



週刊WEB
マガジン



医業経営

2026.7.7

医療情報ヘッドライン

春の建議

70歳以上

原則3割負担化

や窓口業務の保険外
サービス化など提言

▶財務省 財政制度等審議会

26年度改定の
結果検証に係る

特別調査

実施案を提示

今年度は12月から実施

▶厚生労働省 中医協総会



週刊 医療情報

2026年7月3日

医療・介護などの公定価格
引き上げ提言 民間議員

経営情報レポート

地域共生社会を支える
次世代の医療モデル
在宅医療を活用した経営戦略

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7年度1月号)

経営データベース

リスクマネジメント> サブジャンル: SNSトラブル防止策
患者クレームにつながる内容
悪評が立った場合の対応策

発行: 税理士法人ブレインパートナー

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

春の建議 70歳以上原則3割負担化 や窓口業務の保険外サービス化など提言

財務省 財政制度等審議会

財務省の財政制度等審議会は6月26日、「骨太の方針2026」の策定に向けた春の建議「人口減少と不確実性の時代における国力の強化と財政運営」を取りまとめ、片山さつき財務大臣に提出した。医療分野では、「大きなリスクは共助中心、小さなリスクは自助中心」の視点も踏まえた保険給付範囲の在り方の見直しと、保険給付の効率的な提供に不断に取り組む必要性を提起。保険給付範囲の在り方について、以下を求めた。

- ①70歳以上の患者自己負担割合を、可及的速やかに現役世代と同様に原則3割とし、その実現に向けた制度改革の工程表を作成
- ②特定疾病制度の見直し
- ③医療機関における窓口業務費用の保険給付外サービス化を進める

■75歳以上も経過措置を講じつつ3割負担化へ

建議は第3章で社会保障について触れ、社会保障改革を着実に実行し、社会保障負担率を引き下げていくために、具体的な数値目標と年限を明確に掲げるとともに、達成に向けた工程表の作成を求めた。

医療分野の保険給付範囲の在り方の見直しについて、まずは①の高齢者医療における患者自己負担の在り方に関する考えを記した。

高齢者医療制度では、自己負担割合が70歳から74歳や75歳以上で一定以上の所得があれば2割、現役並みの所得があれば3割、その他は1割となっている。

建議では現役世代と同じ「原則3割負担化」の実現に向けた工程表を作成し、制度改革を加速するよう求めた。

さらに「就業率や医療ニーズの実態を踏まえれば、70歳から74歳の者についてもはや一律に高齢者扱いするべきではない」とし

て、当該年齢層には現役並み所得者が約90万人（約11%）いるというデータも提示。

70歳から74歳は原則3割負担とするとともに、70歳以上の高齢者のみに適用される外来特例は廃止すべきだと明記。その上で75歳以上についても、新たに75歳以上となった人は74歳までの負担割合のまま維持するといった経過的な措置を講じるとしても、原則3割負担化を目指すべきだとしている。

③の窓口業務費用の保険給付外サービス化では、26年度改定でオンライン診療の受診に係るシステム利用料が、医療と直接関係のないサービスとして患者から徴収できる費用として明確化されたことに言及した。

本来、窓口業務は診療行為そのものではないため診療報酬で評価される必然性はないことや、初・再診料での評価は一律のためデジタル化・省力化による業務効率化のインセンティブが働かないことも問題であるという考えから、今回の提言に至っている。

■MCDBの必須項目追加や細分化を

次に保険給付の効率的な提供に関して、医療機関の経営情報のさらなる「見える化」を提起。26年度改定では「医療法人の経営情報のデータベース」（MCDB）を活用し、医療機関の施設類型ごとの費用構造や経営実態のデータ分析に基づいて、きめ細やかな対応が施された。次期改定でさらに精緻な対応を行うために、保険・自由診療収益の記載などMCDBの必須報告項目の追加や、医業費用の内訳項目を細分化する必要性を訴えている。

また、医療機関の経営実態をより正確に分析するため、経営上特別な利害関係にある法人との取引についても把握できるよう、対応の検討を求めた。

26年度改定の結果検証に係る特別調査実施案を提示 今年度は12月から実施

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は6月24日に中央社会保険医療協議会総会を開催し、2026年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の実施案を提示。26年度と27年度に行われる実施状況調査の内容について、次の7項目に整理した。

- (1) 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護
- (2) 精神医療等
- (3) 長期処方やリフィル処方
- (4) 医療DX
- (5) 歯科診療報酬等の評価等
- (6) 保険薬局の立地状況に対する調剤報酬改定の影響及び地域医療に貢献する保険薬局の取組
- (7) 長期処方やリフィル処方箋、後発医薬品使用促進策の影響

(1)から(3)は今年12月から翌1月、2か年実施する(1)と(4)から(7)は27年7月から9月に調査が行われる予定で、結果を取りまとめ次第報告されることとなる。

