

附属医療介護経済研究所刊

医療介護の行方を探る

田邊誓司 編著

医療介護経済探索

# 医療介護の 行方を探る

田邊誓司 編著

Copyright (c) 2007.6 Seiji.T Administrative scrivener Office All Rights

行政書士田邊誓司が行政経験をもとに全力で考察した医療介護の現状と動向！施設の経営に、寄与できるものと信じています！

再編劇を見逃すな！

目次

第一章 医療介護の行方を探る

医療体系についての見解	二
官民論理の破綻・新しい価値観の時代へ	四
医療介護の動向について（国は何を意図するのか）	一
医療制度の今後を占う！	一八
医療ヒエラルキー瓦解の時代へ	三二
医療制度の変貌	三六
医療法人の設立事業に寄せて	四
介護保険・新制度が見え始めた	四六

第二章 新しい風を吹かすために

プラス思考への転換を	六
各部署の企画能力の強化に係る考察	六二
所属の仕事に光を当てること	六八
外野マンと指示待ちマン	七
コメディカルのために「接遇とは何か」	七四

リーダーシップ論（組織を引きつけ部署を表舞台に）	八二
業務の組織的遂行（続）	八六

第三章 資料編（第十五回医療経済実態調査調査数値ほか）

病院（一般・精神）従事者の状況・取扱患者数	九二
病院（一般・一般療養・精神）の収支状況	九二
一般診療所の従事者の状況・取扱患者数等	一一
一般診療所の収支状況	一一
一般診療所の従事者の状況等	一一
歯科診療所の収支状況	一一
歯科診療所の従事者の状況等	一一
一般病院の職種別職員平均給料月額の推移等	一一
附属医療介護経済研究所規程	一一

あとがき	一一
	一一
	一一

行政書士田邊法務事務所理念	一一
	二四

第一章

医療介護の  
行方を探る



官民論理の破綻・新しい価値観の時代へ

経済不況に端を発した、とりわけ行政面における改革は、財政の巨額累積赤字解消をターゲットにしていまも続いています。これまでに、金融の健全化や道路公団及び郵政省の民営化、さらに「平成の市町村大合併」と進行していきますが、その内容と手法をみると、理念の面で曖昧さを残したまま行われていると、いった感じがしてなりません。そこで、その点をここで検証し、整理しておきたいと思います。

従前の論理の破綻

これまでの政策理念の根底には、次のような思想が流れていたと思います。それは、政策を行う側の官公庁と受ける側のいわゆる民間との間にラインを引くうえで、「公共と営利」ということに根拠が置かれてきた、ということなのです。

官公庁は公共、国益、最善（上善）、営利なし（奉仕・福祉）  
「矛盾」は公務員高給と、財政赤字の税負担、天下り、破産なし、  
社会保障等善意の欠落

従前の論理の特徴は、官公庁の担うのが公共事業であり、それが営利を追求しないことから奉仕であり福祉である、とされました。しかしながら、改革の気運のなかで進み、実は官公庁がゼネコンや公益法人、特殊法人と密接に結びつき、国民の福祉と乖離したところとで予算が投ぜられ、その見返りに公務員は天下りとしてそこから長く給与と生活を保証される、といった高度な「私利獲得のからくり」が明らかとなつたのであります。そして、このからくりは、結果的に国家を莫大な財政赤字に転落せしめ、しかもその赤字を今、消費税の増税等により国民に負担転嫁しようとしているのです。ここで、いちばんの問題は、こうした失策が誰の責任に帰すのかというところが曖昧にされたまま、国民に負担を求めようとしていることでもあります。こうした状況を生んだのは、政治、行政、金融、大手企業が主であることは明らかなのですが、それらの者がまず、消費税の増税に先立ち身を切つても応分の負担をしないと、というのが本筋ではないかと考えるのであります。このことを逆に民間の側から眺めてみたいと思います。

民間は非公共、私益、一定的善、営利あり（利益吸収）

「矛盾」は法に基づくサービス提供、雇用効果、低給与、自力経営改善、破産の受容、顧客第一の善意

この枠内にあるように、民間は営利を追求しているとされ、その事業は官公庁の行う公共事業より低次に置かれています。しかしながら、よくよく吟味していくと次のような論理的な疑問が浮んできます。それは、

「営利」とは、そんなによくないことなのか。「私腹を肥やす」の私腹とは違うはずである。公共と非公共の区分はできるのか。できなければ官公庁の存在意義は縮小し、当然にして「小さな政府」が求められる。

ということですが、この「営利」については法理論上、営利を追求しないことが公共性を保つことだとされ、それが現在では利益と収益とが混同され、安定的運営を確保するため民間が工夫と努力を重ねて得た収益を、行政が抑制しようとする。抑えようとする不合理な状況も生まれています。

例えば、介護保険制度の報酬改定により導入された、通所リハビリに関しての「大規模事業所減算」などがあります。民間とは異なる法に基づく正当なケアを提供しており、厳密な意味において「営利」は存在しないかと思われ、この点については、種々の解釈が成り立ちます。例えば、公共施設は公共性を標榜していますが、同種の民間施設と比べ、サービスの内容や地域貢献度等に差異はなく、また、経営面において、公的施設は一般財源(税)に依存するのに対し、民間施設は独立採算のうえ、自ら厳しい経営責任を負うなど、むしろ公的施設よりも社会貢献度が大きいと思えるのであります。

新しい価値観の時代へ  
以上のように、いまは旧価値観が破綻し、民間が公共分野を担っている状況にあります。この官民の不平等を是正する方向に社会は脱皮を遂げなければなりません。この官民の不平等を是正する方向に社会は脱皮を遂げなければ、これから思う次第です。価値観の転換とはどのような内容なのでしょう。以下、雑駁ながら例示してみます。

「例示」

・国防  
・行政権限の大幅縮減  
・外務(国際援助・入国管理含む)  
・治安  
・輸出

入管理(通関)・その他  
行政の道州・市町村への移管(府県の廃止)

保健医療福祉事業への自由開業・自由価格制の導入

(人権侵害事業者への司法査察強化・高額罰金刑)

農業規制の大幅縮減(農地・農振)

(危険農産物提供事業者への司法査察強化・高額罰金

刑)

治山・治水・道路改良及び維持に係る企画以外の土木

建設等事業者への司法査察強化・高額罰金刑)

(危険事業への公共的司法査察強化・高額罰金刑)

経産省への公共的司法査察強化・高額罰金刑)

(人権侵害事業者への司法査察強化・高額罰金刑)

公共団体の破綻責任制度の創設

(破綻した公共団体の取潰し又は他の公共団体への吸

収等)

公用語の増設(国際競争力強化のため日本語及び英語を公用語)

おわりに

以上検討してきましたように、思い切った行政改革が既に  
行われていない。むしろ、戦後策の大転換というマクロな視点から  
みると、ほんの序章に過ぎない。この見方もできます。この  
改革には、既成観念のセットと新理念の創設がまず必要なんだと、  
いうことではない。現在のようだが、法の体系による行政体制は、  
既に発展の方向性の限界に参加できる時代へと開かれていかな  
ければなりません。国家観の構築に改革をみても、それは行政  
のあり、今後は例外なく、それは行政のほかなければなりません。  
取るべきだと考えます。ブーなく、これらの諸課題に果敢



在総診を重視し、在宅看護で、重症管理を加算が上がる。

訪問看護で、重症管理は廃止、ただし特定機能病院と地域医療支援病院は除外される。

紹介患者加算は廃止、ただし特定機能病院と地域医療支援病院は除外される。

ＤＰＣ調査協力病院二二八施設（全国）のうち試行施設が六二の現状であるが、急性期はＤＰＣが前提だとの傾向を強めている。

将来的には、一般病床というものがなくなるのではないかと。急性期、亜急性期は、云々。

リハビリは、施設（面積等）・体制（人員等）から疾患別へとシフトし、四種（脳血管・運動器・循環器・呼吸器）になる。また、個別リハへとシフトし、集団療法は廃止。

長期にわたるリハで、リハ効果の顕著でないものは、算定を制限される。注（筆者）

注（筆者） P T、O T等が医療施設から介護福祉施設等へ流出する傾向が出てくるのではないかと。リハに特化しているY病院や農協系リハセンター等が経営面で苦しくなるのではないかと。精神医療で、在院日数の短いものは「上げ」、長いのは「下げ」。統合失調・心神経衰弱・アルコール等には新しい認知症の流れが加わる。

老健の他科受診で、専門的な技術や医療器械に係るものは医療保険から算定が可能となる。

臨床研修院が評価される。小児科において、例えば五時間／一日でも常勤とみなすなどの緩和。

急性期の在院日数、例え十七日が一日に短縮されるかどうか注目を要する。

夜間看護補助加算が廃止。医療法におけるクリニックの四八時間制限が廃止の方向、在院日数短期「上げ」、長期「下げ」。

注（筆者）長期「下げ」、近い将来に医療計画における病所の病床区分がなくなる方向、近いうち医療計画の院内感染対策、褥瘡対策等の減算は廃止。

安全対策の院内感染対策、褥瘡対策等の減算は廃止。

療養病床の大幅な改定、医療の必要性の高い患者入院は「上げ」、医療性の兆候は「下げ」。

せん妄の兆候は「上げ」、医療区分は「上げ」、医療区分は「上げ」。

現行は、食事一代食でも約二患者の出入りの多い病院は大きな痛手を

たがって、急性期の食、つまり患者の出入りの多い病院は大きな痛手を

る。医療区分は「上げ」、医療区分は「上げ」。

被る。  
検体検査は、(差益を調査済であり)大幅に下がる。

注(筆者) 国はかつて医療機関の安定継続性を重視していたが、現在は益々健全運営を考慮しない方向(性悪説)にシフトしている。  
国は、「物の評価」から「技術の評価」と言っており、差益を見込む時代ではない。

「介護」

これからは、医介連携が重視される。

通所介護に、アクティヴィティ(レク)実施加算が新設される。八一単位。

ユニット個室は「上げ」、多床室は「下げ」。

居宅支援は、一人当たり作成ケアプラン数を減らし、要介護度の高い場合を上げているので良い。

注(筆者) 良い面はない。これも、人件費率を高め総件数を抑制するもので大きな打撃となる。

在宅復帰支援機能加算一日一単位を新設。

サテライト型老健を認める。短期集中リハを重視。他職種共同のリハ指向。

以上が、講演における重要事項を列挙したものです。では、その内容から国がどのような方向を指向しているか、何を意図しているかについて、私なりの評価をしてみます。

国は何を意図しているか

まず、この講演内容のみからの印象ということになります。今回の改定案の内容に関しては、率直に言って次のような感じをもちました。

・高度先進医療に対する配慮に乏しい。  
・インフォームド・コンセント等時間をかけた「患者さまに優しい医療」の視点が乏しく、医療の内容評価を治療期間の長短に準拠し過ぎる。あるいは、医療の内容評価を治療期間の長短に準拠し過ぎる。

・チームケアの視点は僅かながら見受けられ、良いと思う。  
・精神医療に認知症機能を付加する方向性は良いと思うが、入院期間の長短のみでケアの質的向上を図ろうとしているよう見受けられ、科学的導入の新しい発想はない。

・検査の精度向上管理の視点がなく、差益縮減思想のみが目立つ。  
・総じて「予算カット主義」を大前提とした改定である。

・さらに、これら総論的感想から一歩踏み込んで深く考えると、次のような推測が成り立ちます。

・病院と診療所の区分を廃止し、病床一括管理にしようとの指向性を感じる。  
・診療所の機能をプライマリケアに強引にもっていかうとの指向性を感じる。  
・治療期間準拠の評価により、医療の非効率部分をなくそうとの指向性を感じる。  
・医療機能の特化がなされていない医療機関は切捨てたい、との指向性を感じる。  
・リハビリ（集団から個別）と精神医療（長期から短期、施設から通院・在宅）にメスを入れよう、との指向性を感じる。  
・介護については、「大規模から小規模」、「集団から個別」、「施設から在宅」をテコにした予算抑制の指向性を感じます。  
以上が、多分に私見を交えた私の分析であります。

