

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.749 2022.11.29

医療情報ヘッドライン

後期高齢者の医療保険料を引き上げ 約4割が対象、最大年間14万円増

▶厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

健康保険料負担「重い」が約7割 「かかりつけ医いる」は24.2%

▶健康保険組合連合会

週刊 医療情報

2022年11月25日号

次期がん対策基本計画の 策定骨子案を提示

経営TOPICS

統計調査資料

令和3年度 最近の医療費の動向(年次版)

経営情報レポート

採用難、雇用環境変化に対応するための 定年延長、シニア人材活用への対応策

経営データベース

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:クリニック新規開業 地方都市での開業の注意点 スタッフ募集と雇用条件

京都税理士法人
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社
〒601-8328 京都市南区吉祥院九条町30番地1 江後経営ビル
TEL: 075-693-6363 FAX: 075-693-6565
滋賀本社
〒525-0059 滋賀県草津市野路1丁目4番15号 センシブルBLDG ZEN 6階
TEL: 077-569-5530 FAX: 077-569-5540

後期高齢者の医療保険料を引き上げ 約4割が対象、最大年間14万円増

厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

厚生労働省は、11月17日の社会保障審議会医療保険部会で、75歳以上が加入する後期高齢者医療制度の保険料の上限を年間66万円から80万円に引き上げる方針を示した。

少子化対策として「大幅な引き上げ」を予定している出産育児一時金の財源確保と、現役世代の負担軽減を理由に挙げている。

対象が一部に限られているとはいえ、14万円の引き上げは過去最大幅となる。

■介護保険を参考に見直しを図る

後期高齢者医療制度の高齢者負担率は、これまで現役世代の減少のみに着目してきた。

そのため、現役世代の負担（後期高齢者医療支援金）は、2008年の制度創設時に比べ約1.7倍と大幅に増加している（高齢者は約1.2倍増）。

2025年には、日本の人口の最大ボリューム層である団塊の世代が全員後期高齢者となるため、増加傾向はしばらく変わらない。

一方で、生産年齢人口が減少していくことから、厚労省は「長期的には、高齢者人口の減少局面においても、高齢者負担率が上昇し続けてしまう構造」と分析している。

そこで、高齢者世代および現役世代双方の人口動態に対処できる「持続可能な仕組みとするとともに、当面の現役世代の負担上昇を抑制するため」、介護保険を参考に「後期高齢者1人当たり保険料と現役世代1人当たり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう」高齢者負担率の設定方法を見直し、併せて、「高齢者世代内で能力に応じた負担を強化する観点から」後期高齢者の保険料負担の

あり方も見直すとした。

なお、後期高齢者医療制度は「公費：後期高齢者支援金：後期高齢者保険料負担＝約5割：約4割：約1割」となっているが、介護保険は「公費：40～64歳保険料：65歳以上保険料＝5割：約3割：約2割」。

今回の見直し案は「伸び率」でまとめているが、ゆくゆくは現役世代が負担する後期高齢者支援金と後期高齢者保険料負担の割合を介護保険と同様にしていく意向だと思われる。

■引き上げの対象は年収153万円以上

保険料の引き上げを高齢者全てに適用しないのは、「低所得層の保険料負担が増加しないよう配慮」しているからだ（保険料負担は、国民健康保険が世帯単位なのに対し、後期高齢者医療は個人単位となっている）。

では、具体的にどのくらいの収入が低所得層ではないのか。それが、収入に応じて負担額が変わる「所得割」が適用される153万円以上。これは年金収入のみを想定した計算（基礎控除43万円、公的年金等控除110万円）で、後期高齢者の約4割が対象となる（2021年度の後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告では38.9%だった）。

ちなみに、現行の上限である年額66万円が年額80万円まで引き上げられるのは、年収約1000万円程度になる見込みで、厚労省は全体の約1.3%と推計している。

なお、2022年度・2023年度の全国平均料率ベースで、上限に到達していたのは974万円だった（給与収入894万円、年金収入80万円）。

健康保険料負担「重い」が約7割 「かかりつけ医いる」は24.2%

健康保険組合連合会

健康保険組合連合会（健保連）は11月16日に「医療・介護に関する国民意識調査」を公表。健康保険料の負担について「非常に重いと感じる」「やや重いと感じる」との回答割合は計68.7%と約7割に達した。介護保険料の負担については、計57.6%が重い・やや重いと回答した。なお、健康保険料は2020年現在で1人あたり月額16,300円、介護保険料は2021年度現在で1人あたり月額6,000円。かかりつけ医については、「何か体調に不具合があった時に、いつも相談する医師がいる」は24.2%にとどまった。

