

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.863 2025.3.25

医療情報ヘッドライン

**日医と6病院団体が次期改定に提言
賃金・物価の上昇を反映できる仕組みを**

▶日本医師会 他

**次期改定に向けた調査項目が決定
「できるだけ速やかな調査」の実施へ**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2025年3月21日

**高額請求の訪看事業所に
「教育的指導」へ**

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10月号)**

経営情報レポート

**令和7年4月以降改正
労務関連法改正の概要**

経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:クリニックの人事制度

**職員を戦力化する組織風土
医療現場におけるコミュニケーションの重要性**

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。

日医と6病院団体が次期改定に提言 賃金・物価の上昇を反映できる仕組みを

日本医師会 他

日本医師会と6病院団体（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本慢性期医療協会、全国自治体病院協議会）は3月12日に「日本医師会・6病院団体合同声明」を発表。

医療機関の経営状況が著しく逼迫しているとして、「まずは補助金による機動的な対応が必要だが、直近の賃金上昇と物価高騰を踏まえると、令和8年度診療報酬改定の前に期中改定での対応も必要」とし、2026年度（令和8年度）の診療報酬改定に向け、「賃金・物価の上昇を反映できる仕組みの導入」など2点を提言した。

■69.0%の病院が医業利益赤字

合同声明で提言した2点は以下のとおり。

- ①『高齢化の伸びの範囲内に抑制する』という社会保障予算の目安対応の廃止
- ②診療報酬等について、賃金・物価の上昇に応じて適切に対応する新たな仕組みの導入

①については「賃金上昇と物価高騰等を踏まえ、財政フレームを見直して目安対応を廃止し、別次元の対応を求める」、②については「医療業界でも他産業並みの賃上げができるよう、賃金・物価の上昇を反映できる仕組みの導入を求める」とした。いずれも賃金上昇および物価高騰への対応を求めているのは、診療報酬が公定価格であることが背景にある。

6病院団体は合同声明とは別に「ご存じですか？あなたの街の病院がいま危機的状況なのを！！」と題した資料でそのことに触れ、多くの病院が深刻な経営難に陥っていること、他産業と同じように賃金を上げられないことを訴えるとともに、独自に実施した緊急調査

の内容を公表した。

「2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況」と題した緊急調査は、今年1月23日から2月12日にかけて5,901病院を調査対象として実施。1,816病院から回答を得ている（有効回答は1,731病院、回答率30.8%）。それによれば、2023年度、2024年度ともに医業費用が医業収益を上回り、2024年度は医業利益・経常利益ともに赤字病院割合が増加。経常利益が赤字となった病院は61.2%で、前年同期比10.4ポイント増、医業利益が赤字となった病院は69.0%で同4.2ポイント増だった。

■「その他経費」は5年で18.9%上昇

また、直近5年間で医薬品費や診療材料費、委託費、水道光熱費、控除対象外消費税等負担額などの「その他経費」の増加が著しいことも明らかにした。それによれば、100床あたりの平均だと2018年度は14億5,979万5,000円だったのが2023年度には17億3,522万1,000円と5年間で18.9%上昇。同期間で8.2%の上昇だった給与費を大きく上回っている。診療報酬で償還されない委託費が22.2%増、水道光熱費等が13.6%増となっており、控除対象外消費税等負担額に至っては48.9%増となっている。

6病院団体は、2023年度のWAM（福祉医療機構）データをもとに、借入を返済するまでに必要となる「債務償還年数」が一般的に破綻懸念先とされる「30年超」及びマイナスの病院が50%となっていることも指摘。

「このままではある日突然、病院がなくなります」と窮状を訴えた。

次期改定に向けた調査項目が決定 「できるだけ速やかな調査」の実施へ

厚生労働省 入院・外来医療等の調査・評価分科会

厚生労働省は3月12日の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で、2026年度の次期診療報酬改定に向けて実施する2025年度の調査項目やスケジュール案を提示し、了承された。スケジュール案によれば、5月に調査票を配布し、6月に回収。7月に集計して8月に速報を公表する予定となっている。

