

医療情報
ヘッドライン

「全国在宅医療会議」の初会合を開催 在宅医療推進の方策等を議論

▶厚生労働省

高齢化によりがん患者は過去最多 86万人 1位は男性が「胃がん」、女性が「乳房がん」

▶国立がん研究センター

経営
TOPICS

統計調査資料
介護給付費実態調査月報（平成28年4月審査分）

経営情報
レポート

労務トラブルの実態に学ぶ！
雇用契約書作成の実務

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
病院の機能分化に向けた現状分析
リハビリテーションに注力するポイント

「全国在宅医療会議」の初会合を開催 在宅医療推進のための方策等を議論

厚生労働省は7月6日、今後さらに在宅医療を加速させる活動の中核となる「全国在宅医療会議」の初会合を開催した。この会議は、在宅医療の臨床指標を構築し、国民に「在宅医療のメリット」などを周知するものである。

国民への周知が浅い在宅医療の全体像が「見える」よう明確に可視化を行い、エビデンス（臨床結果などの科学的根拠）に基づく在宅医療のメリットなどを、国民に分かりやすく情報提供していくとする。

■在宅医療の統計調査データ等の活用を協議

この会議は、国立長寿医療センター総長が召集し、日本における看取りまでを行える在宅医療を推進するための方策について、関係者の意見を聴くためのもので、会議での意見を基に、在宅医療推進方策について、必要に応じて制度に反映させるための政策提言を行う。座長には大島伸一・国立長寿医療研究センター名誉総長、座長代理には新田國夫・日本在宅ケアアライアンス議長が就任した。

この日は、会議の座長・座長代理の就任や構成員紹介などに続き、①在宅医療推進のための基本的な考え方、②今後の会議の進め方、③在宅医療に関する統計調査等のデータの活用、などを議論した。会議は、在宅医療の推進に向け、在宅医療提供者・学術関係者・行政が知見を相互に共有して連携し、実効的な活動をするための考え方を共有することが目的。今後、9月頃に作業部会（WG）を立ち上げて対応する分野を決めるが、在宅医療の臨床指標設定などの重点分野を整理していく。

■在宅医療推進のための基本的な考え方を共有

厚労省は、①について、地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題であり、成否の鍵を握るのは在宅医療と説明する。しかし、これまで国民に対して、生活の質の向上に資する等の具体的な効果を必ずしも示せてはいないこと、さらに、医療者側の在宅医療に対する固定観念や不信感も払拭しきれていないという課題を指摘した。

一方、サービス提供者により様々な考え方・手法があるほか、24時間対応が求められる激務等の現状があり、研究体制の確保が容易ではなく、治療効果等の研究成果が体系的に蓄積・活用されていないと指摘があると説明した。これらを踏まえ、厚労省は「在宅医療推進のための基本的な考え方」を共有し、関係者が具体的な対応を議論することを提案して、次のような項目を示した。

- ①在宅医療の対策を実効性のあるものとして推進するため、必要な協力体制を構築し関係者が一体となって対策を展開する
 - ②会議の進め方では、在宅医療の普及の前提になる国民の理解を醸成するため、国民の視点に立った在宅医療の普及啓発を図る
 - ③エビデンスに基づいた在宅医療を推進するため、関係者の連携によるエビデンスの蓄積を推進
- ②では、厚労省は在宅医療の推進に向け、作業部会（WG）を立ち上げて、重点的に対応すべき「重点分野」の策定を検討すると提案した。また、重点分野のイメージとしては、「在宅医療の特性を踏まえた評価手法」、「在宅医療に関する普及啓発のあり方」を例示した。

医療情報 ヘッドライン②

国立がん研究センター

高齢化によりがん患者は過去最多 86万人 1位は男性が「胃がん」、女性が「乳房がん」

国立がん研究センターは7月6日、2012年の1年間に新たにがんと診断された患者は推計約86万5千人で、前年より1万4千人増加し、03年に算出を始めて以来、過去最多となった。

同センターは、高齢化の進行が原因とみており、併せてがんの種類によって患者のがん罹患率の割合に地域差があることが明確となり、胃がんは東北地方や日本海側で高い傾向にあることも分かった。

同センターは、都道府県が「地域がん登録」として集計したがん患者や死者のデータを基に全国の患者数を推計した。

【新規の患者数】

男性が約50万4千人、女性は約36万1千人。がんと診断された患者数の推移を03年推計からみると、03年は約63万人だった。06年に約65万人を超え08年は約75万人を超えた。10年には80万人に達した。

