

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.890 2025.10.14

医療情報ヘッドライン

**自民・高市新総裁、補正予算で病院支援を
「次期改定まで待てられない状況」**

▶自由民主党

**在支診・在支病にBCP策定を義務化
24時間往診体制への貢献も手厚く評価**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会

週刊 医療情報

2025年10月10日号

**有料老人ホーム、
家賃優遇の条件付け禁止へ**

経営TOPICS

統計調査資料

令和6(2024)年

医療施設(動態)調査の概況

経営情報レポート

**外来医療の機能分化の推進へ
かかりつけ医機能報告制度の要旨**

経営データベース

ジャンル: 医療税務 > サブジャンル: 税務調査

税務調査が行なわれる時期

証拠書類と調査の重点項目

発行: 税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

自民・高市新総裁、補正予算で病院支援を 「次期改定まで待ってられない状況」

自由民主党

自由民主党の高市早苗総裁は、10月4日の記者会見で、物価高対策についての質問に対して賃上げ税制を活用できない中小事業者への手当てが必要だとしたうえで「少し急がなければならないのは病院、それから介護施設が今かなり大変な状況になっている」と言及。「病院の7割が深刻な赤字で、介護施設の倒産は過去最高になった」と、医療機関や介護施設の経営が危機的状況であるとの認識を示した。そのうえで、次期診療報酬改定での対応だと「実際にその効果が現れるのは少し先」になるため「それを待ってられない状況。特に地域にある医療機関がどんどん倒産していくことになる」とし、補正予算で早急に支援していく意向を明らかにした。

■医業利益の赤字病院は73.8%

医療機関の経営状況は悪化している。10月6日に四病院団体協議会が公表した「2025年度病院経営定期調査（中間報告）」によれば、医業利益の赤字病院は73.8%。

前年度の69.9%から3.9ポイント増え、高市氏が指摘したように7割以上に達している。

こうした状況を踏まえ、9月11日には日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会のいわゆる三師会が福岡資麿厚生労働相に「今年度中の財政支援が必要」と補正予算での対応を求める要望書を提出していた。

高市氏は、9月26日に名古屋市で行われた自民党総裁選の候補者演説会において地域の医療機関が非常に厳しい状況にあることを指摘。自らが新総裁になった場合を前提に「この秋の臨時国会で補正予算を組み、過去2年分の人件費や物価高を反映して、早めに

改定する」とし、診療報酬引き上げの意向を示していた。

なお10月7日現在、臨時国会の召集は決定しておらず、首相指名選挙は10月17日以降となる見込み。与党連立の見通しがまだ立っていない状況のため、高市氏が首相就任できない可能性も残されている。

■女性の健康課題解決にも意欲

高市氏は、自民党総裁選にあたり医療関係の政策として「健康医療安全保障の構築」を掲げ、具体的には、以下の6点を挙げた。

- 地域医療・福祉の持続・安定に向け、コスト高に応じた診療・介護報酬の見直しや人材育成支援
- 『攻めの予防医療』（癌検診陽性者の精密検査・国民皆歯科健診の促進等）を徹底することで、医療費の適正化と健康寿命の延伸を共に実現
- ワクチンや医療品を国内で完結できる体制の構築
- 再生・細胞医療、遺伝子治療分野、革新的がん医療、認知症治療等に係る研究開発と社会実装の促進
- 『女性の健康』ナショナルセンター機能の実現
- CBRNE テロ（化学・生物・放射線・核兵器や爆発物を用いたテロ）発生時の救急・医療連携を検討する専門家組織の創設

9月30日には、東京・世田谷の国立成育医療研究センター内にある「女性の健康総合センター」を視察。自身が「かねてより一貫して取り組んできた政策」として「女性の一生を支える新しい医療モデルづくり」を進めている同センターの取り組みに期待を寄せている。

医療情報
ヘッドライン
②

在支診・在支病にBCP策定を義務化 24時間往診体制への貢献も手厚く評価

厚生労働省 中央社会保険医療協議会

厚生労働省は 10 月 1 日の中央社会保険医療協議会総会で、在宅療養支援診療所および在宅療養支援病院（在支診および在支病）に BCP（事業継続計画）の策定を義務付ける意向を示した。また、「24 時間の在宅医療提供体制を地域で面として確保する観点」から、連携型の機能強化型在支診・在支病について、地域の 24 時間往診体制への貢献度合いに応じてよりきめ細かく評価していく考えも明らかにしている。

