

医療情報
ヘッドライン

オンライン診療のガイドラインを公表 禁煙外来は対面診療なしでも可能

▶厚生労働省 情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会

「ナショナルセンター」の役割を見直し 6つの独立行政法人統合も選択肢

▶厚生労働省 国立高度専門医療研究センターの今後の在り方検討会

経営
TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)(平成29年10月分)

経営情報
レポート

組織的な取組みで無駄を排除！ 診療所コスト削減実践法

経営
データ
ベース

ジャンル:リスクマネジメント サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状

医療事故多発の要因 病院全体で捉えた場合のリスクマネジメント

オンライン診療のガイドラインを公表 禁煙外来は対面診療なしでも可能

厚生労働省 情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会

厚生労働省の「情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会」は、3月29日にオンライン診療のガイドラインを取りまとめた。翌30日に同省は都道府県あてに通知を発出し、適用をスタートさせている。

初診は原則対面診療というのがこれまでの基本方針だったが、離島などの遠隔地においてすぐ適切な医療を受けられない場合や禁煙外来などは初診からオンライン診療ができることになった。

■オンライン診療運用の自由度を高める狙い

初診を原則対面診療とする理由としては、オンライン診療で得られる情報が「視覚及び聴覚」に限られることを挙げ、疾病の見落としや誤診を防ぐ必要があるからとしている。

また、医師が患者から適切な情報を得るため、信頼関係を築く必要があるとした。そのため、たとえオンライン診療を開始したあとも、望ましくないと判断する場合は対面診療に切り替えるべきとしている。

ただし、もともと遠隔診療と呼ばれていたことも踏まえ、「すぐに適切な医療を受けられない状況」で、速やかにオンライン診療を行う必要性を医師が認めた場合は、初診でも実施することを認めた。そして、注目したいのは在宅診療などでチーム医療を行っている場合だ。いずれかの医師が直接の対面診療を行っている場合は、他の医師も交代でオンライン診療を行うことができる。これは、診療計画で特定の複数医師が関与することが明示さ

れているためだが、ガイドラインでは「オンライン診療を行う予定であった医師の病欠、勤務の変更」があった場合にも言及し、診療計画に入っていない医師でも、「患者の同意を得たうえで、診療録記載を含む十分な引継ぎを行っていれば、実施することとして差し支えない」としている。医師の働き方改革に配慮するとともに、オンライン診療の運用の自由度を高めようとしているねらいが窺える。

■ガイドラインは短いスパンで見直す方針

一方、オンライン診療の「不適切な例」も示されている。具体的には、向精神薬や睡眠薬のほか、「医学的な必要性に基づかない」と前提条件を示したうえで体重減少目的に使用される利尿薬や糖尿病治療薬、転売阻止のため美容目的に使用され得る保湿クリーム、禁忌の確認を行うのに十分な情報が得られていないうえで処方する勃起不全治療薬などが挙げられた。

また、このガイドラインは短いスパンで見直しを行う方針としており、技術革新が進むことや、オンライン診療の普及状況によって新たに規制を設けることを踏まえたものと思われる。手探り感があることは否めないが、医療費削減を重視する厚労省の思惑が透けて見える運用だといえる。ひとまず2018年度の1年間で、財政的にも治療効果的にもどのような影響を及ぼすかによって、今後さらに発展させていくか否かの方針が決まることになるとみられる。

「ナショナルセンター」の役割を見直し 6つの独立行政法人統合も選択肢

厚生労働省 国立高度専門医療研究センターの今後の在り方検討会

厚生労働省は、3月30日に「国立高度専門医療研究センターの今後の在り方検討会」の第1回会合を開催した。6つの独立行政法人から成る国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）の役割を見直し、研究開発や医療提供、人材育成のあり方を検討していくこととし、1つの法人に統合することも選択肢に入れながら、組織自体のあり方も見直していく方針を示した。

