

医療情報
ヘッドライン

療養病棟、DPC データ提出の義務化を検討 在宅復帰機能強化加算は要件緩和が焦点

▶厚生労働省 入院医療等の調査・評価分科会

費用対効果評価の支払い意思額調査実施せず 過去データや諸外国の状況を踏まえ評価

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 費用対効果評価専門部会

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成29年2月分概数）

経営情報
レポート

**外来医療需要減少時代の到来
将来を予測した経営対応策**

経営
データ
ベース

ジャンル：人材・人事制度 サブジャンル：経営ビジョン達成型人事制度
**経営ビジョン達成型人事制度の導入
職員のモチベーションを高める方法**

医療情報
ヘッドライン
①

療養病棟、DPC データ提出の義務化を検討 在宅復帰機能強化加算は要件緩和が焦点

厚生労働省 入院医療等の調査・評価分科会

8 月 4 日、厚生労働省の入院医療等の調査・評価分科会が開かれ、療養病棟入院基本料や有床診療所入院基本料などについて議論を展開し、療養病棟については、DPC データの提出を施設基準の要件とすることが検討された。有床診療所入院基本料については、「在宅復帰機能強化加算」を見直すべきとの意見も出されている。

■医療区分が上がるほど状態が不安定な患者が増え、医療の提供頻度も高くなる

療養病棟入院基本料は、看護配置と医療区分、ADL 区分などによって 9 段階の評価が設定されている。この日、提示されたデータによれば、医療区分が上がるほど状態が不安定な患者が増え、医療の提供頻度も高くなることがわかった。

しかし、患者の状態や提供される医療内容が重複するケースもある。現在、療養病棟入院基本料の届出病床のうち、データ提出加算を届けているのが約 25%にとどまっていることもあり、厚生労働省はより詳細なデータ分析を目指し、DPC データ提出を義務化させたい意向を示している。同省は「データ提出に係る医療機関の負担軽減にも配慮」するとしたが、とりわけ小規模な医療機関では大きな事務負担につながることは明白で、この日の会合でも慎重論が出ており、具体的にどのような配慮がなされるのか、今後の議論にも注目が集まる。

■在宅復帰機能強化加算の昨年届け出は約1割

有床診療所で検討課題にのぼった「在宅復帰機能強化加算」は、前回の 2016 年度診療報酬改定で新設されたばかりであるものの、施設基準の要件が厳しいこともあり（*）、昨年度は約 1 割程度しか届出がなかった（有床診療所入院基本料は 10.9%、有床診療所療養病床入院基本料は 8.3%）。

なお、施設基準のうち、届出が困難と感じる要件は「退棟患者の在宅生活の継続を確認・記録」することが挙げられている。対応するには相応の人員補充が必要であり、コスト面を考慮すれば簡単に解決できる問題ではない。実際、この日の会合では要件緩和を求める声もあがっている。医療費の削減を目指す政府としては、在宅復帰を促したいだけに、どの程度の要件緩和を次期改定で実現させるかが今後の焦点となるだろう。

*有床診療所在宅復帰機能強化加算の施設基準

[有床診療所入院基本料の場合]

- 有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 を届出ていること
- 直近 6 カ月間の退院患者の在宅復帰率が 7 割以上
- 退棟患者の在宅生活が 1 月以上継続することを確認
- 平均在院日数 60 日以下

以上 4 つのすべてを満たす必要がある

[有床診療所療養病床入院基本料の場合]

- 直近 6 カ月間の退院患者の在宅復帰率が 5 割以上
- 退棟患者の在宅生活が 1 月以上継続することを確認
- 平均在院日数 365 日以下

以上 3 つのすべてを満たす必要がある

医療情報
ヘッドライン
②

費用対効果評価の支払意思額調査実施せず 過去データや諸外国の状況を踏まえ評価

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 費用対効果評価専門部会

8月9日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会が開かれ、実施を検討してきた「支払意思額調査」については、実施しないことが決定した。

ひとまずは、過去に実施された同様の研究データや諸外国の状況を検討して、評価を行う方針としている。

■委員から反発が続出、夏までに結論を出す予定だったため、新規調査実施を見送り

「支払意思額調査」は、来年度の次期診療報酬改定から本格導入を目指している費用対効果評価制度のカギとなる調査である。

この調査は、対象となる医薬品や医療機器を総合的に評価（アプレイザル）する際に用いられ、「支払意思額調査」の結果により、医薬品や医療機器の評価が左右されるため、調査項目の内容が重要視されてきた。

