平成１８年度マスターセンター補助事業

歯科診療所の経営診断に関わる調査研究

報　告　書

平成１９年１月

社団法人　中小企業診断協会　福岡県支部

■はじめに

歳のせいか最近歯が弱くなってきた。しばらくぶりに歯医者に通うこととなったわけだが、一つ通りが違うだけでその歯科診療所が立派な３階建てになっているのにびっくりさせられることとなった。隣地も購入して駐車場もできている。看護師のピンクの制服も心なしか以前よりのりが利いているように見えるのは不思議だ。

これまで開業歯科医は成功の代名詞のように言われた時期があった。しかし、時代の劇的な変化という魔の手は、容赦なく歯科経営もその対象から逃そうとはしない。３階建てに増築する歯科医と人気もない朽ち果てた歯科医、外国製高級車でお出かけかと思えば資金繰りの相談にこられる歯科医の方もおられる。高度経済成長下では、病院経営は潤沢な国家予算の中で「過保護？」的に守られてきた。しかし、今では生まれたばかりの赤ちゃんすら１人当たり 800 万円の国、自治体の借金を背負う羽目となっている。増え続ける国の医療費負担に耐えるため薬価、医療費の改定はさらに続くであろう。現代社会において一層顕著となることは、成長を続ける事業者と弱体化する事業者の２極化が進むことである。

歯科診療所という存在は極めて社会的な存在価値を有する。高齢化、老齢化する人間に歯科治療は欠かせない。このような中で、我々が考えなければいけないのは、歯科診療所をいかに継続した成長を続ける事業者として存続し得るかである。

ここに記したものは、歯科診療を相談、支援の対象とする中小企業診断士ばかりが集まり、これまでの経験を踏まえ、財務、マーケティング、サービスの面から今後の歯科診療所のあるべき姿を豊富なデータをもとにまとめたものである。本書の特徴は、そのまま、歯科診療所の経営者が活用できる構成に配慮をおこなった。したがって、診断士のかたがたにとってはおよそ基本的な説明を多く含んでいる。しかし、背景となるデータは過去２年間に渡り、研究会のメンバーが九州はもとより、中国地方まで足を伸ばし地道に収集したデータの集大成である。診断士のかたがたにも本書の活用の範囲は広いと確信している。

おおよそ本書の構成は次の通りとなっている。

第１章では、歯科診療所経営を取り巻く外部環境を概観する。歯科経営における変化もすべて人生観、価値観の変化、産業構造の変化を避けて通ることはできない。本章では、社会構造の変化を個人の視点と産業の視点から、すでに公表されている１次データをもとに集約紹介しており、現状の再認識と時代の趨勢を再認識いただくことを目的に記述している。

第２章では、個人データであるレセプトと、各診療所の財務データを分析、概況を把握し記述している。今回、われわれは医療、福祉を専門とする診断士を中心に歯科診療にフォーカスし、さらにデータの追加収集を図ることで他書に無い量の財務データの分析を図ることができた。本章では、歯科診療所経営の実状をレセプトおよび財務の側面から評価を行っており、歯科経営の現状と将来に向けた危機意識を再確認していただくことを目的としている。各診療所別に実施した属性調査財務の相関

関係を分析した結果は第５章でＱ&Ａとしてまとめている。

第３章では、「歯科経営の勘どころ」と称し、歯科経営者からの相談が多い事項を３つの切り口に分け、わかりやすく説明することを心がけた。次章では事例紹介、第５章はＱ&Ａ形式での歯科経営者の悩み解決を試みる。したがって本３章では、マネジメント、キャッシュフロー、マーケティングの３つの切り口で、それがどういうもので、どのように用いることで何を得ることができるのかを、歯科経営に沿ってできるだけ平易記述している。

第４章では、実際に成功している歯科診療所の事例を紹介、その成功要因を３章と同様の切り口で分析紹介している。

第５章では、本論文のコアとなる部分である。成功する歯科診療所および厳しい環境下の歯科診療所を財務および財務以外の定性的な条件で分析、それらを元に診療所経営者から多く相談を受ける内容ごとにその解決方法、選択方法をできるだけ平易に、かつ裏づけに基づいて教示するよう心がけて作成した。さらに、本章では特にマネジメントの切り口をあえて「人事・労務」、および「事業承継」に分け歯科経営者のニーズに対する配慮を行っている。

中小企業診断協会福岡県支部　医療・福祉経営研究会

目次

■はじめに

第１章 歯科診療所を取り巻く状況 1

1. 少子高齢化社会の進展と人口の減少 1

2. 患者数の減少 2

3. 増え続ける歯科診療所 4

4. 国民医療費、医療保険制度の方向 6

5. 価値観の多様化 7

6. その他注目すべき環境変化 7

第２章 財務とレセプトから見る歯科経営の実態 9

1. 調査対象先としての歯科診療所の概況等 9

2. 医療需要と医療供給の状況 13

3. 財政状況からみた経営の状況 20

4. 経営の概況 27

5. 経営指標からみた歯科診療所の経営状況 30

6. レセプトデータの基礎知識（3 要素と 3 指標） 35

7. 歯科診療所：経営形態別主要 3 要素および主要 3 指標 36

8. 財務・属性データによる様々な分析（切り口の一例） 47

第３章 歯科経営の勘どころ 54

1. マネジメント 54

2. 人事・労務 64

3. 財務分析 71

4. マーケティング 81

第４章 事例研究 88

1. 歯科医師１人規模での効率的経営 88

2. 開業 3 年目、三人医師態勢で訪問診療にも力を入れる診療所 91

第５章 Q&A 94

■参考文献

■おわりに

■執筆者一覧

第１章　歯科診療所を取り巻く状況

歯科診療所を取り巻く経営環境は、厳しさの一途をたどっている。ここでは、市場規模の縮小、競争の激化という環境変化を、図を多用して分かり易く説明していくとともに、新しい歯科診療の方向についても探って行きたい。

1. 少子高齢化社会の進展と人口の減少

(1) 日本の総人口は減少する

社会保障・人口問題研究所の推計によれば、日本の総人口は、2007 年を境に減少に転ずると予想されていた。実際には予想より 2 年早く、2005 年から日本の総人口は減少に転じた。人口が減少していく理由は、「少子高齢化」である。

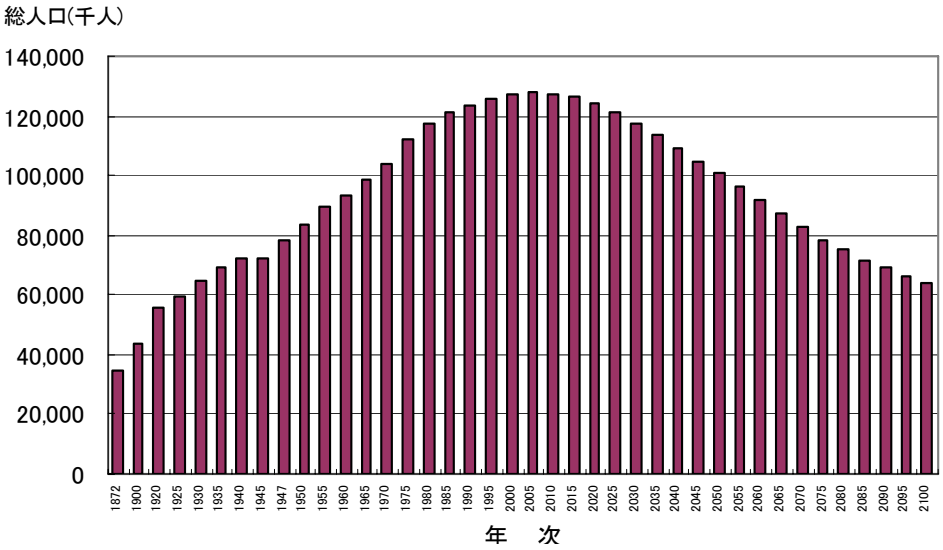


図 1-1　日本の総人口の推移　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計」を基に作成。

(2) 生産年齢人口の減少

少子高齢化による人口減少は、総人口の減少のみではなく、年齢構成の変化も伴う。年少人口の一層の減少、老年人口の一層の増加は、生産年齢人口の劇的な減少を引き起こして行く。

年少人口の一層の減少、生産年齢人口の劇的な減少は、歯科診療にとっては、主要な治療必要人口の減少という意味を持っている。

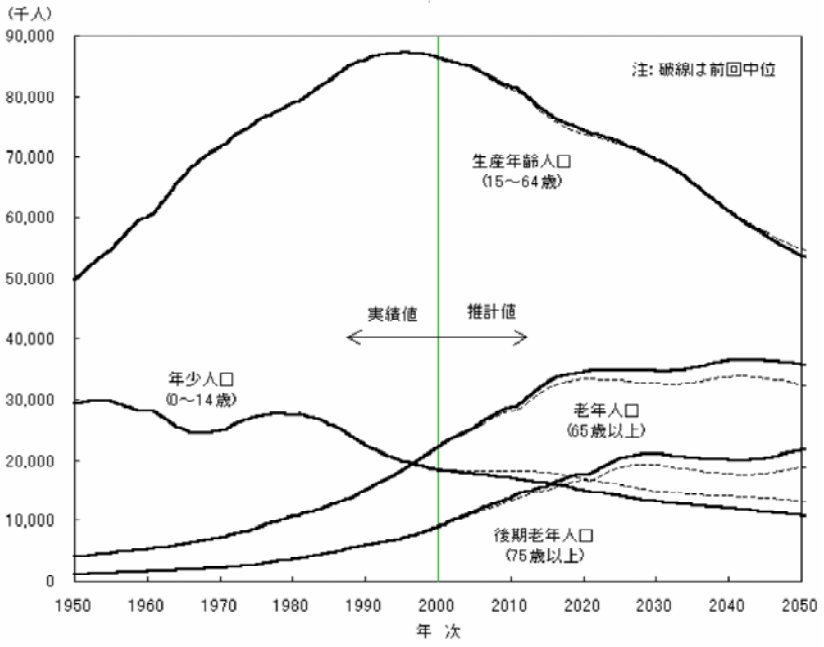


図 1-2　年齢 3 区分別人口の推移：中位推計　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計（平成 14 年 1 月推計）」より引用

(3) 都市部への集中、周辺部の過疎化・高齢化

人口の減少は、日本全国均一に進むということではない。社会保障・人口問題研究所の「都道府県の将来推計人口（平成 14 年 3 月推計）」によれば、2000 年を基準として、2015 年に人口が増加している都府県はわずかに 11 であり、その内の 5 が首都圏（栃木、埼玉、千葉、東京、神奈川）である。九州・沖縄・中国で人口が減少していないのは、福岡・沖縄だけである。

その福岡県の総人口は、2000 年を 100 とした場合、2015 年：102.7、2030 年：99.4 とそう大きな変化はないように見えるが、市町村別に見ると大きな差異がある。福岡市及びその周辺市町は、2015 年・2030 年と大きく人口が増える一方、北九州市や福岡市の周辺以外の市町村では、人口が減るところが多い。

右表は、2015 年人口指数の上位市町村を一覧にしたものであるが、福岡市及びその周辺への一極集中が顕著である。福岡都市圏以外は人口が大幅に減少し、過疎化・高齢化が進むと判断される。

2015年人口指数(2000年＝100)

区　分	該当市町村名
120以上	新宮町、筑紫野市、古賀市、粕屋町、篠栗町、那珂川町
111～120	小郡市、大野城市、三輪町、春日市、宗像市、前原市、夜須町、玄海町、志免町、宇美町
110.4	福岡市
105～110	須恵町、福間町、大刀洗町、久山町、太宰府市、岡垣町、筑後市、津屋崎
その他の主な市	
久留米市：100.8、北九州市：94.8、直方市：87.2、大牟田市：84.7	

表 1-1　2015 年人口指数　国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村将来人口推計（平成 15 年 12 月推計）」を基に作成

2. 患者数の減少

(1) う蝕・歯周病の減少

う蝕（虫歯）は、45 歳以上では若干増加傾向があるが、15 歳以下では減少傾向が著しい。

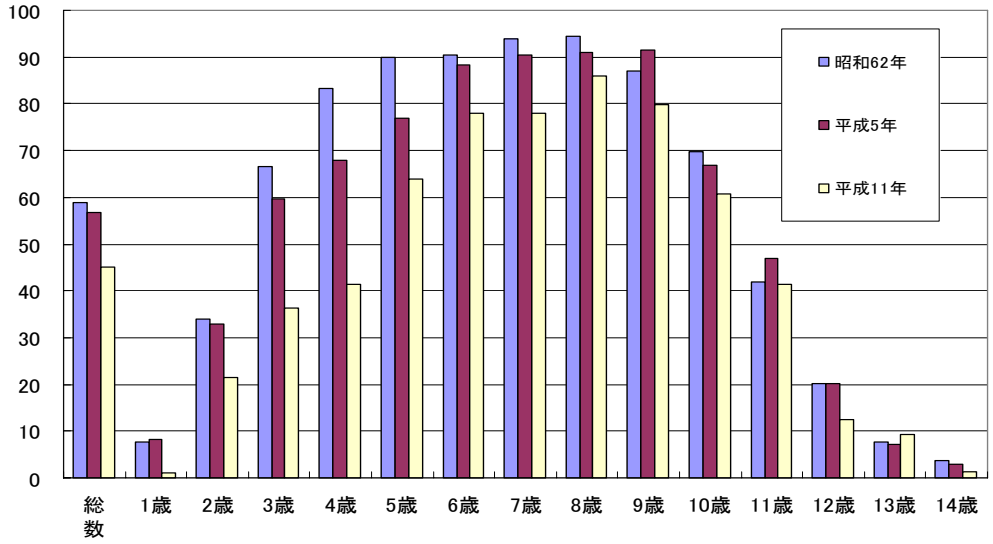


図 1-3 う蝕有病者率の推移（乳歯）　「平成 11 年歯科疾患実態調査」を基に作成

歯周病については、「平成 17 年度歯科疾患実態調査結果概要」によれば、「4 ㎜以上の歯周ポケット」を持つ者の割合が、54 歳以下では減少傾向にある、65 歳以上では増加しているが、これは現在歯数が増加したためであろうと推察されている。歯周病の増加傾向は止まったと判断される。

(2) 歯の健康意識の増大

①歯磨き習慣の向上

毎日歯を磨く人の割合が増えており、特に毎日 2 回あるいは 3 回以上磨く人が増えている。

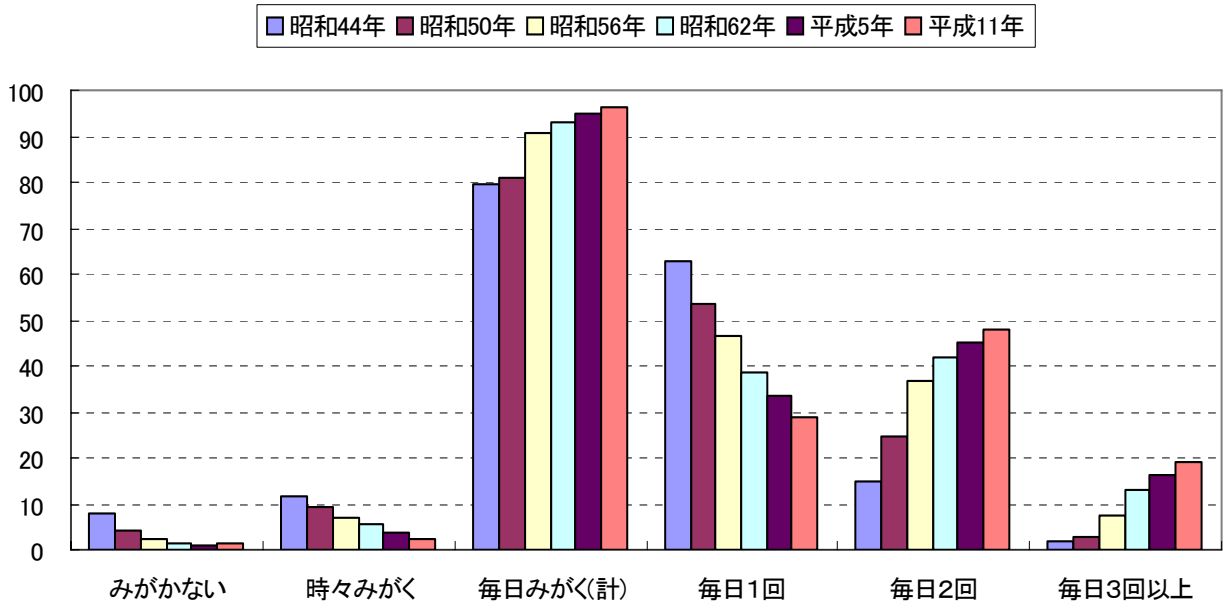


図 1-4 歯ブラシの使用状況の推移　「平成 11 年歯科疾患実態調査」を基に作成

②ミュータンス菌フリーの子どもが増えている

う蝕（虫歯）の原因が、ミュータンス菌による細菌感染だということが一般にも認識され始めている。ミュータンス菌は、生まれたばかりの乳児には存在せず、2 歳半ばまでの間に親や周囲の大人からミュータンス菌に感染する。この時期までの大人からの感染を防げば、ミュータンス菌フリーの幼児となる。今後ミュータンス菌フリーの子どもが増えれば、画期的にう蝕は減少していくと予想できる。

キシリトールがミュータンス菌の作用を抑えることが明らかになっており、キシリトールによるう蝕の減少もある。更に、ミュータンス菌そのものを失くしてしまう研究もされており、近い将来そんな薬が実用化されるかもしれない。

③「痛い時に行く」から定期健診・メンテナンスへ

「歯が痛いから仕方なく歯医者さんに行く」といった時代から、歯の定期健診を受け、必要であれば定期的なメンテナンスを受けるという時代に変わった。

地方自治体の多くは、5 年に一度程度の成人歯科定期健診を実施している。また、自ら進んで定期健診（例えば誕生日毎に）を受ける人も増えてきている。

筆者の例で申し訳ないが、数年前奥歯が痛くて近所の歯科診療所で抜歯、歯石除去の治療を受け、その後ほぼ 2 か月に 1 度メンテナンスに通っている。毎日歯を磨いているが、どうしても歯石が付き、それをメンテナンスして貰っており、非常に快適である。歯ぐきもだいぶ安定してきた。

3. 増え続ける歯科診療所

(1) 歯科医師国家試験合格者数

1970 年当時 7 校であった歯科養成大学は、社会問題となったう蝕（虫歯）増大の中で歯科医療の充実が求められ、29 校まで増加し、現在に至っている。

歯科医師国家試験合格者数は、この 10 年間で 25,900 人、年による差はあるが平均 2,500 人余である。この傾向はしばらくは続くものと思われるが、将来的には、歯学部定員の削減、国家試験合格者の削減という方向に向かうと推測される。

(2) 歯科診療所は今後も増加する

歯科医師国家試験に合格した者は、数年程度歯科診療所で経験を積み、独立して開業する傾向が強い。歯科医師の従事先として、医育・行政機関はわずかであり、大学付属病院も定員が限られ、ほとんどの歯科医師は診療所に従事している。

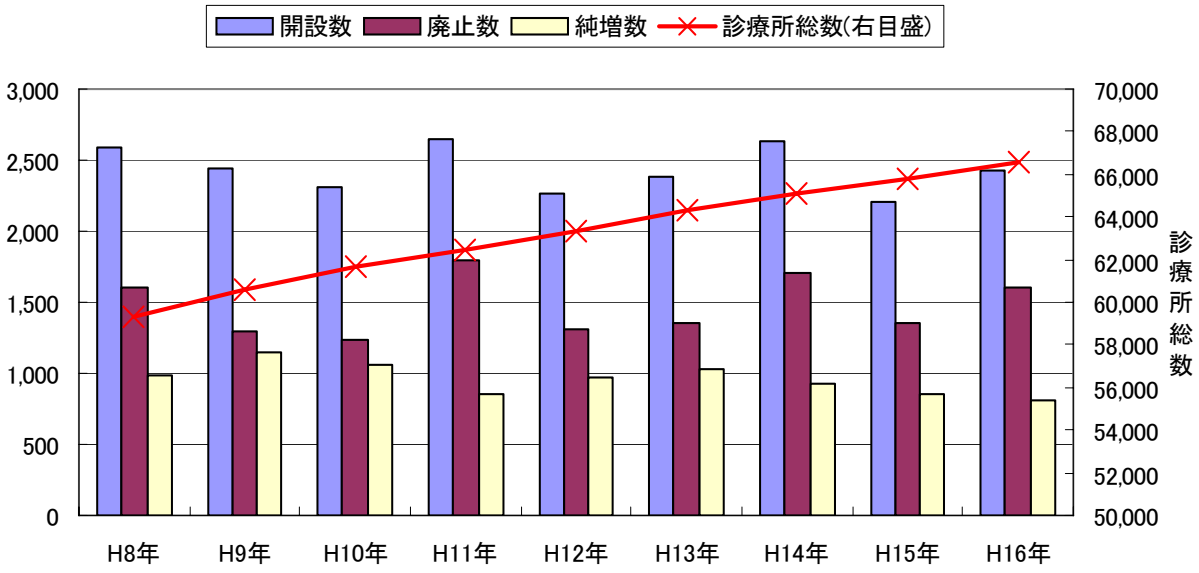


図 1-5　歯科診療所総数と開設・廃止数年次推移　「医療施設調査（平成 16 年・平成 15 年）」を基に作成

歯科診療所の開設数は廃止数を上回り、毎年 900 程度歯科診療所数は増加してきている。この殆どが、個人の歯科診療所である。この傾向は、かなり長い間続くものと予想される。

歯科治療の場合、細かい治療が多く、視力と指先の器用さが要求され、現役を続けられるのは他の仕事より短いと思われる。歯学部定員が増え始めた時期は、ちょうど団塊の世代が大学に進学する時期と重なっている。この団塊の世代がいつ頃リタイアし始めるのか、それが診療所総数の増加傾向が低くなる時期となる。

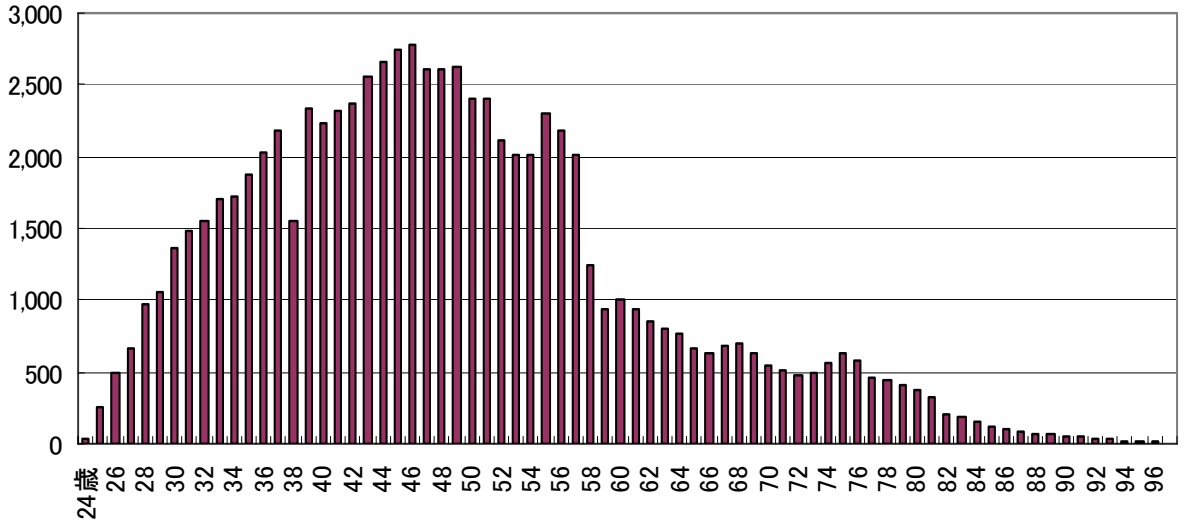


図 1-6　診療所従事の歯科医師の年齢構成（H16 年）　厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成 16 年）」を基に作成

1984 年から 10 年毎の歯科診療所従事歯科医師数の推移を表したのが右図である。現在の傾向がそのまま続いたとしたら、2014 年には、開設者・勤務医合わせて、93,000 人の歯科医師が、診療所に従事していると予想される。

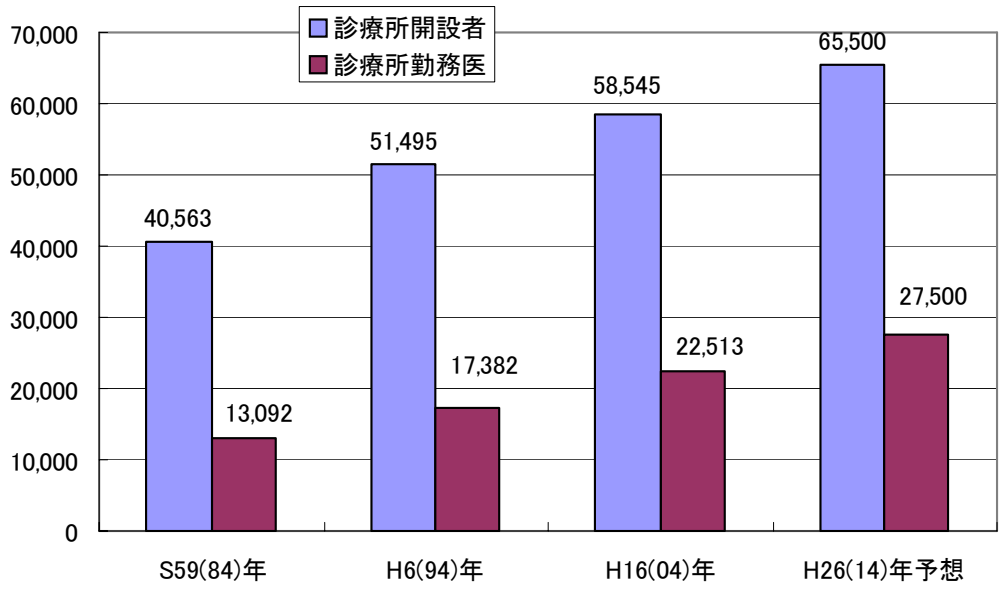


図 1-7　歯科診療所従事の歯科医師数の推移　厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成 16 年）」を基に作成。平成 26 年の予想は執筆者。

4. 国民医療費、医療保険制度の方向

(1) 国民医療費

国民医療費は、平成 11 年に 30 兆円を超え、その後の医療費抑制政策もあり増加傾向はやや止まったものの、平成 16 年には 32 兆円に達している。一方、歯科診療医療費は、平成 8 年に 2 兆 5 千億円を超えたが、その後増加は止まり、平成 16 年で 2 兆 5,377 億円とほぼ平成 8 年と同じ水準である。そのため、国民医療費に占める歯科診療医療費の割合は、平成 8 年の 8.9%から平成 16 年の 7.9%と実に 1 ポイント低下している。

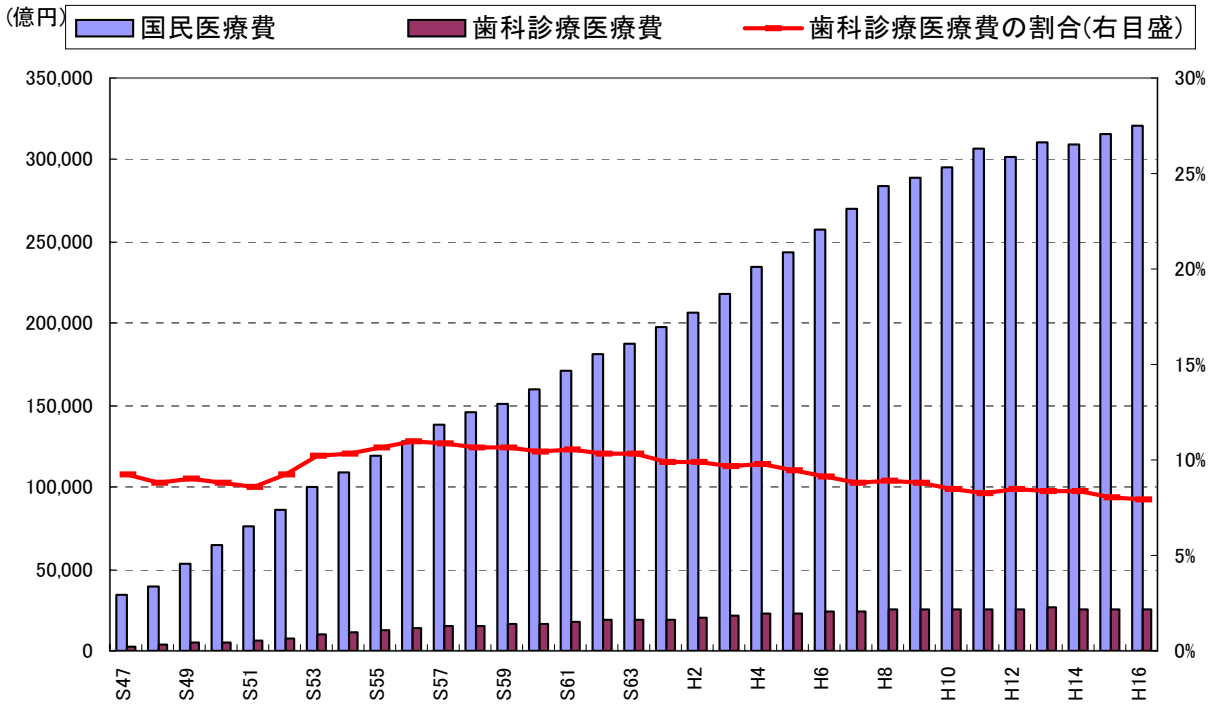


図 1-8　国民医療費・歯科診療医療費の推移　厚生労働省「国民医療費（平成 16 年）」を基に作成

(2) 医療保険制度

医療費の抑制のために、医療保険制度は診療報酬の改定（引き下げ）、薬価基準の改定（引き下げ）と患者自己負担の増加（特に高齢者）という方向をたどっている。また保険料率は、介護保険での上昇が大きい。

①保険料率

平成 12 年の改正健康保険法で、保険料上限の見直し、つまり介護保険料が上限枠からはずされた。平成 15 年に総報酬制（賞与に対しても保険料を賦課）に移行し、保険料率は 82/1000 となった。介護保険料率は、介護保険施行時の 6/1000 から総報酬制を経過した中でも次第に上がり、現在 12.3/1000 となっている。

②診療報酬改定

平成 14 年に診療報酬本体の初めての引き下げ▲1.3%、平成 18 年は診療報酬本体▲1.36%、薬価等▲1.8%、合計で▲3.16%の引き下げ。基本的に医科を中心に引き下げの傾向は続くと予想される。

平成 18 年改定で、「かかりつけ歯科医」初・再診料は廃止された。

③患者本人負担の増加

組合健保・政管健保の本人負担額が、平成 15 年に 1 割から 3 割へ変更された。かつては無料だった 70 歳以上の高齢者の自己負担は、平成 14 年から 1 割負担となり、現役世帯並み収入者は 2 割（平成 18 年 10 月からは 3 割）負担となった。老人保健法の適用年齢の 75 歳への引き上げに伴い、平成 20 年度には、70～74 歳は原則 2 割負担となる。

5. 価値観の多様化

少子高齢化、核家族化、女性の社会進出の中で、価値観の多様化・変化が生まれていることにも注意する必要がある。

子どもの数が少なくなったことは、少ない子どもにお金と手をかけて育てるという傾向が強くなることを意味する。また、働く女性が増え、自分にお金をかけるという層が増えている。団塊世代が定年を迎えていく時期となるが、比較的裕福で新しい価値観を持った高齢者が今後増えていく。

子どもの歯列矯正、若い女性の審美歯科といった面の需要が増えていくことが十分に予想される。

6. その他注目すべき環境変化

(1) 治療技術の進歩

インプラント、矯正歯科等の治療技術が大幅に進歩している。また、治療時の痛みを和らげる麻酔技術も進歩してきている。

(2) IT 環境の変化

電子カルテ、レセプトの電子化・電子請求という流れが確実に進んでいる。更に、治療方法の説明に、パソコンによって映像化して見せ、治療方法を患者が選択するといった IT 化が必要となってきている。

ホームページによる診療所の説明、予約の受付ということも、特に自由診療の部分を中心に広がっていくと予想される。

事業規模の小さい歯科診療所の場合、やはり事業主あるいはその家族が IT 知識を持ち、比較的安価にシステムを作れるようにする必要がある。

(3) 広告規制の緩和

平成 14 年に「医療を質の高い効率的なものとしていくために、医療に関する情報開示を進め、患者の選択の拡大を図る」ために、医療に対する広告規制が大幅に緩和された。また、ホームページについては、特定の人が自分で探して見るということで、「広告」規制からは外れている。

以上見てきたように、歯科診療所を取り巻く外部環境は、極めて厳しいと言わざるを得ない。

「人口の減少」と過去の歯科診療所の努力の賜物とも言える「う蝕の減少」は、歯科患者数の減少という事態となってきている。歯科医療費は、国民医療費の増大傾向の中にあっても、伸びは止まっている。一方、歯科医師数・歯科診療所は、当面は増加の一途をたどることは確実である。

パイが減少する中で、それを分け合う事業所は増えるという重大な局面を、歯科診療はかなり前から迎えている。今後は、事業が行き詰る診療所と健全に伸びていく診療所と二極化していくことが予想される。今一番大事なのは、歯科診療所の経営戦略をどう立てるかということである。

経営戦略を考える上で、一つだけ断言できることがある。中小企業の経営を見てきた経験では、中小企業の殆どの問題は経営者の中にあると言っても過言ではない。特に個人事業主が多い歯科診療所の場合、事業主（つまり歯科医師）の治療技術・人柄・創造性・積極性といった面に、歯科診療所経営が大きく依存することは間違いないと言える。

第２章　財務とレセプトから見る歯科経営の実態

1. 調査対象先としての歯科診療所の概況等

(1) 調査対象先としての歯科診療所の概要

- 調査対象先は、過去 2 年間にわたる資料収集の結果、九州・中国地方までに渡る幅広い地区の歯科診療所である。調査対象先は、平成 15 年から平成 17 年度にわたる 3 期間で貸借対照表・損益計算書が揃っている同一の歯科診療所を対象とした。
- 調査サンプル数合計 44 施設、個人 91%、医療法人 9%である。但し、レセプトデータは、今回の財務資料とは連動していない別の歯科診療所のデータである。
- 今回の調査報告の内容は、病院会計準則改訂版（2004 年）に基づいて貸借対照表・損益計算書を見直し作成した。レセプトデータ及び歯科診療所に対する属性実態調査を基に調査の全項目について解説すると頁数が多くなるので、主要ポイント・傾向・差異など数項目について解説を試みた。分析にあたっては、経営形態面を中心に、歯科診療所の全施設の平均（以下全体で統一）、個人開業医の平均（以下個人で統一）、医療法人の平均（以下医療法人で統一）に分類してみることにした。
- 歯科診療所の属性調査の結果およびレセプトの結果によって明らかになった歯科診療所の平均像について下記に解説を試みた。

■歯科診療所の平均像は・・・・

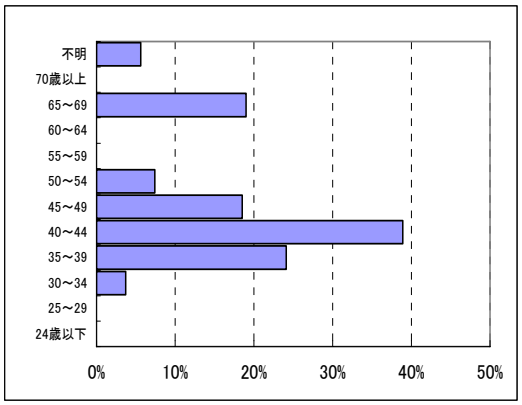


図 2-1-1 医師（管理者）の年齢

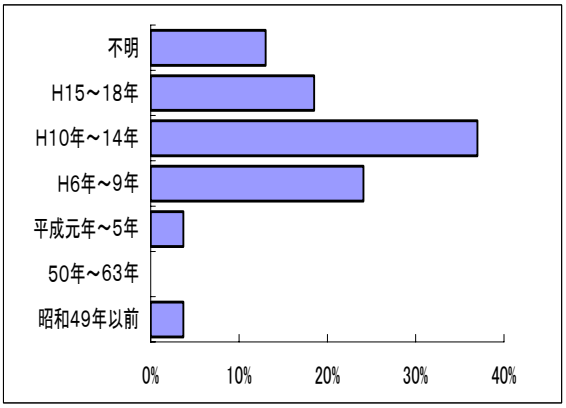


図 2-1-2 開業年度の時期

調査の結果から、平均的な歯科診療所の個人開業医の実態像は、診療所の建物は賃貸物件と自己所有は約半々で若干賃貸が多く、医師の年齢は 40 代前半、開業後 8 年未満で、歯科医師 1 名の所が半数、平均医師数 1.4 人、常勤従事者数としての歯科衛生士は 2.0 人、歯科技工士はいない、助手（看護師）2.9 人、従事者合計人数は 6.3 人である。

青色専従者がいるのは全体の 8 割で、その業務内容は約 1/3 は歯科医師、1/5 は歯科衛生士と、技術をもっていることが立証された。このことから夫婦で共同して歯科診療所の経営に携わっている歯科診療所像が浮かびあがった（図 2-1-3 参照)。このことは、若い女性の歯科医師免許取得が急増していること、毎年診療所が 2 ケタ台で伸びている現状と一致している。

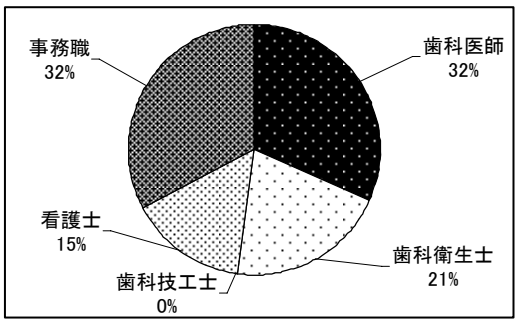


図 2-1-3 青色専従者の業務内容

立地環境は主として住宅地に 1 戸建て、立地場所は表通り（国道・県道片側 1 車線以上ある所）に面している全体の 95%は駐車場を保有し、駐車スペースは平均 2～5 台である。アクセスは、最寄りの駅・バス停に近い所（5 分圏内）にある。

競合医院が全くないという歯科診療所は全体の僅か 10%であった。競合が 1 軒～5 軒の所が全体の約 4 割、6 軒以上の所も約 10%あり、競合対策が課題である現状が浮かびあがった。

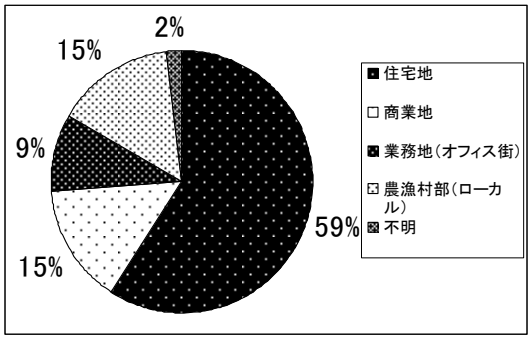


図 2-1-4 歯科診療所の立地環境について

専任の受付（案内・事務処理）の有無について見ると、約半数の所は専任者をおいてない。歯科衛生士・助手等に兼務させている。ユニット数は平均 2～4 台である。

1 日の外来患者数は 20～35 人程度、1 週間の平均診療時間は 40～50 時間である。1 日の診療時間は 8～9 時間、半ドン日をとっているのは全体の半分で、土曜日と週の半ばで 1 日ずつであった。昼の休憩時間は 1 時間程度が最も多かった。

訪問巡回車をもっている歯科診療所は 1 割程度、学校歯科検診を実地している所は全体の半分程度、ホームページをもっている歯科診療所は全体の約 1/3 で、しかも予約制度に活用しているのは全体の僅か 2%であり、本調査対象施設の IT 化は非常に遅れていると推測できる。

歯科診療所内でミーティングを実施してない所が全体の 1/3 もあった。患者さんにリコールシステムを案内している所は全体の約半分である。一方、院内告知・広報活動としてなんらかの形でポスターによる告知を案内している所は、全体の 2/3 であった。

歯科医師の研修会・セミナー参加状況は、月 1 回程度の参加が約 4 割、2～3 ケ月に 1 回の参加が約 3 割であり、全体の 7 割程度の歯科医師は積極的に学習・自己研鑽に取り組んでいると推察できる。

(2) 調査対象先の経営形態別概況と調査項目の概要

歯科診療所の全施設を経営形態の面より分類し、個人開業医について更に、5 つの切り口・大項目および中項目について調査・分析を試みた。

個人開業医の調査大項目並びに中項目と施設数は下記の内容である。

大項目		中項目
個人開業医	医師の人数	1人医師
		2人以上の医師
	医業収入規模別	3,000万円以下
		3,000-6,000万円
		6,000-10,000万円
		1億円以上
	固定資産の所有形態	賃貸物件
		自己所有
	スタッフの人数規模	5人以下
		5-10人
		10人以上
	債務超過の有無	有り
		無し

表 2-1-1 個人開業医の調査項目

経営指標調査で求めた経営形態面の 5 つの切り口はあくまでも個人について解説を試みる。

①歯科医師の人数による分類（この切り口は、国の中央社会保険医療協議会（以下中医協に統一）で使用されている指標の一つである。

②医業収入規模別分類（この切り口は、中小企業庁が発行している「中小企業の財務指標」（概要版）のなかで使用されている項目である。但し、国は 3,000 万円から 1 億円となっているが、当調査では、この間を 2 つのランクに分けている。3,000 万円～6,000 万円と 6,000 万円～1 億円とした)。

③固定資産のなかで建物の所有形態別に見てみた。

④歯科診療所の従事者合計数（医師含む）スタッフ数の人数別に見た。

⑤純資産合計額（自己資本額合計）の債務超過の有無について見てみた。

＊注;②項の歯科診療所の「医業収入」は、「病院会計準則」改正版（2006 年 8 月に通知）によると、正しくは「医業収益」で、外来の場合は、「外来診療収益」となっている。これは病院会計を中心に考慮されているので、ここでは、歯科診療所で外来が主体であるのと、医業利益（企業会計原則では、営業利益に相当する）と区分を明確にするために、「医業収入」という言葉で表現することにした。以下「医業収入」の言葉に統一する。

第 1 の切り口は、歯科診療所に何人の常勤歯科医師がいるか調査した。実態は、歯科医師 1 人の診療所は全体で 70%、2 人以上の診療所は全体で 30%である。(図 2-1-5 参照)

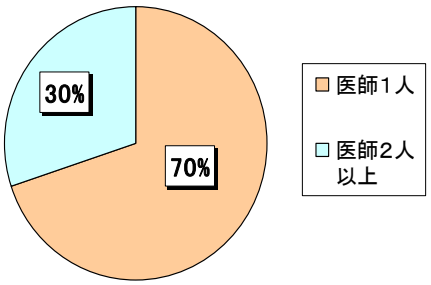


図 2-1-5 歯科医師

第 2 の切り口は、医業収入（売上高）の規模について調査した。3,000 万円以下の歯科診療所全体で 15%、3,000 万円～6,000 万円の歯科診療所全体で、55%、6,000 万円～1 億円の歯科診療所全体で 27.5%、1 億円以上の歯科診療所 2.5%である

第 3 の切り口は、固定資産の建物の所有形態別について調査した。賃貸物件の歯科診療所全体で 57.5%、自己所有物件の歯科診療所全体で 42.5%である。(図 2-1-6 参照)

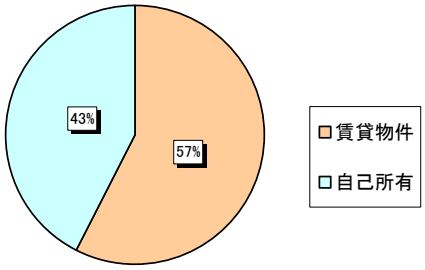


図 2-1-6 従事者合計数

第 4 の切り口は、歯科診療所の全従事者（スタッフ）数の規模について調査した。従事者 5 人以下の歯科診療所全体で 20%、従事者 5 人～10 人の歯科診療所全体で 72.5%、従事者 10 人以上の歯科診療所全体で、7.5%である。（図 2-1-7 参照）

