

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol. 598 2019. 11. 12

医療情報ヘッドライン

医師会が市町村の地域支援事業における
「相談窓口」を担当する
仕組みを提案

►厚生労働省 一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会

高齢化への対応を主要テーマとした
「G20保健大臣会合」を開催

►G20保健大臣会合

週刊 医療情報

2019年11月8日号

20年度診療報酬本体
「マイナス改定」主張

経営 TOPICS

統計調査資料
病院報告
(平成31年4月分概数)

経営情報レポート

働き方改革に対応する
医療機関の労務管理対策

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
未収金の種類と発生原因
未収金管理体制の事例

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医師会が市町村の地域支援事業における「相談窓口」を担当する仕組みを提案

厚生労働省 一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会

厚生労働省は、10月21日の「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」で、専門職の効果的・効率的な関与の具体的な方策を議論した。その中で、同検討会の構成員である日本医師会の常任理事である江澤和彦氏は、「医師会等の関係団体との緊密な連携による『協働体制』の構築」を提案し、医師会が市町村の地域支援事業における「相談窓口」を担当する仕組みを構築すべきだと訴えた。

■高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施実現のために、医師会との連携が必要
医療専門職が連携するうえでも、医師会と定期的な協議の場を設けるべきだし、さらに「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を実現するためには、企画立案段階から医師会と定期的に連携することで、質の向上を図ることができると主張している。

一般介護予防事業は、市町村が運営する総合事業の一環として行われており、要支援認定者および要介護認定者を含む65歳以上のすべての住民が対象であり、多様化・複雑化している福祉ニーズに対応するため、従来の機能回復訓練だけでなく、住民主体で運営されている「通いの場」の活用を促進するのが現在の大きなテーマだ。

そのためには多職種協働の仕組みを整えなければならないが、市区町村が主催して専門職が知恵を出し合う「地域ケア会議」は、うまく機能しているとは言い難いのが現状だ。

つまり、多職種が関わっているにもかかわ

らず、リーダー役となる職種がいないため効率性が落ちているのが介護業界の状況でもあるといえる。

■介護関係の各専門職のスムーズな連携を促すハブとなることができる

今回の日本医師会の提案は、こうした課題を一気に解決する可能性がある。各地域の医師会が市町村との間に立つことで、介護関係の各専門職のスムーズな連携を促すハブとなるからだ。必然的に「地域ケア会議」でも、現場と市町村をつなぐポジションで会議を有機的にファシリテートできることになるため、より効果的な場となる可能性があるだろう。

そうなれば、日本医師会が一般介護予防事業において大きな存在感を発揮することは間違いない。

「通いの場」の運営にも医療機関の関与が増すことになると考えられるため、ケアマネジャーや各介護事業所はそれを想定した準備を進めていく必要が生じると予想される。



高齢化への対応を主要テーマとした「G20保健大臣会合」を開催

G20 保健大臣会合

10月19日、20日の2日間にわたり、岡山県岡山市で「G20 保健大臣会合」^(※)が開催された。2017年、2018年に続いて3回目の開催となる今回は、初めて高齢化への対応が主要テーマとして設定され、2030年までにユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を達成することを確認し、大臣宣言では認知症への対応について大きく項目が割かれた。

■2030年までのUHC達成などを議論

「G20 保健大臣会合」は、2017年にドイツで初開催された分野別閣僚級会合で、国際的な健康危機への対応など、国際保健に関する各種課題について議論されている。

今回は、高齢化への対応や2030年までのUHC達成のほか、薬剤耐性(AMR)を含む健康リスクと健康安全保障の管理がテーマとなった。UHCとは、「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」を意味しており、2015年9月の国連サミットで採択されたSDGs(持続可能な開発目標)にも掲げられている目標のひとつとしている。

