

日本病院団体協議会  
第 240 回代表者会議 議事次第

日 時 2024 年 12 月 20 日 (金) 13:00～15:00  
場 所 Web 会議システム「Zoom」を使用した開催 (日病会議室との併用)

議 題

1. 中医協関連会議の報告

<説明者>

資料 1	薬価専門部会 (12/4・第 229 回)	太田委員
資料 1-2	調査実施小委員会 (12/4・第 60 回)	〃
資料 1-3	薬価専門部会 (12/11・第 230 回)	〃
資料 1-4	総会 (12/11・第 599 回)	〃
資料 1-5	薬価専門部会 (12/18・第 231 回)	〃
資料 1-6	調査実施小委員会 (12/18・第 61 回)	〃
資料 1-7	総会 (12/18・第 600 回)	〃
資料 1-8	薬価専門部会 (12/20・第 232 回)	〃
資料 1-9	疑義解釈 (その 15)	一読
資料 1-10	疑義解釈 (その 16)	〃
資料 1-11	疑義解釈 (その 17)	〃

2. 診療報酬実務者会議の報告

資料 2	診療報酬実務者会議 (12/11・第 229 回) 報告書	津留委員長
------	-------------------------------	-------

3. その他

資料 3	社会保障審議会医療部会 (11/28・第 113 回)	望月委員
資料 3-2	社会保障審議会医療部会 (12/18・第 114 回)	〃
資料 3-3	社会保障審議会医療保険部会 (11/28・第 187 回)	一読
資料 3-4	社会保障審議会医療保険部会 (12/5・第 188 回)	〃
資料 3-5	社会保障審議会医療保険部会 (12/12・第 189 回)	〃
資料 3-6	社会保障審議会医療保険部会 (12/19・第 190 回)	〃

資料 3-7	日本慢性期医療協会 令和 7 年役員新年会	仲井議長
--------	-----------------------	------

○次年度代表者会議 議長の選出について	仲井議長
---------------------	------

資料 3-8	代表者会議 議長選出団体
--------	--------------

資料 3-9	代表者会議 議長・副議長一覧
--------	----------------

資料 A	第 239 回代表者会議 (11/22) 報告書
------	--------------------------

参考資料 1	2024 年度代表者会議開催日程
--------	------------------

参考資料 2	日病協代表者 名簿
--------	-----------

※ 15:00～ 記者会見 (Zoom)

※ 次回開催について

日時：2024 年 1 月 24 日 (金) 13:00～15:00 (予定) WEB 会議 (日病会議室との併用)

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

中央社会保険医療協議会 薬価専門部会（第 229 回） 議事次第

令和 6 年 12 月 4 日（水）  
9:30～

議 題

○令和 7 年度薬価改定について

令和 6 年医薬品価格調査（薬価調査）の速報値

薬価調査結果の速報値

1. 平均乖離率： 約 5.2%

注 1) 令和 6 年 9 月取引分について、販売サイドから 11 月 1 日までに報告があったものを集計

注 2) 平均乖離率は右の式で算出（薬価は令和 6 年 9 月時点のもの）

$$\frac{(\text{薬価} \times \text{販売数量}) \text{の総和} - (\text{実販売単価} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}{(\text{薬価} \times \text{販売数量}) \text{の総和}}$$

注 3) 過去 2 回分の実績

	今回（令和 6 年度）※	前回（令和 5 年度）	前々回（令和 4 年度）※
平均乖離率	5.2%	6.0%	7.0%

2. 後発医薬品のシェア

・数量シェア： 約 85.0%

・金額シェア： 約 62.1%

注 1) 後発医薬品の数量シェアは右の式で算出

$$\frac{(\text{後発医薬品の数量})}{(\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}) + (\text{後発医薬品の数量})}$$

注 2) 後発医薬品の金額シェアは右の式で算出

$$\frac{(\text{後発医薬品の薬価} \times \text{販売数量})}{(\text{後発医薬品のある先発医薬品の薬価} \times \text{販売数量}) + (\text{後発医薬品の薬価} \times \text{販売数量})}$$

注 3) 過去 2 回分の実績

	今回（令和 6 年度）※	前回（令和 5 年度）	前々回（令和 4 年度）※
後発医薬品数量シェア	85.0%	80.2%	79.0%
後発医薬品金額シェア	62.1%	56.7%	52.2%

※ 販売サイドは 2 / 3 の抽出率（営業所等）で実施

中央社会保険医療協議会 薬価専門部会（第 230 回） 議事次第

令和 6 年 12 月 11 日(水)  
10 時 00 分～

議 題

○関係業界からの意見聴取について

意見陳述者一覧

日本製薬団体連合会 会長 岡田 安史

日本製薬工業協会 会長 上野 裕明

日本ジェネリック製薬協会 会長 川俣 知己

米国研究製薬工業協会 在日執行委員会 副委員長 關口 修平

欧州製薬団体連合会 アクセス・薬価委員会 委員長 飯野 崇

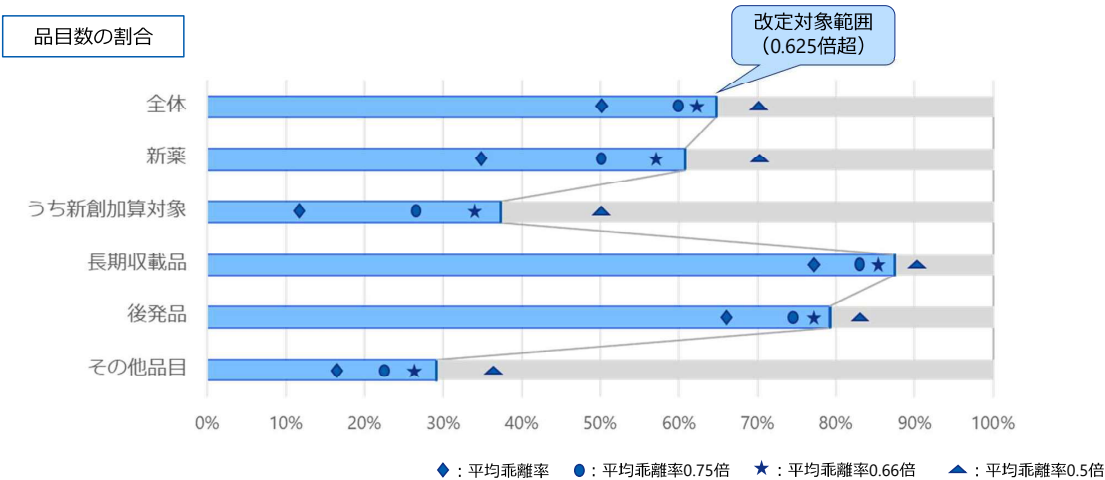
一般社団法人日本医薬品卸売業連合会 会長 宮田 浩美

(敬称略)

