

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.692 2021.10.5

医療情報ヘッドライン

「医師の働き方改革」の評価は 5段階評価ではなく定性的に

▶厚生労働省 医師の働き方改革の推進に関する検討会

費用対効果評価、スピードアップへ 協議のプロセスを大幅に見直し

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 費用対効果評価専門部会

週刊 医療情報

2021年10月1日号

臨床研修の想定労働時間、 一覧表示23年度から

経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費 (令和2年度2月)

経営情報レポート

受付・会計業務 効率化のポイント

経営データベース

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:具体的取組ポイント

訪問審査の具体的取組ポイント ケアプロセス調査について

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。

「医師の働き方改革」の評価は 5段階評価ではなく定性的に

厚生労働省 医師の働き方改革の推進に関する検討会

厚生労働省は、9月15日の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」で、時間外労働の上限規制（年間960時間以下）の対象外となる医療機関を指定するための評価方法を、定性的なものにすると提案した。

また、時間外労働上限の規制外となる「高度技能」の範囲については継続審議になることが決まるなど、何をもって働き方改革とするかの基準について、今ひとつ明確に打ち出せない状況となってきた。

■救急病院時間外労働は年間1860時間以下

働き方改革関連法は2019年度から順次施行されており、一般社会においては大手・中小ともに時間外労働（残業時間）の上限規制がスタートしている。医師は診療を原則として拒むことのできない「応召義務」があるため、一般のビジネスパーソンと同列に扱うことはできない。一方で、限りある医療資源を有効に使うためにも、医師自身の健康を守ることが求められるため、2024年4月からのスタートを目指して「医師の働き方改革」が検討されてきた。現在、前述のように、勤務医の時間外労働は「年間960時間以下」になることが決まっている（これを「A水準」と規定している）。

とはいえ、24時間365日体制で対応している救急医療や、研修医など集中的に多くを経験しなければならない医師はA水準を超えてしまうことが予想されるため、「年間1860時間以下」という別枠を設けた。

救急医療機関はB水準、研修医はC水準とされたが、これらは新設される「医療機関

勤務環境評価センター」（以下、評価センター）によって指定を認められた医療機関のみが適用されることとなっている。

■「病院の優劣を印象づける」と委員が反発

そうなると問題は、指定を受けられるのがどんな評価基準によるものかだ。ここを明確にしないと、「医師の働き方改革」とは名ばかりの骨抜き制度となってしまうため、厚労省は8月の検討会で評価の枠組みと運用方法を提示している。具体的には、労務管理の適切な管理や労働時間短縮に向けた取り組みの実施、実際の取り組み結果などを積み上げ、「S・A・B・C・D」の5段階で評価するというものだった。ところが、検討会の委員からは「都道府県にとって非常にわかりやすい」といった声がある一方で、「病院の優劣を強く印象づけ、評価がいまひとつの病院はブラック的な病院なのではないか」といったイメージを持たれかねない」との反発もあった。

評価センターでは定量的な段階評価だけでなく定性的な所見を付すことにしていたこともあり、厚労省側が折れた格好だ。

そもそも、医療は医師の自己犠牲的な長時間労働に支えられている面がある。一方で、勤務時間の大幅な短縮に成功した事例も散見されており、医療機関側の取り組み次第で変わる可能性があることも確かだ。

今後の人口減少も視野にいれると、医師のみならず医療従事者のワークライフバランスに配慮することが重要となってくることが予想されるだけに、骨抜きとまらない制度にできるかどうか注目される。

費用対効果評価、スピードアップへ 協議のプロセスを大幅に見直し

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 費用対効果評価専門部会

厚生労働省は、9月15日の中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会で、費用対効果評価制度の見直しの方向性を示した。

現状、実際の価格調整実施まで18か月以上かかるなど、保険収載から価格調整までの期間が長いことが問題視されており、大幅なスピードアップのため協議のプロセスを見直すこととなった。

