

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.664 2021. 3. 9

医療情報ヘッドライン

外来5点・入院10点の加算が可能に
4月分から9月分までの特例措置

▶厚生労働省

健康寿命延伸に向け、6機関連携で
「疾病の横断的予防」を提言

▶国立高度専門医療研究センター6機関

週刊 医療情報

2021年3月5日号

自宅・宿泊療養者への往診等、
算定可能に

経営 TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査

(令和2年9月末概数)

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: 診療報酬 > サブジャンル: 診療報酬適正化

付加価値の最大化を図る病床・収入別管理項目
経費節減対策として管理すべき医業費用項目

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。

外来5点・入院10点の加算が可能に 4月分から9月分までの特例措置

厚生労働省

厚生労働省は2月26日、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その35）」と題した事務連絡を発出。「特に必要な感染予防策」を講じたうえで診療を実施した医療機関は、外来（医科・歯科とも）1回5点、入院1日10点、調剤1回4点、訪問看護1回50円を加算できるとした。2021年4月診療分から9月診療分までの臨時措置となる。医療機関に対する事実上のコロナ支援策といえそうだ。

■6歳未満の乳幼児診療が対象の

特例加算も9月分まで継続

現在実施されている6歳未満の乳幼児への小児外来診療における特例の加算も、2021年9月診療分まで延長される。これは、医科100点、歯科55点、調剤12点が加算されるというものだ。乳幼児の場合、6歳以上の小児や大人と違って診療の際の接触機会も多く、また自ら症状を明確に伝えるのも困難であることが考慮され、大幅な加算がなされている。小児科を標榜する医療機関が、とりわけいわゆる“受診控え”の影響を大きく受けていることも、当然背景にある。

また、「新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた保険医療機関」への加算特例も継続となった。二類感染症患者入院診療加算（250点）の3倍に相当する点数750点を算定することが可能だ。

なお、加算の算定が可能な要件である「特に必要な感染予防策」は「『新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き』

等を参考に、感染防止等に留意した対応を行うこと」と明記。

事務連絡に添付したQ&A集には、「感染防止等に留意した対応の例」として「状況に応じて、飛沫予防策や接触予防策を適切に行う等、感染防止に十分配慮して患者及び利用者への診療等を実施すること」「新型コロナウイルス感染症の感染予防策に関する職員への周知を行うこと」「病室や施設等の運用について、感染防止に資するよう、変更等に係る検討を行うこと」の3点を挙げている。

■次期改定の議論に

どのような影響を及ぼすか注目

今回の特例措置は、2020年12月18日の中央社会保険医療協議会総会で了承された内容だ。ただし、すんなりと了承をされたわけではない。その前日、12月17日に実施された2021年度予算編成に向けての田村憲久厚労相と麻生太郎財務相の大臣折衝で示された方針に則って急遽審議されたため、支払側委員が審議プロセスを軽視していると猛反発。幸野庄司健康保険組合連合会理事は「反対できないものを書面で合意して14時までにこの書面にサインしろというのは、これはあまりにも乱暴過ぎるのでは」と言及。緊急とはいえ、中医協の議論を形骸化させるのではと主張した。

診療報酬改定をめぐって、大臣折衝で急遽決定した過去もあり、政府主導にシフトしつつある現状を牽制する狙いも透けて見えた一幕であり、次期改定の議論にどのような影響を及ぼすか注目したいところだ。

健康寿命延伸に向け、6機関連携で「疾病の横断的予防」を提言

国立高度専門医療研究センター6機関

国立がん研究センターを含む国立高度専門医療研究センター6機関は、2月19日に「疾患横断的エビデンスに基づく健康寿命延伸のための提言（第一次）」を発表。日本人の健康寿命を延ばすために必要な予防行動などについて、個人とそれを取り巻く社会的要因に関する目標を提言した。

6機関によれば、同種の提言は日本初のもの。今後、6機関の連携を継続してコホート研究（疾病の要因と発症の関連を調べるための観察適研究手法の1つ）を推進し、「日本人のエビデンス」を構築することで「日本人のためのより確かな提言」として更新を継続していくという。

