

医療情報
ヘッドライン

専門医取得は「義務化せず」で意見一致 新専門医制度整備指針に反映の見通し

▶厚生労働省

診療報酬抑制を提言した財政審に懸念 参考資料について「恣意的」と反発

▶日本医師会

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成28年11月分概数）

経営情報
レポート

増収に向けた新たな取組み
クリニックの介護事業参入ポイント

経営
データ
ベース

ジャンル：医業経営 サブジャンル：接遇向上
来院者応対のポイント
言葉遣いの改善

専門医取得は「義務化せず」で意見一致 新専門医制度整備指針に反映の見通し

4月24日、厚生労働省は「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」の第1回会合を開催し、来年4月に制度開始を予定している新専門医制度について、「専門医取得は義務付けない」という点で構成員の意見が一致したこと、整備指針にも明記される見通しとなった。従来の予定では4月末までに整備指針を確定させることになっていたが、見直しがなされる方向になったことで、スケジュールがずれ込む可能性も出てきた。

■地域医療への影響を懸念する声は根強く、

全国医系市長会が見直しの要望書を提出

そもそも、新専門医制度は今年度から開始される予定だったが、地域医療を崩壊させる懼があるとして1年延期した経緯がある。

地域医療への影響を懸念する声は依然として根強く、2月には全国医系市長会が塩崎恭久厚生労働相や菅義偉官房長官らに対して制度見直しを求める要望書を提出しており、3月には塩崎厚労相が「必要に応じて抜本的対応を求める」と表明していた。

全国医系市長会から要望書が提出された事実は、新専門医制度の整備指針を取りまとめている一般社団法人日本専門医機構も重く受け止めており、この日の検討会でも「全国市長会ご要望への対応状況について」と題した資料を提出している。

「中小規模病院が危機に陥る懸念」と「医

師の診療活動開始年齢の遅延と医療コスト増大」の2項目で重複して「専門医取得は義務づけていない」と強調した。

■義務付けないものの3年間程度の専門研修 を受けることを推奨

一方、「原則としていずれかの専門領域を選択しその基本領域学会の専門研修を受けることを基本とする」としており、義務付けはないものの、3年間程度の専門研修を受けることを推奨した。事実上のスタンスは従来と変ることなく、「義務づけない」と強調することで批判の矛先をかわそうというねらいが窺える。

実際、昨年の臨床研修修了者のアンケート調査では男女ともに9割以上が専門医資格の取得を希望しており、義務付けの賛否にはほとんど意味がないのが現状といえる。

ただし、どの診療領域の専門医資格を取得しようと考えているかのアンケートには、34.2%が内科領域を希望しており、続いて外科領域の10.7%、少ないところではリハビリテーション領域が0.4%、臨床検査領域は0.0%と1人も希望していない状況にあり、すでに偏りが生じている。つまり、このまま新専門医制度を開始しても、医師の偏在化解消に結びつくとはいえず、どのように落とし所を見つけていくのかについて、同検討会の議論の推移を見守る必要がある。

診療報酬抑制を提言した財政審に懸念 参考資料について「恣意的」と反発

4月26日、日本医師会の横倉義武会長は定例記者会見で、財政制度等審議会が示した方向性に対して同会の見解を表明した。財政審は「診療報酬を不必要に引き上げることにはならない」としたが、横倉会長は、その根拠として示した参考資料について「恣意的であると言わざるを得ない」と反発しており、社会保障費をできるだけ抑制したい財務省を牽制した格好となっている。

■「診療報酬本体と賃金・物価の動向」に係る グラフについて、ミスリードを懸念

横倉会長が指摘した参考資料とは、4月20日に開催された財政制度分科会で提示された中にある「診療報酬本体と賃金・物価の動向」と題したグラフであり、1995年度を100として指数化したもので、診療報酬本体が賃金や物価の水準に比べて高水準となっていることを示している。

しかし、指数は起点として見る年度で大きく解釈が異なってくる。1995年度を100とした場合、2015年度の診療報酬本体は110、消費者物価指数は103、賃金指数は101となるが、横倉会長はアベノミクスが始まった2012年度を起点としたグラフを提示した。

