

**週刊 医業経営****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**

2015年10月看護師特定行為研修開始  
当面は気管挿管・抜管を除外

厚生労働省

地域医療構想の策定開始に備え  
医療需要推計算出法を討議

厚生労働省

**2****経営TOPICS****統計調査資料**

最近の医療費の動向(平成26年6~7月号)

**3****経営情報レポート**

組織的な取組みで無駄を排除！  
診療所コスト削減実践法

**4****経営データベース**

ジャンル:医療制度 サブジャンル:医療法と改正の経緯

「療養病床」の生き残りのポイント

病院の質の確保の留意点

## 2015年10月看護師特定行為研修開始 当面は気管挿管・抜管を除外

厚生労働省は12月17日、医道審議会・保健師助産師看護師分科会の「看護師特定行為・研修部会」を開催し、気管挿管や抜管の2行為を削って制度をスタートさせる案を提示した。同部会では、「経口・経鼻気管挿管の実施」と「経口・経鼻気管挿管チューブの抜管」について、実施場面や患者の病態などの限定が可能かどうか、日本麻酔科学会に照会していた。

これに対し同学会は、容易な例は46%に過ぎず、工夫を要する軽度の困難例が42%、道具の変更などを要する困難例が12%という状況を報告した。

また、実施場面においては、「救急で心肺停止（CPA）となった患者への限定」は、患者を予見して医師が手順書を交付しておくことは現実的に困難なため、「集中治療室（ICU）等における挿管・抜管」と「麻酔時における挿管・抜管」は、ICUや救急治療室、手術室に医師が不在であることは想定されず、手順書を適用する状況にはないと回答した。

さらに、「一般病棟の患者の病態に応じた限定」と「在宅における挿管」は、一定の割合で不測の事態が生じることがあり、医師しかできない気管切開などの応急処置が遅れ、患者に重大な合併症が生じることが予想されるなど、非常に危険性が高いと指摘した。

これを受けて同部会では、制度開始時はこ

の2行為を特定行為に含めず、今後の特定行為の見直しの際に改めて含めるべきか否かについて、検討することに決めた。

2014年6月に成立した医療介護総合確保推進法には、看護師が医師の包括的指示を受けた上で、手順書に基づいて一定の診療の補助（特定行為）を実施するための「研修」制度（特定行為研修）の創設が盛り込まれている。

この研修制度は2015年10月からスタートするため、厚労省は同分科会に「看護師特定行為・研修部会」を設置し、

- (1) 特定行為の内容
- (2) 特定行為研修の基準
- (3) 指定研修機関の指定・取消し

について検討してきた。

特定行為の実施に関して、次のような枠組みが既に固まっている。

まず、医師・歯科医師が患者を特定した上で、手順書により特定行為を実施するよう看護師に指示する。

看護師は、指示に基づいて患者の病状から「現在の看護師の能力」で特定行為の実施が可能かどうかを確認し、病状が能力の範囲外なら医師・歯科医師にあらためて判断を仰ぐ。

病状が能力の範囲内であると確認できた場合には、手順書に定められた「診療の補助（特定行為）」を実施し、看護師は医師・歯科医師に結果を報告するという流れとなる。

## 地域医療構想の策定開始に備え 医療需要推計算出法を討議

厚生労働省は「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」を開き、(1)「あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策」、(2)「2025年の医療需要の推計方法」、などについて討議した。

さらに、これらについて、2015年4月からの各都道府県における地域医療構想（地域医療ビジョン）策定開始に備え、同年1月をめどに取りまとめる方針が示された。

「地域医療構想」とは、都道府県が、医療需給や供給体制を勘案して策定する「地域における医療提供体制の将来あるべき姿」として医療介護総合確保推進法に盛り込まれており、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年の医療提供体制が、大きな焦点となっている。従来の医療法に規定されている医療計画変更手続きを踏まえつつ、今般の医療法改正および9月12日に告示された「総合確保方針」に基づいた策定プロセスを経る必要がある。そのため各都道府県は、「地域医療構想」に医療機能ごとの病床数の「必要量」を規定し、各病院から報告される病床数が「必要量」を超えている場合には「協議の場」において調整することとされているため、「協議の場」の設置・運営の方針についても定められなければならない。

まず(1)では、主として、

(i) 病床の機能分化・連携の推進

(ii) 在宅医療の充実  
(iii) 医療従事者などの確保・養成  
(iv) 都道府県の適切な役割の発揮  
などが打ち出された。

(i)では、2025年における各医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の病床の必要量を達成するために、過剰な病床機能の転換や集約化の必要性などを強調している。