厚生労働省は、7月12日に調査票案を提示し、「公的医療保険から支払われる治療法の費用に応じて、あなたが負担する保険料は増加する可能性があります」と記載したが、幅広い年齢の回答者がいることを踏まえれば、回答者によって医療費の自己負担割合が異なるのは明白であるため、恣意的な回答を誘導しかねない記載との指摘が相次いだ。

当然、修正案の提示が期待されたが、7月26日の部会では議論の取りまとめが出されたのみだったため、さらに委員からの反発が続出していた。

当初のスケジュールでは、夏までに結論を出す予定だったため、この日の部会で同省がどのような提案をするか注目されたが、結局は新規調査の実施を見送ることとなった。

■昨年度から試行導入がはじまり、現在、13品目の医薬品・医療機器が分析対象に

先送りする代わりに、同省が提示したのが過去の研究データ4本と、イギリスの事例である。

イギリスを選んだのは、いち早く医療技術の費用対効果評価に取り組んだとされているのと、具体的な評価基準が公開されているのが理由とされ、今後は、他国の情報も収集して評価の参考としたい方針だ。

費用対効果評価制度については、議論が停滞したうえに、基準が一定していない過去の研究データや、状況が異なる外国の事例を参考にしなければならなくなったが、すでに昨年度から試行導入がはじまっており、現在は13品目の医薬品・医療機器が分析対象となっており、果たして適正な対価を算出できるのか疑問が残るとともに、来年度からの本格導入に懸念が示される状況になったといえる。

なお、費用対効果評価制度は、高度先進医療機器を用いる高額医療などを保険収載するにあたって適正な価格を設定することを目的とした仕組みであり、医療費を含む社会保障費を抑制する効果が期待されている。

病院報告 (平成29年2月分概数)

厚生労働省 2017年6月7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2月	平成29年1月	平成28年12月	平成29年2月	平成29年1月
病院					
在院患者数					
総数	1 290 272	1 254 204	1 242 703	36 068	11 501
精神病床	287 498	286 584	286 674	914	△ 90
結核病床	1 697	1 673	1 753	24	△ 80
療養病床	291 624	288 157	287 891	3 467	266
一般病床	709 384	677 725	666 328	31 659	11 397
(再掲)介護療養病	47 181	47 375	47 973	△ 194	△ 598
外来患者数	1 377 738	1 265 340	1 348 630	112 398	△ 83 290
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 572	5 563	5 616	9	△ 53
(再掲)介護療養病床	2 089	2 089	2 125	△ 0	△ 36

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2月	平成29年1月	平成28年12月	平成29年2月	平成29年1月
病院					
総数	81.6	82.1	71.5	△ 0.5	10.6
精神病床	85.8	85.7	85.6	0.1	0.1
結核病床	32.1	31.4	31.0	0.7	0.4
療養病床	88.8	88.2	87.5	0.6	0.7
一般病床	77.8	78.9	60.8	△ 1.1	18.1
介護療養病床	90.4	89.8	90.5	0.6	△ 0.7
診療所					
療養病床	57.6	57.3	56.1	0.3	1.2
介護療養病床	70.6	70.0	70.2	0.6	△ 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)

