

## 病院清掃のマネジメント

はじめに

病院・診療所等の業務委託に係る制度が「医療法」に盛り込まれ、関連する政省令が改正、平成5年4月1日より施行された。同改正では、政令により「院内清掃の業務」（以下病院清掃）を含め8つの業務が医療法の規制対象となり（一財）医療関連サービス振興会による医療関連サービスマーク制度がスタートした。

以来今日まで、公益社団法人 全国ビルメンテナンス協会（以下当協会と略）は法律に基づく受託責任者講習をはじめ、病院清掃に関するテキストの作成、スキルアップセミナーの実施、各種講習会の実施などを医療関係者と協働して継続的かつ計画的に多様な施策を実行してきている。また、“エビデンス（根拠）に基づく清掃”の在り方を求め、より科学的なアプローチとして大学研究機関との清掃用資機材の効果測定や清掃効果の定量化なども行ってきた。

しかしながら、「病院清掃」の現状を冷静かつ俯瞰的にみると、良い方向にシフトできているとは言いがたい状況であることを認めざるを得ないとの指摘もあり、改善すべき喫緊の課題として認識しなければならないと考えている。

病院・診療所等における院内感染の発生、医療廃棄物の不正な処理・不法投棄などの身近な問題の発生により、「病院の環境整備」の必要性は更に高まってきているが、医療関係者及び環境整備の従事者双方に必要性の認識がまだまだ低いとも指摘されている。

病院を取り巻く社会的な環境は大きく変化しつつあり、病院機能の分化、福利施設・介護施設等との連携、病院機能のダウンサイジングなど現実的な課題を抱えている。環境整備業務への積極的な対応が行われぬ理由として、「病院経営の悪化」や「医療費抑制政策への対応」などを理由とする傾向もあるが、病院施設の環境整備は最重要課題であることを認識したい。

当協会では、このような背景・現状を十分に理解したうえで、「病院清掃」を極めて重要な業務と位置付けて、病院清掃の在り方とその将来的な方向性を検討、提案してゆきたいと考えている。このため、現場における実務が最も重要なことは言を俟たないが、本書では、「病院清掃」の品質を創り出す現場を支援し支える“管理”に的を絞った。病院清掃の現場を管理する管理者層・経営者層を主な対象としている。「病院清掃」の品質を確保、向上させ、経営として成立させるためには、管理者層・経営者層の理解及び支援が絶対的な要件となるからである。

また、医療関係者との良好なコミュニケーション及び共通かつ相互の理解が環境整備の必要条件とも考えられるので、病院清掃の管理の仕組み、実態を知っていただきたく、医療関係者の方々にもお読みいただければ望外の幸せである。

長期間にわたりこの書籍の執筆・作成にあたられた当委員会の委員をはじめ、執筆のご協力をいただいたご関係者各位のご尽力に対し深甚なる感謝を申し上げます。次第です。

公益社団法人 全国ビルメンテナンス協会  
病院清掃管理委員会  
委員長 渋谷勝利

## 病院清掃のマネジメント

本書のねらい

本書は、当協会が発行した、「病院清掃従事者研修用テキスト」（平成20年5月発行）、  
「新版 病院清掃の基本と実務」（平成20年7月発行）及び「病院清掃管理のインスペクション」（平成23年12月発行）の三冊の書籍を基本的なベースとして編集した。

本書の特色は、「病院清掃の管理」即ち病院清掃の“マネジメント”に重点を置き、マネジメントに必要な基本的な知識を中心に整理したものである。病院清掃の品質を直接的に創り出すのは勿論「現場」であることに論を俟たないが、その現場を支える“管理の機能・性能”が極めて重要であるという考え方である。管理機構（本社・支社・支店等）と現場を結ぶ目には見えないが明確なマネジメントの意志が不可欠であり、その為には経営者層、管理者層の病院清掃に対する知識（技術的・経営的・一般的等）と受託責任者・清掃従事者との共通認識と綿密なコミュニケーション及び組織的な支援体制がキーポイントである。

受託責任者講習のアンケートや質問事項、その他、数々のセミナーや講習会等本委員会の様々な活動を通して得られた、現場からの声・悩み・意見等を収集・整理することによって得られた知見から、病院環境の整備という難しい課題を背負っている現場を、現場任せにしたり、孤立させないための仕組みが確立されていない面があったり、病院清掃全体を統合したマネジメントが欠落している現実があることなどを強く認識せざるを得ない現実に直面することとなった。また、講習会等における医療関係者との直接的なコミュニケーションによって、現場における解決すべき相互の課題が少なくないことも分かってきた。

「科学的なアプローチ」の認識をもち、「科学的なエビデンス」を求めて経営者・管理者が中心となって、更に改善すべき点を着実に解決していくことが求められている。

かかる事情に鑑み、本書は、これらの課題を解決していくひとつの手がかりとして、病院清掃の基本的に立ち返り、マネジメントに視点を置いて取りまとめたものである。

当協会はもとより、各企業、医療関係者等、環境整備に係る多くの方々のご協力を得ながらより良い病院環境を目指して行きたい。

以上

はじめに

## 第1編 病院の基礎知識

### 第1章 病院の構造

#### 第一節 病院の定義（構造・組織）

##### 1. 1 法律上の定義

###### 1. 1. 1 医療に関する基本法

- 1、医療法のポイント
- 2、医師法のポイント
- 3、薬事法のポイント
- 4、その他の法律

###### 1. 1. 2 医療施設の類型

- 1、病院・診療所
- 2、病院の類型
- 3、病床の種類による分類
- 4、開設者による分類

#### 第二節 病院の組織と機能

##### 2. 1 組織

##### 2. 2 業務の概要

- 1、病院長
- 2、医師
- 3、看護師
- 4、コ・メディカル
- 5、病院事務局

##### 2. 3 病院の機能

#### 第三節 病院の歴史と現状

##### 3. 1 起源と発展

3. 1. 1 病気の起源
3. 1. 2 病院の歴史

##### 3. 2 病院の現状

3. 2. 1 全国の医療施設の現状
3. 2. 2 病院の経営環境

#### 第四節 病院における医療の現状

##### 4. 1 現在の医療の現状

4. 1. 1 国民医療費の現状と将来
4. 1. 2 医療機関の収支について
4. 1. 3 診療報酬・介護報酬の改定

##### 4. 2 医療を取り巻く社会環境

## 病院清掃のマネジメント

- 4. 2. 1 2025年問題への対応
- 4. 2. 2 出来高払いから包括払いへ
- 4. 2. 3 消費税アップと病院経営
- 4. 2. 4 日本の医療の特殊性
- 4. 2. 5 医療機能評価機構の認定申請の拡大化

### 第五節 病院施設の特殊性

- 5. 1 病院施設の特色
- 5. 2 病院施設の概要
  - 5. 2. 1 病院の構成
  - 5. 2. 2 清浄度で「清潔な区域」と「不潔な区域」を区分している
  - 5. 2. 3 使用目的の異なる空間（部屋）の集合体である
- 5. 3 病院特有の設備
  - 5. 3. 1 病院の建築設備の概要
  - 5. 3. 2 病院特有の設備の概要

## 第2章 病院清掃の特殊性

### 第一節 病院清掃の特徴

- 1. 1 病院清掃の目的
- 1. 2 病院清掃の特性
  - 1. 2. 1 病院清掃の全体的な特性
  - 1. 2. 2 年中無休の体制が必要である
  - 1. 2. 3 清掃作業を避けなければならない時間帯がある
  - 1. 2. 4 場所別（部屋ごと）に清掃作業の内容・方法が異なる
  - 1. 2. 5 診療科ごとに異なる特性がある
  - 1. 2. 6 良好な人間関係の維持が不可欠である
- 1. 3 病院清掃と感染管理
  - 1. 3. 1 環境衛生管理としての病院清掃
  - 1. 3. 2 病院環境における感染管理
  - 1. 3. 3 感染の仕組み
  - 1. 3. 4 病院施設の清掃管理の基本的な在り方

