

RS_Base 東京大会 2026.9.20 (日)

医療DXのその後は？ 国は、診療所になにを求めるか？

東京駅八重洲北口 サピアタワー6F ステーションコンファレンス東京

羽鳥 裕

(医) はとりクリニック 理事長 / 川崎市幸区鹿島田1-8-33

<https://hatori.or.jp> yutaka@hatori.or.jp

※ 本講演の内容は私見です

医療DXの分類（Agenda）

- オンライン資格確認／マイナ保険証
- 電子処方箋
- 電子カルテ情報共有サービス
- 標準型電子カルテ
- 診療報酬改定DX（共通算定モジュール 含む）
- セキュリティ対策について







HATORI CLINIC



電子カルテ情報共有サービス

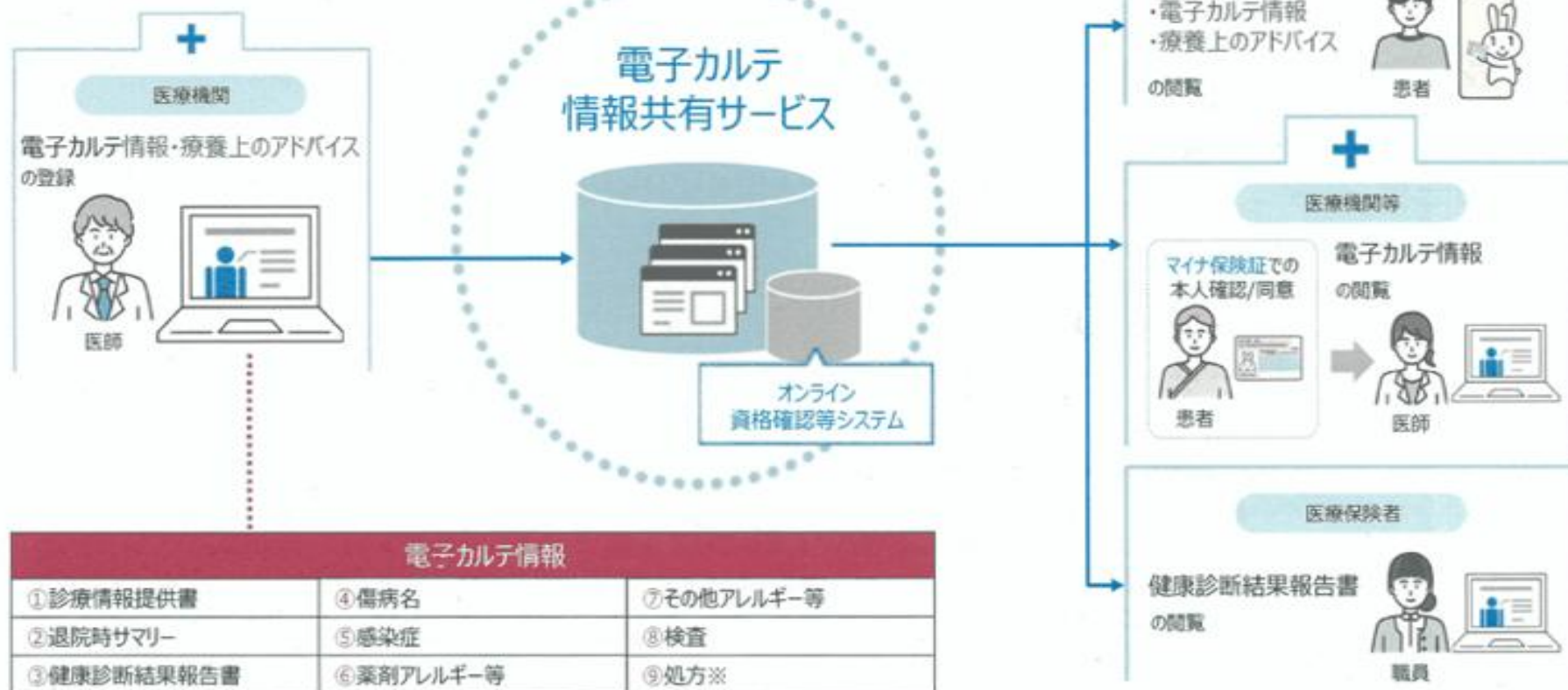
- 2026年度中に本格稼働
（医療法等改正案は成立）
 - 診療情報提供書送付サービス（退院時サマリ含む）
 - 健診結果報告書閲覧サービス（遅れ）
 - 6情報*閲覧サービス
 - 患者サマリ閲覧サービス（PHR）

*傷病名、アレルギー情報、感染症情報、
薬剤禁忌情報、検査情報、処方情報

「電子カルテ情報共有サービス」で出来ること

「電子カルテ情報共有サービス」は、医療機関で記録された電子カルテ情報の一部を、マイナ保険証を利用することで、全国の他の医療機関等が閲覧できる仕組みです。電子カルテ情報共有サービスを用いることにより、他の医療機関において診断された傷病名やアレルギー、検査結果などのデータが医療機関等においてより迅速かつ正確に把握できるようになり、より安全で質の高い医療の提供に役立ちます。また、電子カルテ情報共有サービスに登録された情報は、マイナポータルを使ってご本人も確認することができます。

※ 医療機関等で閲覧できる情報は患者が同意した範囲に限られます。
また、医療機関等では、利用目的外で患者の医療情報を閲覧することは認められません。



※ 診療情報提供書、退院時サマリーに記載のあった内容を利用

2026年7月時点（電子カルテ情報共有サービス）

主な更新箇所

項目	更新内容
診療情報提供書における同意区分	宛先医療機関が定まらない状態で診療情報提供書を発行する際に用いる同意区分「閲覧保留」は利用せず、本サービスに登録する診療情報提供書は患者に紹介先医療機関に送ることへの同意を受領した同意区分「同意あり」のみとする。
健診文書登録にあたっての患者同意	本サービスに健診文書を登録する際には、現時点ではすべての健診に対し、保険者に情報を共有することについて受診者本人の同意を取得する。
傷病名の登録範囲	電子カルテ内で管理している病名リストに記載されている傷病名は、原則すべて登録する。なお、患者への共有は自動では行わず、患者への説明状況を踏まえて医師が患者へ共有することを確認した傷病名を共有する。
感染症の登録タイミング	電子カルテに検査結果が登録されたタイミングで、本サービスへ登録し、他医療機関へ共有する。なお、患者に対しては、患者が誤解なく検査結果を閲覧できる状況である旨を医師等が判断し、登録した時点で、患者のマイナポータルで表示される。
アレルギー情報の登録範囲	本サービスに登録するアレルギー等情報は、現時点では「重篤なアレルギー等」を対象とし、アナフィラキシー症状（疑いを含む）から登録を始める。ただし、劇症肝炎など重篤な症状が見られた、もしくは見られる場合、他の医療機関に共有すべきと医師等が判断した場合は登録する。なお、本サービスにアレルギー情報を登録する際は、他の医療従事者が可能な限り正しく理解して情報を活用できるよう、発生した際の状況や症状・所見、診断名等を記載する。
その他アレルギーのコードの使い分け	その他アレルギーを登録する際には「特定原材料」および「特定原材料に準ずるもの」については、指定した29品目のJ-FAGYコードを用いて登録する。なお、医療機関で設定しているコードが指定したJ-FAGYコードより細かい場合、既存コードと同一粒度のJ-FAGYコードを用いて登録する。また、「特定原材料」および「特定原材料に準ずるもの」以外のアレルギー等物質はどの粒度のJ-FAGYコードを用いて登録してもよいこととする。
検査単位の拡充	本サービスに登録できる検査単位を拡充し、医療機関で使用している検査試薬・機器に応じた単位を、原則そのまま登録できる方式とする。

アレルギーコード「J-FAGY」とは

どんなコードか

- 薬剤以外のアレルゲン（食物・環境等）を表す標準コード
- 東京大学 医療情報学分野の「J-FAGY アレルゲン用語集」が基盤
- 食品 1,259 件・非食品 626 件を収載（2022 年時点）

コードの例（12 桁＝メタコード 3 桁＋ 9 桁・ 5 階層）

小麦	J9FA15000000
牛乳	J9FB12000000
卵	J9FB13000000
オレンジ	J9FA32113200

薬剤アレルギーとは、別のコードを使う

区分	使用するコード	FHIR の category
薬剤アレルギー等	薬剤アレルギー用コードマスタ（メタコード「YCM」3 桁＋ YJ コード 12 桁＝ 15 桁）	medication
その他アレルギー等	J-FAGY アレルゲンコード	food / environment

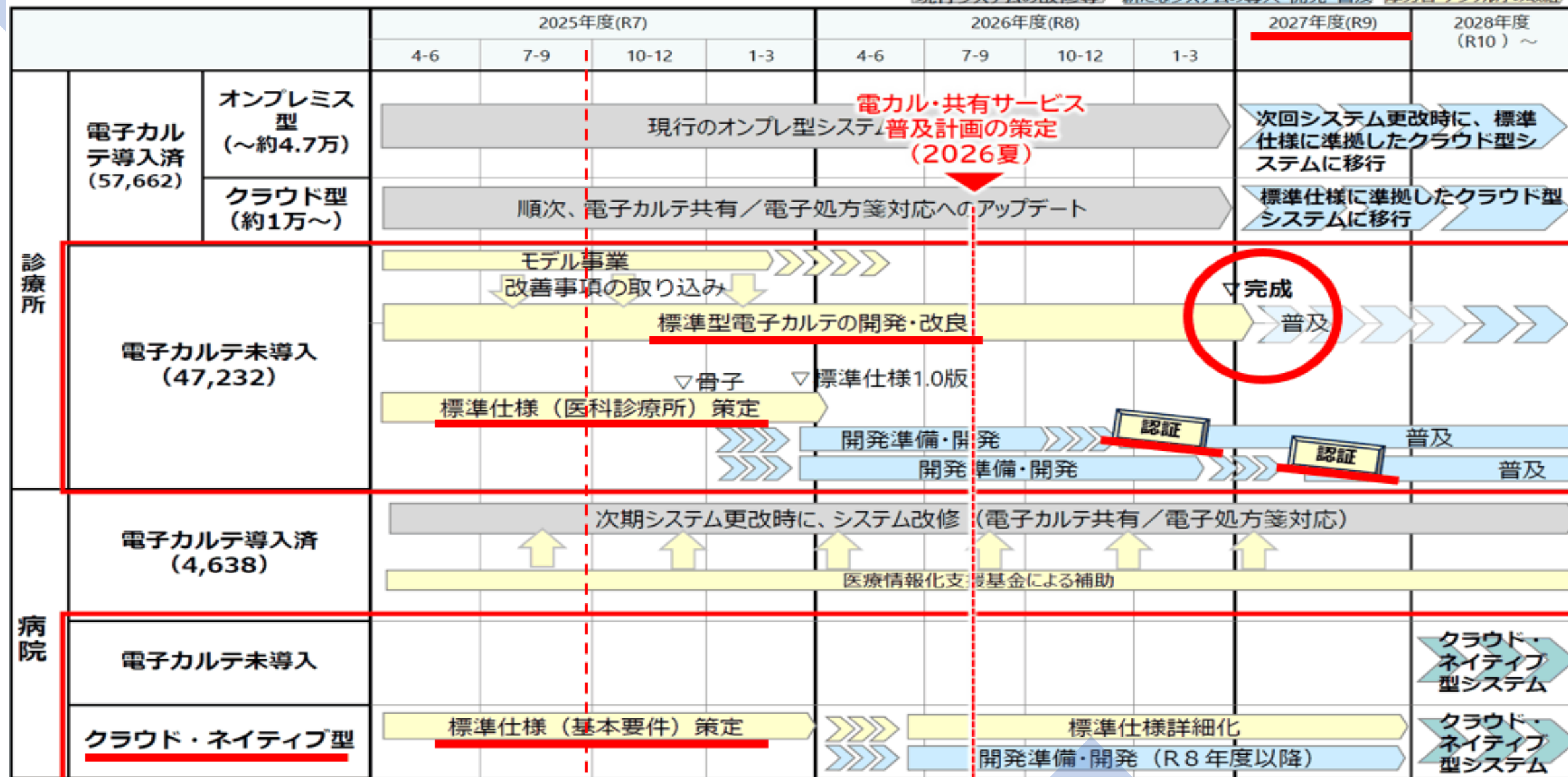
診療所での実務ポイント

食物アレルギーは医学的検証より本人・家族の申告を重視（除去範囲は広めで可） / 小児は年齢で変化するため受診のたびに更新
症状や除去理由（宗教・嗜好を含む）は自由記載欄へ / 共有する際は長期保存フラグを ON に

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について

第7回「医療DX令和ビジョン2030」
厚生労働省推進チーム（R7.7.1）
（一部改変）

【現行システムの改修等】 新たなシステムの導入・開発・普及 厚労省・デジタル庁の取組



医科診療所/中小病院向け電子カルテの標準仕様の概要

第28回 医療等情報利活用ワーキンググループ
資料1 抜粋 令和8年3月12日（一部改変）

- 医科診療所/中小病院向け電子カルテの標準仕様としては、次のような事項を規定。
- 標準仕様に準拠した電子カルテについては、今後、厚生労働省が認証を行うことを想定。具体的な認証制度等については、2026年夏までに検討。

	項目	主な遵守項目
機能要件	政府の医療DXサービス群の対応	次の政府の医療DXサービスに関する技術解説書等に規定された機能を有すること。 <u>①オンライン資格確認等システム ②電子処方箋管理サービス ③電子カルテ情報共有サービス ④クラウド型レセコンとの接続機能</u> ※ ②・③については、クラウド間連携が実現してから一定期間内での実装を前提に経過措置を設ける。
非機能要件	可用性	稼働率の実績が99.9%以上であること。
	セキュリティ	① ISMAP、又は、ISMS認証及びISMSクラウドセキュリティ認証を取得したものであること。 ② 第三者機関によるペネトレーションテストを実施し、脆弱性に対する適切な対策をしていること。 ③ 主要なソフトウェアについて脆弱性診断を実施し、脆弱性に対する適切な対策をしていること。 ④ システムを構成する各要素に対し、定期的にセキュリティパッチを適用すること。
	データ保管	①電子カルテの三原則である真正性・保存性・見読性が担保されていること。 ②データを日本国内で保持すること。
	バックアップ	物理的かつ論理的に隔離された別のクラウドサーバ上又は外部メディアに、定期的なバックアップを行う仕様であること。
アーキテクチャ	クラウドネイティブ/モダナイゼーション	① 電子カルテを構成する主なアプリケーションが、ガバメントクラウド対象クラウドサービスを利用したパブリッククラウド環境で稼働すること。 ② 医療機関に提供されるクラウド上で稼働する全てのアプリケーションが、SaaS型であること。 ③ 電子カルテの構成は、マルチテナント方式であること。 ④ 電子カルテを構成する全てのアプリケーションについて、個々のカスタマイズに対応不可能な仕様とすること。 ⑤ 電子カルテを構成するシステムが、GCASガイド「ガバメントクラウドにおけるモダン化の定義」に合致するものであること。
I/F	システム連携	次版以降において設定予定 ※今後の検討に資するための参考資料として、「連携共通仕様(イメージ)一覧」、「電子カルテ 部門システム間API個別仕様例」、「業務効率化サービスAPI実装ガイド(令和8年暫定版)」及び「業務効率化サービスAPI一覧(令和8年暫定版)」を示すこととする。
	データ移行	次版以降において設定予定 ※オンプレミス型電子カルテからクラウド・ネイティブ型電子カルテに移行する場合に、電子カルテ間のデータ移行がより効率的に実施できるよう、「共通データ移行レイアウト例」を、「参考」類型として示すこととする。
その他	ガイドライン	医療情報システムの安全管理に関するガイドライン等の各種ガイドラインの関係部分に適合するものであること。
	情報提供・公開	・ベンダーが自ら運営するWebサイト上に、電子カルテの価格(オプション機能に係る価格を含む。)を公開済であること。 ・【病院のみ】ベンダーが自ら運営するWebサイト上に、電子カルテが有する機能の一覧を開示すること。 ・医療機関や部門システムベンダー、移行先システムベンダーから要請があった場合は、連携に必要な事項を開示すること。

※ ガバメントクラウドを利用する場合には、上記のうち、セキュリティ要件①-③・クラウドネイティブ/モダナイゼーション要件には適合しているものとする。

国が電子カルテに求めるセキュリティ — アカイの二択

「ベンダは、次に掲げる ア または イ の認証（電子カルテを含めた包括的な認証である場合を含む。）を取得したものであること」 — これは診療所ではなく、ベンダーに課される条件（医科診療所向け標準仕様書 第 1.0 版・令和 8 年 3 月 31 日）

ア ISMAP（イスマップ）

政府情報システムのためのセキュリティ評価制度

- 所管は NISC・デジタル庁・総務省・経済産業省。事務局は NISC、実務支援は IPA
- 管理基準
121 項目（詳細 1,077）＋ガバナンス 18・マネジメント 21。ISO/IEC 27001・27002・27017 と系 SP800-53 がベース
- 自己申告は不可。登録された監査機関による外部監査が必須
- 有効期限は監査対象期間の末日から 1 年 4 か月 — 実質、毎年監査を受け続ける
- リスクの小さい SaaS 向けの簡易版 ISMAP-LIU もある（2022 年 10 月〜）

イ ISMS 認証 + ISMS クラウドセキュリティ認証

ISO/IEC 27001 と ISO/IEC 27017 の組み合わせ

- ISMS 認証＝ISO/IEC 27001。方針・体制・リスク評価・運用・改善という「組織の仕組み」を見る認証
- ISMS クラウドセキュリティ認証＝ISO/IEC 27017。仮想環境の分離、管理者権限、データの所在・削除・消去など、クラウド固有の管理面
- 後者は前者への上乗せ（アドオン）で、単独では取得できない
- 国内基準は JIP-ISMSS17、認定機関は ISMS-AC
- 有効期間は最大 3 年。毎年の維持審査が必要

抜け道が一つだけある — ガバメントクラウドの「みなし規定」

標準仕様書は、ガバメントクラウドの公共 SaaS を利用する場合、これらの要件に適合しているものとみなす、と定めている。基盤側が担保するものは、ベンダーが個別に証明しなくてよい — 裏返せば、基盤に乗らないベンダーは、ISMAP または 27001 + 27017 を自前で取得し、その維持費を払い続けることになる。

Page 1 / 2

出典：厚生労働省医政局「医科診療所向け電子カルテ及びレセプトコンピュータ標準仕様書（基本要件）第 1.0 版」（令和 8 年 3 月 31 日）／NISC・デジタル庁・総務省・経済産業省「政府情報システムのためのセキュリティ評価制度（ISMAP）の概要」／ISMS-AC・JIPDEC

「第三者機関」とは、自社の開発部門やグループ会社ではなく、**外部の独立したセキュリティ専門事業者**という意味です。
健康診断を自分でやっても意味がないのと同じ理屈で、
作った本人が「入れませんでした」と言っても検証にならないからです。
脆弱性診断を「政府情報システムにおける脆弱性診断導入ガイドライン（2024年1月31日）」に適合した態様で実施すること、セキュリティパッチの定期適用と緊急時の迅速な対応も必須。

「第三者機関によるペネトレーションテスト」とは

「電子カルテについて、第三者機関によりペネトレーションテストを実施し、脆弱性を検知した場合は、当該脆弱性について適切な対策を講ずること」

	脆弱性診断	ペネトレーションテスト
問い	弱点はどこにあるか	実際に侵入できるか — 攻撃者と同じ手口で試す
範囲	個別のコンポーネント	システム全体（インフラ・運用・人を含む）
手法	ツール＋手動でスキャンし、一覧化する	攻撃シナリオを立てて、侵入を試みる
成果物	脆弱性のリスト	侵入経路と、入られた場合の被害想定
期間・頻度	1～4 週間／四半期ごとが目安	1 週間～数か月／年 1 回が目安（高コスト）

なぜ「第三者機関」なのか

自社の開発部門やグループ会社ではなく、外部の独立したセキュリティ専門事業者を指す。作った本人が「入れませんでした」と言っても、検証にはならないから。

仕様書は、さらに2つを求めている

① 主要ソフトの脆弱性診断を「政府情報システムにおける脆弱性診断導入ガイドライン」（2024.1.31）に適合した態様で実施 ② セキュリティパッチの定期適用と、緊急時の迅速な対応

この要件が、市場の形を決める

1,000 項目超の外部監査、毎年の維持審査、年 1 回のペネトレーションテスト — すべて固定費であり、小規模ベンダーほど重い。「提供されている製品が限られており、全ての医療機関の機能には対応できない」という国自身の認識は、この構造から出てくる。認証要綱は 2026 年夏ごろ公表、初年度は 2026 年 2 月ごろの予定。

Page 2 / 2

SaaS（ソース）＝ Software as a Service、「サービスとしてのソフトウェア」。ソフトを買って自分のパソコンに入れるのではなく、インターネット越しに、月額で借りて使う形態のことです。

住宅にたとえると

先生がすでに日常で使っているものでいえば、Gmail、Zoom、クラウド会計ソフト、それにエムスリーデジタルやCLINICSのようなクラウド型電子カルテが、まさにSaaSです。