今後の対応について

1 1 では、こうした国の指向を踏まえ、私たちはどのような対応をすべきなのでしょいか。介護分野を例に対策を提起してみます。

2 2 介護における「大規模から小規模」主義は、一月延九 人を超え

る通所リハについて一割減算する、との改定に如実に表れています。したがって、今後は「小規模地域分散型」を模索する必要があるでしょう。

3 3 医療のますますの短期化により、在宅医療が促進されます。したがって、訪問看護機能の拡充が目前の課題でしょう。

4 4 リハビリは、「集団から個別」主義により、ますます短期治療的性格を促されてくると思われます。また、在宅が重視されてきます。したがって、疾病分類に対応した個別リハ、及び訪問リハ（訪問との連携）を強化すべきでしょう。  
なお、リハ人材は、医療から介護への流れが加速していくものと思

5 5 一連の指向を勘案すれば、小規模多機能型拠点づくりに早期に投資することが検討に値すると思われ





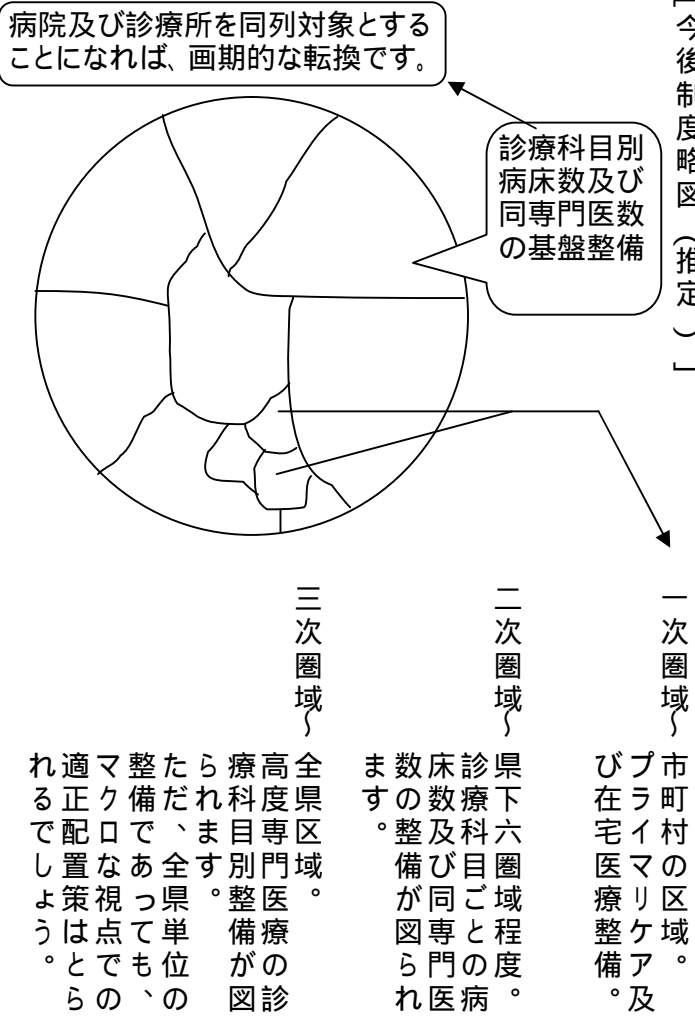
大きな変更ポイントは、次の二点です。それは、

保健医療圏の性質が、「病床数管理に係る単位区域」から「医療の重  
度別整備圏域」に変わるだろうということ、及びそれに診療科目ごと  
の病床数や診療科目ごとの専門医数等が考慮されてくるだろうという  
こと。

前項の病床数等の算定は、これまでの「病院病床数」から「診療所病  
床数も含めた病床数」に改められるであろうということ。

であり、これまで医療基盤として病院を中心に整備されてきた根幹の  
思想が、診療所も含めた、いわば「総合的医療水準管理」へと移行する  
ことを意味すると考えられるのです。以上の推定を踏まえ、今後の制度（推定）について図示してみ  
ましょう。

「今後制度略図（推定）」



以上が、推定されるごく大雑把な略図であります。ここで、述べておきたいのは、第三次圏域すなわち全県域において整備される高度な医療とはどのようなものか、ということとです。

これについて、平成十年六月一日健政発第六八九号各道府県知事あて厚生省健康政策局長通知「医療計画について」の別紙「医療計画作成指針」中、第三 3 (2) (イ)に、この点についての規定があります。

それは、三次医療圏にて整備すべき医療提供体制として、  
経皮的カテーテル心筋焼灼術、腎移植等の先進的技術を必要とする  
医療

高圧酸素療法、持続的血液濾過透析等特殊な医療機器の使用を必要とする医療

先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療

広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

としています。

しかし、これはこれまで大学病院等で整備されてきたいわゆる「高度先進医療」とどの様な関係にあるのか、或は県ごとの特殊性により「高度整備の遅れているような医療をどのように扱うべきなのか」との問題を孕んでいます。

私としては、各県の特殊性に配慮し、画一的な考えに固執することなく、三次医療圏において「当該県では医療、医療を整備する」と、医療計画に自由に盛り込めばよいのではないかと思うのであります。

今後の医療界はどう変わる？

このたびの政策転換の動機は、いうまでもなく医療予算の縮減です。したがって、「医療の質的充実」というのは、その大義名分にすぎず、いわば踏み絵だと言えるでしょう。

そのようなわけで、現場が善意によりいかに医療の質的充実の取組を進めようとも、本目的である報酬力ツトの流れを免れることはできないでしょう。

要は、医療界が今後ますます報酬力ツトの波に晒される、ということにほかなりません。しかも、質的充実の大義名分のもと、急性期と慢性期の二極化が促進されるでしょうから、慢性期の方の医療機関としての

役割すなわち存在価値が薄められてゆくのではないでしょうか。そうなれば、慢性期の病院病床に、四十八時間縛りを外されたクリニックの慢性期病床が加わり、一気に競争による医療機関の淘汰が、急激かつ大規模にその結果、厳しい過当競争による医療機関の淘汰が、急激かつ大規模に始まると予想されるのであります。

一方、急性期の医療機関に対しては、DPC等によりますます厳しい締め付けがなされ、これに適合しない医療機関は公的病院であるうがあるまいが、倒産の危機にさらされることになるでしょう。

いづれにせよ、医療機関にとって厳しい冬の時代が到来したことは間違いないと思います。

### 医療界将来像を大胆予測

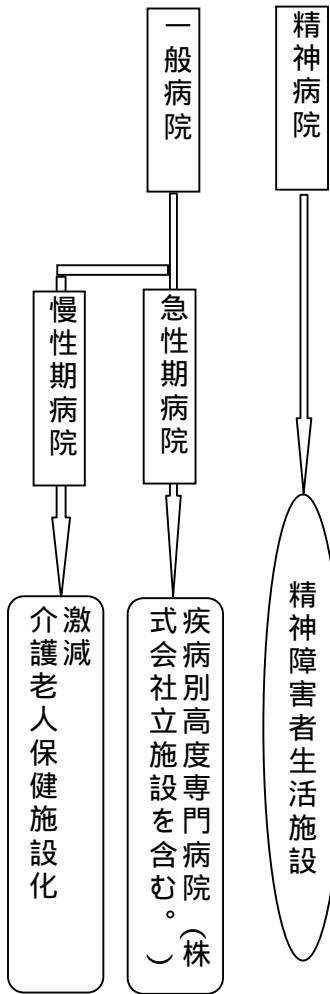
今後、この人為的操作により医療界はどのように再編させられるのでしょうか。私見をばからず、大胆に予測してみましよう。まとめてみると、次のようなことが考えられます。

長期医療病床の最たるもの、精神医療病床は、生活重視型施設への傾斜を促進せられ、医療の提供がほとんど行われない精神障害者生活施設へと移行せられる。

慢性期の病院病床は、縮小の一途をたどり（ペイしない方向へと誘導せられ）、激減又は介護老人保健施設化せられる。検査入院専門病床や感染症専門病床等により生き残る。

総合在宅支援診療所への大幅な権限付与（特養、精神障害者施設への訪問診療が認められる。）により、診療所はほとんどが無床診療所へと移行せられる。

介護老人保健施設が、旧来の慢性期病床の肩代わりをさせられる。これを、図示すれば次のようになる。





ます。また、介護保険施設は今後、生活重視型か在宅復帰支援型かの踏み絵を踏まされることになり、今年度が激動の時代となることは、間違いなさそうです。このたび、平成十六年刊の「（介護老人保健施設が育んだ）私の福祉論」のシリーズ編として、当ミニ本の作成を思い立ちました。介護現場とも大きく関連するであろう医療の今後を大胆に占ってみたもので、私も私たちが、これからの国の動向をしっかりと見極めていく、その参考とするため書いたものです。しかし、いつも施策に対する鋭い目と、利用者がまるとは限りません。しかし、これからも、鋭い目と、利用者さまに対する温かい視線は持ち続けたいものです。鋭い目ばどうか、機会がある温かい視線は持ち続けたいものです。鋭い目ば幸甚に存する次第であります。笑覧いただき、六月四月吉日記す 著者



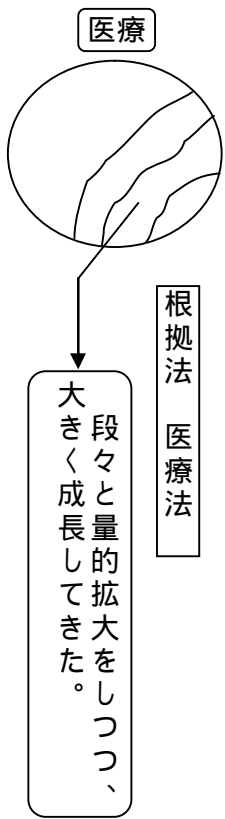
してこの状況と相成ったのであります。この流れであり、流れはますます加速して行くことでしょう。そして、真の意味で社会資源たる各医療機関が連携できる、いや連携しなければ立ちゆかない新しい時代へと突入したといっても過言ではないでしょう。立ちゆかない新しい時代へと突入したこれに加えて、行政サイドにて行われてきた市町村合併が医療圏の区域変更を余儀なくして行っていることも、医療基盤の変革を促す一要素であり、いまこそ官民挙げて、医療の本来のあり方を問うべき時期が来たものと思ふ次第です。

おわりに

医療分野の近未来はどのような姿を呈するのでしょうか。いまは、まだ確たることは何も言えないのですが、ただ、医療界が「競合・連携・統合」のなか、いわば勝ち組と負け組の二極に分化していく方向をとることだけは確かでしょう。瓦解の時代、それは競争リスキの反面で、大きな飛躍も望める時代です。各施設は、そのチャンスを感じ、自施設に相応しい方向へと機能の特化を図るべきではないでしょうか、そう思われてなりません。

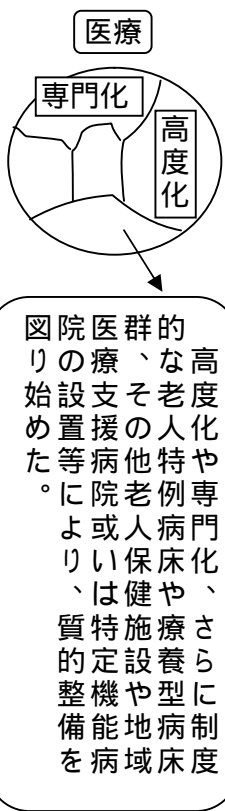
医療制度の変貌

介護福祉に携わる私たちとしては、いまの医療制度がどのようなように整備されてきたか、その輪郭くらいは知っておく必要があると思います。なぜなら、老健施設はまず、病院に準ずる中間施設として医療の分野に生まれたからです。そこで今日は、その概要を簡易な図で示し説明してみたいと思います。