■質の向上が重視された在宅医療の評価

この特別調査は、26年度改定が医療現場に与える影響を把握することを目的に、厚労省が外部委託し構成された調査検討委員会により、調査設計や調査票の作成および集計・分析方法の検討が行われる。より適切な検証を行うため、電子調査表やWEB調査を活用するほか、検証調査の回答データと厚労省が管理するNDBデータ等のクロス集計を行うなど、既存データも活用する方針だ。

同会で厚労省は別紙にて7項目の実施状況調査案について、目的や検証のポイント、主な調査事項を提示した。

(1)の在宅医療について、26年度改定では、

在宅医療において積極的な役割を担う医療機関をさらに評価するための「在宅医療充実体制加算」が新設されたほか、複数の診療所が連携して要件を満たす連携型機能強化型在宅療養支援診療所の、自院による時間外往診体制の確保状況に応じた評価の細分化や、24時間連絡体制および往診体制の確保方法の明確化、「在宅時および施設入居時医学総合管理料」の要件に患者の重症度も加える見直しなどが行われた。

2か年にかけて行われる(1)の特別調査では、主に在宅医療を実施する保険医療機関の医師数や教育体制、BCP策定状況といった診療体制や、在宅医療の実施状況、対象患者の状態、居住形態、診療の所要時間のほか、「在宅患者訪問診療料（I・II）」、「在宅時および施設入居時医学総合管理料」、「在宅医療充実体制加算および在宅患者訪問栄養食事指導料」の診療の実態などが問われる。

■「電子的診療情報連携体制整備加算」の算定状況や関連サービスの導入・活用状況を調査

次に2027年度に行われる(4)の医療DXについて、26年度改定では、これまでの主に導入状況を評価する「医療DX推進体制整備加算」「医療情報取得加算」が廃止となり、実際に医療DXに関するツールを利用し、情報共有を活用している体制を評価する「電子的診療情報連携体制整備加算」が新設された。

特別調査では、同加算の算定状況や、電子処方箋、電子カルテ、電子カルテ情報共有サービスおよび地域医療情報連携ネットワークの導入といった対応状況や、救急時医療情報閲覧機能の導入状況およびサイバーセキュリティ対策の実施状況などが問われる。

医療情報①
 経済財政
 諮問会議

医療・介護などの公定価格 引き上げ提言 民間議員

政府の経済財政諮問会議が6月25日開かれ、ディー・エヌ・エーの南場智子会長ら民間議員は、物価や賃金の上昇を的確に反映して経済の成長力強化と名目の経済規模の拡大にふさわしい予算編成に見直すため、医療・介護などの分野の公定価格の引き上げを進めるよう提言した。

また、社会保障関係費について、国費だけではなく給付費全体や公費・保険料負担、現役世代の可処分所得、医療・介護分野の生産性への影響を含めて点検し、給付と負担の改革を継続する必要性も強調した。

高市早苗首相は、民間議員の提言なども踏まえて新たな経済財政運営の取り組みを骨太方針や予算編成の基本方針に反映させるよう城内実経済財政政策担当相に指示した。

経済財政諮問会議はこの日の会合で、骨太方針2026の骨子案を了承した。骨子案は「中長期的に持続可能な経済社会の実現」など4章立てで、以下などを明記した。

- ▼給付付き税額控除や食料品の消費税率を含む社会保障と税の一体改革の推進
- ▼成長型経済に合わせた持続可能な社会保障制度

政府は次回の会合で原案を示し、7月にも新たな骨太方針を策定する見通し。

医療情報②
 厚生労働省
 検討会

入院中の処方薬は追加負担 の対象外、OTC類似薬

OTC類似薬を処方された患者に追加負担を求める「一部保険外療養」の施行に向けて、追加負担の対象外にする患者の範囲などを議論する厚生労働省の検討会が6月25日、初会合を開いた。厚労省は、がんや指定難病のほか、入院中の患者には退院時に処方された医薬品を含めて追加負担を求めないこととする整理案を示した。

がんに関しては、がん自体の治療や治療に伴う副作用などへの対応を追加負担の対象外にする。これに対し、がんとは直接関係しない症状にOTC類似薬を処方するケースでは負担を求める。OTC類似薬の長期使用が必要だと医師が判断した場合の内服薬の処方は、おおむね50週を目安に対象外を整理する。

一部保険外療養は、OTC類似薬を処方された場合に薬剤費の4分の1を保険給付から外し、患者負担にする。

まず77成分（約1,100品目）が対象になった。2027年3月に運用を始める。

それに向けて「OTC類似薬の保険給付の見直しの実施に向けた技術的検討会」が技術的な内容を議論する。OTC医薬品との効能・効果の違いも77成分ごとに整理する。

検討会で整理した内容は、社会保障審議会の医療保険部会や中央社会保険医療協議会に 8 月以降報告し、議論を引き継ぐ。医療保険部会では患者団体へのヒアリングなども行う。

