

週刊WEB

# 医業経営

MAGAZINE

Vol.677 2021. 6. 15

医療情報ヘッドライン

**「歯学部振替枠」の廃止提案へ、  
医学部定員の削減方針は変わらず**

▶厚生労働省 医師需給分科会

**骨太方針原案「新たな仕組みを」  
事業報告書の届出・公表は義務化**

▶経済財政諮問会議

週刊 医療情報

2021年6月11日号

**救急外来での救急救命士の  
取り扱いで議論開始**

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10月)

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:医業経営 > サブジャンル:未収金防止策

**深刻化する未収金問題の背景  
未収金問題～医療機関側課題**

京都税理士法人  
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社  
〒601-8326 京都市南区吉野院九条町30番地1 江後経営ビル  
TEL: 075-603-6363 FAX: 075-603-6565

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: 077-560-5530 FAX: 077-560-5540

大阪支社  
〒530-0001 大阪府大阪市北区春田1-1-3 大阪駅前第三ビル31F  
TEL: 06-6344-1663 FAX: 06-6344-1578

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

# 「歯学部振替枠」の廃止提案へ、 医学部定員の削減方針は変わらず

厚生労働省 医師需給分科会

厚生労働省は、6月4日の医師需給分科会で「歯学部振替枠」の廃止を提案した。「歯学部振替枠」は、医学部と歯学部を併設する大学が歯学部の入学定員を減らした場合、医学部定員の臨時増加（1大学10名以内）を認めていたもの。「歯科医師の養成数を抑制するとともに、全体の医師不足の解消を目的として」活用されていたが、今後は医学部定員数を削減する方針がすでに決まっていることを受け、役割を終えることになりそうだ。

## ■ここ9年は毎年44名の申請

### “手を付けやすい”削減枠だった

「歯学部振替枠」は、2009年に閣議決定された「経済財政改革の基本方針2009」（骨太方針）で決定。10年間の期限付き制度として2010年度から導入された。

初年度は30名、次の2年は各42名、以降9年間にわたって44名が申請されている。

2020年度以降の取り扱いは、その時点の医師需給推計をもとに判断されることになっており、2020年8月に開催された医師需給分科会で、2022年度までの2年間の延長が決まっていた。

しかし、厚労省の推計によれば、今後の医師需給は2029年頃に均衡するとされている。

医学部は6年間であるため、これは2023年度の入学者が医師になる時期の話であり、受験者の進路選択を考慮すれば早急に定員数を確定しなければならない。一方で、新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、救急や免疫・感染症分野の人材育成を見直す必要が生じているほか、地域および診療科で医師数が偏在しているのも事実。文部科学省が2020

年10月と今年4～5月に30大学を対象として実施したヒアリングでも同様の指摘があったことから、慎重な対応を余儀なくされている。そうした事情を踏まえ、まずは“手を付けやすい”「歯学部振替枠」が削減の対象となったというところか。

分科会の構成員からも「歯学部のある大学にしかできず不公平」「都道府県にとって無関係の一般入試枠の定員が増えただけで地域定着にも貢献しない」などの意見が集まったことから、廃止に踏み切った形だ。

## ■医療崩壊を防ぐため

### 全国知事会は増員を求めている

医学部定員の削減は、2018年時点から検討が進められてきた。大学側の準備も必要なことから、当初は2020年4月を目途に2022年以降の医学部定員数の方針を示す予定だったが、新型コロナウイルスの感染拡大により、十分な議論をする余裕がなくなっていた。むしろ、コロナ禍によって、医師数削減の大方針を見直すべきだとの声もあがってきた。代表的なのは全国知事会の提言だ。

「新たな感染症によるパンデミックが発生した場合にも、医療現場の崩壊を招くことなく、適切な医療を提供するためには、医師の絶対数を増やすことが必要」として、医学部定員増の継続を求めている。

ただ、医師増加ペースは毎年数千人規模であり、今後の人口減少も踏まえると医師数過剰になることは間違いない。

自治体や世論を納得させつつ、バランスのとれた需給策をいかに展開していくか、厚労省の舵取りが問われる。

# 骨太方針原案「新たな仕組みを」 事業報告書の届出・公表は義務化

## 経済財政諮問会議

政府は6月9日の経済財政諮問会議で「経済財政運営と改革の基本方針2021（仮称）」（骨太方針）の原案を提示。医療に関しては、「感染症を機に進める新たな仕組みの構築」との項目を設け、「平時と緊急時で医療提供体制を迅速かつ柔軟に切り替える仕組みの構築が不可欠」として、ICTを活用した迅速な情報共有と施策立案・実行を促す体制を早急に整えるスタンスを示している。