■地域によっては人員配置の要件緩和も

厚労省は、今回の調査の方針案として示したペーパーにおいて、新たな地域医療構想や医師偏在対策を盛り込んで昨年12月に閣議決定された医療法等の改正案や、来年度（2025年度）に薬価改定および中間年改定の年に行う期中の診療報酬改定として入院時食費基準額の20円の引き上げが行われることに言及。次期診療報酬改定において検討すべき事項が多いことをにじませ、「できるだけ速やかな調査」を実施するとした。

検討課題として示したのは「入院医療」「外来医療」「医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について」「医師偏在対策（診療科偏在対策）」「災害医療」「業務の簡略化」の6点。

このうち、「入院医療」の調査項目は、①看護職員・看護補助者の人員配置、②多職種連携・タスクシフト／シェア、③病棟におけるICT等の活用、④入院時の食費、⑤精神・身体合併症への対応、⑥入院中の要介護高齢患者の退院後の生活支援業務、⑦主に包括期医療を担う病院の地域で果たす機能、⑧主に高度急性期医療、小児周産期医療を担う病院の地域で果たす機能の8項目。

「外来医療」は、①外来機能分化の推進、

②かかりつけ医機能の推進、③ポリファーマシー対策、④入院から外来への移行、⑤透析医療、⑥生活習慣病管理、⑦小児医療、⑧救急医療の8項目を挙げている。

「医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について」の調査項目は、①人員配置の要件緩和等と②地域医療を支える役割。

①については、「特に医療資源の少ない地域で満たすことが難しい施設基準について」調査するとしており、医療資源の状況次第で人員配置の要件を緩和していく可能性をにじませている。

■診療科別医師数や交代勤務制の実態も調査

「医師偏在対策（診療科偏在対策）」については、医療提供体制として「診療科別医師数」「手術実績等」を明記しており、とりわけ外科系診療科の正確な状況を把握しようとしているようだ。

働き方改革については、「労働時間」のほか「交代勤務制等」を明記しており、勤務間インターバルがどの程度確保できているかも見極めようとしていることがわかる。

「災害医療」については、令和6年の能登半島地震や新型コロナウイルス感染症クラスター発生時の支援のために派遣した職種や人数、人員派遣にあたって障害となったことを調査するとともに、「在宅療養患者など要配慮者の個別避難計画」を調査項目に入れ、「平時からのBCP策定」「企業等の協定締結」「在宅で使用する医療機器の保守管理体制等の計画策定・確保状況」なども明記した。

「業務の簡略化」では、諸記録業務や書類作成業務の負担感も調査するとしている。

医療情報①
 中央社会保険
 医療協議会

高額請求の訪看事業所に 「教育的指導」へ

厚生労働省は 12 日、訪問看護療養費を高額に請求する訪問看護ステーションに対して教育的な観点から指導する機会を設ける方針を中央社会保険医療協議会の総会に示し、了承された。

複数の都道府県にわたって広域で運営する訪問看護ステーションには厚労省本省も加わって指導する。関連の指導要綱を改正し、2025 年度のできるだけ早い時期から対応する。

訪問看護ステーションへの指導の機会は現在、事業所の開設時に一律に実施されたり、従業員などからの情報提供をきっかけに行われたりするものなどに限られている。

地方厚生（支）局や都道府県が 23 年度に実施した訪問看護ステーションへの個別指導は 20 件あった。ただ、医療保険での訪問看護療養費の高額な請求の実態や、指導の実施状況などを踏まえ、厚労省は指導のやり方を見直す。

具体的には、訪問看護療養費の高額請求など一定の基準に当てはまる指定訪問看護事業所への教育的な指導の機会を確保するほか、地方厚生（支）局や都道府県と連携して広域で運営する事業所に対して共同指導を行う。現在は講習形式で行われている集団指導の e ラーニング化も検討する。

厚労省はまた、訪問看護療養費の請求内容に疑義があったり、他の訪問看護ステーションと比べて請求額が非常に高かったりする場合などの積極的な情報提供も呼び掛ける。これらの指導監査の強化により、訪問看護の適切な提供や報酬請求につなげたい考えだ。

