

**週刊 医業経営**

MAGAZINE

**WEBマガジン**

発行 税理士法人優和

**1****医療情報ヘッドライン**

在宅患者訪問診療料における「同意書」  
原則、全訪問患者から取得 疑義解釈資料

厚生労働省

救急受入れ 未稼働精神病床の一般病床転用を提案  
構造改革特区及び地域再生に関する検討要請の実施

内閣官房

**2****経営TOPICS****統計調査資料**

病院報告(平成26年1月分概数)

**3****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

**4****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:インフォームド・コンセント

医師と患者の関係

医療に関する「知識の偏在化」

## 在宅患者訪問診療料における「同意書」 原則、全訪問患者から取得 疑義解釈資料

厚生労働省は5月1日、「疑義解釈資料の送付（その5）」について事務連絡を行った。今回の焦点は、診療報酬改定における「訪問診療を行うにあたっての同意書」をめぐる医療現場からの疑義である。

事務連絡内容は(1)在宅復帰機能強化加算、(2)回復期リハ病棟1、(3)訪問診療料、(4)在宅患者訪問褥瘡管理指導料についてのQ&Aを掲載している。

(1)の在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰率50%以上などの要件を満たす場合に、療養病棟入院基本料1の病棟で算定できる。この加算を算定するには、退院後の在宅生活が1ヵ月以上となることが必要で、かつ患者宅を訪問するなどしてその旨を確認しなければならない。

この点について、加算を算定する医療機関が、その患者に対して外来診療を行う際に「他の医療機関や老健施設に入院・入所していない」ことなどを患者本人や家族から聞き、在宅生活が継続可能な見込みであることを確認できる場合には、患者宅への訪問等は必要ないことが明らかにされた。

なお、この場合には「在宅から通院していることを確認できた理由」をカルテ等に記載する必要がある。結果として、この応答のポイントは厚労省側の「訪問診療実施要件の厳格化」にあるといえる。例えば、データ提出遅れた11病院、26年5月分のデータ提出加算算定を認めない事例もみられている。

(2)の回復期リハ病棟1では、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」が1点以上の

患者が新規入院患者の10%以上でなければならない。この「重症度、医療・看護必要度」の測定について、「一時的に心電図モニターを装着」しただけでは、1点としてカウントされないことが明確化された。

また(3)のC001【在宅患者訪問診療料】について、平成26年度改定で「患者・家族の署名付の同意書」を得てカルテに添付することなどが算定要件に追加されている。

この同意書の対象は「平成26年4月以降の新規患者」だけではなく、「訪問診療を行うすべての患者」であることが明確にされている。なお、平成26年3月以前から訪問診療を行っており、開始時に同意を得た旨がカルテに記載されていれば、改めて同意書を作成する必要はないとする。

さらに、平成26年度改定で新設された(4)のC013【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】は、「常勤の医師」「看護師等」「常勤の管理栄養士」で構成されるチームが患者の居宅を訪問し、褥瘡予防・管理等を目的とした指導管理を評価する点数であり、「常勤医師」「看護師等」のいずれか1名が『在宅褥瘡管理者』（褥瘡対策経験1年以上、在宅褥瘡ケアの研修修了など）でなければならない、と施設基準で定められている。

ここで、今般のQ&Aでは「在宅褥瘡管理者は、A236【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】の専従看護師（褥瘡管理者）と兼務することが可能」である旨が説明されている。

## 救急受入れ 未稼働精神病床の一般病床転用を提案 構造改革特区及び地域再生に関する検討要請の実施

内閣官房は5月2日、「構造改革特区（第25次）及び地域再生（第11次）に関する検討要請の実施について」を公表した。構造改革特区（第25次）等について、内閣官房は厚労省に対して医療・介護関係9件の検討を要請した。

主な検討要請のポイントは、●新たな高度医療技術開発を行う株式会社が医療機関経営を行うこと、●未稼働の精神病床を一般病床と読み替えること、●東洋医学と保険診療との併用、の3点についての容認である。