第 5 の切り口は、純資産合計（自己資本合計）が債務超過に陥っていないかについて調査した。

実態は、債務超過になっている歯科診療所全体で、37.5%、債務超過になっていない歯科診療所全体で、62.5%である。（図 2-1-8 参照）

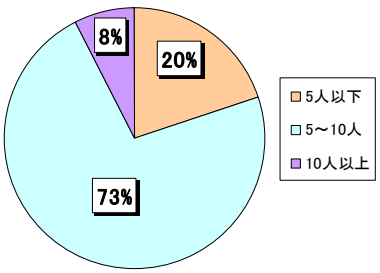


図 2-1-7 従事者合計数

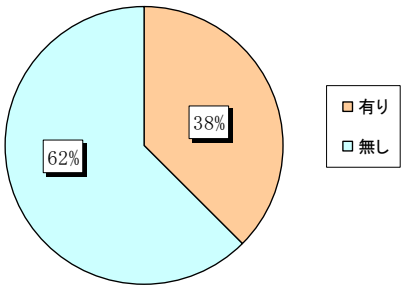


図 2-1-8 債務超過の有無

2. 医療需要と医療供給の状況

(1) 医業収入の概況

平成 17 年度の調査データによると歯科診療所の全施設（1 施設当たり平均）の医業収入の平均は、5,900 万円（対前年増加率 4.8%増）、個人開業医平均 5,100 万円（増加率 5.2%増）、医療法人平均 1.4 億円（増加率 3.7%増）である。平成 15 年から平成 17 年の伸び率は、全体が 11.4%増加・医療法人 9.9%増加・個人 11.9%増加となり、2 ケタの成長率であった。（表 2-2-1 参照）

	経営形態別	平成１５年 医業収入	平成１６年 医業収入	平成１７年 医業収入	対前年増加率(%)	趨勢(%) H17/H15
歯科診療所　総括	全体施設	53,012	56,347	59,078	4.8%	11.4%
	医療法人	127,323	134,923	139,972	3.7%	9.9%
	個人開業医	45,580	48,488	50,988	5.2%	11.9%

表 2-2-1.歯科診療所の経営形態別にみた１施設当たり医業収入の推移

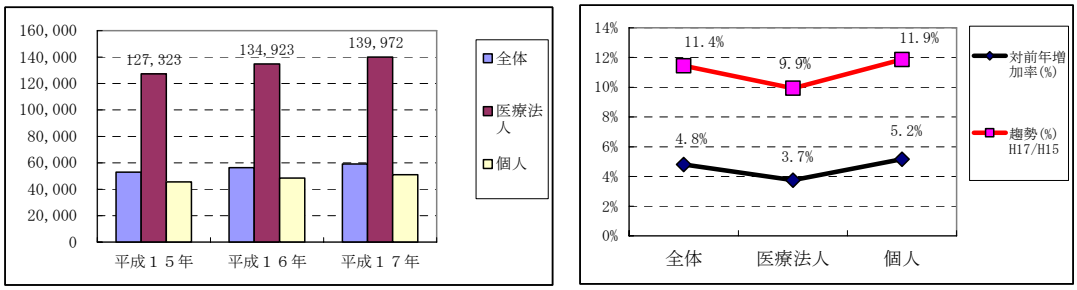


図 2-2-1 歯科診療所の経営形態別にみた１施設当たり医業収入の推移

平成 17 年の診療報酬別収入による歯科診療所の全施設（1 施設当たり平均）の医業収入平均 5,900 万円でそのなかで、社会保険収入 3,300 万円（対前年増加率 3.2%増：構成比 55.9%）、国民健康保険収入 2,000 万円（増加率 6.6%増：構成比 34.0%）、保険外診療収入 600 万円（増加率 8.0%増：構成比 9.9%）である。平成 15 年から平成 17 年の伸び率は、社保収入が 5.2%増加・国保収入 14.9%増加、保険外収入は 44.0%の大幅な増加となっている。この大幅な伸び率の要因は、医療法人の伸び率が 69.6%に起因すると推測される。尚、個人の伸び率も 38.8%の大幅な伸び率である。（表 2-2-1、2-2-3 参照）

平成 17 年の診療報酬別収入による歯科診療所の個人（1 施設当たり平均）の医業収入平均 5,100 万円でそのなかで、社保収入 2,700 万円（対前年増加率 2.3%増：構成比 53.6%）、国保収入 1,800 万円（増加率 4.8%増：構成比 36.2%）、保険外診療収入 500 万円（増加率 23.4%増：構成比 10.1%）である。平成 15 年から平成 17 年の伸び率は、社保収入が 5.5%増加・国保収入 15.6%増加、保険外収入は 38.8%の大幅な増加となっている。（表 2-2-1、2-2-3 参照）

(2) 医業収入・医業費用・医業利益率の推移

歯科診療所の平成 17 年度は、医業収入 5,900 万円、医業費用は 4,800 万円、医業利益率は 18.6%である。医業収入と医業費用の関係は、増加率でマイナス 0.4 ポイントの減少である。増加率の増減率では、医業収入がマイナス 23%の大幅な減少であったが、医業費用はマイナス 5.9%で、医業利益率は大幅な落ち込みで、マイナス 74.6%の減少である。

（単位:金額千円）

	平成１５年	平成１６年	平成１７年	平成１６年度増加率(%)	平成１７年度増加率(%)	H17/H16 増減率(%)
医業収入	53,012	56,347	59,078	6.3%	4.8%	-23.0%
医業費用	43,983	46,044	48,075	4.7%	4.4%	-5.9%
医業利益率	17.0%	18.3%	18.6%	7.4%	1.9%	-74.6%

表 2-2-2 医業収入・医業費用・医業利益率の推移（1 施設当たり）

		経営形態別	平成１５年医業収入	平成１６年医業収入	平成１７年医業収入	対前年増加率(%)	趨勢(%) H17/H15
診療報酬収入別	全体施設	社保収入	31,407	32,021	33,038	3.2%	5.2%
		国保収入	17,484	18,857	20,097	6.6%	14.9%
		保険外収入	4,062	5,418	5,850	8.0%	44.0%
	医療法人	社保収入	86,625	85,309	90,239	5.8%	4.2%
		国保収入	32,520	31,233	36,393	16.5%	11.9%
		保険外収入	7,535	17,832	12,783	-28.3%	69.6%
	個人開業医	社保収入	25,885	26,693	27,318	2.3%	5.5%
		国保収入	15,980	17,620	18,468	4.8%	15.6%
		保険外収入	3,715	4,177	5,156	23.4%	38.8%

表 2-2-3 経営形態別にみた医業収入；診療報酬収入の推移（1 施設当たり）

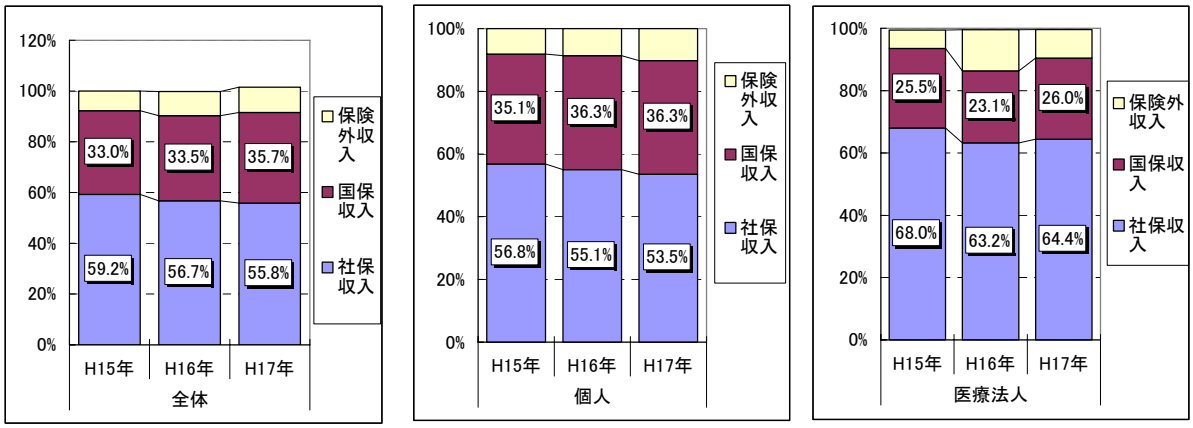


図 2-2-2 経営形態別にみた診療報酬の医業収入に占める構成比（%）（1 施設当たり）

歯科診療所における歯科医師 1 人 1 日当たりの医業収入は、全体で、12.3 万円である（1 施設当たり平均医師数は、1.8 人）。医療法人 8.7 万円（1 施設当たり平均医師数 6 人）、個人平均 13.6 万円（1 施設当たり平均医師数 1.4 人）である。

一方、従事者 1 人当たり 1 日当たりの医業収入は全体で、3 万円である（1 施設当たり平均従事者数は、7.5 人）。医療法人 2.6 万円（1 施設当たり平均従事者数 20 人）、個人平均 30 万円（1 施設当たり平均従事者数 6.3 人）である。

個人開業医における従事者合計人数の実態は、平均 6.3 人、うち歯科医師が 1.4 人・スタッフ 4.9 人である。特に、医療法人になると規模が大きく従事者合計 20 人、歯科医師 6 人・スタッフ 14 人である。

形態別/診療報酬分類			1人当たり医師収入	1人当たり従事者収入	平均医師数	従事者計
総括	全体	社保収入	66,052	16,546	1.8	7.5
		国保収入	37,980	9,277	1.8	7.5
		自費収入	11,315	2,794	1.8	7.5
		全体施設	122,926	29,502	1.8	7.5
	医療法人	医療法人	87,373	26,212	6.0	20.0
	個人	個人開業医	136,407	30,313	1.4	6.3

表 2-2-4 歯科医師（従事者合計）1 人 1 日当たり医業収入・経営形態別、個人の形態別

(3) レセプトの概況

レセプトデータについては、財務資料（貸借対照表・損益計算書）の対象施設とは違う施設であり、3 期間揃っている施設でなくデータが入手できた歯科診療所である。

データは、総額表示でなく、「歯科診療所 1 施設当たり」でデータ算出している。

①総点数の状況

経営形態別に見た平成 17 年度の歯科診療所 1 施設当たり平均総点数は、全体では 530 万点/年間（月平均 4.4 万点）、医療法人 1,110 万点（月平均 9.2 万点）、個人開業医 450 万点（月平均 8.5 万点）である。

対前年増加率で見ると平均 1.9%の増加率であるが、医療法人の増加率は 6.7%の増加に対し、個人開業医は 0.6%の増加率である。一方、平成 15 年と平成 17 年の趨勢では、全体は 100%で横ばいに対し、法人はマイナス 13.5%減少、個人は 2.4%増であった。（表 2-2-5 参照）

	経営形態別	平成１５年	平成１６年	平成１７年	対前年増加率(%)	趨勢(%) H17/H15
レセプト総点数（万点）	全体施設	530	520	530	1.9%	100.0%
	医療法人	1,240	1,040	1,110	6.7%	89.5%
	個人開業医	447	455	458	0.6%	102.4%

表 2-2-5 歯科診療所　経営形態別　レセプト総点数・年度別

②主要 3 指標の状況

経営形態別に見た平成 17 年度の歯科診療所 1 施設当たりレセプト 3 指標を見ると、全体では 1 件当たり点数は 1,341 点（対前年増加率マイナス 3.9%）、1 日当たり点数は 601 点（対前年増加率マイナス 1.0%）、1 件当たり日数は 2.23 日（対前年増加率マイナス 3.0%）であった。いずれも対前年増加率はマイナス値であり、平成 15 年との趨勢は、全体 1 件当たり点数は、93.4%、1 日当たり点数 97.4%、1 件当たり日数 96.1%と、年々減少傾向が見られる（表 2-2-6 参照）。

個人開業医は、1 件当たり点数は 1,455 点（対前年増加率マイナス 5.1%）、1 日当たり点数 615 点（対前年増加率マイナス 1.1%）、1 件当たり日数 2.37 日（対前年増加率マイナス 3.7%）である。平成 15 年との趨勢は、全体 1 件当たり点数は、92.9%、1 日当たり点数 98.6%、1 件当たり日数 96.4%で個人についても年々減少傾向である。（表 2-2-6 参照）

対前年増加率で高い増加率（マイナス値）をしめしているのは、全体の 1 件当たり点数マイナス 3.9%、全体の 1 件当たり日数マイナス 3.0%、個人開業医の 1 件当たり点数マイナス 5.1%、個人開業医の 1 件当たり日数マイナス 3.7%であった。

一方、平成 15 年と平成 17 年の趨勢で見ると、医療法人の 1 件当たり点数 92.5%、同じく 1 日当たり点数 92.8%および、個人の 1 件当たり点数 92.9%と続いている。

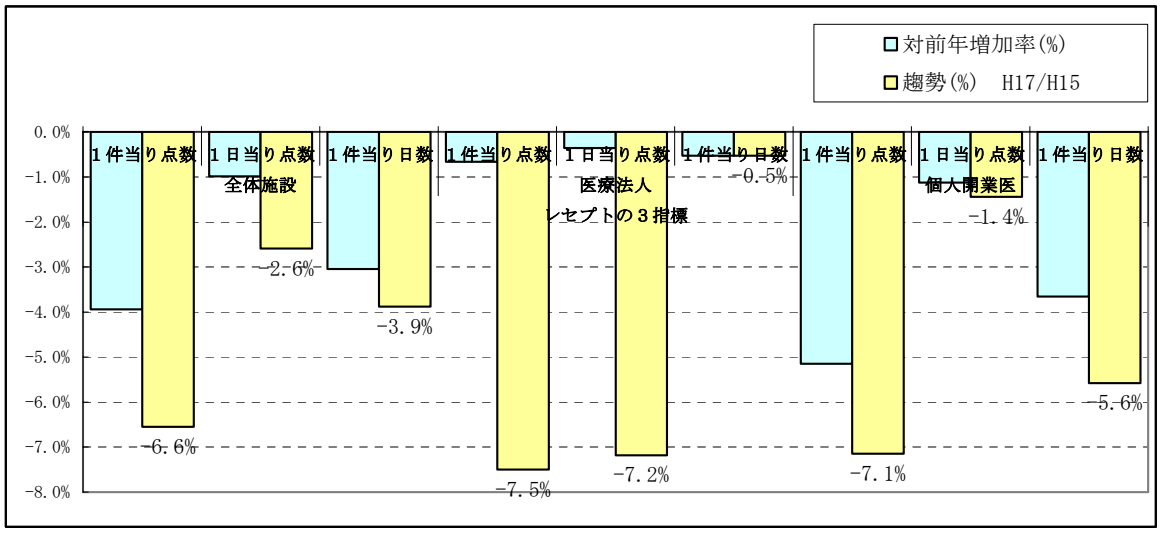


図 2-2-3 歯科診療所　経営形態別　レセプトの 3 指標　対前年増加率と趨勢（平成 15 年対比）

		レセプトの３指標	平成１５年	平成１６年	平成１７年	対前年増加率(%)	趨勢(%) H17/H15
レセプトの３指標	全体施設	１件当たり点数(点)	1,435	1,396	1,341	-3.9%	93.4%
		１日当たり点数(点)	617	607	601	-1.0%	97.4%
		１件当たり日数(日)	2.32	2.30	2.23	-3.0%	96.1%
	医療法人	１件当たり点数(点)	1,133	1,055	1,048	-0.7%	92.5%
		１日当たり点数(点)	599	558	556	-0.4%	92.8%
		１件当たり日数(日)	1.89	1.89	1.88	-0.5%	99.5%
	個人開業医	１件当たり点数(点)	1,567	1,534	1,455	-5.1%	92.9%
		１日当たり点数(点)	624	622	615	-1.1%	98.6%
		１件当たり日数(日)	2.51	2.46	2.37	-3.7%	94.4%

表 2-2-6 歯科診療所　経営形態別　レセプト 3 指標・年度別

■全体のレセプト 3 指標

平成 17 年度の 3 指標は、

1 件当たり点数	1,341 点
1 日当たり点数	601 点
1 件当たり日数	2.23 日

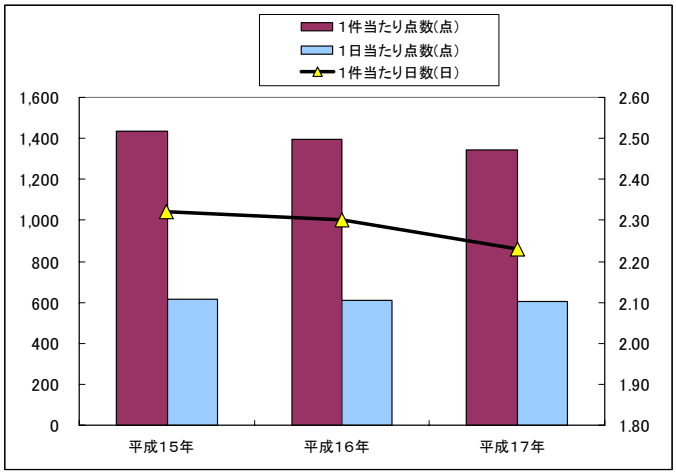


図 2-2-4 歯科診療所　　全体のレセプト 3 指標

■医療法人のレセプト 3 指標

平成 17 年度の 3 指標は、

1 件当たり点数	1,048 点
1 日当たり点数	556 点
1 件当たり日数	1.88 日

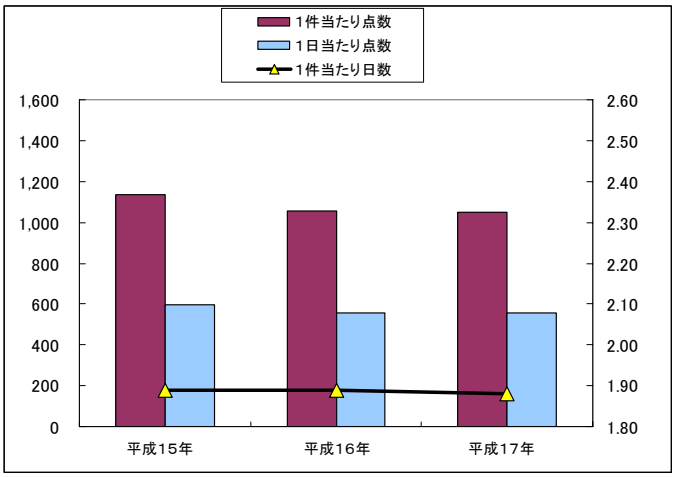


図 2-2-5 歯科診療所　医療法人のレセプト 3 指標

■個人開業医のレセプト 3 指標

平成 17 年度の 3 指標は

1 件当たり点数	1,455 点
1 日当たり点数	615 点
1 件当たり日数	2.37 日

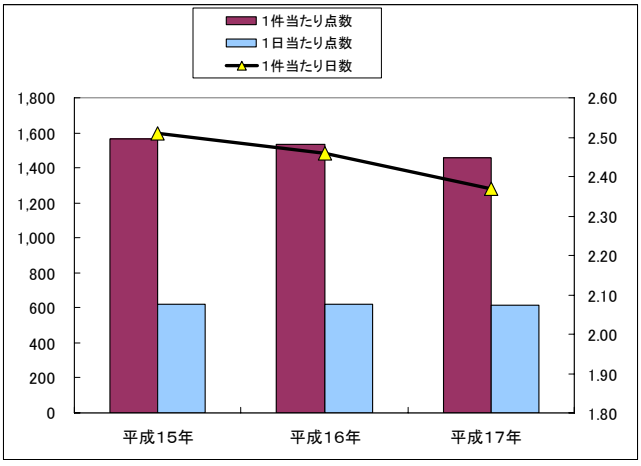


図 2-2-6 歯科診療所　個人開業医のレセプト 3 指標

③外来患者数の概況

平成 17 年度の社保＋国保合計の患者総数は、全体で 33 人（対前年増減率 1.5%増)、個人 28 人（増減率 1.4%増)、医療法人 75 人（増減率 5.8%増）であるが、医療法人は、平成 15 年からの趨勢で見ると、マイナス 5%の減少である。患者数の伸びは、3 年前と変わらない横ばいで推移している（図 2-2-8 参照)。

	経営形態別	平成１５年患者数	平成１６年患者数	平成１７年患者数	対前年増加率(%)	趨勢(%) H17/H15
歯科診療所　総括 但し、患者数は社保＋国保のみで算出、保険外の患者数は含まれてない。	全体施設	32.5	32.3	32.8	1.5%	100.9%
	医療法人	78.7	70.7	74.8	5.8%	95.0%
	個人開業医	27.3	27.6	28.0	1.4%	102.6%

表 2-2-7 歯科診療所　経営形態別・年度別　患者数

■外来単価と患者数の概況

		医業収入		外来単価（１日当たり）	患者数（１日当たり）
		金額　（千円）	構成比(%)		
歯科診療所	社保収入	27,323	52.5%	5,789	18
	国保収入	18,784	36.1%	6,715	11
	保険外収入	5,338	10.3%		
	雑収入等	597	1.1%		
	総収入	52,042	100.0%	6,252	29

表 2-2-8 レセプトデータから見た医業収入と外来単価・患者数（平成 17 年度）

注:医業収入の違いは、対象データの分母が異なる為(外来単価はレセプトデータより算出)。

平成 17 年度の外来単価は、社保 5,800 円、国保 6,700 円、全体 6,300 円である。患者総数は、1 日当たり平均 29 人である。（上記表 2-2-9 の患者数とは異なる。対象データが違う為）

3. 財政状況からみた経営の状況

(1) 財政（総資産・総資本（純資産））の概況

①経営形態別にみた総資産の推移

歯科診療所の対象施設の 1 施設当たりの総資産額は平成 17 年度 4,600 万円、個人開業医は 4,400 万円、医療法人は 6,200 万円である。平成 17 年度の対 16 年度増加率は、全体で 1.1%の微増、個人がマイナス 1.8%と微減、医療法人が 28.2%の大幅な増加である。（表 2-3-1 参照）

（単位：金額千円）

	平成１５年	平成１６年	平成１７年	平成１６年度増加率(%)	平成１７年度増加率(%)	H17/H16 増減率(%)
全体	47,134	45,181	45,668	-4.1%	1.1%	-126.0%
個人	47,067	44,878	44,064	-4.7%	-1.8%	-61.0%
医療法人	47,911	48,219	61,810	0.6%	28.2%	4284.5%

表 2-3-1 歯科診療所の総資産（総資本）の推移

歯科診療所の財政規模の概況は以下のとおりである。

- 全体の 1 施設当たり総資産額は、46 百万円、有形固定資産額 26 百円、固定負債（長期借入金）32 百万円、事業主貸計マイナス 12 百万円、純資産額 71 万円である。
- 医療法人全体の 1 施設当たり総資産額は、62 百万円、有形固定資産額 24 百円、固定負債（長期借入金）55 百万円、純資産額 7 百万円である。
- 個人開業医の 1 施設当たり総資産額は、28 百万円、有形固定資産額 26 百円、固定負債（長期借入金）30 百万円、事業主貸計マイナス 13 百万円、純資産額 8 万円である。
- 個人開業医の形態別分類の医業収入規模（22 施設）の 1 施設当たり総資産額は、34 百万円、有形固定資産額 21 百円、固定負債（長期借入金）33 百万円、事業主貸計マイナス 12 百万円、純資産額マイナス 10 百万円である。

	歯科診療所　総括			個人　開業医					
	全体	医療法人	個人	医師の人数		医業収入規模別			
				1 人	2 人以上	3,000万以下	～6,000万	～10,000万	1億円以上
総資産額	45,667	61,810	27,735	40,085	53,315	28,269	33,988	63,704	144,066
当座資産額	15,171	25,653	14,122	11,462	20,330	8,209	9,154	19,594	98,717
有形固定資産額	25,577	24,214	25,713	24,550	28,429	17,277	20,517	39,675	37,082
流動負債額	2,111	3,996	1,923	1,554	2,782	253	1,748	2,590	8,429
固定負債額	32,211	54,938	29,938	29,338	31,338	23,240	32,754	25,367	58,442
事業主貸計額	-11,580		-12,738	-12,328	-13,694	-4,333	-12,407	-16,536	-28,657
純資産額	705	7,000	75	-1,739	4,308	1,025	-10,061	16,556	36,085
純資産合計額	11,346	2,876	12,200	9,192	19,196	4,776	-515	35,747	77,195

表 2-3-2 財政状況　経営形態別・個人開業医形態別

②歯科診療所の総資産の内訳：全体

有形固定資産は、平成 15 年度の 2,800 万円（構成比 60%）から平成 17 年度の 2,600 万円（構成比 56%）へと、構成比で 4 ポイント減少した。当座資産は、平成 15 年 1,400 万円（構成比 30%）から平成 17 年度は 1,500 万円（構成比 33%）へ 3 ポイント増加した。

総資産額では、平成 15 年 4,700 万円から平成 17 年度 4,600 万円で 3 ポイント減少している。

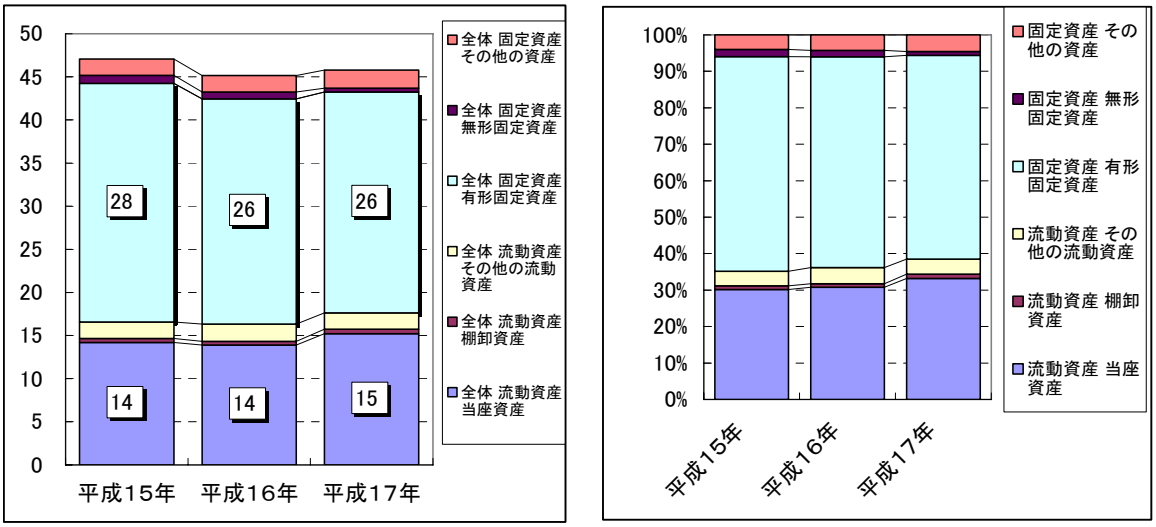


図 2-3-1 貸借対照表　借方勘定　金額ベースと構成比ベース

③歯科診療所の総資本（純資産）の内訳：全体

固定負債は、平成 15 年 3,500 万円（構成比 73%）から平成 17 年度 3,000 万円（構成比 68%）へ、構成比で 5 ポイント減少した。事業主貸計は、平成 15 年のマイナス 1,000 万円（構成比 21%）から平成 17 年度の 1,300 万円（構成比 29%）へ 8 ポイント増加した。

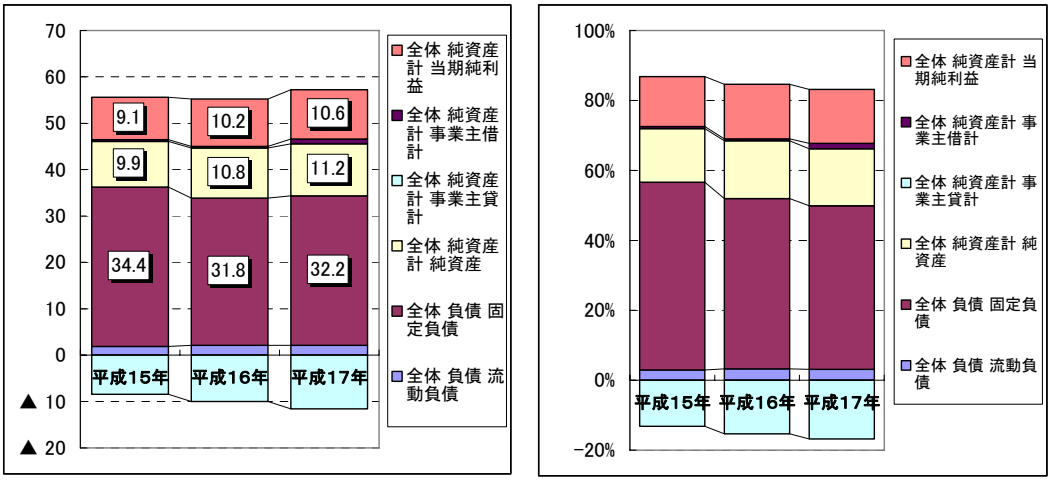


図 2-3-2　貸借対照表　貸方勘定　金額ベースと構成比ベース

(2) 財政（収益性）の概況

①総合分析

歯科診療所の収益性を平成 17 年度で分析すると以下のようであった。

注:なお本来は「総資本経常利益率」とは「総純資産経常利益率」であり、「総資本回転率」は「総純資産回転率」であるが、ここでは便宜的に前記の用語を使用している。

- 全体では、総資本経常利益率が 23.4%、医業収益総利益率は 48.6%、総資本回転率は 1.3 回転である。増加率は、総資本経常利益率 4.9%、医業収入総利益率マイナス 2.2%、総資本回転率 8.3%となっている。
- 個人開業医は、総資本経常利益率 27.5%（増加率 10.9%）、医業収入総利益率 55.0%（増加率マイナス 0.7%）、総資本回転率 1.2 回転（増加率 9.1%）である。
- 医療法人は、総資本経常利益率マイナス 5.8%、医業収入総利益率 25.6%、総資本回転率 2.3 回転である。総資本回転率は年々減少の過程にある。

			平成１５年	平成１６年	平成１７年	平成１６年度増加率(%)	平成１７年度増加率(%)	H17/H16 増減率(%)
全体	総合性	総資本経常利益率(%)	18.7%	22.3%	23.4%	19.3%	4.9%	-74.4%
		医業収入対経常利益率(%)	17.0%	18.3%	18.6%	7.6%	1.6%	-78.6%
		総資本回転率(回)	1.1	1.2	1.3	9.1%	8.3%	-8.3%
個人	総合性	総資本経常利益率(%)	21.1%	24.8%	27.5%	17.5%	10.9%	-37.9%
		医業収入対経常利益率(%)	22.4%	23.7%	24.5%	5.8%	3.4%	-41.8%
		総資本回転率(回)	1.0	1.1	1.2	10.0%	9.1%	-9.1%
医療法人	総合性	総資本経常利益率(%)	-4.6%	-1.4%	-5.8%	-69.6%	314.3%	-551.8%
		医業収入対経常利益率(%)	-2.4%	-1.3%	-2.8%	-45.8%	115.4%	-351.7%
		総資本回転率(回)	2.7	2.8	2.3	3.7%	-17.9%	-582.1%

表 2-3-3 歯科診療所　経営指標　総合分析の推移

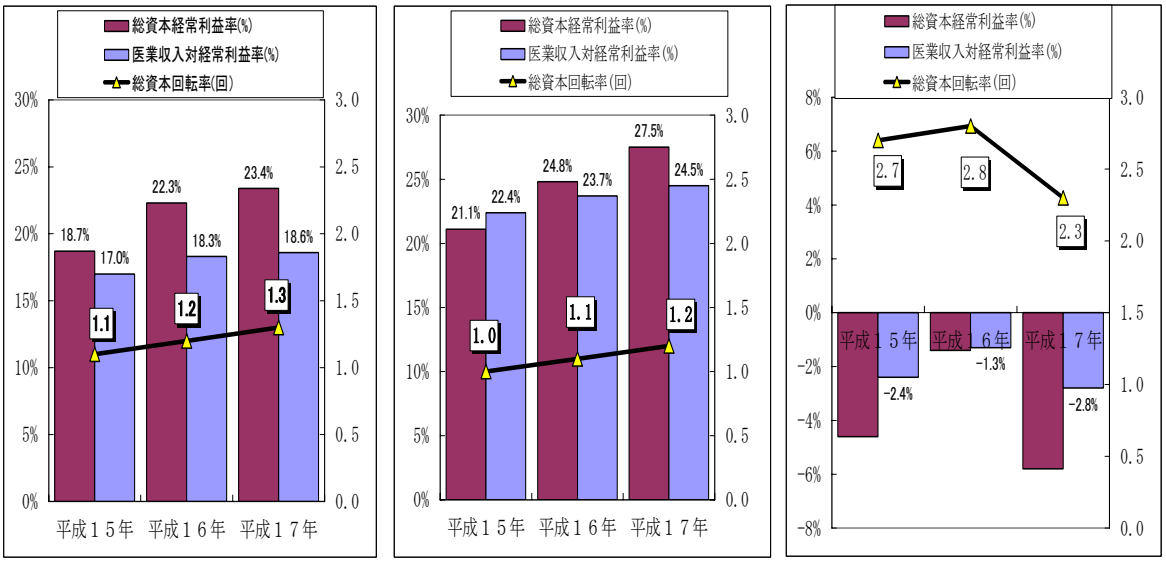


図 2-3-3 歯科診療所　経営形態別　（全体・個人・医療法人）

個人開業医をさらに医業収入規模別に分類すると以下の表のとおりである。

	歯科診療所　総括			個人　開業医					
				医師の人数		医業収入規模別			
	全体	医療法人	個人	1人	2人以上	3,000万以下	～6,000万	～10,000万	1億円以上
自己資本比率	24.8	4.7	27.7	22.9	36.0	16.9	-1.5	56.1	53.6
固定長期適合率	64.5	55.2	65.8	69.3	59.7	68.1	70.9	67.4	28.4
流動比率	831.4	748.1	848.8	860.9	832.9	3,642.5	635.9	867.9	1,252.6
総資本対経常利益率	23.4	-5.8	27.5	27.3	27.9	13.3	28.1	30.1	28.5
総資本回転率	1.3	2.3	1.2	1.1	1.2	0.7	1.3	1.1	1.0
借入金依存率	67.7	65.7	68.0	73.2	58.8	82.2	96.4	39.8	40.6
債務償還年数	2.1	-36.8	1.9	2.0	1.6	3.6	2.5	1.1	1.2
インタレスト・ガバレッジ	16.9	-5.3	19.5	16.9	26.0	8.0	14.4	33.3	51.0

表 2-3-4 財政状況からみた経営状況

歯科診療所の財政状況からみた収益性は、人件費が一番大きなウエイトを占めている。全体では、35.9%、医療法人 64.6%、個人 28.1%で医療法人の人件費率は高い。減価償却費は、全体 5.8%、医療法人 2.0%、個人 6.8%である。医薬品の材料比率は、全体では、7.4%、医療法人 5.8%、個人 7.9%である。医業利益率は、全体で 18.6%、医療法人マイナス 2.8%、個人 24.5%である。

	歯科診療所　総括			個人　開業医					
				医師の人数		医業収入規模別			
	全体	医療法人	個人	1人	2人以上	3,000万以下	～6,000万	～10,000万	1億円以上
人件費率	35.9	64.6	28.1	26.6	30.6	19.3	27.7	27.8	40.3
材料費率	7.4	5.8	7.9	7.9	7.7	7.8	8.2	8.3	3.0
委託費率	8.0	4.0	9.1	9.5	8.5	11.0	9.1	9.1	7.5
設備関係費	11.8	9.0	12.5	13.3	11.3	19.4	14.2	10.3	7.8
(再掲) 減価償却費率	5.8	2.0	6.8	6.9	6.6	11.4	7.0	6.1	5.1
経費率	17.3	18.9	16.9	17.3	16.1	22.2	17.1	16.8	10.8
医業利益率	18.6	-2.8	24.5	24.4	24.8	19.4	22.8	26.4	30.3
経常利益率	18.1	-2.5	23.8	23.8	23.7	17.9	21.5	26.5	29.8
医業収入支払利息率	1.1	0.5	1.3	1.4	1.0	2.4	1.6	0.8	0.6

表 2-3-5 損益状況の概況

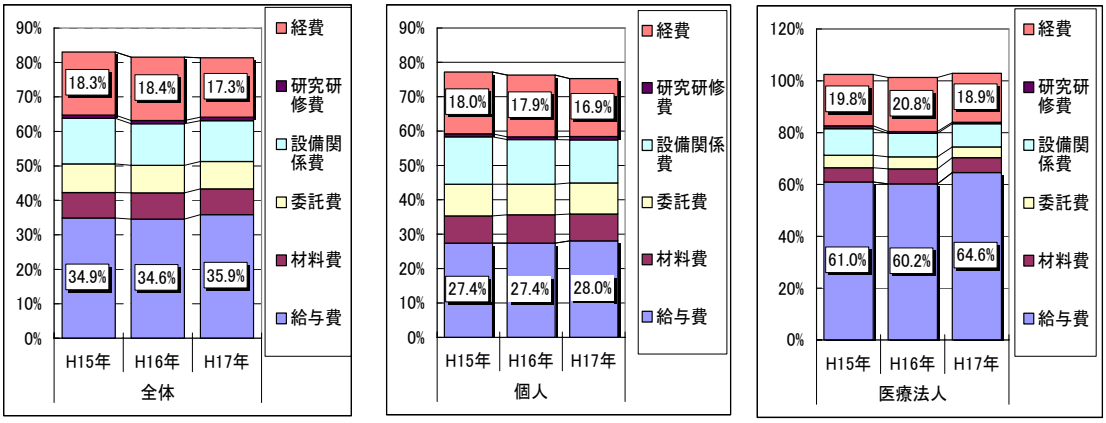


図 2-3-4　損益計算書　経営形態別；医業原価の構成比

②人件費支払い能力をみるための試算

	１人当たり人件費（月=年間/12）	=	付加価値率	＊	固定資産回転率	＊	労働装備率	＊	労働分配率
全体	255,757	＝	65.5%	＊	2.1	＊	3,737,437	＊	59.7%
医療法人	408,621	＝	69.9%	＊	4.4	＊	1,595,902	＊	99.9%
個人	203,349	＝	64.3%	＊	1.8	＊	4,419,998	＊	47.7%

表 2-3-6　人件費支払い能力をみるための試算（公式）

１人当たり人件費は、個別賃金水準であり、スタッフ（従事者）の生活水準の高さを示す。

院長のトップマネジメントとしては、スタッフの生活水準を高めることは、経営における重要なポイントである。したがって、その個別賃金水準を高めるためには、付加価値率をあげねばならない。言うまでもなく、診療所経営における付加価値率とは、医療技術の中身の濃さを意味している。

＊固定資産回転率（設備回転率）は高めるため、導入された新鋭の機械が稼動しているか有効に活用されているか検討する。

＊労働装備率、すなわちスタッフ１人当たりの新鋭の機械設備が金額でどのくらいあるか高めねばならない。（近代化水準）

＊労働分配率は、労務構成体質を示すもので、つまり、付加価値に占める層人件費比率は下げねばならない。

＊この試算式を自診療所にあてはめて試算をすることが人件費の水準をみる大事なポイントである。

区分項目			指標で求めた値より	１人月当たり人件費	付加価値率	固定資産回転率	労働装備率	**労働分配率**
歯科診療所　総括		全体	235,186	255,757	65.5%	2.1	3,737,437	**59.7%**
		医療法人	376,493	408,621	69.9%	4.4	1,595,902	**99.9%**
		個人	190,148	203,349	64.3%	1.8	4,419,998	**47.7%**
個人開業医	医師の人数	１人医師	178,970	201,927	63.0%	1.7	4,886,588	**46.3%**
		２人以上の医師	196,671	214,802	66.5%	2.1	3,691,546	**50.0%**
	医業収入規模別	3,000万円以下	106,317	115,893	54.4%	1.1	6,020,891	**38.6%**
		3,000-6,000万円	150,112	187,369	62.3%	1.9	3,900,390	**48.7%**
		6,000-10,000万円	212,382	239,906	66.0%	1.8	5,211,388	**46.5%**
		1億円以上	224,142	298,949	77.3%	3.6	2,405,094	**53.6%**
	固定資産の所有形態	賃貸物件	162,718	194,598	61.1%	2.8	2,861,559	**47.7%**
		自己所有物件	200,375	215,423	67.8%	1.3	6,148,687	**47.7%**
	スタッフの人数規模	5人以下	162,022	174,605	58.6%	1.8	5,472,193	**36.3%**
		5-10人	184,069	201,058	63.6%	1.8	4,363,405	**48.3%**
		10人以上	226,569	255,530	72.3%	2.0	3,978,572	**53.3%**
	債務超過の有無	有りの施設	170,003	190,821	60.3%	2.3	3,181,233	**51.9%**
		ない施設	201,024	219,200	66.1%	1.7	5,088,779	**46.0%**

図 2-3-7 人件費支払い能力（1 人月当たり人件費と付加価値

③損益分岐点の売上

歯科診療所の損益分岐点比率は、全体でみると 77.5%であるが、医療法人は、103.1%と高く異常である。なぜこういう体質なのか、理事長が意識してこういう体質を選択しているのかどうかを、まず確認する必要がある。

個人の損益分岐点比率は 69.7%であるが、医業収益 3,000 万円以下の規模は 75.8%、債務超過している所も 74%と高い。

			平成１７年医業収益	平成１７年医業収益(百万円)	損益分岐点売上高(百万円)	損益分岐点比率	医業収益対販売管理費比率	医業収益対人件費比率
歯科診療所　総括		全体施設	59,078,240	59	46	77.5%	66.0%	35.9%
		医療法人	139,972,315	140	144	103.1%	93.0%	64.6%
		個人開業医	50,988,832	51	36	69.7%	58.5%	28.1%
個人開業医	医師の人数	１人医師	45,880,739	46	32	69.6%	58.3%	26.6%
		２人以上の医師	62,907,717	63	44	69.8%	59.0%	30.6%
	医業収入規模別	3,000万円以下	20,954,038	21	16	75.8%	61.9%	19.3%
		3,000-6,000万円	44,443,708	44	32	71.6%	59.9%	27.7%
		6,000-10,000万円	72,567,999	73	49	67.1%	56.2%	27.8%
		1億円以上	137,819,495	138	90	65.5%	59.2%	40.3%
	固定資産の所有形態	賃貸物件	46,801,106	47	33	70.8%	60.0%	26.6%
		自己所有物件	56,654,580	57	39	68.3%	56.8%	29.7%
	スタッフの人数規模	5人以下	32,227,895	32	22	67.4%	56.1%	19.6%
		5-10人	51,020,283	51	36	70.5%	59.1%	27.9%
		10人以上	100,713,976	101	68	67.8%	57.9%	36.1%
	債務超過の有無	有りの施設	42,125,963	42	31	74.0%	62.2%	28.4%
		ない施設	56,306,554	56	38	67.7%	56.9%	27.9%

