

週刊WEB

# 医業 経営

MAGA  
ZINE

Vol.611 2020.2.18

## 医療情報ヘッドライン

1人当たり医療費  
全国平均35万4,341円  
最高は島根県、最低は東京都で格差1.4倍

▶厚生労働省 保険局

患者の迷惑行為、悪意ある医療費  
不払いに対しての診療拒否は正当

▶厚生労働省 医政局

## 週刊 医療情報

2020年2月14日号

2020年度診療報酬改定  
内容について田辺会長が総括

## 経営 TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査  
(令和元年8月末概数)

## 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：人事評価  
面接制度運用のポイント  
目標面接の進め方

発行：税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

# 1人当たり医療費全国平均35万4,341円 最高は島根県、最低は東京都で格差1.4倍

厚生労働省 保険局

厚生労働省保険局は12月27日、2018年度の「医療費（電算処理分）の地域差分析」を公表した。市町村国保の1人当たり医療費の全国平均は354,341円で、前年度から1,327円下がった（0.4%減）。後期高齢者医療の全国平均は910,995円で、前年度から17,626円下がっている（1.9%減）。

都道府県別に見ると、市町村国保の最高は島根県、最低は東京都で格差は1.4倍、後期高齢者の最高は福岡県、最低は岩手県で1.5倍の格差があった。

## ■島根県の1人当たり医療費は443,964円 全国平均よりも9万円近く高い

市町村国保の都道府県別で最高となった島根県の1人当たり医療費は443,964円で、全国平均よりも9万円近く高い。次いで山口県（435,222円）、鹿児島県（432,216円）となっており、40万円以上は計12県で、ほとんどが西日本側となっており、西高東低の傾向は相変わらずだ。逆に低いのは東京都が308,294円、次いで茨城県の311,797円、沖縄県の315,429円となっている。

医療費は「入院」「入院外」「歯科」で構成されているが、市町村国保の「入院」の全国平均は138,887円、「入院外」は191,271円、「歯科」は24,183円である。

都道府県別で見ると、「入院」が最も高かったのは鹿児島県の205,796円だった。20万円以上なのは鹿児島県のみで、次いで大分県（197,983円）、島根県（196,966円）

と続く。「入院外」は島根県がトップで222,830円、次いで香川県（222,459円）、佐賀県（213,174円）だった。「歯科」は大阪府28,889円、広島県27,479円、兵庫県27,338円の順となった。

## ■疾病分類別では、入院でもっとも地域差を生んでいるのが「精神及び行動の障害」

厚労省は、都道府県別の地域差について、西高東低の傾向は入院において顕著だと指摘し、診療種別に見ても、入院の寄与度が地域差に与える影響が大きいとしている。裏を返せば、入院の必要がないとされる社会的入院や在院日数の圧縮をより進めようとする可能性が高いといえる。なお、疾病分類別では、入院でもっとも地域差を生んでいるのが「精神及び行動の障害」で、入院外では「腎尿路生殖器系の疾患」「循環器系の疾患」「精神及び行動の障害」の寄与度が大きい。いずれも、地域差があるとされる認知症患者や慢性透析患者の数が影響しているものと思われる。



# 患者の迷惑行為、悪意ある医療費不払いに対しての診療拒否は正当

厚生労働省 医政局

厚生労働省医政局は12月25日、局長名で「応召義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」と題した通知を各都道府県知事あてに発出した。診療内容そのものと関係ないクレームを繰り返し続けるなどの「患者の迷惑行為」や、支払能力があるにも関わらず、悪意を持ってあえて支払わない「医療費不払い」の患者に対しては、診療拒否することも正当であると認めた。近年、急速に増えているモンスターパシエントに向けた有効な対策になることが期待される。

## ■「応召義務」は医師の働き方改革の障壁

医師には、診療行為を求められたとき、正当な理由がない限り拒んではならないとする「応召義務」がある。これは、医師法第19条第1項で規定されているが、問題は「正当な理由」の解釈に幅があることで、どんな場合でも診療拒否ができないとも解釈でき、結果的に自己中心のかつ理不尽な要求を繰り返すモンスターパシエントを生む要因ともなっている。

また、不要不急な時間外診療への対応を余儀なくさせることにもつながりかねない。医師の働き方改革を進めるうえで障壁となりうる可能性があるため、厚労省は2018年度の厚生労働省行政推進調査事業費補助事業として「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応召義務の解釈に関する研究」を実施した。

