

医療情報
ヘッドライン

インフルエンザ感染が 全国的に拡大 患者数は1月の時点で5万人以上

▶国立感染症研究所

都道府県別の今年度保険料率を提案 最高率は佐賀県の10.33%

▶全国健康保険協会

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告(平成27年9月分概数)

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

経営
データ
ベース

ジャンル:リスクマネジメント サブジャンル:リスクマネジメントと安全管理体制
職員教育・訓練の徹底
病院における医療安全管理体制

インフルエンザ感染が全国的に拡大 患者数は1月の時点で5万人以上

今年はインフルエンザ流行が、「流行開始」の指標となる「1.00」へと迫る勢いで全国へ拡散中だ。今年の特徴としてインフル流行開始が昨シーズンより1カ月以上も流行期入りが遅れているにもかかわらず伝染力が強いといえそう。

国立感染症研究所は2月2日、1月18~24日の期間中の感染症発生動向調査を発表した。同調査により、同期間中の全国のインフルエンザ患者報告数が前週の2.6倍以上となる5万人に達したことを明らかにした。

同研究所の報告によると、2015/16年シーズンのインフルエンザ流行は、開始時期が例年より1カ月ほど遅れていた。しかし2015年末から継続的な増加が見られ、年が明けてからは、第1週(1月4~10日)が9,964人、第2週(1月11~17日)が2万369人、今回の第3週(1月18~24日)が5万2,226人と患者数が急増。

厚生労働省は1月15日に全国的な流行期入りを発表していたが、第2週と第3週の患者数比は約2.6倍とインフルエンザの猛威を示し示している。定点医療機関あたりの1週間における患者報告数は、第2週は4.11だったが、第3週は10.56まで増加した。中でも新潟県(29.28)、沖縄県(18.22)、青森県(16.45)、千葉県(14.13)では極めて高い値となった。

■大都市圏の感染者は1週間で3倍増

大都市圏で見ると、東京都は第2週が3.79だったのが第3週は11.17まで膨れ上がった。大阪府は同3.11だったのが9.19へ、愛知県は同4.33だったのが11.92へ、福岡県

は同4.41だったのが13.68へと、いずれも3倍近く増えていることがわかる。

■学級閉鎖などは前週比の約13倍

厚労省が1月29日公表した1月18日から24日までの週のインフルエンザ患者報告によると患者報告数が注意報の基準値を上回ったことがわかった。インフルエンザの全国の定点医療機関あたりの患者報告数は全都道府県で前週を上回り、全国の推定患者数も倍増。

この週だけで全国の医療機関を受診した推定患者数は前週より約29万人増えて約52万人にのぼった。学級・学年閉鎖、休校となった保育所や小学校などの教育施設数は、前週に比べて約13倍の1,268施設となった。

都道府県別では、新潟県が最も多く29.28人。以下は沖縄(18.22人)、青森(16.45人)、千葉(14.13人)、福岡(13.68人)、神奈川(13.06人)、岩手(12.75人)、埼玉(12.7人)、長野(12.67人)、秋田(12.22人)、岐阜(12.21人)、山口(12.04人)、愛知(11.92人)、北海道(11.91人)、茨城(11.9人)、東京(11.17人)、山梨(10.73人)などの順だった。

国立感染症研究所によると、全国5,000カ所の定点医療機関から12月21~27日(第52週)の期間中に報告があった感染者数は3,734。第51週は2,270人となっており、64%も1週間あたりの患者が増えた計算になる。第50週(1,690人)からの数値を見ると、1週間ごとの伸び率は34%、64%と推移しており、直近2週間で急伸している。

医療情報 ヘッドライン②

全国健康保険協会

都道府県別の今年度保険料率を提案 最高率は佐賀県の 10.33%

全国健康保険協会（「協会けんぽ」）は1月29日、「運営委員会」を開催し、2016年度都道府県単位平均保険料率と都道府県別激変緩和措置（調整基礎率）のあり方を議論した。医療給付費等に関する都道府県単位保険料率は以下4項目の基礎データなどを用いて算定している。