表 2-3-8　経営形態別、個人形態別　損益分岐点

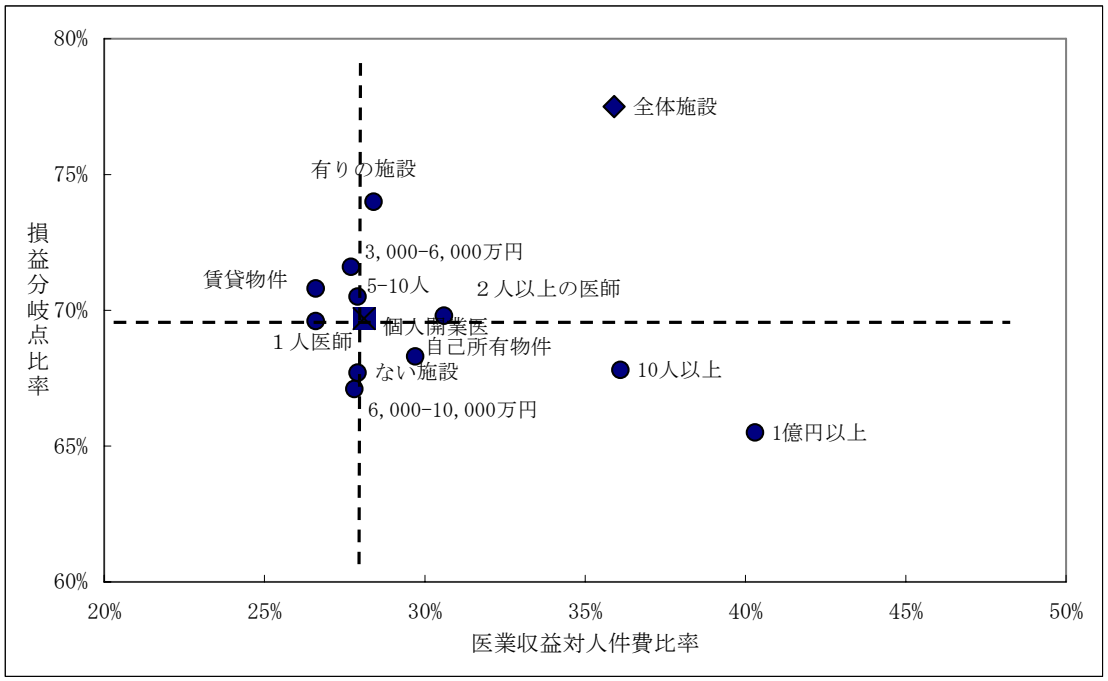


図 2-3-5 損益分岐点比率と医業収益対比率

④キャッシュフロー計算書（建物の所有形態（賃貸と自己所有）による比較）：平成 17 年度

個人医院キャッシュ・フロー計算書(賃貸と自己所有の比較)

	個人医院賃貸平均	個人医院自己所有平均	自己所有平均-賃貸平均
Ⅰ　営業活動によるキャッシュ・フロー	(金額:円)	(金額:円)	(金額:円)
税引前当期純利益	11,040,265	13,576,737	2,536,472
減価償却費	2,741,597	4,428,372	1,686,775
受取利息・受取配当金	0	0	0
支払利息	461,783	885,579	423,796
有価証券売却損益・評価損	0	0	0
固定資産売却損益・廃棄損	4,121	0	-4,121
売上債権減少(△増加)	-168,139	-430,034	-261,895
棚卸資産減少(△増加)	-93,324	-90,055	3,269
その他の流動資産減少(△増加)	-126,142	279,293	405,435
繰延資産減少(△増加)	537,533	118,304	-419,229
仕入債務増加(△減少)	20,951	40,004	19,053
その他の流動負債増加(△減少)	537,993	548,228	10,235
その他の固定負債増加(△減少)	0	0	0
役員報酬(事業主報酬分の事業主貸)	-12,645,593	-10,178,300	2,467,293
小　計	2,311,045	9,178,128	6,867,083
利息及び配当金の受取額	0	0	0
利息の支払額	-461,783	-885,579	-423,796
法人税等の支払額	0	0	0
小　計	-461,783	-885,579	-423,796
営業活動によるキャッシュ・フロー	1,849,262	8,292,549	6,443,287
Ⅱ　投資活動によるキャッシュ・フロー			
有形固定資産の減少(△増加)	-2,315,931	-4,392,057	-2,076,126
有価証券の減少(△増加)	150,054	-923	-150,977
貸付金の減少(△増加)	62,115	-6,506	-68,621
その他の固定資産の減少(△増加)	-107,369	76,597	183,966
投資活動によるキャッシュ・フロー	-2,211,131	-4,322,889	-2,111,758
Ⅲ　財務活動によるキャッシュ・フロー			
短期借入金の増加(△減少)	14,582	0	-14,582
長期借入金・社債の増加(△減少)	-1,007,593	-3,166,022	-2,158,429
増資	0	0	0
支払配当金	0	0	0
財務活動によるキャッシュ・フロー	-993,011	-3,166,022	-2,173,011
Ⅳ　現預金残高の増加(△減少)	-1,354,880	803,638	2,158,518
Ⅴ　期首現預金残高	4,499,693	11,059,106	6,559,413
Ⅵ　期末現預金残高	3,144,813	11,862,744	8,717,931

※事業主貸し勘定残高(借り勘定を相殺)を「事業主報酬」として計算した。

営業活動による CF は「自己所有」の方が「賃貸」より 644 万円多く、その分「賃貸」よりも設備投資と借入金返済にまわす金額が多くなっている。「賃貸」は、現預金残高が減少（キャッシュフローがマイナス）しており、明らかに事業主報酬部分が過剰で、内部留保が不足していると言える。「賃貸」も事業主報酬分が当期純利益の中に収まっていれば、ぎりぎりキャッシュフローがマイナスにならずに済むという状況である。

4. 経営の概況

(1) 歯科診療所全施設の平均像

１．３期　貸借対照表　　歯科診療所　全体平均

単位：百万円

科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減	科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減
現金預金	8	7	-1	8	1	買掛金	0	0	0	0	0
医業未収金	6	6	0	7	1	短期借入金	0	0	0	0	0
商品等	0	0	0	1	0	その他	1	1	0	2	0
その他	2	2	0	2	0						
流動資産合計	17	16	0	18	1	流動負債合計	2	2	0	2	0
土地・建物	14	14	0	14	0	長期借入金	33	31	-3	31	0
機械装置	10	9	-1	8	0	役員従業員長期借入金	1	1	0	1	0
車両運搬具	2	2	0	2	0	固定負債合計	34	32	-3	32	0
その他の有形固定資産	1	2	1	1	-1	負債合計	36	34	-2	34	0
無形固定資産	1	1	0	0	0	純資産(元入金)	10	11	1	11	0
その他の資産	2	2	0	2	0	事業主貸計	-8	-10	-2	-12	-2
						事業主借計	0	0	0	1	1
						（当期利益）	9	10	1	11	0
固定資産合計	31	29	-2	28	-1	純資産合計	11	11	0	11	0
資産合計	47	45	-2	46	1	負債･純資産合計	47	45	-2	46	0

２．３期　損益計算書

単位：百万円

科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減
医業収入	53	56	3	59	3
医業費用	44	46	2	48	2
給与費	18	19	1	21	2
材料費	4	4	0	4	0
委託費	4	4	0	5	0
設備関係費	7	7	0	7	0
（再掲）減価償却費	3	3	0	3	0
（再掲）地代・家賃	3	3	0	3	0
研究研修費	1	0	0	1	0
経費	10	10	1	10	0
医業利益	9	10	1	11	1
医業外収益	1	1	0	1	0
医業外費用	1	1	0	1	0
経常利益	10	10	0	11	1
当期利益	9	10	1	11	0
歯科医師数	1.9	1.9	0.0	1.8	-0.1
歯科衛生士	2.0	2.0	0.0	2.3	0.3
助手	3.5	3.5	0.0	3.4	-0.1
従事者合計人数	7.3	7.3	0.0	7.5	0.2

単位：百万円

科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減
医業収入	53	56	3	59	3
社保収入	31	32	1	33	1
国保収入	17	19	1	20	1
保険外収入	4	5	1	6	0

３．３期　レセプトデータ

科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減
レセプトの３要素					
総点数(百万点)	5.3	5.2	-0.1	5.3	0.1
総件数(千件)	3.7	3.7	0.0	3.9	0.2
総日数(千日)	8.6	8.6	0.0	8.8	0.2
レセプトの３指標					
１件当たり点数	1,435	1,396	-39	1,341	-55
１件当たり日数	2.32	2.30	-0.02	2.23	-0.07
１日当たり点数	617	607	-10	601	-6
患者数					
社会保険	21.9	21.3	-0.6	21.6	0.3
国民健康保険	10.6	11.0	0.4	11.2	0.2
社保＋国保	32.5	32.3	-0.2	32.8	0.5

*貸借対照表・損益計算書が３期揃っている歯科診療所

*但し、レセプトデータは、B/S・P/Lとは連動してない歯科診療所　　（　上記表　参照　）

(2) 歯科診療所　個人開業医の平均像

１．３期　貸借対照表　　歯科診療所　個人開業医平均

単位：百万円

科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減	科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減
現金預金	8	7	-1	8	1	買掛金	0	0	0	0	0
医業未収金	5	5	0	6	0	短期借入金	0	0	0	0	0
商品等	0	0	0	1	0	その他	1	1	0	1	0
その他	2	2	0	2	0						
流動資産合計	15	15	0	16	1	流動負債合計	1	1	0	2	0
土地・建物	16	15	-1	14	-1	長期借入金	34	32	-3	30	-2
機械装置	11	9	-1	9	0						
車両運搬具	2	2	0	2	0	固定負債合計	34	32	-3	30	-2
その他の有形固定資産	1	1	0	1	0	負債合計	36	33	-3	32	-1
無形固定資産	1	1	0	0	0	純資産(元入金)	10	11	1	12	1
その他の資産	2	2	0	2	0	事業主貸計	-9	-11	-2	-13	-2
						事業主借計	0	0	0	1	1
						(当期利益)	10	11	1	12	1
固定資産合計	32	30	-2	28	-2	純資産合計	11	12	1	12	1
資産合計	47	45	-2	44	-1	負債･純資産合計	47	45	-2	44	-1

２．３期　損益計算書

単位：百万円

科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減
医業収入	46	48	3	51	3
医業費用	35	37	2	38	2
給与費	13	13	1	14	1
材料費	4	4	0	4	0
委託費	4	4	0	5	0
設備関係費	6	6	0	6	0
(再掲) 減価償却費	4	3	0	3	0
(再掲) 地代・家賃	2	2	0	2	0
研究研修費	0	0	0	1	0
経費	8	9	1	9	0
医業利益	10	12	1	12	1
医業外収益	1	0	0	0	0
医業外費用	1	1	0	1	0
経常利益	10	11	1	12	1
当期利益	10	11	1	12	1
歯科医師数	1.5	1.5	0.0	1.4	-0.1
歯科衛生士	1.6	1.7	0.1	2.0	0.3
助手	3.0	3.0	0.0	2.9	-0.1
従事者合計人数	6.1	6.1	0.0	6.3	0.2

単位：百万円

科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減
医業収入	46	48	3	51	3
社保収入	26	27	1	27	1
国保収入	16	18	2	18	1
保険外収入	4	4	0	5	1

３．３期　レセプトデータ

科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減
レセプトの３要素					
総点数(百万点)	4.5	4.6	0.1	4.6	0.0
総件数(千件)	2.9	3.0	0.1	3.1	0.2
総日数(千日)	7.2	7.3	0.1	7.5	0.1
レセプトの３指標					
１件当たり点数	1,567	1,534	-33	1,455	-79
１件当たり日数	2.51	2.46	-0.05	2.37	-0.09
１日当たり点数	624	622	-2	615	-7
患者数					
社会保険	17.5	17.3	-0.2	17.6	0.3
国民健康保険	9.9	10.3	0.4	10.4	0.1
社保＋国保	27.3	27.6	0.3	28.0	0.4

*貸借対照表・損益計算書が３期揃っている歯科診療所

*但し、レセプトデータは、B/S・P/Lとは連動してない歯科診療所　　（上記表　参照　）

(3) 歯科診療所　医療法人の平均像

１．３期　貸借対照表　　歯科診療所　医療法人平均

単位：百万円

科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減	科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減
現金預金	9	9	0	8	-1	買掛金	1	1	0	0	0
医業未収金	15	15	0	18	3	短期借入金	0	4	3	0	-4
商品等	1	1	0	1	0	その他	6	6	0	4	-2
その他	5	5	0	4	-1						
流動資産合計	30	29	0	30	0	流動負債合計	6	10	3	4	-6
土地・建物	2	1	0	14	12	長期借入金	21	19	-2	41	21
機械装置	4	3	-1	4	1	役員従業員長期借入金	12	11	-1	14	3
車両運搬具	7	5	-2	6	1	固定負債合計	33	31	-2	55	24
その他の有形固定資産	1	3	2	0	-3	負債合計	40	41	1	59	18
無形固定資産	1	1	0	1	0	純資産(元入金)	7	7	0	7	0
その他の資産	4	6	2	7	2	事業主貸計	0	0	0	0	0
						事業主借計	0	0	0	0	0
						(当期利益)	1	1	-1	-4	-5
固定資産合計	18	19	1	32	13	純資産合計	8	8	-1	3	-5
資産合計	48	48	0	62	14	負債･純資産合計	48	48	0	62	14

２．３期　損益計算書

単位：百万円

科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減
医業収入	127	135	8	140	5
医業費用	130	137	6	144	7
給与費	78	77	0	84	7
材料費	7	8	1	8	0
委託費	6	6	0	6	-1
設備関係費	13	12	-1	13	0
(再掲) 減価償却費	3	3	0	3	0
(再掲) 地代・家賃	8	8	0	9	1
研究研修費	1	1	-1	1	0
経費	25	28	3	26	-2
医業利益	-3	-2	1	-4	-2
医業外収益	1	2	0	2	0
医業外費用	1	1	0	1	1
経常利益	-2	-1	2	-4	-3
当期利益	1	1	-1	-4	-5

歯科医師数	6.0	6.0	0.0	6.0	0.0
歯科衛生士	5.5	5.5	0.0	5.5	0.0
助手	8.8	8.8	0.0	8.8	0.0
従事者合計人数	20.0	20.0	0.0	20.0	0.0

単位：百万円

科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減
医業収入	127	135	8	140	5
社保収入	87	85	-2	90	5
国保収入	33	31	-2	36	5
保険外収入	8	18	10	13	-5

３．３期　レセプトデータ

科　　目	15/1期	16/1期	増減	17/1期	増減
レセプトの３要素					
総点数(百万点)	12.4	10.4	-1.9	11.1	0.6
総件数(千件)	10.9	9.9	-1.0	10.6	0.7
総日数(千日)	20.7	18.7	-2.0	19.9	1.2
レセプトの３指標					
１件当たり点数	1,133	1,055	-78	1,048	-7
１件当たり日数	1.89	1.89	0.00	1.88	-0.01
１日当たり点数	599	558	-41	556	-2
患者数					
社会保険	60.8	54.1	-6.7	56.1	2.0
国民健康保険	17.9	16.7	-1.2	18.7	2.0
社保＋国保	78.7	70.7	-8.0	74.8	4.1

*貸借対照表・損益計算書が３期揃っている歯科診療所

*但し、レセプトデータは、B/S・P/Lとは連動してない歯科診療所　　（　上記表　参照　）

5. 経営指標からみた歯科診療所の経営状況

(1) 経営指標からみた歯科診療所の全体推移

経営指標の比率を、歯科診療所の収益性・生産性・資本の活動性・財務の健全性・歯科診療所自身の成長性の 5 つに大きく分類した。また、それぞれの判定式の中に 6 つずつの比率をあげた。この 30 の比率は、脈絡なく並んでいるのではなく、その体系の糸口が準備されている。それが究極的企業経営のバロメータ、すなわち総資本経常利益率である。これは、比率で示すと、経常利益を総資本で割ったもので、これが歯科診療所の最も究極的な、歯科診療のバロメータである。

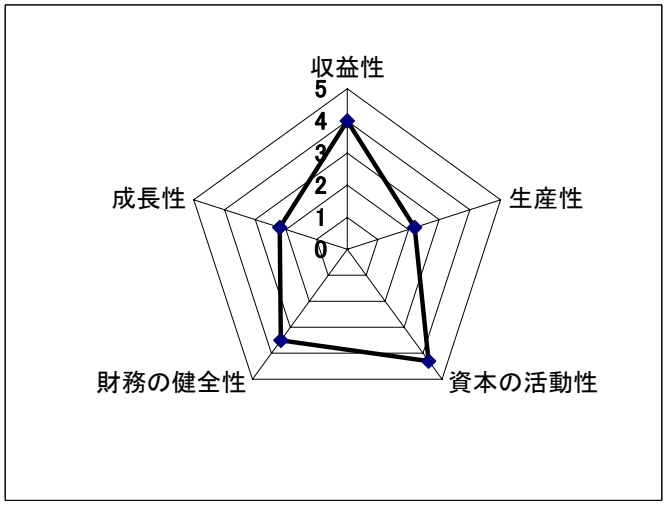
			全体	個人	医療法人	個人/全体増加率(%)	法人/全体増加率(%)
歯科診療所の全体	収益性	総資本経常利益率 (%)	23.4%	27.5%	-5.8%	17.5%	-124.8%
		医業収入総利益率 (%)	48.6%	55.0%	25.6%	13.2%	-47.3%
		医業収入対人件費率 (%)	35.9%	28.1%	64.6%	-21.7%	79.9%
		医業収入対材料比率 (%)	7.4%	7.9%	5.8%	6.8%	-21.6%
		医業収入対経費率 (%)	30.0%	30.4%	28.5%	1.3%	-5.0%
		医業収入対当期剰余金率 (%)	17.9%	23.8%	-3.3%	33.0%	-118.4%
	生産性	付加価値比率 (%)	65.5%	64.3%	69.9%	-1.8%	6.7%
		1人当り付加価値 (円)	428,593	435,204	407,851	1.5%	-4.8%
		労働分配率 (%)	59.7%	47.7%	99.9%	-20.1%	67.3%
		労働装備率 (円)	3,737,437	4,419,998	1,595,902	18.3%	-57.3%
		1人当り人件費 (円)	235,186	190,148	376,493	-19.1%	60.1%
		交差主義比率 (%)	2086.0%	2460.0%	-548.0%	17.9%	-126.3%
	資本の活動性	総資本回転率 (回)	1.3	1.2	2.3	-7.7%	76.9%
		流動資産回転率 (回)	3.4	3.1	4.7	-8.8%	38.2%
		受取勘定回転率 (回)	8.6	8.9	7.8	3.5%	-9.3%
		支払勘定回転率 (回)	9.9	9.0	20.4	-9.1%	106.1%
		棚卸資産回転期間 (回)	112.0	100.3	193.9	-10.4%	73.1%
		固定資産回転率 (回)	2.1	1.8	4.4	-14.3%	109.5%
	財務の健全性	流動比率 (%)	831.4%	848.8%	748.1%	2.1%	-10.0%
		当座比率 (%)	718.6%	734.5%	642.0%	2.2%	-10.7%
		固定長期適合率 (%)	64.5%	65.8%	55.2%	2.0%	-14.4%
		固定比率 (%)	247.8%	227.5%	1109.7%	-8.2%	347.8%
		自己資本構成比率 (%)	24.8%	27.7%	4.7%	11.7%	-81.0%
		金利負担率 (%)	1.1%	1.3%	0.5%	18.2%	-54.5%
	成長性	人員増加率 (%)	102.5%	100.3%	100.0%		-2.4%
		総資本増加率 (%)	101.1%	98.2%	128.2%		26.8%
		自己資本成長率 (%)	100.4%	104.5%	37.9%		-62.3%
		医業収益成長率 (%)	104.8%	105.2%	103.7%		-1.0%
		付加価値成長率 (%)	106.7%	106.7%	106.8%		0.1%
		当期余剰金成長率 (%)	107.8%	103.5%	-825.0%		-865.3%
		平均従事者数 (人)	7.5	6.3	20		

表 2-5-1 歯科診療所の全体　経営指標

(2) 総合分析

収益性・生産性・資本の活動性・財務の健全性・成長性の 5 つの大分類で歯科診療所全体を総合評価すると、普通 3.2 ポイントである。但し、内容的には歯科診療所が抱えている課題が浮きあがってきた。

収益性については、総資本経常利益率、医業収益経常利益率とも、国の「中小企業の財務指標」（平成 15 年 1 月～12 月決算期）概要版中小企業庁作成歯科診療所比率分析表①435 ページ参照によると、総資本経常利益率 2.4%、売上高経常利益率 1.8%、総資本回転率 1.6 回転である。それに対して、今回調査したデータによると、総資本経常利益率 23.4%、売上高経常利益率 18.6%、総資本回転率 1.3 回転であった。



	全体
収益性	4.0
生産性	2.2
資本の活動性	4.3
財務の健全性	3.5
成長性	2.2

図 2-5-1 総合診断結果

注：中小企業庁編「中小企業の財務指標」（平成 15 年 1 月～12 月決算期）概要編に掲載されている歯科診療所データ 1,123 施設は、医業収入 1 億円以上の大きい医療法人等 36.5%、5 億円以上 2%が含まれているので、特に収益性については数値が低めにでる。

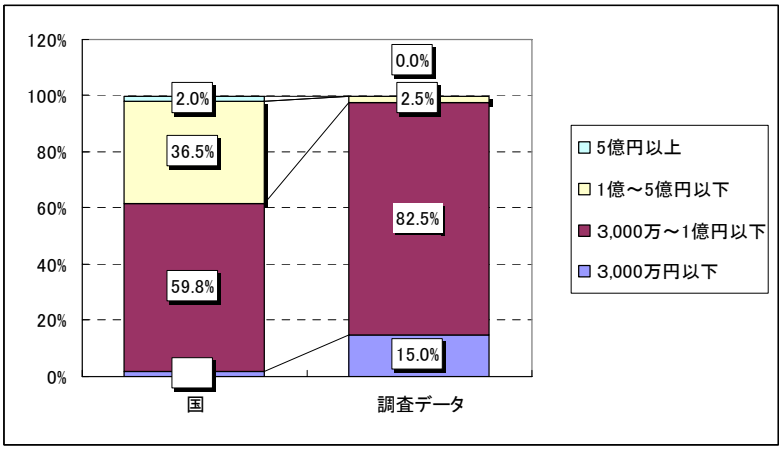


図 2-5-2 歯科診療所　調査標本による国と今回調査データの構成比（%）

(3) 収益性の分析

「収益性指標」は、歯科診療所経営における収支構造を見る指標である。そのために、指標は 6 つの指標に絞ってみた。

①.総資本経常利益率

②.医業収入対経常利益率

③.医業収入対人件費率

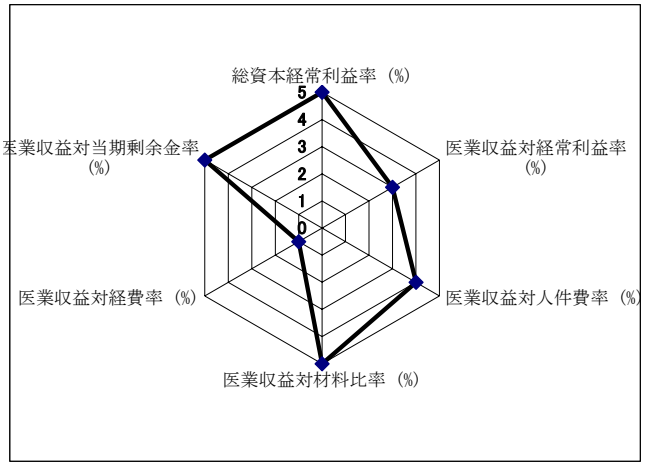
④.医業収入対材料比率

⑤.医業収入対経費率

⑥.医業収入益対当期剰余金率

特に①.総資本経常利益率は収益性を図る代表的指標である。歯科診療所経営の出発点は「元手をどれだけ増やすか」にある。診療活動の元手となる総資本（負債と純資産）が、いかに効率よく利益を生み出しているかを図る指標が ROA である。

今回の調査・分析にあたっては、総資本に事業主貸計を含めて計算しているので指標値は高めにでている（平成 17 年度総資本に含めない元々のデータで見ると 18.7%で、ポイント 4.7%高めの 23.4%になっている。



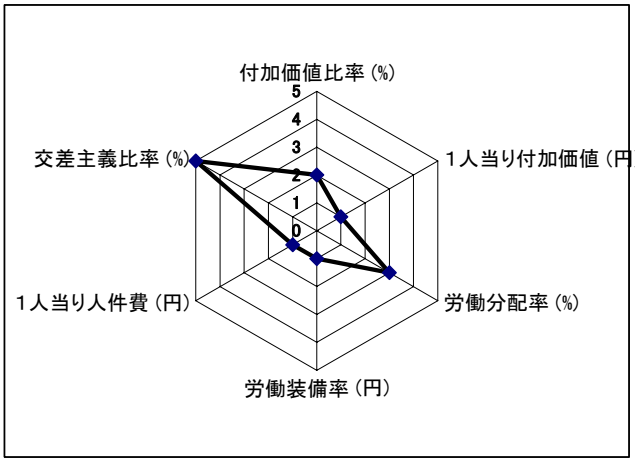
	全体	個人	医療法人
総資本経常利益率（%）	23.4%	27.5%	−5.8%
医業収入対経常利益率(%)	18.1%	23.8%	−2.5%
医業収入対人件費率（%）	35.9%	28.1%	64.6%
医業収入対材料比率（%）	7.4%	7.9%	5.8%
医業収入対経費率（%）	30.0%	30.4%	28.5%
医業収入対当期剰余金率（%	17.9%	23.8%	−3.3%

図 2-5-3 収益性の指標　全体と　経営形態別指標値

(4) 生産性の分析

「生産性指標」には、歯科診療所活動に投入した資本の利用効率を表し、主として収益性分析に使われる「資本生産性」と、労働量の利用効率を表し、主として生産性分析に使われる「労働生産性」がある。

つまり、高い生産性をあげ、適正な人件費をペイしているかを見る指標である。

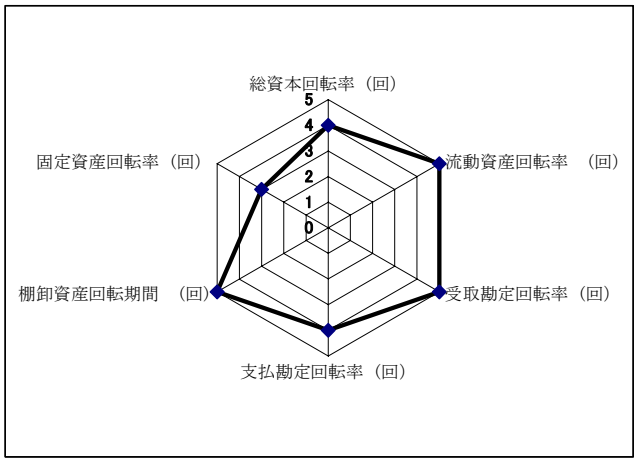


	全体	個人	医療法人
付加価値比率（%）	65.5%	64.3%	69.9%
1人当り付加価値（円）	428,593	435,204	407,851
労働分配率（%）	59.7%	47.7%	99.9%
労働装備率（円）	3,737,437	4,419,998	1,595,902
1人当り人件費（円）	235,186	190,148	376,493
交差主義比率（%）	2086.0%	2460.0%	-548.0%

図 2-5-4 生産性の指標　全体と　経営形態別指標値

(5) 資本の活動性による分析

「資本の活動性指標」は、歯科診療所の経営効率を図るには、一般に「回転率」という分析指標を用いる。経営全体の効率性を見る指標である。そのために、指標は 6 つの指標に絞ってみた。



	全体	個人	医療法人
総資本回転率（回）	1.3	1.2	2.3
流動資産回転率　（回）	3.4	3.1	4.7
受取勘定回転率（回）	8.6	8.9	7.8
支払勘定回転率（回）	9.9	9.0	20.4
棚卸資産回転期間　（回）	112.0	100.3	193.9
固定資産回転率（回）	2.1	1.8	4.4

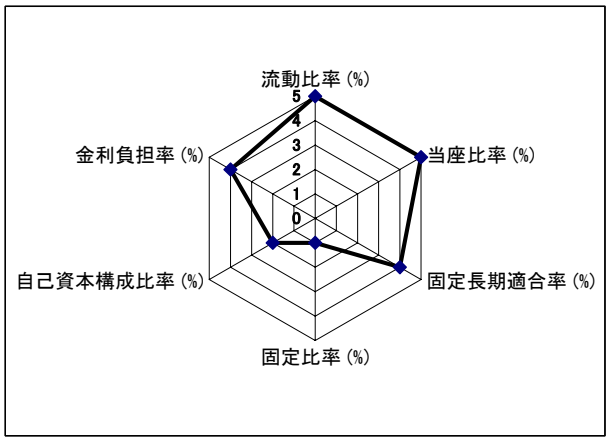
図 2-5-5 資本の活動性の指標　全体と経営形態別指標値

(6) 財務の健全性による分析

財務の健全性（安全性）は歯科診療所にとって重要である。永久に存在することを前提に診療活動をしている以上、余り急いで走っていけないのである。

この「急いで走る」というのは、借金を増やして規模の拡大を図り、より多くの利益を追求することを意味する。このような診療所は借金が多く、そのうちの多くは先行投資につぎ込まれるため、長期間にわたって資金が寝ていることになる。そうすると手元に現金は残らず、何か計画の狂いがあって資金繰りが行きづまると、たちまち支払いが滞ってしまう。

歯科診療所が、競合相手をよく把握したうえで、出来る範囲で無理をせず走っているかは、決算書を通して見る健全性（安全性）の分析のうえでも必ずわかるものである。

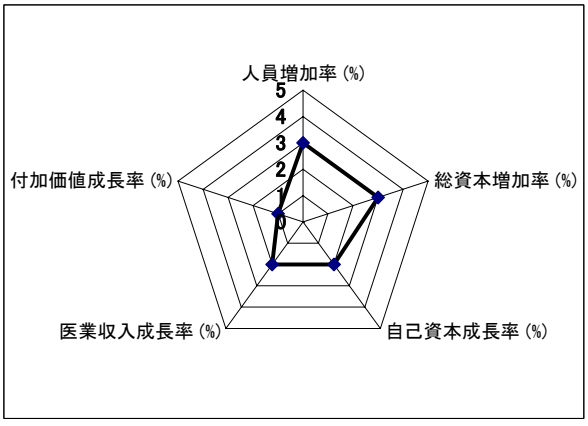


	全体	個人	医療法人
流動比率 (%)	831.4%	848.8%	748.1%
当座比率 (%)	718.6%	734.5%	642.0%
固定長期適合率 (%)	64.5%	65.8%	55.2%
固定比率 (%)	247.8%	227.5%	1109.7%
自己資本構成比率 (%)	24.8%	27.7%	4.7%
金利負担率 (%)	1.1%	1.3%	0.5%

図 2-5-6 財務の健全性の指標　全体と経営形態別指標値

(7) 成長性の分析

歯科診療所の成長性としては、人員増加率と総資本増加率よりも付加価値成長率と当期利益成長率を重視したい。そのため、人員増加率 100%、総資本増加率 100%、自己資本成長率 110%、医業収入成長率 110%、付加価値成長率 120%、当期剰余金成長率 120%をそれぞれ普通として評価している。



	全体	個人	医療法人
人員増加率 (%)	102.5%	100.3%	100.0%
総資本増加率 (%)	101.1%	98.2%	128.2%
自己資本成長率 (%)	100.4%	104.5%	37.9%
医業収入成長率 (%)	104.8%	105.2%	103.7%
付加価値成長率 (%)	106.7%	106.7%	106.8%

図 2-5-7 成長性の指標　全体と　経営形態別指標値

6. レセプトデータの基礎知識（3 要素と 3 指標）

歯科医院のマーケティングの基礎となる数値は診療報酬の医業収入（診療収入）である。診療収入には、社会保険収入、国民健康保険収入、保険外収入、雑収入等がある。

医業収入（診療収入）を得るには、毎月診療報酬を所定の書類（紙レセプト）で審査支払機関へ毎月請求しなくていけない。しかし、ただ単に診療報酬を請求するための処理に終わっている歯科診療所は、歯科経営における最大の情報源を取り逃がしているといえよう。

診療報酬は企業でいう売上であり、病院・診療所では医業収益（医業収入）となる。医療形態には大病院から中小の病院まで、一般診療所から歯科診療所まで、医療法人から個人開業医と様々にあるが、これら異なる経営形態、売上水準、規模を統一した“ものさし”で評価するのが、レセプトの主要 3 要素と 3 指標である。

(1) 主要 3 要素と主要 3 指標について

本報告でいうレセプトの主要 3 要素とは、医科医療費の変化をみるうえでの基礎となる要素、すなわち「総点数（＝「医療費」）、「総件数（＝患者数）」、「総日数（＝延べ患者数）」をいう。

レセプトの主要 3 指標とは、上記①の主要 3 要素から、受療頻度や診療単価などの変化を見るために集計した「1 日当たり点数」、「1 件当たり点数」、「1 件当たり日数」をいう。

(2) レセプトの 3 指標とは

①. 1 件当たり点数は、下記の計算式によって求める。

$$1\text{件当たり点数}\quad (D) = \frac{\text{総点数}\quad (A)}{\text{総件数}\quad (B)} = \frac{4,579,592}{3,147} = 1455\ \text{点}$$

②. 1 件当たり日数は、下記の計算式によって求める。

$$1\text{件当たり日数}\quad (E) = \frac{\text{総日数}\quad (C)}{\text{総件数}\quad (B)} = \frac{7,452}{3,147} = 2.37\ \text{日}$$

③. 1 日当たり点数は、下記の計算式によって求める。

$$1\text{日当たり点数}\quad (F) = \frac{\text{総点数}\quad (A)}{\text{総日数}\quad (C)} = \frac{4,579,592}{7,452} = 615\ \text{点}$$

*数値は、平成１７年度の個人(社保＋国保)データより計算。(図2-7-1参照)

7. 歯科診療所：経営形態別主要３要素および主要３指標

(1) 経営形態別主要３要素および主要３指標

1～１２月累計

歯科診療所経営形態別　主要３要素　調査１施設当たり

		(A).総点数			(B).総件数			(C).総日数　(日)		
		平成１６年	平成１７年	増減	平成１６年	平成１７年	増減	平成１６年	平成１７年	増減
歯科診療所全体	社保	3,270	3,338	2.09%	2,563	2,682	4.63%	5,647	5,756	1.94%
	国保	1,924	1,921	-0.20%	1,158	1,239	7.02%	2,910	2,996	2.97%
	社保＋国保	5,194	5,259	1.24%	3,721	3,921	5.37%	8,556	8,752	2.29%
歯科診療所個人	社保	2,721	2,770	1.78%	1,916	2,029	5.88%	4,590	4,687	2.10%
	国保	1,832	1,811	-1.16%	1,052	1,118	6.28%	2,726	2,765	1.46%
	社保＋国保	4,554	4,581	0.60%	2,968	3,147	6.02%	7,316	7,452	1.86%
歯科診療所医療法人	社保	7,766	8,224	5.90%	7,872	8,302	5.46%	14,308	14,955	4.52%
	国保	2,677	2,860	6.84%	2,023	2,277	12.57%	4,420	4,981	12.69%
	社保＋国保	10,443	11,085	6.14%	9,895	10,579	6.91%	18,728	19,936	6.45%

歯科診療所経営形態別　主要３要素から求めた主要3指標

		(D).1件当たり点数			(E).1件当たり日数			(F).1日当たり点数		
		平成１６年	平成１７年	増減	平成１６年	平成１７年	増減	平成１６年	平成１７年	増減
歯科診療所全体	社保	1,276	1,245	-2.43%	2.20	2.15	-2.27%	579	580	0.17%
	国保	1,662	1,550	-6.74%	2.51	2.42	-3.59%	661	641	-3.03%
	社保＋国保	1,396	1,341	-3.94%	2.30	2.23	-3.04%	607	601	-0.99%
歯科診療所個人	社保	1,420	1,365	-3.87%	2.40	2.31	-3.75%	593	591	-0.34%
	国保	1,742	1,620	-7.00%	2.59	2.47	-4.63%	672	655	-2.53%
	社保＋国保	1,534	1,455	-5.15%	2.46	2.37	-3.66%	622	615	-1.13%
歯科診療所医療法人	社保	987	991	0.41%	1.82	1.80	-1.10%	543	550	1.29%
	国保	1,324	1,256	-5.14%	2.19	2.19	0.00%	606	574	-5.28%
	社保＋国保	1,055	1,048	-0.66%	1.89	1.89	0.00%	558	556	-0.36%

表 2-7-1 歯科診療所：経営形態別による主要 3 指標

歯科診療所の経営形態別に見る１施設当たり「主要３**要素**」では、総点数は歯科医療費を、総件数は患者数を、総日数は延べ患者数を表す。

平成 17 年度の全施設の１施設当たり平均総点数は、530 万点（対前年増減率 1.2%）、総件数 3,900 件（対前年増減率 5.4%）、総日数 8,800 日（対前年増減率 2.3%）である。その中で個人開業医の総点数は 460 万点（対前年増減率 0.6%）、総件数は 3,100 件（対前年増減率 6.0%）、総日数は 7,500 日（対前年増減率 1.9%）であった。

一方、「主要３**指標**」のうち、１件当たり点数は患者１人１ケ月当たりの医療費を、１件当たり日数は患者１人１ケ月当たりの受療日数を、１日当たり点数は患者１受療日当たりの医療費を表す。

全施設の１件当たり点数 1,341 点、１件当たり日数 2.23 日、１日当たり点数 601 点であった。３指標全てにおいてマイナスとなった。なかでも、国保の１件当たり点数は、全体・個人・医療法人ともマイナス 5%以上の大幅な減少である。

(2) 経営形態別レセプトの 3 指標対前年（平成 17 年/平成 16 年）増加率

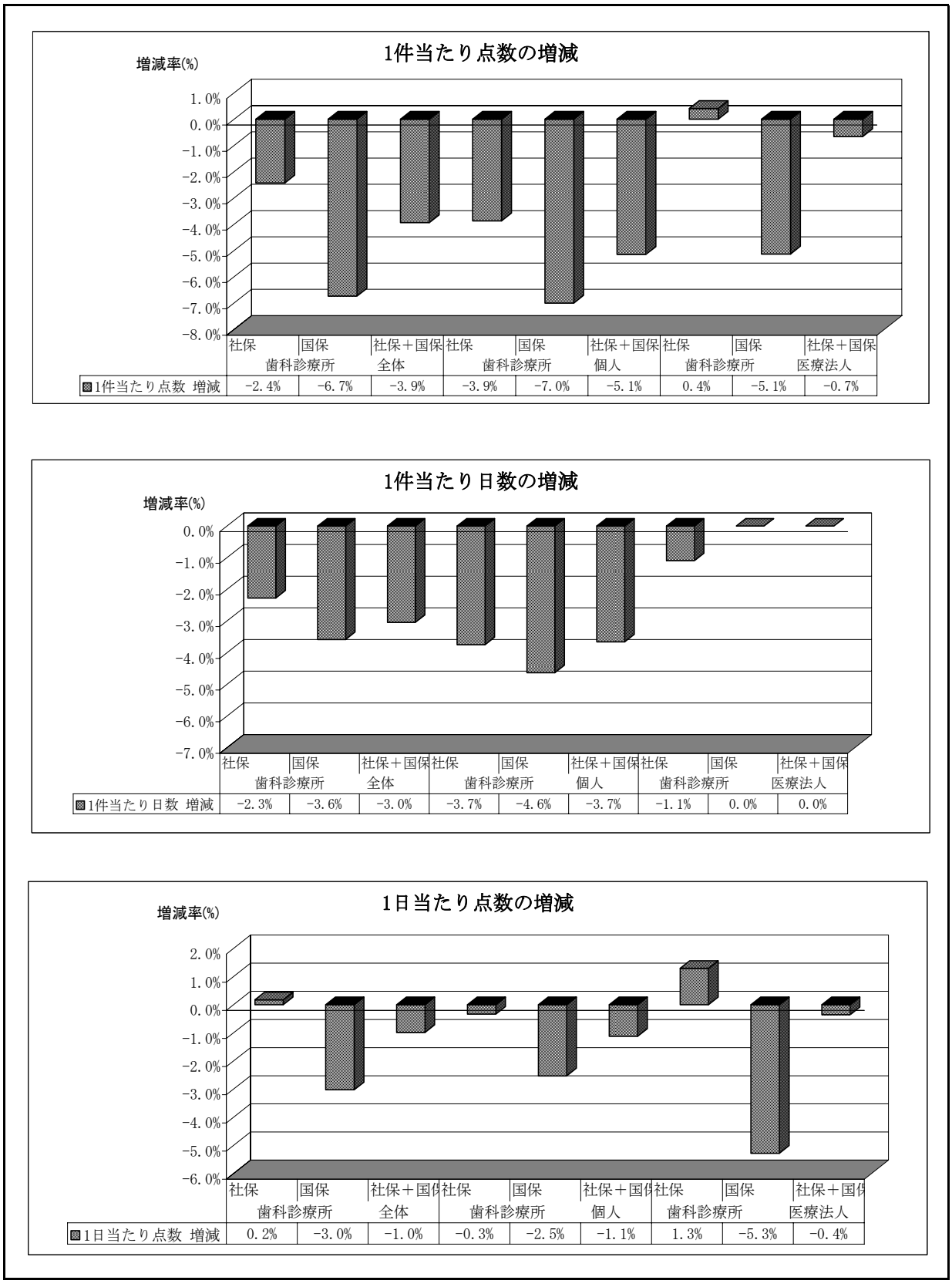


図 2-7-1 レセプトの主要 3 指標の対前年（平成 17 年/平成 16 年）の増加率:経営形態別

経営形態別に「レセプトの 3 指標」を見ると、1 件当たりの点数（患者 1 人 1 ケ月当たりの医療費）は全体でマイナス 3.9%減であるが、個人開業医の国保ではマイナス 7.0%の大幅な減となった。

1 件当たり日数（患者 1 人 1 ケ月当たりの受療日数）も、全体でマイナス 3.0%減、国保の個人でもマイナス 4.6%の減であった。

1 日当たり点数（患者 1 受療日当たりの医療費）は、全体でマイナス 1.0%減、医療法人の国保はマイナス 5.3%減だが、社保は 1.3%増のプラスであった。

(3) レセプトデータによる 1 日当たり患者数の実態

		1日当たり患者数		
		平成１６年	平成１７年	増減
歯科診療所 全体	社保	21.3	21.6	1.41%
	国保	11.0	11.2	1.82%
	社保＋国保	32.3	32.8	1.55%
歯科診療所 個人	社保	17.3	17.6	1.73%
	国保	10.3	10.4	0.97%
	社保＋国保	27.6	27.9	1.09%
歯科診療所 医療法人	社保	54.0	56.0	3.70%
	国保	16.7	18.7	11.98%
	社保＋国保	70.7	74.7	5.66%

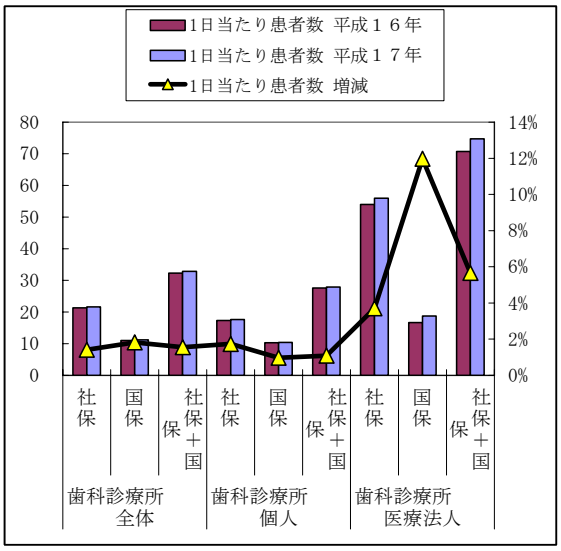


表 2-7-2 1 日当たり患者数の実績とグラフ

歯科診療所の 1 日当たり患者数を見てみると、平成 17 年度の全体施設では 33 人、個人開業医が 28 人、医療法人は 75 人である。全体平均を 100 とすると、個人の水準は 85、医療法人は 228 である。前年と比較すると全体で 1.6%増であるが、個人は 1.1%増、医療法人は 5.7%であった。

