

令和7年度医業経営セミナー

日 時：令和7年7月10日（木）19：00

場 所：WEB開催

主 催：公益社団法人 福岡県医師会

令和7年度医業経営セミナー（WEB）

△と き 令和7年7月10日（木）19：00～20：00

△ところ WEB開催（ZOOMウェビナー）

1. 開 会

2. 挨拶

3. 講演

「かかりつけ医機能報告及び次回診療報酬改定の方向性

（生活習慣病管理料の算定方法等を含む）」

日本医師会常任理事 城 守 国 斗

4. 閉 会

■取得可能単位：日本医師会生涯教育講座1単位（CC：6）

「かかりつけ医機能報告制度及び次回診療報酬改定の
方向性について（生活習慣病管理料の算定方法等を含む）」

公益社団法人日本医師会常任理事 城守 国斗

福岡県医師会
令和7年度医業経営セミナー

かかりつけ医機能報告制度
および次回診療報酬改定の方向性について
(生活習慣病管理料の算定方法等を含む)

令和7年7月10日(木)19:00～20:00

公益社団法人 日本医師会
常任理事 城守 国斗



1

議題 1

かかりつけ医機能報告制度について

目 次

1. 「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法」改正までの経緯
2. 厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」の議論
3. 医療機関が行うかかりつけ医機能報告の仕組み
4. かかりつけ医機能報告で医療機関が実際に行うこと
5. かかりつけ医機能報告の対象となる研修
6. 今後のスケジュール
7. 地域を面で支えるために

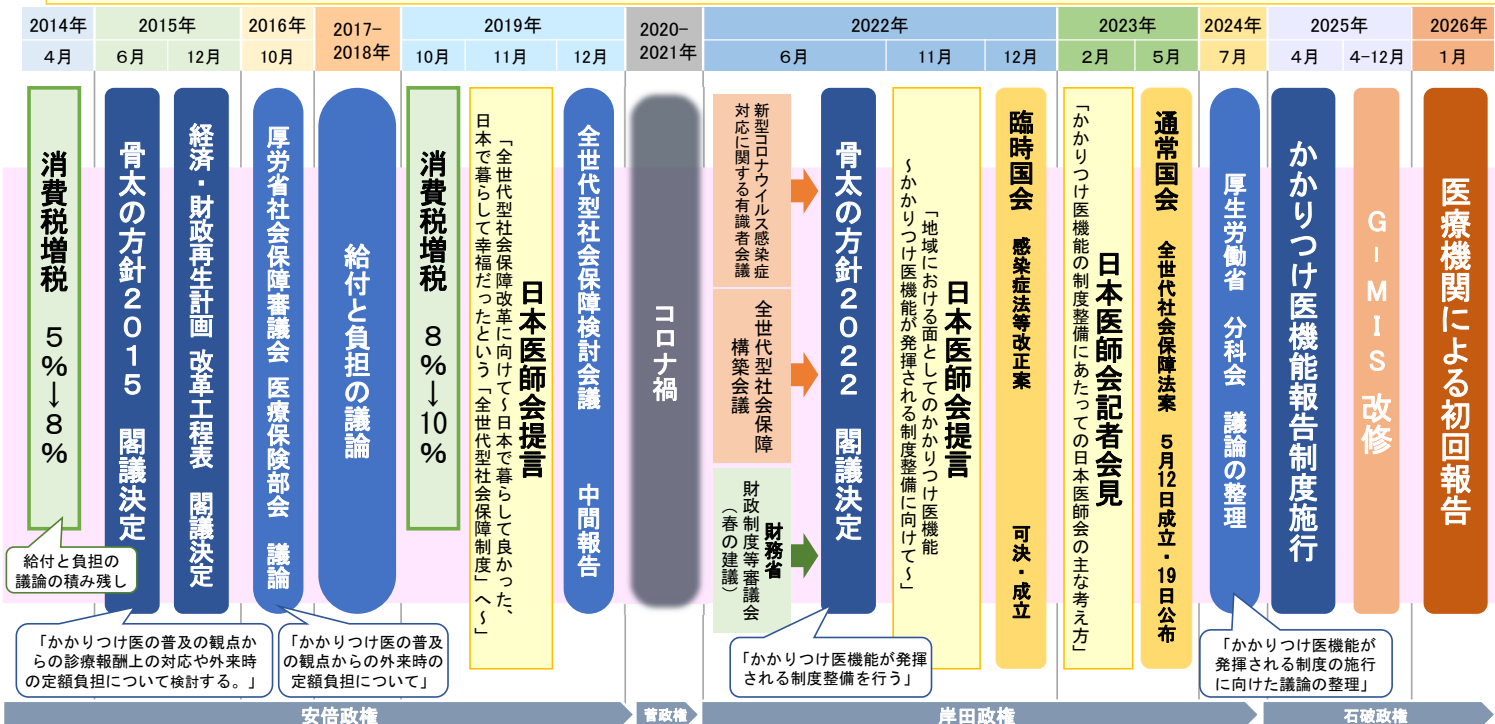
3

1. 「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法」改正までの経緯

4

かかりつけ医機能に関する議論の流れ

骨太の方針2015に「かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討する。」と記載されて以来、これまで足掛け約10年にわたり議論を重ね、2026年1月に初回報告が実施される。



5

全世代社会保障法案の審議経過

日程(2023年)	審議経過
2月10日	閣議決定
3月16日	衆議院本会議にて審議入り
3月22日	衆議院厚生労働委員会にて審議入り
4月4日	衆議院厚生労働委員会にて参考人意見陳述 * 釜范常任理事が出席
4月12日	衆議院厚生労働委員会にて可決
4月13日	衆議院本会議にて可決
4月19日	参議院本会議にて審議入り
4月20日	参議院厚生労働委員会にて審議入り
4月27日	参議院厚生労働委員会にて参考人意見陳述
5月11日	参議院厚生労働委員会にて可決
5月12日	参議院本会議にて可決(法案成立)



2023年4月4日衆議院厚生労働委員会の参考人質疑

6

かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて ～日医の考え方を基にした法改正～

国民

平時

現在は「医療機能情報提供制度」という制度があることも国民には知られていない。
「医療機能情報提供制度」を国民に分かりやすい内容に改め、フリーアクセスにおいて国民が「医療機能情報提供制度」を活用し、適切な医療機関を自ら選択できるよう支援を行う。

医療機関

各医療機関は自らが持つ機能を磨くことにより縦系を伸ばすとともに、さらに地域における他の医療機関との連携を通じて横系を紡ぎ、それによって「地域における面としてのかかりつけ医機能」が織りなされ、さらに機能を発揮していく。
日常診療時より、他の医療機関と連携し、急変時においても、可能な限り地域におけるネットワークで対応を行う。

令和5年5月成立の
改正医療法を含む全社法

かかりつけ医機能報告の基準は、
令和7年4月の施行に向け、
現在、厚労省分科会報告書を受けて
政省令準備中

感染症発生・まん延時

有時

地域医療体制全体の中で感染症危機時に外来診療や在宅療養等を担う医療機関を平時から明確化しておくことで、平時に受診している医療機関がない方を含め、国民が必要とするときに確実に必要な医療を受けられるようにしていく。

令和4年12月成立の
改正感染症法等

医療措置協定の締結を進めている

7

かかりつけ医機能の制度整備にあたっての日本医師会の主な考え方

令和5年2月15日に日本医師会は定例記者会見を開催し、「かかりつけ医機能の制度整備」について以下8項目を中心に改めて考えを示した。

かかりつけ医はあくまで国民が選ぶものである。国民にかかりつけ医を持つことを義務付けたり、割り当てたりすることには反対である。

診療科別や専門性の観点から複数のかかりつけ医を持つことも多く、かかりつけ医は複数あることが自然である。

1人の医師だけを登録するという、いわゆる「登録制」は、患者さんの医療へのアクセス権、医師を選ぶ権利を阻害する提案である。国民・患者さん側からすれば、かかりつけ医を固定するような提案は、決して望んでおられない。

「人頭払」という主張があることも承知しているが、高度な医療がなかった時代はともかく、現代の複雑かつ高度な医療においては現実的な提案ではない。

かかりつけ医機能を発揮する医療機関は、診療科や病院・診療所の別を問うものではない。

必ずしも一つの医療機関においてかかりつけ医機能のすべてを持たなければならないわけではない。地域で面としてのかかりつけ医機能をしっかりと果たしていくべきである。

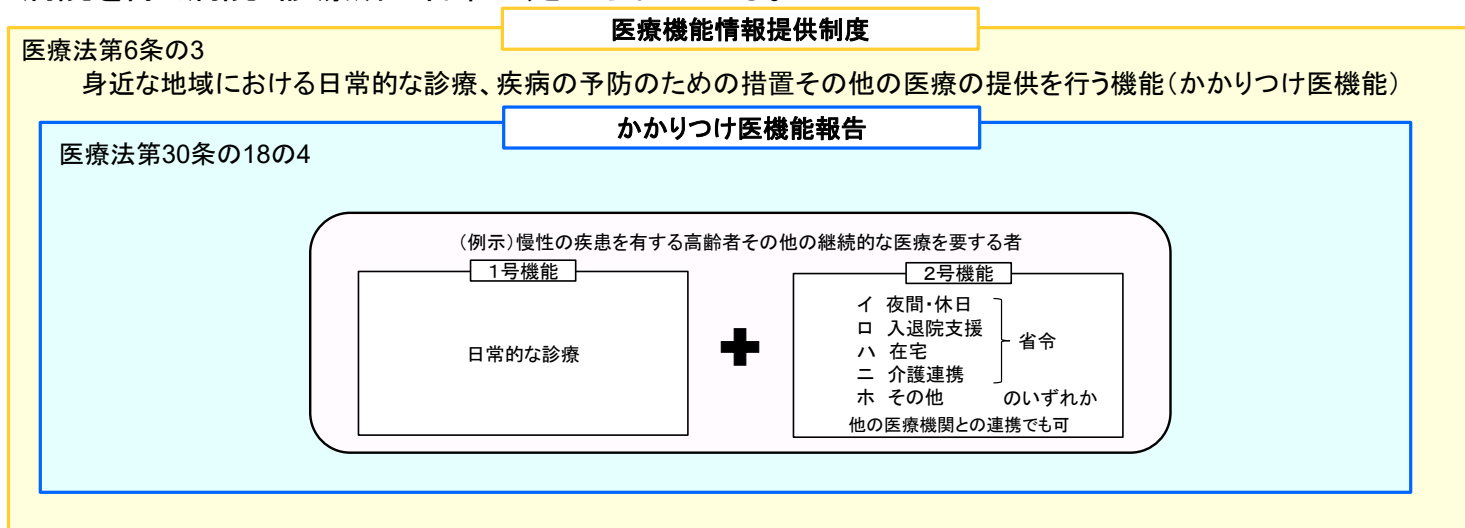
「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外の医師」を区別するものではない。

医師も自ら「かかりつけ医」として選ばれるよう積極的に研鑽を積むことが重要である。

医療機能情報提供制度におけるかかりつけ医機能報告の内容

「かかりつけ医機能報告」は、すでに医療機関が定期報告を行っている「医療機能情報提供制度」に追加されるものである。

報告対象となる医療機関は、特定機能病院、歯科医療機関、刑事施設・入管等や皇室の病院を除く病院・診療所と省令で定められている。



9

かかりつけ医機能報告の報告を行う対象医療機関

かかりつけ医機能報告の報告を行う対象医療機関は、特定機能病院、刑事施設・入管等や皇室の医療機関を除く、病院・診療所とする。

	病院	診療所
施設数	8,156 〔このうち、特定機能病院、刑事施設・入管等や皇室の病院を除く〕	105,182 〔このうち、刑事施設・入管等や皇室の診療所を除く〕
対象医療機関	約113,200	

日本医師会の主張

かかりつけ医機能報告制度の目的は、地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保することである。

この目的を達成するためには、多くの医療機関が手を挙げて参画してもらうことが必要不可欠である。そうしないと、地域医療の実情が見えなくなってしまう。

(出所) 厚生労働省 令和4(2022)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況「医療施設調査」
厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」(令和6年7月31日)を基に作成

