

週刊WEB

医業経営 マガジン

2018
510
1/30

医療情報
ヘッドライン

地域包括診療料等の算定要件を緩和 在宅医療提供の医療機関評価を充実

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

医療費の地域差半減の取り組み加速 全世代型の社会保障の実現を目指す

▶経済財政諮問会議

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成29年7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：医業経営 サブジャンル：未収金防止策
未収金発生前の防止策
未収金管理体制徹底のポイント

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

地域包括診療料等の算定要件を緩和 在宅医療提供の医療機関評価を充実

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は、1月24日の中央社会保険医療協議会総会で、地域包括診療料等の算定要件を緩和する方針を明らかにした。かかりつけ医機能を強化するのが目的であり、在宅医療を提供している医療機関への評価を充実させるような設計変更もなされる。

また、地域包括診療料等の算定患者が入院し、入院先の医療機関と医薬品の適正使用に関する連携を行った場合の加算も新設される。

■常勤医師1名と非常勤医師の組み合わせで できるよう、算定要件を緩和

地域包括診療料等は、かかりつけ医機能を評価する診療報酬であり、「地域包括診療料」のほか「認知症地域包括診療料」「地域包括診療加算」「認知症地域包括診療加算」がある。

これまで、常勤医師2名以上が算定要件となっていたが、常勤医師1名と非常勤医師の組み合わせでも算定できるように緩和される。

また、在宅医療を提供している医療機関を、その実績によって段階的に評価することとした。

「当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数」「直近1ヶ月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が〇%未満」（〇%の具体的数値は今後の議論で決定される）の双方を満たした場合、より高く評価される内容となっている。

■地域包括診療料届出医療機関は約5,000カ所、この措置で届け出数増加を期待

さらに、これまで患者の管理や服薬指導には、「すべての受診医療機関の把握」「一元的な服薬管理」といった厳しい要件が定められていたが、「必要に応じ、医師の指示を受けた看護師等が情報の把握等を行うことも可能」との文言を追加した。

かかりつけ医療機関に十分な患者管理を求めるのは変わらないものの、医師以外のスタッフが代行できることを示したことで、事実上の要件緩和を実現させたといえる。

現在、地域包括診療料を届け出ている医療機関は約5,000カ所にとどまっているが、この措置によって届け出数が増えることが期待される。

併せて、かかりつけ医の初診料を高く評価する方針も固まった。

厚労省によれば、初診時間が再診よりも長い傾向にあることが同省調査で明らかになったことによる措置で、診療所または200床未満の保険医療機関を対象とし、点数の引き上げではなく「機能強化加算」を新設することで、かかりつけ医のみを評価する設計とした。

尚、地域包括診療料等、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院のみ）を届け出た診療所以外は200床未満の保険医療機関が対象となる。

医療情報
ヘッドライン
②

医療費の地域差半減の取り組み加速 全世代型の社会保障の実現を目指す

経済財政諮問会議

政府は1月23日に経済財政諮問会議を開催し、民間議員が今年前半の主要検討課題を提示した。医療分野では「全世代型の社会保障」の実現に向け、「医療費の地域差半減」を第一に挙げており、取り組みを加速させていくべきだと提言している。

■社会保障費の自然増を最低限に留めるため、地域差を解消して医療費の伸びを抑制

公的な医療サービスは全国一律の価格となっているが、1人当たり医療費の地域差が生じているのが実状であり、厚生労働省の調査によれば、入院期間の長さや外来受診回数、薬剤使用量などで地域差があり、それが医療費の格差につながっていることは明白である。社会保障費の自然増を最低限にとどめるためにも、地域差を解消して医療費の伸びを抑制しようとする目的がある。

一方、「医療費の伸びは止まったのでは」と訝る向きもあり、昨年9月に発表されたように、2016年度の概算医療費は14年ぶりに減少している。

しかし、これは高額がん治療薬オプジーボを半額に緊急値下げしたことが奏功した結果であり、減少幅も0.4%とわずかだった。2016年概算医療費は41兆2,685億円に上り、依然として40兆円超をキープしていることもあって、厚労省は「増加傾向に変化はない」と悲観的な見通しを示している。

