

週刊 医業経営

MAGAZINE

WEBマガジン



発行 税理士法人優和

1

医療情報ヘッドライン

「医学部新設と被災地の医療復興」で見解
被災地への医師派遣 地域医療センターの機能強化が不可欠
日本医師会総合政策研究機構

新たな専門医制度の報告書案
基本領域に「総合診療医」を位置づける
厚生労働省

2

経営TOPICS

統計調査資料
病院報告(平成24年11月分概数)

3

経営情報レポート

高収益クリニックに学ぶ
患者志向経営で実現する高集患力

4

経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:賃金制度
総額人件費管理の必要性
総額人件費の配分

「医学部新設と被災地の医療復興」で見解 被災地への医師派遣 地域医療センターの機能強化が不可欠

日本医師会総合政策研究機構（日医総研）は3月7日、「医学部新設と東日本大震災被災地の医療復興」についての見解を発表し、被災地への医師派遣は地域医療センターの機能強化が必要と強調した。

日医はこれまで一貫して、現状の医師不足を「医師の絶対数の不足と偏在からなる問題」との姿勢で臨んでいる。

まず今年2月、各地の地域医療の現場からの要請を聞いている。東北医師会連合会の要望（青森県・岩手県・宮城県・秋田県・山形県・福島県）は、「新たな医学部新設を進めることにより、多くの教員確保のために医療現場からの勤務医師の移動（引き抜き）が発生し、基幹病院、公的病院を含む地域の医療機関の医師不足を加速させ、地域医療の崩壊が決定的なものとなることが明らか。特に、東日本大震災の被災地である東北3県においては沿岸部の医療が極めて厳しい状況にあり、ここで医師の移動が発生すれば、医療再建どころか沿岸部の医療が壊滅することは必至の状況」と悲痛な訴えとなっている。

同じく2月に岩手医科大学・東北大学医学部・福島県立医科大学から聴取し「医学部新設は被災地における地域医療復興・再生のブレーキとなり、被災地の地域医療崩壊をもたらす」と強調した。

医学部新設については、被災地の大学でこれまで進められてきた医学部定員増を評価し、その地域で進められる地域医療支援に対して、国が財政面も含めて全面的に支援すべきとしている。

これらについての具体例として、「地域医療

の現場からの要請」として、東北医師会連合会、岩手医科大学・東北大学医学部・福島県立医科大学、宮城県医師会等の要望書をまとめ、引用したものである。

「東日本大震災被災地の医療復興に向けて」は、被災地への医師派遣、地域医療支援センターの機能強化などを掲げ、国として（1）政治主導で被災地の医学部に医療復興講座を設置し、キャリアアップにつながるポストを用意、（2）国が運営費交付金（私学助成金）を全額措置する、（3）国がその講座の医師の採用を全面的に支援、などの取組みを検討して欲しいとした。

これらを踏まえ、日医は、次のように要望している。

とにかくあらゆる手段を尽くして被災地の医療復興に取り組むべきである。そのひとつが、被災地への医師派遣である。これまで被災三県の医学部は医学部入学定員を増員してきた。そして、これらの医学部では医師の教育・派遣を通じた地域医療支援等に取り組もうとしている。こうした動きを国として強力に支援すべきである。さらに、現在の地域医療支援センターの機能強化も必要である。ただし、財政的支援を行っても、医師の確保は難しい。例えば、（1）政治主導で、被災地の医学部に医療復興講座を設置し、キャリアアップにつながるポストを用意すること、（2）国が通常の外数で運営費交付金（私学助成金）を全額措置すること、（3）国がその講座の医師の採用を全面的に支援することなどによって被災地の地域医療に従事する医師を確保すること等を検討していただきたい。

新たな専門医制度の報告書案 基本領域に「総合診療医」を位置づける

厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」が3月7日に開かれ、厚労省側から示された「資格認定を担う中立的な第三者機関の設立」を柱とする報告書案に基づいた議論を行い、同検討会は概ねこれを了承した。厚労省はこれに修正を加え、近く「報告書」を公表する予定である。

