

2018年7月10日

医療経営論⑫

～これまでのまとめと試験対策～

担当

安川文朗

講義のゴール

1) これまでの講義の要点を振り返る

1) 定期試験に向けて、押さえておくべき事項を確認する

医療経営論で学んだ議論の要点

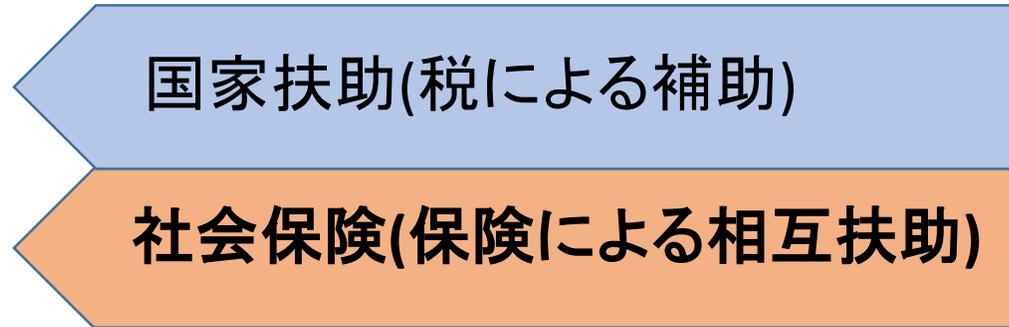
- ①わが国の医療経営を支える社会保障制度と医療制度の特徴
- ②診療報酬のしくみと医療経営にとっての功罪
- ③医療経営の基本的特徴とサービスコンテンツ
- ④医療機関の経営パフォーマンスと経営の実際
- ⑤データからみた公立病院の経営効率性

社会保障システム

対象

| |
|--------------------|
| 年金(所得) 保健(公衆衛生) |
| 福祉(老齡)T 医療(疾病) |

方法



機能

- ①生活安定・向上 ⇒ 最低限の所得保障やサービスの現物給付を通じて、いざという時にも安心して暮らせる基盤を提供
- ②所得再分配 ⇒ 社会の高所得層から低所得層へ、また青壮年齢層から高齢層の所得の移転、を通じて、社会における構造的所得格差を緩和する
- ③経済安定 ⇒ 保険料や租税の徴収が、好況時には高まることで経済のそれ以上の高騰を冷し、不況時には低まることで経済の回復を促すという意味での「調整機能(スタビライザー)」を果たす

日本の医療制度の特徴

キーワード

社会保険によるユニバーサルサービス

医療機関へのフリーアクセス

診療報酬制度による公定一律価格

病院を核とした「施設医療」中心の医療提供体制

医療機能の未分化(プライマリケアと高次医療の混在)

