

日本 ビジネス MAGAZINE

週刊

医業経営 ウェブマガジン

1 医療情報ヘッドライン

高齢者負担軽減の高齢者医療制度骨格まとまる
財政負担が最大の焦点に、今秋にも提示へ

厚生労働省 保険局

平成 21 年度医療費は 35.3 兆円、対前年度比 3.5% の高い伸び
厚労省、平成 21 年度医療費の動向（支払基金と国保連のデータ）公表

厚生労働省 保険局

2 経営 TOPICS 抜粋

統計調査資料

介護給付費実態調査月報（平成 22 年 6 月審査分）

3 経営情報レポート 要約版

原因別に対応！
未収金を防止する仕組みづくり

4 経営データベース

ジャンル: 患者サービス サブジャンル: クレーム対応

患者満足度を向上させるためのポイント
患者満足度向上のためのクレーム事例の活用

高齢者負担軽減の高齢者医療制度骨格まとまる 財政負担が最大の焦点に、今秋にも提示へ

厚生労働省保険局は8月20日、高齢者医療制度改革会議を開き、前回会合に引き続き、中間とりまとめ案について議論を行い、年齢による区分はやめ75歳以上と現役は同じ保険に加入することを柱とする骨格をまとめた。骨格はこの他、「子どもなどに扶養されている場合は、保険料の負担はなし」「国保の財政については、当初は75歳以上を都道府県単位で運営する方向」などがまとめられた。しかし、高齢者の負担軽減が公費や現役世代の「肩代わり」という負担増につながるため、その負担のあり方は9月以降に出る財政影響の試算を受けて決めることになる。

中間とりまとめ案の骨子は、前回の議論を踏まえて一部修正が加えられている。高齢者の保険料に関して「国保に加入する75歳以上の高齢者の保険料については、『同じ都道府県で同じ所得であれば、原則として同じ保険

料』』という点を改めて示していることや、高齢者医療制度改革の背景で、「後期高齢者」で批判を受けたことにより年齢区分をやめる。

この日の会議では、「中間とりまとめ後に残される課題」についても整理された。国保運営の在り方については、財政安定のため、(1)全年齢を対象にした都道府県単位化への移行手順、(2)今回の制度移行時に、都道府県単位化に移行する年齢、などが挙げられている。

今後のスケジュールとしては、(1)財政調整の具体的な方法、(2)公費の投入方法、(3)窓口負担割合、(4)保険料、(5)医療費効率化に向けた取組みの効果反映、といった項目別の議論を踏まえ、今秋には財政影響試算を公表することも明らかにされた。しかし、運営主体をどこが担うかについて、都道府県には回避論が根強く、今後の議論に難航は避けられないものとみられる。



医療情報 ヘッドライン② 厚生労働省 保険局

平成 21 年度医療費は 35.3 兆円、対前年度比 3.5% の高い伸び 厚労省、平成 21 年度医療費の動向(支払基金と国保連のデータ)公表

厚生労働省保険局は 8 月 17 日、平成 21 年度の医療費の動向を公表した。これは、支払基金と国保連の医療費データをまとめたもので、国民医療費の約 98% を占めており、国民医療費よりも 1 年早く集計されるため、医療費動向を迅速に捉えることができる。

平成 21 年度の医療費は 35.3 兆円で、平成 20 年度と比較すると 1.19 兆円、3.5% 増加している。内訳は、医療保険適用分で、70 歳未満が 3,800 億円の増加の 18.1 兆円、70 歳以上が 6,800 億円の増加の 15.5 兆円。うち 75 歳以上に着目すると、6,300 億円増の 12.0 兆円となっている。

診療種類別の医療費を見てみると、医科入院は 14.0 兆円で 3.1% 増、医科入院外は 12.7 兆円で 2.8% 増となり、医科の伸び率が 3 年連続で増加となった。

