

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.895 2025.11.18

医療情報ヘッドライン

**財務省、受診時定額自己負担や
診療所の「報酬の適正化」を提言**

▶財務省 財政制度等審議会

**オンライン診療で患者と二次医療圏の
「所在地が同一」は24.6%にとどまる**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会

週刊 医療情報

2025年11月14日号

**国民の医療アクセス、
「保障できなくなる」**

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和7年7月分概数)

経営情報レポート

**新制度のポイントと今後の展望
医師の働き方改革**

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: 税理士法人ブレインパートナー

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

財務省、受診時定額自己負担や診療所の「報酬の適正化」を提言

財務省 財政制度等審議会財政制度分科会

財務省は、11月5日の財政制度等審議会財政制度分科会で「受診時定額自己負担」の導入や「診療所の報酬の適正化」を提言した。

「受診時定額自己負担」とは、外来受診時に一定額の負担を患者に求めたうえで、かかりつけ医療機関以外を受診した場合にはさらに追加負担を徴収するというもの。導入されれば患者の自己負担額は大きく増えることが予想される。

「診療所の報酬の適正化」については、診療所の利益率や利益剰余金が「依然として高水準にある」としていることから、診療所が受け取る診療報酬の引き下げを指すものであることは明白だ。

■外来受診頻度の高さと少額受診を問題視

外来受診時に一定額の負担を患者に求める仕組みとしては、2011年に「受診時定額負担」の導入が検討されたことがある（2011年6月に政府がとりまとめた「社会保障・税の一体改革成案」に盛り込まれた）。

窓口負担とは別の定額負担として、厚生労働省の中央社会保険医療協議会（中医協）総会では「100円」を求めるといった案が出ていたが、最終的に見送られた。

今回、「自己」の2文字を新たに加えた「受診時定額自己負担」は、単なる定額負担ではなく、かかりつけ医以外の受診で追加徴収するというペナルティの性格を持つ。

従来以上に国民の負担を増やすことにつながる踏み込んだ提言だが、財務省はその理由として「外来受診頻度が高く、その多くが少額受診」であることを挙げている。外来受診頻度については、公表資料にOECDの調査結

果を提示（国民1人あたり12.1回で韓国に次ぐ2位）。受診額については、1回5,000円未満が4割近く、1回10,000円未満が3分の2を占めているとした。

なお、踏み込んだ提言であることは財務省も認識しているようで、改革の方向性としては「早急に具体策の検討に着手し、その是非を広く国民に問うべき」との記述にとどめている。タイミング的に、2026年度の次期診療報酬改定に間に合わないことは明白であり、次期改定で議論の俎上に載せるための観測気球として打ち出したと解釈すべきだろう。

■今年度も「機動的調査」を実施

診療所の診療報酬についての財務省提言は、近年強さを増している。前回の2024年度診療報酬改定の前に出した「令和6年度予算の編成等に関する建議」では、診療所の報酬単価を「5.5%程度引き下げるべき」とした。

特筆すべきは、この数字を出すために財務省は独自の「機動的調査」まで実施していることだ。全国2万1,939法人を対象として、過去3年分の事業報告書等をもとに集計した結果、2022年度の診療所の経常利益率は8.8%、中小病院は同4.3%だとしたのだ。

財務省は、この機動的調査を今年度も実施し「無床診療所を経営する医療法人について、利益剰余金が高水準で維持されている」としている。

とはいえ、かかりつけ医機能を担う診療所の利益を削ることが、医療体制の持続性確保につながるかは疑問だ。すでに日本医師会は猛反発しているが、厚労省の中医協でどのような議論が展開されるか注視したい。

医療情報
ヘッドライン
②

オンライン診療で患者と二次医療圏の 「所在地が同一」は24.6%にとどまる

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は 11 月 7 日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、オンライン診療の算定状況について、患者と医療機関の所在地が二次医療圏で同一だったのは 24.6%、都道府県が同一だったのは 48.9%だったことを明らかにした。

同省は、公表資料において、7月の中医協総会で出た「オンライン診療の適切な推進の観点では、協力医療機関との連携や、対面診療への切り替えが必要に応じて十分になされているか検証することが必要である」との意見を太赤字で示しており、患者とオンライン診療を実施する医療機関の所在地が大きく離れていることを問題視していることは明白だ。