新制度では、基本領域の資格を取った上で、より専門性の高いサブスペシャリティ領域の資格を取得する2段階制の仕組みに整理した。その中に基本領域の一つとして新たに「総合診療医」を位置付けるとした。一方、学会認定専門医の新制度への移行を始める時期や、総合診療医の養成数は今後の検討課題として残された。報告書案は、前回会合で厚労省が提示した「報告書素案」に委員の意見を組み込んで再整理したものとなっている。

報告書案による「新たな専門医」制度は、概ね次のような仕組みである。

まず専門医の認定基準としては、「経験症例数などの活動実績」を基本的な要件とするよう求めている。これらをベースとして、①専門医制度の統一、質の向上を図るため、「学会から独立した中立的な第三者機関」で専門医の認定を行う。次に「領域」として、②専門医は、「総合内科」「外科」「小児科」といった『基本領域』と、「循環器」「消化器外科」などの『サブスペシャリティ領域』の2段階構成とする。③専門医を養成するためのプログラムを作成し、認定後は一定期間を経て「更

新」する仕組みとする。④現在の学会による専門医（学会認定専門医）から、新たな専門医への移行については、第三者機関で適切な基準を作成する。⑤新たに総合的な診療能力を持つ医師については、「総合診療専門医」として専門医の一類型に位置づける。⑥地域医療を安定させるため、専門医養成数設定にあたっては、地域の実情を総合的に勘案する。

なお、新たな⑤の総合認定医について、総合診療専門医は若い医師や国民の間に普及・定着することが必要なため、「国民の啓発」や「関係学会と日本医師会の協力を得て、養成プログラムを第三者機関で作成すること」などの重要性を強調している。

前回の素案との変更点は、まず第三者機関について「学会からの独立」と「中立性」を強調している。第三者機関の設置に向けては、「医療関係者や国民代表等からなる準備組織」を設けることも新たに指摘となる。

今後、患者・国民の誤解を招かないよう、第三者機関が認定する専門医資格とそれ以外の学会等が認定する資格では、「名称等において何らかの区別が必要」であることも指摘した。さらに学会等の認定する資格について、広告のあり方を今後検討する必要があることも付け加えている。その上で、将来的には「新たな専門医の仕組みを関係法令等に位置づけることが望ましい」と提案した。

病院報告

平成24年11月分概数

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24年11月	平成24年10月	平成24年9月	平成24年11月	平成24年10月
病院					
在院患者数					
総数	1 285 225	1 273 844	1 274 865	11 381	△1 021
精神病床	301 553	303 011	304 684	△1 458	△1 673
結核病床	2 402	2 450	2 508	△48	△58
療養病床	295 350	295 582	297 159	△232	△1 577
一般病床	685 876	672 762	670 473	13 114	2 289
(再掲)介護療養病床	64 628	65 131	65 820	△503	△689
外来患者数	1 453 748	1 459 367	1 340 541	△5 619	118 826
診療所					
在院患者数					
療養病床	8 629	8 690	8 870	△61	△180
(再掲)介護療養病床	3 242	3 239	3 291	3	△52

- 注1) 病院の総数には感染症病床を含む。
 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)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成24年11月	平成24年10月	平成24年9月	平成24年11月	平成24年10月
病院					
総数	81.1	80.7	78.3	0.4	2.4
精神病床	87.7	88.0	88.4	△0.3	△0.4
結核病床	33.5	34.5	34.2	△1.0	0.3
療養病床	89.8	89.5	89.4	0.3	0.1
一般病床	76.0	75.2	70.9	0.8	4.3
介護療養病床	93.3	93.5	93.2	△0.2	0.3
診療所					
療養病床	64.2	64.4	65.4	△0.2	△1.0
介護療養病床	75.4	75.7	76.6	△0.3	△0.9

- 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)

