

2013.9.17

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

産婦人科・産科施設、小児科、共に連続減少
「2012年の医療施設調査・病院報告」集計

厚生労働省

正規看護職の70%給与に不満
病院勤務の看護職の賃金に関する調査

日本看護協会

2 経営TOPICS

統計調査資料
最近の医療費の動向(平成25年3月号)

3 経営情報レポート

人口減少社会を迎えて全世代型へ
社会保障制度の再構築

4 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
収入損失の要因
医事担当職員のレベルアップ

発行



京都税理士法人
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

本社 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
滋賀支社 滋賀県草津市野路1-4-5 センゾビル BLDG ZEN 5F
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540
大阪支社 大阪市北区梅田1丁目1番3 大阪駅前第3ビル31F
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578

産婦人科・産科施設、小児科、共に連続減少 「2012年の医療施設調査・病院報告」集計

厚生労働省は9月4日、2012年10月1日時点で産婦人科・産科を持っている病院の数は2011年より8施設少ない1387施設だったと発表した。

訴訟のリスクが高く、医師不足が続いている産婦人科・産科病院は、10年前と比較すると363施設減少し、産科や産婦人科のある病院が減るのは22年連続で、率にして21%の減少となった。

また、小児科も43施設減の2702施設で19年連続の減少となり、いずれも過去最少を更新している。

この調査は、厚生労働省が毎年全国の病院が標榜する診療科を対象とした調査である「2012年の医療施設調査・病院報告」の集計結果によるもので、昨年10月時点でおよ

そ8500施設を対象にした調査をまとめた。

病院数全体も1年間で40施設減少し、8565施設となった。一方、人口10万人あたりの病院の医師数は全国平均で「159・1人」となり、前年より3人増えた。都道府県別の最多は「227・2人」の高知で、最少は「109・9人」の埼玉であった。

同省は「少子化による出生数減少や医師不足に加え、夜間・休日の患者集中や訴訟リスクの増大などの厳しい労働環境が影響していることのほか、地域で拠点となる病院に医師を集約させているため」と分析している。

同省はその対策として、小児科や産科などの診療報酬を加算したり、地域での医師の確保に補助金を出したりなどして、診療科による偏りを緩和していくことにしている。



正規看護職の70%給与に不満 病院勤務の看護職の賃金に関する調査

病院の看護師(正規職員・フルタイム勤務・非管理職)の約7割(69.8%)が給与水準に不満を抱いていて、そのうち48.9%と半数近くが離職を検討中であることが明らかになった。これは公益社団法人日本看護協会(日看協)が9月4日にまとめた「病院勤務の看護職の賃金に関するアンケート調査」によるもので、同会では今回初めて看護職の賃金に関して調査を実施した。

この調査は、「施設調査」全国の病院の看護管理者(看護部長など)、「個人調査」本会会員、のそれぞれを対象としたものからなり、看護職の賃金の特徴や確保定着・離職防止との関連性に着目して、その課題を明らかにすることなどを目的としている。

全会員から無作為抽出された9507人のうち、調査票が回収できた2252人(23.7%)が対象となっている。この中で、正規職員でフルタイム勤務する非管理職は1322人だった。

調査結果のポイント

年齢による基本給月額の上昇率は、20代前半を100%とした場合、50代前半で145%
離職意向の理由に賃金に対する不満がある場合、実際に看護職で求職(転職活動)している割合は65.0%
定期昇給額に納得していない看護職の56.4%に離職意向
支給される時間外手当に納得していない看護職の58.5%に離職意向
既卒の看護師を中途採用した後に、賃金処遇について「再評価はしていない」病院が74.8%に上る

調査の結果、浮上した課題は、年齢に伴う賃金上昇が低いことや、離職を考えている理由に賃金への不満がある看護職が、より多く求職していることなどが明らかとなった。仕事への要求度が質・量ともに増え、責任の強まりも増している、定期昇給や時間外手当に対する納得感と離職意向との関連性なども見出されたなど、総じて賃金制度の不整備という積年の課題が浮き彫りとなった形で、これらの課題は重いといえる。

回答を細かく分析すると、仕事の「量」と比べて給与が不満だとする回答が67.6%、仕事の「質」と比べて給与が不満との回答が63.0%と、どちらも半数を超えている。

また、自らの看護の能力と比べて不満だと答えたのは47.6%、経験年数と比べて不満と答えたのは49.8%だった。ともに「評価されない」「評価しない」といった賃金制度に対する積年の問題があり、給与への不満を抱く理由として、業務の量や内容が原因となっていることがわかる。

