

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.779 2023.7.11

医療情報ヘッドライン

医療資源投入量の地域差解消へ 白内障と化学療法の外来移行を推進

▶厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

「マイナ保険証」トラブル対策を提示 資格確認ができなくても3割負担を堅持

▶厚生労働省 オンライン資格確認利用推進本部

週刊 医療情報

2023年7月7日号

病院建設の平米単価、
22年度は40.9万円

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査
(令和5年2月末概数)

経営情報レポート

定着率を向上させる
人事評価制度の組み立てと運用法

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
未収金発生前の防止策
未収金管理体制徹底のポイント

発行:税理士法人ネクサス

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療資源投入量の地域差解消へ 白内障と化学療法の外来移行を推進

厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

厚生労働省は、6月29日の社会保障審議会医療保険部会で、2024年度から始まる「第四期医療費適正化計画」の策定に向けた基本方針を提示。新たな目標の1つに「医療資源の投入量に地域差がある医療」を挙げ、白内障手術とがん化学療法を例示した。

この2つについて、外来への移行をさらに推進していくことになりそうだ。診療報酬改定への影響が注目される。

■化学療法で「がん薬物療法専門医」の数を示す

「医療資源の投入量」とは、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値のことだ。当然ながら地域ごとに異なるが、必要以上に投入されていないか、逆に不足してはいないか、ガバナンスを効かせることが重要となる。

実際、厚労省は「他地域と比較して多くの資源が投入されている医療サービスについて（中略）、必要な適正化に向けた取組を進めることは重要」と明記している。「患者の状態を踏まえた医師の判断及び患者の合意によりなされるものであり、一概に減少させればよいわけではない」と付記しているものの、「削れる部分は削る」との意思表示ともいえよう。

例示した白内障手術とがんの化学療法について、厚労省は諸外国と比較して外来へ移行し入院を減らす方針を打ち出した。

がんの化学療法については、「外来での化学療法を実施できる専門医等の専門職や、治療を実施する施設を充足させることが必要な場合がある」と明記。人口あたりの「がん薬物療法専門医」の数を示したことから、関連

加算の施設基準に「がん薬物療法専門医」を加える可能性も出てきた。

■白内障外来実施割合は54%と国際的に低い

白内障手術について、厚労省は「多くの国で90%以上が外来で実施」とOECDの調査結果を示しつつ、「外来での実施は、医療資源の節約だけでなく、在院期間の短縮によるCOVID-19に曝露されるリスクの減少など患者安全にも寄与するとされている」と指摘した。実際、日本の白内障手術の外来実施割合は54%（OECD調査では55%）で、OECD加盟国のワースト4。国内で都道府県別に見ると、徳島が90%と高いものの、他はほとんどが平均前後。最も低い福島県は32%となっている。

白内障手術の時間は一般的に15～30分程度で、日帰りを実施している医療機関は多い。

ただし、眼内炎などの感染症のリスクもあり、高齢者や両目とも白内障が進行している場合などは入院が推奨される。つまり、本来、患者の状況に合わせて判断すべきだが、国の方針としては医療費の「適正化」を図るため、日帰り手術を従来以上に推進しようということだ。ちなみに日帰り白内障手術の診療報酬は、従来、実質的に手術点数のみだった。

しかし、2022年度改定で、麻酔科医が手術日のみ勤務していれば短期滞在手術基本料1（日帰りの場合2,947点）が算定できるようになった。来年度の次期改定では、さらに白内障手術の外来への移行（つまり入院から日帰りへの移行）を後押しする見直しが行われる可能性があり、眼科を標榜する診療所には追い風となるのではないか。

「マイナ保険証」トラブル対策を提示 資格確認ができなくても3割負担を堅持

厚生労働省 オンライン資格確認利用推進本部

厚生労働省は、6月29日に「オンライン資格確認利用推進本部」を設置し、第1回会合を開催。医療機関において、マイナンバーカードによるオンライン資格確認ができなかったときも、患者に「10割負担」を強いることなく、本来の3割負担で済む対策案を示した。まずは通知を発出して医療現場への周知を進め、8月診療分から取扱いを開始する方針だ。

■新たに「被保険者資格申立書」を用意

マイナンバーカードを保険証として利用する「マイナ保険証」をめぐるのは、データ登録の未完了や機器の不具合などにより保険資格が確認できず、患者が10割負担を請求される事例が相次いでいる。全国保険医団体連合会の調査によれば、6月19日時点で少なくとも776件あったという。

