

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.892 2025.10.28

医療情報ヘッドライン

**25年賃上げ実態調査の概況を公表
医療・福祉は全産業最低の5,589円**

▶厚生労働省

**かかりつけ医機能の評価をめぐる
支払側と診療側で意見が対立**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

週刊 医療情報

2025年10月24日号

**入院患者「13-25年に増加」
と推計、実際は減少**

経営TOPICS

統計調査資料

**医療施設動態調査
(令和7年7月末概数)**

経営情報レポート

**厚生労働省が検討会で協議
今後の歯科医療体制の方向性**

経営データベース

ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

**病院施設リニューアルに際してのポイント
中・長期計画(マスタープラン)の策定プロセス**

医療情報
ヘッドライン
①

25年賃上げ実態調査の概況を公表 医療・福祉は全産業最低の5,589円

厚生労働省

厚生労働省は 10 月 14 日に「令和 7（2025）年賃金引上げ等の実態に関する調査の概況」を公表。「医療、福祉」の 1 人平均賃金の改定額（改定後と改定前の差額。賃上げ額）は全産業の中で最低となる 5,589 円（前年 6,876 円）だった。

全産業が 1 万 3,601 円（前年 1 万 1,961 円）だったため、医療・福祉の賃上げ額は全産業平均の 4 割程度ということになる。

賃上げの改定率（改定額の改定前 1 人平均賃金に対する割合）は、全産業が 4.4%（前年 4.1%）だったのに対し、医療・福祉は 2.3%（前年 2.5%）と全産業で最低だった。

■全産業の賃上げ実施率は91.5%

物価が大幅に上昇し、深刻な人手不足が続く中、賃上げはあらゆる事業者にとって待ったなしの経営課題となっている。

今回の調査結果によれば、全産業で 1 人平均賃金を「引き上げた・引き上げる」と回答した事業者の割合は 91.5%に達した。

ただし、産業別に見ていくと、賃上げが進まない業界が明確に存在する。「引き上げた・引き上げる」と回答した事業者の割合が 90%未満なのは、「建設業」（89.6%）、「運輸業、郵便業」（85.7%）、「宿泊業、飲食サービス業」（78.4%）、「生活関連サービス業、娯楽業」（79.5%）、「教育、学習支援業」（87.4%）、そして「医療、福祉」（84.9%）だった。

「賃金の改定を実施しない」事業者の割合は、全産業で 2.4%。産業別に見ると、最も高かったのは「教育、学習支援業」で 8.0%。次いで「宿泊業、飲食サービス業」7.1%、「運輸業、郵便業」5.6%、「卸売業、小売

業」「生活関連サービス業、娯楽業」「医療、福祉」がいずれも 4.4%だった。

この結果から見ると、「医療、福祉」は賃上げ額こそ低いものの、「賃上げをしない」という選択をした事業者は相対的に多くないことがわかる。

業界団体が主張しているように、賃上げの原資が不足している現実が浮き彫りになったといえよう。

■「医療・福祉」の夏の賞与支給は94.2%

なお、定期昇給の実施状況をみると、全産業では「定昇制度あり」が 81.2%で、「自動昇給」が 27.5%、「その他（業績評価など）」が 72.4%だった。

産業別に見ると、「定昇制度あり」で最も低いのは「宿泊業、飲食サービス業」で 63.3%。次いで「建設業」67.6%、「運輸業、郵便業」68.7%、「サービス業（他に分類されないもの）」74.6%となっている。

「医療、福祉」は 84.2%だった。

「自動昇給」が最も低いのは「宿泊業、飲食サービス業」で 17.0%。次いで「建設業」17.2%、「サービス業（他に分類されないもの）」18.5%。「医療、福祉」は 31.7%で、上から 8 番目（15 産業のうち）だった。

夏の賞与の支給状況を見ると、「支給した又は支給する」は全産業だと 88.4%。「医療、福祉」は 94.2%で、産業別に見ると「鉱業、採石業、砂利採取業」100%、「電気・ガス・熱供給・水道業」94.6%に次ぐ 3 番目だった。

ただし、前年は「医療、福祉」は 100%だったため、賞与の支給を取りやめた事業者が少数ながら存在するということがわかる。

医療情報
ヘッドライン
②

かかりつけ医機能の評価をめぐる 支払側と診療側で意見が対立

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

10月17日の中央社会保険医療協議会総会で、厚生労働省が論点に挙げた「かかりつけ医機能に係る評価」をめぐる、支払側と診療側で意見が対立した。支払側は見直しを主張し、診療側からは制度の効果が現れているとして評価の継続と強化を求めている。

■機能強化加算の見直しが議論の焦点

「かかりつけ医機能に係る評価」は大きく以下の3つに分けられる。

- ①体制整備に対する評価
- ②診療行為に対する評価
- ③その他、連携や紹介等に対する評価

①に該当するのは、時間外対応加算、機能強化加算、在宅療養支援診療所・病院。②には地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料が該当し、③には連携強化診療情報提供料、紹介割合等における減算が該当する。このうち、今回、議論の俎上にのぼったのは、2018年度の診療報酬改定で新設された機能強化加算だ。厚労省が公表している資料によれば、機能強化加算は「専門医療機関への受診の要否の判断、一元的な服薬管理等を含めた、診療機能の評価する加算」。初診時に80点が加算される。