現行の薬価基準制度（概要）

【参考】改定の対象範囲と対象品目数等について（前回の薬価調査データに当てはめた場合）

○ 令和6年度薬価改定で用いた薬価調査データ（平均乖離率6.0%）に基づき、仮に、令和5年度薬価改定と同様に「平均乖離率の0.625倍を超える品目」を改定対象とした場合の改定対象品目数を算定



	全体	新薬※2	うち新創加算対象	長期収載品	後発品	その他品目 (昭和42年以前収載)
平均乖離率0.625倍 (3.75%) 超	11,182品目 【65%】	1,466品目 【61%】	224品目 【37%】	1,492品目 【88%】	6,950品目 【79%】	1,273品目 【29%】
総数	17,284品目	2,414品目	601品目	1,704品目	8,782品目	4,382品目

※1 令和5年薬価調査結果（平均乖離率6.0%）に基づき改定対象品目数の試算（【 】内は各分類ごとの品目数全体に対する割合）  
※2 後発品のない先発品を指す

中央社会保険医療協議会 薬価専門部会（第 231 回） 議事次第

令和 6 年 12 月 18 日(水)  
10 : 00～

議 題

○令和 7 年度薬価改定について



## 令和7年度薬価改定について④

### 診療報酬改定のない年の薬価改定について

薬価制度の抜本改革に向けた基本方針 平成28年12月20日、内閣官房長官、経済財政政策担当大臣、財務大臣、厚生労働大臣決定

昨今、革新的かつ非常に高額な医薬品が登場しているが、こうした医薬品に対して、現在の薬価制度は柔軟に対応できておらず、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されている。

「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、薬価制度の抜本改革に向け、P D C Aを重視しつつ、以下のとおり取り組むものとする。

#### 1. 薬価制度の抜本改革

- (1) 保険収載後の状況の変化に対応できるよう、効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬収載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直す。
- (2) 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。  
そのため、現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目について薬価改定を行う。

(略)

経済財政運営と改革の基本方針2024（骨太方針2024） 令和6年6月21日閣議決定

#### (1) 全世代型社会保障の構築

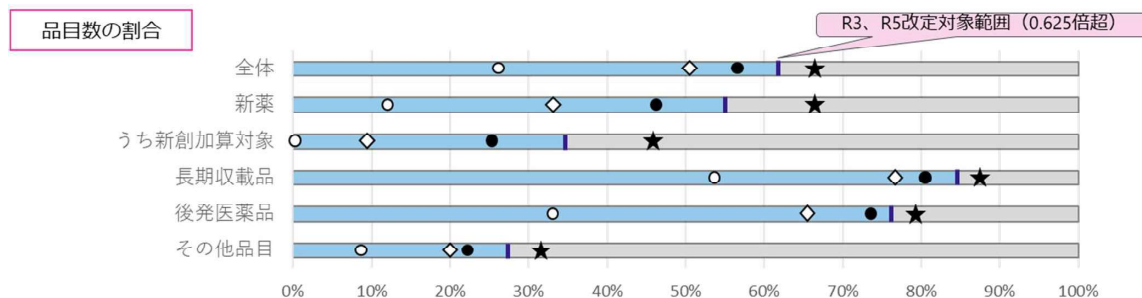
(創薬力の強化等ヘルスケアの推進)

(略)

2025年度薬価改定に関しては、イノベーションの推進、安定供給確保の必要性、物価上昇など取り巻く環境の変化を踏まえ、国民皆保険の持続可能性を考慮しながら、その在り方について検討する。

# P104 改定の対象範囲について

○ 令和6年薬価調査結果（平均乖離率5.2%）に基づき、改定対象となる品目数について試算



	対象品目数 (総数17,440品目)	新薬※ (2,480品目)	長期収載品 (1,710品目)	後発品 (8,859品目)	その他品目※ (4,390品目)
○	平均乖離率2倍超	4,770品目 (27%)	320品目 (13%)	930品目 (55%)	3,090品目 (35%)
◇	平均乖離率1倍超	8,900品目 (51%)	840品目 (34%)	1,300品目 (76%)	5,860品目 (66%)
●	平均乖離率0.75倍超	10,080品目 (58%)	1,170品目 (47%)	1,390品目 (81.2%)	6,470品目 (73%)
■	平均乖離率0.625倍超	10,750品目 (62%)	1,370品目 (55%)	1,450品目 (85%)	6,750品目 (76%)
★	平均乖離率0.5倍超	11,600品目 (67%)	1,640品目 (66%)	1,500品目 (88%)	7,030品目 (79%)

(※) 新薬は、後発品のない先発品であり、長期間収載されている先発品を含んでいる。その他品目は、昭和42年以前に収載された医薬品。

(注) 数はいずれも概数であり、カテゴリーごとの内訳は今後の精査により変動しうる。

## イノベーションの推進

- (1) 新薬収載時の評価
- (2) 改定時の評価
- (3) 長期収載品における対応

## 医薬品の安定供給確保について

- (1) 安定供給確保ができる企業の考え方
- (2) 薬価の下支え制度

## 国民皆保険の持続性

- (1) 市場拡大再算定  
再算定の考え方、類似品の取扱い

## 論点

P129  
令和7年度薬価改定における論点

## 論 点

- 診療報酬改定がない年の薬価改定、特に令和7年度の薬価改定について、どのように考えるか。
- 改定対象範囲について、前回の診療報酬改定のない年の薬価改定となる令和5年度薬価改定では「平均乖離率の0.625倍」として「乖離率4.375%」を超えるものを対象としたが、今回はどのように考えるか。
- また、医薬品の取引実態を踏まえ、医薬品のカテゴリーごとに薬価差の程度や役割等を踏まえた場合に「価格乖離の大きい品目」をどのように考えるか。
- 適用する既収載品目の算定ルールについては、令和元年の消費税改定と令和3年度の薬価改定では、実勢価改定と連動しその影響を補正するものを適用し、令和5年度薬価改定では、実勢価改定と連動するルールその他、不採算品再算定等を適用したが、今回はどのように考えるか。
- 不採算品再算定を適用する場合、安定供給に対する効果は限定的であるという意見がある中で、医療上の必要性が高い品目をどのように考えるか。
- 毎年薬価改定によるイノベーション推進への影響、原材料等の高騰やインフレ下による影響が生じているという意見がある一方で、薬価の乖離が引き続き生じていることを踏まえ、薬価の観点から対応すべきことについて、どのように考えるか。また、適用する既収載品目の算定ルールとの関係について、どのように考えるか。
- 後発品産業の少量多品目構造の解消のために薬価制度において取るべき対応について、どのように考えるか。

