

医療情報
ヘッドライン

予約診療で選定療養費を徴収する機関、 2割以上増の708施設、時間外診療も増加

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

消費税増税に伴う来年度の臨時薬価改定 10月実施に一本化、新薬創出等加算も適用

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会薬価専門部会

経営
TOPICS

統計調査資料
医療施設動態調査（平成30年5月末概数）

経営情報
レポート

クリニックの診療理念を具体化する
院長が取り組むスタッフ育成手法

経営
データ
ベース

ジャンル:リスクマネジメント サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状
医療事故が多発する要因
病院全体で捉えた場合のリスクマネジメント

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

予約診療で選定療養費を徴収する機関、 2割以上増の708施設、時間外診療も増加

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は 11 月 14 日、中央社会保険医療協議会総会で「主な選定療養に係る報告状況」を提示し、予約診療で選定療養費を徴収する医療機関は、2016 年 7 月から 2017 年 7 月までの 1 年間で 129 施設と 2 割以上増えたことがわかった。

時間外診療で選定療養費を徴収している医療機関も、やはり 2 割近く増えている。一方、200 床以上の病院の初診はわずかながら減少した。

■予約料の平均は2,205円で、最低額は70円、 最高額は54,000円

選定療養とは、全額自己負担の医療サービスで、保険は適用外となる。いわゆる差額ベッド代や紹介状なしでの大病院の初診・再診、予約診療、時間外診療、180 日以上入院などを対象とする。紹介状なしの大病院の初診・再診をめぐるのは、2016 年度から定額負担が導入され、初診 5,000 円（歯科 3,000 円）、再診 2,500 円（歯科 1,000 円）が徴収されることとなっている。

予約診療の選定療養費を請求するには、いくつかの要件をクリアしなければならない。

院内で内容や費用について掲示するほか、1 人当たりの診察時間を 10 分以上とし、診療科ごとに全患者の診療時間の 2 割を予約患者向けに確保する必要がある。

こうした要件をクリアした医療機関は、昨年 7 月 1 日現在で 708 施設であり、一昨年

7 月 1 日時点では 579 施設だったため、129 施設増えた計算となっている。

ちなみに、2014 年 7 月 1 日時点では 447 施設であり、3 年間で 361 施設増えたことになる。予約料の平均は 2,205 円で、最低額は 70 円、最高額は 54,000 円となっている。

■時間外診療で選定療養費を請求している 医療機関は、2016年から2017年で急増

高額な予約料を徴収する医療機関は、たとえば待合室が特別仕様であるなど、環境面での差別化を図っている。

対応施設が増加している状況は、快適性や利便性に対するニーズの高まりを受けて、「待ち時間なしで受診できる」だけでなく付加価値を創造して患者を確保しようという動きが加速していることを示しているといえる。

なお、時間外診療で選定療養費を請求している医療機関は、2016 年から 2017 年の 1 年間で急増している。

2014 年 7 月 1 日時点で 323 施設、2015 年 7 月 1 日時点で 342 施設、2016 年 7 月 1 日時点で 357 施設と緩やかに伸びてきたが、2017 年 7 月 1 日時点では 411 施設と前年度比で 2 割近く増えている。

徴収額の平均は 2,789 円で、最低額は 200 円、最高額は 16,200 円となっている。

緊急性の低い患者が時間外診療を希望するのを減らし、救急医療の機能向上をめざす動きが進んでいる状況が窺える。

消費税増税に伴う来年度の臨時薬価改定 10月実施に一本化、新薬創出等加算も適用

厚生労働省 中央社会保険医療協議会薬価専門部会

厚生労働省は、11月14日の中央社会保険医療協議会薬価専門部会で、消費税増税に伴う来年度の臨時薬価改定を10月実施に一本化する方針を示し、了承された。

新薬創出等加算も適用される方向で、改定期間は年末の予算編成を経て正式決定される。

■2019年10月に消費税増税実施されるため、イレギュラーな臨時改定が必要

現在、薬価の改定は2年に1回、4月に行われている。今年度実施されたため、通常ならば次回の改定は2020年4月となるが、消費税の増税が2019年10月に実施されることから、イレギュラーな臨時改定が必要となった。

