

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.603 2019.12.17

医療情報ヘッドライン

2次救急患者の受け入れ件数が多い医療機関 新たな加算で評価

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会

2018年度介護費、10兆円突破 介護サービス利用者も過去最高

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2019年12月13日号

NICUの集約化・重点化、 診療報酬による誘導に慎重論

経営 TOPICS

統計調査資料

平成30(2018)年 病院報告の概況

経営情報レポート

2020年4月 診療報酬改定 診療報酬改定の概要と病医院の経営対応

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 職能資格等級数の決定 職務調査の方法

京都税理士法人
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社
〒601-8328 京都市南区京町院大森町30番地1 江藤野宮ビル
TEL : 075-693-6363 FAX : 075-693-6565

滋賀本社
〒526-0069 滋賀県草津市野島1丁目4番15号 センシブルBLOG ZEN 6棟
TEL : 077-669-5530 FAX : 077-669-5540
大塚支社
〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田1-1-3 大塚駅前第三ビル31F
TEL : 06-6344-1683 FAX : 06-6344-1578

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

2次救急患者の受け入れ件数が多い医療機関 新たな加算で評価

厚生労働省 中央社会保険医療協議会

厚生労働省は、12月4日の中央社会保険医療協議会総会で、2次救急患者の受け入れ件数が多い医療機関を、新たな加算で評価する方針を示した。

また、重症度が必ずしも高くない症例が一定程度あることが問題となっていた「救急医療管理加算」については、重症度のスコアを記載する項目を設ける案を提示している。

■「救急医療管理加算2」は明確な状態を要件化していないためか算定数は増加傾向

救急業務は、症状と緊急性によって3段階に分かれている。軽症の場合は1次、重症・重篤な症状の場合は3次、必ずしも重篤とはいえないが緊急入院が必要な場合などが2次救急の対象となっている。とはいえ、2次救急が3次救急よりも業務負担が軽いわけではない。いずれも24時間体制をとっており、現場の医師は長時間勤務を強いられる傾向にある。搬送患者数が多ければなおさらだ。

実際、「平成29年度病床機能報告」によれば、年間救急搬送受入件数が2,000件以上の二次救急医療機関は、受入件数の少ないそれと比べ、週60時間以上の長時間勤務を行っている医師の割合が大きい。その理由は、脳卒中や急性心筋梗塞などの心疾患の緊急治療対応が多いからだ。その分、対応できる体制を整えなければならないのはいうまでもないため、そこを評価しようというわけだ。

「救急医療管理加算」は、救急医療の中でも重篤な患者を受け入れた際に、通常よりも

要する治療や検査が多くなることを配慮して設けられた加算で、現在、意識障害や呼吸不全の患者を対象とした「救急医療管理加算1」（900点）と、これに「準ずる重篤な患者」を対象とする「救急医療管理加算2」（300点）があるが、その要件定義は曖昧で、「救急医療管理加算2」は明確な状態を要件化しておらず、そのためか算定数は増加傾向にある。

■次々期改定時までには基準値を設ける予定

「救急医療管理加算1」も、算定患者を分析したところ、指標上の重症度が必ずしも高くない症例も一定程度あったことが判明している。そこで、より適切な評価をするため、必要な項目に重症度のスコアを記載しようというわけだ。たとえば意識障害ではJCS（Japan Coma Scale）やGCS（Glasgow Coma Scale）、呼吸不全や心不全ではNYHA心機能分類やP/F比、ショック状態には平均血圧の測定記録を反映することになると考えられる。とはいえ、これらの指標の基準値を来年度の次期診療報酬改定までに導き出すのは現実的ではない。この日の議論でもそうした意見が出されており、次期改定でどのように変わるかは不透明な状況だといえる。

むしろ、本当に重篤な患者を受け入れたときに加算を算定するように、厚労省が医療機関を牽制する目的も推測されるところで、いずれにしても、次々期改定時までには基準値を設けるとの予測もあるため、医療機関側は予め対策をとっておくことが求められる。

2018年度介護費、10兆円突破 介護サービス利用者も過去最高

厚生労働省

厚生労働省は11月28日、2018年度の「介護給付費等実態統計」を公表した。介護給付費と公費、利用者の自己負担分を合わせた介護費の総額は、初めて10兆円を突破する10兆1,536億円だった。

2017年度と比べ2.2%増となり、介護サービス利用者は517万9,200人と過去最高となり、介護予防サービスの利用者は101万9,100人と17.0%減だった。

■初年度の介護費は4兆3,782億円、 18年間で2.3倍増えた計算

要介護認定を受けて介護サービスを利用した人の1人あたり費用額(2019年4月審査文)は、前年同月比400円増の19万4,600円で、介護予防サービスの1人あたり費用額は前年同月比500円増の2万8,000円となっている。都道府県別に見た1人あたり費用額でみると、介護サービスで高額だった3県は沖縄県の21万1,700円、鳥取県の20万9,800円、石川県の20万8,600円である。

