

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.836 2024.9.10

医療情報ヘッドライン

**厚労省の25年度概算要求は32.4兆円
24年度当初予算からプラス4,574億円**

▶厚生労働省

**武見厚労相「戦略的に医療産業を育成」
「医師偏在対策推進本部」も設置へ**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2024年9月6日

**医療・介護DX推進へ、
税制措置を要望**

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5年度3月)**

経営情報レポート

**AIの活用などによる地域差の解消へ
救急医療の現状と未来への展望**

経営データベース

ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営分析
**流動比率を使った経営分析の進め方
固定比率とは**

発行:税理士法人 森田会計事務所

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

厚労省の25年度概算要求は32.4兆円 24年度当初予算からプラス4,574億円

厚生労働省

厚生労働省は8月28日に2025年度予算案の概算要求を公表。一般会計の要求額は34兆2,763億円で、要求段階では過去最大となった。2024年度当初予算からは4,574億円増加している。「年金・医療等に係る経費」は、2024年度当初予算に比べ3,677億円増やした32兆4,375億円を要求。高齢化に伴う自然増は4,100億円だ。

■マイナ保険証の利用促進を含む

医療DX推進は約1.7倍

今回の概算要求における「重点要求」は、大きく以下の3つ。医療関連では医療・介護DXや創薬力強化などの施策を盛り込んだ。

- ① 全世代型社会保障の実現に向けた保健・医療・介護の構築
- ② 持続的・構造的な賃上げに向けた三位一体の労働市場改革の推進と多様な人材の活躍促進
- ③ 一人一人が生きがいや役割を持つ包摂的な社会の実現

2024年度当初予算額に比べ、要求額は総じて上がっている。創薬力強化では、「有望なシーズの医薬品・医療機器等への実用化の促進」で113億円を要求（2024年度当初予算は71億円）。がん・難病に対する全ゲノム解析及びゲノム医療の推進やAIを活用した創薬に向けたプラットフォームの整備及び活用促進などを盛り込んだ「研究開発によるイノベーションの推進」には662億円を要求した（24年度当初予算554億円）。

マイナ保険証の利用促進に向けた取り組みなどを盛り込んだ「医療・介護分野におけるDXの推進」には、24年度当初予算（201億円）の約1.7倍となる358億円を要求。

この中には、脅威を増すサイバーセキュリティ対策の強化も含まれている。

加速する人口減少を踏まえ、急務となっている「医師偏在対策・地域医療構想・かかりつけ医機能等の推進」には915億円、「地域ケアシステムの推進」には2,531億円を要求。24年度当初予算からはそれぞれプラス37億円、プラス57億円となった。

「救急・災害医療体制等の充実」には122億円（24年度当初予算110億円）、「認知症施策の総合的な推進」には148億円（24年度当初予算134億円）を要求している。

■感染症対策には約3.7倍の330億円を要求

その他、増額が目立ったところでは、「次なる感染症危機に備えた体制強化」がある。

24年度当初予算（87億円）の約3.7倍となる330億円を要求し、「国立健康危機管理研究機構の創設による感染症の情報収集・分析体制の強化、基礎から臨床に至る総合的な研究開発基盤の整備」「感染症危機管理の強化に向けた人材育成等の推進」「平時からの計画的な個人防護具の備蓄」などを盛り込んだ。

また、「仕事と育児・介護の両立支援、多様な働き方の実現に向けた環境整備、ワーク・ライフ・バランスの促進」には、1,415億円と24年度当初予算（301億円）の約4.7倍を要求。

このうち、「共働き・共育て推進のための給付の創設」に939億円を計上しており、両親ともに育児休業した場合に支給する出生後休業支援給付や、育児期に時短勤務をした場合に支給する育児時短就業給付を創設する。

