

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.683 2021. 7. 27

医療情報ヘッドライン

「処方箋反復利用」実現へ 分割調剤の見直しを検討

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

一般病院の経営状況は依然厳しいが 前年同期比では大きく良化

▶独立行政法人 福祉医療機構

週刊 医療情報

2021年7月20日号

11病院の 指定変更等を了承

経営 TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)

(令和3年2月分)

経営情報レポート

給与体系を抜本的に改革する好機 役割・能力型給与制度の構築ポイント

経営データベース

ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

200床規模の病院の経営強化策 専門病院の差別化戦略

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

「処方箋反復利用」実現へ 分割調剤の見直しを検討

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、7月14日の中央社会保険医療協議会総会で、2022年度調剤報酬改定に向けた議論の論点を提示。6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2021」（骨太方針2021）に明記された「処方箋反復利用」の実現に向け、分割調剤のあり方を見直す方針をにおわせた。提示した資料では海外の実例も示しており、オンライン服薬指導の本格解禁と併せて薬剤処方簡便化に舵を切ることは間違いなさそうだ。

■分割調剤の算定回数は

はっきりと伸び悩んでいる

骨太方針2021に明記された「処方箋反復利用」は、患者の通院負担を軽減することを目的としたものだ。医師が処方する薬剤を入手するには、医療機関を受診する必要があったが、症状が安定していれば同じ処方箋を使うことで、医療費の削減も期待できる。

実は、すでにその方向性での手法は導入されてはいる。最大3回に分けて調剤を行う「分割調剤」がそうだ。以前から、「長期処方だが患者による管理が難しいと判断した場合」「初めて使用する後発医薬品に対し不安があり、少量だけ試したい場合」のみ、医師への連絡は必要だが薬剤師の判断で分割調剤は可能だったものの、制度として導入されたのは2016年度の診療報酬改定からになる。

薬剤師が患者と対面する機会を増やせるため残薬を防ぎ、適切な服薬管理でポリファーマシーを予防できるメリットがあるというのが導入の理由だ。

しかし「分割調剤」は、処方箋のすべてを

毎回薬局に提出しなければならない煩雑さがある。医療機関にとっても患者の受診回数が減るデメリットがあるため、算定回数は伸び悩んでいる。導入翌年の2017年こそ、医師の分割指示は13,340回をマークしたが、翌2018年には5,566回、2019年には4,593回、2020年には4,175回と“右肩下がり”の状態なのだ。そうした現状から、「何らかの抜本的な見直しをしないと今後も絶対普及しない」（支払側）、「3枚連記ではなく1枚の処方箋様式に簡便化するべき」（診療側）といった意見が続出した。

分割調剤に一貫して否定的な日本医師会の診療側委員は「長期処方を助長する方向には反対」と述べているが、見直しの方向で今後の議論が進められる可能性は高いだろう。

■「敷地内薬局」に逆風

日本薬剤師会の提言に日医も同意

この日の総会で注目したいのは、厚労省が論点に提示しなかった「敷地内薬局」への言及があったことだ。診療側委員である日本薬剤師会の有澤賢二氏が、大学病院などを中心に病院の敷地内に保険薬局が誘致される事例が増えていると指摘したうえで、「独立性が担保されない、院内薬局と変わらない薬局であるならば保険指定する必要はない」とまで言い切った。日本医師会の松元吉郎氏もこれに呼応し、「大病院において利益供与を認めるような募集が行われていることは大変遺憾」と発言している。

次回以降の議論で、厚労省がこの問題を論点に盛り込むかどうか、注目したいところだ。

一般病院の経営状況は依然厳しいが 前年同期比では大きく良化

独立行政法人 福祉医療機構

福祉医療機構は7月16日、「病院経営動向調査（2021年6月）」の結果を公表。

一般病院の医業収支のDI（景気変動を判断するための指標）は「△18」と、依然として厳しい経営状況にあることが判明した。

ただし、前年同期比でも前回調査との比較でも上昇傾向を示しており、3カ月後の先行き見通しも上昇。コロナ禍の影響も改善傾向にあり、回復基調にあるとみられる。

■昨年と比較すると改善傾向は明らか

福祉医療機構のこの調査は、「今後の病院経営や医療政策の適切な運営に寄与するため、病院経営における現場の声・実感や定期的な経営動向の変化を調査する仕組み」として2019年に開始された。四半期ごとに実施しており、今回の対象は病院（338施設）を運営する270法人（うち、医療法人212）。