### ■医療法人と介護事業所の 経営透明化が必須に

今回の骨太方針で強調されているのは「役割分担の明確化」だ。項目の冒頭で「地域医療連携推進法人制度の活用等による病院の連携強化や機能強化・集約化の促進」と盛り込み、かかりつけ医機能を強化することで機能分化・連携を推進したいとした。

これは当然、コロナ禍で浮き彫りになった硬直した医療提供体制を見直すという意味だけでなく、地域偏在の解消と社会保障費の抑制を両立させたい意向がある。

その方策のひとつとして、「原則かかりつけ医による」としながらオンライン診療を初診から実施することを盛り込んでいる。

また、医療法人および介護事業所にとって大きく影響を及ぼしそうなのが、事業報告書を「アップロードで届出・公表する全国的な電子開示システム」の構築を打ち出したことだ。届出・公表は義務化する方針。

各医療機関および介護事業所の取組内容および成果を「見える化」することで、「感染症による医療機関への影響等を早期に分析できる体制を構築する」と明記した。

確かに支援のために事業報告書のデータを活用することもあるだろうが、主眼にしているのはデジタル化による効率化と利便性の向上だ。

9月に創設が予定されているデジタル庁の統括・監理のもとでレセプトシステムや医療・介護データとの連携も図るとしており、医業・介護経営の透明化が求められることになりそうだ。

### ■医療機関に行くことなく 処方箋の反復利用を可能に

そのほか、注目すべきポイントとしては、「症状が安定している患者」と限定したうえで、「医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策」を検討すると明記したことだ。当然、医師と薬剤師の連携が必要であり、オンライン診療からオンライン服薬指導まで一気通貫で利用できる状況を整えようとしていることは間違いない。

患者にとっては通院負担が軽減され、医療機関や薬局にとっては患者対応の絶対量を減らせるため、人的リソースを最適に活用することができるようになる。

また、「緊急時の薬事承認の在り方について検討する」との一文が盛り込まれているのも見逃せない。新型コロナウイルスのワクチンや医薬品の承認に時間がかかったことを踏まえ、現在よりも迅速に承認できるプロセスの導入を検討すると予想されるが、問題は何を緊急時とするかだ。

柔軟かつ安全性を担保できる仕組みにするための制度設計が必要なため、今後の議論の行方を注視したいところだ。

医療情報①  
 厚生労働省  
 検討会

## 救急外来での救急救命士の 取り扱いで議論開始

厚生労働省は6月4日、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大学教授）の会合を開き、5月28日に公布された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（改正医療法）を受け、10月に施行される改正救急救命士法への対応について検討を開始した。

改正後の救急救命士法では、救急救命士が救急救命処置を行える場が、従来の「病院前」に加え、「救急診療を要する傷病者が来院してから入院（病棟）に移行するまでの救急外来」に拡大された。また、病院等に勤務する救急救命士が院内で救急救命処置を実施する場合には、「あらかじめ、厚生労働省令で定めるところにより、当該病院等の管理者が実施する医師その他の医療従事者との緊密な連携の促進に関する事項その他の（中略）厚生労働省令で定める事項に関する研修を受けなければならない」とされた。

この日厚労省は、「医療機関に所属する救急救命士の資質および救急救命士が行う業務の質の担保を目的とした取り組み」の案として、以下を示した。

- ①医療機関において、救急救命士による救急救命処置の実施に関する委員会を設置すること。当該委員会は、救急救命処置を指示する医師、医療安全管理委員会の委員、その他当該委員会の目的を達するために必要な委員により構成すること。
- ②委員会において、あらかじめ、救急救命士が実施する救急救命処置に関する規程を定めること。
  - ▼必須：救急救命処置(33行為)のうち救急外来において実施する範囲、救急救命処置を指示する医師
  - ▼任意：その他、当該委員会が業務の質を担保する観点から必要と考える事項
- ③委員会において、国が示す研修項目等を踏まえ、あらかじめ、救急救命士が受講する院内研修の内容を定めること。また、医療機関において、研修の受講状況（救急救命士の氏名、研修の受講時期）について記録し、救急救命士を雇用する間、保存すること。
- ④救急救命処置を実施した救急救命士において、救急救命処置録を記載すること。また、委員会において、救急救命処置の実施状況に関する検証を行うとともに、必要に応じ、②の規程や③の研修内容について見直しを行うこと。

また、医療機関に所属する救急救命士に必要な研修内容については、「医療安全」「感染対策」「チーム医療」分野のそれぞれについて、専門家の意見をもとに、救急用自動車等の中と医療機関における違いと留意点を取りまとめ、案として示した。