■喫煙、飲酒、食事など10項目を提示

今回の提言に参画したのは、国立がん研究センターのほか国立循環器病研究センター、国立精神・神経医療研究センター、国立国際医療研究センター、国立成育医療研究センター、国立長寿医療研究センター。

「喫煙」「飲酒」「食事」「体格」「身体活動」「心理社会的要因」「感染症」「健診・検診の受診と口腔ケア」「成育歴・育児歴」「健康の社会的決定要因」の10項目について、それぞれエビデンスを提示したうえで提言を展開している。

「健康寿命」は、寿命とは意味が異なる。「健康上の問題で日常生活が制限されことなく生活できる期間」を意味しており、それを実現するにはあらゆる疾病を横断的に予防しなければならないことは明らかだ。健康寿命と寿命との差を縮めることによって、国民

1人1人の生活の質が向上することはもちろん、医療費の増加スピードを抑えることも可能になると期待されるが、今回の提言のプレスリリースによれば、「これまで、予防について疾患横断的にまとめられたガイドラインや指針はありませんでした」という。

■健康寿命延伸を妨げるのは「不健康な期間」

なお、2001年からの推移を見ると、平均寿命は2001年が男性78.07歳、女性84.93歳だったのが2016年は男性80.98歳、女性87.14歳に上昇。健康寿命は2001年に男性69.40歳、女性72.65歳だったのが2016年は男性72.14歳、女性74.79歳と上昇している。

一方で、健康寿命と寿命の差とされる「不健康な期間」は、男性では8～9年、女性では12～13年と横ばいで推移。今回の提言では、そこに影響する大きな要因として「要介護」を挙げており、要因は多い順に認知症（17.6%）、脳血管疾患（16.1%）、高齢による衰弱（12.8%）、骨折・転倒（12.5%）、関節疾患（10.8%）となっている。

また、「60歳代までは循環器病の割合が最も大きく、70歳代以上では徐々に認知症や骨折・転倒の割合が大きくなる」と指摘するとともに、死因として最も多いがんは数%程度であることも示している。提言では具体的な前述の10項目それぞれに対し、具体的な目標を明記。医療機関や介護施設などで、患者や利用者に向けて健康寿命延伸のためのアドバイスをする際に役立ちそうだ。

医療情報①
 厚生労働省
 事務連絡

自宅・宿泊療養者への往診等、 算定可能に

厚生労働省は2月26日付で、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取り扱いについて（その36）」を、地方厚生（支）局や都道府県に宛てて事務連絡した。

在宅医療の部（調剤においては薬学管理料の節）に掲げる診療報酬点数のうち、算定できる患者を、「通院が困難な者であることまたは疾病・負傷等のために通院による療養が困難な者」としているものについて、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づき、「宿泊施設または居宅もしくはこれに相当する場所から外出しないことを求められている者（自宅・宿泊療養を行っている者）」である場合には、その対象となるとしている。

また、自宅・宿泊療養を行っている者またはその看護にあっている者から新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関連した訴えで往診を緊急に求められた場合、速やかに往診しなければならないと判断してこれを行った場合、緊急往診加算を算定できるとした。同様に、主治医の指示に基づき訪問看護ステーションまたは保険医療機関が緊急に訪問看護を実施した場合も、緊急訪問看護加算が算定できるとした。この際、特別管理加算等の算定も可能と示した。

さらに、自宅・宿泊療養を行っている者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合、在宅酸素療法指導管理料2「その他の場合」（2400点）を算定できるとした。

この際、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算または在宅酸素療法材料加算について、使用した場合には算定できることも示した。

医療情報②
 厚生労働省
 検討部会

コロナワクチンの 副反応疑い例の公表方針決める

厚生労働省の「厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会」（部会長＝森尾友宏・東京医科歯科大学発生発達病態学分野小児科教授）と「薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会」（岡明・埼玉県立小児医療センター病院長）は2月26日、合同で会合を開き、新型コロナウイルスワクチン接種での副反応疑い報告の取り扱い方針を決めた。

