

医療情報
ヘッドライン

在宅医療の診療ガイドライン作成へ 医師・看護師向け臨床評価指標も開発

▶厚生労働省

新専門医の研修を行う医療機関拡大へ 医師偏在を防ぎ地域医療充実を目指す

▶一般社団法人日本専門医機構

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告(平成28年8月分概数)

経営情報
レポート

将来の姿を職員と共有する
BSCを活用した事業計画作成法

経営
データ
ベース

ジャンル:機能選択 サブジャンル:急性期病院と慢性期病院
「差額分析」を使った経済的試算
回復期リハビリテーション病棟の設置

在宅医療の診療ガイドライン作成へ 医師・看護師向け臨床評価指標も開発

厚生労働省

1月12日、厚生労働省で全国在宅医療会議ワーキンググループ(WG)の第1回会合が開催され、在宅医療の診療ガイドラインを作成することが決まった。

5月までに草案を作成し、6月から7月にかけてパブリックコメントを募集、9月までに公開することを目指す。

また、同WGでは在宅医療の特性を踏まえた臨床評価指標の必要性も確認し、3月に第2回目の会合を開催してさらに議論を深め、在宅医療の評価基準を確立させていくこととしている。

■超高齢化社会の到来に向け、在宅医療の診療ガイドラインの必要性を重視

今回の取り組みの背景にあるのは、超高齢化社会の到来である。

自宅での療養や看取りが増えていくため、在宅医療の充実が推進されてきたが、これまでガイドラインが示されていなかったため、取り組む医療機関や医師によって考え方や手法が異なるのが現状だ。

会合では、在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模組織により提供されている点を問題視しており、24時間対応が求められる激務であることも影響し、治療効果に対する研究が十分に行われておらず、体系的にまとめられていないとした。

結果として、ノウハウや研究成果が小規模組織内にとどまってしまうため、全国的に展開することが難しく、地域によってばらつきが生じる原因になっていると指摘している。

■臨床評価基準作成のため、65歳以上の高齢者を対象にQOL調査を実施予定

こうした状況を踏まえ、診療ガイドラインは個々の疾病的治療法ではなく、サービス全体にフォーカスを当て、在宅医療のエビデンスを構築する方針とする。在宅医療は、小児から高齢者まで年齢層を限定しないのが本来の姿だが、膨大なCQ(c clinical question=臨床的疑問)が想定されるため、65歳以上の高齢者に限定してエビデンス構築のための調査を進めていくこととなった。

また、並行して進める臨床評価基準の作成のため、65歳以上の高齢者を対象にQOL(クオリティ・オブ・ライフ)調査を今後実施する予定としている。この調査は、「穏やかな気持ちで過ごしている」「充実した人生だったと感じている」「思い出やこれから事を話す相手がいる」「介護サービスや在宅診療(看護)に満足している」の4項目で、在宅医療患者のQOLを重視した地域包括ケアの実現へつなげていく意向である。



新専門医の研修を行う医療機関拡大へ 医師偏在を防ぎ地域医療充実を目指す

一般社団法人日本専門医機構

1月13日、一般社団法人日本専門医機構は東京国際フォーラムで理事会を開催し、「新専門医制度」について、より多くの医療機関で認定に必要な研修が行える仕組みにする方針を明らかにした。地域によって専門医が不足する「医師の偏在化」を解消する狙いで、2018年4月からの導入を目指している。

■専門医の統一基準がなく、質のばらつきを指摘

専門医は、特定の診療科や疾患領域について、高い専門知識や技術を習得した医師が認定される資格である。

しかし、日本では各学会が独自に認定を行っているため、統一された基準がない状況が続いている。2002年にメディアなどで専門医と広告することが可能となってから、専門医資格は乱立状態にあり、その質のばらつきが指摘されるようになった。

こうした状況を受けて、厚生労働省は2011年から専門医制度の見直しを検討し、2014年5月に、学会に対して中立的な立場となる第三者機関として日本専門医機構を設立し、「新専門医制度」の構築を進めてきた。



