

2015.01.27

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

2015 年度厚労省所管予算案の概要公表
社会保障の充実に向けた予算額が明らかに

厚生労働省

2015 年度実施の診療報酬特別調査案
実施案調査項目は 7 項目を了承

中央社会保険医療協議会

2 経営TOPICS

統計調査資料
病院報告
(平成 26 年月 9 末概数)

3 経営情報レポート

問題職員・労務トラブルの増加に対応
職場の規律作りとルールブック活用法

4 経営データベース

ジャンル: 労務管理 サブジャンル: 求人・採用
病院施設のリニューアル
中・長期事業計画(マスタープラン)の策定



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 センゾビル 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
長岡京支社 長岡京市長岡 2 丁目 3 番地 14 号
TEL 075-954-8575 FAX 075-952-7327

2015 年度厚労省所管予算案の概要公表 社会保障の充実に向けた予算額が明らかに

厚生労働省は 1 月 14 日、2015 年度「厚生労働省所管予算案の概要」を公表した。厚労省所管分のうち、一般会計は 29 兆 9,146 億円（前年度比 8,693 億円・3.0%増額）を計上し、内訳は医療 11 兆 4,891 億円（同 2,901 億円・2.6%増）介護 2 兆 7,592 億円（同 693 億円・2.6%増）福祉 3 兆 9,815 億円（同 2,418 億円・6.5%増）などである。

医療・介護分野の「社会保障の充実」分の主な予算は、次のとおりとなっている。

(1) 医療・介護サービスの提供体制改革

地域医療介護総合確保基金（医療分）

：602 億円

地域医療介護総合確保基金（介護分）

：483 億円

2015 年度介護報酬改定における介護職員の処遇改善等：531 億円

在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など地域支援事業の充実：118 億円

(2) 医療保険・介護保険制度の改革

国民健康保険等の低所得者保険料

軽減措置の拡充：612 億円（地方負担）

国民健康保険への財政支援の拡充

：1,032 億円

被用者保険の拠出金に対する支援

：109 億円

介護保険 1 号保険料にかかる低所得者軽減強化：110 億円

(3) 難病・小児慢性特定疾病への対応

難病・小児慢性特定疾病に係る公平かつ安定的な制度の確立：885 億円

また厚労省は 15 日、省内各局の 2015 年度「予算案の概要」を公表した。医政局 1,908.4 億円（前年度比 57.1 億円増）老健局 2 兆 7,850 億円（同 659 億円増）健康局 3,923.9 億円（497.7 億円増）医薬食品局 89.0 億円（同 2.0 億円増）などである。

医政局関連では、「地域医療介護総合確保基金による医療介護提供体制改革」に 903.7 億円を計上し、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域で総合的に確保する。このほか、「医療事故調査制度の実施」5.4 億円、「専門医に関する新たな仕組みの構築に向けた支援」3.0 億円、「ドクターヘリの導入促進」50.1 億円などとなっている。

老健局関連では、「介護保険制度による介護サービスの確保」2 兆 6,201 億円、「地域支援事業の充実（地域包括支援センターの体制確保等）」798 億円、「認知症に係る地域支援事業の充実（認知症初期集中推進支援事業、地域支援・ケア向上推進事業）」28 億円、「低所得高齢者等の住まい・生活支援の推進」1.1 億円などを盛り込み、地域包括ケアシステムの構築や認知症高齢者などにやさしい地域づくりを目指すとする。

2015 年度実施の診療報酬特別調査案 実施案の調査項目 7 項目を了承

中央社会保険医療協議会（中医協）は 1 月 14 日、総会を開催し、総会に先立って開かれた診療報酬改定結果検証部会から「2014 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」の実施案が報告された。同調査は 12 の調査項目からなり、2014 年度及び 2015 年度の 2 カ年で実施することが決まっているが、今回報告されたのは 12 項目のうち、2015 年度分の 7 項目についての実施案で、全会一致で了承された。診療報酬改定後は、意図・目的の達成度などが調査され、結果は次期改定に反映される。

