

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.758 2023.2.7

医療情報ヘッドライン

東京都が総合診療医の育成に乗り出す
独自のプログラムを作成し地域へ輩出

▶東京都 財務局

オンライン資格確認の導入に経過措置
届出はポータルサイトで3月末までに

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2023年2月3日号

共有する19項目の
介護情報について議論

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和4年8月分概数)

経営情報レポート

患者のファン化で安定した経営を目指す
満足度向上で固定患者を獲得するポイント

経営データベース

ジャンル:業績管理 > サブジャンル:未収金防止策

未収金の種類と発生原因
未収金管理体制の事例

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。

東京都が総合診療医の育成に乗り出す 独自のプログラムを作成し地域へ輩出

東京都 財務局

東京都財務局は1月27日、「令和5年度東京都予算案の概要」を発表。新規予算として「総合診療体制の強化」に1億円を盛り込み、独自の総合診療医の育成プログラムを作成して人材育成を行うとした。育成した人材を地域に輩出することで、「都における総合診療体制を充実・強化」する。政府が「かかりつけ医」の制度整備を進めようとしている中、「総合診療医」という形ながら東京都が先んじて取り組みを具体化させたことが、他の地方自治体にどう影響を与えるか注目だ。

■「かかりつけ医」の制度化が進む中で

近年、医療行政は機能分化を強力に推し進めている。病院の役割が先進的かつ専門的な医療に特化されることで、必然的に診療所には「総合的に診る」ことが従来以上に求められるようになってきた。

しかも、高齢化は急速に進み、75歳以上が最大の人口ボリュームとなる2025年問題は目の前に到来。現実的に地域医療には総合診療医が必要となってきた。

追い打ちをかけたのが新型コロナウイルス感染症のパンデミックだ。日本の医療はフリーアクセスが特徴とされてきたにもかかわらず、コロナ対応ができる診療所は限定的だったため中核病院に患者が集中。結果的に、機能分化をさらに推し進めるため数十年にわたってくすぶってきた「かかりつけ医の制度化」が具現化の方向へ進むことになった。

政府は昨年12月の全世代型社会保障構築会議で、2023年に「早急に検討を進めるべき項目」として「かかりつけ医機能を発揮するための制度整備の実施に向けた具体化」を

挙げ、制度整備を進めるにあたっては、「医療従事者、特に医師の育成やキャリアパスの在り方について、大規模病院の果たす役割も含めて検討すべき」としている。

かかりつけ医の定義も議論の対象となっているが、求められる役割は欧米で一般的となっている「家庭医」（プライマリ・ケア医）。

つまり、どんな病気やケガも総合的に診る存在であり、都が育成に乗り出す総合診療医はまさにそれに該当するといえる。

■大学ではなく公的病院を

総合診療医の輩出機関に

実は国もすでに総合診療医の育成に乗り出している。2020年度から「総合的な診療能力を持つ医師の養成推進事業」をスタート。

「地域において幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医を養成・確保するための拠点（総合診療医センター）」を「都道府県横断的に整備し、一貫した指導体制のもと、卒前教育から専門研修やその後のキャリアパスの構築等を継続的に行う」としている。この事業の実施主体は大学となっているため、各臓器などの専門性を追求してきたそれまでの医学部のあり方にメスを入れた格好だった。

今回、都が予算案に盛り込んだ「育成プログラム」もこれに近いが、医師の養成機関である大学医学部ではなく、「都立病院の臨床現場を活用して」としている点が特徴的だ。

そもそも医療従事者の養成は公的病院の役割の1つであるだけに、地域における「総合診療」の本質的なあり方を実践の場で定義づけることが期待される。

オンライン資格確認の導入に経過措置 届出はポータルサイトで3月末までに

厚生労働省

厚生労働省は1月27日に、「保険医療機関及び保健医療費担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について」と題した事務連絡を発出。医療DXの基盤として今年4月から原則義務化される、マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認の導入が間に合わない保険医療機関・保険薬局に経過措置を設けることを明示した。

経過措置の対象となるのは「やむを得ない事情」がある保険医療機関・保険薬局で、具体的な事情は6つに類型化。経過措置を受ける場合、猶予届出書を所管の地方厚生局へ3月31日までに届け出る必要がある。

届出は原則として支払基金が運営する「オンライン資格確認医療機関等向けポータルサイト」のフォームからとしているが、紙媒体の猶予届出書を支払基金に郵送することも可能だ（猶予届出書の様式は厚労省HPでダウンロードできるとしている）。

