

医療情報
ヘッドライン

オンライン医療、日本医師会は消極的姿勢 医療アクセスが困難な患者への提供が第一

▶規制改革推進会議

急性期医療未提供病棟公表の方針 地域医療構想調整会議で確認・検証

▶厚生労働省 地域医療構想に関するワーキンググループ

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成29年9月分概数）

経営情報
レポート

**地域包括ケアに対応
介護との連携・協働ネットワーク**

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
**病院の具体的な経営戦略
経営ビジョン確立のプロセス**

医療情報
ヘッドライン
①

オンライン医療、日本医師会は消極的姿勢 医療アクセスが困難な患者への提供が第一

規制改革推進会議

3月27日、規制改革推進会議は「オンライン医療の推進に向けて～Society5.0のもとで拓ける医療の可能性」をテーマに掲げた公開ディスカッションを開催し、委員側は「『一気通貫』で完結できる在宅医療」を目指す姿として挙げ、オンラインでの服薬指導を早急に実現するなど、積極的な推進を訴えた。それに対し、ディスカッションに参加した日本医師会や日本薬剤師会は弊害が多いとして消極的な姿勢を明らかにしている。

■かかりつけ医がオンライン診療を行うこと

日本医師会は、オンライン診療に対する基本的な考えとして、「医療へのアクセスが困難な方への提供を第一に」考えるべきと表明している。

その理由として、医療の本質は患者と医師の信頼関係が基本であって、あらゆる感覚をフル活用して診察するため、対面診療が基本であるとした。そのため、普段から患者を診ているかかりつけ医がオンライン診療を行うことが重要と強調している。さらに、「オンライン診療の光と影」として、バイアグラやED・AGA治療薬などを来院不要で処方する旨を謳った広告が想定されるとし、「安易な営利手段として利用することを考える人がいることも事実」と断じている。

日本薬剤師会は、在宅医療の問題点を挙げつつ、個々の患者に適した調剤設計が欠かせないと説明し、オンラインでの服薬指導が困難であることを暗に示した。

一方で、委員側は2025年に65歳以上の割合が30%に達するため、2人未満の現役世

代で1人の高齢者を支える時代が到来することを示すとともに、2016年末の医師平均年齢が59.6歳と医療資源が減少傾向にあることを提示した。技術が進歩していることを踏まえ、内閣府が掲げる「Society 5.0」（最新技術で社会的課題を解決する新たな社会）を目指すため、新たな医療サービスの可能性を積極的に探るべきとしている。

■服薬指導もオンラインに対応すべき

診察から調剤、医薬品配送、服薬までの一連の医療サービスを在宅で利用できる「一気通貫の在宅医療」を目指すうえでは、医師によるオンライン診療だけでなく、服薬指導もオンラインに対応するべきだとしている。

ただし、現在は医師法および薬剤師法によって、薬剤師は処方箋の原本がなければ調剤できない。電子データも原本となり得るという解釈はなされているが、「電子処方せんの運用ガイドライン」によれば、電子処方せん引換証と処方せん確認番号を患者が薬局に持参しなければならない。さらに、服薬指導は対面で行う必要があるため、「一気通貫の在宅医療」は制度上成立しない。厚生労働省は昨年11月、国家戦略特区でオンライン服薬指導（遠隔服薬指導）の実証事業実施に関する通知を発出しているものの、未だ開始していないこともあり、業を煮やした委員側が揺さぶりをかけた状況にある。

しかし、日本医師会や日本薬剤師会が消極的な態度をとっていることもあり、完全なオンライン医療の実現に至るには多くの壁があることが表面化したといえよう。

医療情報
ヘッドライン
②

急性期医療未提供病棟公表の方針 地域医療構想調整会議で確認・検証

厚生労働省 地域医療構想に関するワーキンググループ

厚生労働省は、3月28日に開催した「地域医療構想に関するワーキンググループ」で、高度急性期機能または急性期機能を有すると報告しながら、当該医療をまったく提供していない病棟のデータを公表する方針を固めた。その内容を地域医療構想調整会議で確認・検証していくことになる。

