

週刊WEB

# 医療経営

MAGA  
ZINE

Vol.888 2025.9.30

## 医療情報ヘッドライン

**24年度に診療所の利益率が大幅悪化  
赤字割合は約4割に 日医調査**

▶日本医師会

**特定行為制度のWGが初会合  
効果的・効率的な研修へと見直し**

▶厚生労働省 ワーキンググループ

## 週刊 医療情報

2025年9月26日号

**救急搬送多いと経営悪化の傾向、  
厚労省集計**

## 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3月号)**

## 経営情報レポート

**業務効率化とコスト削減につながる  
マイナ保険証の導入と医療経営への影響**

## 経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:賞与・退職金制度

**退職金制度の見直し・改訂  
ポイント制退職金制度の形態**

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。

医療情報  
ヘッドライン  
①

# 24年度に診療所の利益率が大幅悪化 赤字割合は約4割に 日医調査

## 日本医師会

日本医師会（日医）は9月17日、「令和7年診療所の緊急経営調査」の結果を公表。

2023年度から2024年度にかけて診療所の利益率が大幅に悪化し、赤字割合が約4割となっていることを明らかにした。

同日に行われた記者会見で、日医の松本吉郎会長は、次期診療報酬改定の大幅な引き上げや補助金・期中改定による緊急措置を国に対して強く求めていくとした。

### ■経常利益率は23年度に比べ半減

この調査は、2025年6月2日～7月14日の期間に、日本医師会の会員である診療所管理者（院長）7万1,986人を対象として実施。2023年度、2024年度の2年度分の収支と課題を調査内容とし、回答数は13,535、有効回答数は11,103（うち医療法人6,761、個人立4,180）だった。

医療法人の2024年度の医業利益率は、2023年度の6.7%から3.2%へと悪化。経常利益率は2023年度の8.2%から4.2%に半減した。医療法人全体の赤字割合を見ると、医業利益は2023年度が31.3%だったのが45.2%に、経常利益は2023年度が24.6%だったのが39.2%にそれぞれ増えている。

事業者所得が損益計算書において「費用」ではなく「利益」に含まれるため、医療法人に比べて利益率が高くなる個人立の診療所においても、利益率は大きく減少している。

2023年度と2024年度を比べると、医業利益は17.4%、経常利益は19.5%減少した。経営状況が苦しくなっているのは、利益率の中央値にも表れている。医業利益率の中央値は、2023年度は4.8%だったが、2024年度は1.1%に、経常利益率は2023

年度が6.2%だったのが2.1%だった。

この結果について、日本医師会は公表資料に「物価高騰・人件費上昇に加え、コロナ補助金・診療報酬上の特例措置、診療報酬改定を含む影響が大きい」と明記。コロナ補助金や特例措置の多くが2024年3月末に終了し、診療報酬改定がマイナス改定だったことが要因だと示唆している。

診療科別に見ても、医療法人では皮膚科及び産婦人科以外全て、個人立では全ての診療科で医業利益率、経常利益率ともに悪化。医業経営の厳しさが、医療界全体を覆っている現実が浮き彫りになった形だ。

### ■約14%の診療所は廃業も検討

厳しい経営状況の中、「経営課題」の設問で最も回答が多かったのは「物価高騰・人件費上昇」で76.0%。次いで「患者単価の減少」が60.6%、「患者減少・受診率低下」が51.0%。患者数も患者単価も減る中で、給与や医薬品・材料費の高騰に悩まされていることがわかる。

なお、日医の松本吉郎会長は、記者会見で「近い将来、廃業」と回答した診療所が13.8%あったことに触れ「このままでは診療所が事業を断念し、継承もできず、病院と共に担っている地域の患者への医療提供が継続できなくなる」と危機感を示した。

厚生労働省の中央社会保険医療協議会や社会保障審議会医療保険部会では、来年度の診療報酬改定に向けた議論が開始している。9月11日には日本歯科医師会や日本薬剤師会とともに、厚生労働相への財政支援の要望書も提出した日医の動きは、改定の議論にどう影響するのか。年末の大臣折衝まで目が離せない。



医療情報  
ヘッドライン  
②

# 特定行為制度のWGが初会合 効果的・効率的な研修へと見直し

厚生労働省 看護師の特定行為研修制度見直しに係るワーキンググループ

厚生労働省は9月17日、「看護師の特定行為研修制度見直しに係るワーキンググループ」の初会合を開催。効果的・効率的な研修および特定行為の内容の見直しについて議論を行うため、10月から毎月1回のペースで会合を開催する。来年（2026年）1月頃にとりまとめを行い、翌2月に医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会で報告する予定だ。