	住まい	ITでいうと
オンプレミス	土地を買って家を建てる	自院にサーバーを置き、ソフトを買って入れる。修理も建て替えも自分持ち
IaaS	土地だけ借りて、家は自分で建てる	サーバーの場所だけ借り、OSもソフトも自分で用意
SaaS	完成したマンションの一室を借りる	ソフトも設備も全部ベンダー持ち。自分は使うだけ

診療所から見た、いいこと・困ること

いいこと

院内にサーバーを置かなくていい。あの騒音と熱と、5年ごとの入れ替えがなくなる
バージョンアップ、バックアップ、セキュリティパッチは**全部ベンダー側で完結**する
院外からでもブラウザで開ける初期費用が小さく、月額で平準化される

困ること

カスタマイズができない。全利用者が同じ建物に住む（＝マルチテナント）ので、一室だけ間取りを変えることはできない
データが自院にない。どこに置かれ、解約時にどう返してもらうかが契約事項になる
ネットワークが落ちれば、診療が止まる 使い続ける限り、月額を払い続ける（所有ではなく利用）

「クラウドネイティブ型電子カルテ」とは、要するにSaaSとして提供される電子カルテのことです
標準仕様書が求める**「ノンカスタマイズであること」**は、SaaSの性質そのものです。

一室だけ改造できないから、そう書いてある

標準仕様書の**「ガバメントクラウドの公共SaaS」とは、

デジタル庁が整備した政府共通基盤の上で提供されるSaaSのこと。

これを使えばISMAPやペネトレーションテストの要件は適合済みとみなされる**

ー マンションの躯体と防災設備は大家（＝基盤側）が保証しているから、

各戸が個別に証明しなくてよい、という理屈です

つまり国は、「電子カルテを、買う物から、借りるサービスに変える」と言っている。

<現時点で想定している認証要件>

- I 電子カルテ製品が、標準仕様に準拠した電子カルテであること(基本要件)。なお、当該仕様に準拠しているかどうかは、電子カルテベンダーからの申請を受けて、厚生労働省が審査する。

<考え方> 認証を受けようとする製品について、標準仕様への準拠状況を、厚生労働省において審査・確認するもの。

- II 同申請において、併せて、デジタル庁が実施するガバメントクラウド利用に関する事前相談を受けていること。
当該相談の結果、ガバメントクラウドを利用せずにシステムの構築等を行うこととした場合は、①その理由、②事前相談における技術的指摘に対する対応計画等を、Iの厚生労働省による審査の際に提出すること。

<考え方> モダンな技術を活用した、効率的な情報システムの構築を確保する観点から、ガバメントクラウド(公共SaaS)の活用を検討する。一方で、既にクラウドネイティブ型の製品を提供しており、システム移行により患者の診療に影響が出る懸念がある等の理由からガバメントクラウドの利用を行わない場合は、その理由を、Iの審査の際に明らかにする。

- III 認証を受けようとする電子カルテ製品について、認証の申請時点で、直近1年間で一定数以上の医療機関での稼働実績があること。なお、IIのガバメントクラウドの事前審査を受けた上で、ガバメントクラウドを利用してシステム構築を行っている場合は、この限りではない。

<考え方> 認証に当たり、製品の安定稼働を確認する観点から、一定の稼働実績の確認を行う。なお、IIの審査及び詳細なガバメントクラウドの審査を経て、ガバメントクラウドを利用している場合は、稼働実績の確認は求めない。

➡ 認証制度の具体的な内容(認証制度の仕組み・運用、認証要件、認証された製品の普及方針等)については、今後、2026年夏を目途に明らかにする方針。

ガバメントクラウドとは

一言でいうと

国（デジタル庁）が整備した「政府共通のクラウド利用環境」。中身は民間のクラウドそのものだが、デジタル庁が305項目の技術要件で審査・契約し、「行政が使ってよい環境」としてまとめて用意したもの。自前でサーバーを持たず、必要なだけ借りて使う仕組み。

提供されている5つのクラウド（令和8年度募集で選定）

AWS

Amazon Web Services

Google Cloud

グーグル

Microsoft Azure

マイクロソフト

Oracle Cloud

オラクル（OCI）

さくらのクラウド

国内で唯一・2020年3月27日
正式採用

もともとは自治体のための基盤 — ただし、期限内には終わらなかった

8,594

システムが標準準拠システムの運用を開始（2023年12月末）

14.5%

が「移行困難」に該当（3,009システム・2023年10月末）

4,584 件

その最大の理由は「事業者のリソース不足」

原則2025年度末とされた移行期限は未達。基金の年限は2030年度まで延長された。

Page 1 / 2

出典：デジタル庁「ガバメントクラウド」／「ガバメントクラウド整備のためのクラウドサービスの提供 令和8年度募集 募集結果」（2023.3.27）／総務省地方財政審議会提出資料（2023.1.13）

8,594システムが稼働開始、一方で14.5%が移行困難、その最大理由が事業者のリソース不足4,584件。
「期限は2025年度末だったが未達、基金は2030年度まで延長」

電子カルテは、この基盤の上で動く

標準仕様が求めていること

「ガバメントクラウド対象クラウドサービスを利用したパブリッククラウド環境で稼働すること」— 国が認定する電子カルテは、自院のサーバーではなく、この基盤の上で動く SaaS になる。部門システムは標準 API で連携する。

診療所にとっての利点

- 院内にサーバーを置かない。保守・更新は基盤側で完結
- 複数医療機関でのマルチテナント共同利用により価値化
- セキュリティパッチを一元管理。サイバー対策も基盤側
- 導入補助は 1/2 以内（上限あり・医療情報化支援基金）

制約と、押さえておく論点

- 「個々のカスタマイズには対応不可能な仕様」と明記
- 価格（導入費用・基本利用料・オプション料）の公開が認定要件
- 自治体では移行困難の最大理由が「事業者のリソース不足」
- 2030 年に概ね全医療機関 — 目標の現実味をどう見るか

国が示しているスケジュール

2026 年度中

標準型電子カルテの完成目標

2027 年度 早期

認定制度の運用開始

2028 年度

200 床以上の病院で普及率 100%

2030 年

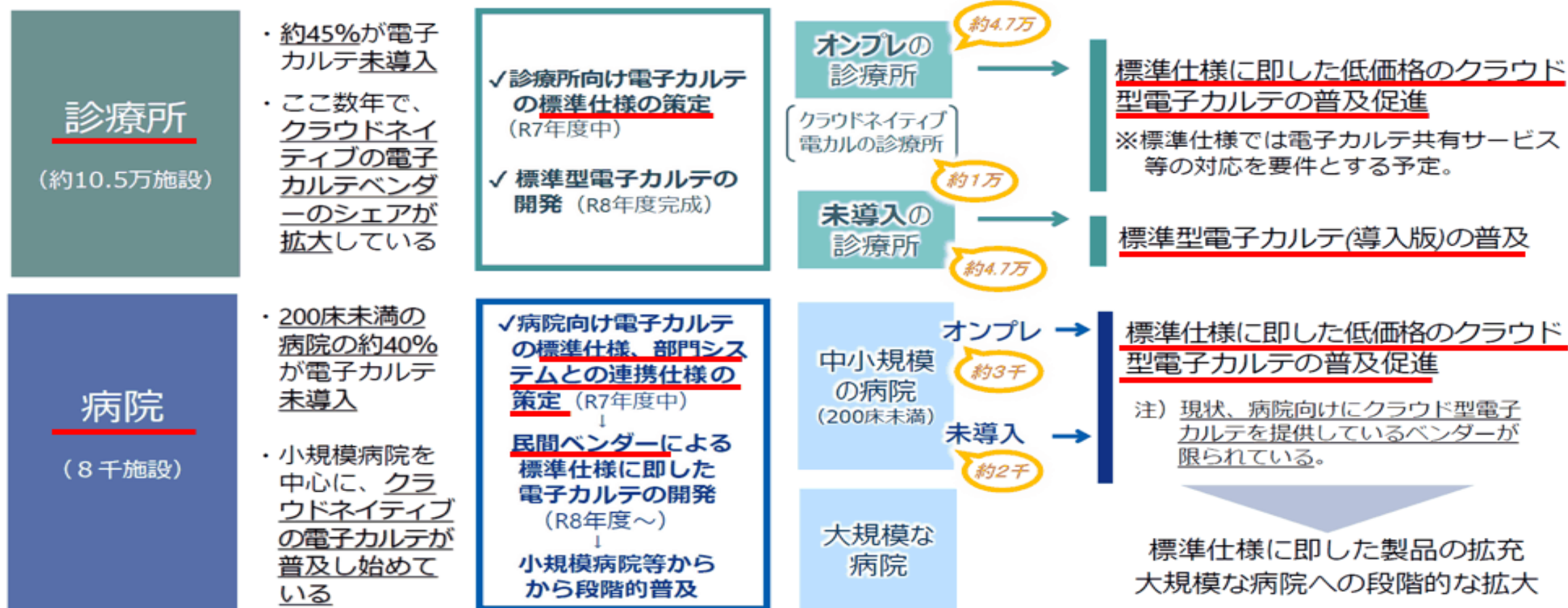
概ね全医療機関に導入

出典：厚生労働省「電子カルテの普及について」（第 28 回 健康・医療・介護情報利活用検討会 資料 1・2025.3.12）／「電子カルテ普及計画（案）」

電子カルテシステムの普及に向けた取組の全体像

第26回健康・医療・介護情報利活用検討会
医療等情報利活用ワーキンググループ
2025（令和7）年12月10日

- 「遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」（2023.6.2 医療DX推進本部、医療DXの推進に関する工程表）。
- カスタマイズされたオンプレ型電子カルテから、クラウドネイティブ・廉価なものに移行を図る方針。（注）
- 2026年夏までに、電子カルテ／電子カルテ情報共有サービスの具体的な普及計画を策定する予定。



(注) クラウドネイティブ：クラウドの特性・メリットを最大限に活用するために、クラウド上で動作することを前提として設計・開発されたシステム。特に、ここでは、電子カルテの中でも「マイクロサービス(アプリケーション最小化)」、「スケーラビリティ(拡張性)」、「マルチテナント型(同一のサービスを複数のユーザーが共同利用する)」等のような、分散型設計を取り入れて構築された製品を指す。

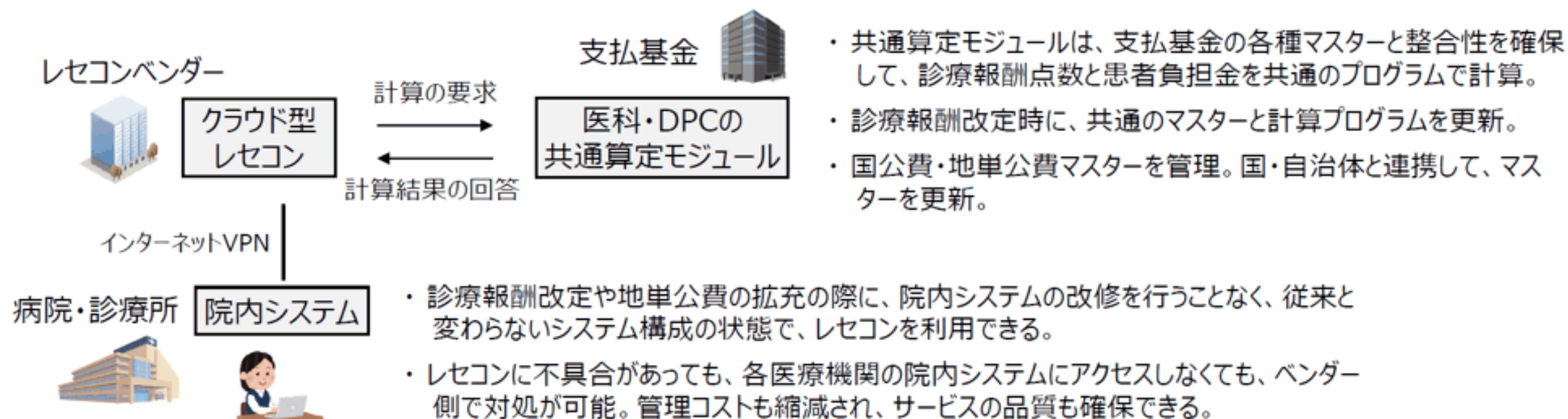
2026年7月時点 標準型電子カルテにまつわるまとめ

- **標準型電子カルテ**と標準型電子カルテ（**導入版**）は別のもの
- 現状は標準型電子カルテ（**導入版**）の話題しか聞かない
- **標準型電子カルテ**は電子カルテそのもの。ペーパーレスでカルテ運用ができる
- **導入版**は、電子カルテ情報共有サービスを活用するためのアプリ。3文書6情報のやりとりができることを目指したもの（+電子処方箋）
- **導入版**は紙カルテ+クラウドレセコンの先生がメインターゲットだが、既存電子カルテ利用中の先生でも導入できる
- 電カル導入済みでリプレイスが近い先生は、今回は**電カル標準仕様**を満たす（と言っているメーカーの）電カルに買い換え。
→国の標準電カルを待っていても遅れる。最初はトラブルも多い
- これを機に、紙カルテから（国の）電子カルテに、とお考えの先生は、来年に**導入版**の採用を検討（費用等未定）
→いまのところ**導入版**はWebORCAクラウド版としか連携できていない
- **義務化は簡単には実施されない**。レセプトのオンライン請求の時のように経過措置や対象外パターンが必ずある。
→2030年にはほぼ100%は**行政側の宿題**

○ 共通算定モジュール（医科、DPC）は、診療報酬の算定と窓口負担金の計算について、レセプトコンピュータが共通に利用できるプログラム。支払基金の各種マスターと整合性を確保して、レセコンから要求された計算内容の形式的なチェックや事務点検・電子点数表チェックに相当するチェックを行う。

※ 1 診療報酬改定の際、支払基金が共通のマスターと計算プログラムを更新するので、各レセコンの更新の費用を縮減できる。

※ 2 計算処理における安全で高い処理性能とサービス品質を確保するため、クラウド型レセコンと連携する仕組みとしている。



診療報酬改定や地単公費の拡充の際
院内システムの改修は不要

※ オンプレ型レセコン向けは、支払基金からレセコンベンダーに対し、クラウド版モジュールと計算機能が基本的に同じプログラムを提供（令和8年5月頃）し、レセコンベンダーにおいて医療機関のレセコンシステムの実情に応じて利用する方法としている。

※ 医科・DPCの共通算定モジュールと連携したクラウド型レセコンは、先行/協力レセコンベンダーである、日本医師会ORCA、富士通JAPAN、日本電気(NEC)、ウィ・メックス(WEMEX)と、連携レセコンベンダーである、ソフトウェア・サービスにお

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

- 医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。



現行

【医療DX推進体制整備加算】

初診時（月に1回）	（医科）	（歯科）	（調剤）
・医療DX推進体制整備加算1	12点	11点	10点
・医療DX推進体制整備加算2	11点	10点	8点
・医療DX推進体制整備加算3	10点	8点	6点
・医療DX推進体制整備加算4	10点	9点	
・医療DX推進体制整備加算5	9点	8点	
・医療DX推進体制整備加算6	8点	6点	

※ 医科・歯科は初診料、調剤は調剤基本料

【医療情報取得加算】

初診時	
・医療情報取得加算	1点
再診時（3月に1回に限り算定）	
・医療情報取得加算	1点

使ってみよう！
マイナ保険証

改定後

【電子的診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）	
・電子的診療情報連携体制整備加算1 / 2 / 3	15点 / 9点 / 4点

再診時（月に1回）

・電子的診療情報連携体制整備加算	2点
------------------	----

【電子的歯科診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）	
・電子的歯科診療情報連携体制整備加算1 / 2	9点 / 4点
再診時は医科と同様	

【電子的調剤情報連携体制整備加算】

電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

[施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) 診療報酬明細書を患者に無償で交付していること。
- (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (4) 医師又は歯科医師が、オンライン資格確認等システムを利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (5) マイナ保険証利用率が、30%以上であること。
- (6) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- (7) 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項等について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイトに掲載していること。
- (8) 電子処方箋を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電子処方箋システムに登録する体制を有していること。
- (9) 以下のアからウの全て又はエを満たす電子カルテを有していること。
 ア 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。
 イ 電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。
 ウ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。
 エ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品であること。
- (10) アを満たす又はイ及びウを満たすこと。
 ア 国等が提供する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を有していること。
 イ 地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワークであって、以下の（イ）から（ハ）の全てを満たすものを活用する体制を有していること。
 （イ）当該ネットワークに参加している保険医療機関の数が10以上であり、そのうち診療情報を開示している病院の数が2以上であること。
 （ロ）登録患者数が1,000人以上であること又は新規登録患者数が年間100人以上であること。
 （ハ）当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表していること。
 ウ 以下の（イ）及び（ロ）を満たすこと。

電子的診療情報連携体制整備加算1	(1)～(10)の全て
電子的診療情報連携体制整備加算2	(1)～(7)の全てかつ (8)～(10)のいずれか
電子的診療情報連携体制整備加算3	(1)～(7)の全て

【概要】電子カルテ普及計画（案）

ー クラウドネイティブ型電子カルテの普及／全国的な医療情報の連携／サイバーセキュリティ対策の強化 ー

- 電子カルテは、医療機関の基幹業務システムであるのみならず、①患者に質の高い医療を提供するための情報連携基盤であり、同時に、②創薬や医療機器開発を含む、様々なライフサイエンスの基礎データを創出する情報基盤としての役割を持つ。
- サイバーセキュリティ対策を含む、「必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテ」の普及に向けた取組は、国民に、質の高い医療を、効率的かつ安全に提供することを目指すもの。

目標

2028年度までに、電子カルテ未導入の200床以上の病院(療養病床等が中心の病院を除く。)について電子カルテ普及率100%を目指す。
2030年までに、①電子カルテ普及率約100%、②地域の拠点病院のサイバーセキュリティ対策100%、③大病院向けクラウドネイティブ型製品の提供 を目指す。

方針

医療機関のシステムのクラウドネイティブ化を集中的に実施。

未導入：クラウドネイティブ型電子カルテの導入推進。

導入済：更新のタイミングで、①クラウドネイティブ型電子カルテ、②政府医療DXサービスに対応し、ノンカスタマイズであること等を要件とするパッケージ版・電子カルテ製品に移行支援。その間、オンプレ型も対象に、地域の主要な病院からサイバーセキュリティ対策強化。

施策

2027年度～

主に中小病院・医科診療所向けの主な対策

認証されたクラウドネイティブ型電子カルテ製品の普及支援

- ▶ 標準仕様に即したクラウドネイティブ型電子カルテの認証制度の構築
- ▶ 認証された電子カルテ製品の導入支援

＜クラウドネイティブ型が普及するまでの経過的な対応＞

「パッケージ版・電子カルテ製品」の普及支援

- ▶ 政府の医療DXサービスに対応し、セキュリティ対策を備え、ノン・カスタマイズでの導入を前提とする「パッケージ版・電子

主に大病院(機能が高い病院)向けの主な対策

大病院向けクラウドネイティブ型製品(電子カルテ・部門システム)の開発支援

- ▶ 大病院向けクラウドネイティブ型システムの開発支援
- ▶ 電子カルテ・部門システムの標準インターフェイスの構築

＜クラウドネイティブ型が普及するまでの経過的な対応＞

「パッケージ版・電子カルテ製品」の普及支援

- ▶ 政府の医療DXサービスに対応し、セキュリティ対策を備え、

電子カルテは、医療機関の基幹業務システムであるのみならず、

- ・ 患者に**質の高い医療を提供するための情報連携基盤**であり、
- ・ 同時に、**創薬や医療機器開発**を含む、様々な**ライフサイエンスの基礎データを創出する情報基盤**としての役割を持つ。

電子カルテの普及にあたっては、**強固なサイバーセキュリティ対策**は不可欠であり、それにより、安定的な医療提供体制を確保するとともに、国民の財産であるデータの保護を図る。

サイバーセキュリティ対策を含む、「必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテ」の普及に向けた取組は、この基盤整備を通じて、

