

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.798 2023.11.28

医療情報ヘッドライン

**不妊治療の7割以上が「生殖補助医療」
22年度から保険適用拡大の影響**

▶厚生労働省
中央社会保険医療協議会 総会

**かかりつけ医機能報告の議論が本格化
25年度の創設に向け分科会を立ち上げ**

▶厚生労働省 分科会

週刊 医療情報

2023年11月24日号

**特養などに協力医療機関
の定め義務化案、厚労省**

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和5年6月分概数)

経営情報レポート

**定着率を向上させる
人事評価制度の組み立てと運用法**

経営データベース

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:労務トラブル防止策

**適正な労働時間の管理
自主的に残業する職員の対応**

発行:税理士法人KJグループ

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

不妊治療の7割以上が「生殖補助医療」 22年度から保険適用拡大の影響

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、11月17日の中央社会保険医療協議会総会で、2022年度の不妊治療の7割以上が「生殖補助医療」だったことを明らかにした。不妊治療は2022年4月から公的医療保険の適用対象が大幅に広がっており、年齢・回数制限は設けられているものの、1回平均50万円とされている「体外受精」や「顕微授精」も対象となっていた。

同省が公表した資料では、体外受精や顕微授精などの「生殖補助医療」が「4月以降に徐々に算定回数が増加」していると強調している。なお、不妊治療の2022年度の医療費は895億5,622万6,000円でレセプト件数は125万4,422件、患者数は37万3,575人だった。

■体外受精の診療報酬は4,200点

不妊治療は、妊娠しやすいタイミングを医師が指導する「タイミング法」から始め、精子を洗浄・濃縮して子宮内に注入する「人工授精」、体内から取り出した卵子を体外で精子と受精させる「体外受精」「顕微授精」、へとステップアップしていくのが一般的だ（ステップアップに否定的な考え方もある）。

タイミング法と人工授精は「一般的不妊治療」とされ、採卵・採精をして行う体外受精や顕微授精、受精卵・胚培養、胚凍結保存、胚移植などは「生殖補助医療」とされる。

厚労省の調査によれば、タイミング法は1回数千円から1万円程度、人工授精は1回1～数万円であるのに対し、体外受精や顕微授精は前述のように1回平均50万円とかなりの金額を要する。同省が「4月以降に算定回数が増加」と強調するのは、医療費が900億円近くなったのは「生殖補助医療」の保険

適用による影響であることを示したい意図があるといえる。

単純に医療費をレセプト件数で割ると、1件あたり約7万2,000円となるのだから無理もない。一つずつ診療報酬の点数を見ていくと、タイミング法は250点、人工授精は1,820点、採卵術は3,200点+2,400～7,200点（採卵数に応じ加算）、精巣内精子採取術は単純なものが12,400点、顕微鏡を用いたものが24,600点。

体外受精は4,200点、顕微授精は4,800～12,800点、受精卵・胚培養は4,500～10,500点、胚移植は新鮮胚移植が7,500点、凍結・融解胚移植が12,000点となっている（診療報酬は1点10円）。

■関連学会でも7割以上が高評価

医療費が膨張する中で、一気に約900億円もの“支出”に踏み切ったのは、少子化への危機感があるからだ。

当時の菅義偉首相は、首相就任直後の国会での所信表明演説で「長年の課題である少子化対策に真正面から取り組む」とし、所得制限を撤廃した不妊治療への保険適用の早期実現に意欲を見せた。生殖補助医療の「算定回数の増加」は、その成果といえるだろう。

実際、保険適用の影響について、日本産科婦人科学会などの関連学会を対象に行ったアンケートによると、不妊治療全体が良い方向に向かっているかという問いに対し、72.2%が「強く思う、ある程度そう思う」と回答している。

現時点では成功といえる不妊治療の保険適用。そろそろ出始める出生数への影響がどうなのか注視していく必要があるだろう。

医療情報
ヘッドライン
②

かかりつけ医機能報告の議論が本格化 25年度の創設に向け分科会を立ち上げ

厚生労働省 かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会

厚生労働省は 11 月 15 日、「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」の初会合を開催した。2025 年 4 月に創設予定の「かかりつけ医機能報告制度」の内容を具体化していくのが目的だ。座長には、内閣官房の健康・医療戦略参与を務め、内閣府 SIP「統合型ヘルスケアシステムの構築」のプログラムディレクターも務めた自治医科大学学長の永井良三氏を選出した。

■コロナ禍で「かかりつけ医」の

曖昧さが浮き彫りに

超高齢社会の到来で、医療・介護のニーズ増大は確実視されている。一方で、生産年齢人口は減少しており、2025 年以降は加速していく。担い手の減少とニーズの増大が同時に進む構造となるため、医療資源の効率的・効果的な活用は不可避だ。

