

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.891 2025.10.21

医療情報ヘッドライン

**国立大学病院の今年度赤字は400億円超
次期改定で11.0%の引き上げを要望**

▶国立大学病院長会議

**内閣府、認知症の世論調査結果を公表
認知症基本法は約76%が「知らない」**

▶内閣府政府広報室

週刊 医療情報

2025年10月17日号

**消費税負担の補填率に計算ミス、
厚労省が謝罪**

経営TOPICS

統計調査資料

**令和6(2024)年
病院報告の概況**

経営情報レポート

**診療報酬改定をチャンスに変える
ベースアップ評価料活用ガイド**

経営データベース

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:病院機能評価の概要

病院機能評価の意義

評価の定義、評価調査者とは

医療情報
ヘッドライン
①

国立大学病院の今年度赤字は400億円超 次期改定で11.0%の引き上げを要望

国立大学病院長会議

国立大学病院長会議は 10 月3日の記者会見で、国立大学病院の2025年度の損益見込が400億円を超える可能性があることを明らかにした。同会議の大鳥精司会長（千葉大学医学部附属病院病院長）は「大学病院が機能不全に陥れば、人材輩出されている医師の派遣等で支えられている地域の医療機関の存続も危ぶまれ、大学病院の経営基盤強化は地域の医療提供体制の維持にとっても死活問題」として、2026年度診療報酬改定での11.0%の引き上げと、厚生労働省および文部科学省双方からの補正予算による財政支援を政府に要請する考えを示した。

■施設・設備費の減少も問題視

同会議が公表した資料によれば、2025年度に現金収支マイナス、すなわち赤字となる病院は、44病院のうち33病院となる見通し。2024年度決算速報では25病院だったため、8病院増えることとなる。44病院合計の現金収支は、2024年度のマイナス204億円から126億円増えて330億円となる見通しで、2024年度の現金収支と損益収支差から、2025年度の損益見込はマイナス400億円を超える可能性があるとしている。支出増加の要因としては、以下の4点を挙げた。

- ① 医療の高度化に伴う高額な医薬品、診療材料の使用量増及び価格高騰による医療費の増加（前年度比258億円増）
- ② エネルギー価格高騰による光熱水費の増加（前年度比9億円増）
- ③ 働き方改革、人事院勧告による人件費の増加（前年度比325億円増）
- ④ 物価高騰、賃金の増加による業務委託費や保守費等の増加（前年度比89億円増）

加えて、①～④の支出増加により「自己資金による施設・設備費」が減少（前年度比76億円減）していることも問題視した。

支出を抑えるための措置であるものの、老朽化施設・設備への投資を怠ると収入確保が難しくなり、事業継続が困難となるからだ。

■医師の人件費は国立系独法の約3分の1

2026年度の次期診療報酬改定で、11.0%と大幅な引き上げを求める根拠については、「2024年までの経営悪化分」3.6%と「2025年度の不足分」1.8%、「2026年度・2027年度の賃金上昇、働き方改革、物価高騰、非償還材料分」約5.3%、「通常改定（新規技術等）」0.3%の合計の結果だとしている。

「2024年までの経営悪化分」については、2018年度以降190億円のコスト上昇があり、それが2024年度の病院収益の1.3%相当であるため、1年あたり1.2%として2022年度からの3年間で3.6%としている。

「2025年度の不足分」については、「2024年度診療報酬改定で措置されたよりも賃金・物価上昇が大きい」ため、対応が不足しているとした。

「2026年度・2027年度の賃金上昇、働き方改革、物価高騰、非償還材料分」については「期中改定がないのであれば」を前提としている。

とりわけ働き方改革については、国立大学病院医師（医員）の人件費単価が国立系独立行政法人病院群の約3分の1であることを示し、2026年度約2.6%、2027年度約2.6%を充当するよう求めている。

医療情報
ヘッドライン
②

内閣府、認知症の世論調査結果を公表 認知症基本法は約76%が「知らない」

内閣府政府広報室

内閣府政府広報室は10月10日、「認知症に関する世論調査」（速報）を公表し、2023年6月に成立し2024年1月に施行された「認知症基本法」（共生社会の実現を推進するための認知症基本法）について「成立したことを知らなかった」という回答が75.8%にのぼった。

「成立したことを知っている」と回答したのは21.9%だったが、うち内容について「知らない」が16.4%を占めた。「詳しく知っている」は1.0%、「ある程度知っている」は4.5%だった。

認知症基本法は、認知症の人およびその家族などの意見をもとに自治体が計画を策定することを求めているため、同法の周知が不十分な場合、意見の聴取が困難になる可能性もある。今後、スムーズに認知症対策を進めるうえでも、周知が課題となっていくそう。

