

2015.07.21

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

日病協 2016 年度診療報酬改定に向けて
10 項目の要望を公表

日本病院団体協議会

9 月上旬告示にむけ難病基本方針案を提示
9 項目の骨子案を了解

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向(月次版)
平成 27 年 2 月号

3 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

4 経営データベース

ジャンル:業績管理 サブジャンル:業績管理と予算管理

予算制度の活用方法
支出予算制度のポイント

医療情報 ヘッドライン ①

日本病院団体協議会

日病協 2016 年度診療報酬改定に向け 10 項目の要望を公表

日本病院団体協議会は 7 月 3 日、2016 年度の診療報酬改定に関する 10 項目の要望を公表した。

日病協は、医療関係の 12 団体（国立大学附属病院長会議、国立病院機構、全国公私病院連盟、全国自治体病院協議会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本社会医療法人協議会、日本私立医科大学協会、日本精神科病院協会、日本病院会、日本慢性期医療協会、労働者健康福祉機構）で構成される。診療報酬に関する要望を中心に活動しているほか、2015 年 2 月 27 日には、四病院団体協議会とともに、医療機関における消費税に関し、診療報酬の補填率を把握するための調査結果を公表している。

日病協の要望は、「病院医療に対して、安全および医療の質の向上に寄与するとともに、超高齢社会における国民の納得を得られる診療報酬制度の構築を目標」としており、具体的には次の 10 項目を挙げた。

- (1) 入院基本料の病棟群単位での選択性導入
- (2) 看護職の夜勤 72 時間ルールの見直し
- (3) 入院基本料等における重症度、医療・看護必要度の見直し
- (4) 医療を推進するためのコスト分析およびその反映
- (5) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の評価
- (6) 入院中の他医療機関受診時における制度の見直し
- (7) 医師事務作業補助体制加算の見直し
- (8) 維持期リハビリテーションの継続
- (9) 処置および手術の休日加算 1、時間外加算 1 および

深夜加算 1 の施設基準の要件緩和 (10) 調剤薬局の役割の明確化、院内調剤と院外調剤の不均衡是正、の 10 項目となっている。

このうち、(1) では、「2014 年 10 月に施行された病床機能報告制度に合わせ、単独もしくは複数の病棟で病棟群を設定し、入院基本料算定をできるようにすること」などが、また、(10) では、「病院薬剤師と調剤薬局薬剤師の技術料（調剤料など）の点数設定に大きな格差があるため、調剤薬局の役割の明確化」などが要望として公表された。

●四病協 多様な働き方を希望する労働者の増加への対応

四病院団体協議会（四病協：日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）は 7 月 3 日、医療機関における「専従の常勤従事者の解釈に関する要望」を公表した。

四病協は、全国組織の病院団体の連合体で、共同で各種の事業や要望活動を展開している。

現状の施設基準が規定する専従の常勤従事者の解釈は、「医療機関の定める所定労働時間をすべて勤務する者」のみであり、非常勤従事者の常勤換算は認められておらず、四病協は、その緩和を求めている。

具体的には、多様な働き方を希望する労働者や、増加傾向にある短時間雇用者の活用として、「複数の常勤従事者の勤務時間割合や、非常勤従事者の勤務時間の合算による、常勤換算を認めること」を要望している。

9月上旬告示にむけ難病基本方針案を提示 9項目の骨子案を了解

厚生労働省は 7 月 10 日、厚生科学審議会・疾病対策部会・難病対策委員会を開催し、同委員会は難病対策を進める基本方針を承認した。難病治療法の研究などにつなげるため、全国の難病患者のデータベースを蓄積・整備する。データベースには難病の医療費助成を申請した患者の年齢や病状などの情報を登録する。医療費助成は、現在計 306 疾患の約 150 万人が対象になっている。

この日、厚労省は今後の難病対策の方向性を定め、かつ、6 月 16 日の前回会合で骨子案が示された「難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針」案を示した。基本方針に関し、一定の整理がついたことで難病対策委員会はこれを了承した。

