



医療情報ヘッドライン

H7N9型鳥インフルエンザを「指定感染症」に指定
強制入院や就業制限などが実施可能に

政府

厚労省 一般用医薬品のネット販売等の
新たなルール検討会開く

厚生労働省



経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向(平成 24 年 12 月号)



経営情報レポート

2025 年に向け機能分化推進
病床機能選択のポイントと在宅医療対応



経営データベース

ジャンル:業績管理 サブジャンル:業績管理体制の構築

事務長による業績管理の推進

業績管理のポイント

医療情報

ヘッドライン ① 政府

H7N9型鳥インフルエンザを「指定感染症」に指定 強制入院や就業制限などが実施可能に

政府は5月6日、H7N9型鳥インフルエンザを感染症法に基づく「指定感染症」、検疫法に基づく「検疫感染症」の対象にも加え、強制入院や就業制限などの対策を可能にする政令を施行した。中国本土を中心に感染が拡大するH7N9型が日本に侵入することに備えた措置である。先月26日に閣議決定していたが、ゴールデンウィークの帰国ラッシュで感染者が日本に入る危険性が高まるとみて、対策の整備を急いだ。

感染症法では、感染症を危険性に応じて5つに分類しており、H7N9型などの鳥インフルエンザは下から2番目の「4類感染症」に位置づけられる。

H7N9型の鳥インフルエンザは、5月5日までに中国と台湾で合わせて130人の感染が確認され、このうち27人が死亡した。国立感染症研究所は「ウイルスはヒトへの適応性を高めていて、世界的な大流行（パンデミック）を起こす可能性は否定できない」と

分析している。

このため厚生労働省は、法律に基づいて検疫や医療の態勢を整える必要があるとして、5月6日、検疫法の「検疫感染症」と感染症法の「指定感染症」において、H7N9型の鳥インフルエンザを新たに対象に加えた。

これによって、空港などの検疫所で入国者に協力を求めて任意で行ってきた診察や検査が、6日からは検疫法に基づいて行うことができるようになった。また、国内で感染者が確認された場合、都道府県知事は患者に対して、感染症の対策が整った医療機関への入院を勧告し、拒否すれば強制的に入院させたりすることができるようになる。

指定感染症は2003年の重症急性呼吸器症候群（SARS）、06年のH5N1に次ぎ3例目となる。厚生労働省は検疫法の「検疫感染症」にも位置づけられたことで国内へのウイルスの侵入や感染拡大を防ぎ、感染が疑われる入国者らに健康診断などを義務づける。



厚労省 一般用医薬品のネット販売等の 新たなルール検討会開く

厚生労働省は4月26日、「一般用医薬品のインターネット販売等の新たなルールに関する検討会」を開催した。すでに急ピッチでこれまで7回の検討を重ねているが、今回の注目は、主として厚労省側からの安全性確保策に関して必須要件が提示されたことである。

しかし、「薬局等の店頭における対面販売」（有人の実店舗）と「ネット販売」の双方について安全性を確保するために両立できる「遵守すべき要件」案を、まだ模索している段階ともいえる。この中で、厚労省がインターネット販売について、既存の制度と商慣習の中にどのように位置づけようとしているのかがおおまかに見えてくる。逆に言えば、まだその段階に留まっており、今後さらに時間がかかることは必至の情勢ともいえよう。

厚労省から示された「安全確保策」案の要旨は、次のとおりとなっている。

1. インターネット販売等を行う薬局・薬店を行政が把握する方法について

(1) 基本的な考え方

一般用医薬品のネット販売等について、新たなルールに則って適正に行われることを確保するためには、行政が、ネット販売等を行う事業者を適時適切に把握する必要があるのではないか。したがって、現行の薬事法施行規則の規定と同様に、ネット販売等を行う事業者に対して、都道府県知事への届出を義務付けることが適当ではないか。