右の円で表したいまの医療は、人間で言いますと五十七歳くらいです。第二次世界大戦後の昭和二十三年に、医療法が公布施行されました。そして、当時は医療機関が少なすぎた状況に合わせ、病院病床数の「量的拡大」を指してきました。図のような大きさ、つまり大人に成長したと考えられたのは、三十九

歳の頃、昭和六十二年頃です。体が大人になったと判断した厚生労働省（旧厚生省）は、医療制度の転換を打ち出します。これは「量的拡大」が行われたので、その目玉は、都道府県に規制、医療法の一部改正が行われた必要病床数の範囲内になるよう設計しようとするものでした。



その改正以前から、必要病床数という考え方は行政指導としてはありましたが、その時から、それが医療計画に法定数値として定められたのです。その後、社会の高齢化により独居老人や寝たきり老人が増加した

ことに伴い、病院病床の中に老人特例病床や療養型病床群（人員数において、医療に薄く看護に厚い病床）が設けられたり、最終的に老人保健施設が医療を行う場所として規定され、当初は病院病床の二分の一の扱いとされ、まさに病院に準じる施設として登場しました。すぐにその扱いは凍結されましたが、医療の大きさを制限しつつ質的転換が図られていきました。そのように、医療の大きさを制限しつつ質的転換が図られていきました。さて、それではいまの状況はどのように捉えられているかお話ししましょう。国としては、三十九歳頃から太らないように手名付けてきたけれど、結果として肥満になってしまったと考えているようです。図の円自体を小さくしようとして大赤字解消のため、手を代え品を代え先の図の円自体を小さくしようとしているのです。そのようなわけで、行政の行う施策は、必ずこの「量的拡大から量的規制・質的充実」の図式をとることを知っていたべきだと思います。介護老人保健施設のベッド数、グループホームの施設数、或はヘルパーの数等々、みな同じです。国からケアの質的充実ということをタテにしたがって、今後私たちは、国からケアの質的充実ということをタテに、種々の規制がかかってくることを認識しなければなりません。タテに、種々の規制がかかってくることを認識しなければなりません。現場に立つ者の良心に

おいて、このケアサービスの向上に取り組んでいくべきだと考えます。行政の施策は、つまり福祉の向上に取組んでいくべきだと考えます。現場を知る「真の介護福祉の実行者」な材料に、介護福祉制度に若干言及してみました。



とはいえ、かつてのようにならぬ命を守る医療（歯科医療）に夢をかたむけ、医師（歯科医師）国家試験の難関を突破して来られた若手のドクターも少なくないものと思う。成りを指す夢（メリット）は果たしてあるのだろうか？私には、肯定的立場から、歯科の例で考えてみたい。重視し、また「芸能人は命」という言葉が流行ったように、現代志向にマッチした審美的歯科をもうけるという。備えたサービス提供を推進するうえで、医療法人化は好都合である。組織的かつ科学的な医療（歯科医療）を追求する性質の制度であるから、いま仮に、次のような法人化を目指すよう。

歯科医師三人（理事長一人・院内歯科医長一人・在宅歯科医長一人）  
歯科衛生士一人（士長一人）  
院内歯科技工は外注としておく。  
上記を理事職員一人（事務局長兼総務企画課長）  
上記を理事とし、五人体制で経営陣を組めば、ほぼ万全だと思ふ。  
らば、歯科医療芸術ととも、経営面からの企画検討まで可能になる。

また、衛生士の士長は、歯科のコーディネイタルの長として、職員の人材育成や院内における口腔ケアの企画、さらに在宅歯科のサポートまで活動分野が広がる。こうした人の活躍が歯科衛生士全体のステップアップにも寄与するだろう。最後に、事務職員であるが、事務長としての地域行事への参画や営業とともに、常に経営の数値的分析をし、理事長のシンクタンクかつ補佐役として動けるだろう。業務全体がまさに《組織的》かつ《科学的》に動き始めるのである。こうした動きは、法人なればこそ可能である。そして、ここでの活躍が、歯科医療界全体の新しい風を吹かせ始めるに違いない。

### その三 隔世の感

いまの医療法人制度を旧制度（厳密には前のその前の制度）と比較するときは、隔世の感がある。成りとは認められていないが、かつてはなかつた。つまり、法人成りは病院若しくは大規模な診療所にしか当てはまらなかった。この時代には、法人設立の話が持ち上がったから設立が認められるま



介護保険・新制度が見え始めた！

はじめに

平成十七年十二月十三日、社会保障審議会介護給付費分科会が開催され、介護保険の新制度がその輪郭を現わし始めました。この見直しは、私どもも介護現場に働く者にとって、今後のケア活動のあり方を左右するものだけに関心を引きます。本稿では、その基本的な考え方や方向性等の概要を今時点でまとめ、今後の参考としたいと思います。

基本的な考え方

基本的な考え方としては、次の五項目が挙げられています。

制度の持続可能性の確保、効率的かつ適正なサービス提供

介護予防、リハビリテーションの推進

地域包括ケア、認知症ケアの確立

でありま。では、この項目ごとに主な内容又は私の所見等をまとめてみましょう。

「この制度の持続可能性の確保、効率的かつ適正なサービス提供」  
この項では、介護予防の推進等により保険料水準の増大を抑えていく、将来的には介護予防の負担の抑制によりその適正水準確保を目指す。

「中重度者への支援強化」  
この項では、中重度者特に在宅中重度者に対する介護サービスについて、医療との連携を含め充実を図るとし、居宅サービスにおける重度化対応や、ターミナルケアを含めた医療との連携の強化、機能分担の明確化を図るとしています。  
私は以前から、介護分野に種々の事業がありながら「機能分担」の考えの根付いていないことを、当分野の未分化状況と捉えていました。今、このようにその考え方が示され、今後は系統だったケアサービス提供の盤が徐々に整備されてくるものと思えます。在宅ケアニーズへの対応などの専門的ケアの充実を図るという点にも言及されています。

「介護予防、リハビリテーションの推進」  
この項では、リハビリテーションについて、目標指向型のサービス提供を徹底するとし、在宅復帰・在宅生活支援の観点を重視した短期・集中的なサービス提供の評価、サービス提供過程（プロセス）重視の視点に立った評価の見直しをする、としています。

「地域包括ケア、認知症ケアの確立」  
この項では、大きな矛盾を含む国の独断的意見が述べられています。それは、地域包括支援センターを中心とした、地域包括ケアのネットワークと連携しつつ、新たに創設される地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護や、夜間対応型訪問介護等の推進を行う。  
とのくだりであり、これは、現状を無視した机上の空論と私には思われ、とあります。これは、介護保険制度発足以来、地域ケアネットワークを構築してきたのは、数多くの善意の居宅介護支援事業所（いわゆるケアマネージャー）をかかえる事業所であり、現行の在宅介護支援センター（近々地域包括支援センターに改変予定）は、現実に有効な機能を示しています。  
ケアマネージャーは、いわゆる「困い込み」をし、自己所属の事業所

へ送り込んできた。と批判しつつ、礼儀は指し示さず、介護保険制度を着せさせたケアマネージャーに対して失礼ではないでしょうか。仮に自己所属の事業所であっても、それは法により指定された事業所であり、法に基づくサービスを提供している以上、それは善意の公正なケアとみるのが当然の理です。性悪説に立った歪な目で介護保険制度をみることは、自ら招いた財政赤字の責任を他に転嫁していると見られても致し方ないのではないでしようか。  
このようないくつかの記述を、ケアネットワークは机上の空論であり、今後も居宅介護支援事業所を中心として、ケアネットワークの構築が推進されていく、また推進されなければならぬと私は考えるものであります。  
さて、この項では、後段に認知症ケアに関して認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の質・機能の向上や認知症対応型サービス及び若年認知症ケアの充実を図るとされており、この方向性は正しいと思えます。

「サービスの質の向上」

この項の論調について、上記と同様、独断的なケアマネ論に終始しており、論外です。現場におけるサービスの質的向上は、ユニットケア

の導入等による個別ケアの推進や、介護職員に対する倫理道德等も含めた人材養成等に基づき進められており、今後ともこうした観点でのケアサービスの向上への取組がなされていくべきだと思います。

各サービスの報酬・基準見直しの基本方向の要点について

「介護予防サービス」

- ・通所系サービスについて、日常生活上の支援などの「共通的服务」・運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上の「選択的サービス」に分ける。
- ・それぞれ、月単位の定額報酬とする。
- ・送迎や入浴については、共通的服务部分に包括する。
- ・目標の達成度に応じた事業者評価について、要介護度の維持・改善を指標として試行的に導入する。
- ・訪問介護については、身体介護・生活援助の区分を一本化し、月単位の定額報酬とする。

「地域密着型サービス」

- ・認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の質的向上を図りつつ、健康管理・医療連携体制の強化、空き居室を活用した短期

利用の導入などをする。

「居宅介護支援・介護予防支援」

- ・ケアマネージャー一人当たりの標準担当件数を引き下げる。
- ・中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応をし、専門性の高い人材を確保、質の高いケアマネジメントを実施している事業所について、報酬上の評価をする。

「訪問系介護サービス」

- ・サービスの提供責任者は、介護福祉士又は一級ヘルパーとし、現行の経過措置は三年後に廃止する。
- ・サービスの提供の責任体制、ヘルパーの活動環境・雇用環境の整備や介護福祉士の配置など、質の高いサービス提供体制が整った事業所について、報酬上の評価をする。
- ・訪問看護については、二十四時間対応体制の強化、在宅ターミナルケアへの対応、医療保険と介護保険の機能分担の明確化などの観点から、短時間訪問の評価と緊急時訪問看護加算、ターミナルケア加算、特別管理加算等を見直す。

「訪問リハビリテーション」

- ・短期・集中的なサービス提供を評する。
- ・言語聴覚士による言語聴覚療法や嚥下訓練について報酬上評価する。

介護老人保健施設に関する重要事項

- ・介護保険施設について、ユニット型個室等と多床室との報酬水準の見直しをする。
- ・将来像として、医療保険との機能分担の計画化を図りつつ、「生活重視型施設」又は「在宅復帰・在宅生活支援重視型施設」への集約を図る。
- ・十八年度改定では、
  - 中重度者の重点化
  - 在宅復帰支援機能の強化
  - ケアマネジメントの充実（サービス向上）
  - 人材専門性の確保
  - 個別ケアの推進
- ・在宅における受け入れ態勢支援に留意しつつ、「試行的退所」や地域の中で在宅復帰支援を行う。小規模の老人保健施設を報酬上評価する。
- ・リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点からプロセス評価に重点を置いた再編を図る。
- ・短期・集中型のリハビリテーションや認知症高齢者に対する早期リハビリテーションの評価をする。

介護報酬表（案）から読み取れること

「通所リハビリテーション費」

- ・大規模事業所（利用者数 件数超の場合）

減算

$$\text{報酬} \times \frac{\quad}{100}$$

- ・入浴介助を行った場合

加算

一日につき 単位

- ・リハビリテーションマネジメント加算

加算

一日につき 単位

- ・短期集中リハビリテーション加算（小生見解 選択的個別処置的リハ）
- ・歯科衛生士を配置して口腔機能の向上のための取組を実施している場合

加算

一日につき 単位

- ・若年認知症の要介護者を対象とした特別のサービス提供を実施している場合
- 注 上記のとおり、減算方式が導入されます。

「短期入所生活介護費」

- ・緊急ショートステイネットワーク加算
- ・在宅中重度加算

オンコール体制加算  
在宅中重度受入加算

「介護保健施設サービス」

- ・試行的退所サービス費
- ・感染症管理体制

- ・安全管理体制
- ・在宅復帰支援機能加算

「介護予防通所介護費」

- イ 介護予防通所介護費

一月につき 単位

- ロ 運動機能向上加算

一月につき 単位を加算

- ハ 栄養ケアマネジメント加算

一月につき 単位を加算

- ニ 口腔機能向上加算

一月につき 単位を加算

- ホ 事業所評価加算

一月につき 単位を加算

まとめ

設 以上見てきましたように、来る平成十八年の改定を機に、介護保険施設は今後、生活重視型か在宅復帰支援型かの選択をせまられ、或いは他



第二章

新しい風を  
吹かすために

プラス思考への転換を！

「報告時に、今日は特に問題ありませんでした。」  
「今日という発言をすればいいんです。」  
「しかし、ここに言う「問題」とは一体何のことを言うのでしょうか？」  
「それとも当苑は老健施設であるから、熱発など体調不良の方がいなかったことか？」  
「つまりは、報告者は自分の頭のなかには問題点の尺度を持っていないので、不明になるのです。」  
「穿った見方をすれば、詳しく報告すれば突っ込まれてややこしくなる」といれないで、問題なしとどめておこう、そんな心理が働いたのだとすれば、この報告はマイナス思考以外の何物でもありません。」  
「私なら、プラス思考に基づき、  
「今日は、みなさまお元気で、特に  
のレクリエーションなどで、大変楽しく過ごしておられました。」  
と報告します。」  
「みなさんにも、良かったことは良かったと胸を張って報告しておきたいからです。」



