

CONTENTS

はじめに	3
------	---

Chapter 1

病院業界を取り巻く現状と医療制度改革

01 2040年に向けての日本社会 少子高齢化という大波 2040年問題	12
02 医療制度改革 医療制度改革の背景と基本方針	14
03 全世代型社会保障改革 すべての世代に社会保障が行きわたる社会へ	16
04 医療提供体制の改革 2040年を見据えた医療提供体制の整備をめざして	18
05 高齢者の医療費 後期高齢者の自己負担割合のあり方	20
06 認知症対策 認知症高齢者支援施策の推進	22
07 定額負担の拡大 外来機能分化とかかりつけ医の普及	24
08 新型コロナウイルス感染症による影響 新型コロナウイルス感染症拡大による社会保障の新たな課題	26
09 働き方改革 医師の働き方改革	28

COLUMN 1

海外のコロナ対策はどう違った	30
----------------	----

Chapter 2

病院と政策との関わり

01 日本の医療制度の歴史 日本の医療制度の特徴	32
-----------------------------	----

02 医療体制 病院に関わる体制の変遷	34
03 医療と介護 医療と介護との連携	36
04 認知症 認知症高齢者の増加と病院	38
05 医療事故 医療事故再発防止に向けて	40
06 人材不足 医師、看護師の不足と確保対策	42
07 政策と報酬改定 報酬による制御と誘導	44
08 医療費改革 医療費の支払い方式の改革	46
09 医療機関の連携 地域の医療機関が協力する	48
10 予防医療 予防医療への転換	50

COLUMN 2

病院と政策、日米比較	52
------------	----

Chapter 3

病院の仕事と組織

01 病院の種類① 病院とクリニックの違い	54
02 病院の種類② 他にもある病院の種類	56
03 病院の組織 病院の組織は規模によって異なる	58
04 看護部の役割 患者との距離が最も近い看護部	60
05 薬剤科の役割 医療品を調剤するだけではない薬剤科	62
06 検査科の役割 適正な治療を行うために欠かせない検査科	64

07	放射線科の役割	
	体内の様子を画像化するだけではない放射線科	66
08	栄養管理科の役割	
	患者ごとにふさわしい食事の提供を行う栄養管理科	68
09	リハビリテーション科の役割	
	社会復帰の支援を行うリハビリテーション科	70
10	事務部の役割	
	病院の管理部門としてなくてはならない事務部	72
11	事務長の役割	
	病院のマネジメントを行う事務長	74
12	資格とキャリアアップ	
	医療従事者の職種・資格とキャリアアップ	76

COLUMN 3

海外の病院の働き方	78
-----------	----

Chapter 4

医療保険のしくみ

01	医療保険制度	
	保険料はどう使われる？	80
02	診療報酬	
	診療報酬はどのようにして決まる？	82
03	診療報酬を受け取る流れ	
	病院はどうやって診療報酬を受け取る？	84
04	高額療養費制度	
	医療費が多かったときに使える高額療養費制度	86
05	外来診療の料金	
	外来診療の基本料金のしくみ	88
06	入院費	
	入院費はどのようにして決まる？	90
07	健康保険適用外	
	健康保険が適用されない医療もある	92
08	医療保険の未来	
	この先医療費はどうなっていく？	94

COLUMN 4

米国の医療制度	96
---------	----

Chapter 5

病院が抱える慢性的問題

01	高齢化と病院	
	高齢化の影響を受ける病院業界の現状	98
02	入院日数	
	諸外国と比べて入院日数が多い日本	100
03	地域医療	
	地域の医療を支える公立病院	102
04	地方の医療	
	地方の医師不足	104
05	産婦人科医・小児科医	
	産婦人科医・小児科医が足りない	106
06	人手不足	
	医療従事者の労働問題	108
07	災害	
	増える災害、そのとき病院は？	110

COLUMN 5

病院で働きやすい環境をつくるために	112
-------------------	-----

Chapter 6

病院の質はどう守られている？

01	医療の質の評価方法	
	医療の「質」をどのように評価するか	114
02	治療における情報	
	インフォームド・コンセントとセカンドオピニオン	116
03	法令で守る	
	関係法令の順守を義務付けて医療の質を担保する	118
04	第三者機関の役割	
	病院機能評価による医療の質の評価	120
05	医療事故再発防止のために	
	医療安全の確保のために創設された「医療事故調査制度」	122
06	安全管理体制	
	各病院で整備が進む医療安全管理のための体制づくり	124

07 安全管理の実例	
医療安全管理の事例紹介	126

COLUMN 6

健康に、きれいになれるメディカルツーリズム	128
-----------------------	-----

Chapter 7

病院業界の経営

01 経営①	
病院業界の経営	130
02 経営②	
赤字に苦しむ病院	132
03 未払い問題	
未払い問題はどう解決する？	134
04 経営改善	
経営改善のために必要なこと	136
05 業務の効率化	
病院に求められる業務の効率化	138
06 ブランディング	
病院も求められるブランディング	140
07 在宅医療・遠隔医療	
在宅医療・遠隔医療の増加	142
08 医業外事業	
医業外事業の展開	144
09 予防を目指して	
健康拠点としての病院	146