しかも、地域ごとに人口構造の変化は大きく異なるため、厚労省は「『治す医療』から『治し、支える医療』への転換」を早くから推進してきた。

入院医療に強く依存してきた従来の医療からの脱却を進め、「医療機能の分化・強化」の名のもとに地域包括ケアシステムの構築を図ってきたのはそのためだ。

在宅医療を推進するとともに、地域の診療所の機能を高めるため「かかりつけ医機能」の拡充を進めてきた。

ただ、日本の医療はフリーアクセスが前提であるため、海外では導入している国もある「かかりつけ医」の制度化はしてこなかった。

その“ツケ”が出てしまったのがコロナ禍だ。政府は発熱時、かかりつけ医の受診を推奨したが、明確な定義がないことから医療機

関側が断るケースも急増。受診可能な医療機関がどこなのか不明瞭となり、対応する地域中核病院の負荷が増す結果となったことから、「かかりつけ医機能報告制度」の創設を検討。

今年 5 月に成立した改正医療法に盛り込まれたことを受け、今回の分科会が立ち上がったというわけだ。現在、報告内容として挙げられているのは、まず「日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能があるか」。その機能がある場合、以下の内容を報告する。

- ① 通常の診療時間外の診療
- ② 入退院時の支援
- ③ 在宅医療の提供
- ④ 介護サービス等と連携した医療提供
- ⑤ その他厚生労働省令で定める機能

これらが適切かどうか、都道府県が確認したうえで、一般に公表。患者側は望む機能がある医療機関にアクセスしやすくなるという仕組みだ。

■3割はかかりつけ医を

決めていないとの調査結果も

一方で、厚労省の調査によれば、30.4% はかかりつけ医を決めておらず、決める予定もないと回答。かかりつけ医に求める機能として、「どんな病気でもまずは診療してくれる」が 77.9%と多いが、医療機関で「どんな病気でもまずは診療できる」は 50.0%にとどまっている。

制度だけでなく、医師育成にも関わる問題だけに、機能報告制度をいかに生かしていくか、その視点を発信していく役割も新たな分科会には求められそうだ。

医療情報①
厚生労働省
分科会

特養などに協力医療機関 の定め義務化案、厚労省

医療と介護の連携を強化する観点から、厚生労働省は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）と介護老人保健施設（老健）、介護医療院に対し、1年間の経過措置を設けた上で協力医療機関を定めることを義務化する案を、16日に開かれた社会保障審議会・介護給付費分科会で示した。

その際の医療機関の要件として患者の緊急時に原則入院できる体制を確保していることなどを挙げたが、委員からは、地域によっては医療資源が乏しく実現は困難だとする指摘が相次いだ。

高齢者施設においては、現在、入所者の病状の急変時などに対応できるよう、運営基準においてあらかじめ協力病院を定めることになっている。しかし協力医療機関の指定を明記しているにも関わらず、実際にはなかなか機能していないといった課題も指摘されている。

厚労省はこうした状況を踏まえ、協力医療機関を定めることを義務化することを提案した。

具体的には、連携先の医療機関には、以下といった体制を確保していることを求め、その際、複数の医療機関で要件を満たすことも可能とする方向性も示した。

- ▼入所者の急変時に医師または看護職員が夜間や休日も含め相談対応ができる
- ▼診療の求めを受け、夜間休日を含め診療ができる
- ▼施設での療養を行う患者が緊急時に原則入院できる

これに対し委員からは、医療と介護の連携強化は重要だとしながらも、「地域によっては困難」という声が続々と上がった。

古谷忠之委員（全国老人福祉施設協議会参与）は、エリアによって医療機関の数や種類はさまざまであることから、「全ての施設で協定を結ぶことは実現不可能」と指摘。その上で、義務化の要件にある内容が追加されることで、現在結んでいる協力病院との契約が継続できなくなる可能性もあるとし、「義務化は早急。運営基準違反を問われる施設が多数出る恐れがある」と懸念を示した。

また東憲太郎委員（全国老人保健施設協会会長）も、「（義務化のための連携を）やりたくてもできない事情もある。慎重に進めていくべき」との認識を述べた。

浜田和則委員（日本介護支援専門員協会副会長）は、施設のある市町村内では要件を満たす医療機関がない場合もあるとして、「連携を円滑に進めるためには、関係者間だけではなく都道府県や市町村など行政機関による支援や仲介も有用ではないか」と提案した。

