

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.780 2023.7.18

医療情報ヘッドライン

「遠隔医療」推進へ基本方針を発出
課題や取り組みの方向性を示す

▶厚生労働省

乳がん再発リスクを検出するSaMD
9月1日から保険収載へ

▶厚生労働省 中央保険医療協議会 総会

週刊 医療情報

2023年7月14日号

国立大、22年度は
計9,628医療機関に医師派遣

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4年度12月)

経営情報レポート

超高齢化社会への対応に向けて
第8次医療計画の概要

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

人事評価者の研修
OJT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。

「遠隔医療」推進へ基本方針を発出 課題や取り組みの方向性を示す

厚生労働省

厚生労働省は、6月30日に「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」を発出。医師と患者間の「オンライン診療等」と「医師等医療従事者間での遠隔医療」の2つを柱に、運用するうえでの課題や、行政・医療機関が取り組むべき方向性を示した。

なお、同時に公表した事例集については、再検討を必要とする箇所があったとして7月13日時点で一時的に非公開となっている。

■「遠隔画像診断」を実施する病院は2割弱

従来、医師法における「診察」は対面診療を指すものと解釈されてきた。離島やへき地の患者に対するものを除き、オンラインでの診療は禁止されていたが、2015年8月に事実上解禁。2018年の診療報酬改定で「オンライン診療料（当時、1月につき70点）」が新設され、診療報酬上の評価の対象となった。

2020年4月には、コロナ禍で緊急事態宣言が発令されたことを受け、初診からのオンライン診療が特例で解禁。2022年度からはそれが恒久化された。

こうした流れを受け、少なくとも一般にオンライン診療の存在は認知されているようだ。

民間企業の最新調査（2023年6月27日発表のLINEリサーチ）によれば、利用率はわずか4%だが認知率は86%。今後の利用意向は50%にのぼっている。

一方、本来的には整備が進んでいるべきなのに遅れているのが、「医師等医療従事者間での遠隔医療」だ。

なぜならば、サステナブルな医療の確保に寄与すると考えられるからである。生産年齢人口の急激な減少により、効率的・効果的な

医療提供体制の整備は喫緊の課題。2024年度から「医師の働き方改革」がスタートし、医師の労働時間が事実上短縮することを踏まえれば、タスクシフト・シェアリングは不可避であり、移動距離や時間を短縮できる「医師等医療従事者間での遠隔医療」の活用が求められているといえる。

しかし、厚労省が2020年に実施した医療施設調査によれば、D to D（医師—医師間で「遠隔画像診断」（遠隔地の放射線科医にCTやMRIの画像診断の相談を行うもの）を行っている病院は全病院の18%、一般診療所は全一般診療所の1.8%にとどまった。

「遠隔病理診断」（遠隔地の病理医に病理診断の相談を行うもの）に至っては、病院が全病院の2.6%、一般診療所が全一般診療所の0.4%。十分に行われているとはとても言い難い。

■国は「手引書」や「事例集」を作成する方針

こうした状況を受け、今回発出された基本方針では、現状の課題として「遠隔にいる医師（医療従事者等）の役割と責任の範囲の明確化」や「個人情報保護法制に沿った患者の医療情報の共有」、「遠隔医療システムの安全管理」などを挙げ、「地域の医療提供体制等の特性や医療従事者・患者等の関係者のニーズ、システムを運営していく際の関係者の協力体制等を考慮し、地域に適した運営体制とシステムの整備を行うことが必要」とした。課題の解決に向け、国は「手引書」や、遠隔医療を利用した医師・医療従事者の意見やシステムなどを掲載する「事例集」を作成する方針だ。

乳がん再発リスクを検出するSaMD 9月1日から保険収載へ

厚生労働省 中央保険医療協議会 総会

厚生労働省は7月5日の中央保険医療協議会（中医協）総会で、乳がんの再発リスクを検出するプログラム医療機器「オンコタイプDX 乳がん再発スコアプログラム」（エグザクトサイエンス株式会社）の保険適用を了承。

9月1日付で保険収載される予定だ。

乳がんは日本人女性に最も多いがんで、公益財団法人がん研究振興財団の調査によれば、2021年には新たに94,000人以上が乳がんと診断されている。再発リスクがわかる機器が保険適用されることで、より適切な治療を受けやすくなる可能性がある。

