また、小児科ではインフルエンザや新型コロナウイルスに係る検査費用が小児科外来診療料等に包括されるため、これらの検査を実施する場合に診療内容によっては小児科外来診療料等の診療報酬に対して「逆ザヤ」となってしまう不合理の声が、「発熱外来対応有り医療機関」でかつ医療機関の感染症対策に関する診療報酬上の評価について「（あまり）全く評価されていない」と回答した理由の「その他」欄や、自由意見欄に寄せられています（同スライド11、15、17）。
- アンケートで得られた結果を踏まえ、要請書項目3、4の改善を強く求めます。

5. 特定疾患療養管理料（B000）及び特定疾患処方管理加算（F100、F400）について、脂質異常症、高血圧症及び糖尿病を対象疾患に戻すこと。

従来の特定疾患療養管理料は幅広い内科系慢性疾患を主病として管理しながらプライマリケア機能を担うという地域医療において内科系診療所が求められる役割に適合した点数であった。しかし2024年改定において医療費抑制を目的に患者数の多い高血圧症、糖尿病、脂質異常症が対象疾患から外され、従来の点数が評価する機能を果たせなくなった。3疾患管理の移行先とされた生活習慣病管理料（Ⅱ）は、包括範囲が広く幅広い疾患を管理する体制が保障されていない。2024年改定以前の取扱いに戻すことが合理的である。

- 生活習慣病の医学管理の評価に関する改定影響アンケートでは、今後の脂質異常症、高血圧症及び糖尿病の3疾患の管理に当たり政府に望む対応について「当該疾患を特定疾患療養管理料・特定疾患処方管理加算の対象に戻す」との回答が最も多い結果となりました（生活習慣病の医学管理の評価に関する改定影響アンケートのスライド13）。
- 生活習慣病管理料を算定する医療機関が感じた不合理の影響では「生活習慣病の包括範囲が広すぎる」との回答が最多であったほか、関連して「包括される点数分の費用の持ち出しを懸念する」声が多く寄せられました。（同スライド11）。
- 生活習慣病管理料を算定する医療機関が感じた不合理の影響での「その他」の回答や自由意見欄では、3疾患を主病とすることのみを以て、当該患者が罹患する3疾患以外で個別に医学的な管理を行っても評価されないことへの不合理を訴える声が多く寄せられています（同スライド12、14）

- 生活習慣病管理料は1996年に運動療法指導管理料として新設され、当初は高血圧を対象疾患（2000年に糖尿病、高脂血症にも適用拡大）とし、「運動療法や食事療法を含めた総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、運動療法を含めた総合的な治療管理を行った場合に、200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する」として、主に3疾患の治療管理のみを念頭に置いた趣旨の点数として運用されてきました。
- 他方、現在は高齢化の進展に伴い、専門的な管理を要す複数疾患を罹患する患者が多数を占めています。こうした中で3疾患が主病であることのみを以て、当該患者の全人的な管理を生活習慣病管理料「のみ」で実施することは不可能です。
- 診療報酬は各医学的管理を個別に評価する出来高評価が原則とされるべきであり、幅広い診療報酬項目を包括する生活習慣病管理料自体も不合理と考えます。こうした点を踏まえ、第1には脂質異常症、高血圧症及び糖尿病について特定疾患療養管理料及び特定疾患処方管理加算の対象疾患に戻すことを求め、第2に当該要望が実現されるまでの当面の要望として本要請書の以下項目6の対応を求めるものです（同スライド19）。

6. 生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）（B001-3、B001-3-3）について、原則として、糖尿病、高血圧、脂質異常症を特定疾患療養管理料の対象疾患に戻し、3疾患の医学管理において特定疾患療養管理料及び生活習慣病管理料のいずれを算定するかは医師が判断できるようにするべきであるが、これが実行されない状況において、下記の改善を行うこと。

- ① 少なくとも下記項目の併算定を可能とすること。
 - ・ 管理料（Ⅱ）を算定する場合の、(1)特定疾患療養管理料（生活習慣病管理料算定日以外）、(2)特定薬剤治療管理料（B001「2」）、(3)悪性腫瘍特異物質治療管理料（B001「3」）、(4)慢性維持透析患者外来医学管理料（B001「15」）、(5)薬剤総合評価調整管理料（B008-2）、(6)傷病手当金意見書交付料（B012）、(7)療養費同意書交付料（B013）、(8)糖尿病が主病の場合で糖尿病以外を対象にした在宅自己注射指導管理料、(9)特定疾患処方管理加算（F100、F400）。
 - ・ 管理料（Ⅰ）（Ⅱ）を算定する場合の、(10)外来管理加算（生活習慣病管理料算定日）
 - (1)について、生活習慣病管理料の対象疾患の他に特定疾患があり、特定疾患の症状悪化による同月2回目受診等への対応が阻害される恐れがあるため。
 - (2)について、診療所でも様々な疾患及び投与薬剤の管理を行っており、これに必要な血中濃度測定と投与量管理が阻害される恐れがあるため。
 - (3)について、生活習慣病を主病としながら、がん術後等で腫瘍マーカー検査が必要な患者に対する検査と計画的な治療が阻害される恐れがあるため。
 - (4)について、透析患者は高血圧等の合併症を併発する 경우가少なくない。生活習慣病の治療管理と慢性維持透析管理の両立が阻害される恐れがあるため。
 - (5)について、多剤投与の見直しが阻害される恐れがあるため。
 - (6)及び(7)について、交付は作業負担が大きく、速やか且つ十分な記載・発行に支障が生じる恐れがあるため。
 - (8)について、糖尿病以外を対象とした在宅自己注射が必要な患者はおり、この場合の指導管理料が算定できないのは不合理であるため。また、糖尿病を内服薬で管理している場合でも別疾患対象の在宅自己注射の併算定を認めないことにはとりわけ合理性がない。
 - (9)について、特定疾患に対する投薬管理が阻害される恐れがあるため。またそもそも告示・通知で生活習慣病管理料との併算定を不可とする規定がない。