保険資格を喪失していないのに10割負担を強いられる事態がこれ以上広がるのを防ぐため、厚労省が参考にしたのが災害時の仕組みだ。直近の支払い実績をもとに、健康保険組合などの保険者が医療機関への支払いを負担する制度を「参考に」、最終的に保険資格の有無が確認できなかったとしても、3割負担を守ろうというわけだ。

気になる医療機関側の対応だが、まず資格確認のため「マイナポータル」の資格情報画面（患者自身のスマートフォンで提示可能な場合）「保険証（患者が持参している場合）」の提示を求めよという。これらが難しい場合は、患者に「被保険者資格申立書」を記入してもらえばいいとした。

レセプト請求はどんなケースでもできるよ

うにする。

マイナポータルや紙の健康保険証で資格情報が確認できた場合はそのまま、それらができなくても、受診歴があるなど過去の資格情報が確認できればその資格に基づいて請求すればいい。

もし両方ともできなかった場合は、「保険者番号や被保険者番号が不詳のままでも、請求を行っていただくことが可能」としている（ただし、診療報酬の支払いまでに「一定の時間をいただくことがあります」とのこと）。

■河野大臣「新マイナ用の読み取り機が必要」

従来、健康保険証の資格確認はレセプト請求後に行うものだった。そのため、審査支払機関からレセプトの返戻が行われるほか、最終的に未収金となってしまいうケースもあった。

受診時（事実上は受診前）に資格確認ができるオンライン資格確認には、レセプト返戻・再請求に伴う事務負担の軽減と、未収金リスクの解消につながるという期待も込められている。個人の医療情報とも紐づけることでデータヘルスの基盤ができるのも大きい。

まさに、医療の質向上と効率化の実現を目指す医療DXの肝となる部分であり、「マイナ保険証」はその命綱でもあるわけだ。

しかし、肝心のマイナンバーカードは2026年度に新たなものにする構想が動き出しており、河野太郎デジタル相は「仕様によっては新しい読み取り機が必要になる可能性は当然ある」と国会で発言している。

厚労省は緊急的かつ臨時的なものとして想定しているはずの今回の対策が、しばらく必要になる可能性もあるかもしれない。

医療情報① 福祉医療機構 リサーチレポート

病院建設の平米単価、 22年度は40.9万円

福祉医療機構は、2022年度の病院建設（新築）の費用が1平方メートル当たり40.9万円だったとするリサーチレポートをまとめた。

10年度以降で最高だった21年度から下がったが、福祉医療機構では、高止まりだとしている。ユニット型特別養護老人ホームの建設単価は10年度以降で最高の32.7万円だった。

ただ、福祉医療機構では、建設費の高騰は福祉・医療施設だけでなく、建設業界全体に共通の傾向だとしている。

平米単価は、建築の延床面積（工事費対象部分）に占める建築工事費。22年度の病院の単価は24病院の平均額を割り出した。サンプル数が少ないため、福祉医療機構では、全国の状況を反映しているとは限らないとしている。

集計結果によると、病院建設の22年度の平米単価は40.9万円で、10年度以降で最高だった前年度の42.3万円（15病院）から1.4万円下がった。ただ、13年度（23.9万円）からの10年間で見ると、22年度は13年度の1.7倍に当たり、福祉医療機構では「依然として高い水準にある」としている。

介護老人保健施設（9施設）の建設単価は31.2万円で、前年度の33.4万円（7施設）から2.2万円低下した。また、ユニット型特養の建設費（37施設）は1平方メートル当たり32.7万円。前年度の30.9万円（43施設）から1.8万円上昇し、10年度以降で最高だった。

ユニット型特養の建設費は、サンプル数が少ない「中国・四国」と「九州・沖縄」を除く6ブロックごとの平米単価も集計した。それによると、最高は「首都圏（埼玉・千葉・東京・神奈川）」の34.2万円で、全国平均を唯一上回った。

最低は「東北（青森・岩手・宮城・秋田・山形・福島）」の30.7万円だった。

医療情報② 厚生労働省 統計

地域包括診療料の算定が微減、 診療加算は微増

厚生労働省の「社会医療診療行為別統計」（2022年）によると、医療機関の「かかりつけ医機能」への評価とされる診療報酬のうち、「地域包括診療料」は同年5月診療分（6月審査分）のレセプトの集計で計7,780回算定されていた。前の年の同じ月に比べ4.7%減った。

