

医療情報  
ヘッドライン

## 経済財政運営と改革基本方針を閣議決定 医療費適正化計画策定など5項目を推進

▶政府

## 「アルコール対策推進基本計画」を初決定 省庁を超え横断的に健康障害を予防・支援

▶政府

経営  
TOPICS

統計調査資料

### 医療施設動態調査（平成28年3月末概数）

経営情報  
レポート

### 2016年診療報酬改定に対応 診療科別改定影響の検証

経営  
データベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:人事評価  

### 育成面接の進め方 評価対象期間の設定

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

## 経済財政運営と改革基本方針を閣議決定 医療費適正化計画策定など5項目を推進

政府は6月2日、政府の骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針 2016）を閣議決定した。骨太方針とは、同日に開催された経済財政諮問会議と産業競争力会議の合同会議で取りまとめられた、経済再生と財政再建を目指す政府の基本方針である。

今回の骨太方針には、副題に「経済再生なくして財政健全化なし」との文言を入れた上で、新たな財政健全化計画が盛り込まれた。

なお、成長戦略（日本再興戦略 2016）も同日、閣議決定された。

### ■国民皆保険・皆年金を維持し、次世代に

#### 引き渡すことやがん検診受診率の向上を加筆

骨太方針では、「消費税率の10%への引上げを2019年10月まで2年半延期するとともに、2020年度の基礎的財政収支（プライマリーバランス＝PB）を黒字化する目標を堅持する」と明記された。

また、社会保障の基本的な考え方として、「世界に冠たる国民皆保険・皆年金を維持し、次世代に引き渡すことを目指す」と加筆されている。

社会保障関係費は、過去3年間の安倍政権の実質増加額とほぼ同ペースの年5000億円に抑える方針も掲げたが、歳出総額に上限目標を設けることは見送られた。

医療分野では、推進する取り組みとして、

- ①医療費適正化計画の策定、地域医療構想の策定等による取り組み推進
- ②医療費の増加要因や地域差の更なる分析、医療・介護データを連結した分析

### ③データヘルスの強化

#### ④健康づくり・疾病予防・重症化予防等の取り組み推進

#### ⑤人生の最終段階における医療のあり方の5項目が打ち出された。

また、後発医薬品の数量シェアを18年度から20年度の間、なるべく早期に80%以上とする目標も示している。

このほか、健康づくり・疾病予防等の取り組み推進に関して、「がん検診受診率のさらに高い目標を設定し、特に国際的にも受診率の低い女性特有のがん等に関する検診の受診率向上を図る」と加筆した。

### ■地域偏在・診療科偏在対策について

#### 「規制的手法」の文言を削除

現在論議の的になっている新・専門医制度・医師需給対策問題に関しては、5月18日の諮問会議で議論された素案の「規制的手法も含めた地域偏在・診療科偏在対策を検討する」との記載から、「規制的手法を含めた」の文言が削除された。

最終的に、「実効性のある地域偏在・診療科偏在対策を検討する」と修正されている。

安倍首相は会議後、「財政再建の旗は降ろさない。『経済再生なくして財政健全化なし』との基本方針に変わりはなく、2020年度の財政健全化目標をしっかりと堅持する。歳出、歳入両面の改革を強力に進めたい」と述べている。

地方経済の活性化を目指すローカル・アベノミクスを推進する方針も盛り込んだ。

## 「アルコール対策推進基本計画」を初決定 省庁を超え横断的に健康障害を予防・支援

政府は5月31日の閣議で、平成26年施行されたアルコール健康障害対策基本法（アル法ネット）に基づき、アルコール健康障害対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、初めての「アルコール健康障害対策推進基本計画」を決定した。

日本には、「未成年者飲酒禁止法」「酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律」など、飲酒の規制や酩酊者の保護に関する法律はあるものの、多岐にわたるアルコール関連問題への包括的な施策を定めた法律はこれまで存在しなかった。また、関連する5省庁もアルコール飲料や飲酒問題に関与する際は、それぞれが個別に動いており、統括する監督官庁が存在しない状態であった。

基本計画は、アルコールによる健康障害を減らすため、今後5年間で生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をする男性の割合を13%に、女性の割合を6.4%にそれぞれ減らすことなどを目標に掲げた基本計画が盛り込まれている。