(10)について、2024 年改定において生活習慣病管理料との併算定できなくなったのは医療費削減のためでしかなく、合理性がないため。

英独仏各国では診療所は主に初期診療等のみを提供し専門的な診療・検査が必要な場合は病院等に紹介するのに対して、日本では診療所開業医が相当水準の専門医機能を果たしている。この結果、病院の業務負担軽減や病院医療費の抑制につながっている。現場で求められる医療行為を出来高で評価し、こうした体制を後押しすることは、日本の医療提供の実態からも、医療費の膨張を抑制する点からも合理的である。

- 生活習慣病の医学管理の評価に関する改定影響アンケートでは、包括される点数で不合理と感じる診療報酬項目について、「特定疾患処方管理加算」、「悪性腫瘍特異物質治療管理料」、「傷病手当金意見書交付料」、「療養費同意書交付料」、「糖尿病が主病の患者に対する糖尿病治療薬以外の薬剤に対する在宅自己注射指導管理料」との回答が多く寄せられました（生活習慣病の医学管理の評価に関する改定影響アンケートのスライド10）。
- 包括される点数で不合理と感じる診療報酬項目の「その他」欄や自由意見欄では、産科・婦人科では「婦人科特定疾患治療管理料」、透析内科では「慢性維持透析患者外来医学管理料」、精神科では通院・在宅精神療法（管理料Ⅱ算定時）の包括を不合理と感じる回答が一定数寄せられました（同スライド10、12）
- また生活習慣病管理料と特定疾患処方管理加算との併算定については、生活習慣病管理料の包括範囲に特定疾患処方管理加算は含まれません。また、現時点では複数主病が認められています。こうした点を踏まえれば、例えば糖尿病と慢性胃炎の双方を主病とする患者について、慢性胃炎に28日以上投薬を実施した場合は、生活習慣病管理料と特定疾患処方管理加算の双方は算定できて然るべきです。貴省が2024年8月29日発出の疑義解釈で示した「特定疾患処方管理加算は特定疾患療養管理料における特定疾患と同じ特定疾患を対象に処方した際に算定できるが、特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料は併算定できないことから、生活習慣病管理料を算定した月においては、特定疾患処方管理加算は算定できない」との取り扱いは、告示・通知に照らしても根拠がなく、速やかに改善すべきです（スライド17）。
- その他にも、悪性腫瘍特異物質治療管理料の包括に伴い、術後がん患者のフォローに当たり腫瘍マーカー検査実施分の費用が「逆ザヤ」となる。療養費同意書交付料や傷病手当金意見書交付料の包括について、3疾患の管理とは関係がなく、更に手間と時間を要すにもかかわらず、その分の費用が請求できないなどの不合理の声が多く寄せられています（同スライド12、14、15、16）。
- アンケートで得られた結果も踏まえ、要請書項目6の①の改善を強く求めます。

② 療養計画書の交付等の要件は削除すること。

患者との信頼関係の中で共に療養計画を策定し、療養の質を高める患者の意識を引き出すことは重要だ。一方で、保団連のアンケート調査では療養計画書の有用性について「全く役立っていない」「あまり役立っていない」との回答が約6割に上り、現場で効果的な形になっていない。患者に対する文書説明は医療法上も努力義務であり、療養計画書の交付等を算定

要件から削除し、医師の判断で行うものとするべきである。

- 生活習慣病の医学管理の評価に関する改定影響アンケートでは、療養計画書の有用性について、管理料を算定する57%の医療機関が「(あまり) 全く役立っていない」と回答しています(生活習慣病の医学管理の評価に関する改定影響アンケートのスライド6)。
- 療養計画書について「(あまり) 全く役立っていない」と回答した医療機関について、そのように回答した理由記載欄や自由意見欄では「患者の待ち時間が増える」、「待ち時間の増加や計画書の作成・交付業務が診療時間を圧迫する」といった意見が多く寄せられました。また、計画書についても「患者が院内のごみ箱に廃棄している」といった内容も見受けられます(同スライド8、14、15)
- 療養計画書について「(ある程度) 役立っている」と回答した医療機関(40%)についても、そのように回答した理由記載欄や自由意見欄では「動機付け、目標設定、情報共有、説明のし易さ、受診機会の増加」の面での意見を挙げる一方、「3回目以降の指導では計画書の記載内容も同じような内容になるため有用性は感じなくなる」、「有用性を一定感じる一方で計画書作成・交付業務が負担」といった趣旨の意見が寄せられています。(同スライド7、14、15、18)
- こうした点から、「(ある程度) 役立っている」と回答した医療機関(40%)のうち、38%の医療機関は自由記載欄等にて、計画書の交付要件削除を求めています(スライド9)。
- アンケートで得られた結果も踏まえ、要請書項目6の②の改善を強く求めます。