## ■これまでの研修修了者は目標の2割未満

日本の高齢化率（総人口に占める65歳以上の割合）は、2023年10月1日時点で29.1%。厚生労働省のWebサイト内「我が国の人口について」によれば、団塊ジュニア世代（1971年～1974年に生まれた世代）が65歳となる2040年には、高齢化率は35%となると推計している。

高齢者が増えれば、必然的に医療と介護のニーズが増える。現状でも増大を続ける医療費を抑制するためにも、在宅医療を推進しなくてはならない。従来の「医師がいないと医療行為ができない」医療提供体制では追いつかないことは明白だ。

そのため求められているのが、その場に医師がいなくても医療行為ができる（※）「特定行為」が実施できる看護師の育成だ。

2015年10月に特定行為研修制度が創設され、2019年の省令改正によって実施頻度の高い特定行為をパッケージ化して研修することを可能とし、制度の普及を図ってきた。

※正確には、医師または歯科医師の判断を待つことなく、医師または歯科医師が作成した手順書の指示によって、一定の診療の補助を行うことが「特定行為」と規定されている。手順書で示された病

状の範囲外だった場合は、医師または歯科医師に意見を求めなくてはならない。

ところが、厚労省は2025年までに10万人以上の研修修了者を目指すとしたものの、2025年9月現在の修了者数はその2割にも満たない1万3,887人。そもそも指定研修機関が、増えているとはいえ2025年9月現在で474機関にとどまっており、年間受け入れ可能な人数が6,717人であることから、今後も急速な増加は望めない状況だ。

## ■厚労省が提示した3つの論点とは

そこで、前述のように効果的かつ効率的な研修へと見直し、特定行為を手がけられる看護師を増やそうというのが今回のワーキンググループ設置の狙いといえる。

見直しの方向性として、初会合で厚労省が示した論点は3つ。

1つ目は「看護基礎教育から特定行為研修までの各段階で臨床判断能力を含む臨床実践能力を養うことを目指した教育、研修が行われているなかで、その能力がシームレスに積み上げられていく教育・研修のあり方についてどのように考えるか」。

2つ目は、38行為と多数におよび、穿刺や抜去などの実技や投与量などの調整など「性質の異なる特定行為について、より効果的な実習のあり方についてどのように考えるか」および「実習におけるシミュレーター等の活用についてどのように考えるか」。

3つ目は「履修免除も含め、臨床判断能力、臨床実践能力を効果的・効率的に養う特定行為研修のあり方についてどのように考えるか」。これらについてどのような結論を導き出すのか、年末までの議論が注目される。

医療情報①  
中医協  
分科会

## 救急搬送多いと経営悪化の傾向、 厚労省集計

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18日開かれ、厚生労働省は、急性期一般入院料1を算定する病院は、救急搬送の受け入れ件数が多いと医業利益率が低い傾向にあるとする集計結果を示した。

分科会の委員からは、救急搬送の受け入れが多いと経営が悪化するのは「もはや尋常ではない」として、早急な財政支援を国に求める意見が出た。

厚労省は、「医療法人経営情報データベースシステム」(MCDB)と病床機能報告のデータ(いずれも2023年度)を使い、急性期一般入院料1を算定する病院の収支状況を救急搬送の受け入れ件数(4区分)ごとに集計した。その結果、1病院当たりの医業収益と医業費用はいずれも救急搬送の受け入れが多いと大きくなり、全ての区分で費用が収益を上回った。

本業でどれだけ利益を確保できているかを示す医業利益率は、救急搬送の受け入れが年に「1-1,199件」(88病院)の病院が1カ所当たり0.7%、「1,200-1,999件」(44病院)は2.0%、「2,000-3,999件」(78病院)は1.9%、「4,000件以上」(55病院)は2.3%のいずれもマイナスだった。本業の赤字幅が最も大きい「4,000件以上」では、本業以外の収支を含む経常損益も1病院当たり1.3%の赤字だった。

厚労省の報告に対し、分科会の津留英智委員(全日本病院協会常任理事)は「頑張って救急車を受け入れるとどんどん赤字になる収支構造はもはや尋常ではない」と述べ、地域医療の崩壊を防ぐため、26年度の診療報酬改定を待たず病院への支援を行うよう訴えた。

また、牧野憲一委員(旭川赤十字病院名誉院長)は手厚い体制を整備して救急医療に積極的に対応する病院は材料費などのコストが大きいことを指摘し、そうした病院を維持できるだけの評価を求めた。