医療情報②
中央社会保険
医療協議会

地ケア病棟の算定要件 「短手3除外」で一致

中央社会保険医療協議会が 15 日に開いた総会では、地域包括ケア病棟入院料の算定要件の計算対象から短期滞在手術等基本料 3（短手 3）を外すなど 2024 年度の診療報酬改定で見直しが必要だという認識を診療側・支払側双方の委員が示した。短手 3 の受け入れ割合が高い病棟では在宅復帰率などの算定要件をクリアしやすくなる傾向が明らかになっている。

地域包括ケア病棟入院料の施設基準には、在宅復帰率のほか自宅などからの緊急入院の受け入れ割合の要件があり、厚生労働省はこの日の総会で、それらの指標の「あり方」を論点に挙げた。

厚労省によると、地域包括ケア病棟や病室 957 カ所のうち 158 カ所（16.5%）では、大腸ポリペクトミーや白内障など短手 3 のみを算定する患者の受け入れ割合が 10%以上だった（22 年 4－12 月）。さらに、短手 3 の受け入れ割合が 10%以上の病棟では、全く受け入れていない病棟に比べ、「自宅から入棟した患者」や「自宅等に退棟した患者」の割合が高くなる傾向があることも分かっている。

支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、短手 3 の患者を積極的に受け入れると地域包括ケア病棟入院料の基準をクリアしやすくなるという認識を示し、それらの患者を対象から外すなど計算方法の見直しを主張した。

診療側の太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）も、短手 3 は「明らかに他と患者層が違う。算定要件の指標の計算から除外するなどの対応が必要だ」と述べた。

長島公之委員（日本医師会常任理事）は、在宅復帰率などの計算に短手 3 の算定患者を含めるのかどうかこれまで不明確だったことを指摘し、仮に計算対象から外すにしても、経過措置を設定するなどの配慮を求めた。ただ、計算方法の見直し自体には反対しなかった。

松本委員は、地域包括ケア病棟入院料 1（入院医療管理料 1）と入院料 3（管理料 3）に設定されている在宅医療の実績要件を入院料 2（管理料 2）と入院料 4（管理料 4）にも広げるべきだと主張した。地域包括ケア病棟がある病院による訪問リハビリテーションや訪問看護への対応にばらつきが目立つため。

江澤和彦委員（日本医師会常任理事）は「在宅医療と連携することは地ケア病棟の大変重要な役割だ」と強調したが、地域包括ケア病棟入院料 2 と入院料 4 は点数設定が低いことを指摘し、引き続き検討するよう求めた。

「在宅医療等の実績」の要件は「在宅患者訪問診療料（Ⅰ）と（Ⅱ）の算定回数が直近 3 カ月間で 30 回以上」など 6 項目で、地域包括ケア病棟入院料 1（入院医療管理料 1）や入院料 3（管理料 3）を届け出るには、少なくとも 2 つをクリアする必要がある。

週刊医療情報（2023年11月24日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

病院報告 (令和5年6月分概数)

厚生労働省 2023年9月15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)	
	令和5年6月	令和5年5月	令和5年4月	令和5年6月	令和5年5月
病院					
在院患者数					
総数	1 122 996	1 102 210	1 109 628	20 786	△ 7 418
精神病床	262 096	260 503	260 059	1 593	444
感染症病床	953	1 399	2 761	△ 446	△ 1 362
結核病床	1 007	935	907	72	28
療養病床	231 684	230 736	232 253	948	△ 1 517
一般病床	627 255	608 636	613 648	18 619	△ 5 012
外来患者数	1 297 231	1 186 793	1 193 340	110 438	△ 6 547
診療所					
在院患者数					
療養病床	2 013	2 033	2 110	△ 20	△ 77

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和5年6月	令和5年5月	令和5年4月	令和5年6月	令和5年5月
病院					
総数	74.4	74.5	71.9	△ 0.1	2.6
精神病床	81.9	81.3	81.0	0.6	0.3
感染症病床	53.2	75.9	153.2	△ 22.7	△ 77.3
結核病床	27.3	24.9	23.3	2.4	1.6
療養病床	84.0	83.6	83.5	0.4	0.1
一般病床	69.0	69.4	65.1	△ 0.4	4.3
診療所					
療養病床	40.5	40.4	40.5	0.1	△ 0.1

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) 月末在院患者数は、許可(指定)病床数にかかわらず、現に当月の末日24時現在に在院している患者数をいう。このため、感染症病床の月末在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから100%を上回ることがある。