■「乳がん個別化治療への大きな前進」との声も

「オンコタイプ DX乳がん再発スコアプログラム」は、アメリカで2004年から行われ、日本乳癌学会の治療ガイドラインにも取り入れられている「オンコタイプDX乳がん再発スコア検査」と、エグザクトサイエンス社が日本向けに開発したソフトウェアを組み合わせたプログラム医療機器だ。

発売元であるエグザクトサイエンス社は、ニュースリリースにおいて「その方の乳がんがどの程度再発しやすいものか、また化学療法を行うことで、どの程度その再発のリスクを下げることができそうか、という情報が分かります」と昭和大学臨床ゲノム研究所所長の中村清吾氏のコメントを紹介。中村氏は「この度の承認は、日本の乳がん患者さんの個別化治療実現への大きな前進となるであろう」と期待を寄せ、「再発スコア結果は、意思決定に有用な情報を提供することで、医療者と患者さんが話し合い、手術後の薬の治療をどうするかについて、納得して治療方針を

決める、いわゆるShared Decision Makingの一助になる」とも述べている。

■SaMD承認のプロセスに一石を投じた

今回の承認は、乳がん治療の可能性を広げるだけでなく、「プログラム医療機器の承認」にも結果的に一石を投じるものだった。

実は「オンコタイプDX 乳がん再発スコアプログラム」は、2021年11月に厚労省からいったん保険適用の承認を受けている。

しかし、保険適用日の直前にプログラムの開発が未完了であることが判明し、保険適用が保留される異例の事態となった。

なぜ開発が未完了だったか。それは、プログラムのソフトウェア上に、必要な機能が揃っていなかったからだ。

そもそもプログラム医療機器は、SaMD（Software as a Medical Device）とも呼ばれ、デジタル技術を活用して診断や治療を支援するソフトウェアのこと。最初から抜け漏れのない機器を完成させるのが従来の医療機器開発では当たり前だったが、デジタル技術を活用したシステムは都度修正していくのが常道であり、一定のデジタルリテラシーがあれば予測できた事態だともいえる。

厚労省は、今回の保険適用保留を不祥事と捉えたのか、素早く再発防止策を立て、2022年1月の中医協総会で承認を取り付けた。しかし、SaMDを推進していくならば、今後も同様のことが起こるのは避けられないと見るのが自然だろう。むしろ、医療DXの進展を見据えれば、都度、迅速に対応していく体制を整え、医療現場への周知を促していくほうが建設的ではないだろうか。

医療情報①
 国立大
 病院長会議

国立大、22年度は 計9,628医療機関に医師派遣

42の国立大学病院が2022年度に全国の9,628の医療機関（重複あり）に兼業や副業という形態で医師を派遣していたとする集計結果を、国立大学病院長会議が明らかにした。

また、24年4月からの医師の時間外労働（休日労働を含む）の罰則付き上限規制に向け、全ての国立大学病院が、自院だけでは時間外労働が年960時間以内だが兼業先を通算するとその時間を超える医師がいると想定し、「連携B水準」の申請を予定していることも分かった。

国立大学病院は21年6月時点で、計4万3,157人の医師を全国の病院や診療所に常勤医として派遣していた。

24年度以降に予定している時間外労働の上限規制の水準（重複あり）について、23年1月の調査で42大学が「連携B水準」、22大学が「B水準」、12大学は「C-1水準」、6大学は「C-2水準」を申請する予定であることが分かった。

国立大学病院長会議では、大学病院に求められる診療や教育、研究機能の担保と地域医療体制の維持を両立させるには引き続き長時間労働が必要だとみている。

また、大学病院に求められている「教育・研究・診療機能の質の担保」と「地域医療体制の維持」を両立しながら、医師の働き方改革を実現するには多額の費用が必要だと指摘。その上で、診療報酬や地域医療介護確保基金、教育・研究資金などによる実効性のある財政支援を要望している。

医療情報②
 中央社会保険
 医療協議会

急性期病棟と地ケア病棟、 機能分化促進へ

中央社会保険医療協議会は5日の総会で、2024年度の診療報酬改定に向けて入院医療への評価を巡る議論を始めた。

高齢者人口の増加に伴い、急性期一般入院料の算定病棟で75歳以上の高齢者の受け入れ割合が上昇傾向にあることが分かっていて、厚生労働省は、それらの病棟の役割を急性期の集中的な医療の提供に重点化させるため、地域包括ケア病棟との機能分化や役割分担を進める方針を示した。