また(iv)では、病床機能報告制度を活用し、国・都道府県が現状を把握・分析することを通じ、都道府県が策定する「地域医療構想」によって各医療機能の必要量が示され、医療機能の分化・連携を進めるとの考えが示された。

(2)では、これまでの議論をふまえて、医療需要の算出は、DPCデータやNDBのレセプトデータを用い、医療資源投入量の多寡で見えていくことが現在提案されている。各医療機能の医療需要については、患者の性・年齢による差を考慮して、患者の流出入や入院受療率などの地域差も加味することが示された。具体的には、「入院の医療需要（1日あたりの入院患者数）」に関しては、「人口（性・年齢階級別）に、入院受療率（人口10万人対入院患者数。性・年齢階級別）を乗じる」ことで算出する。これは、2025年の医療需要は、2025年の人口に入院受療率を乗じることで算出することを意味している。

# 最近の医療費の動向

平成 26 年6～7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
	75 歳未満	被用者 保険	本 人	家 族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75 歳以上		
平成 22 年度	36.6	22.1	10.8	5.4	4.9	11.3	1.5	12.7	1.8
平成 23 年度	37.8	22.6	11.0	5.5	5.0	11.5	1.5	13.3	1.9
平成 24 年度	38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0
平成 25 年度	39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0
4～9月	19.5	11.4	5.6	2.8	2.4	5.9	0.7	7.0	1.0
10～3月	19.8	11.7	5.8	2.9	2.5	5.9	0.8	7.1	1.0
平成 26 年度4～7月	13.2	7.8	3.8	2.0	1.7	4.0	0.5	4.8	0.7
6月	3.3	1.9	0.9	0.5	0.4	1.0	0.1	1.2	0.2
7月	3.4	2.0	1.0	0.5	0.4	1.0	0.1	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。

注 3. 「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 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
平成 24 年度	38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
平成 25 年度	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
4～9月	19.5	15.6	7.5	6.8	1.4	3.4	0.4	0.06	7.9	10.2	1.4
10～3月	19.8	15.7	7.5	6.8	1.4	3.6	0.4	0.06	7.9	10.5	1.4
平成 26 年度 4～7月	13.2	10.6	5.0	4.6	0.9	2.3	0.3	0.05	5.3	6.9	0.9
6月	3.3	2.6	1.3	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2
7月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.01	1.4	1.8	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ない。入院時食事療養等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						医科 診療所	歯科計			保険 薬局	訪問 看護 ステー ション
		医科病院							歯科 病院	歯科 病院			
		大学 病院	法人 病院										
平成 22 年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	▲ 5.8	1.2	1.8	5.3	1.6	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	3.5	2.5	7.9	9.5
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲ 5.9	0.3	1.4	5.3	1.2	1.3	19.0
平成 25 年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲ 6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9	14.3
4～9月	2.9	2.1	2.3	3.7	1.4	2.9	▲ 5.3	1.6	1.2	3.6	1.1	7.0	15.3
10～3月	1.5	0.8	1.1	3.3	0.1	1.6	▲ 7.5	▲ 0.1	0.5	2.4	0.4	5.0	13.3
平成 26 年度 4～7月	1.0	0.7	1.0	1.5	0.5	1.5	▲ 6.4	0.0	1.7	3.2	1.6	1.4	15.7
6月	2.6	2.3	2.7	3.5	3.0	2.4	▲ 6.5	1.5	3.6	6.3	3.5	2.8	19.6
7月	0.6	0.5	0.9	1.6	0.3	1.3	▲ 6.2	▲ 0.6	0.4	2.2	0.3	1.1	16.2

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（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 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
平成 24 年度	0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
平成 25 年度	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
4～9月	1.6	1.9	▲ 0.6	▲ 1.4	2.4	1.3	0.1	2.7	0.7	1.7
10～3月	▲ 0.1	0.1	▲ 1.9	▲ 3.1	1.2	0.2	▲ 1.6	2.4	▲ 4.8	0.6
平成 26 年度 4～7月	0.0	▲ 1.4	0.3	▲ 2.3	2.7	0.1	▲ 0.6	3.6	3.4	0.7
6月	1.5	▲ 0.3	2.5	▲ 0.1	5.2	1.1	0.8	6.3	2.8	2.2
7月	▲ 0.6	▲ 1.8	▲ 2.2	▲ 2.8	1.6	▲ 2.2	▲ 0.6	3.6	2.2	0.6

