

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.850 2024.12.17

医療情報ヘッドライン

**一般社団法人の医療機関設立を厳格化
近年は美容クリニックの開設が増加**

▶厚生労働省 社会保障審議会医療部会

**高額療養費の自己負担額引き上げを
5%から15%の5パターンで試算**

▶厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

週刊 医療情報

2024年12月13日号

**新たな地域医療構想、
取りまとめ案を大筋了承**

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7月号)**

経営情報レポート

**医療費の動向と満足度調査結果から考える
患者満足度向上のポイント**

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
**職員教育・研修の充実
病院における医療安全管理体制**

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

一般社団法人の医療機関設立を厳格化 近年は美容クリニックの開設が増加

厚生労働省 社会保障審議会医療部会

厚生労働省は 11 月 28 日の社会保障審議会医療部会で、一般社団法人が医療機関を開設する際に「非営利性」の確認を厳格化する方針を示した。

医療法人設立時と同程度の厳格さを求める意向だ。

医療法において、医療機関の開設者は営利を目的としてはならないとされているが、近年は美容クリニックの開設が増加傾向にあり、「利益優先で医療の安全や質が十分に確保されていない」という指摘もある。

■一社が設立した医科診療所は4年でほぼ倍増

医療法人は、医師もしくは歯科医師でなければ理事長にはなれない。

設立には認可が必要で、申請も年2～3回の受付期間のみ。業務も、本来業務である医業に加え、限定列挙された附帯業務のみが実施できる。

それに対して一般社団法人は、監督官庁がないため認可が不要で、登記申請のみでいつでも設立できる。医療法人の附帯業務の範囲外の福祉や研究といった事業を行うことも可能だ。

そうした手軽さから、一般社団法人による医療機関の設立は急増している。

厚労省が都道府県衛生主管部局を対象に実施した調査によれば、2023 年時点で医科診療所は 780 施設（2019 年と比べて 396 施設増）、歯科診療所は 151 施設（42 施設増）。病院は 82 施設（6 施設増）。

「経営破綻した医療法人の事業承継」や「医師会や歯科医師会が開設する場合」もあるという。

問題は、医療機関が設立しやすくなっている一方で、医療施設に求められる「非営利性」に疑義が生じていることだ。

それを確認しようにも、一般社団法人が医療機関を設立した場合は、定款や役員、資産などについて行政の監督機能が及ばないため、実態把握が困難。そこで、事業報告書など「非営利性」をより厳格に確認できる各種事項の届出を求めようというわけである。

ちなみに、12月10日に医療脱毛クリニック「アリシアクリニック」が破産し、過去最大規模の消費者被害となったことが大きなニュースになった。

そして運営元である医療法人社団美実会とともに、関連会社「じぶんクリニック」を運営していた一般社団法人八桜会も、東京地裁から破産開始決定を受けている。

■認定医療法人制度を3年延長

なお、厚労省はこの日の会合で認定医療法人制度を3年延長する方針も示した。

2006 年の医療法改正によって、医療法人設立時に出資者が出資持分を持つ「持分あり医療法人」の新規設立ができなくなり、2014 年の認定医療法人制度によって「持分あり医療法人」から「持分なし医療法人」に移行する場合、相続税や贈与税など税制上の優遇措置が受けられることになっている。

当初は 2026 年 12 月 31 日までの措置だったが、2023 年度末時点で約 5.9 万の医療法人のうち、持分ありが 62%の約 3.6 万法人と未だに多く存在することから、2029 年 12 月 31 日まで延長してさらに移行を促進する。

高額療養費の自己負担額引き上げを 5%から15%の5パターンで試算

厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

厚生労働省は 12 月 5 日の社会保障審議会医療保険部会で、高額療養費の自己負担限度額の見直しについて、5%から 15%の5パターンで試算した結果を公表。最も引き上げ幅の大きな 15%の場合、保険料は 4,300 億円、給付費は 6,200 億円の削減が見込めることがわかった。