2. 違法な販売サイト等を購入者等が識別する方法について

(1) 偽造医薬品の販売や購入を防止する観点から、購入者が、適法にネット販売等を行う販売サイトを簡便に識別できることが必要ではないか。

(2) また、その具体的方策としては、どのようなことが考えられるか。

例えば、ネット販売等に関する届出を行った事業者に対して、国又は都道府県が標章（いわゆる「ロゴマーク」など）を発行することとし、当該標章を、販売サイトやカタログ等の分かりやすい位置に表示・掲載することとしてはどうか。

3. インターネット販売等の適正性確保のための具体的な方策について

(1) 国及び都道府県は、上記2の仕組みについて国民への周知徹底を図るとともに、国において速やかに情報を集約し、ネット販売等を行う薬局・薬店やその販売サイトのリストを、厚生労働省又は第三者機関のホームページ上で公開することとしてはどうか。

(2) 届出義務に違反した事業者に対しては、所要の法的措置を考える必要があるのではないか。併せて、標章の偽造等の悪質な行為に対しても、所要の法的措置を考える必要があるのではないか。

最近の医療費の動向

平成 24 年 12 月号

1 制度別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総計	医療保険適用								公費
		70歳未満					70歳以上			
		被用者保険		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	(再掲) 75歳 以上				
		本人	家族							
平成 20 年度	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	1.3	14.8	11.4	1.6
平成 21 年度	35.3	18.1	10.0	5.3	4.7	8.1	1.3	15.5	12.0	1.7
平成 22 年度	36.6	18.6	10.3	5.4	4.9	8.3	1.5	16.2	12.7	1.8
平成 23 年度	37.8	18.9	10.5	5.5	5.0	8.4	1.5	17.0	13.3	1.9
4～9月	18.6	9.3	5.1	2.7	2.4	4.2	0.7	8.4	6.6	0.9
10～3月	19.2	9.6	5.4	2.8	2.6	4.2	0.8	8.6	6.7	1.0
平成 24 年 4～12 月	28.7	14.2	7.9	4.2	3.7	6.3	1.1	13.1	10.2	1.5
4～9月	18.9	9.3	5.2	2.8	2.4	4.2	0.7	8.6	6.7	1.0
10～12月	9.8	4.9	2.7	1.4	1.3	2.1	0.4	4.5	3.5	0.5
11月	3.2	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.5	1.2	0.2
12月	3.3	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.5	1.2	0.2

注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を 10 倍したものを医療費として評価している。

医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注 2. 「医療保険適用」の「70 歳以上」には、後期高齢者医療の対象（平成 19 年度以前は老人医療受給対象）となる 65 歳以上 70 歳未満の障害認定を受けた者に係るデータが含まれる。

「医療保険適用」の「75 歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。

「公費」は医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

総計		診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	調剤	入院時 食事 療養等	訪問看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
平成 20 年度	34.1	27.7	12.8	12.4	2.6	5.4	0.8	0.06	13.6	17.8	2.6
平成 21 年度	35.3	28.5	13.2	12.7	2.5	5.9	0.8	0.07	14.0	18.6	2.5
平成 22 年度	36.6	29.6	14.1	13.0	2.6	6.1	0.8	0.08	14.9	19.0	2.6
平成 23 年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
4～9月	18.6	15.0	7.1	6.5	1.3	3.2	0.4	0.04	7.5	9.7	1.3
10～3月	19.2	15.3	7.3	6.7	1.3	3.4	0.4	0.04	7.7	10.1	1.3
平成 24 年 4～12 月	28.7	23.1	11.1	10.0	2.0	4.9	0.6	0.08	11.7	15.0	2.0
4～9月	18.9	15.3	7.3	6.6	1.3	3.2	0.4	0.05	7.7	9.8	1.3
10～12月	9.8	7.9	3.7	3.4	0.7	1.7	0.2	0.03	4.0	5.2	0.7
11月	3.2	2.6	1.2	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2
12月	3.3	2.6	1.2	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2

