

2011.11.22

週刊WEB

医業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

看護補助者の訪問看護同行を評価へ

中医協総会で提案 低価格のサービス提供が狙い

厚生労働省 保険局

個室化推進で介護施設の室料負担案を提案

社会保障審議会介護給付費分科会で

厚生労働省 老健局

2 経営TOPICS

統計調査資料

病院報告 平成 23 年 7 月号

3 経営情報レポート

2011 年度創設

「サービス付き高齢者向け住宅」の概要

4 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

第一印象を高くするポイント

言葉遣いの改善

発行



本社 京都市南区吉祥院九条町 30 番地 1 江後経営ビル
TEL 075-693-6363 FAX 075-693-6565
滋賀支社 滋賀県草津市野路 1-4-5 センブル BLDG ZEN 5F
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540
大阪支社 大阪市北区梅田 2-5-6 桜橋八千代ビル 6F
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578

看護補助者の訪問看護同行を評価へ 中医協総会で提案 低価格のサービス提供が狙い

厚生労働省保険局は 11 月 11 日、中央社会保険医療協議会を開き、訪問看護などの議論を行った。中でも、厚労省が看護補助者の看護職員への同行を、2012 年度診療報酬改定で評価することを提案したことが注目される。現状は複数の看護職員による訪問だけが評価されているが、今後、看護補助者の同行を評価することで、見守りや排せつ援助など、看護職員が行わなくても済む業務を看護補助者が分担できるようにすることを狙いとする。

訪問看護については、課題として (1) 小規模の訪問看護ステーションが多く、非効率である、(2) 訪問看護を必要とする人が増加し、多様化したニーズへの対応が迫られる、といった点が挙げられている。

そこで厚労省は、(1) への対応として「訪問看護のケア内容の中で、かならずしも看護職員が行わなければならない業務を、看護補助者へ役割分担してはどうか」と提案した。具体的には、訪問看護ステーションから、看護職員と看護補助者がセットで訪問看護に行き、役割分担を進めるというものになる。

この点、「看護補助者」には明確な定義はなく、たとえば暴力を振るう恐れのある患者宅で訪問看護を提供するにあたり、男性事務職員が同行することなども考えられるという。厚労省は現在、看護職員に医療職以外が同行した利用者がある施設は 17.3%と把握して

いるが、2人目を看護補助者に代えれば、今よりも低い価格で訪問看護サービスを提供できる意図がある。また、(2) については、「認定看護師や専門看護師による対応を評価」などが提案されている。

平成 24 年度は6年に1度の同時改定であることから、医療と介護の連携・役割分担も大きなテーマとなっており、「外泊中の患者への訪問看護ステーションからの訪問看護」や、「退院当日の訪問看護」、「退院直後の医療保険からの訪問看護」などといった提案もなされている。

このうち「退院直後の医療保険からの訪問看護」については、入院から介護サービス受給までの間隙を埋めるものとされているが、診療側の委員は、要介護判定がなされれば、遡って介護サービスが保険対象となるため、「(1) の対応は不要なのではないか」という質問が出た。厚労省は「退院直後は医療ニーズが高い場合が多く、また外来への通院が困難な方もいる。そうした方への対応をするもの」と答弁したが、委員の疑問は解消されておらず、改めて検討することとなっている。

なお併せて、厚労省から「電子レセプト請求における算定日の記載」に関する注意喚起も行われ、平成 24 年 4 月 1 日から、電子レセプト請求においては各点数の算定日の記録が求められるため、注意が必要である。

個室化推進で介護施設の室料負担案を提案 社会保障審議会介護給付費分科会で

厚生労働省老健局は 11 月 10 日、社会保障審議会の介護給付費分科会を開き、サービスごとに個別論点を検討する流れの第3段階として、施設系サービスについて報酬や算定要件などの議論を行った。特に多床室利用者が負担する室料負担について注目が集まっている。

厚労省は介護保険施設の個室化推進を狙い、介護3施設の多床室に室料負担導入を提案した。これはユニット型個室利用者の負担軽減原資として財政中立を図ろうというものだ。同案では特別養護老人ホームだけでなく、介護老人保健施設、介護療養型医療施設でも同様の対応を取る方針となっている。また厚労省は特養の定員規模別の報酬体系を導入することも提案した。

