

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.724 2022.5.31

医療情報ヘッドライン

オンライン資格確認システムを義務化 来年4月から 健康保険証は廃止へ

▶厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

財制審、フリーアクセス脱却を提言 「量重視」から「質重視」へ

▶財務省 財政制度等審議会

週刊 医療情報

2022年5月27日号

コロナワクチン4回目、 各地で接種開始

経営TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定) (令和3年12月分)

経営情報レポート

採用難、雇用環境変化に対応するための 定年延長、シニア人材活用への対応策

経営データベース

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:アンケート調査の実施

患者アンケート調査実施のポイント アンケート調査票の作成

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。

オンライン資格確認システムを義務化 来年4月から 健康保険証は廃止へ

厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

厚生労働省は、5月25日の社会保障審議会医療保険部会で、保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認システムの導入を原則として義務化する方針を打ち出した。

2023年4月からの運用を目指す。併せて、マイナンバーカードの保険証利用（以下、マイナ保険証）を促進するため、2024年度中をメドに「保険証発行の選択制」を導入。現状の紙の健康保険証の原則廃止（加入者から申請があれば交付される）を目指すとした。

なお、マイナ保険証は、今年4月の診療報酬改定で加算措置の対象となったが、厚労省は「見直す」と開示された資料に明記。患者の自己負担が増すことで国会でも問題視する意見が続出しているのと、マイナ保険証の普及を推進する政府の思惑が合致した形だ。

■運用開始施設は現時点で2割弱にとどまる

従来、保険医療機関・薬局では、窓口で健康保険の資格確認ができなかった。レセプトを請求し、返戻されて初めてその患者が資格喪失していることがわかる仕組みだったため、未収金リスクや窓口での保険証入力作業などの事務負担が積みまっていた。

そうした問題を解決するのが、オンライン資格確認だ。顔認証機能付きカードリーダーで患者の本人確認もできるため、その場で資格喪失しているかどうかはわかるだけでなく、医療費が高額になりそうなときの限度額情報の照会も可能。未収金リスクがなくなるだけでなく、返戻レセプト対応も減少し、医療機関・薬局および支払基金の事務負担を大幅に削減することが期待できる。

ところが、導入は遅々として進んでいない。厚労省は今年度中（2023年3月末まで）

に「概ね全ての医療機関及び薬局」へのシステム導入を目指しているが、5月15日時点で運用開始施設数は19.0%と2割弱にとどまっている。

顔認証付きカードリーダー申込施設数とのギャップを見れば、この低さはベンダーの対応にも問題があることが明白だ。しかし、申込施設数も57.9%と6割弱であることを踏まえると、医療機関や薬局からこの取り組みが歓迎されていないことが窺える。

とりわけ、診療所は歯科も医科も半数以上が申し込みすらしていない（医科診療所が45.9%、歯科診療所は49.9%。ちなみに病院は78.9%、薬局は81.9%）。

■デジタル化を忌避する傾向はないか

この反応の鈍さは何を物語っているのか。

1つは、導入のプロセスの複雑さがあるだろう。指定のサイトでアカウント登録をし、認定されている4機種から選定したのち、システムベンダーに別途発注して機器受取・設定をしなくてはならない。

日常の診療に追われている医療機関にしてみれば、そこまで時間を割くメリットが感じられないのも無理はない。

一方で、導入によって享受できる直接的なメリットだけでなく、データヘルス基盤の充実につながると考えると、デジタル化の意味を理解できていない医療機関が少なからずあるのではないかと思われる。

強引な印象が否めない施策ではあるものの、電子カルテの普及率の低さも深刻に受け止め、デジタル化の必要性を今一度周知することが政府・厚労省には求められているのではないか。

財制審、フリーアクセス脱却を提言 「量重視」から「質重視」へ

財務省 財政制度等審議会

財務相の諮問機関である財政制度等審議会（財制審）は5月25日、いわゆる「春の建議」となる「歴史の転換点における財政運営」を鈴木俊一財務相に提出。「かかりつけ医機能の要件を法制上明確化すべき」とし、そのうえでかかりつけ医機能を備えた医療機関を認定する制度を設け、利用希望者の「事前登録・医療情報登録を促す仕組み」の導入を段階的に検討すべきだと明記した。