介護予防サービスは佐賀県3万7,200円、長崎県3万4,800円、鹿児島県3万1,300円だった。

介護保険制度は2000年度にスタートし、初年度の介護費は4兆3,782億円だったため、18年間で2.3倍増えた計算だ。その背景にあるのは急速に進む高齢化で、2000年4月末時点で要支援・要介護認定者数は218万人だったが、2017年4月末には633万人と約2.9倍になっており、介護費が膨らむ

のは必然といえる。なお、国の推計によれば、介護給付費は今後も増え続け、人口のボリュームゾーンである団塊の世代が全員75歳以上となる2025年までに約15兆円、高齢者人口が4,000万人とピークを迎える2040年には約25兆円となる見込みだ。

■今後保険料の引き上げなど現役世代の負担が増していくことが確実視

介護保険制度の持続可能性が危ぶまれる状態であり、今後保険料の引き上げなど現役世代の負担が増していくことが確実視される。財務省の財政制度等審議会や日本経済団体連合会(経団連)が提言しているように、利用者の自己負担割合を現在の原則1割から2割へと引き上げようとしているのはそのためだ。なお、今回の調査で介護予防サービスの利用者が前年度比17%減と大幅に減ったのは、「介護予防訪問介護」と「介護予防通所介護」が市町村事業に移管されたからで、政府は、介護サービスにかかる費用を抑制するため、介護予防に注力する方針を固めており、数字上は今後さらに減っていく可能性がある。



中央社会保険
医療協議会
総会

NICUの集約化・重点化、 診療報酬による誘導に慎重論

12月4日の中医協総会では、小児・周産期医療のあり方もテーマとなった。

小児・周産期医療をめぐるは、すでに全都道府県でNICUの整備目標を達成し、同一の周産期医療圏内にNICUを有する複数の施設が存在している地域も一定数ある。第8次医療計画では、機能分化・連携のあり方に関する見直しの方向性として、集約化と重点化が提案されている。こうした現状を踏まえて厚生労働省は、「新生児特定集中治療室管理料について、新たに新生児特定集中治療室管理料1を届け出ることをごどのように考えるか」を論点として示した。

松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は、「新たに新生児特定集中治療室管理料1を届け出ることについて、一定以上の病床数を必要とするなどの方法を提案されているのかもしれないが、賛成できない。周産期医療センターは、例えば3床から始めて実績を積んだら6床に増やすというのが通常の方法だ」と指摘する。さらに「周産期医療センターの状況は地域によって違うので、地域の実情に合わせて集約化・重点化を図るべきで、診療報酬で全国一律に強制的に集約化・重点化することはふさわしくない。周産期医療は救急医療でもあり、アクセスが大事なので、集約化には慎重であるべきだ」と主張した。城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、「NICUに関しては各都道府県で目標病床数が達成されているにもかかわらず、増床を申請する都道府県もあれば、減床する都道府県もある。なぜ増床する必要があるのかは把握されていない。さらに各病床に入っている小児の病態や、受け皿となる在宅の体制も全く把握されていない」と憂慮しており、松本委員と同様に「把握をして、その状態をしっかりと見たうえで見直すべきで、今回の診療報酬改定で誘導することは明らかに拙速なので避けてほしい」と要望した。

一方、吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）は5床のNICUの開設主体に国公立病院が多いことを問題視した。「出生数の低下傾向を考えると、NICUの現状について改めて見直すことは理解できる。まず国公立を主体とした5床以下のNICUが多い現状を事務局はどう考えるか」と尋ねた。森光敬子医療課長は「経営状況については明確な話はできないが、少ない病床数にかなりの医療資源を投入していることは、病院の経営に思わしくない影響を与えている。この状況については、地域でどういう医療が必要なのかをしっかりと考えてもらうことが必要だ」と答えた。吉森委員は「各都道府県で第8次医療計画に基づいてNICUの集約化・重点化を進めていくなかで、国公立の立ち位置は非常に大きな課題になる。診療報酬との関係は難しい論点だと思うので、そのように寄り添って後押しするのか、後押ししないのかなど慎重な議論が必要だ」と訴えた。

中央社会保険
医療協議会
総会

超急性期脳卒中加算の 算定要件に意見

12月4日の中医協総会では、超急性期脳卒中加算についても議論となった。

同加算の施設基準は、日本脳卒中学会の指針に記載のない項目も含まれており、厚生労働省は、加算を算定できない理由に、薬剤師の常時配置の要件を満たせないという回答が多かったとする調査結果などを示した。そのうえで、「これらの施設基準を指針に合わせるように見直してはどうか」を論点として示した。松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は、「施設基準を現状に合わせて緩和すべきだ」と主張し、有澤賢二委員（日本薬剤師会常務理事）は、「要件の見直しで多くの患者に適切な医療を提供できることには反対しないが、現行の体制が後退しないように、必要に応じて薬剤師の参画を要件に明記することを検討してほしい」と要望した。