社会医療診療行為別統計によると、22年5月診療分での算定は、外来を中心に行う医療機関

向けの地域包括診療料1（月1回1,660点）が5,842回（前年同月比6.1%減）、診療料2（同1,600点）が1,938回（0.2%減）。地域包括診療料全体では7,780回で、前年同月から381回（4.7%）減少した。

一方、「地域包括診療加算」は、加算1（25点）が50万7,519回（4.7%増）、加算2（18点）が88万8,858回（3.7%増）といずれも微増した。加算1と加算2を合わせた全体では139万6,377回（4.1%増）だった。

地域包括診療料と地域包括診療加算は、医療機関の「主治医機能」への評価として14年度の診療報酬改定で新設された。現在は、（高血圧症・糖尿病・脂質異常症・慢性心不全・慢性腎臓病・認知症）の6つの慢性疾患のうち複数を持つ患者に継続的・全人的な医療を行う医療機関が算定する。

包括点数の地域包括診療料は、病院（許可病床200床未満）と診療所が算定できるが、地域包括診療加算を算定できるのは診療所のみ。厚労省によると、届け出医療機関数は18年ごろからいずれも横ばい傾向が続いている。

22年度の診療報酬改定では、慢性心不全と慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていない場合のみ）が慢性疾患の対象に追加された。

●機能強化加算の算定は8.8%増

また、「かかりつけ医機能」を整備している医療機関の初診を評価する「機能強化加算」（80点）は、22年5月診療分で計222万8,745回算定されていた。前年同月比で8.8%増えた。内訳は、初診料への上乘せが181万6,374回（8.4%増）、「小児科外来診療料」の初診時が29万8,315回（12.9%増）、「小児かかりつけ診療料」の初診時が11万4,056回（6.2%増）。

厚労省が6月21日、中央社会保険医療協議会に報告した機能強化加算の算定回数は、同じ22年6月審査分（5月診療分）で計220万7,388回だった。

どちらもナショナルデータベースのデータを使っているのに社会医療診療行為別統計の値と異なるのは、集計のプロセスに違いがあるためという。

機能強化加算は、地域包括診療料など「かかりつけ医機能」関連の診療報酬を届け出ている病院（許可病床200床未満）や診療所が行う質の高い初診への評価として、18年度に新設された。地域包括診療料などの対象外を含む全患者に算定できる。

18年度以降、届け出医療機関は増加傾向が続いていたが、厚労省によると、22年7月現在の届け出数は計1万4,760件（病院1,304件、診療所1万3,456件）で、前年同月から2.8%減少していた。

22年度の診療報酬改定に伴い同年9月からは、機能強化加算を届け出ている医療機関に地域包括診療料などの算定実績の基準をクリアすることが新たに求められた。

週刊医療情報（2023年7月7日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

医療施設動態調査 (令和5年2月末概数)

厚生労働省 2023年4月28日公表

病院の施設数は前月に比べ 2施設の減少、病床数は 361床の減少。
 一般診療所の施設数は 26施設の減少、病床数は 216床の減少。
 歯科診療所の施設数は 9施設の減少、病床数は 増減なし。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数			増減数		病床数		
	令和5年 2月	令和5年 1月				令和5年 2月	令和5年 1月	増減数
総数	180 837	180 874	△ 37	総数	1 569 897	1 570 474	△ 577	
病院	8 150	8 152	△ 2	病院	1 490 665	1 491 026	△ 361	
精神科病院	1 056	1 056	-	精神病床	321 161	321 261	△ 100	
一般病院	7 094	7 096	△ 2	感染症 病床	1 910	1 910	-	
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 443	3 447	△ 4	結核病床	3 864	3 864	-	
地域医療 支援病院 (再掲)	673	673	-	療養病床	276 968	277 244	△ 276	
				一般病床	886 762	886 747	15	
一般診療所	105 195	105 221	△ 26	一般診療所	79 174	79 390	△ 216	
有床	5 865	5 883	△ 18					
療養病床を 有する一般 診療所(再 掲)	563	567	△ 4	療養病床 (再掲)	5 507	5 558	△ 51	
無床	99 330	99 338	△ 8					
歯科診療所	67 492	67 501	△ 9	歯科診療所	58	58	-	