「医療と法」を研究テーマとしている上智大学法学部の岩田太教授を研究班の主任研究者として、診療拒否に関する民事裁判例の分析を行

い、2019年7月18日の社会保障審議会医療部会で研究報告書を公表した。

## ■「応召義務」は戦後になって罰則を削除

研究報告書によれば、応召義務は明治時代から罰則付きで設けられてきたが、戦後になって罰則は削除され、訓示的な規定として置かれてきたという。法的な性質としては、公法上の義務ではあるものの、行政処分の実例は確認されなかった。あくまで職業倫理・規範として機能してきただけで、際限なく長時間労働を求められることは不当だとした。「患者の迷惑行為」については、「診療の基礎となる信頼関係が喪失している場合には、新たな診療を行わないことが正当化される」と明記している。

さらに、医療機関の頭を悩ませる未収金対策については、「以前に医療費の不払いがあったとしても、そのことのみをもって診療しないことは正当化されない。しかし、支払能力があるにもかかわらず悪意を持ってあえて支払わない場合等には、診療しないことが正当化される」と問題を整理した。さらに、「保険未加入など医療費の支払い能力が不確定であることのみをもって診療しないことは正当化されないが、医学的な治療を要さない自由診療において支払い能力を有さない患者を診療しないことなどは正当化される。また、特段の理由なく保険診療において自己負担分の未払いが重なっている場合には、悪意のある未払いであることが推定される場合もあると考えられる」と具体的に記載している。

医療情報①  
 中医協  
 総会

## 2020年度診療報酬改定 内容について田辺会長が総括

中央社会保険医療協議会（中医協）は2月7日に開いた総会で、2020年度診療報酬改定について厚生労働相に答申した。田辺国昭会長（東京大学大学院法学政治学研究科教授）は答申を受け、改定内容について以下のように総括した。

- ▼救急医療体制の充実、勤務環境を好転させるための要件緩和など医師等の働き方改革を推進するように診療報酬で下支えするように評価した
- ▼かかりつけ医機能の評価と多職種間連携の評価によって、地域でより身近で手厚い医療を受けられる評価になった
- ▼遺伝性乳がん卵巣がん症候群の治療、遺伝子パネル検査など急速な医療技術のイノベーションを診療報酬に適切に位置付けた
- ▼重症度、医療・看護必要度の見直しで、地域医療構想に寄り添うとともに、より安定的な運用が可能になった

また、支払側と診療側に対しては、「国民視点で医療保険制度を維持しつつ、必要かつ適切な医療を確保することに努め、今回改定の効果の検証や残された課題の解決に引き続き協力してほしい」と要望した。

医療情報②  
 中医協  
 総会

## 支払側・診療側も 診療報酬改定内容を総括

2月7日の中医協総会で、2020年度診療報酬改定の答申を受けて、支払側を代表して幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）が、診療側を代表して松本吉郎委員（日本医師会常任理事）が、それぞれ改定内容について総括した。

### ■支払側、かかりつけ医機能の普及「半歩前進」

支払側を代表して幸野委員は、以下のように総括した。

全体として、医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価や外来医療の機能分化等、医療

機能の分化・連携強化が一步前進した改定だと考えている。入院医療では重症度、医療・看護必要度について、評価項目や判定基準を急性期医療の患者の評価にふさわしい評価に見直すとともに、急性期一般入院料 1 の該当患者割合が厳格化されたことは、さらなる医療機能の分化・連携強化に資する見直しの第一歩と評価したい。外来医療については、紹介状なしの大病院受診の定額負担を 200 床以上の地域医療支援病院に拡大したことは、医療機関の役割分担の見直しであり、評価している。

一方、機能強化加算の見直しも大きな議論になったが、かかりつけ医機能の普及に向け半歩前進した改定だと考えている。各都道府県の医療機能情報提供制度の整備や、個々の医療機関がみずからの言葉で患者の視点に立った分かりやすい文書の作成を求めている。

医師の働き方改革については、三位一体改革の進捗状況を踏まえつつ、新設された地域医療体制確保加算、医療機関が作成した病院勤務医の負担軽減・処遇改善計画に基づくアウトカム評価の導入も含めて、引き続き評価のあり方の検討を進めていく必要がある。