医療情報②  
社保審  
医療保険部会

## 医療保険改革の議論、 厚労省「物価の変化など共有」

次の医療保険制度改革に向けて厚生労働省は18日、物価・賃金や医療提供体制の変化などの認識を共有し、制度のあるべき将来像とそれを実現するための対応策について意見交換していく方針を社会保障審議会の医療保険部会に示した。

今後、論点を整理した上で個別課題の検討も行い、年内にも取りまとめる予定。

この日の医療保険部会は、次の制度改革に向けた議論のキックオフという位置付けで、以下などに関する認識を共有した。

▼過去の制度見直しや現行の制度

▼日本の医療や国民の健康の状況

▼医療需要の変化や物価・賃金の上昇など制度が直面する環境の変化

厚生労働省によると、1人当たりの医療費は高齢になるにつれて増加し、医療費の自己負担割合は年齢や所得などに配慮されている。また、200万円以上の高額な入院レセプトの割合は、現役世代が加入する協会けんぽや健保組合の方が後期高齢者よりも多いことが明らかになっている。高度な医療や高額薬剤も全国一律の診療報酬で保険診療に取り込んでおり、必要な人に質の高い医療を幅広く提供。医療保険制度全体で見ると、現役世代を中心に保険料の負担を担っており、現役世代の負担感が増している。

制度が直面する環境の変化としては、2040年に向けて需要の増加などに伴って医療分野でより多くの担い手が求められる見通し。ただ、生産年齢人口の減少は一層進むため、労働環境の改善や医療DXの推進と併せて、医療従事者の確保が重要な課題となる。

また、22年から賃上げ率が上昇傾向にある中、医師や薬剤師、看護師らを除く医療関係職種の賃上げは全産業平均よりも低い。医療費の対GDP比は増加傾向にあるほか、近年では高齢者も含む全ての年齢層で1人当たり所得が増えている。

意見交換では島弘志委員（日本病院会副会長）が、制度を持続させる上での最大の問題は物価高騰などで病院の経営が非常に悪化していることだと指摘。「喫緊の課題として医療施設の経営安定化がないと良質な医療を国民に提供する使命が果たせなくなる」とし、こうした共通認識を持った上で検討を進めるべきだと訴えた。保険者側の佐野雅宏委員（健康保険組合連合会会長代理）は、制度の持続可能性を高めるために将来世代が希望を持てるような制度を目指していくことが不可欠だと強調。そのためには、給付と負担や世代間のバランスの見直しに加え、保険給付の適正化などを行う必要があるとした。

藤井隆太委員（日本商工会議所社会保障専門委員会委員）は、効率的な医療提供体制の構築や保険給付範囲の見直し、応能負担の強化など、政府の改革工程に盛り込まれた制度改革を着実に進めるよう求めた。ほかに、中長期的な視点で制度改革の議論を進めるべきだという意見も出た。これらを踏まえ、厚生労働省は具体的な課題について検討を進める。

医療情報③  
中医協  
報告

## 選定療養導入の提案・意見 343件、厚生労働省

厚生労働省は17日、保険外併用療養費制度のうち「選定療養」に導入すべき事例を把握するため4月から6月にかけて行った意見募集で計343件の提案や意見があったことを中央社会保険医療協議会に報告した。

新たな選定療養に関する医科の提案では、患者による執刀医の指名や、セラピスト2人体制で行うリハビリテーションなどがあった。厚生労働省では、2026年度の診療報酬改定や制度の見直しに向けて議論が必要なものがあるか、整理・検討する。（以降、続く）

週刊医療情報（2025年9月26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3月号）

厚生労働省 2025年8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		国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
				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
	10～3月	23.8	13.2	7.9	4.5	2.9	5.2	0.7	9.5	1.2
	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
	3 月	4.1	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
令和 6 年度 4～3 月		48.0	26.1	15.9	9.2	5.7	10.2	1.3	19.6	2.3
	4～9月	23.7	12.9	7.8	4.5	2.8	5.1	0.7	9.6	1.2
	10～3月	24.3	13.2	8.1	4.7	2.9	5.1	0.7	9.9	1.2
	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
	3 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。



