

週刊 医業経営

MAGAZINE

WEBマガジン



発行 税理士法人優和

1

医療情報ヘッドライン

社会保障審議会 診療報酬改定の基本方針大筋まとまる
財務省 「聖域を設けず歳出削減に取り組み」と強調

厚生労働省

「未承認薬を投与可能に」 治療法のない難病患者対象
投与できるのは開発の最終段階の薬に限る方針

厚生労働省

2

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査(平成 25 年 9 月末概数)

3

経営情報レポート

「2025 年モデル」実現を目指す
2014 年診療報酬改定の行方

4

経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:賃金制度

基本給の改定

賞与体系の変更

社会保障審議会 診療報酬改定の基本方針大筋まとまる 財務省 「聖域を設けず歳出削減に取り組む」と強調

厚生労働省は 11 月 29 日、社会保障審議会医療保険部会（部会長：遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）を開催し、2014 年度診療報酬改定の基本方針を大筋でまとめた。

病床の多さが問題視されている 7 対 1 入院基本料への対応や、消費増税への対応、主治医機能の体制整備などが盛り込まれている。

「7 対 1 入院基本料」については、患者が状態に応じて適切な医療を受けられるようにするため、「急性期病床における患者像を適切に評価することが重要」とし、急性期病床の機能の明確化を強調した。

一方、同日に開かれた財務省の財政制度等審議会（会長：吉川 洋・東京大学大学院経済学研究科教授）は「薬価引下げと本体部分を差引くネット改定率を廃止せよ」とする、麻生財務大臣に宛てた「平成 26 年度予算の編成等に関する建議」を提出した。これは 26 年度予算案を策定する財務省に対し、基本的な方針を提示したものである。

「診療報酬ネット改定率」とは、2 年に一度実勢価格を調査して見直される薬価差益分を診療報酬改定の財源としたうえで、さらに政策的に「+（プラス）」とするか「-（マイナス）」とするかの率である。診療報酬改定では、常に「診療報酬本体」引き上げに賛否が渦巻くことで、すでに麻生財務相は 11 月の時点で、「ネット改定率を検証せよ」と強調している。

その本心は「厚労省が診療報酬を上げて、医療現場の待遇改善を目指しているのに対し、財務省は安易な引き上げには反対」ということに尽きる。

26 年度予算は「2015 年度の赤字半減目標、2020 年度の黒字化目標の達成」に向けて、中期財政計画の枠組みのもとで収支改善に取り組む最初の予算編成である。また、26 年 4 月には消費増税が控えており、「各分野の予算が膨張すれば、国民の政府に対する信頼を失いかねない」として、「これまで以上に厳しく、聖域を設けずに歳出削減に努めなければならない」と強調している。

中でも社会保障については、一体改革を推進していくことに加え、26 年度診療報酬改定について「最大の焦点」と位置づけている。

建議では、「医療費の増加は、医療機関等の収入は増加するものの、患者側にもメリットが及ぶものでは必ずしもない」とし、「負担増に見合う国民のメリットが得られるかという観点からの検証が不可欠」とけん制する。

建議は 10 項目にわたって具体的な見解を明らかにしている。

また、介護費用についても「医療費を上回る高い伸び」が見られることなどを踏まえ、社会保障・税一体改革の一環である介護保険法改正案をしっかりと構築するよう要求している。

「未承認薬を投与可能に」治療法のない難病患者対象 投与できるのは開発の最終段階の薬に限る方針

厚生労働省は 12 月 3 日、がんなどの命に関わる病気で代替りの治療法がない患者に限り、臨床試験（治験）の最終段階にある未承認薬を使用することができる新制度を 2015 年度春から始める方針を固めた。

薬の承認には通常、製薬企業が患者に投与して効果や安全性を確かめる「治験」を実施する必要がある。治験には年齢や持病、ほかの薬の使用状況などの条件によっては参加できないことがあり、他に治療法のないがん患者などから、企業の治験に参加できない場合でも承認前の薬を使いたいとの強い要望が出ていた。

厚労省ではこうした患者等からの要望を受け、開発のために行われる「治験」に参加できない患者のうち、症状が重く治療法がない患者に限って使うことができる、などの条件を設けて、来年の春から制度を改める方針を固めた。