■大学病院のように指導できる医師がいなくても、一定の基準を満たせば研修先として認定

「新専門医制度」は、19領域を持つ「基本領域専門医」と29領域を持つ「サブスペシャリティ領域専門医」の2つに大別しているのが大きな特徴であり、専門医資格を希望する場合は、医学部を卒業後に2年間の臨床研修を受け、さらに3年以上の研修を受ける必要があるカリキュラムで設計している。

しかし、研修の実施機関を「大学病院などの基幹病院が中心」としたのが問題となっていた。それらの医療機関はほぼ都市部にあるため、地方での医師不足を助長するおそれがあるとの批判が相次いた経緯がある。

そのため、当初は今年4月からの導入を予定していたが、認定基準の見直しをせざるを得なくなった。今回の理事会で、大学病院のように指導できる医師を確保できない病院でも、一定の基準を満たせば研修先として認めるとしたのは、こうした背景があったからである。

認定基準を大幅に緩和した一方では、研修の質が問題となる。研修の具体的な内容は、今後さらに検討するとしているが、専門医の名にふさわしいレベルの知識と技術が習得できるプログラムだけでなく、指導の際のガイドライン作成も求められることになる。

新制度の導入開始まで1年強という限られた期間で、どこまでこれらの精度を高められるのか疑問視せざるを得ず、日本専門医機構がどのような検討を進めていくのか今後も注視していく必要があるといえる。

病院報告 (平成28年8月分概数)

厚生労働省 2016年12月12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28年8月	平成28年7月	平成28年6月	平成28年8月	平成28年7月
病院					
在院患者数					
総数	1 250 433	1 247 493	1 246 019	2 940	1 474
精神病床	290 610	289 641	288 890	969	751
結核病床	1 888	1 885	1 898	3	△ 13
療養病床	289 778	289 368	289 662	410	△ 294
一般病床	668 095	666 538	665 512	1 557	1 026
(再掲)介護療養病床	50 015	50 395	50 494	△ 380	△ 99
外来患者数	1 365 046	1 333 881	1 415 092	31 165	△ 81 211
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 850	5 912	5 889	△ 62	23
(再掲)介護療養病床	2 259	2 280	2 272	△ 21	8

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28年8月	平成28年7月	平成28年6月	平成28年8月	平成28年7月
病院					
総数	79.7	77.7	79.4	2.0	△ 1.7
精神病床	86.4	86.4	86.0	0.0	0.4
結核病床	35.1	34.2	34.9	0.9	△ 0.7
療養病床	87.9	87.8	88.0	0.1	△ 0.2
一般病床	74.6	71.2	74.1	3.4	△ 2.9
介護療養病床	91.4	91.4	91.6	0.0	△ 0.2
診療所					
療養病床	58.3	58.8	58.5	△ 0.5	0.3
介護療養病床	71.7	71.9	72.1	△ 0.2	△ 0.2

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)

