

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.596 2019.10.29

医療情報ヘッドライン

「電子処方箋」のガイドライン見直し
アクセスコードを
薬局で読み取る方式に

▶厚生労働省 電子処方箋の円滑な運用に関する検討会

看護師数、約121万人と過去最多を
更新、准看護師は減少傾向止まらず

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2019年10月25日号

「重症度」C項目は、
見直しの方向

経営TOPICS

統計調査資料
最近の医療費の動向/概算医療費
(平成31年2月)

経営情報レポート

消費税引き上げに伴う診療報酬改定
2019年10月改定の概要

経営データベース

ジャンル：経営計画 > サブジャンル：年度経営計画
年度経営計画の策定
賃金制度と個人目標

「電子処方箋」のガイドライン見直し アクセスコードを薬局で読み取る方式に

厚生労働省 電子処方箋の円滑な運用に関する検討会

厚生労働省は、9月2日に「電子処方箋の円滑な運用に関する検討会」の初会合を開催し、2016年に策定された「電子処方せん」の運用ガイドラインの見直しに向けた議論を行った。なお厚労省は、現行のガイドラインに準じて電子処方箋が運用された実績はないことも明らかにしている。

■現行のガイドラインで運用実績がないのは「電子処方箋引換証」が原因との認識

現行のガイドラインで運用実績がないのはなぜなのだろうか。厚労省は、2018年度に東京都港区の2医療機関・6薬局で実施した実証事業の報告書で、「電子処方箋引換証」が原因であるとの認識を示した。

「電子処方箋引換証」は、受診した医療機関から発行される紙媒体で、処方内容や処方箋IDが記載されている。薬局は、処方箋IDをもとにサーバにある電子処方箋を確認し、調剤する仕組みだ。こうすることで、薬局は処方箋情報だけでなく、患者の診療情報やアレルギー歴などを把握できるため、より適切

な服薬指導を行うことが可能だ。医療機関も、薬局から調剤情報のフィードバックを受けられるメリットがある。

しかし、処方箋の偽造や再利用を防止する目的があるとはいえ、わざわざプリントアウトして薬局に持参するわけだから、患者にとっては通常の処方箋と何ら変わらない。薬局にとっても、処方箋IDをわざわざ打ち込むという余計な手間がかかる。普及しなかったのは致し方ないといえよう。

■患者は、持っているスマートフォンをかざすだけで済むようになるなど利便性が向上
 こうした失敗を経たにもかかわらず、厚労省がガイドラインの改定に踏み切ったのは、政府が6月に閣議決定した「成長戦略フォローアップ」でガイドライン改定が盛り込まれたという背景がある。

9月26日に開催された第2回会合では、医療機関で表示されたアクセスコードを薬局で読み取る方式にすることなどが盛り込まれた改定案を提示した。患者は、持っているスマートフォンをかざすだけで済むようになるなど利便性が向上し、医療機関や薬局側の負担増加も最小限に抑えられるという期待もある。同検討会は、改定案の内容を概ね了承したため、今年度中に改定され、普及に向けた取り組みがスタートすることになる。医療のスマート化に向けた一歩が踏み出されたといえるだろう。



看護師数、約121万人と過去最多を更新、准看護師は減少傾向止まらず

厚生労働省

厚生労働省は9月4日、「平成30年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」を公表した。2018年末の時点で就業看護師は121万8,606人となり、前回調査の2016年末から6万9,206人増えたことが明らかとなった。

男女の内訳は女性が112万3,451人と全体の92.2%を占め、男性の割合は7.8%（9万5,155人）だった。なお、就業准看護師は前回調査に比べて1万8,632人減少し、30万4,479人となっている。

■就業看護師は10年間で約34.2万人増加した一方で、准看護師は7.1万人減少
 就業看護師の数は年々増えている。

2008年には約87.7万人だったため、10年間で約34.2万人増え、1.4倍となった。

一方で、准看護師は2008年に37.5万人だったのが年々減っており、10年間で7.1万人減となっている。これは、看護師資格の一本化を図る日本看護協会が、看護師への移行を推進していることが大きい。

実際、超高齢社会に突入している現在では、在宅医療のニーズが急増していることもあり、患者の全身をアセスメントし、自律的に先を予測する能力を持つ看護師に求められる役割は重くなってきている。