■約4人に1人が認知症またはその予備軍

2025年現在、65歳以上の高齢者の約4人に1人が認知症またはその予備軍（軽度認知障害）と推計されている。

65歳未満の「若年性認知症」も全国で約3.6万人いるとされており、認知症対策は喫緊の課題となっている。

このような背景から、「認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進」するため、認知症基本法は制定された。

2024年12月には、同法に明記された「共生社会の実現」を目指すため、「認知症施策推進基本計画」を閣議決定している。

この「認知症施策推進基本計画」は、「認知症の人本人の声を尊重し、『新しい認知症観』に基づき施策を推進する」としているのも特徴で、「新しい認知症観」については、以下を説明。国民の理解、バリアフリー、社会参加、保健医療・福祉など12項目の基本的施策を盛り込んでいる。

- ① 誰もが認知症になり得ることを前提に、国民一人一人が自分ごととして理解する。
- ② 誰もが認知症になり得ることを前提に、国民一人一人が自分ごととして理解する。

■「地域で生活したい」が約半数に

今回発表された「認知症に関する世論調査」は、「認知症の人と接する機会の有無」「認知症に対するイメージ」「認知症になった場合の暮らし」「認知症に対する不安」「認知症基本法に関する認知」の5項目を調査している。

これまでに認知症の人と接した機会が「ある」と回答したのは60.5%。そのうち、「家族の中に認知症の人がいる又はいた」との回答は53.5%で、これまでの調査の中で最多となった。

「認知症になった場合の暮らし」については、「自ら工夫して地域で今までどおり生活したい」（7.5%）、「周りのサポートを受けながら地域で生活したい」（14.7%）、「医療介護等のサポートを利用して地域で生活したい」（27.4%）と「地域で生活したい」が49.6%と半数近くにのぼった。

「身の回りのことができないので施設で暮らしたい」は15.0%、「周りに迷惑をかけるので施設で暮らしたい」は27.3%だった。

医療情報①
中医協
分科会

消費税負担の補填率に計算ミス、 厚労省が謝罪

厚生労働省は 8 日、医療機関や薬局の消費税の負担を和らげるため診療報酬で行っている補填率（2022 年度までの 3 年分）の計算で、21 年度と 22 年度の支出に水道光熱費を計上しないなど複数のミスがあったことを明らかにした。22 年度の「医科全体」での補填率は 107.1%とされていたが、同省はこの日 99.3%に修正した。

「医科全体」のうち、病院に対する修正後の補填率は 103.7%（修正前 112.8%）、一般診療所は 89.5%（94.6%）。ほかは歯科診療所 99.5%（105.4%）、薬局 91.5%（91.7%）と、病院を除いて補填不足だった。医療機関と薬局を合わせた全体での補填率は 106.1%から 98.9%に修正された。

24 年度の診療報酬改定では、医療機関と薬局を合わせた全体での補填が 21 年度と 22 年度に不足していないとして、基本診療料などへの上乗せの見直しを見送った経緯がある。

しかし、実際は補填不足だったことになる。診療報酬による消費税負担の補填率は 18 年にも計算ミスが明らかになった。厚労省は 8 日、中央社会保険医療協議会の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」にミスの再発を報告し、謝罪した。

分科会の意見交換で診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）は「（24 年度の）判断の前提が崩れた。もし 2 年前に正しいデータが出ていれば上乗せすべきだという議論になっていたはずだ」と指摘した。長島委員はその上で、物価の高騰に伴って 23 年度と 24 年度には診療報酬の補填率がさらに下がっている可能性を指摘し、インフレに対応できる補填の方法の検討を厚労省に求めた。支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、計算ミスの再発防止の徹底を厚労省に求める一方、22 年度まで 3 年分の補填率に関しては「いずれも 100%付近だ」との認識を示した。

●集計方法の簡素化検討へ

厚労省によると、今回の計算ミスは 23 年度と 24 年度分の補填率を把握する作業の準備を進める中で明らかになった。21 年度と 22 年度の消費税の負担額を計算する際、水道光熱費を支出に計上していなかったほか、20 年度と 21 年度は公費単独レセプト（生活保護法等の公費負担医療）分を収入に計上しなかった。

さらに、薬局に関しては調剤報酬による 21 年度の上乗せ分をナショナルデータベースのデータで計算する際、誤って 22 年度のデータを使用していた。そのほかに計算の過程で複数のミスがあったという。

計算ミスの再発を防ぐため、厚労省では複層的なチェック体制を構築し、ヒューマンエラーが起こりにくい集計方法の簡素化を検討するとしている。

医療情報②
中医協
見直し

内科症例の看護必要度、 新たな評価の具体案

2026 年度の診療報酬の改定に向けて中央社会保険医療協議会では、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しの議論を進めている。