治験は、製薬会社が開発中の薬の承認を得るため安全性や効果を確かめる試験で、参加した患者は、治験中の薬の投与を無料で受けることができる。しかし、持病の有無などの健康状態や年齢が条件に合わなければ治験に参加できず、症状が重く治療法がないがんなどの患者やがん患者団体などから、治験中の薬を使いたいという強い要望が寄せられていた。

このため厚労省は、製薬会社の治験と並行して医師が同じ薬を使って別の治験を行える

よう制度を改める方針を固めたものである。

対象となるのは、がんなどの命に関わる病気で、承認されている薬では治療の見込みがない患者で、投与できる薬は開発の最終段階の薬に限る方針とする。実施にあたっては、専門性の高い医師が企業と協力して治験の計画を立て、国への提出を義務づける。

厚労省は、既にごがん患者を対象として、国立がん研究センター東病院で試験的に制度を始めていて、今後、専門家などの意見を基に、医師の治験で投与される薬についても無料にするかどうか検討し、再来年の春から実施したい意向を明らかにした。

厚労省の決定について、全国の悪性リンパ腫の患者で作る「グループ・ネクサス・ジャパン」の天野慎介理事長は、「ほかに治療法がなくなったがん患者は、未承認薬であっても最新の治療薬が使える制度を切望してきた。一日一日を必死に生きている患者にとって希望になるのは間違いない。ただ、未承認薬が対象なので治療費が高額になってしまわないか、副作用が出た場合に迅速に対応できるのかなど課題も残っている。国は具体的な制度作りを進めるうえで、患者や医療現場の声を積極的に取り入れて、よりよい制度にしてほしい」と話している。

医療施設動態調査

(平成25年9月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 6 施設の減少、病床数は 884 床の減少。
 一般診療所の施設数は 87 施設の増加、病床数は 388 床の減少。
 歯科診療所の施設数は 50 施設の増加、病床数は 増減なし。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

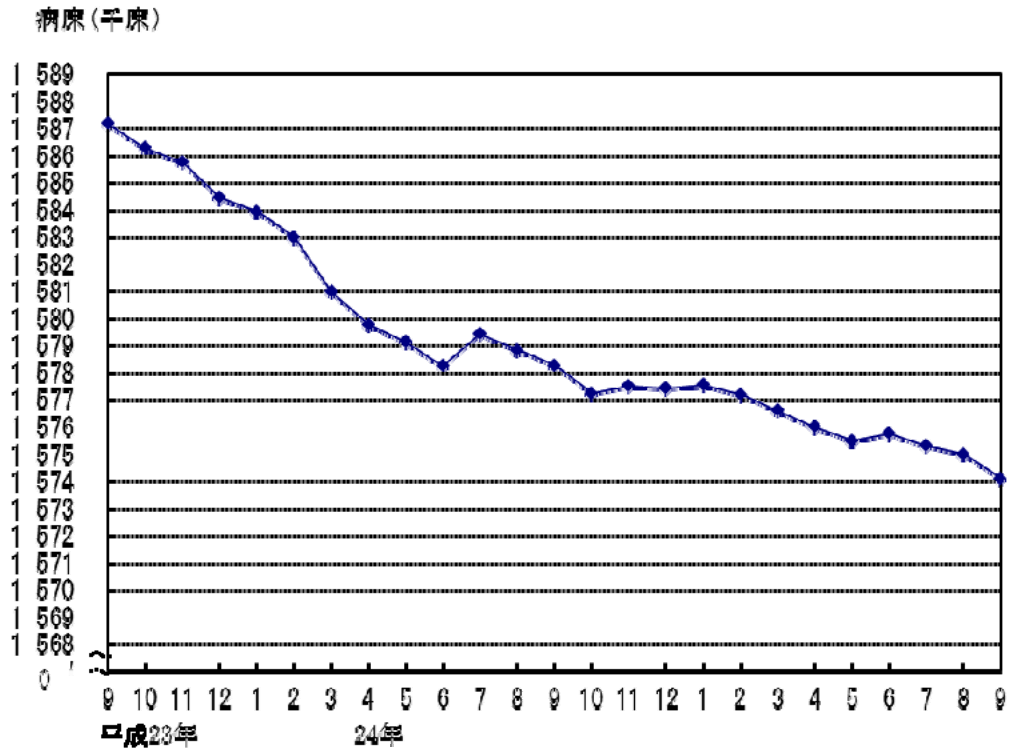
	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成25年9月	平成25年8月			平成25年9月	平成25年8月	
総数	177 774	177 643	131	総数	1 695 336	1 696 608	△1 272
病院	8 541	8 547	△6	病院	1 574 095	1 574 979	△884
精神科病院	1 066	1 069	△3	精神病床	339 780	340 290	△510
				感染症病床	1 815	1 815	-
結核療養所		-	-	結核病床	6 602	647	△45
一般病院	-	-	-	療養病床	328 195	328 590	△395
療養病床を有する病院(再掲)	7 475	7 478	△3	一般病床	897 703	897 637	66
地域医療支援病院(再掲)	3 873	3 876	△3				
一般診療所	100 530	100 443	87	一般診療所			
有床	9 233	9 257	△24		121 145	121 533	△388
療養病床を有する一般診療所(再掲)	1 231	1 237	△6	療養病床(再掲)			
無床	91 297	91 186	111		12 473	12 555	△82
歯科診療所	68 703	68 653	50	歯科診療所	96	96	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