2 開設者別にみた施設数及び病床数

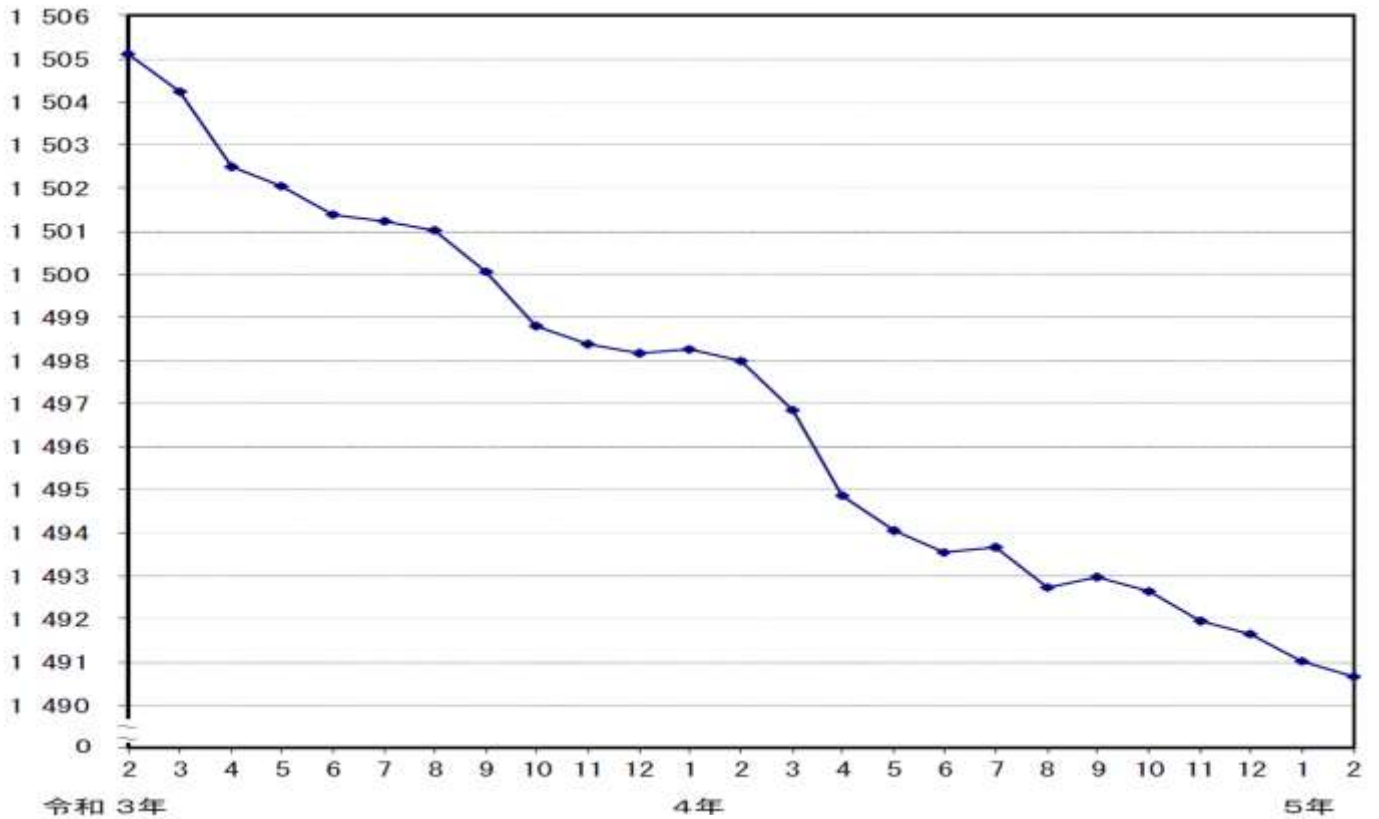
令和5年2月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 150	1 490 665	105 195	79 174	67 492
国 厚生労働省	14	4 130	20	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 296	-	-	-
国立大学法人	47	32 733	146	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 864	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 063	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 259	4	-	-
その他	18	3 372	367	2 170	4
都道府県	188	46 327	322	186	7
市町村	599	120 483	3 458	1 980	248
地方独立行政法人	129	51 537	37	17	-
日赤	91	34 333	203	19	-
済生会	82	22 081	56	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	98	31 220	65	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	7	1 569	279	-	2
共済組合及びその連合会	39	12 890	137	-	4
国民健康保険組合	1	320	13	-	-
公益法人	188	46 453	474	146	93
医療法人	5 657	833 754	46 249	61 923	16 413
私立学校法人	113	56 036	201	38	16
社会福祉法人	201	33 895	10 382	400	44
医療生協	79	13 087	291	182	48
会社	26	7 713	1 620	7	12
その他の法人	207	42 960	1 116	414	141
個人	122	10 668	39 754	11 638	50 459

