



どうする病院経営

～2024年度の
対応に絞って～

「働き方改革懇談会 & セミナー」
2024年1月27日（土）18：30～

（公社）日本医業経営コンサルタント協会
東京都支部 理事
認定登録医業経営コンサルタント

外山 和也

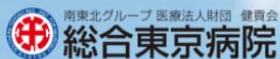
自己紹介と60歳以降のキャリアプラン

現在62歳

南東北グループ 総合東京病院（管理局）～2021年6月（60歳定年退職）
年俸契約の為、60歳以降も同条件での継続雇用も可能であったけれども、
10年後を考えて能動的に退職

（公社）日本医業経営コンサルタント協会
認定登録医業経営コンサルタント 2015年4月～

「すべては患者さんのために」さらに地域に貢献できる病院を目指し「総合東京病院」は進化し続けます。



南東北グループ 医療法人財団 健賢会

総合東京病院

24時間救急受入

アクセスマップ

お問い合わせ

サイトマップ



予約・相談ダイヤル 9～17時
(17時以降は代表電話につながります)
0570-00-3387



医療機関専用
03-3387-5444

ご来院される方へ

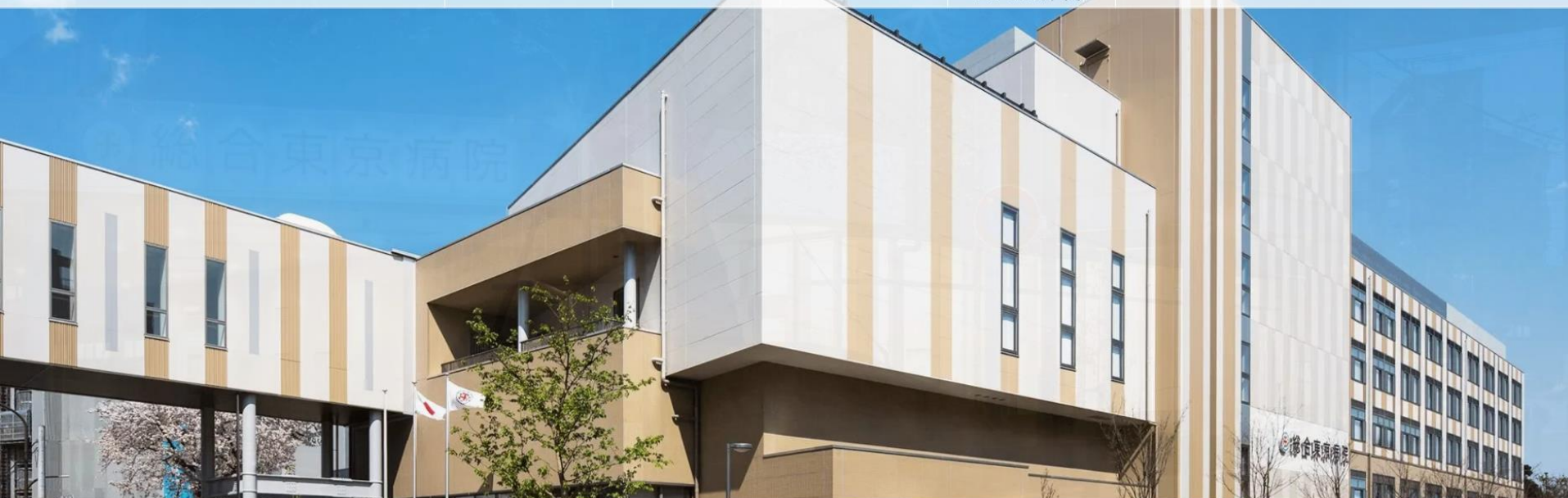
診療科・専門外来

病院概要

医療関係者の皆様へ

人間ドック・健康診断
PET-CTがんドック

採用・研修情報



1. 序章
2. 第8次医療計画
3. 診療報酬改定
4. 医師の働き方改革
5. 改正感染症法施行
6. かかりつけ医機能整備
7. 第4期医療費適正化計画
8. 介護との連携に眼を向けよう

本日のテーマ

【どうする病院経営～2024年度の対応に絞って～】

• 生き残り？

何もしないもあり？

➤勝ち残り？

1人だけ勝ち抜けのイメージ

✓選ばれる医療機関？

患者からも、地域からも、職員からも選ばれる医療機関

「医者も看護師も来ないような病院に患者がくるか！」 ESとCSの相補性
(岩永勝義、元熊本中央病院院長)

本日対象とするのは、地域密着の医療機関

(高度) 急性期病院の未来像は、割と明確？



?

どうする病院経営～2040年を見据えて

今後も、「効率化の傾向
に変化はない」

・ 社会保障制度維持

✓医療現場の効率化、働き方改革、健康寿命の延伸、予防医学シフト、医療DX

今後も、「人口構造に大
きな変化はない」

・ 労働力人口の減少と高齢化の進展

✓外国人・女性・高齢労働者活用、IT（IoT）への代替

今後も、「入院から在宅
への流れに変化はない」

・ 地域包括ケアシステムの深化

この大波に逆らわず、時々刻々と変化する事象に柔軟に対応することが出来るかが、ポイント。

福祉・医療経営の年表

•2024年4月

- 第8次医療計画スタート
- 第9次介護保険事業計画スタート
- 診療報酬・介護報酬 障害福祉サービス トリプル改定
- 医師の働き方改革スタート
- 改正感染症法施行
- 介護BCPの作成義務化
- 第4期医療費適正化計画（医療制度改革）