調査事項は病院および医療法人の収益・費用・利益、資金繰り、従事者数等に関する現在の状況と3か月後の先行き予測、新型コロナウイルス感染症の影響で、有効回答率は病院76.0%、医療法人70.8%だった。

前年同期と比べて細かく見ていこう。一般病院の2020年度6月調査では、医業収益のDIは△81、医業費用31、医業利益△86とかなりのマイナスだったが、1年後の今回調査の医業収益は△15、医業費用34、医業利益△30。ちなみに療養型病院は、2020年度6月調査で医業収益△70、医業費用35、医業利益△76だったのが、今回調査では医業収益0、医業費用18、医業利益△15。

精神科病院は2020年度6月調査で医業収益△42、医業費用は35、医業利益△47だったのが、今回調査で医業収益△23、医業費用45、医業利益△28。

医療法人に限って見ると、2020年度6月調査で事業収益△66、事業費用38、事業利益△77だったのが、今回調査では事業収益△5、事業費用41、事業利益△20となっている。全体的に2020年度と比較すると改善してはいるが、コロナ前と比較すると厳しい状況ということがいえるだろう。

■医療従事者のワクチン接種状況も明らかに

なお、2021年度6月特別調査となっている「3ヵ年（2019年～2021年）6月期の一般病院の医業収支DIの推移」にも着目したい。

全体をみると2019年6月に19.4だったものが2020年6月には△60.7、2021年6月は△16.3と推移している。新型コロナウイルスの感染拡大が医業収支にかなりのマイナス影響を与えたものの、1年で約45ポイント回復しており、改善傾向にあることは明らかだ。

また、同調査で「病院における医療従事者へのCOVID-19ワクチンの接種状況」も明らかとなった。コロナ患者の受け入れ病院では約90%の医療従事者が2回目の接種を終了。残りの約10%は2回目接種途中または1回目接種途中で、比較的優先的な接種が行われていることが窺える。コロナ患者を受け入れていない病院でも、約77%の医療従事者が接種を完了していた。一方、療養型病院では2回目まで接種完了した医療従事者の割合が約56%、精神科病院では約77%。どちらも医療従事者の数%が「接種時期は決まっているが未接種」で回答している。

ワクチン接種の加速によって、状況の変動も予想されるため、次回の9月・12月調査の結果も引き続き注視していきたい。

医療情報①
 厚生労働省
 検討会

11病院の指定変更等を了承

～がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

厚生労働省は7月15日、がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会（座長＝藤也寸志・国立病院機構九州がんセンター院長）の会合を開き、がん診療連携拠点病院等について、前回会合以降に新規未充足項目が発生した医療機関の指定類型の見直し等について議論した。

厚労省は、合わせて11病院について、指定類型変更等を求める案を、以下の通り示した。いずれも了承された。

【地域がん診療連携拠点病院(特例型)から地域がん診療連携拠点病院への指定類型変更】

▼秋田赤十字病院（秋田県）：専従放射線治療医の充足（2023年3月31日まで）

【地域がん診療連携拠点病院(高度型)から地域がん診療連携拠点病院(特例型)への指定類型変更】

▼石巻赤十字病院（宮城県）：専従常勤病理診断医未充足（22年3月31日まで）

【地域がん診療連携拠点病院から地域がん診療連携拠点病院(特例型)への指定類型変更】

▼公立藤岡総合病院（群馬県）：専従院内がん登録中級者未充足（22年3月31日まで）

▼東海大学付属八王子病院（東京都）：医療安全研修の受講未充足（22年3月31日）

▼南和歌山医療センター（和歌山県）：専従院内がん登録中級者未充足（22年3月31日まで）

【都道府県がん診療連携拠点病院の要件未充足】

▼茨城県立中央病院（茨城県）：医療安全研修の受講未充足〈勧告〉

▼山梨県立中央病院（山梨県）：相談支援研修の受講未充足〈勧告〉

【地域がん診療病院の要件未充足】

▼みやぎ県南中核病院（宮城県）：専従院内がん登録担当者未充足〈勧告〉

▼県立大島病院（鹿児島県）：専従院内がん登録担当者未充足〈勧告〉

▼高島市民病院（滋賀県）：医療安全研修の受講未充足〈勧告〉

厚労省は、今回の新規未充足項目に該当した医療機関のなかに、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響を受けたものはないとした。