中央社会保険
医療協議会
総会

調剤基本料、立地などによる 評価見直しを提案

12月4日の中医協総会では、調剤基本料とかかりつけ薬剤師・薬局の評価も議題となった。厚生労働省は、以下のデータ等を提示している。

- ▼2018年度改定以降、同一グループの薬局の損益差額は、20店舗以上の場合で大きく、損益率の減少幅は、医療モール内、中小病院前、大病院の前の薬局で大きかった
- ▼診療所敷地内の薬局の損益率が高かった

また厚労省は、以下についての評価の見直しを論点として挙げた。

- ①特定の医療機関から処方箋を多く受け、かつ、一定程度の処方箋の受付枚数がある薬局
- ②診療所内の敷地にあり、不動産の賃貸借などの関係にある薬局
- ③同一グループで店舗数の多い薬局
- ④病院の敷地内にある薬局

有澤賢二委員（日本薬剤師会常務理事）は「医療経済実態調査で公表された損益状況から考慮すると、処方箋の応需枚数および集中率、医薬品の備蓄品、病院および診療所の敷地内、特定の医療機関との賃貸借の有無などが薬局運営の効率性に大きく影響を与えている」との理由で、「事務局提案の①と②の見直しには反対しない。基本料と集中率の見直しは考えられる」と同意した。

（以下、続く）

平成30(2018)年 病院報告の概況

厚生労働省 2019年9月25日公表

1 患者数

(1) 1日平均在院・新入院・退院患者数

平成30年中における全国の病院の1日平均在院患者数は1,246,867人で、前年に比べ0.4%減少している。このうち、「精神科病院」は214,956人で、前年に比べ0.8%減少し、「一般病院」は1,031,911人で、前年に比べ0.4%減少している。

一般病院の1日平均在院患者数を病床の種類別にみると、「精神病床」は69,361人、「療養病床」は281,799人、「一般病床」は679,070人で、「療養病床」のうち「介護療養病床」は39,239人となっている。

また、1日平均新入院患者数は44,826人、1日平均退院患者数は44,878人となっている。

療養病床を有する診療所の「療養病床」の1日平均在院患者数は4,763人で、「療養病床」のうち「介護療養病床」は1,812人となっている。

	1日平均在院患者数			1日平均新入院患者数			1日平均退院患者数		
	平成30年 (2018)	平成29年 (2017)	対前年 増減率	平成30年 (2018)	平成29年 (2017)	対前年 増減率	平成30年 (2018)	平成29年 (2017)	対前年 増減率
	人	人	%	人	人	%	人	人	%
病 院									
総 数	1 246 867	1 252 295	△ 0.4	44 826	44 444	0.9	44 878	44 411	1.1
精神科病院	214 956	216 654	△ 0.8	713	715	△ 0.3	718	721	△ 0.4
一 般 病 院	1 031 911	1 035 642	△ 0.4	44 113	43 729	0.9	44 160	43 691	1.1
精 神 病 床	69 361	69 624	△ 0.4	348	346	0.6	360	357	0.8
感 染 症 病 床	67	61	9.8	9	8	12.5	7	7	0.0
結 核 病 床	1 614	1 765	△ 8.6	25	27	△ 7.4	24	26	△ 7.7
療 養 病 床	281 799	287 418	△ 2.0	1 248	1 209	3.2	1 879	1 833	2.5
一 般 病 床	679 070	676 775	0.3	42 482	42 138	0.8	41 890	41 468	1.0
(再掲)介護療養病床	39 239	45 272	△ 13.3	78	93	△ 16.1	107	121	△ 11.6
療養病床を有する診療所									
療 養 病 床	4 763	5 324	△ 10.5	34	39	△ 12.8	44	49	△ 10.2
(再掲)介護療養病床	1 812	2 040	△ 11.2	11	13	△ 15.4	12	14	△ 14.3

注：1) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

注：2) 月途中で病院の種類が変更された場合、患者数は月末時の病院の種類別で計上している。

注：3) 平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設(尾三医療圏)は、報告がなかったため除いて集計した。(以下同)

