

週刊WEB

# 矢業経営 マガジン

2017

461

1/31

医療情報  
ヘッドライン

## 特定健診・保健指導の運用見直しを議論 ICTを活用した遠隔での初回面接を推進

▶厚生労働省

## 昨年の医療機関の倒産、負債総額は過去最悪 医療事故や医師不足、多角経営が原因

▶帝国データバンク

経営  
TOPICS

統計調査資料  
**介護保険事業状況報告(暫定)(平成28年9月分)**

経営情報  
レポート

**職員の意欲を向上させる  
クリニックの人事評価・賃金システム**

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  
**理想的な医療安全管理体制  
コミュニケーション活性化による改善策**

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

# 特定健診・保健指導の運用見直しを議論 ICT を活用した遠隔での初回面接を推進

厚生労働省

1月19日、厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」が開かれ、特定健診・保健指導の運用見直しについて議論が展開された。

特定健診では、血中脂質検査などの項目が見直され、特定保健指導では、実施率の向上を目指してICTを活用した遠隔での初回面接を推進するなど、効率化の工夫や運用の改善を図っていく方針としている。

## ■特定保健指導の実施率向上を促す施策を

### 複数検討

特定健診及び特定保健指導は2008年度に導入され、2014年度からは特定健診とレセプトのデータなどを活用した保健事業（データヘルス）も始まっている。

しかし、2014年度時点での特定健診の受診者が導入以来毎年100万人増加し、平均実施率が約50%であるのに対して、特定保健指導の平均実施率は18%と目標の45%には遠く及ばない状況にある。しかも、健保組合・共済組合の3割は実施率5%未満という状況であり、同検討会では「特定保健指導の趣旨への理解が十分とは言えない」としている。

こうした現状を踏まえ、今回の検討会では特定保健指導の実施率向上を促す施策が複数検討された。とりわけ、「初回面接」を重視し、特定健診当日に初回面接を開始できるような運用方法へと改善することを検討し、健康意識が高まっているタイミングで受診者に働き

かけることができるほか、受診者にとって利便性が高いため、実施率の向上につながることが期待できるとした。

## ■ICT活用の遠隔保健指導の事前届出を、 今年度から廃止する方針

初回面接に関しては、ICTを活用した遠隔面接も可能だが、今まで必要だった国への事前届出を今年度から廃止する方針としている。2018年度からは、実施状況の報告書の中に遠隔面接の項目を設けて自治体が取り組みやすいようにし、国でもデータを蓄積・評価できる体制を整える。

遠隔面接に関しては、現在実施している自治体からは、効率的な保健指導ができると評価されており、規制緩和されることで実施自治体が増えていくことが見込まれる。

また、特定健診に関しては医療機関との連携強化として、かかりつけ医から受診をすすめることの重要性を確認するとともに、受診者本人の同意があれば、その診療データを特定健診結果のデータとして活用できるようにすることを念頭に、そのためのルール整備も検討していきたいとした。

社会保障費を削減するとともに、特定健診をかかりつけ医で実施することを促すねらいも透けて見える。医療機関にとっては、かかりつけ医機能をより強化させていくうえでも、特定健診の実施がより重要な要素として位置づけることが求められる。

# 昨年の医療機関の倒産、負債総額は過去最悪 医療事故や医師不足、多角経営が原因

帝国データバンク

企業信用調査大手の帝国データバンクは、1月13日に「医療機関・老人福祉事業者の倒産動向調査」を発表し、うち老人福祉事業者の倒産は2年連続で過去最悪の数字となった。

一方、医療機関の倒産は、2015年の25件に比べて34件と増加したほか、負債総額は6年ぶりに200億円を超える235億7100万円となり、2015年の48億9300万円に比べて大幅に増える結果となった。

## ■負債総額30億円以上を抱えて倒産した病院が3件発生

負債総額が大幅に増えた原因是、大型倒産が相次いだことにある。2014年以来、2年ぶりに負債総額30億円以上で倒産した病院が3件も発生した。それぞれを分析すると、倒産のリスクがどこにあるかが見えてくる。