長島公之構成員（日本医師会常任理事）は、委員会について「医療機関は極めて個別性が高いため基本的な姿勢としてはそれぞれの裁量に任せる」としながら、「救急関連の学会でモデル等をつくり参考にできないか」と提案。

坂本哲也構成員（日本救急医学会代表理事）は、「救急医学会としてはこれまでもメディカルコントロール（MC）体制に関する委員会等で研修を行ってきており支援していきたい。働く救急救命士の教育も大事だが指示を出す医師の教育も必要」と指摘した。（以降、続く）

医療情報②  
 厚生労働省  
 事務連絡

## 職域接種申請受付を開始、 手引き等も示す

厚生労働省は6月8日付で、「新型コロナワクチンの職域接種の申請受付開始について」を、都道府県等に宛てて事務連絡した。事務連絡では、新型コロナウイルスワクチンの職域接種について、6月8日から、企業等からの申請受付を開始したことを示した。「職域接種の申請から接種まで」「入力項目」「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する職域接種向け手引き（初版）」を送付し、併せて厚労省のホームページで公表したとした。

### ■接種実施は委託契約を結んだ医療機関

「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する職域接種向け手引き（初版）」は、以下の9章で構成される。

- ▼第1章：新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の概要
- ▼第2章：職域接種の開始に当たり事前に企業等において準備すること
- ▼第3章：職域接種の申請に関する手続き
- ▼第4章：申請後、接種開始までに準備すべきこと
- ▼第5章：接種会場となる医療機関において接種に当たり実施すること
- ▼第6章：請求事務
- ▼第7章：副反応疑いの患者から連絡があった場合の対応
- ▼第8章：予防接種法に基づく健康被害救済
- ▼第9章：ワクチンの特徴

第1章では、職域接種の位置づけについて「市町村で実施している住民への接種と同様に、予防接種法附則第7条の特例規定に基づき、厚生労働大臣の指示のもと、都道府県の協力により、市町村において実施するもの」とした。そのため、集合契約により市町村と委託契約を結んだ医療機関が、企業等の単位で、職域単位でワクチン接種を実施するという実施形態となる。使用するのは、武田／モデルナ社のワクチン。（以降、続く）

# 最近の医療費の動向

## / 概算医療費(令和2年度10月)

厚生労働省 2021年3月4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						
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 4~10月	24.2	13.4	7.4	4.2	2.7	6.0	0.6	9.6	1.2	
4~9月	20.5	11.3	6.2	3.5	2.3	5.1	0.5	8.1	1.1	
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	

- 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歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上	
			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	17.4	16.5	16.9	36.4	21.9	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	10.9	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4～10月	19.3	12.5	9.5	9.2	8.7	20.6	10.0	53.1	
	4～9月	16.3	10.5	8.0	7.8	7.3	17.4	8.3	45.0
	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

注) 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4～10月	24.2	19.3	9.4	8.1	1.7	4.3	0.4	0.21	9.8	12.5	1.7	
	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
	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

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。

## ● 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	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度 4～3月	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
4～9月	12.7	12.6	2.3	8.1	2.1	4.2	0.13
10～3月	12.6	12.4	2.3	8.0	2.1	4.2	0.14
3月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.7	0.02
令和2年度 4～10月	13.3	13.2	2.6	8.4	2.2	4.4	0.18
4～9月	11.2	11.1	2.2	7.0	1.9	3.7	0.15
4月	1.8	1.7	0.4	1.1	0.3	0.6	0.02
5月	1.7	1.7	0.4	1.0	0.3	0.6	0.02
6月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
7月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
8月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
9月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
10月	2.1	2.1	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03

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) 医科入院外+調剤
		食事等含まず	食事等含む					
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	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
令和元年度 4～3月	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
4～9月	17.1	35.9	37.5	9.1	7.2	9.1	11.4	13.8
10～3月	17.5	36.6	38.2	9.3	7.3	9.2	11.5	14.2
3月	17.9	36.8	38.5	9.5	7.4	9.9	11.5	14.8
令和2年度 4～10月	18.2	36.7	38.4	9.7	7.7	9.9	11.5	14.9
4～9月	18.2	36.5	38.2	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
4月	18.7	35.9	37.6	9.7	7.7	10.7	11.4	15.7
5月	18.5	34.8	36.5	9.9	7.6	10.1	11.5	15.3
6月	17.9	37.2	38.9	9.7	7.7	9.7	11.4	14.7
7月	18.0	37.1	38.8	9.7	7.7	9.8	11.4	14.8
8月	18.3	36.7	38.4	9.8	7.8	9.7	11.5	14.8
9月	18.1	37.1	38.8	9.8	7.8	9.7	11.5	14.8
10月	17.8	38.0	39.7	9.5	7.7	9.5	11.5	14.4