参 考

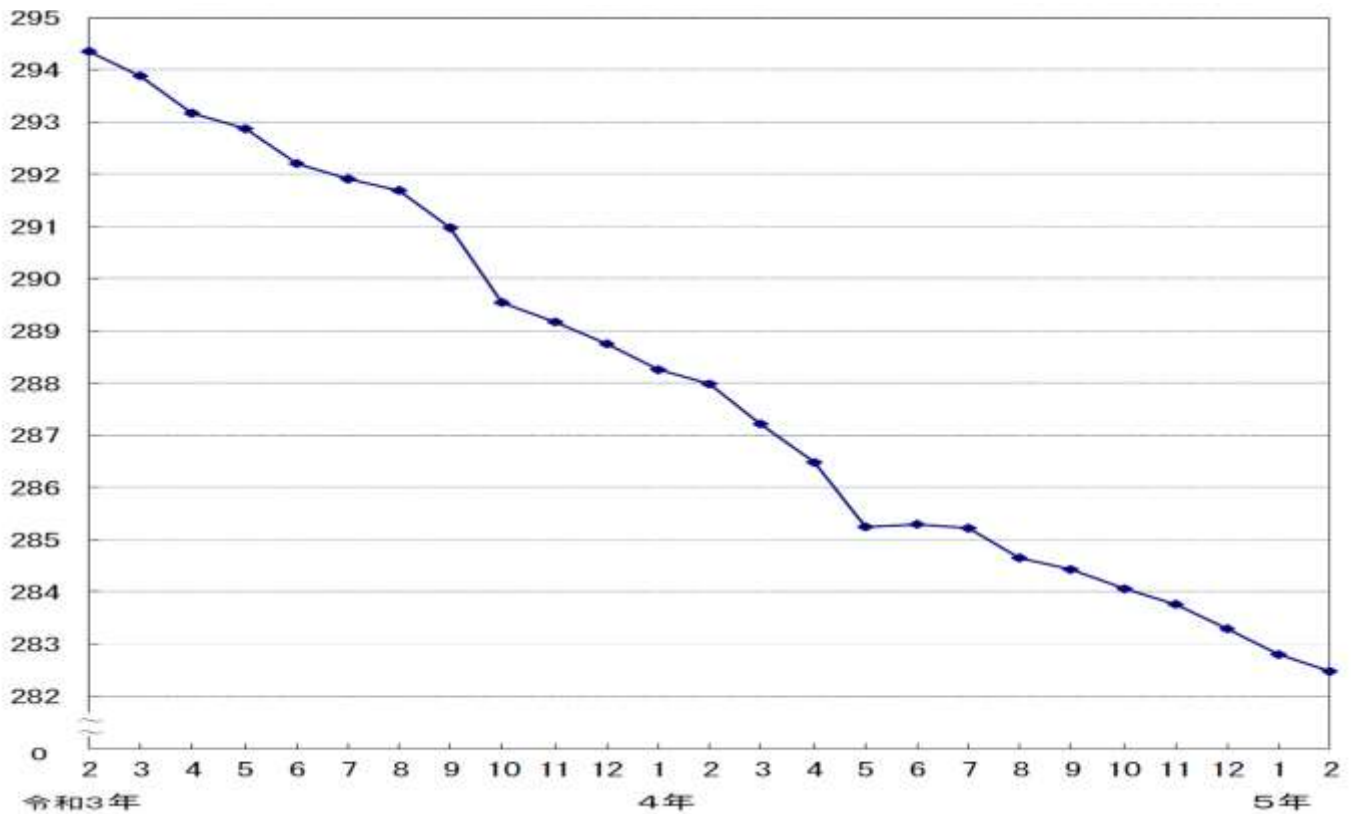
病床（千床）

病院病床数



病院及び一般診療所の療養病床数総計

病床（千床）



医療施設動態調査（令和5年2月末概数）の全文は
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



福 祉 経 営

定着率を向上させる

人事評価制度の 組み立てと運用法

1. 人事評価表をオリジナルで作成すべき理由
2. 5つのステップで完成するプロセス評価
3. 法人理念の実現に向けた行動基準の作り方
4. サービス力がアップする職務評価
5. 育成効果を高めるためのポイント
6. 人事評価結果を来期の育成に活かす仕組み



