

2015.08.18

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

平均寿命 男性、女性ともに過去最高
2014年簡易生命表の概況を公表

厚生労働省

病床機能分化へ推進会議 開催
「地域医療構想の推進に向けた取り組み」に関する報告

政府

2 経営TOPICS

統計調査資料
病院報告(平成27年4月分概数)

3 経営情報レポート

業務のレベルアップが収入に直結
医事課職員育成のポイント

4 経営データベース

ジャンル:経営計画 サブジャンル:経営計画の基本と実践
経営計画策定の必要性
経営計画の種類



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

平均寿命 男性、女性ともに過去最高 2014年簡易生命表の概況を公表

厚生労働省は7月30日、2014年(平成26)の「簡易生命表の概況」をまとめ、公表した。2014年の死亡状況が今後変化しないと仮定した場合に、年齢別に1年以内の死亡率や平均余命など確立的な期待値などを、死亡率や平均余命などの指標によって表したもので、概況で特記されるのは次の3点である。

男性の平均寿命は80.50年となり、過去最高(平成25年の80.21年)を更新
女性の平均寿命は86.83年となり、過去最高(平成25年の86.61年)を更新
国別に平均寿命をみると、厚生労働省が調査した中では、日本は男性、女性とも世界のトップクラス

この概況を詳細にみると、平均寿命は男性80.50歳、女性は86.83歳で、いずれも過去最高を更新し、前年比で男性は0.29年、女性は0.22年延び、平均寿命の男女差は6.33年で前年より0.07年縮小した。

厚労省は、平均寿命が延びたのは、性・年齢別にみた死亡状況の改善のためと説明しており、男性は悪性新生物(がんや肉腫など悪性腫瘍)や肺炎、女性は心疾患や脳血管疾患の死亡状況の改善が大きく影響しているとする。

死因別の死亡確率(ゼロ歳時の将来死亡確率)では、悪性新生物が男女とも1位で、男性29.42%、女性20.27%、2位は心疾患で男性14.42%、女性17.78%となっている。3位は男性が肺炎で11.37%、女性は脳血管疾患と肺炎が9.75%の同率で続いた。年次推移をみると、悪性新生物の死亡確率が上がる傾向で、脳血管疾患や肺炎は低下傾向となっている。

「悪性新生物、心疾患、脳血管疾患」を合計した死亡確率(いずれかで亡くなる確率)は男性52.20%、女性47.80%である一方で、「悪性新生物、心疾患、脳血管疾患」を死因として死亡することがなくなったと仮定した場合の平均余命の伸びは、男性7.28年、女性6.02年と計算されている。

なお、0歳の平均余命である「平均寿命」は、すべての年齢の死亡状況を集約したものとなっており、保健福祉水準を総合的に示す指標である。

日本の生命表として、厚労省では「完全生命表」と「簡易生命表」の2種類を作成・公表しており、「完全生命表」は、国勢調査による人口(確定数)と人口動態統計(確定数)による死亡数、出生数を基に5年に1度作成するもので、「簡易生命表」は人口推計などによる人口と人口動態統計月報年計(概数)による死亡数、出生数を基に毎年作成している。

病床機能分化への推進会議 開催 「地域医療構想の推進に向けた取り組み」 に関する報告

政府は 8 月 3 日、「社会保障制度改革推進会議」を開催し、「地域医療構想の推進に向けた取り組み」に関する報告が行われ、地域医療構想の推進に向けた取り組みや、6 月末に閣議決定された「骨太の方針」などをめぐり、次のような議題で議論した。

1. 地域医療構想の推進に向けた取組について（報告事項）

(1) 医療介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会の一次報告

(2) 地域医療構想の実現に向けた今後の対応について

2. その他報告事項

(1) 経済財政運営と改革の基本方針 2015 等について

(2) 介護保険の第 6 期計画・平成 37 年度等における第一号保険料及びサービス見込み量について

病床数の推計結果について

病床機能分化・連携を進めて目指すべき必要病床数は 115 万～119 万床（高度急性期 13.0 万床、急性期 40.1 万床、回復期 37.5 万床、慢性期 24.2 万～28.5 万床）で、介護施設や在宅医療で対応する患者数は 29.7 万人～33.7 万人と報告された。

