

2015.07.07

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

平成 26 年度「過労死等の労災補償状況」公表
精神障害、支給決定件数ともに過去最多

厚生労働省

「自治体胃がん検診」に内視鏡 厚労省が指針改定へ
乳がん・胃がん検診の論点案を提示

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料
病院報告(平成 27 年 3 月分概数)

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
急性期病院として生き残るための取り組み
ICD コーディングとその実施について



本社 京都市南区吉祥院九条町 30 番地 1 江後経営ビル
TEL 075-693-6363 FAX 075-693-6565
滋賀支社 滋賀県草津市野路 1-4-5 センゾウビル BLDG ZEN 5F
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540
大阪支社 大阪市北区梅田 1 丁目 1 番 3 大阪駅前第 3 ビル 31F
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578
長岡京支社 長岡京市長岡 2 丁目 3 番地 14 号
TEL 075-954-8575 FAX 075-952-7327

平成26年度「過労死等の労災補償状況」公表 精神障害、支給決定件数ともに過去最多

厚生労働省は6月25日、平成26年度の「過労死等の労災補償状況」を公表した。それによると、仕事上のストレスなどで「心の病」を患って、労災と認められた人が過去最多となったことがわかった。

厚労省では、過重な仕事の原因で発症した脳・心臓疾患や、仕事による強いストレスなどが原因で発病した精神障害の状況について、平成14年から労災請求件数や「業務上疾病」と認定し、労災保険給付を決定した支給決定件数などを年1回取りまとめている。

「過労死等」とは、過労死等防止対策推進法第2条において、「業務における過重な負荷による脳血管疾患、若しくは心臓疾患を原因とする死亡、若しくは業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡、又はこれらの脳血管疾患若しくは心臓疾患若しくは精神障害をいう」と定義されている。支給決定件数は、平成26年度中に「業務上」と認定した件数であり、平成26年度以前に請求があったものを含んでいる。

調査結果の概略は、次のとおりである。

① 脳・心臓疾患に関する事案の労災補償状況

- (1) 請求件数は763件で、前年度比21件の減となり、3年連続で減少した。
- (2) 支給決定件数は277件(うち死亡121件)で、前年度比29件の減となり、2年連続で減少した。
- (3) 業種別(大分類)では、請求件数は「運

輸業、郵便業」168件、「卸売業、小売業」126件、「建設業」97件の順で多く、支給決定件数は「運輸業、郵便業」92件、「卸売業、小売業」35件、「製造業」31件の順に多い。中分類では、請求件数、支給決定件数ともに「運輸業、郵便業」の「道路貨物運送業」120件と77件が最多となっている。

② 精神障害に関する事案の労災補償状況

- (1) 請求件数は1,456件で、前年度比47件の増となり、過去最多である。
- (2) 支給決定件数は497件(うち未遂を含む自殺99件)で、前年度比61件の増となり、過去最多である。
- (3) 業種別(大分類)では、請求件数は「製造業」24件、「医療、福祉」236件、「卸売業、小売業」213件の順に多く、支給決定件数は「製造業」81件、「卸売業、小売業」71件、「運輸業、郵便業」63件の順に多い。中分類では、請求件数は「医療、福祉」の「社会保険・社会福祉・介護事業」140件、支給決定件数は「運輸業、郵便業」の「道路貨物運送業」41件が最多である。

労働災害：労災認定とは、仕事で病気やけがなどをした際、本人や遺族の請求に基づいて労働基準監督署が業務に起因するものかどうかを客観的に判断する。認定されると療養補償などが給付される。

「自治体胃がん検診」に内視鏡 厚労省が指針改定へ 乳がん・胃がん検診の論点案を提示

厚生労働省は6月29日、「がん検診のあり方に関する検討会」を開催し、乳がん検診・胃がん検診等に関する議論の整理、論点案などを議題とした。その中で市区町村の自治体が行う胃がん検診では、バリウムをのむ従来のX線検査に加え、新たに内視鏡検査が導入される見通しとなり、この日の検討会で了承された。