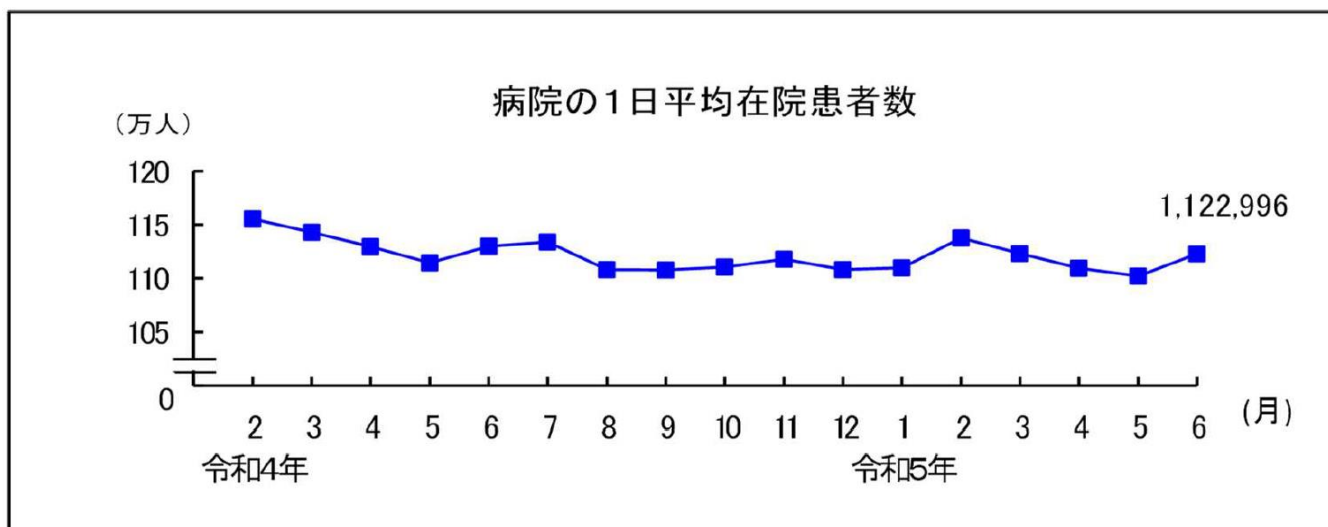
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和5年6月	令和5年5月	令和5年4月	令和5年6月	令和5年5月
病院					
総数	25.2	26.7	26.7	△ 1.5	0.0
精神病床	250.2	257.9	267.9	△ 7.7	△ 10.0
感染症病床	10.1	10.8	10.9	△ 0.7	△ 0.1
結核病床	39.8	45.4	55.2	△ 5.6	△ 9.8
療養病床	120.7	124.5	122.1	△ 3.8	2.4
一般病床	15.0	15.8	15.8	△ 0.8	△ 0.0
診療所					
療養病床	99.1	96.3	93.9	2.8	2.4

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

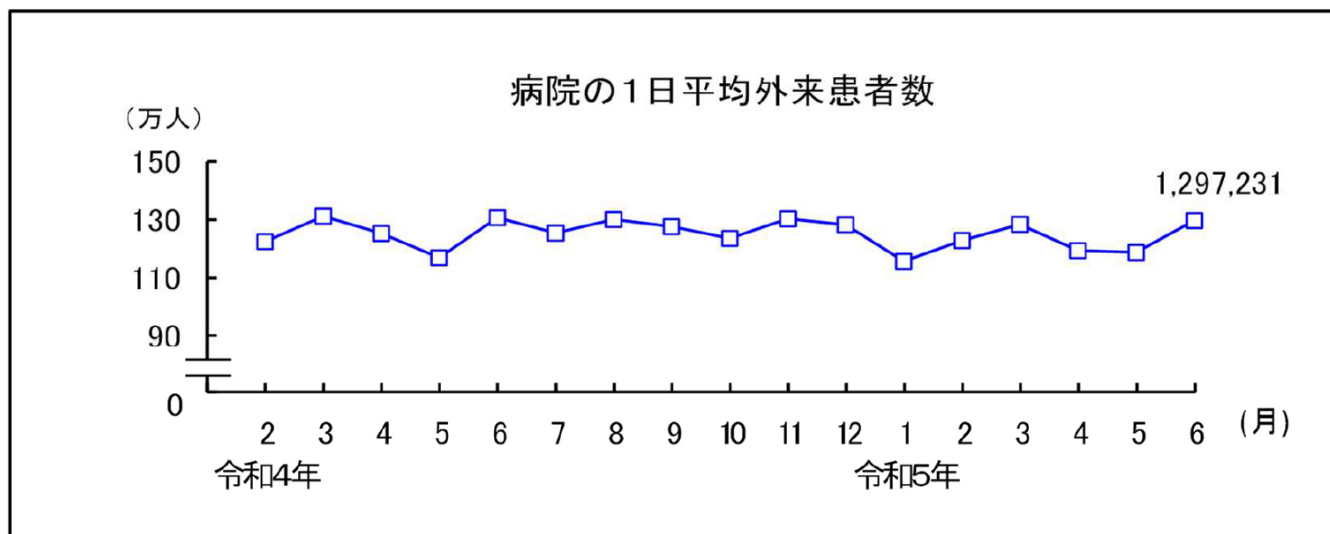
ただし、療養病床の平均在院日数 =
$$\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$$