■「病床機能報告」で高度急性期または急性期病棟と報告しているのは21,262病棟

急性期病棟であるとしながら、急性期医療を提供しないという病棟は、現実的に多数存在している。

厚労省医政局地域医療計画課の調べによれば、医療法に基づいて義務化されている「病床機能報告」において、高度急性期または急性期病棟と報告しているのは21,262病棟であるが、「具体的な医療の内容に関する項目」の実施状況を確認すると、「重症患者への対応状況」で全項目該当していない病棟は約83%にもものぼる。裏を返せば、少なくとも重症患者に対して十分な対応をしている高度急性期・急性期病棟は約17%（約3,600病棟）しかないということになる。

その他の項目においても、全項目該当していない割合は決して低くない。「救急医療の実施状況」は約35%、「がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」は約25%、「幅広い手術の実施状況」は約18%、「全身管理の状況」は約17%。これは厚労省による粗集計のため、どの病棟がどの項目に対応しているかは明らか

ではないが、数字だけを見れば、急性期病棟と名乗りながら、急性期医療に対応していない病棟はかなりの数にのぼることになる。

■2018年度の病床機能報告の基準や項目が見直される可能性が高い

一方で、「病床機能報告」の基準が曖昧なのも事実であり、病棟が担う医療機能のいずれか1つを選択して報告することになっているため、実数と乖離している現象も生じている。集計結果だけを見れば、回復期を担う病床数が大幅に不足していると誤解させる数値も出てしまうため、制度の早急な見直しが求められている。

そこで検討対象となっているのが、奈良県や佐賀県で導入している方式で、奈良県では「50床あたりの手術+救急入院件数1日2件」という独自基準で急性期病棟を判断しており、超過した場合は「重症急性期中心」、そうでない場合は「軽症急性期中心」と報告するようにしている。

また佐賀県では、「地域包括ケア入院医療管理料を算定する病床数」「調整会議で回復期への転換協議が整った病床数」は回復期とみなし、急性期病棟のうち「平均在棟日数22日超」の病棟は、回復期病床数見込みの判断材料としている。

これらを取り入れて2018年度の病床機能報告の基準や項目が見直される可能性が高いため、医療機関は議論の推移を見守りつつ、齟齬がない報告とすべく留意する必要がある。

病院報告 (平成29年9月分概数)

厚生労働省 2018年1月10日公表

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29年9月	平成28年8月	平成28年7月	平成29年9月	平成28年8月
病院					
在院患者数					
総数	1 243 329	1 250 590	1 247 700	△ 7 261	2 890
精神病床	287 247	287 906	287 585	△ 659	321
結核病床	1 839	1 854	1 833	△ 15	21
療養病床	286 177	287 342	287 049	△ 1 165	293
一般病床	668 005	673 426	671 176	△ 5 421	2 250
(再掲)介護療養病床	44 475	44 752	44 948	△ 277	△ 196
外来患者数	1 347 495	1 362 763	1 326 129	△ 15 268	36 634
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 259	5 261	5 264	△ 2	△ 3
(再掲)介護療養病床	2 018	2 026	2 032	△ 8	△ 6

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。 注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)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	平成29年9月	平成28年8月	平成28年7月	平成29年9月	平成28年8月
病院					
総数	77.0	80.0	79.5	△ 3.0	0.5
精神病床	85.7	86.2	86.2	△ 0.5	△ 0.0
結核病床	34.2	35.0	34.6	△ 0.8	0.4
療養病床	87.1	87.9	87.6	△ 0.8	0.3
一般病床	70.5	75.2	74.4	△ 4.7	0.8
介護療養病床	91.0	91.1	91.1	△ 0.1	0.0
診療所					
療養病床	57.1	57.1	57.1	△ 0.0	△ 0.0
介護療養病床	72.8	72.1	71.6	0.7	0.5

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

注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)