その場合、診療報酬本体はほぼ横ばいの101であるのに対し、賃金指数は102、消費者物価指数は104となり、診療報酬本体の水準は賃金や物価よりも低いこととなる。

■人口減少と超高齢化が加速度的に進行して いる現在、社会保障費の抑制は超重要課題

財政審は「賃金や物価水準がデフレで上昇していない中で、診療報酬本体は上昇を続けており」としており、現象の分析としては間違ってはいない。ただし、20年間というスパンで分析した論理を、現在の医療機関の経営にあてはめるには無理があり、短いスパンの物価や賃金と比較した日医の分析のほうが現実的だといえる。その意味では、横倉会長が反発したように、財政審の資料はミスリードを引き起こす可能性がある。

しかしながら、人口減少と超高齢化が加速度的に進行している現在、社会保障費の抑制は財務省にとって重要課題でもあり、今後、厚生労働省を含めた綱引きが繰り広げられることは確実で、今回の横倉会長の牽制は、その前哨戦を仕掛けたものと受け止めるべきだろう。

財務省と厚労省との調整状況については、今後も注視が求められる。



病院報告

(平成28年11月分概数)

厚生労働省 2017年3月7日公表

1 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	平成28年11月	平成28年10月	平成28年9月	平成28年11月	平成28年10月
病院					
在院患者数					
総数	1 252 028	1 242 451	1 241 233	9 577	1 218
精神病床	287 327	288 743	290 093	△ 1 416	△ 1 350
結核病床	1 875	1 909	1 901	△ 34	8
療養病床	286 906	286 453	288 464	453	△ 2 011
一般病床	675 862	665 282	660 717	10 580	4 565
(再掲)介護療養病	48 534	49 012	49 805	△ 478	△ 793
外来患者数	1 396 656	1 341 735	1 363 068	54 921	△ 21 333
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 671	5 750	5 823	△ 79	△ 73
(再掲)介護療養病床	2 140	2 199	2 245	△ 59	△ 46

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。

注2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

2 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	平成28年11月	平成28年10月	平成28年9月	平成28年11月	平成28年10月
病院					
総数	80.4	79.0	78.6	1.4	0.4
精神病床	85.5	85.7	86.2	△ 0.2	△ 0.5
結核病床	33.5	35.3	35.2	△ 1.8	0.1
療養病床	87.3	87.0	87.5	0.3	△ 0.5
一般病床	76.4	74.0	72.9	2.4	1.1
介護療養病床	90.7	91.0	91.4	△ 0.3	△ 0.4
診療所					
療養病床	57.1	57.6	58.5	△ 0.5	△ 0.9
介護療養病床	70.1	71.1	71.7	△ 1.0	△ 0.6

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

3 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成28年11月	平成28年10月	平成28年9月	平成28年11月	平成28年10月
病院					
総数	28.2	28.4	28.7	△ 0.2	△ 0.3
精神病床	270.6	274.5	264.4	△ 3.9	10.1
結核病床	67.8	68.0	65.6	△ 0.2	2.4
療養病床	145.9	154.5	153.4	△ 8.6	1.1
一般病床	16.2	16.2	16.2	△ 0.0	△ 0.0
介護療養病床	302.6	316.9	314.3	△ 14.3	2.6
診療所					
療養病床	96.3	99.1	96.9	△ 2.8	2.2
介護療養病床	122.5	120.0	118.0	2.5	2.0