COLUMN 7

日本の病院の海外進出	148
------------	-----

Chapter 8

医療関連ビジネス

01 病院と関係する業界とは	
病院とビジネスをするということ	150
02 医療機器業界	
なくては治療ができない医療機器	152

03 医薬品業界	
よく効く医薬品を患者のもとへ	154
04 衛生材料業界	
日々大量に消費される衛生材料	156
05 臨床検査業界	
治療の根拠となる臨床検査	158
06 遠隔画像診断	
早期発見・早期治療の第一歩 遠隔画像診断サービス	160
07 給食や掃除などの外部委託	
病院を快適な場所にする病院給食、リネンサプライ、院内清掃	162
08 コンピュータ業界	
医事コンピュータで医療事務の効率化を	164
09 医療従事者向け人材紹介業界	
不足する人材を確保する医療系人材紹介会社	166
10 病院経営を健全に	
病院に特化した経営コンサルタント	168
11 その他の業界とのつながり	
運動施設、レストランなど	170

COLUMN 8

医療周辺ビジネスのトレンド	172
---------------	-----

Chapter 9

ITで変わる病院業界

01 電子カルテ	
電子カルテは進化する	174
02 IoT	
IoTで診療が変わる	176
03 オンライン診療	
コロナ禍で進んだオンライン診療	178
04 VR	
医療現場で活用されるVR	180
05 ロボット	
開発が進むロボット技術	182
06 ビッグデータ	
ビッグデータをどう使う？	184
07 AI	
期待される医療AI	186

08 個人情報	
ITの進化と個人情報保護	188

COLUMN 9

医療用に利用できるスマートウォッチ類の普及と問題点	190
---------------------------	-----

Chapter 10

先進医療で未来はどう変わる

01 先進医療と未来	
先進医療とは？	192
02 先進医療の種類	
代表的な先進医療	194
03 ゲノム編集	
ゲノム編集技術を用いた治療法が開発中	196
04 再生医療	
研究開発が進む再生医療	198
05 美容	
美容外科でも期待される再生医療	200
06 評価療養	
医療技術の進歩を支える評価療養の制度	202

COLUMN 10

人はいくつまで生きられるようになるか	204
--------------------	-----

用語索引	205
------	-----

医療制度改革の背景と基本方針

今回の医療制度改革では、新型コロナウイルス感染症による影響で、人々の価値観や生活スタイルも大きく変化するなか、2022年度の診療報酬改定の基本方針が策定されました。

コロナ禍以降の社会変化で医療が変わった？

2020年以降世界的に流行している新型コロナウイルス感染症は、病院業界にも大きな影響を及ぼしています。なかでも、特に大きな打撃を受けたのが外来受診です。当初はこの感染症に対して知識が乏しく、たとえ医療従事者であっても新型コロナウイルス感染症患者や感染が懸念されている人々への接触が敬遠されていました。その後は、**診療・検査医療機関**などの設置や医療機関、医師も知識と経験を得て、また人々の認知度も上がり、適切な診療の提供も行われるようになりました。コロナ禍で**新たに普及した診療手段が電話や情報通信機器を用いたオンライン診療**で、実際に実施医療機関も増えてきています。

コロナ禍のなかでの診療報酬改定

そのような状況のなか、2年に1度実施される**診療報酬改定**を迎えました。今回の診療報酬改定の基本方針としては、4つの大きなポイントがあります。1つ目は、新型コロナウイルス感染症などにも対応できる医療提供体制の構築をすること。2つ目は、世界有数の長寿国でもある日本では健康寿命も伸びていることから人生100年時代を見据えた「全世代型社会保障」の実現をすること。3つ目が、患者・国民にとって身近であり、安心・安全で質の高い医療の実現をすること。そして、4つ目が、社会保障制度の安定性を図り、持続可能性の確保を通じて、安心・安全な暮らしを実現し、経済成長と経済成長の証である富の分配という循環サークルの創出に貢献するということです。以上4つが、重点課題として組み込まれました。

診療・検査医療機関
発熱患者などが地域において適切に診療および検査を受けられるようにするため、発熱患者への診療・検査を行う医療機関を診療・検査医療機関という。

オンライン診療

スマートフォンなどの情報通信機器を介して、診察や薬の処方を受けることができる、新しい診療形式で外来通院困難な患者を中心に2018年4月から保険診療可能になった。

診療報酬改定

診療報酬の内容や点数の見直しを行うために、原則として薬価については1年に1度、その他の報酬や価格については2年に1度実施される。

オンライン診療の普及

●電話で受診



メリット

- ・PCを使えない人でも診療できる
- ・患者が出かけずに済む

デメリット

- ・顔色や表情がわからない
- ・見た目の変化がわからない

●オンラインで受診



出典：著者作成

メリット

- ・顔色や表情がわかる
- ・感染リスクが避けられる
- ・遠隔地の人が受診できる

デメリット

- ・PCが必要
- ・医師が患者に触れられない

全世代型社会保障

ひとり・ひとりが
豊かさを実感できる社会の実現

柔軟で強靱な保健・医療・介護の構築

- ・新型コロナから国民を守る医療など提供体制の確保
- ・地域包括ケアシステムの構築

「成長と分配の好循環」の実現

- ・雇用維持・労働移動・人材育成
- ・多様な人材の活躍促進、働きやすい職場づくり

子どもを産み育てやすい社会の実現

- ・総合的な子育て支援
- ・不妊症、不育症の総合的な支援

安心して暮らせる社会の構築

- ・地域共生社会の実現
- ・安心できる年金制度の確立

出典：「令和4年度厚生労働省予算案の概要」を基に作成

2040年を見据えた 医療提供体制の整備をめざして

少子高齢化が進展していき、必然的に日本の人口構造は変化していきます。2040年は高齢者数がピークとなりさまざまな影響が予想されるなか、医療制度体制の整備が必要となってきます。