■分析前協議の1回目から

臨床専門家の同席が可能に

費用対効果評価制度は、高額医療や高額医薬品を保険収載するにあたり、適正な価格設定をするために定められた制度。医療機器も医薬品も、技術の進化に伴って価格が右肩上がりとなっており、医療費を抑制する目的で導入された。対象となるのは「市場規模が大きい」もしくは「著しく単価が高い」医薬品・医療機器。治療方法が十分に存在しない希少疾患（指定難病など）や小児のみに用いられる品目は対象外となっている。

特徴的なのは、評価結果を保険償還の可否判断に用いていない点だ。革新的な創薬であれば、いち早く患者に投与すべきであることから当然の考えだが、その考え方が評価のスピードを遅くしているともいえる。

前述のとおり、現在のところ、価格調整までの期間は約18か月。プロセスは「①品目の選定」「②企業による分析」「③公的分析」「④総合的評価」「⑤価格調整」と大きく5つの工程にわかれており、②は9か月、③は3~6か月かかっている。

そこで今回改善の遡上にのぼったのが、②

の最初に行う「分析前協議」だ。企業は分析を開始する前に、国立保健医療科学院と分析方法を協議しなければならない。

現状は、その結果を踏まえて2回目の分析前協議を行い、その時点で臨床専門家の参加が可能となっている。手順としては、抜け漏れのないことを優先させていることがわかるが、逆にいえば慎重に過ぎるプロセスであり、初回から臨床専門家が同席すればスピーディに問題が解決するともいえる。

そこで厚労省は、「企業及び公的分析側の合意が得られた場合には」と添えたうえで、今回は1回目からの臨床専門家の参加を容認したというわけだ。

■追加効能には柔軟な対応も

また、厚労省は、分析枠組みが決定される前に評価の対象となる医薬品に効能が追加された場合、原則として追加された効能を含めて分析枠組みを行う方針も提示した。これまではそれぞれ別個に検討していたが、当然分析は大幅に遅延する。

実際、第一三共の抗がん剤「エンハーツ」は、同様の事情で企業分析が遅れた。2020年5月に乳がんの適応で保険収載され、そのときに費用対効果評価の対象となったため、その後、胃がんの効能追加に対応できなかったのだ。同日の中医協総会では、費用対効果評価専門組織からこの件の報告がなされ、「一定程度理解ができる」「提出期限までに分析データ等を提出できなかった理由は妥当」としているため、今後は柔軟な制度運用がなされると思われる。

医療情報①
 医師臨床
 研修部会

臨床研修の想定労働時間、 一覧表示23年度から

厚生労働省は 9 月 24 日、医道審議会医師分科会・医師臨床研修部会（部会長＝国土典宏・国立国際医療研究センター理事長）の会合を開き、部会長に国土氏を再任した。

その後、「医師の時間外労働の上限規制における臨床研修医への対応」について議論した。

この日厚労省は、臨床研修医の募集にあたり医療機関が示す臨床研修プログラムの想定労働時間の具体的な記載方法と、開始時期について意見を求めた。具体的な記載方法について厚労省は、C-1 水準の要否にかかわらず、すべての基幹型臨床研修病院は、臨床研修プログラム内に時間外・休日労働の想定上限時間数を年単位換算で記載し、過去の時間外・休日労働時間の実績も基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院ごとに一覧表で明示する案を提案した。

厚労省案では、一覧表に示す項目は、以下を例示した。

▼病院名	▼所在地	▼時間外・休日労働（年単位換算）想定上限時間数
▼おおよその当直・日直回数		▼時間外・休日労働（年単位換算）の前年度実績

また、開始時期については、上限規制が適用される 2024 年度で 2 年次臨床研修医になっている 22 年度募集（23 年度開始）からの明示が望ましいとした。

一方で、コロナ禍などによる各臨床研修病院の準備負担を勘案し、遅くとも 1 年次から医師の時間外労働の上限規制が適用されることとなる 23 年度募集（24 年度開始）以降、想定労働時間の明示を行うとする考えを示した。この提案に対し、木戸道子委員（日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長）は、基幹型・協力型を一覧で示すのは大変分かりやすいと評価し、「医学生に研修医を守るための健康確保措置があることを理解してもらい、960 時間を超える場合であってもブラックな勤務と誤解されないようにすることが重要」と指摘した。