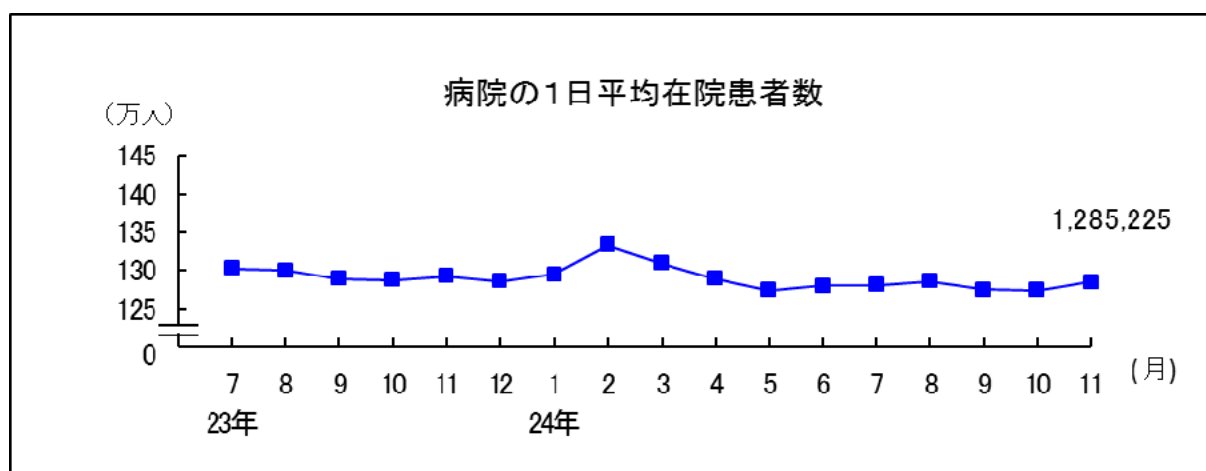
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成24年11月	平成24年10月	平成24年9月	平成24年11月	平成24年10月
病院					
総数	64.2	64.4	65.4	△0.2	△1.0
精神病床	75.4	75.7	76.6	△0.3	△0.9
結核病床	30.1	30.1	31.9	△0.0	△1.8
療養病床	290.3	282.1	298.0	8.2	△15.9
一般病床	71.7	68.1	73.4	3.6	△5.3
介護療養病床	165.5	168.8	182.3	△3.3	△13.5
診療所					
療養病床	104.0	104.3	111.6	△0.3	△7.3
介護療養病床	104.9	103.6	109.3	1.3	△5.7

注1) 平均在院日数 =
$$\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$$

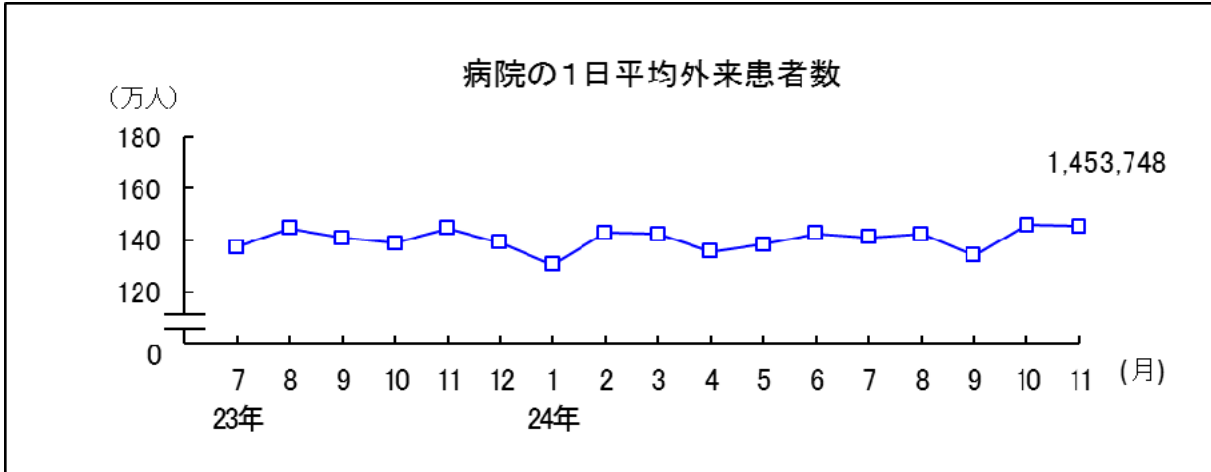
ただし、療養病床の平均在院日数 =
$$1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床から} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内} \\ \text{移された患者数} + \text{の他の病床へ} \\ \text{移された患者数} \end{array} \right)$$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

