

週刊WEB

# 医療経営

MAGAZINE

Vol.799 2023.12.5

## 医療情報ヘッドライン

**財政審建議で診療所報酬単価に言及  
「5.5%程度引き下げるべき」と明記**

▶財務省 財政制度等審議会

**オンライン診療の受診場所を規制緩和  
都市部でも医師非常駐で開設可能に**

▶規制改革推進会議  
健康・医療・介護ワーキング・グループ

## 週刊 医療情報

2023年12月1日号

**一般病院の赤字幅拡大、  
22年度医療経済実態調査**

## 経営TOPICS

統計調査資料

**令和4年(2022)年  
医療施設(動態)調査の概況**

## 経営情報レポート

**超高齢化社会への対応に向けて  
第8次医療計画の概要**

## 経営データベース

ジャンル:リスクマネジメント >  
サブジャンル:リスクマネジメントと安全管理体制  
**業務見直しと標準化による改善策  
安全管理体制の構築方法**

# 財政審建議で診療所報酬単価に言及 「5.5%程度引き下げるべき」と明記

## 財務省 財政制度等審議会

財務相の諮問機関である財政制度等審議会（財政審）は11月20日、「令和6年度予算の編成等に関する建議」を取りまとめて、鈴木俊一財務相に提出した。来年度の診療報酬については「本体をマイナス改定とすることが適当」としたうえで、診療所の報酬単価を「5.5%程度引き下げるべき」と提言。

それによって保険料負担は年間2,400億円程度軽減されるとした。保険料負担の軽減は、「年収500万円の者の場合年間5千円相当」だとしている。

### ■診療所過剰地域の「単価引下げ」も提言

今回の建議はとりわけ診療報酬改定に対して厳しい論調となった。

「令和6年度（2024年度）予算編成の課題」と題した項目の冒頭で「診療所の極めて良好な経営状況を踏まえ、診療所の報酬単価を引き下げる事等により、現場従事者の処遇改善等の課題に対応しつつ診療報酬本体をマイナス改定とすることが適当であることを示す」と明記している。そこまで言い切るのは、データを揃えたからだ。全国2万1,939法人を対象に、過去3年分の事業報告書等をもとに集計した“機動的調査”を実施。

2022年度の診療所の経常利益率は8.8%、中小病院は同4.3%であることが明らかとなった。この差を「大きな違い」とし、「医師の働き方改革が喫緊の課題となる中で、診療所と病院の間の医師の偏在是正の観点からも早急な対応が必要」としている。

具体的に槍玉にあげたのが、前述のとおり診療所の報酬単価。経常利益率を「全産業やサービス産業平均の経常利益率（3.1～

3.4%）と同程度」となるように、単純な引き算で5.5%という数字を示した。

また、「診療所の地域間の偏在への対応として、将来的に地域別の報酬体系への移行を視野に入れつつ」としたうえで、「当面の措置として、診療所過剰地域における1点当たり単価の引下げを先行させ、それによる公費節減等の効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化すべき」と明記。大都市部の診療所にとって大きな減収につながる提言をしている点は見逃せない。

### ■武見厚労相は対決姿勢を明らかに

大きな課題となっている「現場従事者の処遇改善」については、「毎年生じる単価増・収入増を原資とすることを基本」とし、「診療所を経営する医療法人に積み上がった利益剰余金（1医療法人当たり1.24億円）」「強化される賃上げ税制」「その他賃上げ実績に応じた報酬上の加算措置」を活用すべきとした。つまり、国として新たに「現場従事者の処遇改善」を講じる必要はないと提言したに等しい。

このように思い切った提言の目立った建議を、厚生労働省はどう受け止めたのか。

日本医師会の政治団体「日本医師連盟」の支援を受けている武見敬三厚生労働相は、11月24日の閣議後の記者会見で「財政審の審議は財務省の中で行われていること」と一蹴。収益が増えたのは「昼夜を問わず献身的にコロナ対応」にあたったからだとした。ひとまずは対決の姿勢を明らかにした格好だが、診療報酬改定率が決定する年末の大臣折衝でどのような結果が出るのか目が離せない。



# オンライン診療の受診場所を規制緩和 都市部でも医師非常駐で開設可能に

規制改革推進会議 健康・医療・介護ワーキング・グループ

規制改革推進会議は、11月20日に開催した健康・医療・介護ワーキング・グループの会合で、「オンライン診療を受診できる場所」の規制を緩和する方針を示した。

厚生労働省が提示した「具体案の骨子」では、「居宅と同様に長時間にわたり滞在する場所であり、実際に療養生活を営んでいると考えられる場所」を、受診可能な場所と定義。

具体的には「職場」「学校」「通所介護事業所」をあげている。

また、特例範囲を「専門的な医療ニーズに対応する役割を担う診療所において、オンライン診療によらなければ住民の医療の確保が困難であると都道府県において認められるもの」とする具体案を提示。