## ●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	24.4	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
	10～3月	19.2	12.7	10.2	9.7	10.1	20.1	12.4	48.4
	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
	3月	3.3	2.2	1.8	1.7	1.8	3.4	2.1	8.2
令和 6 年度 4～3月		38.8	25.4	20.5	19.5	20.0	40.5	25.1	97.4
	4～9月	19.1	12.5	10.0	9.5	9.8	20.1	12.6	48.3
	10～3月	19.6	12.9	10.5	10.0	10.3	20.4	12.4	49.0
	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
	3月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.9	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
	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
	10～3月	23.8	18.9	9.0	8.2	1.7	4.2	0.4	0.32	9.4	12.5	1.7
	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
	3月	4.1	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.1	0.3
令和6年度4～3月		48.0	38.1	18.4	16.3	3.4	8.4	0.8	0.72	19.2	24.7	3.4
	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
	10～3月	24.3	19.2	9.3	8.2	1.7	4.3	0.4	0.37	9.7	12.5	1.7
	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
	3月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.8	0.1	0.06	1.7	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
	4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	0.24
	10～3月	12.5	12.2	2.2	8.0	2.0	0.26
	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
	3月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.4	0.05
令和6年度4～3月	24.9	24.3	4.4	15.9	4.0	9.0	0.59
	4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	0.28
	10～3月	12.5	12.2	2.2	8.0	2.0	0.30
	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
	3月	2.2	2.1	0.4	1.4	0.4	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	10.3	8.2	9.3	12.0	15.4
	10～3月	19.1	40.7	10.3	8.2	9.4	12.2	15.6
	1月	19.6	40.7	10.7	8.1	9.5	12.2	16.0
	2月	19.4	41.0	10.5	8.3	9.5	12.2	15.9
	3月	19.1	40.5	10.2	8.3	9.6	12.3	15.7
令和6年度4～3月	19.3	41.7	43.5	10.2	8.5	9.4	12.3	15.5
	4～9月	19.1	41.4	10.2	8.4	9.4	12.3	15.4
	10～3月	19.4	42.1	10.2	8.5	9.4	12.3	15.6
	1月	20.1	42.1	10.6	8.4	9.6	12.3	16.1
	2月	19.7	42.2	10.4	8.6	9.5	12.3	15.9
	3月	19.3	41.9	10.1	8.7	9.5	12.2	15.6

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3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



医療経営

業務効率化とコスト削減につながる

# マイナ保険証の導入と 医療経営への影響

1. マイナ保険証の導入背景と現状
2. マイナ保険証活用による医療DXの進展
3. 未来の医療を見据えたマイナ保険証の展望
4. 医療機関における業務効率化とコスト削減



## ■参考資料

【厚生労働省】：令和4年度 国民医療費の概況 令和5年 第4回「医療DX 令和ビジョン2030」  
令和5年 第1回ゲノム医療基本計画 WG 令和6年 マイナ保険証の利用促進について 他

# 1

## 医業経営情報レポート

# マイナ保険証の導入背景と現状

周知のとおり、政府は、行政のデジタル化を推進しており、その一環として、国民一人ひとりに付与されるマイナンバーを活用した様々なサービスの展開が進められています。

その中でも特に注目されているのが、マイナ保険証です。マイナ保険証とは、マイナンバーカードに健康保険証の機能を一体化させたもので、従来の健康保険証に代わる新しい形態となります。政府はこの制度の導入により、国民の利便性向上と医療現場の効率化、さらには医療分野におけるデジタル化の推進を目指しています。

### ■ マイナ保険証導入の目的

#### ●国民の利便性向上

マイナンバーカード一枚で健康保険証としても機能するため、カードの枚数を減らし、携帯の負担を軽減できます。また、オンライン資格確認システムとの連携により、医療機関の窓口での待ち時間短縮や、誤入力によるトラブル防止などが期待できます。さらに、健康保険証としての更新手続きが不要になるというメリットもあります。

