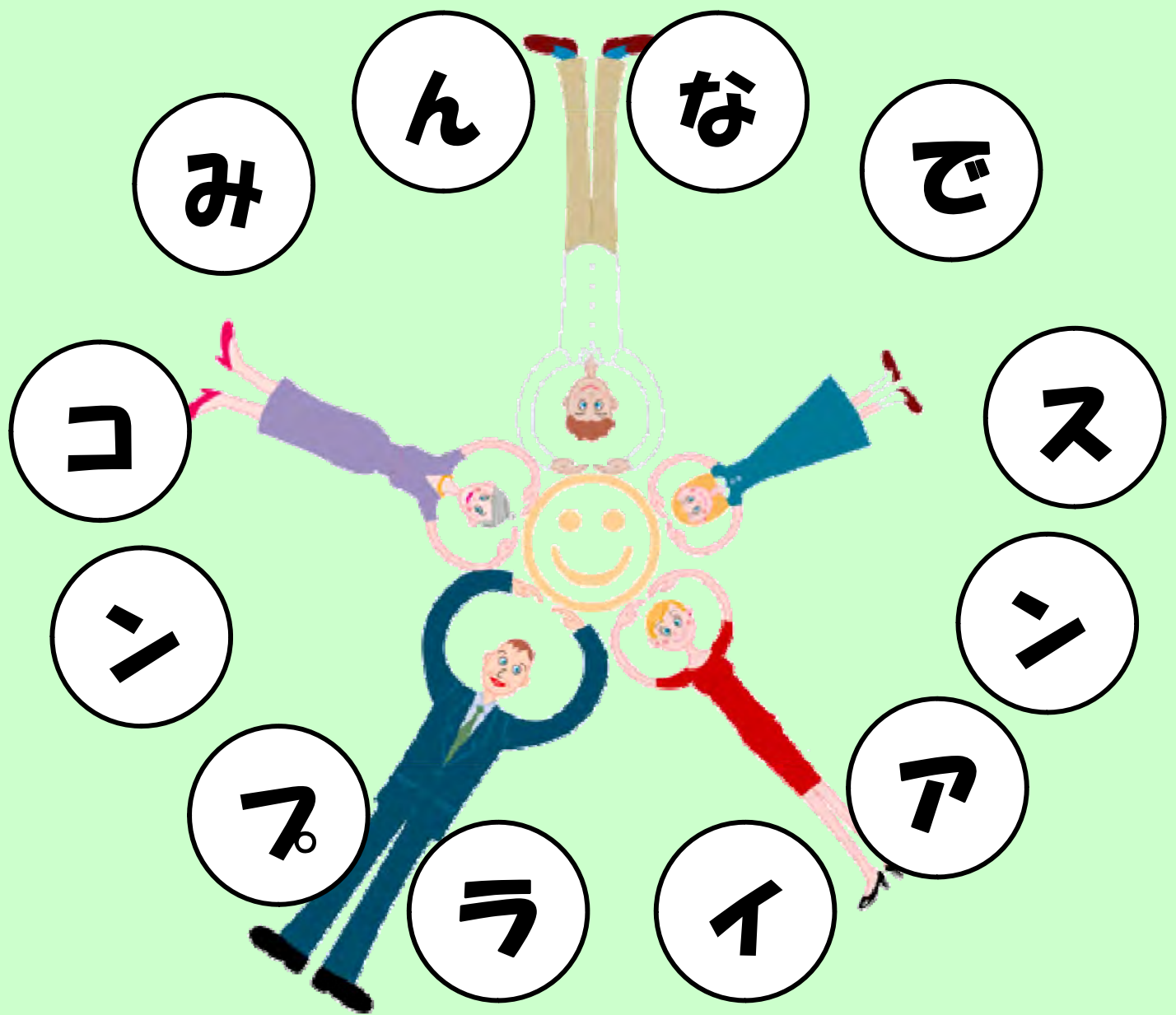


中小病院向け

コンプライアンス体制 構築のためのポイント



コンプライアンスをここから始めてみませんか？



Step 1

コンプライアンスってなに？

コンプライアンス遵守ってよく言われるけど、
そもそもなんで大事なの？
忙しくて、コンプライアンスについてなんか
考えてられない！



コンプライアンスを守らなかったら重大な事
故につながりかねません。
時には病院の存続をも危ぶませます。
例えば、過去にこのような事例がありました。



【事例1：医療事故】2012年

大声を上げていた認知症入院患者を静かにさせるため、看護師がうつ伏せの状態の患者に布団をかぶせ、窒息死(胃から逆流した消化物が気道に詰まる)させた。

【事例2：医療事故】2000年

患者の人工呼吸器の加温加湿器に、本来注入するはずの滅菌精製水と形状が酷似していた消毒用エタノールを誤注入し、死亡させた。

【事例3：不正受給】2009年

生活保護受給者に対して不必要な治療を施し、診療報酬を不正受給した。中には死亡した者もあり、病院は閉鎖され、事務長とカテーテル納入業者には有罪判決が下っている。

【事例4：情報漏えい】1999年

非常勤研修医が患者情報(氏名、年齢、性別、検査画像等)をUSBメモリに無断コピーし、紛失した。病院ではパスワードなどのセキュリティ対策が講じられていなかった。

そもそもコンプライアンスとは・・・

広辞苑では、

「社会規範・企業倫理を守ること。法令遵守。」
と定義されています。



裏を返せば、業務遂行上、関連する法令違反やグレーとされる行為、信頼を損なう行為を行わないことを言います。

つまり、コンプライアンスの本質は「**社会的要請**」を正確に把握して、これに応じた行動をとることです。したがってコンプライアンスとは、**法令を遵守さえすればいい**という訳ではありません。

先にみた事例のように、コンプライアンスに反すると、長年に亘り積み上げてきた信用や信頼が一瞬にして崩壊してしまいます。地域で必要な医療を安定・継続して提供し続けるためにもコンプライアンスの徹底は必要不可欠な取り組みです。

コンプライアンスの遵守は、事務長や看護部長だけの責任ではありません。コンプライアンスの推進には、**経営トップの覚悟が何よりも大切です。**

では、Step2でコンプライアンス対策項目の洗い出しをしてみましょう。次に、Step3以降でコンプライアンスを推進する際のポイントを学んでいきましょう。

Step2

コンプライアンス対策 項目を洗い出してみよう

あなたの病院はどれだけ当てはまりますか？

項目	○/×
委員会の設置、責任者の配置などコンプライアンス組織体制の整備を行っている	
患者情報の保護対策を行っている	
アクシデント・インシデントの収集分析など、医療事故を防止するための安全確保に向けた取組みを実施している	
患者やその家族からの意見・苦情の収集を行う体制を整えている	
院内感染対策を行っている	
緊急災害対策を行っている	
医療事務の適切性に対する監査を実施している	
コンプライアンスに関する職員研修や勉強会を実施している	
パワハラ、暴力対策など職員の安全管理を行っている	
職員の人事・労務管理を適切に行っている	

私の病院でもだいたい実施している取組みが多いわ。意外とコンプライアンス推進ができていってことね！

ちょっとまって！
コンプライアンスを今以上に病院全体で推進するために必要なポイントは押さえていますか？
Step3以降で紹介するので、ぜひ参考にしてみてください。



Step 3 コンプライアンス推進体制 を整備しよう

①委員会を設置しよう

コンプライアンスを推進するためには、まず組織体制作りが大切です。病院の規模にもよりますが、問題を早期に把握し、対策を立てるためにも委員会の設置は有効です。例えば、医療安全に関する委員会を設置すると、病院の医療安全に関する責任・役割が明確化され、迅速な対応に繋がることが期待されます。