武見厚労相「戦略的に医療産業を育成」 「医師偏在対策推進本部」も設置へ

厚生労働省

厚生労働省は8月30日、同省が推進する近未来の政策方針として「近未来健康活躍社会戦略」を公表。武見敬三厚生労働相は同日の会見で「戦略的に医療・介護を育成する」と明言した。また、医師偏在対策について、自身を本部長とする「厚生労働相医師偏在対策推進本部」を設置。年末までに対策パッケージを策定するべく検討を加速するとした。

■健康で有意義な生活を送りながら

活躍できる社会の実現へ

「近未来健康活躍社会戦略」では、まず現状に対する問題意識として「我が国は、少子高齢化・人口減少、デジタル化、グローバル化という大変革時代の渦中にある」「国民皆保険の持続可能性を確保しつつ、未来に向けて、イノベーションと社会のダイナミズムを医療・介護分野に取り込み、人生100年時代を健康で有意義な生活を送りながら活躍できる社会の実現が『待ったなし』の課題となっている」と明記。それらを踏まえた戦略目標として、以下の3つを挙げている。

- ① 国内における改革努力と国際戦略の両面により、国際貢献と同時に海外市場の活力を日本経済に取り込むことで、戦略的に医療・介護産業を育成。
- ② 医療・介護分野における多様なイノベーション・最先端の技術を駆使することや、インバウンド・アウトバウンドの取組を推進することで、国民皆保険を堅持しつつ、戦略的に医療・介護全体としての収入の拡大を目指すとともに、その成果を広く国民に還元。
- ③ 国民一人ひとりが可能な限り長く健康で有意義な生活を送りながら活躍できる社会（健康活躍社会）を実現。

そのうえで、「近未来健康活躍社会」を実現するためには「経済社会のダイナミズムが国内・海外に広く行き渡るエコシステムの構築」が必要だとした。具体的な国際戦略としては「創薬力の強化による革新的新薬の開発」「世界の感染症対策を牽引する感染症危機管理体制の構築」「アジア圏等における医療・介護の好循環の実現（インバウンド・アウトバウンドの推進等）」「『UHC ナレッジハブ』の日本設置」を挙げている。

■UHC達成のためのデータ整備や

人材育成を日本で

武見厚労相が言及した「戦略的に医療・介護を育成」は「アジア圏等における医療・介護の好循環の実現（インバウンド・アウトバウンドの推進等）」でとりわけ生きてくると思われる。「インバウンド」は治療を目的に訪日する外国人の受け入れ、「アウトバウンド」は医薬品・医療機器の海外展開を指す。

医療水準が高くなければ、治療を目的とする訪日外国人患者は増えないため、インバウンドとアウトバウンドの両輪を同時に回すことが求められるといえるだろう。

なお、「UHC ナレッジハブ」のUHCは「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」のことで、すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを支払い可能な費用で受けられる状態を指す。国民皆保険制度を構築してきた日本はまさにUHC先進国ともいえるため、途上国におけるUHC達成のためのデータ整備や人材育成を行う世界的な拠点を日本で設置するとしている。

医療情報①
 厚生労働省
 税制改正

医療・介護DX推進へ、 税制措置を要望

厚生労働省は8月28日、2025年度の税制改正に向けた要望をまとめた。医療や介護分野でのDXの推進に伴う税制上の措置を講じることなどを盛り込んだ。

25年度税制改正のメニューは、与党の税制調査会が年末にまとめる見通し。

政府が6月に閣議決定した骨太方針2024には、医療データを活用して医療のイノベーションを促進するため医療・介護DXを確実に推進することを明記した。

これを踏まえ厚労省では、全国医療情報プラットフォームの構築や医療・介護の公的データベースのデータ利活用の促進、医療・介護DXを進めるための体制の整備などについて検討を行っている。

そのため、医療・介護のデータ利活用の方針や基盤整備などの検討結果を踏まえて法人税や所得税などで所要の措置を講じるよう求める。

医療関連ではほかに、以下に対する特別償却の適用期限を2年延長することも要望する。

- ▼医師など医療従事者の労働時間短縮につながる機器の取得
- ▼病床再編などのために取得・建設した建物や付属設備
- ▼高額な医療用機器の取得

医療情報②
 厚生労働省
 公表

医師偏在是正で 対策パッケージの骨子案

厚生労働省は8月30日、特定の地域や診療科への医師の偏在を是正するための対策パッケージの骨子案を公表した。大都市など医師が多い地域での新規開業にハードルを掛けるため都道府県知事の権限を強化する。