注1) 平均在院日数

在院患者延数

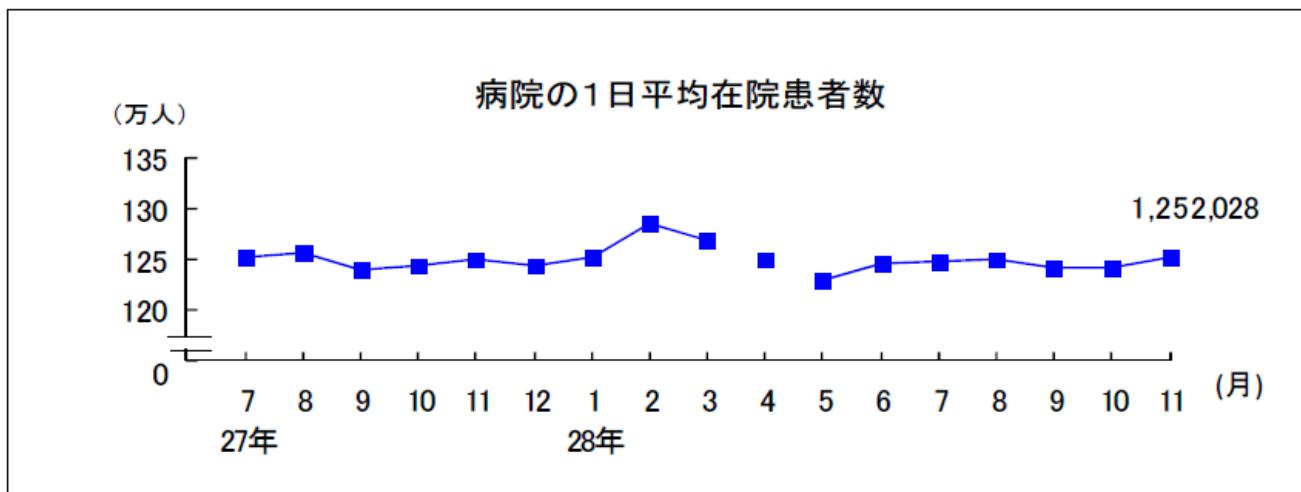
$1/2$ (新入院患者数+退院患者数)

ただし、
療養病床の
平均在院日数

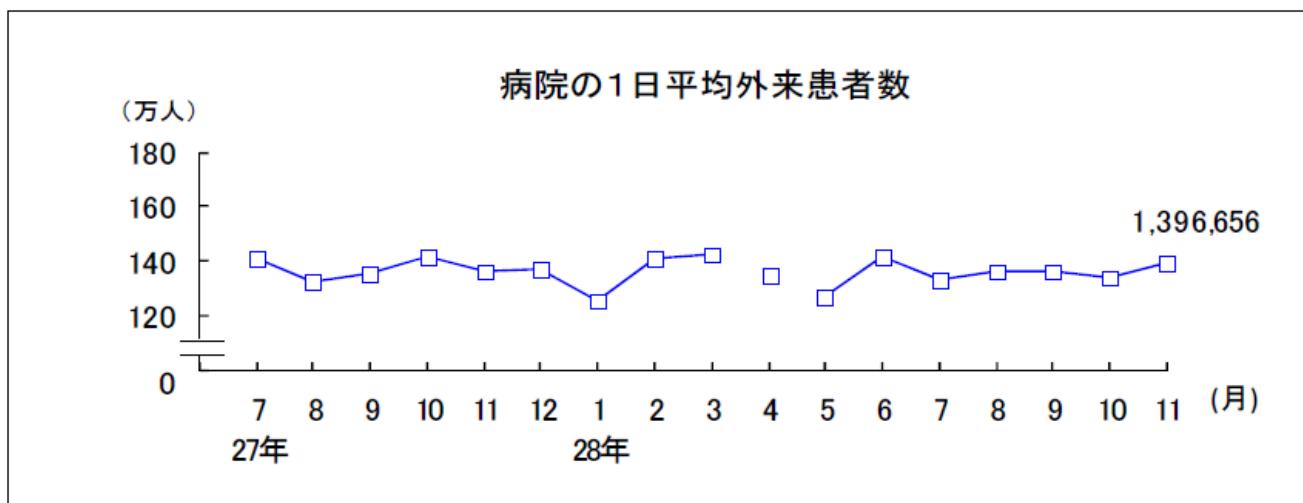
$= 1/2$ $\left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} \\ + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ + \text{退院患者数} \\ + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