支払側、診療側ともに反対意見が出なかったことから、何らかの形で次期診療報酬改定において評価の見直しが行われる可能性が高まった。

■東京都は特に「異なる」割合が高い

オンライン診療で患者と医療機関の所在地の違いが顕著な例として、厚労省が挙げたのは東京都だ。医療機関の所在地が東京都の場合、患者所在地の都道府県が東京都と異なるのは初診料で 68.1%、再診料等でも 65.3%にのぼる。全国平均が 51.1%だから、「東京都の医療機関へ他の道府県からアクセスしている患者」が明らかに多いことがわかる。

一方、医療機関の所在地が東京都以外の場合、患者所在地が同一なのは初診料で 75.6%、再診料等で 76.4%にのぼった。

なお、患者と医療機関の所在する都道府県が異なり、かつ医療機関が東京都にある場合、患者の 74.8%が 40 歳未満だった。ちなみに

60 歳以上は 2.9%にとどまっている。

また、「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として、オンライン診療を実施した医療機関が他の医療機関へ紹介した割合は、患者の所在が医療機関と異なる場合のほうが、同一市町村・特別区である場合よりも高いというデータが出ている。

数字は患者の所在が医療機関と異なる場合が 0.59%、患者の所在が医療機関と同一の場合が 0.49%となっているのであまり違いがないように見えるが、これは診療件数の母数が多いためだ。件数で見ると、患者の所在が医療機関と異なる場合は 2,411 件、患者の所在が医療機関と同一の場合は 1,423 件と 1,000 件近い差が出ている。

■海外から診療している実態も明らかに

さらに注目したいのは、医師が外国から診療をするケースが少なからずあったことだ。

厚労省によれば、「医師が当該医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合、当該医師が所有・所属する他の医療機関から実施」したのは 54.9%。他は「医師の自宅等」39.2%、「その他」として「訪問診療車内、出張先、国外（アメリカ・オーストラリア）等」が 5.9%を占めている。

情報通信機器などの発達により、場所を選ばずオンライン診療ができるようになったのは大きな進化だが、前述のように「協力医療機関との連携や、対面診療への切り替え」だけでなく、海外からの診療は法的にもグレーだろう。ガイドラインの見直しを含め、オンライン診療の実施場所についての規制が強まる可能性がありそうだ。

ビズアップ週刊

医療情報

2025年11月14日号

[情報提供]MMPG

(メディカル・マネジメント・プランニング・グループ)

メディカルウェーブ

医療情報①

日本医師会

松本吉郎会長

国民の医療アクセス、 「保障できなくなる」

財務省が5日の財政制度等審議会の分科会で「診療所の診療報酬は適正化が不可欠」との見解を示したのに対し、日本医師会は強く反発している。

松本吉郎会長は6日の記者会見で、医療機関の経営悪化や人材流出が深刻な中、さらなる医療費削減が行われれば、「国民の医療へのアクセスを保障できなくなる」と強く抗議した。

松本会長は冒頭、診療報酬は社会保障審議会で示された在るべき医療の姿を踏まえ、中央社会保険医療協議会で検討すべきものだとして強調。財務省が財政面だけの観点から個別の報酬に踏み込むのは、「越権行為と言わざるを得ず、看過できない」とけん制した。

財務省が5日の財政審の財政制度分科会に出した資料では、2024年度の病院の経常利益率が前年より1.1ポイント悪化し0.1%となったのに対し、診療所は2.9ポイント低下したものの、6.4%と高水準を維持。これを根拠に、26年度の診療報酬改定では、「病院を重点的に支援し、診療所の報酬を適正化すべき」との主張を展開している。

これに対し松本会長は、規模の違う病院と診療所を単純に比較すること自体が不適切だと指摘。診療所の平均収入は1億円程度であり、利益率の中央値2.5%で換算すると250万円にとどまると説明。これが税の支払いや医療機器の故障などへの備えに充てられており、「決して高い利益を確保できているとは言えない」と反論。さらに、利益率の最頻値は0-1%であり、経営が厳しい診療所が多い現実を訴えた。

また、急激な高齢化により社会保障給付費が増大する中、大幅な医療費削減を進めれば、「国民がこれまで受けられてきた医療サービスを享受できなくなる」と警鐘を鳴らし、「極めて遺憾」と述べた。

松本会長は、地域に根差してかかりつけ医機能を発揮する診療所は、病院と連携しながら役割分担をしており、「日本の医療はどちらもないとやっていけない」と強調。次期改定では、医療費削減による財源確保ではなく、「純粋に財源を増やす真水の対応」が不可欠だと改めて訴えた。