都道府県知事の認可があれば、特段の制限なく医師非常駐のオンライン診療受診場所が開設できる方向となりそうだ。

## ■へき地以外でも医療アクセスが

### 困難な場合は多い

現在、患者がオンライン診療を受診することができる場所は、病院や診療所などの「医療提供施設」か、自宅や養護老人ホームなどの療養生活を営むことができる場所である「患者の居宅等」に限定されている。「医療提供施設」であれば、医師や看護師も常駐しているが、問題は「居宅等」だ。誰もがデジタルデバイスを使いこなせるわけではなく、そもそもデバイス自体を持たないケースも考えられる。

そこで、昨年6月に閣議決定された規制改革実施計画において「オンライン診療を受診することが可能な場所や条件について、課題を整理・検討し、結論を得る」と明記された。

当初は「へき地等」で通所介護事業所や公民館を活用する案が出ていたが、課題を整理したところ、へき地以外の場所でも「特定の診療科目の医療機関がない」など、医療アクセスが困難なシチュエーションがあることが判明。また、医療機関があっても「診療日数が少ないか（概ね3日以下）又は診療時間が短い（概ね4時間以下）」ケースなどもあるため、「オンライン診療によらなければ住民の医療の確保が困難」という大幅な緩和に踏み切ろうとしているものと思われる。

## ■認可する自治体は慎重な姿勢を見せている

一方で、認可をする都道府県や保健所設置市はこうした動きに慎重な姿勢を見せているようだ。

すでに「へき地等」では、今年5月の厚生労働省からの通知により医師非常駐のオンライン診療受診場所の開設が認められたが、10月に実施した調査によれば、「オンライン診療のための医師非常駐の診療所」は1件も開設されていない。

また、特例範囲拡大に対する意見として「不適切な医療を助長するなど懸念があるため、慎重になるべき」と5自治体が、「特定範囲の拡大は避けるべき」と2自治体が回答している。

オンライン診療の有効性が浸透していないことの表れだろうが、人口減少が加速的に進む中で、「無医地区」の増加は現実視されている。医療資源を有効活用するためにも、オンライン診療の社会受容性を高めなければならない。政府および厚労省の舵取りが問われる場面といえそうだ。

医療情報①  
 厚生労働省  
 公表

## 一般病院の赤字幅拡大、 22年度医療経済実態調査

厚生労働省は11月24日、医療経済実態調査の結果を公表した。2022年度の一般病院全体（介護収益2%未満）の「損益差額率」は6.7%の赤字で、前年度から1.2ポイント悪化した。新型コロナウイルス関連の補助金を含む損益差額率は1.4%の黒字で、黒字幅は2.3ポイント縮小した。医療経済実態調査は、病院や診療所、薬局などを対象に中医協が2年ごとに実施し、翌年度の診療報酬改定の基礎資料にされる。

今回は、「一般病院」「一般診療所」「歯科診療所」「保険薬局」などの21、22年度（いずれも通年）の収支状況を明らかにするため、本業の収益に対して利益がどれだけあるかを示す損益差額率を厚労省が集計し、中央社会保険医療協議会の総会に24日報告した。

中医協では、この調査結果を踏まえて24年度の改定に向けた議論を本格化させる。

調査結果によると、介護収益が2%未満の一般病院全体での損益差額率は、21年度が5.5%、22年度が6.7%のいずれも赤字で、経営状況が悪化した。

新型コロナ関連の補助金を含めると21年度が3.7%、22年度が1.4%の黒字だった。

医療情報②  
 厚生労働省  
 公表

## 法人の診療所補助金なしで 黒字幅拡大、22年度に

厚生労働省が11月24日公表した医療経済実態調査の結果によると、一般診療所（有床・無床）のうち、「医療法人」（1,332カ所）の2022年度の「損益差額率」は、新型コロナウイルス関連の補助金を含めずに8.3%の黒字で、前年度から1.2ポイント黒字幅が拡大した。

新型コロナの補助金を含む損益差額率は21年度が8.7%、22年度は9.7%のいずれも黒字。また、「個人」の診療所（552カ所）は、新型コロナの補助金なしで21年度29.8%、22年度32.0%と大幅な黒字だった。補助金込みの黒字幅は21年度32.4%、22年度33.2%。

調査結果は24日、中央社会保険医療協議会の総会に報告された。それを踏まえて診療側と支払側が週明け以降、24年度の改定に向けた意見を出す。

財務相の諮問機関「財政制度等審議会」は、診療所の経営が「極めて良好」だとして、診療所への報酬単価を5.5%程度引き下げるなど、24年度のマイナス改定を主張している。

医療情報③  
 厚生労働省  
 事務連絡

## オンライン請求年内に 始めないと返還、特例加算

医療分野のDX（デジタルトランスフォーメーション）を促す診療報酬の特例措置が年内で終了するのに先立って、厚生労働省は、特例の加算を算定している医療機関がオンラインでのレセプト請求を年内に始めなければ、算定開始日にさかのぼって報酬の返還が必要になるとして早めの対応を呼び掛けた。

