

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.734 2022.8.9

医療情報ヘッドライン

看護職員処遇改善評価料を新設 10月以降の「3%引き上げ」に対応

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

40～64歳は在宅医療希望が多数 外来・入院とも満足度は過去最高

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2022年8月5日号

へき地医療に オンライン診療の活用を

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3年度1月)

経営情報レポート

給与体系を抜本的に改革する好機 役割・能力型給与制度の構築ポイント

経営データベース

ジャンル:業績管理 > サブジャンル:業績管理と予算管理

支出予算制度運用のポイント 診療報酬請求業務の改善

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

看護職員処遇改善評価料を新設 10月以降の「3%引き上げ」に対応

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、8月3日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、「看護職員処遇改善評価料」を新設する方針を提示し、了承された。「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関」に勤務する看護職員が対象で、入院患者数に応じて算定される。今年10月以降、看護職員の賃金を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための措置。

今後、細かい要件を中医協で詰めたのち、後藤茂之厚生労働相へ答申して診療報酬改定が行われる。

■対象となる看護職員は全体の4割以下か

看護職員の処遇改善は、岸田文雄首相が2021年10月の首相就任前から掲げていた「分配政策 岸田4本柱」の1つ、「公的価格の抜本見直し」に該当する。同年11月に有識者会議を設け、翌12月の診療報酬改定に向けた大臣折衝において、「処遇改善の仕組みを創設」することが決定された。

非常に迅速な動きであり、“賃上げムード”を醸成する効果はあったと思われるが、課題も多い。まず、対象が限定的だ。

前述のとおり「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関」が対象で、「救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関」という要件をクリアしなければならない。

つまり、同様にコロナ対応をしている看護職員でも、発熱外来を設置している診療所はほぼ対象外となるだろう。

実際、先行して2021年度補正予算で行われた「看護職員等処遇改善事業補助金」で、

対象となるのは約61万人。

厚労省の「衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」によれば、2020年末時点で就業している看護職員（看護師、准看護師、保健師、助産師）は約166万人だから、4割以下という状態だ。

■100種以上の点数が設定される見込み

補助金のように一時的な対応ではないため、診療報酬で対処せざるを得なくなったのも問題を複雑にさせている（そもそも看護職員の給与自体は公定価格とは言い難い。医療における公定価格は診療報酬である）。

患者数や診療内容によって変動する医療機関の収入の見込額と、賃上げに必要な額との乖離をできるだけ少なくするため、中央社会保険医療協議会の診療報酬調査専門組織「入院・外来医療等の調査・評価分科会」は7月27日に8つのモデルを提示していた。

8つの中で有力だったのが、「入院料を対象に1点刻みで細分化した100種以上の点数設定」と「外来とそれ以外を分け、入院料と初診料・再診料それぞれを対象に細分化した点数設定」の2つ。

今回、厚労省が提示したのは前者。医療機関は、看護職員や入院患者数の状況を地方厚生局に届け出ることが求められる見込み。

医療機関および地方厚生局双方の事務対応が一層煩雑になることは不可避の状況だ。

ただ、限られた医療機関が対象とはいえ、看護職員および入院患者数を定期的に把握できる仕組みともなるため、データドリブンな医療行政に寄与する可能性もありそうだ。

40～64歳は在宅医療希望が多数 外来・入院とも満足度は過去最高

厚生労働省

厚生労働省は、7月29日に「令和2（2020）年受療行動調査（確定数）」の結果を公表。医療施設で医療を受けたときの状況や満足度を調べたものだが、入院患者を対象とした「今後の治療・療養の希望」について、男女とも40～64歳は「自宅から病院や診療所に通院しながら、治療・療養したい」（以下、在宅医療）が最も多かった（男性は42.3%、女性は45.0%）。男性の15～39歳は49.6%と半数近くが同様の希望を持っており、在宅医療のニーズが今後さらに増していくことが予想される結果となった。