内科系の症例や手術をしない症例が多い病院への新たな評価が大きな焦点で、救急搬送の受け入れ件数を指数化し、看護必要度の該当患者の割合を底上げする案を軸に検討する。一般病棟用の看護必要度を巡っては、厚生労働省の分析で、以下の傾向にあることが分かっている。

- ▼手術がない症例や内科系の症例は「手術あり」に比べ看護必要度の「A 項目」（モニタリング・処置等）と「C 項目」（手術等の医学的状況）で評価されにくく、「B 項目」（患者の状況等）の評価が高い
- ▼救急搬送からの入院や緊急入院の症例では内科系や手術なしの割合が高い

24 年度の診療報酬改定では、急性期一般入院料 1 で「B 項目」（患者の状況等）を除外するなど看護必要度が大幅に見直され、病院団体などが内科系中心の病院への影響の大きさを指摘している。そのため厚労省は 26 年度の改定で、救急搬送を積極的に受け入れて内科系や手術なしの症例の割合が高い病院に配慮する方針。看護必要度の新たな評価方法や評価項目の修正を中医協で議論している。

それらのうち新たな評価方法については、救急搬送された入院患者への評価のウエートを増すため、以下が浮上している。

- ▼A 項目の「専門的な治療・処置」のうち「緊急に入院を必要とする状態」の評価期間（現在 2 日）を延長〈案 1〉
- ▼病院の救急搬送件数の実績を使い病棟の該当患者の受け入れ割合を底上げ〈案 2〉

厚労省は 8 日、中医協の総会で、そのうち案 1 を採用すると、本来は不要な入院を誘発したり入院期間の延長を促す可能性があることを指摘し、慎重な姿勢を示した。

一方、案 2 に関してはこれまでよりも踏み込んで、前年の救急搬送件数（1 床当たり）を指数化し、該当患者の割合が 15%の病棟の場合、5%分を上乗せするというイメージを出した。

入院しない症例や入院期間が短い症例も評価するので、この方法なら入院延長へのインセンティブが生まれにくいとしている。さらに、救急搬送へのインセンティブが生じるのを防ぐため、案 2 に関して救急患者だけでなく「協力施設入所者入院加算」の対象患者を加えて評価することも提案した。

8 日の総会では案 2 への反対意見はなく、診療側の太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）は「どの程度の配慮がどのような病院に行われるのか、具体的なシミュレーションの結果を見て判断したい」と述べた。（以降、続く）

週刊医療情報（2025年10月17日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

令和6(2024)年 病院報告の概況

厚生労働省 2025年9月26日公表

結 果 の 概 要

1. 患者数

(1) 1日平均在院・新入院・退院患者数

令和6（2024）年中における全国の病院の1日平均在院患者数は 1,133,196 人で、前年に比べ 0.8%増加している。このうち、「精神科病院」は 199,866 人で、前年に比べ 0.9%減少し、「一般病院」は 933,331 人で、前年に比べ 1.2%増加している。

一般病院の1日平均在院患者数を病床の種類別にみると、「精神病床」は 58,063 人、「療養病床」は 228,973 人、「一般病床」は 645,093 人となっている。

また、1日平均新入院患者数は 44,210 人、1日平均退院患者数は 44,156 人となっている。療養病床を有する診療所の「療養病床」の1日平均在院患者数は 1,605 人となっている。

■ 1日平均在院・新入院・退院患者数

	1日平均在院患者数			1日平均新入院患者数			1日平均退院患者数		
	令和6年 (2024)	令和5年 (2023)	対前年 増減率	令和6年 (2024)	令和5年 (2023)	対前年 増減率	令和6年 (2024)	令和5年 (2023)	対前年 増減率
病院	人	人	%	人	人	%	人	人	%
総数	1 133 196	1 123 654	0.8	44 210	42 699	3.5	44 156	42 658	3.5
精神科病院	199 866	201 759	△ 0.9	700	685	2.2	709	688	3.1
一般病院	933 331	921 894	1.2	43 510	42 013	3.6	43 447	41 970	3.5
精神 病床	58 063	59 418	△ 2.3	302	302	0.0	312	310	0.6
感染 症病床	253	2 986	△ 91.5	31	240	△ 87.1	24	221	△ 89.1
結核 病床	949	1 017	△ 6.7	20	25	△ 20.0	18	23	△ 21.7
療養 病床	228 973	231 536	△ 1.1	1 291	1 282	0.7	1 869	1 829	2.2
一般 病床	645 093	626 938	2.9	41 866	40 164	4.2	41 224	39 587	4.1
療養病床を 有する診療所									
療養 病床	1 605	2 046	△ 21.6	10	13	△ 23.1	15	20	△ 25.0