医療機関種類別に見ると、医科の病院が 18.7 兆円で 3.4% 増、診療所が 8.1 兆円で 1.9% 増となっており、病院医療費の伸びが大きいことがわかる。病院の種類別では、大学病院は前年度比 5.6% 増の 2.14 兆円となっており、平成 16 年度以降、高い伸び率で増加し続けていることがわかる。歯科では、病院が 1,200 億円で 1.9% 増、診療所が 2.43

兆円で 0.9% 減となっている。

都道府県別に見てみると、伸び率が特に増加したのは埼玉で 4.9% 増、次いで奈良の 4.6% 増、千葉の 4.5% 増など。増加が最小だったのは、岩手、福島、新潟、和歌山の 4 県であり、ともに 2.2% 増だった。

22 年 3 月の医療費 4.6% 増、公費負担分は 9.8% の大幅増

厚生労働省保険局は 8 月 17 日、最近の医療費の動向(概算医療費)の平成 22 年 3 月号を公表した。平成 22 年 3 月の医療費は、前年同月に比べて 4.6% 増加。これを制度別に見てみると、被用者保険全体では 2.3% 増(本人 2.7% 増、家族 1.8% 増)、国保では 2.9% 増、公費負担分は 9.8% 増となっている。

種類別に見ると、診療費は 4.0% 増(入院 4.1% 増、入院外 4.4% 増、歯科 1.8% 増)、調剤 8.2% 増、入院時食事 0.5% 増、訪問看護 14.0% 増という状況である。

また、医科について医療機関種類別に見ると、医科合計では 4.1% 増となっており、うち病院 4.7% 増(大学病院 5.6% 増、公的病院 4.6% 増、法人病院 5.0% 増、個人病院 5.0% 減)、診療所 2.7% 増となっている。

介護給付費実態調査月報

(平成22年6月審査分)

調査の概要

厚生労働省の介護給付費実態調査は、介護サービスに係る給付費の状況を把握し、介護報酬の改定など、介護保険制度の円滑な運営及び政策の立案に必要な基礎資料を得ることを目的とし、平成13年5月審査分より調査を実施している。

各都道府県国民健康保険団体連合会が審査した介護給付費明細書、給付管理票等を集計対象とし、過誤・再審査分を含まない原審査分について集計している。

ただし、福祉用具購入費、住宅改修費など市町村が直接支払う費用（償還払）は含まない。

結果の概要

1 受給者数

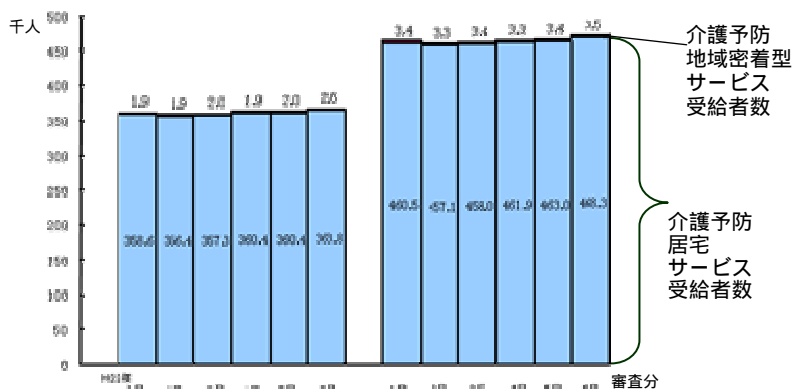
全国の受給者総数は、複数サービスを受けた者については名寄せを行った結果、介護予防サービスでは845.6千人、介護サービスでは3,198.7千人となっている。