施設基準としては、「診療所または200床未満の病院」「適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること」が挙げられているうえ、「地域包括診療料、地域包括診療加算、小児科かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料」のいずれかの届出をなくてはならない。

2022年度の診療報酬改定で、さらに算定要件が厳格化。地域包括診療科加算2の算定

回数や往診した患者数などの実績要件が導入されたうえ、かかりつけ医機能を有する医療機関であることについて、患者へ周知・説明のための院内やホームページへの掲示が求められるようになっている。

■要件厳格化で届出数の伸びが鈍化

ちなみに、2023年の届出医療機関数は病院1,289、診療所13,518。厚労省の医療施設動態調査によれば、2024年6月時点の病院数は8,068、診療所数は10万5,346であるため、病院は全体の約15%、診療所は全体の約12%が届出をしているということになる。かかりつけ医機能を持つ医療機関が少ないということになるが、算定要件の厳しさが影響していることは否めない。

実際、7月16日の中央社会保険医療協議会総会では、「機能強化加算や地域包括診療料の届出数は横ばいであり、地域包括診療加算の伸びも鈍化している。

これは算定要件が厳しいことが一因と考えられるが、現在算定していない医療機関についても、かかりつけ医機能を発揮している医療機関は多く存在しており、このような医療機関を適切に評価し、かかりつけ医機能の普及を図ることが重要である。

その際には、かかりつけ医機能の評価するそれぞれの加算等がつくられた際の趣旨や評価の対象等を踏まえて議論すべきである」という意見があがっており、支払側の見直しの主張につながっている。

一方、さらなる要件の厳格化がなされれば算定できない医療機関も出てくることから、診療側が見直しに慎重なもうなずける。

どう落とし所をつけていくのか、今後の議論から目が離せない。

医療情報①
厚生労働省
検討会

入院患者「13－25年に増加」と推計、実際は減少

厚生労働省は15日、2013－25年の入院患者数の推計と実績を比較したデータを省内の検討会に示した。13年度のナショナルデータベース（NDB）のデータなどから国が行った現状投影モデルの推計では、入院患者数は25年まで増えるとされていたが、実際には減少した。

厚労省は、現在の地域医療構想に沿って都道府県が進めた病床機能の再編の取り組みや医療技術の高度化・低侵襲化、在院日数の減少のほか、受療行動の変化や人口構成の変化などが影響したとみている。

厚労省の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」はこの日、新たな地域医療構想に都道府県が盛り込む病床機能ごとの「必要病床数」の推計方法を議論し、同省は、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取り組みによる効率化の影響を必要病床数の算定に組み込む「改革モデル」での対応を提案した。それへの反対意見はなく、岡俊明構成員（日本病院会副会長）は、入院患者の減少が想定を上回ったら必要病床数を見直すよう求めた。

地域医療構想の必要病床数は、病床の機能分化・連携を地域ごとに進める上での指標となる。

都道府県は、高度急性期・急性期・包括期・慢性期ごとの40年の必要病床数を26年から28年ごろに推計し、新たな地域医療構想に盛り込む。

都道府県が現在の地域医療構想を作る際、国がNDBの13年度のデータなどを使って行った入院患者数の推計は、年齢階級ごとの医療需要と病床利用率がいずれも変わらないと仮定した「現状投影モデル」だった。全国の13年の入院患者数を100とすると、20年113.8、25年には121.6に増えるとしていた。

これに対し、「病院報告」での入院患者数の実績は13－19年にほぼ横ばいで推移し、新型コロナウイルスの感染が広がった20年は95.4、22年には92.4に落ち込んだ。その後は上昇に転じ、直近の24年は95.7だった。

今村知明構成員（奈良県立医科大教授）は、高齢化に伴い新規の入院患者が増えても在院日数の減少が一層進む可能性を指摘し、これから先の必要病床数を推計するのは「非常に難しくなる」と述べた。

●がん患者入院は減少、外来は増加

厚労省はこの日、がんの入院患者が13－23年に減少し、外来患者が増えているとするデータも示した。一般病床・療養病床でのがんの入院受療率は特に70歳以上での低下が目立つ。同省では、医療の高度化や在院日数の減少、在宅医療や外来医療の充実、介護への移行などが背景にあるとみている。

脳卒中など脳血管疾患の入院患者も 05 年をピークに年々減少していて、厚労省は、ADL の向上や在宅復帰のために集中的なリハビリテーションを受ける患者も減少が見込まれるとしている。回復期リハビリテーション病棟の入院患者の疾患構成は、01 年度には「脳疾患系」が全体の 70.8%、「整形外科系」は 15.1%だったが、20 年度は「脳疾患系」45.1%、「整形外科系」46.8%と逆転している。