### 第二節 病院清掃の留意事項

- 2. 1 病院施設の清潔・不潔の区分の考え方
- 2. 2 病院建築の空調管理によるゾーニング
  - 2. 2. 1 清浄度クラスⅠ（高度清潔区域）
  - 2. 2. 2 清浄度クラスⅡ（清潔区域）
  - 2. 2. 3 清浄度クラスⅢ（準清潔区域）
  - 2. 2. 4 清浄度クラスⅣ（一般清潔区域）

## 病院清掃のマネジメント

- 2. 2. 5 清浄度クラスV (汚染管理区域)
- 2. 2. 6 清浄度クラスV (拡散防止区域)
- 2. 2. 7 一般ゾーン (一般区域)
- 2. 3 ゾーニングに対応した清掃業務
  - 2. 3. 1 清潔エリアの清掃方法
  - 2. 3. 2 通常医療エリアの清掃方法
  - 2. 3. 3 一般エリアの清掃方法
  - 2. 3. 4 汚染拡散防止エリアの清掃

### 第三節 病院清掃と消毒

- 3. 1 病院施設の消毒
  - 3. 1. 1 消毒・滅菌
  - 3. 1. 2 消毒の必要性
  - 3. 1. 3 消毒と滅菌等の用語
- 3. 2 消毒
  - 3. 2. 1 消毒法による分類
  - 3. 2. 2 消毒薬の特性
  - 3. 2. 3 消毒薬の抗微生物スペクトル
  - 3. 2. 4 消毒薬の効果に影響する因子
- 3. 3 環境消毒用消毒薬の知識
  - 3. 3. 1 環境表面の分類
  - 3. 3. 2 環境表面への消毒薬の使用
  - 3. 3. 3 血液などの付着箇所の消毒
  - 3. 3. 4 標準予防策と清掃・消毒
  - 3. 3. 5 その他の留意事項・禁忌事項

## 第2編 病院清掃管理の実務

### 第3章 病院清掃の管理体制

#### 第1節 受託責任者とは

- 1. 1 業務責任者
  - 1. 1. 1 業務責任者の選任
  - 1. 1. 2 業務責任者の位置付け
  - 1. 1. 3 業務責任者の役割
- 1. 2 受託責任者
  - 1. 2. 1 受託責任者の位置付け
  - 1. 2. 2 受託責任者の役割
  - 1. 2. 3 清掃従事者と受託責任者

#### 第2節 安全管理

- 2. 1 安全衛生について

## 病院清掃のマネジメント

- 2. 2 基本的事項
- 2. 3 労働安全衛生における実施事項
  - 2. 3. 1 安全管理体制の確立と推進
  - 2. 3. 2 設備・作業環境の安全化
  - 2. 3. 3 安全な作業方法の確立と周知
- 2. 4 健康管理
- 2. 5 安全衛生教育
- 2. 6 緊急対応
- 2. 7 危険予知とリスクアセスメント

### 第三節 従事者の教育

- 3. 1 教育の体制
  - 3. 1. 1 教育計画の作成
  - 3. 1. 2 習熟度の判定と再教育
  - 3. 1. 3 教育内容の改善
  - 3. 1. 4 教育記録の保管
  - 3. 1. 5 指導者の育成
  - 3. 1. 6 病院側との連携
- 3. 2 感染予防
  - 3. 2. 1 清潔と不潔
  - 3. 2. 2 健康・安全管理
  - 3. 2. 3 手洗い
  - 3. 2. 4 針刺し切創防止
- 3. 3 汚染拡散防止
  - 3. 3. 1 身体および被服の衛生
  - 3. 3. 2 作業方法
  - 3. 3. 3 作業用具による汚染拡散防止
  - 3. 3. 4 感染性廃棄物からの汚染拡散
  - 3. 3. 5 感染経路の遮断
- 3. 4 教育の具体的内容のまとめ
- 3. 5 コミュニケーション
  - 3. 5. 1 本書における「コミュニケーション」の定義
  - 3. 5. 2 コミュニケーションの重要性
  - 3. 5. 3 コミュニケーションツリー・ツールとしての「報告・連絡・相談」
- 3. 6 清掃作業の技能と知識
  - 3. 6. 1 法規による「必要な知識」
  - 3. 6. 2 病院清掃における「必要な知識」
- 3. 7 個人情報の保護と守秘義務
- 3. 8 病院清掃における個人情報保護の位置づけ

## 病院清掃のマネジメント

### 第四節 資機材に関する留意事項

4. 1 区域ごとの資機材管理とカラーリング
4. 2 資機材の手入れ
4. 3 資機材の点検と整備

## 第4章 病院清掃管理の実務

### 第1節 作業計画

1. 1 作業計画作成上の特殊性
1. 2 作業計画と作業方法
1. 3 作業計画作成の確認事項
1. 4 作業計画関係書類

### 第2節 作業管理

2. 1 病院清掃管理の基本的な考え方
  2. 1. 1 ホスピタルサニテーションの徹底
  2. 1. 2 病院清掃の基本
  2. 1. 3 作業動線と作業の基本
  2. 1. 4 清掃方法のポイント
2. 2 病院清掃の作業管理
  2. 2. 1 スケジュール管理の進め方
  2. 2. 2 作業管理（狭義）の進め方
  2. 2. 3 作業手順書

### 第3節 品質評価

3. 1 品質評価の必要性
3. 2 品質評価シートの使い方

## 第3編 病院清掃を取り巻く制度

### 第5章 病院清掃を取り巻く法令

#### 第1節 医療法

1. 1 医療関連サービスの業務委託
1. 2 清掃業務の委託基準

#### 第2節 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

#### 第3節 廃棄物に関する法律

3. 1 廃棄物の処理及び清掃に関する法律
3. 2 感染性廃棄物処理マニュアル

#### 第4節 放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律

#### 第5節 建築物における衛生的環境の確保に関する法律

## 病院清掃のマネジメント

### 第6節 労働関係諸法令

- 6. 1 労働基準法
- 6. 2 労働安全衛生法
- 6. 3 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律

### 第7節 個人情報の保護

- 7. 1 個人情報の保護に関する法律
- 7. 2 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのたまのガイドライン

## 第6章 医療関連サービスマーク制度

### 第1節 業務案内書の作成ポイント

- 1. 1 法令に定められた業務案内書の内容  
(抜粋)
- 1. 2 業務案内書の性格
- 1. 3 業務案内書に記載すべき事項
- 1. 4 業務案内書の記載要領
- 1. 5 業務案内書の具体的な作成例

### 第2節 標準作業書の作成ポイント

- 2. 1 法令等に定められた標準作業書の内容  
(抜粋)
- 2. 2 標準作業書の性格
- 2. 3 標準作業書に記載すべき事項
- 2. 4 標準作業書の記載要領
- 2. 5 標準作業書の具体的な作成例

### 第3節 参考書類

## 第一編 病院の基礎知識

### 第1章 病院の構造

#### 第1節 病院の定義（構造・組織）

##### 1. 1. 法律上の定義

###### 1. 1. 1. 医療に関する基本法

病院清掃業務に関係する企業とその担当者は、病院の定義・組織、医療行為、医療スタッフ、院内の諸施設について、さまざまな法律で規定されていることを理解しておくことが非常に重要である。

病院清掃関係者は、少なくとも最も基本的な医療法、医師法、薬事法の3つの法律を一読する必要があることはいうまでもないことである。

上記3つの法律は相互に関連性を持っているので、最初に医療法から理解を進めると関連法令が掲載されており、全体像が認識しやすい。

##### 1. 医療法のポイント（条文はP. ●以降に記述。）

医療法で定められている内容は、病院清掃受託責任者講習・診療所・助産所の解説や管理についての必要事項、施設の整備の推進のための必要な事項、国や地方自治体の責任について、及び医療者の責任などであり、日本の医療の提供体制の根幹となっている。下記に同法の主なポイントについて記述する。

###### （1）目的（第一条）

医療法は、「医療を受けるものの保護」「良好かつ適切な医療を効率的に提供する体制確保」の2点を主目的としている。第一条を精査すると、この目的を達成するために定められた内容が下記の5項目に集約される。