注1. 診療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれていない。

注2. 入院時食事療養等には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

3 医療機関種類別概算医療費

(1)医療機関種類別医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

総計	医科計										保険 薬局	訪問 看護 アソシ
	医科病院							医科 診療所	歯科計			
	大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院								
平成 20 年度	1.9	1.1	1.4	4.6	▲ 0.0	2.4	▲14.1	0.3	2.6	5.3	15.9	
平成 21 年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	▲ 4.2	1.9	▲ 0.7	7.9	10.8	
平成 22 年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	▲ 5.8	1.2	1.8	3.6	11.8	
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲ 6.0	1.6	2.6	7.9	9.5	
4～9月	2.9	1.8	2.0	4.5	1.7	2.0	▲ 7.1	1.2	2.2	8.1	8.5	
10～3月	3.4	2.5	2.7	4.0	2.6	2.7	▲ 4.8	2.0	2.9	7.6	10.5	
平成 24 年 4～12 月	2.2	2.3	2.9	4.9	3.4	2.4	▲ 6.0	0.7	1.8	1.6	19.5	
4～9月	1.7	1.8	2.4	4.3	2.8	2.0	▲ 6.4	0.1	1.9	0.9	17.8	
10～12月	3.1	3.3	3.9	6.0	4.6	3.2	▲ 5.2	1.8	1.6	2.8	22.9	
11月	2.5	2.8	3.6	5.2	3.9	3.1	▲ 5.7	1.0	▲ 0.9	2.5	22.2	
12月	1.3	1.7	2.5	4.4	3.1	1.9	▲ 7.3	▲ 0.2	0.1	▲ 0.0	19.2	

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（開設者が都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関をいう（ただし、医育機関を除く）。

注2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2)主たる診療科別医科診療所の医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科 診療所									
		内科	小児科	外科	整形 外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成 20 年度	0.3	▲ 0.7	2.4	▲ 2.4	1.9	2.5	▲ 0.2	1.6	1.7	1.5
平成 21 年度	1.9	2.7	▲ 0.2	0.7	4.1	0.3	▲ 2.3	0.7	▲ 2.0	2.4
d平成 22 年度	1.2	0.9	2.5	▲ 3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
4～9月	1.2	1.1	2.3	▲ 0.6	2.9	1.8	▲ 1.0	0.5	0.6	1.5
10～3月	2.0	1.8	1.6	0.3	4.0	3.3	0.4	2.4	▲ 1.6	3.5
平成 24 年4～12月	0.7	0.3	▲ 2.1	▲ 2.7	2.2	0.2	1.3	3.8	1.8	1.2
4～9月	0.1	▲ 0.3	▲ 4.0	▲ 3.2	2.1	0.2	1.3	3.1	▲ 0.1	1.1
10～12月	1.8	1.4	1.3	▲ 1.9	2.6	0.3	1.3	5.4	5.4	1.5
11月	1.0	0.8	5.0	▲ 2.8	0.5	▲ 3.1	▲ 0.5	4.2	6.0	0.1
12月	▲ 0.2	▲ 0.3	▲ 4.1	▲ 3.4	0.4	▲ 2.4	1.3	3.0	2.6	▲ 0.4

(3)経営主体別医科病院の入院医療費

●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

		医科病院	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	歯科病院
平成 20 年度		0.9	5.1	0.7	0.2	▲ 2.8	5.4
平成 21 年度		4.7	8.3	5.1	3.3	4.3	2.7
平成 22 年度		4.1	6.4	3.6	3.3	0.9	5.5
平成 23 年度		4.0	4.8	4.8	2.8	2.9	3.2
	4～9月	3.9	4.7	4.9	2.6	2.4	3.0
	10～3月	4.0	5.0	4.6	3.1	3.5	3.5
平成 24 年4～12月		2.9	6.2	3.3	1.7	1.0	4.1
	4～9月	2.3	5.5	2.6	1.2	2.1	3.9
	10～12月	4.1	7.6	4.9	2.6	▲ 1.1	4.7
	11月	3.2	6.5	3.8	1.7	▲ 2.3	3.7
	12月	1.1	4.5	1.5	▲ 0.1	▲ 6.7	0.2

