

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.656 2021. 1. 12

医療情報ヘッドライン

**日本感染症学会、コロナワクチンに提言
有効性・安全性が確認できる資料を公開**

▶日本感染症学会

**医療法人の人件費、前年度比4.6万円増
利益率は0.2ポイント低下 2019年度決算**

▶独立行政法人 福祉医療機構

週刊 医療情報

2021年1月8日号

緊急事態宣言を発出すべきと明記

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2年度4月)

経営情報レポート

地域医療の確保と患者中心医療の実現

人生100年時代に向けた医療政策グランドデザイン

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

**職能資格等級フレームとは
接遇教育のポイント**

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

発行:〇〇〇〇〇〇〇〇会計事務所

日本感染症学会、コロナワクチンに提言 有効性・安全性が確認できる資料を公開

日本感染症学会

日本感染症学会は、12月28日に「COVID-19 ワクチンに関する提言（第1版）」をウェブサイトで公表。海外で接種が開始されている新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のワクチンについて、有効性と安全性に関する科学的な情報を提供することを目的としたもので、今後随時更新していくという。第1版では世界のワクチン開発状況や、種類別の作用機序、有効性の評価方法の解説や、臨床試験における有効率などがまとめられている。

■懸念される「ワクチン増強」のリスク

猛威を振るい続ける新型コロナウイルス。そんな中で世界中が力を注いでいるのが、これまで多数の疫病の流行を防止し、死亡者を減少させてきたワクチンの開発だ。

パンデミックが決定的となってから1年未満という驚異的なスピードで開発と臨床試験が進められ、欧米では2020年12月初旬から接種がスタート。日本でもすでに承認申請がなされており、今年前半の接種開始が期待されている。しかし、ワクチンは万能でもなければゼロリスクでもない。

むしろ、接種したことで重症化する「ワクチン増強」のリスクがつきまとうため、動物実験を繰り返したうえで臨床試験に移行するのが基本だ。ところが、新型コロナウイルスは急激に感染拡大したため、緊急性が優先された。2020年2月中旬に世界の科学者が特別招集されたWHO（世界保健機関）の会合で、動物実験完了前に臨床試験に移行するべきだという合意が形成さ

れたのである。1年未満で接種までこぎつけることができたのはそのためであり、有効性と安全性が十分に担保されているとは言い難い。こうした背景が、接種が思いのほか進まない現実となって表れているといえよう。たとえばアメリカでは、目標の5分の1程度しか接種が進んでいない。

とりわけ重症化リスクが高いとされる高齢者施設の居住者への接種は30万人足らずにとどまっている。

■ワクチンはゼロリスクではないと学会も警告

日本感染症学会は、ワクチンを取り巻くそれらの課題を十分に理解しているようだ。

提言の冒頭で、感染拡大防止にワクチンの開発と普及が重要であると前置きしつつ、「ワクチンは感染症に罹患していない健康人や基礎疾患のある人に接種することから、きわめて高い安全性が求められます」とし、「パンデミックのためにワクチン導入の緊急性だけが優先され、安全性の確認がおろそかになってはなりません」と警告している。また、この提言のPDFをリンクしたウェブサイトのページでは、同学会ワクチン委員会の西委員長の名前で「ワクチンも他の薬剤と同様にゼロリスクはあり得ません。私たち一人一人がその利益とリスクを正しく評価し、接種するかどうかを自分で判断することが重要です」と呼びかけた。

