

週刊WEB

医療経営

マガジン

2017
485
7/25

医療情報
ヘッドライン

DPC制度、激変緩和措置完了後も 上限1年の緩和措置実施の方向

▶厚生労働省

診療報酬の地域格差を介護報酬並みに など 次期診療報酬改定に向け10項目を提言

▶一般社団法人 日本慢性期医療協会

経営
TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査（平成29年3月末概数）

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

経営
データ
ベース

ジャンル：医療経営 サブジャンル：未収金防止策

未収金回収方法のシステム化
未収金の予防策

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

発行：税理士法人優和

DPC制度、激変緩和措置完了後も 上限1年の緩和措置実施の方向

厚生労働省

7月19日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会が開かれた。激変緩和措置については、完了後も緩和制度を実施する方針を固めた。

また、医療機関群の選択制は、少なくとも来年度の次期診療報酬改定では見送られることになった。

なお、医療機関群Ⅰ群・Ⅱ群の機能評価係数Ⅱの「重み付け」については、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数の3つの係数を検討対象にするとした。

■重症度係数は、機能評価係数Ⅱは廃止し、 診断群分類点数表を改定する方針

DPC制度（DPC/PDPS、診断群分類別包括支払い制度）の調整係数は、2012年度の診療報酬改定以降、診療実績に基づく評価を中心とした機能評価係数Ⅱへ段階的に置き換えることとなっている。

それに伴った激変を緩和する観点から、出来高部分を含む推計診療報酬変動率がプラス2%からマイナス2%の間になるように激変緩和措置をとっているが、置き換え完了後も医療機関別係数変動の影響が大きくなる特性があることから、対応策が検討されていた。

この日の会合では、次期改定後も「一定の緩和措置」を行う方向で検討した。しかし、措置を継続すれば、激変の循環となることが予測されるため、ひとまず時限的な措置とすることで結論を先送りした格好となったもの

の、1年間以上の期間にはしない意向をにじませている。

なお、重症度係数は、機能評価係数Ⅱとしては廃止し、診断群分類点数表を改定することで重症者への評価の精緻化を図る方針としている。

■評価内容に大きく関わる変更はしない方針

各群の役割や機能がわかりづらいと指摘されてきた3つの医療機関群については、現状維持の方向で落ち着くとみられる。

これは、現時点で次期診療報酬改定に不確定要素が多いことや、改定前に医療機関群の決定をするのが難しいことが理由に挙げられており、必要な場合は次々期改定以降で検討するとしているが、事実上の先送りといえる。

また、7月5日の診療報酬基本問題小委員会では名称変更を検討する方向が示唆されていたが、どのようにするか不透明な状態となった。いずれにしても、評価内容に大きく関わる変更はない方針で議論が進められている。



診療報酬の地域格差を介護報酬並みに など 次期診療報酬改定に向け10項目を提言

一般社団法人 日本慢性期医療協会

7月13日、一般社団法人日本慢性期医療協会は定例記者会見を開き、来年度の診療報酬改定に向けて、診療報酬の地域格差を介護報酬並みに是正するなど10項目の提言を発表した。

■高度な慢性期医療病棟の新設を提言

まず、高度な慢性期医療を担う病棟の新設を提言した。「慢性期治療病棟」と名付け、療養病棟入院基本料（看護配置基準20：1）の上位基準とすることを想定している。患者の急変といった一時的な急性期治療を担うことも考慮し、医師、看護師以外のメディカルスタッフの配置も必要だとした（※）。それに伴い、多職種の配置に対する評価も求めている。

※薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、管理栄養士、介護福祉士、臨床検査技師、診療情報管理士、歯科衛生士などを挙げている。

■リハビリでは特定除外制度の廃止を視野

リハビリテーションについては、急性期病院が早期リハビリテーションを実施できるようにするため、特定除外制度の廃止も視野に入れるべきだとした。高齢者のリハビリテーションで嚥下・排泄リハビリテーションが重要視されてきていることにも触れ、病棟の種別にかかわらず回数など実績に応じた統一的な評価が必要だとしている。また、リハビリテーションはアウトカムによる評価が求められるべきだとし、その評価ツールとし

