

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.880 2025.7.29

医療情報ヘッドライン

**国立大学病院の赤字が過去最大に
「来年度赤字幅は増加」との予測も**

▶国立大学病院長会議

**特定機能病院の逆紹介割合が低水準に
24年10月の平均値が減算基準を下回る**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2025年7月25日号

**地域包括医療病棟の届け出、
180病院超え**

経営TOPICS

統計調査資料

**最近の医療費の動向/概算医療費
(令和6年度2月号)**

経営情報レポート

**介護保険制度の安定性・持続可能性を追求した
令和6年度介護報酬改定の概要**

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:医療事故防止対策

**診療部門における事故防止のポイント
医療廃棄物処理のリスクマネジメント**

国立大学病院の赤字が過去最大に 「来年度赤字幅は増加」との予測も

国立大学病院長会議

全国 42 大学 44 病院の病院長で構成する国立大学病院長会議は、7 月 9 日に「国立大学病院令和 6 年度決算概要（速報値）」を発表。2024 年度の経常損益が 285 億円の赤字だったことを明らかにした。

2004 年に国立大学が法人化されて以降最大の赤字で、同会議は「令和 7 年（2025 年度）の赤字幅はさらに増加する」と予測している。

■「事業継続の危機」との認識示す

国立大学病院長会議が公表した資料によれば、2024 年度の収益は 1 兆 6,203 億円。

対前年度比で 547 億円増加しており、同会議は「コロナ禍後から回復」としている。

他方、費用を見ると人件費は 5,846 億円で対前年度比 304 億円増。診療経費は 9,976 億円で同 436 億円増となっており、費用全体の合計はその他経費も含めると 772 億円増だった。費用の大幅な増加を受け、前年度は 60 億円だった赤字が 285 億円まで膨らんだ形となり、同会議はこの結果を「深刻な状況」としている。

そもそもコロナ禍以前から医療費は増加しているため、国立大学病院は「増収するが減益」の傾向が続いている。同会議が公表した資料に掲載されているグラフによれば、2024 年度の経常収益は 2010 年度の 1.6 倍だが、経常利益率は 2010 年度に 5.4% だったのが翌 2011 年度は 4.1%。2012 年度は 3.7%、2013 年度 2.6%、2014 年度 1.6% とみるみる下がり、コロナ禍に突入した 2020 年度にマイナス 2.8% となった。

2023 年度には、年度中にコロナ補助金が廃止された影響もあって収益もマイナスに転

落。同会議は「令和 8 年度（2026 年度）の診療報酬改定まで持ちこたえるため、共同調達・増収等の経営改善努力を重ねるが、最後の砦の機能を維持しつつ、医師の育成と研究を実行するには限界」としたうえで、「大学病院としての事業継続の危機」との認識を示している。

■医薬品や材料費の高騰が大きな要因に

同会議は、国立大学病院の経営が苦しい要因について、高難度治療に必要な医薬品を用いることと治療材料の高額化を挙げている。

同会議が算出した国立大学病院の医療費率（医療費（医薬品費＋給食用材料費＋診療材料費・医療消耗器具備品費）を医業収益で割って算出したもの）は、医療機関全体が 22.1% であるのに対して 43.0% と倍近くだ。

ちなみに医療法人は 16.9%、公立病院は 25.2%、公的病院は 29.2% となっており、国立大学病院が突出しているのがわかる。

ちなみに、同会議が国立大学病院の財務諸表を分析して出した医療費の推移を見ると、過去 13 年間で材料費は 1.7 倍、医薬品費は 2.0 倍となっており、医薬品総費用に対する高額医薬品（10 万円以上）の割合は、大学病院本院の場合直近 5 年間で 10.8 ポイントも増加している。