- ・ 医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項
- ・ 医療の安全を確保するために必要な事項
- ・ 病院、診療所及び助産所の解説及び管理に関して必要な事項
- ・ 医療提供施設相互間の機能分担のために必要な事項
- ・ 医療提供施設相互間の業務の連携を推進するために必要な事項

要は、すべての医療機関の開設と診療に関することが、この第一条から派生して具体的な規則や運用につながることを意味している。

例えば、日本の医療は、お金がなくとも、保険証を持っていなくても、病院に行けば診療を断られることがない特徴も医療法から出ている。

###### （2）開設許可（第七条）

医師免許登録を持つ医者のみが病院、診療所等を開設することができるという基本原則である。変則的には、医療財団法人のような組織であればトップの理事長は医師でなくてもよい。

###### （3）清潔保持等（第二十条）

病院、診療所、及び助産所は、当然清潔を保持し、安全、安心が確保されていなければならない。病院等の構造・設備も、衛生上防火上、及び保安上も安全と認められるものでなければならない。

###### （4）病院の法定人員及び施設の基準等（第二十一条）

###### ①病院の法定人員について

病院の有する病床の種別に応じ、厚生労働省令で定める員数の医師及び歯科医師のほか、都道府県の条例で定める員数の看護師及び看護の補助その他の業務の従業者を配置せねばならない。

病院の規模によって医師、看護師等の必要人数（看護配置例）が決められており、病床と人数の割合も法令の改正により変わることがあり、2年ごとの診療報酬改定時に変わることが多い。従って、看護職員体制の変更は、医療収入にも影響するので、病院経営にとって重要なことであることを知る必要がある。

###### ②病院施設の基準

- a. 各科専門の診察室
- b. 手術室
- c. 処置室
- d. 臨床検査施設
- e. 放射線装置（X線、CT、MRI等）
- f. 調剤所（薬局）
- g. 給食施設（入院食、職員向け厨房）
- h. 診療に関する諸記録設備（カルテ、画像）な

## 病院清掃のマネジメント

ど

昨今は、患者サービスと病院職員の利便性の向上を図るために、理美容室をはじめ、コンビニエンスストアやカフェが院内に設置されることが多くなっている。

### ③その他の施設について

a. 診療科名中に産婦人科又は産科を有する病院では、分べん室及び新生児の入浴施設に加えてNICU（新生児集中治療器）設備も必要になる場合がある

b. 療養病床を有する病院では、機能訓練・回復目的のリハビリテーション施設が必要となる。

### (5) 施設の人員の増員又は業務の停止命令（第二十三条の二）

適正な医療の提供に支障が生ずる場合として厚生労働省令でさだめる場合に該当するときは、国（厚生労働省）に加え、都道府県知事は、地域医療計画の中で、病院に対するチェック機能を有していることを認識しなければならない。

### (6) 施設の使用制限命令等（第二十四条）

医療機関は、病院施設の清潔、安全、衛生を維持できていない場合は、都道府県知事から、使用制限（全部若しくは一部）あるいは使用禁止、修繕または改築を命じられることがある。

## 2. 医師法のポイント

医師法は、医師の任務、免許、試験、業務、卒後臨床研修、義務、罰則などについて規定した法律である。下記に主たるポイントを記述する。

(1) 免許（第二条） 医師になろうとする者は、国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。

### (2) 医師国家試験予備試験の受験資格（第十二条）

外国の医学卒業業者又は外国の医師免許の所有者であっても、定められた条件に該当せず、かつ、厚生労働大臣の認定がなければ受験できない。

外国の医師免許保持者（外国人、日本人）でも、日本の医師国家試験を経て免許登録しないと日本では働けない。

例外的に、被災時に外国の災害派遣医療チームの医療行為は認められている。

### (3) 臨床研修（第十六条の二）

一般的にいわれている「インターン制度」であるが、大学医学部の権限で研修医の配置が決まるので地域医療の研修医が減少する問題が起きた。現在は研修する病院を研修生が選択できるようになってきた。

### (4) 医師でない者の医業の禁止（第十七条）

病院・診療所等における医療行為（診療・治療・入院等）は医師でないとできない。医師でなければ病院・診療所は開設できないという日本特有の原則であり、民間組織（株式会社等）は病院を開設、経営することはできない。

この問題はこれまで 30 年間議論されてきたが、利益追求型の民間企業では、「患者に対する医療の公平さ、公正さが失われる」という論理が根強く、参入障壁となっている。

## 3. 薬事法のポイント

薬事法は、日本における医薬品、医薬部外品、化粧品及び医療機器に関する運用などを定めた法律である。

目的は、医薬品、医薬部外品、化粧品及び医療機器の品質、有効性及び安全性の確保のために必要な規制を行うとともに、医療上特にその必要性が高い医療品及び医療機器の研究開発の促進のために必要な措置を講ずることにより、保健衛生の向上を図ることにある。この制度趣旨に基づき、行政の承認や確認、許可、監督等のもとでなければ、医薬品や医薬部外品、化粧品、医療機器の製造や輸入、調剤で営業してはならないと定めている

## 4. その他の法律

医療法に関連して「介護保険法」「感染症の予防及び患者への医療に関する法律」「保健師助産師看護師法」「社会福祉法」「老人福祉法」「薬剤師法」に加えて厚生労働省法令や都道府県条例等もあり、病院、医師、医療関係者の仕事を理解する上で必要なもの

## 病院清掃のマネジメント

である。

### 1. 1. 2 医療施設の類型

#### 1. 病院・診療所

医療法（第一条の五第一項）においては、医業を行うための場所を病院と診療所とに限定し、病院と診療所との区分については、病院は 20 床以上の病床を有するものとし、診療所は病床を有さないものまたは 19 床以下の病床を有するものとしている。

（図 1-1）

病院については傷病者に対し真に科学的克つ適正な診療を与えることができるものであることとし、構造設備等についても相当程度、充実したものであることを要求している。

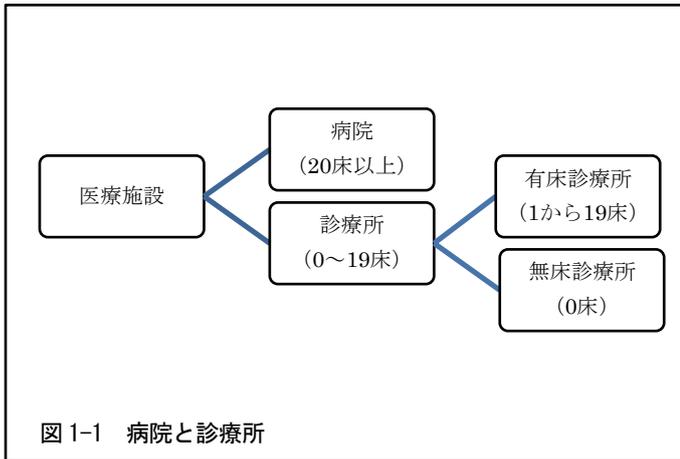


図 1-1 病院と診療所

#### 2. 病院の類型

医療法においては、病院のうち一定の機能を有する病院（特定機能病院、地域医療支援病院）について、一般の病院とは異なる要件（人員配置基準、構造設備基準、管理者の責務等）を定め、要件を満たした病院については、名称独占を認めている。

また、対象とする患者（精神病患者、結核患者）の相違に着目して、一部の病床については、人員配置基準、構造設備基準の面で取り扱いを別に行っている。

- ①一般病院
- ②特定機能病院（高度の医療の提供等）
- ③地域医療支援病院（地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医の支援等）
- ④精神病院（精神病床のみを有する病院）（対象：精

神病疾患）

- ⑤結核病院（結核病床のみを有する病院）（対象：結核患者）

（平成 22 年版厚生労働白書 制度の概要及び基礎統計より引用）

#### 3. 病床の種類による区分

医療法（第七条）においては、病床の種類による区分を下記の通り定めている。制度創設以来、高齢化や疾病構造の変化に伴い、諸制度が創設されてきたが、患者の病態にふさわしい医療を提供するための体制を求めてきた。