■高齢世代の負担増約4割が「やむを得ない」

この調査は今年7月、インターネットにて実施。楽天インサイトが保有する全国モニターから、20歳代～70歳代別の母集団の比率に応じて割り付けた3,000人を対象に実施された。「医療保険制度・介護保険制度の給付と負担のあり方・世代間の負担バランスのあり方」「かかりつけ医や地域医療構想などの医療提供体制」「オンライン診療やリフィル処方箋などのトピックス等に対する国民の意識」などが項目となっている。

少子高齢化の加速により、高齢者世代の負担のあり方が議論の対象となっているが、「高齢世代の負担が重くなることはやむを得ない」との回答は42.3%にのぼった。世代別だと、30歳代48.8%、20歳代47.1%に次ぎ70歳代が45.6%と多いのも注目したい。

「医療費の負担のあり方」の設問でも、60歳代、70歳代は「患者自身の自己負担割合を引き上げる」「高齢者自身による保険者

負担を増やす」で他の年齢階級と比べて高水準を示しており、自らの負担が増えることを受け入れる高齢者が多いことがわかる。

一方で、「医療費の負担のあり方」については、70歳代を除いた全年齢階級でもっとも多い回答が「わからない」となっているのも見逃せない。負担が重いのか軽いのか判断がつかないとも受け取れるし、制度そのものへの理解が浅い可能性もある。あるいは、深く考えずに回答した可能性も否定できないだろう。今後、さらに保険料負担が増していけば、そうした層への理解を促していくことが課題のひとつとなってくるのではないかと。

■「かかりつけ医あり」は70歳代でも4割以下

かかりつけ医について、健保連は11月8日に登録制を提言したばかり。しかし、あくまで限られた母数の調査とはいえ、「かかりつけ医あり」は4分の1程度の24.2%にとどまった。これは、たとえ登録制があったとしても、どの医師にしようか決めかねる人が7割以上にのぼることを意味している。

年齢階級別に見ると、20歳代14.0%、30歳代14.8%、40歳代16.1%ととりわけ“若年層”が低いのが特徴的だ。

年齢が上がれば上がるほど医師にかかることが増えるということか、50歳代は27.6%、60歳代は32.1%、70歳代は38.0%と4割近い人がかかりつけ医を持っている。

しかし、逆にいえば70歳以上になっても6割以上がかかりつけ医を持っていないということであり、かかりつけ医制度のスムーズな運用には工夫が必要となりそうだ。

医療情報①
 がん対策
 推進協議会

次期がん対策基本計画の 策定骨子案を提示

厚生労働省は11月11日、「第85回がん対策推進協議会」（会長＝土岐祐一郎・大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学教授/日本癌治療学会理事長）を開催し、前回に続き、本年度末までに取りまとめる「第4期がん対策基本計画」の策定に向けて、「がんの1次予防」分野について討議した。委員からは、受動喫煙対策の一層の推進を求める声が複数上がり、1次予防の記載において「遺伝性・家族性の研究、知識の啓発などは取り組むべき課題ではないか」「ゲノム情報に基づいた個別化予防の実装も重要なテーマとなる」などの意見が出されたほか、「健康日本21」と「がん対策推進協議会」との情報共有・協議の在り方や、議論の進め方について注文が相次いだ。

また、事務局は、「第3期がん対策基本計画」の「がん予防」「がん医療」「がんとの共生」の3つの基本方針（視点）を維持し、分野横断的な事項については「これらを支える基盤」としての視点に患者・市民参画の推進、デジタル化の推進などの新たな事項を加えた形で次期基本計画策定の骨子案を示し、委員に対し意見を求めた。（以降、続く）