社会保険によるユニバーサルサービス

ユニバーサルサービス Universal Servicesとは

国民生活に不可欠で、誰もが等しく享受することのできるサービス<総務省の定義>

⇒ 電気、ガス、水道、放送、郵便、通信、福祉や介護など

社会保険方式(国民全員が強制加入する保険)による給付 ⇒ いざという時の負担を国民全員が分かち合う

共助のシステム

医療機関へのフリーアクセス

患者が、自分の好きな医療機関を原則制限なしに選択し受診できること

先進国の医療制度のなかで、社会保険制度とフリーアクセスを同時に実現している国は少ない！

一般的には

初期医療(プライマリ・ケア) ⇒ ファミリードクターやホームドクター

病院での受診 ⇒ ファミリードクターやホームドクターからの紹介が必要

患者が、自分の好きな医療機関を原則制限なしに選択し受診できること



日本の医療制度における重要な特徴 ⇒ なぜか？

先進国の医療制度のなかで、社会保険制度とフリーアクセスを同時に実現している国はそれほど多くない！

一般的には

初期医療(プライマリ・ケア) ⇒ ファミリードクターやホームドクター

病院での受診 ⇒ ファミリードクターやホームドクターからの紹介が必要

診療報酬制度による一律公定価格

医療サービスの値段 = 一部を除き「**社会保険診療報酬**」として公的に決定



医療機関の治療費(=医業収入)は、社会保険を通じて「公定価格」で償還される

医療の質や医師の経験などは基本的に反映されていない！

よほどのことがなければ、保険の支払は拒否されない(収入は安定的)！

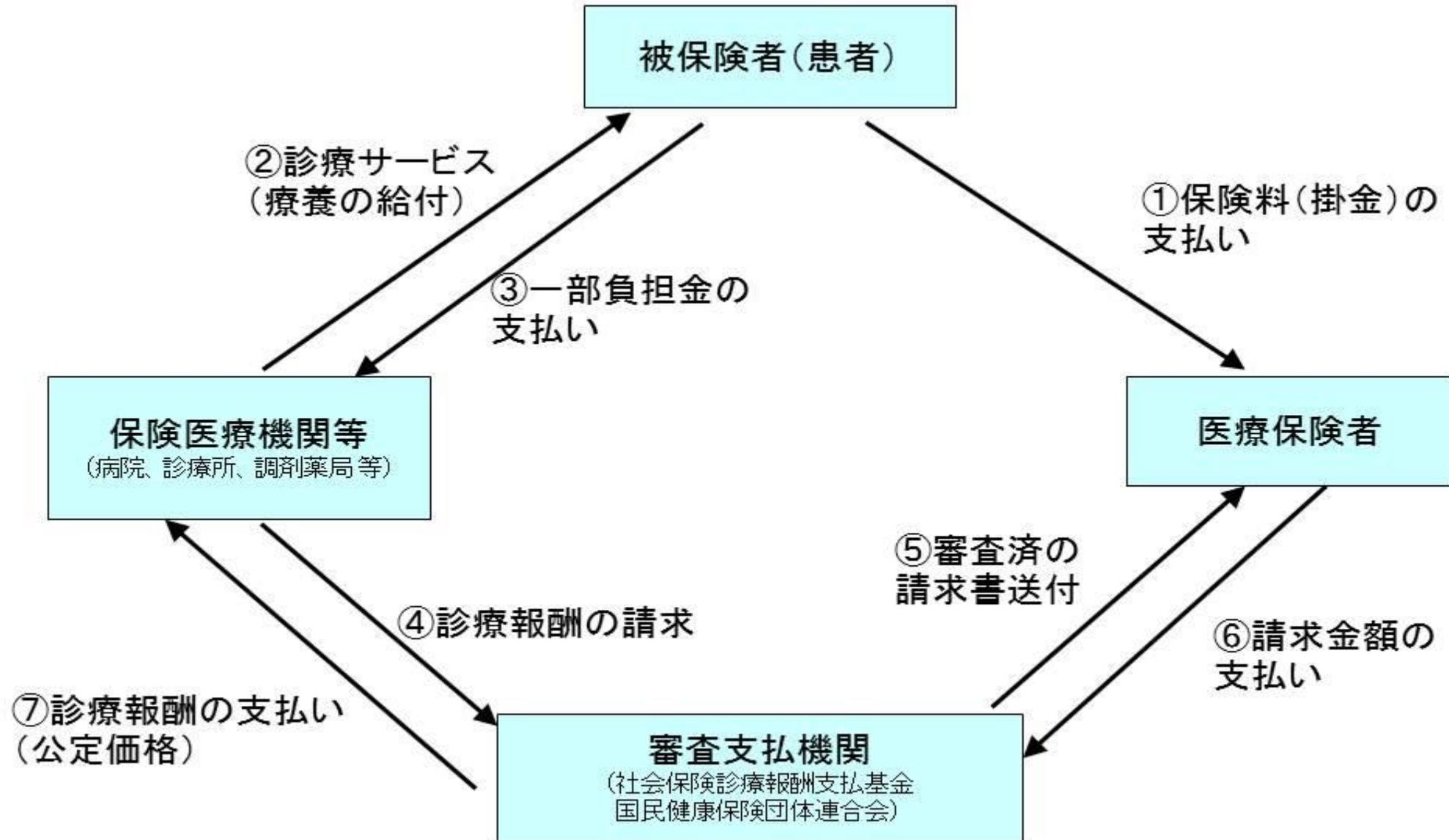
医療経営の成否は「いかに上手に診療報酬を獲得するか」で決まる！？

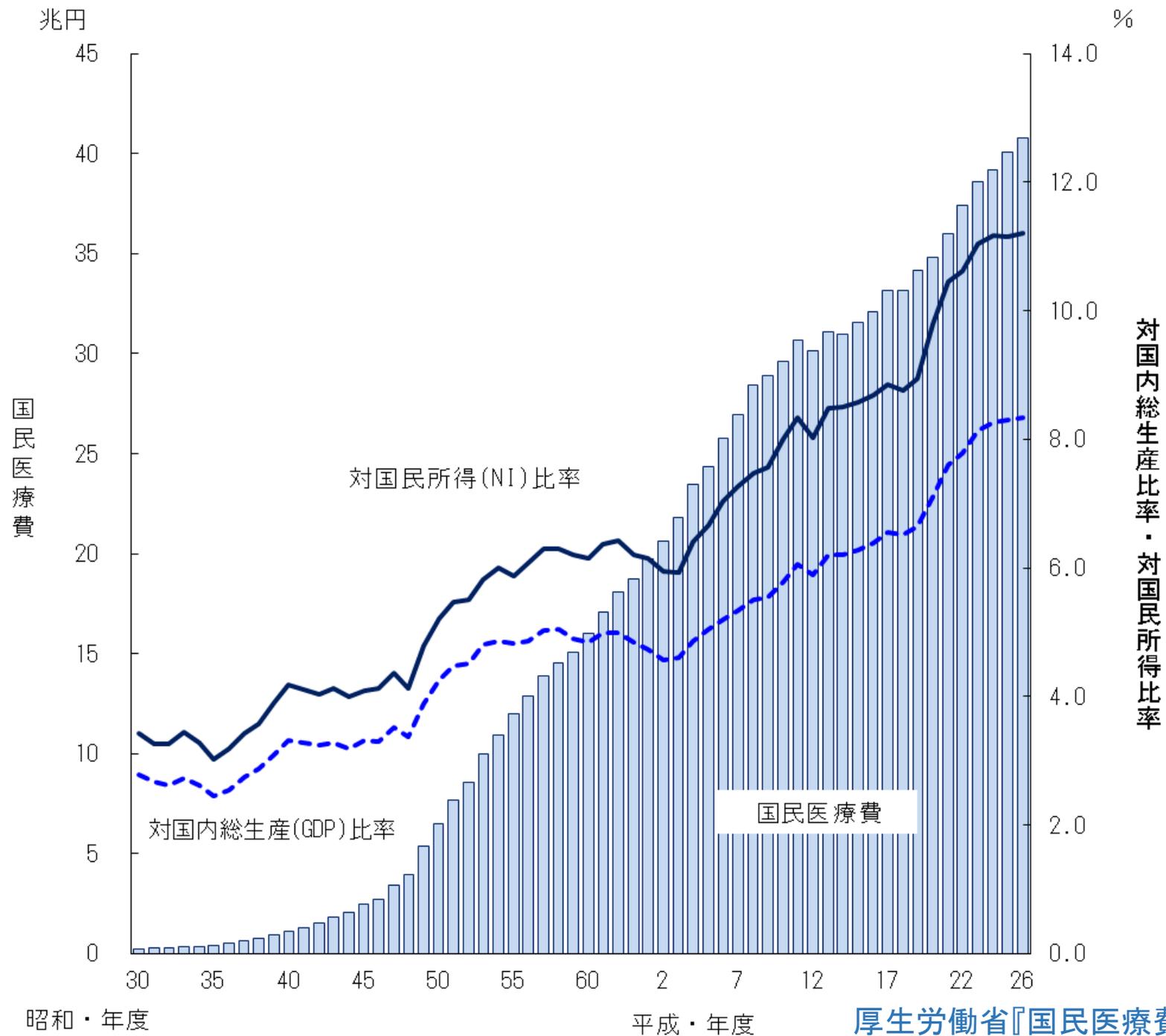
病院等を核とする「施設医療」中心の医療提供体制

多くの国民が、軽微な病気や初期治療でも病院を利用 ⇒ 病院に医療資源が集中

病院は、初期医療(プライマリケア)への対応と高度医療(急性期医療/先進医療)への対応とを同時に行うことが多く、それが、両者の制度的未分化の原因になっている

保険診療の概念図





昭和・年度

平成・年度

厚生労働省『国民医療費の概況』H26年度

診療報酬とは何か

1) 仕組

- * 保険医療機関および保険薬局が保険医療サービスに対する対価として保険者から受け取る報酬(点数で表示:1点=10円で換算)
- * 報酬額の決定手順は、厚生労働大臣の諮問⇒中央社会保険医療協議会(中医協)の協議⇒厚生労働大臣の告示
- * 2年に1回改訂を実施(ただし薬価は毎年見直し)

2) 内容

- * **医療技術・サービスの評価**(処置・手術・検査などの技術料、医師の診断治療に対する報酬、看護サービスの報酬など)
- プラス**
- * **モノの価格評価**(医療材料や器具、医薬品、病室等。ただし医薬品は「薬価基準」として別途価格を決定)

3) 診療報酬の決定方法

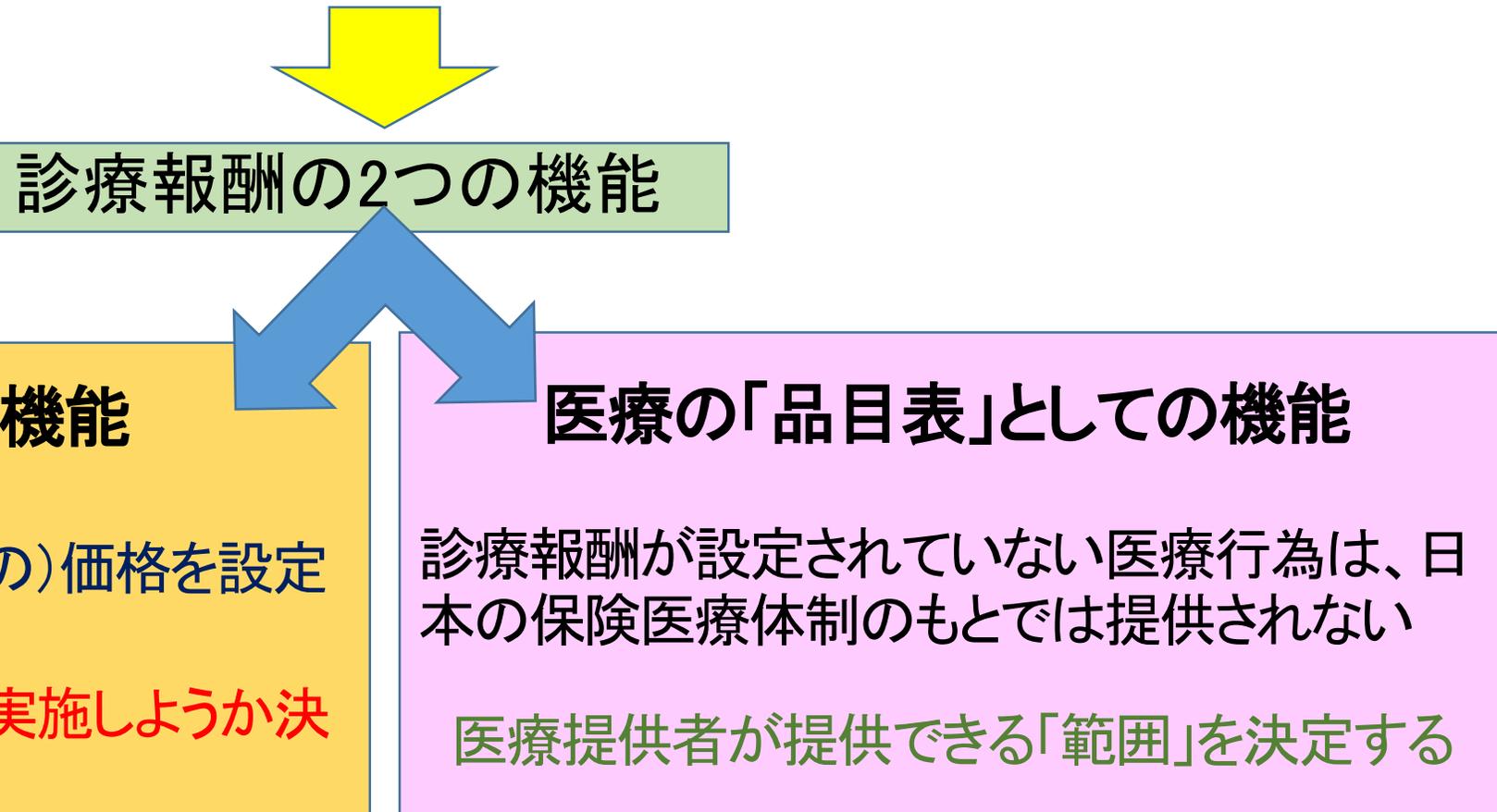
- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として,
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき,
- ③ 中央社会保険医療協議会において, 具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施される



医療政策における財源(=予算制約)の範囲で、医療行為が効率的に実施され、かつ医療提供者と医療受容者のどちらかに著しい不公正が生じないようなバランス感覚をもって、医療の価格を公的に決定する

診療報酬制度を通じた医療保険制度の特徴と課題

日本の医療保険制度が運用されるあらゆる医療サービスについて、「診療報酬」の設定が必要



診療報酬の2つの機能

医療の「価格表」としての機能

個々の診療行為の(全国共通の)価格を設定

医療提供者が「どんな診療」を実施しようか決定する場合の重要な要素

医療の「品目表」としての機能

診療報酬が設定されていない医療行為は、日本の保険医療体制のもとでは提供されない

医療提供者が提供できる「範囲」を決定する

診療報酬制度と医療経営の関係

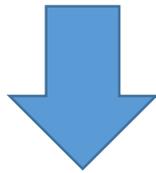
患者(被保険者)の診療行為ごとに請求・支払われる診療報酬は、医療機関からみれば毎月、保険者(審査支払機関)から得られる**医業収入**