医療情報③
 政府
 まとめ

サイバーセキュリティ実施率、 2030年に100%

政府は 6 月 24 日、戦略 17 分野ごとの官民投資ロードマップをまとめた。医療関連では、クラウドネイティブに最適化された医療 DX の基盤整備を進める。地域の拠点病院によるサイバーセキュリティの実施率を 2030 年までに 100%にする目標の達成を目指す。

政府は、医療機関による情報システムのサイバーセキュリティの強化を、医療提供体制の維持に不可欠で国民の生命・健康の確保に直結する課題と位置付けた。

医療 DX の基盤整備は戦略 17 分野のうちデジタル・サイバーセキュリティのメニューの 1 つ。医療提供体制全体の効率化や医療機器などヘルスケア市場の活性化につなげるのが狙い。40 年度までの投資額は官民を合わせて 5.2 兆円を見込んでいる。

医療機関でこれまで主流だった「オンプレミス型」の情報システムはセキュリティや改修のコストが高くなりやすく、政府がクラウドで運営する「電子カルテ情報共有サービス」などのデータ連携が課題とされている。政府は、クラウドネイティブはセキュリティを取りやすく、医療 DX とのデータ連携・利活用の推進にもつながるとみている。

全国の医療機関が患者の医療情報を共有できる電子カルテの普及率を 30 年までに 100%にする目標も明記した。大病院向けのクラウドネイティブ型電子カルテの開発・提供を促す環境整備も 30 年までに進める。

政府は、17 分野全体での 40 年度までの投資総額を現時点で 370 兆円超と想定している。7 月に取りまとめる成長戦略に盛り込み、経済成長の起爆剤にする。

医療情報④
 中央社会保険
 医療協議会

コロナ治療薬の特例終了 「影響調査必要」と指摘

中央社会保険医療協議会の総会が 6 月 24 日開かれ、診療側の江澤和彦委員（日本医師会常任理事）は、新型コロナウイルスの入院患者を受け入れた病棟で治療薬の薬剤費を出来高算定できる特例が 5 月末で終了した影響を調査する必要があると指摘した。

この日の総会では、2026 年度の診療報酬改定の影響を明らかにするため中医協の分科会が 26、27 年度に行う調査内容の報告があった。

それを受けて、江澤委員は「（コロナの）治療薬は非常に高額で高齢者では使用頻度も高い。現場の負担は非常に大きいという声を多々聞いている」と述べ、特例が終了した影響を調査する必要があると主張した。26 年度の調査は 10 月から 12 月にかけて行われる見通しで、厚生労働省は特例終了の影響を調査票に反映させる方向で検討する。

調査票の原案は総会へ 10 月までに報告する。（以降、続く）

週刊医療情報（2026年7月3日）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7年度1月号）

厚生労働省 2026年5月29日公表

<結果のポイント>

1 概算医療費とその伸び

- 令和7年度1月の医療費は4.1兆円（対前年同月比 +1.9%）
- 令和7年度（4月～1月）の医療費は41.0兆円（対前年同期比 +2.4%）
 （令和6年度は48.0兆円、対前年度比 +1.5%）

2 「一日当たりの医療費」の伸び

- 令和7年度1月の対前年同月比 +2.7%
- 令和7年度（4月～1月）の対前年同期比 +3.4%（令和6年度は、対前年度比 +1.1%）

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	47.3	26.2	15.7	8.9	5.8	10.5	1.5	18.8	2.3	
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
	4～1月	40.0	21.7	13.2	7.6	4.7	8.6	1.1	16.3	2.0
	11月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
	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
令和7年度 4～1月	41.0	22.0	13.6	8.0	4.7	8.4	1.0	16.9	2.0	
	4～9月	24.3	13.1	8.0	4.7	2.8	5.1	0.6	10.0	1.2
	11月	4.0	2.2	1.4	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
	12月	4.3	2.3	1.4	0.9	0.5	0.9	0.1	1.8	0.2
	1月	4.1	2.2	1.4	0.8	0.5	0.8	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	38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.0	96.5	
令和6年度4~3月	38.8	25.4	20.5	19.5	20.0	40.5	25.0	97.4	
4~9月	19.1	12.5	10.0	9.5	9.8	20.1	12.6	48.3	
	11月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.1	8.0
	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	
令和7年度4~1月	33.2	21.6	17.6	16.8	17.0	34.6	20.8	82.5	
4~9月	19.7	12.8	10.4	9.9	10.1	20.6	12.5	49.1	
	11月	3.3	2.1	1.8	1.7	1.7	3.3	2.1	8.0
	12月	3.5	2.3	1.9	1.8	1.8	3.6	2.1	8.5
1月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.7	3.5	2.0	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	47.3	37.6	17.9	16.4	3.3	8.3	0.7	0.61	18.7	24.7	3.3	
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	
	11月	4.0	3.2	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
	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	
令和7年度4~1月	41.0	32.4	15.7	13.7	2.9	7.3	0.7	0.68	16.4	21.0	2.9	
4~9月	24.3	19.3	9.3	8.2	1.8	4.3	0.4	0.40	9.7	12.4	1.8	
	11月	4.0	3.2	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.1	0.3
	12月	4.3	3.3	1.6	1.4	0.3	0.8	0.1	0.07	1.7	2.2	0.3
1月	4.1	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.07	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	24.8	24.3	4.4	15.9	4.0	8.9	0.50	
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	4.4	0.28	
	11月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.8	0.05
	12月	2.2	2.1	0.4	1.4	0.3	0.8	0.05
1月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05	
令和7年度 4～1月	20.6	20.1	3.7	13.0	3.4	7.4	0.56	
4～9月	12.3	12.0	2.2	7.8	2.0	4.4	0.33	
	11月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.06
	12月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.8	0.06
	1月	2.0	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.06