※) 下線部は前回部会資料からの変更箇所 57

中央社会保険医療協議会 薬価専門部会（第232回） 議事次第

令和6年12月20日(金)

11:00～

議 題

○令和7年度薬価改定の骨子（たたき台）について

## 令和7年度薬価改定の骨子（たたき台）

## 第1 令和7年度薬価改定について（令和6年12月20日内閣官房長官、財務大臣、厚生労働大臣合意）

令和7年度薬価改定については、令和6年薬価調査に基づいて、以下のとおり実施する。

経済財政運営と改革の基本方針2024（令和6年6月21日閣議決定）において、2025年度薬価改定の在り方について検討するとされたことに基づき、平均乖離率が縮小するなど、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」（平成28年12月20日内閣官房長官、経済財政政策担当大臣、財務大臣、厚生労働大臣決定）当時から状況が大きく変化していることや、現役世代等の保険料負担が上昇していることを踏まえ、令和3年度、令和5年度の薬価改定の慣例に固執することなく、必要な対応を行う。

改定の対象品目については、国民負担軽減の観点はもとより、創薬イノベーションの推進や医薬品の安定供給の確保の要請にきめ細かく対応する観点から、品目ごとの性格に応じて対象範囲を設定することとする。

具体的には、平均乖離率5.2%を基準として、新薬創出等加算対象品目、後発医薬品についてはその1.0倍、新薬創出等加算対象品目以外の新薬はその0.75倍、長期収載品はその0.5倍、その他医薬品はその1.0倍をそれぞれ超える医薬品を改定対象とする。

薬価改定基準の適用についても、創薬イノベーションの推進、医薬品の安定供給の確保、国民負担の軽減といった基本的な考え方を踏まえた対応を行う。

具体的には、創薬イノベーションの推進の観点から、追加承認品目等に対する加算を臨時的に実施する。また、安定供給確保が特に求められる医薬品に対して、臨時的に不採算品再算定を実施するとともに、最低薬価を引き上げることとする。併せて、今回の改定に伴い新薬創出等加算の累積額については控除する。

## 第2 具体的内容

### 1. 対象品目及び改定方式

改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点はもとより、創薬イノベーションの推進や医薬品の安定供給の確保の要請にきめ細かく対応する観点から、次のとおり、品目ごとの性格に応じて対象範囲を設定することとしてはどうか。

- ① 新薬のうち、新薬創出等加算の対象品目  
平均乖離率（5.2％）の1.0倍（乖離率5.2％）を超える品目を対象とする。
- ② 新薬のうち、新薬創出等加算の対象外品目  
平均乖離率（5.2％）の0.75倍（乖離率3.9％）を超える品目を対象とする。
- ③ 長期収載品  
平均乖離率（5.2％）の0.5倍（乖離率2.6％）を超える品目を対象とする。
- ④ 後発品  
平均乖離率（5.2％）の1.0倍（乖離率5.2％）を超える品目を対象とする。
- ⑤ その他  
平均乖離率（5.2％）の1.0倍（乖離率5.2％）を超える品目を対象とする。

### 2. 適用する算定ルール

令和7年度薬価改定において適用する算定ルールについては、以下のとおりとすることとしてはどうか。

- ① 基礎的医薬品
- ② 最低薬価  
最低薬価を引き上げた上で適用する。
- ③ 不採算品再算定

## P145

- ④ 新薬創出・適応外薬解消等促進加算（加算及び累積額控除）
- ⑤ 後発品等の価格帯
- ⑥ 既収載品の外国平均価格調整
- ⑦ 既収載品の薬価改定時の加算

※ 長期収載品の薬価の改定、市場拡大再算定その他の既収載品の算定ルールについては、令和7年度改定において適用しない。

以上

中央社会保険医療協議会 総会（第 600 回） 議事次第

令和 6 年 12 月 18 日(水)  
調査実施小委員会終了後～

議 題

- 調査実施小委員会からの報告について
- DPC 対象病院の退出に係る報告について



D P C対象病院の退出に係る報告について

- D P C制度においては、診療報酬改定以外の時期であっても、入院基本料に係る施設基準の変更の届出により対象病床数が0となる場合については、D P C制度からの退出を認めることとしている。
- 今般、以下の4病院から、入院基本料に係る施設基準の変更の届出により対象病床数が0となる旨の届出書が提出され、医療法人博仁会志村大宮病院及び社会医療法人帰巖会みえ病院においては、令和7年2月1日付で、医療法人明徳会佐藤第一病院及び社会医療法人創和会重井医学研究所附属病院においては、令和7年3月1日付でD P C制度から退出することとなった。

医療機関名	退出理由
医療法人博仁会 志村大宮病院 (茨城県)	今後 DPC 対象病院の基準を満たす見込みがなく、地域の医療需要も踏まえ、地域包括医療病棟への病棟再編を行うため。
社会医療法人帰巖会 みえ病院 (大分県)	今後 DPC 対象病院の基準を満たす見込みがなく、地域の医療需要も踏まえ、地域包括医療病棟への病棟再編を行うため。
医療法人明徳会 佐藤第一病院 (大分県)	今後 DPC 対象病院の基準を満たす見込みがなく、地域の医療需要も踏まえ、地域包括医療病棟への病棟再編を行うため。
社会医療法人創和会 重井医学研究所附属病院 (岡山県)	今後 DPC 対象病院の基準を満たす見込みがなく、地域の医療需要も踏まえ、地域包括医療病棟への病棟再編を行うため。