認知症は、日本でも対策に力を入れている分野のひとつ。現在約500万人が認知症であるとされ、2035年には約800万人まで増えると推計されている。

これは、65歳以上の5人に1人の割合であり、政府が6月に取りまとめた「認知症施策推進大綱」では、「共生」と「予防」を両輪とした施策を推進とした。

■認知症のリスク低減や早期発見・診断・治療のための研究開発促進にも言及

今回の大臣宣言も、基本的には日本と同じ方向性としている。12項目にのぼった「高齢化への対応」のうち5項目で言及し、「健康、生活の質、経済、社会全体に大きな影響を及ぼす共通の課題の1つ」と位置づけたうえで「偏見を予防・克服することにより、高齢者に優しく、認知症の人と共生する環境を促進する」とする。認知症のリスク低減や早期発見・診断・治療のための研究開発促進にも言及し、「各国の認知症のモニタリング、調査、イノベーションの強化を支援するWHOの世界認知症オブザバトリーの役割」に大きな期待を寄せた。その背景には、世界で認知症患者が約5,000万人に達している現状がある。

WHOによれば毎年約1,000万人の新たな患者が生まれており、経済的コストは世界のGDPの1.1%に相当するという。

一方で、今回の大臣宣言は、今後世界レベルで認知症関連ビジネスが活性化していくことを意味しているともいえる。介護現場の知見が今まで以上に必要とされることとなるため、従来はなかったビジネスモデルが生まれていく可能性は高いといえそうだ。

^(※)G20は、G7(カナダ、フランス、ドイツ、イタリア、日本、英国、米国)の7か国に、アルゼンチン、オーストラリア、ブラジル、中国、インド、インドネシア、韓国、メキシコ、ロシア、サウジアラビア、南アフリカ、トルコ、欧州連合を加えた20か国・地域から構成されている。

医療情報①
財務省
財制審

2020年度診療報酬本体 「マイナス改定」主張

財務省の財政制度等審議会財政制度分科会（分科会長＝榎原定征・東レ株式会社社友／元社長・会長）は11月1日に会合を開き、社会保障について議論した。財務省はこの日の会合に「社会保障について②（医療）」の資料を提出。2020年度診療報酬改定について、本体をマイナス改定とすべきなどと主張した。資料では、国民医療費は過去10年間で平均2.4%/年ペースで増加しているとし、このうち、高齢化等の要因による増加は平均1.1%/年だと強調。残りの半分程度は人口増減や高齢化の影響とは関係のない要素によるものと断じた。こうした医療費の伸びは、これを賄う雇用者報酬等の伸びを大きく上回っていると主張、医療保険制度の持続可能性の確保の観点から対応を検討すべきとした。そのうえで、財務省は以下を三本柱に据えた。

- ①保険給付範囲のあり方の見直し
- ②保険給付の効率的な提供
- ③高齢化・人口減少下での負担の公平化

■少額定額負担導入求める

①ではまず、「限られた医療資源の中で医療保険制度の持続可能性を確保し、高額な医療費がかかった場合には医療保険がしっかりと支えるという安心を確保していく必要」があると指摘。そのためには「外来受診に関し、少額の定額負担を導入し広く負担を分かち合うべき」などと訴えた。また、薬剤費の自己負担については、リスクに応じた自己負担や市販品と医療用医薬品とのバランスといった観点等を踏まえ、下記の点を検討すべきとした。

- ①OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品に対する保険給付のあり方の見直し
- ②薬剤の種類に応じた自己負担割合の設定
- ③薬剤費の一定額までの全額自己負担

■2%半ばのマイナス改定が必要

②についてはまず、医療費を高齢化等の要因による増加の範囲に収めるために、診療報酬改定では2年間で2%半ば以上のマイナス改定とする必要があると主張し、20年度改定においても一定程度のマイナス改定を行い、国民負担を抑制する必要があるとした。

また、予算編成過程においては、基本的に医科・歯科・調剤というそれぞれの改定率が決定されるだけであることを問題視し、20年度改定においては、病院（救急対応等）と診療所の間で改定率に差を設けるなど、予算編成過程において大枠を決めるべきと主張した。