グローバルなレベルでコロナ対策が混迷を極める中、こうした資料を随時参照し、“ワクチンリテラシー”を高めることが求められるのかもしれない。

医療法人の person 費、前年度比 4.6 万円増 利益率は 0.2 ポイント低下 2019 年度決算

独立行政法人 福祉医療機構

福祉医療機構は、1 月 6 日に「2019 年度（令和元年度）決算 医療法人の経営分析参考指標」を発表。それによれば、事業収益対事業利益率は 2.0% と前年度比 0.2 ポイント低下。逆に、従事者 1 人あたりの person 費は上がっており、前年度に比べて 4 万 6,000 円増となる平均 534 万 9,000 円だった（従事者は医師、看護職員、介護職員を含む）。person 費率は前年度比 0.1 ポイントアップの 58.2%。2019 年度は新型コロナウイルスが感染拡大していった 2020 年 2 月・3 月も含まれるため、収益悪化に影響している可能性があるが、person 費の上昇も含めると構造的な問題が潜んでいるとも考えられるため、詳細な分析をしたうえでリスク要因を排除していく必要がある。

■2019 年のトピックスは消費税率引き上げ

この調査は、福祉医療機構の融資先医療法人から提出された財務諸表などを集計・分析したもの。対象は 1,214 法人とある程度の母数があり、もともとなるデータの正確性も期待できるため、医療機関のリアルな経営状況が見える調査といえる。

その観点で見ると、収益の悪化と person 費率の上昇は時代を反映しているともいえる。

2019 年度は消費税率が 8% から 10% に引き上げられたことから景気は低迷。消費支出は 2020 年 8 月まで 11 カ月連続でマイナスとなった。一方で、長らく続いた人手不足の傾向は変わらず、2019 年の平均有効求人倍率は 1.60 倍と高止まりしながら、10 年ぶりに減少と経済の停滞を予感させる状況となった。ちなみに有効求人倍率はその後、新型コロナウイルスの感染拡

大に伴って急降下。2020 年 9 月には 1.03 倍にまで下がった（2020 年 11 月は 1.06 倍とわずかながら回復している）。

■医療材料費率も 0.1 ポイント増

コストアップが収益悪化の主要因か

収益悪化とコストアップは密接に関係するものだが、person 費だけでなく医療材料費の比率も上昇。前年度比 0.1 ポイント増となる 12.0% となっており、収益を圧迫していることが見て取れる。必ずしも材料の価格が質に直結するとはいえないが、安易な切り替えによって粗悪品の割合が高くなったり、不安定な供給につながったりするおそれも否定しきれない。表面上の数字やスペックのみで判断できない部分だけに、情報収集や医薬品卸などとの関係維持もおろそかにはできず、簡単にコストカットできるものではない。しかも残念ながら、こうした不安材料を抱えたまま、コロナ禍に突入してしまっているのが現実だ。2020 年 4 月の緊急事態宣言発令前から「受診控え」の傾向が強まり、医療機関は全体として収益が悪化。コロナ患者受入医療機関はさらに厳しく、特例措置による支援が受けられているとはいえ、一般患者の受入が制限されることから収益悪化が顕著となっている。

決算の結果が出るのは 1 年後のこの時期となるが、相当悪化した数字となるのは確定的である。今回のコロナ禍がいつ収束するかは未だ予測がつかないが、同様のパンデミックが今後起きたときに有効な“教材”とするための資料として、今回の 2019 年度までの結果と 2020 年度版の比較分析をしておくことが求められるだろう。

医療情報①
 政府
 公表

緊急事態宣言を発出すべきと明記

～COVID-19分科会が提言

政府の新型インフルエンザ等対策有識者会議・新型コロナウイルス感染症対策分科会（分科会長＝尾身茂・地域医療機能推進機構理事長）は1月5日に会合を開き、「緊急事態宣言についての提言」を取りまとめて公表した。提言では、「これまでの対策で学んだことを基に、可及的速やかに、新型インフルエンザ等対策特別措置法（特措法）に基づく緊急事態宣言を発出すべき」としている。現状について提言では、東京都と埼玉県、千葉県、神奈川県のみならず、既にステージⅣ相当の対策が必要な段階に達していると指摘。ここでは、「感染対策の強化を優先事項として、短期間に集中すべき時期」だとした。さらに、感染が地方圏でも広がりやすい状況で、クラスターも多様化するなど、「これまでとは様相が異なってきた」とした。