加入者 1 人あたりの年間の保険料は 1,200 円から 5,600 円軽減される見通しだ。

■10%引き上げで保険料3,500億円、 給付費5,000億円削減

高額療養費制度とは、医療費の家計負担が重くならないように、医療機関や薬局の窓口で支払った額が 1 カ月で上限額を超えた場合、超えた金額を支給する制度だ（入院時の食費負担や差額ベッド代は含まれない）。

上限額は年齢や所得に応じて定められている。70 歳未満で年収約 370 万円～約 770 万円の場合、医療費の自己負担割合は 3 割なので、医療費が 100 万円の場合窓口負担は 30 万円。高額療養費の自己負担限度額は 8 万 7,430 円だ。医療費が 200 万円の場合、窓口負担は 60 万円で、高額療養費の自己負担限度額は 9 万 7,430 円。医療費が 300 万円の場合、窓口負担は 90 万円で、高額療養費の自己負担限度額は 10 万 7,430 円となる。

ちなみに前回、自己負担限度額が見直された 2015 年度と比べて、2023 年度は世帯収入が 15.9%、平均給与が 9.5%、消費者物価指数は 7.5%増加している。

2023 年 12 月に閣議決定された「全世代型社会保障法地区を目指す改革の道筋（改革工程）」では、「賃金等の動向との整合性等の観点から、必要な見直しの検討を行う」と

明記。11 月 15 日に開催した全世代型社会保障構築会議では、複数の委員から、年齢ではなく負担能力に応じた負担という全世代型社会保障の理念や、保険料負担の軽減等といった観点から見直しを早急に求める意見があがっていた。そこで、きめ細かい制度設計を行うため、住民性非課税区分を除く各所得区分の細分化を行ったうえで、自己負担限度額を「機械的に一律の率で引き上げた場合の保険料等への影響」を分析した。

試算の 5 パターンは 5%、7.5%、10%、12.5%、15%。最大の 15%については前述のとおり。5%の場合、保険料 2,600 億円、給付費 3,600 億円の削減につながる見通し。

7.5%の場合保険料 3,100 億円削減、給付費 4,300 億円削減。10%の場合保険料 3,500 億円削減、給付費 5,000 億円削減。

12.5%の場合保険料 3,900 億円削減、給付費 5,600 億円削減となった。

■家計所得と医療支出等の把握データがない

なお 11 月 28 日に開催された前回の医療保険部会では、高額医療費の自己負担額および自己負担額の上限が家計にどう影響しているかがわからないという指摘が委員からあった。

とりわけ自己負担額上限は所得で変わることもあり、「正確な家計の所得や医療支出、世帯員の客観的な健康状態を全て把握できるデータはまだ日本にはない」のが現実だ。

そこで、分析可能なデータを研究者が使えるようにし、「医療保険によってどのようにリスクから守られているか、守られていないとしたらどういう人たちに対して、どういう状況で起きているのかということを確認する」ことが重要だという話になっている。

医療情報①
 厚生労働省
 検討会

新たな地域医療構想、 取りまとめ案を大筋了承

厚生労働省は6日、新たな地域医療構想の運用を2027年度から順次始める内容の取りまとめ案を省内の検討会に示し、大筋で了承された。

従来の病床機能に加え、「急性期拠点機能」など医療機関機能の毎年の報告を新たに求め、それに着目した連携・再編・集約化の協議を地域で28年度までに進める。

厚労省の取りまとめ案では、新たな地域医療構想を医療計画の上位概念と位置付け、医療計画を地域医療構想の実行計画と整理した。新たな地域医療構想は都道府県が26年度に作り、27年度から順次運用を始める。そのため、現在の地域医療構想は26年度も継続する。それに向けて、国は新たな地域医療構想の策定・推進のガイドラインを25年度に策定する。

都道府県は、医療機関から報告されたデータなどを踏まえ、「かかりつけ医機能」や在宅・介護連携・人材確保などを含む医療提供体制全体の方向性を26年度に打ち出す。また、病床機能の区分ごとに必要病床数の推計も行う。