医療提供体制の展望を確実に見極める

日本の人口はすでにピークを迎え、人口減少の時代に入ってきています。しかも、今後も少子高齢化は進み、労働人口よりも、介護や医療が必要な高齢者の割合が増えていきます。そのため、将来の医療提供体制を整備するためには、高齢者数がピークとなる2040年になる前、団塊の世代が75歳となる2025年までにいくつかの改革に着手しておく必要があります。

医療提供体制を変える3つの改革

地域医療構想

2025年に必要となる病床数を4つの医療機能ごとに推計し、病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現する取り組み。

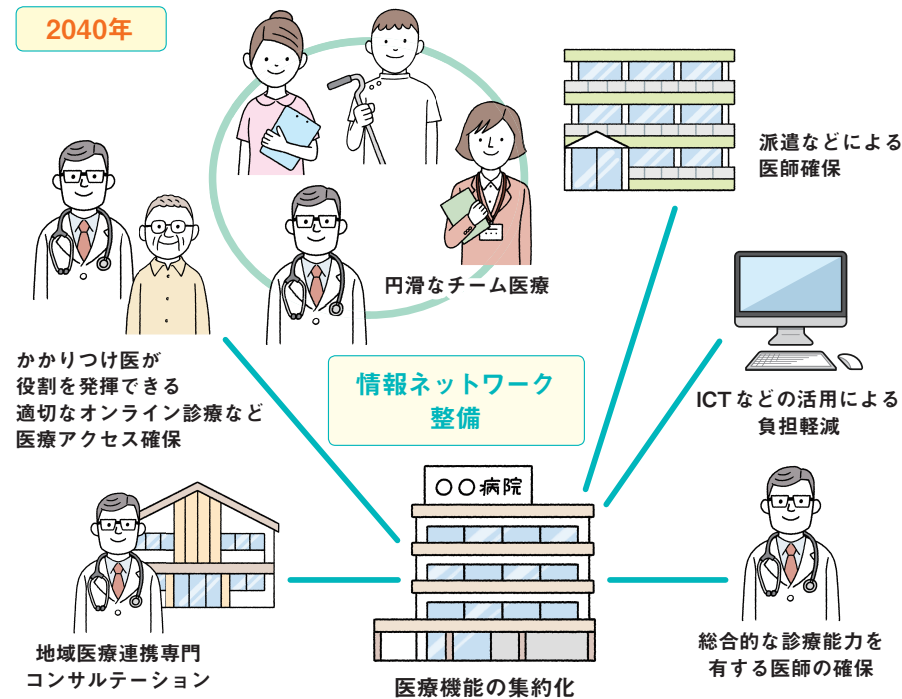
医師偏在

医師が特定の地域や診療科などに偏って属していること。医師の絶対数が少ない厳しい勤務形態や訴訟リスクのために、特定の診療科に医師が集まりづらいこと。

まず1つ目は、医療提供体制を整備するにあたり、「**地域医療構想**の実現など」を行うことです。それは将来人口推計をもとに2025年に必要となる病床数をそれぞれ高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの医療機能ごとに分けて効率的な医療提供体制を実現する取り組みを行います。2つ目に「実効性のある**医師偏在**対策の着実な推進」を行うことです。**地域医療における課題は医師不足**であり、病院業界にとっては大きな問題です。医師不足はもともと臨床研修制度に原因があり、症例数が多く勤務条件のよい都市部の民間病院に多くの研修医が流れ、**医師が都市部に偏在することによって**地方の医師不足問題が起きました。また**過酷な労働環境や診療科間の負担の違いも原因**だとされています。こうした医師の偏在の改善を行い、本来必要とされる地域や診療科で医師が不足しないようにしていきます。

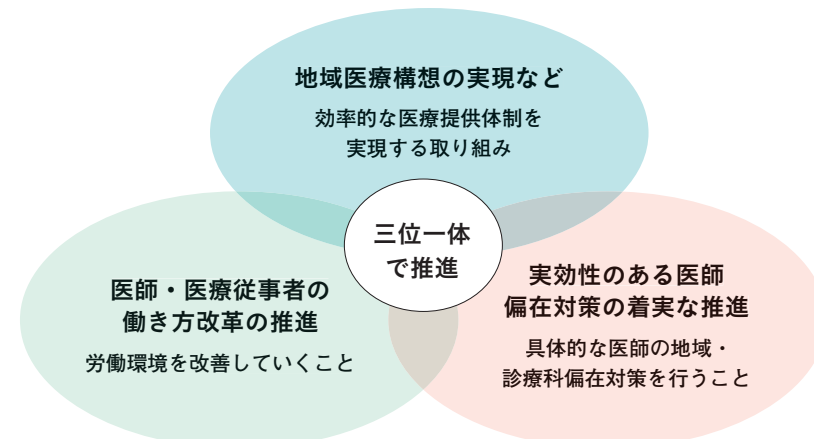
そして、3つ目が「**医師・医療従事者の働き方改革の推進**」です。職種柄、長時間労働の医師が多いため、**労働時間の管理徹底を行うことが必要**です。各医療関係職種の専門性の見直し、また地域の実情に応じた医療提供体制の確保が必須となるでしょう。

2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）



出典：厚生労働省「医療提供体制の改革について」を基に作成

2040年を展望した医療提供体制の改革について



出典：厚生労働省「医師の働き方改革～医師の自己犠牲の上に成り立つ医療提供体制からの転換～」を基に作成

医療と介護との連携

日本では年々高齢者が増加しています。介護だけでなく、高度な医療を必要とする高齢者も増えてきており、医療と介護との連携は必要不可欠なものとなっています。

医療と介護は密接な関係

高齢者の増加が著しいなか、高齢者の一人暮らしや高齢者だけで生活をしている世帯が増えています。高齢になると、介護を必要とすることが増えてきます。また高齢になれば、疾病を有する割合も多くなってきます。