教育的な指導の内容について、厚労省の担当者は総会后、「具体的な訪問看護や請求の取り扱いなど基本的なルールを学んでもらうことを想定している」と記者団に話した。

訪問看護事業所は年々増えている。厚労省によると、訪問看護療養費を請求する訪問看護事業所は 24 年度に全国に約 1 万 7,000 カ所あり、直近の 5 年間で約 1.5 倍に増加。特に営利法人の事業所の伸びが著しいという。

医療保険の訪問看護療養費の算定件数は、08 年度から 23 年度の 15 年間で 94 万件から 610 万件と約 6.5 倍、年間の医療費は 648 億円から 6,072 億円と約 9.4 倍に増えている。

また、レセプト 1 件当たりの平均医療費が 10 万円未満の訪問看護事業所は 18-23 年度に約 36%増えたのに対し、50 万円以上の事業所は約 7 倍に増加。1 件当たりの医療費が高額の訪問看護事業所では訪問看護の日数や回数が一律に多い可能性があるという厚労省はみている。

訪問看護療養費（医療保険）の利用者 1 人当たりの 1 カ月の請求額は平均で 9 万 8,125 円。

請求額の分布では「3 万円台」が最も多かった。訪問看護を巡っては、不適切な請求のケースが一部で報じられている。そうした事例や、訪問看護療養費の請求額の増加などを踏まえ、厚労省は訪問看護事業所への指導監査の強化を図る。

医療情報②
日本医療労働
組合連合会

医労連が統一スト決行 「他産業並みの賃上げを」

医療従事者など約 17 万人が加入する日本医療労働組合連合会（医労連）は 13 日、他産業並みの大幅な賃上げや労働条件の改善を求めて全国統一ストライキを決行した。

この統一ストへの決起を表明した事業所は同日午後 5 時時点で 1,051 カ所。

2025 年春闘の回答指定日だった 12 日の結果を踏まえ、1,051 事業所のほとんどで数人から数十人規模の指名ストを行った。

全日本赤十字労働組合連合会や全国労災病院労働組合などでは、始業から 1 時間の全面ストを実施した事業所もあった。

医労連は今回の春闘で、定期昇給とベースアップで他産業並みとなる月額 5 万円以上の賃上げを統一要求に掲げた。

24 年の医療・福祉分野での賃上げは平均で 6,876 円にとどまり、一時金の引き下げ分を加味すれば、賃下げが起きている状況だと訴えている。

渡辺勇仁中央副執行委員長は、「昨日の労使交渉の回答では、大半が定期昇給のみにとどまっており、われわれの要求には到底及ばない」と述べ、全国統一ストの意義を強調した。

医労連によると、医療・介護分野の定期昇給とベアを含めた賃上げの回答は、13 日午後 0 時半時点で平均 4,968 円と、5,000 円にも届かない状況だという。

医労連では、4 月 9 日を第 2 次統一行動日に設定しており、今後の労使交渉の回答状況を見ながら、行動内容を検討するとしている。

東京医労連ではこの日、医療・介護従事者の配置基準を見直した上での大幅な増員や、「ケア労働者」の賃上げなどを実現するため、国に意見書を提出するよう求める請願書を東京都議会に提出した。

医療や介護現場での労働時間の上限規制や勤務間インターバルの確保、夜勤回数の制限など、労働環境の抜本的な改善に向けた規制を設け、そのための財政支援なども要望した。

東京医労連書記長の青山光書記長は、医療・介護従事者の処遇改善に向けて行政を動かす必要があるとし、「全国統一ストを決行するタイミングで請願書を提出することで、社会への訴えかけを強めたい」と、請願活動の意義を語った。

東京医労連がその後に開いた都内での集会には、医労連の佐々木悦子中央執行委員長も参加。他産業との賃金格差が拡大する中、「医療・介護分野からの人材流出が止まらず、人材不足に拍車がかかっている」と指摘した。