#### ■大病院にメッセージ「急性期をしっかりと」

一方、診療側を代表して、松本委員は以下のように総括した。

働き方改革について、診療報酬からの公費 126 億円に地域医療介護総合確保基金から公費 143 億円が補足された。民間医療機関も含めて地域医療で特別な役割のある医療機関に対して、確実に財政的な支援がされるように、しっかりと対応してほしい。また、病院の機能分化として、重症度、医療・看護必要度の見直しのほかにも、特定機能病院での回復期リハビリテーション病棟の扱いや、400 床以上の病院での地域包括ケア病棟が鮮明な形で線が引かれ、大病院は急性期医療にしっかりと取り組んでほしいと明確なメッセージが打ち出されたと理解している。外来医療の機能分化として、紹介状なしの定額負担の対象病院が拡大し、かかりつけ医機能の評価も行われた。地域包括ケアシステムを推進していくためには機能分化・連携が不可欠なので、こうしたメッセージが医療現場に浸透し、着実に機能することを期待している。

医療情報③  
 中医協  
 総会

## 松原委員が中医協委員を 任期満了で退任

2 月 7 日に開かれた中医協総会で、松原由美公益委員（早稲田大学人間科学学術院准教授）が 6 年の任期を満了し、同日付けで中医協委員を退任する人事が発表された。退任にあたって松原委員は、「今まで認められなかった医療が中医協で認められたことは、本人と家族に治療ができるという安心感、ひいては生きる力や勇気を与えるとは度々実感した。（以下、続く）

# 医療施設動態調査 (令和元年8月末概数)

厚生労働省 2019年10月30日公表

病院の施設数は前月に比べ 8施設の減少、病床数は 1,513床の減少。  
 一般診療所の施設数は 80施設の増加、病床数は 218床の減少。  
 歯科診療所の施設数は 16施設の増加、病床数は 1床の減少。

## 1 種類別に応じた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和元年8月	令和元年7月			令和元年8月	令和元年7月	
総数	179 381	179 293	88	総数	1 623 072	1 624 804	△ 1 732
病院	8 308	8 316	△ 8	病院	1 531 947	1 533 460	△ 1 513
精神科病院	1 055	1 054	1	精神病床	327 109	327 284	△ 175
一般病院	7 253	7 262	△ 9	感染症病床	1 892	1 892	-
療養病床を 有する病院(再掲)	3 670	3 679	△ 9	結核病床	4 374	4 374	-
地域医療 支援病院(再掲)	617	611	6	療養病床	309 627	310 699	△ 1 072
				一般病床	888 945	889 211	△ 266
一般診療所	102 551	102 471	80	一般診療所	91 068	91 286	△ 218
有床	6 662	6 681	△ 19				
療養病床を有する 一般診療所(再掲)	786	790	△ 4	療養病床 (再掲)	7 931	7 965	△ 34
無床	95 889	95 790	99				
歯科診療所	68 522	68 506	16	歯科診療所	57	58	△ 1