### ■支援体制を整備するため、全都道府県に 相談拠点と専門医療機関の設置を目指す

基本計画では、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、アルコールによる健康障害の発生を予防することや、予防や相談から治療、回復まで、切れ目のない支援体制を整備することを重点課題に位置づけている。

その上で、今後5年間で生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をする人の割合を、男性は一昨年の15.8%から約3%減、女性は8.8%から2.4%減にそれぞれ減らすことや、すべての

都道府県に相談拠点とアルコール依存症の専門医療機関を設けることを目標に掲げた。

政府は、今後、すべての都道府県が地域の実情に即した基本計画を策定することを促すなどして、地方自治体や事業者、関連団体などとも連携しながら対策を進めることにしている。

### ■アル法ネットの制定までの経緯

平成24年3月、「アル法ネット」制定の要望に応え、超党派による「アルコール問題議員連盟」が基本法の中身の検討に着手した。その後、関連省庁（厚生労働省・国税庁・警察庁・法務省・文部科学省など）や、医療など専門家・当事者・家族・市民団体、酒類業中央団体連絡協議会へのヒアリングを重ね、11月にまとまったのが「アルコール健康障害対策基本法骨子（案）」である。タイトルには「アルコール健康障害」が使われているが、内容はアル法ネットの基本法コンセプトを体現したものになっている。

### ■「アル法ネット」の基本法コンセプト

WHO（世界保健機関）の「世界戦略」で提唱された対策を実施するための、国としての基本路線を定めることである。そこで、アル法ネットでは、WHOの考え方に沿って「アルコールの有害な使用の低減」をめざし、最新のエビデンスを基本にした対策が行われることに決まった。さらに「教育・啓発・研修の充実」と「国によるアルコールの社会規制システムづくり」の実現のため、地域における「関係機関の連携」を重視し、省庁横断的な「総合的で連携した対策」を行っていくことも確認しあった。

# 医療施設動態調査 (平成28年3月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 16 施設の減少、病床数は 1,569 床の減少。  
 一般診療所の施設数は 55 施設の増加、病床数は 422 床の減少。  
 歯科診療所の施設数は 76 施設の増加、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
	平成28年3月	平成28年2月			平成28年3月	平成28年2月	
総数	178 418	178 303	115	総数	1 667 351	1 669 342	△ 1 991
病院	8 453	8 469	△ 16	病院	1 562 050	1 563 619	△ 1 569
精神科病院	1 063	1 063	0	精神病床	335 573	335 693	△ 120
一般病院	7 390	7 406	△ 16	感染症病床	1 829	1 827	2
療養病床を 有する病院(再掲)	3 837	3 843	△ 6	結核病床	5 423	5 485	△ 62
地域医療 支援病院(再掲)	508	507	1	療養病床	328 703	328 957	△ 254
				一般病床	890 522	891 657	△ 1 135
一般診療所	101 162	101 107	55	一般診療所	105 227	105 649	△ 422
有床	7 766	7 811	△ 45				
療養病床を 有する一般診療所 (再掲)	1 011	1 016	△ 5	療養病床 (再掲)	10 256	10 292	△ 36
無床	93 396	93 296	100				
歯科診療所	68 803	68 727	76	歯科診療所	74	74	0