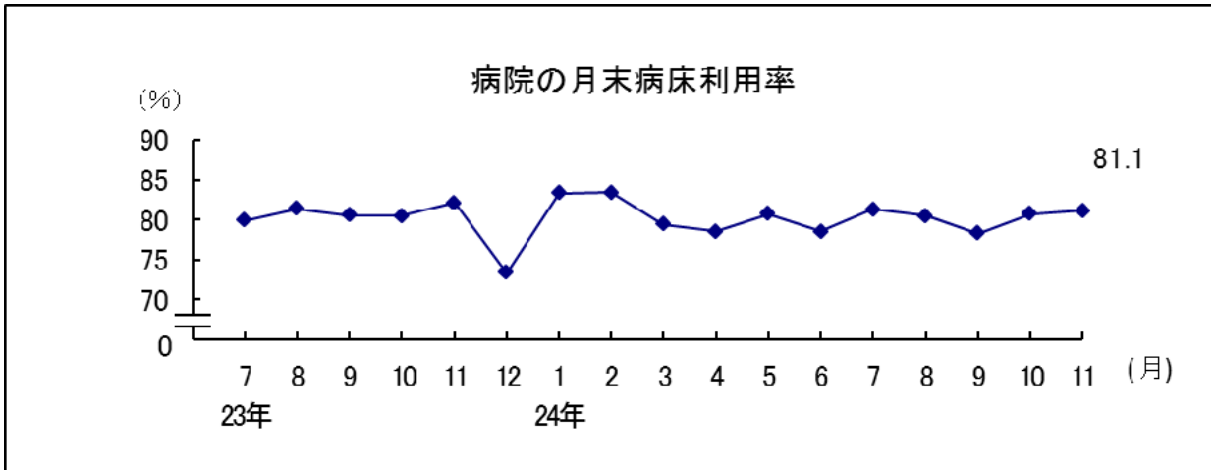
◆病院:1日平均在院患者数の推移



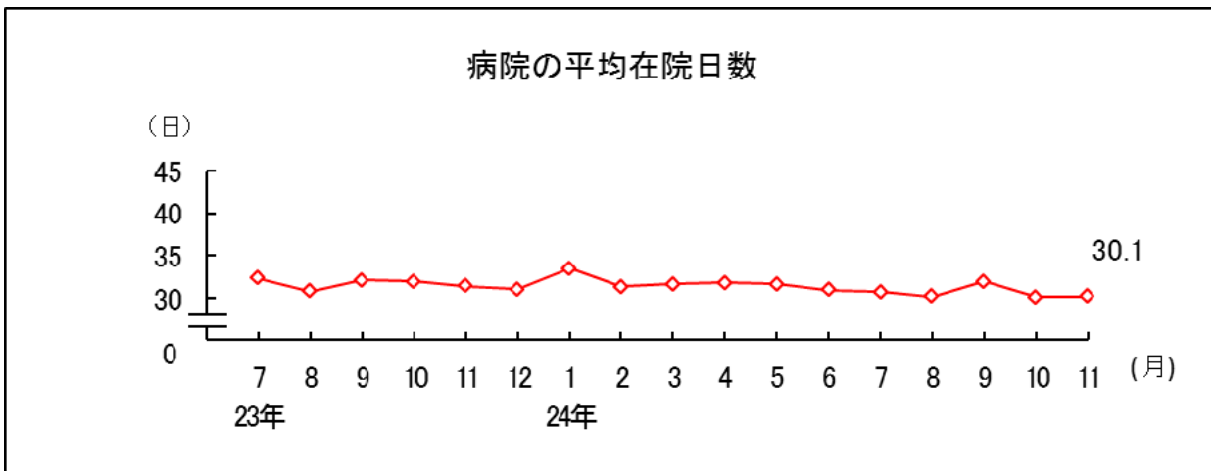
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



高収益クリニックに学ぶ 患者志向経営で実現する高集患力

ポイント

- 1 患者志向で決まる集患力
- 2 来院患者特性に対応した利便性向上策
- 3 癒しに配慮したアメニティ重視対策
- 4 自院の強みをアピールする情報発信



<参考および引用>

- 「クリニックばんぼう 2010年6月号」 日本医療企画
- 「クリニックばんぼう 2010年9月号」 日本医療企画
- 「待ち時間革命」 前田 泉 日本評論社