実施案の調査項目は、次の 7 項目である。

- (1) 主治医機能の評価の新設や紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料などの適正化による影響を含む外来医療の機能分化・連携の実施状況調査（地域包括診療料創設の影響などの調査）
- (2) 在宅療養後方支援病院の新設や機能強化型在宅療養支援診療所などの評価見直しによる影響、在宅における薬剤や衛生材料などの供給体制の推進などを含む在宅医療の実施状況調査（在宅医療の実施や連携状況などの調査）
- (3) 訪問歯科診療の評価および実態などに関する調査
- (4) 廃用症候群に対するリハビリテーション

の適正化、リハビリテーションの推進などによる影響や維持期リハビリテーションの介護保険への移行の状況を含むリハビリテーションの実施状況調査

- (5) 胃ろうの造設などの実施状況調査
- (6) 明細書の無料発行の実施状況調査（義務化による影響などの調査）
- (7) 後発医薬品の使用促進策の影響および実施状況調査（一般名処方による医療機関の処方状況などの調査）

具体的には、(1)で地域包括診療料・加算を算定する医療機関における診療状況、特定機能病院や 500 床以上の病院における紹介率・逆紹介率及び長期処方に関する状況等について、また(2)では在宅療養支援診療所・病院等における在宅医療の実施状況及び在宅療養後方支援病院との連携状況、各種連携による衛生材料等の提供や褥瘡管理等の状況等を、それぞれ検証する。

その他、(7)では一般名処方による医療機関の処方状況や、それに伴う保険薬局における後発医薬品の調剤状況、また後発医薬品調剤の評価による調剤状況の変化等を見る。

今後、総会での了承を受け、4 月より調査票の検討等の準備に取り掛かる。調査は 6 月以降に実施し、秋以降に結果速報を報告する予定となっている。

病院報告

(平成 26 年 9 月末概数)

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 26 年 9 月	平成 26 年 8 月	平成 26 年 7 月	平成 26 年 9 月	平成 26 年 8 月
病院					
在院患者数					
総数	1 249 084	1 256 664	1 256 804	7 580	140
精神病床	296 604	297 185	296 458	581	727
結核病床	2 240	2 296	2 305	56	9
療養病床	292 442	293 536	293 060	1 094	476
一般病床	657 743	663 591	664 930	5 848	1 339
(再掲)介護療養病床	57 413	57 781	58 112	368	331
外来患者数	1 394 893	1 321 925	1 420 342	72 968	98 417
診療所					
在院患者数					
療養病床	7 172	7 210	7 231	38	21
(再掲)介護療養病床	2 757	2 749	2 782	8	33

- 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 26 年 9 月	平成 26 年 8 月	平成 26 年 7 月	平成 26 年 9 月	平成 26 年 8 月
病院					
総数	79.0	77.4	80.1	1.6	2.7
精神病床	86.8	87.2	87.3	0.4	0.1
結核病床	35.1	35.4	36.2	0.3	0.8
療養病床	88.2	88.7	89.1	0.5	0.4
一般病床	73.1	69.9	74.6	3.2	4.7
介護療養病床	92.9	92.6	93.0	0.3	0.4
診療所					
療養病床	61.4	61.6	62.0	0.2	0.4
介護療養病床	74.7	75.1	74.5	0.4	0.6

- 注 1) 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)