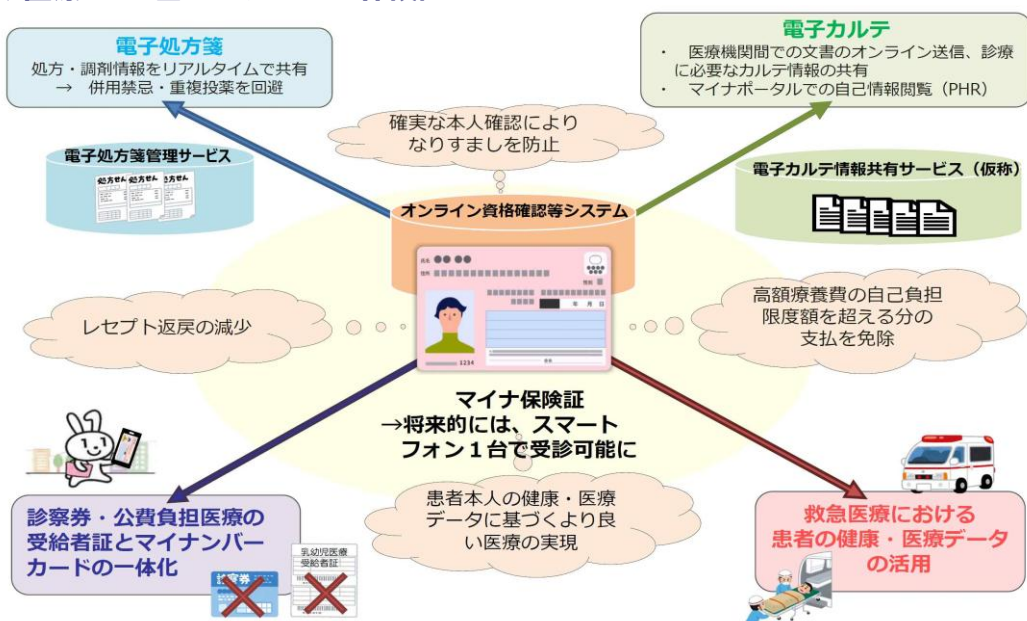
#### ●医療現場の効率化

オンライン資格確認システムの導入により、患者情報の正確かつ迅速な取得が可能となり、医療機関の事務作業の効率化に繋がります。また、患者の過去の診療情報や薬剤情報などを共有することで、より適切な医療の提供が可能となります。加えて、医療費請求業務の効率化や不正請求の抑制にも繋がると期待されています。

#### ●医療分野のデジタル化推進

医療機関のデジタル化を進めることで、オンライン診療や遠隔医療などの普及を促進し、医療データの利活用による研究開発や政策立案への貢献を目指します。

### ◆医療DXの基盤となるマイナ保険証



出典) 厚生労働省: マイナ保険証の利用促進等について (令和6年1月19日) 資料

## マイナ保険証活用による医療DXの進展

## ■ オンライン資格の高度化

マイナ保険証の導入により、医療機関の窓口における資格確認がオンラインで完結できるようになったことから、患者は受付での待ち時間の短縮や、保険証の持ち忘れによる診察への支障を回避できるようになりました。また、医療機関側にとっても、資格確認業務の効率化や、保険証の確認ミスによる医療費請求の遅延などを防ぐ効果が期待できます。

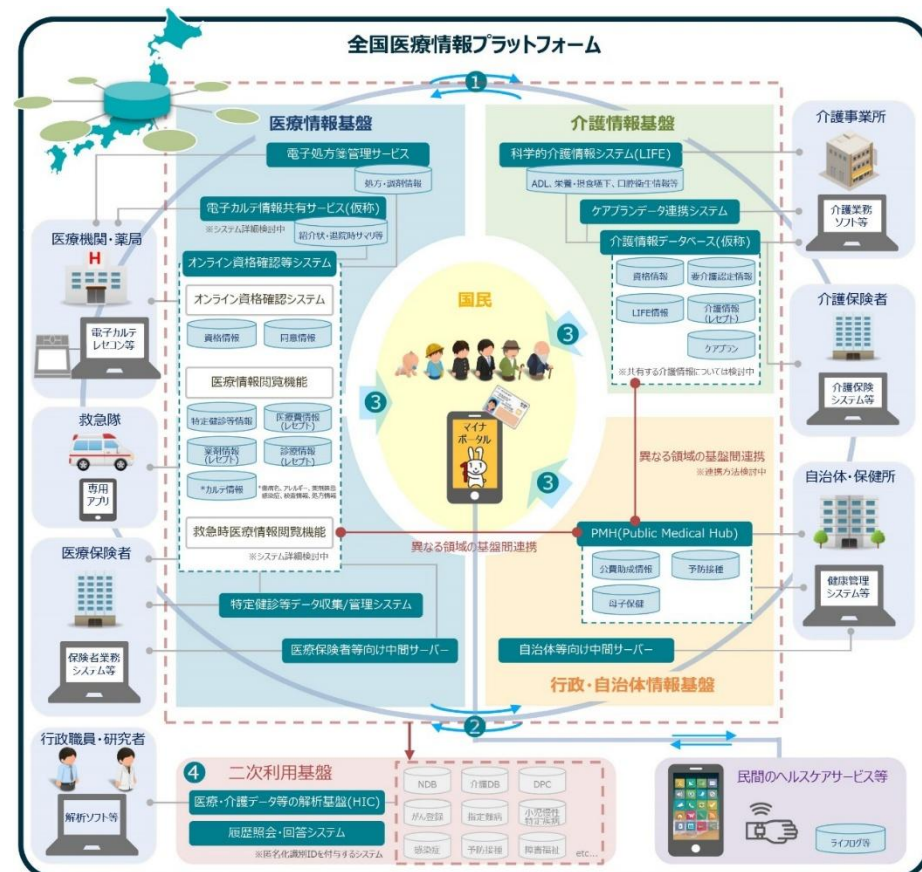
さらに、患者の同意に基づいた医療情報（アレルギー情報や投薬履歴など）を紐づけることで、より安全で質の高い医療提供体制を構築することが可能となりました。