厚労省は、全国の地方厚生局に11月17日付で事務連絡を出し、医療機関への周知徹底を求めた。医療DXを促進するための診療報酬の特例は、2022年10月に新設された「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の期限付き見直しが柱。

「マイナ保険証」を使わない初診の患者に算定する点数を本来の4点から6点（いずれも月1回）に引き上げる一方、マイナ保険証を使う初診患者は2点に据え置き、格差を広げた。

さらに、マイナ保険証を使わない再診患者に算定対象を広げ、2点の算定を認めた。

いずれも4～12月の時限措置。医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定するには本来、診療報酬をオンラインで請求できる体制の整備が必要だが、オンライン請求を12月31日までに始めることを医療機関や薬局が届け出ればクリアしていると見なす。

特例が年内で終了するのに先立ち厚労省は、今回出した事務連絡で、特例を届け出たのにオンライン請求をまだ始めていない医療機関があるとして、早期の対応を呼び掛けた。

オンライン請求を12月31日までに始めなければ、届け出当初から特例の施設基準をクリアしなかったことになり、算定開始日にさかのぼって報酬を返還する必要があるとしている。

医療情報④  
 中央社会保険  
 医療協議会

## 地域移行機能強化病棟入院料、 新規届け出の期限延長

厚生労働省は、11月22日に開催された中央社会保険医療協議会の総会で、地域移行機能強化病棟入院料について、新規の届け出の期限を延長することを提案した。

精神障害者の地域移行を一層推進する狙いがある。

同入院料は、精神障害者の新たな長期入院を防ぐため、2016年度の診療報酬改定で設けられたもので、集中的な退院支援と精神病床数の適正化に取り組む精神病床を評価している。

ただ、同入院料を新たに届け出る期限が24年3月末となっていたり、同入院料を届け出していない理由として、精神保健福祉士などの有資格者の確保が難しく、施設基準の要件を満たせないとの意見が出ていたりしたため、その取り扱いなどを検討する必要があった。（以降、続く）

週刊医療情報（2023年12月1日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

# 令和4年(2022)年 医療施設(動態)調査の概況

厚生労働省 2023年9月26日公表

令和4年 10月1日現在における全国の医療施設総数は 183,364 施設で、このうち、「休止中・1年以上休診中」の施設を除いた「活動中の施設」は 181,093 施設（医療施設総数の 98.8%）となっている。以下の内容は、その「活動中の施設」について取りまとめたものである。

## 1 施設数

### (1) 施設の種類の別みた施設数

全国の医療施設は 181,093 施設で、前年に比べ 697 施設増加している。「病院」は 8,156 施設で、前年に比べ 49 施設減少しており、「一般診療所」は 105,182 施設で 890 施設増加、「歯科診療所」は 67,755 施設で 144 施設減少している。

病院を施設の種類の別みると、「精神科病院」は 1,056 施設で、前年に比べ 3 施設増加、「一般病院」は 7,100 施設で、52 施設減少している。一般病院のうち「療養病床を有する病院」は 3,458 施設（病院総数の 42.4%）で、前年に比べ 57 施設減少している。

一般診療所は「有床」が 5,958 施設（一般診療所総数の 5.7%）で、前年に比べ 211 施設減少し、このうち「療養病床を有する一般診療所」は 586 施設で、前年に比べ 56 施設減少している。「無床」は 99,224 施設（同 94.3%）で、前年に比べ 1,101 施設増加している。

各年 10月1日現在

	施設数		対前年		構成割合 (%)	
	令和4年 (2022)	令和3年 (2021)	増減数	増減率 (%)	令和4年 (2022)	令和3年 (2021)
総数	181 093	180 396	697	0.4	...	...
病院	8 156	8 205	△ 49	△ 0.6	100.0	100.0
精神科病院	1 056	1 053	3	0.3	12.9	12.8
一般病院	7 100	7 152	△ 52	△ 0.7	87.1	87.2
(再掲)療養病床 を有する病院	3 458	3 515	△ 57	△ 1.6	42.4	42.8
一般診療所	105 182	104 292	890	0.9	100.0	100.0
有床	5 958	6 169	△ 211	△ 3.4	5.7	5.9
(再掲)療養病床 を有する一般診療所	586	642	△ 56	△ 8.7	0.6	0.6
無床	99 224	98 123	1 101	1.1	94.3	94.1
歯科診療所	67 755	67 899	△ 144	△ 0.2	100.0	100.0
有床	21	21	-	-	0.0	0.0
無床	67 734	67 878	△ 144	△ 0.2	100.0	100.0