厚労省は今後、対象年齢や検診を受ける日程的な間隔を決め、指針を改定する見込みで来春の検診から導入される工程を進める。一部の自治体ではすでに独自の公的負担を行い、内視鏡検査をすでに実施しており、指針が改定されれば広がると期待される。

この日の検討会では、マンモグラフィ単独による乳がん検診は40～74歳の乳がん死亡率減少効果を示す相応の証拠があり、胃エックス検査や胃内視鏡検査も胃がん死亡率減少効果を示す相応の証拠があることなどが示された。また、胃内視鏡検査の対象年齢は50歳以上が望ましく、間隔は2～3年でもよいことなども提示された。

検討会では、胃がん検診に関する論点案は、主に次のように示された。

胃エックス検査のメリット・デメリットを総合的に勘案した上で、引き続き、対策型検診として推奨する。

胃内視鏡検査を対策型検診として推奨する

ことを、どう考えるか。また対象年齢を50歳以上とすること、検診間隔を2年とすることを、どう考えるか。

ヘリコバクター・ピロリ抗体検査、ペプシノゲン検査について、引き続き、知見の蓄積を行いつつ、がん検診との関係も含め、位置づけを検討していく。

現在厚労省の指針で、40歳以上の住民を対象にX線検査が年1回行われており、X線検査は引き続き推奨するが、対象年齢と受診間隔が内視鏡検査とはズレが生じる。全国的に自治体が導入するには、内視鏡の専門医の確保や検査施設の整備のほか、財政的な負担への対応などの課題も残る。こうした点の議論を続け、8月をめどに報告書をまとめる。

もう一つの議題である乳がん検診に関する論点案は、主に次のように示された。

マンモグラフィ単独検診について、40歳以上の女性に推奨することを、どう考えるか。

視触診について、40歳以上の女性に任意とすることを、どう考えるか。

乳房超音波検査について、40歳代の女性のマンモグラフィと乳房超音波検査の併用群は単独検査群に比べて感度や発見率に有効性が示されており、超音波検査の位置づけを整理していくことをどう考えるか、今後も引き続き討議していく。

病院報告

(平成27年3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27年3月	平成27年2月	平成26年1月	平成27年3月	平成27年2月
病院					
在院患者数					
総数	1 273 729	1 289 738	1 267 747	16 009	21 991
精神病床	292 515	292 858	292 057	343	801
結核病床	1 966	1 934	1 886	32	48
療養病床	295 328	295 754	292 715	426	3 039
一般病床	683 864	699 136	681 032	15 272	18 104
(再掲)介護療養病床	55 557	55 552	55 443	5	109
外来患者数	1 388 495	1 373 671	1 314 252	14 824	59 419
診療所					
在院患者数					
療養病床	6 879	6 957	6 953	78	4
(再掲)介護療養病床	2 662	2 664	2 670	2	6

- 注1) 病院の総数には感染症病床を含む。
注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27年3月	平成27年2月	平成26年1月	平成27年3月	平成27年2月
病院					
総数	79.3	79.5	79.9	0.2	0.4
精神病床	86.0	86.2	86.2	0.2	0.0
結核病床	32.4	31.4	30.3	1.0	1.1
療養病床	89.2	89.8	89.4	0.6	0.4
一般病床	73.5	73.7	74.5	0.2	0.8
介護療養病床	92.3	92.5	92.0	0.2	0.5
診療所					
療養病床	60.7	61.8	61.6	1.1	0.2
介護療養病床	75.1	75.6	75.5	0.5	0.1

- 注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$
注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 27 年 3 月	平成 27 年 2 月	平成 26 年 1 月	平成 27 年 3 月	平成 27 年 2 月
病院					
総数	29.0	29.6	31.0	0.6	1.4
精神病床	264.5	277.4	300.9	12.9	23.5
結核病床	65.8	63.6	64.3	2.2	0.7
療養病床	152.7	153.0	164.0	0.3	11.0
一般病床	16.6	17.0	17.7	0.4	0.7
介護療養病床	299.4	296.6	328.1	2.8	31.5
診療所					
療養病床	99.1	95.8	102.8	3.3	7.0
介護療養病床	97.5	99.5	106.0	2.0	6.5