医療・介護に関連する内容項目は、次のとおりである。

- ①病院等開設会社による病院等開設事業
- ②先進医療の審査等の特例
- ③精神病床から一般病床への転用
- ④診療報酬の支払いに関する要件緩和
- ⑤臨床研修医定員枠の決定権限の県への移譲
- ⑥医師修学資金制度による養成医師に係る臨床研修受入の別枠化及び臨床研修医の定員の弾力化と人事配置権の規制緩和
- ⑦救急救命士が超音波画像の撮影を行うことを可能とする措置
- ⑧東洋医学を利用した施術の保険外併用療養の許可・拡充
- ⑨海外医師免許保有者等による施術の許可

①と②は医療法人D I C「宇都宮セントラルクリニック」が提案しているもので、増加

する『アルツハイマー』患者、遺伝子治療が有効との結果が動物実験で示されている『パーキンソン病』『筋萎縮性側索硬化症（ALS）』患者への遺伝子治療を推進するために、栃木県宇都宮市に【とちぎ遺伝子治療特区】を設け、「株式会社による病院等の開設」や「先進医療の手續緩和」を認めてほしいと要望している。

③と④は愛知県の「豊川市民病院」が提案しているもので、救急入院患者の安定的な受入れ体制を整備するために、2棟ある精神病棟の1つにおいて「一般病床」と「精神病床」との混在を認めてほしいと要望している。看護配置については、「複合（混在）病棟でも7対1を満たすことで、一般はもとより精神についても手厚い看護が可能となる」とコメントしている。

また、⑧と⑨は兵庫県の「パソナふるさとインキュベーション社」が提案するもので、特に⑧では鍼灸・漢方・アーユルヴェーダ（インドの伝統療法）などの東洋医学療法について、保険診療との併用を認めてほしいと求めている。

同社は「高齢化・過疎化が進む兵庫県淡路市を『健康長寿世界一の村（街）』として国内外にPRしていきたい。そのための事業として、まず世界からのメディカルツーリズムによる観光客誘致を行う」とコメントしており、本提案もこの構想の一環である。

# 病院報告

## 平成26年1月分概数

### 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26年1月	平成25年12月	平成25年11月	平成26年1月	平成25年12月
病院					
在院患者数					
総数	1 268 793	1 262 307	1 270 805	6 486	△8 498
精神病床	299 330	297 292	298 416	2 038	△1 124
結核病床	2 197	2 279	2 312	△82	△33
療養病床	293 689	293 973	292 659	△284	1 314
一般病床	673 546	668 703	677 361	4 843	△8 658
(再掲)介護療養病床	60 048	60 631	60 820	△583	△189
外来患者数	1 316 314	1 357 240	1 410 505	△40 926	△53 265
診療所					
在院患者数					
療養病床	7 797	7 872	7 937	△75	△65
(再掲)介護療養病床	2 997	3 024	3 062	△27	△38

- 注1) 病院の総数には感染症病床を含む。  
 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)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成26年1月	平成25年12月	平成25年11月	平成26年1月	平成25年12月
病院					
総数	82.0	71.9	79.1	10.1	△7.2
精神病床	87.5	87.1	87.4	0.4	△0.3
結核病床	33.6	33.4	35.3	0.2	△1.9
療養病床	90.1	89.1	89.1	1.0	0.0
一般病床	77.5	60.3	72.8	17.2	△12.5
介護療養病床	92.5	92.7	92.9	△0.2	△0.2
診療所					
療養病床	63.3	61.2	62.6	2.1	△1.4
介護療養病床	74.5	75.0	75.4	△0.5	△0.4

- 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)