## ■ 医療情報の共有・連携の実現状況

マイナ保険証の普及により、オンライン資格確認等システムを拡充させ、情報プラットフォームを構築することで、全国の医療機関での保健・医療・介護の情報が一元化されます。

これにより、患者が過去の診療情報等を提供することに同意することで、医療機関間での情報共有が容易になります。この共有システムにより、医療チーム全体での連携が深まり、質の高い診療サービスの提供が可能となります。

## ◆ 全国医療情報プラットフォームの全体像(イメージ)



出典) 厚生労働省：電子カルテ情報共有サービスについて



# 3

## 医業経営情報レポート

# 未来の医療を見据えたマイナ保険証の展望

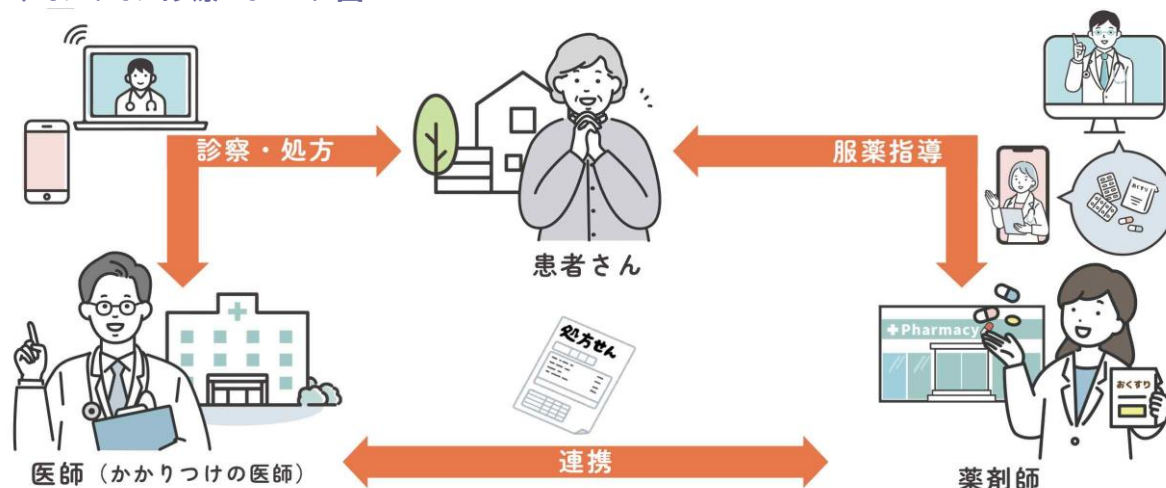
### ■ 遠隔医療の発展

マイナ保険証の普及は、オンライン診療・オンライン服薬指導をより身近なものとし、時間や場所にとらわれない柔軟な医療アクセスを実現します。

これにより、高齢者や重症患者、へき地に住む方など、これまで医療機関へのアクセスが困難だった方々も質の高い医療を届けることが可能となります。

さらに、オンライン診療・オンライン服薬指導の普及は、医療従事者の負担軽減や医療資源の効率的な活用にもつながり、日本の医療システム全体の持続可能性の向上に貢献することが期待されています。

#### ◆オンライン診療 イメージ図



出典）厚生労働省：オンライン診療について

### ■ 医療情報のシームレスな連携

マイナ保険証の普及によって、異なる医療機関間での患者情報の共有が円滑化し、より適切な診断や治療が可能となり、重複検査の削減にもつながります。

将来的には、救急医療の現場でも即座に患者の既往歴や服薬情報を確認できるようになり、より迅速で適切な救急対応が実現可能となります。

### ■ パーソナライズド・メディシンの実現

個人の医療データが統合的に管理されることで、AIによる高度な分析が可能となります。

具体的には、個人の体質や遺伝情報、生活習慣といったデータを医療情報と組み合わせることで、一人ひとりに最適化された医療や病気予防、健康増進につながるサービスを提供できます。さらに、予防医療の観点からも、個人の健康リスクを早期に特定して、適切な予防措置を講じることが可能となります。