在院患者延数

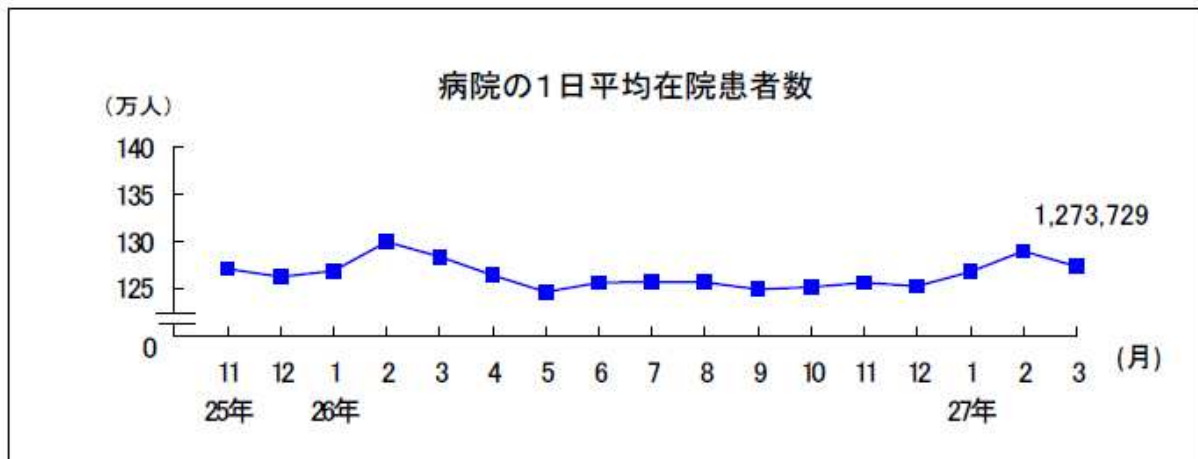
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

在院患者延数

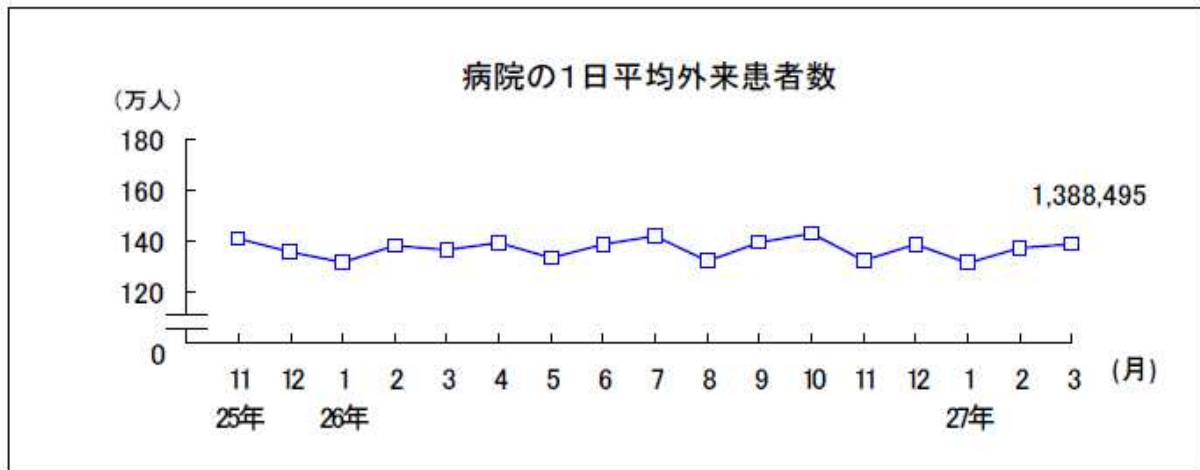
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