【部位別】

男性は①胃がん、②大腸がん、③肺がん、④前立腺がん、⑤肝臓がん

女性は①乳房がん、②大腸がん、③胃がん、④肺がん、⑤子宮がん

男性では前立腺がんの増加が頭打ちになり、大腸がんが増加しているという。

「地域がん登録」は、都道府県のがん対策を目的に1950年代より一部の県で開始され、研究班が各地域がん登録からデータを収集する活動を開始して以降、年々参加都道府県が増加し、2010年は30県、2011年は40

県、そして今回はじめて47全都道府県の登録データが揃った。

■男性は40歳代後半からがん罹患率が増加

データから高齢化の影響を除くと、人口10万人当たりの患者数(年齢調整罹患率)は男性447.8人、女性305.0人で男女合計は365.6人となり、前年より0.2人分減った。

新規患者数が増えて年齢調整罹患率が減ったのは、統計から高齢化要因を除いて算出したためで、同研究センターは「予防対策に独自に取り組む自治体が増え、増加に歯止めがかかった」としている。

全都道府県比較により、がん罹患率には地域差があることもはっきりした。

地域住民の年齢構成の差を調整したうえで、都道府県ごとの発症率を全国平均と比較すると、男性では①秋田、②和歌山、③石川の順で、また女性では①東京、②福岡、③石川の順で高かった。

がん発症率について全国平均を100とした場合、患者が多い目安の110以上の地域は、胃は男女ともに東北、北陸から山陰地方にかけての日本海側で目立っており、肝がんは男女ともに山梨県や西日本で、肺がんは女性で北海道、近畿、九州北部で多い。

大腸がんは男女ともに北東北、近畿、山陰地方で目立った。また、性別・部位別・年齢階級別に罹患率をみてみると、男性では部位に関わらず40歳代後半から増加し始め、胃がんは70歳代後半まで増加が続き、大腸がんは年齢とともに罹患率が高まり、前立腺がんは70歳代がピークとなる特徴がある。

介護給付費実態調査月報 (平成 28 年4月審査分)

調査の概要

介護給付費等実態調査は、介護サービスに係る給付費等の状況を把握し、介護報酬の改定など、介護保険制度の円滑な運営及び政策の立案に必要な基礎資料を得ることを目的とし、平成 13 年 5 月審査分より調査を実施している。

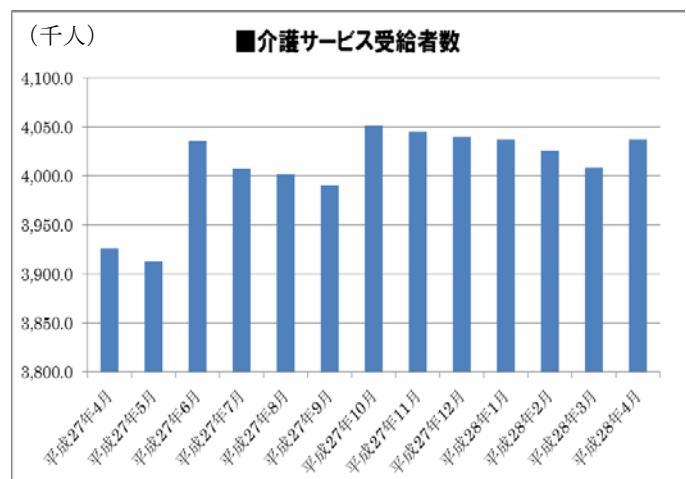
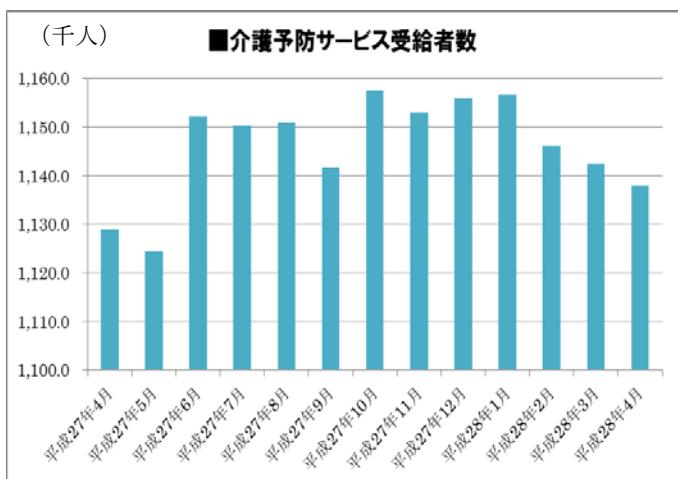
各都道府県国民健康保険団体連合会が審査した介護給付費明細書、介護予防・日常生活支援総合事業費明細書、給付管理票等を集計対象とし、過誤・再審査分を含まない原審査分について集計している。