- ①都道府県支部別・年齢階級別加入者数
- ②都道府県支部別医療給付費
- ③年齢階級別加入者1人あたり医療給付費
- ④都道府県支部別総報酬額

これまでの運営委員会で示された2015～2019年度（5年間）の収支見通しでは、平均保険料率10%を維持した場合、準備金残高は1兆円超で推移することが明らかになったことから、運営委員会では、安定的な運営を優先すべきとする意見と、料率を引き下げるべきとする意見に委員の見解が分かれた。

協会けんぽの保険料率は過去3年間続けて引上げをしてきた。しかし事業主、加入者のために「これ以上の引き上げは避けたい」という強い思いから、およそ320万の人たちの署名を集めることもした。その結果、現在では3年連続で引き上げが続いている保険料率は据え置きとなっている。とはいえたが、保険料が上回っているという状況に変わりはなく、現状のまま保険料率を据え置くのは厳しい状況下に置かれている。対策を模索する協会けんぽでは、現在の医療保険制度を改革しようと、保険制度そのものの見直しを求めてきたが、実効性までには至っていない。

今回、都道府県別の具体的な保険料率が提案され、佐賀県が10.33%で最も高く、次いで徳島県10.18%、北海道10.15%、山口県10.13%の順。一方、最も低いのは新潟県の9.79%で、富山県9.83%、沖縄県9.87%、長野県9.88%が下位を占めている。

適用時期は平成28年3月分（任意継続被保険者にあっては、同年4月分）の保険料額から適用される。

一方、2016年度の激変緩和率（調整基礎率）は、最高第1号都道府県単位保険料率から、同年度の第1号平均保険料率を控除した率に10分の4.4を乗じて得た率とすると厚労省は1月28日に告示した。

●厚労省告示第13号

健康保険法施行令の一部を改正する政令（平成21年政令第63号）附則第7条第1項第1号の規定に基づき、健康保険法施行令の一部を改正する政令附則第7条第1項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が定める平成22年度以降の調整基礎率を次のように定める。

平成28年1月28日厚生労働大臣 塩崎恭久

健康保険法施行令の一部を改正する政令附則第7条第1項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が定める平成22年度以降調整基礎率。

平成28年度に適用されるべき平成22年度以降調整基礎率は、同年度における最高第1号都道府県単位保険料率から同年度における第1号平均保険料率を控除した率に4.4を乗じて得た率を10で除して得た率とする。



病院報告

(平成27年9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27年9月	平成27年8月	平成27年7月	平成27年9月	平成27年8月
病院					
在院患者数					
総数	1 240 783	1 256 264	1 253 222	△ 15 481	3 042
精神病床	291 793	292 824	292 420	△ 1 031	404
結核病床	2 026	2 054	2 073	△ 28	△ 19
療養病床	290 564	291 879	291 510	△ 1 315	369
一般病床	656 345	669 447	667 161	△ 13 102	2 286
(再掲)介護療養病床	52 966	53 317	53 674	△ 351	△ 357
外来患者数	1 352 738	1 320 872	1 410 288	31 866	△ 89 416
診療所					
在院患者数					
療養病床	6 395	6 480	6 537	△ 85	△ 57
(再掲)介護療養病床	2 459	2 491	2 512	△ 32	△ 21

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27年9月	平成27年8月	平成27年7月	平成27年9月	平成27年8月
病院					
総数	79.2	78.8	79.5	0.4	△ 0.7
精神病床	86.0	86.4	86.7	△ 0.4	△ 0.3
結核病床	36.4	37.0	37.0	△ 0.6	△ 0.0
療養病床	87.6	88.3	88.6	△ 0.7	△ 0.3
一般病床	74.0	72.8	73.8	1.2	△ 1.0
介護療養病床	91.4	91.8	92.0	△ 0.4	△ 0.2
診療所					
療養病床	59.3	60.3	60.5	△ 1.0	△ 0.2
介護療養病床	72.5	72.7	74.3	△ 0.2	△ 1.6