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	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.4	12.1	15.5	
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	43.1	10.2	8.4	9.4	12.3	15.4	
	11月	19.1	42.2	44.0	10.1	8.5	9.2	12.3	15.3
	12月	19.2	42.1	43.9	10.0	8.6	9.4	12.3	15.5
	1月	20.1	42.1	43.8	10.6	8.4	9.6	12.3	16.1
令和7年度 4～1月	19.9	42.8	44.6	10.5	8.7	9.8	12.2	16.1	
4～9月	19.7	42.6	44.5	10.5	8.7	9.7	12.2	16.0	
	11月	19.8	42.6	44.4	10.5	8.7	9.6	12.3	16.0
	12月	20.1	43.2	45.0	10.5	8.9	10.2	12.2	16.5
	1月	20.6	43.1	44.9	11.0	8.6	10.1	12.2	16.8

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7年度1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

地域共生社会を支える次世代の医療モデル 在宅医療を 活用した経営戦略

1. 在宅医療が求められている背景と提供体制の課題
2. 患者を中心に据えた在宅医療体制の構築
3. 患者の負担軽減とQOL向上を目指すケアモデル
4. 在宅医療を活用した収益率向上戦略



■参考資料

【厚生労働省】：「平成19年 在宅療養支援所の要件」「令和4年 在宅医療の体制整備について」「令和4年 在宅医療の現状について」「令和5年 患者調査の概況」「令和6年 新たな地域医療構想の検討状況について（報告）」「令和6年 在宅医療における各種の関わり方について」他

1

医業経営情報レポート

在宅医療が求められている背景と提供体制の課題

近年、高齢化の進展と医療環境の変化に伴い、診療所が担うべき在宅医療の重要性が急速に高まっています。従来の病院中心のモデルから、患者の生活に寄り添う包括的なケアへの移行が求められる中、在宅医療は地域医療の基盤として不可欠な役割を担うことになったのです。

診療所にはこの変革の先駆けとなり、患者の生活の質の向上と医療資源の最適な活用に貢献することが期待されています。

そこで本稿では、これから果たすべき診療所の使命について考察します。

■ 在宅医療が求められている背景

質の高い在宅医療は、日本が直面する複数の社会的・経済的課題にこたえるために不可欠です。高齢化の急速な進展により、医療・介護を必要とする患者が増加し、病院だけでは対応が困難になっているからです。こうした状況下で、患者が住み慣れた地域で安心して医療を受け続けるためには、地域に根差した診療所の役割が極めて重要です。

また、増大する医療費の抑制も喫緊の課題です。在宅医療は入院と比較して費用を抑えられる可能性があり、財政健全化にも貢献が期待されます。

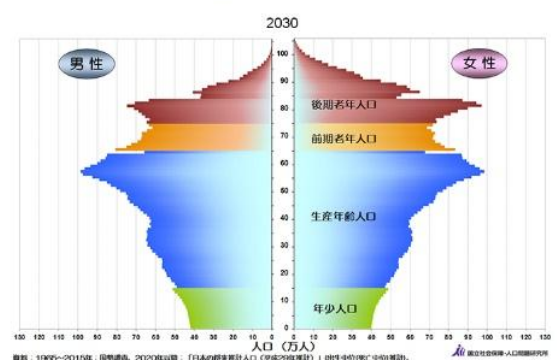
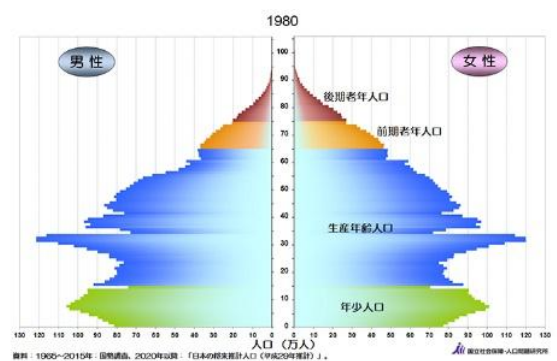
「自宅で過ごしたい」という患者のニーズにこたえることも重要です。人生の最終段階において、患者や家族の意向を尊重した緩和ケアや看取りなど、きめ細やかな医療提供は診療所ならではの強みです。これらの理由から、診療所が在宅医療に注力することによって、患者のQOL（生活の質）向上、地域医療の維持、ひいては社会保障制度全体の持続可能性に大きく貢献すると考えられます。