③ 生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定してから6月以内は管理料(Ⅱ)を算定できないとする要件を削除すること。

生活習慣病管理料(Ⅰ)または(Ⅱ)のいずれにより管理を行うかは、医療機関の特性や患者の状態に応じて選択できるようにすべきである。

④ 生活習慣病管理料(Ⅱ)について、月2回の算定を認めること。

対象疾患の組み換えによって特定疾患療養管理料から移行を余儀なくされた医療機関が、月2回の管理が必要な患者に対して従来通りの治療管理を継続するため。

令和4年度・5年度の医療法人の利益率（経営する施設の類型別）

<法人単位での集計>

令和4年度 【R4.4.1～R5.3.31の間に決算を迎えた法人】		病院 のみ経営	無床診療所 のみ経営	有床診療所 のみ経営
経常利益率	平均値	4.6%	9.6%	5.0%
	中央値	2.7%	6.7%	3.2%
	最頻値（※1）	0.0～1.0%	0.0～1.0%	0.0～1.0%
令和5年度（※2） 【R5.4.1～R6.3.31の間に決算を迎えた法人】		病院 のみ経営	無床診療所 のみ経営	有床診療所 のみ経営
経常利益率	平均値	2.0%	8.8%	4.1%
	中央値	1.2%	6.1%	2.3%
	最頻値（※1）	0.0～1.0%	0.0～1.0%	0.0～1.0%

※1 利益率を1%ごとに区切った上で階級をつくり、その階級内の法人（施設）数が最も多い階級を最頻値としている。

※2 令和5年度は提出率76%時点のデータであり、昨年の実績（R4年度に決算を迎えた医療法人の経常利益率が、R5.11月時点で6.2%、R6.11月時点で5.9%に減少していること）を踏まえると、利益率は、提出率が上がるに従い減少する可能性がある。

（出所）自由民主党 社会保障制度調査会「医療・介護・障害福祉分野の経営状況や賃上げの状況等について」厚生労働省提出資料1頁（令和7年4月14日）

病院・診療所の令和6年度の経常利益率（機械的な推計）

- 令和6年度の医療機関の経常利益率について、足元でのマクロ的な医療費の変化や物価・賃金の動向を踏まえ、機械的に推計した結果は以下のとおり。（計算方法や留意点は次ページ参照）
- あくまで機械的な試算であり、相当な幅をもって見る必要があることに留意。令和8年度の診療報酬改定に当たっては、医療経済実態調査等のデータを精緻に分析した上で対応する必要がある。

	病院のみ 運営法人	無床診療所のみ 運営法人	有床診療所のみ 運営法人
令和5年度 経常利益率	平均値	2.0%	4.1%
	中央値	1.2%	2.3%
	最頻値	0.0～1.0%	0.0～1.0%
令和6年度 経常利益率（推計）	平均値 (減少分)	1.3% (△0.7)	3.3% (△0.8)
	中央値 (減少分)	0.5% (△0.7)	1.5% (△0.8)
	最頻値	△1.0～0.0%	△1.0～0.0%

（出所）自由民主党 社会保障制度調査会「医療・介護・障害福祉分野の経営状況や賃上げの状況等について」厚生労働省提出資料2頁（令和7年4月14日）

(令和6年度推計の計算方法及び留意点)

<医業収益>

- 医業収益は、メディアスのR6年4月～10月の対前年の医療費の伸び(※1)を参考にR6年度の医業収益(※2)を設定

R6年度 病院の医業収益	= R5年度本来業務収益 × 101.8%
R6年度 無床診療所の医業収益	= R5年度本来業務収益 × 98.2%
R6年度 有床診療所の医業収益	= R5年度本来業務収益 × 101.7%
- (※1) 対象期間における医療費の伸びには、コロナ特例廃止や診療報酬改定による影響が含まれることに留意が必要
- (※2) 医業収益には保険診療以外の収入も含むため、医療費の伸び率が医業収益の伸び率と必ず一致する訳ではない