厚労省は、団塊世代の全員が75歳以上になる25年を見据えて各都道府県が作った地域医療構想を実現させる観点からも、入院医療の機能分化を進める必要性を指摘した。

22年度の病床機能報告の集計では、急性期病床の供給過剰と回復期病床の供給不足は25年までに解消されない見通しで、診療報酬によるてこ入れを中医協で検討する。

ただ、長島公之委員（日本医師会常任理事）は意見交換で、「急性期病棟と地域包括ケア病棟の機能分化を促進するために診療報酬で強引に誘導するやり方では、かえって医療機関や患者さんに混乱を招くことになる」と述べ、慎重な対応を求めた。

●地ケア病棟の救急対応にばらつき

厚労省によると、全国の病院が急性期一般入院料を算定した全患者に占める65歳以上の割合は、12年から22年にかけてほぼ横ばいで推移しているが、それらのうち85歳以上の受け入れ割合は上昇傾向が続いている。

22年5月診療分（6月審査分）のレセプトでは、急性期一般入院料を算定した患者の66%が75歳以上だった。

一方、21年4月から22年3月にかけて介護施設などから急性期一般入院料の病棟に入院した49.3万症例のうち、最も多かったのは誤嚥性肺炎で全症例の14.2%を占めた。

急性期病院が本来の機能を発揮できるようにするため厚労省は、高齢者の急変のうち、それらで地域包括ケア病棟による対応を促したい考え。

ただ、中医協の診療報酬改定結果検証部会が22年度に行った調査によると、地域包括ケア病棟がある414病院による救急患者の受け入れ頻度は、「週7日」（60.1%）に次いで「週0日」（13.0%）が多いことが分かった。

また、519病院による受け入れ件数（年間）では「100件以下」の病院が最も多いものの、「2,000件超」を受け入れている病院もあり、ばらつきが目立った。

●池端委員「あまり縛り過ぎずに」

診療側の江澤和彦委員（日医常任理事）は、在宅や施設からの高齢者の入院では、脳卒中や心筋梗塞などには高度急性期病院が対応し、尿路感染症などは地域包括病棟でカバーするなど役割分担する必要性を指摘した。

ただ、地域包括ケア病棟は看護配置が手薄な上に救急医療管理加算などの評価もないため、江澤委員は「対応できる範囲は限られる」とも述べた。

池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、「“高齢者の救急”とひとくくりにするのは非常に危険だ。高齢者救急でも、緊急手術をして治療をして、（地域に）返せる病気もたくさんある。それら全てを地域包括ケア病棟で受けることは不可能だ」と話した。

池澤委員はその上で、診療報酬であまり縛らないように柔軟な対応を求めた。

最近の医療費の動向

/ 概算医療費（令和4年度12月）

厚生労働省 2023年4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	家 族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
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	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 4～3月	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2
4～9月	21.9	12.4	7.0	3.9	2.6	5.4	0.7	8.4	1.1
4～12月	33.2	18.8	10.6	5.9	3.9	8.2	1.0	12.8	1.6
10月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
11月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
12月	3.8	2.2	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
令和4年度 4～12月	34.2	19.2	11.2	6.3	4.2	8.1	1.1	13.3	1.6
4～9月	22.6	12.7	7.3	4.1	2.7	5.4	0.7	8.8	1.1
10月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
11月	3.8	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
12月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	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					
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	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4～3月	35.2	23.5	18.2	17.5	17.2	37.9	22.1	93.9	
	4～9月	17.4	11.6	9.0	8.6	8.5	18.7	11.5	46.6
	10月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.3	1.9	8.0
	11月	3.0	2.0	1.5	1.4	1.4	3.2	1.9	8.0
	12月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.5	3.3	1.9	8.2
令和4年度4～12月	27.4	18.3	14.4	13.7	14.0	29.0	18.4	71.1	
	4～9月	18.0	12.0	9.5	9.0	9.2	19.1	12.0	47.0
	10月	3.1	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	2.2	8.1
	11月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.6	3.3	2.1	8.0
	12月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.7	3.3	2.2	8.0