10

2. 厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」の議論の経緯

11

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の施行に向けた検討を行う枠組み

国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会（新設）【いわゆる親検討会】

阿部 一彦	日本障害フォーラム（JDF）代表	河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事（敬称略。五十音順）
家保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長	城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
磯部 哲	慶應義塾大学大学院法務研究科教授	小森 直之	一般社団法人日本医療法人協会副会長
猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員	鈴鹿 麻菜	日本労働組合総連合会生活福祉局部長
大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック院長	寺島 多実子	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
大道 道大	一般社団法人日本病院会副会長	土居 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
尾形 裕也	九州大学名誉教授	永井 良三	自治医科大学学長
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長	福長 恵子	認定NPO法人消費者機構日本理事
香取 照幸	一般社団法人未来研究所龍代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授	森 隆夫	公益社団法人日本精神科病院協会副会長
		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
		吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会（新設）

阿部 一彦	日本障害フォーラム（JDF）代表
家保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長
石田 光広	稲城市副市長
猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員
今村 知明	奈良県立医科大学教授
大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック院長
尾形 裕也	九州大学名誉教授
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
角田 徹	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会センター長
香取 照幸	一般社団法人未来研究所龍代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授
河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
土居 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
永井 良三	自治医科大学学長
長谷川 仁志	秋田大学大学院医学系研究科医学教育講座教授
服部 美加	新潟県在宅医療推進センター基幹センター コーディネーター
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
吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会

（既設の検討会を改編）

磯部 哲	慶應義塾大学大学院法務研究科教授
大道 道大	一般社団法人日本病院会副会長
尾形 裕也	九州大学名誉教授
木川 和広	アンダーソン・毛利・友常法律事務所 弁護士
桐野 高明	東京大学名誉教授
黒瀬 巖	公益社団法人日本医師会常任理事
幸野 庄司	健康保険組合連合会参与
小森 直之	一般社団法人日本医療法人協会副会長
鈴鹿 麻菜	日本労働組合総連合会生活福祉局部長
寺島 多実子	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
福長 恵子	認定NPO法人消費者機構日本理事
三浦 直美	フリージャーナリスト/医学ジャーナリスト協会幹事
森 隆夫	公益社団法人日本精神科病院協会副会長
谷田部 貴	栃木県保健福祉部医療政策課長
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

12

かかりつけ医機能報告について（案）①

1号機能 当初案

1. 報告を求めるかかりつけ医機能の内容

(1) 1号機能「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」の有無及びその内容

<具体的な機能>

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能
- ※ 平成25年8月の日本医師会・四病院団体協議会合同提言「かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。」

<当該機能に係る報告事項>

【案1】

- 一定以上の症状※に対して一次診療を行うことができること（35項目の症状※ごとの対応可能な有無も報告）
- ※ 「臨床研修の到達目標」（厚生労働省通知）における「経験すべき症状・病態・疾患」の「頻度の高い症状」（35項目）のうち、必修項目（下線の20項目）以上
全身倦怠感、不眠、食欲不振、体重減少・体重増加、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、黄疸、発熱、頭痛、めまい、失神、けいれん発作、視力障害・視野狭窄、結膜の充血、聴覚障害、鼻出血、嘔吐、胸痛、動悸、呼吸困難、咳・痰、嘔気・嘔吐、胸やけ、嚥下困難、腹痛、便通異常（下痢、便秘）、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、血尿、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、尿量異常、不安・抑うつ
- 「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

【案2】

- ① 「具体的な機能を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること
- ② かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者がいること 又は 総合診療専門医がいること（左記の人数も報告）
- ※1 かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す
- ③ 17の診療領域※2ごとの一次診療の対応可能な有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること【別案：案1の35項目の症状】
- ※2 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉科領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・臓器領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域
- ④ 17の診療領域※2ごとの患者からの相談の対応可能な有無、いずれかの診療領域について患者からの相談に応じることができること【別案：案1の35項目の症状】
- ①～④のいずれも「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

【案3】

- ① 「具体的な機能を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること
- ② かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者の有無、受講者の有無、総合診療専門医の有無（左記の人数も報告）
- ※1 かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す
- ①が「可」の報告で、②を報告している場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

<上記以外の報告事項>

- ① 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数
- ② かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数
- ③ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制※4を有していること
- ※4 オンライン資格確認を行う体制、オンライン資格確認等システムの活用により診療情報等を診察室等で閲覧・活用できる体制、電子処方箋により処方箋を発行できる体制、電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制
- ④ 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

令和6年5月24日 厚生労働省
第5回かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会 資料1「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた検討について」10頁に一部加筆

5月24日の分科会では落とす方向で
香取委員も主張した

財務省案

香取委員案

診療側案

10

13

フリーアクセスの制限をかけようとしている財務省案

財務省案

1号機能で制限する財務省案は、報告する医療機関を絞るものである。かかりつけ医機能報告制度に手挙げする医療機関を限定すると、医療機関への受診にあたって様々な制約が課されることに繋がる。我が国が誇るフリーアクセスが制限されかねない。

かかりつけ医機能報告を行う医療機関

かかりつけ医機能報告（1号機能）のハードルを高くし、報告する医療機関を絞る

かかりつけ医機能報告を実施した医療機関と実施していない医療機関を分ける

症状の報告では、内科以外の眼科、耳鼻科、皮膚科等の
医療機関が報告できず、手挙げできない

医療機関の分断

報告

かかりつけ医機能報告をしていない医療機関

今後の懸念

- まずかかりつけ医機能報告をした医療機関を受診してからでないと受診できない
- 選定療養としてかかりつけ医機能報告をしていない医療機関の患者負担を増やすなど

フリーアクセスの制限

これまでかかっていた医療機関に直接
かかれなくなる

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（案）①

令和6年7月5日 厚生労働省
第7回かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会
資料1「報告を求めるかかりつけ医機能の内容」2頁に一部加筆

1号機能

(1) 1号機能「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」の有無及びその内容

＜具体的な機能＞

- ・ 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を越えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能
- ※ 平成25年9月の日本医師会・四病院団体協議会合同提言「かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を越えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。」

＜当該機能に係る報告事項＞

① 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること

案1	案2	案3
かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者がいること又は総合診療専門医がいること ・ 研修充実に取り組み、必要な研修修了者数の確保を行う必要があり、それまでの間※2、かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無を報告すればよいこととする。	かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者の有無、総合診療専門医の有無（有無を報告すれば可） ・ 改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況等を踏まえ、かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいること又は総合診療専門医がいることを報告することについて改めて検討する。	かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者の有無、総合診療専門医の有無（有無を報告すれば可）

※1 かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す

※2 改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況等を踏まえ、改めて検討する

案1	案2	案3	案4
・ 35項目の症状※3ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの症状について一次診療を行うことができること ・ 35項目の症状※3ごとの患者からの相談の対応可能の有無、いずれかの症状について患者からの相談に応じることができること	・ 17の診療領域※4ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること ・ 35項目の症状※3ごとの患者からの相談の対応可能の有無、いずれかの症状について患者からの相談に応じることができること	・ 17の診療領域※4ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること（一次診療を行うことができる疾患※5も報告する） ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること（継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む）	・ 17の診療領域※4ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※3 「臨床研修の到達目標」（厚生労働省通知）における「経験すべき症状・病態・疾患」の「頻度の高い症状」（35項目）

全身倦怠感、不眠、食欲不振、体重減少・体重増加、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、黄疸、発熱、頭痛、めまい、失神、けいれん発作、視力障害・視野狭窄、結膜の充血、聴覚障害、鼻出血、嘔吐、胸痛、動悸、呼吸困難、咳、痰、嘔気、嘔吐、胸やけ、嚥下困難、腹痛、便秘異常（下痢、便秘）、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、血尿、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、尿量異常、不安、抑うつ

※4 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉科領域、呼吸器領域、消化器領域、肝・胆道・臓器領域、循環器領域、腎・泌尿器領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※5 報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する

→ ①～③のいずれも「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

＜上記以外の報告事項＞

① 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数

② かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数

③ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制※4を有していること

※4 オンライン資格確認を行う体制、オンライン資格確認等システムの活用により診療情報等を診療室等で閲覧・活用できる体制、電子処方箋により処方箋を発行できる体制、電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制

④ 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

2

15

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の方向性（日本医師会の主張）

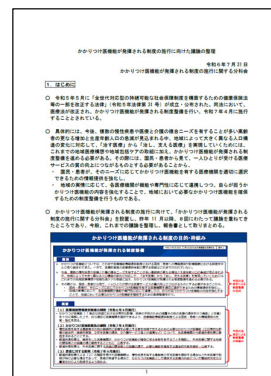
1人の医師や1つの医療機関ではなく、複数の医師や複数の医療機関が地域を面として支える

人口や医療従事者が減少していく中で、地域の医療資源を上手く活用・開発して地域に必要な機能を実現するため、多くの医療機関が積極的に参加できる

医師をはじめとする医療従事者や医療機関が、それぞれの役目に応じて出来ることを拡げていく努力をする

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会 報告書

令和6年7月31日に、厚生労働省かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会において、「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた議論の整理」がとりまとめられた。



（出所）かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会 報告書（令和6年7月31日）（<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001281024.pdf>）

16

3. かかりつけ医機能報告の仕組み

17

医療機能情報提供制度 2006年(H18)

入院

病床機能報告 2014年(H26)

外来

病院・
有床診療所

外来機能報告 2021年(R3)
(紹介受診重点医療機関の確認)

無床診療所

かかりつけ医機能報告
(新設 2025年 R7～)

在宅

※いずれもG-MISで報告

18

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

医療機能情報提供制度 2007 (H19) 年施行

1. 日常的な医学管理及び重症化予防
2. 地域の医療機関等との連携
3. 在宅医療支援、介護等との連携
4. 適切かつ分かりやすい情報の提供
5. 地域包括診療加算の届出
6. 地域包括診療料の届出
7. 小児かかりつけ診療料の届出
8. 機能強化加算の届出

都道府県ごとのシステムで 情報提供

わかりやすく刷新

医療機能情報提供制度 かかりつけ医機能報告制度 2025 (R7) 年4月施行 (報告開始 2026 (R8) 年1月頃～)

1号機能

1. 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること
2. かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無(有無を報告すれば可)
3. ①17の診療領域と一次診療を行うことができる疾患
②医療に関する患者からの相談に応じる

+

- ① 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数
- ② かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数
- ③ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制の有無
- ④ 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

2号機能

1. 通常の診療時間外の診療
2. 入退院時の支援
3. 在宅医療の提供
4. 介護サービス等と連携した医療提供
5. その他の報告事項

医療情報ネット(ナビイ)

2024 (R6) 年4月～



医療情報
ネット

全国統一なシステムで
国民・患者にわかりやすく情報提供

(出所) 厚生労働省 第1回 かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会(令和5年11月15日開催)資料2「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する検討について」
厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」(令和6年7月31日)を基に作成

19

医療情報ネット(ナビイ)

医療情報ネット(ナビイ)

音声読み上げ

文字サイズの変更

小

中

大

全国の病院・診療所・歯科診療所・助産所/薬局を探す

医療機関を探す

キーワードで探す

例) 市区町村名 内科

検索

急いで探す

現在診療中の医療機関を科目と場所から検索

じっくり探す

設備や対応内容などの医療機能情報から検索

診療科目で探す

場所を探す

他の項目で探す

対応することができる外国語から探す

お気に入り病院等

お気に入り登録した医療機関などの一覧

お気に入り病院等

比較候補一覧

薬局を探す

都道府県固有の機能から探す

全国共通の検索項目に加えて各都道府県独自の検索項目でも検索ができます。

- 北海道 北海道
- 東北 青森県 > 岩手県 > 宮城県 > 秋田県 > 山形県 > 福島県
- 関東 茨城県 > 栃木県 > 群馬県 > 埼玉県 > 千葉県 > 東京都 > 神奈川県
- 中部 新潟県 > 富山県 > 石川県 > 福井県 > 山梨県 > 長野県 > 岐阜県 > 静岡県 > 愛知県
- 近畿 三重県 > 滋賀県 > 京都府 > 大阪府 > 兵庫県
- 奈良県 > 和歌山県
- 中国・四国 鳥取県 > 島根県 > 岡山県 > 広島県 > 山口県 > 徳島県 > 香川県 > 愛媛県 > 高知県
- 九州 福岡県 > 佐賀県 > 長崎県 > 熊本県 > 大分県 > 宮崎県 > 鹿児島県 > 沖縄県

