

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.777 2023.6.27

医療情報ヘッドライン

セキュリティ対策のチェックリスト 「確認の実行性を高めるため」公表

▶厚生労働省

特定行為研修受講にインセンティブを 医師の働き方改革でタスクシフト促進

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

週刊 医療情報

2023年6月23日号

社会保険負担を歳出改革で軽減、 骨太方針決定

経営TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定) (令和5年1月分)

経営情報レポート

万が一の事故に備える 医療事故調査制度の概要

経営データベース

ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

200床規模の病院の経営強化策 専門病院の差別化戦略

セキュリティ対策のチェックリスト 「確認の実行性を高めるため」公表

厚生労働省

厚生労働省は6月9日、「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」、「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～医療機関・事業者向け～」を公表。同省はチェックリストについて「医療機関が優先的に取り組むべき事項」をまとめたものと位置づけ、チェックリストマニュアルについては「チェックリストを用いた確認の実行性を高めるため」作成したと説明。セキュリティ対策の具体的な進め方を模索している医療機関は早急に確認すべき内容となっている。

■情報システム担当者以外も理解できる

「平易な言葉」で構成

チェックリストは、チェックを入れていくとサイバーセキュリティ対策を講じるうえで最低限実施すべきことが理解できるつくりとなっている。「サイバーセキュリティ対策に馴染みがない方にもご理解いただけるよう、(中略)なるべく平易な言葉で解説することを目指しました」としているように、情報システム担当者以外への啓蒙を強く意識していることがわかる。とりわけ診療所の場合、専任の情報システム担当者がいないケースも多いため、院長や理事長、事務長といったトップ層がチェックできるよう配慮している形だ。

チェック項目には日付も書き込めるようになっており、未達成の項目の「対応目標日」をその場で決められるのも実践的といえる。

今年度中（2023年度）に達成すべき項目と、来年度中（2024年度）に取り組むべき内容を分けてあるのも特徴的だ。

今年度中に達成すべきとしているのは、「医療情報システム安全管理責任者を設置している」「サーバ、端末PC、ネットワーク機器の台帳管理を行っている」「リモートメンテナンス（保守）を利用している機器の有無を事業者等に確認した」「利用者の職種・担当業務別の情報区分毎のアクセス利用権限を設定している」「退職者や使用していないアカウント等、不要なアカウントを削除している」など10項目。いずれも基本的な内容だが、セキュリティ対策は基本に忠実に取り組むことが肝となる。

いつでもすぐ対応できると先送りせず、すぐクリアしてほしいという厚労省の思いがにじむ内容といえよう。実際、同省は今後、医療機関への立入検査の際、このチェックリストを活用してサイバーセキュリティ対策の実施有無を確認する方針だ。

■来年度の目標としてBCP策定に関する項目も

なお、2024年度に取り組むべき内容は、より踏み込んだものとなっている。少なくとも今年度中に対策の土台を固め、来年度はより自律的な対応をしてほしいという厚労省からのメッセージが内包されているようだ。

例えば、インシデント発生時に備えた対応として「サイバー攻撃を想定した事業継続計画（BCP）を策定」することを求めている。

ちなみに厚労省の調査によれば、2018年12月時点で一般病院のBCP策定率は20.1%。

今回のチェックリスト公表が、病院のみならず診療所のBCP策定率向上につながるか、注目される。

特定行為研修受講にインセンティブを 医師の働き方改革でタスクシフト促進

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、6月14日の中央社会保険医療協議会総会で、2024年度から本格的にスタートする「医師の働き方改革」について改めて論点を提示。医師の負担を軽減し、その労働時間を削減する有効な施策として注目されているタスクシフト・タスクシェアについては、特定行為研修修了者を増やしたい意向をにじませた。支払側のみならず診療側の委員からも同調意見が相次いでおり、次期診療報酬改定でさらに評価が手厚くなりそうだ。

■勤務医の51%が「ワークライフバランスなし」

2024年4月から本格的に始まる「医師の働き方改革」に向け、医師の労働時間短縮が課題となっている。

厚生労働省の「令和4年度入院・外来医療等における実態調査」では、医師の勤務状況について51%の医師が改善の必要性があると回答。その理由について、56%が「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため」、51%が「ワークライフバランスがとれていないため」と答えている。

