

週刊WEB

# 医療経営

MAGAZINE

Vol.793 2023.10.24

医療情報ヘッドライン

## 看護職員処遇改善評価料の実績報告 未届の44%は「継続の保証なし」が理由

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会

## 時間外労働の年間1,920時間以上は3.6% 2022年の病院常勤勤務医の実態調査

▶厚生労働省 医師の働き方改革の推進に関する検討会

週刊 医療情報

2023年10月20日号  
早期着手の課題に  
介護分野も

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告  
(令和5年5月分概数)

経営情報レポート

保険収入以外の収益力を高める  
カウンセリングシステム構築の留意点

経営データベース

ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

病院施設リニューアルに際してのポイント  
中・長期計画(マスタープラン)の策定プロセス

# 看護職員処遇改善評価料の実績報告 未届の44%は「継続の保証なし」が理由

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会

厚生労働省は10月12日、中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会で、施設基準を満たしながら「看護職員処遇改善評価料」を届け出なかった医療機関の44%が「継続される保証がなく、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引き上げを行うことを躊躇するため」を理由にしていることがわかった。

看護職員処遇改善評価料は2022年10月に創設されたが、「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員」を対象としていることから、時限的な措置となるとの見立てが一定数あるようだ。

## ■救急搬送件数年間200件以上が施設基準

看護職員の処遇改善は、岸田文雄首相の肝いり政策だ。2021年10月の首相就任時に看護職員のほか介護職員、保育士、幼稚園教育の賃上げを盛り込んだ。その後、「3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み」として、2022年10月に診療報酬で「看護職員処遇改善評価料」が創設されている。名称だけ見れば、全ての看護職員が対象と受け取るのが自然だが、以下の施設基準が設けられていることを踏まえると、実態は全く異なる。

- ・救急医療管理加算の届出を行っており、救急搬送件数が年間で200件以上であること。
- ・救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること。

ちなみに、2023年9月末時点で、同評価

料を取得した医療機関に義務付けられている実績報告書を提出しているのは2,553施設。

厚労省の医療施設調査によれば、2021年10月1日現在全国の医療施設は18万2,800施設で、「病院」に限定しても8,205施設であり、処遇改善を受けられる看護職員はかなり限定的であることがわかるだろう。

## ■薬剤師が対象外なのも問題か

それでも、十分な賃上げに資する金額が支払われるならばいいが、3%程度（月額平均12,000円相当）をそう評価できるか微妙だ。

加えて、支払われた金額を適切に分配するのも一苦勞という現状がある。実績報告書を見ると、同評価料よりも賃上げのための支出のほうが多くなった医療機関が多い。

1割以上多く支出している医療機関は約2割に達している。しっかりと賃上げをしようとしたら、自院の負担が増してしまったというケースも多いであろうことが推察される。

そうした事態に陥るであろうことを見据え、同評価料の取得をしなかった医療機関は多いのではないか。

薬剤師が対象外なのも、医療機関側を悩ませたのではないかと思われる（看護補助者、理学療法士、作業療法士などのコメディカルは対象）。救急対応もコロナ対応も行える規模の病院は、地域でもそれなりの規模であり、病院薬剤師も一定数いるだろう。

チーム医療の一員なのに薬剤師だけ賃金据え置きというわけにもいかない。前述のように医療機関側の負担が増える結果になるのは必然ともいえよう。医療機関に歓迎されていたとは必ずしもいえないこの評価料、次期改

定で見直しがなされる確率は高そうだ。

# 時間外労働の年間1,920時間以上は3.6% 2022年の病院常勤勤務医の実態調査

## 厚生労働省 医師の働き方改革の推進に関する検討会

厚生労働省は10月12日、医師の働き方改革の推進に関する検討会で「医師の勤務環境把握に関する研究」の2022年の調査結果を公表。休日および時間外労働時間が年間960時間以上（週当たり60時間以上）となる医師が全体の21.2%、年間1,920時間以上（週当たり80時間以上）の医師は3.6%だったことがわかった。2024年4月からの「医師の働き方改革」で、たとえ特例でも年間の時間外労働は1,860時間が上限となるため、1,920時間も時間外に働く医師はいなくなるはずだが、まだ必要以上の長時間労働を余儀なくされている医師が一定数いることが明らかとなった格好だ。

### ■調査を重ねるたびに過度な時間外労働は減少

この調査の対象は、「病院勤務の常勤医師」。病院勤務の医師は、収入が決して高くないため勤務先以外の医療機関でアルバイトをすることが多いが、この調査は「兼業先の労働時間も含めて」行っている。