令和6年(2024年)4月から、
全国統一システムとして運用開始された。

(出所) 厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」(令和6年7月31日)11頁を基に作成

10

【医療情報ネット トップページ(改修イメージ案)】



「かかりつけ医機能」を追加し、かかりつけ医機能に関連する項目を検索条件として、医療機関の検索を行えるようにする

【各医療機関の概要情報表示ページ(改修イメージ案)】



令和8年(2026年)春頃から、
かかりつけ医機能が追加され
国民や患者さんが閲覧できる。

20

1号機能の報告事項

①「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示により公表していること

②かかりつけ医機能に関する研修※¹の修了者の有無、総合診療専門医の有無（有無を報告すれば可）

→ 改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況等を踏まえ、かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいること又は総合診療専門医がいることを報告することについて改めて検討する。

※¹ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

③(1)17の診療領域※²と一次診療を行うことができる疾患※³
(2)医療に関する患者からの相談に応じる

→ 改正医療法施行後5年を目途として、制度の施行状況等を踏まえ、一次診療・患者相談対応に関する報告事項について改めて検討する。

※² 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※³ 報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。

(出所)厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」(令和6年7月31日)6頁を基に作成

21

(例) 一次診療に関する報告できる疾患案(40疾患)

令和6年7月31日 厚生労働省
「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」6頁

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症(関節リウマチ、脱臼)	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17. 小児
皮膚の疾患	221.6	1. 皮膚・形成外科、17. 小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17. 小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	—
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17. 小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17. 小児
うつ(気分障害、躁うつ病)	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス(神経症)	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17. 小児
睡眠障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17. 小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じょくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛(片頭痛)	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎(肝硬変、ウイルス性肝炎)	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=0000322119848&fileKind=1>

【上記例の設定の考え方】

- ・一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

22

1号機能の報告事項(①～③以外の報告事項)

(1) 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数

(2) かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数

(3) 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制※1の有無

※1 オンライン資格確認を行う体制、オンライン資格確認等システムの活用により診療情報等を診察室等で閲覧・活用できる体制、電子処方箋により処方箋を発行できる体制、電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制

(4) 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

(出所)厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」(令和6年7月31日)7頁を基に作成

23

かかりつけ医機能の体制を有する医療機関の患者等への説明

かかりつけ医機能に関する療養計画書（記載例）							
（患者氏名） 〇〇 〇〇 〇〇 令和 年 月 日							
疾病名	慢性心不全、慢性腎臓病、発作性心室細動、骨粗鬆症						
治療に関する計画	現在の状況 （症状、ADL、検査、 体調、服薬、検査、 ●●などの状況や療養の有無など） 足のかゆみ 心不全が悪化時には、息苦しさを感じたり、数分程度歩くなどのちょっとした動作で疲れたりする 治療方針・計画 利尿、降血圧、降糖、 降脂、骨質向上などの 薬など 副作用を調節する薬、血液をサラサラにする薬、心不全の悪化を防止する薬を使用して、心不全の悪化を抑えようとして入れています。また、骨質のリスクを下げる治療をしています。特に心不全の悪化のリスクに對して、月 1 回診察をしています。 患者と相談した目標 塩分が多くならないように注意する 毎朝体重測定をする その他 （※主たる薬・検査など） 骨質の危険性がありますので、転倒等に注意が必要ですが 階段等は手すりを利用するようにしてください						
体調不良時の対応（通常の診療時間外の際除く・入退院時の連携）	20 時に間に急激な体重の増加や息苦しさがあれば、●●診療所に連絡するようにしてください						
在宅医療の提供・介護サービス等と連携した医療提供	体調や必要に応じて別途ご連絡します						
その他（患者への適切な医療の提供のために必要と判断する事項）	現時点ではありません						
注）上掲内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の悪化等に応じて変わっていくものとします。							
当医療機関について	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td></td> </tr> </table>	名称		住所		連絡先	
名称							
住所							
連絡先							

説明が必要となるケース

患者等から求めがあったとき、かつ在宅医療や外来医療を受けており、概ね4ヶ月以上継続して医療を提供することが見込まれる者

【かかりつけ医機能報告制度Q&A集より】

Q. 患者説明の様式は、医療機関が任意で作成したものでも良いのか。

A. 医療法に定める事項について記載している場合には差し支えありません。

24

2号機能は有無を報告(1/2)

i 通常の診療時間外の診療

- ① 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況(在宅当番医制・休日夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等)、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況

ii 入退院時の支援

- ① 自院又は連携による後方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
- ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
- ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
- ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数

(出所)厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」(令和6年7月31日)7頁を基に作成

25

2号機能は有無を報告(2/2)

iii 在宅医療の提供

- ① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況(自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等)、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
- ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
- ④ 自院における在宅看取りの実施状況

iv 介護サービス等と連携した医療提供

- ① 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況(主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会設定等)
- ② 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
- ③ 介護保険施設等における医療の提供状況(協力医療機関となっている施設の名称)
- ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
- ⑤ ACPの実施状況

その他の報告事項

(出所)厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」(令和6年7月31日)7・8頁を基に作成

26

4. かかりつけ医機能報告で実際に医療機関が行うこと

27

ガイドライン（案）について （かかりつけ医機能報告の報告事項と機能ありの要件（1号機能））

G-MISのイメージ

1号機能の報告事項及び機能ありとなる要件については以下のとおりです。

<報告事項> (★)・・・「実施している」「実施できる」ことが機能ありの要件となる報告事項

No	報告事項	要件
1	「具体的な機能(※)」を有すること及び「報告事項」について院内掲示による公表をしていること	★ 必須
2	かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無	研修者無しでも良い
3	17の診療領域ごとの一次診療の対応可否の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること	★ 必須
4	一次診療を行うことができる疾患を報告していること	40疾患から選択
5	医療に関する患者からの相談に応じることができること（継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む）	★ 必須

(※) 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

(※) 院内掲示の様式については別冊で提示予定

<その他の報告事項>

No	報告事項
6	医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数
7	かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数
8	全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制の有無
9	全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

(出所)厚生労働省「かかりつけ医機能報告制度に係る自治体向け説明会(第2回)」(令和7年1月31日)資料18頁を基に加筆

28

かかりつけ医機能報告のために医療機関が行うこと

当院におけるかかりつけ医機能について

当院は、発生頻度の高い疾患についての診療を行い、日常的な診療において、患者様の生活背景を把握し、適切な診療・保健指導を行い、必要な場合には、地域の医師・医療機関と協力して解決策を提供します。この他、患者さんが適切な医療機関の選択ができるように、当院の有する「かかりつけ医機能」に関する体制を以下のよう報告します。

〇〇病院/診療所
20XX年XX月XX日

1. かかりつけ医機能に関する研修の修了者および総合診療専門医について

研修の修了者の有無/人数	無	有	有の場合 →	名
総合診療専門医の有無/人数	無	有	有の場合 →	名

2. 一次診療の対応について

(1) 一次診療の対応ができる領域

該当無し	皮膚・形成外科領域	消化器領域	乳腺領域
	神経・脳血管領域	肝・胆道・膵臓領域	内分泌・代謝・栄養領域
	精神科・神経科領域	循環器領域	血液・免疫系領域
	泌尿器領域	腎・泌尿器領域	筋・骨格系および外傷領域
	耳鼻咽喉領域	産科領域	小児領域
	呼吸器領域	婦人科領域	

(2) 一次診療を行うことができる発生頻度が高い疾患

該当無し	貧血	糖尿病	高脂血症	統合失調症
うつ	不安、ストレス	睡眠障害	認知症	
腰痛	脳梗塞	末梢神経障害	結膜炎、角膜炎、涙腺炎	
白内障	緑内障	近視・遠視・老眼	中耳炎・外耳炎	
難聴	高血圧	狭心症	不整脈	
心不全	喘息・COPD	かぜ、感冒	アレルギー性鼻炎	
下痢、胃腸炎	便秘	慢性肝炎	皮膚の疾患	
関節症	骨粗しょう症	悪性腫瘍	感染症候群	
外傷	骨折	前立腺肥大症	慢性腎臓病	
更年期障害	乳癌の疾患	正常妊娠・産後ケアの管理	がん	
その他の疾患()				

3. 医療に関する患者からの相談への対応について

可	不可
---	----

G-MISで自動的に作成されたものを、印刷し、院内のどこかに掲示する。(当然手書きも可)

研修の修了者の有無
(無しでも良い)

17の診療領域を選択

40疾患等から選択

医療に関する患者からの
相談対応の可否

かかりつけ医機能有り

29

5. かかりつけ医機能報告の対象となる研修

30

かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修

- かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修について、知識(座学)と経験(実地)の両面から望ましい内容等を整理した上で、研修の実施団体からの申出に基づき報告対象として該当する研修を厚生労働省において示す。

対象者、研修修了

- 対象者: 地域で新たに開業を検討している勤務医や、地域の診療所や中小病院等で診療を行っている医師等を対象者とする
- 研修修了: 研修の実施団体において研修者が各研修の修了要件を満たしたことを確認すること(地域の診療所等で一定期間以上の診療実績がある医師等について診療実績を考慮することができる)

(出所)厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」(令和6年7月31日)18頁を基に作成

31

座学研修(知識)の望ましい内容

- 座学研修(知識)の内容として、「幅広い診療領域への対応に関する内容」と「地域連携・多職種連携等に関する内容」が含まれること
- 「幅広い診療領域への対応に関する内容」と「地域連携・多職種連携等に関する内容」に含まれる具体的な研修項目は、厚生労働科学研究班において検討する。(研修項目を医師が選択して学ぶことを想定)

〈例〉

「幅広い診療領域への対応に関する内容」: 頻度の高い疾患・症状への対応、高齢者の診療、医療 DX を活用した医療提供(診療情報等の共有・確認、服薬管理等) 等

「地域連携・多職種連携等に関する内容」: 在宅医療の導入、初期救急の実施・協力、多職種連携・チームビルディング、介護保険・障害福祉制度の仕組み、障害者への合理的配慮や障害特性の理解 等

(出所)厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」(令和6年7月31日)19頁を基に作成

32

実地研修(経験)の望ましい内容

- 地域でかかりつけ医機能を確保するためには、在宅医療や幅広い診療領域の患者の診療等の経験も重要であり、実地研修(経験)の内容として、在宅医療や幅広い診療領域の患者の診療等が含まれること(実地研修の場としては、医師会や大学のシミュレーションラボ等も想定される)
- 在宅医療や幅広い診療領域の患者の診療等に関する具体的な研修項目は、厚生労働科学研究班において検討する。(研修項目を医師が選択して学ぶことを想定)

(出所)厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」(令和6年7月31日)19頁を基に作成

33

報告を求めるかかりつけ医機能の研修修了者

- ・ 研修の項目・内容等を厚労科研で検討するので、検討時間も考えると、まずは研修修了者の有無を報告することとし、5年後に改めて検討することが妥当。
- ・ 本来は研修修了者を要件とすべきだが、円滑な施行につながるのであれば、研修修了者の有無を報告して、5年後に再検討でもやむを得ない。5年間で研修の質と量の充実に取り組んでいただきたい。

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会において、
かかりつけ医機能報告の報告事項について、以上のような意見があった。

結果、以下の通り
定められた

かかりつけ医機能に関する研修※1の修了者の有無、総合診療専門医の有無(有無を報告すれば可)

- ・ 改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況等を踏まえ、かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいること又は総合診療専門医がいることを報告することについて改めて検討する。