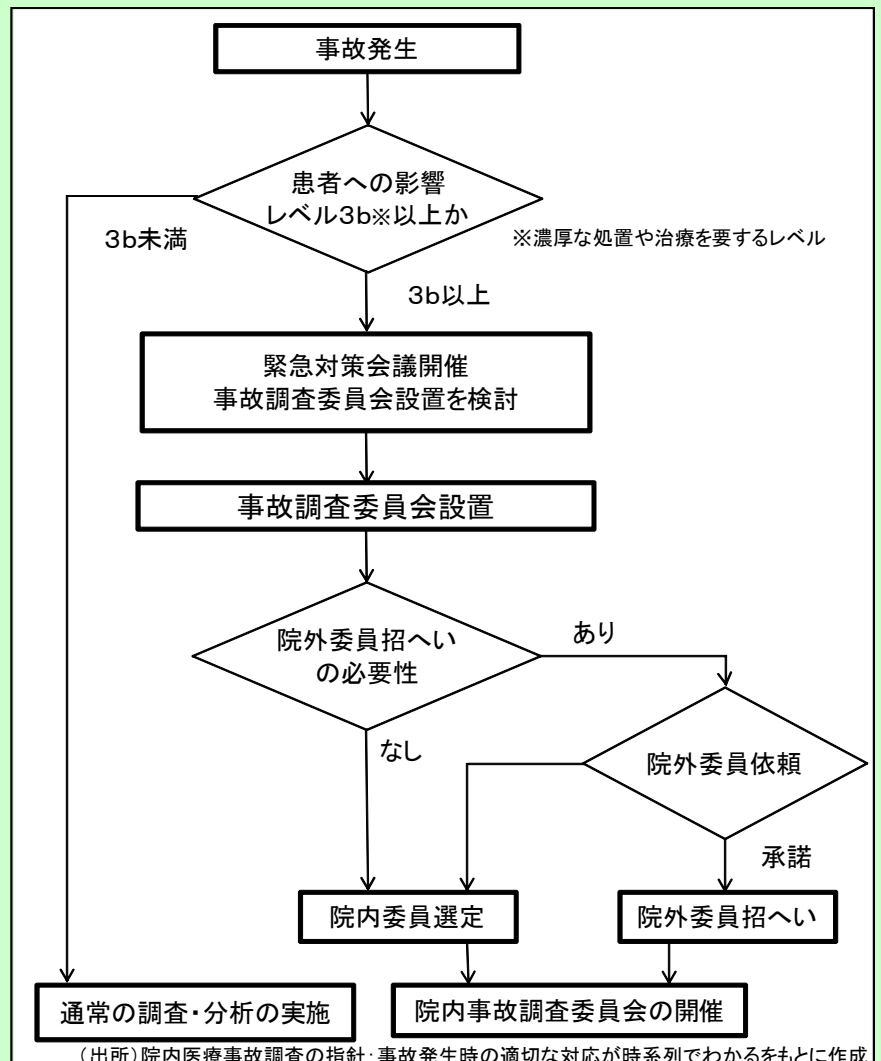
また、**委員は職種横断的に選任**することで、様々な角度から問題点を発見できるため、より効果的です。

◆委員会と報告ルートの一例

②報告ルートを整備しよう

医療事故などが発生したとき、誰にどのタイミングで報告すべきかが明確にされ、職員に周知徹底されていないと、問題の拡大や再発に繋がりがかねません。

そこであらかじめ、問題発生時の報告ルートを整備しておく必要があります。



(出所)院内医療事故調査の指針: 事故発生時の適切な対応が時系列でわかるをもとに作成

③通報窓口・相談窓口を設置しよう

通報窓口や相談窓口は、セクハラやパワハラ、企業倫理に関する法令違反行為を早期に発見し、再発防止策を講じるための窓口です。

社会福祉法人 聖隷福祉事業団では「監査室」に、「コンプライアンスホットライン」という内部通報窓口を設置しています。これにより職員は、例えば、セクハラ・パワハラなどを受けた場合、所属長を介すことなくダイレクトに通報・相談ができます。

このように、相談しやすいコンプライアンスホットラインを設置することで、問題の拡大など悪化防止に役立つことが期待されます。



どうされましたか？
大丈夫ですよ。
こちらで対応しますね。

相談してよかったわ♪



Step 4 職員全員で共有しよう

コンプライアンス推進体制を整備したら、次は、その内容を全職員に周知徹底するプロセスです。

周知徹底の方法は様々ですが、代表的なものにマニュアルの作成や研修会の実施があります。まず、マニュアルについてですが、一言にマニュアルといっても種類は様々です。

医療事故対策マニュアル、患者情報保護マニュアル、緊急災害対策マニュアル、院内暴力対策マニュアルなど



①マニュアルを作成しよう

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院では、「医療安全ポケットマニュアル」を作成して、職員全員に常時携帯を義務付けています。

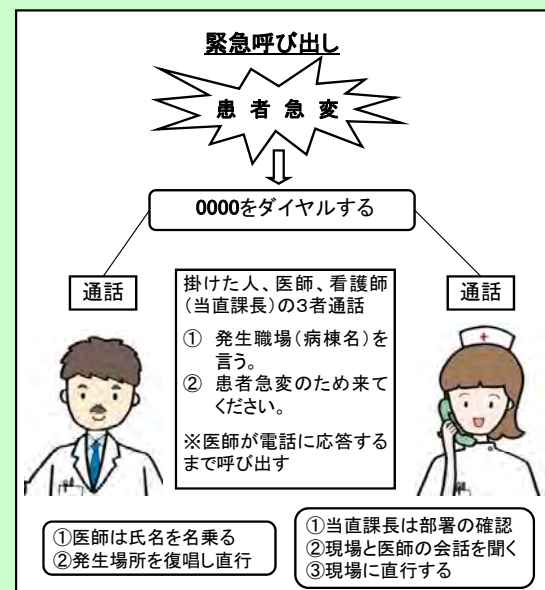
✧主な内容✧

- ・医療事故／インシデントへの対応方法
- ・医療における重大事故／有害事象発生時の対応方法
- ・転倒、転落発生時の対応方法
- ・患者誘拐発生時の対応方法
- ・医療機器警報設定ルール
- ・医療安全研修参加履歴
- ・院内電話一覧

このマニュアル1冊で問題発生時の対応方法が一目で分かるようになっていました。

また、このマニュアルはインシデント・アクシデント報告の内容などを踏まえ、毎年改定されています。

(一例)



(出所)聖隷浜松病院 医療安全ポケットマニュアルをもとに作成

②研修会を開催しよう

～研修会開催のポイント～

1.対象職員を明確にする

全職員が対象の研修会を基本とし、それ以外に、職種別、階層別での開催が考えられます。

2.マニュアルを活用する

作成したマニュアルを研修会で使用し、職員に周知徹底を図るとより効果的です。

3.確認テストを実施する

研修会後に簡単な確認テストを実施することで、研修内容が職員に十分伝わっているかを把握することができます。

4.研修会に参加できなかった職員に対するフォローアップをする

複数回に分けての開催、研修会資料の配布や、インターネットなどの社内インフラを活用し、全員で研修内容を共有することが大切です。

5.研修会で学んだ内容が現場に反映できているか確認する

例えば医療安全については、研修会を実施した後のインシデント・アクシデント報告の分析により、現場での反映具合を把握するとより効果的です。



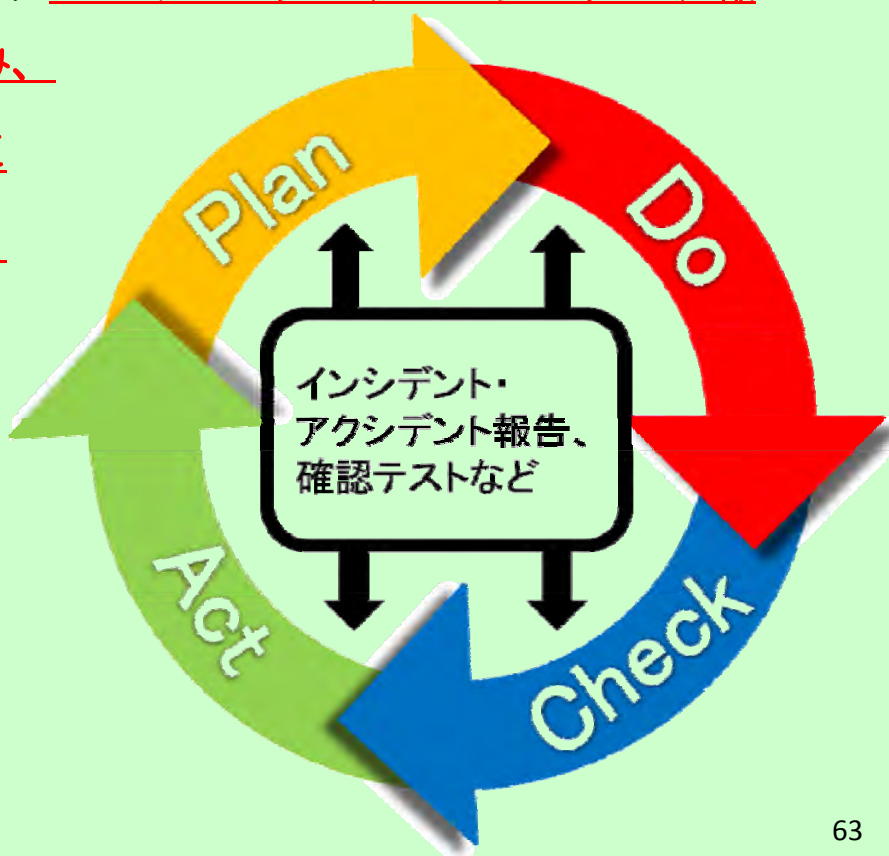
Step 5 PDCAを意識しよう

さて、Step 1～Step 4までを行うとコンプライアンスの推進体制は完璧！というわけにはいきません。すべての取組みにおいて必ず意識すべきことが、**P (Plan : 計画) D (Do : 実行) C (Check : 評価) A (Act : 改善) です。**