<医業費用>

- R6年度の医業費用には、R5年度の医業費用(人件費・人件費以外に分類：※1)に賃金の上昇率を加算

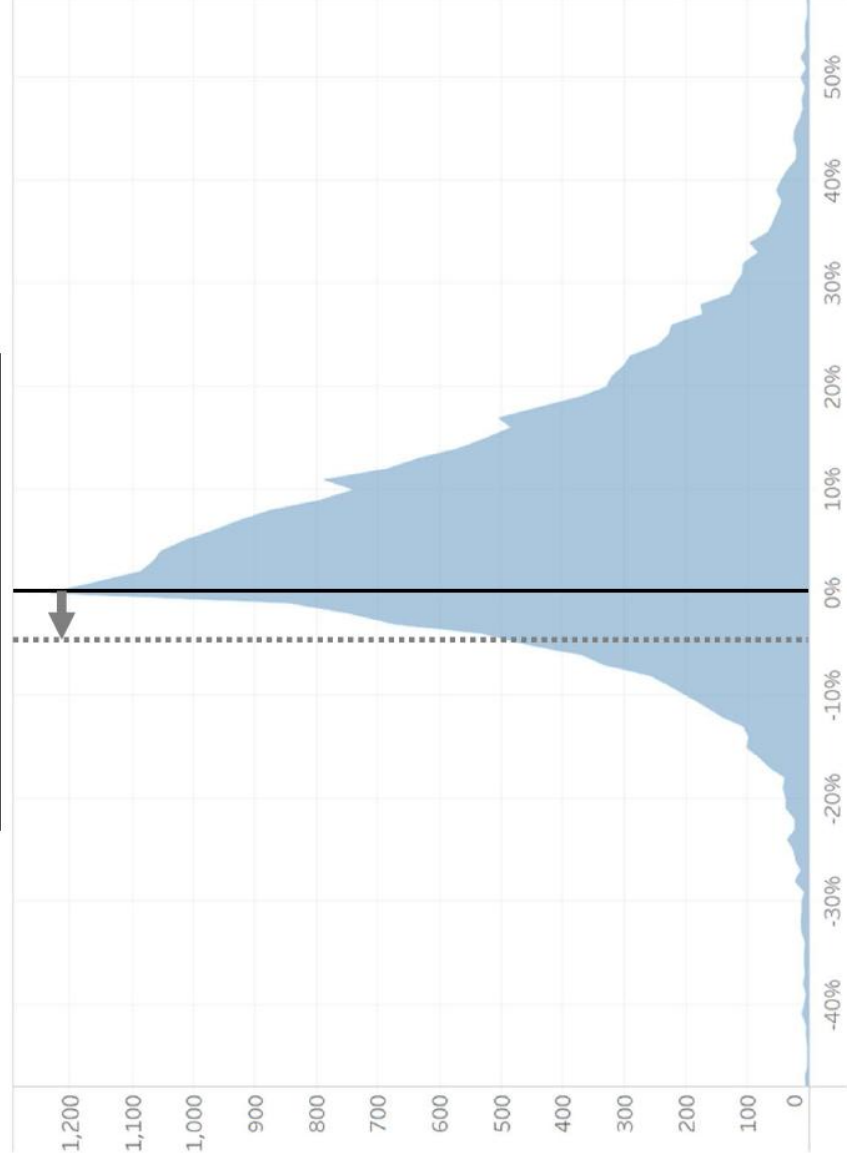
R6年度 人件費関係の医業費用	= R5年度の人件費関係の医業費用 × 賃上げ率 102.3% (※2)
R6年度 人件費以外	= R5年度の人件費以外の医業費用 × 物価上昇率 102.7% (※3)
- (※1) 事業費用のうち「人件費率」「人件費以外の医業費用」は経営情報等の費用の割合から引用
- (※2) 賃上げ率は「賃金構造統計調査」の2023～2024の医療業の伸び率から引用
病院、診療所の区分はなく、医療業全体の伸び率
診療所は医師給与の割合が高く、看護師が中心である病院と給与費の伸び率が異なる可能性があることに留意が必要
- (※3) 物価上昇率は「消費者物価指数」の対前年の物価上昇率の2023～2024年から引用

<その他利益率の分布に関する留意点>

- 経常利益率が低い医療法人には閉院直前の施設や急激な患者減の施設も含まれる。
- 自由診療のみの医療法人も対象に含み、経常利益率が高い医療法人には例えば美容外科の施設も含まれる。
(出所)自由民主党 社会保障制度調査会「医療・介護・障害福祉分野の経営状況や賃上げの状況等について」厚生労働省提出資料3頁(令和7年4月14日)

令和5年度の経常利益率（無床診療所のみ運営法人）

無床診療所のみ運営（令和5年度）	
平均値	8.8%
中央値	6.1%
最頻値	0.0～1.0%



（出所）自由民主党 社会保障制度調査会「医療・介護・障害福祉分野の経営状況や賃上げの状況等について」厚生労働省提出資料4頁（令和7年4月14日）

新型コロナ後の医療再建と財源問題 社会保障充実、景気回復に向けて

全国保険医団体連合会理事

竹田 智雄 たけだ ともお

1959年愛知県生まれ。1985年岐阜大学医学部卒業。岐阜大学病院、岐阜市民病院などを経て1998年竹田クリニック開業。日本麻酔学会専門医。日本ペインクリニック学会専門医。2014年から全国保険医団体連合会理事。2020年から岐阜県保険医協会会長。