まず、昨年3月に負債総額42億8100万円で倒産した神戸国際フロンティアメディカルセンターは、2014年11月に開院してからたった1年強しか経過していない。神戸市を主体とした産学官連携プロジェクトであり、神戸医療産業都市構想の一翼を担っていたが、生体肝移植移植手術を受けた患者の死亡が相次いだことで経営難に陥った。

また、昨年7月に負債65億3300万円で倒産した埼玉県厚生農業協同組合連合会は、熊谷市と久喜市で2つの病院を運営し、農協系の病院として80年以上の歴史があった。地域の中核的な病院として経営難となった理

由について、慢性的な医師不足を挙げた。熊谷市、久喜市の双方とも人口10万人あたりの医師数が埼玉県全体を下回っており、医師数の地域格差が経営に影響した例だといえる。

昨年12月末に倒産した武蔵野総合病院は、負債総額34億円に上り、設備投資による借入金が資金繰りを圧迫したこと、民事再生法の適用を申請した。2006年に通所介護施設を、また2015年に予防医療センターを新規に開設するなど、多角的に事業拡大を行ったことが影響したと思われる。

## ■介護関連事業への参入は慎重に行うべき

医療事故が患者の信頼を失うことにつながるのは当然だが、医師数の地域格差は医療界全体に関わる深刻な問題でもある。

格差解消のために医師のキャリア形成支援策に力を入れているところも増えているが、自治体や大学との連携を強化するなど、医療機関自体が主体的に人材確保策へ取り組む重要性が増しているのではないだろうか。

多角経営に関しては、介護関連事業への参入は慎重に行うべきだろう。医療のノウハウは介護と親和性が高く、連携して事業展開を考えるのは自然なことではあるが、事業としてのノウハウは異なるものである。介護関連の倒産で最も多いのが、参入5年以内の事業者だというデータがあることも鑑みれば、新規事業の取り組みには慎重を期することが求められる。

# 介護保険事業状況報告(暫定) (平成28年9月分)

厚生労働省 2016年12月15日公表

## 概要

### 1 第1号被保険者数(9月末現在)

第1号被保険者数は、3,411万人となっている。

### 2 要介護(要支援)認定者数(9月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、628.8万人で、うち男性が195.5万人、女性が433.3万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.0%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである)

### 3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、393.5万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

### 4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、76.9万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

### 5 施設サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

施設サービス受給者数は92.5万人で、うち「介護老人福祉施設」が51.9万人、「介護老人保健施設」が35.2万人、「介護療養型医療施設」が5.7万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計が一致しない)

### 6 保険給付決定状況(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、7,831億円となっている。

## (1)再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅（介護予防）サービス分は3,737億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,179億円、施設サービス分は2,434億円となっている。

(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である)

(2)再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

高額介護（介護予防）サービス費は167億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は14億円となっている。