この日厚労省は、副反応疑い報告の今後の公表方針について提案。死亡・アナフィラキシー事例の場合は、当面それぞれ発生が判明した時点で速やかに公表し、直近に開催される合同部会

で評価を行うとした。死亡・アナフィラキシー以外の事例では、この日の合同部会以降、合同部会の度に公表するとした。なお、未知の事象が高頻度に報告された場合は別途対応を検討する。さらに死亡等の事例も、合同部会でそれぞれ1度評価を行った以降は、発生時ではなく、それぞれ合同部会の度に死亡・アナフィラキシー以外の報告事例と併せて公表するとした。

合同部会は、これらの提案を了承した。

医療情報③
 厚生労働省
 通知

重症者の退院基準を一部改正

～2月25日付で都道府県等に宛てて通知

厚生労働省は2月25日付で、「感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院および就業制限の取り扱いについて（一部改正）」を、都道府県等に宛てて通知した。

通知では、人工呼吸器等による治療（人工呼吸器管理または体外式心肺補助〈ECMO〉管理）を行った場合の退院に関する基準について、以下を「病原体を保有していないこと」として差し支えないとしている。

- ▼発症日から15日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合（ただし発症日から20日間経過するまでは退院後も適切な感染予防策を講じる）
- ▼発症日から20日間経過以前に症状軽快した場合に、症状軽快後24時間経過した後に核酸増幅法等の検査を行い、陰性が確認され、その検査の検体を採取した24時間以後に再度検体採取を行い、陰性が確認された場合

医療情報④
 日本医師会
 定例記者会見

研究用抗原検査キットの市販、 「大きな問題」

日本医師会（日医、中川俊男会長）は2月25日の定例記者会見で、インターネットやドラッグストアなどで販売されている、唾液による新型コロナウイルスの抗原検査キットについて、憂慮する見解を示した。

会見で今村聡副会長は、「感染症の検査を目的としているものの、医療用ではない（薬事承認されていない）研究用の抗原検査キットが、インターネットやドラッグストアなどで販売されている」と指摘。購入者がこれにより感染の有無の判断ができると誤認する可能性があり、「公衆衛生学的にも、感染対策としても極めて大きな問題」との認識を示した。（以下、続く）

医療施設動態調査 (令和2年9月末概数)

厚生労働省 2020年11月26日公表

病院の施設数は前月に比べ 4施設の減少、病床数は 701床の減少。
 一般診療所の施設数は 133施設の増加、病床数は 182床の減少。
 歯科診療所の施設数は 10施設の減少、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和2年9月	令和2年8月			令和2年9月	令和2年8月	
総数	179 475	179 356	119	総数	1 599 008	1 599 891	△ 883
病院	8 243	8 247	△ 4	病院	1 511 734	1 512 435	△ 701
精神科病院	1 054	1 054	-	精神病床	324 901	324 956	△ 55
一般病院	7 189	7 193	△ 4	感染症病床	1 892	1 892	-
療養病床を有する病院(再掲)	3 580	3 583	△ 3	結核病床	4 154	4 154	-
地域医療支援病院(再掲)	625	624	1	療養病床	293 143	293 407	△ 264
				一般病床	887 644	888 026	△ 382
一般診療所	103 045	102 912	133	一般診療所	87 216	87 398	△ 182
有床	6 404	6 414	△ 10				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	707	708	△ 1	療養病床(再掲)	7 058	7 071	△ 13
無床	96 641	96 498	143				
歯科診療所	68 187	68 197	△ 10	歯科診療所	58	58	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