しかし、自律的判断が教育目的に含まれず、医師の指示を受けることを前提とした准看護師では対応できない場面も多くなってきている。

准看護師にそうした対応を求める現場もあり、結局独自で学ばなければならず負担を感じているとの声も多いという。

給与面でも看護師と准看護師の間には格差がある。厚労省の「平成29年賃金構造基本統計調査」によれば、看護師の平均月給は33.19万円で、准看護師は28.33万円と、4.86万円の差があり、看護職に就こうと思う人材が看護師をめざすのは当然だといえる。

■日本医師会は人手不足の傾向が続く

地域医療の担い手として准看護師に期待

一方で、日本医師会は「地域への定着率が高い」ことを理由に、准看護師を重視する見解を示している。

准看護師を人手不足の傾向が続く地域医療の担い手として期待しているものの、日本医師会は、6月に厚労省が実施した「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」において、「幅広い職種に対して医師に対する“メディカルコントロール”が必要」との主張を展開しており、あくまで医療は医師主導という立場をとっている。

しかし、現実的には前出のように在宅医療のニーズが増す中で看護師の役割が重くなっており、医師と看護師の中間職種として「上級看護師」とも呼ばれる「ナース・プラクティショナー」の制度を導入すべきとの意見も出てきている。

医療情報①
 中医協・入院
 医療分科会

「重症度」C項目は、 見直しの方向

中央社会保険医療協議会（中医協）の診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」（分科会長＝尾形裕也・九州大学名誉教授）は10月16日に会合を開き、入院患者の評価指標について議論した。一般病棟等における評価指標「重症度、医療・看護必要度」について厚生労働省は、以下のような論点を示した。

- ▼重症度、医療・看護必要度を急性期の入院医療の指標としてより適切なものとする観点から、現行の評価項目や評価基準について、どのように考えるか
- ▼特に、入院で実施されている割合が高い手術等の医療を評価の対象に追加することも含め、入院の必要性等に応じて評価対象を見直すことについてどのように考えるか。
 また、見直しにあたってどのような点に留意すべきか。

「重症度、医療・看護必要度」について厚労省は、C項目に該当する手術の入院で実施される割合が、ほとんどが「入院の実施が9割以上」と指摘。「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の評価対象外である手術のうち、対象とすべき手術について、入院が100%かつ「年間1000件以上」「5万点以上」を例示した。これに対し診療側委員は概ね支持する姿勢を明らかにした。

■SOFAスコア、集中治療3・4にも拡大を

集中治療室等における評価指標（重症度、医療・看護必要度およびSOFAスコア）について厚労省は「集中治療室等における患者の評価指標をより適切なものとする観点から、現行の評価指標の見直しの必要性や、SOFAスコアの今後の活用方法・提出対象等についてどのように考えるか」を論点として示した。SOFAスコアについては、2018年度診療報酬改定で、特定集中治療室管理料1・2では、入退室日等におけるスコアをDPCデータの報告対象としている。これについて診療側委員は、SOFAスコアが「重症度、医療・看護必要度」を補完する機能があると指摘し、特定集中治療室管理料3・4も対象とすべきとする意見が上がった。救命救急入院料やハイケアユニット入院医療管理料にも広げるべきとする意見も出た。

■「IVH抜去の検討」に評価を

療養病棟における評価指標（医療区分）について厚労省は、「中心静脈栄養」の継続期間を推定するため、中心静脈カテーテルから投与される高カロリー輸液の投与状況の分析結果を示した。

高カロリー輸液を投与されている患者割合は、ゼロパーセントの医療機関が最も多かったが、50%以上の医療機関もあった。高カロリー輸液を連続して投与した日数の平均は、30日未満の医療機関が最も多かったが、90日以上医療機関も存在した。入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合の平均は、60%以上80%未満が最も多かった。委員からは、IVHを抜くための検討を評価すべきとする声が上がった。

医療情報②
 厚生労働省
 提示

入院医療分科会報告書、 次回取りまとめへ

またこの日厚生労働省は、入院医療等の調査・評価分科会における検討結果報告書の案を提示した。報告書案は、以下の8項目で整理された。次回会合で取りまとめられる見通し。

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| ①急性期入院医療 | ②地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 |
| ③回復期リハビリテーション病棟入院料 | ④慢性期入院医療 |
| ⑤横断的事項 | ⑥医療資源の少ない地域 |
| ⑦入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討 | ⑧DPC/PDPS |

