

2012.9.11

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

保険料地域差分析
統一的な指標を用い、3つの区分で比較

厚生労働省

社会保障給付と負担、世代間で捉え方に大きな差
約50%が「負担が重くなってもやむをえない」

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料
医療施設動態調査(平成24年6月末概数)

3 経営情報レポート

「モンスターペイシエント」に屈しない
組織で取り組む院内暴力への対応策

4 経営データベース

ジャンル:業績管理 サブジャンル:業績管理と予算管理
成果報告のポイント
支出予算制度のポイント

発行



本社 京都市南区吉祥院九条町30番地1江後経営ビル
TEL 075-693-6363 FAX 075-693-6565
滋賀支社 滋賀県草津市野路1-4-5 センゾウビル BLDG ZEN 5F
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540
大阪支社 大阪市北区梅田2-5-6 桜橋八千代ビル 6F
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578

保険料地域差分析 統一的な指標を用い、3つの区分で比較

厚生労働省は8月29日、平成22年度の「市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」結果を発表した。今回は市町村国保の保険料について、統一的な指標を用いた比較を行ったところに特徴がある。統一指標を用いることで、市町村国保の保険料計算の複雑性を(1)中高所得者、(2)平均所得者、(3)低所得者、の3つに区分して保険料水準を比較している。

市町村国保では、保険料について、被保険者の収入や資産に着目した「応能割」や、当該市町村の医療費をベースにした「応益割」を組み合わせ、保険者ごとに独自の計算方法が採られている。したがって、単純に保険者ごとの保険料の高低を議論することが難しい。

例えば、A県とB県を比較したとき、「高所得者ではA県の保険料のほうが高くなるが、低所得者ではB県の保険料のほうが高くなる」などの事例が生じるからである。

そこで厚労省は、国保の保険料水準を比較するために、3つの指標を設定した。具体的には、(1)収入等に着目した応能割については、全国平均を1とした指数化(応能割指数)、(2)1人当たり医療費をベースにした応益割

についても、全国平均を1とした指数化(応益割指数)、(3)応能割と応益割の比率に基づく、(1)(2)の指数の加重平均(標準化指数)、の3つである。(1)では中高所得者、(2)では低所得者、(3)では平均所得者の保険料水準をみることができる。

この指標によって市町村国保の保険料水準を比較したところ、まず、都道府県別では次のことが明らかとなった。

(I)

平均所得者の保険料が最も高いのは徳島県、最も低いのは東京都(1.7倍の格差)

(II)

中高所得者の保険料が最も高いのは徳島県、最も低いのは神奈川県(2.1倍の格差)

(III)

低所得者の保険料が最も高いのは大阪府、最も低いのは埼玉県(1.7倍の格差)。

いずれも、北海道・東北地方、中四国・九州地方で保険料水準が高い状況となっている。

社会保障給付と負担、世代間で捉え方に大きな差 約 50%が「負担が重くなってもやむをえない」

厚生労働省は 8 月 28 日、「社会保障に関する国民意識調査」の結果を公表した。この調査には、社会一般や社会保障に対する意識を世代ごとに調査し、今後の社会保障施策に活かそうというねらいがある。

調査結果のポイントは、次のとおりである。

1:「福祉と負担に関する一般的意識」

福祉と負担の水準に関しては、「福祉を充実させるため、我々の負担が重くなってもやむを得ない」との回答が 49.8%、続いて「福祉が多少低下することになっても、我々の負担は軽くしてほしい」（22.5%）と、負担軽減より福祉充実を選択する意見が多い。弱者保護と自由競争に関しては、「弱い立場の人々の保護が、もっと必要だと思う」との回答が 44.6%、「自由に競争できる社会にすることが、もっと必要だと思う」との回答が 23.9%と弱者保護を優先する回答が多くなっている。