調剤報酬については、「薬剤師の業務を対物業務から対人業務中心へシフトさせていく中で、全体として水準を下げつつ、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料といった調剤報酬全体の在り方について見直しを行っていくべき」と主張。なかでも調剤料については、剤数や日数に比例した算定方法を適正化し「大胆に縮減すべき」としている。地域医療構想では、「KPI を設けて中間的な達成状況を評価するとともに、その達成状況が不十分な場合には、都道府県知事の権限のある方を含むより実効性が担保される方策を検討すべき」としたうえで、地域医療介護総合確保基金の配分について、「積極的に取り組む地方団体に対して支援できるよう大胆にメリハリ付けをすべき」と訴えている。

■高齢者医療、2割負担を

③では、団塊の世代の75歳への到達や加速する支え手の減少を踏まえ、世代間・世代内の公平性を確保するための見直しを行っていく必要があるとしたうえで、下記の点を検討すべきと主張した。

- ▼新たに75歳になる者から70~74歳時と同じ2割の維持（現在1割負担となっている者の負担の引き上げではない）
- ▼「現役並み所得」の判定基準の見直し

医療情報②
日本医師会
横倉会長

患者負担最大3割の原則、「破ることは認められない」

日本医師会（日医、横倉義武会長）は11月1日、財政制度等審議会財政制度分科会での議論を受け、緊急の記者会見を開き、日医としての見解を発表した。横倉会長は、「何も反論しなかった場合、財政審等の議論や提言が既成事実化してしまう」と訴え、これからも適宜意見表明していくとした。同分科会で示された資料で、2007年度を100とした診療報酬本体改定率が、賃金・物価水準よりも伸びているとするグラフが使用されていることに対しては、「指数の動向はどの年度を起点とするかで大きく異なる。第二次安倍政権が始まった12年度を起点とすると、18年度の診療報酬本体の水準は賃金や物価よりも低くなる」と指摘し、恣意的な資料が提出されたことに対し、不快感を示した。受診時定額負担の導入が提言されていることについて横倉会長は、かつて廃案となった経緯を紹介し、「国民にとって良いとは言えない案」と断言した。「『大きなリスクは共助、小さなリスクは自助』という議論もあるが、公的医療保険には、既に、小さなリスクは『定率負担』、大きなリスクは『高額療養費』で対応するという基本的な考え方が組み込まれており、受診時定額負担は、こうした基本的考え方を大きく転換するもの」と述べた。さらに、公的医療保険では最大3割とする患者負担の原則を破ることは認めないとする考えを示した。

週刊医療情報（2019年11月8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。

病院報告

(平成31年4月分概数)

厚生労働省 2019年8月8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)	
	平成31年4月	平成31年3月	平成31年2月	平成31年4月	平成31年3月
病院					
在院患者数					
総数	1 236 059	1 248 746	1 269 125	△ 12 687	△ 20 379
精神病床	280 864	281 647	282 356	△ 783	△ 709
結核病床	1 476	1 503	1 490	△ 27	13
療養病床	272 973	276 169	277 201	△ 3 196	△ 1 032
一般病床	680 680	689 358	707 999	△ 8 678	△ 18 641
(再掲)介護療養病床	31 050	33 604	34 248	△ 2 554	△ 644
外来患者数	1 347 327	1 314 613	1 349 412	32 714	△ 34 799
診療所					
在院患者数					
療養病床	4 257	4 323	4 400	△ 66	△ 77
(再掲)介護療養病床	1 578	1 619	1 637	△ 41	△ 18

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。 注2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。 注3) 平成30年7月分、7月分については、平成30年7月豪雨の影響により、広島県の病院1施設から報告がないため、集計から除いている(以下同)。