##### ①精神病床

精神病患者を入院させるためのもの

##### ②感染症病床

感染症患者を入院させるためのもの

##### ③結核病床

結核の患者を入院させるためのもの

##### ④療養病床

長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもの

##### ⑤一般病床

上記病床以外のもの

#### 4. 開設者による分類

##### （1）国

- ①厚生労働省（14 病院）
- ②独立行政法人国立病院機構（143 病院）
- ③国立大学法人（47 病院）
- ④独立行政法人労働者健康福祉機構（34 病院）
- ⑤国立高度専門医療研究センター（8 病院）
- ⑥独立行政法人地域医療機能推進機構（57 病院）
- ⑦その他（国の機関）（24 病院）

自衛隊病院、医療刑務所、宮内庁病院等

##### （2）公的医療機関

- ①都道府県（201 病院）
- ②市区町村（633 病院）
- ③独立行政法人（97 病院）

## 病院清掃のマネジメント

- ④日赤（日本赤十字社）（92 病院）
- ⑤済生会（社会福祉法人恩師財団救生会）（79 病院）
- ⑥北海道社会事業協会（社会福祉法人北海道社会事業協会）（7 病院）
- ⑦厚生連（厚生農業協同組合連合会－J A厚生連）（104 病院）

医療施設動態調査(平成 28 年 10 月末概数) 厚生労働省より

### (3) 社会保険関係団体病院

#### ①地域医療機能推進機構（JCHO<sup>※1</sup>）病院

全国の社会保険病院等（社会保険病院、厚生年金病院、船員保険病院）は、これまで、独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO<sup>※2</sup>）が、社会保険病院（全国社会保険協会連合会）、厚生年金病院（厚生年金事業振興団）、船員保険病院（船員保険会）に運営を委託して医療を提供してきたが、年金・健康保険福祉施設整理機構法の改正（平成 23 年法律第 73 号）により、平成 26 年 4 月にこれらの病院は RFO が改組されて発足する JCHO が直接運営する病院グループである。

JCHO は、5 事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）、5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）、リハビリテーションその他地域において必要とされる医療及び介護を提供する機能の確保を図ることが目的である。

施設数は、病院 57、介護老人保健施設 26、看護専門学校 7 である。

### (4) 医療法人病院

5727 施設あり全病院の 67%を占め、病床数でも 54%近い 86 万床となる

### (5) 個人病院

いわゆる「開業医」であり、クリニック、診療所として個人事業主である。

### (6) その他

- ①公益法人病院（警察病院等）
- ②私立大学付属病院（学校法人）

- ③社会福祉病院
- ④医療生協病院（生活協同組合）
- ⑤JR 病院、NTT 病院、日本郵政病院（旧公社の民営化による）
- ⑥企業病院
- ⑦その他法人（宗教法人病院等）

※<sup>1</sup> JCHO Japan Community Health care Organization 独立行政法人地域医療機能推進機構

※<sup>2</sup> RFO Readjustment of Facilities for insured persons and beneficiaries Organization 独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構

第2節 病院の組織と機能

2.1 組織

図1-2に示した事例が、一般的な病院組織図である。経営母体として理事会があり、病院長が運営のトップとして、診療部門、事務部門を率いることになる。

病院によっては、より細分化された組織を作っている。基本的な診療部門（医局）、看護部門、事務部門の他に、医療技術部門（薬剤科、検査科、放射線科、栄養科、リハビリテーション科など）がある。

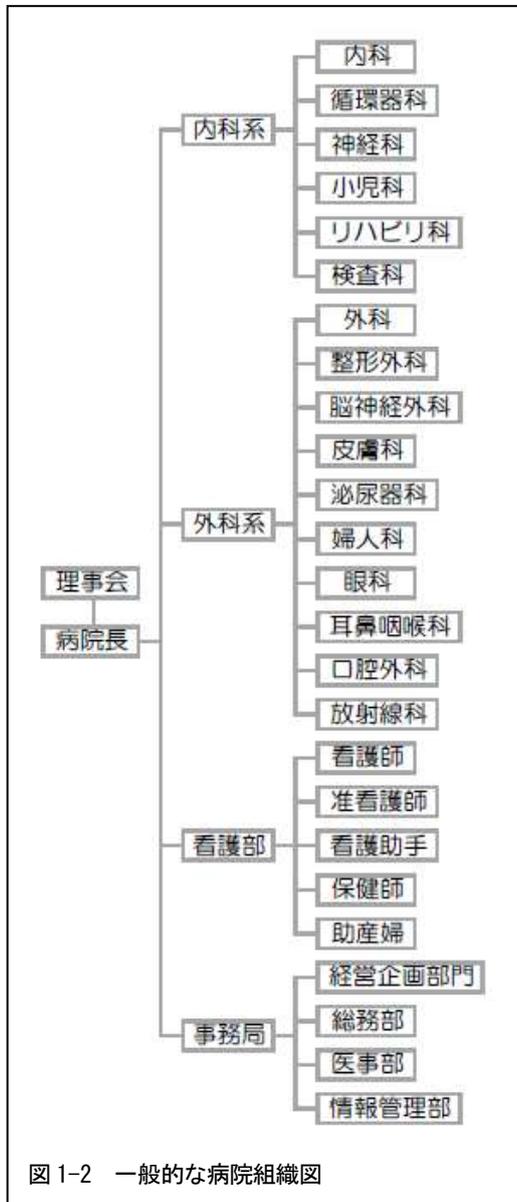


図1-2 一般的な病院組織図

2.2 業務の概要

1. 病院長

病院運営組織のトップであるが医師でもあるので、週に数回外来や手術、入院患者回診等も行う。院内外の多様な会議、医師会や部会への出席、学会、講演、執筆等も含まれている。

2. 医師

診療、検査、回診、手術、カルテ作成などの書類作成業務が含まれている。

他方、患者が直接接する機会は少ないが手術の際に欠かせない麻酔科医、X線、CT、MRIの画像診断、治療を行う放射線医、細胞分析や病理解剖を行う病理医等が専門分野を担当している。

3. 看護師

病院での勤務場所により外来看護師、病棟看護師、手術室看護師に分類されるが、病院の職員数の約半分を占める大人数の組織である。

4. コ・メディカル (co-medical<sup>※3</sup>)

(1) 検査部門

- ①臨床検査技師（細菌、免疫、血液検査等）
- ②診療放射線技師（X線、CT、MRI検査）
- ③薬剤師（調剤、医薬品供給：外来・入院）
- ④栄養管理士、栄養士（献立作成、栄養管理、調理、食事指導、栄養助言等）

(2) リハビリテーション部門

- ①理学療法士（PT）
- ②作業療法士（CT）
- ③言語聴覚士
- ④義肢装具士

5. 病院事務局

①事務長

医療以外の部分の統括が主体であり、医事部、人事・総務・経理部門、資機材・医薬品調達管理、施設管理、経営分析に至る多くの部署を取りまとめる。加えて自治体や地域保健所との会議、医師

## 病院清掃のマネジメント

会への出席等の院外対応業務がある。

②医事スタッフ（受付、レセプト請求等）

③総務経理スタッフ（購買管理、出納管理、人事労務管理、未収金管理）

④経営企画スタッフ（経営分析・管理）

⑤情報管理スタッフ（院内システム管理）

⑥その他スタッフ

- ・診療情報管理士（診療情報管理、内容精査、データ分析）
- ・医療クラーク（医師事務作業補助者）
- ・メディカルソーシャルワーカー（MSW。ソーシャルワーカー、医療相談員とも呼ぶ）。治療、入院、退院、介護など患者の不安や課題の相談等、広範囲の業務をこなす。

### 2. 3. 病院の機能

病院の機能は、規模や地域の医療環境などによって異なるが、大きく分けて「入院機能」と「外来機能」の二つがある。そして高齢化社会が進むなか重要性が増してきているのが、「在宅機能」である。そのほか、人間ドッグや検診などの予防活動もある。

