WEB MAGAZINE

No.323

2014.04.22

週刊WEB
医業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

経産省・テクノエイド協会
「ロボット介護推進プロジェクト」導入3000台を目指す
経済産業省

25年「病院の耐震改修状況調査の結果」を公表
耐震化率　病院全体64.2%
厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成25年12月分概数）

3 経営情報レポート

発生メカニズムを知り組織で取組む
患者トラブル対応ポイント

4 経営データベース

ジャンル：人材・人事制度　サブジャンル：賃金制度
総額人件費管理の必要性
総額人件費の配分

発行
京都税理士法人
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

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　センシブルBLDG　ZEN　5F
TEL　077-569-5530　FAX　077-569-5540
大阪支社　大阪市北区梅田1丁目1番3 大阪駅前第3ビル31F
TEL　06-6344-1683　FAX　06-6344-1578

経産省･テクノエイド協会
「ロボット介護推進プロジェクト」導入 3000 台を目指す

経済産業省が昨年２月から進めてきた「ロボット介護機器導入実証事業」の協力事業数が１年間で 300 件を超えたと発表した。介護施設や企業のロボット介護機器に関心が集まり、量産化への道筋がついてきたことをうかがわせる内容となっている。

この結果、今年４月８日からは、事業名を「ロボット介護推進プロジェクト」に改め、事務局を福祉用具・介護機器に関する調査研究や開発・普及などを手掛ける公益財団法人・テクノエイド協会に１本化して今年度内にはニーズに即した 30 機種 3000 台のロボットの現場への導入を目指す大型事業へと舵を切ることになる。

現在、テクノエイド協会はこの補助事業について、ロボット介護を推進する企業・仲介者・介護施設等を募集している。

現状では、介護施設の登録が中心だが、今年度は在宅での介護機器の開発もあることから在宅サービス事業者の登録も呼びかけていきたい考えとしている。介護ロボット産業の創出は、日本再興戦略の主要施策の一つとされる。

同プロジェクト内には、ロボット介護機器導入実証チームを置き、メーカーと介護施設、介護機器のレンタル、導入のための講習などを受け持つ仲介者をマッチングする役割を果たすものと位置づけている。

■ロボット介護推進プロジェクトの目的

経産省・補助事業者募集要領によると、ロボット介護機器については、現場とのコミュニケーションの不足や先行事例が乏しいこと等、市場の不確実性が高く、優れたアイディアを持ちつつも量産化に踏み切れていないという背景がある。

この事業では、ロボット介護機器の量産化への道筋をつけることを目的として、ロボット介護機器を実際に介護現場で活用しながら、大規模な効果検証等を行う。さらに、検証結果に基づく効果のＰＲ、普及啓発、教育活動を通じて、ロボット介護機器導入の土壌を醸成する。

この事業を通じて、介護現場で実際に使えるロボット介護機器の導入を進めることにより、高齢者の自立支援、介護実施者の負担軽減を通して、健康長寿社会の実現に寄与するとともに、新しいものづくり産業の創出にも貢献する。

医療情報
ヘッドライン ②
厚生労働省

25年「病院の耐震改修状況調査の結果」を公表 耐震化率 病院全体 64.2%

厚生労働省は平成25年の「病院の耐震改修状況調査の結果」を公表した。病院の耐震化は地震発生時に病院の倒壊・崩壊を防ぎ、入院患者の安全を確保しながら被災者に適切な医療を提供するため、重要な課題となっている。

このため、厚労省は平成21年度に「医療施設耐震化臨時特例交付金」により病院の耐震整備に補助を行う基金を都道府県に設置し、以来年々、基金を積増して耐震化を促進してきた。

平成25年度には、災害拠点病院、救命救急センター、および2次救急医療機関の耐震整備を行うため、医療提供体制施設整備交付金の予算額を14億円追加計上している。

■平成24年調査結果のポイント

- ●病院の耐震化率は、61.4%（平成22年調査では56.7%）
- ●このうち、地震発生時の医療拠点となる災害拠点病院及び救命救急センターの耐震化率は 73.0%（平成22年）