岡村吉隆委員（和歌山県立医科大学名誉教授・特別顧問）は、「同じ研修プログラム内でも上限時間が異なる。どれだけのバラツキがあるかの資料はないのか」と質問。清水貴子委員（社会福祉法人聖隷福祉事業団顧問）も、「もしデータがあるのであれば、労働時間と到達度について比較できるものも示してもらいたい」と要望した。これに対し厚労省は、「そもそも研修医全員がこの上限まで働くわけではない。どのように表現するかは今後の課題だ」と返答。

「勤務の上限時間のバラツキについては現時点で示せるものは把握していないが、今は各医療機関での実態把握を促している段階。労働時間と到達度については過去に 2 度実施した医師への調査（10 万人調査等）にそうしたデータがあったと記憶している」と回答した。

国土部会長は、「病院の事務方に確認すると C-1 水準の申請の事務手続きが大変なので A

水準に収めたいとの意向があるようだ。実際に全国規模の病院で同様の動きがあるとも聞いている」とし、「現在は過去の全国調査時とは実態が異なっているのではないかと。再度調査が可能であればその必要性もある」と述べた。羽鳥裕委員（日本医師会常任理事）は、宿日直の判断（考え方）や宿日直許可の可否について、「労基署によって判断が分かると聞いている。宿日直に関する基準について基準局任せにするのはいかがなものか」と懸念を示した。

森隆夫委員（医療法人愛精会あいせい紀年病院理事長）も、「労基署によって考え方が違い、また、過去の申請のまま認められ続けているなど、実態はひどい状態。労基署任せにせず医政局からも現場の状況に合わせた形で指導してもらいたい」と同調した。

医療情報②
 医師臨床
 研修部会

国際医福大の留学生の 臨床研修取り扱い、再度議論へ

9月24日の医道審議会医師分科会・医師臨床研修部会では、国際医療福祉大学の留学生の臨床研修に係る対応についても議題となった。国際医療福祉大学医学部（千葉県成田市）は、国家戦略特区制度を活用し、「国家戦略特別区域における医学部新設に関する方針」に基づき2017年4月に開設された。入学定員のうち20人を留学生枠としている。23年3月に第1期生（約140人）が卒業するにあたり、20人の留学生は国際医療福祉大学成田病院を基幹型臨床研修病院として臨床研修を実施する方針で、厚労省は23年度の都道府県別の募集定員に、必要な定員を千葉県に加算し、この分についてはマッチング前に採用決定する考えを示した。

これに対し神野正博委員（社会医療法人財団董仙会理事長）は、「世界最高水準の国際医療拠点をうたっている反面、日本の医師国家試験を通過して普通に臨床研修を行い、普通の医師をつくらせているのに過ぎないのではないかと指摘。設立の主旨とずれているのではないかと疑問を呈した。森隆夫委員（医療法人愛精会あいせい紀年病院理事長）も、「はっきりしないのは国家戦略特区の国際医療拠点の考えに対して、やっていることは普通の臨床研修と変わらない。その辺をきれいに説明してもらいたい」と強調した。岡村委員は、千葉県が大都市圏であることに触れ「医師偏在対策として臨床研修定員枠は大都市圏を減らして地方に持ってくるとする方針に反することになるのではないかと指摘。伊野美幸委員（聖マリアンナ医科大学総合教育センター長）は、初期臨床研修におけるマッチングは医学生自身が研修先を選択しキャリアデザインができる点に着目し、「現状、外国籍の医学生に対して配慮した臨床研修が行われており、三重大、東邦大などは外国人への研修プログラムも存在するなか、成田病院で初期研修を実施する方針となっているが、それは研修留学の医学生の意向に沿っているのか。成田病院は臨床研修の実績もなく、その点も心配される」と訴えた。（以降、続く）

最近の医療費の動向

/ 概算医療費(令和2年度2月)