2 受給者1人当たり費用額

受給者1人当たり費用額は、介護予防サービスでは39.8千円、介護サービスでは185.1千円となっている。

3 介護(予防)サービス受給者の状況

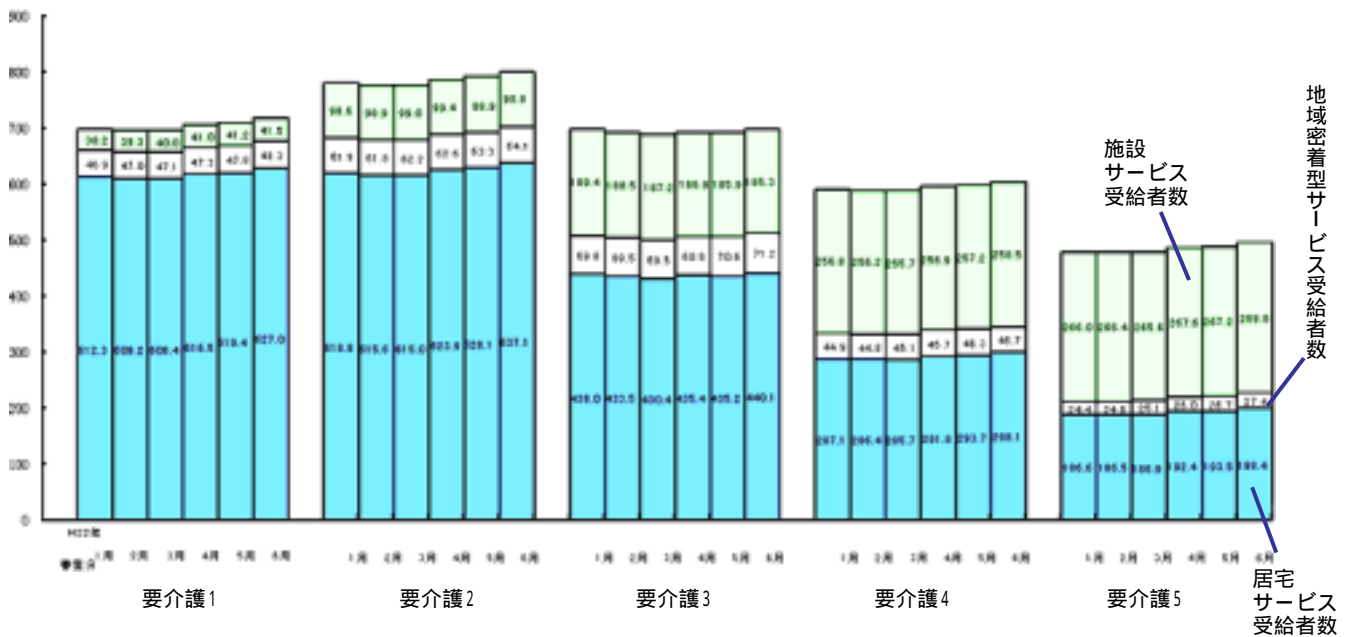
図1 要支援状態区分別にみた受給者数（平成22年1月審査分～平成22年6月審査分）



注：介護予防地域密着型サービス、介護予防居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図2 要介護状態区別にみた受給者数（平成22年1月審査分～平成22年6月審査分）