都道府県への報告を新たに求める医療機関機能は、地域ごとに整備する以下の4つ（いずれも名称は案）と、広域の観点で整備する「医育および広域診療機能」。

厚労省は、医療機関が地域ごとの4つの機能を複数報告することもあり得るとしている。医療法改正を含めて整備し、できるだけ早期の報告開始を目指す。

▼高齢者救急・地域急性期機能

▼在宅医療等連携機能

▼急性期拠点機能

▼専門等機能

「高齢者救急・地域急性期機能」は、高齢者らの救急搬送を受け入れ、リハビリテーション・退院調整などを入院早期から行い、早期の退院につなげる。また地域の施設などと連携し、通所や訪問などでの退院後のリハビリを確保する。厚労省は当初、「高齢者救急等機能」を提案したが、分かりにくさを指摘する意見が相次ぎ、修正した。ただ、“4プラス1”の枠組みは維持した。

「急性期拠点機能」の報告には、医療の地域シェアなどの「一定の水準」を設定し、手術や救急など医療資源を多く使う症例は集約する。都道府県は、患者のアクセスや構想区域の規模に配慮して、どの程度の数を確認するか構想区域ごとに設定する。「高齢者救急・地域急性期機能」や「在宅医療等連携機能」を報告する医療機関の「一定の幅」も地域の実情に応じて設定し、報告が実態に合わない場合は都道府県が医療機関に報告の見直しを求められるようにする。医療機関機能に着目した連携・再編・集約化の協議は地域ごとに28年度までに進める。一定の水準などの詳しい設定方法は法改正後に議論し、ガイドラインに盛り込む。

医療情報②
 規制改革
 推進会議

特定オンライン診療受診施設 「設置要件は最低限に」

規制改革推進会議の「健康・医療・介護ワーキング・グループ」が4日開かれ、厚生労働省は医療法で規定する予定の「特定オンライン診療受診施設」の設置要件について必要最低限にする方針を示した。ワーキング・グループからの要望への対応で、具体的な要件などは今後詰める。ワーキング・グループはこの日、オンライン診療の円滑化の議論を始めた。

厚労省や自治体の担当者のほか医療関係者も出席し、厚労省の担当者が特定オンライン診療受診施設などについて説明した。それによると、オンライン診療のために開設された医師が常駐しない診療所や、オンライン診療が行われている通所介護事業所、公民館などを特定オンライン診療受診施設とし、設置者に都道府県への届け出を義務付ける。

また、特定オンライン診療受診施設の設置者には、施設の運営者の配置や患者が急変した際に対面診療を行う医療機関との連携も求める。特定オンライン診療受診施設の患者にオンライン診療を行う医療機関には、施設がオンライン診療の基準に適合しているかの確認を求める。

一方、施設側には医療機関からの確認に答えることを義務付ける方針。

意見交換では、佐々木淳専門委員（悠翔会理事長・診療部長）や大石佳能子専門委員（メディア代表取締役社長）が特定オンライン診療受診施設の設置要件について「特段の要件を設定する必要はない」と指摘。特に医療従事者であることの要件は設けるべきではないと主張した。自治体の関係者も、診療面積の基準などを要件に設けないなどを求めた。これに対して厚労省の担当者は、「設置要件などについては必要最低限のものにする」と応じた。

WGでは、年内に取りまとめる中間答申に向けて引き続き議論する。

医療情報③
 厚生労働省
 公表

「市場実勢価格」の 薬価乖離率は過去最小の5.2%

現在の公定薬価と実際に取り引きされている「市場実勢価格」の平均乖離率は9月現在で約5.2%と過去31年で最小だったことを、厚生労働省が4日公表した。2023年度と比べて0.8ポイント縮小。診療報酬改定がない25年度の薬価改定の実施が正式に決まれば、今回の乖離率を踏まえて薬価の引き下げ幅が決まる。24年度の薬価調査の速報値によると、投与形態別の乖離率は、外用薬6.8%、内用薬6.4%、注射薬3.5%など。薬効群ごとの内訳は、内用薬では「消化性潰瘍用剤」9.2%、「精神神経用剤」8.4%、「糖尿病用剤」6.9%などだった。

また、外用薬では「眼科用剤」8.2%、「鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤」7.8%、「その他呼吸器用薬」6.7%。一方、後発医薬品の数量シェアは85.0%で23年度から4.8ポイント上昇。金額シェアは62.1%と5.4ポイント上昇した。（以降、続く）