ただし、福祉用具購入費、住宅改修費など市町村が直接支払う費用（償還払い）は含まない。

結果の概要

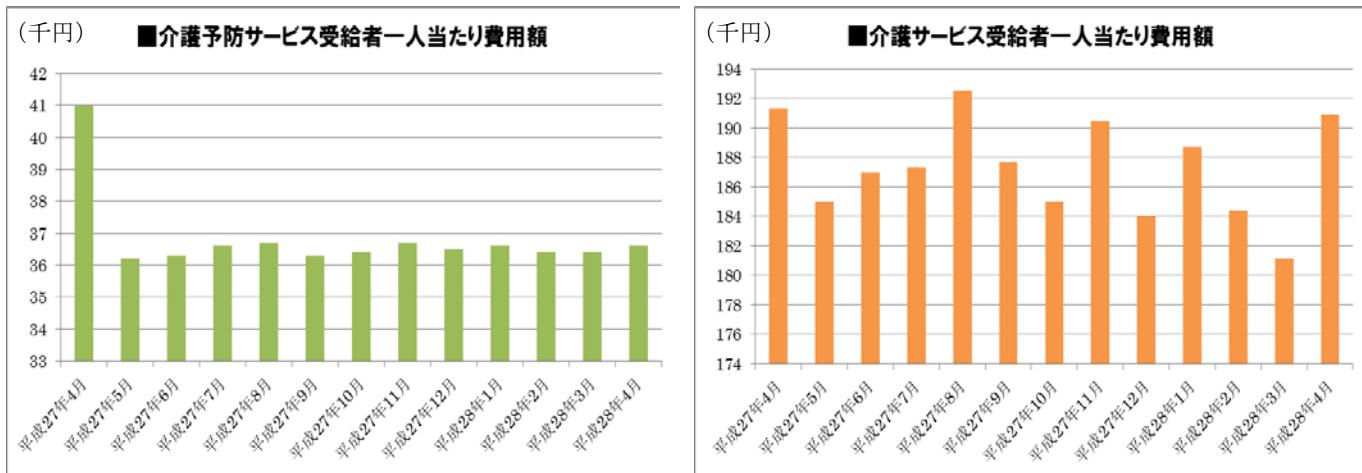
1 受給者数

全国の受給者総数は、複数サービスを受けた者については名寄せを行った結果、介護予防サービスでは 1138.0 千人、介護サービスでは 4037.1 千人となっている。