■病理医の確保などで意見

意見交換で唐澤久美子構成員（東京女子医科大学放射線腫瘍学講座教授・基幹分野長）は、「都道府県がん診療連携拠点病院」「地域がん診療病院」が要件を満たさなくなった場合に「地域がん診療連携拠点病院（特例型）」のような経過措置的な類型がなく、一気に指定取り

消しとなることについて、「勧告か取り消しかの判断に関して不公平にならないように、未充足になった時点から1年以内などの基準を設けるべき」と提案。（以降、続く）

医療情報②
 厚生労働省
 AB

新規感染の高齢者割合減少、 ワクチン効果か

厚生労働省の新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（座長＝脇田隆字・国立感染症研究所長）は7月14日に会合を開き、直近の感染状況等の分析と評価について議論し、取りまとめた。感染状況について、全国の新規感染者数は増加が続き、直近の1週間では人口10万人あたり約12人、今週先週比も1以上が2週間継続しているとした。

東京を中心とする首都圏の感染拡大が顕著で、周辺や全国への影響が懸念されるとしたほか、関西圏も7月に入り感染拡大が明確になり、その他の地域でも新規感染者数が増加に転じる動きが見られると概観した。一方で、重症者数、死亡者数の減少傾向は継続し、さらに感染者に占める高齢者割合は引き続き低下傾向にあるとの見方を示した。

B.1.617.2 系統の変異株（デルタ株）は、クラスターが複数報告され、市中での感染も観察されていると指摘。スクリーニング検査での陽性率（機械的な試算）は、全国的には11%程度で上昇傾向にあるとした。デルタ株はアルファ株よりも感染性が高いことが示唆されており、今後置き換わりが進むという見方を示した。

また、今後の見通しと必要な対策として、以下の項目などを挙げた。

- ▼東京では入院者数は増加傾向で、40代・50代の重症者数は前回の感染拡大期と同水準となっている。措置の強化に伴う効果が出てくるまで少なくとも2週間程度はかかることが見込まれ、今後もしばらくの間、感染拡大が続くことが予想される。このため、そうした状況を前提とした医療提供・公衆衛生体制の確保・連携が求められる。
- ▼その他の地域でも、新規感染者数が増加に転じた地域がある。高齢者のワクチン接種が進むなかで、重症者数と死亡者数の減少傾向が続いている。このことが、医療提供体制の状況への評価に及ぼす影響について検討が必要だが、感染者数が急増すれば重症病床より先に入院病床がひっ迫するとの予測も示されており、感染拡大の予兆があれば機動的な介入により急拡大を抑制することが必要である。
- ▼医療機関や高齢者施設でのクラスターが減少する一方、職場や学校・教育施設などでの発生が見られており、こうした場での感染予防の徹底等の対応が必要。
- ▼ワクチンの接種が高齢者中心に進むなか、高齢者の新規感染者数の割合が昨年秋以降で最も低い水準となるなど、ワクチンの効果が示唆されてきており、引き続き接種を着実に進めることが必要。また、ハイリスクな感染の場や感染経路に着目した戦略的なワクチン接種を進めることも流行制御に重要と考えられる。その際、特に若年層を中心に、懸念や不安の払拭が必要。

週刊医療情報（2021年7月20日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

介護保険事業状況報告 (暫定) (令和3年2月分)

厚生労働省 2021年4月27日公表

概要

1 第1号被保険者数 (2月末現在)

第1号被保険者数は、3,577万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数 (2月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、679.6万人で、うち男性が215.2万人、女性が464.5万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.6%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである。)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数 (現物給付12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、398.8万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数 (現物給付12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、88.6万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