(2) 病院の1日平均外来患者数

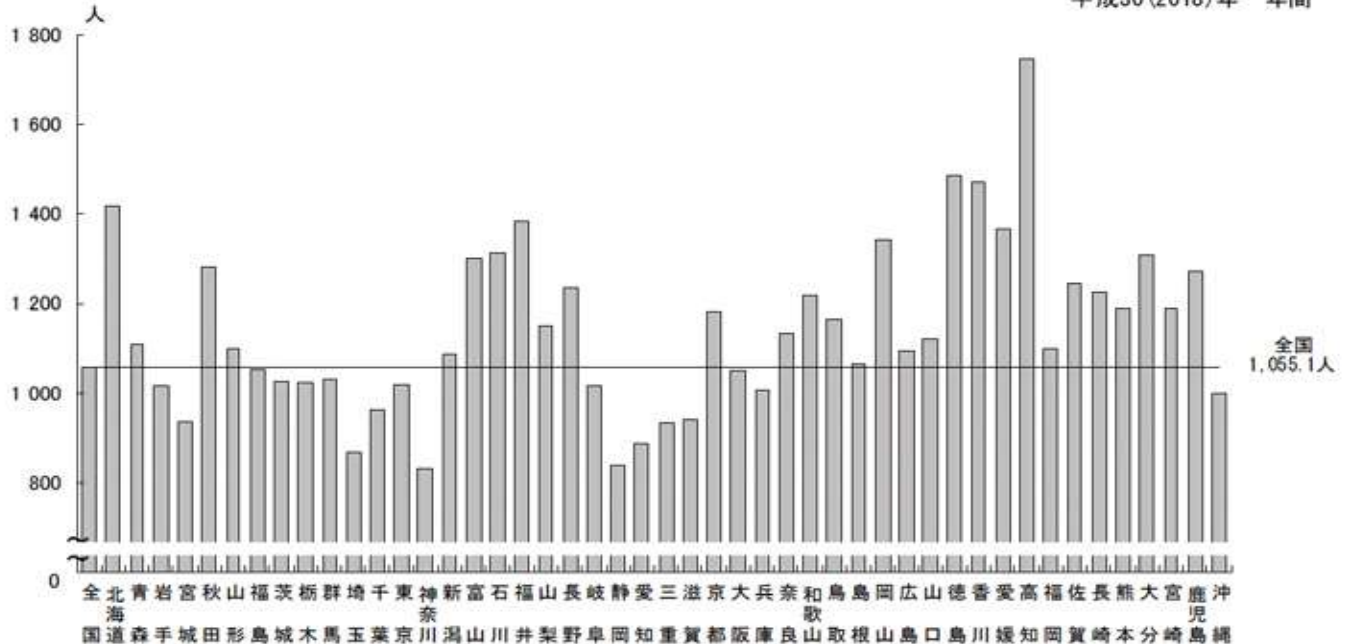
病院の1日平均外来患者数は1,334,097人で、前年に比べ0.9%減少している。

このうち、「精神科病院」は58,489人で、前年に比べ0.2%減少し、「一般病院」は1,275,608人で、前年に比べ1.0%減少している。人口10万対1日平均外来患者数は全国1,055.1人で、前年(1,062.8人)に比べ7.7人減少している。

都道府県別にみると、高知県(1,743.6人)が最も多く、次いで徳島県(1,485.6人)となっており、神奈川県(827.0人)、静岡県(835.9人)などが少なくなっている。

■病院の都道府県別にみた人口10万対1日平均外来患者数

平成30(2018)年 年間



(3) 病院の都道府県別にみた1日平均在院患者数

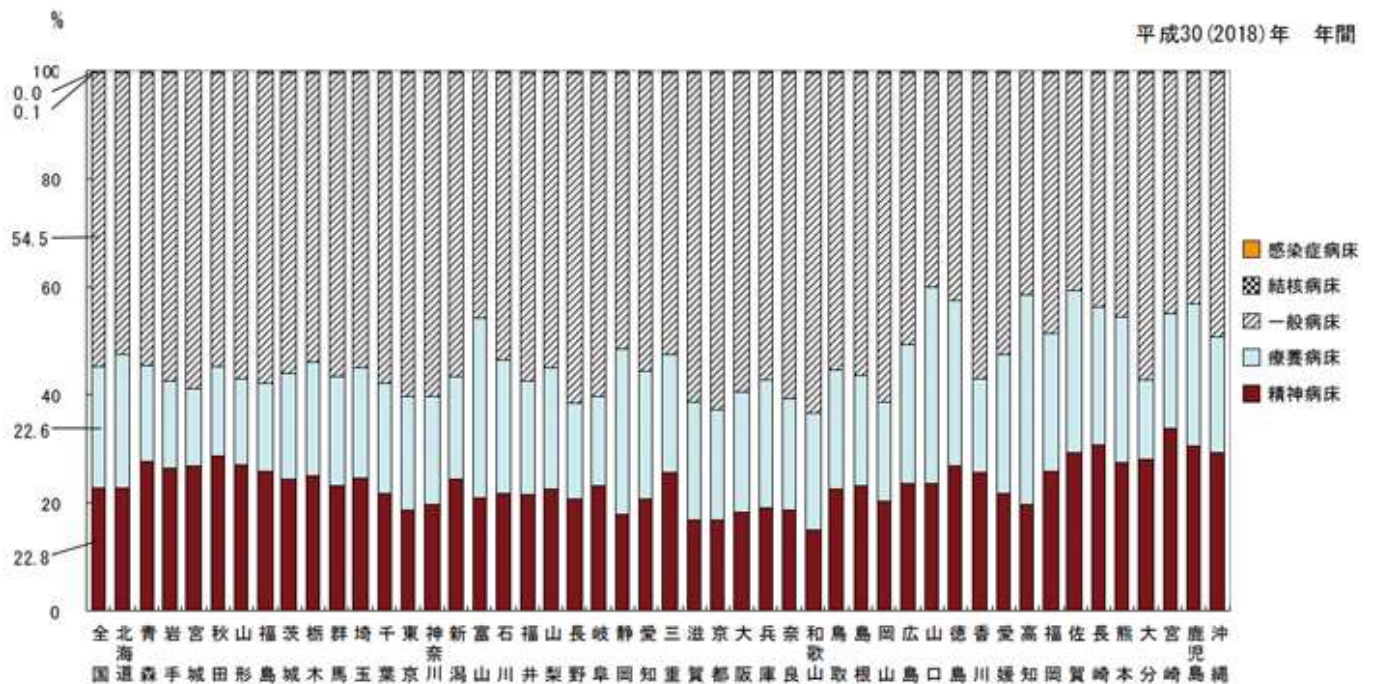
病院の1日平均在院患者数について病床の種類別構成割合をみると、「精神病床」22.8%、「療養病床」22.6%、「一般病床」54.5%となっている。