そして、「感染の状況は全国的に一様ではないが、東京都を中心とした首都圏の感染状況が沈静化しなければ、全国かつ急速なまん延のおそれもある」と訴えた。

そのうえで、緊急事態宣言を発出する意義として、以下の6項目を挙げた。

- ① まずは、東京都を中心に首都圏において可及的速やかに感染を下方に転じさせ、医療機関と保健所への過剰な負荷を軽減させること。
- ② そのうえで、緊急事態宣言の期間を通して、可及的速やかにステージⅢ相当にまで下げること。
- ③ さらに、緊急事態宣言の解除後の対策の緩和については段階的に行い、必要な対策はステージⅡ相当以下に下がるまで続けること。
- ④ 知事が法的な権限を持って外出自粛要請などのより強い対策を打てるようになること。
- ⑤ 国とすべての自治体、専門家がより統一感のある強いメッセージを出しやすくなること。
- ⑥ 感染の早期収束により経済および社会機能を早期に回復させること。

また、実施すべき具体的な対策として、以下を挙げた。

- ▼ 飲食の場を中心に感染リスクが高い場面を回避する対策
- ▼ その実効性を高めるための環境づくり

具体的には、前者では営業時間短縮の時間の前倒しや要請の徹底などを挙げた。

後者では、「不要不急の外出・移動の自粛」「行政機関や大企業を中心としたテレワーク（極力7割）の徹底」「イベント開催要件の強化（例：収容率50%など）」「大学や職場等における飲み会の自粛」「飲食テイクアウトの推奨」「大学等におけるクラブ活動での感染防止策の徹底」などを示した。（以降、続く）

COVID-19重症者病床は 1床1500万円の補助

厚生労働省は12月25日付で、「2020年度新型コロナウイルス感染症患者等入院受け入れ医療機関緊急支援事業の実施について」を、都道府県に宛てて事務連絡した。

同事業は、病床確保計画の最終フェーズとなった都道府県または病床が逼迫し受け入れ体制を強化する必要があると判断した都道府県が、厚労省に申し出て認められた場合に、当該都道府県において新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者等の受け入れ病床を割り当てられた医療機関に対して、確保した受け入れ病床数に応じて補助を行うもの。

国の直接補助となり、申請は、医療機関から厚労省に直接行われる。補助を受けるための要件は、以下の通り。

- ▼都道府県が厚労省に病床逼迫について申し出て認められた都道府県（地域）に所在
- ▼都道府県から、20年12月25日から21年2月28日までの間に、COVID-19患者等の受け入れ病床を割り当てられている
- ▼補助を受ける受け入れ病床の種別ごとに、申請時の病床使用率（受け入れ患者数の確保した受け入れ病床数に対する割合）が、20年12月25日以降新たに割り当てられた受け入れ病床を除いて25%以上
- ▼21年3月31日まで、都道府県から受け入れ要請があった場合に正当な理由なく断らない

補助の対象経費は、以下の2つ。

- ▼COVID-19患者等の対応を行う医療従事者の人件費（COVID-19対応手当、新規職員雇用にかかる人件費等、処遇改善・人員確保を図るもの）
- ▼院内等での感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する経費（従前から勤務している者および通常の医療の提供を行う者に係る人件費は除く）

後者ではさらに具体的に、以下を挙げている。

- ▼賃金 ▼報酬 ▼謝金 ▼会議費 ▼旅費
- ▼需用費（消耗品費、印刷製本費、材料費、光熱水費、燃料費、修繕料、医薬材料費）
- ▼役務費（通信運搬費、手数料、保険料） ▼委託料 ▼使用料および賃借料 ▼備品購入費