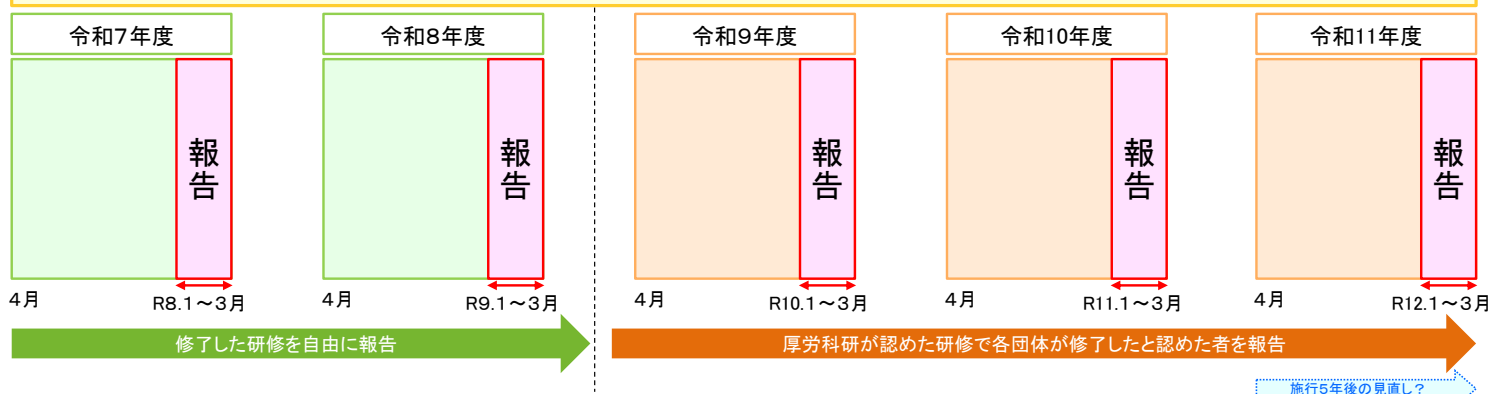
※1 かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

(出所)厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」(令和6年7月31日)5,6頁を基に作成

34

かかりつけ医機能報告制度で報告できる研修について

- 令和7年度(令和8年1～3月)と令和8年度(令和9年1～3月)の報告では、現在行われている研修を自由に報告することができる。
- 日本医師会かかりつけ医機能報告制度にかかる研修、日本医師会生涯教育制度、日医かかりつけ医機能研修制度などが例示されるほか、自由記載できるようG-MISを改修中。
- 令和9年度(令和10年1～3月)以降の報告では、厚生労働省科学研究班が認めた研修で、各団体が修了と認めた者が報告対象となる見込み。
- 令和10年1月の報告に向け、日本医師会かかりつけ医機能報告制度にかかる研修を令和7年4月から実施し、普及させていく。



35

厚生労働科学研究班（研究代表者：長谷川仁志教授）

総括検討委員会

構成員（6名）：

- ・長谷川 仁志先生
- ・「日本医師会」（今村 英仁先生）
- ・「四病院団体協議会」（織田 正道先生）
- ・「日本プライマリ・ケア連合学会」（大橋 博樹先生）
- ・テーマ別作業班班長（神崎恒一先生、江澤和彦先生）

<委員会の役割>

- 研修の全体方針
- テーマ別作業班への作業依頼**
- テーマ別作業班の評価
 - ・研修を受ける様々な医師の立場の観点
 - ・研修を実施する団体の観点
 - ・専門医制度との整合性の観点 等
- 研究班報告書の最終とりまとめ

テーマ別作業班

作業依頼

- (1) 研修の項目・内容の整理（座学及び実地）
- (2) 作るべきe-ラーニングシステムのコンテンツの整理

第1班（幅広い症状・疾患への対応）

- ① 頻度の高い疾患・症状への対応
- ⑤ 初期救急の実施・協力

- ・【班長】長谷川 仁志先生
- ・前野 哲博先生 他

第2班（高齢者診療）

- ② 高齢者の診療
- ③ 医療DXを活用した医療提供
- ⑦ 介護保険・障害福祉制度の仕組み
- ⑧ 障害者への合理的配慮や障害特性の理解

- ・【班長】神崎 恒一先生 他

第3班（在宅医療・多職種連携）

- ④ 在宅医療の導入
- ⑥ 多職種連携・チームビルディング

- ・【班長】江澤 和彦先生 他

<作業班員となる学会候補>

- 日本プライマリ・ケア連合学会
- 日本病院総合診療医学会
- 日本地域医療学会
- 日本医学教育学会
- 日本老年医学会
- 日本在宅医療連合学会 等

研究報告書の全文は以下よりご参照いただけます。

※厚生労働科学研究成果データベース
「かかりつけ医機能報告のための医師の研修項目の
詳細な整理等を行う研究」
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/178228>

36

厚労科研のポイント

○ かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修について、座学(知識)と実地(経験)の両面から望ましい内容等を整理した上で、**研修の実施団体からの申出に基づき報告対象として該当する研修を厚生労働省において示す。**

1. かかりつけ医機能報告のための医師の研修は、**医師に対し特定の研修項目の受講を義務付けるものではなく、地域の実情等に鑑み、医師自身が必要と考える研修項目を適切に選択して受講できるものでなければならない。**
2. 座学研修(知識)は、日本医師会の生涯教育制度や日医かかりつけ医機能研修制度、全日本病院協会の総合医育成事業の研修等が挙げられる。
3. 実地研修(経験)は、日本医師会のかかりつけ医機能報告制度にかかる研修(令和7年度から開始)における地域に根差した活動等が挙げられる。

37

「かかりつけ医機能報告制度にかかる研修」の設立

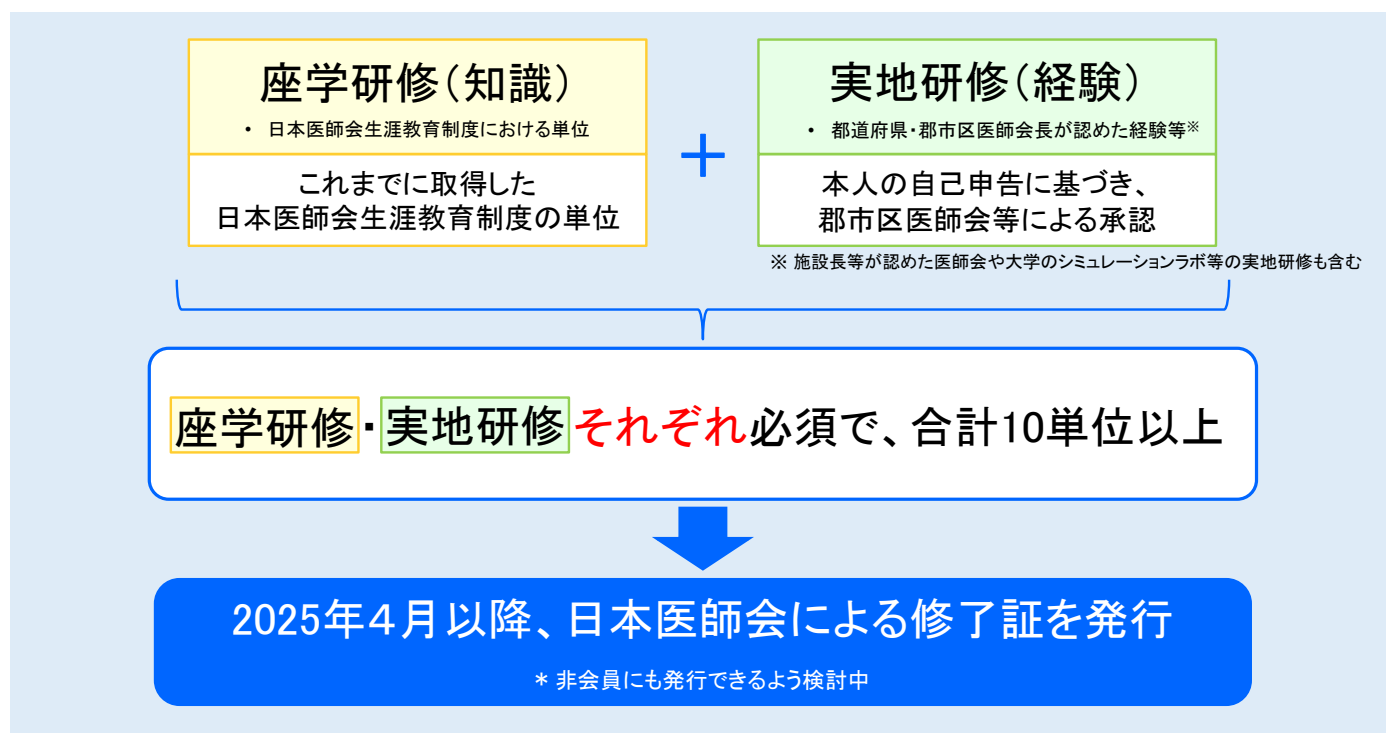
趣 旨

2025年4月から「かかりつけ医機能報告制度」が施行されることを見据え、「かかりつけ医機能報告制度にかかる研修」を新設し、特定機能病院及び歯科医療機関等を除く全ての医療機関が「かかりつけ医機能報告制度」の報告対象となるよう、地域に根差して活動をされている医師の実績も十分考慮し、研修修了者に対して修了証を発行する。

「かかりつけ医機能報告制度にかかる研修」は、医療機能情報提供制度における「かかりつけ医機能報告制度」の対象となるべく、日本医師会から厚生労働省に申出を行う。医療機関は修了証の取得者について報告することができる。

38

「かかりつけ医機能報告制度にかかる研修」の修了要件



39

日本医師会生涯教育制度取得方法等（座学研修(知識)）

制度対象者

医師（医師会員である必要はありません。）

単位

単位は、学習した時間を表し、1時間＝1単位が基本です。

単位の取得方法

1. 日本医師会雑誌を利用した解答
2. 日医eラーニングによる解答
3. 講習会・講演会・ワークショップ等
4. 医師国家試験問題作成
5. 臨床実習、臨床研修・専門研修制度における指導
6. 体験学習（共同診療、病理解剖見学、症例検討、手術見学等の病診・診診連携の中での学習）
7. 医学学術論文・医学著書の執筆

※1・2は日本医師会会員のみですが、3～7は日本医師会非会員でも取得できます。



学習単位取得証

40

実地研修(経験)の単位取得方法(1項目につき5単位)

申請者の自己申告により、当該活動の実施の有無等を記載

申請者は下記の活動を実施していることを認めます。

現行の日医かかりつけ医機能研修制度の「実施報告書」を踏襲し、「地域に根差した医師の活動」に拡充したもの

年〇月〇日

項目	実施
1. 地域の時間外・救急対応	平日夜間・休日輪番業務 地域行事の救護班 在宅当番医 休日夜間急患センター 電話相談業務
2. 行政・医師会等の公益活動	行政等(国・都道府県・保健所・市区町村・自治会等)の委員 医師会・専門医会の委員 警察業務への協力 防災会議への出席 地域医療に関する会議への出席 レセプトの審査委員会への出席 地域ケア会議への出席 障害者認定審査会への出席 介護保険認定審査会への出席
3. 地域保健・公衆衛生活動	母子保健(産科健診) 乳幼児保健(1歳6か月児健診・3歳児健診) 学校保健(学校健診・学校医活動) 学校健康教育(性教育、がん教育、禁煙・薬物教育等) 産業保健(地域産業保健センター活動、職場の健康相談、産業医活動) 健診(特定健診・特定保健指導・VDI健診等) 高齢者保健(高齢者健診・認知症検診) 予防接種(定期・その他) がん・成人病検診 市民公開講座(健康講座・介護教室) 精神保健 健康スポーツ医活動

項目	実施
4. 多職種連携	訪問診療等の在宅医療ネットワークへの参画 介護保険関連文書の作成(主治医意見書等) 多職種との会合(ケアカンファレンス等) ACPの策定
5. その他	看護師・准看護師養成所に関する業務 医学部等における地域医療等についての講義・講演 医師会共同利用施設への参画 高齢者の運転免許に関する診断書の作成 成年後見人制度における診断書の作成 死体検案 医療DX(地域医療情報連携ネットワーク等への参画等) 医療GX(医療機関等における温室効果ガス削減等の取組等) 論文執筆等の学術活動 高齢者・障害者施設への対応 地域における症例研究(J-DOME等)