ちよっと発想を前向きに変えるだけで、職場の雰囲気は、いきいきとしてくるんですよ！

各部署の企画能力の強化に係る考察  
はじめに

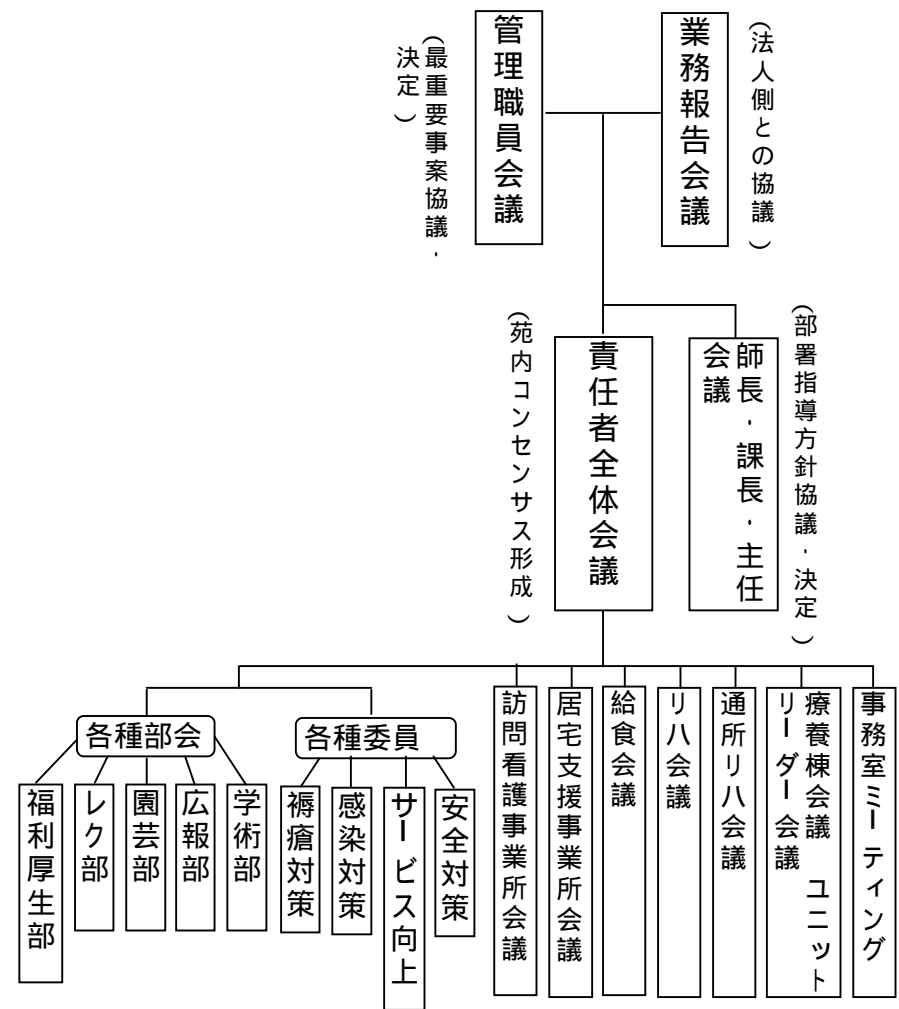
各部署が、現状の課題を把握し、よりよいケアサービスへと向かうには、現在のルーティンワークに固執することなく、常に新たな方策を模索する企画能力をもつ必要があります。

企画能力とは、理念（イデア、ビジョン）を自ら形成し、それに基づき行動しようとする意志する能力をいいます。つまり、改革のためには必ず明確な理念をもつ必要があります。否が応でもここに提起する企画能力が求められるということです。

当論においては、まず各部署の現状を分析し、企画に係る組織体制の今後のあり方等について考察することとします。

会議からみた現在の体制  
苑の現在の会議体制は、次のとおりです。

現在の会議体制図



以上のとおりであり、現行の体制においては、各部署は各々の会議をもち、部署としての意思形成を図る機能は一応整備されています。

#### 現行の問題点

上記のように、部署の体制としては概ね整備を終えているのですが、当論において問題となればならない二つの事項があります。  
一つは、各部署会議のほとんどが現行業務の調整に終始し、業務を見直し新しい方策を模索する、すなわち企画の内容をほとんど含んでいないように思えること。  
二つ目は、部署における企画部門と介護企画部との協議をどのようなかたちで行うかの体制が、いまだ未整備の状況にある、ということである。

#### モデル対策の試行

上記の課題について、まず通所リハビリ部門をモデル的に取り上げ整備することとし、この成果を踏まえ、各部署に対しても企画能力強化を普及していくこととします。

#### 1 部署の企画能力強化については、あらかじめ派遣している業務副

主任、企画員及び部署責任者（主任）で企画員会議を設置し、単に既存業務調整にとどまらない、次のような課題について検討を進めることとします。

通所リハビリ部門の本来のあり方

同部門の現状と課題

当面对策と今後の展望

#### 2 介護企画部と部署企画会議との協議は、次の要領により行うものとします。

原則として月に一度の割合で行う。

部署企画員会議は、随時、介護企画部に対し協議を申し出る

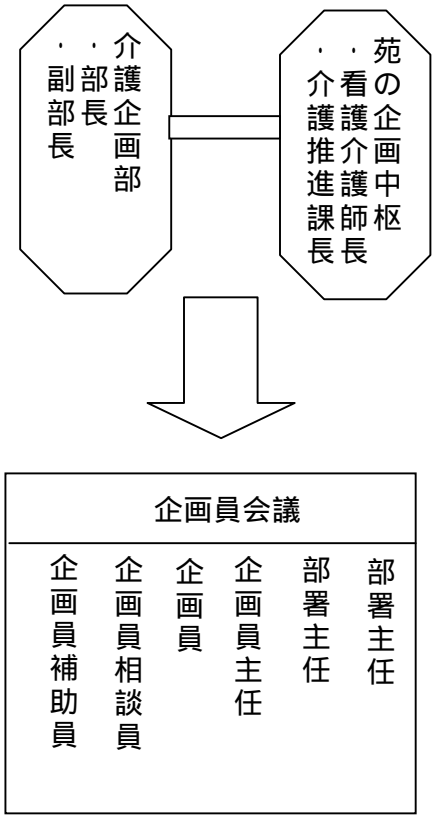
ことができる。

必要に応じて、介護企画部は、部署企画員会議に課題の検討を指示し、若しくは課題を示して会議の開催を指示し、並びに介護企画部との会議を招集することができる。

介護企画部と部署企画員会議の関係について

このことを略図で示すと、次のようになります。

【介護企画部と部署企画員会議の図】



このように、各部署に企画員を配置し、組織化することにより、すべての部署において企画、すなわち事業を構築或いは再構築する等

の改善能力が求められている。  
がということを認識させることができると考えます。そして、その認識  
がない限り、その職場は限りなくルーティンワークに埋没せざるを得な  
いものと考え次第であります。



## 外野マンと指示待ちマン

はじめに

職場などにおいて最もいただけないタイプの人として、『外野マン』と『指示待ちマン』があります。今日のちよっとしたお話しはこの二つのタイプの人にならないようにとの意味を込めて、少し解説を試みます。

外野マンとはどんな人？

このタイプの人は、結構知識が豊富で、しかも評論好きです。そして口癖は、  
「は、かくかくしかじかで、このようになるので、こうするのがよいですよ。」  
「であります。例えば、  
「病診連携をうまくやるには、きちっとした体制を作るのが先決です。急患が来たら、ドクターは、どんな場合でも患者を一旦は受け入れて、プライマリ・ケア的処置を施し、それを踏まえて入院が転送かの判断すべきです。このため、ERのドクターには院長代理の権限を付与し、

誰でも彼の命令に従うよう院内に周知徹底を図るのが得策ですよ。」  
「しかし、私が次の言葉を待っているのに、本人も周囲の人もただただ沈黙するばかり。」  
「私が期待していた言葉、  
「この対策を早急に実行に移したいと考えていますので、よろしくご協力願います。」  
「は一向に出てこない。」  
「実は、こうしたタイプの人こそが、ここに言う『外野マン』ということなのです。自分は常に外野にいて助言ないし評論するが、自分からは決して動こうとしない人、これを外野マンと揶揄したのです。」

指示待ちマンとはどんな人？

このタイプは、読んで字の如しです。《上司の指示があるまでは、決してルーティンワーク以外はしない》律儀な人です。そして、一旦指示が出されると、このタイプの人には、指示の範囲内ではきっちり仕事をします。ではなぜ、このタイプの人がこのように揶揄されなければいけないのでしょうか？

それは、上司というものは常に、部下職員自らが課題を探し、対応策を検討し、上司に改革案の協議をし、それを実行に起こすことを待ち望んで、上司に任せます。それが、毎回いちいち何を立てようでは、上司もくたびれるし、その人も自ら成長することは難しいでしょう。研究の国の偉大な哲学者、西田幾多郎は、思想の根幹をなす著書「善の生命」のなかで、その内に潜勢力を秘め、自発自展している。力こそが生命であることを述べています。私は、この自発自展している潜勢力が生命であると考えておいて、その意味においていくべきものだと考えます。新たな形へと展開され成長していく、成長していくべきものだと考えます。そのことを、深く感じていたのは、決して成長はしていきません。どうか

おわりに

今日は、二つのタイプの人について述べてみました。みなさん、みなさんはこのタイプに当てはまっていないか、これから自己検証してみてください。

それ、外野マンになってた人は早速改め、『実行する側の人は、課題の内野を自ら考えてください。また、時々指示待ちマンであつた人は、課題と対策を自ら考えるならば、一つ断言できる人になるよう期待します。このことを、みなさんの前途は、洋々として輝いている。





そして、その周囲にいたコメディカルをも人的から物的な性質へと変貌させていったものと思われず。

### 潜在する偏見

多くの人は、たぶん何らかの偏見を潜在的にもっています。私がそのことに気づいたのは、中国語を学び始めた時でした。そしてそれは、韓国語を学んだ時になお解消されていかなかったことを知った。韓国人が中国や韓国の人々を無意識のうちに見下していたことを知った。時は、相当な衝撃でありました。しかし、こうした経験を経て、その学習が進むにつれ「偏見」は「尊敬」に変化し、万人はみな平等だ、ということを実感できたのであります。心に潜在する偏見に気づくことは、自分の不完全さを知ることです。そしてそこから初めて、自己を変革しようとのスタートラインに立ちます。そのようにして、その変革の努力のなかから公平、公正なものが見え、芽生えてくるに違いありません。ケアというものが、その根底に福祉の精神を置くなければなりません。ケアというものが、その根底に福祉の精神を置くものである以上、