(1) 医業の目的の変化

1980年と2030年の人口分布を比較すると、生産年齢人口（15歳～64歳）と年少人口は減少する一方、老年人口（65歳以上）は大きく増加します。

現役世代が大多数を占めていた1980年の日本では、救命や病気の治療を目的とした急性期型医療が主な役割でした。

一方、高齢化が進んだ今日では、生活の質の維持・改善を目的とした生活支援型医療の重要性が高まっています。



（出典）国立社会保険・人口問題研究所：「人口ピラミッド画像」（1980年、2030年）資料

2

医業経営情報レポート

患者を中心に据えた在宅医療体制の構築

■ 在宅医療の仕組みと対象となる患者

在宅医療とは、言うまでもなく慢性疾患や通院が困難な患者が自宅で医療を受けられる仕組みです。訪問診療や往診に加え、訪問看護や訪問歯科診療など、多様なサービスが提供され、医師の指示のもとで専門職が連携しながら支援を行うこととなります。

対象となる患者には、高齢者や難病患者、退院後の療養者が含まれます。そのためにも今後、より一層の医療機関や介護事業者との連携強化が求められ、患者が安心して療養できる環境の整備が重要となっているのです。

■ 在宅医療を提供できる範囲

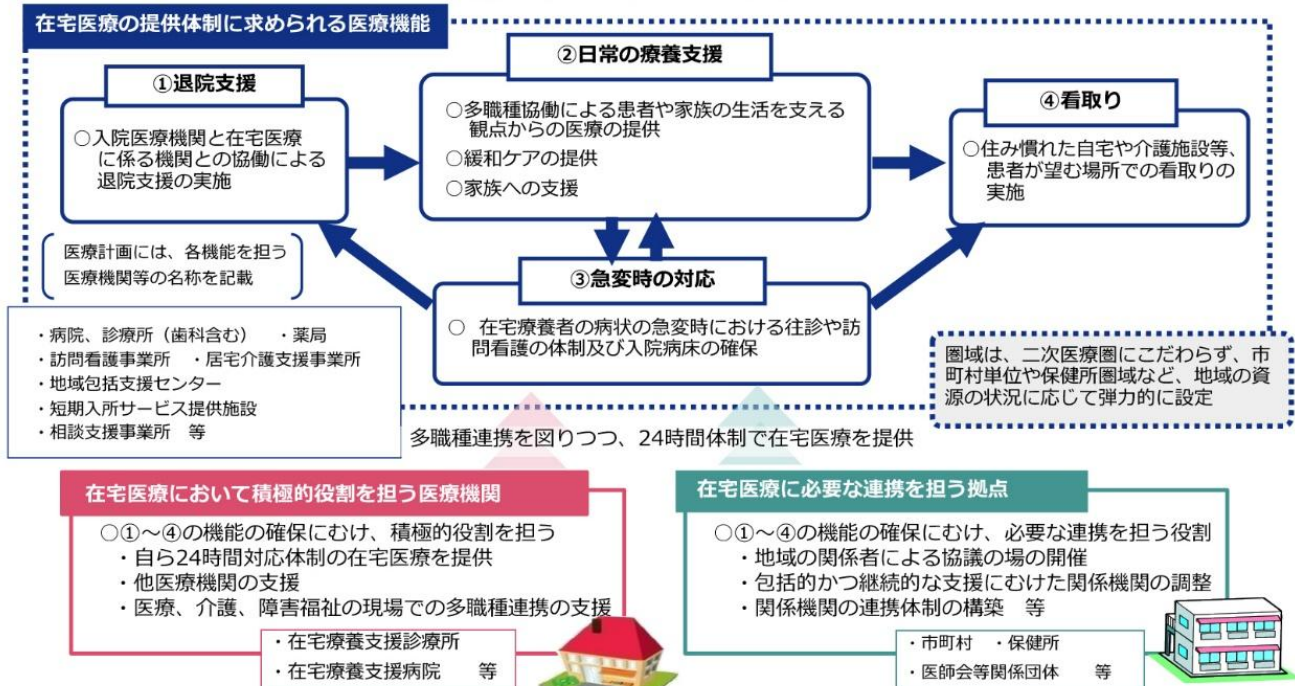
在宅医療には往診と訪問診療があり、患者の状態に応じて提供されます。訪問診療は定期的な医学管理のもとで行われ、往診は病状悪化時に医師が必要性を認めた場合に実施されます。

