

週刊 医業経営

WEB MAGAZINE マガジン

1 医療情報ヘッドライン

特定健康診査等の実施で予算補助の項を追加
厚生労働省Q & A、新たに負担補助金の交付基準も

厚生労働省、社会保障審議会介護給付費分科会を開催
「2009年度介護報酬改定に関する審議報告(案)」を提示

2 経営情報レポート 要約版

労務管理トラブルを未然に防ぐ
医療機関に潜む労務リスク対応策

3 経営 TOPICS 抜粋

統計調査資料
医療施設動態調査(平成20年9月末概数)

4 経営データベース

ジャンル:機能選択 サブジャンル:急性期病院と慢性期病院
病院の機能分化としての現状分析
リハビリテーションに注力するポイント

特定健康診査等の実施で予算補助の項を追加 厚労省Q & A、新たに負担補助金の交付基準も

厚生労働省保険局は12月10日、特定健康診査・特定保健指導に関するQ & A集の更新を行った。これは、特定健診等の準備や実施を通して明らかとなった関係者等からの疑問や指摘事項等、新たに周知しておくべき事項等が生じた場合に、随時、追記・訂正された項目を公表しているもの。今回は平成20年12月10日までのQ & Aとしてまとめられた。

今回追記・更新されたのは、「4.特定健康診査などの実施に係る予算補助について」の「(2)負担(補助)金の交付基準(交付要綱)について」の6項目。これまでは11月18日が直近だったが、それ以前も含めた質問と回答も掲載されている。

今回の6項目の中には「特定健診を実施した後の受診者への情報提供のための資料(パンフレットなど)や、受診勧奨のための広報・普及啓発用資料の作成に要する経費は補助の対象となるのか」などの質問と回答が加わった。「情報提供資料の経費」の回答は、「受診勧奨のための広報や普及啓発用の資料作成費

は補助の対象にはならぬ」としている。また「特定健診実施のための医用機器の購入費や実施者に対する研修経費」も、「補助金は、特定健診を行うため直接必要な経費の補助である」ことから補助の対象にはならない、と回答している。

なお、特定健康診査・保健指導国庫負担金交付要綱の取り扱いについて厚生労働省保険局は12月5日付けで、都道府県知事や健康保険組合理事長宛てに通知した。通知では、特定健康診査・保健指導国庫負担金(以下、負担金)について、交付の要件や留意事項を示している。

それによると、市町村が実施する健康増進法等に基づく各種検診と特定健康診査を同時に実施した場合や、人間ドック等の市町村により追加的に実施される検査と一体的に行った場合に、特定健康診査のみに要した費用が不明確なときは、特定健康診査を実施した場合であっても交付の対象としない、としている。

【補足】上記で取り上げた以外に追加された質問

20	労働安全衛生法に基づく事業者健診の結果の提供を受けたことで特定健診を実施したことに代える場合も対象者数に含めれば補助の対象となるのか。
22	市町村民税の課税対象者と非課税対象者を区分せずに、同額の自己負担額を徴収している場合、負担(補助)金の申請の際にはどちらの基準単価で申請すれば良いのか。
23	基準単価が課税世帯と非課税世帯に区別されていますが、両者の区別をいつの時点で行えば良いのでしょうか。(例えば、健診は受診券発行時と受診時では区分が変わることがある。)
24	特定健診を委託している実施機関の実施形態が集団健診と個別健診のどちらに該当するのか区別できない場合は、いずれの形態で負担(補助)金の申請を行えば良いのか。

厚生労働省、社会保障審議会介護給付費分科会を開催 「2009年度介護報酬改定に関する審議報告(案)」を提示

厚生労働省は12月12日、省内で社会保障審議会の介護給付費分科会を開催し、「2009年度介護報酬改定に関する審議報告(案)」を示した。

同案は前回示した「たたき台」に、各委員の意見を踏まえて文言を追加したもの。

「効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証」の項目には、「介護保険制度の持続性の確保および適切な利用者負担の観点から、居住系施設に入所している要介護者への居宅療養管理指導や介護保険施設における外泊時費用を適正化するなど、効率的かつ適正なサービス提供に向けた見直しを行う」という一文を付け加えた。