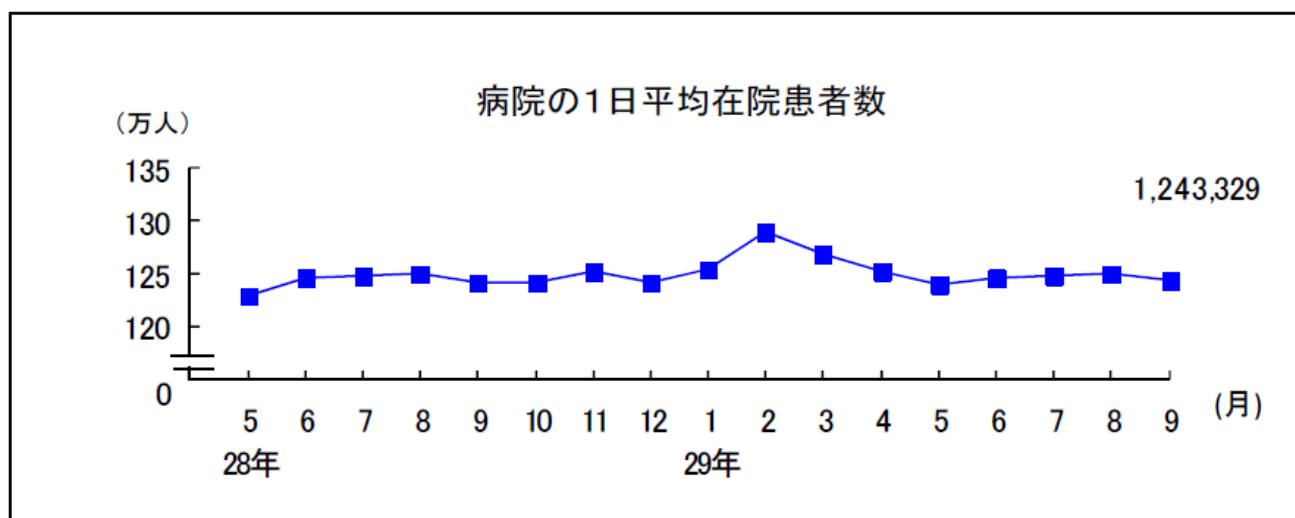
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成 29 年 9 月	平成 28 年 8 月	平成 28 年 7 月	平成 29 年 9 月	平成 28 年 8 月
病院					
総数	28.1	27.4	28.1	0.7	△ 0.7
精神病床	265.5	264.3	264.7	1.2	△ 0.4
結核病床	69.3	66.8	70.7	2.5	△ 3.9
療養病床	150.9	149.3	153.4	1.6	△ 4.1
一般病床	16.0	15.6	16.1	0.4	△ 0.5
介護療養病床	326.9	316.1	328.3	10.8	△ 12.2
診療所					
療養病床	99.5	95.0	96.9	4.5	△ 1.9
介護療養病床	133.5	124.1	128.0	9.4	△ 3.9

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

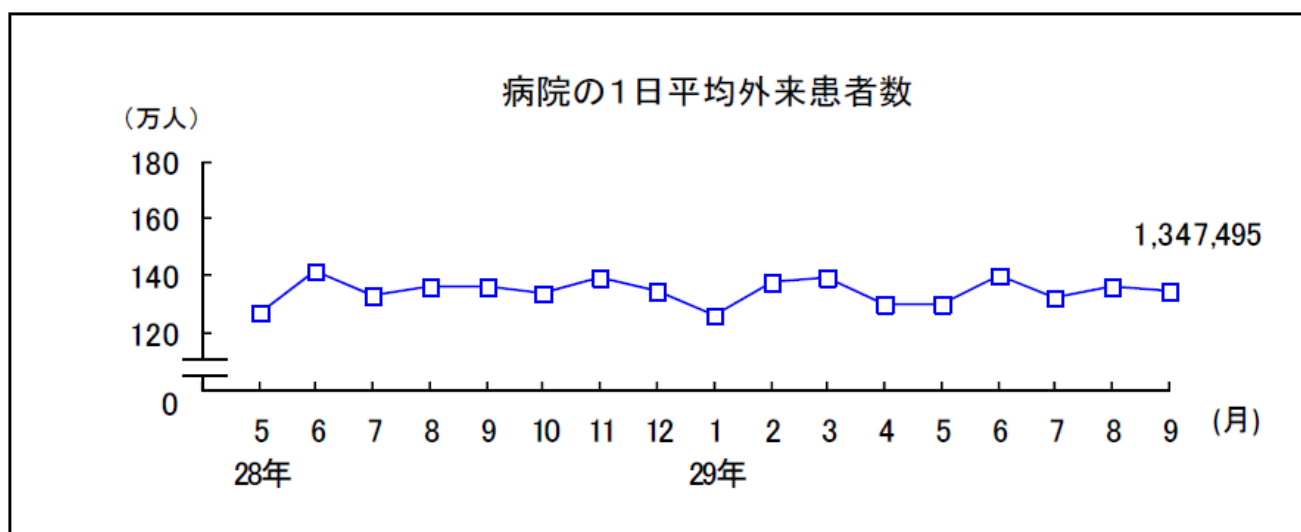
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入} \\ \text{院患者} \\ \text{数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床から} \\ \text{移された患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{退 院} \\ \text{患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床へ} \\ \text{移された患者数} \end{array} \right)}$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