1

医療経営情報レポート

人事評価表をオリジナルで作成すべき理由

■ 理念実現や職員成長のために活用する評価表

人事評価制度が上手く機能していない失敗例としては、施設長が他施設やネットから評価表を流用している、書籍に記載されている評価表をコピーして職員に渡しているなどのケースです。

この場合、形だけの人事評価制度が構築され、法人理念や職員の声が反映されないために、職員から受け入れられない制度になってしまいます。現場の職員から「こんな人事評価制度はダメだ!」と言われるようでは、人事評価制度の運用がうまくいくはずがありません。

人事評価表は、見た目の美しさや項目の精密さを追求するのではなく、法人や施設が目指していることや、職員のなりたい姿が評価表に落とし込まれていることがとても重要です。人事評価表は、職員を育て、職員の成長を通して理念を実現するために活用するものだからです。

法人理念や求める職員像は施設によって異なります。したがって評価表は施設オリジナルのものでなければ意味がありません。

評価表は理念実現や職員成長のために活用するもの



リーダーの思いが詰まっていない評価表
評価要素が多すぎて細かすぎる評価表



法人や施設が目指していることが記載された評価表
職員のなりたい姿が落とし込まれた評価表



施設オリジナルの評価表でなければ意味がない

■ 評価項目別の評価要素の作成

施設オリジナルの評価表を作成する場合、一般的に施設長を含むプロジェクトメンバー（リーダー）が考えて施設独自の評価内容や着眼点を定めますが、評価表の評価要素は一般的な評価理論に沿って作成します。

これにより評価項目や評価要素の抜けや漏れを防ぐことができます。

(1)人事評価表の構成

人事評価表の構成要素の大枠は、「プロセス評価」、「職務評価」、「個別目標評価」の3つに分かれ、そのうち1つを導入することも有効です。

(2)プロセス評価における3つの評価項目

人事制度の運用のカギを握るといわれる人事評価の項目は、通常3つの評価項目の組み合わせによって成り立っています。

2

医業経営情報レポート

5つのステップで完成するプロセス評価

■ 職員参加型で行うオリジナル人事評価表の作成方法

職員育成を主眼とする人事評価制度では、人事評価表において法人・施設が求める職員像、評価・育成のポイント（基準）を着眼点としてまとめ、明示する必要があります。

また、人事評価表の作成方法も様々なものがありますが、職員の理解を促進し、早期の浸透を目指すには、職員を巻き込んで作成することが望めます。

【ステップ1】人事評価表策定チームの結成

全職員で作成することも一つの方法ですが、現実的かつ効率を考えると、ある程度メンバーを絞り込んで実施することが望ましいといえます。

メンバー選定のポイントは以下の通りです。

- 施設のキーマンを外さない
- 全ての部門から最低1名は参加させる
- できれば、一般職員も参加させる

【ステップ2】着眼点の抽出

メンバーが集まったら、まずは理想の職員に求められる要件（着眼点）の抽出を行います。

「いつも笑顔で挨拶ができる」とか、「書類の提出期限を守る」といった単純なことから、「子どもの成長段階にあわせた確かな保育計画を立てることができる」といった高度な内容まで、思いつく限りたくさんあげてもらいます。

【ステップ3】着眼点の整理

ステップ2で抽出した着眼点について、整理を行います。まずは全く同じ内容のものは一つにします。また、似た内容については同じカテゴリーに分類します。その際、それが人事評価の評価要素（規律性、責任性など）のどこに該当するかも考慮します。

【ステップ4】着眼点の文章化

ステップ3でカテゴリー分けした着眼点を一つの文章に整理していきます。「明るい」「笑顔」「挨拶」といった項目をまとめて、「笑顔で明るい挨拶ができているか」といった具合に着眼点の文章としてまとめます。この時のポイントは、一つの文章にまとめられないものは、要素としては別であると判断して、それぞれで文章化を行うことです。