通院が困難な患者が対象で、年齢や要介護度による制限はありません。

提供範囲は原則として医療機関の所在地から半径 16km 以内ですが、特例としてそれを超える場合もあります。在宅医療については居宅のほか、医師の配置が義務付けられていない施設での提供が可能となっています。

◆ 在宅医療の体制について

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

（出典）厚生労働省：令和4年9月15日 在宅医療の体制整備について

3

医業経営情報レポート

患者の負担軽減とQOL向上を目指すケアモデル

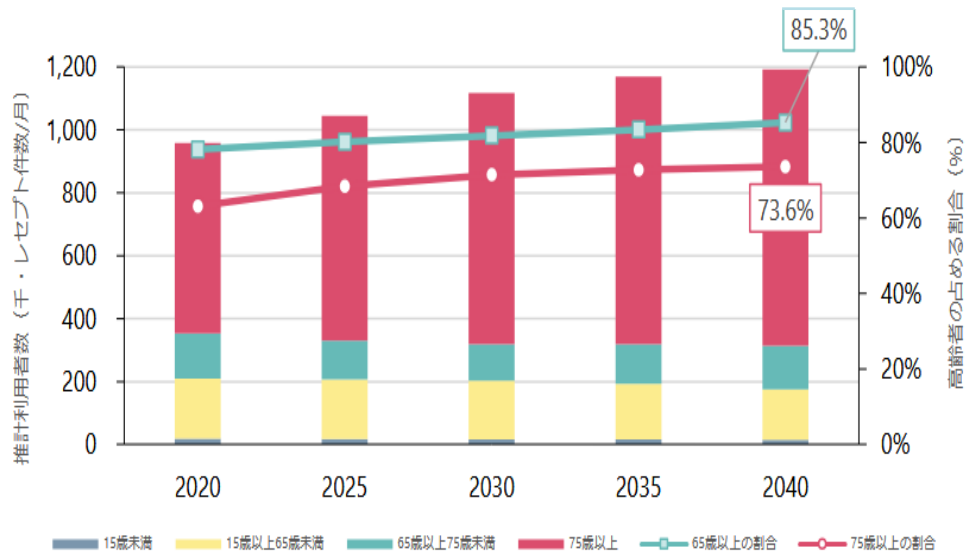
■ 医療介護連携の強化

在宅医療の定着と発展には、病院・診療所・介護施設や介護事業者との密接な連携が不可欠です。特に、訪問看護ステーションのハブ機能強化とデジタルプラットフォームの活用が重要なポイントとなります。

患者ごとのケアプランを迅速に共有することで診療の継続性が向上し、多職種協働による個別ニーズへの対応が可能となります。また、電子カルテの相互運用性を高めることで情報共有が円滑になり、患者ニーズへの即応性が高まります。

さらに、AI を活用したケアプランの最適化により、効率的な在宅医療が実現されます。これらの取り組みにより地域医療の統合が促進され、患者に質の高い医療を提供できるようになります。

◆ 年齢階層別の訪問看護事業の将来推計(医療保険+介護保険)



(出典) 厚生労働省：令和6年1月26日「在宅医療における各種の関わり方について」(訪問看護)

■ テクノロジーの活用

遠隔医療の普及により、医師がオンライン診療を行い、訪問看護師と連携して治療を進めるというモデルが確立されつつあります。特に、ウェアラブルデバイスによる健康モニタリングやAIを活用したケアプランの最適化は、在宅医療の効率向上に大きく貢献しています。

これにより、患者は自宅にいながら適切な診察や健康管理を受けることが可能となります。

■ 新たなケアモデル「在宅入院」

病院と同等の治療環境を在宅で実現する「在宅入院」は、今後の医療提供体制において重要な役割を果たすことになるでしょう。例えば点滴・投薬・酸素療法を自宅で実施できる仕組みを整えることで、患者の負担軽減とQOLが大きく改善されることが期待されます。

また、訪問看護師の役割を強化し、医師が遠隔で指示を出すハイブリッドモデルが確立されれば円滑な診療が可能となります。

4

医業経営情報レポート

在宅医療を活用した収益率向上戦略

■ 効率的な患者管理システムの導入

電子カルテや患者ポータルといった患者管理システムを効率的に導入することにより、診療所の運営を最適化し、利益率を向上させることができます。

これらを活用することにより患者情報を一元管理し、スタッフの業務が効率化され、より多くの患者にサービスを提供することが可能となります。また、システム導入により、誤診や重複検査の防止にも寄与し、医療資源の無駄を減らすことにもつながります。