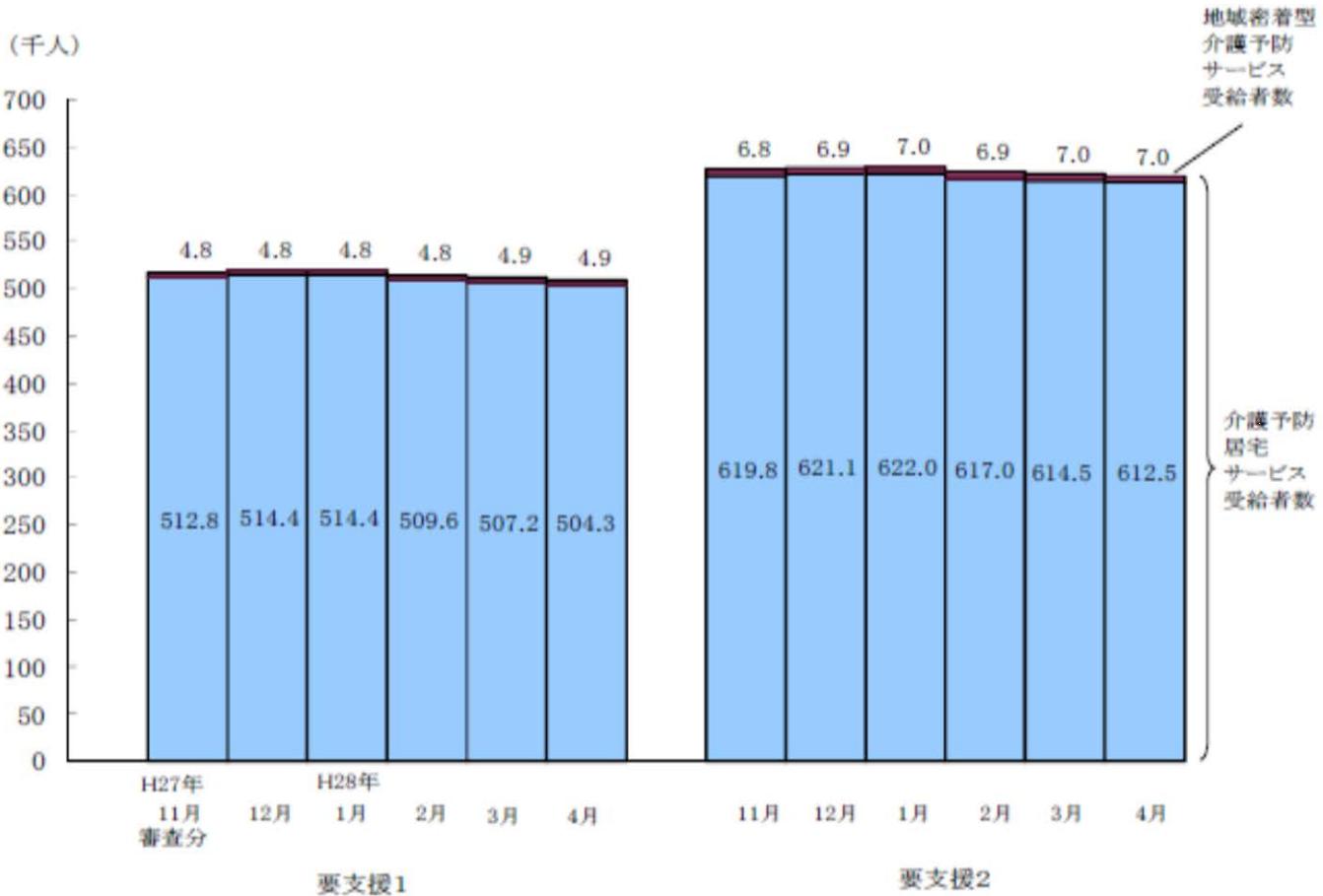
2 受給者1人当たり費用額

受給者1人当たり費用額は、介護予防サービスでは36.6千円、介護サービスでは190.9千円となっている。



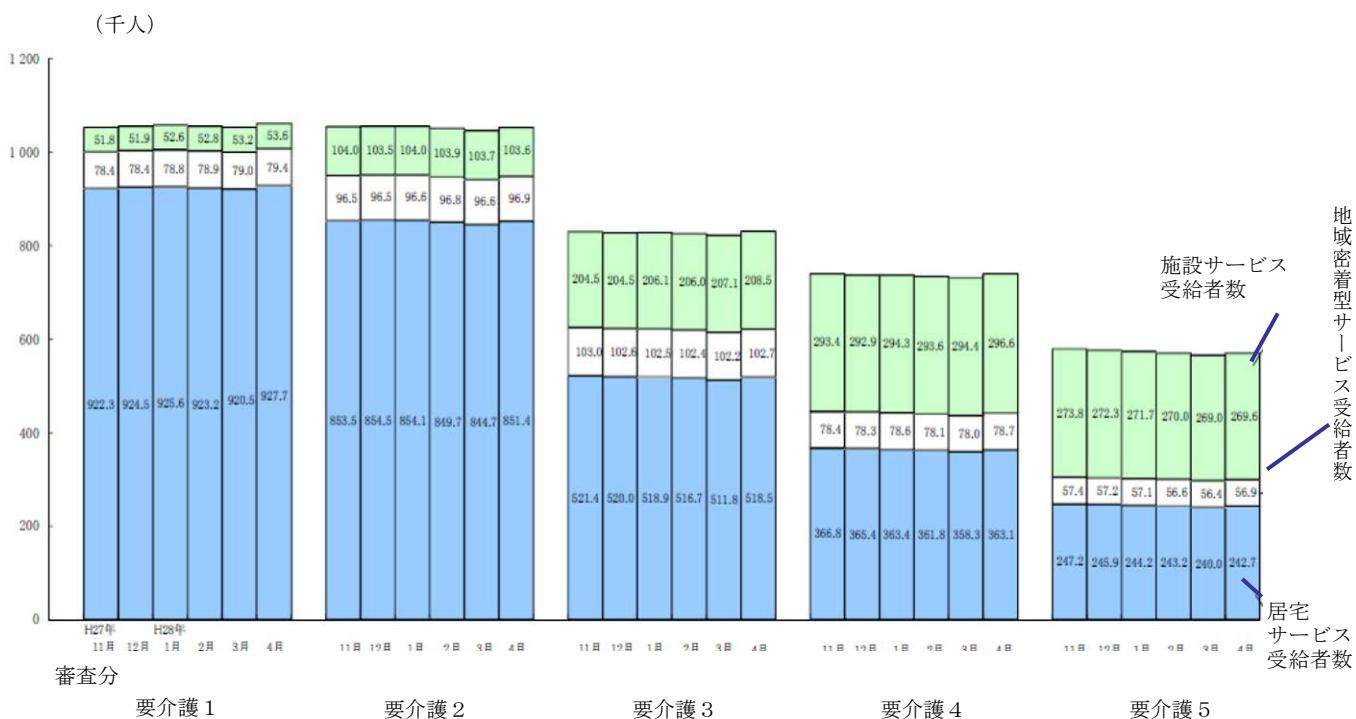
3 介護(予防)サービス受給者の状況