地域の医療や介護を守るため、佐々木委員長は「この春闘を最後まで粘り強く戦っていく」と、決意を表明。医療・介護分野の賃上げは必要だという世論を広げるために、組合員の結束を呼び掛けた。

週刊医療情報（2025年3月21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10月号）

厚生労働省 2025年2月28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				
			本人	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
	4～10月	27.5	15.2	9.0	5.1	3.3	6.2	0.9	10.9	1.3
	8月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	9月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	10月	4.0	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
令和6年度4～10月	27.8	15.1	9.1	5.3	3.3	6.0	0.8	11.3	1.4	
	4～9月	23.7	12.9	7.8	4.5	2.8	5.1	0.7	9.6	1.2
	8月	3.9	2.1	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
	9月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
	10月	4.1	2.2	1.3	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	
	8月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.0	8.1
	9月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.1	8.0
	10月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.2	8.2
令和6年度4~10月	22.4	14.7	11.8	11.2	11.5	23.6	14.8	56.6	
4~9月	19.1	12.5	10.0	9.5	9.8	20.1	12.7	48.3	
	8月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.0	8.0
	9月	3.1	2.0	1.6	1.6	1.6	3.3	2.0	7.9
	10月	3.3	2.2	1.7	1.7	1.7	3.5	2.1	8.3

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	
	8月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.1	0.3
	9月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.1	0.3
	10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4~10月	27.8	22.1	10.6	9.5	2.0	4.8	0.4	0.41	11.1	14.3	2.0	
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	
	8月	3.9	3.1	1.6	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
	9月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
	10月	4.1	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	
4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.4	0.24	
	8月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	9月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	10月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.8	0.04
令和6年度4～10月	14.5	14.2	2.6	9.3	2.4	5.2	0.33	
4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.4	0.28	
	8月	2.0	1.9	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
	9月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
	10月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	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	
4～9月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.3	12.0	15.4	
	8月	19.7	41.0	42.7	10.6	8.2	9.8	12.1	16.1
	9月	19.1	40.5	42.1	10.4	8.2	9.5	12.1	15.6
	10月	18.8	40.7	42.3	10.2	8.2	9.1	12.1	15.3
令和6年度4～10月	19.1	41.5	43.2	10.2	8.4	9.4	12.3	15.4	
4～9月	19.1	41.4	43.1	10.2	8.4	9.4	12.3	15.4	
	8月	19.8	41.6	43.3	10.4	8.5	9.7	12.4	15.9
	9月	19.3	41.2	42.9	10.3	8.5	9.5	12.4	15.6
	10月	19.1	42.1	43.8	10.2	8.5	9.3	12.2	15.4

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を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10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



歯科医院

令和7年4月以降改正

労務関連法改正 の概要

1. 労務に関連する主な法改正の概要
2. 育児休業等給付に関連する改正
3. 出生後休業支援給付の創設
4. その他の労務関連の法改正



参考資料

【厚生労働省】：育児・介護休業法 改正ポイントのご案内 より
令和6年雇用保険制度改正（令和7年4月1日施行分）について

1

医業経営情報レポート

労務に関連する主な法改正の概要

令和6年に雇用保険法等の一部を改正する法律が公布され、本年7年4月以降に施行されることとなっています。具体的には育児・介護休業法の改正、雇用保険の改正、次世代育成支援対策推進法の改正、高年齢雇用継続給付の支給率の引き下げなどです。

■ 子の看護休暇の見直し

本改正において育児・介護休業法が定める子の看護休暇の内容が見直されます。

なお、子の看護休暇の取得事由が追加されたことに伴い、制度の名称が、「子の看護等休暇」に変更されます。

■ 子の看護休暇の見直し

改正内容	施行前	施行後
対象となる子の範囲の拡大	小学校就学の始期に達するまで	小学校3年生修了まで
取得事由の拡大 (③④を追加)	①病気・けが ②予防接種・健康診断	①病気・けが ②予防接種・健康診断 ③感染症に伴う学級閉鎖等 ④入園(入学)式、卒園式
労使協定による継続雇用期間6か月未満除外規定の廃止	〈除外できる労働者〉 ①週の所定労働日数が2日以下 ②継続雇用期間6か月未満	〈除外できる労働者〉 ①週の所定労働日数が2日以下 ※②を撤廃
名称変更	子の看護休暇	子の看護 等 休暇