正規職員・フルタイム勤務の看護師の年収額(2012年支給分)は、非管理職では519万2417円(平均年齢35.0歳)、中間管理職層(看護師長、副看護師長、主任など)では648万3444円(平均年齢45.5歳)だった。この金額は、他業種の課長や係長クラスの給与水準と比べて低いと、日看協は指摘している。

最近の医療費の動向

平成25年3月号

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
		70歳未満					70歳以上			
		被用者保険		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	(再掲) 75歳 以上				
		本人	家族							
平成20年度	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	1.3	14.8	11.4	1.6
平成21年度	35.3	18.1	10.0	5.3	4.7	8.1	1.3	15.5	12.0	1.7
平成22年度	36.6	18.6	10.3	5.4	4.9	8.3	1.5	16.2	12.7	1.8
平成23年度	37.8	18.9	10.5	5.5	5.0	8.4	1.5	17.0	13.3	1.9
4～9月	18.6	9.3	5.1	2.7	2.4	4.2	0.7	8.4	6.6	0.9
10～3月	19.2	9.6	5.4	2.8	2.6	4.2	0.8	8.6	6.7	1.0
平成24年4～3月	38.4	19.0	10.6	5.6	5.0	8.4	1.5	17.4	13.7	2.0
4～9月	18.9	9.3	5.2	2.8	2.4	4.2	0.7	8.6	6.7	1.0
10～3月	19.5	9.7	5.5	2.9	2.6	4.2	0.8	8.8	6.9	1.0
2月	3.1	1.5	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2
3月	3.4	1.7	1.0	0.5	0.5	0.7	0.1	1.5	1.2	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」の「70歳以上」には、後期高齢者医療の対象（平成19年度以前は老人医療受給対象）となる65歳以上70歳未満の障害認定を受けた者に係るデータが含まれる。

「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、公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	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
平成 20 年度	34.1	27.7	12.8	12.4	2.6	5.4	0.8	0.06	13.6	17.8	2.6
平成 21 年度	35.3	28.5	13.2	12.7	2.5	5.9	0.8	0.07	14.0	18.6	2.5
平成 22 年度	36.6	29.6	14.1	13.0	2.6	6.1	0.8	0.08	14.9	19.0	2.6
平成 23 年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
4～9月	18.6	15.0	7.1	6.5	1.3	3.2	0.4	0.04	7.5	9.7	1.3
10～3月	19.2	15.3	7.3	6.7	1.3	3.4	0.4	0.04	7.7	10.1	1.3
平成 24 年 4～3 月	38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
4～9月	18.9	15.3	7.3	6.6	1.3	3.2	0.4	0.05	7.7	9.8	1.3
10～3月	19.5	15.6	7.5	6.8	1.3	3.4	0.4	0.05	7.9	10.2	1.3
2月	3.1	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.6	0.2
3月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	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ていない。

注 2. 入院時食事療養等に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。

3 医療機関種類別概算医療費

(1) 医療機関種類別医療費

医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計							歯科計	保険 薬局	訪問 看護 ステーション
		医科病院				医科 診療所					
		大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院						
平成 20 年度	1.9	1.1	1.4	4.6	0.0	2.4	14.1	0.3	2.6	5.3	15.9
平成 21 年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	4.2	1.9	0.7	7.9	10.8
平成 22 年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	5.8	1.2	1.8	3.6	11.8
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	6.0	1.6	2.6	7.9	9.5
4～9月	2.9	1.8	2.0	4.5	1.7	2.0	7.1	1.2	2.2	8.1	8.5
10～3月	3.4	2.5	2.7	4.0	2.6	2.7	4.8	2.0	2.9	7.6	10.5
平成 24 年 4～3 月	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	5.9	0.3	1.4	1.3	19.0
4～9月	1.7	1.8	2.4	4.3	2.8	2.0	6.4	0.1	1.9	0.9	17.8
10～3月	1.7	1.8	2.3	3.9	2.4	2.0	5.3	0.5	0.8	1.6	20.1
2月	2.3	2.5	2.0	0.2	2.8	1.7	8.7	3.5	1.7	2.0	14.7
3月	0.8	0.8	1.5	3.6	1.1	1.5	6.4	0.7	1.7	0.3	17.5

注 1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国(独立行政法人を含む)の開設する医療機関、公的医療機関(開設者が都道府県、市町村等)及び社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会等)の開設する医療機関をいう(ただし、医育機関を除く)。