週刊医療情報（2024年12月13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7月号）

厚生労働省 2024年11月29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					75歳以上			
			被用者保険	本人	家族	国民健康保険		（再掲）未就学者		
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	
	4～7月	15.6	8.7	5.1	2.9	1.9	3.5	0.5	6.2	0.8
	5月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	6月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	7月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
令和6年度4～7月	15.9	8.7	5.2	3.0	1.9	3.5	0.4	6.5	0.8	
	5月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	6月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
	7月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	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。

●医療費の伸び率(対前年同期比)

（単位：％）

	総計	医療保険適用							公費	
		75歳未満					75歳以上			
			被用者保険	本人	家族	国民健康保険		（再掲）未就学者		
令和2年度	▲3.1	▲3.7	▲3.6	▲0.8	▲9.0	▲3.8	▲19.1	▲2.4	▲1.1	
令和3年度	4.6	6.4	8.5	8.1	8.8	3.7	18.4	2.7	1.1	
令和4年度	4.0	3.2	6.4	6.6	6.9	▲1.0	6.5	5.3	2.3	
令和5年度4～3月	2.9	1.7	4.2	5.2	3.4	▲2.0	2.2	4.5	3.6	
	4～7月	3.7	2.5	5.5	6.0	5.4	▲1.6	14.8	5.4	4.3
	5月	5.0	4.1	7.4	7.7	7.7	▲0.3	19.8	6.3	3.8
	6月	3.1	2.9	6.9	6.7	8.5	▲2.4	24.1	3.5	2.5
	7月	4.0	2.1	4.3	5.4	3.1	▲1.2	5.5	6.8	5.9
令和6年度4～7月	2.0	0.1	1.7	3.9	▲1.2	▲2.2	▲11.5	4.5	2.3	
	5月	1.3	▲0.3	1.4	3.4	▲1.1	▲2.7	▲11.0	3.6	1.4
	6月	▲1.6	▲3.8	▲2.0	1.2	▲6.3	▲6.3	▲18.0	1.3	▲0.1
	7月	4.8	2.3	3.0	5.0	▲0.1	1.3	▲12.1	8.4	5.0

●1人当たり医療費

(単位：万円)

	総 計	医療保険適用						
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上
			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	24.5	95.7
令和5年度4～3月	38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.1	96.5
5月	3.1	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	2.4	8.1
	6月	3.2	2.1	1.7	1.6	3.4	2.5	8.0
	7月	3.2	2.1	1.7	1.6	3.3	2.4	8.0
令和6年度4～7月	12.8	8.4	6.7	6.4	6.6	13.5	8.8	32.4
5月	3.2	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	2.2	8.1
	6月	3.1	2.1	1.7	1.6	3.3	2.2	7.9
	7月	3.3	2.2	1.8	1.7	3.5	2.2	8.4

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	
5月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.0	0.3	
	6月	3.9	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.1	0.3
	7月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.1	0.3
令和6年度4～7月	15.9	12.6	6.0	5.5	1.1	2.8	0.3	0.23	6.3	8.2	1.1	
5月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3	
	6月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
	7月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.1	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
5月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.7	0.04
	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.7	0.04
令和6年度4~7月	8.4	8.2	1.5	5.4	1.4	3.0	0.19
5月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
	2.2	2.1	0.4	1.4	0.4	0.8	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
5月	18.9	40.7	42.4	10.2	8.1	9.0	12.0	15.2
	18.6	41.2	42.9	10.2	8.2	9.0	12.0	15.1
	18.8	40.4	42.0	10.2	8.2	9.2	12.1	15.3
令和6年度4~7月	18.9	41.4	43.1	10.2	8.3	9.2	12.3	15.3
5月	19.0	40.9	42.6	10.3	8.2	9.1	12.2	15.4
	18.8	41.5	43.3	10.1	8.4	9.1	12.4	15.1
	19.0	42.2	43.9	10.1	8.4	9.4	12.2	15.3