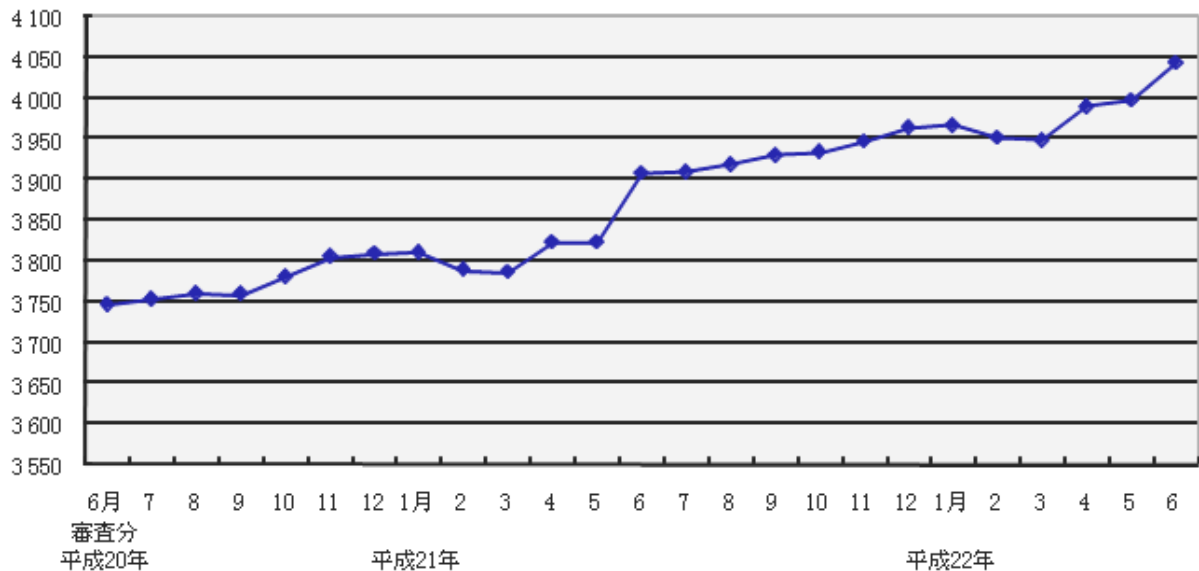
（千人）



注：施設サービス、地域密着型サービス、居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図3 受給者数の月次推移（平成22年1月審査分～平成22年6月審査分）

（千人）



「介護給付費実態調査月報（平成22年6月審査分）」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。

原因別に対応！ 未収金を防止する仕組みづくり

ポイント

- ① 厚生労働省における検討と解決の方向性
.....
- ② 未収金問題の原因 ～ 診療所側の課題
.....
- ③ 未収金問題の原因 ～ 患者側の課題
.....
- ④ 未収金を防止する方策のヒント
.....
- ⑤ 不正行為による未収金事例と対応策
.....

1 厚生労働省における検討と解決の方向性

■ 診療所における未収金問題の顕在化

(1) 診療所の未収金は「累積型」

従来、診療所の未収金については、外来診療が中心で高額な治療も少なかったために大きく取り上げられる機会がなかったといえます。しかし、機能と専門の分化が進み、診療所によっては保険外診療などによる高額な未収金が発生している現状が伝えられています。

しかし、一般的に診療所で発生する未収金は概ね少額であるケースが多くなっており、わずか数十円の未払い窓口負担金を請求しないで放置することにより発生する場合など、頻度が高くなるほど経営を逼迫する要因になることが次第に認識されつつあります。

病院とは異なり、少額の未収金の累積が経営へ影響することから、診療所の未収金問題は、発生させないための対策が、より重要度が高いのです。

(2) 発生原因は診療所と患者側双方に存在する

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

(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)

診療所の未収金についても、病院同様に「診療所側の原因」と「患者側の原因」のふたつが存在し、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。

診療所側にある発生原因	患者側にある発生原因
情報提供不足 ・ 医療費に関する情報 ・ 診療に関する情報 タイムラグのある算定 ・ スタッフの理解不足 ・ 診療報酬制度上の課題	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 ・ 診療所そのものへの不満の表れ ・ 常習的不払い

2 未収金問題の原因 ～ 診療所側の課題

■ 情報提供不足と算定をめぐる問題

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つに区分できません。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、スタッフの理解不足と、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) 情報の提供不足に関する問題

未収金発生の原因のうち、会計時の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) 高額で支払のめどが立たず、分割支払期間が長期になる
- (3) 救急搬送・時間外診療時の保険証不所持、所持金なし

診療に関する医療費の窓口負担額や検査の予定などの情報については、事前に患者側に説明しておかなければ「所持金が足りない」という事態が想定されます。

こうした事態を防止するためには、事前に医師やスタッフ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) タイムラグある算定をめぐる問題

算定の変更や追加修正による未収のケース

会計終了後に医師から追加オーダーが出たものの、次の来院がなく未収となる感受性検査などは、細菌の有無に関する検査（一次検査）の実施により、細菌の存在が明らかとなってから二次検査オーダーが出るために、患者の来院がないまま未収となる