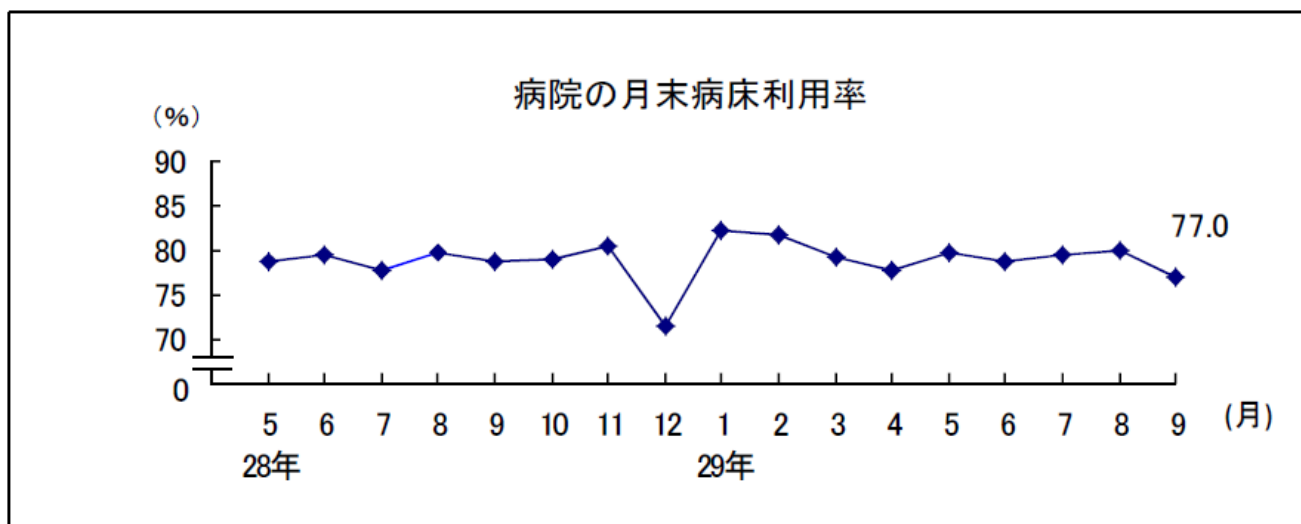
◆病院:1日平均在院患者数の推移



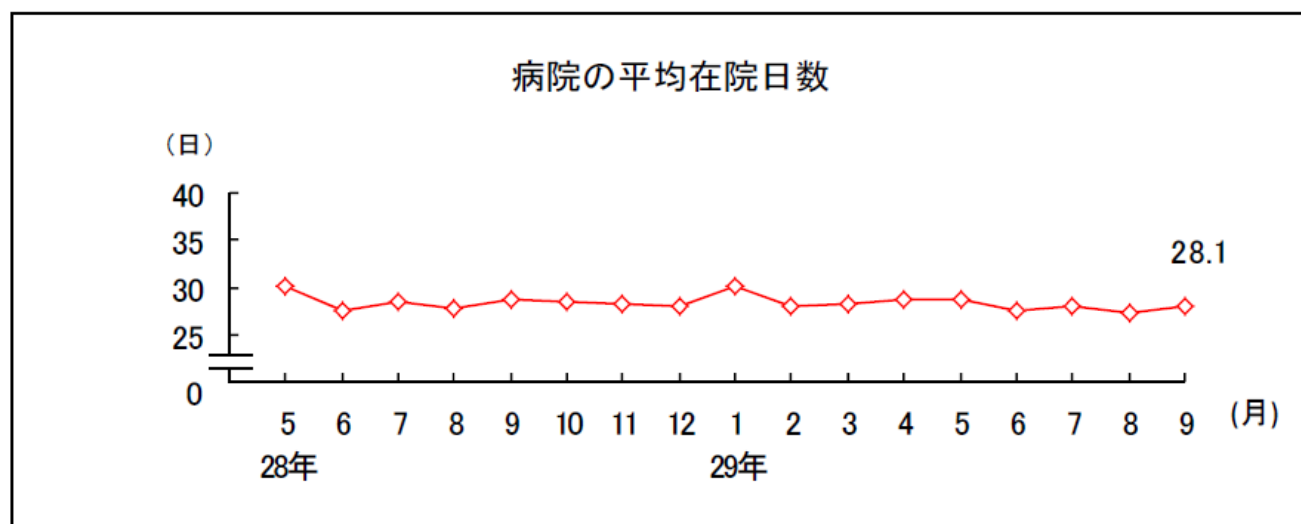
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆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29年9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。



経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

地域包括ケアに対応 介護との連携・ 協働ネットワーク

1. 「地域包括ケア」で国が目指す方向性
2. 介護サービスの理解と「医行為」範囲の理解
3. 医療と介護のシームレスな連携構築のポイント



1

医業経営情報レポート

「地域包括ケア」で国が目指す方向性

■ 地域包括ケアシステムが示す医療・介護の役割

(1)一貫したケアを提供する「地域包括ケアシステム」の概念

医療サービスを必要とする患者の高齢化は、そのニーズの高まりに必ずしも医療機関が十分に
 応えられなくなってきたという新たな問題を生じさせました。

高齢化社会の将来を見据えて示された「地域包括ケアシステム」は、医療と介護の連携強化等
 によって、医療から介護までを一貫して提供するネットワークです。

■「地域包括ケアシステム」構築に求められる5つの視点