国民に、質の高い医療を、効率的かつ安全に提供する

ことを目指すもの。

日本成長戦略 2026年7月21日（抜粋）

⑤クラウドネイティブに最適化された医療DX基盤

i)重要性

大量のデータを必要とする創薬・医療機器の開発の基盤であるとともに、医療提供体制の効率化・質の向上、サイバー攻撃等に対する強靱性確保が不可欠である。

ii)勝ち筋・方向性

オンプレミス型の医療機関情報システムをクラウドネイティブ型に刷新することにより、サイバーセキュリティ対策の強化、全国的なデータ連携基盤の構築を図る。

iii)主な目標

- ・ 2028年度までに、電子カルテ未導入の200床以上の病院(療養病床等が中心の病院を除く。)について電子カルテ普及率100%を目指す。
- ・ 2030年までに、電子カルテ普及率約100%、地域の拠点病院のサイバーセキュリティ対策100%、大病院向けクラウドネイティブ型製品の提供を目指す。

iv)主な施策

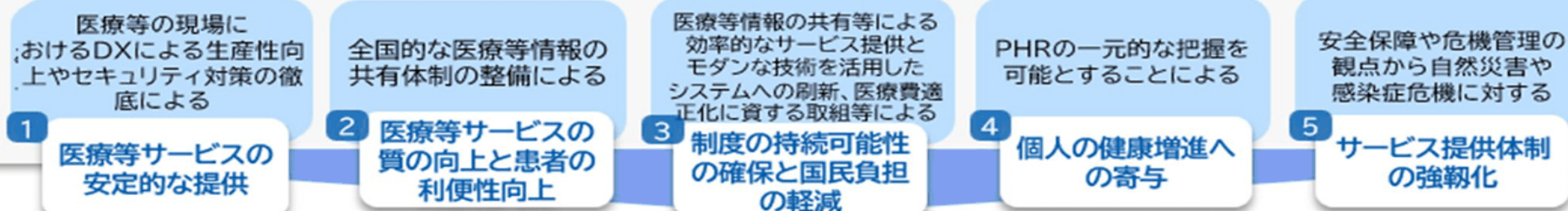
- ・ 認証されたクラウドネイティブ型電子カルテ製品の普及を促進する。また、大病院向けのクラウドネイティブ型製品の一体的・集中的な開発・普及を支援する。
- ・ ネットワークの外部接続点の監視やサーバ等の管理強化など、サイバーセキュリティ対策を強化する。
- ・ 全国医療情報プラットフォームの拡充など、ゲノムを含むデータ連携基盤・TRE環境を整備するとともに、業務効率化のための病院DXの推進、医療提供体制のDX化を進める。

1. 医療情報化推進の意義及び基本的な方向に関する事項

医療情報化推進の意義

「点で進んできたDXを、国がハブとなって“線”につなぎ、やがて“面”へ。」

個々の医療機関等の業務運用に即して構築してきた多様なデジタル基盤を、国が共通ルールや共通プラットフォームで束ね直し、民間の創意工夫を組み合わせ、日本全体で「つながるDX」へ再構築する。この再構築を通じて、以下の5点を実現する。



「国民一人ひとりにとって最適で質の高い医療等サービスが安定的・持続的に受けられる社会」を目指す。

医療情報化推進の基本的な方向

クラウド移行で3つを実現

「オンプレミスのたこつぼ化を越え、クラウドで基盤をつなぎ直す。」

「つながるDX」を実現するために、オンプレミスによるたこつぼ型の構造をつむぎ直し、共通ルールのもとで相互接続が可能なクラウド型基盤へと再構築していく。

業務効率化・生産性向上

医療情報システムのクラウド化により、AIを活用した業務効率化ツール等の導入を容易にし、業務効率化と生産性向上を実現

セキュリティ対策

クラウド化によりセキュリティ監視を強化し、サイバー攻撃への対応力を向上

データの共有

データ連携基盤の構築により、医療機関等との情報共有の円滑化、PHRの個人への還元、データの二次利用を促進

全国医療等情報プラットフォームの構築

医療機関や薬局、介護事業者、保険者、救急隊、自治体などが医療等情報を共有できるようにするとともに、国民もマイナポータル等で情報を閲覧・活用できる環境を実現する。

構築に当たっては、以下の点に留意して推進していく。

- ✓ DXサービス利用を効率的・計画的に行うための部局間連携の強化
- ✓ 電子カルテの認証制度活用によるベンダーへの改修要請
- ✓ 費用対効果を踏まえたシステムの導入判断
- ✓ ダッシュボードによる進捗・効果の見える化、国民の理解醸成

対象期間

2026年10月1日～2030年3月31日

※医療計画や介護保険事業計画のスケジュールを踏まえ、第1期は3年半、その後当面は5年を目処として実施する。

目標

(2028年度までに)

電子カルテ
普及率
100%

200床以上の病院(療養病床等が中心の病院を除く)の電子カルテ

電子カルテ
普及率
約100%

必要な患者の医療情報共有が可能な電子カルテ

(2030年末までに)

サイバー
セキュリティ
対策100%

地域の拠点となる病院の対策100%実施

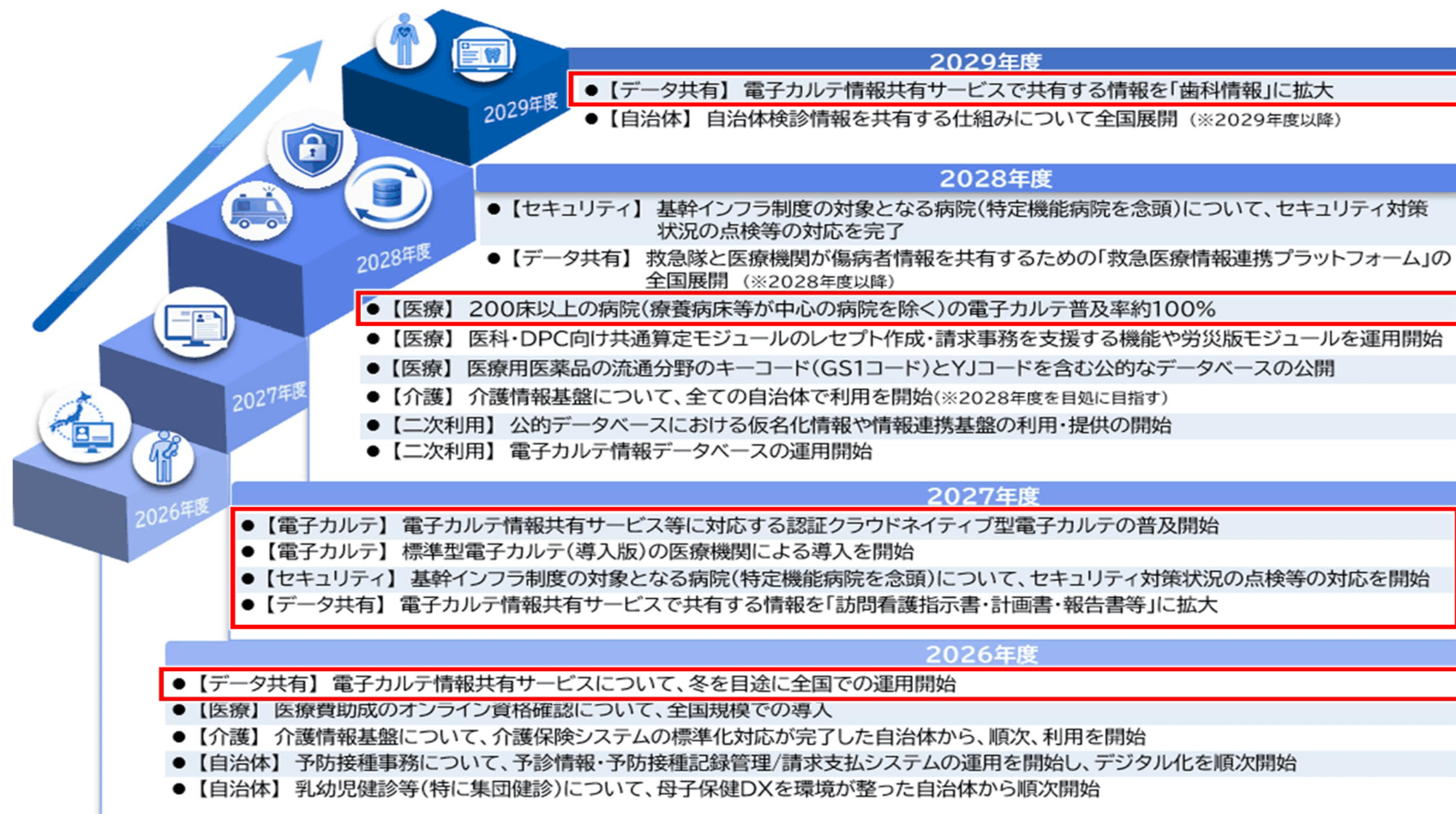
クラウド
ネイティブ型の
環境整備

大病院向けのクラウドネイティブ型製品の提供

1. 医療DXサービス利用のための基盤整備

1. 医療DXサービス利用のための基盤整備	2026年度 (令和8年度)	2027年度 (令和9年度)	2028年度 (令和10年度)	2029年度 (令和11年度)
クラウドネイティブ型電子カルテの普及	電子カルテ認証制度の構築	標準仕様に準拠したクラウドネイティブ型電子カルテの認証・普及		
	標準型電子カルテ(導入版)の開発・改良	標準型電子カルテ(導入版) 運用・普及		
	歯科電子カルテの標準仕様の策定・認証制度の構築	歯科の標準仕様に準拠したクラウドネイティブ型電子カルテの普及		
大病院向けのクラウドネイティブ型製品(電子カルテ・部門システム)の開発・普及支援	部門システム標準インターフェイス策定・管理体制の検討		部門システム標準インターフェイスの管理・各製品への実装	
	大病院向けのクラウドネイティブ型製品(電子カルテ・部門システム)の開発			実装
サイバーセキュリティ対策の強化	<人材育成等>			
	医療機関等におけるセキュリティリテラシーを高める研修		地域の拠点となる病院におけるセキュリティ専門人材の育成・配置	
	外部セキュリティ人材の活用推進			
	<医療機関対策>			
	地域の拠点となる病院を中心に外部接続点の適正化を含むセキュリティ対策の推進			
	各地方において先行して基幹インフラ制度の対象となる病院のセキュリティ点検・致命的な脆弱性の確認と対応			基幹インフラ制度の対象となるその他の病院のセキュリティ点検・対応
<医療機器対策>				
	医療機器のサイバーセキュリティを確保するための基盤整備		医療機器のサイバーセキュリティを確保するための対策を強化	

医療情報化推進方針(案)(第1期:2026年10月~2030年3月)に基づき予定している主な取組



母子保健 DX とは — 自治体との「紙」をやめる

国が医療機関に求めていること

診療所と自治体のあいだの紙のやりとり — 母子手帳、予防接種の予診票、健診の受診票と結果報告 — を、マイナンバーカードと PMH 経由の電子連携に置き換えること。

① PMH — 連携の基盤

- 自治体と医療機関をつなぐ全国共通基盤
- 対象：母子保健・予防接種・医療費助成・公費負担医療
- 603 自治体に参加（全 622 到達見込み）
- 医療機関・薬局 約 6.9 万施設で利用可能

② 予防接種の電子化

- 改正予防接種法 2026 年 6 月 1 日施行／8 月から全国運用
- マイナ保険証で予診票と過去の接種歴を確認
- 紙の予診票による接種・請求も当面は可能
- 2028 年 4 月までにほぼ全自治体へ拡大

③ 電子版母子健康手帳

- ガイドラインは令和 7 年度に発出済み
- 令和 8 年度以降、環境の整った自治体から順次
- 令和 10 年 4 月が適合基準日
- 記録は PMH に保存。転居後も継続して利用

PMH でやりとりされる情報

妊婦健診・乳幼児健診の結果／産後ケアの実施内容／新生児訪問指導／感染症検査結果 など。里帰り出産では、住所地と里帰り先の自治体間でデータが共有される。

出典：こども家庭庁「母子保健 DX に関する取組」／「母子保健 DX について」（経済医療等分科会 2024.11.20）／デジタル庁「Public Medical Hub」／厚生労働省「予防接種のデジタル化」

実現可能性を、どう見るか

進んでいる材料（＋）

- PMH は 608 自治体・約 6.9 万施設まで実装済み。基盤はすでに動いている
- 入口はオンライン資格確認端末。新たな機器の購入は不要
- 予防接種は法改正済み（2026 年 6 月施行）。制度の後戻りは考えにくい
- 健診結果の手入力・郵送が消える効果は、事務にとって実利が大きい

重くのしかかる材料（▲）

- 2028 年 4 月まで紙と電子が併存。受付は事実上 3 通りになる
- 対応時期は自治体まかせ。同じ二次医療圏でも足並みが揃わない
- レセコン・電子カルテの改修が前提。ベンダーの対応時期に左右される
- デジタル予診票にはマイナ保険証が必要。乳児のカード取得が前提

いま診療所ができる 3 つのこと

① 自治体の対応時期を確認

厚労省の対応自治体一覧は月初に更新される

② ベンダーに確認

レセコン・電子カルテの PMH 対応の可否と時期

③ 受付フローを 3 通り設計

事前入力／紙に出力／従来の紙。全職種で共有

現実的な見立て

止まるとすれば、制度ではなく自治体の対応速度とベンダーの改修能力。自治体の標準準拠システム移行で、移行困難の最大理由が「事業者のリソース不足」4,584 件だったことは、この分野にもそのまま重なる。

Page 2 / 2

出典：デジタル庁「Public Medical Hub」／厚生労働省「予防接種のデジタル化」／こども家庭庁「母子保健 DX に関する取組」／総務省 地方財政審議会 提出資料（2025.2.13）

入口がオンライン資格確認端末なので新たな機器投資が不要なこと、
そして予防接種は法改正が済んでいて制度としての後戻りは考えにくいこと。
重い側は、2028年4月まで紙と電子が併存して受付が3通りになること、
対応時期が自治体まかせであること、
レセコン・電子カルテの改修が前提になること、
そしてデジタル予診票にマイナ保険証が要る＝乳児のカード取得が前提

電子カルテシステムの普及状況の推移 医療施設調査：厚生労働省

- 3年に一度実施される医療施設調査(厚生労働省)によると、令和5年の一般診療所の電子カルテ導入率は55.0%、一般病院の電子カルテ導入率は65.6%となっている。

	一般病院 (※1)	病床規模別			一般診療所 (※2)
		400床以上	200～399床	200床未満	
平成 20年	14.2 % (1,092/7,714)	38.8 % (279/720)	22.7 % (313/1,380)	8.9 % (500/5,614)	14.7 % (14,602/99,083)
平成 23年 (※3)	21.9 % (1,620/7,410)	57.3 % (401/700)	33.4 % (440/1,317)	14.4 % (779/5,393)	21.2 % (20,797/98,004)
平成26年	34.2 % (2,542/7,426)	77.5 % (550/710)	50.9 % (682/1,340)	24.4 % (1,310/5,376)	35.0 % (35,178/100,461)
平成 29年	46.7 % (3,432/7,353)	85.4 % (603/706)	64.9 % (864/1,332)	37.0 % (1,965/5,315)	41.6 % (42,167/101,471)
令和 2年	57.2 % (4,109/7,179)	91.2 % (609/668)	74.8 % (928/1,241)	48.8 % (2,572/5,270)	49.9 % (51,199/102,612)
令和 5年	65.6 % (4,638/7,065)	93.7 % (609/650)	79.2 % (956/1,207)	59.0 % (3,073/5,208)	55.0 % (57,662/104,894)

【注 釈】 (※1) 一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除いたものをいう。

(※2) 一般診療所とは、診療所のうち歯科医業のみを行う診療所を除いたものをいう。

(※3) 平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

電子カルテ普及率 — 55% か、71% か

医療施設調査（静態）

55.0%

一般診療所

2023年10月1日時点／全数調査（一般診療所 104,894 施設が分母）／3年に1度の調査

65.6%

一般病院

改定結果検証調査

71.0%

一般診療所

2025年11月 中医協総会に報告／抽出調査（改定対応に関心の高い施設が回答しやすい）

77.7%

病院

一般診療所の推移（医療施設調査） — 直近3年の伸びは + 5.1 ポイント

平成20

14.7%

平成23

21.2%

平成26

35.0%

平成29

41.6%

令和2

49.9%

令和5

55.0%

同じ検証調査の内訳 — 平均値は、実態を表していない

97.3%

医療DX推進体制整備加算1の届出あり

46.2%

届出なし

2030年に概ね100%という目標の難所は、平均を上げるのではなく、この46.2%の層をどう動かすか。

出典：厚生労働省「電子カルテの普及について」（第28回健康・医療・介護情報利活用検討会 2024.3.12）／「令和5年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」（2025年11月21日中医協総会報告）

Page 1 / 1

医療DX推進体制整備加算1を 届出のない診療所は46.2%

DXに積極的な層はほぼ完了し、未対応層はほとんど動いていない。

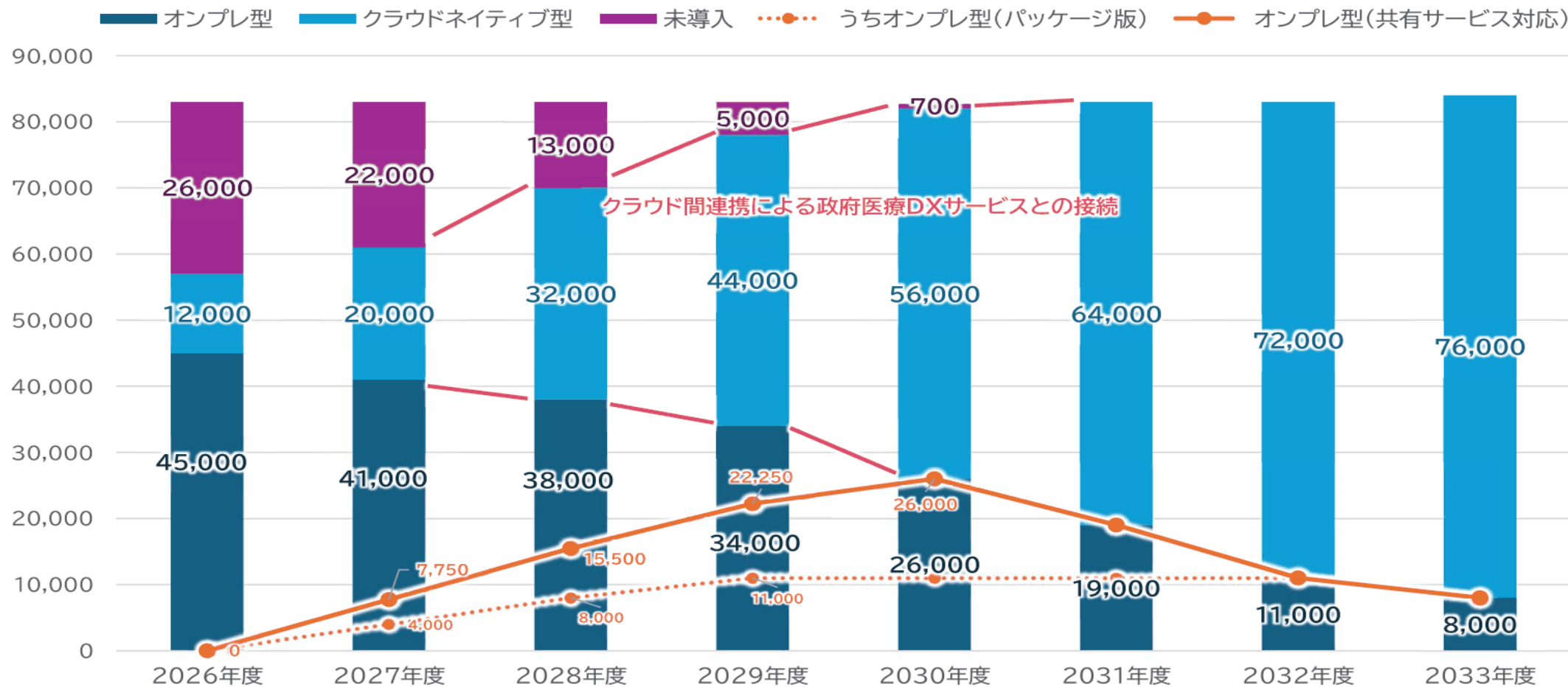
二極化しています。2030年に100%という目標の難所は、平均を55から100に上げるのではなく、この46.2%の層をどう動かすか

令和8年の医療施設静態調査は今年実施されます（協力依頼が6月30日に掲載済み）

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及推移 ～推計：医科診療所～

- ・ 2030年目標(必要な患者の医療情報の共有ができる電子カルテ普及率、約100%)達成に向けた、医科診療所の電子カルテの普及推移は、次のとおり。

【医科診療所】



※ 対象となる医療機関数は、「オンライン資格確認を導入(運用開始)している医科診療所数」(83,000施設)として推計。

医療機関におけるサイバーセキュリティ対策の現状

医療分野は「ガイドライン整備」から「重要・基幹インフラとしてのレジリエンス強化・AI時代のセキュリティ対応」へ

1. これまでの取組

- 2005年よりe-文書法による電子保存の解禁と個人情報保護法の全面施行を受け、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を発出。これまで11回の改版を重ねている。その後チェックリスト、Q&A等も合わせて発出。
- 国家サイバー統括室から示される「重要インフラにおける情報セキュリティ確保に係る安全基準等策定指針」の改版（2026年10月より「重要インフラのサイバーセキュリティ対策のための統一基準」となる）や医療分野におけるサイバー攻撃事案、現場からのご意見等を改定の契機として、最新版の7.0版が2026年6月29日に発出されたところ。

2. サイバーセキュリティ対策の現状と課題

- 近年でも、医療機関を狙ったサイバー攻撃が断続的に発生。

発生	医療機関名	攻撃経路等	被害
2022年	大阪急性期・総合医療センター 【大阪府】	外部ネットワークとの接続点（保守用VPN）からの侵入	暗号化によるシステムの停止。（通常診療に戻るまで1か月以上）個人情報の海外流出等は未確認。
2026年	日本医科大学武蔵小杉病院 【神奈川県】	外部ネットワークとの接続点（保守用VPN）からの侵入	患者の氏名・住所等の個人情報、約13万人分などが漏洩。