なぜならば、診療報酬は非課税のため、医療機関や調剤薬局は仕入税額控除を受けることができないからだ。運営上の仕入れでは消費税を負担しているため、それに相当する額をこれまでも診療報酬で補填してきた。

薬価は、より適切な値にするため市場の実勢価格を反映させており、通常は改定前年度の9月に薬価調査を実施してその結果を反映させている。

10月の消費税増税の直前に薬価調査が行われることになるため、実勢価格を反映できない。そのため厚労省は、実勢価格を反映させた薬価改定を4月に済ませて、10月の改定では消費税分の上乗せのみの対応とする「2段階改定」の実施も視野に入れていた。

■臨時改定では「実勢価格に基づく薬価引き下げ」を補正するルールを適用

しかし、同一年度の「2段階改定」は、実勢価格を反映できない恐れもある。2020年4月に通常改定を控えているため、事実上1年間で3回の改定を行うこととなり、薬局のみならず医療機関側のシステムも更新しなければならず、かなりの負担が生じてしまう。

実勢価格が固まるまでには、改定後ある程度の時間を必要とすることも踏まえると、10月の臨時改定で実勢価格改定と消費税分の上乗せを同時に行うのが自然、というのが厚労省の意見である。そのうえで、臨時改定では「実勢価格に基づく薬価引き下げ」を補正するルールを適用する。

後発品が出現するまで、あるいは上市から15年経過するまでの医薬品を対象とする新薬創出等加算も、このルールが適用される。ただし、今年度改定以降に後発医薬品が収載されて対象外となった品目は同加算の対象としないとしており、製薬会社に対して厚労省が配慮した形となっている。



医療施設動態調査 (平成30年5月末概数)

厚生労働省 2018年8月20日公表

病院の施設数は前月に比べ 6施設の減少、病床数は 999床の減少。
 一般診療所の施設数は 98施設の増加、病床数は 276床の減少。
 歯科診療所の施設数は 32施設の増加、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成30年5月	平成30年4月			平成30年5月	平成30年4月	
総数	179 209	179 085	124	総数	1 648 657	1 649 932	△ 1 275
病院	8 378	8 384	△ 6	病院	1 552 016	1 553 015	△ 999
精神科病院	1 055	1 054	1	精神病床	330 469	330 581	△ 112
一般病院	7 323	7 330	△ 7	感染症病床	1 854	1 848	6
療養病床を有する病院(再掲)	3 765	3 774	△ 9	結核病床	4 891	4 891	-
地域医療支援病院(再掲)	566	565	1	療養病床	323 368	324 096	△ 728
				一般病床	891 434	891 599	△ 165
一般診療所	102 057	101 959	98	一般診療所	96 580	96 856	△ 276
有床	7 074	7 095	△ 21				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	864	869	△ 5	療養病床(再掲)	8 750	8 788	△ 38
無床	94 983	94 864	119				
歯科診療所	68 774	68 742	32	歯科診療所	61	61	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成 30 年 5 月末現在

