

リビング・インダストリー③ 環境変化で経営改革が求められる医療分野

1. はじめに

医療費適正化の名のもと、診療報酬の引き下げ、医療費の削減が進められており、病院経営にかつてのような安易さは許されなくなってきている。では、ゼロサム、あるいはマイナスサムの市場で、他病院のシェアを侵食するしかないのであろうか。

医療費適正化の意図するところは、一つには需要抑制であるが、高齢化の進展により、需要量（患者）は減少せず、むしろ医療費は漸増傾向にある。さらに一つの意図は、医療の「単価」抑制である。

時には「単価」引き上げにより政策的な意図の下に誘導する動きは有るが、この二つの大前提がある以上、誘導が済めば「単価」引下げに向かうものと考えられ、診療報酬改定ごとの「単価」の上下に翻弄されず、今こそ、長期的な経営環境を見据えたしっかりとした経営戦略が必要となっている。

また、保険制度や公費負担を超える、医療サービスにおいての一定以上の質的ニーズに対しては、応分の負担の増加で対応する、特定療養費制度があり、保険の適用範囲外の療養を受ける場合には費用全額の自己負担を求めることにより、全体的には医療市場は拡大が続くとみられる。

つまり、先進国中に例を見ない高齢化のスピードにより、市場構造が変化しているなか、病院経営においては、技術の向上と医療体制の整備によ

り、患者（顧客）ニーズに沿って健康と安心を提供し、その信頼を獲得するマーケティング活動と競争力強化を図る必要がある。

その一方で、コスト削減への行動も求められる。コスト削減といえば、医療の質的低下のイメージに直結しそうであるが、現在の経営においては、戦略的な連携、戦略的な雇用システム構築と人材育成、IT化による業務効率化、業務プロセスの見直しと効率化等々、それらによるコスト構造の改革は必然の流れであろう。

2. 病院を取り巻く環境変化

(1) 進む病床区分による細分化

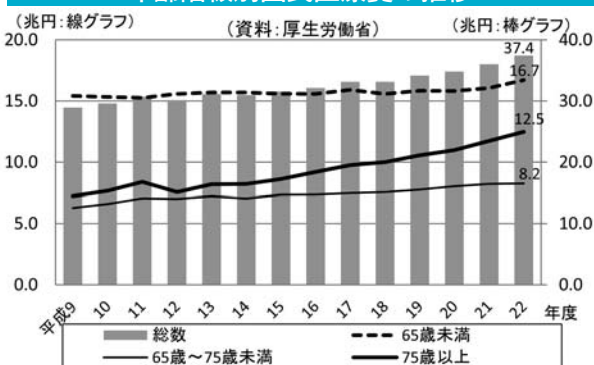
人口の高齢化が進む中、日本の医療費は毎年1兆円規模の増加を見せており、国民所得をかなり上回るペースの伸びであることから、現状のままではいずれ立ちいかなくなる可能性が高い。

そのため、診療報酬の改定においても、病院・病床機能の役割分担に応じて傾斜配分を行い、それを通じてより効果的・効率的な医療提供体制の構築が図られていると言える。

医療機能は、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化により効率化が図られる動きにあり、併せて、地域の実情に応じた幅広い医療を担う機能も含めて、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築が目指されている。

その中、病院機能においても細分化が進んでおり、一般的に大きく4形態、一般病床のみを有する急性期病院、療養病床のみを有する慢性期病院、一般病床と療養病床を有するケアミックス型病院、リハビリ病床のみを有するリハビリ病院に分類される。亜急性期病床や障害者病床は、急性期病院やケアミックス型病院の病床の一部としての位置にある。

年齢階級別国民医療費の推移



また、最もコストのかかる一般病床の平均在院日数を減らすため、自院内に亜急性期病床、療養病床、障害者病床を設け、それぞれに適したケア体制を整備し、効率化を進めている。

(2) 重要化する地域の連携

高齢化の進展に伴い、病状の慢性化が進んでいることから、規模の経済性により多様な患者に対応が可能な500床超の大規模病院を除き、それを意識した連携体制の模索が重要となっている。

病床数の少ない中規模、小規模の病院では、地域における自院の位置づけを考慮した資源の重点配分が必要となってくる。

特に、リハビリ関係の連携、ADL（Activities of Daily Living：食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上で不可欠な日常的・基本的生活動作）が大きく低下した患者の移転先の確保は今後ますます問題化するものとみられる。