•2025年春以降

- かかりつけ医機能整備（医療制度改革）
- 借入から5年間の元金返済猶予 WAMのコロナ融資の返済開始後の資金繰り

•2036年

- 医師偏在の是正

2025年・2040年問題

• 2025年問題

- 国民の約3割が高齢者、団塊世代が75歳以上の後期高齢者。これにより起こる社会問題の総称

• 2040年問題

- 超高齢社会の進行・人口減少により、労働力不足や経済成長の鈍化、医療や介護の負担増加が懸念される点で共通

- しかし大きな違いは、その深刻さと社会に及ぼす影響の大きさ

- 2025年は高齢者人口増加の「過渡期」

- 2040年は「ピーク」

- 2025年は社会保障の「費用の不足」

- 2040年は「持続可能性」が大きな問題に

- 解決するためには社会保障費の給付と負担の見直しなどの抜本的な改革、健康寿命の延伸、医療・介護サービスの生産性向上などが必要

水平的連携で地域包括ケアを支える（イメージ）

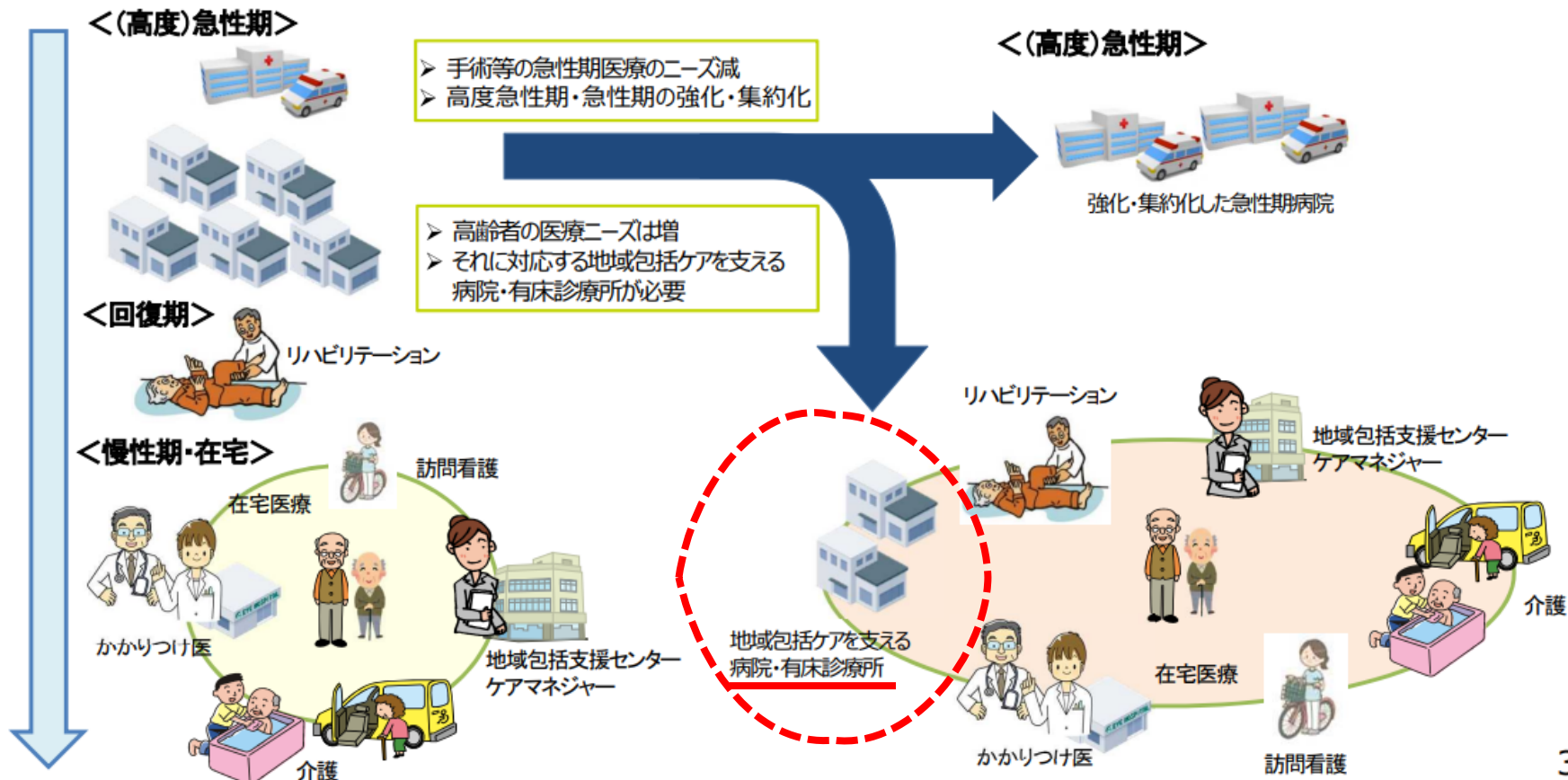
【これまで】

- ・「施設」から「地域」へ、
- ・「医療」から「介護」へ、
- ・急性期→回復期→慢性期・在宅の垂直連携（タテ連携）を推進



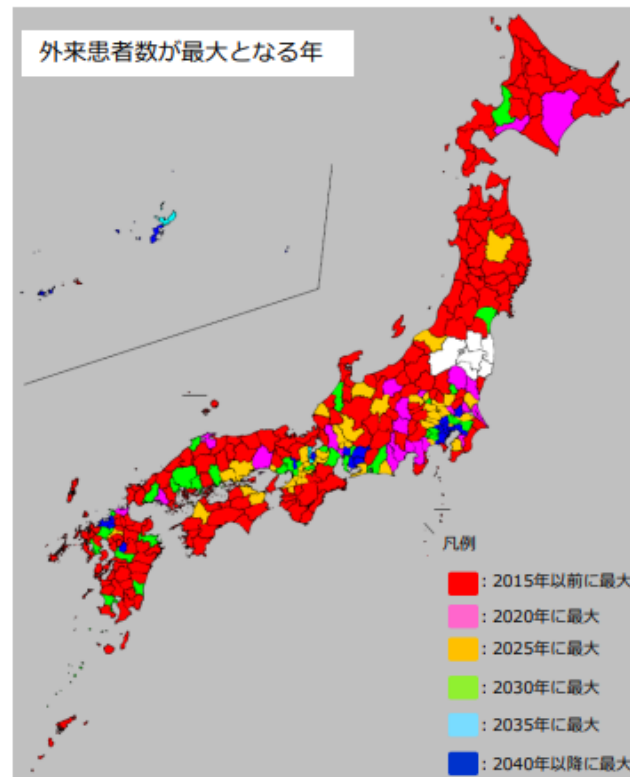
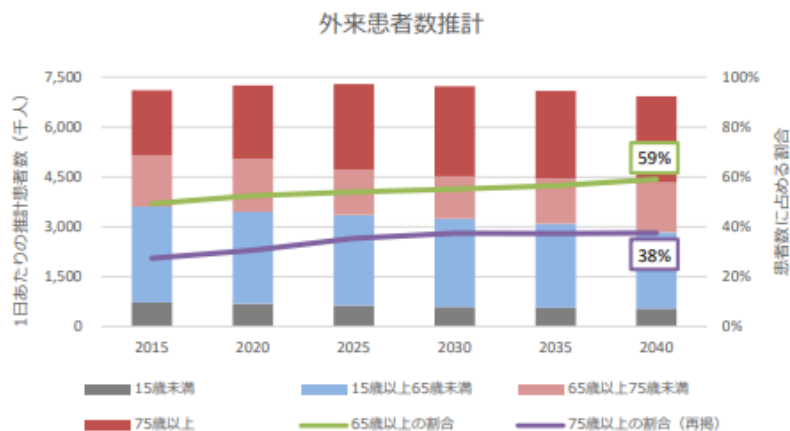
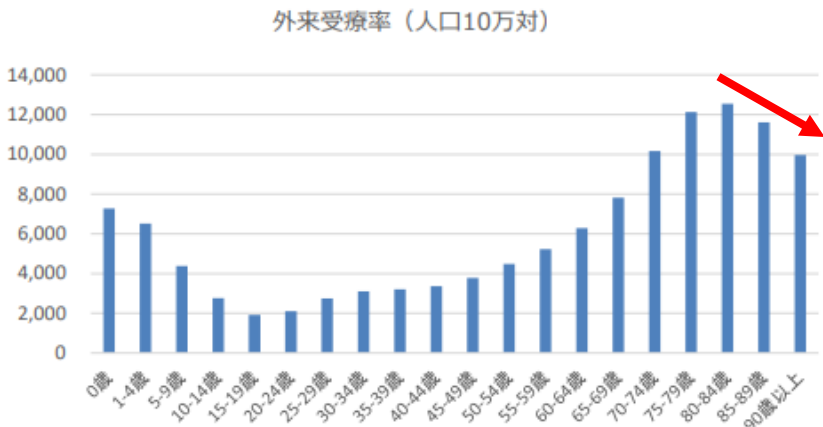
【これから】

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医、地域包括ケアを支える病院・有床診療所、介護等との水平的連携（ヨコ連携）を推進



「地域包括ケア」とは、「医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される」という考え方

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに214の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

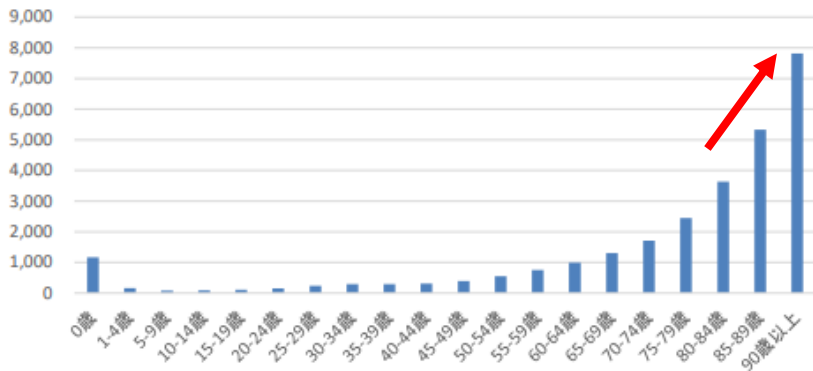
※二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

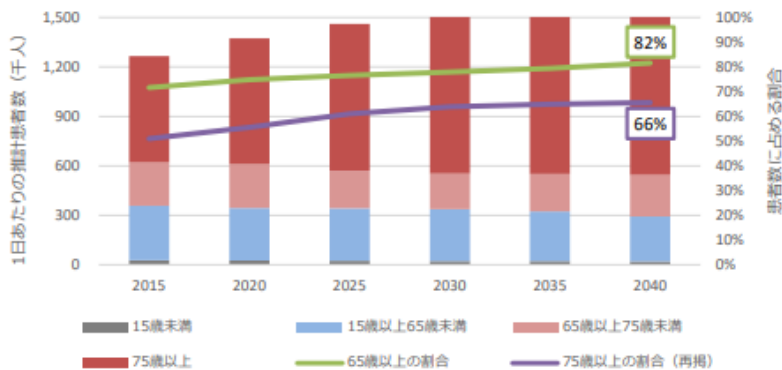
医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89の医療圏が、また2035年までには260の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

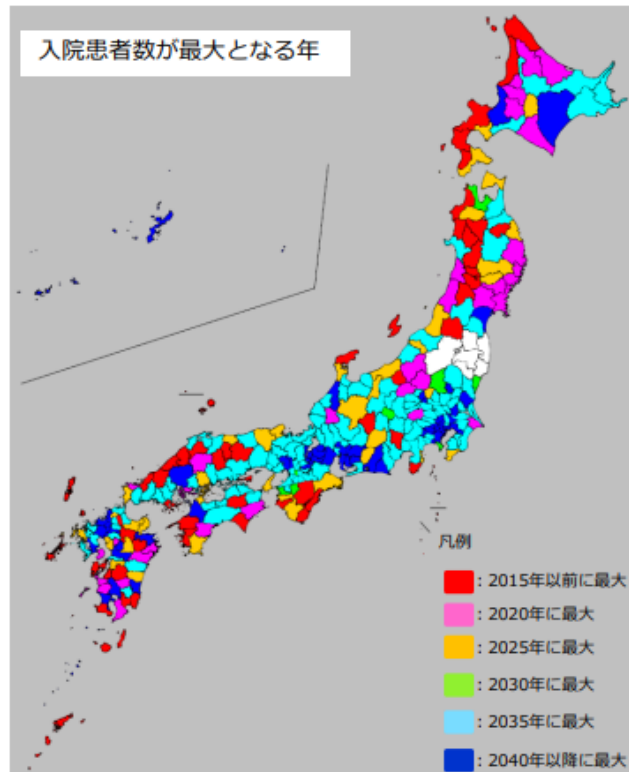
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



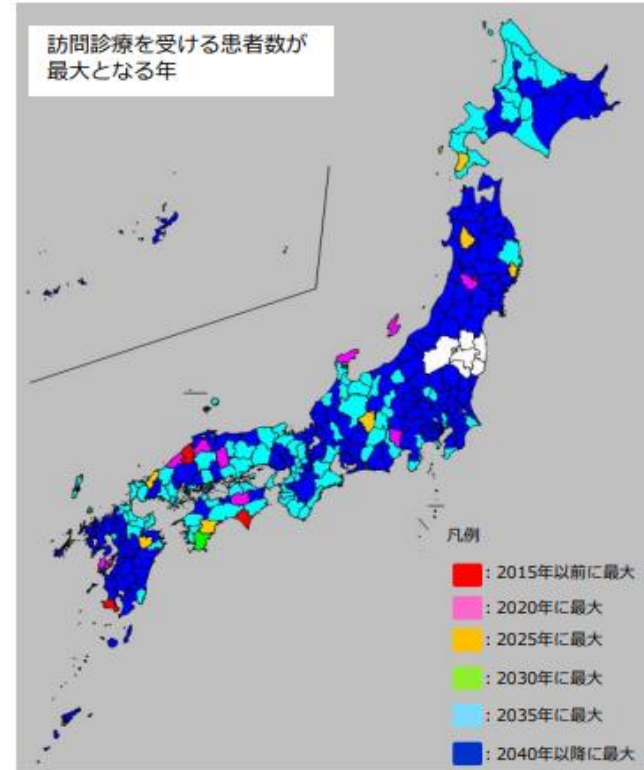
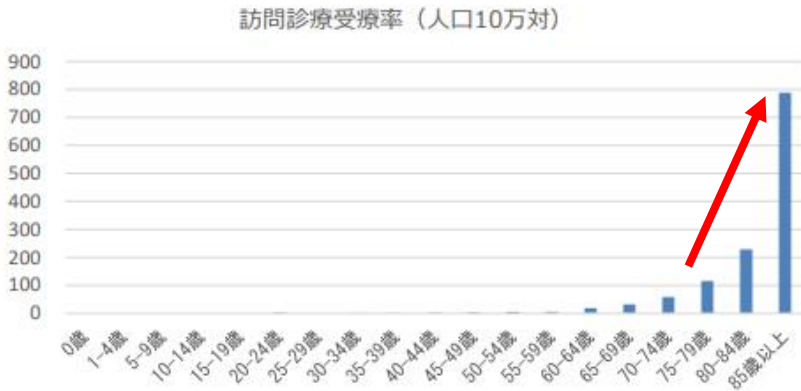
出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類・入院-外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

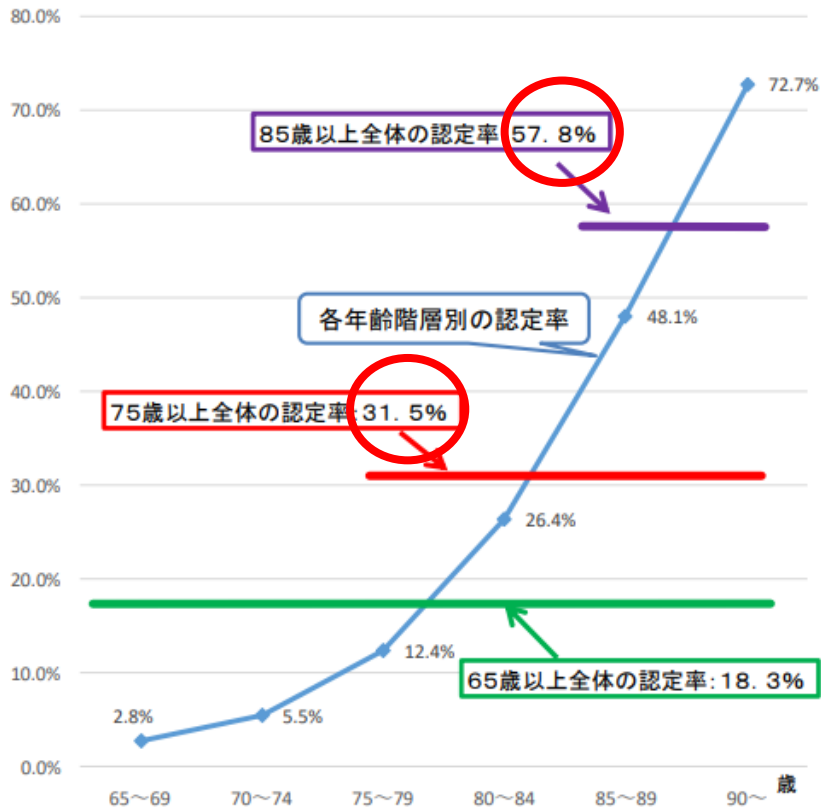
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県を受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