## (2)開設者別にみた施設数

施設数を開設者別にみると、病院は「医療法人」が5,658施設（病院総数の69.4%）と最も多く、次いで「公的医療機関」が1,195施設（同14.7%）となっている。

一般診療所は「医療法人」が45,967施設（一般診療所総数の43.7%）と最も多く、次いで「個人」が40,064施設（同38.1%）となっている。

歯科診療所は「個人」が50,896施設（歯科診療所総数の75.1%）と最も多くなっている。前年と比べると、病院は「医療法人」が23施設、「その他」が12施設減少している。

一般診療所は「医療法人」が919施設増加し、「個人」が240施設減少している。

歯科診療所は「医療法人」が606施設増加し、「個人」が754施設減少している。

各年10月1日現在

	施設数		対前年		構成割合（%）	
	令和4年 (2022)	令和3年 (2021)	増減数	増減率 (%)	令和4年 (2022)	令和3年 (2021)
<b>病 院</b>	8 156	8 205	△ 49	△ 0.6	100.0	100.0
国	316	320	△ 4	△ 1.3	3.9	3.9
公的医療機関	1 195	1 194	1	0.1	14.7	14.6
社会保険関係団体	47	47	-	-	0.6	0.6
医療法人	5 658	5 681	△ 23	△ 0.4	69.4	69.2
個 人	126	137	△ 11	△ 8.0	1.5	1.7
その他	814	826	△ 12	△ 1.5	10.0	10.1
<b>一般診療所</b>	105 182	104 292	890	0.9	100.0	100.0
国	541	545	△ 4	△ 0.7	0.5	0.5
公的医療機関	4 144	3 997	147	3.7	3.9	3.8
社会保険関係団体	434	436	△ 2	△ 0.5	0.4	0.4
医療法人	45 967	45 048	919	2.0	43.7	43.2
個 人	40 064	40 304	△ 240	△ 0.6	38.1	38.6
その他	14 032	13 962	70	0.5	13.3	13.4
<b>歯科診療所</b>	67 755	67 899	△ 144	△ 0.2	100.0	100.0
国	4	3	1	33.3	0.0	0.0
公的医療機関	259	261	△ 2	△ 0.8	0.4	0.4
社会保険関係団体	6	6	-	-	0.0	0.0
医療法人	16 241	15 635	606	3.9	24.0	23.0
個 人	50 896	51 650	△ 754	△ 1.5	75.1	76.1
その他	349	344	5	1.5	0.5	0.5

## (3)病床の規模別にみた施設数

施設数を病床の規模別にみると、病院は「50～99床」が1,998施設（病院総数の24.5%）と最も多く、一般診療所は「10～19床」が4,210施設（有床の一般診療所総数の70.7%）と多くなっている。

## 2 病床数

### (1) 病床の種類別にみた病床数

医療施設の病床数をみると、全病床数は 1,573,451 床で、前年に比べ 10,332 床減少している。病院は 1,492,957 床で、前年に比べ 7,100 床減少しており、一般診療所は 80,436 床で 3,232 床減少、歯科診療所は 58 床で増減はなかった。

病院を病床の種類別にみると、「一般病床」は 886,663 床（病院の全病床数の 59.4%）で、前年に比べ 607 床増加、「精神病床」は 321,828 床（同 21.6%）で 1,674 床減少、「療養病床」は 278,694 床（同 18.7%）で 5,968 床減少している。

一般診療所の「療養病床」は 5,745 床で、前年に比べ 565 床減少している。

各年 10 月 1 日現在

	施設数		対前年		構成割合 (%)	
	令和 4 年 (2022)	令和 3 年 (2021)	増減数	増減率 (%)	令和 4 年 (2022)	令和 3 年 (2021)
総 数	1 573 451	1 583 783	△ 10 332	△ 0.7	...	...
病 院	1 492 957	1 500 057	△ 7 100	△ 0.5	100.0	100.0
精神病床	321 828	323 502	△ 1 674	△ 0.5	21.6	21.6
精神科病院	244 049	244 422	△ 373	△ 0.2	16.3	16.3
一般病院	77 779	79 080	△ 1 301	△ 1.6	5.2	5.3
感染症病床	1 909	1 893	16	0.8	0.1	0.1
結核病床	3 863	3 944	△ 81	△ 2.1	0.3	0.3
療養病床 (A)	278 694	284 662	△ 5 968	△ 2.1	18.7	19.0
一般病床	886 663	886 056	607	0.1	59.4	59.1
一般診療所	80 436	83 668	△ 3 232	△ 3.9	100.0	100.0
(再掲) 療養病床 (B)	5 745	6 310	△ 565	△ 9.0	7.1	7.5
歯科診療所	58	58	-	-	...	...
療養病床総数 (A) + (B)	284 439	290 972	△ 6 533	△ 2.2	...	...