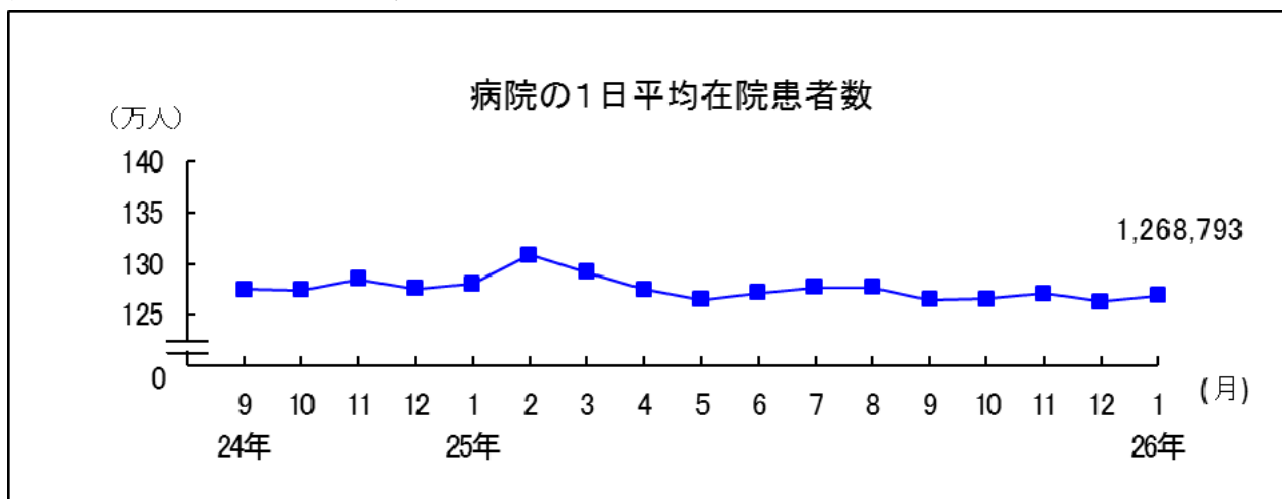
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成26年1月	平成25年12月	平成25年11月	平成26年1月	平成25年12月
病院					
総数	32.3	30.0	30.1	2.3	△0.1
精神病床	306.6	288.5	290.4	18.1	△1.9
結核病床	74.6	68.3	70.0	6.3	△1.7
療養病床	173.9	163.2	166.7	10.7	△3.5
一般病床	18.2	16.9	17.0	1.3	△0.1
介護療養病床	321.2	310.3	309.7	10.9	0.6
診療所					
療養病床	105.3	101.0	101.4	4.3	△0.4
介護療養病床	105.9	104.9	102.0	1.0	2.9

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

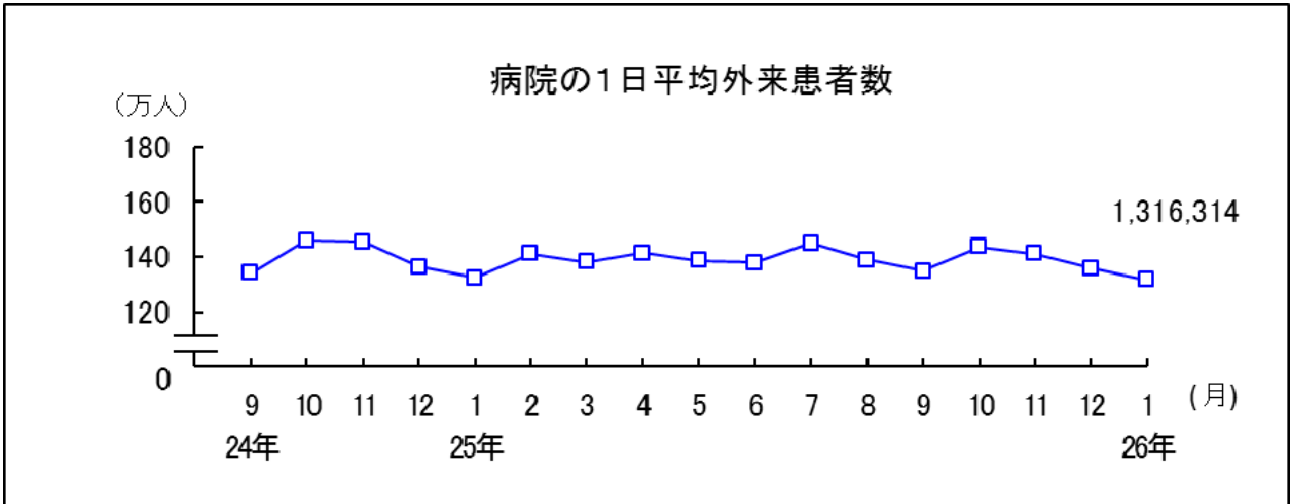
ただし、療養病床の平均在院日数 = 
$$1/2 \left( \begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から} \\ \text{移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ} \\ \text{移された患者数} \end{array} \right)$$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