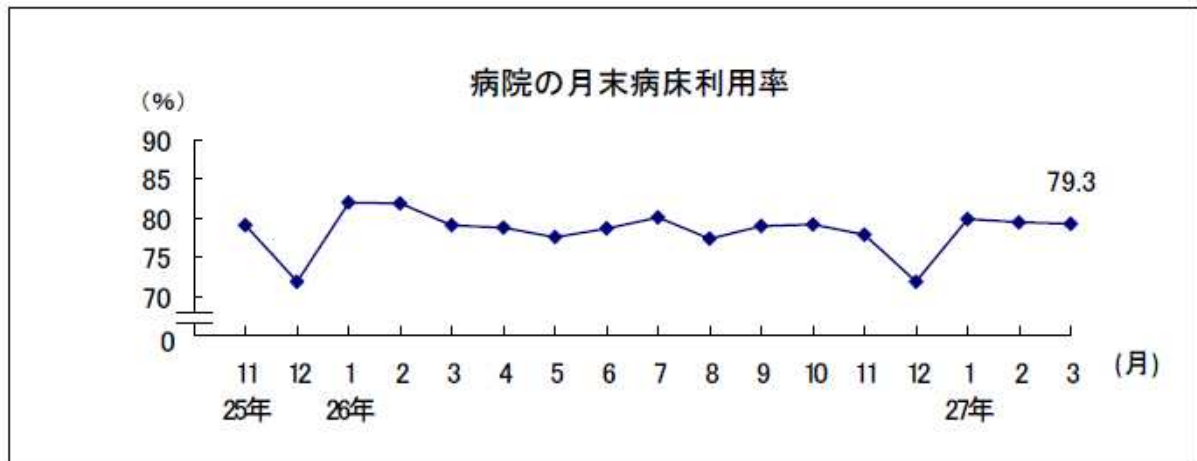
病院: 1日平均在院患者数の推移



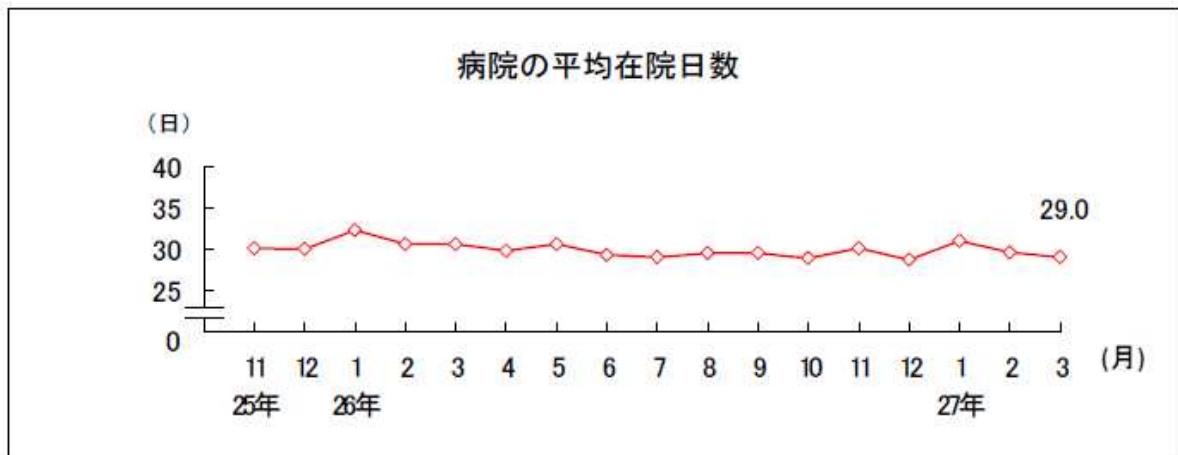
病院：1日の平均外来患者数の推移



病院：月末病床利用率の推移



病院：平均在院日数の推移



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』すばる舎リンケージ
『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

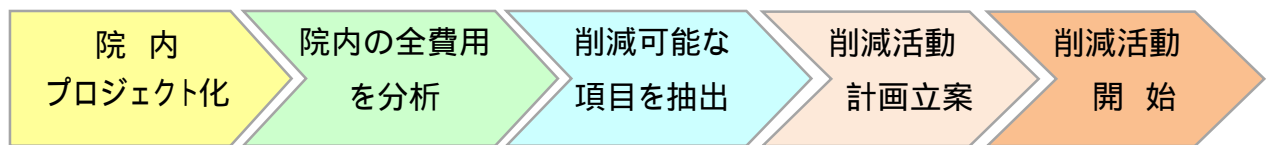
■ コスト削減のための4つの鉄則

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は、以下の4つです。

- コスト削減に関する方針を示す
- リーダー職が率先してコスト削減を徹底する
- 職員に当事者意識を持たせる
- 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のように、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種類があります。