■BCP策定済みの在支診は11%

在宅医療の提供体制に求められる医療機能について、厚生労働省は「在宅医療の体制構築に係る指針」で以下の4つを挙げている。

- | | |
|---------|----------|
| ①退院支援 | ②日常の療養支援 |
| ③急変時の対応 | ④看取り |

裏を返すと、多職種連携を図りながら、この4つを 24 時間体制で提供するのが在宅医療というわけだ。

この4機能の確保に向け、積極的役割を担う医療機関が在支診および在支病。そのため、「緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制等」の確保が求められている。

2024 年 8 月 1 日時点で、在支診は 10,858 施設（機能強化型在支診（連携型）は 4,161 施設、機能強化型在支診（単独型）は 275 施設）、在支病は 1,287 施設（機能強化型在支病（連携型）は 530 施設、機能強化型在支病（単独型）は 310 施設）となっており、在支診は横ばいだが在支病は増加傾向にある。

施設数は増えているが、「緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制等」の確保が

求められているにもかかわらず、BCP 策定状況は芳しくない。

新型コロナウイルス感染症拡大以前となる 2020 年 1 月以前の調査だが、BCP を策定していたのは在支病の 32%、在支診は 11%にとどまった。気候変動の影響で大規模な自然災害が起きる可能性が高まっているうえ、感染症の蔓延やサイバー攻撃によるシステム障害といったリスクも想定される今、緊急事態への早期対応は喫緊の課題だ。

厚労省が、継続的な支援が求められる在宅医療の提供機関に BCP 策定を求めるのは当然だといえる。ちなみに、内閣府「令和 5 年度 企業の事業継続及び防災の取組に関する実態調査」によれば、大企業の 76.4%が BCP 策定済みなのに対し、中堅企業で策定済みなのは 45.5%と規模が小さいほど BCP 策定が進んでいない傾向が見られた。

■看取りや重症患者対応の評価も見直しへ

なお、この日の総会で厚労省は、在宅での看取りや重症患者の訪問診療の実績が多い在支診・在支病を手厚く評価する方針も示している。この方針の背景にあるのは、自宅における死亡者数の急増だ。2010年と2023年を比較すると約 2.5 倍に増加している。

また、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）データによれば、機能強化型の在支診・在支病の約 35%は、訪問診療患者に占める重症度の高い患者割合が 20%以上だったという結果も出ている。

いずれにせよ、在宅医療を担う在支診・在支病の負担が増していることは明らかであり、次期診療報酬改定においてその評価が手厚くなる可能性は高そうだ。

医療情報①
厚生労働省
検討会

有料老人ホーム、 家賃優遇の条件付け禁止へ

厚生労働省は3日、有料老人ホームが入居契約で家賃優遇といった条件を付けたり、かかりつけ医やケアマネジャーの変更を強要したりすることを禁じる内容の取りまとめの素案を省内の検討会に示し、おおむね了承された。有料老人ホームと資本・提携関係にある介護事業所や居宅介護支援事業所の利用を入居契約の条件とすることも禁止する。入居者に過剰な介護サービスを提供する「囲い込み」をなくすのが狙い。

取りまとめの素案には、入居契約とケアマネジメント契約が独立していることや、契約締結やケアプラン作成のプロセスに関する手順書やガイドラインを有料老人ホームがあらかじめまとめ、入居希望者に示すことも明記。手順書やガイドライン通りに契約締結が行われているかを行政がチェックできる仕組みの必要性も指摘している。

有料老人ホームなど高齢者向け住宅を巡っては、一部の事業者が入居者の「囲い込み」を行っているとの指摘がある。厚労省では、介護サービス事業所が併設する高齢者の住まいで家賃や管理費などを不当に下げて入居者を集め、それによる収入の不足分を賄うために入居者のニーズを超えた過剰な介護保険サービスを提供するケースを想定している。

また、介護保険サービスを使う場合に併設や隣接、同一や関連法人などの居宅介護事業所がケアプランを作成することや、同一や関連法人の介護事業所のサービスを利用することを実質的な入居要件にするケースも一部の有料老人ホームで確認されているという。

そのため、厚労省は「囲い込み」対策として、有料老人ホームが入居者に家賃優遇を行ったり、かかりつけ医やケアマネジャーの変更を強要したりすることを禁止する措置を設ける。

また、中重度の要介護者や医療ケアを要する要介護者などを入居対象とする有料老人ホームに関しては、現行の届け出制から登録制に切り替えることを検討する。行政が関与することで入居者の保護を強化したい考え。取りまとめの素案は、3日の「有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会」で示され、おおむね了承された。厚労省はパブリックコメントを近く実施する。意見交換では、登録制の導入は一部ではなく、全ての有料老人ホームを対象とするべきだという意見が複数出た。

