

2015.11.17

週刊WEB

発行

税理士法人ゼニックス・コンサルティング

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

技術評価分科会 886 件の提案
次年度改定へ医療技術の評価案を提示

厚生労働省

医療経済実態調査報告～病院1施設あたり 1.2 億円赤字
報酬改定議論は本格段階へ

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 27 年 8 月末概数)

3 経営情報レポート

増加する精神疾患患者への対応
開業医に求められる精神科ケア

4 経営データベース

ジャンル:経営計画 サブジャンル:経営戦略

経営戦略のポイントと必要性

経営管理体制の意義

医療情報 ヘッドライン ①

厚生労働省

技術評価分科会 886 件の提案 次年度改定へ医療技術の評価案を提示

厚生労働省は 11 月 6 日、中央社会保険医療協議会（中医協）の総会を開き、後発医薬品の使用促進に向けて議論した。厚労省は、論点として、「一般名処方加算の見直し」「後発医薬品を銘柄指定し、変更不可の場合には、その理由を処方せんに記載」「院内処方についての後発医薬品の使用を評価」など、計 6 つを提示した。

今年 6 月に閣議決定した「骨太の方針 2015」の「2017 年央に後発医薬品の数量シェア 70%」が、当面の課題となっている。

この日、厚労省は「2014 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（2015 年度調査）の速報案」を議題とし、「後発医薬品の使用促進策の影響および実施状況調査」結果を公表した。毎年度行われているもので、今回の調査対象は保険薬局 703 施設、一般診療所 813 施設、病院数 489 施設、医師 778 人となった。

前回 2014 年度診療報酬改定で、後発医薬品の調剤を促進するため、後発品調剤率が高い方に重点を置いた評価とする【後発医薬品調剤体制加算】の要件の見直し（3段階評価から2段階評価への整理）や、一般名処方が行われた医薬品は、原則として後発医薬品が選択されるよう患者に対し有効性などを丁寧に説明する規定の明確化などの見直しが行われている。

保険薬局調査では、後発医薬品名で処方された医薬品（n=5 万 5,271）の内訳は、次のとおりとなっている。

●「変更不可となっている」15.9%

（前年度調査比 28.9 ポイント減）

●「変更不可となっていない」84.1%
（同 28.9 ポイント増）。

変更不可品目の割合別の施設分布をみると、90%を超える薬局が 40 施設（全体の約 7%）あり、これらの施設のみで後発医薬品変更不可品目数全体の多数を占めている状況となっている。

「全般的に後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる」と回答した薬局以外の薬局（230 施設）が、あまり積極的には取り組んでいない理由は、

●「後発医薬品の品質（効果や副作用を含む）に疑問がある」50.4%

●「在庫管理の負担が大きい」47.4%

●「近隣医療機関が使用に消極的」35.7%
の順（複数回答）となっている。

また、後発医薬品を積極的に調剤していない医薬品の種類は、精神神経用剤、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤が上位となった。

一方、医師調査で、2015 年 4 月以降「変更不可」にチェックした経験のある医師が銘柄指定する理由は、「後発医薬品の銘柄を指定することはない」が最多で、次いで「患者からの希望」、「特定銘柄以外の品質（効果や副作用を含む）に疑問がある」が続いている。

厚労省は、高齢者の多剤投与や残薬の問題への取り組みとして、残薬調整についての医師の指示欄を処方せん様式に設置することや分割調剤の導入などを提案した。多剤投与を減らすための対応も提案され、高齢者に対するきめ細かい処方が求められると予想される。

医療経済実態調査報告 ～病院1施設あたり1.2億円赤字 報酬改定議論は本格段階へ

厚生労働省は11月4日、中央社会保険医療協議会（中医協）に対し、医療機関の経営状況を示す医療経済実態調査を報告した。これは来年度の診療報酬を改定するための基礎データとなり、次期診療報酬改定の議論が行われる。