基本方針には、厚生労働大臣が定めることが、難病の患者に対する医療等に関する法律で規定されている。そのため同委員会では、2015 年 2 月から 5 月にかけて 4 回にわたり、関係団体や専門家から難病対策に関するヒアリングをしており、その内容は「主な意見」として、まとめられている。

次の工程としては 8 月下旬以降に委員会としての取りまとめと、パブリックコメントにつき疾病対策部会への報告が予定されている。

モデルケースには、難病患者への医療提供体制について疾患や領域ごとの特性に応じた具体像が盛り込まれ、8~9 月の告示の後に、

通知などの形で示されることになる。

厚労省は、このようなモデルケースをいくつか作成して都道府県に通知などで示す考えだが、その中には、難病に対する総合的な医療を提供する「難病医療の拠点病院」または「連携病院」構想も組み込まれるとみられる。基本方針は次の 9 本の柱で構成される（カッコ内は今後の方向性とされた主な事項）。

- (1) 医療などの推進の基本的な方向（少なくとも 5 年ごとに再検討）。
- (2) 医療費助成制度（医学の進歩に応じて診断基準や重症度分類を随時見直し）。
- (3) 医療提供体制の確保（国は、医療機関や診療科間との連携について具体例を示す）。
- (4) 人材の養成（国・都道府県は、指定医の研修テキストの充実など）。
- (5) 調査・研究（患者の実態やニーズを把握するための調査・研究を実施）。
- (6) 医薬品、医療機器、再生医療等製品の研究開発の推進（国は、実用的な研究事業を実施）。
- (7) 療養生活の環境整備（先駆的な難病相談支援センターを調査）。
- (8) 福祉サービス・就労支援・関連施策との連携（障害福祉サービスの対象について適宜検討）。
- (9) その他の重要事項（国民の理解が深まるよう啓発活動に努力）。

最近の医療費の動向

平成27年2月号

1 制度別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総計								
	医療保険適用								公費
	75歳未満	被用者 保険	本人	家族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳以上		
平成22年度	3.9	2.7	3.0	2.8	3.7	2.3	8.9	5.5	7.7
平成23年度	3.1	2.1	2.0	2.3	1.8	2.2	0.5	4.6	5.3
平成24年度	1.7	1.0	1.2	1.9	0.4	0.7	▲0.4	2.8	2.4
平成25年度	2.2	1.3	1.6	2.6	0.2	1.1	▲1.4	3.7	2.3
4～9月	2.9	1.9	2.4	3.4	1.2	1.5	0.3	4.5	3.0
10～3月	1.5	0.7	0.8	1.8	▲0.8	0.7	▲2.8	2.8	1.6
平成26年度4～2月	1.6	1.4	2.6	3.3	1.5	0.2	0.4	2.1	1.4
4～9月	1.4	1.2	2.0	2.6	0.7	0.4	▲0.7	1.7	1.2
10～2月	2.0	1.7	3.4	4.1	2.3	0.1	1.5	2.5	1.7
1月	3.0	2.8	5.5	6.5	4.3	0.3	4.0	3.3	2.5
2月	2.3	1.2	2.3	3.1	1.1	0.2	0.9	4.1	3.2

注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。

医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注 2. 「医療保険適用」の「70歳以上」には、後期高齢者医療の対象（平成19年度以前は老人医療受給対象）となる65歳以上70歳未満の障害認定を受けた者に係るデータが含まれる。

「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。

「公費」は医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

総計		診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	調剤	入院時 食事 療養等	訪問看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
平成 22 年度	36.6	29.6	14.1	13.0	2.6	6.1	0.8	0.08	14.9	19.0	2.6
平成 23 年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
平成 24 年度	38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
平成 25 年度	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
4～9月	19.5	15.6	7.5	6.8	1.4	3.4	0.4	0.06	7.9	10.2	1.4
10～3月	19.8	15.7	7.5	6.8	1.4	3.6	0.4	0.06	7.9	10.5	1.4
平成 26 年度 4～2月	36.4	29.0	13.9	12.6	2.5	6.5	0.7	0.13	14.6	19.1	2.5
4～9月	19.7	15.8	7.5	6.8	1.4	3.5	0.4	0.07	7.9	10.3	1.4
10～2月	16.7	13.2	6.4	5.7	1.1	3.0	0.3	0.06	6.7	8.8	1.1
1月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.01	1.4	1.8	0.2
2月	3.2	2.6	1.2	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2