## 2 開設者別にみた施設数及び病床数

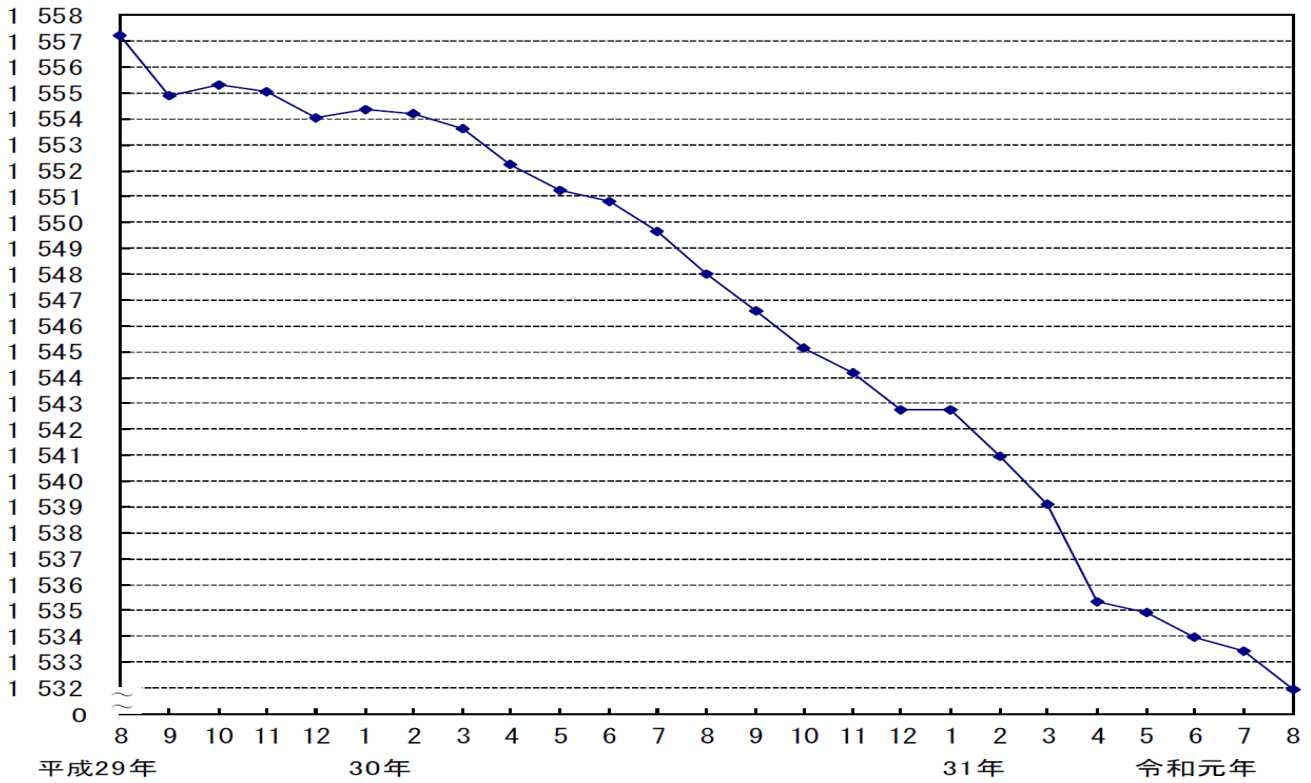
令和元年8月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 308	1 531 947	102 551	91 068	68 522
国 厚生労働省	14	4 622	21	-	-
独立行政法人国立病院機構	141	53 267	-	-	-
国立大学法人	47	32 726	148	19	1
独立行政法人労働者健康福祉機構	32	12 262	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 197	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 752	3	-	-
その他	23	3 597	362	2 156	3
都道府県	198	52 302	254	176	7
市町村	612	125 507	2 916	2 182	253
地方独立行政法人	108	42 270	33	17	-
日赤	91	35 236	205	19	-
済生会	85	22 824	52	-	1
北海道社会事業協会	7	1 715	-	-	-
厚生連	101	32 198	67	25	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	294	-	2
共済組合及びその連合会	42	13 339	140	-	5
国民健康保険組合	1	320	16	-	-
公益法人	197	49 099	507	263	102
医療法人	5 728	856 860	43 546	69 246	14 739
私立学校法人	111	55 199	189	38	17
社会福祉法人	197	33 640	10 004	352	38
医療生協	82	13 719	303	248	51
会社	31	8 411	1 680	10	11
その他の法人	212	44 469	752	284	114
個人	174	16 482	41 057	16 033	53 178