■平成25年における病院全体の耐震化状況のポイント

- ●「全ての建物に耐震性のある」病院数が全病院数に占める割合（耐震化率）は 64.2%（5476 施設、前年比 2.8 ポイント増）
- ●「一部の建物に耐震性がある」病院は 9.1%（771 施設、同 14.5 ポイント減）
- ●「全ての建物に耐震性がない」病院は 1.4%（118 施設、同 1.7 ポイント減）
- ●「耐震性が不明」な病院は 25.3%（2159 施設、同 13.4 ポイント増）

年次推移を見ると、17年調査の耐震化率36.4%から年々耐震化率は上がっており、交付金や基金による耐震化整備が着実に進んでいるといえよう。

なお、前年と比べ「一部の建物に耐震性がある」病院が大きく減り、「耐震性が不明」な病院が大きく増えているが、「耐震性が不明」とすると扱いが変わったことによる。

■災害拠点病院・救命救急センターの耐震化状況のポイント

- ●「全ての建物に耐震性のある」病院数が全病院数に占める割合（耐震化率）は 78.8%（538 施設、同 5.8 ポイント増）
- ●「一部の建物に耐震性がある」病院は 15.1%（103 施設、同 10.1 ポイント減）
- ●「全ての建物に耐震性がない」病院は 0.4%（3 施設、同 0.1 ポイント減）
- ●「耐震性が不明」な病院は 5.7%（39 施設、4.4 ポイント増）

厚労省によると、平成26年度末には82.9%となる見込みとなっている。

26年度末の耐震化率（見込）を見ると、病院全体では宮城が 88.7%、滋賀が 84.5%、山梨が 83.3%と高い状況で、他方、京都 52.6%、福島 56.4%、岡山 58.2%などが低くなっている。災害拠点病院・救命救急センターでは、100%を8県が達成する見込みだが、奈良県が 28.6%、福島県が 50.0%と低い県もある。

経営 TOPICS
❖
「統計調査資料」
抜 粋

厚生労働省
2014 年 3 月 25 日公表

病院報告
平成25年 12 月分概数

1　1日平均患者数（各月間）

	1日平均患者数（人）			対前月増減（人）	
	平成 25 年 12 月	平成 25 年 11 月	平成 25 年 10 月	平成 25 年 12 月	平成 25 年 11 月
病院					
在院患者数					
総数	1 262 307	1 270 805	1 265 009	△8 498	5 796
精神病床	297 292	298 416	299 801	△1 124	△1 385
結核病床	2 279	2 312	2 330	△33	△18
療養病床	293 973	292 659	292 987	1 314	△328
一般病床	668 703	677 361	669 840	△8 658	7 521
(再掲)介護療養病床	60 631	60 820	61 127	△189	△307
外来患者数	1 357 240	1 410 505	1 435 430	△53 265	△24 925
診療所					
在院患者数					
療養病床	7 797	7 872	7 937	△75	△65
(再掲)介護療養病床	2 997	3 024	3 062	△27	△38

注1）病院の総数には感染症病床を含む。
2）介護療養病床は療養病床の再掲である。

2　月末病床利用率（各月末）

	病床利用率（%）			対前月増減	
	平成 25 年 12 月	平成 25 年 11 月	平成 25 年 10 月	平成 25 年 12 月	平成 25 年 11 月
病院					
総数	71.9	79.1	80.0	△7.2	△0.9
精神病床	87.1	87.4	87.7	△0.3	△0.3
結核病床	33.4	35.3	35.3	△1.9	0.0
療養病床	89.1	89.1	88.9	0.0	0.2
一般病床	60.3	72.8	74.3	△12.5	△1.5
介護療養病床	92.7	92.9	92.9	△0.2	△0.0
診療所					
療養病床	61.2	62.6	62.8	△1.4	△0.2
介護療養病床	75.0	75.4	76.0	△0.4	△0.6

注1）　月末病床利用率 ＝ $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$
2）　病院の総数には感染症病床を含む。

3　平均在院日数 (各月間)