先に説明したように、コンプライアンスに関する研修会は開催して終わりではありません。事後確認テストなどにより習得状況を把握し、次回の研修会につなげていく必要があります。

現在、ほとんどの病院が院内で発生したインシデント・アクシデントの収集・分析を行っています。先に紹介した聖隷浜松病院の医療安全ポケットマニュアルのように、このインシデント・アクシデント報告をPDCAサイクルに取り込み、
様々な取組みの改善を図る際に
活用すると、より効果的です。



Step 6 外部評価を活用しよう

外部評価の取得は、認定までの取組みの中で職員のコンプライアンス意識を高め、かつコンプライアンス推進体制を整備できるという意味で非常に有効な取組みです。

外部評価には、よく知られている日本医療機能評価機構の病院機能評価、ISO（※1）、JCI（※2）などがあります。

《事例》

病院機能評価やISOを取得している病院の一つに和歌山県の社会医療法人 黎明会 北出病院があります。北出病院は、182床（うち一般80床、療養型51床）のケアミックス型の中小病院です。北出病院では、病院機能評価、ISO、JHQC（※3）A認証を部署の垣根を越えたより良い連携と医療・健診・健康増進サービスの質向上を目指す管理手法として着眼し、取得しています。

職員からは、ISO等のおかげで仕事のルールができ、今まで以上に責任を持って業務に携わっているといった声が上がっています。



（※1） International Organization for Standardizationの略。国際標準化機構による品質に関する評価。

（※2） Joint Commission Internationalの略。国際的医療機能評価機関による医療の質および患者の安全に関する評価。

（※3） Japan Healthcare Quality Clubの略。日本版医療MB賞クオリティクラブ。医療機関の経営の質向上を評価し、更なる相互研鑽を促すことを目的とした認証制度。

Step 7 地域で連携しよう

問題行動のある患者への対策として、警察官OBの配置、院内弁護士の採用、医療メディエーター(※4)の育成などが有効らしいんだけど、中小病院にとってはコスト負担が大きく、なかなか採用できないのです。



岡山県の事例を紹介しましょう。

岡山県病院協会は、法律事務所と契約をしています。

したがって、協会に属している病院は必要な時に顧問弁護士に相談をすることができます。また、ある病院で食中毒などが発生した場合には、近隣の病院から物資を調達できるような協力体制を構築しています。その他、協会が主体となって、会員病院に対して定期的に勉強会を実施しています。



全国には、県内の公的病院同士での連携、また、病院協会が主導となり、県外の加盟病院と災害発生時の連携を取っている地域もあります。

愛媛県では、災害発生時に病院の被害状況や必要物資、患者の受入態勢などをネット上で確認できる愛媛県広域災害・救急医療情報システムを活用しています。

このように、地域ぐるみで資源を共有することで、コストをかけずに効率的にコンプライアンスを推進することができます。

また、大規模な災害発生後の必要物資の調達に関しては、あらかじめ遠方の地域との助け合いの関係を構築しておくことが求められます。

(※4) 事故発生時等に患者と医療機関の間で意見の食い違いが生じた場合、対話の橋渡しを行い、解決に導く人材のことで、医療訴訟対策に効果的である。メディエーションに関するプログラムの受講により認定を受けられる。看護師等がメディエーターとして活躍しているケースが多い。

地域住民を交えた活動をしよう



病院が地域住民を交えた活動をするメリットは？

患者やその家族だけでなく、地域住民の意見にも耳を傾けることで、職員自身は普段「当たり前」と感じていることに対して新鮮な意見をもらうことができ、よりよい経営に繋げることができます。また、職員が「外部からの視線」をより意識するようになり、コンプライアンス意識の向上が期待されます。

例えば、医療法人社団 寿量会 熊本機能病院では、地域住民の声を吸い上げ、地域においてどのような機能を担うべきかを病院に助言する地域医療・福祉評議委員会を1990年代から設置しています。委員は、病院周辺の6校区（小・中学校）から選任されており、地域住民の声を幅広く吸い上げる体制を整えています。

その他、地域住民との交流を深める場として「地域交流館」を設けています。地域交流館内にある市民塾ホールでは、NPO法人 健幸会（※5）による健康講座のほか、コンサートや体操クラブなどが開催されており、多くの地域住民が集う場所となっています。

■熊本機能病院 地域交流館内観



■地域交流館外観



（出所）熊本機能病院HP

このように熊本機能病院は、地域住民の声や視線を積極的に取り入れることで、病院をより良く改善し、さらには職員のコンプライアンス意識の向上に繋がっています。

（※5）熊本機能病院の開設1年後に、地域住民の健康で幸せな生活づくりに寄与することを目的として、地域団体と共同で設立された。

【資料 1】平成25年度病院経営管理指標調査 調査票

厚生労働省委託 平成26年度医療施設経営安定化推進事業
平成25年度病院経営管理指標調査

調査の概要

1. 目的

病院経営の実態を明らかにし、病院の健全な運営に資する経営管理の指標を作成するための基礎資料を得ることを目的としています。

2. 調査対象

調査対象は平成25年度末時点における以下の開設者となります。

- 医療法人が開設する病院
- 医療法31条に規定する開設者（自治体）が開設する病院
- 社会保険関係団体等の開設する病院
- 医療法31条に規定する開設者（その他公的機関）が開設する病院

3. 調査事項

平成25年度の施設の概況、財務状況、コンプライアンス体制の確保に向けた取り組み状況等

4. 調査方法

調査票への記入・提出は、次の①、②いずれかの方法で行ってください。

①事務局ホームページよりダウンロードしたエクセルファイルに入力する

（事務局ホームページURL：<http://www.myilw.co.jp/>）

→ダウンロードしたファイルに入力の上、エクセルファイルを事務局宛（yul-asano@myilw.co.jp）にメールにて送付してください。

※お使いのPC環境によってはダウンロードがうまくいかない場合がございます。

その際はお手数ですが、事務局宛にご連絡ください。メールにてファイルを送付させていただきます。

②郵送された調査票に手書きで記入する場合

→記入した調査票を同封の返信用封筒により、事務局宛に提出してください。

※返信用封筒が同封されていない場合、紛失された場合は弊社宛着払い郵便にて送付してください。

※設間の貸借対照表、損益計算書の数値については、ご記入いただく代わりに原本のコピーをメールにて送付もしくは返信用封筒に同封いただいても結構です。

※調査結果は学術研究に用いることがございます。ご回答いただいた内容は統計的に処理をし、個別の病院の情報として公表することはありません。

5. 提出期限

平成26年11月28日（金）までにご返送ください。

6. 事務局

（株）明治安田生活福祉研究所 福祉社会研究部 「平成25年度病院経営管理指標調査」事務局

〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1 明治生命館3F

TEL：03-3283-8303、03-3283-9293（土日、祝日を除く平日9：00-17：00）

FAX：03-3201-7837

メールアドレス/yul-asano@myilw.co.jp 担当：浅野、澤

※弊社では個人情報及び法人情報を特定できるデータを含む文書類については、施錠可能な場所に保管しています。個人情報及び法人情報の取扱いについては情報管理に関する社内規程を定め、個人情報及び法人情報の保護を徹底しています。

平成25年度病院経営管理指標調査【財務票】

- 1 宛名記載の医療機関の財務情報（病院単体）を記入してください。
 - ①病院単体の貸借対照表（B/S）、損益計算書（P/L）を記入してください。
 - ②病院単体のB/S、P/Lどちらかのみを作成している場合
→病院単体で作成しているもののみ記入してください。
 - ③病院単体での財務データをお持ちでない場合
→【財務票】については記入せず、5ページの【概況票】へお進みください。
- 2 期中で、運営主体の変更など、施設の概況に大きな変更があった場合はお問い合わせください。
- 3 各勘定科目については、病院会計準則【改正版】（平成16年8月19日医政発第0819001号）の科目により整理して記入してください。
公的医療機関等、開設主体としての会計基準を有する医療機関においては、病院会計準則適用ガイドライン（平成16年8月19日医政発第0819002号）を参照してください。

