

# 東京都病院協会 会報

東京都病院協会  
医療共済制度 引受保険会社



2019年(令和元年)10月28日

第270号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：猪口正孝 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室  
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL: <http://www.tmha.net> / E-mail: [tmha@mri.biglobe.ne.jp](mailto:tmha@mri.biglobe.ne.jp)

## インタビュー

## 未収金・患者便益向上を踏まえ キャッシュレス決済に取り組む

町田慶泉病院理事長  
東京都病院協会常任理事  
中西 泉

町田慶泉病院では今年7月、キャッシュレス決済を試験的に導入した。導入に踏み切った経緯について、同院の中西泉理事長は未収金対策と患者のメリットを挙げる。「多額の現金を医事課の窓口にとってきてもらうこと自体が時代遅れ」と強調する中西理事長に話を聞いた。

### 入院患者と未払い患者に 限定して試験的に導入

町田慶泉病院では7月より、患者支払いの一部でキャッシュレス決済を導入しました。

試験的に一部の患者さんを対象に導入しています。入院患者さんで支払いが発生する時点と、診療料未払いの患者さんのご自宅訪問時に、お手元に現金を持ち合わせていない場合、クレジットカードによる支払いも可能であることを伝え、ポータブルタイプのクレジットカード読み取り機を使用してその場で決済する形を取っています。このタイプの機器を選んだのは、入院患



中西 泉

者さんのベッドサイドと患者さんのご自宅での利用を想定しているためですが、全面導入の際には据え置き型が必要になるでしょう。

入院患者さんの利用に限定したのは、扱う金額が高額であること、外来患者さんまで対象を広げるとかなり作業量が増えると懸念されたため、スタッフが慣れる時間にも必要と判断しました。現在は月2〜3件のペースでご利用いただいています。

キャッシュレス決済導入に踏み切った理由を教えてください。

まず患者さんの利便性向上があります。入院医療の場合、支払いの際に何十万円もの現金を銀行で下ろして医事課窓口に持参していただくことになりませんが、これはやはり時代遅れという思いがありました。また救急医療の場合でも、事前に備えて現金を用意しているわけではありません。病院としても、この時に「自己負担分をお持ちでないなら、診療できません」と言うわけにはいきません。

また「会計の待ち時間」を減らしたかったのです。最近の患者さんの声を聞くと、「診察の待ち時間については待合室を見渡せば自分以外にもたくさん患者さんがいるのだから仕方ないと思うけれど、会計を済ませるのに長い時間を待たされるのは理解に苦しむ」というご意見がかなり目立つようになっています。

### 病院側にはどのような効果が期待 できるでしょうか。

未収金対策は大きく前進するでしょう。当院は数年前までかなりの未収金が発生していました。現在でこそ担当者をはじめとする職員が努力して減っていますが、それでも事務職員1〜2人を雇用できるくらいの額になりました。導入を検討する際、手数料負担を問題視していたのですが、それにこだわるあまり、多額ののぼる未収金を放置してはいけなかったのです。

また未収金の回収作業自体、職員に大きな負担を強いることになります。当院では患者さんのご自宅を訪ねてお支払いいただくルールを設けていますが、中には怒鳴られることさえあるのです。そうした負担を少しでも軽減したい。経営者としても、職員の士気が下がるような働き方を続けてはまずいという思いがありました。

### 支払いのタイミングを 逃すと「未収金化」も

未収金が発生する背景についてはどのように考えますか。

支払っていただくタイミングで精算しなければ、未収金化する可能性が高くなります。一般的に「未収金を回収できるのは支払い発生時から3カ月以内」といわれますが、現に、室料について承諾書にサインして、入院中に一度は支払っているにもかかわらず、入院期間が長期化すると「話が違う」「事情を知らない親族がサインしたものだ」と言い張って支払わない人がいます。大きな会社の役員でもそういう姿勢の人がいて閉口したことがあります。そういう事例に直面すると、支払い能力以前に、支払う気になつていない時にきちんと精算しておくことが重要と痛感します。必要な時にすみやかに回収することが大事。そのためには、カード払いという選択肢を用意しておきたいのです。

それから、これはキャッシュレス化とは論点がずれますが、高齢者の支払い力が落ちていくことを痛感します。当院は2005年、現在地に新築・移転した際、一般病床38床のうち19床を個室にしました。これは当時、プライバシーを守りたいという患者さんが多く、その声に応えたためですが、この

