

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.606 2020.1.14

医療情報ヘッドライン

救急病院の評価をさらに手厚く
研修修了看護師の麻酔管理も可能に

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会

介護サービスの生産性向上のため、
3年でウェブ入力・電子申請等を実現

▶経済財政諮問会議

週刊 医療情報

2020年1月10日号

「全世代型社会保障」の実現が
最大のチャレンジ

経営TOPICS

統計調査資料
医療施設動態調査
(令和元年7月末概数)

経営情報レポート

医療従事者の勤務環境改善に向けた
クリニックの「働き方改革」

経営データベース

ジャンル：医業経営 > サブジャンル：未収金防止策
未収金発生前の防止策
未収金管理体制徹底のポイント

発行：税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

救急病院の評価をさらに手厚く 研修修了看護師の麻酔管理も可能に

厚生労働省 中央社会保険医療協議会

■救急病院の医師に対しては、診療報酬改定でも特例の配慮がなされることが確定

2024年4月から、医師にも時間外労働の上限規制が適用される。原則として年間960時間以下にする方向で固まっている。これを「A水準」としているが、3次救急病院や年間1,000台以上の救急車を受け入れる2次救急病院の場合は、年間1,860時間以下とする「B水準」を適用する方針だ。この年間1,860時間以下は、研修医など短期間で集中的に省令経験を積む必要がある場合にも「C水準」として適用される。

問題は、「B水準」が適用される救急病院に、受入件数が多い医療機関が偏る傾向があることである。2017年度の「病床機能報告」によれば、年間1,000件以上を受け入れている救急病院が、受入件数の85%を担っているとの結果も出ている。それでいて、搬送件数が多いのにも関わらず医師数が少ない病院もあるため、手厚く評価することで医師数を確保させようというのが厚労省のねらいでもある。評価の要件は今後の議論で決まるが、受入件数を基準としたものになると思われる。

過剰な労働時間を余儀なくされている救急病院の医師に対しては、診療報酬改定でも特例の配慮がなされることが確定した。12月17日の大臣折衝で、0.55%の引き上げとなった本体分のうち0.08%を、「消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応」に回すことが決まっている。

0.08%は、金額にして126億円程度で、2017年度の「病床機能報告」によれば、年間救急搬送受入件数が1,000件以上の医療機関は1,442施設、2,000件以上は898施設で、仮に1,000件以上の医療機関が対象となれば約873万円が投入される計算となる。劇的な効果を発揮する金額とはいえないまでも、時間外労働の報酬に多少の上乗せは期待できる。

■麻酔管理補助を特定行為研修修了看護師に任せることで、医師の負担を軽減

麻酔管理に関しては、特定行為研修を修了すれば看護師も実施可能な医行為がある。

全身麻酔では麻酔導入時の「橈骨動脈ラインの確保」「直接動脈穿刺法による採血」「末梢留置型中心静脈ラインの確保」、麻酔維持期の「薬剤投与量の調整」「脱水症状に対する輸液による補正」「糖質・電解質輸液投与量の調整」「人工呼吸器の設定調整」「気管チューブ位置の調整」、麻酔覚醒期の「人工呼吸器からの離脱」「中心静脈ラインの抜去」が該当するとされており、硬膜外麻酔の場合は麻酔維持期の「薬剤投与量の調整」「脱水症状に対する輸液による補正」「糖質・電解質輸液投与量の調整」、術後の「硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整」が該当するとされている。これらの業務を看護師に任せることでタスク・シェアリング、タスク・シフティングが実現し、医師の負担を軽減させるのがねらいであり、そのために診療報酬における評価でも誘導を図っている。

介護サービスの生産性向上のため、 3年でウェブ入力・電子申請等を実現

経済財政諮問会議

12月5日の経済財政諮問会議は、社会保障制度改革をテーマに議論し、民間議員は、介護サービスの生産性向上のため、3年以内に「ウェブ入力・電子申請」「データの共有化・文書保管の電子化」を確実に実現するよう提言した。また、厚生労働省が今年度定めたケアプランの標準仕様について、着実に推進するためKPIを掲げることも要望した。

■類似書類を一本化するなど簡素化を進め、 6年に1度の更新申請を可能に

「ウェブ入力・電子申請」「データの共有化・文書保管の電子化」については、厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」で具体的な取組内容が検討されてきた。

11月27日には中間とりまとめがなされており、類似書類を一本化するなど申請手続きの簡素化を進め、6年に1度の更新申請で済ませられるようにしていく計画としている。介護保険事業は自治体が実施しているため、統一の様式がなく、ローカルルールを生み出す原因となっている。経済財政諮問会議では、そうした実態を踏まえたうえで、保険者インセンティブを活用して自治体の取組みを推進するべきだとした。