○病院会計準則について（厚生労働省医政局HP）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/tuchi/jyunsoku01.html>

- ※財務票については、把握できる最新の決算書（4ページの3 過去2年度分の医業収益及び固定資産等の状況については、最新から遡って過去2年間）の数値について記入してください。
- ※費用が不明の欄は空欄とし、0円の場合は0を記入してください。また、合計値のみ把握し内訳が不明の場合も、内訳項目欄は空欄とし、合計欄のみ記入してください。

○以下でご記入いただく貸借対照表及び損益計算書の内容は、**病院単体の状況**をご記入ください。
 ※ご記入いただく代わりに、**原本のコピーをメール**（宛先：yu1-asano@myilw.co.jp）もしくは同封の返信用封筒にて送付いただいても結構です。

1 貸借対照表（平成 年 月 日）

平成25年度の貸借対照表の状況を下表にご記入ください。当該年度の状況が確定していない場合、直近の決算年度の状況について記入してください。

資産の部		負債の部	
科 目	金 額 (円)	科 目	金 額 (円)
I 流動資産（1～6の合計）		III 流動負債（1～6の合計）	
1. 現金・預金		1. 未払金	
2. 医業未収金		2. 短期借入金※4	
3. 有価証券		3. 短期の引当金	
4. たな卸資産※1		4. 未払費用	
5. 短期貸付金		5. 前受収益	
6. その他の流動資産		6. その他の流動負債※5	
II 固定資産（1～3の合計）		IV 固定負債（1～4の合計）	
1. 有形固定資産（(1)～(4)の合計）		1. 長期借入金※4	
(1) 建物		2. 長期未払金	
(2) 備品		3. 退職給付引当金	
(3) 土地		4. その他の固定負債	
(4) その他の有形固定資産※2		負債の部合計（Ⅲ+Ⅳ）	
2. 無形固定資産※3		純資産の部	
3. その他の資産（(1)～(5)の合計）			
(1) 有価証券		V 純資産合計	
(2) 長期貸付金		負債及び純資産合計（Ⅲ+Ⅳ+Ⅴ）	
(3) 役員従業員長期貸付金			
(4) 他会計長期貸付金			
(5) その他の固定資産			
資産合計（Ⅰ+Ⅱ）			

※1：医薬品、診療材料、給食用材料、貯蔵品についてはこちらに計上してください。

※2：構築物、車輛及び船舶についてはこちらに計上してください。

※3：借地権、ソフトウェア等は固定資産の「無形固定資産」に計上してください。

※4：借入資本金は負債（固定負債の「長期借入金」または流動負債の「短期借入金」）として計上してください。

（地方公営企業会計制度研究会による報告書より）

※5：未払法人税は流動負債の「その他の流動負債」に計上してください。

2 損益計算書（平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日）

平成25年度の損益計算書の状況を下表にご記入ください。当該年度の状況が確定していない場合、直近の決算年度の状況について記入してください。

収 益		費 用	
科 目	金 額 (円)	科 目	金 額 (円)
I 医業収益（1～5の合計）		IV 医業費用（1～8の合計）	
1. 入院診療収益		1. 材料費（(1)～(3)の合計）	
2. 室料差額収益		（1）医薬品費	
3. 外来診療収益		（2）診療材料費	
4. 保健予防活動収益		（3）その他の材料費	
5. その他の医業収益		2. 給与費（(1)～(4)の合計）	
		（1）常勤職員給料・賞与（①～③の合計）	
		①医師給料・賞与（歯科医師を除く）	
		②看護師給料・賞与※1	
		③その他給料・賞与（歯科医師を含む）	
		（2）非常勤職員給料・賞与（①～③の合計）	
		①医師給料・賞与（歯科医師を除く）	
		②看護師給料・賞与※1	
		③その他給料・賞与（歯科医師を含む）	
		（3）退職給付費用	
		（4）法定福利費	
		3. 委託費	
		4. 設備関係費（(1)+(2)）	
		（1）減価償却費	
		（2）その他の設備関係費※2	
		5. 研究研修費	
		6. 経費	
		7. 控除対象外消費税等負担額	
		8. 本部費配賦額	
		うち役員報酬	
		医業利益（損失）（I-IV）	
II 医業外収益（1～3の合計）		V 医業外費用（1+2）	
1. 受取利息及び配当金		1. 支払利息	
2. 補助金収益		2. その他の医業外費用	
3. その他の医業外収益			
		経常利益（損失）（医業利益+II-V）	
III 臨時収益		VI 臨時費用※3	
		税引前当期純利益（純損失）（経常利益+III-VI）	

※1：看護師および准看護師の給与についてご記入ください

※2：その他の設備関係費には、器機賃借料、地代家賃、修繕費、固定資産税等が含まれます。

※3：除去損は臨時費用に含めてください。

3 過去2年度分の医業収益及び固定資産等の状況

科 目	医業収益 (円)	医業費用 (円)	医業外収益(円)	医業外費用(円)	固定資産額(円)※
平成24年度					
平成23年度					

※固定資産額については、当該年度末時点におけるB/S上の残高を記入してください。

平成25年度病院経営管理指標調査【概況票】

※不明の項目は空欄としてください。

1 施設の概況（平成25年度決算期末日現在）

(1)-1 開設者 (該当するものに1を記載)	01. 都道府県	11. 厚生年金事業振興団
	02. 市町村	12. 船員保険会
	03. 地方独立行政法人	13. 健康保険組合及びその連合会
	04. 特別地方公共団体	14. 国家公務員共済組合連合会
	05. 日本赤十字社	15. 公立学校共済組合
	06. 社会福祉法人恩賜財団済生会	16. 14 及び15 以外の共済組合及びその連合会
	07. 北海道社会事業協会	
	08. 厚生（医療）農業協同組合連合会	17. 国民健康保険組合
	09. 国民健康保険団体連合会	18. 医療法人 → (1) - 2へ
	10. 全国社会保険協会連合会	19. その他 ()

(1)-2 ▼ 医療法人の場合の種別(該当するものに1を記載)	① 種別1				② 種別2			
	01. 財団	01. 社会医療法人						
	02. 社団（持分あり）	02. 特定医療法人						
(2) 承認等の状況(該当するすべてに1を記載)	03. 社団（持分なし）	03. 出資額限度法人						
		04. その他の医療法人						
	01. がん診療連携拠点病院	07. 地域医療支援病院						
	02. 周産期母子医療センター	08. 臨床研修病院（単独型・管理型）						
	03. 救命救急センター （高度救命救急センター含む）	09. 臨床研修病院（協力型）						
	04. 災害拠点病院	10. D P C 対象病院						
	11. D P C 準備病院							
	05. へき地医療拠点病院	12. 肝疾患診療連携拠点病院						
	06. 在宅療養支援病院							

(3) 許可及び稼働病床数(病床数をご記入ください)	総数											
	精神病床		感染症病床		結核病床		一般病床		療養病床			
	許可病床数	床	床	床	床	床	床	床	床	床		
	稼働病床数	床	床	床	床	床	床	床	床			
<small>※許可病床数：医療法第7条第2項の規定に基づき届け出をした病床の種別の病床数 ※稼働病床数：病床に応じた医師、看護師等が配置されるなどして、実際に利用している病床の数 ※療養病床数：介護療養病床を有する場合、(3) -2において、療養病床の合計と内訳をご記入ください</small>												

(3)-2 療養病床の内訳	総数					
	うち医療型		うち介護型			
	許可病床数	床	床	床	床	
	稼働病床数	床	床	床		

(4) 入院基本料の算定状況(該当するものに1を記載)	① 一般病棟入院基本料	01. 7対1入院基本料	04. 15対1入院基本料
		02. 10対1入院基本料	05. その他
		03. 13対1入院基本料	
	② 療養病棟入院基本料	01. 療養病棟入院基本料1	03. その他
		02. 療養病棟入院基本料2	
	③ 精神病棟入院基本料	01. 10対1入院基本料	04. 18対1入院基本料
		02. 13対1入院基本料	05. 20対1入院基本料
		03. 15対1入院基本料	06. その他
	④ 回復期リハビリテーション病棟入院料	01. 回復期リハビリテーション病棟入院料1	03. 回復期リハビリテーション病棟入院料3
		02. 回復期リハビリテーション病棟入院料2	04. その他