### (2) 開設者別にみた病床数

病床数を開設者別にみると、「医療法人」が病院では 834,330 床（病院の全病床数の 55.9%）、一般診療所では 62,738 床（有床の一般診療所の全病床数の 78.0%）と最も多くなっている。

令和 4 年 (2022) 年 医療施設 (動態) 調査の概況の全文は  
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。





経営情報  
レポート  
要約版



制度改正

# 超高齢化社会への対応に向けて 第8次医療計画 の概要

1. 医療計画制度の概要
2. 過去の医療計画の推移と第8次医療計画の概要
3. 第8次医療計画の主要策定ポイント
4. 求められる人材確保と高まる医療ニーズへの対応



## ■参考資料

【厚生労働省】：第8次医療計画、地域医療構想等について 第8次医療計画の策定に向けた検討について 医療計画について（資料1） 2040年頃の社会保障を取り巻く環境 平成27年版 厚生労働白書  
【国土交通省】：医療計画について

# 1

## 医業経営情報レポート

# 医療計画制度の概要

現在、平成 29 年から始まった「第7次医療計画」では当初の計画には想定されていなかった新型コロナウイルス感染症の発生がありました。

今回新たに策定される医療計画には、新興感染症等の対応や医師の働き方改革への対応など、新時代に向けたわが国の医療の方向性が明記されます。

都道府県が作成する「地域医療構想」はそれぞれの地域の特性が内容に反映されるため、場合によっては病床の再編を見直す必要があるかもしれません。

それに加え、2024 年には診療報酬の改定も控えており、医療計画の策定内容によっては診療報酬改定に大きな影響が及ぼされる可能性もあります。そのため、国が推進する医療の方向性を正しく理解し、自院が進むべき方向性を今一度見直す必要があります。

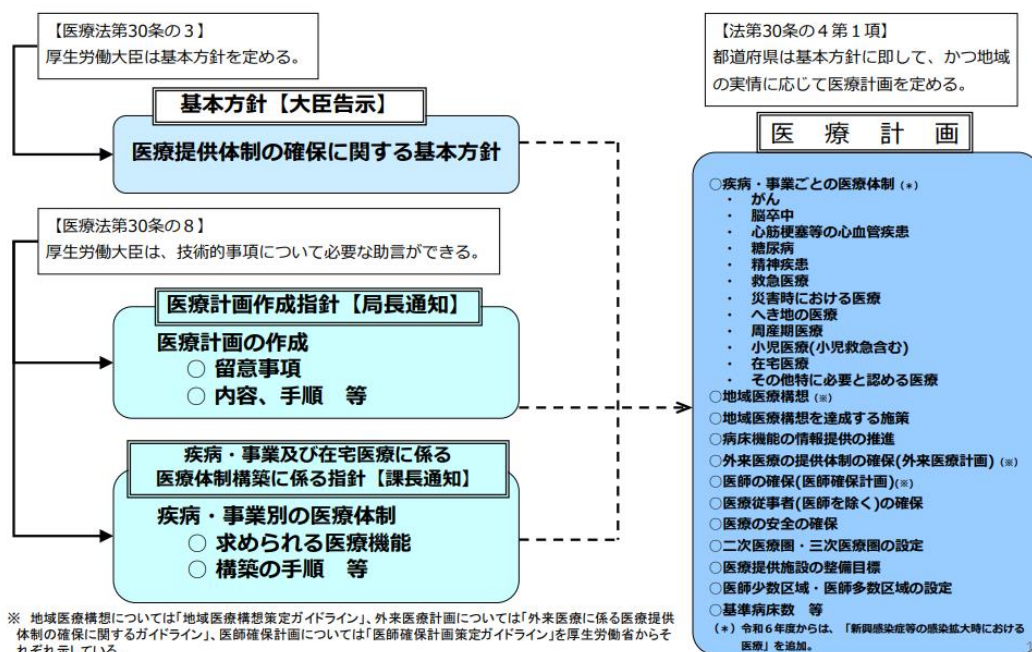
### ■ 医療計画制度の導入

医療計画制度では、診療報酬制度や医療機関の指定、医療従事者の配置などを通じて具体的な施策が展開されます。地域のニーズに応えるため、必要な医療機関の設置や専門医の確保などが行われ、地域住民に適切な医療が提供されることを目指しています。

医療計画制度の導入は昭和 60 年に行われた第 1 次医療法の改正によりなされました。

内容は現在の医療計画ほど充実したものにはなっていませんが、当時から「へき地医療や救急医療の確保に関する事項」や「医療従事者の確保に関する事項」などを定めることとされており、現在の医療計画の土台となっています。

### ◆ 医療計画の策定に係る指針等の全体像



(出典) 厚生労働省：第8次医療計画の策定に向けた検討について

# 2

## 医業経営情報レポート

# 過去の医療計画の推移と第8次医療計画の概要

### ■ 医療計画策定期間の推移

昭和 63 年に第 1 次医療計画の策定が始まり、これまで5年に一度の医療計画の改定により、様々な内容が追加されてきました。前述の通り、第 1 次医療計画での記載内容は充実した内容ではなかったものの、次第に記載内容が増えており、現在に至っております。