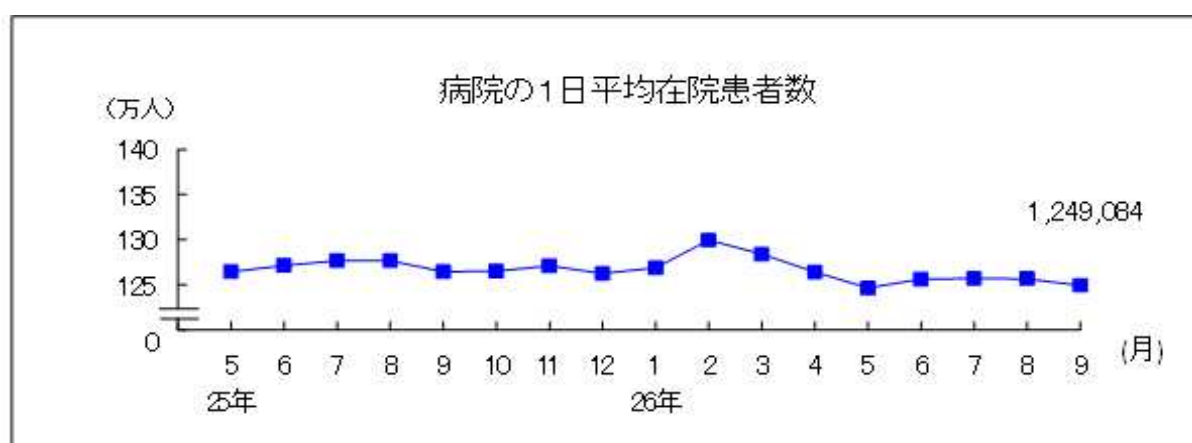
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成 26 年 9 月	平成 26 年 8 月	平成 26 年 7 月	平成 26 年 9 月	平成 26 年 8 月
病院					
総数	29.5	29.5	29.0	0.0	0.5
精神病床	272.7	283.1	266.4	10.4	16.7
結核病床	66.9	72.7	67.2	5.8	5.5
療養病床	164.9	173.0	166.7	8.1	6.3
一般病床	16.5	16.5	16.3	0.0	0.2
介護療養病床	322.4	335.2	323.9	12.8	11.3
診療所					
療養病床	101.0	103.1	101.3	2.1	1.8
介護療養病床	100.6	100.8	102.6	0.2	1.8

注1) 平均在院日数 =
$$\frac{\text{在院患者延数}}{1 / 2 (\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$$

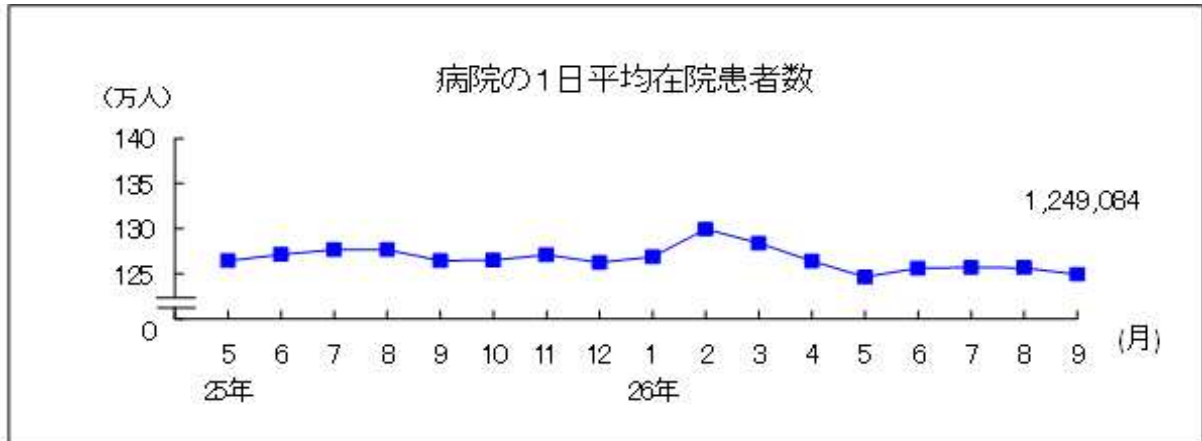
ただし、療養病床の平均在院日数 =
$$1 / 2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