また、「医師少数区域」での勤務経験を管理者の要件にする医療機関の大幅な拡大を検討する。必要に応じて法令改正し、2027年度の施行を目指す。骨子案は、以下が柱となっている。

- ▼都道府県の「医師確保計画」の深化
- ▼医師の確保・養成
- ▼実効的な医師配置

厚労省がこの日公表した「近未来健康活躍社会戦略」に盛り込んだ。

年末にかけて対策パッケージの具体化を進める。厚労相をトップとする対策推進本部も近く立ち上げ、医師の偏在是正に本腰を入れる。

骨子案の3つの柱のうち、医師確保計画の深化では、人口動態や医療へのアクセス状況などを踏まえて医師の偏在是正プランを都道府県が作る。

4月に運用が始まった第8次医療計画に27年度から反映させる方針。それに向けて国が25年度にガイドラインを作る。

また、実効的な医師の配置では、ほかの医療機関に医師を派遣する病院への地域医療介護総合確保基金による財政措置など経済的なインセンティブを検討する。

医療情報③
 社保審
 医療保険部会

75歳以上で窓口負担2割、 1カ月の医療費3%減少

厚生労働省は8月30日、医療費の窓口負担が1割から2割に変わった75歳以上の人の1人当たり1カ月の医療費総額が1割負担の人よりも3%程度減ったとする厚労科学研究の検証結果を公表した。

医療サービスの利用は約1%、利用日数は約2%それぞれ減少した。厚労省では検証結果について今後分析を進め、後期高齢者医療の窓口負担割合のさらなる見直しの検討の資料にしたいと考えた。

後期高齢者医療制度を巡っては、所得が一定以上ある75歳以上の医療費の窓口負担が2022年10月から従来の1割から2割に引き上げられた。

この見直しを踏まえ、22・23年度の厚労科学研究で2割負担の対象者の受診や受療行動に与えた影響を検証した。

その結果、一定以上の所得者は負担が1割から2割になる直前に医療費が上昇する、いわゆる「駆け込み需要」があることが示唆された。

また、負担割合の変更後は、1人当たり1カ月の医療費総額が1割負担の人と比べて約3%、医療サービスの利用は約1%、医療サービスの利用日数は約2%それぞれ減少した。

外来の利用が一定程度ある45疾病についても分析したところ、22年10月時点で糖尿病や脂質異常症など17疾病で外来利用が有意に減った。一方、ほぼ差がない疾病もあり、傷病によって異なることも明らかになった。

これらの検証結果は、30日に開催された社会保障審議会の医療保険部会で厚労省が公表した。担当者は部会后、記者団に対して「有用な結果が得られた」と述べた。

週刊医療情報（2024年9月6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5年度3月）

厚生労働省 2024年9月3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							
令和元年度	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2	
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4~3月	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2	
	4~9月	22.6	12.7	7.3	4.1	2.7	5.4	0.7	8.8	1.1
	10~3月	23.4	13.1	7.7	4.3	2.9	5.4	0.8	9.2	1.1
	1月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	2月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	3月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
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

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歳以上	
	75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者			
		本人	家族						
令和元年度	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2	
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4~3月	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.5	95.7	
4~9月	18.0	12.0	9.5	9.0	9.1	19.1	11.9	47.0	
	10~3月	18.8	12.5	9.9	9.4	9.6	12.5	48.6	
	1月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	8.0
	2月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	7.9
	3月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.8	3.5	2.1	8.6
令和5年度4~3月	38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.1	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	10.3	9.7	10.1	12.5	48.4	
	1月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.0	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