ケアプランの標準仕様も、問題の本質は同じだといえる。しかし、各事業所で採用している介護ソフトなどの業務システムが異なることから、実質的にどの程度推進されているかは不明だ。そのため民間議員は、標準仕様

に基づくシステムの導入や、介護ソフトの互換性の確保を着実に進めるべきだとしている。

■介護サービスの海外輸出と

IT関連ベンチャーの連携を推進

これらの生産性向上の取り組みの先にあるのは、介護サービスの海外輸出である。高齢化が急速に進んでいるのは日本だけではない。

とりわけアジア諸国は高齢化の傾向が顕著であり、「日本の介護」をグローバル成長産業化させたいというのが政府のねらいである。

そこまでの水準に達するため、民間議員が提言したのは、現場と先端技術のマッチングを加速するプラットフォームの形成や介護事業者とIT関連ベンチャーの連携推進であり、それによってエビデンスを蓄積して横展開させるべきだとして、そうした取り組みは報酬体系にも反映するべきだとしている。

ITベンチャーとの連携に関しては、来年度の税制改正で、ベンチャーへの投資に優遇措置を設ける方針が固められている。大企業は1億円以上、中小企業は1,000万円以上投資すると、出資額の25%を課税所得から控除するというものであり、裏を返せば、介護事業者からの企業およびベンチャーへの積極的な働きかけを行うことで、大規模なICT化を実現しやすくなるともいえる。社会福祉法人の経営基盤強化に向け、「社会福祉連携推進法人」が創設される動きもあり、そうしたスキームを活用することが経営状況の飛躍的な改善につながる可能性も想定される。

医療情報①
 年頭会見で
 安倍首相

「全世代型社会保障」の実現が最大のチャレンジ

安倍晋三首相は1月6日、三重県伊勢市で年頭記者会見に臨んだ。会見の冒頭に所感を披露し、令和の新しい時代、その未来をしっかりと見据えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度へと改革していく。これが、本年、内閣の最大のチャレンジなどと述べ、全世代型社会保障制度の実現を最重要課題とする考えを示した。記者からの「内政面で最も成し遂げたい課題は何か」の問いに対しては「全世代型社会保障の実現」を挙げた。そのうえで、「少子高齢化の進展、人生100年時代の到来、世の中が大きく変わるなかで、社会保障も大きく転換していかなければならない。2022年には団塊の世代が75歳以上となるわけで、もはや待ったなしだ」とした。さらに医療については、「生涯現役の社会をつくり上げるなかで、年齢にかかわらず、一定以上の所得がある方には応分の御負担をいただくことで、現役世代の負担上昇を抑えていく。高齢者の実態などを踏まえ、丁寧に検討し、この夏までに成案を得たい」と表明。「人生100年時代の到来をチャンスと捉え、子供たちからお年寄りまで、すべての世代が安心できる社会保障制度を築き上げることで、少子高齢化に立ち向かっていく」と述べた。

医療情報②
 会見で
 加藤厚労相

医療について 「さらに踏み込んでいく」

加藤勝信厚生労働相は1月7日の閣議後の記者会見で、全世代型社会保障制度について触れた。加藤厚労相は、「厚労省の所管事項も多々ある。すでに中間とりまとめで出た方向性については、その具体的な方向において決められたものについてはさらに審議会等での議論を経ながら、その実現に努力をしていきたい。引き続き検討をすべき課題についても、厚労省としても積極的に結論を得るべく努力をしていきたい」と述べ、厚労省全体で全世代型社会保障制度の実現に取り組んでいく姿勢を示した。

さらに、医療に関して「一つの考え方は示していただいた。それをさらに今年の夏に向けて議論を深めていく」と決意を披露した。医療については、「さらに踏み込んでいくということがはっきりとしている」としたうえで、スケジュールや具体的な議論の方向性については、西村康稔・全世代型社会保障改革担当相が検討しているとした。

医療情報③
 厚生労働省
 公表

中国の「原因不明肺炎」で 注意喚起

厚生労働省は1月7日、中国の湖北省武漢市で、原因となる病原体が特定されていない肺炎の発生している事案についての第2報を公表した。

1月5日時点で、中国では59例の確定例（うち7例は重症）が発生している。

死亡例はなく、発症日は昨年12月12日から29日の間で、感染経路は不明ながら、ヒト-ヒト感染の明らかな証拠はないという。

医療従事者における感染例も確認されていない。インフルエンザ、鳥インフルエンザ、アデノウイルス、重症急性呼吸器症候群（SARS）、中東呼吸器症候群（MERS）は否定されている。