■運用開始機関数はいまだ半数に満たない

経過措置の対象となる「やむを得ない事情」は、概略すると「システム未整備」「ネットワーク環境未整備」「訪問診療のみの医療機関」「改装工事中、臨時施設の場合」「廃止・休止する予定がある」「その他」の6類型だ。

このうち、最も多いとみられるのが「システム未整備」である。オンライン資格確認の導入は、「①ポータルサイトでカードリーダーの申込み」「②システムベンダへ発注」「③導入・運用準備」の3ステップだが、②から③はそうスムーズに運ばない。

機器の設定や運用テストをしなくてはなら

ないが、当然ながらシステムベンダが即日対応できるとは限らないからだ。むしろ、導入状況を見ると、かなりの日数待たされている状況のようだ。

厚労省が公表している「医療機関等向けポータルサイトアカウント登録状況及び顔認証付きカードリーダー申込状況一覧」によれば、1月22日発表分で申込率が91.1%であるのに対し、運用を開始した保険医療機関・保険薬局は43.2%と未だ半数に届いていない。

厚労省は「システム未整備」の経過措置を「システム整備が完了する日まで（遅くとも令和5年9月末まで）」としており、半年の遅れは仕方がないと見ているようだ。

これは、「ネットワーク環境未整備」の場合「オンライン資格確認に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されてから6か月後まで」と設定していることからわかる（ネットワーク環境がないと、機器の運用テストもできないため）。

■訪問診療での運用開始は

来年4月の予定

なお、「訪問診療のみの医療機関」が入っているのは、訪問診療のオンライン資格確認（居宅同意取得型）の運用開始が来年4月を目途としているからだ。

現状進められているオンライン資格確認システムは、医療機関や薬局に顔認証付きカードリーダーを設置することを前提としたもの。患者の自宅など、訪問先で資格確認ができる仕組みは現在構築中のため、まさしく「やむを得ない事情」といえる。

医療情報①
 介護情報
 利活用WG

共有する19項目の 介護情報について議論

厚生労働省は1月25日、昨年11月以来となる、「第3回健康・医療・介護情報利活用検討会介護情報利活用ワーキンググループ（WG）」（主査＝荒井秀典・国立長寿医療研究センター理事長）を開催した。

●ネットワーク参加が少ない介護事業者

事務局は、医療・介護サービス提供者や患者家族が共有すべき介護情報について、まずは技術的に共有しやすい情報から優先的に検討を進めたいとする方針を示し、「全国医療情報プラットフォーム」に反映させる19の介護情報（様式など）について、主な保有主体と作成主体別に整理した。その上で、以下とする3つの論点を提示して構成員に意見を求めた。

- ▼介護・医療の現場で、個別のサービスをより適切かつ安全に提供する観点から最も優先的に共有すべき情報は何か
- ▼業務改善などの観点から、情報共有が望ましい情報には、どのようなものがあるか
- ▼共有に当たって留意すべき事項にはどのようなものがあるか

同日のWGでは議論に先立ち、全国で展開されている「地域医療情報連携ネットワーク」の草分け的な存在でもある長崎県の「あじさいネット」について、松本武浩氏（長崎大学病院医療情報部准教授／あじさいネット理事）からヒアリングを行った。

構成員からは、介護事業者などのネットワーク参加促進の方法や、どのような専門職がどのような役割を担っているのかなどの質疑が行われ、介護事業者のネットワーク参加について、松本氏は、「在宅で最も活躍している訪問看護事業者の参加は増えているが、ネットワークでの情報利用には一定の利用者負担があるため介護事業者は、なかなか入っただけでない。医療分野に比べて収入の少ない介護分野の事業者利用にはイニシャルコスト面の補助が必要ではないか」との考えを述べた。

●「プラットフォーム」に反映させる介護情報

前回のWGにおいて事務局は、以下との基本的な考え方を示し、記録方法や様式が一定程度、標準化されている「要介護認定情報」「請求・給付情報」「LIFE（科学的介護情報システム）で収集している情報」「ケアプラン」の4つについて、優先的に「全国医療情報プラットフォーム」に反映させるとの方針を合意している。（以降、続く）

- ▼閲覧・共有することが適切かつ必要な情報とは、数年以内（2025 年ごろ）に本人閲覧や介護事業所間での共有が実現可能と思われる情報、かつ、全国医療情報プラットフォームへの掲載が想定される情報（体温や血圧、食事摂取量など、刻々変化する即時的なものではなく、情報更新頻度として頻回でないもの）である
- ▼介護サービスを受ける本人の個別性を踏まえて、エビデンスのある適切なケアを提供することにつながる仕組みを構築する視点で検討する