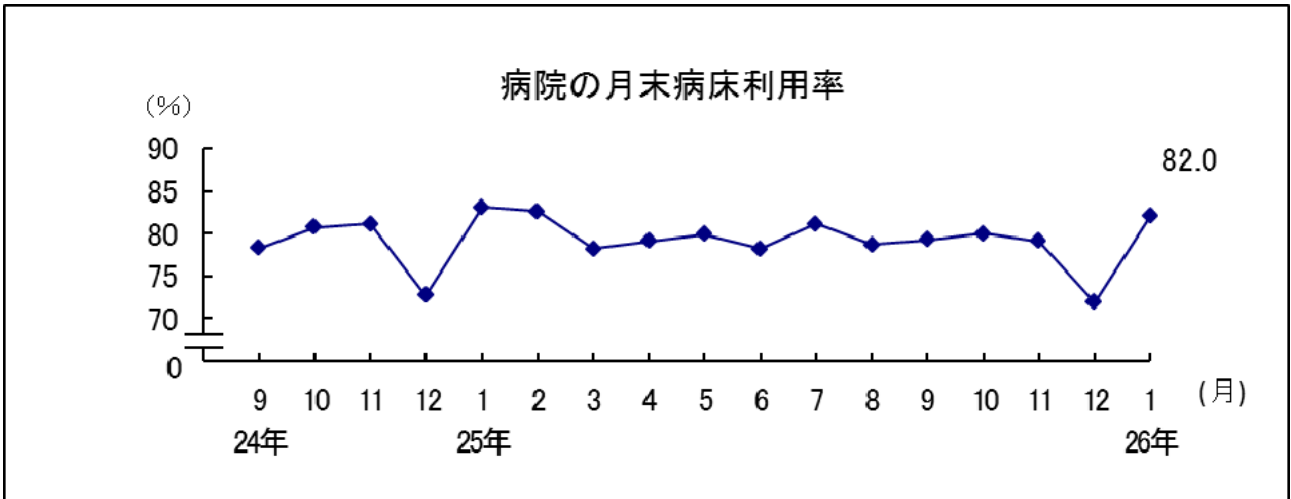
#### ◆病院:1日平均在院患者数の推移



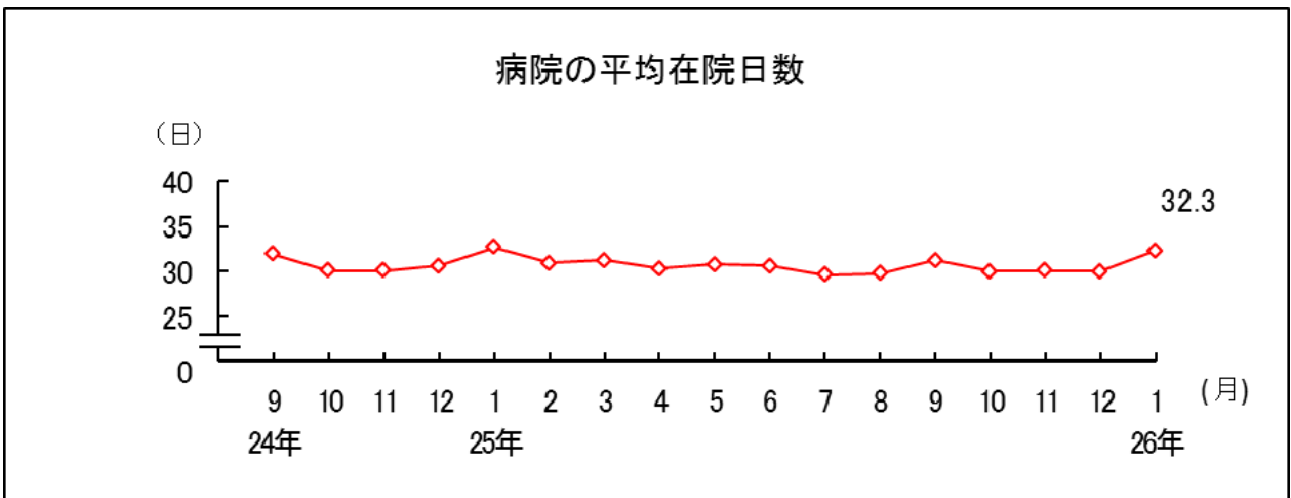
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