### (3)再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

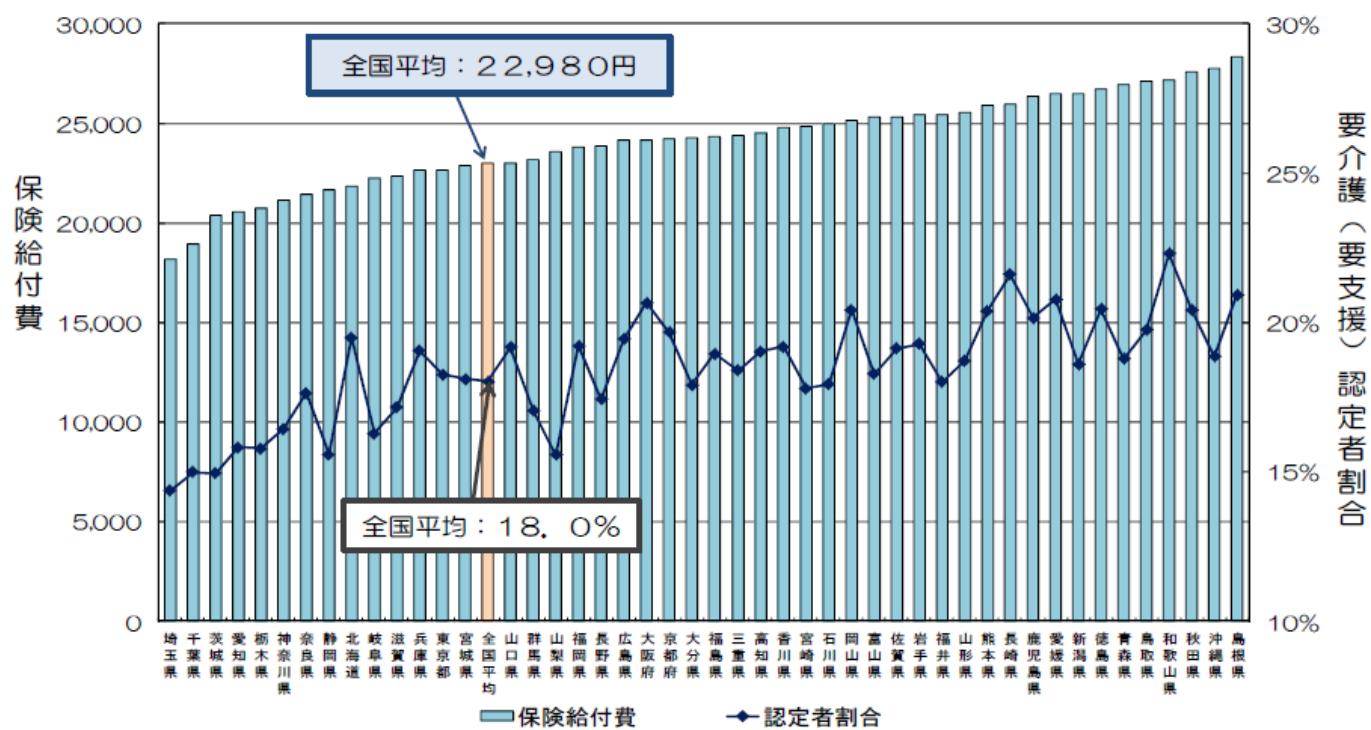
特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は299億円、うち食費分は188億円、居住費(滞在費)分は110億円となっている。

(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である)

## 第1号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護(要支援)認定者割合【都道府県別】

(単位：円)

(单位: %)



- ※1 保険給付費（第2号被保険者分を含む）には、高額介護（介護予防）サービス費、特定入所者介護（介護予防）サービス費を含む。

※2 要介護（要支援）認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。

※3 保険給付費は、平成28年7月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数は、平成28年7月末実績である。