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 診療種別別概算医療費

● 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								
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	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4～3月	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1	
	4～9月	21.9	17.5	8.4	7.6	1.6	3.8	0.4	0.21	8.7	11.4	1.6
	10月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
	11月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
	12月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
令和4年度4～12月	34.2	27.4	12.8	12.2	2.4	5.9	0.5	0.37	13.3	18.0	2.4	
	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月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.6	2.0	0.3
	11月	3.8	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
	12月	3.9	3.1	1.4	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	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			
平成30年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
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4～3月	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
4～9月	11.9	11.7	2.2	7.6	2.0	4.0	0.18
10月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03
11月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
12月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
令和4年度4～12月	18.3	18.0	3.2	11.8	3.0	6.3	0.31
4～9月	12.1	11.9	2.1	7.8	2.0	4.1	0.21
10月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
11月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
12月	2.1	2.0	0.3	1.3	0.3	0.7	0.04

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30年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
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4～3月	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
4～9月	18.4	38.4	40.1	10.0	7.9	9.5	11.7	15.0
10月	18.3	39.2	40.9	9.9	7.9	9.5	11.6	14.9
11月	18.4	39.6	41.3	9.9	7.9	9.5	11.6	14.9
12月	18.6	39.0	40.7	9.9	8.0	10.0	11.7	15.3
令和4年度4～12月	18.7	40.0	41.7	10.3	8.1	9.4	11.9	15.3
4～9月	18.6	39.6	41.3	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
10月	18.8	40.5	42.2	10.2	8.1	9.3	12.0	15.2
11月	18.9	41.0	42.7	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
12月	19.0	40.7	42.4	10.5	8.2	9.7	12.0	15.9

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。



経営情報
レポート
要約版



制度改正

超高齢化社会への対応に向けて 第8次医療計画の 概要

1. 医療計画制度の概要
2. 過去の医療計画の推移と第8次医療計画の概要
3. 第8次医療計画の主要策定ポイント
4. 求められる人材確保と高まる医療ニーズへの対応



■参考資料

【厚生労働省】：第8次医療計画、地域医療構想等について 第8次医療計画の策定に向けた検討について
医療計画について（資料1） 2040年頃の社会保障を取り巻く環境 平成27年版 厚生労働白書
【国土交通省】：医療計画について

1

医業経営情報レポート

医療計画制度の概要

現在、平成29年から始まった「第7次医療計画」の計画期間が終わろうとしています。

今回の計画期間では当初の計画には想定されていなかった新型コロナウイルス感染症の発生がありました。今回新たに策定される医療計画には、新興感染症等の対応や医師の働き方改革への対応など、新時代に向けたわが国の医療の方向性が明記されます。

都道府県が作成する「地域医療構想」はそれぞれの地域の特性が内容に反映されるため、場合によっては病床の再編を見直す必要があるかもしれません。

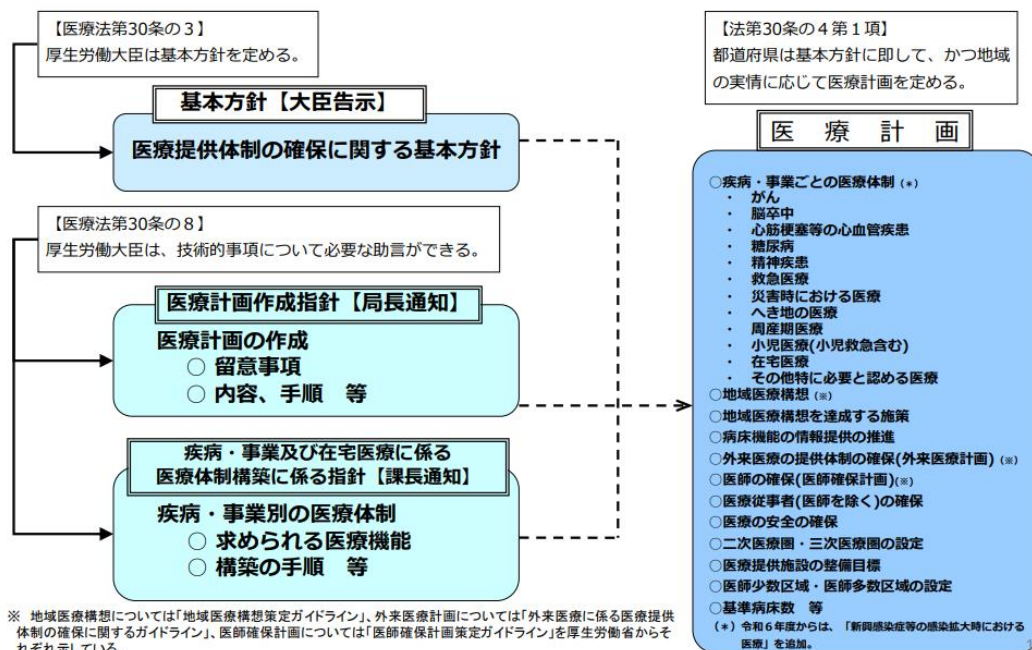
それに加え、来年には診療報酬の改定も控えており、医療計画の策定内容によっては診療報酬改定に大きな影響が及ぼされる可能性もあります。そのため、国が推進する医療の方向性を正しく理解し、自院が進むべき方向性を今一度見直す必要があります。