コロナ収束後は、医療・社会保障の再建と財政再建が焦点となる。先進諸国では、コロナ危機を通じて、大企業や富裕層に応分に負担を求める潮流に変わりつつある。日本も、法人減税、雇用の規制緩和など新自由主義的路線からは決別し、消費税増税ではなく、大企業・超富裕層に対する応分の税負担、医療・社会保障の充実、雇用の改善という三位一体の改革路線を進めて、医療・社会保障財源の確保を図っていくべきだ。

コロナ後の医療再建、 税財政再建に向けて

新型コロナウイルス感染が広がる中、病床ひっ迫など日本の医療・社会保障の脆さが浮き彫りになった。コロナ対策として、政府は国債発行を中心に3度の補正予算を組んだ。「Go To トラベル」など使い道には疑問もあるが、2020年度の一般会計(歳出総額)は175兆円と当初予算の1.7倍に達している。今後、医療再建、財政再建が焦点となるだろう。

医療・社会保障財源に関し、全国保険医団体連合会は2009年に「医療再建で国民は幸せに、経済も元気に—医療への公的支出を増やす3つの提案」(随時改訂)を提言した。本稿では改めて、先進国での新たな税制潮流も交えつつ、医療・社会保障の充実に向けた財源論の方向性について考えたい。

大企業・富裕層課税 税制改革の潮目変化

コロナ危機を受けて、先進国では新自由主義路線からの軌道修正が見られる。1980年代以降、新自由主義が世界を席卷し、大企業と富裕層の社会的負担の軽減が進められてきた。先進諸国で構成する経済協力開発機構(OECD)加盟国平均の法人税率は1981年の48%から2020年には23%に半減している。日本も同様だ。財政が悪化し、公的医療や社会保障が弱体化し、危機に弱い社会になったところに、コロナが直撃した格好だ。

こうした中、大企業減税競争の先頭に立ってきた米国、英国では、公平な負担を求める声の高まりも背景に、法人税率を引き上げる方向に転換しつつある。

英国は半世紀ぶりに法人税増税を決めた。米国では、バイデン政権が、トランプ前政権

が大幅に下げた法人税を引き上げる方針を打ち出した。多国籍企業の子会社に課す最低税率引き上げなども含め、15年間で約275兆円の増収を見込んでいる。

コロナ禍で貧富の格差がさらに拡大する中、富裕層増税の流れも強まっている。米国では、所得税の最高税率を引き上げるとともに、金融所得(株式配当・売却益)などに対する税率を20%から40%近くに引き上げる方針だ。英国では、金融所得課税の基礎控除を圧縮し、課税対象者を増やし増収を狙う。

「骨太」に応能負担強化を記載

日本でも、経済財政諮問会議(2021年4月26日)において、民間議員が「格差是正や所得再分配は世界的な潮流になっている」と指摘し、法人税の国際最低税率や株式売却益や資産課税について「タブーなく検討していただきたい」と発言している。「骨太の方針2021」では、「応能負担の強化等による(所得)再分配機能の向上」、「適正・公平な課税の実現による税に対する信頼の確保」などが記された。国際的な流れも受けて、高額所得者や企業に対する「応能負担」の強化が盛り込まれた形だ。日本も後は実行あるのみだ。持てる者が応分に負担する公正な税制に向けて、早急に着手すべきだ。

脆弱な医療保障と低医療費政策

まず、日本の医療・社会保障費の現状について確認したい。

2020年度版の厚生労働白書では、高齢化率(65歳以上人口割合)との関係で主要な欧米諸国における社会保障の給付規模(対GDP比)について記載している。白書によれば、「社会保障の給付規模の推移を、高齢化率の推移とともに見ると、いずれの国(筆者注:英、米、独、仏、スウェーデン)も高齢化の進

行とともに給付規模は拡大する傾向にある。我が国は最も高齢化が進んでいるが、社会支出の対GDP比は、我が国よりも高齢化率が低いフランス、スウェーデン、ドイツの方が我が国を上回っている」としている。高齢化が進めば社会保障は手厚くなるべきところ、日本では非常に手薄ということだ。

公的医療に当たる「保健」給付規模(対GDP比。2017年度)では、日本は高齢化率27.7%に対し、給付規模は7.65%である。フランス、ドイツ(15年度)は高齢化率がそれぞれ18.9%、21.1%と日本より6.6~8.8ポイント低いが、給付規模は8.79%、8.88%と日本より1.14~1.23ポイント高い。高齢化率が14.6%と日本の半分にすぎない英国は給付規模が7.69%と日本と同水準に達する。

医療給付費を独仏並みにするには年6.4~6.9兆円の追加支出が必要となる。高齢化率の違いも考慮すればさらなる上乘せが必要となる。医療に限らず、社会保障全体の給付規模で見ても同様な状況にある。日本は先進国で最も高齢化が進んでいるにもかかわらず、医療・社会保障費に回す公費水準が極端に低い。社会保障費が財政ひっ迫の原因とされることもあるが、この点から見ても誤りであることが分かる。

低すぎる税収規模

では、なぜ財政がひっ迫するのか。使い道の問題もあるが、租税収入水準の問題が大きい。対GDP比で租税収入の規模(2018年)を見ると、フランス30.1%、イタリア28.8%、英国26.6%、ドイツ24.0%に対し、日本は18.6%と極端に低い(図1)¹⁾。「減税」を売りにする米国の18.4%と同じ水準だ。ドイツ並みであれば、現状より30兆円税収が多くなる。日本は、経済規模に見合った水準で税金を調達していない。