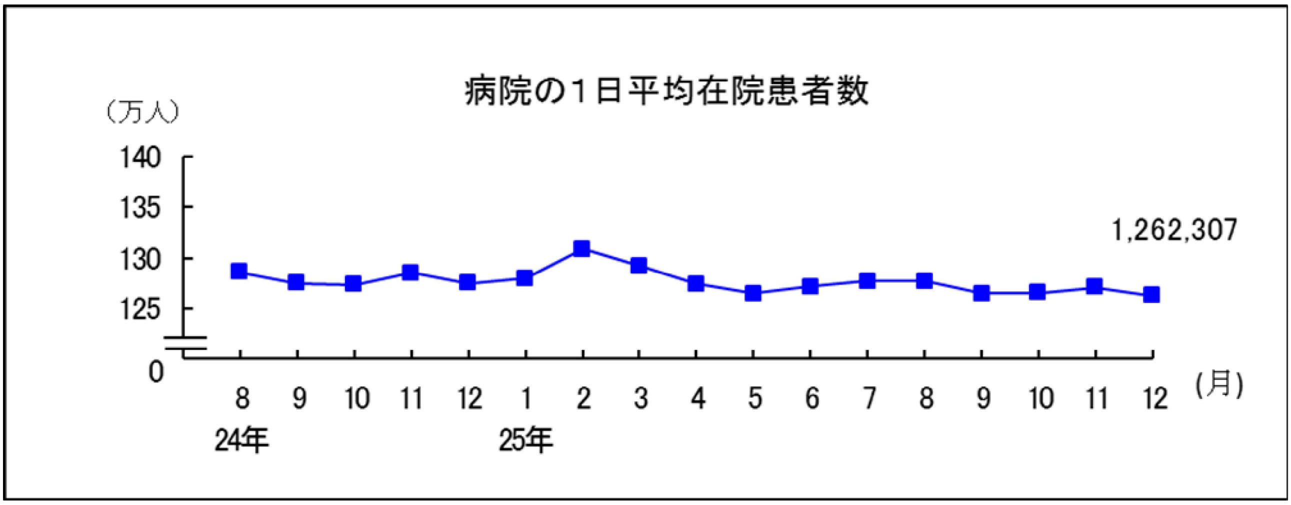
	平均在院日数（日）			対前月増減（日）	
	平成25年12月	平成25年11月	平成25年10月	平成25年12月	平成25年11月
病院					
総数	30.0	30.1	30.0	△0.1	0.1
精神病床	288.5	290.4	277.9	△1.9	12.5
結核病床	68.3	70.0	67.3	△1.7	2.7
療養病床	163.2	166.7	167.3	△3.5	△0.6
一般病床	16.9	17.0	16.8	△0.1	0.2
介護療養病床	310.3	309.7	308.9	0.6	0.8
診療所					
療養病床	101.0	101.4	106.8	△0.4	△5.4
介護療養病床	104.9	102.0	110.9	2.9	△8.9

注1）　平均在院日数 ＝ 在院患者延数 ／ 1／2（新入院患者数＋退院患者数）

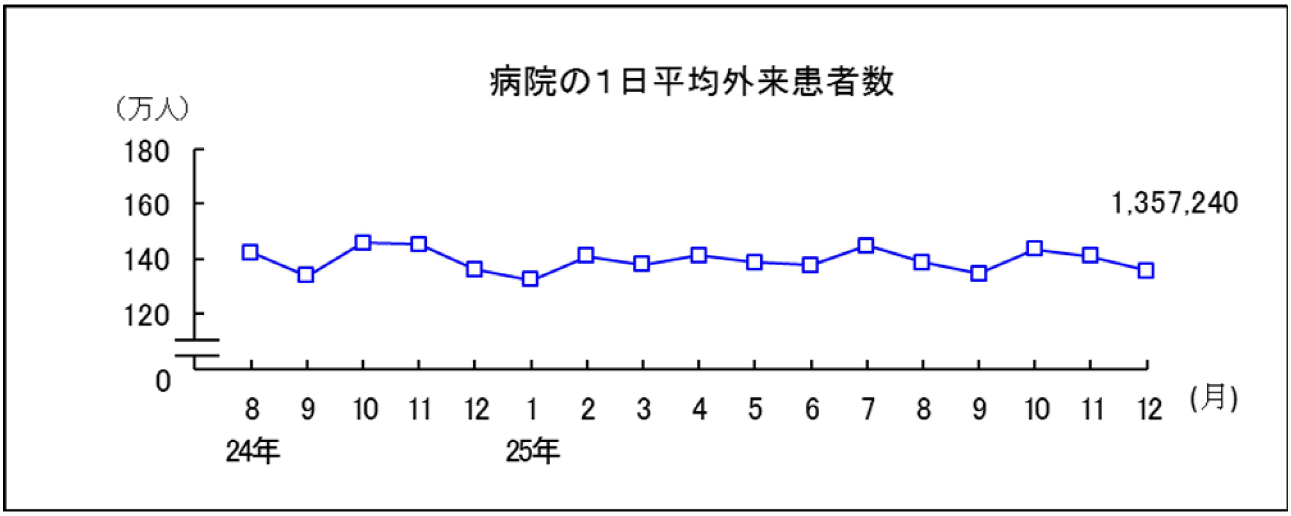
ただし、療養病床の平均在院日数 ＝ 在院患者延数 ／ 1／2 ｛新入院患者数 ＋ 同一医療機関内の他の病床から移された患者数 ＋ 退　院患者数 ＋ 同一医療機関内の他の病床へ移された患者数｝