発生場所は、海鮮市場（華南海鮮城）と関連した症例が多い。

当該海鮮市場は、野生動物を販売している区画もあるとされ、1月1日に海鮮市場を閉鎖した後、新たな同様の患者は発生していない。

なお、香港、シンガポール、台湾等で武漢市からの渡航者の発熱の報告があがっているが、既に他の原因（病原体）が明確になった事例が大半であり、これまでのところ、本疾患との因果関係が明らかになったものはないという。

厚労省は、以下などの対策をとっている。

- ▼空港等の検疫ブースにおけるポスターを用いた武漢市からの帰国者および入国者に対する自己申告の呼びかけ
- ▼厚生労働省検疫所ホームページ「FORTH」における、渡航者への注意喚起
- ▼帰国者に対する現行の検疫体制の継続（日本への入国者に対し、サーモグラフィー等を用いて、発熱等の症状がないか確認を実施）
- ▼自治体および関係機関に対し、原因が明らかでない肺炎等の患者に係る、国立感染症研究所での検査制度（疑似症サーベイランス）の適切な運用について依頼

また、「日本では、これまで上記肺炎と関連する患者の発生の報告はありませんが、武漢市から帰国される方におかれましては、咳や発熱等の症状がある場合には、マスクを着用するなどし、医療機関を受診していただきますよう、御協力をお願いします。」のほか、受診に当たっては、「武漢市の滞在歴があることを申告願います」と呼びかけている。

医療施設動態調査 (令和元年7月末概数)

厚生労働省 2019年9月27日公表

病院の施設数は前月に比べ 2施設の減少、病床数は 498床の減少。
 一般診療所の施設数は 23施設の増加、病床数は 212床の減少。
 歯科診療所の施設数は 8施設の減少、病床数は 増減無し。

1 種類別に見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
	令和元年7月	令和元年6月			令和元年7月	令和元年6月	
総数	179 293	179 280	13	総数	1 624 804	1 625 514	△ 710
病院	8 316	8 318	△ 2	病院	1 533 460	1 533 958	△ 498
精神科病院	1 054	1 054	-	精神病床	327 284	327 553	△ 269
一般病院	7 262	7 264	△ 2	感染症病床	1 892	1 888	4
療養病床を 有する病院(再掲)	3 679	3 679	-	結核病床	4 374	4 418	△ 44
地域医療 支援病院(再掲)	611	608	3	療養病床	310 699	310 975	△ 276
				一般病床	889 211	889 124	87
一般診療所	102 471	102 448	23	一般診療所	91 286	91 498	△ 212
有床	6 681	6 697	△ 16				
療養病床を有する 一般診療所(再掲)	790	794	△ 4	療養病床 (再掲)	7 965	7 990	△ 25
無床	95 790	95 751	39				
歯科診療所	68 506	68 514	△ 8	歯科診療所	58	58	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