回答者は2016年が15,677人、2017年が20,382人、2018年が19,879人だった。

興味深いのは、調査のたびに「過度な時間外労働」をしている医師が減っていることだ。

2016年の調査で年間1,920時間以上だった医師の割合は9.7%だったが、2019年には8.5%に減り、今回の2022年調査では3.6%と一気に5ポイント近く下がっている。

一方で、年960時間換算に届かない残業時間は増えた。週40時間未満は前回の2019年調査で13.7%だったが、22.5%と8.8ポイント増。週40時間以上50時間未満は、2019年調査で22.3%だったのが32.7%と10.4ポ

イントも増えた。過度な時間外労働を特定の医師に集中させず、タスクシェア/シフトをするなどして分散化させている状況が考えられる。なお、時間外労働が年間1,860時間以上の医師の割合もデータでは明らかにされた。それによると、長時間労働の医師が多い診療科は「脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）」となっている。

### ■特例水準の申請は471件

なお、この日の会合では、特例水準を受けられるための医療機関勤務環境評価センターへの申込が、10月9日時点で471件だったことも明らかにされた。

特例水準とは何か。これを理解するには、通常の時間外労働について理解することが必要だ。一般的な上限時間は、年間960時間・月100時間未満（A水準）。しかし、全ての病院勤務医に上限規制を適用してしまうと、地域医療の担い手の確保や医師個人の希望による集中的な修練ができなくなる。

そこで、医療機関が所在する地域の医療提供体制を確保するため「B水準」、医師の派遣を通じて地域の医療提供体制を確保するための「連携B水準」、技能の習得・向上を集中的に行わせるための「C-1・C-2水準」という特例水準が設置された。

これらの特例水準が適用される特定労務管理対象機関になるためには、医療機関は2024年4月以降の医師労働時間短縮計画の案を作成し、「医療機関勤務環境評価センター」による第三者評価を受け、その後、都道府県へ指定申請を行う必要がある。

医療情報①  
 デジタル行財政  
 改革会議

## 早期着手の課題に介護分野も ～「デジタル行財政改革会議」の初会合

急速な少子高齢化などに対応するため、デジタル技術を活用した効率的な行財政の在り方を検討する「デジタル行財政改革会議」の初会合が11日、首相官邸で開かれた。

早期に着手すべき主な課題には介護分野も盛り込まれた。ICTの導入を促進する支援策を検討し、事業所の生産性向上支援を図る。

この会議は、岸田文雄首相を議長に、河野太郎デジタル担当相ら関係閣僚のほか、民間企業の代表など有識者らで構成するもので、主に取り組む改革として、以下に着手する。

- ▼教育
- ▼交通
- ▼介護等
- ▼子育て・児童福祉
- ▼防災
- ▼インバウンド・観光
- ▼スタートアップ

このうち介護分野では、人材不足や介護・医療でのデジタル技術の活用の遅れや、制度の持続可能性などを解決すべき課題として挙げた。具体的には、ICTの導入支援や介護報酬・人員配置、運営の協働化・大規模化、人材育成などの取り組みを加速させたい考えだ。また、医療アプリ・機器・システムの開発促進や、オンライン診療の拡充などに向けた検討も行う。

防災分野では、避難所における多様なニーズを把握したり、対応したりするため、マイナンバーカードを活用した発災時対応のためのインフラや、要配慮者を含む被災者対応の高度化などについて検討する方針だ。これらの改革を、国や地方のデジタル基盤の統一化・共通化を加速し、低コストで多様なサービスの提供を可能にする狙いがある。

### ●来年6月をめどに行財政改革の取りまとめ

会議では今後、主な改革の取り組みに着手し当面の対策に反映させながら、11月に予定する2回目の会合を経て、12月には進捗状況を取りまとめる。その後、2024年度の当初予算に反映させ、同年6月をめどにデジタル行財政改革に関する取りまとめを行う計画。

医療情報②  
 介護給付費  
 分科会

## 介護報酬改定の基本視点に 「働きやすい職場づくり」

厚生労働省は11日に開かれた社会保障審議会・介護給付費分科会で、2024年度の介護報酬改定に向けた基本的な視点案を示した。

介護人材不足に対応していく観点から、柔軟な働き方やサービス提供への取り組みとして、経営の協働化やテレワーク、介護助手の活用を挙げ、働きやすい職場作りを進める方向性を明確にした。処遇改善や生産性向上による取り組みを推進する。

視点案に盛り込まれた項目は、以下の4つ。

- ▼地域包括ケアシステムの深化・推進
- ▼自立支援・重度化防止に向けた対応
- ▼良質な介護サービスの確保に向けた働きやすい職場づくり
- ▼制度の安定性・持続可能性の確保