医療計画	期間
第 1 次	昭和63（1988）年度～平成4（1992）年度
第 2 次	平成5（1993）年度～平成9（1997）年度
第 3 次	平成10（1998）年度～平成14（2002）年度
第 4 次	平成15（2003）年度～平成19（2007）年度
第 5 次	平成20（2008）年度～平成24（2012）年度
第 6 次	平成25（2013）年度～平成29（2017）年度
第 7 次	平成30（2018）年度～令和5（2023）年度

### ■ 現在推進されている第7次医療計画の概要

「第7次医療計画」では、引き続き5疾病・5事業及び在宅医療についての取り組みを推進しており、「急性心筋梗塞」の名称を「心筋梗塞等の心血管疾患」に変更するなどの必要な見直しを行っています。

指標については、都道府県や二次医療圏ごとの医療提供体制を客観的に比較するために、共通の指標を用いて現状を把握し、その後、PDCA サイクルを回すために指標の見直しを行っています。

地域医療構想については、議論内容や進め方の手順を整理し、地域医療構想調整会議を通じて議論します。医療・介護連携については、地域医療構想や介護保険（支援）事業計画との整合性を図るため、都道府県と市町村の協議の場を設置しています。

また、地域の実情を把握するための指標を充実させ、多様な職種や事業者の参加を想定した施策を検討しています。

基準病床数については、基準病床数と病床の必要量の関係性を整理し、算定式の見直しを行い必要病床数の公表・調整を行っています。

その他、フレイル等については、関連施策と調和しながら、疾病予防や介護予防を中心に医療・介護の連携した総合的な対策を重要視しています。

第6次医療計画までの計画期間は5年でしたが、第7次医療計画からは「介護保険事業（支援）計画」に合わせて、6年となりました。



# 3

## 医業経営情報レポート

# 第8次医療計画の主要策定ポイント

### ■ 新興感染症への対応

今回の策定の主なポイントのひとつとして、「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加され、「5事業」から「6事業」になったことが挙げられます。

将来的に発生する可能性のある新興感染症に対する体制を整えるべく、今回の医療法の改正により、新興感染症等の感染拡大時の医療についても医療計画に明記されるようになりました。

この数年で取り組んできた感染症対策・取り組みを踏まえて、必要な対策を検討していかなければなりません。

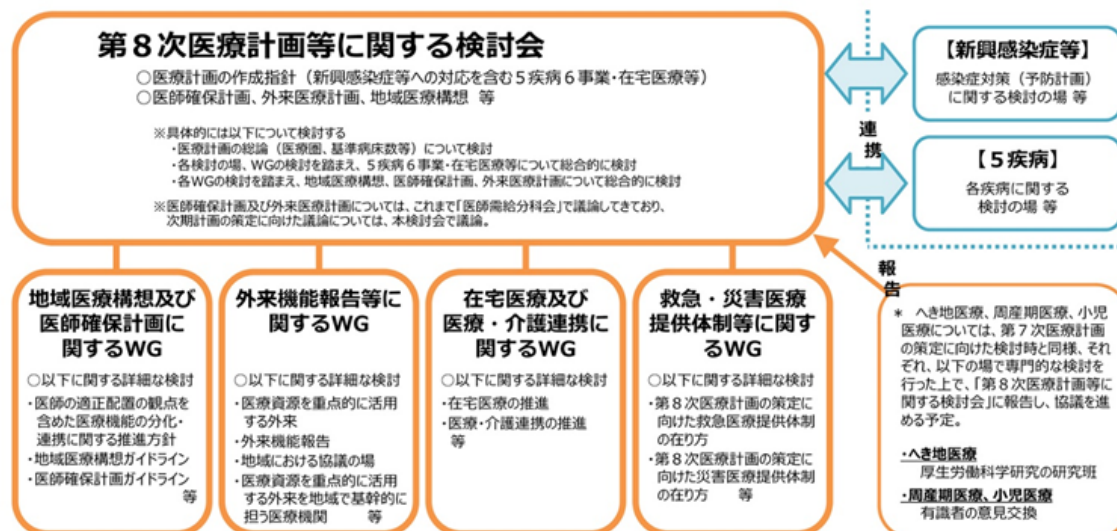
### ■ 策定に向けた検討体制

第8次医療計画の策定に向けて、「第8次医療計画等に関する検討会」が設立されました。

検討会では、医療計画の総論や各疾病・事業・在宅医療の検討、地域医療構想や医師確保計画、外来医療計画に関する検討が行われます。また、検討会の下には4つのワーキンググループが立ち上げられ、地域医療構想と医師確保計画に関するワーキンググループ、外来機能報告に関するワーキンググループ、在宅医療と医療・介護連携に関するワーキンググループ、救急・災害医療提供体制に関するワーキンググループが設けられ、それぞれ詳細な検討が行われます。さらに、新興感染症等の感染症対策や、5疾病についての検討の場も設けられます。