同分科会では、特別養護老人ホームについて次の6つの論点が厚労省から示された。

その詳細は、(1) 看取り機能を強化するための、外部医師によるターミナルケア推進、(2) 多床室への室料負担導入、(3) ユニット型個室の利用者負担軽減、(4) 居室定員2名以上の施設における報酬の減額、(5) 報酬体系の見直し、(6) 社会福祉法人による利用者負担額軽減制度の推進、となっている。

(1) の提案に対しては、村上委員（(社)

全国老人福祉施設協議会総務・組織委員長）が、「山間部やへき地における対応としては好ましいが、特養ホーム全体に導入するのは慎重に考えるべきである」と反論した。

一方、齋藤訓子委員（日本看護協会常任理事）は、「厚労省案に賛成するが、医師だけでは十分な看取りは行えない。必要に応じて看護師もターミナルケアに対応する仕組みを導入してはどうか。その際、外部看護師を入れるか、施設の配置看護師で対応するかは施設側の選択に任せる仕組みが好ましい」と提案している。

(2) と (3) はセットで提案されているもので、多床室の室料負担と、ユニット型個室の利用料軽減で財政中立を図る考えを厚労省は示している。これにより、個室ユニット化を推進したい考えとしており、老健施設や介護療養型医療施設についても同様の提案が示されている。多床室利用者の負担水準としては、月額 8,000 円程度が想定されている。

(5) は、介護報酬を施設の定員規模別に区分し、また要介護度別の報酬の適正化を行うというもの、介護事業経営実態調査結果から、施設の規模が大きくなるほど、収支差率の向上などが見られたことを背景としている。この提案について、村上委員は強く反論した。

病院報告

平成23年7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23年7月	平成23年6月	平成23年5月	平成23年7月	平成23年6月
病院					
在院患者数					
総数	1 303 094	1 299 498	1 281 269	...	...
精神病床	308 140	307 295	306 501	...	...
結核病床	2 875	2 855	2 813	...	...
療養病床	302 544	302 342	300 673	...	...
一般病床	689 491	688 962	671 242	...	...
(再掲)介護療養病床	71 197	71 413	71 658	...	...
外来患者数	1 373 538	1 466 023	1 327 092	...	...
診療所					
在院患者数					
療養病床	9 907	9 883	9 904	...	...
(再掲)介護療養病床	3 674	3 665	3 695	...	...

- 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。
 3) 東日本大震災の影響により、5月分は岩手県、宮城県の合計5施設(病院4、診療所1)、6月分は岩手県の病院2施設から報告がないため、集計から除いている。なお、7月分については全ての対象施設から報告されている。

2 月末病床利用率(各月末)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成23年7月	平成23年6月	平成23年5月	平成23年7月	平成23年6月
病院					
総数	79.9	81.7	80.9	...	...
精神病床	89.0	88.7	88.6	...	...
結核病床	36.7	36.0	35.6	...	...
療養病床	90.8	90.8	90.4	...	...
一般病床	72.9	76.2	75.0	...	...
介護療養病床	94.5	94.4	93.9	...	...
診療所					
療養病床	68.7	68.2	67.7	...	...
介護療養病床	77.8	76.4	76.8	...	...

- 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) 東日本大震災の影響により、5月分は岩手県、宮城県の合計5施設(病院4、診療所1)、6月分は岩手県の病院2施設から報告がないため、集計から除いている。なお、7月分については全ての対象施設から報告されている。

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23年7月	平成23年6月	平成23年5月	平成23年7月	平成23年6月
病院					
総数	32.3	30.9	33.6	...	...
精神病床	301.0	277.3	301.3	...	...
結核病床	72.1	68.2	74.2	...	...
療養病床	182.9	171.3	177.9	...	...
一般病床	18.1	17.3	18.7	...	...
介護療養病床	329.9	300.6	314.2	...	...
診療所					
療養病床	106.6	101.1	103.8	...	...
介護療養病床	103.0	96.8	94.5	...	...