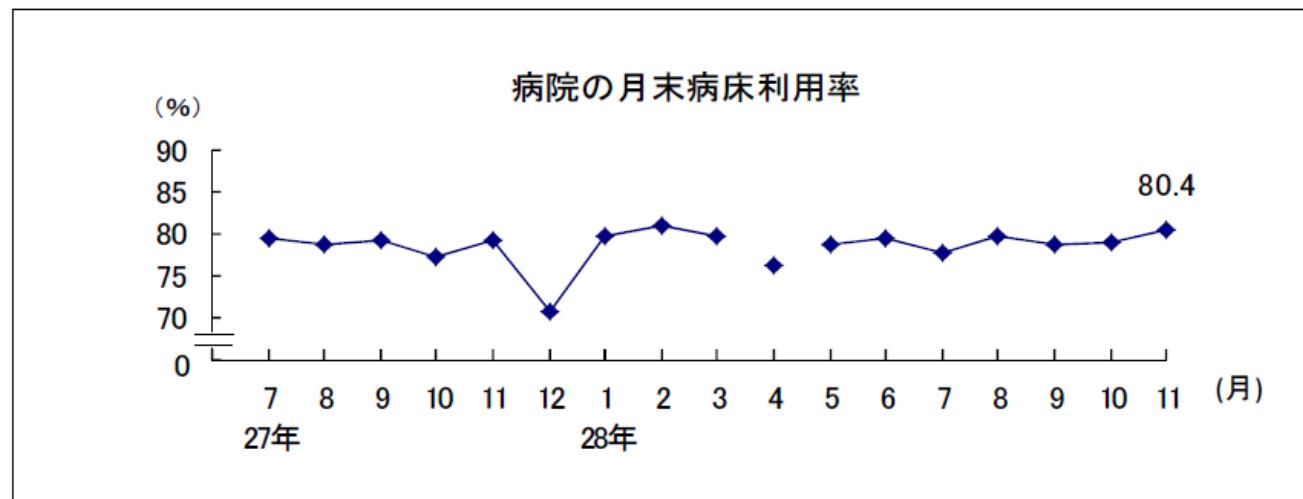
◆病院:1日平均在院患者数の推移



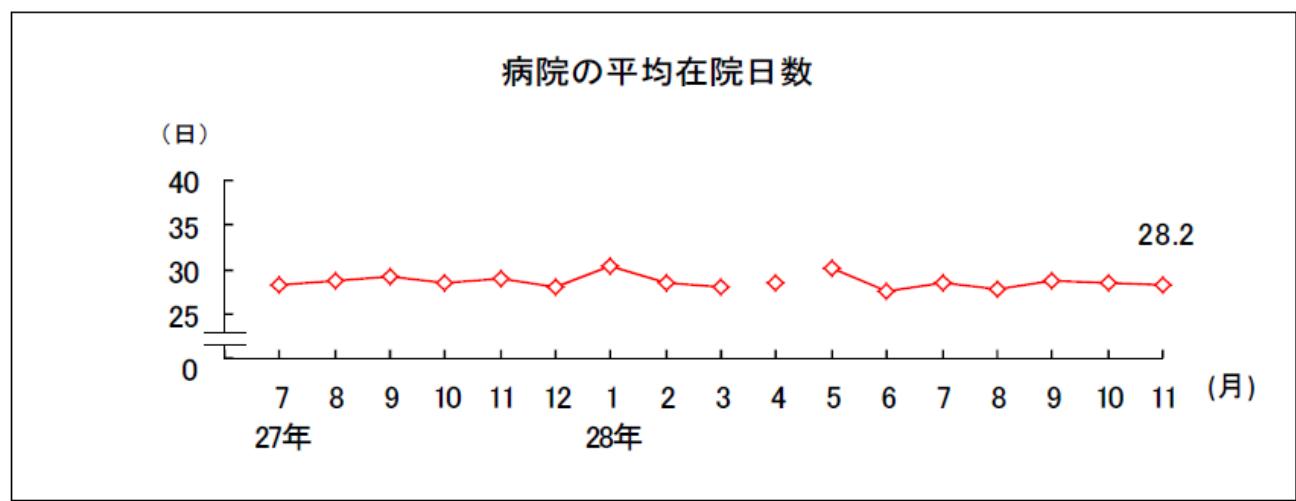
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



