

週刊

医業経営
ウェブマガジン

発行

株式会社 常陽経営コンサルタンツ

MAGAZINE

1 医療情報ヘッドライン

診療所の再診料、2点引き下げ 69 点で決着
中医協 公益裁定で“病診統一”歩み寄り

一般病床は 383 床増、療養病床は 345 床減
医療施設動態調査 無床診療所は 39 施設増

2 経営 TOPICS 抜粋

統計調査資料

病院報告(平成 21 年 10 月分概数)

3 経営情報レポート 要約版

減収減益時代に打ち勝つ
クリニック収益改善のポイント

4 経営データベース 抜粋

ジャンル: 医療制度 サブジャンル: ナースプラクティショナー

新たな看護職種の導入をめぐる問題
医師の業務負担軽減策としての期待と懸念

診療所の再診料、2点引き下げ 69 点で決着 中医協 公益裁定で“病診統一”歩み寄り

抜粋

厚生労働省保険局は2月 10 日、中医協総会を開き、来年度の診療報酬改定で診療所の再診料を 2 点引き下げ、69 点とすることを公益裁定によって決め、調整が難航していた再診料問題に決着がついた。これで病院(200 床未満)の再診料は9点引き上げる方向へ転換し、10 日をもって中医協審議は終了。

これに伴い、現在は別々に設定されている病院(60 点)と診療所(71 点)の再診料は4月以降、69 点に統一されることとなった。開業医優遇との声が上がっていたこれまでの「格差」が是正され、中小病院に重点を置く形となったといえる。

報酬改定をめぐる中医協の議論では、支払側が診療所の再診料引き下げを主張していて、これに診療側が「断固反対」の姿勢を崩さず調整が難航、8 日の総会でも集中審議したが診療側が途中退席するなど平行線をたどったままだった。決着は中立の公益側による裁定に持ち込まれ、10 日に公益案が出された。

公益側は財源の制約の下で「診療所の再診料を一定程度下げざるをえない」として690 円を提案した。これは新たな財源を必要としない限界ラインと見られた。

中医協のこれまでの議論では、4月から診療報酬本体のうち「入院」部分の改定率を3.03%引き上げ、病院勤務医の負担軽減策などの重点課題に財源を重点配分するとして進めていた。これに対して「外来」部分の引き上げ幅は0.31%にとどまったため、限られた

財源をどう配分するかが焦点になっていた。

この日の総会で、明細書の発行や休日・夜間において患者の不安にこえる体制を整えている診療所の取り組みについては、再診料に加算する形で一定の評価を行うとしている。具体的には、「明細書発行体制等加算」や「かかりつけ医加算(議論の過程で、名称が『地域医療貢献加算』に変更)」が新設される。

7対1入院基本料等における、月平均夜勤時間 72 時間要件を満たせない場合の特別入院基本料の算定期間がこれまでの1ヵ月から3ヵ月に変更されている。これについて、支払側委員などから注文が来たため、(1)毎月、看護師確保の取組状況を地方厚生局に届け出ること、(2)特別入院基本料を最後に算定してから1年以内は新たに特別入院基本料を取れないこと一を算定要件とする公益裁定が行われた。

また総会では、「平成 22 年度診療報酬改定における主要改定項目について(案)」が提示された。前述の再診料等を除き、全改定項目が網羅されている。2008 年度の報酬改定で「外来管理加算」(52 点)に導入された「5分要件」は廃止し、5分未満の診療でも算定できるようにする。ただ、薬の処方などをメインに受診する“お薬外来”をなくすため、診察に基づく医学的な判断などの「患者への懇切丁寧な説明」の実施を引き続き求めていく。

一般病床は 383 床増、療養病床は 345 床減 医療施設動態調査 無床診療所は 39 施設増

厚生労働省大臣官房は 2 月 9 日、平成 21 年 11 月末の「医療施設動態調査（概数）」を公表した。病院の施設数は前月から増減なしで 8,733 施設、病床数は 241 床減って、160 万 1,036 床となっている。このうち、一般病床は 383 床増の 90 万 6,416 床だった。療養病床は 345 床減少し、33 万 5,916 床になっている。