参 考

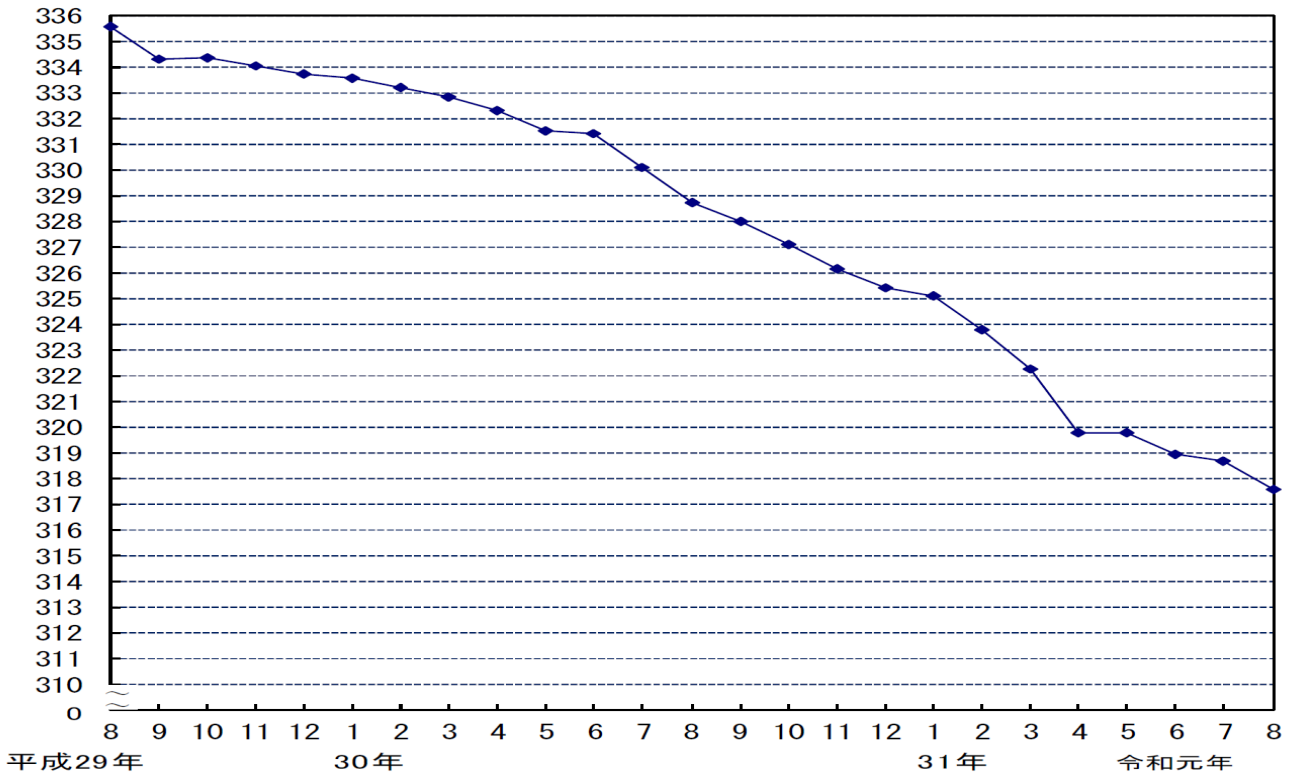
病床 (千床)

病院病床数



病床 (千床)