注: 平成 28 年 4 月分については、熊本地震の影響により、熊本県の一部病院から報告がなかったため、前後の月と接続していない。

病院報告（平成 28 年 11 月分概数）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。



増収に向けた新たな取組み

クリニックの介護事業 参入ポイント

- 1.訪問及び通所介護サービスへの参入メリット
- 2.保険外介護サービスの動向と展開事例
- 3.介護事業に対する指導・監査の概要と留意点
- 4.介護事業を展開しているクリニック事例



■参考文献

厚生労働省、農林水産省、経済産業省

「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集

(保険外サービス活用ガイドブック)」(平成28年3月)

厚生労働省老健局「介護保険施設等実地指導マニュアル(改定版)」(平成22年3月)

日経ヘルスケア「介護『指導・監査』の最新動向2016」(平成28年9月)

1

医業経営情報レポート

訪問及び通所介護サービスへの参入メリット

■ 介護事業への参画は重要な選択肢の一つ

医療機関においては、医師や看護師など有資格者が勤務していることが強みであり、他の介護事業者と差別化を図ることができます。長期投薬の影響による外来収入の減少をカバーする対策として、介護事業への参画は重要な選択肢の一つです。

(1) 訪問看護

訪問看護は、地域差はあるものの医療ニーズの高まりが想定されるサービスで、特に認知症などの対応に大きな期待が集まっています。

■ 主な訪問看護サービス内容

サービスの種類	サービスの内容
健康相談	<ul style="list-style-type: none"> ・基本チェック（血圧、体温、脈拍、呼吸等） ・症状や障害、全身状態の観察と助言・指導 ・慢性疾患（高血圧、糖尿病等）、難病の看護と療養生活指導・相談
日常生活の看護	<ul style="list-style-type: none"> ・清潔ケア（清拭、洗髪、入浴介助等） ・食事介助（食事、水分、栄養摂取の管理等） ・排泄介助（失禁、便秘、下痢等の調整等） ・褥瘡対応（寝たきり、褥瘡予防） ・介護指導
認知症の看護	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症介護及び相談 ・生活リズムの取り方等のアドバイス ・症状悪化防止、事故防止指導と相談

2015年の改定で、訪問看護ステーションにおける訪問看護が2.5%程度引き下げられたのに対して、診療所からの訪問看護はプラス改定となっています。

■ 主なサービス内容

区分	改定前		改定後	差異	増加率
	単位	単位			
20分未満	256	262	6	2.34%	
30分未満	383	392	9	2.35%	
30分以上1時間未満	553	567	14	2.53%	
1時間以上1時間30分未満	815	835	20	2.45%	

この背景には、訪問看護ステーションとの報酬格差を圧縮・是正することで、診療所の参入や本格的なサービス展開を後押しする目的があったものといえます。

保険外介護サービスの動向と展開事例

■ 地域医療構想に向け推進される保険外介護サービス

(1) 保険外サービス活用ガイドブック策定の経緯

平成 28 年 3 月に「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集（保険外サービス活用ガイドブック）」（以下、本ガイドブック）が、厚生労働省および農林水産省、ならびに経済産業省により策定、公表されました。保険外事業に関し、行政がガイドラインを策定・公開して事業展開事例を紹介することは、極めて珍しいケースです。

本ガイドブックは、経済産業省「次世代ヘルスケア産業協議会」による「アクションプラン 2015（平成 27 年 5 月）」に基づき、公的サービスの産業化計画のプログラムとして 2016 年度までに策定することになっていたものです。

うち介護分野においては、「地域包括ケアシステムと連携した民間サービスの活用」の具体策の一つとして、事業者および自治体に対して公的介護保険外サービスを創出するまでの基本的な考え方、留意点、想定されるビジネスイメージ等を示すガイドブックが策定されました。

■ ガイドライン策定の背景

- ① 介護事業者の多くは保険内のサービス提供にとどまり、高齢者の多様なニーズに必ずしも対応できていない
⇒ 保険外であっても、ニーズに応えるサービス提供事例を提供
- ② 介護事業者および市町村の担当者も、保険外サービス活用の事例が少ないとため、その取り組みに踏み込むことを躊躇している
⇒ 事例を通じて留意点・展開イメージを持つことができる