補助基準額は以下の通り。交付申請書の提出期限は21年2月28日。

- ▼COVID-19患者の重症者病床：1500万円/床
- ▼COVID-19患者のその他病床：450万円/床
- ▼協力医療機関のCOVID-19疑い患者病床：450万円/床

週刊医療情報（2021年1月8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2年度4月)

厚生労働省 2020年10月14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							
平成 28 年度	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
平成 29 年度	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1
平成 30 年度	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
令和元年度 4~3月	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
4~9月	21.6	12.1	6.6	3.6	2.6	5.4	0.7	8.5	1.1
10~3月	21.9	12.3	6.9	3.8	2.7	5.4	0.7	8.6	1.1
3月	3.7	2.1	1.2	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
令和 2 年度 4 月	3.3	1.8	1.0	0.6	0.3	0.8	0.1	1.3	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。

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。

●1人当たり医療費

(単位：万円)

	総 計							
	医療保険適用							
	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	家族					
平成28年度	32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0
平成29年度	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2
平成30年度	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9
令和元年度4～3月	34.5	22.6	17.4	16.5	16.9	36.4	21.9	95.2
4～9月	17.1	11.2	8.5	8.1	8.3	18.0	11.0	47.5
	10～3月	17.4	11.4	8.8	8.4	18.4	10.9	47.7
3月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.6	8.0
令和2年度4月	2.6	1.7	1.2	1.2	1.1	2.8	1.3	7.4

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	調剤	調剤						
平成28年度	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9
平成29年度	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9
平成30年度	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0
令和元年度4～3月	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0
4～9月	21.6	17.3	8.4	7.4	1.5	3.8	0.4	0.15	8.7	11.2	1.5
	10～3月	21.9	17.5	8.5	7.5	1.5	3.9	0.4	0.16	8.9	11.4
3月	3.7	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
令和2年度4月	3.3	2.6	1.3	1.1	0.2	0.7	0.1	0.03	1.3	1.7	0.2

注1) 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			
平成 28 年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17
平成 29 年度	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
平成 30 年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度 4～3月	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
4～9月	12.7	12.6	2.3	8.1	2.1	4.2	0.13
10～3月	12.6	12.4	2.3	8.0	2.1	4.2	0.14
3月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.7	0.02
令和 2 年度 4月	1.8	1.7	0.4	1.1	0.3	0.6	0.02

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					
平成 28 年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1
平成 29 年度	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
平成 30 年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
令和元年度 4～3月	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
4～9月	17.1	35.9	37.5	9.1	7.2	9.1	11.4	13.8
10～3月	17.5	36.6	38.2	9.3	7.3	9.2	11.5	14.2
3月	17.9	36.8	38.5	9.5	7.4	9.9	11.5	14.8
令和 2 年度 4月	18.7	35.9	37.6	9.7	7.7	10.7	11.4	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2年度4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

地域医療の確保と患者中心医療の実現 人生100年時代に向けた 医療政策 グランドデザイン

1. 医療を取り巻く環境と政策の方向性
2. 地域医療の確保と医師の上限労働時間等
3. 患者中心医療の実現に向けた取り組み



参考資料

【内閣府】：平成 30 年版高齢社会白書 【経済産業省】：2050 年までの経済社会の構造変化と政策課題について 【首相官邸】：全世代型社会保障検討会議資料 【厚生労働省】：中央社会保険医療協議会 総会資料 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会資料 医師の働き方改革に関する検討会資料 社会保障審議会医療部会資料 東京都医師確保計画（案） 北海道医療計画

1

医業経営情報レポート

医療を取り巻く環境と政策の方向性

■ 医療を取り巻く課題

人生 100 年時代に向けては、地域包括ケアシステムの構築、地域共生社会の実現に向けた取り組みを進め、地域医療の基盤を維持していくことです。

そのためにクリアしなければならない課題として以下のことをあげています。

◆ 医療を取り巻く課題

- 団塊の世代が 75 歳以上を迎える中での高齢化による需要拡大への対応
- 生産年齢人口が減少する中での地域医療の確保
- 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸へ向けた予防・健康づくりの強化、セルフケア・セルフメディケーション^{※1}の推進、ヘルスリテラシー^{※2}の向上
- 働き方改革に対応した医師の職場環境の変化と地域医療の確保の両立
- ゲノム医療^{※3}等、最先端医療の導入やデータヘルス改革^{※4}の推進