こうして高齢者の増加に伴い、介護の必要性とともに、医療の必要性も増えてきます。特に複数の疾病を抱えていると、日常生活のケアをするだけでは、本質的な解決ができません。

高齢者が地域で安心して暮らし続けられるためには、**医療と介護が高齢者の情報共有などを行い、連携を取って、ケアをしている**地域包括ケアシステムの充実が不可欠となります。

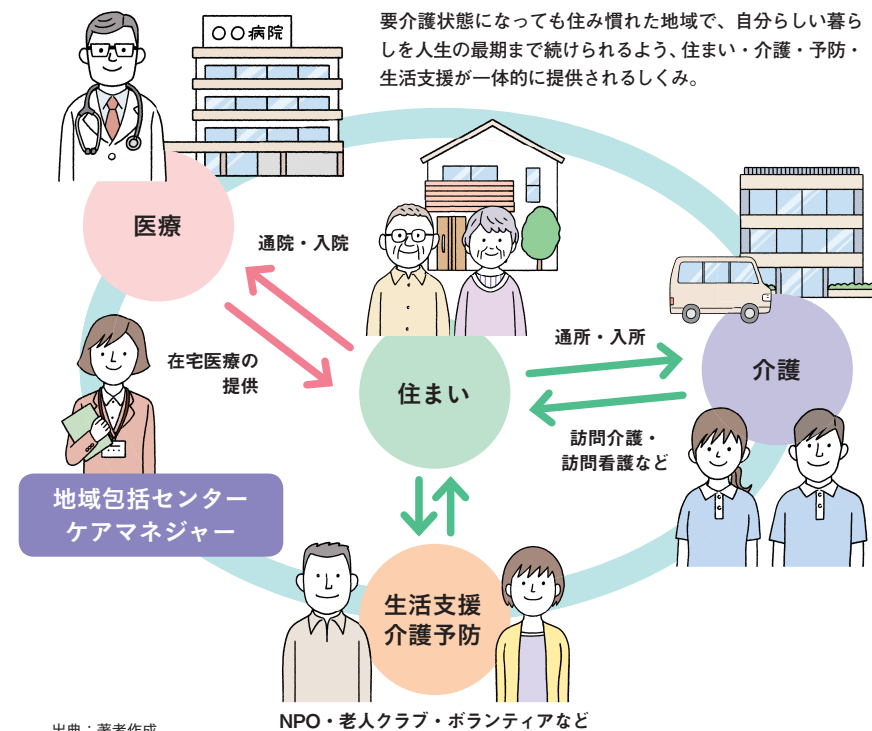
医療と介護との連携の必要性

医療と介護を連携させた相互的なサービスを提供するためには、医療・介護関係者が相互に信頼できる「**風通しの良い信頼関係**」をつくりあげ、日頃から患者・利用者に関する必要な情報の共有をしていくことが重要となります。

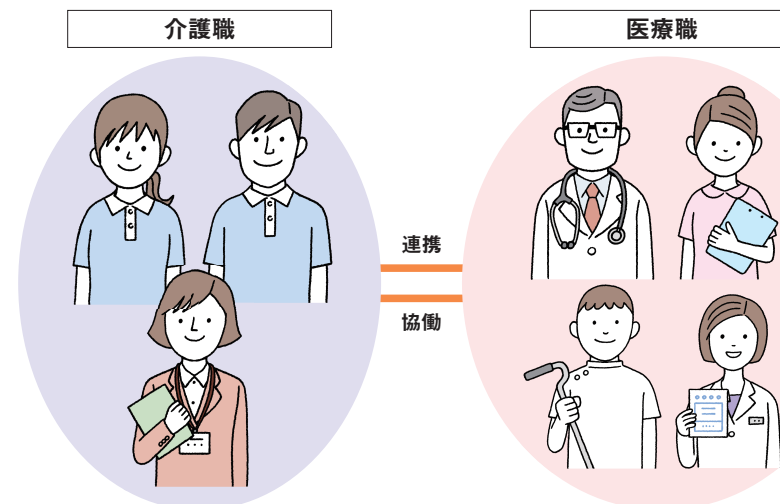
このような医療・介護関係者同士の「風通しの良い信頼関係」を構築することで、入院時から退院後の生活に必要な医療や介護サービスの調整などがスムーズにできるようになり、患者・利用者やその家族などが安心して地域で生活することが実現できるようになります。

さらに、感染症拡大という非常事態では、医療・介護が常日ごろから連携を取って、感染拡大防止に対する体制を整えておくことが重要となってくるでしょう。

地域包括ケアシステム



医療職と介護職の連携



地域包括ケアシステム

それぞれの地域の実情にあった医療・介護・福祉などの関係者が連携、協力して一体的に提供する体制のこと。

風通しの良い信頼関係

組織内において、お互いの関係がフラットであること、意見を言い合える環境で意思疎通や情報共有がうまくいっていることなどを意味する。

医療費が多かったときに使える 高額療養費制度

けがや病気で高額な医療費がかかった場合、高額療養費制度を利用することができます。これは、医療費の自己負担額が高額になった場合に負担を軽減する制度です。

高額な医療費を支払ったとき

高額療養費制度は、私たちが医療機関を受診する際や、薬局の窓口で支払う医療費が1か月に一定額（自己負担限度額）以上になった場合に申請することで、超過した分を払い戻して患者の経済的負担を減らすための公的医療保険の制度です。上限額は、年齢や所得に応じて定められており、いくつかの条件を満たすことにより、負担をさらに軽減するしくみも設けられています。