「最後の砦」と前述したように、国立大学病院は、難病や希少疾患、重症患者の受け入れや臓器移植、がんの先進治療などのほか、基礎研究から臨床研究まで行う。

医師・看護師の養成機関としての機能も果たすなど、まさに日本の医療の基盤だ。医療の未来を考えればかなり深刻な事態であることは間違いのないといえるだろう。

特定機能病院の逆紹介割合が低水準に 24年10月の平均値が減算基準を下回る

厚生労働省

厚生労働省は7月16日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、2024年（令和6年）10月時点の特定機能病院の逆紹介割合の平均値が、減算基準を下回っていることを明らかにした。特定機能病院以外の区分（地域医療支援病院、紹介重点医療機関、それら以外の400床以上の病院）は中央値、平均値ともに減算基準を超えていた。

機能分化と効率化の観点から逆紹介は推進されてきたが、高度な医療を提供する特定機能病院での逆紹介が進まないという現実はいくつもなく検証を進める必要があると見られる。

■逆紹介の減算規定は2012年度に導入

逆紹介とは、大病院や専門医療機関が、病状の安定した患者を紹介元の診療所やクリニックに紹介することを指す。

大病院や専門医療機関で症状の安定した患者に対応していると、そこでなければできない専門的で高度な医療が提供できない、もしくは医師・看護師の負担が過大となってしまうことから「機能分化」が進められているが、逆紹介もその一環として推進されてきた。

診療報酬においては、2012年（平成24年）に減算規定が新設され、それから今年の診療報酬改定までの12年間で、対象の拡大や点数変更が計6度行われている。

現在の減算規定の基準は、「特定機能病院」「地域医療支援病院（一般病床200床以上）」「紹介重点医療機関（一般病床200床以上）」の場合、紹介割合50%未満又は逆紹介割合30%未満。「許可病床400床以上」の病院の場合は、紹介割合40%未満又

は逆紹介割合20%未満。「他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料」は56点となる（紹介のない場合の初診料は216点）。

■がん対応は特定機能病院しかできないとの声も

こうした取り組みがなされているにもかかわらず、特定機能病院で逆紹介が進まないのはなぜか。中医協総会の翌日、7月17日に開催された「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で厚生労働省が提示した「6カ月以内に外来最新した患者の割合」に、その理由が潜んでいるようだ。NDBデータの2024年3月診療分によれば、特定機能病院、地域医療支援病院、紹介重点医療機関およびそれ以外の許可病床数400床以上の病院のいずれも、平均して8割程度の患者が直近6カ月以内に再診を受けていることが判明している。

つまり、病状が「安定」したのちも大病院を受診する患者が多いということだ。

これには、疾患の特性も関係しているようだ。7月17日の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で複数の委員から声があがったのが、がん患者への対応である。再発確認のために3～6カ月単位の定期受診によるフォローアップを行うなど、特定機能病院でなければできない対応もあるほか、地域によっては逆紹介できる診療所や中小病院がないという現実もあるという指摘もあった。

こうした声を受け、減算基準が市立であることの見直しも検討すべきとの意見もあがっており、2026年度の次期診療報酬改定で議論の対象となる可能性が高まったといえよう。

医療情報①
 地方厚生局
 受理状況

地域包括医療病棟の届け出、 180病院超え

高齢な救急患者を中心に受け入れてリハビリテーションなどを提供する病棟への評価として、2024年度の診療報酬改定で新設された「地域包括医療病棟入院料」を1日現在、全国の少なくとも181病院が届け出ていることが分かった。

地域包括医療病棟入院料の届け出は新設された直後は低調だったが、急性期一般入院料1の厳格化を猶予する経過措置が切れた24年10月ごろにペースが上がり、同年12月1日の時点では少なくとも121病院が届け出ている。

全国の地方厚生局による地域包括医療病棟入院料の7月1日現在の届け出受理状況（東北厚生局と関東信越厚生局、中国四国厚生局は6月1日現在）では、山形・富山・岐阜・山口・香川・愛媛を除く41都道府県で181病院が届け出ている。

地域包括医療病棟は、看護配置「10対1以上」の体制を整備して、高齢者の救急搬送の受け入れなどに対応する病棟として24年度の診療報酬改定で新設された。高齢な患者の身体機能が入院中に低下するのを防ぐため、リハビリテーションや栄養管理、退院・在宅復帰支援などの医療サービスを包括的に提供する。