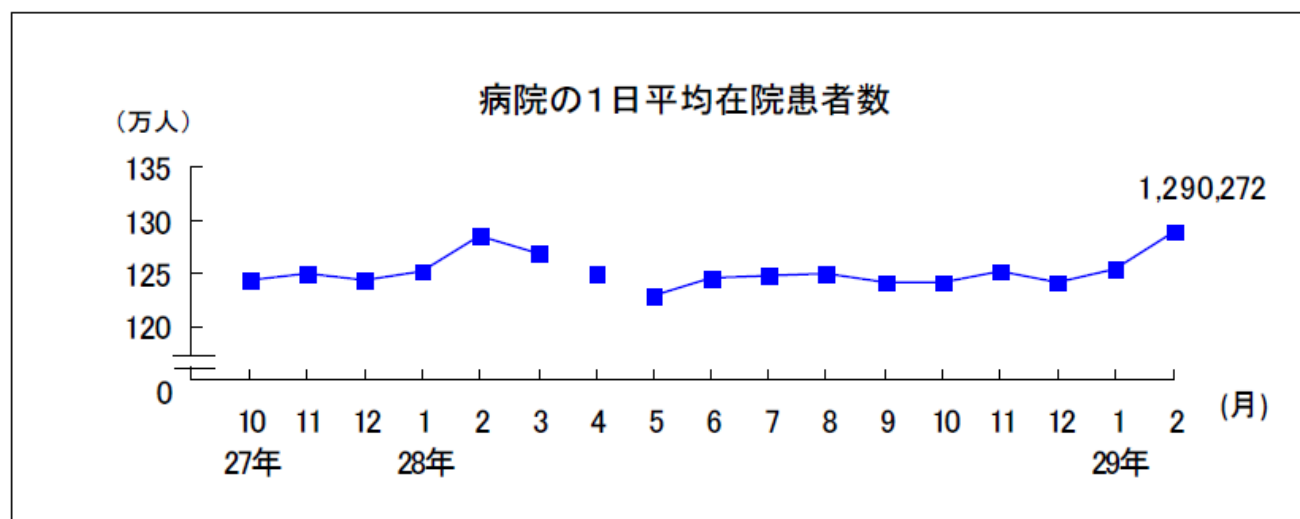
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成 29 年 2 月	平成 29 年 1 月	平成 28 年 12 月	平成 29 年 2 月	平成 29 年 1 月
病院					
総数	28.1	30.1	28.1	△ 2.0	2.0
精神病床	267.1	289.8	270.6	△ 22.7	19.2
結核病床	60.5	66.1	63.3	△ 5.6	2.8
療養病床	139.7	153.5	141.9	△ 13.8	11.6
一般病床	16.5	17.3	16.0	△ 0.8	1.3
介護療養病床	288.4	322.2	291.1	△ 33.8	31.1
診療所					
療養病床	94.9	98.9	91.4	△ 4.0	7.5
介護療養病床	120.1	119.7	114.4	0.4	5.3

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

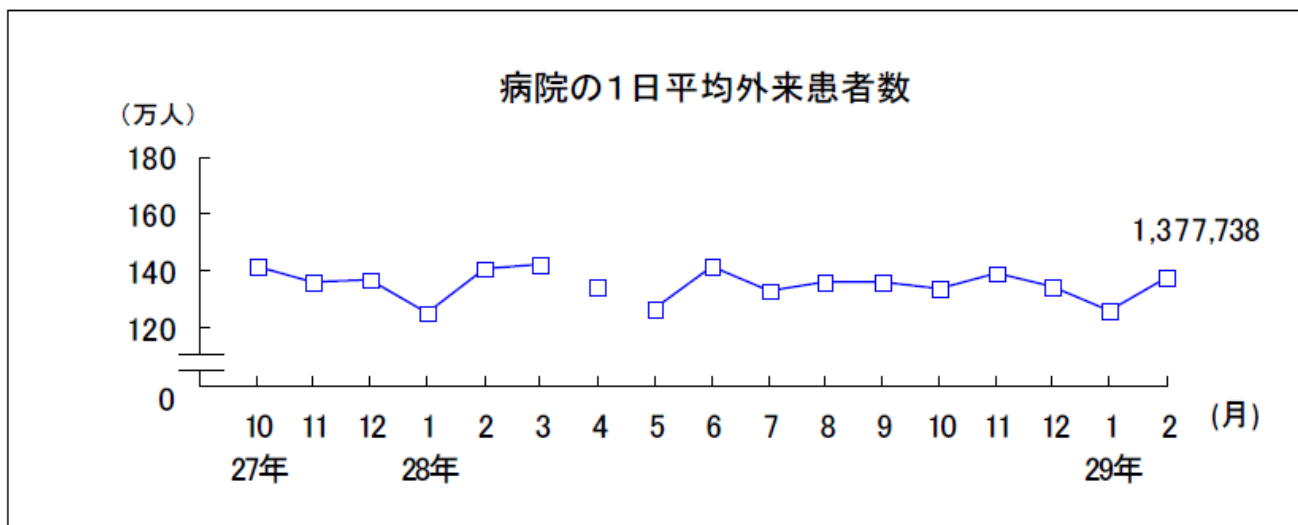
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入 院患者 数} + \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床から} \\ \text{移された患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{退 院 患者数} + \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床へ} \\ \text{移された患者数} \end{array} \right)}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