3. 二つの重点課題と四つの視点

厚生労働省は、2009年11月、「社会保障審議会医療部会」で、診療報酬改定に向けての「重点課題」および「視点」を議論のたたき台として提

示した。これは、前回2010年度の改定に向けた議論のたたき台として提示されたものであるが、今後の医療保険制度・医療行政の方向性を示すものと言える。

2012年度の診療報酬改定においても、確実に踏襲されており、今後、病院運営においては、以下の点に沿った医療業務プロセスの見直しと改革が重要となっている。

(1) 重点課題

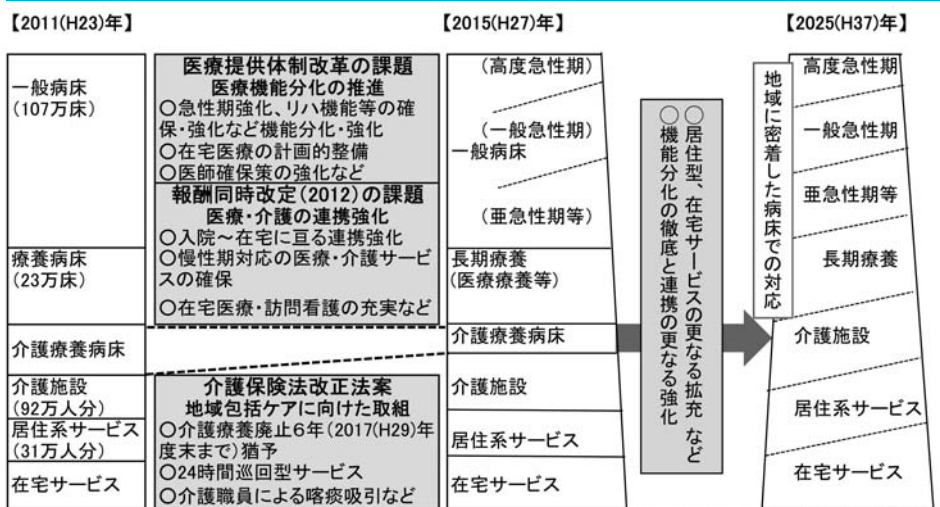
①負担の大きな病院勤務医等の負担軽減

救急、産科、小児、外科等の急性期医療の適切な提供と、負担の大きな病院勤務医等の負担軽減のため、勤務体制改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療などの適切な評価が重要。

②医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

今後増大する医療ニーズを見据え、医療と介護の役割分担の明確化と連携を通じて、効率的で質の高い医療提供とともに、地域で安心して暮らせるための医療の充実を図る。

年齢階級別国民医療費の推移



資料：「医療・介護に関する資料」(厚生労働省)

このため、在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進、地域における療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護

の充実、維持期（生活期）のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携などの適切な評価が重要。

（2）四つの視点

① 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

我が国の医療において、充実が求められる領域については、それを適切に評価していくことにより、国民の安心・安全を確保する必要がある。

● 緩和ケアを含むがん医療の充実、生活習慣病対策の推進、身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等の精神疾患に対する医療の充実、早期診断及び重度の周辺症状への適切な対応等の認知症対策の促進、感染症対策の推進、リハビリテーションの充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進などに関する適切な評価。

● 手術等の医療技術の適切な評価について検討するとともに、医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価。

② 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点
患者の視点に立った医療の実現のため、受けた

医療や、診療報酬制度が患者等から診てわかりやすいものとするなどの取組を継続させていく。

● 医療安全対策等の推進、退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価、明細書無料発行の促進、診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化など。

③ 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

● 限られた医療資源の中で、国民に質の高い医療を提供し、かつ、効率的な医療を実現していくためには、医療機能の分化と連携等について診療報酬上のさらなる効果的な評価を検討。

● 急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価、医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価、診療所の機能に着目した評価、医療機関間の連携に対する評価など。

④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
医療費増大が見込まれるなかで、効率化余地がある領域については適正化を推進していく。

● 後発医薬品の使用促進策、平均在院日数の減少

や社会的入院の是正に向けた取組の推進。

● 医薬品、医療機器、検査については、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、技術についても、相対的に治療効果が低くなった技術の置き換えが進むよう、適正な評価を行う。