今後の課題として、「被用者保険の患者住所地情報の付与」、「一般病床以外のレセプトで

の傷病名の分析方法検討」、「精神科レセプトや介護レセプトの分析」などが必要と述べた。

厚生労働省の今後の対応について

厚生労働省は「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応として、

(1) 回復期の充実（急性期からの病床転換）

急性期中心の病棟から、不足する回復期（リハビリや在宅復帰に向けた）病棟への自主的転換を進めるため、「地域医療介護総合確保基金」で補助をして転換を誘導し、また、適切な診療報酬を設定するとしている。

(2) 医療従事者の需給見通し・養成数の検討

病床推計などをふまえ、回復期のリハビリ関係職の確保など機能分化・連携に対応して、医療従事者の需給を見直す。医師の養成数も医学部入学定員などを 2015 年夏以降に検討会を設置し検討開始する予定。

(3) 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保

基金を活用して在宅医療・介護施設などを着実に整備するほか、2018 年度からの第 7 次医療計画、第 7 期介護保険事業計画に必要なサービス見込み量を記載して計画的に整備する。また、「療養病床の在り方等に関する検討会」で、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービスのあり方を議論し、年内を目途に見直しの選択肢を整理する、などが必要と説明した。

病院報告

(平成27年4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4月 | 平成27年3月 | 平成26年2月 | 平成27年4月 | 平成27年3月 |
| 病院 | | | | | |
| 在院患者数 | | | | | |
| 総数 | 1 259 106 | 1 273 729 | 1 289 738 | 14 623 | 16 009 |
| 精神病床 | 291 979 | 292 515 | 292 858 | 536 | 343 |
| 結核病床 | 1 971 | 1 966 | 1 934 | 5 | 32 |
| 療養病床 | 293 850 | 295 328 | 295 754 | 1 478 | 426 |
| 一般病床 | 671 247 | 683 864 | 699 136 | 12 617 | 15 272 |
| (再掲)介護療養病床 | 54 790 | 55 557 | 55 552 | 767 | 5 |
| 外来患者数 | 1 388 272 | 1 388 495 | 1 373 671 | 223 | 14 824 |
| 診療所 | | | | | |
| 在院患者数 | | | | | |
| 療養病床 | 6 739 | 6 879 | 6 957 | 140 | 78 |
| (再掲)介護療養病床 | 2 617 | 2 662 | 2 664 | 45 | 2 |

- 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4月 | 平成27年3月 | 平成26年2月 | 平成27年4月 | 平成27年3月 |
| 病院 | | | | | |
| 総数 | 79.1 | 79.3 | 79.5 | 0.2 | 0.2 |
| 精神病床 | 86.3 | 86.0 | 86.2 | 0.3 | 0.2 |
| 結核病床 | 33.1 | 32.4 | 31.4 | 0.7 | 1.0 |
| 療養病床 | 88.9 | 89.2 | 89.8 | 0.3 | 0.6 |
| 一般病床 | 73.2 | 73.5 | 73.7 | 0.3 | 0.2 |
| 介護療養病床 | 92.3 | 92.3 | 92.5 | 0.0 | 0.2 |
| 診療所 | | | | | |
| 療養病床 | 61.1 | 60.7 | 61.8 | 0.4 | 1.1 |
| 介護療養病床 | 74.4 | 75.1 | 75.6 | 0.7 | 0.5 |

- 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 4 月 | 平成 27 年 3 月 | 平成 26 年 2 月 | 平成 27 年 4 月 | 平成 27 年 3 月 |
| 病院 | | | | | |
| 総数 | 29.0 | 29.0 | 29.6 | 0.0 | 0.6 |
| 精神病床 | 266.8 | 264.5 | 277.4 | 2.3 | 12.9 |
| 結核病床 | 64.4 | 65.8 | 63.6 | 1.4 | 2.2 |
| 療養病床 | 153.1 | 152.7 | 153.0 | 0.4 | 0.3 |
| 一般病床 | 16.4 | 16.6 | 17.0 | 0.2 | 0.4 |
| 介護療養病床 | 300.4 | 299.4 | 296.6 | 1.0 | 2.8 |
| 診療所 | | | | | |
| 療養病床 | 97.6 | 99.1 | 95.8 | 1.5 | 3.3 |
| 介護療養病床 | 97.4 | 97.5 | 99.5 | 0.1 | 2.0 |