「訪問介護」の項目には「常勤職員を基本としつつ、非常勤職員の登用を一定程度可能とする方向で見直す。あわせて、職業能力開発機会の充実や業務の具体化・標準化を推進する。なお、人員配置基準については施行後の状況を検証し、必要な対応を行う」との文言を追加。「小規模多機能型居宅介護」の項では、「定額払いの方式のもとで、適正なサービス提供を確保する観点から、サービスの提供が過少である場合については評価の適正化を行

う」という文言を付け加えた。

新たに設けた「今後の方向性について」という項目では

今回の介護報酬改定が介護従事者の処遇改善につながっているかという点の検証実施
介護サービスの質の評価が可能と考えられる指標の検討
介護事業経営実態調査等の調査手法の設計や調査結果の検証を行う場を設ける

など、今後の対応を提示している。

会議の冒頭、大森分科会長は「前回会合でも述べたが、次回会合で厚生労働大臣の諮問をいただきたいと考えている。今日の議論で審議報告として提出する文章を決定したい」と言及。各委員からのさまざまな意見を踏まえ、一部には修正が入るものの、おおむね同日提示した審議報告(案)で諮問・答申に移ることで合意した。

内容の詳細については厚生労働省ホームページ「社会保障審議会介護給付費分科会(第62回)議事次第(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/s1212-7.html>)」に掲載されています。

労務管理トラブルを未然に防ぐ 医療機関に潜む労務リスク対応策

ポイント

- 1 医療機関の労務管理の現状と課題
.....
- 2 労務トラブル回避に必要な組織づくりの視点
.....
- 3 原因別にみる労務リスクとその対策
.....
- 4 労働基準監督署の臨検対策ポイント
.....