2）　病院の総数には感染症病床を含む。

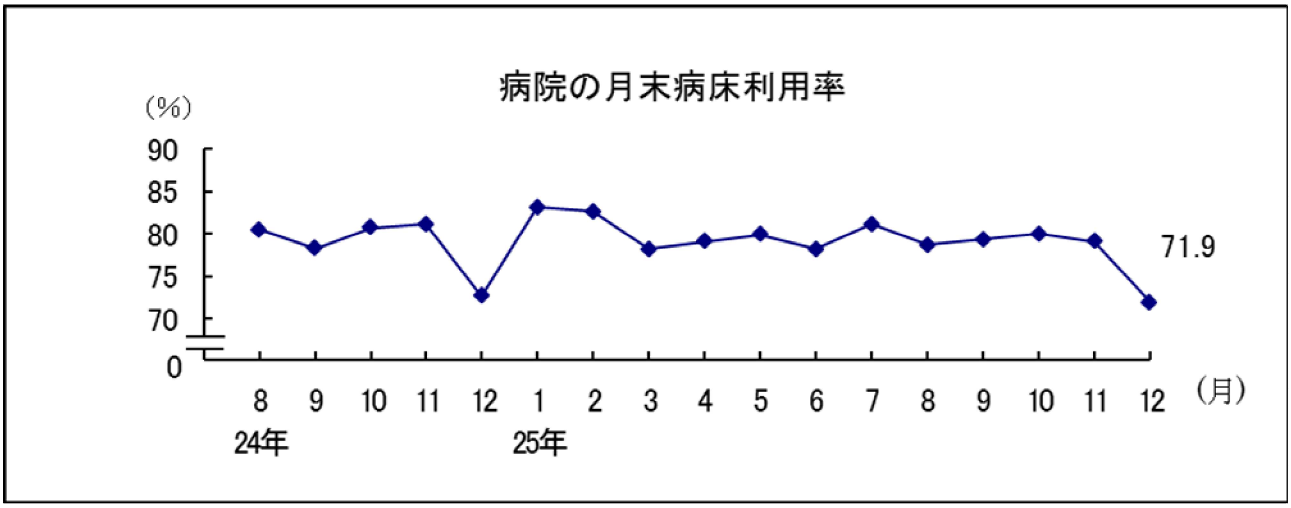
◆病院：1日平均在院患者数の推移



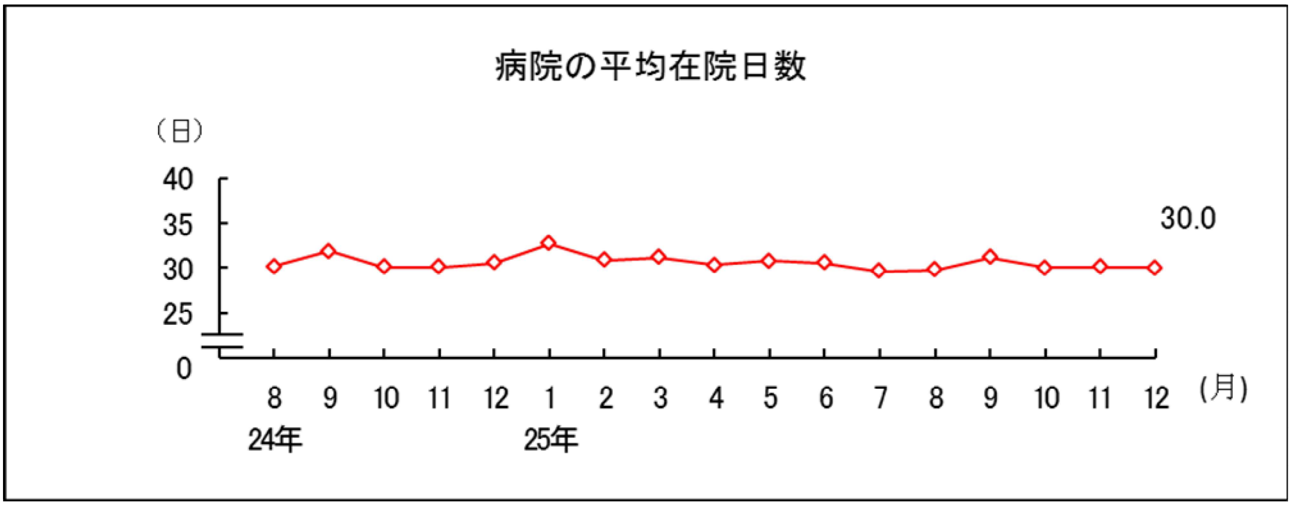
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



医業経営情報レポート 要約版

ジャンル：医業経営

発生メカニズムを知り組織で取組む
患者トラブル対応ポイント

ポ イ ン ト

1. 多様化･深刻化する院内暴力
2. 患者満足度とクレーム発生の関係
3. 求められる組織的対応

■参考文献
『患者トラブルを解決する「技術」』（日経ＢＰ社）尾内　康彦 著

1 多様化･深刻化する院内暴力

■ 院内暴力の発生状況

(1) トラブルを引き起こす要因

患者からの暴言や暴力が起こる背景にはさまざまな要因があります。もともと悪意のない患者であっても、職員の対応への不満や待ち時間のストレスなどからいわゆる「怒り」という感情を引き起こし、暴言を吐くことがあります。また、患者が急に亡くなったことで家族・関係者が動揺した結果や、精神性疾患による症状としての暴力など、医療機関側としても、ある程度は理解を示さなければならないケースもあります。

しかし、不当な嫌がらせや暴力、ストーカーやセクハラ行為は犯罪であり、毅然とした対応が医療機関には求められます。そのためには、発生のメカニズムや引き金（トリガー）となる要因をよく知ることがポイントです。

◆トラブル発生に関する一般論

①緊張論
特定の社会構造における圧力などの緊張状態に、より多くさらされた者がフラストレーションに陥り、その心理的緊張の解消の手段として暴力行為に及ぶ。