【がん予防】

▼がんの1次予防、2次予防（がん検診）に係る事項について引き続き記載

【がん医療】

▼がん医療提供体制や、がんに対する治療に係る事項について引き続き記載

▼治療と併せて医療者が提供すべき事項（リハビリテーションや支持療法など）について引き続き記載、新たに緩和ケアの提供についても記載

▼希少がん・難治性がんや世代に応じたがん医療について引き続き記載

【がんとの共生】

▼地域が連携し医療者を含めた多職種で提供する「緩和ケア」は、治療と併せて提供されるものだが、身体的苦痛だけでなく社会的苦痛・精神的苦痛等の全人的な苦痛については引き続き当該分野にも記載

▼就労を含めた社会的問題、サバイバーシップ支援、ライフステージに応じた対策について引き続き記載

【これらを支える基盤】

▼「患者・市民参画の推進」および「デジタル化の推進」を新設し、「がん登録」については、がん検診の精度管理等、医療分野以外の利活用推進の観点から当該分野に記載

2023年度の シーリング概要固まる

日本専門医機構（理事長＝渡辺毅・地域医療振興協会東京北医療センター顧問/福島県立医科大学名誉教授）は11月21日、定例記者会見を開き、10月28日に開催された「第2回医道審議会医師分科会専門研修部会」（部会長＝遠藤久夫・学習院大学経済学部学部長/教授）における2023年度シーリングと厚生労働大臣からの意見・要請案の状況などを説明した。

10月28日の専門研修部会で日本専門医機構は、6月の同部会で、以下とする新たな取り組み案を提案した。

- ▼医師不足の東北地方などでの地域偏在是正効果は限定的なため、足下医師充足率が低い都道府県との連携プログラムを「特別地域連携プログラム」として別途設ける
- ▼子育て世代の支援を重点的に行っているプログラムについては、「特別地域連携プログラム」の設置を条件に基本となるシーリング数に加算（「子育て支援加算」）を行う

その上で今回、「特別地域連携プログラム」について、以下などとする修正案を改めて提示した。

- ▼足下充足率が原則 0.7 以下（小児科については 0.8 以下）の都道府県のうち、医師少数区域にある施設を連携先とするものに限り既存のシーリングの枠外として設置可能とする
- ▼「医師の働き方改革」の観点から、足下充足率が原則 0.7 以下（小児科については 0.8 以下）の都道府県に所在する医療機関のうち、宿日直許可の取得、タスクシフト/シェアの推進などの取組を行ってもなお、年通算の時間外・休日労働時間が 1860 時間を超える（もしくは、超えるおそれがある）医師が所属する施設で指導医・指導体制が確保され、かつ、適切な労働時間となるように研修・労働環境が十分に整備されている施設も連携先として既存シーリングの枠外設置を可能とする
- ▼その際、年通算の時間外・休日労働時間が 1860 時間を超える（もしくは、超えるおそれがある）医師の労働時間の短縮に資する分野の専攻医が連携先で研修を行う場合に限り設置可能とする
- ▼「特別地域連携プログラム」などの募集にあたっては、通常プログラムと併せて募集・採用した後に各プログラムを採用者に割り振るのではなく、プログラム毎に希望者が応募し研修を行える適切な体制を整備する

一方、「子育て支援加算」は、都道府県の地域医療対策協議会などから地域偏在助長の懸念や、「特別地域連携プログラム」の評価も定まらない段階で、子育て支援加算を行うのは早急などの意見が出され、23年度専攻医募集では導入せず、「第8次医療計画」における子育て支援の検討結果も踏まえ、「子育て支援の環境整備の評価方法をはじめとした制度の見直しについて引き続き慎重かつ十分に検討を行う」として導入を見送っている。（以降、続く）

令和3年度 医療費の動向 / 概算医療費

厚生労働省 2022年9月16日公表

概算医療費の年度集計結果

厚生労働省では、毎月、医療費の動向を迅速に把握するため、医療機関からの診療報酬の請求（レセプト）に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計した「医療費の動向」を公表しています。このたび、令和3年度の集計結果がまとまりましたので公表します。

本資料における医療費は、速報値であり、労災・全額自費等の費用を含まないことから概算医療費と呼称しています。概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当しています。