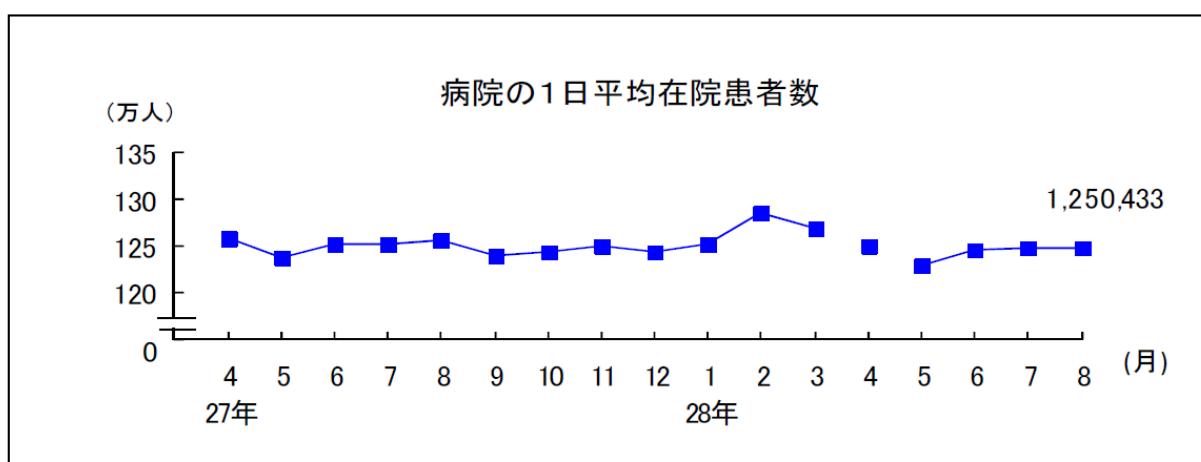
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成28年8月	平成28年7月	平成28年6月	平成28年8月	平成28年7月
病院					
総数	27.7	28.5	27.5	△ 0.8	1.0
精神病床	265.4	271.9	254.8	△ 6.5	17.1
結核病床	65.9	68.7	63.5	△ 2.8	5.2
療養病床	152.6	159.7	152.3	△ 7.1	7.4
一般病床	15.7	16.1	15.6	△ 0.4	0.5
介護療養病床	313.6	342.9	311.8	△ 29.3	31.1
診療所					
療養病床	95.3	100.8	99.1	△ 5.5	1.7
介護療養病床	126.7	127.2	126.8	△ 0.5	0.4

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

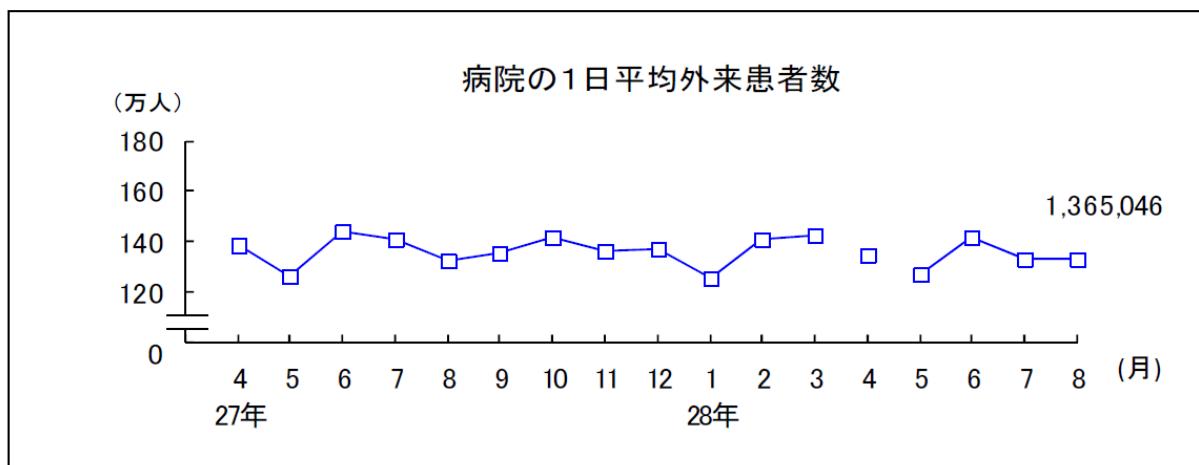
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \right)}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

