

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.635 2020.8.11

医療情報ヘッドライン

病院の建設費、8年連続で上昇
平米単価は8年でほぼ倍増に

▶独立行政法人 福祉医療機構

常勤医の約4割が年960時間以上残業
8.5%の医師は年1,860時間以上

▶厚生労働省 医師等医療従事者の働き方改革推進室

週刊 医療情報

2020年8月7日号

感染状況を4段階に設定、
数的指標は見送り

経営 TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費
(令和元年度11月~12月)

経営情報レポート

患者満足度を高め安定経営を目指す
患者ファン化につなげる改善策

経営データベース

ジャンル：業績管理 > サブジャンル：業績管理体制の構築
業績管理体制の構築法
事務長が行う業績管理の推進

京都税理士法人
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社
〒601-8328 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
滋賀本社
〒525-0059 滋賀県草津市野路1丁目4番15号 センシブルBLDG ZEN 6階
TEL : 077-569-5530 FAX : 077-569-5540
大阪支社
〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田1-1-3 大阪駅前第三ビル31F
TEL : 06-6344-1683 FAX : 06-6344-1578

病院の建設費、8年連続で上昇 平米単価は8年でほぼ倍増に

独立行政法人 福祉医療機構

福祉医療機構は7月30日、「2019年度 福祉・医療施設の建設費について」と題したリサーチレポートを公表。病院の建設費は、近年もっとも低かった2011年度から8年連続で上昇していることを明らかにした。

平米単価は392,000円で、前年度比27,000円増。2011年度は208,000円だったため、8年間でほぼ倍増していることがわかる。なお、このリサーチレポートではユニット型特別養護老人ホーム、保育所および認定こども園、介護老人保健施設の建設費の状況も明らかにしているが、平米単価は全施設とも上昇。順に297,000円（前年度比7,000円増）、352,000円（前年度比17,000円増）、338,000円（前年度比26,000円増）となっている。

■一般病院の平米単価は平均で366,000円

福祉医療機構は、2016年度から2019年度までのデータを3つに分類（一般病院、療養型病院、精神科病院）した数値も明らかにしている。それによれば平均値、中央値ともに一般病院がもっとも高い（平均値366,000円、中央値369,000円、平均病床数164.5床。療養型病院の平均値は359,000円、精神科病院の平均値は286,000円）。

同機構は「救急外来や手術室および集中治療室、大型機器を配置する検査室などを整備する急性期病院が多く、複雑な構造設備を要することから平米単価が高い傾向にある」と解説している。なお、2012年度以降減少傾向にあった定員1人当たりの延べ床面積は、

2018年度から増加しており、2019年度は55.5平米となった。1人当たり建設費は、建設費同様の推移を見せており、2011年度に底を打ってから上昇傾向にある。

2019年度は21,296円と前年度比1,579円増。2011年度は11,308円だったため、やはり倍増に近い数字となっている。

■感染症対応の個室化や

動線分離でさらに建設需要が高まる

医療施設の建設費は、当然のことながら全体的な建設需要に大きな影響を受けている。

とりわけ2019年度の上昇は、今年開催が予定されていた東京オリンピック・パラリンピックに向けた施設整備や、首都圏を中心とした再開発によるオフィスビルやホテル、商業施設の建設ラッシュ、それらに伴う建築作業員などの労務費の上昇も影響したといえよう。さらに2019年度は、10月に消費税率が10%アップしたことも大きいのではないか。2020年度は新型コロナウイルスの感染拡大が社会全体を混乱に陥れている。

「東京オリンピックの延期やインバウンドの縮小等により、全体的な建設需要は、従来の見込みから下振れするとも考えられる」と福祉医療機構は分析。一方、「高齢化の進展により介護施設の新設や医療施設の建替えの需要が引き続き高いことに加え、感染症予防を目的とした、多床室の個室化や一般患者と発熱・疑い患者の動線分離、感染症対応の専門棟建設など、従来とは異なる対応が求められる」と見ていることも付記しておきたい。

常勤医の約4割が年960時間以上残業 8.5%の医師は年1,860時間以上

厚生労働省 医師等医療従事者の働き方改革推進室

厚生労働省の医師等医療従事者の働き方改革推進室は、7月31日に「令和元年 医師の勤務実態調査」を公表。常勤医の約4割に該当する37.8%が1年間に960時間以上の残業をしていたことが明らかとなった。