2 月末病床利用率（各月末）

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	平成31年4月	平成31年3月	平成31年2月	平成31年4月	平成31年3月
病院					
総数	76.3	77.4	81.7	△ 1.1	△ 4.3
精神病床	85.5	85.1	85.5	0.4	△ 0.4
結核病床	33.1	31.1	32.1	2.0	△ 1.0
療養病床	87.2	86.9	87.8	0.3	△ 0.9
一般病床	69.5	71.7	78.5	△ 2.2	△ 6.8
介護療養病床	90.2	89.5	90.4	0.7	△ 0.9
診療所					
療養病床	53.5	52.9	53.8	0.6	△ 0.9
介護療養病床	69.7	70.2	70.7	△ 0.5	△ 0.5

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) 病院の総数には感染症病床を含む。

3 平均在院日数（各月間）

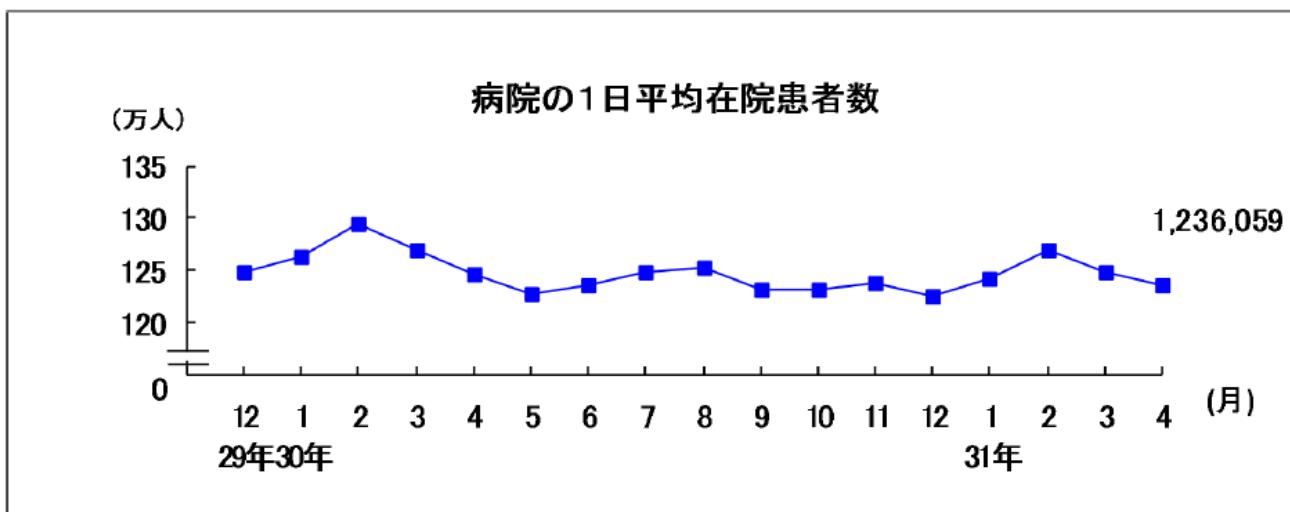
	平均在院日数（日）			対前月増減（日）	
	平成31年4月	平成31年3月	平成31年2月	平成31年4月	平成31年3月
病院					
総数	26.9	27.9	27.6	△ 1.0	0.3
精神病床	259.1	263.5	266.0	△ 4.4	△ 2.5
結核病床	60.4	64.7	63.8	△ 4.3	0.9
療養病床	131.9	137.3	131.5	△ 5.4	5.8
一般病床	15.8	16.4	16.4	△ 0.6	0.0
介護療養病床	285.3	271.4	283.3	13.9	△ 11.9
診療所					
療養病床	101.8	96.7	92.8	5.1	3.9
介護療養病床	152.7	141.4	127.9	11.3	13.5