厚生労働省によると、地域包括医療病棟入院料を届け出ている131病院の約4割は急性期一般入院料1からの転換だった。

医療情報②
 中央社会保険
 医療協議会

「かかりつけ医機能」巡り 早速対立

中央社会保険医療協議会は16日、外来医療を議論し、「かかりつけ医機能」の取り扱いを巡り、診療側と支払側が早速対立した。中医協はこの日、2026年度の診療報酬改定に向けて外来医療の議論を始め、厚生労働省は「かかりつけ医機能」のほか、以下ごとに論点を示した。

▼生活習慣病対策

▼外来機能の分化の推進

▼オンライン診療

医療機関の外来を受診する患者数は、20年までに224の医療圏で既にピークアウトし、今後は要介護や要支援の高齢者の外来診療に対する需要増が見込まれていて、中医協ではそれに見合った診療報酬の評価を議論する。

支払側の奥田好秀委員（経団連医療・介護改革部会部会長代理）は、意見交換で「かかりつけ医機能」の報告制度が4月に施行されたことで、「国民にもその機能が見えやすくなる」と述べ、診療報酬による複雑な評価を報告制度と整合性が取れるように整理するべきだとの考えを示した。

これに対し、診療側の江澤和彦委員（日本医師会常任理事）は報告制度について、「診療報酬の評価とは全く趣が異なる」と指摘し、診療報酬の評価と結び付けて議論するべきではないとの認識を示した。江澤委員はまた、医療へのフリーアクセスを制限したり、「かかりつけ医」の制度化や「かかりつけ医」を認定する仕組み作りを後押ししたりする観点で議論することは「『かかりつけ医機能』の趣旨に反する」ともくぎを刺した。

「かかりつけ医機能報告」では、日常的な診療を総合的・継続的に行う「1号機能」として、「精神科・神経科」の「うつ（気分障害・躁うつ病）」など17領域の40疾患のうち、一次診療（早期発見など）に対応できる疾患の報告を医療機関に求める。しかし、それに対応する診療報酬の評価はない。

松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は「1号機能は『かかりつけ医機能』の出発点となる極めて重要なポイントだ」と述べ、医療機関の1号機能を適切に評価するため、機能強化加算などの大幅な見直しの議論が不可欠だと指摘した。

医療情報③
 中央社会保険
 医療協議会

特定機能病院、逆紹介率の 平均値が減算基準下回る

中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」が17日開かれ、厚生労働省は、特定機能病院（49病院）の逆紹介率の平均値が2024年10月に、初診料と外来診療料の減算規定の基準（年30パーミル未満）を下回っていたとするデータを示した。

ただ、分科会の委員からは、継続的なフォローが不可欠な外来化学療法が多いなど特定機能病院の特性や、適切な逆紹介先が少ないなど地域の事情が影響している可能性を指摘する意見が相次いだ。

小池創一委員（自治医科大学地域医療学センター教授）は「利便性を理由に（特定機能病院から患者が）離れない場合があるかどうか、しっかり見る必要がある」と述べ、さらに踏み込んだ分析を求めた。

医療の効率的な提供を促すため、厚労省は大病院の初診患者は診療所や小規模な病院に逆紹介するなど、地域での役割分担を進めたい考え。そのため26年度の改定に向けて診療報酬による対応を中医協で議論する。

初診料と外来診療料の減算規定は12年に新設され、現在は特定機能病院のほか、いずれも一般病床200床未満を除く地域医療支援病院や紹介受診重点医療機関、許可病床400床以上の大病院が対象。（以降、続く）