医療情報②
医療経済フォー
ラム・ジャパン

医療保険の見直しは 「難しいパズル」ー遠藤氏

医療経済フォーラム・ジャパンが主催する公開シンポジウム（第23回）が2日開かれ、学習院大の遠藤久夫学長は基調講演で、医療保険の持続可能性を確保するため「難しいパズルを

解かなくてはならない。それはきっと、誰も気付いていない正解があるわけではない」と述べた。遠藤氏はその上で、給付と負担の実態の正しい把握やこれまでの政策の検証を踏まえて国民の合意形成を目指す地道な試みが重要になるとの認識を示した。

厚生労働省によると、医療保険の加入者1人当たりの保険料負担は2021年度に現役世代の全ての年齢区分で保険給付を上回った。これに対し、60歳以上の年齢区分ではいずれも保険給付が負担を上回り、給付と負担の差は高齢なほど大きかった。

遠藤氏は「今後、現役世代が減って高齢世代が増えるという人口動態を考えると、後ろの世代ほど不利益が生じる」と指摘した。ただ、給付とのアンバランスを解消するため高齢者の負担を増やすと受診控えで重症化するケースが増え、医療費をかえって押し上げかねず、見直しの難しさを指摘した。

●財務省主計局・吉野氏「保険料の上昇に配慮」

公開シンポジウムは「医療保険の持続可能性」がテーマで、遠藤氏ら6人が登壇した。財務省主計局の吉野維一郎次長は、骨太方針2025に盛り込まれた社会保障費の水準の考え方を説明した。24年度までの政府予算の編成では、社会保障費の自然増のうち、医療の高度化に伴う増加分を薬価引き下げなどの制度改革で効率化し、高齢化に伴う増加分のみに収めてきた。

25年度以降の予算編成でも効率化の制度改革を行うが、高齢化の増加分だけでなく経済・物価動向への対応に必要な歳出を認める。26年度予算の編成もこの考えに沿って進める。

吉野氏は「賃金の上昇や物価高への対応分は予算の中で認めるが、現役世代の保険料が上昇しては元も子もない」と述べ、保険料の負担を抑えるため、医薬品への保険給付の見直しや地域フォーミュラの普及促進などを組み合わせて行う必要があると訴えた。

●健保連の佐野会長代理、「ポスト2025」の提言を紹介

健康保険組合連合会の佐野雅宏会長代理は、健保連が9月に公表した「ポスト2025」の提言を紹介した。提言には、医療費の負担の構造改革や医療費適正化のための医療提供体制の改革などを盛り込んだ。医療費負担の見直しの具体策として、原則2割負担としている年齢区分を現在の「70-74歳」から「75-79歳」に引き上げ、3割負担を求める現役並み所得者の対象を拡大するなどの対応を国に求めた。

また、医療提供体制の改革のメニューには、高度な医療を提供する病院の拠点化・集約化や、高齢な救急患者を受け入れる病院の機能の充実などを盛り込んだ。

佐野氏は講演で、病診格差や病院の機能・規模を踏まえて改定率を設定するなど、診療報酬制度の見直しも提案した。

●厚労省の矢田貝審議官「これまでと真逆の発想が必要」

厚労省の矢田貝泰之大臣官房審議官は、現役世代の減少と後期高齢者の増加が進む中、医療保険の持続可能性を確保するため「（これまでと）かなり発想を変えなくてはいけない」との認識を示した。（以降、続く）

週刊医療情報（2025年10月10日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

令和6年(2024)年 医療施設(動態)調査の概況

厚生労働省 2025年9月26日公表

令和6年 10 月 1 日現在における全国の医療施設総数は 182,026 施設で、このうち、「休止中・1 年以上休診中」の施設を除いた「活動中の施設」は 179,645 施設（医療施設総数の 98.7%）となっている。以下の内容は、その「活動中の施設」について取りまとめたものである。

1 施設数

(1)施設の種類の別みた施設数

全国の医療施設は 179,645 施設で、前年に比べ 189 施設減少している。

「病院」は 8,060 施設で、前年に比べ 62 施設減少しており、「一般診療所」は 105,207 施設で 313 施設増加、「歯科診療所」は 66,378 施設で 440 施設減少している。

病院を施設の種類の別みると、「精神科病院」は 1,057 施設で、前年に比べ増減なし、「一般病院」は 7,003 施設で、62 施設減少している。一般病院のうち「療養病床を有する病院」は 3,338 施設（病院総数の 41.4%）で、前年に比べ 65 施設減少している。