※ 取得可能日数は、現行日数(1年間に5日、子が2人以上の場合は10日)から変更ありません。

■ 所定外労働の制限(残業免除)の対象拡大

今までは、所定外労働の制限(労働者が申請した場合において、事業主が所定外労働を免除する制度)の対象となる子の年齢は、「3歳に満たない子」となっていたましたが、法改正により、所定外労働の制限の対象となる子の年齢が拡大され、「小学校就学の始期に達するまでの子(小学校入学前の子)」が対象となります。

■ 所定外労働の制限(残業免除)の対象拡大

改正内容	施行前	施行後
請求可能となる労働者の範囲の拡大	3歳未満の子を養育する労働者	小学校就学前の子を養育する労働者

(厚生労働省：ともに育児・介護休業法 改正ポイントのご案内 より)

2

医業経営情報レポート

育児休業等給付に関連する改正

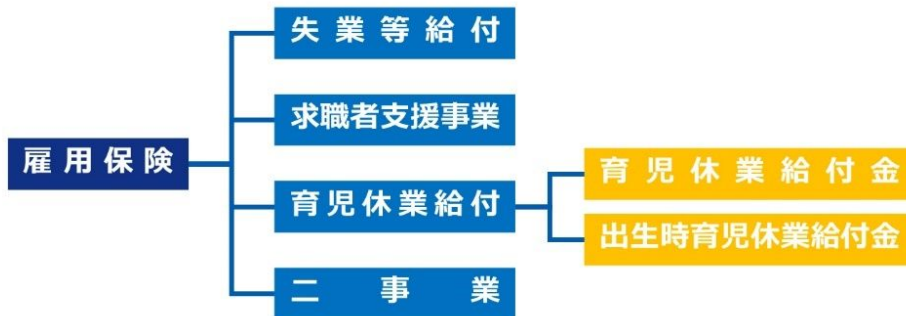
育児休業給付に関する法律の改正案が令和7年4月1日より施行されます。

具体的には育児休業給付に係る国庫負担引き下げの暫定措置の廃止や、育児休業給付に係る保険料率引き上げ及び保険財政の状況に応じて保険料率引き下げを可能とする弾力的な仕組みの導入、出生後休業支援給付及び育児時短就業給付の創設などとなっています。

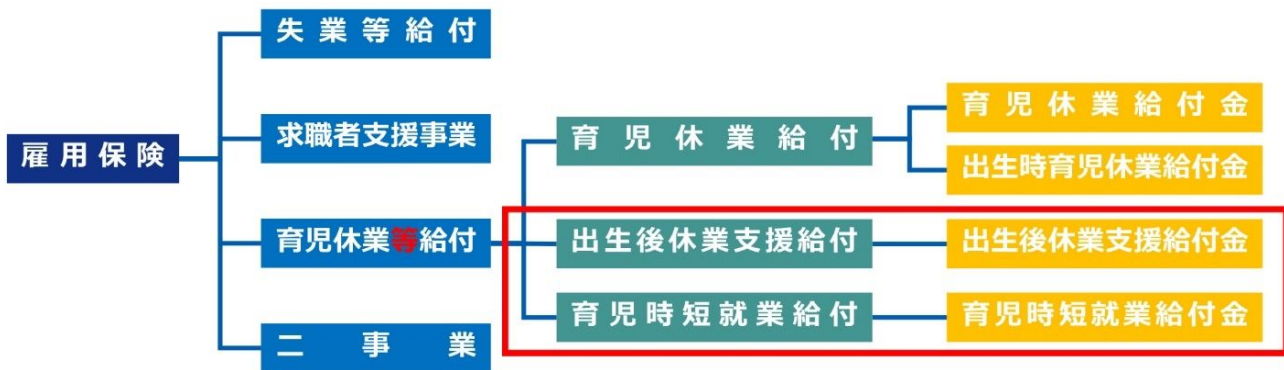
■ 雇用保険制度の概要(体系)