# 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

## ポイント

### 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 BizUp 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 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も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	<u>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</u>
事業計画	<u>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</u>

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。

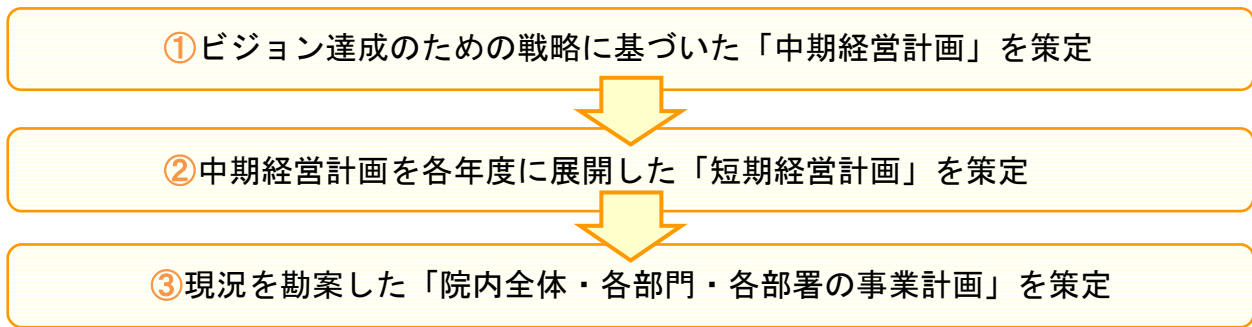
しかし、現在では医業経営をめぐる環境は年々変化しており、医療機関にあっても、将来の姿をすべての職員と共有するための経営計画の策定が求められています。

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



### (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、例えば秀逸な事業計画を作成したとしても、成果につながりません。

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くなっています。

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るのです。

#### 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となります。

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。

## 2 BSCを活用した事業計画の作成ポイント

### ■ バランス・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・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・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

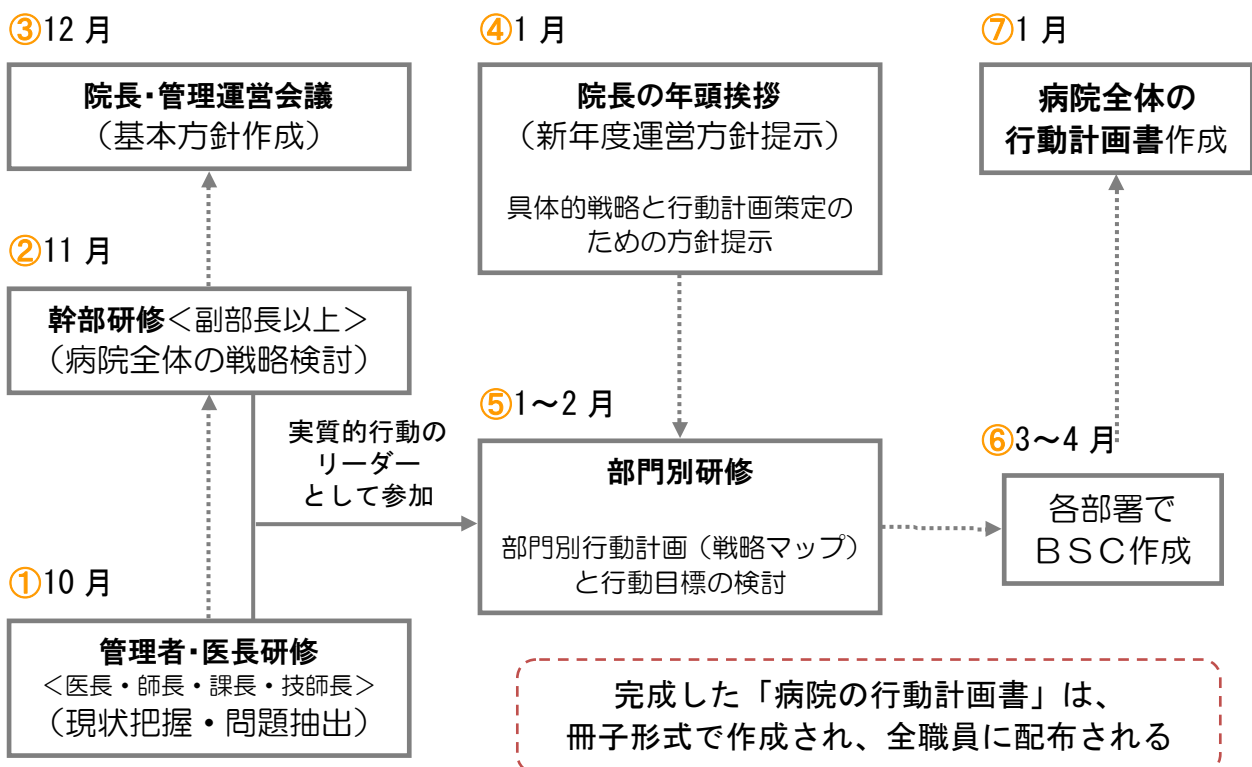
事業計画策定にあたってA病院では、毎年10月に計画内容の方向性や院内外からの課題を見つけ出すために、各部門管理者、師長、科課長、技師長が出席する「管理者・医長研修」を開催し、経営実績の現状把握と問題・課題の抽出を行います。