# 4

## 医業経営情報レポート

# 医療機関における業務効率化とコスト削減

### ■ 受付業務の改善効果

前述の通り、マイナ保険証導入による最大のメリットは、受付業務の大幅な効率化にあります。従来、患者は診察の度に保険証を提示し、医療機関側はその都度、情報の確認や入力作業に追われていました。

しかし、マイナ保険証を用いることで、これらの煩雑な作業を簡素化できます。

### ◆ 受付業務の改善ポイント

#### ● 患者情報の正確かつスピーディーな取得

マイナ保険証をカードリーダーにかざすだけで、患者の氏名、住所、保険情報などを瞬時に取得できます。手入力によるミスや確認作業を省き、待ち時間の短縮、患者満足度の向上に繋がります。

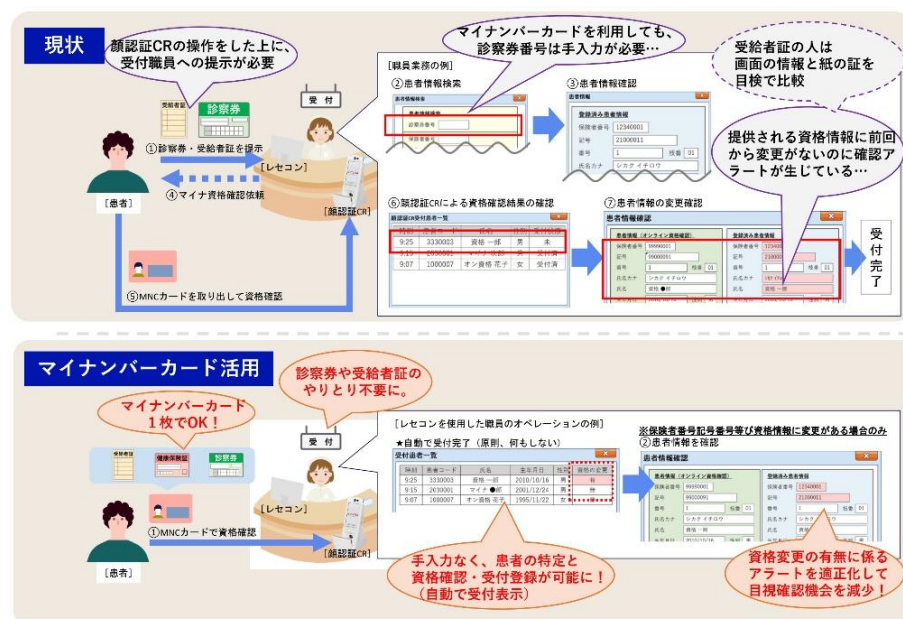
#### ● 資格確認の即時実行

従来、医療機関は保険資格の確認作業に時間を要していましたが、オンライン資格確認システムにより、リアルタイムで資格確認が可能となります。これにより、資格確認業務の負担軽減、医療事務スタッフの業務効率化を実現します。

#### ● 本人確認の厳密化

マイナ保険証のICチップ情報で本人確認が即座に行われるため、なりすまし受診や保険証の不正利用が低減し、医療の安全性と信頼性が高まります。

### ◆ クリニック等での受付処理のイメージ＜再来受付機がない場合＞



出典) デジタル庁 診察券とマイナバーの一体化について (令和6年8月20日) 資料

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。

# 退職金制度の見直し・改訂

## 退職金制度の見直し・改訂を行う際のポイントと算定方式について教えてください。

退職金の改訂で水準が下がる場合は職員の反発や、モチベーション低下が予想されます。一度、退職金制度を規定をすると職員の権利になります。そのため一方的に変更をしても、個々の同意が無ければ無効となります。よって変更する際は事情と算定方法を説明し職員の同意を得る必要があります。