「負担増」の考え方に近い人の割合は、所得が上がる程、また年齢が上がる程、大きくなる傾向にあり、65 歳以上では 6 割以上が「負担増もやむなし」と答えている。一方 20 代では、負担増容認の意見は 35%程度に留まり、世代間の差が大きいことが分かった。

この点に関連し、社会保障における高齢者と現役世代の負担のあり方を見てみると、現役世代では「高齢者の負担増やむなし」との意見が高齢者よりかなり多い。しかし、両世

代とも半数程度の人が「高齢者と現役世代の双方の負担増はやむを得ない」と答えており、大きな対立という構図にはないといえる。

2:「今後の社会保障の給付内容について」

今後の社会保障の給付と負担のバランスについて、社会保障の給付水準を維持又は向上させるための負担増を容認する回答（「社会保障の給付水準維持のため、ある程度の負担増加はやむを得ない」、「社会保障の給付水準引き上げのため、大幅な負担増加もやむを得ない」）が 5 割弱と最多だった。また、負担増を容認しつつ、給付水準の切り下げに否定的な回答は年齢に比例して多くなる傾向にあった。

3:「社会保障と経済に関する意識」

社会保障と経済成長の関係については、社会保障が経済成長にとってプラスと捉える回答は 37.7%、社会保障は経済成長の足かせになると捉える回答は 30.0%だった。特に 55 歳以上の層で、社会保障が経済成長に対してプラスになるとの回答が多い傾向がみられた。

一生涯における社会保障の給付と負担のバランスについては、世代による考え方の差が大きかった。20 代後半～30 代前半では「負担よりもかなり少ない給付しか受けない」と考える人が 6 割いる一方、65 歳以上では「負担よりもやや多くの給付を受ける」あるいは「負担とつり合った給付を受ける」と考える人が 6 割を占めている状況である。

医療施設動態調査

(平成24年6月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 1 施設の減少、病床数は 623 床の減少。
 一般診療所の施設数は 42 施設の増加、病床数は 393 床の減少。
 歯科診療所の施設数は 30 施設の増加、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

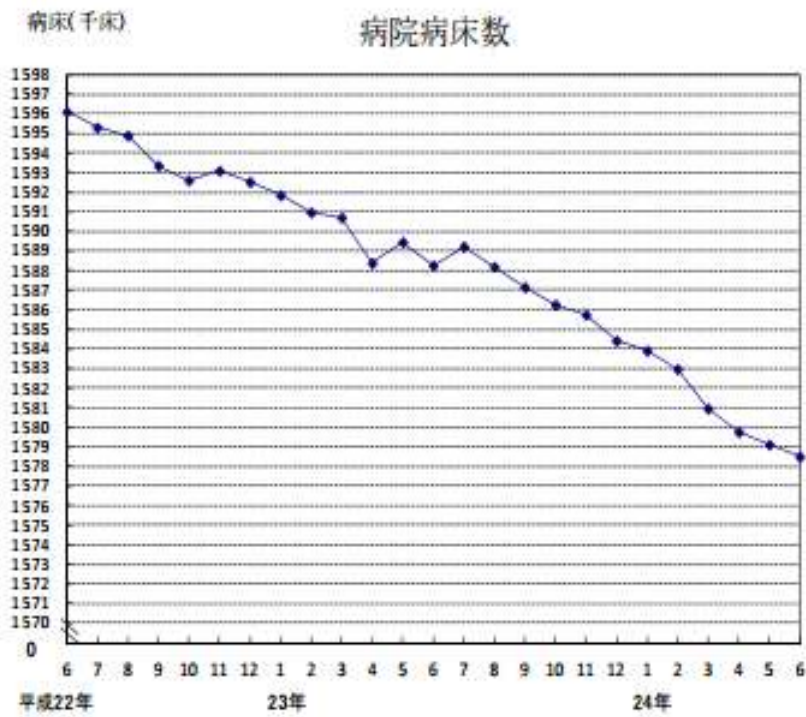
| | 施設数 | | 増減数 | | 病床数 | | 増減数 |
|--------------------|---------|---------|------|-----------|-----------|-----------|---------|
| | 24年6月 | 24年5月 | | | 24年6月 | 24年5月 | |
| 総数 | 177 220 | 177 149 | 71 | 総数 | 1 706 326 | 1 707 342 | △ 1 016 |
| 病院 | 8 567 | 8 568 | △ 1 | 病院 | 1 578 502 | 1 579 125 | △ 623 |
| 精神科病院 | 1 071 | 1 071 | 0 | 精神病床 | 342 818 | 342 834 | △ 16 |
| | | | | 感染症病床 | 1 788 | 1 790 | △ 2 |
| 結核療養所 | 1 | 1 | 0 | 結核病床 | 7 390 | 7 410 | △ 20 |
| 一般病院 | 7 495 | 7 496 | △ 1 | 療養病床 | 329 112 | 329 582 | △ 470 |
| 療養病床を有する病院 (再掲) | 3 896 | 3 897 | △ 1 | 一般病床 | 897 394 | 897 509 | △ 115 |
| 地域医療支援病院 (再掲) | 403 | 401 | 2 | | | | |
| 一般診療所 | 100 112 | 100 070 | 42 | 一般診療所 | 127 717 | 128 110 | △ 393 |
| 有床 | 9 793 | 9 824 | △ 31 | | | | |
| 療養病床を有する一般診療所 (再掲) | 1 328 | 1 340 | △ 12 | 療養病床 (再掲) | 13 498 | 13 641 | △ 143 |
| 無床 | 90 319 | 90 246 | 73 | | | | |
| 歯科診療所 | 68 541 | 68 511 | 30 | 歯科診療所 | 107 | 107 | 0 |