厚生労働省 2021年6月25日公表

1 制度別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総計	医療保険適用							公費
		75歳未満					75歳以上		
		被用者 保険	本人	家族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
平成28年度	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
平成29年度	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1
平成30年度	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
令和元年度4~3月	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
4~9月	21.6	12.1	6.6	3.6	2.6	5.4	0.7	8.5	1.1
10~3月	21.9	12.3	6.9	3.8	2.7	5.4	0.7	8.6	1.1
3月	3.7	2.1	1.2	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
令和2年度4~2月	38.3	21.3	11.8	6.6	4.3	9.5	1.0	15.1	1.9
4~9月	20.5	11.3	6.2	3.5	2.3	5.1	0.5	8.1	1.1
10~2月	17.8	9.9	5.6	3.1	2.1	4.4	0.5	7.0	0.8
4月	3.3	1.8	1.0	0.6	0.3	0.8	0.1	1.3	0.2
5月	3.1	1.7	0.9	0.5	0.3	0.8	0.1	1.3	0.2
6月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
7月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
8月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
9月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
10月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
11月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
12月	3.7	2.1	1.2	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
1月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
2月	3.4	1.9	1.1	0.6	0.4	0.8	0.1	1.3	0.2

注1) 審査支払機関(社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会)で審査される診療報酬明細書のデータ(算定ベース:点数、費用額、件数及び日数)を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分(はり・きゅう、全額自費による支払い分等)等は含まれていない。

注2) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。(以下同)

注3) 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

●1人当たり医療費

(単位：万円)

	総計	医療保険適用							75歳以上
		75歳未満						国民健康保険 (再掲) 未就学者	
		被用者 保険	本人		家族	国民健康 保険			
			本人	家族					
平成28年度	32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0	
平成29年度	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2	
平成30年度	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9	
令和元年度 4～3月	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2	
	4～9月	17.1	11.2	8.5	8.1	8.3	18.0	11.0	47.5
	10～3月	17.4	11.4	8.8	8.4	8.5	18.4	10.8	47.7
	3月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.6	8.0
令和2年度 4～2月	30.4	19.8	15.1	14.7	13.9	32.5	16.3	83.7	
	4～9月	16.3	10.5	8.0	7.8	7.3	17.4	8.3	45.0
	10～2月	14.2	9.3	7.1	6.9	6.6	15.1	8.0	38.7
	4月	2.6	1.7	1.2	1.2	1.1	2.8	1.3	7.4
	5月	2.5	1.6	1.2	1.2	1.1	2.6	1.2	7.0
	6月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.2	3.0	1.4	7.6
	7月	2.9	1.9	1.4	1.4	1.3	3.1	1.5	7.8
	8月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	2.9	1.4	7.5
	9月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	3.0	1.5	7.6
	10月	3.0	2.0	1.5	1.4	1.4	3.2	1.7	8.1
	11月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	3.0	1.6	7.6
	12月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.7	8.0
	1月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.2	2.9	1.5	7.6
	2月	2.7	1.8	1.4	1.4	1.3	2.9	1.5	7.3

注1) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある

2 診療種類別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費				調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
		診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科						
平成28年度	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9
平成29年度	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9
平成30年度	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0
令和元年度 4~3月	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0
4~9月	21.6	17.3	8.4	7.4	1.5	3.8	0.4	0.15	8.7	11.2	1.5
10~3月	21.9	17.5	8.5	7.5	1.5	3.9	0.4	0.16	8.9	11.4	1.5
3月	3.7	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
令和2年度 4~2月	38.3	30.4	14.9	12.9	2.7	6.8	0.7	0.33	15.5	19.7	2.7
4~9月	20.5	16.3	8.0	6.9	1.4	3.7	0.4	0.17	8.3	10.5	1.4
10~2月	17.8	14.2	6.9	6.0	1.3	3.1	0.3	0.15	7.2	9.1	1.3
4月	3.3	2.6	1.3	1.1	0.2	0.7	0.1	0.03	1.3	1.7	0.2
5月	3.1	2.5	1.2	1.0	0.2	0.6	0.1	0.03	1.3	1.6	0.2
6月	3.5	2.8	1.3	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
7月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.9	0.3
8月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2
9月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
10月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
11月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
12月	3.7	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
1月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2
2月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2

注) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。

入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。



経営情報
レポート
要約版



歯 科

各種システム導入による業務改善 受付・会計業務 効率化のポイント

1. 改善が求められる予約受付業務
2. 会計時の対応と自動会計システムの導入
3. 在庫管理の効率化と在庫管理システムの導入
4. 新しい情報発信ツールの活用ポイント



■参考文献

アポロニア 21 2019年「受付・待合の知恵（上・下）」

1

医業経営情報レポート

改善が求められる予約受付業務

■ 予約システムの活用

受付会計の専門職を雇用している歯科医院はそう多くはありません。通常は歯科助手と受付業務兼任のスタッフが、この新型コロナウイルス感染症対策のため、予約時の患者からの情報収集や、来院時の問診、感染防護、消毒による清拭等、受付業務により多くの時間を割くことになり、歯科助手業務の妨げにもなっています。

予約システム導入による効率化により、スタッフの業務量の減少と患者の待ち時間短縮にもつながり、患者・スタッフ双方の満足度向上への期待が持てます。

■ 歯科医院予約システムの特徴

- 24時間受付可能
- 簡単便利な受付機能
 - ① PCから ② スマートフォンから ③ タブレットから ④ 電話から
- 簡単な受付処理
 - ① 予約登録画面の日別予定表示 ② 週間予定表示 ③ 担当者別・ユニット別表示
 - ④ 患者情報表示 ⑤ 緊急予約枠登録 ⑥ 予約変更・取り消し ⑦ 来院チェック
 - ⑧ 治療完了チェック（自動リコール登録へ） ⑨ 中断患者登録及びチェック
- 患者情報登録（基本情報、現状の健康情報、診療情報、保険情報、予約状況予約手段等）
- リコール情報機能（対象件数、メールによる自動リコール、リコール一覧、リコール履歴）
- データ分析
 - ① 来院患者内容 ② 新規患者ルート（きっかけ等） ③ キャンセル内容
 - ④ 予防方法 ⑤ リコール反応率
- キャンセル待ち（キャンセルに対し充当機能）
- レセコン・電子カルテの連動
- WEB機能
 - ① 予約用ホームページ製作 ② WEBアポイント帳作成 ③ ネット予約機能
 - ④ 携帯電話ホームページ連動
- 緊急連絡機能
 - ① 緊急電話案内機能 ② 緊急電話受付機能
- 基本設定
 - ① 担当者 ② 診療内容 ③ 治療グループ ④ 患者年齢別 ⑤ 摘要
 - ⑥ 特別な診療内容
- 電話移動予約機能
- 休日設定機能
- 医療機関検索サイトとの連動機能

2

医業経営情報レポート

会計時の対応と自動会計システムの導入

■ 自動会計システムの導入

(1) 会計時の問題点

感染症対策により、会計時及び会計後の業務量が増加するため、患者及びスタッフにも負荷がかかることとなります。患者には、今までより待ち時間が長くなることで、不便な思いをさせてしまい、スタッフにも業務量の増加と感染への不安が伴うこととなります。

また、感染症対策に限らず、レジ締めの際においても、現金過不足が出た場合は、スタッフに精神的・時間的な負担がかかります。こうした理由から、少しでも時間と労力の効率化を図るため、自動会計システムを導入する歯科医院が増えています。

■ 会計に関する問題

- 金額の登録ミスやつり銭間違いでレジの金額が合わない
- カルテミスのため、返戻になり、少ない金額でレセプト請求をしてしまう
- ミスの調査のため、レジ締めに時間がかかる
- 金額が合わないため、患者からのクレームになり、対応に負われる
- 金銭授受にストレスを感じ、業務への拒否反応を起こす
- 感染防止に対し常に気を張って患者に接するため、緊張感が増大する
- マスクやグローブ、ビニールシート等の対策により、業務に負荷がかかり、ストレスが溜まる
- 感染防止対策により、患者とのコミュニケーション不足になる