これを都道府県別にみると、「精神病床」の割合が高いのは宮崎県(34.0%)、「療養病床」は高知県(38.7%)、「一般病床」は和歌山県(63.3%)となっている。

全国の人口10万対1日平均在院患者数を病床の種類別にみると、「精神病床」は224.9人で、前年(225.9人)に比べ1.0人減少しており、「療養病床」は222.9人で、前年(226.8人)に比べ3.9人減少している。「一般病床」は537.1人で、前年(534.1人)に比べ3.0人増加している。これを都道府県別にみると、「精神病床」は鹿児島県(526.7人)が最も多く、次いで長崎県(497.6人)となっており、神奈川県(129.9人)、東京都(140.1人)などが少なくなっている。「療養病床」は高知県(828.2人)が最も多く、次いで山口県(594.6人)となっており、宮城県(122.1人)、岐阜県(128.6人)などが少なくなっている。

「一般病床」は高知県(886.0人)が最も多く、次いで大分県(833.9人)となっており、埼玉県(382.8人)、神奈川県(392.4人)などが少なくなっている。「介護療養病床」は高知県(242.1人)が最も多く、次いで富山県(122.2人)となっており、山形県(1.8人)、宮城県(4.7人)などが少なくなっている。

■病院の都道府県・病床の種類別に見た 1 日平均在院患者数の構成割合



2 病床利用率

病院の病床利用率は80.5%で、前年に比べ0.1ポイント上昇している。

病床の種類別に見ると、「精神病床」は86.1%となっており、「療養病床」は87.7%で前年に比べ0.3ポイント低下している。

「一般病床」は76.2%で前年に比べ0.3ポイント上昇している。

また、「介護療養病床」は91.3%で前年に比べ0.4ポイント上昇している。

療養病床を有する診療所の「療養病床」の病床利用率は56.5%で、「介護療養病床」は72.3%となっている。

3 平均在院日数

(1) 病床の種類別に見た平均在院日数

病院の平均在院日数は27.8日で、前年に比べ0.4日短くなっている。

病床の種類別に見ると、「精神病床」は265.8日で前年に比べ1.9日短く、「療養病床」は141.5日で前年に比べ4.8日短くなっている。

「一般病床」は16.1日で前年に比べ0.1日短くなっている。

また、「介護療養病床」は311.9日で、前年に比べ3.0日長くなっている。また、療養病床を有する診療所の「療養病床」は97.9日で、「介護療養病床」は132.2日となっている。



経営情報
レポート
要約版



制度改正

2020年4月 診療報酬改定

診療報酬改定概要と 病医院経営状況

1. 次期診療報酬改定の全体的動向
2. 入院医療をめぐる改定の方向性
3. 外来・在宅医療に関する評価の見直し
4. 「2025年モデル」を見据えた今後の病医院戦略



参考資料

【厚生労働省】：2019年10月31日「第120回社会保障審議会医療保険部会」資料、2019年10月16日「入院医療等の調査・評価分科会」資料、2018年度「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」、2017年度「患者調査」
【財務省】：2019年11月1日財政制度等審議会「医療制度改革の基本的な考え方」

1

医業経営情報レポート

次期診療報酬改定の全体的動向

■ 2020年診療報酬改定に向けた議論と重点課題

(1) 社会保障審議会で示された方向性

2020年診療報酬改定の方向性について、10月31日の第120回社会保障審議会(社保審)で議論されました。年内に財務省と厚生労働省が合意し、診療報酬全体の改定率を決めることになっています。その後、各診療行為の報酬や個別の薬価等について、年明けに中央社会保険医療協議会(中医協)で改定案を取りまとめ、厚生労働省に答申の上決定し、4月より施行されます。