この現状を改善するのは、医療体制の持続可能性を確保する意味でも重要だ。期待されているのが医師の業務を他の医療職へ移管する「タスクシフト・タスクシェア」。医師の負担軽減だけでなく、医療従事者それぞれの専門性をより生かすのが目的だ。

とりわけ求められているのが「特定行為研修を修了した看護師」である。特定行為とは、高度な専門知識や技術で行う診療補助のこと。経口用・経鼻用気管チューブの位置調整や人工呼吸器からの離脱など、38の行為を指す。

単純に診療を“業務”として捉えるならば、こうした診療補助を看護師が担うのは確かに「タスクシフト・タスクシェア」として有効だろう。

■研修受講には時間とコストがかかるのがネック

しかし現実には机上の計画どおりには進まない。厚労省は特定行為研修を修了した看護師を2025年までに「約10万人以上」養成するとしているが、2023年3月時点で6,875人と目標値には遠い。直近1年では2,042人増加と伸び率は上がっているが、残り2年足らずでの目標達成は困難だろう。

研修受講者が増えないのは、時間とコストがかかるのも大きい。共通科目だけで315時間、区分別科目で15～72時間の研修を受ける必要があり、研修修了まで1～2年かかることされ、費用も「おおむね30万円～250万円」（厚労省HP）かかる。

しかも、厚労省の「令和2年度 看護師の特定行為研修に係る実態調査」によれば、「過去1年間、就業先で特定行為を実施していない」修了者が31.6%を占めており、せっかくのスキルが生かされていない。直近3回の診療報酬改定で、診療報酬上の評価が見直され続けてはいるものの、かけた時間とコストに見合うとは言い切れないのが現実だ。

そうした状況を踏まえ、今回の総会では支払側・診療側双方から「受講したくなるようなインセンティブ」の付与を検討すべきとの意見も出ている。医療機関側が研修受講を後押しするような内容までもっていきけるかどうか、今後の議論を注視したい。

医療情報①
 政府
 臨時閣議

社会保険負担を歳出改革で軽減、骨太方針決定

政府は16日の臨時閣議で、経済財政運営と改革の基本方針「骨太方針2023」を決定した。持ち越しになっていた少子化対策の抜本強化では、2024年度から3年間に「こども・子育て支援加速化プラン」（加速化プラン）を実質的な追加負担を求めずに進めるため、歳出改革に伴う社会保険の負担軽減の効果を活用することを明記した。

一方、24年度に行われる診療報酬と介護報酬、障害福祉サービス等報酬の同時改定では、物価高騰・賃金上昇や人材確保などのほか、患者・利用者の負担を抑えるのに「必要な対応」を取り、医療や介護現場と患者・利用者の双方に配慮する。

少子化対策の加速化プランの財源を確保するため、政府は、社会保障の制度改革や歳出の見直し、既定予算の活用を先行させ、それで足りない分を新たに創設する支援金で賄う方針。支援金の財源に何を充てるかは年末の予算編成の過程で決める。

また、社会保障制度改革や歳出の見直しなどを確実に進めるため、改革工程表を作る。

岸田文雄首相は、この日開かれた経済財政諮問会議と新しい資本主義実現会議の合同会議で、「本日取りまとめた政策方針に基づき、予算編成や制度改革の具体化を進め、速やかに実行し、国民全体が将来に明るい希望を持てる経済社会をつくって参りたい」と述べた。

●コロナの公費支援、段階的に移行

骨太方針は、政府が進める経済財政政策の基本方針に当たる。この日決定した骨太方針2023では、少子化対策・こども政策の抜本強化を前面に打ち出した。急速な少子化・人口減少への危機感を示し、若年人口が急速に減少する30年代に入るまでが、こうした状況を反転させるラストチャンスだとしている。新型コロナウイルス感染症関連では、感染症法上の位置付けが季節性インフルエンザなどと同じ5類に変更されたことに伴って、医療体制や公費支援などの段階的な移行を進めてポストコロナにかじを切る。一方、内閣感染症危機管理統括庁を秋に設置して感染症危機管理の司令塔機能を強化するなど、次のパンデミックへの備えを進める。新型コロナへのこれまでの対応を検証し、政府の行動計画も見直す。

●診療所の開設規制など盛り込まれず

医療関連では、がんの化学療法や白内障の手術など地域差がある医療を想定し、都道府県が医療費の適正化に取り組む。政府が22年末に取りまとめた「改革工程表2022」では、1人当たり医療費の地域差を23年度までに14年度比で半減させることになっている。