- 近年の医療機関におけるサイバー攻撃による被害の**ほぼ全ては、外部ネットワークの接続点の脆弱性**を狙ったもの。ランサムウェア被害の継続、診療停止・情報漏洩のリスク、医療DXの進展で攻撃面の制御の考え方の整理が必要。
- 医療機関の**サイバーセキュリティ人材も不足**。



3. 最近の状況

- 2026年6月の経済安全保障法改正にて、医療分野が基幹インフラの一つの分野として指定された。
- 2025年末頃より高性能AIによるサイバー攻撃のリスクが高まり、対応が迫られている。

戦略17分野(デジタル・サイバーセキュリティ) 医療DXロードマップ①

令和8年7月21日(火) 日本成長戦略本部(第2回) 資料2
デジタル・サイバーセキュリティ
クラウドネイティブに最適化された医療DX基盤

方向性

- 日本の医療機関は、多様な仕様の**オンプレミス型の情報システムが主流**のため、データ連携が困難であり、カスタマイズによるコストも高い。
※オンプレミス型：院内に設置したサーバーでシステムを管理・運用する方式
- 医療の**高品質なデータの連携や利活用**で、質の高い効率的な医療の提供を実現し、**創薬や医療機器の開発等にもつなげることが成長の勝ち筋**。
その基盤となるクラウドの医療データの連携基盤の構築に向け、**医療機関の情報システムのクラウドネイティブ型への刷新を集中的に実施**。

ボトルネック

市場リスク(医療機関)

- ・オンプレミス型システムからの移行には、個々の医療機関ごとに、システムに合わせた業務フローの見直しやデータ移行等の支援が必要。リソースが不足。

事業リスク(ベンダー)

- ・大病院の情報システムは、業務処理が多く、ネットワークも複雑。クラウド製品の開発規模が大きく、リスクが高い。
- ・電子カルテと独自インターフェースで接続するオンプレミス型の部門システムが多数存在。電子カルテのみをクラウド化しても、メリットを享受できない(部門システムも一体で開発に踏み切る必要)。また、開発に必要な標準インターフェース※が未整備
※システム連携に必要なコードや仕様等の共通ルール。
- ・特に部門システムは、小規模ベンダーが多く、開発体力が不足。

セキュリティリスク

- ・サイバーセキュリティの脅威の高まり。他方、クラウド製品がない中で、サイバーセキュリティ対策には大きな負担。

講じるべき施策

官民一体の集中的な投資による取組

①クラウドネイティブ型の情報システムへの刷新

- ✓ 認証された**クラウドネイティブ型電子カルテ製品の普及支援**／地域提供ベンダーの連携体制の構築／認証製品へのデータ移行支援
- ✓ **大病院向けのクラウドネイティブ型製品**(電子カルテ、部門システム)の**一体的・集中的な開発・普及支援**
- ✓ クラウドネイティブ型製品の開発の前提となる電子カルテと部門システムの**標準インターフェースの構築、標準仕様として規定**等

②サイバーセキュリティ強化

- ✓ **ネットワークの外部接続点の監視等**による適正化の推進 等
〔特に、地域の拠点となる病院には早急にサイバーセキュリティ対策を強化。〕

③全国的なデータ連携基盤の整備

- ✓ 全国医療情報プラットフォームの機能拡充、等

目指すべき姿

医療機関の情報システムのクラウドネイティブ型への刷新を通じて、高品質なデータの全国的な連携・利活用を実現

- ✓ 効率的で質の高い医療提供の確保
- ✓ 診療のAI活用、IT投資活性化
- ✓ 創薬や医療機器の研究開発の充実



サイバーセキュリティ対策の強化
国産の電子カルテベンダーの強化



国の医療DX政策による安全なデータ連携基盤が、民間の関連市場を成長させ、医療の更なる発展へ

日本成長戦略：医療DX・官民投資ロードマップにおける電子カルテ普及施策

- 医療DX・官民投資ロードマップに盛り込んだ電子カルテ普及に関する主な施策は、次のとおり。



クラウドネイティブ型の情報システム(電子カルテ・部門システム)への刷新

- 標準仕様※に準拠した製品の認証制度の創設
※クラウドネイティブ型、セキュリティ対策、全国的な医療情報の連携等
- 認証電子カルテ製品の普及支援
 - 認証製品の導入支援
 - 認証製品の提供のための地域提供ベンダーの連携
 - 認証製品へのデータ移行支援
- 「標準型電子カルテ・導入版」の開発・普及
- 「パッケージ版・電子カルテ」※の普及支援
※政府の医療DXサービスに対応し、セキュリティ対策を備え、ノン・カスタマイズでの導入を前提とする製品
- 電子カルテ情報共有サービス等への接続支援 等
- 大病院向けクラウドネイティブ型システムの開発支援
- 電子カルテ・部門システムの標準インターフェイスの構築
- 高機能な病院等におけるクラウドネイティブ型システムの導入支援 等

主に中小病院・医科診療所向けの対策

認証されたクラウドネイティブ型電子カルテ製品の普及支援

<クラウドネイティブ型が普及するまでの経過的な対応>

「標準型電子カルテ・導入版」（医科無床診療所向け）

「パッケージ版・電子カルテ製品」の普及支援

電子カルテ情報共有サービス等への接続支援

主に大病院(機能が高い病院)向けの対策

大病院向けクラウドネイティブ型製品(電子カルテ・部門システム)の開発支援

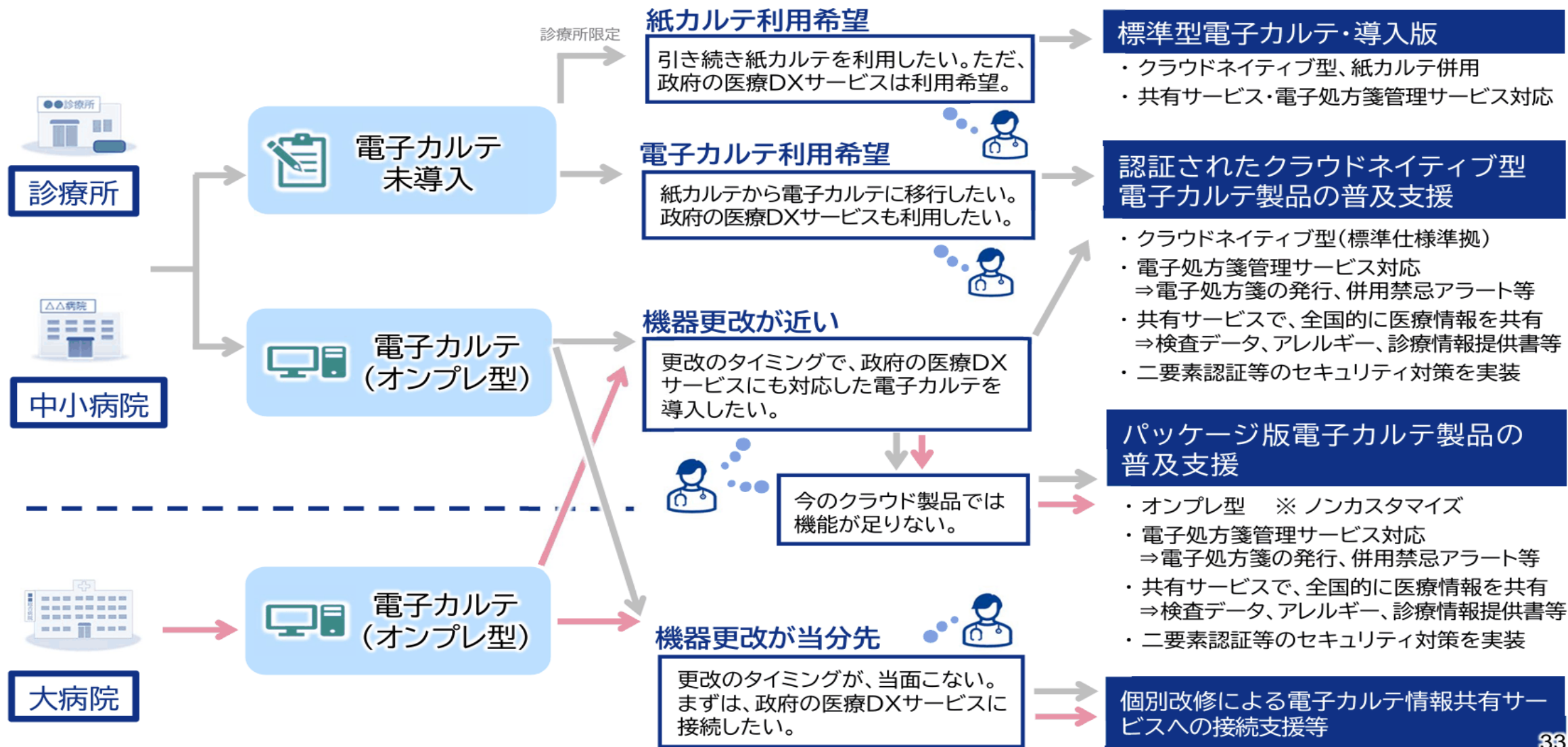
<クラウドネイティブ型が普及するまでの経過的な対応>

「パッケージ版・電子カルテ製品」の普及支援

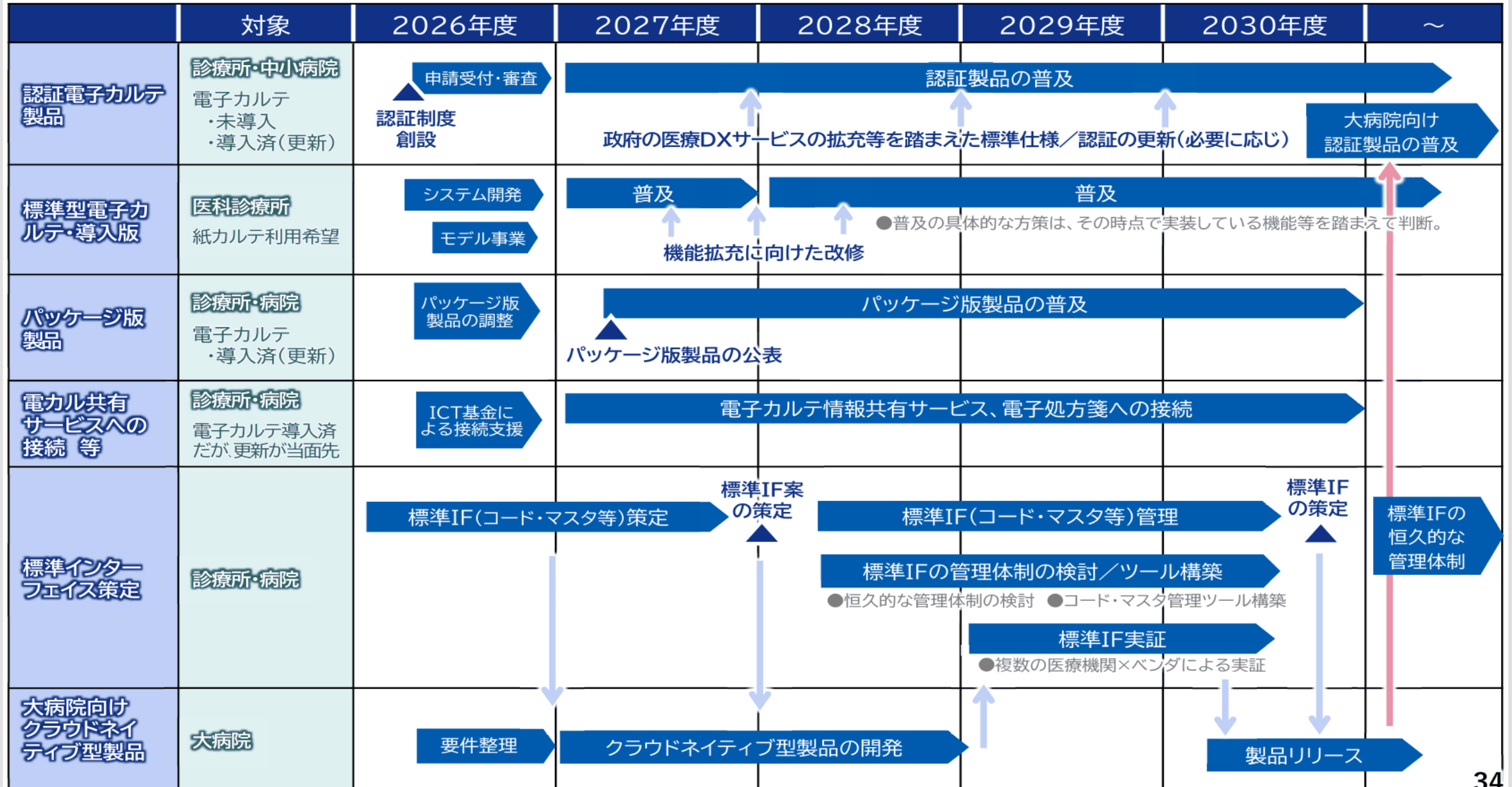
電子カルテ情報共有サービス等への接続支援

想定している医療機関と対応する施策の整理

- 医療機関の状況、ニーズに応じて、複層的な支援を準備。これらの取組を通じて、医療情報システムのクラウドネイティブ化（クラウドネイティブ型電子カルテの普及、全国的な医療情報の連携体制の整備）を目指す。



想定している製品ごとの現時点で想定されるスケジュール



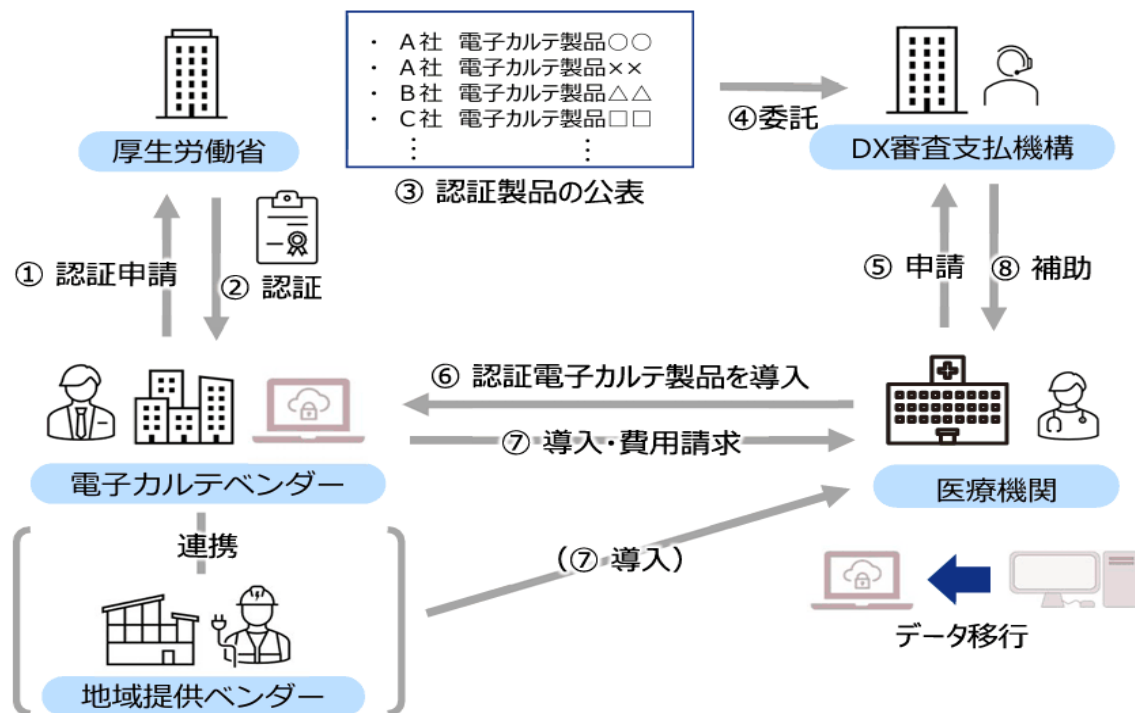
令和9年度概算要求額 336億円（－）（－）内は前年度当初予算額
うち投資枠 336億円

一部補助金：医療機関向け

1 事業の目的

本事業は、標準仕様に準拠したクラウドネイティブ型電子カルテの認証・普及支援を通じて、医療機関における導入・移行負担の軽減を図り、電子カルテの普及と、医療機関におけるサイバーセキュリティ対策の向上、全国的な医療情報共有基盤の整備を推進することを目的とする。

2 事業の概要・スキーム



- ◆標準仕様に準拠した電子カルテ製品について審査・認証を行う。（委託）
- ◆認証されたクラウドネイティブ製品を導入する医療機関に対して、導入等にかかる経費の一部を支援する。（1 / 2 補助）
- ◆認証製品の供給能力の強化のため、認証製品の病院への提供を行うベンダーや人員等を確保する。
- ◆オンプレ型電子カルテから認証製品への移行を推進するため、データ移行費用の一部を支援する。（1 / 2 補助）

3 実施主体等

◆厚生労働省（DX審査支払機構、民間事業者等の一部事務委託して実施）

◆補助率：1 / 2（上限あり）、委託

令和9年度概算要求額 121億円（－）（）内は前年度当初予算額

うち投資枠 121億円

補助金：医療機関向け

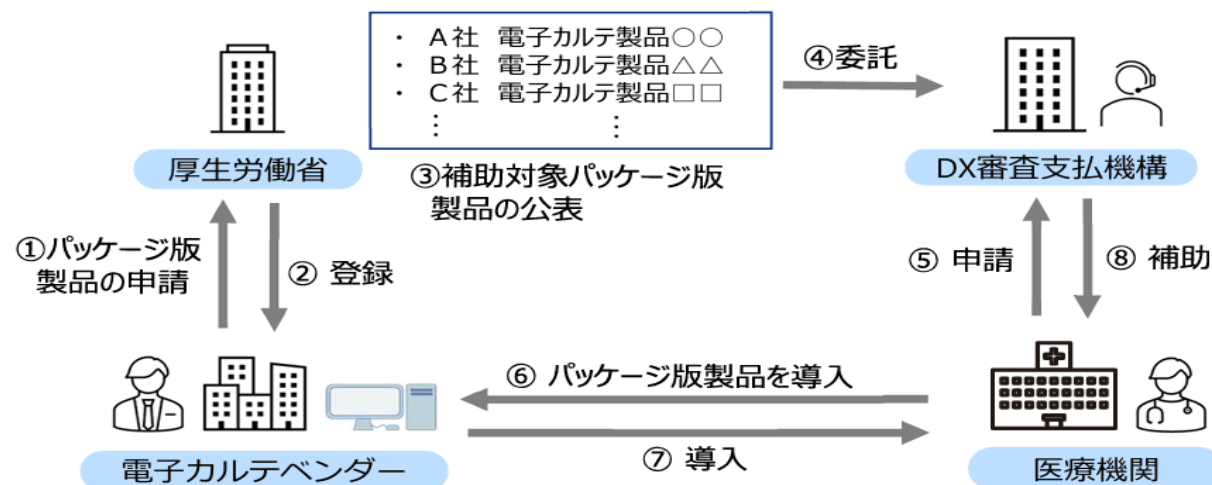
1 事業の目的

政府は、医療情報システムのクラウドネイティブ型への刷新を目指し、認証されたクラウドネイティブ型電子カルテの普及支援を実施する方針。しかしながら、現状、クラウドネイティブ型電子カルテは、提供されている製品が限られており、全ての医療機関の機能には対応できない。

このような状況でも、将来的なシステム刷新を見据え、システムの標準化／サイバーセキュリティ対策を進めつつ、政府の医療DXサービスへの対応を推進していくことが必要。

このような趣旨を踏まえ、本事業は、①電子カルテ情報共有サービス等の政府の医療DXサービスに対応し、②必要なサイバーセキュリティ対策を備え、③ノンカスタマイズであること等の要件を満たす「パッケージ版製品」を国が指定し、その導入を支援することを目的とする。

2 事業の概要・スキーム



◆パッケージ版製品を導入する医療機関に対して、導入等にかかる経費の一部を支援する。

3 実施主体等

◆厚生労働省（DX審査支払機構、民間事業者等に一部事務委託して実施）

◆補助額：登録されるパッケージ版製品の対象医療機関規模ごとに設定

電子カルテの補助は3本立て — パッケージ版とは何か

「クラウドネイティブ型電子カルテは、提供されている製品に限られており、全ての医療機関の機能には対応できない」 — だから補助は3本立てになった（厚生労働省 令和9年度概算要求資料）

① クラウドネイティブ型の普及

336 億円

標準仕様に基づき「認証」された製品が対象。
補助率 1/2
認証要綱 2026年9月公表／認証製品の提供開始は2027年4月が目標

② パッケージ版 導入支援

121 億円

クラウドネイティブ型でなくてもよい。国が「指定」した既製品
補助額は、対象となる医療機関の規模ごとに設定される

③ 標準型電子カルテ・導入版

93 億円

国が開発するアプリ。電子カルテ未導入の医科診療所向け
2026年度中の完成目標。機器の購入経費も補助対象

② パッケージ版に国が求める3要件

① 政府の医療DXサービスに対応（電子カルテ情報共有サービス等）

② 必要なサイバーセキュリティ対策を備えている

③ ノンカスタマイズであること

具体的な商品名は、まだ一つも公表されていない

資料のスキーム図にある「A社電子カルテ製品〇〇」は仕組みの説明で、実在の製品ではない。ベンダーが申請→国が登録→補助対象として公表、という順。令和9年度＝2027年度の要求であり、製品名が出るのは早くても2027年度。