- 利用者のニーズに応じて、以下の5点について包括的・継続的に提供される必要がある
 - (1) 介護サービスの充実・強化
 - (2) 医療との連携強化
 - (3) 介護予防の促進
 - (4) 多様な生活支援サービス（見守り、配食、買い物等）の確保、権利擁護
 - (5) バリアフリーの高齢者住宅の整備

(2)介護保険制度見直しと在宅医療ケアの将来像

2012 年度に施行された改正介護保険法は、「高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する
 能力に応じ、自立した日常生活を営む」ために、介護サービス基盤を強化することを目的とし
 たものです。

■ 介護保険制度改正の基本的考え方

●「地域包括ケアシステム」の実現

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく一体的に提供

●持続可能な介護保険制度の構築

給付の効率化および重点化を進め、給付と負担のバランスを図る

サービス提供は切れ目なく一体的に
 給付は医療と介護の役割から明確に区分

2 医業経営情報レポート

介護サービスの理解と「医行為」範囲の理解

■ 在宅医療に関わる診療所が知っておくべき介護サービス

2000 年にスタートした介護保険制度の主要な目的には、退院後の受け皿を確保できない長期入院患者（社会的入院）の解消と、自宅での療養生活を促す意図がありました。介護保険サービスを受けながら、在宅医療のケアも継続する患者の割合が増えるため、地域医療の担い手である診療所を中心とする医療機関も、介護との連携が今後より重要になるといえるでしょう。