医療需要の変化⑤ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

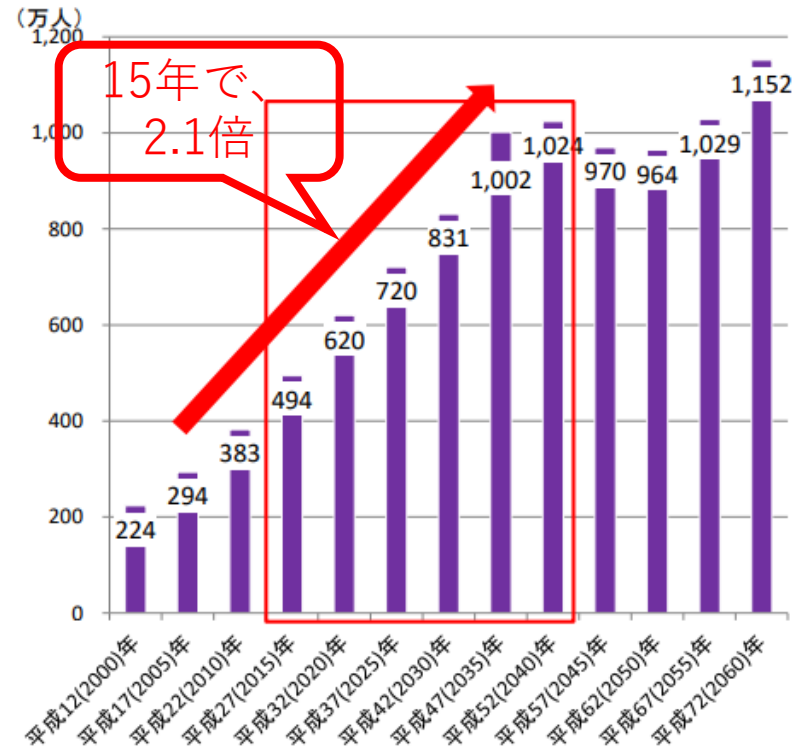
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることを見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告

（1）1施設あたりの損益状況（年度）

① 一般病院

増収減益
高コスト
体質

（注1） 医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の病院の集計である（特定機能病院等は含まない）。

（注2） 「I 医業収益」には、「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」は含まれていない。

（注3） 「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」には、従業員向け慰労金は含まれていない。

（注4） 「構成比率」は、「I 医業収益」と「II 介護収益」を合算した金額に対する割合である。

（注5） 一般病院の「I 医業収益」には、水道光熱費の高騰に対する医療機関向けの補助金については含まれておらず、当資料に記載はないが、「その他の医業・介護関連収益」に含まれている。

（全体） 報告書 p12

2022年度

（単位：千円、%）

	金額		構成比率		金額の 伸び率
	前々年度	前年度	前々年度	前年度	
I 医業収益	3,287,561	3,357,213	99.8	99.8	2.1
II 介護収益	7,632	6,520	0.2	0.2	▲14.6
III 医業・介護費用	3,477,120	3,587,973	105.5	106.7	3.2
（うち）水道光熱費	58,871	77,804	1.8	2.3	32.2
IV 損益差額（I + II - III）	▲181,927	▲224,240	▲5.5	▲6.7	—
※「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」を含めた損益差額	121,271	47,609	3.7	1.4	—
施設数	703				
平均病床数	172	172	—		

（注）「全体」とは、医療法人、国公立のほか、公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）、社会保険関係法人（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）、個人などを含む全体である。

◆「医療経済実態調査」によるこれまでの病院・診療所の収益率

年(度)	一般病院 (医療法人)	一般診療所 (医療法人)
2015	2.1%	6.8%
2016	1.8%	6.2%
2017	2.6%	6.1%
2018	2.8%	6.0%
2019	1.8%	6.5%

(出所)厚生労働省「医療経済実態調査」

(注1) 上記調査は2年に1回(西暦の奇数年)実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。より精緻な分析を行うため、全医療法人が提出する事業報告書等のデータベース化等の対応が今後必要。

(注2) 「一般病院」は国公立病院等を除く。

(注3) 上記の収益率は、全体の収益(医療・介護収益)のうち損益差額が占める割合。

◆「病院経営定期調査」によるコロナ前後の病院の経常利益率

年度	病院の経常利益率 ※国公立病院等を含む	コロナ関連緊急包括支援事業 補助金 (一般病床100床あたり平均)
2018	▲0.6%	—
2019	▲0.6%	—
2020	3.7%	2.3億円
2021	7.5%	2.9億円

(注) 病院の経常利益率: n=211施設、コロナ関連緊急包括支援事業補助金: n=461施設

(出所) (公社)全日本病院協会等「2022年度病院経営定期調査」資料を基に作成

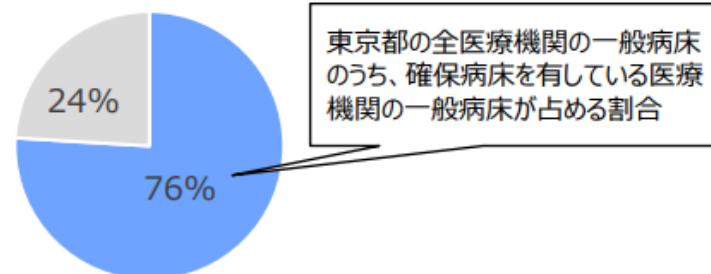
◆一般病院(医療法人)の直近の経営状況(一施設あたり)(東京都)

	2020年度	2021年度
事業収益	49.7億円	53.1億円
事業費用	48.3億円	50.2億円
事業利益	1.4億円	2.9億円
経常利益	1.5億円	3.3億円
純資産 (増加額)	24.4億円	27.1億円 (+2.7億円)
経常利益/事業費用	3.2%	6.6%
純資産の増加が事業費用に占める割合	—	5.4%

(注) n=126施設

(出所) 武蔵野大学国際総合研究所 松山幸弘研究主幹による東京都の医療法人の事業報告書等の集計データ

◆コロナ受入れ病院の病床数



(出所) G-MIS「新型コロナウイルス感染症対策に係る各医療機関内の病床の確保状況・使用率等の報告」、(一財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構資料を基に作成

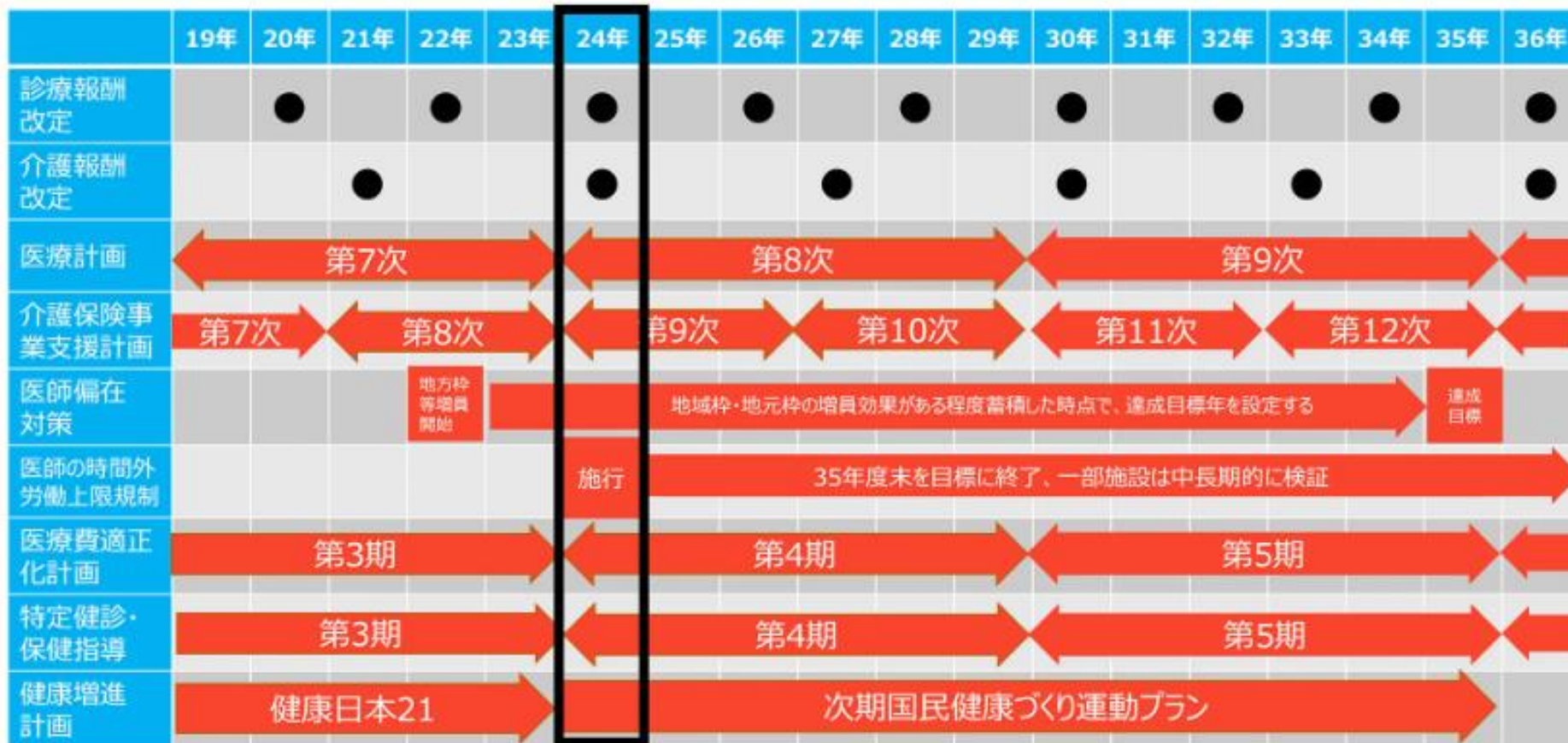


図1 健康、医療・介護関連制度の見直しスケジュール



主要項目のマトリクス

項目	第8次医療計画	診療報酬改定	医師の働き方改革	改正感染症法施行	かかりつけ医機能整備	第4期医療費適正化計画	介護報酬改定	計
地域包括ケアシステムの深化・推進				○			○	2
医療連携	○	○		○	○			4
医療と介護の連携		○			○	○	○	4
医療従事者の確保	○	○	○	○				4
職員の処遇改善			○				○	2
生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり			○				○	2
医師の働き方改革	○	○	○					3
医療安全	○	○	○					3
感染症への対応力向上	○						○	2
災害への対応力向上（BCP）	○			○			○	3
制度の安定性・持続可能性の確保			○			○	○	3
効率化		○	○		○	○		4

1. 序章
2. 第8次医療計画
3. 診療報酬改定
4. 医師の働き方改革
5. 改正感染症法施行
6. かかりつけ医機能整備
7. 第4期医療費適正化計画
8. 介護との連携に眼を向けよう

第8次医療計画

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏（令和3年10月現在）

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

三次医療圏

52医療圏（令和3年10月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）。

6事業…6つの事業（救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（PDCAサイクルの推進）。

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定（3年ごとに計画を見直し）
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

第8次医療計画

第8次医療計画のポイント①

全体について

- ・ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により浮き彫りとなった地域医療の様々な課題に対応するとともに、人口構造の変化への対応を図る。
- ・ 令和3年の医療法改正により新たな事業として新興感染症への対応に関する事項を追加（令和4年の改正感染症法に基づく予防計画と整合性を図る）。
- ・ 第7次計画期間中に追加した「医師確保計画」「外来医療計画」（計画期間はいずれも3年間）についてもそれぞれのガイドラインに基づき第8次医療計画の策定と併せて見直しを行う。その際、二次医療圏の設定について先行して議論を行う。