Page 1 / 1

出典：厚生労働省「令和9年度予算概算要求 医療DXの推進」／「パッケージ版電子カルテ導入支援」概算要求資料／「電子カルテの普及について」（第28回健康・医療・介護情報利活用検討会 2024.3.12）

国が指定するのは、

次の3点を満たす既製の電子カルテ製品です

① 電子カルテ情報共有サービス等の
政府の医療DXサービスに対応していること

② 必要なサイバーセキュリティ対策を備える

③ ノンカスタマイズであること

つまり「クラウドネイティブ型ではないが、標準化とセキュリティと非カスタマイズは満たしている既製品」

①ベンダーが厚労省に申請 → ②厚労省が登録 → ③補助対象製品として公表 → ④DX審査支払機構に委託して補助、という順です。

補助額は「登録されるパッケージ版製品の対象医療機関規模ごとに設定」

パッケージ版の指定製品名が出るのは、早くても2027年度

令和9年度概算要求額 93億円（－）（）内は前年度当初予算額

うち投資枠 93億円

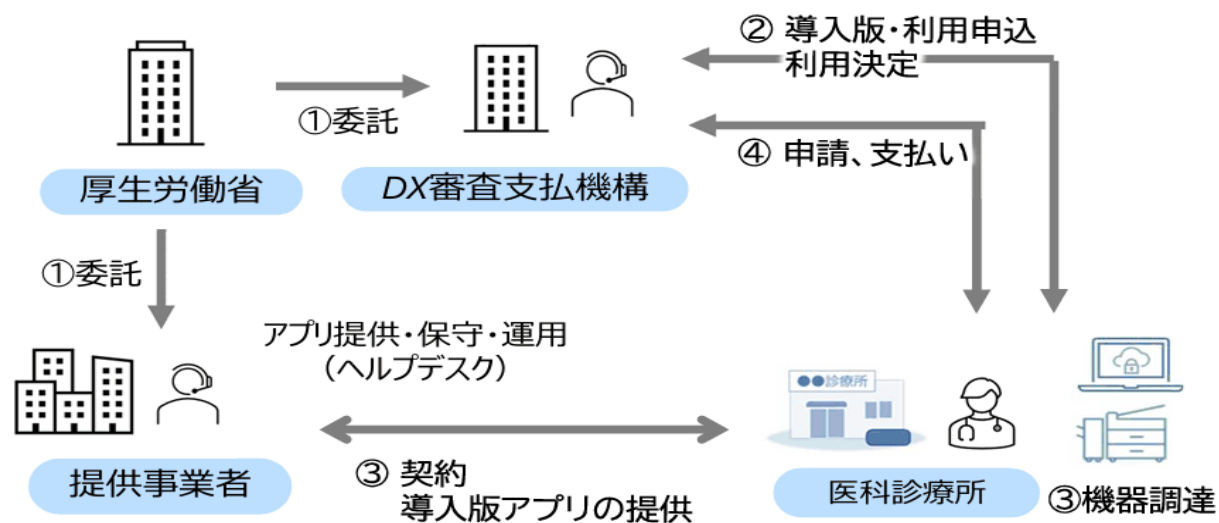
一部デジタル庁計上（標準型電子カルテ・病院版医療情報共有ツール） 43億円

一部補助金：医療機関向け

1 事業の目的

本事業は、電子カルテ未導入の医療機関の電子化を支援するために、①標準型電子カルテ・導入版のアプリ提供、保守・運用事業を実施するとともに、②実際に医科診療所が当該アプリを導入する際の機器購入・設置経費を支援すること等を目的とする。

2 事業の概要・スキーム



- ◆ 標準型電子カルテ・導入版の保守、運用、展開（委託）
- ◆ 標準型電子カルテ・導入版の医科診療所の導入補助（機器調達経費等への補助）
- ◆ 標準型電子カルテ・導入版の機能拡充（委託）
- ◆ 病院版医療情報共有ツールの開発（委託）
- ◆ 民間ベンダーによる医療情報共有ツールの開発・普及（補助）

3 実施主体等

- ◆ 厚生労働省（アプリ提供事業者、DX審査支払機構等の一部事務委託して実施）
- ◆ 補助率：定率（上限あり）、委託

医療機関における総合的なサイバーセキュリティ強化事業

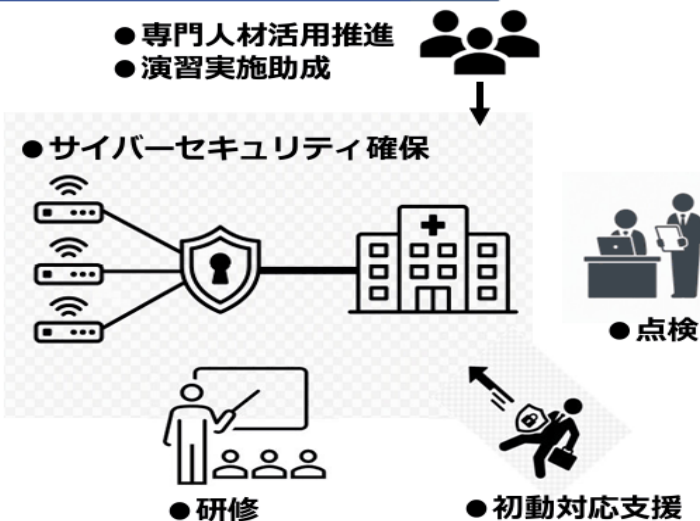
令和9年度概算要求額 137億円 (1.0億円) ()内は前年度当初予算額 令和7年度補正予算額 15億円

うち投資枠 137億円

1 事業の目的

サイバー攻撃の脅威が医療機関にも及ぶ中、専門人材の不足、外部接続点管理およびセキュリティ対策の不全、特定社会基盤事業者指定され得る病院の水準担保、現場のセキュリティ意識やリテラシーの不足・初動対応体制の未整備など、医療機関が抱える課題は多岐にわたる。本事業では、①専門人材活用推進、②演習実施助成、③外部接続点の適正化・維持管理・セキュリティ強化、④特定社会基盤事業者への指定が想定される病院等の点検、⑤研修・初動対応支援の5事業を統合的に運用し、人材・体制・システムの各側面から医療機関のサイバーセキュリティ対策を総合的に強化することで、医療提供体制維持のためのセキュリティを確保する。

2 事業の概要・スキーム



①セキュリティ人材活用推進

IPA支援者リストの活用促進、医療機関・保健所へ専門人材活用を支援

②サイバーセキュリティ演習実施助成

CYNEX基盤を活用した演習実施費用を学術・職能団体等へ助成

③サイバーセキュリティ確保

外部接続点適正化・維持管理・セキュリティ強化計画策定支援と、必要経費への補助

④サイバーセキュリティ点検

特定機能病院を対象としたセキュリティ点検とフォローアップ

⑤サイバーセキュリティ対策調査事業

(1) 研修

経営層・システム管理者・立入検査職員等、役割に応じた研修の実施

(2) 初動対応支援

インシデントへの初動対応支援や被害先のアセスメント

3 事業主体等

事業	①人材活用推進	②演習実施助成	③確保事業	④点検事業	⑤対策調査事業
実施主体等	委託先：委託事業者 (民間事業者)	助成先： 学術団体・職能団体等	実施：委託事業者(民間事業者) 補助先：病院 病床規模別の補助基準額を設定 ※ (補助率10/10) ※「点検事業」に参画した特定機能病院は補助基準額を増額	委託先：委託事業者 (民間事業者)	委託先： (1) 委託事業者 (2) 委託事業者 いずれも民間事業者

現在、開発中の医科無床診療所向けの標準型電子カルテ(クラウドネイティブ)の中で、国の医療DX対応機能に限定した「導入版」を開発中です。
2026年度中の完成を目指しています。

標準型電子カルテ(導入版)のコンセプト

医療DX対応を中心とした画面構成で、クリック操作を主とする感覚的に使いやすいシンプルな画面設計です。
紙カルテや現行の電子カルテの業務はそのままに、国の医療DXに対応できるようになります：

- 電子カルテ情報共有サービスを利用する病院や診療所からの「診療情報提供書」や「検査データ」を本アプリから閲覧可能になります。 ※
- 本アプリに情報を入力すれば、「診療情報提供書」を病院や診療所に送付することや、電子処方箋の発行が可能になります。
- アプリと外注の検査機関を連携することで、自院の「検査データ」を国の電子カルテ情報共有サービスに簡単に登録できます。

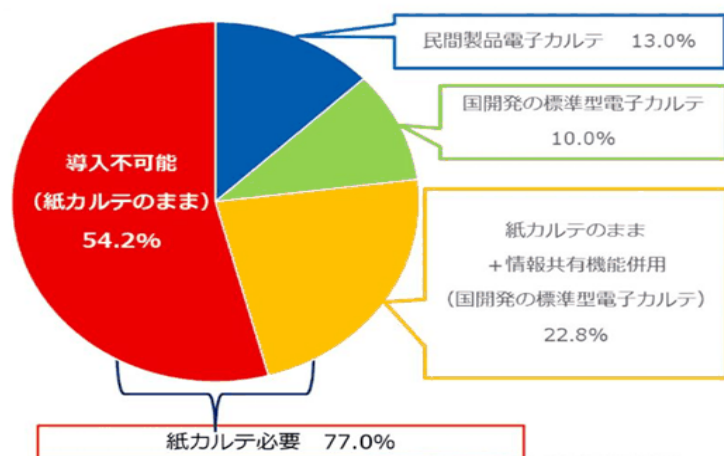


▶ 標準型電子カルテ(導入版)完成後、地域の医科診療所の電子カルテ等のシステム提供事業者と連携し、医科診療所における一体的な普及を推進する。

(参考) 日本医師会(紙カルテ利用の診療所の電子化対応可能性に関する調査) ※2025/8記者会見

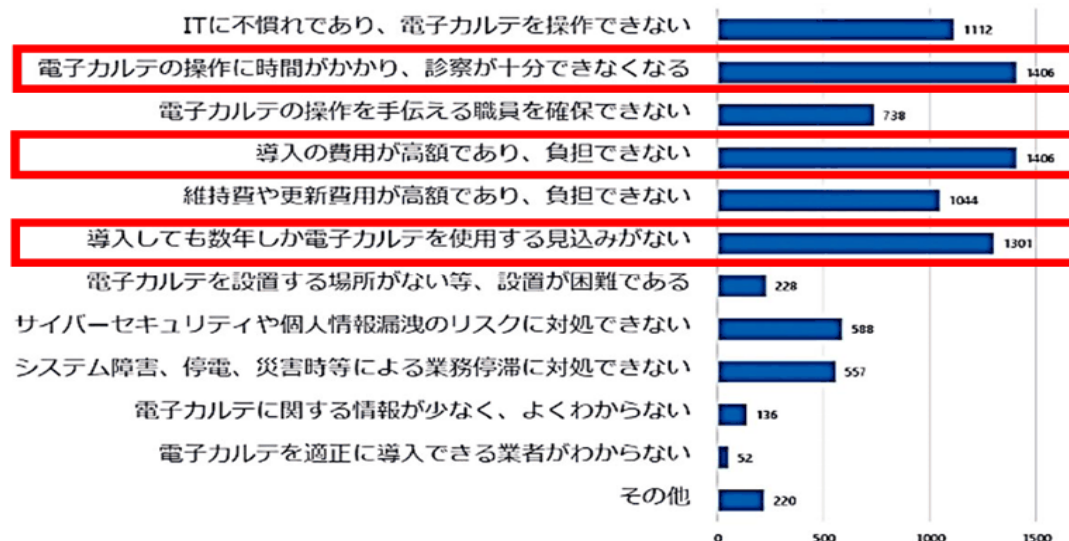
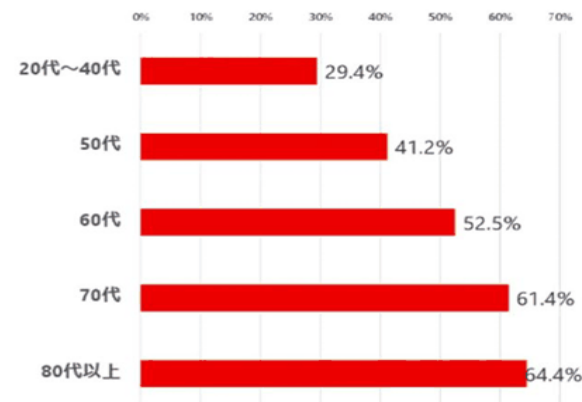
- 日本医師会において、全国の紙カルテ利用中の診療所に対し、電子カルテの導入可能性に関するアンケート調査を実施(調査期間:2025/4/18~6/1、有効回答数:5,466件)。導入が難しい理由としては、導入コストや操作への不安等があげられている。

▶ 調査では54.2%が「導入不可能」である旨の回答



- ### ▶ 「導入できない理由(3つ選択可)」では、
- ITに不慣れ(電子カルテ操作に時間がかかる)、
 - 導入費用が高額、
 - 導入しても数年しか使用する見込みがない、
- といった回答が多くなっている。

▶ ただし、「導入不可能」と回答する割合は高齢者ほど高い



(参考) オンプレミス型のクラウドネイティブ型の比較

▶ オンプレミス型(閉域網)

院内にサーバーを設置し、そのサーバー内で電子カルテのアプリケーションが動作。

- 病院ごとにシステムを構築するため、病院の希望に応じたカスタマイズ可能。
- × サーバーの構築・更新が必要。機能改修等の際、現地対応が必要になりやすい。
- × セキュリティの更新等が行いにくい。システム保守で、接続点が管理しにくい。

▶ クラウドリフト型

クラウド上に、病院ごとのサーバーを構築し、そのサーバーでアプリケーションが動作。

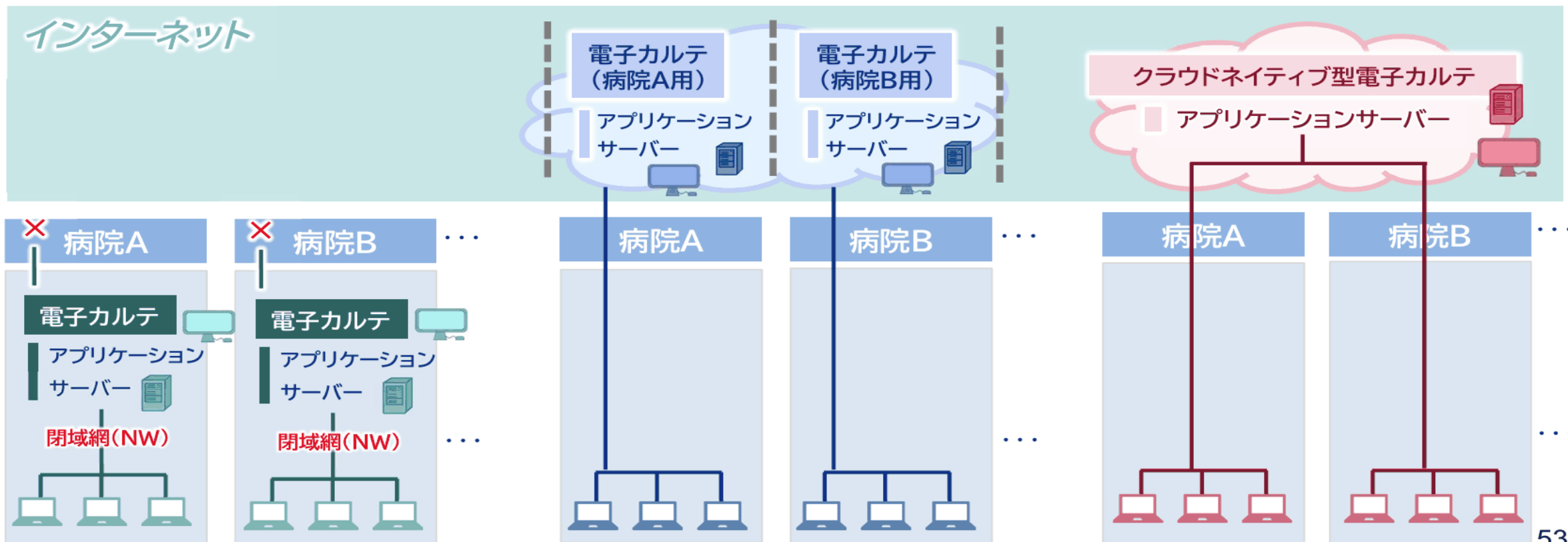
- ⇒ オンプレ型のシステム構成を、クラウドリフトした形式。拡張の際、サーバー構築等が必要である点は、オンプレ型と同様。
- ⇒ また、病院システム全体のクラウド化ができていなければ、オンプレ型と同様に接続点等の課題も生じる。

▶ クラウドネイティブ型

クラウド上のサーバーにアプリケーションを構築し、各病院が共同で利用。

- × 病院ごとのカスタマイズができない。
- 施設の追加等の拡張が、比較的、容易。基本的に、現場対応を不要とできる。
- セキュリティ対策の現場負担を軽減。病院システム全体のクラウド化ができれば、接続点の管理等も行いやすい。

インターネット



類型	アプリケーションの置き場所
オンプレミス型（閉域網）	院内にサーバーを設置し、そのサーバー内で電子カルテが動作
クラウドリフト型	クラウド上に病院ごとのサーバーを構築し、そこで動作
クラウドネイティブ型	クラウド上のサーバーにアプリケーションを構築し、各病院が共同で利用

分かれ目は「電子カルテのアプリが医療機関ごとに1つあるか、全国で1つか」です。 クラウドリフト型は、オンプレの構成をそのままクラウドに持ち上げただけなので、厚労省の資料も「拡張の際にサーバー構築等が必要な点はオンプレ型と同様」と書いています。名前はクラウドでも、中身は院内サーバーが外に出ただけ、ということです。

標準仕様書が求める「クラウドネイティブ」の中身は5つです。
ガバメントクラウド対象のパブリッククラウドで稼働すること、
SaaSとして提供されること、
マルチテナント方式（複数医療機関が共通基盤を使う）であること、
全テナントで共通のソースコードを使い複数バージョンの併存は不可、
そして個別医療機関向けのコード分岐やカスタムプログラムは禁止。
この5つ目が、前にお話した「個々のカスタマイズには対応不可能」の技術的な正体です。
代わりの逃げ道として、全医療機関が必要に応じて使える「オプション機能」と、
管理画面での「パラメーター設定」は認められています。
つまり**オーダーメイドは不可、既製服のサイズ調整までは可、**という設計です。

創薬AX

創薬

- 創薬プロセス全体の高度化・迅速化（AI for Health 研究開発プラットフォーム構築事業（153 億円＋事項要求）の一部 等）
 - 創薬の迅速化・高度化に必要なAI駆動型共用自律ラボ等の整備・運用
 - AI利活用によるリアルタイム臨床試験に向けたデータ基盤整備
 - 創薬AI人材の育成 等

薬事審査

- AI前提の薬事審査・安全対策の高度化・効率化（医薬品等の審査・安全対策におけるAI導入推進事業 30億円）
 - AI活用を前提としたPMDAにおける審査プロセス等の確立
 - 医薬品等の審査・安全対策業務におけるAI導入・推進

医療AX

医療AI創出

- 医療AI研究開発のための基盤整備（AI for Health 研究開発プラットフォーム構築事業（153 億円＋事項要求）の一部 等）
 - 医用画像AI研究開発データ基盤の整備
 - 医療フィジカルAI※開発の促進
 - 医療AIと医療情報システムの接続環境構築
 - 医療AIの性能評価指標の開発等
 - ※医療の質向上及び業務効率化に資するもの

医療AI開発・導入（業務支援）

- 医療機関の業務効率化、負担軽減に資するAI開発・導入開発の支援
 - AIを活用した新たな業務支援サービス開発（医療分野のエージェント型AIによる新たな業務支援サービスの開発支援 25億円）
 - 医療機関へのAI導入・伴走支援（導入補助：地域医療介護総合確保基金（事項要求）他）（伴走支援等：①支援事業者による伴走支援4億円②勤改センターによる助言等1.5億円）

介護AX

介護AI開発・普及（業務支援）

- 介護事業所等の業務効率化、負担軽減に資するAI開発・普及支援（介護テクノロジー開発・普及等加速化事業 8.8億円）
 - スタートアップ支援窓口、リビングラボ等、CARISOを通じた開発事業者への支援
 - 実証フィールド事業所等の協力による、介護テクノロジー等の導入・活用に係る大規模実証・検証

介護AI導入支援

- 介護事業所に対するAI活用を含めた介護テクノロジー導入・伴走支援等（介護テクノロジー導入・協働化・経営改善等支援事業（240億円）の一部）
 - 生産性向上に資する介護テクノロジー等の導入
 - 小規模事業所への都道府県による伴走支援等の実施

BCPの作成について

災害拠点病院以外の医療機関におけるBCP策定について

厚生労働省より、災害拠点病院以外の医療機関に向けたBCP策定のための各種資料が公開されています。

BCP作成指針

策定における基本的な考え方と方向性を示す指針

BCP作成の手引き

具体的な作成手順や手順書をまとめたマニュアル

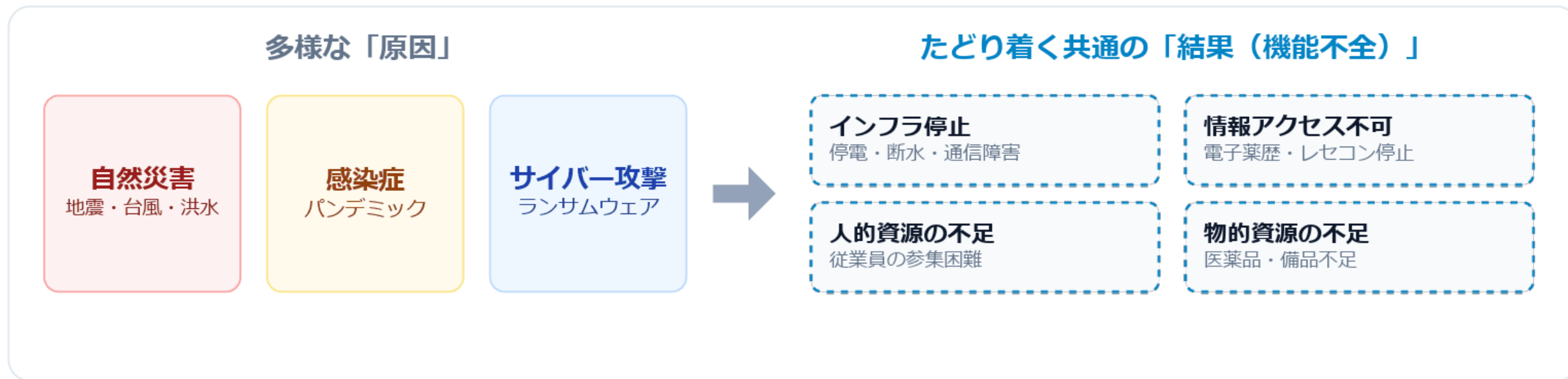
BCPチェックリスト

策定内容の漏れや不備を確認するためのチェックシート

The screenshot shows the official website of the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) of Japan. The page is titled "医療施設の災害対応のための事業継続計画 (BCP)" (Business Continuity Plan for Disaster Response of Medical Facilities). It features a navigation menu on the right with categories like "政策について" (About Policy), "分野別の政策一覧" (List of Policies by Field), and "健康・医療" (Health and Medical). The main content area lists several PDF documents for download, including "病院BCPを策定するための手引き" (Guidelines for Developing Hospital BCP), "病院BCP: (災害拠点病院用) 改訂第2版" (Hospital BCP: Revised 2nd Edition for Disaster Base Hospitals), and "医療機関(災害拠点病院以外)における災害対応のためのBCP作成の手引き" (Guidelines for Developing BCP for Disaster Response in Medical Institutions (Other than Disaster Base Hospitals)). The page also mentions a research project funded by the MHLW in 2016, aimed at developing BCPs for non-disaster base hospitals.