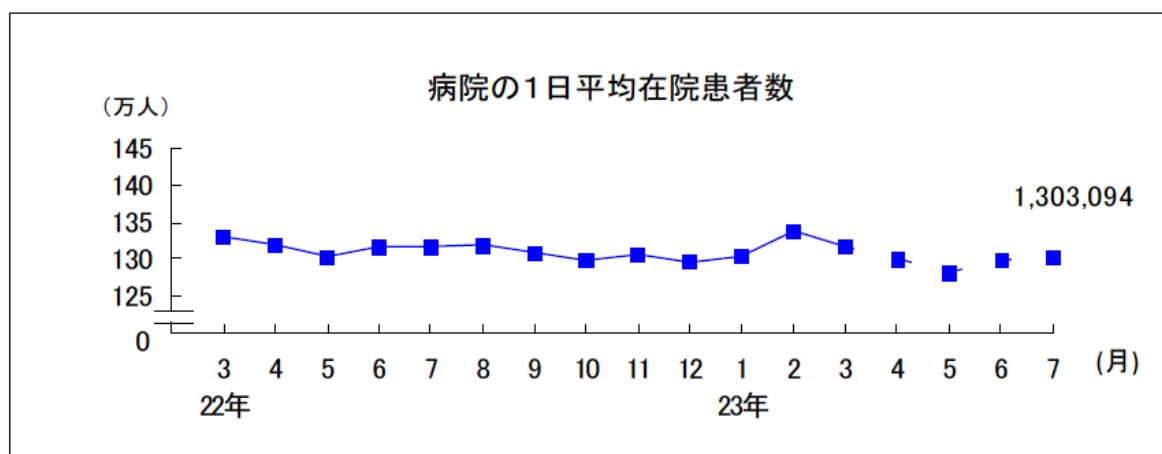
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

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

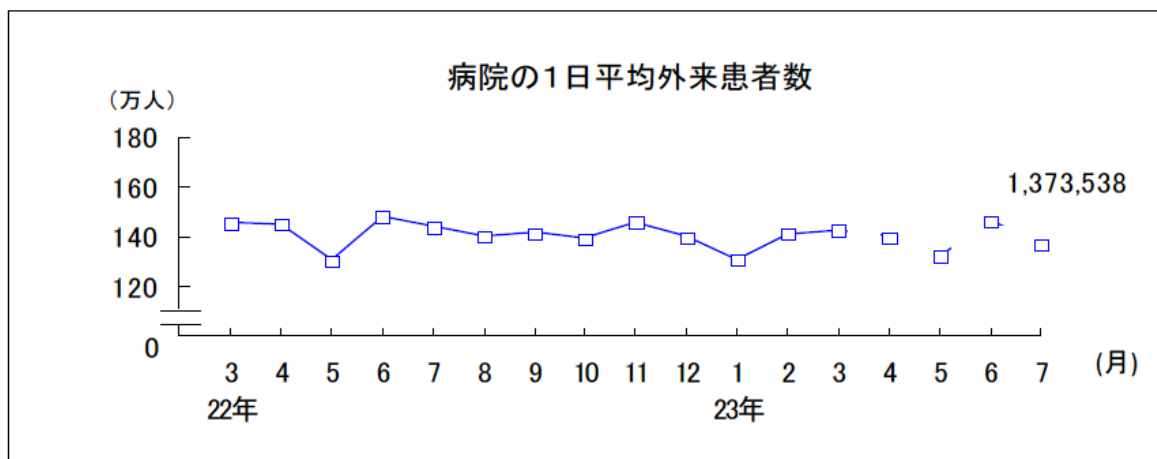
2) 病院の総数には感染症病床を含む。

3) 東日本大震災の影響により、5月分は岩手県、宮城県合計5施設(病院4、診療所1)、6月分は岩手県の病院2施設から報告がないため、集計から除いている。なお、7月分については全ての対象施設から報告されている。