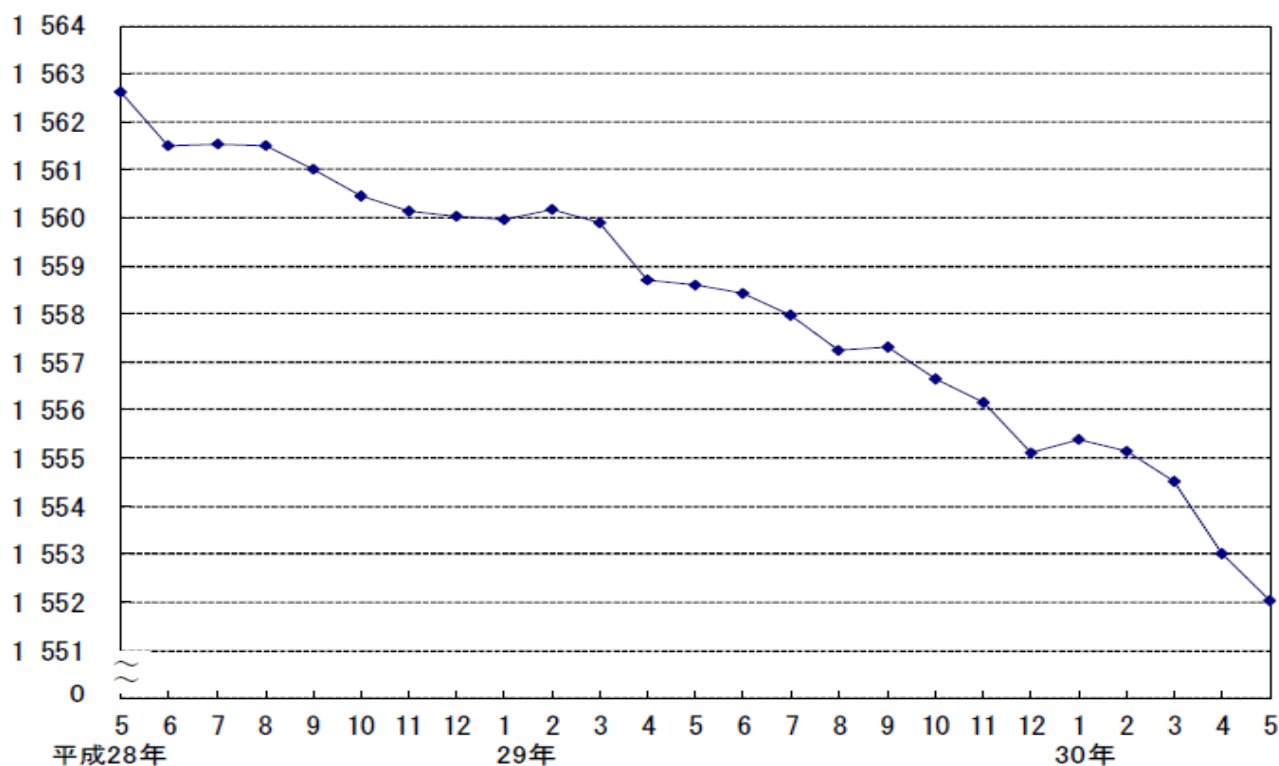
	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 378	1 552 016	102 057	96 580	68 774
国 厚生労働省	14	4 622	24	-	-
独立行政法人国立病院機構	142	54 023	-	-	-
国立大学法人	47	32 710	148	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	33	12 465	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 217	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 890	3	-	-
その他	24	3 728	366	2 164	3
都道府県	200	53 507	253	176	7
市町村	624	130 176	2 951	2 216	257
地方独立行政法人	100	39 637	32	17	-
日赤	92	35 724	204	19	-
済生会	81	22 130	50	-	1
北海道社会事業協会	7	1 717	-	-	-
厚生連	103	32 875	69	25	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	301	-	2
共済組合及びその連合会	43	13 754	145	-	5
国民健康保険組合	1	320	15	-	-
公益法人	214	53 484	525	284	110
医療法人	5 760	867 300	42 587	72 044	14 248
私立学校法人	112	55 654	186	38	16
社会福祉法人	203	34 819	9 830	339	38
医療生協	82	13 710	301	267	51
会社	36	9 271	1 752	10	10
その他の法人	189	39 749	718	301	104
個人	197	18 600	41 595	18 661	53 920

参 考

■ 病院病床数

病床(千床)