注1. 診療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれていない。

注2. 入院時食事療養等には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

3 医療機関種類別概算医療費

(1)医療機関種類別医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

総計	医科計						医科 診療所	歯科計		保険 薬局	訪問 看護 ステー ション		
	医科病院	大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院	歯科 病院		歯科 診療所					
平成 22 年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	▲5.8	1.2	1.8	5.3	1.6	3.6	11.8
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲6.0	1.6	2.6	3.5	2.5	7.9	9.5
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲5.9	0.3	1.4	5.3	1.2	1.3	19.0
平成 25 年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9	14.3
4～9月	2.9	2.1	2.3	3.7	1.4	2.9	▲5.3	1.6	1.2	3.6	1.1	7.0	15.3
10～3月	1.5	0.8	1.1	3.3	0.1	1.6	▲7.5	▲0.1	0.5	2.4	0.4	5.0	13.3
平成 26 年度 4～2月	1.6	1.4	1.6	1.7	1.1	2.0	▲6.1	0.9	2.7	3.5	2.7	2.1	16.2
4～9月	1.4	1.1	1.3	1.9	0.8	1.7	▲6.2	0.5	2.5	3.5	2.4	1.8	16.4
10～2月	2.0	1.7	1.9	1.6	1.5	2.4	▲6.0	1.4	3.1	3.4	3.0	2.5	16.1
1月	3.0	2.8	2.5	1.9	2.6	2.8	▲6.8	3.6	3.1	1.7	3.2	3.5	8.8
2月	2.3	1.8	2.5	2.2	2.2	2.9	▲6.7	0.3	5.9	5.7	5.9	2.7	21.8

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（開設者が都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関をいう（ただし、医育機関を除く）。

注2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2)主たる診療科別医科診療所の医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科 診療所	内科	小児科	外科	整形 外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成 22 年度	1.2	0.9	2.5	▲ 3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
平成 24 年度	0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
平成 25 年度	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
4～9月	1.6	1.9	▲ 0.6	▲ 1.4	2.4	1.3	0.1	2.7	0.7	1.7
10～3月	▲ 0.1	0.1	▲ 1.9	▲ 3.1	1.2	0.2	▲ 1.6	2.4	▲ 4.8	0.6
平成 26 年度 4～2 月	0.9	▲ 0.4	2.0	▲ 1.4	2.8	1.6	0.3	3.8	4.5	1.5
4～9月	0.5	▲ 1.0	0.3	▲ 1.7	3.2	1.0	▲ 0.2	4.0	4.1	1.4
10～2 月	1.4	0.4	3.7	▲ 1.1	2.3	2.3	0.9	3.5	5.0	1.7
1 月	3.6	4.1	11.5	1.0	1.8	1.5	1.6	3.1	5.0	2.6
2 月	0.3	▲ 2.6	▲ 9.0	▲ 1.7	4.5	7.0	2.5	8.1	9.1	2.0

(3)経営主体別医科病院の入院医療費

●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科病院	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	医科診療所
平成 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3	3.2
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	▲ 2.2
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0
4～9月	2.0	1.5	1.6	2.2	3.2	▲ 3.5
10～3月	1.2	0.5	0.7	1.3	1.2	▲ 4.6
平成 26 年度 4～2 月	1.8	0.8	1.1	2.1	2.7	▲ 1.1
4～9月	1.5	0.2	0.8	1.8	2.4	▲ 1.8
10～2 月	2.2	1.5	1.4	2.5	2.9	▲ 0.3
1 月	3.0	2.4	2.7	3.0	2.3	0.8
2 月	2.9	1.8	2.2	3.2	3.2	▲ 0.5