■ 医療計画制度の導入

医療計画制度では、診療報酬制度や医療機関の指定、医療従事者の配置などを通じて具体的な施策が展開されます。地域のニーズに応えるため、必要な医療機関の設置や専門医の確保などが行われ、地域住民に適切な医療が提供されることを目指しています。

医療計画制度の導入は昭和60年に行われた第1次医療法の改正によりなされました。内容は現在の医療計画ほど充実したものにはなってありませんが、当時から「へき地医療や救急医療の確保に関する事項」や「医療従事者の確保に関する事項」などを定めることとされており、現在の医療計画の土台となっています。

◆ 医療計画の策定に係る指針等の全体像



※ 地域医療構想については「地域医療構想策定ガイドライン」、外来医療計画については「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」、医師確保計画については「医師確保計画策定ガイドライン」を厚生労働省からそれぞれ示している。

(出典) 厚生労働省：第8次医療計画の策定に向けた検討について

2

医業経営情報レポート

過去の医療計画の推移と第8次医療計画の概要

■ 医療計画策定期間の推移

昭和63年に第1次医療計画の策定が始まり、これまで5年に一度の医療計画の改定により、様々な内容が追加されてきました。前述の通り、第1次医療計画での記載内容は充実した内容ではなかったものの、次第に記載内容が増えており、現在に至っております。

医療計画	期間
第1次	昭和63（1988）年度～平成4（1992）年度
第2次	平成5（1993）年度～平成9（1997）年度
第3次	平成10（1998）年度～平成14（2002）年度
第4次	平成15（2003）年度～平成19（2007）年度
第5次	平成20（2008）年度～平成24（2012）年度
第6次	平成25（2013）年度～平成29（2017）年度
第7次	平成30（2018）年度～令和5（2023）年度

■ 現在推進されている第7次医療計画の概要

令和5年7月現在の計画である「第7次医療計画」では、引き続き5疾病・5事業及び在宅医療についての取り組みを推進しており、「急性心筋梗塞」の名称を「心筋梗塞等の心血管疾患」に変更するなどの必要な見直しを行っています。

指標については、都道府県や二次医療圏ごとの医療提供体制を客観的に比較するために、共通の指標を用いて現状を把握し、その後、PDCAサイクルを回すために指標の見直しを行っています。

地域医療構想については、議論内容や進め方の手順を整理し、地域医療構想調整会議を通じて議論します。医療・介護連携については、地域医療構想や介護保険（支援）事業計画との整合性を図るため、都道府県と市町村の協議の場を設置しています。

また、地域の実情を把握するための指標を充実させ、多様な職種や事業者の参加を想定した施策を検討しています。

基準病床数については、基準病床数と病床の必要量の関係性を整理し、算定式の見直しを行い必要病床数の公表・調整を行っています。

その他、フレイル等については、関連施策と調和しながら、疾病予防や介護予防を中心に医療・介護の連携した総合的な対策を重要視しています。

第6次医療計画までの計画期間は5年でしたが、第7次医療計画からは「介護保険事業（支援）計画」に合わせて、6年となりました。

3

医業経営情報レポート

第8次医療計画の主要策定ポイント

■ 新興感染症への対応

今回の策定の主なポイントのひとつとして、「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加され、「5事業」から「6事業」になったことが挙げられます。

この約2～3年の間、新型コロナウイルス感染症への対応において、医療提供体制の確保や病床の確保、医療機関の役割分担・連携の促進、自宅・宿泊療養者への対応、医療人材の確保、ITの活用などが急速に進められてきました。