さらに、日本の医療の大きな特徴の1つだったフリーアクセスからの脱却も提言。「量重視」から「質重視」へと切り替えていく必要があるとしている。

■従来の厚労省の対応を痛烈に批判する部分も

これまで、財務省および財制審は、医療費を削減するため機能分化を強力に提言してきた。当然、機能分化を進めれば「かかりつけ医」の問題は避けて通れない。しかし、これまでは「推進」にとどめ、明確な法制化までは言及してこなかった。

ところが、4月13日に開催された財制審の財政制度分科会では、法制化を明記。政策に多大な影響がある骨太方針と従来同様の表現が用いられている「春の建議」でもそれが引き継がれたことで、大きく日本の医療が変わることは確定的となった。

しかも、ある種の“聖域”でもあったフリーアクセスにもメスを入れたのが大きい。少々長いですが、今後厚労省の中央社会保険医療協議会で議論されるべきであろう要件の内容にも触れているので、当該部分を引用しよう。

「『いつでも、好きなところで』という意味で捉えられがちで、受診回数や医療行為の数で評価されがちであった「量重視」のフ

リーアクセスを、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という「質重視」のものに切り替えていく必要がある。このような転換が、国民の上手な医療のかかり方に関する広報、好事例の横展開などといった通り一遍の方策では到底果たし得ないことは、もはや自明である。制度的対応が不可欠であり、具体的には、地域の医師、医療機関等と協力している、休日や夜間も患者に対応できる体制を構築している、在宅医療を推進しているといったかかりつけ医機能の要件を法制上明確化すべきである」

■医療費適正化の枠組みが

「実効性を欠く」とも指摘

特徴的なのは、効率性を従来以上に強調していることだ。根拠として示しているのは、厚労省が試算を出している「医療給付費対GDP比」である。

2015年度が6.0%で、2025年度でも6.7%にとどまるとしていたが、2019年度には7.28%とすでに突破していることを盾に取り、「つまりは、平成17年（2005年）末以降の医療費適正化の枠組みが、エビデンスに基づかない実効性を欠くものであったことが明らかになった」と断じているのだ。

そして、「マクロ指標による政策目標の設定を含め、15年来の医療費適正化の蹉跌からの立て直しが求められる」とまで言及している。従来から、財務省および財制審は厚労省に対して攻撃的ではあったが、前段の引用内での政策批判も含め、かなり強いトーンで政策の転換を迫っているのが印象的だ。果たして今後もこのトーンは継続されるのか、今後の財制審や政府の各会議に注目したい。

医療情報①
 政府
 閣議決定

コロナワクチン4回目、 各地で接種開始

政府は、5月20日の閣議で、新型コロナウイルスワクチンの4回目接種について、「予防接種法施行令の一部を改正する政令」を閣議決定した。4回目接種の対象者のうち60歳以上については、接種を受ける努力義務の規定を適用する。5月25日から施行する。後藤茂之厚生労働相が、閣議後の記者会見で明らかにした。

後藤厚労相は会見で、「4回目接種を円滑に開始できるよう、引き続き、自治体と緊密に連携しながら取り組んでいく」考えを示した。

●4回目接種がスタート

5月25日、各地で新型コロナウイルスワクチンの4回目接種が始まった。

4回目接種の対象となるのは、「60歳以上」あるいは「18歳以上60歳未満で基礎疾患を有する者その他新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師が認める者」で、3回目接種から5カ月が経過した人。

医療情報②
 日本
 専門医機構

WEBで患者・国民向けの 広報に注力

日本専門医機構（理事長＝寺本民生・帝京大学臨床研究センター長）は5月23日、定例記者会見を開き、「国民に対して分かりやすい専門医制度のあり方の実現」の一環として、同機構ウェブサイト内に6月末を目途に専用ページを開設する方針を明らかにした。