病院及び一般診療所の療養病床数総計







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 グラウンドデザイン

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

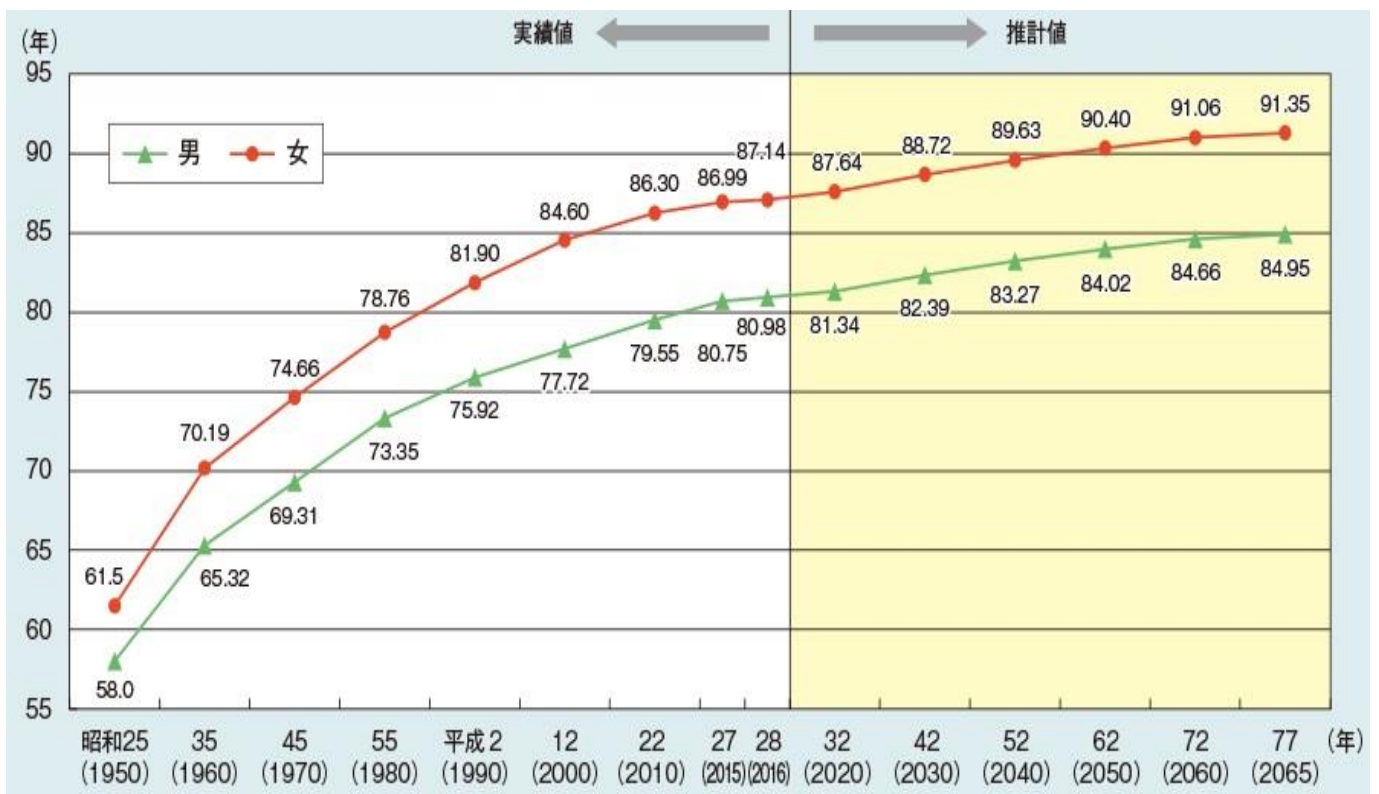
### ■ 人生 100 年時代の到来

政府は、これまでに人生 100 年時代が到来することを想定して、高齢者、子ども、子育て世代、さらには現役世代までを広く支えるため、年金、労働、医療、介護など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を進めています。

人生 100 年時代が到来すると言われている背景には、医療技術の進歩や医療制度の充実、栄養状態や衛生環境の改善などがあげられます。

2016 年現在の日本人の平均寿命は男性で 81 歳、女性 87 歳となっており、この平均寿命が年々延びることが予想され、2065 年には、男性 85 歳、女性 91 歳となり、女性は 90 歳を超える見込みです。

### ◆ 平均寿命の推移と将来推計



出典：内閣府 平成 30 年版高齢社会白書（全体版）

また、2016 年現在での 100 歳以上の高齢者が 6.6 万人ですが、2050 年頃には、50 万人を超える見通しで、人生 100 年時代と言われる根拠となり、平均寿命の延びに対する対応策が求められている状況です。

# 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

#### (1) 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。

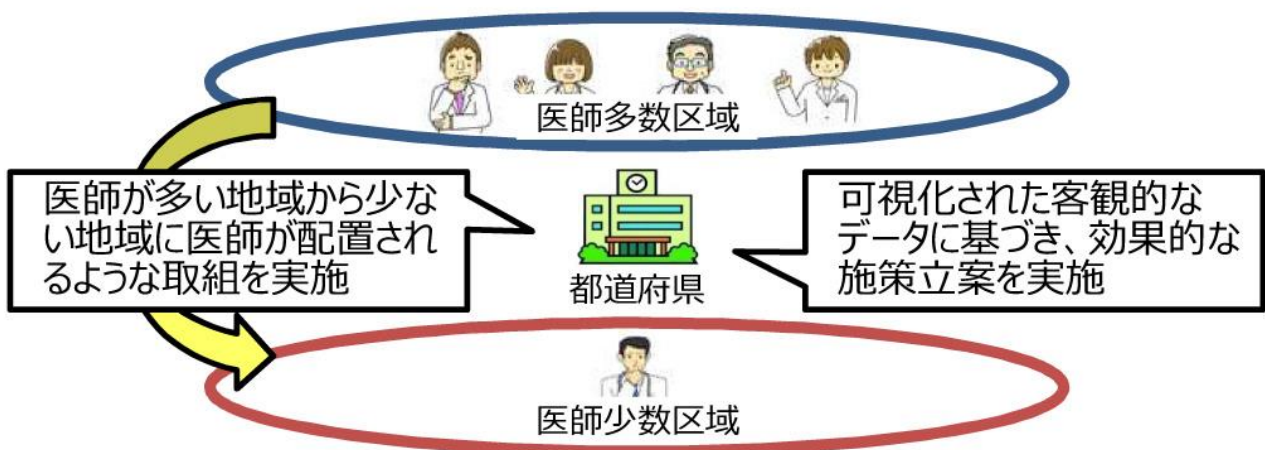
#### ◆東京都内の二次保健医療圏における医師少数区域、医師多数区域の設定

- 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認するための、「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だけ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