週刊医療情報（2025年7月25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。

最近の医療費の動向

／概算医療費（令和6年度2月号）

厚生労働省 2025年6月30日公表

1. 制度別概算医療費

● 医療費

（単位：兆円）

	総計	医療保険適用							公費	
		75歳未満					国民健康保険	(再掲)未就学者		75歳以上
		被用者保険	本人	家族						
令和2年度	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1	
令和3年度	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2	
令和4年度	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2	
令和5年度4～3月	47.3	26.2	15.7	8.9	5.8	10.5	1.5	18.8	2.3	
	4～9月	23.5	13.0	7.7	4.4	2.9	5.3	0.7	9.3	1.1
	12月	4.0	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	1月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	2月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.8	0.1	1.5	0.2
令和6年度4～2月	43.8	23.8	14.4	8.4	5.2	9.3	1.2	17.9	2.1	
	4～9月	23.7	12.9	7.8	4.5	2.8	5.1	0.7	9.6	1.2
	12月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
	1月	4.1	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	0.2
	2月	3.8	2.0	1.3	0.7	0.4	0.8	0.1	1.6	0.2

注1) 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注2) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。（以下同）

注3) 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。なお、令和2年8月診療分以前のデータは、診療報酬明細書において「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

●1人当たり医療費

(単位：万円)

	総計	医療保険適用							
		75歳未満						75歳以上	
		被用者 保険	本人		国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
本人	家族								
令和2年度	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0	
令和3年度	35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9	
令和4年度	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.4	95.7	
令和5年度4~3月	38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.0	96.5	
	4~9月	18.8	12.5	10.0	9.4	9.8	19.8	13.6	48.2
	12月	3.2	2.2	1.8	1.7	1.7	3.4	2.2	8.2
	1月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	1.9	8.1
	2月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	1.9	7.8
令和6年度4~2月	35.4	23.2	18.7	17.7	18.2	37.0	22.9	89.0	
	4~9月	19.1	12.5	10.0	9.5	9.8	20.1	12.6	48.3
	12月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.8	3.5	2.2	8.3
	1月	3.3	2.1	1.7	1.6	1.6	3.4	2.0	8.3
	2月	3.1	2.0	1.6	1.6	1.6	3.2	1.9	7.7

注1) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2. 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費				調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等	
		医科 入院	医科 入院外	歯科								
令和2年度	42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0	
令和3年度	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1	
令和4年度	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2	
令和5年度4~3月	47.3	37.6	17.9	16.4	3.3	8.3	0.7	0.61	18.7	24.7	3.3	
	4~9月	23.5	18.7	8.9	8.2	1.6	4.1	0.4	0.29	9.3	12.2	1.6
	12月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.2	0.3
	1月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.0	0.3
	2月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.0	0.3
令和6年度4~2月	43.8	34.8	16.8	14.9	3.1	7.7	0.7	0.66	17.5	22.5	3.1	
	4~9月	23.7	18.8	9.1	8.1	1.7	4.1	0.4	0.35	9.5	12.2	1.7
	12月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.8	0.1	0.06	1.6	2.2	0.3
	1月	4.1	3.2	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.7	2.1	0.3
	2月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.5	1.9	0.3

注) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。

入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

● 受診延日数

(単位：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養	
		医科入院	医科入院外	歯科			
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
令和3年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
令和4年度	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43
令和5年度4～3月	24.8	24.3	4.4	15.9	4.0	8.9	0.50
4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.4	0.24
	12月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.04
	1月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.04
	2月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.04
令和6年度4～2月	22.7	22.2	4.0	14.5	3.7	8.2	0.53
4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.4	0.28
	12月	2.2	2.1	0.4	1.4	0.3	0.05
	1月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.05
	2月	1.9	1.9	0.3	1.2	0.3	0.05

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

● 1日当たり医療費

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外+調剤	
		食事等含まず	食事等含む						
令和2年度	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0	
令和3年度	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2	
令和4年度	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4	
令和5年度4～3月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.4	12.1	15.5	
4～9月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.3	12.0	15.4	
	11月	18.9	40.4	42.1	10.2	8.3	9.5	12.2	15.6
	12月	19.6	40.7	42.4	10.7	8.1	9.5	12.2	16.0
	1月	19.4	41.0	42.7	10.5	8.3	9.5	12.2	15.9
令和6年度4～2月	19.3	41.7	43.5	10.2	8.4	9.4	12.3	15.5	
4～9月	19.1	41.4	43.1	10.2	8.4	9.4	12.3	15.4	
	11月	19.2	42.1	43.9	10.0	8.6	9.4	12.3	15.5
	12月	20.1	42.1	43.8	10.6	8.4	9.6	12.3	16.1
	1月	19.7	42.2	44.0	10.4	8.6	9.5	12.3	15.9