注 2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2) 主たる診療科別医科診療所の医療費

医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科 診療所	診療科								
		内科	小児科	外科	整形 外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成 20 年度	0.3	0.7	2.4	2.4	1.9	2.5	0.2	1.6	1.7	1.5
平成 21 年度	1.9	2.7	0.2	0.7	4.1	0.3	2.3	0.7	2.0	2.4
平成 22 年度	1.2	0.9	2.5	3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	0.1	3.5	2.5	0.3	1.5	0.6	2.5
4 ~ 9 月	1.2	1.1	2.3	0.6	2.9	1.8	1.0	0.5	0.6	1.5
10 ~ 3 月	2.0	1.8	1.6	0.3	4.0	3.3	0.4	2.4	1.6	3.5
平成 24 年 4 ~ 3 月	0.3	0.1	4.5	3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
4 ~ 9 月	0.1	0.3	4.0	3.2	2.1	0.2	1.3	3.1	0.1	1.1
10 ~ 3 月	0.5	0.2	4.9	2.8	1.6	0.0	0.8	4.6	4.2	0.6
2 月	3.5	4.0	15.7	6.1	1.5	0.9	1.4	0.7	0.6	2.5
3 月	0.7	1.7	8.2	4.3	0.7	1.0	0.3	5.8	5.4	0.9

(3) 経営主体別医科病院の入院医療費

1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科病院	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	歯科病院
平成 20 年度	2.9	3.1	2.8	2.6	1.0	0.5
平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9	1.9
平成 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3	3.2
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	2.2
4 ~ 9 月	3.2	2.0	3.8	2.6	3.0	2.4
10 ~ 3 月	3.2	2.4	4.0	2.7	2.0	2.0
平成 24 年 4 ~ 3 月	3.1	5.0	3.6	2.3	2.7	0.8
4 ~ 9 月	3.2	5.6	3.9	2.3	2.2	0.5
10 ~ 3 月	2.9	4.4	3.1	2.3	3.5	1.4
2 月	1.5	0.3	2.6	1.5	0.6	5.6
3 月	2.7	5.1	2.6	2.0	4.1	2.8

注. 1施設当たり医療費は医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

人口減少社会を迎えて全世代型へ 社会保障制度の再構築

ポイント

- 1 現行制度の持続を確保する改革のスタート
.....
- 2 医療・介護サービス提供体制見直しの加速化
.....
- 3 重点化・効率化を進める医療・介護保険制度
.....



1 現行制度の持続を確保する改革のスタート

■ 現行の社会保障を維持するために抜本的改革は不可欠

日本における65歳以上の高齢人口比率は総人口の4分の1となり、これに伴う年金・医療・介護などの社会保障給付は、既に年間100兆円を超える水準に達しています。

この給付を賄うために現役世代の保険料や税負担が増え、またその大部分は国債などによって補てんされていることで、少子化が進んでいる将来世代の負担が大きくなっています。公的債務残高はGDPの2倍を超える状況になっており、現在の負担の仕組みでは社会保障制度そのものが持続できなくなる可能性が極めて高くなっています。

「国民皆保険制度」を柱とする現在の社会保障の枠組みは、「現役世代は雇用、高齢者世代は社会保障」という生活保障モデル（1970年代モデル）です。しかし、1990年代以降の国内外の社会経済状況の変化の中で、これまでの社会保障が前提としていた日本の社会・経済構造は大きく変化を遂げました。

こうした社会経済状況の変化を踏まえ、社会保障制度改革国民会議は、本年8月6日に提出された報告書において、日本の社会保障制度を現在の仕組みから「2025年日本モデル」に再構築し、国民生活の安心を確保することが喫緊の課題と指摘しました。

国民会議の報告書を受けて政府・与党では調整に入り、2017年度までの社会保障制度改革の工程表と位置付ける、次のような「プログラム法案」の骨子を8月21日に閣議決定しました。

社会保障制度改革プログラム法案骨子の概要 ~医療・介護分野抜粋

	主な項目	法案提出・実施予定時期
医療	70～74歳の窓口負担2割へ引き上げ	2014年以降段階的实施
	高額療養費の負担上限引き上げ	2014年度実施予定
	医療提供体制見直し	2014年通常国会に法案提出
	大企業健保の負担増	2015年通常国会に法案提出
	国民健康保険の都道府県移管	2017年度までに実施
高所得者の保険料引き上げ		
介護	軽度者に対するサービスを市町村に	2014年通常国会に法案提出
	高所得者の自己負担増	
	特別養護老人ホームへの軽度者入所制限（要介護3以上）	