ただし、この制度を利用できるのは、公的医療保険の被保険者で、保険料の滞納がない人が対象となります。また制度の対象となるのは**保険適用**で、かつ高額な医療ということになります。被保険者すべての人が安心して医療を受けられるように、国は平成29年8月から、70歳以上の人の高額療養費の上限額について段階的に見直しを行っています。

先進医療に高額療養費は適用されるの？

先進医療は高額な医療費がかかりますが、公的医療保険対象外のため全額自己負担になります。また保険対象外ということもあり高額療養費として適用されません。

先進医療以外にも美容整形、人間ドックなどの自費健康診断、差額ベッド代、入院時食事療養費などは保険適応外のため対象外になります。なお1人の医療費だけでは高額療養費の上限額に達しなくても、高額療養費を**世帯合算**することで上限額を超える場合は、高額療養費制度の給付を受けられる可能性があります。この場合、世帯が同じ公的医療保険に加入していることが必須条件となっています。

上限額

毎月の上限額は、加入者が70歳以上かどうかや、加入者の所得水準によって分けられる。また、70歳以上の人には、外来だけの上限額も設けられている。

保険適用

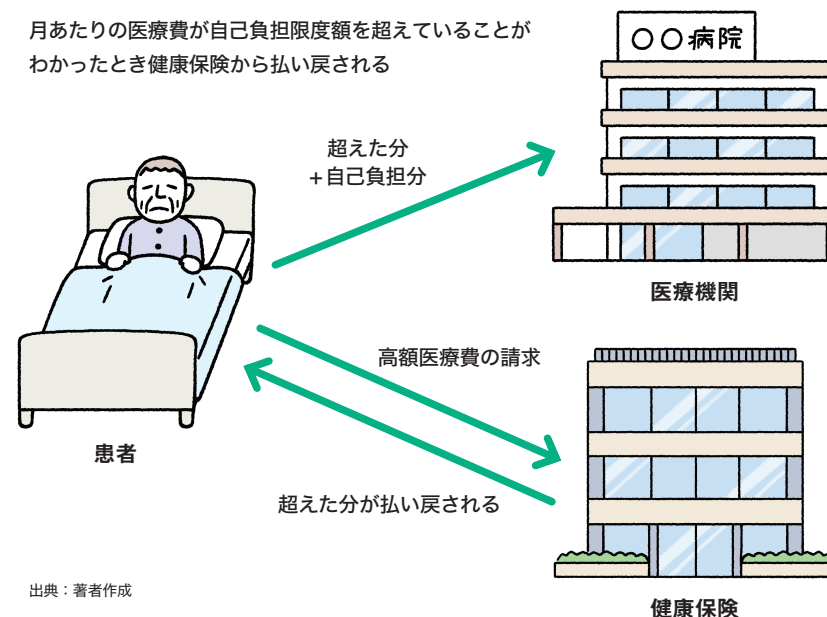
美容整形や先進医療などは、保険が適用されない。

世帯合算

1人分の窓口負担額が上限額を超えなくても、同じ世帯窓口として1か月単位で合算することができる。

高額療養費制度とは

月あたりの医療費が自己負担限度額を超えていることがわかったとき健康保険から払い戻される



出典：著者作成

高額療養費の上限 平成30年8月からの上限額（70歳以上）

適用区分	外来 (個人ごと)	外来 + 入院 (世帯ごと)
Ⅲ 課税所得 690 万円以上の方	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1% <多数回 140,100 円>	
Ⅱ 課税所得 380 万円以上の方	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1% <多数回 93,000 円>	
Ⅰ 課税所得 145 万円以上の方	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% <多数回 44,400 円>	
課税所得 145 万円未満の方	18,000 円 [年間の上限 144,000 円]	57,600 円 <多数回 44,400 円>
Ⅱ 住民税非課税世帯		24,600 円
Ⅰ 住民税非課税世帯 (年金収入 80 万円以下 など)	8,000 円	15,000 円

出典：厚生労働省「高額医療費の上限額が変わります」を基に作成

外来診療の基本料金のしくみ

病院で診察を受ける場合、誰でも最初はまず外来診療を受けます。必ず支払うのが初診料（初回のみ）、再診料（200床未満）、外来診療料（200床以上）となります。

保険点数

医療行為に対する診療報酬を点数で表したものです。1点=10円で換算される。

情報通信機器を用いた初診

オンライン診療が可能であること。施設基準および算定条件を満たし厚生局への申請が必要。再診の算定もある。

外来感染対策向上加算

組織的な感染防止対策。施設基準を満たし、厚生局への申請が必要。診療所のみ算定可能。

連携強化加算

感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況などについて報告を行っていること。

サーベイランス強化加算

院内感染対策サーベイランス、感染対策連携共通プラットフォームなど、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

誰でも最初は外来診療から

私たちが体調不良やけがにより病院で初めて受診した場合、会計で支払う診療料のことを初診料と呼びます。その症状やけがの治療が終わるまでの間では、初回だけに算定されるものです。ちなみに初診料の**保険点数**は288点、つまり2,880円が実際にかかる費用となります。例えば健康保険の自費負担割合が3割の方ならば860円となります。それに加えて、受診した曜日や時間帯、さらに条件などによっても加算される項目が多数あります。また2022年の診療報酬改定では、昨今の新型コロナウイルス感染症の影響を受け、**情報通信機器を用いた初診をはじめとして、外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算など、新設される外来の加算項目も増える改定となりました。**

