

2012.3.21

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

厚生省「急性期病床群(仮称)」の位置づけ説明
医師会や医療法人協会は反対の姿勢示す
厚生労働省 急性期医療に関する作業G
「医療法人」の3つの規制・制度改革で討議
融資や合併など～社会保障審議会医療部会
厚生労働省 社会保障審議会医療部会

2 経営TOPICS

統計調査資料
病院報告(平成23年11月分概数)

3 経営情報レポート

「機能分化・在宅・連携」がキーワード
2012年度診療報酬改定のポイント

4 経営データベース

ジャンル:業績管理 サブジャンル:業績管理体制の構築
事務長による業績管理の推進
業績管理のポイント

医療情報 ヘッドライン ①

厚生労働省
急性期医療に関する
作業グループ

厚労省「急性期病床群(仮称)」の位置づけ説明 医師会や医療法人協会は反対の姿勢示す

厚生労働省は3月12日、急性期医療に関する作業グループを開いた。この日の議題は、「一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策」で、急性期病床群の認定要件案や医療法での位置付けを説明した。

厚労省はこの日、いわゆる「急性期病床群(仮称)」についての考え方を整理した資料を提示した。

そこでは、「急性期病床群を医療法に位置づけることで、急性期と亜急性期の区分が明確になり、医療資源の効果的・効率的配置が促され、結果として良質な医療サービスを受けることができる」と基本的な考え方を整理している。

そのうえで、具体的に「心筋梗塞による入院や、手術前患者」のように、(1)状態が不安定、(2)医学的管理や処置などの治療を日常的に必要とする、等の患者に対し、『比較的高い診療密度を要する医療』を提供する病床である旨を定義している。

また、認定にあたっては、()人的体制、()構造設備、()提供している医療の機能や特性、を基本とする基準を設け、「病棟単

位」で行ってはどうかという考え方が示されている。特に()については、救急入院患者割合や、手術の必要な患者割合、平均在院日数などが指標として考えられることが例示されている。

さらに、地域における医療機能分化に関するビジョン策定にまで言及している。また、例えば「平均在院日数と、密度の高い医療との間に関係性があるのか」という指摘もある。この点について、厚労省は「平均在院日数の短い医療機関ほど、救急・手術の実施割合が高く、診療の密度が高いといえる」との見解を示し、指標選択が正しいことを強調している。

「急性期病床群(仮称)」(案)に対しては日本医師会、日本医療法人協会など反対意見が強い。厚労省が描くイメージは明瞭になりつつあるとはいうものの、現時点では厚労省案のより詳細な具体化には至っていない。

日本医療法人協会・日野頌三会長は3月9日の代議員会で語気を強め「急性期病床群は民間崩壊の可能性を秘め、民間病院の崩壊の危険性をはらんでいる」と発言し、警戒感を露わにしている。

「医療法人」の3つの規制・制度改革で討議 融資や合併など～社会保障審議会医療部会

厚生労働省は3月7日、社会保障審議会の医療部会を開き、「医療法人」を中心議題に討議した。

医療法人については、医療提供という公益的な業務を担うことなどから多くの規制が設けられている。たとえば、収益事業の可否や役員が他法人の役員を兼務することの是非などがあげられる。しかし、これらが法人活動の自由化を阻害し、新規参入を阻んでいるという指摘があり、規制・制度改革の一環として、平成23年4月に、(1)医療法人と他の法人の役職員を兼務できる範囲の明確化、(2)医療法人が他の医療法人に融資や与信を行うことの必要性、(3)医療法人の合併に関するルールの明確化や手続きの迅速化、を行うことが閣議決定された。