1 患者志向で決まる集患力

■ 選ばれるクリニックは患者志向の意識が高い

患者の権利意識の高まりや、インターネット等を通じた情報入手の容易性から、受診するクリニックを選択する要素は、優れた診療機能や高い専門技術だけではなく、「どんな医療サービスを受けられるのか」「どの点が評判になっているのか」といった他院との比較によって判断される内容が重視されるようになっていきます。

例えば、医療機関の口コミサイトを見てみると、「思いやりのある優しい医師」や「施設・設備が快適」などの直接診療能力に関わらない点での評価が、高い注目を集めているという事実があります。

■ 集患力を高めるための取り組みポイント

近年、他院との差別化ポイントとして多く挙げられているのは、①専門特化、②介護サービスへの進出、③在宅分野の重視、等のテーマです。一方、これらのなかには、院長一人で実現することが難しい取り組みや、大きな資本・時間の投下が必要なケースもあり、重要性は感じていても、なかなか踏み出せないクリニックもあるでしょう。

しかし次のように、ソフト面を中心とした特徴を打ち出すことによっても、患者満足度の向上に効果を得ることが可能です。

(1) 利便性の向上 ~ 診療圏と対象患者を絞る

会社帰りに受診する患者が多い場合、診療時間のニーズにフレキシブルに対応することが重要です。夜間診療や多彩な予約診療方法などのほか、比較的症状が軽いなど、短時間で診療を終わらせたい患者へのサービス方法も工夫します。

(2) アメニティの重視 ~ 口コミを生む女性をターゲットに

口コミサイトでは、女性からの書き込みが非常に多くなっています。更に女性は、受診の際に快適な環境を求める傾向が強いため、これらを意識したアメニティの充実が重要だといえます。

(3) 情報発信ツールの活用 ~ クリニックの特徴は積極的に伝えていく

既に自院でサイトを開設しているクリニックも多くなっていますが、通院中の患者だけでなく、受診を検討している潜在的患者に対しても、自院の診療理念や方針を伝えることは、全ての患者にメッセージを伝えるために現代では不可欠な広報活動なのです。

2 来院患者特性に対応した利便性向上策

■ 利便性向上の視点はアクセスと診療時間

患者が受診を検討する際に重視するポイントには、通院しやすいことが上位に挙げられます。それは利便性が高いということを意味しており、主に、①アクセス、②時間、という2つの要素で構成されます。

◆ 患者が利便性がよいと感じる要素

クリニックまでのアクセス	生活時間に適応した診療時間
<ul style="list-style-type: none">● 勤務先からの帰宅ルート上● 自宅から徒歩圏内	<ul style="list-style-type: none">● 受付終了時間が遅い● 当日予約が可能

(1) 来院患者のアクセス状況を分析

クリニックを開設するにあたっては、立地条件が大きな検討課題に挙げられますから、自院が目指す診療理念の実現のため、専門領域を考慮し、診療圏と推定対象患者を検証したうえで立地を選択されたはずで

例えば、内科や皮膚科など、勤務先から帰宅途中に立ち寄る患者の割合が比較的大きい診療科の場合、来院のモチベーションは立地条件に左右されるケースも少なくありません。

現在の自院の立地条件を再度検証して、対象とすべき患者層や診療圏の再設定などの検討はもちろんのこと、周囲の環境とのソフトサービスを充実させるなどして、自院を患者の生活動線上に乗せるような工夫も求められるでしょう。

(2) 患者ニーズに対応した診療時間設定

勤務の都合で日中の受診が難しい患者や、どうしても時間がかかる診療は避けたいと考える患者など、患者の診療時間に対するニーズは様々です。

さらに、高度に専門的な診断を受ける際には、普段は「待たない診療」を希望する患者であっても、このように不安が大きいケースではゆっくり時間をかけた相談を望む場合もあり、待ち時間をなるべく少なくしたい受診のケースと分けて対応してほしいというニーズへの対応も求められるようになっていきます。