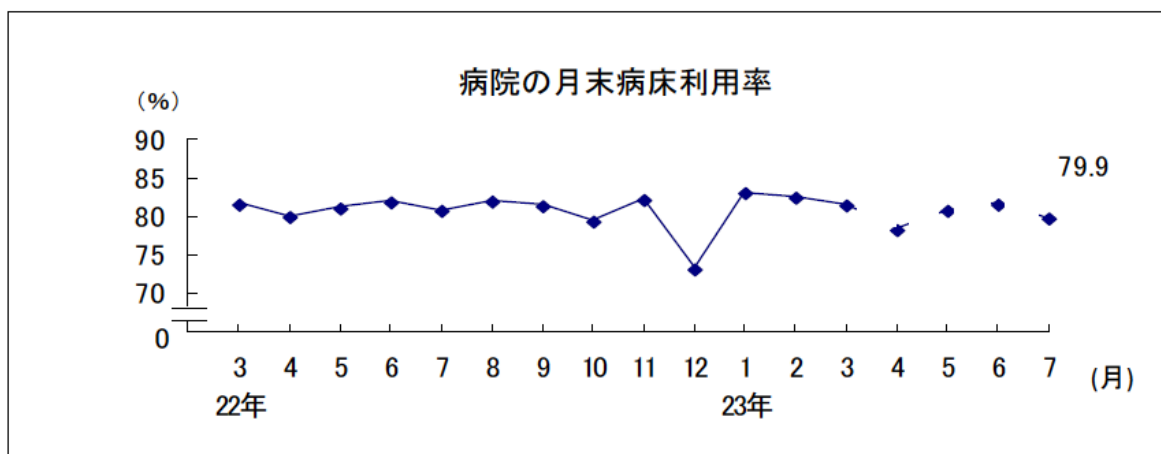
◆病院:1日平均在院患者数の推移



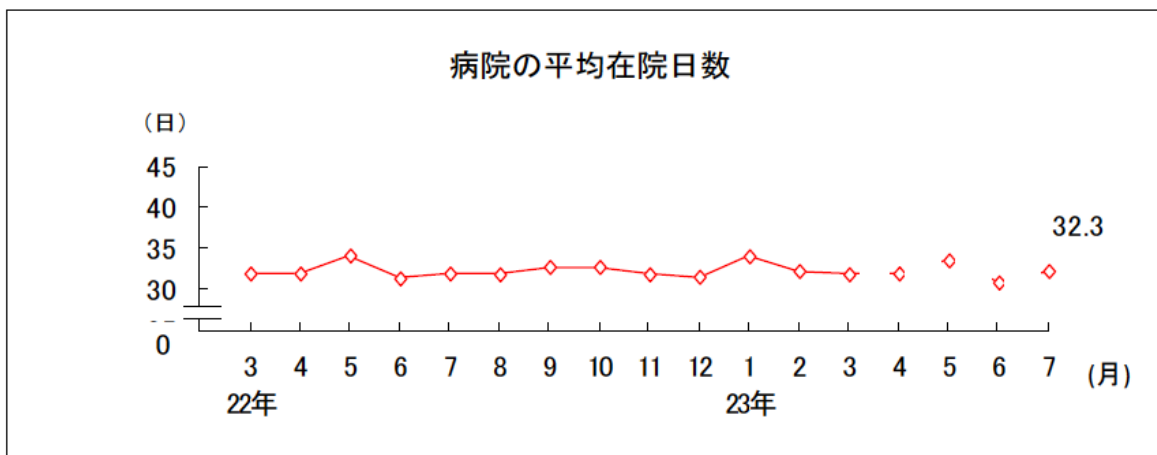
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



2011 年度創設 「サービス付き高齢者向け住宅」の概要

ポイント

- 1 「サービス付き高齢者向け住宅」の概要
- 2 行政による新制度推進施策
- 3 今後の高齢者住宅市場への影響



■参考文献

日経ヘルスケア 2011年3月号「特集 速報！見えてきた「サービス付き高齢者向け住宅」

日経ヘルスケア 2011年4月号「徹底検証 2012年介護保険制度改正」

1 「サービス付き高齢者向け住宅」の概要

■ サービス付き高齢者向け住宅制度の創設とその背景

(1) 制度創設の背景

① 単身高齢者・夫婦のみ世帯が安心して暮らせる賃貸住宅の確保が急務に

高齢化が急速に進む中で、高齢の単身者や夫婦のみの世帯が増加しており、介護・医療と連携して、高齢者を支援するサービスを提供する住宅を確保することが極めて重要であるにもかかわらず、サービス付きの住宅の供給は、欧米各国に比べて立ち後れているのが我が国の現状でした。