年1,860時間以上残業していた医師は8.5%だった。なお、2024年度から医師にも残業時間の上限規制が設けられ、通常の勤務医は年960時間まで、2次救急医療機関、3次救急医療機関の勤務医や初期臨床研修医および新専門医制度の専攻医などは例外的に年1,860時間までとなる。

■14万人以上の医師に調査票を配布

この調査は14万人以上の医師に調査票を配布し、20,382人から回答を得たもの。うち、週4日以上勤務する医師9,064人のうち、性別・年齢・主たる診療科・主たる勤務先の回答があった8,937人を分析対象としている（男性6,879人、女性2,058人）。

ちなみに68%に該当する6,046人が大学病院以外の病院で、残りの2,891人が大学病院勤務医だ。年960時間に換算される週60時間以上勤務していた医師は、前述のとおり37.8%。2016年の前回調査は39.2%だったためわずかに減ってはいる。

しかし、週60～80時間の残業、つまり週6日勤務ならば1日10～13時間程度残業している医師の割合は29.3%と3割近くを占めている。そればかりか、上限規制の枠内とはいえ、週50～60時間とかなりの残業をしている医師は26.3%。この分布は2016年の前回調査よりも2.6ポイント増えており、

上限規制を超えない範疇での残業となるよう勤務時間のコントロールが行われている可能性もあるといえよう。

■看護師とのタスク・シフトや

タスク・シェアリングが急務

なお、同時に発表された「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」では、大学病院の労働時間で年960時間に換算される残業を行った医師はおらず、勤務間インターバルを9時間確保できなかった医師も1名（1日）のみ。勤務時間に配慮している大学病院が増えていることを窺わせる。

ただし、兼務先の労働時間と通算すると、年960時間を超過した医師の割合は30.3%。大学病院の医師は、地域の別の医療機関でも働いているケースが多く、結果として地域医療を支えているわけだが、それが残業によって賄われている実態が浮き彫りとなった。

厚労省は、解決策としてタスク・シフト、タスク・シェアリングの推進などを掲げている。しかし、1月の「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」では、そのために22の法令改正が必要だということが明らかになっており、早急な対応が必要な状況だ。さらに医療行為などのタスク・シフト／シェアでは、看護師向けの教育や研修のあり方も検討しなければならない。それらがどうなるかで、医療機関側は看護師の研修受講スケジュールや人員配置を検討しなければならず、今後厚労省がどのような方針を示すのか注視していく必要があるようだ。

医療情報①
COVID-19
分科会

感染状況を4段階に設定、 数的指標は見送り

政府の新型インフルエンザ等対策有識者会議・新型コロナウイルス感染症対策分科会（分科会長＝尾身茂・地域医療機能推進機構理事長）は7月31日に会合を開き、「今後想定される感染状況の考え方」について暫定的に合意した。

このなかで、感染状況については、以下の4段階を設定した。

▼感染ゼロ散發段階：感染者が散發的に発生するも医療提供体制に特段の支障なし

▼感染漸増段階：感染者の漸増及び医療提供体制への負荷が蓄積

3密環境などリスクの高い場所でクラスターが度々発生することで、感染者が漸増し、重症者が徐々に増加してくる。このため、保健所などの公衆衛生体制の負荷も増大するとともに、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対する医療以外の一般医療も並行して実施する中で、医療提供体制への負荷が蓄積しつつある。

▼感染急増段階：感染者の急増および医療提供体制に支障発生

感染漸増段階と比べてクラスターが広範に多発する等、感染者が急増し、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対する医療提供体制への負荷がさらに高まり、一般医療にも大きな影響が出ている状況。

▼感染爆発段階：爆発的な感染拡大及び深刻な医療提供体制の機能不全

病院間クラスター連鎖などの大規模かつ深刻なクラスター連鎖が発生し、爆発的な感染拡大が始まる。このため、このままいけば、高齢者や高リスク者が大量に感染し、多くの重症者および死亡者が発生し始め、公衆衛生体制および医療提供体制が機能不全に陥っている状況。

各段階の移行においては、以下の3つを指標として移行していくべきとした。

①医療提供体制への負荷

②検査体制への負荷

③公衆衛生への負荷

具体的な指標として、②でPCR検査陽性率、③では新規報告数や直近1週間と先週の1週間との比較などが挙げられた。しかし、数的な指標の設定は見送られた。

現状については、東京都も含め「感染漸増段階」だとし、「感染急増段階」への移行を防ぐための施策として、「メリハリの利いた接触機会の低減」を提案。「事業者」「個人」「国・自治体」に対してそれぞれ具体策を示している。