注1) 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

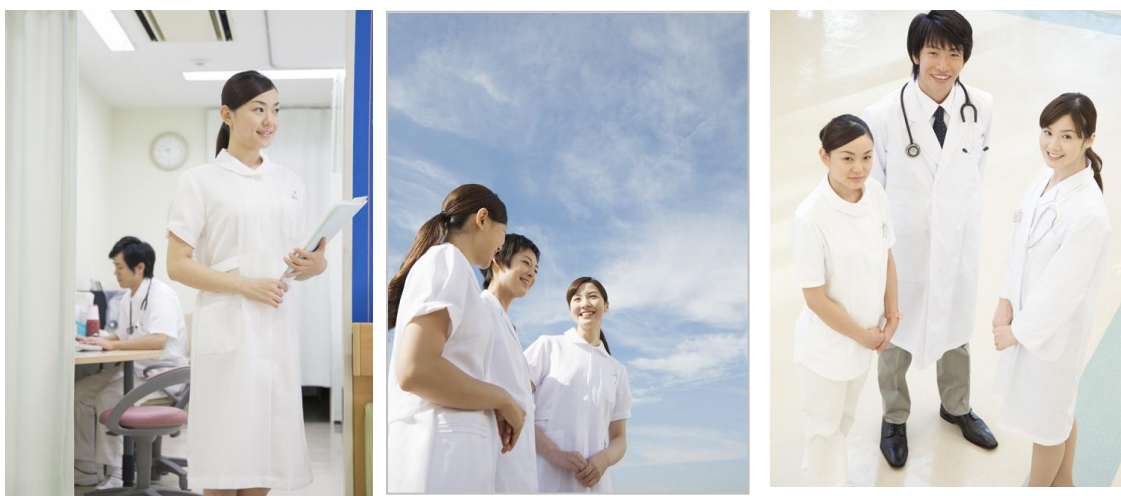
注2) 1施設当たり医療費は医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

「最近の医療費の動向(平成 27 年 2 月号)」の全文は、
当事務所のホームページの「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にとらえるべきです。

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なことであり、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サービス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。

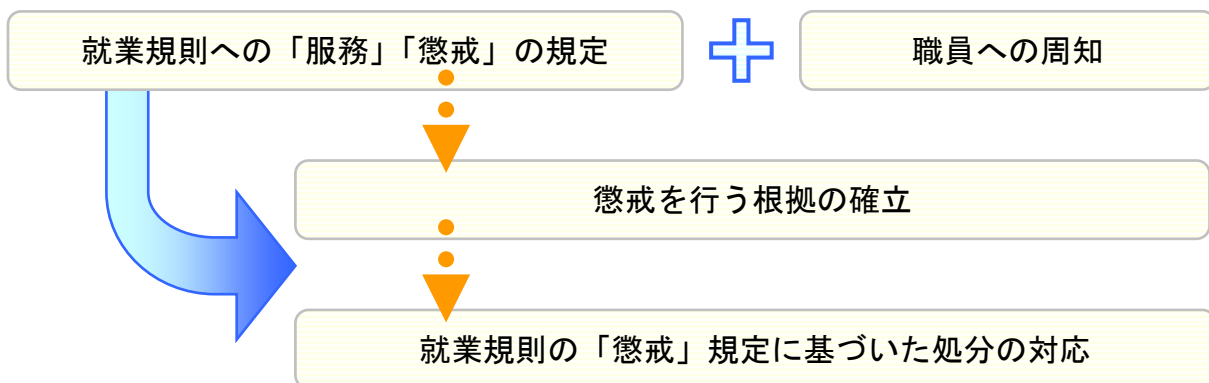
■ 規律を乱す職員に懲戒処分を実施する際の留意点

(1)「サービス」「懲戒」規程の役割と必要性

医療機関において、サービス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り、手順の不備があったり、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「[医療経営情報レポート](#)」よりご覧ください。