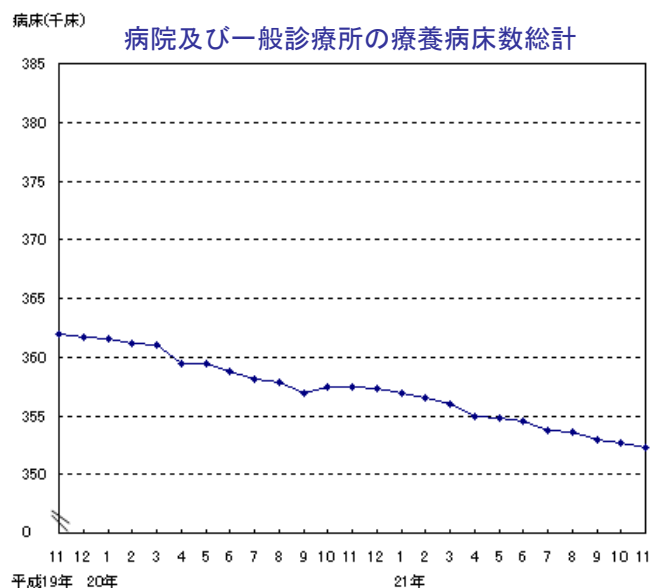
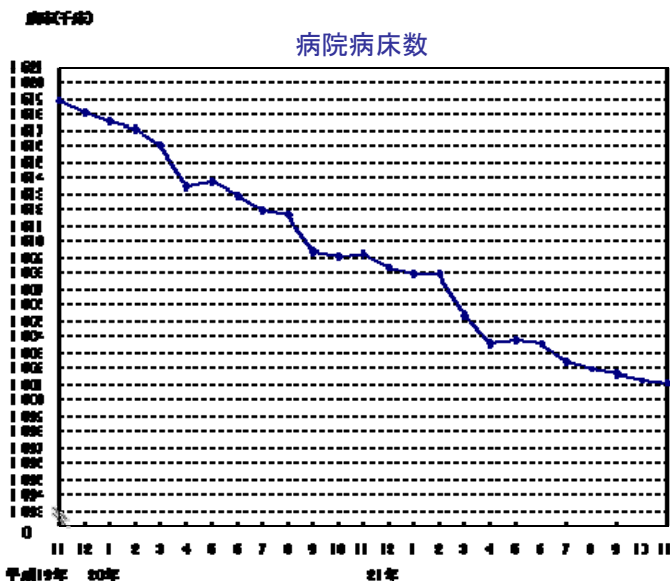
一般診療所の施設数は 7 施設増えて 9 万 9,734 施設で、増減の内訳をみると、有床診療所が 32 施設減少しているのに対して、無床診療所は 39 施設増えていた。発表資料には開設者別にみた施設数及び病床数と、都道府県別にみた施設数及び病床数の表、時系列でみた病院病床数、病院及び一般診療所の療

養病床数総計のグラフ・数値が示されている。

なお、10 日発表の帝国データバンク調査によると、今年度の医療機関の倒産件数は過去最悪を更新した。21 年 4 月から今年 1 月までの医療機関の倒産は 41 件で、現在の集計方法で過去最悪だった昨年度などの 40 件を上回ったことが明らかになった。

現在の集計方法となった 2005 年度以降、倒産件数が最も多かったのは 07、08 年度の 40 件。一方、今年度の医療機関の倒産件数は 12 月までで既に 38 件だった。1 月の倒産は 3 件で、これにより今年度の倒産件数が過去最悪を更新した。

41 件の内訳は、病院 11 件、診療所 20 件、歯科医院 10 件だった。



病院報告

平成21年10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21年10月	平成21年9月	平成21年8月	平成21年10月	平成21年9月
病院					
在院患者数					
総数	1 298 845	1 298 236	1 305 738	609	△ 7 502
精神病床	312 790	316 402	314 629	△ 3 612	1 773
結核病床	3 265	3 379	3 430	△ 114	△ 51
療養病床	304 920	308 215	308 221	△ 3 295	△ 6
一般病床	677 822	670 194	679 406	7 628	△ 9 212
(再掲)介護療養病床	80 675	81 568	81 742	△ 893	△ 174
外来患者数	1 466 807	1 409 587	1 385 340	57 220	24 247
診療所					
在院患者数					
療養病床	11 364	11 536	11 561	△ 172	△ 25
(再掲)介護療養病床	4 432	4 480	4 515	△ 48	△ 35