(2) 自動会計システムの導入ポイント

自動会計システムは、患者が自身で精算するため、つり銭ミスが解消します。さらに、レセコンもしくは電子カルテへの連動からレジの登録間違い等のヒューマンエラーが無くなり、レセコンや電子カルテから離れた場所に自動会計のレジがあるため、スタッフは患者と距離を取ってコミュニケーションを取れるようになります。

また、金銭授受が直接にならないため紙幣や硬貨に触ることがなく、ほかの医療機器に触れることがあっても、感染のリスクは低くなります。自動会計システム導入により、レジ締めやつり銭の確認が昼休み前や診療終了後だけで済むため、スタッフの業務量減少と少人数による運営が可能になります。自動会計システムには、クレジット機能や電子マネーにも対応できるキャッシュレス機能まで付いたものもあります。

■ キャッシュレス決済の導入

現在、キャッシュレス決済が政府主導で進められ、医療機関においても普及が進み、特に自由診療の比率の高い歯科医院で導入されています。また、スマートフォンの普及により、若い世代では少額の支払いにおいてもキャッシュレス決済を利用しています。

3

医業経営情報レポート

在庫管理の効率化と在庫管理システムの導入

歯科医院では、総務や管理部といった人員を雇用しているところはほとんどありません。

院長や受付会計担当、もしくは歯科助手、歯科衛生士が診療業務の合間に在庫管理を行っており、定期的に在庫管理表を付けたり、不足品や期限切れ等の対処は難しい状況です。

現状でできる在庫管理を効率化し、医薬品、歯科診療材料、消耗器具備品の無駄を省き、スタッフの労力を減少することで時間外勤務を無くし、経費削減を図ることができます。

■ 在庫管理の目的

診療材料や医薬品等の在庫数や必要数を把握していなければ、診療中に診療材料が欠品して治療に支障をきたしたり、仕入れたものが長い間使われずに過剰在庫となることがあります。

在庫は充足されているかだけでなく、適正な在庫数を確保するとともに、効率的な発注を行うために徹底した在庫管理が必要です。

■ 在庫管理の目的

- 正確な在庫数を把握することで、不足・欠品を防ぐ
- 不良在庫を整理し、適正な発注数を把握することで、過剰発注を防止する
- 在庫をリスト化することで、発注ミス(品名間違いや数量間違い)を防止する
- 定期的な発注により、まとめて配送し、配送費の削減につなげる
- 定期的な発注により、まとめて購入し、単価引き下げにつなげる
- 在庫リスト、発注リストを作成し、在庫情報の共有化を図る
- 在庫確認体制、発注体制の構築によるスタッフ業務の負担軽減

■ 在庫管理の問題点と解決策

(1) 在庫管理体制の問題点

在庫管理を定期的に行わず、担当者も決めていない歯科医院が多くみられます。

物品を取りに行ってはじめて、在庫が少ない・欠品していると気づいたスタッフが発注するという医院もあるようです。

(2) 在庫管理の改善策

在庫管理の改善策は、在庫管理と発注体制を構築し、稼働させることです。

また在庫管理表等を作成し、誰もが確認できるようにしておくことも重要です。現在ではPCやスマートフォンによる在庫管理システムを活用するのもスタッフの労力軽減と発注ミスの削減に有効です。

4 医業経営情報レポート

新しい情報発信ツールの活用ポイント

歯科医院からの情報提供は、患者にとって歯科医院を選択する際の非常に重要なポイントになります。最近では特に、新型コロナウイルス感染防止対策をどう取っているかの情報発信が重要な関心事になっています。