2 開設者別にみた施設数及び病床数

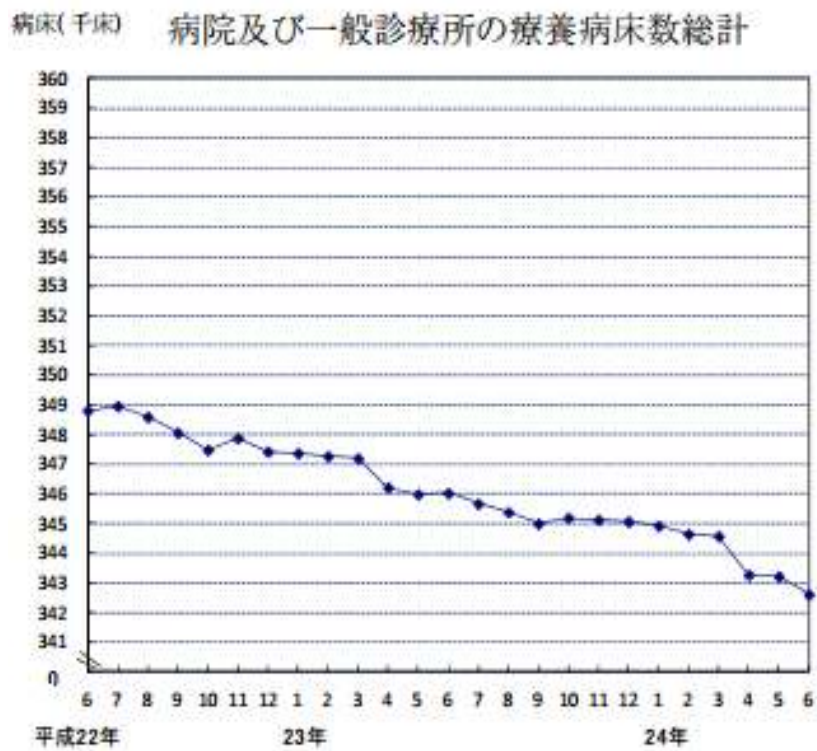
平成 24 年 6 月末現在

| | 病院 | | 一般診療所 | | 歯科診療所 |
|-----------------|-------|-----------|---------|---------|--------|
| | 施設数 | 病床数 | 施設数 | 病床数 | 施設数 |
| 総数 | 8 567 | 1 578 502 | 100 112 | 127 717 | 68 541 |
| 国 厚生労働省 | 14 | 5 884 | 28 | - | - |
| 独立行政法人国立病院機構 | 143 | 55 264 | - | - | - |
| 国立大学法人 | 48 | 32 768 | 127 | 19 | 2 |
| 独立行政法人労働者健康福祉機構 | 34 | 13 080 | 5 | - | - |
| 国立高度専門医療研究センター | 8 | 4 426 | - | - | - |
| その他 | 26 | 3 947 | 425 | 2 283 | 1 |
| 都道府県 | 218 | 58 348 | 243 | 150 | 9 |
| 市町村 | 674 | 145 709 | 3 048 | 2 580 | 273 |
| 地方独立行政法人 | 70 | 27 871 | 15 | - | 1 |
| 日赤 | 91 | 36 564 | 210 | 19 | - |
| 済生会 | 80 | 22 012 | 49 | 10 | - |
| 北海道社会事業協会 | 7 | 1 862 | - | - | - |
| 厚生連 | 110 | 35 234 | 68 | 64 | - |
| 国民健康保険団体連合会 | - | - | - | - | - |
| 全国社会保険協会連合会 | 51 | 14 105 | 2 | - | - |
| 厚生年金事業振興団 | 7 | 2 800 | - | - | - |
| 船員保険会 | 3 | 786 | 8 | 10 | - |
| 健康保険組合及びその連合会 | 10 | 1 845 | 354 | 10 | 4 |