注：月途中で病院の種類が変更された場合、患者数は月末時の病院の種類別で計上している。

(2) 病院の1日平均外来患者数

病院の1日平均外来患者数は1,212,243人で、前年に比べ1.7%減少している。

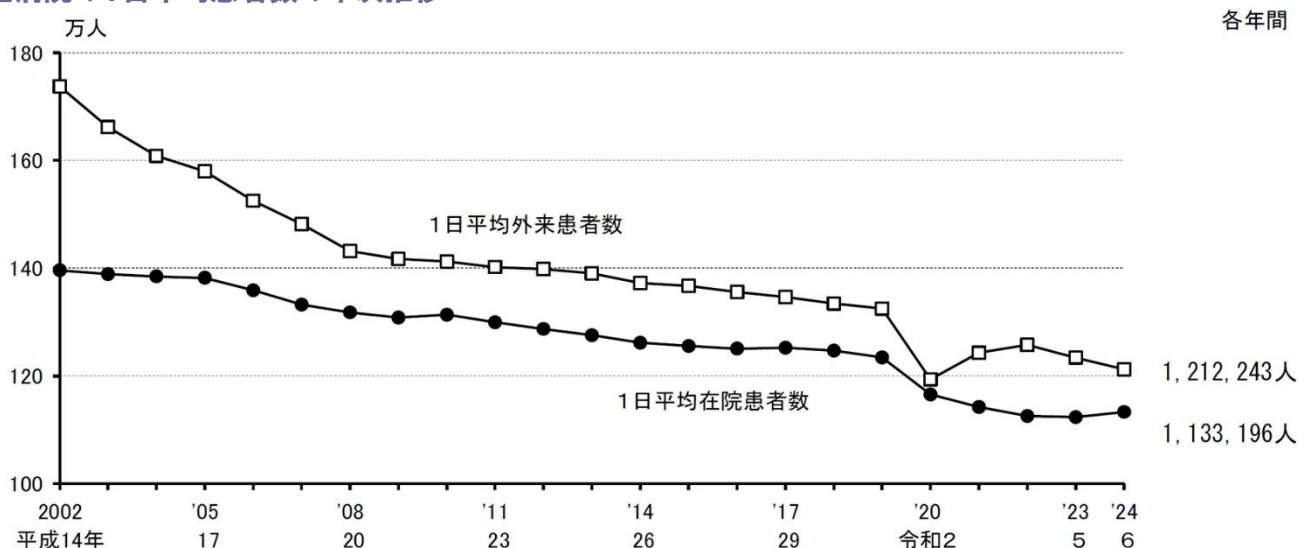
このうち、「精神科病院」は56,546人で、前年に比べ0.4%減少し、「一般病院」は1,155,697人で、前年に比べ1.8%減少している。

■病院の1日平均外来患者数

	1日平均外来患者数		対前年増減率
	令和6年(2024)	令和5年(2023)	
病院	人	人	%
総数	1 212 243	1 233 703	△ 1.7
精神科病院	56 546	56 791	△ 0.4
一般病院	1 155 697	1 176 911	△ 1.8

注：月途中で病院の種類が変更された場合、患者数は月末時の病院の種類別で計上している。

■病院の1日平均患者数の年次推移



- 注：1) 東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。
- 2) 熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
- 3) 平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため、除いて集計した。
- 4) 令和2年7月豪雨の影響により、令和2年6月分、7月分の報告において、熊本県の病院1施設（球磨医療圏）は、報告のあった患者数のみ集計した。

2. 病床利用率

病院の病床利用率は77.0%で、前年に比べ1.4ポイント上昇している。

病床の種類別にみると、「精神病床」は81.4%で前年に比べ0.2ポイント低下している。

「療養病床」は85.0%で前年に比べ0.9ポイント上昇している。「一般病床」は73.3%で前年に比べ2.5ポイント上昇している。

また、療養病床を有する診療所の「療養病床」の病床利用率は40.0%となっている。

■病床の種類別にみた病床利用率

各年間

	病床利用率		対前年増減
	令和 6 年(2024)	令和 5 年(2023)	
病院	%	%	
全病床	77.0	75.6	1.4
精神病床	81.4	81.6	△ 0.2
感染症病床	13.1	160.8	△ 147.7
結核病床	26.6	26.8	△ 0.2
療養病床	85.0	84.1	0.9
一般病床	73.3	70.8	2.5
療養病床を有する診療所			
療養病床	40.0	41.5	△ 1.5