医療情報②

中央社会保険

医療協議会

地域包括医療病棟、 在院日数など「要件緩和は必須」

中央社会保険医療協議会は5日、地域包括医療病棟のアウトカム評価の見直しに向けた具体的な議論を行った。診療側は、平均在院日数やADL低下患者の割合などについて、「要件の緩和は必須」だとし検討を強く求めた。これに対し支払側は、評価体系の見直し自体には理解

を示しつつも、一律の緩和ではなく、対象患者を絞った対応を主張した。

高齢者救急に対応する地域包括医療病棟は、「10 対 1 以上」の看護配置をはじめ、以下といった厳格な施設基準を設けている。

▼入院患者の平均在院日数が 21 日以内

▼退院時の ADL 低下患者の割合が 5%未満

ただ、地域包括医療病棟の入院患者は、80 歳以上が 3 分の 2 を占め、平均在院日数は長くなり、ADL は低下しやすい傾向がある。このため、地域包括医療病棟への移行を検討する医療機関からは、現行の要件は実態に合わず、厳し過ぎるという指摘が出ている。

厚生労働省は、高齢者救急への対応を強化する観点から、この日の総会で施設基準の見直しを論点に示した。

診療側の江澤和彦委員（日本医師会常任理事）は、80 歳以上の患者は大半が要介護認定を受けているとし、現行基準の達成は困難であり、「要件の緩和は必須」だと強調。太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）も、高齢者救急の受け皿として機能するためにも、「地域包括医療病棟への移行を後押しする対応が必要」だと訴えた。

支払い側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、「特に在院日数が長い 85 歳以上の患者が多い場合に限り、別途基準を設けるのが妥当」との考えを示した。

厚労省はまた、地域包括医療病棟で診ることが多い内科系疾患では、外科系に比べて包括内の出来高実績点数が高く、出来高算定できる点数の割合が低いというデータを提示。医療資源の投入量に応じた評価が十分に行われていないとして、患者によらず一律に設定されている入院料の在り方についても論点に挙げた。

この点については、診療側・支払側の双方が、実態に即した評価への見直しを求めることで一致した。

医療情報③
中央社会保険
医療協議会

看護配置基準「柔軟化」へ ～看護職の働き方改革を背景に議論

看護職の働き方改革を背景に、病棟配置基準の「柔軟化」に向けた議論が進んでいる。

5 日の中央社会保険医療協議会・総会で、厚生労働省は看護職員の確保が困難な時や ICT 活用を進めた場合の配置基準の柔軟化を論点に上げた。コロナ禍では夜勤時間数や看護要員数に一時的な変動があった場合、最初の月から 3 カ月以内に限り、施設基準の届け出区分は不要とする特例的な対応が行われた。この日の総会で太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）は「今後も一時的な変動は起こり得る」として、恒久化を求めた。

ICT 機器の活用については、見守り、記録、医療従事者間の情報共有といった全ての種類の ICT 機器を活用する場合、入院基本料などで規定する看護職員の配置基準に対しての柔軟化を行うという案が厚労省から示された。（以降、続く）

週刊医療情報（2025年1月14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

(令和7年7月分概数)

厚生労働省 2025年10月10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)	
	令和7年7月	令和7年6月	令和7年5月	令和7年7月	令和7年6月
病院					
在院患者数					
総数	1 133 549	1 123 517	1 116 621	10 032	6 896
精神病床	256 671	255 623	254 687	1 048	936
感染症病床	191	155	149	36	6
結核病床	941	889	852	52	37
療養病床	227 430	227 420	227 846	10	△ 426
一般病床	648 316	639 431	633 088	8 885	6 343
外来患者数	1 231 769	1 217 363	1 145 714	14 406	71 649
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 394	1 417	1 438	△ 23	△ 21

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和7年7月	令和7年6月	令和7年5月	令和7年7月	令和7年6月
病院					
総数	77.9	76.3	73.9	1.6	2.4
精神病床	81.6	81.1	80.9	0.5	0.2
感染症病床	11.2	8.7	6.6	2.5	2.1
結核病床	27.9	26.5	24.7	1.4	1.8
療養病床	85.4	85.0	85.2	0.4	△ 0.2
一般病床	74.7	72.2	68.2	2.5	4.0
診療所					
療養病床	39.7	40.4	40.1	△ 0.7	0.3

注) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

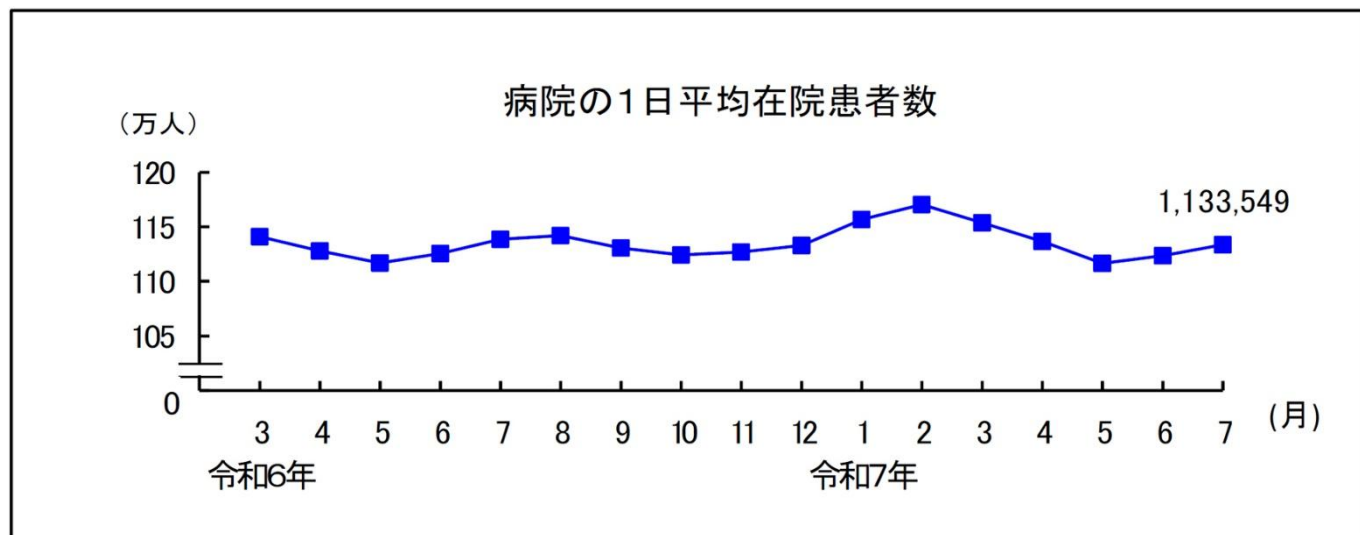
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和7年7月	令和7年6月	令和7年5月	令和7年7月	令和7年6月
病院					
総数	24.1	24.6	25.8	△ 0.5	△ 1.2
精神病床	233.7	237.4	247.1	△ 3.7	△ 9.7
感染症病床	9.2	9.8	10.4	△ 0.6	△ 0.6
結核病床	54.7	58.0	58.9	△ 3.3	△ 0.9
療養病床	115.4	117.3	118.8	△ 1.9	△ 1.5
一般病床	14.6	14.9	15.5	△ 0.3	△ 0.6
診療所					
療養病床	107.5	101.6	104.7	5.9	△ 3.1

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

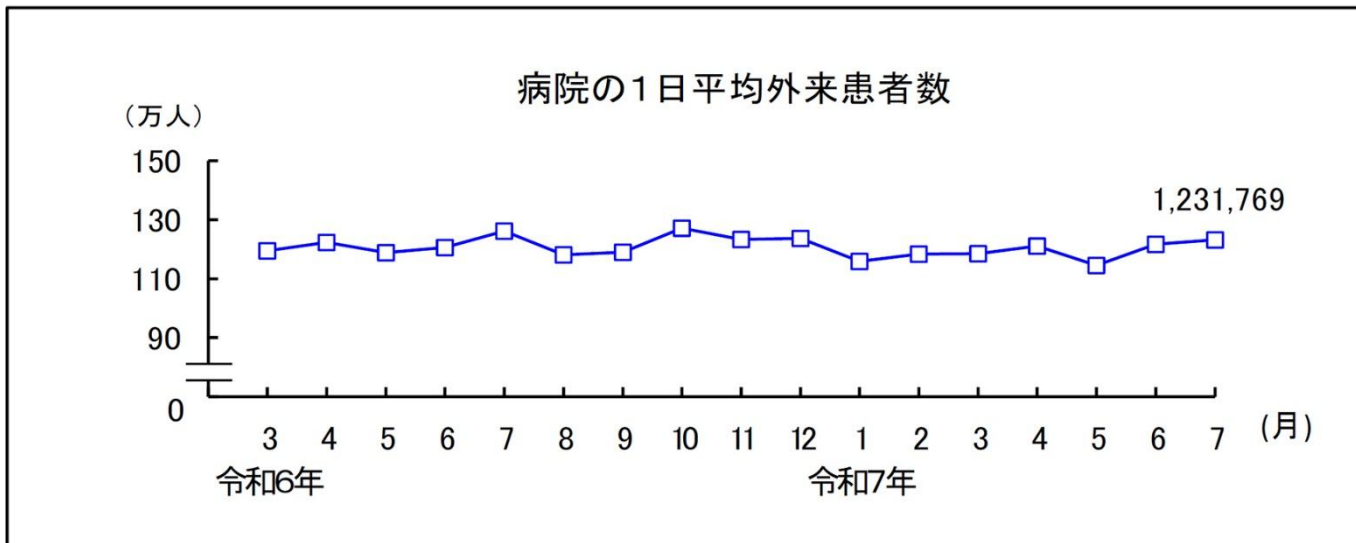
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