3 未収金問題の原因 ～ 患者側の課題

■ 支払不能と支払拒否を見極める

診療を終えたにもかかわらず、窓口負担金を支払わない患者には、所持金不足等の「支払不能」と、そもそも支払意思がない「支払拒否」に大別できます。予め対策を講じる上でも、また回収への具体策を検討する上でも、支払を滞らせる患者がいずれのタイプに該当するかを早期に見極める必要があります。

(1) 支払不能のケース

生活保護・公費負担等に関する未収のケース

老人・公費負担割合変更後の保険未提出による差額の未収

負担割合が変更された老人受給者証の旧証が回収されず3割負担に変更となった患者のレセプトが、返戻となって未収が発覚する

生活保護患者の一部負担金の連絡遅延による未収

- ・福祉事務所からの連絡遅延により、一部負担金が回収遅延もしくは不能となる
- ・生活保護受給資格喪失後の受診による未収（連絡遅延等）

保険資格喪失後の受診による未収

資格喪失後も保険証を返還せず、受診歴のない医療機関で保険証を使用したために未収となる

(2) 支払拒否のケース

不払い・支払拒否により発生する未収のケース

治療内容や診療所に対する不満による不払い

希望する検査や治療、医薬品処方をしてもらえなかった、治らないなどの理由を挙げて支払いを拒否するケース

来院時から支払意思がないために未収となる

- ・時間外で来院し、現金や保険証を故意に所持しておらず、後日の連絡もつかないため未収となるケース
- ・保険資格喪失後も保険証を故意に返還せず、受診歴のない医療機関で使用する

死亡退院による債権者不明・身寄りがない

- ・救急搬送や時間外外来により受診した身元不明者が死亡して未収となるケース
- ・債権者や家族が不明の死亡退院のケース

4 未収金を防止する方策のヒント

■ 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、累積すると診療所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「窓口負担金の未払い・不足分」ですが、発生してから回収する方策は困難なものだといえます。既に診療を終えてしまった患者にとっては、後日その支払をすることに心情的な抵抗を感じると推測され、診療所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にな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。

支払方法の新たな選択肢として、次のような項目を検討すべきです。

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、入院時に保証金として5～10万円を徴収
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診療所は積極的に導入を検討すべき

分割支払制度やクレジットカード等による支払システムを導入する医療機関は、全国的に増加傾向にあります。信販会社との加盟店契約や手数料支払いなど、新たに発生するコストもありますが、一部でも未収金回収を確実にするためには、有効な方法のひとつです。

特に診療所では、診療報酬1000点以上、自己負担3000円以上の検査や処置件数が多い場合、少額の回収のために督促状を発送するよりも、はるかに実効性のある予防策だといえます。

(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は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。

レポート全文は、当事務所のホームページの「[医療経営情報レポート](#)」よりご覧ください。

経営データベース ①

ジャンル: 患者サービス > サブジャンル: クレーム対応



患者満足度を向上させるためのポイント

患者満足度を向上させるためのポイントを教えてください。



医師や医療機関と患者の信頼関係は、医療提供の過程で構築されていくものですが、来院する患者の期待は様々であるため、それら個々に応えていく職員、医療機関全体のサービスレベル(=接遇力)を向上することが必要です。

来院する患者の抱く期待は、医療機関の規模や専門性によって、また、患者が抱えている疾病、年代や性格、環境などによっても差が生じるものです。

しかし今や、年代や事情を問わず最適な医療サービスを実践しながら、患者の意見や意向を受け止め、さらには家庭環境や経済状況などの背景を考慮しつつ、患者一人ひとりにとって最適な医療サービスを提供することが求められるようになっていきます。

すなわち、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て、その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。

どれほど高度で優秀な技術を提供したとしても、その他のサービスが「良い」と評価されなければ、患者からの信頼も選択も得ることはできません。

したがって、職員一人ひとりが、言葉によらないものも含め、患者の発信するメッセージをいかに誠実に受け止め、そして院内全体で苦情や不満を伝えやすい環境づくりに取り組むことが重要だといえます。