本調査は、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）から診療報酬に関する審査支払業務において集まる医療費情報の提供を受け、これらを集約することで、医療費の動向を迅速に把握し、医療保険行政のための基礎資料を得ることを目的としたものです。

【調査結果のポイント】

- 令和3年度の医療費は 44.2 兆円となり、前年度に比べて約 2.0 兆円の増加となった。
- 医療費の内訳を診療種別に見ると、入院 17.6 兆円（構成割合 39.8%）、入院外 15.3 兆円（34.6%）、歯科 3.1 兆円（7.1%）、調剤 7.8 兆円（17.5%）となっている。
- 医療費の伸び率は 4.6%。診療種別に見ると、入院 2.8%、入院外 7.5%、歯科 4.8%、調剤 2.7%となっている。
- 医療機関を受診した延患者数に相当する受診延日数の伸び率は 3.3%。診療種別に見ると、入院▲1.0%、入院外 4.5%、歯科 2.5%となっている。
- 1日当たり医療費の伸び率は 1.3%。診療種別に見ると、入院 3.9%、入院外 2.9%、歯科 2.2%、調剤▲2.0%となっている。

【医療費の動向】

	29 年度	30 年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
医療費（兆円）	42.2	42.6	43.6	42.2	44.2
医療費の伸び率（%）	2.3	0.8	2.4	▲3.1	4.6
受診延日数の伸び率（%）	▲0.1	▲0.5	▲0.8	▲8.5	3.3
1日当たり医療費の伸び率	2.4	1.3	3.2	5.9	1.3

Ⅰ 制度別の概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総 計								
	医療保険適用								公 費
	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 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	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
(構成割合)	(100%)	(55.9%)	(31.0%)	(17.0%)	(12.2%)	(24.9%)	(3.2%)	(39.1%)	(5.0%)
令和2年度①	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
(構成割合)	(100%)	(55.6%)	(30.8%)	(17.3%)	(11.4%)	(24.8%)	(2.7%)	(39.4%)	(5.1%)
令和3年度②	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2
(構成割合)	(100%)	(56.5%)	(32.0%)	(17.9%)	(11.9%)	(24.5%)	(3.0%)	(38.6%)	(4.9%)
②-①	1.96	1.49	1.11	0.59	0.43	0.38	0.21	0.45	0.02

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。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人当たり医療費の推移

(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						
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	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

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。

II 診療種類別の概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	計	診療費				調剤	訪問看護療養	(参考)入院外+調剤
			医科計	医科入院	医科入院外	歯科			
平成29年度	42.2	34.3	31.4	17.0	14.4	2.9	7.7	0.22	22.1
平成30年度	42.6	34.8	31.9	17.3	14.6	3.0	7.5	0.26	22.0
令和元年度	43.6	35.5	32.5	17.6	14.9	3.0	7.7	0.30	22.6
(構成割合)	(100%)	(81.5%)	(74.6%)	(40.5%)	(34.1%)	(6.9%)	(17.8%)	(0.7%)	(51.9%)
令和2年度①	42.2	34.3	31.3	17.1	14.2	3.0	7.5	0.36	21.8
(構成割合)	(100%)	(81.3%)	(74.2%)	(40.5%)	(33.7%)	(7.1%)	(17.9%)	(0.9%)	(51.5%)
令和3年度②	44.2	36.0	32.9	17.6	15.3	3.1	7.8	0.43	23.0
(構成割合)	(100%)	(81.5%)	(74.4%)	(39.8%)	(34.6%)	(7.1%)	(17.5%)	(1.0%)	(52.1%)
②-①	1.96	1.69	1.55	0.48	1.07	0.14	0.21	0.07	1.27

注1. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。
 注2. 総計には、訪問看護療養の費用額を含む。

●医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総計	計	診療費				調剤	訪問看護療養	(参考)入院外+調剤
			医科計	医科入院	医科入院外	歯科			
平成29年度	2.3	2.1	2.1	2.6	1.6	1.4	2.9	16.4	2.1
平成30年度	0.8	1.6	1.5	2.0	1.0	1.9	▲3.1	17.0	▲0.4
令和元年度	2.4	2.0	2.0	2.0	2.0	1.9	3.6	15.9	2.6
令和2年度	▲3.1	▲3.4	▲3.6	▲3.0	▲4.3	▲0.8	▲2.6	19.8	▲3.7
令和3年度	4.6	4.9	4.9	2.8	7.5	4.8	2.7	18.4	5.9