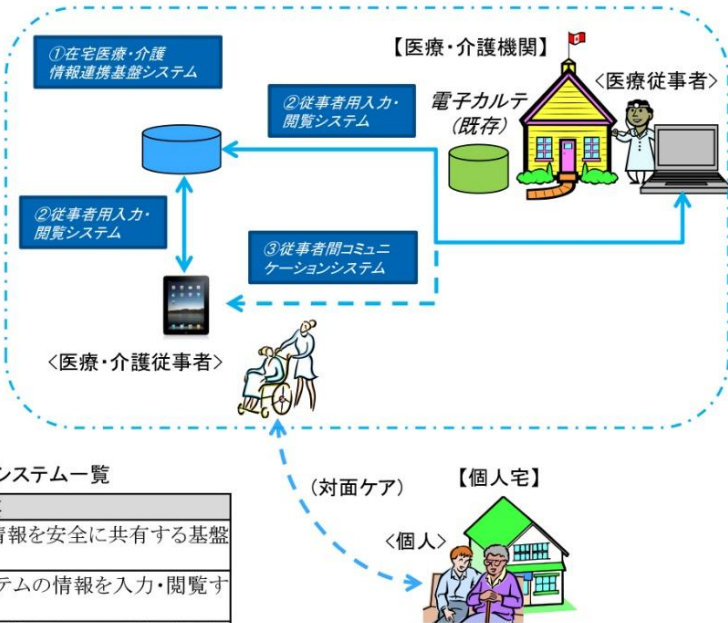
◆在宅医療・介護情報連携におけるICT利活用の概要

ICT利活用による地域課題の解決～在宅医療・介護情報連携システムの概要～

- 在宅医療・介護情報連携システムは、セキュリティが担保されたモバイルネットワークで医療・介護機関と携帯端末を接続し、医療・介護情報を安全に格納し、医療・介護従事者がこれらシステムに格納された医療・介護情報を閲覧することや、訪問先で医師に指示や助言を仰ぐことができるようにするデータベース連携及び画像通信システムである(図表2)。
- これによって次のようなサービスが可能となる。

- ① 医用画像データ、患者基本データ、臨床検査データ、処方情報データ等を保存し、アクセス権や利用者認証等の管理を行う。これにより、医療機関や介護機関、訪問先の医療・介護従事者に分散している医療・介護情報を一元的に集約できる。
- ② 患者宅等を訪問する医療・介護従事者が、保管された要介護者等の医療情報の一部を携帯端末で一時的に参照し、効率的・効果的な訪問看護・介護を行う。これにより、要介護者等は自宅で適切な医療・介護サービスを受けることができ、治療効果の向上やQOLの向上が期待される。
- ③ 患者宅等を訪問する医療・介護従事者と、医療機関にいる医師との間で、表示されるカメラ画像を共有し、医師が遠隔で簡単な診察を行い、訪問先の医療・介護従事者に適切な指示や助言を行う。これにより、患者が自宅で適切な医療・介護サービスを受けられるだけでなく、訪問先の医療・介護従事者も安心して業務を行うことができる。

図表2 在宅医療・介護情報連携システムの概要



図表3 在宅医療・介護情報連携システムにおけるサブシステム一覧

サブシステム	概要
①在宅医療・介護情報連携基盤システム	医療・介護機関の医療・介護情報を安全に共有する基盤となるデータベース
②従事者用入力・閲覧システム	医療・介護従事者が基盤システムの情報を入力・閲覧する機能
③従業者間コミュニケーションシステム	医療・介護従事者間でTV電話等を用いて、診療、指示、助言等のコミュニケーションを同期的に行う機能

(出典) 総務省：情報通信技術及び人材に係る仕様書（平成 23 年度版）概要版

■ 訪問診療と外来診療の融合による収益安定化

訪問診療と外来診療の両方を提供することで、診療所の患者層を拡大し、収益源の多角化につながります。特に、外来受診が困難な高齢者や慢性疾患の患者を自院で行う在宅医療へ誘導することで、稼働率向上と安定収益の確保が期待できます。

また、外来診療時に在宅医療サービスを案内することで、導入率の向上も図れるでしょう。このアプローチは、診療所の特性を活かした地域医療への貢献と、持続可能な経営の両立を実現します。