■医療技術の進化が在宅希望増加の背景か

「今後の治療・療養の希望」については、症状など各患者が置かれている状況にも左右されるようだ。決して入院希望者が減っているわけではなく、全体で見ると「完治するまでこの病院に入院していきたい」が45.6%で最も多かった。一方で、在宅医療を希望する人も30.0%と一定数いることがわかっている。

病院の種類別に見ると、入院希望者が最も多いのは「療養病床を有する病院」で50.9%。

最も少ないのは特定機能病院で41.0%。高度急性期がほとんどだけに、早期の退院を望む人が多いのもうなずける。低侵襲治療の普及など、医療技術の進化も背景にありそうだ。

3年に1度行われる受療行動調査の年次推移を見ると、「完治するまでこの病院に入院していきたい」は今回調査が過去最少で、在宅医療希望者は過去最多となっている。

今後さらに医療は進化が見込まれるほか、国をあげて健康寿命延伸に注力していること

を考慮すると、入院希望者減少と在宅医療希望者増加の傾向がより強まるのではないか。

■受診前の情報収集は患者の基本行動に

医療技術だけでなく、医師および医療従事者の対応も年々向上しているようだ。それが窺えるのが「病院に対する全体的な満足度」。

外来は64.7%、入院は69.4%が「満足」と回答。年次推移を見ると、いずれも過去最高をマークしている。いかに向上しているかは、今から26年前の1996年調査と比べるとよくわかる。「満足」と回答したのは外来が48.1%、入院が53.7%だったため、それぞれ約16ポイントも低かったのだ。

では、満足度の高いのはどんな部分なのか。

項目別にみていくと外来、入院ともに「医師による診療・治療内容」「医師との対話」「医師以外の病院スタッフの対応」が高い（外来が約6割、入院は約7割）。逆に不満度の高いのは外来だと「診察までの待ち時間」で24.1%、入院は「食事の内容」で12.9%となっている。ちなみに外来の診察までの待ち時間は30分未満が53.7%。最も多いのは15分未満となっており、医療機関側が努力している様子が窺える。

なお、「病院を選んだ理由」は外来、入院ともに「医師による紹介」が最多（外来39.2%、入院55.7%）。次いで多いのは外来が「交通の便がよい」で27.5%、入院は「専門性が高い医療を提供している」が26.8%。医療機関にかかるとき「情報を入手している」人は外来80.2%、入院82.5%と多数を占めることも明らかとなっている。

医療情報①
 第8次医療
 計画検討会

へき地医療に オンライン診療の活用を

厚生労働省は7月27日、第8次医療計画等に関する検討会（座長＝遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）の会合を開き、5事業（救急、災害、へき地、周産期、小児）について幅広く議論した。とくにへき地、周産期、小児については、参考人を招きヒアリングした。

へき地については、厚生労働科学研究「人口動態や地域の実情に対応するへき地医療の推進を図るための研究」代表の小谷和彦・自治医科大学地域医療学センター教授が参考人として出席。全国の無医地区は地域のさらなる人口減少などのさまざまな要因により減少傾向にある中で、無医地区に該当しなくなった地区が準無医地区に指定される事例が多い（増加傾向にある）点に着目。巡回診療・医師派遣・代診医派遣の機能を担う地域の「へき地医療拠点病院」が医師不足であることに加え、移動コストが大きくなっており何らかの対応が必要と訴えた。

新型コロナウイルス感染症への対応では、オンライン診療が活用されており、有用性が示されたと指摘。へき地に医師が不在でも、看護師がいれば「D to P with N」で対応可能だと主張した。そのうえで、和歌山県の全県的な遠隔医療支援システム事例を紹介し、自治体の役割が大きく支援が必須だと指摘した。

●働き方改革などと整合性のある取り組みを

周産期に関しては、「周産期医療に係る第8次医療計画に向けた勉強会」のメンバーでもある中井章人・日本産婦人科医会副会長が参考人として出席。全国的に分娩数、周産期医療機関が減少する一方で、社会的ハイリスク妊産婦やメンタルヘルスケアの重要性が増加しており、周産期医療の集約化を進めるとともに地域で対応できるシステムづくりが重要だと訴えた。