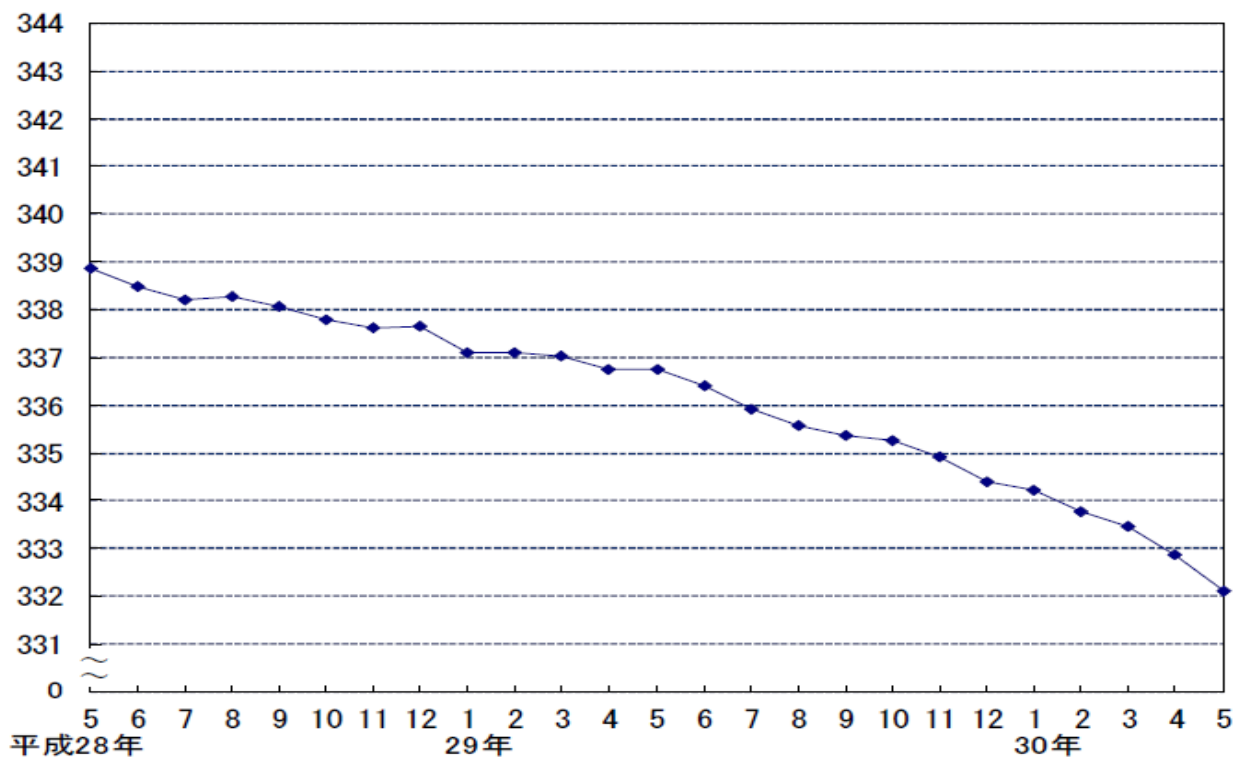
病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計

病床(千床)

病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査(平成30年5月末概数)の全文は、
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



人事・労務

クリニックの診療理念を具体化する 院長が取り組む スタッフ育成手法

1. スタッフが患者に与える影響と教育の重要性
2. 自院の診療理念の周知と育成方法
3. スタッフ視点から考える理想のリーダー像
4. 組織の活性化と実現に向けた取り組み



参考文献

「グレートクリニックを創ろう！～ドロッカー理論を経営に活用する本」内藤孝司・梅岡比俊 著（中外医学社）
「40の困った！をスッキリ解決 診療所経営助っ人ツール」 船井総研 著・日経ヘルスケア編（日経BP社）
〈ホームページより〉 F P 医師開業 / ジャパンプラティクス / 静岡県わくわく働くナビ / 外科医の視点 / 医院
開業支援のクリニック開業.COM / EPILOGI / クリニックステーションポータル / 幻冬舎 GOLD ONLINE / ク
リニック開業.COM / 「リーダーシップの身につけ方」 オンライン・ジャーナル

1

医業経営情報レポート

スタッフが患者に与える影響と教育の重要性

■ スタッフが患者に与える影響

(1) スタッフがクリニックの印象を左右する

新しいスタッフの入職に際しては、クリニックの組織風土や理念について理解し、行動してもらうためには、これらを個々に周知し、浸透させることが必要です。

クリニックにおけるスタッフ教育の重要性が説かれる理由のひとつとして、スタッフの力量によって患者に与える印象が変わることが挙げられます。

◆ クリニックのスタッフが患者に与える2つの影響

● 直接的な影響

スタッフが直接患者と対応する際の言動

⇒ 患者に信頼される安心感の提供：患者マナー対応の徹底、対応スキルの向上

● 間接的な影響

待ち時間の長さ、提供される医療に対する不安

⇒ 患者の期待に応える医療サービスの提供、真のニーズを把握する

：待ち時間に対する心遣い（声がけ、時間がかかっていることの説明など）

今後の通院に関する見通し（院長説明のフォロー、予約に関する丁寧な説明）

クリニックを支えるスタッフが患者に与える影響は大きく分けて直接的なもの、間接的なものの2点あり、まず直接的に患者と対応した場合に与える影響が大きいとされます。

来院する患者は、スタッフとのやりとりの中でクリニックに対する印象を決定するからです。

その対応策としては、スタッフの各専門分野での技術レベルの向上により、患者に信頼感と安心感をもってもらい、またスタッフの接遇や挨拶など、患者対応能力の向上を徹底し、患者に好印象を与える言動を常に徹底することが重要です。