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外の受診延日数で除して得た値である。歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。

最近の医療費の動向/概算医療費(令和6年度2月号)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

介護保険制度の安定性・持続可能性を追求した 令和6年度 介護報酬改定の概要

1. 介護現場の現状と介護報酬改定の概要
2. 居宅系サービスは機能特化と自立支援を推進
3. 施設・居住系は医療連携と重度化予防を評価
4. 働きやすい職場づくりと生産性の向上を評価



■参考資料

【厚生労働省】：我が国の人口について 社会保障審議会一介護給付費分科会 各会資料 令和5年度介護事業経営実態調査結果の概要 令和6年度介護報酬改定における改定事項について（老健局）

1

医業経営情報レポート

介護現場の現状と介護報酬改定の概要

■ 介護人材不足の問題と介護保険制度の持続可能性への対応が求められる

高齢者人口がピークを迎える 2040 年頃に向けて、85 歳以上人口割合の増加や生産年齢人口の急減といった更なる人口構造の変化や、それに伴う社会環境の変化が見込まれています。

生産年齢人口の減少が顕著となれば、介護を含む各分野における人材不足が更に大きな社会問題となり、将来に向けては、介護人材の確保と介護事業所の健全な経営環境を確保することが我が国の重要な課題となります。

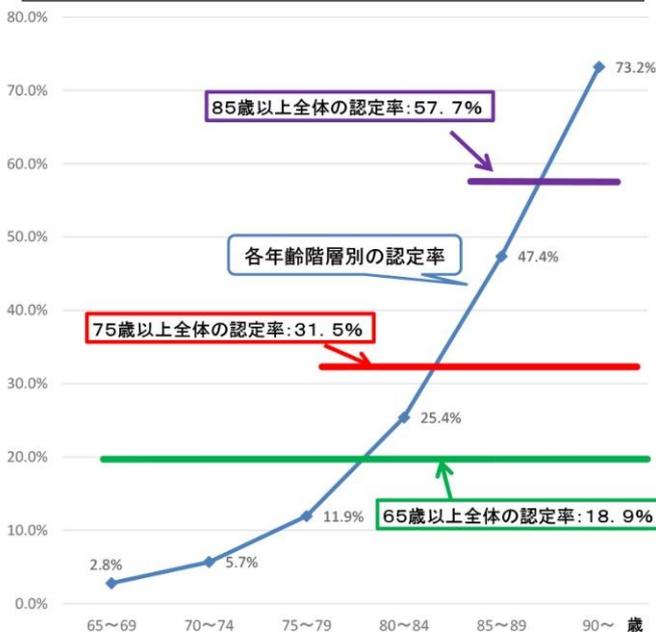
このような少子高齢化時代においては、保険料・公費・利用者負担で支えられている介護保険制度の安定性・持続可能性を高めていくことが重要です。

国は、制度の安定性・持続可能性といった観点から、介護報酬による評価の適正化、重点化、報酬体系の整理・簡素化を進めていくことが必要だとし、今次改定はこれらのことを念頭に置いたものとしています。

◆ 今後の介護保険をとりまく状況

年齢階級別の要介護認定率

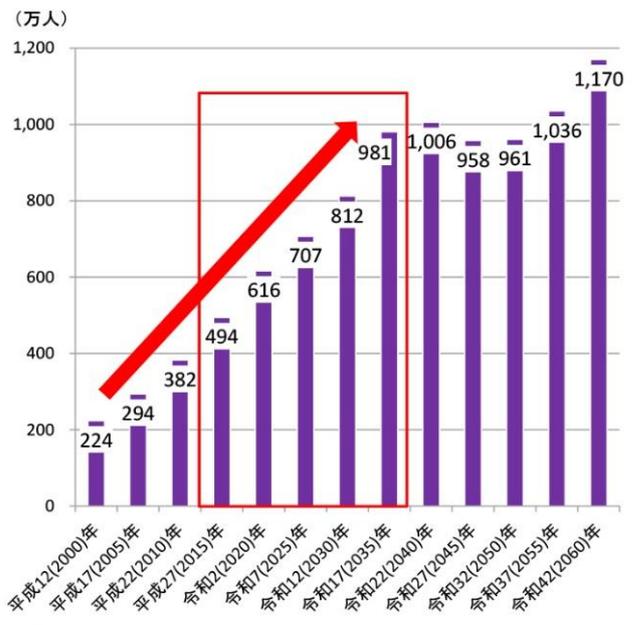
○ 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典:
○ 2022年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2022年10月1日人口(総務省統計局人口推計)