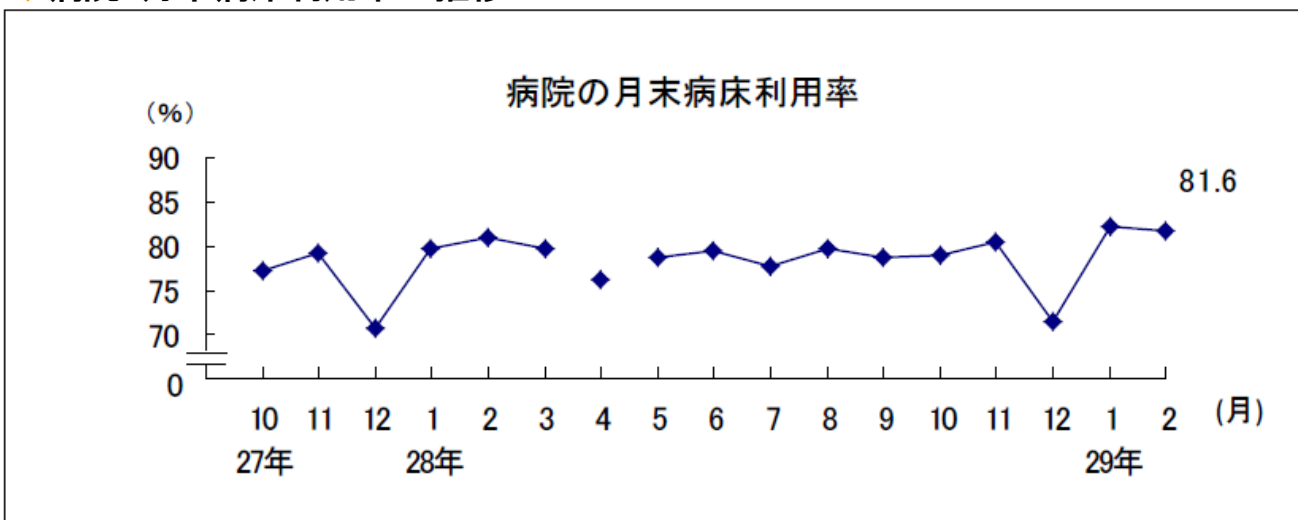
◆病院:1日平均在院患者数の推移



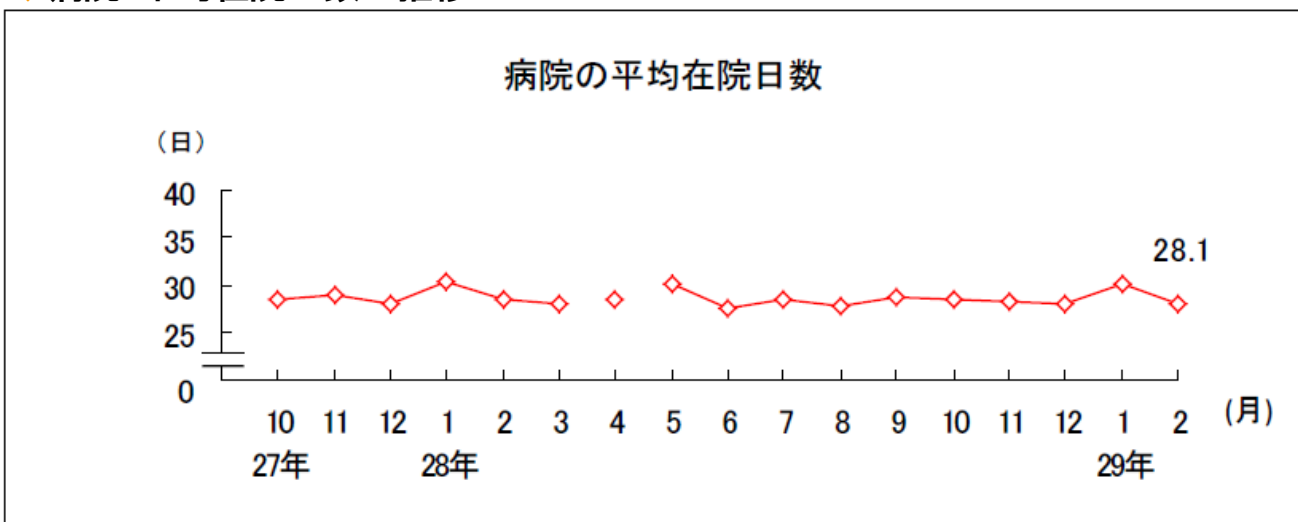
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆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29年2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

外来医療需要減少時代の到来

将来を予測した 経営対応策

1. 外来医療需要減少時代の到来
2. 医療・介護制度改革の今後の検討課題
3. 平成 30 年度診療報酬改定への対応
4. 外来医療需要減少時代に対応した経営事例