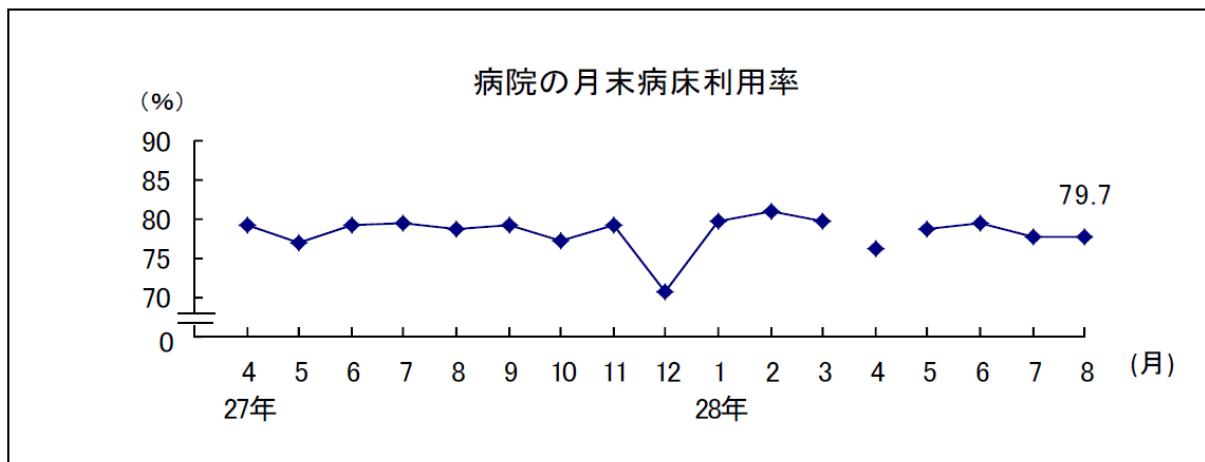
◆病院：1日平均在院患者数の推移



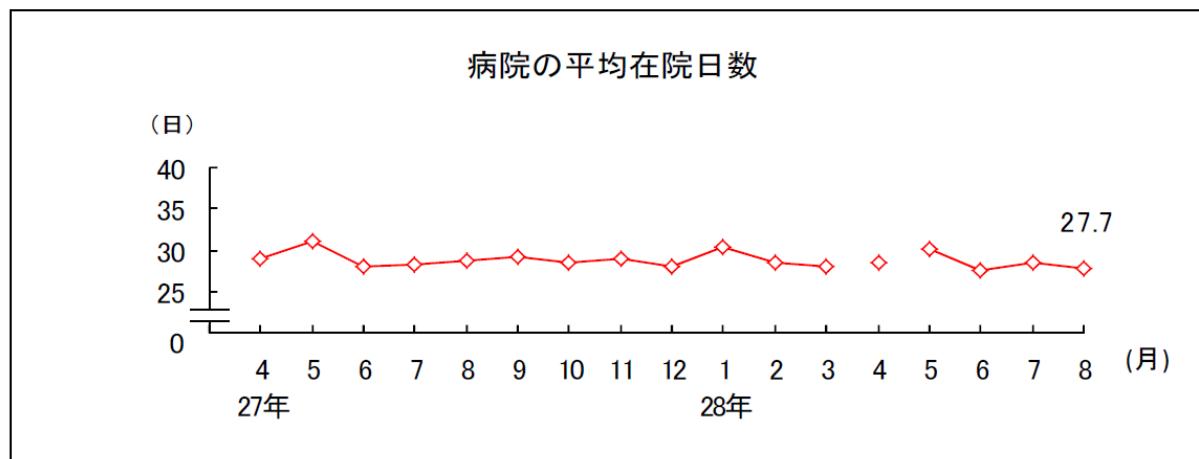
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



注：平成28年4月分については、熊本地震の影響により、熊本県の一部病院から報告がなかったため、前後の月と接続していない。

病院報告（平成28年8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。



将来の姿を職員と共有する BSCを活用した 事業計画作成法

1. 経営計画の考え方と策定方法
2. BSCを活用した事業計画の作成ポイント
3. 事業計画作成事例



■本レポート作成にあたり

平成 25 年 1 月 18 日、株式会社ビズアップ総研において収録された「経営計画と事業計画」（講師：(株)ヘルスケア総合コンサルティング 代表取締役 横田 隆夫 氏）の講演内容よりテキストを参考に抄録として加筆、再構成したものです。使用した資料および図等は、同テキストより抜粋、もしくは改編しております。