てリハビリテーション前後の動画を評価対象とすることも提言し、アウトカム評価に関しては、リハビリテーションだけでなく、治療に対する評価も導入するべきだとした。

また、医療機関に勤務する介護職員に処遇改善加算が付与されていない現状も問題視されている。介護職員には、医療機関で働いていても介護報酬上の処遇改善加算と同等の加算を算定するべきだとした。

■一般病床と療養病床の診療報酬評価の統一

一般病床と療養病床が、診療報酬上の評価が異なることも指摘される。療養病床で認められていない加算の例として「看護配置加算」「後発医薬品使用体制加算」「緩和ケア診療加算」「精神科リエゾンチーム加算」「医師事務作業補助加算（一部要件を満たせば算定可能）」を挙げ、評価の統一化を求めた。

さらに、医師配置基準にも言及している。一般病床が16：1、療養病床が48：1となっているが、差が大きいいため、両者の中間レベルの配置基準を考慮し、患者の病態に柔軟に対応できるようにするべきだとしている。

そのほか、認知症患者ケアに向けた体制整備や、包括支払い制度における高額薬剤の評価などが挙げられている。

いずれも現状に即した提言となっているため、今後厚生労働省がどのように受け止め、診療報酬改定の議論に反映させていくかが注目される。

医療施設動態調査 (平成29年3月末概数)

厚生労働省 2017年5月25日公表

病院の施設数は前月に比べ 1 施設の減少、病床数は 270床の減少。
 一般診療所の施設数は 80施設の増加、病床数は 335床の減少。
 歯科診療所の施設数は 39施設の増加、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成29年3月	平成29年2月			平成29年3月	平成29年2月	
総数	178 932	178 814	118	総数	1 661 329	1 661 934	△605
病院	8 439	8 440	△1	病院	1 559 901	1 560 171	△270
精神科病院	1 061	1 061	-	精神病床	333 550	333 743	△193
一般病院	7 378	7 379	△1	感染症病床	1 850	1 848	2
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 814	3 817	△3	結核病床	5 301	5 301	-
地域医療 支援病院 (再掲)	540	539	1	療養病床	327 525	327 522	3
				一般病床	891 675	891 757	△82
一般診療所	101 580	101 500	80	一般診療所	101 362	101 697	△335
有床	7 464	7 485	△21				
療養病床を有する 一般診療所 (再掲)	944	952	△8	療養病床 (再掲)	9 503	9 577	△74
無床	94 116	94 015	101				
歯科診療所	68 913	68 874	39	歯科診療所	66	66	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成 29年 3月末現在