本法案は今秋の臨時国会で成立させ、来年の通常国会において医療・介護関連改正法案として提出される予定です。

■ 全世代が負担能力別に支えあう仕組みへの変革

(1) すべての世代が相互に支えあう社会保障への再編

日本の人口高齢化に大きく寄与したのは、社会保障制度の充実であったといえます。

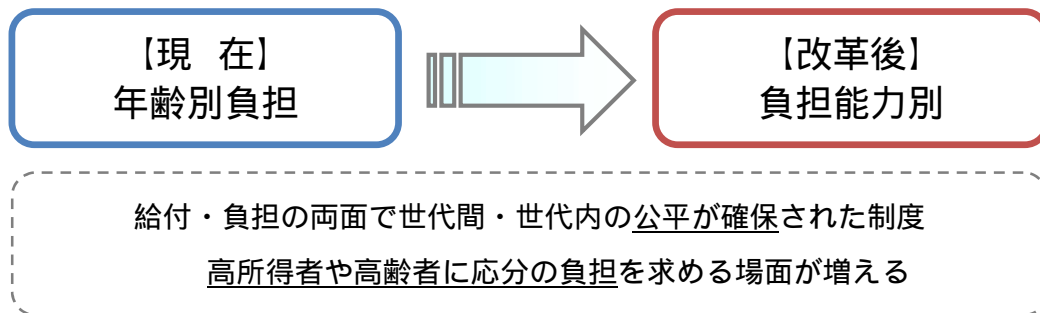
しかし、一方では社会人口構造の変化によって、従来の社会保障の柱としてきた国民皆保険制度を維持することが困難な見通しとなりました。

そのため「2025年日本モデル」の社会保障については、必要な財源を確保した上で、子ども・子育て支援を図ることや、経済政策・雇用政策・地域政策などの施策との連携を前提とします。

非正規雇用の労働者の雇用の安定・処遇の改善を図ること等を始めとして、すべての世代を支援の対象とし、また、すべての世代が、その能力に応じて支え合う全世代型の社会保障とすることで、国民皆保険制度の堅持を果たそうというものです。

そして、社会保障制度の再編・再構築とは、その持続可能性を高め、高度にその機能が発揮されるように、日本の社会保障制度の持つ長所はそのまま活かし、時代に合わなくなった点を見直すことで、これまで以上に良い制度を後代に引き継ぐためのものであり、真に必要な改革を着実にを行うことが求められています。

「2025年日本モデル」社会保障のあり方



報告書において、「2025年日本モデル」の社会保障では、主に高齢者世代を給付対象とする制度から、切れ目なく全世代を対象とする制度への転換を目指すべき、と明記されています。

その際、全世代型の社会保障への転換は、世代間でそれぞれ必要な財源を確保することによって達成を図ること、また、世代内の公平も重要であり、特に他の年代と比較して格差の大きい高齢者については、負担能力に応じて社会保障財源に貢献してもらうことが必要との考え方を前提に、これまでの「年齢別」から「負担能力別」に負担のあり方を切り替え、資産を含め負担能力に応じて負担する仕組みとしていくことが必要です。

2 医療・介護サービス提供体制見直しの加速化

■ 医療・介護分野における改革の方向性

(1) 改革の基本的な考え方

民間主体による医療・介護サービスが提供されている日本の場合、提供体制の改革は、提供者と政府・政策実行側との信頼関係が基盤となります。

しかし、従来行われてきた日本の提供体制への診療報酬・介護報酬による誘導をはじめ、政策的に行われてきた方針の転換は、医療・介護事業経営側からは経営上の不確実性としてとらえられてきたことは否めません。その結果、政策変更リスクに備えて過度に危機回避的な行動につながり、現在の提供体制の形を歪めている一因になっている点を指摘しています。

そのため、病床区分を始めとする医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で対応の努力をすれば円滑な運営ができるという見通しを明らかにすることが、今後の医療・介護サービス提供の担い手にとって、今後の経営方針・計画策定のうえで懸念を軽減する要素になるといえるでしょう。

■ 医療・介護サービスの提供体制改革の枠組み

(1) 病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

国民会議報告書を踏まえたプログラム法案において、医療施設等の確保、およびその有効活用を図り、効率的に質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応し、地域包括ケアシステムの構築を通じて地域で必要な医療を確保するため検討すべき事項として、次のような事項が挙げられています。

医療・介護サービス提供体制に関する検討事項

病床の機能分化・連携および在宅医療・在宅介護の推進

イ) 病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設

ロ) 地域料ビジョンの策定およびこれを実現するために必要な措置(必要な病床の適切な区分設定、都道府県の役割強化等)

ハ) 新たな財政支援制度の創設

ニ) 医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し

地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策

医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し

3 重点化・効率化を進める医療・介護保険制度

■ 医療保険制度の改革に関する考え方

将来にわたって持続可能な医療保険制度の構築に向けて、プログラム法案では、国民会議報告書を踏まえて、次のような事項について検討を加え、必要な措置を講ずることとしています。