令和6年雇用保険制度改正により、出生後休業支援給付及び育児時短就業給付が創設され、育児休業給付と併せて、育児休業等給付となります。

■ 現在の雇用保険制度の体系



■ 令和7年4月1日以降の体系



(厚生労働省：令和6年雇用保険制度改正について)

■ 育児休業給付に係る保険料率引き上げ等の見直し

育児休業給付については、育児休業の取得者数増等を背景に、支給額が年々増加しており、財政基盤の強化が急務とされていました。(現在の国庫負担割合：本則 1/8 のところ暫定措置として 1/80、現在の保険料率：0.4%)

そこで男性育休の大幅な取得増等に対応できるよう、育児休業給付を支える財政基盤を強化するため、令和4年雇用保険法改正法の附則の規定を踏まえ、令和6年度から、国庫負担割合を現行の 1/80 から本則の 1/8 への引き上げを実施しました。

3

医業経営情報レポート

出生後休業支援給付の創設

今回の法改正で、新たに出生後休業支援給付が創設されました。

このなかでは給付金の支給対象となる休業の範囲や、配偶者の出生後休業を要件としない場合、出生後休業の分割取得ができる場合など、様々な要件が規定されています。

■ 出生後休業支援給付の創設

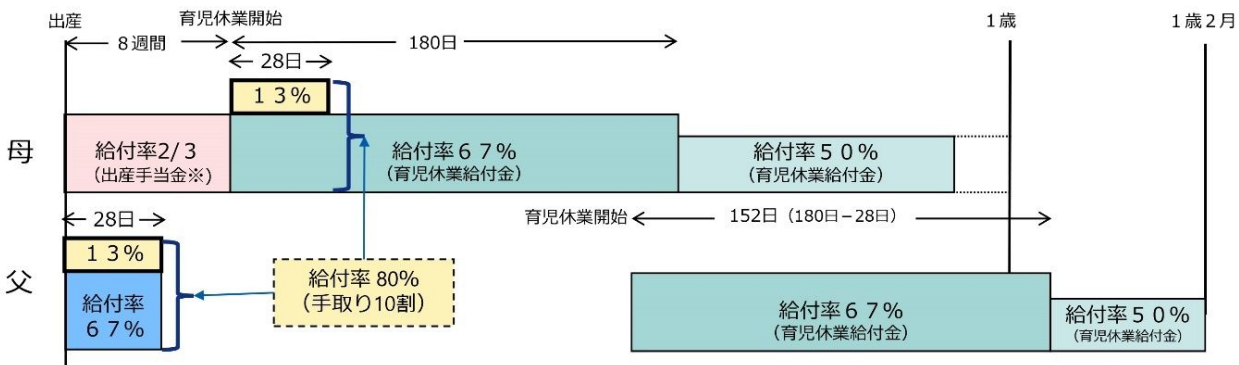
現状では、育児休業を取得した場合、休業開始から通算 180 日までは賃金の 67%（手取りで 8 割相当）、180 日経過後は 50% が支給されることになっています。

課題としては、若者世代が希望どおり、結婚、妊娠・出産、子育てを選択できるようにしていくため、夫婦ともに働き、育児を行う「共働き・共育て」を推進する必要があり、特に男性の育児休業取得の更なる促進が求められています。

そこで、見直し内容としては、子の出生直後の一定期間以内（男性は子の出生後 8 週間以内、女性は産後休業後 8 週間以内）に、被保険者とその配偶者の両方が 14 日以上の子育て休業を取得する場合に、最大 28 日間、休業開始前賃金の 13% 相当額を給付し、育児休業給付とあわせて給付率 80%（手取りで 10 割相当）へと引き上げることになりました。