〔 令和 6 年 12 月 18 日（水）  
14 時 00 分～16 時 00 分  
航空会館 7 階大ホール 〕

## 第 114 回

### 社会保障審議会医療部会

#### 議 事 次 第

1. 医療提供体制の在り方について
2. 令和 6 年度補正予算について（報告）

#### ＜配布資料＞

資料 1 2040 年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見 案

資料 2 令和 6 年度補正予算について（報告）

## 2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見 案

令和6年12月18日

社会保障審議会医療部会

社会保障審議会医療部会においては、医療提供体制の改革について審議を重ねて来たところであり、これまでの議論を踏まえ以下のとおり意見を取りまとめた。

厚生労働省においては本部会の意見を踏まえ、医療提供体制の改革に必要な事項について更に所要の検討を進め、医療法等の改正を行うなど改革に取り組み、着実にその実施を図られたい。

### 1. 基本的な考え方

- 将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築することが求められている。
- 人口は、全国的に生産年齢人口を中心に減少するが、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加すると見込まれる。
- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の救急搬送は増加し、在宅医療の需要も増加することが見込まれる。
- 地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。
- こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。
- さらに、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となることが見込まれ、働き方改革等による労働環境の改善や、医療DX、タスクシフト・シェア等を着実に推進していくことが重要となる。
- 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。
- 歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。
- これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、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することを目指して、医療提供体制を整備していく必要がある。

- こうしたことを踏まえ、新たな地域医療構想の策定を進め、医師偏在の是正を総合的に推進し、医療分野のデジタル・トランスフォーメーションを確実に着実に推進することで、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築していくことが必要である。

## 2. 具体的な改革の内容

### (1) 新たな地域医療構想について

- 本部会における審議も踏まえ「新たな地域医療構想等に関する検討会」においてとりまとめた、「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（別添 1）の通りとする。

### (2) 医師偏在対策について

- 本部会における審議も踏まえ「新たな地域医療構想等に関する検討会」においてとりまとめた、「医師偏在対策に関するとりまとめ」（別添 2）の通りとする。

### (3) 医療 DX の推進について

#### ① 電子カルテ情報共有サービス

- 少子高齢化・人口減少が進展し、医療・介護の担い手確保が厳しくなる中で、より質が高く安全な医療を効率的に提供していくために、医療機関・薬局等で電子的な情報共有が不可欠である。

そのため、必要な電子カルテ情報を医療機関・薬局等で共有する電子カルテ情報共有サービス（以下「共有サービス」）を法律に位置づけ、令和 7 年度（2025 年度）中に本格稼働を行うべきである。

- 具体的には、
  - i) 医療機関等が電子カルテ情報（3 文書 6 情報<sup>1</sup>）を社会保険診療報酬支払基金等に対して電子的に提供することができる旨を法律に位置づける。法令に根拠を設けることにより、個人情報保護法<sup>2</sup>の第三者提供に係る本人同意取得の例外として、3 文書 6 情報を提供する都度の患者の同意取得を不要とする。他の医療機関等が、登録された 3 文書 6 情報を閲覧する際には患者の同意を必要とする。

---

<sup>1</sup> 3 文書：健康診断結果報告書、診療情報提供書、退院時サマリー

6 情報：傷病名、感染症、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、検査、処方

<sup>2</sup> 個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）

- ii) 支払基金等に提供された 3 文書 6 情報については、共有サービスによる医療機関等への共有以外の目的には使用してはならないこととする。
- iii) 共有サービスの速やかな普及推進のため、地域医療支援病院、特定機能病院、その他救急・災害時における医療提供を担う病院等の管理者に対する体制整備の努力義務を設けることとする。
- iv) 次の感染症危機に備えた対応として、医師等が感染症の発生届等を共有サービスを経由して感染症サーベイランスシステムに届け出ることができるようにするとともに、感染症対策上必要な時は、厚生労働大臣から社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」）等に対して必要な電子カルテ情報等の提供を求めることができることとする。
- 共有サービスは、患者（被保険者）、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB 等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関においては、電子カルテシステムの標準化対応の改修を行うとともに、未導入の医療機関においては標準型電子カルテ等の導入を進める。システムの必要な運用保守を行いながら、電子カルテ情報を登録する。保険者等においては、制度として一定程度確立した後<sup>3</sup>において、共有サービスに係るシステム・DB 等の運用費用を負担する。
- 医療機関の電子カルテシステムの改修について、国は十分な支援を行うとともに、電子カルテシステム未導入の医療機関への標準型電子カルテの普及を速やかに進めるべきである。また、国は、電子カルテ未導入の医療機関を含め、電子カルテ情報の共有のために必要な支援について検討すべきである。
- 今後、透析情報や蘇生処置に関する情報、看護や歯科に関する情報等を共有対象に追加することについて、医療関係者の意見を聴きながら速やかに検討を進めるべきである。

また、電子カルテ情報の利用停止等を求める患者の要望がある場合には、その対応について検討を行うべきである。
- 電子カルテシステムに記録される情報の保存期間の在り方について、関係者の意見や技術的課題等を踏まえて、検討すべきである。

<sup>3</sup> 共有サービスに係るシステム・DB 等については、3 文書 6 情報の共有開始以降も、共有する情報の追加や感染症発生届との連携など必要な機能追加にともなう開発が一定期間継続する見込みである。また、共有サービスが一定程度普及するまでには一定期間を要する。