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									
令和元年度	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0	
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4~3月	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2	
4~9月	22.6	18.1	8.4	8.1	1.6	3.8	0.4	0.24	8.8	11.9	1.6	
	10~3月	23.4	18.7	8.9	8.2	1.6	4.0	0.4	0.26	9.3	12.2	1.6
	1月	3.8	3.1	1.5	1.3	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.2
	2月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
	3月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.7	2.2	0.3
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

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				
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27	
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4～3月	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43	
	4～9月	12.1	11.9	2.1	7.8	2.0	4.1	0.21
	10～3月	12.2	12.0	2.2	7.8	2.0	4.3	0.22
	1月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.04
	2月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.04
	3月	2.2	2.2	0.4	1.4	0.4	0.8	0.04
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
	10～3月	12.5	12.2	2.2	8.0	2.0	4.5	0.26
	1月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	2月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	3月	2.1	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						
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0	
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4～3月	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4	
	4～9月	18.6	39.6	41.3	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
	10～3月	19.2	41.1	42.8	10.5	8.1	9.5	12.0	15.7
	1月	19.9	41.4	43.1	11.0	8.0	9.7	12.1	16.3
	2月	19.6	41.8	43.5	10.5	8.2	9.4	12.1	15.7
	3月	19.1	41.4	43.1	10.2	8.2	9.6	11.9	15.5
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
	10～3月	19.1	40.7	42.4	10.3	8.2	9.4	12.2	15.6
	1月	19.6	40.7	42.4	10.7	8.1	9.5	12.2	16.0
	2月	19.4	41.0	42.7	10.5	8.3	9.5	12.2	15.9
	3月	19.1	40.5	42.2	10.2	8.3	9.6	12.3	15.7

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5年度3月)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

AIの活用などによる地域差の解消へ

救急医療の現状と 未来への展望

1. 救急医療の進化と現在の挑戦点
2. 高齢者の救急医療における特性と対策
3. AIとデジタル技術がもたらす医療の変革
4. 緊急搬送手段としてのドクターカー・ヘリの貢献



■参考資料

【厚生労働省】：「救急医療について」令和5年度第1回医療政策研修会 「AIホスピタルシステムの構築と課題」第16回 保健医療分野 AI開発加速コンソーシアム 他

1

医業経営情報レポート

救急医療の進化と現在の挑戦点

近年、日本の医療業界は様々な変革の波に直面しています。中でも、救急医療の領域は、急速に高齢化が進む日本社会において、高齢者特有の疾患や事故に対応するための在り方が問われています。一方で、それをサポートするべくデジタルトランスフォーメーション（DX）やAI技術の進展が、救急医療の現場に新しい風を吹き込んでいます。

これらの技術は、迅速で的確な対応を求められる救急の場面で、どのような役割を果たすのでしょうか。また、移動手段としてのドクターカーやドクターヘリは、広大な地域や離島へのアクセスを可能にし、救急医療の「現場」を大きく拡張しているといった実態もあります。

そこで今回は、現代の日本国内における救急医療について解説します。

■ 救急医療の体制と課題

日本の救急医療体制は、令和6年8月1日現在、救急救命センターが307カ所、高度救命救急センターが50カ所、地域救命救急センターが19カ所に設置され、これにより緊急時の迅速な対応を可能にしています。

しかし、一部地域での救急車到着の遅延や専門スタッフ不足、さらには夜間や休日の対応力不足も大きな課題として挙げられており、体制の強化や人材確保が急務とされています。

■ 地域ごとの救急医療の実態

実は日本の救急医療の体制は、地域によって大きな違いがあります。特に都市部と地方の間での救急医療の実態の違いを考えると、一層その差が明確になります。

まず、都市部では、医療機関が密集しており、緊急の場面でも多様な医療ニーズに対応できる環境が整っています。したがって、患者は迅速に適切な治療を受けることが可能ですし、救急車の到着も速やかで、結果として緊急時の対応もスムーズです。

一方、地方、特に人口過疎地域では、医療機関の不足が顕著であり、最寄りの病院までの距離が長く、救急車の到着や患者の搬送に時間がかかるといったケースが多くみられます。