医療情報③
 中医協
 総会

医師の働き方改革の評価方法、 診療側・支払側が反論応酬

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）は10月18日に総会を開き、医師の働き方改革をめぐって議論し、厚生労働省は、医療従事者の働き方改革の現状や課題として、以下などを挙げた。

- | |
|--|
| ①勤務環境改善の計画を策定している医療機関は24.6%で、数カ月1度計画を見直している医療機関が46.1%で最多 |
| ②入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策および栄養管理体制は入院料の要件 |
| ③医師事務作業補助体制加算では、負担の軽減および処遇の改善に資する計画の作成などが要件 |

最近の医療費の動向

/概算医療費（平成31年2月）

厚生労働省 2019年7月31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					国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳 以上		
	被用者 保険	本 人		家 族						
本人		家族								
平成26年度	40.0	23.4	11.6	6.0		5.1	11.8	1.4	14.5	2.0
平成27年度	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1	
平成28年度	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1	
平成29年度 4~3月	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1	
	4~9月	20.9	11.9	6.3	3.4	2.6	5.6	0.7	7.9	1.1
	10~3月	21.4	12.2	6.6	3.5	2.7	5.6	0.8	8.1	1.1
平成30年度 4~2月	38.8	21.9	11.9	6.4	4.8	10.0	1.3	15.0	1.9	
	4~9月	20.9	11.8	6.3	3.4	2.6	5.5	0.7	8.1	1.1
	10~2月	17.9	10.1	5.6	3.0	2.2	4.6	0.6	6.9	0.9
	1月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.5	0.9	0.1	1.4	0.2
	2月	3.4	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.3	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。

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。

● 1人当たり医療費

(単位：万円)

	総計	医療保険適用						
		75歳未満						75歳以上
		被用者 保険	本人		国民健康 保険	(再掲) 未就学者		
			本人	家族				
平成26年度	31.4	21.1	15.6	14.7	15.5	32.2	21.0	93.1
平成27年度	32.7	21.9	16.3	15.4	16.0	33.9	21.3	94.8
平成28年度	32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0
平成29年度4～3月	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.7	94.2
4～9月	16.5	10.9	8.1	7.7	8.0	17.2	10.6	46.8
10～3月	16.9	11.2	8.5	8.1	8.4	17.7	11.1	47.4
平成30年度4～2月	30.7	20.2	15.4	14.6	15.0	32.3	20.1	85.9
4～9月	16.5	10.8	8.2	7.8	8.0	17.4	10.8	46.6
10～2月	14.2	9.4	7.2	6.8	7.0	14.9	9.3	39.3
1月	2.8	1.9	1.5	1.4	1.4	3.0	1.9	7.9
2月	2.7	1.8	1.4	1.3	1.4	2.9	1.7	7.5

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									
		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26年度	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8
平成27年度	41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8
平成28年度	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9
平成29年度4～3月	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9
4～9月	20.9	16.6	8.0	7.1	1.5	3.8	0.4	0.11	8.4	10.9	1.5
10～3月	21.4	16.9	8.2	7.3	1.5	3.9	0.4	0.12	8.6	11.2	1.5
平成30年度4～2月	38.8	31.1	15.1	13.3	2.7	6.8	0.7	0.24	15.8	20.1	2.7
4～9月	20.9	16.8	8.2	7.1	1.5	3.6	0.4	0.13	8.6	10.8	1.5
10～2月	17.9	14.3	6.9	6.1	1.2	3.2	0.3	0.11	7.2	9.3	1.2
1月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.5	1.9	0.2
2月	3.4	2.8	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	0.2

注1) 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 26 年度	25.7	25.6	4.7	16.7	4.2	8.1	0.13
平成 27 年度	25.8	25.6	4.7	16.8	4.2	8.2	0.15
平成 28 年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17
平成 29 年度 4～3 月	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
4～9 月	12.8	12.7	2.3	8.2	2.1	4.1	0.10
10～3 月	12.8	12.7	2.4	8.3	2.1	4.3	0.10
平成 30 年度 4～2 月	23.2	23.0	4.3	14.9	3.8	7.7	0.21
4～9 月	12.6	12.5	2.3	8.1	2.1	4.1	0.11
10～2 月	10.6	10.5	1.9	6.9	1.7	3.6	0.10
1 月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.7	0.02
2 月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.02