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

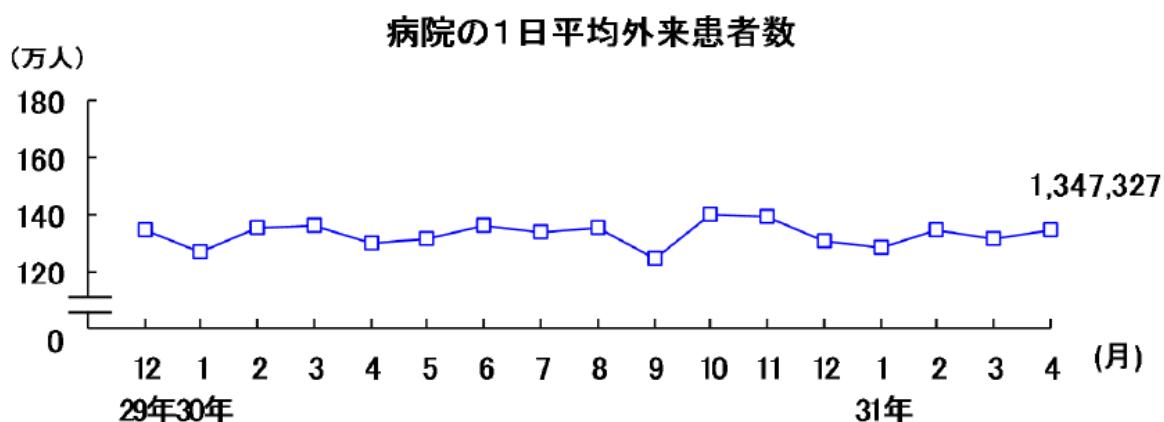
= $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内} \\ \text{同一医療機関内} \\ + \text{の他の病床から} + \text{退院患者数} \\ \text{移された患者数} + \text{の他の病床へ} \\ \text{移された患者数} \end{array} \right)}$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