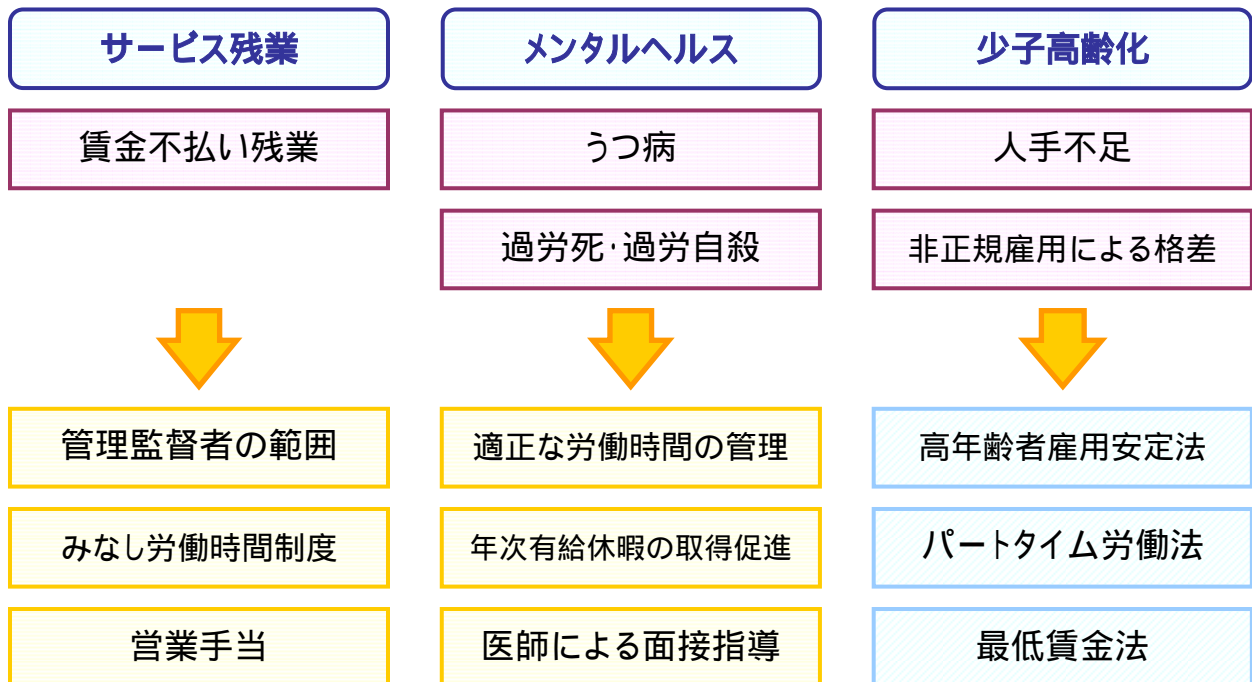
1 医療機関の労務管理の現状と課題

■ 医療機関における労務管理の今日的課題

今日、業種を問わずサービス残業や過重労働の増加が問題となっています。「名ばかり管理職」や「未払い残業代」に関わる報道も今や珍しいものではありません。しかし、医療機関では労務に関する情報と知識が少ないことが影響して、自院における脅威の可能性を認識することができないままであるケースも多く見られます。

こうした中、退職した労働者からの「申告」によって労働基準監督官が臨検を行ったり、事業所に対して、労働基準監督署へ出頭するよう命令したりする事例が増加しつつあります。医療機関も決して例外ではないものの、一般に労働基準監督所が取り上げた重点指導項目との関係が薄いように見えるために、関心が低いことも事実です。しかし、医療機関は他の業種の企業等と比べ、労働環境の整備が遅れているところが比較的多く、表面化していないトラブルを抱えている可能性があります。

医療機関が抱える労務管理課題



医療機関は職員個々の能力を集結させて運営される組織であり、職員の力がなければ日常業務を行うことが不可能です。そのため、労務問題は医療機関にとって最大の経営課題なのだと認識しなければなりません。

2 労務トラブル回避に必要な組織づくりの視点

■ 医療機関にみられる構造的な労務問題

一般企業では、近年「労働時間管理」が現在の労務管理最大のテーマになっています。医療機関においても、労務トラブルが表面化するケースが増えており、さらにはその原因が多岐にわたるため、複合化・複雑化している現状があります。

医療機関の特性からみる労務問題の課題と対応策

課題	問題点	対応策
ハイリスク職場	職場による労働負荷の差	適正な人員配置
個人主義傾向	長時間労働	定期的面談
コミュニケーション スキル不足	組織の不調和	参加型の意思決定
仕事量の増加 パーキンソンの法則(*)	人員削減、成果主義による 支援減少	リスナー、コーチング研 支援を人事考課要素に
女性就労継続	サービス残業の 常態化	適正仕事量への配慮 相談窓口・ホットライン
	管理職モデルが少ない	女性管理職研修

(*) パーキンソンの法則：歴史政治学者シリル・ノースコート・パーキンソン（英国）

第1法則「仕事の量は、完成のために与えられた時間をすべて満たすまで膨張する」

また、医療機関は一般企業に比べて女性職員の比率が高いという特性があります。加えて国家資格の有資格者割合も高いことから、専門職種におけるセクショナリズムや個人主義偏重傾向、また能力や経験年数による上下関係などの組織構造的な問題を抱えていることも事実です。