図1 要支援状態区分別にみた受給者数 (平成27年11月審査分～平成28年4月審査分)



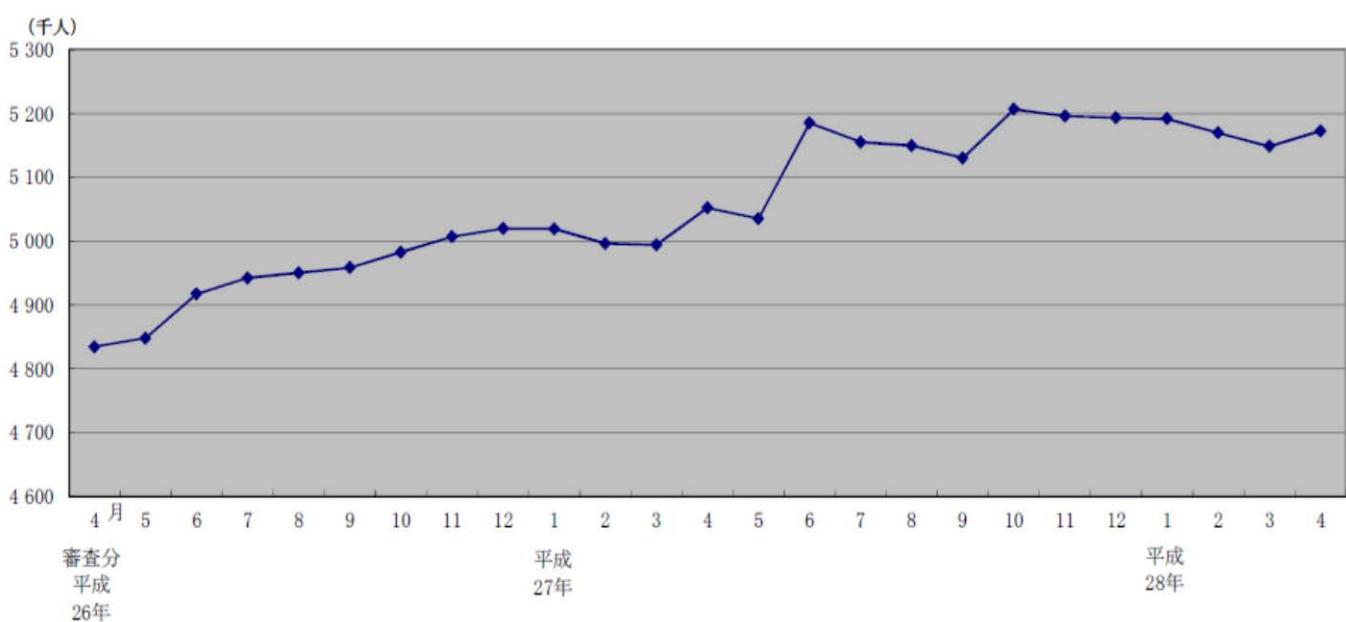
注： 地域密着型介護予防サービス、介護予防居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図2 要介護状態区分別にみた受給者数（平成27年11月審査分～平成28年4月審査分）