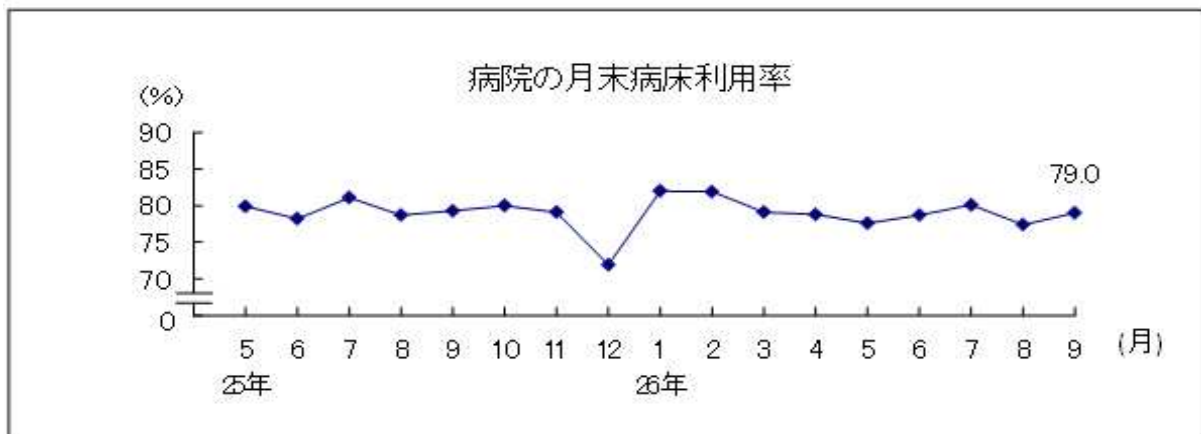
病院: 1日平均在院患者数の推移



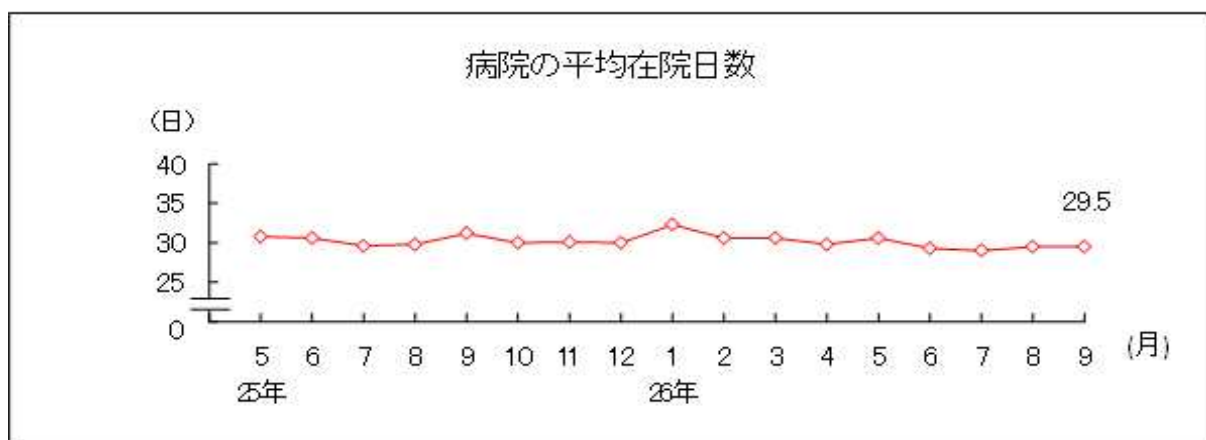
病院:1日の平均外来患者数の推移



病院:月末病床利用率の推移



病院:平均在院日数の推移



問題職員・労務トラブルの増加に対応 職場の規律作りとルールブック活用法

ポイント

- 1 職場規律の実態を把握するポイント
.....
- 2 職場規律を守るための就業規則整備
.....
- 3 職場ルールブックの作成で労務トラブル防止
.....