ケアを行いつつ、ケアから、その真髄である福祉の心や正しい態度をも学べる。ということを確認しています。

### 結論

いかにすればコメディカルらしい接遇に到達するのでしようか、《期限なき》《軽重なき》《一方法への固執なき》徹底した実践がそれを可能にするのでしょうか。

私はむしろ、私理論は要らない、気づいたことから実行する、実行から人格的成長が始まる。

という言葉で締め括りたいと考えます。行動のない所には何も生まれません。どんな小さなことでも、正しいと気づいたことから即実践していくことにより、誰でも「接遇を身につけた」一回り大きなコメディカルに成長できるだろうと確信しています。一回り大きなコメディカルに成長するために、前にも言いましたように、相当な覚悟のぞむ必要があり、そのためには、その点も認識し、一緒に協力して接遇のアクションを起こしていきましよう。

【参考 接遇以前のちょっとした配慮】

人前をよぎる時、自然に「遮りご容赦を」の意味の手を出せる。  
会話時に、自分だけがしゃべりすぎないようにコントロールできる。  
(時間は共有なので半々、相手の分まで横取りしない。)

人の前で大きな音は立てない。

関心があるだろうと思われることを、相手方に口伝てに提供。

「〜してください」よりも「〜してもらえますか？」と言える。

部屋に入るときのノックや、人に話しかける場合の「すみません、失礼します」は、相手を動揺させないためのサインである。(サインが相手に届いたか要確認)

既成のマニユアルは、いくら読んでもマニユアルの域を出ない。自分たちで作ったものがよほど良い。(作る過程にも意義がある。)



上司をうまく使うこと

リーダーシップについてこれまで述べたことは、いかにして上司をうまく使うか」ということと同じです。ホウ・レン・ソウも突き詰めてみれば、上司を味方につける方法であり、味方にできればリーダーの思い描くビジョンにほぼ沿うかたちで、上司も動いてくれることになりす。このことを「上司を使う」と言っただけです。政治の世界でも同じで、首相が各大臣を使って、各大臣が首相を使って、世界でも同じで見方の問題であり、どちらとも言えるのであります。

おわりに

三の力が三・五となるか、二・五にとどまるかは、各部署のリーダーのリーダーシップにかかっています。三人の部署の場合でも、前記のように差引で一人分の差が出てしまいます。各部署の責任者は、今一度このリーダーシップについて検討し、このテーマにとりあげたように自分対上司及び自分対部下の組織関係をいかにすべきか検証してみてください。

そして、自己の所管する部署を積極的に表舞台に出し、若い職員やる気を引き出し、彼らのもてる才能を十分に花開かせてください。

このテーマについては、平成十五年六月一日付をもって初めて提起をし、主に基礎的な組織機能のあり方等について見解を示しました。そのなかで、組織の目的は、業務を効率的に遂行することは当然ながら、何よりも、業務の向上を図ることが最も重要な目的である、と述べました。ケアサービスの向上を図ることが最も重要な目的である、と述べました。しかしながら、いまだ身近にもこのことを十分理解できていない状況が見受けられます。そこで今回、このテーマについて更に具体的な意義等について考察します。

役付職員と一般職員との関係について

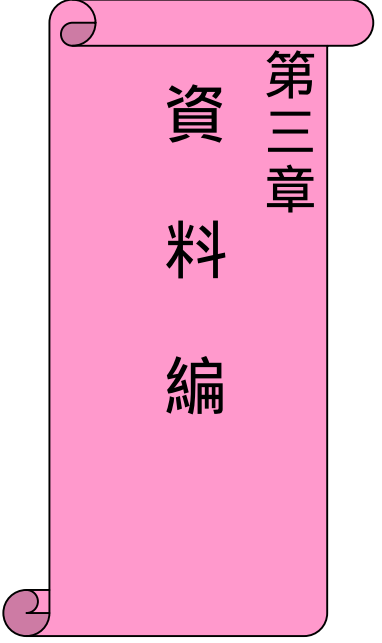
初回の論にて述べたように、本苑において役付職員とは、施設長をはじめ、事務長、師長、課長、主任及び副主任であり、一般職員とは、職員以外の職員です。では、両者の関係はいかに位置づけられるべきでしようか。この場合、ヒエラルキー性を前面に出すことは却って望ましく、一方、組織の意義を全員で認識しつつ業務を遂行することは重要な点です。なぜなら、その認識が全限り、組織はあつてなきが如く形骸化する

するからです。そのことを踏まえ、いくつかのことを述べてみたいと思います。

並列関係の象徴は『さん付け』体制

役付職員は、通常は経験に基づき一般職員を業務上指導し、或は上層部の決定に基づき業務上の重要事項に関して指示又は指令します。これは、組織による権威を付与してこそ確実に末端まで行き渡るからであります。両者はこうした関係にあるのであり、よく一般職員が、役付職員をい

えば生ぬるく、妥当とは思われません。



第三章

資料編

常勤従事者の状況

(精神病院 1施設当たり) (単位:人)

	平成15年調査	平成17年調査
医師・歯科医師	6.1	6.0
医師		6.0
歯科医師		0.0
薬剤師	2.7	2.5
看護職員	73.2	75.3
看護補助職員	23.2	23.9
医療技術員	10.8	10.7
事務職員	9.3	11.0
技能労務員・労務員	12.2	13.5
役員	1.3	1.3
総数	138.8	144.2

- (注) 1. 「看護職員」とは、保健師、助産師、看護師、准看護師である。  
 2. 「医療技術員」とは、診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科技工士など医療に携わる専門技術員である。  
 3. 「技能労務員・労務員」とは、電気、水道、ボイラー業務などの技術員、補助員、労務員である。

取扱患者数

(一般病院 1施設当たり) (単位:人)

	平成15年度	平成17年度
在員患者延数	6,949	6,748
外来患者総数	1,437	1,689
一日当たり外来患者数	60	69

常勤従事者の状況

(一般病院 1施設当たり) (単位:人)

	平成15年調査	平成17年調査
医師・歯科医師		
医師	28.4	23.2
歯科医師		22.8
薬剤師		0.3
看護職員	6.6	5.8
看護補助職員	140.0	115.4
医療技術員	15.3	14.6
事務職員	30.3	26.4
技能労務員・労務員	24.1	20.0
役員	10.6	8.2
総数	0.6	0.7

- (注) 1. 「看護職員」とは、保健師、助産師、看護師、准看護師である。  
 2. 「医療技術員」とは、診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科技工士など医療に携わる専門技術員である。  
 3. 「技能労務員・労務員」とは、電気、水道、ボイ

取扱患者数

(一般病院 1施設当たり) (単位:人)

	平成15年度	平成17年度
在員患者延数	5,742	4,980
外来患者総数	9,673	8,160
一日当たり外来患者数	416	336

第十五回医療経済実態調査数値

(平成十七年六月実施・平成十八年六月二十一日  
 中央社会保険医療協議会総会にて了承)

一般病院(A集計) (1施設当たり収支)

	国立		構成比率		金額の 伸び率
	金額		%		
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	449,157	506,246	100.0	100.0	12.7
1.入院収入	358,119	389,347	79.7	76.9	8.7
2.特別の療養 環境収入	3,485	5,022	0.8	1.0	44.9
3.外来収入	86,229	108,123	19.2	21.4	25.4
4.その他の収入	1,344	3,754	0.3	0.7	179.3
医業費用	439,695	503,699	97.9	99.5	14.6
1.給与費	239,683	256,161	53.4	50.6	6.9
2.医薬品費	71,092	73,737	15.8	14.6	3.7
3.給食用材料費	7,255	5,353	1.6	1.1	-26.2
4.診療材料費・ 消耗器具備品費	43,791	50,509	9.7	10.0	15.3
5.経費	34,915	46,462	7.8	9.2	33.1
6.委託費	14,884	26,279	3.3	5.2	76.6
7.減価償却費 (再掲・建物)	26,651 (12,116)	37,395 (9,712)	5.9 (2.7)	7.4 (1.9)	40.3 (-19.8)
(再掲・医療機器)	(10,221)	(15,571)	(2.3)	(3.1)	(52.3)
8.他の医業費用	1,423	7,801	0.3	1.5	448.2
医業収支差額 ( - )	9,463	2,547	2.1	0.5	-73.1
他の医業関連 収入	8,559	15,205	1.9	3.0	77.6
他の医業関連 費用	13,900	21,908	3.1	4.3	57.6
総収支差額 ( + - )	4,122	-4,155	0.9	-0.8	-200.8
施設数	34	32	-	-	-
平均病床数	433	444	-	-	-

(注) 1.「15年6月」の数値は、平成17年2月9日の中医協調査実施委員会において公表した補正後の数値。(前表及び以下同じ。)

収支状況

一般病院(A集計) (1施設当たり収支)

	医療法人		構成比率		金額の 伸び率
	金額		%		
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	127,205	136,176	100.0	100.0	7.1
1.入院収入	84,037	92,978	66.1	68.3	10.6
2.特別の療養 環境収入	1,420	1,820	1.1	1.3	28.2
3.外来収入	38,652	38,265	30.4	28.1	-1.0
4.その他の収入	3,097	3,113	2.4	2.3	0.5
医業費用	124,898	134,374	98.2	98.7	7.6
1.給与費	65,281	70,969	51.3	52.1	8.7
2.医薬品費	16,223	16,129	12.8	11.8	-0.6
3.給食用材料費	1,508	1,504	1.2	1.1	-0.3
4.診療材料費・ 消耗器具備品費	11,160	12,063	8.8	8.9	8.1
5.経費	17,121	18,935	13.5	13.9	10.6
6.委託費	7,305	8,383	5.7	6.2	14.8
7.減価償却費 (再掲・建物)	5,183 (2,427)	5,191 (2,504)	4.1 (1.9)	3.8 (1.8)	0.2 (3.2)
(再掲・医療機器)	(1,437)	(1,299)	(1.1)	(1.0)	(-9.6)
8.他の医業費用	1,116	1,201	0.9	0.9	7.6
医業収支差額 ( - )	2,308	1,801	1.6	1.3	-22.0
他の医業関連 収入	2,797	2,780	2.2	2.0	-0.6
他の医業関連 費用	3,103	3,060	2.4	2.2	-1.4
総収支差額 ( + - )	2,002	1,521	1.6	1.1	-24.0
施設数	211	301	-	-	-
平均病床数	117	127	-	-	-

(注) 収支状況及び給与費は、1カ月間の数値であり、その他は特段の注記の場合を除き、調査月の末日現在の数値である。(以下同じ。)

療養病床60%以上の一般病院(A集計) (1施設当たり収支)

	医療法人				
	金額		構成比率		金額の 伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	66,452	78,715	100.0	100.0	18.5
1.入院収入	50,558	62,613	76.1	79.5	23.8
2.特別の療養 環境収入	383	641	0.6	0.8	67.4
3.外来収入	11,792	13,607	17.7	17.3	15.4
4.その他の収入	3,719	1,853	5.6	2.4	-50.2
医業費用	65,299	72,164	98.3	91.7	10.5
1.給与費	36,869	42,857	55.5	54.4	16.2
2.医薬品費	5,386	4,875	8.1	6.2	-9.5
3.給食用材料費	1,007	1,163	1.5	1.5	15.5
4.診療材料費・ 消耗器具備品費	2,130	2,749	3.2	3.5	29.1
5.経費	9,965	11,734	15.0	14.9	17.8
6.委託費	5,235	5,412	7.9	6.9	3.4
7.減価償却費 (再掲・建物)	(2,016)	(1,402)	(3.0)	(1.8)	(-30.5)
(再掲・医療機器)	(482)	(364)	(0.7)	(0.5)	(-24.5)
8.他の医業費用	1,250	533	1.9	0.7	-57.4
医業収支差額 ( - )	1,153	6,551	1.7	8.3	468.2
他の医業関連 収入	1,150	1,298	1.7	1.6	12.9
他の医業関連 費用	1,442	1,706	2.2	2.2	18.3
総収支差額 ( + - )	862	6,142	1.3	7.8	612.5
施設数	26	40	-	-	-
平均病床数	105	108	-	-	-

一般病院(A集計) (1施設当たり収支)