## 2 開設者別にみた施設数及び病床数

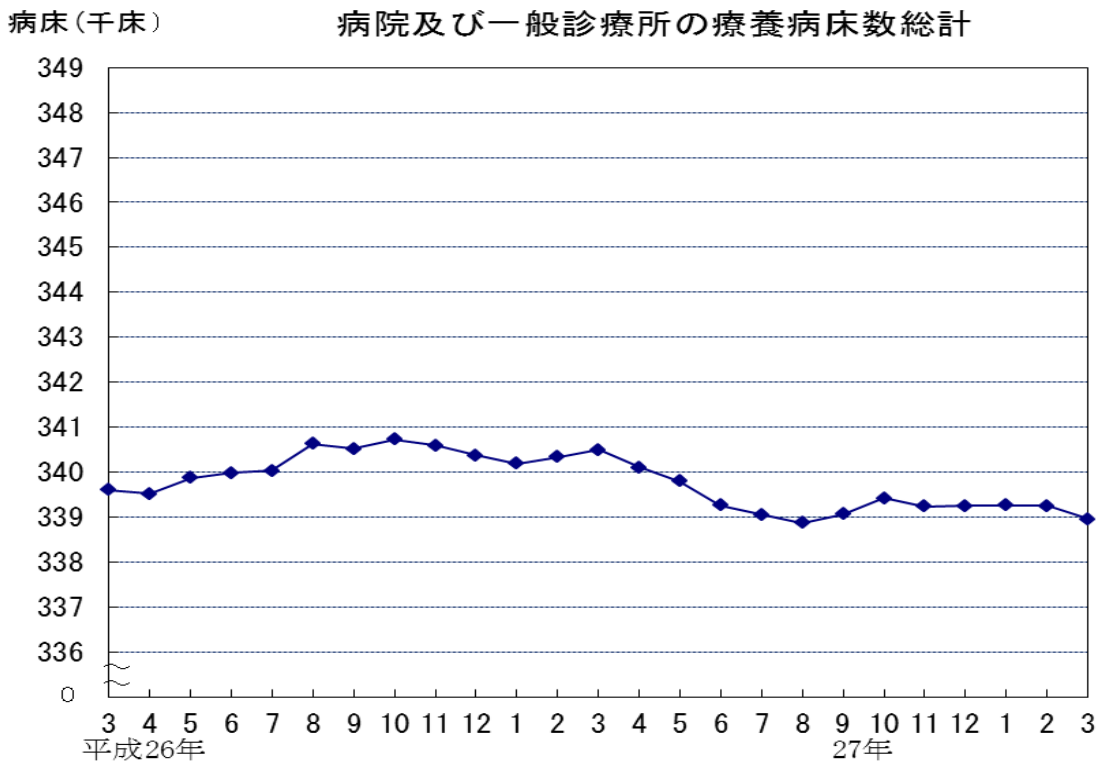
平成 28 年 3 月末現在

	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	8 453	1 562 050	101 162	105 227	68 803
国 厚生労働省	14	4 957	26	-	-
独立行政法人国立病院機構	143	54 726	-	-	-
国立大学法人	47	32 698	144	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 065	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	9	4 305	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	16 189	1	-	-
その他	23	3 392	366	2 210	3
都道府県	198	54 354	260	188	7
市町村	639	135 389	2 999	2 321	270
地方独立行政法人	92	35 183	17	-	-
日赤	92	36 334	214	19	-
済生会	79	21 892	53	-	1
北海道社会事業協会	7	1 785	-	-	-
厚生連	106	33 623	71	47	1
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 970	317	-	2
共済組合及びその連合会	43	13 844	162	9	5
国民健康保険組合	1	320	17	-	-
公益法人	236	58 689	560	295	119
医療法人	5 743	860 963	40 663	76 570	13 134
私立学校法人	110	55 413	183	65	17
社会福祉法人	201	34 457	9 235	314	30
医療生協	83	13 789	314	267	51
会社	46	10 796	1 902	10	11
その他の法人	186	38 721	698	295	97
個人	255	25 196	42 957	22 598	55 053

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計



「医療施設動態調査(平成28年3月末概数)」の全文は、  
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。

# 2016 年診療報酬改定に対応 診療科別改定影響の検証

## ポイント

- 1 今次改定の基本的考え方と注目点
- 2 内科・小児科はかかりつけ機能の充実
- 3 整形・耳鼻科・皮膚科は減額予想で戦略再構築
- 4 在宅医療の評価変更と有床診の加算新設



### ■参考文献

2016年5月号 CLINIC BAMBOO

特集 「2016年度診療報酬改定 診療科・機能別の打つべき一手はこれだ」

平成28年3月4日版 「平成28年度診療報酬改定の概要」

厚生労働省 保険局 医療課長 宮崎 雅則氏資料

# 1 今次改定の基本的考え方と注目点

## ■ 今次改定の基本的視点

今次改定では、地域で暮らす国民を中心とした質が高く効率的な医療を実現するために「病床・外来の機能分化・連携」や「かかりつけ医機能」等の充実、「イノベーション」や「アウトカム」等の重視という基本的視点が示されました。国が目指す 2025 年に向けた地域包括ケアシステムの実現に向けて、明確なメッセージが込められた改定といえます。