在宅患者を地域が支える滑な仕組みを構築する際には、介護の果たす役割とサービスに関する知識を備えておくことが、医療・介護間の相互理解と併せて、不可欠だといえます。

■ 介護保険で利用できるサービス

訪問介護	食事、入浴、排せつの介助や清拭、整容等 調理・洗濯・掃除等の生活援助も可能な場合あり（独居等）
夜間対応型訪問介護	夜間の定期的巡回により体位交換・おむつ交換等
訪問入浴介護	3人（通常、看護師1＋介護職2）体制での入浴介助
訪問看護	診療補助や医療機器管理、機能訓練等
訪問リハビリテーション	理学療法士、作業療法士、言語療法士等による機能回復訓練
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、保健師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士等による療養上の管理・指導
通所介護（デイサービス）	施設で行うレクリエーションや機能訓練
通所リハビリテーション（デイケア）	介護老人保健施設・病院・診療所等で行う理学療法、作業療法、言語聴覚療法等の施術
短期入所生活・療養介護	短期間だけ施設に入所して受ける生活援助（ショートステイ）

■ 介護職が実施できる行為を理解しておく

患者に対するケアを実施する際には、その作業が「医行為」に該当するかどうかによって、介護職が実施できる範囲が定められています。2005 年7月には厚生労働省が医行為の範囲を明示する通知を発し、介護職が実施できる行為を明確にしました。これを契機とし、介護職はケアの一環として、様々な行為を行うことができるようになっていきます。

在宅医療を担う医師は、医行為の範囲を理解しておくこと、チームでのケアの際にも、介護職との役割分担を円滑に進めることができ、患者や利用者によって最適なケアの提供の実践につながるはずです。医療者側も介護に対する知識と理解を持ち、介護職との関係を深めることがますます重要になっていきます。

3

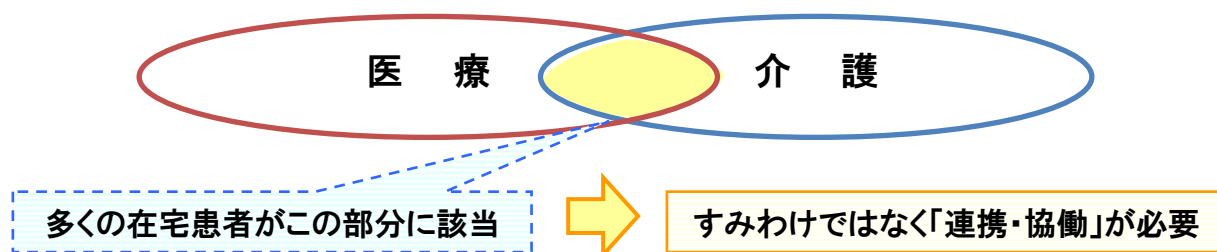
医業経営情報レポート

医療と介護のシームレスな連携構築のポイント

■ 医療と介護の役割・機能分化と連携の取り方

(1) 介護との「区分」から「連携」への移行

医療と介護が重なり合う部分について、その役割が明確に区分された結果、医療機関は医療分野のみ、そして介護事業者は介護に関連することのみという意識が強まり、本来であれば適切な情報の提供・共有によって、患者にとって必要な情報とサービスの提供が滞る場面が生じているという問題が指摘されていました。しかし、医療者の立場で患者として介護サービス利用者に関わり、在宅で療養を続ける患者の生活全体を俯瞰できるのは、かかりつけ医になる診療所だからこそ可能だといえるでしょう。



(2) 経営的側面からみる連携の重要性

要介護状態が比較的軽度の患者に対しては、介護事業者がサービス利用者に訪問診療の利用を働きかけ、利用者がその価値を認識することによって、導入を決めるケースは少なくありません。在宅医療を提供する診療所等医療機関との連携により、退院後に地域に戻り、自宅で療養生活を送りながら在宅ケアを受ける患者も今後はより増加傾向を示すはずです。