1 職場規律の実態を把握するポイント

■ 昨今の職場規律の実態

(1) 最近の労務トラブルの傾向

労務トラブルは、相変わらず増加の一途を辿っている一方で、徐々にその質が変わってきています。かつて労務トラブルといえば、事業主からの一方的な解雇や労働条件の不利益変更によるものが中心でしたが、最近では問題行動を起こす職員をめぐって生じるものも増えてきています。

一部の職員の問題行動により職場の規律が乱され、それが組織風土の悪化につながっているという状況は増加しています。しかし職場規律の乱れに関しては、その問題職員だけを指導してもなかなか問題解決に至らないというのが実態です。

(2) 職場規律の実態

ここ数年は、問題職員の発生などにみられるように、多くの医療機関で職場規律の低下が深刻な問題となりつつあります。

■ 職場規律が乱れる要因と影響

(1) 職場規律が乱れる要因

職場規律に乱れが生じる理由としては、職員側、あるいは医療機関・管理職側のそれぞれに要因がありますが、いずれかひとつが職場規律の乱れを引き起こすのではなく、複数の要因が複合的に重なり合って、職場の規律を乱しているのとらえるべきです。

職場規律の乱れは、基本的には職員側の問題ですが、同時に医療機関や管理職側の対応にも問題があるために生じていることがほとんどです。

若い職員と話が合わないと言う管理職は多く、文化や価値観・考え方などの相違(いわゆるジェネレーションギャップ)を認識している一方で、職場規律については、逐一教えなくてもわかるはずだと考える傾向にあります。また、新入職員教育で、職場のルールを十分に指導している医療機関も全てではありません。本来、医療機関によって職場規律に関するルールやその基準が違うため、自院内で具体的に教育する必要がありますが、それを怠っているために両者の認識のギャップは埋まらず、問題が解消されないのです。

加えて、最近是非正規雇用の職員が急増し、就労形態が複雑化することによって、多様な価値観を持った職員が職場に増えてきています。そのため、職場の規律に関する認識のギャップは、さらに拡大しているのです。

職員側の要因

職員の意識に甘えがあり、わがままな行動が見られる
自らの言動には何ら問題な点はないと思っている、もしくは問題であるという指摘を受けたことがない
社会人としての一般的なルールやマナーに関する教育や訓練を受けていない
多少は問題だとわかっている程度なら許されると思っている
周囲の同僚にも問題行動をとっている者がいるので、自分も同じような行動をしても構わないと考えている
そもそも職場のルールやマナーそのものを知らない、理解していない

医療機関・管理職側の要因

ルール違反があっても、管理職が注意や指導をしていない
管理職が注意できない、もしくはどのように注意指導すればよいかわからない
職員の管理を現場の管理職に任せっぱなしにしており、悪い情報が医療機関側になかなか入ってこない
管理職が部下に対して注意や指導を行うときに、医療機関のフォローやバックアップがない
職場のルールや服務心得は当たり前のことであり、わざわざ教える必要がないと考えている
ルール違反が繰り返されても、医療機関として制裁処分をしていない、放置している
職員の就業意識の変化や就業形態の多様化に対応できていない
職員として守るべきルールや基準を医療機関が示していない

残念ながら、「規律の問題は業務遂行上大したことではない、なんとかなるだろう」と考えている管理職は少なくありません。そして、こうした上司は、職員にちょっとしたルール違反が見られたとしても、そのうち本人は気づくだろうと考え、都度注意指導を行うことはありません。周囲の職員は、管理職の対応の仕方や立居振舞いを非常によく観察しています。同じ程度のルール違反であれば許されるということを知ってしまうと、ルールが機能しなくなり、次第に範が緩んできます。