■電子カルテの導入促進など、ICT環境の整備に力を入れていくことも重要

地域差解消にはどのような施策を実行するべきかという課題に対しては、単純に地域差の要因を突き詰めると、入院や外来受診、薬剤の費用削減が有効だと考えられる。

しかし、医療機関が少ない地域では、通院に多大な負担がかかることもあって入院期間が長引いたり、一度の外来受診で多くの検査を実施したりせざるを得ないため、どうしても費用が嵩んでしまう傾向がある。

都道府県別に見た地域差よりも、市区町村別のほうがより格差が大きくなるのはそうした事情があるためであり、検査や投薬の重複を防ぎ、できるだけ効率的な医療の実現を目指すのが効果的だといえよう。

そのためには、診療内容の管理が容易な電子カルテの導入促進など、取り組みが遅れている地域のICT環境の整備に力を入れていくことも重要な課題として位置づけられる。



病院報告 (平成29年7月分概数)

厚生労働省 2017年11月7日公表

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29年7月	平成28年6月	平成28年5月	平成29年7月	平成28年6月
病院					
在院患者数					
総数	1 247 700	1 246 961	1 239 214	739	7 747
精神病床	287 585	286 809	285 877	776	932
結核病床	1 833	1 794	1 743	39	51
療養病床	287 049	287 644	287 374	△ 595	270
一般病床	671 176	670 656	664 161	520	6 495
(再掲)介護療養病床	44 948	45 427	45 746	△ 479	△ 319
外来患者数	1 326 129	1 405 298	1 304 026	△ 79 169	101 272
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 264	5 312	5 319	△ 48	△ 7
(再掲)介護療養病床	2 032	2 040	2 015	△ 8	25

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。 注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)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	平成29年7月	平成28年6月	平成28年5月	平成29年7月	平成28年6月
病院					
総数	79.5	78.8	79.8	0.7	△ 1.0
精神病床	86.2	86.0	85.8	0.2	0.2
結核病床	34.6	33.9	33.3	0.7	0.6
療養病床	87.6	87.8	87.7	△ 0.2	0.1
一般病床	74.4	73.3	75.1	1.1	△ 1.8
介護療養病床	91.1	90.8	90.4	0.3	0.4
診療所					
療養病床	57.1	57.1	56.1	0.0	1.0
介護療養病床	71.6	72.7	71.2	△ 1.1	1.5

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

注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)

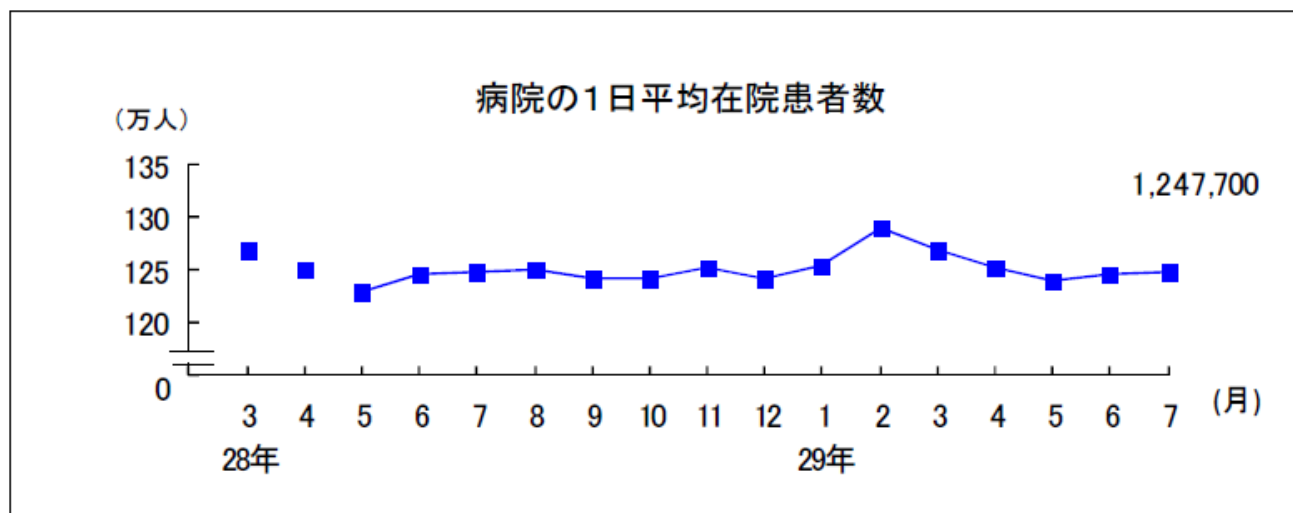
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成 29 年 7 月	平成 28 年 6 月	平成 28 年 5 月	平成 29 年 7 月	平成 28 年 6 月
病院					
総数	28.1	27.5	28.8	0.6	△ 1.3
精神病床	264.7	256.4	263.5	8.3	△ 7.1
結核病床	70.7	62.2	70.1	8.5	△ 7.9
療養病床	153.4	145.5	149.0	7.9	△ 3.5
一般病床	16.1	15.7	16.4	0.4	△ 0.7
介護療養病床	328.3	308.2	316.7	20.1	△ 8.5
診療所					
療養病床	96.9	93.8	96.5	3.1	△ 2.7
介護療養病床	128.0	129.3	128.4	△ 1.3	0.9