当然、この遅れが原因で、命を救うための「ゴールデンタイム」を逃してしまうということも十分に考えられます。

令和5年救命救急センター充実段階評価の結果（都道府県別）のデータをみると、全304施設のうちS評価を受けた医療機関は98カ所、A評価を受けた医療機関は200カ所となっています。これらから日本全体の救急医療の質が高いことを示しています。

ただ、結論として、都市部と地方での救急医療の実態には大きな違いがあることがわかります。

2

医業経営情報レポート

高齢者の救急医療における特性と対策

■ 高齢者が直面する主な救急疾患

日本の高齢化が急速に進む中、その影響は救急医療の現場にも明らかに表れています。

過去数十年間で、救急搬送の数は増加しており、中でも高齢者の割合が特に顕著に増加しています。平成12年に、救急車で搬送された人の総数は399万7,942人でした。この中で高齢者の占める割合は37.3%に過ぎませんでした。

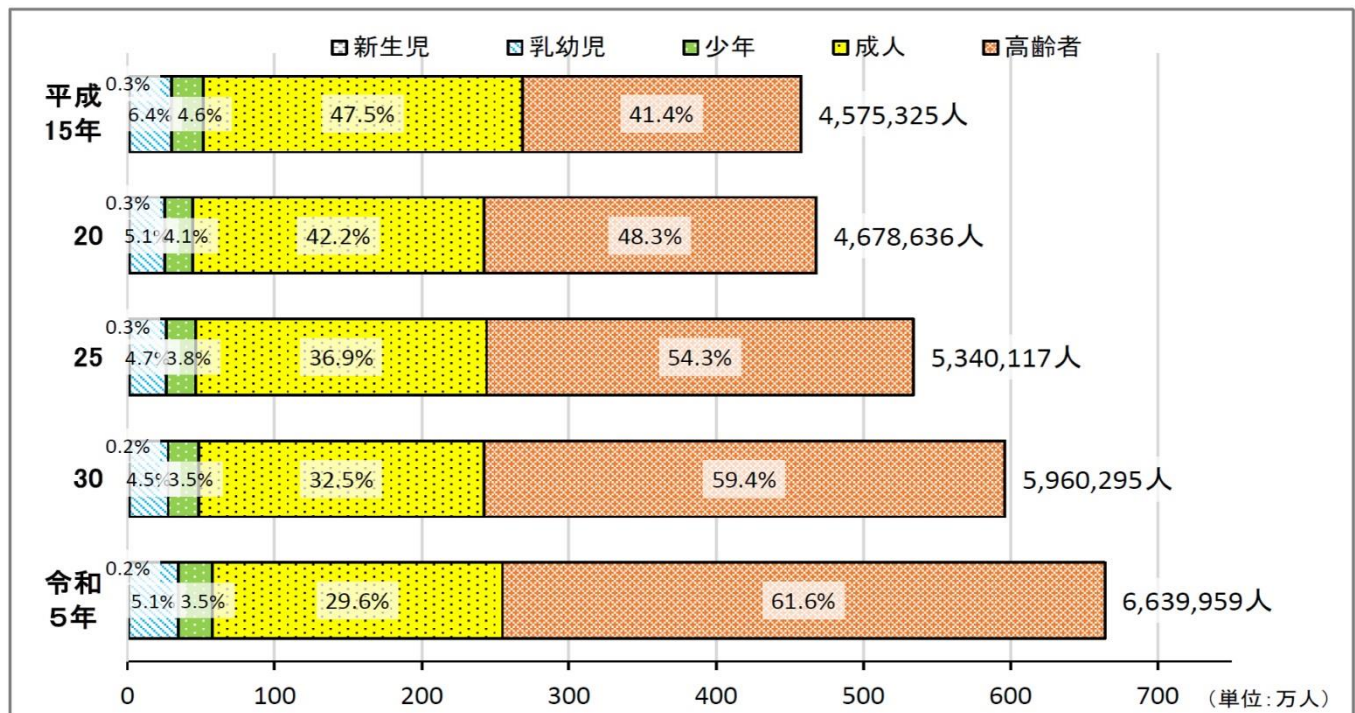
しかし、令和5年に搬送された人の総数は663万9,959人に増加（対前年比42万2,676人増、6.8%増）、救急出動件数、搬送人員ともに集計開始以来、最多です。

