

# Medical Practice News

● メディカル・プラクティス・ニュース

診療報酬改定 恒久的な在宅医療システムの実現へ

人材育成 成長を実感してもらえる“仕掛け”を考えよう

会計・税務 消費税増税で注目される病医院の消費税問題

コラム 「木」の優しい効果と頼れる効果

2012  
October  
10



[Earthly Paradise] ©ヒロ・ヤマガタ

雨上がりの黄昏時に、雑草に顔を寄せて見つけた今にもたれそうな水滴。

この作品はEarthly Paradiseというシリーズの断片です。  
Earthly Paradiseは、23台のメルセデス・ベンツ・キャブリオレ  
220Aの表面を、極彩色の動植物や海などの自然のイメージで  
覆った作品です。

## 診療報酬改定の影響①

## 恒久的な在宅医療システムの実現へ

平成24年度の診療報酬改定において、「在宅医療」ほど診療所経営にとってインパクトのある改定はなかったのではないかでしょうか。特に、従来の在宅療養支援診療所・支援病院に「機能強化型」を設けて、診療報酬上も非常に高い評価を行ったことは注目すべき点といえるでしょう。

## 注目される在宅医療

施設基準（表1）をみると、「常勤医師3名以上」「年間緊急往診実績5件以上」「年間看取り実績2件以上」という、診療所には少しハードルが高い基準となっています。

しかし、この基準を1医療機関で満たすことができなくても、10未満の医療機関で連携し基準を満たすことができれば届出が可能となるのです。

この新たな仕組みは、従来、24時間対応や緊急時対応、ターミナルケア対応など単独型では要件充足が不十分であったところを、連携でカバーすることができれば、高いインセンティブを得ることができるという画期的なものとなっています。

在宅医療を目指したくても、24時間対応など無床診療所ではなかなか対応が難しく、その結果、在宅医療へ躊躇していた医療機関において、連携により自院の不足している機能を補完し合いながら、高い報酬を得ることができるようになるということです。

厚生労働省は、ここまでして、在宅医療を担う医療機関を増やしたいと考えているのです。そこを察知して取り組みを検討することが大切です。

## “連携”による診療現場の影響

医療において、従来の「連携」の考え方は、急性期医療を終了した患者さんが回復期医療を行うために、急性期病院から回復期病院へ、連携にて患者さんを引き継ぐなどのパターンが主でした。

今回の「在宅医療」での連携では、1人の在宅患者さんの主治医である在宅療養支援診療所（以下「在支診」）の医師と、連携する在支診の医師が、機能を補完し合うことでの連携、すなわち「在宅患者さんの共有化」ということになります。

「連携」により機能強化型を届け出た診療所の場合、診療現場ではどのような影響が出るのでしょうか。例を基にみていくことにします。

表1 機能を強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準

## ①従来型の在支診・在支病の要件に以下を追加

- イ. 所属する常勤医師3名以上
- ロ. 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
- ハ. 過去1年間の看取り実績2件以上

## ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすこととも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと

- イ. 患者からの緊急時の連絡先の一元化
- ロ. 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
- ハ. 連携する医療機関数は10未満
- 二. 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

例

- 在宅患者Aさん
  - 在支診のB医師…主治医
  - 在支診のC医師…連携医師

主治医であるB医師が学会などで出張中に、在宅患者Aさんから緊急の往診依頼が届きました。そこで、連携先のC医師がB医師の代わりに往診を行うことになりました。

C医師が、在宅患者Aさんを往診し、例えば導尿カテーテルなどの医療材料を使用する処置を行います。注射や投薬が行われることもあり得ます。

上記の場合、主治医（B医師）が使用していた医療材料や注射薬、処方医薬品などが、C医師が通常使用している材料や医薬品と異なっている場合があります。

連携型の在宅医療では表1に記載されているように、月1回以上の定期的なカンファレンスが求められています。

緊急対応が必要な患者さんの場合などでは、患者さんの状況報告や今後の対応、使用している医薬品や医療材料などが主治医から報告されます。

対応が予測される連携医療機関の医師は、患者さんの疾病状況だけでなく、患者の家族構成や主たる介護人、さらには訪問診療や往診時に使用する医療材料や衛生材料、医薬品等を準備する必要が出てきます。