5 疾病・6 事業及び在宅医療について

- ・ 地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールを活用する。
- ・ 新興感染症の発生・まん延時や災害時等においても必要な医療が提供できる体制の整備を進める。
【がん】がん医療の均てん化に加え、拠点病院等の役割分担と連携による地域の実情に応じた集約化を推進する。
【脳卒中】適切な病院前救護やデジタル技術を活用した急性期診療体制の構築、回復期や維持期・生活期の医療体制の強化に取り組む。
【心血管疾患】回復期及び慢性期の診療体制の強化やデジタル技術の活用等による、急性期から一貫した診療体制の整備に取り組む。
【糖尿病】発症予防、糖尿病及び合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージに重点を置いて取り組むための体制構築を進める。
【精神疾患】患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制整備を一層推進する。
【救急】増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
【災害】災害拠点病院等における豪雨災害の被害を軽減するため、地域における浸水対策を進める。
【新興感染症】新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応での最大規模の体制を目指し、平時に医療機関の機能及び役割に応じた協定締結等を通じて、地域における役割分担を踏まえた新興感染症及び通常医療の提供体制の確保を図る。
【へき地】医師の確保に配慮するとともに、オンライン診療を含む遠隔医療を活用。※改正離島振興法の内容にも留意。
【周産期・小児】保健・福祉分野とも連携し、ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児への支援にかかる体制整備を進める。
【在宅医療】「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定するとともに、各職種の機能・役割についても明確化する。また、在宅医療に係る医療機関等に対し災害時におけるBCPの策定を支援する。

4

第8次医療計画

第8次医療計画のポイント②

地域医療構想について

- これまでの基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクル通じて地域医療構想を推進することとし、策定率と地域医療構想調整会議における資料や議事録など協議の実施状況について公表を行う等、着実に取組を推進。

※2025年以降の地域医療構想の取組のあり方については、2023～2024年度にかけて、中長期的課題について整理し、検討予定。

外来医療について

- 外来機能報告により得られたデータを活用し、紹介受診重点医療機関となる医療機関を明確化するとともに、地域の外来医療の提供状況について把握し、今後の地域の人口動態・外来患者推計等も踏まえ外来医療提供体制のあり方について検討を行う。

医療従事者の確保について

- 2024年4月に医師の時間外・休日労働の上限規制が施行されることを踏まえ、医療機関における医師の働き方改革に関する取組の推進、地域医療構想に関する取組と連動させ、医師確保の取組を推進。
- 医師確保計画の策定において基礎となる、医師偏在指標について精緻化等を実施。
- 地域医療介護総合確保基金を積極的に活用し、病院と歯科診療所の連携、歯科専門職の確保、薬剤師（特に病院）の確保を進める。
- 特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成と確保を推進する。

医療の安全の確保等について

- 医療事故調査制度運用の要である病院等の管理者の理解をより深めるため、研修の受講を推進する。
- 相談対応の質の向上を図る観点から、医療安全支援センターの相談職員の研修の受講を推進する。

その他の事項

- 地域医療支援病院について、医療計画の見直しの際に必要な応じて責務の追加・見直しを検討するとともに、整備目標を定める際には医療計画における新興感染症への対応に関する事項との連携にも留意する。
- 医療計画の内容のうち、必要な情報についてはわかりやすい形で周知を行い、住民の理解・協力を得られるよう努める。

5

2025年以降における地域医療構想について

- 地域医療構想については、これまでもPDCAサイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の2025年までの取組を着実に進めるために、PDCAも含め責務の明確化による取組の強化を図っていく。
- さらに、2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある。そのため、現在の取組を進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていく。

(検討のスケジュールのイメージ)

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
新しい地域医療構想の検討・取組		国における検討・制度的対応		都道府県における策定作業	新たな構想に基づく取組
現行の地域医療構想の取組	構想に基づく取組				

全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理(令和4年5月17日)

6. 医療・介護・福祉サービス

○ 今後の更なる高齢化の進展とサービス提供人材の不足等を踏まえると、医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化の取組は必須である。まずは、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備などを、都道府県のガバナンス強化など関連する医療保険制度等の改革と併せて、これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべきである。

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画(2024年～)の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。

54

1. 序章
2. 第8次医療計画
3. 診療報酬改定
4. 医師の働き方改革
5. 改正感染症法施行
6. かかりつけ医機能整備
7. 第4期医療費適正化計画
8. 介護との連携に眼を向けよう

診療報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬 +0.88% (国費 800 億円程度 (令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2～4を除く改定分 +0.46%

各科改定率
 医科 +0.52%
 歯科 +0.57%
 調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む。

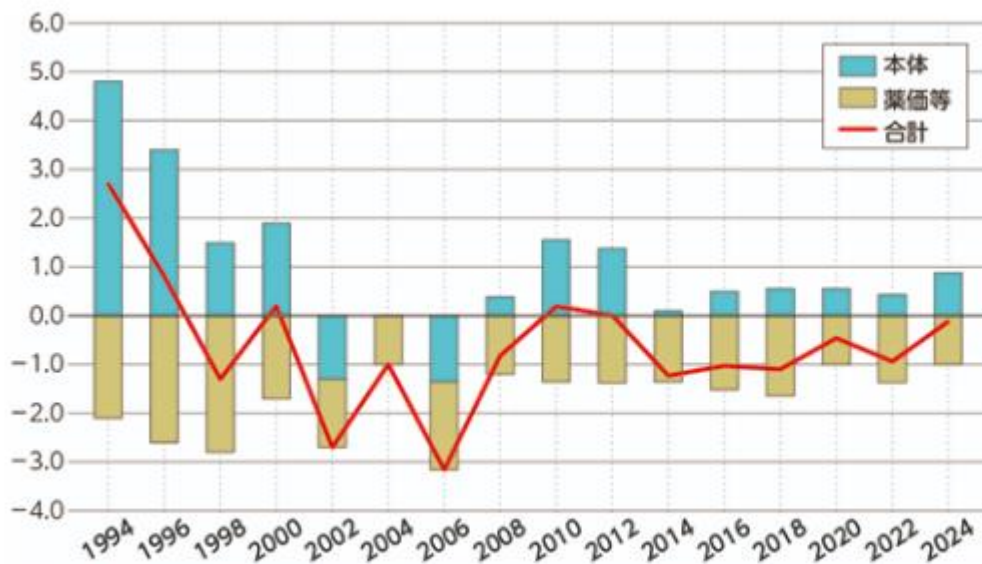
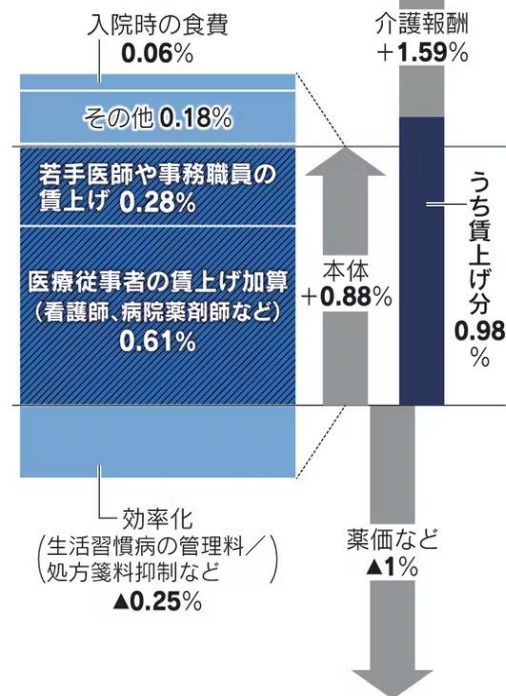
※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種 (上記※1を除く) について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的に対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ (1食当たり30円) の対応 (うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10~20円) +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等

診療報酬・介護報酬は賃上げを重視

(▲はマイナス)



年度	本体	薬価等	合計
1994	4.8	-2.1	2.7
1996	3.4	-2.6	0.8
1998	1.5	-2.8	-1.3
2000	1.9	-1.7	0.2
2002	-1.3	-1.4	-2.7
2004	0	-1	-1
2006	-1.36	-1.80	-3.16
2008	0.38	-1.2	-0.82
2010	1.55	-1.36	0.19
2012	1.379	-1.375	0.004
2014	0.1	-1.36	-1.26
2016	0.49	-1.52	-1.03
2018	0.55	-1.65	-1.1
2020	0.55	-1.01	-0.46
2022	0.43	-1.37	-0.94
2024	0.88	-1	-0.12

図1 診療報酬改定率の推移

介護報酬改定

介護報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の介護報酬改定は、以下のとおりとなった。

改定率 +1.59%

(内訳)	
介護職員の処遇改善分	+0.98% (令和6年6月施行)
その他の改定率(※)	+0.61%
※賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準	

また、改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果として+0.45%相当の改定が見込まれ、合計すると+2.04%相当の改定となる。

介護報酬改定率の推移



介護報酬改定率の推移

診療報酬改定

2024年度改定の基本的視点「人材確保・働き方改革」重点課題に（厚労省）

厚生労働省が10月27日、社会保障審議会医療保険部会（部会長：田辺国昭・国立社会保障・人口問題研究所所長）に、2024年度診療報酬改定に向けた基本的視点等の案を示した。4つの基本的視点のうち、人材確保・働き方改革等の推進を重点課題とするもので、委員からは医療保険制度の持続可能性も重点課題にすること等の意見が出た。同日の議論を踏まえ、年内を目途に基本方針を固める方向で議論を続ける（資料は、厚労省のホームページ）。

厚労省が示した4つの「基本的視点」は以下。

1. **現下の雇用情勢を踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】**
2. **ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進**
3. **安心・安全で質の高い医療の推進**
4. **効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上**

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や質上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