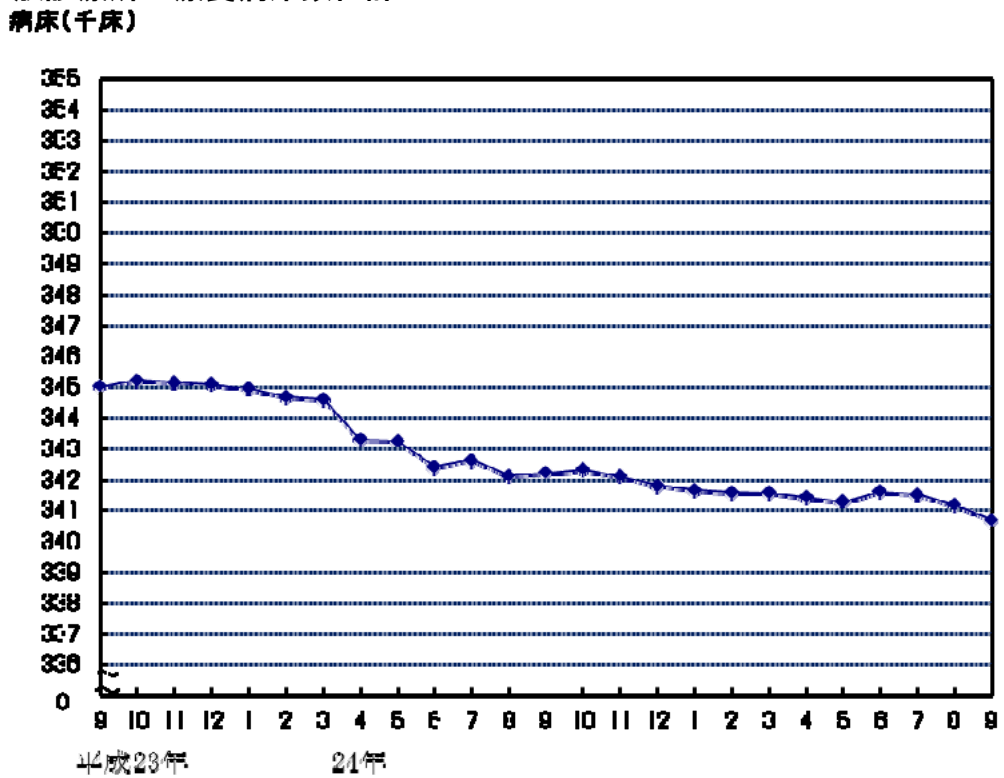
平成 25 年 8 月末現在

	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	8 541	1 574 095	100 530	121 145	68 703
国 厚生労働省	14	5 782	30	-	-
独立行政法人国立病院機構	144	55 385	-	-	-
国立大学法人	48	32 626	128	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 072	3	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 376	-	-	-
その他	25	3 805	422	2 259	1
都道府県	212	56 682	239	150	9
市町村	668	143 575	3 009	2 467	274
地方独立行政法人	78	29 824	15	-	-
日赤	92	36 880	208	19	-
済生会	79	22 035	53	10	-
北海道社会事業協会	7	1 862	-	-	-
厚生連	107	34 325	67	64	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
全国社会保険協会連合会	48	12 926	2	-	-
厚生年金事業振興団	7	2 738	-	-	-
船員保険会	3	786	7	10	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 707	346	10	4
共済組合及びその連合会	46	14 755	176	10	6
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	313	74 276	747	415	139
医療法人	5 722	854 932	38 543	83 527	11 915
私立学校法人	109	55 158	177	46	15
社会福祉法人	193	34 001	8 424	324	29
医療生協	85	14 218	321	267	48
会社	59	12 514	2 071	31	16
その他の法人	110	24 756	521	273	74
個人	320	30 779	45 007	31 244	56 171

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計



「2025年モデル」実現を目指す 2014年診療報酬改定の行方

ポイント

- 1 次期診療報酬改定の動向と改定スケジュール
- 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拡充
- 4 医療・介護連携評価と精神科医療の行方



*本レポートは、2013年11月13日（水）、(株)吉岡経営センター主催診療報酬改定セミナー「2014年診療報酬改定 その行方と病医院経営戦略」（講師：(株)MMオフィス 代表取締役 工藤 高氏）の講演要旨および配布レジュメをベースとし、一部を再構成して作成したものです。
掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメに使用されたものです。

1 次期診療報酬改定の動向と改定スケジュール

■ 社会保障・税一体改革における次期改定の位置づけ