注：施設サービス、地域密着型サービス、居住サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図3 受給者数の月次推移（平成26年4月審査分～平成28年4月審査分）



「介護給付費実態調査月報(平成28年4月審査分)」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。

労務トラブルの実態に学ぶ！ 雇用契約書作成の実務

ポイント

- ① 厚労省・労基署資料にみる労務トラブルの実態
- ② 雇用契約書作成時の留意点と基本様式
- ③ クリニック 雇用トラブル事例と防止策



■参考文献

「社労士が見つけた本当は怖い採用・労働契約の失敗事例 55」(辻・本郷税理士法人HR室 著 東峰書房)
「小さな会社の労働契約と解雇のルール」(石井孝治 著 日本実業出版社)

1 厚労省・労基署資料にみる労務トラブルの実態

■ 厚生労働省 個別労働紛争解決の実態

厚生労働省は、一昨年5月に「平成25年度個別労働紛争解決制度」の施行状況を公表しました。「個別労働紛争解決制度」は、個々の労働者と事業主との間の労働条件や職場環境などをめぐるトラブルの未然防止や早期解決を支援するもので、「総合労働相談」、労働局長による「助言・指導」、紛争調整委員会による「あっせん」の3つの方法があります。

平成25年度は前年度に比べ、総合労働相談、助言・指導、あっせんのいずれも件数が減少しました。ただし、総合労働相談の件数は6年連続で100万件を超え、高止まりしています。

■ 労働基準監督署による臨検監督の実態

「臨検監督」とは、労働基準監督官が労働基準法の違反の有無を調査する目的で事業場等に立ち入ることをいいます。臨検監督には、労働基準監督官が事業場に赴くことなどによる定期監督等（毎月一定の計画に基づいて実施する監督）と、申告監督（労働者等からの申告に基づいて実施する監督）があります。

平成24年中に全国の労働基準監督署による定期監督等実施事業場数は、134,295件にのぼります。そのうち約68.4%に当たる91,796件において、労働基準法または労働安全衛生法等に関する法令違反が確認されています。中でも、クリニックが関連する保健衛生業は、法令違反率の高い業種の第2位となっています。

【平成24年全国定期監督業務実施状況】

- 定期監督等実施事業場数 134,295件
- 労働基準法又は労働安全衛生法等違反事業場数 91,796件(68.4%)
- 違反率の高い業種

	業種	違反率
1位	石油・石炭製品製造業	79.5%
2位	保健衛生業	76.0%
3位	運輸交通業	76.0%
4位	映画・演劇業	73.6%

4. 違反項目

	違反項目	違反件数
1位	労働時間（労基法第32条、40条）	2,337件
2位	割増賃金（労基法第37条）	1,749件
3位	就業規則（労基法第89条）	1,303件
4位	労働条件の明示（労基法第15条）	1,224件

2 雇用契約書作成時の留意点と基本様式

■ 雇用契約の際に明示しなければならない条件

雇用契約書を作成する際に必ず明示しなければならない内容について、労働基準法施行規則第5条第1項では、次のように定められています

◆労働基準法施行規則第5条第1項

- ①労働契約の期間に関する事項
- ②就業の場所及び従事すべき業務に関する事項
- ③始業及び終業の時刻、所定労働時間を超える労働の有無、休憩時間、休日、休暇並びに労働者を二組以上に分けて就業させる場合における就業時転換に関する事項
- ④賃金の決定、計算及び支払の方法、賃金の締切り及び支払の時期
- ⑤退職に関する事項（解雇の事由を含む）
- ⑥昇給に関する事項
- ⑦退職手当の定めが適用される労働者の範囲、退職手当の決定、計算及び支払の方法並びに退職手当の支払の時期に関する事項
- ⑧臨時に支払われる賃金（退職手当を除く）、賞与及び最低賃金額に関する事項
- ⑨労働者に負担させるべき食費、作業用品その他に関する事項
- ⑩安全及び衛生に関する事項
- ⑪職業訓練に関する事項
- ⑫災害補償及び業務外の傷病扶助に関する事項
- ⑬表彰及び制裁に関する事項
- ⑭休職に関する事項