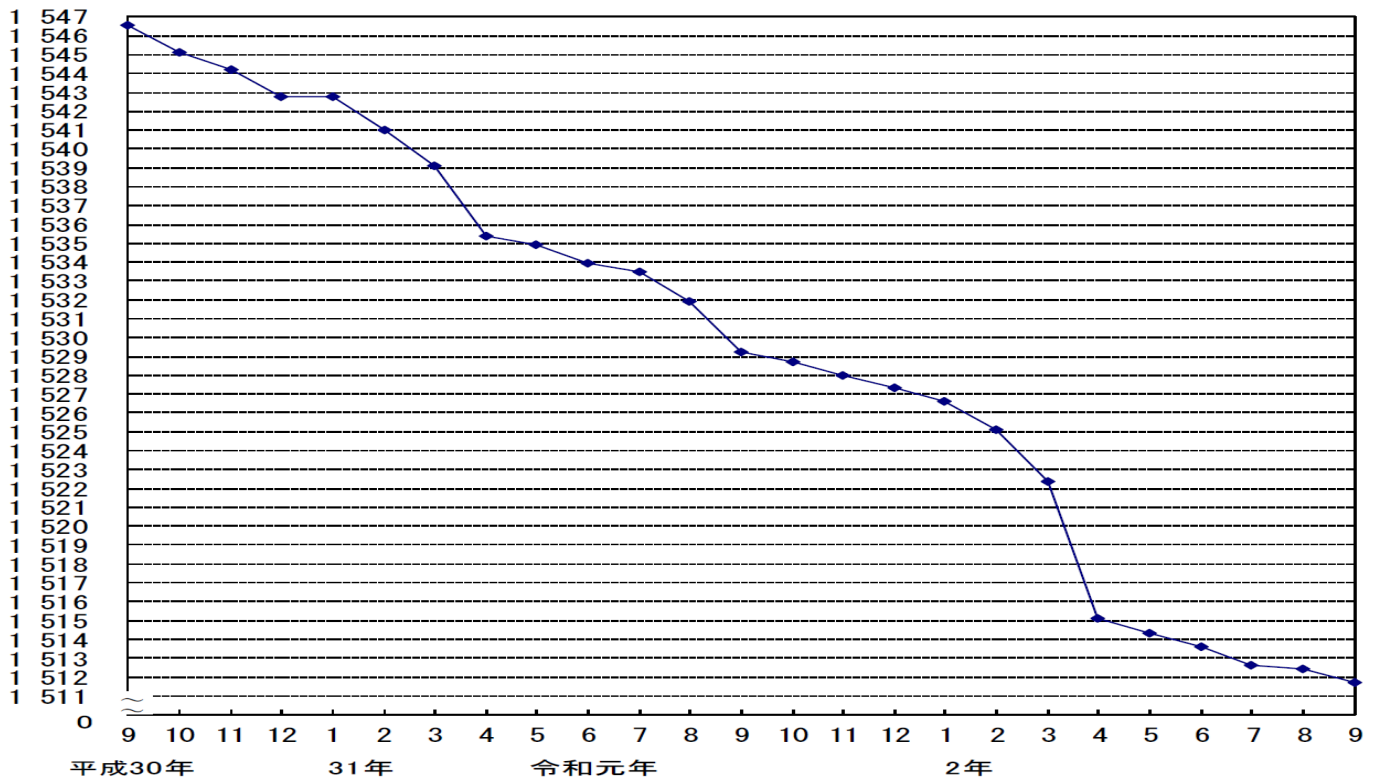
令和2年9月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 243	1 511 734	103 045	87 216	68 187
国 厚生労働省	14	4 322	20	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 868	-	-	-
国立大学法人	47	32 646	147	-	1
独立行政法人労働者健康安全機構	32	12 218	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 135	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 372	5	-	-
その他	23	3 573	364	2 169	3
都道府県	198	52 046	270	176	7
市町村	610	123 786	2 919	2 134	256
地方独立行政法人	109	42 176	36	17	-
日赤	91	35 071	205	19	-
済生会	83	22 616	51	-	1
北海道社会事業協会	7	1 715	-	-	-
厚生連	100	31 941	67	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	8	1 791	290	-	2
共済組合及びその連合会	40	13 169	140	-	5
国民健康保険組合	1	320	16	-	-
公益法人	203	50 424	509	208	100
医療法人	5 690	843 935	44 320	66 971	15 188
私立学校法人	112	55 433	189	38	18
社会福祉法人	198	33 626	10 128	359	38
医療生協	82	13 715	300	237	49
会社	30	8 143	1 638	10	12
その他の法人	202	41 969	825	284	125
個人	158	14 724	40 604	14 550	52 382