◆病院:1日平均在院患者数の推移

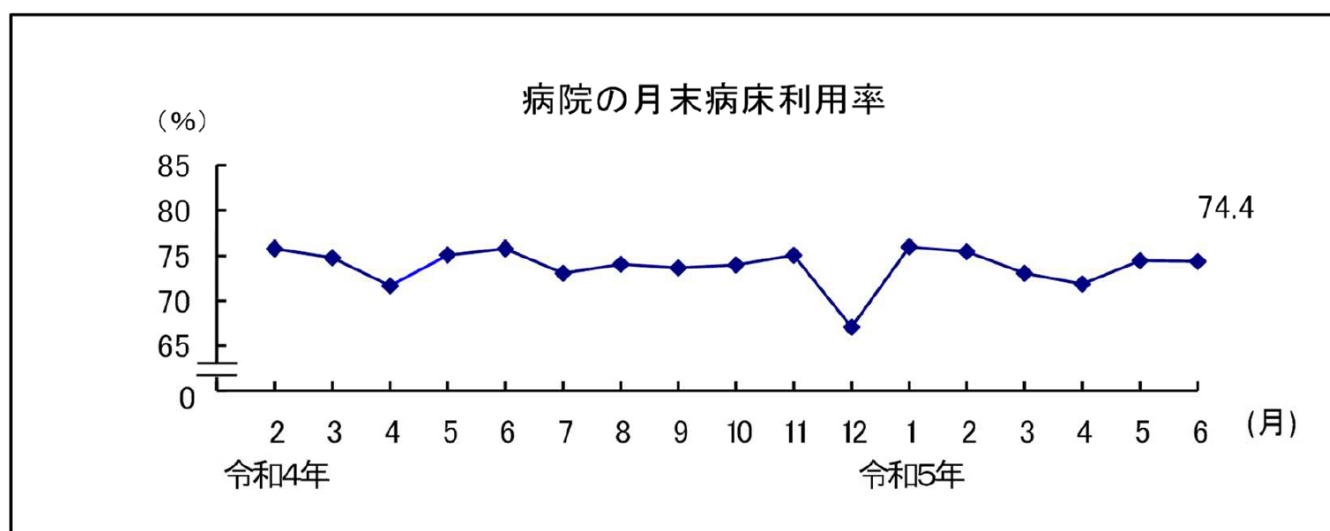


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

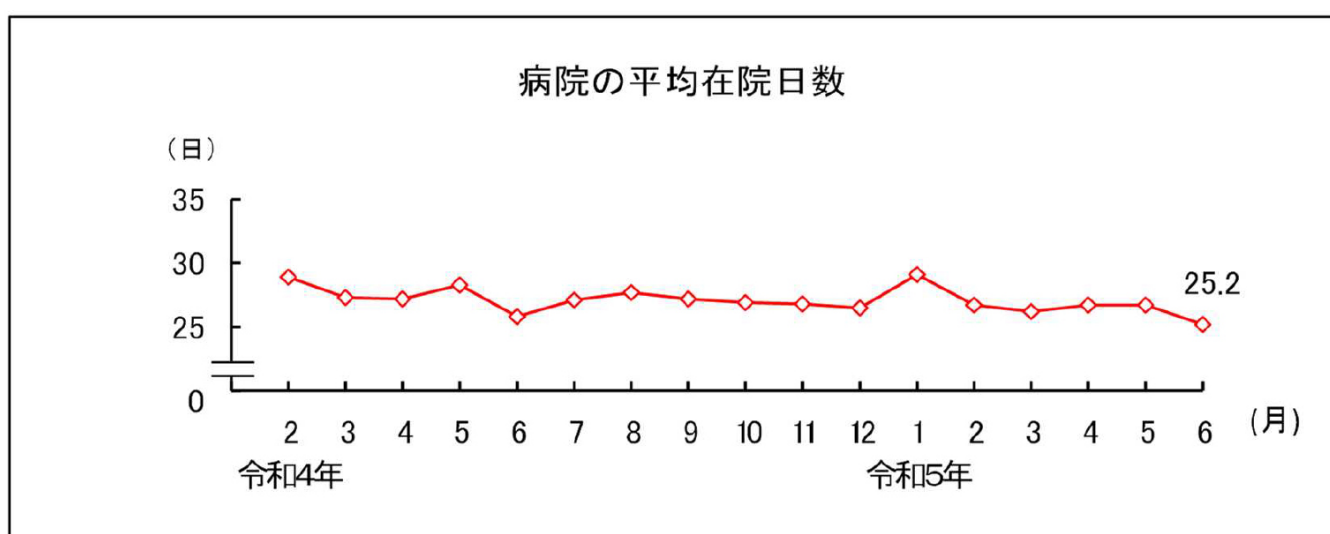
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆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（令和5年6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