## 第14回東京都病院学会まで あと118日!

2020年2月23日(日) 9:00~17:00  
アルカディア市ヶ谷にて開催

### 初開設【展示ルーム】

4階 飛鳥にて、高品質な羽毛ふとんを販売されている東洋羽毛首都圏販売株式会社様より、挽きたて・淹れたてのコーヒや飲み物をご提供いただきます。ご休憩時などにぜひお立ち寄りください。

# 「指差し唱和運動標語コンテスト」結果発表

医療安全推進委員会委員長 伊藤 雅史

昨年度より医療安全推進委員会において「指差し唱和運動標語」募集を開始しました。医療安全・院内感染対策は医療の質の根幹であり、様々なシステム改善が提唱されてきましたが、医療者が実施する段階が最後の関門であり、指差し唱和はより効果的な対策として推進したいという委員会の方針に基づくものです。

昨年は100作品の応募がありましたが、今年度はさらに多くの応募を期待して広報活動を充実させた結果、昨年の倍増となる204作品の応募をいただきました。紙面を借りて御礼申し上げます。

選考は昨年と同様に委員が採点しそれを集計しましたが、昨年と同じく委員により意見が分かれました。最終的には医療安全と感染対策、総論と実務、等の観点からバランスよく選考しました。**最優秀賞・優秀賞・佳作に入賞した方は11月18日(月)に東医健保会館で開催される医療安全推進委員会研修会にて表彰式を行います。**

また、選考に漏れた作品も昨年と同様に会報で紹介する予定です。医療安全・感染対策が前進することを期待しています。

## 最優秀賞

忙しい その言い訳が 感染源 (医療法人財団 荻窪病院)

## 優秀賞

思い込み その判断が 事故のもと (青梅市立総合病院)

君の名は、何度も聞くよ フルネーム (社会医療法人社団健生会 立川相互病院)

## 佳作

指差して 目視と呼称で 安全医療 (医療法人財団 荻窪病院)

思いこみ 確認不足が 命とり (社会医療法人社団健生会 立川相互病院)

言ったつもり 伝えたつもりが 事故のもと (社会医療法人社団慈生会 等潤病院)

10年は逆に、「室料を払えないので、相部屋でお願いしたい」という患者さんがとても増えているのです。ですから、当院でも多床室を増やす計画です。「高齢者は資産をたくさん持っている」というけれど、実際にはごく一部に限られると考えています。

## キャッシュレス決済に踏み切るための環境を整備

——今後の展望をお聞かせください。

7月から試験導入を開始しましたが、スピード感をもって進めたいと考えています。導入後6カ月以内で運用マニュアルなども定め、新年度には外来も含めた全面導入をめざしたいです。

患者さんへのサービスという面からも、早期に対応したいと考えています。

医療の場合、他の買い物などと違って支払いの段階になるまで最終的な支払い金額はわかりません。当然、持ち合わせのお金では不足することもあるでしょう。そのような時にクレジットカードを使うことができれば、患者さんにも余計な負担や心配をかけさずに済みます。従来、医療を特別視するあまり、「サービス」という観点は疎かになりがちでしたが、病院ももつ意識すべき時に来ているのではないのでしょうか。

実は同じ課題が処方薬の受け渡しでも起きています。受診して処方薬を受け取る際、隣接する調剤薬局での待ち時間が長すぎるということで、他の調剤薬局に切り替えたという患者さんの声がかなり届くようになっていました。これが「他の病院に切り替えた」となるとは、薬局、病院が共倒れになって

しまいかねません。そうならないためにも、薬局に呼びかけてキャッシュレス決済も視野に入れて待ち時間の短縮に向けて協力していきたいと思っています。

2020年の東京オリンピック・パラリンピックを機に訪日外国人がさらに増えることが予想されており、医療を必要とする人が増えることも十分考えられます。いうまでもありませんが、その方々は保険証を持っていません。

## インタビュー

## キャッシュレス決済が育む「職員の姿勢」への影響

等潤病院理事長・院長  
東京都病院協会常任理事  
伊藤 雅史

等潤病院では、2007年から自動精算機を導入するなどキャッシュレス決済に先進的に取り組んできた。伊藤雅史理事長・院長は取り組みによって得られる成果として「職員のやりがい」を強調する。

## キャッシュレス決済を導入した3つの理由

等潤病院では新外来棟を開設した2007年からキャッシュレス決済を導入



伊藤雅史

入している。入院費支払いを含めて自動精算機を設置し、クレジットカード、デビットカードでお支払いいただけるようになっていく。19年5月からはメディカル・データ・ビジョン株式会社の「CADA-BOX」も取り入れた。患者さんが会員登録するとご自身の患者情報をスマートフォンなどで閲覧できる機能を備えたものだが、もう一つの目玉機能として「CADA払い」がある。診察を終えると会計手続き不要でお帰りのだけというものである。キャッシュレス決済を進めた理由と