医療保険に係る医業収入が保険医療機関収入の大半を占め、かつ、医療機関のほとんどが保険医療機関であるため、わが国医療機関の経営に直接的な影響を及ぼす。

- ①診療報酬点数が、医療機関にとって中心的な診療行為を選択するひとつの要因となる
- ②診療報酬点数の増減(改訂)によって、医療機関の収入が増減するため、**医療機関は毎回そのダメージを減らすための対抗戦略を練る**
- ③診療報酬点数が全国一律の公定価格として機能するため、**一般のサービスと異なり「医療サービスの価格」が医療機関の良し悪しを判断するシグナルにならない**

医療経営の基本的特徴

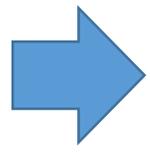
医療経営 ⇒ 医療というサービスを提供する主体



医療サービスの特徴・特性

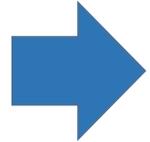
- ① 人の生命にかかわるサービスであり、サービス提供上のリスクが大きい
- ② 「命は平等」という価値観から、サービスの提供には公平性が必要
- ③ 「不確実性」と「情報の非対称性」が存在する
- ④ 専門職を活用した対人サービス
- ⑤ 中小規模の組織や非営利組織が事業を展開(個別の事業体規模は小さい)

①生命にかかわるリスクの高いサービス



- ・ひとつひとつのサービスを、高度な知識と注意力を駆使して提供することが求められる。
- ・サービス提供に従事する者は高い倫理観を求められる。
- ・リスクを最小限にするための管理技法が求められる。

②サービス提供における「公平性」



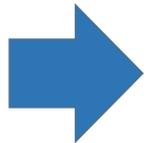
- ・医療の品質における格差が極力小さいことが求められる。
- ・公平性を確保するための「目に見える」不断の努力が必要。

③不確実性と情報の非対称性

不確実性 ⇒ ・患者自身がどのような受診ニーズを持つか、事前にはわからないし、疾患の種別や患者の生活背景によって医療ニーズは千差万別で格差も大きい。
・医療提供側も、医療サービスの効果を完全に予測することはできない。

情報の非対称性 ⇒ ・医療は高度に専門化されたサービスであり、その内実や効果について、医師(サービス提供者側)と患者(サービス受領側)では知識量が異なる。
・提供されるサービスのボリュームや内容は、もっぱら医療提供側にイニシアティブがある。

④専門職による対人サービス



医療専門職＝国家資格の要求 ⇒ 人材確保の難しさ

医療機関の開設主体(経営母体)



- ・病院の開設や医師や歯科医師でない者による診療所の開設には開設地の都道府県知事の許可が必要(医療7条1項)。
- ・営利を目的として病院や診療所といった医療機関を開設しようとする者に対しては、この許可を与えないことができる(医療7条5項)。
- ・医療法人は・・・剰余金の配当をしてはならない(医療54条)。

営利法人である株式会社は、原則として、医療機関を開設することはできない

例外

(1) 営利法人が専ら当該法人の職員の福利厚生を図る目的で医療機関を開設し、その医療機関が、その所在地附近の一般住民の診療を行うことは、その近辺における医療機関の不足等のためそれらの人々が医療機関の利用に事欠いている場合には差し支えない

NTT病院、三菱病院、日立病院など

(2) 平成16年の構造改革特別区域法の改正により、それまで原則として認められていなかった株式会社による医療機関経営への参画が一定の場合に容認(同法18条1項)。

医療経営に含まれるサービスコンテンツ

医療機関は何を提供しているのか？

住民(患者)に対して

- ・疾患の診断・治療サービス(入院・入院外)
 - 保険診療 ⇒ 診療報酬上の医療行為を提供
 - 非保険診療 ⇒ 高度先進医療等の特殊医療を(自費で)提供
- ・健康管理サービス ⇒ 人間ドックなどの予防サービスを提供(自費)
- ・医療情報提供サービス ⇒ 健康教室、セルフケア相談などの医療情報の提供

医療従事者/他医療機関 に対して

- ・医療連携の一環としての相互補完サービス
 - ⇒ 自院の持たない診療科サービスを相互紹介
- ・医療専門人材の供給サービス
 - ⇒ 大学病院から地域中核病院へ、都市部の病院から地方の病院へ

医療機関の機能を考える場合、これらの提供体制がどの程度整備されているかをふまえて考える

もうひとつの重要なコンテンツ

「生活と健康リスクに関する意識調査」(2004年UFJ総研/厚生労働省委託)

医療機関や医師等に対し不安を感じるか ⇒「よくある」(15.6%)「時々ある」(57.7%)

医事関係訴訟が増加してきている理由

⇒医師＝「患者意識の変化」(73.5%)、「患者と医師との信頼関係の低下」(63.5%)

国民＝「医師や医療機関の対応の悪さ」(45.9%)、「患者と医師との信頼関係の低下」(37.8%)



医療機関およびそこでのサービスが、人々に安心感を与え健康保持の権利を損なっていないかが問われている

医療機関が従うべき倫理綱領

- ① 医療従事者は患者に害をなしてはいけない(無危害原理)
- ② 医療従事者は患者にとって最善の治療を選択しなければならない(仁恵原理)
- ③ 治療の選択は患者の意思にゆだねる(自律尊重原理)
- ④ 医療資源は公平に配分されなければならない(正義原理)

医療機関の経営指標(パフォーマンス)

- ・医学的パフォーマンス
- ・経済的パフォーマンス
- ・社会的パフォーマンス

(1)医学的パフォーマンス

提供される医療サービスがもたらす治療結果

治癒率、手術成功率 …

そのような成功をもたらす治療プロセスや資源のあり方

治療法選択の適切性、薬の有効性、医師の技術力、看護師のサポート力……

***ドナベディアン**の質モデル

医療の質評価・ドナベディアンモデル

Three major groups of rocks are defined: igneous, sedimentary, and metamorphic. The scientific study of rocks is called petrology, which is an essential component of geology.



(2) 経済的パフォーマンス

| 収益性 | 安全性 |
|-------------|---------------|
| 医業利益率 | 自己資本比率 |
| 総資本医業利益率 | 借入金比率 |
| 経常利益率 | 流動比率 |
| 病床利用率 | 1床当たり固定資産額 |
| 固定費比率 | |
| 材料費比率 | 機能性 |
| 医薬品費比率 | 平均在院日数 |
| 人件費比率 | 外来/入院比 |
| 医師人件費比率 | 1床当たり平均入院患者数 |
| 看護師人件費比率 | 1床当たり平均外来患者数 |
| その他職員人件費率 | 患者1人1日当たり入院収益 |
| 職員1人当たり人件費 | 患者1人1日当たり外来収益 |
| 職員1人当たり医業収益 | 各職員1人当たり入院患者数 |
| 委託費比率 | 各職員1人当たり外来患者数 |
| 経費比率 | 紹介率./逆紹介率 |
| 総資本回転率 | ケアカンファレンス実施率 |
| 固定資産回転率 | |

収益性とは何か

収益性＝企業の「稼ぐ力」⇒ 医療機関がサービス提供を通じて収益を上げるがあるかどうかをみる指標



しかし、ただ収益性が高いとか低いとかをみるだけでは、経営の構造的課題は見えてこない
⇒ 一過性か、継続的か、たまたまそうなったのか、それとも構造的な特質なのかといった収益獲得の要因を探る必要がある



収益性の評価は、医療機能の重要な評価指標

安全性とは何か

病院の財務的な安全性とは、いわば「潰れにくさ」の指標であり、特に質に関する安全性は高い医療成果を表す指標となる



* 病院は診療報酬に守られて潰れないはずでは？……

実は、資金繰りの悪さ(大幅な赤字)や不動産評価の低下(担保借り入れの限界)、医師不足、看護師不足(人財確保の失敗)で、多くの医療機関が倒産や統廃合をしている

機能性とは何か

病院の保有する人的物的資源の数とその活用度などを通じて、当該病院が「よい医療」を提供できる態勢にあるかどうかをみる

ドナベディアン[®]の質評価における「機能」に該当

- ・病院のスタッフがどれだけの「生産性」を挙げているか
- ・病院に配置された医療機器がどれだけ「効率的」に活用されているか
- ・それらパンパワーや機器運用が、結果として患者の入退院にどう影響しているか

機能だけでなく、その後の「プロセス」や「アウトカム」に影響

病院経営の実際(事例検討)

病院経営を考える際の「4つの柱」

人材(人財)

優れた医師や看護師、事務系職員などの確保・育成、適切な人事管理の実施など

医療の質

治療の成果、入院の快適性、サービスの即応性、地域のニーズへの適切な対応など

コスト管理

高収益/適正費用を実現するマネジメント戦略、大胆な経営戦略の立案など

信頼

患者、地域住民/資源からの信頼
+ 組織内での相互信頼

熊本済生会病院の経営改善

検討のポイント

済生会熊本病院はなぜ組織改革が必要だったのか

組織改革の具体的なターゲットは何か／ゴールは何か

組織改革を推進するうえでカギとなった人、モノ、情報

改革の結果、病院経営の4つの柱はどうなったか

済生会熊本病院はなぜ組織改革が必要だったのか

熊本病院のミッションは「日本一の急性期病院となること」であった。そのミッション達成のため、地域の患者を「顧客」としてしっかり確保することが急務であった。そしてそのような魅力ある病院をつくるには、「**高い意欲を持った職員の確保・育成が必要**」と考えた