また、国から設置と運用が求められている「周産期医療協議会」がうまく活用されておらず、構成員（新生児科医や救急医、助産師・看護師や消防関係者）のあり方にも問題があると指摘。

分娩にかかわる医師の時間外労働時間は、総合周産期で11.1%、地域周産期で13.7%、一般病院で12.7%が1860時間超となっており、約7割近くの施設が非常勤医師を雇用している実態を紹介。「『医師の働き方改革』で地域医療構想と医師の偏在対策の方向性が見えなくなっており、整合性の取れた制度改革を望む」と要望した。

「小児医療に係る第8次医療計画に向けた勉強会」メンバーの平山雅浩・日本小児科学会理事は、小児科医の主たる活動は、一般小児診療、小児救急、新生児などだが、障害児・在宅医療や学校保健、健診、さらに、虐待、保健、福祉、教育、などの医療以外にも小児科医が担う

業務が多様化していると指摘。小児科専門医はさまざまな社会インフラを支えており、小児医療体制により構築された病院群が社会インフラを支える根幹となっていると訴えた。

また、小児救急医療圏を小児医療圏として一本化することに加えて、都道府県が指定する「小児中核病院」「小児地域医療センター」「小児地域支援病院」と、日本小児科学会が提案する小児医療施設の分類との整合性を求めた。一方、複数の医療機関で小児中核病院や小児地域医療センターの機能を担うことも検討すべきと提案した。

医療情報②
厚生労働省
在宅WG

「地域連携薬局」の位置づけで 日医・日薬で対立

厚生労働省は7月28日、「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（WG）」（座長＝田中滋・埼玉県立大学理事長）の会合を開き、在宅医療に関連する基盤整備について一巡目の議論を行った。

この日厚労省は、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導のほか、リハビリテーション、栄養指導を含む多職種連携や、在宅医療・介護の関係機関の連携の推進、医療的ケア児をはじめとする小児に対する在宅医療や訪問看護等との連携を踏まえた体制整備などを論点として、意見を求めた。なかでも、改正薬機法で定められた「地域連携薬局」については、「『地域連携薬局』を含めた在宅医療にかかわる薬局の医療計画上の記載をどのように考えるか」を論点として示した。

大三千晴構成員（徳島県美波町福祉課長）は、「医療・介護の施設やマンパワーが不足する地方では、自治体への相談状況において、低栄養からのフレイル状態になり、重症化して在宅から救急で入院する。つまり、徐々にではなく、町が介入する間がなく、突然、発覚して在宅での生活が妨げられる傾向が多い。そうした状況で『地域連携薬局』の薬剤師や栄養士などの専門職の早めの介入（連携）により低栄養状況を回避できることはありがたい」と評価した。

鈴木邦彦構成員（日本医療法人協会副会長）は、地域の多職種連携において薬剤師の役割は重要だとしながら、「『地域連携薬局』は全国的に見て人口当たりの数がばらばらであり、茨城県においても都市部に集中している。認定自体が始まったばかりで医療関係者にもなじみのない制度だ。『第8次医療計画』に記載するのは時期尚早」と反対し、「薬剤師が在宅医療に従事するには、卒後、一定年数、医療機関での勤務を義務づけるべきではないか」との考えを示した。江澤和彦構成員（日本医師会常任理事）も、「医療全体を考えると病院薬剤師が不足し、全国的にも薬剤師のアンバランスが発生している。『地域連携薬局』の記載が、そうした傾向を助長する可能性があり反対する」と同調した。（以降、続く）