②統制論
人々が暴力を振るわないのは、一定の社会的絆によって拘束されているからである。拘束する社会的絆が弱い人は暴力にコミットしたり反復したりする。

③文化的逸脱論
暴力に好意的なサブカルチャーがあり、それによって暴力に価値を認めることを学習した者が「価値の追求」として暴力を振るう。

④レイベリング論
共同体の内部で他者が、ある特定の人々に「乱暴者」「ならず者」といった烙印を貼りつけ、周囲の人がそのように扱っているうちに、烙印を貼られた当人がそのラベルにふさわしい「乱暴者」「ならず者」の役割を演じるようになる。

◆発生のトリガーポイント

- 不快な環境（気温、湿度、照明、騒音、臭気、衛生状態、混雑など）
- アルコール摂取
- 薬物の使用
- 自由にならない集団生活（飲酒、喫煙等）
- 有効な活動の不足(退屈したり、体力が余った状態)
- 意に添わない処置(吸引等の苦痛を伴うもの、オムツ交換等の羞恥を伴うものなど)
- 診療計画やケアプラン、処方の変更
- 担当者の変更
- 担当者によってかわる処置や説明
- 悪い知らせ(検査結果、予後の説明、依頼の拒否など)
- 職員の態度・接遇(感情的な対応、長い待ち時間で声かけがないなど)

ここで重要なのは、必ずしも患者側に問題があるケースばかりではなく、医療従事者側の問題が引き金になるケースもあるということを認識することです。

⑵トラブル発生の状況

東京都内の私大病院でつくる「私大病院医療安全推進連絡会議」が実施した調査によると、都内の私大病院の職員の４割が、患者やその家族から暴言や暴力、セクハラを受けるといった経験があり、それによると男性患者からの被害が多かったとの報告がなされています。