注：在院患者数は許可（指定）病床数にかかわらず、毎日 24 時現在に在院している患者数をいう。このため、感染症病床の在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから病床利用率は 100%を上回ることがある。

3. 平均在院日数

病院の平均在院日数は 25.6 日で、前年に比べ 0.7 日短くなっている。

病床の種類別にみると、「精神病床」は 255.0 日で前年に比べ 8.2 日短くなっている。「療養病床」は 117.4 日で前年に比べ 2.2 日短くなっている。

「一般病床」は 15.5 日で前年に比べ 0.2 日短くなっている。

また、療養病床を有する診療所の「療養病床」は 96.2 日となっている。

■病床の種類別にみた平均在院日数

（単位：日）

各年間

	病床利用率		対前年増減
	令和 6 年(2024)	令和 5 年(2023)	
病院			
全病床	25.6	26.3	△ 0.7
精神病床	255.0	263.2	△ 8.2
感染症病床	9.2	13.3	△ 4.1
結核病床	49.4	42.1	7.3
療養病床	117.4	119.6	△ 2.2
一般病床	15.5	15.7	△ 0.2
療養病床を有する診療所			
療養病床	96.2	97.4	△ 1.2

令和 6（2024）年 病院報告の概況の全文は
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

診療報酬改定をチャンスに変える ベースアップ評価料 活用ガイド

1. 制度導入の背景とベースアップ評価料の仕組み
2. 医療機関における具体的な実務対応
3. ベースアップ評価料の活用事例
4. 人材獲得に向けた今後の展望と提言



■参考資料

【京都医労連】：令和5年12月20日 ベースアップ評価料をめぐる問題について 【厚生労働省】：令和6年度診療報酬改定の概要【賃上げ・基本料等の引上げ】 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)専用届出様式作成の手引き」（令和7年1月改定版） 令和6年度診療報酬改定と賃上げについて 他

1

医業経営情報レポート

制度導入の背景とベースアップ評価料の仕組み

本稿では、今次診療報酬改定においてベースアップ評価料がなぜ導入されるに至ったのかについて、まずはその背景にある社会経済的な要因と政府の方針を概観したうえで、複雑に見える制度の仕組みを、その目的と構造からシンプルに解き明かしていきます。

■ 社会的情勢と人材確保の必要性

近年、日本経済は歴史的な物価高騰に直面しています。これに対応すべく、産業界全体で賃上げの動きが活発化しており、医療分野もその例外ではありません。むしろ、生命と健康を守るという社会的責務を担う医療現場では、質の高いサービスを継続的に提供するため、優秀な人材の確保と定着が不可欠であり、他産業への人材流出を防ぐためにも、魅力的な労働条件の提示が喫緊の経営課題となっています。

特に、看護職員やコメディカルスタッフは、専門性の高い知識・技術が求められる一方で、その労働環境や処遇が必ずしも十分とは言えない状況にあると以前より指摘されてきました。

こうした状況を放置すれば、医療人材の不足はさらに深刻化し、地域医療の崩壊にも繋がりがねません。そこで国は、この危機的な状況を打開し、医療従事者の処遇を改善するため、今次診療報酬改定において特例的措置を講じることを決定しました。

◆ 制度導入の背景にある課題

この制度は、単なる賃上げのためだけのものではありません。その根底には、医療という社会インフラを維持するための「人材確保」という極めて重要な目的があります。財務省は 2024 年度政府予算編成に向けた財政審「建議」において、診療所の経常利益率が他産業に比べて高いと指摘し、診療報酬の引き下げを主張しました。しかし、現場の実感とは乖離したこの見解に対し、医療界からは強い反発があり、結果として、賃上げのための財源は確保されたものの、その配分方法として、医療機関の経営実態をより詳細に把握・管理しようとする国の意図が透けて見える、複雑な制度設計となりました。

(出典) 京都医労連：令和 5 年 12 月 20 日 ベースアップ評価料をめぐる問題について

■ 国の賃上げ方針と診療報酬とのリンク

政府は、医療分野における具体的な賃上げ目標として、令和 6 年度に 2.5%、令和 7 年度に 2.0%のベースアップ（ベア）を実現する方針を掲げています。

この目標の達成を財政面から支援するため、令和 6 年度診療報酬改定において、診療報酬本体が 0.88%引き上げられました。このうち 0.61%分は、今回新設された「ベースアップ評価料」の原資として充当されています。