本年8月の社会保障制度改革国民会議報告書で示された提言を踏まえて、2014年診療報酬改定は、前回に引き続き「2025年モデル」の実現を目指す方向で検討が進められています。また、次期改定は8%への消費増税と同時期に実施されるため、この増収分の振り分けに対する関心が高いところでもあります。

消費税引き上げに伴う増収分は、基本的に全て社会保障の充実と安定化に配分するというのが国の方針として示されています。

これらを全て診療報酬に反映させた場合、算定件数の増加で財政負担が増えるという懸念もあることから、新たに設置を目指している基金からの補助金との組み合わせによって、次期改定の財源が確保される見通しとなっています。

◆「2025年モデル」に向けた医療機能再編と次期改定の基本的考え方

急性期 (高度・一般)	病床機能の明確化と機能に合わせた評価 ⇒ 平均在院日数の短縮、長期入院患者の評価の適正化 重症度・看護必要度見直し、入院早期リハビリの推進 等
回復期	急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
長期療養	長期療養患者の受け皿確保
外来医療	身近な「かかりつけ医」を受診し、必要に応じて大病院などの紹介を受けられる体制の整備
在宅医療	質の高い在宅医療提供の推進
その他	医療資源の少ない地域実情に配慮した評価、有床診療所機能に応じた評価

出典：「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方（概要）」
(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)



■ 次期改定において注目される分野

- 入院医療の機能分化・強化、連携の推進 ～高度急性期・一般急性期病床の機能強化
- 急性期入院に対する医療資源の重点的投下 ～7：1病床の絞り込み、亜急性期評価
- かかりつけ医機能の評価 ～社会保障制度改革国民会議報告書における提言を踏まえて

■ 次期改定の視点と検討の方向性

(1)2014年改定 検討の方向性 ～重点課題と視点

次期診療報酬改定の方向性は、次のとおり基本的に前回改定を踏襲するものですが、その最大の課題は7：1病床の絞り込みです。

◆2014年度診療報酬改定の基本方針と検討の方向(案)

●重点課題(案)について

①医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

ア 社会保障・税一体改革において、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療の機能評価と同時に重点化・効率化に取り組むこととされている中、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に重点的に取り組む

◆【改定の視点】～平成25年11月8日「第70回社会保障審議会医療保険部会」資料2

①充実が求められる分野を適切に評価していく視点

- | | | | |
|---|--------------------|---|-----------------|
| ア | がん医療の推進 | オ | リハビリテーションの推進 |
| イ | 精神疾患に対する医療推進 | カ | 口腔機能の維持向上等(略) |
| ウ | 認知症対策の推進 | キ | 手術等の医療技術の適切な評価 |
| エ | 救急医療、小児医療、周産期医療の推進 | ク | イノベーションの適切な評価 等 |