■ナショナルセンターは運営費交付金を10%削減されるなどの状況にある

ナショナルセンターは、国民の健康に重大な影響のある特定の疾患について調査・研究および技術開発、医療の提供を行う機関であり、2004年にいったん独立行政法人国立病院機構へ移行したが、2010年4月から「国立がん研究センター」「国立循環器病研究センター」「国立精神・神経医療研究センター」「国立国際医療研究センター」「国立成育医療研究センター」「国立長寿医療研究センター」の6つがそれぞれ独立行政法人へ移行し、その後は運営費交付金が10%削減されるなど、優遇されているとは言い難い状況に置かれてきた。

■5月中に各センターからヒアリングを行い、10月に報告書を取りまとめる予定

厚労省は、今回の検討会の開催要項で「センターの果たすべき役割はますます大きくなっている」としているが、2013年に閣議決

定された「独立行政法人改革等に関する基本的な方針」では、将来的に6法人の統合も含めて組織のあり方を検討すると盛り込まれており、ナショナルセンターの先行きは決して明るくない。そのため、この日の会合で行われた自由討議では、現状の厳しさを指摘する声が相次いだ。

6法人の中でも存在感が大きい国立がん研究センターについても、世界トップレベルのがんセンターと比べると見劣りするという意見や、大学病院とのデータ共有が容易にできないという意見など、先端的な研究開発を妨げる根深い問題があることが詳らかにされている。今後、5月中に各センターからのヒアリングを行い、議論を深めて10月には報告書を取りまとめる予定だが、理想とは程遠い現状が明らかになることが推測される。

なお、同検討会の座長は自治医科大学学長の永井良三氏、座長代理は名古屋大学大学院医学系研究科特任教授の祖父江元氏で、その他17名が構成員を務める。



介護保険事業状況報告(暫定) (平成29年10月分)

厚生労働省 2018年1月15日公表

概 要

1 第1号被保険者数(10月末現在)

第1号被保険者数は、3,470万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(10月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、641.6万人で、うち男性が200.7万人、女性が440.9万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.0%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給8月サービス分、償還給付9月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、376.7万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付8月サービス分、償還給付9月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、82.9万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

5 施設サービス受給者数(現物給付8月サービス分、償還給付9月支出決定分)

施設サービス受給者数は92.3万人で、うち「介護老人福祉施設」が52.3万人、「介護老人保健施設」が35.2万人、「介護療養型医療施設」が5.0万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計が一致しない)

6 保険給付決定状況(現物給付8月サービス分、償還給付9月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、7,976億円となっている。

(1) 再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅（介護予防）サービス分は3,805億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,252億円、施設サービス分は2,465億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

(2) 再掲：高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費

高額介護（介護予防）サービス費は182億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は9億円となっている。

(3) 再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は263億円、うち食費分は168億円、居住費（滞在費）分は95億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

第1号被保険者1人あたり保険給付費【都道府県別】



出典：介護保険事業状況報告（平成29年8月サービス分）

※高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費は含まない。
※保険給付費については、第2号被保険者分を含んだ数値を使用している。

介護保険事業状況報告（暫定）（平成29年10月分）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

組織的な取り組みで無駄を排除！

診療所コスト削減 実践法

1. コスト削減の鉄則と職員意識改革
2. 使用量把握・委託先見直しによる変動費削減
3. 業務・支給方法・手当の見直しで人件費圧縮
4. 省エネ・支出管理による固定費削減