2

医業経営情報レポート

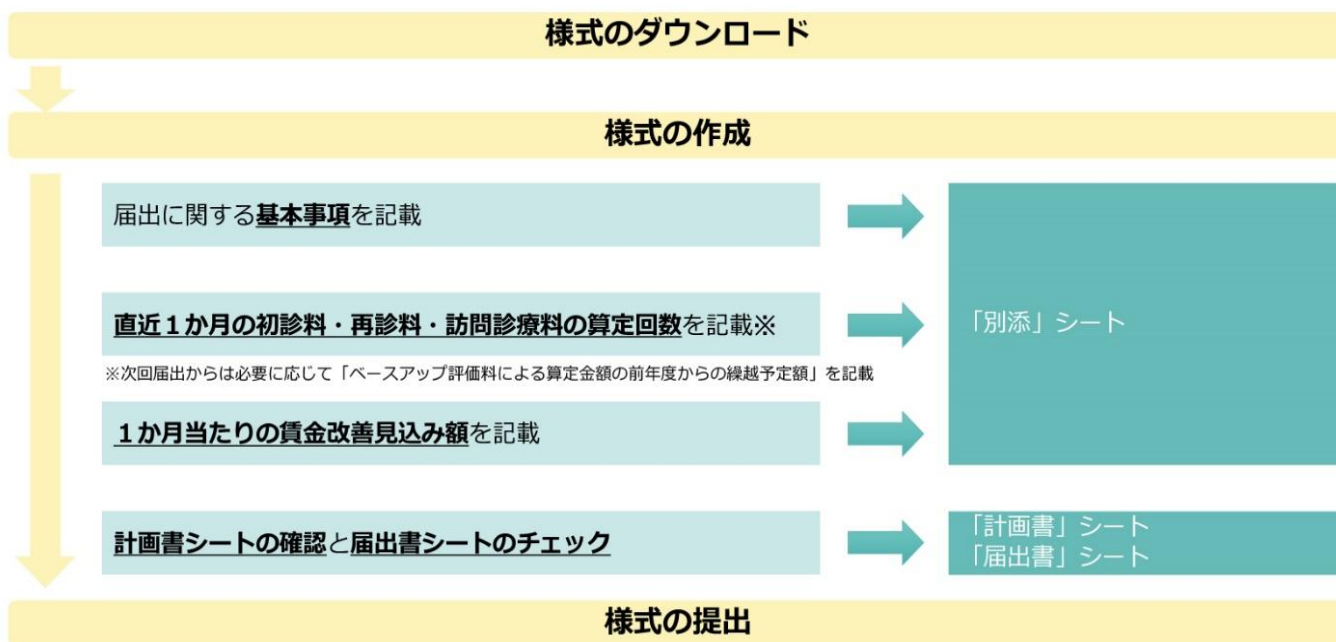
医療機関における具体的な実務対応

■ 制度活用のための届出

ベースアップ評価料を算定するためには、まず施設基準を満たしていることを確認し、管轄の地方厚生（支）局へ届出を行う必要があります。

届出は、原則として電子メールで行います。

◆届出プロセス



（出典）厚生労働省：「外来・在宅ベースアップ評価料（I）専用届出様式作成の手引き」（令和7年1月改定版）

◆届出のタイミングと賃金改善の開始時期

原則として、評価料を算定する月から賃金改善を実施する必要があります。ただし、令和6年度の対応として、4月や5月に遡って賃上げを実施した場合、その改善分も評価料収入を充当することが認められています。また、条例改正などやむを得ない事情がある場合は、年度内に遡及して支払うことで算定開始月からの改善とみなす経過措置も設けられています。

（出典）地方厚生（支）医療課：令和6年3月28日 疑義解釈の送付について（その14）問4

■ 賃金改善計画の策定と周知

届出と同時に、「賃金改善計画書」の作成・提出が義務付けられています。

これは、評価料収入を原資として、具体的に「どの職員に」「いつから」「どのように」賃金を引き上げるかを計画し、国に対してその実施を約束するものです。

ベースアップ評価料の活用事例

本稿では、ベースアップ評価料をより効果的・戦略的に活用するためのポイントを、先進的な取り組み事例を交えて紹介します。制度のルールを正しく理解し、自院の状況に合わせて柔軟に適用することが鍵となります。

■「手当」新設による柔軟な対応

給与規程や賃金テーブルの改定には、労使交渉や規程変更手続きなど、相応の時間と労力を要する場合があります。特に、迅速な対応が求められる中で、基本給そのものをすぐに変更するのが難しいケースも少なくありません。

◆活用事例：ベースアップ評価料手当の新設

多くの医療機関で採用されている有効な手法が、「ベースアップ評価料手当」といった新たな手当を設けることです。この方法は、以下のメリットがあります。

迅速性：給与規程の根本的な改定に比べ、手当の新設は比較的迅速に行うことができます。

明確性：評価料による賃金改善分を、既存の給与体系とは別に管理できるため、職員にとっても、どの部分が今回の処遇改善によるものかが明確になります。また、実績報告の際の計算も容易になります。