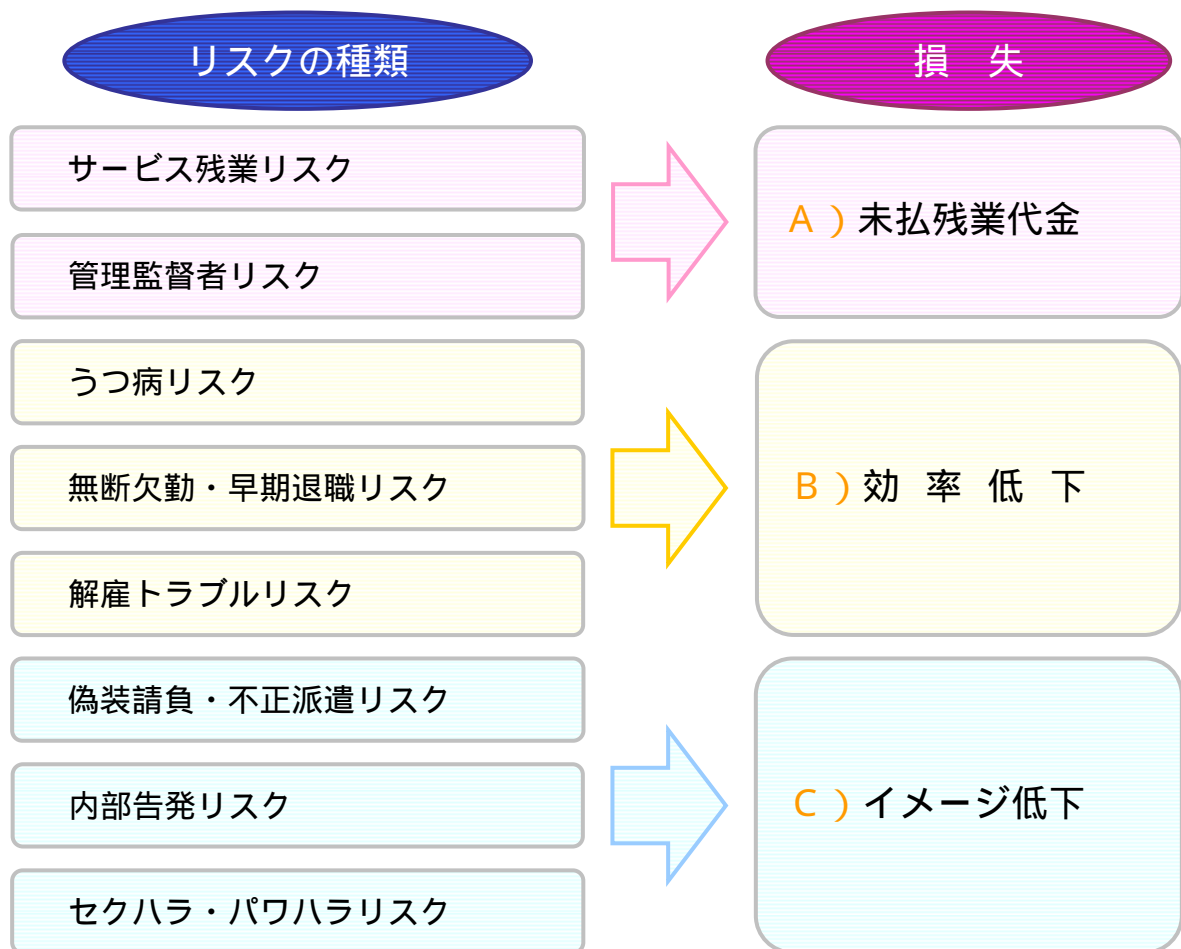
多職種で日々の業務に取り組む医療機関にとっては、労務トラブルによって組織の活動が停滞してしまう事態は、回避しなければなりません。よって、潜在する労務管理課題に対しては、トラブルとして表面化することを未然に防ぐことが重要になります。

3 原因別にみる労務リスクとその対策

■ 医療機関に潜在する労務リスクとは

医療機関における労務リスクは、その原因別に8つに分類されます。それにより、未払残業代の支払や業務の効率低下、さらに社会的なイメージ低下などの損失が発生する可能性があります。

8つの労務リスクとそれにより生じる損失



金銭支払などの直接の経済的損害ばかりではなく、その損失の大きさを予測することが不可能であるイメージ低下、あるいは風評等による社会的損害は、地域から得てきた信頼を失うばかりでなく、患者数の減少など、長期間にわたって将来の医療機関経営を圧迫する要因にもなりかねません。