- 注1) 病院の総数には感染症病床を含む。
 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21年10月	平成21年9月	平成21年8月	平成21年10月	平成21年9月
病院					
総数	79.3	80.6	80.4	△ 1.3	0.2
精神病床	89.3	89.5	89.9	△ 0.2	△ 0.4
結核病床	35.7	36.9	38.0	△ 1.2	△ 1.1
療養病床	90.6	90.4	90.8	0.2	△ 0.4
一般病床	71.8	74.1	73.4	△ 2.3	0.7
介護療養病床	94.3	94.2	94.3	0.1	△ 0.1
診療所					
療養病床	68.5	68.4	68.6	0.1	△ 0.2
介護療養病床	78.9	79.0	79.0	△ 0.1	0.0

- 注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$
 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)

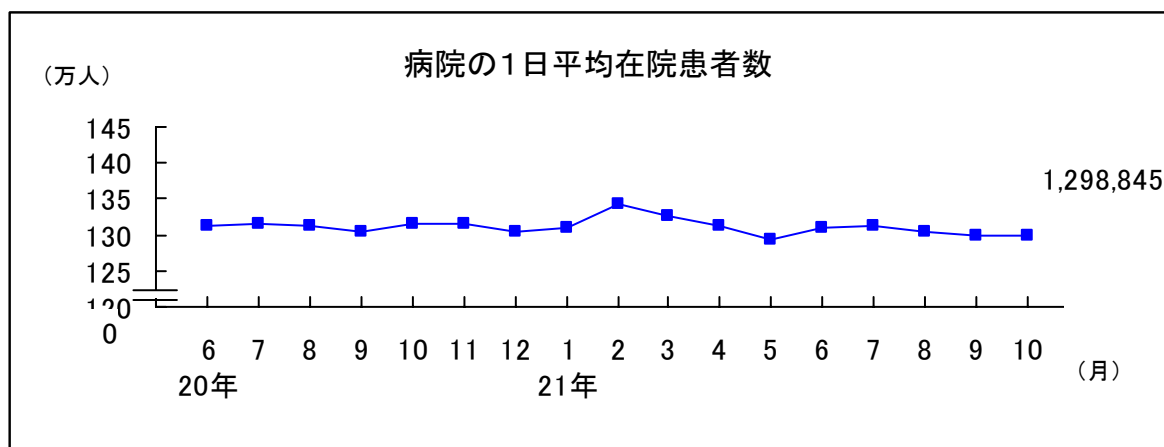
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成21年10月	平成21年9月	平成21年8月	平成21年10月	平成21年9月
病院					
総数	32.7	33.8	32.9	△ 1.1	0.9
精神病床	307.1	310.8	312.2	△ 3.7	△ 1.4
結核病床	72.7	78.3	74.3	△ 5.6	4.0
療養病床	180.5	186.5	189.6	△ 6.0	△ 3.1
一般病床	18.1	18.6	18.2	△ 0.5	0.4
介護療養病床	297.5	312.0	311.3	△ 14.5	0.7
診療所					
療養病床	105.6	104.7	106.8	0.9	△ 2.1
介護療養病床	99.3	98.8	101.1	0.5	△ 2.3

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

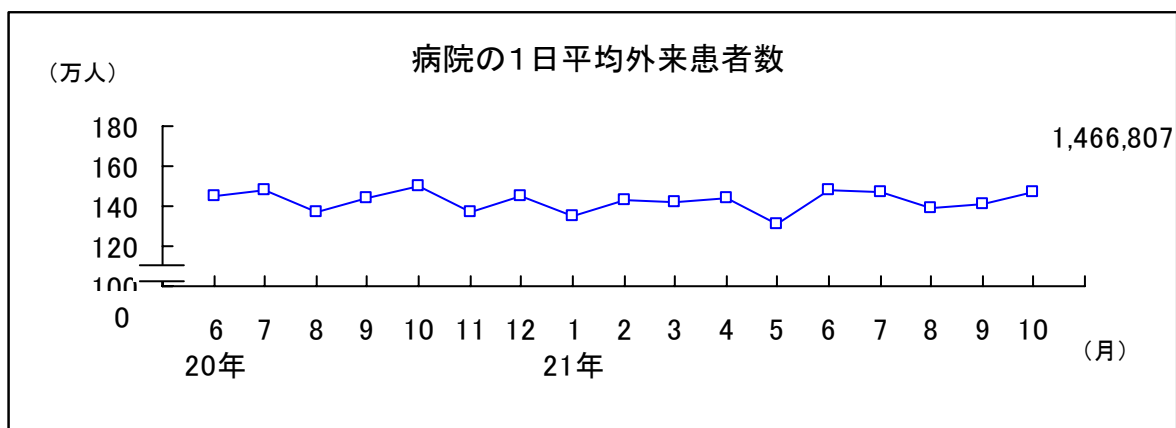
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