搬送人員の内訳を年齢区分別にみると、高齢者が409万2,759人（61.6%）、成人が196万8,512人（29.6%）、乳幼児が33万5,996人（5.1%）などとなっています。

これは、日本の社会全体としての高齢人口の増加だけでなく、高齢者特有の疾患や怪我が増えていること、さらには高齢者が日常生活での危険にさらされやすいことなど、様々な要因が絡み合っていると考えられます。

このような現状は、今後の救急医療の提供体制や、高齢者を中心とした医療ニーズへの対応、さらには日常生活での予防策の強化など、地域包括ケアシステムに見られるような医療・介護の枠を超えた多方面での取り組みをより一層強化する必要性を迫るものです。

◆ 年齢区分別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



(注) 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合の合計は100%にならない場合がある。

出典：総務省 消防庁（令和6年3月29日）報道資料より

3

医業経営情報レポート

AIとデジタル技術がもたらす医療の変革

■ AI技術の救急医療への応用例

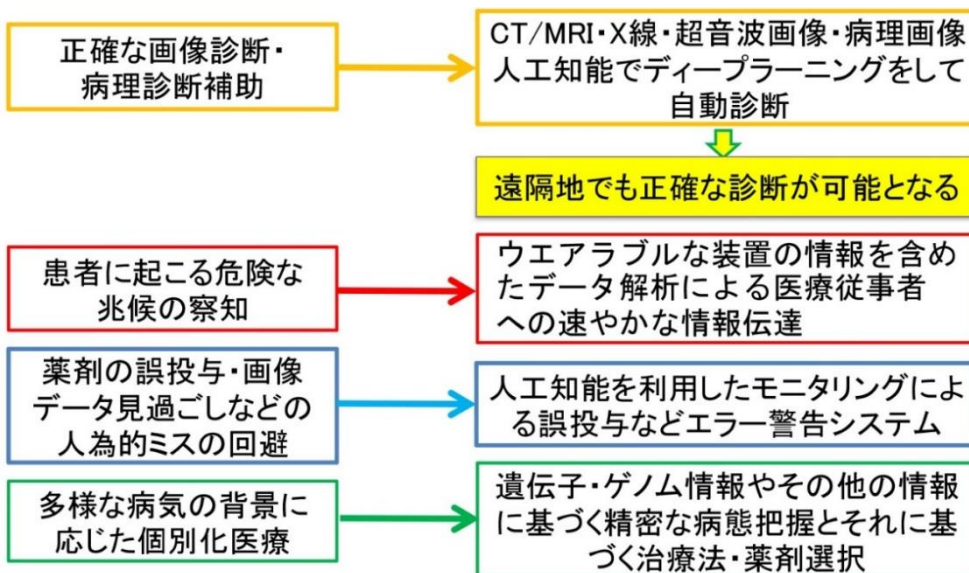
医療の現場は日々、技術の進化とともに変化しています。近年、特に注目されているのが「人工知能（以下、AI）」の活用です。AI を医療に取り入れることで、多くの新しい可能性が開かれています。

画像診断の分野では、CT や MRI、X 線、超音波画像、さらには病理画像において、AI のディープラーニング技術を活用することで自動診断が行えるようになりました。これにより、診断の精度が格段に向上し、病気の早期発見や治療方針の決定に役立てられるようになりました。

また、医療の現場では過去にも誤投与や誤診といった悲しい事故が報告されてきましたが、AI のモニタリングやエラー警告システムを導入することで、これらの人為的ミスを大幅に減少させることができるようになりました。