注. 1施設当たり医療費は医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

2025 年に向け機能分化推進 病床機能選択のポイントと在宅医療対応

ポイント

- 1 医療計画と地域医療ビジョンで病床機能再編
- 2 再編を想定した病床機能の選択肢
- 3 在宅医療強化の背景と戦略
- 4 在宅医療の現状と今後の予測



1 医療計画と地域医療ビジョンで病床機能再編

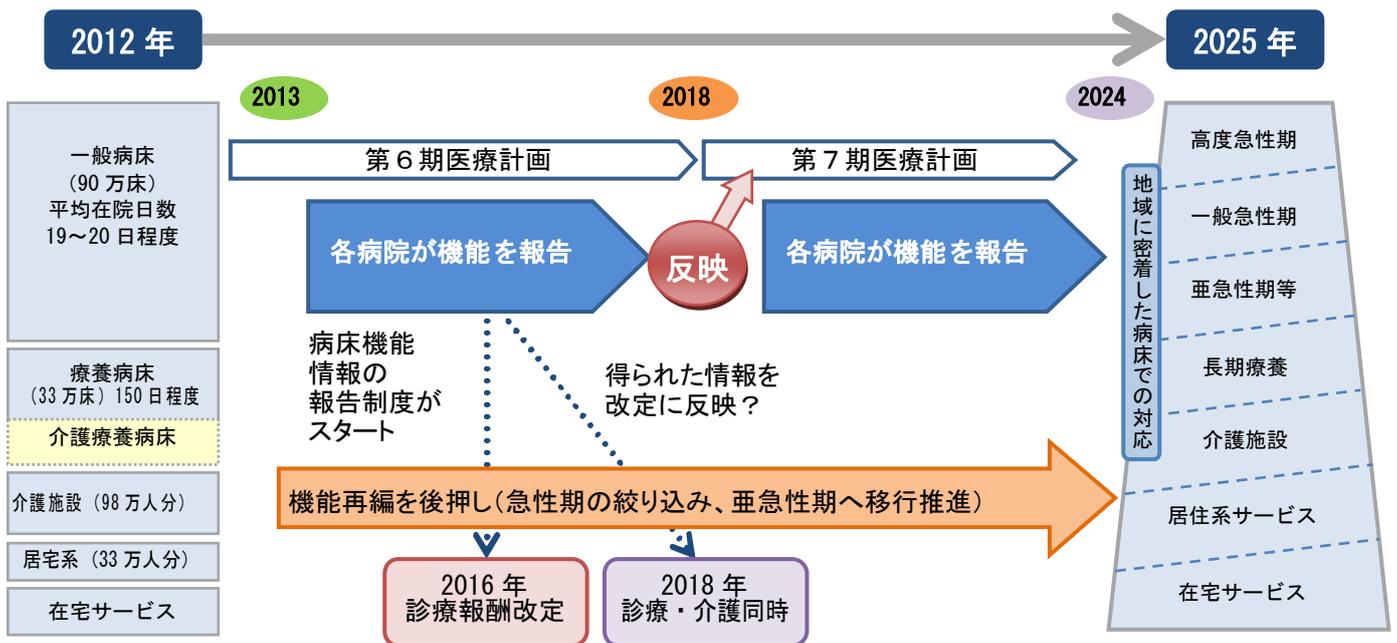
■ 2025 年モデル 病床機能再編の概要

(1) 診療報酬改定と医療計画のリンクでモデルを実現

2012 年 2 月閣議決定された社会保障・税一体改革において示された 2025 年の医療提供体制は、今後 2 年ごとの診療報酬改定と 5 年ごとに実施される医療計画の見直しをリンクさせながら実現を目指すこととなります。