では、政府が言うように消費税を引き上げるべきなのだろうか。

国の税収(一般会計)を見ると、消費税導入直後の1990年度は60.1兆円だが、2019年度は58.4兆円に低下している。この間、経済規模(実質GDP)は1.3倍になっている。税収の停滞・低下は本来あり得ない。

一般会計収入の約7～8割を占める所得税、法人税と消費税の主要3税収(合計)を見ると、49.0兆円から48.4兆円と伸びていない(図2)。その内訳の推移を見ると、1990年度は消費税収が4.6兆円に対し、所得税収は26.0兆円、法人税収は18.4兆円だが、19年度は消費税収が18.4兆円に激増する一方、所得税収は19.2兆円、法人税収も10.8兆円に激減している。所得税収と法人税収の減少を消費税収が穴埋めした形だ。これ以上、景気に悪影響を及ぼす消費税収に財源を頼ることは困難だ。

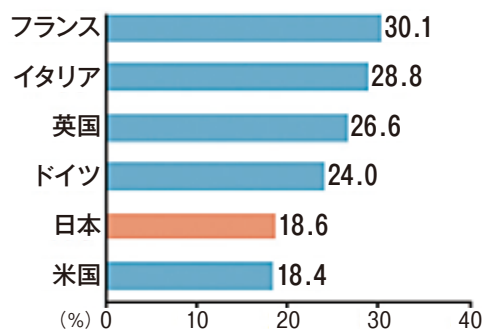


図1 先進諸国の租税収入(対GDP比)

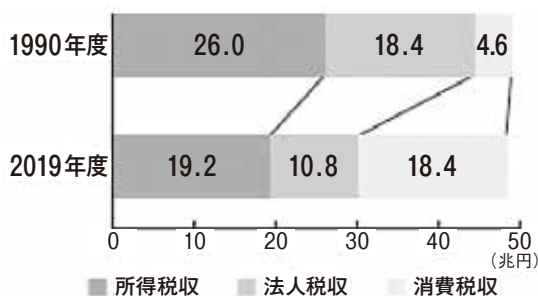


図2 所得税・法人税・消費税の税収推移

空洞化、侵食される法人税制

法人税や所得税の減収は、大幅減税が背景にある。

法人税額は、法人の「所得」に法人税率を乗じたものから一定の税額を差し引いて算出される。税収規模は、「所得」の範囲、税率の水準、および差し引かれる税額によって決まる。

大企業などに係る法人税率(基本税率)は消費税の導入以降、大きく引き下げられてきた(図3)。消費税導入前年の1988年は42.0%だったが、2018年以降23.2%にほぼ半減している。

また、「所得」範囲を縮小する操作や、差し引ける「税額」を広げることで、法人税収が失われてきた。課税を特別に軽減する租税特別措置と呼ばれるものだ。

「所得」範囲を縮小する操作では、他企業の株式から受け取った配当を所得に含めない措置や、赤字の子会社を抱え込むことで本社の所得と相殺できる措置など様々ある。税額を差し引くものでは、研究開発に要した経費は法人税額の最大50%まで差し引ける。第2次安倍政権では、賃金引き上げやIT設備投資など様々に理由をつけて税額控除が広げられてきた。

政府税制調査会の資料によれば、主な租税特別措置がなかった場合、法人税額(2012年度)は16.2兆円程度と試算している(図4)。しかし、実際には法人税収が租税特別措置により6兆円近く失われ10.4兆円に切り詰められている。

租税特別措置は、手続きが煩雑な上、資金が少ない中小企業には適用のハードルも高い。大企業ほど子会社が多く、巨額な内部留保も背景に研究開発にかけける資金を潤沢に持ち、株式投資や賃金引き上げも容易だ。租税特別措置は大企業に有利で恩恵が大きい。税

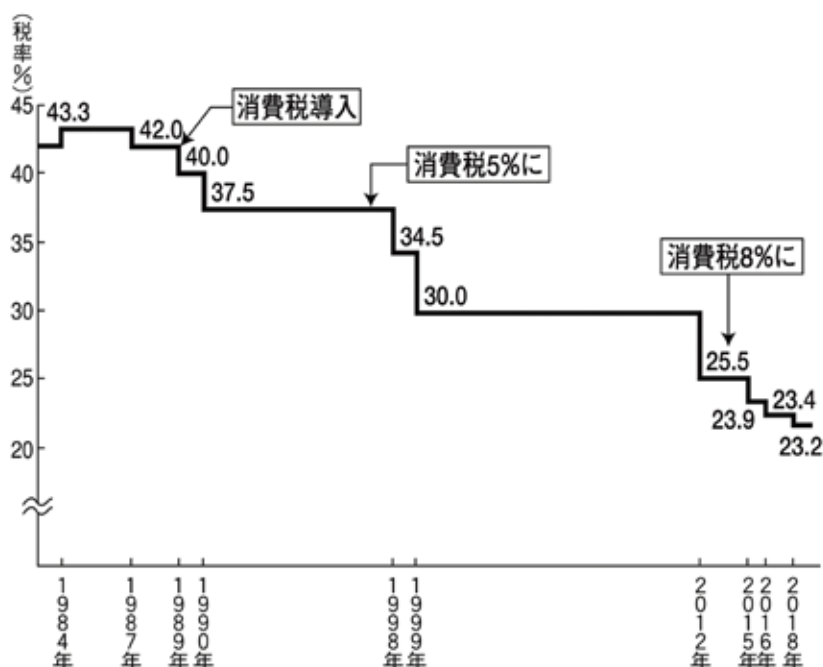
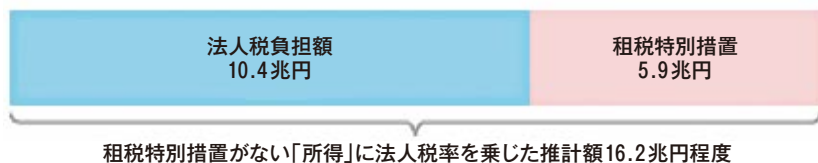