診療報酬改定

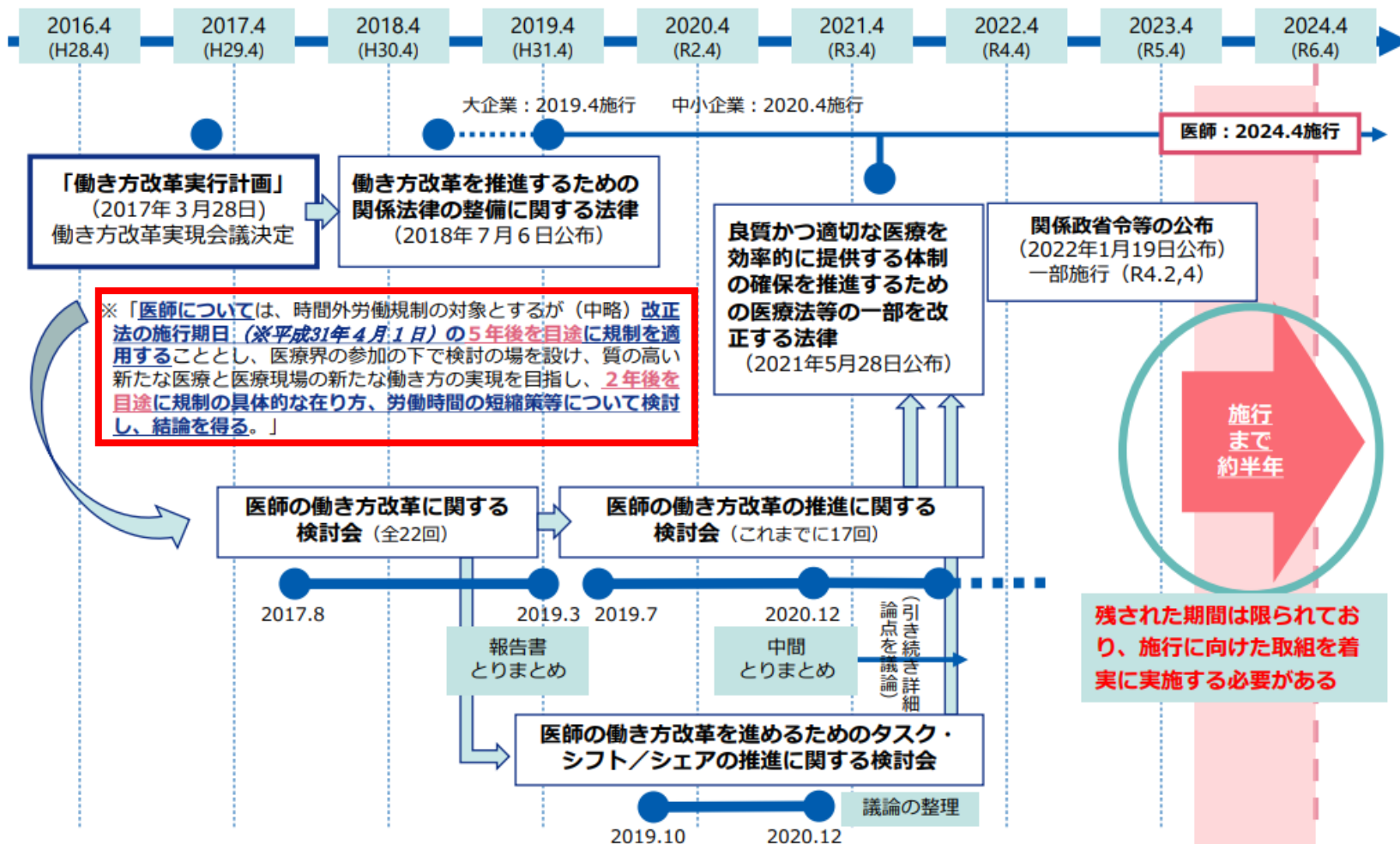
2024年度の次期改定に向けては、例えば次のような論点が浮上している。

1. 【地域医療体制確保加算】について、**医師の長時間労働が減少するような要件の見直しを行って**はどうか
2. **特定行為研修修了看護師が医療機関に配置され適切に役割を果たせるよう業務分担することの評価を進めて**はどうか
3. **病院薬剤師のさらなるチーム医療の推進・医療の質の向上の観点から、「病棟を含む幅広い業務を習得させる教育研修体制」「地域の病院へ出向しての地域医療経験」といった取り組みを行う医療機関の評価を行って**はどうか
4. **ポリファーマシー対策に係る業務の効率的な遂行の観点から、【薬剤総合評価調整加算】の要件見直しを検討して**はどうか
5. 【医師事務作業補助体制加算】における**医師事務作業補助者の適切な人事管理推進、補助者の業務範囲明確化を図って**はどうか
6. 【手術・処置の時間外等加算】における勤務間インターバル確保の推進してはどうか
7. 【夜間看護体制加算】などの「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理」などのうち、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」の取り組みを推進してはどうか
8. 「看護補助者の中でもより直接患者に対するケアを提供する者」の評価を充実してはどうか
9. 【緩和ケア診療加算】、【外来緩和ケア加算】、【感染対策向上加算】、【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】などにおける、「チームの構成員が、地域で専門領域に係る活動をした場合」も専従要件を満たすことの明確化してはどうか
10. **ICT、AI、IoTを活用することで職員の常勤や専従要件などの緩和をはかって**はどうか

1. 序章
2. 第8次医療計画
3. 診療報酬改定
4. 医師の働き方改革
5. 改正感染症法施行
6. かかりつけ医機能整備
7. 第4期医療費適正化計画
8. 介護との連携に眼を向けよう

医師働き方改革

医師の働き方改革の議論の進捗



医師働き方改革

医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働
特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

医療施設の**最適配置の推進**
(地域医療構想・外来機能の明確化)

地域間・診療科間の**医師偏在の是正**

国民の理解と協力に基づく**適切な受診の推進**

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な**労務管理の推進**

タスクシフト/シェアの推進
(業務範囲の拡大・明確化)

一部、**法改正で対応**

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～） **法改正で対応**

地域医療等の確保
医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成
評価センターが評価
都道府県知事が指定
医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A （一般労働者と同程度）	960時間	義務	努力義務
連携B （医師を派遣する病院）	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務
B （救急医療等）	1,860時間		
C-1 （臨床・専門研修）			
C-2 （高度技能の修得研修）			

医師の健康確保
面接指導
健康状態を医師がチェック
休息時間の確保
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

医師働き方改革

2024年4月に向けて医療機関が取り組むこと

○ 医療機関において医師の勤務実態を把握します。

・ 兼業・副業について

まずは自院の労働時間の把握を。
兼業・副業先の労働時間も通算します。自己申告等で把握できる体制を。

・ 宿日直許可の取得について

まずは自院の宿日直許可の有無を確認、必要な許可は申請を。
兼業・副業先の宿日直許可の有無も自己申告等で把握できる体制を。

・ 自己研鑽の取扱いについて

自己研鑽の取扱いの明確化、ルール化を。よく話し合いを重ねて。

○ 目指す水準を設定し、必要な準備、取組を進めます。

2024年4月以降は **A水準** を目指す

令和5年度末までの医師労働時間短縮計画の作成に努める（努力義務）

※2024年4月1日より前に年間960時間超の医師がいる場合

※制度の趣旨に合った形で、実態に応じた水準を選択

2024年4月以降は **B C水準** を目指す

B

連携B

C1

C2

令和6年度以降の医師労働時間短縮計画を作成し、B C水準の指定を受ける

面接指導の実施

※（水準にかかわらず）月100時間以上見込みの医師に対して実施

勤務間インターバルの確保

※ B C水準の場合は“義務”、A水準の場合は“努力義務”

医師働き方改革について、最近思うこと

- 副業・兼業について
- 宿日直許可の取得について
- 自己研鑽について
- タスク・シフト/シェアについて

【上記に加えて】

- 内部通報
- 立入検査
- 2024年度の医師との雇用契約
- A水準を選択した病院は、乗り切れるのか

医師働き方改革スタート（内部通報）

（3）医師の過重労働

医師の過重労働も、医師の過労死・過労自殺につながる重大な問題である。近年医師の働き方改革が進められ、2024年4月からは、医師の時間外労働の上限は、原則として1年で960時間まで、例外的に地域医療確保のために派遣された医師等は、健康確保措置を条件に1年で1,860時間までに規制されることになった。ところが、この上限規制の適用間近となっても、残念ながら医師の過労死の報道は途絶えていない。このような事態の背景には、時間外労働との区別が難しい宿日直と自己研鑽の問題が潜んでいると思われる。

宿日直は、常態としてほとんど労働する必要がない勤務であり、心身の負担が少ないため、基本的には労働時間としてカウントされないが、宿日直中に通常業務と同様の診療を続けたり、恒常的に救急患者の診療を実施している場合には、労働時間とみなされる。また、学会準備等の自己研鑽についても、医師の自由意思で実施している限りは労働時間に含まれないが、これが業務上必須である場合や、上司から明示・黙示の指示を受けている場合には、労働時間に該

当する^{註4}。しかし、実際には、慢性的な人手不足を背景に、宿日直や自己研鑽という名目で、相応の賃金を支払うことなく、通常労働を強いたり、部下に学会・勉強会の準備を担わせることがあるようである。これが黙認されてしまえば、医師の働き方改革は有名無実化してしまうため、不適切な労務管理の実態を把握した場合には、内部通報により是正を図るべきである。

JAHMC 2023年11月号

コンプライアンスの定義：不祥事防止のためのリスク管理論
自浄作用のため内部通報制度の目的

不正の抑止：通報制度の存在を周知することで、不正行為を思いとどまらせる

不正の発見：不正行為を早期発見し、傷が浅いうちに対処する

免責：いざというときに法人としての努力・姿勢を主張してペナルティの軽減を図る

相談：風土を保つ。職員の不平や不満、困りごとに耳を傾け、働きやすくする

医療機関の中で早期に芽を摘んでおきたい。

職員がどうすることも出来ず、労基署に駆け込む事態となってしまうと、職員にとっても、組織にとっても不幸なことです。

医師働き方改革スタート（立入検査）

立入検査項目

医師の働き方改革関係の医療法の施行に伴い、令和6年度以降、医療法第25条第1項に基づく立入検査において新たに確認が必要な検査項目があります。

項目	概要	対象
1. 面接指導の実施 (法第108条第1項)	時間外・休日労働が月100時間以上となることが見込まれる医師（面接指導対象医師）に対して、医療法上の面接指導が実施されていることを確認。	全医療機関
2. 就業上の措置 (時間外・休日労働月100時間以上見込み) (法第108条第5項)	面接指導対象医師に対する面接指導実施後、必要に応じて、労働時間の短縮、宿直の回数の減少その他の適切な措置（就業上の措置）を講じていることを確認。	
3. 就業上の措置 (時間外・休日労働月155時間超) (法第108条第6項)	時間外・休日労働が月155時間超となった医師について、労働時間の短縮のために必要な措置を講じていることを確認。	
4. 勤務間インターバル・代償休息 (法第123条第1項及び第2項)	特定労務管理対象機関に勤務する特例水準の業務に従事する医師（特定対象医師）に対し、勤務間インターバルや代償休息が確保されていることを確認	特定労務管理対象機関

※特定労務管理対象機関：都道府県知事が、病院又は診療所であって、医師をやむを得ず長時間従事させる必要がある業務があると認められるものを、指定した特定地域医療提供機関、連携型特定地域医療提供機関、技能向上集中研修機関及び特定高度技能研修機関の総称。

2

医師働き方改革スタート（立入検査）

医療機関へのご連絡事項

引き続き、立入検査の実施に向けた準備について進めていただくようお願いいたします。

- 2024年4月以降、医療法第25条第1項に基づく立入検査において、全医療機関を対象に医師の時間外・休日労働時間に応じた、適切な追加的健康確保措置の履行について、確認することとなります。

医療機関へのご連絡事項

- 面接指導及び勤務間インターバル・代償休息のルールが未履行であることを確認された場合には、改善に向けた取組が重要です。
立入検査を実施する機関より、改善に向けて、医療勤務環境改善支援センター（以下「勤改センター」という。）に支援を依頼するよう医療機関に指導する場合があります。その際には、勤改センターへの支援を依頼し、改善の取組を実施することについて、適切にご対応いただくようお願い致します。
（医療機関の改善の取組が十分になされない場合には、都道府県より改善命令や特例水準の取消の措置ができることとなっています。）
- 医療機関において、2024年4月以降の立入検査の円滑な実施に向けた必要なお準備をお願いいたします。

16

1. 序章
2. 第8次医療計画
3. 診療報酬改定
4. 医師の働き方改革
5. 改正感染症法施行
6. かかりつけ医機能整備
7. 第4期医療費適正化計画
8. 介護との連携に眼を向けよう

改正感染症法施行

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律の概要

令和4年
12月9日公布

改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 感染症発生・まん延における保健・医療提供体制の整備等【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

(1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。
- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置(流行初期医療確保措置)を導入する(その費用については、公費とともに、保険としても負担)。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

(2) 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ① 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

(3) 医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。

(4) 保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。

(5) 情報基盤の整備

- 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化(一部医療機関は義務化)し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。

(6) 物資の確保

- 医薬品、医療機器、个人防护具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う仕組みを整備する。

(7) 費用負担

- 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等【予防接種法、特措法等】

- ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる仕組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。
- ② 感染症発生・まん延時に厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う仕組みを整備する。

3. 水際対策の実効性の確保【検査法等】

- 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める(罰則付き)ことができることとする。等
このほか、医療法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法第6条の5第4項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、1の(4)及び2の①の一部は公布日、1の(4)及び(5)の一部は令和5年4月1日、1の(2)の①の一部及び3は公布日から10日を経過した日等）