また、職員が明らかなルール違反を起こした際、周囲の同僚からの注意や働きかけなどによる問題行動の改善を期待する管理職もいます。しかし、職員間の自浄作用により職場規律が改善できるのは、成熟した組織に限られるため、多くの職場ではこのような仕組みはなかなか機能しません。同僚に対して注意をすることは非常に勇気が必要であり、もし意見の食い違いがあれば争いの発生や人間関係にまで影響を及ぼすことも懸念されるからです。

したがって、職場規律の維持・向上は、管理職が職制を利用して図るべきなのですが、実際には管理職側の意識が相当低いケースも見受けられます。

2 職場規律を守るための就業規則整備

■ 職場規律における就業規則の役割

就業規則とは、働く職員の労働条件や守るべき服務規律などを具体的に定めた規則です。職員数が10人以上となったときに作成し、医療機関の所在地を管轄する労働基準監督署に届け出ることが求められます。10人以下の医療機関では義務付けられてはいませんが、職員数が10人以下の場合も、全職員の力を効率的に発揮させ、職員同士のトラブルを防止するために、守るべき一定のルールである「就業規則」は必要です。

ルールが明確になれば、それを徹底させるためにも、違反した者に対して「制裁」というペナルティを課す必要があります。どのようなペナルティが適用されるのかも就業規則に明記していれば、違反を防止する効果にもなります。

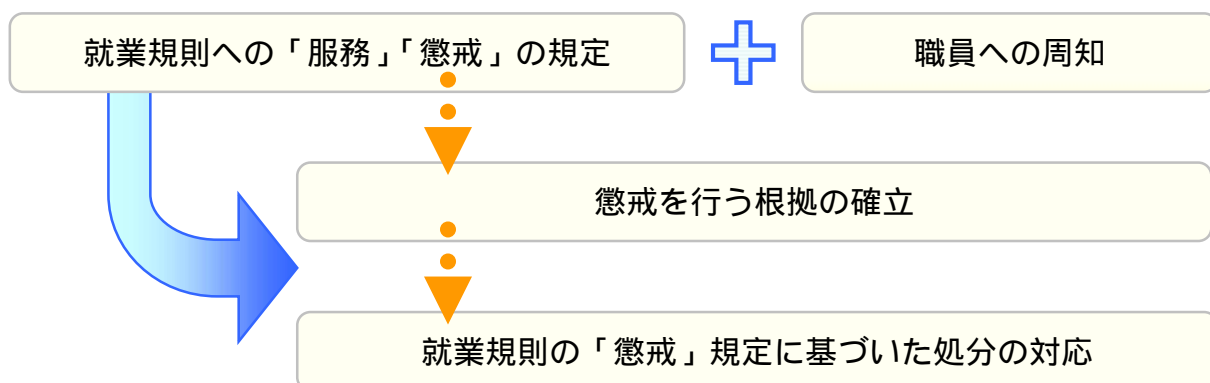
■ 規律を乱す職員に懲戒処分を実施する際の留意点

(1) 「服務」「懲戒」規程の役割と必要性

医療機関において、服務として守るべき事項を守らず、院内秩序を乱したときに懲戒が行われるケースがあります。ただし、権限があるからといって、職員の問題行動について制限なく懲戒を行ってよいというものではありません。

仮に、医療機関が懲戒処分をむやみに行ったとしても、手続の不備があったり、処分に妥当性がなかったりする場合には、トラブルや紛争に発展する可能性があります。そのため、懲戒を行うにあたって必要な前提条件や適正手順を押さえておくことが重要です。

就業規則の定めに基づく懲戒処分



3 職場ルールブックの作成で労務トラブル防止

■ 職場ルールブックの意義と作成上の留意点

(1) 職場ルールブック作成の意義

職場ルールブックを作成することは、職場規律を守るために非常に有効です。職場ルールブックとは、一般には就業規則上の服務心得を中心として職員が守るべき事項等をわかりやすい言葉で表現したものです。したがって、表現の違いこそあれ、就業規則と職場のルールブックとは整合性が取れており、お互いを補完する関係でなければなりません。