在院患者延数

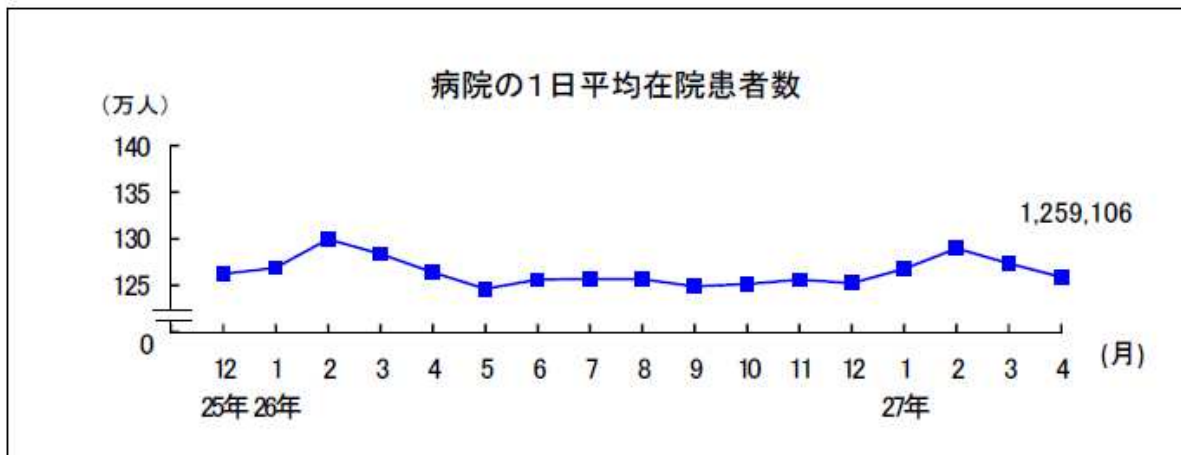
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

在院患者延数

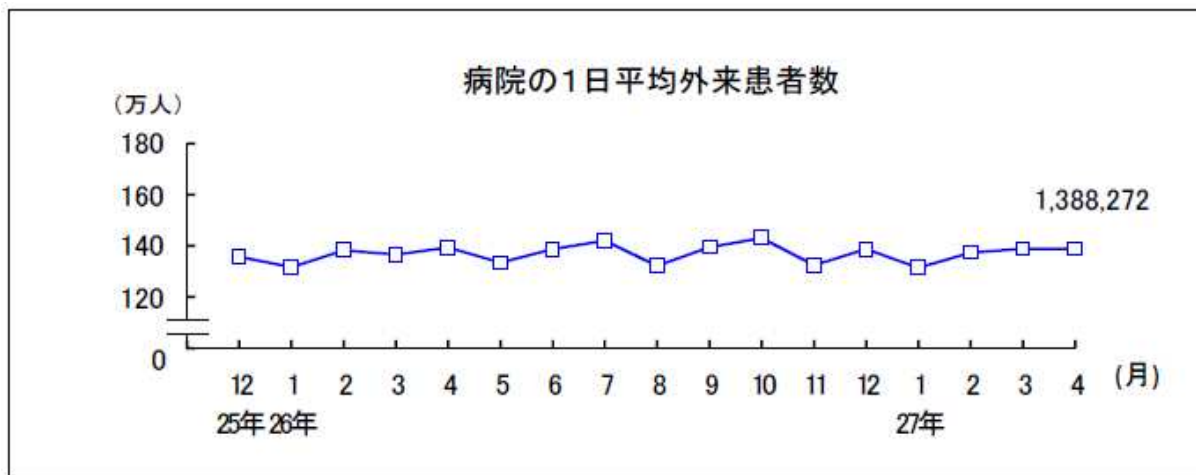
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