医療・介護分野における主な充実、重点化・効率化要素（2025年）

内閣官房社会保障改革担当室資料

充 実 （ 増 加 方 向 ）	重点化・ 効率化 （ 削 減 方 向 ）
急性期医療の改革 （医療資源の集中投入等）	● 高度急性期の職員等2割程度増（単価約1.9倍）（現行一般病床平均対比でみた場合） ● 一般急性期の職員等6割程度増（単価約1.5倍）（ <i>注</i> ） ● 亜急性期・回復期リハ等の職員コメディカルを中心に3割程度の増（単価15%程度増）
長期療養・精神医療の改革 （医療資源の集中投入等）	● 長期療養の職員コメディカルを中心に1割程度の増（単価5%程度増） ● 精神病床の職員コメディカルを中心に3割程度の増（単価15%程度増）
在宅医療・在宅介護の推進等 （施設から在宅・地域へ、認知症への対応）	● 在宅医療利用者数の増1.4倍程度 ● 居住系・在宅介護利用者約25万人/日程度増加（現状投影シナリオに対する増） ● グループホーム約10万人/日、小規模多機能約32万人/日分程度増加（現状投影シナリオに対する増） ● 定期巡回、随時対応約15万人/日分程度整備
医療・介護従事者数の増加	● 全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増
その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など	● 介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ● 介護職員の処遇改善（単価の上昇） ● 地域連携推進のためMSW等の増（上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増）など
急性期医療の改革 （平均在院日数の短縮等） ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い患者のQOLも向上	● 高度急性期：平均在院日数15～16日程度 ● 一般急性期：平均在院日数9日程度 ● 亜急性期・回復期等：平均在院日数60日程度（パターン1の場合） （現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度〔急性期15日程度（高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度）、亜急性期等75日程度〕とみられる。）
長期療養・精神医療の改革 （平均在院日数の短縮等）	● 長期療養在院日数1割程度減少 ● 精神病床在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
在宅医療・在宅介護の推進等 （施設から在宅・地域へ）	● 入院・介護施設入所者約60万人/日程度減少（現状投影シナリオに対する減）
予防（生活習慣病・介護）・地域連携・ICTの活用等	● 生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少（入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く）、介護については要介護者等3%程度減少
医薬品・医療機器に関する効率化等	● 伸び率として、△0.1%程度（医療の伸び率ケース①の場合） （現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。）
医師・看護師等の役割分担の見直し	● 病院医師の業務量△2割程度（高度急性期、一般急性期）

4. 高まる業務プロセス管理の必要性

～地域連携・チーム医療・在宅医療の重視～

(1) 高まるベッドコントロールの必要性

24年度の診療報酬改定の重要点の一つは、「看護必要度」の導入である。

これまで診療報酬における入院基本料は、平均入院患者数と看護要員の比率、例えば7:1、10:1というように、要員配置の手厚さに合わせて高いものとなっていた。

しかし、24年度改定においては、この基準に加えて、平均在院日数と入院患者の看護必要度基準の要件を厳格化した。

すなわち、手厚い看護が早期退院に結びついた(平均在院日数の減少)かどうか、さらに看護必要度の高い重症な急性期患者の比率が一定以上あるかどうかとも評価基準となった。

またこれは、一般病棟のみではなく、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟についても病床利用率、平均在院日数、看護必要度、在宅復帰率が評価されるようになった。

そのため、端的に言えば、これまでは、ベッドに空きがあれば患者を受け入れ、空きが無くなってくれば退院調整をすることで、コントロールが可能であったといえるが、今後は、診療報酬が減少し、加算も受けられなくなってしまう可能性がある。

厚生労働省の意図としては、病院が看護必要度を上げるために平均在院日数の短縮を図る、あるいは、重症ではない患者を療養病棟(入院基本料は低い)に移す、ないしは退院を促す行動をとることにより、医療費の削減を図っていくというものである。

さらには、重症患者数を増やすことができない病院は、そのままの重症患者数で看護必要度を上げるために、分母である一般病床の削減の方向に動かざるを得ない状況となる。

この動きは、今後も強まるものとみられ、病院経営においては、重症患者の獲得活動の強化、転棟が可能な療養病棟の増設、また、円滑な転院を図るための地域連携の強化といった活動が必要となる他、業務プロセスにおいてマネジメントしなければならない項目はますます多岐に渡るようになる。

(2) D P C (診断群分類包括評価) の活用

D P C (診断群分類包括評価) は、多様な症状の患者にどのような診療行為を行うかで診療群に分類したもので、急性期入院医療の包括支払いに用いられる。

従来からの出来高払い制では、行われた医療行為の一つ一つを積み重ねて診療報酬が支払われる仕組みであるが、これに対してD P Cに基づく包括支払い制は、疾病ごとに支払い額を定額とし、行われた医療行為の診療報酬は全てその中に含まれるというもので、2003年より全国82の特定機能病院等において開始され、現在も導入病院数は増え続けている。