(2) サービス事例の抽出について

ガイドラインでは、全ての高齢者向けの保険外サービスの事例を調査したものではないしながらも、サービス分野として、見守り、食、買い物といった基本的な生活を支える分野だけではなく、旅行・外出や趣味なども含め、幅広い領域の事例を取り扱うよう留意されています。

例えば、「加齢によってできなくなったことをカバーする」すなわち、「マイナス状態をゼロに戻す」ようなサービスに限らず、介護予防や介護状態の改善につながるものや、「ゼロからプラス」の喜びや楽しみにつながるといった、QOL の向上に寄与するサービスを積極的に取り上げています。

3

医業経営情報レポート

介護事業に対する指導・監査の概要と留意点

■ 介護事業に対する指導・監査の概要

介護事業における指導・監査は、医療機関に対して行われている「個別指導」や「適時調査」のように、主に療養担当規則違反や不正請求に関するもの以外に、虐待や身体拘束といった日常的な対応を重視していることを十分に認識する必要があります。

■指導と監査の区分

- ①指導：制度管理の適正化とよりよいケアの実現
- ②監査：不正請求や指定基準違反に対する機動的な実施



適切な運営を行っている介護サービス事業者等を支援するとともに、介護保険給付の適正化に取り組む

(1)指導

指導には、集団指導と実地指導の2種類があり、高齢者虐待防止法が施行された平成18年より強化されました。

①集団指導

- 制度管理の適正化を図るため、介護サービス事業者等に対し、介護サービス種別、指導内容別など様々な実施方法を工夫して集団指導の強化・充実を図る
- 制度理解に関する指導のほか、実地指導で把握された注意喚起が必要な事項や好事例等の紹介を行うなど、効果的な指導を行う

②実地指導

- 政策上の重要課題である「高齢者虐待防止」、「身体拘束廃止」等に基づく運営上の指導
- 不適切な報酬請求防止のため、報酬請求上において、特に加算・減算について重点的に指導

4 医業経営情報レポート

介護事業を展開しているクリニック事例

■ Aクリニックの展開事例

(1) 業績回復策として訪問リハビリテーションを選択

中核市にある医療法人Aクリニックは、昭和63年に有床診療所（19床）として開業し、その後無床診療所に転換したことから、従来の病棟スペースを活用する目的で、平成12年に通所リハビリテーション（デイケア）を開設しました。

経営は順調に推移していましたが、長期投薬による受診回数の減少や競合医院の進出により外来収入の減少が続き、打開策を検討していたところ、院長が訪問診療を通じて在宅でのリハビリニーズを実感したことから訪問リハビリテーション実施の構想を持ち、平成26年11月より居宅介護支援事業所、さらに翌27年1月より訪問リハビリテーションをスタートさせました。

◆Aクリニック 概要

- 昭和63年開業（19床）、平成2年医療法人化 *現在は無床診療所
- 診療科目 内科、消化器科
- 診療時間
月・水・金曜日 9時～18時
火曜日 9時～15時30分
木曜日、第1・第3土曜日 休診
- 訪問診療実施
- 職員数 27名
- 実施している介護事業
 - ・通所リハビリテーション
 - ・居宅介護支援事業所
 - ・訪問リハビリテーション

(2) Aクリニックの業績推移

平成24年に1億4千万円を超えていた外来収入は、平成28年には1億2千800万円と1千400万円の減少となりました。こうした事態を受けて、平成26年7月から役員報酬と法人に対する家賃引き下げに合わせて新事業の検討を開始し、平成27年1月から訪問リハビリテーションをスタートしました。

平成28年6月期は、1年半を経過した訪問リハビリテーションが軌道に乗り、かつ介護事業を支援する目的で先行して立ち上げた居宅介護支援事業所も採算ベースに乗ったことから、医業収入が約2億円に、さらに経常利益は約700万円に回復しました。