◆ 高齢者単身・夫婦世帯の増加

● 2010年から2020年の10年間で、

高齢者人口	約 2,900 万人	⇒	約 3,600 万人
高齢者単身・夫婦世帯	約 1,000 万世帯	⇒	1,245 万世帯

◆ 全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合

	施設系	住宅系	計	
日本 (2005)	3.5%	0.9%	計 4.4%	2020年までに 3~5%に (国交省成長戦略)
デンマーク (2006)	2.5%	8.1%	計 10.7%	
英国 (2001)	3.7%	8.0%	計 11.7%	
米国 (2000)	4.0%	2.2%	計 6.2%	

国土交通省は、2020年までにサービス付き住宅の割合を3~5%に高めるための主要施策として、「サービス付き高齢者向け住宅」を創設しました。

サービス付き高齢者向け住宅の供給促進については政府の新成長戦略にも盛り込まれており、今後10年間で60万戸を目標に整備する方針を示しています。

②既存3施設では受け皿として不十分

「サービス付き高齢者向け住宅」制度創設に伴い、高齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）、高齢者専用賃貸住宅（高専賃）、高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）のいわゆる既存3施設は廃止され、サービス付き高齢者向け住宅に一本化されます。また、有料老人ホームも基準を満たせば登録が可能となります。

新たに創設される制度に一本化される背景には、各施設の管轄がわかりづらかったこと、また既存3施設に対するさまざまな問題点が指摘されていた点等が挙げられます。創設されたサービス付き高齢者向け住宅は、これらの問題点を改善したもののなのです。

(2)サービス付き高齢者向け住宅制度の創設

今後増加する高齢者世帯は、医療や介護を要するケースが多いと考えられる一方で、既存の施設だけですべて受け入れることは困難であるという懸念がありました。

そこで、国土交通省と厚生労働省がタッグを組んで、高齢者の住まいの安全を確保する取り組みが強化され、「高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）」の改正法案が、10月20日に施行されました。

■「サービス付き高齢者向け住宅」とは

(1)「サービス付き高齢者向け住宅」の概要

「サービス付き高齢者向け住宅」制度は、既存の3施設の問題点を是正しており、不明確だった部分は改善され、より基準が厳格化されています。

◆サービス付き高齢者住宅の概要

【国土交通省・厚生労働省共管の制度】

①登録対象	●賃貸住宅もしくは有料老人ホームが基準を満たして都道府県に登録
②登録基準	●床面積（原則25㎡以上）、便所、洗面設備等の設置、バリアフリー化 ●最低限、安否確認と生活相談サービスの提供 ⇒ 義務化 ●前払家賃等の返還ルール及び保全措置が講じられていること ⇒ 追加
③事業者の義務	●登録事項の情報開示 ●契約前の書面での説明 ●誇大広告の禁止
④優遇措置	●建築・改修費の直接補助・課税面の優遇措置・融資要件の緩和等
⑤指導監督	⇒ 強化 ●住宅管理やサービスに関する行政の指導監督強化（報告徴収・立入検査・指示等）

2 行政による新制度推進施策

■ 国による新制度推進の各種施策

(1) 建築費の10分の1を国が直接補助

サービス付き高齢者向け住宅は、国土交通省の「高齢者等居住安定化推進事業」の対象となり、登録すれば新築の場合は建築費の10分の1（1戸当たり100万円を上限）、改修の場合で3分の1（同）を国が直接補助します。国交省は、高齢者等居住安定化推進事業2011年度予算案で2010年度の約倍額となる325億円を計上し、今後10年間で60万戸を整備する方針を打ち出しています。

具体的な要件と補助率については、下記のとおりです。

◆ 高齢者等居住安定化推進事業 補助金(案)の概要

【要件】	
①住宅に関する要件	<ul style="list-style-type: none">●原則25㎡以上（共同利用の居間、食堂、台所等が十分な面積を有する場所は18㎡以上）●原則、台所、水洗便所、収納設備、浴室の設備●原則3点以上のバリアフリー化（手すりの設置、段差の解消、廊下幅の確保）
②サービスに関する要件	<ul style="list-style-type: none">●緊急通報及び安否確認サービス●次のいずれかの者が日中常駐していること<ul style="list-style-type: none">●社会福祉法人、医療法人又は居宅介護サービス事業者の職員●ヘルパー2級以上の資格を有する者●上記の者が常駐するために必要なスペースを設けること
③その他の要件	<ul style="list-style-type: none">●原則高齢者専用賃貸住宅として10年以上登録すること●高齢者居住安定確保計画等地方公共団体との整合等を地方公共団体が確認したもの