これらの技術の導入により、医療の質は大きく向上しています。しかし、それを可能とするためには AI の力だけではなく、それを活用する医療従事者の知識や経験、そして患者とのコミュニケーションが不可欠です。医療と AI の融合は、今後も更なる進化を遂げることでしょう。

◆医療現場で必要な人工知能機能



出典：厚生労働省：「AI ホスピタルシステムの構築と課題」第 16 回 保健医療分野 AI 開発加速コンソーシアム

■ デジタル技術による診断・治療の効率化

救急医療の現場での迅速な対応は、命を救うだけでなく、患者の後遺症のリスクを低減するためにも非常に重要です。特に、ある種の疾患や急性の症状に対しては、2時間以内に治療を開始することで、患者が後遺症を残さずに回復する可能性が高まると言われています。

4

医業経営情報レポート

緊急搬送手段としてのドクターカー・ヘリの貢献

■ ドクターカーとドクターヘリの活用状況

日本の医療現場では、ドクターカーやドクターヘリといった救急輸送手段が重要な役割を果たしています。これらは、患者の命を救うための時間を守る大切なツールであり、特に遠隔地や災害が発生した場所、医療資源が少ない地域での救命活動において、欠かせない輸送手段となっています。

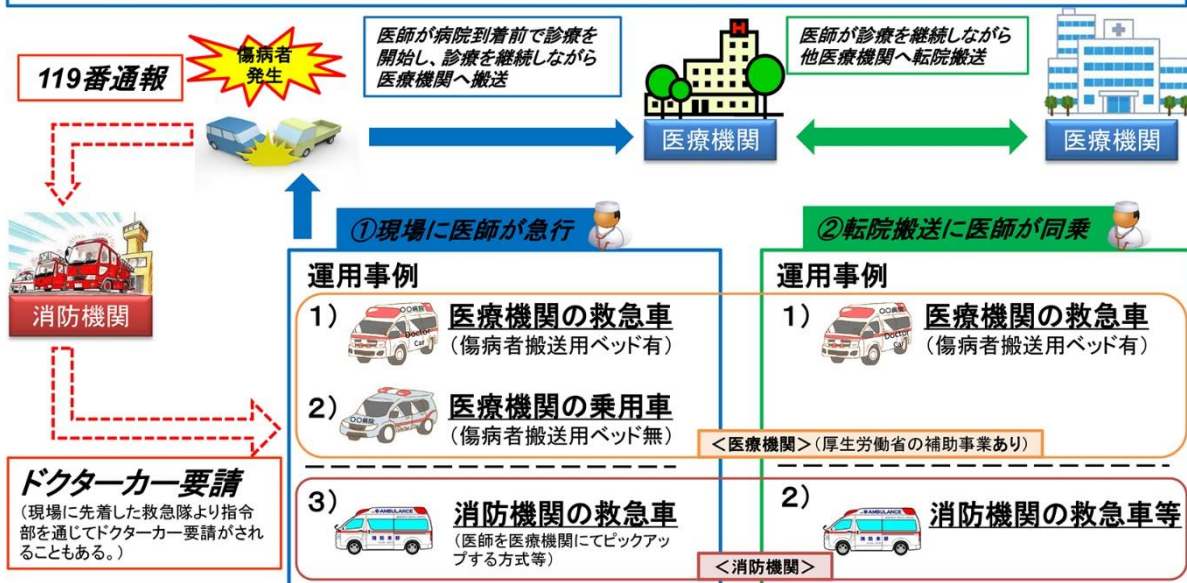
近年のデータによると、ドクターヘリの利用状況は増加傾向にあり、平成 30 年度にはドクターヘリによる年間搬送件数が 29,120 件に達しています。また、ドクターヘリの導入自体も増加しており、多くの地域での救急医療のバックアップとしての位置づけが強まっています。

一方で、ドクターカーについては、異なる動向が見られます。平成 29 年度までは、その台数や年間運航件数は増加していましたが、その後は減少傾向にあります。

しかし、ドクターカーやドクターヘリの存在は、多くの人々の命を救うための大切なものであり、これらの輸送手段は、時間との戦いの中で、患者を適切な医療施設へ迅速に搬送するという役割を考えれば、引き続き救急医療に対するインフラとしての維持・強化策が望まれます。