ただ、全てが包括されるわけではなく、診療報酬点数は、診断群分類ごとの1日当たり点数、医療機関別点数、入院日数を乗じて算定する包括評価部分と技術料などの出来高評価部分の合算で算定する。包括部分はモノにかかるいわゆるホスピタルフィー(入院基本料・検査・画像診断・投薬・注射・1,000点未満の処置などの施設報酬)的要素の強い部分であり、出来高部分は技術にかかるドクターフィー(手術料・麻酔料・1,000点以上の処置などの医療技術料)的要素の強い部分といえる。

従来の診療では採算割れの傾向が強かった急性期病院は経営的安定の確保が期待され、現在のD P C移行病院で、従来の出来高払い制による診療報酬算定と比較して多くの収入を得られている。

これまでの出来高払いでは、医療行為が多けれ

ば多いほど医療報酬が増えるため、早期回復治療を行った病院へは支払いが減り、回復を長引かせた場合には支払いが増えると言う矛盾があった。

しかし一方で、出来高では医療機関にインセンティブが働くものの、医療費の増大を招く要因となることが、包括では医療資源の効率化には寄与するものの粗診粗療となり、医療の質、サービスの低下を誘発する恐れがそれぞれ指摘されている。

ただ、DPC制度の本質は、患者の属性・病態や診療行為ごとの医療費情報が標準化されるため、経営的・技術的側面から医療の質を評価・比較可能にするものである。そのため、DPCをベンチマークにして、平均在院日数、コスト等を時系列で管理することが重要であると言える。

また、DPCは結果を問う診療報酬体系といえるが、より早く正確に診断し、より着実に治すことで平均在院日数を下げることに注力すべきであり、決してコストカットによる利益の捻出に走ることは許されるものではないし、また、患者の信頼失墜を招く結果となる。

これまで、激変緩和措置的に調整係数が設けられていたが、今改定から新たにDPC病院Ⅰ群、Ⅱ群、Ⅲ群という三つの医療機関群^(*)ごとに「基礎係数」と「機能評価係数」を設定。今回を含め4回の改定で調整係数から段階的に置き換えられていく。

DPC対象病院のおよそ85%に相当する約1300病院はDPC病院Ⅲ群に属し、同一の基礎係数が適用されるが、現状のままでは徐々に診療報酬が抑えられ、病院機能の向上と効率化への取り組みが求められる。

* (Ⅰ群：大学病院本院 Ⅱ群：大学病院本院に準じた診療密度と高度機能を有する病院 Ⅲ群：その他の病院)

(3) チーム医療充実の方向性 ～専門性の高いチーム医療への評価～

2012年改定では、前回改定での「栄養サポートチーム加算」に加え、チーム医療への取り組みに対する様々な評価が新設された。

特に、高い専門性が求められる分野についての多職種連携のチーム医療を推進するための点数が新設され、急性期や慢性期、精神など、病床の種別にかかわらず、チーム医療を推進している病院を評価していく。医師や看護師の負担の軽減、さらに医療の質の向上と言う点から今後もこの流れは推進されていくと思われる。

(a) 緩和ケアチーム

がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対し、以下の4人から構成される専従の緩和ケアチームを設置し、外来患者のケアに関して必要な診療を行うことが評価され、多くのがん患者がより質の高い療養生活を送れることを目指している。

- ・身体症状の緩和を担当する常勤医師
- ・精神症状の緩和を担当する常勤医師
- ・緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- ・緩和ケアの経験を有する薬剤師

(b) (糖尿病) 透析予防診療チーム

現在、国内の糖尿病患者は890万人、その予備軍が1,320万人といわれ、人工透析に至った場合1人当たり医療費は年間500万円に上る。

そのため、人工透析に至らせないように指導することが重要であり、透析予防診療チームが、外来患者に透析予防に向けた指導管理を行った場合に算定できる管理料が新設された。

要件として、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること、糖尿病教室等を実施していることなどがある。

- ・糖尿病指導の経験を有する専任の医師
- ・同上の経験を有する専任の看護師または保健師

- ・同上の経験を有する専任の管理栄養士

(c) 精神科リエゾンチーム

一般病棟における精神医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価が新設された。

要件として、以下の3人により構成される精神科リエゾンチームが設置されていることがある。

- ・精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の精神科医
- ・精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ・精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師、常勤臨床心理技術者のいずれか1人