もうひとつは、間接的に患者に与える影響が挙げられます。

待ち時間の長さや、受ける医療に対する不安は、自院に対するマイナスの印象を与えることにつながります。

これらを防ぐためには、患者の待ち時間等を削減したり、またやむを得ず診療・会計時の待ち時間を不満に感じさせたりしないことや、患者にとってわかりやすい医療の提供を心がけることが必要です。

2 医業経営情報レポート

自院の診療理念の周知と育成方法

■ 診療理念の周知と浸透

(1) 診療理念の周知、浸透が必要とされる理由

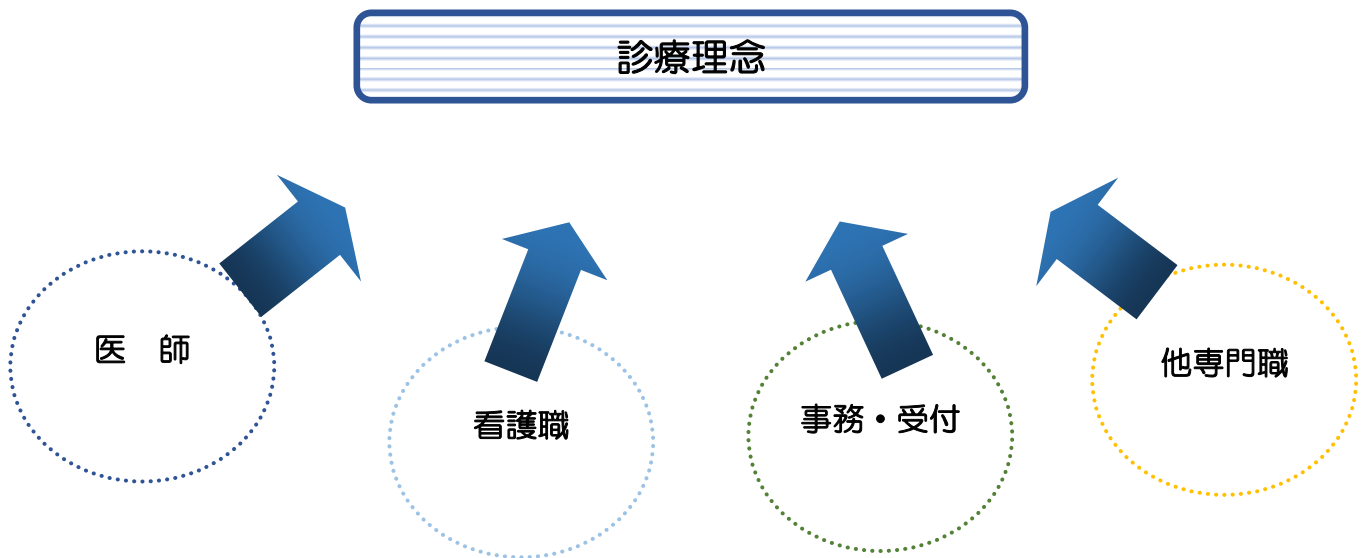
診療理念は自院の考えや信念、理想等を掲げたものであり、スタッフにとっては行動指針となります。

また、診療理念はスタッフが組織として動くために、最も重要であると考えられています。

スタッフが自分自身の考えや判断だけで物事を進めると組織としてまとまらず、患者に対しても対応にバラつきが生じ、不信感を与えてしまうおそれがあります。

診療理念の周知と浸透は、スタッフが同じ方向に向かい、組織の一体感を高める効果のほか、患者に対しては統一的な関わりをもつことで安心して通院してもらえる医院となります。