介護保険事業状況報告（暫定）（平成28年9月分）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。



人 事 • 労 務

# 職員の意欲を向上させる クリニックの 人事評価・賃金システム

- 1.クリニックの人事評価制度
- 2.役割や能力に対応した等級フレーム
- 3.職員のやる気を高める賃金制度
- 4.人事評価・賃金制度見直しの事例



# 1

## 医業経営情報レポート

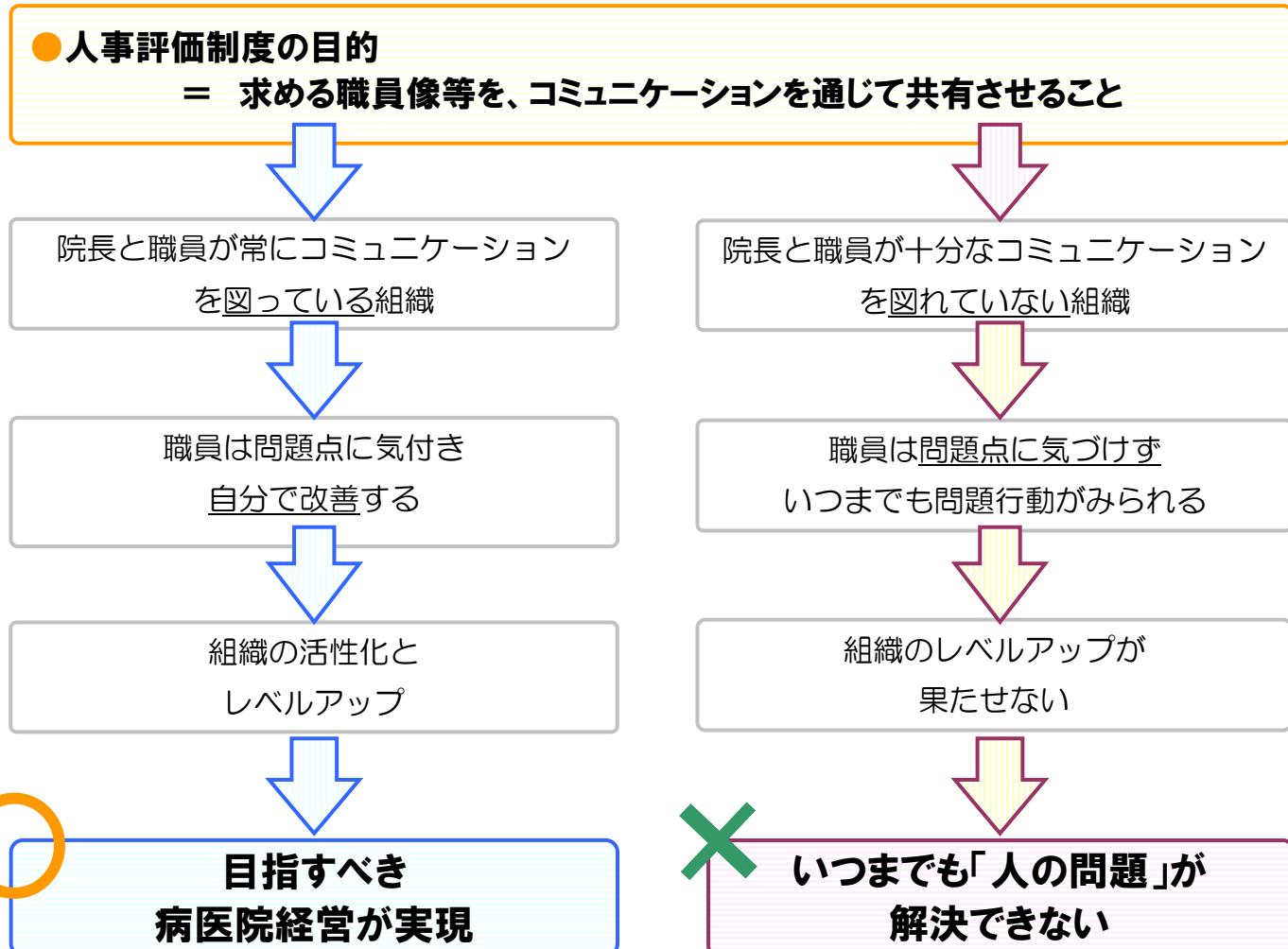
# クリニックの人事評価制度

### ■クリニックの人事評価制度導入の目的

クリニックにおける人事評価制度とは、院長が職員に対して求める職員像、期待する職員像を明示したうえで、それに対して経営者として成長を後押しするものであり、さらに順次面談等によって職員とコミュニケーションを図ることを通じて、改善点や問題点を注意する結果、個々や組織全体のレベルが向上するものと考えるべきです。

つまり、職員のモチベーションを高め、組織風土を変えさせるためには、公正な人事評価システムの導入と整備は必要不可欠なものといえます。

### (1)人事評価の目的イメージ



### (2)職員評価(処遇)の反映

人事評価制度では、まず院長が期待する職員像などを明確に提示します。そして、それに近づくために必要な職員の取り組みなどを随時フォローすることにより、個々の問題点を改善へと導くことが重要です。