一方、感染爆発段階への移行を防ぐためには、「全面的な接触機会の低減」が必要との見方を

示した。「緊急事態宣言など、強制性のある対応を検討せざるを得ない」としたうえで、医療提供体制については「入院治療が必要な方への医療提供を徹底的に優先」するよう求めた。

医療情報②
厚生労働省
初会合

死因究明検討会が初会合、 年度内に報告書

厚生労働省の「死因究明等推進計画検討会」（座長＝佐伯仁志・中央大学大学院法務研究科教授）は7月31日に初会合を開き、来年4月頃に「死因究明等推進本部」（本部長＝加藤勝信厚生労働相）が、死因究明等推進計画の案を作成できるよう報告書案を取りまとめる方針を決めた。死因究明制度については、今年4月に死因究明等推進基本法が施行され、6月には同法に基づく死因究明等推進本部（本部長＝加藤勝信厚労相）が初会合を開いている。同検討会は、最終的には推進本部が作成する基本計画について、具体的に検討するために推進本部で開催が決まったもの。この日の検討会では、推進計画の策定に向けたスケジュールが示された。

今後9月をめどに第2回の会合を開き、関係省庁から現行の死因究明等推進計画に掲げられる施策の進捗状況等についてヒアリングを行う。その後は1カ月半に1回のペースで会合を開き、以下などについて議論し、年度内に報告書案を取りまとめる考えを示した。

▼個別の論点について

▼報告書骨子について

▼報告書素案について

医療情報③
加藤勝信
厚生労働相

サージカルマスクの 優先配布をいったん休止

加藤勝信厚生労働相は、7月31日の閣議後の記者会見で、医療機関向けのサージカルマスクの優先配布をいったん休止し、計画的な備蓄に舵を切る考えを示した。

加藤厚労相は現状について、市場のマスク供給量は、7月末には一般小売の販売量が1月初旬並みの週1億枚に回復し、8月には国内供給が10億枚を達成できるとの見込みを示した。

このため、応急的な対応として定期的に行っている医療機関向けのサージカルマスクの優先配布について、いったん配布を休止し、国内において必要な備蓄を計画的に確保していくという対応へ移行すると表明。これまでで累計約2億枚を優先配布してきたとし、現場での備蓄用として8100万枚を都道府県および医療機関に配布するとした。（以下、続く）

最近の医療費の動向

/概算医療費（令和元年度 1 1 月～1 2 月）

厚生労働省 2020年5月22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							75歳以上	公費
		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	75歳 以上				
			本人	家族						
平成 27 年度	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1	
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 4～3月	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1	
4～9月	20.9	11.8	6.3	3.4	2.6	5.5	0.7	8.1	1.1	
	10～3月	21.6	12.3	6.8	3.7	2.7	5.5	0.8	8.3	1.1
令和元年度 4～12月	32.7	18.3	10.1	5.5	4.0	8.2	1.0	12.8	1.6	
4～9月	21.6	12.1	6.6	3.6	2.6	5.4	0.7	8.5	1.1	
	10～12月	11.1	6.2	3.4	1.9	1.4	2.8	0.4	4.3	0.5
11月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
12月	3.8	2.1	1.2	0.6	0.5	0.9	0.1	1.5	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。

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				
平成27年度	32.7		21.9	16.3		15.4	16.0	33.9	21.3
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4～3月	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9	
4～9月	16.5	10.8	8.2	7.7	8.0	17.4	10.7	46.6	
10～3月	17.1	11.3	8.7	8.2	8.6	17.9	11.2	47.3	
令和元年度4～12月	25.9	17.0	13.0	12.2	12.7	27.3	16.8	71.7	
4～9月	17.1	11.2	8.5	8.1	8.4	18.0	11.1	47.5	
10～12月	8.8	5.8	4.4	4.2	4.3	9.3	5.7	24.2	
11月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.0	1.9	7.9	
12月	3.0	2.0	1.5	1.4	1.5	3.1	2.0	8.1	

- 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
		医科入院	医科入院外	歯科							
平成27年度	41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8
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4～3月	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0
4～9月	20.9	16.8	8.2	7.1	1.5	3.6	0.4	0.13	8.6	10.8	1.5
10～3月	21.6	17.3	8.3	7.4	1.5	3.9	0.4	0.14	8.7	11.3	1.5
令和元年度4～12月	32.7	26.1	12.6	11.2	2.3	5.8	0.6	0.23	13.2	17.0	2.3
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
10～12月	11.1	8.8	4.3	3.8	0.8	2.0	0.2	0.08	4.5	5.8	0.8
11月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
12月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	2.0	0.3