### ◆ 第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。



# 4

## 医業経営情報レポート

# 求められる人材確保と高まる医療ニーズへの対応

### ■ 加速する高齢化

わが国では、昭和 55（1980）年頃から年少人口（15 歳未満）の人口の減少がみられ、また平成 7（1995）年頃から生産年齢人口（15 歳以上 65 歳未満）の減少も始まりました。

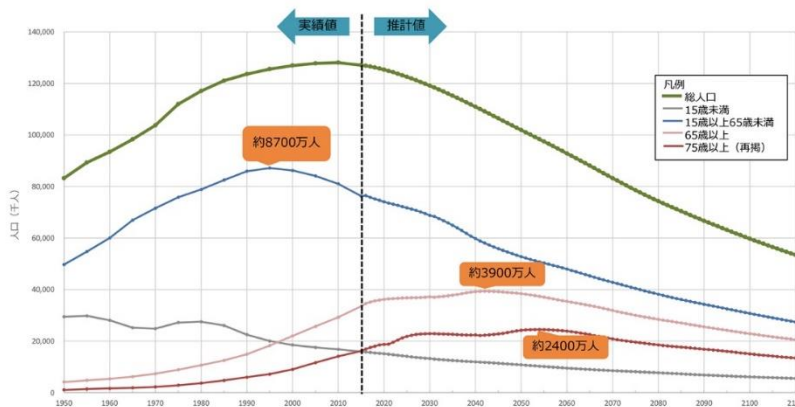
人口の増加は平成 20（2008）年まで続いていましたが、その後は今もお減少傾向にあります。高齢者人口（65 歳以上）については令和 22（2040）年頃までは増加が続きますが、その後は緩やかに減少します。高齢者の増加に伴って、死亡数についても年々増加することが見込まれています。

近年は高齢者の就業が拡大傾向にあり、今日の生産年齢人口の減少と共に現役の働き手も減少している経済社会において、社会保障のみならず経済社会全体に様々な好影響をもたらしています。今後は、生産年齢人口の急減という新たな局面を迎える経済社会の活力を維持向上するためには、高齢者の方々の就労・社会参加の基盤となる健康寿命の延伸等が重要な政策課題になることが予測されます。

### ◆ これからの人口動態

#### 人口動態① 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（4区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数」  
 ※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

（出典）厚生労働省：  
 第8次医療計画、地域医療構想  
 等について

### ■ より必要となる医療・福祉職の人材確保

今後は少子・高齢社会の進展等により、ますます国民の医療・福祉サービスに対する需要の増大・多様化が見込まれます。そのような状況のなかで医師の働き方改革が本格的にスタートし、医療職の充実化がより求められることとなります。

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



ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:リスクマネジメントと安全管理体制

# 業務見直しと標準化による改善

**業務の見直しと標準化による改善策について教えてください。**

医療事故発生の要因のトップが「確認不足」であるということは、医療機関に共通した課題であり、またその原因として、しばしば業務多忙が挙げられます。

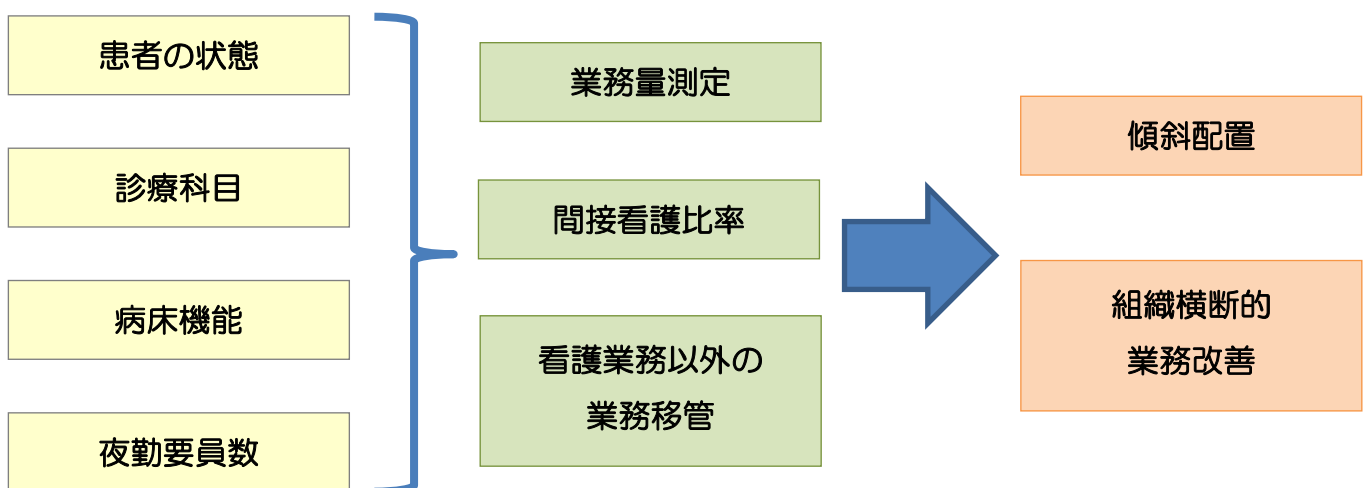
医療機関では、例えば急性期一般入院料3を算定している複数の病棟を比較すると、病床機能や診療科目などによって、業務量が異なるのが通常です。