## (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 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3	3.2
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	▲ 2.2
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0
4～9月	2.0	1.5	1.6	2.2	3.2	▲ 3.5
10～3月	1.2	0.5	0.7	1.3	1.2	▲ 4.6
平成 26 年度 4～7月	1.3	▲ 0.3	0.6	1.6	2.3	▲ 2.1
6月	2.7	1.7	2.8	2.5	1.6	1.3
7月	1.1	0.2	▲ 0.0	1.6	2.9	▲ 1.2

注1) 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。

注2) 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。

# 組織的な取組みで無駄を排除！ 診療所コスト削減実践法

## ポイント

- 1 コスト削減の鉄則と職員意識改革
- 2 使用量把握・委託先見直しによる変動費削減
- 3 業務・支給方法・手当の見直しで人件費圧縮
- 4 省エネ・支出管理による固定費削減



### ■参考文献

『みるみる<利益>が増えていく！経費節減徹底マニュアル』すばる舎リンクージ  
『今すぐ使える、効果が出る！「病院の業務」まるまる改善』日本医療企画

# 1 コスト削減の鉄則と職員意識改革

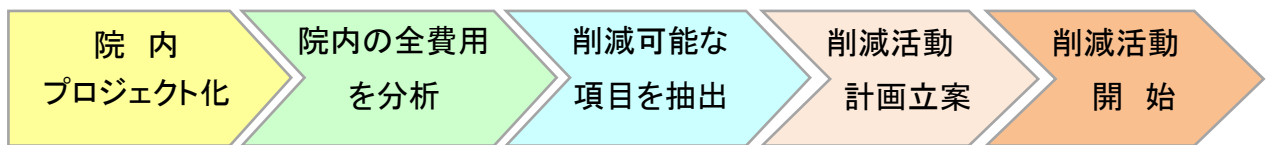
## ■ コスト削減のための4つの鉄則

コスト削減に取り組む上で徹底しなければならない鉄則があります。それは、以下の4つです。

- ①コスト削減に関する方針を示す
- ②リーダー職が率先してコスト削減を徹底する
- ③職員に当事者意識を持たせる
- ④何事もまずお金をかけない方法を考える

院長が、コスト削減に関する明確な方針を示すことが重要です。それは、コスト削減を推進する際に、状況によっては、賃金制度の見直しや、取引先の変更や取引停止といった、経営者でなければ決定を下すことができない項目にも目を向ける必要があるからです。

## ■ 全体フロー



## ■ 固定費の変動費化と細かい削減へのこだわり

コストには、売上の増減や患者数にかかわらず一定額が発生する固定費と、売上や患者数に連動して変動する変動費という2つのコストがあります。

このうち固定費の構成比率が高いと、収入が減少した場合には、赤字に転落しやすくなります。つまり、変動費の構成比率を高めるようにすることが、利益を確保するポイントになります。

## ■ 固定費を変動費化する主な項目

- ◆ 賞与を業績連動にする
- ◆ パート、アルバイトの活用
- ◆ アウトソーシングの活用

## ■ コスト管理体制の構築と意識改革

コスト削減などの業務改善に着手すると、最初のうちは全員が意識して取り組むため、ある程度の成果が得られます。しかし、少し改善できたからといって、監視の目を緩めてしまえば、いつの間にか元に戻っていることもあります。最悪の場合、以前より悪くなってしまうことも少なくありません。

リーダー職は、決して監視の目を緩めることなく、常に改善しようという意識を持ち続けることが重要になってきます。



## 2 使用量把握・委託先見直しによる変動費削減

### ■ 変動費削減マネジメントの基本

月次損益計算書などは、費用科目を元帳からエクセルシート等へ落とし込みをして、月次展開できるようにします。これにより、本来固定費と考えていたものが、想定外の変動を示し、特定の月だけが極端に増加しているといった勘定科目がひと目で確認できます。

### ■ 医療材料費削減の組み立て

医療材料費は医療機関の規模や機能、役割によって大きな差があるため、標榜科目などに応じて削減への取組みを進める必要があります。

#### ① 単価×量の分解とロス構造の把握

物の費用の削減において重要なのは、「単価×量」の分解と「ロス構造」の把握です。単価と量を分解することにより、購入の仕方と使い方の見直しが改善の方向性となるうえ、ロスの構造を把握することで、どこでどのような無駄が発生しているかを明らかにすることができます。

#### ② 単価とロスの削減ポイント

- 1回あたりの購入量を増加させることによる単価の引き下げ
- 無駄な使用を防止するための教育、指導の実施
- 部門ごとに消費量の実績を掲示し、過剰使用防止への啓発
- 複数の施設がある場合、法人全体で一括購入・管理し、各施設へ必要な量だけ供給する仕組みに変更