組織改革の具体的なターゲットは何か／ゴールは何か

経営基盤の確立の条件

- ①当初、経営改善の取り組みに対する医師からの反対があった
 - ⇒ 医師が経営に対して関心を持つようにすることが重要
- ②「改善」ではなく「改革」という意識 ⇒ 経営のビジョンを明確化することが重要

職員の就業意欲を高められる病院組織改編の条件

- ①医療マネジメントの考え方を確立し、そのフローをモニターすること
 - ⇒ モニターには具体的なデータが必要
- ②事務部門の強化(自立、能力向上) ⇒ 定型業務から非定型・戦略的業務へのシフト(研修、BSC導入、PJ運営など)
- ③事務部門の役割の明確化 ⇒ 医事課、人事課の組織改編

医療の質向上の条件

ビジョンの明確化、病院組織改編の実行に用いた経営戦略のすべてを通じて、具体的な質向上が図られた(BSC, クリニカル・パス、SWOT分析、スタッフの教育、経営計画の明確化、人事制度改革と処遇評価の改善、チーム医療に基づく部門横断型組織への転換)

改革の結果、病院経営の4つの柱は怎么样了か

人材/人財

- ・「いやいや」ではなく「やるべきこと」と感じられるような人に対するマネジメントの強化と、それらを支援する自立した事務部門の誕生
- ・人事評価を通じた就労意欲の喚起