- 保険者の負担については、共有サービスが一定程度普及し、その効果を見極め、保険者に確実にメリットが生じるようになってからにすべきとの意見も踏まえ、速やかな普及に向けて国としてあらゆる方策を講じるべきである。
- ②マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化（公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認）について
  - 現状において患者が公費負担医療又は地方単独医療費助成（以下「医療費助成」）を受給するためには、マイナ保険証に加えて、医療費助成に係る紙の受給者証を医療機関・薬局に提示することが必要である。その結果、患者にとっては紙の受給者証を持参する手間が生じるとともに、医療機関・薬局にとっては正確な資格確認が行えないために、資格過誤請求が生じやすいなどの課題が発生している。
  - このため、マイナ保険証 1 枚で医療費助成のオンライン資格確認を実施できるようにすることで、患者にとっては紙の受給者証を持参する手間を軽減できるとともに、正確な資格確認による資格過誤請求の減少を通じて、自治体や医療機関・薬局の医療費の支払・請求に係る事務負担を軽減できるようになるなど、患者、自治体及び医療機関・薬局において様々なメリットが生じることになる。
  - 医療費助成のオンライン資格確認については、令和 5 年度及び 6 年度に 183 自治体（22 都道府県、161 市町村）が先行実施事業に参加しているところ、メリットを全国規模で広げていくため、全国展開の体制を構築することが重要である。このため、自治体システムの標準化の取組の状況等を踏まえつつ、令和 8 年度以降、公費負担医療におけるオンライン資格確認を制度化するとともに、支払基金又は国保連において関連システムの管理・運用等の業務を全国規模で実施するための法的整備を行うべきである。
  - 全国展開の体制の構築以後の関連システムの管理・運用等の業務に要する費用については、福祉事務所が実施主体である生活保護のオンライン資格確認の費用負担等を勘案し、自治体システムの標準化の取組の状況や地域における医療機関・薬局の対応状況を踏まえつつ、医療費助成の実施主体である自治体等が負担する方向で調整を進めることが妥当と考えられる。
  - あわせて、全国展開の体制の円滑な構築に向けて、国は、自治体及び医療機関・薬局のシステム改修が進むよう、環境整備を進めるとともに、自治体や医療機関・薬局に対する十分な情報提供を行うべきである。
  - なお、自治体と医療機関・薬局をつなぐ情報連携基盤（Public Medical Hub（PMH））については、医療費助成のほか、予防接種、母子保健及び自治体検診の分野もあることから、国においては、PMH 全体に係るシステム及び費用負担の全体像を示すとともに、自治体の過度な負担にならないよう配慮すべきである。



### ③医療等情報の二次利活用の推進

- 医学・医療分野のイノベーションを進め、国民・患者にその成果を還元するためには、医療等情報の二次利用を推進することが重要であるが、我が国においては、いくつかの課題があることが指摘されている。そのため、以下の対応を進めるべきである。

#### i) 電子カルテ情報の二次利活用

現在構築中である共有サービスで共有される電子カルテ情報について、氏名等を削除するなどして個人が特定できない形にして、二次利用を可能とする。その際、匿名化・仮名化情報<sup>4</sup>の利活用を可能とする。具体的な制度設計については、医療関係団体等の関係者や利活用者の意見を踏まえながら検討する。

#### ii) 医療・介護の公的 DB<sup>5</sup>の仮名化情報の利活用

公的 DB について、仮名化情報の利活用を可能とし、他の公的 DB の仮名化情報や次世代医療基盤法<sup>6</sup>に基づく認定作成事業者の DB の仮名加工医療情報との連結解析を可能とする。仮名化情報を提供する DB については、個人情報保護法上、個人情報の保有主体に求められるものと同等の安全管理措置や不適正利用の禁止、職員の義務等の措置を講ずる。仮名化情報を利用は「相当の公益性がある場合」に認めることとし、利用目的や内容に応じて必要性やリスクを適切に審査する。さらに、仮名化情報の利用に当たっては、クラウドの情報連携基盤上で解析等を行いデータ自体を相手に提供しないことを基本にするとともに、匿名化情報よりも厳格な管理を担保するため、厚生労働大臣による利用者に対する措置要求の義務や、利用者に対する従業者の監督の義務、罰則等を上乗せで設ける。

#### iii) 公的 DB 等の利用手続・利用環境の整備

公的 DB 等に研究者・企業等がリモートアクセスし、一元的かつ安全に利用・解析を行うことができるクラウドの情報連携基盤を構築する。情報連携基盤のセキュリティ要件や必要な機能等については、有識者の意見を聞きながら引き続き検討する。

公的 DB 等の利用申請の受付、利用目的等の審査を一元的に行う体制を整備する。

<sup>4</sup> 氏名等の削除等によりそれ単体では個人の識別ができない加工した情報

<sup>5</sup> 厚生労働大臣が保有する医療・介護関係でのデータベース

<sup>6</sup> 医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報及び仮名加工医療情報に関する法律（平成 29 年法律第 28 号）

- 電子カルテ情報の二次利用に当たっては、電子カルテに入力された病名の取扱い等、留意すべき点があるため、今後のガイドライン等の作成においては、医療関係者等の意見を十分に聴いて検討を進めるべきである。
- 医療等情報は機微な情報であるため、二次利用に当たって、特定の個人が識別されることや情報漏洩が生じないように、情報セキュリティ対策に万全を期すとともに、利用・提供に当たっては、研究目的の公益性や研究内容、利用者のセキュリティ対策等を適切に審査するなど、十分な対策を講じるべきである。また、医療等情報を用いて行われた研究の成果についての適切な評価・フォローアップの在り方について検討を行うべきである。
- 医療等情報の二次利用については、現状、国民・患者に十分理解されていない。国は、医療等情報の二次利用の意義や情報セキュリティ対策等について、国民・患者に十分周知するとともに、医療現場や介護現場の理解を得ながら、丁寧に進めるべきである。

#### ④社会保険診療報酬支払基金の抜本改組

- 「医療 DX の推進に関する工程表」（令和 5 年 6 月 2 日医療 DX 推進本部決定）に基づき、支払基金について、審査支払機能に加え、医療 DX に関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組する。
- 改組に当たっては、審査支払機能を適切に維持することを基本的な考え方とした上で、法人の名称、目的、業務及び組織体制について、以下の見直しを行うこととする。

##### i) 名称

法人の業務（診療報酬の審査支払業務と医療 DX 関連業務）を適切に表現した名称を検討する。併せて、医療 DX に関する有能な技術者を確保できるよう、医療 DX の実施主体として相応しい名称を検討する。

##### ii) 目的・業務

法人の目的に、医療 DX の推進及び医療 DX に関する基盤の整備・運営を位置づけるとともに、法人の本来の業務として、医療 DX 関連業務を位置づける。

##### iii) 組織体制

##### （「運営会議」（仮称）の設置）

現行の理事会に代えて、新たな意思決定機関として、「運営会議」（仮称）を設置する。運営会議は、学識経験者、被保険者、地域行政、保険者、診療担当で構成する。保険者には地域保険の立場を代表する者を加える。

運営会議は、理事長等の役員の選任、予算・決算の作成・変更、定款・事業計画等の作成・変更、医療 DX 中期計画の策定、その他の重要事項の議決を所掌するものとする。

##### （「審査支払運営委員会」（仮称）の設置）



審査支払業務については、新たに「審査支払運営委員会」（仮称）を設け、これまでの理事会と同様の 4 者構成 16 人の体制で運営し、運営委員は法人の役員とする。

審査支払に関する予算・決算や事業計画等については、審査支払運営委員会の専決事項とする。

（医療 DX の推進体制）

現在の常勤役員である理事長・理事の中に、情報通信技術に関する高度かつ専門的な知識を有する理事（CIO）を加えることとする。医療 DX 関連業務については、運営会議における全体方針の決定を受けて、理事長・CIO 等が中心となって、執行していく体制とする。