経営情報
レポート
要約版



福祉経営

採用難、雇用環境変化に対応するための 定年延長、シニア人材 活用への対応策

1. 介護人材確保を取り巻く動向とその背景
2. 福祉・介護業界におけるシニア人材の活用
3. シニア人材活用のポイント
4. 65歳超雇用推進助成金の活用



■参考資料

【厚生労働省】65歳超雇用推進マニュアル 高年齢者雇用安定法 改正の概要 65歳超雇用推進助成金
【独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構ホームページ】 『シニア人材という希望』（幻冬社
メディアコンサルティング） 北海道主催 アクティブシニア等活躍支援事業ホームページ

1

医業経営情報レポート

介護人材確保を取り巻く動向とその背景

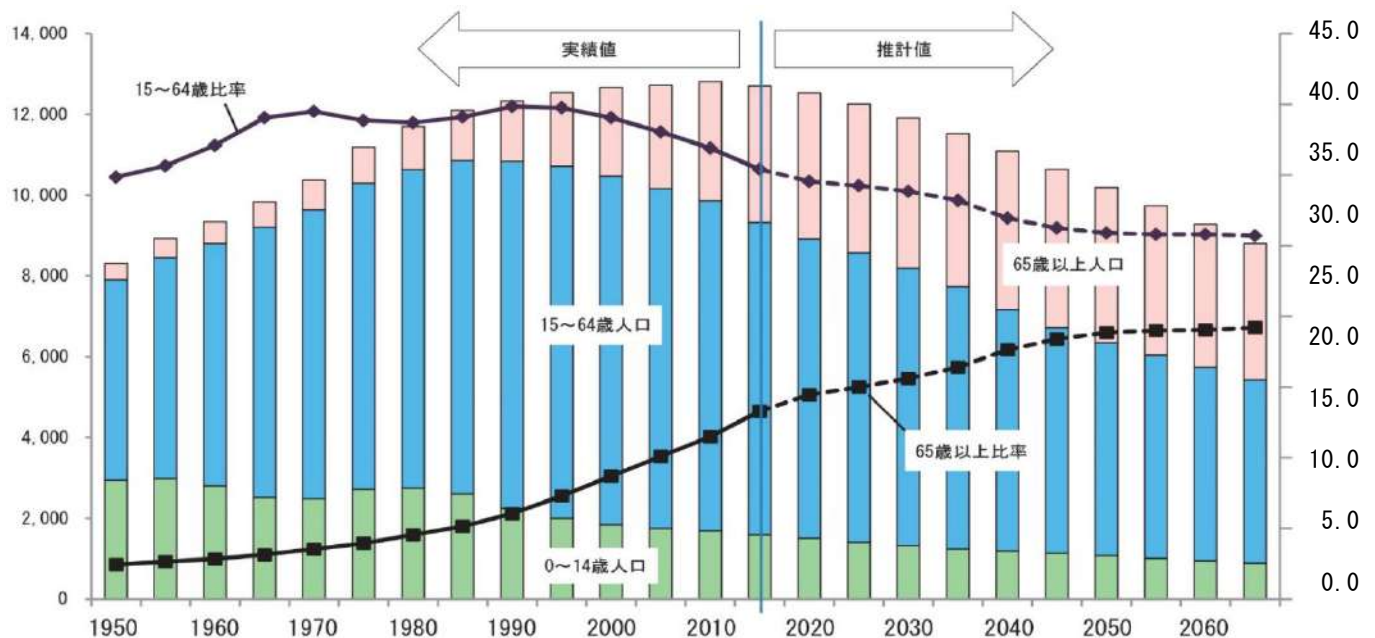
■ 国内介護業界の市場規模と介護人材需要の見込み

日本では高齢化が進んでおり、全人口に占める 65 歳以上の人口割合は上昇を続け、2065 年には 38.4%と 4 割近くに達する見込みです。また、少子化も進んでおり、中長期的には労働力人口の減少が見込まれることから、高齢者が長年培った知識・経験を十分に活かし、意欲と能力のある限り社会の支え手として、活躍し続けられる社会の構築が求められています。