一般診療所は「有床」が 5,415 施設（一般診療所総数の 5.1%）で、前年に比べ 226 施設減少し、このうち「療養病床を有する一般診療所」は 431 施設で、前年に比べ 75 施設減少している。「無床」は 99,792 施設（同 94.9%）で、前年に比べ 539 施設増加している。

各年 10 月 1 日現在

	施設数		対前年		構成割合 (%)	
	令和 6 年 (2024)	令和 5 年 (2023)	増減数	増減率 (%)	令和 6 年 (2024)	令和 5 年 (2023)
総 数	179 645	179 834	△ 189	△ 0.1
病 院	8 060	8 122	△ 62	△ 0.8	100.0	100.0
精神科病院	1 057	1 057	-	-	13.1	13.0
一般病院	7 003	7 065	△ 62	△ 0.9	86.9	87.0
（再掲）療養病床 を有する病院	3 338	3 403	△ 65	△ 1.9	41.4	41.9
一般診療所	105 207	104 894	313	0.3	100.0	100.0
有 床	5 415	5 641	△ 226	△ 4.0	5.1	5.4
（再掲）療養病床 を有する一般診療所	431	506	△ 75	△ 14.8	0.4	0.5
無 床	99 792	99 253	539	0.5	94.9	94.6
歯科診療所	66 378	66 818	△ 440	△ 0.7	100.0	100.0
有 床	20	20	-	-	0.0	0.0
無 床	66 358	66 798	△ 440	△ 0.7	100.0	100.0

(2)開設者別にみた施設数

施設数を開設者別にみると、病院は「医療法人」が 5,626 施設（病院総数の 69.8%）と最も多く、次いで「公的医療機関」が 1,182 施設（同 14.7%）となっている。

一般診療所は「医療法人」が 47,711 施設（一般診療所総数の 45.3%）と最も多く、次いで「個人」が 38,719 施設（同 36.8%）となっている。歯科診療所は「個人」が 48,667 施設（歯科診療所総数の 73.3%）と最も多くなっている。

前年と比べると、病院は「医療法人」が 32 施設減少、「個人」が 15 施設減少している。

一般診療所は「医療法人」が 994 施設増加し、「個人」が 489 施設減少している。

歯科診療所は「医療法人」が 376 施設増加し、「個人」が 855 施設減少している。

各年 10 月 1 日現在

	施設数		対前年		構成割合（%）	
	令和 6 年 (2024)	令和 5 年 (2023)	増減数	増減率 (%)	令和 6 年 (2024)	令和 5 年 (2023)
病 院	8 060	8 122	△ 62	△ 0.8	100.0	100.0
国	317	317	-	-	3.9	3.9
公的医療機関	1 182	1 191	△ 9	△ 0.8	14.7	14.7
社会保険関係団体	47	46	1	2.2	0.6	0.6
医療法人	5 626	5 658	32	△ 0.6	69.8	69.7
個 人	92	107	△ 15	△ 14.0	1.1	1.3
その他	796	803	△ 7	△ 0.9	9.9	9.9
一般診療所	105 207	104 894	313	0.3	100.0	100.0
国	551	548	3	0.5	0.5	0.5
公的医療機関	3 501	3 930	△ 429	△ 10.9	3.3	3.7
社会保険関係団体	409	415	△ 6	△ 1.4	0.4	0.4
医療法人	47 711	46 717	994	2.1	45.3	44.5
個 人	38 719	39 208	△ 489	△ 1.2	36.8	37.4
その他	14 316	14 076	240	1.7	13.6	13.4
歯科診療所	66 378	66 818	△ 440	△ 0.7	100.0	100.0
国	4	4	-	-	0.0	0.0
公的医療機関	247	251	△ 4	△ 1.6	0.4	0.4
社会保険関係団体	4	5	△ 1	△ 20.0	0.0	0.0
医療法人	17 053	16 677	376	2.3	25.7	25.0
個 人	48 667	49 522	△ 855	△ 1.7	73.3	74.1
その他	403	359	44	12.3	0.6	0.5

(3)病床の規模別にみた施設数

施設数を病床の規模別にみると、病院は「50～99 床」が 1,966 施設（病院総数の 24.4%）と最も多く、一般診療所は「10～19 床」が 3,788 施設（有床の一般診療所総数の 70.0%）と多くなっている。

2 病床数

(1) 病床の種類別にみた病床数

医療施設の病床数をみると、全病床数は 1,542,357 床で、前年に比べ 14,663 床減少している。病院は 1,469,845 床で、前年に比べ 11,338 床減少しており、一般診療所は 72,451 床で 3,329 床減少、歯科診療所は 61 床で 4 床増加している。