2回目以降は料金が違う？

2回目以降、その症状やけがの治療が終わるまでの間は再受診の度に算定されるのが再診料です。そして治療していたけがや病気が完治すれば終診となります。

なお、再び同じ病院での受診であっても、別の症状やけがの場合は新規の診療（初診）という扱いになり、初診料が算定されます。ただ、症状やけがの状態は一定ではなく、あらかじめ想定された算定では反映しにくい例外も多数あるのが現状です。そのため、医療機関の（現状に沿った医師の判断による）裁量により算定パターンが変化することもあります。初診同様、最新であったとしても受診した曜日や時間帯、さらに条件などによっても加算される項目が多数あります。

診療明細書

診療明細書					
入院外		保険			
患者番号		氏名	山田太郎 様	受診日	2022年〇月〇日
受診科					
部	項目名	点数	回数		
診療料	*初診料	288	1	行った処置の内容 1点10円	
	*外来管理加算				
在宅	*在宅自己注射指導管理料（月28回1H）	750	1		
	*血糖自己測定器加算（月90回以上）（1型糖尿病の患者に限る）	1170	1		
処方	*処方せん料（その他）	68	1		
	*生化学的検査（I）判断料	144	1		
	*血液学的検査判断料	125	1		

出典：著者作成

領収証

(別紙様式1)		(医科診療報酬の例)	
領収証			
患者番号	氏名	請求期間（入院の場合）	
	山田 太郎 様	2022年 月 日 ~ 年 月 日	
受診科	入・外	領収書 No.	発行日
内科	外		年月日
		費用区分	負担割合
		社保	3割
		本・家	本人
		区分	被保険者
保険	診療料	288点	点
	注射	1点10円	点
	病理診断	点	点
	診療報酬(DPC)	点	点
	食事療養	点	点
保険外負担	評価療養・選定療養	点	点
	その他	点	点
	(内訳)	(内訳)	
合計		17,815円	円
負担額		7,635円	円
領収額合計		7,635円	
治療費の合計と実際の負担分		(食事・生活)	保険外負担

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇〇〇〇病院 領収印

出典：著者作成

地域の医療を支える公立病院

公立病院は、地域の人々の健康を支えるため、重要な役割を果たしています。しかし、公立病院は経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっています。

公立病院の必要性

公立病院は、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしています。多くの公立病院において、経営状況が悪化するに伴う医師不足のため診療体制の縮小をせざるを得ないなど、その経営環境や医療提供体制の維持は極めて厳しい状況です。へき地医療、救急医療、感染症医療、周産期医療、小児医療や新型コロナウイルス感染症において、一般では受け入れ難い患者を受け入れているのが公立病院です。地域の必要な医療を行うのが公立病院の宿命ともいえるでしょう。

不採算医療を担う公立病院の経営は厳しいですが、国民にとってはなくてはならない病院であることには違いありません。

不採算医療

治療をすればするほど、赤字になってしまうこと。

公立病院の経営状況

以前は、全公立病院の7割以上が赤字という極めて厳しい経営状況にありました。それを改善すべく、国は平成19年に経営の効率化・見直しを図る「公立病院改革ガイドライン」、そして平成27年には地域医療構想を踏まえて「新公立病院改革ガイドライン」に基づき、すべての公立病院が新改革プランを試みました。また令和3年12月には「公立病院経営強化プラン」についてのアナウンスがあり、令和4年から令和5年にかけての公立病院経営強化プランがスタートすることとなります。

これまで公立病院はさまざまな経営努力を試みてきました。医療収益は増加しているものの、同時に職員給与費なども同程度に増加し、医療収支比率、他会計繰入金割合は横ばい、多額に上る累積赤字など、引き続き厳しい経営状況が続いているのが現状です。今後の公立病院経営強化プランに期待をしたいものです。

公立病院改革ガイドライン

総務省が実施調査してきた結果を元に策定した効率病院改革プラン。

新公立病院改革ガイドライン

平成27年に改定された公立病院改革プラン。

公立病院経営強化プラン

持続可能な地域医療提供体制を確保するためのガイドライン。

▶ 新公立病院改革ガイドラインにおける公立病院に期待される主な機能

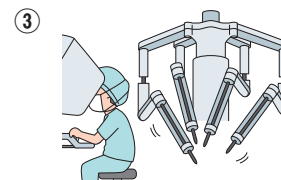
公立病院に期待される主な機能の具体例



① 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地などにおける一般医療の提供



② 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供



③ 県立がんセンター、県立循環器病センターなど地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供



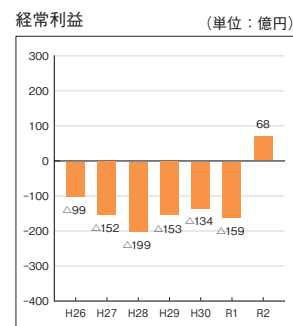
④ 研修の実施などを含む広範的な医師派遣の拠点としての機能

出典：厚生労働省「今後の地域医療構想の進め方について」を基に作成

▶ 規模別の公立病院の経営状況（300床未満）

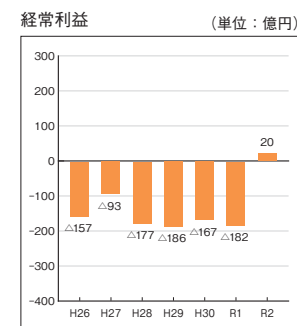
公立病院は民間病院のできない高度な医療を行うことを前提としているため、経営は二の次、赤字でも仕方ないという風潮が長年続いてきた。しかし、年々高騰する医療費に加え、国家の財政難をきっかけに、公立病院の赤字経営からの脱却をするプロジェクトが始まった。