| 共済組合及びその連合会 | 46 | 14 908 | 180 | 10 | 9 |
| 国民健康保険組合 | 1 | 320 | 14 | - | - |
| 公益法人 | 381 | 90 472 | 862 | 544 | 148 |
| 医療法人 | 5 702 | 851 704 | 37 487 | 85 904 | 11 384 |
| 私立学校法人 | 108 | 55 203 | 190 | 115 | 17 |
| 社会福祉法人 | 187 | 33 585 | 8 042 | 376 | 28 |
| 医療生協 | 84 | 14 159 | 328 | 280 | 48 |
| 会社 | 62 | 12 764 | 2 135 | 31 | 14 |
| その他の法人 | 47 | 9 164 | 463 | 190 | 80 |
| 個人 | 355 | 33 718 | 45 829 | 35 122 | 56 523 |

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計



「モンスターペイシエント」に屈しない 組織で取り組む院内暴力への対応策

ポイント

- ① 医療現場に増加するモラル欠如によるトラブル
- ② 職員が直面している精神的・身体的暴力の実態
- ③ 損害の拡大を防ぐ適切な対応ポイント
- ④ 病医院として求められる組織的対応策の整備



1 医療現場に増加するモラル欠如によるトラブル

モンスターペイシェントに見え隠れする院内暴力増加の実態

安全で質の高い医療を提供するためには、職員・スタッフが安全な環境で働くための院内整備が重要な取り組み課題のひとつです。一方では、医療機関職員が患者から暴言を浴びせられたり、身体的暴力行為を受けたりする「院内暴力」が社会的問題として取り上げられています。

病気や症状で苦しんでいる患者が、治療や予後に対する不安やストレスから医療者側に不満をぶつける事態は従来からみられたケースですが、そうした「患者支援の範囲」を超越する暴言や暴力行為が増加しているのが現状です。それとともに、「モンスターペイシェント」と呼ばれる患者が増えています。