医療情報②
厚生労働省
検討会

入院外や医師偏在是正含む ガイドラインの構成案示す

厚生労働省は 15 日、2040 年ごろを見据えた新たな地域医療構想の策定ガイドラインの構成案を省内の検討会に示した。

25 年を想定した現在の地域医療構想のガイドラインを踏襲しつつ、これまでの入院医療に加えて外来や在宅医療に関する取り組み、介護との連携、医師の偏在是正をはじめとする医療従事者の確保などについても盛り込む方針。85 歳以上の人口増や現役世代の減少に対応するための新たな地域医療構想では、国が 25 年度に構想の推進に向けた策定ガイドラインを作成し、都道府県はこれに沿った地域医療構想を策定する。

厚労省はこの日の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」の会合で、策定ガイドラインの構成を、以下の 4 章立てとする考えを示した。

▼経緯・背景

▼地域医療構想の策定

▼取組の推進について

▼地域医療構想と医療計画の関係等

2 章の「地域医療構想の策定」では、現行のガイドラインと同様に構想区域や入院医療に関して整理するほか、外来・在宅医療の提供体制や医療・介護連携、医師や看護師も含めた医療従事者の確保について考え方や進め方などを示す。4 章の「地域医療構想と医療計画の関係等」では、地域医療構想調整会議の位置付けやそのほかの会議との関係性なども整理する。

地域医療構想調整会議について厚労省は、構想区域ごとに確保すべき医療機関機能や不足する外来・在宅医療の提供のための方策など具体的な検討事項とともに、医師会や病院団体といった想定される主な参加者についても例示した。

厚労省は、入院医療を例に今後の具体的なスケジュールについても案を示した。25-26 年度に構想区域の見直しを行い、検討会での議論の取りまとめ後、26 年度以降に必要病床数を算出。機能分化や連携について議論を深め、28 年度から構想の取り組みを進めるとした。

これに対し岡俊明構成員（日本病院会副会長）は、人口の少ないところでは構想区域の統合が想定されることに言及。医師の偏在是正対策を検討するための医師偏在指標は見直し後の構想区域で算出する必要があるとして、構想区域に関する議論を早めに進めるよう求めた。

週刊医療情報（2025年10月24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。

医療施設動態調査 (令和7年7月末概数)

厚生労働省 2025年9月30日公表

病院の施設数は前月に比べ 4施設の減少、病床数は 83床の減少。
一般診療所の施設数は 57施設の増加、病床数は 299床の減少。
歯科診療所の施設数は 67施設の減少、病床数は 増減なし。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和7年 7月	令和7年 6月			令和7年 7月	令和7年 6月	
総数	179 135	179 149	△ 14	総数	1 527 020	1 527 402	△ 382
病院	8 007	8 011	△ 4	病院	1 458 173	1 458 256	△ 83
精神科病院	1 052	1 052	-	精神病床	313 705	313 806	△ 101
一般病院	6 955	6 959	△ 4	感染症 病床	1 949	1 949	-
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 299	3 304	△ 5	結核病床	3 404	3 432	△ 28
地域医療 支援病院 (再掲)	708	707	1	療養病床	266 107	266 228	△ 121
				一般病床	873 008	872 841	167
一般診療所	105 456	105 399	57	一般診療所	68 787	69 086	△ 299
有床	5 201	5 213	△ 12				
療養病床を有 する一般診療 所(再掲)	383	385	△ 2	療養病床 (再掲)	3 602	3 631	△ 29
無床	100 255	100 186	69				
歯科診療所	65 672	65 739	△ 67	歯科診療所	60	60	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