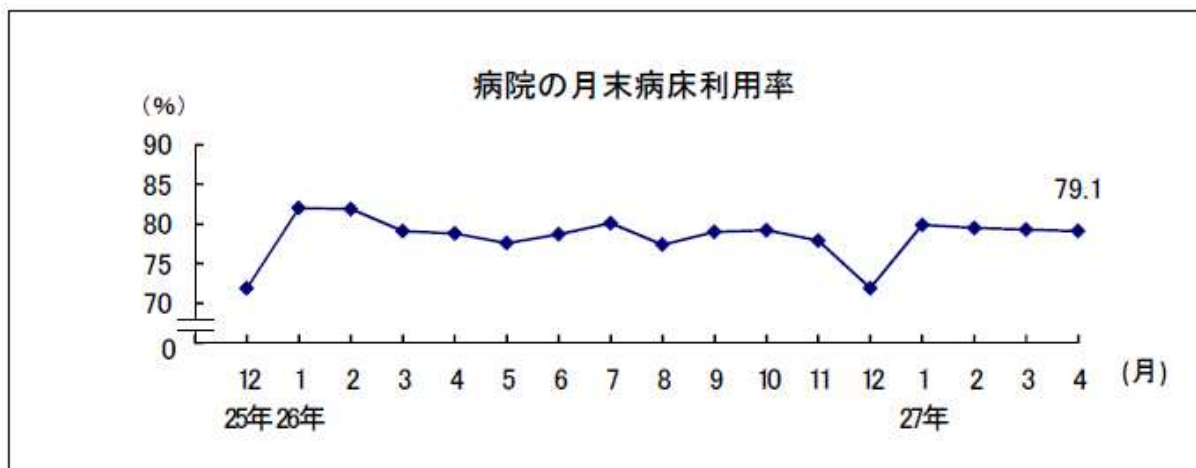
病院: 1日平均在院患者数の推移



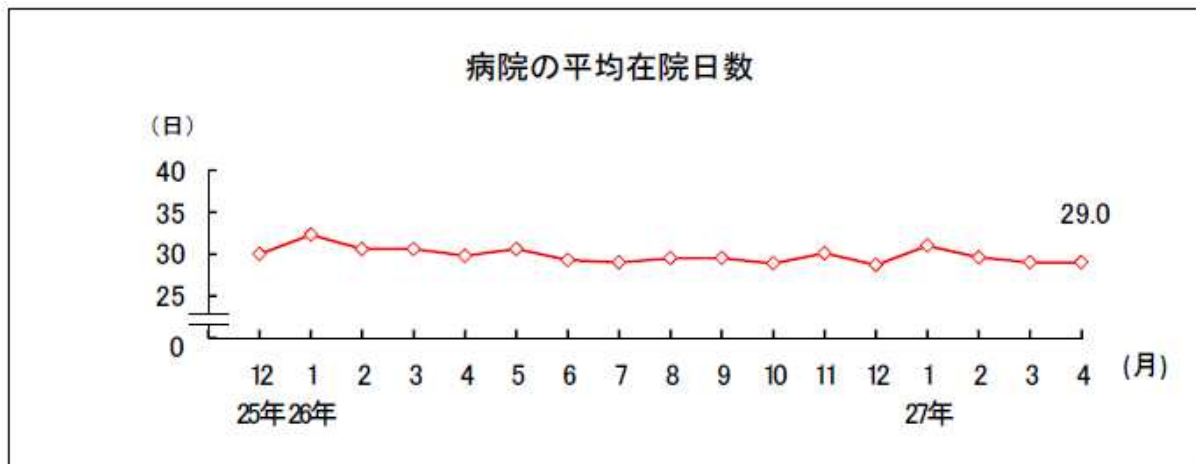
病院：1日の平均外来患者数の推移



病院：月末病床利用率の推移



病院：平均在院日数の推移



業務のレベルアップが収入に直結 医事課職員育成のポイント

ポイント

- 1 医事課職員に求められる基本スキル
.....
- 2 医事業務委託有効活用のポイント
.....
- 3 自院で育てる医事課職員育成プログラム事例
.....



1 医事課職員に求められる基本スキル

■ 必要となる基本的スキル

医事課職員は、外来診療に係る事務的業務の入り口の役割を担っており、その業務は多岐にわたります。医療機関にとって重要な役割を担う医事課職員には、どのようなスキルが求められるのかについて解説します。

(1) 業務の基本は接遇力

クリニックで働く職員において、接遇は基本的かつ最重要項目です。患者が受診先を選ぶ時代になり、接遇の対応が不十分な医療機関は、そもそも患者の選択肢から外されてしまいます。

そこで重要となるのが研修の実施であり、また、より効果的な研修とするために検討すべきなのは、現場実践形式による接遇研修です。さらに、接遇マニュアルなどに「良い事例」「悪い事例」をデータベース化して記載し、院内で共有するところまで徹底すると、職員は自然に適切な対応ができるレベルになります。