厚労省当局は、これら3つの規制・制度改革についての考え方などを示している。

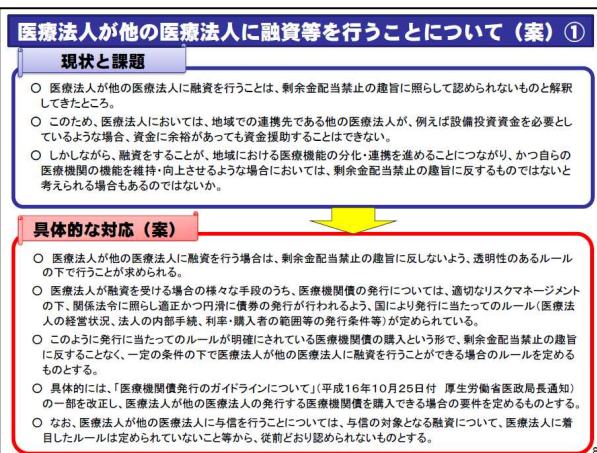
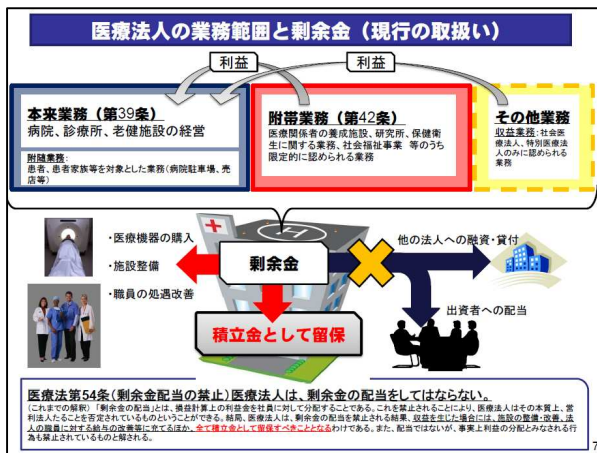
まず(1)の役員兼務については、病院等開設時の審査において、「当該医療機関と商取引があるが、規模が小さいため役職員の変更を直ちに行うことが困難で、かつ医療機関の非営利性に影響を与えることがない」などと判

断される場合には兼務を認める、との運用変更が行われる。

(2)の他の医療法人への融資等については、医療法人が、他の医療法人が発行する医療機関債を購入することを条件付で認めることにより対応する考えである。

具体的な条件としては、()償還期間が10年以内で、かつ1つの医療法人が発行している、()同一法人が発行する医療機関債は、保有している分の償還終了後1年経過までは購入できない、()債権を購入する医療法人が自ら医療機関を有しており、債権を発行する医療法人および購入する医療法人が地域における医療機能の分化・連携に資する医療連携を行っている、()総資産に占める純資産額の割合が20%以上である、()購入額は1億円未満、などとなっている。

さらに、(3)の合併については、「社団医療法人では、総社員の同意があるときに他の社団医療法人と合併できる」「合併前医療法人に持分なし法人がある場合には、合併後は持分なし法人となる」などのルールが明確にされている。



病院報告

平成 23 年 11 月分概数

1 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	平成 23 年 11 月	平成 23 年 10 月	平成 23 年 9 月	平成 23 年 11 月	平成 23 年 10 月
病 院					
在院患者数					
総数	1 292 825	1 287 684	1 289 457	5 141	1 773
精神病床	305 270	306 200	308 188	930	1 988
結核病床	2 892	2 919	2 915	27	4
療養病床	299 441	299 090	301 951	351	2 861
一般病床	685 181	679 432	676 364	5 749	3 068
(再掲)介護療養病床	69 884	70 133	70 644	249	511
外来患者数	1 446 429	1 389 059	1 408 984	57 370	19 925
診療所					
在院患者数					
療養病床	9 622	9 675	9 793	53	118
(再掲)介護療養病床	3 632	3 638	3 666	6	28

- 注 1) 病院の総数には感染症病床を含む。
 2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

2 月末病床利用率(各月末)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成 23 年 11 月	平成 23 年 10 月	平成 23 年 9 月	平成 23 年 11 月	平成 23 年 10 月
病 院					
総数	82.1	80.5	80.6	1.6	0.1
精神病床	88.2	88.5	86.9	0.3	0.4
結核病床	37.1	38.3	37.5	1.2	0.8
療養病床	90.3	90.0	90.6	0.3	0.6
一般病床	77.3	74.5	74.2	2.8	0.3
介護療養病床	94.2	94.2	94.4	0.0	0.2
診療所					
療養病床	67.1	67.5	68.1	0.4	0.6
介護療養病床	77.0	77.2	77.5	0.2	0.3

- 注 1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$
 2) 病院の総数には感染症病床を含む。

3 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成23年11月	平成23年10月	平成23年9月	平成23年11月	平成23年10月
病院					
総数	31.4	31.9	32.1	0.5	0.2
精神病床	303.5	306.2	294.9	2.7	11.3
結核病床	73.0	74.9	71.8	1.9	3.1
療養病床	175.0	179.4	182.1	4.4	2.7
一般病床	17.6	17.9	17.9	0.3	0.0
介護療養病床	313.8	323.7	316.2	9.9	7.5
診療所					
療養病床	104.9	104.7	106.4	0.2	1.7
介護療養病床	100.9	100.4	102.3	0.5	1.9