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)
		食事等含まず	食事等含む					医科入院外+調剤
平成 26 年度	15.5	32.6	34.3	8.2	6.7	8.9	11.0	12.5
平成 27 年度	16.1	33.3	35.0	8.5	6.8	9.6	11.0	13.2
平成 28 年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1
平成 29 年度 4～3 月	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
4～9 月	16.4	34.3	36.0	8.7	6.9	9.2	11.1	13.3
10～3 月	16.7	34.7	36.4	8.8	7.0	9.2	11.1	13.5
平成 30 年度 4～2 月	16.7	35.4	37.0	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
4～9 月	16.7	35.1	36.8	8.9	7.1	8.9	11.3	13.4
10～2 月	16.8	35.7	37.4	8.9	7.1	8.8	11.4	13.6
1 月	17.2	35.3	37.0	9.2	7.0	8.8	11.4	13.8
2 月	17.0	36.0	37.7	9.0	7.2	8.9	11.4	13.7

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を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

消費税引き上げに伴う診療報酬改定
2019年10月
改定の概要

1. 外来・在宅医療の2019年10月改定概要
2. 入院医療における10月改定
3. 次期2020年4月改定における検討項目



■参考文献

「中央社会保険医療協議会 総会」資料

1

医業経営情報レポート

外来・在宅医療の2019年10月改定概要

■ 消費税 10%への引き上げに伴う診療報酬改定

(1)過去の診療報酬改定率と2019年診療報酬改定率

2019年10月、消費税が8%から10%に引き上げられたことに伴い、診療報酬改定が行われました。

過去には、1989年（平成元年）4月の消費税導入時、また1997年（平成9年）4月に5%に引き上げられた時、さらに2014年（平成26年）4月に8%に引き上げられた時にそれぞれ診療報酬改定を行い、医療機関や薬局等の仕入れに係る消費税負担増加に対応しています。

◆過去の消費税導入・引き上げ時の診療報酬改定率

●1989年4月診療報酬改定時（消費税3%の導入時）			
・診療報酬本体	+0.11%	・薬価	+0.65%
●1997年4月診療報酬改定時（消費税5%への引上げ時）			
・診療報酬本体	+0.32%	・薬価等	+0.45%
●2014年4月診療報酬改定時（消費税8%への引上げ時）			
・診療報酬本体	+0.63%	・薬価等	+0.73%

2019年10月から適用となる診療報酬改定率が昨年12月に公表され、消費税の引き上げに伴う診療報酬本体の改定率は+0.41%と決まりました。

各科改定率は、医科が+0.48%、歯科が+0.57%、調剤が+0.12%となっています。

◆2019年10月実施 診療報酬改定率

●診療報酬本体	+0.41%		
・各科改定率	医科	+0.48%	
	歯科	+0.57%	
	調剤	+0.12%	
●薬価等			
①薬価	▲0.51%	②材料価格	+0.03%
※ うち、消費税対応分	+0.42%	※ うち、消費税対応分	+0.06%
実勢価改定等	▲0.93%	実勢価改定	▲0.02%

2

医業経営情報レポート

入院医療における10月改定

■ クリニックの入院基本料に関する改定

クリニックの入院基本料では、有床診療所入院基本料1（14日以内の期間）は、現行の861点から917点（+56点）、有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料A）は、現行の994点から1,057点（+63点）となっています。