医療情報②
 厚生労働省
 検討会

成田赤十字病院など 新たに4施設指定の方針

厚生労働省は 1 月 19 日、「第 22 回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」（座長＝藤也寸志・九州がんセンター院長）を開催し、昨年 8 月に発出された新たな「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」による指定要件に基づき、がん診療連携拠点病院の指定などについて改めて審議した。がん医療圏に原則 1 力所の整備が求められている「地域がん診療連携拠点病院」については、成田赤十字病院（千葉県）、北播磨総合医療センター（兵庫県）、中東遠総合医療センター（静岡県）の 3 施設は推薦時点での充足要件が全て満たされていることから指定が了承された。

未充足要件のある市立敦賀病院（福井県）と会津中央病院（福島県）については、市立敦賀病院は全ての必須要件を指定までに充足する見込みであることに加え、同院が指定されない場合、嶺南医療圏（敦賀市を含む 2 市 4 町）が空白の医療圏となることなどを勘案して、期間を 1 年に限定して指定を了承する一方で、会津中央病院は本年度中の要件充足が見込めないとして指定が見送られた。

同日の検討会の意見を踏まえ、がん診療連携拠点病院などについては、新規指定・指定類型変更・指定更新の手続きの後、今年 4 月 1 日から新たながん診療提供体制でスタートすることになる。

●指定要件の充足状況などから指定の可否を検討

2022 年 4 月 1 日時点で、「都道府県がん診療連携拠点病院」は 51 力所、「地域がん診療連携拠点病院」は 354 力所、「地域がん診療病院」は 45 力所、「特定領域がん診療連携拠点病院」は 1 力所、「国立がん研究センター」は 2 力所を整備。

354 力所ある「地域がん診療連携拠点病院」の内訳は、高度型の「地域がん診療連携拠点病院」55 力所、「地域がん診療連携拠点病院」293 力所、特例型の「地域がん診療連携拠点病院」6 力所となっている。（以降、続く）

病院報告 (令和4年8月分概数)

厚生労働省 2022年11月11日公表

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)	
	令和4年8月	令和4年7月	令和4年6月	令和4年8月	令和4年7月
病院					
在院患者数					
総数	1 108 256	1 133 820	1 129 991	△ 25 564	3 829
精神病床	265 271	267 847	267 838	△ 2 576	9
感染症病床	19 924	10 308	3 821	9 616	6 487
結核病床	1 096	1 067	1 032	29	35
療養病床	233 265	238 429	239 183	△ 5 164	△ 754
一般病床	588 700	616 168	618 118	△ 27 468	△ 1 950
外来患者数	1 300 666	1 253 945	1 307 859	46 721	△ 53 914
診療所					
在院患者数					
療養病床	2 517	2 546	2 592	△ 29	△ 46

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和4年8月	令和4年7月	令和4年6月	令和4年8月	令和4年7月
病院					
総数	74.1	73.1	75.8	1.0	△ 2.7
精神病床	81.7	82.5	83.0	△ 0.8	△ 0.5
感染症病床	961.0	919.6	222.2	41.4	697.4
結核病床	28.0	27.6	27.3	0.4	0.3
療養病床	83.1	84.0	85.4	△ 0.9	△ 1.4
一般病床	66.8	64.6	70.0	2.2	△ 5.4
診療所					
療養病床	44.9	44.8	44.7	0.1	0.1

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

注2) 月末在院患者数は、許可(指定)病床数にかかわらず、現に当月の末日24時現在に在院している患者数をいう。このため、感染症病床の月末在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから100%を上回ることがある。