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

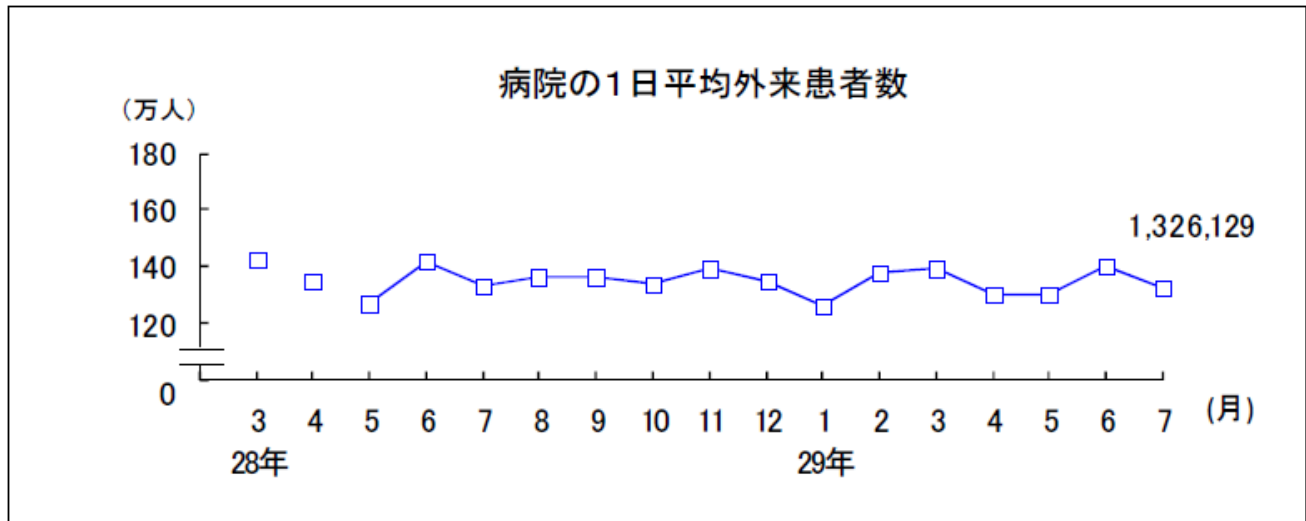
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入} \\ \text{院患者} \\ \text{数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床から} \\ \text{移された患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{退院} \\ \text{患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床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