(4) 患者情報共有化(クリティカルパス)

①クリティカルパスとは

クリティカルパスとは、医師、看護師の他、メディカルスタッフ(薬剤師、栄養士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、放射線技師、臨床工学技士、医療事務職員など)が、特定の疾患、手術、検査ごとに、共同で実践する治療・検査・看護・処置・指導などの履歴をまとめた治療計画書であり、クリニカルパスとも呼ばれている。

これは元々、製造業の工程管理を効率よく行なうための手法だが、近年医療界においても医療の効率化や質の管理、チーム医療の推進、インフォームドコンセントの充実、医療事故の防止などにおいても有用であることが認知されてきた。

また、病院運営においては、在院日数の短縮、高い医療の質の維持、患者の満足度、経済効率の適正化などの問題を分析、解決する必要に迫られているが、問題解決のために、疾患マネジメント

のツールとして注目されるようになった。

②地域連携クリティカルパス

クリティカルパスを地域の医療機関における連携に用いたものが、地域連携クリティカルパスである。地域のかかりつけ医と病院の専門医とが、患者の診療情報を共有できる診療計画表のことで、その疾患に必要な治療や検査が盛り込まれ、かかりつけ医と専門医が協力して患者の診療を行うことができる。

また、治療内容・日常生活での各種問題などに関して医師の間で情報を共有化できるばかりでなく、患者自身も病気の状態や診療計画を理解でき、患者と医師が共同で診療に取り組むことができる。

日頃の診療は、地域のかかりつけ医が担当し、病状悪化などにより、病院での診察が必要と判断した時には病院に連絡し紹介する。

2006年度の診療報酬改定により、「大腿頸部骨折」の地域連携クリティカルパスが導入されたのをはじめ、2008年度の改定では「脳卒中」、2010年度改定において「がん」の連携パスが導入されることになるなど、地域連携により、かかりつけ医、急性期病院、回復期病院、維持期病院の間で患者の受け入れと送り出しを図ることができ、4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)全部について拡大する動きもみられる。

(5) 医療従事者の負担軽減と人材確保

今改定でも重視された勤務医、看護職員の負担軽減は、E S(職員満足)の向上による医療人材確保と、ますます高度化・専門化する医療に対応すべき人材育成のため、近年主要テーマに位置づけられてきた。

しかしながら、高人員費の専門職員の増加は、コスト構造の悪化を招く要因ともなる。そこで、看護補助者の充実が図られ、2010年改定で、一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす場合に看護

補助者を手厚くした場合の急性期看護補助体制加算が開始され、今回も、夜間に看護補助者、看護職員を手厚く配置すると算定できる看護補助者夜間配置加算、看護職員夜間配置加算などが新設された。

看護補助者とは、看護職員の指導の下で、療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）の他、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品および消耗品の整理整頓などの業務を行うもので、医療従事者としての看護助手のポジションや役割が明確になってきた。

また、特に資格も持たずに就くことができ、求人が比較的容易という面があり、また、看護補助者などの手厚い配置は重症者受け入れの面でも不可欠であり、今後、増員に向けた動きが強まるとみられる。

(6) ICT（情報通信技術）化

①電子カルテ

病院・医療業界に限らず、ICT（情報通信技術）による業務の効率化、情報共有の充実化は各分野において欠かせないものになっている。そこで、現在進んでいるのが「電子カルテ」である。

一覧性の低さや、絵で表しにくいという欠点があることも事実であり、これまで慣れ親しんだペーパーベースのカルテからの変化が大きいことも相

まって、ストレスを感じる職員も多いが、業務効率化の他、様々な利点もあり、今後、避けては通れない途であろう。

(a) 診察が終わって医師がカルテを書き終わった段階で、瞬時に処方箋や会計明細が発行される。事務員がカルテを見て電卓で計算したり、レセプトコンピューターに入力したりする必要が無く、院内の事務手続きが簡略化され、診察後の待ち時間が短縮される。

(b) 過去のカルテでも、即座に見られる。紙のカルテでは、保管場所の関係で、通常はすぐに引き出せるものは2~3年分程度に限られ、また、法的なカルテの保存義務は5年間であることから、それ以前のカルテは廃棄されることもある。しかし、電子カルテでは膨大なデータが記憶媒体に記録され、何年間通院しても、最初からのカルテがすぐに取り出せる。