85歳以上の人口の推移

○ 85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間で、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



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」(令和5(2023)年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
○ 2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

(出典) 厚生労働省：社会保障審議会一介護給付費分科会 第217回 資料1

2

医業経営情報レポート

居宅系サービスは機能特化と自立支援を推進

■ 居宅介護支援における特定事業所加算の見直しへ

現行の特定事業所加算の算定要件の見直しとともに、報酬単価の引き上げが行われました。

◆概要

- ア) 多様化・複雑化する課題に対応するための取組を促進する観点から、「ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること」を要件とするとともに、評価の充実を行う。
- イ) (主任)介護支援専門員の専任要件について、居宅介護支援事業者が介護予防支援の提供や地域包括支援センターの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合は、これらの事業との兼務が可能である旨を明確化する。
- ウ) 事業所における毎月の確認作業等の手間を軽減する観点から、運営基準減算に係る要件を削除する。
- エ) 介護支援専門員が取り扱う1人当たりの利用者数について、居宅介護支援費の見直しを踏まえた対応を行う。

(出典) 厚生労働省 老健局：令和6年度介護報酬改定における改定事項について 以下同

◆単位数

<現行>	<改定後>
・特定事業所加算（Ⅰ） 505単位/月	・特定事業所加算（Ⅰ） 519単位 (変更)
・特定事業所加算（Ⅱ） 407単位/月	・特定事業所加算（Ⅱ） 421単位 (変更)
・特定事業所加算（Ⅲ） 309単位/月	・特定事業所加算（Ⅲ） 323単位 (変更)
・特定事業所加算（A） 100単位/月	・特定事業所加算（A） 114単位 (変更)

■ 退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進

退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する新たな加算が設けられました。

◆算定要件等及び単位数

<算定要件等>（訪問リハビリテーションの場合）

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導[※]を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。

[※]利用者又はその家族に対して、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同で行い、その内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させることをいう。

<単位数> ・退院時共同指導加算 600単位/回 **(新設)**

3

医業経営情報レポート

施設・居住系は医療連携と重度化予防を評価

■ 配置医師緊急時対応加算の見直しと協力医療機関との連携体制の構築

入所者に急変が生じた場合等の対応について、配置医師による日中の駆けつけ対応をより充実させる観点から、現行、早朝・夜間及び深夜にのみ算定可能な配置医師緊急時対応加算について、日中であっても、配置医師が通常の勤務時間外に駆けつけ対応を行った場合を評価する新たな区分を設けられました。