実態調査は約8500の病院・診療所・保険薬局などを対象に2013～14年度の収支などを尋ね、半数余りから回答を得た。報告によると、1病院当たりの医業収益は37億5千万円、介護収益は400万円だったのに対し、経費は38億7千万円に上り、一施設当たり1億2千万円の赤字になる計算となっている。

病院の損益率（精神科を除く）はマイナス3.1%で2年前の前回調査よりも悪化したほか、診療所と保険薬局も悪化していたが、それぞれ15.5%、保険薬局も7.2%と依然高い収益差を維持している。

保険薬局の利益率は、個人と法人を合わせた全体で前年度比2.1ポイント減の7.2%だった。1店舗を持つ法人の場合は0.0%（前年度比1.7ポイント減）とほとんどない状況であり、2～5店舗なら3.9%（同3.2ポイント減）。一方、6～19店舗の法人は10.0%（同0.3ポイント増）、20店舗以上は11.9%（同1.5ポイント減）と、店舗数が多い法人は2桁の利益率を確保した。

保険薬局の収入源となる調剤報酬は診療報酬の一つであり、報酬全体のマイナス改定をねらう財務省が特に大幅削減を求めている。

大手の調剤薬局チェーンは多くの店舗を持って販路を広げており、大病院や診療所の処方箋を主に扱う門前薬局となって、効率的に利用者を集めていることも事実である。

厚労省では検討会を立ち上げ、ようやく見直しが始まったばかりであるが、薬局の役割を「健康情報拠点薬局」として日本再興戦略に盛り込み、次のような点などをまとめている。

- ① 医薬分業に徹する
- ② セルフメディケーションを推進する

11月6日、塩崎厚生労働大臣は閣議後の記者会見で「実調結果」について次のようにコメントした（要旨）。

● 薬局や診療所などの利益率が高いという結果について～

「収支は全体として悪化している模様だが、内閣としては予算編成の過程で、具体的な診療報酬改定率について検討していきたい」

● 厚労省として現段階の改定率へのスタンスについて～

「国民にとって安心できる医療が確保できるのか、社会保障が全体としてもしっかりとしたものとして皆様方に受け入れられていただけるのかというのが大事。それを予算、つまり財政的にもきちっと持続可能なものとしていく必要があるため、そのような形で、最終的に皆様の御意見を集約していきたい」

医療施設動態調査 (平成27年8月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 2 施設の増加、病床数は 510 床の減少。
 一般診療所の施設数は 82 施設の減少、病床数は 305 床の減少。
 歯科診療所の施設数は 7 施設の減少、病床数は 1 床の減少。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