2 従事者の状況（平成25年度決算期末日現在）

職種別の従事者数をご記入ください（※派遣職員は除く）。

職 種		従事者数		職 種		従事者数	
医師 (歯科医師を除く)	常 勤	人	看護師	常 勤		人	
				非常勤（常勤換算）		人	
	非常勤（常勤換算）	人	准看護師	常 勤		人	
				非常勤（常勤換算）		人	
【再掲】			その他医療系技術者（常勤換算）			人	
指導医数（臨床研究7年目以上） （常勤換算）			人	事務職員（常勤換算）			人
前期研修医（卒後2年目まで） （常勤換算）			人	その他の職員（常勤換算）			人
後期研修医（卒後3～5年目まで） （常勤換算）			人				

※常勤は整数、非常勤は小数第一位まででご記入ください。

※医師の従事者数には、指導医、前期研修医、後期研修医も含めた人数をご回答ください。

※その他医療系技術者の欄には、歯科医師及びコメディカルなどの有資格者の数を合計して記入してください。

3 派遣労働者の状況（平成25年度決算期末日現在）

派遣労働者の状況（常勤換算）についてご記入ください。

派遣労働者数(常勤換算)					
総人数 (人)	うち医師(人) (歯科医師を除く)	うち看護師及び 准看護師(人)	その他医療系 技術者(人)	事務職員 (人)	その他の 職員(人)

※医師、看護師など労働者派遣が原則禁止されている医療従事者に関しては、紹介予定派遣等として容認され、受け入れた労働者数を記載してください。

【参考：計算式及び記入方法について】

- ・換算数は以下の計算式を用いて算出してください。

$$\frac{\text{従事者の1週間の勤務時間}}{\text{病院が定めている1週間の勤務時間}}$$

- ・ただし、1ヶ月に数回の勤務である場合は、以下の計算式を用いて算出してください。

$$\frac{\text{従事者の1ヶ月の勤務時間}}{\text{病院が定めている1週間の勤務時間} \times 4 \text{ (週)}}$$

- ・従事者の勤務時間は実態に応じて算出してください。
- ・上記の計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と計上してください。

4 患者数の状況（平成25年度）

患者数の状況（年間合計）をご記入ください。数値を把握していない項目は空欄としてください。

項目	患者数	備考
① 在院患者延数	人	24時現在、病院に在院している患者数
うち二次医療圏内	人	貴医療機関が所在する二次医療圏内からの在院患者延数
うち二次医療圏外	人	貴医療機関が所在する二次医療圏外からの在院患者延数
うち一般病棟用の重症度・医療看護必要度を満たす 在院患者延数	人	
うち入院時日常生活機能指 標が10点以上の在院患者 延数	人	
② 新入院患者数	人	その日のうちに退院した患者も含む。
③ 退院患者数	人	入院してその日のうちに退院した患者も含む。
④ 外部機関を交えたカンファレンス記録のある患者数	人	退院患者のうち外部機関（自院以外）を交えたカンファレンス記録がある患者に限る。
⑤ 外来患者延数	人	
うち二次医療圏外	人	貴医療機関が所在する二次医療圏外からの外来患者延数
⑥ 救急車で搬入された患者数	人	
⑦ 初診患者数	人	初診料を算定した患者数
⑧ 紹介患者数	人	他の医療機関より紹介状を持参して来院した患者数
⑨ 逆紹介患者数	人	他の医療機関に紹介し、診療情報提供料を算定した患者数

5 コンプライアンス体制の確保に向けた取り組み状況

(1) コンプライアンス体制確保（強化）に向けた取り組み

コンプライアンス体制確保のために実施している取り組みについて、該当する全てに○を記載して下さい。

①医療事故対策	01. 医療事故予防マニュアルの作成	06. 院内掲示等を通じた医療事故対策の実施状況に関する患者への周知徹底
	02. 対応手順の作成	07. 専任の医療安全管理担当者の配置
	03. 院内のアクシデント・インシデントの収集・分析	08. 医療事故の原因分析及び再発防止に向けた組織的検討の実施
	04. 院外の安全に関する情報の収集	09. その他（ ）
	05. ヒヤリ・ハット事例を職員研修で活用	
②問題行動のある患者対策	01. 患者対応マニュアルの作成	04. 弁護士やコンサルタント等との相談体制の構築
	02. 職員研修等を活用した患者対応ロープレの実施	05. 問題患者対策の専門部署を設置
	03. 患者対応ロープレ以外の研修の充実	06. その他（ ）
③患者保護対策	01. 患者保護マニュアルの作成	04. データの真正性、見読性、保存性の確保に向けた取り組み
	02. 患者・家族からの相談窓口の設置	05. その他（ ）
	03. 患者情報の管理・活用方法の提示	
④緊急災害対策	01. 緊急災害対策マニュアルの作成	05. 災害発生後の必要物資の調達方法に関し、関係業者と調達計画を策定
	02. 地域内の資源（地域包括支援センター、ケアマネジャー、医師会等）との事前連絡体制マニュアルの作成	06. 院内連絡系統を超えた、遠方の他地域の病院と緊急時に相互に助け合う取り決めを定めた契約等の実施
	03. 災害時の連絡系統の確保と周知徹底	07. 災害時に提供できる自院の機能の明確化と確実に実施できる体制の構築
	04. 医療物資や食料等の備蓄と定期的な点検	08. その他（ ）
⑤医療訴訟対策	01. 医療訴訟対策マニュアルの作成	04. クレーム対応窓口の一本化又は責任者の選定
	02. 患者・家族からの意見・苦情の収集	05. その他（ ）
	03. 上記02で収集した意見等の対応策の検討と患者・家族に対するフィードバック	
⑥コンプライアンス専門組織／人員の配置	01. コンプライアンス推進室等、コンプライアンス確保に向けた専門部署の設置	04. コンプライアンスの遵守状況に関する定期的な確認、検査の実施
	02. 内部通告者の匿名性を担保した対応窓口の設置	05. その他（ ）
	03. コンプライアンス推進担当者の配置	

⑦医療事務の適切性の確保	01. 医療事務マニュアルの作成	04. 未収金への組織的対応
	02. レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応	05. 職員による情報や金銭等の流用、犯罪等に対する監視体制の整備
	03. 施設基準を遵守するための体制作り	06. その他 ()
⑧職員に対する安全衛生管理等	01. 職員の安全衛生管理マニュアルの作成	05. 弁護士・社労士等の外部専門家によるサポート体制の構築
	02. 健康診断の確実な実施	06. 職員による暴力・暴言に関する報告制度の整備
	03. 各部門における職業感染対策の整備及び徹底	07. 院内暴力・暴言などに対する組織的なリスク管理体制(委員会等)の整備
	04. セクハラ・パワハラに関する相談窓口の設置	08. その他 ()
⑨危機管理体制の整備	01. 現場からの一報を経営層が迅速かつ正確にキャッチすることが可能な情報伝達ルールの確立	03. その他 ()
	02. 危機管理チームの設置	
⑩コンプライアンス体制の確保に向けた職員教育の充実	01. コンプライアンスマニュアルの作成	04. インシデント例の共有など他の医療機関等を交えた勉強会の実施(又は出席)
	02. 全職員を対象とした計画的な教育・研修の実施	05. その他 ()
	03. 院外の教育・研修機会の積極的な活用	

(2) 上記(1)の取り組みのうち、特に効果的な取り組みがございましたら詳細にお書きください。

6 医療安全管理の状況（平成25年度）

貴医療機関における入院患者を対象として発生した以下の事項に関し、年間の件数をご記入ください。

項目	年間件数	備考
転倒・転落		転倒・転落事故のあった延患者数
アクシデント報告		病院内の医療行為等により、患者に処置・治療を施し、医療事故に繋がったもの。
うち患者誤認件数		
インシデント報告		病院内で誤った医療行為等が、患者に実施される前に発見されたもの。又は、実施されたが、患者に影響を及ぼすに至らなかったもの。

7 外来患者の医薬分業状況（平成25年度決算期末日時点）

医薬分業の実施状況に関して、該当するものに○を記載してください。

<input type="checkbox"/>	① 院外処方を実施	<input type="checkbox"/>	② 院内処方を実施	<input type="checkbox"/>	③ 院外及び院内処方を実施
--------------------------	-----------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------

※年度途中に移行した場合は、期間の長い方を選択

8 外部評価の認定・取得状況

貴医療機関は、日本医療機能評価機構による病院機能評価等の外部評価を受審していますか。以下、当てはまるものに○を記載してください。

<input type="checkbox"/>	01. 病院機能評価の認定を受けている	<input type="checkbox"/>	03. その他（ ）
<input type="checkbox"/>	02. ISOを取得している	<input type="checkbox"/>	04. 受審していない