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。

最新の医療費の動向/概算医療費(令和6年度7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



医業経営

医療費の動向と満足度調査結果から考える 患者満足度向上 のポイント

1. 医療費の推移から読み取る医療需要予測
2. 5類変更後のコロナへの意識変化
3. 受療行動調査から見える医療機関の選考基準
4. 患者満足度を向上させるための取組



■参考資料

【厚生労働省】：令和5年度の医療費の動向について 令和5年度の医療費の動向 令和5(2023)年受療行動調査(概数)の概況 【日本医師会総合政策研究機構】：第8回日本の医療に関する意識調査

1

医療経営情報レポート

医療費の推移から読み取る医療需要予測

新型コロナウイルス感染症の位置づけは、これまで、「新型インフルエンザ等感染症（いわゆる2類相当）」としていましたが、令和5年5月8日から「5類感染症」に変更され、現在は、人々の医療機関における感染不安もかなり低下していると考えられます。

そこで本稿では、医療費の推移から医療需要の動向を確認した後、コロナ収束後の患者意識にどのような変化があったのか、「第8回日本の医療に関する意識調査」及び「令和5（2023）年受療行動調査」を見ながら、医療機関が今後、患者満足度向上に向け、どのように取り組むべきかについて考察していきます。

■ 直近5年間の概算医療費は令和2年度を底に増加

令和5年度の概算医療費は 47.3 兆円、対前年同期比で 2.9%の増加で、令和元年度から5年度までの平均伸び率は 2.1%となりました。

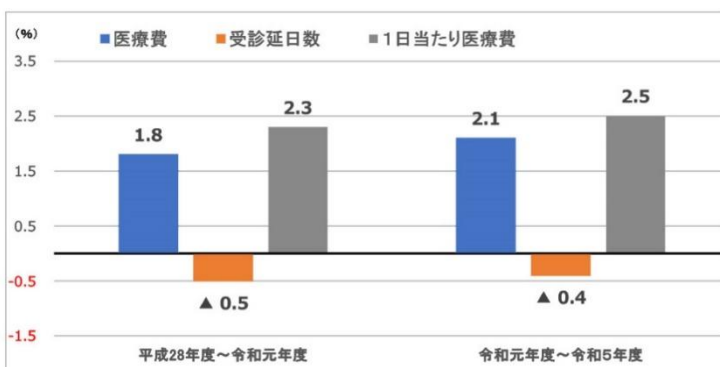
受診延日数は、対前年同期比で 2.0%の増加、1日当たり医療費は 0.8%の増加でした。

令和元年度～令和5年度の概算医療費、受診延日数、1日当たり医療費それぞれの平均の伸びは、コロナ前の平成 28 年度～令和元年度の平均値と概ね似たような動向となり、令和元年度以前の水準に戻りつつあります。

◆ 概算医療費の動向

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
概算医療費 (兆円)	42.2	42.6	43.6	42.2	44.2	46.0	47.3
伸び率 (%)							
医療費	2.3	0.8	2.4	▲3.1	4.6	4.0	2.9
受診延日数	▲0.1	▲0.5	▲0.8	▲8.5	3.3	2.0	2.0
1日当たり医療費	2.4	1.3	3.2	5.9	1.3	2.0	0.8

◆ コロナ前後の平均伸び率の比較



厚生労働省：令和5年度の医療費の動向について

2

医業経営情報レポート

5類変更後のコロナへの意識変化

■ 第8回日本の医療に関する意識調査の概要

日本医師会では平成 14 年から約3年毎に国民の医療に関する意識を把握すべく、調査を行っています。これは、医療に対する人々の意識を把握し、国民が安心して暮らせる社会に必要な医療の在り方に資する基礎データを蓄積することを目的とするものです。

以下、公表された「第8回日本の医療に関する意識調査」から5類変更後のコロナへの患者意識の変化を見ていくことにします。

◆調査概要(一部抜粋)

<目的>

国民の医療に関する意識調査は、第1回調査からの継続項目と昨今の医療の課題等を反映した質問項目の両方から、医療に対する人々の意識を把握し、国民が安心して暮らせる社会に必要な医療の在り方に資する基礎データを蓄積することを目的としている。