医療の質

- ・平均在院日数の低下＝医療の質向上と収益拡大の指標

コスト管理

- ・医業収益の増加(104億円から154億円へ:入院単価の増大と新入院患者の増大による)
- ・借入金の返済

信 頼

- ・クリニカル・パスの導入による標準的医療の確立が平均在院日数の低下や退院フォローの充実などを可能にし、済生会病院に対する患者の「納得」＝顧客満足が拡大

公立病院の経営

熊本済生会＝民間病院（ただし公的性格は強い）

公立病院＝自治体が設立、あるいは運営する病院

病院の経営基盤が違くと、経営改善のあり方も違う？

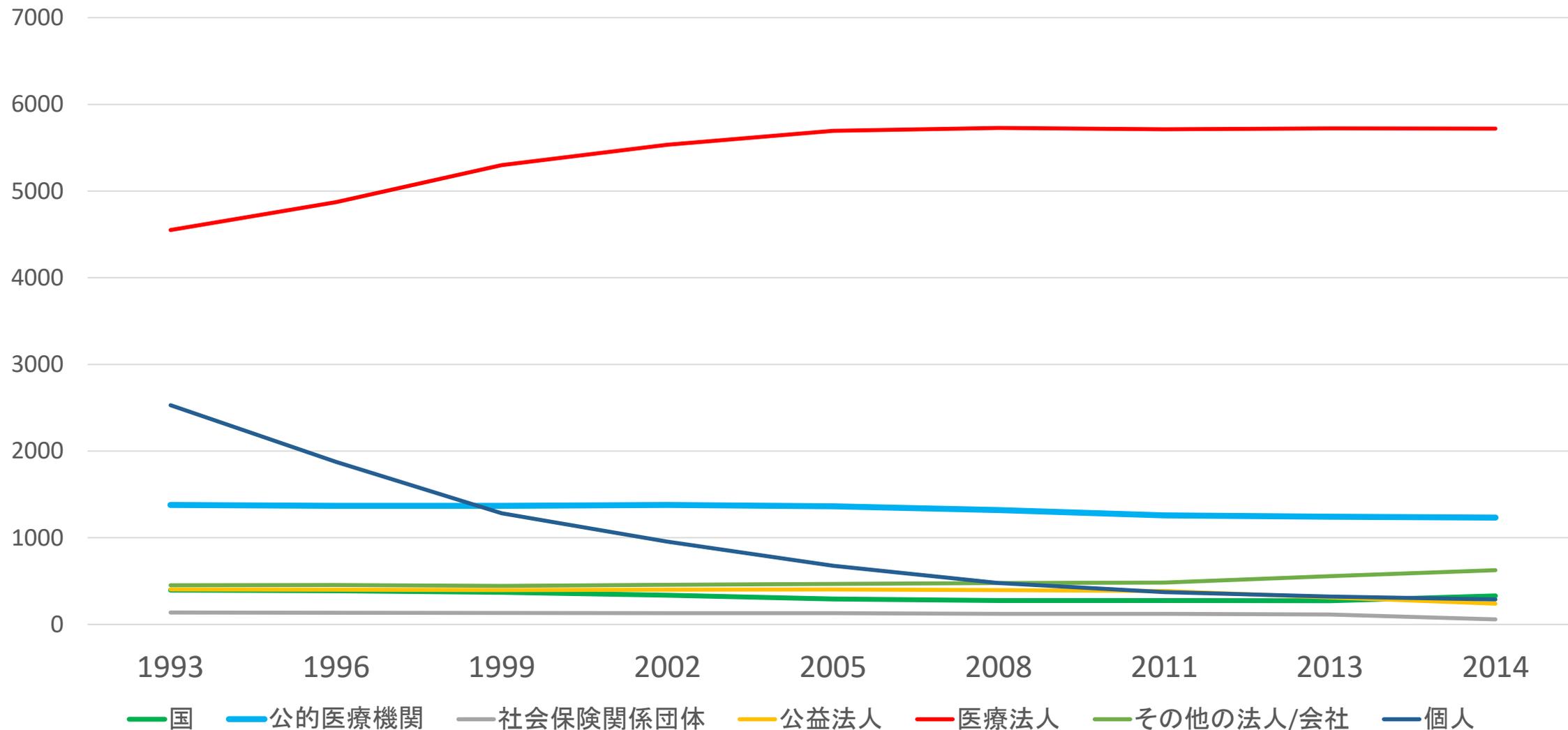
直面している問題・課題に違い？

経営の目標（ミッション）に違い？

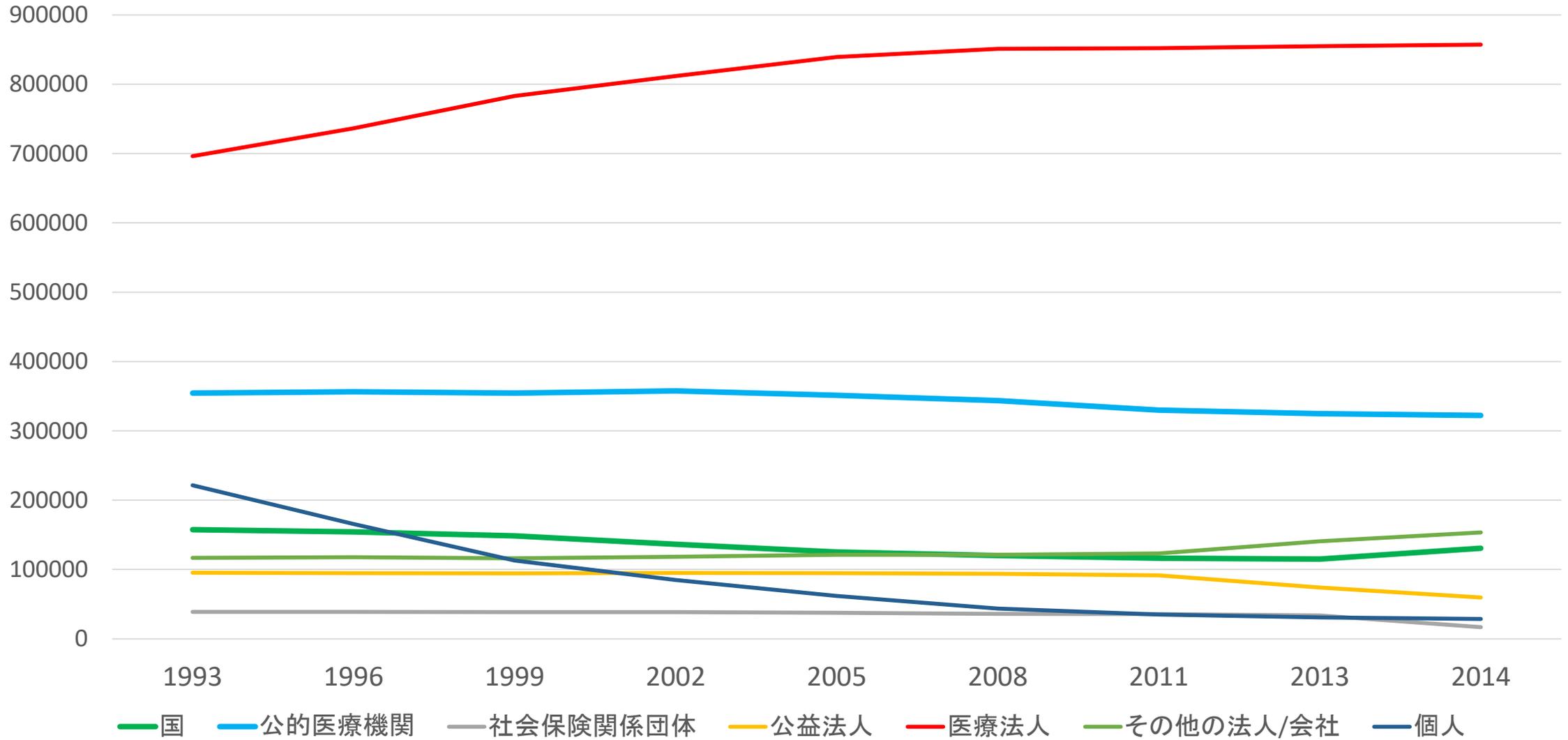
経営戦略に違い？

開設主体別病院数推移

厚生労働省『医療施設調査』各年版より安川作成



開設主体別病床数推移



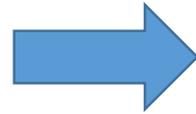
公立病院の経営課題

- 施設の老朽化
- 深刻な医師不足
- 看護師確保の困難さ
- ニーズを超えた過剰投資



全国の15%の病院、20%の病床が抱える課題を解決できなければ、日本の医療提供体制は大きな危機に瀕する！

- 対応:
- ① 独立法人化の実施
 - ② 指定管理者制度の導入
 - ③ 病床再編



経営効率化の必要

公立病院の経営を見る視点

目標(ミッション)⇒ 地域の医療状況の認識と対応

必要な資源(人、モノ、情報)の確保

⇒ 資源の確保の方法は、単に新規採用や施設拡充だけではなく、既存施設の統合や再編も含む

経営戦略の明確化 ⇒ 病院だけの経営戦略ではなく、当該自治体の戦略を反映

経営改善の果実(患者サービス) ⇒ 地域の課題をどれだけ解消できるか(できたか)

いくつかの重要な用語について

・二次医療圏

入院病床が地域ごとにどれだけ必要かを考慮して決められる医療地域圏。手術や救急などの一般的な医療を地域で完結することをめざし、厚生労働省が医療法(第30条の4)にもとづいて定められている。通常は複数の市町村を一単位とし、都道府県内を3～20程度に分けている。なお、1次医療圏は市町村、3次医療圏は都道府県全域をさす。

・地方独立行政法人

地方独立行政法人法(平成15年法律第118号)に規定される「住民の生活、地域社会及び地域経済の安定等の公共上の見地からその地域において確実に実施されることが必要な事務及び事業であって、地方公共団体が自ら主体となって直接に実施する必要のないもののうち、民間の主体にゆだねた場合には必ずしも実施されないおそれがあるものと地方公共団体が認めるものを効率的かつ効果的に行わせることを目的として、地方公共団体が設立する法人」のこと。

特定地方独立行政法人:職員は一般職地方公務員の身分

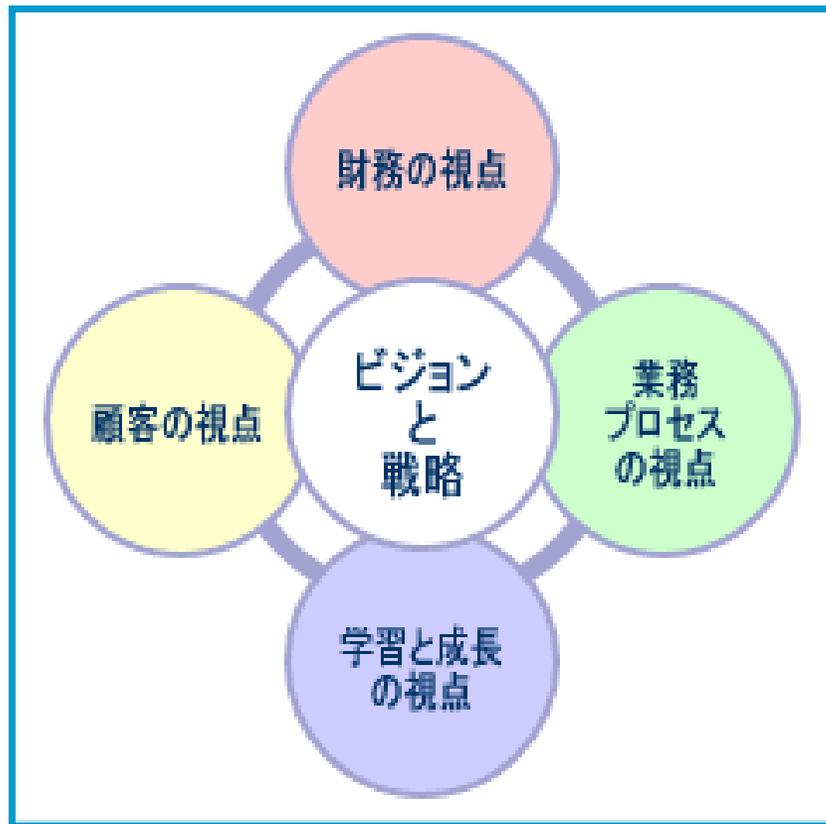
一般地方独立行政法人:役員及び職員は非公務員。

・指定管理者制度

2003年9月施行の地方自治法の一部改正によって、公の施設(スポーツ施設、都市公園、文化施設、社会福祉施設など)の管理方法が、管理委託制度から指定管理者制度に移行。これまで公の施設の管理を外部に委ねる場合は、公共的団体(いわゆる外部団体)に限定されていたが、民間事業者、NPO法人なども受託可能となった。議会議決を経て指定されれば、施設の使用許可や料金設定の権限が与えられたり、利用料を収入にすることも可能。

病院経営評価ツールの紹介

バランスド・スコア・カード(BSC)



財務の視点

「財務的業績の向上のために、株主に対してどのように行動すべきか」という視点。病院では株主がないので、保険者や保険料拠出する国民に対する行動ということになる。医業収入・収益、資本回転率などの経営指標が重要。

顧客の視点

「戦略を達成するために、顧客(患者)に対してどのように行動すべきか」という視点。患者満足度、患者再来率、新規患者数などが重要。

業務プロセスの視点

「株主と顧客を満足させるために、どのような業務プロセスに秀でることが求められているか」という視点。病院では、業務効率や医療の質(医療の安全)、待ち時間削減などの指標が重要。

学習と成長の視点

「戦略を達成するために、どのようにして変化と改善のできる能力や環境を維持するか」という視点。従業員満足度、新規診療実施率など病院自体の能力が問題となる。また人事管理における目標管理や病院全体の中長期目標なども重要。

BSCの手順



出典：<http://www.itl-net.com/product/qpr/qpr1/>

クリニカル・パス

疾患(実際には診断病名)ごとに、治療や検査、看護師のケアや薬剤師・栄養士による指導などを、エビデンスに基づき標準化してスケジュール表にまとめたもの

クリニカルパスの目的

●医療の標準化

病気に対する科学的根拠に基づいた処置や治療(EBM)をクリニカルパスに記入する事で、医療の内容を標準化する。

●チーム医療の推進

クリニカルパスを用いることで、多職種がチームとして情報の共有と連携を図り、医療サービスを円滑に提供できる。

●インフォームド・コンセント

クリニカルパスに記入された詳細な治療方針や使用薬剤の情報をを用いて、治療に関する適切な説明を患者に行える。

| 日付 | | 1日目 | 2日目 | | | 3日目 | 4日目 |
|-------------|-------|---------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 入外区分 | | 入院 | 入院 | | | 入院 | 入院 |
| イベント | | 入院日 | 手術前 | 手術中 | 手術後 | 手術後1日目 | 退院日 |
| ステップ | | 入院 | 手術日 | | | 手術翌日 | 退院 |
| 達成目標 | | 精神的・身体的に問題なく、手術に臨む事ができる。 | (前)精神的・身体的に問題なく、手術に臨む事ができる。 | | | 痛みがなく歩行できる。 | → |
| | | | (後)苦痛・創痛がコントロールされ、重篤な合併症なく経過する。 | | | | 退院後の生活について理解できる。 |
| 検査 | 検査 | 採血、採尿、心電図、肺機能検査があります。※外来で終わっていただけないことがあります。 | | |  手術病室時に採血します。 | | |
| | レントゲン | 胸部と腹部のレントゲンを撮ります。※外来で終わっていただけないことがあります。 | | |  ベッド上で胸部と腹部のレントゲンを撮ります。 | | |
| 治療 | 処方 | | | | | 痛い時は痛み止めを内服します。 | → |
| | 点滴 | | 手術が午後の場合は点滴をする事があります。 | | 24時間点滴があります。 | | |
| | 処置 | シャワーの前に除毛します。 | 朝7時頃浣腸をします。 |  手術中よりお小水の管が入ります。 | 病室後から定時に血圧など測定し、全身状態を観察していきます。 | 午前中にお小水の管を抜きます。トイレまで歩いていきます。最初は付き添いますのでナースコールを押してください。 | |
| 食事 | 朝 | 制限はありません。 | 飲んだり食べたりできません。 | | | 朝から食事開始です。 | 入院時設定 |
| | 昼 | 制限はありません。 | 飲んだり食べたりできません。 | | | 入院時設定 | 入院時設定 |
| | 夕 | 制限はありません。 | 飲んだり食べたりできません。 | | | 入院時設定 | 入院時設定 |
| 活動、安静、清潔 | | 制限はありません。 | 制限はありません。 | |  術後よりベッド上で安静にしてください。 | お小水の管を抜いた後、初回の歩行とトイレは看護師と一緒にいきます。その後はどんどん歩きましょう。 | → |
| | | 除毛後シャワー浴をします。 | 手術室までご家族と一緒に歩いていきます。 | | 体の向きを変えることはできます。 | 体をふいて着替えます。 | 髪を洗います。 |
| 患者様、ご家族への説明 | | 入院までの経過をお聞きします。病棟内をご案内します。 | | | 医師より術後の説明を行います。 |  退院のご説明をします。 | |
| | | 手術について医師・看護師より説明があります。 | | | | | |
| | | 手術に必要な物品を揃えていただきます。 | | | | | |