このうち、働きやすい職場づくりの項目については、介護を担う人材の不足や将来の担い手の減少を指摘。介護人材を確保したり、生産性を向上させたりすることを課題に挙げた。これに対応するため、介護職員の処遇改善に加え、やりがい・定着にもつながる職場環境を改善する必要性を提示。具体的には介護ロボットやICT、介護助手の活用などで業務負担を軽減したり、経営の協働化やテレワークといった柔軟な働き方に取り組んだりする必要性を示した。

分科会に出席した江澤和彦委員（日本医師会常任理事）は、案に盛り込まれていない「介護事業所の健全経営の担保」を主な項目として挙げるべきだと要望。「制度の創設以来、事業所の経営危機は今、最も深刻な状況」だと危機感を示し、そもそも提供事業所がなくなると制度は立ち行かなくなるが、その課題に全く触れていないとして、検討することを強く求めた。

また江澤氏は、人材確保の問題についても言及。入職超過率が統計を取り始めて以来初めてマイナスとなったことに触れ、離職理由の上位である職場の人間関係や女性の結婚や妊娠、出産などへの対策の視点も取り入れて考える必要があるとした。

### ●リハ・口腔・栄養の一体的取り組み連携・強化も明記

2024年度の介護報酬改定に向けた基本的な視点案の自立支援・重度化防止に向けた対応の項目に「リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取り組み」が盛り込まれた。多職種が連携することで、質の高い介護サービスの実現につなげたい考えだ。

一体的な取り組みの推進に関しては、分科会が関連団体に実施したヒアリングで、日本栄養士会が、以下にとって有用である可能性が示唆されていることや、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔の専門職が連携して設定した目標を、リハビリテーション計画や機能訓練計画に反映している施設が少なくないことを説明。

- ▼入所者のアウトカム
- ▼ADL（日常生活動作）やIADL（手段的日常生活動作）の維持改善
- ▼サービス利用者の生活機能・予後

一体的な取り組みが「有効」との考えを示し、介護報酬で評価するよう求めている。

21年度の介護報酬改定では、口腔機能が低下している利用者に対する取り組みを評価する「口腔機能向上加算」を新設し、リハビリテーション専門職と管理栄養士、歯科衛生士による連携を後押ししてきた。（以降、続く）

週刊医療情報（2023年10月20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5年5月分概数)

厚生労働省 2023年8月24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5年5月     | 令和5年4月    | 令和5年3月    | 令和5年5月   | 令和5年4月   |
| 病院    |            |           |           |          |          |
| 在院患者数 |            |           |           |          |          |
| 総数    | 1 102 210  | 1 109 628 | 1 123 149 | △ 7 418  | △ 13 521 |
| 精神病床  | 260 503    | 260 059   | 260 357   | 444      | △ 298    |
| 感染症病床 | 1 399      | 2 761     | 3 710     | △ 1 362  | △ 949    |
| 結核病床  | 935        | 907       | 942       | 28       | △ 35     |
| 療養病床  | 230 736    | 232 253   | 233 122   | △ 1 517  | △ 869    |
| 一般病床  | 608 636    | 613 648   | 625 019   | △ 5 012  | △ 11 371 |
| 外来患者数 | 1 186 793  | 1 193 340 | 1 283 758 | △ 6 547  | △ 90 418 |
| 診療所   |            |           |           |          |          |
| 在院患者数 |            |           |           |          |          |
| 療養病床  | 2 033      | 2 110     | 2 258     | △ 77     | △ 148    |

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5年5月     | 令和5年4月 | 令和5年3月 | 令和5年5月   | 令和5年4月 |
| 病院    |            |        |        |          |        |
| 総数    | 74.5       | 71.9   | 73.1   | 2.6      | △ 1.2  |
| 精神病床  | 81.3       | 81.0   | 80.8   | 0.3      | 0.2    |
| 感染症病床 | 75.9       | 153.2  | 144.2  | △ 77.3   | 9.0    |
| 結核病床  | 24.9       | 23.3   | 23.9   | 1.6      | △ 0.6  |
| 療養病床  | 83.6       | 83.5   | 84.0   | 0.1      | △ 0.5  |
| 一般病床  | 69.4       | 65.1   | 67.0   | 4.3      | △ 1.9  |
| 診療所   |            |        |        |          |        |
| 療養病床  | 40.4       | 40.5   | 41.4   | △ 0.1    | △ 0.9  |

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) 月末在院患者数は、許可(指定)病床数にかかわらず、現に当月の末日24時現在に在院している患者数をいう。このため、感染症病床の月末在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから100%を上回ることがある。