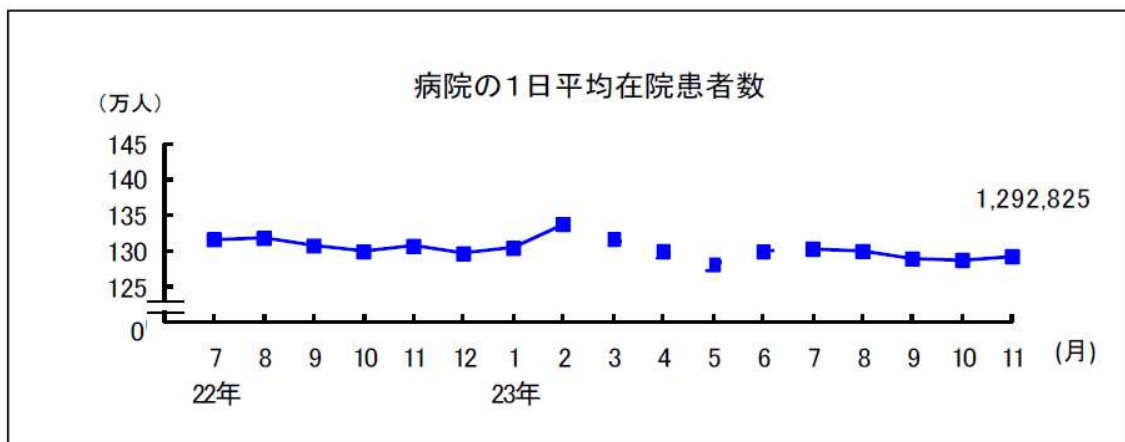
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数}}{1/2}$