◆病院:1日平均在院患者数の推移

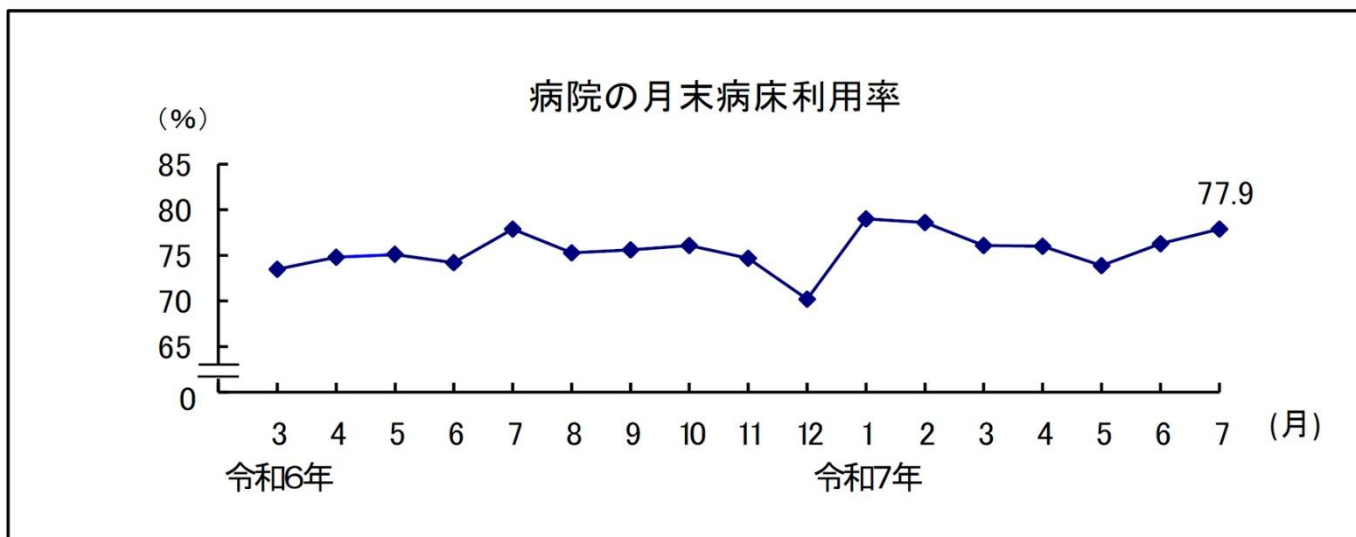


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

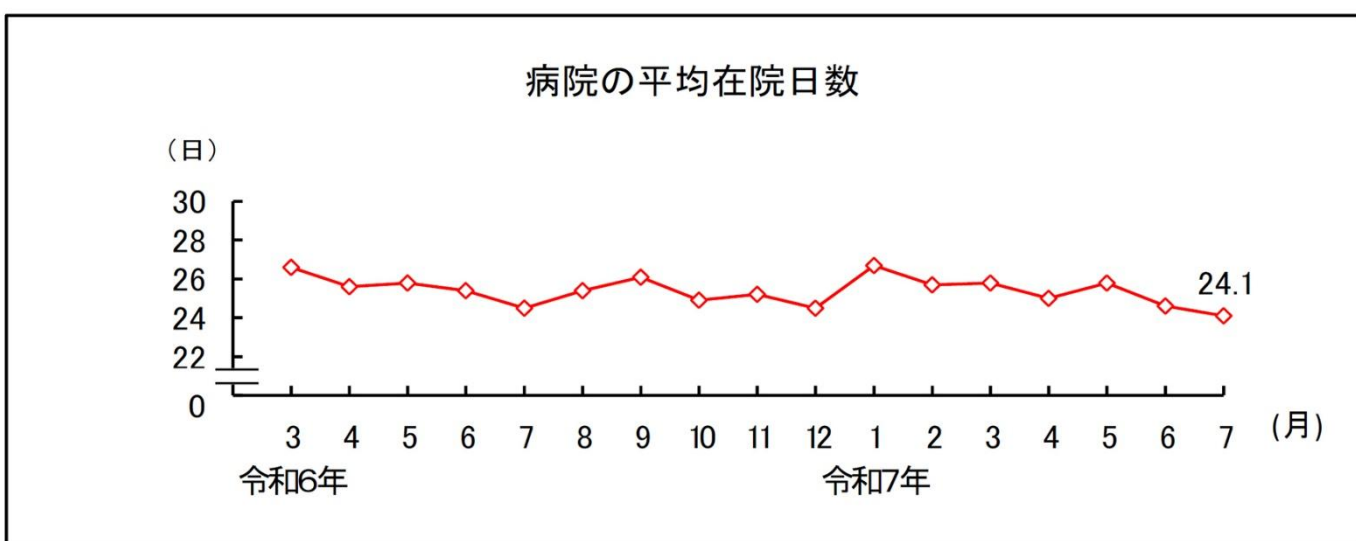
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆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（令和7年7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。



経営情報
レポート
要約版



制度改正

新制度のポイントと今後の展望

医師の働き方改革

1. 働き方改革が求められた背景
2. 医師の働き方改革の具体的な内容
3. 医師の働き方改革の先進事例
4. 持続可能な医療提供体制の構築に向けて



参考資料

【厚生労働省】：働き方改革が求められた背景 医師の働き方改革 具体的な内容 医師の働き方改革の先進事例 持続可能な医療提供体制の構築に向けて 【産業衛生学雑誌】：医師の働き方改革の制度の変遷と今後の展望 【茨城県】：救急搬送における選定療養費の徴収について

1

医業経営情報レポート

働き方改革が求められた背景

■ なぜ今、「医師の働き方改革なのか」

これまで、日本の医療は、国民皆保険制度のもと、誰もが安心して医療を受けられる体制を維持してきました。しかし、その裏で、医療現場、特に医師の自己犠牲的な長時間労働によって支えられてきたという側面があることは、長年にわたって指摘されてきた課題です。こうした状況を背景に、2024 年4月、医師に対しても時間外労働の上限規制が適用される「医師の働き方改革」が本格的にスタートしました。