- 支払基金が実施する医療 DX 関連業務に対する国のガバナンスを適切に発揮するため、国が「医療 DX 総合確保方針」（仮称）を定め、それに基づき、支払基金が「医療 DX 中期計画」（仮称）を策定することとする。
- また、支払基金のサイバーセキュリティ対策の強化として、重大なサイバーセキュリティインシデントや情報漏洩等の発生時に、厚生労働大臣への報告を義務づけることとする。
- こうした改組に当たっては、支払基金が特別民間法人であるという点や審査支払業務に従事する職員の心情等に十分配慮すべきである。また、改組後の組織運営に要する費用の負担の在り方については、審査支払業務と医療 DX 関連業務の両方を担っていくこと等を踏まえて、検討すべきである。

#### （４）美容医療の適切な実施について

- 本部会における審議も踏まえ「美容医療の適切な実施に関する検討会」においてとりまとめた、「美容医療の適切な実施に関する報告書」（別添 3）の通りとする。

#### （５）オンライン診療について

- オンライン診療については医事法制上、オンライン診療指針<sup>7</sup>等によって法令の解釈運用により、機動的かつ柔軟にその実施が図られてきた。
- 他方、法令の解釈でオンライン診療の適切な実施を図るには課題があるところであり、法制上の位置付けを明確にした上で、適切なオンライン診療を推進していくべきである。
- その際、現行制度の運用を活かす形で、医療法にオンライン診療に関する規定を設けるべきである。

---

<sup>7</sup> オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成 30 年 3 月（令和 5 年 3 月一部改訂））

- 具体的には、オンライン診療を定義し、オンライン診療を行う医療機関はその旨を所在地の都道府県知事に届け出ることとした上で、現行のオンライン指針の内容を基に、厚生労働大臣はオンライン診療を行う医療機関の管理者が講ずべき措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るための基準を定め、オンライン診療を行う医療機関の管理者は、当該基準を遵守することとする。
- 加えて、オンライン診療の受診の場を定義し、当該場の設置者は所在地の都道府県知事に届け出ることとした上で、オンライン診療の受診の場の設置者は必要な事項を公表することとする。
- その上で、引き続き実態把握を進めつつ、オンライン診療の実施における遵守事項（医薬分業の観点、地域医療に与える影響の把握等）を検討するべきである。加えて、今後、医師と医師の間で実施する形態（D to D）等の論点についても検討を進めるべきである。

#### （６）その他

- ① 認定医療法人制度の延長について
  - 認定医療法人制度の活用は進んできているものの、医療法人全体としては、「持分なし医療法人」への移行が十分に進んでおらず、多くの「持分あり医療法人」が存在することから、認定医療法人制度を延長し、移行をさらに促進すべきである。
- ② 一般社団法人が開設する医療機関の非営利性の徹底について
  - 医療法では、医療機関の開設者は営利を目的としてはならないこととされているところ、昨今、一般社団法人による医療機関の開設事例が増加しており、非営利性の観点で疑義が生じている。
  - 一般社団法人立の医療機関の非営利性について、医療法人と同程度の確認が可能となるよう、開設時などにおいて新たに各種事項の届出を求めるべきである。あわせて、自治体に対して、非営利性の確認のポイントを示すべきである。
  - こうした見直しを行った上で、一般社団法人が開設する医療機関について必要に応じて引き続き対策を検討すべきである。

以 上

## 2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革（案）

## 2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- ・ 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 医療機関機能（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、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- ・ 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等のより狭い区域での協議を実施
- ・ 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

## 医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組 等

## オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者における届出 等

## 医師偏在対策

## &lt;医師確保計画の実効性の確保&gt;

- 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン(仮称)」の策定

## &lt;地域の医療機関の支え合いの仕組み&gt;

- ・ 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定(6年から3年等への短縮)を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

## &lt;経済的インセンティブ等&gt;

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
  - 診療所の承継・開業・地域定着支援
  - 派遣医師・従事医師への手当増額
    - 保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
  - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。
- ・ 全国的なマッチング機能の支援
- ・ 医師養成過程を通じた取組

## 美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入(報告事項)
  - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・ 関係学会によるガイドライン策定 等

その他、一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底、持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長等の措置を行う。