◆ クリニックの主な入院基本料の報酬項目ごとの点数比較

項目		現行点数	改定後点数	
有床診療所入院基本料	有床診療所入院基本料1	14日以内の期間	861点	917点
		15日以上30日以内の期間	669点	712点
		31日以上	567点	604点
	有床診療所入院基本料2	14日以内の期間	770点	821点
		15日以上30日以内の期間	578点	616点
		31日以上	521点	555点
	有床診療所入院基本料3	14日以内の期間	568点	605点
		15日以上30日以内の期間	530点	567点
		31日以上	500点	534点
	有床診療所入院基本料4	14日以内の期間	775点	824点
		15日以上30日以内の期間	602点	640点
		31日以上	510点	542点
	有床診療所入院基本料5	14日以内の期間	693点	737点
		15日以上30日以内の期間	520点	553点
		31日以上	469点	499点
	有床診療所入院基本料6	14日以内の期間	511点	543点
		15日以上30日以内の期間	477点	509点
		31日以上	450点	480点
有床診療所療養病床入院基本料	入院基本料A	994点	1,057点	
	入院基本料A（生活療養を受ける場合）	980点	1,042点	
	入院基本料B	888点	945点	
	入院基本料B（生活療養を受ける場合）	874点	929点	
	入院基本料C	779点	827点	
	入院基本料C（生活療養を受ける場合）	765点	813点	
	入院基本料D	614点	653点	
	入院基本料D（生活療養を受ける場合）	599点	638点	
	入院基本料E	530点	564点	
入院基本料E（生活療養を受ける場合）	516点	549点		

3

医業経営情報レポート

次期2020年4月改定における検討項目

■ 2020年度診療報酬改定に向けたスケジュール

厚生労働省は、3月6日の中央社会保険医療協議会総会に2020年度診療報酬改定に向けた検討のスケジュールを提示し、了承されました。

2018年度診療報酬改定の影響等については、答申附带意見を踏まえ、検証のための調査結果から具体的な検討をするとしています。また、医療をとりまく諸課題については2019年夏に広く意見交換を行い、10月後半以降に個別具体的な改定項目について議論を本格化させる予定です。

そのほか、保険医療材料専門部会、薬価専門部会、医療技術評価分科会、入院医療等の調査・評価分科会等において、次期診療報酬改定に向けてそれぞれ検討を進める計画です。

次期診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール（案）

中医協 総-1参考
3 1 . 3 . 6

	2019年												2020年		
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3			
中医協総会	第1ラウンド						第2ラウンド						諮問・答申・附带意見		
診療報酬改定結果検証部会	2018年度調査総会報告		2019年度調査実施				2019年度調査総会報告								
保険医療材料専門部会	議論、業界意見聴取				議論、業界意見聴取				とりまとめ	総会報告					
薬価専門部会	議論、業界意見聴取				議論、業界意見聴取				とりまとめ	総会報告					
医療技術評価分科会	技術提案書募集		提案書評価				先進医療会議とりまとめ、報告				とりまとめ	総会報告			
入院医療等の調査・評価分科会	2018年度調査報告、議論				2019年度調査実施				報告、議論	とりまとめ	総会報告				
各種調査 ・材料価格調査 ・薬価調査 ・医療経済実態調査	2019年度調査実施										総会報告				

（出典）中央社会保険医療協議会 総会（第410回） 2020年度診療報酬改定に向けた検討項目と進め方について

■ 2020年度診療報酬改定に向けた主な検討項目

2020年度の診療報酬改定に向けたスケジュールとしては、春から夏までの第1ラウンドでは報酬の項目にとらわれすぎない活発な議論を促進する観点から、患者の疾病構造や受療行動等

を意識しつつ、年代別に課題を整理することに加え、昨今の医療と関連性の高いテーマについて課題の整理を行います。

10月以降の第2ラウンドについては、外来・入院・在宅・歯科・調剤といった個別テーマに分けて、これまでの診療報酬改定での検討項目、2018年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見、他の審議会等の議論等を踏まえて具体的な診療報酬における評価に向けた検討を進め、2020年2月初旬から中旬にかけて答申が行われる見通しです。

◆議論における主なテーマ①

【患者の疾病構造や受療行動等を意識しつつ、年代別に課題を整理】

ア) 周産期・乳幼児期（妊娠から出産、新生児、乳幼児）

- 周産期医療体制の確保
- 偶発合併症を有する妊婦の診療体制
- ハイリスク妊婦の診療体制
- 新生児やNICUを退院した児に対する診療体制 等

イ) 学童期・思春期（就学前、小学生、中学生、高校生、大学生等）

- 予防接種の拡充や少子化による、外来医療・入院医療の変化を踏まえた診療体制
- 小学生期以降におけるかかりつけ医機能の在り方
- 思春期におけるメンタルヘルス対策 等