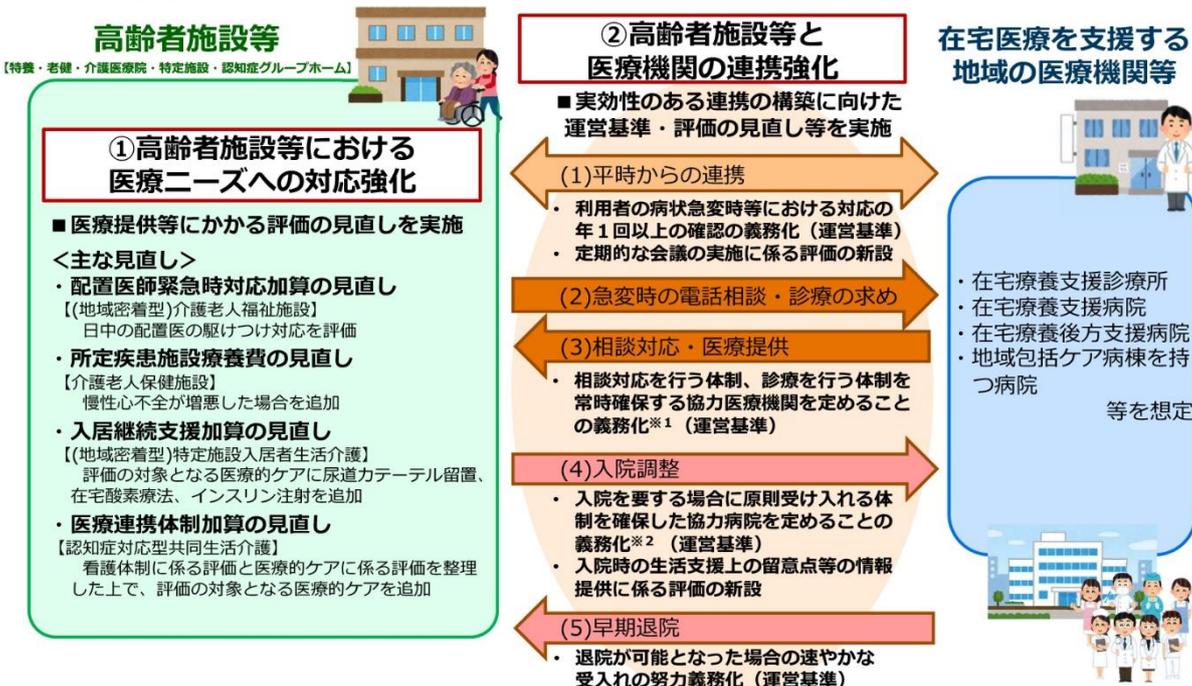
また、高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するための見直しが行われました。

◆ 配置医師緊急時対応加算の単位数

<現行>	<改定後>
● 配置医師緊急時対応加算	● 配置医師緊急時対応加算
● 早朝・夜間の場合 650単位/月	● 配置医師の通常の勤務時間外の場合 325単位/回 (新設) (早朝・夜間及び深夜を除く)
● 深夜の場合 1,300単位/月	● 早朝・夜間の場合 650単位/月
	● 深夜の場合 1,300単位/月

(出典) 厚生労働省 老健局：令和6年度介護報酬改定における改定事項について

◆ 高齢者施設等と医療機関の連携強化



※1 経過措置3年。(地域密着型)特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。 ※2 介護保険施設のみ。

(出典) 厚生労働省：社会保障審議会一介護給付費分科会 第239回 資料1

4

医業経営情報レポート

働きやすい職場づくりと生産性の向上を評価

■ 介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進

介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入後の継続的なテクノロジーの活用を支援するため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催やそれに必要な安全対策を講じた上で、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、一定期間ごとに、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うことを評価する新たな加算を設けました。

加えて、上記の要件を満たし、提出したデータにより業務改善の取組による成果が確認された上で、見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていることを評価する区分も設けられています。

◆ 単位数及び算定要件等

<単位数>

- 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100単位/月（新設）
- 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10単位/月（新設）

<算定要件等>

- 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）（新設）
 - ・（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果※が確認されたこと。
 - ・見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。
 - ・職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。
 - ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

注：生産性向上に資する取組を従来より進めている施設等においては、（Ⅱ）のデータによる業務改善の取組による成果と同等以上のデータを示す等の場合には、（Ⅱ）の加算を取得せず、（Ⅰ）の加算を取得することも可能である。

- 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）（新設）
 - ・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
 - ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。
 - ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

※業務改善の取組による効果を示すデータ等について

- （Ⅰ）において提供を求めるデータは、以下の項目とする。

ア 利用者のQOL等の変化（WHO-5等）	イ 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化
ウ 年次有給休暇の取得状況の変化	エ 心理的負担等の変化（SRS-18等）
オ 機器の導入による業務時間（直接介護、間接業務、休憩等）の変化（タイムスタディ調査）	
- （Ⅱ）において求めるデータは、（Ⅰ）で求めるデータのうち、アからウの項目とする。
- （Ⅰ）における業務改善の取組による成果が確認されていることとは、ケアの質が確保（アが維持又は向上）された上で、職員の業務負担の軽減（イが短縮、ウが維持又は向上）が確認されることをいう。