### ■ 検査委託費関連項目削減のアプローチ

#### ◆ Aクリニック(整形外科)の事例と見直し効果

Aクリニックでは、検査委託を行っていたB検査センター（月額委託料は平均で504千円）からC検査センターに切替えた場合、見積もりは下記となりました。

#### ■ C検査センター検査実施料

年	検査委託費
契約から3年間	実施価格の5%
4年目以降5年目まで	実施価格の半額
5年目以降	実施価格の85%

最初の3年間は、現在の委託料の5%となるため、3年間合計で907.2千円となり、現在の委託費から約17,237千円の削減効果が得られます。

※ただし、委託先変更により、オーダーの流れが変わってしまうケースがあるため、院内全体のコンセンサスを得る必要があります。

## 3 業務・支給方法・手当の見直しで人件費圧縮

### ■ 業務見直しによる時間外削減

多くの診療所では、最低限の人員数で業務を行っており、レセプト提出前などの繁忙期には一定の残業や休日出勤が必要になるのが一般的ですが、それが恒常的になっているようであれば、人件費増や人材の疲弊を招くという最悪のリスクを抱えていることとなります。

#### (1) 時間外労働のチェック

##### ① 職員の残業状況を把握する

賃金台帳やタイムカードをチェックし、時間外労働の現状を把握します。

##### ② 時間外労働が特に多い職員がいる場合

残業や休日出勤は特定の個人に集中する傾向にあるため、業務内容を調査する必要があります。

#### (2) 時間外労働見直しポイント

特定の職員に時間外労働が多いのであれば、その職員個人の業務効率が悪いのか、他の職員との業務バランスに原因があることが推測されるため、個別の研修や教育で能力アップに取り組んだり、特定の職員に負担が集中したりしないよう業務フローや職務の割り振りの見直しが必要です。

### ■ 給与の見直しによる人件費圧縮

毎月納付する社会保険料は、原則として4～6月に支給された給与にその後1年間拘束されます。毎月納付する社会保険料を節約する為には、まず「7月1日の算定」と「月変」の仕組みを理解することが重要です。

##### ① 標準報酬月額各等級に対する“給与額の幅”に注意

##### ② 昇給は7月（以降）の給与で実施

##### ③ 精勤手当などの出来高給は奇数月に隔月支給

##### ④ 育児休業月変の有効活用

#### (1) 各種手当見直しによる人件費圧縮

医療機関は、職員の大部分が医療の有資格者で構成されていることから、一律人件費カットというわけにはいきませんが、固定費最大の項目であるため、人事考課制度の構築などによってメリハリをつけるなど、圧縮に向けた取組みは必要です。

##### イ) 支給目的が明確でない手当の洗い出し

支給意義のないもの、根拠が不明確な手当を洗い出し検討します。

##### ロ) 各種手当を廃止する場合の留意ポイント

● 給与規程改定の全職員対象説明会実施 ⇒ ● 労働者代表から意見書の提出を求める ⇒ ● 労働基準監督署へ届出

## 4 省エネ・支出管理による固定費削減

### ■ 省エネ・省資源によるコスト削減

省資源・省エネへの取り組みは、紙・ゴミ・電気の節約など身近な活動ですから、小さな積み重ねが非常に重要になってきます。

対象	細区分	実施項目
電気使用量の削減	1. 冷暖房装置	(1) 冷暖房の設定温度 (2) 省エネルギー機器の導入
	2. 照明装置	(1) 業務開始10分前からの点灯実施 (2) 廊下、階段等の共有部分の部分点灯 (3) 昼休み全消灯の実施
	3. OA 機器	(1) 昼休み、帰宅時の電源 OFF (2) 省エネルギー機器への更新
	4. その他	(1) 夜間・休日時のエレベータ運転台数の制限 (2) 職員及び来訪者への階段使用の呼びかけ
水使用量の削減	1. 上下水道	(1) 水漏れ点検の実施と対策 (2) 給水の減圧調整の実施 (3) 改修・更新時に節水機器を導入
	2. 下水使用量	(1) トイレの2度流し、歯磨き時の流し放し禁止 (2) 改修・更新時に節水機器を導入
紙使用量の削減	コピー用紙	(1) 印刷物の両面コピーの実施 (2) 不要書類の回収箱の設置 (3) ペーパーレス化（電子・磁気媒体による保管の実施） (4) プロジェクター使用による会議配布書類の廃止

### ■ 利用制限と支出管理によるコスト削減

固定費の中でも、3K費用といわれる「広告宣伝費」「交通費」「交際費」を削減することは、非常に重要です。その利用制限と支出管理をポイントに、役員や医師との関係において、タクシーチケット等の使用や、ゴルフ、飲食といった費用に対して管理をなおざりにしがちであるため、重点対象として管理を徹底します。