現時点において、社保審で示された方向性は下記のとおりです。

◆次期診療報酬改定に向けた基本認識、視点、方向性等について

(出典) 2019年10月31日「第120回社会保障審議会医療保険部会」資料

視点① 医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進【重点課題】

- 2040年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。
- 医師等の働き方改革に関しては、2024年4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。
- 診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング/タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。時間外労働の上限規制の適用が開始される2024年4月を見据え、今後、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点にも留意しながら、総合的な医療提供体制改革の状況等も踏まえた、より適切な評価を行う必要がある。

視点② 患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現

- 患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、新たなニーズ等に対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。
- また患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近でわかりやすい医療を実現していくことが重要。

視点③ 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

- 急性期、回復期、慢性期など患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるよう、切れ目ない医療の提供体制が確保されることが重要である。
- このためには、医療機能の分化・強化・連携を進めるとともに、在宅復帰等につながるよう、質の高い在宅医療・訪問看護の確保や、他の医療機関等との連携、介護サービスとの連携・協働等が必要である。

2 医療経営情報レポート

入院医療をめぐる改定の方向性

■ 急性期の改定内容

(1) 看護必要度の評価項目をめぐる見直し

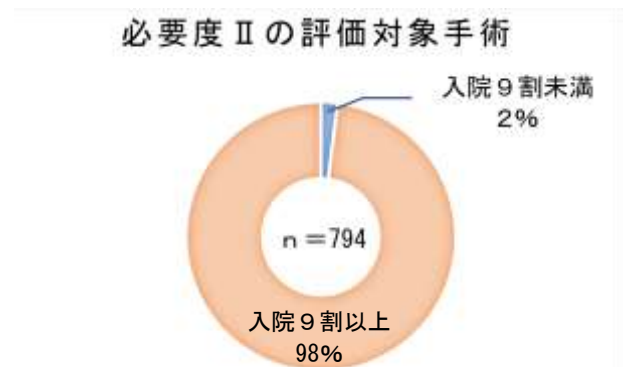
厚生労働省は2019年11月15日、中医協総会で2020年度診療報酬改定に向けて、急性期一般入院基本料など急性期における入院医療の評価の在り方について議論しています。

看護必要度の評価項目には、A項目「モニタリング及び処置など」、B項目「患者の状況など」、C項目「手術などの医学的状況」があります。入院医療等の調査・評価分科会の調査結果によると、A項目の「専門的な治療・処置」に該当する薬剤のうち、抗悪性腫瘍剤や免疫抑制剤の内服薬は、全体的に入院で実施される割合が低いこと、C項目の評価対象である手術等には入院で実施される割合が9割未満のものがある一方、「経皮的針生検」や「EUS-FNA」など、入院時に実施されている割合が9割以上であるにも関わらず、評価対象外となっている検査項目が多数あることが判明しました。このことから、A項目とC項目に含まれる治療・処置と手術内容について、より実態を踏まえた評価基準に見直す必要性が指摘されています。

◆入院での実施が9割未満の手術例

種別	診療行為	入院の割合 (%)	
開胸手術	胸壁腫瘍摘出術	84.6	
	静脈形成術、吻合術(胸腔内静脈)	86.1	
開腹手術	膀胱脱手術(その他)	44.7	
	膀胱内凝血除去術	64.2	
骨の手術	腹直筋離開手術	85.7	
	骨腫瘍切除術(その他)	58.7	
	腐骨摘出術(手)	65.7	
	骨部分切除術(手)	70.0	
	骨腫瘍切除術(手)	78.9	
	関節切除術(手)	82.3	
	骨腫瘍切除術(足)	83.6	
	骨部分切除術(前腕)	84.1	
	骨部分切除術(その他)	84.4	
	骨部分切除術(上腕)	88.6	
	胸腔鏡・腹腔鏡手術	腹腔鏡下卵管形成術	80.8

◆評価対象手術の入院割合



◆入院で検査を実施する割合 (生検検査)

名称	入院の割合 (%)	総件数	点数	名称	入院の割合 (%)	総件数	点数
骨髓生検	48.70	41,328	730	経皮的針生検法	96.00	78,237	1,600
リンパ節等穿刺又は針生検	8.20	66,700	200	前立腺針生検法	43.70	28,558	1,400
センチネルリンパ節生検(片)(併用法)	54.30	313	5,000	内視鏡下生検法	7.60	4,095,296	310
センチネルリンパ節生検(片)(単独法)	70.00	230	3,000	EUS-FNA	95.60	23,518	4,000
乳腺穿刺又は針生検(片)(その他)	0.80	173,334	200	経気管肺生検法	77.30	90,483	4,000
乳腺穿刺又は針生検(片)(生検針)	1.80	97,605	650	EBUS-TBNA	79.60	14,842	550
甲状腺穿刺又は針生検	3.00	157,741	150				