■参考文献

「日経ヘルスケア」2016年11月号 特集「10年後を見据えた診療所生き残り策」

1

医業経営情報レポート

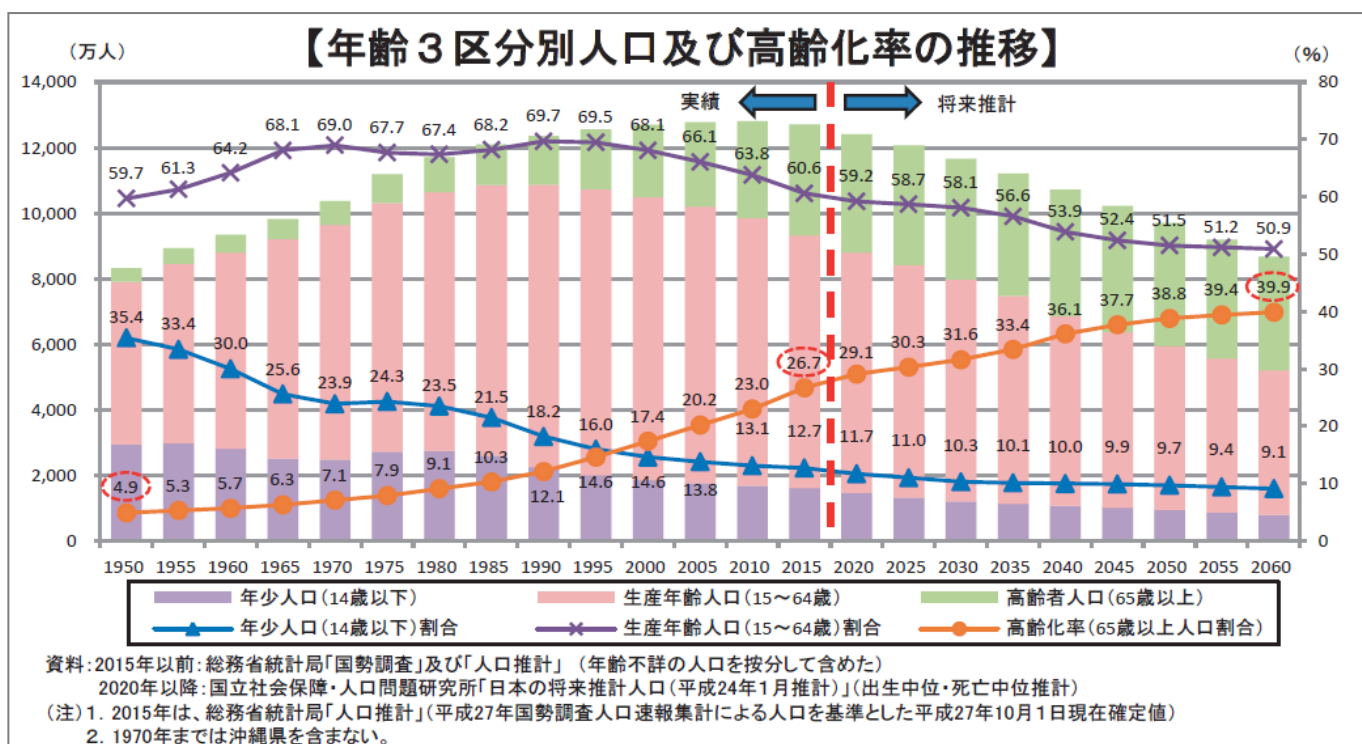
外来医療需要減少時代の到来

■ 少子高齢化の進展

日本の高齢化率は、1950年時点で5%に満たなかったものが、2015年には26.7%へと急激に上昇しました。高齢化は世界に類を見ないスピードで進展し、2060年には39.9%になり、65歳以上人口（高齢者人口）が約2.5人に1人という社会になる見通しです。

この高齢者人口は、今後大規模な都市圏で急激に増加する一方で、人口5万人未満の都市では2020年をピークに減少していくと予測されます。

◆ 日本の人口推移（単位：人・%）



こうした少子高齢社会の進展に伴い、通院困難な高齢者の増加、若年層の人口減少により、外来患者の減少が予想されています。

■ 2025 年をピークに外来医療需要減少

2015年3月に公表された経済産業省の「将来の地域医療における保険者と企業の在り方に関する研究会報告書」で、外来医療需要は2025年にピークを迎え、その後減少に転ずるという見通しが示されました。一方、入院医療需要は2040年にピークを迎え、その後はおおむね横ばいで推移する見込みです。