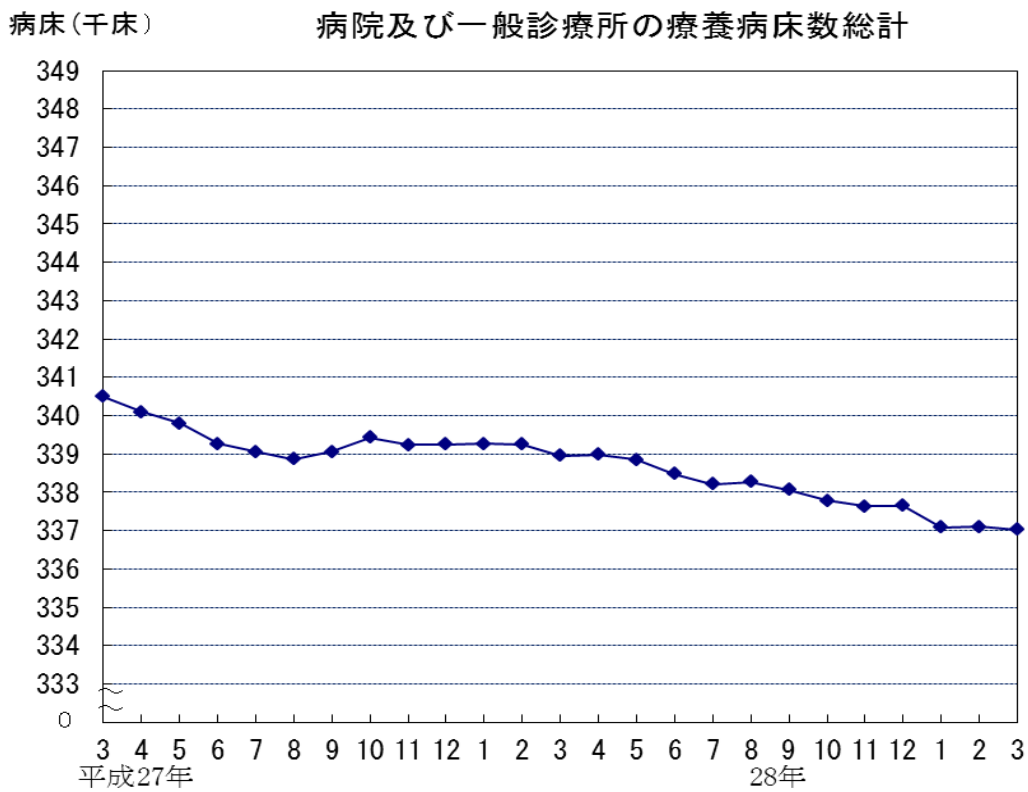
	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 439	1 559 901	101 580	101 362	68 913
国 厚生労働省	14	4 955	24	-	-
独立行政法人国立病院機構	143	54 536	-	-	-
国立大学法人	48	32 744	146	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	12 903	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 205	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	16 022	2	-	-
その他	24	3 492	367	2 210	3
都道府県	202	53 883	255	176	7
市町村	632	132 356	2 999	2 311	269
地方独立行政法人	97	38 458	22	17	-
日赤	92	36 174	211	19	-
済生会	79	21 844	53	-	1
北海道社会事業協会	7	1 731	-	-	-
厚生連	103	32 858	70	28	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	311	-	2
共済組合及びその連合会	43	13 720	155	9	5
国民健康保険組合	1	320	17	-	-
公益法人	228	57 247	551	333	115
医療法人	5 762	864 674	41 540	74 430	13 639
私立学校法人	111	55 625	181	57	16
社会福祉法人	198	34 428	9 411	340	33
医療生協	83	13 802	312	267	52
会社	42	9 981	1 846	10	11
その他の法人	190	39 394	721	298	100
個人	232	22 615	42 384	20 838	54 658

参 考

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計





経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

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

- 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

医業経営情報レポート

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

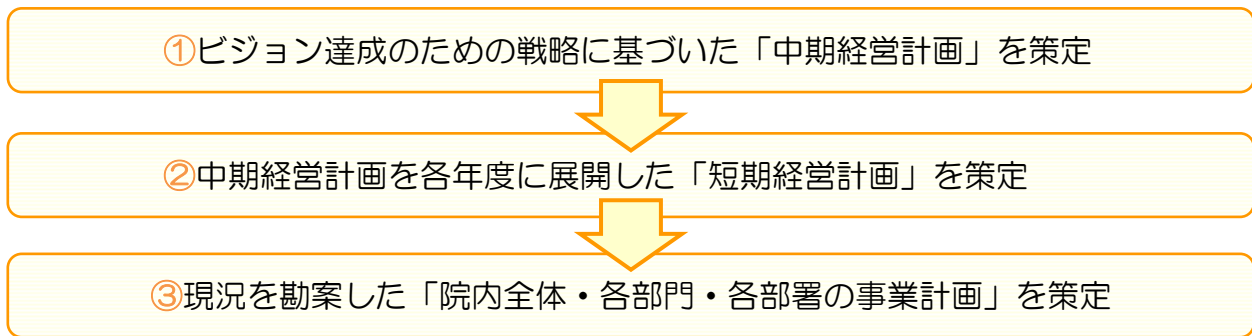
従来の医業経営における大きな問題点の一つとして、「経営計画を策定せず、場当たりに経営を行ってきた」ことが挙げられます。