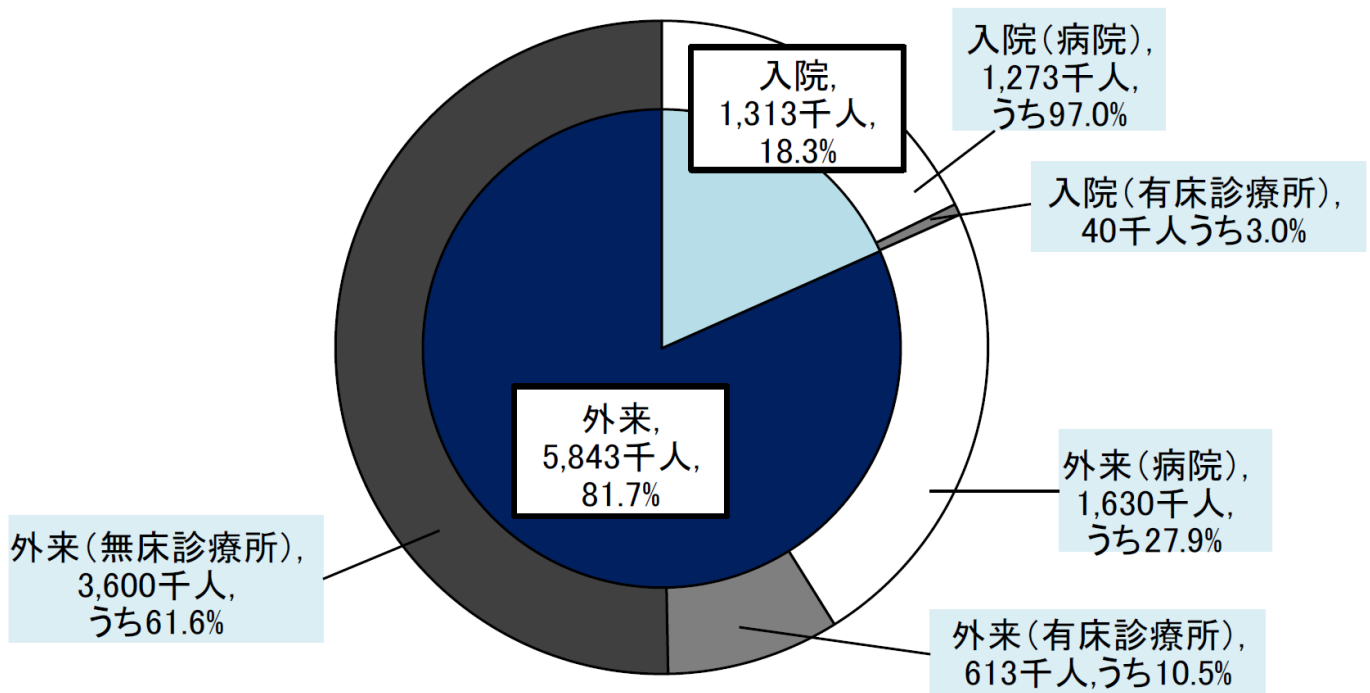
第二次医療圏	平成25年 【2013年】	平成32年 【2020年】	平成35年 【2023年】	平成37年 【2025年】
南 渡 島	3,157	3,636 (3,534)	3,865 (3,695)	4,045 (3,803)
南 檜 山	53	72 (63)	82 (67)	92 (70)
北 渡 島 檜 山	144	197 (166)	226 (175)	254 (181)
札 幌	14,193	21,554 (19,666)	25,133 (22,012)	28,032 (23,576)