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)

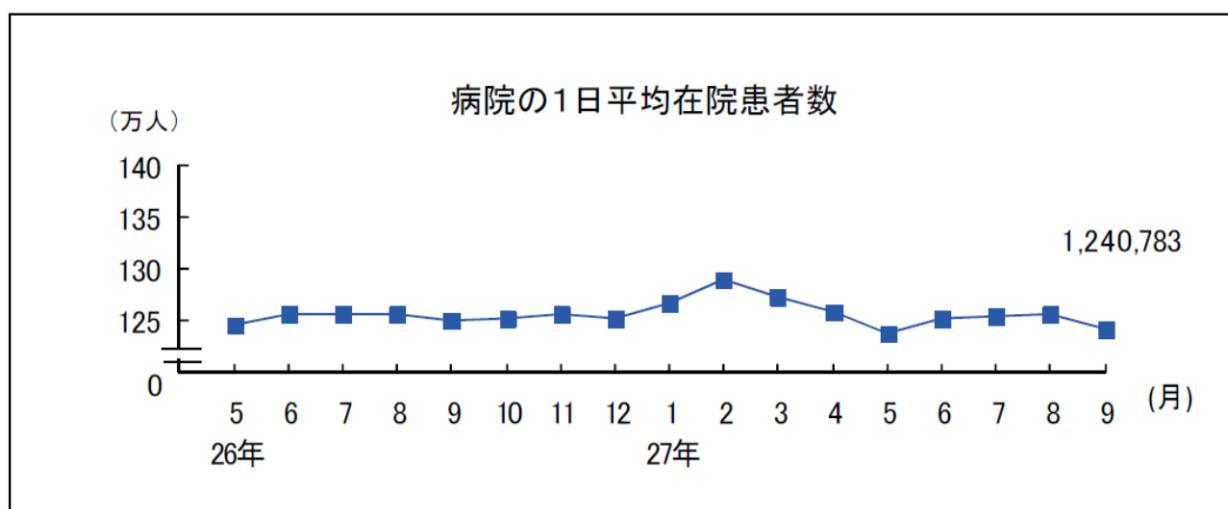
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成27年9月	平成27年8月	平成27年7月	平成27年9月	平成27年8月
病院					
総数	29.3	28.7	28.2	0.6	0.5
精神病床	278.1	277.3	262.7	0.8	14.6
結核病床	71.5	71.1	68.2	0.4	2.9
療養病床	164.9	164.1	158.9	0.8	5.2
一般病床	16.5	16.2	15.9	0.3	0.3
介護療養病床	342.0	340.5	318.2	1.5	22.3
診療所					
療養病床	106.5	105.3	102.3	1.2	3.0
介護療養病床	143.0	111.5	99.4	31.5	12.1