	公立				
	金額		構成比率		金額の 伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	397,652	457,117	100.0	100.0	15.0
1.入院収入	268,066	307,675	67.4	67.3	14.8
2.特別の療養 環境収入	3,298	4,341	0.8	0.9	31.6
3.外来収入	117,374	134,328	29.5	29.4	14.4
4.その他の収入	8,914	10,773	2.2	2.4	20.9
医業費用	442,085	498,782	111.2	109.1	12.8
1.給与費	226,059	249,173	56.8	54.5	10.2
2.医薬品費	73,794	78,290	18.6	17.1	6.1
3.給食用材料費	3,720	3,285	0.9	0.7	-11.7
4.診療材料費・ 消耗器具備品費	41,702	52,213	10.5	11.4	25.2
5.経費	33,768	42,870	8.5	9.4	27.0
6.委託費	32,849	35,606	8.3	7.8	8.4
7.減価償却費 (再掲・建物)	(12,323)	(17,221)	(3.1)	(3.8)	(39.7)
(再掲・医療機器)	(13,949)	(14,582)	(3.5)	(3.2)	(4.5)
8.他の医業費用	1,889	2,905	0.5	0.6	53.8
医業収支差額 ( - )	-44,433	-41,665	-11.2	-9.1	6.2
他の医業関連 収入	58,072	59,483	14.6	13.0	2.4
他の医業関連 費用	16,541	19,625	4.2	4.3	18.6
総収支差額 ( + - )	-2,902	-1,808	-0.7	-0.4	37.7
施設数	82	110	-	-	-
平均病床数	293	314	-	-	-

精神病院(A集計)

(1施設当たり収支)

	個人		構成比率		金額の 伸び率
	金額		%		
	15年6月 千円	17年6月 千円	15年6月 %	17年6月 %	%
医業収入	73,576	91,545	100.0	100.0	24.4
1.入院収入	64,789	79,860	88.1	87.2	23.3
2.特別の療養 環境収入	32	25	0.0	0.0	-21.9
3.外来収入	8,531	11,049	11.6	12.1	29.5
4.その他の収入	225	611	0.3	0.7	171.6
医業費用	78,286	85,644	106.4	93.6	9.4
1.給与費	47,012	52,400	63.9	57.2	11.5
2.医薬品費	6,227	7,028	8.5	7.7	12.9
3.給食用材料費	3,238	2,718	4.4	3.0	-16.1
4.診療材料費・ 消耗器具備品費	442	690	0.6	0.8	56.1
5.経費	16,960	15,666	23.1	17.1	-7.6
6.委託費	2,914	5,858	4.0	6.4	101.0
7.減価償却費 (再掲・建物)	1,177 (388)	775 (256)	1.6 (0.5)	0.8 (0.3)	-34.2 (-34.0)
(再掲・医療機器)	(32)	(49)	(0.0)	(0.1)	(53.1)
8.他の医業費用	315	509	0.4	0.6	61.6
医業収支差額 ( - )	-4,709	5,901	-6.4	6.4	225.3
他の医業関連 収入	3,247	2,959	4.4	3.2	-8.9
他の医業関連 費用	966	1,118	1.3	1.2	15.7
総収支差額 ( + - )	-2,429	7,742	-3.3	8.5	418.7
施設数	5	5	-	-	-
平均病床数	203	226	-	-	-

収支状況

精神病院(A集計)

(1施設当たり収支)

	法人・その他全体				金額の 伸び率
	金額		構成比率		
	15年6月 千円	17年6月 千円	15年6月 %	17年6月 %	%
医業収入	101,585	107,310	100.0	100.0	5.6
1.入院収入	87,934	90,921	86.6	84.7	3.4
2.特別の療養 環境収入	380	256	0.4	0.2	-32.6
3.外来収入	12,488	14,938	12.3	13.9	19.6
4.その他の収入	783	1,195	0.8	1.1	52.6
医業費用	102,587	104,204	101.0	97.1	1.6
1.給与費	67,793	69,748	66.7	65.0	2.9
2.医薬品費	7,930	8,667	7.8	8.1	9.3
3.給食用材料費	3,978	4,121	3.9	3.8	3.6
4.診療材料費・ 消耗器具備品費	726	819	0.7	0.8	12.8
5.経費	11,788	11,826	11.6	11.0	0.3
6.委託費	4,250	3,615	4.2	3.4	-14.9
7.減価償却費 (再掲・建物)	4,911 (3,127)	4,649 (2,939)	4.8 (3.1)	4.3 (2.7)	-5.3 (-6.0)
(再掲・医療機器)	(370)	(328)	(0.4)	(0.3)	(-11.4)
8.他の医業費用	1,212	760	1.2	0.7	-37.3
医業収支差額 ( - )	-1,002	3,105	-1.0	2.9	409.9
他の医業関連 収入	5,632	5,317	5.5	5.0	-5.6
他の医業関連 費用	2,736	3,004	2.7	2.8	9.8
総収支差額 ( + - )	2,736	3,004	2.7	2.8	9.8
施設数	99	133	-	-	-
平均病床数	252	243	-	-	-

(注) 1. 個人立の総収支差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

精神病院(A集計)

(1施設当たり収支)

	全体				
	金額		構成比率		金額の 伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	100,239	106,738	100.0	100.0	6.5
1.入院収入	86,822	90,520	86.6	84.8	4.3
2.特別の療養 環境収入	363	247	0.4	0.2	-32.0
3.外来収入	12,297	14,797	12.3	13.9	20.3
4.その他の収入	756	1,173	0.8	1.1	55.2
医業費用	101,419	103,532	101.2	97.0	2.1
1.給与費	66,794	69,120	66.6	64.8	3.5
2.医薬品費	7,848	8,608	7.8	8.1	9.7
3.給食用材料費	3,942	4,070	3.9	3.8	3.2
4.診療材料費・ 消耗器具備品費	712	814	0.7	0.8	14.3
5.経費	12,036	11,965	12.0	11.2	-0.6
6.委託費	4,186	3,696	4.2	3.5	-11.7
7.減価償却費 (再掲・建物)	4,731	4,508	4.7	4.2	-4.7
(再掲・医療機器)	(2,995)	(2,842)	(3.0)	(2.7)	(-5.1)
8.他の医業費用	(353)	(318)	(0.4)	(0.3)	(-9.9)
	1,169	751	1.2	0.7	-35.8
医業収支差額 ( - )	-1,180	3,207	-1.2	3.0	371.8
他の医業関連 収入	5,517	5,232	5.5	4.9	-5.2
他の医業関連 費用	2,651	2,936	2.6	2.8	10.8
総収支差額 ( + - )	1,686	5,503	1.7	5.2	226.4
施設数	104	138	-	-	-
平均病床数	250	242	-	-	-

取扱患者数及び院外処方率(1施設当たり)

		外来患者数	一日当たり外来患者数	院外処方率
個人	有 15年	1,303	55	32.5
	床 17年	1,204	50	45.6
	無 15年	1,125	50	40.8
	床 17年	987	43	46.7
	全 15年	1,152	51	39.4
	体 17年	1,0216	44	46.6

		外来患者数	一日当たり外来患者数	院外処方率
その他	有 15年	1,931	82	43.0
	床 17年	1,880	78	51.1
	無 15年	1,659	71	57.5
	床 17年	1,823	78	60.9
	全 15年	1,737	74	53.2
	体 17年	1,837	78	58.8

		外来患者数	一日当たり外来患者数	院外処方率
全体	有 15年	1,666	71	39.5
	床 17年	1,583	66	49.2
	無 15年	1,329	58	48.9
	床 17年	1,295	56	54.0
	全 15年	1,399	61	46.7
	体 17年	1,346	58	53.1

基礎数値

一般診療所(A集計)

従事者の状況(1施設当たり)

		医師	看護・准看護師	事務職員	他の職員	総数	無給家族
個人	有 15年	1.5	4.1	2.3	2.4	10.2	0.1
	床 17年	1.3	3.6	2.3	1.9	9.1	0.1
	無 15年	1.1	1.3	1.7	0.8	4.9	0.2
	床 17年	1.2	1.2	1.6	0.8	4.9	0.2
	全 15年	1.2	1.7	1.8	1.0	5.7	0.2
	体 17年	1.2	1.5	1.7	1.0	5.4	0.2

		医師	看護・准看護師	事務職員	他の職員	総数	無給家族
その他	有 15年	1.3	7.1	3.3	3.5	15.2	0.0
	床 17年	1.4	6.7	3.1	4.3	15.6	0.0
	無 15年	1.1	2.0	2.3	1.3	6.7	0.0
	床 17年	1.2	2.2	2.4	1.5	7.3	0.0
	全 15年	1.2	3.5	2.6	1.9	9.2	0.0
	体 17年	1.3	3.3	2.6	2.2	9.4	0.0

		医師	看護・准看護師	事務職員	他の職員	総数	無給家族
全体	有 15年	1.4	5.8	2.9	3.0	13.1	0.0
	床 17年	1.4	5.3	2.7	3.3	12.7	0.1
	無 15年	1.1	1.6	1.9	1.0	5.6	0.1
	床 17年	1.2	1.6	1.9	1.1	5.8	0.1
	全 15年	1.2	2.4	2.1	1.4	7.2	0.1
	体 17年	1.3	2.2	2.1	1.4	7.0	0.1

一般診療所(A集計) (1施設当たり収支)

	個人・有床(参考・入院収入あり)				
	金額		構成比率		金額の伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	14,590	16,334	100.0	100.0	12.0
1. 保険診療収入	12,160	12,974	83.3	79.4	6.7
(再掲)入院収入	2,622	3,214	18.0	19.7	22.6
(再掲)外来収入	9,539	9,760	65.4	59.8	2.3
2. 公害等診療収入	80	81	0.5	0.5	1.3
3. その他の診療収入	2,079	2,988	14.2	18.3	43.7
4. その他の医業収入	271	292	1.9	1.8	7.7
医業費用	10,917	12,929	74.8	79.2	18.4
1. 給与費	4,133	5,472	28.3	33.5	32.4
2. 医薬品費	2,609	2,087	17.9	12.8	-20.0
3. 材料費	484	1,015	3.3	6.2	109.7
4. 委託費	732	972	5.0	6.0	32.8
5. 減価償却費	506	535	3.5	3.3	5.7
(再掲・建物)	226	264	1.5	1.6	16.8
(再掲・医療機器)	127	171	0.9	1.0	34.6
6. 他の医業費用	2,453	2,848	16.8	17.4	16.1
医業収支差額	3,673	3,404	25.2	20.8	-7.3
( - )					
施設数	53	40	-	-	-

収支状況

一般診療所(A集計) (1施設当たり収支)

	個人・有床				
	金額		構成比率		金額の伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	10,593	10,627	100.0	100.0	0.3
1. 保険診療収入	9,021	8,680	85.2	81.7	-3.8
(再掲)入院収入	1,527	1,549	14.4	14.6	1.4
(再掲)外来収入	7,494	7,131	70.7	67.1	-4.8
2. 公害等診療収入	47	190	0.4	1.8	304.3
3. その他の診療収入	1,292	1,541	12.2	14.5	19.3
4. その他の医業収入	233	216	2.2	2.0	-7.3
医業費用	7,939	8,253	74.9	77.7	4.0
1. 給与費	3,072	3,501	29.0	32.9	14.0
2. 医薬品費	1,916	1,673	18.1	15.7	-12.7
3. 材料費	311	524	2.9	4.9	68.5
4. 委託費	504	537	4.8	5.1	6.5
5. 減価償却費	378	363	3.6	3.4	-4.0
(再掲・建物)	162	179	1.5	1.7	10.5
(再掲・医療機器)	99	97	0.9	0.9	-2.0
6. 他の医業費用	1,760	1,656	16.6	15.6	-5.9
医業収支差額	2,654	2,374	25.1	22.3	-10.6
( - )					
施設数	91	83	-	-	-

(注) 1. 「有床」の(参考・入院収入あり)は、現に入院収入のある有床診療所の再掲である。(次頁の表、以下同様)  
 2. 個人立の収支差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について残存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

一般診療所(A集計) (1施設当たり収支)