3 癒しに配慮したアメニティ重視対策

■ 癒しの空間づくりに取り組むクリニック事例

慌ただしいクリニックは、待ち時間を長く感じさせてしまう環境となるため、ゆったりと落ち着けるアメニティを整えることを重視する医療機関も増えてきています。

内科系の診療科を標榜するBクリニック（住宅地・戸建型：開設3年）は、「気軽に来院できて落ち着けるクリニック」を目指しました。

(1) 待合室併設の図書コーナー

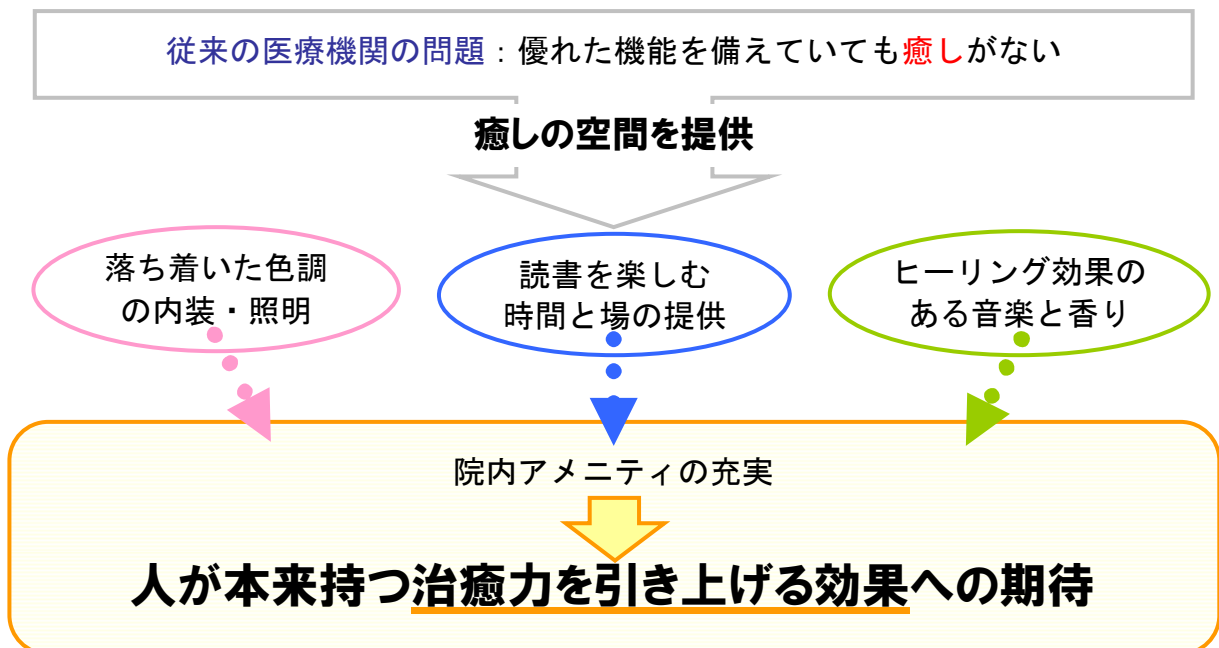
Bクリニック院長の趣味でもある読書を気軽に楽しんでもらう場として、待合併設の図書コーナーを設置しています。他院でも待合室に雑誌や文庫を置いているケースはありますが、Bクリニックは単行本を中心に数百冊をコーナーの本棚に陳列し、自由に手にとれるようにしています。

良書との触れ合いと、読書を楽しむ時間に得られるリラックス効果にも期待を寄せており、と所コーナー利用者の増加と比例して患者数の伸びが見られるようになっていきます。

(2) 空間の演出方法

音や香りを利用して、居心地の良さを演出する工夫もあります。院内で流す音楽はヒーリング効果のあるもの、また医療機関特有のアルコールのにおいを感じさせないように、アロマオイルやキャンドル、ディフューザー（霧散器）等を採用しています。トイレも、一般的な消臭芳香剤ではなく、アロマオイルを使って、快適な空間となるように配慮しています。

◆ 治癒力アップ効果への期待



4 自院の強みをアピールする情報発信

■ ホームページ・ブログで新患を集めるクリニック事例

比較的容易に取り組めるホームページやブログの開設も、こうした情報発信ツールをどう活用するのかという理念を予め明確にしておかなければ、本来の効果を期待することはできません。これらに積極的に取り組み、十分な成果を上げているクリニックがあります。