※無断転載複製禁止

1

医業経営情報レポート

経営計画の考え方と策定方法

■ 経営計画の位置づけと考え方

(1) 経営計画と事業計画の位置づけ

一般的には、「経営計画」と「事業計画」は区別せずに使われる場合が多くなっていますが、ここでは概念の相違により区別して用います。

また、事業計画については、「部門・部署レベルの戦術的計画として、実施に重点を置いた行動計画」として位置づけることとします。

経営計画	長期的、戦略的、全組織的な視点を持つ、組織のあるべき姿を描き出すために策定される計画
事業計画	短期的、戦術的、部門・部署的な視点を持つ、経営計画の目標を達成するために作成される具体的な実行計画

経営計画は、経営活動の出発点、方向、到達点を示すものであり、事業遂行にとって不可欠であり、さらには経営活動の拠り所となると共に、職員の活動の指針となるものです。

また、経営計画は、PDCAサイクルの Plan（計画）の部分であり、計画実施を通じた見直し（Do, Check, Act を機能させること）により、当初の計画を実現していくねらいがあります。

■ 経営計画の策定のポイント

(1) 経営計画の必要性と策定の方法

従来の医業経営における大きな問題点の一つとして、「経営計画を策定せず、場当たり的に経営を行ってきた」ことが挙げられます。

しかし、現在では医業経営をめぐる環境は年々変化しており、医療機関にあっても、将来の姿をすべての職員と共有するための経営計画の策定が求められています。

そして、経営計画には、経営者の意思を組織の内外に伝えるという役割と効果が期待されており、計画の中にはそれが明確に示されている必要があります。

経営計画の策定方法はいくつかありますが、医療機関に合致した手順として、次のような策定手順・方法を紹介します。

◆経営計画の策定手順と方法

①ビジョン達成のための戦略に基づいた「中期経営計画」を策定



②中期経営計画を各年度に展開した「短期経営計画」を策定



③現況を勘案した「院内全体・各部門・各部署の事業計画」を策定

(2) 中期経営計画の策定 ~ビジョンの明確化

中期経営計画の策定に当たっては、まず「ビジョン」を明確にすることが必要です。

ビジョン：自らに課したミッションに対して向かうべき方向を示すもの
～ 基本理念、基本方針・目標 等

また、ビジョンの明確化には、SWOT分析を活用する方法などにより、「外部環境（患者・地域・法律・制度）」「内部環境（自院が保有する人材・機能等）」を分析し、決定することが求められます。ビジョンが明確化されないと、組織全体のベクトルを合わせることが困難で、例え秀逸な事業計画を作成したとしても、成果につなげられません。

さらに医業経営においては、ビジョンの明確化とともに、患者満足度と収益性のバランスがとれた経営計画の策定と、それに沿った事業計画の作成および実施が必要となるのです。

(3) 短期経営計画の策定 ~構成と院内周知

短期経営計画は、中期経営計画を達成期間内の各年度に展開したものであり、1年間を単位とする単年度の経営計画として作成されることが多いです。

そして、この単年度経営計画の目標達成が中期経営計画の目標達成につながります。

①短期経営計画の構成

目標と方針は、1年間の経営活動を方向付けるものであることから、その作成は経営管理層にとって重要な職責です。組織の目標・方針は部門の目標・方針として、さらにこれが部門における各部署の目標・方針として分担されて、最終的には職員個々の個人目標として、その達成責任を担わせることになります。

ここで部門責任者は、組織目標・方針の理解を前提に、自部門に関連するものを取り上げて、具体化と細分化を通じ、自部門の目標と方針を定めます。

BSCを活用した事業計画の作成ポイント

■ バランスト・スコアカード(BSC)の活用

(1) 医療機関におけるBSCの浸透

バランスト・スコアカード（以下、BSC）は、当初業績評価システムとして開発されました
が、実践と研究の過程を経て、1996年頃からは「戦略的経営システム」に進化しました。