会見で寺本理事長は、同機構認定の基本領域が広告可能となった点にも触れ、「以前より、専門医はどういった役割を果たし、どのように利用すればいいのかなどの患者さんや国民向けの広報が必要との議論があり、現時点でお知らせできる内容、例えば、基本領域とサブスペシヤルティ領域との関係が分かるようなものを作成して広報していきたい」と述べた。

広報委員長の浅井文和理事（日本医学ジャーナリスト協会会長）は、「一般の方々向けとして、まずは専門医制度とは何かについての広報ページをつくり、ゆくゆくは基本領域のそれぞれの紹介ページなどに拡充したい」とした。

●役員改選は6月29日の総会で

寺本理事長はまた、6月に任期満了を迎える役員（理事・監事）の改選について、「医学会、

医師会、医学部長病院長会議等の主要団体の推薦がおおむね出そろい、今後、有識者等を選ぶことになる。日本医師会選挙とスケジュールが重なったため、その結果を受けて役員候補者選考委員会委員長が次回理事会で進捗状況を報告し、6月29日の社員総会にはかる形になると思う」と述べた。

医療情報③
 後藤茂之
 厚生労働相

サル痘など「WHOなどと連携、必要な対応とる」

後藤茂之厚生労働相は5月24日の閣議後の記者会見で、サル痘など、新型コロナウイルス感染症以外の感染症が世界各地で確認されていることについて記者の質問に答え、「世界保健機関（WHO）や自治体、医療機関と連携しつつ、感染状況の把握に努めるとともに、発生動向を監視し、必要な対応をとっていく」などと述べた。

後藤厚労相は、欧州等を中心に確認されている子どもの原因不明の急性肝炎については、4月20日に自治体や医療機関に対して注意喚起を行うとともに、WHOの定義に基づき、昨年10月1日以降の入院例について報告を求めているとし、5月19日までに24件の入院例が報告されたとした。サル痘については、感染症法上4類感染症として全数届出の対象となっているが、日本国内での感染は確認されていないとした。

5月20日には、サーベイランス強化のため、各国の状況やサル痘の症状、感染経路等に関する情報提供を行いつつ、サル痘の疑い例があった場合には必要な報告を行うよう依頼した。

●期限近いワクチンの海外活用「検討の対象」

後藤厚労相は、使用期限の近づいたワクチンについて、「たとえば、国内で利用されない分については、国外での有効利用もひとつの有効な手段である」との認識を示した。

一方で「期限切れになりそうなワクチンの処理を先行して考えることはない」と強調。「必要であれば、4400万回分のアストラゼネカ製ワクチンを外国に供与しているような枠組みのなかで、また国外から要請があり、それに対応するというのであれば、検討の対象にはなってくる」との考えを示した。

●日医会長に「感謝」

後藤厚労相は、日本医師会の中川俊男会長が6月の会長選への不出馬を表明したことについて「中川会長が会長として尽力された2年間というのは、新型コロナウイルス感染症対策に忙殺される日々であったと思う。この間の医師会長としての御協力に心から感謝を申し上げたい」などと述べた。

介護保険事業状況報告 (暫定) (令和3年12月分)

厚生労働省 2022年3月1日公表

概 要

1 第1号被保険者数 (12月末現在)

第1号被保険者数は、3,588万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数 (12月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、690.6万人で、うち男性が219.4万人、女性が471.2万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.9%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである。)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数 (現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、408.5万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、90.1万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

5 施設サービス受給者数 (現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

施設サービス受給者数は96.1万人で、うち「介護老人福祉施設」が56.7万人、「介護老人保健施設」が34.7万人、「介護療養型医療施設」が1.1万人、「介護医療院」が3.8万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない。)

6 保険給付決定状況 (現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,861億円となっている。

(1) 再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅（介護予防）サービス分は4,250億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,447億円、施設サービス分は2,718億円となっている。