これらが、連携により患者さんを共有することの大きな影響といえるでしょう。

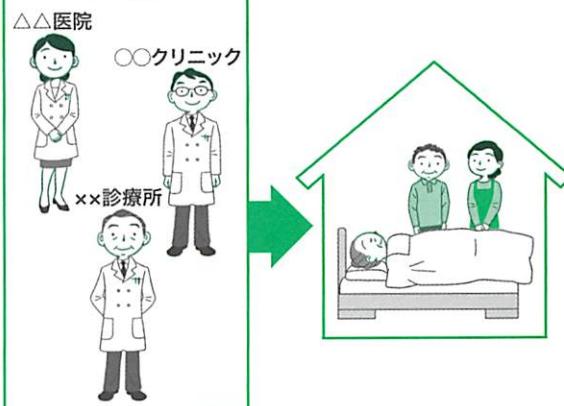
## 診療現場の影響

- 患者の疾病状況や今後の予測だけでなく、家族構成や介護人など家族状況などの共有化が必要となる。
  - 医薬品や医療材料、衛生材料などの共有化が必要となる。
  - 訪問看護ステーション、居宅介護サービス事業所やケアマネジャーへの連絡・報告体制の共有化が必要となる。

しかし、単にカンファレンスなどで、患者情報の共有化を図るだけでは、連携も長続きはしないのではないか。どうでしょうか。

カンファレンスを通して、「連携医療機

一連携



関の医師が、共同で在宅患者さんを診ていく」という意識が、何よりも重要になってくるでしょう。

病院では患者さんに対する診療や治療方針、退院決定などは院内カンファレンスで決定します。在宅医療における連携の場合も、合同カンファレンスにて治療指針、療養方針などを共有化することで、主治医の負担感も軽減され、緊急時の対応もスムーズにいくものと思われます。

連携による在宅医療を実践するための体制づくりとして、経営者は今後、以下のようなことを検討していく必要があると思われます。

## 体制づくりで検討すべき事項

- 在宅患者さんの情報の共有化を図るツールの開発。
  - 少なくとも在宅患者さんで使用する分の、医薬品や医療材料などの共有化と共同購入。
  - 緊急入院先の医療機関での共同診療。
  - ケアマネジャー、訪問看護ステーション、居宅介護サービス事業者との情報共有化を図る共同カンファレンスの実施。

連携による在宅医療システムを構築することにより、無理・無駄のない、しかも恒久的な在宅医療の提供が実現できるのではないか？

(株)ASK梓診療報酬研究所・チーフコンサルタント 富田敏夫)

スタッフに愛される病医院づくり②

## 成長を実感してもらえる“仕掛け”を考えよう

スタッフの成長を促す方法の1つとして、院内での研修会や勉強会があります。テキストを皆で読みながら学んだり、外部講師を呼ぶなどの方法が一般的ですが、なかなか効果が実感できない管理者も多いようです。スタッフが積極的に参加し、皆で意見を交わす中で学び、成長していく研修会にするヒントは、日常診療の中にあります。

### 一方的では効果が出にくい

セミナーの質疑応答で、ある医院の管理職の方から、次のような質問をいただいたことがあります。

「職員のレベルアップと全員参加医療を目指し、定期的に研修会を行っていますが、業務中は日常診療に追われてじっくりと研修をするのは難しく、結局、診療時間外で接遇の本などをみんなで読みながら勉強をしています。しかし、研修会を始めてから1年になりますが、手応えを感じないのです。どうすれば成果を上げができるでしょうか?」

これは、よく聞かれる質問です。一般に院内研修会は、テーマに関連する本を持ってきて、その本に沿って勉強会を進めるスタイルが多いようです。

それでも手応えを感じない場合は、外部講師を呼んで、専門的に講義を受けるスタイルをとることもあります。しかし、講義で学んだことを数日は日常業務の中で活かせても、長続きしないという管理者からの声を聞くことがあります。