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



## 経営データベース ①

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: インフォームド・コンセント



### 医師と患者の関係

医師と患者の関係は、どのように捉えればよいでしょうか



医師と患者の関係については、古くから研究されています。一般に用いられるのは、「医師・患者関係の3基本類型」と呼ばれるものです。

その類型は、医療行為に関する医師と患者の役割に注目したモデルであり、これによると、医師と患者の関係には次の3つのパターンが考え得るとしています。

#### ● I. 積極 — 受動型

医師が主導権を握り、患者は単なる客体としてのみ存在する類型

#### ● II. 指導 — 協力型

医師が一定の方向を示し、説得し、患者がそれに納得し従う類型

#### ● III. 相互参加

医師が自分の専門知識・技術を持って患者を援助し、患者がその援助を前提として、自ら主体的に疾病の克服を目指す類型

このモデルが発表された 1950 年代には、感染症や急性疾患による救急医療、急性期医療が多く、上記 I のパターンが中心でした。しかし、近年の疾病構造の変化や医療技術の発達により、どのような治療を望むか、どのような死を望むか、といったことも患者が選ぶ時代となり、Ⅲのパターンに沿って治療が進められることが多くなっています。



## 経営データベース ②

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: インフォームド・コンセント



### 医療に関する「知識の偏在化」

医療における「知識の偏在化」には、どのような対応が必要でしょうか。



医師が患者に対して「説明」をしたとしても、説明を受ける患者が理解できなければ意味がありません。理解できない要因としては、①患者側、②医療機関側、の双方に存在します。

#### ①患者側の要因

「医療知識の不足」が挙げられます。患者は医療の専門家ではありませんから、専門用語や難解な知識、理論を持つ必要はありませんが、自分の健康は自ら管理する、自分が受ける医療は自分で選択する、といった治療への能動的な意識は患者側にも必要です。

昨今では、インターネット環境の浸透を背景とし、医療に関する情報の入手が以前と比べて格段に容易になりました。

医療の主体は、あくまでも「患者本人」であることを認識すべきでしょう。

#### ②医療機関側の要因

患者に対して、十分な情報を提供していないことにあります。難解な専門用語を並べただけでは説明といえないのは当然ですが、「患者自身が説明を受けても理解できない心身状態」であるにもかかわらず、一方的に情報提供し説明を行ったケースも適切ではないとされます。

インフォームド・コンセントは、患者が治療を受けることに先立ち、それを承諾して選択するために必要な情報を医師から受け取る権利であると理解する必要があります。同意書に署名してもらうことのみを目的とするのは、近年の患者権利意識の向上を背景とする医師-患者関係とは相いれないものにとらえなければなりません。