参 考

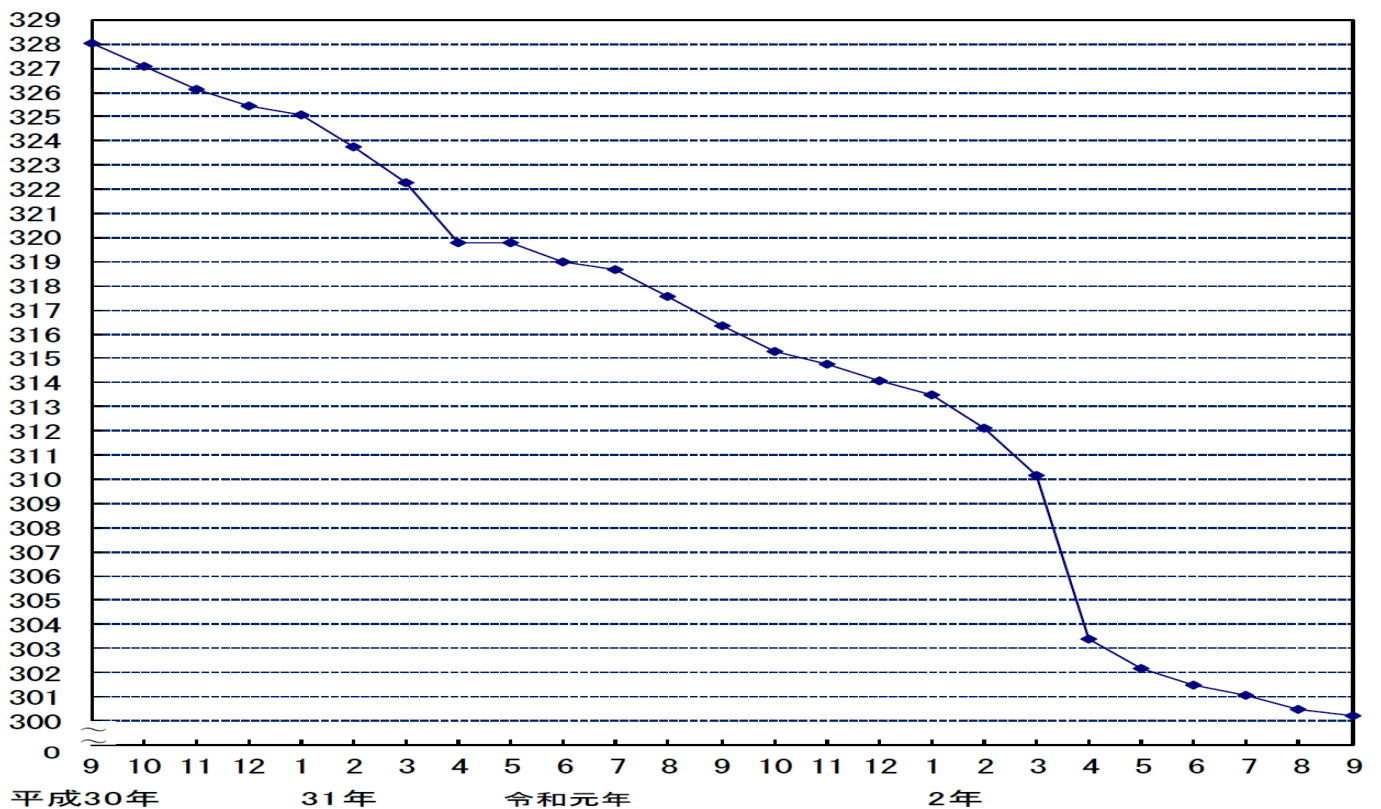
病床 (千床)

病院病床数



病床 (千床)

病院及び一般診療所の療養病床数総計





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

■ 診療所における職員の給与金額の実態

令和元年 11 月の中央社会保険医療協議会総会で公表された「第 22 回医療経済実態調査結果報告に関する分析」では、平成 30 年度における職員の平均年収額が記載されています。