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。場合によっては、以前より悪化し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、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。

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。

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、検査業務を委託していた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、下記のような見積みとなりました。

C検査センター検査実施料

期間	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%で、3年間合計では907.2千円となり、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、人件費増加や人材の疲弊など最悪のリスクを抱えていることになります。

(1) 時間外労働のチェック

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、職員全体の時間外労働の現状を把握します。

時間外労働が特に多い職員がいる場合

残業や休日出勤が特定の個人に集中する傾向があると捉え、業務内容の調査が必要です。

(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、個人の業務効率が低い、又は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、個別の研修や教育による能力アップや、特定の職員に負担が集中したりしないように、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ためには、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。

標準報酬月額各等級に対する“給与額の幅”に注意
昇給は7月（以降）の給与で実施
精勤手当などの出来高給は奇数月に隔月支給
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、一律人件費カットは難しい状況ですが、固定費最大の項目でもあり、人事評価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」の削減は、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

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。

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。

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



急性期病院として生き残るための取り組み

急性期病院として生き残るためには、どのような取り組みが必要でしょうか？



急性期病院を想定した「一般病床」を選択した医療機関が、今後生き残るためには、病院の機能分化を促進する施策の流れに対応する病院づくりを目指して、まず自院の現状を正確に把握することが重要です。

現状分析のポイントとなるのは、病床数や病床稼働率、平均在院日数、診療単価とその内訳等ですが、これらの実情を踏まえて、診療報酬上加算を取得できる要件から急性期病院に求められると考えられるものは、次のとおりです。

救急救命機能 救急受け入れ体制の整備
地域連携等のネットワーク機能 病病・病診連携、紹介システムの構築、地域連携室の設置
高度医療機能 高度で先進的および専門性を特化した医療の継続的提供
診療録管理体制の整備 患者への情報提供、信頼性の確保

急性期特定病院加算を取得できる病院は、その厳しい要件のために、今後も取得病院数が急激に拡大することは困難と推測されますが、上記のように地域で連携の中核をなすポジショニングを目指すことにより、急性期医療を主体とする病院運営を確立することが必要です。

また、急性期病院としての理念、ビジョンについての明確な方向付けが、今後生き残る病院づくりを目指す前提条件と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



ICD コーディングとその実施について

ICD コーディングとはどのようなものなのでしょうか？また、実施する際に留意すべきなのはどのようなポイントでしょうか？



International Classification of Diseases の略で、日本においては「国際疾病分類」と訳され、WHOによって作られたものであり、国際的疾患および死因統計を作成するためのコード体系です。

既に数度の改定を経ていますが、現在は第10版である「ICD-10」が用いられており、約14,000の病名コードがあります。

ICD コーディングとは、医師が記載したカルテから該当する診断名を把握し、それをICD番号に振り替える作業を意味します。コーディング作業を正確に実施するためには、ある程度の医学的知識とカルテを読解する能力、さらにはICDコーディングの正確な理解とルールを身につけていることが求められます。

ICD コーディングは、病院の経営分析に活用することが可能であるため、DRG(diagnosis related group:診断群別分類)と共に利用することによって、さまざまな効果が期待できます。

ICD コーディングを実施する際には、主要診断名の正しい選択、他のコードに含まれる疾患・症状のコーディング排除、「二次診断名」の確実な記載、「処置・手術コード」の正確な選択、キャンセルされた「処置・手術コード」の誤コーディング回避、という点に留意が必要です。

IDCコーディングの効果

医療資源の使用状況・治療成果の測定
患者別死亡率の差の査定
病院の平均在院日数の短縮の貢献
医療の質改善プログラムの継続的な確立
患者の疾病分類に基づく次年度予算策定
患者別包括支払方式への対応

現在、DPC 対象病院に導入されている包括支払制度「DPC / PDPS (診断群分類別包括支払制度)」の基本となるものでもあるため、正しい知識を整理しておくことが求められます。