●調査手法

- ・調査時期：令和5年 11 月
- ・調査対象：全国の 20 歳以上の男女 1,162 人
- ・地点数：157 地点
- ・回収率 29.1%
- ・調査方法：面接員による個別面接聴取

●調査内容

- ・医療への満足度、今後の医療に対する要望と期待
- ・かかりつけ医がいる国民の割合、かかりつけ医機能への要望
- ・新型コロナ5類変更後の国民の意識と生活
- ・医療の平等性、重点課題、医療情報のニーズ
- ・自身の健康管理と新しい時代の医療について
- ・終末期医療に対する考え方について

日本医師会総合政策研究機構：第8回日本の医療に関する意識調査

■ 国民意識はコロナのストレスから解放されつつある

生活全般の変化について、第7回調査（令和2年）、臨時中間調査（令和4年）、第8回調査（令和5年）を比較すると、令和4年調査より医学への関心など、多くの項目で低下が見られました。

人的交流の減少によるストレスや精神的不調の減少もみられ、日常生活が戻っていることを示唆していると考えられます。

3

医業経営情報レポート

受療行動調査から見える医療機関の選考基準

■ 令和5(2023)年受療行動調査の概要

厚生労働省が実施している受療行動調査は、患者が受診する医療機関を選考するにあたり、どこから情報を入手し、どのような点を重要視しているのかがわかり、集患のために役立つ情報となります。

◆ 調査概要(一部抜粋)

● 目的

全国の医療施設を利用する患者について、受療の状況や受けた医療に対する満足度等を調査することにより、患者の医療に対する認識や行動を明らかにし、今後の医療行政の基礎資料を得る。

● 目調査対象及び客体

全国の一般病院を利用する患者（外来・入院）を対象として、層化無作為抽出した一般病院を利用する患者を調査の客体とした。

ただし、外来患者については、通常の外来診療時間内に来院した患者を調査の客体とし、往診、訪問診療等を受けている在宅患者は調査対象から除いた。

● 調査期日

令和5年10月17日(火)～19日(木)の3日間のうち厚生労働省が病院ごとに指定した1日。

● 調査方法

調査員が患者に病院で調査票を配布した。

患者は、調査票に記入後、郵送で厚生労働省に提出した。ただし、患者が郵送で提出することが困難な場合は、患者から提出を受けた調査員が郵送で厚生労働省に提出することも可能とした。

● 有効回答数の状況

103,772件（うち外来70,488件、うち入院33,284件）

● 調査事項

・ 外来患者票

診察等までの待ち時間、診察時間、来院の目的、初めて医師に診てもらったときの自覚症状、医師から受けた説明の程度、病院を選んだ理由、満足度等

・ 入院患者票

病院を選んだ理由、入院までの期間、医師から受けた説明の程度、今後の治療・療養の希望、退院の許可が出た場合の自宅療養の見通し、満足度等

厚生労働省：令和5(2023)年受療行動調査（概数）の概況

4

医業経営情報レポート

患者満足度を向上させるための取組

■ 多様化した患者を満足させるためには付加サービスが必要

患者の高齢化により、医療機関は長期にわたって適切な医療を提供できる関係性を維持することが求められ、患者と医療機関・医療従事者との信頼関係・良好なコミュニケーション構築がより重要な経営要素となってきました。

患者の意見や意向を受け止め、家庭環境や経済状況などの背景も踏まえて、患者個々に合わせた最適な医療サービス提供への取組が今後ますます必要となります。

その結果、患者が期待する「納得・安心・満足」というキーワードを全て満たし、当該医療機関が提供する医療サービスは「良い」という評価を得られることになるのです。

これは、どんなに高度で優秀な技術を提供したとしても、サービスが「良い」と評価されなければ、患者からの信頼も選択も得ることは困難であることをも意味しています。

◆ 受療時の患者満足度イメージ図



■ 患者対応力を強化する

患者から、「先生の説明は病気の説明でしかなくて物足りない」という声をよく聞きますが、これは医師と患者が認識する「説明」にズレがあることが、患者の不満につながっていると考えられます。