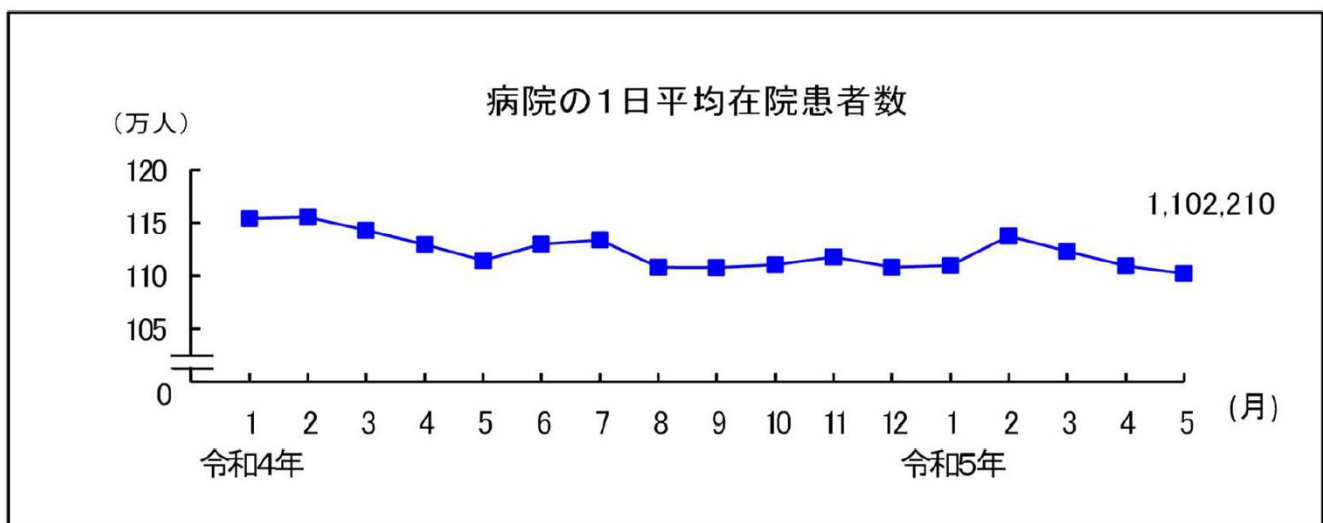
### 3. 平均在院日数(各月間)

|       | 平均在院日数(日) |        |        | 対前月増減(日) |        |
|-------|-----------|--------|--------|----------|--------|
|       | 令和5年5月    | 令和5年4月 | 令和5年3月 | 令和5年5月   | 令和5年4月 |
| 病院    |           |        |        |          |        |
| 総数    | 26.7      | 26.7   | 26.2   | 0.0      | 0.5    |
| 精神病床  | 257.9     | 267.9  | 253.9  | △ 10.0   | 14.0   |
| 感染症病床 | 10.8      | 10.9   | 12.8   | △ 0.1    | △ 1.9  |
| 結核病床  | 45.4      | 55.2   | 54.0   | △ 9.8    | 1.2    |
| 療養病床  | 124.5     | 122.1  | 115.0  | 2.4      | 7.1    |
| 一般病床  | 15.8      | 15.8   | 15.7   | △ 0.0    | 0.1    |
| 診療所   |           |        |        |          |        |
| 療養病床  | 96.3      | 93.9   | 90.5   | 2.4      | 3.4    |