病院を病床の種類別にみると、「一般病床」は 879,728 床（病院の全病床数の 59.9%）で、前年に比べ 3,134 床減少、「精神病床」は 316,147 床（同 21.5%）で 2,774 床減少、「療養病床」は 268,521 床（同 18.3%）で 5,224 床減少している。

一般診療所の「療養病床」は 4,088 床で、前年に比べ 818 床減少している。

各年 10 月 1 日現在

	施設数		対前年		構成割合 (%)	
	令和 6 年 (2024)	令和 5 年 (2023)	増減数	増減率 (%)	令和 6 年 (2024)	令和 5 年 (2023)
総 数	1 542 357	1 557 020	△ 14 663	△ 0.9
病 院	1 469 845	1 481 183	△ 11 338	△ 0.8	100.0	100.0
精神病床	316 147	318 921	△ 2 774	△ 0.9	21.5	21.5
精神科病院	241 796	242 827	△ 1 031	△ 0.4	16.5	16.4
一般病院	74 351	76 094	△ 1 743	△ 2.3	5.1	5.1
感染症病床	1 941	1 911	30	1.6	0.1	0.1
結核病床	3 508	3 744	△ 236	△ 6.3	0.2	0.3
療養病床 (A)	268 521	273 745	△ 5 224	△ 1.9	18.3	18.5
一般病床	879 728	882 862	△ 3 134	△ 0.4	59.9	59.6
一般診療所	72 451	75 780	△ 3 329	△ 4.4	100.0	100.0
(再掲) 療養病床 (B)	4 088	4 906	△ 818	△ 16.7	5.6	6.5
歯科診療所	61	57	4	7.0
療養病床総数 (A) + (B)	272 609	278 651	△ 6 042	△ 2.2

(2) 開設者別にみた病床数

病床数を開設者別にみると、「医療法人」が病院では 827,323 床（病院の全病床数の 56.3%）、一般診療所では 57,207 床（有床の一般診療所の全病床数の 79.0%）と最も多くなっている。

令和 6（2024）年 医療施設（動態）調査の概況の全文は
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

外来医療の機能分化の推進へ

かかりつけ医機能 報告制度の要旨

1. かかりつけ医機能の充実、役割分担を図る
2. かかりつけ医機能報告制度の概要
3. かかりつけ医機能は1号・2号に分類
4. 説明会での質疑応答



■参考資料

【厚生労働省】：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会 資料

1

医業経営情報レポート

かかりつけ医機能の充実、役割分担を図る

2025 年 4 月から、新たに「かかりつけ医機能報告」制度が導入されました。

この制度は、地域における外来医療の役割分担を明確にし、患者がまずかかりつけ医を受診し、その後必要に応じて基幹病院などの専門外来を紹介される仕組みを強化するためのものです。

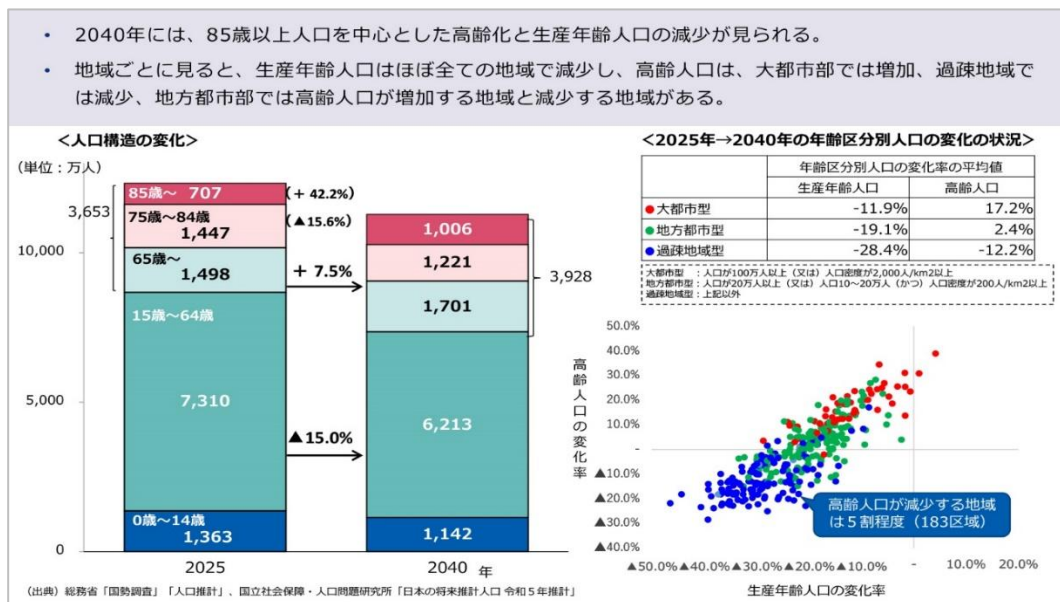
また、専門的な治療が終了した後は、再びかかりつけ医に戻すという流れを整え、地域医療における「かかりつけ医機能」を明確化し、地域包括ケアシステムを推進する狙いがあります。