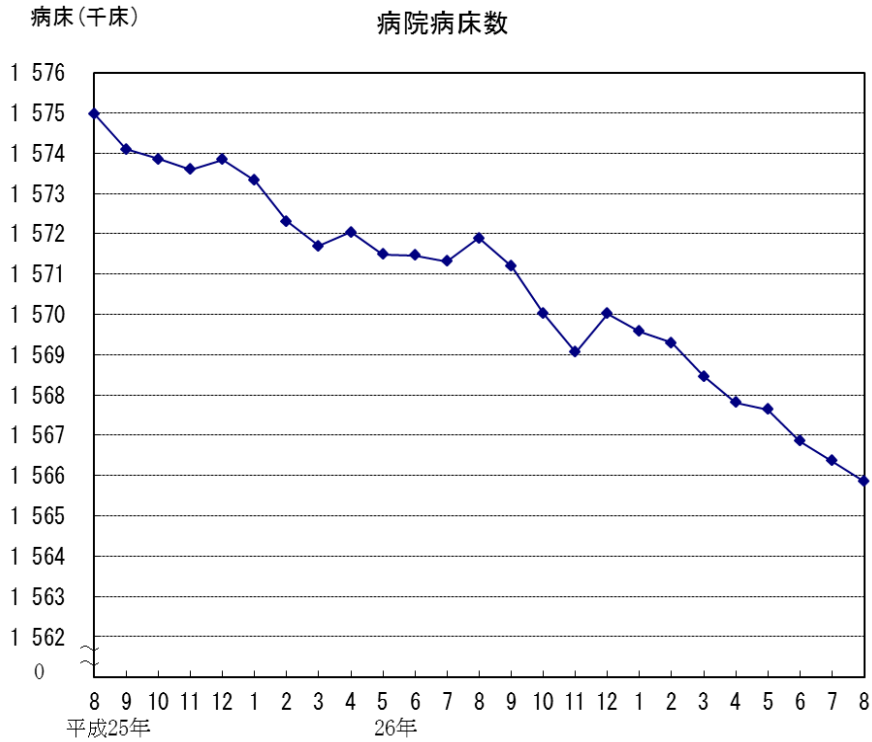
	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成27年8月	平成27年7月			平成27年8月	平成27年7月	
総数	178 146	178 059	87	総数	1 673 866	1 674 682	△ 816
病院	8 479	8 481	△ 2	病院	1 565 857	1 566 367	△ 510
精神科病院	1 064	1 064	-	精神病床	336 485	336 369	116
一般病院	7 415	7 417	△ 2	感染症 病床	1 810	1 810	-
療養病床を 有する病院（再掲）	3 843	3 847	△ 4	結核病床	5 514	5 524	△ 10
地域医療 支援病院（再掲）	499	498	1	療養病床	328 193	328 327	△ 134
				一般病床	893 855	894 337	△ 482
一般診療所	100 950	100 868	82	一般 診療所	107 929	108 234	△ 305
有床	7 990	8 007	△ 17				
療養病床を有する 一般診療所（再掲）	1 053	1 056	△ 3	療養病床 （再掲）	10 679	10 726	△ 47
無床	92 960	92 861	99				
歯科診療所	68 717	68 710	7	歯科 診療所	80	81	△ 1

2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成 27 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	8 479	1 565 857	100 950	107 929	68 717
国 厚生労働省	14	5 352	26	-	-
独立行政法人国立病院機構	143	54 676	-	-	-
国立大学法人	48	32 713	142	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 065	3	-	-
国立高度専門医療研究センター	9	4 327	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	16 223	1	-	-
その他	24	3 605	367	2 213	3
都道府県	199	54 576	261	188	7
市町村	649	136 999	2 973	2 331	266
地方独立行政法人	94	35 315	17	-	-
日赤	92	36 449	214	19	-
済生会	79	21 928	52	-	1
北海道社会事業協会	7	1 785	-	-	-
厚生連	106	33 762	70	64	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	1 966	320	-	2
共済組合及びその連合会	45	14 233	162	9	5
国民健康保険組合	1	320	16	-	-
公益法人	237	59 058	567	303	122
医療法人	5 737	860 043	40 202	77 952	12 865
私立学校法人	111	55 547	182	65	16
社会福祉法人	201	34 555	9 143	324	29
医療生協	83	13 864	315	270	50
会社	49	11 080	1 916	10	11
その他の法人	184	38 301	698	295	97
個人	267	26 115	43 301	23 867	55 240