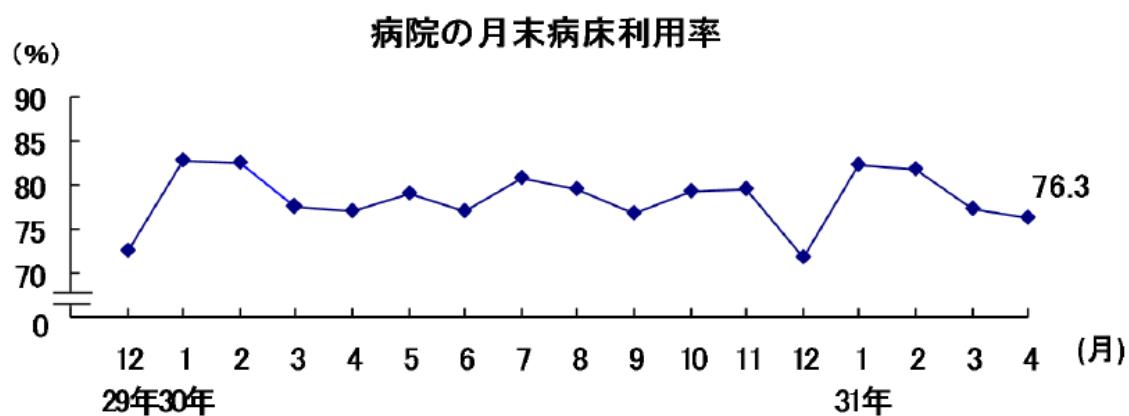
◆病院：1日平均在院患者数の推移



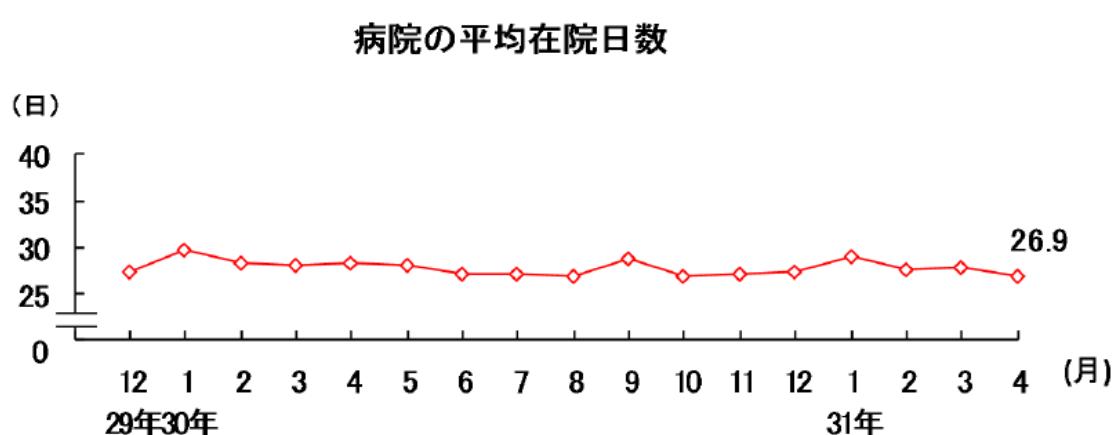
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



病院報告（平成31年4月分概数）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。



働き方改革に対応する
**医療機関の
労務管理対策**

1. 働き方改革に伴う労務管理対応
2. 医療機関の労務管理と法令違反の実態
3. 適切な労働時間管理方法



■参考文献

【厚生労働省】第8回 医師の働き方改革に関する検討会 「労働基準法における管理監督者の範囲の適正化のために」「時間外労働の上限規制 わかりやすい解説」 改正労働基準法のあらまし モデル就業規則 医療機関への是正勧告から考える医療従事者の「働き方改革」(2019年2月28日) 労働時間の適正な把握のために使用者が講すべき措置に関するガイドライン

【福岡労働局】労働条件管理の手引き 2018年3月

【書籍】「働き方改革に対応する 病院の労務管理者のための実践テキスト」渡辺 徹 著 ロギカ書房
「新しい労働時間管理 導入と運用の実務」社労士業務戦略集団 SK9 著 日本実業出版社

1

医業経営情報レポート

働き方改革に伴う労務管理対応

■ 働き方改革における法適用について

医療機関における「働き方改革」への対応は既に始まっています。年次有給休暇の取得義務化や労働時間の状況の把握は、企業規模に関わらず本年の4月から適用となっています。

「医師」の時間外労働の上限規制については、2024年4月から適用となる予定で、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」で報告書がまとめられ、適用に向けた準備が進められています。

◆医療機関の規模別の適用関係（概要）

項目名	規制の概要	中小企業規模の医療機関※	それ以外の医療機関
時間外労働の上限規制	原則として月45時間、年360時間等とする罰則付きの上限規制を導入する	医師を除き 2020.4.1 から適用	医師を除き 2019.4.1 から適用
割増賃金率	月60時間を超える時間外労働に係る割増賃金率を50%以上とする	2023.4.1から適用	(既に適用あり)
年次有給休暇	10日以上の年次有給休暇が付与される労働者に対し、5日について、毎年時季指定して与えなければならないとする（労働者が時季指定したり計画的付与したものは除く）		2019.4.1から適用
労働時間の状況の把握	省令で定める方法（現認や客観的な方法となる予定）により把握をしなければならないとする		2019.4.1から適用
産業医	産業医が行った労働者の健康管理等に関する勧告の内容を衛生委員会に報告しなければならないとする等		2019.4.1から適用 (ただし、産業医の選任義務がある労働者数50人以上の事業場)
同一労働同一賃金	同一医療機関内における正規雇用労働者と非正規雇用労働者の間の不合理な待遇差の実効ある是正を図る	2021.4.1 から適用	2020.4.1 から適用

※医療業における“中小企業”的基準

⇒企業単位でみて、1) 資本金の額または出資の総額が5千万円以下 または2) 常時使用する労働者の数が100人以下（なお、持分なし医療法人や社会福祉法人等の「資本金」や「出資金」がない法人格の場合は、法人全体の常時使用する労働者の数のみで判断する）