(2) 再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

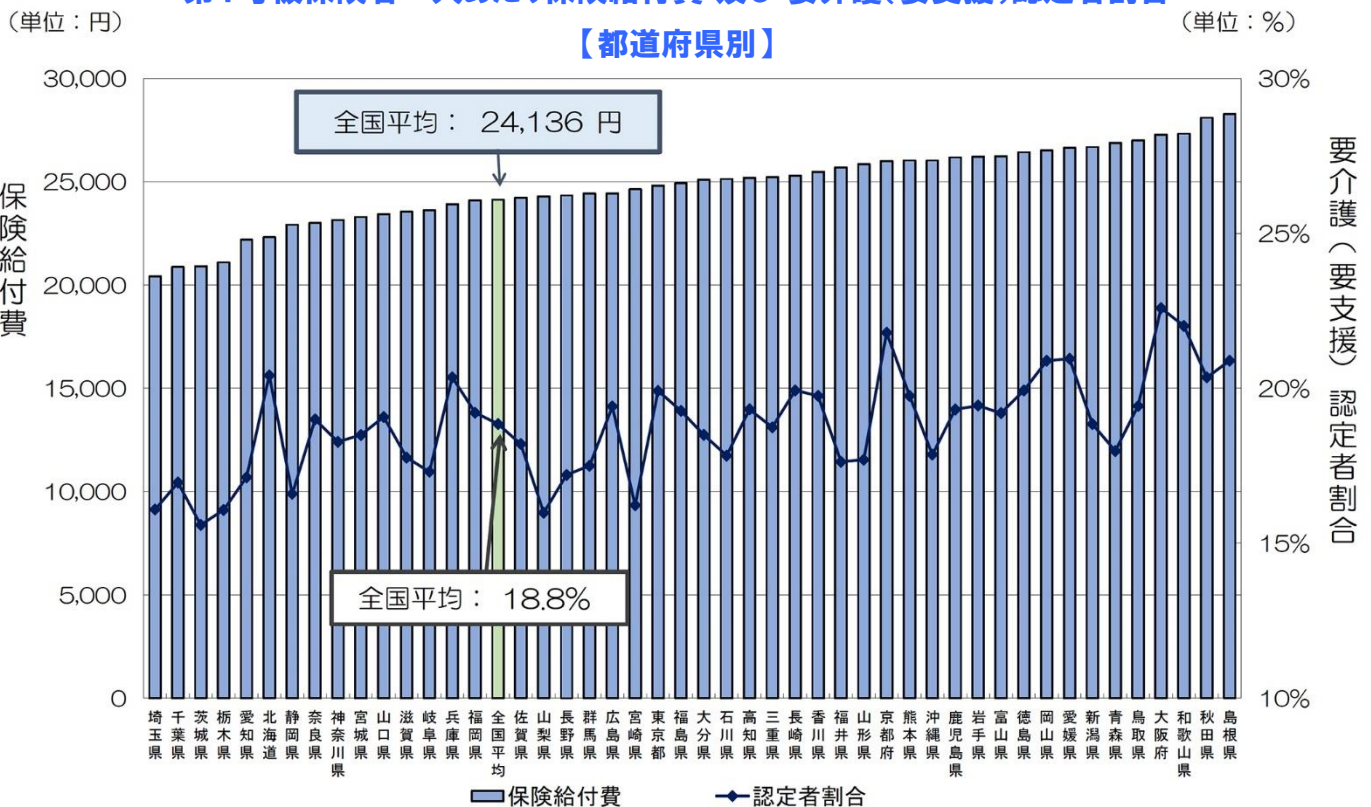
高額介護（介護予防）サービス費は225億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は11億円となっている。

(3) 再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は211億円、うち食費分は114億円、居住費（滞在費）分は97億円となっている。

(特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である。)

第1号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護(要支援)認定者割合



- ※1 保険給付費（第2号被保険者分を含む）には、高額介護（介護予防）サービス費(各月)、特定入所者介護（介護予防）サービス費を含む。
- ※2 要介護（要支援）認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。
- ※3 保険給付費は、令和3年10月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数は、令和3年10月末実績である。