2025 年での完結を視野に入れてスケジュールを検討すると、重要なポイントとなるのが 2018 年です。この年度は、医療・介護同時改定が実施されるのに加えて、第 7 期医療計画がスタートする年であるとともに、2025 年モデル実現に向けて重要な位置づけとなる年度です。その前段階として、2014 年度から導入が始まるのが「病床機能情報の報告制度」です。

◆ 2025 年(平成 37 年)モデルと病床機能再編に関するスケジュール



(出典 : April 2013 NIKKEI Healthcare)

(2) 従来の医療計画との違いと報告制度

従来の医療計画では二次医療圏における基準病床数に対して一般病床・療養病床の現状を把握し、その過不足のみが示されていました。過不足のみでは、病床機能別の需給ギャップは判別できません。そこで、次期医療計画（第 7 期医療計画：2018 年度開始）では、仕組み案②のように医療・病床機能についても、患者の視点から、情報として把握できるよう、一步踏み込んだ仕組みが検討されています。

この病床機能の情報収集を行うベースデータとなるのが、2014 年度から導入される「病床機能情報の報告制度」です。この制度は、現在、厚生労働省の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」で議論が進められており、各病院・有床診療所が有している現在の病床機能と今後の方向性を病棟単位で報告するものです。

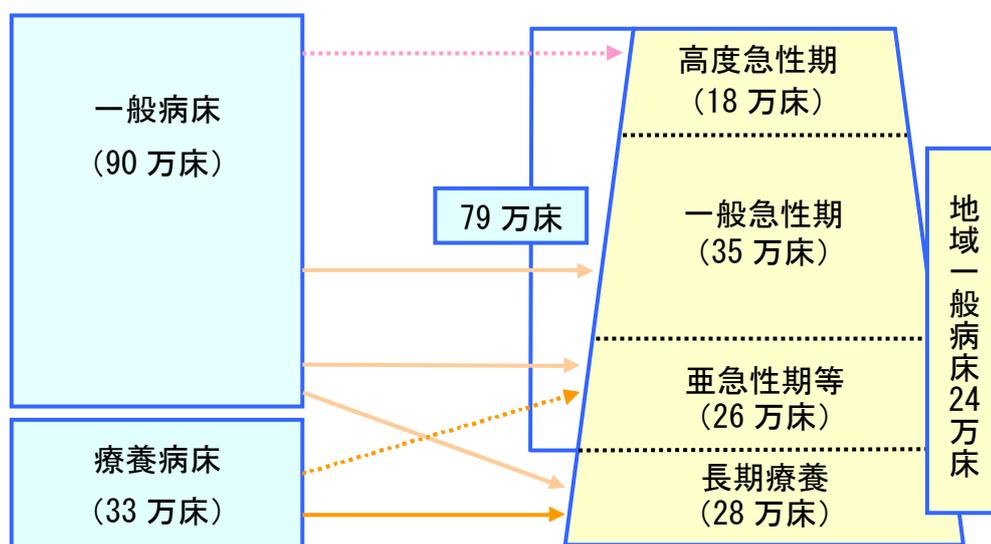
◆医療機能・病床機能報告の仕組み案

- ①原則として報告は病棟単位とする
- ②各医療機関は急性期、亜急性期、回復期、長期療養、障害者・特殊疾患、その他主として担っている医療機能の内容を報告する
- ③提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの病床機能についても併せて報告する
- ④報告は都道府県に対し定期的に行い、報告した事項について当該医療機関にて閲覧に供するなど患者や住民にわかりやすく提供する
- ⑤都道府県は、各医療機関からの報告内容について患者や住民に公表する

(3)病床機能分化のイメージ

機能分化が進み、2025 年モデルが実現すると、病床はどう変わるのか。下記左図のとおり、現在一般病床が 90 万床、療養病床が 33 万床となっています。高度急性期への移行は、救命救急医療を提供しているごく一部の病院が移行しますから、多くの一般病床は、一般急性期か亜急性期等へ移行することになります。しかし、下記右図のとおり、高度急性期から亜急性期等病床は、79 万床となっており、機能が明確になっていない病院の一部は、減床または長期療養への転換が想定されます。