(4) 調査対象の個人歯科診療所を来院患者数規模で分類して分析

以下、レセプトデータのある診療所を概ね 1/3 ずつ、上位・中位・下位に分けて分析する。

		個人　歯科診療所					
		下位グループ		中位グループ		上位グループ	
		下位医院	構成比(%)	中位医院	構成比(%)	上位医院	構成比(%)
医業収入	社保	15,239	47.8%	25,935	51.6%	38,923	53.2%
	国保	13,526	42.4%	16,150	32.1%	27,545	37.6%
	自費	2,906	9.1%	7,090	14.1%	6,073	8.3%
	雑収入	238	0.7%	1,121	2.2%	683	0.9%
	合計	31,911	100.0%	50,296	100.0%	73,224	100.0%
1日当たり外来単価	社保	6,163		5,395		5,463	
	国保	7,001		6,923		6,117	
1日患者数	社保	9.1	55.2%	18.0	67.7%	26.4	61.3%
	国保	7.4	44.8%	8.6	32.3%	16.7	38.7%
	社保＋国保	16.5	100.0%	26.6	100.0%	43.1	100.0%

表 2-7-3 個人歯科診療所　患者数によるランク分け（下位・中位・上位グループ）実態

①概要

●個人の歯科診療所を調査した結果中位施設グループの平均的な 1 日当たり患者数の平均は 26.6 人（社保 18.0 人、国保 8.6 人）であった。下位施設グループの平均患者数 16.5 人は中位グループの約 62%の水準である。一方、上位施設グループの平均患者数 43.1 人は中位グループの 62%増である。ここに歯科診療所の二極化が顕著に数値として出てきているといえる（上位施設グループと下位施設グループ格差は 2.6 倍である）。

●医業収入で見てみると、下位施設グループは平均 3,200 万円、中位施設グループは 5,000 万円、上位施設グループは 7,300 万円である（上位と下位の格差は 2.3 倍）。

●1 日当たりの外来単価で見てみると、社保の外来単価では中位施設グループは 5,395 円である一方、下位施設グループは 6,163 円（中位グループより 14%増）、上位施設グループは 5,463 円（中位グループより 1.3%増）であった。また国保の外来単価は、中位の平均が 6,923 円、下位グループは 7,001 円、上位グループは 6,117 円である。

●医業収入を診療報酬別に見ると、中位グループの平均像は社保 52%、国保 32%、自費 14.%、その他 2%の割合となっている。下位グループは社保 48%、国保 42%、自費 9%、その他 1%である。上位グループは、社保 53%、国保 38%、自費 8%、その他 1%であった（図 2-7-2 参照）。

●医業収入の中で更に自費について見てみると、中位グループの平均は 700 万円、下位グループが 300 万円、上位グループは 600 万円である。この数値は、現状の歯科経営の要である院長（経営者）の姿勢・理念がハッキリと現れていると推定される。また、歯科診療所全体

の 20%は、自費診療が 100 万円以下であり、上位や中位でも自費診療収入 100 万円以下が存在している。

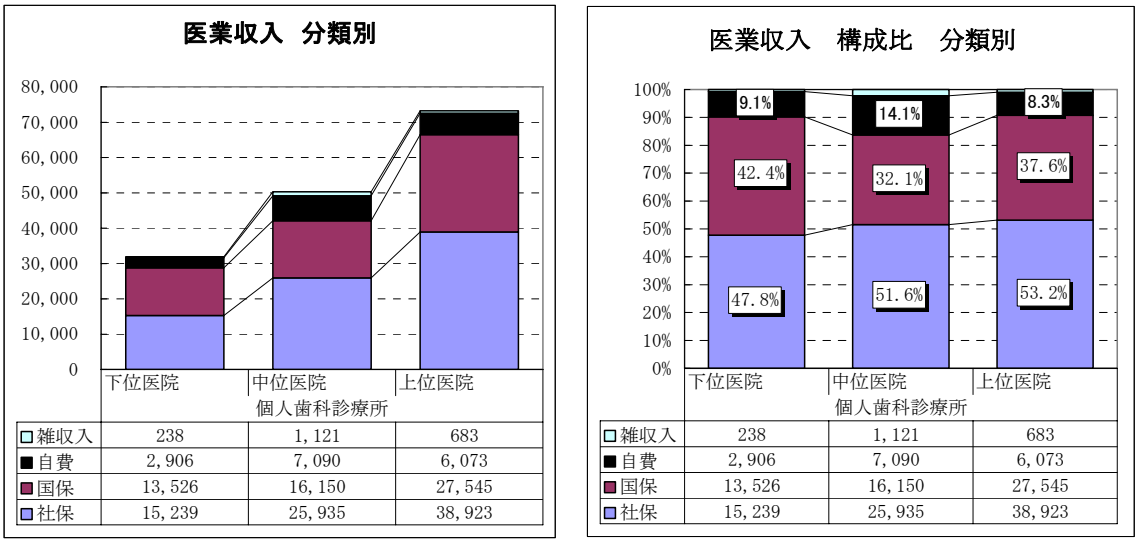


図 2-7-2 患者数分類による医業収入の実態と構成比の比較

医業収入を分類して見ると、下位グループは約 3,200 万円、中位グループが約 5,000 万円、上位グループは約 7,300 万円である。また構成比で見てみると、特に自費診療の構成比は下位グループ 9.1%、中位グループ 14.1%、上位グループ 8.3%で、中位グループの自費診療構成比の高さが目立っている。

②外来単価と患者数の規模別関係

	社会保険		国民健康保険		社保＋国保	
	外来単価	患者数	外来単価	患者数	外来単価	患者数
上位施設	5,525	27.0	6,192	17.1	5,859	44.1
中位施設	5,395	18.0	6,923	8.6	6,159	26.6
下位施設	6,163	9.1	7,001	7.4	6,582	16.5
平均	5,789	18.0	6,715	10.7	6,252	28.7

＊レセプトデータによる算出

表 2-7-4 外来単価・患者数と診療報酬収入の内訳別比較

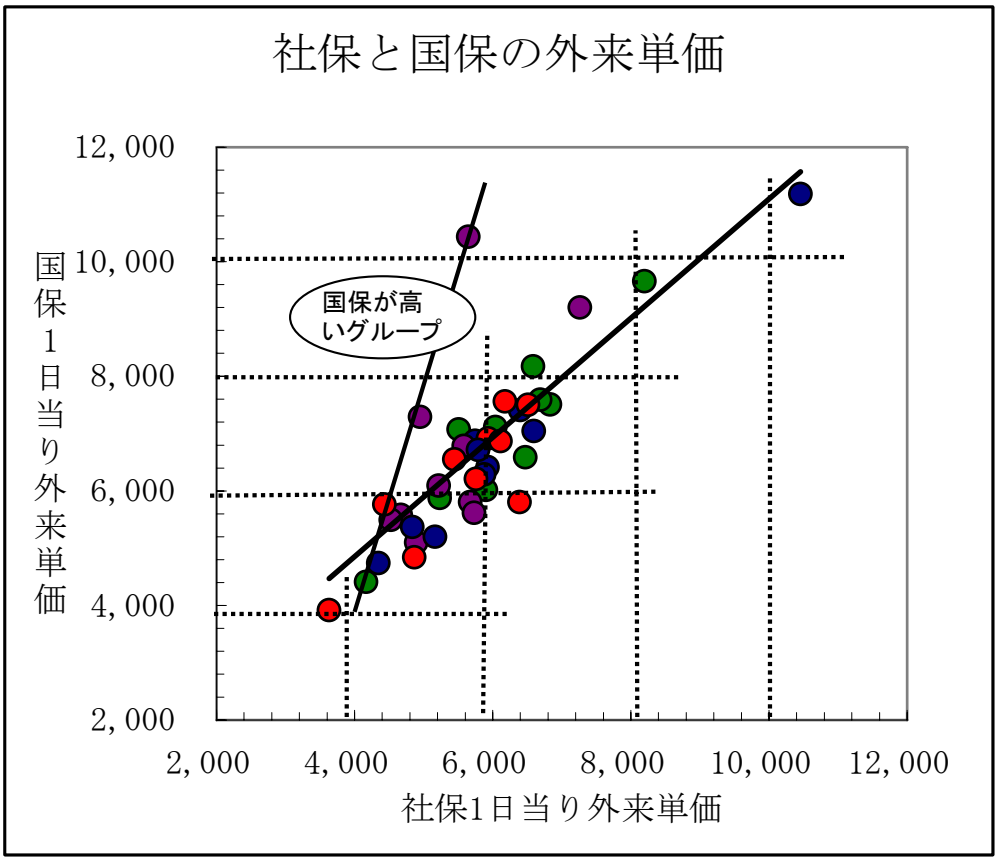


図 2-7-3 社保と国保の外来単価の関係

③社会保険と国民健康保険の外来単価と患者数の患者規模別グループ

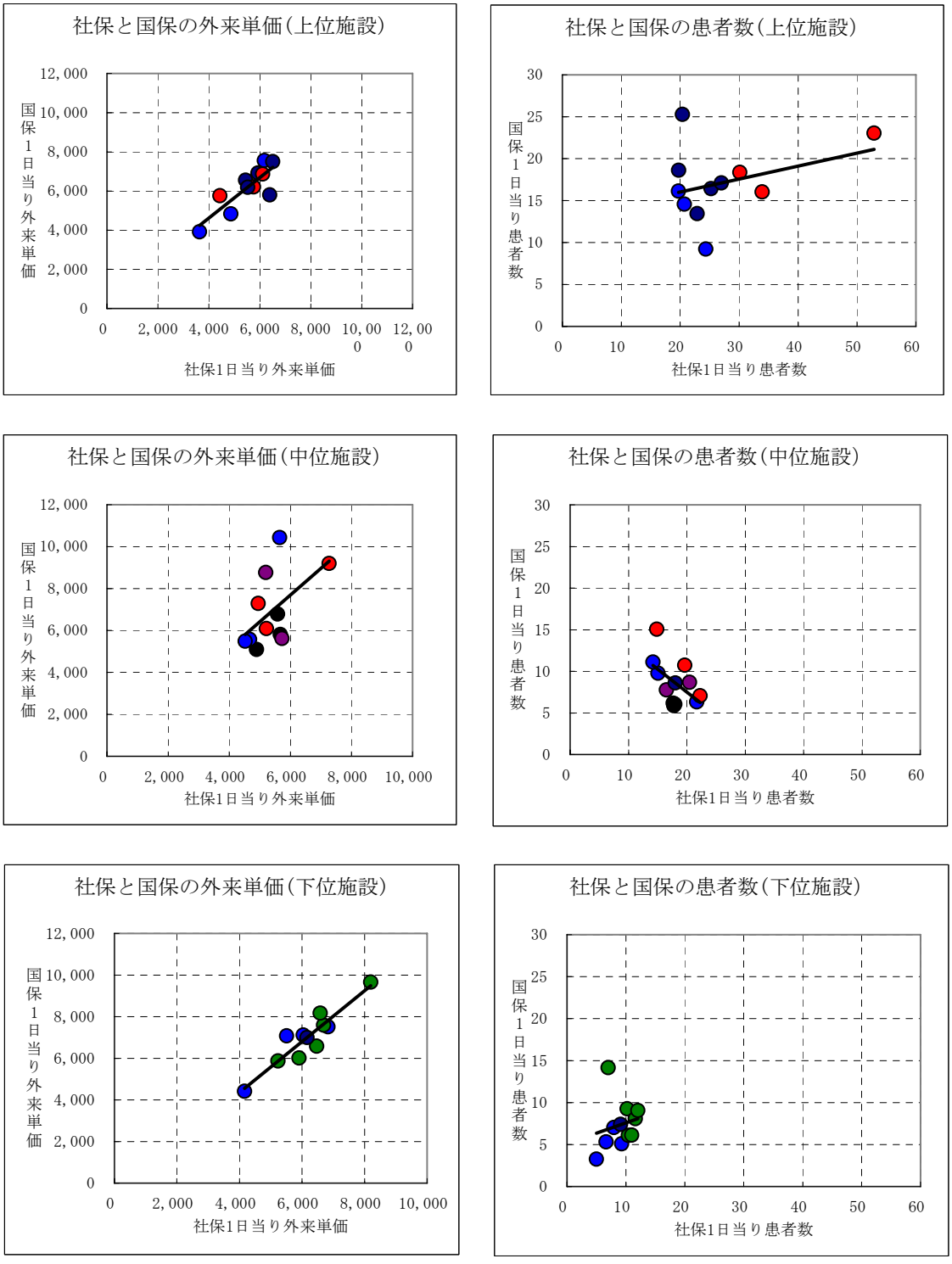
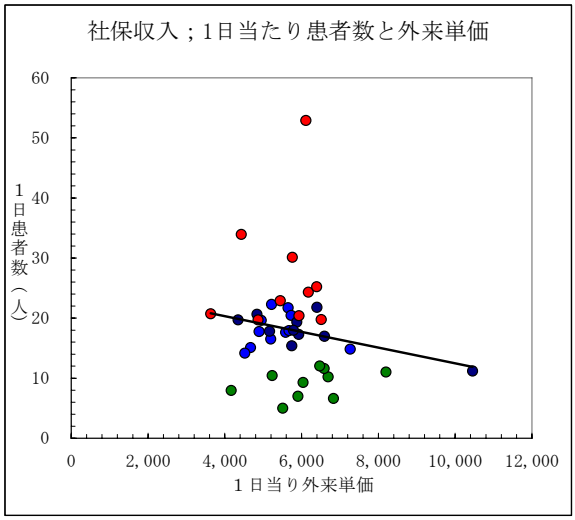


図 2-7-4 1 日当たり外来単価（社保と国保）および 1 日当たり患者数（社保と国保）規模別



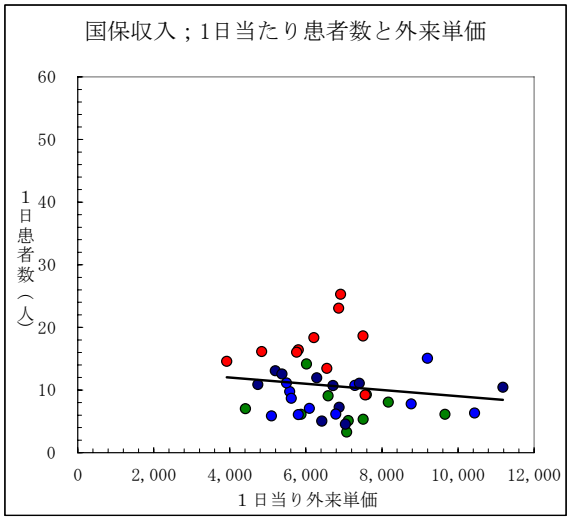


図 2-7-5 1 日当たり外来単価と患者数の関係（社保と国保）

	上位施設			中位施設			下位施設		
	社保	国保	社保+国保	社保	国保	社保+国保	社保	国保	社保+国保
外来単価(1日当たり)	5,525	6,192	5,859	5,395	6,923	6,159	6,163	7,001	6,582
患者数(1日当たり)	27.0	17.1	44.1	18.0	8.6	26.6	9.1	7.4	16.5

表 2-7-4 外来単価と患者数の医療収入別：規模別分類

1 日当たり外来単価を規模別に見ると、患者数が多い中位施設は、社保 5,395 円、国保 6,923 円、社保と国保の合計では 6,159 円である。社保＋国保計では、上位施設と下位施設の間では 12%の差である（下位施設の方が外来単価は 7%高く、上位施設は中位施設より更に 5%低い水準である）。

一方、1 日当たり患者数を規模別に見ると、患者数が多い中位施設は、社保+国保の合計では 26.8 人である。上位施設は 44.1 人、下位施設は 16.5 人で、その格差は実に 267%である。

	外来単価・患者数および医業収入別			中位施設を100とみた指数		
	上位施設	中位施設	下位施設	上位施設	中位施設	下位施設
外来単価(1日当たり)	5,859	6,159	6,582	−5%	0%	7%
患者数(1日当たり)	44.1	26.6	16.5	66%	0%	−38%
収入金額(社＋国)	68,643	42,085	28,765	63%	0%	−32%
自費	6,626	7,090	2,906	−7%	0%	−59%
雑収入	745	1,122	239	−34%	0%	−79%
総収入	76,014	50,297	31,910	51%	0%	−37%

表 2-7-5 外来単価と患者数の規模別分類と医業収入

患者数の規模で見ると、中位施設の医業収入は 4,200 万円、1 日当たり患者数 27 人である。

医業収入合計は 5,000 万円、社保＋国保計で 4,200 万円、自費 700 万円、その他雑収入 100 万円となっている。

但し、自費収入について見てみると中位施設と下位施設の間に 60%もの格差が発生している（全体では、32%の差である）。しかも、全体の施設数のなかには 100 万円以下のところがある。

ここに歯科経営の患者離れと集中化の 2 極化現象が現れている。

(5) 国の診療行為；レセプトの 3 指標との比較

診療行為	一般医療	老人医療	年齢階級				
			0～14歳	15～39歳	40～69歳	70～79歳	80歳以上
1件当たり点数	**1,334.0**	**1,808.0**	**794.8**	**1,349.7**	**1,441.9**	**1,747.3**	**1,938.3**
初･再診	190.0	203.5	211.8	185.8	187.2	198.3	206.7
指導管理等	113.4	123.1	68.4	126.3	118.3	124.3	110.0
在宅医療	2.2	81.3		1.5	4.0	32.2	174.5
検査	78.0	62.6	15.9	96.9	83.9	66.6	56.7
画像診断	51.4	39.6	25.0	69.1	48.7	43.9	34.0
投薬	26.1	29.4	9.2	28.8	29.0	29.8	25.7
注射	1.1	2.5	0.1	1.0	1.3	1.7	4.1
リハビリテーション	0.2	0.2	0.7	0.1	0.1	0.1	0.3
処置	222.8	172.9	112.2	260.7	232.2	182.9	153.1
手術	53.0	54.7	24.3	52.8	60.2	59.0	42.0
麻酔	3.6	2.1	2.9	5.0	3.1	2.2	1.6
放射線治療	0.2	0.6		0.1	0.2	0.6	0.6
歯冠修復及び欠損補綴	584.6	1,019.7	318.3	509.1	668.5	993.2	1,105.3
歯科矯正	2.1		3.2	5.6	0.0	0.4	
入院料等	5.4	16.0	2.6	7.0	5.2	12.1	23.7
1日当たり点数	**600.4**	**711.4**	**458.5**	**611.6**	**619.1**	**674.5**	**783.8**
1件当たり日数	**2.2**	**2.5**	**1.7**	**2.2**	**2.3**	**2.6**	**2.5**

資料：統計情報部「平成16年　社会医療診療行為別調査」(平成16年8月審査分)

表 2-7-6 診療行為別調査による歯科診療点数と年齢階級別

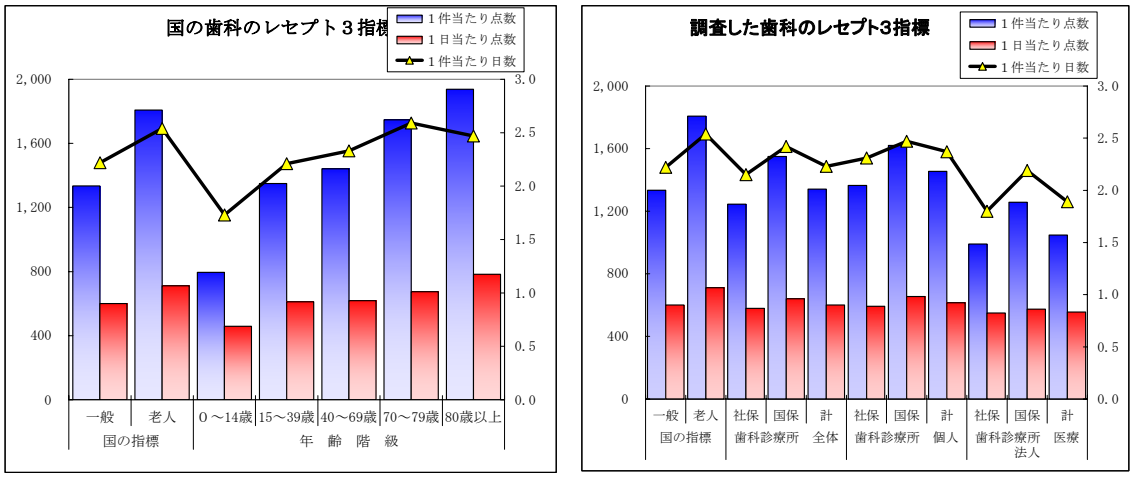


図 2-7-6 国の診療行為別　3 指標と　調査データによる 3 指標

	国の指標		歯科診療所　全体			歯科診療所　個人			歯科診療所　医療法人		
	一般	老人	社保	国保	計	社保	国保	計	社保	国保	計
1件当たり点数	1,334	1,808	1,245	1,550	1,341	1,365	1,620	1,455	991	1,258	1,048
1日当たり点数	600	711	580	641	601	593	655	615	550	574	556
1件当たり日数	2.22	2.54	2.15	2.42	2.23	2.31	2.47	2.37	1.80	2.19	1.89

表 2-7-7 国の指標と今回調査結果による 3 指標

(6) レセプト調査より判明した内容および考察を簡単に列記する。

■国のレセプト 3 指標は、1 件当たり点数 1,334 点、1 件当たり点数 600 点、1 件当たり日数 2.22 日である。今回調査した歯科診療所では、1 件当たり点数 1,341 点、1 件当たり点数 601 点、1 件当たり日数 2.23 日で、国のデータとほとんど差がないことが判明した。

このことは裏返しをして見ると、表 2-7-6 の診療行為の内容と点数および一般医療、老人医療、年齢階級 5 段階の数値を、以後の分析に活用することができるということである。

- 例 1 : 歯科診療所全体の社保 1 件当たり点数 1,245 点という内容は、年齢階級 15 歳～39 歳の「1 件当たり点数」1,349.7 点より下になるので、全体的に若い患者が多いということが推測できる。
- 例 2 : 歯科診療所全体の国保 1 件当たり点数 1,620 点という内容は、年齢階級 70 歳～79 歳の「1 件当たり点数」1,747.3 点より下であり、40 歳～69 歳の 1,441.9 点よりも高いので、この間に該当すると推測できる。年齢構成によって変化するので、おおまかに 60 前後ということが推定できる。

＊患者データを別に収集しなくても、毎月のレセプトのデータを「主要3要素」に基づいて、「主要3指標」の計算をパソコンですることが経営の改革の第一歩である（具体的に頭にある患者さんのデータをまず数値化することが大切）。

レセプトの主要3要素とは、「総点数」、「総件数」、「総日数」をいう。医療費の動向を追う上での基礎となる要素である。

レセプトの主要3指標とは、「1件当たり点数（点数/件数）」、「1件当たり日数（日数/件数）」、「1日当たり点数（点数/日数）」をいう。主要3要素から求められる受療頻度や診療単価といった基礎的な指標になる。

■患者数の動向は、経営形態から見ると平成 17 年度の調査対象施設全体平均で 33 人、個人歯科平均は 28 人、医療法人平均は 75 人である。一方、個人歯科診療所のなかで患者数の多い上位施設グループの平均は 44 人、中位施設平均は 27 人、下位施設は 17 人である。

■1 日当たりの社会保険の外来単価の動向は、患者数の多い上位施設グループは 5,525 円、中位施設は 5,395 円、下位施設は 6,163 円である。

■医業収入の動向は、経営形態から見ると平成 17 年の調査対象施設全体平均で 5,900 万円、個人歯科平均は 4,800 万円、医療法人平均は 1 億 3,500 万円である。一方、個人歯科診療所のなかで患者数の多い上位施設グループは 7,300 万円、中位施設は 5,000 万円、下位施設は 3,200 万円である（表 2-2-1 参照）。

■自費収入の動向は、患者数の多い上位施設グループは 660 万円、中位施設は 710 万円、下位施設は 290 万円である。しかしながら、上位・中位施設にも 100 万円以下の施設はあり、全体の 20%が自費収入 100 万円以下である。

	平成16年	平成17年
医業収入	4,800万円	5,100万円
総資産	4,500万円	4,400万円
レセプト件数	2,968人	3,147人
総実日数	7,316日	7,452日
総点数	455万点	458万点
レセプト1件当たり点数	1,534点	1,455点
患者1人1日当たり点数	622点	615点
患者1人来院回数	2.46日	2.37日

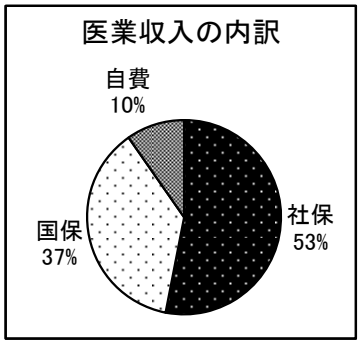


表 2-7-8　歯科診療所　個人　医業収入・資産・レセプトまとめ

	社会保険		国民健康保険		保険外診療		医業収入合計	
	診療収入	平均対比	診療収入	平均対比	診療収入	平均対比	診療収入	平均対比
上位施設	40,148	146.9%	28,495	151.7%	6,626	124.1%	76,014	146.1%
中位施設	25,935	94.9%	16,150	86.0%	7,090	132.8%	50,297	96.6%
下位施設	15,239	55.8%	13,526	72.0%	2,906	54.4%	31,911	61.3%
平　均	27,323	100.0%	18,784	100.0%	5,338	100.0%	52,045	100.0%

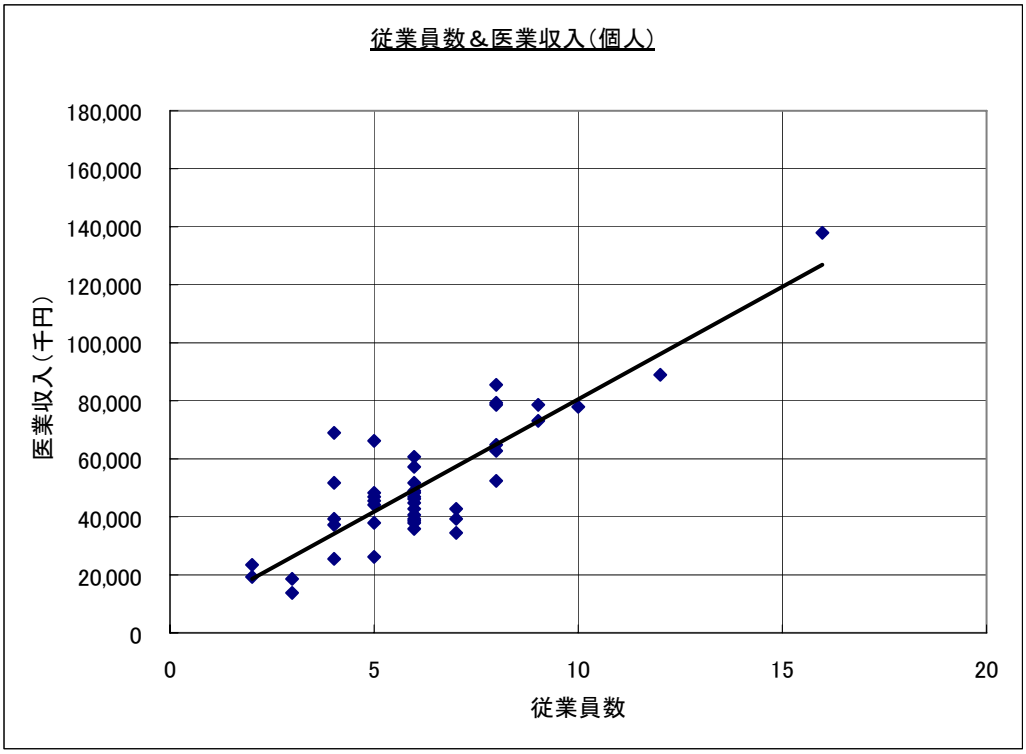
*レセプトデータによる算出

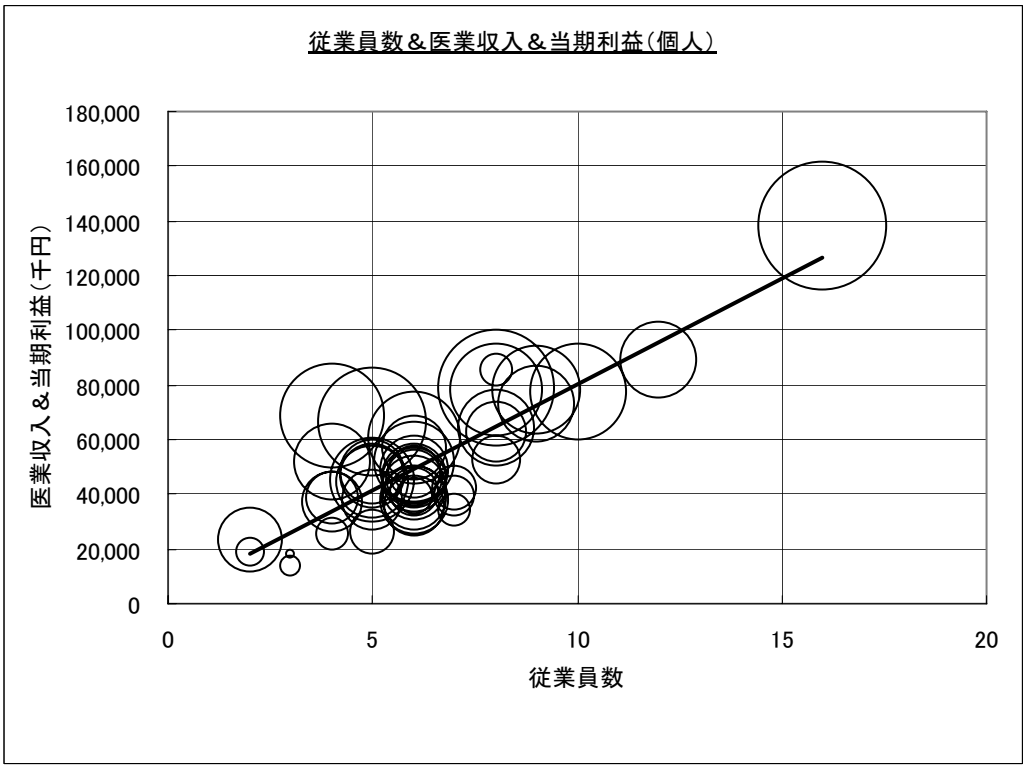
表 2-7-9　歯科診療所　個人　患者数の多い順に 3 分類した医業収入の内訳

8. 財務・属性データによる様々な分析（切り口の一例）

(1) 従業員数・医業収入・当期利益による分析

平均的に従業員 1 名あたり年間 8,000 千円の医業収入となっている。従業員 5～6 名で年間 50,000 千円以上の医業収入を獲得している医院の利益が相対的に大きく、これに該当する個人医院が多い。

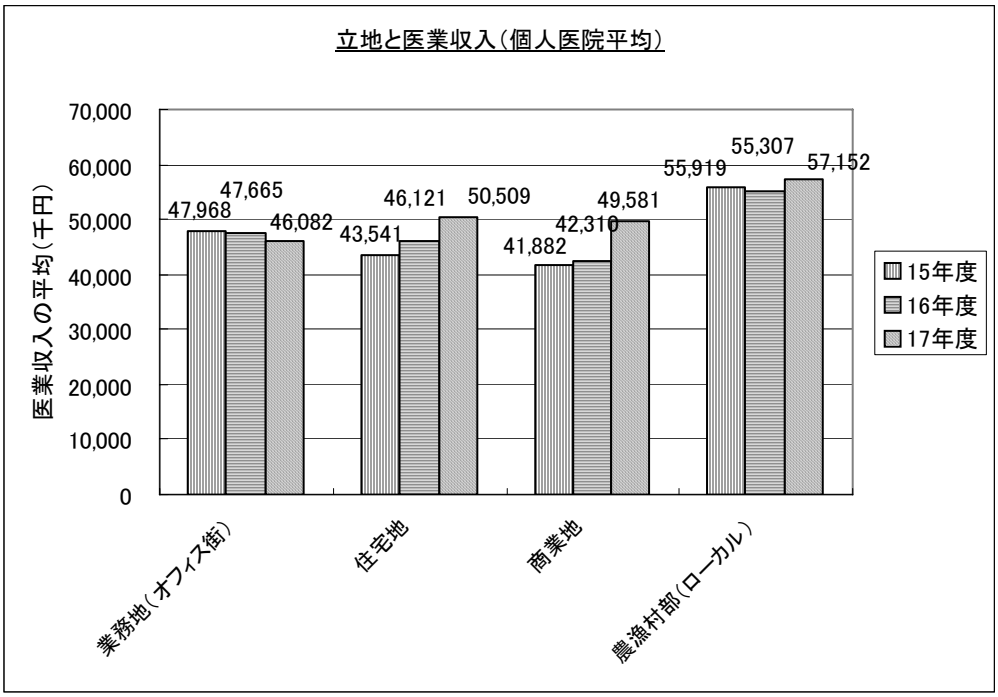


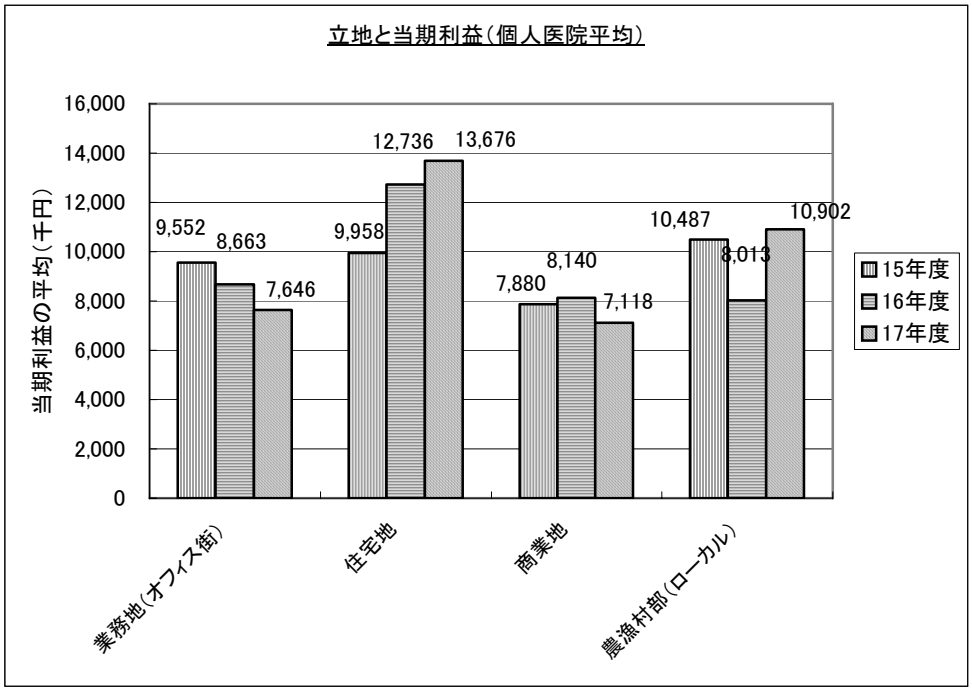


(2) 立地と医業収入・当期利益の推移

①立地環境別医業収入・当期利益の推移の分析

1)個人平均

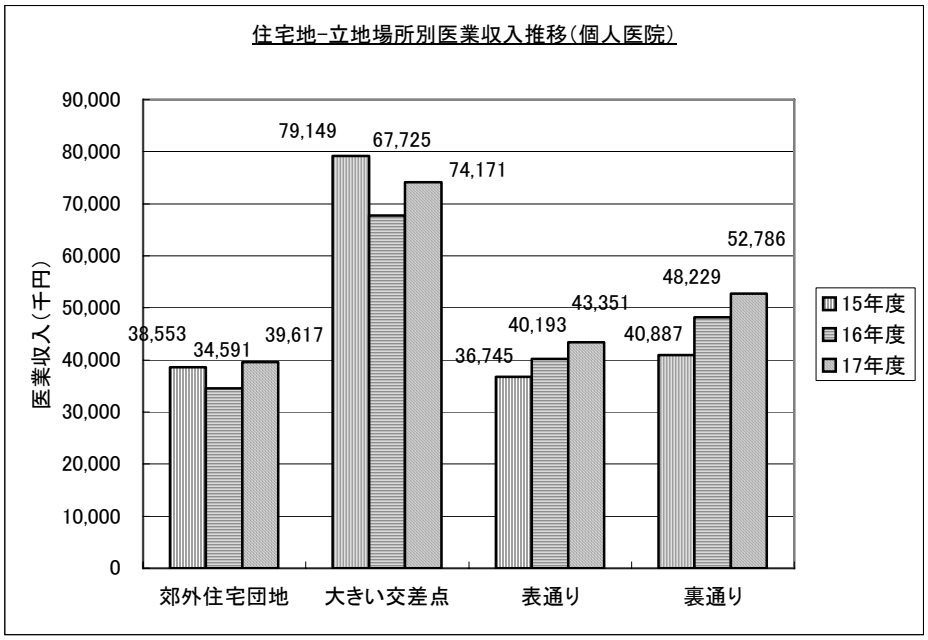


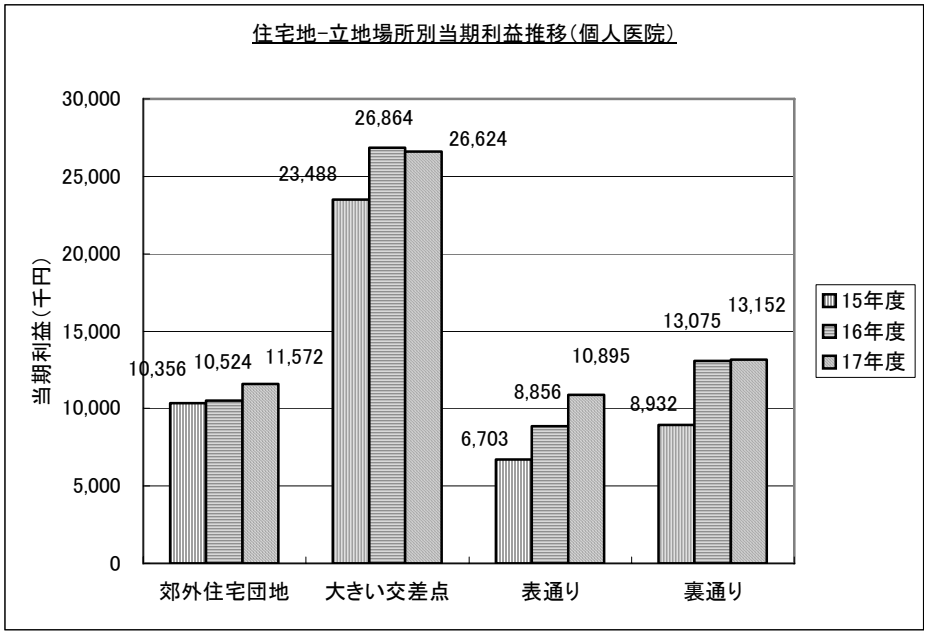


農漁村部の個人医院の医業収入は比較的高く、かつ安定している。住宅地の医院が医業収益、当期利益ともに増加傾向にあるが、オフィス街の医院は医業収入・当期利益ともに減少傾向にあり対照的である。商業地では医業収益は伸長しているが、当期利益は減少傾向にある。

2)個人医院

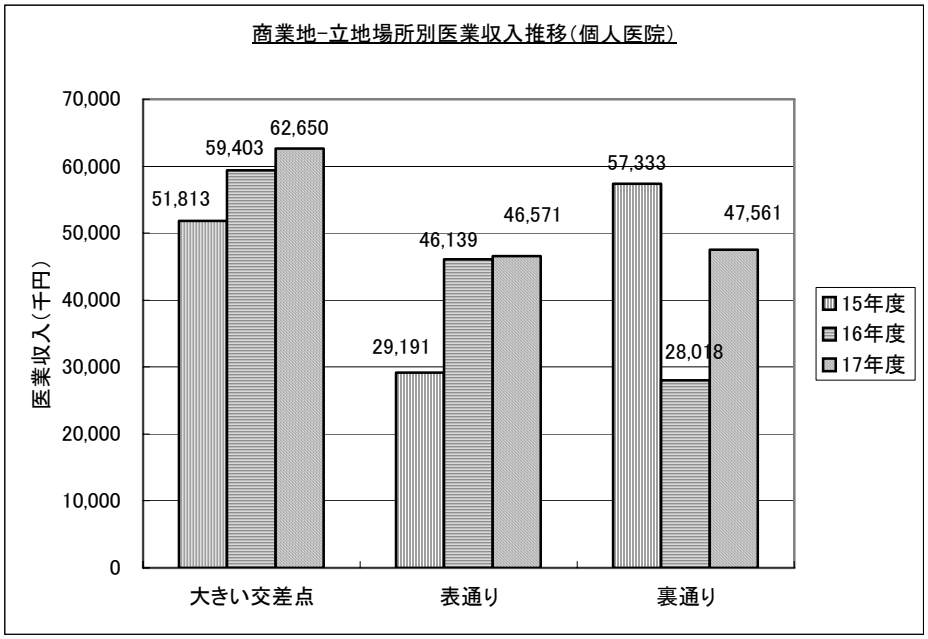
a.住宅地の場合

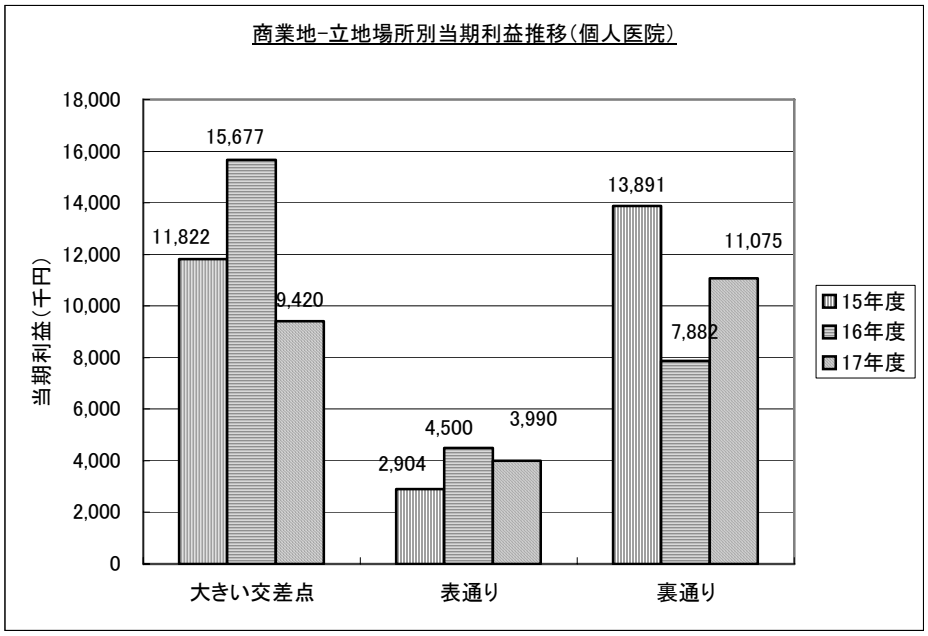




立地条件として、同じ住宅地内の医院であっても、大きな交差点に面した医院の医業収入および当期利益ともに大きいが、その伸び率は横ばいか減少傾向にある。これとは対照的に住宅街の表通り・裏通りに面した医院においては、額は相対的に小額だが、医業収入・当期利益ともに概ね年 10%で伸びている。郊外の住宅地内の医院は、医業収入・当期利益は横ばいの状態と見られる。

b.商業地の場合

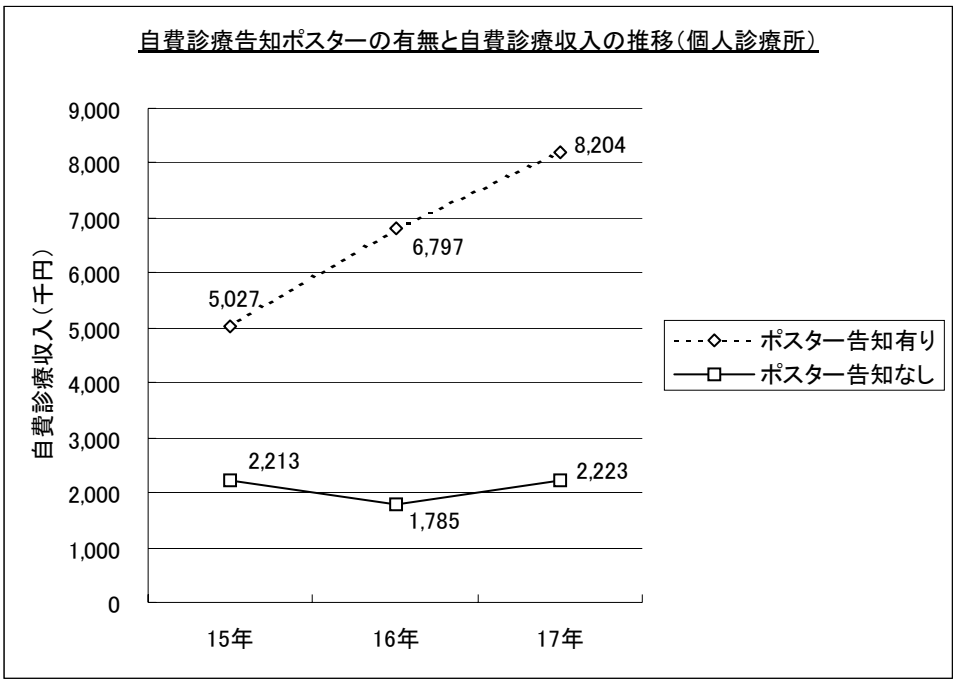




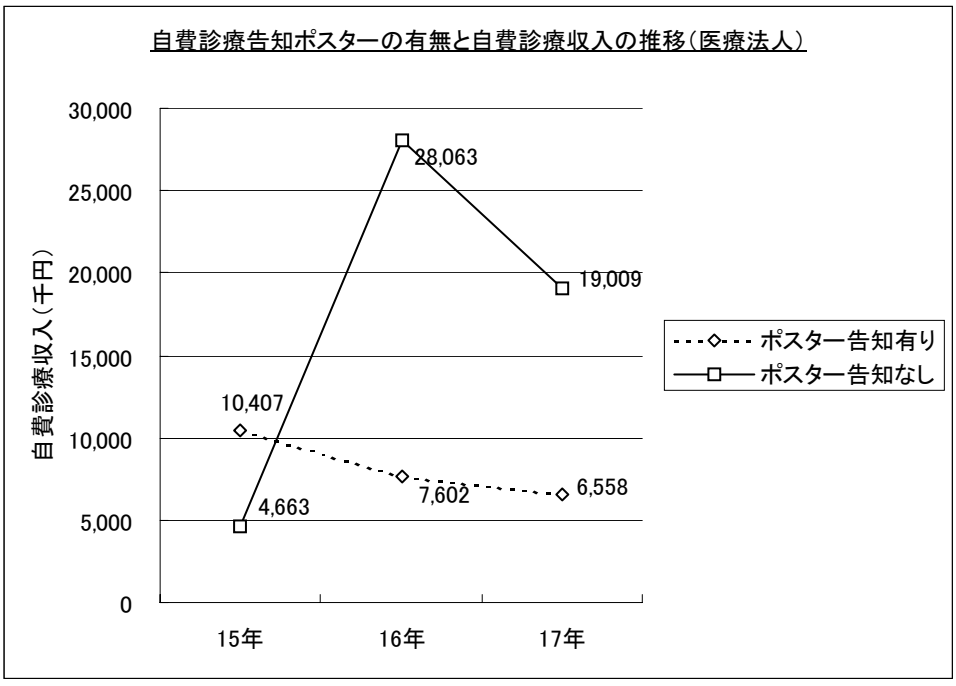
商業地の個人医院においては、住宅街と同じく大きな交差点に面した医院の医業収入は比較的大きく約年 5%以上の伸びを示しているが、17 年の当期利益は大幅に減少している。表通りの医院においては医業収益は伸ばしているものの、利益率は非常に低いレベルで推移している。商業地の裏通りに面している医院では、医業収入・当期利益共に年 10%程度の減少傾向が続いている。