また、人口の多い団塊世代の全員が75歳になる25年を想定して都道府県が作った地域医療構想を実現させるため、都道府県の責務を、法制上の措置を含めて引き続き明確化する。

診療所などが地域で「かかりつけ医機能」を発揮できるようにするための制度の着実な整備

や、22年度の診療報酬改定の際に導入されたリフィル処方¹の活用促進、訪問看護の推進なども盛り込んだ。財務省は、看護配置を要件とする急性期一般入院料の廃止や診療所の新規開設に対する規制の検討なども主張していたが、盛り込まれなかった。

●介護ロボットやICT機器導入盛り込む

介護分野では、介護ロボットやICT機器の導入、施設の協働化・大規模化、保有資産の状況なども踏まえた経営状況の見える化を推進した上で、賃上げや業務負担の軽減が図られるよう取り組むとした。このほか骨太方針では、介護保険料の上昇を抑えるため、利用者負担の一定以上所得の範囲の取り扱いについて検討し、年末までに結論を得ることや、介護保険外サービスの利用促進に係る環境整備を図るとした。また、医療・介護分野での有料職業紹介事業の適正化に向け、指導監督や事例の周知を行い、公的な職業紹介の機能強化に取り組むことを盛り込んだ。このほか、24年度の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定に向け、物価高騰や賃金上昇に伴い担い手が減少するなかで、人材確保などへの影響を踏まえ、必要な対応を行うとした。その際、地域包括ケアシステムをさらに推進させるため、医療・介護・障害サービスの連携の課題などについて検討を行うとした。

医療情報②
 厚生労働省
 分科会

予防接種の一方向的な 情報発信に部会委員が疑義

厚生労働省は14日に開催された厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会の部会で、予防接種のコミュニケーションに関する対応方針を示した。科学的に正確でない受け取り方がなされ得る情報への対応も含め、国民の理解を促進する情報発信に努めるとしたが、部会の委員からは、これまで行われてきた一方向的な情報発信に疑問の声が上がった。予防接種におけるコミュニケーションについては、国や都道府県、市町村、医療機関などの関係者がそれぞれ取り組んできた。特に非科学的な内容や誤った情報については、厚労省のホームページで注意喚起を行うなど、科学的な知見に基づく正しい情報を掲載したり、周知を図ったりしてきたという。

14日の部会で厚労省は、引き続きホームページやSNSなどを活用した積極的な情報発信を行う方向性を提示。また、国民が求めている情報やワクチンに対する認識を勘案した対応が重要であることを念頭に、正しい知識を持った上で接種を判断できるように取り組んでいく考えも示した。

部会の委員からは、新型コロナをきっかけに、ワクチン接種をためらう大きな流れが醸成されたとし、一方向的な情報発信では「立ち行かなくなる」との指摘が出た。また、QRコードや特設サイトを活用して、スマートフォンを使う若者に対し、効果的に情報提供を行うことが必要だとの意見もあった。死因に関する情報がネット上で飛び交う背景についても、解剖率に地域差がある監察医制度を取り上げ、「監察医制度が限られたところにしかなく、死因究明という概念が成熟していないという観点の中で、こういうことが起きてくる」との指摘があった。

週刊医療情報（2023年6月23日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

介護保険事業状況報告(暫定) (令和5年1月分)

厚生労働省 2023年4月13日公表

概要

1 第1号被保険者数 (1月末現在)

第1号被保険者数は、3,584万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数 (1月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、693.3万人で、うち男性が219.9万人、女性が473.4万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約19.0%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである。)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数 (現物給付11月サービス分、償還給付12月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、417.2万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数 (現物給付11月サービス分、償還給付12月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、91.0万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

5 施設サービス受給者数 (現物給付11月サービス分、償還給付12月支出決定分)

施設サービス受給者数は95.3万人で、うち「介護老人福祉施設」が56.6万人、「介護老人保健施設」が34.0万人、「介護療養型医療施設」が0.7万人、「介護医療院」が4.2万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない。)

6 保険給付決定状況 (現物給付11月サービス分、償還給付12月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,800億円となっている。

(1) 再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅（介護予防）サービス分は4,279億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,444億円、施設サービス分は2,646億円となっている。