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

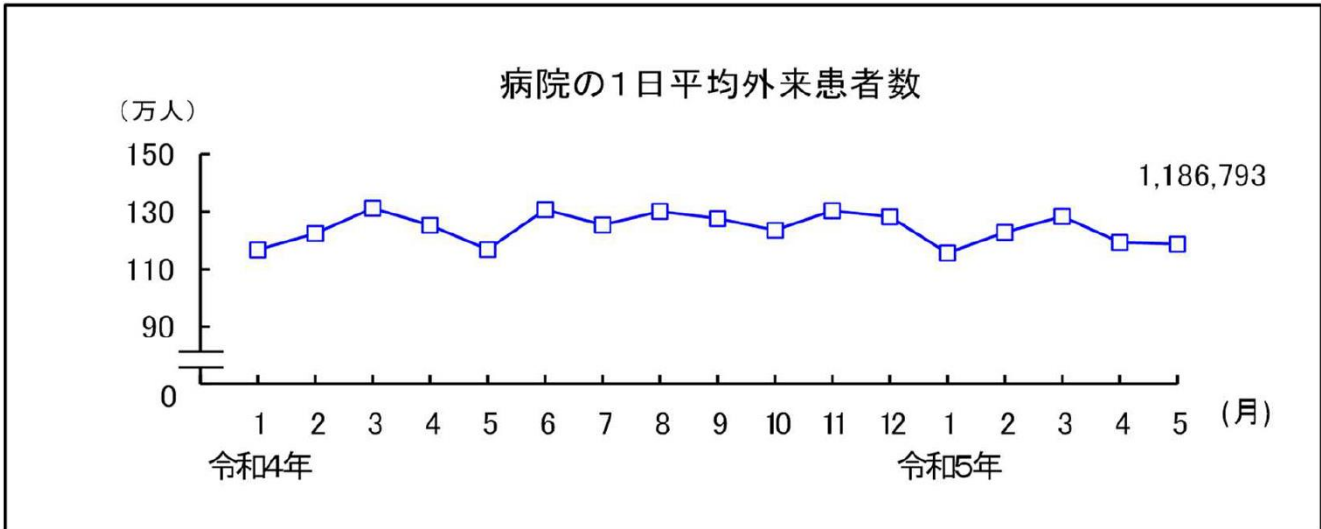
#### ◆ 病院:1日平均在院患者数の推移



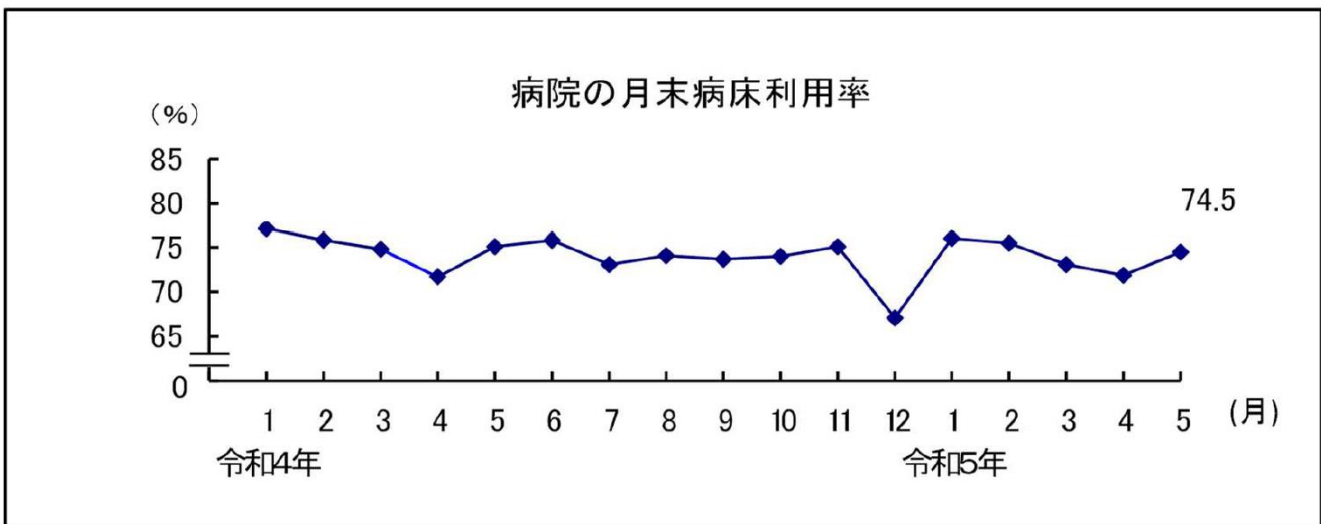
注) 数値は全て概数値である。(以下同)



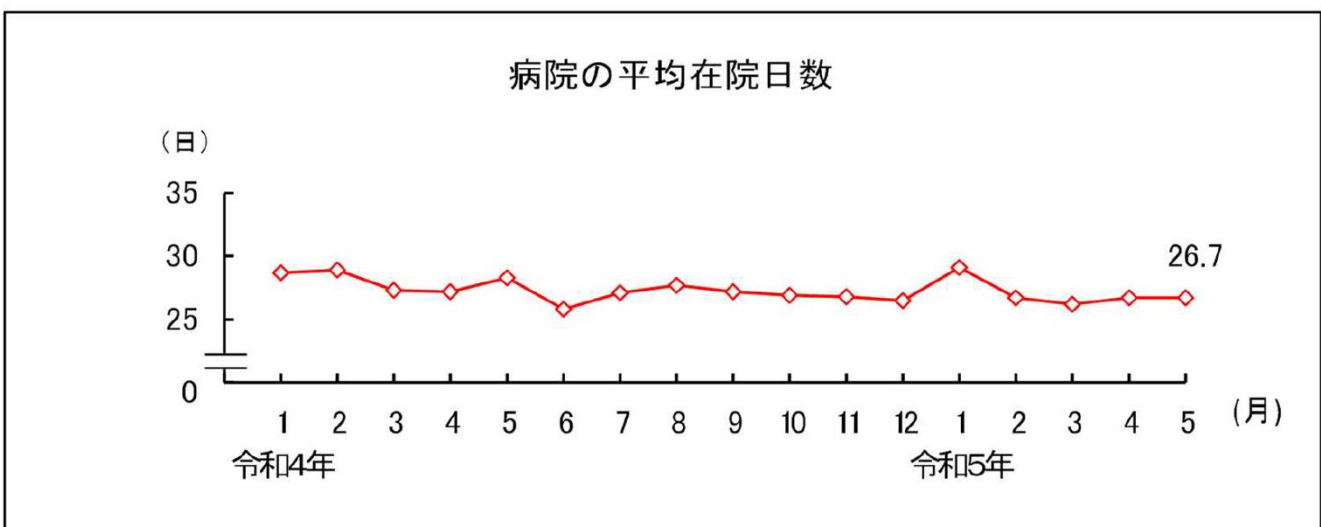
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆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5年5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