(1) 温かな想いを伝えるホームページ

患者の不安感を和らげることをコンセプトに掲げるCクリニック（内科・代謝系）のホームページは、医療関連情報よりも職員の人間性が伝わるようなコンテンツを重視して構築されています。ホームページを「当院がどのような雰囲気で、来院者に何ができるのかを伝えるもの」ととらえるスタンスで、これを支える診療理念（不安感の緩和）とともに、クリニック全体の明るい雰囲気を伝えるコンテンツが掲載されています。

こうした取り組みで、来院前にCクリニックの雰囲気を知ることができ、これに共感する患者が自然に集まるようになったことから、遠方からの来院患者も増えてきています。

(2) 毎日更新するブログで新患獲得

開設以来5年以上にわたり毎日のブログ更新を継続しているD医院では、毎月平均50名程度の新患がブログを契機に来院するという成果を上げています。これには、病院と異なり、クリニックは名前や看板だけで患者から選ばれるのは困難、という院長の考えが背景にあります。

また、いわゆる「ロングテール効果」をねらって、比較的症例・患者数の少ない疾患に関する情報も紹介しています。ブログ閲覧者の細かなニーズに応じて、一定の評価と安心を提供することから「もう少し詳しく知りたい」と考える新規患者の来院に結びついています。

わかりやすい言葉遣いと内容であることを心掛け、頻度の高い更新に努めると、関心を持ってブログを読んでもらえ、情報発信ツールとしては望ましい成果を得たといえるでしょう。

■ 患者志向を明確な診療理念として打ち出す

患者から選ばれ、支持される医療機関では、質の高いサービスの提供と多様化するニーズへの対応を図るような取り組みの工夫を凝らしています。しかしその根底にあるものは、院長の揺るがない診療理念であって、そこにクリニックの本質があるといえます。近年、患者はクリニックの本質を見抜く能力が高くなってきており、そのため明確な診療理念に裏付けられたメッセージを発信し、伝えられるクリニックが支持されています。

経営データベース 1

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 賃金制度



総額人件費管理の必要性

収入減のため、人件費が経営を圧迫しています。今後、医業経営を継続していくために必要な人件費コントロールのポイントについて教えてください。



■総額人件費管理による人件費のコントロール

医療を取り巻く厳しい経営状況の中で、勝ち組病医院として生き残るためには、高コスト体質からの脱却を図ること、特にコストの大半を占める人件費を、いかにコントロールできるかが重要です。

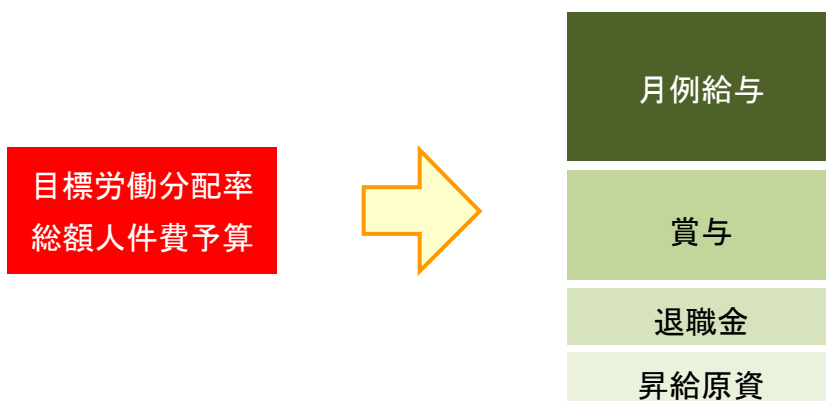
また、その際には、単に人件費の削減を実施するだけではなく、少なくとも年度経営計画において病院業績と総額人件費の関係を明記し、業績と総額人件費の連動を明らかにすることによって、人件費の適正化を目指す計画づくりが必要です。

人件費適正化を実現するためには、役割を果たし病院に貢献できた職員とそうでない職員を明確にしたうえで、貢献した職員に人件費原資を多く配分するシステムが必要です。

さらに、総額人件費の予算化を検討する前には、その内訳を明確にしておくことが求められます。厚生労働省は、「賃金労働時間制度等総合調査報告」において、下記のような分類を示しています。

最初に、総額人件費を「現金給与総額」と「現金給与以外の人件費」の2つに区分し、「現金給与総額」を「所定内給与」、「時間外手当」と「賞与一時金」に分類しています。また、「現金給与以外の人件費」を「退職金等」、「法定福利費」、「法定外福利費」、「現物給与」、「教育訓練費」、「その他」に細分類しています。