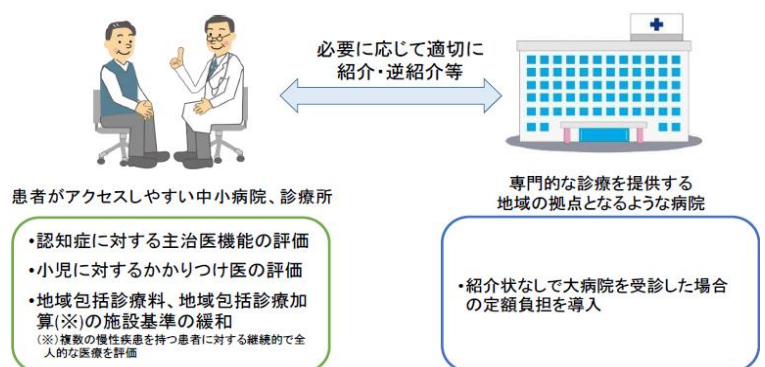
### ◆ 改定の基本的視点

- 視点 1 ⇒ 「地域包括ケアシステム」の推進と「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進める
- 視点 2 ⇒ 「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現する
- 視点 3 ⇒ 重点的な対応が求められる医療分野を充実する（イノベーション、認知症等）
- 視点 4 ⇒ 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める（アウトカム評価試行導入等）

2018 年には介護報酬との同時改定が控えているため、今次改定はその前哨戦と位置づけて大きな影響はないとみている医療機関も多くありますが、今回の改定を軽視すると今後の方向性を見失う結果になりかねません。そこで、今次改定の注目点を以下に解説します。

## ■ 外来の機能分化・連携の推進

外来においては、かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ地域医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立すべく、新たな仕組みが導入されました。具体的には、大病院に対し紹介状を持たずに受診した患者に対する 5,000 円以上の定額負担導入等により、診療所を中心とする「かかりつけ医機能」の充実が図られています。



出典：平成 28 年度診療報酬改定の概要  
(厚生労働省保険局 医療課長 宮寄雅則氏資料)

## ■ 小児医療は継続性のある小児科外来診療を評価

小児医療では、乳幼児期から学童期まで、継続性のある小児科外来診療を評価するとともに重症小児等の診療に積極的に取り組んでいる入院・在宅医療が評価されました。

小児かかりつけ医として携わる幼児期までの継続的な診療を評価するため、小児かかりつけ診療料が新設されたことにより、小児患者を取り巻く地域の勢力図に大きな影響を与えることが予想されます。これまでは、小児外来診療料として算定が 3 歳未満に限られていましたが、新設により就学前まで延長して算定が可能となったためです。



## 2 内科・小児科はかかりつけ機能の充実

### ■ かかりつけ機能の評価に認知症追加

#### (1) 認知症地域包括診療料(加算)の概要

前回改定では、複数の慢性疾患（高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病）を有する患者を対象とした地域包括診療料が新設されました。このうちの認知症を独立させたものが、今回新設された「認知症地域包括診療料（加算）」です。

認知症にかかる主治医機能強化をねらいとし、今次改定の重点課題である「重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点」における「認知症施策推進総合戦略を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価」に対応しています。

主な要件は、下記のとおりです。

#### ◆ 認知症地域包括診療料の施設基準等

<p>(新設) 認知症地域包括診療料 (月1回) 1,515点</p> <p>●対象施設 200床未満の病院及び診療所 地域包括診療料届出医療機関であること</p> <p>●対象患者 下記のすべてを満たす患者</p> <p>①認知症以外に1以上の疾病（疑いは除く）を有する者</p> <p>②同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていない患者</p> <p>(イ) 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの</p> <p>(ロ) 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬をあわせて3種類を超えて含むもの</p> <p>●施設基準（診療所抜粋）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・在宅医療の提供及び24時間の対応を実施している旨を院内掲示</li><li>・下記すべてを満たすこと</li></ul> <p>(イ) 時間外対応加算1を算定</p> <p>(ロ) 常勤医師が2人以上在籍</p> <p>(ハ) 在宅療養支援診療所</p>	<p>(新設) 認知症地域包括診療加算 (1回につき) 30点</p> <p>●対象施設 診療所のみ 地域包括診療加算の届出医療機関であること</p> <p>●対象患者 同左</p> <p>●施設基準 同左</p>
--	---

#### (2) 診療所に対する影響の検証

内科・胃腸科を標榜し「地域包括診療加算届出診療所」の届出を行っている当社クライアントで検証したところ、月間総レセプト件数1,120件のうち認知症患者は87件でした。