○貴医療機関の名称およびご回答担当者についてご記入ください

病院名	(医療法に基づいて許可を受けた病院名を、省略せずにご記入ください)		
所在地	(都道府県名からご記入ください)		
記入者	ふりがな		部署・役職
	氏名		
	TEL		FAX
	メールアドレス		
アンケート結果の送付	<input type="checkbox"/>	01. 希望する	<input type="checkbox"/>
			02. 希望しない

※アンケート結果の送付を希望された場合、ご記入いただいたメールアドレスに、調査結果をお送りいたします。

以上で設問は終わりです。
 メール(宛先:yu1-asano@myilw.co.jp)又は同封の返信用封筒で、
 11月28日(金)までに調査票をお送りください。
 ご多忙の中、調査にご協力賜わり、誠にありがとうございました。

【資料 2】 病院経営管理指標の使い方

病院経営管理指標 の使い方



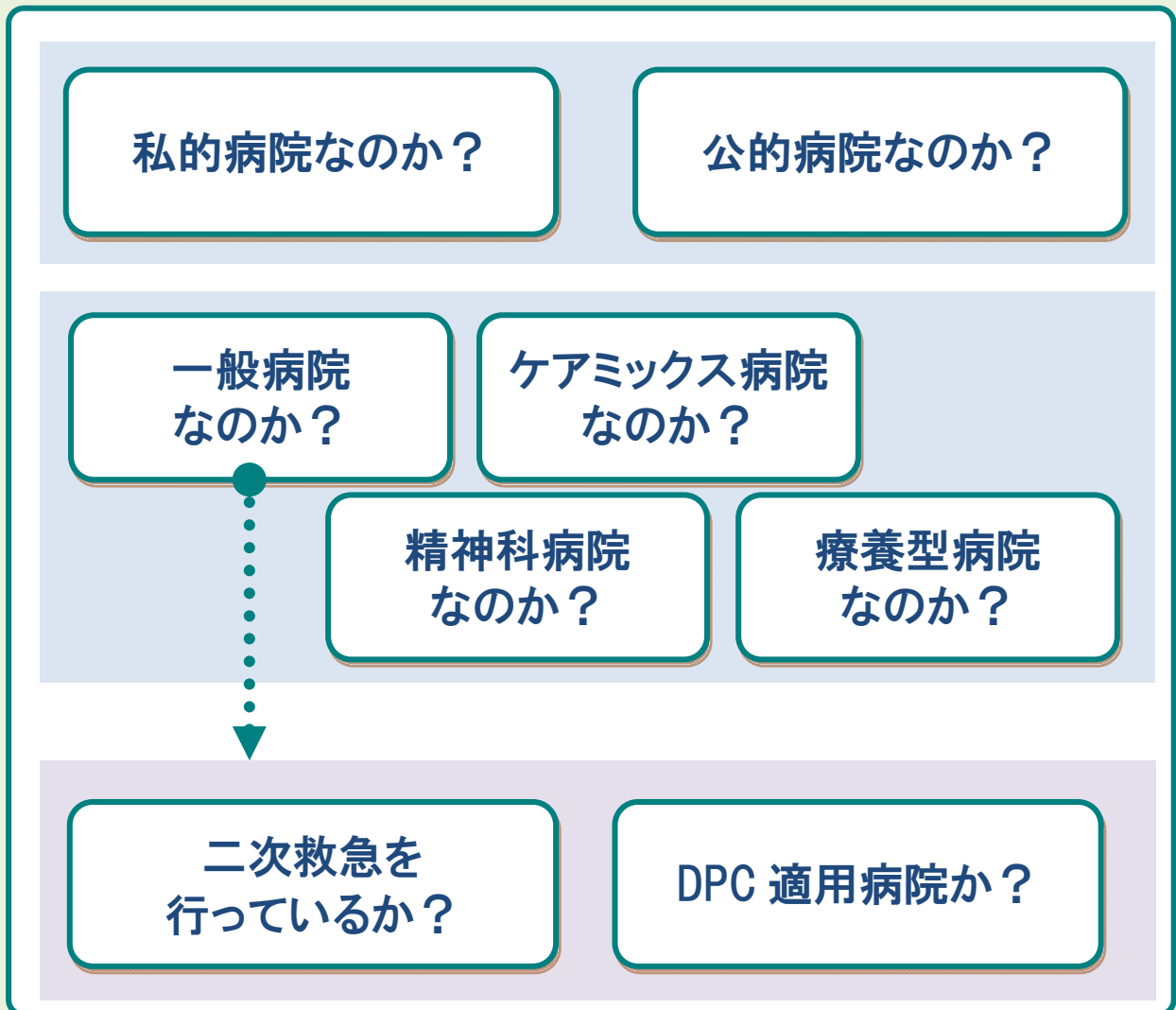
明治安田生活福祉研究所

1

自院が該当する グループを探しましょう



経営管理指標による分析は、適切な対象との比較からはじまります。
まずは、自院が該当するグループを探しましょう。



うちの病院は、どのグループになるのかな？



2

必要な利益額を 認識しましょう



必要な利益額の認識とは一種の目標管理ですが、ここでは日々の経営が、目標からどの程度乖離しているかを測る尺度程度の意味で捉え、おおよその数値をつかんでみましょう。



ギャップを賄うために最低限の利益を確保するのが必要だな！

必要利益 = ギャップを賄う利益 + α

ギャップを賄う利益

= 減価償却期間と借入期間のギャップから生じるキャッシュフロー不足を埋めるための利益

= 年間借入金返済額 - 年間減価償却額(補助金対応分除く)

営利企業であれば、持続的成長が求められるので、たとえばその目標設定は、売上(または利益額)対前年比 10%増、当該市場シェアトップといった形で表現される。

これに対して病院は非営利であるため、このような形での目標設定はそぐわないと思われるが、病院においても必要とされる利益額は存在する。

必要な利益額については、様々な捉え方が存在しようが、病院の場合、経営の維持安定を図るのに、最小限必要とされる額が基本となろう。ここで問題となるのは、必要最小額をどう算出するかである。おおよその目安として、借入金返済額と減価償却額とのギャップを賄う利益(以下、ギャップを賄う利益)分とプラス α 分が挙げられる(※1)。

ギャップを賄う利益は、当初の建設費と資金調達内訳で自動的に算出される。たとえば10億円の病院建物を自己資金3割、借入金7割で調達し、借入期間20年、減価償却期間39年となると、毎期の借入金返済額は35百万円(700百万円÷20年)、減価償却額は25.6百万円(1,000百万円÷39年)より、9.4百万円(35-25.6)がギャップを賄う利益分となる。最低限はこの利益分を捻出しないと、キャッシュフロー不足となり、他に資金調達の手立てがなければ倒産となる。

さらに、災害など不測の事態への備え分や、生活レベルの向上に伴ったアメニティ水準確保・インフレ上昇分といった経済成長対応分などは通常どの病院でも織り込む必要があるが、介護施設など新規事業進出に係る、新規投資分にどの程度必要か否かを算出し、それを年率換算したのが α 分である。 α 分をどの程度とするかは、病院の事業戦略による。

この必要利益額をメルクマールとし、自院の利益がそれに達成したのか否か、達成しなかったとすれば、何が原因か把握し、遅滞ないフィードバックを通じ、目指す改善の方向と日常の経営行動が乖離しないようにする努力が求められる。これによりタイミングを失することなく、適切な経営行動をとることが可能となる。

※1: 松原由美「介護事業者の経営のあり方」『社会保険旬報』No.2439 2010年

3

収益性の判定指標を確認してみましょう



自院の属するグループと必要とする利益レベルを把握したうえで、次に収益性の判定指標を確認します。

最初に医業利益率を確認し、医業利益率が低いと判定した場合は、償却前医業利益率を確認しましょう。同様に時系列でも確認してみましょう。

医業利益率を確認し
自院の収益力の高低を把握

収益性		指標	自院
医業利益率	(%)	3.4	2.1
総資本医業利益率	(%)	4.9	4.1
経常利益率	(%)	3.8	3.2
償却前医業利益率(補正指標)	(%)	7.5	7.8
病床利用率	(%)	80.5	78.5
固定費比率	(%)	63.7	63.2

医業利益率
が低い場合

同様に
時系列
でも確認

医業利益率のレベルチェック

医業利益率を自院が属するグループにおける平均値と比べ、自院の収益力の高低を把握する。医業利益率が低いと判定された場合、まず、補正指標である償却前医業利益率をみる。この数値が平均値近辺であれば、医業利益率の低さは設備投資によると判断され、必ずしも収益性が低いと判断するには及ばない。