具体的には、同じ看護配置を実施している病棟であっても、一方では重篤な患者が多く、他方は比較的状态の落ち着いた入院患者が多い場合には、業務量に差が生じてしまうということです。

この差を是正するためには、業務量に応じた看護体制を検討する必要があります。これがいわゆる傾斜配置といわれるものであり、配置を調整して職員一人当たりの業務量を標準化し、業務量の差を解消することが期待できます。

また、本来重視されるべき直接看護に対し、間接看護（様々な記録や患者への説明、注射薬の取り揃え、注射薬のミキシング等）との比率を分析して、その業務配分状況、また、他の部門に移管できる業務かどうかの判断など、看護部門と他部門間の横断的な業務改善への取組みについても、看護業務量の標準化に向けて重要なファクターになります。

さらに、業務移管などの人的要因と共に、記録の簡素化などはシステムを導入して改善を図るなど、ソフトとハードの両面での検討が必要です。







ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:リスクマネジメントと安全管理体制

# 安全管理体制の構築方法

## クリニックなどで安全管理体制を構築する際、有効な方法がありますか？

### ■クリニックや歯科などの医療機関では、ISO9001が有効

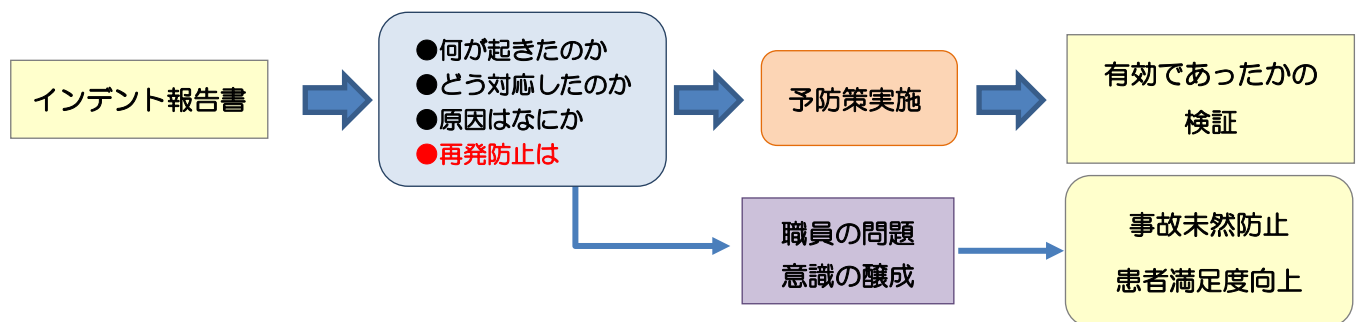
病院機能評価などの第三者評価は、その評価対象が病院のみであり、また院内の各部門に広く分散しているため、部門間の情報交換量の少なさや業務レベルの差、リスク対応の違いなどの問題点が顕在化することがあります。

その一方で、これらの審査受審および認定をゴールとするマニュアルの作成が多くなり、受審後の質と体制維持への不安もあります。

また、作成および改訂した規定等が、すべての職員に十分に周知徹底されなかったり、受審後に時間が経過すると手順遵守がおろそかになってしまったりするという声も多く聞かれるところです。一方、業務の品質を評価する「ISO9001」の認証取得が優れているのは、評価対象が規模に左右されておらず、ピアレビューによる徹底した内部監査システムを構築できることにより、他部門職員の視点から業務を監査する等の仕組みが出来上がる点です。

その結果、現場でも気付かなかったり、見落とされていたりしたこと、手順書どおりに進められていない項目が、監査を通じて、客観的な指摘事項として顕在化する組織に醸成されます。

さらに、この指摘事項に基づき、処理完了まですべての手順が記録されるため、業務改善に繋がるのが期待できます。



このような内部監査体制が機能することによって、病医院がこれまで培ってきたシステムやサービス、技術などを平準化・体系化することができ、さらにはすべて記録として保存されると共に、速やかに分析できる仕組みが整備されることはISOによるマネジメントシステムの最大のメリットといえます。そして、このマネジメントシステムは、病医院運営や医療事故防止、患者満足度向上、品質管理の共通ツールとして有効に活用することができます。