(2) 再掲：高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費

高額介護（介護予防）サービス費は223億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は8億円となっている。

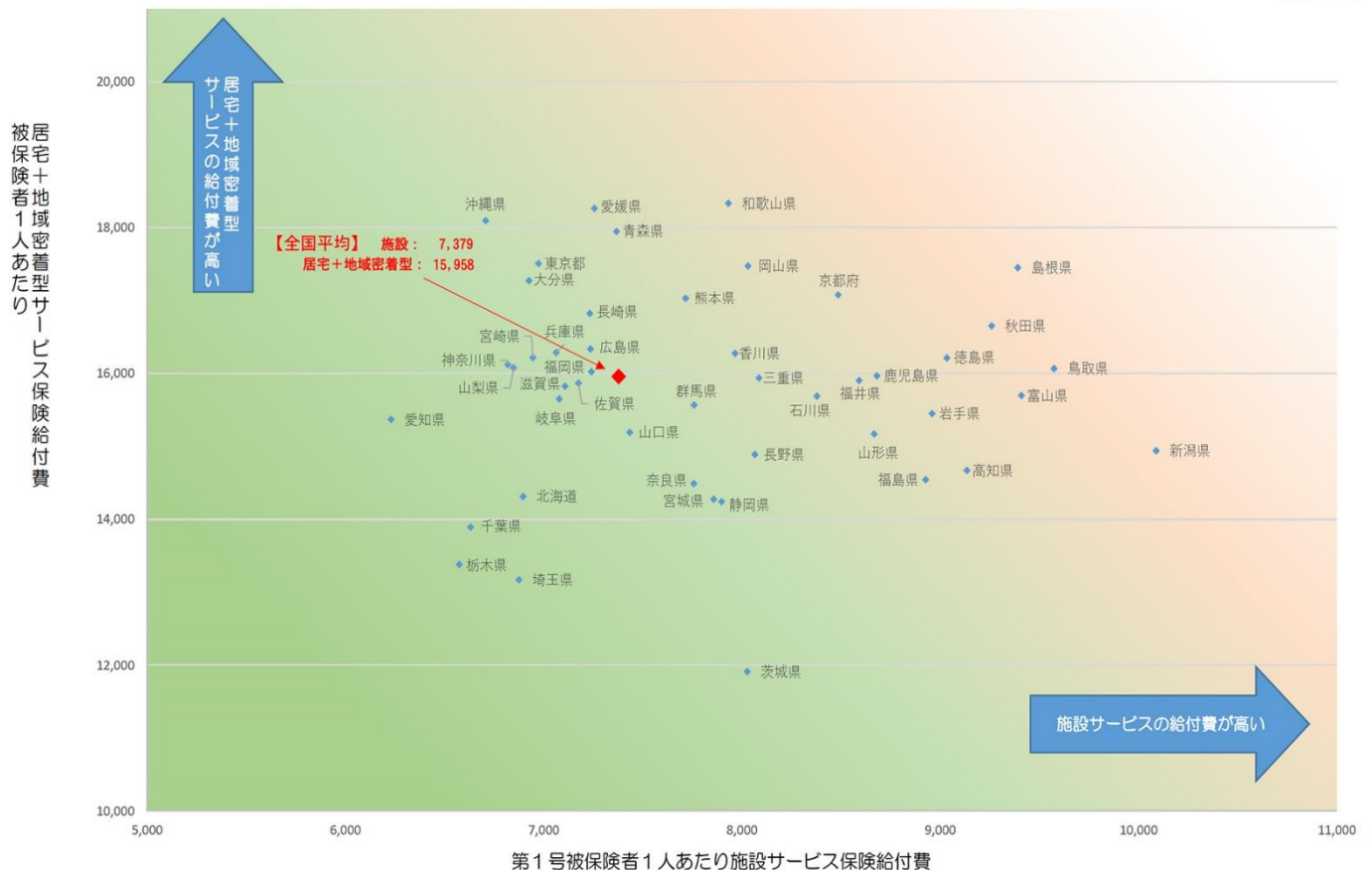
(3) 再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は199億円、うち食費分は107億円、居住費（滞在費）分は92億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である。）

第1号被保険者1人あたり保険給付費【都道府県別】

（単位：円）



出典：介護保険事業状況報告（令和4年11月サービス分）

※高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費は含まない。

※保険給付費については、第2号被保険者分を含んだ数値を使用している。

介護保険事業状況報告（暫定）（令和5年1月分）の全文は
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