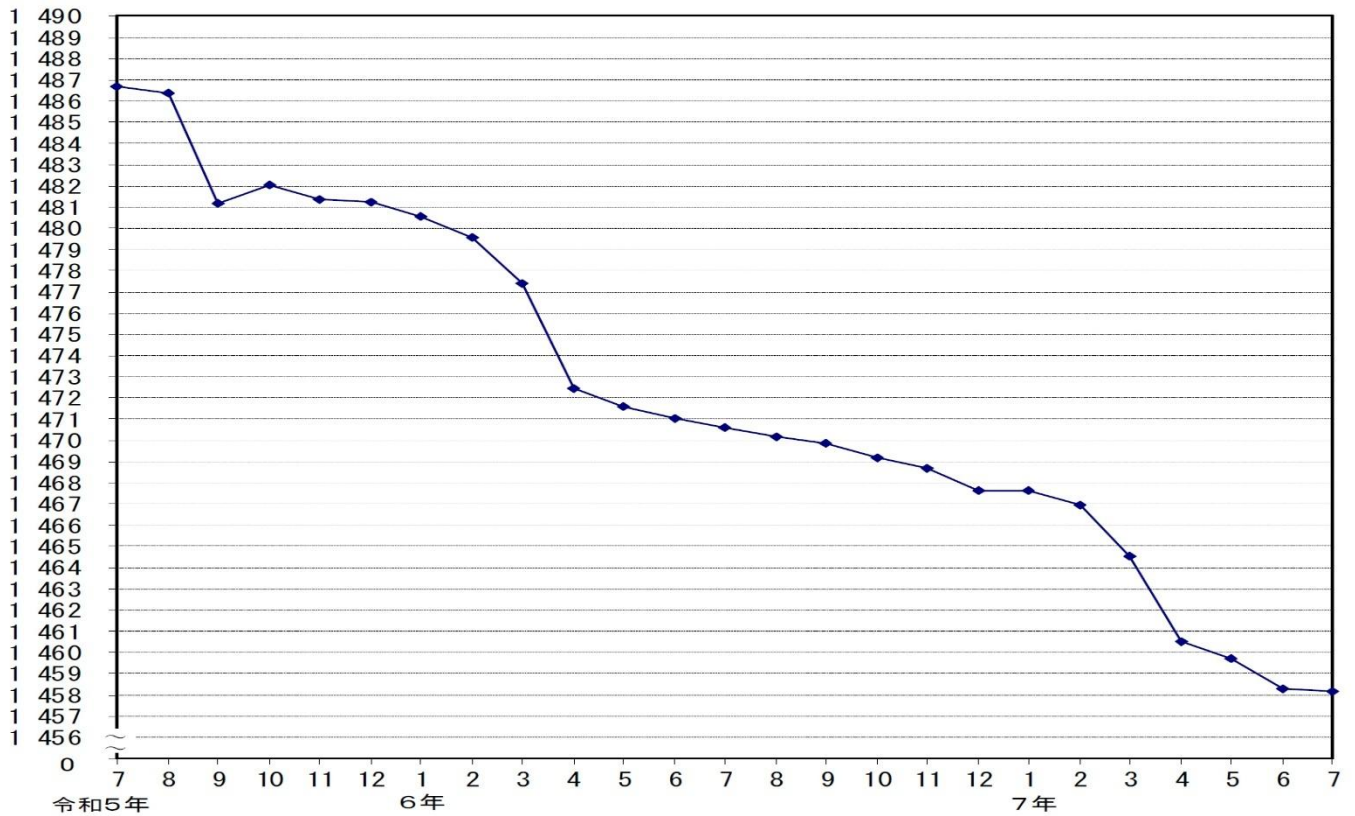
令和7年7月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 007	1 458 173	105 456	68 787	65 672
国 厚生労働省	14	3 649	19	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	51 345	-	-	-
国立大学法人	47	32 505	146	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 432	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	6	2 914	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	14 953	3	-	-
その他	21	4 495	379	2 162	4
都道府県	180	43 573	217	163	8
市町村	581	114 940	2 869	1 851	234
地方独立行政法人	139	53 564	35	17	-
日赤	90	33 332	201	19	-
済生会	83	21 768	58	10	1
北海道社会事業協会	7	1 446	-	-	-
厚生連	95	28 722	65	25	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	6	1 367	252	-	1
共済組合及びその連合会	40	13 183	130	-	3
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	177	43 097	441	117	81
医療法人	5 590	822 441	48 277	54 794	17 348
私立学校法人	112	55 373	198	38	14
社会福祉法人	202	33 436	10 538	351	40
医療生協	78	12 917	286	141	50
会社	23	7 185	1 419	7	13
その他の法人	204	42 463	1 614	350	231
個人	82	7 753	38 295	8 742	47 644