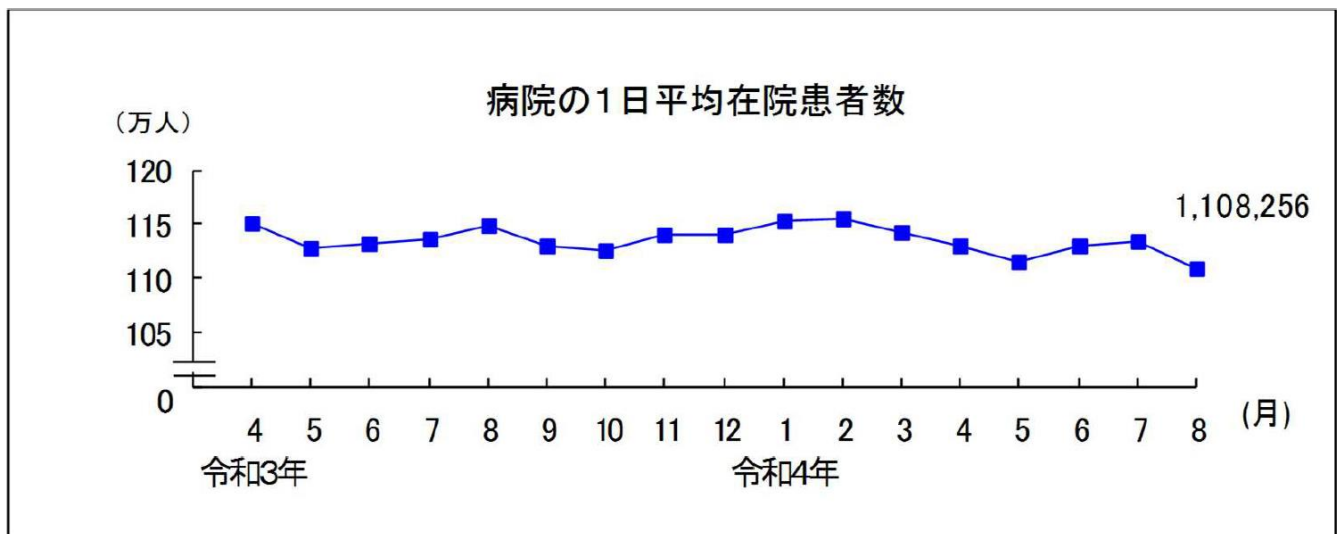
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和4年8月	令和4年7月	令和4年6月	令和4年8月	令和4年7月
病院					
総数	27.7	27.1	25.8	0.6	1.3
精神病床	283.5	278.0	251.7	5.5	26.3
感染症病床	11.4	9.1	8.8	2.3	0.3
結核病床	39.3	44.3	52.7	△ 5.0	△ 8.4
療養病床	129.7	136.2	124.0	△ 6.5	12.2
一般病床	16.4	16.1	15.2	0.3	0.9
診療所					
療養病床	101.9	96.0	88.5	5.9	7.5

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

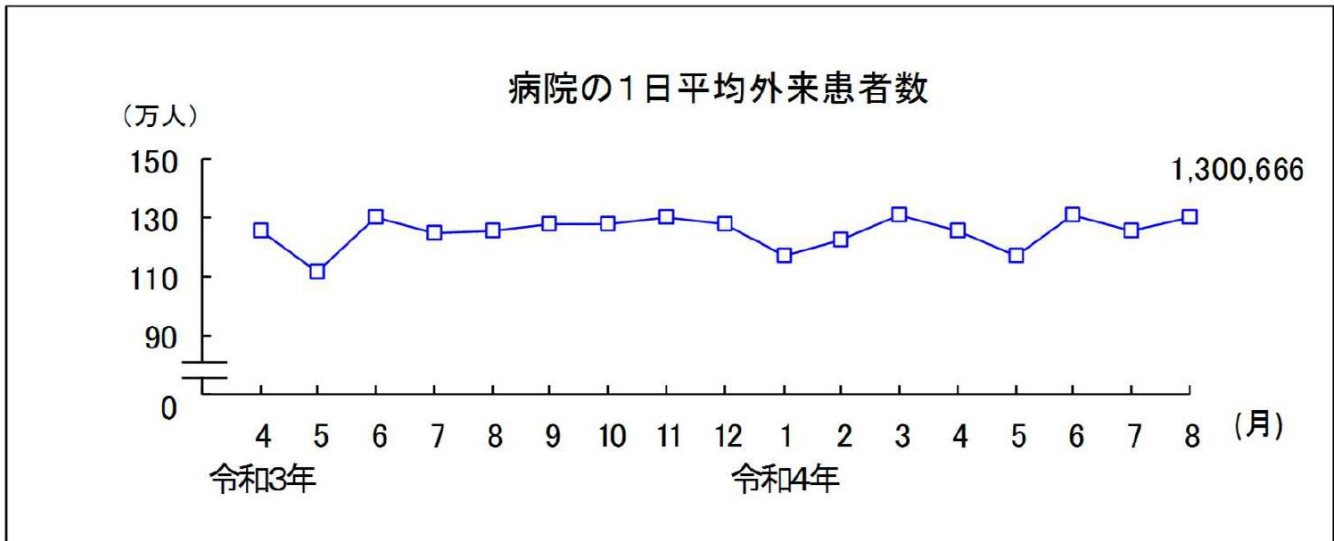
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