# 2

## 医業経営情報レポート

# 役割や能力に対応した等級フレーム

### ■ 等級フレーム活用のねらい

#### (1) 役割、目標を明確にし、責任感を高める

クリニックにおいて、職員のやる気を引き出し、活性化した体制を構築するためには、人事評価制度の導入の出発点となる目標管理の発想が必要です。

職員それぞれに目標ができると、どうすれば目標に近づけるのか、どうすれば課題をクリア出来るのかを考えるようになり、自分で仕事に意思を持って取り組むようになります。

そして、目標達成に向かって取り組むほど、自分の行動にも責任を持つようになります。

責任は、さらに職員の能力向上の原動力となります。

この結果、仕事で成果を出すことができた経験があるため、問題発見の視野が広くなり、新たな取組みに対しても積極性があらわれます。

クリニックの組織運営において最も重視すべきなのは、職員のモチベーションです。

よって、モチベーションを向上させる一つの手段として、職位・等級（ランク）は、より効果的に機能させなければなりません。

#### (2) レベルアップが職員満足と患者満足につながる

職員の満足度が高いからこそ、患者が満足を得られるサービスを提供できます。

職員の満足度は、クリニックにおいて感じることが出来る「やりがい」に大きく影響されるものです。

職位と役割に応じた業務を示す職務基準書があれば、職員の意欲は向上し、また様々な目標設定は、能力向上とともに職員の満足度向上につながります。

#### (3) 職務基準書作成の目的

- ①職員の成長ステップを明示することで、役割分担、能力開発をスムーズに行えるようになる
- ②職員が行うべき業務が明確になり、モチベーションアップにつながる
- ③人事評価を実施した時点のクリニック全体での職員レベルの状況が把握しやすくなる

# 3

## 医業経営情報レポート

# 職員のやる気を高める賃金制度

職員規模が小さいクリニックの場合、一般企業や大病院のように毎年4月に新卒者が入職するよりも、他医療機関での勤務経験者が中途採用で入職するケースが多く、必然的にさまざまな経歴を有する職員が入職してくることになります。

そのため、一般的に活用されているような賃金表がクリニックの実情に適合しないため、院長が周りの職員とのバランスを勘案しながら、感覚的に賃金額を決定せざるを得ない場合も少なくありません。

しかし、賃金の設定にあたっては、職員の納得度を高めるためにも、ある程度統一した基準を設けておくことが、クリニックにおいても必要です。

### ■ 賃金制度の構築方法とメリット・デメリット

#### (1)月次賃金の設定

月次賃金は、主に基本給と諸手当によって構成しているケースが一般的です。これらの賃金を決定するにあたっては、地元の医師会などが策定した賃金表を用いる方法が多いようですが、最近は独自の賃金表を策定し、これから算出した賃金に基づいて、在職中の職員、また将来的に確保する職員に適応させて運用するクリニックが増加してきています。

#### (2)賃金表作成のメリットとデメリット

メリット	<ul style="list-style-type: none"><li>●賃金決定や運用における恣意性を排除することができるため、職員に安心感を与えることができる</li><li>●将来の生活設計イメージを職員に示すことができる</li></ul>
デメリット	<ul style="list-style-type: none"><li>●賃金表に縛られてしまい、経営環境悪化の際に柔軟な対応が取りにくい</li><li>●ある程度賃金額を抑えた表を設計すると、モチベーションをダウンしてしまう</li></ul>

### ■ 職能給制度の設計と運用の問題

職能給制度とは、職務遂行能力によって職能資格を分け、その資格等級によって給与を決定する制度であり、特に大病院や大企業などで導入されています。

それぞれの等級ごとに能力要件（職能要件書）が明確に示されており、能力や技術が習熟すると上位等級に昇格していく仕組みで、等級が上がるほど昇給額が大きくなるため、能力の高まりがそのまま高い給与に繋がることになります。

# 4

## 医業経営情報レポート

## 人事評価・賃金制度見直しの事例

### ■ 能力基準の明示と人事評価

A医院は、管理者である院長のほか、看護師1名、看護助手1名、受付・事務・会計を担当するパート職員2名という体制で診療を行っている無床のクリニックです。

今般、2名の正職員に対して職務基準書に基づく人事評価を行い、改めて賃金額を決定とともに、面接を通じて育成指導を行いました。

### (1)職務基準書の作成

院内全体のレベルアップに向けて、職員の能力開発は不可欠です。A医院でも、自院に必要な能力を職員の成長段階や役職に応じて明らかにしたものとして、職務基準書を作成しました。

これに合わせて、職員一人ひとりの役割を基準に評価するシステムを構築したのです。

### (2)個別人事評価の実施

職種別人事評価シートによって個人評価を行った結果、その評価は50点中30点となり、まだまだ能力の向上を必要としていることが判明しました。

また、本人の自己評価と院長による評価では10点もの差があり、能力分析と患者に対する反応（結果）の把握に温度差があると認識できました。

### (3)評価に基づく新たな賃金額を確定

対象となった正職員のうちのひとりである看護師B（36歳）さんの給与については、職務基準書と評価表から号俸を判断し、そのうえで基本給と手当の見直しを実施しました。

その結果、Bさんの給与は現行より10,000円アップという結果となり、本人に対する院長の評価内容も整理できて、今後期待する職員像が明確となったのです。

現行給与	
基本給	210,000円
皆勤手当	5,000円 ※遅刻・早退3回もしくは 欠勤1回で不支給
住宅手当	5,000円 ※賃貸者のみ
合 計	220,000円