将来的に発生する可能性のある新興感染症に対する体制を整えるべく、今回の医療法の改正により、新興感染症等の感染拡大時の医療についても医療計画に明記されるようになりました。

この数年で取り組んできた感染症対策・取り組みを踏まえて、必要な対策を検討していかなければなりません。

◆ 新型コロナウイルス感染症への対応

これまでの対応状況

- 新型コロナウイルス感染症への対応として、医療提供体制については、「全体像（次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像）」や「保健・医療提供体制確保計画」等に基づき、以下の対応に取り組んでいるところ。
 - ・ 病床の確保、臨時的医療施設の整備、医療機関の役割分担・連携の促進
 - ・ 自宅・宿泊療養者への対応
 - ・ 医療人材の確保
 - ・ ITを活用した稼働状況の見える化 など

今後の検討・取組の進め方

- 今後の新興感染症等の感染拡大時にも機動的に対策を講じられるよう、医療法の改正により、第8次医療計画（2024年度から2029年度まで）より、医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加。
- 「厚生科学審議会感染症部会」における感染症法に基づく基本指針・予防計画等の議論と整合性を図りながら、第8次医療計画の記載事項について検討。
- 具体的には、感染拡大時に迅速かつ柔軟に病床や人材の確保ができるよう、平時からの取組、感染拡大時の取組などに関し、「全体像」、「保健・医療提供体制確保計画」等に基づくこれまでの取組を踏まえ、必要な対策を検討。
 - ※ 政府としては、これまでの対応を客観的に評価し、次の感染症危機に備えて、本年6月を目途に、危機に迅速・的確に対応するための司令塔機能の強化や、感染症法の在り方、保健医療体制の確保など、中長期的観点から必要な対応をとりまとめることとしている。
- 5疾病・5事業及び在宅医療などの他の医療計画の記載事項についても、第7次医療計画の中間見直し以降の状況の変化として、今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえて検討。

（出典）厚生労働省：第8次医療計画、地域医療構想等について

■ 人口構造の変化への対応

医療機関においては、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、地域においてデータに基づく議論を進めるべく、令和4年から新たに「外来機能報告」を開始しましたところです。

4

医業経営情報レポート

求められる人材確保と高まる医療ニーズへの対応

■ 加速する高齢化

わが国では、昭和55（1980）年頃から年少人口（15歳未満）の人口の減少がみられ、また平成7（1995）年頃から生産年齢人口（15歳以上65歳未満）の減少も始まりました。人口の増加は平成20（2008）年まで続いていましたが、その後は今もなお減少傾向にあります。

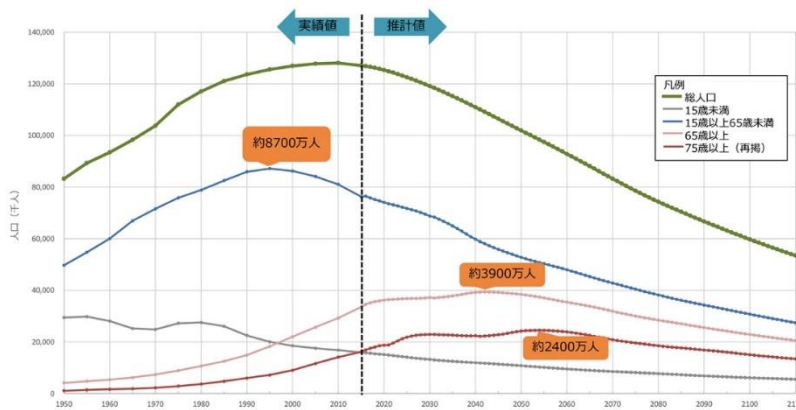
高齢者人口（65歳以上）については令和22（2040）年頃までは増加が続きますが、その後は緩やかに減少します。高齢者の増加に伴って、死亡数についても年々増加することが見込まれています。

近年は高齢者の就業が拡大傾向にあり、今日の生産年齢人口の減少と共に現役の働き手も減少している経済社会において、社会保障のみならず経済社会全体に様々な好影響をもたらしています。今後は、生産年齢人口の急減という新たな局面を迎える経済社会の活力を維持向上するためには、高齢者の方々の就労・社会参加の基盤となる健康寿命の延伸等が重要な政策課題になることが予測されます。