経営データベース ①

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 業績管理と予算管理



予算制度の活用方法

予算制度の活用方法を具体的に紹介してください。



経費節減を実行していく上で、予算額の目標を設定することは重要です。人は目標があると力を発揮できる場合が多いことから、積極的に運用すべきだといえるでしょう。

ただし、病医院全体で取組む予算管理については、エビデンスが必要です。

■ワンポイント

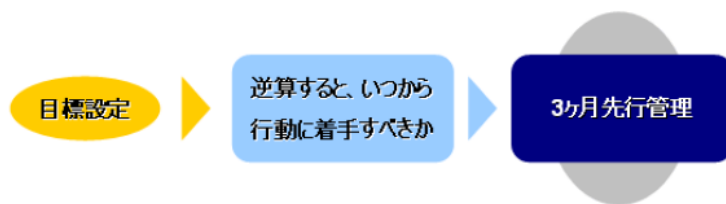
- モノを「使うとき」「購入するとき」には、職員の一人ひとりが「短時間で」「少ない費用で」できないかを考える。
- 出入り口に「節電への協力」を呼びかけるポスター等を掲示する。
- 診療に関わる材料・物品の節約には、診療行為に関わる職員（医師・看護師）だけでなく、看護補助者にも協力を求めることが重要。
- コ・メディカル職員にも経費節減に興味を示す人材は多い。
- 協力を要請することが経費節減の第一歩

予算制度は、活用しなければ意味を持ちません。具体的な活用方法として、実績分析と先行管理が挙げられます。

「なぜ予算が未達成だったのか」について検討する際には、収入と変動費、固定費と大きな区分から検証し、各勘定項目へと細部にわたって確認する作業を実施します。これによって、回避できない予想外の支出、あるいは無駄な支出があったのかを把握することができます。その作業の後には、対策を講じるために問題点を整理し、解決方針を明確にします。

このように決定した解決方針を受けて、「誰が」「いつまでに」「どのように」改善を行うのかを決定します。

先行管理を確実に行うことができれば、計画達成に大きく近づきます。「3ヶ月先行管理」の実践によって、さまざまな障害を取り払うことが可能となる一方、先行管理を行うことによって、新たな障壁の発生が事前に予測できることもあります。



■3ヶ月先行管理で三段構えの手を打つ

- 3ヶ月前に第1弾の手を打つ（目標の80%達成の準備）
- 2ヶ月前に第2弾の手を打つ（目標の90%達成の準備）
- 1ヶ月前に第3弾の手を打つ（目標の100%達成の準備）

経営データベース ②

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 業績管理と予算管理



支出予算制度のポイント

支出予算制度運用のポイントと、収入増加を図るための収入・支出管理の方法を教えてください。



支出における予算制度では、変動性予算と固定性予算に分けて考えます。院内で支出予算制を実施して経営健全化を図ることは、現在の医業経営環境においては不可欠です。そして、この支出予算は、固定しなければならない予算と、流動的に緩和できる予算とに分けて管理することが重要です。

固定性予算	● 人件費 ● 経費（事務用品、通信費、印刷費、研修費） ● 高額医療機器 ● 消耗備品（日用品）
流動性予算	● 医薬品費 ● 特定医薬材料費 ● 診療材料 ● 検査試薬

■人員増の試算例 ～考慮すべき要素

医師の場合	● 保険診療入院単価アップの額 ● 新入院患者数 ● 平均在院日数 ● 紹介患者数（逆紹介患者数） ● 手術・検査内容と件数
看護師の場合	● 看護配置（算定・加算）による増収 ● 新しい病棟計画による増収

収入から支出を引いたものが利益です。しかし、利益はおのずと生ずるわけではなく、医療機関の努力で生み出すものですから、利益を増やすためには、「収入増加のための活動」と「支出削減のための活動」の双方を継続して進めることが必要です。

これらの実践である利益を生み出すために必要な支出管理に向けて、支出を収入との関わりから3つに分けて整理すると、それぞれ適切な管理手法は次のようになります。

① 収支に関わらず、一定額が支出されるもの：賃借料、職員の給与等 ⇒ 一定期間固定的に支出される性格を持つため、この削減には施設・設備や人員等支出の対象物を変える要素が大きく、管理活動が必要
② 収入と直接関係ないが支出額が変動するもの：電話代・消耗品費等 ⇒ 支出実績を下げるのが基本となり、削減目標を設定した引下げ努力が必要
③ 収入と比例関係のある支出：仕入・販促費等 ⇒ 利益率の維持・向上の側面からの取り組みが必要