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。

来院者応対のポイント

受診される方だけでなく、ご家族など来院された方すべてに印象良く応対するには、どのようなポイントがあるのでしょうか？

■受付・窓口での対応ポイント

医療機関を訪れる方が最初に職員と接することになる受付・窓口での対応においては、次の5点を心得ておきます。

① 来院者を快くお迎えする

面談の予約などせず、突然来院されることもあります。常に待機の姿勢をとっておかないと即座に対応できず、来院者に不快の念を与えます。

② 来院者を戸惑わせない

来院されたら、笑顔であいさつしましょう。笑顔は相手に安心感を与えます。来院者姿が見えたなら直ちに受付で声をかけ、不安なく取次ぎしてもらえるようにします。

③ 差別待遇をしない

顔見知りの来院者を先に対応したり、身なりなどで応対の態度を変えたりすることは避けましょう。どのような方に対しても、誠意と親切心をもって接すべきです。

④ 迅速に応対する

来院者を待たせないことが原則です。業務がたてこんでいたり、他の方との対応でお待たせしたりしそうなときは、「少々お待ちください」と伝えましょう。

⑤ 来院者の用件（来意）を早くつかむ

来院された方のお名前と用件は正確に聞き、同じことを何度も聞き直すことはやめましょう。

■接遇のポイント

接遇に際しては次のポイントに注意することで、来院された方へ与える印象が良くなります。

① 第一印象がすべてを決める

組織全体のイメージは、来院者に与える応対者の第一印象で決まります。笑顔、やさしさ、明るさは接遇の基本的態度です。てきぱきと気持ちよく来院された方の用件に対応しましょう。

② 常に来院者を立てる

例え来院された方が勘違いしていたり、無理な希望を主張してきた場合も、感情的になってしまはいけません。ひとまず相手を立てて、話をよく聞くように努めましょう。

③ 誠意を忘れない

誠意のある応対は相手の心に響くものです。心を込めた応対は振る舞いや言葉に反映されるため、職員や自院に対する親近感をお客さまに抱いてもらうことができます。

④ お客様の特性を素早く見抜く

人にはさまざまな性格があるものです。来院された方の特性を即時につかむことは、難しいことですが、努めてそのタイプにあった対応を心がけましょう。それが「機転をきかせる」ということであり、印象の良い接遇の第一原則です。

言葉遣いの改善

当職員の電話を聞いていると、言葉遣いにだいぶ乱れがあるように感じます。どのように改善したらよいでしょうか。

言葉遣いの乱れは、正しい話し方や敬語の使い方を知らない場合と、知っていても院内では誰も使用していないから問題がないと思っている場合の2つに分類されます。そのため、職員の言葉遣いの改善には、言葉の重要性を伝えること、そして改めて基本的な言葉を確認し、適切に用いることができるような意識付け、という2つの取り組みが必要です。

この取り組みには、外部から講師を招いた研修会も方法の一つですが、院内でも実施することができます。例えば、基本用語を例示し、常時目に触れるようにして、正しい言葉遣いへの意識を促すほか、院長または先輩職員が気づいた際には、こまめに指摘をすることが重要です。

接遇においては、「心のもち方」がエチケットであり、マナーはそれをどう表現していくのかの「作法」です。これら双方が兼ね備わってこそ、適切な患者応対が実践できるのです。

■電話で用いる丁寧語の基本

わたし	わたくし
誰	どちら様
わかりました	かしこまりました
すみませんが	恐れ入りますが
知りません	存じません/わかりかねます
ないです	ございません
電話してください	お電話いただけますでしょうか
少し待ってください	少々お待ちください
早く来てくれませんか	お早めにおいでください
あとで行きます	後ほどお伺いいたします
聞いております	承っております
今いません (会議中、外出中)	ただいま席を外しております（併せて、何時に戻る、折り返し電話をする、用件を承る、のどれかを必ず伝えることによって、印象は格段にアップする）
さっき来ました	先程お見えになりました
失礼します	お電話ありがとうございました。失礼いたします（感謝の言葉は相手に良い印象を与えるばかりではなく、インパクトの強い余韻を残す）