参 考

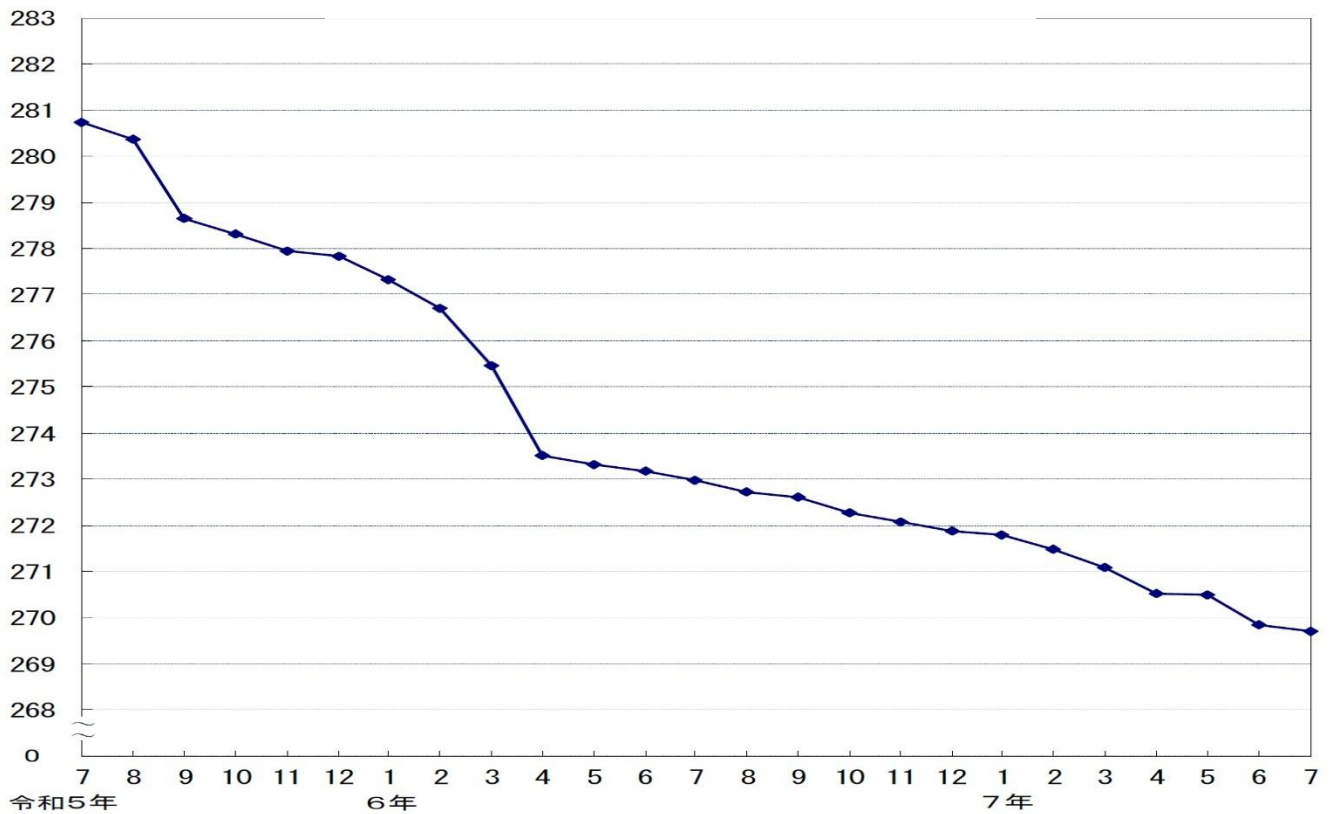
病床（千床）

病院病床数



病床（千床）

病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査（令和7年7月末概数）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



歯科医院

厚生労働省が検討会で協議

今後の歯科医療 体制の方向性

1. 厚労省が目指す歯科医療提供体制の方向性
2. かかりつけ歯科医の役割
3. 障害者歯科医療について
4. 歯科衛生士の定着と確保への取組み



■参考資料

厚生労働省：中医協審議会 令和7年9月10日会議資料、令和5年12月15日会議資料
歯科衛生士に対する復職支援・離職防止等推進事業 資料

1

医業経営情報レポート

厚労省が目指す歯科医療提供体制の方向性

厚生労働省では、毎年医療機関や患者、医療従事者の動向を調査し、歯科医療提供体制の今後については、中央社会保険医療協議会において協議しています。

その協議の上で、今年の6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2025」における歯科関連については、歯科医療機関・医歯薬連携などの多職種連携、歯科衛生士・歯科技工士の人材確保、歯科医師の不足する地域への適切な配置の検討や歯科保健医療提供体制構築の推進・強化に取り組むといった内容が含まれています。

したがって、今後はこのような厚生労働省が目指す歯科医療提供体制の方向性を知ることが、歯科医療経営において極めて重要なポイントとなります。

■ 歯科医療提供体制等に関する検討の内容

令和6年5月に中央社会保険医療協議会で検討された事項が、「かかりつけ歯科医の役割」「歯科医療機関の機能分化と連携」「病院歯科等の役割」「地域包括ケアシステムにおける医科歯科連携・多職種連携」「障害児・者等への歯科医療提供体制」「歯科専門職種の人材確保・育成等」「都道府県等行政における歯科医療提供体制の検討の進め方について」です。

■ 歯科医療提供体制等に関する検討項目

（１）かかりつけ歯科医の役割

- 住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、切れ目のない提供体制の確保、他職種との連携の確保
- 訪問歯科診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や認知症の有無、多剤服用に係る状況等への理解、ライフステージに応じた歯科疾患の予防や口腔の管理への対応
- かかりつけ歯科医を持つことができる歯科医療提供体制の構築や、かかりつけ歯科医を持つ意義についての普及啓発等の推進
- 新興感染症発生・拡大時における歯科医療提供体制の整備

（２）歯科医療機関の機能分化と連携

- 各歯科医療機関の機能の把握・見える化の推進
- 国民・患者からの多様化するニーズへの対応や高い専門性を有することが求められるため、診療連携・病診連携の推進により、地域においてカバーできる体制づくりの必要性
- ICTの活用等の推進
- 歯科医療資源に応じた機能分化や連携の在り方等、地域特性に応じた歯科医療提供体制の構築の検討