実施数×5単位

合計 _____ 単位

申請者が医師会会員の場合、郡市区医師会において申請者の実地研修実施の有無を可能な限りご確認いただき、郡市区医師会長による承認をお願いいたします。

41

地域に根差した医師の活動

再掲

地域に根差して診療している医師は、自院での診療以外に、以下のような活動を連携して行い、地域住民の健康を守るため、それぞれの地域を面として支えています。

そうした活動はかかりつけ医が中心となって担っており、地域医師会はそれに深く関与して運営しています。

日本医師会は、「地域にどっぷりつかり」、日々地域医療を支えている医師に深く感謝するとともに、こうした活動を国民の皆さんに広く知っていただきたいと思っています。

1. 地域の時間外・救急対応	平日夜間・休日輪番業務、地域行事の救護班、在宅当番医、休日夜間急患センター、電話相談業務など(災害時には救護所・避難所への巡回診療、感染症拡大時には検査センターへの出務など自らの地域を守る活動)
2. 行政・医師会等の公益活動	行政等(国・都道府県・保健所・市区町村・自治会等)の委員、医師会・専門医会の委員、警察業務への協力、防災会議、地域医療に関する会議、レセプトの審査委員会、地域ケア会議の出席、障害者認定審査会、介護保険認定審査会など
3. 地域保健・公衆衛生活動	母子保健、乳幼児保健(1歳6か月児健診・3歳児健診)、学校保健(学校健診、学校医活動)、学校健康教育(性教育、がん教育、禁煙・薬物教育等)、産業保健(地域産業保健センター活動、職場の健康相談、産業医活動)、健診(特定健診・特定保健指導・VDI健診等)、高齢者保健(高齢者健診・認知症検診)、予防接種(定期・その他)、がん・成人病検診、市民公開講座(健康講座・介護教室)、精神保健、健康スポーツ医活動など
4. 多職種連携	訪問診療等の在宅医療ネットワークへの参画、介護保険関連文書の作成(主治医意見書等)、多職種との会合(ケアカンファレンス等)、ACPなど
5. その他	看護師・准看護師養成所、医学部等における地域医療等についての講義・講演、医師会共同利用施設への参画、高齢者の運転免許に関する診断書の作成、成年後見人制度における診断書の作成、死体検案、医療DX(地域医療情報連携ネットワーク等への参画等)、医療GX(医療機関等における温室効果ガス削減等の取組等)、論文執筆等の学術活動、高齢者・障害者施設への対応、地域における症例研究(J-DOME等)など

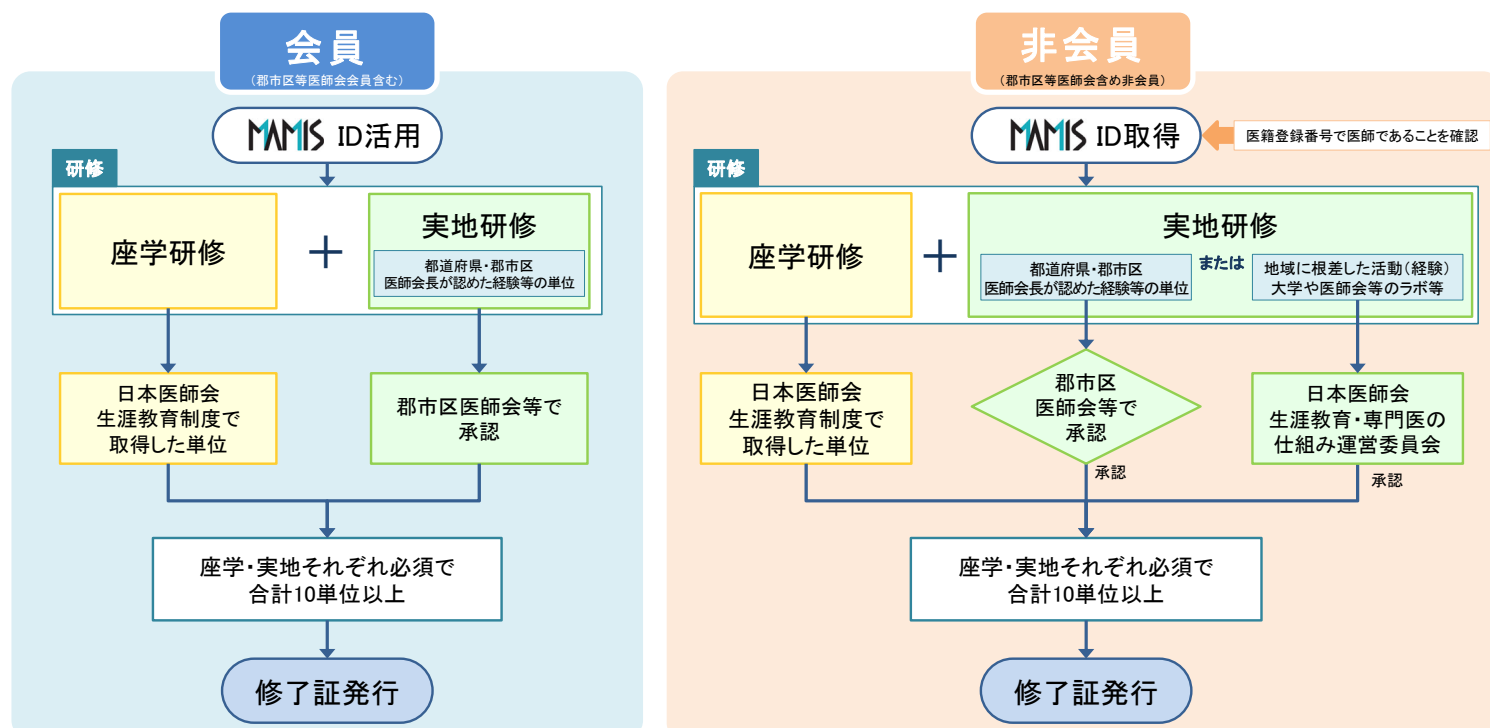
42

MAMISによる申請・承認について

- かかりつけ医機能報告制度にかかる研修の修了申請・承認作業はMAMISで行います。
- 郡市区医師会・都道府県医師会におかれましては、承認作業についてご協力をお願いいたします。
- MAMISの操作マニュアル（医師会事務局向け）は令和7年4月9日 日医発第115号（生教）にて送付済みです。

43

かかりつけ医機能報告制度にかかる研修のフロー



44

6. 今後のスケジュール

45

かかりつけ医機能が発揮される制度の円滑な施行

令和7年4月の施行に向けて、制度の施行に必要な以下のような取組を進める。

・ 都道府県・市町村等に対する研修・説明会の実施

日本医師会「都道府県医師会かかりつけ医機能担当理事連絡協議会 報告書」(令和7年3月26日)
https://www.med.or.jp/japanese/members/flv_movie/20250326kakari/kouenroku.pdf

厚労省で2回開催
①令和6年10月18日
②令和7年1月31日

日本医師会で連絡協議会を開催
(令和7年3月26日)

- ・ 「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン(仮称)」の作成
- ・ 地域の協議に資するデータブックの作成
- ・ 地域の好事例集の作成
- ・ 制度の普及・推進のための動画、ポスター等の作成

令和7年6月末に
厚労省より公表済み

・ かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細についての整理

厚生労働科学研究成果データベース「かかりつけ医機能報告のための医師の研修項目の詳細な整理等を行う研究」
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/178228>

厚労科研
(令和7年5月末に報告済み)

(出所)厚生労働省「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会報告書」(令和6年7月31日)25頁を基に作成

46

都道府県医師会かかりつけ医機能担当理事連絡協議会 報告書

都道府県医師会 かかりつけ医機能担当理事連絡協議会 報告書

令和7年3月26日



日本医師会

令和7年3月26日に日本医師会館にて開催された「都道府県医師会かかりつけ医機能担当理事連絡協議会」の報告書は、下記URL・QRコードにてご参照ください。
日医Libでもご覧いただけます。

日本医師会「都道府県医師会かかりつけ医機能担当理事連絡協議会 報告書」(令和7年3月26日)
https://www.med.or.jp/japanese/members/flv_movie/20250326kakari/kouenroku.pdf



<https://jmalib.med.or.jp/>

(出所) 日本医師会「都道府県医師会かかりつけ医機能担当理事連絡協議会 報告書(令和7年3月26日)」
https://www.med.or.jp/japanese/members/flv_movie/20250326kakari/kouenroku.pdf

47

かかりつけ医機能報告制度 医療機関向けリーフレット

医療機関の皆様へ

かかりつけ医機能報告制度 が始まります！

令和8年1～3月に、都道府県に対して
かかりつけ医機能報告を行うようお願いいたします

報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、**全ての病院・診療所**が対象です。

医療機関の実施事項

報告	毎年1～3月に、かかりつけ医機能の内容について都道府県にご報告をお願いします。 ※原則、医療機関等情報支援システム(G-MIS)による報告となります。 ※かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無も報告事項となります。
院内 掲示	かかりつけ医機能を有する医療機関の要件として、報告したかかりつけ医機能の一定の内容を院内掲示する必要があります。 ※G-MISにおいて、院内掲示用の様式例を出力できるようにシステム開発を行う予定です。
患者 説明	おおむね4ヶ月以上継続して医療を提供することが見込まれる場合で、患者・家族から求めがあったときは、治療計画等についてご説明をお願いします。 ※かかりつけ医機能を有する医療機関は、原則、医療法に基づく患者への説明が努力義務となります。

詳しい情報は厚生労働省ホームページへ

厚生労働省「かかりつけ医機能報告制度」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022_00007.html

厚生労働省

かかりつけ医機能報告制度の概要

制度の目的

- かかりつけ医機能報告制度は、地域が必要とされるかかりつけ医機能の充実強化を図り、国民の医療機関の選択に資する情報を提供することを通じて、国民・患者にとって医療サービスの向上につなげることを目指すものです。
- 多くの医療機関に参画いただき、地域で必要なかかりつけ医機能を確保することが重要であり、各医療機関からの報告を受けて、地域で協議を行い、不足する機能を確保する方策を検討・実施していくことが特に重要です。

ご報告いただく内容

- ご報告いただくかかりつけ医機能の内容は、下記のとおりです。
※報告事項の詳細等については、令和7年度中に、厚生労働省から報告マニュアルを発出する予定です。

1号機能	継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合かつ継続的に行う機能
2号機能	(1) 通常の診療時間外の診療、(2) 入院時の支援、(3) 在宅医療の提供、(4) 介護サービス等と連携した医療提供