#### （1）外来機能

患者が外来受付をして、診察、検査、処置などを受け、最後に会計を行うというのが、外来診療である。

また、夜間や休日の急を要する診療、救急車で搬送された重症な患者さんの治療など救急外来診療も、病院が担う重要な外来診療の一つである。「病院は待ち時間が長い」といわれがちだが、最近では電子カルテやオーダーリングシステム、医事システム、画像管理システムなどを導入し、院内のIT化を図ることで待ち時間の短縮に努めている病院が増えている。

また、「軽い症状の場合は近隣の診療所に」「専門的な診断・治療を必要とする場合や救急の場合は病院に」といった患者側の使い分けも、病院の待ち時間短縮には欠かせない。

#### （2）入院機能

入院にいたる経緯には、病院の外来で診察を受けて医師から入院が必要と判断された場合、かかりつ

け医からの紹介、救急外来を受診し入院治療が必要となった場合という3つがある。

入院後は、まず身体状態などの検査や患者を取り巻く状況調査を行い、それらの結果をもとに主治医が治療計画を作成する。その後は、一刻も早い回復と退院をめざして、チーム医療が開始される。治療が順調に進み、退院可能と医師から判断されれば、相談員や病棟とも調整し、退院日が決まる。

#### （3）在宅機能

患者が病院に来院するのではなく、患者の自宅や施設を医師等医療者側が訪問し、医療を提供するのが、在宅医療である。高齢化が進み、病院に通院することが難しい患者も増加していること、がんや難病の患者などで自宅での療養を希望される方が増えていること、看取りの問題などから、在宅医療の必要性は年々増加している。

（全日本病院協会HPより）

※<sup>3</sup>co-medical 和製英語。石の指示の本に業務を行う医療従事者

## 病院清掃のマネジメント

### 第3節 病院の歴史と現状

#### 3.1 起源と発展

病院の現状をより深く理解するために、病院の起源及び病院の歴史の概要について記述する。

##### 3.1.1 病気の起源

人類の進化の過程で、二足歩行となって類人猿から進化したことにより、循環器系疾患、脳神経系疾患などの病気の種類が多くなり、病人の発生が多くなったと考えられている。病状をやわらげたり癒したりする知識を持つ専門家的な人物が居る場所が先史時代の病院であった。

さらに文明が進化して、紀元前 3000 年頃から、古代エジプトでは医学の基礎を築き、診療・治療、外科手術も行う医者が登場（記録上最古の医者は紀元前 27 世紀に出現したとある）する。

紀元前 2 千年のバビロニア王国では医学も進歩し、紀元前 11 世紀に医師による「診断手引書」が書かれたとされている。それらの影響を受けて、ギリシャ時代には「医学の父」と言われるヒポクラテスは疾病（急性・慢性・風土病・伝染病）を分類して医学文献を残した。

ここに医学の体系が出来上がり、医学の基礎が確立されたと理解されている。

##### 3.1.2 病院の歴史

###### 1. 世界の病院の歴史

紀元前では古代エジプト第一王朝（紀元前 30 世紀）には「生命の家」と呼ばれる医療施設があったようだが、今でいう病院というより診療所的な場所と推測できる。

紀元前 134 年ギリシャのエスクラピウス神殿の近くに患者の世話をする施設に関する記述が文献にありこれが歴史上最初の病院とされている。その後ローマ時代には軍団病院が設置されており、これが本来の病院の起源とされている。

中世には宗教病院が始まり、ハンセン病やペスト患者の収容施設もできてきた。

近代病院としては、パリのオテル・デュ（神の家）が近代病院の始まりである。ちなみにオテルは、

Hotel であり、Hospital につながる意味を持っている。

###### 2. 日本の病院の発展過程

奈良時代 宗教活動の一端としての施療活動

施薬院（聖徳太子）、悲田院（光明皇后）

鎌倉時代 常施院、悲田院

1557 年 日本最初の西洋病院

ポルトガルから来日したルイス・デ・アルメイダ医師が、豊後の領主であった大友宗麟の援助によって内科・外科・ハンセン氏病科を備えた総合病院を建てた。

江戸時代 管制の社会事業施設としての病院で、小石川薬園・養生所が知られている。

明治以降 西洋医学の導入が進み。1874 年医術開業試験及び医師免許規制ができて開業医による医療が開始となった。私立は評判の名医を中心とした病院ができた（外科の順天堂、内科の杏雲堂）

昭和 13 年 厚生省が内務省から分かれて発足

昭和 20 年～アメリカ型の医療を導入

昭和 23 年 7 月 医療法の制定により病院近代化が始動。

#### 3.2 病院の現状

##### 3.2.1 全国の医療施設現状（H27 年 10 月）

1. 医療施設総数：178,212（前年比 +666）

(1) 病院総数：8,480（前年比 ▲13）

①一般病院：7,416（前年比 ▲10）

全国 893,970 床

②精神科病院：1,064（前年比 ▲3）

全国 336,282 床

③長期療養付き病院：3,844（前年比▲4）

全国 328,534 床

(2) 一般診療所総数：100,995（前年比+534）

全国 107,626 床

①有床：7,961（前年比 ▲394）

②無床：93,034（前年比 +928）

(3) 歯科診療所：68,737（前年比+145）

## 病院清掃のマネジメント

全国 975 床

- ①有床 : 29 (前年比 ▲3)
- ②無床 : 68,708 (前年比+148)

### 2. 病院の規模別（病床数）にみた施設数

病院総数：8,480

20～49 床	942
50～99 床	2,127
100～149 床	1,429
150～199 床	1,338
200～299 床	1,121
300～399 床	711
400～499 床	387
500～599 床	179
600～699 床	106
700～799 床	54
800～899 床	31
900 床以上床	55

100 床までの病院が 30%を占めるのと 100～300 床の病院が 45%となっている。これは 100 床までの小規模病院が専門分野の治療・手術を全国で展開しており、100～300 床の中規模病院が準総合病院として国民の医療に大きく貢献していると言える。400 床以上の大規模病院は総合病院であり、かつ高度医療施設と考えられる。

### 3. 2. 2 病院の経営環境と特徴

#### 1. 病院数と病床数の減少

国内の病院はこの 10 年間で約 7% 600 以上の施設が減少している。一方病床数もこの 10 年間で 5 万床以上減少している。

#### 2. 公的病院の統合

前記減少の原因は、赤字補填する国や地方自治体の財政悪化と医療従事者不足による施設間の統廃合や機能再編から生じている。

今後、経営統合、指定管理者制度による運営委託や、民間への譲渡、M&A等が増加傾向の可能性がうかがえる。

#### 3. 医療法人による病院の系列化と合併化

現在の病院経営は、診療報酬アップの低迷を原因とする医業収益への圧迫に加え、消費税アップによる更なる収益減少化により、ますます厳しくなっている現実がある。

昨今、安定病院経営の継続と生残り戦略の点から、病院グループが、経営難や後継者不足に陥った病院の吸収合併を進めている。

また、現状高収益を維持している病院グループはますます巨大化戦略を進めている。

加えて、地方の病院グループが首都圏で買収合戦を進めており、人口減少化が現実となっている地方にとどまっても、じり貧になっていくと判断して、サバイバルをかけて東京進出を目指している。

#### 4. 巨大病院グループの効率経営の動き

##### (1) 総合サービス力（医療・介護）

地域で集中的に開設、一貫サービスを提供している。団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者（2025 年問題）となり、医療費・介護費が著しく高騰するので、地域総合医療・介護サービスが必要となりグループのメリットを活かす方向性が見えている。

##### (2) 再生力

医療インフラとして地域医療を再生する力となり、地域救急医療への貢献が目立っている。

又、老朽化した病院を新築移転して再成長させる力が有る。

##### (3) 人材供給力

大手病院グループは公的病院と違い、勤務医の移動が比較的自由にできるので、被災地等への派遣はもとより、一時的に人手が足りなくなった病院にも素早く医師を派遣して地域医療の継続を支えており、へき地医療にも貢献している。大手は自前で看護学校も持ち、人材育成を行い、看護師定着化のために院内保育園を併設している事例もある。