■参考文献

『みるみるく利益>が増えていく！経費節減徹底マニュアル』すばる舎リンケージ
『今すぐ使える、効果が出る！「病院の業務」まるまる改善』日本医療企画

1

医業経営情報レポート

コスト削減の鉄則と職員意識改革

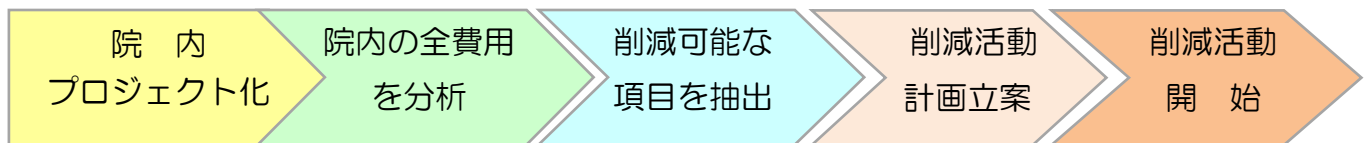
■ コスト削減のための4つの鉄則

コスト削減に取り組む上で徹底しなければならない鉄則は、以下の4つです。

- ①コスト削減に関する方針を示す
- ②リーダー職が率先してコスト削減を徹底する
- ③職員に当事者意識を持たせる
- ④何事もまずお金をかけない方法を考える

院長が、コスト削減に関する明確な方針を示すことが重要です。それは、コスト削減を推進する際に、状況によっては、賃金制度の見直しや、取引先の変更や取引停止のように、経営者でなければ決定を下すことができない項目にも目を向ける必要があるからです。

■コスト削減活動の全体フロー



■ 固定費の変動費化と細かい削減へのこだわり

コストには、売上の増減や患者数にかかわらず一定額が発生する固定費と、売上や患者数に連動して変動する変動費という2種類があります。

このうち、固定費の構成比率が高いと、収入が減少した場合には赤字に転落しやすくなることから、変動費の構成比率を高めるようにすることが、利益を確保するポイントです。

■固定費を変動費化する主な項目

- ◆賞与を業績連動にする
- ◆パート・アルバイトの活用
- ◆アウトソーシングの活用

■ コスト管理体制の構築と意識改革

コスト削減などの業務改善に着手すると、最初のうちは全員が意識して取り組むため、ある程度の成果がでます。しかし、少し改善できたからといって、監視の目を緩めてしまえば、いつの間にか元に戻っていることもあります。場合によっては、以前より悪化してしまうことも少なくありません。リーダー職は、決して監視の目を緩めることなく、常に改善しようという意識を持ち続けることが重要になってきます。

2

医業経営情報レポート

使用量把握・委託先見直しによる変動費削減

■ 変動費削減マネジメントの基本

月次損益計算書などは、費用科目を元帳からエクセルシート等へ落とし込み、月次展開できるようにします。これにより、本来固定費と考えていたものが、想定外の変動を示し、特定の月に極端な増加がみられるような勘定科目がひと目で確認できます。

■ 医療材料費削減の組み立て

医療材料費は医療機関の規模や機能、役割によって大きな差があるため、標榜科診療目などに応じて削減への取組みを進める必要があります。

① 単価×量の分解とロス構造の把握

物の費用の削減において重要なのは、「単価×量」の分解と「ロス構造」の把握です。単価と量を分解することにより、購入の仕方と使い方の見直しが改善の方向性となるうえ、ロスの構造を把握することで、どこでどのような無駄が発生しているかを明らかにすることができます。

② 単価とロスの削減ポイント

- 1回あたりの購入量を増加させることによる単価の引き下げ
- 無駄な使用を防止するための教育、指導の実施
- 部門ごとに消費量の実績を掲示し、過剰使用防止への啓発
- 複数の施設がある場合、法人全体で一括購入・管理し、各施設へ必要な量だけ供給する仕組みに変更

■ 検査委託費関連項目削減のアプローチ

◆ Aクリニック（整形外科）の事例と見直し効果

Aクリニックでは、検査業務を委託していたB検査センター（月額委託料は平均で504千円）からC検査センターに切替えた場合、下記のような見積もりとなりました。

■ C検査センター検査実施料の契約内容

期 間	検査委託費
契約から3年間	実施価格の5%
4年目以降5年目まで	実施価格の半額
5年目以降	実施価格の85%

最初の3年間は現在の委託料の5%で、3年間合計では907.2千円となり、約17,237千円の削減効果が得られます。

ただし、委託先変更によりオーダーの流れが変わってしまうケースがあるため、院内全体のコンセンサスを得る必要があります。

3

医業経営情報レポート

業務・支給方法・手当の見直しで人件費圧縮

■ 業務見直しによる時間外削減

多くの診療所では、最低限の人員数で業務を行っており、レセプト提出前などの繁忙期には一定の残業や休日出勤が必要になるのが一般的ですが、それが恒常的になっているようであれば、人件費増加や人材の疲弊など最悪のリスクを抱えていることになります。