私も外部講師として医療機関にお招きを受けることがあります、一方的に講師の話を聴くだけという形では、効果を持続させるのは難しいかもしれません。

そこで、私が実践している研修スタイルをご提案します。

### 身近な課題をテーマに

冒頭の管理職の方には、「仕事の舞台が日常診療の中にある以上、身近な課題を見つけて行う研修会に、新たな発見があるかもしれませんよ」とお答えしました。

そして、私がお勧めするのは、「事例に沿った」研修会です。

医療現場で仕事をする以上、人との関わりは欠かせません。そこで、「一番身近に感じる患者さん（あるいは、気になっている患者さん）」をテーマに取り上げます。

実際に接している身近な患者さんのことですので、その患者さんに関わる部署から、様々な意見や感想が出てきます。

「患者さん」を通じて、自院が抱える弱点を見つけ、それを問題点として、改善策につなげていくようにするのです。

当院の事例を1つご紹介しましょう。

#### 〈テーマ〉

長年糖尿病で治療を続けるTさん（65歳）は、いつも表情が硬く、気に入らないことがあると暴言を吐き、後味の悪い空気を残して帰る患者さんでした。

このような患者さんこそ、スタッフが根気強く、患者さんの気持ちを感じ取っていくことが必要だと考え、スタッフ1人ひとりに、Tさんについて考えてもらうことにしました。

### 〈出された意見の一例〉

- いつもイライラして、気に入らなかったら文句を言われるTさんの気持ちに寄り添ってみると、私たちも日常診療の忙しさを理由に、これまでじっくりとTさんの話を聴いたことがなかったのではないだろうか。(看護師)
- 居心地の良い状態で治療を受けてもらうためには、どうしたらいいだろうか。(事務職員)

### 〈研修会の結果〉

対策として、事務長である私が、機会を見て当院に対するご意見を聞くことになりました。さらに、治療室や採血室では速やかに処置が受けられるように、担当看護師に患者さんの来院情報を伝えるなどの案も出了しました。

### 〈ポイント〉

- ①テーマを身近で具体的な「実在する特定の患者さん」にすることで、研修会が、1人の患者さんに関する意見交換会となり、たくさんの意見（提案）が次から次に出てきます。
- ②意見が数多く出ると、中には共通の意見も出でてきます。同じ意見は類型化して、具体的な対策などを考えていくようにします。
- ③ベテランも若手も、意見の場では皆同じです。スタッフたちは、日常業務の中で「意見を否定せず、耳を傾けること」を自然に身につけています。その結果、当院の院内研修会は、自分の思ったことは何でも安心して話ができる、理想的なスタイルになっているのだと思われます。

当院も、最初からうまくいったわけではありません。根気よく繰り返してきた結果、スタッフたちが「私たちが意見を述べて議論するのは、すべて患者さんのためであり、



医院のため、私たちのためもある」と実感してきてくれたのだと思います。

## 症例報告会も成長の場

当院では、定期的に症例報告会を行っています。患者さんの症例を通して、医師、看護師、そして事務職員がそれぞれの視点と経験から質疑応答を行います。限られた時間ではありますが、報告会を通して、患者さんの状態・状況を知ることにより、次回の来院時の対応に、事務はレセプト点検に成果を上げています。

一般に、症例報告会は医師の一方的な話になりますが、私は常々「与えられた仕事だけをこなしていれば、仕事が自分のものにはならない。自分のものにするためには、仕事に深い関心を持ち、踏み込んで仕事（勉強）をすることが大事。そうすると仕事も楽しくなるから」と、何度も繰り返し教えています。

その結果、症例報告会の場だけではなく、仕事に臨む職員の顔（表情）にも、凜とした表情がうかがえるようになってきたと感じています。

最後に、研修会や会議は院内の重要なコミュニケーションのひとつではあります。時間がかけすぎないことも管理者として心に留めて置くことが必要と考えます。

(医療法人相生会 ピーエスクリニック・事務長 木村結花)

# 消費税増税で注目される病院の消費税問題

2012年6月26日の衆院本会議で「社会保障・税の一体改革関連法案」が可決され、8月10日には参院本会議でも可決されました。その結果、消費税率は2014年4月に8%、2015年10月には10%に引き上げられます。消費税は、今後の社会保障制度の充実を図る財源として重要ですが、病院の経営を行っていく上で、見過ごすことのできない大きな問題を抱えています。

## 控除できない消費税を負担

消費税について病院が抱えている問題は、病院の収入の大部分を占める社会保険診療が、消費税法上非課税とされている点にあります。このため、事業を行っていく上で負担した消費税を患者さんに負担してもらえず、実質的な消費税の負担者は医療機関となっています。

医療機関は、医薬品や設備投資等に対し、仕入れを行った際に業者に消費税を支払います。通常の課税取引であれば消費者（患者さん）から消費税をもらい、事業者（医療機関）が仕入れの際に業者に支払った消費税を控除して差額を国に納付することになります。したがって、事業者（医療機関）は実額としての負担はありません。