- 注1) 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。

● 受診延日数

(単位：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養		
		医科入院	医科入院外	歯科				
平成 27 年度	25.8	25.6	4.7	16.8	4.2	8.2	0.15	
平成 28 年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17	
平成 29 年度	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20	
平成 30 年度 4～3月	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23	
	4～9月	12.6	12.5	2.3	8.1	2.1	4.1	0.11
	10～3月	12.9	12.8	2.3	8.3	2.1	4.4	0.12
令和元年度 4～12月	19.1	18.9	3.5	12.3	3.2	6.4	0.20	
	4～9月	12.7	12.6	2.3	8.1	2.1	4.2	0.13
	10～12月	6.4	6.4	1.2	4.1	1.1	2.2	0.07
	11月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.4	0.7	0.02
	12月	2.2	2.1	0.4	1.4	0.4	0.7	0.02

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。
 受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

● 1日当たり医療費

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考)	
		食事等含まず	食事等含む					医科入院外+調剤	
平成 27 年度	16.1	33.3	35.0	8.5	6.8	9.6	11.0	13.2	
平成 28 年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1	
平成 29 年度	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4	
平成 30 年度 4～3月	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5	
	4～9月	16.7	35.1	36.8	8.9	7.1	8.9	11.3	13.4
	10～3月	16.8	35.6	37.3	8.9	7.1	8.9	11.4	13.5
令和元年度 4～12月	17.1	36.1	37.8	9.1	7.2	9.1	11.4	13.9	
	4～9月	17.1	35.9	37.5	9.1	7.2	9.1	11.4	13.8
	10～12月	17.2	36.5	38.2	9.2	7.3	9.1	11.5	13.9
	11月	17.1	36.7	38.4	9.1	7.3	8.9	11.5	13.8
	12月	17.3	36.5	38.2	9.1	7.4	9.2	11.5	14.0

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。
 「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外を受診延日数で除して得た値である。
 歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。



経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

患者満足度を高め安定経営を目指す 患者ファン化に つなげる改善策

- 1.患者ファン化の考え方
- 2.患者の待ち時間対策
- 3.患者層別の対応策
- 4.対応力強化と患者の定着化による経営改善



参考資料

【株式会社Bizアップ総研 e-医療JINZAI 「増収・増患・増益を実現する歯科経営改善対策の進め方」】
（講師）MMP 認定登録医業経営コンサルタント 鈴木 竹仁氏
【日本Bizアップ株式会社 医業経営指導マニュアル】
【株式会社アーバンプロデュース 「院長先生の知恵袋 クリニックの目のつけどころ大辞典】鈴木 竹仁 著
【厚生労働省 平成29年受療行動調査（確定数）の概況】 【厚生労働省 平成29年患者調査の概況】

1

医業経営情報レポート

患者ファン化の考え方

■ 「増収・増患」から「増点・増益」への発想転換

「増収・増患」と「増点・増益」はイコールではありません。患者の満足度向上と利益の安定化を図るためには、「増点・増益」へと意識を変えることが重要です。

自院のファン患者を増やすことにより、患者がリピーターとなり継続した安定的な収入を得ることができます。

一方、ファン患者の増加ではなく、単に新規患者数が増加した場合、自院の利益に繋がらないことがあります。それは、以下のことが要因として考えられます。

◆患者数の増加が増収・増益とならない要因

●患者数の増加による影響

- ・診察時間に余裕が無くなり、平均点数（診療報酬算定点数や自費等）が下がる
- ・増加した患者に対応するためにスタッフを増やしたり、残業が増えたりすることで人件費が増加する
- ・駐車場や設備等、患者数に合わせた対応が求められる