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

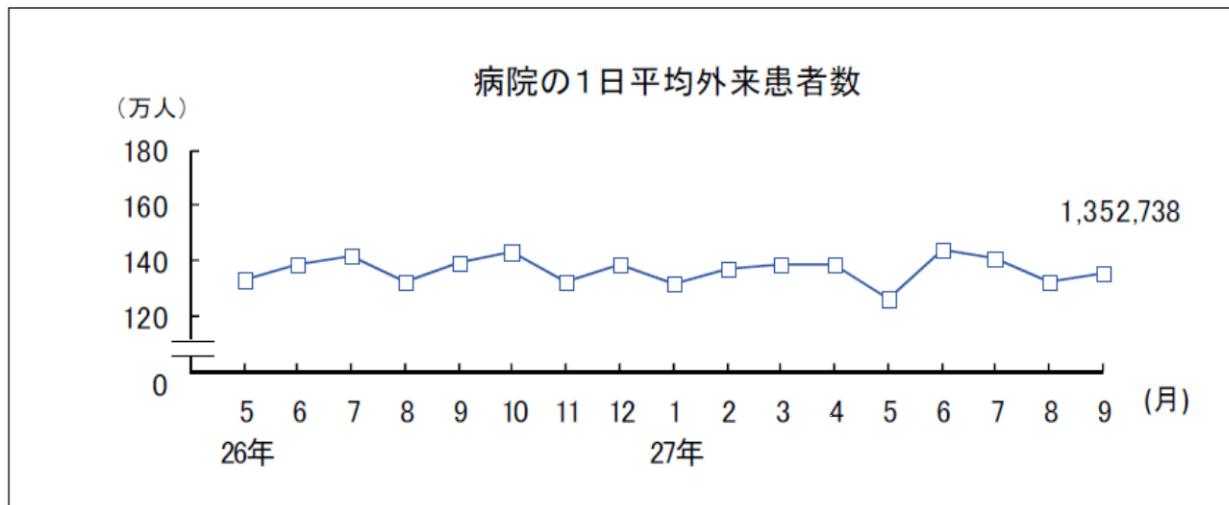
ただし、療養病床の
平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \right)}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