(3) 診療告知ポスターの有無と自費診療収入の推移

①個人平均



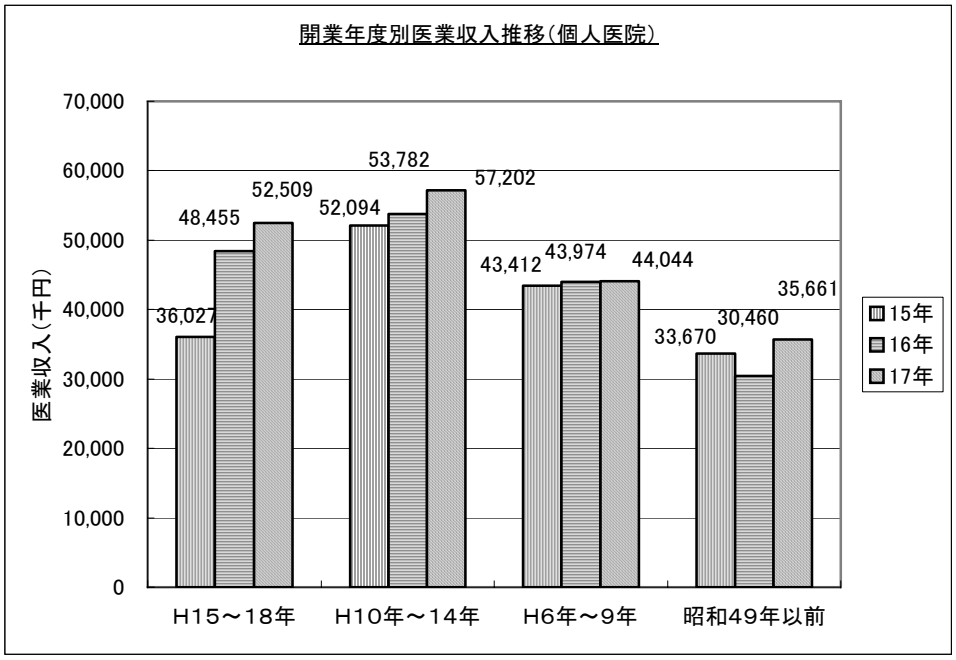
②法人平均



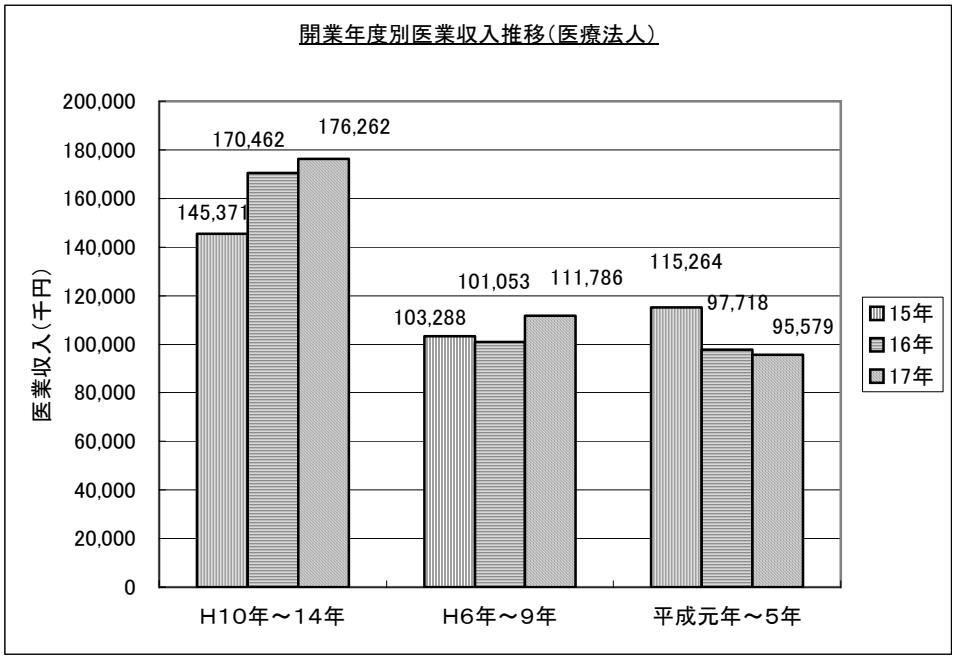
自費診療ポスターで患者に告知・アピールして自費診療に取り組んでいる歯科医院の自費診療収入は年に約 20～30%程度伸びているが、自費診療ポスター等で患者に告知していない歯科医院の自費診療収入は低いレベルに留まっている。

(4) 開業年度別医業収入の推移

①個人平均



②法人平均



今回の調査対象医院においては、開業して 9 年以上経過する（平成 9 年以前開業）医院では医業収入は横ばいまたは減少傾向にある。しかし、開業 3 年間は年 20%アップ、開業後 4 年～8 年は約 5%の収入アップを達成している。

記入日　平成　18年　　月　　日

歯科医院別属性調査票

1. 当歯科医院概況　　　　記入者名

歯科医院名								解答欄
(1).立地	・所在地は、	1. 福岡県 2. 佐賀県	3. 長崎県 4. 大分県	5. 熊本県 6. 山口県	7. 広島県 8. 鹿児島	9. その他（　　　県）		
	・福岡県は、市区名まで	1北九州市 2. 福岡市	3. 東区 4. 博多区	5. 中央区 6. 南区	7. 早良区 8. 西区	9久留米市 10.その他		
	・立地環境は、	1. 住宅地	2. 商業地	3. 業務地（オフィス街	4. 農漁村部（ローカル			
	・立地場所は、	1. 大きい交差点。（国道・県道に面している）	2. 表通り。（国道・県道片側1車線以上あり）	3. 裏通り。（国道・県道より1本外れているとか）	4. 郊外住宅団地のなかにある			
	・開業年月日は、	1. 昭和29年以前	2. 30年～49年	3. 50年～平成元年	4. 平成2年～18年			
	・新規開業年月日は、	1. 昭和49年以前	2. 50年～63年	3. 平成元年～5年	4. H6年～9年	5. H10年～14年	6.H15～18年	
	・何代目であるか	1. 一代目	2. 二代目	3. 三代目	4. 医院継承した			
	・建物の所有区分Ⅰ	1. 自己所有（分譲）	2. 賃貸	3. リース	4. その他	5. 不明		
	・建物の所有区分　Ⅱ	1. 1戸建	2. ビル1階	3. ビル2階	4. ビル3階	5. ビル4階	6. ビル5階以上	
	・建築年月日は、	1. 昭和49年以前	2. 50年～63年	3. 平成元年～5年	4. H6年～9年	5. H10年～14年	6.H15～18年	
	・改装の有無	1.なし	2. 有り					
	・最新のリフォーム年月	1. 20年前	2. 15年前	3. 10年前	4. 5年前	5. 3年前		
	・駐車場の有無	1. 自医院の駐車場あ	台	2. 自医院の駐車場な	3. 近くの有料駐車場	4. 近くの無料駐車場		
	・アクセス	1.駅、バス停に近い(5分以内)	2.駅、バス停に遠い	3.不便　（車でいくしかない）				
(2)医院の人的体制	・院長（経営者）の性別	1.男	2.女					
	・年齢	1. 24歳以下 2. 25～29	3. 30～34 4. 35～39	5. 40～44 6. 45～49	7. 50～54 8. 55～59	9. 60～64 10. 65～69	11. 70歳以上	
	・職員数　人数（人）	歯科医師（人）	歯科衛生士（人）	歯科技工士（人）	看護師（人）	事務職（受付）（人）	青色専従者（人）	合計
	・青色専従者の主要業務割合　ここに、業務割合を1.0人とか、0.5人とか	歯科医師　人	歯科衛生士　人	歯科技工士　人	看護師　人	事務職（受付含む）　人		
	・専任受付者の有無	1.有り	2.なし					
	・派遣ドクターの有無	1.有り	2.なし					
	・派遣ドクターの人数	1. 1人	2. 2人	3. 3人	4. 4人	5. 5人	6.5人以上	
	・歯科技工	1.院内で	2.外部委託					
	・外部委託構成比（%）（外注費/売上原価）	1.20%以下	2. 20%～39%	3. 40%～49%	4. 50%～59%	5. 60%～69%	6. 70%以上	
	・歯科技工会社名							
	・ユニット数は、	1. 1台	2. 2台～4台	3. 5台～7台	4. 8台～10台	5. 11台～20台	6. 21台以上	
(3)サービス内容	・歯科医院の標榜科名について	1. 歯科	2. 小児歯科	3.矯正歯科	4. 歯科口腔外科		・該当するものすべて	
	・自費診療科目があれば、この欄に記入ください							
	・1週間の平均診療時間は	1.20時間未満	2.20～30時間未満	3. 30～40時間未満	4.40～50時間未満	5.50～60時間未満	6. 60時間以上	
	・1日の診療時間は	1. 午前の診療時間は	2 昼の休憩時間は	3 .午後の診療時間は、	4. 夜の休憩時間は、	5. 深夜の診療時間は	6.1日の診療時間を記入	
		時～　時迄	時～　時迄	時～　時迄	時～　時迄	時～　時迄	時間	
	・土曜(平日)半ドン日は	1. 月曜日 2. 火曜日	3. 水曜日 4. 木曜日	5. 金曜日 6.土曜日	7. 日曜日 8. 祝祭日			
	・休日は何曜日ですか	1. 月曜日 2. 火曜日	3. 水曜日 4. 木曜日	5. 金曜日 6.土曜日	7. 日曜日 8. 祝祭日			
	・深夜診療の有無	1.なし	2. 有り					
	・訪問巡回車での出張サービスの有無	1.なし	2. 有り					
	・学校歯科検診の有無	1.なし	2. 有り					
	・ホームページをもっているか	1.なし	2. 有り					
	・ホームページでの予約制度	1.なし	2. 有り					
	・1日の平均患者数は	1. 10人以下	2. 10人～15人未満 3. 15人～20人未満	4. 20人～25人以下 5. 25人～30人以下	6. 30人～35人以下 7. 35人～40人以下	8. 40人～45人以下 9. 45人～50以下	10. 50人以上	
(4) 院内コミュニケーション	・朝会（ミーティング） 実施の有無	1.なし	2. 有り(診療前)	3. 有り(昼の休憩後	2. 有り(診療後)			
	・リコールシステム実施の有無	1.なし	2. 有り					
	・院内告知（ポスターで、知識・治療等）	1.ポスター告知なし	2. ポスター告知有り					
	・自費促進支援ポスターの告知	1.ポスター告知なし	2. ポスター告知有り					
	・患者用ビデオでの放映告知	1.院内告知・自費診療ビデオ放映なし（TVのみ）		2.院内告知ビデオ放映有り（随時放映）		3.自費診療告知ビデオ放映有り		
	・口腔内医学知識小冊子の手渡し	1.なし	2. 有り					
	・研修会・セミナー参加状況(月間)	1.参加してない	2. 半年に1回程度	3. 2～3月に1回程度	4. 1月に1回程度	5. 週に1回程度		
	・その他							
(5)平成18年診療報酬改定の影響	・4月以降の1日当り患者さんは	1. 大幅に減ったと思う（対前月比 20%以上）	2. 減ったと思う（対前月比10%程度）	3. 若干減ったと思う（対前月比5%程度）	4. 変わらず（変化なし）	5. 増えたと思う（対前月比 5%程度）	6. 大幅に増加した（対前月比 10%以上）	
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] 5. 25人～30人以下	6. 30人～35人以下 7. 35人～40人以下	8. 40人～45人以下 9. 45人～50以下	10. 50人以上	

第３章　歯科経営の勘どころ

1. マネジメント

「あの人は立派に経営している」という場合、そこには様々な意味がある。曰く、業界の動向を先読みして組織をうまく時流に乗せている、人心を把握し部下を見事に統率している、重圧に怯むことなく決断し責任を負っている､兎にも角にも結果を出している､組織をうまく使いこなしている……。

経営者が果たすべき多くの役割のうち､「マネジメント」はこのうちの最後「組織をうまく使いこなす」について取り扱っている。

個人開業や小規模組織、つまりワンマン経営者の特徴は、経営者・管理者・監督者・作業者の各役割を１人で担っていることである。このような経営形態においてもっとも弱い部分が「マネジメント」機能である。本項ではまず経営におけるマネジメント機能の役割について概説し、歯科医院マネジメントの領域、マネジメントの遂行方法について述べた後、さらなるマネジメントについて紹介する。

(1) 経営とマネジメント

経営における経営者の役割とは「組織の頭（頭脳・顔）」である。経営者と組織は一体不可分であり、だからこそ経営者は全身全霊をもって経営に当たらなくてはならないし､「経営を学ぶ」といえば、しばしば人間修養に近い言い回しが用いられることとなる。

これに対してマネジメントにおけるマネージャーの位置づけとは「組織の御者」である。元々「Management」という言葉には「馬を御する」という意味があるが、ここでは「自分の行動こそ馬の行動」という“人馬一体”とはまた違った立場である点で「経営」とは一線を画する。馬は馬であり、自分は馬を最適の状態に管理し、育て、自分の意図する方向へ走らせる。馬は馬として自律的な存在として認め、その取り扱いについて最善最適を目指す。これがマネージャーの役割である。確かに馬を世話し乗りこなすのは容易ではないしセンスも必要である。しかし要は知識と習練であり、だからこそ会得した分だけきちんと活用できるのである。「マネジメントを学ぶ」は学習である。

さて、経営者が学ぶべきマネジメントには二種類ある。一つは「組織運営・課題管理のマネジメント」であり､「ある複雑なもの（組織・システム・プロジェクト・情報・リスクなど）を管理し活用するための諸活動」である。もう一つは「経営のトップマネジメント」であり､「組織経営において無数に発生する管理過程のうち、トップはどれを担うべきなのか」である。

次項ではまず初めに歯科医院における「経営のトップマネジメント」について解説し、その後「組織運営・課題管理のマネジメント」について述べることとする。

(2) 歯科医院経営のトップマネジメント

経営者は医院の経営を代表するものである。よってこう訊ねられることもあるだろう。「お宅の医院の経営はどうですか？」

なんと答えたものだろうか？「はい」「まあ」「ぼちぼち」……。これが対外的なポーズであれば良いが、実際のところ、経営者自身もよく分かっていないことも多いものである。「経営がよいのか悪いのか？」この質問に対して、できるだけ明確に答えることができるようになることが、トップマネジメントを行う上での第一の目標である。

①四つの視点

「経営がよいか悪いか」に対しては様々な指標がある。財務指標は典型的なものであり、収益性であれば総資本経常利益率や医業総利益率、生産性であれば付加価値比率、効率性に健全性に成長性、現代のトレンドではキャッシュフローと、医院の成績表には数字が明確に示されている。

一方、「よい組織」「よい医院」というのは財務では測れないものである。患者につくす医院はすばらしい。スタッフが生き生きしている医院は良い組織である。50 年間生き残ってきた医院はそれだけでたいしたものである。

むろん、これらの要素も数値化はできる。患者に尽くしているかどうかは患者満足度やサービスのスコアリングによって現状や動向を把握し改善を図ることは可能である。

しかし重要なのは、経営を測る物差しは一つではないということである。そして、これらはバランスよく配される必要がある。財務バランスにこだわる医院、机上の計算による投資計画中止で患者とビジネスチャンスを逃していないだろうか。患者さまにこだわる医院、スタッフを疲弊させ財務は火の車では何にもならない。

あるサービスを欲する客が事業者を選択し、事業者はサービスを提供してその対価を受け取り、その対価をもって各種支払と投資を行う。この枠組みにおいては、歯科医院はサービス業である。経営においては常に「お客について」「業務について」「財務について」を考えておく必要がある。また、組織は生き物であるといわれる。命じられたことを粛々とやるだけではなく、期待した以上に働きもすれば、新しいことを考えたりもする。時には組織がやる気をなくしたり機能不全に陥ることもあるだろう。「組織の活力について」も視点を有しておかなくてはならない。

「ある歯科医院が良いか悪いか」について、経営者は 4 種類の視点から総合的に経営を判断することとなる。たとえば「お客の評判は上々である」単体では経営の判断ではないが、「お客の評判は上々である」「仕事はちょっと遅い」「金回りはふつう」「スタッフは意欲的だが組織が硬直的で新しい取り組みはない」というように 4 つの視点を網羅してあれば、経営をざっと概観するには十分で

ある。

②管理項目

さて、4 つの視点から経営をみることができるようになったが、次のステップとしてはその取り上げる項目が経営管理上有効なものであるかどうか、二つの観点から検証する必要がある。

「お客の評判が上々である」というのは、経営を一言で評する言葉としては有効であっても、経営の説明にはなっていない。経営をマネジメントしていくためには、「なぜそう言えるのか？」と「それが大事なことなのか？」について把握できていなければならない。前者はマネジメントの深度に関わる問題であり、経営のメカニズムを実際的にどの程度把握しているか、経営の現状をどれだけ把握しているかという問題である。後者は経営戦略における優先順位をどの程度把握しているかということである。

「なぜそう言えるのか？」。たとえば、「お客の評判が上々である」というのは、お客が増加しているからそういっているのか、満足度調査をしたのか。客数が増加しているからといって、それは以前から行っていたマーケティングの成果が実を結んだのか、単にテレビで虫歯の脅威について訴えていた影響が表れただけなのか。

管理している指標の根拠を追っていく作業とは経営のメカニズムを辿る作業でもあり、要素間の影響を調べ経営の現実を知る過程である。経営の指標の裏づけを物語ることができるならば、それはマネジメントがきちんとできているということの証左である。

「それが大事なことなのか？」。ある時点での顧客満足度が地域で一番だとしよう。しかし評判がよいのは元からであってとくに以前からの変動も見られないということであれば、管理すべき項目は別にあるということとなる。満足度は高い、なのに客数が伸びないのはなぜか？単価が上がらないのはなぜか？

管理している指標のうちどれが今重要なのかを判断する作業とは、医院が望むべき姿へと変貌を遂げるステップの段取りを行う過程である。いかに飛行機を操ることができても、速度計をみて高度を調整することはできない。また高度計だけを見ていても、外を知り山やほかの飛行機を知らなければぶつかってしまうし、速度を知らなければ失速、燃料がなければ墜落である。

そしてそもそも経営者は、その引退するまでの何年間何十年間を使って、組織をどこへ連れて行くつもりなのだろうか。財務の果てしない高みか、資金の続く限りの周回飛行か、客が望む限り速く遠くへか、自由とスリルのアクロバットか。

経営とマネジメントは同一ではないが、マネジメント「だけ」を行うのは無意味である。何のためのマネジメントか。経営あってこそのものだということを肝に銘じておくべきである。

③歯科医院の基本的なトップマネジメント

トップマネジメントは経営あってのものであり、経営には一つとして同じものはない。とはいっても、業種ごとにある程度の共通項や基本的事項は存在する。ここでは歯科医院のトップマネジメントにおいて基本的な管理項目を述べる。

定常的管理項目は、歯科医院として即座に把握できるよう定常的に管理されておくべき項目である。一方、戦略的管理項目とは、その戦略目的に沿って情報収集されたり改善の指標として活用されるべき項目である。戦略的管理項目は必要に応じて調査すればよいが、そうでなくても一度は調べて大まかな数字をつかんでおくことが望ましい。

視点	定常的管理項目	戦略的管理項目（例）
お客	レセプト３要素より ・患者数（レセプト件数） ・延べ患者数（レセプト日数） レセプト３指標より ・１件当たり点数（患者１人１ケ月当たりの医療費） ・１件当たり日数（患者１人１ケ月当たりの受療日数） ・１日当たり点数（患者１受療日当たりの医療費） リピート率 患者一人当たり利益	患者構成比率（性別/年代/住所/診療内容等） 患者１人あたり診療コスト・管理コスト 自費診療内容認知度 来院動機 リコールハガキ発送率 患者満足度（診療・医院）
業務ﾌﾟﾛｾｽ	予約枠充足率 ユニット稼動率 医師一人当たり患者数 従業員１人あたり売上 診療前平均待ち時間 院内清掃・衛生評価点	外部委託費・委託割合 平均診療時間期間 急患割込み時の患者待ち時間 診療後の待ち時間 電話応答時間 設備稼働率
財務	医業収入（レセプト３要素：点数より） 外来単価 キャッシュフロー	診療報酬構成比 固定資産回転率 流動資産回転率

	当期利益および利益目標達成率 総資本利益率 経常利益率 支払い利息 自己資本比率 自己資本利益率 各種返済・支払状況、資金繰り	医院面積あたり売上 消耗備品費率 人件費 従業員１人当たり経費 材料費 減価償却費 販売・管理費率
組織活力	複数の指標のスコアリング ・　モチベーション指数 ・　リーダーシップ指数 ・　エンパワーメント指数 欠勤率 遅刻率 有給消化率 MBO 目標達成率	離職率 在職期間 求人期間 研修費 ビジョンの共有状況

④戦略的経営

以上、経営を「4 つの視点から総合的に判断する」および「経営戦略に沿って指標を選択する」ということを中心にトップマネジメントについて述べてきたが、これは実は戦略的経営手法の一つである「バランス・スコアカード」に沿った考え方でもある。「バランス（バランスド）・スコアカード」を用いた全組織的経営には、戦略マップの構築、重要成功要因の抽出、重要成果指標の設定、業務割り当てとスケジューリングによる運用計画の策定、モニタリング体制の確立などさまざまな作業が必要とされるが、詳しくは専門の書籍をご覧いただきたい。

とはいえ、「バランス・スコアカード」はマネジメントをしやすくするツールであるが、マネジメントを教えてくれるツールではない。いかにカーナビゲーションが進化しようとも、標識やペダルの意味がわからなければ自動車の運転はできないのと同じである。本項では運転時に何を気をつければよいのかという部分に当たる「トップマネジメント」について解説したが、これはレースドライバーの運転術にあたる「バランス・スコアカード」の初歩と同等である。経営者が「4 つの視点」と「経営戦略にのっとった指標選択」を獲得することができれば、「バランス・スコアカード」の導入はすぐそこのことであろう。

(3) 歯科医院運営のマネジメントの課題

歯科医院経営者の特徴は、プレイングマネージャーであることである。つまり、自ら業務の最前線にたちつつ、スタッフの管理を行い、プロセスの改善を行い、経営を行っていかなくてはならない。

このような業務運営体制において起こりうる問題としては以下のようなものがある。

①経営の視点に立つことができない

患者のためになるかもしれないが医院経営のためにはならないとか、その患者のためになるかもしれないが来院患者全体からみるとそれほどでもないなど、なまじ管理層と現場が近すぎるためにおこる弊害である。経営ビジョンがないというよりも、ビジョンが行動基準を介して現場レベルまでつながっていないことみるべきである。スローガンを心に留め置くだけでなく、ビジョン→方針→戦略→経営計画→行動基準と一貫した経営体制を構築するべきである。上記の「バランス・スコアカード」などのマネジメントシステム導入も有効である。

②数字に疎い

数字の読み方が分からないと言うよりも、問題に対して即対応することそのものが目的となってしまう場合が問題である。行動や指示をしっぱなしにしてその後どうなったかに興味を持たず、状況が変わると一貫性のない新たな対応策を行ってしまう。行動の前に計画（少なくとも方針）、行動の後には点検評価もしくは報告検証を行い、常に PDCA サイクル（後述）を念頭におくべきである。

③マンネリ化してやり方を変えられない。

職務励行や技術研鑽にとらわれすぎ、仕事に対して別の見方をとることができない場合である。お客様の迎え方、清掃の手順など、ある程度の大枠でテーマを絞った後、視察や研修など外部からの刺激を導入するのがよい。もちろんテーマとしては経営理念や仕事の取り組み方など抽象的なものでもよい。

④忙しくて日常管理項目に目が行き届かない

患者治療に忙殺され院内の掃除や顧客管理が次第におろそかになっていた場合などである。業務を再点検し、管理シートにして一覧できるようにするべきである。一度に全てを改善するのは一般に困難であるため、重要な項目から PDCA サイクルによりしっかり習慣化し、継続的に新しい細目を取り入れていくべきである。また責任者を決め役割分担を行うのがもっとも有効だが、長期的には部下が自発性を発揮して自分たちで仕事を見つけていくような環境を整えるのが望ましい。小集団活動（QC サークル）も活用できると思われる。

⑤部下を掌握できない

「部下のことを知り（把握)」、「部下のことを思い（理念)」、「部下のことを思っていることを伝え（コミュニケーション)」、「部下のために行動すること（実践)」である。過剰な干渉は避けるべきであるが、ある程度のプライベートや事柄や仕事に対する考え方は知っておくべきである。家族構成に配慮したり誕生日などの細かい気配りは、組織の紐帯を強める上で有効である。また待遇改善とその意図の説明はセットであるが、口だけになったり押し売りにならないよう注意すべきである。

この待遇改善とは給与などのみならず作業用具など労働環境の改善も含まれる。部下は単に雇われ人であるというだけでなく、医院に対し業務を以て貢献しようとしている独立した人格であることを認め、職務と雑務を区別し、常に意見を求め主体性を持たせるようにする。

⑥リーダーシップを発揮できない

人間的魅力による部分もあるが､行動に際して気をつけるようにすればよいという部分も大きい。仕事に対する心構えについて自ら範を示すのがもっとも重要であるが、細かいことにこだわるのは避けるべきであり､さらにはそれを責めるのは禁物である｡自他および部下同士は公平に取り扱い、信賞必罰は明確に、やや賞を多めにする。経営ビジョンを共有化し権限委譲する。思いつきで指示せず、ある程度の想定問答を用意するか、逆に方針を示して意見を求めるべきである。

リーダーシップは人によってタイプが違うため、特定のマニュアルにこだわらずに、自分のやり方のマイナス面を厳しく律していくことで独自のスタイルを精緻化していくのがよい。そのためには常に外部のチェックリストを利用するなどして自己診断するのが重要である。

(4) 組織運営・課題管理のマネジメント

「経営のトップマネジメント」とは経営行動に際しての管理項目であるが､「マネジメント」の領域は本来もっと広い。それは「ある複雑なもの（組織・システム・プロジェクト・情報・リスクなど）を管理し活用するための諸活動」である。

マネジメントを行っていく際にはさまざまなフレームワークがある。その一部を紹介する。

①PDCA サイクル

マネジメントにおいてもっとも基本的な考え方である。管理業務を「Plan（計画)」「Do（実行)」「Check（評価)」「Act（補正や事後処置)」という流れに分解したもので、頭文字をとって「PDCA サイクル」という。行動の前には必ず計画があり、行動の後には必ず（中間または最終）評価があ

り、評価・検証を行った後にはかならず補正や事後処置を行う。仕事の流れをまったく過不足なく表したものである。

そして PDCA を経験し処置改善を完了したころには、状況は新たな局面を迎え計画の練り直しとなる。このように計画の完了から新たな計画へつなげ、継続的な業務改善を行っていく“スパイラルアップ”の考え方が PDCA の特徴である。

②DMAIC

DMAIC とはマネジメント手法の一つである「シックスシグマ」の考え方であり、「Define（定義）」「Measure（測定）」「Analyze（分析）」「Improve（改善）」「Control（管理）」の略である。

「何がしたいのか」「何をするべきなのか」「問題は何か」など要件定義や現状分析を重視しており、トップダウンによる進行や問題のブレークスルーに向いたワークフローである。

PDCA と DMAIC の関係については、「DMAIC で構築して PDCA で運用」などといわれる。例えば新たに顧客管理の方法として IT を導入する場合、要求を定義し現状のあり方を調査してデータベースや作業手順を構築するのは DMAIC であり、従業員に定着させたり不具合をフィードバックして改良を行うといった運用については PDCA が用いられる。

③PMBOK

「ピンボック」と読む。「the Project Management Body of Knowledge」の頭文字をとったものであり、「プロジェクトマネジメントのための知識体系」と訳される。ある行動計画を管理する上で必要な 9 つの観点を統合的に示したものであり、

- スコープ（目的とその範囲）
- タイムスケジュール
- コスト管理
- 品質管理
- 人的リソースの管理
- コミュニケーション（コミュニケーションの方法と適用シーン）
- リスク管理
- 調達管理

というプロジェクトの必須要素を網羅している。業務改善計画や新たな試みを定着させていく上で非常に有効な枠組みである。例えば歯科医院においては、開業といった大規模なプロジェクトの統制から従業員研修の計画作りまで、組織的に協調行動をとる必要があるときには、その有用性は計り知れないものといえる。

(5) マネジメントツール

おしまいに、マネジメントを行っていくうえで役立つ手段について述べておきたい。

①状況把握に役立つ手段

財務諸表	貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書など、診療所の現状を知り経営計画を立てる上でもっとも重要なものである。
レセプト	営業活動の成績表であり、経営実績や顧客の動向を把握する上で活用の頻度は高い。
顧客 DB	マーケティングに不可欠である。単なるお得意様名簿にとどまらず、データ・マイニングにより潜在的な顧客像を浮かび上がらせるのに不可欠である。
業務日誌	スタッフを通しての患者、院内の状況、またスタッフ自身を知る上で有効に使うことが出来る。定型的な記入欄だけでなく備考欄も活用したい。
観察	清掃状況や患者応対など具体的な点検・確認の他、印象も判断要素の一つである。また測定にストップウォッチやカウンターを利用するなど時には数値化も行うべきである。
報告会	スタッフからの定型的・非定型的報告により現状を把握する。即時的・双方向的であるため、その場で質問を繰り返してより深い内容を知ることが出来る。
調査・分析	計画前の下調べも含め定期的に内部・外部ともに調査活動の機会を設けるべきである。思い込みを排し、時には専門家に頼ることで客観的でまとまった情報を得ることが出来る。

②問題解決に役立つ手段

ブレインストーミング	思いつくまま量を重視して意見を出し合い、その後情報の整理を行う。自由な意見を大量に出すことで枠にとらわれない思考を導き出せる。情報整理には KJ 法やマインドマップなどの手法がある。
インダストリアルエンジニアリング	仕事の各工程を科学的に分析し、もっとも経済的に行うシステムを設計する。ある程度決まりきった作業を見直してさらに効率化するための分析－改善手法である。
オペレーションズ・リサーチ	資源や工程、外部環境などを数学的モデルに置き換え、最適量や最適方法の比較を探索する方法である。予測しにくい外部環境（いつ予約や急患があるかなど）に統計的に対処する際に有用である。
ナレッジマネジメント	知識や情報の発見、蓄積、交換、共有、創造、活用を行うプロセスを体系化して管理しておくことである。現場での知恵や失敗を集積し次へつなげていく際に必要なマネジメントである。
価値工学	同じ機能でコストダウンする、または同じコストで機能アップするという両方のアプローチから徹底的にコストパフォーマンスを追求する手法である。

PERT/CRP	PERT は業務の最長経路を元に日程短縮を図る方法であり、CRP はこれをさらにコスト基準によって見直す方法である。診療計画や技巧外注管理などに利用が考えられる。
ABC 分析	多種にわたる項目から重点管理すべきものを抽出するための技法である。顧客管理から稼動設備の管理まで、さまざまな局面で利用できる手法である。

③組織統制に役立つ手段

管理シート・チェックリスト	シート化することで管理漏れを防ぎ、現在の状況を一覧することができる点が利点であるが、そのほかに管理シートの作成段階において管理項目の効率化を現実的に再検討を迫られることでより深く考えるようになることもメリットといえる。
スケジュールカレンダー	To-Do と日程を可視化することで進捗状況を管理することができる。同じく実際に記入を行うことで日程に対する意識を求められることはメリットである。
朝礼・ミーティング	毎日の確認によりやるべき事の確認と意識付けを行う。上司や同僚と向かい合うことで一致協力して物事に当たる雰囲気を醸成することが出来る。
直接指示	各個人に対して個別に指示を与えることで伝達の確実化を図る。また責任感を付与する手段としても有効である。
研修	普段よりも高い意識の元で学習することで効果を高め、また集団を一度に革新してレベルをそろえることができる。
面談	各個人に対してある程度の時間をとり双方向に話し合うことで、不満の発散や問題の解決、目標や理念の内面化を行うことが出来る。
職務権限規定・業務分掌・労務規則	組織内の公的な規定により集団を統制する。職掌や権限を明確にすることで従業員が自律的に働きやすくし、また問題の調停や裁定を公平に行うことが出来る。
権限委譲	経営者の管理負担を軽減するほか、部下の責任感を啓発し自発性を持たせる。
小集団活動	現場からのボトムアップによる業務改善を図るほか、従業員のやる気を引き出し参加意識を高めることが出来る。
目標管理	個人・組織目標を段階的に発展させることでやる気の向上を図る。

2. 人事・労務

＜院長とスタッフの良好な関係を築くために＞

歯科診療所はサービス業（労働集約型事業）である。

身近なサービス業であるコンビニエンス･ストア（以下ＣＶＳという）は、利便性を追求した半径500ｍの商圏をターゲットにＦＣ展開で急成長をしてきた。現在全国で約40,000店舗を数え競合も激化している。そのＣＶＳを凌ぐサービス業が歯科診療所である。現在歯科診療所は全国で約 65,000軒、ＣＶＳの1.5倍以上の激しい競争状態にある。また医療技術も高度化し、治療メニューも保険治療･自費治療ともに各歯科診療所優劣つけがたい状況である。

このような中で、他の歯科診療所と差別化をはかり競争優位に立つには、人［医師･歯科衛生士･歯科技工士･看護士･事務職（受付を含む）･派遣・パート･そして青色専従者（多くは院長婦人)］の能力やモチベーションが大きく影響してくる。

ここではその『人』（まとめてスタッフと呼ぶ）に関わる、つまり経営資源である「人･物･金･情報」のうちの『人』について、人と労務の面からはずせない部分（基本を踏まえリスクを抑えること)、さらに競争優位になるためのポイントを取り上げる。

（注. 院長は経営者または使用者、スタッフは従業員または労働者と適時読み替えることとする。なお法律にでてくる言葉はその法律で使用される表現を用いることとする。）

(1) 良い人材を求めるための労働条件のポイント

①求人と採用について

会社や医療機関を問わず、組織活動において人材の善し悪しは事業運営に大きく影響する。優秀な人材を採用するには、求人広告の掲載内容は大きなポイントである。「できるだけ詳しい医院（会社）の内容や労働条件が知りたい」「安心して医院（会社）選びができるようにして欲しい」という、求人情報を利用する側の希望に添っていくことが、結局は応募者を増やし、良い採用につながる。

労働条件は、求職者にとって最大の関心事であり、応募するかしないかの決め手になるもので人材確保のチャンスといえる。まず魅力ある労働環境を整え、そしてそれを適切にアピールする。それが人材確保の最大のコツだといえる。

職業安定法では、「求人者は求人の申込にあたり（中略）労働者が従事すべき業務の内容および賃金、労働時間その他の労働条件を明示しなければならない」と定めている。

②賃金について

賃金は、労働者にとって最大の関心事であると同時に、使用者にとっても人事政策上最大の動機付け要因である。募集・採用・定着率・やる気（モチベーション）・成果主義・業績向上といった、およそ人を動かす原動力の根幹と言っても過言ではない。

しかし、一般に医院や小規模企業では賃金規定や賃金表などが作成されているケースは少ないようである。仮に賃金規定や賃金表などが作成されて、現実の賃金決定において、職務や職能を重視した賃金決定をしていると言っても、そのやり方は院長（経営者）の頭の中で鉛筆なめなめの決め方でルール化されていないのが実態ではないかと思われる。

したがって、労働条件の大きな柱である賃金は、賃金の水準と公平さにおいて一人ひとりのスタッフ（従業員）の満足と働く意欲（モチベーション）の度合いに大きく影響するものである。

公平な賃金とは、つまり能力や実績・成果を反映した賃金決定である。これまでの年功序列型の年齢・勤続年数・学歴などの属人的な要素を重視した賃金から、仕事の内容や職務遂行能力を重視した仕事給的な賃金決定方式へ転換することが求められている。一つには、職能等級制度に基づく職能給である。二つ目は職務給をはじめとして、職責（職務上の責任・権限）に各人の役割を基準とする役割給、役割にその発揮度（達成度）を基準とする業績給（成果給）等がある。

これらに共通するのは、単なる（潜在的な）能力ではなく発揮能力や、発揮された能力の結果である実績・成果を基準にした、いわゆる職能型成果給制度の賃金決定のあり方である。

仕事給部分のウエイトが高い「職務遂行能力」「業績・成果」重視の賃金制度を取り入れるには、スタッフ（従業員）にとって能力開発や業績達成の目標を的確に持てるようなっているか、目標達成に対して十分報いるシステム（コミットメント）が整備されていることが必要である。

③労働時間と拘束時間について

労働時間とは「労働者が使用者に労務を提供し使用者の現実的な指揮命令に服している時間」をいう。拘束時間とは「労務提供のための指揮命令下になく労働から解放されている休憩時間や院内（構内）での自由な時間」をいう。労働基準法（以下、労基法という）では「法定労働時間」として、1 週 40 時間 1 日 8 時間と定めている。ただし、特例（業種と規模による）があり、常時使用する労働者（パート、アルバイトを含む）が 10 名未満であれば、病院・診療所等の保健衛生業はこの特例によって週 44 時間制が適用される。また、各医院（企業）が就業規則等で定めている勤務時間、すなわち始業時刻から終業時刻（休憩時間を除く）までの時間を「所定労働時間」といい、この所定労働時間が時間外手当算定の基礎となっている。

一方、休憩時間の与え方についても労基法で定めている。休憩時間は、労働時間の途中において労働者が権利として労働から離れることを保障された時間をいい、労働時間が 6 時間を超え 8 時間以下の時は 45 分以上、労働時間が 8 時間を超える時は 60 分以上の休憩を与えなければならない（労基法 34 条 1 項）としている。

また、休憩の原則として、「一斉休憩の原則」と「自由利用の原則」がある。ただし、一斉休憩の原則については、労使の自主的な話し合いにより職場の実情に応じて休憩を与えることができる。労働者でも管理監督の地位にある者については、休憩時間の適用が除外される。また、受付・守衛

等は「監視又は断続的労働に従事する者」として所轄労働基準監督署長の許可を受けた場合は管理監督の場合と同様適用除外となる。（労基法 41 条 3 号）

④休日と休暇について

休日（労基法 35 条 1 項）と年次有給休暇（労基法 39 条 1 項）は労基法で最低限守らなければならない労働条件の一つとして定められている。休日や休暇は労働者の心身の休養と気分転換を図り労働力の再生を助けるものである。労働衛生管理の意味からも労務管理の一環として計画的組織的に行なわれるべきである。

そこで、休日と休暇の違いをまず理解する必要がある。休日とは、予め労働義務のない日と定められている日であり、非労働日のことである。休暇とは労働義務となる労働日について労働義務の免除を労働者側の申出（意思表示）によって与えた日のことである。

休日は毎週 1 日の週休制が原則であり、「使用者は労働者に対して、毎週少なくとも 1 回の休日を与えなければならない」（労基法 35 条 1 項）としている。しかし、例外として、4 週間に 4 日以上の休日を与えることも可能である。この場合就業規則等で 4 週間の起算日を定める必要がある。なお、休日は 1 暦日単位でなければならない。また、一斉に与える必要はなく、労働者個人ごとに交替で付与してもよい。

一方、休暇つまり有給休暇については、雇い入れた日から起算して 6 ヶ月間継続勤務し、全労働日の 8 割以上出勤した労働者に対して、継続し、または分割した 10 労働日（10 日間）の有給休暇を与えなければならない（労基法 39 条 1 項）。また、2 回目以降については、2 年 6 ヶ月までは 1 年継続勤務するごとに 1 日加算され、3 年 6 ヶ月目からは 1 年継続勤務するごとに 2 日ずつ、6 年 6 ヶ月目から以降、最大の 20 日間付与される。