福 祉 経 営

定着率を向上させる

人事評価制度の 組み立てと運用法

1. 人事評価表をオリジナルで作成すべき理由
2. 5つのステップで完成するプロセス評価
3. 法人理念の実現に向けた行動基準の作り方
4. サービス力がアップする職務評価
5. 育成効果を高めるためのポイント
6. 人事評価結果を来期の育成に活かす仕組み



1

医業経営情報レポート

人事評価表をオリジナルで作成すべき理由

■ 理念実現や職員成長のために活用する評価表

人事評価制度が上手く機能していない失敗例としては、施設長が他施設やネットから評価表を流用している、書籍に記載されている評価表をコピーして職員に渡しているなどのケースです。この場合、形だけの人事評価制度が構築され、法人理念や職員の声が反映されないために、職員から受け入れられない制度になってしまいます。現場の職員から「こんな人事評価制度はダメだ!」と言われるようでは、人事評価制度の運用がうまくいくはずがありません。

人事評価表は、見た目の美しさや項目の精密さを追求するのではなく、法人や施設が目指していることや、職員のなりたい姿が評価表に落とし込まれていることがとても重要です。人事評価表は、職員を育て、職員の成長を通して理念を実現するために活用するものだからです。

法人理念や求める職員像は施設によって異なります。したがって評価表は施設オリジナルのものでなければ意味がありません。

評価表は理念実現や職員成長のために活用するもの



リーダーの思いが詰まっていない評価表
評価要素が多すぎて細かすぎる評価表



法人や施設が目指していることが記載された評価表
職員のなりたい姿が落とし込まれた評価表



施設オリジナルの評価表でなければ意味がない

■ 評価項目別の評価要素の作成

施設オリジナルの評価表を作成する場合、一般的に施設長を含むプロジェクトメンバー（リーダー）が考えて施設独自の評価内容や着眼点を定めますが、評価表の評価要素は一般的な評価理論に沿って作成します。

これにより評価項目や評価要素の抜けや漏れを防ぐことができます。

(1)人事評価表の構成

人事評価表の構成要素の大枠は、「プロセス評価」、「職務評価」、「個別目標評価」の3つに分かれ、そのうち1つを導入することも有効です。

(2)プロセス評価における3つの評価項目

人事制度の運用のカギを握るといわれる人事評価の項目は、通常3つの評価項目の組み合わせによって成り立っています。

2

医業経営情報レポート

5つのステップで完成するプロセス評価

■ 職員参加型で行うオリジナル人事評価表の作成方法

職員育成を主眼とする人事評価制度では、人事評価表において法人・施設が求める職員像、評価・育成のポイント（基準）を着眼点としてまとめ、明示する必要があります。

また、人事評価表の作成方法も様々なものがありますが、職員の理解を促進し、早期の浸透を目指すには、職員を巻き込んで作成することが望めます。

【ステップ1】人事評価表策定チームの結成

全職員で作成することも一つの方法ですが、現実的かつ効率を考えると、ある程度メンバーを絞り込んで実施することが望ましいといえます。

メンバー選定のポイントは以下の通りです。

- 施設のキーマンを外さない
- 全ての部門から最低1名は参加させる
- できれば、一般職員も参加させる

【ステップ2】着眼点の抽出

メンバーが集まったら、まずは理想の職員に求められる要件（着眼点）の抽出を行います。

「いつも笑顔で挨拶ができる」とか、「書類の提出期限を守る」といった単純なことから、「子どもの成長段階にあわせた確かな保育計画を立てることができる」といった高度な内容まで、思いつく限りたくさんあげてもらいます。

【ステップ3】着眼点の整理

ステップ2で抽出した着眼点について、整理を行います。まずは全く同じ内容のものは一つにします。また、似た内容については同じカテゴリーに分類します。その際、それが人事評価の評価要素（規律性、責任性など）のどこに該当するかも考慮します。