(2) 税制優遇による推進

税制面では、国などの補助金を受けていることを条件に、所得税、法人税、固定資産税、不動産取得税が優遇されます。所得税・法人税はともに建物の割増償却が可能となり、固定資産税、不動産取得税は減額措置となります。不動産取得税の優遇は初の試みであり、サービス付き高齢者向け住宅の整備促進は、重要な位置づけであることがわかります。

固定資産税と不動産取得税の減税額は、試算によると、5年間で1,241万円と非常に大きな効果となります。

3 今後の高齢者住宅市場への影響

■ 高齢者住宅市場に与えるインパクト

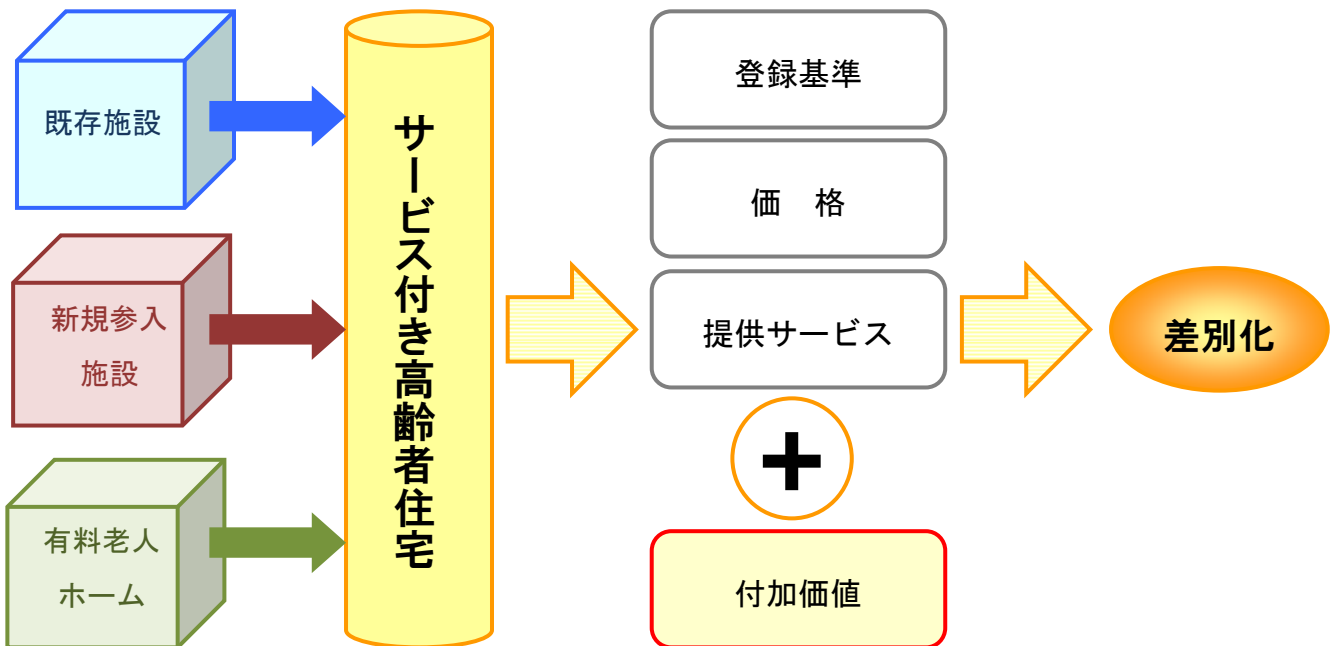
(1) 有料老人ホームとの競合と新制度の進むべき方向

サービス付き高齢者向け住宅制度の創設によって、今後の高齢者住宅市場はどのように変わるのでしょうか。

可能性として考えられるのは、サービス付き高齢者住宅の新規参入組と既存の高専賃からの移行組、また有料老人ホーム運営事業者間の競合です。サービス付き高齢者向け住宅の登録対象には、有料老人ホームも含まれますが、登録基準を満たせずに対象とならない有料老人ホームが相当数出てくると予想されます。これら事業者との間で、価格や提供サービスで差別化を図ろうとする動きが生じるでしょう。