日本の医療機関には2003年、「日本医療バランスト・スコアカード研究学会」が設立された
のを契機として、導入が進んでいます。

近年では多くの組織で研究され、経営計画策定・管理の方法として採用する医療機関が増えて
きています。

◆BSCの定義と考え方

● BSCの定義

組織の持つ複数の重要な要素が、組織のビジョンや戦略にどのように影響し、業績に表れる
のかをデータとして可視化する手法

「財務」「顧客」
「業務プロセス」「学習と成長」

● BSCの考え方

従来の財務分析主体の業績評価に加えて、異なる4つの視点からの評価を行うことにより、
組織の持つ有形資産・無形資産・未来への投資力等を総合的に評価する

(2) BSCの機能とは

BSCは総合的経営管理手法であり、そのなかには、「経営戦略の実行を計画するプランニング機能」や「戦略実行に伴う修正・変更を行うコントロール機能」等のいくつかの機能があります。

具体的には、経営戦略の作成・管理について、4つの視点（顧客の視点・財務の視点・業務プロセスの視点・学習と成長の視点）のバランスをとりながら実施する手法です。

従来の一般的な財務的視点からの経営管理が限界に達し、最近では非財務的視点にも着目した
経営管理が求められていますが、BSCを用いると、非財務的視点の経営管理が容易に表現でき
るため、管理手法としての評価が高くなっています。

さらにBSCでは、経営戦略の具体的成果の数値化（可視化）が可能となるので、納得性のある報酬制度が構築できる、等の効果も期待できます。

3 事業計画作成事例

■ 事例 ~A病院における事業計画作成への取り組み

医療機関における事業計画作成に向けた活動事例として、A病院の事業計画作成のプロセスと概要を紹介します。

(1) A病院事業計画の作成手順と内容

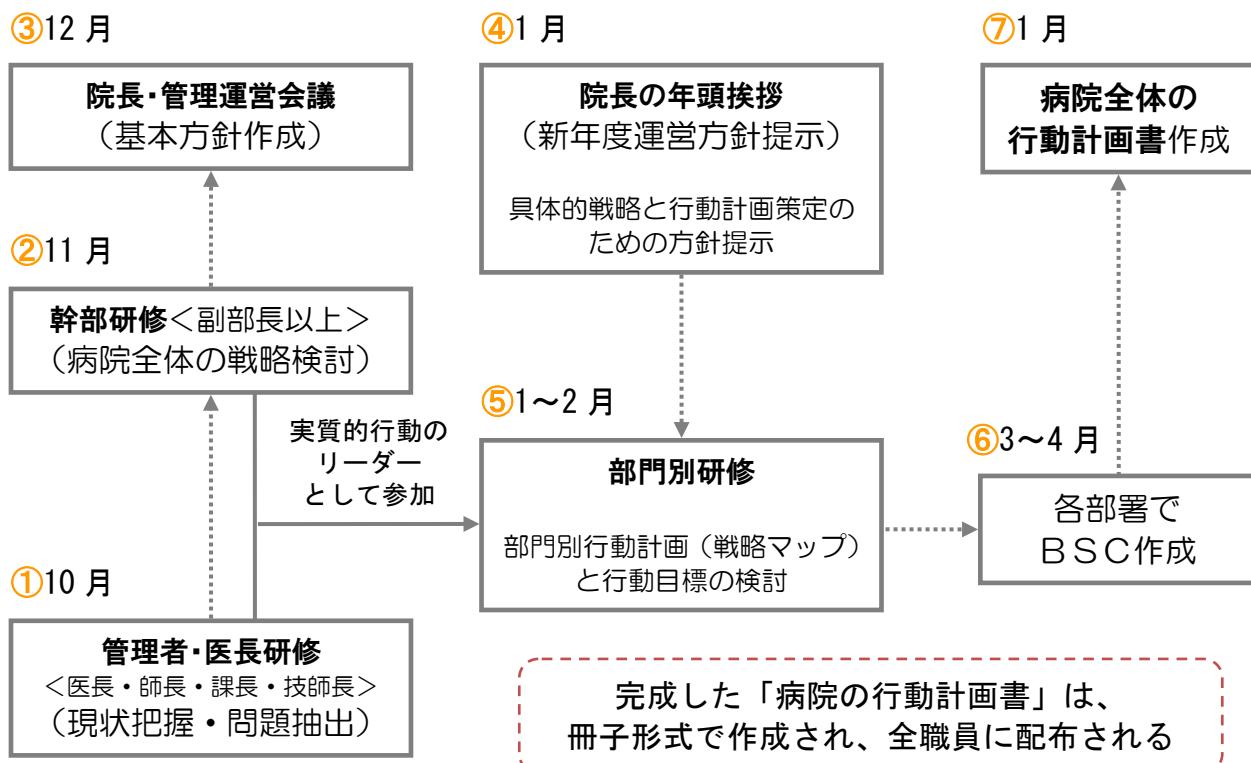
事業計画策定にあたってA病院では、毎年10月に計画内容の方向性や院内外からの課題を見つけ出すために、各部門管理者、師長、科課長、技師長が出席する「管理者・医長研修」を開催し、経営実績の現状把握と問題・課題の抽出を行います。