【ステップ4】着眼点の文章化

ステップ3でカテゴリー分けした着眼点を一つの文章に整理していきます。「明るい」「笑顔」「挨拶」といった項目をまとめて、「笑顔で明るい挨拶ができているか」といった具合に着眼点の文章としてまとめます。この時のポイントは、一つの文章にまとめられないものは、要素としては別であると判断して、それぞれで文章化を行うことです。

【ステップ5】着眼点の絞り込み

最後に、ステップ4で文章化した着眼点から、実際に評価表に掲載する着眼点を選択していきます。評価表に掲載する着眼点は、職員が理解し日常心掛けることができる程度の数に絞り込むことが望ましいといえます。

3

医業経営情報レポート

法人理念の実現に向けた行動基準の作り方

■ コンピテンシーの活用

評価制度の導入に限らず、職員の行動基準を作成する上で有効なツールとして「コンピテンシー」というものがあります。コンピテンシーとは、職場内の優秀者に共通してみられる行動特性のことで、「ある職務や役割において優秀な成果を発揮する行動特性」などと定義されています。優秀職員の専門技術・ノウハウ・基礎能力等を細かに観察し、何がその人を「仕事ができる職員」にしているのかを明らかにするものです。

このコンピテンシーをベースに自施設の人事評価要素を組み立てることも可能です。

コンピテンシーに関しては、いくつも書籍が出されていますので、これを参考に自施設にとって大事な要素を整理して、文章を施設内で考えるのもひとつの方法です。コンピテンシーベースで評価要素を先に選出してから前述のステップ2へ進む方法が効率的ともいえます。

■ 行動基準作成時の3つのポイント

行動基準は、法人が目指す理想の職員像が凝縮されたものでなければなりません。理念を実現するのが、理想の職員であれば、理念が法人毎に異なるように、理想の職員も法人毎に異なります。理想の職員像へと向かわせる行動基準とするには、次の3つのポイントを含めたり、補足したりして作成します。

(1)自分達が使っている言葉で表現する

職員と共に作り上げた行動基準には、各人の理想の職員像が凝縮されます。

施設内だけに通用する言葉、振る舞い等施設で自分たちが使っている言葉を積極的に取り入れるのも効果的です。

(2)理想とする職員の姿を表現する

行動基準は、今できていることよりも、こうなって欲しい、こうなりたいという未来志向のものを落とし込む必要もあります。評価要素にもよりますが、育成の方向付けを行うのが行動基準という認識の上、文言の確認をしていきます。

(3)具体例を示す

行動基準は、短文で分かりやすく表現される必要があります。行動基準の作成当事者は行動基準の文だけでなく、その文に至った背景も知っています。しかし、行動基準だけ初めて知る職員には、具体的にどのようなことかが伝わらない事があります。

それを避けるために、具体的にどのようなことを例示すると分かりやすくなります。

4

医業経営情報レポート

サービス力がアップする職務評価

■「できる」を重視した評価表モデル

人材育成を進めたいものの、人事評価制度の導入には、運用面で不安があるなどの理由で導入には消極的な施設もあると思われます。このような状況である施設については、評価項目を等級制度（キャリアパス）とコンピテンシーの両面での評価を可能にした人事評価表を紹介します。コンピテンシーでは、求める人材像を明確に示すことで、当施設の職員にどのような人材になって欲しいのかを「理解」させ、「遵守」させることを主眼に置きます。

一方、職務評価（真の現場力）の場合、職員それぞれ職種、能力レベルの違いがありますので、それぞれの等級（キャリアパス）に求められる役割、業務をどれだけ「できる」のかを評価することができます。

◆人事評価表(職務評価)サンプル(介護職員)

【③職務遂行度評価】 ※評点は、評価基準に基づき整数(1～5)で記入

課業	課業の内容	評価 配分	自己評価		一次考課		二次考課		最終評価	
			評点	考課 点数	評点	考課 点数	評点	考課 点数	評点	考課 点数
食事介助	食事準備(配膳・下膳)・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
入浴介助	浴室脱衣室の準備・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
排泄介助	おむつ交換の準備・実施・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
整容・着替介助	整容・着替介助・爪切り・耳掃除等	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
日常生活上のリハビリ	基本動作訓練(歩行・起立・保持等)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
バイタルチェック	体調不良者の体温・血圧測定・医務への連絡	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	排尿・排便量の把握	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	容態観察(巡回)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	皮膚・全身状態の観察	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
医療的ケア	服薬・点眼・座薬・湿布等の使用介助	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	異食・誤嚥・嘔吐・下痢の対応	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
コミュニケーション	利用者からの相談・援助業務	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
申送り・引継ぎ	申送り・引継ぎの実施	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	他部署との報告・連絡・相談	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
入居時対応	嗜好品・趣味・特技等の確認	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	入居後の様子観察(声掛け等)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
アセスメント	健康状態・精神状態の把握	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
記録	担当利用者の申し送り事項作成・回覧	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
連絡調整	管理職への報告・連絡・相談	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	ご家族への協力依頼や調整・報告・連絡	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
合計		40.0 %	0.0		0.0		0.0		0.0	