●新規患者数の増加による影響

- ・初診患者の診察時間が増え、既存の定期通院患者の待ち時間が長くなり不満に繋がる
→ ファン患者の減少の要因となる

また、新規の患者数が大幅に増えることで、対応するスタッフの業務量が増加すると、時にはスタッフの不満に繋がることも考えられます。

◆新規の患者数大幅増加によるスタッフへの影響

- カルテの準備の手間
- 問診票の作成の手間
- 新規患者の名前と顔が一致しない
- 保険証の確認作業の手間

こうしたことで患者やスタッフの不満が広がり、現場でのトラブル発生の可能性が高くなります。

2

患者の待ち時間対策

■ 患者の待ち時間対策

(1) 見やすい掲示物や患者説明資料を作成する

患者が院内で多くの時間を過ごすのは待合室です。

院内の掲示物や説明資料は、患者にとって見やすいものであることが求められます。

また、患者にとって興味のある内容や、自院から患者に発信したいことを工夫して伝えることで、待ち時間を有効に活用することが可能となります。

◆見やすい掲示物や患者説明資料

●文字のサイズを大きく見やすいようにする

⇒院内掲示物は、実際に待合室の椅子に座り、見やすい場所や文字のサイズになっているかを検証する

●掲示物や説明資料等のタイトルの文字はゴシック、本文は明朝体に

⇒タイトルや見出しをゴシックにするとその部分が目立ち、患者に伝えたいことを強調することができる

●掲示物や説明資料等のタイトルのジャンプ率*を高める

⇒タイトルのジャンプ率を高め、本文を低くすることでよりタイトルを強調することになる

※ジャンプ率とは、掲示物のデザインにおける、本文のサイズに対する見出しの大きさの比率のこと

◆見やすい掲示物の例

		〇〇クリニック				混雑予想		
		月	火	水	木	金	土	日
9:00~10:00		●	●	●	●	●	●	
10:00~11:00		●	●		●	●		
11:00~12:00		●	●		●	●		
13:00~14:00		●	●		●	●		

待ち時間の目安 ※あくまでも予想であり、実際の状況と異なることがあります。ご了承ください。

- 1時間以上
- 30分~1時間程度
- 15分~30分程度
- 30分未満

3

医業経営情報レポート

患者層別の対応策

■ 女性患者と子どもへの対応

女性患者1人にファンになってもらえれば、「子ども」「配偶者」「両親」「近所の友達」と多くの患者を連れてくる可能性が高くなります。逆に、女性患者に嫌われることは患者数の減少が懸念されます。女性患者から選ばれる医療機関になることが重要だといえます。

◆ 女性患者へのアプローチ

- 口紅や化粧を落とすことがあるので、ウェットティッシュやコットン、綿棒、あぶら取り紙等を適量準備しておく
- トイレが常に清潔であるか、設置した備品の不足等を確認する
- 診察室では、アウターを掛けるハンガーやカゴ、バッグや携帯電話を置くトレイの準備
- 寒さ対策やスカートの患者のためにひざ掛け等を用意する
- 患者に対する治療内容の説明が、中待合に聞こえないように、少し声のトーンを低くして話す
- 待合室のBGMの音量を大きめにして、診察室の話し声が聞こえないように配慮する

◆ 子育て女性患者へのアプローチ

- 扉を通りやすいものにする
(手に荷物を持っていても、ベビーカーを押していても出入りしやすくする)
- 子どもがぐずっていてもやさしく接する
- キッズスペース等の設置
- 状況に応じて患者の荷物等を運ぶ声掛けをする

子ども患者は1人で来ることはあまりなく、ほとんどの場合親と一緒に来院します。したがって、子どもにとって居心地のよい医院は、子どもの親に選ばれる医院になる可能性が高くなります。

風邪が流行する時期や夏休み中等は、特に子ども患者が多くなります。

楽しい雰囲気作りで子ども患者のファンを増やし、選ばれる医院を目指します。

◆ 子どもへの配慮

- 治療中に子どもが暴れたり、嘔吐して衣類が汚れた場合の着替え用シャツやズボン等の用意
⇒高額なものではなく、安価な衣類でも患者満足度向上に繋がる
- 交換用のオムツを持参していない患者へのオムツの準備
⇒紙オムツを用意しておくことで、利用した親の満足度向上に繋がる

4

医業経営情報レポート

対応力強化と患者の定着化による経営改善

■ 患者対応力の強化

患者満足度を向上させるためには、スタッフの対応力を強化する必要があります。

(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話だけで物足りない」という話が聞かれます。患者は、日常生活を送るうえで、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、看護師など他のスタッフから患者の生活を中心にした説明を行うことが必要です。

例えば、「血液検査の結果をみると、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。

このほか、患者の気持ちに対する共感や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、患者が知りたいのは、自分の生活がどうなるかという視点であることを再認識し、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、スタッフにも同じような気持ちで患者に接してもらえるように、継続的な研修が必要です。