4 労働基準監督署の臨検対策ポイント

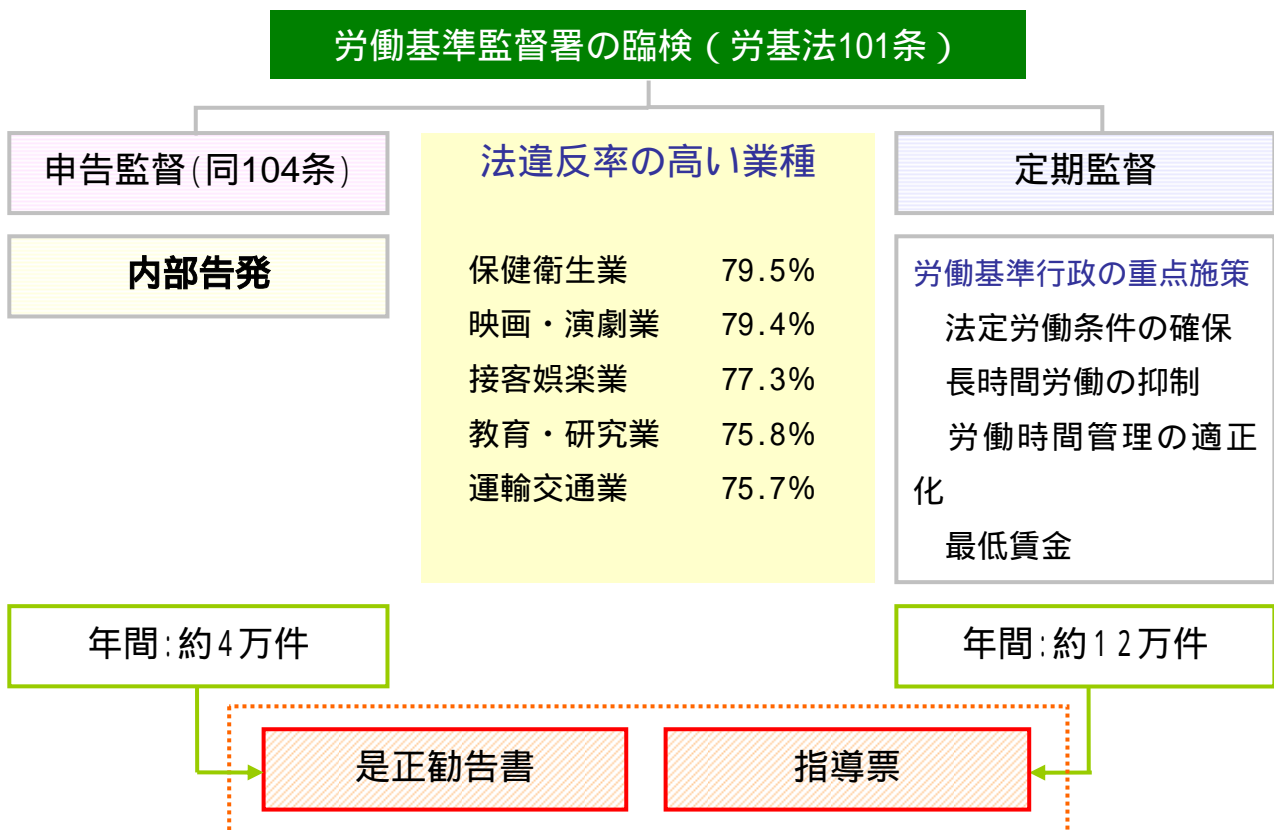
■ 労働基準監督署による臨検監督（臨検）とは

医療機関も労働者を抱える事業主として、労働基準監督署による調査対象になります。労働基準監督署の臨検とは、その事業所が労働基準法その他関連法令を遵守して事業を運営していることを確認するための労働基準監督官による立ち入り調査を指しています。

ほとんどの事業所は、5年から10年の間に1回程度、就業規則の有無や割増賃金の計算方法等についてチェックを受けることになります。

労働基準監督署の臨検監督（臨検）の仕組み

臨検監督（臨検）：労働基準監督官が事業場に立ち入り、労働基準関係法令違反がないか調査を行い、法違反を認めた場合はその是正を勧告し、指導を行うこと（労基法101条）。



レポート全文は、当事務所のホームページの「医療経営情報レポート」よりご覧ください。

厚生労働省 2008年12月15日公表

医療施設動態調査

(平成20年9月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 3施設の減少、病床数は 933床の減少。
 一般診療所の施設数は 19施設の増加、病床数は 577床の減少。
 歯科診療所の施設数は 1施設の増加、病床数は 増減なし。