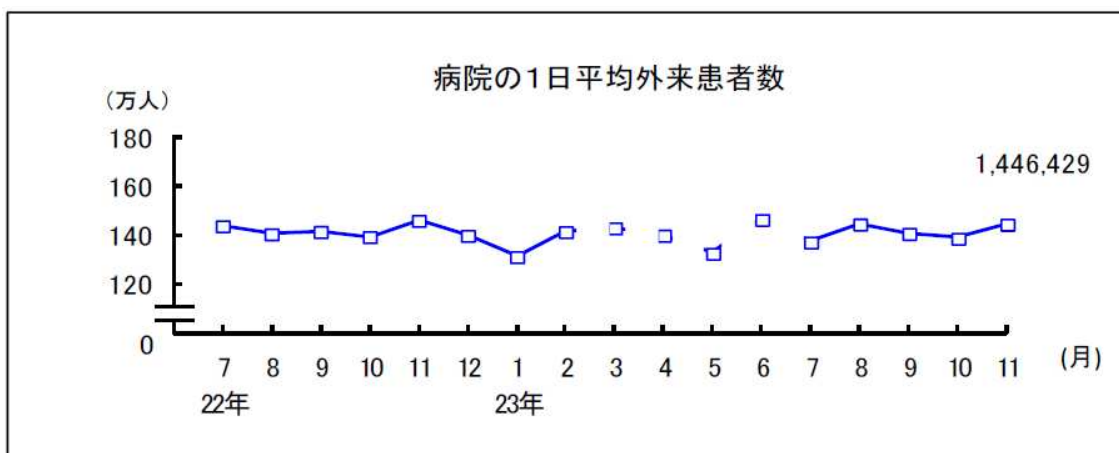
2) 病院の総数には感染症病床を含む。

病院: 1日平均在院患者数の推移

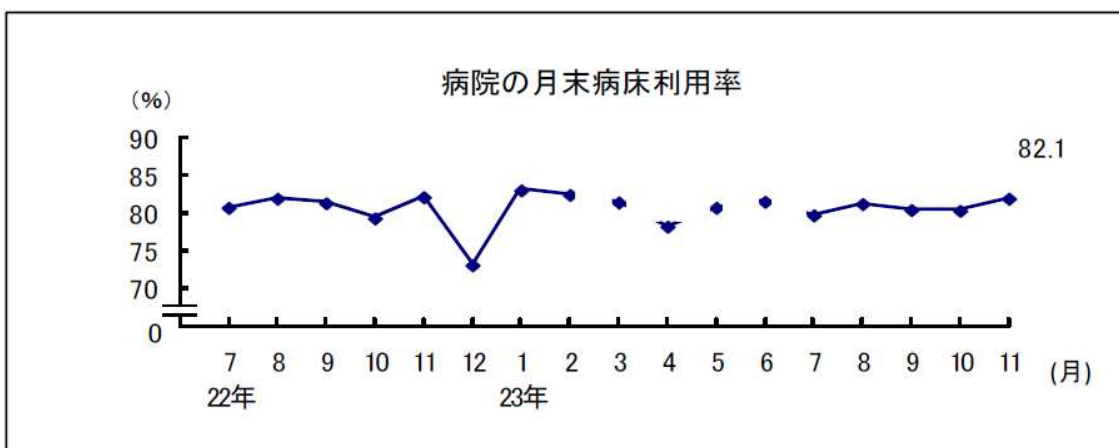
注: 東日本大震災の影響により、平成23年3月分から6月分まで岩手県、宮城県、福島県の一部病院等から報告がなかったことから、前月比較を行っていません。



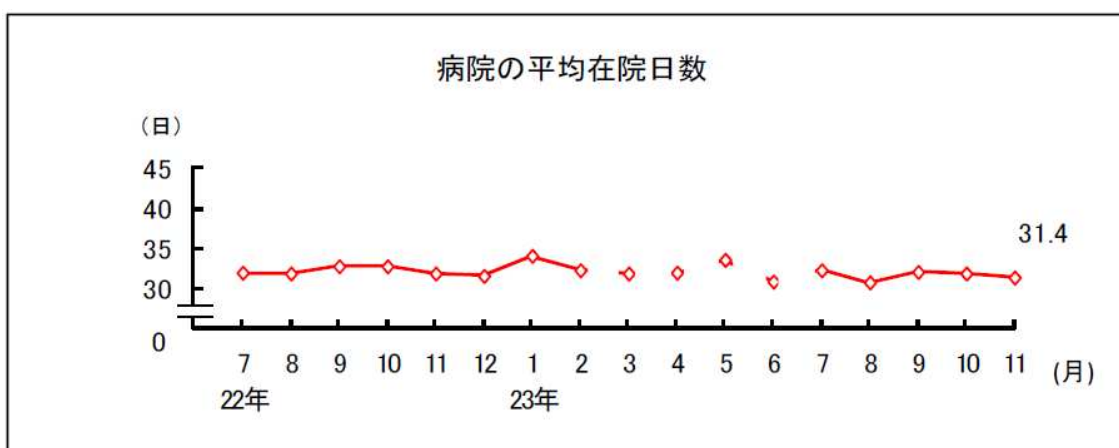
病院:1日の平均外来患者数の推移



病院:月末病床利用率の推移



病院:平均在院日数の推移



「病院報告(平成 23 年 11 月分概数)」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。

「機能分化・在宅・連携」がキーワード 2012 年度診療報酬改定のポイント

ポイント

- 1 2025 年を見据えた改定の基本方針
.....
- 2 外来・在宅医療は機能分化と看取りを強化
.....
- 3 病院機能に合わせた効率的な入院医療の評価
.....
- 4 有床診療所の機能活用のため評価項目を新設
.....



1 2025 年を見据えた改定の基本方針

■ 全体改定率 0.004% ~ プラス改定を維持

2012 年度診療報酬改定率

全体改定率	0.004%	
	前回改定率：0.19%	
診療報酬（本体）	1.38%	（約5,500億円）
医科	1.55%	（約4,700億円）
歯科	1.70%	（約500億円）
調剤	0.46%	（約300億円）
薬価等	1.38%	（約5,500億円）

2012年改定のポイント
「医療・介護供給体制の
将来像を提示」
「地域包括ケアシステム」

(1) 2012年度診療報酬改定で示された重点課題

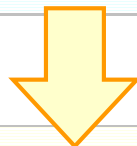
厚生労働省保険局医療課は、「平成24年度診療報酬改定の概要」（2012年2月14日公表）の中で、今次改定で重視すべき課題として、次の2点を挙げています。

重点課題

急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
医療と介護の役割分担の明確化と連携体制の強化及び在宅医療の充実

(2) 今次改定における基本方針 ~ 4つの視点

充実が求められる分野を適切に評価していく視点
患者等からみ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
医療機能の分化と連携等、質が高く効率的な医療を実現する視点
効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点



将来を見据えた課題

急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化並びに強化
地域に密着した急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応
外来診療の役割分担
在宅医療の充実