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。



リスクマネジメント > サブジャンル: SNSトラブル防止策

患者クレームにつながる内容

**患者クレームにつながる内容とは、
 どのようなものですか。**

医院に対する「安心・安全・信頼」という期待が裏切られたというクレームの発生から、SNS等を介して誹謗中傷を受けてしまう事例があります。

また、医療スタッフに脅しや暴言、暴力などをふるったり、理不尽な要求をする患者「モンスターパシエント」と呼ばれる存在も出てきています。

クレームには真摯に対応し、自院の改善に結びつけ、より良い医院に変えていくことがSNS等の誹謗中傷を防止する対策にもなります。

<p>① 診療行為・ 診療内容に 関する項目</p>	<p>診療行為や内容に対するクレームは様々で、実際の診療行為に対するクレームのほか、診療前に行う説明不足から発生しているという事例もあります。 診療後も治らないといったクレームも、実際は事前の説明やコミュニケーション不足が一因となっていることがあります。 その他、待ち時間が長い、予約しているのに待たされる、受付会計専門スタッフが居ないため受付時や会計時に時間がかかるといったこともあります。</p>
<p>② コミュニ ケーションに 関する項目</p>	<p>スタッフには、「病状を診るだけでなく患者自身を観る」ことが重要だと指導する必要があります。患者との関係をよくするだけではなく、上記の診療行為へのクレームの原因となる「説明不足」の解消にも、コミュニケーション能力の向上は重要なポイントです。</p>
<p>③ 医療費に 関する項目</p>	<p>医療費に対するクレームは、「他医院と違う」ということ、「治療が完了したのに痛みが治まらない」ということで医療費返還を求めるもの、「説明が無いまま診療されたので医療費を払わない」等があります。</p>
<p>④ 医療施設、 医療機器に 関する項目</p>	<p>医療施設や医療機器に関する項目としては、医療機器が汚れている、バリアフリーになっていない等、様々なクレームがあります。</p>
<p>⑤ 医療情報の 取り扱いに 関する項目</p>	<p>現在多くの医療機関では、診療の明細書を領収書と合わせて発行しているため、診療の記載内容についての質問や治療が適切だったかどうかの開示を求める事例が出てきています。 個人情報保護法の観点からもカルテや個人情報の開示については慎重に行う必要があります。 また、患者本人からではなく、身内や知人友人と名乗る方や、保険会社や弁護士からも開示の連絡が来ることがあります。その場合は、本人確認と委任状等の有無、開示請求の理由を証明してもらい、開示する必要があるかどうかを判断することが重要です。</p>



リスクマネジメント > サブジャンル: SNSトラブル防止策

悪評が立った場合の対応策

WebやSNS上で悪評が立った場合、 どのような対応策がありますか？

口コミやSNSが盛んに利用されるとともに、「悪い口コミを書かれてしまったが、どうすればいいのか？」という相談も多くなっています。

Web や SNS で悪い口コミを書かれてしまったら、事情を知らない一般ユーザーがその一部を切り取って大きく批判や悪評が広がる等、自院の経営にも影響が及びかねないため、早急な対応策を取る必要があります。

<p>① 口コミが事実だった場合の対応策</p>	<p>SNS に悪い口コミが書かれた場合、他への影響から、削除しなければと思う院長が多いと思います。しかし削除をしてしまうと、かえって口コミを寄せた本人から余計に反発を買い、更に悪い口コミを広げられることも予想されます。</p> <p>院長は冷静に内容を精査し、その口コミが書かれてしまった原因が何だったのかを調査する必要があります。</p>
<p>② ひどい中傷や行き過ぎた内容への対抗策</p>	<p>あまりにもひどい中傷や行き過ぎた内容であった場合、削除を申請した方が良い場合もあります。Google 上でひどい中傷を掲載されてしまった場合、Google に削除を申請することができます。ただし、Google 側の対応によっては必ず削除できるものではないということを知っておく必要があります。</p>
<p>③ 第三者の視点でのチェック</p>	<p>Web や SNS 広告に関しては、広告宣伝の内容やコンテンツの公開、あるいは SNS アカウントの投稿に際して、第三者の視点でチェックしていないことが、炎上やトラブルの原因となっています。</p> <p>また、投稿自体を広告専門の他社に一任していて、自院でのチェックをおろそかにしており、「内容について当院は関係ない」としている院長も少なくありません。SNS を活用した広告に関しては、「患者だったら」「一般の市民が見たら」という第三者からの視点を持って、精査を行うことがポイントです。</p>
<p>④ SNS運用で決めておくべき項目</p>	<p>誹謗中傷や悪評の原因が何に起因していたのか、患者の動向に注視し続けることも重要です。Web で自院名と診療メニューや価格、サービスなどのキーワードで日常的に検索し、火種になる可能性のある事象をあらかじめチェックしておくことが重要です。</p> <p>人海戦術に限界があるなら、監視ツールの導入も検討すべきでしょう。SNS を経営に活用する方向性は今後も拡大していく必要があります。</p> <p>クレームを恐れてSNSの開設をやめてしまうと、貴重なビジネスチャンスを失うことにもなりかねません。SNS 自体は積極的に運営しつつ、上記のような手法でクレーム対応を体系化し、クレームが届いたら適切に対応することによって、かえって自院に良い影響をもたらせるかもしれません。</p> <p>院長が先導し、治療にポジティブなインパクトを与える SNS 運営とクレーム対応の方法を確立していく必要があります。</p>