ウ) 青年期・壮年期・中年期（20～30代、40～60代）

- 仕事との両立のための産業保健との連携
- 生活習慣病に対する継続的な管理
- 生活習慣病以外の疾患の管理 等

エ) 高齢期

- 増加する認知症への対応
- 重症度や居住形態を踏まえた更なる医療体制の構築
- フレイル等患者の特性に応じた取組 等

オ) 人生の最終段階

- 人生の最終段階における多職種による医療・ケアの取組
- 意思決定の支援（人生会議（ACP）等）の普及・定着に向けた取組 等

（出典）中央社会保険医療協議会 総会（第411回） 2020年度診療報酬改定に向けた検討項目と進め方について（案）



ジャンル：経営計画 > サブジャンル：年度経営計画

年度経営計画の策定

年度経営計画の策定には どのような階層が関わるべきでしょうか。

年度経営計画の作成は、トップ層だけでなく幹部層、できれば全職員の関わりで作成すべきものです。

そのためには、経営計画策定に全職員が理解を持ち、興味を抱かせる必要があります。

そのひとつの手段として、経営計画に待遇改善や環境改善を盛り込むことがあり、それにより、職員自身がこれを達成するために自らが進んで策定することとなり、みんなの理解と合意の上で労働環境を変え、待遇を改善していくことが可能となります。

これにより、病院に蔓延している「あきらめ風土」を払拭し、職員にとって魅力ある病院づくりに貢献させることがねらいです。

ただし、全員の参加でつくるとはいえ、おのずから役割の分担はあります。

- ① 院長は理念と基本方針の作成
- ② 幹部は経営理念の策定
- ③ 管理者は実行計画の策定

経営計画策定にあたって、院長の一番の役割は、院長補完者の協力を得ながら、自院の経営力を正しく把握するとともに、外部環境の動向を掴み、変化をチャンスと捉えて的確な戦略の方向づけをすることです。

幹部層は、経営方針にそって戦略を練ることが求められます。

また、担当部門の政策や予算も策定することになりますが、それには自分の協力者である部門の補完者を参加させて、むしろ補完者を中心に立案してもらい、これを指導しながら部門計画をまとめることが必要です。



ジャンル：経営計画 > サブジャンル：年度経営計画

賃金制度と個人目標

経営計画と賃金制度及び個人目標をどのように関連づけたらよいでしょうか。

■経営計画と賃金制度

1975 年ころから、能力を基準とした賃金制度、すなわち職能給がかなりの病院に取り入れられ、日本の賃金制度のスタンダードとなりました。

しかしながら、1990 年代のバブル崩壊、デフレ経済の進行に伴い、原則的に右肩上がりの職能給は時代背景にマッチしなくなってきました。病院における賃金制度は、従来公務員型に準じた年齢給、定期昇給などが一般的であり、これが医業収益に対する人件費率を押し上げる要因となっていました。

しかし、近年の医療を取りまく環境変化は病院経営を直撃しており、人件費総額を業績の変動に対応させた賃金制度への見直しが大きな課題になったといえます。

このような観点から、業績と職員の賃金制度をリンクさせようという業績連動型の賃金制度の考え方が注目をあびるようになりました。ただ、賃金には二つの側面があり、ひとつは職員の生活を保障する側面、もう一つは働きに対する等価性という面を表裏に持ち合わせています。この点からすると、単純に業績フル連動の賃金制度では、職員の生活に安定性がなくなり、職員の定着も難しくなるでしょう。経営計画の達成度と賃金制度の連動性を考える上でも、対象とする職員はどの階層にするか、どの職種にするか、月例給与に反映させるか、賞与に反映させるのか、年俸制を導入するか、どの程度の割合で反映させるかなどを十分に検討し、自院の状況にあった仕組みを構築する必要があります。

■経営計画と個人目標

個人の価値観も多様化し、病院と職員の関係も多様化しています。人材をジャンル分けすると、以下の3つが挙げられます。

①長期蓄積能力活用型職員

②専門能力活用型職員

③短期就業型職員

このような多様な職員に対して唯一有効な管理手段は、「目標による管理」であるといわれています。病院の目標、部門の目標、個人の目標へとブレイクダウンし、個々の目標を達成することが、最終的に経営計画を達成することになるというのが理想です。

そのためには、病院の経営計画と部門計画を明確に示すことが重要です。新しい期を迎える前にこの二つを準備し、「チャレンジシート」「マイチャレンジ」「目標管理シート」などに個人目標を作成し、上司と面接の上で最終決定するという仕組みがよいでしょう。