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:労務管理 > サブジャンル:労務トラブル防止策

適正な労働時間の管理

適正な労働時間はどのように 管理すれば良いのでしょうか？

医療機関の使用者には、職員の労働時間を適正に把握する義務があります。

労働時間とは使用者の指揮命令下に置かれている時間であり、使用者の明示または黙示の指示により職員が業務に従事する時間は労働時間に当たります。

使用者が直接職員の出退勤を現認して記録をするのは難しく、基本的にはタイムカード、IC カード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録方法が現実的な手段となります。

また、タイムカード等の記録以外に、使用者の残業命令書及びこれに対する報告書など、使用者が職員の労働時間を算出するために有している記録があれば、タイムカードと突き合わせることで労働時間を確認し記録します。

労働時間の管理上、この突合による残業時間の管理が非常に重要です。

やむを得ず自己申告制により労働時間を把握する場合には、注意が必要です。

自己申告制の労働時間の記録は、労使紛争の際の記録証拠としてはタイムカード等の記録より弱いため、できるだけタイムカード等の客観的な記録で管理することが望ましいと考えられます。

◆労働時間の把握方法(原則的な方法)

- 使用者が、自ら現認することにより確認すること
- タイムカード、IC カード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること

◆自己申告制により始業・終業時刻の確認及び記録を行う場合の措置(一例)

- 自己申告制の対象となる職員に対して、労働時間の実態を正しく記録し、適正に自己申告を行うことなどについて十分な説明を行うこと
- 自己申告により把握した労働時間が実際の労働時間と合致しているか否かについて、必要に応じて実態調査を実施し、所要の労働時間の補正をすること
- 自己申告した労働時間を超えて事業場内にいる時間について、その理由等を職員に報告させる場合には、当該報告が適正に行われているかについて確認すること

(出典) 厚生労働省 労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドラインより一部抜粋

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:労務トラブル防止策

自主的に残業する職員の対応

自主的に残業する職員には、
どのように対応するのが良いのでしょうか？

自主的に残業する職員についてはどのように対応すればよいのか、対応を考えさせられる医療機関は多いと思われます。こうした残業対策については、残業の事前申請制度の導入が有効となります。

管理者の知らないところで職員が残業し、管理できない残業代が発生して時間外割増賃金を請求されるというケースも考えられます。

こうした把握できない残業を回避することに加え、必要のない残業を未然に防止するために、時間外労働や休日出勤を行う際に事前申請を取り入れる方法があります。

これにより、人件費の抑制や職員一人ひとりの労働時間がある程度把握することができる効果が期待されます。残業の事前申請制度を導入するには、就業規則にその旨を記載する必要があります。職員が予め時間外労働や休日出勤の必要があると判断したときは、その内容・理由や必要な時間数を事前申請書に記載して、所属長の許可を得るようにします。

また、許可のない自己の判断による時間外労働・休日労働については原則認めないものとして、残業管理を徹底します。この制度を導入する際に注意が必要なのは、事前に許可を得ていない残業時間についても医療機関がその事実を知りつつ注意しないで放置した場合、黙示の指示があったとみなされる可能性があることです。職場の管理者には、職員の業務の状況や労働時間を適切に把握するよう指導していくことが労務管理上必要だといえます。

◆就業規則の規定例

（時間外および休日労働等）

- 第〇条 業務の都合により、所定労働時間を超え、または休日に労働させることがある。
2. 業務の都合により、深夜（午後10時から午前5時まで）に労働させることがある。
 3. 法定労働時間を超える労働、または法定休日における労働については、あらかじめ院長は職員の過半数代表者と書面による労使協定を締結するとともに、これを所轄の労働基準監督署長に届け出るものとする。
 4. 職員は、業務を所定労働時間内に終了することを原則とするが、業務の進捗によりやむを得ず時間外労働・休日出勤の必要があると自ら判断した場合は、事前に院長に申請し許可を得なければならない。ただし、やむをえない事由により事前に届け出できない場合は、事後速やかに報告し、院長の承認を得なければならない。
 5. 職員が院長の許可なく時間外労働・休日労働をしても、労働の事実の確認（黙示も含む）をすることが出来ない場合は、当該勤務に該当する部分の通常賃金および割増賃金は原則として支払わない。