図3 法人税率(基本税率)の推移



※政府税制調査会資料(2014年3月31日)を修正作成。端数があり合計は一致しない。

図4 租税特別措置で約6兆円減の法人税収

額控除による減税額だけで、安倍政権の2013～18年度で6兆円に及び、企業数で0.1%に満たない巨大企業(資本金100億円超)が減税額の63%を占めている²⁾。

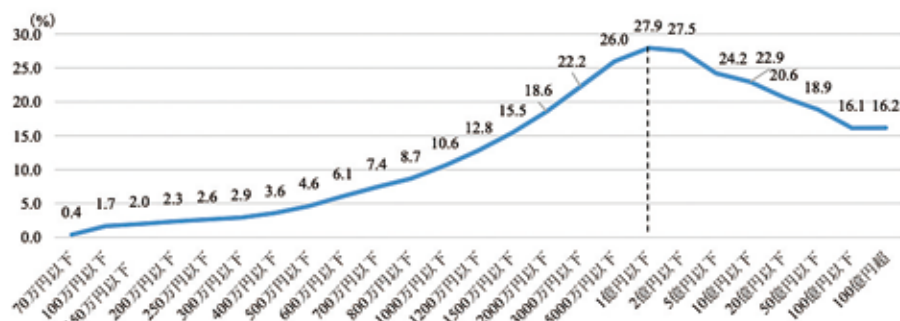
このように、法人税制が侵食され空洞化している。企業(金融保険業除く)の利益は1989年の38.9兆円から2019年は71.4兆円に増えているにもかかわらず、法人税収(全産業)は18.4兆円から10.8兆円に減少している。法人税制の立て直しが急務である。

マネーゲームは税負担不問 所得税

所得税も、1987年の消費税導入前後から

大幅に減税されてきた。最高税率(所得税+住民税)は88%から55%に引き下げられている。所得に応じた税率の刻み幅は29段階から9段階(所得税は15段階から8段階、住民税は14段階から1段階)に地ならしされてしまい、全体として税収調達力が大幅に低下している。

重大なのは、所得が1億円を超える階層では、所得が増えるにつれて、所得税の負担率は逆に下がっていくということだ(図5)³⁾。所得が高い者ほど、所得の多くを株式の売却益など金融資産で有するが、これらは税率15%だ。通常、所得税の最高税率は45%(所



(注) 所得金額があっても申告納税額のない者は含まれていない。
 (出典) 国税庁長官官房企画課「申告所得税標準調査—調査結果報告— 令和元年度」2021.2. <<https://www.nta.go.jp/publication/statistics/kokuzzeicho/shinkokuhoyohon2019/pdf/r01.pdf>> を基に瀬古雄祐氏が作成。

図5 日本の申告所得税における合計所得金額階層別負担率(2019年分)

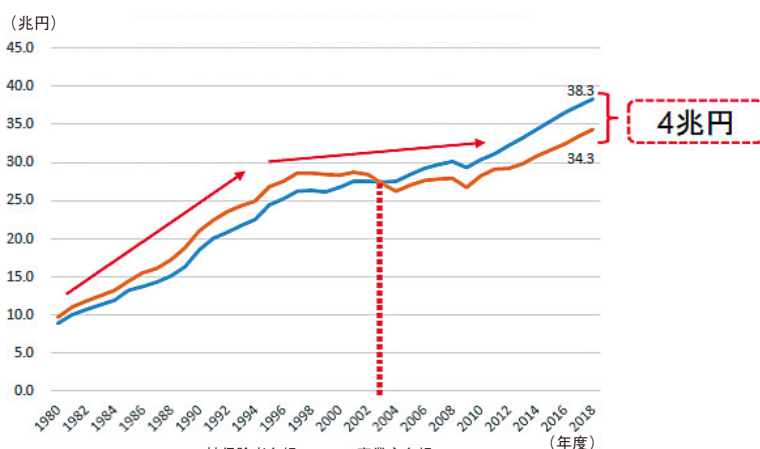
得4千万円以上)のところ、破格に優遇されている。中堅サラリーマン(課税所得400万円)の所得税率20%よりも低い。住民税も通常は税率10%のところ、5%で良い。マネーゲームで100万ドル以上儲けるミリオネアが勤労者よりもはるかに低い税率で良いというのは、不公平税制以外の何ものでもない。