（３）病院歯科等の役割

- それぞれの地域における役割の明確化
- 歯科医療従事者の配置状況や機能等の把握・分析
- 果たす役割を認識し、歯科診療所等との連携の推進
- 医科歯科連携の推進（入院患者等に対する口腔の管理等）
- 歯科医療資源の再構成による機能分化や連携体制の構築等、既存の歯科診療所や有床診療所等の効果的な活用について併せて検討することの重要性

（４）地域包括ケアシステムにおける医科歯科連携・多職種連携

- 他職種の口腔の管理への関心を高めるため、他職種からの歯科医療に対するニーズを把握し、相互理解を深めることの重要性
- 対応が可能な歯科医療機関の機能を含めた歯科医療資源の見える化
- 他職種等に対し、口腔に関する理解を深めてもらうため、学部・専門分野の教育の段階から、口腔の管理の重要性等を学ぶ機会の充実
- 人生の最終段階における口腔の管理に対する歯科専門職が関与することの重要性

（５）障害児・者等への歯科医療提供体制

- 障害の内容や重度別の分析に加え、対応が可能な歯科医療機関の機能の見える化
- いわゆる口腔保健センターや規模・特性の多様化を踏まえた歯科診療所に求められる役割の整理
- ハード（設備整備等）及びソフト（人材育成、多職種連携等）の両面での取組の充実
- 医療的ケア児を含め障害児・者等が、地域の歯科医療ネットワーク等、地域で支えられ歯科医療を受けることができる歯科医療提供体制の構築

（６）歯科専門職種の人材確保・育成等

- 歯科専門職が健康に働き続けることのできる環境を整備することの重要性
- 学部教育から臨床研修、生涯研修におけるシームレスな歯科医師育成
- 円滑な多職種連携の推進のため、学部教育の段階から他職種の役割等を継続的に学び、交流を行いながら理解を促進
- 歯科衛生士及び歯科技工士の確保（人材確保、職場環境の整備等）
- 行政、教育機関、関係団体や関係学会等が特性を活かし合い、連携しながら、知識や技術をスキルアップするための取組の実施

（７）都道府県等行政における歯科医療提供体制の検討の進め方について

- 地域ごとの歯科医療資源や住民ニーズの把握・見える化、PDCAサイクルに基づく取組の推進、計画的な評価の実施
- 歯科医療提供体制の目指す姿を設定し、バックキャストで考えることの重要性
- 地域の関係団体等と連携し、目指す姿や目標等の共通認識を深めながら取り組むことの重要性

2

医業経営情報レポート

かかりつけ歯科医の役割

厚生労働省では、かかりつけ歯科医を「地域住民の生涯にわたる口腔機能の維持・向上を目指し、地域医療の一翼を担うとともにその責任を果たすことができ、安全・安心な歯科医療の提供のみならず、医療・介護にかかり幅広い知識と見識を備えている歯科医師」と定義しています。

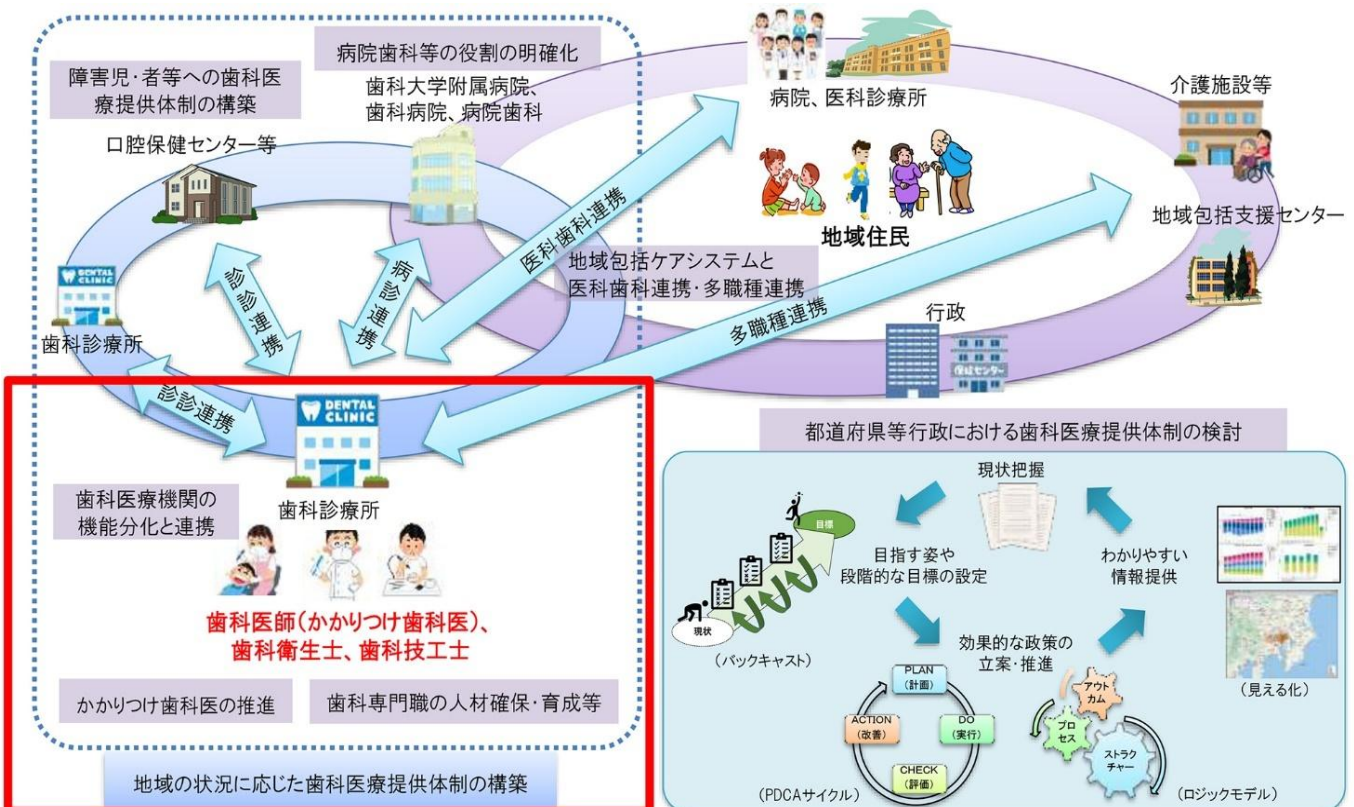
また、今後の医療提供体制において、病院や他の科目（医科）の診療所、行政や官庁、介護施設等との機能分化と連携を行う役割を、かかりつけ医・かかりつけ歯科医に求めていくとしています。