##### (4) 合理化力

スケールメリットを活かし、薬や医療機器・機材を一括購入する合理化経営が出来る。また、平均在

## 病院清掃のマネジメント

院日数が 10 日前後で病床回転率が高く、収益性が高く、経営が安定している。

### (5) グローバル力

最近民間大病院グループでは、開発途上国に進出する国際化の動きもあり、ブルガリア、ブラジル、エチオピア、ザンビア、ウガンダ、インド等に病院を建設する計画も予定されている。

また、日本政府も、医療の輸出（ハード面では医療機器の海外輸出、ソフト面では医療技術や病院経営による貢献など）を積極的に進めており、アジアでの伸展が見込まれている。

これらの力（特色）を背景にして、今後も医療環境が大きく変化する状況下で、大規模病院による水平統合や垂直統合が進むものと考えられる。

巨大病院グループは、スケールメリットを活かした医療機器、医療材料、消耗品等の大幅なコスト削減を図り、ドクターの質・量の確保やグループとしての看護師育成機関を所有する等の強みをさらに生かして巨大化を続けるものと考えられる。

第4節 病院における医療の現状

4. 1. 現在の医療の特徴

4. 1. 1. 国民医療費の現状と将来

1. 国民医療費の推移と現状

(1) 国民医療費の状況

平成26年度の国民医療費は40兆8,071億円、前年度の40兆0,610億円に比べ7,4618億円、1.9%の

増加となっている。人口一人当たりの国民医療費は32万1,100円、前年度の31万4,700円に比べ2.0%増加している。

最新の厚生労働省発表では、平成27年度の概算国民医療費は、41兆5千億円（前年比3.8%増）で毎年約1兆円増えている。国民医療費の国内総生産（GDP）に対する比率は10%を超える見込みである。

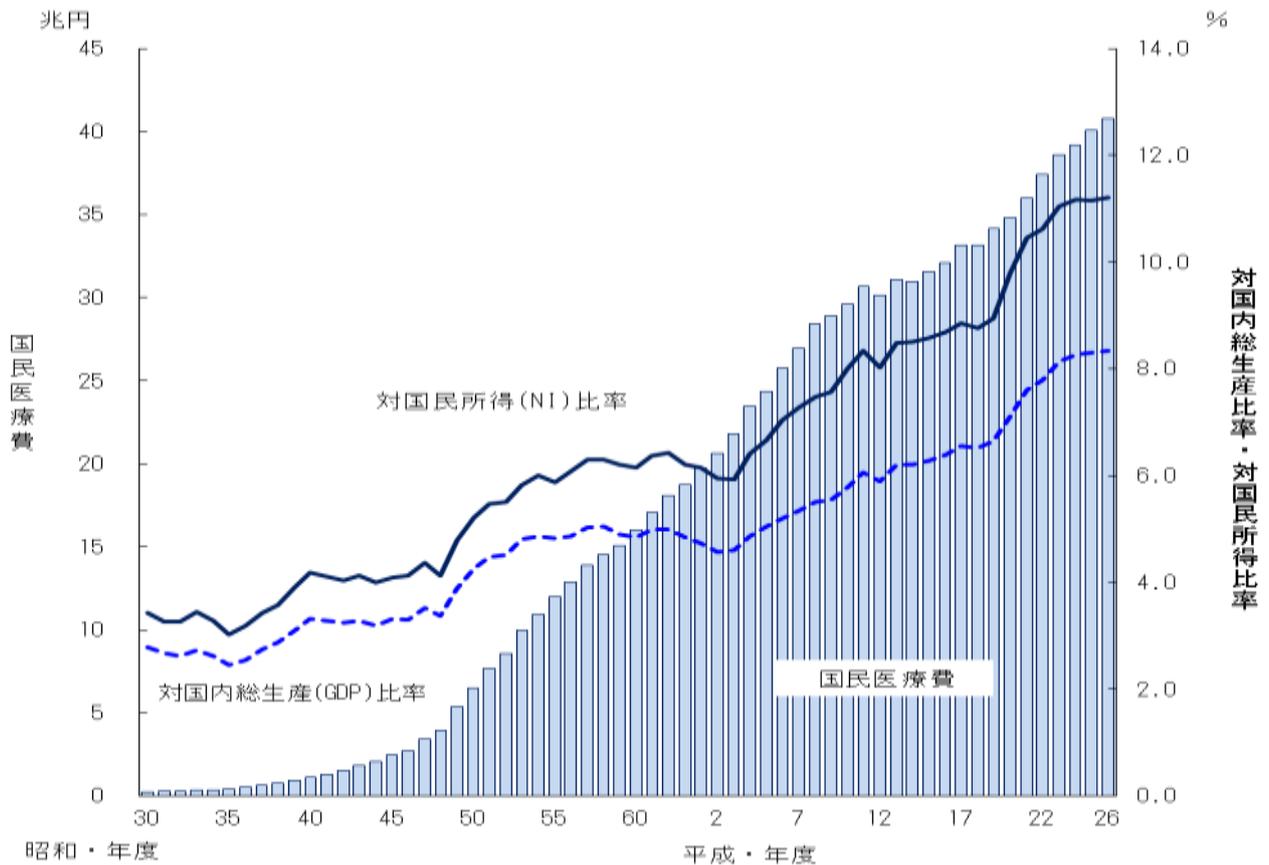


図1-3 国民医療費・対国内総生産及び対国民所得比率の年次推移（平成26年度国民医療費の概況 厚生労働省）

平成27年度国家予算の一般会計の40%に達する金額であり、毎年、増加速度があがっていくのは避けられない。これは高齢者医療費増大が主因であり、75歳以上の一人あたり医療費は94万8千円で74歳以下の4~5倍となり、医療費増加は止まらない。

日本の高齢化は世界最速で進んでおり2025年に75歳以上人口が2179万人まで増える見込みで、医療費の膨張が経済成長を上回るペースの公算が大き

く、国民医療費50兆円の時代も遠くない。

(2) 国民医療費の配分、内容

① 制度区分別国民医療費

制度区分別にみると、公費負担医療給付分は3兆0,930億円（構成割合7.4%）、医療保険等給付分は19兆1,253億円（同46.9%）、後期高齢者医療給付分は13兆3,900億円（同32.8%）、患者等負担分は5兆659億円（同12.4%）、軽減特例措置は1,869億

## 病院清掃のマネジメント

円（同 0.5%）となっている。

表 1-4 制度区分別国民医療費

制度区分	H26 年度	H25 年度
総数	408 071	400 610
公費負担医療給付分	30 390	29 792
医療保険等給付分	191 253	188 109
医療保険	188 176	185 125
被用者保険	91 242	88 815
被保険者	46 492	44 973
被扶養者	39 846	39 204
高齢者	4 903	4 638
国民健康保険	96 934	96 310
高齢者以外	65 447	66 311
高齢者	31 487	29 999
その他	3 077	2 984

注：1) 被用者保険及び国民健康保険適用の高齢者は 70 歳以上である。

2) 労働者災害補償保険、国家公務員災害補償法、地方公務員災害補償法、独立行政法人日本スポーツ振興センター法、防衛省の職員の給与等に関する法律、公費健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付等の医療費である。

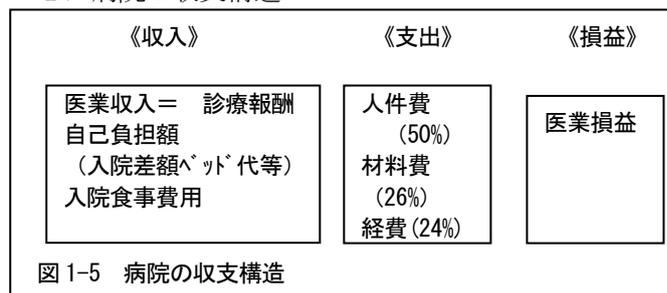
3) 70～74 歳の患者の窓口負担の軽減措置に関する国庫負担分である。

対前年度増減率をみると、公費負担医療給付分は 2.0%の増加、医療保険等給付分は 1.7%の増加、後期高齢者医療給付分は 2.4%の増加、患者等負担分は 1.5%の増加、軽減特例措置は 5.1%の減少となっている。