万が一の事故に備える

医療事故 調査制度の概要

1. 医療事故の発生と相談件数の実態
2. 医療事故調査制度設立の背景と根拠法令
3. 事故発生から再発防止の提言までの流れ
4. 医療事故発生時の対応ポイント



参考資料

【一般社団法人 日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）ホームページ】：研修ワークブック
院内調査のすすめ方 医療事故調査・支援センター 2022年 年報

1

医業経営情報レポート

医療事故の発生と相談件数の実態

医療法では医療事故を「医療に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産」であり、かつ「管理者が予期しなかったもの」と定義しています。

医療事故は様々な要因が複雑に影響し合って発生しています。その根底には、人間の誤認識や誤動作によって引き起こされる「ヒューマンエラー」があります。人間は必ず何らかのミスを行います。ヒューマンエラーの発生を完全に防ぐことは不可能だと言ってもいいでしょう。

医療を行う者にとって医療事故はあってはならないことです。

しかし、残念ながら全ての医療機関が事故なく医療行為を行うということは現実的に難しく、大病院から小さなクリニックまでその可能性を秘めています。

■ 医療事故発生報告件数

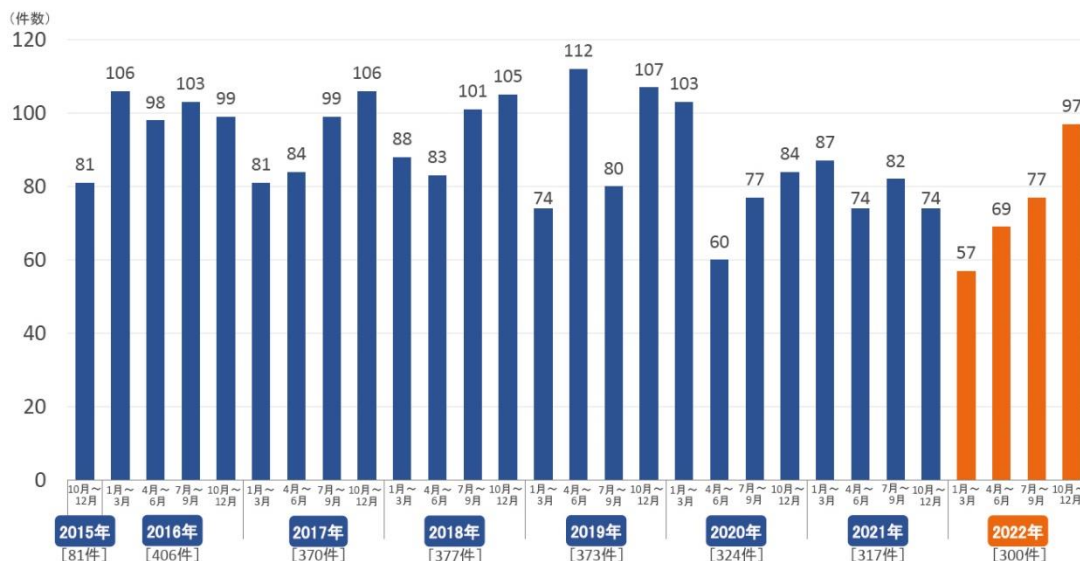
多くの職種が連携して診療を行う「医療機関」においてはスタッフ同士のやり取りの中でヒューマンエラーが発生してしまい、ちょっとしたミスが命にかかわる深刻な問題にまで発展してしまうことがあります。

こういった事故は、医療機関の信頼を失墜させてしまうばかりでなく、患者の安全性を脅かし、多額の賠償責任を負うなど、取り返しのつかない大きな損害につながりかねません。

日本で唯一の医療事故調査・支援センターである「日本医療安全調査機構」にはたくさんの医療事故に関する情報が集まり、日々情報公開を行っています。

「医療事故調査・支援センター2022年 年報」によると医療事故発生報告件数は年々減少傾向にあるものの、一定数存在しているのが現実です。

◆ 医療事故発生報告件数の推移



*医療事故発生報告件数を四半期ごとに表記している。

出典：医療事故調査・支援センター2022年 年報

2

医業経営情報レポート

医療事故調査制度設立の背景と根拠法令

■ 医療事故調査制度設立の背景

医療法の改正によって2015年10月より「医療事故調査制度」が施行されました。医療事故調査制度は医療法に基づき、予期しない死亡の原因を調査し、再発防止を図る制度です。