(1) 時間外労働のチェック

① 職員の残業状況を把握する

賃金台帳やタイムカードをチェックし、職員全体の時間外労働の現状を把握します。

② 時間外労働が特に多い職員がいる場合

残業や休日出勤が特定の個人に集中する傾向があると捉え、業務内容の調査が必要です。

(2) 時間外労働見直しポイント

特定の職員に時間外労働が多いのであれば、個人の業務効率が低い、又は他の職員との業務バランスに原因があることが推測されるため、個別の研修や教育による能力アップや、特定の職員に負担が集中したりしないように、業務フローや職務の割り振りの見直しが必要です。

■ 給与の見直しによる人件費圧縮

毎月納付する社会保険料は、原則として4～6月に支給された給与にその後1年間拘束されます。毎月納付する社会保険料を節約するためには、まず「7月1日の算定」と「月変」の仕組みを理解することが重要です。

- ① 標準報酬月額各等級に対する“給与額の幅”に注意
- ② 昇給は7月（以降）の給与で実施
- ③ 精勤手当などの出来高給は奇数月に隔月支給
- ④ 育児休業月変の有効活用

(1) 各種手当見直しによる人件費圧縮

医療機関は、職員の大部分が医療系の有資格者で構成されていることから、一律人件費カットは難しい状況ですが、固定費最大の項目でもあり、人事評価制度の構築などによってメリハリをつけるなど、圧縮に向けた取組みは必要です。

イ) 支給目的が明確でない手当の洗い出し

支給意義のないもの、根拠が不明確な手当を洗い出し検討します。

ロ) 各種手当を廃止する場合の留意ポイント

- 給与規程改定の全職員対象説明会実施 ⇒ ● 労働者代表から意見書の提出を求める ⇒ ● 労働基準監督署へ届出

4

医業経営情報レポート

省エネ・支出管理による固定費削減

■ 省エネ・省資源によるコスト削減

省資源・省エネへの取り組みは、紙・ゴミ・電気の節約など身近な活動ですから、小さな積み重ねが非常に重要になってきます。

対象	細区分	実施項目
電気使用量の削減	1. 冷暖房装置	(1) 冷暖房の設定温度 (2) 省エネルギー機器の導入
	2. 照明装置	(1) 業務開始10分前からの点灯実施 (2) 廊下、階段等の共有部分の部分点灯 (3) 昼休み全消灯の実施
	3. OA 機器	(1) 昼休み、帰宅時の電源 OFF (2) 省エネルギー機器への更新
	4. その他	(1) 夜間・休日時のエレベータ運転台数の制限 (2) 職員及び来訪者への階段使用の呼びかけ
水使用量の削減	1. 上下水道	(1) 水漏れ点検の実施と対策 (2) 給水の減圧調整の実施 (3) 改修・更新時に節水機器を導入
	2. 下水使用量	(1) トイレの2度流し、歯磨き時の流し放し禁止 (2) 改修・更新時に節水機器を導入
紙使用量の削減	コピー用紙	(1) 印刷物の両面コピーの実施 (2) 不要書類の回収箱の設置 (3) ペーパーレス化（電子・磁気媒体による保管の実施） (4) プロジェクター使用による会議配布書類の廃止

■ 利用制限と支出管理によるコスト削減

固定費の中でも、3K費用といわれる「広告宣伝費」「交通費」「交際費」の削減は、非常に重要です。その利用制限と支出管理をポイントに、役員や医師との関係において、タクシーチケット等の使用や、ゴルフ、飲食といった費用に対して管理をなおざりにしがちであるため、重点対象として管理を徹底します。