5 施設サービス受給者数 (現物給付12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

施設サービス受給者数は96.0万人で、うち「介護老人福祉施設」が56.0万人、「介護老人保健施設」が35.2万人、「介護療養型医療施設」が1.7万人、「介護医療院」が3.4万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない。)

6 保険給付決定状況 (現物給付12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,714億円となっている。



経営情報
レポート
要約版



人事・労務

給与体系を抜本的に改革する好機

役割・能力型給与制度の 構築ポイント

1. 人事制度の実態と今後の方向性
2. 役割等級制度の設計
3. 基本給表の作成手順
4. 給与制度の導入事例紹介



参考文献

【厚生労働省】：中央社会保険医療協議会総会「第22回医療経済実態調査結果報告に関する分析」
【MMPG】：CLINIC BAMBOO 2020/7月号

1

医業経営情報レポート

人事制度の実態と今後の方向性

■ 診療所の人事制度の実態と今後の方向性

診療所は病院よりも中途採用で働く人が多い傾向にあります。職員の給与の決め方は既存の職員との給与バランスをとって決定しているケースが多いのが現状です。

トラブルを防止するためにも、職員に対して給与は何に基づいて決定しているか明確化することが求められます。

まずは、自院の人事制度を見直し、現在の人事制度がどのようなタイプであるかを確認します。給与決定ルールがどのタイプにあたるかを確認することにより、新たな人事制度の方向性を見出すことができます。

◆ 人事制度のタイプ

タイプ	内容
裁量型人事制度	理事長の裁量で、職員一人ひとりの属性、院内バランスなどを斟酌して総合的に賃金を決定する人事制度
年功型人事制度	勤続年数、年齢によって賃金が決定される人事制度
年功+能力型人事制度	併存型職能給ともいわれ、勤続年数や年齢と保有能力によって賃金が決定される人事制度
成果型人事制度	職員の成果に応じて賃金を決定する人事制度
役割+能力型人事制度	職員に与えられた役割、発揮能力に対応した賃金とする制度

この中で、診療所で多く採用されている「裁量型人事制度」と、役割に応じて給与を決定する「役割+能力型人事制度」を紹介していきます。

(1) 裁量型人事制度のメリット・デメリット

裁量型人事制度は、特にワンマン経営者が経営する診療所に多く見られる人事制度です。

また、創業後や承継後間もない診療所にも多く見られます。この人事制度は、少人数かつ小規模で運営している診療所に適している人事制度です。

しかしながら、職員数が増え、施設が複数になると経営者が職員個々人の行動を正しく把握すること自体難しくなってきます。

また、職員は自分がどのような基準で評価され、どうすれば自分の処遇が改善されるのかということについて、不満を持つようになります。

職員数が20名以上の医療機関は、人事制度の在り方を検討するべきです。自院の将来像とそれを実現するための基本的な考え方を確認し、明確にする経営理念、自院の存在価値や経営信条・行動原理等を示すことが必要となります。

2

医業経営情報レポート

役割等級制度の設計

■ 役割と連動した等級制度の策定ポイント

人事制度は、役割等級制度を中心に人事評価制度、賃金制度、退職金制度、教育制度で構成されます。役割等級制度が、キャリアパスの位置付けとなり、職員に期待する基準を階層ごとに明確にするとともに、職員が自院に貢献した度合いを人事評価制度によって評価し、その結果を賃金制度、退職金制度に反映させます。

役割等級制度構築のポイントは、自院で必要な役割と役割を果たすために必要な能力の基準を等級ごとに定義し、職員の組織上の位置づけを明確にすることです。

役割・能力によって等級を定義したものを等級フレームといい、人事制度全体の設計図に該当します。医局や看護といった部門で分けた組織構造や医師、看護師や薬剤師といった職種（保有ライセンス）を重視するのではなく、職階（役割と能力を基準とした資格等級）をベースとした横展開の運用を行います。

◆ 役割等級制度のイメージ

医局	看護部門			診療技術部門						介護部門			事務部門
医師	看護師	准看護師	看護助手	薬剤師	診療放射線技師	理学療法士	作業療法士	臨床検査技師	管理栄養士	介護福祉士	介護支援専門員	ホームヘルパー	事務員