職種別にみると、看護職員の平均年収は、病院で 507 万円、診療所では 386 万円で、看護補助についてみると、病院で 302 万円、診療所では 239 万円となっています。

看護職員や看護補助の病院と診療所の給与差については、夜勤の有無や諸手当の加算の有無等によるものと考えられます。

医療技術員についてみると、病院で 465 万円、診療所では 434 万円となっており、病院と診療所で大きな差はありません。

また、事務職員については、病院で 421 万円、診療所では 302 万円となっており、病院の方が高い給与水準となっています。この給与差は、求められるスキルの違いや諸手当の加算の有無等が影響しているものと考えられます。

総括すると、診療所の職員の平均年収は病院と比較して低い傾向にあり、職員に長く務めてもらうためには納得できる給与の決め方が必要になります。

◆ 職員給与の比較

(単位:万円)

職種	平均年収の範囲 注)1.				平均年収 参考値				
	平均年収最小の集計単位 (A)	～	平均年収最大の集計単位 (B)	範囲 注)2. (B)-(A)	病院 全体	診療所 全体	歯科 全体	薬局 全体	
院長	診療所_無床_その他	1,669	診療所_有床_全体	3,467	1,799	2,675	2,763	-	-
医師	診療所_有床_個人	779	病院_医療法人	1,641	862	1,491	1,063	-	-
歯科院長	歯科_全体	1,413	歯科_医療法人	1,430	17	-	-	1,413	-
歯科医師	歯科_医療法人	564	病院_公的	1,410	846	1,210	573	618	-
管理薬剤師	薬局_20店舗以上	680	薬局_1店舗	825	145	-	-	-	752
薬剤師	薬局_1店舗	445	診療所_無床_医療法人	1,053	608	559	930	-	474
看護職員	診療所_無床_個人	348	診療所_有床_その他	597	248	507	386	-	-
看護補助	診療所_無床_個人	215	病院_社保法人	367	152	302	239	-	-
医療技術員	診療所_有床_個人	388	診療所_有床_その他	688	300	465	434	-	-
歯科衛生士	歯科_個人	288	病院_国立	458	170	388	-	293	-
歯科技工士	歯科_個人	392	病院_公立	659	268	556	-	398	-
事務職員	薬局_個人	235	病院_国立	596	360	421	302	249	261
役員	歯科_医療法人	373	病院_公立	1,665	1,291	1,196	506	373	502

注) 1 平均年収の範囲の最大・最小は、集計表が存在する集計単位を対象とした場合における最大・最小である。対象となる集計単位は以下の通り。

病院（国立、公立、公的、社保法人、医療法人、その他、法人その他全体、個人、全体）

診療所（有床 個人、有床 医療法人、有床 その他、有床 全体、無床 個人、無床 医療法人、無床 その他、無床 全体、全体 個人、全体 医療法人、全体 その他、全体）、

歯科（個人、医療法人、その他、全体）、 保険薬局（個人、法人、1 店舗、2～5 店舗、6～19 店舗、20 店舗以上、全体）

注) 2 端数の処理の関係で、「範囲」の列は必ずしも表中の(B)-(A)の値と一致しない。

(出典) 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

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

例を示して設計方法を解説します。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。

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:診療報酬 > サブジャンル:診療報酬適正化

付加価値の最大化を図る 病床・収入別管理項目

付加価値の最大化を図る病床・収入別管理項目
 について教えてください。

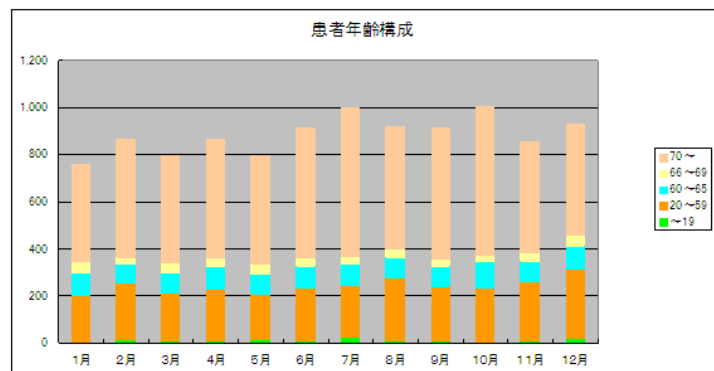
一般・療養の各病床、入院・外来収入における管理項目は、次のようなものがあります。これらのデータを管理していく上においては、まず事業計画として事前の収入を予算化することが前提となります。