平成 19 年の第 5 次医療法改正によって、医療法人も高専賃の開設主体となることが可能となりました。制度を推進する各種施策に魅力を感じた医療法人や、そのほかの社会福祉法人、NPO 法人、大手不動産会社、民間事業者などが高齢者住宅市場へ参入してくる公算が大きいいため、どの開設・運営主体が消費者のニーズをいち早くつかんで勝ち組になるのか、今後の動向が注目されるところです。

◆ 今後のサービス付き高齢者向け住宅の向かうべき方向



経営データベース ①

ジャンル: 医療経営 > サブジャンル: 接遇向上



第一印象を良くするポイント

来院する患者や家族に対する第一印象を良くするポイントを教えてください。



他人に対する第一印象を良いものにするためには、次のようなポイントがあります。

① 感じのよい挨拶、元気な返事、さわやかな言動をする

挨拶という漢字は「襟を開いて迫る、押し広げて近づける」という意味を持っています。これは、いわば人間関係において、もっともベースになる行為と言っていい姿勢です。心を相手に近づけなければ、相手との関係づくりは何も始まりません。

したがって、「挨拶一つ満足にできずに偉そうなことを言うものではない」といわれるのは、正しい考え方だといえます。

もう一つ大切なのは「礼」です。相手を敬い、大切に思う気持ちが礼には込められています。物事は礼に始まり礼に終わります。美しい礼を心がければ、心も正されてきます。これらに注意した上で、明るく、元気に、さわやかな言動を心掛けます。

アメリカの言語学者メラビアンによれば、「人は相手からのメッセージを、言語による部分は7%、残りの93%を準言語であるトーン、イントネーションや顔の表情などのボディラングージから受け取る」という研究結果が示されています。

つまり、「明るさ、元気、さわやか」という良いイメージは、相手にメッセージを伝える際に与える印象の大部分を占めているのですから、それだけで人間の大きな魅力になるのです。

② まず、形からはいる

「姿形ではなく心」という考え方もありますが、実際には、その人の姿や行動が印象を大きく左右していることは否めません。「あの病院、クリニックは良い雰囲気だ」と思うとき、人はその職員1人ひとりの言動を見て、そう感じているのです。

もちろん心が重要であることは、「内容は形式を規定する」ものです。この考え方は日本に古くからあったもので、剣道や柔道、茶道、華道も「道」と称されるものはすべて形を大事にし、形を整えることから自己修養を果たそうとしています。形から入ることで磨かれた内容は、さらに磨かれた形となって現れるのです。

美しい礼の本質的な目的は、「自分を磨くこと」です。例えば服装を整えることで、外面的な第一印象をよくすることはできますが、それはあくまでも一時的なものにすぎません。本当のセンスの良さやその人の魅力は、自分を磨き、内面を充実させるところから生まれてくるものです。

このような意識を持つことによって、人と接する際に相手に与える印象は、良いものになるはずです。

経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 接遇向上



言葉遣いの改善

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「これでいいんだ」と思っている場合という2つに分類されます。そのため、言葉の重要性を伝えることと（波及効果）、再度基本的な言葉を確認して、適切に用いることができるように意識付けすることが必要です。

外部から講師を招いて研修会を行うことも方法の一つですが、院内でも実施できます。基本用語を例示し、常時目に触れるようにして、意識を促します。そして、院長または先輩職員が気づいた都度、こまめに指摘をすることが大切です。

つまり、「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、適切な患者対応が実践できるのです。

●覚えておきたい電話の基本的な丁寧語

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
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
早く来てもらえませんか	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
聞いておきます	承ります
今席にいません (会議中、外出中、 見当たらない)	ただ今席をはずしております (何時に戻る、折り返し電話をする、用件を承る)のどれかを必ず言う。相手は用事がありかけてきたのだから。 これ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。失礼致します (感謝の言葉は相手に良い印象を与えるばかりでなく、インパクトの強い余韻を残す言葉である)