【ステップ5】着眼点の絞り込み

最後に、ステップ4で文章化した着眼点から、実際に評価表に掲載する着眼点を選択していきます。評価表に掲載する着眼点は、職員が理解し日常心掛けることができる程度の数に絞り込むことが望ましいといえます。

3

医業経営情報レポート

法人理念の実現に向けた行動基準の作り方

■ コンピテンシーの活用

評価制度の導入に限らず、職員の行動基準を作成する上で有効なツールとして「コンピテンシー」というものがあります。コンピテンシーとは、職場内の優秀者に共通してみられる行動特性のことで、「ある職務や役割において優秀な成果を発揮する行動特性」などと定義されています。優秀職員の専門技術・ノウハウ・基礎能力等を細かに観察し、何がその人を「仕事ができる職員」にしているのかを明らかにするものです。

このコンピテンシーをベースに自施設の人事評価要素を組み立てることも可能です。

コンピテンシーに関しては、いくつも書籍が出されていますので、これを参考に自施設にとって大事な要素を整理して、文章を施設内で考えるのもひとつの方法です。コンピテンシーベースで評価要素を先に選出してから前述のステップ2へ進む方法が効率的ともいえます。

■ 行動基準作成時の3つのポイント

行動基準は、法人が目指す理想の職員像が凝縮されたものでなければなりません。理念を実現するのが、理想の職員であれば、理念が法人毎に異なるように、理想の職員も法人毎に異なります。理想の職員像へと向かわせる行動基準とするには、次の3つのポイントを含めたり、補足したりして作成します。

(1)自分達が使っている言葉で表現する

職員と共に作り上げた行動基準には、各人の理想の職員像が凝縮されます。

施設内だけに通用する言葉、振る舞い等施設で自分たちが使っている言葉を積極的に取り入れるのも効果的です。

(2)理想とする職員の姿を表現する

行動基準は、今できていることよりも、こうなって欲しい、こうなりたいという未来志向のものを落とし込む必要もあります。評価要素にもよりますが、育成の方向付けを行うのが行動基準という認識の上、文言の確認をしていきます。

(3)具体例を示す

行動基準は、短文で分かりやすく表現される必要があります。行動基準の作成当事者は行動基準の文だけでなく、その文に至った背景も知っています。しかし、行動基準だけ初めて知る職員には、具体的にどのようなことかが伝わらない事があります。

それを避けるために、具体的にどのようなことかを例示すると分かりやすくなります。

4

医業経営情報レポート

サービス力がアップする職務評価

■「できる」を重視した評価表モデル

人材育成を進めたいものの、人事評価制度の導入には、運用面で不安があるなどの理由で導入には消極的な施設もあると思われます。このような状況である施設については、評価項目を等級制度（キャリアパス）とコンピテンシーの両面での評価を可能にした人事評価表を紹介します。コンピテンシーでは、求める人材像を明確に示すことで、当施設の職員にどのような人材になって欲しいのかを「理解」させ、「遵守」させることを主眼に置きます。

一方、職務評価（真の現場力）の場合、職員それぞれ職種、能力レベルの違いがありますので、それぞれの等級（キャリアパス）に求められる役割、業務をどれだけ「できる」のかを評価することができます。

◆人事評価表(職務評価)サンプル(介護職員)

【③職務遂行度評価】 ※評点は、評価基準に基づき整数(1~5)で記入

課業	課業の内容	評価配分	自己評価		一次考課		二次考課		最終評価	
			評点	考課点数	評点	考課点数	評点	考課点数	評点	考課点数
食事介助	食事準備(配膳・下膳)・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
入浴介助	浴室脱衣室の準備・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
排泄介助	おむつ交換の準備・実施・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
整容・着替介助	整容・着替介助・爪切り・耳掃除等	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
日常生活上のリハビリ	基本動作訓練(歩行・起立・保持等)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
バイタルチェック	体調不良者の体温・血圧測定・医務への連絡	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	排尿・排便量の把握	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	容態観察(巡回)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	皮膚・全身状態の観察	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
医療的ケア	服薬・点眼・座薬・湿布等の使用介助	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	異食・誤嚥・嘔吐・下痢の対応	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
コミュニケーション	利用者からの相談・援助業務	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
申送り・引継ぎ	申送り・引継ぎの実施	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	他部署との報告・連絡・相談	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
入居時対応	嗜好品・趣味・特技等の確認	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	入居後の様子観察(声掛け等)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
アセスメント	健康状態・精神状態の把握	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
記録	担当利用者の申し送り事項作成・回覧	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
連絡調整	管理職への報告・連絡・相談	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	ご家族への協力依頼や調整・報告・連絡	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
合計		40.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。