◆ 診療理念とスタッフの概念



(2) 自院の診療理念浸透に向けて

自院の診療理念が高く、患者視点に沿ったものだったとしても、それがスタッフに浸透していなければ最大の効果は期待できません。

自院の診療理念をスタッフ個々に浸透させるためには、院長がスタッフとコミュニケーションをとり、機会がある度に伝えていく必要があります。

例えば、診療理念は入職時に説明しただけで理解されるものではないととらえ、次のような形で積極的に伝えていくことが求められるのです。

3

医業経営情報レポート

スタッフ視点から考える理想のリーダー像

■ クリニックにおけるリーダーシップ

(1) 院長に求められるリーダーシップ

院長は、経営者としてリーダーシップを発揮することが求められます。そして、自院の診療理念（目的）を達成するには、スタッフからの信頼を得ることが重要です。

経営学者 P.F.ドラッカーは、自身の著書の中で、「リーダーシップの定義」について次のように述べています。

◆リーダーシップの定義 ～ P.F.ドラッカー著「プロフェッショナルの条件」「未来企業」より

- **リーダーシップとは資質ではなく仕事である**
 - リーダーとは、目標を定め、優先順位を決め、基準を決め、それを維持する者である
- **リーダーシップとは地位や特権ではなく、責任である**
 - リーダーは部下の行動を保証し、支援する存在でなければならない
- **リーダーシップとは信頼である**
 - リーダーシップは部下からの信頼を集めることであり、部下から信頼を集めるのがリーダーである

これらをクリニックの院長が実践する場合には、次のように具体的に展開することが考えられます。

◆クリニックにおける院長のリーダーシップの要素

- 周りを動かせるような強い影響力や指導力
- 自院の戦略や方向性を決める決断力や戦略性
- 診療理念や方向性についてスタッフが納得して共感できるような説明能力
- 全責任は自分にあるといった強い責任感
- スタッフからのゆるぎない信頼感と誠実性
- 自院をさらによくしようと思う向上心や新しい技術や情報を取り入れようとする柔軟性
- スタッフの育成に率先して関与し、育てていくという姿勢
- 院長自らが診療理念に沿った行動をとり、スタッフの手本となる

4 医業経営情報レポート 組織の活性化と実現に向けた取組み

■ 院長が組織を活性化させ、人を育てるリーダーになる

(1) クリニックを「組織」にする

医療機関の特性のひとつに、スタッフの多くが専門職によって構成されるという、企業にはみられない点が挙げられます。そのため、部署として独立していない規模であっても、資格を必要とする業務を他の職種のスタッフに任せることができないのが通常です。

しかし、院長がリーダーとして、自院のスタッフ全員が「協働」することを通じ、患者にとって最善の医療サービスを提供し、かつ安定した経営を維持できるようにするためには、クリニックを組織として位置づけ、さらに、この「組織を回す力」が求められます。

組織としてクリニックを経営し、運営する院長としては、自院だけではなく、連携先を含めた関係をマネジメントする役割を担っています。

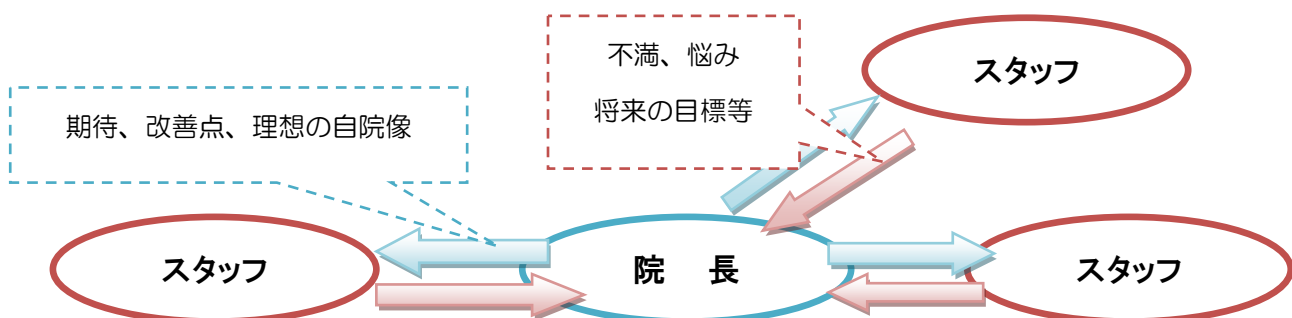
(2) スタッフ個々とのコミュニケーションも重視する

一定以上の規模の組織になると、経営者がスタッフ全員と密にコミュニケーションをとることは困難になります。しかし一般的には、クリニックであれば、院長が経営者であり、また理念と目標を掲げるリーダーとして、スタッフからの声を直接受け取れる組織だといえるでしょう。