### 3 整形・耳鼻科・皮膚科は減額予想で戦略再構築

#### ■ 維持期リハビリテーション料は減額に

#### (1) 維持期リハビリテーションは「100分の60」へ見直し

今次改定により、運動器リハビリ中心の整形外科診療所は収入減となります。要介護被保険者を対象とした維持期リハビリテーションについては、介護保険へ移行させることが決まっております。平成28年3月末までの経過措置となっていました。平成30年3月末に延長されることが決まりました。維持期リハビリテーションとは、急性期や集中的なリハビリ期を過ぎて、緩やかな回復時期に入った患者に対し、後遺症を抱えるなかで、機能の回復と生活の質を向上させるリハビリテーションです。

今回、脳血管疾患や廃用症候群（過度な安静や、長期間動かさないでいることで生じる障害）、運動器リハビリテーション料については一般患者の10%の減額でしたが、40%の減額に引き下げられました。さらに機能予後の見通しの説明、目標設定等支援管理料を算定しない場合は、さらに10%減額となりますので、今後アウトカム評価が重要になります。

#### ◆ 運動器リハビリテーション料の点数見直し

	一般患者	要介護被保険者	目標設定等支援なし
(Ⅰ)	185点 (+5点)	<u>111点 (▲74点)</u>	111点 × 90/100 = 100点
(Ⅱ)	170点 (±0点)	<u>102点 (▲68点)</u>	102点 × 90/100 = 91点
(Ⅲ)	85点 (±0点)	<u>51点 (▲34点)</u>	51点 × 90/100 = 46点

\*運動器：骨・関節・筋肉・神経などの身体を支えたり動かしたりする組織・器官の総称

#### (2) 診療所への影響検証

要介護被保険者における維持期リハビリテーション料の影響を試算しました。1日の患者数を50人と仮定した(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)それぞれの減収額は、次のとおりです。

(Ⅲ)は17,000円の減収ですが、(Ⅰ)(Ⅱ)を算定している診療所においては、改定幅が大きいことから1日当たり26,000円の減収に、また1ヶ月23日稼働と仮定すると、598千円の減収になります。維持期リハビリテーション料の算定件数比重が高い診療所においては、戦略の見直しを図る必要があります。

#### ◆ 維持期リハビリテーション料に関する減収額

	2014年改定	2016年改定	減収額の試算		
			減少点数	患者数	減収額(円)
(Ⅰ)	163点	<u>111点</u>	52点	50人	26,000円
(Ⅱ)	154点	<u>102点</u>	52点	50人	26,000円
(Ⅲ)	85点	<u>51点</u>	34点	50人	17,000円

## 4 在宅医療の評価変更と有床診の加算新設

### ■ 在宅医療は「患者数」「重症度」「回数」で細分化

#### (1) 重症者と居宅への個別訪問がポイント

今次改定のポイントは、在宅時医学総合管理料（在医総管）の算定が「入居患者数」「患者の状態」「訪問回数」の組み合わせで細分化され、訪問パターンによって評価が変わった点です。

また個人宅と同様に見なされ在宅時医学総合管理料（在医総管）を算定できていた有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームが「施設」というカテゴリーになり、特定施設入居時等医学総合管理料（施設総管）に変更されました。

#### ◆ 施設の範囲の見直し

在宅時医学総合管理料から施設入居時医学総合管理料へ拡大（下記⑤⑥⑦）

- ① 養護老人ホーム
- ② 軽費老人ホーム
- ③ 特別養護老人ホーム
- ④ 特定施設
- ⑤ 有料老人ホーム（拡大）
- ⑥ サービス付き高齢者向け住宅（拡大）
- ⑦ 認知症グループホーム（拡大）

#### (2) 診療所への影響検証

戸建の患者で重症以外の患者を月2回診療しているケースでは、次のような結果となりました。

ケース1（戸建）は、改定前と同様に在宅時医学総合管理料（在医総管）を算定できますが、入居患者数によって点数が区分されました。

戸建の場合は一律42,000円でしたが、重症患者の場合は46,000円と4,000円引き上げた一方、重症患者以外は3,800円と引き下げられたため、4,000円の減収となります。

#### 【ケース1：機能強化型ではない在宅療養支援診療所】

##### ● 戸建で重症以外の患者を月2回訪問しているケース

	改定前の診療点数		改定後の点数 (重症患者以外で月2回訪問)			改定前と 改定後の差額
			1人	2～9人	10人以上	
単一建物の人数	人数細分化なし		1人	2～9人	10人以上	—
在宅時医学総合 管理料（在医総管）	同一建物 以外	4,200点	3,800点	2,100点	1,100点	▲400点