■ パートタイム職員の雇用契約書

◆パートタイム職員

1週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用される通常の職員の1週間の所定労働時間に比べて短い職員

クリニックによっては、雇用形態によって呼称が異なり、パート、アルバイト、契約職員などさまざまではありますが、所定労働時間が正職員と比較して短い職員については、パートタイム職員として取り扱わなければならず、雇用契約時に明示事項を加えなければなりません。

パートタイム職員の雇用契約時の明示義務の違反については、罰則規定があるため注意が必要です。

◆パートタイム職員の雇用契約時に明示しなければならない項目

- ①昇給の有無
- ②退職手当の有無
- ③賞与の有無（パートタイム職員）

■有期契約職員の雇用契約書

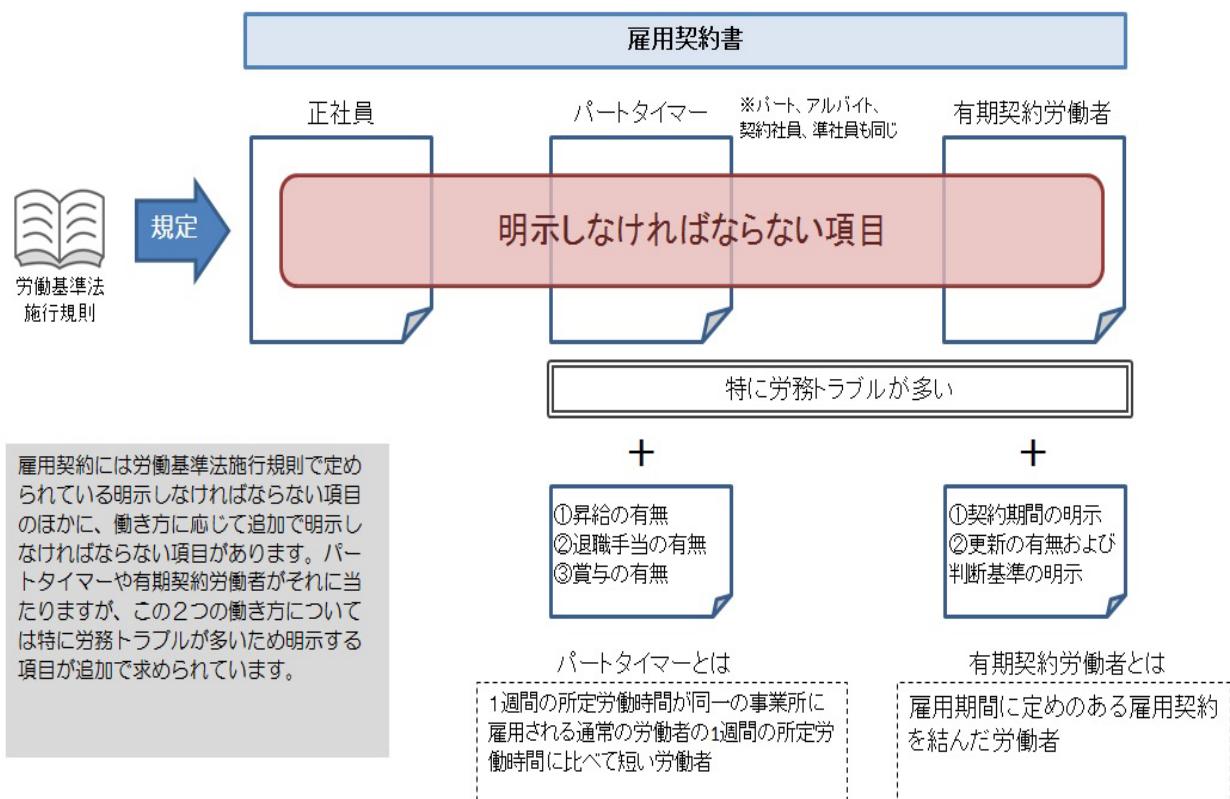
有期契約の職員を雇用する場合は、パートタイム職員の場合と同様に、雇用契約書に追加で明示しなければならない項目があります。有期契約職員とは、雇用期間に定めのある雇用契約を結んだ職員ですが、無期契約をした職員に比べて職員としても身分が不安定な立場にあるといえます。そのため、厚生労働省では、不安定な身分にある有期契約職員について、雇用契約時にいくつかの項目を明示することを義務付けました。