医局	看護部門			診療技術部門						介護部門			事務部門
役割レベル 4													
役割レベル 3													
役割レベル 2													
役割レベル 1													

3 医業経営情報レポート 基本給表の作成手順

■ 基本給設計のポイント

従来の基本給は、単一型で支給意義は生活保障と労働に対する対価が混同し曖昧でした。

このため、支給決定の基準として明確な年齢や勤続年数が採用され、職員の生活安定には寄与していましたが、自院の業績とは無関係に人件費を押し上げていました。

職員の経験で基本給が決まり、経験を増すごとに昇給がなされていたため、職員は毎年昇給して当然という意識が働いていました。

これからの給与制度は役割、発揮能力を主な基準として運用し、人件費の決定根拠を明確にするため、基本給を数階層の構成とします。役割区分ごとに基本給の支給意義や昇給・降給の根拠を明確にすることにより、役割区分と処遇の関係を構築します。

◆ 基本給の種類

	従来型基本給	新基本給
構成	単一型 生活保障、労働対価 混同	数階層型 生活保障、労働対価 分離
主な支給決定要素	年齢（勤続年数）、職種	役割、能力、職種、 年齢（勤続年数）
支給の着眼点	世間相場 昇給額をいくら上げるか	世間相場 人件費予算の中でいかに配分するか
職員の意識	もらって当然	努力した結果の反映

■ 基本給表の作成手順

(1) 基本給表の作成ポイント

基本給は、一般的に段階号俸表といわれる賃金表を作成することによって設計します。

在籍する職員の賃金分布、今後の労働分配率のあり方、業界の平均賃金などを総合的に勘案して、学歴別の初任給と1年当りの標準昇給金額（以下ピッチ）を決定し、賃金表を作成します。通常はピッチを5分割して1号俸の金額を設定します。標準昇給額を5分割する理由は、人事評価の結果に応じて、昇給に格差をつける際、きめ細かく対応できるようにするためです。

(2) 基本給表の作成例

例を示して設計方法を解説します。現在の在籍者をもとに、18歳と40歳（管理職の手前）職員の基本給の差を計算します。

既存の昇給率を維持するのであれば、これでピッチが決定します。

4

医業経営情報レポート

給与制度の導入事例紹介

■ 経営状況と連動した給与制度の事例

A診療所では、職員に自院の収入、経費及び人件費などの割合を具体的な経営指標として公表しています。特徴として、収入に対して人件費は40%、材料費は20%、家賃5%、広告費3%などあらかじめ配分を設定しておき、収入が増えるほどその費用に充てる金額も増える仕組みとしています。例えば、1億円の収入があれば、その内の4千万円が人件費に充てられ、賞与に反映させています。目的は、職員に自院の経営状況や経営指標を示すことでお金の流れを知ってもらい納得性を高めるためです。

◆ 給与の仕組み

● 給与形態

- ・ 医師：年俸制（前期の実績から今期の年収を交渉）
- ・ 医師以外の職員：月給（昇給有）＋賞与＋業績手当

● 賞与

- ・ 年2回人事評価と連動させて支給額を決定

◆ 賞与の仕組み

● 賞与原資＝収入×40%－総人件費

● 一人当たりの賞与＝賞与原資÷（職員数×勤続年数×評価点数）

● 評価方法

- ・ 自己評価及び上司の評価＋面談

● 評価項目

- ・ 能力や業務の量・質など
- ・ 情意評価

◆ 業績手当の仕組み

● KPI（重要業績評価指数）を達成した場合に支給

● KPIの構成要素

⇒ 月間来院数、新患者数、かかりつけ登録数、NPS※10点評価数、患者平均単価

※NPSとは、自院のサービスに対する顧客ロイヤルティを数字で計測して確認する指標

■ 基本給の内訳を明確にした給与制度の事例

B診療所では、事業規模の拡大に伴う職員数の増加と給与配分の公平性、納得性を高める目的として、「年齢給」「勤続給」「職能給」で基本給を構成する給与制度を採用しました。