■ 目指す歯科医療提供体制の方向性

少子高齢化による人口構成の変化や歯科疾患の罹患状況の変化、医療や介護等における歯科保健医療に対するニーズの多様化などにより、歯科保健医療を取り巻く状況が大きく変化しています。

その状況に対応するため、かかりつけ歯科医の普及により歯科医療の質の向上を図るとともに、地域の状況に応じた歯科医療提供体制を構築することが重要とされています。

■ 歯科医療提供体制



3

医業経営情報レポート

障害者歯科医療について

厚生労働省によると、訪問診療を行っている歯科診療所は、居宅対応が約 16.5%、施設対応が約 14%程度となっています。また、障害児・者向けに歯科診療を行っているのは、地方自治体等で運営されている「口腔保健センター」が主であり、民間の歯科診療所で行っているケースは非常に少ないというのが現状です。

しかしながら、障害児・者への診療を行っている歯科診療所もわずかながら増加してきており、診療報酬上でも、改定の度に様々な点で見直しが行われてきています。

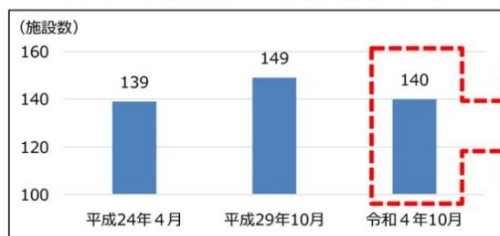
■ 障害者歯科治療を行うのに必要な設備状況

障害児・者に対して歯科治療や口腔内の管理を行うためには、障害者用ユニット等の特別な設備の導入が必要となります。

地方自治体等により運営されている口腔保健センターでは、障害者用ユニット、全身麻酔設備、嚥下造影検査用機器、ポータブルレントゲンやポータブルユニットなどを設置しています。

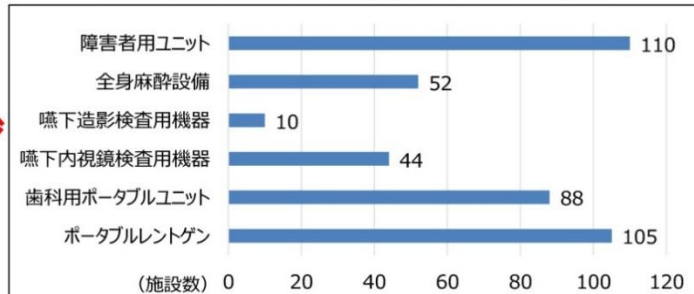
■ 口腔保健センター数と障害者歯科治療用の設備の設置状況

＜障害者歯科治療を行っている口腔保健センター数＞



注：日本歯科医師会が全国調査にあたって各都道府県歯科医師会等を通じて調査・集計した数

＜障害者歯科治療を行っている口腔保健センターの主な設備状況＞



出典：口腔（歯科）保健センター等業務内容報告書（日本歯科医師会調べ）



出典：障害者歯科学会から写真提供



出典：あぜりあ歯科診療所（豊島区口腔保健センター）HP



厚生労働省：中医協審議会 令和7年9月10日会議資料 より

■ 障害児・者の歯科診療の課題

障害児・者は、その程度や内容によって、一般に口腔内の衛生状態を困難にする様々な要因を持っており、歯科疾患の重症化及び再発リスクに対して口腔内の管理に配慮すべき点も多く、様々な対応が必要とされます。