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計

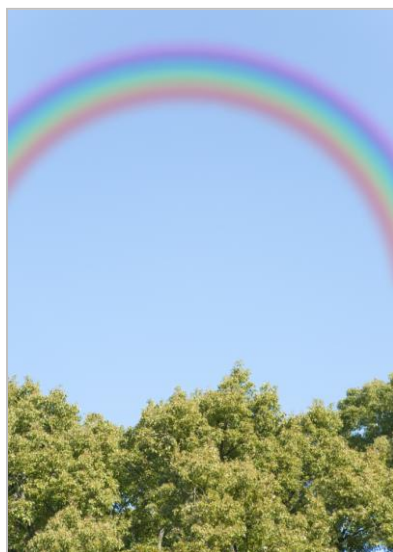


「医療施設動態調査(平成 27 年 8 月末概数)」の全文は、
 当事務所のホームページの「医療経営 TOPICS」よりご確認ください。

増加する精神疾患患者への対応 開業医に求められる精神科ケア

ポイント

- 1 精神疾患患者の増加と適切なケアの必要性
- 2 開業医に必要なうつ病に関する知識
- 3 一般医と精神科医の連携で精神科疾患に対応



1 精神疾患患者の増加と適切なケアの必要性

■「4大疾病」に精神疾患を加え「5大疾病」に

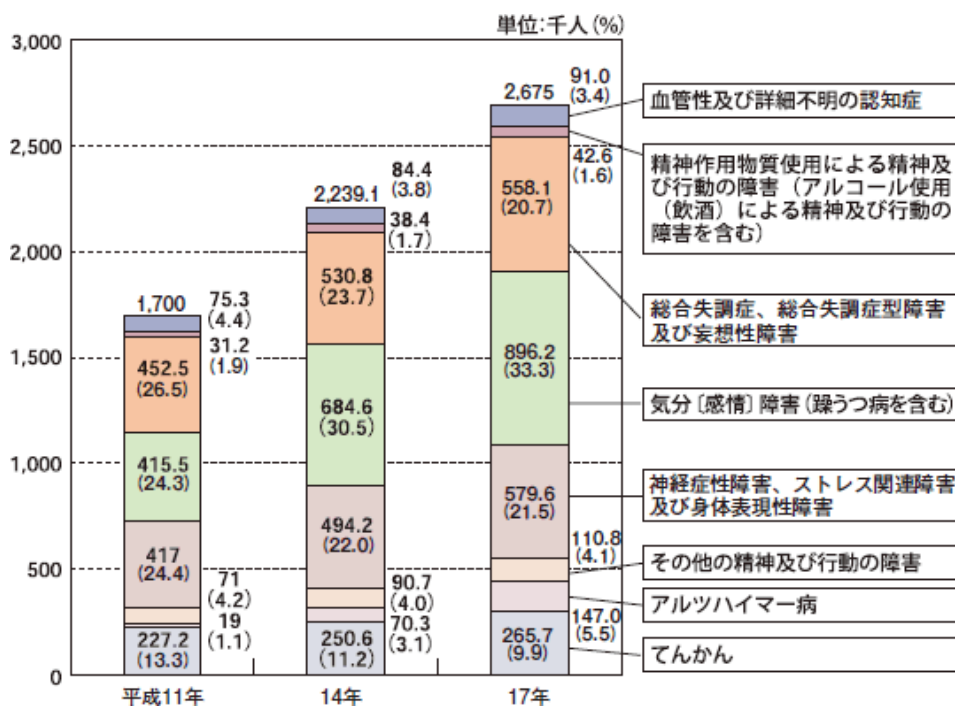
平成24年7月、厚生労働省は、地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾病として指定してきた「がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病」の4大疾病に、新たに精神疾患を加えて「5大疾病」とする方針を決めました。精神疾患が職場でのうつ病や高齢化に伴う認知症の患者数が年々増加していることを背景に、国民に広く関わる疾患として、重点的な対策が必要と判断されています。

疾患別外来等精神患者数のうち、外来及び在宅患者の動向をみると、平成11年からの6年間で最も患者数が増加したのが、躁うつ病を含む気分障害で、その数は45万人、平成17年における占有率は33.3%となっています。次いで、高い増加傾向を示しているのがストレス関連障害の16万人で、いずれもいわゆる現代病といわれる特異性を示しています。

また認知症関連疾患は、9万4千人(平成11年)から23万8千人(同17年)へと増加し、全疾患の9%を占めています。以降の認知症患者数は飛躍的に増加しており、これまでの国の推計を1.3倍ほど上回る状況で急増していることが確認されています。

平成22年における認知症患者数は、全人口の2.1%に当たる268万人という驚くべき数を示しています。増加傾向は今後さらに強まり、人口の減少とも相まって、平成62年(2050年)には全人口比3.6%に相当する343万人、実に26人にひとりが認知症患者になると予測されています。