柔軟性：将来的な制度変更や、評価料収入の変動があった場合にも、手当額の調整で対応しやすくなります。

この手当は「決まって毎月支払われる手当」に該当するため、制度の要件を満たします。

これにより煩雑な手続きを回避しつつ、迅速かつ柔軟に賃金改善を実現できます。

■収入の繰り越しによる計画的な賃上げ

収入は患者数等により変動するため、計画通りに確保できるとは限りません。

賃上げ額を上回る収入が生じた場合は、翌年度の原資として繰り越すことが可能です。

◆活用事例：2年間を見据えた計画的配分

この繰越制度を活用することで、より計画的で持続可能な処遇改善が可能になります。例えば、以下のような配分パターンが考えられます。

パターン1（先行投資型）：令和6年度に評価料収入の全額、あるいはそれを上回る額（自主財源を含む）で大幅な賃上げを実施し、人材確保競争で優位に立つ。令和7年度は評価料収入でその水準を維持する。

パターン2（段階的引き上げ）：令和6年度は収入の一部で賃上げを行い、残りを繰り越す。令和7年度に、その年の収入と前年度からの繰越分を合わせて、さらに大きな幅で賃上げを実施する。これにより職員の期待感を維持しつつ、2年間での目標達成を確実にします。

4

医業経営情報レポート

人材獲得に向けた今後の展望と提言

これまでの分析を踏まえ、ここからはベースアップ評価料という制度を、医療機関が未来に向けてどのように位置づけ、活用していくべきかについて提言します。短期的な対応に終わらせず、持続的な成長に繋げることが重要です。

■ 人材確保・定着への戦略的活用

ベースアップ評価料への対応は、計画書の作成や実績報告など、一定の事務的な負担を伴います。しかし、これを単なる「義務」や「作業」と捉えるべきではありません。これは、国が診療報酬という形で提供した、人材獲得競争を勝ち抜くための「武器」です。

少子高齢化が加速し、生産年齢人口が減少していく中で、医療分野における人材獲得競争はますます激化します。他産業との賃金格差が広がれば、優秀な人材が医療界から流出するリスクは高まる一方です。

そのような中、本制度を最大限に活用し、職員の処遇を積極的に改善していく姿勢を内外に示すことは、採用活動における強力なアピールポイントとなります。

また、既存職員の満足度を高め、離職率を低下させることは、採用・教育コストの削減にも繋がり、経営の安定化に大きく貢献します。

◆ 提言①:積極的な情報発信

自院がベースアップ評価料を算定し、職員の処遇改善に真摯に取り組んでいることを、採用サイトや広報誌、地域住民向けの説明会などで積極的に発信すべきです。

これは、求職者に対する魅力付けだけでなく、患者様や地域社会からの信頼獲得にも繋がります。

「職員を大切にする医療機関」というブランドイメージは、長期的に見て何物にも代えがたい資産となります。

■ 持続可能な人事制度構築の契機

今回のベースアップ評価料は、2年間の特例的な措置です。この一時的な対応を、自院の給与体系や人事評価制度全体を見直す絶好の機会と捉えるべきです。

しかしながら、評価料による賃金改善を「ベースアップ評価料手当」のような形で一時的に上乗せするだけでは、持続的な制度とはいえません。むしろ、これを契機として、自院の理念やビジョンに基づき、「どのような人材に」「どのような貢献を求め」「それに対してどのように報いるのか」という人事制度の根幹を再設計することが望めます。

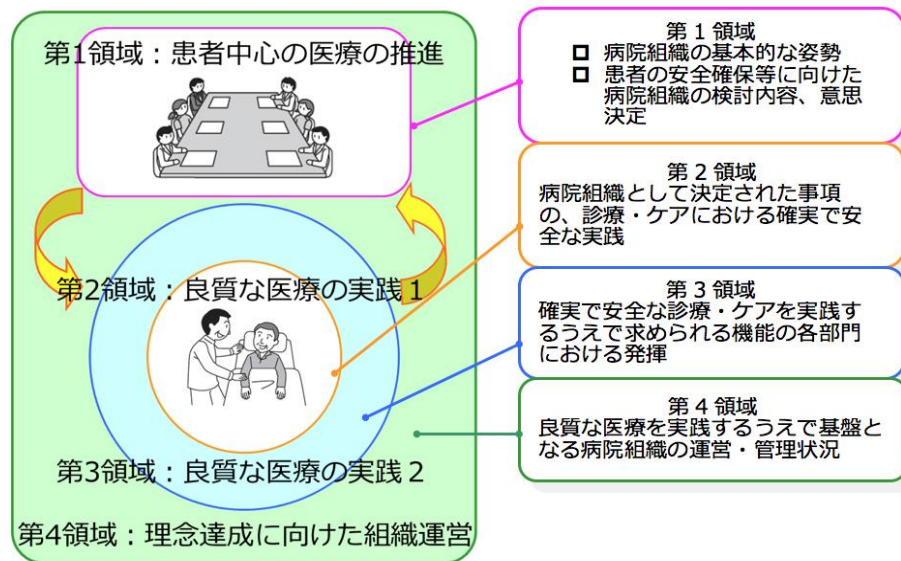
レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:病院機能評価の概要