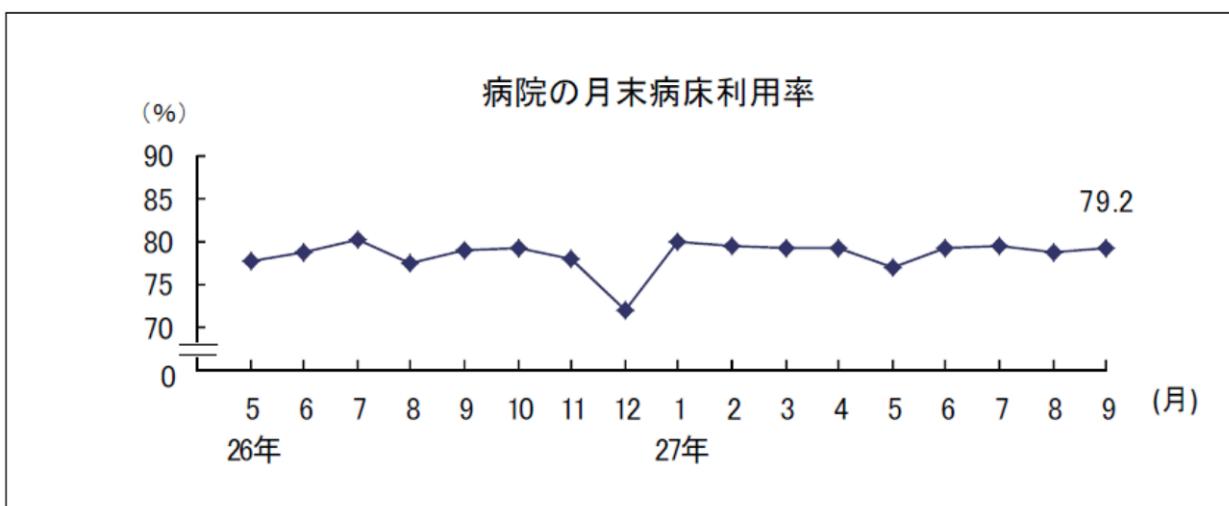
◆病院：1日平均在院患者数の推移



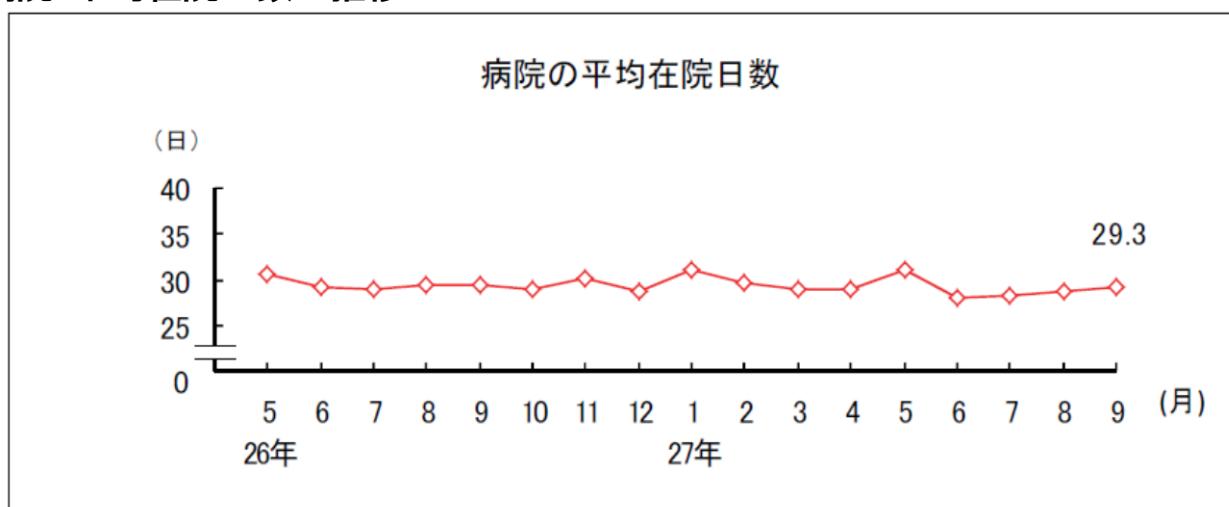
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



「病院報告(平成 27 年 9 月分概数)」の全文は、当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。

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ととらえるべきです。

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。

加えて、最近は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、多様な価値觀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ても、自分がや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。

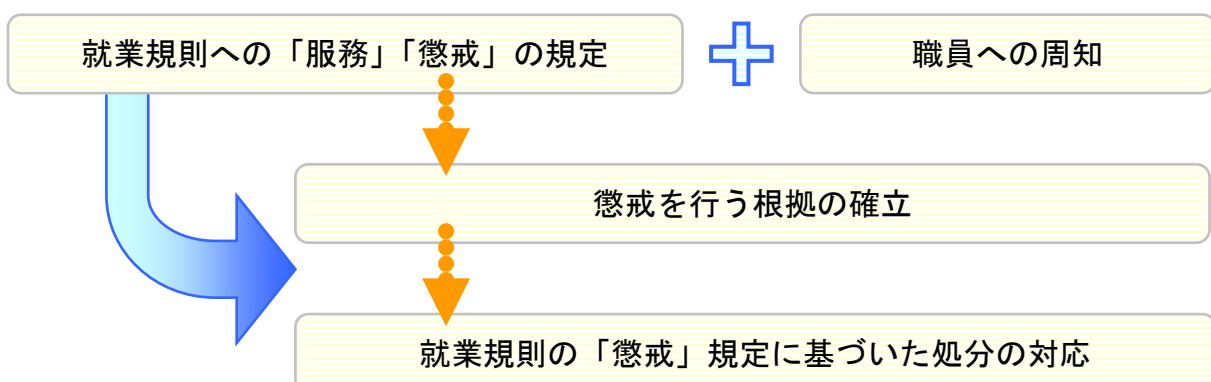
■ 規律を乱す職員に懲戒処分を実施する際の留意点

(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処分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、ルールの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

- ①ルールの数は欲張らない
- ②問題職員を特定できないようにする
- ③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。

- ①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
- ②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。