つまり、総額人件費とは、職員に関わる費用全てを含めて考えることが必要であり、総額人件費の予算化に際しては、この分類全てについて予算を立て、管理していくことになります。



経営データベース ②

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 賃金制度



総額人件費の配分

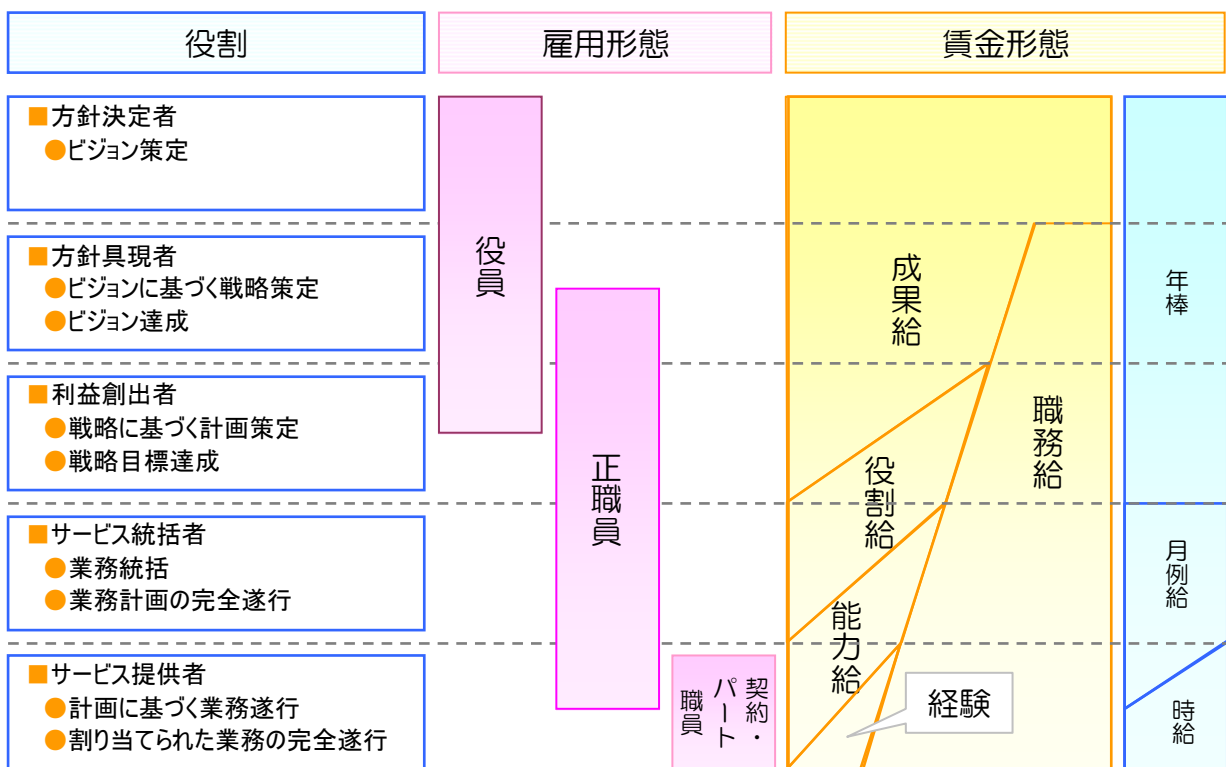
予算化した総額人件費は、どのように職員へ配分すればよいでしょうか？



■職員への配分は、各人の役割を基準に

総額人件費予算が固まれば、次は総額人件費を職員にどのように配分していくかを検討する必要があります。

適正配分を行うためには、年功序列型の賃金体系をまず改めなければなりません。ここで、個人の評価や病医院の業績が賃金に反映させる仕組みを構築していきます。



上図は、各々の役割に対する賃金体系の全体像です。ここで示すように、上部の階層ほど役割給と成果給の比率が上がり、一方では、能力給や経験給、職務給といった賃金が下がるように設計します。

これは、各々の階層において、その役割の達成が具体的にどのような基準を持って果たされるかを意味しています。