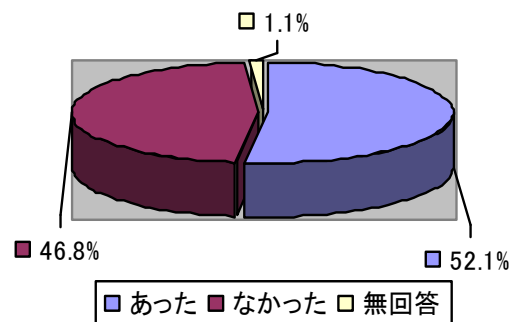
◆院内リスク管理体制に関する医療機関の実態

*調査期間：2007年12月20日～2008年1月31日

*調査対象：全国2,248病院、うち回答1,106病院（有効回答率49.2%）

■過去1年間における職員に対する院内暴力（身体的暴力・精神的暴力）の有無

| 選択肢 | 回答数 | 割合 |
|------|-----|-------|
| あった | 576 | 52.1% |
| なかった | 518 | 46.8% |
| 無回答 | 12 | 1.1% |



■過去1年間における職員に対する院内暴力と暴言等の発生件数

| 内容 | 当事者 | 件数（合計） |
|-------------|-------------|--------|
| 身体的暴力 | 患者本人 | 2,253 |
| | 家族・親族・患者関係者 | 62 |
| 精神的暴力 | 患者本人 | 2,652 |
| | 家族・親族・患者関係者 | 784 |
| セクシャルハラスメント | 患者本人 | 900 |
| | 家族・親族・患者関係者 | 35 |
| その他 | 患者本人 | 173 |
| | 家族・親族・患者関係者 | 23 |
| 合計 | | 6,882 |

出典：2008年4月21日 社団法人 全日本病院協会
「院内暴力など院内リスク管理体制に関する医療機関実態調査」

2 職員が直面している精神的・身体的暴力の実態

職員に生じた院内暴力の実例

従来、身体的暴力行為を中心とする院内暴力においては、救急外来や精神科等の特定の場所で起こることが多いという認識が一般的でしたが、最近では内科系診療科や人間ドック等の健診施設で、一方で介護関連施設等においては言葉の暴力の発生率が上昇している現状があります。

よって、医療機関であれば、診療科目や規模に関わらず、いずれの現場であっても院内暴力が発生する可能性があるにとらえ、対応に取り組む必要があるのです。

(1) 暴言～言葉の暴力の例

- 少しでも待ち時間が長くなると「いつまで待たせるのだ」と怒鳴る
- 無理な要求を断ると「訴えて、全員辞めさせてやる」と罵倒する
- 経過観察のためしばらく院内での安静を求めると「用事があるので早く帰せ」「上司を出せ」と大声を出す
- 患者の家族からの問い合わせに対し、詳しい病状は電話口では説明できないと対応した際に「次に行ったら覚えていろ」と怒鳴る

このほか、受付職員に対して必要以上に声をかけ業務に支障をきたす行為や、性的な話題を持ち出すなどセクシャルハラスメントに該当する行為などもみられます。

また、患者家族が繰り返す過剰なクレームや、モラルを欠いた問題行動によって業務を妨害したり、他の患者や来院者に対して不快な思いをさせたりするなどの行為が長期間にわたって行われたために、やむなく医療機関（管理者）側が法的手続に踏み切った事例があります。

■ 精神的な院内暴力は表面化しにくい傾向がある

院内暴力の当事者の多くは患者本人であり、さらに、その大部分が加害者になるケースが多くなっています。患者の家族・親族など関係者が起こす場合もありますが、現状では、暴言など「精神的暴力」が「身体的暴力」より多い傾向にあります。それは、医療従事者にとって、精神的暴力として認識される暴言や、難クレームが多いということも意味しています。

一般に、加害者が暴言や暴力行為を意識的に行う場合は、報復が困難だと感じる相手を選択する傾向があるといわれています。しかし近年では、自身の思い通りにならないことだけを理由として、受付や会計時に職員を罵倒したり、相手を選ばずに理不尽な要求を突きつけ続けたりする患者や家族等が増えています。

3 損害の拡大を防ぐ適切な対応ポイント

保安対策として実施されている事例

院内における暴力行為や暴言等の防止を目的とした保安対策として実施されている取り組みには、次のようなものがあります。現実に直面している院内暴力の発生頻度や潜在するリスク度合、医療機関の規模と病床の有無によっても具体的対策における選択肢は変わります。