また、アルバイト、パートタイマーなどであっても、労働した日数により有給休暇が比例付与される（詳しくは労働基準監督署または公共職業安定所へ問合せのこと）。

(2) トラブルを未然に防ぐ人事・労務のマネジメント

①就業規則の作成について

これまで述べたマネジメントは、賃金・労働時間・休憩・休日等、労働条件の基本的かつ求人や採用時に主に明示する部分である。

しかし、スタッフ（従業員）が安心して働ける明るい職場を作ることは、事業規模や業種を問わず、およそ経営者のだれもが望んでいることである。またスタッフ（従業員）にとって魅力のある職場づくりをすることが、人材確保の観点からも重要である。そのためには、あらかじめ就業規則で賃金や労働時間をはじめ人事・服務規律など、スタッフ（従業員）の労働条件や待遇の基準をはっきりと定め、労使間においてトラブルが生じないようにしておくことが大事である。

労基法（第 89 条）は、「常時 10 人以上の労働者（正社員・パートタイマー・アルバイトを含む）を使用する使用者は、就業規則を作成し、行政官庁に届け出なければならない。これを変更した場合においても同様とする」としている。

なお、事業場の労働者数が常態として 10 人未満である場合には、労基法上は就業規則を作成しなくても差し支えないとしている。しかし、労働条件や職場で守るべき規律などをめぐる使用者とスタッフ（従業員）との無用の争いごとを未然に防ぎ明るい職場づくりに寄与するという就業規則の役割から考えて、就業規則は作成しておくべきである。就業規則は正にマネジメントツールの基本中の基本であるといえる。

②退職および解雇について

トラブルで多いのは、退職をめぐる問題である。医院や企業の大小を問わず多くの医院や企業で退職および解雇にかかわる問題が発生している。中には訴訟へ持ち込まれるケースもある。ここでは、退職および解雇についての基本を理解していただきたい。

まず、退職と解雇の違いである。退職も解雇もともに医院（企業）をスタッフ（従業員）がやめる“労働契約の終了”のことであるが、「解雇」とは、使用者側からする労働契約の一方的な解除のことをいい、「退職」とは、それ以外の労働契約の終了のことをいう。

スタッフ（従業員）が医院（企業）をやめることになる場合、それが「解雇」にあたるか「退職」にあたるかによって法律上大きな違いが生じ、「解雇」になる場合には法的な制限があるので注意が必要である。

■退職と解雇にはどのような種類があるか

退職と解雇もともに労働契約の終了のことであるが、どちらに該当するかによって法的規制がちがい、どちらに該当するかでトラブルが生ずるケースがあるため、労働契約の終了事由の種類から両者を区別してみる。

○退職となる場合（通常次の 7 つの事由がある）

①任意退職（合意解除）

②無断退職（労働者からする労働契約の一方的解除）

③契約期間満了（期限の到来）

④休職期間満了自動退職（約定終了条件成就と期限の到来）

⑤行方不明期間経過による自動退職（同上）

⑥定年退職（終期の到来）

⑦本人の死亡（法定終了）

○解雇になる場合（通常次の 7 つの事由がある）

①普通解雇（やむを得ない事由の発生による使用者側からする解除）

②懲戒解雇（懲戒処分としての解除）

③期間更新契約の更新拒否（期間の定めのない契約への移行と認められる場合、その解除）

④本採用拒否（留保解約権の行使）

⑤採用内定取消（就労前の契約解除）

⑥休職期間満了による解雇（やむを得ない事由の発生による解除）

⑦定年解雇（定年到来を原因とする解除）

以上､事由の種類で区分したが､特に解雇については使用者が一方的に解約するものであるから、解雇権の濫用にならないよう注意が必要である。またスタッフ（従業員）からの任意の退職であっても「退職届」･「辞表」等により自己の都合（事由）や退職の期日を明記し、署名捺印した書面を提出させ、後日のトラブルを未然に防ぐ証左として保管しておくことを勧める。

(3) 医院もやっぱり『人なり』

①教育・研修について

「企業は人なり」古くから言い伝えられたことばである。まさに人材こそが経営理念実現の原動力であるという信念のもと、人材の育成は自医院の経営基盤をつくる重要な活動と認識し､「人」や「社会」に貢献できる人材育成をはかる必要がある。

言い換えると、スタッフ教育は「必要な能力の習得と不足している能力の開発」である。「どのような歯科診療所になりたいのか（経営理念・医療方針)」「それにはどのような人材が必要か（あるべきスタッフ像)」を明確にし、期待する成果・能力・姿勢を示し人事制度（給与・処遇）と連動させることでスタッフのモチベーションを啓発することである。

②モチベーション（動機付け）について

モチベーション（動機付け）とは、つまりモラール（士気・覇気）のことである。日産自動車の業績を V 字回復させたカルロス・ゴーン氏は、モチベーションのことを「個人の能動的な反応」と言っている。自ら進んでものごとをやり遂げようとする意気込みのことで、決して強制からは生まれない。動機付けには、必ず行動を起こさせる直接の原因（インセンティブ）が必要である。よく言われる「成果主義人事制度」がそれにあたる。

また、近年企業（医院）と従業員（スタッフ）の新たな関係として「エンプロイヤビリティ」といわれる人事制度が提唱されている。エンプロイヤビリティとは､「雇用されうる能力」のことであり、個人が開発した知識・スキル（自助努力により身につけた能力）とキャリア（仕事を通じて身につけた能力）をキャリア開発プランとして企業（医院）が支援する雇用政策である。背景には、

雇用の流動化・労働移動を意識した自立（自律）型の従業員（スタッフ）と企業（医院）の新たな関係である。

③コミュニケーション（Communication）について

コミュニケーションは組織活動の「潤滑油」とか組織活性化の基本などといわれる。院長（経営者）にとってコミュニケーション能力は重要である。自分の経営理念や医療方針・目標を熱い言葉でスタッフ（従業員）に語りかけ共有することは、直接モチベーションアップや業績向上につながる。また顧客（患者さま）に対しても医療行為の説明や安心感や信頼感を伝える大事な能力である。

従って、コミュニケーションには、院長とスタッフ（従業員）、医院（企業）と患者さま（顧客）そしてスタッフ（従業員）同士が行う「言葉による意志や思想などの伝達」という重要な働きがある。

(4) 患者さま（顧客）志向の人事・労務マネジメント

①顧客満足度（Customer Satisfaction）向上について

顧客満足度（患者さま満足度）向上には 2 つのポイントがある。1 つは顧客（ターゲットとする者）の選び方である。つまり、新患よりも既存の貢献度の高い顧客（患者さま）との関係をより強化し、安定したリピーターとして確保することが重要である。

2 つ目は、ES（Employee Satisfaction）「従業員（スタッフ）満足」をはかることである。つまり、CS と ES が両立することが顧客満足度（患者さま満足度）向上につながるのである。

②ＣＳＲ（Corporate Social Responsibility）について

近年、CSR（企業の社会的責任）に関する議論が活発化している。企業の社会的責任とは何かを考えると「社会的ルールや規範を遵守しながら、企業を取り巻くステークホルダーの満足度を高めること」だと言える。（以上、企業は歯科診療所と読み替えること）

CSR の代表格として、「コンプライアンス」がある。コンプライアンスという言葉は、英語の Compliance という言葉からきている。この言葉は、「Comply with～」という形で使われ、「～を遵守する（守る）」という意味である。～には通常、法律や約束事など、ルールや規則を意味する言葉が入る。組織体（企業や医療機関等）はお客さま（患者さま）やお取引さまなどあらゆる人々から信頼されるためには、組織の成員が日々の行動の中で何を守るべきで、何をしてはいけないのか考えながら行動する必要があるということである。その判断基準としては、世の中の道徳（倫理）や常識にかなっているか、誠実であるか、公正であるかなどいろいろな基準がある。そのようなあらゆる「規範」の最低限守るべきルールを成文化したものが法律である。

したがって、社会から信頼される、誠実・公正な医院運営を継続していくためには、その医院の

経営理念や医療方針はもとより医院の理念に基づく「スタッフの行動指針」が必要である。つまり、スタッフが迷った時に考える判断基準（視点）となるものである。

その他の CSR については、Q&A の章において、一般的な企業の CSR と歯科診療所における CSR について述べることとする。

最後に、「歯科経営の勘どころ」における歯科診療所の「人事・労務のマネジメント」において最も基本的なことは、まず、「その日暮らしの経営」からの脱却である。昔の八百屋や魚屋さんのような生業的経営では将来の展望はない。つまり、歯科診療所の院長は、歯科医師という「職人」ではなく「経営者」という意識を強く心に留めることである。どんなに技術の優れた歯科医師（職人）でも経営感覚がなければ歯科診療所は潰れてしまう。とくに個人の開業医は、多くのことをこなさなければならない。1 日も早く貴歯科診療所が経営組織体としての体裁が整い地域に愛されるナンバーワンの繁盛する歯科診療所になれることを祈念したい。

3. 財務分析

歯科診療所経営の良し悪しを見るバロメータとして「総資本利益率」が上げられる。これは、歯科診療所が所有する全財産（負債＋資本）を用いてどれほどの利益を生み出したかを見る代表的な指標であり、ROA（rate of Return On Assets）とも呼ばれる。本章では利益として経常利益を用いる。

$$総資本利益率＝\frac{経常利益}{総資本}\quad\cdots\quad(A)$$

今回の調査対象（17 年度データ）の歯科診療所では、平均で資産合計額約 4,600 万円（内、約 2,600 万円の有形固定資産）を有して運用しているが、同じく 4,600 万円の資産を運用しているのにもかかわらず、経常利益が 200 万以下の歯科診療所もあれば 1,000 万円を超える歯科診療所も存在している。また個人の歯科診療所の平均の総資本利益率の平均は 27.5%であるが、診療所によって大きな差が見られる。

歯科診療所経営の結果として何故このような大きな差が出たのか、本章では今回の調査結果の中でこの総資本利益率から分析をスタートし、その原因を探り、見えてくる経営の勘所について述べる。

(1) 総資本利益率について

（A）式を展開すると下記のようになる。

$$総資本利益率＝\frac{医業収入}{総資本}\ (総資本回転率)\ *\ \frac{経常利益}{医業収入}\ (医業収入対経常利益率)\quad\cdots\quad(B)$$

また、調査対象の個人歯科診療所を総資本利益率の上位 5 医院と下位 5 医院別に、総資産回転率、及び、経常利益の構成要素に展開すると下記の表になる。（本章のデータは全て 17 年度分）

個人歯科診療所分類 / 指　標	土地･建物を賃貸		土地･建物を自己所有	
	上位 5 医院	下位 5 医院	上位 5 医院	下位 5 医院
総資本利益率	64.9	17.4	32.6	11.8
①総資本回転率（回）	2.0	1.1	1.0	0.8
○固定資産回転率（回）	6.6	1.7	1.9	1.0
○流動資産回転率（回）	2.8	3.1	2.1	2.8
②経常利益率（%）	33.1	15.9	31.9	12.9
○売上高総利益率（%）	93.1	94.1	94.6	87.7
○販売・管理費比率（%）	49.6	68.5	53.9	62.3
・人件費比率（%）	23.5	23.6	32.0	29.7
・設備関係費比率（%）	10.3	20.7	7.7	12.4
・経費比率（%）	14.6	22.0	13.8	18.3

③その他				
○医業収入平均（千円）	59,300	29.500	66,800	57,200
○総資本平均（千円）	30,000	26,400	66,500	75,200
○経常利益平均（千円）	19,700	4,700	21,300	7,400
○医師数（人）	1.2	1.4	1.8	1.4
○従業員数（衛生士､助手他）	4.6	2.8	6.6	5.2

①総資本回転率から見えてくること。

総資本回転率を見てみると、土地・建物が自己所有か賃貸という総資本利益率の差異以外に、平均 900 万（賃貸）～1500 万（自己所有）という多額の医療用機器・備品、車両などの資産の回転率が低いことが影響していることが読み取れる（下位 5 医院は上位医院よりも多額の期末残高となっている)。この機器･備品に見合うだけの医業収入を確保することが出来なかったことが推測され、これが下位 5 医院の固定資産回転率を落としている原因のひとつだと考えられる。

また、下位 5 医院の保険外収入の売上額・売上構成比が、共に上位 5 医院のそれよりも大きいという調査結果から、自由診療に必要な機器・備品を設置し自由診療に積極的に取り組んでいるがまだ十分な医業収入に結びついていない歯科診療所という姿があることが推測できる。

なお、流動資産回転率は下位 5 医院が相対的に高くなっているが、これは上位 5 医院の現金・預金額が下位 5 医院より多いことに起因しており、平均で月次の医業収入 2～3 ヶ月分の額であれば十分で問題のないレベルと判断できる。

②経常利益率から見えてくること。

経常利益率（売上対経常利益率）も、下位 5 医院は上位 5 医院の約半分の利益率であり、大きな差異がでている。医業収入から原価（本章では直接材料費と外部委託費の合計を原価としている）を差し引いた利益率は約 90%強で上位・下位医院ともにほぼ同水準であるが、販売・管理費に大きな差がでている。

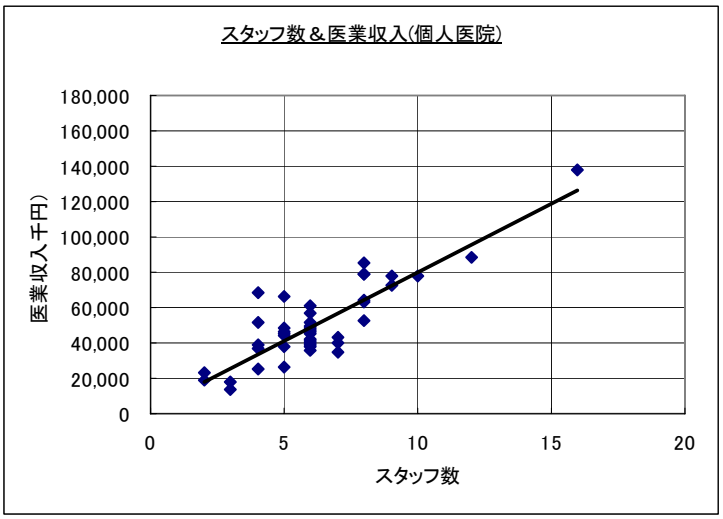
販売管理費を構成する設備関係費には減価償却費・機器賃借料や地代家賃が含まれるが、土地・建物を賃借している歯科診療所においては、比較的減価償却費は小額になる傾向がある一方で地代家賃等が比較的高額となり、設備費関係費比率は土地・建物を自己所有する歯科診療所に対して高くなっている。総資本利益率の下位 5 医院においてこの傾向が強く、また前項で述べたように医療機器・備品等の減価償却費の負担割合も大きく、設備関係費比率が非常に高い。

また下位 5 医院に共通していることとして、金額は大きくないが経費比率が高いことが指摘できる。費目毎の金額は小さいが、通信費・光熱費・消耗品費など多くの経費項目で出費され、結果として経費比率が 20%に達している。

(2) 総資本利益率から見えてくる歯科診療所経営の勘所

①効率的な体制によって医業収入を増加させる。

前項で取り上げた総資本利益率の下位 5 医院は、医業収入（売上額）の絶対額が上位 5 医院の医業収入の約 50%（賃貸）、約 85%（自己所有）と、相対的に低いレベルにある。



右表は、今回調査対象の歯科診療所のスタッフ数（医師を含む全従業員数）と医業収入の関係を示したものであるが、このグラフから、スタッフ 1 名当り約 800 万円の医業収入を得ていることが読み取れる。この平均的レベルまで医業収入を引き上げれば、下位 5 医院の総資本利益率は約 20%改善される。

下位 5 医院は上位 5 医院と比較すると医師 1 名当りの従業員数が 1～2 名少ないが、これは医師でなくとも実施できる仕事を医師が行っていると推測される。医師は歯科医師でなければ実施できない仕事に専念し、歯科医師でなくとも実施できる作業は他のスタッフに任せて、患者様に対するサービスレベルを落とさずに医院の人を含む経営資源の稼働率を向上させる必要がある。

今回の調査では、総資本利益率が比較的高い歯科診療所においては歯科医師 1 人に対して、平均約 4 名のスタッフで運営していることが確認されたが、歯科医師 1 人に対して何人のスタッフで運営することが経営効率が高いのかは、院長の考え方・技術、標榜している診療内容、医院の医療器具・設備、スタッフの技術・意識レベルなどによって異なると考えられるので、十分な検討と計画の策定が必要である。この実現のためには、下記の様な準備が必要である。

1. 医師、歯科衛生士、助手、受付担当事務員の役割・責任分担の明確化
2. 必要あれば不足するスタッフの補充（十分な資金・その他の計画が必要）
3. 勤務体制・ローテーションの構築
4. 全スタッフ間の連絡・業務指示体制の構築
5. 業務の標準化、マニュアル化
6. スタッフの教育・トレーニング

②固定資産の回転率（稼働率）を向上させ医業収益に結びつける。

稼働率の低い固定資産をそのまま放置しておいても、総資本利益率は向上しない。自医院の強み（特徴）になるような固定資産であれば、また改装・整備など実施すれば自医院の魅力となるような資産であれば、早急に対策を講じ戦力化することが必要である。この時、顧客である患者様に積極的にアピールして支持を獲得し、結果として医業収入に結びつけることが大切である。

なお、如何にしても自医院の戦力足り得ない資産であれば、出来るだけ早めに処分・置き換えなどを実施すべきであり、魅力がなく埃の被った資産は、自医院にとって良くないイメージを患者様に与えてしまうことに留意すべきである。

③計画的な設備投資を行う。

総資本利益率の上位・下位 5 医院を土地・建物の所有区分別に借入金にかかる経営指標を下記の図表に示す。（医業収入、総資本、その他の指標は前項の図表を参照のこと）

個人歯科診療所分類 / 指　標	土地･建物を賃貸		土地･建物を自己所有	
	上位 5 医院	下位 5 医院	上位 5 医院	下位 5 医院
①短期・長期借入金（千円）	10,100	20,700	39,900	41,600
②借入金月商倍率（倍）	2.0	8.4	7.2	8.7
③借入金依存率（%）	33.5%	78.2%	60.0%	55.3%
④支払い利息（千円）	210	320	800	1,000
⑤有形固定資産額（千円）	7,000	14,300	33,700	54,100
⑥減価償却費（千円）	2,200	2,500	3,700	6,400

上の図表から、総資本利益率の低い歯科診療所にとっては、借入金の返済の負担が重いことが窺われる。特に、土地・建物は賃貸であっても、医療用機器・設備投資のために多額の借入を行ったがこれに見合う医業収入が確保できていない診療所においては、大雑把に捉えると院長の収入となる【当期利益＋減価償却費】から所得税等の支払いと借入金の返済を行うことになり、十分な生活費確保や将来に向けた貯蓄もできないのではないかと思われる。また、この時、院長の収入とされる金額は必ずしもキャッシュで残っているとは限らず、「銭足らず」の状態になる可能性も考えられる。

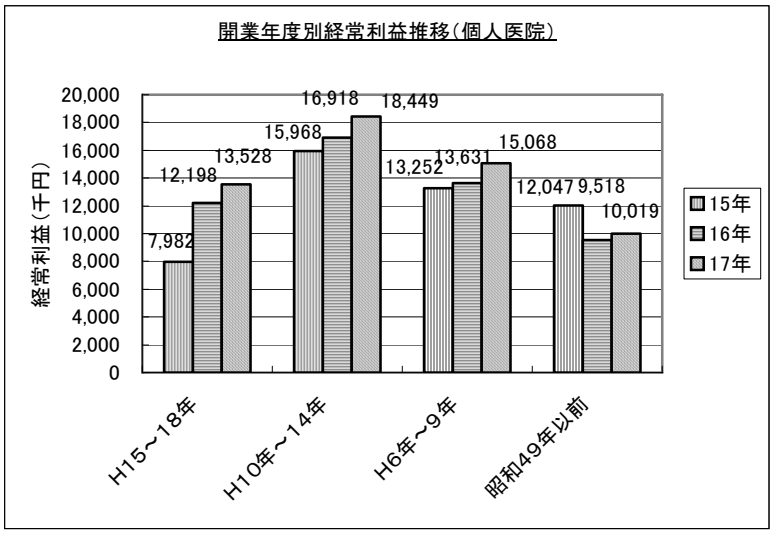
歯科診療所運営には経営計画が不可欠であるが、設備投資にかかる借入金の償還計画をこの経営計画中の利益計画にリンクさせることを忘れてはならない。また利益計画の策定においては、本章で見てきた総資本利益率の展開を活用・応用して適切なレベルまで計画を具体化し、目標達成に向けてスタッフ一同の力をあわせる必要がある。この時こそ、歯科診療所は「サービス業である」との意識改革を行い、様々なマーケティング施策を展開してゆくことが求められる。

④経費削減の工夫

前項で述べたように、総資本利益率の低い歯科診療所において経費比率が高い傾向が見られた。各種費用の支出とその管理には、歯科診療所の経営者である院長のコスト意識が表れる。基本的に、費用は医業収入を実現するためのコストであると認識し、支出金額の妥当性だけでなく支出の目的や根拠も再度確認・検討する必要がある。またスタッフ全員のコスト意識を喚起し、経費削減を院内に定着させることも歯科診療所の経営者である院長の責務である。

(3) 院長自ら経営計画策定と決算書に基づく経営判断を行う。

右図は、今回の調査対象である個人歯科診療所において、開業年度別に経常利益平均額の推移を図表にしたものである。



開業約 5 年の間、経常利益の額は相対的に小さいものの、伸び率は高い。

開業 5～8 年間は、経常利益の額、および伸び率も高い経営が続いていると判断されるが、開業およそ 9 年を経過するころから、経常利益の額・伸び率が低下している。

開業当初は、院長の年齢は若く、融資を受けた金融機関の支援で作成した経営計画・目標に向かって精力的に頑張っていたこと、また最新の医療機器・設備、フレッシュなスタッフによる運営で地域に浸透し患者様を獲得していっていることが窺われる。その後は、前述したような経営結果に至っている。これは、前章で概観したような経営環境の変化が歯科診療所にも押し寄せ、この環境変化への対応が不十分であった結果だと認識することが必要である。今、順調な若い歯科診療所であっても、この「環境変化への対応」をしなければ、本調査結果に現れたような結果となる可能性が高い。

経営環境の変化は、どの歯科診療所にも平等に訪れ、経営環境への対応の結果は必ず決算書の数字に表れる。医療機器・設備の老朽化やスタッフの士気低下、患者様の年齢・ニーズの変化など診療の現場で認識できる情報や、歯科医師関連・一般各種情報源から入手できる情報のみならず、自診療所の経営の成績表である決算書（損益計算書、貸借対照表、キャッシュフロー計算書など）から見えてくる自診療所の実態を把握したうえで、今後の環境変化に対応する経営判断を実行する必要がある。

「院長はドクター＆技術者であるから経営管理は専門外である」との認識は捨て、診療所内情報・各種情報源・決算書情報などを総合的に捉え経営判断を行い、今後の歯科診療所運営のための経営計

画を策定し計画目標達成にむけて努力することが大切である。

なお、経営判断・経営計画作成の際は、診療所現場の情報や専門分野の情報を十分認識している院長が総合的な判断をすべきであり、会計事務所などに任せきりにすることは適切でない。会計事務所など院外の専門家はサポートであり、主体は院長であると認識すべきである。

(4) 医業収入の予算化と管理。

①医業収入の数式

医業収入は、次の式によって求められる。

診療時間（A）×1 時間当り診療患者数（B）×診療単価（C）　　＜数式Ⅰ＞

Cの診療単価は、保険診療の場合、6,000 円（老人医療は 7,100 円）が平均的な数字である。

この式を変形する。

診療時間（A）×1 時間当り診療可能患者数（予約可能枠数）（B1）×予約枠充足率（B2）×診療単価（C）　　＜数式Ⅱ＞

これは、「結果としての診療患者数」を、「診療可能患者数（予約可能枠数）」と「結果としての予約枠充足率」とに分解したものとなる。予約充足率とは、航空会社の予約率（あるいは搭乗率）、ホテル業界の客室稼働率と同じような概念である。

具体例で見てみよう。1 週間で 160 人の患者さんを診療したとする。

40 時間（週の診療時間）×4 人（1 時間当り診療患者数）×6,000 円＝96 万円（週）＜数式Ⅰ＞

週 96 万円の医業収入は、年間 50 週として年 4,800 万円となり、10 名未満の個人診療所の平均数値にほぼ近いものとなる。この式は、1 時間当り治療可能患者数（予約可能枠数）が 6 人だと仮定したら次の式に変形される。

40 時間（週の診療時間）×6 人×66.6%（予約枠充足率）×6,000 円＝96 万円（週）＜数式Ⅱ＞

この式の意味するものは、＜数式Ⅰ＞とは全く異なってくる。

週 96 万円の医業収入になっているのは、予約枠充足率が 66.6%のためであり、予約枠充足率が 80%、90%と上がっていけば、医業収入が増えることを意味している。

40×6×80%×6,000 円＝115.2 万円　　5,760 万円（年間）

40×6×90%×6,000 円＝129.6 万円　　6,480 万円（年間）

しかも固定費部分は全く変わらないから、収益率（医業利益率）も飛躍的に向上することを意味している。

②診療時間（A）の設定

診療時間の設定の基本となる考え方は、労働基準法の週 40 時間労働制である。10 名未満の歯科診療所は、労働基準法の週 40 時間制の特例措置対象事業場に該当するため週 44 時間まで可能である。

個人事業主や医療法人理事長である歯科医師にとって労働基準法は関係ないと考えがちだが、やはり高い治療技術と眼と精神の緊張を強いられる歯科医師にとっても、週の診療時間は 40 時間程度が適当であると判断される。また、スタッフが交替制あるいは残業をしなくても良いという意味でも、週 40 時間（あるいは 44 時間まで）という診療時間が適当である。

週 40 時間（あるいは 44 時間まで）という診療時間を、曜日・時間帯でどう割り振るかということが次の課題となる。患者さんが受診しやすい曜日・時間帯は、その診療所の立地とターゲットとする患者さんで決まる。患者さんが受診しやすい曜日・時間帯を言い換えれば、予約枠充足率を高められる曜日・時間帯ということである。

③予約可能枠数（B1）の設定と予約枠充足率（B2）

予約可能枠数は、経験的に求められるはずである。新患は別として、再診の場合、次回の診療でその患者さんにどの程度の時間が必要かは、当然分かる。それを週単位でならせば、1 時間当りの診療可能患者数（予約可能枠数）が出てくる。

次回の診療日（診療時間）を決める時は、当然予約可能枠数を考慮しながら、出来るだけ平準化できるように予約枠を埋めていく。

予約枠充足率は、月の患者数から結果的に算出される。予約枠充足率に目標数値を設定し、その数値をクリア出来るように、努力を傾注するのである。

④診療単価（C）

診療単価は、自由診療と保険診療の割合、来院患者の年齢構成によって変わってくる。保険診療の診療単価の平均は、先にも述べたように 600 点（老人医療 711 点）であり、年齢構成では 0～14 歳が 458 点、80 歳以上が 783 点となっている。自医院の診療単価を算出する必要がある。

⑤医業収入の予算を立て、管理する

＜数式Ⅱ＞を基に医業収入の予算を立てる。

診療時間（A）×1 時間当り診療可能患者数（予約可能枠数）（B1）×予約枠充足率（B2）×診療単価（C）　＜数式Ⅱ＞

A：40 時間、B1：6 人、B2：70%、C：6000 円、年 50 週とすると医業収入予算は次の式となる。

40×6×70%×6,000 円＝108 万円（週）　　5,040 万円（年間）

現実的には週単位の管理は難しいので、各月の診療時間を計算して、月単位の予算を作る必要がある。予算管理上注目する数値は、患者数から計算される「予約枠充足率」と「診療単価」である。

(5) 純利益とキャッシュフローの予算化

①個人事業主の陥り易い「事業主貸し過剰」

個人事業主の場合、法人と違って役員報酬という概念はなく、事業主報酬分は経常利益の中に含まれている。毎月引き出した事業主報酬分は「事業主貸勘定」となっている。決算をしたら（個人事業主だから）当然純利益は出るのだが、事業主貸勘定が純利益を超えてしまっていることも多い。本調査の結果でも、40%近くの個人診療所で事業主貸勘定が純利益を超えている。

前年度の決算をもとに予想を立てて、予想した純剰余の範囲内で計画的に「事業主貸し」＝事業主報酬の金額をコントロールする必要がある。つまり、毎月の事業主報酬を予算化するとともに、純利益が予定より少ない場合には減額するということも含めて管理するのである。

②キャッシュフローをプラスにする

前項に述べた「事業主貸し過剰」のために、ほとんどの個人診療所はキャッシュフローがマイナスとなり、元入金（法人の出資金にあたるもの）が年々減少している。キャッシュフローがプラスとなるように目標を持って経営する必要がある。

キャッシュフローの目標としては、①マイナスにしない、②「その年に返済した借入金」相当分程度のプラスを出す、③将来の設備投資に向けて更に上積みする、の三段階が考えられる。この①~③のどれを目標値とするかは、その診療所の経営内容、特に「自己資本構成比率」と「固定比率」がどの段階にあるか、あるいは借入金残高の額によって異なってくる。更に、診療所の所有形態、つまり「賃貸」なのか「分譲

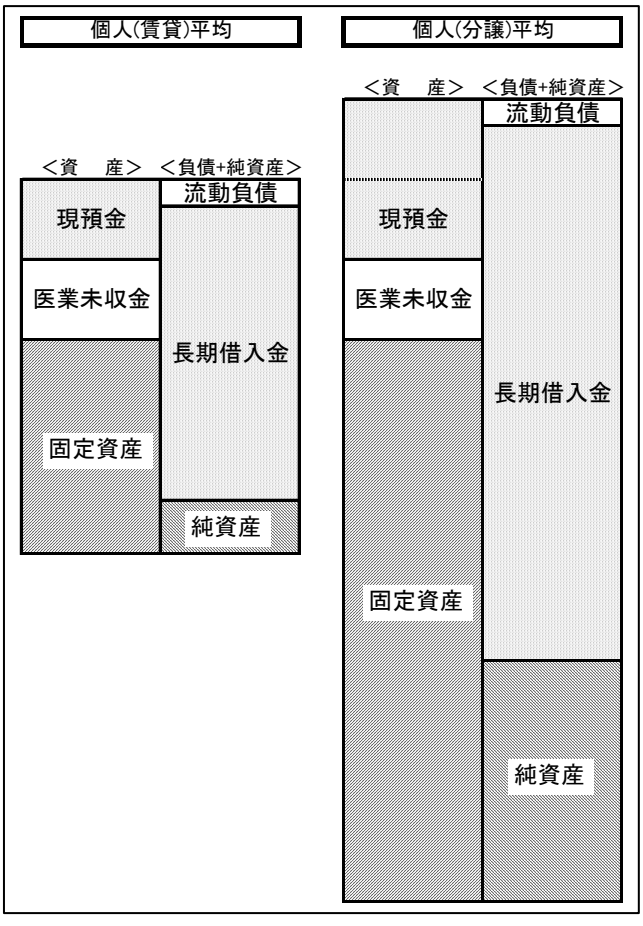


図　歯科診療所の貸借対照表の構造

（自己所有)」なのかによっても違いが出てくる。

右の図は、本調査の個人診療所を所有形態（賃貸と分譲）で分けて、それぞれの貸借対照表の構造を単純化して示したものである（高さが金額にほぼ比例している)。

詳しい説明はここでは省略するが、「自己資本比率 50%」→「固定比率 100%未満」→「長期借入金の残高ゼロ」の順に経営構造が良くなっていく。従ってここでは長期借入金のみに注目する。

先に挙げたキャッシュフローの目標②「『その年に返済した借入金』相当分程度のプラスを出す」というのは、借入金の減少分を純資産の増加で置き換えるということを意味している。純資産の増えた分だけ自己資本比率は上がり、固定比率は下がることになる。

借入金残高があるうちは、目標値を②に設定する必要がある。つまり、借入金を返済し終わるまでは、事業主報酬を控えめにするということが重要だと言える。

「自己所有」の場合は、固定資産が「賃貸」よりも多いため借入金も多い。土地資産相当の借入金残高があっても構わないという考え方も当然成立しうるであろう。

「賃貸」の場合は、固定資産が少ないという安心感があるためであろうか、純資産の蓄積が少なく、かつ毎年のキャッシュフローがマイナスとなり、純資産が減少している傾向が強い。特に「賃貸」では注意が必要である。

③簡単なキャッシュフロー予算に基づく純利益目標の設定

本稿の（1）では、「事業主報酬分の予算化として予想される純利益の枠内で管理する」と述べたが、キャッシュフローの考え方をとると、単純に純利益の枠内ということにはならない。

キャッシュフローの予算化はなかなか難しいが、簡便法をとれば予算化は難しくない。

＜キャッシュフローの簡便式＞

キャッシュフロー＝純利益＋減価償却費－借入金返済額－その年の設備投資予定額

この内、減価償却費と借入金返済額は当然決まっており、純利益は「目標純利益」であり、設備投資予定額は院長の頭の中にあるはずである。この式を「純利益」を求める式に変形する。

なおこの純利益は、個人診療所の場合、事業主報酬分の事業主貸し勘定を相殺した上での「純利益」であることをくれぐれも忘れてはならない。

（目標）純利益＝キャッシュ・フロー－減価償却費＋借入金返済額＋その年の設備投資予定額

以下この式を用いて、前項のキャッシュフローの目標値を、個人診療所（賃貸平均）の CF 計算書の数値を使って計算をする。(平均数値を使っているが、実態は二極化していると思われる。診療

所毎の計算をして欲しい。）

①キャッシュフローをマイナスにしない場合（CF＞0）

（目標）純利益＞－減価償却費＋借入金返済額＋その年の設備投資予定額

（目標）純利益＞－270 万円＋100 万円＋230 万円＝60 万円

②「その年に返済する借入金」相当分程度のプラスを出す（CF＝借入金返済額）

（目標）純利益＝借入金返済額×2－減価償却費＋その年の設備投資予定額

（目標）純利益＝100 万円×2－270 万円＋230 万円＝160 万円

4. マーケティング

(1) マーケティングの必要性

前述のように歯科診療所経営は、現在はもちろん、今後さらに厳しい時代に向かうことが予想される。しかしこの厳しくかつ変化の激しい時代はチャンスでもある。既成の考え方及び方法を打ち破り、競合を差し置いて時代の潮流に乗ることができれば大きな果実を得ることも可能である。その為には、大なり小なり営利企業が行っているマーケティングを、歯科診療所においても日常の医療行動と同じ程度重要視することを勧めたい。

歯科医の腕前が患者様（以下顧客）を呼ぶことは不変である。しかし時代が変わり、それに加えその技術を医業収入に結びつける方策が必要になってきたのである。書籍やインターネットで紹介されているように他業種のマーケティングを歯科診療所経営に取り入れることを提案するコンサルタントは数多く存在し、またその実践により多くの歯科医が果実を得ているのである。

(2) マーケティングとは

マーケティングとはどのような考え方、活動を指すのだろうか。マーケティングには実は多様な定義がある。ひとつ例をあげれば『将来の売上、利益を得るための「売れる仕組みづくり」』であると定義することができる（ダイヤモンド社刊　MBA マーケティングより）。

増加する人口に供給が追いつかず歯科医が不足気味であった時代であれば、人通りが多く駅から近く、地域発展性が見込める土地に開業した後、地道に治癒活動に励み、地域社会より信頼を得ることができれば一定の顧客を獲得維持することができた。

しかし、現在では信頼を得ることはスタートであり、その上で顧客を呼ぶ、つまり「売れる仕組みづくり」の実践が必要なのである。

(3) マーケティングのフレームワーク

それでは、顧客を呼ぶ仕組みづくり＝マーケティングを実施する為には、どのような手順を踏めば良いのだろうか。

【マーケティング・プロセス】
マーケティング環境分析
↓
市場機会の発見
↓
市場細分化
↓

一般にマーケティングは左記のような手順から成り立っている。

まず企業のおかれた外部環境と内部環境を分析し、自社の強みを把握する。そして市場を地理、顧客層等により細分化し自社の強みが発揮できるセグメント＝標的市場を選定する。そしてその標的市場において競合と比較し自社製品のどこにユニークな価値を認めてもらうのか、自社製品の位置づけ（ポジショニング）をする。その立場標的市場の選定（ポジショ

標的場の選定
↓
ポジショニング
↓
マーケティングミックス

ニング）により戦略を立案し、マーケティングミックス（サービス・PR・価格・店舗（チャネル））の各項目別にそれぞれ、具体戦術をたて実行するのである。

次に、各プロセスの具体内容をみていくこととする。

(4) 歯科医院における各ステップの説明

①マーケティング環境分析

医業収入の元は顧客であり、顧客が自院の外に在るのは言うまでもない。また競合歯科診療所もまた外部にある。そしてその顧客が数多ある競合相手ではなく自院を選んだ理由の一つ、つまり「自院の特徴」は自院内部にある。従ってまずマーケティングの第一歩として自院を取り巻く外部・内部の状況（＝環境）の分析が必要である。その上で後に述べる SWOT 分析により自院の強み弱みを把握しそれを基に具体的な戦術をたて実行していくのである。

1)外部環境

一般に外部環境は大きくマクロ環境とミクロ環境に分けることができる。第 1 章で述べたような人口統計学や日本経済全体、法規制をふまえた歯科医業界全体を巡る状況がマクロ環境である。対してミクロ環境は自院を巡る、例えば商圏内の昼間や年齢別人口、外注技工や資材仕入業者のサービスの質、また次に述べる周辺の競合の状況があたる。

2)競合分析

競合医院より顧客を奪うことは、顧客を呼ぶ重要な手段である。逆に自院から競合医院への顧客の流出を食い止めなければならない。従って競合分析は外部環境の中でも非常に重要である。競合医院がどのような戦略をたて、後で述べるようにどのような層の顧客を標的としているのか、ユニット数、設備、スタッフ数、顧客数はどうなのか、情報収集及び分析は不可欠である。

3)内部環境

外部環境が自院では制御できない項目が多いのに比べ、ある程度自らコントロールできるのがこの内部環境である。歯科診療所の場合では診療機能、財務力、組織運営力、店舗がこれにあたる。

4)SWOT 分析

SWOT 分析とは、Strengths（強み）、Weaknesses（弱み）、Opportunities（機会）、Threats（脅威）の頭文字をとったものである。外部環境の分析により、自院がその市場で持続的に顧客を獲得できる機会がどこにあるのかや市場の変化や競合など自院に対する脅威は何かを、また内部環境の分析により、競合医院と比較してどこが強みか、どこが弱みかを明らかにする。

SWOTの指標	内容
強み 弱み	診療機能 財務力 組織運営力 店舗
機会 脅威	マクロ環境‥景気・法規制 ミクロ環境‥商圏内人口・競合・仕入先

図 4-2-1　ＳＷＯＴの指標

②市場の細分化・機会の発見と標的市場の選定

SWOT 分析をふまえ、自院は何からの脅威を防ぎ、どの機会を利用し、どの弱みを最小限に食い止め、どの強みで競合に勝っていくか、それを実現できるのはどのような市場か、自院はどのような属性の顧客を中心に報酬を頂くか、それを明確にするのである。

その為にはまず市場を細分化する。細分化とは何らかの基準でいくつかのセグメントに分割することであり、基本的にセグメント間は異質である。現在の消費水準の高度化は全ての消費者のニーズを一律に満足させることは非常に困難となっている。従って、自院がどのセグメントのニーズに応えていくか検討するために市場細分化の考え方は参考になる。細分化の基準は、どのような地域にすむ顧客を対象にするのか（地理的基準)、どのような年齢層や職業の顧客を対象にするのか（人口統計学的基準)、例えば定期顧客を中心にするのか、新規顧客獲得を中心にするのか（顧客の行動基準)、顧客が歯医者にどのような効用を求めているのかー健診、虫歯治療、矯正ー（ベネフィット基準）等がある。

そして細分化した市場の内、主観・客観判断のもと、自院の主戦場を決定する。

③ポジショニング

次に、その市場での自院のポジショニングを決定する。これは標的とする市場の顧客の頭に中に独自のポジションを築き、明確でユニークな差別化イメージを植え付けるための活動である。顧客に自院のユニークな価値を認めてもらうことにより、競合に対して優位に立つことを目的としている。

具体的にはどのような考え方をするのだろうか。実際には 2 次元マップを描き、その中で競合相手といかに差別化できるかを見出そうとする考え方が理解しやすい。これをパーセプションマップという。自社製品を差別化するうえで、顧客にとって重要であると思われる属性で縦軸と横軸を決定する。例えば自由診療を標的市場とすると、次の図 4-2-2 マップのように価格と仕上がり具合で

座標を分類する。自院が比較的審美性重視かつ高価格を志向する顧客で成り立っているのであれば、結果として顧客の中では、競合と比較して少し価格高いけれどもよりきれいな治療をしてもらえる、というような評価となっていることが考えられる。

これを先にのべた分析をふまえ意図的にポジショニングすることが理想である。

（この項ダイヤモンド社刊　MBA　マーケティングより一部改変）

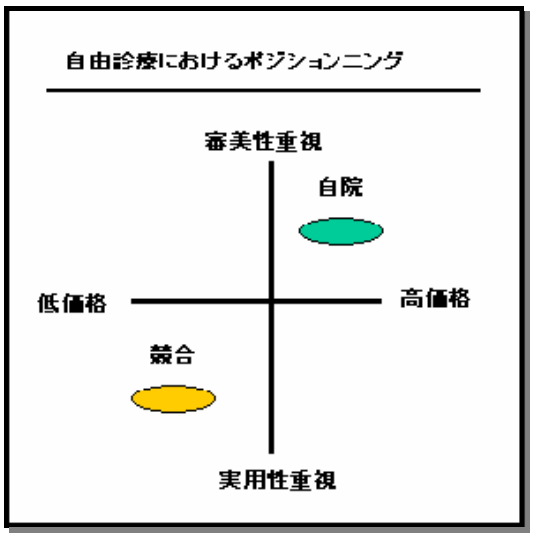


図 4-2-2　ポジショニングの例

ここで、ポジショニングまでの具体的ケースをみる。

【具体的ケース】

A 歯科診療所は、ある地方の政令指定都市 JR のメイン駅より徒歩 10 分のオフィス街中心のビルの 2 階にある。経済的に衰退傾向にある近隣県を含めた周辺域内の中で、この都市だけは域内の交通・文化の中心としてインフラ及び機能集積が進み更なる発展が見込める。歯科診療所周辺地域のオフィスビルの『下降する空室率・上昇する賃料』という傾向は今後も続くと予想されており、ビジネスマンを中心とした昼間人口は安定して伸長するとみられている。半径 500m 以内の 6 件の競合はいずれも比較的古いビルの 2 階以上にあり、院長は 50 代以上と高齢、診療内容に特徴はない。

このような外部環境の中、A 院長は自分一人で責任もって治療ができる最適規模である現ユニット数をフル回転することと、新知識の吸収意欲と一人ゆえ小回りのきく柔軟な診療時間を強みとして、人口増が見込めるビジネスマン（ウーマン）を標的顧客とすることとした。

中でも、多忙でなかなか治療できずに、仕事中に虫歯の痛みにどうしても耐え切れなくなった顧客の駆け込み寺の役割、また歯並びや口臭予防は服装と同じくエチケットの常識であるという欧米流の考え方が浸透してきた日本のマネージャー層に対する口腔エチケットのコンサルタントを治療の主眼にしている。

医業収入は前者の一見顧客数の量確保による保険分収入と後者の継続した顧客よりの自由診療分収入の二本立てである。A 医院のパーセプションによるポジショニングは次の図 4-2-3 のようになる。