最近の医療費の動向

/ 概算医療費（令和3年度1月）

厚生労働省 2022年5月25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
令和2年度4～3月	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
4～9月	20.5	11.3	6.2	3.5	2.3	5.1	0.5	8.1	1.1
4～1月	34.9	19.3	10.7	6.0	3.9	8.7	0.9	13.8	1.7
11月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
12月	3.7	2.1	1.2	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
1月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
令和3年度4～1月	36.7	20.8	11.7	6.6	4.4	9.1	1.1	14.2	1.6
4～9月	21.8	12.4	7.0	3.9	2.6	5.4	0.7	8.4	1.0
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
1月	3.6	2.0	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	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、当該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4～3月	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0	
	4～9月	16.3	10.5	8.0	7.8	7.3	17.4	8.3	45.0
	11月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	3.0	1.6	7.6
	12月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.7	8.0
	1月	2.7	1.8	1.4	1.3	1.2	2.9	1.5	7.6
令和3年度4～1月	29.2	19.5	15.1	14.5	14.3	31.6	18.8	78.5	
	4～9月	17.3	11.6	9.0	8.6	8.5	18.7	11.5	46.6
	11月	3.0	2.0	1.5	1.4	1.4	3.2	1.9	8.0
	12月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.3	1.9	8.2
	1月	2.9	1.9	1.5	1.5	1.4	3.1	1.7	7.8

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								
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	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4～3月	42.2	33.5	16.3	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.0	21.7	3.0	
	4～9月	20.5	16.3	8.0	6.9	1.4	3.7	0.4	0.17	8.3	10.5	1.4
	11月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
	12月	3.7	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
	1月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2
令和3年度4～1月	36.7	29.3	14.0	12.7	2.6	6.4	0.6	0.36	14.6	19.1	2.6	
	4～9月	21.8	17.4	8.3	7.6	1.6	3.8	0.4	0.21	8.6	11.4	1.6
	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	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
	1月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.2

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	
		内科入院	内科入院外	歯科			
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	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和2年度 4～3月	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
4～9月	11.2	11.1	2.2	7.0	1.9	3.7	0.15
11月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
12月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
1月	1.8	1.8	0.4	1.1	0.3	0.6	0.03
令和3年度 4～1月	19.9	19.6	3.6	12.7	3.3	6.7	0.30
4～9月	11.9	11.7	2.2	7.6	2.0	4.0	0.18
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
1月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03

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	内科入院		内科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考)
		食事等含まず	食事等含む					内科入院外+調剤
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	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
令和2年度 4～3月	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
4～9月	18.2	36.5	38.2	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
11月	18.1	37.6	39.3	9.7	7.7	9.5	11.6	14.7
12月	18.2	37.7	39.4	9.7	7.8	10.0	11.5	15.1
1月	19.1	37.2	38.9	10.4	7.6	10.2	11.6	15.8
令和3年度 4～1月	18.4	38.5	40.2	10.0	7.9	9.6	11.7	15.1
4～9月	18.3	38.3	40.0	10.0	7.9	9.5	11.7	15.0
11月	18.3	39.4	41.1	9.9	7.9	9.5	11.6	14.9
12月	18.5	38.8	40.5	9.9	8.0	10.0	11.7	15.3
1月	19.2	38.3	40.0	10.6	7.8	9.9	11.8	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。「内科入院外+調剤」の1日当たり医療費は内科入院外と調剤の医療費の合計を内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