ところで、収益力の高低は何を意味するかといえば、それは経営の効率性を表している。したがって、仮に収益力が低いと出た場合、経営上どこかに無駄(コスト高要因)がある点が示される。そこでまず、「どこにあるかは不明だが、とにかく自院には無駄がある」という認識を持つことが重要である。そして次に、その原因は何かを追求する。この見方については後述の4(1)で触れる。

時系列で医業利益率を見る

自院の過去 3 ~ 5 年程度の医業利益率推移を概観し、低下傾向か、横ばいか、上昇傾向かをつかむ。たとえば先にみたある一時点の医業利益率レベルが、平均値と変わらないとしても、低下傾向にあるとすればその理由は何か、今後も低下し続けるものかを見極めなければならない。

時系列で
医業利益率を確認

収益性		2010年	2011年	2012年
医業利益率	(%)	2.4	2.6	2.1

時系列で
償却前
医業利益率を確認

収益性		2010年	2011年	2012年
償却前医業利益率(補正指標)	(%)	8.0	8.3	7.8

ギリギリだな



時系列で償却前医業利益率を見る

時系列分析においても、補正指標である償却前医業利益率を用いて、医業利益率の変動が設備投資によるものか否かを確認し、収益性の傾向を把握する。

医業利益率が下がっていても、償却前医業利益率が横ばい、または低下していなければ、医業利益率低下の要因は設備投資が原因と判断され、そうネガティブに考える必要はないだろう。

しかし償却前医業利益率も低下傾向が見られるのであれば、医業収益率の低下要因が設備投資以外にもあることになり、この場合は慎重に原因を追究しなければならない。

4

収益性の原因を 分析してみましょ



収益性の判定指標で、収益力が低いと判断された場合には、どこにその原因が存在するかを分析して検討してみましょ。

(1) 収益性の原因指標

収益性が低いということは、どこかに無駄が存在すると指摘したが、無駄にはいろいろ想定される。人件費が高すぎないか、医薬品を含む医療材料を割高に購入していないか、またはその在庫管理に無駄はないか、外部委託は適切か、はたまた資本費が過大ではないかなど、様々な事項が考えられる。そこでまず医業費用の各項目の対医業収益比率をみて、どこに原因が存在するのかを検討しなければならない。

医業費用の各項目の対医業収益比率をみて、どこに原因が存在するのかの検討

人件費に問題があったケースの場合

検討の結果、このケースでは人件費に問題があったと仮定しよう。人件費が高いとなれば、主な要因として二つ考えられる。1人当り人件費が高いのか、あるいは職員数が多すぎるのかである。

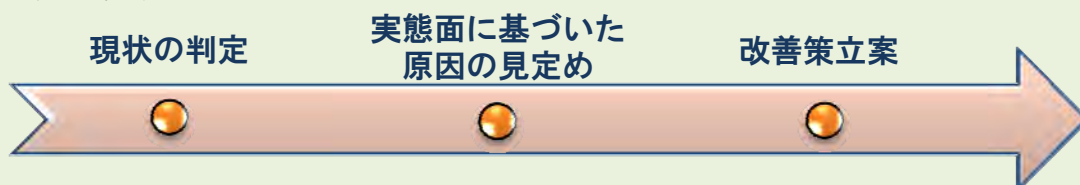
1人当り人件費が高いケースも、その原因は一つではない。年功賃金制度採用の下で、職員の高齢化が進んでいるためなのか、または集患力を高めるためといった戦略的な方針から、優秀な医師を採用した結果なのかなど、その原因はいくつも考えられる。

したがって、さらに深掘りして、真の理由を見定めなければならない。こうしたプロセスを経て、最終的に高い人件費の理由として、それが年功賃金制度の下での職員の高齢化に到達したならば、今度はその対応策を考える。この事例でいえば、年功賃金制度の見直し、職員の若返りを図るなどがまず検討対象となるが、これも一様ではない。

たとえば1~2年以内に定年者が出る場合と、5~10年を要する場合では、対策も異なろう。

なお、人件費の高い理由が、集患力向上のために高給の医師をスカウトした点や、将来の看護体制評価を予想して看護師数を厚くした点などにあれば、それは経営戦略による先行投資なので、人件費ではなく他の経費の削減対策が取られなければならないのは言うまでもない。

内部分析のあり方



これ以降の分析は、各病院の個別事情によるため省くとするが、内部分析では、「現状の判定」、「実態面に基づいた原因の見定め」、「改善策立案」までがセットで行われることが肝要である。

(図2)

また金融機関等への定例説明会や借入申込時には、こうした経営管理指標に基づく分析結果を提示しつつ、改善策や事業計画・借入計画を説明する。その際には金融機関のアドバイスを受けるように努め、そうしたやり取りを通じて金融機関の理解と協力を得ることが、生きた経営分析の方法である。

(2)経営上の基盤に関わる指標

原因指標を見るにあたって、はじめに原因追求のプロセスを述べたが、本来はその前に自院の経営基盤ともいべき構造的体質を、しっかりと把握しておかなければならない。

これは収益の高低に直結する話ではないが、経営戦略立案や経営行動の優先順位決定に大きく影響する。これには収益基盤分析と収益構造分析の二つがある。



収益性		指標
医業利益率	(%)	3.4
総資本医業利益率	(%)	4.9
経常利益率	(%)	3.8
償却前医業利益率(補正指標)	(%)	7.5
病床利用率	(%)	80.5
固定費比率	(%)	63.7

収益基盤:
集患力(例)病床利用率

収益構造:固定費比率

① 収益基盤

病院は、患者が来てくれなくては始まらない。経営分析で最も重要な点の一つは、経営基盤が確立されているかを見極めである。病院の場合、集患力如何が経営基盤に大きく影響する。集患力は、それが優れていればただちに収益力が高まる、あるいは財務安全性が向上するとは限らないが、その最大の必要条件である。集患力を見るには、入院患者数、外来患者数の推移の把握が必須だが、この他にも、入院・外来別に、新患の状況、外来・入院ルート、患者がどこから来ているか(医療圏)など、多角的な分析が欠かせない。

ただ患者数などの実数だけでは、相対比較が出来ないので、たとえば病床利用率などを参考に判断する。

集患力は、経営戦略立案を大きく左右する。たとえば、集患力では他病院に比べ勝っているのに、収益性が十分でない場合は、経営戦略のポイントが効率性の向上やコスト削減に向けられる。

これに対して同じ低収益でも、集患力が劣っている場合にあっては、まさに集患力向上に注力しなければならない。したがって、実行可能性は別として、経営の力点が、効率性向上やコスト削減ではなく、不便な立地ならば巡回バスの運行、優秀な医師の招聘、新病棟建設、連携の強化、介護施設などへの新規事業進出、あるいは事業転換といった抜本対策に向けられる必要がある。

② 収益構造

これは医業費用の硬直性を測るもので、固定費比率を用いる。固定費とは医業収益の増減に関係なく、恒常的に発生する費用のことで、一般的には人件費、減価償却費、金利を指す。

固定費は一度発生すると簡単に削減できないので、これが大きいと経営に弾力を欠く。言い換えると損益分岐点が高くなる。こういう状況の下では、医業収益が少々増加しても、利益増には結びつきがたく、逆に医業収益が少しでも減少すると、ただちに利益の大幅減ないし赤字転落となる危険性がある。

したがって固定費比率が高いと、経営改善策を実施しても成果をあげるまでにかなりの時間がかかることになる。

この指標が意味を持つもう一つは、経営行動を起こす時期を判断する上で有用な点である。適切な原因分析をし、適切な改善策が決定され、あとはいつ実施するかといった場合、既に固定費比率が相当程度高いケースにあっては、ある程度低下するまでしばし自重が求められる。

幸い、病院経営は自院の内部要因も含め、短期間の経営環境激変は稀なので、少々自重してもタイミングを失うことは少ない。この固定費比率が60%を大きく超えるようでは、経営上積極策に出るよりも、固定費比率削減が経営の優先課題となる。

5

安全性の指標を見て判別してみましょう



収益性の指標は、判定指標、原因指標に分類されましたが、安全性の指標はもっぱら判定指標のみです。あえて原因指標といえば、それは収益性指標に遡ります。
(収益力が高ければ安定性が高まる)