4

医業経営情報レポート

歯科衛生士の定着と確保への取組み

多くの歯科診療所では、歯科衛生士の採用で苦心しています。

もともと女性の多い職種であり、結婚、出産による退職や、診療時間による土日・夜間といった勤務体系が、採用してもなかなか定着しない主な理由と考えられます。

勤務体系の柔軟化や処遇改善等、各歯科診療所での対策も必要ですが、厚生労働省でも診療報酬での歯科衛生士の口腔機能の実地指導料の増額等により、人件費面での雇用条件の改善をサポートしていることから、あきらめる前に改めて総合的に雇用条件を見直すことも必要です。

■ 歯科衛生士の勤務実態

令和6年の歯科衛生士の登録者数は 321,241 人となっていますが、実際に就業している歯科衛生士数は 149,579 人で、就業割合は 46.6%にとどまっています。

また、常勤の歯科衛生士の人数別に歯科診療所数を見ると、「0人」の診療所数が最も多く、実に 39.2%に達しています。

■ 歯科衛生士免許の登録数、就業歯科衛生士の年次推移



(出典：衛生行政報告例、歯科医療振興財団調べ)

厚生労働省：中医協審議会 令和7年9月10日会議資料 より

■ 再就職の実情とその対策

(1) 歯科衛生士の再就職の現状

歯科衛生士向けに行った厚生労働省のアンケートでは、現在働いていない歯科衛生士のうち、40歳代では50%以上が再就職をしたいと考えています。その際に何が障害となるかの回答として、40歳代後半以降では「自分のスキル」が最も多くなっています。

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:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

病院施設リニューアルに際してのポイント

病院施設のリニューアルに際して、ポイントとなるのはどのようなことですか？

病院の経営体質改善を目指し、病院理念・基本方針にのっとった具体的な行動計画として事業計画を策定する際には、ハード面の変革への取り組みには病院施設のリニューアルを掲げる医療機関も多いことと思われます。

自院の機能の見直しには、改革の基盤となる「基本方針」を明確にすることが必要です。

施設の増改築・改修に際してのポイントは次のとおりです。

(1) 病院・病床機能の強化

①200床以上

入院医療機能を重視した差別化戦略
(地域医療支援病院を目指した機能向上、療養環境の整備、時間外・救急体制の整備等)

②200床未満

外来診療を強化し、これを重視した施設改修
(アメニティ向上、情報共有システム、地域連携等)

(2) 診療機能の強化

自院の患者属性分析に基づく診療科目の整理・再編

(3) 複合体制の整備

専門特化すべき部分を見極め、経営基盤の強化、保健・医療・福祉の相互連携
＝ 複合体制の構築

(4) コスト管理体制の整備

特化した自院の診療機能に合致する施設・人員配置体制構築、医療機能・診療科目に適応した適正費用の設定

ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

中・長期計画(マスタープラン)の策定プロセス

中・長期計画(マスタープラン)の策定プロセスについて教えてください。

病院理念・基本方針に基づいた中・長期計画（マスタープラン）策定の前提として、病院の①**外部環境分析**（行政施策・動向、社会環境、医療・福祉界概況、競合機関等）、②**内部環境分析**（組織体質、機能、行動力、求心力、リーダーシップ、将来性等）、③**内外環境変化の方向性把握**、のそれぞれを踏まえて、自院の理念・基本方針を達成しうる事業計画を立案するためのシステムづくりがあります。医療を取り巻く環境の大幅な変化によって、個人が担うことが困難となってきたため、大別すると次のような二通りの方法を採用する傾向にあります。

（１）部門横断的プロジェクト・チームの活用

医局（医師）、看護・技術・医事課等部門別に代表者を選定し、６ヶ月～１年程度の期間を定め、各部門の提案を集約した上で将来戦略に反映させる方法で、部門を横断した参加意識の醸成は一時的なモラル向上に効果的です。

しかし、全部を実施する困難性、最終的な意思決定権限の欠如がデメリットといえます。

（２）専門部門の設置

院内の企画部にマスタープラン起案の責任者を選任し、情報収集や具体的手法の研修を実施したうえで、起案から実施後のフォローにも関与させる方法で、次の点に留意が必要です。

①必要なスキルを備えた責任者の選定

収集した情報の分析やプレゼンテーション能力を備えた現場の事情・感覚に通じた者が適任。

②プレゼンテーションの受け入れ体制の構築

責任者には、最終的な意思決定をなす機関（理事会等）との関係作りのため、経営会議等に出席させる。

③専従の責任者

経営計画策定期間は、本来の業務と兼務させず、専従とする。

④各部門管理者との協議権限付与

起案から実施に至るまで各部門との意見調整が可能となるよう、管理職と常時協議が可能な権限を付与しておくことが望ましい。

⑤計画案の審議・決定権限は理事会等機関とする

経営者の専決とならないよう、経営計画に関する審議・決定は意思決定機関が行う旨を定める。