2 医業経営情報レポート

医療・介護制度改革の今後の検討課題

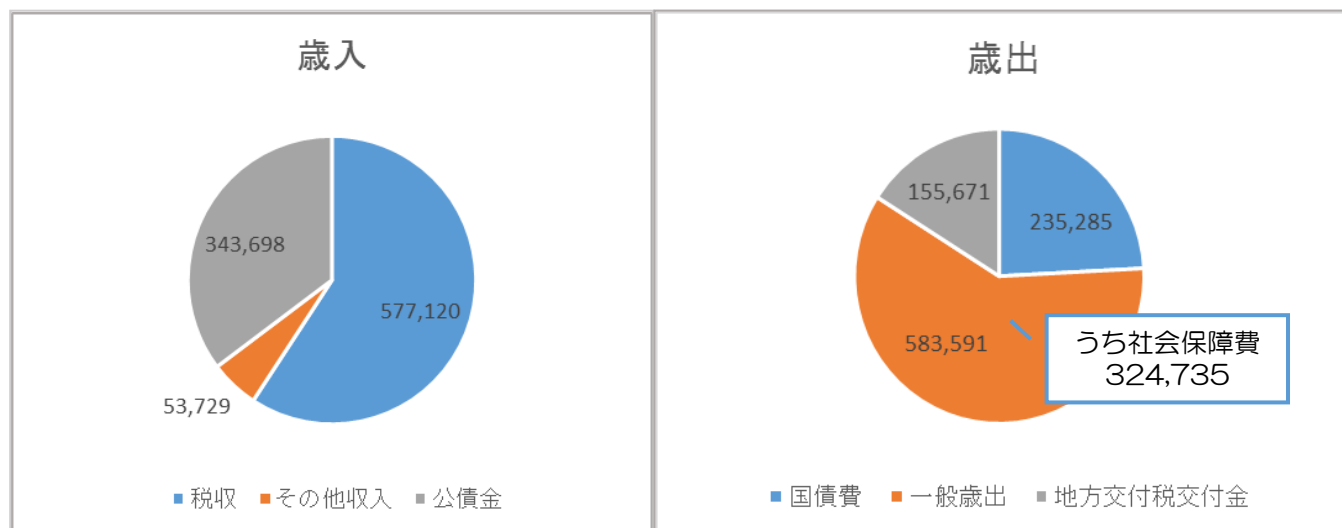
■ 社会保障費の圧縮

政府は、社会保障費の自然増分 6,400 億円について、高額療養費制度の見直しなどにより 1,400 億円を圧縮し、5,000 億円に抑える方針を閣議決定しました。

これによって平成 29 年度の予算案のうち、社会保障関係費については、28 年度当初予算と比較して 4,997 億円増の 32 兆 4,735 億円と過去最大を更新したものの、高齢化等に伴う自然増は 5,000 億円に圧縮された形になりました。

◆ 平成 29 年度予算案

(単位：億円)



■ 高額療養費制度の改正

医療費は、高額療養費制度によって、収入に応じて毎月の自己負担額の上限が定められています。上限を超えた分は公的医療保険などが負担する仕組みで、70 歳以上は 69 歳以下より低く設定されており、外来だけの場合は、さらに上限が低くなる「外来特例」もあります。

平成 28 年 12 月、政府・与党は 70 歳以上が支払う医療費の自己負担上限について、年収約 370 万円未満の住民税納付者に対しては、外来医療費分を段階的に引き上げることで合意しました。現行の月 1 万 2,000 円から月 1 万 8,000 円まで段階的に引き上げられます。

しかし、月額上限の引き上げは高齢者の負担増加につながることから、毎月通院する必用のある慢性疾患の患者の場合は年額 14 万 4,000 円とし、月額 1 万 2,000 円に据え置かれることとなります。

3

医業経営情報レポート

平成 30 年度診療報酬改定への対応

■ 平成 30 年度診療報酬改定の検討に向けた考え方

平成 28 年 12 月 14 日開催の中央社会保険医療審議会総会において、平成 30 年度診療報酬改定に向けての検討がスタートしました。

次期改定は、6 年に 1 度の介護報酬との同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業（支援）計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となります。

(1) 改定に向けての基本認識

平成 30 年度診療報酬改定に向けた検討においては、医療と介護を取り巻く環境等を共有するとともに、診療報酬制度が医療と介護の提供体制の確保に多大な影響を及ぼす仕組みであることから、基本認識として以下の点が示されました。