2 病院の総数には感染症病床を含む。

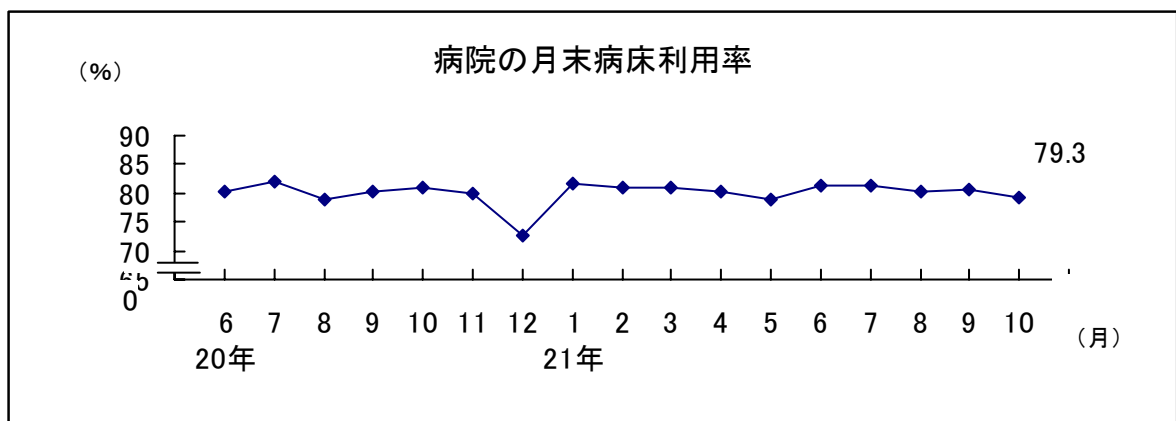
◆病院:1日平均在院患者数の推移



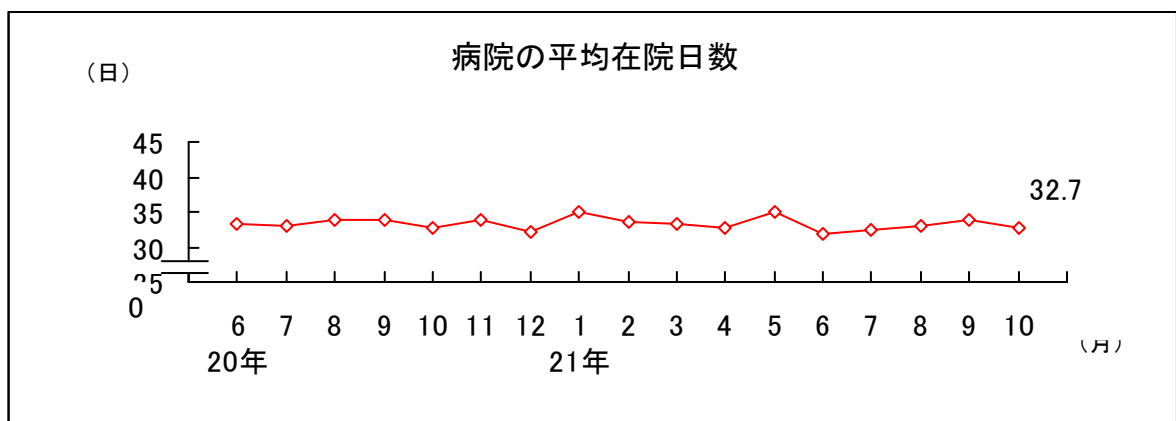
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



「病院報告(平成21年10月分概数)」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。

減収減益時代に打ち勝つ クリニック収益改善のポイント

ポイント

- ① 収益悪化！ データに見るクリニックの経営実態
.....
- ② 患者数・患者単価をアップさせるポイント
.....
- ③ コストを削減する取り組みポイント
.....