SWOT分析

組織の特徴や課題を、**Strong**(強み), **Weak**(弱み)(=「内部環境」という), **Opportunity**(機会), **Threat**(脅威)(=「外部環境」という)の視点から整理することで、組織経営の体系的な戦略立案に資する



クロスSWOT: A病院(400床台)マスタープラン策定に向けて

| | | | |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 外部環境 | |
| | | <p>Oppportunity</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 医療圏で支配的なポジション | <p>Threat</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 人口減少, 患者流出入 ➢ 診療報酬改定の圧力 |
| 内部環境 | <p>Strong</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 地域に根差した医療の提供 | <p style="text-align: center; color: red;">攻めの戦略</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケア病棟の増棟 ○ 回復期リハビリ病棟の開設 ・オールラウンドな医療を提供してきた強みを活かし、ポスト&サブアキュートを担う病床機能を展開。 ・地域包括ケア80床・回復期40床が | <p style="text-align: center; color: red;">縮小する戦略</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟の病床数削減 ・一般急性期病棟を320床前後に削減。 |
| | <p>Weakness</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 立地環境 ➢ ケースミックス | <p style="text-align: center; color: red;">弱みを克服する戦略</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高単価症例の集患強化 ・ターゲット疾患を策定(ターゲット: シェアの低い整形、脳血管、癌領域) ・ターゲット疾患が二次医療圏外に流出しないように地域医療機関との連携強化。 | <p style="text-align: center; color: red;">撤退する戦略</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病棟数のダウンサイズ ・人口動態、在院日数減少を踏まえて、マスタープランの工程の中で、将来的な病棟数削減について議論を行う。 |

資料から推測される三春地域の医療環境と課題

もともと県立病院であったが、赤字が大きいため廃止

⇒ 地域住民の医療ニーズにどう答えるか

⇒ 町立病院としてよりきめ細かいニーズへの対応を図る

なぜ県立病院は赤字になってしまったのか？

近隣(郡山市)により大きくて機能の充実した病院がたくさんある

土曜日休診など、利便性が乏しい

施設が老朽化して高度医療の体制が整いにくい

三春病院の経営課題は何だったか(SWOT)

強み

県立病院廃止による地域住民の強い医療機関存続期待 ⇒ 地域が一体となった医療改革
機運

弱み

診療科の不足、財源基盤の脆弱さ

機会

診療科の増加が患者の増加を促す可能性

脅威

患者が近隣市(郡山)に行ってしまう ⇒ せつかく町立病院開設しても患者確保が不安定？
医療従事者の確保が不安定

三春病院の経営改善の要点

地域住民が一番望んでいる医療は何か ⇒ リハビリ関連医療である

経営基盤を直営から指定管理者へ ⇒ 公立病院の規制のしほりを緩和

県立病院時代には構想されなかった、他施設との連携の実施
⇒ サービスの多様化



財務状況の好転によるミッションの実現

実際の公立病院の経営パフォーマンスをみてみよう

データ: 総務省「地方公営企業年鑑・病院事業編」

全国の都道府県・市町村立病院の施設特性、財務状況、経営分析指標について、「個票」として毎年公開



公立病院の経営について、データから分析するうえで必須の資料
+
病院個別の経営データが閲覧できる唯一の資料

(1) 公立病院の経営分析に必要な経営指標の作成

① 経常収支比率 $(\text{医業収入} + \text{医業外収入}) / (\text{医業費用} + \text{医業外費用}) \times 100$

医療機関の全収入と全費用との関係を見ることで、当該医療機関が「常態として」どのような経営構造になっているのかを判断する

② 医業収支比率 $\text{医業収入} / \text{医業費用} \times 100$

医療サービスの提供に特化した収支の関係を評価することで、当該医療機関の医療提供体制の状態を評価する

③ 職員1人1日あたり診療収入(医師、看護師)

$\text{患者1人1日あたり収入} \times \text{職員1人あたり患者数}$

当該医療機関の職員の生産性を評価

④ 病床あたり診療収入/診療費用

$\text{入院総収益} / \text{病床数}$
 $\text{総費用} / \text{病床数}$

当該医療機関の資源(病床)が生み出す収益

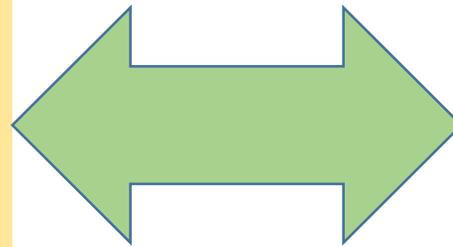
関東地区のおもな公立病院の経営指標を確認する

インプット

- ①病床規模
- ②病床当り職員規模
- ③病床当り診療収入/診療費用
- ③医業収益対費用(職員給与費、薬剤費、その他)

アウトプット/アウトカム

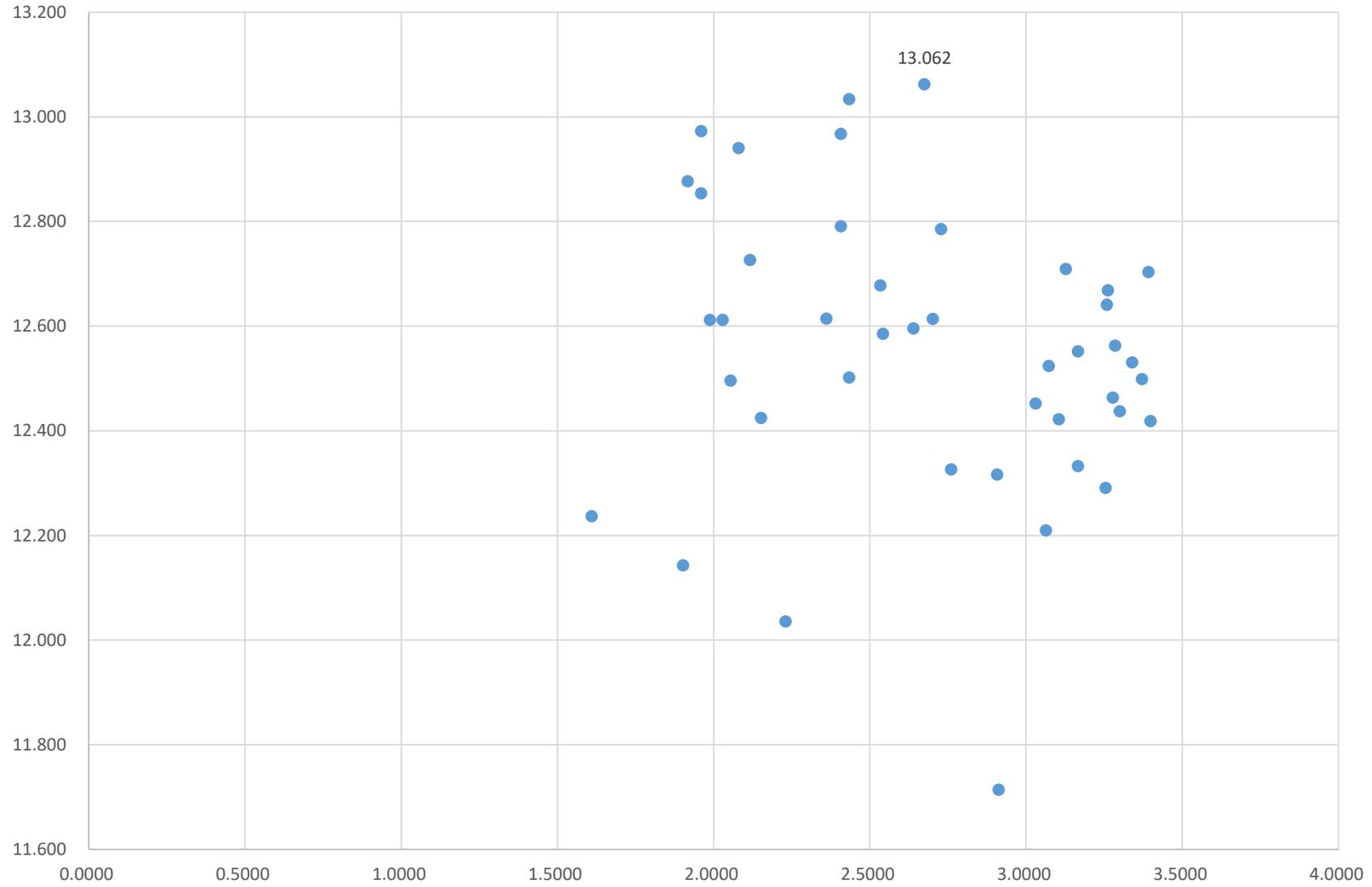
- ①経常収支比率
- ②医業収支比率
- ③平均在院日数
- ④病床利用率



効率性評価のステップ

- 1)比較すべきインプットとアウトプットを選ぶ(たとえば費用と収入)
- 2)どちらを基準に評価するかを決定
 - ・インプットを基準⇒各病院のインプットを標準化（単位当たり費用）
 - ・アウトプットを基準⇒各病院のアウトプットを標準化（単位当たり収入）
- 3)二次元のグラフに結果をプロット
- 4)グラフから、どの病院が最も効率的な操業をしているかを探索
 - * ただし、outlierの存在に注意