②画像データ

近年、急速に技術が進歩し多様化が進んでいるが、X線画像、CT、MRI、超音波断層画像（US）、血管造影などの放射線画像については、設備投資が高額になることもあって導入が可能な医療施設は限られる。そのため、医療施設間、介護施設との

間で画像データをやり取りすることのメリットは大きい。

さらに、画像を医学的に解釈する放射線診断医は、医師の専門分野のひとつであり高度な知識と技能を要す

「病院経営調査」にみる病院の一般状況及び収支状況の年次推移

	平成5年	10	15	16	17	18	19	20	21	22	23
調査客対数	392	539	500	500	500	500	500	500	500	600	600
有効回答数	143	168	275	251	265	226	288	288	298	335	360
有効回答率(%)	36.5	31.2	55.0	50.2	53.0	45.2	57.6	57.6	59.6	55.8	60.0
1病院当たり許可病床数	160	162	176	176	181	179	172	173	175	175	181
1病院当たり1日入院患者数	137	138	153	152	158	152	147	146	146	148	152
病床利用率(%)	85.6	85.3	86.9	86.4	87.3	85.6	85.4	84.2	83.9	84.9	84.2
1病院当たり月間外来患者数	4,545	5,452	6,287	5,723	5,606	5,600	5,412	5,094	4,995	5,001	5,112
医療収支率(%)	101.4	104.9	106.1	102.8	104.4	103.7	104.2	102.3	104.3	106.7	105.5
医療収支率100%未満の病院の%											
総数	36	24	19	24	23	27	24	32	23	20	23
東京	77	36	41	40	47	61	42	54	33	35	28
指定都市	58	27	26	22	10	19	22	38	22	16	16
その他	28	22	16	22	23	24	22	28	22	19	21
医療支出中の給与費の%	48.8	52.5	52.8	53.5	54.1	53.9	53.7	54.3	55.3	55.9	56.4
給与費が50%を超える病院の%	46	69	75	78	77	79	78	80	83	83	87
従業員1人当たり医療収入(千円)	813.5	846.7	919	887.2	896.3	876.2	880.6	875.4	853.2	888	867.9
従業員1人当たり給与費(千円)	391.4	423.9	457.9	463.5	464.2	455.7	453.5	464.8	452.2	464.9	463.7
従業員1人当たり付加価値(千円)	403.3	463.2	510.4	487.3	501.9	486.8	489.4	484.2	487.6	520.7	508.9
付加価値率	0.495	0.547	0.555	0.549	0.56	0.556	0.556	0.553	0.572	0.586	0.586
労働分配率	0.97	0.915	0.897	0.951	0.925	0.936	0.927	0.96	0.927	0.893	0.911

資料：「平成23年度病院経営調査報告」(社団法人全日本病院協会医療保険・診療報酬委員会)
 * 医療収支比率：医療費用に対する医療収益の割合のこと。
 【計算式】医療収益÷医療費用×100(%) 数字が高いほど効率的な経営を行っていることを表す。

医療費の伸びの要因分解

厚生労働省：第11回高齢者医療制度改革会議資料

年度	平成13 2001	14 2002	15 2003	16 2004	17 2005	18 2006	19 2007	20 2008	21 2009	平成17～ 21年度平均
1人当たり医療費①	3.0%	-0.9%	1.9%	1.9%	3.1%	0.1%	3.1%	1.9%	3.6%	2.4%
診療報酬改定②		-2.7%		-1.0%		-3.2%		-0.8%		-0.8%
高齢化の影響③	1.6%	1.7%	1.6%	1.6%	1.9%	1.5%	1.6%	1.5%	1.5%	1.6%
その他(①-②-③) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	1.4%	0.1%	0.3%	1.3%	1.2%	1.8%	1.4%	1.2%	2.1%	1.5%
70歳未満 1人当たり医療費①	2.1%	-1.2%	0.4%	0.9%	1.5%	-0.9%	1.6%	1.9%	2.7%	1.4%
診療報酬改定②		-2.7%		-1.0%		-3.2%		-0.8%		-0.8%
高齢化の影響③	0.5%	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%	0.2%	0.6%	0.7%	0.9%	0.6%
その他(①-②-③) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	1.5%	0.8%	-0.2%	1.3%	0.8%	2.1%	1.0%	2.0%	1.7%	1.5%
70歳以上 1人当たり医療費①	1.3%	-3.6%	0.9%	0.2%	2.0%	-1.5%	2.1%	-0.1%	2.5%	1.0%
診療報酬改定②		-2.7%		-1.0%		-3.2%		-0.8%		-0.8%
高齢化の影響③	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	0.3%
その他(①-②-③) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	1.0%	-1.1%	0.7%	1.0%	1.8%	1.4%	1.8%	0.4%	2.1%	1.5%
備考		H14.10 高齢者1割 負担の徹底	H15.4 被用者本人 3割負担等			H18.10 現役並み所 得を有する 高齢者3割 負担等		H20.4 未就学者2 割負担		