#### ■ 3K費用削減のポイント

- 支出の廃止と利用制限
- 費用対効果の検証
- 徹底した監視体制化での支出管理

##### ① 広告宣伝費

現在支払っている広告をすべて抽出し、効果の少ない広告を中止します。

##### ② 旅費交通費

出張旅費等のルールを見直してみると、様々なムダが潜んでいることもあります。

##### ③ 接待交際費

ゴルフコンペ、飲食接待、商品券の贈答、お中元・お歳暮などは最低限の支出に抑えます。

## 経営データベース ①

ジャンル: 医療制度 > サブジャンル: 医療法と改正の経緯



### 「療養病床」の生き残りのポイント

「療養病床」が、「老健」「特養」と競合して生き残るためのポイントを教えてください。



#### ■「療養病床」「老健」「特養」の違い

一般に高齢者が多いとされる長期療養入院患者を対象とする施設には、医療法上の区分による「療養病床」のほか、介護保険法に基づく「介護老人保健施設（＝老健）」、そして老人福祉法に根拠を置く「介護老人福祉施設（＝いわゆる特養、旧特別養護老人ホーム）」が代表的です。

医療機関であり、医療提供が目的である「療養病床」はその性格が明確ですが、「老健」と「特養」は、施設内容も含めて利用者側にはその区別がつきにくく、診療体系も対象とする利用者層についても大きく異なっています。

「特養」は、終身的な介護を目的とした福祉施設です。

近年は、入所者の約3割が後期高齢者となっており、病院から特養へ直接入所する利用者が増加したことから、社会的入院解消の受け皿としての機能を果たすことが求められるようになり、現在では入所者の重症化という課題を抱えています。

一方、「老健」は、医療機関での治療を終了した後、家庭に帰るまでの中間を担う施設です。要介護認定を受ける必要がありますが、「療養病床」と比較して、病状やケアの必要性共に軽度の利用者を対象としています。同様に自由契約制であるので、利用者側が入所する施設を選択することになります。

#### ■生き残るためのポイント

医療施設としての療養病床は、一般病床に比べて施設基準が厳しくなっていますが、保険適用は医療保険型もしくは介護保険型のいずれかを医療機関が選択することができます。

社会的入院解消を目指した介護保険制度の導入によって、医療と介護の分離が期待されましたが、介護保険適用を選択した療養病床（介護療養病床）は、医療による管理の必要度が高い患者を対象とする医療保険型（医療療養病床）と異なり、急性期治療を終えた高齢入院患者を生活指導・支援を実施するという目的とした病床であることから、自由契約制である老健や特養と競合の中で選ばれることが条件となっています。

利用者にとって快適な療養環境を整備すると共に、介護と同時に医療の提供機能を有する病床としての差別化を図り、かつこれをアピールすることによって、ソフト・ハード両面の充実が必要になるといえるでしょう。

## 経営データベース ②

ジャンル: 医療制度 > サブジャンル: 医療法と改正の経緯



### 病院の質の確保の留意点とは

病院業務の外部委託の現状と、コスト削減および質の確保のためには、業者選別等どのような点に留意すべきでしょうか？



第4次医療法改正においては、病院施設のうち設置が義務付けられてきたものの一部について、必置規制の緩和が実施されました。

#### ■現在設置が義務付けられている施設

- |           |          |
|-----------|----------|
| ① 各専門の診療室 | ⑦ 消毒施設   |
| ② 手術室     | ⑧ 給食施設   |
| ③ 処置室     | ⑨ 給水施設   |
| ④ 臨床検査室   | ⑩ 暖房施設   |
| ⑤ エックス線装置 | ⑪ 洗濯施設   |
| ⑥ 調剤所     | ⑫ 汚物処理施設 |

こうした施設の院内設置は、外部委託（アウトソーシング）の進展によって義務付けの必要性が薄れてきたといえます。第4次改正では、外部委託を条件として、一部の規制が緩和されました。

具体的な緩和事項としては、臨床検査施設、給食施設、消毒・洗濯施設の設置義務があり、給水・暖房・汚物処理施設については、必置義務が解除されています。

既にアウトソーシングが定着したといえる病院業務は、リネンサプライや医療廃棄物処理、検体検査等ではありますが、近年では給食、医療事務についても委託率が高い伸びを示しています。

医療費削減の影響で、病院を取り巻く環境は厳しさを増したことから、アウトソーシングに移行することにより、その最大のメリットであるコスト削減を図ることができます。

しかしながら、医療の安全と安心が求められる時代においては、こうしたサービスの質の維持と確保がより重要な課題となるといえます。