◆日本の人口推移

総人口（万人）

構成比（%）



出典：厚生労働省 65 歳超雇用推進マニュアル

一方、国内介護市場規模は、急激な高齢化に伴う介護ニーズの高まりから、在宅系介護サービス市場を中心に、右肩上がりが見込まれています。

このような労働力人口の減少、介護市場規模の拡大を背景として、必要となる介護人材数は、2025 年には、2020 年から 30 万人余り増の約 245 万人が必要と試算されています。

■ 高年齢者雇用安定法の改正内容について

これまでの高年齢者雇用安定法は、事業主に 65 歳までの雇用確保を義務付けるものでしたが、政府は少子高齢化への対応と高齢者の就労意欲の高まり等に応えるべく、法改正（2021 年 4 月 1 日施行）を行い、70 歳までの就業機会の確保を努力義務としました。

2

医業経営情報レポート

福祉・介護業界におけるシニア人材の活用

■ 福祉業界におけるシニア人材への期待

福祉業界は、今後更なる人材不足への対応を迫られることとなり、定年延長の仕組みづくりや、定年後の再雇用制度もしくは新規採用となる 60 歳以上の人材（以下、シニア人材という）の活用については、他の業界以上に積極的な対応が求められるといえます。

例えば、対人援助職におけるケアマネジャーやソーシャルワーカーなどは、年齢が高く様々な相談経験を経ている職員の方が、より利用者に安心感を与え信頼を得られるケースも多く、シニア層の活躍が期待されるフィールドです。

また、特別養護老人ホームの介護職や、グループホームの世話人なども慢性的な人材不足の業種であり、シニア層の熟練した介護技術や会話術などが活かされる環境といえます。

■ 定年引上げ・再雇用制度のメリット・デメリット

定年を引き上げるか、再雇用制度を採用するか判断していくためにはそれぞれのメリット・デメリットを押さえておくことが必要です。

典型的な例について整理すると以下のようになります。

◆再雇用制度と定年引上げの比較表

項目	定年引上げ	再雇用制度
定年年齢	65～70 歳	60 歳
雇用区分	正職員	嘱託職員など
契約期間	期間の定めなし（65～70 歳まで）	1 年更新
役割	法人により異なる	役割は従前と異なる
労働時間	フルタイム残業有り	短時間・短日数での勤務もありうる
賃金形態	月給または日給月給	月給又は日給月給、時給
賃金額	法人により（役割により）異なる	公的給付支給を前提としている場合有
賞与	ある	ない場合もある
評価	59 歳以前と同じ	評価しない場合もある
メリット	<ul style="list-style-type: none"> モチベーションが高い 人材確保に有利 雇用管理しやすい 	<ul style="list-style-type: none"> 組織若返り遅延の問題は生じにくい 人件費はそれほどかさまない 継続雇用制度部分のみの検討でよい
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> 組織の若返りが遅れる 人件費がかさむ 場合によっては人事制度全体を見直す必要があるため、制度改定に手間がかかる可能性がある 	<ul style="list-style-type: none"> モチベーションが低下する 労働時間、雇用区分など、雇用管理が煩雑となる

出典：厚生労働省 65 歳超雇用推進マニュアル（一部修正）

3

医業経営情報レポート

シニア人材活用のポイント

■ シニア人材の活用方法

シニア人材の活用方法は、一般的には、次の3つに分類されるといわれています。

(1) 専門性活用パターン

シニア人材の経験やスキルで他の人では担いにくい専門的な知見を活用するパターンです。

「専門性」というと職人肌の技術者を思い浮かべる方も多いと思いますが、独自の人的ネットワークを活用した営業や特殊なチームのマネジメント職もこれに当たります。

ケアマネジャーや看護師といった資格に基づく職種や、施設長や施設管理者の役職就き業務を引き続き依頼するようなケースです。

◆ 活用のポイント

「ほかの人には代えがたい」ということがポイントになります。法人側からは重宝されるため、職務と処遇の差もなく、シニア人材のモチベーションも高く、シニア人材活用の成功事例として取り上げられることも多いパターンです。