◆ドクターカーとは

- ドクターカーは、過去の研究において「診療を行う医師を派遣するための緊急走行が可能な車両」(※)と定義されており、医師が病院到着前に早期に診療を開始することができ、また、搬送中の診療の継続を可能とするものである。
(※)「ドクターカーの活用と類型化についての研究」より(平成28年度厚生労働科学研究:分担研究者 高山隼人ら)
- 現場に医師が急行する場合や転院搬送に医師が同乗する場合など多様な運用事例がある。今後、どのような患者に対して運用されているか、また、時間帯、気象状況や地理的条件による運用方法等について、令和4年度より実施する「ドクターカーの運用事例等に関する調査研究事業」において把握・分析し、今後の活用方法について検討していく。



出典：厚生労働省「救急医療について」令和5年度第1回医療政策研修会

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:経営計画 > サブジャンル:経営分析

流動比率を使った 経営分析の進め方

流動比率を使った実際の経営分析の進め方を
教えてください。

実際の流動比率を使った経営分析の進め方をケーススタディで解説します。

流動比率は120%~150%が目安

$$\text{流動比率 (\%)} = \text{流動資産} / \text{流動負債} \times 100$$

■A病院の貸借対照表

流動資産 5,000 流動負債 2,500

$$\text{流動比率: } \frac{5,000}{2,500} \times 100 = 220\%$$

2,500万円を返せと言われ
たらすぐに用意できる。

資金繰りがうまくいっている。

■B病院の貸借対照表

流動資産 3,500 流動負債 4,500

$$\text{流動比率: } \frac{3,500}{4,500} \times 100 = 78\%$$

4,500万円を返せと言われても
3,500万円しかすぐに用意できない。

資金ショート危険あり。

流動比率は100%でも危険 100%~150%が望ましい

■チェック方法

- ① 棚卸資産に不良在庫や過剰在庫がないか
- ② 在庫管理体制はしっかりできているか
- ③ 不必要な短期借入金がないか
- ④ 短期借入金から長期借入金への切り替えができていないか



ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営分析

固定比率とは

固定比率とは何を表している指標ですか。

固定比率というのは、固定資産を自己資本で割った比率のことです。
 つまり、固定資産に投資された資金がどれだけ自己資本によってまかなわれているかを表す比率を意味しています。

$$\text{◎固定比率} = \frac{\text{固定資産}}{\text{自己資本}}$$

固定資産に投下された資金というのは、商品などのように販売して現金化されるものでなく、減価償却というルールに従ってゆっくりと回収されるものです。

なので、これを短期に返済しなければならない借入金などでまかなってしまうと、医療機関の財務は極めて不安定になってしまいます。

返済の必要のない自己資本で固定資産がまかなわれているのであれば、医療機関の資金繰りにも余裕が生まれ、経営も安定します。

また、固定比率が100%未満であるということは、固定資産へ投下された資金はすべて自己資金でまかなわれていることを示しています。

したがって、財務的安定性という観点からすると、固定比率は100%未満であればよいということになります。

反対に、固定比率が100%以上ということは、固定資産に投下された資金は自己資本だけでは不足、その一部を有利子負債などでまかなっているということが出来ます。

この有利子負債が短期借入金などの場合には、財務的には不安定な状態にあるといえます。

このような場合、業務活動によるキャッシュフローが大きくプラスの状態にあればよいですが、そうでない場合には、固定資産をリースバック(※)するなどして、財務内容の改善を図るなどしていく必要があるかもしれません。

(※)リースバック：所有している固定資産をいったんリース会社などに売却し、その後当該資産をリースによって利用する仕組み

週刊 WEB 医業経営マガジン No. 836

【著 者】日本ビズアップ株式会社

【発 行】税理士法人 森田会計事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複製することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。