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

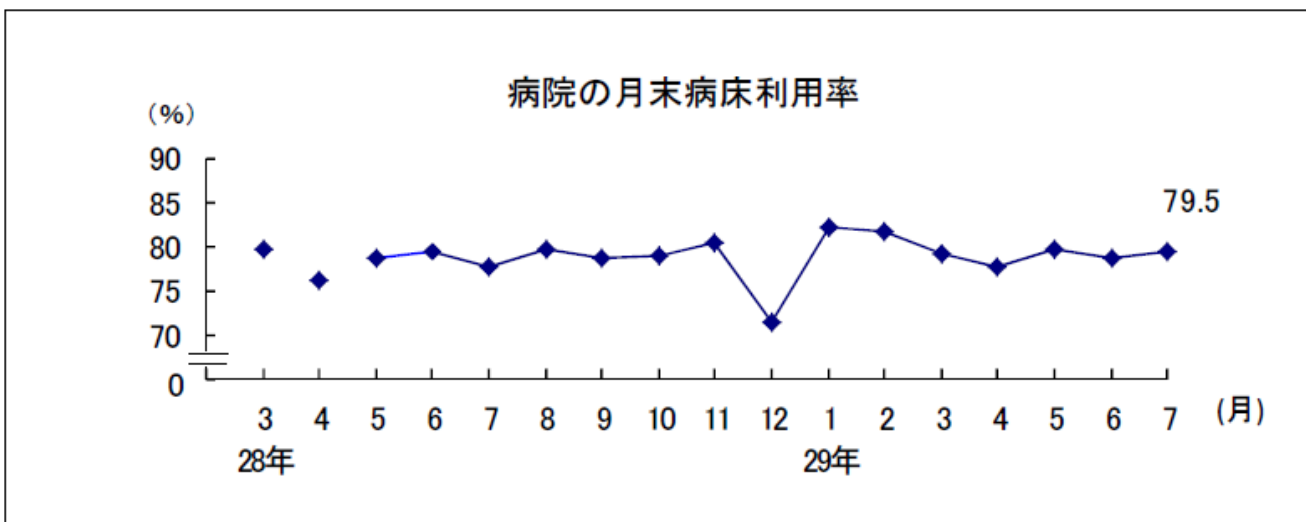
◆病院:1日平均在院患者数の推移



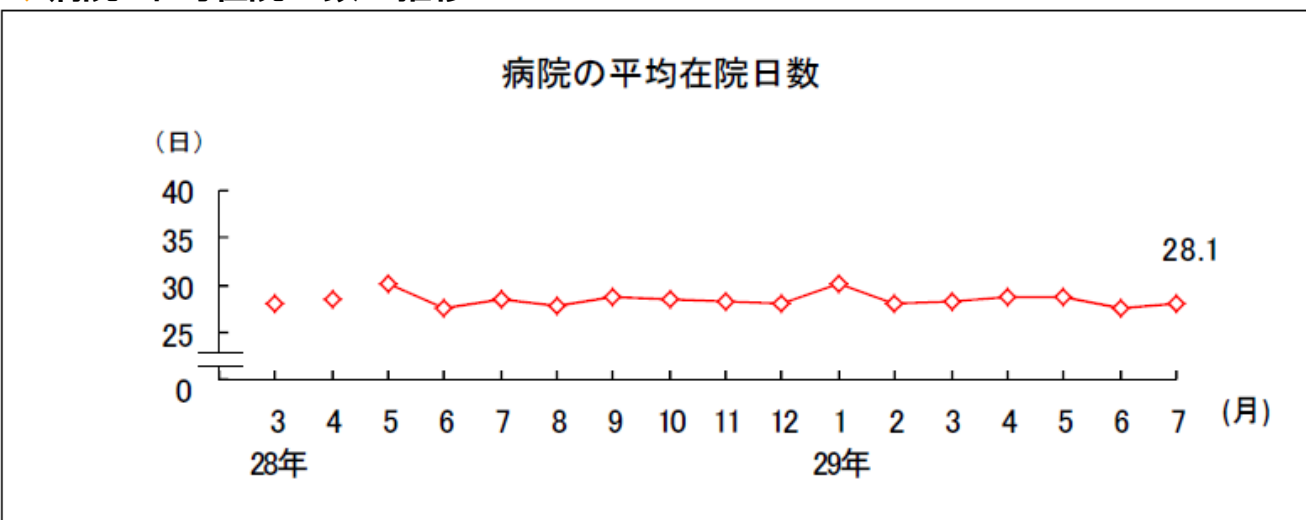
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



注：平成28年4月分については、熊本地震の影響により、熊本県の一部病院から報告がなかったため、前後の月と接続していない。

病院報告（平成29年7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。



経営情報
レポート
要約版



人 事 ・ 労 務

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

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

医業経営情報レポート

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する傾向にあります。

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異なるため、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、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