1 種類別に見た施設数及び病床数

各月末現在

	施設数				病床数		
	9月	8月	増減数		9月	8月	増減数
総数	176 449	176 434	15	総数	1 759 506	1 761 015	△ 1 510
病院	8 795	8 798	△ 3	病院	1 610 688	1 611 621	△ 933
精神科病院	1 079	1 078	1	精神病床	349 897	349 972	△ 75
結核療養所	1	1	0	感染症病床	1 791	1 791	0
一般病院	7 715	7 719	△ 4	結核病床	9 651	9 671	△ 20
療養病床を有する病院(再掲)	4 075	4 077	△ 2	療養病床	339 955	340 001	△ 46
地域医療支援病院(再掲)	192	189	3	一般病床	909 394	910 186	△ 792
一般診療所	99 578	99 559	19	一般診療所	148 643	149 220	△ 577
有床	11 738	11 790	△ 52	療養病床(再掲)	17 653	17 787	△ 134
療養病床を有する 一般診療所(再掲)	1 734	1 745	△ 11	無床	87 840	87 769	71
無床	87 840	87 769	71	歯科診療所	68 076	68 077	△ 1
歯科診療所	68 076	68 077	△ 1	歯科診療所	174	174	0

2 開設者別にみた施設数及び病床数

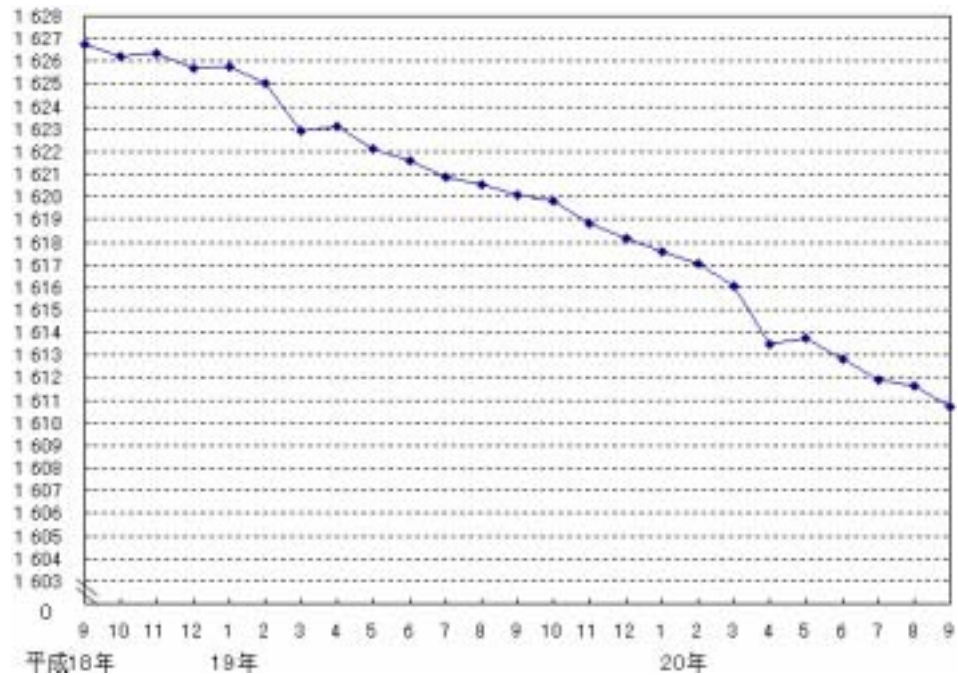
平成 20 年 9 月末現在

	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	8 795	1 610 688	99 578	148 643	68 076
国 厚生労働省	22	12 252	26	-	-
独立行政法人国立病院機構	146	57 718	1	-	-
国立大学法人	48	32 757	118	-	3
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 280	7	-	-
その他	26	3 932	438	2 298	2
都道府県	273	73 634	271	132	10