(2) 木を見て森も見る視点の醸成

クリニックが求める医事課職員採用条件において、トップに挙げられるのは経験です。医師の指示をカルテから読み取り、適切に診療点数に置き換え、漏れなくレセプト請求してくれる、そうした即戦力を求めるのは当然のことです。しかし、診療報酬という「木」にばかりにとらわれて、制度の仕組みや、重点配分された診療報酬点数設定のねらいなど、「森」を見逃がしている医事課職員は意外と多いのです。セミナー参加の機会を増やすなど、積極的に情報を収集させ、外部からの刺激を与える仕組みが必要となります。

レセプト業務に必要となる知識

- 制度に関する知識（医療法、療養担当規則、医療保険制度）
- 公費に関する知識（難病、精神保健福祉法関係、生活保護、身体障害関係等）
- その他の保険に関する知識（自賠責、労働災害・公務災害等）
- 疾病に関する知識（自院の機能・役割に応じた各科別主要疾病）
- 体のしくみに関する知識（解剖学、運動生理学等）
- 疾病の診断や治療に関する知識（各種検査法、薬剤、医療材料、手技等）
- 診療報酬算定に関する知識（診療報酬点数表、薬価基準表、医療材料等）
- 各種資料に関する知識（診療録、処方箋、各種指示箋、統計資料）
- 設備、機器に関する知識（CT、MRI、内視鏡、AED、モニター等）
- レセプト請求に関する知識（レセプト電算関係、オーダリング、返戻・査定関係）

2 医事業務委託有効活用のポイント

■ 医事業務委託成功のキーポイント

(1) 医療事務業務委託のメリット・デメリット

医療事務は、委託業務に移行すべきかどうかについても判断をしなければなりません。委託化のメリットおよびデメリットとしては、それぞれ以下の4つが挙げられます。

委託化のメリット・デメリット



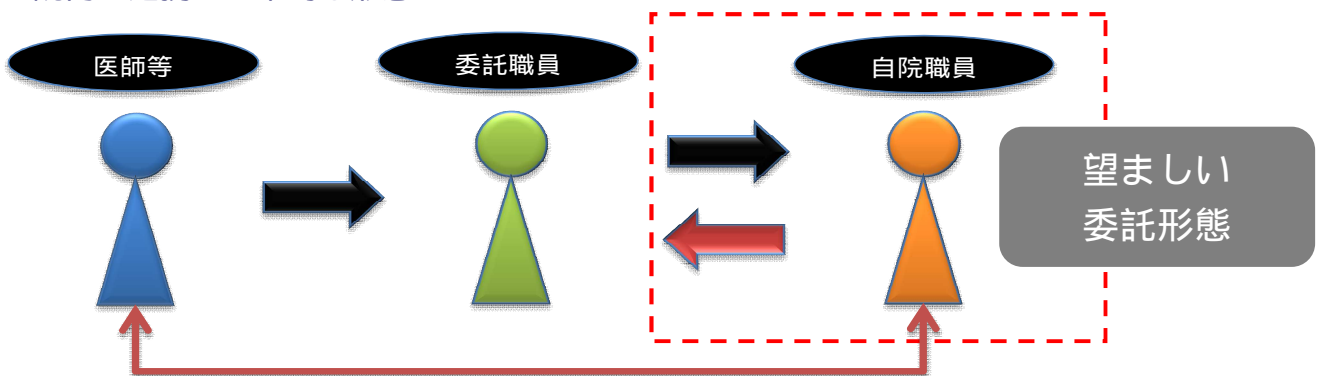
受付事務を全て委託化するという選択肢以外にも、業務効率を勘案して正職員と委託職員を併用する形態があります。このように目的を明確にした利用によって、業務処理能力の安定性が図られ、正職員はより重要な業務に専念できる体制を構築することが可能となります。

(2) 求められる自院職員の委託職員統率力

委託職員は、契約に基づく業務として、カルテや処方箋、各種伝票をもとに外来・入院の会計のような日次業務や、月次業務としてレセプト作成に携わります。一方で、カルテ等の記載や、新たな施設基準の取得に関して、基本的に提言をすることはありません。