職員にこの制度の仕組みや各等級（金額）を全て公表しています。

中途採用が多いB診療所では、年齢給や勤続給の配分を落とし、職能給に一定のボリュームをもたせることで納得性の高い給与制度としています。また、職能給には経営を圧迫しないかシミュレーションを通して昇給等を検討できる役割をもたせています。

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。



ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

200床規模の病院の 経営強化策

**200床規模の中小規模病院の経営強化策の
 具体的事例を教えてください。**

一般の民間病院における病床規模は、医療法の源流にみるように、診療所をスタートとしており、トップの経営能力や資金力、個人立か医療法人による開設かの選択等の事情によって定まってきたといえます。

現在では、200床以上とそれ未満の病床数の病院は、いわゆる大病院と中小病院として様々な区分がなされることが多くなっていますが、200床規模の中規模病院が必要な経営基盤を強化するためには、地域医療のニーズに合わせるべく、組織体質と経営体質の強化が求められています。

具体的には、次のような取り組みの事例が挙げられます。

(1) 組織体質の強化

① 診療科目の見直し

地域・診療圏で優位性を持つ診療科目を分析し、一部廃止も含めて標榜科目の絞り込み

② 組織活性化

院内環境の活性化として、業務に対する意欲・集中力向上に向けた取り組み

③ 管理職のマネジメント強化

管理能力の強化（権限委譲、任期制導入、トップダウン体制、リーダー層育成）

(2) 経営体質の強化

① 院内情報(経営状況等)共有化

主に管理職を対象として、経営指標や病院運営状況に関する情報を公開

② 委員会活動の積極展開(マーケティング等)

経営努力の積極化、一般職員の経営参画意識醸成

③ 関連事業への多角化経営推進

在宅医療・訪問診療、健康増進・予防事業、福祉事業等の関連分野での目標を設定し、経営活動を推進する



ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

専門病院の差別化戦略

透析専門病院と整形外科専門病院の差別化戦略について教えてください。

■透析専門病院の差別化戦略のポイント

人工透析は、根治療法ではなく対症療法であります。臨床で広く普及することによって救命効果を向上させ、代表的な延命治療になっています。

世界には約 70 万人の透析治療患者がいるといわれていますが、そのうち最も透析治療が普及しているのは日本なのです。既に国内の透析患者は 18 万人おり、年5%の割合で増加しているといわれています。

今後の透析専門病院の差別化に必要なポイントは、次のようなものです。

(1) 医療技術の向上

- ① 専門医療機関としての医療の質の向上
- ③ 患者（身体的）負担の減少

- ② 合併症の回避
- ④ 職員教育

(2) 患者志向の組織運営

- ① 患者支援（通院送迎、休養スペース、疾病に対する学習）
- ③ 日常生活へのアドバイス（MSWの積極活用）

- ② 療養環境の整備

■整形外科専門病院の差別化戦略

外科系専門病院であれば、手術中心の診療体制であることが求められます。そのため、診療材料や人件費等のコストが高くなるのは必然と考えられることから、手術症例数の大小と経営状況との関連を重視している病医院もあるでしょう。

一般に、手術症例が少なければ入院患者の病態も軽症になります。この場合、患者回転率と付加価値は高くなりますが、これによって必ずしも経営状況が良いものになるとは限りません。

例えば、救急で受け入れる軽症患者を多く扱う場合には、個別の症例件数は増えても技術的な向上は望めないほか、院内の組織や医療提供体制における活力の低下等の影響も考えられ、軽症患者を対象として症例件数を増やすことは、メリットばかりではないといえます。

また、整形外科はリハビリテーションと密接な関係があり、手術症例の増加は急性期あるいは回復期リハビリテーションの件数も増加することを意味すると同時に、リハビリ部門の活性化につながることであります。さらに、クリニカル・パスを導入することによって、病床運営の計画性も確保することができるため、整形外科に特化した病院経営は効果的な戦略策定が可能です。そして、手術を主体とする急性期の整形外科病院として、外来診療や在宅医療への展開も考えられます。ただし、やはりポイントとなるのは、提供する医療すなわち医師の資質レベルとマーケティング手法といえるでしょう。