制度が設立される以前にも数々の医療事故が繰り返され、人々の「医療安全」に対する関心が高まり、厚生労働省や医療界、医療事故の被害者から医療事故の再発防止のため医療事故調査制度の創設が切望されていました。

2012年2月には厚生労働省の「医療事故に係る調査の仕組等のあり方に関する検討部会」が発足し、2013年5月に同検討部会の意見を取りまとめ、同意見を受けてすべての医療機関に対する法律上の義務として「医療事故調査制度」が創設されました。

■ 医療事故調査制度に関する法令

「一般社団法人 日本医療安全調査機構（以下、機構）」は、医療法第6条の15の下「医療事故調査・支援センター」として日本で唯一の厚生労働大臣の指定を受けています。

◆医療法第6条の15

厚生労働大臣は、医療事故調査を行うこと及び医療事故が発生した病院等の管理者が行う医療事故調査への支援を行うことにより医療の安全の確保に資することを目的とする一般社団法人または一般財団法人であって、次条に規定する業務を適切かつ確実に行うことができると認められるものを、その申請により、医療事故調査・支援センターとして指定することができる。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定による指定をしたときは、当該医療事故調査・支援センターの名称、住所及び事務所の所在地を公示しなければならない。
- 3 医療事故調査・支援センターは、その名称、住所または事務所の所在地を変更しようとするときは、あらかじめ、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。
- 4 厚生労働大臣は、前項の規定による届出があったときは、当該届出に係る事項を公示しなければならない。

機構は医療法第6条の16で定められている「医療事故に関する業務」を行っており、医療現場の安全の確保を目指して、調査の相談・支援から分析や、再発防止のための普及・啓発などを行っています。

◆医療法第6条の16

医療事故調査・支援センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 第6条の11第4項の規定による報告により収集した情報の整理及び分析を行うこと。
- 二 第6条の11第4項の規定による報告をした病院等の管理者に対し、前号の情報の整理及び分析の結果の報告を行うこと。
- 三 次条第1項の調査を行うとともに、その結果を同項の管理者及び遺族に報告すること。
- 四 医療事故調査に従事する者に対し医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修を行うこと。
- 五 医療事故調査の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び支援を行うこと。
- 六 医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行うこと。
- 七 前各号に掲げるもののほか、医療の安全の確保を図るために必要な業務を行うこと。