この改革は、単に医師の労働時間の短縮を目的とするだけでなく、医師が心身ともに健康な状態で働き続けられる環境を整備し、医療の質と安全を確保すること、さらには、将来にわたって持続可能な医療提供体制を維持していくことを目指す、日本の医療の未来を左右する極めて重要な取り組みといえます。そこで本レポートでは、「医師の働き方改革」について、改革が必要となった「背景と課題」、2024 年4月から始まった「新たな制度の核心」、そして医療現場や国民に求められる「これからの取り組みと未来への展望」について、客観的なデータや事例を交えながら多角的に掘り下げていきます。

■ 長時間労働の実態と構造的課題

医師の働き方改革が急務となった最大の理由は、その深刻な長時間労働の実態にあります。これまで日本の医療は、いわば医師の「献身」に大きく依存してきました。しかし、その実態は個人の努力だけでは乗り越えられない、構造的な課題をはらんでいました。

厚生労働省の調査によれば、働き方改革が本格化する以前から、病院に常勤する勤務医の約4割が、一般労働者の時間外労働の上限（年 720 時間）を大幅に超える「年 960 時間超」の時間外・休日労働を行っていました。

さらに驚くべきことに、約1割の医師は、過労死ラインの2倍以上にも相当する「年 1,860 時間超」という極めて長時間の労働に従事していたのです。特に、救急、産婦人科、外科といった診療科や、経験を積む段階にある若手の医師にその傾向が強く見られました。

◆ 医師の働き方に関する構造的な課題

深刻な長時間労働	病院常勤医の約4割が年 960 時間超、約1割が年 1,860 時間超の時間外・休日労働。特に救急、産婦人科、外科、若手医師で顕著。
不十分な労務管理	労働基準法に基づく労使協定（36 協定）が未締結であったり、客観的な労働時間管理（タイムカード等）が行われていない医療機関が存在。
業務の医師への集中	患者への病状説明、血圧測定、カルテの記録作成など、他の職種でも対応可能な業務まで医師が担っているケースが多い。