LN診療収入



分析モデル

経常収支に影響を及ぼす要因

⇒ 人件費率、病床数、病床利用率、平均在院日数、1日平均患者数、

医師1人当たり入院収入、医業外収益

平均在院日数に影響を及ぼす要因

⇒ 病床当たり職員数、医師1人当たり入院患者数、看護基準(7:1)

基本統計量

| 変数 | n | 平均 | 不偏分散 | 標準偏差 | 最小値 | 最大値 |
|------------------|----|------------|-----------------|------------|------------|-------------|
| 医業収益対職員給与費割合(%) | 43 | 56.033 | 175.860 | 13.261 | 38.700 | 104.700 |
| 一般病床数 | 43 | 267.023 | 39666.499 | 199.165 | 32.000 | 763.000 |
| 一般病床利用率(%) | 43 | 72.214 | 242.795 | 15.582 | 36.600 | 93.100 |
| その他医業外収益(内訳) | 43 | 129528.581 | 52608258360.773 | 229364.902 | 3741.000 | 1341347.000 |
| 1日平均入院患者数(人) | 43 | 215.581 | 30834.963 | 175.599 | 19.000 | 752.000 |
| 1日平均外来患者数(人) | 43 | 660.395 | 327731.530 | 572.478 | 57.000 | 3062.000 |
| 医師1人1日当たり診療収入(円) | 43 | 293949.163 | 5898727803.187 | 76803.176 | 122278.000 | 470843.000 |
| 経常収支比率 | 43 | 100.300 | 24.608 | 4.961 | 89.300 | 111.300 |

重相関係数

| | | 決定係数 | | | | |
|--------|--------|--------|--------|------------|----------|--|
| R | 修正R | R2乗 | 修正R2乗 | ダービン=ワトソン比 | AIC | |
| 0.4914 | 0.2996 | 0.2415 | 0.0898 | 1.8990 | 140.8363 | |

| 変数 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | t 値 | P 値 | ** : P<0.01 |
|------------------|----------|--------|-----|---------|-------------|
| 医業収益対職員給与費割合(%) | -0.0375 | 0.0740 | | -0.5063 | 0.6158 |
| 一般病床数 | -0.0460 | 0.0231 | | -1.9930 | 0.0541 |
| 一般病床利用率(%) | -0.0512 | 0.0712 | | -0.7186 | 0.4771 |
| その他医業外収益(内訳) | 0.0000 | 0.0000 | | -1.7607 | 0.0870 |
| 1日平均入院患者数(人) | 0.0722 | 0.0326 | | 2.2162 | 0.0333* |
| 1日平均外来患者数(人) | -0.0017 | 0.0049 | | -0.3446 | 0.7324 |
| 医師1人1日当たり診療収入(円) | 0.0000 | 0.0000 | | 0.7044 | 0.4858 |
| 定数項 | 102.6834 | 8.5091 | | 12.0675 | p < 0.001** |

基本統計量

| 変数 | n | 平均 | 不偏分散 | 標準偏差 | 最小値 | 最大値 |
|------------------|----|--------|---------|--------|--------|---------|
| 医師1人当たり入院患者数(人) | 40 | 4.945 | 6.176 | 2.485 | 1.400 | 11.400 |
| 病床100床当たり医師数(人) | 40 | 17.128 | 65.592 | 8.099 | 5.000 | 29.900 |
| 病床100床当たり看護師数(人) | 40 | 80.900 | 394.412 | 19.860 | 32.900 | 119.500 |
| 7:1ダミー | 40 | 0.625 | 0.240 | 0.490 | 0.000 | 1.000 |
| 平均在院日数(一般病床のみ) | 40 | 16.745 | 184.827 | 13.595 | 1.300 | 89.100 |

重相関係数

| 変数 | 決定係数 | | | | |
|------------------|------------------|------------------|--------------------|------------|-------------|
| | 修正R ² | R ² 乗 | 修正R ² 乗 | ダービン=ワトソン比 | AIC |
| | 0.6435 | 0.4741 | 0.4140 | 2.0102 | 192.0561 |
| 変数 | 偏回帰係数 | 標準誤差 | t 値 | P 値 | ** : P<0.01 |
| 医師1人当たり入院患者数(人) | 4.2413 | 0.9688 | 4.3778 | p<0.001 | ** |
| 病床100床当たり医師数(人) | 0.9157 | 0.4249 | 2.1552 | 0.0381 | * |
| 病床100床当たり看護師数(人) | -0.2358 | 0.1412 | -1.6702 | 0.1038 | |
| 7:1ダミー | -2.6539 | 4.3960 | -0.6037 | 0.5499 | |
| 定数項 | 0.8204 | 11.3209 | 0.0725 | 0.9426 | |

質問への回答から、いくつかの重要な点をチェックしておこう

Q 診療報酬が一律のなか、どうやって医療機関間の差をつけるのか？

Q もし診療報酬が下がったら、それを補てんするため unnecessary な医療が行われるのでは？

Q 患者はどうやって(報酬格差のないなかで)病院を決めているのか？

医療機関の差は何でつくのか ⇒ 様々な理由があるが、一般に考えられているのは

- ・診療科の多寡
- ・評判のあるなし
- ・地理的優位性(駅から近い、送迎がある、町中で便利 など) ⇒ ただしこれは都市部の話

診療報酬が下がれば、医療機関は通常その下がった分を埋め合わせようと、下がっていない診療行為を強化したり、検査や投薬の内容を濃くしたりする ⇒ それゆえ、診療報酬のマイナス改定でも医療費は下がらない！ ⇒ 医療経営自体に公的なコントロールが及ばない日本の制度

患者の医療機関選択理由

| | かかりつけ医 | 医師の紹介 | 専門性が高い | 家族・友人・知人からの勧め | 交通のよさ （近い） | 刊行物やインターネット等 | 行政機関からの情報 | その他 | 特になし |
|--------|--------|--------|--------|---------------|---------------|--------------|-----------|-------|------|
| 外 来 | (40.6) | (24.3) | (27.4) | (17.2) | (32.9) | (1.3) | (2.0) | (7.7) | 3.0 |
| 特定機能病院 | (23.2) | (50.0) | (39.0) | (14.6) | (18.9) | (2.0) | (1.2) | (5.9) | 1.2 |
| 大 病 院 | (31.1) | (36.5) | (37.9) | (15.7) | (25.5) | (1.5) | (1.9) | (7.4) | 2.2 |
| 中 病 院 | (37.8) | (25.6) | (27.8) | (16.7) | (33.0) | (1.1) | (2.3) | (8.6) | 3.3 |
| 小 病 院 | (46.0) | (14.1) | (26.8) | (22.2) | (35.3) | (1.8) | (1.8) | (6.9) | 3.0 |
| 入 院 | (33.8) | (39.8) | (23.6) | (19.6) | (28.4) | (1.5) | (3.6) | (8.5) | 4.0 |
| 特定機能病院 | (23.3) | (62.7) | (37.4) | (12.9) | (16.0) | (2.2) | (1.1) | (5.9) | 1.5 |
| 大 病 院 | (29.4) | (50.0) | (35.0) | (16.0) | (24.4) | (1.8) | (2.1) | (8.6) | 3.1 |
| 中 病 院 | (34.2) | (42.2) | (28.5) | (16.6) | (27.2) | (1.6) | (2.6) | (8.5) | 3.5 |
| 小 病 院 | (44.3) | (26.0) | (25.7) | (19.9) | (27.6) | (2.0) | (1.7) | (8.3) | 4.6 |

Q: 医療機関のサービス低下が起こる理由

- ① 医師や看護師などが十分確保できない ⇒ 診療自体の機能低下
- ② 建物の老朽化、IT化の遅れ ⇒ 特に地方公立病院で深刻
- ③ 軽症でも医療機関受診する患者の習性が、常に医療機関を飽和状態にし、長い待ち時間を生む



方策

- 1) 他施設へ患者を紹介し混雑を緩和 ⇒ 患者を紹介すると(情報提供料)として2000円／1人が算定可能！
- 2) 完全予約制などの患者数制限策
- 3) 改築、改装などのインフラ整備、IT化の推進など ⇒ 本質的解決にはならない

Q: 病院で赤字が出る理由

- ① 医師不足 ⇒ 医師を高額で雇用 ⇒ 人件費高騰 ⇒ 経常収支に影響
- ② インフラ整備(改築なども含む)による一時的欠損
- ③ コストの違いを価格が補てんできない(都市部＝地価やインフラコストが高いが、診療報酬は全国一律)
- ④ しかも、病院間の競争はますます激化