3

医業経営情報レポート

事故発生から再発防止の提言までの流れ

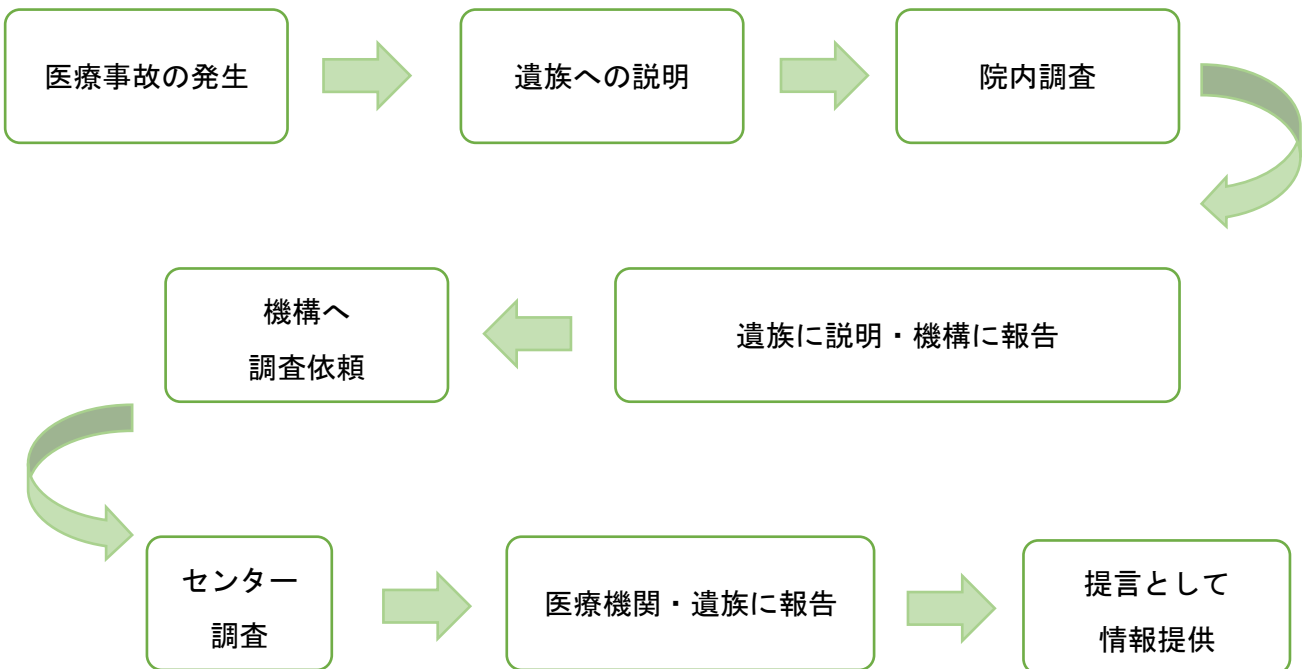
■ 医療事故から普及啓発までの流れ

医療事故調査を行う際には、医療機関は「医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする」とされており、医療の専門家の支援を受けながら調査を行います。

院内事故調査の終了後、調査結果を遺族に説明し、機構に報告します。

その後、医療機関が「医療事故」として機構に報告した事案について、遺族または医療機関が機構に調査を依頼した時に調査を行います。

◆ 医療事故発生から再発防止の提言までの流れ



■ センター調査

センター調査とは、医療機関が医療事故調査制度における対象として「医療事故」に該当すると判断し、すでに機構に報告した事例に対して、ご遺族または医療機関が機構に調査を依頼した場合に行う調査です。

センター調査は、院内調査結果の医学的検証を行うことにより事故の原因を明らかにし、再発防止を図ることで医療の質と安全の向上に資することを目的としています。また、個人の責任追及を目的とするものではありません。

センター調査は院内調査により記録の検証は終了していることが多いと考えられるため、原則、院内での調査が終了してから調査を開始します。

また、約3か月以内程度で院内調査の結果が得られることが見込まれる場合には、院内調査の結果を受けてその検証を行うこととなります。

4

医業経営情報レポート

医療事故発生時の対応ポイント

■ 医療事故発生時

医療安全担当者は、医療事故発生直後の対応として、発生状況を迅速に把握し、管理者に報告して対応を協議します。緊急対応（緊急対応会議等の開催）では、「医療事故」か否かの判断をします。また、平時から各支援団体（地方協議会）の連絡先などを一覧にしておき、スムーズに連絡が取れるよう整備しておくことが重要です。

機構では院内調査の進め方として研修資料を公開しています。以下は医療事故発生直後の対応の手順です。医療事故か否かである判断は、医療機関の管理者が組織として判断することとなっていますが、様々な事例があり、判断に迷う例も多いです。研修資料の中には医療事故の報告対象と考えられる事例が挙げられていますので、ご確認ください。

◆ 医療事故発生直後の対応手順

- ① **医療安全担当者は、医療事故の概要に関する情報を収集し、状況を把握、「事例概要」としてまとめる。**
 - ・ 診療記録から概要を確認する
 - ・ 可能な限り現場に赴く
 - ・ 関係者に、事実関係のみ端的に聞き取りをする
 - ・ 患者・家族への説明状況と理解度を把握する
 - ・ 収集した情報をA4用紙1枚程度にまとめる
- ② **緊急対応会議を招集し、以下を協議する（構成メンバーは病院幹部、関連する診療科・職種）**
 - ・ 事例概要の共有
 - ・ 解剖・死亡時画像診断（Autopsyimaging：Ai）の必要性の判断とその説明者の決定
 - ・ 院内調査委員会を設置するか判断
 - ・ 医療事故か否かの判断 [医療事故調査・支援センター（以下「センター」）への報告の判断]
 - ・ 警察・行政への報告の必要性の判断
 - ・ 公表の有無および公表方法の決定
 - ・ 患者・遺族への対応者の決定
 - ・ 対外的な窓口の決定
- ③ **救命対応で診療記録に未記載のメモなどは、追記と分かるように速やかに記載する**
- ④ **「医療事故」の判断に迷う場合や支援が必要な場合は、支援団体連絡協議会窓口、もしくはセンターに相談する**