これを見れば「後期高齢者医療費」が 32%を占めており増大は避けられないのが大きな課題である

## 4. 1. 2. 病院の収支について

### 1. 病院の収支構造



#### ①医療収入

医療収入には、医師（または歯科医師）や看護師、その他の医療従事者の医療行為に対する対価である技術料、薬剤師の調剤に対する調剤技術料、処方された薬の薬剤費、使用された医療材料費、医療行為に伴って行われた検査費用などが含まれて、診療報酬となる。

診療報酬は、「医師の報酬」と誤解することが多いので内容の理解が必要である。

#### ②診療報酬

診療報酬は、厚生労働省傘下の中央社会保険医療協議会（中医協）の答申により決定され、その改定は原則 2 年に一度行われる。

#### ③診療報酬明細書

病院は、診療報酬明細書の（通常「レセプト」として知られている）各明細項目は点数制であり 1 点=10 円）により請求し、支払われる。

#### ④病院の支出

病院の支出については、病院の標準的事例では、人件費（医療従事者の給与）が 50%を占め、医薬品・医療材料等の材料費が 30%で経費（清掃・給食・リネン等の外務委託費、事務職員給与等）が含まれている。

#### ⑤収支

収入－支出＝損益となる。病院の場合も、収入は外来・入院患者数により変動する。

支出のうち人件費は固定費であるが、材料費は患者数により変動する。

経費も固定費となるので、病院の経営としては外来・入院患者数を多くして、医療収入（売上）を

## 病院清掃のマネジメント

増やして、支出の合理化を図ることにより医療収益が出ることもあるが、業損が出るケースもある。

### ⑥診療所の収支

診療所の収支では、支出項目の比率が異なるが、構造的には同じであり、経営的には診療報酬額の収入アップ（患者数増加）が収支の鍵となる。

医療経営にとって、診療報酬の増減率が鍵になることが多い。しかしアップの場合は、患者の窓口負担増や、健康保険料負担額上昇になるので、報酬の増額より配分の見直しが先決ではないかとの意見もある。収入の低い診療科や勤務医に重点配分して、医師不足を是正しようとの考え方である。厚生労働省による医療経済実態調査によれば、診療科ごとの報酬の格差や開業医と勤務医の収入の格差が存在するとしている。

厚生労働省データでは、法人開業医と個人開業医の給与は、病院勤務医の1.7倍となっている。

但し、病院勤務医給与は、民間企業サラリーマンと同じ考えでよいが、個人開業医の場合休業時（病気・けが）の所得補償費用や退職金相当の積み立て（退職金はない）等のコストが出るので、そのまま比較するのは難しい面がある。

改行する

## 2. 介護施設・介護報酬・介護保険料の構造

介護報酬制度は、図 1-6 にある通り、介護サービス事業者が各サービスに準じて介護給付審議会によって介護報酬明細が決められている。

2000 年度に介護保険制度が始まり、3 年に一度見直されている。

### (1) 介護報酬について

①介護報酬とは、事業者が利用者(要介護者又は要支援者)に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者を支払われるサービス費用をいう。

②介護報酬は各サービスごとに設定されており、外来サービスの基本的なサービス提供に係る費用に加えて、各事業者のサービス提供体制や利用者の

状況等に応じて加算・減算される仕組みとなっている。

③介護報酬は、介護保険法上、厚生労働省が社会保険審議会(介護給付費分科会)の意見を聞いて定めることとされている。

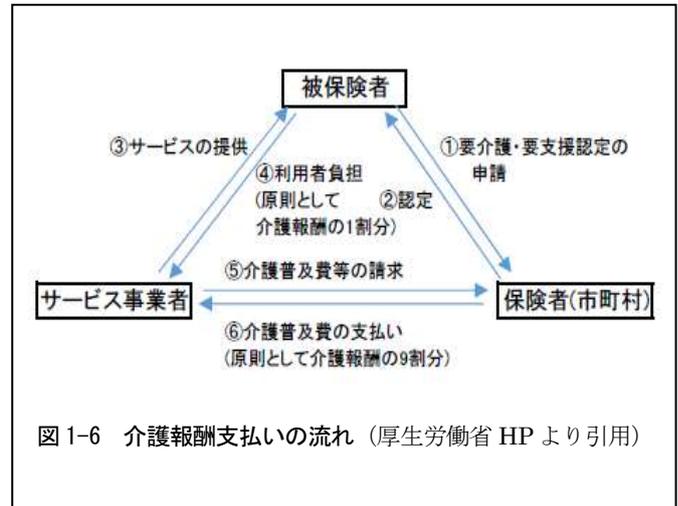


図 1-6 介護報酬支払いの流れ（厚生労働省 HP より引用）

介護報酬は、1割が利用者負担で9割が40歳以上による保険料と国・自治体の負担によりまかなわれている。

④介護給付額は、高齢化の進行に伴い2000年度3.6兆円から、2013年度（平成23年度）は8.2兆円で11年間には2～3倍に増加。

2025年度(平成37年度)には、21兆円に達する見込みである。その時の介護保険料は、8,200円程度で2013年度の2倍の見通しとなる。後述の2025年問題を控え、厚生労働省は、介護給付費と保険料双方の抑制対策を検討開始している。

⑤高齢化の進行に沿って介護施設数は拡大せざるを得ないが、看護・介護の担い手が現状でも不足しており、2025年には38万人の介護人材が不足するとされている。

介護報酬がアップされて、介護人材の待遇改善が進まない限り、人手不足はさらに悪化し、施設運営が成り立たなくなると危惧されている。

## 病院清掃のマネジメント

### 4. 1. 3. 診療報酬・介護報酬の改定

#### 1. 平成 26 年診療報酬改定内容と問題点

改定率は、+0.1%となったが、厚生労働省の戦略としては下記を掲げている。

- ・2025 年(平成 37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図ること
  - ・入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組むこと
- 改定による影響は、病院関係者（院長、事務長、医師、看護師等）には、業務上、経営上様々な問題点を喚起することになるので、業務受託者（業界）の病院担当者にとっては、病院関係者とのコミュニケーション機会の増大と経営支援業務へのビジネスチャンスにもつながることを認識することが大切である。

#### 2. 介護報酬と在宅サービスの改定と問題点

在宅サービスの受け皿（施設と介護職員）を拡大して、長期入院や不要不急の入院を減らして、国民医療費を抑制する施策がすすんでいるが、一方急速に進む高齢化により増え続ける介護給付を抑えるために、平成 26 年 6 月地域医療介護推進法が成立した。これにより要支援者切りや、特別養護老人ホーム入居資格が、要介護者 3 以上に限定された。

ところが、要介護度の進行度は早くなる一方、介護職員の人手不足は深刻化が進み、離職率も高くなり、サービスの量と質の低下が問題となってきた。

平成 29 年 4 月から厚生労働省は、介護報酬 1, 14%引き上げて、介護職員の賃金を月 1 万円程度上げることで処遇改善し、極端な介護職員不足（有効求人倍率 3, 4）の解消を図ることになっている。本来平成 18 年だが、「一億総活躍プランの目玉として臨時に実施される。

これからも厚生労働省は、「施設から在宅へ」の大きな流れに変化はなく、2025 年にあるべき姿、“地域包括ケアシステム”をゴールと設定し、社会保障費、人員体制など現在とのギャップを把握し埋めることを目指している。

### 4. 2. 医療を取り巻く社会環境

#### 4. 2. 1. 2025 年問題への対応

昭和 22・23・24 年生まれの合計人口 806 万人（団塊世代人口）が、2025 年(平成 37 年)には 75 歳に達して、後期高齢者数が 2176 万人となり、社会保障費、国民医療費の膨大な増加につながることになる。

#### 1. 2025 年予測データ

- ・国民医療費 54 兆円レベル
- ・介護給付費 21 兆円
- ・認知症高齢者 470 万人
- ・65 歳以上の単身世帯 701 万人
- ・生産年齢人口 7085 万人（14%減）