そして翌11月には副部長以上が出席する「幹部研修」を開催し、「管理者・医長研修」の検討内容を踏まえた病院全体の戦略を検討します。

さらに12月に、院長と「管理運営会議」のメンバーとで上記2つの研修で検討されたものの中から重要なエッセンスを抽出し、新年度の基本方針を作成します。

A病院では、毎年1月の仕事始めの日に、院長より新年度基本方針をキーワードとして発表し、これが事業計画の原点となっています。

◆A病院における事業計画作成手順



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。

「差額分析」を使った経済的試算

病床区分選択を決定する際に、どのようにして「差額分析」を使って経済的試算を行うのでしょうか？

病床区分選択を決定する際に、将来の自院の方向性を検討する材料として、経済的メリットを測定する方法のひとつに「差額分析」を採用した医療機関も少なくないと思われます。

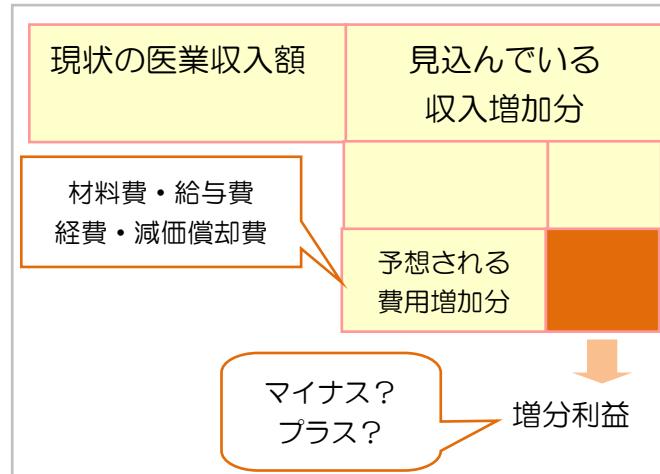
入院患者数の減少は医業収入の減少に直結しますが、患者数を維持するために採用した方法に伴って、予想される収入の増減から費用の増減を差し引いた額がプラスになるかどうか、すなわち「増分利益」が発生するか否かが判断材料となります。つまり、ある経営計画に関する収益と費用の増加分だけを試算し、比較するという手法です。例えば、医業費用は、材料費、給与費、経費、減価償却費等から構成されており、これらの各費用が消耗度や業務量、人員数により受ける影響を予想し、増減を試算することができます。そして、経営計画のために投下したコストの回収、見込まれる収入増から、経済的メリットを測定するというものです。