## 歯科医院

保険収入以外の収益力を高める

# カウンセリングシステム 構築の留意点

1. カウンセリングシステムの重要性
2. 予防歯科や自由診療におけるカウンセリングの取組み
3. カウンセリングの資格等の種類と内容
4. カウンセリング実施上の留意点



### ■参考資料

「歯科衛生士の仕事」(筋野 真紀 高橋 裕美 高野 舞弥 著) (株)サンエープリント  
「教科書にはない、歯科医院経営の話」(種市 良厚 著) デンタルダイヤモンド社  
「歯科医院での話し方80の法則」(山岸 弘子 著) クインテッセンス出版(株) 他

## 1

## 医業経営情報レポート

## カウンセリングシステムの重要性

現在、予防歯科や自由診療の重要性が認識され、多くの歯科医院が積極的に取り組んでいます。とりわけ注目されているのが「カウンセリング」ですが、専門のカウンセラーを配置して、本格的に実施している歯科医院はそう多くはありません。

何故なら多くの歯科医院では、夜間診療や土日診療を行っていることで1週間の診療時間が長くなり、正職員だけで診療を行う事ができずに交代要員が必要な状況となっており、人件費などの増加が医院経営を圧迫することもあり、増員自体が難しい状況にあるからです。

一方で、今までのコロナ感染症の影響により、歯科助手や歯科衛生士という歯科医療自体に就業する人材が不足気味となっているという現状や、今年度の最低賃金のアップが経営環境を厳しくしているといったことも、人員増を難しくしている背景にあるといえます。

しかしながら、今後の経営を考えれば、歯科医院にとって歯科助手や歯科衛生士による兼任を考慮してでも、カウンセリングシステムへの取り組みはきわめて重要なテーマといえます。

## ■ カウンセリングシステム導入の目的

カウンセリングそのものは1名で行うものですが、実際の歯科医療は関わるスタッフ全員で行います。したがってカウンセリングという新システムを導入し、成果を上げるためには、その目的をスタッフ全員が理解し、共有することが必要です。

歯科医師や歯科衛生士が、治療の片手間に患者にいくら丁寧に説明しても理解させることは難しく、また、何度も説明する時間を取ることもできません。

そこでカウンセラーを置けば、症状発生の原因を聞きだすことから始め、その上で院長の治療方針に沿った治療方法をわかりやすく説明し、その後の予防につながるよう、患者に納得してもらい、承認を得た治療計画を提示することで患者満足度を向上させることができます。

また、治療方法の選択では、保険適用はなく、自由診療を考える患者もでてきますし、そのような意味では自由診療を勧めやすい環境を構築することもできます。このように患者へのカウンセリングは、治療へのつなぎではなく、患者が納得する治療計画を策定し、歯科医院のチーム全員がその計画と認識を共有するための重要な手段として認識すべきです。

## ■ カウンセリングの効果

## (1)クレームの減少

一人からクレームがあった場合には、その背後には何十倍もの不満が潜在しているといわれています。多くの患者は、不満に思っていることを口にしません。受付スタッフに苦言を呈して帰るか、無言のまま去っていくかです。しかし、カウンセリングシステムを導入していると、そのプロセスを通じて、しっかりと不満や心の声を聞き出すことができます。

# 2

## 医業経営情報レポート

# 予防歯科や自由診療におけるカウンセリングの取組み

冒頭でも述べたように現在の歯科治療では、「自由診療の患者獲得」と「予防歯科からの患者獲得」が重要であるといわれています。

ネットやSNSの普及で特に若い層の間で歯・口腔内の健康を保つために知識を取り入れ、予防やホワイトニング、また審美歯科といった自由診療への興味からも、歯に対する美意識が高まってきていることがわかります。