配当益だけでも税率20%(所得税、住民税)を廃止し

て、他の所得と合わせて普通に課税すれば最大1兆円超の増収になると財務省は試算している⁴⁾。所得税について最高税率の引き上げ、刻み幅の増加など累進性を強化するとともに、証券優遇税制はやめて「応能負担」を強化することが必要だ。

保険料の事業主負担が低下

社会保障財源の半分を保険料が占めている。しかし、保険料収入は1997年度以降、伸び悩んでいる。保険料収入は、1980年の18.6兆円から1997年は54.8兆円と36.2兆



※「社会保障費用統計(2018年度)」(国立社会保障・人口問題研究所)より作成

図6 社会保険料の被保険者負担と事業主負担の推移

円伸びているが、2018年は72.6兆円となり、伸びは17.8兆円とそれまでの半減以下である(図6)。

被保険者(従業者)の負担はほぼ一貫して増大しているが、事業主の負担は1997年度以降停滞し近年も伸びが鈍化している。2003年度以降は、被保険者負担が事業主負担を上回り、ギャップは約4兆円にまで開いている。

被用者保険が適用されない非正規労働者が増え、事業主負担がない保険料(国保料、国民年金、後期高齢者医療制度)の加入者が増加していることが、その背景にある。事業主の

負担が軽減され、被保険者に転嫁されてきたのだから、雇用の正規化や賃金を引き上げることが必要だ。

それと同時に、事業主負担割合の引き上げも求められる。事業主負担は、企業規模にかかわらず算出方法は同じであるため、売上総利益に占める社会保険料(医療、介護、年金、労災等)の負担割合は、大企業が9.9%に対し、中小企業は14.0%と格差が生じている⁵⁾。医療機関も含め中小企業には事業所規模による調整や公費負担を行う手立てが必要だ。

社会保険料の負担が、定額・定率、算定報酬上限などによって、低所得者ほど重い逆進的な負担になっていることも問題である。所得に占める保険料割合は、所得200万円前後が一番重く、所得が1億円を超えると実質ゼロに近くなる。応能負担を強める観点から、保険料は給与収入や所得に応じた累進制とし、保険料算定の報酬上限を撤廃することなどが必要だ。

消費税増税に頼らない財源確保は可能

消費税導入以降、金融保険業を除く企業の利益は38兆円(1990年)から71兆円(2019年)と2倍近くになったにもかかわらず、法人税収は18.4兆円から10.8兆円におよそ半減している。非正規雇用の増加や人件費削減などを通じて、保険料の事業主負担が抑制され、保険料収入が伸び悩んでいる。こうした結果、税引き後の社内に残る「内部留保」(利益剰余金)は増え続け、大企業(資本金10億円以上。金融保険業除く)の内部留保は2000年の88兆円から2019年は238兆円と2.7倍になっている。

新自由主義政策の下、減税や非正規拡大を続けた結果、税・保険料収入が停滞・低下し、

一部の大企業に富が極端に滞留し、税財政悪化や経済循環の目詰まりを引き起こしているのが現状だ。法人税・所得税を減税し、消費税増税で穴埋めしていくような財政・経済運営に未来はない。

政府は、新自由主義とは決別し、応能負担を徹底して、法人税制、所得税制の立て直しを図るべきだ。また、正規雇用を増やす、賃金を引き上げる、事業主負担割合を増やすなどで、保険料収入の確保を図っていくべきだ。こうした改革を進めることで消費税増税に頼らない財源確保は十分に可能である。

日本医師会前会長の横倉義武氏は、「(企業の)利益剰余金を設備投資や従業員の給与に回して経済の好循環を実現する必要がある」「従業員の皆さんの給与が増えることで、結果的には社会保障費の社会保険料収入も増加し、医療保険財政の安定化にもつながっていく」⁶⁾と指摘している。また、社会保障の経済波及効果と雇用誘発効果は高い⁷⁾。医療・社会保障、雇用の充実により内需(消費)が底上げされる結果、経済が安定し、税・保険料のさらなる増収も見込まれる。こうした中で財政状況改善に向けた展望も開けてくる。

文献

- 1) “これからの日本のために財政を考える”。財務省。
<https://www.mof.go.jp/zaisei/> (参照 2021年4月)
- 2) 東京新聞。2020年9月16日。
- 3) 瀬古雄祐。“主要国の個人所得税負担率”。調査と情報No.1151。国立国会図書館、2021年6月15日。
- 4) 参議院財政金融委員会会議録、2019年3月19日。
- 5) “中小企業・小規模事業者の現状と課題”。中小企業庁、2016年10月。
- 6) “平成28年度医療政策シンポジウム 社会保障と経済の好循環～医療保障を中心に～”。日本医師会、2017年2月8日。
- 7) 厚生労働白書平成22年版。厚生労働省、2010年。