1. 序章
2. 第8次医療計画
3. 診療報酬改定
4. 医師の働き方改革
5. 改正感染症法施行
6. かかりつけ医機能整備
7. 第4期医療費適正化計画
8. 介護との連携に眼を向けよう

かかりつけ医機能整備（医療制度改革）

- かかりつけ医機能の制度整備などを盛り込んだ改正医療法などが5月12日、参院本会議で可決、成立した。かかりつけ医機能を「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置、その他の医療の提供を行う機能」と明記した。かかりつけ医機能を持つ医療機関は時間外診療の可否などを都道府県に報告することとなる。施行は2025年4月。
- 改正法では、かかりつけ医機能として
 1. 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能、
 2. 時間外診療を行う機能、
 3. 病状急変時等に入院など必要な支援を提供する機能、
 4. 居宅等において必要な医療を提供する機能、
 5. 介護サービス等と連携して必要な医療を提供する機能の5項目を列挙した。都道府県は医療機関からの報告を元に医療・介護の各種計画を策定する。

かかりつけ医機能整備（医療制度改革）

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等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

改正の趣旨

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、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
〔※〕42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。〔①高確法第124条の2～9、附則第15条（新旧P80～82,98）、健保法第152条の2～6、附則第4条の3（P1～3,7,8）等関係〕
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。
〔②国保法第72条の3の3（P18）、地方税法第703条の5（P50,51）等関係〕

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。〔①高確法第100条（P75,76）関係〕
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。
〔②高確法第34条、第35条、第38条、第39条、第93条（P64～74）、健保法第153条、附則第2条の2（P3,4,6）等関係〕

3. 医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。〔①高確法第4条、第8条、第9条、第11条、第12条、第157条の2（P58～63,85）等関係〕
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。
〔②国保法第82条の2（P25,26）／③国保法附則旧第6条～旧第21条の5（P28～46）、健保法附則旧第4条の3（P6,7）等関係〕

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
〔①医療法第6条の3、第6条の4の2、第30条の4、第30条の18の4、第30条の18の5（P102,103,105,107～110）、高確法第8条、第9条（P59～62）、総務法第5条（P123）、介保法第117条（P133,134）等関係〕
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。〔②介保法第115条の45、第115条の47（P137,138）、健保法第205条の4（P5）、高確法第165条の2（P86）、国保法第113条の3（P26,27）等関係〕
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。〔③医療法第69条の2（P110,111）、介保法第115条の44の2（P129～131）等関係〕
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。〔④医療法第70条、第70条の3（P111～114）等関係〕
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。
〔⑤良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（P125）関係〕 等

施行期日

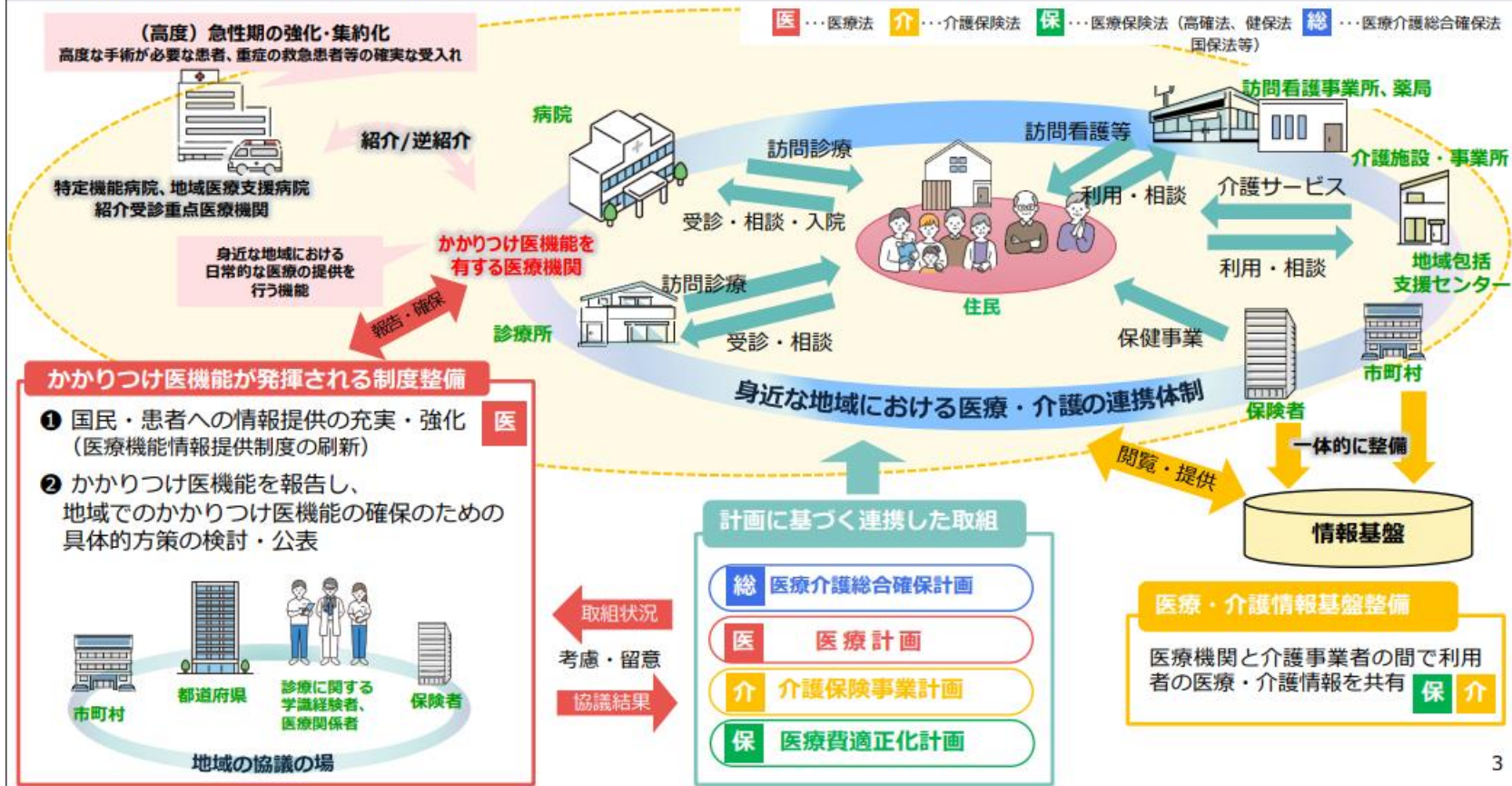
令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

2

かかりつけ医機能整備（医療制度改革）

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



かかりつけ医機能整備（医療制度改革）

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- ▶ かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- ▶ 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、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- ▶ その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 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ための制度整備を行う。

概要

（1）医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

（2）かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 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、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

（3）患者に対する説明（令和7年4月施行）

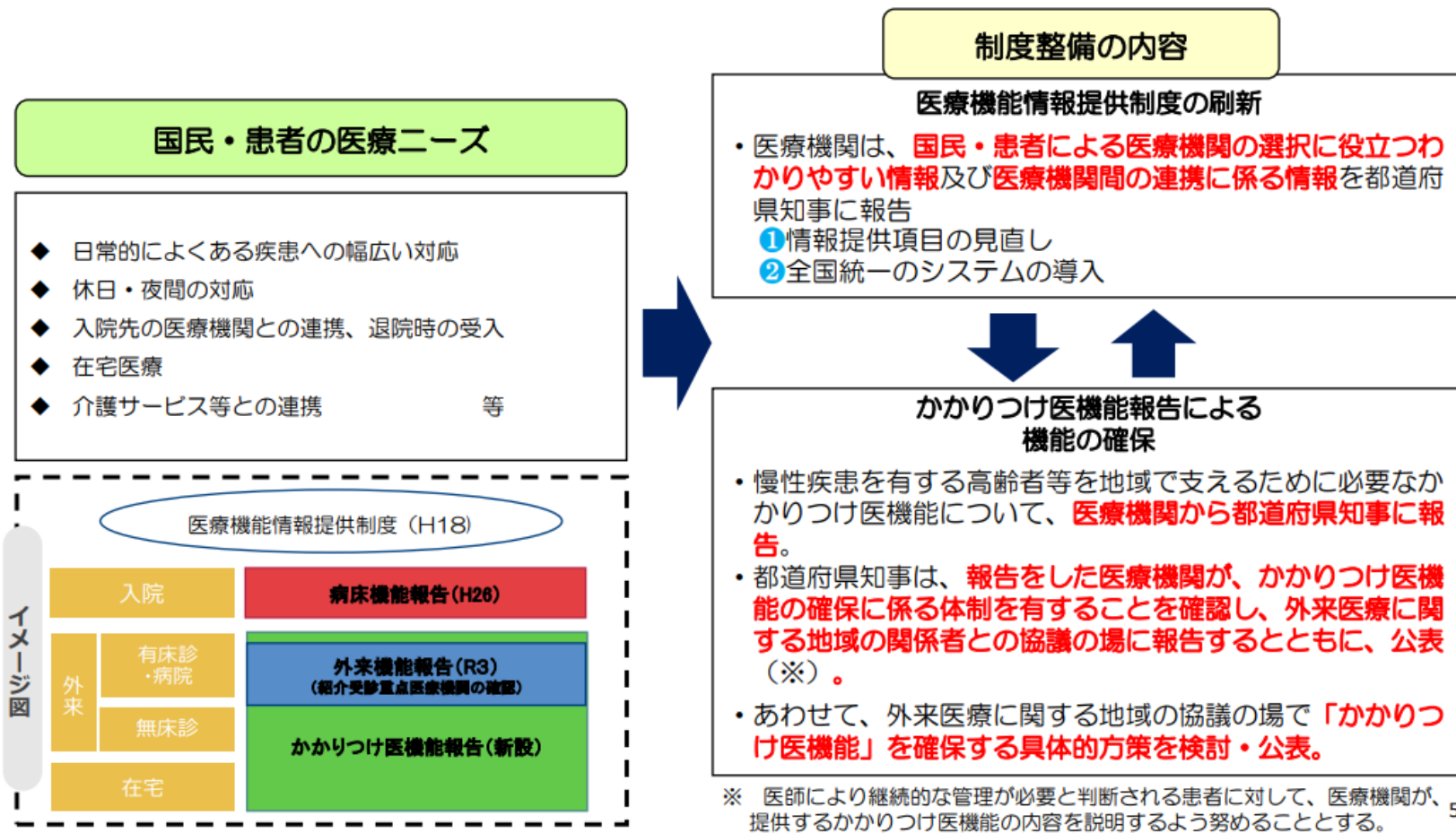
- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

4

かかりつけ医機能整備（医療制度改革）

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。



※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。 5

1. 序章
2. 第8次医療計画
3. 診療報酬改定
4. 医師の働き方改革
5. 改正感染症法施行
6. かかりつけ医機能整備
7. 第4期医療費適正化計画
8. 介護との連携に眼を向けよう

第4期医療費適正化計画（医療制度改革）

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

医療費の更なる適正化に向けて、①新たな目標として、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等を加えるとともに、②既存の目標についてもデジタル等を活用した効果的な取組を推進する。また、計画の実効性を高めるため、③都道府県が関係者と連携するための体制を構築する。

計画の目標・施策の見直し

① 新たな目標の設定

- **複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等**
 - ・高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防
 - ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供（例：骨折対策）
 - **医療資源の効果的・効率的な活用**
 - ・効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
 - ・医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））
（※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。
- ⇒ 有識者による検討体制を発足させて、エビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを追加