診療所、医師が地域の介護事業者と相互に協力し、患者の生活を支援する取り組みは、今後の診療所経営にとって大きな要素であるといえるでしょう。

■ 介護事業者が考える訪問診療にふさわしい医師の条件

* 無回答 17.7%を含む

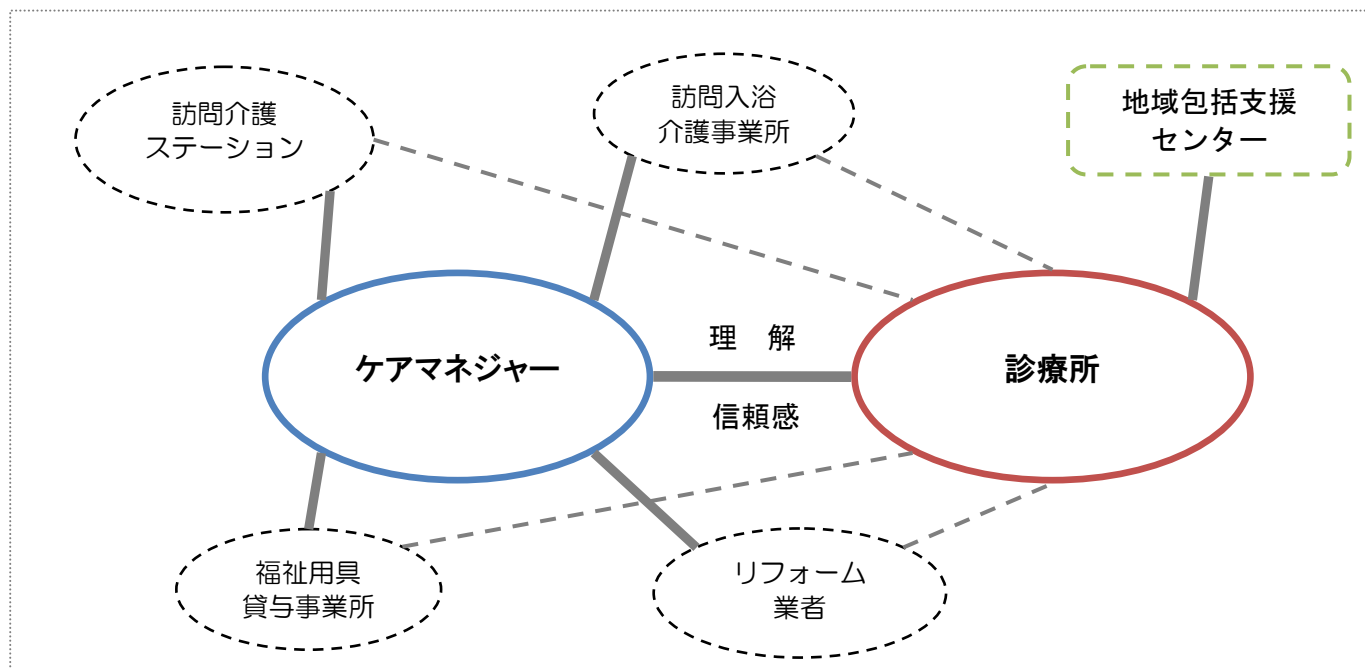
条 件	割 合
相談しやすい	30.2%
介護の視点を持っている	28.1%
利用者の立場でケアを提供している	18.8%
指示が明確	4.2%
高圧的でない	1.0%
説明がわかりやすい	0.0%

出典：特定非営利法人 全国在宅医療推進協会の調査結果による

介護側としては、説明がわかりやすいだけでは在宅ケアにふさわしい医師だという評価にはならず、相談しやすい相手であることが求められている

■ 診療所と介護の円滑な連携・ネットワーク構築

(1) ケアマネジャーとの関係づくり



介護サービス利用者のケアプランを作成し、手続きに関わる業務を行うケアマネジャーは、在宅療養中の患者にとって身近な存在であり、そして患者をめぐる情報交換の中心を担う立場でもあります。ケアマネジャーの仕事を理解することによって、在宅の高齢者ケアにとって良い環境を整備する近道になるはずです。

■ 介護連携先とのコミュニケーション強化に必要なツール

- ① 介護に関する十分な知識
- ② ケアマネジャーとの良好な関係
- ③ サービス担当者会議への出席

(2) チームとして機能するための連携強化

在宅患者の中には、自宅での生活支援が重要視されるケースもあります。

このような場合、診療所としては、医学的なアプローチで患者の生活動作を支えることを大きな目標として取り組むことが求められます。そのために、訪問看護ステーションとは必要な情報と勉強会などの機会を通じ、医療の立場から必要なリハビリテーションの実施を働きかけるなど、患者をサポートする一つのチームとして、目標到達まで最適なケア提供に取り組む姿勢が必要です。