1 収益悪化！ データに見るクリニックの経営実態

■ 1 | クリニック収益悪化の実態

クリニック経営を取り巻く環境は、厳しさを増しています。医療制度改革や診療報酬改定といったクリニックに直接影響を及ぼす制度改革はもちろん、競合医院の増加など周辺環境の変化等も厳しさを増す要因となっています。

2年毎6月に実施されている医療経済実態調査（厚生労働省）のデータを見ても、平成13年6月と比較して、収支差額は991千円減少しています。年間に換算すると、11,892千円の減少となり厳しい経営状況となっていることが予想できます。

収入に関しては、平成14年度診療報酬改定における本体マイナス改定、健保法改正の影響を受けて、同15年6月に大幅な収入減少となりましたが、その後回復傾向にあります。一方、医業費用は、収入の伸び以上に増加しているため、結果として収支差額が減少している状況です。

◆厚生労働省：医療経済実態調査より

●一般診療所（その他） 無床 年度推移

（単位：千円）

	13年6月	15年6月	17年6月	19年6月
I. 医業収入	12,148	9,262	10,595	10,853
1. 外来収入	11,812	9,038	10,340	10,654
（1）保険診療収入	11,235	8,678	9,899	10,119
（2）その他の診療収入	577	361	440	535
2. その他の医業収入	336	224	256	200
II. 医業費用	10,151	7,672	9,136	9,847
1. 給与費	5,204	3,849	5,021	5,511
2. 医薬品費	1,923	1,411	1,582	1,789
3. 材料費	267	117	205	256
4. 委託費	438	304	408	419
5. 減価償却費	306	256	285	499
6. その他の医業費用	2,034	1,735	1,635	1,373
III. 収支差額（I－II）	1,998	1,590	1,460	1,007

■ 2 | 患者数は制度改正の影響で増減

下記の外来患者数の推移結果から、平成 15 年 6 月に大幅に患者数が減少していることがわかります。これは、平成 14 年 10 月と同 15 年 4 月に健保法等改正が行われ、本人負担額がそれぞれ老人 1 割、本人 3 割になったことにより受診抑制が働いたことが要因と思われます。また、診療報酬改定により長期投薬の撤廃がなされたことも受診回数減少に大きな影響を与えました。

その後、若干の増加に転じていますが、変わらず患者数は伸び悩んでいるため、増収までに至らない要因となっています。

● 同調査 外来患者数の推移

	13 年 6 月	15 年 6 月	17 年 6 月	19 年 6 月
外来患者数（各 1 ヶ月）	1,902 人	1,669 人	1,823 人	1,723 人
診療日数	23.6 日	23.4 日	23.4 日	23.3 日
1 日当り外来患者数	81 人	71 人	78 人	74 人

■ 3 | 職員数は増加傾向

下記 1 施設当たり従事者数の推移をみると、平成 13 年 6 月は 9.4 人だった従事者数が、15 年 6 月には 6.7 人と大きく減少していることがわかります。平成 15 年 6 月の減収は 2,886 千円となり、減収に伴い、大幅な人員整理を行ったことが要因と推測されます。

しかし、その後の 4 年間で、従事者数は再び 9.4 人となりました。収入は回復していないものの、従事者は増加していることが、収支差額悪化の大きな要因だと考えられます。

● 同調査 1 施設当たり従事者数の推移

(単位：人)

	13 年 6 月	15 年 6 月	17 年 6 月	19 年 6 月
医師	1.4	1.1	1.2	1.3
看護職員	2.7	2.0	2.2	2.9
事務職員	3.1	2.3	2.4	2.7
その他職員	2.2	1.3	1.5	2.5
計	9.4	6.7	7.3	9.4