調査は、2011 年 12 月、11 病院の全職員２万 9065 人を対象に行われ、院内暴力を「暴言」「身体的暴力」「セクハラ」に３分類。全職員の 44.3%（約１万人）が、過去１年以内に何らかの院内暴力を受けていました。また、暴言は職員全体の 41.5%、暴力は 14.8%、セクハラは 14.1%が経験していました。

暴言の被害は「医師」「看護師、准看護師、保健師、助産師」「事務員」が多く、それぞれ４割以上が経験しており、一方暴力・セクハラの被害は「看護師、准看護師、保健師、助産師」が多く、どちらも２割以上が経験していました。

■ 報道に見る院内暴力の実態

院内暴力は増加傾向とともに、過激化しているのが実情です。最近では器物損壊や傷害致傷に留まらず、病院職員が死亡するといった事例も報告されています。

医療機関において患者が引き起こした事例を紹介します。

◆「待ち時間長い」と立腹　病院放火未遂で逮捕

逮捕容疑は、「待ち時間が長く腹が立った。診断結果も気に入らなかった」と、横須賀市の横須賀共済病院の地下２階機械室にシンナーをまき、ライターで火をつけて、床などを焦がした疑い。火災報知機が作動し、直後に消し止められ、けが人はいなかった。

◆患者刃物で病院職員刺傷

東京都新宿区のクリニックで、通院患者の男がカッターナイフを振り回し、臨床工学技士の女性ら３人が重軽傷を負う事件が起きた。男は人工透析中に突然、暴れ出したという。

◆医療機関で発生した過去の事件

2004 年 12 月	東京都墨田区の病院で患者が同室の患者と看護助手計３人を殺傷
2005 年 11 月	大阪市の病院で患者が職員３人を刺す
2006 年　3 月	島根県江津市の病院で入院患者が絞殺される
2007 年 11 月	佐賀県武雄市の病院で患者が撃たれ死亡

2 患者満足度とクレーム発生の関係

■ 患者クレーム発生のプロセス

患者満足度の低下に反比例して増加していると思われる、いわゆるモンスターペイシェントに代表されるクレーマーについては、大きく以下の３つに分類されます。

①モンスターペイシェント
医療機関の職員等に理不尽な要求やクレームを行い、暴言や威圧・威嚇、さらに暴力を繰り返すモラルに欠けた患者及びその家族。
②ハードクレーマー
クレーム内容に主観的・非合理的でかつ、長期に渡りクレームを言い続けるケースが多く、日常的な診療においてマニュアルでは対応困難なクレーマー。モンスターペイシェント予備軍となる。
③クレームを言う普通の患者
一般的なクレーマーで、概ねマニュアルで対応が可能なレベルのクレーマー。これに対して物言わぬクレーマーとしてサイレントクレーマーがある。

(2) 患者トラブル増加の背景

患者トラブルの増加の背景には、『社会情勢』、『患者を取り巻く外部環境』、『医療従事者の意識』、『患者の地域医療に対する意識』という４つの要因が考えられます。それぞれの変化が患者トラブルの増加をもたらしたのではないかと分析できます。

①社会情勢の変化
●９０ 年代に年金・医療などのセーフティネットが半崩壊
●自己責任の名の元に個人の安心が放置
「健康も命もお金次第」⇒ わが身を守るためには強く要求した方が得策という意識
②患者を取り巻く外部環境の変化
●医療費抑制策により、患者の自己負担増、規制緩和の促進
●負担増に伴う医療機関に対する要求増加
「治療効果が出ない」 ⇒ お金は払いたくない
③医療従事者の意識の変化
●患者満足度を上げる取組みにより、「患者様」として迎えるように教育
●接遇研修に力を入れている医療機関ほど問題患者のターゲット
問題患者が発生しやすい状況 ⇒ 医療機関の方が作り出している
④患者の地域医療に対する意識の欠如
●地域医療の急激な荒廃
●荒廃している状況を患者は認識不足
医療サービス ⇒ 地域の限られた資源・公共財産という意識がない