このことから、自院の職員の中で請求業務に精通しており、かつ医師との相互連携を図ることができる職員の存在が業務委託を展開する際の必要条件だといえます。

院内の連携の基本的な形態



医師と委託職員間の情報交換は基本的に一方通行 算定ロス防止には自院職員の適切な関与が必要

■ クリニック主導による委託業者選定の重要性

(1) 人材派遣の形態

業務委託業者の選定においては、まず人材派遣の形態を理解する必要があります。その形態には3種類あり、医事業務委託で最も多いケースは、一般派遣です。

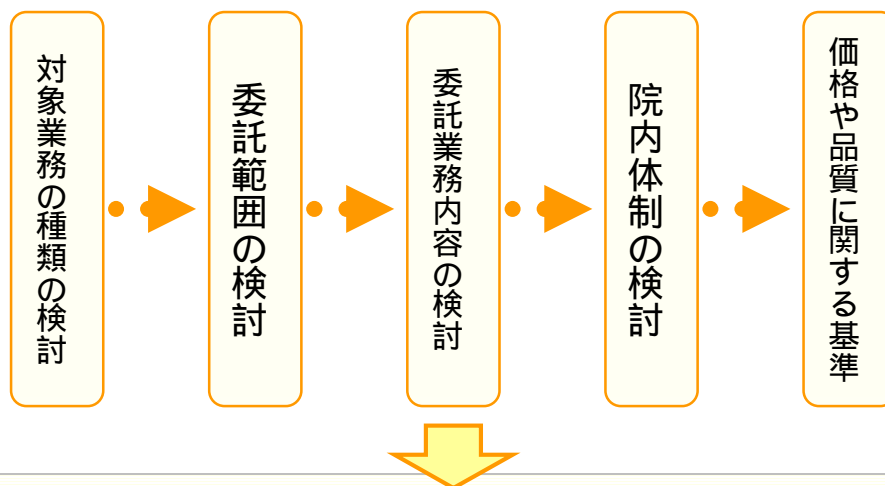
派遣会社の形態

- 一般派遣...人材派遣会社と契約を結び、派遣会社の管理のもと医療機関で業務に従事
- 特定派遣...登録型の一般派遣と異なり、派遣会社に勤務する正社員を派遣し従事させる
- 紹介予定派遣...派遣期間終了後の直接雇用を前提として業務に従事

(2) 委託業者選定の基準の確立

業務委託導入は、事前に「どの業務をどこまで委託するのか」について、慎重に検討するところから始めます。併せて、「習得している知識とそのレベル」について事前に情報収集を行い、幹部会議等において適正な評価に基づき、委託化に関する検討を行うことが必要です。

委託業務検討の流れと選定に関するポイント



業界における納入実績（同規模、同機能クリニックでの実績）
委託業務範囲（自院で補える業務範囲、定形外業務、残業等）
委託金額（人件費、時間外賃金等）
教育システム（待遇、医療安全対策や感染対策等に関する知識）
院内研修への参加（院内職員研修会や勉強会、伝達講習会等）
毎年の業務実績等の評価（業務継続可否の検討）

（参考：公益財団法人日本医療機能評価機構 公表資料）

3 自院で育てる医事課職員育成プログラム事例

■ 教育・研修プログラム作成事例

職員育成の最初のステップは、プログラム(カリキュラム)の作成とそのスケジュール化です。どのような内容で、いつまでに習得させるかを、ゴール(到達点)を定めて行うことが重要です。

また、個人の能力も把握したうえで重点的に習得すべき対象を特定し、不足する項目がないように配慮する必要があります。

(1) 基本となる受付業務の習得

最初に、ひとりで新患・再来患者の受付ができるようになることを目標として、基礎的な項目について理解させます。

受付業務の理解 ~ 例: 4月に習得すべき内容

(1) 保険証、受給者等の理解

(内容) 保険証(社保、国保、法別番号と制度)
受給者証(生活保護、障害者自立支援、特定疾患等)
市町村医療費助成(乳幼児、重度心身障害者、ひとり親家庭等)

(2) カルテの頭書きと保管・収納

(内容) 保険証および新患申込書からカルテを新規作成する
カルテ保管についてのルール認識・理解

(3) 新患登録

(内容) 保険証および新患申込書からレセプトコンピュータへ新患登録を行う

(4) 院内各所の施設・設備等の理解

(内容) 患者および家族、業者等を案内できるように、院内各所の名称や用途等を把握

(2) その他習得しておきたいスキル

その他、以下の内容についても習得できる研修プログラム策定も検討します。

レセプトのベースとなる会計業務の理解：ひとりで外来の会計ができるようになる
一般的病名・テクニカルな病名登録の理解：病名をレセコンに入力できるようになる
レセプト請求業務の理解：レセプトが返戻・査定されないための判断基準を付ける