※1 自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること

※2 健康や医療等の情報にアクセスして、理解し、効果的に情報を使う能力のこと

※3 遺伝情報を調べ、その結果をもとに効率的・効果的に病気の診断と治療等を行うこと

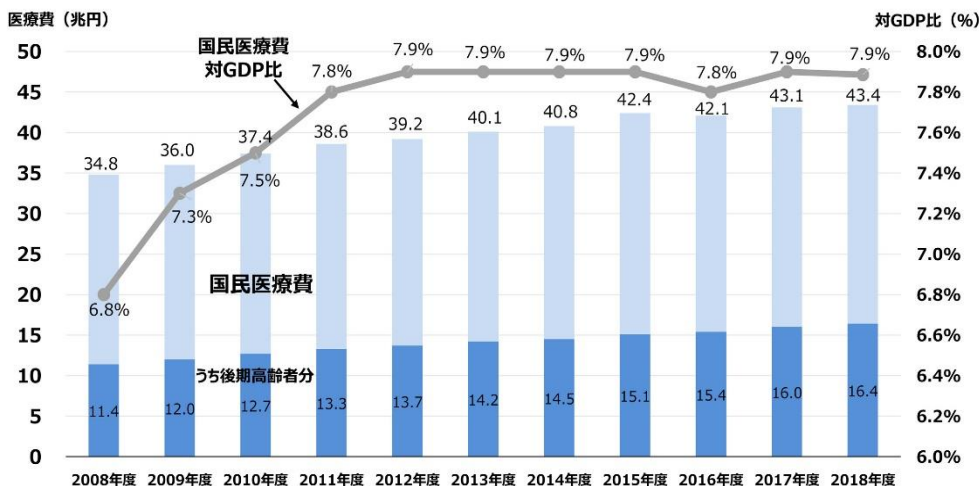
※4 膨大な健康・医療・介護のデータを収集・分析して、健康・医療・介護分野の ICT の利活用が「供給者目線」から「患者、国民、利用者目線」になるよう、健康・医療・介護の分野を有機的に連結した ICT インフラを 2020 年度から本格稼働させるとする厚労省の取り組みのこと

■ 後期高齢者の自己負担割合の見直し

現役並み所得者を除く 75 歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みが見直されます。

その背景には後期高齢者の医療費増加問題があり、2018 年度の国民医療費は 43.4 兆円で、そのうち後期高齢者医療費分が 16.4 兆円であり、国民医療費全体の 37.8% を占め、団塊の世代が後期高齢者となった時はさらに医療費が増加することが予測されます。

◆ 医療費の動向



(注) 2018 年度の国民医療費は実績見込み、2018 年度の国内総生産 (GDP) は速報値。厚生労働省「国民医療費」、内閣府「国民経済計算」、厚生労働省資料を基に作成。

(出典) : 首相官邸 全世代型社会保障検討会議 (第 4 回) 配布資料 基礎資料

2

医業経営情報レポート

地域医療の確保と医師の上限労働時間等

■ 地域間・診療科間の医師偏在対策

■ 地域間の医師偏在対策

医師の偏在対策については、都道府県が主体となり、二次医療圏ごとに医師偏在指標を算出し、算出した指標を基に医師多数区域・少数区域を設定し、都道府県が作成した医師確保計画に反映させた上で具体的な施策を講じます。また、この医師確保計画は 2020 年度からスタートし、2024 年度に計画を見直し、その後は3年毎に見直されます。