経営情報
レポート
要約版



週刊WEB
医業経営
マガジン

福 祉 経 営

採用難、雇用環境変化に対応するための 定年延長、シニア人材 活用への対応策

1. 介護人材確保を取り巻く動向とその背景
2. 福祉・介護業界におけるシニア人材の活用
3. シニア人材活用のポイント
4. 65歳超雇用推進助成金の活用



■参考資料

【厚生労働省】65歳超雇用推進マニュアル 高齢者雇用安定法 改正の概要 65歳超雇用推進助成金
【独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構ホームページ】 『シニア人材という希望』（幻冬社
メディアコンサルティング） 北海道主催 アクティブシニア等活躍支援事業ホームページ

1

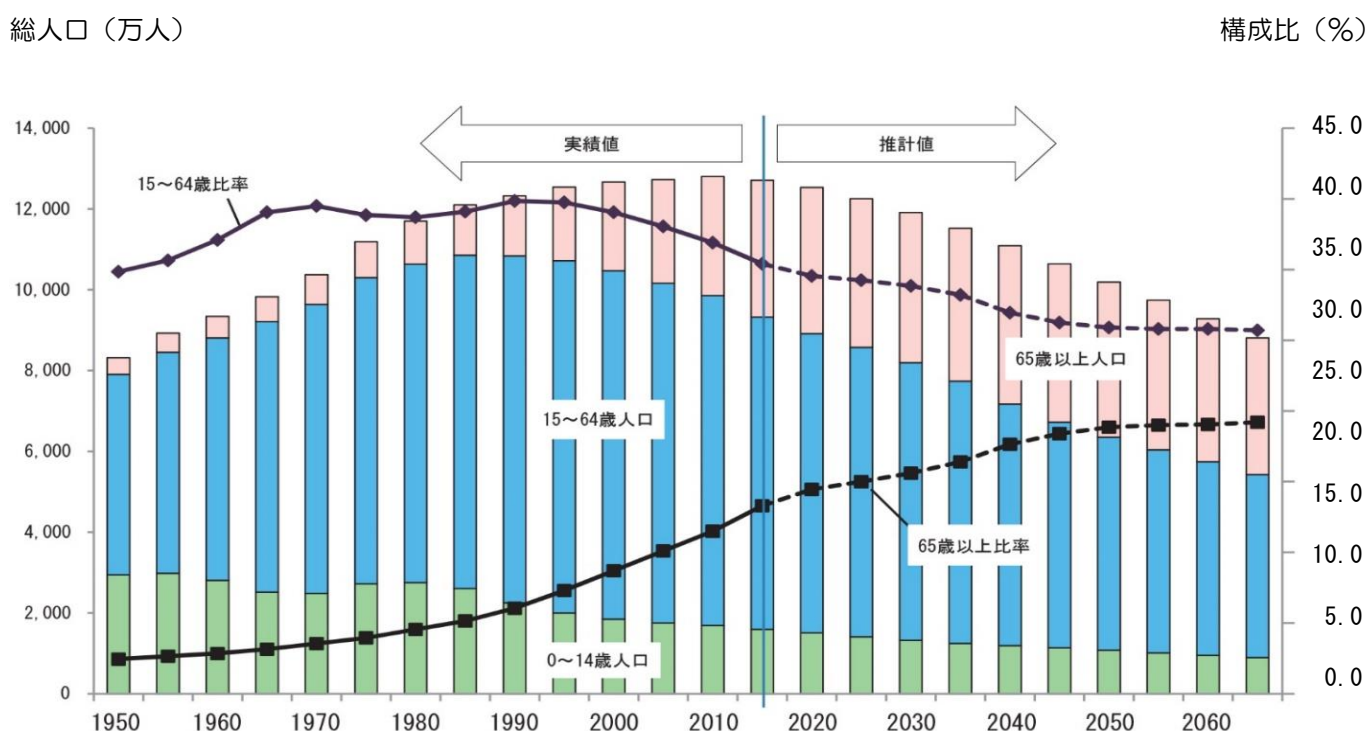
医業経営情報レポート

介護人材確保を取り巻く動向とその背景

■ 国内介護業界の市場規模と介護人材需要の見込み

日本では高齢化が進んでおり、全人口に占める 65 歳以上の人口割合は上昇を続け、2065 年には 38.4%と4割近くに達する見込みです。また、少子化も進んでおり、中長期的には労働力人口の減少が見込まれることから、高齢者が長年培った知識・経験を十分に活かし、意欲と能力のある限り社会の支え手として、活躍し続けられる社会の構築が求められています。