② 既存目標に係る効果的な取組

健康の保持の推進

- **特定健診・保健指導の見直し**
⇒アウトカム評価の導入、ICTの活用など

医療の効率的な提供

- **重複投薬・多剤投与の適正化**
⇒電子処方箋の活用
- **後発医薬品の使用促進**
⇒個別の勧奨、フォーミュラリ策定等による更なる取組の推進や、バイオ後続品の目標設定等を踏まえた新たな数値目標の設定

⇒ さらに、医療DXによる医療情報の利活用等を通じ、健康の保持の推進・医療の効率的な提供の取組を推進

※ 計画の目標設定に際し、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意

実効性向上のための体制構築

③ 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

- **保険者協議会の必置化・医療関係者の参画促進、医療費見込みに基づく計画最終年度の国保・後期の保険料の試算** 等
- **都道府県の責務や取り得る措置の明確化**
 - ・医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等の要因分析・要因解消に向けた対応の努力義務化 等

第4期医療費適正化計画（医療制度改革）

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

① 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等の推進

2040年の医療・介護需要を見据え、より効果的・効率的に進めるための取組を推進

- 医療と介護の複合的なニーズを有する高齢者の増加が今後見込まれる中で、医療と介護にまたがるアプローチの重要性を関係者が認識し、限られた医療・介護資源を効果的・効率的に組み合わせた医療費適正化を推進する。
 - 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防を新たに目標とし、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、医療費適正化計画に位置づける。
 - 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進を新たに目標とする。例えば、今後の高齢化の進展に伴い増加が見込まれる高齢者の骨折について、急性期から回復期、在宅での介護や通院時の医療・介護の機能連携や適切な受診勧奨等を推進する。

個別の医療サービスについて、エビデンスや地域差に基づく新たな目標を設定

- 個々の医療サービスの提供状況について、地域ごとに関係者が把握・検討し、適正化に向けて必要な取組を進められるよう、有識者による検討体制を醸成してエビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを提示する。
- 第4期では新たに以下の項目を目標として位置づける。有識者の検討を踏まえて具体的なメニューを更に追加する。
 - 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
 - 医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））（※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。

② デジタル等を活用した既存目標に係る効果的な取組の推進

既存の目標についても更なる実効性の向上を図るために、デジタルの活用等を推進

- 特定健診・特定保健指導について、個人の受診者の行動変容につながり、成果が出たことを評価する方向（アウトカム評価の導入、ICTを活用した取組など）で見直す。
- 重複投薬・多剤投与の適正化について、電子処方箋の活用等により更に効果的に実施する。
- 後発医薬品の使用促進について、使用促進効果が確認されている個別通知や、医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラリ等の取組を地域の実情に応じて検討・推進する。「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」の議論や、バイオ後続品の目標設定を踏まえ、医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の使用促進に関する新たな数値目標を設定する。 2

第4期医療費適正化計画（医療制度改革）

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

③ 保険者・医療関係者との連携による実効性向上

医療費適正化計画の策定・実施主体である都道府県が目標達成に向けて実効性のある取組を実施できるよう、保険者・医療関係者と方向性を共有・連携する枠組みを設けた上で、都道府県の責務や取り得る措置を明確化

① 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

- 都道府県計画に記載すべき事項を充実させるとともに、保険者協議会を必置として都道府県計画への関わりを強化することにより、都道府県と関係者による医療費適正化のPDCAサイクルを強化する。
- 保険者協議会への医療関係者の参画を促進し、都道府県・保険者・医療関係者が協力して医療費適正化に取り組む場とする。
- 都道府県計画の医療費見込みを精緻化し、制度区分別（国保、後期、被用者保険）に見える化するとともに、それをもとに国保・後期の1人当たり保険料を試算することとし、医療費適正化の意義・方向性を保険者・住民と共有する。
- 国保運営方針においても医療費適正化の取組を記載すべき事項とするとともに、財政見直しについて、都道府県計画の国保の医療費見込みを用いることが望ましいこととする。
- 支払基金及び国保連合会の目的や基本理念等に、診療報酬請求情報等の分析等を通じた医療費適正化を明記する。

② 都道府県の責務や取り得る措置の明確化

- 都道府県は、住民の高齢期における医療費の適正化を図るための取組において中心的な役割を果たすべきであることを明確化する。
- 都道府県は、医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等には、その要因を分析し、当該要因の解消に向けて、保険者・医療関係者等と連携して必要な対応を講ずるよう努めるべきであることを明確化する。
- 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合や、都道府県計画の目標を達成できないと認める場合に都道府県が取り得る措置として、高確法第9条第9項に基づく保険者・医療関係者等に対する協力要請があることを明確化するとともに、その内容の具体的な例を示す。

第4期医療費適正化計画（医療制度改革）

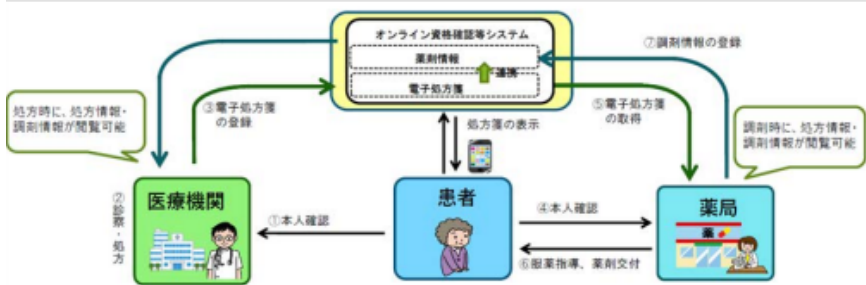
医療DX利活用等による医療費適正化

医療

- 医療DXについて、単に患者データを集約・共有するだけでなく、より質の高い、効率的な医療につなげることが重要である。
- すでに、マイナンバーカードの健康保険証活用を通じて、医療機関は患者の過去の診療・投薬の履歴を参照することが可能となっているが、さらに、「電子処方箋」が整備されれば、患者の処方箋情報をリアルタイムで把握することが可能となり、重複投薬、重複検査等の効率化も可能となる。
- 韓国においてはすでに審査支払機関において、少ない処方薬数を高く評価するなど医療費適正化の観点からの審査を行っており、そうした取り組みも参考にすべき。

◆電子処方箋の仕組み（2023年1月より運用を開始）

処方情報・調剤情報を他の医療機関・薬局で閲覧することを可能とする仕組みを構築



◆審査支払機関における医療費適正化の位置付け

国民健康保険法改正案

新85条の3 ※下線部分が改正箇所

連合会は、前二項に規定する業務のほか、診療報酬請求書及び特定健康診査等に関する記録に係る情報その他の国民の保健医療の向上及び福祉の増進並びに医療費適正化に資する情報の収集、整理及び分析並びにその結果の活用の促進に関する業務を行うことができる。

⇒支払基金についても同様の法改正、基本理念にも医療費適正化を明記

◆韓国における審査支払機関による適正化

- 韓国においては1999年に健康保険審査評価院[HIRA, Health Insurance Review Agency (日本でいう支払基金、国保連)]の役割について、「審査基準の適合性」の評価に加え、「療養給付の適正性」を評価すると法定した。
- 評価結果は各医療機関の診療報酬への反映についても法定。取組を進めた結果、医療費削減効果があったとしている。

韓国における国保法

62条 療養給付費用を審査し、療養給付の適正性を評価するために健康保険審査評価院を設立する。

47条5項 公団は審査評価院が63条に基づき療養給付の適正性を評価し、それを公団に報告したならば、その評価結果に応じて診療報酬を加算・減算の調整をして支払うことができる。

(参考)審査評価院が公表する医療費の削減効果の事例

	2002年	2013年
処方1件あたりの薬品目数	4.32品目	3.76品目
外来患者の注射剤処方率	38.6%	19.0%

健康保険組合連合会「韓国医療制度の現状に関する調査研究報告書」(2017)等に基づく

1. 序章
2. 第8次医療計画
3. 診療報酬改定
4. 医師の働き方改革
5. 改正感染症法施行
6. かかりつけ医機能整備
7. 第4期医療費適正化計画
8. 介護との連携に眼を向けよう

介護との連携に眼を向けよう

令和6年度介護報酬改定の概要

- 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

- ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
- ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ **医療と介護の連携の推進**
 - 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - 在宅における医療・介護の連携強化
 - 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
 - 高齢者施設等と医療機関の連携強化
- ・ 看取りへの対応強化
- ・ 感染症や災害への対応力向上
- ・ 高齢者虐待防止の推進
- ・ 認知症の対応力向上
- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

- ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- ・ LIFEを活用した質の高い介護

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築
- ・ 評価の適正化・重点化
- ・ 報酬の整理・簡素化

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進
- ・ 介護職員の処遇改善
- ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- ・ 効率的なサービス提供の推進

5. その他

- ・ 「書面揭示」規制の見直し
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分

介護との連携に眼を向けよう

特養など入所者急変に「協力医療機関」の定め義務化へ 厚労省

厚生労働省は、特別養護老人ホームなどの入所者の体調の急変に備えて、夜間・休日に相談や診療が可能な医療機関を、施設ごとに定めることを義務化する方針を固めました。

特別養護老人ホームなどの介護保険施設の多くは、医療が必要になった場合に対応してくれる病院を定めていますが、新型コロナウイルスの感染拡大時には、感染した入所者の受け入れを断られるケースが相次ぎ、施設内で感染が広がる問題が起きました。

こうした医療機関との連携の課題を解消するため、厚生労働省は、特別養護老人ホームや介護老人保健施設などの施設に対して、感染拡大時にかかわらず、入所者の容体急変時に対応してもらう「協力医療機関」を定めることを義務化する方針を固めました。

介護との連携に眼を向けよう

- 特養など全施設に協力病院の指定を義務化 医療体制を強化 厚労省案 居住系は努力義務

厚労省案 | 介護保険3施設

1年間の経過措置を設けたうえで、以下の(1)から(3)の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化する

(1) 入所者の急変時などに、医師や看護職員が夜間休日を含めて相談対応する体制が確保されていること

(2) 診療の求めを受け、夜間休日を含めて診療が可能な体制を確保していること

(3) 緊急時に原則入院できる体制を確保していること

※ 複数の協力医療機関を定めることで(1)から(3)を満たすことも可

厚労省案 | 特定施設・認知症グループホーム

上記(1)と(2)を努力義務とする

介護との連携に眼を向けよう

遠隔診療、デイサービス施設で受診可能に 都市部も緩和

オンライン診療を受けられる場所を広げる。通所介護施設や学校も対象に加える。現在は自宅や診療所以外で受けられるのはへき地の公民館などに限定していた。高齢者らがデイサービスと同時に受診できるようになる。18日の規制改革推進会議の作業部会で地域を「へき地など」に限定する条件を廃止すると決定した。都市部を含めてオンライン診療へのアクセスを高め、医療提供を効率化する。介護施設と医療機関の両方に通う患者にとって通院を減らせる利点がある。患者が急変した際に医療対応できる環境であることも求める。介護施設に頻繁に通う高齢者のなかには要介護のレベルが高く定期的に受診を必要とする人も多い。体調や症状の悪化を早期に発見できる効果も期待できる。全国各地で鉄道や路線バスの廃止・縮小が続く。高齢者の通院にかかる負担は重くなっている。医師の都市部偏在の影響で、離島や山間部以外でも医療アクセスが低下する懸念がある。高齢者は増加傾向にある。総務省の調査によると22年9月時点で総人口に占める65歳以上の割合はおよそ29%に上る。国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によると70年には39%程度に上昇する見込みで、高齢者医療を支える環境づくりが課題だ。

介護との連携に眼を向けよう

厚労省、主治医にサービス担当者会議への参加を促す方策を検討 診療報酬の評価を見直し
ケアマネと連携強化 = 中医協

厚生労働省は来年度の診療報酬改定に向けて、要介護の高齢者のかかりつけ医がサービス担当者会議に参加する機会を増やす方策を検討していく。20日の中医協（中央社会保険医療協議会）で提案。