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。

病院の具体的な経営戦略

医療を取り巻く環境が大きく変わり、今後の当院の方向性を定める必要性が指摘されています。そのために必要な具体的な経営戦略を教えてください。

経営戦略とは、組織活動の基本的方向を環境との関わりにおいて示すものであり、組織の諸活動の基本的状況の選択と、諸活動の組み合わせに関する基本方針の決定を行うものです。

つまり病院の経営戦略は、病院の方向性を定める設計図として2つの要素を持っており、病院ビジョンを実現する方向付けの機能を果たすものといえます。

① 病院の諸活動全体を取り巻く基本的枠組みの選択

例) 病院の事業分野(ドメイン)の選択、病院の保有能力(施設・機器類、人員)の決定

② 病院の諸活動の組み合わせ、重み付けの決定

例) 今年の重要施策は、病院機能評価認定取得と在宅医療の運用開始すること 等

また、経営戦略は、病院活動全体に及ぼす影響や深さの程度により、基本戦略と行動戦略に区別することができます。

① 基本戦略: 病院活動に広範な影響を及ぼし、またその成果が病院のパフォーマンスに深く影響するような戦略的決定のことをいいます。

② 行動戦略: 基本戦略を実行に移すために必要なプランのことを指します。

経営戦略とは、予測が難しい先行きの不透明な病院の経営環境の中で、自院の強みを活かし弱みを克服しながら、どのように事業を発展させていくか、といった大きな筋道や方向性を決定するものです。それに対して経営戦術とは、経営戦略の下位概念で、それを実現するための具体的な個々の活動方法や手段をいいます。「ビジョンなき戦略はありえず、戦略なくして戦術はありえない」という文言は、病院が将来どういった姿になりたいのかを明確にしていなければ、何をすべきかを決定することはできないということを意味しています。

経営戦略を決定するためには、基軸となるべき明確な経営理念と病院ビジョンの存在は欠くことはできません。また、大きな道筋が示されていなければ、具体的にどういった手を打っていくべきかといった戦術を打ち出すこともできないのです。

経営戦略とは、病院活動の基本設計図であり、その経営戦略実現のための具体的方法と行動が経営戦術なのです。



ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営戦略

経営ビジョン確立のプロセス

経営戦略の根幹となる経営ビジョンの
確立のために必要な取り組み、
プロセスとは、どのようなものでしょうか。

経営ビジョンの明確化には、次のようなプロセスが必要です。

①経営ビジョンの確立、あるいは見直しの前段階として、自院の歴史を振り返る

- ① 医業収入と経常利益、患者数等経営数値の推移
- ② 病医院の特徴
- ③ 病医院内外の重要な出来事

②過去の経営活動の推移を3～5年をひとつのスパンに区切って分析

一般に病医院は、以下のような特質を有する期間を経て成長するとされます。

- ① 開業期 ⇒ ② 基盤確立期 ⇒ ③ 幹部育成期
- ⇒ ④ 管理制度運営期 ⇒ ⑤ 再活性期

③新しい経営理念、病院ビジョンを掲げる必要性について考察

自院の変遷を分析していく中で、医業活動の最高規範である病院理念を見直す必要性が見えてきます。

その場合は、自院の病院理念について、現状と比較した考察が求められます。

これは理事長、あるいは院長のみが行うべきものです。

- ① 自分の過去を振り返り、人生観、社会観、価値観を整理する
- ② 医療行政の未来を見通し、自院の方向性を整理する
- ③ 病医院を経営する上で、最も重要だと思われることを整理する
- ④ 診療圏の状況を考慮し、今後の病医院経営にとって最も重要と思われることを整理する
- ⑤ 院内に公表し、病院理念の徹底化を図る

病医院理念の公表の方法としては、玄関や待合室、会議室など院内の見やすい場所へ掲示するほか、院内誌への掲載、名札・名刺・診察券への印刷、記念行事におけるアナウンス機会の利用、HP 掲載などが考えられます。