さて、病院における安全性管理でキーポイントとなるのは、借入金へのマネジメントである。自己資本による調達もあるが、病院の非営利性、現状の収益レベルなどから、病院にとって自己資本に依存した調達には限界がある。それゆえ、他人資本にウェイトのかかった資金調達が避けられないが、これは返済義務と金利負担がかかるため、借入時のマネジメントが重要となる。

借入金へのマネジメントで重要なポイントは、規模、収益力、つまり返済能力に比して借入額が過大か否かという面と、もう一つは資金使途と調達との関係がバランスしているか否かという点である。

これを検証する指標として、借入金比率、見込み償還期間、固定長期適合率がある。

安全性		
自己資本比率	(%)	28.1
固定長期適合率	(%)	100.7
借入金比率	(%)	38.3
見込み償還期間	(年)	9.1
流動比率	(%)	285.9
1床当り固定資産額	(千円)	13,298
償却金利前経常利益率(補正指標)	(%)	8.7

(1) 返済能力と借入額のバランス

借入金比率 …(1)

見込み償還期間 …(2)



借入金比率

返済能力との対比で、借入規模の適切性をみる指標としては、簡便な指標と、より正確に見る指標とがある。ここに挙げた借入金比率は前者で、単に医業収益と長期借入金残高を比較したもので、これにより借入規模の適切性について容易に見当をつけることができる。

たとえば、借入金比率が100%であった場合—借入金と医業収益が同額—、仮に市場金利が5%なら、金利負担率(支払利息/医業収益)が5%を意味することとなり、現在の病院の平均的収益水準では金利支払いだけで利益が消えてしまうこととなり、これでは借入過大であるとすぐ判断される。

また、医業収益に対して年間キャッシュフロー比率[(利益 + 減価償却費) / 医業収益]は、医療法人の場合、現状では6%程度とみられるので(※2)、借入金比率100%では返済期間に20年近くを要することが直ちに算出される。市場金利もキャッシュフロー比率も変動するものなので、それに応じた判断が求められるが、簡単に見当をつけられる利便性は大きい。ところで、借入金比率が100%の場合は、現在の収益水準では返済期間に概ね20年かかることを意味するが、現在の病院の長期借入期間は10年以上が多いと思われるので、これとの関連で考えれば、70%あたりが安全の上限と心得ておくべきであろう。

※2: 医療経済研究機構「医療経済実態調査」(平成15年度)、WAM「病医院の経営分析参考指標」(平成17年度)より試算

見込み償還期間

この指標も返済能力との対比で、借入規模の妥当性を検証する指標である。上に述べた借入金比率が簡便法であるのに対して、この比率はより正確につかもうとする指標である。

年間キャッシュフローで長期借入残高を割り、長期借入金の返済に何年を要するかをとらえるものである。算式は「長期借入金 ÷ (税引前利益 × 70% (※2) + 減価償却費)」。

たとえばこれが 10 と算出されれば、現状の収益レベルでは返済に 10 年かかることを示す。金融機関の借入期間は 10 年以内が多いので、安全を見込んで 10 年以下、出来れば 7~8 年以下が望ましい。

※2: 既述のように税金を約 30% と考え、税引き前利益の約 7 割が手元に残るとして、経常利益 × 70% とした。

(2) 資金使途との整合性

資金使途との整合性

固定長期適合率 …(3)

以上は収益力と借入のバランスの話だが、もう一つは資金使途との整合性である。

病棟建替えや高額医療機器購入など、回収に長期を要する投資に対しては、その回収に見合った期間の借入や自己資本で賄うことが求められる。病院建物は構造にもよるものの費用の回収に 30~40 年程度を要するが、こうした投資は固定資産に計上されているので、固定資産額に対して自己資本 + 長期借入金がどう対応しているかで判断するものである。

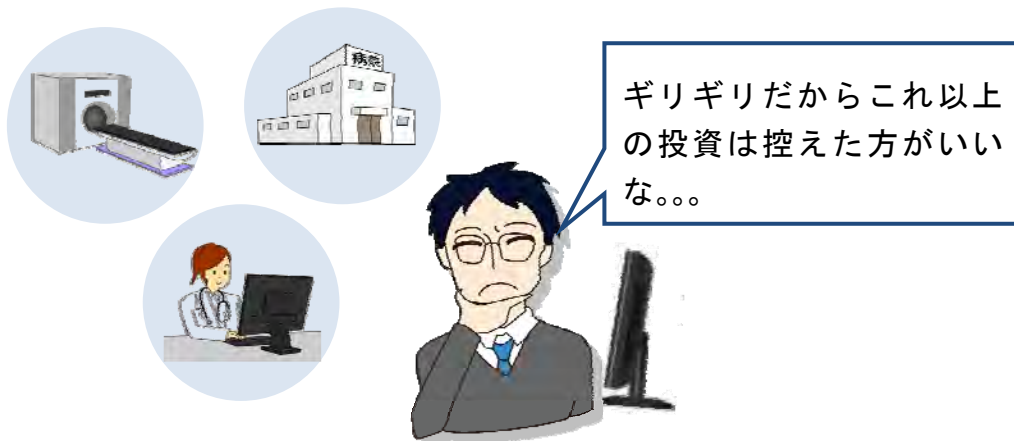
この指標として固定長期適合率がある。固定長期適合率は、理屈の上では 100% でも良いのだが、これも安全を見込んで 70~80% 以下であれば概ね許容可能であろう。病棟建設資金の回収には 30~40 年要するのに対し、現実の民間金融機関からの借入期間は 10 年、長くても 15 年程度と思われるが、実際には借換えということで継続しているので、この比率が 70~80% であれば概ねバランスしているとみて良いと考えられる。

(3) 金融機関との信頼関係構築

このように、病院の安全性では借入金を適切に管理することが重要であるが、行き着くところは、設備投資の借入金を円滑かつ有利に調達できるか否かである。

そのためには、金融機関と常日頃からコミュニケーションを図り、信頼関係を構築することが求められる。

具体的には、日々の金融機関取引において、経営管理指標を用い、金融機関が求めている合理的、科学的なデータで説明する体制作りが必要である。



6

機能性の指標を見て判別してみましょう

機能性の指標には、病院の現状の性格を判別する指標と、機能の充実度合いを見る指標があります。自院と比較し今後の方向性や戦略を検討してみましょう。



機能性		
平均在院日数	(日)	33.41
外来/入院比	(倍)	2.37
1床当り1日平均入院患者数	(人)	0.79
1床当り1日平均外来患者数	(人)	1.69
患者1人1日当り入院収益	(円)	43,529
患者1人1日当り入院収益(室料差額除)	(円)	42,545
外来患者1人1日当り外来収益	(円)	11,332
医師1人当り入院患者数	(人)	5.84
医師1人当り外来患者数	(人)	11.06
看護師1人当り入院患者数	(人)	1.52
看護師1人当り外来患者数	(人)	3.19
職員1人当り入院患者数	(人)	0.49
職員1人当り外来患者数	(人)	0.98
ケアカンファレンス実施率	(%)	4.3

患者単価

医師1人当り
入院患者数・外来患者数

ケアカンファレンス実施率

病院の現状の性格を判別する指標

病院の現状の性格を判別する指標として、患者動向に関する指標がある。

それには患者単価、患者数推移、患者ルート(医療圏内・外の把握、紹介元など)、患者年齢構成などが挙げられる。

たとえば急性期病院を志向していても、患者単価が療養病院レベルであり、患者年齢構成も高齢者ばかりで、診療所などからの紹介もないようであれば、急性期病院としての性格の見直しが求められる。このように、自院が目指している方向と、地域における役割に関するギャップの有無を把握し、ギャップがあるのであれば、目指す方向に行くための具体的手段(急性期の医師の招聘、病棟建替えといった大規模設備投資など)を講じられるのか、事業転換を図るのかなど、今後の方向性や戦略を検討する。

機能の充実度合いを見る指標

機能の充実度合いを見る指標としては、医師1人当り入院患者数・外来患者数などが挙げられる。病床利用率に見劣りがなければ、これらの値が小さいほど、患者に対し医師が多いため、ケアの質が高い可能性が考えられる。しかしこの値が小さいほど、損益面は悪化する可能性は否定できない。先の収益性や安全性の指標を高めながら、いかにこれらケアの質の向上に資源を費やし、機能を高めるか。その損益面と機能面のバランスが病院経営では何よりも求められるといえよう。

**平成26年度 厚生労働省医政局委託
—医療施設経営安定化推進事業—
平成25年度 病院経営管理指標**

委託先：株式会社明治安田生活福祉研究所
〒100-0005 東京都千代田区丸の内 2-1-1
電話 03-3283-8303
FAX 03-3201-7837