## 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

別添1

※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報告書より作成

## 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



## 医師偏在対策に関するとりまとめの概要

別添2

※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報告書より作成

## 医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

## ① 医師偏在対策の総合的な実施

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

## ② 全ての世代の医師へのアプローチ

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

## ③ ヘき地保健医療対策を超えた取組の実施

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

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

## 今後の医師偏在対策の具体的な取組

## (1) 医師確保計画の実効性の確保

## ① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

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

## (2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

## ① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

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

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

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

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

## ③ 保険医療機関の管理者要件

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

## (3) 経済的インセンティブ

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

## (4) 全国的なマッチング機能の支援等

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

## (5) リカレント教育の支援

## (6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

## (7) 医師偏在指標のあり方

## (8) 医師養成過程を通じた取組

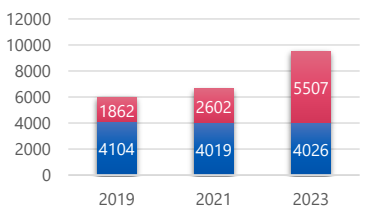
## (9) 診療科偏在の是正に向けた取組

## 美容医療の適切な実施に関する検討会 報告書(概要)

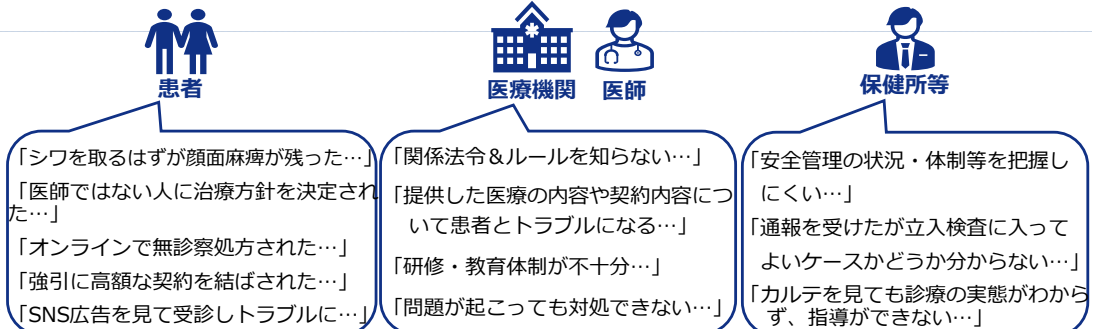
別添3

## 1. 美容医療を取り巻く状況

## 医療の相談件数の推移



出典：PIO-NET(※)へ2024年3月31日までに登録された相談データ



## 2. 美容医療がより安全に、より高い質で提供されるに当たっての課題と対応策

## 課題

- 美容医療を提供する医療機関における院内の安全管理の実施状況・体制等を保健所等が把握できていない
- 患者側も医療機関の状況・体制を知る手段がなく、医療機関における相談窓口を知らない
- 関係法令&ルール(オンライン診療に係るものを含む。)が浸透していない
- 合併症等への対応が困難な医師が施術を担当している
- 安全な医療提供体制や適切な診療プロセスが全般的・統一的に示されていない
- アフターケア・緊急対応が行われない医療機関がある
- 保健所等の指導根拠となる診療録等の記載が不十分な場合がある
- 悪質な医療広告が放置されている

## 対応策

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入**  
⇒安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等について都道府県等に対する報告を求め、そのうち国民に必要な情報を公表
- 関係法令&ルールに関する通知の発出**  
⇒保健所等による立入検査や指導のプロセス・法的根拠の明確化
- 医療機関による診療録等への記載の徹底**
- オンライン診療指針が遵守されるための法的整理**
- 関係学会によるガイドライン策定**  
⇒遵守すべきルール/標準的な治療内容/記録の記載方法/有害事象発生時の対応方針/適切な研修のあり方/契約締結時のルール等を盛り込んだガイドラインを策定
- 医療広告規制の取締り強化**
- 行政等による周知・広報を通じた国民の理解の促進等**

※パイオネット:全国消費生活情報ネットワークシステム。国民生活センターと全国の消費生活センター等をオンラインネットワークで結び、消費生活に関する相談情報を蓄積しているデータベース

## 日病協代表者会議 議長選出団体

1	日本医療法人協会	第1代 豊田 堯	第10代 加納 繁照
2	全国公私病院連盟	第2代 竹内 正也	第13代 原澤 茂
3	日本精神科病院協会	第3代 鮫島 健	第15代 長瀬 輝誼
4	日本病院会	第4代 山本 修三	第16代 相澤 孝夫
5	日本私立医科大学協会	第5代 小山 信彌	第18代 小山 信彌
6	全国自治体病院協議会	第6代 邊見 公雄	第21代 望月 泉
7	全日本病院協会	第7代 西澤 寛俊	
8	労働者健康安全機構 (旧:労働者健康福祉機構)	第8代 深尾 立	
9	日本慢性期医療協会	第9代 武久 洋三	
10	国立大学附属病院長会議	—	第14代 山本 修一
11	国立病院機構	第11代 楠岡 英雄	
12	日本社会医療法人協議会	第12代 神野 正博	
13	地域医療機能推進機構 (JCHO)	第19代 山本 修一	
14	日本リハビリテーション 病院・施設協会	第17代 斉藤 正身	
15	地域包括ケア病棟協会	第20代 仲井 培雄	

平成28年4月加盟

平成29年9月加盟

平成29年12月加盟

年 度	議 長	副議長
平成17年度	(私) 豊田 堯 日本医療法人協会	(公) 竹内 正也 全国公私病院連盟
平成18年度	(公) 竹内 正也	(私) 鮫島 健 日本精神科病院協会
平成19年度	(私) 鮫島 健	(公) 山本 修三 日本病院会
平成20年度	(公) 山本 修三	(私) 小山 信彌 日本私立医科大学協会
平成21年度	(私) 小山 信彌	(公) 邊見 公雄 全国自治体病院協議会
平成22年度	(公) 邊見 公雄	(私) 西澤 寛俊 全日本病院協会
平成23年度	(私) 西澤 寛俊	(公) 深尾 立 労働者健康福祉機構
平成24年度	(公) 深尾 立	(私) 武久 洋三 日本慢性期医療協会
平成25年度	(私) 武久 洋三	(公) 宮崎 勝 国立大学附属病院長会議
平成26年度	(私) 加納 繁照 日本医療法人協会	(公) 楠岡 英雄 国立病院機構
平成27年度	(公) 楠岡 英雄	(私) 神野 正博 日本社会医療法人協議会
平成28年度	(私) 神野 正博	(公) 原澤 茂 全国公私病院連盟
平成29年度	(公) 原澤 茂	(公) 山本 修一 国立大学附属病院長会議
平成30年度	(公) 山本 修一	(私) 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会
平成31年度 (令和元年度)	(私) 長瀬 輝誼	(公) 相澤 孝夫 日本病院会
令和2年度	(公) 相澤 孝夫	(私) 斉藤 正身 日本リハビリテーション病院・施設協会
令和3年度	(私) 斉藤 正身	(私) 小山 信彌 日本私立医科大学協会
令和4年度	(私) 小山 信彌	(公) 山本 修一 地域医療機能推進機構
令和5年度	(公) 山本 修一	(私) 仲井 培雄 地域包括ケア病棟協会
令和6年度	(私) 仲井 培雄	(公) 望月 泉 全国自治体病院協議会
令和7年度	(公) 望月 泉	

## ■ 薬価改定財源、病院支援など「医科に」

日病協

日本病院団体協議会は20日の代表者会議で、2025年度薬価改定で生じる財源について、経営が逼迫している病院支援など、「医科」に振り向けるべきとの見解で一致した。官房長官、財務相、厚生労働相が改定の実施と内容の大枠について同日合意したことを受けたもの。会議後の会見で、仲井培雄議長（地域包括ケア推進病棟協会会長）、小阪真二副議長代理（島根県立中央病院長）が報告した。

仲井議長は「医療提供体制の新たな方向性について、社会保障審議会の医療部会や医療保険部会で議論されているが、その一端を担う病院の経営が逼迫している状況だ」と指摘。大学病院、公立病院、民間の一般病院を問わず、全体的に赤字病院が増加し、危機的状況とした。