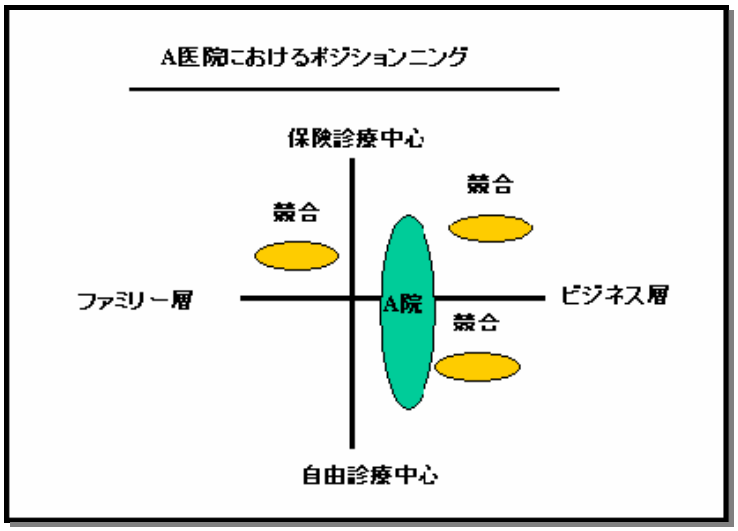


図 4-2-3

④マーケティングミックス

マーケティングミックスとは標的市場において顧客を呼ぶために自院で実行する具体的な手段である。最も典型的なものが製品（Product）もしくはサービス、価格（Price）、流通（Place）、プロモーション（Promotion）の 4 つに分類した 4P と呼ばれる。

本書では流通に代えた店舗にて次より具体的に述べ、第 6 章マーケティングに関する Q&A ではマーケティングミックスに基づいた内容とする。

1)サービス

人が美容院に行くのは単に伸びた髪を切ることだけが目的ではない。散髪と共に、髪を利用したファッションアピールの為に、お金を支払っているのである。

この意味は、人はサービスを購入する時は表面的な効用にのみならず、そのサービスのもたらす便益（benefit）も併せて買うことを示している。例えば歯垢除去の為に来院した顧客は、単に物理的な汚れ落としのみだけではなく将来の歯周病を回避する為のブラッシングの教示も期待しているかもしれないということである。これは消費者志向の一つである。

このようにサービスを消費者の観点より評価することは非常に重要である。来院する顧客が自医院の単なる治療他、何に便益を感じお金を支払っているか。これを分析し、より消費者にあったサービスを提供することにより、顧客は以前より満足し自院の医業収入向上に直結する。

2)PR

PR は一般に印刷や放送媒体を通じ行われることのみと思いがちである。従って歯科医師法で

の規制の中であまり工夫はできないので、歯科での PR の位置づけは看板をどこに設置するか程度の認識である可能性がある。また腕さえ良ければ後は口コミに任せるという考え方も多い。

しかしマーケティングでいうプロモーションは、人的販売を含めた外部への販売促進策の為のコミュニーション手段全てをいう。それは単に最近のトレンドであるホームページを作成したり、フリーペーパーに広告掲載すればおしまいではない。第 2 章中にて院内自費診療告知ポスターの有無と自費診療収入の推移に顕著にその関連が見られたように、院内のプロモーションが大変効果がある。来院する顧客への日頃からの地道な懇切丁寧なコミュニケーションが、まず取るべき PR 戦術である。

3)価格

歯科診療所経営における産業界との大きな違いは、保険治療において価格設定が自由にできないことである。従って当然ここでいう価格は自費治療に限定される。

医療費抑制策による診療報酬引き下げ傾向の中、自費治療の重要性は増すばかりである。従って自費治療の価格設定は自医院の存続を左右するほど非常に重要な意味を持つ。適正な価格設定ができれば十分な利益につながり、一歩間違えば赤字が拡大し命取りになりかねない。

価格は単に材料原価に希望の利益をのせただけのものではない。人件費を緻密に計算した厳格な原価管理を行い、競合医院の価格を調査した上で、自医院のマーケティング戦略に基づき利益を考慮して最終価格設定をすべきである。

4)店舗

店舗はその立地場所と医院内の構成に分けることができる。医院内の構成は入口、待合室、診察室、キッズコーナー等その他、の要素から成り立っている。

まず立地場所であるが､第 2 章中で見たように立地場所と医業収入との相関関係は非常に高い。大きい交差点の立地にある医院の医業収入及び利益が良い。これは往来者が多く来院に便利であるから当然であるが、単純に好立地を選ぶよりも、前に述べたように自院がどの顧客の属性を標的とするのかが重要である。サラリーマンを標的とするであればオフィス街、自動車による来院を狙うのであれば郊外に、買い物客であればショッピングセンターに等、自院の戦略にそって選定すべきである。

医院内の構成においても同様にアプローチ部に車椅子用のスロープをつけることは非常に重要であるが、もし新興住宅地における若年者者層を標的顧客とするならばその費用はキッズコーナーに充てる等の優先順位を考えるべきである。

(5) 歯科医院におけるマーケティングのポイント

これまでマーケティングの理論面を述べてきた。筆者の表現力不足で一部難解な個所があったかもわからないが、マーケティングは決して複雑なものではない。敬遠するのではなくまず第一歩を踏み出すことが重要である。本書 39 ページにあるような自院のレセプト 3 指標、及びそれより導かれるいくつかの指標を算出した上で、前年対比し動向の要因を探るだけでも、マーケティング活動の大きな第一歩となる。

マーケティング分析というと外部環境に目がいき、内部環境である自院の分析が甘くなりがちである。自院のことは良く理解している意識が前提となり、スタッフのモチベーションが低い等、つい定性的な事象ばかりを注目し客観的な分析に欠けるのである。

孫子曰く『敵を知り、己を知れば百戦危うからず』である。もう一度レセプトや問診表等の基礎情報を分析し、例えば自院の顧客の年齢層に院長の技術が適合しているか等、数値分析を基に見直すことが重要である。

第４章　事例研究

1. 歯科医師１人規模での効率的経営

個人診療所（賃貸）の成功事例の一つの典型である。歯科医師 1 人の適正規模を守り、治療技術の高さと定着率の高いスタッフによる家庭的な診療所空間が、患者の定着・口コミによる新規患者の獲得に繋がっている。

(1) 基礎データ

住宅地を後背地に持つ、幹線通りに面した立地。診療所は賃貸（居抜き）で、開業後 9 年目、開業時借入金（約 2,000 万円）は完済しており、ほぼ見合う額が元入金残高となっている。

診療時間　9:00～13:00　14:00～18:30（月･火･木･金）
　　9:00～13:00（水・土）

休診日　日曜・祝日

標榜科目　歯科・小児歯科
　　（インプラント、矯正も実施）

完全予約制（急患は別）

医業収入（年間）	6,600 万円
経常利益（年間）	3,000 万円
家賃（年間）	400 万円
長期借入金	なし
元入金残高	2,000 万円
ユニット数	3 台
歯科医師数	1 人
その他のスタッフ	4.6 人
1 日当患者数	35～40 人

(2) 成功の要因は

①歯科医師 1 人の適正規模を守る

ユニット数 3 台が 1 人の歯科医師での最適ユニット数であると判断しているようで、ユニット増設のつもりはない。（賃貸物件であり、ユニット増設のスペースも実際にはない。）　また、別の場所に拡大移転するとか、分院を設置するといった事業拡大計画は持っていない。

全ての患者を 1 人の歯科医師で治療することによって、その時自分が持っている治療技術の最善を尽くすという信念を持っている。特に新規患者については、「患者さんの主訴を 1 回目の治療で取り除く」というテーマを持って治療にあたっている。

歯科医師 1 人、ユニット数 3 台を前提としたスタッフ配置をしている。受付も専任は置かず、スタッフが交替でしており、事務処理は院長と院長夫人（青色専従者）がしている。

診療時間は、住宅地の歯科診療所としてはかなり異色である。住宅地の場合、勤め帰りの患者のために、20 時頃までの診療時間が多いが、当院は 18 時 30 分までである。また、昼までの診療日（半ドン）が、水曜・土曜と二日ある。これはスタッフの交替制を実施することなく診療時間を確保するという工夫であると推測できる。計算すると週 42 時間の労働時間となるが、10 名未満の歯科診療所は労働基準法の週 40 時間制の特例措置対象事業場に該当するため、これで法制上の問題

はない。

②働き易い労働条件で家庭的な診療所

当院の診療時間の設定は、働くスタッフにとっては、日曜・祝日休みで、水曜・土曜が半ドンで、その他の日は 6 時半までという働き易い労働条件と言える。

実際にスタッフの定着率は高く、7・8 年勤め、出産で退職する、育児終了後はパートでまた勤めたいという状況である。スタッフの定着率が高いため、スタッフのスキルアップが図られ、治療技術の向上という面でもその効果がある。

スタッフが交替制でないため、診療時間中は常に同じ医師とスタッフがいるので、院長・院長夫人の明るい性格もあり、非常に明るく優しい家庭的な歯科診療所という空間が作り出されている。

③患者さんとのコミュニケーションを重視

新患時や治療開始時の説明をイラストや写真を利用して丁寧に行い、治療方法を患者さんが選択出来るようにしている。具体的な治療の場面でも、常に声掛けをして、患者さんの恐怖感を取り除くように工夫している。

治療内容のみではなく、患者さんと話した内容をパソコンに記録し、次の来院時にそれを引き継いで話をするように工夫している。

④口コミで拡がる新規患者

特別な新規患者獲得の方策は採ってはいないが、月間 20 人程度の新規患者が来院している。

地域では、「優しい丁寧な歯医者さん」、「明るく家庭的な歯医者さん」という評価が定着しているようで、口コミでの新規患者の獲得という状況になっている。

歯医者に行くのにはかなりの決心がいるが、その時知人から「あそこは優しいよ」と聞いたらやはりそこに行こうと思うのは当然であろう。

明るく優しい家庭的な歯科診療所という空間を作り出し、自分が責任を持って治療できる範囲で、きちんとした治療を行うということが、最強のマーケティング戦略とも言えるかもしれない。

(3) 将来性は

①研究熱心な医師

40 代初めの歯科医師は非常に研究熱心で、インプラントや矯正歯科の勉強を続けている。また、パソコンについてもほぼ独学だが、既存の高いソフトを使わずに、院内 LAN を構築して、パソコンを使った治療方法の説明について研究している。IT 化の志は高いと推察される。

②後継者について

男の子がいるが、強いて後継者にするつもりはない。後継者になってくれればそれでも良いが、そうでなければ診療所を適当な人に譲るか、あるいは廃業しても良いと考えている。賃貸による診療所経営だから可能な割り切り方だと言える。

2. 開業 3 年目、三人医師態勢で訪問診療にも力を入れる診療所

開業期の個人診療所（自己所有）の事例である。口コミにも気を配りつつ、着実に地域への浸透を図る一方で、他のドクターと連携して訪問診療へと展開している。患者本位の理念がスタッフに浸透し、自然な笑顔で迎えられていることが好評である。

(1) 基礎データ

幹線道路から脇道に入った閑静な住宅地に立地している、自己所有の分譲一戸建。勤務 7 年目で独立し、開業 3 年目で黒字達成している。地域における基盤を固めつつあり、今後さらなる成長と財務的な健全性につなげるべく、次の一手を模索中である。

ドクターは 3 人で、一人が往診専門、一人が週一で半日を往診、半日を内診に当てている。

診療時間　9:00～13:00　15:00～20:00（平日）
　　9:00～13:00（土）
休診日　日曜・祝日
標榜科目　歯科・小児歯科・矯正歯科
　　（インプラント、審美含む）

医業収入（年間）	5,200 万円
経常利益（年間）	600 万円
家賃（年間）	
長期借入金	5,500 万円
元入金残高	△1,300 万円
ユニット数	4
歯科医師数	2
その他のスタッフ	5～6
1 日当患者数	30~35 人

(2) 医院の特徴

①快適な医院作り

医療、特に口腔に携わるものとして清潔感には特に気をつけている。新築のモダンな建物はチリ一つ無く、スリッパもきちんと並べられている。

また温かい雰囲気を大事にしており、来院時でも挨拶に続いて「この間の治療は痛かったでしょう。今日は大丈夫ですからね」などといった「相手を思いやるもう一言」が自然に出るあり方を理想としている。

スタッフが心から笑顔で迎えられるようにするため、マニュアルによる統制は基本的に行っておらず、スタッフとの自由で良好な関係の元、院長による率先と「患者本位」という理念の浸透によって快適な医院づくりが行われている。

②患者本位の姿勢の徹底

患部の状態から患者様態、説明歴など様々な情報を書き込んだトリートメント表を元にした、入念かつ丁寧なインフォームドコンセントが地域における差別化となって好評であるが、ただ情報を

提供するのみならず、患者の目線になって何を考え感じているかを想像し、自らの態度にも表れるように心がけている。

予測される痛みや問題には事前説明し、トラブルを予防することを重点に置いているためクレームは非常に少ない。またいざというときも初動から院長が対応したことで、相手や往診施設からも信頼を得られている。

③地域密着

徒歩圏内の患者が多く、年齢層も幅広い。老人会での講演や入口スロープ・バリアフリートイレなど高齢者対策もきっちり行っている。

敷居を低くし、いかに地域にとけ込んで行くかに腐心している。そのため現段階では押しつけがましくないようにと自由診療の PR も控えめである。

予後経過の詳細な説明によりリピーターを獲得してきたが、その後紹介による新規患者が月患者の約半数まで増加してきている。常連による紹介ばかりではないため、どの患者も公平に接している。

今のところはリコールなどは行わず、地域住民の顧客動態を見守るつもりである。

この地域の歯は自分が守るという自負が、院長自身の大きな原動力となっている。

④訪問診療

地域貢献度の高い訪問診療の開始以来、寝たきり老人からの国保収入が増加し、当初からの柱であった社保と同程度まで伸びてきている。往診専門医の存在と院長によるバックアップで各施設から好評を頂いている。またさらなる営業力強化のため、外部委託のコンサル会社の支援を受けている。

ただし、現在（インタビュー時点）では往診専門医の独立により新たなドクターを募っている状態である。

(3) 今後の課題

①マーケティング

ウェブサイトは業者に任せきりのままであった結果、数十万円が無駄になってしまった。院長自身の心情や地域からの受け止められ方を考えると積極的な PR に踏み切れない状態であり、そのため自費診療の展開も現状では受け身的である。歯科疾患に対して攻勢に転じ、歯科診療事業を通じて地域に貢献するためという、発想の転換がマーケティングの構築には必要である。

また、現在は来院のきっかけなどはヒアリングしているが、来院履歴管理など本格的な顧客分析の土台が備わっていない。院内対応を主軸に口コミを主体としたマーケティングにおいては、診療

時はもちろんのこと、去り際の一言までもが「患者のツボをつく」ことが最重要課題であり、リピーターを呼ぶ仕掛け作りを試行錯誤していくためにも、顧客情報データベースとその分析体制の整備は早急に行われるべきである。

②スタッフのマネジメント

現在はよいスタッフに恵まれ、ミーティングやその都度での指示により十分管理が成り立っているものの、スタッフ自身の資質に頼る部分が大きく、今後組織的な協調化や高度化を行っていく上でどのような体制とリーダーシップをとればよいのか手探りの状態である。

現在のマニュアルに頼らない姿勢を維持し､スタッフの自発性を伸ばす方向がよいと考えられる。リーダーは課題を整理して方向性を示し、スタッフと共同で、もしくはボトムアップで問題を解決していくような環境作りを行っていくべきである。

第５章　Q&A

ここからは、歯科診療所経営に関するこれまでの調査を踏まえた上で、成功を目指して経営を行っていく際に多く相談を受ける内容について、Q&A 形式でより具体的に記述したものである。

カテゴリは大きく分けて４つであり、「キャッシュフロー経営」「人事労務」「マーケティング」「事業承継」となっている。読者には以下の質問内容から自分の興味あるものを参照して頂きたい。

キャッシュフロー経営

Q1 事業主報酬について 96

Q2 キャッシュフロー管理の視点について 97

Q3 CF 計算書の主なポイントについて 98

Q4 レセプトデータの管理フォームについて 99

人事労務

Q5 求人や採用について 101

Q6 労働契約（雇用契約）と労働条件について 102

Q7 社会保険は必ず加入しなければならないでしょうか？ 102

Q8 賃金・給料・賞与について 103

Q9 振替休日と代休はどうちがうのですか？ 104

Q10 就業規則作成のポイントは何でしょうか？ 105

Q11 退職および解雇について 105

Q12 教育・研修について 107

Q13 モチベーション（動機付け）について 108

Q14 コミュニケーション（Communication）について 108

Q15 顧客満足度（CustomerSatisfaction）向上について 109

Q16 ＣＳＲ（企業の社会的責任 Corporate Social Responsibility）について 110

マーケティング

Q17 患者との良好な関係をつくるにはどうしたら良いですか？ 112

Q18 新規患者を固定客にするための店舗設計上のポイントはありますか？ 112

Q19 定期健診患者を増やすにはどうしたら良いですか？ 113

Q20 広告を効果的にするにはどのようにしたら良いですか？ 114

Q21 自費診療を強化することについて 114

事業承継

Q22 事業承継はいつから考え始めたらよいのでしょうか。 117
Q23 子供に継がせるのは難しいでしょうか。 118
Q24 自分の代で辞めようと思っていますが…… 119
Q25 売却にはどうしたらよいですか。 120
Q26 相続より生前贈与が有利と言われますがなぜですか？ 121
Q27 生命保険は相続対策にどう役立つのですか？ 122
Q28 事業承継に際して医療法人の特徴は？ 122
Q29 第三者に医院を引き継がせるに当たっての勘どころは何ですか 122

1. キャッシュフロー経営に関する Q&A

歯科診療所・クリニックの経営が苦しさを一段と増してきています。

平成 18 年 4 月より診療報酬の改定によりマイナス 3.16%になりました。診療報酬のマイナス改定は歯科経営に大きな影響を与えます。そして今後も 2 年に 1 回医療費削減の方向は変わらず、介護保険の見直しとともに、より厳しくなると予想されています。

このなかで、これからも毎年約 1,000 施設の歯科診療所の増加が予想されています。また、中小病院が経営難から有床診療所や無床診療所に転換する事例も増加しています。

このように歯科診療所の経営は、減収のなかでますます厳しい競争・競合にさらされようとしています。そして、これは構造的な変化であり、今後長期にわたり継続すると予想されています。

上場企業等において平成 11 年 4 月より第三の財務諸表といわれる「キャッシュフロー計算書」の作成が義務づけられました。また医療業界にも、平成 16 年 8 月に「病院会計準則(改訂版)」の改定により「キャッシュフロー計算書」が病院に適用されました。キャッシュフローとは、「手元にどれだけの現金があるか」を重視する経営です。経営者の経営姿勢や、特に企業(歯科診療所)が存続するかどうか、に関する情報が得られるということです。

上場企業・病院に強制適用されて「中小企業・一般診療所、歯科診療所は関係ない」との声も聞きますが、はたしてそうでしょうか。大企業は、時代と共に重視すべき経営指標を「売上高」から「利益」へ、そして「キャッシュフロー」へと転換してきました。これに対して、中小企業・診療所では、うまくいっていないところほど、いまだに「売上高」・「従来の経営の考え方」の呪縛にとらわれているように思えます。今まさに、歯科診療所も、「キャッシュフロー」重視の経営に大転換すべきときがきています。

Q1 事業主報酬の取り方はどうしたらよいでしょうか。考え方を教えてください。

A1. 個人事業主(青色申告)の場合、法人と違って役員報酬という概念はありません。事業主報酬分は経常利益の中に含まれます。

従って、このことを強く認識することが大事なことですが、青色申告では、「事業主貸・事業主借」勘定が認められていますので、毎月引き出した事業主報酬分は「事業主貸」勘定となります。決算をしたら(個人事業主だから)当然純利益は出ますが、「事業主貸」勘定が純利益を超えてしまう現象は異常です。

本調査の結果、「事業主貸計」は、医業収入の 25%を占めています。一方、医業収入の増加率は 5.2%に対し「事業主貸計」は、15.6%と約 3 倍の高い伸び率を示しています。また、「事業主貸計」勘定がついに、平成 17 年度は純利益を超えています。

		平成１５年	平成１６年	平成１７年	H１７年/H１６年 増加率(%)	H１７年：医業収入に占める割合(%)
	純資産(元入金)	10,140	11,169	11,672	4.5%	22.9%
	事業主貸計	-9,297	-11,020	-12,738	15.6%	-25.0%
	事業主借計	416	388	1,141	194.1%	2.2%
純資産計		1,259	537	75	-86.0%	0.1%
当期純利益		9,908	11,135	12,118	8.8%	23.8%
純資産合計		12,426	12,209	12,268	0.5%	24.1%
総資本(総純資産)		47,057	44,878	44,053	-1.8%	86.4%
医業収入		45,580	48,489	50,989	5.2%	100.0%

図 5-1-1 事業主貸計と総資本・医業収入の年度比較

歯科診療所は、縮小対応経営時代に既に突入しています。従来の経営の考え方では沈没してしまうのは目に見えています。ここで、しっかり体質転換を図り積極対応経営(経営の革新)が必要となります。いつまでも利益がでてくるとは限りません。歯科医師の増員・歯科診療所の増加と、少子化の影響で既に患者数が減少しています。

小手先としては、前年度の決算をもとに予想を立てて、予想した純剰余の範囲内で計画的に「事業主貸し」＝事業主報酬の金額をコントロールする必要があります。つまり、毎月の事業主報酬を予算化するとともに、純利益が予定より少ない場合には減額するということも含めて管理することが重要なことです。

恒久的には、現在企業でも実施されています、再生/再建から支援へ「経営革新」による積極対応型経営へ歯科診療所も体質転換を図らなければなりません。経営革新とは、歯科診療所で、ナンバー1 となるものをもつことです(自費治療 No1、自費技術 No1、インプラント No.1、設備 No1、地域 No1……etc)。

また、財務・キャッシュフロー・レセプト等を他人まかせにしないで自分で判断できるレベル能力を高めることも必要です。

Q2 財務体質面からみたキャッシュフロー管理の視点について簡単な見方を教えてください。

A2. キャッシュフローの視点から、下記の公式で簡単に判断できます。

[1].借入金と CF＊10 倍値で判断する方法

借入金:CF	=	1	≦	CF	X	10	・・・・・・・	OK
		1	＞	CF	X	10	・・・・・・・	NG

[2].債務償還年数より判断する方法

$$\text{債務償還年数} = \frac{\text{借入金(短期＋長期)}}{\text{CF(税引後利益＋減価償却費}}$$

[1].ＣＦ（キャッシュフロー）は、財務資料から簡単に求めることができます。財務資料の損益計算書の税引き後利益額を確認し、同じく損益計算書のなかの減価償却費額を確認します。この合計額がキャッシュフロー(CF)額となります。

財務資料の貸借対照表から、短期借入金と長期借入金の合計額を求めます。借入金とキャッシュフロー(CF)額を 10 倍(10 年)した金額と対比します。この CF 金額と借入金を対比し、借入金より CF 金額が多いと判定は NG です。逆に、CF 金額が借入金より小さいと判定は OK です。

償還能力検討　　歯科診療所　個人

■ CFの計算

項　　目	15/1期	16/1期	17/1期
税引後利益			
通常減価償却	4	3	3
特別償却			
製造原価償却			
繰延償却			
貸倒償却			
引当金戻益			
引当金繰入			
固定資産除去/売却損			
計	4	3	3

■ 借入金の残高推移

項　　目	15/1期	16/1期	17/1期
長期借入金	34	32	30
短期借入金	0	0	0
計	35	32	30

■ 償還年数

項　　目	15/1期	16/1期	17/1期
償還年数	10	9	9
CF判定	NG	OK	OK

償還能力検討　　歯科診療所　医療法人

■ CFの計算

項　　目	15/1期	16/1期	17/1期
税引後利益	1	1	−4
通常減価償却	3	3	3
特別償却			
製造原価償却			
繰延償却			
貸倒償却			
引当金戻益			
引当金繰入			
固定資産除去/売却損			
計	4	4	−1

■ 借入金の残高推移

項　　目	15/1期	16/1期	17/1期
長期借入金	21	19	41
短期借入金	0	4	0
計	21	23	41

■ 償還年数

項　　目	15/1期	16/1期	17/1期
償還年数	5	7	−32
CF判定	OK	OK	NG

平成 17 年度 [1]で判定　個人 ; OK, 医療法人　NG,　[2].で判定　個人 9 年、医療法人　-32 年

Q3　CF 計算書の主なポイントについて教えてください。

A3.　ＣＦ計算書の主なポイントは、以下の六項目があります。

①CF 計算書は、診療所の資金の状況を明らかにするために、活動内容に従い、一定会計期間に属するすべての資金の収支と支出の内容を記載して、増減の状況を明らかにするという目的をもっています。

②CF 計算書が対象とする資金の範囲は、現金および要求払預金(当座預金等)ならびに現金同等物(以下、「現金等」)があります。

③CF 計算書には、「業務活動による CF」,「投資活動による CF」,および「財務活動による CF」

の区分を設けなければならいとされています。

ア）「業務活動による CF」の区分には、医業損益計算の対象となった取引のほか、投資活動および財務活動以外の取引による CF を記載します。

イ）「投資活動による CF」の区分には、固定資産の取得および売却、施設設備補助金の受入による収入、現金同等物に含まない短期投資の取得および売却などによるＣＦを記載します。

ウ）「財務活動による CF」、の区分には、資金の調達および返済による CF を記載します。

④CF 計算書には、次の事項を注記しなければいけません。

ア）資金の範囲に含めた現金などの内容およびその期末残高の貸借対照表科目別の内訳

イ）重要な非資金取引

ウ）各表示区分の記載内容を変更した場合には、その内容

⑤同一開設主体の他の施設（他会計）との取引に関する CF については、当該取引の実態に照らして独立した科目により適切な区分に記載しなければならないとされ、施設会計であることを明らかにしています。

⑥利息の受取額および支払額は、総額で表示するものとします。

Q4 レセプトデータを自分で管理しょうと思いますが簡単なフォームがあれば教えてください。

A4. 以下に簡単な帳票サンプルを提示します。

ポイントは、保健収入合計・保険外収入合計のそれぞれの人数・金額を確実に記帳することです。特に、保険外収入の人数は洩れなく記入することからスタートします。月別の診療日数を把握し、年間診療日数を把握することが一番大事なことです。

診療所名　**歯科診療所　〇〇〇〇**

窓口年度　**平成１８年度**

月度　**９　月**

歯科窓口収入一覧

			保険収入合計									保険外収入合計					
			社会保険		国民健康保険		その他		保険収入合計			自費収入		その他		保険外収入合計	
日		曜日	人数	**社保**	人数	国保	人数	その他	新患者の数	人数	累計金額 合　計Ⅰ	人数	自費	人数	その他	人数	累計金額 合　計Ⅱ
1	1	金	27	45,080	15	12,780			2	42	57,860	1	1,470	2	1,859	3	3,329
2	1	土	12	22,980	6	17,430			1	18	40,410		0	1	604	1	604
3		日								0	0					0	0
4	1	月	28	50,980	14	5,830			3	42	56,810	5	89,020	1	394	6	89,414
5	1	火	22	24,340	11	11,750			0	33	36,090	4	67,530	1	625	5	68,155
6	1	水	16	15,010	9	8,690			2	25	23,700	3	9,980		0	3	9,980
7	1	木	34	38,090	20	15,910			1	54	54,000	2	2,470	3	4,308	5	6,778
8	1	金	24	32,160	18	21,070			2	42	53,230		0	3	3,214	3	3,214
9	1	土	8	5,670	2	2,050			0	10	7,720		0	1	699	1	699
10		日								0	0					0	0
11	1	月															
12	1	火															
13	1	水															
14	1	木															
15	1	金															
16	1	土															
17		日															
18	1	月															
19	1	火															
20	1	水															
21	1	木															
22	1	金															
23	1	土															
24		日															
25	1	月															
26	1	火															
27	1	水															
28	1	木															
29	1	金															
30	1	土															
合　計			**171**	**234,310**	**95**	**95,510**	**0**	**0**		**266**	**329,820**		**170,470**		**11,703**	**27**	**182,173**
１日当たり平均			21.4	**29,288.8**	11.9	11,938.8	0.0	0.0		33.3	41,227.5		21,308.8		1,462.9	3.4	22,771.6

8	日間

2. 人事・労務に関するＱ＆Ａ

Q5　求人や採用に関する質問です。

Q5-1　求人や採用はどのように進めればよいでしょうか？

Ａ：一般的に求人の方法は、ハローワーク（公共職業安定所）、民間の有料職業紹介事業者等への求人がほとんどです。そのほかには医療専門学校や新聞・雑誌・インターネット使ったホームページ等への広告による広告求人や親戚・知人の紹介等様々な求人方法があります。

また、採用については、応募者の中から良い人材を求める方法として、書類（履歴書・紹介状）、採用試験（一般常識・専門知識・作文）、適性検査および面接による選考を行なうなど人柄・能力・専門知識や健康面など多面的な視点で選ぶことが必要となります。いろいろな求人・採用方法がありますが、少なくとも履歴書・面接による選考は必ず行なうことが肝要です。

Q5-2　外国人を自由に採用できるでしょうか？

Ａ：労働法上は外国人であるからといって採用や労働条件上差別してはなりませんが、「出入国管理及び難民認定法」（以下「入管法」という）において外国人が本邦へ入国するには有効な旅券（パスポート）が必要で（入管法 3 条）、かつ原則として日本国領事管等の査証（ビザ）を受けたものを所持し、本邦に所要の在留資格の許可を受け、法務大臣の就労資格の許可を受けた者でなければ採用できません。

ただし、永住者、日本人の配偶者等、永住者の配偶者等、定住者については、採用制限はありません。

Q5-3　試用期間は必要でしょうか？

Ａ：試用期間とは、一般に採用直後の一定期間を定め、スタッフとしての業務適格性等を判断するための期間とされています。院長としては、この間にスタッフの勤務態度、出勤状況、業務遂行能力、協調性等につき判断し、スタッフとしての適格性を有するか否か判定することになります。試用期間は業務適格性判定期間であると同時に教育指導期間でもあり、試用期間中の勤務態度、非違行為等については注意指導を行なうことが重要です。試用期間は、1 ヵ月から 3 ヶ月程度の期間が一般的です。

Q5-4　パートタイマーと派遣労働者はどのように違いますか？

Ａ：パートタイマーとは、公的には「短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律」に規定する「短時間労働者とは、1 週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用される通常の労働者の 1 週間の所定労働時間に比し短い労働者をいう。」（第 2 条）とされています。一般に正社員とは違った取り扱いを定める雇用形態として雇用することが一般的です。

一方､派遣労働者は､労働者派遣法でいう派遣労働者の定義の主旨は､｢自己の雇用する労働者を、その雇用関係を維持しながら、他人の事業所に派遣し、当該他人の指揮命令を受けて、その他人のために労働に従事させることをいうものである」としています。要するに、他人の雇用する労働者を自社に派遣してもらい、自社の管理者の指揮命令に従って就労させるというもので、派遣元が雇用主となります。

Q6 労働契約（雇用契約）と労働条件に関する質問です。

Q6-1 労働契約とはどのようなものですか？

A：労働契約とは、労働者（雇用されるスタッフの意）と使用者との間で、労働者は使用者の指揮命令により所定の場所等において労働し、使用者はその労働の対価として賃金を支払うとの合意をさします。本来労働契約は、労働者と使用者とが対等の立場にたって決定すべきもの（労働基準法２条１項）でありますが、一般に弱い立場にある労働者を保護するため、個々の労働契約はその上位にある集団的労働条件の基準以下であってはならないという拘束を受け正当な労働条件で雇用されることを保障しています。上位にある集団的労働条件とは、法令（主に労働基準法)、労働協約（労働組合と使用者との間で合意した書面)、就業規則（社会的規範を有する）があります。そして個別に契約されるものが労働契約です。

したがって、原則として個々の労働契約は必要ではありますが､｢雇入通知書」や「労働条件通知書」でもって賃金、労働時間、その他の労働条件を書面で通知すれば同様の効果があります。

Q6-2 労働条件と就業規則の関係を教えてください

A：労働条件は就業規則と読み替えても過言ではありません。すなわち、多数の労働者を使用する企業（医院）において、その事業を合理的に運営をするには多数の労働契約関係を集合的・統一的に処理する必要があり、この見地から、就業規則によって労働条件の基準を決定し、その基準に従って個別的労働契約における労働条件を具体的に決定するのが実情です。

つまり、労働条件は、就業規則を基準に雇い入れる個別の労働者との間に特有の条件があればその条件を附従的に取り入れることもあります。この場合前述の労働契約（雇用契約）に反映されることになります（就業規則については就業規則の項のＱ＆Ａを参照)。

Q7 社会保険は必ず加入しなければならないでしょうか？

A：スタッフを採用した場合、社会保険の手続きが必要になります。

社会保険とは、一般に三保といわれ健康保険・厚生年金保険・労働保険（雇用保険と労働者災害補償保険「労災保険」）があります。

①健康保険は、病気やケガで病院等にかかる場合または休業時の補償や死亡時の埋葬料等の給付

が受けられる政府管掌健康保険です。保険料は、労働者の賃金の額に応じた一定の額を使用者と労働者が折半します。

②厚生年金保険は、老後の生活保障や障害者になった場合などに保障が受けられる終身型の年金保険です。保険料は、労働者の賃金の額に応じた一定の額を使用者と労働者が折半します。

③労働保険は雇用保険と労災保険からなり、雇用保険は労働者が失業したときに再就職が決まるまでの生活の安定を目的として支給する失業給付が主な給付です。もう一つの労災保険は、業務中や通勤途上に災害を被ったとき（生じた負傷・病気・障害または死亡）に必要な保険給付が主な給付です。保険料は、労働者の賃金の額に応じた一定額を使用者が全額負担します。

これらの社会保険は、原則として「人」を使用する場合は必ず加入する義務がありますが、従業員が 5 名未満の個人事業所では健康保険・厚生年金加入は任意とされています。詳しくは、①②については所在地の「社会保険事務所」③については、公共職業安定所（ハローワーク）または労働基準監督署へ問合せされることをお勧めします。

Q8　賃金・給料・賞与についての質問です。

Q8-1　賃金支払いの五原則とはどのようなものですか？

A：労働基準法（以下、労基法）は賃金の支払いについて、「賃金は、①通貨で、②直接労働者に、③その全額を、④毎月 1 回以上、⑤一定の期日を定めて支払わなければならない」と定めています。なお、例外として、銀行等の金融機関への口座振込払いは、労働者の同意を得た場合には正統な支払い方法として認められています。この場合、①本人の同意（形式は問わない）、②本人名義の口座、③賃金支払日の午前 10 時頃までに引出し可能等が条件となります。

Q8-2　効果的な給与支給にはどのような考え方がありますか？

A：基本的には、スタッフのモチベーションを高めその維持向上をはかるためのインセンティブを与えつづけることが効果的です。そのためには、まず、募集・採用時の給料は世間相場（他の歯科診療所）よりやや高めに設定し、勤続年数に比例させ、あわせて能力向上を加味した給与体系にするとより効果があがります。いわゆる「職能資格制度」の導入です。基本給（属人給）、職能加給（階層と職能等級に合わせて加給）、仕事給、役職手当、諸手当の基準内給与を設定し、階層（3～4 階層程度）と職能等級（6～9 等級程度）の組合せにより昇給していくシステムを構築することです。また近年、産業界では勤続年数の貢献度が低下する傾向にあり、職場の文化に応じた臨機応変な制度の構築が求められています。

Q8-3　時間外労働（残業）手当ては支払う必要がありますか？

A：法定労働時間を超えて働かせた場合は、支払わなければなりません。

法定労働時間は週 40 時間 1 日 8 時間が原則です。但し、従業員 10 名未満の診療所には週 44 時間までの労働時間が特例として認められています。いずれにしても、法定労働時間を超えて労働させた場合は、2 割 5 分以上、法定休日に働かせた場合は 3 割 5 分以上、深夜（午後 10 時から午前 5 時の時間帯）に働かせた場合はさらに 2 割 5 分以上の割増賃金の支払いが必要となります。

従って、時間外勤務は厳しく管理する必要があります。スタッフが時間外勤務をする場合は院長に事前申請をさせ、不要不急の仕事か時間外労働をしてまでも急ぐ仕事か内容をチェックするなど厳しく管理する必要があります。

Q8-4 賞与（ボーナス）は必ず支給しなければならないでしょうか？

A：結論から言うと、賞与の支給義務の有無も就業規則等の定め方いかんによります。「毎年 6 月と 12 月に賞与を支給することがある」という規定にとどまる場合には、法律上の給付請求権はスタッフ（従業員）に発生しません。また、「業績にかかわらず賞与は支給する」という記載がない限り、これまで定期的に賞与を支給し続けてきたというだけでは、賞与請求権は発生しません。したがって、「賞与は業績が悪い場合は支給しないことがある」という文言の追加（リスクヘッジ）のマネジメントが必要です。つまり、賞与は景気や業績にに大きく左右される賃金であるという特色があります。

Q8-5 効果的な賞与（ボーナス）の支給はどのようにしたら良いでしょうか？

A：医院の業績に連動した成果主義賞与にすることです。そのためには、人事考課制度をとりいれ、本人の成績によって差をつける業績連動型成果主義賞与制度とすることです。

これは医院の医療収入など医院の業績に連動して賞与の総額原資を定め、さらにスタッフ（従業員）の人事評価の結果によって賞与の配分を決める制度です。これはあらかじめ計画した利益を超過した部分ついて一定の割合（例えば、超過額をスタッフ分・経営者分・内部留保分に 3 等分）を上乗せ原資とするなど「業績を挙げた者が多くの賞与がもらえる」というインセンティブをスタッフに与えることで動機付け（モチベーションアップ）を図ることができます。

Q9 振替休日と代休はどうちがうのですか？

A：「振替休日」は、予め休日と定められている日（例えば日曜日または土曜日）を、他の労働日である水曜日（前の週または次の週）と交換して与える休日のことです。この場合振替える日の範囲は、法定休日については 4 週間以内でなければなりません。

一方「代休」は、休日に労働（休日出勤）した後にその代わりとしてその後の特定の労働日の労働義務を免除すること（労働しない日）を代休といいます。この場合。先に労働した休日に対して 1 日の基本賃金は代休を与えるので支払い義務は生じませんが、割増賃金部分は支払い対象となり

ます。法定休日の場合はその休日労働の割増賃金（3 割 5 分以上の割増）、法定休日でない場合はその休日労働の割増賃金（2 割 5 分以上の割増）が支払い対象となるので注意が必要です。

したがって、休日の労働（休日出勤）については、予め就業規則等で「振替休日」のルールを決めておくことをお勧めします。

Q10　就業規則作成のポイントは何でしょうか？

A：労働基準法は、就業規則作成にあたって次の 3 つの記載事項を定めています。

1）必ず記載しなければならない事項（絶対的必要記載事項）

以下の事項は、就業規則に絶対に記載しなければならず、その記載が 1 つでも欠けている就業規則は届け出ても受理されません。

①始業・就業の時刻、休憩の長さ・与え方、休日の日数・与え方・振替休日、法定休暇・会社休暇、交替就業の場合の交替日・交替順等に関する事項（労基法 89 条 1 項）

②賃金の決定、計算及び支払いの方法、賃金の締切りおよび支払いの時期ならびに昇給に関する事項（労基法 89 条 2 項）

③任意退職、解雇、定年制その他労働者が身分を失うすべての場合に関する事項（労基法 89 条 2 項）

2）定めた場合に限り必ず記載しなければならない事項（相対的必要記載事項）

この事項は、就業規則に記載するかどうか自由だが、実施している場合やこれから実施しようとする場合には必ず記載しなければなりません。

①退職手当（退職金）・賞与およびその他の手当に関する事項

②社宅費等の経済的負担をさせる定めをする場合にはこれに関する事項

③労働安全衛生法に関する事項および災害補償等に関する事項

④職業訓練に関する事項および表彰・制裁等に関する事項

3）記載することが自由な事項（任意的必要記載事項）

この事項は、法律上の義務はないが、使用者が記載しておきたいと思うような事項を任意的必要記載事項といいます。

Q11　退職および解雇についての質問です。

Q11-1　定年退職は何歳にすべきでしょうか？

A：平成 16 年 6 月、高年齢者等の雇用の安定等に関する法律（高年齢者雇用安定法）が改正され、60 歳の法定定年年齢は維持しつつも、65 歳未満の定年の定めをしている事業主は、①65 歳までの定年の引き上げ②継続雇用制度の導入③定年の定めの廃止、のいずれかの高年齢者雇用確保措置を講ずることが義務化されました（平成 18 年 4 月 1 日施行）。

なお、定年を 65 歳に引き上げることについては、平成 18 年度から平成 25 年度までの間に段階的に以下のステップで引き上げるものとなっています。

平成１８年４月～平成１９年３月６２歳

平成１９年４月～平成２２年３月６３歳

平成２２年４月～平成２５年３月６４歳

平成２５年４月～６５歳

また、継続雇用制度については希望者全員を制度対象者とすることが望ましいといえます。

Q11-2 解雇は自由にできるでしょうか？

A：労基法においては解雇は客観的に合理的な理由を欠き、社会通念上相当であると認められない場合には、その権利を濫用したものとして無効とする。（労基法第 18 条の２）として制限を設けています。また解雇は大きく 2 つに分けられます。１つは、使用者側の事由による解雇（整理解雇・普通解雇）、もう１つは、労働者側の事由による解雇（懲戒解雇・普通解雇）があります。いずれにしても解雇理由に正当性・合理性（民法上の「信義誠実の原則」や「公序良俗」）などの正当な理由のない解雇は解雇権を濫用したものとして無効とされます。

Q11-3 有効な解雇とはどのようなものですか？

A：解雇が有効であるためには、原則として次の要件のすべてを充足する必要があります。

１）就業規則や労働協約があればそれに従うこと

解雇は、就業規則の絶対的必要記載事項であり、常時 10 人以上の労働者を使用する事業場では必ず解雇事由等の規定がなければならない。

２）30 日前に予告するか、解雇予告手当てを支払うこと（労基署長の認定があれば不要）

労基法 20 条は「使用者は、労働者を解雇しようとする場合においては、少なくとも 30 日前にその予告をしなければならない。30 日前に予告をしない使用者は、30 日分以上の平均賃金を支払わなければならない。ただし、天災事変その他やむを得ない事由のために事業の継続が不可能となった場合又は労働者の責めに帰すべき事由に基づいて解雇する場合においてはこの限りでない」（ただし書きの該当事由は、労基署長の認定が必要）としている。

３）法律上の解雇禁止に該当しないこと

法律上、例外的に特別に解雇が禁止されている 9 つの事由があります。

①不当労働行為となる場合（労組加入や労組活動等の故をもってする解雇等）

②事業場の負傷疾病による休業・産前産後の休業及びその後の 30 日間中の解雇

③労働者の国籍、信条、社会的身分を理由とする解雇

④労働基準監督機関への申告を理由とする解雇

⑤前記②の解雇予告制度に従わない解雇

⑥女性であることを理由とする差別的取り扱いとなる定年、解雇

⑦女性の婚姻・妊娠・出産を退職理由とする定めによる解雇、退職

⑧女性の婚姻・妊娠・出産・産前産後休業を理由とする解雇

⑨労働者が育児・介護休業の申出をし、育児・介護休業をしたことを理由とする解雇

４）解雇理由に正当性（合理性）のあること

民法 1 条 2 項の「信義誠実の原則」や同条 3 項の「権利の濫用禁止」や民法 90 条の「公序良俗」などに照らして正当な理由のない解雇は無効とされている。

Q12　教育・研修についての質問です。

Q12-1　教育方針はどのようなことを掲げればよいのでしょうか？

Ａ：教育方針は、院長の経営理念や人材育成の理念に裏づけされたものでなければならないし、スタッフ全員の指針になるものでなければなりません。企業理念に基づくところからどちらかというと精神的な方針であるため抽象的な表現になりがちですが、具体的で簡潔な行動指針となる表現で箇条書きにするとわかりやすいでしょう。

また、教育方針に盛り込む内容は、教育に対する期待、教育の重点方針、OJT・OFJT・自己啓発の意義と位置づけや教育を実施するための体制などを体系的に表現すると分り易くなります。