今までの院内情報誌の発行や新聞、地域の情報誌の記事広告やチラシ等による広報活動が、スマートフォン等の普及により、SNSを活用した広報活動に移行してきています。

ただし、地域や患者の年齢層により、広報活動の選択を考える必要があります。

■ SNSの活用

歯科医院の情報発信に合うのは、Instagram かLINEだと言われています。メールも当初は活用されていましたが、必要以外の情報まで送られてくるため最近では敬遠されてきています。Instagram は、国内のユーザー数が 3,000 万人超えと言われ、写真の掲載も可能なため、アピールしやすくなっています。

LINEに関しては、送受信が簡単で利便性が高く、国内ユーザーは 8,000 万人を超えるとも言われています。個人間のLINEもグループLINEも組むことができ、活用方法も多岐にわたります。メインユーザーも年齢層や性別の区別がなく、誰でも活用しています。また求人の場合も、現在では求職者のほとんどがホームページやSNSを通じて職探しの閲覧を行っていて、ハローワークや求人誌への掲載だけでなくSNS併用が必須とも言われています。

■ 歯科医院に適したSNS

- 自医院のホームページは必ず開設
- Instagram
 - ・ 写真掲載により、視覚による訴えができる
 - ・ 国内ユーザー数 3,000 万人超え
 - ・ メインユーザーは 30 歳位までの女性が約 40%を占める。
- LINE
 - ・ 送受信が簡単なため、利便性が高い
 - ・ 個別でもグループでもLINEが組める
 - ・ 国内ユーザー数 8,000 万人超え
 - ・ メインユーザーは年齢層も性別も問わず、利用している

■ 広告の変化への対応

医療広告は対象年齢や患者層、地域性を見極め、何をどう告知したいかによって選択することが必要になってきました。SNSの普及は確かに進んできていますが、患者層や地域によってはまだまだ紙媒体やメールによる広告が必要な場合があります。自医院の置かれている環境を把握し、広報活動を選択する必要があります。



ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:具体的取組ポイント

訪問審査の具体的取組ポイント

病院機能評価において、訪問審査時の具体的取組ポイントについて、教えてください。

訪問審査において面接調査で行われる審査の対象は、病院の組織体制や運営方針、安全確保・感染制御・質改善の取り組みなど、評価対象領域（主に1領域と4領域）について、評価項目順に、面接調査が行われます。

●訪問審査当日の流れ

	開始挨拶 ・メンバー紹介	内容	<ul style="list-style-type: none"> サーベイヤーより簡単な自己紹介 訪問審査当日の概要（進行スケジュールなど）を病院とサーベイヤー間で共有します。
		同席者	病院幹部の対応
病院概要説明	内容	<ul style="list-style-type: none"> 受審病院の概要や特徴を説明 地域における役割、機能、運営方針、課題、将来計画等の説明 	
	同席者	院長等が望ましい	
書類確認	内容	書類確認会場にて、サーベイヤーが評価項目に関連する書類を確認	
	同席者	評価項目ごとに説明ができる担当者	
面接調査	内容	<ul style="list-style-type: none"> 病院の組織体制や運営方針、安全確保・感染制御・質改善の取り組みなど、評価対象領域（主に1領域と2領域）について、評価項目順に面接調査 	
	同席者	1・4領域の質問に対応できる担当者（院長・各部門責任者等）	

●診療・看護部門

病院概要説明	内容	<ul style="list-style-type: none"> サーベイヤーの病棟ラウンドにより、患者の利便性やプライバシー保護など療養環境等や、ナースステーション内で、管理・責任体制や薬剤の管理状況等
	同席者	訪問病棟について説明ができる担当者
外来訪問	内容	<ul style="list-style-type: none"> 患者情報の収集方法、外来診療における安全性の配慮、患者に対する指導方父や退院後の支援体制など、患者から収集した情報をもとに、病態に応じた外来診療が提供されているかの確認 来院した患者が円滑に診察を受けることができているかについて、事務領域の部署訪問時に事務管理サーベイヤーが確認
	同席者	外来診療などについて説明ができる担当者

●事務管理部門

面接	内容	<ul style="list-style-type: none"> 人事、労務、経営や教育に関する事など、事務管理領域に関する手順や取り組みを確認 設備・機器の管理状況や基準・手順・各種記録等の書類を確認
	同席者	訪問病棟について説明ができる担当者