そうした中で、20日の三大臣合意で薬価中間年改定の実施にめどが付いたとして、仲井議長は「改定における薬価財源は、医科財源として還元していただきたい。その上で、現在、逼迫する病院の支援に充当するよう配慮をお願いしたい」と述べた。

一方、電子処方箋のトラブル発生にも言及。「電子処方箋の普及がなかなか進まない中で、設定ミスからのトラブルが発生し、患者、医療機関に負担がかかっている」と問題視。「国には電子処方箋を構築する上での支援を拡充するとともに、精緻化されたシステムを提供してもらいたい」と、今後の対応を求めた。

## ■ 25年度薬価改定、全品目の53%が対象

## 実施で3大臣合意

2025年度薬価改定を巡り、林芳正官房長官、加藤勝信財務相、福岡資麿厚生労働相が20日、実施と内容の大枠について合意した。改定の対象範囲は、新薬創出等加算対象品（新創品）や、新創品以外の新薬、長期収載品、後発医薬品などカテゴリーに応じて設定する。医薬品全体の53%が改定対象に該当する。今後の中医協で改定の骨子案が提示される見込み。

福岡厚労相は閣議後会見で、合意内容について「国民の保険料負担の軽減と創薬イノベーションの推進・安定供給の要請に応えることの両立が重要。対象範囲や改定の基準の適用について、メリハリの付いた対応になった」と語った。

9月実施の薬価調査に基づく薬価と市場実勢価の平均乖離率は5.2%。今回の改定はそれを基準に、新創品と後発品は、平均乖離率を超える品目を対象にする。

新創品以外の新薬は平均乖離率の0.75倍を超える品目（乖離率3.9%超が該当）、長期品は平均乖離率の0.5倍を超える品目（同2.6%超が該当）に改定を行う。

準先発品などが含まれる「その他の医薬品」は平均乖離率を超える品目を対象にする。

厚生労働省によると、9月時点のデータを基に割り出した今回の改定品目（概数）は9320品目。医薬品全体（1万7440品目）の53%に当たる。カテゴリー別で見ると、新創品は650品目のうち60品目（9%）が該当。新創品以外の新薬では1830品目中1000品目（55%）が当てはまる。長期品は1710品目中1500品目（88%）、後発品は8859品目のうち5860品目（66%）となった。

適用する算定ルールも方向性がまとまった。不採算品再算定は安定確保が特に求められる医薬品に実施し、安定確保医薬品（カテゴリA、B）や鎮咳薬をはじめとした大臣要請に基づく増産品目などが想定される。

後発品上市後にそれまでの加算の累積分を薬価から控除する「新薬創出等加算の累積額控除」を、中間年改定として初めて適用する。

改定を通じた薬剤費の削減額はおよそ2500億円、国費ベースで600億円程度になるとみられる。

### ● 「係数（0.625）」に別れ 中医協で長島委員

同日開かれた中医協・薬価専門部会では、厚労省が改定の骨子のたたき台を基に、取り組みの概要を説明した。

長島公之委員（日本医師会常任理事）は対象品目の設定について「医薬品の役割や実態に合わせて、きめ細かく対応することは妥当。過去2回の（中間年改定で）対象範囲を決める際に用いた係数（0.625）に別れを告げ、中医協で決めていくプロセスは評価できる」と述べた。

松本真人委員（健保連理事）は対象品目の線引きについて「国民の負担軽減を大前提にメリハリを付けたもの」と言及。適用を求めていた「新薬創出等加算の累積額控除」が採用されることになった点には「極めて妥当」と評価した。



## ■ 電子処方箋の設定、全導入施設「一斉点検」 24日まで発行を全面停止

電子処方箋の発行・応需の際に、医療機関・薬局の設定誤りによって、異なる医薬品名・用量が表示される事例があったことを受け、厚生労働省は19日、電子処方箋システムを導入済みの全医療機関・薬局を対象に一斉点検を実施すると発表した。20～24日までの5日間、電子処方箋の発行を全面的に停止する。25日以降は、点検を実施し厚労省に報告した医療機関から順次、発行を再開する。

一斉点検の対象は電子処方箋システムを導入済みの医療機関約8000施設と、薬局約3万6000施設。点検では、各医療機関・薬局のシステムで独自に使用している医薬品データのコード（ハウスコード）と、電子処方箋システムで用いる規定コード（YJコードなど）とのひも付けが正しく設定されているかなど、医薬品マスタの設定に誤りがないか確認するよう求めている。

厚労省は19日から医療機関等ポータルサイトを通じて一斉点検を求めるメールを各医療機関・薬局に送信するほか、関係団体にも周知を呼びかける。23、24日はメールを確認していない施設に電話などで連絡する。

周知と点検を促すため、20～24日まで医療機関の電子処方箋の発行機能を全面的に停止し、この間は紙の処方箋のみ発行可能とする。薬局の電子処方箋管理サービスへの調剤結果登録などは通常通り可能。

25日以降は、点検済みの報告を行った施設を順次、厚労省のホームページで公表する。点検済みの医療機関のみ電子処方箋を発行できるようになる。

点検が済んでいない薬局が電子処方箋を応需することは仕組み的には可能だが、厚労省は、処方内容が記された紙の「控え」を確認した上での調剤を徹底するよう求めている。

### ●主な原因は「ダミーコードの誤用」

厚労省によると、医師の処方と異なる医薬品が薬局側で表示された事例がこれまでに7件報告された。いずれも患者に医薬品が渡る前に発見され、健康被害などは発生していない。

今回の事例の主な原因について厚労省は、医療機関側が独自に付番したダミーコードの誤用だと説明。薬局側でダミーコードを特定の医薬品Aとひも付けてしまったために、別の医薬品Bがダミーコードで送られてきた際に医薬品Aが表示されるといった事例があった。厚労省は、ダミーコードを特定の医薬品とひも付けないよう確認を求める。

ダミーコードは本来、「経過措置医薬品（YJコード廃止医薬品）を処方する場合」や「一般名処方加算の算定できない医薬品を一般名処方する場合」など、既存のコードがない特殊な場合のみ使用するものだ。しかし、そうでない場合にも多用してしまうケースも見られるため、厚労省は「特殊な事例を除き、ダミーコードを設定しない」よう医療機関に求めている。

【PHARMACY NEWSBREAK】