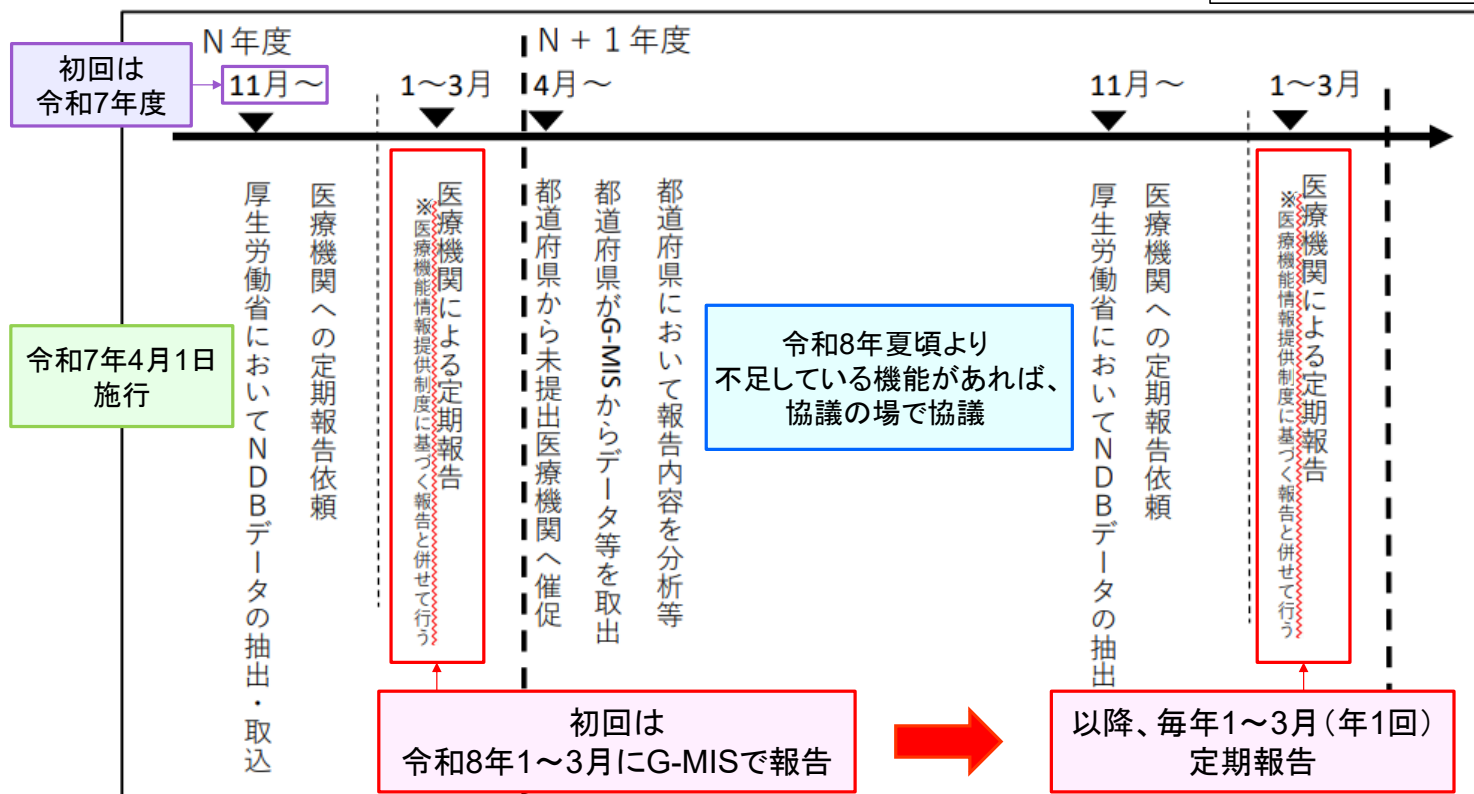
その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動(学校医、産業医、警察医等)、学生・研修医、リカレント教育等の教育活動等

48

<スケジュールのイメージ>

令和6年7月31日 厚生労働省
「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関
する分科会報告書」9頁に日本医師会で追記



49

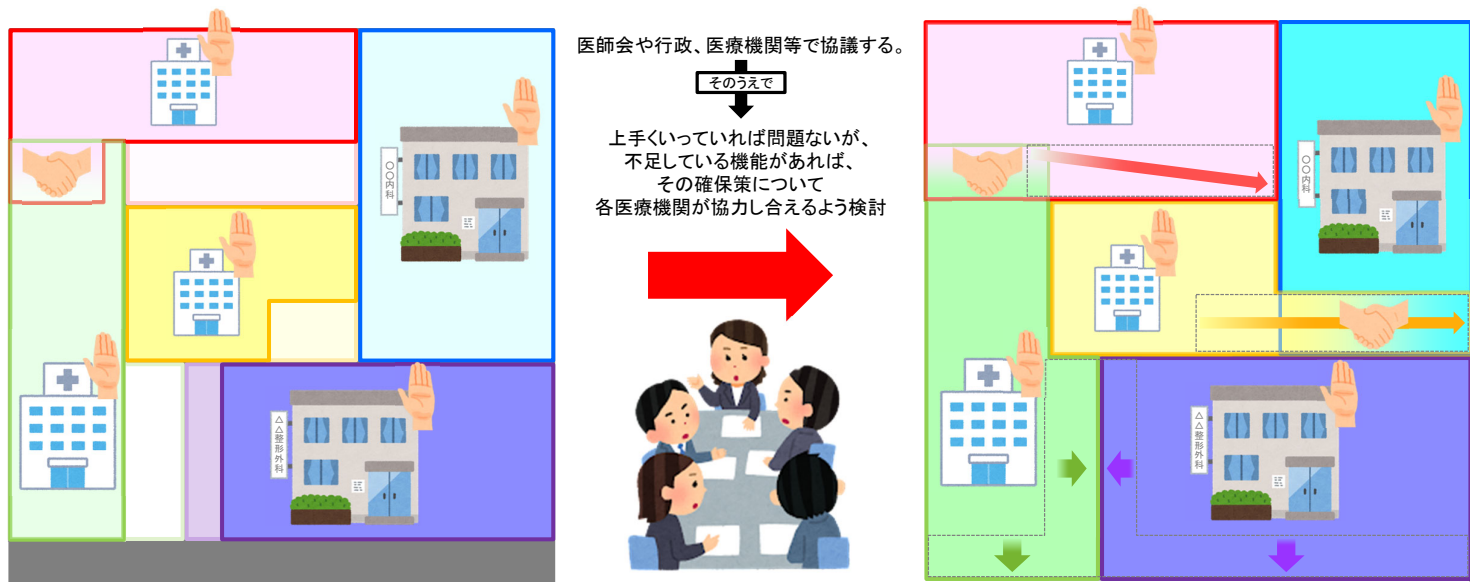
6. 地域を面で支えるために

50

地域を面で支えるかかりつけ医機能の実現に向けて

「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」の実現にあたっては、**より多くの医療機関に手挙げ**で現状を報告していただき、その報告に基づき、地域の医療資源の「見える化」を行う。

不足している機能があれば、医師会や行政、医療機関等が地域で協議を行い、その地域の医療需要を満たせるよう検討することが大切である。こうした取り組みを通じて、現在も上手く機能している医療提供体制は、なお一層充実したものになる。



51

かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けた医師会の役割

地域によって医療資源の事情は様々であるため、各地域の実状を踏まえた取り組み例を収集、分析し、好事例が活用できれば各地域と情報共有するとともに、それを全国に横展開することが大切である。



医師会は、それぞれの地域に必要なかかりつけ医機能が発揮されるよう、医師の研修をはじめ、行政と連携して地域を面で支える体制構築の要である。

52

議題 2

次回診療報酬改定の方向性について
(生活習慣病管理料の算定方法等を含む)

53

令和6年度改定における生活習慣病管理料について

54

診療所の収入に大きな影響を与えた項目

「最近の医療費の動向[概算医療費]（MEDIAS）」令和6年度1月号（令和7年6月公表）

■令和7年1月の医療費：4.1兆円（対前年同月比+2.9%）

（種類別：・医科入院 +5.0% ・医科入院外+0.0% ・歯科 +3.0% ・調剤 +2.8%）

■令和6年6月～令和7年1月の医療費の対前年同期比

・医科入院 +3.2% ・医科入院外 ▲1.4% ・歯科 +3.5% ・調剤 +1.5%

（月次報告が毎月こちらのURLに掲載されます。 https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/database/zenpan/iryou_doukou_b.html）

医科入院外（診療所）の収入に大きな影響を与えた要因として、以下の項目が挙げられます。

- 診療報酬におけるコロナ特例の終了
- PCR検査の実施回数の減少
- 処方箋料の点数減（令和6年度改定（令和6年6月施行）で▲8点）
- 生活習慣病に係る管理料等の再編（特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算、生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ）

55

診療所の外来診療における主なコロナ特例

令和5年5月7日まで	疑い患者について感染予防策を講じて実施した外来診療を評価 → 院内トリージ実施料 300 点
令和5年5月8日～	① 対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行する医療機関の評価 → 300点 ② ①に該当せず、院内感染対策を実施する医療機関の評価 → 147点
令和5年10月～	① 対応医療機関であって、院内感染対策を実施し、受入患者を限定しない医療機関 → 147点 ② ①に該当せず、院内感染対策を実施する医療機関の評価 → 50点
令和6年度改定	恒常的な感染症対策へと見直し

56

1. 生活習慣病管理料(Ⅰ)

- ・従来の生活習慣病管理料が生活習慣病管理料(Ⅰ)に再編された。
- ・生活習慣病管理料そのものの要件であった「少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理」は廃止された。

〔点数設定・包括範囲〕(月1回)

- 1 脂質異常症を主病とする場合：570点→610点
- 2 高血圧症を主病とする場合：620点→660点
- 3 糖尿病を主病とする場合：720点→760点

◇ 包括範囲

外来管理加算、医学管理等(糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く)、検査、注射、病理診断の費用は含まれる。

◇ 同月の他の診療日に外来管理加算は算定できる。

◇ 血糖自己測定指導加算：500点(年1回)

◇ 外来データ提出加算：50点

57

2. 生活習慣病管理料(Ⅱ)

今回改定で、特定疾患療養管理料の対象疾患から、「脂質異常症」、「高血圧症」、「糖尿病」が除外され、その受け皿として、生活習慣病管理料(Ⅱ)が新設された。

〔点数設定・包括範囲〕

◇ 点数設定：333点/月1回

(特定疾患療養管理料：225点+外来管理加算：52点+特定疾患処方管理加算：56点)

情報通信機器を用いて行った場合：290点

◇ 本点数を算定する場合、一部の医学管理等が含まれるが、別途、検査、注射、処置など算定できる。

◇ (Ⅱ)は(Ⅰ)より出来高算定できる項目が多い。

◇ 併算定できる医学管理等

外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料、ニコチン依存症管理料、療養・就労両立支援指導料、プログラム医療機器等指導管理料、診療情報提供料(Ⅰ)、電子的診療情報評価料、診療情報提供料(Ⅱ)、診療情報連携共有料、連携強化診療情報提供料、薬剤情報提供料

◇ 同月の他の診療日に外来管理加算は算定できる。

◇ 血糖自己測定指導加算：500点(年1回)

◇ 外来データ提出加算：50点

58

今後の管理料の選択について(実践的な解説) 1

今後、管理料を、個々の患者の状況や診療内容に応じ、各管理料の特性も踏まえて選択することになると思われるが、その際、以下の考え方の例を参考にして判断していただきたい。

- ◇ 従来、脂質異常症、高血圧症、糖尿病を有する患者さんに対して特定疾患療養管理料を算定してきた場合、今後は、生活習慣病管理料（Ⅰ）または生活習慣病管理料（Ⅱ）で算定することになるが、別に特定疾患療養管理料の対象疾患を有する患者さんに（主病管理が行われている場合）は、引き続き、特定疾患療養管理料を算定することができる。
- ◇ 生活習慣病管理料は月1回の算定で、（Ⅰ）は検査、注射、病理診断など包括範囲が多く、（Ⅱ）は（Ⅰ）より出来高算定できる項目が多い。月2回受診する患者さんには、これまでどおり算定できるなら、特定疾患療養管理料の算定を行うなど、個々の患者さんの状態に応じて選択することができる。

59

今後の管理料の選択について(実践的な解説) 2

- ◇ 生活習慣病管理料（Ⅱ）
月1回、特定疾患療養管理料を算定していた時と比べて点数差が少ないため、患者自己負担の変化が小さい。併算定可能な点数も多い。検査も出来高算定できるので、例えば糖尿病で検査が多い患者や急遽検査が必要になった場合に対応できる。
- ◇ 生活習慣病管理料（Ⅰ）
高血圧症、脂質異常症を有する患者で、比較的症状が安定して検査実施が少ない患者に対する評価として整理された。2、3か月に1回の算定も可能となったため、患者自己負担の観点からも算定のハードルが下がっている。
- ◇ 特定疾患療養管理料（他の対象疾患、胃炎、胃潰瘍、喘息等がある場合）
口頭説明でも十分に理解し、自己管理ができるが、胃炎や喘息等の主病管理が必要な患者で、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）の要件に該当しない患者に対する評価。月2回算定できる。看護に当たる家族等を通して療養上の管理を行った時も算定できる。

60

特定疾患療養管理料

➤ プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価。

1	診療所の場合	225点	
2	許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	
3	許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	(月2回に限り)

[算定要件]

- ・ 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月2回に限り算定する。
- ・ 第1回目の特定疾患療養管理料は、A000初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- ・ 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。
- ・ 管理内容の要点を診療録に記載する。
- ・ 同一保険医療機関において、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。
- ・ 実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている医療機関では算定できない。
- ・ 在宅療養指導管理料又は皮膚科特定疾患指導管理料の患者に対して行った管理の費用は、それぞれの指導管理料に含まれる。