◆日本の人口推移



出典：厚生労働省 65歳超雇用推進マニュアル

一方、国内介護市場規模は、急激な高齢化に伴う介護ニーズの高まりから、在宅系介護サービス市場を中心に、右肩上がりが見込まれています。

このような労働力人口の減少、介護市場規模の拡大を背景として、必要となる介護人材数は、2025年には、2020年から30万人余り増の約245万人が必要と試算されています。

■ 高年齢者雇用安定法の改正内容について

これまでの高年齢者雇用安定法は、事業主に65歳までの雇用確保を義務付けるものでしたが、政府は少子高齢化への対応と高齢者の就労意欲の高まり等に応えるべく、法改正（2021年4月1日施行）を行い、70歳までの就業機会の確保を努力義務としました。

2

医業経営情報レポート

福祉・介護業界におけるシニア人材の活用

■ 福祉業界におけるシニア人材への期待

福祉業界は、今後更なる人材不足への対応を迫られることとなり、定年延長の仕組みづくりや、定年後の再雇用制度もしくは新規採用となる 60 歳以上の人材（以下、シニア人材という）の活用については、他の業界以上に積極的な対応が求められるといえます。

例えば、対人援助職におけるケアマネジャーやソーシャルワーカーなどは、年齢が高く様々な相談経験を経ている職員の方が、より利用者に安心感を与え信頼を得られるケースも多く、シニア層の活躍が期待されるフィールドです。

また、特別養護老人ホームの介護職や、グループホームの世話人なども慢性的な人材不足の業種であり、シニア層の熟練した介護技術や会話術などが活かされる環境といえます。

■ 定年引上げ・再雇用制度のメリット・デメリット

定年を引き上げるか、再雇用制度を採用するか判断していくためにはそれぞれのメリット・デメリットを押さえておくことが必要です。

典型的な例について整理すると以下ようになります。

◆再雇用制度と定年引上げの比較表

項目	定年引上げ	再雇用制度
定年年齢	65～70 歳	60 歳
雇用区分	正職員	嘱託職員など
契約期間	期間の定めなし（65～70 歳まで）	1 年更新
役割	法人により異なる	役割は従前と異なる
労働時間	フルタイム残業有り	短時間・短日数での勤務もありうる
賃金形態	月給または日給月給	月給又は日給月給、時給
賃金額	法人により（役割により）異なる	公的給付支給を前提としている場合有
賞与	ある	ない場合もある
評価	59 歳以前と同じ	評価しない場合もある
メリット	<ul style="list-style-type: none"> モチベーションが高い 人材確保に有利 雇用管理しやすい 	<ul style="list-style-type: none"> 組織若返り遅延の問題は生じにくい 人件費はそれほどかさまない 継続雇用制度部分のみの検討でよい
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> 組織の若返りが遅れる 人件費がかさむ 場合によっては人事制度全体を見直す必要があるため、制度改定に手間がかかる可能性がある 	<ul style="list-style-type: none"> モチベーションが低下する 労働時間、雇用区分など、雇用管理が煩雑となる

出典：厚生労働省 65 歳超雇用推進マニュアル（一部修正）

3

医業経営情報レポート

シニア人材活用のポイント

■ シニア人材の活用方法

シニア人材の活用方法は、一般的には、次の3つに分類されるといわれています。

(1) 専門性活用パターン

シニア人材の経験やスキルで他の人では担いにくい専門的な知見を活用するパターンです。

「専門性」というと職人肌の技術者を思い浮かべる方も多いと思いますが、独自の人的ネットワークを活用した営業や特殊なチームのマネジメント職もこれに当たります。

ケアマネジャーや看護師といった資格に基づく職種や、施設長や施設管理者の役職就き業務を引き続き依頼するようなケースです。

◆ 活用のポイント

「ほかの人には代えがたい」ということがポイントになります。法人側からは重宝されるため、職務と処遇の差もなく、シニア人材のモチベーションも高く、シニア人材活用の成功事例として取り上げられることも多いパターンです。