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

経営データベース ①

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: リスクマネジメントと安全管理体制



職員教育・訓練の徹底

職員教育・訓練の徹底による改善策について教えてください。

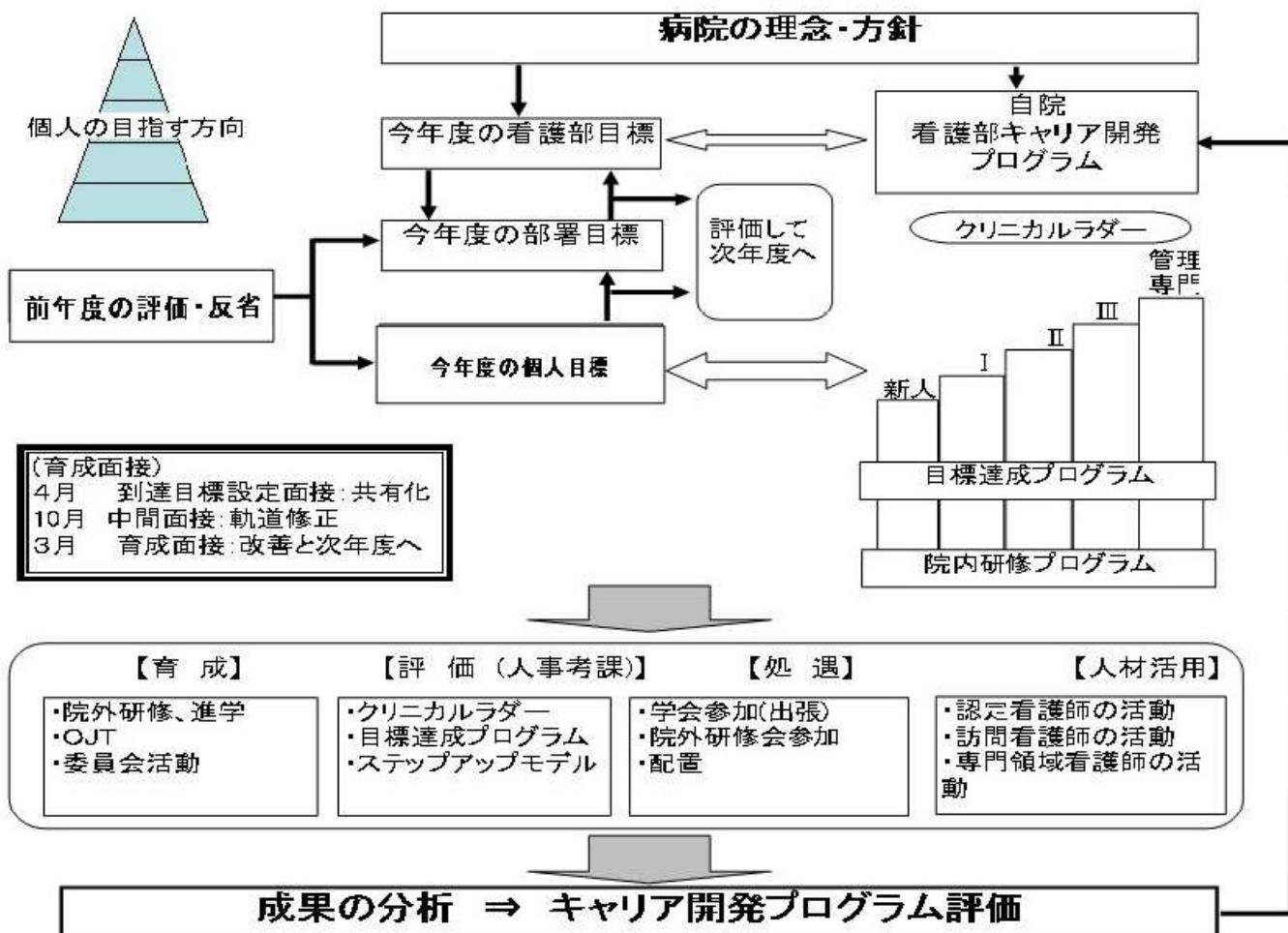


「判断の誤り」、「技術・手技の未熟」、「知識不足」については教育・研修体制の充実が求められます。つまり、看護師が個々に経験年数やスキルの棚卸を行い、それぞれの看護師のレベルに適当なプログラムによる教育体制の確立が重要になります。