改定後給与	
基本給	220,000円
皆勤手当	5,000円
住宅手当	5,000円
合 計	230,000円

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。

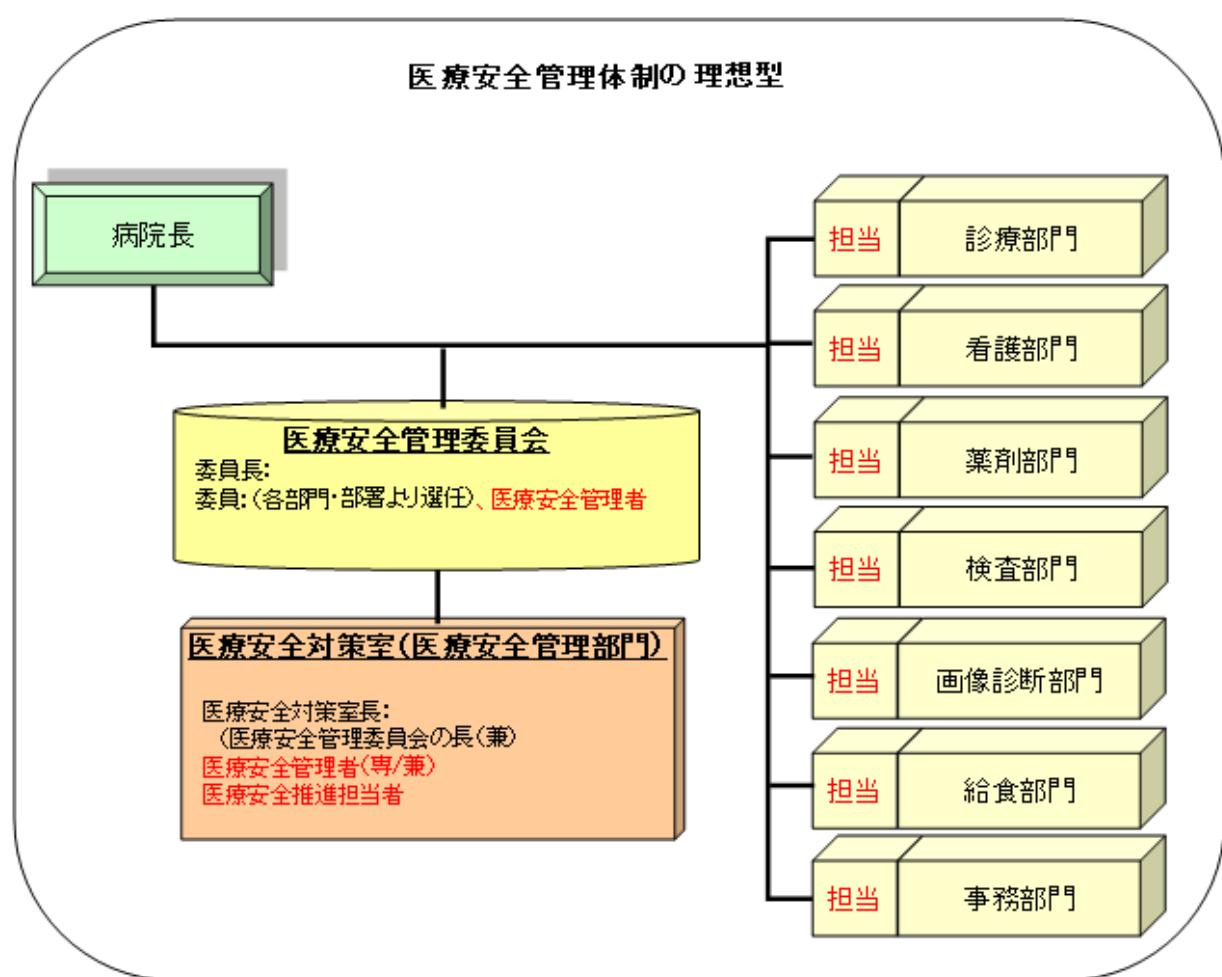
ジャンル:リスクマネジメント &gt; サブジャンル:リスクマネジメントと安全管理体制