Q12-2　教育体制（体系）にはどのような教育・研修を盛り込めばよいでしょうか？

Ａ：教育には次の 3 本柱があります。

①ＯＪＴ（OnTheJobTraining）という仕事をとおして行なう現場教育

②ＯＦＦＪＴ（OffTheJobTraining）という仕事を離れて行なう集合教育

③自己啓発というスタッフ自身が自発的・主体的に目標を立てて行なう能力開発

これらを階層別、職能別、課題別にバランス良く長期・短期両面から継続的、段階的に、かつニーズ中心に体系づけた体制が求められます。

仮に、新卒者の新人教育の例をあげると「社会人と学生の違い」「挨拶の仕方」「ビジネスマナーと職場のエチケット」「正しい言葉遣い」「命令の受け方、報告の仕方」「接遇・電話応対」などの採用時教育があります。もちろん、中途採用者（キャリア持った者）の場合は、経験や習得度合いに応じて省略することができます。また、専門技術向上のための専門教育があります。自己啓発については、各種資格取得（歯科衛生士や介護士その他仕事に関連する資格）の取得支援（講座料の一部負担や合格報奨金等）などを合わせて盛り込めばより学習意欲を高めることが期待できます。

Q13　モチベーション（動機付け）についての質問です。

Q13-1　スタッフのモチベーションアップはどのようにしたらよいでしょうか？

A：モチベーションアップとは、つまり「やる気の創出」のことです。『成果＝やる気×能力×行動力』の方程式の中の「やる気」を高めるにはどうすればよいのでしょうか。

一般には、成果主義人事制度や給与制度の導入が考えられます。「成果主義」のベースは「目標管理」であり、目標が達成された場合は成果（利益）配分や処遇（ポスト）を従業員（スタッフ）にコミットメントするというインセンティブ（刺激・誘因）が必要です。

Q13-2　目標管理とはどのようなものですか？

A：目標管理とは、経営課題を解決するための管理手法です。経営課題とは自医院のありたい姿（目標）と現状とのギャップを埋めるために必要となる事項といえます。そのギャップ（経営課題）を解決するためには何をいつまでにどうするというアクションプランが必要となります。これを従業員それぞれに考えさえ、目標を明確化し行動プランに落とし込み、さらにこれを定期的にチェックし改善していくことで目標管理は意味を成すものとなります。つまり、PDCA サイクルをまわす管理手法でもあります。（前掲マネジメントの章を参照）

Q13-3　ほかにどのようなモチベーションアップがありますか？

A：マズローの欲求 5 段階説を参考にすると、人の欲求は①生理的欲求②安全の欲求③集団帰属の欲求④尊厳の欲求⑤自己実現の欲求と段階的に高度なものになっていきます。現在の企業で働く人たちは、程度の差はありますが①や②の要素である衣食住や安全・安定は満たされているはずです。このような中で更なる高次元の欲求である③、④、⑤の要素である組織への帰属意識、自己認知、創造的活動等に対する欲求を満たしてあげることが今後要求されてくるでしょう。就労意識や価値観の多様化が進む昨今の状況から、必ずしも「報酬」や「安定」がモチベーションアップの決定的なものとはなりえないのです。要するに、従業員（スタッフ）の心の中にある「会社（医院）や職場に対する要望や不満」の声に耳を傾けること、つまり、ES（EmployeeSatisfaction）「従業員（スタッフ）満足」をはかることが真のモチベーションアップにつながるものといえます。

Q14　コミュニケーション（Communication）についての質問です。

Q14-1　スタッフとのコミュニケーションはどうしたら効果的ですか？

A：通常は「報・連・相」（報告・連絡・相談）という形で業務運営の中で行われる情報伝達が一般的であります。フォーマルな形としては、予め日時やテーマを設定し行なうミーティングや会議といったものや定例化した朝礼・夕礼があります。また伝え方としては、口頭、文書（報告書・業務日誌等）、図面や写真、E メールなどさまざまな手段があります。

毎日顔を合わせていてもきちんとした情報伝達を行なうには、日々の朝礼やスタッフ一人ひとりに院長が直接指示や協力要請をする時間をとる必要があります。また、スタッフ同士の課題解決のための定期的なミーティング（小集団活動）や会議を行なうことで闊達な風通しの良い組織風土をつくることができるのです。

Q14-2 コミュニケーション能力向上のポイントは何ですか？

Ａ：意識してコミュニケーション感覚を磨く必要があります。たとえば、上手に「報・連・相」や打合せを行なうには、「入手した情報は、重要度に応じて誰が必要とし、また誰に伝えれば効果的に活用でき、いつまでにその人に知らせるべきか（スピード)」を見極めることです。内容は当然、５Ｗ２Ｈに照らして整理したものであることなどです。なかでも「コーチング」は、コミュニケーション能力向上のツールといえるでしょう。コーチングとは、専門の訓練を受けた「コーチ」がクライアント（相手）にさまざまな質問やシンプルなアドバイスをすることにより、クライアント（相手）が目標を達成したり、ビジョンを実現するための「サポート」をするものです。

質問中心の気づきを前提としたコミュニケーションで、次のような会話（拡大質問・未来質問・肯定質問等）を通して解決策をクライアント（相手）自身に発見させるのです。「あなたの望んでいるものは何か？」「あなたの周りでは何が起きているのか？」「あなたには、どのような行動の選択肢があるのか？」「あなたは、どの行動を実践するのか？」などを明確にしていきます。最終的なコーチの責任は、「クライアント（相手）が自分の決めたゴールに向かって自ら行動する手助けをする」ことにあるのです。

Q15 顧客満足度（CustomerSatisfaction）向上についての質問です。

Q15-1 顧客満足度（患者さま満足度）はマーケッティングに影響しますか？

Ａ：顧客満足度（ＣＳ）向上はマーケッティング対策と大いに関係する重要項目であります。

ＣＳは、顧客（患者さま）のリピートの増加や顧客の離反防止に必要不可欠の要素です。顧客満足度（ＣＳ）向上は、まず、「お客さま（患者さま）の声を聞く」ことです。業務改善の着眼点のひとつにお客さま（患者さま）の声からの分析があります。お客さま（患者さま）の声を真摯に聞き、その問題点の改善策を検討し、確実に実行することです。この積み重ねによりお客さま（患者さま）に満足していただく。これが「顧客満足（ＣＳ)」向上の出発点といえます。このお客様の声を聞く最も簡単な方法としてアンケート調査があります。

Q15-2 スタッフの満足度向上のポイントは何でしょうか？

Ａ：先に述べた、CS と ES が両立することが顧客満足度（患者さま満足度）向上につながるという、この背景を説明すると、経営戦略の視点で言う「バランススコアカードの４つの視点のうち２

つの視点を占め、かつ互いに強く関連し合うからです。

４つの視点とは、①財務の視点②顧客の視点③業務プロセスの視点④人事・能力向上の視点であります。このうち②はすなわち顧客満足度であり、④はスタッフのモラールやお客さま（患者さま）への対応技術や接客態度といえます。お客さま（患者さま）もスタッフもみな同じ人間です。だから人間同士の「信頼関係の構築」を第一とするならば、CS と ES の両立は欠かすことができないといえます。

Q16　ＣＳＲ（企業の社会的責任 Corporate Social Responsibility）についての質問です。

Q16-1　ＣＳＲの具体例とはどのようなものですか？

Ａ：一般にＣＳＲは「企業の社会的責任」と訳されています。社会的とは、企業（ここでは医院とする）を取り巻くさまざまなステークホルダーに対する以下のような受動的・能動的かかわりと捉えます。ステークホルダーとは、株主・投資家、従業員（スタッフ)、顧客（患者)、供給者、地域社会・住民、行政、各種団体等が含まれます。つまり、医院としてはこれらのステークホルダーの要求に対する社会的責任をもつということを意味します。

Q16-2　歯科診療所の社会的責任とは何ですか？

Ａ：一言でいえば、歯科医療を通しての「存在意義」であり「経営姿勢」「行動指針」ということができます。つまり、患者（お客さま）に安心感と信頼感を与え、むし歯や歯周病の治療はもちろん審美やインプラントなどさまざまな患者（お客さま）のニーズに対応でき地域一番の頼れる歯科診療所としての責任を果たすことです。これは、まさに院長の経営理念であり診療方針そのものであります。

Q16-3　ＣＳＲの具体的活動とはどのようなことですか？

Ａ：次のように外部に向けた活動と内部に向けた活動があります。

＜外部に向けた活動＞

①経営理念や治療方針をお客さま（患者さま）にアピールすることで経営姿勢を明らかにし、お客さま（患者さま）に信頼感を与えること。

②一人ひとりの患者さまにインフォームドコンセントを実施し、治療に対する説明責任を果たすことで信頼性と安心感を与えること。

＜内部に向けた活動＞

①企業倫理や経営理念に則った「行動規範」を定め、院長自身そしてスタッフがどのように行動すべきか、「自医院の行動憲章」として決意表明を行なうこと。

②環境経営の具体的活動としてＣＯ2 の排出量の抑制（不要な電灯の消灯)、産業廃棄物の排出抑

制、グリーン調達推進、３Ｒの積極導入など自医院でできる環境負荷の低減活動を行なうこと。

Q16-4　個人情報保護法への対応はどのようにすればよろしいでしょうか？

Ａ：個人情報の流出事故が多発し社会的問題となって久しいが、歯科診療所は、顧客（患者さま）データベース等の個人情報（属性データや治療履歴等）を多数保有しています。これらの個人情報を適切に管理するのは院長の重要な管理責任の１つであります。

情報流出には２つの側面が考えられます。１つはパソコン等を介して外部からアクセスしてくるコンピューターウイルスやハッカー等による流出事故です。もう１つはスタッフ等の故意または不注意による流出事故です。

前者は、パソコンにウイルス対策ソフトウエアをインストールし、常に最新の常態を保ち定期的なウイルスチェックを行なうことです。また不信なインターネットサイトにはアクセスしないことや不信なメールは開かないなど職場内でルールー化しておくことです。

後者は、故意の個人情報流出は論外であるが、それでも院長は使用者であると同時に労務管理の責任者としてスタッフの不正行為が発生しないよう、またミスの未然防止対策を講じる必要があります。情報セキュリティとしてパソコンの院外持ち出しや私用パソコンの院内持込禁止などの制限やソフト面では個人情報データへのアクセスにはパスワードの設定や担当者を特定するなど制限する必要があります。またメモリーなどの全ての記憶媒体についても管理番号を付すなどの識別やパスワードを設けるなど細心の注意が必要です。

また、スタッフの採用時の履歴書（不採用者の履歴書を含む）や人事カード（労働者名簿）等についても保管方法、返却の有無、廃棄する場合の方法等できるだけ具体的にルールを決めガイドラインをつくり個人情報の取り扱いには十分な注意が必要です。

3. マーケティング

これまでみてきたように、今後も継続すると思われる診療報酬引き下げ傾向の中、自院が生き残る為には自費診療中心の医療サービスを治療の重点に置くことが非常に重要といえます。第 3 章の勘どころで述べたマーケティングミックスの具体的戦術に関連させながら、まず信頼関係の構築や店舗設計等に関しての基本的な質問に答えた後、自費診療の売上向上に直結する項目をセレクトしました。

Q17　患者との良好な関係をつくるにはどうしたら良いですか？

A：技術や知識は言うまでもありませんが、患者は院長の態度や姿勢、スタッフの身だしなみや気配り、建物の外観や内装から受ける印象などの全てをもって医院を評価します。その中でも実際に治療にあたる院長が信頼できるか否かは非常に重要な要素です。

それでは信頼される院長とはどのような人物でしょうか。院長は元気で明るく健康的であること、患者にとっての『最善』を第一に考えるという誠実な態度などがまず挙げられます。次に積極的な説明を実施すること、これは日常の診療の中で最も大切な部分です。病状の説明、具体的な治療方法や費用、治療の進行状況など、専門用語は使わずに分かりやすい言葉で丁寧に説明を行ないます。必要に応じて図や書面などを使うとよいでしょう。図や書面は患者が持って帰って家族と見ることが出来るので、良い口コミにつながる可能性もあります。さらに治療の説明や生活上での留意点などをきちんと説明することで医療トラブルを防ぐことができムダな時間や出費を省くことにもつながります。この積み重ねが患者との信頼関係を築き上げていきます。

院長の人間性の次に大事なのはスタッフの対応です。人が好感度を持つか持たないかは第一印象で 7 割が決まると言われます。患者が来院して最初に言葉を交わすのは受付けのスタッフですが、そういった見地で考えると患者は受付けの最初の対応で医院のイメージの 7 割が決まるとも言えます。スタッフには社会人としてのマナーを守らせるのは当然ですが、院長の診療に対する姿勢を正しく理解させ、患者に対するスタンスを統一することが大切です。治療の説明の仕方については、言葉を統一するため、患者の理解度に一定の質を保つためにマニュアルや、ある程度のツールを用意しておくのも良いでしょう。

Q18　新規患者を固定客にするための店舗設計上のポイントはありますか？

A：店舗そのものもマーケティング機能を持っています。建物自体のデザイン、形、色、照明、看板は宣伝訴求機能を持っているために、通行客へのアピールを工夫する必要があります。また駐車場を設ける、出入り口の開放度を上げる、後に述べるウィンドを活用すること等により通行客を立ち寄らせる誘導機能を発揮させることも重要です。また誘導と立地を考えると望ましいのは 1 階に在ることです。しかし、コスト上やむを得ず 2 階部の賃貸物件の利用も考えられますが、その場

合 2 階への誘導が高いか否かの判断には階段の位置と構造が重要です。位置は建屋の中央が望ましく、また昇りやすい階段の角度やサイズについても専門書に記載がありますのでそれを参考に物件を選別するべきです。

次に歯科診療所特有のポイントを①玄関まわり　②待合室　③受付　④診察室に分け述べます。

①玄関・入り口

まず、もし玄関までに段差があればアプローチが安全であることが重要です。段差を感じさせないよう車イスも通れる巾のスロープと手すりをつけ、雨の日も滑らないような地面の仕上げをします。また、外から見てプライバシーを侵さない程度に玄関から待合室がのぞけるよう透視性のある強化ガラスを使用し開放感与えるのも効果的です。院内が明るい雰囲気になり、また見込み患者が飛び込みで来院しようと外から様子をうかがった場合、待合室に先客が入れば安心して入りやすいものです。

②待合室

患者がゆっくりくつろげる為に広めのスペースを確保したいものです。椅子の数はユニット数の 3 倍程度が目標です。幼児を標的患者とするならば当然キッズコーナーは必要です。

③受付

待合室側からはシンプル・清潔に見えて内側は機能的であることです。カウンターは、患者が立って受付を行なうのに楽であり、かつ内側の目隠しになるような高さが良いでしょう。

④診察室

患者が閉塞感を感じず安心して治療を受けられるために、隣り合った患者同士は個室もしくはパーティションで遮りプライバシーを確保した上で、南向きで自然光が入る明るい場所にレイアウトをしましょう。庭の緑が見えれば患者の精神の安定につながり、より快適に感じます。

Q19　定期健診患者を増やすにはどうしたら良いですか？

A．特に昔ながらの歯科診療所でよくありがちなのが、治療終了時に『終わりました。何かあったらまた来てくださいね。』という言い方です。これでは、聞いた患者も「何かなければ来院できない」との認識になってしまいます。歯科診療所側から一方的に来院を拒んでいる事に過ぎません。

治療終了患者を定期健診につなげていくためには、『治療は終わりましたが、術後の経過を確認しますので、2 週間後に来てください』、『健康な状態になっていますので、この状態を保つために 3 ヶ月毎に確認に来てください。』などと、定期健診につなげるように言葉にも気を付けるべきでしょう。もちろん、治療終了するまでの間に全スタッフの接遇を統一化し、治療においてはインフォームドコンセントの徹底を行い、治療が終了するまでに患者との信頼関係を構築する必要があります。

また、患者側としても「定期健診では何をするか」という事が分からないので、出来れば時間を取って定期健診を体感してもらうことが望ましいでしょう。その際はすべて行なわず「お試し」のような具合で時間をなるべくかけずに部分的に行って構いません。

ここでの重要なポイントは体感してもらい、今後の定期健診につなげて欲しいのです。ほとんどの歯科診療所が､治療完了後にリコールの案内を詳しく行なわず患者を帰すケースが多いようです。患者側からは、治療が終わって何の為に歯科診療所に行くのかが明確ではないので、本当に歯に興味を持っている患者しか来院しません。

よりリコール率を上げるために、治療完了後も「何のために、どのようにして」定期健診を行なうか十分に説明する必要があります。

Q20　広告を効果的にするにはどのようにしたら良いですか？

A．歯科診療所への患者来院動機の理由は「近さ」でしょう。潜在している患者の多くは自院の近くにいるということです。したがって、広告は自院の近くから活用し、看板であれば、距離的に近いところから立てる方が望ましいでしょう。駅の看板も一般的なＰＲ方法のひとつですが、目立たない上に無駄な看板が多いことがあります。広告の制限（医療法 69 条）の範囲内で、更に目立たせる方法はいくつもあるはずです。例えば近隣の看板の色と比較して何色が目立つのかという事も考えられるでしょう｡効果的にするには､小さなことまでも注意深く考えることが大切なのです。

歯科診療所の広告では、電話番号や地図等が小さく載っていたりするものが多く見受けられるようです。これでは受け取る側には効果があるとは言えません。どのようにすれば自院に来院することができるのかを明示しない広告など広告とは言えません。むしろ、電話番号や地図は大きく表示することが望ましいでしょう。そして、広告それぞれの効果も測定しなければなりません。例えば問診表の中に『なにを見て当院を知りましたか？』という質問を入れ、それを分析し、どの広告が効果的で､無駄な広告は何なのかを明確にします｡医院毎にそれぞれ効果的な広告方法は違います。

まずは自医院の現有の患者が何をきっかけに来院しているか把握することが大事です。新たに看板を設置する際には、必ず設置予定地まで足を運び、周辺の看板等の状況を確認してから決定を行ないましょう。

Q21　自費診療を強化することについての質問です。

Q21-1　患者に自費診療を勧めやすくする方法はありますか？

A：患者に勧める際に重要なことは､『自費診療はこちらからすすめるのではなく、あくまでも患者自ら選択させること』です。

例えば補綴（ほてつ）の治療をする際に､『オールセラミックにしたほうが料金は高いが良いですよ』などといきなりこちらからすすめるような言い方は避けた方が良いでしょう。なぜなら患者は

高い商品を営業されたという印象を持ってしまうからです。そうしないためにも、写真付の補綴料金メニュー表を患者に提示し、補綴の素材（オールセラミック･メタルボンドなど）ごとのメリットとデメリット（耐久性･審美性など)、保険診療なのか自費診療なのか、料金はいくらなのかといった情報を患者に提供することで、患者は自ら満足度の高い治療方法を選択することができるようになります。

メニュー表を提示することで様々な質問を受けるかもしれませんが、質問にはわかりやすく丁寧に説明することができる準備をしておきましょう。説明ができないようではすすめることもできません。メニュー表をみた患者のなかには『この中でどれが一番良いと思いますか？』と尋ねてくる人もいるでしょう。そのときに初めて『このオールセラミックが良いですよ。』とすすめ、そのすすめる理由をきちんと説明します。そうすれば患者の側も無理やりすすめられたといった印象は無く、自分で一番良い選択をすることができたと感じるでしょう。

こうして高い満足感を得た患者からはクレームも少なくなり、口コミによる新患の増加も期待できるようになります。

Q21-2　自費診療における価格設定にはどのような方法がありますか？

A：まず価格設定の第一歩は正確な原価管理を行なうことです。当たり前ですが、利益を確保するには価格は原価を上回る必要があるので、原価が価格の最低限度（価格の下限）となるからです。

原価は通常、固定費と変動費で構成されています。例えば歯科の自費診療においては材料費や外注費、時間当たりの人件費が変動費にあたり、家賃や機材リース料、水道光熱費が固定費にあたります。また原価は固定費と変動費の分類の他、その治療に直接関与しているか否かで直接費と間接費に分類することができます。直接費は関与がわかりやすいので比較的計算が簡単ですが、直接関与しない間接費を各治療に割り振り正確な原価を計算することは困難ですが非常に重要です。

正確な原価が算出できれば次に利益設定です。自院の戦略に基づきこの利益を少なくとるか大きくとるかで最終価格が決定します。

少ない利益、場合によっては原価以下の価格設定をすることを市場浸透価格政策と言います。例として新規開業直後、新規患者を獲得する為にエリアでの知名度を上げることを狙いとしてこの政策をとることがあります。しかし、いつまでも低利益もしくは赤字を継続することはできませんので、一定の患者を獲得し１治療あたりの原価を下げ採算ラインにのる目標患者数を設定する必要があります。

これに対し、一定の利益を必ず確保する価格設定を上澄吸収（利益確保）政策と言います。有力な競合がなく、十分な保険診療固定客を持ち、その患者を自由診療に誘導するだけで目標の利益が見込めるなら有効な方法です。しかし早晩、競合医院が現れることや、インターネットや口コミを通じた価格比較をされることは覚悟が必要です。

例としてホワイトニングでの原価計算及び価格設定の方法をのべます。

左記のように原価は¥13,700 となるのでそれ未満の価格設定は赤字です。

¥15,000 前後の価格設定が市場浸透政策といえます。インターネットで検索すると 2～3 万円の設定が多いようですが、3 万円ですと粗利率は約 50%です。

ホワイトニング原価計算例

治療対象:ホームブリーチング 上下20本
治療必要時間 ＝ 1 時間 -A
(治療回数2回)

直接原価	技工料	なし
	材料代	¥3,500
	小計	¥3,500 -①
時間当たり間接原価	人件費	¥6,200 -ア
	その他固定費	¥4,000 -イ
	小計	¥10,200 -②
原価＝	①+②×A＝	¥13,700

時間当たり間接原価はTKC提供データの要約損益計算書における
ア. ＝個人・院外技工・九州 給与費 11,859千円/8時間×20日×12ヶ月
イ. ＝個人・院外技工・九州 経費 7,816千円/8時間×20日×12ヶ月
を参考にした

Q21-3 自費診療について保証期間を設定した方がよいでしょうか？

A．具体的には、保証期間を５年間と設定し、その期間中にトラブルが生じた場合には全額無料としているケースや保証期間を 10 年と設定して、経過年数とともに保証率が 100%から 10%まで徐々に減少していくというケースが多く見られます。患者からのクレームを未然に防ぐために、治療の開始前に、料金・注意事項・支払い方法・保証規約などが記された「契約書」や「保証書」を作成することで、患者との意思統一を図り、不要なトラブルを避けることが望ましいでしょう。

保証期間設定の最大のポイントは、定期健診を受けなければ保証しないことを条件にすることです。３ヶ月～６ヶ月ごとの定期健診に来てもらうことで、患者をつなぎとめ、患者数の減少を防ぐことができます。その定期健診に来ている間に予防の必要性を患者に意識付けすることが出来れば、保証期間が終わった後もその患者は定期健診に来るでしょう。ここでも患者とのコミュニケーションをいかにとれたかが成功のカギとなります。

定期健診に来てくれるリピーターの既存患者を増やすこと、これこそがこれからの歯科業界で生き残るための秘策なのです。

4. 事業承継

Q22　事業承継なんてまだ先のことだと感じていますが、いつ頃から考え始めたらよいのでしょうか。

A：事業承継には相続対策と承継対策の二つがあり、どちらも早ければ早いほど効果的な対策を立てることができます。また未来についての展望をしっかり持っておくことで、現在の経営をより効果的に行うことが出来ます。院長個人のライフプランを経営目標に組み入れておくことで、最後までやりがいのある経営が出来ると共に、引退の際の様々な負担を大幅に減らすことが出来ます。

①引退予定の 10 年前

事業承継を考え始める時期としては、経営者自身が引退を考え始める頃が一般的です。現在、中小企業経営者の平均年齢は約 57 歳、引退予想平均年齢は 67 歳といわれます。

相続税対策には、暦年課税制度と相続時精算制度の 2 つの制度を選択する方法があります。前者は生前贈与の基礎控除（年間 110 万円）を利用しますが、資産規模によっては 10 年以上をかけて行う事も必要です。また、相続時精算課税制度では生前贈与の適用対象は親が 65 歳以上、子が 20 歳以上となっています。この二つの制度のどちらが得なのかについて事前に比較検討を行わなくてはなりません。実際に生前贈与を利用するかどうかはともかく、少なくとも引退の 10 年前までには検討材料を揃えておくべきでしょう。

引退に際して後継者育成を行うならば、医業の能力および経営者としての能力を段階的にステップアップさせる必要があります。経営活動の習熟やスタッフへの定着、権限の委譲、経営感覚の醸成などを行うには、やはり 5 年から 10 年程度は必要でしょう。

事業承継を念頭に置く場合、引退を前にしての事業整理とは違って承継価値の向上という新たな目標が生まれることとなります。当然土壇場での頑張りよりも計画的な活動が物をいいます。「あと 10 年はやろう」と思ったのなら、すでに事業承継計画を立てる時期に入っていると考えるべきです。

②子供をきっかけに

事業継承者として自分の子供を含めるならば、実際に継がせるか否かはともかく、選択肢として残しておくだけでも免許取得を目指して学資や教育の準備に早い時期から考えなくてはなりません。医業者にとって子供の進路選択というのは大きなテーマであり、出産や就学は事業承継について考える契機として非常に有意義です。

この時考えるポイントは、院長自身の希望がどこにあるのかを見極めることです。仕事を引き継がせたいのか、財産を相続させたいのか、まずここから考えなくてはなりません。

仕事を継がせたいのならば、あれこれ言葉を尽くすよりも親がまず誇りを持って働き事業に魅力を持たせることが一番の説得でしょうし、それこそが医院の暖簾（ブランド）価値といえるかもし

れません。財産を継がせるならば、生涯収入や医院の資産価値、現時点での相続税を計算してみるのも参考になるでしょう。

「自分がいつまでも仕事を続けられるわけでない」ということを忘れないで居られるというのは意外と難しいものです。後継者候補として、あるいは逆に後継者たりえない存在として子供の位置づけをはっきりさせておくと、自分がいずれ誰に何を残してやりたいのかをについて考える機会となりますし、これは当然経営理念の確立につながります。事業の成功には経営理念は不可欠です。

③保険の検討時に

相続というと、後継者選定と同様にずっと先のことだと考えがちですが、より身近に感じる機会があります。それは経営者保険です。

自分に万一のことがあったとき、医院とスタッフはどうなるのか、家族の生活の保障はどうなるのか。こういった将来への不安は漠然としていますが、相続税の試算などにより数字としてはっきりと表れます。財産移転に関する数字にいかに早い時期から触れておくかというのは、事業承継を検討する上で非常に重要です。少なくとも現在の生活費を元に必要額を計算し、必要補償額については大まかでも把握しておきましょう。

また院長に万一のことが起きたとして、会社組織ならば周りのスタッフが支えてくれますが、個人医院や一人医療法人などでは、清算するだけでも困難な場合があります。そのような事態に陥らないように常に経営の中身をきちんと整理しておくべきですし、それがマネジメントの強化にもつながります。

事業の承継計画の柱は二本立てです。一つは「後継者をどうするか」であり、もう一つは「財産移転（相続）をどうするか」です。この二つはきちんと分けた上で並行して考えるべきです。

Q23　子供に継がせるのは難しいでしょうか。

A：子供が後を継ぐことのメリットはいくつか考えられます。まず、後継者教育のために非常に長期にわたる準備期間が確保でき、贈与などを積極的に活用した財産移転が進められます。承継に際しても信頼関係が高いため、スムーズな引き継ぎが可能です。また現院長退職後も医院に残って給与を受け取るなど、柔軟な承継形態が検討できます。子供が歯科医免許を取得した場合、新たに開業医となるよりは事業を継承した方が遙かに有利なのは言うまでもありません。地域としても終生を通じ地域にしっかりと根をおろした人は安心できることでしょう。

なお、子供に継がせる場合であっても、個人医院の場合は現院長の廃業・新院長の開業が必要です。この点では第三者への承継と違いはありません。

デメリットとしては、経営の資質と意欲をもった人材がいるとは限らないことです。後継者選定や教育に際して、親子だからこそ悩みが深くなってしまうことも多いものです。また相続人が複数いる場合、後継者以外に対する財産分配の配慮が必要となります。経営の安定のためには資産を集中した方が好ましいですが、遺留分のトラブルから“争族”となってしまうことが良くあります。そのほか、生計を一とする親子の場合、経費算入などの取り扱いが一般と異なることがあるので注意が必要です。

今日では生き方や進路が多様化し、社会全体としても親子間承継の割合は減少傾向にあります。約 20 年前はほぼ 8 割が子息・子女が継いでいましたが、現在では 4 割程度です。継がせたいと思っても強制はできず、またうまく話を切り出すことも難しいという場合があります。結果的に「無言のプレッシャー」をかけ続けることだけは避けるべきです。

また、親とまったく同じことをさせることは出来ません。どうしても医院の承継である必要があるのか、魂（スピリッツ）を受け継げば良いのか、親は考えを固めておく必要があります。親子の事業承継の話し合いはその上で為されなくてはいけません。

一方、事業環境の厳しさから子供には継がせたくないと考える場合もあるでしょう。その際には売却や廃業も視野に入れることになりますが、子供の側に希望がある場合は最初から排除してしまうべきではありません。「潰しても良いからやれるだけやってみろ」ぐらいの気持ちで、本人の幸せのためにはできるだけ前向きに支援を行っていくのが望ましいでしょう。

Q24　自分の代で辞めようと思っていますが……

A：最後の日までいつも通りに営業をしていて突然辞めるというわけにはいきません。やはり引退に向かってはそれなりの準備が必要です。今まで来てくださった患者の今後についても配慮しなくてはなりません。そもそも老後資金が不足していたり借入金があるためにやめたくてもやめられないという場合もあります。

始めたものを終わらせるのは非常に難しく、長年かけて育ててきたものを白紙に戻すというのはもったいないものです。また「もう先がないから」とか「終わらせるつもりだから」という考えでは、有終の美を飾るよりも色々なところがなおざりになりがちなものです。

競合が激しくなったなどの理由でない限り、地域の医療ニーズは存在しますし、歯科医師過剰の現在、逆に事業承継による開業の需要は高まっています。次につながると思えば最後まで医院の価値と魅力を維持しようと「磨き上げ」の投資もありえます。それにより後継者の負担を減らしたり、

売却価格の引き上げ効果も期待できるからです。できる限りは最後まで事業および医院価値を向上させる努力を続けてほしいものです。

Q25　子供は継がないといっていますが他に後継者はいません。売却にはどうしたらよいですか。

A：まず承継させる資産と負債を明らかにします。同時に、自分たちが引退後どの程度の生活費を必要とするのかを見積もります。一時的にまとまった収入が必要な場合は譲渡、安定的な収入が必要な場合は賃貸となります。また譲渡と賃貸では所得算出の方法も異なるのでよく検討してください。なお、個人医院の場合は資産別に設定できますが、医療法人の場合は基本的に持分の移転なので、手元に残したい資産は法人から前理事長に売却しておく必要があります。

次に売却先を見つけなければなりません。個人的にあてがない場合は金融機関、専門業者、会計士や弁護士など承継を仲介してくれる機関に依頼することになります。いつごろ受け渡しでいくらなら納得できるのか、早めの見極めが肝心です。また売却の希望金額や付帯条件などは事前に仲介機関に伝えておかないと、まとまる話もまとまりません。良い条件を求めるには、好材料を背景に仲介者に信頼され、味方になってもらうことです。

売却交渉はできるだけ短期間で行うのが望ましく、売却の意向を長年ずるずると引きずっていては業務にも影響を及ぼします。だからといって交渉準備は付け焼き刃でできるものではありません。ふいに購入希望者が現れても対応できるように、資産や経営の把握、引退後の生活設計について、あらかじめ準備が必要です。

売却に当たり、いくつかポイントとなる点について述べます。

居抜きについて：建物や内装、設備をそのままに有償で渡すことです。譲渡側では処分費用、譲受側では開業費用を大幅に低減させるメリットがあります。ただし一式幾らの総額方式で承継金額を決めることが多いですが、資産の種類に応じて売主・買主双方の課税の取り扱いが異なるので、内訳をしっかり定めておく必要があります。

賃貸について:所有権を残す場合です。特に不動産をどうするかは売却価格を大きく上下させます。居抜き賃貸とするか建物や土地の賃貸とするかなどさまざまな条件設定があります。賃貸の期限や更新回数も含まれます。安定的な収入が期待できますが、固定資産税や減価償却費などの税務コストが継続的に発生します。相手の開業負担などを考慮して当初は賃貸を選択し後で売却に切り替えるなどといったこともできますので、双方の希望条件をよく話し合ってください。

暖簾について：従業員能力や設備の利用状況、組織風土、集客力など、決算書以外の評価要因です。つまり「この診療所なら資産時価より高くても良い」という付加価値です。譲渡金

額から個別資産の時価を引いた金額ともいえます。超過収益力を元に何らかの形で算出する例がほとんどですが、双方合意の上で家賃に反映させるなど様々な形態があります。

負債について：売却相手は隠れた債務を一番警戒するので、細かい点もきちんと明らかにすることが必要です。隠れた債務としてよく挙げられるのは、従業員退職金で、退職給与引当金が割り当てられていない場合問題となります。買掛金・未払金は譲渡者が精算しますが、負債ごと譲渡して譲渡相手に支払ってもらうこともできます。相手に資金が少ないなどの理由で譲渡金額を引き下げたいときは、一つの手段といえます。一方で、借入金は院長の個人保証によるものが多く、金融機関の了解なしでは変更はできません。たとえ親子間の相続でも困難を伴う場合があります。まして第三者間ではトラブルの温床となりやすいので、保証債務については信頼できる専門家へ相談するのが一番でしょう。

退職金について：個人医院の場合は院長に退職金は支払えませんので、小規模企業共済金などを利用することになります。医療法人の場合は退職の受け取りが可能で、かつその金額は法人の損金に算入されます。また出資持分の払戻しにかかる配当所得よりも退職金にかかる所得税が有利なため、これらのことを利用して承継にかかる負担を軽減させることができます。

Q26　相続より生前贈与が有利と言われますがなぜですか？

A：原則として高額な現金一括納付を求められる相続税に対し、非課税枠を活用した計画的な財産移転ができるためです。また被相続人の意志に基づいて確実に行える点がメリットといえます。

生前贈与のための制度としては、暦年課税制度と相続時精算課税制度があります。

暦年課税制度の場合は毎年 110 万円の基礎控除があります。長期にわたって贈与を行う場合に有利です。また相続開始前 3 年以内の贈与は相続財産に算入されるため、この点からもできるだけ早いうちに開始した方がよいでしょう。

一方、相続時精算課税制度は生涯を通じて 2500 万円までは無税で、それを超えると一律 20%の税がかかります。払い込んだ贈与税は相続発生時に相続税と合算されます。65 歳以上の親、20 歳以上の子が適用条件で、贈与開始の初年に申告する必要があります。一度選択すると暦年課税制度は以後選択できません。

相続税の基礎控除は 5000 万円＋（1000 万円×法定相続人）となっており、例えば妻と子一人では 7000 万円まで無税となります。この他死亡保険金や退職金にも非課税枠があるため、どれが得かはケースバイケースです。ただし、遺言に頼らず生前に財産移転を確実にしておくという点では、生前贈与は優れています。

Q27　生命保険は相続対策にどう役立つのですか？

A：相続税は一括納付が基本のため、その資金として役立ちます。また一定の非課税枠があるため相続税自体の軽減にも役立ちます。

また受取人を指定することで遺産分割対策となります。土地建物など売却や分割が困難な資産を相続させる場合、金銭によって「代償分割」を行うことが出来ます。

また加入のやり方によっては贈与の具体的方法となります。相続税より一時所得による所得税の方が有利なので、相続財産トータルで見ると相続人が契約者である方が理想的です。しかし先立つ資金がない場合は、生前贈与の基礎控除を活用して子供に保険料相当額を贈与し、それをもって保険料支払いに充てるという方法があります。

Q28　事業承継に際して医療法人の特徴は？

A：昭和 60 年の医療法改正以来、常勤医師の要件が 3 人から 1 人となり、現在では医療法人の 9 割がいわゆる一人医師医療法人となりました。

法人の特徴としては、所有と経営が分離されているため、実務上の引継ぎが管理医師変更手続きで済み、理事長の地位まで譲る際も事後届出で十分です。世代交代が円滑に進みます。退職時には役員退職慰労金（退職金）を受け取ることができます。これは退職所得として税務上、有利になっています。

また法人の財産・債務は、理事長とは別個に持分の形で出資者が間接的所有権を持つため、事業の承継と財産の承継を多様な形で行うことが出来ます。

持分の移転の際は、引渡す側は法人から払戻を受け、引渡される側は出資を行う形になります。従って形式的には両者間で金銭の受け渡しは行わないことになります。

払戻の際は持分を時価で判断することとなりますが、出資持分に対する差益については配当所得と見なされ、所得税を払わなくてはなりません。法人設立後間もないころでの譲渡では含み益は少ないので、法人設立後すぐに持分移転を行えば所得税を低く抑えることができることになります。

ただし平成 19 年 4 月 1 日以降設立法人について制度が変更されており、今後も持分の取り扱いについて変更が予想されますので注意してください。

また気をつける必要があるのは、解散時には払戻金は出資持分のみとなり、残余財産についてはいくらあっても国に没収されてしまいます。医療法人を設立する際は良く検討してください。

Q29　第三者に医院を引き継がせるに当たっての勘どころは何ですか

①承継金額の合意

承継する資産の評価額に、経営成績や地域の環境などから勘案される期待利益や営業権を加えて

価格を設定しますが、その妥当性の当否の他にも潜在的債務や前院長に付いた患者の留保率などのリスクが減額要素となります。書類整備や第三者による買取監査により金額にはきちんと根拠を持たせましょう。また一概に売却金額のみに囚われることなく、条件の交換により双方の利益を合致させることを中心に考えるべきです。

②信頼出来る相手

合意に到るには相手を信頼出来るかどうかが重要です。相手の条件を受け入れられるとしても、足元を見られているなどと感じているようでは進められません。双方が承継を成功させるという目標で一致し、なぜ売却したいのか、なぜ開業したいのかという話や、医業に対するものの見方や人生観・経営理念を交流させ、相性のあう相手であるか見極める必要があります。

③売却の意志をしっかり固めること

相手を積極的に信頼するには､医院を第三者に委ねることについて肯定的になる必要があります。「閉めておくよりはよい」という消極的姿勢ではなく、医院の資産的価値と地域における存立価値をしっかり認識して十二分に活用させるチャンスと捉えるべきです。

④事業の実務引継

空白期間：一般に承継から保険診療開始までは数週間かかります。調整次第では空白期間なしも可能ですが、むしろ改修工事などの時間に充てることも考えられます。

患者対応：経営理念とは別に早めに患者対応を検討する必要があります。カルテをきちんと引き継ぐほか、初診や予約の扱いなど「以前の先生だったら云々」と比較されやすい部分についても伝達しておかなくてはなりません。承継日までに新院長の視察や顔見せなどの機会を設けておくべきでしょう。

従業員　：既に地元に定着しているスタッフの活用は新院長にとって大きな力となるため継続雇用も期待出来ますが､新院長やスタッフ自身の意向もあるのでそれぞれの考えを尊重します。また、従業員退職金は本来前院長の通算期間で支払われるため、新院長にとっては簿外債務となり得ます。前もって退職金を精算しておく等の対策を取っておくとよいでしょう。

■参考文献

国立社会保障・人口問題研究所,『一般人口統計、人口統計資料集(2006 年版),2006 年』

国立社会保障・人口問題研究所,『日本の将来人口推計(平成 14 年 1 月推計),2002 年』

国立社会保障・人口問題研究所,『日本の市区町村将来人口推計(平成 15 年 12 月推計),2004 年』

厚生労働省大臣官房統計情報局,『平成 11 年歯科疾患実態調査,2000 年』

厚生労働省大臣官房統計情報局,『平成 17 年歯科疾患実態調査結果概要,2006 年』

厚生労働省大臣官房統計情報局,『医師・歯科医師・薬剤師調査(平成 16 年),2004 年』

厚生労働省大臣官房統計情報局,『医療施設調査(平成 15 年)、2004 年』

厚生労働省大臣官房統計情報局,『医療施設調査(平成 16 年)、2005 年』

厚生労働省大臣官房統計情報局,『国民医療費(平成 16 年),2005 年』

長島総一郎,『改定 病院経営合理化・改善の戦略的手順』, 生産性出版

木村泰久,『病医院キャッシュフロー経営成功の秘訣 60』, 日本医療企画

(社)日本医師会,『第二次レセプト調査集計結果』

バランス・スコアカード・フォーラム編,『バランス・スコアカード経営 なるほど Q&A』, 中央経済社

青木三十一,『入門の入門 経営のしくみ』, 日本実業出版社

医療ビジネス研究会,『中小病医院の診断・支援マニュアル』, 中小企業診断協会

全国労働基準関係団体連合会,『中小企業のための人事・労務の基礎知識』

デンタルダイヤモンド社,『歯科医院地域一番実践プロジェクト』, 岩渕龍正

評言社,『成功する歯科医院経営マニュアル』, 松江満之／伊藤日出男

日本医療企画,『成功する歯科経営最強のマーケティング』, 木村泰久

ダイヤモンド社,『MBA マネジメント・ブック』, グロービス・マネジメント・インスティテュート編

ダイヤモンド社,『MBA マーケティング』, (株) グロービス

日本マンパワー,『中小企業診断士受験講座テキスト』

山田＆パートナーズ,『病医院の相続・承継・合併の税務 Q&A』, 中央経済社

加藤正和,『オーナー経営者のための納得する・納得させる事業承継』, 清文社

二条彪,『必ずうまくいく後継者の育て方』, 長崎出版

■あとがき

ここに記載した内容は、冒頭にも記したようにこれまで我々研究会が２年間の研究調査活動を通して収集・蓄積してきたデータを、整理・分析した内容が記してある。全国平均と比べると九州エリアにおいて収益性はそれほど悪化はしていない。しかし、数多くの歯科診療所の経営者と接する過程で、歯科診療所間での業績の格差は深刻化しつつあることを痛感した。一方では、経営努力と顧客満足の追求で業績を向上する診療所がある反面、かなりの債務超過と判断される診療所も存在する。これら経営状況が厳しい診療所では高齢経営者も多く、事業承継が課題となっている。本報告書ではそれらの背景を踏まえ事業承継のテーマも盛り込んでいる。本報告書は豊富なデータを下に詳細な分析を行っている。さらに、作成に当たりせっかく作るのであるから診断士への研究に資するだけではなく、歯科経営者に貸与してもそのまま喜んでもらえるものをつくろう、との意見から実用的で各分野に通じた冊子つくりに配慮した。Q&A などはそういった主旨で構成されている。その結果、随所に診断士資格者にとっては常識？的な内容もかなり含んでしまった。調査報告書としてやや統一性にかけ、広く浅い分野が生じてしまったことは否めない。大きな反省点である。しかし、歯科医院の経営指導の内容としては多岐にわたり、財務分析も充実したものに仕上がったと自負している。今回の研究委員会は構成委員の自覚も高く、出席率も極めて高かった。この意気込みでさらに一層の研究活動が継続されるとひそかに期待している。

最後になるが、本報告書の編集に当たっては、構成委員のお一人が主催されている有限会社エムケイブレーンの社員、槇本典之さんに多大な時間を費やしていただいた。彼の時間を惜しまぬ協力なしには本書は完成できなかったと感じている。この場を借りて厚く御礼を申し上げる。

本研究調査報告書が全国でご活躍される診断士のかたがたの一助となれば最高の喜びである。

■執筆者一覧（敬称略）

武石 誠司　中小企業診断士
内田 義行　中小企業診断士
碓井 明人　中小企業診断士
藤本 昌志　中小企業診断士
大塚 啓司　中小企業診断士
松永 良一　中小企業診断士
槙本 健次　中小企業診断士

中小企業診断協会福岡支部

医療・福祉経営研究会

〒812-0011 福岡県福岡市博多区博多駅前 3-26-14

第二宮島ビル 3D　(有)エムケイブレーン内