市町村	728	158 976	3 183	2 770	279
日赤	92	37 664	206	19	-
済生会	81	22 733	46	-	-
北海道社会事業協会	7	1 880	-	-	-
厚生連	118	37 127	67	45	-
国民健康保険団体連合会	1	170	2	-	-
全国社会保険協会連合会	52	14 358	7	-	-
厚生年金事業振興団	7	2 808	2	-	-
船員保険会	3	816	22	10	-
健康保険組合及びその連合会	14	2 960	393	22	4
共済組合及びその連合会	45	14 656	237	10	7
国民健康保険組合	1	320	13	-	-
公益法人	396	93 971	896	504	164
医療法人	5 710	848 963	34 666	93 621	10 098
学校法人	107	55 068	176	115	16
社会福祉法人	184	32 612	6 950	393	28
医療生協	86	14 008	326	329	43
会社	69	14 007	2 287	36	19
その他の法人	58	19 302	628	297	76
個人	487	44 716	48 610	48 042	57 327

参 考

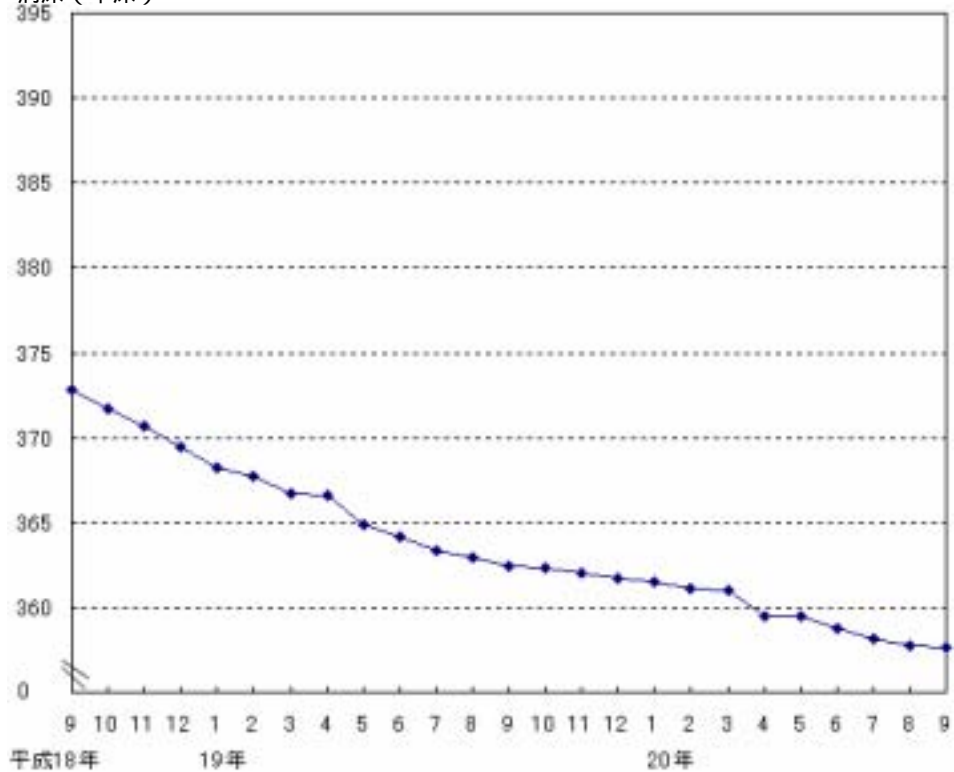
病院病床数

病床（千床）



病院及び一般診療所の療養病床数総計

病床（千床）



「医療施設動態調査(平成20年9月末概数)」の全文は、
当事務所のホームページの「医療経営 TOPICS」よりご確認ください。

経営データベース ①

ジャンル：機能選択 > サブジャンル：急性期病院と慢性期病院



病院の機能分化としての現状分析

病院の機能分化として「急性期」あるいは「療養型」への方向性を定めるため、自院の現状分析を検討しています。実施する際のポイントを教えてください。



医療経営将来の方向性を定め、戦略を策定するためにも、自院の現状分析は有効な判断材料を得ることができます。

病院の現状分析を行うには、組織・診療体制、診療内容とこれを規制する医療法その他関連法令、診療報酬請求業務状況等の把握と検証が必要となりますが、大きく分類して、患者の状況、経営資源（人的・物的）の両面から分析を行うのが基本的です。