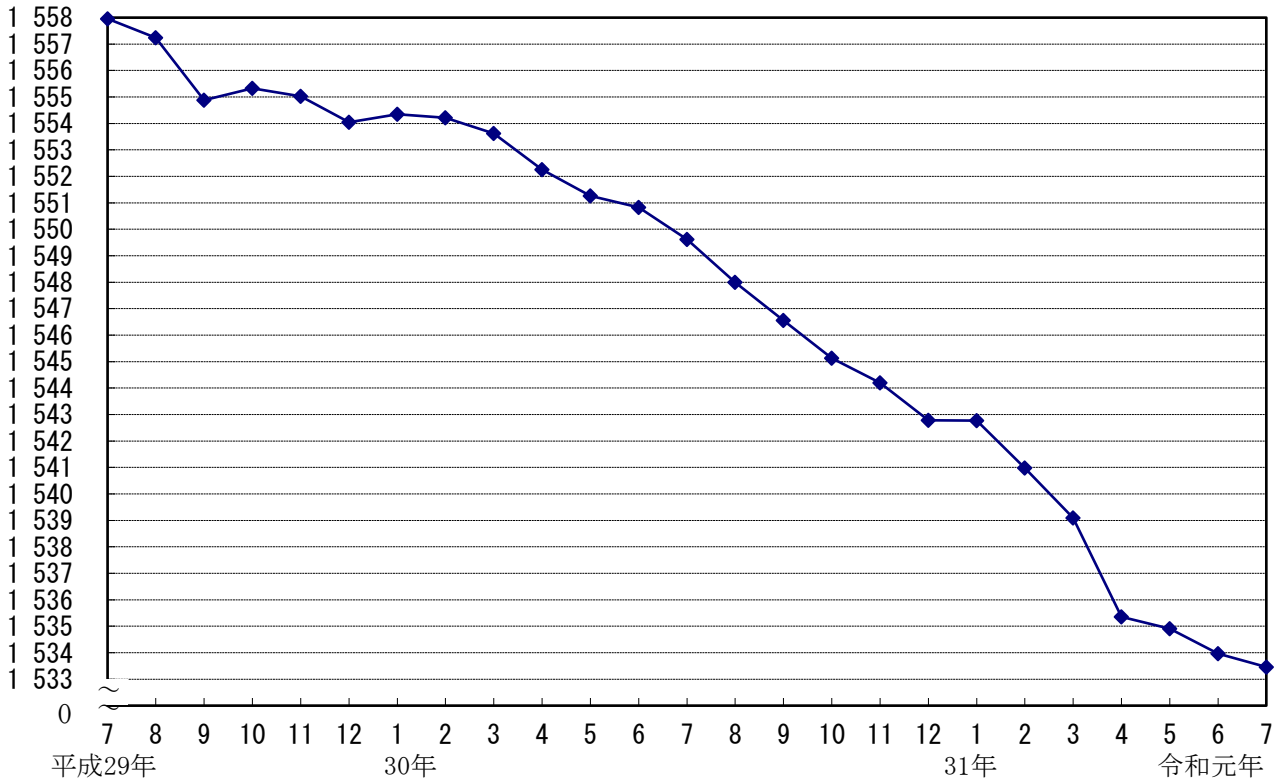
令和元年7月末現在

	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	8 316	1 533 460	102 471	91 286	68 506
国 厚生労働省	14	4 622	22	-	-
独立行政法人国立病院機構	141	53 334	-	-	-
国立大学法人	47	32 726	148	19	1
独立行政法人労働者健康福祉機構	32	12 262	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 197	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 752	3	-	-
その他	23	3 597	362	2 156	3
都道府県	198	52 302	254	176	7
市町村	613	125 606	2 914	2 189	253
地方独立行政法人	108	42 243	33	17	-
日赤	91	35 236	205	19	-
済生会	85	22 824	52	-	1
北海道社会事業協会	7	1 717	-	-	-
厚生連	101	32 198	67	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	294	-	2
共済組合及びその連合会	42	13 339	140	-	5
国民健康保険組合	1	320	16	-	-
公益法人	198	49 314	506	261	103
医療法人	5 734	858 090	43 521	69 309	14 726
私立学校法人	111	55 172	190	38	17
社会福祉法人	197	33 640	10 002	352	38
医療生協	82	13 719	304	248	51
会社	31	8 411	1 683	10	11
その他の法人	212	44 419	745	284	113
個人	174	16 486	41 008	16 183	53 175