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

社会保障制度改革推進法（第6条）は、まず国民皆保険制度の維持の必要性を掲げていることから、「財政基盤の安定化」については、国民皆保険制度の最終的な支え手である国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題として挙げられます。

医療保険制度の財政基盤安定化に係る検討事項

医療保険制度の財政基盤の安定化

イ) 国民健康保険の財政支援の拡充

□) 国保保険者、運営のあり方に関し、保険料の適正化等の取り組みを推進するとともに、イに掲げる措置により、国保の財政上の構造的問題を解決する
国保の運營業務について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の積極的な役割が果たされるような都道府県・市区町村で適切に役割分担

ハ) 健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）附則第2条に規定する所要の措置

■ 介護保険制度の改革に関する考え方

介護保険制度については、地域包括ケアシステムの構築こそが最大の課題だといえます。今後進展する高齢化の中で持続可能性を高めていくために、改革推進法（第7条）において、「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」こと及び「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」することが求められています。

一方で、プログラム法案においては、個人の選択を尊重しつつ、介護予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討など、個人の主体的な取り組みを奨励する方針を示しています。

経営データベース ①

ジャンル: 診療報酬 > サブジャンル: 診療報酬適正化



収入損失の要因

収入損失の要因と聞くとレセプト請求漏れが思い浮かびますが、どのような状況で発生するのですか。



医療機関における収入源とは、診療に対する対価であり、そしてそれを明示しているのは社会保険や国民健康保険に対する支払請求書であるレセプトです。

毎月提出するレセプトには、請求漏れという収入損失が発生しているケースが頻繁に見受けられます。

最も多く見られるのは、次に挙げるようないわゆる請求漏れ、もしくはそれに結びつくリスク要因でもあります。

診療報酬算定に関する知識の不足

請求事務を行う職員が診療報酬体系に定められた請求点数に基づいて、どれだけ事実に基づいて請求できるかがカギとなります。

記載の不備

実施した医療行為について、適正に診療報酬を算定するためには、情報を的確にフィードバックできるシステムが重要です。

転記ミス

情報をフィードバックするシステムでは、転記作業が介在すると、歪曲あるいは誤認された情報が伝達される危険性があります。

伝票類の紛失

情報を伝達する媒体としての伝票類の管理体制の不備は、正確な伝達を困難にします。

院内コンピューターシステムの不備

発生元での情報が誤ってコンピュータに入力され、このエラーをチェックできないシステムの場合、以降の伝達内容はすべて正しく伝わらなくなる危険性があります。

部門間チェック体制の不備

レセプトは事務職員任せにせず、必ず主治医が目を通して、事実に基づく請求がなされていることを確認する仕組みが必要です。



医事担当職員のレベルアップ

医事担当職員の診療報酬算定知識の習得やレベルアップを図るためには、どのような方法が効果的でしょうか。



多くの医療機関では、ちょっとした思い込みや勘違い、職員の知識不足、コミュニケーション不足等により診療報酬算定の機会を逸している項目があります。

戦略的視点に立ち、レセプト及び診療行為別統計表等のチェックを実施して、「適切な診療報酬請求事務の実現」という姿勢に基づき、改善点を明らかにすることが重要です。具体的な対策としては、次のようなものが挙げられます。

1. 請求事務知識と医療現場知識の習得

(1) 医事担当職員 ... 診療報酬請求事務知識及び医療現場基礎知識の習得

医事担当職員は、各部署で何が行なわれているかを自分の目で確かめることが重要です。

(2) 診療部門 ... 診療報酬請求事務知識の理解

月1度の診療報酬適正化委員会(返戻・査定対策会議を含む)の場で、具体的な事例を基にレクチャーするのが効果的です。

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ぶなどにより医事(算定項目)と診療現場(診療行為)のギャップを埋める

診療報酬適正化委員会の機能を発展させ、半年に一度は関連データを整理します。併せて、手術室・中央材料室に配属されている職員を対象とした研修等も必要です。

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知識の習得機会の確保、情報交換の実施

医事担当職員のレベルアップが絶対条件であるとともに、担当部署内でその情報の理解を深めて情報共有化を図り、そして情報を発信するというステップで、業務レベルの向上に取り組むことが重要です。

4. 医事担当職員にかかる教育体制の整備

職員一人ひとりのスキルを確認し、年度目標を設定して評価する仕組みが重要になります。部門統括者はそれらの体制全般を管理しながら、全体のレベルアップを図る必要があります。