今後クリニックが生き残っていくためのキーワードは、収益改善です。収益を改善しなければ、苦しい経営状況を変えることはできません。

そして、収入増加のためには、患者数を確保することと単価をアップさせること、さらには併せてコスト削減にも取り組む必要があります。

2 患者数・患者単価をアップさせるポイント

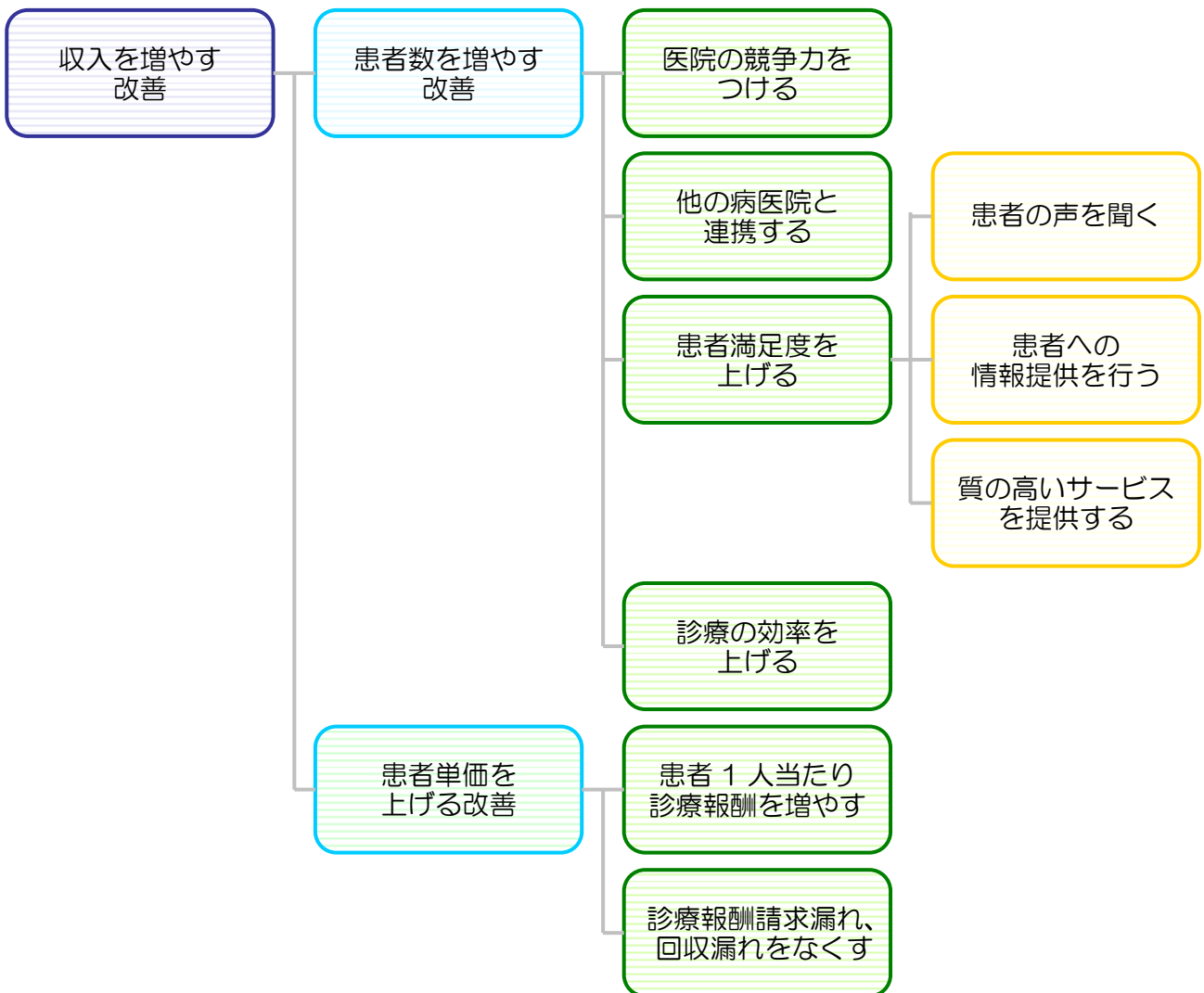
■ 1 | 収入を増加させる取り組み

必要利益の確保は、クリニック経営にとって非常に重要なテーマです。利益とは、収入から費用を差し引いた残りですから、その拡大のためには、収入を増やす、あるいは費用を減らすという2つの方向性があります。