◆ 患者満足を引き出す説明例

患者：「今日お風呂に入っていていいですか？」

医師等：「今日みたいに寒い日はお風呂にゆっくり入りたいですね。

でも、今日お風呂に入ると病状が悪化してしまうので、明日、症状がおさまったらお風呂に入ってくださいね。」

【ポイント】

- お風呂に入れない理由を相手に伝える
- 患者に共感する言葉を加える
- お風呂に入れない理由の後にプラス表現の言葉を添える

ジャンル：業績管理 > サブジャンル：業績管理体制の構築

業績管理体制の構築法

業績管理体制はどのように区分して構築すればよいか、またプロフィット・センター等の位置づけと機能を教えてください。

業績管理を実施する目的は、取り組んだ結果と目標との対比により、不足部分、達成部分の要因を分析し、次のアクションに活用することにあります。

病院における業績管理とは一般に、月次の収益・費用を施設・部門ごとに分解し、どの施設のどの部門が目標達成に貢献したか、未達成の要因となっているかを見ていきます。さらに、診療行為別、個別活動内容毎にブレイクダウンすることで、どの診療行為の、どの指導料が不足しているのか、そのために何をすればよいか、といった次のアクションにつなげることができま。複数の病院・施設を経営している場合は、施設ごとの管理体制が必要です。

■プロフィット・センター

プロフィット・センターとは「利益責任単位」と訳され、収益と費用が集計される部門を意味し、集計された利益から費用を差し引いた利益をいかに大きくするかを目標とします。利益追求を中心とする業績責任単位として、経営管理の自立性があることが求められます。

病院においては診療部門、看護部門がこれにあたり、外来では各診療科目、入院では各病床機能または病棟がプロフィット・センターとなります。

■サービス・センター

サービス・センターは、他の部門に対して専門機能・管理機能にかかわるサービスを提供する部門で、いわゆる管理部門やスタッフ部門のことで、意思決定の権限は分担する職能領域に限定されます。

■コスト・センター

コスト・センターは、コスト（費用）だけが集計され、収益は集計されない部門であり、病院全体の損益の面からは、同じ効果を極力少ないコストで上げることが目標となります。病院においては、薬剤部門、検査部門、放射線部門、栄養部門、事務部門などです。

■インベストメントセンター（投資センター）

民間企業における考え方として、企業組織はプロフィット・センターの集合体として組み立てられ、言わば「企業内企業」としてとらえることができます。この企業内企業の単位を分社化したのが、カンパニー制（社内分社制）組織です。これは、事業活動に必要な全ての機能をカンパニーに権限委譲し、あたかも社内に独立した企業が自律的に運営されているような組織形態です。カンパニーには設備投資や人員等の固定資源の配分に関する権限が委譲されます。

事務長が行う業績管理の推進

事務長機能を活性化することで、院内全体で業績管理意識を向上させるためのポイントを教えてください。

事務長とは、病医院の管理運営の全般について院長を補佐する役割を担うポジションであり、経営管理手法と専門知識、幅広い教養を持った人格者が適任だといえます。病医院全般の経営を把握すべき立場にあるので、この「事務長の力」を大いに活用して、院内全ての管理業務を活性化すると良いでしょう。

■事務長の役割～コスト削減と予実管理

①経費節減の全体目標の提示

事務長から「今年度経費削減目標5% (▲8,000万円)」といった具体的な数値目標を全職員に示すと効果的です。

全体目標の達成を目指して、各担当責任者が部門別の目標を立て、具体的な計画を策定することにより、病医院全体目標の達成に近づくことができます。

②コスト意識を持たせる役割

事務部門で例を挙げると、総務課など経費削減の対象となる業務が少ない部門に対しては、事務長から具体的な目標（例：総務課経費削減▲350万円）を示して、担当者にコスト削減の意識付けを図ります。こうした取り組みにより、直接収入を得ることはできない部門であっても、通信費、光熱水費の節約、研修会の開催方法の工夫など、小さなコスト削減を積み上げることで、病医院全体の収益に貢献することは可能です。

③「実績」をベースに次期予算を策定

予算策定は各部門責任者が行うのが最適ですが、自部門を意識する余り、全体経費予算の奪い合いにならないとも限りません。

したがって、事務長に部門間の調整を行う機能が求められます。

④実績管理の調整

通常、部門責任者が行いますが、特に費用については「予算を使いきる」と考えるのは適切ではありません。どうすれば費用が削減できるのかという点について、他部門の取組み事例や情報交換を通じ、有効な手段は広く水平展開して院内全体で活用する等の活動が重要です。

⑤物品購入の調整

事前にその物品の必要性や効果を検証することが必要です。仮に、必要性や効果が少ないと判断した場合は購入を認めないものとし、その理由を購入希望者に理路整然と説明できる力量を備えなければなりません。ここでも、事務長による調整機能が重要なのです。