赤字補てんのため、確実に収入の入る「生活保護」患者や労災、交通事故(＝報酬点数の例外が生じることあり)などの患者を選んで受け入れる施設も存在！

Q:救急患者であって命に別状がなければ待たせてもよいか？

もちろん良いわけではない。しかし

トリアージの原則 ⇒ 救急場面で時間的資源的余裕がない場合、より優先度(深刻度)の高い患者から優先的に対応すること(災害場面などでよく実施される)

病院の救急室でも、対応できる医師が少ない場合、こうしたトリアージ的対応をとらざるを得ない場合がある⇒ 重要な医療経営的課題

Q:医療側が(情報の非対称性を悪用して)不当に患者から搾取する事例はあるか？

残念ながら事例として公開されている情報はない(もしあれば訴えられている)



搾取⇒不利益と読み替えるのであれば、たとえば過去の新生児取り違え事案について、本当の両親の情報を流さないとしたことや、まだ執刀経験の浅い医師に難しい手術の執刀を任せる、といったことは、医療側では事情が十分わかっているにもかかわらず、患者側にその情報を流さないという意味で大きな不利益を与えているといえる。

Q:営利目的で病院を開設できないというが、実際には既にある病院が営利目的ではないとは言いきれないのでは？

制度上は、営利目的で病院を開設、運営することができないが、**現実的に病院は利益を出さなければ経営できない**。しかしそれは、いわゆる「営利目的」とは区別されている。

非営利組織の事業 ⇒ 次期の設備投資や必要な内部留保(経営リスク回避のため)のために**収益事業**を許容



営利企業の事業 ⇒ **利益を出す**ことでステークホルダーへの責任を果たす(株主への配当や次期事業投資などによる企業価値の向上のため)

Q:ドナベディアン[®]の質評価は、誰にむけて作られているのか？

(関連の質問:ドナベディアン[®]の質モデルを使って誰が評価しているのか?)

誰に向けて? ⇒ 第一義的には医療機関に向けて。しかし間接的には患者へのシグナルとなる

誰が評価? ⇒ 財団法人医療機能評価機構が評価主体(数年に一度評価)

Q: 病院の「生産性」とは？どのような状況が病院の「生産性」を高めるのか？
(類似の質問: ベッドの回転率を重要視するのはなぜか?)

⇒ 経済学的な意味での「生産性」(あるいは「効率性」とは

*** 生産過程における生産諸要素の有効利用の度合い**

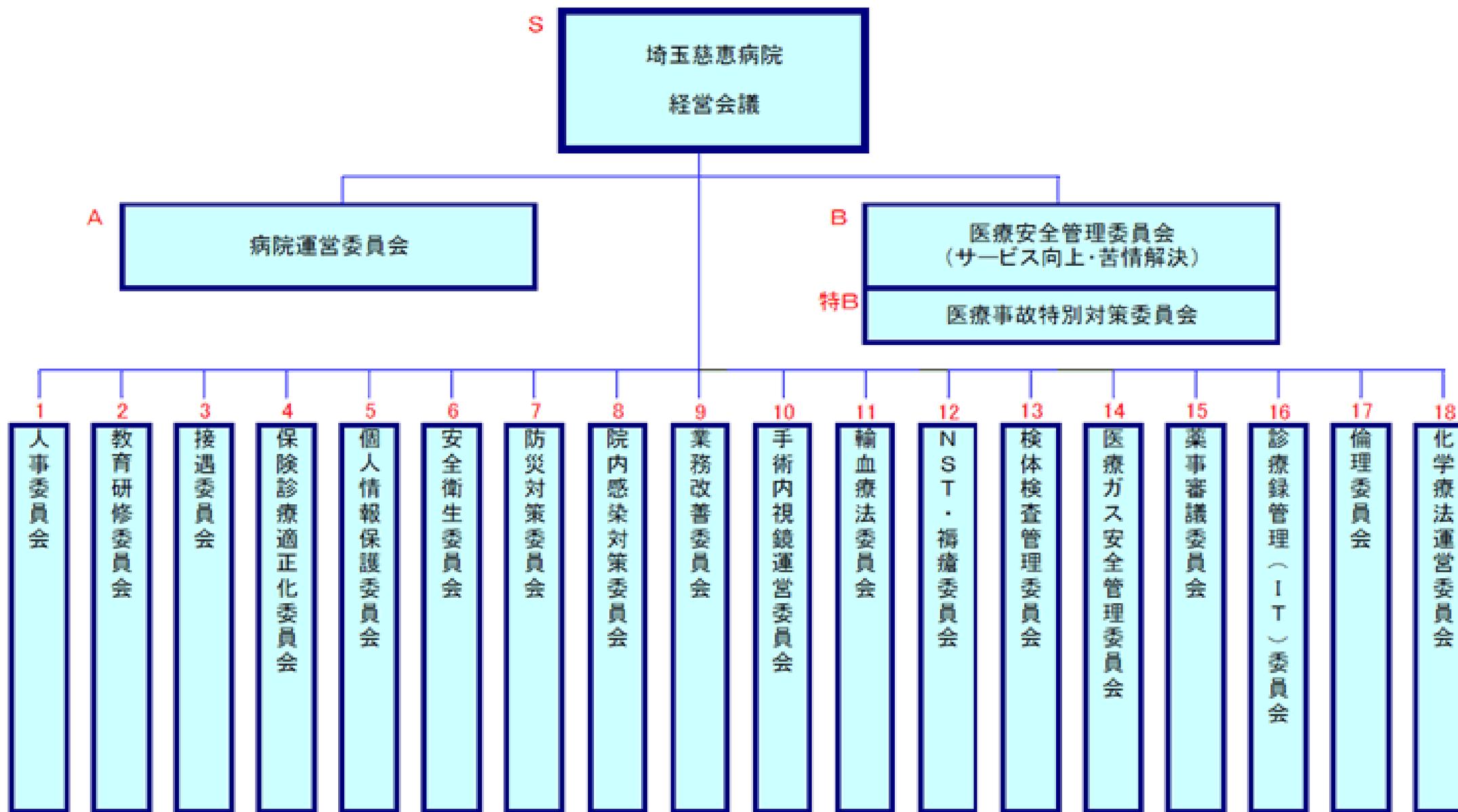
*** 生産過程に投入される生産要素が生産物の産出に貢献する程度**

つまり、生産過程(=医療提供のプロセス)において、生産諸要素(医師、看護師などの人材、医療機器や設備、薬、そして診療報酬)が有効に使われ、生産物(=医療サービスの提供)に貢献できているかを考えること。

そこで、たとえば医師が10人いたときに、その医師がどれくらいの患者を治療できたか、また病床や医療機器がどれくらい有効に活用されたか(遊休時間が少なかったか)を評価できれば、当該施設の上記意味での生産性(効率性)をある程度評価できることになる。

しかし、「生産性」(効率性)という尺度は“絶対的な”尺度ではなく、仮に生産性が高くても治療内容が低劣であれば、患者にとって良い生産物を得たことにならないから、生産性(効率性)は生産過程の一面評価に過ぎないという批判がある

Q: 医療経営は病院のなかでどのような部署が行っているのか？



Q:全国一律で診療報酬の点数が決まっているのであれば、過疎地での医療経営を補助する施設はあるのか？

(関連の質問:公定価格のもと、地方と都市部とで収入に差があるとして、都市部のほうがたとえコストが高くて収入も得られないのではないか?)

へき地保健医療対策予算 ⇒ H30概算要求額:72.9億円

(1)へき地医療支援機構の運営259百万円

都道府県単位の広域的な支援体制を図るため、各都道府県に「へき地医療支援機構」を設置し、支援事業の企画、調整及び医師派遣の実施等を補助する。

(2)へき地医療拠点病院等の運営 **6,071百万円**

へき地における医療の提供など支援事業を実施する医療機関等の運営に必要な経費を補助する。

アへき地医療拠点病院運営費

イへき地保健指導所運営費

ウへき地診療所運営費(国保直診分(保険局計上分)含む)

(3)へき地巡回診療の実施344百万円

無医地区等の医療の確保を図るため、医師等の人件費及び巡回診療車等の運行に必要な経費を補助する。

アへき地巡回診療車(船)(医科・歯科)

イ巡回診療航空機(医科)

ウ離島歯科診療班

試験に向けて

試験範囲：今日の講義で振り返った項目のなかから出します

試験問題数：全部で4～5問を予定

問題の形式：

1問は、穴埋め文章完成問題

1問は、語句の説明

2問は、ある質問に対して図表やデータを活用して回答する

残りの1問は、？？？

試験日時: 2018年7月24日(火) 16:10～ 308教室

受験上の注意:

- 1) 第2回目以降の講義に5回以上欠席した者の受験は不可(受験しても採点しない)
- 2) レジューメ、資料等の持ち込みは一切不可
- 3) 試験開始時間は16時20分で、試験時間は70分。試験開始後20分経過してからの入室は一切認めない
- 4) 座席は指定しないが、前方から順次席を一つ開けて着席していくこと(後方座席に着席している者は優先的に前方に移動させます)