キャッシュレス決済に対応できる体制づくりは必須でしょう。

ただし、医療機関の経営が厳しい状況にあることも確かです。キャッシュレス決済を導入する際に障壁となっている要因は何か、どのような課題を解決できればスムーズに進むのかといったことについて、東京都病院協会の先方のご意見を広く頂きながら進めていきたいと思っています。

——ありがとうございました。

しては大きく3つある。

1つは「顧客目線」だ。私自身、診察を終えれば、すぐにでも帰りたいと考えるだろうし、会計で待たされるのは正直、ストレスだ。それにいつも多額の現金を持ち歩いているとは限らない。クレジットカードで精算できるなら、そちらのほうがはるかに便利だ。言うまでもなく、会計を済ませるための待ち時間は消失するわけで、その面での患者さんの不満解消も大きな効果と言える。

2つ目に社会の進化への対応がある。当時は現在ほどキャッシュレス決済が広がっていたわけではないが、支払い方法が多様化していることは明らかだったし、これに対応するのはサービス業の側面を持つ病院としてある意味、必須であると考えた。

当時、まだまだ社会的にもキャッシュレス化は珍しかったが、それだけに新しいものに取り組んでみたいという私自身の「新しもの好き」が後押ししたこともある。ただ何より、こうした支払いの多様化は病院のブランディングにもつながることは確実だった。いわば「事業者目線」での取り組みでもあったわけだ。

3つ目は職員の手間の削減だ。つまり「職員目線」から考えてもメリットがあると言える。現金払い体制を維持するには、当然スタッフが必要になり、人件費も伴う。それだけでなく人手不足が深刻で、事務部門のスタッフも極力、本来業務に特化させることが求められている。「ITでできることはITで」というわけだ。預かり金の経理事務処理、分割払い誓約書の保証人欄への記入の説明といった業務も削減で

きる。

未収金の回収作業はさらに煩雑になる。対象者をリスト化し、電話をかけ、手紙を出し——といった手間を繰り返すことになるし、それらはもともと「マインスをゼロにする」作業でもあるので、重要ではあるけれど、生産性を伴う業務とは言えない。これらを大幅に軽減できるのだ。

### 手数料の負担は限定的と考えるべき

キャッシュレス決済の議論でしばしば挙げられる論点として「手数料負担」があるが、実際に導入している立場で言うと、「それほど大きくないし、補って余りある効果がある」が率直な思いだ。そもそもカード決済の対象となるのは患者さんの自己負担分(多くは3割、高額医療ではその限度額内)にとどまり、手数料はさらにその数%だ。またキャッシュレス決済を選択する患者さんの割合もせいぜい2〜3割で、この水準は07年の導入当初からほとんど変わらない。

手数料として支払っている額はおおよそ事務スタッフ1人分の給与と同額だが、それによつて事務スタッフが本来業務に従事する環境を用意できるなら、そのほうが病院にとつてはるかに大きな費用対効果を得られると思う。

厳密にデータ化して費用対効果を算出したわけではないが、かなり職員の「働き方」が変わったことは確かだと思う。そもそも職員の残業代や新たな人件費がなくなるわけで、その分も考えあわせるべきだろう。

### キャッシュレス決済と職員のやりがい

キャッシュレス決済の導入によつて得られた最も大きな成果は、「職員の業務に取り組む姿勢」とさえ言える。実際、未収金はこの間、大きく減った。一時期数千万円にのぼるほどだったが、現在は100万円程度にまで抑えられている。ただ、自動精算機を導入しただけでこれらが実現できたわけではなく、やはり職員の意識が変わったことが大きい。以前は未収金の発生は日常的に起こりえたが、現在は「現金がなければカードも使える」環境があるので、未収金が生まれる可能性は減り、未収金という「異常事態」を防ぐという意識も醸成された。

私はキャッシュレス決済の導入は「医師事務作業補助者」の登用と通じる面があると考えている。

診療報酬の加算だけでは人件費を賄えないとの理由で導入を見送る病院がいまだにあるようだが、その方針は早急に見直すべきというのが私の考えだ。医師に事務作業を担わせることの「損失」にもつと目を向けるべきで、「医師の働き方改革」がこれだけ社会的にも注目されるなかで、就労できる時間は今後、一層限られてくるだろう。その貴重な時間を事務作業に充てさせ、さらに言えば医師に安くない残業代を支払って事務作業に従事してもらうのは、マネジメントのあり方として大いに問題がある。「ITにできることはITで」と言ったが、事務業務を代行するスタッフを配置することで医師に治療などに専念してもらう環境を整備するのと同様、支払い窓口をシス