■疾患別外来等精神患者数推移(平成11年～17年)



注1: 疾患名については調査時点のものである

注2: 「精神障害者・在宅」とは外来の精神疾患患者である

資料: 厚生労働省「患者調査」より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

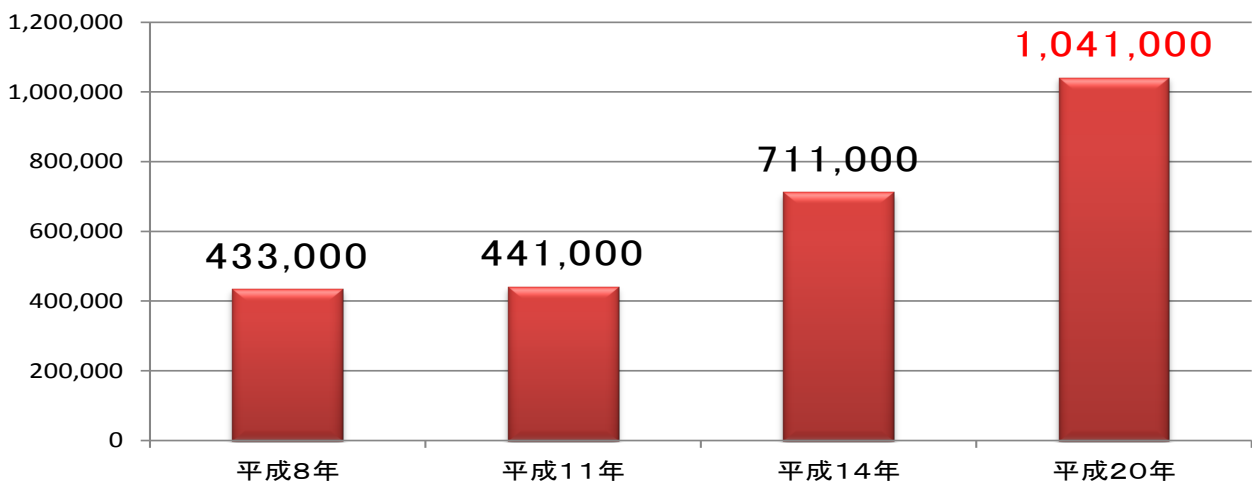
2 開業医に必要なうつ病に関する知識

■ 開業医に必要な基礎知識 ~10年で2.4倍となったうつ病

平成21年12月、厚生労働省が3年ごとに実施している患者調査において、抑うつなどの症状が続くうつ病の患者(躁うつ病を含む)が、初めて100万人を超えたことが報告されました。こうした状況の下、うつ病は現代社会において、多くの患者がある病気として認知されるとともに、休職制度や障害手当金、障害年金などの受給者数も大幅に増加しています。

■ うつ病患者数推移

(単位：人)



(1) 急増する新型うつ病の背景

従来、うつ病はその症状や病気になる過程によって「メランコリー型」と「双極性障害」に分類されていましたが、旧来のうつ病に「気分変調症」と「非定型うつ病」を加えた「新型うつ病」として、4つに分類されるようになりました。

その主な症状は、以下のとおりです。

- ① 自分の好きな仕事や活動の時だけ元気になる
- ② うつ病で休職することにあまり抵抗がなく、逆に病気を利用する傾向にある
- ③ 身体的疲労感や不調感を伴うことが多い
- ④ 自責感に乏しく、他罰的で会社や上司のせいにしがち
- ⑤ どちらかというとも真面目で負けず嫌いな性格

特に「嫌な時だけ気分が悪くなる」「自分でなく他人の責任にする」といった傾向が顕著であり、20～30代前半の比較的若い世代に発症するため、逃避型や回避型とも呼ばれています。うつ病患者が急増した背景には、従来の診断基準に加えて、気分変調症及び非定型うつ病の診断基準が加わったことによる基準の拡大が原因として挙げられます。