一方、このような専門的な知見を有する人材は限られており、今後増え続けるシニア人材数に対し専門性を活用できるシニア人材の絶対数が非常に少ないのが難点です。

(2) 経験業務活用パターン

今まで経験したことがある業務を中心に行い、その経験を活用するパターンです。法人としては新規採用や職員教育なしで生産性を保つことができます。熟練した介護職員や生活支援員といった方に、その経験値を活かし働いていただけるよう依頼するようなケースです。

◆ 活用のポイント

同じ業務を行っているのに、給与だけが下がるというケースも多く、その場合職務に対して処遇が低いことがモチベーション低下を引き起こす為、注意が必要です。

さらにシニア職員が従来と同じ業務を継続するという事は、若手職員の経験の場を奪うことにもなり、若手人材育成の遅れや、適切な新陳代謝が進まないという問題も考慮する必要があります。

(3) 労働力活用パターン

シニア人材の継続雇用により増えた労働力を、法人で発生する比較的単純な業務にあてがうパターンです。パートタイマーの介護職員であった方など、責任や時間負担を抑えつつ、引き続き働いていただくようなケースです。

◆ 活用のポイント

人材確保が難しくなる今後、労働力確保の手段の一つとなりますが、保有能力と業務内容のギャップが大きい場合、経験業務活用パターン以上にモチベーション低下を引き起こす可能性が高いことに注意が必要となります。

4

医業経営情報レポート

65歳超雇用推進助成金の活用

■ 3種類ある65歳超雇用推進助成金

シニア人材の雇用によって受けることのできる助成金のうち「65歳超雇用推進助成金」は、「ニッポン一億総活躍プラン」を受け、将来的に継続雇用年齢や定年年齢の引上げを進めていく必要があることから、65歳以上となる定年年齢の引き上げや65歳以降の継続雇用延長を行う法人に対する支援のために設立された助成金です。

本助成金は、高年齢者が意欲と能力のある限り年齢に関わりなく働くことができる生涯現役社会を実現するため、65歳以上への定年引上げや高年齢者の雇用管理制度の整備等、高年齢の有期契約労働者の無期雇用への転換を行う事業主に対して助成するものであり、次の3コースで構成されています。

① 65歳超継続雇用促進コース

令和4年4月1日以降に、以下のいずれかを導入した事業主に対して助成を行うコース。

- A：65歳以上への定年引上げ
- B：定年の定め廃止
- C：希望者全員を対象とする66歳以上の継続雇用制度の導入
- D：他社による継続雇用制度の導入

② 高年齢者評価制度等雇用管理改善コース

高年齢者向けの雇用管理制度の整備等に係る措置を実施した事業主に対して一部経費の助成を行うコース。対象となる措置は以下の通りです。（実施期間：1年以内）

- ① 高年齢者の職業能力を評価する仕組みと賃金・人事処遇制度の導入または改善
- ② 高年齢者の希望に応じた短時間勤務制度や隔日勤務制度などの導入または改善
- ③ 高年齢者の負担を軽減するための在宅勤務制度の導入または改善
- ④ 高年齢者が意欲と能力を発揮して働けるために必要な知識を付与するための研修制度の導入又は改善
- ⑤ 専門職制度など、高年齢者に適切な役割を付与する制度の導入または改善
- ⑥ 法定外の健康管理制度（胃がん検診等や生活習慣病予防検診）の導入等

※支給対象経費は、①雇用管理制度の導入等に必要な専門家等に対する委託費やコンサルタントとの相談に要した経費のほか、⑥上記のいずれかの措置の実施に伴い必要となる機器、システム及びソフトウェア等の導入に要した経費です。

③ 高年齢者無期雇用転換コース

50歳以上かつ定年年齢未滿の有期契約労働者を無期雇用へ転換させた事業主に対して、助成を行うコースです。



ジャンル:医療制度 > サブジャンル:クリニック新規開業

地方都市での開業の注意点

**地方都市で開業するのを検討しています。
どんな点に注意をしたら良いですか。**

地方都市での開業を計画するにあたっては、マーケティングの要素となる対象患者層と診療圏が都市部とは異なります。

診療スタイルとしては地域密着型となり、幼児から高齢者、事業従事者から主婦層まで、全ての住民が対象患者になります。また、都市部のように狭い範囲の診療圏ではなく、地方都市近郊の村落の住民までが対象となるため、認知活動は広範囲に行う必要があります。