②患者等から見てわかりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点

- ア 医療安全対策等の推進
- イ 明細書無料発行の推進
- ウ 診療報酬点数表の平易化・簡素化
- エ 患者データの提出 等

③医療従事者の負担を軽減する視点

- ア 医療従事者の負担軽減
- イ 救急外来の機能分化の推進
- ウ チーム医療の推進 等

④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- ア 後発医薬品の使用促進
- イ 長期収載品の薬価の特例的な引き下げ
- ウ 平均在院日数の減少、社会的入院の是正
- エ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 等

2 外来・在宅医療に関する評価の拡充

■ 在宅医療関連評価の重視は継続

在宅医療や訪問看護分野は、近年の改定で評価拡充の方向が維持されていますが、現状には課題も指摘されており、地域包括ケアへの貢献をキーワードにした体系の見直しが検討されています。

(1) 在宅医療の現状と見直しの方向性

2012 年度改定で新設された「機能強化型」在宅療養支援診療所・病院は、点数を高く設定したことから、連携型での届出件数は多くなったものの、実績などに問題があるケースがみられるのが現状です。

◆ 在宅医療をめぐる評価の課題に対応した見直し案

■ 実績がない機能強化型在支診・在支病への対応

- 連携型の機能強化型在支診・在支病要件に「自院での緊急往診や看取りの実績」を追加

■ 機能強化型以外でも十分な実績を有する在支診・在支病の評価

- 緊急往診や看取りの実績が十分にある機能強化型以外の在支診・在支病を評価

■ 在支診・在支病以外でも在宅患者の緊急時の受け入れの評価

- 緊急時に必ず受け入れる旨をあらかじめ患者に文書で通知し、実際の受け入れを評価

■ 不適切な事例に対する措置～過剰診療

- 在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料に「同一建物の複数人」の報酬体系を新設など

(2) 訪問看護ステーションに関する評価の見直し

訪問看護ステーションの数、および利用者は増加していますが利用者ニーズも 24 時間対応や重症化対応、頻回訪問などに拡大してきている現状があります。

そのため、規模や機能に要件を付加した「機能強化型」訪問看護ステーションに対する評価の導入が検討されています。

◆ 「機能強化型」訪問看護ステーションの要件(案)

- ① 24 時間対応体制の届出
 - ② 一定以上の看取り数（ターミナルケア療養費算定数）
 - ③ 重症度の高い患者の受け入れ
 - ④ 居宅介護支援事業所併設もしくは法人内での一体的運営
- 【規模の要件】 看護職員（常勤換算）の数：7.5～10 人以上