例として、東京都医師確保計画（案）をみると、医師数が多いとされている東京においても医師少数区域が3区域設定されています。

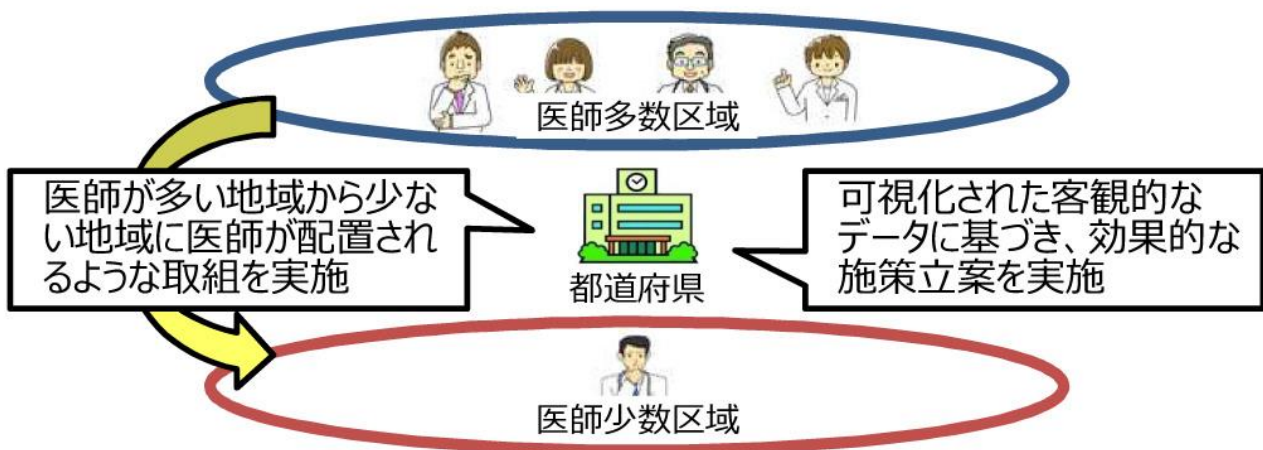
◆ 東京都内の二次保健医療圏における医師少数区域、医師多数区域の設定

- 医師少数区域：西多摩、南多摩、島しょ
- 医師多数区域：区中央部、区南部、区西南部、区西部、区西北部、区東部、北多摩西部、北多摩南部

出典：東京都 医師確保計画（案）

具体的な解決方法としては、大学医学部の地域枠を増員し、地域医療対策協議会において、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ医師を派遣するという調整を行う等の施策が講じられます。

◆ 都道府県による医師の配置調整のイメージ



出典：厚生労働省 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会（第31回） 資料1

3

医業経営情報レポート

患者中心医療の実現に向けた取り組み

■ 在宅医療推進に向けた取り組み

在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載しています。第7次医療計画における在宅医療の見直しにより、在宅医療の提供体制を着実に整備するにあたり実質的な数値目標を設定するため、原則記載する事項と、可能な限り記載する事項として、以下の内容が追加されました。

◆ 数値目標と施策

● 原則記載する事項

- ① 地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応するための、訪問診療を実施している診療所、病院数に関する具体的な数値目標とその達成に向けた施策

● 可能な限り記載する事項

- ① 在宅医療の提供体制に求められる医療機能を確保するための、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」といった機能ごとの数値目標と達成に向けた施策
- ② 多職種による取り組みを確保するための、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての数値目標と達成に向けた施策

下記は北海道医療計画の訪問診療の需要（推計）一覧表です（2020年1月26日現在）。医療計画には、どこの地域に今後どれくらいの需要が見込まれるのかについて記載されていますので、将来の需要予測として参考になります。

◆ 訪問診療の需要(推計)

(単位:人/日)