参 考

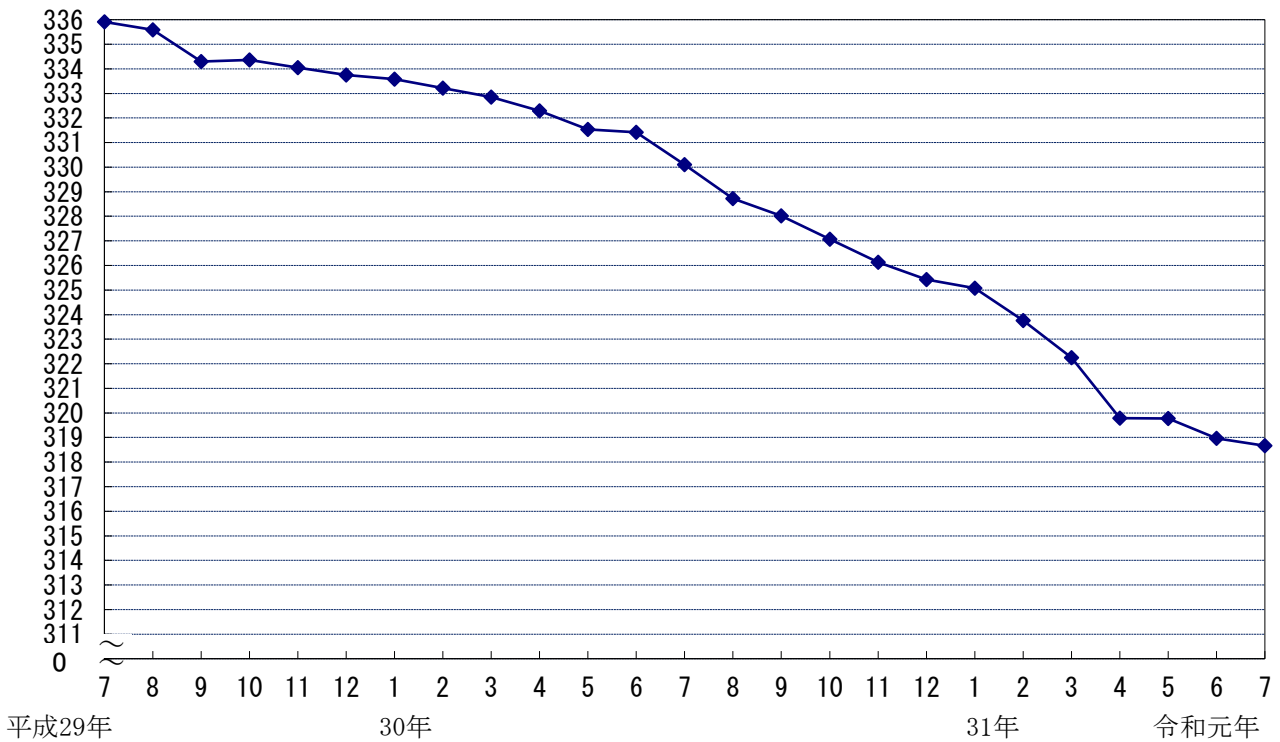
■ 病院病床数

病床(千床)



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計

病床(千床)





経営情報
レポート
要約版



人事・労務

医療従事者の勤務環境改善に向けた

クリニックの 「働き方改革」

1. 医療機関における「働き方改革」の概要
2. 「働き方改革」による影響と対応
3. 医療従事者の勤務環境改善に向けた取り組み
4. 勤務環境改善の取組み内容と支援ツール



1

医業経営情報レポート

医療機関における「働き方改革」の概要

■ 医療機関における「働き方改革」とは

(1)「働き方改革」のこれまでの経緯

2016年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」を受けて、2016年9月に「働き方改革実現会議」が発足しています。同会議は2017年3月、「働き方改革の実行計画」を決定しています。

労働力不足を解消し、一億総活躍社会を実現させるために実行計画のポイントとなるのは、①同一労働同一賃金の実現など非正規雇用の待遇改善、②長時間労働の是正、③高齢者の就労促進の3点です。

◆働き方改革実行計画(以下、一部抜粋)

<p>同一労働同一賃金など非正規雇用の処遇改善</p> <p>(1) 同一労働同一賃金の実効性を確保する法制度とガイドラインの整備(基本的考え方)</p> <p>【賃金のガイドライン】</p> <p>① 基本給の均等・均衡待遇の確保</p> <p>② 各種手当の均等・均衡待遇の確保</p> <p>③ 福利厚生や教育訓練の均等・均衡待遇の確保</p> <p>④ 派遣労働者の取扱</p> <p>【法改正の方向性】</p> <p>① 労働者が司法判断を求める際の根拠となる規定の整備</p> <p>② 労働者に対する待遇に関する説明の義務化</p> <p>③ 行政による裁判外紛争解決手続の整備</p> <p>④ 派遣労働者に関する法整備</p> <p>(2) 法改正の施行に当たって</p> <p>賃金引上げと労働生産性向上</p> <p>(1) 企業への賃上げの働きかけや取引条件の改善</p> <p>(2) 生産性向上支援など賃上げしやすい環境の整備</p> <p>柔軟な働き方がしやすい環境整備</p> <p>(1) 雇用型テレワークのガイドライン刷新と導入支援</p> <p>(2) 非雇用型テレワークのガイドライン刷新と働き手への支援</p> <p>(3) 副業・兼業の推進に向けたガイドラインや改定版モデル就業規則の策定</p>	<p>女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備</p> <p>(1) 女性のリカレント教育など個人の学び直しへの支援などの充実</p> <p>(2) 多様な女性活躍の推進</p> <p>(3) 就職氷河期世代や若者の活躍に向けた支援</p> <p>病気の治療と仕事の両立</p> <p>(1) 会社の意識改革と受入れ体制の整備</p> <p>(2) トライアングル型支援などの推進</p> <p>(3) 労働者の健康確保のための産業医・産業・保健機能の強化</p> <p>子育て・介護等と仕事の両立、障害者の就労</p> <p>(1) 子育て・介護と仕事の両立支援策の充実・活用促進</p> <p>【男性の育児・介護等への参加促進】</p> <p>(2) 障害者等の希望や能力を活かした就労支援の推進</p> <p>雇用吸収力、付加価値の高い産業への転職・再就職支援</p> <p>(1) 転職者の受入れ企業支援や転職者採用の拡大のための指針策定</p> <p>(2) 転職・再就職の拡大に向けた職業能力・職場情報の見える化</p> <p>高齢者の就業促進</p> <p>外国人材の受入れ</p>
---	---

(出典) 首相官邸 働き方改革実行計画(概要)

2

「働き方改革」による影響と対応

■ 労働時間の把握方法

厚生労働省より、2017年1月20日に「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」が公開されています。