しかし、社会保険診療は非課税（患者さんから消費税をもらっていない）のため、医療機関が仕入れの際に業者に支払った消費税を控除することができません。これは、「控除対象外消費税」と呼ばれています。

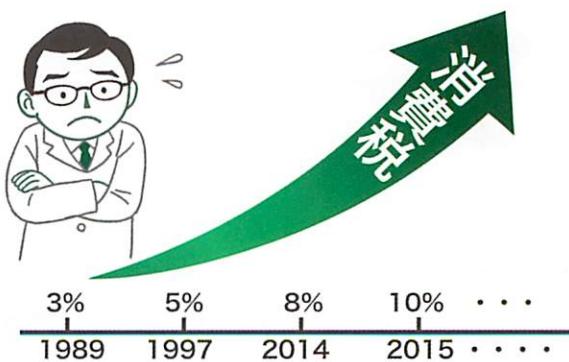
例えば、1億円の医療機器を導入した場合、現行では500万円の消費税を医療機関が負担しています。これが8%になると800万円、10%になると1,000万円となります。非課税である保険診療を受けた患者さんに消費税額を請求することはできませんので、医療機関がこれらをすべて負担することになります。

日本医師会の調査では、控除対象外消費税は社会保険診療の収入に対し平均2.2%に達しており、今年の診療報酬アップが0.004%であったことを考えると、いかに大きな負担か分かります。設備投資だけでなく、日常業務の中で支出するほとんどの経費に消費税は課されており、その実質的な負担者が患者さんではなく、医療機関となっていることに大きな問題があるのです。

## 今回も診療報酬に上乗せで対応か

今回の消費税率引き上げにより、この問題が改めて注目を浴びることになり、4月11日の中医協総会で、消費税率引き上げに向けて診療報酬における消費税の取り扱いを検討する分科会の設置が決まりました。

消費税は1989年、税率3%で導入され、1997年には5%に引き上げられました。その際、消費税対応分として1989年は0.76%、1997年は0.77%で合計1.53%が診療報酬に



上乗せされ、消費税導入が医療機関の経営を圧迫しないような施策が取られました（表1）。しかし、その後の医療費抑制政策で診療報酬の引き下げ、包括化等が行われ、本来、消費税負担分として上乗せされた診療報酬分もあやふやになってしまいました。日本医師会によると、控除対象外消費税と診療報酬の上乗せ分に乖離があり、乖離額は推計で少なく見積もっても年間2,330億円に達しているといわれています。

このような経緯もあり、日本医師会は診療報酬を消費税の非課税とする現行制度を改め、0%の税率を課する課税売上にするように要請しました。「非課税」から「0%課税」になっても患者さんの負担は変わりませんが、0%課税とすると、医療機関が業者に支払った消費税が国から還付されるようになります。今後さらに予想される消費税率の引き上げがあったとしても、このような形にしておけば、消費税率引き上げに伴う医療機関の経営への影響は避けられます。

しかし、政府は「兆円単位の税収が失われる」として拒否し、さらに厚生労働省が「診療報酬は非課税を継続する」との見解を示したことから、社会保障・税の一体改革に伴い、消費税率は引き上げられますが、その対策については従来と同じ診療報酬の上乗せという形での対応となりそうです。

社会保障・税の一体改革に関する民主・自民・公明の3党合意では、消費税率の8%への引き上げ時までに、高額投資に関わる消費税負担について、医療保険制度で適切な手当を行う具体的な手法を検討し、結論を得るとしています。

中医協の診療報酬調査専門組織「医療機関における消費税負担に関する分科会」は

表1 診療報酬改定における消費税への対応

1989年4月診療報酬改定における消費税分の上乗せ

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 診療報酬改定 | 医療費ベース | +0.11% |
| 薬価改定   | 医療費ベース | +0.65% |
| 合計     | 医療費ベース | +0.76% |

※満年度ベースでは0.84%

1997年4月診療報酬改定における消費税分の上乗せ

|                     |        |        |
|---------------------|--------|--------|
| 診療報酬改定              | 医療費ベース | +0.32% |
| 薬価改定                | 医療費ベース | +0.45% |
| (特定保険医療材料分0.05%を含む) |        |        |

合計 医療費ベース +0.77%

※ただし、同年度消費税引き上げ分とは別で以下の改定を実施

|        |                   |        |
|--------|-------------------|--------|
| 診療報酬改定 | 医療費ベース            | +0.93% |
|        | …診療報酬の合理化を図るための改定 |        |