※下段()は新たなサービス必要量を除いた数

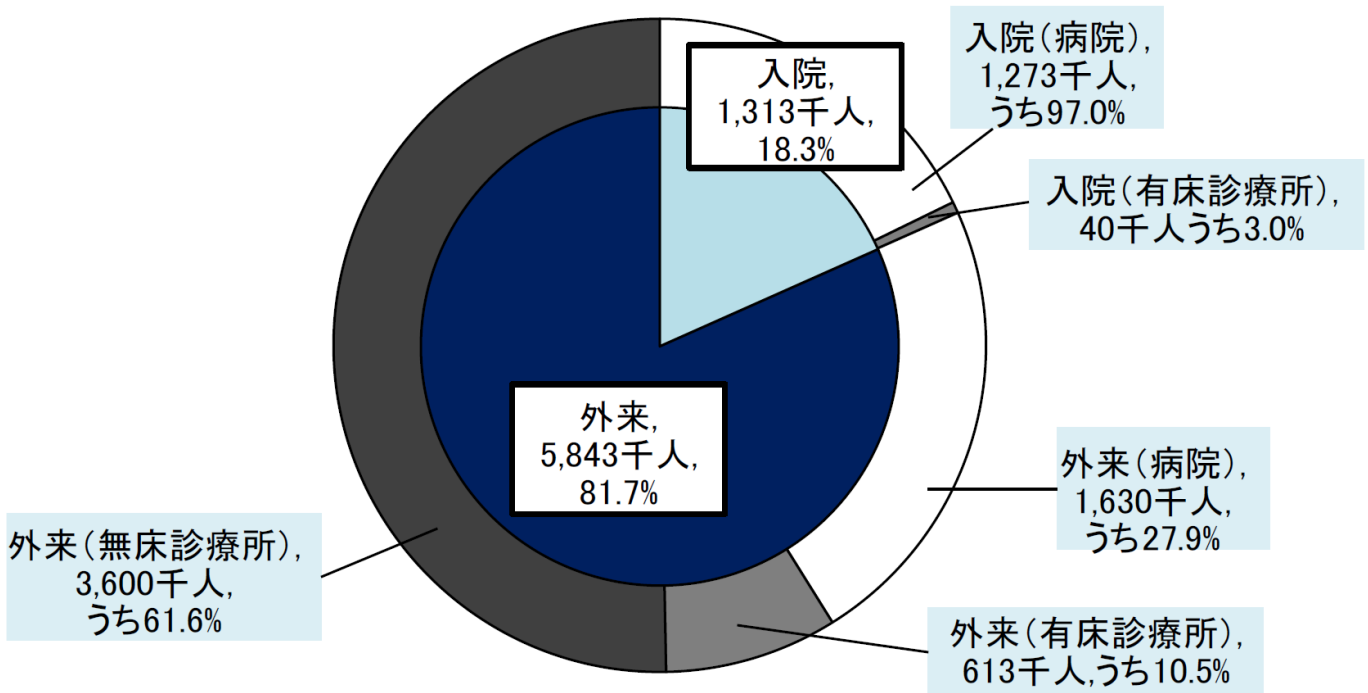
第二次医療圏	平成25年 【2013年】	平成32年 【2020年】	平成35年 【2023年】	平成37年 【2025年】
南 渡 島	3,157	3,636 (3,534)	3,865 (3,695)	4,045 (3,803)
南 檜 山	53	72 (63)	82 (67)	92 (70)
北 渡 島 檜 山	144	197 (166)	226 (175)	254 (181)
札 幌	14,193	21,554 (19,666)	25,133 (22,012)	28,032 (23,576)

出典：北海道医療計画 訪問診療の需要（推計）一部抜粋

■ 外来医療機能の情報可視化

外来患者数は、入院患者数と外来の患者数の合計の約8割で、そのうち無床診療所を受診する者が約6割を占めています。

◆ 外来・入院患者の施設別割合



出典：厚生労働省 第73回社会保障審議会医療部会 資料1-2

現在の外来医療は、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取り組みが、個々の医療機関の自主的な取り組みに委ねられていること等の状況にあります。