◆院内暴力等防止のための保安対策事例

- 監視カメラ設置（防犯ビデオの撮影） ⇒ ダミー機械の設置を含む
- 暴言、暴力・危険行為等、セクシャルハラスメントに対する確固たる姿勢の明示
⇒ 例) 場合によっては警察通報等の手段を選択するなどのポスター掲示
- 警備委託先への非常通報手段の拡大（通報ボタン・電話等）
- 職員の単独勤務時間の回避および短縮
- 過去の暴言、難クレーム、暴力等の行為歴がある患者のスクリーニング作業
- 制止目的に使用できる器具の常備

■ 暴力等行為の被害者への対応

言葉の暴力や身体的暴力が発生した際には、①被害者の保護を最優先する、②その場で迅速に対応する、という2点が重要になります。

尚、セクシャルハラスメントや訪問看護等の院外で発生した暴力等については、院内における対応とは別個に、さらに慎重なケアが必要です。

(1)被害者となった職員等がとるべき対応

患者や来院者から激昂した言葉を浴びせられたり、肩や腕をつかまれるなどの行為を受けたりした場合、対応した職員・スタッフは動揺が先にたち、適切な対応をとることは困難であると思われる。

しかし、患者が加害者である場合には、職員は自らの安全を確保するとともに、患者を落ち着いて会話ができる環境に誘導することを優先します。それは、周囲にいる他の患者へのマイナスの影響を最小限に食い止める意味においても重要です。

さらに、暴言や暴力行為等について、当事者や状況事実（客観的事実のみ）、発生日時を記録し、後日事後的な対応として行う加害者との面談に活用したり、事例としてデータベース化による院内周知資料としたりするなど、発生防止に役立てることが必要です。

4 病医院として求められる組織的対応策の整備

リスクマネジメントの手法を用いて対応に臨む

院内で生じる暴言や暴力等に対しては毅然として臨み、加害者以外の職員と患者や家族等の来院者の安全を確保するためには、院内暴力もリスク要因として捉えて、安全管理対象の一類型に位置づけると共に、リスクマネジメント手法を用いるべきであることを認識しなければなりません。その上で、組織として院内暴力に対応する体制を構築する必要があります。

(1) 院内暴力を想定した安全管理体制構築のポイント

医療安全を重視する傾向がありますが、暴言・暴力行為の発生もリスクととらえ、下記の点に留意して組織体制を整備します。

- 院内の組織風土づくり（過度の暴言、暴力行為を容認・黙認しない）
- 警備・保安体制の整備（業務委託等の活用を含む）
- 相談担当者の選任と周知
- 安全管理者（リスクマネジャー）の活用
- 対応・防止マニュアルの整備
- 教育・研修の実施

■ 暴力対応研修と発生後フォローの重要性

苦情やクレーム対応については、担当部署や担当者が決められていることが多く、研修は限られた職員のみが受講することになりがちですが、院内暴力対応研修は、全ての職員に対して実施しなければなりません。それは、暴言や暴力行為に至るメカニズムを理解したうえで、これを回避する方法や能力を習得し、適切に対応できるようにしておく必要があるためです。

したがって、新入職員オリエンテーションや年間研修スケジュールに組み込み、定期的な実施を継続していくことが求められます。

◆ 研修プログラムに盛り込むべき内容

- 暴言・暴力に関する基本的知識
 - 暴言・暴力に関するリスクマネジメント
 - 院内暴力をめぐる現状の周知と理解
 - 暴力等発生を回避、緩和するコミュニケーション能力の育成
 - 身体的危機の回避対処法
- 等