出典：厚生労働省「医師の働き方改革」より作成

2

医業経営情報レポート

医師の働き方改革の具体的な内容

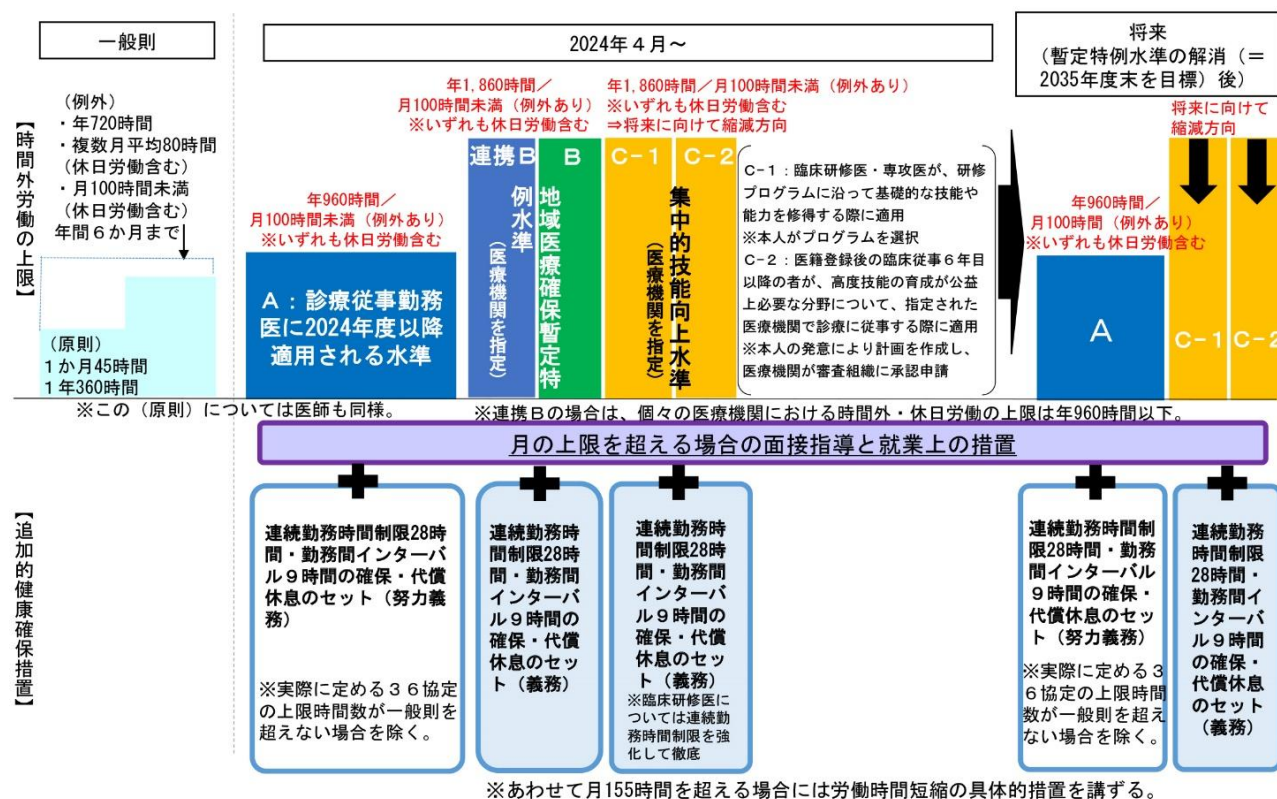
■ 時間外労働の上限規制

2019 年の労働基準法改正により、一般の労働者には時間外労働の上限（原則月 45 時間・年 360 時間、特例でも年 720 時間など）が設けられましたが、医師については地域医療の確保という観点から、5年間の猶予期間が設けられていました。そして 2024 年 4月 1 日、いよいよ医師にも新たな上限規制が適用されることになりました。