人事・労務

給与体系を抜本的に改革する好機

役割・能力型給与制度の 構築ポイント

1. 人事制度の実態と今後の方向性
2. 役割等級制度の設計
3. 基本給表の作成手順
4. 給与制度の導入事例紹介



参考文献

【厚生労働省】：中央社会保険医療協議会総会「第22回医療経済実態調査結果報告に関する分析」
【MMPG】：CLINIC BAMBOO 2020/7月号

1

医業経営情報レポート

人事制度の実態と今後の方向性

■ 診療所の人事制度の実態と今後の方向性

診療所は病院よりも中途採用で働く人が多い傾向にあります。職員の給与の決め方は既存の職員との給与バランスをとって決定しているケースが多いのが現状です。

トラブルを防止するためにも、職員に対して給与は何に基づいて決定しているか明確化することが求められます。

まずは、自院の人事制度を見直し、現在の人事制度がどのようなタイプであるかを確認します。

給与決定ルールがどのタイプにあたるかを確認することにより、新たな人事制度の方向性を見出すことができます。

◆ 人事制度の類型

類型	内容
裁量型人事制度	理事長の裁量で、職員一人ひとりの属性、院内バランスなどを斟酌して総合的に賃金を決定する人事制度
年功型人事制度	勤続年数、年齢によって賃金が決定される人事制度
年功+能力型人事制度	併存型職能給ともいわれ、勤続年数や年齢と保有能力によって賃金が決定される人事制度
成果型人事制度	職員の成果に応じて賃金を決定する人事制度
役割+能力型人事制度	職員に与えられた役割、発揮能力に対応した賃金とする制度

この中で、診療所で多く採用されている「裁量型人事制度」と、役割に応じて給与を決定する「役割+能力型人事制度」を紹介していきます。

(1) 裁量型人事制度のメリット・デメリット

裁量型人事制度は、特にワンマン経営者が経営する診療所に多く見られる人事制度です。

また、創業後や承継後間もない診療所にも多く見られます。この人事制度は、少人数かつ小規模で運営している診療所に適している人事制度です。

しかしながら、職員数が増え、施設が複数になると経営者が職員個々人の行動を正しく把握すること自体難しくなってきます。

また、職員は自分がどのような基準で評価され、どうすれば自分の処遇が改善されるのかということについて、不満を持つようになります。

職員数が20名以上の医療機関は、人事制度の在り方を検討するべきです。自院の将来像とそれを実現するための基本的な考え方を確認し、明確にする経営理念、自院の存在価値や経営信条・行動原理等を示すことが必要となります。

2

医業経営情報レポート

役割等級制度の設計

■ 役割と連動した等級制度の策定ポイント

人事制度は、役割等級制度を中心に人事評価制度、賃金制度、退職金制度、教育制度で構成されます。役割等級制度が、キャリアパスの位置付けとなり、職員に期待する基準を階層ごとに明確にするとともに、職員が自院に貢献した度合いを人事評価制度によって評価し、その結果を賃金制度、退職金制度に反映させます。

役割等級制度構築のポイントは、自院で必要な役割と役割を果たすために必要な能力の基準を等級ごとに定義し、職員の組織上の位置づけを明確にすることです。

役割・能力によって等級を定義したものを等級フレームといい、人事制度全体の設計図に該当します。医局や看護といった部門で分けた組織構造や医師、看護師や薬剤師といった職種（保有ライセンス）を重視するのではなく、職階（役割と能力を基準とした資格等級）をベースとした横展開の運用を行います。

◆ 役割等級制度のイメージ

医局	看護部門			診療技術部門						介護部門			事務部門
医師	看護師	准看護師	看護助手	薬剤師	診療放射線技師	理学療法士	作業療法士	臨床検査技師	管理栄養士	介護福祉士	介護支援専門員	ホームヘルパー	事務員



医局	看護部門	診療技術部門						介護部門	事務部門
役割レベル 4									
役割レベル 3									
役割レベル 2									
役割レベル 1									

3

医業経営情報レポート

基本給表の作成手順

■ 基本給設計のポイント

従来の基本給は、単一型で支給意義は生活保障と労働に対する対価が混同し曖昧でした。

このため、支給決定の基準として明確な年齢や勤続年数が採用され、職員の生活安定には寄与していましたが、自院の業績とは無関係に人件費を押し上げていました。

職員の経験で基本給が決まり、経験を増すごとに昇給がなされていたため、職員は毎年昇給して当然という意識が働いていました。

これからの給与制度は役割、発揮能力を主な基準として運用し、人件費の決定根拠を明確にするため、基本給を数階層の構成とします。役割区分ごとに基本給の支給意義や昇給・降給の根拠を明確にすることにより、役割区分と処遇の関係を構築します。