#### 2. 社会問題

- ①罹病率が高い後期高齢者による医療費が膨れ上がる一方、15～64 歳の労働人口減により一人当たりの保険料負担が増大する
- ②入院病床、介護施設収容数が不足し、大都会では入院する病院が見つからない確率が上がり、介護施設待機者が更に増えてくる。
- ③その結果、入院医療・自宅介護・介護施設の仕組みが大きく変わらざるを得ない。
- ④人手不足
  - ・慢性的な看護師不足(2025 年予測 25 万人不足)
  - ・医師の偏在と絶対的人数不足
  - ・医療事務職員不足（20 万人）
  - ・特に介護スタッフは 50 万人不足となる見通しである。
- ⑤終末期のあり方が変わる

日本の年間死亡者数は、2011 年 126 万人から 2025 年 153 万人へ急増する見通しだが、現在日本の志望者の場所は 80%が病院となっている。一方現状の制度下では、2025 年には 30～50 万床が必要とされている。

従って厚生労働省の構想にある「地域包括ケア」（在宅主治医を軸に医療と介護が融合する仕組み）の制度化が求められている。

別の言い方をすれば、病院完結型は終わり介護含

## 病院清掃のマネジメント

めた地域完結型へのモデル化に向かわざるを得なくなる。

### 4. 2. 2. 出来高払い方式から包括払い方式へ

#### 1. 出来高払い方式

これまで、診察に際して検査、診療、手術等必要と思われる診療行為できめ細やかに対応できる反面、過剰診療の問題も発生し、一人当たりの医療費の拡大が止まらなかった。

#### 2. 包括支払い方式 Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment

##### System (DPC/PDPS.)

DPC/PDPS とは従来の診療行為ごとの点数をもとに計算する「出来高払い方式」とは異なり、入院期間中に治療した病気の中で最も医療資源を投入した一疾患のみに厚生労働省が定めた1日当たりの定額の点数からなる包括評価部分（入院基本料、検査、投薬、注射、画像診断等）と、従来どおりの出来高評価部分（手術、胃カメラ、リハビリ等）を組み合わせて計算する方式である。

平成15年82病院から制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成26年4月1日見込みで1585病院・約49万床となり、一般病床全体の約55%を占めるに至っている。DPC制度の医療面、病院経営面での評価・分析はまだ確定できておらず、在院日数短縮、医療費削減効果、医療の質と患者満足度などさらなる評価が求められている。

### 4. 2. 3. 消費税アップと病院経営

#### 1. 医療費非課税

医療費は非課税であり消費税がアップしても患者は消費税の支払いはなく、病院・診療所の医業収入は変わらない。

他方、医療機関は仕入れ商品（CT/MRIのような医療機器から注射器まで）には消費税を支払う。厚生労働省は、消費税増税分を診療報酬に反映させて補填しているという方針で、2014年には、+0.1%アップされた。

#### 2. 医療機関の消費税負担

日本医師会の調査では、消費税5%では、社会保険診療報酬の2.2%に相当する控除対象外消費税が発生している。今の制度のまま消費税率が10%になれば負担は2倍となり、医療の継続性が保てなくなることは必至である。（日本医師会HPより）

日本医師会によると、2013年消費税8%では、保険診療報酬の3.5%=1兆4千億円を超える試算になる。

2014年4月からの消費税8%は病院経営を大きく圧迫しており、近い将来、10%になれば、ますます病院倒産、閉鎖、売却も増えてくるものと考えられる。

特に急性期医療、高度医療の中核病院は、高額医療機器を常に更新・装備する必要があるため、病院経営にとって消費税アップは大きな痛手となってくる。

2010年には兵庫県内の4つの病院が「医療機関が一方向的に消費税を負担しなければならないのは違憲だ」として、国を相手に損害賠償裁判を起こすまでに至っている。近い将来「消費税は違憲だ」という判決が出る可能性もある。

同様に、日本医師会は、平成26年9月に「消費税10%の際は医療機関の設備投資に対しては非課税還付措置と、診療報酬に対して軽減税率等による課税取引への転換」の要望をホームページ上にて公開している。

従って、ビルメンテナンス業界の病院ビジネス関係者としては、この問題が病院経営に大きな影響を与えることをよく理解し、病院に対して今後どのように対応できるかを十分考えて、病院経営にプラスになる提案を自主的に行っていくことが求められる。

### 4. 2. 4. 日本の医療の特殊性

#### 1. フリーアクセスと自由開業医制度

日本人は保険証1枚で患者の好みで自由に様々な医療機関で同じ病気に対して治療を受けられる。こ

## 病院清掃のマネジメント

これは世界的には異例のことであるが、それが日本人を「病院好き」にした結果、大病院は常に外来が混雑し、「3時間待ち5分診察」といわれる状況を生み、勤務医の疲弊、医療費の高額化にもつながっている。又、自由開業医制度により医師が専門に分かれて開業しているので、患者を総合的に診察するのが難しく、「かかりつけ医」を見出しにくくしている。これにより患者が医療機関を駆け持ちすることになり、医療費のムダになっている。

### 2. ジェネリック薬品の普及が伸びない

先発医薬品の特許が切れた後に同じ有効成分・機能を持つのが後発医薬品(ジェネリック医薬品)だが、日本のジェネリックの市場シェア(普及度)は23%で、米国72%・ドイツ65%・英国63%、フランス44%に比べて低い現状である。

厚生労働省は、患者負担と医療費の軽減のために、ジェネリックの使用促進を進めて、平成30年度末に数量ベースで60%以上の目標を掲げている。さらに、平成27年6月の閣議決定において、平成29年度に70%以上とするとともに、平成30年度から平成32年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする、新たな数量シェア目標が定められた。

日本では、医師がジェネリック医薬品の知識が少ないので積極的にジェネリック処方箋にしないこと、患者にとっても保険負担により自己負担が少ないので意識が低いことが、原因とされているが、今後ジェネリックの普及が進むことはまちがいないと思われる。

### 3. 混合医療

混合医療は、一つの病気の治療をする時に、保険診療と保険外診療(自由診療)の医療サービスを併用することであるが、日本では医療の公平を維持するために禁止されている。

例外として、保険外併用療養費制度(差額ベッド料、時間外診療、高度先進医療、180日を超える入院等)は併用が認められている。

政府としては、医療特区として混合医療を認める方

向性を出しており、東京圏では3病院での適用の議論が進んでいる。

また、医療特区では、外国医師の診察や外国看護師の業務解禁も検討されている。

### 4. 2. 5. 医療機能評価機構の認定申請の拡大化

平成7年公益財団法人医療機能評価機構として設立された医療機関を評価し改善を促すための第三者機関である。

病院からの申請に基づきサーベイヤーと呼ばれる評価調査員が所定の評価項目に沿って病院の活動状況を評価し、審査の結果一定の水準を満たしていると認められた病院に「認定病院」としての認定証を発行します。全国8,700程の病院で、2430程の病院が認定病院になっており、病院側も本認定申請には積極的に参加している。

評価項目には、「施設・設備を適切に管理しているかの項目」があり、評価要素としては、

- ・自院の役割・機能に応じた施設・設備整備
- ・日常点検と保守管理
- ・緊急時の対応
- ・院内の清掃
- ・廃棄物の処理

等があり、病院の評価・審査に関係するので、メンテナンス企業も病院清掃で貢献する責任があることを認識すべきである。

これに関しては、「医療関連サービスの質と受託にかかる価格設定等に関する調査研究 報告書(平成25年度 一般財団法人医療関連サービス振興会、P.61~68)」を参照されたい。

特に「提案書や見積書において重視している点=外部委託先を病院が選定する重要度」に関するアンケート複数回答結果では、

- ①価格、②過去の実績、③品質維持のための体制整備状況、④緊急時の対応の社内体制、⑤医療関連サービスマーク取得、⑥品質確保の方法

の順位となっており、業務受託者は、病院が業界に期待する重要点のひとつであることを十分認識すべきである。