また、これに伴い労働困難者に対する障害年金受給者も増加し、平成20年には精神の障害による受給者数が85万人となり、障害年金の請求手続きの代理を目的として、社会保険労務士の元を訪れる患者も増えています。

(2)メンタルヘルス不調職員も受給できる障害年金

障害年金には障害基礎年金（国民年金）と障害基礎年金、および障害共済年金があり、どの障害年金を請求できるかは、障害の原因となる傷病の初診日においてどの年金制度に加入していたかで決まります。精神障害の認定基準（国民年金・厚生年金保険障害認定基準）によると精神障害は、以下のように区分されます。

●統合失調症、統合失調型障害及び妄想障害	●てんかん
●気分（感情）障害	●知的障害
●症状性を含む器質性精神障害	●発達障害



1級	日常生活の用を弁することを不能ならしめる程度のもの
2級	日常生活が著しい制限を受けるか、または日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
3級	労働が著しい制限を受けるか、または労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの、および労働が制限を受けるかまたは労働に制限に制限を加えることを必要とする程度の障害を有するもの
傷病手当金	労働が制限を受けるか、または労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの

このように、うつ病（気分障害）といった精神障害があっても、障害者雇用促進法により障害者の雇用改善が進められ、就労中でも当該年金は受給が可能となっています。

そのため、メンタルヘルス不調で精神障害を発症した職員も、障害年金を受給できる場合があります。

3 一般医と精神科医の連携で精神科疾患に対応

■ リエゾン精神医学の強化

リエゾン精神医学（Liaison psychiatry または、Consultation Liaison Psychiatry）とは、一般の身体医療の中で起こる様々な精神医学問題に対して、医師を含む医療スタッフと精神科医が協働してあたる治療・診断やシステムです。

うつ病や認知症などの精神疾患以外にもこの仕組みが取り上げられており、最近では、がん患者などにも広く適用されるようになってきました。

(1) 地域包括的に対応する精神疾患医療計画

厚生労働省は、平成 22 年に公表した精神疾患に関する医療計画の中で、地域包括的に対応する重要性を説き、その目指すべき方向を明確に示しています。

■ 精神疾患患者やその家族等に対する方針

- ① 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
- ② 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制
- ③ 症状がわかりにくく変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
- ④ 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制
- ⑤ 医療機関等が、提供できるサービスの内容や実績等についての情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービスを利用しやすい環境

(2) 一般医と精神科医との連携構築事例

この医療計画に基づき、うつ病の早期発見と治療推進のため、愛知県精神科病院協会（愛精協）などは平成 22 年 11 月 1 日から、地域におけるかかりつけ医と精神科医の連携を強化するシステム「あいちGP ネット」の運用を始めています。

例えばうつ病は、その病気の性格上本人に自覚がなく、まず地域医療機関の内科など、かかりつけ医を受診している傾向があります。「GP ネット」は、かかりつけ医が「この患者は一刻を争う状態で緊急入院が必要」と判断した場合、精神科専門病院に一斉メールを送信して受け入れ可能な病院から返事をもらうことができるという、まさに「心と心をつなぐシステム」として機能しています。

レポート全文は、当事務所のホームページの「[医療経営情報レポート](#)」よりご覧ください。

経営データベース 1

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営戦略



経営戦略のポイントと必要性

病医院で経営戦略を進めるポイントと、その必要性を解説してください。



病医院が安定して医療サービスを提供するためには、病医院の機能を保持するための利潤と新たな設備投資、そしてより良質な医療を提供するための利潤が必要になります。この利潤を得るために、患者を引き付ける「外に出る経営」が必要となり、ここに戦略としての経営方針が重要になるのです。

経営戦略には、大きく分類して「基本戦略」と「事業戦略」があります。このうち、病医院の諸活動に大きな影響を及ぼし、その成否が病医院のパフォーマンスに深く影響するものが基本戦略であり、その構成要素は、診療圏のポートフォリオとその病医院の担当する分野、および医療活動に必要な経営資源との組合せです。