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 医業経営情報レポート

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

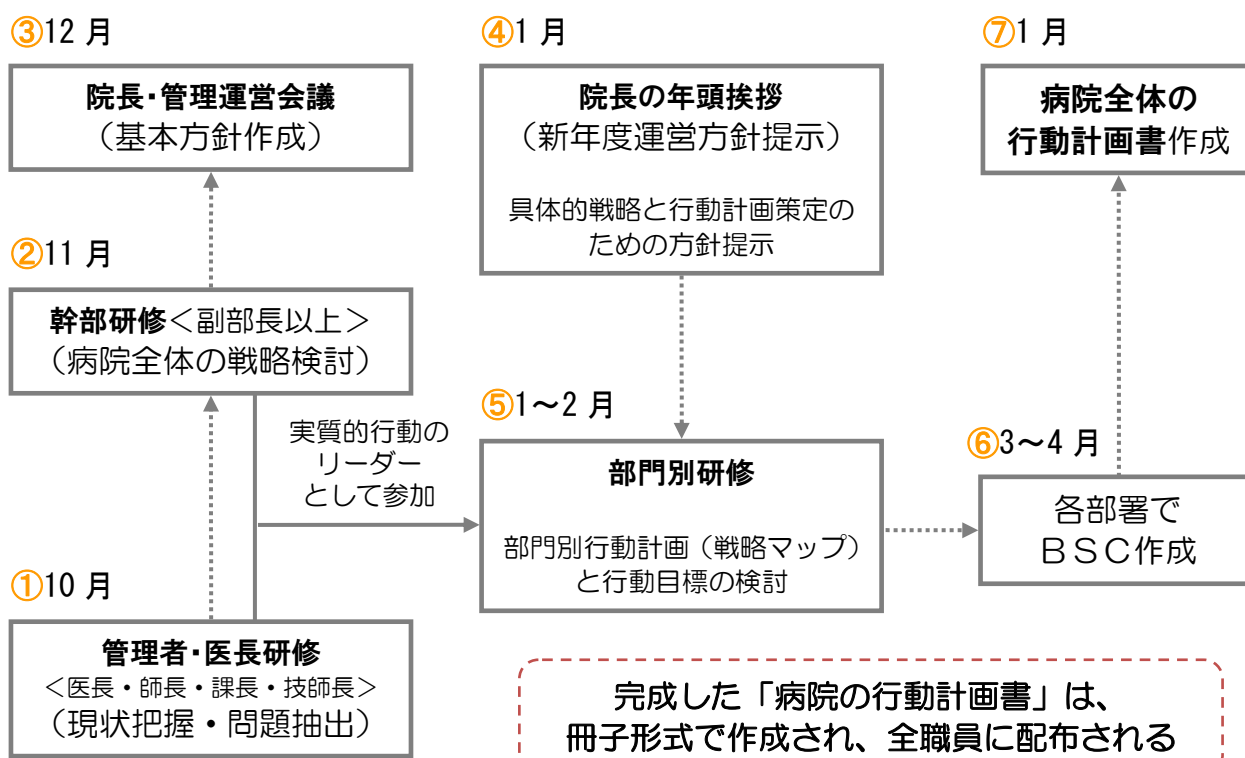
事業計画策定にあたってA病院では、毎年10月に計画内容の方向性や院内外からの課題を見つげ出すために、各部門管理者、師長、科課長、技師長が出席する「管理者・医長研修」を開催し、経営実績の現状把握と問題・課題の抽出を行います。

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



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: 医業経営 > 未収金防止策

未収金回収方法のシステム化

未収金の回収方法を院内でシステム化する方法を教えてください。

不十分な未収金管理・回収が未収金累積の大きな要因となっています。そこで、未収金の防止や回収方法を院内でシステム化すると良いでしょう。

未収金の防止・回収方法の院内システム化に必要な視点には、下記のようなものがあります。

①管理の徹底	⇒ 保険証＋運転免許証等の確認
②回収強化	⇒ 段階に応じた督促方法の検討
③簡便な回収方法の工夫	⇒ カード決済システム導入等

■段階に応じた未収金回収の方法を実施する

患者からの支払が滞った場合、医療機関は段階を追ってこれを回収する努力が必要になります。まず、患者側には、自身が支払うべき治療費が残っており、支払の義務があることを認識してもらわなければなりません。その上で、医療機関としてこれを回収する権利の行使を意思表示することが第一です。また、窓口で一部負担金を支払えない患者に対しては、支払期日を設定し、当該期日までに支払うという誓約書を作成しておくことが賢明でしょう。