◆ 病院:1日平均在院患者数の推移

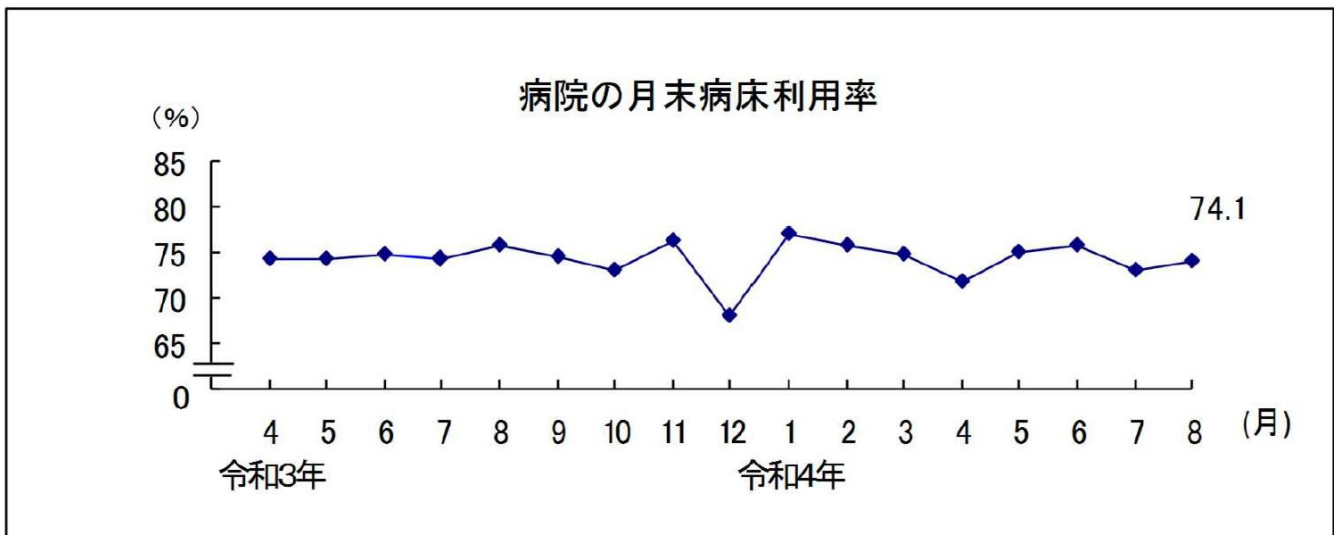


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

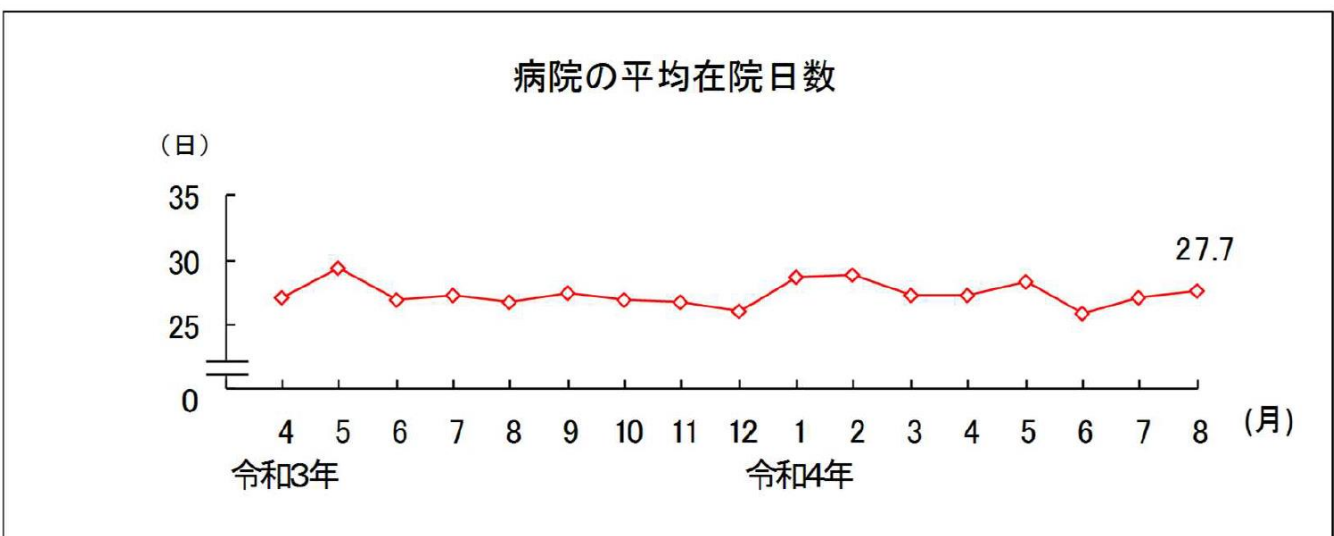
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移