戦略を医業経営に置き換えて定義すると、「長期的な視点で経営活動の基本的な方向付けを行う」ということを意味します。したがって、経営者(院長)及び部門管理者(事務長・看護部長・医局長・看護師長、科長・課長)がそれぞれ与えられた役割と機能を最大限に果たすことが、戦略的経営を実現する最も効果的な方法です。

経営戦略の実践は、望ましい経営のやり方を病医院の経営プロセスに乗せることです。具体的には、院長が病医院全体の方向や基本的手段を決定し、これに基づいて診療・看護・コメディカル、事務などの各機能の部門管理者が各々の責任の戦略的対応を決定、実行することです。

つまり、病医院の戦略的な経営管理とは、各部門管理者の行動が病医院全体の方針の中で正しく位置付けられ、かつ、それぞれの努力が自院全体の業績の最適化や戦略実現につながることをねらいとするものです。

医業経営戦略の基本は、外部環境の変化に対応した自院の医療活動のあり方の変更ですが、その性格に従って、「外部に対する戦略(外部志向的戦略)」と「内部に対する戦略(内部志向的戦略)」に区別することができます。例えば、診療科目と患者ニーズの組み合わせに対応するのは外部志向的戦略であり、組織の活性化やコストダウンは内部志向戦略に分類されます。

- ① 目的を手段に適合させる
- ② 常に目的を銘記する
- ③ 最小予期路線を選ぶ
- ④ 失敗した後は、それと同一の線に従わない
- ⑤ 相手の予期していないスキをつく
- ⑥ 相手の手薄なところを攻撃する
- ⑦ 戦いは連続したプロセスである、常に次のステップを予期する
- ⑧ 計画に柔軟性を持たせる
- ⑨ 相手の油断をつく
- ⑩ 攻撃には創造性が必要である など

経営データベース ②

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営戦略



経営管理体制の意義

病院の経営改善には経営管理体制の強化が不可欠とされますが、具体的に何を意味するのでしょうか。



経営管理体制とは、経営理念と病院ビジョンを頂点とし、それらを実現するための取組みを管理する体制を意味しています。

また、経営理念および病院ビジョンとは、病院経営活動のよりどころとして、院内外の活動に指針を与えるものであり、かつ基本方針に則った戦略策定の前提となるものです。その展開については、下記のような経営管理ピラミッドで示されます。

経営管理体制の構築には、まず「自院はこのような医療を提供していきたい」という病院の理念・ビジョン、すなわち「あるべき姿」と、経営環境分析に基づく「現状の姿」を基に、「自院がどの診療科目を標榜し、病床機能でどのような患者層に医療を提供するのか、といった「事業ドメイン」を決定します。

そして、あるべき姿と現状の自院とのギャップをどのように埋めるかを病院全体レベルで捉えたのが「基本戦略」です。この基本戦略を基に部門ごとで取り組むべき「部門戦略」（看護部での取組み等）、あるいは部門に共通する機能戦略（人事制度等）を立てます。

さらに、各々の戦略をどのように実行していくか、内容と時間、担当を割り当てたものが「経営計画」です。この計画をもとに日々の業務を遂行していく上で、計画との乖離を把握し調整していくのが「業績管理システム」です。この一連の流れを繰り返すことによって長期・中期・単年度、および日々の業務といった単位での管理が可能となります。

病院運営において組織が有効に機能するためには、経営理念や病院ビジョンが誰の目にも納得できるもの、価値あるもの、日常の行動規範として、組織の構成員一人ひとりに浸透した存在になることが必要です。それは、病院の組織風土を形成し、価値観を共有することでもあります。

そうした意味では、経営理念は、病院がよって立つ基盤を示すことはもちろん、病院が存続していくために「あるべき姿」「ありたい姿」を明確に示すものでなければなりません。