本章では、収入を増加させる取り組みについて整理します。

(1) 収入を増加させる取り組みの全体像

クリニックにおける収入を増加させるポイントは、患者数を増やすか、患者単価を上げるのかの2点です。その全体像は、下記のとおりです。



3 コストを削減する取り組みポイント

■ 1 | コストを削減する取り組み

収入から費用を差し引いた残りが利益ですから、利益を増加させるためには、収入を増やすことと併せて、費用を減らす取り組みも重要です。

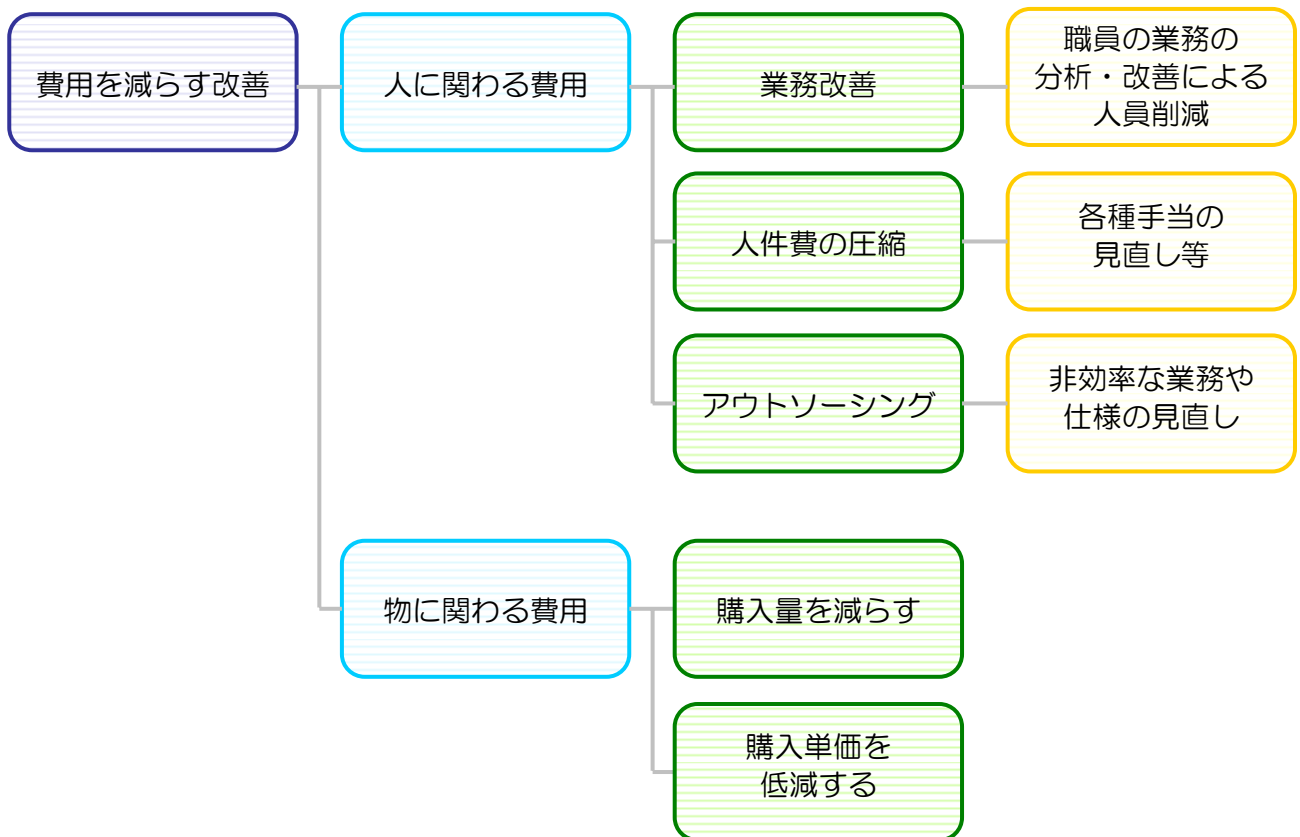
本章では、費用を減らす観点から、改善の視点や取り組み事例について紹介します。

(1) コストを削減する取り組みの全体像

クリニックの費用には、大きく「人に関わる費用」と「物に関わる費用」があります。

第一に、人に関わる費用には、業務や手当を改善する視点と、外部に業務を委託して費用を下げる、という2つの考え方があります。

また、物に関わる費用には、購入量と単位（価格、ロット等）を見直すことで、圧縮を図る方法が挙げられます。



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。



新たな看護職種の導入をめぐる問題



■ 医師と他医療従事者の役割分担の推進

平成 20 年度診療報酬改定で「医師事務作業補助体制加算」が新設されたように、病院に限らず、診療所においても医師の業務負担の軽減は、医療の質と安全の確保のために早急に取り組まなければならない課題であるとして指摘されてきました。

そして、平成 20 年 3 月に閣議決定された「規制改革推進のための 3 年計画（再改定）」に組み込まれ、政策的な検討課題として明確にされて以降、医師と医師以外の医療従事者との役割分担についての議論のなかで、専門性を高めた看護職種の導入検討が進められています。

■ 専門性を高めた職種導入の検討 ～「規制改革推進のための 3 年計画」

医師と他の医療従事者等の役割分担の推進

● 専門性を高めた職種の導入【平成 20 年度検討開始】

海外においては、我が国の看護師には認められていない医療行為（検査や薬剤の処方など）について、専門性を高めた看護師が実施している事例が見受けられる。（中略）専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討する。