「労働時間の状況の把握」の具体的な方法については、上記のガイドラインが参考となります。

訪問事業や院外研修等で自院に戻らず、その日はそのまま帰宅するといったケースなどでは、労働時間の把握について、これまで以上に注意が必要です。

例えば、自己申告した労働時間と実際の労働時間（PCの使用終了時間）に乖離がみられた場合は実態を調査し、労働時間の補正を行わなければなりません。

また、残業代抑制のために申告する労働者の労働時間の調整については、今まで以上に厳しくなり規制の対象となります。

対策としては、院内で労働時間の管理方法を徹底し、労働者に周知させることや、可能な限り、時間外労働を減らす取り組みを行うことです。

◆ 労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置

● 使用者は、労働者の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し、適正に記録すること

（1）原則的な方法

- ・ 使用者が、自ら現認することにより確認すること
- ・ タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること

（2）やむを得ず自己申告制で労働時間を把握する場合

- ① 自己申告を行う労働者や、労働時間を管理する者に対しても自己申告制の適正な運用等ガイドラインに基づく措置等について、十分な説明を行うこと
- ② 自己申告により把握した労働時間と、入退場記録やパソコンの使用時間等から把握した在院時間との間に著しい乖離がある場合には実態調査を実施し、所要の労働時間の補正をすること
- ③ 使用者は労働者が自己申告できる時間数の上限を設ける等適正な自己申告を阻害する措置を設けてはならないこと。さらに36協定の延長することができる時間数を超えて労働しているにもかかわらず、記録上これを守っているようにすることが、労働者等において慣習的に行われていないか確認すること

（出典）厚生労働省 労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン

3

医業経営情報レポート

医療従事者の勤務環境改善に向けた取り組み

■ 医療従事者の勤務環境改善の促進

(1) 医療従事者の勤務環境改善に向けた政府の動き

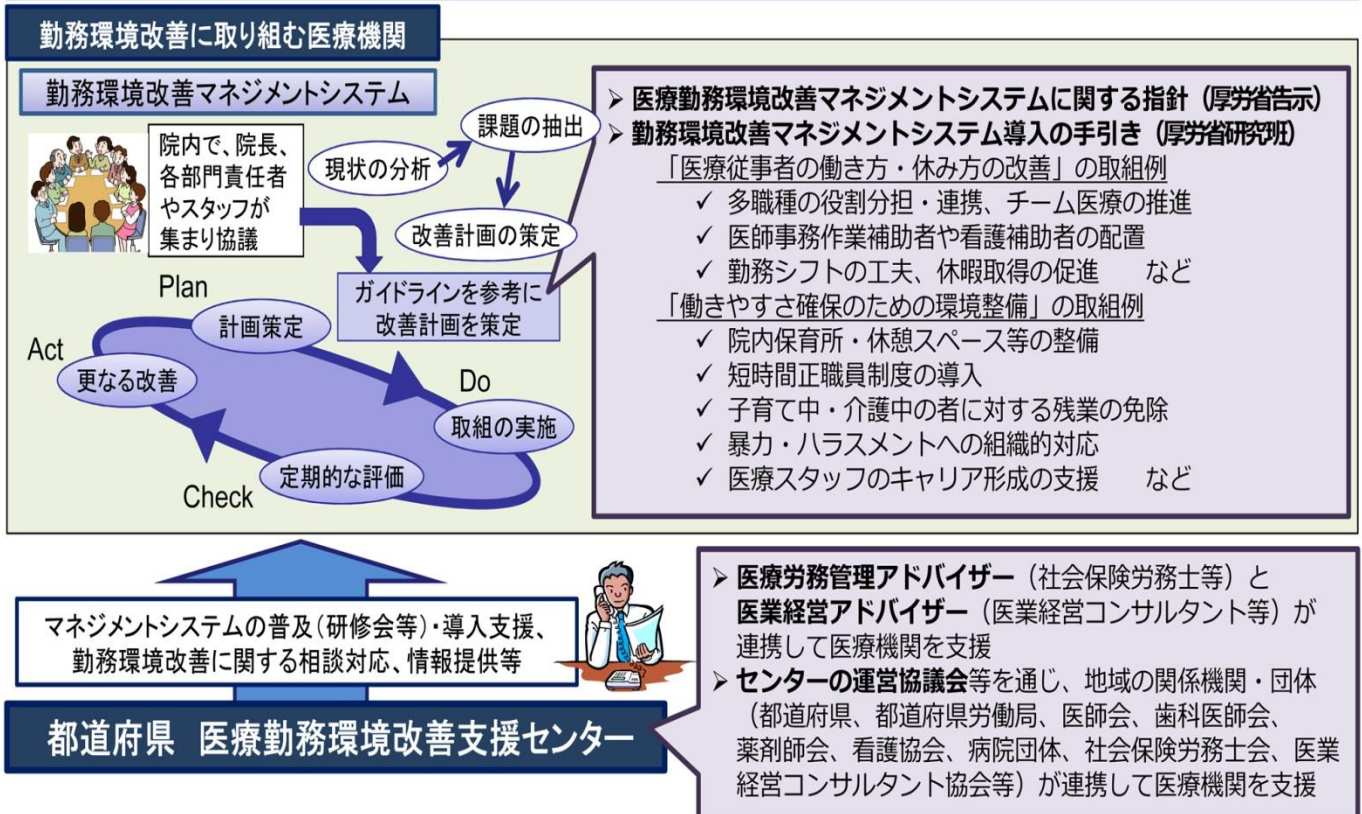
医療従事者の勤務環境改善に向けては、平成26年の医療法改正により、医療機関の自主的な活動の下に、PDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組みとして、「勤務環境改善マネジメントシステム」を創設しています。