◆2025年モデルを想定した転換イメージ



2 再編を想定した病床機能の選択肢

■ 今後の病床機能選択のポイント

病床機能選択は、第7期医療計画策定前の早い段階で病床機能を決定しなければ、同規模・同機能病院との客観的なデータ比較で勝負しなければならない事態になり、地域のポジショニングが確保できない可能性があります。自院現状から取りうる各病床別の選択肢について解説します。

(1) 一般病床の選択肢

7対1一般病棟入院基本料を算定している病院は、問題なく一般急性期に移行することができるでしょう。7対1以外の一般病棟については、選択肢に応じて、現在有している機能の大幅な変更や人員の見直しを進める必要があります。

特に、現在13対1と15対1一般病棟は、選択肢が相当絞り込まれることが想定されます。

◆10対1

① 早期に7対1にシフトして一般急性期へ

課題) 看護師比率、平均在院日数、重症者比率

② 亜急性期選択

課題) 急性期病院とのパイプ作り、リハビリ機能の充実、診療報酬改定の予測・情報収集

◆13対1

① 亜急性期選択

課題) 急性期病院とのパイプ作り、リハビリ機能の充実、診療報酬の予測

② 地域に密着した病床

課題) 「地域」に関する定義の予測、情報収集、診療報酬改定の予測

◆15対1

① 長期療養選択

課題) 急性期・亜急性期病院とのパイプ作り、人員削減によるコストカット
包括医療への対応

② 地域に密着した病床

課題) 「地域」に関する定義の予測、情報収集、診療報酬改定の予測

当面は、機能の重点をどこに置くかがポイントになります。例えば、地域の基幹病院が整形や脳神経外科を「売り」としているのであれば、後方支援機能の充実を図ることを目的としたリハビリテーション医療への特化、あるいは平均在院日数で苦戦している病院においては、障害者病棟をターゲットにするなどの検討が必要です。

3 在宅医療の現状と今後の予測

■ 在宅医療の現状

(1) 在宅医療の提供状況

在宅医療の提供においてポイントとなる在宅療養支援診療所、訪問看護、看取りへの対応状況は、次のような現状となっています。

① 在宅療養支援診療所

在宅医療を受けた患者数は1日に98,700人で、平成17年の64,800人と比較すると52.3%増加しています。訪問診療を提供している医療機関は、全診療所99,083ヶ所のうち、19,501ヶ所(19.7%)、全病院8,794ヶ所のうち2,582ヶ所(29.4%)です。また、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所数は、平成23年7月現在、それぞれ12,848ヶ所および445ヶ所の届け出があり、年々増加しているものの、未だ絶対数は不足しています。

② 訪問看護

訪問看護利用者約40.1万人/月のうち、医療保険による利用者は約9.9万人/月、介護保険による訪問看護利用者が約30.2万人/月となっています。

また、介護保険における請求事業所数で見ると、訪問看護ステーションは5,978カ所、訪問看護を実施する病院・診療所は1,909ヶ所です。訪問看護ステーションは右肩上がりですが、病院または診療所で提供している訪問看護事業者数は、毎年減少しています(平成23年訪問看護療養費調査)。

③ 在宅での看取りの実態

日本の在宅死亡率(自宅及び老人ホームでの死亡率)をみると、平成18年の14.5%から増加に転じてはいますが、平成22年の在宅死亡率は16.1%とまだ低い数値となっています。2040年にかけて約40万人増加する死亡者への対応は、喫緊の課題です。