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

# 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: 人事評価



## 育成面接の進め方

人事評価の結果を職員にフィードバックし、能力開発へつなげる方法について教えてください。



育成面接は、能力開発の締めくくりの話し合いとして位置づけられます。一定期間の経過後、スタッフ一人ひとりの目標に対する成果について評価を行います。

この際、評価結果だけでなく、その結果に至った要因をスタッフにフィードバックし、事態の改善やさらなる動機づけを行わなくてはなりません。

### ■育成面接の進め方

手順	ポイント
リレーション作り	まずスタッフが何でも話せるような雰囲気作りと信頼関係作りをする。そのため、今期の労をねぎらい、今までの業務を認め、スタッフに関心を持っていることを示し、最近の仕事の状況を聴くことから始める。たとえ今期の働きぶりが良くなかったとしても、最初から脅かす態度や咎めるような態度があれば、スタッフは何も話さなくなる。
スタッフの自己評価をきく	今期の自己評価を確認し、結果についてのスタッフの考えを聴く。結果だけでなく、プロセスについても十分耳を傾ける。「この点については、どう考える?」というように質問をし、その中からスタッフの優れている点や改善点についてスタッフが気付いているところ、気付いていないところを把握する。
管理者の評価を述べる	具体的事実と評価基準に基づいて、管理者の評価をはっきり伝える。
優れていた点を伝える	管理者の評価を伝えた後、例え評価が低かったときでもプロセスに優れていた点があれば、積極的に認める。スタッフが自分の優れていた点に気付いていない点があれば、特に積極的にフィードバックする。管理者はスタッフが努力したことも、当たり前と思いがちだが、当たりのこともきちんと認めることが必要である。評価を巡って、スタッフとの間に摩擦がある場合は、①プロセスでスタッフの優れていた点を十分認めていたかどうか、②スタッフへの関わりや指導が不十分であったかどうか、を考えてみる必要がある。
改善点を明確にする	評価結果から改善を促す点を明確にし、どう改善していくかについてスタッフと十分に話し合いをする。ここで留意しなければならないことは、「こうしなさい」「あしなさい」と指示・命令をするのではなく、スタッフ自身に問題点を気付かせ、それをどう改善するか、そのためには何をするかを考えさせることである。
育成点を話し合う	育成点について話し合う。管理者の考えを押しつけるのではなく、あくまでも2人で考え、解決していくという姿勢を持つ。スタッフの優れた点を強化し、自己肯定感を持たせること、スタッフに改善の方向と具体的な方法を気付かせ、改善意欲を持たせること、そしていつからどのように始めるのか、具体的に合意することが必要となる。
クロージング	最後に今回話し合ったこと、合意したことをスタッフにまとめさせる。管理者からは期待していること、共に歩いていくことを伝え、激励する。

## 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: 人事評価



### 評価対象期間の設定

人事評価を行うに当たって、評価期間をどのように設定すればよいのでしょうか。



人事評価の目的により様々ですが、昇給については過去1年間、賞与については過去6ヶ月間（賞与算定期間にあわせて）を対象期間とするのが一般的です。

評価項目としては、情意評価と成績評価は年2回、能力評価は年1回実施します。

#### ①昇給のための人事評価

昇給は通常年1回行われます。例えば、4月1日付けで昇給を実施するときは、そこまでの1年間（前年の4月1日～当年3月31日）を対象として、主に能力評価を実施します。

#### ②賞与のための人事評価

賞与支給は、年2回～3回の支給日と算定期間を決めるのが一般的です。例えば夏期賞与の場合、6月15日を支給日として、当年1月～6月までを算定期間とします。

人事評価の対象期間も賞与の算定期間と同一とし、評価期間中の情意評価と成績評価を実施します。

#### ③昇進・昇格のための人事評価

昇進・昇格の実施に先立つ1年間を人事評価の対象とします。評価項目はすべてを対象とし、総合的に鑑みる必要があります。

#### ④評価回数や評価時期の例

【評価時期事例】

評価月	支給月	目的	評価期間	評価対象
3月	6月	夏季賞与	9月1日～2月28日	情意、成績
9月	12月	冬期賞与	3月1日～8月31日	情意、成績
3月	4月	昇給・昇格	4月1日～2月28日	情意、成績、能力

【評価スケジュール事例】