〔対象疾患の削除・追加〕

結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、~~糖尿病~~、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、~~高血圧性疾患~~、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

61

次回(令和8年度)診療報酬改定の方角性について

62

- (1) 医療法による詳細な制度設計はこれからだが、かかりつけ医機能に対する診療報酬について議論し、医療法とも整合する形の体系的な見直しを行うべきで、これは政府方針にも、国民、患者の視点からも必須の対応であると強く主張する。
- (2) 連携はかかりつけ医機能の重要な要素。輪番も含めしっかりと時間外対応を進めるべき。医療と介護の連携も含め、かかりつけ医に関する評価の要件とすることも考えられる。
- (3) 医療法改正により、患者が希望する場合、かかりつけ医機能として提供する医療内容の書面交付が令和7年4月から施行されると、生活習慣病管理料の療養計画書と内容・役割が重なってくる。
- (4) 療養計画書は特定疾患療養管理料では要件になっていないが、計画書に基づきしっかり管理すること、計画書の作成について議論すべきではないか。
- (5) 生活習慣病の管理をどういった形で評価していくのか、特定疾患療養管理料と生活習慣病管理料の対象となっている患者像を分析した上で議論を深めていく必要がある。
- (6) 「計画的な管理」を評価している地域包括診療加算と特定疾患療養管理料が併算定できることも踏まえ、単純に加算を新設するという発想ではなく、既存のかかりつけ医機能の評価について体系的に整理すべき。

- (1) 生活習慣病は月1回の受診で十分であり、月2回以上の受診に対する診療報酬上の評価は見直すべき。
- (2) 症状が安定している患者は2、3か月に1回の受診形態を、医師による適切な治療計画のもとより普及させていくべき。それに併せてリフィル処方箋の活用も推進すべき。
- (3) トリプル改定というタイミングだからこそ、かかりつけ医に係る評価である地域包括診療料に、サービス担当者会議の参加を実績要件として、追加することを主張する。
- (4) 機能強化加算は、かかりつけ医機能に係る評価という位置づけだが、少なくともこれまでの発熱外来のようにどのような患者にも対応することを公表することを要件にすべき。また、時間外診療、多剤服用、重複検査の抑制について実績要件を設定すべき。医療法改正に基づくかかりつけ医の制度整備も視野に入れ、病状や治療内容に関する書面での説明を義務化すべき。
- (5) 介護における主治医とケアマネの連携のように、障害福祉においては、主治医と相談支援専門員の連携が重要であり、これもかかりつけ医機能として推進すべき。
- (6) 時間外対応(加算)はかかりつけ医機能の重要な要素であり、医療機関が果たしている役割として、常勤の医師が対応する場合と同等に評価することには疑問がある。
- (7) 特定疾患療養管理料は生活習慣病管理料に比べて専門的な管理が適切に行えるかという懸念がある。プライマリケア機能やかかりつけ医の役割を十分果たしているのかという疑問もあり、特定疾患処方管理加算を含め、現行の算定要件のまま評価を続けることには反対。
- (8) 生活習慣病と、がんなどの疾患を同様に評価することには違和感がある。特定疾患療養管理料で何を評価すべきなのか整理が必要。月1回の算定に適正化すべき。対象疾患の追加については慎重に議論すべき。
- (9) 外来管理加算の算定要件は曖昧で評価の妥当性に非常に疑問を持っている。計画的な管理を評価する診療報酬である特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料、地域包括診療加算と併算定できる構造は理解しがたいので廃止を強く主張する。併算定は計画的な管理の二重評価であり整理すべき。

◇ 診療側委員は、支払側の主張に対して、その都度、全力で打ち返し、各診療報酬項目の歴史的な経緯と重要性を主張。

【特に強調した点】

- ◆ それぞれの点数が設定された時点で、きちんと整理を行いながら、対象疾患への関わりや機能の違いについて理解した上で、中医協において答申がなされ、これまで細かな疑義解釈を積み重ねてきた。
- ◆ したがって、1つの病名に対し、複数の点数が存在する場合、医療機関の特性、体制、患者の状況、そして診療内容等に応じて適切な点数が選択されており、疾患が同じだから、すべてまとめていいということにはならない。ある意味、医療費の適正な配分効果もあり、非常に優れた仕組みになっている。
- ◆ 単に疾患が重なっているからという理由で、生活習慣病管理料にまとめることになれば、現在の疾患管理との違いを反映できず、患者さんの治療機会が失われたり、初期の段階での発見の機会を失ったり、結果的に疾患の重症化や医療費増につながる懸念がある。

財務省・財政制度等審議会 令和7年5月27日公表「春の建議」

診療所の経営状況を踏まえた対応

- 令和6年度(2024年度)診療報酬改定は、病院・診療所の令和4年度(2022年度)の経営状況を踏まえて実施したところである。
- 直近で把握可能な令和5年度(2023年度)の医療機関の経営状況について、厚生労働省が全国の医療法人の事業報告書等を集計したデータを確認したところ、病院のみを経営する医療法人の利益率は2.1%であったのに対し、無床診療所のみを経営する医療法人の利益率は8.6%であり、中小企業の全産業平均である3.6%よりも高い水準であった。
- 令和8年度(2026年度)診療報酬改定においては、令和6年度(2024年度)の医療機関の経営状況について、足もとの物価高騰の影響含め、**本年末に判明する医療経済実態調査等のデータを病院・診療所等それぞれの類型ごとに精緻に分析**した上で、窓口負担・保険料負担・公費負担で支えられている医療保険制度を通じて医療機関にもたらされる利益が、国民・患者の視点から見て妥当なものかどうかについても検討しつつ、国民負担の軽減と必要な医療保障のバランスを図りながら、メリハリある対応を検討する必要がある。

◆ 厚生労働省データ(医療法人の事業報告書等)による22・23年度の分析

【利益率・1法人当たり積立金】

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

(参考)

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

全人的なケアの実現に向けて

- **地域包括診療料・加算**や**認知症地域包括診療料・加算**は、複数の慢性疾患を有する患者に対して、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価であり、かかりつけ医機能を評価するために創設された基幹的・代表的な報酬項目であるにもかかわらず、必要な体制整備が困難との理由で、算定実績は低調である。したがって、地域での医療・介護ニーズを総合的に受け止め、認知症を含めた複数の慢性疾患を有する患者に対する全人的なケアを評価するにふさわしい報酬となっているか、前向きにかかりつけ医機能の発揮を志向できる的確なインセンティブ機能を果たしているかを検証の上で見直す必要があり、**例えば、両者を統合した上で、個々の医療機関が担うかかりつけ医機能をよりきめ細かに評価できる報酬体系に再構築すべき**ではないかと考えられる。
- また、**外来管理加算**については、計画的な医学管理（検査・処置・リハビリ・精神科精神療法・手術等の実施を行わないことや、丁寧な問診や詳細な身体診察などが要件）を評価して再診料に加算するものであるが、**例えば再診料に包括化した上で、それが果たしてきた役割・機能について、かかりつけ医機能を評価する他の管理料・加算との間で整理・統合すべき**ではないか。
- さらに、**機能強化加算**（初診患者の中でも特に継続的な管理が必要な疾患を有する患者に対し、専門医療機関への受診の可否の判断を含めた確度の高い診療機能を発揮することを評価）についても、施設基準さえ満たせば、患者実態によらず、また、当該医療機関をかかりつけ医としない患者に対しても一律に算定できること、などを踏まえると、「初診時におけるかかりつけ医機能の発揮」を的確に評価する形となっているかどうかを改めて検証した上で、**その廃止を含め抜本的な見直しを図るべき**ではないかと考えられる。

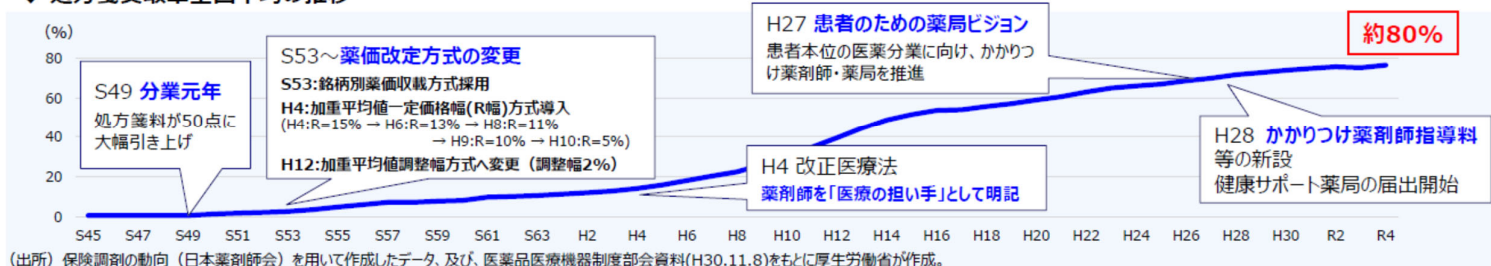
（出所）財務省 財政制度等分科会「激動の世界を見据えたあるべき財政運営」（令和7年5月27日）より作成

6 /

医薬分業の進捗を踏まえた処方料・処方箋料のあり方

- 処方箋料（院外処方）の引上げなど政策的な後押しにより、医薬分業は 相当な進捗を見せていると評価できる。
- 処方箋料（院外処方）への手厚い評価は、医薬分業を推進する観点から措置されてきたものであるが、近年、その目的が達成されてきた一方で、いわゆる門前薬局をはじめ、諸外国に比しても人口比で極めて多い薬局が展開している現状を踏まえれば、その政策的意義を含め、再考の余地があるのではないか。
- 具体的には、医薬分業の進捗状況を踏まえ、**処方料（院内処方）の水準との関係で、処方箋料（院外処方）の適正な水準を検討すべき**である。

◆ 処方箋受取率全国平均の推移



（出所）財務省 財政制度等分科会「激動の世界を見据えたあるべき財政運営」（令和7年5月27日）より作成

68

リフィル処方の推進に向けた取組

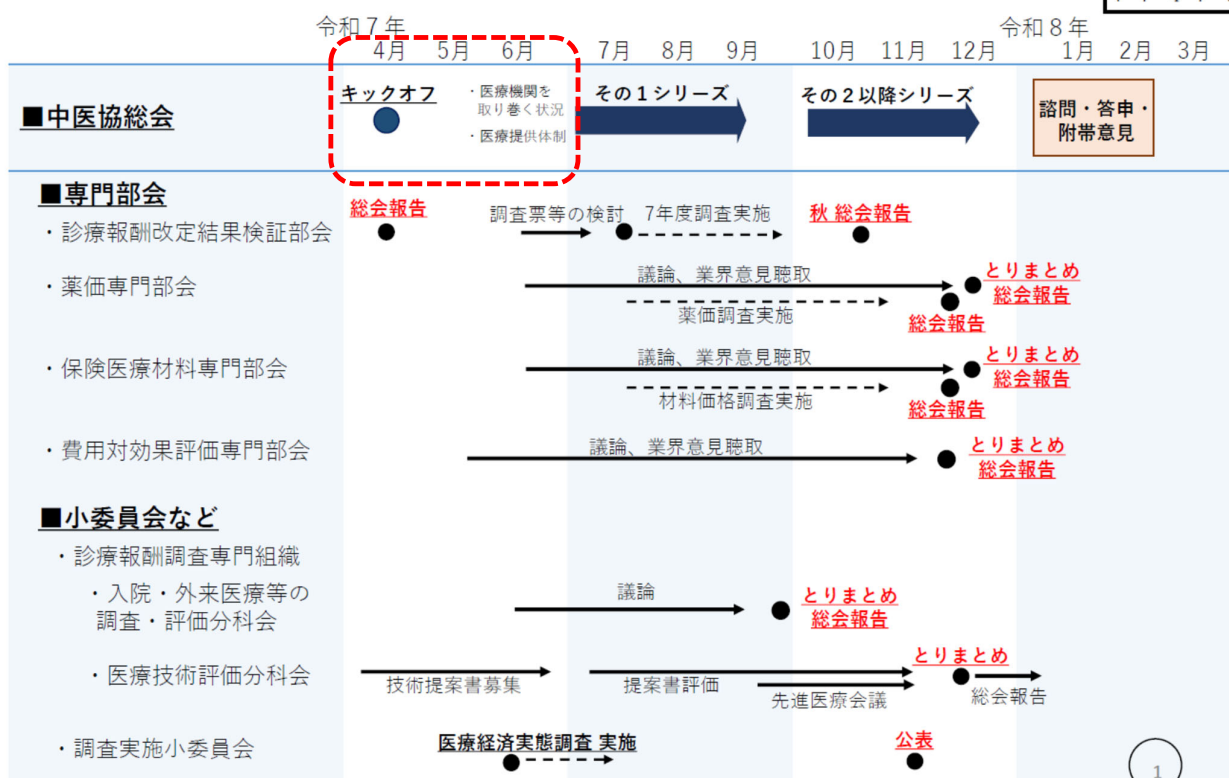
- ・医薬分業が進んだことにより、多剤・重複投薬等や相互作用の防止、薬の副作用や期待される効果の継続的な確認、在宅療養の場合の薬学的管理、薬についての不安に関する電話等での相談、飲み忘れ・飲み残しの防止や残薬の解消等につき、薬剤師がその役割を発揮することができるようになっていくことを踏まえれば、症状が安定し長期間の処方が必要なケースについては、リフィル処方とかかりつけ薬剤師による服薬状況等の確認を組み合わせることにより、通院負担を軽減させ、患者の利便性を向上させることが可能と考えられる。
- ・これにより、長期間の処方に係る患者の服薬状況等に関する医師の不安の解消にもつながると考えられる。
- ・リフィル処方を短期的に強力に推進していく観点から、早期に的確なKPIを設定するとともに、医療 DX を推進しつつ、リフィル処方の実績がリアルタイムで確認できるような仕組みを設けるべきである。
- ・また、特定の慢性疾患などにおいて、継続的な状況確認が必要な場合でも、薬剤師との連携によりリフィル処方が活用されるよう、診療報酬上の加減算も含めた措置を検討すべきである。