# 理想的な医療安全管理体制

## 理想的な医療安全管理体制とは どのようなものでしょうか？

医療安全管理体制は、医療安全を管理する委員会と対策を講じる部門（医療安全管理者）が設置してあり、これらが連携をとりながら、院内の安全確保のために継続した業務改善が進められるシステムが理想的だといえます。

具体的には、以下の図のような構成となります。



また、平成19年4月施行の第5次改正医療法においては、従来は対象外であった無床診療所も含めて、医療安全管理体制に関する義務が明記されました。

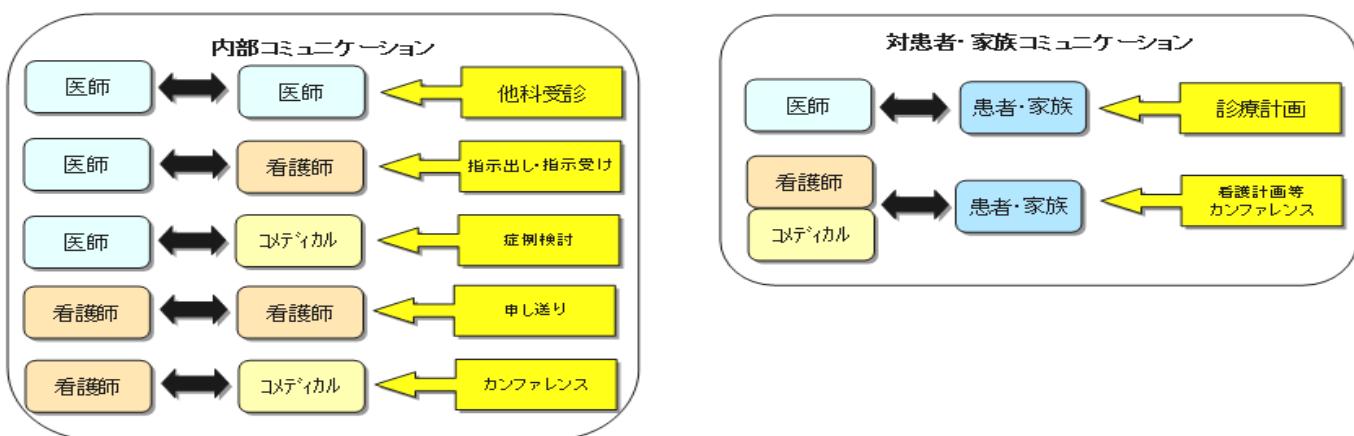
従って、現在では、自院の規模や病床・病棟の機能に関わらず、厚生労働省が定める基準に適合する医療安全管理体制を構築する必要があり、これに呼応するかたちで、保健所立入検査時の重点監視項目となっています。

# コミュニケーション活性化による改善策

コミュニケーションを活性化することにより、日常業務での改善を図る策について教えてください。

昨今の医療サービスはチーム医療で提供されるものにも関わらず、現実は医師と看護師との連携が適切に取れているとは言いがたい状況です。例えば、医師の指示が変更された際、医師にその内容を直接確認するという看護師は、そう多くはないはずです。

また、日常的なコミュニケーションの不備がありながら、診療計画や看護計画、あるいはリハビリ計画などで適切なアセスメントを行うことについて、大小に関わらず障害が生じているのも否めません。「連携ができていなかった」や「説明不足」というリスク発生要因の根源にあるのは、コミュニケーション不足に起因するエラーだといえます。職員間における内部コミュニケーションが必要とされる場面、および職員と患者・家族間のコミュニケーションを必要とする場面は、以下のとおりです。



日常的なコミュニケーションにおいては、指示命令系統上で、活性化が必要なポイントが存在します。

業務多忙を理由にした不徹底の常態化が積み重なり、綿密なコミュニケーション構築への配慮を怠ると、エラーの連鎖に気づかないだけでなく、致命的なりスク発生に至る危険性が高くなります。