出典:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/infulenza/kenkyu_00001.html

多様な災害要因に個別対応するのではなく、発生する「結果（機能不全）」を想定して対策を共通化します。



事例：地震とランサムウェア対策の共通化

物理的破損（地震）とデータ暗号化（サイバー攻撃）は原因こそ異なりますが、直面する課題は「電子カルテが使えない」という点で同一です。

したがって、「手書き診療録」「紙の伝票」「オフラインバックアップ」といった代替手段（対策）を事前に1つ用意しておくだけで、双方の事態に同時に備えることができます。

計画策定の最重要ポイント

「もし電気が止まったら？」
「もしネットが繋がらなかったら？」

といった、具体的な「機能不全のシナリオ」から逆算して、現実的かつ無駄のない業務継続計画（BCP）を組み立てることが成功の鍵です。

自然災害による経済損失は非常に大きくなります。ハザードマップは、発生時の被害を予測し地図化したものです。国土交通省や各自治体で作成しホームページで公開しています。

地域の自治体のHP

各自治体のHPで地域に特化したハザードマップを公表しています。

国土交通省ハザードマップポータルサイト

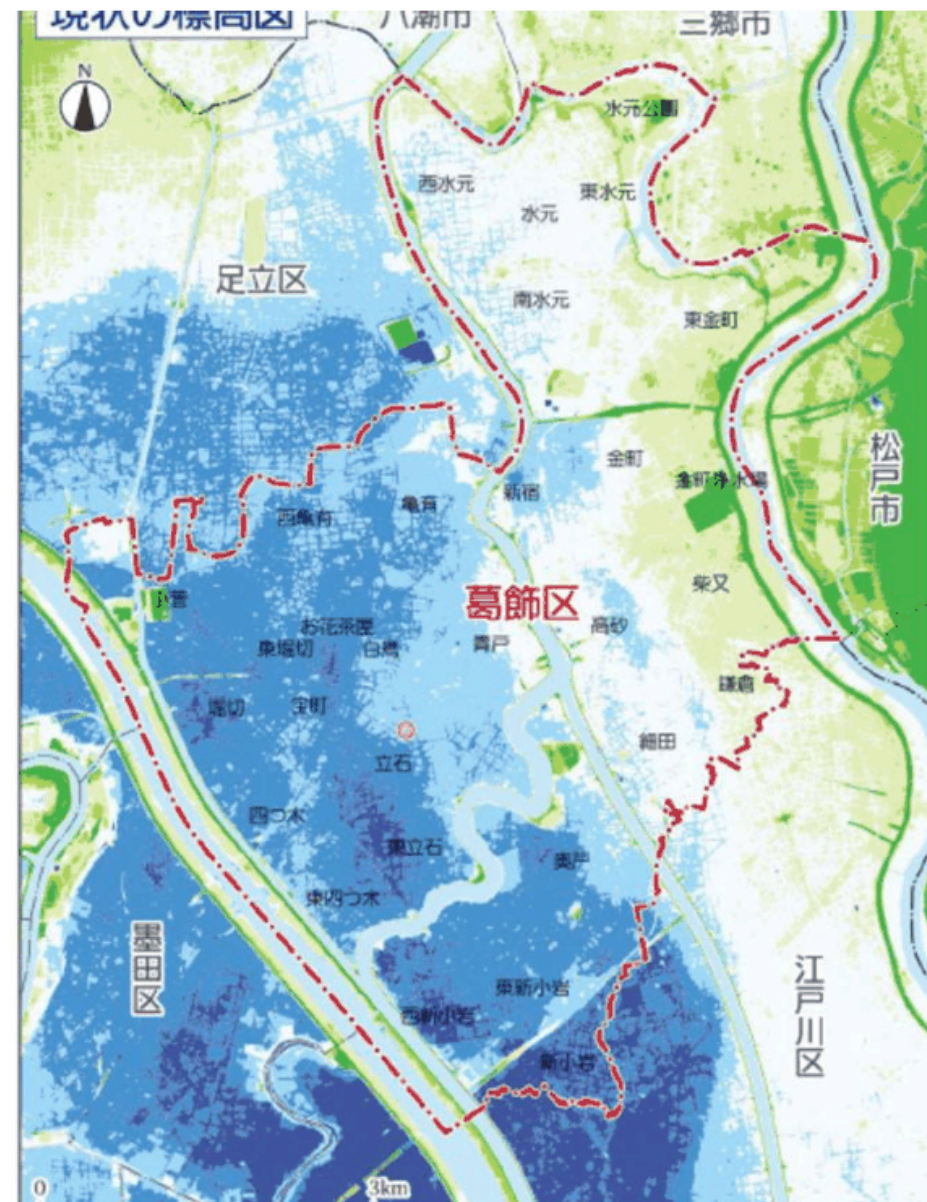
全国のハザードマップをまとめて閲覧・比較できるポータルサイトです。

国土交通省 川の防災情報

気象、河川水位、土砂災害情報などをリアルタイムに一画面で確認できます。

J-SHIS (地震ハザードステーション)

全国の地震ハザード情報を共通情報基盤として提供している専門サイトです。



☑震度 5 以上の地震が想定される地域か？

☑台風、豪雨、津波による浸水が想定される地域か？

☑想定される浸水深はどのぐらいか？

☑土砂災害の危険性がある地域か？

☑ため池決壊の危険性がある区域か？

☑豪雪による被害が想定される地域か？

診療所用 業務継続計画（BCP）のひな形について

令和8年度診療報酬改定では、機能強化加算や在宅療養支援診療所等の施設基準において、**令和9年5月31日までに**業務継続計画（BCP）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること等が追加されました。

そこで、日本医師会では、機能強化加算や在宅療養支援診療所の届出を行っている診療所に向けて、「業務継続計画（BCP）のひな形」を作成いたしましたので、ご活用ください。

業務継続計画（BCP）のひな形

様 式	Word版
①業務継続計画BCP（白紙様式）	
②業務継続計画BCP（外来診療のみ実施する医療機関向けの記載例）	
③業務継続計画BCP（在宅医療を実施する医療機関向けの記載例）	

世界の中の日本

欧米医療との比較

皆保険はどう作られ、いま何が変わろうとしているのか

— 米・英・仏・独・デンマーク・韓国と並べて、日本の医療を測る —

後半の流れ

1

皆保険はどう作られたか

1922-2026

1922年から現在まで。制度は「福祉」ではなく「労働力の保全」から始まった

2

世界の中の日本

7か国比較

米・英・仏・独・デンマーク・韓国と並べると、日本の異質さが見える

3

いま起きている変化

2024-2028

2026年度診療報酬改定、高額療養費、医師偏在、新地域医療構想

4

診療所にとっての意味

診療所の視点

比較から、診療所の明日に持ち帰るもの

はじめに

この3つに、即答できますか

Q1

**なぜ日本では、紹介状なしで
大学病院を受診できるのか**

英国・デンマークでは制度的に不可能

Q2

**なぜ日本の医療費は
GDPの1割に収まっているの
か**

米国は18%。同じ「先進国の医療」では
ない

Q3

**なぜ2026年度改定は
32年ぶりの規模なのか**

賃上げと物価が、初めて点数を動かした

答えはすべて「制度設計の帰結」です。医学的な必然ではなく、誰かが選んだ設計の結果として、いまの診療室があります。

1

皆保険はどう作られたか

1922 → 1961 → 2026 制度の来歴を4つの時代で読む

誕生期 / 1961年の達成 / 福祉元年と反転 / 提供体制の再設計

出発点は福祉ではなかった（1922–1958）

1922

健康保険法 制定（施行1927）

工場・鉱山の労働者が対象。目的は労働力の保全

1938

（旧）国民健康保険法／厚生省設置

農村の疲弊と「徴兵検査に通る身体」への危機感

1942

職員健康保険を統合

被用者保険の骨格がほぼ完成

1958

新・国民健康保険法

全市町村に国保の実施を義務づけ = 皆保険の最後のピース

覚えておきたいこと：日本の医療保険は「弱者を救う制度」としてではなく、産業と国防を支える人的資源政策として始まった。福祉的な性格が前面に出るのは戦後です。

1961年 — 国民皆保険の達成

1961

昭和36年4月

国民皆保険体制の成立

①

職域と地域の二本立て

被用者保険（健保・共済）と、それ以外を市町村国保が受け止める。“漏れをなくす”ための設計

②

現物給付という選択

償還払いではなく窓口で医療そのものを渡す。受診のハードルを下げる強力な仕掛け

③

全国一律の公定価格

診療報酬点数表で価格を国が決める。地域や病院で値段が変わらない

ただし出発点は「平等」ではありません。1961年時点の給付率は、被用者本人が10割、その家族と国保加入者は5割。
以後60年の制度改革史は、この給付率の格差を埋め、そして財政のために再び自己負担を引き上げていく往復運動として読めます。
皆保険とは「全員が入っている」ことであって、「全員が同じ給付を受ける」ことではなかった — ここが日本の制度を理解する鍵です。

1973年「福祉元年」と、その反転

拡張のピーク（1973年）

- 老人医療費の無料化（70歳以上の自己負担ゼロ）
- 高額療養費制度の創設（現在まで続く安全弁）
- 被扶養者の給付率を7割へ引き上げ

同じ年、オイルショック

- 高度成長の終焉＝拡張の財源が消えた
- 「病院のサロン化」「過剰受診」批判の噴出
- 1983年 老人保健法で一部負担を再導入

ここから始まった「給付の見直し」

1984

被用者本人に1割負担を導入

10割給付の終焉

1997

本人負担 2割へ

2003

本人負担 3割へ（現行）

職域と地域の給付率がほぼ統一

2022

後期高齢者に2割負担区分

一定所得以上

2000年代以降 — 「保険」から「提供体制」へ

2000

介護保険法 施行

医療から高齢者ケアを切り出し、別建ての社会保険に

2018

国保の財政運営が都道府県単位に

市町村国保の構造的赤字への対応

2008

後期高齢者医療制度／特定健診

75歳以上を独立した制度へ。予防が保険者の責務に

2024

医師の働き方改革（時間外上限規制）

労働法制が医療提供体制の制約条件になった年

2014

地域医療構想（医療介護総合確保推進法）

病床の機能分化を都道府県が担う枠組み

2025-26

かかりつけ医機能報告制度／新地域医療構想

2040年を見据えた再設計が始動

論点の重心は「誰がいくら払うか（保険）」から「どこに何を置くか（提供体制）」へ移った。皆さんの世代が向き合うのは後者です。

日本の皆保険 — 4つの設計特徴

① 国民皆保険

全国民がいずれかの公的医療保険に加入。無保険者が制度上存在しない

② フリーアクセス

受診先を患者が自由に選べる。紹介状も登録医も不要（大病院の定額負担は例外）

③ 現物給付・低い窓口負担

原則3割、高齢者1～2割。加えて高額療養費が月額上限をかける

④ 全国一律の公定価格

診療報酬は中医協の議論を経て国が決定。2年に1度の改定で医療の姿が変わる

そしてもう一つ：混合診療は原則禁止。保険診療と保険外診療を併用すると全額自費になるのが原則で、評価療養・選定療養など「保険外併用療養費」として例外が限定列挙されています。この一点が、日本の医療の均質さと、新技術導入の遅さの両方を生んでいます。

数字で押さえる、いまの日本の医療

48.1兆円

国民医療費

2023年度・過去最高

8.08%

対GDP比

国民医療費ベース

60.1%

65歳以上の割合

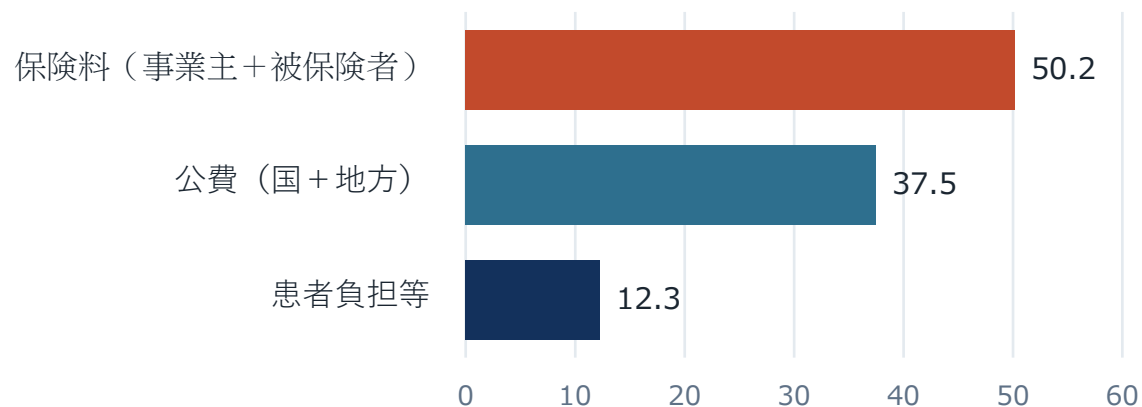
28.9兆円

38.7万円

国民一人当たり

前年度比 +3.5%

財源の内訳（2023年度）



読み方のポイント

- 医療費の6割を65歳以上が使う。人口の3割が費用の6割
- 保険料が財源の半分。公費は4割弱で、実は「税で回している」制度ではない
- 窓口負担は3割でも、総額に占める患者負担は12.3%。高額療養費と高齢者軽減が効いている

2

世界の中の日本

米国・英国・フランス・ドイツ・デンマーク・韓国と並べて見る

3つの類型 / お金の比較 / 人と病床の比較 / 6か国の素描

医療制度は、財源で3つに分かれる

社会保険方式

ビスマルク型

日本・ドイツ・フランス・韓国

保険料が主財源。加入と給付が「権利」として設計される。財政は景気と賃金に連動

税方式

ベヴァリッジ型

英国・デンマーク・スウェーデン

税で医療を直接提供。予算の総額が先に決まるため、待機時間で需要を調整する

市場中心＋公的補完

残余型

アメリカ

民間保険が主役。公的保障は高齢者（Medicare）と低所得層（Medicaid）に限定

比較のときに見る軸は3つだけで足够了。①だれが払うか（財源） ②だれが最初に診るか（ゲートキーパー） ③だれが価格を決めるか（診療報酬）。

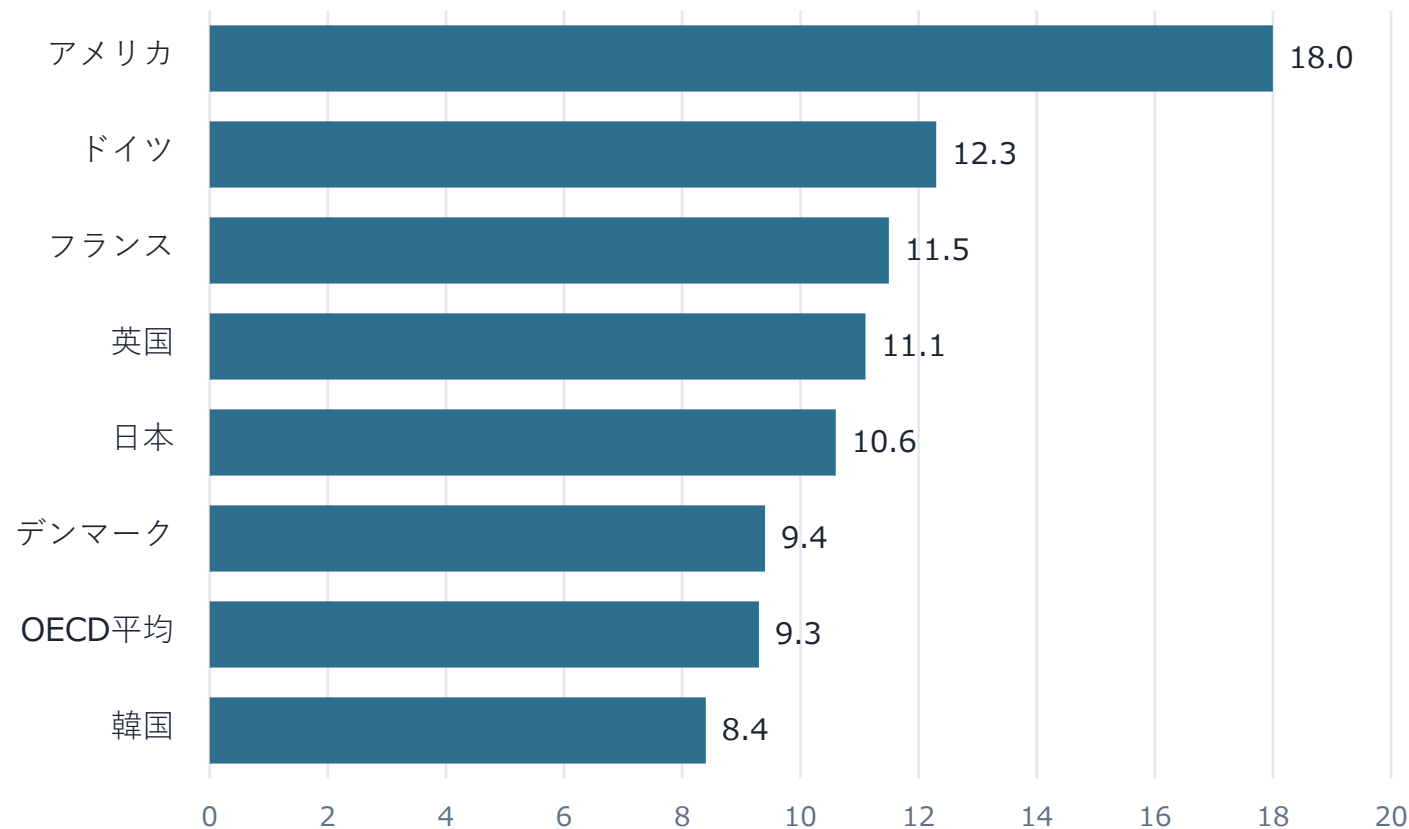
この3点を押さえると、初めて聞く国の制度でも15秒で位置づけられます。

7か国の医療制度 一覧

	財源方式	加入・カバー	窓口の自己負担	ゲートキーパー
日本	社会保険	国民皆保険（1961～）	3割（高齢者1～2割）＋高額療養費	なし（フリーアクセス）
アメリカ	民間保険中心	公的は高齢者・低所得層。無保険者が残る	プラン次第。免責＋定率で高額化	PCP／ネットワーク制限
イギリス	税（NHS）	全居住者を自動的にカバー	原則無料（処方薬は定額）	GP登録・必須
フランス	社会保険＋目的税	ほぼ全国民（99%）	外来3割・入院2割（補足保険が補填）	主治医制（迂回すると負担増）
ドイツ	社会保険	公的約87%＋民間。事実上の皆保険	外来無料、入院1日10ユーロ等	義務ではないが実質浸透
デンマーク	税	全居住者。5つのRegionが病院を運営	原則無料（薬・歯科は一部負担）	家庭医登録・必須
韓国	社会保険（単一保険者）	国民皆保険（1989年達成）	入院2割・外来3～6割。保険外が多い	なし