(出所) 財務省 財政制度等分科会「激動の世界を見据えたあるべき財政運営」(令和7年5月27日)より作成

69

令和8年度診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール(案)

中医協 総-7
7 . 4 . 9



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

1

70

現状①

(医療需要と医療費に関する概況)

- 日本の人口は減少局面を迎えており、今後は高齢化率が向上していく見込みである。
- コスト面では物価が上昇しており、人件費についても2024年の春闘による賃上げ率は+5.10%(定期昇給相当込み)と、社会全体として賃上げが進んでいる。医療関係職種についても同様に給与額は増えているが、産業全体の平均には届いていない。
- 国民医療費は全体として増加傾向にあり、診療種類別にみても同様である。内訳で見ると、1日当たり医療費は入院・外来ともに増加傾向にある。患者数は、2020年度に大きく減少、その後2023年度にかけて回復がみられる。

(医療機関の収支状況の分析)

- 医療法人の経常利益率については、2022年度から2023年度にかけて、平均値及び中央値はどの類型(病院・無床診・有床診)も低下傾向にある。最も頻繁に現れる値(最頻値)はどの類型においても0.0%~1.0%である。
- 事業利益率はどの病院類型においても低下傾向にあり、2023年度は療養病院を除いてマイナスである。特に一般病院については全体平均よりも低い利益率となっている。
- 病院の100床当たり事業収益は増加(+10.3%)しているが、それ以上に事業費用が増加(+14.7%)しており、事業収支の悪化につながっている。

(出所) 厚生労働省 中医協総会 総-5(令和7年4月23日)より作成

71

現状②

(支出に影響を与える様々な費用の動向の分析)

- 病院における人件費について
 - 病院の100床当たり常勤換算従業者数は、2017年と2023年を比較すると+8.0%(年平均で1.3%)増加している。
 - 医療関係職種の給与額はおおむね増加傾向にあり、2018年と比較した2024年時点の6年間の増加率は、所定内給与額が+11.2%(年平均で1.9%)増加している。
 - 従事者の年齢上昇による人件費の増加が生じており、看護師では6年間で0.8%、リハビリ系職種では6年間で3.0%に相当する。また、看護職員に占める看護師比率の上昇による人件費の増加が生じており、6年間で看護職員の人件費の1.1%に相当する。
- 薬剤費について
 - 1施設当たりの薬剤費について、2019年度から2023年度にかけての変化を見ると、病院の場合は院内分で+21.1%(院外分を含むと+15.2%)である。同様に診療所の場合は院内分で▲12.3%(院外分を含むと▲3.1%)である。
- 建築費や新規の建築の状況について
 - 病院・診療所の建築単価は増加傾向にある。
 - 一方で、病院・診療所の新規に着工される建築物の数は減少傾向にある。中でも、病院に相当すると考えられる鉄筋鉄骨コンクリート造や700㎡以上の中規模以上の建築物については、その実数・割合とも減少傾向にある。

(出所) 厚生労働省 中医協総会 総-5(令和7年4月23日)より作成

72

人口動態／医療需要・医療施設

- 人口については、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。地域ごとにみると、高齢者人口については、大都市部を中心に増加し、過疎地域を中心に減少する一方、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少することが見込まれる。
- 2040年の医療需要については、仮に受療率が将来にわたって現在と変わらないと仮定した場合、
 - 入院医療について、2020年と比較して、85歳以上の高齢者の救急搬送は75%増加する。また、多くの医療資源を要する手術については、全ての診療領域で、2020年から2040年にかけて、半数以上の構想区域において手術件数が減少することが見込まれている。
 - 外来医療については、全国的にすでに需要が減少傾向にある。
 - 在宅医療や訪問看護については、大半の地域で需要が増加することが見込まれる。
- 病院の総数は減少傾向にある。また、病院の1日平均外来患者数及び在院患者数は減少傾向にある。
- 無床診療所の総数は増加傾向にある。一方、有床診療所の総数は減少傾向にある。
- 訪問看護ステーション数は増加傾向にある。医療保険の訪問看護療養費を請求している訪問看護ステーション数は、直近5年で約1.5倍である。

(出所) 厚生労働省 中医協総会 総-4(令和7年6月25日)より作成

73

医療従事者の現況

- 医師については、総数として増加傾向にあるが、地域偏在や診療科偏在が課題となっている。
- 看護職員については、看護職員就業者数は増加を続け、就業看護職員の年齢階級別構成割合の推移を見ると、40歳以上の就業看護職員数が増加している。訪問看護ステーションに就業する看護職員数も増加している。看護師養成所における卒業者数は令和3年度をピークに減少傾向であり、看護師養成所(3年課程)における令和6年度入学者の定員充足率は89.6%と低下している。
- その他の職種について、医療機関の従事者数は全体的に増加傾向で、特に理学療法士と作業療法士の増加が大きかった。直近の国家試験合格者数は、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士の順で多かった。

(出所) 厚生労働省 中医協総会 総-4(令和7年6月25日)より作成

74

今後の医療提供体制

- 2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革として、「新たな地域医療構想」や「医師偏在対策」等のとりまとめが行われている。また、令和7年4月より「かかりつけ医機能報告制度」が施行された。
- 今後、多くの医療資源を要する手術等が減少し、急性期病床の稼働率の低下等により、医療機関の経営への影響が見込まれる。地域における急性期医療・救急医療の維持・確保に向けて、二次医療圏の圏域の広域化の見直しや、病床・病院再編を進める取り組みが進められている。
- 医療提供体制に関する課題は都市部と地方部で異なっており、特にすでに人口減少がより進んでいる過疎地域等における医療の確保に向けた取り組みとして、外来医師偏在指標に基づく外来医療機能の確保、へき地医療支援事業、地域医療対策協議会による医師派遣等の協議・調整、オンライン診療の活用等が進められている。
- 看護職員の確保に向けて「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」が令和5年に改定され、さまざまな取り組みが行われている。

(出所) 厚生労働省 中医協総会 総-4(令和7年6月25日)より作成

75

課題

以上のような現状を踏まえ、特に以下のような観点から、診療報酬改定の方針性についてどのように考えるか。

<患者の高齢化への対応>

- 医療・介護複合ニーズを有する高齢者の増加が見込まれる中、「治し、支える医療」を実現する観点

<生産年齢人口の減少>

- 看護師の新規養成数がピークアウトするなど、職種によっては担い手の減少が見込まれる中、医療DX、タスクシフト・シェア等の推進により、生産性の向上を図り、地域の医療提供体制の維持・確保する観点

<急性期機能の維持・確保>

- 多くの医療資源を要する手術等が減少し、急性期病床の稼働率の低下等により、医療機関の経営への影響が見込まれる中、急性期医療や救急医療を提供する体制を構築する観点

<特に医療資源が少ない地方部の課題>

- 都市部と地方部で医療提供体制に関する課題が異なる中、特にすでに人口減少がより進んでいる過疎地域等において、拠点となる医療機関からの医師の派遣や巡回診療、ICTの活用等の様々な方策により、地域で不可欠な医療機能を確保する観点

(出所) 厚生労働省 中医協総会 総-5(令和7年4月23日)より作成

76

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

1. 「経済・財政新生計画」の推進 (「経済・財政新生計画」に基づく今後の取組方針)

経済成長の果実の活用(税収の上振れ分の活用)の視点が盛り込まれた

予算編成においては、2027年度までの間、骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続しつつ、日本経済が新たなステージに移行しつつあることが明確になる中で、経済・物価動向等を踏まえ、各年度の予算編成において適切に反映する。とりわけ社会保障関係費²⁰⁴については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。具体的には、高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する。

※204 社会保障関係費の伸びの要因として高齢化と高度化等が存在する。

- ・ 社会保障予算の目安対応の見直し(高齢化分とは別枠で、物価・賃金対応分を加算すると読み取れ、原案からの劇的な前進と言える)
- ・ 歳出改革の中での『引き算』ではなく、物価・賃金対応分を加算するという『足し算』の論理となった

77

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針 (1) 全世代型社会保障の構築

医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかり図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある。このため、これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、次期報酬改定を始めとした必要な対応策において、2025年春季労使交渉における力強い賃上げ²⁰⁷の実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。

このため、2024年度診療報酬改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。また、介護・障害福祉分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善や業務負担軽減等の実現に取り組むとともに、これまでの処遇改善等の実態を把握・検証し、2025年末までに結論が得られるよう検討する。

※207 日本労働組合総連合会の集計によれば、現時点(第6回集計)で定期昇給を含む平均賃上げ率は5.26%(うちベースアップ分のみで3.71%)、組合員数300人未満の組合の平均賃上げ率は4.70%(うちベースアップ分のみで3.51%)となっている。

78

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

(1) 全世代型社会保障の構築

持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、**OTC類似薬の保険給付の在り方の見直し**²⁰⁸や、地域フォーミュラの全国展開²⁰⁹、新たな地域医療構想に向けた病床削減²¹⁰、医療DXを通じた効率的で質の高い医療の実現、現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底²¹¹、がんを含む生活習慣病の重症化予防とデータヘルスの推進などの改革について²¹²、引き続き行われる社会保障改革に関する議論の状況も踏まえ、**2025年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、2026年度から実行する。**

²⁰⁸ 医療機関における必要な受診を確保し、子どもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、個別品目に関する対応について適正使用の取組の検討や、セルフメディケーション推進の観点からの更なる医薬品・検査薬のスイッチOTC化に向けた実効的な方策の検討を含む。

²⁰⁹ 普及推進策を検討し、各地域において地域フォーミュラが策定されるよう取組を推進する。

²¹⁰ 人口減少等により不要となると推定される一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情を踏まえた調査を行った上で、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

²¹¹ 医療・介護保険における負担への金融所得の反映に向けて、税制における金融所得に係る法定調書の現状も踏まえつつ、マイナンバーの記載や情報提出のオンライン化等の課題、負担の公平性、関係者の事務負担等に留意しながら、具体的な制度設計を進める。

²¹² 詳細については、「自由民主党、公明党、日本維新の会 合意」(令和7年6月11日自由民主党・公明党・日本維新の会)を参照。79

ご清聴ありがとうございました。