◆有期契約職員の雇用契約時に明示しなければならない項目

- ①契約期間の明示
- ②更新の有無および判断基準の明示

パートタイマー、有期契約職員それぞれの雇用契約書の追加明示項目を整理すると、下記のとおりとなります。

◆雇用契約書の追加明示項目



3 クリニック 雇用トラブル事例と防止策

■ 雇用契約書と就業規則の内容に相違があった事例

Bクリニックでは、職員を採用する都度、雇用契約書を交わして労働条件を明示してきました。しかし退職した職員から、以前見た就業規則では賞与の支給が「ある」と定めていた、と賞与の支給を要求されました。雇用契約書では賞与の支払いは「ない」と記載されていますが、就業規則では「ある」と定められている場合には、どちらを優先することになるのでしょうか？

(1)結果

就業規則が優先され、労働基準監督署から賞与の支払いを命じられました。

(2)トラブル防止のポイント

雇用契約書と就業規則の内容に相違がある場合には、就業規則の定めが優先されます。また就業規則で定める基準に達しない労働条件を定める雇用契約は、その部分については無効となり、さらに無効となった部分は、就業規則で定める基準と判断されます。

事例のように雇用契約書で賞与の支払いがない旨の契約になっていたとしても、就業規則で「毎年6月と12月に賞与を支給する」と記載されていた場合には、就業規則の基準が有効なものとして取り扱われます。よって、職員から賞与の支払を求められた場合には、賞与を支払わなければなりません。

このようなケースは、就業規則を作成してから、その後見直しを行っていないクリニックに多く見られます。作成当時は実際に賞与の支給していたものの、現在は支払っておらず、業績が良かった時だけ賞与を支給している場合は要注意です。

◆補足～就業規則の位置づけ

就業規則は、賃金や人事、服務規律などの労働条件や待遇の基準を定め、労使間のトラブルを未然に防ぐことを目的に作られます。労働基準法では従業員数が10人以上の事業所では作成が義務付けられています。

従業員数が10人未満の事業所であっても作成することができますが、作成した場合には就業規則が有効なものとされ、労働基準法上の適用を受けることになります。

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: 機能選択 > サブジャンル: 急性期病院と慢性期病院



病院の機能分化に向けた現状分析

病院の機能分化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。



医業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、診療内容と医療法その他関連法令による制限、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。大きく分類して、①患者の状況、②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データ例

- ①病床数（一般・療養の割合）
- ②病床利用率
- ③標榜診療科目、職員配置割合
- ④療養病床における患者分類（医療区分・ADL状況）と各人数
- ⑤平均在院日数
- ⑥患者1人1日あたりの診療単価と内訳
- ⑦医療法に定められた人的・物的基準の充足状況
- ⑧リハビリテーション施術患者数と内訳（疾患別・早期）
- ⑨PT・OT職員数
- ⑩紹介患者数・連携先医療機関別実績
- ⑪算定している施設基準

急性期病院としての実質的な機能の充実と実績は、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、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、引き続き急性期病院にとって紹介率の向上は、在宅復帰率とともに、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。

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。

回復期リハビリテーション入院料の施設基準としては、次のような条件を満たすことが求められています。

【回復期機器リハビリテーション病棟入院料:通則、2及び3の施設基準より】

- 専任のリハ医師1名、専従のPT2名以上およびOT1名以上の常勤配置
- 1床あたり床面積6.4m²以上
- 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)、運動期リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング等(看護必要度評価票A項目)の実施

上記を2ヶ月間連続して条件を満たすことができなければ、回復期リハ病棟の算定が認められないため、これら基準を満たしている必要があります。

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。

【回復期リハビリテーション病棟入院料1:施設基準より】

- ①重症患者が新規入院患者のうちの3割に満たない
- ②病棟専任のリハ医師の確保が困難
- ③看護師の人員不足
- ④専従PT・OT(STも含む)の人員確保が困難

回復期リハ病棟は、急性期から必要性のある該当患者を受け入れ、その入院時から適切なADLの目標を設定するとともに、在宅復帰を想定した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があります。さらに、近年のリハビリテーションに関する評価は、アウトカムに重点を置く傾向にあり、十分な結果が得られない場合には、施設基準を満たすことができなくなります。よって、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になるといえます。

回復期リハを担うスタッフの意識と患者支援については、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。