（出典）厚生労働省 第8回 医師の働き方改革に関する検討会 参考資料1 一部加工

管理監督者については、時間外労働の上限規制の適用除外となります、「労働時間の状況の把握」については適用となります。

また、管理監督者に該当するか否かについては注意が必要です。「管理職」と「管理監督者」は必ずしもイコールではないという認識が重要となります。

2

医業経営情報レポート

医療機関の労務管理と法令違反の実態

■ 医療機関の労務管理の課題

(1) 主な医療機関の労務課題

医療機関については、様々な専門職種が待遇や労働条件が異なる中で協働しているため、全ての職種を一律に管理することは難しく、職種や役割等に応じた労務管理が求められます。

医師については、偏在問題等により医師不足の地域では過重労働となっている実態があり、また、応召義務により患者最優先の治療を行うことで長時間労働となることもあります。

更に、目まぐるしく変わる法律等に対応した労務管理がなされていない可能性も考えられます。

特に近年、法改正が頻繁に行われたため、自院の管理体制が法の基準を満たしているか確認する必要があります。

(2) 労働関係法令の理解

適切な労務管理を行うためには法令の周知や遵守が必要となり、労働基準法を始めとして、多岐にわたる労働関係法令の理解が重要となります。

近年は、長時間労働に関する事や正規雇用職員と非正規雇用職員の不合理な待遇差が話題となり、この部分については働き方改革でも重要視されていることから、特に注意が必要です。

◆労務管理に必要な主な労働関係の法律

- **労働基準法**…労働条件に関する最低基準を定める法律
- **最低賃金法**…賃金の最低額を定める法律
- **労働安全衛生法**…職場における労働者の安全と健康を確保・快適な職場環境の形成を促進
- **労働者災害補償保険法**…業務災害または通勤災害に対して必要な保険給付等を行う
- **労働契約法**…労働契約についての基本的なルールを定めている
- **高年齢者雇用安定法**…高年齢者等の職業の安定その他福祉の増進等
- **男女雇用機会均等法**…雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等
- **パートタイム労働法**…パートタイム労働者の公正な待遇の実現
- **育児・介護休業法**…育児及び介護を行う労働者の職業生活と家庭生活との両立を支援
- **労働者派遣法**…労働者派遣事業の適正な運営の確保・派遣労働者の雇用の安定その他福祉の増進

3

医業経営情報レポート

適切な労働時間管理方法

■ 労働時間と割増賃金の考え方

(1) 労働時間の考え方

労働時間は、「法定労働時間」「所定労働時間」「実労働時間」に分類することができます。

法定労働時間とは、労働基準法で定められた労働時間であり、原則としてこの時間を超えて労働させることができません。

所定労働時間とは、就業規則等で定められた始業時刻から終業時刻までの時間から休憩時間を差し引いた労働時間をいいます。

所定労働時間は労働者によって異なる場合があります。実労働時間とは、実際に労働者が働いた時間です。

◆ 法定労働時間と所定労働時間の違い

● 法定労働時間

1日8時間、1週 40 時間を法定労働時間と定めている。ただし、商業、映画・演劇業（映画製作の事業を除く）、保健衛生業及び接客娯楽業であって、常時使用する労働者が 10 人未満の事業場は、特例として週法定労働時間を 44 時間と定めている（クリニックは対象となる）。

使用者は、過半数組合（過半数組合がない場合は過半数代表者）と労使協定を締結し、労働基準監督署に届け出た場合は、法定労働時間を超えて労働させることができる（これを「時間外労働」という）。

時間外労働には限度が定められており、原則として1か月 45 時間、1年 360 時間を超えないものとしなければならない。

● 所定労働時間

就業規則等で定められた始業時刻から終業時刻までの時間から休憩時間を差し引いた労働時間をいう。所定労働時間は、労働基準法で決められた法定労働時間（1日8時間、週 40 時間）の範囲内で自由に設定することができる。