例えば、産休や育児休業で相当期間休職していた看護師については、個別プログラムとして新しい医療材料や医療機器の使用手順に関する研修を実施するなど、個人ごとのレベルやスキルを的確に把握して、対応することが求められます。

近年では、認定ナースやエキスパートナースを専任で配属し、より細かなフォローアップ体制を築いている病院も出てきています。

さらに、教育体制においては、目標管理と併用して進めると本人にも自身の強み・弱みがわかりやすく、達成度合いを評価できることから、より有効に活用できる場合もあります。



経営データベース ②

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: リスクマネジメントと安全管理体制



病院における医療安全管理体制

病院における医療安全管理体制の有効的な方法を教えてください。

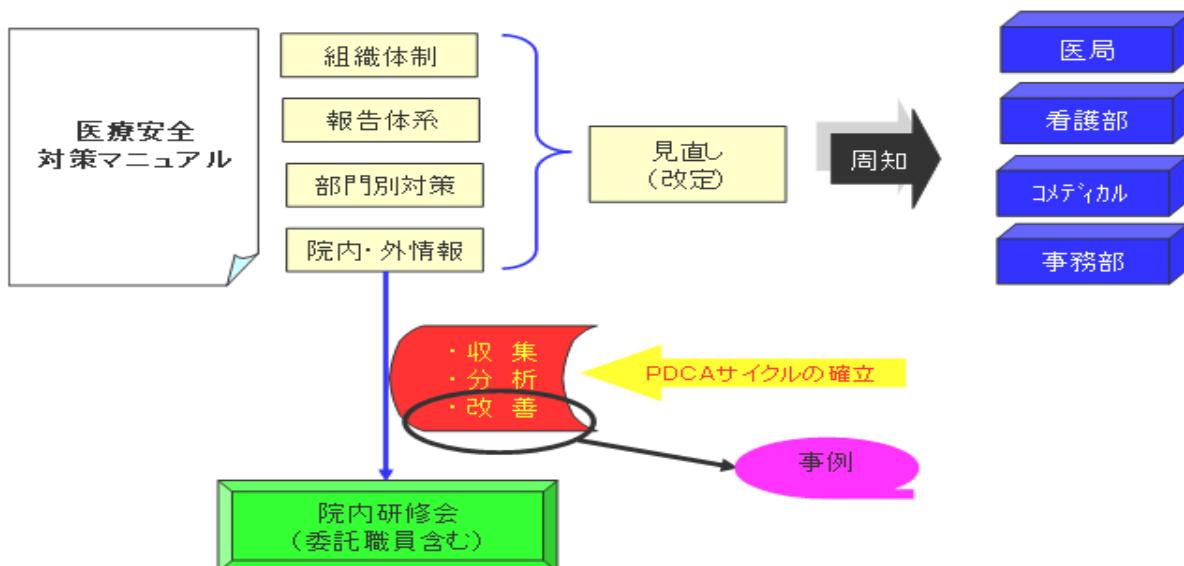


■病院においては「病院機能評価」の受審が有効

病院機能評価は安全対策実施状況のチェックに有効な方法です。病院機能評価における「安全管理体制」に関する評価は、第2領域『患者の権利と安全確保の体制』に関わる項目として、主に医療安全対策委員会の実働性が評価の対象となっています。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。

具体的には、委員会としての活動のあり方を通して、医療安全意識が病院全体に浸透する体制が構築されているか、さらに院内の安全管理情報（ヒヤリ・ハット、インシデント報告）を収集し、その分析を踏まえて改善策の検討がなされる仕組みが確立されているか、という2点がポイントになっています。こうした点と特徴から、医療安全管理体制を総合的に評価する体系を持ち合わせた機能評価は、非常に有効なツールであるといえます。

医療安全対策委員会活動



インシデントレポート数の考え方

許可病床数

許可病床数

許可病床数

年間レポート件数
(許可病床数 × 2)

Dr

医師からの報告件数
(総数の10%以上)