それを踏まえ、外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、「外来医療計画」）が追加されることになりました。

この外来医療計画においても都道府県ごとに作成が義務付けられ、前述の医師確保計画と同様に2020年4月からスタートしています。

外来医師多数区域では、今後新規開業希望者に対して、地域に必要とされる医療機能を担うよう求められるため、クリニック開設を予定している場合、該当する都道府県の外来医療計画を確認しておくことをおすすめします。

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。

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

職能資格等級フレームとは

**職能資格制度を導入する際、
 職員の能力を測る基準が必要だと思いますが、
 何をベースにすればよいでしょうか。**

能力主義人事制度は、職能資格制度を基軸にして、職員一人ひとりの人事考課、能力開発と活用、処遇（配置、賃金）を連動的に展開することで成立します。

職能資格制度は職能資格等級がベースですが、各イベントの実施基準としての機能を持たせるためには、職能資格等級フレームという枠組みを設計し、それに沿って他の制度を組み立てていく必要があります。

(1)職能区分、職能資格等級

職員の成長、つまり職務遂行能力の発展段階を適切にクラス分けしたもので、院内における能力のグレードを意味します。

職能の発展プロセスを一から等級化することは困難なため、まず大きく3段階に区分してから設計に入ります。

期待される職務遂行能力の特質から上位層を管理職能、中位層を指導職能、下位層は一般職能と位置付けて表示します。

(2)職能資格定義

全等級の中で、それぞれの等級がどの程度のランクにあるのか、その高さの位置付けを定義として明示したもので、上下間の等級比較ができる程度の短文で書き表します。

(3)対応職位

職能資格と役職との対応関係を示します。

職能資格制度では、資格と役職は直接的には分離しますが、昇格した後で対応職位に適任者が選ばれるという関係だけは維持することを前提とします。

(4)昇格基準

上位等級に昇格するために必要な条件は、昇格基準で明示されます。3つの職能クラスにおいて、何を最も重要視するかが中心となります。

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

接遇教育のポイント

**職員の患者に対する接遇スキル向上のために、
 必要な教育内容を教えてください。**

患者に対する接遇は、医療機関のイメージを決定づける大きな要素の一つです。また、院内におけるマナーのレベル（基準）は、自院の組織風土や職員のモチベーションにも影響をもたらします。

このため、自院としての患者接遇のあり方と基準を職員に理解してもらうことが重要であり、またこれを浸透させるためには、受講者参加型による研修教育が有効です。

(1)接遇教育の内容

医療機関はすべて、患者に支えられて初めて存続することができます。このことから、接遇やマナーは正しく身につけることが求められます。特に、それまで接遇・マナー研修を受講したことがない若手職員や、必ず患者と接する受付・会計担当者は、スキルアップとレベルの維持に努めます。接遇教育の主な内容は、以下のとおりです。

■主要な接遇教育の項目

- 接遇、基本的マナーの習得・スキル向上の必要性
- コミュニケーション改善手法
- 言葉遣い（敬語）、あいさつ
- 来院者（患者・家族・取引先等）対応、電話対応

(2)ロールプレイングの重要性

ロールプレイングとは、実際の患者対応や電話対応の場面を想定して、患者と受付担当者など参加者が様々な役割を演じ、それぞれの問題点や解決法を考えるトレーニングです。

実際の場面を想定した中で、このような「気づき」は大変重要です。これをヒントに、同様のケースだけでなく、他の場面でも応用できるスキルを身に付けることができます。

接遇教育は、知識の習得が目的ではありません。実技を通じて、普段の対応を見直し、改善する必要性を気づかせることが重要なのです。

日常業務において理想的な対応を、体で覚えるまで繰り返し、身につけてもらうように、定期的実施するのが望ましいでしょう。