■ 人口動態の変化と高齢化の進展

2040 年に向けて、日本の人口動態には一段と大きな変化が見込まれています。

特に 85 歳以上の高齢者が増加する一方で、生産年齢人口は全ての地域で減少することが予測されています。大都市部では引き続き高齢者の人口が増加するものの、過疎地域では今後高齢者人口は著しい減少をたどることになります。

◆2040年の人口構成について



厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

■ 医療需要の変化や人材確保の課題

医療需要は地域ごとに異なりますが、入院患者数は全国的に増加傾向で、特に高齢者の割合が高まることがその要因とされています。

一方、外来患者数は2025年にピークを迎えると予測されています。

2

医業経営情報レポート

かかりつけ医機能報告制度の概要

■ 地域医療を支える「かかりつけ医機能報告」の取り組み

厚生労働省が主導する「かかりつけ医機能報告」制度は、各医療機関は地域の都道府県知事に対して、かかりつけ医としての機能を有しているかを報告する仕組みです。

都道府県知事は、医療機関がかかりつけ医の役割を果たすための体制を備えていることを確認し、地域での外来医療に関する協議の場において公表し、その情報を共有します。

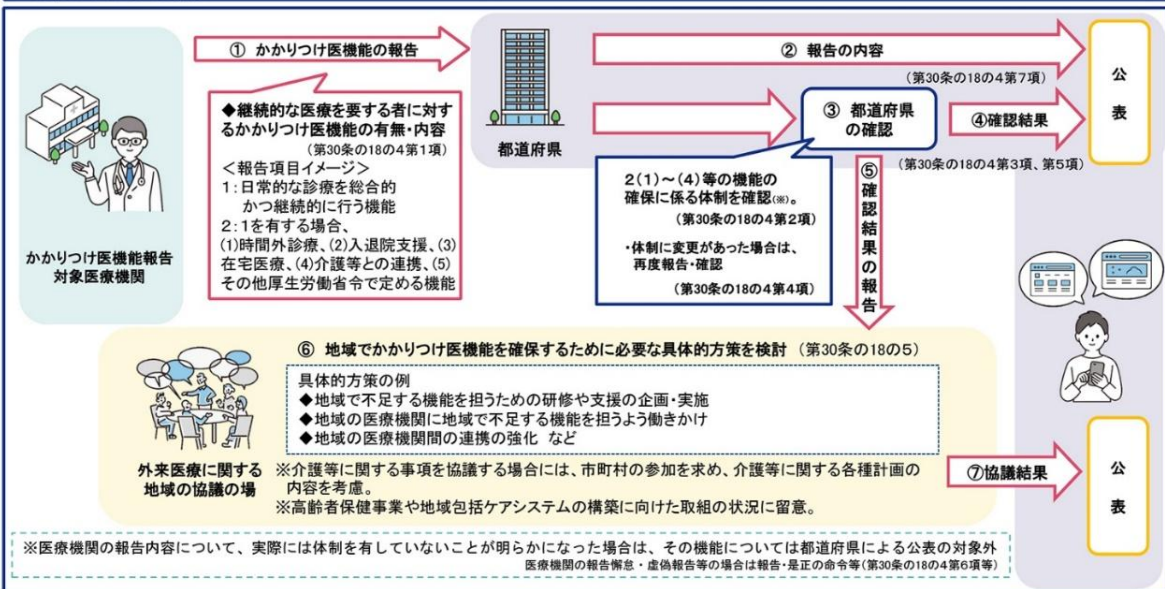
その後、かかりつけ医機能の確保に向けた具体的な対策が議論され、取りまとめられた内容が地域住民に対し公表されます。