また、さらに進む高齢化により、口腔機能の維持・回復への重要性が高まり、高齢者に対する予防歯科への重要性も再認識されています。

ただし、予防歯科や自由診療は、病状に直結しないこともあり、その必要性を認識してもらうにはやはりカウンセリングが重要な役割を果たすことになります。

### ■ 予防歯科への取組み時の注意点

予防歯科に取組む際には、予防という考え方を患者へどのように説明するかがポイントとなります。一般的にインフルエンザや感染症等に対する予防知識はあっても、口腔内に関しては、痛みや出血、歯の欠損等が起こってから来院するというのが一般的です。

したがって常日頃からの口腔内の健康維持の重要性について、患者に対しわかりやすく説明し、理解してもらうということが必要です。

そのためにも、治療時のチェアサイドで行うのではなく、患者と向き合える場を作り、カウンセリングという時間を取ってもらい、予防歯科の重要性について理解してもらうことが大切です。

### ■ 予防による口腔内の健康維持と疾病抑制効果

- 歯の治療は、疾病前の状態に戻すことが少なく、削る、抜く、といった治療が多い
- 将来、歯が少なくなる・無くなることによる生活への影響(食生活、会話等)
- 糖尿病や肺炎、甲状腺機能低下、白血病、不妊症、根管感染を原因とする関節リウマチ、多発性硬化症等に関係すると研究・発表されている

### ■ 患者への働きかけのタイミング

予防の重要性を患者へ呼びかけるに際してはタイミングというものがあります。病状が発生し、痛みを無くして欲しい、と思っている状況下では聞いてもらえません。

治療に相当数の通院を行い、完治までの痛みや時間投下に対して、二度とこんな思いはしたくない、と強く思っている瞬間こそがベストタイミングとなります。

# 3

## 医業経営情報レポート

# カウンセリングの資格等の種類と内容

歯科医療においてカウンセリングを行うにあたり、法的に資格が必要という事はありません。ただし、歯科医療の内容や患者心理といった専門性の高い知識も必要なため、民間資格としては存在します。

日本歯科TC協会では、トリートメントコーディネーターという資格を付与していますし、一般社団法人 ジャパンオーラルヘルス学会には、ドックコーディネーターという認定制度があり、資格を付与しています。

また、心理に沿ったカウンセリングでは、以前は臨床心理士という資格がありましたが、現在は国家資格である公認心理師があります。さらには、日本カウンセリング普及協会が認定心理カウンセラーという資格を付与し、そのうち、歯科医療に特化したカウンセリングでは、CDAC 医療連携サービスで、歯科心理カウンセラーという名称もあります。

### ■ 日本歯科TC協会 トリートメントコーディネーター

#### (1) トリートメントコーディネーター(TC)とは

トリートメントコーディネーターとは、歯科治療を行う側と患者側の両方にとって、満足が得られる歯科治療を進めるために調整を行う資格者で、アメリカではトリートメントコーディネーター、もしくはクラークとも呼ばれています。

患者へのカウンセリングやプレゼンテーションを高い精度で行ったり、自由診療に際しては高額な支払いに対し、ファイナンス計画の策定・提案などを行っています。

なお、トリートメントコーディネーターは日本歯科TC協会の登録商法です。

#### (2) トリートメントコーディネーター資格は4つのクラスから

トリートメントコーディネーターの資格は4つのクラスがあり、1クラスずつステップアップしていき、最上級クラスのMaster（マスター）を目指す仕組みとなっています。

#### ■ トリートメントコーディネーターの研修内容

| 患者コンサルタント力                     |                     | 知識力                    |              | 経営・マネジメント力                |                      |
|--------------------------------|---------------------|------------------------|--------------|---------------------------|----------------------|
| ○ommunication<br>(コミュニケーション)   | ○oaching<br>(コーチング) | ○ure<br>(治療)           | ○are<br>(予防) | ○ooperation<br>(チーム医療)    | ○ommitment<br>(経営参画) |
| ●プレゼンテーションスキル<br>●コンサルテーションスキル |                     | ●最新歯科治療知識<br>●最新予防歯科知識 |              | ●リーダーシップスキル<br>●マネジメントスキル |                      |

(日本歯科 TC 協会ホームページ より)

# 4

## 医業経営情報レポート

# カウンセリング実施上の留意点

予防歯科や自由診療に向けてカウンセリングを行う際には、様々な留意点があります。

まず、歯科患者の心理を理解しているかという点では、選択した治療が患者への押し付けになっていないか、歯科医師やスタッフへ話せない事情を持っていないか、高額な治療は避けたいという気持ちはないか、などがあります。