経営情報
レポート
要約版



医業経営

患者のファン化で安定した経営を目指す

満足度向上で 固定患者を 獲得するポイント

1. 患者満足度が重要視される背景と要因
2. 初診時の対応がリピート率向上に影響
3. 患者満足度向上がリピート率を高める
4. リピート率を高めたクリニック事例



■参考資料

公益社団法人：日本医師会「第7回 日本の医療に関する意識調査」
MMPG：CLINIC ばんぶう 2021 年5月号

1

医業経営情報レポート

患者満足度が重要視される背景と要因

■ 医療に対する患者の捉え方

医療法人制度が施行された昭和 25 年当時は戦後間もなく、感染症等の急性期患者が中心の時代で、全国的に医療機関の量的整備が急務とされていました。こうした現状のもと、公的機関のみでは供給が間に合わず、民間の協力も必須となりました。

現在、医療機関は飽和状態となっており、開業すれば患者が来る、何もしなくても患者を維持できる時代ではなくなりました。

少し足を延ばせば、同じ標榜診療科の医療機関があり、患者が自分好みの医療機関を選ぶ時代へと変わりました。

◆ 医療に対する患者の捉え方の変化

● 従前の患者の考え

⇒医療機関が充足されていない時代では、「医療機関は病気を治す場所」と考える患者が多数。

● 現在の患者の考え

⇒患者の価値観が多様化し、単に病気を治すだけでは患者は満足しない。患者の真の目的は病気を治すことに変わりはないが、多様化した患者を満足させるためにはプラスアルファが必要。

また、国の政策としても患者主体の医療の提供が推進され、次第に患者意識にも変化がみられるようになり、医療機関経営の観点から、患者主体の医療提供（サービス）が重要視されるようになりました。

■ 患者が期待する医療提供(サービス)

患者の高齢化により、長期にわたって適切な医療を提供できる関係性を維持することが求められ、患者と医療機関、医師など医療従事者との信頼関係・良好なコミュニケーション構築がより重要となってきました。

患者の意見や意向を受け止め、家庭環境や経済状況などの背景も踏まえて、患者個々に合わせた最適な医療サービスの提供が期待されています。

患者に寄り添ったサービスを提供した結果、患者が医療機関に期待する「納得・安心・満足」というキーワードを全て満たし、当該医療機関が提供する医療サービスは「良い」という評価を得られることとなります。

高度で優秀な技術を提供したとしても、サービスが「良い」と評価されなければ、患者からの信頼も選択も得られることは困難となります。

2

医業経営情報レポート

初診時の対応がリピート率向上に影響

■ 患者満足度を向上させるための課題

(1)患者への課題

患者満足度を構成する要素として、「医師・看護師等の専門技術能力」、「医師・看護師等の対人マナー」、「医療機関の設備・利便性」、「プライバシー保護」、そして「感染対策」などが考えられます。

特に、外来患者に対しては、医師・看護師等の専門技術能力はもちろんのこと、接遇力や感染対策の影響が大きいものと考えられます。

(2)職員間連携への課題

患者満足度を高めるためには個々での対応では不十分であり、一貫性のない対応は患者の不満原因となりえます。職員連携を高めチームとして患者を診ていく体制をとる必要があります。また、このような職員間による接遇の差を無くす取り組みも必要です。

(3)職員のモチベーションへの課題

医療機関サイドがいくら高い目標や患者満足度を上げる取り組みを行っても、対応する職員のモチベーションが低ければ期待する結果は得られません。

職員満足度向上に向けた取り組みが、患者満足度向上のためには必要となります。

(4)適切な職員数の配置への課題

患者満足度向上に向けた取り組み計画があり、職員のモチベーションが高い状況であっても、職員数が足りず実行に移せなければ絵に描いた餅となってしまいます。計画に必要な職員数を確保することも考慮しなければなりません。