このような流れにより、地域での継続的な医療支援体制が強化され、住民が安心して医療を受けられる環境整備が進むことが期待されています。

◆ かかりつけ医機能報告の流れ

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

■ 地域医療の充実に向けた「かかりつけ医機能」の確立と情報提供

今後、高齢者の増加とともに、複数の慢性疾患を有し、医療・介護の複合的ニーズを抱える患者が増えることが予想されます。

しかし、医療従事者の人員は限られているため、地域の医療機関や専門職が役割を分担しながら、質の高い医療を効率的に提供する体制づくりが求められています。

かかりつけ医機能は1号・2号に分類

■『1号機能』の概要と報告要件

かかりつけ医としての機能については「1号機能」「2号機能」に区分し、医療機関はそれぞれの機能を有しているか否かを報告することになります。

「1号機能」は、特定機能病院および歯科医療機関を除く「病院・診療所」を対象とし、かかりつけ医として継続的な医療が必要な患者に対し、日常の診療に加えて、患者の生活背景を考慮し、適切な診療と保健指導を行うことを目的とし、医療提供が困難な場合には地域の医師や医療機関と協力し、治療や指導の対応を調整するという役割もその機能に含まれます。

都道府県への報告事項としては、1号機能の概要を院内で掲示していること、かかりつけ医の研修受講や総合診療専門資格の有無、17の診療領域での一次診療の対応状況、さらには患者からの医療相談を受ける体制の有無が対象となります。

これらの要件が満たされた医療機関は、次の段階として2号機能の報告をすることになります。また、制度の進展に応じ、5年後には再検討することが予定されています。

◆報告を求めるかかりつけ医機能「1号機能」

- かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所とする。
○報告を求めるかかりつけ医機能（1号機能）の概要は以下のとおり。1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「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。

■かかりつけ医機能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、病院・診療所

■具体的な機能（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

■医療機関からの報告事項（1号機能）

- 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること
- 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
- 17の診療領域^{※1}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
- 一次診療を行うことができる疾患
- 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

※1 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼科領域、耳鼻咽喉科領域、呼吸器領域、消化器領域、肝・胆道・膵臓領域、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

※ 上記の1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「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。

※ かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえて、改めて検討する。

令和6年7月5日「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
(例) 一次診療に関する報告できる疾患案 (40疾患)

疾患名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域	疾患名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
脳卒中	590.1	9. 循環器系	統合失調症	50	3. 精神科・神経科
糖尿病	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷	中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉科、17. 小児
肺炎	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷	聴神経腫瘍	41.9	3. 精神科・神経科
がん	230.3	6. 呼吸器、17. 小児	不整脈	41	9. 循環器系
皮膚の疾患	221.6	1. 皮膚・形成外科、17. 小児	近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17. 小児
聴覚障害	210	14. 内分泌・代謝・栄養	前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17. 小児	狭心症	32.3	9. 循環器系
肥満症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養	正常妊娠・産後期の管理	27.9	11. 産科
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系	心不全	24.8	9. 循環器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系	便秘	24.2	7. 消化器系
がん	109.2	—	腰痛（片頭痛）	19.9	2. 神経・脳血管
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17. 小児	床拘縮症	17.2	2. 神経・脳血管
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17. 小児	難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉科
うつ（気分障害、躁うつ病）	91.4	3. 精神科・神経科	運動症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
貧血	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷	変性関節炎	16.8	12. 婦人科
肥満症・糖尿病・高脂血症	65	4. 眼	慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎）	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
白内障	64.4	4. 眼	頭痛	12.3	15. 血液・免疫系
白内障	64.2	4. 眼	乳癌の疾患	10.5	13. 乳腺
貧血	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			
肥満症	51	2. 神経・脳血管			

※ 一次診療を行うことの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「医療政策」全国医療機関調査
<https://www.e-stat.go.jp/en/stat/view/detail?cid=00001221208&fileCode=1>

【上記例の協定の考え方】

- ・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疾患を基に検討して設定する。
- ・推計外来患者数が1.5万人以上の疾患を抽出。該当する疾患がない診療領域は最も推計外来患者数の多い疾患を追加。ICD-10中分類を参考に類似する疾患を統合。
- ・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。

厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

■『2号機能』の概要と報告要件

「2号機能」については、通常の診療に加え、地域医療や在宅医療の提供など、拡張的なかかりつけ医機能についての報告が求められています。

4 医業経営情報レポート 説明会での質疑応答

■ 総論に関する質疑応答

制度の目的に関する質問に対して、今後増加が予想される慢性疾患を抱えた高齢者への対応として、地域医療における「かかりつけ医機能」を確保することの重要性が改めて強調されました。さらには、地域における時間外診療や在宅医療、入退院支援を充実させるため、医療機関に対してかかりつけ医機能の取組状況を把握し、その情報をもとに地域の医療体制を整備することも求めています。

また、自治体における予算措置の必要性についても質問があり、これに対して厚生労働省は、現行の医療機能情報提供制度に準じた対応を求めているとあり、新たなシステム導入は不要としています。総論に関する質疑応答は以下の通りです。