(2) 割増賃金の考え方

時間外労働の割増賃金は、法定労働時間を超えた残業時間について発生します。

よって、就業規則等で別段の定めをしていない場合、法定労働時間内の残業時間については割増なしの残業代を支払えばよいとされています。

一方、法定労働時間を超えた時間外労働については割増賃金が必要となります。時間外労働等に関する割増賃金率は次の表のとおりです。今回の改正により、2023 年 4 月 1 日からは、中小企業規模の医療機関について猶予されていた「月 60 時間を超える時間外労働に係る割増賃金率」は 50%以上としなければなりません。

◆割増率早見表

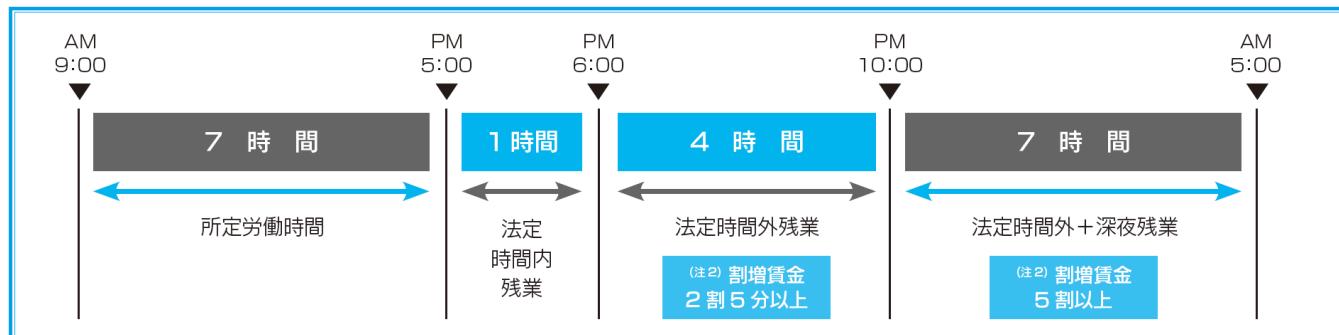
割増賃金を支払う理由	法定割増率		備 考
	中小企業 規模医療 機関	それ以外の 医療機関	
時間外労働	法定内時間外労働	0	0
	法定外 時間外労働	月 60 時間以内 0.25	0.25
		月 60 時間超 0.25*	0.5
休日労働	法定内休日労働	0	法定内休日労働は、法定外時間外労働に該当する場合がある。
	法定外休日労働	0.35	そのときは、法定外時間外労働としての割増賃金を支払わなければならない。
深夜労働	深夜労働のみ	0.25	0.25
	法定外時間外労働かつ深夜労働	月 60 時間以内 0.5	0.5
		月 60 時間超 0.5*	0.75
	法定外休日労働かつ深夜労働	0.6	0.6

*中小企業規模医療機関の割増率の適用は 2023 年 3 月 31 日で廃止され、同年 4 月 1 日以降は全ての医療機関が同じ割増率になる。

◆割増賃金のイメージ

例) 所定労働時間が午前 9 時から午後 5 時（休憩 1 時間）までの場合

17:00～18:00 → 1 時間当たりの賃金 × 1.00 × 1 時間	法定時間内残業
18:00～22:00 → 1 時間当たりの賃金 × 1.25 × 4 時間	法定時間外労働
22:00～5:00 → 1 時間当たりの賃金 × 1.50 (1.25 + 0.25) × 7 時間	法定時間外+深夜残業



(出典) 福岡労働局 労働条件管理の手引き 2018 年 3 月

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：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）

■発生原因是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 | ●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

- ・医療機関そのもののへの不満の表れ
- ・常習的不払い

経営
データ
ベースQ
uestionA
nswer

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、下記のような患者を対象として、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。