◆ 次期診療報酬改定に向けての基本認識

- 2025 年に向けた医療介護ニーズ増大への対応体制構築のためには、2018 年度の次の同時改定が 2024 年度となることを踏まえれば、2018 年（平成 30 年）度の同時改定が極めて重要な意味を持つものであること
- 医療介護ニーズの変化（2025 年に向けた急増加、その後、横ばいから減少）とともに、今後の生産年齢人口減少トレンドを考慮すれば、医療と介護の提供体制の確保にあたっては、2025 年から先の将来を見据えた対応が求められていること

(2) 重点検討項目

同総会においては、平成 30 年度の同時改定に向けて、「医療と介護の連携に関する主な検討事項」として、

①療養病床・施設系サービスにおける医療、②居宅等における医療、③維持期のリハビリテーション、の 3 点が特に重要という考えが示されました。

これには、近年の診療報酬改定で、地域包括ケアシステムの構築の推進や医療と介護の連携に関する検討が行われてきたという背景があります。

4 医業経営情報レポート

外来医療需要減少時代に対応した経営事例

■ 救急往診に特化したクリニックの事例

(1) 救急往診・訪問に機能特化

平成 28 年 4 月に都市部で開業した A クリニックは、医療保険や介護保険による訪問診療が高齢者を対象に定着している状況を踏まえて、0 歳から 64 歳の方に対する救急往診や通常往診を核とした診療事業を構築できないかという考えから、診療所の開設を検討しました。

市で運営している救急安心センター（＊）や在宅医療を実施している医療機関と連携し、常駐している在宅チームが往診という形で各家庭を訪問し初期対応、その後地域の医療機関に患者を紹介しフォローしてもらうというモデルを展開しています。

（＊）救急安心センター

都市部の消防機関に設置され、救急医療相談に医師・看護師・相談員が 24 時間・365 日対応する、電話による相談窓口。

◆ A クリニックの概要

- 都心部でテナント開業
- 往診・訪問専門とし、外来診療は行わない ⇒ 24 時間 365 日体制
- 人員配置 常勤医師 3 名 その他夜勤非常勤医師 5 名 看護師他スタッフ 10 名

(2) 現状の収益状況

開業後 8 か月を経過した現在の収入は約 1,380 万円、うち 90% は往診関係による収入が占めています。医業費用は約 1,220 万円で、そのうち 76% は人件費、医業利益は約 150 万円となっています。個人開業であり、この収益から借入金の返済や院長の生活費を支出していますので、収支はほぼ均衡している状況ですが、当初計画通りに推移しています。

◆ A クリニック 直近収益データ

（単位：千円）

勘定科目	平成 28 年 11 月度	構成比
往診関係収入	12,457	90.1%
在宅訪問診療収入	315	2.3%
訪問看護収入	1,059	7.7%
医業収入 計	13,831	100.0%
人件費（法定福利費含）	10,506	76.0%
車両費	121	0.9%
地代家賃	450	3.3%
リース料	420	3.0%
その他固定費	782	5.7%
固定費計	12,279	88.8%

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。

ジャンル:人材・人事制度 > 経営ビジョン達成型人事制度

経営ビジョン達成型人事制度の導入

**職員のモチベーションが低いことが気になります。
経営改善の一環として、人事制度を改定したい
と考えていますが、留意点を教えてください。**

「人」が変われば病院は変わります。

病院が取り組むべき経営改善は、すべて人が行います。しかし個人の裁量、能力で行えるものは限られており、そのほとんどは「組織」で取り組むべきものです。

■職員のモチベーションを高める人事制度の構築

医業経営を取り巻く環境変化から、これまで漫然と経営してきた病院も、今後は自院の向かうべき方向性、取り組むべき課題を明確にし、実行する仕組みをつくる、いわば「病院理念」「経営戦略」「経営計画」の策定・作成が不可欠になっています。