◆ 基本給の種類

	従来型基本給	新基本給
構成	単一型 生活保障、労働対価 混同	数階層型 生活保障、労働対価 分離
主な支給決定要素	年齢（勤続年数）、職種	役割、能力、職種、 年齢（勤続年数）
支給の着眼点	世間相場 昇給額をいくら上げるか	世間相場 人件費予算の中でいかに配分するか
職員の意識	もらって当然	努力した結果の反映

■ 基本給表の作成手順

(1) 基本給表の作成ポイント

基本給は、一般的に段階号俸表といわれる賃金表を作成することによって設計します。

在籍する職員の賃金分布、今後の労働分配率のあり方、業界の平均賃金などを総合的に勘案して、学歴別の初任給と1年当りの標準昇給金額（以下ピッチ）を決定し、賃金表を作成します。通常はピッチを5分割して1号俸の金額を設定します。標準昇給額を5分割する理由は、人事評価の結果に応じて、昇給に格差をつける際、きめ細かく対応できるようにするためです。

(2) 基本給表の作成例

現在の在籍者をもとに、18歳と40歳（管理職の手前）職員の基本給の差を計算します。

既存の昇給率を維持するのであれば、これでピッチが決定します。次に、等級別のピッチを決定します。ピッチは上位等級が高くなるように設計します。

4

医業経営情報レポート

給与制度の導入事例紹介

■ 経営状況と連動した給与制度の事例

A診療所では、職員に自院の収入、経費及び人件費などの割合を具体的な経営指標として公表しています。特徴として、収入に対して人件費は40%、材料費は20%、家賃5%、広告費3%などあらかじめ配分を設定しておき、収入が増えるほどその費用に充てる金額も増える仕組みとしています。例えば、1億円の収入があれば、その内の4千万円が人件費に充てられ、賞与に反映させています。目的は、職員に自院の経営状況や経営指標を示すことでお金の流れを知ってもらい納得性を高めるためです。

◆ 給与の仕組み

● 給与形態

- ・ 医師：年俸制（前期の実績から今期の年収を交渉）
- ・ 医師以外の職員：月給（昇給有）＋賞与＋業績手当

● 賞与

- ・ 年2回人事評価と連動させて支給額を決定

◆ 賞与の仕組み

● 賞与原資＝収入×40%－総人件費

● 一人当たりの賞与＝賞与原資÷（職員数×勤続年数×評価点数）

● 評価方法

- ・ 自己評価及び上司の評価＋面談

● 評価項目

- ・ 能力や業務の量・質など
- ・ 情意評価

◆ 業績手当の仕組み

● KPI（重要業績評価指数）を達成した場合に支給

● KPIの構成要素

→ 月間来院数、新患者数、かかりつけ登録数、NPS※10点評価数、患者平均単価

※NPSとは、自院のサービスに対する顧客ロイヤルティを数字で計測して確認する指標

■ 基本給の内訳を明確にした給与制度の事例

B診療所では、事業規模の拡大に伴う職員数の増加と給与配分の公平性、納得性を高める目的として、「年齢給」「勤続給」「職能給」で基本給を構成する給与制度を採用しました。

職員にこの制度の仕組みや各等級（金額）を全て公表しています。

中途採用が多いB診療所では、年齢給や勤続給の配分を落とし、職能給に一定のボリュームをもたせることで納得性の高い給与制度としています。また、職能給には経営を圧迫しないかシミュレーションを通して昇給等を検討できる役割をもたせています。



ジャンル:業績管理 > サブジャンル:業績管理と予算管理

支出予算制度運用のポイント

支出予算制度運用のポイントと、収入増加を図るための収入・支出管理の方法を教えてください。

支出における予算制度では、変動性予算と固定性予算に分けて考えます。院内で支出予算制を実施して経営健全化を図ることは、現在の医業経営環境においては不可欠です。

そして、この支出予算は、固定しなければならない予算と、流動的に緩和できる予算とに分けて管理することが重要です。

固定性予算	<ul style="list-style-type: none"> ● 人件費 ● 高額医療機器 	<ul style="list-style-type: none"> ● 経費（事務用品、通信費、印刷費、研修費） ● 消耗備品（日用品）
流動性予算	<ul style="list-style-type: none"> ● 医薬品費 ● 診療材料 	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定医薬材料費 ● 検査試薬