■ 継続受診の判断要素となる初診時の医師の対応

(1)初診時の対応課題

患者は初診時に、次回受診を同一の医療機関で行うかを判断しています。患者は何を基準に継続受診か医療機関変更を決定しているか理解することが必要です。

◆ 継続受診に繋がらない要因

- | | |
|-----------------|----------------------|
| ①病状の治癒・改善がしていない | ②医師の診断や治療に対して信頼できない |
| ③医師の態度が悪い | ④患者に対する説明がわかりづらい |
| ⑤情報提供が少ない | ⑥傾聴力（カウンセリング）が不足している |

3

医業経営情報レポート

患者満足度向上がリピート率を高める

■ 患者対応力の強化

(1) 患者満足を引き出す説明

患者から、「先生の説明は病気の説明でしかなくて物足りない」という話を聞きます。患者は、日常生活上どのように対応していったらよいかという具体的な説明を求めています。

医師と患者が考える「説明」に対する認識のズレが、患者の不満につながっていることが多いようです。患者数が多く、医師から十分な説明ができない場合でも、看護師など他の職員から患者の生活を中心にした説明を行うことが必要とされます。

例えば、「血液検査の結果、この数値はなかなか下がりませんが、食事や日常生活でこの点に注意をしていけば悪化が食い止められます」という具合に説明します。他にも患者の気持ちに対する共感、同調の言葉をプラスできると良い印象を与えます。

病気や薬の知識が豊富であることは当然ですが、患者が本質的に知りたいのは、自分の生活がどうなるかという視点だと思われます。この気持ちを忘れずに患者への説明を心掛けるようにします。ただし、医師一人では十分な説明時間が取れないことも多いため、職員にも同じような気持ちで患者に接してもらえよう継続的な研修が必要となります。

(2) 患者を気遣う一言でファン患者を増やす

院内での声掛けは、とても大切なことです。全員に同じ言葉をかけるのではなく患者に合わせた声かけも必要となります。また、「マニュアルに書いてあるから話しかける」、「聞かれた質問だけに答える」、「知っている患者だからお話する」のでは、十分な対応であるとはいえません。患者だけでなく、周囲の人も笑顔になるようなプラスの一言を添えるだけで、患者との関係が良くなる可能性があります。

◆ 患者を気遣う一言例

- 駅前通りが工事中なので、お帰りはお気をつけてくださいね。
- お帰りは歩きですか？雨が降っているので、よろしければ傘をお使いになりますか？
- 今日は疲れたと思いますのでゆっくり休んでください。また次回もお待ちしております。

■ 患者ロイヤリティを高める

患者満足度が高まると、診療サービスを提供してくれた医療機関に対するロイヤリティ（忠誠心）が生まれ、「継続した受診意向」や「家族や友人への紹介意向（口コミ）」というかたちで、自院に安定した利益をもたらします。

患者は治療を目的に来院しますが、無意識のうちに心のケアを求めている方もいます。

4

医業経営情報レポート

リピート率を高めたクリニック事例

事例1 | 患者の治療意欲を促進したAクリニック

(1) Aクリニックの概要

Aクリニックは専門外来を開設し、栄養指導や運動教室など専門職による個人ケアの要素を取り入れることで、患者の治療に対する意欲を促進させてリピート率を高めた事例を紹介致します。

◆Aクリニックの概要

当院は2015年に開院したクリニックで、内科、糖尿病内科、循環器内科、内分泌内科、リハビリテーション科を診療科目としている。

1日あたりの患者数は100人程度で8～9割は生活習慣病の再診患者である。高齢患者が多く、基本的に28日分の処方薬を出し、月1回の通院を促している。

定期的な受診を促進するため、医師による診察とは別に週1回患者が継続して来院する機会を設けている。

その内容は、管理栄養士による栄養指導、運動指導士による健康運動教室、看護師によるフットケア、漢方治療、アロマセラピーなどである。

生活習慣病の患者の多くは複数の専門外来を利用して、継続受診のきっかけとなっている。

患者にとっては、各教室を担当する専門職員の方が医師よりも気軽に話しやすいこともあり、悩みや相談を受けることがよくある。

そこで得た情報は院内の多職種間で共有し、個別的な支援を実現している。

(2) リピート率を高めることに繋がった具体的な施策

患者の治療意欲を高めるため、栄養指導や運動教室などでは、検査数値や各種スコアを患者に示し、前回計測時と今回計測値の違いを知ることができます。

毎回良い結果が出るとは限りませんが、前回より良い結果が出れば、患者は自分の努力が報われたと感じ、治療の成果を実感することができます。その結果、継続治療のモチベーションが上がりリピート率の向上に繋がっています。