カウンセリングと説明は異なるものであり、カウンセリングは心理相談を意味します。

予防歯科も自由診療を行うにしても、患者の同意・承認があって初めて成立します。

したがって、一方的に専門用語を並べて「この治療が患者にとって一番良いのだから受け入れてください」では患者自身は納得しません。

一方的に「歯が痛いから仕方がない」という受け方では患者満足度が向上することはありませんし、口コミで評判が上がることも無いでしょう。

カウンセリングの重要性を、歯科医師を含めたスタッフ全員が理解したうえで、取り組むことが重要です。

### ■ カウンセリングを行う準備

#### ● マニュアルの整備とデータ管理

カウンセリングには、患者が歯科治療への理解を深め、納得して受けてもらうことが必要です。

したがって検査などから患者の状況を詳細に把握し、その状況にあった治療計画を策定し、コミュニケーションを取ってわかりやすい説明を行うことが重要です。

説明のための準備としては、カウンセリングマニュアルを説明ツールとして、また視覚によるわかりやすいデータを整備しておきます。

また、効率的にカウンセリングを行うために、スタッフには予めマニュアルを渡しておくようにします。

#### ■ 説明ツールの整備ポイント

- 視覚に訴える（治療前と治療後との差が見てわかる、画像データ等）
- 治療計画書（日程と治療内容、その治療ごとの目的と理由、痛みや副作用等の説明）
- 費用の見積書（治療計画と同じく、金額だけでなく効果の差も表記）
- 治療部位や口腔内だけでなく、身体全体の健康や生活にどう影響するかの説明（アンチエイジング、ヘルスケアにつながる）

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:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

# 病院施設リニューアルに際してのポイント

## 病院施設のリニューアルに際して、ポイントとなるのはどのようなことですか？

病院の経営体質改善を目指し、病院理念・基本方針にのっとった具体的な行動計画として事業計画を策定する際には、ハード面の変革への取り組みには病院施設のリニューアルを掲げる医療機関も多いこととされます。

自院の機能の見直しには、改革の基盤となる「基本方針」を明確にすることが必要です。

施設の増改築・改修に際してのポイントは次のとおりです。

### (1) 病院・病床機能の強化

#### ①200床以上

入院医療機能を重視した差別化戦略

(地域医療支援病院を目指した機能向上、療養環境の整備、時間外・救急体制の整備等)

#### ②200床未満

外来診療を強化し、これを重視した施設改修

(アメニティ向上、情報共有システム、地域連携等)

### (2) 診療機能の強化

自院の患者属性分析に基づく診療科目の整理・再編

### (3) 複合体制の整備

専門特化すべき部分を見極め、経営基盤の強化、保健・医療・福祉の相互連携

= 複合体制の構築

### (4) コスト管理体制の整備

特化した自院の診療機能に合致する施設・人員配置体制構築、医療機能・診療科目に適応した適正費用の設定

ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

## 中・長期計画(マスタープラン)の策定プロセス

中・長期計画(マスタープラン)の策定プロセスについて教えてください。

病院理念・基本方針に基づいた中・長期計画(マスタープラン)策定の前提として、病院の①**外部環境分析**(行政施策・動向、社会環境、医療・福祉界概況、競合機関等)、②**内部環境分析**(組織体質、機能、行動力、求心力、リーダーシップ、将来性等)、③**内外環境変化の方向性把握**、のそれぞれを踏まえて、自院の理念・基本方針を達成しうる事業計画を立案するためのシステムづくりがあります。医療を取り巻く環境の大幅な変化によって、個人が担うことが困難となってきたため、大別すると次のような二通りの方法を採用する傾向にあります。

### (1) 部門横断的プロジェクト・チームの活用

医局(医師)、看護・技術・医事課等部門別に代表者を選定し、6ヶ月~1年程度の期間を定め、各部門の提案を集約した上で将来戦略に反映させる方法で、部門を横断した参加意識の醸成は一時的なモラル向上に効果的です。

しかし、全部を実施する困難性、最終的な意思決定権限の欠如がデメリットといえます。

### (2) 専門部門の設置

院内の企画部にマスタープラン起案の責任者を選任し、情報収集や具体的手法の研修を実施したうえで、起案から実施後のフォローにも関与させる方法で、次の点に留意が必要です。

#### ① 必要なスキルを備えた責任者の選定

収集した情報の分析やプレゼンテーション能力を備えた現場の事情・感覚に通じた者が適任。

#### ② プレゼンテーションの受け入れ体制の構築

責任者には、最終的な意思決定をなす機関(理事会等)との関係作りのため、経営会議等に出席させる。

#### ③ 専従の責任者

経営計画策定期間は、本来の業務と兼務させず、専従とする。

#### ④ 各部門管理者との協議権限付与

起案から実施に至るまで各部門との意見調整が可能となるよう、管理職と常時協議が可能な権限を付与しておくことが望ましい。

#### ⑤ 計画案の審議・決定権限は理事会等機関とする

経営者の専決とならないよう、経営計画に関する審議・決定は意思決定機関が行う旨を定める。