(出典) いずれも 2019年10月16日「入院医療等の調査・評価分科会」資料より作成

3 医療経営情報レポート

外来・在宅医療に関する評価の見直し

■ 外来と診療所に係る評価

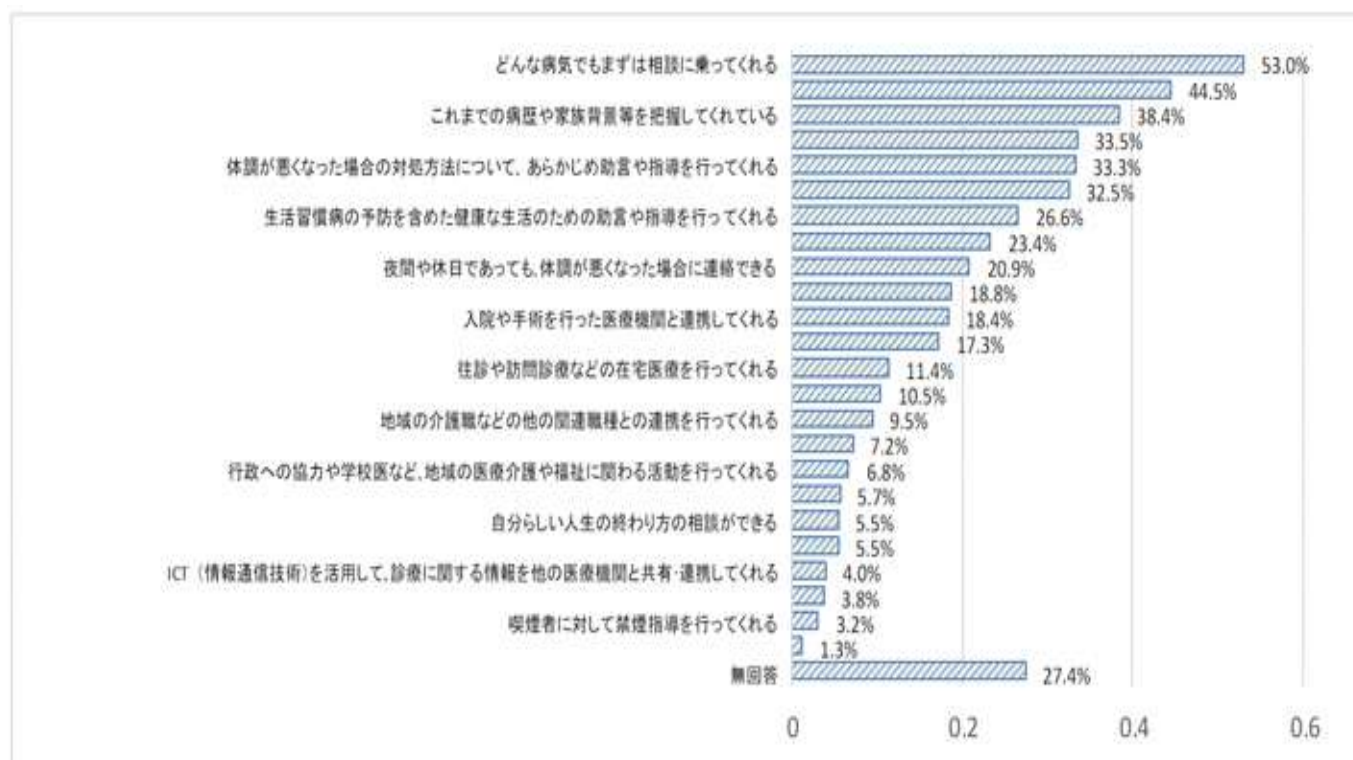
(1) かかりつけ医機能の評価

外来医療の機能分化とかかりつけ医機能は、引き続き強化される見込みです。

紹介状なしの大病院受診時の患者定額負担は、現在の400床以上から200床以上に対象病院が拡大される可能性があります。

診療所としては、かかりつけ医としての機能充実とともに、連携の強化に向けた取り組みがますます重要となり、大病院と連携していることのPR強化とともに、かかりつけ医として患者から選ばれるために、どのようなアピールが必要なのかを検討しなければなりません。

◆ かかりつけ医を決めた理由



(出典) 2018年度「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」より作成

(2) 禁煙外来の需要

厚労省が公開している電子レセプト、特定健診の公開データであるNDB（ナショナル・データ・ベース）によると、例えば最も高い北海道の喫煙率は23%を超えています。

したがって、禁煙外来の需要は相応にあると思われ、今後もニコチン依存症管理料の算定が見込まれます。専門外来を充実させて患者増を図る場合には、禁煙外来の開設も検討の余地があります。