テム化することで事務スタッフが本来業務に集中できれば、生産性向上が期待できるし、職員のやりがいも出てくるだろう。ひいては「職員に選ばれる

### レポート

## 全世代型社会保障を支える マルチタスク型人材に注目集まる

9月20日、政府は「全世代型社会保障検討会議」の初会合を開いた。これまで後手に回りがちだった子ども世代や子育て世代への支援も充実させることがテーマの一つになっているが、この「全世代型社会保障」の実務を担う人材として「マルチタスク型人材」を求める声もあがっている。衆議院議員を務める安藤高夫・東京都病院協会副会長(永生病院理事長)が提唱する「日本版ラヒヒタヤ」もその一つだ。

### 生産年齢人口の減少と地域包括ケアの進化

マルチタスク型人材が注目される背景として、生産年齢人口の減少が挙げられる。

従来の医療・介護提供体制は、一人の患者のもとに多職種が集まる形でケアを提供してきたが、地域によつては必要な職種が揃わなくなっているのだ。さらに、安倍政権が推進する「全世代型社会保障」への対応も急務になっ

病院」になる期待も生まれる。こうした組織づくりの一環としてキャッシュレス決済を捉えることができるのではないだろうか。



安藤高夫

ている。安藤副会長は「地域包括ケアシステムも進化が求められているのです」と解説する。従来の「高齢者になっても住み慣れた地域で、自立した生活を最後まで送ることができ」を謳った地域包括ケアから、「地域住民や地域の多様な主体が人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながること」で地域をつくっていくことをめざす多世代型地域共生社会の構築に力点が移っているのだ。

### 「ラヒヒタヤ」の日本版を提唱する

こうしたなかで「マルチタスク型人材」への注目度が高まっている。安藤副会長は今年2月27日の衆議院予算委員会第5分科会での質問のなかで、「介護福祉士養成施設の定員充足率が40%前後にまで低下、特に日本の

## 私の医道

武見 敬三  
参議院議員

第5回

父は銀座のど真ん中である四丁目教文館ビルに全国初のビル診療所と称して開業し、中央区医師会の会員となっていた。ただし、日進月歩の医学医療を最大限活用することを旨とし、医師の裁量権を最大限確保するために自らは保険診療をせず自由診療のみを行い、診療料の価格等なく盆と暮にお礼を受け取るのみであった。

患者には裕福な家庭の方が多かったと思うが、施療患者もたくさんいたと

## 皆保険制度に武見太郎はどう臨んだか②

が封筒の中に封がされたまま入っていた。封筒を手にながら父はこのことを言っていたのかと思いついた。

また、日進月歩の医学医療に対する関心は極めて高く、The Lancet誌、Nature誌、それにThe New England Journal of Medicine誌など海外の医

言っていた。お礼の封は自ら開けることはせず診察室の引き出しに放り込んでおくだけであった。納税時期になると税務署の担当者がやってきて封を開け、金額の合計額を調べ納税額分を持って行ったそうである。

私が、父が亡くなった後に診療所の整理に行ったところ、引出しの奥に既に使われなくなっていた五十円札の束

学雑誌を、丸善を通じて多数定期購読しており、国内の雑誌を含めると40誌以上あった。そして臨床現場での経験を重要視しており、日本医師会の会長になっても月曜と金曜日の午前の診療だけはどんなに多忙な時でも続けていた。晩年には、自ら診療ができないう状態になった。それは日本医師会会長を辞めるべき時だと言っていた。

新たな法律の下で国民皆保険制度が実現するにあたり、保険診療と自由診療の混在を認めず、厳しい制限診療を押し付けられることに対する医師として、日本医師会会長としての反発が、日曜日ではあったが全国一斉休診による医師のストライキという禁じ手を使う基本にあったと思う。

## 安藤高夫副会長の「日本版ラヒホイタヤ(仮称:地域包括ケアリスト)の提案

- フィンランドのラヒホイタヤとは、医療・福祉系の共通基礎資格であり、准看護師、児童保育士、歯科助手、ペディケア士、リハビリ助手、精神障害看護助手、救命救急士・救急運転手、知的障害福祉士、家政婦、日中保育士等を統合するもの
- 地域包括ケアシステムは、高齢者のみならず、児童や障害者も含めた地域全員の方々のケアを支える物であり、そうした多世代共生型地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療も介護も高齢者も児童も分かる人材が必要
- フィンランドのラヒホイタヤ資格を参考に、准看護師を活用した医療・福祉・保育多機能人材(仮称:地域包括ケアリスト)の養成を行う制度を構築したらどうか
- 例えば、
  - ・准看護師+介護福祉士
  - ・准看護師+介護福祉士+保育士
  - ・准看護師+介護福祉士+保育士+介護支援専門員 等