経営データベース ①

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営計画の基本と実践



経営計画策定の必要性

なぜ経営計画の策定が必要とされるのか教えてください。



医療機関でも年度別の経営計画は策定しているケースが増えていますが、1年ごとの経営計画で実現できることは限られています。また、経営環境変化の激しい時代においては、行き当たりばったりの成り行き経営に陥る可能性があります。

これからの時代に求められるのは「全天候型 = 環境適合型の経営」です。

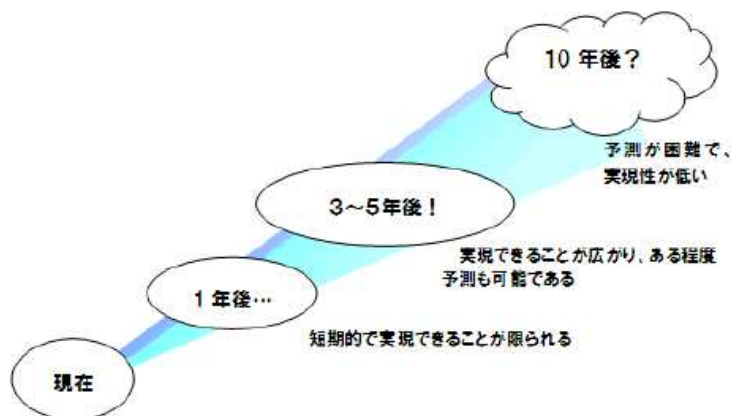
すなわち、好況・不況にかかわらず、それぞれにとるべき経営戦略を実行することが求められるのです。

景気が良い状況にあっては、先行きを読みやすいため中期経営計画も立てやすく、実行も容易になるのですが、不況になると先行きは不透明であり、予測を立てにくくなります。しかし、読みにくいからこそ先を読まなければならないのです。

そのためには、中期経営計画を立て、3～5年後にはどういう医療機関にしたいのか、地域や患者、業界の状況を読み取りながら3～5年後の到達目標を掲げ、それに向けて確実に年度計画を消化していくことです。

まず、到達目標を設定し、そこから逆算して「今期中はここまでやり切る」という経営に転換することが重要です。従来の積み上げ方式から発想する経営計画ではなく、「ありたい姿」を前提にした経営計画にするために、ときには前年実績をはるかに上回る年度目標になることもあります。

ここで求められるのは、「できる」「できない」ということではなく、どうすれば実現するのかという思考回路に切り替えることです。



経営データベース ②

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営計画の基本と実践



経営計画の種類

経営計画にはどのような種類がありますか。



経営計画は、期間の長さによって長期計画（10年～5年）、中期計画（3～5年）、短期計画（1年）に分類することができます。

環境変化が激しい昨今では、中期計画と年度計画の双方を作る医療機関が増えてきています。

(1) 中期計画

中期計画の狙いは、医療を取り巻く環境変化に自院をうまく対応させて、成長路線に乗せることです。中期計画は、3年ないし5年間を選択する医療機関が大半を占めていますが、どちらの期間に設定するかは、それぞれの医療機関の置かれている環境によって違いが生じるところです。

3年計画の場合には、かなり現実に近いために飛躍的な目標を設定することは難しいというデメリットがありますが、5年の場合は、戦略的な要素を加えることが可能となります。

しかし、5年間に設定することにより、その期間、経営の前提条件や基本仮説を保持していなければなりませんので、経営環境の変化が激しい昨今にあっては、3年間の経営計画が妥当と考えられます。

(2) 年度計画

中期計画が環境変化に対応する戦略計画であるのに対して、年度計画は翌年度の年間経営計画で、中長期計画の初年度計画として位置付けられています。

言い換えれば、年度計画は中長期計画を実現するための具体的な年度別の実行計画であって、中長期計画に盛り込まれた政策の具体的な推進策を主要内容とするものです。

中長期経営計画の策定へ

「経営環境の変化の激しい時代には、短期計画だけで十分だ」という声が聞かれます。3年先を見据えた上で、この1年間何をしていくかという計画に基づく行動と、1年先しか考えずに短期的な視野で行動する場合とでは、その行動内容に大きな違いが生じます。

そのため近年では特に、中長期経営計画を策定することの重要性が増しています。