経営データベース 1

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 業績管理と予算管理



成果報告のポイント

費用の予算管理における成果報告のポイントを教えてください。



予算管理制度を機能させるためには、その「成果」を毎月報告させることが必要です。これを怠れば、予算管理に対する意識を院内に定着させるのは困難です。

例えば、翌月 15 日までに成果速報を各部門に定期的に連絡する仕組みの場合、予算額は根拠に基づき決定しているため、各部門では消費物品内容と数量に大きな変動がなければ、予算計画は遂行される「はず」です。

しかし、予算計画を策定しただけで、実行は各担当者に一任しているような状況では、各部門や職員個々が責任を持たないうえ、さらに予算を達成できなかった場合には、他者や他部門へ責任転嫁させることになりかねません。

こうした事態を回避するためには、予算管理の結果報告を定期的に行うことが重要です。この報告によって定期的な現状把握が可能となり、予算管理担当者は対策が立てやすくなります。このように、管理する側に大きな負担を与えない方法が最も定着しやすいといえるでしょう。

また、部門単位の予算額と実消費額の状況について、半期・年度単位のグラフで示して情報を伝えることも、予算管理上では効果があります。

さらに最も職員数の多い看護部門に対しては、成果報告書以外に師長会議などに出席して直接状況報告を行い、その場で問題点などについて意見交換することも有効です。

■ 予算管理と成果報告のポイント

- 予算計画だけを策定して「……のはず」という事態にしない
- 「予算管理を行っている」という言葉の発信だけでは、全職員に定着しない
- 報告は定期的に行い、各部門は現状を把握しておく
- 予算管理の遂行は人任せにしない、させない
- 成果報告によって、各職員に予算管理という取り組みを理解させる
- 予算管理報告を定期的に行うことは、各部門単位だけでなく、職員個々が実践することが重要であるとする「当事者意識」の醸成につながる
- <病院の場合>
職員数の多い看護部門では、師長会議等の病棟単位による予算状況報告も効果的

経営データベース ②

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 業績管理と予算管理



支出予算制度のポイント

支出予算制度運用のポイントと、収入増加を図るための収入・支出管理の方法を教えてください。



支出における予算制度では、変動性予算と固定性予算に分けて考えます。院内で支出予算制を実施して経営健全化を図ることは、現在の医業経営環境においては不可欠です。そして、この支出予算は、固定しなければならない予算と、流動的に緩和できる予算とに分けて管理することが重要です。

| | | |
|-------|-----------------|-------------------------------------|
| 固定性予算 | ●人件費 ●高額医療機器 | ●経費（事務用品、通信費、印刷費、研修費） ●消耗備品（日用品） |
| 流動性予算 | ●医薬品費 ●診療材料 | ●特定医薬材料費 ●検査試薬 |

■人員増の試算例～考慮すべき要素

| | | | |
|--------|------------------------------------|------------------------|---------|
| 医師の場合 | ●保険診療入院単価アップの額 ●紹介患者数（逆紹介患者数） | ●新入院患者数 ●手術・検査内容と件数 | ●平均在院日数 |
| 看護師の場合 | ●看護配置（算定・加算）による増収 ●新しい病棟計画による増収 | | |

収入から支出を引いたものが利益です。しかし、利益はおのずと生ずるわけではなく、医療機関の努力で生み出すものですから、利益を増やすためには、「収入増加のための活動」と「支出削減のための活動」の双方を継続して進めることが必要です。

これらの実践である利益を生み出すために必要な支出管理に向けて、支出を収入との関わりから3つに分けて整理すると、それぞれ適切な管理手法は次のようになります。

- ① 収支に関わらず、一定額が支出されるもの：賃借料、職員の給与等
⇒ 一定期間固定的に支出される性格を持つため、この削減には施設・設備や人員等支出の対象物を変える要素が大きく、管理活動が必要
- ② 収入と 直接関連しない が支出額が変動するもの：電話代・消耗品費等
⇒ 支出実績を下げるのが基本となり、削減目標を設定した引下げ努力が必要
- ③ 収入と 比例関係にある 支出：仕入・販促費等
⇒ 利益率の維持・向上の側面からの取り組みが必要