◆ これからの人口動態

人口動態① 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（4区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構成係数」
※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

（出典）厚生労働省：
第8次医療計画、地域医療構想
等について

■ より必要となる医療・福祉職の人材確保

今後は少子・高齢社会の進展等により、ますます国民の医療・福祉サービスに対する需要の増大・多様化が見込まれます。そのような状況のなかで医師の働き方改革が本格的にスタートし、医療職の充実化がより求められることとなります。



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

人事評価者の研修

人事評価の公平性を確保していくためには、評価者の教育が不可欠だと思いますが、具体的に何をすればよいのでしょうか。

人事評価制度を運用する場合、評価者の能力や考え方などで評価結果に差が出るようでは、人事評価は成立しません。

そこで、全評価者が人事評価制度の導入目的を正確に把握し、評価方法を学んで、マネジメント能力を高めることが必要不可欠です。

(1) 評価者教育のねらい

研修は、下記の2点をねらいとしています。

- 人事評価ルールを理解
- 評価基準の統一

人事評価の対象となる個人の仕事も、去年と全く同じではありません。状況の変化に対応するためにも、定期的に評価者教育を行います。

(2) 評価者教育の種類

評価者教育は、その目的やレベルに応じて4つの区分に分けられます。

	種類	内容	対象	実施期間
必要に応じて実施するもの	人事評価制度導入時の研修	人事評価制度の概要説明と、それに関連する研修（基礎研修と同様の内容）	全評価者	人事評価制度の導入時
	人事評価制度改定の説明会	改定した内容の説明とそれに関連する研修	全評価者	人事評価制度の改定時
定期的に実施するもの	評価者基礎研修	管理職の役割、人事制度についてと人事評価の基礎理論	初めて評価者になる職員	評価者の立場に昇進した直後
	評価者応用研修	事例の検討、面接実習による応用研修	評価者基礎研修を終えた評価者	1年に1度、人事評価実施時期の前

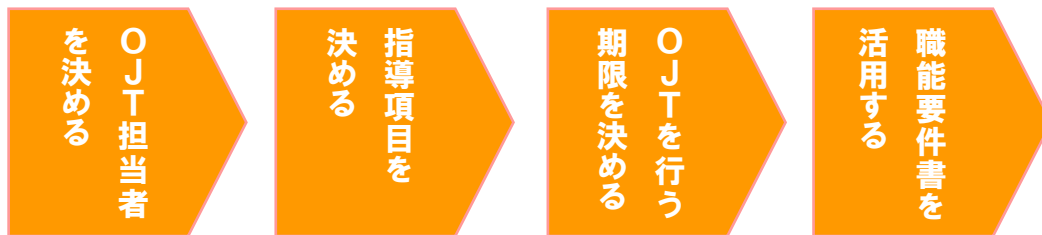
ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:クリニックの人事制度

OJTの進め方

新入職員教育の早期戦略化を図るため、 どのようにOJTを進めれば、良いのでしょうか？

新入職員の早期戦力化を図るためには、人事評価制度と併せて、能力開発制度を十分に機能させることが重要です。OJTとは「On the Job Training」の略で、新入職員に対し仕事を通じて知識や技術などを教育していく指導方法です。新入職員と年齢が近く、面倒見のよい職員をOJTの担当者に任命し、計画的に実施していくことがポイントです。

■OJTを進める手順



(1) OJT担当者

最初に、誰が誰を指導するのかを明確にします。OJT担当者を決めないで、手が空いている職員が担当するという方法では、OJTは進展しません。年齢の近い先輩職員を担当者にすると、話も合い、新入職員からも質問や相談をしやすいというメリットがあります。

(2) 指導項目

自院の方針として、OJT担当者に指導項目と計画を明確に指示します。患者や家族等対応マナーや接遇の基本ルール、診療材料・機器等の準備手順、マニュアルの参照、報告書の記入方法等、具体的かつ計画的に示します。

(3) 期限

期限を定めないと効率が悪く、緊張感を失いがちになるため、育成に遅れが生じてしまいます。新入職員に対しては、仕事を習得し成果を出す期限を示し、集中して取り組ませることが重要です。

(4) 職能要件書の活用

職能要件書を作り、職員の能力段階に応じた計画を立てます。これから習得しなければならない課業を部下の等級と比較しながら、やや高いレベルの内容に設定するのが、能力開発のポイントになります。