200床以上300床未満病院 (R2：99病院のうち黒字病院は57病院)



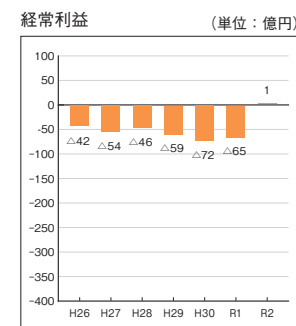
経常損失

100床以上200床未満病院 (R2：207病院のうち黒字病院は108病院)



経常損失

100床未満病院 (R2：255病院のうち黒字病院は123病院)



経常損失

出典：総務府「公立病院経営強化 公立病院の経営状況」(300床未満)を基に作成

病院機能評価による医療の質の評価

行政の検査とは全く異なる視点で、第三者機関による「病院機能評価」が実施されています。中立的な見地から“患者中心の医療”という視点を重視した評価が行われ、評価を通じて病院の質の改善を支援する取り組みです。

中立的、科学的、専門的な見地からの評価

(財)日本医療機能評価機構

1995（平成7）年に設立された公益財団法人。病院機能の評価などの事業や評価調査者の養成事業などを行っている。

(財)日本医療機能評価機構は、1997年から「病院機能評価」を実施しています。これは一般病院、リハビリテーション病院など機能別に7種に分類された病院を対象とし、組織全体の運営管理や提供される医療について中立的、科学的、専門的な見地で評価するものです。

その評価は、病院組織の基本的な姿勢、診療・ケアにおける確実で安全な実践など4つの領域にわたり、患者中心の医療という視点が重視されることが特徴です。

客観的な現状把握と具体的な改善目標

「病院機能評価」は義務ではなく、病院の自発的な申し込みに基づくもので、病院の状況を一定の書式に記した書面審査と、サーベイヤー（評価調査者）が病院に出向く訪問審査を実施します。その結果、医療サービスを提供する体制が整備されていると判断されればその病院は「認定」され、外部に向けて「認定病院」であることをPRできます。認定期間は5年です。

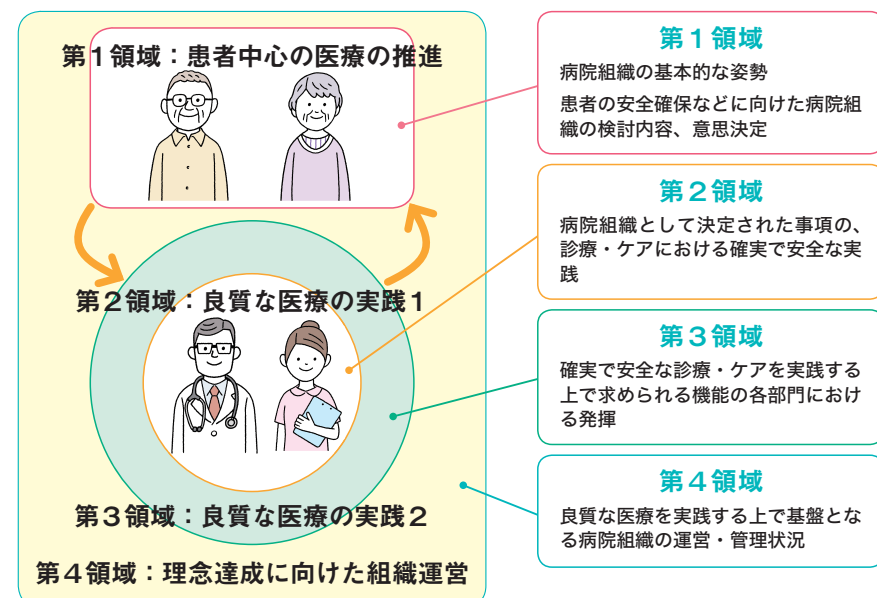
ただし受審費用が高額なことや、審査準備に時間と労力がかかることもあって受審率は伸び悩み、認定病院の割合は全国の病院の4分の1程度にとどまっています。

しかし受審した病院が現状を客観的に把握でき、具体的で現実的な改善目標を設定しやすくなるというメリットがあります。また、改善策について相談や助言を受けることもできます。その結果、医療の質が向上したり、職員の意識改革につながったりすることが期待されます。

サーベイヤー（評価調査者）

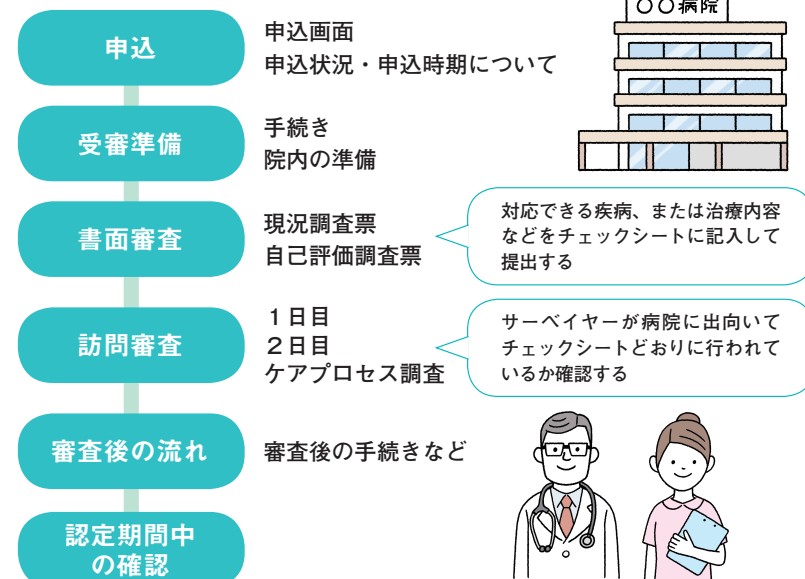
「診療管理」「看護管理」「事務管理」の3つの専門領域があり、病院の管理職としての経験や専門的な知識が必要とされる。