療養病床を抱える医療機関にとっては、一般病床や施設への転換を検討する際にも、病床数の増減に伴う増分利益の試算結果が判断材料のひとつとなるでしょう。療養病床には広い病床面積や廊下幅など、一般病床と比較すると病床当たりのスペース基準は高いものが求められており、収益の増減は大きな影響を及ぼすことになるからです。

また、差額分析は看護職員配置をめぐる試算に活用できます。実際に看護配置基準を引き上げることによって生ずる経済的影響をシミュレートすると、必要員数や収益増加額、費用の増加額が把握でき、これらを用いて増益額を試算するのです。ここでは、費用のうち、給与費は大きなポイントとなることは否めません。例えば、基準引き上げのために病床数を減らしたり、休床したりという選択肢をとると、入院患者数減少による収入減と比例して材料費や経費は減少しますが、看護職員に係る給与費と実質的人数が削減できるわけではないのです。

差額分析は、有用なシミュレーションではありますが、数値上の増分利益にのみ注目したメリット測定方法であることに留意しなければなりません。また、前提条件が適切でなければ、測定した効果の信頼度も低くなります。自院の将来のあり方を定め、それに向かった経営計画を策定する際には、収入とコスト両面による影響だけではなく、自院が抱える人的および物的経営資源という重要な要素も加味することが必要です。

◆入院患者を増加させる計画の増分利益試算の例





回復期リハビリテーション病棟の設置

ケアミックス型病棟で生き残るために「回復期リハビリテーション病棟」を設置した場合、どのような病棟編成が必要でしょうか？「回復期リハビリテーション病棟」の目的と機能もあわせて教えてください。

■回復期リハビリテーション病棟の目的と機能

回復期リハビリテーション病棟（以下、「回復期リハ病棟」）では、訓練室だけではなく病棟を中核に位置付けることにより、物理的距離を排除して、病棟と訓練室における患者情報（ADLや機能訓練）などの差に関する情報の共有化を図るとともに、チームアプローチによって総合的なリハ実施計画の策定と実践を可能にするものです。すなわち、チーム医療の新しい形といえます。

病棟内に、医師や看護・介護職に加えて、PT・OT・ST・MSWを配置し、各専門職によるチームアプローチを容易にする目的があります。

一方で、構造設備基準は療養型と同様であること、常勤医師（専任1名）、PT（専従2名）、OT（専従1名）、看護職員（15：1、うち看護師比率40%以上）および看護補助者（30：1）の人員配置も要求され、要件としては厳しいものであるといえます。収益性の面では、コミュニケーションスキルスタッフ個々の向上を図る必要があります。

なお、施設基準については、常勤医師の配置要件が、平成20年度の診療報酬改定において従前の「専従」から「専任」へ基準が緩和されています。

■ケアミックス型病棟での生き残るための病棟編成

急性期病院として救急救命機能の強化を図ると同時に、急性期治療を終えて維持期に移行した患者の受け入れ体制を整備し、自宅退院が不可能な患者への対応を含めた医療体制を目指す場合は、急性期病棟に加えて療養病棟や回復期リハビリテーション病棟を併設、もしくは隣接したケアミックス型病棟編成を検討する必要があります。

急性期治療を終えても、日常的に高度で複雑な医療措置を必要とする疾患有する患者、あるいは入院が長期にわたる療養患者については療養病床の対象とすることがふさわしいと考えられますが、急性期治療の後に積極的なリハビリテーション等の密度の高い医学的管理を必要とする患者に対しては、「回復期リハビリテーション病棟」の適用対象とすることが適当です。

回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等患者を発症後早期に受け入れ、ADL能力の向上と自宅退院を目指したリハビリテーションを実施することを目的とする病棟です。但し、適応疾患や発症から入院までの期間などに制限があるため、一般病床・療養病床と機能を分化させることが必要です。

回復期リハビリテーション病棟入院料は、その算定対象患者が平均在院日数計算の対象外になりますが、一般病棟・療養病棟のいずれでも算定することができます。