医業経営情報レポート

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は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

医業経営情報レポート

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

- 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。

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:未収金防止策

未収金発生前の防止策

未収金防止対策について教えてください。

■発生する前の防止対策が未収金問題の要諦

少額の未収金であっても、累積すると医療機関の経営に影響するリスクの要素になります。未収金は主に「窓口負担金の未払い・不足分」ですが、発生してから回収する方策は困難なものだといえます。既に診療を終えてしまった患者にとっては、後日その支払いをすることに心情的な抵抗を感じるでしょうし、医療機関側としても改めて請求しにくいという、回収には患者に来院を促すことが前提であることが大きく影響します。

(1) 支払方法の選択肢を検討する

未収金対策の基本は、回収よりも予防策の重視です。仮に発生した場合でも、その時点で請求する仕組みを予め院内で構築しておくことが重要です。

●保証金の徴収

保険外診療など高額治療が想定される場合、入院時に5～10万円を預かる（費用に充当）

●分割支払制度への対応

経済的問題が懸念される患者に対して、医療費相談窓口で分割支払の提案をする

●クレジットカード・デビットカード導入

手数料が発生するが、保険外診療を主にする医療機関は積極的に導入を検討すべき

(2) 医療費に関する相談は積極的に応じる

未収金発生の原因のひとつである情報提供不足では、医療費の自己負担額について十分な説明がなされていないという理由が多く見受けられます。仮に、検査実施前の注意事項の説明は行われていても、検査後の対応やそれに応じて新たに治療の必要が生じる可能性など、医療費支払に関連する事項が不十分であるケースが少なくありません。検査実施・治療前の丁寧な説明は、患者の不安を解消することにつながります。また、患者側からは医療費について尋ね難い雰囲気があるため、相談窓口を設置していない場合は、受付や会計担当の職員が積極的に声がけし、支払いに関する相談を切り出すきっかけにすることが重要です。

(3) 未収金問題への関心を共有する

管理者である医師は、売上と共に未収金発生額・回収額を把握しておく必要があります。件数が少ない、金額が些少であるなどを言い訳にしているうちに、累積金額は大きくなってしまいます。発生原因も含めて、医師と院内職員全員が未収金に対して関心を持つことが重要です。

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 未収金防止策

未収金管理体制徹底のポイント

未収金の管理を院内で徹底する方法を教えてください。

■未収金情報は院内で共有する

未収金を管理するためには、発生時点を確定させる必要があります。どの時点から「未収金」として認識し、管理しなければならないのかを明確にするため、請求金額確定から支払までの期間、未収金としての取扱を開始する院内基準を策定し、管理体制を構築することが重要です。発生した未収金を主に管理するのは、事務部門のなかでも医事部門が多いと思われますが、回収期間が長期になるにつれて、経理・財務部門においても未収金情報は重要さを増すことになります。このように、部門によって未収金管理の目的は異なるため、管理方法も統一されていない場合が多いことから、未収金情報は院内で共有し、同一の情報をいずれの部門でも取得できるようにしておく、院内での未収金管理への意識がより徹底されます。

また、未収金の状況に関しては、**<共有すべき未収金状況に関する項目>**

金額と発生理由、医業収益に対する割合等を把握し、これらの情報については経営幹部が共有できる体制が望ましいでしょう。

- ① 金額（総額及び推移）
- ② 発生理由
- ③ 経過期間（患者単位）
- ④ 長期滞留案件の状況
- ⑤ 医業収益に対する割合（推移）

**未収金状況に
対する危機意識を
共有する**

■未収金管理体制の枠組み構築

医事部門においては、未収金回収がその管理目的となるので、患者単位の情報管理が求められる都合上、医事会計システムとは別個に、個別管理を実施している医療機関も少なくないようです。患者個別で督促を行う際には、回収状況が把握しやすいためです。

医事会計システムと連動させた一般的な管理体制としては、次のような取り組み例があります。

<入院診療分>

請求書の発行と同時に未収金として認識、登録され、その後支払を受けた金額について未収入金処理を実施して、患者個別にリストから除くという流れです。よって、請求額全額の支払を受けた場合には未収金リストから削除され、また支払が一部であった場合には未収金リストに掲載されたままになります。