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 ばんぼう 2021 年5月号

# 1

## 医療経営情報レポート

# 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

# 深刻化する未収金問題の背景

未収金の現状と、  
その要因について教えてください。

## ■経営を圧迫しかねない未収金の現状

今後も医業収入の大きな伸びが期待できない経営環境の下、医療機関において発生した未収金を放置することは、自院の経営に深刻な影響を及ぼす可能性があります。未収金の発生が回収額を上回るようになると、徐々に経営を圧迫する要因になりかねません。

増患への取り組みの成果として外来・入院患者数が増加しても、これに比例して回収できない負担金累積額も増えてしまえば、いつまでも院内の改善努力の結果が反映されないことになるといえるでしょう。

このような未収金の発生をゼロにすることは、現実的に不可能であるともいわれています。その理由として、医療機関には次のような重要な側面が挙げられます。

### 【医療に固有の側面】

#### ● 医師法第 19 条（応召義務）

「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な理由がなければ、これを拒んではならない」

#### ● 1949 年 9 月厚生省（当時）医務局長通知

「患者の貧困や医療費の不払いがあっても、直ちにこれを理由として診療を拒むことはできない」

一方で、医療機関における未収金問題は、近年深刻化の様相を示しています。その要因としては、下記のような事由が挙げられます。

### 【未収金問題が深刻化する主要な要因】

#### ① 診療報酬改定による患者負担割合の増加

⇒ 自己負担割合が増えたため、受診しても経済的な理由で支払が滞る、または支払能力がないケースであり、大部分が該当

#### ② 低所得者層の増加

⇒ ①同様に高齢者や定職に付かない者、いわゆる「ワーキング・プア」等のように収入が低い層の患者割合が増加

#### ③ 診療内容への不満を原因とする治療費支払の拒否

⇒ 患者の権利意識が向上し、提供を受けた医療サービスに納得がいかない場合や医療機関への不信感から、支払を拒否するケースが増加

これらの要因別に、発生した未収金の回収方法や予め回避するための方策を検討し、院内に徹底することによって、医療機関の経営安定に一定の効果を及ぼすことができます。

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 未収金防止策

# 未収金問題～医療機関側課題

未収金問題の原因のうち、医療機関側の課題となるものとはどのようなことでしょうか。

## ■情報提供不足と算定をめぐる問題

医療機関側の原因としては、情報提供不足と算定をめぐる問題があります。情報提供不足が指摘される項目の中には、医療費に関する情報と診療情報の2つに区分できます。また、タイムラグのある算定という診療報酬制度に起因する問題については、職員の理解不足と診療報酬請求をめぐる算定方法に由来するものの2つに分けられます。

### (1)情報の供給不足に関する問題

未収金発生原因のうち、現金不足による不払いについては、次のようなケースが想定されます。

#### 【会計時の現金不足による不払いのケース】

- (1) 急な検査や退院で当日の所持金が足りず、支払いができない
- (2) 高額で支払いめどが立たず、分割支払い期間が長期になる
- (3) 救急搬送・時間外診療時の保険証不所持、所持金なし

こうした事態を防止するためには、事前に医師や職員が検査時の対応や窓口負担額について、患者側に説明しておく必要があります。

一般に、未収金は次回来院・診療時に回収することになりますが、当日に治療が終了した場合や、救急・時間外受診の際に会計処理ができない医療機関などは、未収金の発生リスクが高くなるといえます。体制上の問題については検討が必要です。

### (2)タイムラグのある算定をめぐる問題

#### ①職員の理解不足

主要なケースとしては、患者が会計・支払を終了し、医療機関を出た後で事後算定が生じる場合に発生した未収金や、当日で治療を終えて次回来院予定がないなど、回収が困難になることは少なくありません。こうした事態を防ぐためには、職員が点数算定に関する知識を十分に備えていることが必須条件だといえます。

#### ②診療報酬制度に起因するもの

検査など診療の内容によっては、患者の来院がなくても実施可能なものもあるため、自己負担分の請求を失念する場合があります。例えば「細菌培養同定」などでは、一次検査で細菌が発見された場合には二次検査が実施されることとなりますが、一次検査時に採取した検体を用いて患者が再度来院することなく実施可能であり、二次検査分の自己負担額を請求し忘れるケースが想定されます。これは、診療報酬制度上、検査オーダーが出され、その実施ごとに請求する仕組みであることによって、職員の失念を招く可能性を高めているといえます。