4

医療経営情報レポート

「2023年FTEを見据えた今後医療経営」

■ その他個別項目の改定の方向性

(1) 医療ICT化を検討する際の留意点

医療機関の機能や規模を問わず、医療分野におけるICT化は必要不可欠となっています。

ICT化の徹底について、厚生労働省からは次のような改定方針が示されています。

「近年の総務省主導によるICT活用推進を受け、医療情報の標準化や共通ICTインフラを整備し、医療の質と効率性向上を図ることで、世界に誇る保健医療水準を維持するとともに、民間の投資を喚起し、健康で安心して暮らせる社会実現を目指すことを目的とする」という指針に則り、診療報酬においても政策的誘導が間違いなく強化されると推測されます。

自院のICT化を検討する際のポイントは、下記のとおりです。

◆ICT化のポイント

- 医療連携や医学研究に利用可能な番号を導入する
- 医療機関データのデジタル化+地域の医療機関間のネットワーク化を優先する
 - ⇒ 自院が使いやすいようにシステムをカスタマイズするのではなく、汎用性の高い（最も売れている）パッケージ商品をそのまま使う

(2) 精神医療をめぐる改定の方向性

精神医療の現状をみると、精神病床の入院患者数は過去15年間で減少傾向（約34.5万人⇒30.2万人）にある一方、外来患者数は増加傾向にあり、特に認知症やうつ病が増加しています。

診療報酬上の評価において、精神医療については地域移行を重点的に進める精神病棟への評価が高くなっています。この傾向は今後も続くことみられ、集中的な退院支援と精神病床数の適正化に取り組む必要があります。

◆精神疾患を有する入院患者数と外来患者数の推移





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

職能資格等級数の決定

職能資格制度を導入する際、職能資格等級の数は、どのように決定すればよいのでしょうか？

職能資格等級の数は、職員数や役職者数、職員の平均年齢等を基に決定します。職能資格制度を導入する際は、まず等級の数を決定します。等級の数は、多すぎると等級間の差異を明確に区分することは、困難となり、評価は曖昧なものになります。一方、等級の数が少なすぎると、等級内の能力の幅が広すぎ基準がぼやけてしまいます。管理職能層、指導職能層、一般職能層の中を下記の条件を考慮し、いくつかの段階に区切り、等級化を図ります。

- ① 職員数
- ② 役職階級数
- ③ 平均年齢
- ④ クリニックの将来

一般的には、等級数はまず職員数で決められます。以下に目安を示します。

職員数	等級数
50 人未満	6～7 等級
50～100 人未満	8 等級
100 人～	9 等級

例えば、職員数 30 人規模のクリニックにおいては、6～7 等級とするのが適切な等級数といえます。これが一つの目安ですが、職員の高齢化が進んでいるクリニックの場合、上位職能に格付けされる職員が多くなることよりも、今後の昇格運用を考慮し、等級を一つか二つ多めに設定しておく必要があります。

■ 現行の役職と、職能資格等級の結びつけ方

（1）能力主義における役職

職能資格制度においては、能力レベルの高い者のみが上位等級に格付けされます。この上位等級に格付けされた職員の中から、役職者を任命することが必要です。

したがって、年齢や勤続年数を基準として役職者を登用することはなくなります。

（2）役職との対応方法

本来、職能資格等級に定員はないものの、実際に任命される役職数は限られています。

このため、導入当初から、ある程度柔軟性を持たせて制度を設計しておく方が運用はスムーズになります。また、職員の年齢上昇に対応するためにも、一つの役職に複数の等級を対応させる方が運用しやすいといえます。



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

職種別能力評価の方法

能力主義人事制度の評価対象である能力は、どのように目に見える形で具体化すればよいのでしょうか？

等級基準を構成する能力を測り、具体化するためには、職務調査で各職種の仕事を洗い出し、各々の仕事を評価し、整理する手順が必要になります。

その中で、職種別の課業一覧表と職種別等級別の職能要件書を作成することにより、能力を明確化します。

（1）職務調査の内容

①課業の洗い出し

自院の各職種には、どのような課業（仕事）があるのかを調べます。

②課業の評価

洗い出した課業の一つひとつは、どのくらいのレベルなのか、また、それを完全に遂行することができるのは、何等級なのかを評価します。

③等級別習熟要件の抽出

どの程度の能力（知識や技能）があれば、その課業を遂行できるのかを抽出します。

④修得要件の抽出

その課業を遂行するためには、どのような知識、技能が必要なのかを、推薦図書や研修、資格免許等の具体的内容で示します。

（2）職務調査の手順

①課業の洗い出しと評価

i) 課業の洗い出し → ii) 課業の大きさ、課業名の修正、部門内評価

②部門別課業一覧表の作成と配布

i) 課業の難易度評価 → ii) 等級格付け → iii) 習熟度指定

③職種別・等級別職能要件書の作成と配布

i) 習熟要件の等級別整理 → ii) 修得要件の書き出し → iii) 各人への配布