病院機能評価による評価対象領域



出典：公益財団法人「日本医療機能評価機構HP」を基に作成

病院機能評価による審査の流れ



出典：公益財団法人「日本医療機能評価機構HP」を基に作成

病院に求められる業務の効率化

病院は一般の企業とは違い、収益よりも患者の命や健康が最優先になります。しかし、経営が安定していなければ、質の高い医療サービスを提供することはできません。

それぞれの業務が混在している現場

病院においては、常に患者が最優先となっています。医療従事者として病院内で勤務している職員は、それぞれ職種が異なっていれば、業務内容も異なります。

さらに業務の対象となる患者に対して、異なる多職種がほぼ同時に業務を行うので、業務が滞ったり、業務の抜けが生じたりすることもあります。

さらに業務効率が低かったり、生産性が低かったりすれば、利益率も低下し、医療サービスの品質も低下して病院経営にも影響してきます。医療サービスの品質が低下すると、病院からの患者離れが発生するようになります。そうすると、自ずと収益は悪化して、赤字に転落してしまいます。

医療系職員と事務系職員との役割分担

病院では良質な医療を継続的に提供するという理念を持って、医師をはじめさまざまな医療専門職が業務に専念することで、効率的な業務運営を行うことが大切です。そのために、事務職員が適切な役割分担を行うことによって医療専門職をバックアップし、病院全体の組織を効率的に運営していきます。そのような地道な努力が、病院組織を盤石なものとしています。また、事務職員のサービスの向上は、患者満足度が高まることにもなります。

一方、医師や看護師、薬剤師、検査技師、理学療法士、放射線技師など、**コメディカル**を中心として一連の流れを持った業務が流れていきます。これらの業務もスムーズに流れるように各職種間の密な連携はもちろん、院内における所属部署の配置、**動線**も無駄なく配置することが病院経営を支える根幹となります。

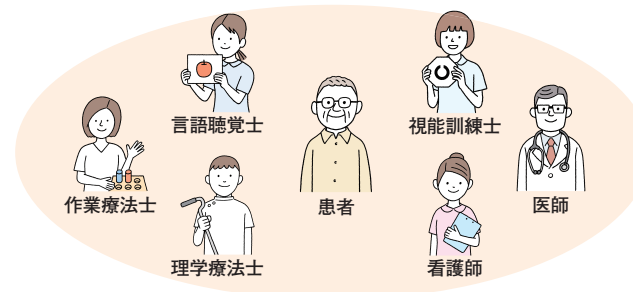
コメディカル

医師や歯科医師の指示の下に業務を行う看護師、理学療法師などの医療従事者。

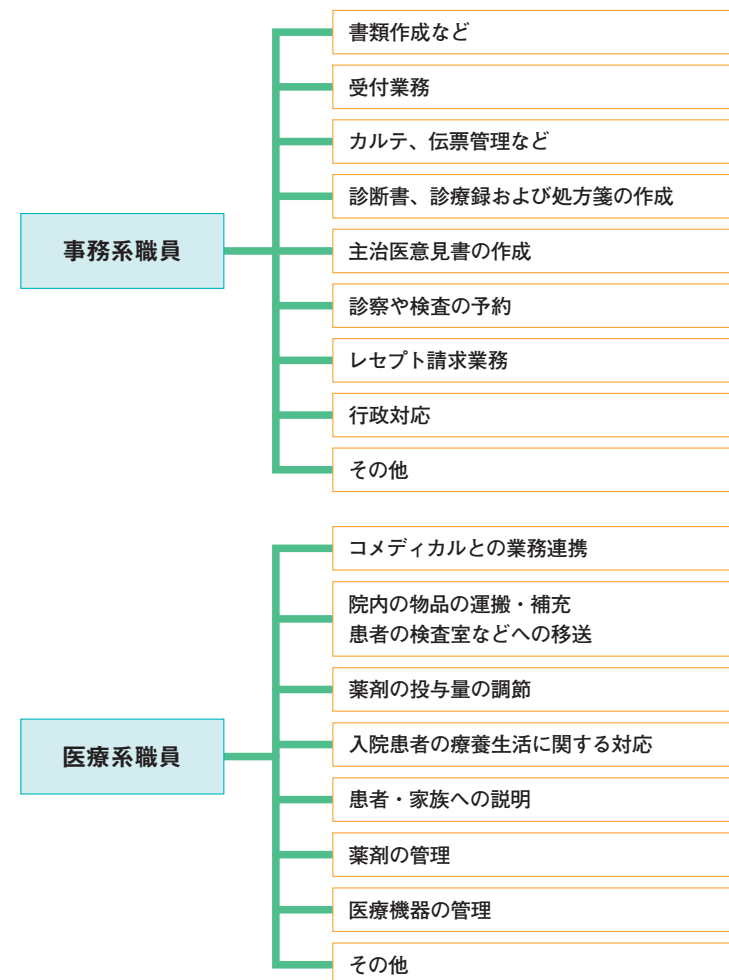
動線

建物の中を人が自然に動くときに通ると思われる経路。

病院は患者を中心とした現場



病院内役割分担



出典：厚生労働省「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進」を基に作成