患者が欲しい説明には「病気である自分の生活がどうなるか」ということも含まれているのです。

そのため医師またはスタッフは、病気や薬の知識が豊富である他に、患者の生活を中心にした説明を行うことが必要です。

ただし、医師一人では説明に十分な時間が取れないことも多いため、スタッフにも同じような気持ちで患者に接することができるよう、継続的な研鑽も必要となるでしょう。

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

職員教育・研修の充実

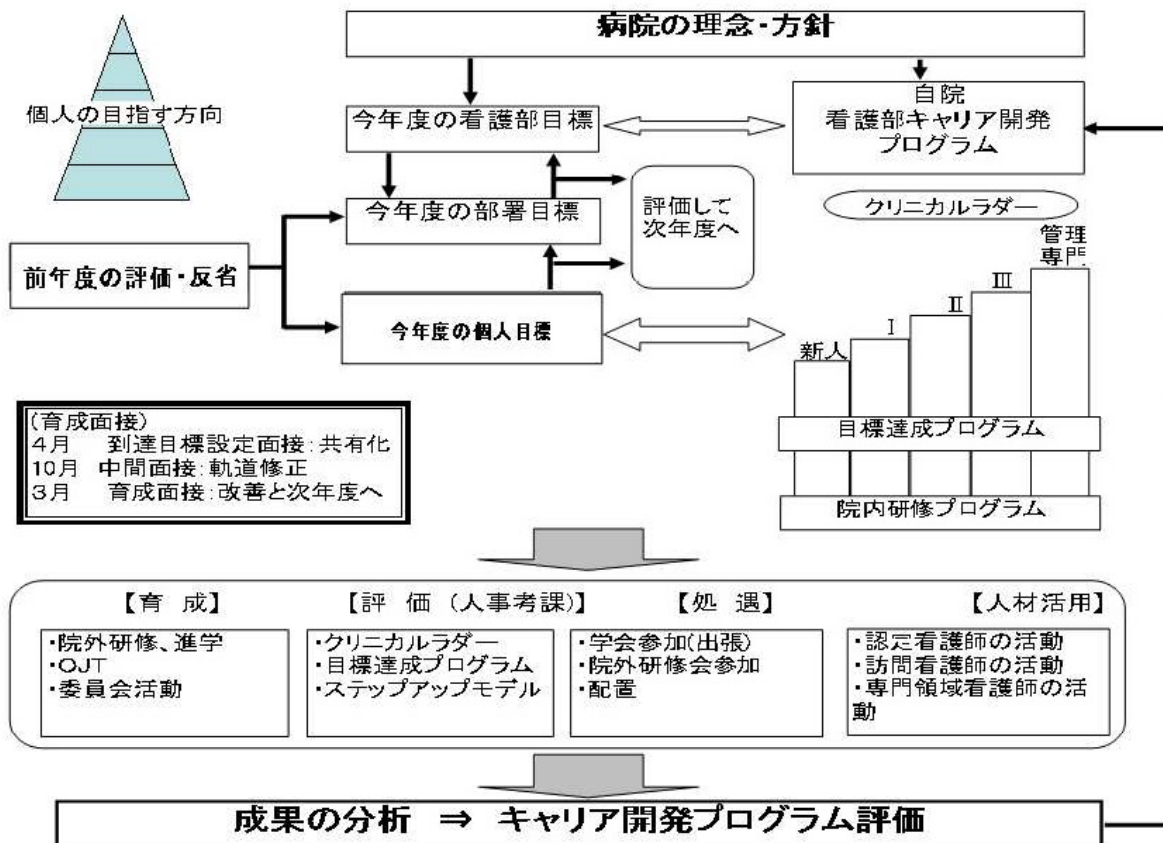
リスクマネジメントを念頭に置いた職員教育について教えてください。

「判断の誤り」、「技術・手技の未熟」、「知識不足」については、教育・研修体制の充実が求められます。例えば、看護師のスキルアップの場合、個々に経験年数やスキルの棚卸を行い、それぞれの看護師のレベルに適切なプログラムによる教育体制の確立が重要です。例えば、産休や育児休業で相当期間休職していた看護師については、個別プログラムとして新しい医療材料や医療機器の使用手順に関する研修を実施するなど、個人ごとのレベルやスキルを的確に把握し、対応することが求められます。