一方、このような専門的な知見を有する人材は限られており、今後増え続けるシニア人材数に対し専門性を活用できるシニア人材の絶対数が非常に少ないのが難点です。

(2) 経験業務活用パターン

今まで経験したことがある業務を中心に行い、その経験を活用するパターンです。法人としては新規採用や職員教育なしで生産性を保つことができます。熟練した介護職員や生活支援員といった方に、その経験値を活かし働いていただけるよう依頼するようなケースです。

◆ 活用のポイント

同じ業務を行っているのに、給与だけが下がるというケースも多く、その場合職務に対して処遇が低いことがモチベーション低下を引き起こす為、注意が必要です。

さらにシニア職員が従来と同じ業務を継続するという事は、若手職員の経験の場を奪うことにもなり、若手人材育成の遅れや、適切な新陳代謝が進まないという問題も考慮する必要があります。

(3) 労働力活用パターン

シニア人材の継続雇用により増えた労働力を、法人で発生する比較的単純な業務にあてがうパターンです。パートタイマーの介護職員であった方など、責任や時間負荷を抑えつつ、引き続き働いていただくようなケースです。

◆ 活用のポイント

人材確保が難しくなる今後、労働力確保の手段の一つとなりますが、保有能力と業務内容のギャップが大きい場合、経験業務活用パターン以上にモチベーション低下を引き起こす可能性が高いことに注意が必要となります。

4

医業経営情報レポート

65歳超雇用推進助成金の活用

■ 3種類ある65歳超雇用推進助成金

シニア人材の雇用によって受けることのできる助成金のうち「65歳超雇用推進助成金」は、「ニッポン一億総活躍プラン」を受け、将来的に継続雇用年齢や定年年齢の引上げを進めていく必要があることから、65歳以上となる定年年齢の引き上げや65歳以降の継続雇用延長を行う法人に対する支援のために設立された助成金です。

本助成金は、高年齢者が意欲と能力のある限り年齢に関わりなく働くことができる生涯現役社会を実現するため、65歳以上への定年引上げや高年齢者の雇用管理制度の整備等、高年齢の有期契約労働者の無期雇用への転換を行う事業主に対して助成するものであり、次の3コースで構成されています。

◆65歳超雇用推進助成金

①65歳超継続雇用促進コース

- A：65歳以上への定年引上げ
- B：定年の定めの廃止
- C：希望者全員を対象とする66歳以上の継続雇用制度の導入のいずれかを導入した事業主に対して助成を行うコース

②高年齢者評価制度等雇用管理改善コース

高年齢者向けの雇用管理制度の整備等に係る措置を実施した事業主に対して、一部費用の助成を行うコース（実施期間：1年以内）

③高年齢者無期雇用転換コース

50歳以上かつ定年年齢未満の有期契約労働者を無期雇用に転換させた事業主に対して、助成を行うコース

■ 支給申請までの流れ(65歳超継続雇用促進コースの場合)

(1)はじめに

65歳超雇用推進助成金（65歳超継続雇用促進コース）は、労働協約または就業規則による65歳以上への定年の引き上げ、定年の定めの廃止、希望者全員を対象とする66歳以上の継続雇用制度の導入のいずれかの制度を実施した事業主に対して助成されます。