ただし、医師の業務の特殊性を考慮し、すべての医師に一律の規制をかけるのではなく、医療機関の機能や医師の役割に応じて複数の「水準」が設定されています。

これが、いわゆる「A水準」「B水準」「C水準」と呼ばれるものです。

◆医師・看護師等の「宿日直」許可の主な基準



出典：厚生労働省 医師の時間外労働規制について

これらの水準は、医療機関が自ら申請し、第三者機関（医療機関勤務環境評価センター）の評価を経て、都道府県が指定する仕組みです。

クリニックの経営層にとっては、自院がどの水準に該当するのか、あるいは連携先の病院がどの水準の指定を受けているのかを把握することが、今後の労務管理や地域連携を考える上で極めて重要になります。

医師の働き方改革の先進事例

■ タスク・シフト／シェア

医師の労働時間を短縮するためには、医師でなければならない業務に集中できる環境を作ることが不可欠です。そのための最も有効な手段の一つが、「タスク・シフト／シェア」です。

タスク・シフト／シェアとは、これまで医師が担ってきた業務の一部を、看護師や薬剤師等のコ・メディカルといった、他の医療専門職にそれぞれの専門性や能力に応じて移管（シフト）または共同で実施（シェア）することを指します。

これは単なる「仕事の押し付け」ではなく、各職種が専門性を最大限に発揮し、チームとしてより質の高い医療を提供するための前向きな取り組みです。

◆タスク・シフト／シェアの具体例

項 目	基準の概要
看護師	● 静脈採血、静脈注射、点滴の確保 ● 動脈血ガス分析のための動脈穿刺 ● 特定行為研修を修了した看護師による、医師の手順書に基づく一部の医療行為
薬剤師	● 入院患者の持参薬の確認と処方提案 ● 医師の同意のもとでのプロトコルに基づく薬物治療管理（PBPM）
医療事務作業補助者	● 診断書や紹介状などの文書作成代行 ● 電子カルテの代行入力
臨床検査技師	● 超音波（エコー）検査の実施とレポート作成

これらの取り組みにより、医師は手術や診断、治療方針の決定といった高度な判断が求められる業務に専念できるようになります。クリニックにおいても、例えば看護師が予防接種の問診の一部を担ったり、医療事務作業補助者が診断書の下書きを作成したりすることで、医師の負担を軽減し、患者と向き合う時間を増やすことが可能となります。

タスク・シフト／シェアを成功させるためには、経営層がリーダーシップを発揮し、各職種の業務範囲や責任の所在を明確にするための院内ルールを整備すること、そして、必要な研修の機会を提供し、職種間の円滑なコミュニケーションを促進することが重要です。

これは、働き方改革を推進する上で、最も具体的かつ効果的な一手と言えるでしょう。

■ 「研鑽」と労働時間の曖昧さをなくす

医師の労働時間を考える上で、長年、曖昧な領域とされてきたのが「研鑽（けんさん）」の扱いです。研鑽とは、医師が自らの知識や技能の向上のために行う学会参加、論文執筆、自主的な勉強などを指します。

4

医業経営情報レポート

持続可能な医療提供体制の構築に向けて

■ 地域医療構想の推進と機能分化・連携

2024 年から始まった医師の働き方改革への対応は、日本の医療が未来に向けて持続可能な体制を維持していくために、避けては通れない道です。しかし、個々の医療機関での労働時間短縮の努力だけでは根本的な課題は解決しません。より大きな視点での構造改革が必要不可欠です。

日本の医療は、人口あたりの病床数が多く、在院日数が長いという特徴があります。すべての病院が同じように高度な医療や救急医療を担うのではなく、地域の医療ニーズに応じて、各医療機関がその役割を明確化（機能分化）し、互いに連携することが重要です。

これこそが「地域医療構想」の目指す姿です。

◆新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

（１）基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進（将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等）
- ・新たな構想は27年度から順次開始（25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等）
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

（２）病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）

- ・構想区域ごと（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）、広域な観点（医育及び広域診療機能）で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議（議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議）

（３）地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

（４）都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保（実態に合わない報告見直しの求め）
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

（５）国・都道府県・市町村の役割

- ① 国（厚労大臣）の責務・支援を明確化（目指す方向性・データ等提供）
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

（６）新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

出典：厚生労働省 新たな地域医療構想に関するとりまとめ概要

クリニックや診療所は、日常的な病気の診療や健康管理を担う「かかりつけ医」として、地域住民の最初の相談窓口となる役割がますます重要になります。

このような機能分化と連携が進むことで、医師や医療資源を効率的に活用し、地域全体で医療の質を維持・向上させることが可能となるのです。

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必要があります。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い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ますが、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になります。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、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。

請求書の確定

請求書発行

未収金登録

請求額もしくは一部金額の受領

未収入金処理

未収金リスト削除