薬価改定 医療費ベース -1.32%

よって消費税引き上げ分とそれ以外の改定分の合計で、+0.38%の改定となっている。

（厚生労働省「医療機関等における消費税負担に関する分科会」資料より）

7月27日、医療機関の高額投資にかかる消費税負担の状況を把握する目的で調査を実施することを了承し、調査実施のために会計・税務専門家による調査専門チームを設置することを決めました。同分科会は、消費税率の引き上げに対応するための具体的な手法を検討する目的で設置され、高額な設備投資への消費税負担を重点的に対応する方針を示しています。その具体的な方法として、次の2つの対応を示しました。

①1989年と1997年の対応を踏まえて、診療報酬において高額投資にも点数配分を行う。

②診療報酬の点数配分に加えて医療保険制度の中で高額投資への消費税負担に対応する手立てを行う。

一般的に納税者は税金を納める際にその負担を実感します。しかし、消費税は納税の有無に関わらず、医療機関が業者に支払う消費税が増えることで、利益が圧迫されるそのこと自体が大きな問題となります。

今後、消費税は10%に留まらず、さらなる引き上げも予測されます。その影響が自院の利益をどれくらい圧迫するのかを把握して対応策を考えていかないと、経営が成り立たなくなることも十分予想されます。

# 「木」の優しい効果と頼れる効果

以前から、森林浴や木の製品などの“癒し”が注目されていますが、10月は「木づかい推進月間」です。2005年から農林水産省が実施している、国産木材の利用の拡大等を目的とする「木づかい運動」の一環として、イベントなどが行われます。森林や木材が持つ力に、今後ますます注目が集まるかもしれません。

## “香り”や“温もり”が癒やしに

木の癒し効果の正体は、「フィトンチッド」という木の香りの成分です。この成分が、血圧を下げる、脈拍を落ち着かせ、ストレスを感じた時に分泌されるコルチゾールの濃度を下げるくれるのだそうです。

実験によって、例えば、ヒノキ材のにおいには鎮静作用が、葉のにおいには気分をやわらげる快適性増進作用があることが分かっています。アロマオイルとしてはもちろん、最近では、ヒノキの精油を用いた芳香剤や石鹼など様々な製品が作られています。

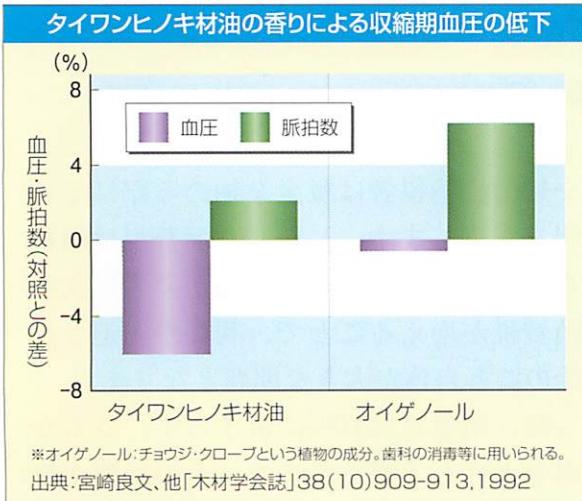
また、やわらかく温もりのある木材は、視覚的にも、触れたときの感触でも、ストレスをやわらげ、やすらぎを感じさせる効果を発揮します。

## 殺菌・殺虫効果も

木のなかでも、特にヒバの成分は強い抗菌作用があることで知られ、院内感染の原因となる病原菌MRSAや、大腸菌O157にも力を発揮します。この力を活用し、ヒバ材のまな板や小片入り枕なども開発されています。

また、アレルギーの原因となるダニの殺虫剤として、木の“殺ダニ作用”的研究も進められ、ヤクスギのにおい成分に、室内塵性ダニに対して強い殺ダニ作用があることがわかっています。ほかにも、ヒバ材、タイワンヒノキ材はダニの繁殖抑制に効果があり、ヒノキ、ベイヒバ、ベイスギなどのにおいには、強い殺ダニ作用があるといわれています。

病原菌・ダニもストレスも、病気の原因となります。身近なところから“木づかい”について考えてみてはいかがでしょうか。



参考文献:『森林浴はなぜ体にいいか』宮崎良文、文藝春秋、2003  
財団法人 日本木材総合情報センターHP (<http://www.jawic.or.jp/>)