注1:70歳以上、70歳未満は医療保険分、総計は医療保険と公費負担医療の合計。

注2:老人保健又は後期高齢者医療に適用される65～69歳の障害認定者は、70歳以上に含まれており70歳未満には含まれていない。

注3:高齢化の影響は、平成19年度の年齢階級別(5歳階級)医療保険医療費と年齢階級別(5歳階級)人口から推計。

注4:医療費の伸び率は審査支払機関で審査した医療費であり、現金払いの療養費等を含まず。

る。しかしながら、専門医を配置することができない病院も多いことから、画像データをICTにより取り扱うことで、患者に対してより高度な医療を提供することが可能となる。

また、画像処理技術の開発で、データ処理の容易化が進んでいる他、患部の変化がわかりやすい。

5. 重要化する企業経営的視点

(1) 近年の医療機関の経営

近年の医療機関の収支状況(収益状況)を「病院経営調査報告」からみると、約20年前に比してやや改善している。近年の動きをみると、診療報酬改定の動きに合わせて一進一退である。改定の年には悪化するものの、翌年には改善をみせ、各院の経営努力と対応力の強さを示している。

近年、病床利用率が低下し、外来患者数も患者の自己負担が増えたこともあって減少するなど、外来、入院とも減少している。しかし一方で、別調査では単価は上昇とされており、医療収入が確保されている。

設備投資については、医療の高度化の目的が中

心であるため、例えば製造業のように設備投資が効率化には直結しない。ただ、本来は診療報酬の点数増加により付加価値の向上につながっていると考えられるが、従業員1人当たり付加価値に大きな変化は無く、すなわち、人員の増加と、1人当たり給与費の

増加が収益を圧迫している。医療支出中の給与費も、かつては、50%が健全性の目安とされたが、近年はほとんどの病院で50%を上回り、さらに漸増の動きにある。

「医療費の伸びの要因分解」についてみても、医療費の増加要因は、高齢化の影響と並んで、医療の高度化による影響が大きい。

年齢別要因分析では、70歳未満と以上で大きな差異はみられず、高齢化に伴う疾病の発生率の上昇と高齢者人口の増加により国民医療費が伸びているとともに、医療の高度化による要因も大きい。

近年の、医療機関経営を取り巻く環境は、高齢化進展に伴い患者は増えるものの、診療報酬の引き下げに見舞われ、一方で、医療ニーズの高度化による設備投資に迫られながら、人件費の上昇・増大で付加価値を十分に収益として残せないといった、厳しい状況にあることがうかがえ、業務プロセス全体の見直しに迫られている。

(2) 求められる組織ガバナンス

医療費適正化の下、診療報酬の傾斜配分と引き下げ、医療費の削減が図られている。その中で、病院

経営においては、臨床上の業務効率を見直すこと、すなわち診療報酬の加算を得ることや患者単価を上げることで収入増を図り、また一方でムダの排除によりコスト削減を図ることに重点が置かれてきた。

しかし、診療報酬の改定は、単なる点数の改定ではなく、将来を見据えた長期的な政策意図が込められている場合が多く、近年は、診療報酬改定により、設備の基準だけではなく、看護必要度、在宅復帰率などの医療の質までも問うようになってきた。

国民医療費は、人口の超高齢化・多死化が進み、医療保険を始めとした制度が活力を失いつつある中、大きな転機を迎えており、病院経営も、戦略的な経営の統制を必要としている。

トップダウンではなく、病院の諸部署が、チームとして組織改革を行う必要があり、また、それを現場に近い位置でマネジメントする機能も必要である。そのため、自らの医療機関の存在意義を理念に掲げ、その元での統制・ガバナンスがトップの責務となってきた。

患者に対して、予防から回復まで、あるいは、リハビリ、終末医療まで、「価値」のある医療サービスを提供することができるかを考えなければならない。そして、つまりは、「収益」は、この「価値」を生み出した賜物である。