3 求められる組織的対応

■ 施設基準に見る患者対話体制整備の必要性

⑴ 患者サポート体制充実加算の新設

患者サポート体制充実加算は、医療従事者と患者との対話を促進することを目的として、平成24年の診療報酬改定時に新設された項目であり、入院基本料の加算として有床診療所でも算定できる項目です。

◆施設基準

●相談窓口の設置
●専任の窓口対応者（医師、看護師、薬剤師、社会福祉士等常時１名、研修修了者）
●カンファレンスの実施（週１回程度）　●対応マニュアルの整備
●相談内容の記録　●実施内容等の掲示

⑵ 運用事例

本体制構築にあたっては、相談体制の確立と院内の情報の共有がポイントです。患者暴力の芽を未然に摘み取るとともに、日常的なクレームに耳を傾け、収集、分析を経て、広く職員に情報発信していくことがその役割になります。

◆「患者サポート体制」相談窓口運用マニュアル（例）

（設置場所）
１．○○病院医療福祉相談室に、患者支援体制の相談窓口（以下「相談窓口」とする）を設置する。
２．病院内に相談窓口の常設及び活動に関する表示をおこない、入院案内の冊子に相談窓口の案内を載せ、患者・家族が利用しやすいように努める。

（活動方針）
１．相談担当者は、患者や家族から疾病に関連する生活上の様々な相談に、専門技術を用いて支援する。
２．相談担当者は、相談内容に応じて他部門と連携協働して支援する。

（報告体制）
１．相談の実績は、日報・月報・年報を作成し、病院長に報告する。
２．相談内容が苦情・意見の場合は「苦情・意見相談記録」を各部門の担当者に回覧し、病院長に報告する。緊急の対応を要する場合は、相談窓口責任者を通して、即時病院長に報告する。

Question

総額人件費管理の必要性

収入減のため、人件費が経営を圧迫しています。今後、医業経営を継続していくために必要な人件費コントロールのポイントについて教えてください。

answer

■総額人件費管理による人件費のコントロール

医療を取り巻く厳しい経営状況の中で、勝ち組医療機関として生き残るためには、高コスト体質からの脱却を図ること、特にコストの大半を占める人件費をいかにコントロールできるかが重要です。

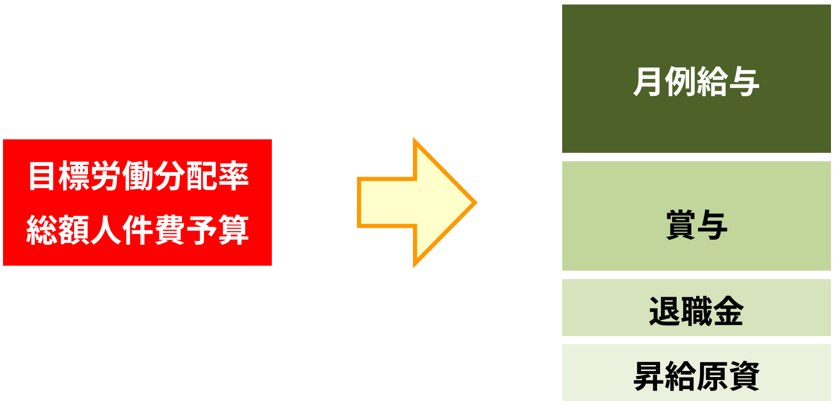
また、その際には、単に人件費の削減を実施するだけではなく、少なくとも年度経営計画において病院業績と総額人件費の関係を明記し、業績と総額人件費の連動を明らかにすることによって、人件費の適正化を目指す計画づくりが必要です。

人件費適正化を実現するためには、役割を果たし病院に貢献できた職員とそうでない職員を明確にしたうえで、貢献した職員に人件費原資を多く配分するシステムが必要です。

さらに、総額人件費の予算化を検討する前には、その内訳を明確にしておくことが求められます。厚生労働省は、「賃金労働時間制度等総合調査報告」において、下記のような分類を示しています。

最初に、総額人件費を「現金給与総額」と「現金給与以外の人件費」の２つに区分し、「現金給与総額」を「所定内給与」、「時間外手当」と「賞与一時金」に分類しています。また、「現金給与以外の人件費」を「退職金等」、「法定福利費」、「法定外福利費」、「現物給与」、「教育訓練費」、「その他」に細分類しています。