■ NP が先進的に活動するアメリカと日本における状況

既に多くの NP が活動しているアメリカでは、州によって若干の違いはあるものの、様々な業務に携わっています。

医療保険制度上、高額な医療費を支払わなければならないアメリカでは、NP は低いコストで患者から求められる医療サービスを供給するシステムとして活躍しています。

◆ NP（米国）と日本の認定看護師の対比

	ナースプラクティショナー（米国）	認定看護師（日本）
資格・条件	<ul style="list-style-type: none"> ① 法的に制度化されている ② 一定以上の登録看護師職務経験 ③ 専門職大学院で必要な学位（専門分野に沿った修士号）を取得 ④ 試験に合格 	<ul style="list-style-type: none"> ① 保健師・助産師・看護師のいずれかの免許所有 ② 実務研修 5 年以上 （3 年以上は特定看護分野の実務研修） ③ 認定看護師教育課程修了 ④ 認定試験に合格（認定更新あり）
分野・領域	プライマリケア全般 婦人科、成人科、急性期（急性疾患治療）、小児、老年科（高齢者）、精神、救急、家族（大人＋小児＋婦人）、新生児	救急看護、皮膚・排泄ケア、集中ケア、緩和ケア、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、訪問看護、感染管理、糖尿病看護、不妊症看護、新生児集中ケア、透析看護、手術看護、乳がん看護、摂食・嚥下障害看護、小児救急看護、認知症看護、脳卒中リハビリテーション看護、がん放射線療法看護

経営データベース 2 抜粋

ジャンル: 医療制度 > サブジャンル: ナースプラクティショナー



医師の業務負担軽減策としての期待と懸念



■NP導入と医療提供体制の課題との関連

NPの導入については、より高い専門性を有する看護師が果たす役割への期待と、医師の業務負担軽減という2つの目的が混在しています。

前者は、看護職員に対する診療報酬上の評価の見直しを目指したものであり、「高い専門性」を認定するうえで適切な要件を定めることが必要になります。

一方、医師の業務負担の軽減という目的は、平成20年診療報酬改定において「勤務医の負担軽減」が重点項目の一つとされていたこともあって、その効果を検証しなければなりません。

■日本におけるNP導入に際して懸念される問題

(1) 医療の質の視点からの問題点

人の生命や健康にとって重大な影響を与える可能性がある診察や治療、処方などは、高度な医学的判断を伴うために、専門的な技術と知識を担保する有資格者によってのみ認められている行為であり、仮に一定の疾患についての外来診療を完結することについて、NPを導入していない医療機関で医師が同様の診療を行った場合と比較し、質を確保することに患者の納得を得られないのではないか、という懸念も挙げられています。

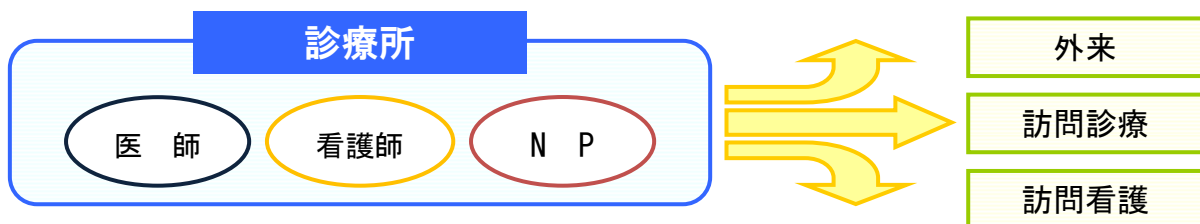
■医療従事者の職能拡大とチーム医療の今後

(1) 医療職における役割分担の具体例 ~厚生労働省医政局長通知より

厚生労働省は、医療関係職と事務職員等を含めて、医師と協働して取り組む業務における役割分担の具体例を示しており、現場の実情に即した業務分担のあり方が登場するにつれ、NPという新たな職種の導入によらず、現行の保助看法の枠組みの中で対応できる部分も大きいという指摘もあります。尚、現行法の医師の「包括的指示」のもと、侵襲性の高い特定の医行為を担う「特定看護師（仮称）」の創設に向けて、平成22年度よりモデル事業の実施が予定されています。

(2) 診療所でNPが機能する可能性

NP導入の議論におけるチーム医療の推進という、「他職種間の協働」というイメージから、病院を中心として展開されるような印象を抱きがちですが、診療所におけるNPがその機能を発揮する可能性は高いと言えるでしょう。それは、病状が安定した糖尿病または高血圧症の外来診療が、NPが行う業務の具体例として想定されていることからも頷けるはずです。



外来患者の日常生活を支える存在として、高齢患者に多い一部の慢性疾患の外来診療を担う存在として、診療所におけるNPは大きな可能性を持っているといえます。