※ 韓国の外来自己負担は医療機関の種別（医院／病院／総合病院／上級総合病院）で30～60%と段階的に設定されている。

医療費は対GDP比でどこに位置するか

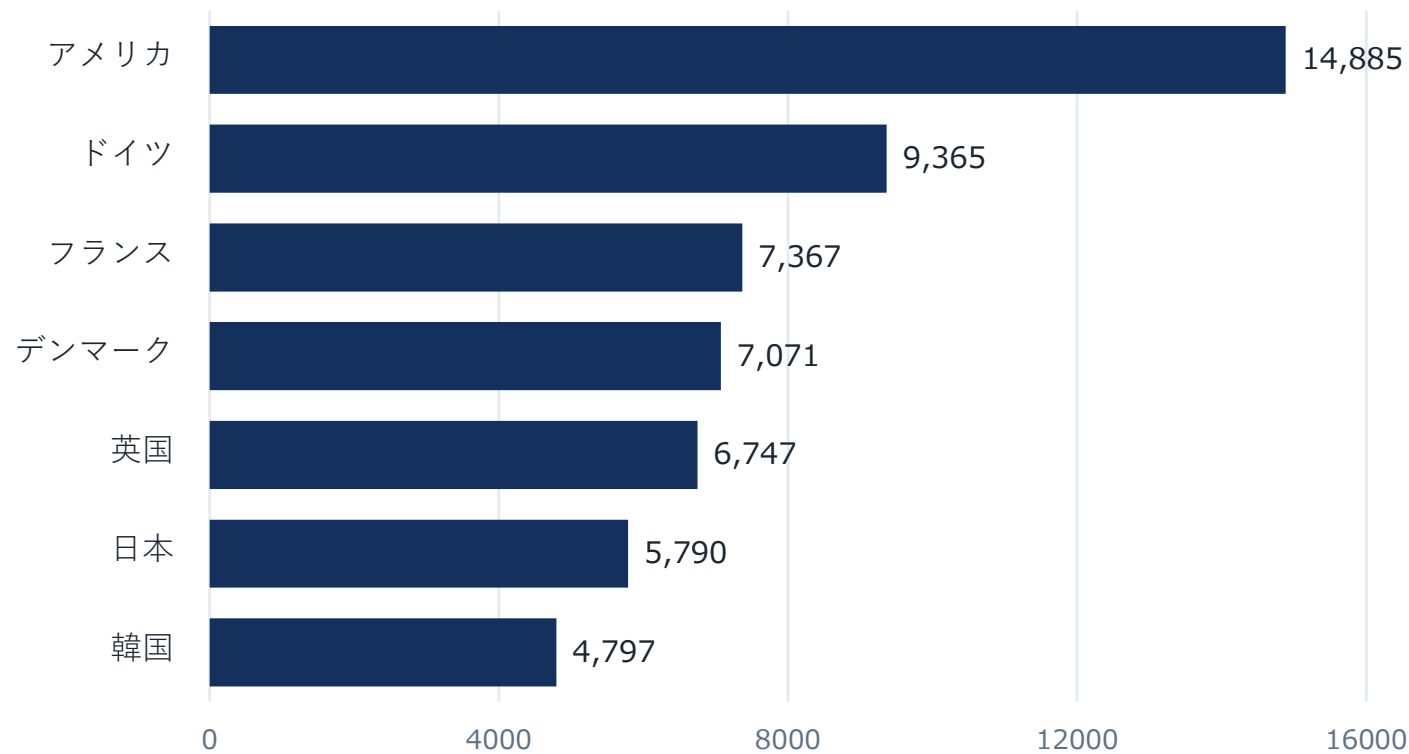


3つの読みどころ

- 米国は突出。GDPの18%を医療に使いながら、無保険者と医療費破産が併存する
- 日本は10.6%で高所得国の中位。「日本は医療費を使いすぎ」という言説は国際比較では支持されにくい
- 国内で語られる8.08%は国民医療費ベース。OECDの経常医療費は介護・予防等を含むため数字が大きい。同じ土俵で比べること

出典：OECD, Health at a Glance 2025（2024年または直近年）

一人当たり医療費（購買力平価・米ドル）



同じ「先進国の医療」か

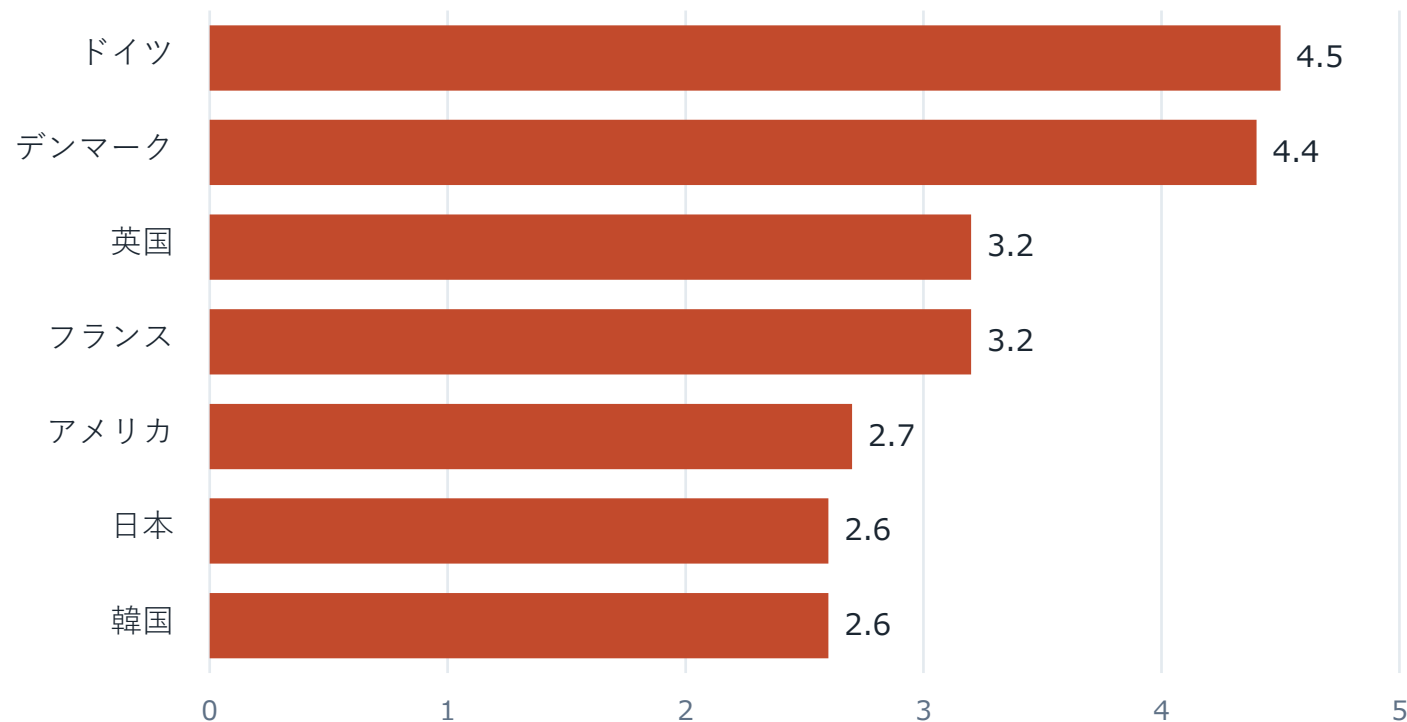
日本は5,790ドル。ドイツの6割、米国の4割弱の資源で、平均寿命と乳児死亡率は世界最高水準を保っている。

これは誇るべき効率性であると同時に、その効率が「誰の負担で成立しているのか」を問う必要がある数字でもある。

答えの一部は、次の2枚にあります。

出典：OECD, Health at a Glance 2025（2024年）

医師数 — 日本は少ないほうの国



347,772人

届出医師数 (2024年)

280.9

人口10万対医師数

24.4%

女性医師の割合

日本の医師数は、この20年で増え続けています（人口10万対で前回調査比+6.2）。それでも独・デンマークの6割弱。

「医師が足りない」という実感の正体は、絶対数だけでなく、次のスライドの提供体制の形にあります。

出典：OECD, Health at a Glance (2021年) / 厚生労働省「令和6年 医師・歯科医師・薬剤師統計」

医師は少なく、病床と受診は多い

病床数

12.4床

人口千人当たり（OECD最多クラス）

ドイツ 8.0床 フランス 6.0床

平均在院日数

約17日

全病床ベース

ドイツ 7.6日 英国 5.8日

外来受診回数

世界2位

年間・国民一人当たり

1位は韓国。日本は年12回前後

この形が意味すること

少ない医師が、多い病床に薄く配置され、多い受診を捌いている。一床あたり・一受診あたりの医師数は国際的に見て極端に少ない。日本の医療の「安さ」と「アクセスの良さ」は、この薄い配置＝医療者の長時間労働によって支えられてきた、というのが構造の正体です。

2024年の働き方改革は、この方程式がもう成り立たないと国が認めた出来事でした。

アメリカ — 最も高価で、最も不平等

制度の骨格

- 民間保険が主役。多くは雇用主提供の団体保険
- 公的保障は Medicare（65歳以上・障害者）と Medicaid（低所得層）に限定
- 2014年から加入義務化（ACA）。それでも無保険者は残る
- 価格は保険者と医療機関の交渉で決まり、全国一律の公定価格はない
- PCPやネットワーク外受診の制限が、事実上のゲートキーパーとして働く

若手医師が知っておくと役立つ点

- GDPの18%・一人当たり14,885ドルを投じて、平均寿命は日本より短い。支出と成果は比例しない
- 医師の給与は日本の2〜3倍だが、訴訟リスク・保険事務・学資債務も桁違い
- 「価格が自由な医療」の帰結として医療費破産という概念が存在する
- 日本が公定価格と皆保険を手放すとどうなるかの、生きた対照実験

教訓：市場は医療の質を高めることがあっても、医療へのアクセスを平等にはしない。

イギリス — 税でまかない、待つことで調整する

制度の骨格

- 1948年発足のNHS。財源の約8割が一般税で、保険料は存在しない
- 全居住者が自動的にカバーされ、受診時の自己負担は原則ゼロ
- GP（家庭医）への登録が必須。専門医受診はGPの紹介が前提
- 総額予算が先に決まるため、需要の調整弁は「価格」ではなく「待機時間」
- 経常医療費は対GDP11.1%。日本より高い

日本への示唆

- GPが8～9割の健康問題を完結させるため、病院医師は専門診療に集中できる
- 逆にGPが不足すると救急と病院外来が詰まる。プライマリ・ケアは病院医療の前提条件
- 日本の「かかりつけ医機能報告制度」（2025年～）は、この機能を登録制によらず可視化しようとする試み
- フリーアクセスを捨てずにGP機能を持てるか — 日本の実験はここにある

教訓：ゲートキーパーは患者の自由を制限するが、専門医の時間を守る仕組みでもある。

フランス・ドイツ — 日本と同じ社会保険、違う運用

フランス

- 財源は保険料に加えて一般社会拠出金（CSG）等の目的税。税と保険のハイブリッド
- 国民の99%をカバー。外来3割・入院2割の自己負担
- 自己負担の大半を民間の補足保険（ミュチュエル）が肩代わりし、実質負担は小さい
- 「主治医制」。届け出た主治医を経ずに専門医にかかると償還率が大きく下がる
- 対GDP 11.5%、医師数3.2／千人

ドイツ

- 疾病金庫（Krankenkasse）が保険者。国民の約87%が公的、高所得層は民間へ移れる
- 外来の窓口負担は原則なし。入院1日10ユーロ、薬剤は定率などピンポイントの負担
- 自己負担には年収の2%（慢性疾患は1%）という上限がある
- 家庭医制度は義務ではないが、多くの金庫が優遇を設け実質的に普及
- 対GDP 12.3%、医師数4.5／千人でOECD上位

教訓：同じ社会保険方式でも、①自己負担に上限を置く（独）②補足保険で穴を埋める（仏）と手当ての仕方は違う。日本の高額療養費はドイツ型の発想に近い。

デンマーク — 小さく決めて、速く回す

制度の骨格（人口約590万人）

- 財源の約84%が一般税。5つのRegionが病院を運営し、98の自治体が長期ケアと公衆衛生を担う
- 住民は家庭医を登録（グループ1）。家庭医の紹介で専門医へ。耳鼻科・眼科等は例外
- 受診・入院は原則無料。負担は薬・歯科・眼鏡など院外サービスに限定
- 2007年導入の待機保証。Regionが期限内に治療を提供できなければ民間病院での治療を用意する義務を負う
- 対GDP 9.4%、医師数4.4／千人

注目したい設計思想

- 病院の集約が徹底している。急性期病院を大胆に減らし、そのぶん救急搬送と在宅を強化した
- 医療者一人当たりの受け持ちは日本より手厚く、税方式でありながら医師数はドイツ並み
- 国民IDに紐づく医療情報基盤が整備され、データで政策を評価し、数年単位で軌道修正する
- 「小さい国だからできる」で終わらせず、日本の二次医療圏単位で応用できる論点として読む

教訓：集約は「切り捨て」ではなく、集約と引き換えにアクセス保証（待機保証・搬送・在宅）を国が約束するセット設計で成り立つ。

韓国 — 日本と最も似ていて、最も違う

似ているところ

- 社会保険方式で国民皆保険（1977年開始 → 1989年に全国民達成、日本より28年遅い）
- ゲートキーパーがなく、患者が医療機関を自由に選べる
- 医療提供の主役は民間。病院の9割以上が民間経営
- 医師数は2.6／千人で日本と同水準。急速な高齢化も共通

違うところ、そして学べること

- 保険者は国民健康保険公団（NHIS）ただ一つ。日本の約3,000の保険者との最大の違い
- 給付範囲が狭く、自己負担は総医療費の31.2%（日本の約2.5倍）。混合診療を認め保険外診療が広く行われる
- 2024年、政府が医学部定員を3,058人→5,058人に増やす方針を示し、専攻医の大量離職と長期の混乱を招いた
- その後、方針は事実上撤回され2026年度定員は3,058人に戻された

教訓：医師数政策は、正しさよりも当事者との合意形成の設計が結果を決める。日本の医学部定員議論を見るとき補助線に。

比較から見た、日本の立ち位置

安い

一人当たり5,790ドル
対GDP 10.6%

独の6割、米の4割弱の資源で最高水準の健康指標を実現している

多い

病床 12.4床／千人
外来受診 世界2位

アクセスの良さは世界的にも突出。ただし医師数は2.6／千人と少ない

自由

ゲートキーパーなし
開業も標榜科も自由

患者の選択の自由と、医師の職業上の自由が、ともに制度に組み込まれている

「安い・多い・自由」は同時に成立しない三角形です。他国はどれかを諦めている — 英国とデンマークは自由を、米国は安さと平等を、韓国は自己負担の低さを。

日本は三つとも維持してきました。その差額を埋めてきたのが、医療者の労働時間です。この40年の帳尻が、いま制度改革として一気に表面化しています。

高齢化率 — 日本には、比較対象がない

65歳以上人口の割合（2025年・主要国）



2025年
29.4%
いま

2040年
34.8%
医療・介護需要のピーク

2050年
37.1%
人口の3人に1人超

75歳以上
17.2%
2,124万人（2025年）

2位との差は、4.3ポイント

日本の高齢化率は世界第1位で、2位イタリアに4.3ポイントの差をつけている。これは「日本がこれから経験することを、すでに経験した国が存在しない」ということを意味する。医療制度の設計において、参照できる先行例がないまま、2040年の34.8%へ向かう。

世界一の高齢化を、中位の医療費で支えている

高齢化率

1位

29.4%（主要国中もっとも高い）

医療費 対GDP

中位

10.6%（米18%、仏11.5%、英11.1%）

一人当たり医療費

下位

5,790ドル（ドイツの約6割、米国の4割弱）

この3つが同時に成り立つ、という事実の意味

- 「日本は医療費を使いすぎている」という説明は、国際比較では支持されない。高齢化率で見れば、日本はむしろ極端に安く医療を供給している国である
- 諸外国は、高齢化が進む前の段階で医療費の水準を引き上げた。日本は、最も高齢化した国でありながら、医療費は中位にとどまっている
- その差を埋めてきたのは、制度の効率性だけではない — 少ない医師が多い病床と多い受診を捌くという、医療従事者の労働そのものだった

だから、これ以上「絞る」余地は残っていない

医療費抑制は、余裕のある国が余剰を削る作業として語られがちだが、日本はすでに国際的に低い水準からの追加的な抑制になる。そして抑制の圧力は、これから高齢化率が34.8%へ向かう局面で、さらに強まる。

保険料を払う人が、減っていく

	2020年	2040年	2050年	2070年
総人口	12,615万人	11,284万人	10,469万人	8,700万人
生産年齢人口（15～64歳）	7,509万人	6,213万人	5,540万人	4,535万人
総人口に占める割合	59.5%	55.1%	52.9%	52.1%
65歳以上人口の割合	28.6%	34.8%	37.1%	38.7%

社会保険方式（日本・ドイツ・フランス・韓国）

財源の中心は保険料であり、保険料は賃金に連動する。支え手が減れば、制度に入ってくるお金そのものが細る。日本の名目成長が低いままなら、原資は増えない。

税方式（イギリス・デンマーク）

総額予算を先に決めるため、収入は人口構成に直接は連動しない。そのかわり需要の調整は価格ではなく「待機時間」で行われる。抑制の痛みが、患者側に現れる仕組み。

2020年から2040年までに、生産年齢人口は1,296万人減る

東京都の人口（約1,400万人）に迫る規模の支え手が、20年で消える。同じ期間に65歳以上の割合は28.6%から34.8%へ上がる。払う人が減り、使う人が増える — 社会保険方式にとって、これは最も苦しい組み合わせである。

「日本の負担率は、まだ低い」という論法

国民負担率（対国民所得比） — 諸外国は2023年実績



日本の45.7%の内訳 — 租税負担率 28.0%（国税18.1／地方税9.9）＋ 社会保障負担率 17.6%

「日本の国民負担率（対国民所得比）は、米国を除き、主要国より低い」 — 内閣官房 人口戦略本部・全世代型社会保障構築本部 事務局資料（2026年4月2日）

この一文が、これから何に使われるか

負担率の国際比較は、負担増を正当化する論拠として機能する。だが現実には、消費税も保険料も政治的に上げにくい。上げられないまま高齢化率が34.8%へ向かうなら、残る調整弁は給付の側 — 診療報酬と、給付範囲そのものになる。

その結果は、すでに数字に出ている

74.6%

医業利益が赤字の病院

前年度 70.8% → 3.8ポイント悪化

65.0%

経常利益が赤字の病院

前年度 52.1% → 12.9ポイント悪化

▲7.5%

医業利益率（2024年度）

経常利益率は ▲3.3%

収益の伸びを、費用の伸びが上回っている（2024年度・1,629病院）

医業収益

+2.8%

医業費用

+3.5%

給与費

+3.2%

診療材料費

+5.4%

ガス料金

+11.8%

同じ時期、32年ぶりのプラス改定（ネット+2.22%）で医科診療所に配られたのは +0.12%。ガス料金が+11.8%、診療材料費が+5.4%で上がるなかでの、+0.12%である。

これは景気の問題ではなく、構造の問題である

赤字病院の割合は、医業で70.8%→74.6%、経常で52.1%→65.0%と、1年で悪化した。物価と賃金は市場が決め、診療報酬は国が2年に1度決める — この非対称が続くかぎり、コスト上昇は医療機関の側に溜まり続ける。

各国は、三つのうち何を捨てたのか

日本の医療の特徴は「安い・多い・自由」の三点セット。だがこれは、高齢化率が今よりはるかに低い時代に設計されたものである。他国は、早い段階でこのうちの一つを手放している。

イギリス	自由	GP登録と紹介制で受診先を固定。総額予算のもと、需要は待機時間で調整する
フランス	安さ	対GDP 11.5%。主治医制を敷き、自己負担は補足保険が肩代わりする二階建て
デンマーク	多さ	病院を集約し、病床と施設数を絞る。かわりに待機保証を法的な義務として置いた
アメリカ	皆保険	対GDP 18%を投じながら無保険者が残る。安さもアクセスの公平も確保できていない
韓国	まだ捨てていない	日本と同型。医師増員を進めようとして医療界と正面衝突し、政策は停止した

日本だけが、まだ一つも手放していない

「安い・多い・自由」を同時に維持できたのは、高齢化率が20%台前半までの話だった。2040年の34.8%を前に、三つ同時の維持を支える財源は見当たらない。どれを、どの順番で、誰が決めるのか — それが、これから10年の医療政策の中身になる。