3 医療・介護連携評価と精神科医療の行方

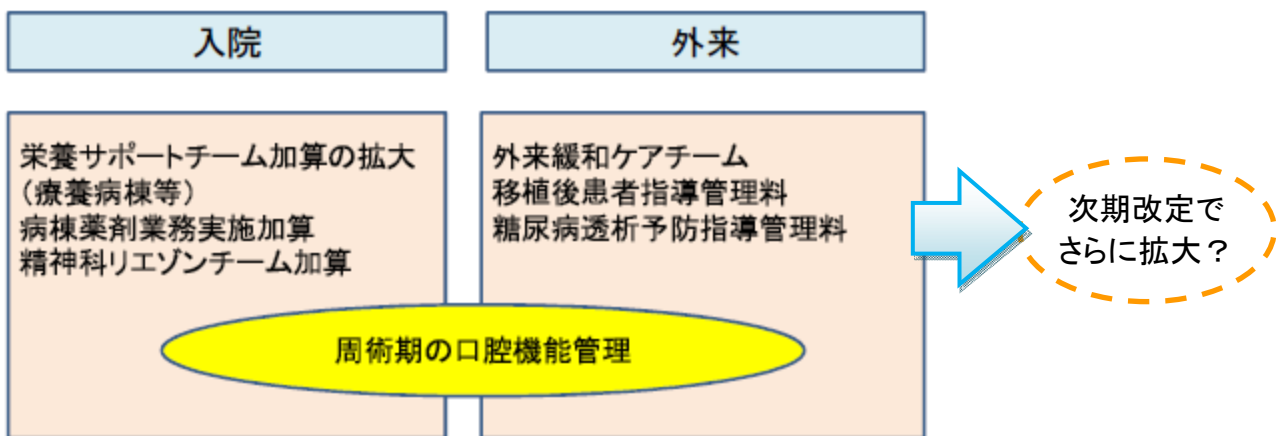
■ チーム医療の評価項目も拡大の動き

(1) 診療報酬上でのチーム医療の評価

医師や看護師の負担軽減を目的とするチーム医療の推進は、近年厚生労働省が取り組んできた課題の一つです。

そのため、前回改定においても、チーム医療を評価した点数は増加しており、2014年改定も同様の流れになるとみられます。

◆ 2012年改定におけるチーム医療の評価項目



例えば、チーム医療ととらえると、ある程度の規模と部門、職員を有する病院しか適用されないと考えられがちですが、多職種協働によって看護師の負担軽減につながる業務や体制整備について、基本料や加算の点数をアップし、算定のモチベーションを高めることも考えられます。

◆ 多職種協働により看護師の負担軽減につながる業務・体制の例

- 臨床検査技師による外来採血、病棟採血
- 薬剤師によるミキシング、退院時服薬指導
- 病棟に配置した理学療法士・作業療法士による早出および遅番、365日実施可能なリハビリテーション提供体制
- 看護補助者、病棟事務担当者の多数配置等

病棟には看護師だけでなく、薬剤師や管理栄養士、理学・作業療法士、臨床検査技師、ケースワーカーを常時配置しておくこと、看護業務の軽減につながり、同時に早期リハビリテーションの開始やNSTなどにも効果的です。

経営データベース ①

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 賃金制度



基本給の改定

病院業績を人材評価に反映させるためには、基本給をどのように改定すればよいでしょうか。



■基本給の組立て

年功序列型の基本給は、職員の生活安定には寄与することとなりますが、病院業績の高低には関わらず、人件費総額を押し上げてしまうため、経営ビジョンとかけ離れた結果をもたらす場合があります。

従って、年功給部分は、職員のうちのサービス提供者の若年層のみを対象とし、それ以外の層については排除します。こうした若年層の職員は成長が早く、かつ生活の安定も必要なため、経験給という形で年功部分を残し、制度を運用します。

従来の基本給は、階層がなく単一に構成されていたために、支給意義が非常に曖昧となっていました。経営ビジョン達成型人事制度では、病院業績や役割責任、また発揮能力を基準として運用します。つまり、目標や評価、人件費の決定根拠を明確に打ち出しているわけです。

これは基本給も同様であり、役割区分ごとに基本給の支給意義や昇給・改定の根拠を明確にすることによって、役割責任と処遇の関係を構築します。

	従来型基本給	経営ビジョン達成型基本給
構成	単一型	複数階層型
	生活保障と労働対価を混同	生活保障と労働対価は分離
主な支給決定要素	年齢（勤続年数）	職務、役割、成果、発揮能力
支給の着眼点	根拠なし 昇給をどうするか	病院の求める期待にどれだけ 応えたか
職員の意識	もらって当然	努力した結果の反映

経営データベース ②

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 賃金制度



賞与体系の変更

人件費予算内で賞与が支給できるように、賞与体系を変更しようと考えています。見直す際の留意点を教えてください。



■賞与を用い、人件費予算の達成を図る

これまでのように年2回～3回支給される従来型の固定賞与は、人件費予算とは関係なく支給されるため、経営ビジョンの達成度とはかけ離れた存在となりがちです。

例えば、夏季に基本給の2ヶ月分、冬季2.5ヶ月分という従来型の支給方法の場合、その年の基本給の昇給分が賞与に直接反映されるため、総額人件費全体を押し上げてしまうことになります。

そこで、総額人件費の調整は賞与を介して行います。具体的には、固定支給の配分を減らして業績賞与を新設するほか、病院業績や職員個人評価を反映させて、賞与額を変動させる方法が挙げられます。

下記は、年2回の固定賞与を年3回支給に改めたイメージ図です。年3回のうち、夏および冬は固定支給とし、生活補償を目的とします。そして3回目は、年度末に病院業績、目標達成度、総額人件費予算等を踏まえ、変動させて支給します。

このように年3回の支給により、病院業績を職員に意識させることが可能になります。また、職員に支給する賞与の年総額を分散することで、賞与（特に支給額の大きい冬期賞与）支給後に即退職する職員をある程度防ぐこともできます。