（出典）厚生労働省 老健局：令和6年度介護報酬改定における改定事項について

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:医療事故防止対策

診療部門における 事故防止のポイント

**医療事故防止に当たり、
診療部門として留意すべき点を教えてください。**

医師は、医療行為について自分の担当する患者に対して、最終的な責任を負っていますので、以下を基本姿勢として診療に臨まなくてはなりません。

■診療部門で留意すべき事故防止のポイント

<p>①患者への対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・日常診療は、患者個人の氏名・性別・年齢等を確認してから開始する。 ・患者との信頼関係が充分保てるように、日ごろから意思疎通が円満に図れるよう心がける。 ・インフォームド・コンセント（十分な説明と同意）をもって患者の納得、同意を得たうえで、検査・治療にあたる。
<p>②他部門への対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は与薬・注射・検査など指示を出す際には、口頭のみでなく書面で行い、記載は正確に明確な文言を用いる。 ・「あれ」、「それ」、「いつものやつ」など抽象的な指示は行わない。 ・指示の変更など前回と異なる場合は、その変更内容が明確にわかるように対応する。
<p>③医師および 職員間での対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自由な発言や、建設的な議論のできる雰囲気づくりができるように、意識改革が必要。特に、上級職スタッフが率先して行うことが重要になる。 ・医師が行った判断は、必ず他の者と意見交換し、互いに批判、検討する。 ・医師相互間を含め、スタッフ同士お互いに協調性が保てる努力を怠らない。
<p>④自己研鑽への 対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自らの技術・知識を高めるとともに、臨床能力の維持や向上のため、教育・トレーニング研修会など積極的に参加する。 ・自らの力量を過信せず、他の医師の意見も尊重する。 ・日常においては、常に肉体的、精神的にも十分に体調を整えておく。

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故防止対策

医療廃棄物処理の リスクマネジメント

医療廃棄物処理について、リスクマネジメントの観点から具体的な取り組み方を教えてください。

医療技術の発展、進歩に伴い、ディスポーザブル容器の使用量が増加しており、医療機関から排出される廃棄物の量も飛躍的に増加しています。

ディスポーザブル容器の発展により、器具の洗浄や滅菌の手間が大幅に省けた分、コスト高を招き、廃棄物の増加、また新たなリスク管理の必要性も生じてきました。医療廃棄物のリスクマネジメントの基本は、まず分別することから始まります。

■廃棄物の大まかな分類

- ①一般廃棄物（紙、生ごみなど）
- ②非感染性の医療廃棄物（プラスチック、ピン、ガラス容器など）
- ③感染性廃棄物（患者の血液・体液が付着したものなど）

これらの具体的な処理は、関係する法律に基づいて行われることとなりますが、院内でリスクマネジメントの対象になるのは、主に感染性の廃棄物です。

感染性廃棄物の管理については、次のような重要ポイントが挙げられます。

■感染性の廃棄物管理のポイント

- ①感染性廃棄物のうち二次感染の起こりやすい鋭利な廃棄物（注射針、ガラス類）は、他の感染性廃棄物と分けて保管し、この際には対貫通性のある容器を用いること
- ②感染性廃棄物を保管する容器にはバイオハザードマークをつけること
- ③保管は定められた場所とし、施錠するなどして関係者以外の立ち入りができないようにすること
- ④保管場所には取扱の注意事項などを明示し、保管期間をできるだけ短くすること
- ⑤廃棄処理をするものにあってはマニフェストの記入を必ず行うこと
- ⑥院内処理に当たっては定められた手順で行うこと
- ⑦処理を外部に委託するに当たっては、定められた処理業者であること 等

廃棄は、診療行為の中で日常的に発生する行為ですが、様々なリスクをはらんでいることから、病院全体および各部門で組織的なリスク管理を行うことが大切です。