尚、配偶者が専業主婦（夫）の場合や、ひとり親家庭の場合などには、配偶者の育児休業の取得を求めずに給付率を引き上げることとなります。

■ 出生後休業支援給付のイメージ



※健康保険等により、産前6週間、産後8週間について、過去12カ月における平均標準報酬月額
の2/3相当額を支給する。

■ 出生後休業支援給付の主な省令事項①

出生後休業支援給付金支給対象となる休業の範囲は、法律上、被保険者が対象期間内にその子を養育するための休業とされています。

その被保険者が対象期間内に 14 日以上の子育て休業を行い、かつ、被保険者の配偶者が 14 日以上の子育て休業を行うことが給付の要件となっていますが、施行時にその要件等を緩和する案も出ています。

4

医業経営情報レポート

その他の労務関連の法改正

労務管理に関する法改正には、これまで解説してきた内容以外にも、自己都合退職者が教育訓練等を自ら受けた場合の給付制限解除や就業促進手当の見直し、教育訓練支援給付金の給付率引下げ及び雇止めによる離職者の基本手当の給付日数に係る特例等の令和8年度末までの継続があります。また、令和7年10月1日から施行される柔軟な働き方を実現するための措置等といった改正もあります。

■ 自己都合退職者が教育訓練等を自ら受けた場合の給付制限解除

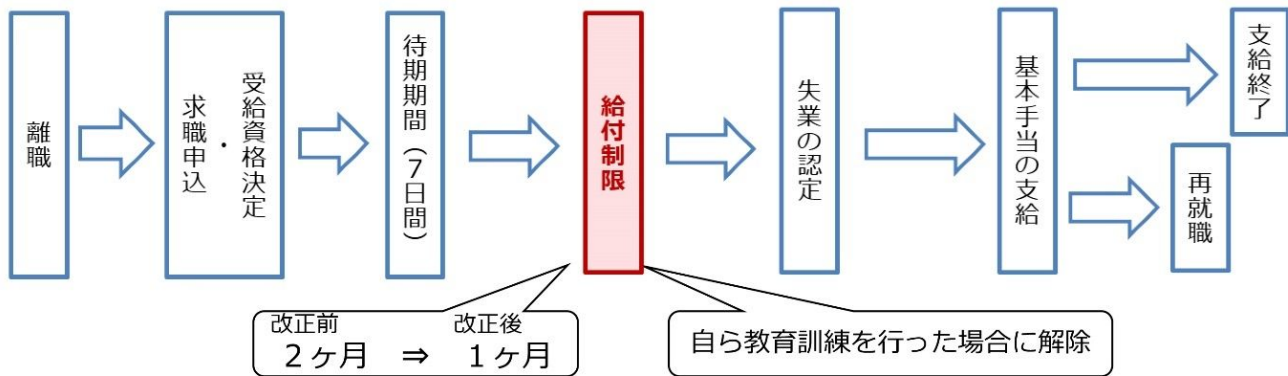
現状では、自己都合離職者に対しては、失業給付（基本手当）の受給に当たって、待期満了の翌日から原則2ヶ月間（5年以内に2回を超える場合は3ヶ月）の給付制限期間があります。

ただし、ハローワークの受講指示を受けて公共職業訓練等を受講した場合、給付制限が解除されます。この要件を離職期間中や離職日前1年以内に、自ら雇用の安定及び就職の促進に資する教育訓練を行った場合には、給付制限を解除することになります。

このほか、通達の改正により、原則の給付制限期間が2ヶ月から1ヶ月へ短縮されます。

ただし、5年間で3回以上の自己都合離職の場合には給付制限期間が3ヶ月となります。

■ 基本手当の受給手続きの流れ（自己都合離職者）



（厚生労働省：令和6年雇用保険制度改正について より）

■ 就業促進手当の見直し

現状では、安定した職業以外の職業に早期再就職した場合の手当として就業手当が、早期再就職し、離職前の賃金から再就職後賃金が低下していた場合に低下した賃金の6か月分を支給する手当として就業促進定着手当が設けられています。