(2) 進んでいない在宅医療提供体制

在宅医療提供体制は、整備が進んでいるとは言い難い状況にあります。特に、重要な拠点となるべき在宅療養支援診療所の数も、厚生労働省の期待ほどには伸びていないのが現状です。診療所を対象とした調査では、在宅療養支援診療所の届出をしない理由として、約70%が24時間対応の困難さを挙げているため、連携体制の構築が課題だといえます。

1 経営データベース

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 業績管理体制の構築



事務長による業績管理の推進

事務長機能を活性化することで、院内全体で業績管理意識を向上させるためのポイントを教えてください。



事務長は、病医院の管理運営の全般について院長を補佐する役割を担うものであり、経営管理手法と専門知識と幅広い教養を持った人格者を選任するのが望ましいとされます。つまり、病医院全般の経営を把握すべき立場にあるので、この「事務長の力」を大いに活用して、院内全ての管理業務を活性化することができます。

■事務長の役割

- | | |
|----------|----------------|
| ①全体目標の設定 | ②各部門へのコスト意識の徹底 |
| ③予算策定の調整 | ④実績管理の調整 |
| ⑤物品購入の調整 | |

①経費節減の全体目標

事務長から「今年度削減目標5% (▲8,000万円)」といった具体的な数値目標を、全職員に示すと効果的です。全体目標の達成を目指して、各担当責任者が部門別の目標を立て、具体的な計画を策定することで、病医院全体目標の達成に近づくことができます。

②コスト意識を持たせる役割

例えば、事務部門総務課など経費削減に消極的になりがちな部門に対しては、事務長から具体的な目標（例：総務課経費削減目標▲350万円）を示して、担当者にコスト削減の意識付けを図ることが必要です。

こうした取り組みにより、直接収入を得ることはできない部門であっても、通信費・光熱水費の節約、研修会の開催方法の工夫など、小さなコスト削減を積み上げることは可能です。

③「実績」をベースに次期予算を策定

予算策定は各部門責任者が行うのが最適ですが、自部門を意識する余り、全体経費予算の奪い合いになることも考えられます。したがって、事務長に部門間の調整を行う機能が求められます。

④実績管理の調整

通常は部門責任者が行いますが、特に費用については「予算」があるから使いきる、と考えてはいけません。どうすれば費用が削減できるのかという点について、他部門の取組み事例や情報交換を通じ、有効な手段は広く水平展開して院内全体で活用する等の活動が重要です。

⑤物品購入の調整

事前にその物品の必要性や効果を検証することが必要です。仮に、必要性や効果が薄いと判断した場合は購入を認めないものとし、その理由を購入希望者に理路整然と説明できる力量を備えなければなりません。ここでも、事務長による調整機能が重要なのです。

経営データベース ②

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 業績管理体制の構築



業績管理のポイント

目標利益の算定方法と労働分配率について解説してください。



一般的な目標利益の算出方法には、次のようなものがあります。

■ 目標利益の算出方法

① 前年実績伸び率法

前年の利益実績に対しての伸び率を設定して目標利益を算出する方法

② 1人当り目標利益法

職員1人当たりの目標利益を設定して全体の利益を算出する方法

③ 売上高利益率法

売上高目標に売上高利益率をかけて目標利益を算出する方法

④ 総資産利益率法

総資産に総資産利益率をかけて目標利益を算出する方法

売上から外部購入費用などの変動費を引いたものが、付加価値です。付加価値とは、医療機関が新たに生み出した価値であり、様々な利害関係者に分配されます（配当、給与、税金、支払利息等）。収益性の観点から、付加価値の適正な分配を考える必要がありますが、費用の中で最も大きな割合を占める人件費について、分配の妥当性を測る指標として労働分配率があります。

人件費は、組織として最も重要な経営資源である職員のモチベーションと密接な関係があることから、非常に重要な項目であるといえ、付加価値の適正分配を重視しなければなりません。

$$\text{労働分配率} = \text{人件費} \div \text{付加価値}$$

労働分配率は、同種同規模病院や過去の自院数値と比較することによって、成果配分の妥当性を分析できます。