近年では、認定看護師や専門領域看護師などを教育・育成プログラムに専任で配属し、より細かなフォローアップ体制を築いている病院もみられます。

さらに、教育体制においては、目標管理制度と併用して進めると、本人にも自身の強み・弱みがわかりやすく、達成度合いを評価できることから、より有効に活用できる場合もあります。

■看護部における教育体制の例





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

病院における医療安全管理体制

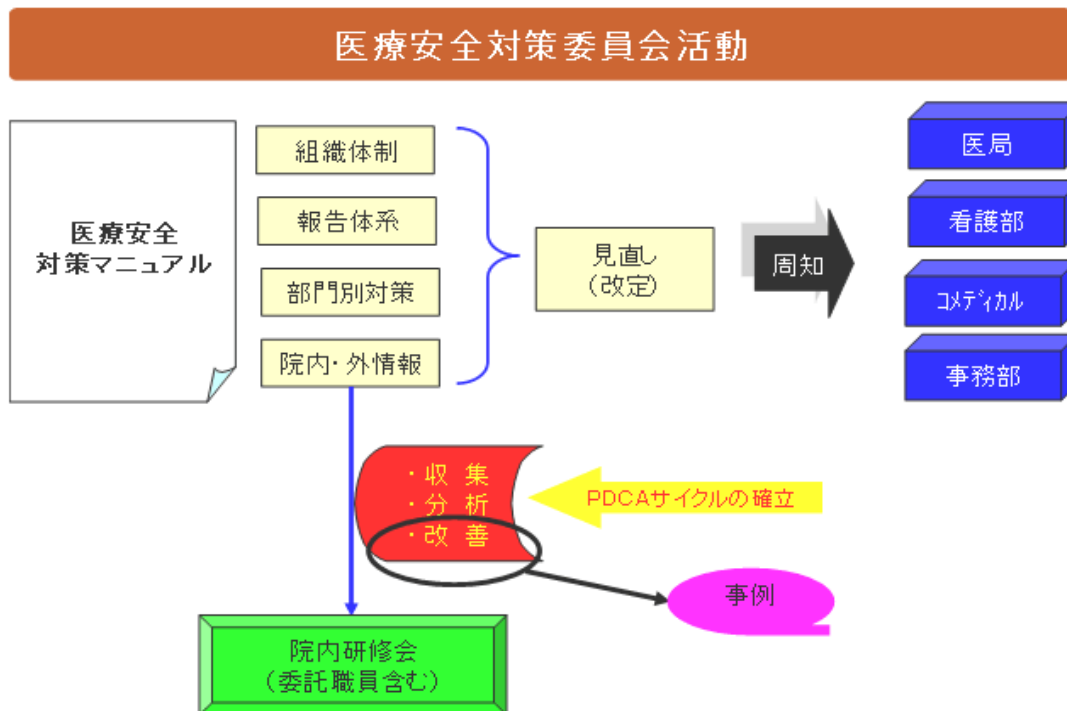
病院における医療安全管理体制について有効な方法を教えてください。

■病院においては「病院機能評価」の受審が有効

第三者評価である病院機能評価の受審に向けた院内全体での活動は、安全対策実施状況のチェックに有効な方法のひとつです。

病院機能評価における「安全管理体制」に関する評価は、主に医療安全対策委員会の実効性が評価の対象となっています。具体的には、委員会としての活動のあり方を通じて、医療安全意識が病院全体に浸透する体制が構築されているか、さらに院内の安全管理情報（ヒヤリ・ハット、インシデント・アクシデント報告）を収集し、その分析を踏まえて改善策の検討がなされる仕組みが確立されているか、という2点がポイントになっています。

このような点と特徴から、医療安全管理体制を総合的に評価する体系を持ち合わせた機能評価は、リスクマネジメント体制の精度向上に非常に有効なツールだといえます。



しかし、医療安全管理対策は全院的に取り組むべき課題とされながらも、その委員会活動は中小規模の医療機関においては限界があるため、各部門・部署での安全管理体制の確立が重要事項となってきます。同時に、安全管理体制を一定のレベル以上に保つための監査機能を働かせていくことが重要です。