2 外来・在宅医療は機能分化と看取りを強化

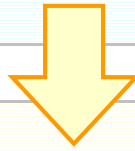
■ 地域医療貢献加算から「時間外対応加算」へ

外来医療において最も注目すべきなのは、2010年度診療報酬改定において新たに設けられた初・再診料への加算である「地域医療貢献加算」の見直しに関する改定です。

現行の同加算については患者などからの電話に対応する時間の範囲、輪番制による連携の可否等、要件があいまいとなっている点が指摘されており、算定に慎重な姿勢を示す診療所が多くなっていったなどにより、同加算の名称変更と要件の明確化を図ることとなったのです。

「地域医療貢献加算」から「時間外対応加算」への見直し

地域医療貢献加算 3点
標榜時間外の準夜帯において患者からの電話などによる問い合わせに対応
休日、深夜または早朝については留守番電話などで対応しても差し支えない
原則として自院で対応



時間外対応加算 1 5点 <新>
標榜時間外において常時、患者からの電話などによる問い合わせに対応
原則として自院で対応

時間外対応加算 2 3点 <改>
標榜時間外の準夜帯において患者からの電話などによる問い合わせに対応
休日、深夜または早朝については留守番電話などで対応しても差し支えない
原則として自院で対応

時間外対応加算 3 1点 <新>
地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の準夜帯において患者からの電話などによる問い合わせに対応（当番日の深夜又は早朝：留守番電話で可）
当番日は原則として自院で対応 連携する医療機関数は3未満
連携に関する情報は、院内に掲示し患者に説明する

■ 在宅医療に関する改定項目

在宅医療にかかわる分野では、患者が望む居宅での看取りを支援するため、現状に合わない点の是正とともに、評価の拡充を図る改定となりました。

最も注目すべきは、現行の在宅療養支援診療所（以下、「在支診」）と在宅療養支援病院（以下、「在支病」）において、新たに「機能強化型」の区分を設け、評価を手厚くする点です。

このほか、訪問看護についても要件の見直し（緩和）や評価の引き上げが行われ、今次介護報酬改定を受けて、介護との連携強化も想定した新たな評価も導入されています。

3 病院機能に合わせた効率的な入院医療の評価

■ 一般・急性期病床に関する改定

2010年における届出医療機関数で見ると、10：1入院基本料が最も多くなっているものの、病床数では7：1入院基本料が最も多くなっており、厚生労働省が掲げる2025年に向けた医療機能再編の方向性とは異なっている現状があります。

そのため、特に一般病床を中心とした入院基本料の算定要件について、大きな見直しが行われました。

(1) 一般病棟入院基本料の算定要件見直し

7：1一般病棟入院基本料の算定要件では、平均在院日数が1日短縮となり18日以内とされたほか、看護必要度基準については重症患者割合が15%に引き上げられました。この施設基準変更による激変緩和として経過措置が設けられたものの、こうした要件厳格化を受けて、7：1看護配置をとっている施設は、これまで以上の機能強化と重症度の高い患者受入れ、および早期退院への取り組みが求められることとなります。

一方、10：1一般病棟入院基本料は、現行の一般病棟看護必要度評価加算（5点）が廃止され、同加算の要件が入院基本料に組み込まれることとなりました。

(2) 特定除外制度の見直し

13：1、および15：1一般病棟入院基本料は、90日を超える入院患者に対する取扱いが大きく変わります。

特定除外制度の廃止
療養病棟入院基本料の算定が可能に

■ 亜急性期病棟・回復期リハビリテーション病棟に関する改定

中医協はこれまでに、亜急性期入院医療管理料を算定する病床に、本来は回復期リハビリ病棟が相応の患者が入院している事態を問題として挙げており、この部分を整理する形で、亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料について、その患者像に応じた評価とする見直しも行われています。

特に、亜急性期病棟については、入院医療管理料の算定要件と施設基準が変更となりました。

4 有床診療所の機能活用のため評価項目を新設

■ 診療所に求められる機能に対する評価の新設

(1) 有床診療所における緩和ケアの推進

病院における「緩和ケア診療加算」に準じるものとして、有床診療所における質の高い緩和ケア医療に対する評価を新設し、緩和ケアの推進を図ることとしました。

緩和ケア機能に着目した新設項目

有床診療所緩和ケア診療加算 150点(1日につき) <新>

夜間に看護職員を1名以上配置していること。

身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師(医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者)が配置されていること。