今次改正による見直し内容としては、就業手当を廃止するとともに、就業促進定着手当の上限を支給残日数の20%に引き下げることになります。

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:人材・人事制度 > サブジャンル:クリニックの人事制度

職員を戦力化する組織風土

職員を戦力化する組織風土作りとは、
 どのようなものなのでしょうか？

(1)院長のリーダーシップで良好な組織風土をつくる

医療機関を取り巻く経営環境は、厳しさを増しています。増加するクレーム、経済情勢の悪化や競合医院の開設等の外部要因から、人が採用できない、育たない等内部に起因する要因まで、さまざまな課題を抱えています。これらの課題を乗り越えるためには、院長をはじめ、医療機関の全職員が一丸となって課題に立ち向かう組織となっているかがポイントとなります。

■院長が取り組む組織風土づくりのポイント

- ①院長が実践する院内全体のマネジメント
- ②自院に必要な人材像を明確にしたうえで行う採用活動
- ③職員一人ひとりに関心を持ったコミュニケーション
- ④院内全体の質のレベルアップを図る職員育成システム構築

(2)良好な組織風土づくりは患者満足につながる

医療機関の採用難は有資格者を中心として続いています。受付・事務職員を含めて、職員全員が職種に応じたその能力を発揮できる組織風土づくりは、すぐに取り組むことが可能です。職員が貢献意欲を発揮しようという組織風土をつくる取り組みは、結果的には患者満足を生み、安定した来院数を確保することにつながります。

(3)組織運営のポイント

医療機関の運営は、患者主体の医療サービス提供が基盤になるので、来院患者の足を遠ざけるような雰囲気は避けなければなりません。

したがって、適切で良いコミュニケーションを職員と構築することについては、仕事のモチベーションアップと共に職場環境を整える気配りと、経営者および管理者として必要な厳しさと兼ね備えた、院長のマネジメント力が重要です。

(4)コミュニケーションアップの要諦

職員と接する時間が少ない医療機関では、院長の目が届かず、業務の非効率が生じていたり、あるいは内部不正が隠されていたりするケースもみられます。

このような事態を回避し、すべての職員が自院を支える戦力にするためには、院長と職員とのコミュニケーションの充実が最も有効です。



ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:クリニックの人事制度

医療現場における コミュニケーションの重要性

医療現場におけるコミュニケーションの重要性について教えてください。

患者の医療への関心が高まっている現在では、患者ニーズを引き出し、特性を理解して患者の立場に立ったコミュニケーションスキルが求められています。また医療スタッフ間では、他職種の立場を尊重し、指示命令型ではなく双方向型のコミュニケーションが求められています。

医療現場は人と人が直に接し、人の心理にかかわる職場であり、コミュニケーションが本来ことさら重要な位置を占めているにもかかわらず、医療現場や医学教育では長らくコミュニケーションがあまり重要視されてきませんでした。それが、結果的に患者やスタッフの立場を考えないスタッフを生み出してしまふことにつながります。

●医療現場に求められるコミュニケーションスキル

国民の医療・健康・福祉問題等に対する関心が、以前に比べてはるかに高くなってきました。マスメディアを通じ医療行為に関する事件・事故・裁判等、医療に対しての不信・不満・要望等の報道が増加するなかで、医療機関に対してより高いレベルの患者サービスを要求する時代に変化しています。

このような中、医療従事者により高いコミュニケーションスキルが求められるようになってきました。

■院内のコミュニケーション不足が要因で発生するヒヤリハット事故

診療所内でヒヤリハット事故が発生する要因は、下記の要因が大勢を占めています。いわゆる説明不足等、院内コミュニケーションが不足することに起因する項目が多くなっています。

■医療機関での医療事故発生要因

【患者への説明不足によるヒヤリハット事故～主な発生場面】

- ①処方・与薬
- ②ドレーン、チューブ類の使用・管理
- ③療養上のお世話

【主な当事者職種】

- ①看護師
- ②医師
- ③准看護師
- ④助産師
- ⑤看護助手

【連携不適切による事故の詳細】

- ①看護職間
- ②医師と看護師
- ③他職種間