3

いま起きている変化

2024～2028年に集中する、制度の大きな組み替え

人口と医療費 / 2026年度改定 / 給付の見直し / 偏在と提供体制

人口の現実 — 2040年に向けて何が起きるか

29.79%

65歳以上人口比率

2026年1月1日時点

19.6兆円

75歳以上の医療費

令和6年度概算・全体の40.8%

2040年

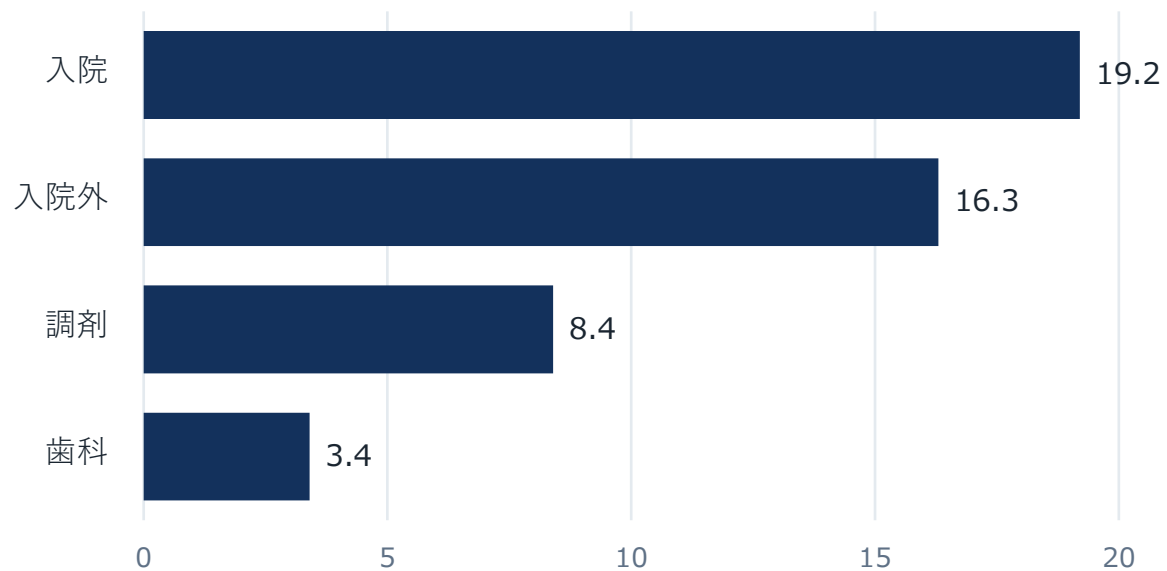
医療・介護需要のピーク

85歳以上が急増する局面

2040年問題の中身は「高齢者が増える」ことはありません

- 増えるのは85歳以上。がんや心筋梗塞ではなく、誤嚥性肺炎・骨折・心不全の再増悪といった「治し切れない救急」が主戦場になる
- 同時に生産年齢人口が急減する。医療従事者そのものが確保できない地域が現れる
- つまり課題は「病院を減らすかどうか」ではなく、限られた人手で高齢者救急と在宅をどう支えるかという配置の問題
- だから新しい地域医療構想は、病床機能ではなく「医療機関の機能」に着目する設計に変わった（次々スライド）

令和6年度 概算医療費 48.0兆円（前年度比 +1.5%）



伸びの中身

- 受診延日数は +0.3%、1日当たり医療費は +1.1%
- つまり「人が増えて伸びる」から「単価で伸びる」段階へ
- 入院 +2.7%、入院外 ▲0.9%、歯科 +3.4%

診療現場としての意味：外来は件数で稼げなくなり、入院は重症度と機能で評価される方向がはっきりしてきました。

一方で、この48兆円のうち19.6兆円（40.8%）が75歳以上に使われています。給付と負担の見直し議論が政治化するのには、この構造が理由です。

2026年度改定 — 32年ぶりの規模のプラス改定

+3.09%

診療報酬 本体

本体3%超は1996年度以来30年ぶり

▲0.87%

薬価・材料

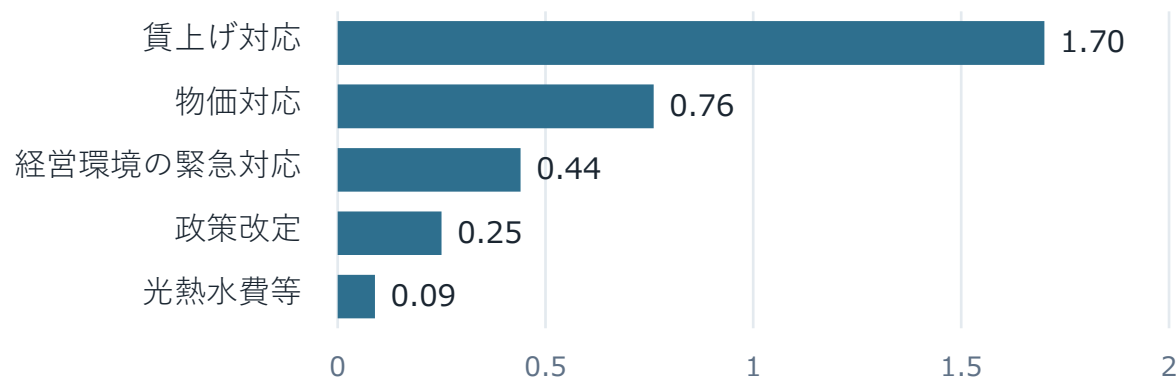
薬価は4月1日施行

+2.22%

ネット改定率

2%超のプラスは32年ぶり

本体+3.09%の内訳（%ポイント）



上記の合計から「適正化」▲0.15 を差し引いて +3.09%

何が起きたのか

- 改定財源の半分以上（1.70%）が賃上げ対応。病院経営の赤字と人材流出が政策を動かした
- 本体は2026年度+2.41%、2027年度+3.77%と段階適用。単年で使い切らない初の仕組み
- 施行は薬価が4月1日、本体・材料が6月1日。では診療所にいくら配分されたのか — 次の3枚で検証する

「+3.09%」は、誰への改定だったか

病院への配分

+0.89%

医科診療所への配分

+0.12%

施設類型を指定して配られた改定財源	病院	医科診療所	歯科診療所	保険薬局
物価対応分（基本対応 +0.62%）	+0.49%	+0.10%	+0.02%	+0.01%
経営環境悪化への緊急対応（+0.44%）	+0.40%	+0.02%	+0.01%	+0.01%
合計	+0.89%	+0.12%	+0.03%	+0.02%

※ 高度機能医療を担う病院には、これとは別に +0.14% の特例的な上乗せがある。

残る賃上げ分 +1.70% はベースアップ評価料として職員の賃金に出ていく原資であり、医療機関の利益には残らない。施設類型を指定して配られた 1.06% 分のうち、約9割は病院に向けられた。

出典：厚生労働省「令和8年度診療報酬改定について」（令和7年12月 予算大臣折衝を踏まえて）

点数表で確かめる — 外来の基本点数は動いていない

初診料

291点 → 291点

据え置き（±0）

再診料

75点 → 76点

+1点（+1.3%）

外来管理加算

52点 → 52点

据え置き（±0）

新設された「物価対応料」の配り方

外来・在宅物価対応料：初診・再診 各 2点／回（令和9年6月から4点）

入院物価対応料（急性期一般入院料1）：58点／日（令和9年6月から116点）

同じ「物価高騰対策」でも、桁が2つ違う

内科クリニック（1日 初診5人・再診45人、月20日稼働）が物価対応料で得る増収は、年間 約24万円。

100床の急性期病院（稼働率80%）なら 58点 × 80床 × 365日 = 年間 約1,700万円。

※ 病院側は筆者試算。診療所の試算は公表シミュレーションによる。

差し引きで見ると、診療所はマイナス改定

診療所に入ってくるもの（+）

- 物価対応 +0.10%、経営環境悪化への緊急対応 +0.02%
- 各科改定率（医科）+0.28% — 病院と共通の枠
- 再診料 +1点、物価対応料 +2点／回
- 電子的診療情報連携体制整備加算（新設）初診 最大15点

診療所から出ていくもの（▲）

- 薬価 ▲0.86% — 院内処方の診療所は収益に直撃
- 効率化・適正化 ▲0.15% — 長期処方・リフィル処方の強化、在宅医療の適正化
- ベースアップ評価料の増点は賃上げに充当（令和8年5月に再届出が必要）

裏づけとなる、もう二つの数字

無床診療所（医療法人）の損益率は 2023年度 9.3% → 2024年度 5.4%。1年で3.9ポイント低下（第25回医療経済実態調査）。令和6年度の概算医療費も、入院 +2.7%・歯科 +3.4% に対して、入院外は ▲0.9%。外来だけが減っている。

「本体+3.09%」は、病院と賃上げのための改定である。診療所にとっては、実質マイナス改定だった。

高額療養費の見直し — 診察室に降りてくる制度改革

2025年

引き上げ案を凍結

がん患者団体をはじめとする強い反対を受け、政府が実施を見送った

2026年8月

第1段階の引き上げ

現行の所得区分のまま、上限額を引き上げ。あわせて「年間上限」の仕組みを導入

2027年8月

第2段階

所得区分を細分化（住民税非課税を除き12区分の方向）。多数回該当の仕組みは維持

臨床への影響：高額な薬剤の導入判断、治療の中断リスク、ソーシャルワーカーとの連携の重み。制度改革は「事務の話」ではなく治療方針の話になります。

医師偏在対策と医学部定員 — 増員から削減へ

医師偏在是正 総合対策パッケージ（2024年12月）

- 重点医師偏在対策支援区域を設定し、診療所の承継・開業・定着を支援
- 中堅・シニア医師の広域マッチングとキャリアコンサルティング
- 大学医学部の恒久定員内への地域枠設置を促進

医学部定員は削減局面へ

- 2027年度：医師多数県の臨時定員を原則2割削減
- 2028年度：多数県以外にも削減の対象を拡大する方向
- 地域枠の義務年限は、ライフイベントに配慮した柔軟化を検討中（離脱率7.4%）

この10年で、議論は180度回った

2008年以降、医学部定員は「増やす」方向で動いてきました。いま国は人口減少を理由に「減らす」方向へ舵を切っています。ただし総数を減らしても偏在は解けません。地域別・診療科別にどう配置するか — 皆さんの勤務地選択そのものが、この政策の対象になっています。

韓国が示したように、当事者の合意なしに数を動かせば制度は止まる。若手の声が最も必要とされている論点です。

医師の働き方改革（2024年4月～）が変えたもの

A水準

年960時間

原則。一般の勤務医に適用される上限

連携B・B水準

年1,860時間

地域医療確保に必要な特例。2035年度末を目標に縮減

C-1・C-2水準

年1,860時間

臨床研修・専門研修、高度技能の習得のための特例

セットで入った健康確保措置

- 月100時間未満（超える前に面接指導）
- 勤務間インターバル9時間、連続勤務は28時間まで
- 宿日直許可の取得と、タスクシフト／シェアの推進

残された宿題

- 自己研鑽と労働の線引きは、いまま施設ごとの運用に委ねられている
- 学会発表・論文・手技の習得の時間をどこに置くか
- 上限規制は皆さんを守る制度であって、学びを削る口実ではない

新たな地域医療構想と、かかりつけ医機能報告

新たな地域医療構想（2040年を見据える）

- 病床機能ではなく「医療機関機能」に着目：高齢者救急・地域急性期／在宅医療等連携／急性期拠点／専門等
- 大学病院本院には「医育及び広域診療機能」を位置づけ
- 病床機能区分は4区分を維持しつつ、回復期を「包括期機能」へ再定義
- 外来医療・在宅医療・介護連携を新たに構想の対象に追加

かかりつけ医機能報告制度（2025年4月施行）

- 特定機能病院と歯科を除く全病院・診療所が毎年1～3月に報告（初回は2026年1～3月）
- 1号機能：17診療領域・40疾患を基準とした日常診療の対応力
- 2号機能：時間外対応、入退院支援、在宅医療、介護連携
- 都道府県が公表し、地域の協議の場で不足機能を検討する

スケジュール：2025年度に国がガイドラインを作成 → 2026年度に都道府県が方向性と必要病床数を策定 → 2027年度から順次運用、2027～28年度に医療機関機能の協議が本格化。

つまり、いま研修中の皆さんが指導医になる頃には、勤務先の「機能」が制度上定義され、それに沿った医療が求められることになります

4

診療所にとっての意味

比較から、明日の診療所に持ち帰るもの

4つの視点 / 効いてくる数字 / 海外からの教訓

比較から診療所に持ち帰る4つの視点

①

制度は診療の前提条件

「点数がつくかどうか」で、実施できる医療は変わる。エビデンスと同じ重さで、制度は臨床判断を規定している

②

「どこで何を担うか」が制度で定義される

かかりつけ医機能報告、医療機関機能、重点支援区域。診療所の立ち位置が制度上で定義される時代に入った

③

総合的に診る力の価値が上がる

85歳以上の多疾患併存が主戦場になる以上、臓器を越えて診る力と、生活を含めて判断する力が希少資源になる

④

数字を読む力は、患者を守る力

「医療費が高すぎる」と言われたとき、根拠を確かめて反論できるか。それが患者と自院を守る実務能力になる

診療所に効く、いまの数字

+0.12%

医科診療所への配分

病院は+0.89%（85頁）

40.8%

75歳以上が占める医療費

令和6年度概算 19.6兆円

▲0.9%

入院外（外来）の伸び

令和6年度・前年度比

診療所に効いてくるポイント

- ベースアップ評価料：賃上げ分は届出が前提。届出するかどうかの差が、そのまま経営差になる
- かかりつけ医機能報告：初回報告は2026年1～3月。1号・2号機能の届出内容が地域で公表される
- 高額療養費：2026年8月から段階的に引き上げ。窓口説明と治療中断リスクが診察室に降りてくる

件数ではなく、単価で伸びる時代

令和6年度の概算医療費は48.0兆円。受診延日数の伸びは+0.3%にとどまり、1日当たり単価が+1.1%。件数で積み上げる構造は、すでに終わっています。

入院+2.7%、歯科+3.4%に対し、入院外は▲0.9%。何が厚く評価され、何が絞られているのかを、点数表から読み取る必要があります。

6か国から持ち帰る、3つの教訓

英国から

プライマリ・ケアは 病院医療の前提条件

GPが不足すると救急も病院外来も詰まる。日本の「かかりつけ医機能報告」は、登録制によらずこの機能を可視化する試み

韓国から

医師数の政策は 合意形成が結果を決める

正しい方向でも、当事者を置き去りにすれば制度は止まる。日本の医学部定員削減議論を見るとき補助線に

デンマークから

集約は、アクセス保証と セットでしか成立しない

病院を減らすなら、待機保証・搬送・在宅の約束が要る。新地域医療構想を評価する物差しになる

そして日本の強みは「合意形成が遅いが、壊れにくい」こと。60年以上、皆保険が一度も途切れていない国は多くありません。遅さに苛立つ場面は必ずありますが、その粘り強さこそが守ってきたものだ、という視点も同時に持っていてほしいと思います。

将来の医療は、経済的に厳しい — 5つの根拠

- ① **高齢化率は世界1位、2040年に34.8%**
2位イタリアとの差は4.3ポイント。参照できる先行例が存在しない
- ② **医療費は国際比較で中位～下位**
対GDP 10.6%、一人当たり5,790ドル。絞る余地はすでに残っていない
- ③ **支え手は2040年までに1,296万人減る**
保険料は賃金に連動する。社会保険方式にとって最も苦しい組み合わせ
- ④ **負担率は「まだ低い」と評価されている**
負担増の論拠になる一方で、実際には上げにくい。残る調整弁は給付の側
- ⑤ **すでに病院の74.6%が医業赤字**
32年ぶりのプラス改定でも、医科診療所への配分は +0.12%

「厳しい」は悲観ではなく、前提である

ここまでの数字は、医療が崩れるという予言ではない。国際比較が示しているのは、日本の医療がこれまで「世界で最も高齢化した国を、中位の医療費と少ない医師で支える」という、極端に効率のよい設計で回ってきたという事実である。その設計は、支え手が1,296万人減る局面までは想定していない。だからこれからの10年は、増える分をどう配るかではなく、限られた原資をどこに集中させるかの議論になる。診療所にとって重要なのは、その配分の土俵に乗っているかどうかである。

RS_Base に公的補助は出るか — 3つのルートと条件

経済産業省・中小企業庁

デジタル化・AI導入補助金2026 (旧 IT 導入補助金)

△ 条件付きで可能

条件

- 医療法人・個人立診療所も対象（従業員300人以下）
- 補助率 1/2 以内／通常枠 50 万～450 万円
- 交付決定より前の発注・契約・支払いは全額対象外
- 2 回目以降は賞上げ計画の策定が必須（2026 年から）

厚生労働省

医療情報化支援基金 ／都道府県の補助事業

× 原則、対象外

条件

- 対象は限定列挙。オン資・電子処方箋・電子カルテ情報共有サービス・標準型電子カルテ
- 画像ファイリング・部門システムは入っていない
- 東京都の事業も「導入計画のコンサル費用のみ」と明記
- 乗れるのは情報共有サービス対応の改修部分のみ

財務省（税制）

中小企業投資促進税制ほか 租税特別措置

○ 要件を満たせば確実

条件

- ソフトは対象。医療機器（器具備品）は対象外という点が肝
- 取得価額 70 万円以上で 30% 特別償却 or 7% 税額控除
- 青色申告が前提。適用期限は 2027 年 3 月 31 日
- 30 万円未満なら少額減価償却資産の特例で即時償却

決めるのは医療機関ではなく、ベンダー側の登録

経産省ルートは、①販売事業者が「IT 導入支援事業者」として登録し、② RS_Base 自体が「IT ツール」として事務局に登録されていないければ、医療機関がどう申請しても 1 円も出ない。登録には、事務局が指定する業務プロセスを 1 つ以上持つことが必要で、汎用ソフト単独では登録できない。RS_Base 公式サイトに補助金対応の記載は見当たらない — まず販売元に「IT ツール登録の有無」を確認するのが出発点。

厚労省ルートが開かない理由と、税制の使い方

唯一の入口 — 「パッケージ版電子カルテ」に指定されること

令和9年度概算要求 121 億円/回に「指定」された既製品が補助対象

① 政府の医療DXサービスに対応

電子カルテ情報共有サービス等

② サイバーセキュリティ対策を備える

必要な対策を実施していること

③ ノンカスタマイズであること

←ここが、現場発のソフトにとっての壁

確実に使えるのは税制 — 3つの選択肢

いずれも青色申告が前提。医療機器（器具備品）は対象外だが、ソフトウェアは対象

中小企業投資促進税制

30% 特別償却 or 7% 税額控除

ソフトの取得価額 70 万円以上/適用期限 2027 年 3 月 31 日

中小企業経営強化税制

即時償却 or 7% 税額控除

経営力向上計画の認定（主務大臣＝厚労省）が必要/個人事業主は 10% 控除

少額減価償却資産の特例

全額を即時償却

取得価額 30 万円未満/年間合計 300 万円まで

※ 医療用機器等の特別償却（500 万円以上の医療用機器）は、ソフト単体では該当しない

いま、確認すべき3つのこと

① 販売元に確認

「IT ツール登録をしているか」。していなければ経産省ルートは存在しない

② 契約の順番を守る

交付決定より前の発注・契約・支払いは全額が対象外になる

③ 顧問税理士に確認

補助金が使えなくても、ソフトは投資促進税制の対象になりうる

この制度設計が意味していること

国の補助は「国が認定・指定した製品」にしか流れない。現場が育ててきたソフトが補助を受ける道は、経産省のIT ツール登録に乗るか、国の「パッケージ版」指定を取るかの二択 — しかし後者は、現場の作り込みという価値と両立しにくい

主な出典

2026年度診療報酬改定の検証（85～87頁）

厚労省「令和8年度診療報酬改定について」（R7.12 予算大臣折衝）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001620952.pdf>

厚労省保険局医療課 令和8年度診療報酬改定セミナー資料

https://www.wam.go.jp/content/files/pcpub/top/mseminar/mseminar2519_01_2.pdf

令和8年度 基本診療料 点数早見表（初診291点・再診76点）

<https://medicalcare-support.jp/articles/shinryo-hoshu-2026-kihon-shinryoryo>

物価対応料の解説と診療所シミュレーション

<https://med-cpa.jp/hoshu-1/>

第25回医療経済実態調査（中医協総会の報道解説）

<https://gemmed.ghc-j.com/?p=71209>

日本医師会「令和8年度診療報酬改定の概要」

https://www.kochi.med.or.jp/upimage/16539985450_2.pdf

その他の出典

厚生労働省

「令和5(2023)年度 国民医療費の概況」／「令和6年度 医療費の動向（概算医療費）」

厚生労働省

「令和6(2024)年 医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」

厚生労働省

「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」／「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」（2024年12月）

厚生労働省

「医療保障制度に関する国際関係資料について」

OECD

Health at a Glance 2025: OECD Indicators（医療費・医師数の国際比較）

総務省統計局

人口推計（2026年1月1日 概算値）

各国資料

在デンマーク日本国大使館「デンマークの医療制度」／World Health Systems Facts

※ 国際比較の数値は定義・調査年が国により異なります。