また、都道府県ごとに、勤務環境改善に取り組む医療機関を支援するための「医療勤務環境改善支援センター」を47都道府県全てに設置し、医療労務管理アドバイザー(社会保険労務士等)や医業経営アドバイザー(医業経営コンサルタント等)が専門的・総合的な支援を行っています。

◆ 医療従事者の勤務環境改善の促進

医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法(平成26年10月1日施行)に基づき、

- ▶ 医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み(勤務環境改善マネジメントシステム)を創設。医療機関の自主的な取組を支援するガイドラインを国で策定。
- ▶ 医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制(医療勤務環境改善支援センター)を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。
- ▶ 医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組(現状分析、改善計画の策定等)を促進。



(出典) 厚生労働省 医療従事者の勤務環境の改善について

4

医業経営情報レポート

勤務環境改善の取組み内容と支援ツール

■ 「雇用の質」向上の取組

医療勤務環境改善マネジメントシステムについては、「雇用の質」向上に向けた具体的な取組みが紹介されており、「雇用の質」向上は、4つの領域が想定されています。

医療機関等の特徴（規模や地域性、診療科等）や現在の状況（経営状況や職員数、職員構成等）によって、実行可能な取組みや有効な取組みは変わってきます。

具体的な対策を検討する際は、自院の特徴や状況に合わせて、できる取組みから始めたり、複数の取組みを組み合わせたりと、自院で可能な取組みを行います。

◆4つの領域(①～④)における取組メニュー

①働き方・休み方改善

- 労働時間管理：時間外労働の削減、1回あたりの最長勤務時間の削減、休暇の取得促進、夜勤負担軽減策（夜勤明けの早帰り等）、勤務と勤務の間隔の確保など
- 医師の負担軽減：多様な勤務形態（短時間勤務、交代制勤務、連続当直を行わない勤務シフト、主治医制見直し等）、給与・手当等の処遇改善、チーム医療の徹底（補助者の活用等）、他職種との連携・業務分担、その他の負担軽減（ICT機器、医師の確保等）、地域医療連携（診療所との外来業務の分担等）
- 看護職・コメディカルの負担軽減：復職支援制度、雇用形態や勤務形態が選択可能な制度（働く時間の長さ、時間帯や曜日、働き方等が選べる）、健康・安全に配慮した夜勤・交代制シフト（仮眠時間の確保、夜勤回数の制限、夜勤専従者の雇用及び配慮等）、診療・薬剤・検査・事務部門等関連部門との連携、潜在看護職・コメディカルの把握・職場復帰支援など

②職員の健康支援

- 職員の生活習慣病対策：健康診断の受診率向上等
- メンタルヘルス対策：相談窓口、復職支援プログラム等
- 作業環境対策：腰痛対策、眼精疲労対策（健診、作業環境の管理等）
- 有害化学物質対策、感染症対策など

③働きやすさ確保のための環境整備（ソフト面・ハード面）

- 仕事と子育て・介護との両立支援：院内保育所や学童保育等の整備、休憩スペースの設置、情報共有システム導入、保育・介護サービス利用料の補助、短時間正職員制度の導入、育児・介護に係る休業・休暇制度の充実、男性職員の育児休業取得など
- 職員の安全確保（暴言・暴力等への対策）：警備員の配置、相談窓口の整備、対応マニュアルの整備など
- いじめ・ハラスメント対策：相談窓口の整備、関連する研修の実施
- 職場の風土・環境の整備：職員向け院内アメニティ（仮眠室、休憩室等）の整備など
- 人材の定着化の視点：定期面談等による職員の事情や希望の把握、職員の事情等を尊重した配置や業務面の配慮