■人員増の試算例 ～考慮すべき要素

医師の場合	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険診療入院単価アップの額 ● 紹介患者数（逆紹介患者数） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 新入院患者数 ● 手術・検査内容と件数 	<ul style="list-style-type: none"> ● 平均在院日数
看護師の場合	<ul style="list-style-type: none"> ● 看護配置（算定・加算）による増収 ● 新しい病棟計画による増収 		

収入から支出を引いたものが利益です。しかし、利益はおのずと生ずるわけではなく、医療機関の努力で生み出すものですから、利益を増やすためには、「収入増加のための活動」と「支出削減のための活動」の双方を継続して進めることが必要です。

これらの実践である利益を生み出すために必要な支出管理に向けて、支出を収入との関わりから3つに分けて整理すると、それぞれ適切な管理手法は次のようになります。

① 収支に関わらず、一定額が支出されるもの: 賃借料、職員の給与等

⇒ 一定期間固定的に支出される性格を持つため、この削減には施設・設備や人員等支出の対象物を変える要素が大きく、管理活動が必要

② 収入と直接関係ないが支出額が変動するもの: 電話代・消耗品費等

⇒ 支出実績を下げるのが基本となり、削減目標を設定した引下げ努力が必要

③ 収入と比例関係のある支出: 仕入・販促費等

⇒ 利益率の維持・向上の側面からの取り組みが必要



ジャンル:業績管理 > サブジャンル:業績管理と予算管理

診療報酬請求業務の改善

診療報酬請求業務の改善には、
どのように取組めばよいのでしょうか。

基本方針として掲げられている項目は次のようなものです。

診療報酬請求業務における返戻等は、担当者の能力に原因がある場合が大部分を占めているのが現状です。よって、改善には担当者のスキルアップが最も有効です。知識・認識の不足を補うためのポイントは次のとおりです。

①請求事務知識と医療現場知識を習得する

- 医事課職員** … 診療報酬請求事務知識及び医療現場基礎知識の習得
- 診療部門** … 診療報酬請求事務手続、構造、用語の理解

②院内コミュニケーションを図る

診療行為、薬品及び治療材料の知識習得のため、診療現場に頻繁に足を運び医事（算定項目）と診療現場（診療行為）のギャップを埋める

③点数算定知識の向上を図る

院内研修会の実施、及び診療報酬管理委員会の設置による定期的な研修機会の提供、情報交換の実施

また、記載の不備を解消するための取り組みとして、次のようなものがあげられます。

①診療行為の発生源は医師であると再認識する（医師法施行規則第23条（診療録の記載に関する事項））

- 患者の病名及び主要症状 ⇒ 診療報酬上は、傷病名及び傷病名の転帰の日付等
- 治療方法（検査、処方及び処置）⇒ 診療報酬上は、指導記録や各診療行為の指示と実施の記録等
- 診療の年月日 ⇒ 診療報酬上は、初再診の区分、休日・時間外の受診時間等

②マニュアル化・記載要領等の作成

記載漏れの頻度の高い項目に関して標準化を図る

（特定疾患指導料、退院時指導料、レセプト症状詳記等）

③カルテ・伝票様式の改善

カルテ様式の検討ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ● 指示と実施の相関関係が、明確に判断できる様式
伝票様式の検討ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ● 色 : 他伝票類との区別が容易なもの ● 種類 : 継続行為と単日行為等 ● 配列 : 頻度の高いものを見やすい位置に配列 ● 相関関係 : 一連の行為やパターン化しているものは、同一枠内に配置 ● 複写枚数 : 使用目的ごとに各関係部門相当枚数の複写