また、入院や長期の外来治療が増えるにつれ、一定の「医療に対する満足」よりも、症状の変化(治療・悪化)に伴って患者が抱く不安や苦痛を推測・理解し、これを軽減するようなサービスの充実を通じて満足度を測る割合が大きくなってきます。

つまり、医師、看護師ほかコメディカルや事務部門の職員も含め、院内全体でのサービスレベル(=接遇力)が求められているということです。

患者に好印象を与える要素

清潔感	清潔さを感じさせる医療機関は職員の気配りが窺える
明るさ	照明を明るく保ち、患者の気持ちを明るくする
きびきびとした行動	仕事の質が高い印象と安心感を与える
挨拶	人間関係を結ぶ基本行動
表情	笑顔で接する

このように患者に好印象を与える基本的要素を意識的に継続するということは、結果的に患者のおかれている状態、患者との対人関係に常に気を配り、かつ観察することに繋がります。

個々の職員がこのような意識を持ち、患者の状態を第一に考えたサービス提供が行われれば、それだけトラブルを回避できる場合が多くなるはずです。

また、実際の医療現場で提供する様々なサービスの場面では、小さなクレームが日々起こるものですが、これらの一つひとつに誠実に対応することで、例えクレームが生じた場合でも、その後のトラブルに拡大させないことができるのです。

経営データベース ②

ジャンル: 患者サービス > サブジャンル: クレーム対応



患者満足度向上のためのクレーム事例の活用

院内では、患者満足度向上のためにクレーム事例を活用しようと考えています。どのような体制が有効でしょうか。



患者の欲求は個々で異なるため、どれほど自院が適切だと考える水準のサービスを提供したとしても、クレームを完全になくすことは不可能だといえるでしょう。しかし、事実関係を明らかにし、発生したクレームの原因を突き止めて、分析することによって、同種のクレームを二度と起こさないような予防策をとることはできます。

具体策としては、クレームの要因が医療機関側の非の有無によりますが、下記のような点を整理した上で、事例データベースとして院内の共有情報とすることが必要です。

クレーム予防のため整理する事項

患者からのクレーム内容
医療機関側の対応
結果に対する患者側の反応

～ のような項目を要素とし、様式を統一して体系化することで、クレームが生じた場合にも、同種の事例を検索し有効な対応策をとることができるようになります。同時に院外への公表を行うことにより、こうした情報の公開を通じ、医療機関としての姿勢を示すことにもつながります。

クレームは、医療機関への期待の裏返しでもあり、患者が求めているサービスがどのようなものかという答えが含まれているものです。従って、クレームとして顕在化した医療機関の課題を改善していくことで、患者満足度の向上につながります。クレーム事例をデータベース化し、院内で情報共有、院外への公表、改善策の提示へというサイクルを確立させると、クレームへの対応レベルは全体的にアップします。

これまでクレームは、アクシデント・レポートとして報告・蓄積されることはあっても、活用される機会に恵まれなかったケースがほとんどです。クレーム情報を共有することによって、一つのクレームの中に部門・職種を横断した課題があることに気づき、医療機関は成長を遂げることができるのです。

一方で、クレーム収集方法に困っている医療機関が多いのも事実です。

例えば投書箱であれば、設置場所や記入方法の問題から大きな成果を挙げられていない上に、「無責任な投書が多いから1箇所のみ」「もともと少ないから月に1度しか回収しない」という取り扱いでは、他の収集手段も含めて、クレーム対応の原則である迅速・誠実とは程遠いものになりかねません。結果として、寄せられたクレームを活用することにはならないのです。

初期クレームは結果的に重大な危機を回避することになり、患者との信頼関係を強化するための、そして患者満足度を向上させるためのツールとして認識しなければなりません。

そして積極的な活用を図るべく、委員会や患者相談窓口等を機能させて、日常の業務へ落としこめるように、横断型の組織作りを進めることが有効です。