(2) 有床診療所におけるターミナルケアの推進

有床診療所におけるターミナルケアに対する評価の新設により、看取りを含めたターミナルケアについて充実を図るものとしています。

ターミナルケアを評価する新設項目

看取り加算 在宅療養支援診療所の場合 2,000点 <新>

その他の場合 1,000点 <新>

夜間に看護職員を1名以上配置していること。

■ 処置・検査その他の改定

(1) 一般名処方の推進

これまでの診療報酬改定の方向性を継承し、後発医薬品の使用推進を図るべく、薬局での後発医薬品の調剤を行いやすくするため、後発品がある医薬品について、一般名処方を行った場合を評価する新たな加算が設けられています。

(2) コンピューター断層撮影診断料の見直し

CT撮影及びMRI撮影については、新たな医療機器の開発や撮影方法の登場などの技術の進歩が著しく、これら診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から、画像診断撮影の評価体系を見直し、より質の高い診断治療の推進を図るものとなりました。

経営データベース ①

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 業績管理体制の構築



事務長による業績管理の推進

事務長の機能活性化で、院内全体で業績管理意識を向上させるためのポイントを教えてください。



事務長とは、病医院の管理運営の全般について院長を補佐する役割を担うポジションであり、経営管理手法と専門知識と幅広い教養を持った人格者を選任するのが望ましいとされます。つまり、病医院全般の経営を把握すべき立場にあるので、この「事務長の力」を大いに活用して、院内全ての管理業務を活性化すると良いでしょう。

事務長の役割

全体目標の設定
予算策定の調整
物品購入の調整

各部門へのコスト意識の徹底
実績管理の調整

経費節減の全体目標

事務長から「今年度目標5%（8,000万円）」といった具体的な数値目標を全職員に示すと効果的です。全体目標の達成を目指して、各担当責任者が部門別の目標を立て、具体的な計画を策定することで、病医院全体目標の達成に近づくことができます。

コスト意識を持たせる役割

事務部門で例を挙げると、総務課など経費削減に消極的になりがちな部門に対しては、事務長から具体的な目標（例：総務課経費削減 350万円）を示して、担当者にコスト削減の意識付けを図ることが必要です。

こうした取り組みにより、直接収入を得ることはできない部門であっても、通信費、光熱水費の節約、研修会の開催方法の工夫など、小さなコスト削減を積み上げることは可能です。

「実績」をベースに次期予算を策定

予算策定は各部門責任者が行うのが最適ですが、自部門を意識する余り、全体経費予算の奪い合いにならないとも限りません。したがって、事務長に部門間の調整を行う機能が求められます。

実績管理の調整

通常、部門責任者が行いますが、特に費用については「予算」があるから使いきる、と考えてはいけません。どうすれば費用が削減できるのかという点について、他部門の取組事例や情報交換を通じ、有効な手段は広く水平展開して院内全体で活用する等の活動が重要です。

物品購入の調整

事前にその物品の必要性や効果を検証することが必要です。仮に、必要性や効果が薄いと判断した場合は購入を認めないものとし、その理由を購入希望者に理路整然と説明できる力量を備えなければなりません。ここでも、事務長による調整機能が重要なのです。

経営データベース ②

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 業績管理体制の構築



業績管理のポイント

目標利益の算定方法と労働分配率について解説してください。



一般的な目標利益の算出方法には、次のような方法があります。

目標利益の算出方法

前年実績伸び率法

前年の利益実績に対しての伸び率を設定して目標利益を算出する方法

1人当り目標利益法

職員1人当たりの目標利益を設定して全体の利益を算出する方法

売上高利益率法

売上高目標に売上高利益率をかけて目標利益を算出する方法

総資産利益率法

総資産に総資産利益率をかけて目標利益を算出する方法

売上から外部購入費用などの変動費を引いたものが、付加価値です。付加価値とは、医療機関が新たに生み出した価値であり、様々な利害関係者に分配されます（配当、給与、税金、支払利息等）。収益性の観点から、付加価値の適正な分配を考える必要がありますが、費用の中で最も大きな割合を占める人件費について、分配の妥当性を測る指標が労働分配率です。

人件費は、組織として最も重要な経営資源である職員のモチベーションと密接な関係があることから非常に重要な項目であるため、付加価値の適正分配を重視しなければなりません。

$$\text{労働分配率} = \text{人件費} \div \text{付加価値}$$

労働分配率は、同種病院や過去の自院数値と比較することによって、成果配分の妥当性が分析できます。