前年実績に対して、今年度はどのような数値目標を設定するのかは、非常に重要なことですから、是非実践してください。

1. 病床管理項目

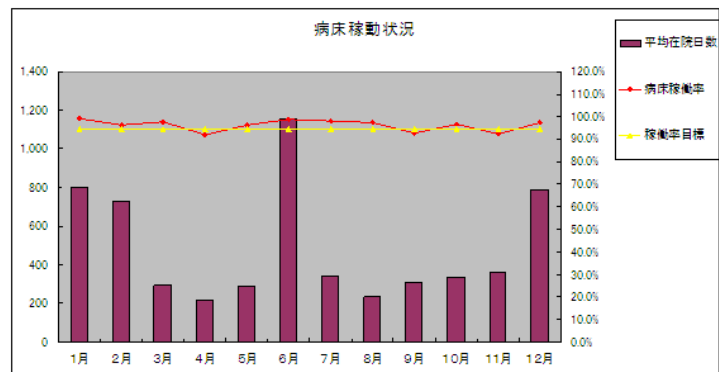
(1) 一般(急性期) 病床管理項目

- 初診患者紹介率
- 平均在院日数
- 年齢別構成
- 主要手術件数



(2) 療養(慢性期) 病床管理項目

- 病床稼働率
- 平均要介護度
- リハビリテーション実施件数



2. 収入管理項目

(1) 外来収入管理項目

- 外来延患者数(新患者、再来新患者、再診患者数)
- 1日平均外来患者数
- 初診患者紹介件数
- 救急車搬入件数
- 外来患者単価
- 診療行為別収入

(2) 入院収入管理項目

- 入院延患者数
- 入退院患者数(入退院ルート別患者数)、1日平均入院患者数
- 平均在院日数
- 病床稼働率
- 入院患者単価
- 診療行為別収入

ジャンル:診療報酬 > サブジャンル:診療報酬適正化

経費節減対策として 管理すべき医業費用項目

経費節減対策として管理すべき医業費用項目に
関して解説してください。

1. 材料費等に関する項目

- 薬剤購入費(医業収益対薬剤費比率) ●診療材料費(医業収益対診療材料費比率)
- 給食材料費(医業収益対給食材料費比率、一食当たり単価)

これらの項目については、前年実績と対比してその比率の変化を月次単位
でチェックする必要があります。

重点項目		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
コスト	薬剤購入費率(対収入)目標値	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
	薬剤購入費率(対収入)実績	4.25	5.30	5.75	5.77	5.31	4.04	6.19	6.11	5.87	4.85	4.90	4.80
	診療材料費(対収入)目標値	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50
	診療材料費(対収入)実績	2.80	2.73	2.69	2.73	1.68	2.55	2.44	2.68	2.55	2.46	2.43	2.45

予算(目標値)をクリアできなかった場合にはその原因について検証する仕組みがなければ
ならないことは言うまでもありませんが、必ず掘り下げたデータに基づく原因分析を行なわな
ければなりません。

2. 人件費等に関する項目

- 人件費比率 ●労働分配率

医業収益に対する人件費比率が人件費比率で、概ね50%以下が適正值ということができま
す。さらに付加価値に対する割合に注目した値が労働分配率です。

経営指標として収益性を判断するには労働分配率を管理していく必要があります。

3. その他の経費

- 検査委託費(対医業収益比率) ●給食委託費(対医業収益比率、食事療養費比率、1食当たり単価)

委託費については、毎年の費用対効果を勘案し、見直しを進める必要があります。

漫然と契約更新することなく、単に金額によるのではなく、医療サービス体系全般に照らし
て総合的に判断して、契約更新する必要があります。