出典：日本医療安全調査機構 研修ワークブック 院内調査のすすめ方 2020年度 研修資料

■ 院内調査の進め方

院内調査委員会は当該医療機関が主体的に設置・運営します。この委員会は当該事例について収集した情報を検証し、報告書にまとめます。

「中立・公正性」、「専門性」、「透明性」が求められることから、院外から当該事例領域における医療の専門家（外部委員）の参加が原則となっています。

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：機能選択 > サブジャンル：病床機能選択

200床規模の病院の 経営強化策

**200床規模の中小規模病院の経営強化策の
具体的事例を教えてください。**

一般の民間病院における病床規模は、医療法の源流にみるように、診療所をスタートとしており、トップの経営能力や資金力、個人立か医療法人による開設かの選択等の事情によって定まってきたといえます。

現在では、200床以上とそれ未満の病床数の病院は、いわゆる大病院と中小病院として様々な区分がなされることが多くなっていますが、200床規模の中規模病院が必要な経営基盤を強化するためには、地域医療のニーズに応えるべく、組織体質と経営体質の強化が求められています。

具体的には、次のような取り組みの事例が挙げられます。

(1) 組織体質の強化

① 診療科目の見直し

地域・診療圏で優位性を持つ診療科目を分析し、一部廃止も含めて標榜科目の絞り込み

② 組織活性化

院内環境の活性化として、業務に対する意欲・集中力向上に向けた取り組み

③ 管理職のマネジメント強化

管理能力の強化（権限委譲、任期制導入、トップダウン体制、リーダー層育成）

(2) 経営体質の強化

① 院内情報（経営状況等）共有化

主に管理職を対象として、経営指標や病院運営状況に関する情報を公開

② 委員会活動の積極展開（マーケティング等）

経営努力の積極化、一般職員の経営参画意識醸成

③ 関連事業への多角化経営推進

在宅医療・訪問診療、健康増進・予防事業、福祉事業等の関連分野での目標を設定し、経営活動を推進する



ジャンル：機能選択 > サブジャンル：病床機能選択

専門病院の差別化戦略

透析専門病院と整形外科専門病院の差別化戦略について教えてください。

■透析専門病院の差別化戦略のポイント

人工透析は、根治療法ではなく対症療法であります。臨床で広く普及することによって救命効果を向上させ、代表的な延命治療になっています。

今後の透析専門病院の差別化に必要なポイントは、次のようなものです。

(1) 医療技術の向上

- ① 専門医療機関としての医療の質の向上
- ③ 患者（身体的）負担の減少

- ② 合併症の回避
- ④ 職員教育

(2) 患者志向の組織運営

- ① 患者支援（通院送迎、休養スペース、疾病に対する学習）
- ③ 日常生活へのアドバイス（MSWの積極活用）

- ② 療養環境の整備

(3) 在宅療養への指導・取り組み

■整形外科専門病院の差別化戦略

外科系専門病院であれば、手術中心の診療体制であることが求められます。そのため、診療材料や人件費等のコストが高くなるのは必然と考えられることから、手術症例数の大小と経営状況との関連を重視している病医院もあるでしょう。

一般に、手術症例が少なければ入院患者の病態も軽症になります。この場合、患者回転率と付加価値は高くなりますが、これによって必ずしも経営状況が良いものになるとは限りません。

例えば、救急で受け入れる軽症患者を多く扱う場合には、個別の症例件数は増えても技術的な向上は望めないほか、院内の組織や医療提供体制における活力の低下等の影響も考えられ、軽症患者を対象として症例件数を増やすことは、メリットばかりではないといえます。

また、整形外科はリハビリテーションと密接な関係があり、手術症例の増加は急性期あるいは回復期リハビリテーションの件数も増加することを意味すると同時に、リハビリ部門の活性化につながることであります。さらに、クリニカル・パスを導入することによって、病床運営の計画性も確保することができるため、整形外科に特化した病院経営は効果的な戦略策定が可能です。そして、手術を主体とする急性期の整形外科病院として、外来診療や在宅医療への展開も考えられます。ただし、やはりポイントとなるのは、提供する医療すなわち医師の資質レベルとマーケティング手法といえるでしょう。