つまり、総額人件費とは、職員に関わる費用全てを含めて考えることが必要であり、総額人件費の予算化に際しては、これら全ての分類それぞれについて予算を立て、管理していくことになります。



経営データベース ②

ジャンル: 人材･人事制度 ＞ サブジャンル: 賃金制度

Question 総額人件費の配分

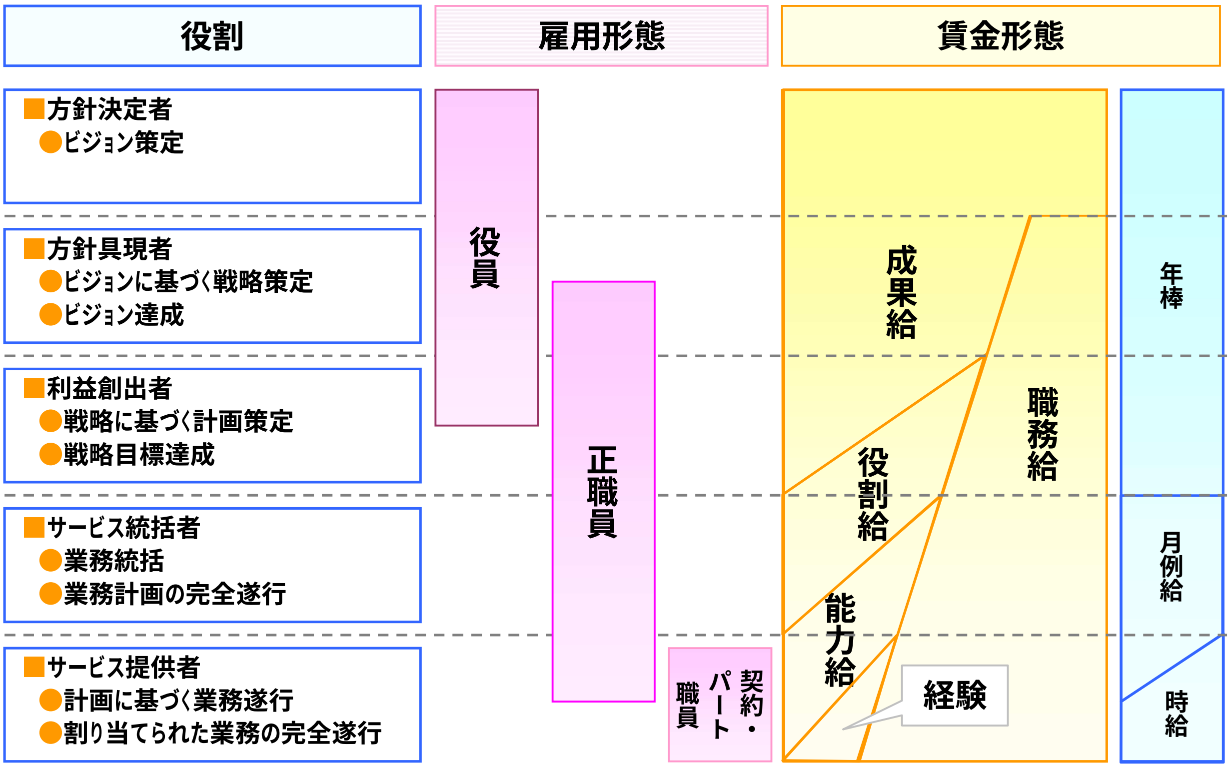
予算化した総額人件費は、どのように職員へ配分すればよいでしょうか？

answer

■職員への配分は、各人の役割を基準に

総額人件費に関する予算が固まれば、次は職員にどのように配分していくかを検討する必要があります。

適正配分を行うためには、まず年功序列型の賃金体系を改めなければなりません。ここで、個人の評価や病医院の業績を賃金に反映させる仕組みを構築していきます。



上図は、各々の役割に対する賃金体系の全体像です。ここで示すように、上部の階層ほど役割給と成果給の比率が上がり、一方では、能力給や経験給、職務給といった賃金が下がるように設計します。

これは、各々の階層において、その役割の達成が具体的にどのような基準を持って果たされ得るかを意味しています。