かかりつけ医とケアマネジャーらの連携の強化につなげたい考えで、「サービス担当者会議などを通じて認識が共有され、より医療と生活の双方の視点に基づいたケアプランが策定されることが重要」との考えを示した。今後、具体策の検討を進めていく方針だ。

診療報酬の評価・加算を見直し、かかりつけ医がサービス担当者会議に参加するインセンティブとすることが念頭にある。実際に効果を発揮する仕組みが作られるかどうか焦点だ。

この日の中医協では、日本医師会の長島公之常任理事が、「サービス担当者会議や地域ケア会議への参加は、多くの主治医にとってほぼボランティアに近いことを理解してほしい」と主張。「医師の参加はきちんと評価すべきだ」と要請した。

介護との連携に眼を向けよう

【介護報酬改定】特養、透析患者の通院介助を評価 厚労省提案 現場の負担を考慮

厚生労働省は16日、来年度の介護報酬改定に向けた協議を重ねている審議会で特別養護老人ホームを取り上げた。人工透析を要する入所者を医療機関へ連れて行く施設を新たに評価することを提案。家族や病院による十分なサポートが見込めず、特養の職員が月に一定回数以上の送迎・付き添いを担っているケースなどを対象とする案を示した。

現場の対応の難しさを考慮した施策。人工透析を要する入所者は通院が欠かせず、その送迎・付き添いには追加的なコスト、負担がかかる。施設に残る他の職員の負担も増してしまう。このため、日常的な観察・送迎を要する透析患者をそもそも受け入れない施設も多い。厚労省の2021年度の調査結果では、実に7割以上の特養が入所を「断る」と答えたと報告されている。厚労省はこうした課題の解消を図る。この日の審議会では、「頻回の通院介助・付き添いなどを評価する。人工透析を要する高齢者の受け入れ負担を軽減する」と説明した。今後、細部を詰める検討を進めていく構えだ。全国老人福祉施設協議会の古谷忠之参与が、「こうした評価は医療措置が必要な高齢者の受け入れに効果がある。他の疾患でも同様の施策を検討してほしい」と要請。

主要項目のマトリクス

項目	第8次医療 計画	診療報酬 改定	医師の働き 方改革	改正感染症 法施行	かかりつけ 医機能整備	第4期医療 費適正化 計画	介護報酬 改定	計
地域包括ケアシステムの深化・推進				○			○	2
医療連携	○	○		○	○			4
医療と介護の連携		○			○	○	○	4
医療従事者の確保	○	○	○	○				4
職員の処遇改善			○				○	2
生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり			○				○	2
医師の働き方改革	○	○	○					3
医療安全	○	○	○					3
感染症への対応力向上	○						○	2
災害への対応力向上（BCP）	○			○			○	3
制度の安定性・持続可能性の確保			○			○	○	3
効率化		○	○		○	○		4

これからの病院経営 ディスカッションのネタ

- 「医者も看護師も来ないような病院に患者がくるか！」 ESとCSの相補性 (岩永勝義)
 - 「職員のエンゲージメントが高い病院は、(だいたい) 経営もうまくいっている」
- 「加算」「類上げ」を自ら進んで取りに行く
 - 少しチャレンジングなことも必要
 - とかく医療機関は保守的な組織 (命を守るためコンサバティブなのはある程度仕方ないのかも知れないが)
 - 出来ない理由探しをしてしまう
 - ✓ (この発想を変えて) 出来るようにするためには、何がネックかの理由探しが出る
- 患者の流れ
 - ペイシェントフローを組織全体で共有することも大切
 - 特定の医師だけが救急患者をとらない
 - 退院調整を連携室に丸投げ、気が付けば在院日数が長くなって、単価が落ちていた
- 組織全体で「見える化」
 - 課題を抽出、PDCAを回していくことが必要

「経営指標」の見える化（21のインディケータ）

58

1	病床稼働率 全体	13	紹介件数
2	病床稼働率 一般	14	逆紹介件数
3	病床稼働率 療養・P C U	15	新入院患者数
4	平均在院日数	16	分娩件数
5	入院単価	17	全麻手術件数
6	一般病床入院単価	18	救急車受入件数
7	内科系入院単価	19	後発薬占有率
8	外科系入院単価	20	C T 件数
9	外来患者数	21	M R I 件数
10	外来単価		
11	初診患者数		
12	健診収入		

「経営指標」の見える化 「病床稼働率」

目標87.8%、87.8%未満黄、84.3%未満赤

61

リボン(RB)3年7月 病床稼働率推移(単日稼働率%)														全病床稼働率	一般病床稼働率(※)	外来患者数(人)
	4F東(HCU)	4F西(産婦人科)	5F東(一般内科、眼科、小児科、耳鼻咽喉科)	5F西(療養型病床)	6F東(整形外科・神経内科・泌尿器科)	6F西(整形外科)	7F東(消化器外科・呼吸器外科)	7F西(消化器内科)	8F東(循環器科・呼吸器科)	8F西(一般内科) (5F2床は透析病床)	9F(PCU)					
1日	50.00	62.86	67.39	91.30	84.38	82.50	84.09	82.50	87.89	93.02	62.50	80.75	80.18	61		
2日	50.00	71.43	73.91	91.30	84.38	92.50	93.18	87.50	85.08	93.02	43.75	84.00	84.31	852		
3日	16.67	80.00	73.91	91.30	81.82	90.00	90.00	92.50	90.00	90.70	50.00	83.75	84.32	926		
4日	16.67	94.29	82.61	91.30	81.82	90.00	90.91	95.00	95.00	90.70	56.25	87.50	88.46	739		
5日	83.33	80.00	82.61	91.30	81.82	87.50	84.38	92.50	90.00	95.25	62.50	86.50	86.98	759		
6日	50.00	77.14	73.91	93.48	90.91	82.50	90.91	97.50	92.50	95.25	68.75	87.08	86.98	851		
7日	16.67	77.14	60.87	89.13	93.18	75.00	81.82	90.00	85.00	90.70	62.50	80.75	80.47	428		
8日	16.67	88.57	60.87	89.13	93.18	75.00	81.82	92.50	87.89	90.70	62.50	82.25	82.25	70		
9日	66.67	91.43	69.57	88.57	102.27	95.00	88.64	97.50	90.00	93.02	62.50	88.75	90.24	956		
10日	100.00	88.57	58.70	89.13	104.55	100.00	77.27	95.00	95.00	93.02	56.25	87.89	89.76	983		
11日	50.00	74.29	80.43	89.13	104.55	105.00	90.91	97.50	100.00	95.25	56.25	91.00	92.90	914		
12日	66.67	71.43	76.09	91.30	104.55	100.00	95.45	97.50	92.50	95.25	50.00	89.75	91.42	830		
13日	50.00	82.86	80.43	88.57	93.18	102.50	93.18	92.50	95.00	95.25	62.50	89.50	91.12	824		
14日	16.67	65.71	73.91	88.64	88.64	85.00	77.27	75.00	75.00	95.25	62.50	78.75	78.70	443		
15日	16.67	51.43	73.91	84.38	90.91	84.38	77.27	77.50	75.00	95.25	62.50	78.00	77.81	87		
16日	16.67	65.71	76.09	88.64	88.64	82.50	84.38	82.50	77.50	95.25	62.50	81.25	81.66	104		
17日	66.67	65.71	76.09	88.64	95.45	95.00	93.18	90.00	92.50	102.33	68.75	87.89	88.76	961		
18日	116.67	71.43	91.30	88.57	104.55	102.50	84.38	90.00	97.50	95.25	56.25	91.00	93.20	951		
19日	100.00	82.86	84.38	89.13	97.73	100.00	77.27	92.50	95.00	95.25	62.50	89.50	90.83	786		
20日	66.67	74.29	82.61	91.30	106.82	100.00	84.38	90.00	87.89	95.25	68.75	89.50	90.24	823		
21日	16.67	60.00	56.52	91.30	81.82	87.50	75.00	90.00	93.02	62.50	77.00	75.74	463			
22日	16.67	71.43	58.70	91.30	81.82	87.50	75.00	92.50	93.02	62.50	78.75	77.81	68			
23日																
24日																
25日																
26日																
27日																
28日																
29日																
30日																
31日																
平均	48.5%	74.9%	73.4%	89.1%	92.8%	91.3%	85.2%	88.6%	89.4%	94.1%	60.2%	85.01%	85.62%			
計														13,879		

9日～22日 最近2週間 54.8% 72.7% 74.2% 88.0% 96.1% 95.2% 84.3% 87.1% 89.6% 95.2% 61.2% 85.6% 86.4%

16日～22日 最近1週間 57.1% 70.2% 75.2% 88.5% 93.8% 94.3% 82.8% 83.3% 90.4% 95.7% 63.4% 84.3% 85.5%

*87.8%未満は⇒赤字表示 *84.3%未満は⇒赤字表示

**一般病床＝療養型病床・PCUを除く病床

**RB2年5月より東(HCU)5床→6床、8F西(一般内科)44床→43床へ変更

＜参考・速報値＞RB2年7月～RB3年6月 月別病床稼働率・外来患者数

今年度達成すべき稼働率(目標):87.8% RB3年4月～6月補定値平均:85.14%

	RB2年7月	RB2年8月	RB2年9月	RB2年10月	RB2年11月	RB2年12月	RB3年1月	RB3年2月	RB3年3月	RB3年4月	RB3年5月	RB3年6月
稼働率	86.3%	87.4%	83.7%	82.9%	82.6%	87.0%	88.1%	90.9%	87.6%	87.5%	82.4%	83.4%
平均外来患者数	835.0	800.1	863.4	818.5	803.0	878.3	863.1	850.5	858.9	851.1	880.4	869.4

本日のまとめ

【どうする病院経営～2024年度の対応に絞って～】

- 生き残り

- ✓勝ち残り

- 選ばれる医療機関

患者からも、地域からも、職員からも選ばれる医療機関



自院を、将来の地域での医療需要に合わせていく
(エビデンス経営)

やりたい医療ではなく、必要とされる医療

医療政策の方向性から予測される環境変化、リスクの洗い出し、法人を取り巻く環境をリサーチした上で、「**ありたい姿、あるべき姿、期待像（果たすべき役割）**」を、**医療の質、人材の質、経営の質の面から検討**する。

自院の将来像について、スタッフと共通認識しておくことも重要。



ご清聴ありがとうございました

ご意見・質問等ありましたら、下記アドレスまでお願いいたします。

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会
東京都支部 理事
外山 和也

kazuyatoyama8@gmail.com

千葉メディカルセンター・福田和正院長からの問題提起

- 今度の診療報酬改定では、医療従事者の賃上げに+0.61%という大きな財源が当てられますが、このことについて皆さんはどう感じているのでしょうか。
- そもそも診療報酬は診療行為に対する対価であって、人手や時間に対するものではありません。しかも財源の6割は保険料と患者の自己負担ですから、患者が特定の職業の給料の一部を半ば強制的に払わされることになります。
- 本来は補助金等の国費で手当すべきと思うのですが、診療報酬に仕込むと国費の持ち出しが4分の1で済むといった姑息な手法に思えてなりません。消費税が2%上がったら大騒ぎになりますが、保険料率が2%上がってもあまり気付かれませんでしたから。
- 診療点数で資源配分を決められた上に、収益の使い道まで決められるような流れが当たり前になってしまうと、もはや病院経営者のやることは無くなってしまおうと思うのですが。
- というか、医療財源の半分を賄っている保険者の意見をもっと前面に出さないと、良い方向に進まないような気がします。
- いかがでしょうか。