また、リピート率が高い背景として職員が患者と接する姿勢も要因の1つです。

同院では、「指導」という形ではなく、「寄り添う」ことを重要視しています。長期的に患者との関係性を築いていくため、職員間連携を徹底し安心して通院できるよう心掛けています。



ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 未収金防止策

未収金の種類と発生原因

医療機関に発生する未収金の種類と発生原因にはどのようなものがあるのでしょうか。

医療機関に発生する未収金には、下記のようなものがあります。

【医療機関に発生する未収金の種類】

- ① 患者の窓口負担金
- ② 返戻・過誤未収金（再請求による）
- ③ 自賠責・生活保護・労災関連未収金（未請求による）

■発生原因は医療機関と患者側双方に存在する

厚生労働省の「医療機関の未収金問題に関する検討会」において議論されている項目として、「未収金発生理由・回収等の取り組み」に挙げられたのは、次のようなものです。

- 会計時の現金不足
- 治療内容の不満
- 支払い意思なし
- 算定変更や追加修正
- 第三者行為による支払方法未決定
- 休日退院による会計不可能
- 待ち時間が長いために帰宅
- 保険資格喪失後の受診
- 老人・公費負担割合変更後の保険未提出による差額
- 保険生活保護受給患者の一部負担金連絡遅延
- 債権者・家族不明の死亡退院

（参考：厚生労働省「第2回医療機関の未収金問題に関する検討会」資料）

医療機関の未収金は、「医療機関側の原因」と「患者側の原因」の二つが存在し、これから細分化して発生原因を分類することができます。

【医療機関側にある発生原因】

- **情報提供不足**
 - ・ 医療費に関する情報（例：予定検査の金額、高額医薬品）
 - ・ 診療に関する情報（例：次回予定の検査内容）
- **タイムラグのある算定**
 - ・ 職員の理解不足（例：事後算定）
 - ・ 診療報酬制度上の課題（例：二次検査を要する治療/細菌培養同定）

【患者側にある発生原因】

- **所持金不足**
 - ・ 医療費あるいは診療に関する情報に起因するもの
 - ・ 貧困に起因するもの
- **支払意思なし**
 - ・ 医療機関そのものへの不満の表れ
 - ・ 常習的不払い



ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 未収金防止策

未収金管理体制の事例

未収金管理体制の事例がありましたら、
 教えてください。

■未収金対応マニュアル

A病院では、医事システムと未収処理システム（電算処理システム）が導入されたことに伴い、未収金に対する対応マニュアルが策定され、以後これに従った債権管理が実施されています。

同院においては、納付書発行（請求）時から 21 日以内の支払を通常とし、その後 1 ヶ月、1 年ごとに管理方法を定めています。

ア) 納付書の発行と未収リストの作成

全患者に対し支払約束の有無に関わらず納付書を発行し、原則として窓口で手交（手交できなかった場合には郵送）。

納付書発行当日に支払がなかった者について未収リストを作成する。

イ) 納付相談

入院患者のうち退院時に医療費の全額支払が不可能な者で、21 日以後の支払を希望する患者などを対象として、医事課の担当者が面談し、納付相談を受ける。

■電算処理システムの効用

(1) 債権管理簿と未収金管理システム

同院においては、債権管理簿は作成せず、これに代わるものとして「医事システム」及び「未収金管理システム」の2つの電算処理システムによる管理事務が実施されています。

「未収金管理システム」は各患者の氏名、住所等の個人情報のほか、医療費の支払者、保証人等に関する情報、未収金に関する納付書ごとの金額と支払期限、支払日とその金額、支払相談の内容や面談により得た情報、督促状の送付や電話による催促等を行った場合にはその時期、内容、分割納付の誓約書等が提出された場合には、その内容、保証人や支払人の名前、連絡先、勤務先等を必要に応じて記録しています。

(2) 未収金管理事務の実施状況

未収患者に対しては、管理期間に応じて、①文書の送付と電話による支払督促、②来院時の面談、③医療費の分割支払申出書又は支払誓約書等を提出、④住居所不明者の住民票写しの取得などの督促行為が行われています。

(3) 課題～面談機会と情報の積極的活用

面談の際には未納原因を調査し、その解消の可否ないし支払の可能性等を判断するために必要な情報を入手するとともに、履行可能な支払方法を検討させるなど種々な活動が行われています。