そのため、院内で整理している各数値を活用して、まず自院が持つ経営資源を把握し、成果を検証することが重要になります。

現状分析の資料となるのは、次のようなデータです。

病床数（一般・療養の割合）
病床利用率
標榜診療科目、職員配置割合
療養病床における患者分類（医療区分・ADL状況）と各人数
平均在院日数
患者1人1日あたりの診療単価と内訳
医療法に定められた人的・物的基準の充足状況
リハビリテーション施術患者数と内訳（疾患別・早期）
PT・OT職員数
紹介患者数・連携先医療機関別実績
算定している施設基準

平成18年度診療報酬改定における入院基本料等の見直しによって、従来は急性期病院として必須かつ最低限取得すべきであるとされた急性期特定入院加算、その他の紹介率を要件とした3つの入院基本料加算も廃止されました。

つまり、スペックのみならず、急性期病院としての実質的な機能の充実と実績が今後も求められるということであり、看護配置の引き上げと共に、質の高い医療を効率的に提供するという急性期病院の機能を果たせる病院であるか否かの選択が必要です。

一方で療養型病院は、介護療養型病床廃止の方向性が示されたのにあわせて、医療療養型においても患者分類による評価によって入院基本料が再構成されたため、医療必要度やADL区分が低い入院患者の割合が高い病院については、介護保険関連施設などへの転換も視野に入れた検討が行われているなど、療養型病院としてのあり方は、病院の存続という大きな命題を抱えることになりました。これについては、患者状態の把握のほか、看護職員の配置などの院内における人的資源の適正配置を図るための分析が必要となっています。

なお、紹介率を要件とする加算は廃止されたものの、急性期病院にとって紹介率の向上は、地域医療連携の充実を測る指標として重要なものです。専門特化による役割の明確化と共に、推移を分析・検証して、今後の見通しを立てる材料にします。

療養型病院であっても、連携医療機関との相互関係を強化することは、機能・役割の分担が円滑であることの裏づけだといえますので、同様に紹介患者数等の数値データは目安となるものです。

経営データベース ②

ジャンル：機能選択 > サブジャンル：急性期病院と慢性期病院



リハビリテーションに注力するポイント

リハビリテーションに注力するため、回復期リハ病棟の設置に取り組む場合、留意すべき点を教えて下さい。



回復期リハ病棟は、一般・療養病床いずれでも算定が可能ですが、どちらかといえは医療保険適用型病床のモデルと考えられ、また施設・構造面からも療養病床のほうが適しているといえます。

施設基準としては、専従のリハ医師1名・PT2名・OT1名以上の配置、看護基準3：1以上（補助者6：1以上）、1床あたり6.4㎡以上、総合リハA・B施設もしくは理学療法＋作業療法、リハ総合実施計画書の定期的作成等の条件を満たすことが求められており、逆に2ヶ月間連続して条件を満たすことができなければ、回復期リハ病棟の許可が取り消されます。

上記の基準を満たし、回復期リハ病棟を取得する際に障害となると考えられるのは、次のような点です。

適用患者が病床数の80%に満たない
病棟専従のリハ医師の確保が困難である
看護師の人員不足
PT・OTの人員確保の困難性
訓練室中心から病棟中心ケアへの意識転換

回復期リハ病棟は、急性期から、必要性がある相応の該当患者を受け入れ、入院時から適格なADLの目標を設定するとともに、チームアプローチによる総合的リハの提供を通じて、患者の生活再建を目指し、地域生活や維持期リハへの橋渡しという目的を有していることから、患者それぞれの目標がほぼ達成されたときが回復期リハの終了になります。こうした目的を十分に果たす環境、つまり急性期と維持期を結ぶ重要な役割を担う施設と人材、そして組織づくりが大きな前提となることは言うまでもありません。

回復期リハを担うスタッフの意識と患者支援について、多方面から統一的に問題解決へ取り組む姿勢が求められます。