ジャンル:業績管理 > サブジャンル:未収金防止策

未収金発生前の防止策

未収金防止対策について教えてください。

■発生する前の防止対策が未収金問題の要諦

少額の未収金であっても、累積すると医療機関の経営に影響するリスクの要素になります。未収金は主に「窓口負担金の未払・不足分」ですが、発生してから回収する方策は困難なものです。既に診療を終えてしまった患者にとっては、後日その支払いをすることに心情的な抵抗を感じるでしょうし、医療機関側としても改めて請求しにくいというえ、回収には患者に来院を促すことが前提であることが大きく影響します。

(1) 支払方法の選択肢を検討する

未収金対策の基本は、回収よりも予防策の重視です。仮に発生した場合でも、その時点で請求する仕組みを予め院内で構築しておくことが重要です。

●保証金の徴収

保険外診療など高額治療が想定される場合、入院時に5～10万円を預かる（費用に充当）

●分割支払制度への対応

経済的問題が懸念される患者に対して、医療費相談窓口で分割支払の提案をする

●クレジットカード・デビットカード導入

手数料が発生するが、保険外診療を主にする医療機関は積極的に導入を検討する

(2) 医療費に関する相談は積極的に応じる

未収金発生の原因のひとつである情報提供不足では、医療費の自己負担額について十分な説明がなされていないという理由が多く見受けられます。仮に、検査実施前の注意事項の説明は行われていても、検査後の対応やそれに応じて新たに治療の必要が生じる可能性など、医療費支払に関連する事項が不十分であるケースが少なくありません。検査実施・治療前の丁寧な説明は、患者の不安を解消することにつながります。また、患者側からは医療費について尋ねがたい雰囲気があるため、相談窓口を設置していない場合は、受付や会計担当の職員が積極的に声がけし、支払いに関する相談を切り出すきっかけにすることが重要です。

(3) 未収金問題への関心を共有する

管理者である医師は、売上と共に未収金発生額・回収額を把握しておく必要があります。件数が少ない、金額が些少であるなどを言い訳にしているうちに、累積金額は大きくなってしまいます。発生原因も含めて、医師と院内職員全員が未収金に対して関心を持つことが重要です。



ジャンル:業績管理 > サブジャンル:未収金防止策

未収金管理体制徹底のポイント

未収金の管理を院内で徹底する方法を教えてください。

■未収金情報は院内で共有する

未収金を管理するためには、発生時点を確定させることが必要です。どの時点から「未収金」として認識し、管理しなければならないのかを明確にするため、請求金額確定から支払までの期間、未収金としての取扱を開始する院内基準を策定し、管理体制を構築することが重要です。発生した未収金を主に管理するのは、事務部門のなかでも医事部門が多いと思われそうですが、回収期間が長期になるにつれて、経理・財務部門においても未収金情報は重要さを増すこととなります。このように、部門によって未収金管理の目的は異なるため、管理方法も統一されていない場合が多いことから、未収金情報は院内で共有し、同一の情報をいずれの部門でも取得できるようにしておくこと、院内での未収金管理への意識がより徹底されます。

また、未収金の状況に関しては、金額と発生理由、医業収益に対する割合等を把握し、これらの情報については経営幹部が共有できる体制が望ましいでしょう。

<共有すべき未収金状況に関する項目>

- ①金額（総額及び推移）
- ②発生理由
- ③経過期間（患者単位）
- ④長期滞留案件の状況
- ⑤医業収益に対する割合（推移）

未収金状況に
対する危機意識を
共有する

■未収金管理体制の枠組み構築

医事部門においては、未収金回収がその管理目的となるので、患者単位の情報管理が求められる都合上、医事会計システムとは別個に、個別管理を実施している医療機関も少なくないようです。患者個別で督促を行う際には、回収状況が把握しやすいためです。医事会計システムと連動させた一般的な管理体制としては、次のような取り組み例があります。

<入院診療分>

請求書の発行と同時に未収金として認識、登録され、その後支払を受けた金額について未収入金処理を実施して、患者個別にリストから除くという流れです。よって、請求額全額の支払を受けた場合には未収金リストから削除され、また支払が一部であった場合には未収金リストに掲載されたままになります。