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。

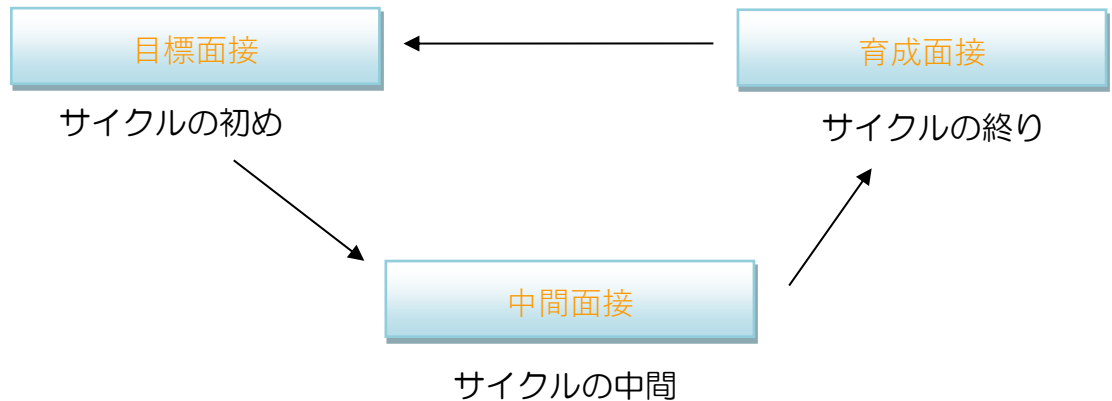
この外来医療計画においても都道府県ごとに作成が義務付けられ、前述の医師確保計画と同様に2020年4月からスタートします。

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。

# 面接制度運用のポイント

人事評価の結果を職員に通知していますが、その後のフォローや能力開発へと展開させるためには、どのような方策が考えられますか。

## ■面接の流れ



## ■評価者と被評価者の面接を通じたフォローの実施

人事考課は、面接制度が確立されることにより、初めて有効になります。面接を通じて、人事考課結果のフィードバックやマンツーマンでの指導、部下が考えていること、管理者への要望を理解することにより、管理者が部下育成やマネジメントについて学ぶ場にもなります。

## ■面接制度のねらい

組織のニーズにより、ねらいをどこに置くかは様々ですが、一般的には次のような目的があります。

- 部下に仕事に対する権限や責任感を持たせる
- 業務や部署内での目標など情報の共有化
- 啓発の動機づけ
- 仕事や能力に対する期待水準の明確化
- 部下の掌握、意志疎通
- 部下の指導・育成

## ■面接の種類

面接の種類としては、以下のものが挙げられます。

- 目標面接…病院や部門の目標達成、部下個人の能力開発のための目標設定と期待レベルの明確化を図る。
- 中間面接…業務の進捗状況についての確認とフォローを図る。
- 育成面接…人事考課結果とそのプロセスを振り返り、フィードバックを図る。



# 目標面接の進め方

目標設定が難しいという声がよく聞かれるため、部門管理者と職員との話し合いの場を設けようと考えています。目標面接の進め方を教えてください。

## ■目標面接とは

目標面接は、病院・部門の今期ビジョン等情報の共有化を図った上で、職員の向こう6ヶ月間（1年間）の目標（職員に対する期待像）を話し合い、確認する場です。また、目標設定を通じて、本人の挑戦と創造への意欲を引き出しながら意識付けをし、成果責任の明確化を行います。

## ■目標面接の進め方

目標面接は、通常1年間の個人目標や目標課業について話し合い、確認する場です。従ってこの面接では、部門責任者と部下である職員がどのように話し合い、目標に同意していくのか、というステップが重要です。目標面接において、部下一人ひとりに対しての具体的な個別期待像を共有化し、その期待像に対して、部下は目標を設定することになります。上司と部下がどのように話し合い、目標を定めていくかの手順が重要です。

手順	ポイント
リレーション作り	部下が何でも話せる雰囲気を作る。部下に関心を持っていることを伝える。また、目標面接の目的を伝える。
部下の目標確認	部下の目標や達成方法、その目標に取り組む理由について確認する。部下の要望や意見を積極的に受け入れる。
管理者としての考えを明確にする	部門目標や方針、そして管理者として、部下に期待することを説明する。本人の役割や等級を考慮した上で、管理者としての考えを説明する。
目標のすり合わせと具体化	部下本人の目標と管理者の期待を近づけ、決定する。 チャレンジを促し、納得させる。具体性、到達レベル、チャレンジ性を含めた目標設定となっているかチェックする。 ①客観的に評価することができるか。 ②到達するまでの取組みと達成時点での結果を明確にする。 ③完了までのスケジュールを確認する。一方的な押し付けはしない。
管理者として協力・指導援助できることを伝える	部下の役割と取り組むべきこと、指導援助者としての管理者の立場を明確にする。能力開発についての部下本人の意欲を喚起させる。
部下からの要望事項を聴く	評価、目標管理、その他仕事に関して、管理者への要望があれば、具体的に話させる。部下の要望事項に対しては、本人の意志を尊重する。
クロージング	話し合った内容を職員にまとめさせ、今期の目標を再度確認する。励ましと期待を述べて、面接を終了する。