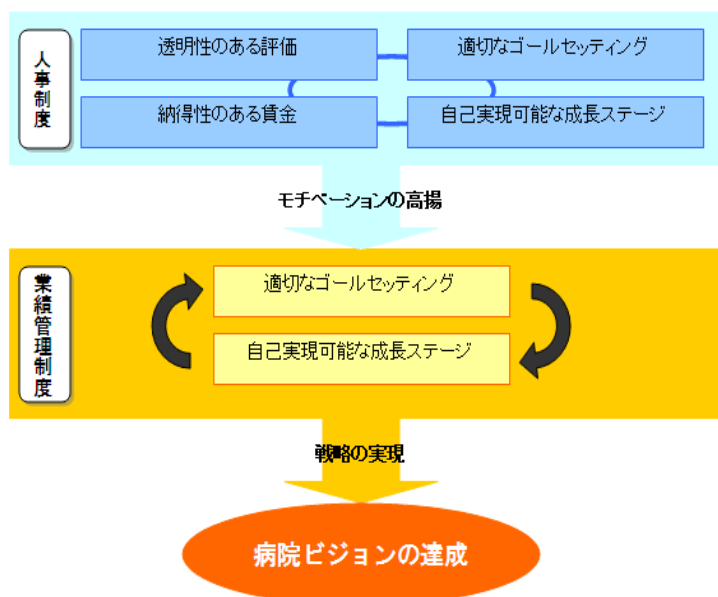
病院の戦略と計画がうまく運用されるためには、職員のモチベーションを高めることが重要です。どんなに素晴らしい理念を掲げ、戦略を立て、計画を示したとしても、それを遂行すべき「人」が動かなければ絵に描いた餅になってしまうのです。職員が戦略を理解し、計画を遂行しようとする意欲を持たせるだけの動機付けが必要です。

では、何が職員のモチベーションを高めるのでしょうか。最も有効と思われる手段は、人事制度の構築です。下図に示すように、個人が業務に対してモチベーションを高める主要な4つの要因は、全て人事制度によってコントロールされるものです。

自院の職員構成に見合う人事制度を構築することで、職員個人の持つ能力は最大限に引き出されます。

モチベートされた職員は、計画に沿った業務の完遂という形で個人の目標が達成されると同時に、組織の目標である戦略の達成、ひいてはビジョンの実現を可能にするのです。

人事制度とは、病院が「あるべき姿」に近づくために立案された経営ビジョン達成に向けて、あるべき職員の役割、資質を明確にし、組織を強化させるための仕組みです。つまり、経営ビジョン実現のための基本条件として、人事制度の整備は必須の取り組みであるといえます。



ジャンル:人材・人事制度 > 経営ビジョン達成型人事制度

職員のモチベーションを高める方法

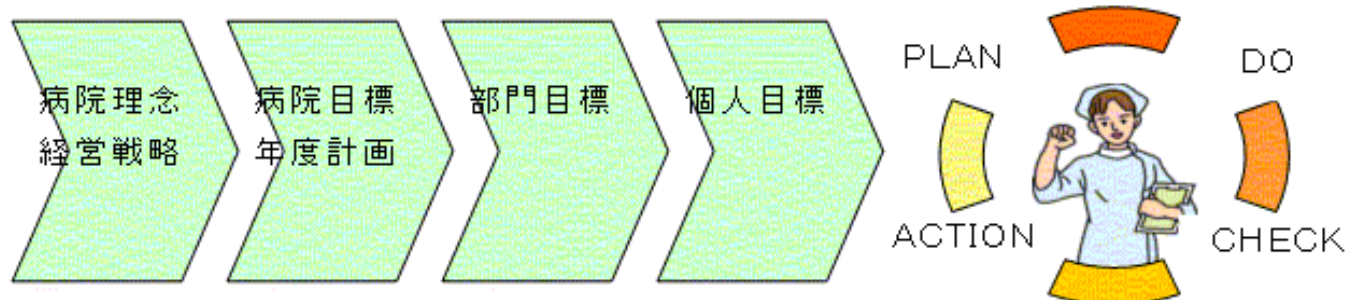
経営ビジョン達成型人事制度では、どのようにして
職員のモチベーションを高めればいいのですか。

自主的取り組みを促すために、目標管理制度を導入します。

各階層で設定された目標が達成されて、初めて病院全体の経営ビジョンが達成されます。そのプロセスは、目標の立案、遂行、遂行状況の確認と課題抽出、課題に対する対策立案と実施、というPDCAサイクルによって段階的に達成されるものです。

病院から個人に対しては、部門目標の達成の手段として、患者満足度の向上、提供する医療の質向上、業績の向上といったニーズがあげられます。

一方個々の職員は、業務の遂行を通じて自分の仕事に対するやりがいの追求、キャリアの開発、処遇の向上、といったニーズがあります。



これらのニーズを満たしつつ、病院が求める能力と自分の保有能力とのギャップを認識し、日々の業務を遂行していく過程でその差異を縮めていくこと、その成長過程を評価されることがモチベーションの向上につながります。

経営ビジョン達成型人事制度においては、目標管理制度によりこの仕組みを確立し、職員自らが能力向上に取り組む組織風土を作ることが可能となります。