	個人・全体				
	金額		構成比率		金額の 伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
千円	千円	%	%	%	
医業収入	6,761	6,566	100.0	100.0	-2.9
1. 保険診療収入	6,252	5,995	92.5	91.3	-4.1
(再掲)入院収入	232	203	3.4	3.1	-12.5
(再掲)外来収入	6,020	5,792	89.0	88.2	-3.8
2. 公害等診療 収入	37	81	0.5	1.2	118.9
3. その他の診療 収入	319	363	4.7	5.5	13.8
4. その他の医業 収入	153	127	2.3	1.9	-17.0
医業費用	4,494	4,280	66.5	65.2	-4.8
1. 給与費	1,579	1,615	23.4	24.6	2.3
2. 医薬品費	1,345	1,255	19.9	19.1	-6.7
3. 材料費	113	141	1.7	2.2	24.8
4. 委託費	238	228	3.5	3.5	-4.2
5. 減価償却費	208	238	3.1	3.6	14.4
(再掲・建物)	86	99	1.3	1.5	15.1
(再掲・医療機器)	48	76	0.7	1.2	58.3
6. 他の医業費用	1,010	803	14.9	12.2	-20.5
医業収支差額 ( - )	2,267	2,287	33.5	34.8	0.9
施設数	599	633	-	-	-

一般診療所(A集計) (1施設当たり収支)

	個人・無床				
	金額		構成比率		金額の 伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
千円	千円	%	%	%	
医業収入	6,075	5,953	100.0	100.0	-2.0
1. 保険診療収入	5,756	5,590	94.8	93.9	-2.9
(再掲)入院収入	.	.	.	.	.
(再掲)外来収入	5,756	5,590	94.8	93.9	-2.9
2. 公害等診療 収入	35	64	0.6	1.1	82.9
3. その他の診療 収入	145	185	2.4	3.1	27.6
4. その他の医業 収入	139	114	2.3	1.9	-18.0
医業費用	3,877	3,680	63.8	61.8	-5.1
1. 給与費	1,312	1,331	21.6	22.4	1.4
2. 医薬品費	1,243	1,192	20.5	20.0	-4.1
3. 材料費	78	84	1.3	1.4	7.7
4. 委託費	191	181	3.1	3.0	-5.2
5. 減価償却費	177	219	2.9	3.7	23.7
(再掲・建物)	73	87	1.2	1.5	19.2
(再掲・医療機器)	39	72	0.6	1.2	84.6
6. 他の医業費用	876	675	14.4	11.3	-22.9
医業収支差額 ( - )	2,198	2,273	36.2	38.2	3.4
施設数	508	550	-	-	-

一般診療所(A集計) (1施設当たり収支)

	その他・有床(参考・入院収入あり)				
	金額		構成比率		金額の伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	22,062	21,324	100.0	100.0	-3.3
1. 保険診療収入	19,035	16,497	86.3	77.4	-13.3
(再掲)入院収入	5,066	4,255	23.0	20.0	-16.0
(再掲)外来収入	13,969	12,241	63.3	57.4	-12.4
2. 公害等診療収入	389	397	1.8	1.9	2.1
3. その他の診療収入	2,117	3,605	9.6	16.9	70.3
4. その他の医業収入	521	825	2.4	3.9	58.3
医業費用	19,491	19,142	88.3	89.8	-1.8
1. 給与費	9,083	9,445	41.2	44.3	4.0
2. 医薬品費	3,329	2,760	15.1	12.9	-17.1
3. 材料費	973	1,179	4.4	5.5	21.2
4. 委託費	1,083	1,249	4.9	5.9	15.3
5. 減価償却費	666	631	3.0	3.0	-5.3
(再掲・建物)	216	179	1.0	0.8	-17.1
(再掲・医療機器)	187	201	0.8	0.9	7.5
6. 他の医業費用	4,356	3,877	19.7	18.2	-11.0
医業収支差額	2,571	2,182	11.7	10.2	-15.1
( - )					
施設数	89	74	-	-	-

収支状況

一般診療所(A集計) (1施設当たり収支)

	その他・有床				
	金額		構成比率		金額の伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	18,168	17,569	100.0	100.0	-3.3
1. 保険診療収入	15,857	14,023	87.3	79.8	-11.6
(再掲)入院収入	3,607	2,971	19.9	16.9	-17.6
(再掲)外来収入	12,250	11,052	67.4	62.9	-9.8
2. 公害等診療収入	296	291	1.6	1.7	-1.7
3. その他の診療収入	1,576	2,640	8.7	15.0	67.5
4. その他の医業収入	439	615	2.4	3.5	40.1
医業費用	15,918	15,769	87.6	89.8	-0.9
1. 給与費	7,433	7,705	40.9	43.9	3.7
2. 医薬品費	2,853	2,384	15.7	13.6	-16.4
3. 材料費	722	919	4.0	5.2	27.3
4. 委託費	869	952	4.8	5.4	9.6
5. 減価償却費	537	538	3.0	3.1	0.2
(再掲・建物)	165	160	0.9	0.9	-3.0
(再掲・医療機器)	156	173	0.9	1.0	10.9
6. 他の医業費用	3,505	3,271	19.3	18.6	-6.7
医業収支差額	2,250	1,800	12.4	10.2	-20.0
( - )					
施設数	125	106	-	-	-

(注) 1. 一般診療所の「その他」とは、医療法人、市町村立、国民健康保険組合、社会福祉法人、医療生協などである。(以下同様)  
 2. 「有床」の(参考・入院収入あり)は、現に入院収入のある有床診療所の再掲である。(次頁の表、以下同様)

一般診療所(A集計) (1施設当たり収支)

	その他・全体				
	金額		構成比率		金額の 伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
千円	千円	%	%	%	
医業収入	11,809	12,327	100.0	100.0	4.4
1. 保険診療収入	10,731	10,923	90.9	88.6	1.8
(再掲)入院収入	1,032	737	8.7	6.0	-28.6
(再掲)外来収入	9,700	10,185	82.1	82.6	5.0
2. 公害等診療 収入	119	152	1.0	1.2	27.7
3. その他の診療 収入	673	908	5.7	7.4	34.9
4. その他の医業 収入	285	345	2.4	2.8	21.1
医業費用	10,030	10,782	84.9	87.5	7.5
1. 給与費	4,874	5,687	41.3	46.1	16.7
2. 医薬品費	1,824	1,781	15.4	14.4	-2.4
3. 材料費	290	382	2.5	3.1	31.7
4. 委託費	465	543	3.9	4.4	16.8
5. 減価償却費	337	348	2.9	2.8	3.3
(再掲・建物)	90	89	0.8	0.7	-1.1
(再掲・医療機器)	107	126	0.9	1.0	17.8
6. 他の医業費用	2,241	2,041	19.0	16.6	-8.9
医業収支差額 ( - )	1,779	1,544	15.1	12.5	-13.2
施設数	437	427	-	-	-

一般診療所(A集計) (1施設当たり収支)

	その他・無床				
	金額		構成比率		金額の 伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
千円	千円	%	%	%	
医業収入	9,262	10,595	100.0	100.0	14.4
1. 保険診療収入	8,678	9,899	93.7	93.4	14.1
(再掲)入院収入	.	.	.	.	.
(再掲)外来収入	8,678	9,899	93.7	93.4	14.1
2. 公害等診療 収入	49	105	0.5	1.0	114.3
3. その他の診療 収入	312	335	3.4	3.2	7.4
4. その他の医業 収入	224	256	2.4	2.4	14.3
医業費用	7,672	9,136	82.8	86.2	19.1
1. 給与費	3,849	5,021	41.6	47.4	30.4
2. 医薬品費	1,411	1,582	15.1	14.9	12.1
3. 材料費	117	205	1.3	1.9	75.2
4. 委託費	304	408	3.3	3.9	34.2
5. 減価償却費	256	285	2.8	2.7	11.3
(再掲・建物)	61	66	0.7	0.6	8.2
(再掲・医療機器)	87	110	0.9	1.0	26.4
6. 他の医業費用	1,735	1,635	18.7	15.4	-5.8
医業収支差額 ( - )	1,590	1,460	17.2	13.8	-8.2
施設数	312	321	-	-	-

一般診療所(A集計) (1施設当たり収支)

	全体・有床(参考・入院収入あり)				
	金額		構成比率		金額の 伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	19,273	19,573	100.0	100.0	1.6
1. 保険診療収入	16,469	15,260	85.5	78.0	-7.3
(再掲)入院収入	4,154	3,890	21.6	19.90	-6.4
(再掲)外来収入	12,316	11,371	63.9	58.1	-7.7
2. 公害等診療 収入	273	286	1.4	1.5	4.8
3. その他の診療 収入	2,103	3,388	10.9	17.3	61.1
4. その他の医業 収入	428	638	2.2	3.3	49.1
医業費用	16,291	16,962	84.5	86.7	4.1
1. 給与費	7,235	8,051	37.5	41.1	11.3
2. 医薬品費	3,060	2,524	15.9	12.9	-17.5
3. 材料費	791	1,122	4.1	5.7	41.8
4. 委託費	952	1,152	4.9	5.9	21.0
5. 減価償却費	906	598	3.1	3.1	-1.3
(再掲・建物)	220	209	1.1	1.1	-5.0
(再掲・医療機器)	164	191	0.9	1.0	16.5
6. 他の医業費用	3,646	3,516	18.9	18.0	-3.6
医業収支差額 ( - )	2,983	2,611	15.5	13.3	-12.5
施設数	142	114	-	-	-

収支状況

一般診療所(A集計) (1施設当たり収支)

	全体・有床				
	金額		構成比率		金額の 伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	14,977	14,520	100.0	100.0	-3.1
1. 保険診療収入	12,977	11,676	86.6	80.4	-10.0
(再掲)入院収入	2,731	2,346	18.2	16.2	-14.1
(再掲)外来収入	10,246	9,330	68.4	64.3	-8.9
2. 公害等診療 収入	191	247	1.3	1.7	29.3
3. その他の診療 収入	1,457	2,157	9.7	14.9	48.0
4. その他の医業 収入	352	440	2.4	3.0	25.0
医業費用	12,556	12,469	83.8	85.9	-0.7
1. 給与費	5,595	5,859	37.4	40.4	4.7
2. 医薬品費	2,458	2,071	16.4	14.3	-15.7
3. 材料費	549	745	3.7	5.1	35.7
4. 委託費	715	770	4.8	5.3	7.7
5. 減価償却費	470	461	3.1	3.2	-1.9
(再掲・建物)	164	168	1.1	1.2	2.4
(再掲・医療機器)	132	140	0.9	1.0	6.1
6. 他の医業費用	2,770	2,562	18.5	17.6	-7.5
医業収支差額 ( - )	2,420	2,052	16.2	14.1	-15.2
施設数	216	189	-	-	-

(注) 1. 一般診療所の「その他」とは、医療法人、市町村立、国民健康保険組合、社会福祉法人、医療生協などである。(以下同様)  
2. 「有床」の(参考・入院収入あり)は、現に入院収入のある有床診療所の再掲である。(次頁の表、以下同様)

一般診療所(A集計) (1施設当たり収支)

	全体・全体				
	金額		構成比率		金額の 伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	8,891	8,887	100.0	100.0	-0.0
1. 保険診療収入	8,142	7,980	91.6	89.8	-2.0
(再掲)入院収入	569	418	6.4	4.7	-26.5
(再掲)外来収入	7,572	7,562	85.2	85.1	-0.1
2. 公害等診療 収入	72	109	0.8	1.2	51.4
3. その他の診療 収入	469	582	5.3	6.6	24.1
4. その他の医業 収入	209	215	2.3	2.4	2.9
医業費用	6,830	6,899	76.8	77.6	1.0
1. 給与費	2,969	3,256	33.4	36.6	9.7
2. 医薬品費	1,547	1,467	17.4	16.5	-5.2
3. 材料費	188	238	2.1	2.7	26.6
4. 委託費	334	355	3.8	4.0	6.3
5. 減価償却費	262	282	2.9	3.2	7.6
(再掲・建物)	88	95	1.0	1.1	8.0
(再掲・医療機器)	73	96	0.8	1.1	31.5
6. 他の医業費用	1,530	1,302	17.2	14.7	-14.9
医業収支差額 ( - )	2,061	1,987	23.2	22.4	-3.6
施設数	1,036	1,060	-	-	-