(1) 電話による督促



支払期日の2～3日前に患者に電話をかけて、期日が到来することを確認する。医療機関側の回収意思を改めて表示する意味合いもあり、期日までに支払われなかった場合には、翌日にも再度架電で督促する。支払準備の余裕を持たせるために、前日の連絡は控える。

(2) 文書による督促



支払期日に来院せず、翌日も電話連絡がつかない場合、あるいは電話での督促に応じない場合には、文書で請求する。毎週督促文書を郵送し、文調も徐々に強め、勤務先や連帯保証人への連絡も選択肢であることを伝える。「内容証明郵便」などで支払期日を明確にする。

(3) 訪問による督促



文書による督促にも応じない場合には、患者宅を直接訪問して、支払意思と期日厳守の確約を得る。経済的理由を主張する患者には、分割払いなど支払方法を提案する。この時点で法的手段を想定し、患者側との交渉経過(行動と対応)を時系列に整理し、記録しておく。

(4) 法的手段



院内で定めた基準を超えた長期間、未収金残高の高い患者に対しては、法的手段に訴える方法を検討する。1) 弁護士に債権回収委託、2) 裁判所による手続(支払督促、民事調停、少額訴訟)のうち、コストおよび未収金残高を比較して、適切な手続を選択する。

ジャンル: 医業経営 > 未収金防止策

未収金の予防策

有効な未収金予防策には
どのようなものがありますか。

①保険証確認の徹底

医療保険の受給資格の有無を確認するために、患者に対して保険証の提示を求めることは最も基本的で、かつ重要な予防策に挙げられます。しかし定期通院の外来患者の場合、月が改まってからの初回受診時に保険証を持参しなかった等の事情が重なり、結果的に確認を怠ってしまうケースもみられます。こうした状況を含め、一定期間保険証により受給資格が確認できない場合は、一旦、医療費の全額を支払ってもらうということも検討すべきです。

【保険証取り扱いの院内ルール（例）】

- ① 毎月初診時に保険証の提示を求め、コピー（*）をとって保管
 - ② 連続して3ヶ月以上確認できない患者には、一旦、医療費全額の支払を求める
 - ③ ②の際、請求全額に満たなくても最低 5,000 円～1 万円を預かる
 - ④ 保険証の確認後に、預り金から保険給付分を払い戻す
- （*） 保険証に記載されている情報は、個人情報に該当するため、院内の当該規定に則って患者から適切な同意を得ておくことが必要

②連帯保証人の自筆署名～入院誓約書

入院が決定した際に、患者に入院誓約書の差し入れを求めている医療機関は少なくありませんが、当該誓約書に連帯保証人の署名を必要とする書式を採用しているケースは、未だ一般的ではないようです。民法上、保証債務の請求を受けた場合に「抗弁権」を行使できる保証人と異なり、連帯保証人は本人と同様の支払責任を負うものとされているため、患者本人の弁済資力の有無に関わらず、保証債務の履行を求めることができます。この違いは、本人が支払を拒否した場合、あるいは事実上支払いが困難である場合に発生した未収金のいずれについても、まさに「保証」を得ることができます。

③医療費の事前公表・説明

患者は、既に医療サービスの提供を受けた後で医療費の総額を知らされるケースが大部分です。診療内容に納得がいかず、患者が医療費の支払を拒否した結果、未収金が発生する場合は、医療費後払いという点が大きく影響しています。一方で、不用意に概算を伝えることも、支払時のトラブルを招く可能性があることから慎重さが求められますが、患者の一部負担金が高額になる検査や手術、長期入院が予定されている場合には、事前に大まかな料金表を提示して、同意を得おくことも必要でしょう。