ただし、就業規則に規定されていても、職場のルールブックには記載されていない事項が存在するケースがある場合、職場のルールブックに書かれていることは、表現方法は異なったとしても、就業規則には必ず規定されている必要がありますので注意が必要です。

すなわち、「職場のルールブック < 就業規則」ということです。

(2) 作成時の留意事項

職場のルールブック作成時には、以下のような点に配慮するようにします。

このほか、一般的な基準からかけ離れた条件の設定も問題となります。地域や同規模の医療機関における労働条件を踏まえ、さらに裁判例などを参考としたうえで、ルールを設定をしなければいけません。

職場ルールブックの作成に際しての留意点

ルールの数は欲張らない
問題職員を特定できないようにする
適法なものにする

(3) 職場ルールブックの院内周知と定期的見直し

職場ルールブックを上手に活用していくためには、管理職と職員双方への周知が不可欠です。周知の際には、次のような方法が有効です。

管理職への周知徹底：ルールの内容や基準を理解させるための研修会の実施
職員への周知・教育：職員にルールブックを配付し研修会や勉強会を開催

また、定期的にチェックを行い、課題の抽出と対応を行います。内容のマンネリ化を防ぐためには、1～2年ごとに内容を見直し、改定するようにするとよいでしょう。

経営データベース ①

ジャンル: 機能選択 > サブジャンル: 病床機能選択



病院施設のリニューアル

病院施設のリニューアルに際してのポイントをお教え下さい。



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

第四次医療法改正では、病院機能による病床区分が強化されました。自院の機能の見直しには、改革の基盤となる「基本方針」を明確にすることが必要です。

施設の増改築・改修に際してのポイントは次のとおりです。

(1) 病院・病床機能の強化

200 床以上

入院医療機能を重視した差別化戦略

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

200 床未満

外来診療を強化し、これを重視した施設改修

(アメニティ向上、情報共有システム、地域連携等)

(2) 診療機能の強化

自院の患者属性分析に基づく診療科目の整理・再編

(3) 複合体制の整備

専門特化すべき部分を見極め、経営基盤の強化

保健・医療・福祉の相互連携 = 複合体制の構築

(4) コスト管理体制の整備

特化した自院の診療機能に合致する施設・人員配置体制構築

医療機能・診療科目に適応した適正費用の設定

経営データベース ②

ジャンル: 機能選択 > サブジャンル: 病床機能選



中・長期事業計画（マスタープラン）の策定
病院における中・長期事業計画の策定プロセスを教えてください。



病院理念・基本方針に基づいた中・長期計画(マスタープラン)策定の前提として、病院の 外部環境分析(行政施策・動向、社会環境、医療・福祉界概況、競合機関等) 内部環境分析(組織体質、機能、行動力、求心力、リーダーシップ、将来性等) 内外環境変化の方向性把握、のそれぞれを踏まえて、自院の理念・基本方針を達成しうる事業計画を立案するためのシステムづくりがあります。

医療を取り巻く環境の大幅な変化によって、個人が担うことが困難となってきたため、大別すると次のような二通りの方法を採用する傾向にあります。

(1) 部門横断的プロジェクト・チームの活用

医局(医師)、看護・技術・医事課等部門別に代表者を選定し、6ヶ月～1年程度の期間を定め、各部門の提案を集約した上で将来戦略に反映させる方法で、部門を横断した参加意識の醸成は一時的なモラル向上に効果的ですが、全部実施の困難性、最終的な意思決定権限の欠如がデメリットといえます。

(2) 専門部門の設置

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

必要なスキルを備えた責任者の選定

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

プレゼンテーションの受け入れ体制の構築

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

専従の責任者

経営計画策定期間は、本来の業務と兼務させず、専従とする。

各部門管理者との協議権限付与

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

計画案の審議・決定権限は理事会等機関とする

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