ただし、1事業主（企業単位）1回限りとなります。

- ①65歳以上の年齢への定年の引上げ
- ②定年の定めの廃止
- ③希望者全員を66歳以上の年齢まで雇用する継続雇用制度の導入

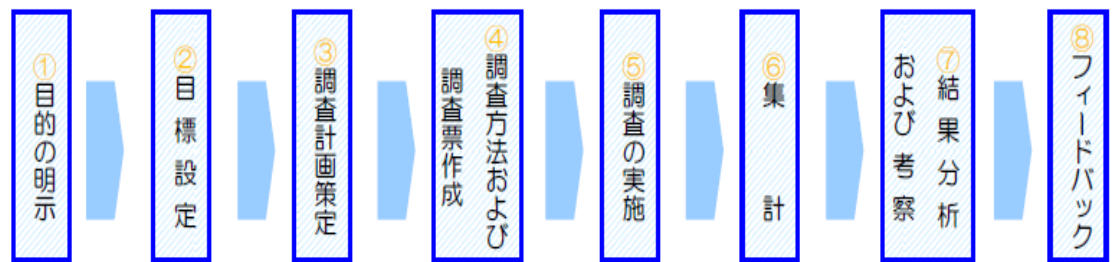


ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: アンケート調査の実施

患者アンケート調査実施ポイント

患者アンケート調査の進め方について教えてください。

患者アンケート調査は、目標とする対象から抽出されたデータを多角的に分析し、その結果及び改善に向けた取り組みを、患者や職員にフィードバックするという流れで行います。具体的には、以下のような手順で進めます。



① 目的の明示

調査実施の目的を明確にします。具体的には、以下のような項目が挙げられます。

- 医療提供レベルの満足度
- 患者が自院に求めているもの
- 患者サービス向上のヒント

② 目標設定

対象（人、場所、機関）、実施時期、回収率などに関する具体的な目標を決定します。

③ 調査計画策定

アンケートの具体的実施計画を立案します。決定するのは以下のような事項です。

- 内部における実施、外部（コンサルタント等）に依頼するのか
- 具体的実施スケジュール
- アンケート用紙の回収方法：直接ヒアリング後に回収、回収箱に投函、郵送
- 費用予算の策定等

④ 調査方法および調査票作成

調査項目のフレームワーク（人・サービス・アメニティ）を決定します。

⑤ 調査の実施

⑥ 集計

⑦ 結果分析および考察

仮定の検証や統計的处理、多角的分析、並びに継続的変化の比較などを行います。

⑧ フィードバック

調査結果を患者と職員に公表します。特に患者からの改善要望事項については、院内にその改善の進捗等について掲示するなど、取り組みが目に見える形にすることがポイントです。

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: アンケート調査の実施

アンケート調査票の作成

入院患者用と外来患者用の調査票の作成について
 ポイントを教えてください。

■入院患者アンケート調査

入院患者アンケート調査票は、①施設整備 ②職員技能 ③患者サービス
 ④病院運営システムに区分されます。これらに基づき、入院患者向けのアンケート調査は、この4項目で整理すると良いでしょう。

自院までのアクセスや、玄関から待合室、診察室、病室等患者の動線に従って、アメニティについて調査をします。

特に、入院療養環境が重要なポイントとなるため、病室の広さはもちろんのこと、談話室・浴室等共用スペース、プライバシーへの配慮に問題がないか確認しましょう。

次いで、職員の対応やマナーレベルの水準を確認するため、多くの時間を接する看護職員（看護師、助手）だけでなく、職員全般の言葉遣いなど接遇面で問題がないかチェックします。

続いて、食事や病室の設備等の患者サービスを確認します。外来患者が入院することによって、普段目に付かない部分の指摘をするケースもあります。そして、情報提供を含めた入院システムについて確認するとともに自由記述欄を設け、設問以外の不満や要望を記入してもらくと、より具体的な意見・要望等を吸い上げることができます。

入院患者アンケートは、「病院にお世話になっている」という思いから、実際よりも良い評価をするなど、なかなか患者の本音が把握できない傾向があります。現実よりも高い評価結果になっているはずととらえて、対応を検討する際に考慮しなければなりません。

■外来患者アンケート調査

外来患者アンケート調査票は、①施設整備 ②職員技能 ③病院運営システムの3つに区分されます。入院患者同様、外来患者向けのアンケート調査はこの3項目で整理します。

自院へのアクセスから始まり、玄関から待合室、診察室、検査室等患者の動線を考慮し、まずアメニティについて調査をします。その後職員の対応レベル、さらに医師を含めたスタッフの対応レベルに問題がないかを確認した後、最後に診療システムがわかりやすいか、待ち時間に不満はないかなど、運営システムについて調査します。

アンケート項目が大量にあると、回答・記入する患者側の負担も大きくなりますから、10項目以内に絞ると良いでしょう。

また、自由記述欄を設けておき、より具体的な要望等を受け取れるようにします。