病院機能評価の意義

病院機能評価の意義について教えてください。

病院機能評価は、国民が安全で安心な医療が受けられるよう、公益財団法人 日本医療機能評価機構が、4つの評価対象領域から構成される評価項目を用いて、病院組織全体の運営管理および提供される医療について評価します。



(1) 質改善活動を支援するツール

評価の結果、明らかになった課題に対し、病院が改善に取り組むことで、医療の質向上が図られます。職員の改善意欲が向上して多職種間の理解力も深まり、連携強化や教育効果も期待できます。

(2) 認定病院は、より良い病院作りをめざして成長し続ける病院

病院機能評価の審査の結果、一定水準を満たしていると認められた病院が、「認定病院」です。すなわち認定病院は、地域に根ざし、安心・安全、信頼と納得の得られる医療サービスを提供すべく、日頃努力している病院であると言えます。

(3) より良い病院に近づけるために

病院ごとでその目的は多少なりとも違いはあるでしょうが、病院をよくするために、そしてそれが患者のために、さらに地域の医療の貢献のためにと結びついていくことにおいては、共通の目的ということが言えるでしょう。

そのためには、病院の自助努力が最も重要ですが、第三者による評価によって、病院の位置付けや問題点を明らかにすることができ、更なる改善活動の推進や病院体制の一層の充実や医療の質を向上できます。

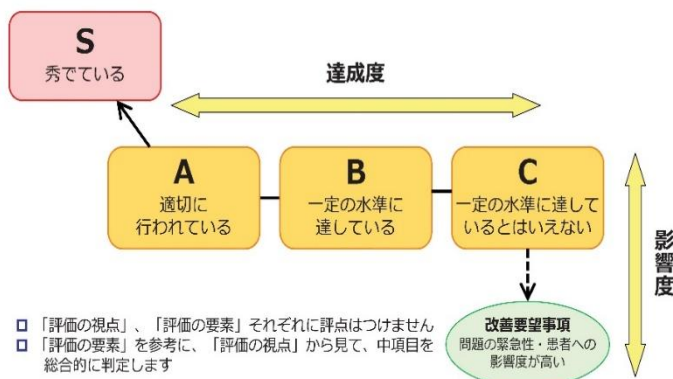
ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:病院機能評価の概要

評価の定義、評価調査者とは

評価の定義、評価調査者(サーベイヤー)、
認定／認定病院とは？

(1) 評価の定義

病院機能評価の評価は
S・A・B・C の 4 段階
となっており、各中項目
に対して評価します。



(2) 評価調査者(サーベイヤー)とは

病院機能評価は、5 つの専門領域（「診療」「看護」「事務」「薬剤」「療法士」）の知識を有する調査者（サーベイヤー）が、チームとなって実際に病院を訪問し、審査を行います。

適切な審査を行うために、病院管理経験等の一定の資格要件と研修を修了したサーベイヤーが、中立性及び公平性を保持して審査します。

■サーベイヤーに求められることとは

受審病院に建設的で適切な指摘をするために、サーベイヤーには以下の能力が求められます。

- ①コミュニケーション：受審病院と適切な言葉使いで対話する
- ②インタビュー：受審病院から審査に必要な情報を効率的に収集する
- ③チームワーク：サーベイヤーチームメンバーを尊重し、協調・連携する
- ④文章作成：担当病院について評価判定した結果の報告書を作成する

(3) 認定／認定病院とは

病院機能評価により、一定の水準を満たした病院は「認定病院」となります。

認定病院は地域に根差し、安全・安心、信頼と納得の得られる医療サービスを提供すべく、日常的に努力している病院といえます。認定病院には「認定証」、「認定シンボルマーク」、「認定病院ポスター」が発行されます。

(4) 国際認定

公益財団法人 日本医療機能評価機構の病院機能評価は、「国際医療の質学会 ISQ」が実施する第三者評価機関の評価項目や組織体制、評価者の養成課程等を評価する「国際評価 IAP」の組織運営と評価項目の認定を 2013 年に取得し、2023 年に更新しました。