④働きがいの向上

- 専門職としてのキャリアアップ支援：研修等への参加奨励、子育て等と両立しながらの勤務の継続に関する相談窓口の設置など
- 部署異動によるキャリアアップ：法人内での人事ローテーション
- 休業後のキャリア形成：産休・育休復帰後のキャリア形成、産休・育休中の職員の円滑な復職支援など

（出典）いきいき働く医療機関サポートWeb（いきサポ） 医療従事者の勤務改善関係 参考資料

ジャンル：医業経営 > サブジャンル：未収金防止策

未収金発生前の防止策

未収金防止対策について教えてください。

■発生する前の防止対策が未収金問題の要諦

少額の未収金であっても、累積すると医療機関の経営に影響するリスクの要素になります。未収金は主に「窓口負担金の未払・不足分」ですが、発生してから回収する方策は困難なものです。既に診療を終えてしまった患者にとっては、後日その支払いをすることに心情的な抵抗を感じるでしょうし、医療機関側としても改めて請求しにくいというえ、回収には患者に来院を促すことが前提であることが大きく影響します。

(1) 支払方法の選択肢を検討する

未収金対策の基本は、回収よりも予防策の重視です。仮に発生した場合でも、その時点で請求する仕組みを予め院内で構築しておくことが重要です。

●保証金の徴収

保険外診療など高額治療が想定される場合、入院時に5～10万円を預かる（費用に充当）

●分割支払制度への対応

経済的問題が懸念される患者に対して、医療費相談窓口で分割支払の提案をする

●クレジットカード・デビットカード導入

手数料が発生するが、保険外診療を主にする医療機関は積極的に導入を検討する

(2) 医療費に関する相談は積極的に応じる

未収金発生の原因のひとつである情報提供不足では、医療費の自己負担額について十分な説明がなされていないという理由が多く見受けられます。仮に、検査実施前の注意事項の説明は行われていても、検査後の対応やそれに応じて新たに治療の必要が生じる可能性など、医療費支払に関連する事項が不十分であるケースが少なくありません。検査実施・治療前の丁寧な説明は、患者の不安を解消することにつながります。また、患者側からは医療費について尋ねがたい雰囲気があるため、相談窓口を設置していない場合は、受付や会計担当の職員が積極的に声がけし、支払いに関する相談を切り出すきっかけにすることが重要です。

(3) 未収金問題への関心を共有する

管理者である医師は、売上と共に未収金発生額・回収額を把握しておく必要があります。件数が少ない、金額が些少であるなどを言い訳にしているうちに、累積金額は大きくなってしまいます。発生原因も含めて、医師と院内職員全員が未収金に対して関心を持つことが重要です。



経営
データ
ベース

ジャンル：医業経営 > サブジャンル：未収金防止策

未収金管理体制徹底のポイント

未収金の管理を院内で徹底する方法を教えてください。

■未収金情報は院内で共有する

未収金を管理するためには、発生時点を確定させることが必要です。どの時点から「未収金」として認識し、管理しなければならないのかを明確にするため、請求金額確定から支払までの期間、未収金としての取扱を開始する院内基準を策定し、管理体制を構築することが重要です。発生した未収金を主に管理するのは、事務部門のなかでも医事部門が多いと思われそうですが、回収期間が長期になるにつれて、経理・財務部門においても未収金情報は重要さを増すこととなります。このように、部門によって未収金管理の目的は異なるため、管理方法も統一されていない場合が多いことから、未収金情報は院内で共有し、同一の情報をいずれの部門でも取得できるようにしておく、院内での未収金管理への意識がより徹底されます。

また、未収金の状況に関しては、

<共有すべき未収金状況に関する項目>

金額と発生理由、医業収益に対する割合等を把握し、これらの情報については経営幹部が共有できる体制が望ましいでしょう。

- ①金額（総額及び推移）
- ②発生理由
- ③経過期間（患者単位）
- ④長期滞留案件の状況
- ⑤医業収益に対する割合（推移）

未収金状況に
対する危機意識を
共有する

■未収金管理体制の枠組み構築

医事部門においては、未収金回収がその管理目的となるので、患者単位の情報管理が求められる都合上、医事会計システムとは別個に、個別管理を実施している医療機関も少なくないようです。患者個別で督促を行う際には、回収状況が把握しやすいためです。

医事会計システムと連動させた一般的な管理体制としては、次のような取り組み例があります。

<入院診療分>

請求書の発行と同時に未収金として認識、登録され、その後支払を受けた金額について未収入金処理を実施して、患者個別にリストから除くという流れです。よって、請求額全額の支払を受けた場合には未収金リストから削除され、また支払が一部であった場合には未収金リストに掲載されたままになります。