■ 3K費用削減のポイント

- 支出の廃止と利用制限
- 費用対効果の検証
- 徹底した監視体制化での支出管理

① 広告宣伝費

現在支払っている広告をすべて抽出し、効果の少ない広告を中止します。

② 旅費交通費

出張旅費等のルールを見直してみると、様々なムダが潜んでいることもあります。

③ 接待交際費

ゴルフコンペ、飲食接待、商品券の贈答、お中元・お歳暮などは最低限の支出に抑えます。

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。



医療事故多発の要因

**医療事故の増加には、
 どのような要因が考えられるのでしょうか。**

近年、単純なヒューマンエラーを原因とする重大な医療事故が多発しており、その原因はさまざまです。

代表的な要因として、次のような点が指摘されています。

① 制度的なしくみの疲弊

1960年に導入された国民皆保険制度の基本コンセプトは「均質・均等・平等」であったことで、いわゆる護送船団方式的な考え方のもとに質の向上を怠ったり、リスクという概念そのものを希薄にしたりしたために、制度疲労が増大した。

② 医師中心のプロダクトアウト

医師や医療施設側、つまり提供側の論理（プロダクトアウト）により運営がなされ、患者主権が一般的になおざりにされ、顧客満足の充足（マーケットイン）への転換が遅れた。

③ 技術重視（医師中心）

医師と医療技術中心の運営、および専門技能者集団による縦割り組織が、チームケアへの転換を遅らせ、さらにリスクに対する全院的な対応を遅らせた。これが国際的な品質マネジメントシステムのしくみや、産業界における同様のシステムの導入を遅らせた。

④ 医療専門職のプロ意識の欠如

医師、看護師その他の医療専門職が、戦後のいわゆる「自由」の中でプロフェSSIONナルとしての倫理観や使命感を希薄にした。

⑤ 情報公開、患者主体医療の回復

IT化の推進と浸透によって種々の情報が入手しやすくなり、患者が医療における主権者としての意識を抱き始め、マスコミを通じて意見を述べるようになった。

⑥ 職員の不満

医療提供施設で働く職員（特に医師以外のスタッフ）が、その職場に生きがい、働きがいを見出せるような職員満足（Staff Satisfaction）を図る仕組みの不足・不備が顕在化している。

これらの要素を複合したものが、医療事故の多発原因に結びついていると考えられています。

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状

病院全体で捉えた場合の リスクマネジメント

**病院全体を対象とするリスクマネジメントの
基本的な考え方を教えてください。**

病院など医療機関が抱えるリスクのうち、内部要因からみたリスクには、大きく分けて「ファイナンスリスク」と「ビジネスリスク」があります。これらはいずれも、病院経営の目的達成を阻害する原因となっています。

① ファイナンスリスク

ファイナンスリスクとは、医業経営における財務面でのリスクです。医療機関を取り巻く環境の変化によって、一般企業と同様の経営管理が求められています。

例えば、内部監査システムの構築による経営管理、ベンチマーク比較による管理統制が挙げられます。これらの導入によって、組織として目標管理や人事管理も行いやすくなり、個人に内在するリスク管理の実践にも役立ちます。

② ビジネスリスク

医療提供そのものに潜在するリスクが、医療機関におけるビジネスリスクの大部分を占めます。具体的には、医療事故や医療紛争などが該当します。

かつて実施された「医療事故シンポジウム」の調査によると、以下の項目が医療事故の主要な発生原因として挙げられており、これらがビジネスリスク要因であるといえます。

- ① 診療録の不備
- ② 医師の医療知識、技術の未熟性、独善性
- ③ 薬剤の過誤使用
- ④ チーム医療の未完成、未熟性
- ⑤ 意思の疎通性
- ⑥ 診療能力の不足
- ⑦ 事故対策の未熟

これらの項目に対し、組織として現有の資産（ヒト・モノ・カネ）を踏まえ、最大の活用と不足の補てんを行い、具体的な対策を立てていくことが重要です。