一般診療所(A集計) (1施設当たり収支)

	全体・無床				
	金額		構成比率		金額の 伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	7,288	7,664	100.0	100.0	5.2
1. 保険診療収入	6,868	7,178	94.2	93.7	4.5
(再掲)入院収入	.	.	.	.	.
(再掲)外来収入	6,868	7,178	94.2	93.7	4.5
2. 公害等診療 収入	40	79	0.6	1.0	97.5
3. その他の診療 収入	208	241	2.9	3.1	15.9
4. その他の医業 収入	171	166	2.3	2.2	-2.9
医業費用	5,321	5,691	73.0	74.3	7.0
1. 給与費	2,277	2,691	31.2	35.1	18.2
2. 医薬品費	1,307	1,335	17.9	17.4	2.1
3. 材料費	93	128	1.3	1.7	37.6
4. 委託費	234	265	3.2	3.5	13.2
5. 減価償却費	207	243	2.8	3.2	17.4
(再掲・建物)	68	79	0.9	1.0	16.2
(再掲・医療機器)	57	86	0.8	1.1	50.9
6. 他の医業費用	1,203	1,029	16.5	13.4	-14.5
医業収支差額 ( - )	1,966	1,973	27.0	25.7	0.4
施設数	820	871	-	-	-

収支状況

歯科診療所(C集計) (1施設当たり収支)

	個人		構成比率		金額の伸比率
	金額		%		
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	3,700	3,544	100.0	99.9	-4.2
1. 保険診療収入	3,279	3,076	88.6	86.7	-6.2
2. 労災等診療収入	2	2	0.0	0.1	-
3. その他の診療収入	388	380	10.5	10.7	-2.1
4. その他の医業収入	32	86	0.9	2.4	168.8
介護収入	1	4	0.0	0.1	300.0
1. 居宅サービス	1	3	0.0	0.1	200.0
2. 他の介護	-	0	-	0.0	-
医業・介護費用	2,469	2,197	66.7	61.9	-11.0
1. 給与費	1,018	981	27.5	27.6	-3.6
2. 医薬品費	45	42	1.2	1.2	-6.7
3. 歯科材料費	223	196	6.0	5.5	-12.1
4. 委託費	415	347	11.2	9.8	-16.4
5. 減価償却費	158	156	4.3	4.4	-1.3
(再掲・建物)	52	50	1.4	1.4	-3.8
(再掲・医療機器)	54	54	1.5	1.5	-
6. 他の医業費用	610	474	16.5	13.4	-22.3
収支差額					
( + - )	1,233	1,351	33.3	38.1	9.6
施設数	555	642	-	-	-

- (注) 1. 歯科診療所の「その他」とは、医療法人、市町村立などである。  
 2. 「構成比率」は、収入では「医業収入」と「介護収入」との合算額に対する各収入科目の金額の割合であり、費用では「医業収入」と「介護収入」との合算額に対する各費用科目の金額の割合である。  
 3. 個人立の収支差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

基礎数値

歯科診療所(C集計) 従事者の状況(1施設当たり) (単位:人)

		歯科医師 衛生士 技工士 事務職員 他の職員 総数 無給家族							
		15年	17年	15年	17年	15年	17年	15年	17年
個人	15年	1.2	1.0	0.2	0.7	1.2	4.3	0.1	
	17年	1.2	1.1	0.2	0.7	1.0	4.2	0.2	
その他	15年	1.7	2.3	0.5	1.1	1.9	7.5	0.0	
	17年	1.6	2.1	0.5	0.8	1.7	6.7	0.0	
全体	15年	1.3	1.2	0.2	0.8	1.3	4.8	0.1	
	17年	1.3	1.2	0.2	0.7	1.1	4.6	0.2	

歯科診療所(C集計) 取扱患者数及び院外処方率(1施設当たり) (単位:人、%)

		外来患者総数 一日当たり外来患者数 院外処方率		
		人	人	%
個人	15年	526	24	14.2
	17年	553	25	20.4
その他	15年	864	37	16.4
	17年	850	36	16.9
全体	15年	574	26	14.7
	17年	553	25	19.5

- (注) 「院外処方率」は、処方料算定回数と処方せん料算定回数の合計回数に占める処方せん料算定回数の割合である。

歯科診療所(C集計) (1施設当たり収支)

	全体				
	金額		構成比率		金額の伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	4,220	4,032	100.0	99.9	-4.5
1. 保険診療収入	3,679	3,446	87.1	85.3	-6.3
2. 労災等診療収入	1	3	0.0	0.1	200.0
3. その他の診療収入	506	505	12.0	12.5	-0.2
4. その他の医業収入	34	78	0.8	1.9	129.4
介護収入	2	5	0.0	0.1	150.0
1. 居宅サービス	2	4	0.0	0.1	100.0
2. 他の介護	-	1	-	0.0	-
医業・介護費用	3,025	2,711	71.7	67.1	-10.4
1. 給与費	1,382	1,311	32.7	32.5	-5.1
2. 医薬品費	49	48	1.2	1.2	-2.0
3. 歯科材料費	250	227	5.9	5.6	-9.2
4. 委託費	463	390	11.0	9.6	-15.8
5. 減価償却費	168	168	4.0	4.2	-
(再掲・建物)	50	51	1.2	1.3	2.0
(再掲・医療機器)	58	60	1.4	1.5	3.4
6. 他の医業費用	713	567	16.9	14.1	-20.5
収支差額 (+ -)	1,196	1,327	28.3	32.9	11.0
施設数	647	755	-	-	-

- (注) 1. 歯科診療所の「その他」とは、医療法人、市町村立などである。  
 2. 「構成比率」は、収入では「医業収入」と「介護収入」との合算額に対する各収入科目の金額の割合であり、費用では「医業収入」と「介護収入」との合算額に対する各費用科目の金額の割合である。  
 3. 個人立の収支差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

歯科診療所(C集計) (1施設当たり収支)

	その他				
	金額		構成比率		金額の伸び率
	15年6月	17年6月	15年6月	17年6月	
	千円	千円	%	%	%
医業収入	7,356	6,806	99.9	99.8	-7.5
1. 保険診療収入	6,095	5,544	82.8	81.3	-9.0
2. 労災等診療収入	0	4	0.0	0.1	-
3. その他の診療収入	1,213	1,220	16.5	17.9	0.6
4. その他の医業収入	48	38	0.7	0.6	-20.8
介護収入	5	14	0.1	0.2	180.0
1. 居宅サービス	5	9	0.1	0.1	80.0
2. 他の介護	-	5	-	0.1	-
医業・介護費用	6,384	5,632	86.7	82.6	-11.8
1. 給与費	3,580	3,183	48.6	46.7	-11.1
2. 医薬品費	76	85	1.0	1.3	11.8
3. 歯科材料費	414	406	5.6	5.9	-1.9
4. 委託費	751	629	10.2	9.2	-16.2
5. 減価償却費	227	233	3.1	3.4	2.6
(再掲・建物)	40	56	0.5	0.8	40.0
(再掲・医療機器)	86	99	1.2	1.4	15.1
6. 他の医業費用	1,336	1,096	18.1	16.1	-18.1
収支差額 (+ -)	977	1,188	13.3	17.4	21.6
施設数	92	113	-	-	-

- (注) 1. 歯科診療所の「その他」とは、医療法人、市町村立などである。  
 2. 「構成比率」は、収入では「医業収入」と「介護収入」との合算額に対する各収入科目の金額の割合であり、費用では「医業収入」と「介護収入」との合算額に対する各費用科目の金額の割合である。  
 3. 個人立の収支差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

一般病院職種別常勤職員1人平均給料月額の推移

(国公立・公的・社会保険関係法人)

(単位:円、%)

	H13.6	H15.6	H17.6
病院長	1,300,296	1,180,021	1,256,071
医師等	989,335	881,401	917,800
薬剤師	449,087	437,435	434,374
看護職員	388,852	370,735	366,440
同補助	267,479	252,383	248,620
技術員	435,803	413,468	407,254
事務職員	425,582	413,671	389,252
技能労務	378,881	327,877	336,653
役員	428,600	-	376,566

(医療法人・その他法人)

(単位:円、%)

	H13.6	H15.6	H17.6
病院長	2,485,901	2,306,891	2,311,785
医師等	1,051,290	969,484	1,044,929
薬剤師	328,948	342,928	352,111
看護職員	307,528	312,252	314,333
同補助	189,363	186,196	192,469
技術員	314,291	318,494	305,475
事務職員	290,144	290,696	292,159
技能労務	223,401	222,140	223,915
役員	730,361	796,991	906,526

現在、医療、介護及び保健福祉等の分野全般において、戦後の総決算ともいべき、量的整備から質的整備への指向転換が進行している。この間、わが業界再編劇が今後どのように進むかにより、既存の病院や診療所、介護老人保健施設や特別養護老人ホーム、グループホームや有料老人ホーム等々の施設系サービス、並びに在宅医療専門クリニックや訪問看護ステーション等のヘルパーサービスや通所リハビリテーション、さらにはデイサービス等在宅サービスに係る事業所が例外なく、その運営自体に大幅な転換を迫られる可能性を増しているものと考へる。

こうしたなか、当所に医療介護経済研究所を併設し、現在国レベルで行われている施策の動向、或いは県及び市区町村レベルで行われている医療計画や介護保険事業計画等の見直しの動向等を注視するとともに、情報を把握し、分析し、事業者への影響を評価し、随時関係事業者にその情報を提供できる体制を整えたい。

以上を踏まえ、当面は主に次に掲げる活動よりその一步を踏み出し、徐々に基盤を充実させていきたい。

「研究所の当面の目標」

- 1 国の医療保険点数又は介護報酬の改定に係る情報を収集し、当研究所のデータバンクに蓄積する。
  - 2 医療計画、介護保険事業計画の見直し等の情報を収集し、同様にデータバンクに蓄積する。
  - 3 医療における急性期及び慢性期の両極への収束施策について、特に当研究所独自の把握、分析することを目指す。
  - 4 国の提唱されている保健予防及び介護予防等が、事業者に対しどのよう反映されているかの把握、分析することを目指す。
  - 5 できる体制の構築に努め、そのことが現在の医療内容、医療経営内容にどのような影響を及ぼすのかについて、常に情報把握に努めたい。
- 以上により、今日より研究所機能の構築と充実に努めるものとする。
- なお、当研究所の理念の母体となるものとして、既に保有するレポート「私の福祉論」及び本書「医療介護の行方を探る」を位置づけることとしたい。

平成十四年七月から約五年間、大分市大字皆春に所在する介護老人保健施設に勤めており、地域のお役に立つべく奮闘しております。この間、少くも全精力を多岐にわたる地域住民ニーズに振り向け、できる限りのお手伝いをさせていたたく所存であります。更に研鑽を積み、医療社会基盤等の充実強化に微力を尽くしていきたく、考え方をお聞きし、現在医療に限らず、介護福祉や純福祉等の制度が抜本改革の波に晒され、介護療養型医療病床は大幅に削減、介護老人保健施設病床の転換を迫られ、また医療計画の転換が求められるなど、これまで最も激しい第五次医療法改正の波が立つことになった医療介護等の施設環境が、これまで崖っぷちの追いやりられたような様相を呈してきてい

ると、私は危惧されるのであります。その内容は、以前から国の動向に関心をもちつつ仕事の隙間に書きためていたものを、単にとりまとめ、過ぎません。この狭量な私見の寄せ集めに過ぎないのでありますが、これをさやかでも自らの羅針盤とし、これから茨の道を歩むうえでの一つの道標になればと考えております。これから茨の道を歩むうえでの幸甚であります。

二

八年陽春、医療介護経済研究所にて記す

編著者