組織として機能するクリニックの経営・運営においては、スタッフからの信頼が重要です。この信頼関係が基盤となり、「人材をどう活かすか」「将来的にどう成長してもらいたいのか」を考えるうえで、スタッフが抱える想いや、日々の要望や不満を把握しておくことが必要です。そして、スタッフ個々は院長との面談によって、院長の考え方を理解するようになり、価値観の共有に結び付くことも期待できます。

ベクトルを共有する組織は、目標に向かう高いモチベーションを維持でき、成長への意欲も強いものになります。

◆ 院長とスタッフのコミュニケーションのあり方～双方向で情報共有・意見交換



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。



医療事故が多発する要因

医療事故の増加には、 どのような要因が考えられるのでしょうか。

近年、単純なヒューマンエラーを原因とする重大な医療事故が多発しており、その原因はさまざまなものが挙げられます。

代表的な要因として、次のような点が指摘されています。

①制度的なしくみの疲弊

1960年に導入された国民皆保険制度の基本コンセプトは「均質・均等・平等」であったことで、いわゆる護送船団方式的な考え方のもとに質の向上を怠ったり、リスクという概念そのものを希薄にしたりしたために、制度疲労が増大しました。

②医師中心のプロダクトアウト

医師や医療施設側、つまり提供側の論理（プロダクトアウト）により運営がなされ、患者主権が一般的になおざりにされ、顧客満足の充足（マーケットイン）への転換が遅れた。

③技術重視（医師中心）

医師と医療技術中心の運営、および専門技能者集団による縦割り組織が、チームケアへの転換を遅らせ、さらにリスクに対する全院的な対応を遅らせた。これが国際的な品質マネジメントシステムのしくみや、産業界における同様のシステムの導入を遅らせた。

④医療専門職のプロ意識の欠如

医師、看護師その他の医療専門職が、戦後のいわゆる「自由」の中でプロフェSSIONALとしての倫理観や使命感を希薄にした。

⑤情報公開、患者主体医療の回復

IT化の推進と浸透によって種々の情報が入手しやすくなり、患者が医療における主権者としての意識を抱き始め、マスコミを通じて意見を述べるようになった。

⑥職員の不満

医療提供施設で働く職員（特に医師以外のスタッフ）が、その職場に生きがい、働きがいを見出すような職員満足（Staff Satisfaction）を図る仕組みの不足・不備が顕在化している。

こうした要素を複合したものが、医療事故の多発原因に結びつくと考えられています。



ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状

病院全体で捉えた場合の リスクマネジメント

**病院全体を対象とするリスクマネジメントの
基本的な考え方を教えてください。**

病院などなど医療機関が抱えるリスクのうち、内部要因からみたリスクには、大きく分けて「ファイナンスリスク」と「ビジネスリスク」があります。これらはいずれも、病院経営の目的達成を阻害する原因となっています。

1. ファイナンスリスク

ファイナンスリスクとは、病院経営における財務面でのリスクです。医療機関を取り巻く環境の変化によって、従来型の政策的保護に基づく病院経営はもはや通用しなくなり、一般企業と同様の経営管理が求められています。

例えば、内部監査システムの構築による経営管理、ベンチマークとの比較による管理統制が挙げられます。

これらの導入によって、組織として目標管理や人事管理も行いやすくなり、個人に内在するリスク管理の実践にも役立ちます。

2. ビジネスリスク

医療そのものに潜在するリスクが、医療機関におけるビジネスリスクです。

具体的には、医療事故、医療紛争などが該当します。

かつて実施された「医療事故シンポジウム」の調査によると、以下の項目が医療事故の主要な発生原因として挙げられており、これらがビジネスリスク要因であるといえます。

- ① 診療録の不備 ② 医師の医療知識、技術の未熟性、独善性
- ③ 薬剤の過誤使用 ④ チーム医療の未完成 ⑤ 意思の疎通性
- ⑥ 施設の診療能力の不足 ⑦ 事故対策の未熟

これらの項目に対し、組織として現有の資産（ヒト・モノ・カネ）を踏まえて、最大の活用と不足の補てんを行い、具体的な対策を立てていくことが重要です。