学生が激減している」現状を指摘した上で、対応策として

①5年間の現場勤務による介護福祉士国家試験免除の2022年度以降の延長

②養成施設で介護福祉士と准看護師のダブルライセンス取得を可能にしてフィンランドの『ラヒホイタヤ』のような地域包括ケア人材の養成を提案した。

「ラヒホイタヤ」とはフィンランドの医療・福祉系の共通基礎資格のこと、准看護師、児童保育士、歯科助手、ペディケア士、リハビリ助手、精神障害看護助手、救急救命士・救急運転手、知的障害福祉士、家政婦、日中保育士等を統合するものだ。

こうした複数の分野にわたって対応できる人材がいることで、地域住民への支援体制も強固になることが期待さ

れる。

さらに、自見はなこ参議院議員をはじめとして、日本にかつてあった国民健康保険保健婦(国保保健婦)の再考を指摘する声もある。国保保健婦は地域に駐在し、各家庭を訪問して高齢者から子どもまで目配りしていたといわれる。

東京都医師会の天木聡理事が委員を務めた日本医師会の医療関係者検討委員会が出した報告書(2018年2月)においても「医療・福祉職の養成課程の一部共通化(地域共生社会)について」の検討が行われている。

国の政策も複数の制度をまたいだ機能に前向きな姿勢をうかがわせる。

2018年度診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定では、介護保険事業所と障害福祉事業所のいずれかで必要な基準を満たせば、

高齢者と障害者(児)のいずれにもサービスを提供できる「共生型サービス」が新設されている。

マルチタスク的人材が幅広い年代を支える

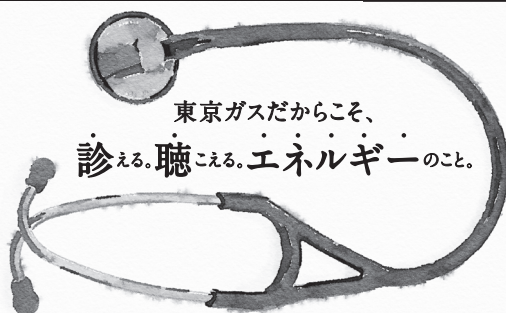
安藤副会長はこう語る。「たとえばケアマネジャーは介護保険制度の資格ですから、介護認定を受けた高齢者や、がんや脳血管障害を煩った40歳以上の方々というように、ケアできる対象が限られています。しかし、全世代型社会保障では高齢者だけでなくもっと幅広い世代に目配せすることを求めています。仮にこのスキルを持った方々に在宅の子どもたちについてもケアマネジメントできるようにすれば、『共生社会』はさらに充実したことになるでしょう」

基盤となる教育についても、保育士から高齢者介護までできるようにし、地域包括ケアでとりわけ重視されるリハビリや口腔ケア、栄養管理、精神フォローもできるようにするという。

「私はマルチタスク型人材の制度化について『日本版ラヒホイタヤ(仮称:地域包括ケアリスト)』を提唱しています。具体的には准看護師を活用した医療・福祉・保育の多機能人材の養成で、准看護師+介護福祉士、准看護師+介護福祉士+保育士、准看護師+介護福祉士+保育士+介護支援専門員——などが考えられます。准看護師が保育士として手腕を発揮してくれば子どもへのケアにも対応してもらえます。地域のあらゆる人々をマルチタスク的なスキルで支えられる人材こそ、全世代型社会保障の中心的存在になるのではないのでしょうか」

## エネルギーの悩み、お聴かせください

東京ガスは医療施設へのエネルギー供給を通じて、医療業界に深く関わってきました。医療施設を取り巻く環境が変化している中で、災害対策・経営効率化・地域への貢献などの課題に対して、東京ガスは培ったノウハウを活かし、お客さまとともに解決策を探していきます。



東京ガスだからこそ、  
診える。聴こえる。エネルギーのこと。

## 東京ガスの電気は顧客満足度第1位!

2017年度JCSI(日本版顧客満足度指数)調査  
電力小売部門  
※調査対象5社(ENEOSでんき・auでんき・大阪ガス・J.COM電力・東京ガス)

ぜひ、下記までお問い合わせください

東京ガス株式会社

都市エネルギー事業部 公益営業部

東京都港区海岸1-5-20

TEL.03-5400-7735