地方都市であるほど「かかりつけ医」といった認識が強く、評判が大きな影響力を持ち、成功している診療所は口コミでの紹介が多くなっています。他科との連携を行い、患者との生活密着型の診療が求められるでしょう。

地方都市の規模にもよりますが、基本的には物件取得が主流になると考えられます。地方都市の患者がビル内の診療所に慣れてないこと、また広範囲からの通院となり、自家用車の利用が大部分と予想されることから、駐車場を確保した戸建て診療所が有効です。

十分な広さの駐車場確保と遠距離からの患者への認知度アップを図るため、看板を立てられる敷地を購入し、物件選定には十分な注意のもと、遠距離の患者へ判りやすく、通院しやすい場所の選定がポイントです。

主婦層も乗用車での通院が主流となりますので、駐車場の誘導路も配慮が必要です。

■「一戸建診療所」と「ビル診療所」の比較

	一戸建診療所 (所有地あるいは借地)	ビル診療所
メリット	<ul style="list-style-type: none"> 建物のデザイン、採用医療機器等の自由度が高い 建物を担保として開業資金借入が可能 	<ul style="list-style-type: none"> 初期投資の抑制 集患面で有利(メディカルビル) 職住分離
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> 多額の初期投資・借入金が必要 家庭生活と診療の区分が困難 将来の改築費用 	<ul style="list-style-type: none"> 確保できる面積が狭い 建物利用の制約 駐車場確保が必要
初期投資	建物建築費用 他	敷金(保証金)、内装費用 他
継続負担	税金、保険料、修繕費、借入金返済	賃料、内部修繕費 他



ジャンル:医療制度 > サブジャンル:クリニック新規開業

スタッフ募集と雇用条件

スタッフの募集方法、また雇用条件作成のポイントなどについて教えてください。

■募集方法

①公共職業安定所 (ハローワーク)	看護師などの専門職の応募は集まりにくい。
②知人、友人からの紹介	安定した人材が集まるが、辞めさせにくく、給与設定が高くなりがち。
③折込みチラシ	開業前の宣伝にも活用。
④新聞広告、求人誌	募集の主流は広告だが、費用の問題あり。
⑤ナースバンク等	募集の効果は未知数だが、優秀な人材がいる可能性が高い。
⑥看護学校、専門学校	就職希望者は多いが、専門技術の実践および社会人経験がないため、新規開業時の採用は難しい。

■雇用条件検討のポイント

まず、必要なスタッフの職種と人数を決定します。以前は、人件費の負担からパート雇用が多い状況でしたが、現在では安定した人材確保を目的に、正職員での募集が増えています。

診療時間と休診日から、週の勤務時間を計算します。週40時間体制（不規則勤務で週44時間）になるようにシフトを組み、雇用条件を検討します。

●その他主な雇用条件

雇用保険、労災、健康保険（社会保険または国民健康保険、医師国民保険）、年金（厚生年金、国民年金）の保障給与の待遇面、基本給や能力給、その他手当、交通費 等

医院の負担やスタッフの手取額を考慮し、近隣の事例から検討しましょう。

また、採用決定後、実際に勤務してみると面接の印象と違うと感じる可能性があるため、雇用には際しては試用期間を設けることが賢明です。能力と意欲を勘案し、やむをえない場合には退職勧告が出来るようにしておきましょう。有能なスタッフは、診療所の「顔」です。責任と報酬のバランスを考えて雇用条件を決定しましょう。

■雇用の際に準備する重要書類

就業規則	雇用する人数によっては、就業規則の作成が義務付けられます。但し、従業員退職に際し、もめないようにするためにも就業規則は作成したほうが良いでしょう。正職員用とパート用で内容が違います。
雇用契約書	就業時間や休日、給与体系を記入した物で労働基準局に提出できる書式が便利です。
誓約書	従業員の心構えを持たせ、責任の所在をはっきりさせるためにも記入してもらいましょう。
身元保証書	本人の保証人に記入してもらいます。万が一の時の責任を明確にしておきましょう。