●チーム別部署訪問

面接	内容	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤部門・臨床検査部門など各部署を訪問し、病棟からオーダーを受けて、患者へ実施するまでの業務の流れや、各部署での医療安全や感染制御についての取り組みを確認
	同席者	各部署の担当者責任者



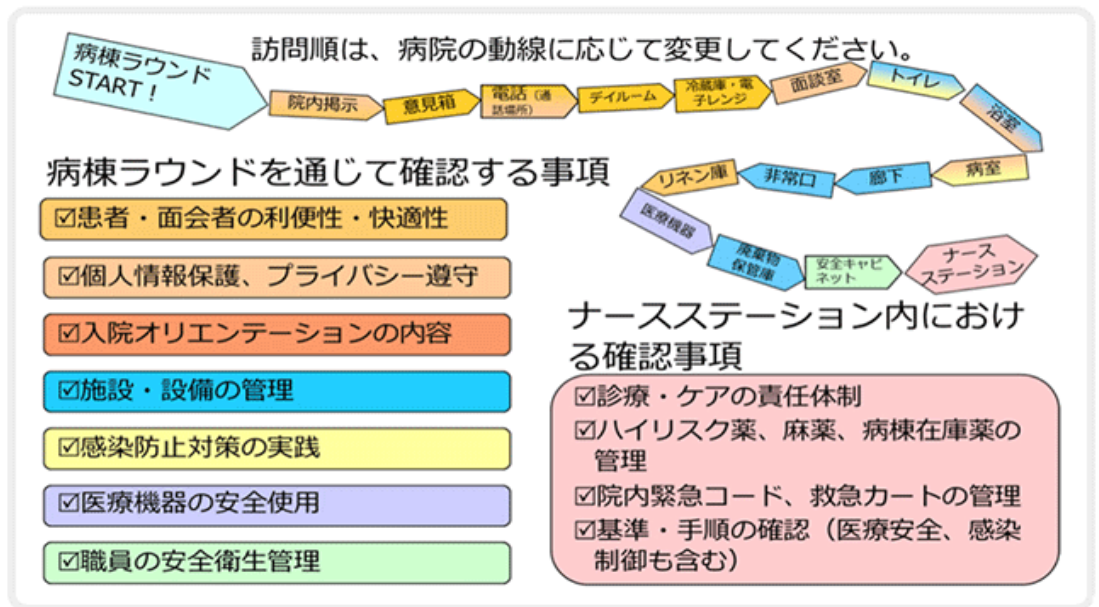
ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:具体的取組ポイント

ケアプロセス調査について

ケアプロセス調査の具体的取組ポイントについて、教えてください。

ケアプロセス調査は、サーベイヤーが病棟をラウンドし、患者の利便性やプライバシー保護など療養環境などを確認します。また、ナースステーション内で、管理・責任体制や薬剤の管理状況等も確認します。

(1) 病棟概要確認の進め方



(2) ケアプロセス調査の病棟選択について

ケアプロセス調査では、ラウンドした病棟の典型的な症例について、診療録等を参照しながら、来院・外来受診、入院から退院までの一連の経過に沿って確認します。

また、症例を通して診療・看護部門の体制や質改善への取組み、多職種の間関与等、病院全体の運営状況についても確認します。より臨床現場の実態にあった評価を行うことで、具体的な診療・ケアの内容を理解し、改善点を把握することができます。

「典型的症例を扱う病棟」を、「訪問病棟」として設定しています。典型的症例（主に、消化器外科の治療と呼吸器の治療を行う病院における典型的症例）は、日常診療を把握することができるような内容を優先して抽出します。手術適用が少数であるケースなど、必ずしも内科・外科患者の診療録を典型的症例として揃えなくても構いません。

(3) 訪問病棟における1症例目の確認方法

訪問病棟では、まず1患者への対応が確認されます。訪問病棟における典型的な患者の症例（植菌退院患者1名分の診療録及び退院時サマリーの記載内容）に沿って審査が進行されます。