(3) バリューチェーン（価値連鎖）

米国の経営学者マイケル.E.ポーターが提唱したバリューチェーン（価値連鎖）の理論は、企業分析の代表的理論である。

事業を顧客にとっての価値を創造する活動という切り口から分解し、それらの活動の連鎖を再構築することにより競争優位をもたらすための戦略を導き出そうとするフレームワークであるが、このバリューチェーンは医療にも適応できるとして、医療バリューチェーンの研究も進んでいる。

その基本形は、企業が付加価値を生む活動を次のように分けて分析する。

- i) 主活動：調達購買→製造→出荷物流→販売・マーケティング→サービス
- ii) 支援活動：全般管理、人事・労務管理、技術開発、調達活動

そして、自社の強みを活かし、マージンを最大にするために、どの活動に資源を集中的に投入するかを戦略として練る。

バリューチェーン（価値連鎖）の基本形



(4) 医療提供のバリューチェーン

バリューチェーンの基本形を、医療提供に落とし込んだ場合、ポーターは次のようなフレームワークを掲げている。

【1】支援活動

① ノウハウ管理

診療実績の評価と追跡、スタッフ／医師の研究・技術開発、診療プロセスの改善。

② 情報提供

患者教育、患者へのカウンセリング、治療に先立つ教育プログラム、患者のコンプライアンスに関するカウンセリング。

③ 患者評価

検査、画像診断、カルテ管理。

④ アクセス

外来受診、検査受診、入院加療、患者の搬送、

訪問看護師、遠隔治療。

【2】主活動

①モニタリング／予防

診療、検診、リスク因子の特定、予防プログラム



②診断

病歴、検査項目の特定と準備、データの解釈、
専門家との相談、治療計画の決定



③準備

チームの選択、介入前の準備、検査前準備、治療前準備



④介入（治療行為）

投薬の指示および実施、処置の実施、カウンセリングセラピーの実施



⑤回復／リハビリ

入院患者の回復、入院患者と外来患者のリハビリ、治療の微調整、退院計画の作成



⑥モニタリング／管理

患者の病態のモニタリングおよび管理、治療へのコンプライアンスのモニタリング、生活習慣改善のモニタリング



【3】医療提供者の利益

【4】患者にとっての医療価値

この一連の診療業務により、患者にとっての医療価値が提供されていることを示し、また、どの部分を改善することで、あるいは、どのようなサポートで業務がより向上するのかを表している。

価値を生み出すまでに、いかに多くの医師、歯

科医師、コメディカル、事務員等がかかわっていることがわかる。

米国と日本の医療システムの違いもあろうが、自らの医療機関の業務プロセスを、この一連のバリューチェーンに落とし込むことは、戦略の策定に大いに役立つものと考えられる。

6. 重要化する企業経営的視点

バリューチェーンを作成すると、医師が診療の一部にしか関わっていないことが分かり、いかに他職種との連携が重要であるかが理解できる。また、自らの医療機関はどの部門が強みであり、どの部門が弱みであるかを理解することができ対策を練るツールともなる。

医療行政の大きな流れとして、国民医療費の抑制もあるが、地域連携、チーム医療、在宅医療の重視、さらには、人材の充実と育成の方向に導かれている。このような多様・複雑な事項をマネジメントしていく必要があり、職員組織の自主的な活動と、トップの適切なガバメントは、ますます不可欠となっている。

医療は、産業として捉えれば、十分な大きさと、スピードダウンはしたものの拡大が予想されるマーケットを持つといえる。しかし、目指すところはマージンの拡大ではなく、いかに、患者にとっての価値を生み出せるかが、最も重要な目的であることは確かである。（山城 満）

【参考文献】

- 「各年版厚生労働白書」 厚生労働省
- 「2010、11、12各年度版 医療経営白書」
- ヘルスケア総合政策研究所 日本医療企画
- 「2012年度診療報酬・介護報酬 W 改定政策シナリオの全貌」 長 英一郎著 日本医療企画
- 「医療現場のための病院経営のしくみ」
- 「医療現場のための病院経営のしくみ2」 木村憲洋著 日本医療企画
- 「病院再生—戦略と法務—」
- 阿部賢則 あさひ・狛法律事務所著 日経メディカル開発
- 「プロが教える病院再生プロジェクト」
- 新日本監査法人著 ぱる出版
- 「週刊ダイヤモンド 2012 10/27」ダイヤモンド社
- 「病院経営」野村證券法人企画部編 清文社