◆総論①

問	本制度による報告を行うことが求められる医療機関の理解を得られるよう、本制度の目的をあらためて教えてほしい。
答	<p>今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域で必要となる時間外診療体制や、在宅医療、入退院支援などのかかりつけ医機能を確保していくことが不可欠であると考えています。</p> <p>現在も医療機能情報提供制度などに基づく報告が実施されているところですが、本制度は、それらとは趣旨目的が異なる報告制度であり、今後在宅医療等を担う意向の有無なども含めて、医療機関におけるかかりつけ医機能の取組状況が分かるようになるものです。</p> <p>その情報をもとに、地域のかかりつけ医機能の確保状況を可視化することができ、その上で、不足するかかりつけ医機能の協議に活用し、地域で必要な対策を検討してもらうことが重要と考えています。</p>

厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

◆総論②

問	本制度に関して、自治体（都道府県・市町村）で予算措置は必要か。必要な場合、どのような内容か。
答	<p>予算措置については、報告業務に関しては、医療機能情報提供制度と同様の業務スキームでシステム上も実装していくため、現在の医療機能情報提供制度に係る各都道府県の運用状況を確認いただき、同様の準備を行っていただくようお願いします。</p> <p>また、地域関係者との協議の場開催に関する経費や運営等の業務を支援するコーディネーターに係る経費も考えられます。</p>

厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

ジャンル:医療税務 > サブジャンル:税務調査

税務調査が行なわれる時期

税務調査が行なわれる時期やタイミング、
心得について教えてください。

(1) 主に税務調査のターゲットとして見られやすい先

■異常値の原因が不明や雑勘定残高の多い場合

経営数値が他に比べて異常で、しかもその原因が不明である場合や雑勘定の残高が多い時は、調査対象とされます。

■過去に重加算税などを課されたことのある

過去の申告について不正があったため、重加算税などを課税されたことのある場合は、3 年以内に再度、税務調査が行なわれる可能性が大きいといえ

ましょう。

《参考》 ～他の選定方法の例

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| ① 前回調査から3年以上経過している | ② 業績に著しい変化が生じた |
| ③ 大きな設備投資をした | ④ 個人借入金が特に増大したり、大幅に変動した |

(2) 法人税確定申告書および添付書類の分析

国税局・税務署では法人税確定申告書及び添付書類のほか、過去数年分の法人税申告書のファイル・従前の調査経緯などを記載した税歴表・各種資料せんを総合して、当該年分の申告書の審理・検討が行なわれます。

(3) 心得

①金庫や引き出し、キャビネットなどの整理・点検

任意調査できた場合でもかならず金庫や担当者の引出まで検査されるものと考えて整理・点検しておくべきです。

②手許現金と出納帳との照合

現金は日頃から確実に照合され、合致しているのが普通です。調査時点で食い違いが生じれば疑念を持たれ、不利な立場を招くことになります。

平素の管理体制が問われる問題ですので完全に合致させておきます。

③帳簿や伝票、証憑書類の整理

帳簿や伝票、請求書。領収書などは所定のファイルにして期別・年月を記入し準備をします。

帳簿書類の落書きやチェックについても十分説明できるようにしておく必要があります。



ジャンル:医療税務 > サブジャンル:税務調査

証拠書類と調査の重点項目

揃えておくべき証拠書類と
調査の重点項目について教えてください。

事前準備書類等としては、調査が「代表者の所得税を対象とするのか」、「医療機関の法人税を対象とするのか」によって異なりますが、一般的には以下の参考資料、帳簿及び証票を準備しておくことが必要となります。

なお、通常の調査では今は時効の延長もあり過去 5 年分が調査対象となりますので、期別毎にダンボール等で区分保管しておくといでしょう。

(1) 参考資料

- 法人の概況書
- 法人の商業登記簿謄本及び株主総会等議事録
- 株主名簿
- 役員、従業員名簿・組織図
- 関連法人を統括するグループ関連組織図

(2) 帳簿類

- 現金、預金出納帳
- 普通預金通帳
- 当座預金照合表
- 総勘定元帳
- 補助簿
- 申告書一式

(3) 証票類

- 売上関連帳票
- 仕入関連帳票
- 棚卸表
- 領収書控え
- 請求書、受取請求書
- 給与台帳
- タイムカード
- 源泉徴収簿
- 各種契約書

■ 調査に立ち会う時の心得

- ① 経営者との連携
- ② 金庫や引き出し、キャビネットなどの整理・点検
- ③ 手許現金と出納帳との照合
- ④ いらざる疑いを招かないように
- ⑤ 一般従業員への注意
- ⑥ 経理担当者としての準備
- ⑦ IT 時代の調査なので、嘘は墓穴を掘る結果に