### (1)退職金制度の種類

退職一時金制度	退職一時金制度は、退職時に一括で支給する制度です。最も一般的な制度であり、医療機関の規模や診療内容を問わず広く採用されています。退職金の算定方法は、勤続年数や給与、役職などを考慮して、医療機関が独自に定めた公式に基づいて算出されます。退職一時金制度は、退職時にまとまった資金を受け取ることができるというメリットがありますが、勤続数が高い、定年退職の場合は高額になり負担が大きくなる可能性があります。
退職年金制度	退職年金制度は、退職後に年金として受け取る制度です。退職一時金制度と比べて、退職時にまとまった資金は受け取れませんが、老後の生活設計を立てやすく、安定した収入源となります。退職年金制度には、確定給付医療機関年金制度と医療機関型確定拠出年金制度（医療機関型DC）、中小医療機関退職金共済の3種類があります。

### (2)退職金の算定式

別テーブル方式	別テーブル方式は、退職金の算定に、年齢や勤続年数などの組み合わせで決まる表を使用する方法です。表には、年齢や勤続年数に対応する退職金の金額が記載されており、職員の退職時に、その表に基づいて退職金の金額が算定されます。退職金の算定が容易で、職員にもわかりやすいというメリットがあります。一方、退職金の金額が年齢や勤続年数によって決まるため、職員間の公平性に問題が生じる可能性があります。
定額方式	定額方式は、職員の年齢や勤続年数にかかわらず、一律に定められた金額を退職金として支給する方式です。退職金の算定が非常にシンプルで、職員にもわかりやすいというメリットがあります。しかし、職員の貢献度や医療機関への貢献年数などを考慮していないため、職員間の公平性に問題が生じる可能性があります。また、物価上昇や賃金上昇に対応しにくいというデメリットもあります。
基本給連動型	基本給連動型は、職員の退職時の基本給を基準として、退職金の金額を算定する方式です。計算や管理が比較的容易に行えるというメリットがありますが、基本給が変動した場合、退職金の金額も変動するため、退職金の金額が予測しにくいデメリットもあります。
ポイント制方式	ポイント制方式は、職員の年齢、勤続年数、職種、業績など、さまざまな要素をポイント化し、その合計ポイントに基づいて退職金の金額を算定する方式です。職員の貢献度や医療機関への貢献年数を多角的に評価できるため、職員間の公平性を保ちやすく、退職金の金額が職員の努力や貢献を反映しやすいというメリットがあります。



# ポイント制退職金制度の形態

ポイント制退職金制度の中で、多く用いられているポイント方式の形態について教えてください。

ポイント制退職金制度では、勤続年数に応じて付与される「勤続ポイント」と、職員個人の能力や貢献度に応じて付与される「職能ポイント」の合計ポイント数に基づいて退職金額が決定されることが一般的です。

職員の貢献度や勤続年数などに応じてポイントを付与し、退職時の金銭給付額を決定します。

## (1)ポイント方式の形態

職員の実績や功績を多角的に評価し、退職金額に反映させることがポイント制度の特徴です。ポイント方式には、主に2つのタイプがあります。

勤続ポイント	勤続ポイントとは、職員が医療機関に勤めた年数に応じて付与されるポイントのことです。この制度は、昇進が遅い職員でも一定水準の退職金を保証するために設けられることが多いのが特徴です。また、従来の賃金と退職金をリンクさせる制度から移行する際の緩衝策としても機能します。勤続ポイントの割合が高ければ高いほど、年功序列的な退職金設計となる傾向にあります。
職能ポイント	職能ポイントとは、職員の職能資格(技術や専門スキルなど)に基づいて付与されるポイントです。ポイントの格差が一定範囲内に収まり、年金数理計算が可能であれば、厚生年金基金の加算部分などで運用することができます。職能ポイントの割合が高ければ高いほど、成果主義的な退職金設計となる傾向にあります。

## (2)人事制度に合わせてポイント付与

他にも、職務等級や役職に応じてポイントを設定する医療機関もあります。

各医療機関の人事制度に合わせてポイント付与のルールを柔軟に設計できるのがポイント制の利点とされています。

職務ポイント	職務ポイントとは、職員の職務等級に応じて付与されるポイントのことです。例えば、主任職には一定のポイント、事務長職にはそれより高いポイントを設定するなど、職責の重さに応じてポイントを変えることができます。これにより、職務内容の違いを退職金額に適切に反映させることが可能となります。
役割ポイント	役割ポイントとは、職員の役職に応じて付与されるポイントのことです。役職が上位ほど高いポイントが設定され、役職の責任の重さが退職金額に反映されます。医療機関の人事制度に合わせて柔軟にポイント設定ができるのが特徴です。

## (3)退職事由別係数(減額係数)

退職事由と勤続年数によって、退職金額を適正に調整するための仕組みが「退職事由別係数」です。医療機関が職員に対して公正な退職金を支給するための制度設計の一部です。