

2015.09.15

週刊WEB

発行

税理士法人ゼニックス・コンサルティング

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

国家戦略特区内で医師以外が医療法人の理事長就任可能に
医療法人の「非営利性」の徹底も通知

厚生労働省

グローバル展開を見据えた創薬

「後発医薬品シェア 80%時代」へ向け緊急集中的に実施

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成 27 年 5 月分概数)

3 経営情報レポート

職員満足度向上につなげる

時間単位有給休暇制度の活用法

4 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:医療事故とリスクマネジメントの現状

医療事故が多発する要因とは

病院全体で捉えた場合のリスクマネジメント

国家戦略特区内で医師以外が 医療法人の理事長就任可能に 医療法人の「非営利性」の徹底も通知

厚生労働省は、8月28日付で国家戦略特別区域の医療法人に関する、「理事長の認可（認可）」および「非営利性の徹底」について、都道府県知事あての通知を発出した。

9月1日から施行された改正特区法では、医療法の特例として、政令で定める基準を満たす場合、国家戦略特区における医療法人の理事長を、医師・歯科医師ではない理事から選出することを認可するとしている。候補者の経歴などを総合的に勘案し、都道府県の医療審議会の意見を聴いた上で、安定的な法人運営を損なう恐れがないと認められる場合に理事長に就任が可能となった。

ここまでの経緯は、5月末に開かれた国家戦略特別区域諮問会議（議長＝安倍晋三首相）で、国会に提出する特区法改正案に、国家戦略特区内において、医師以外の方が医療法人の理事長に就任する際に基準をクリアすれば、都道府県知事が認可するなどの規制緩和措置を盛り込むことを決めている。

今回通知の正式名は、「国家戦略特別区域における医療法第46条の3第1項ただし書の認可に関する取り扱いおよび医療法人の非営利性の徹底について」である。

現行では、医療法第46条の3第1項により医療法人の理事長は原則、医師又は歯科医師としている。これは医師又は歯科医師でない者の実質的な支配下にある医療法人において、医学的知識の欠陥に起因し問題が惹起されるような事態を未然に防止しようとするものだ。

また、同項ただし書により、厚生労働大臣

（同法第68条2第1項により読替）の認可を受けた場合は、医師又は歯科医師でない理事のうちから選出することができる。このただし書の規定に関する審査基準は「通知第一の」において示されている。

政府は、経営に精通した人が理事長になることで、経営効率が向上したり、ガバナンス（組織や社会に関与するメンバー：企業の株主、経営者、従業員、取引先などの主体的な作用による意思決定、合意形成のシステム）が強化されたりすると期待している。

「非営利性の徹底」については、国家戦略特区であっても、「営利を目的とする医療機関の開設は認められない（医療法第7条第6項）」、「医療法人の剰余金の配当は認められない（同法第54条）」などの事項を例示し、「医療における非営利性の確保は、医療の一般原則として当然に要請される」として、厳正に対処する必要があることを明示した。

■国家戦略特別区域とは

産業の国際競争力の強化及び国際的な経済活動の拠点の形成に関する目標を達成するため、国・地方公共団体・民間の三者から組織される国家戦略特別区域会議において協議し、国家戦略特別区域が認定される。

区域は、関東圏（東京・千葉成田市・神奈川、新潟市含む）、関西圏（保険外併用療養に関する特例 関連事業・国家戦略特別区域高度医療提供事業）、養父市（中山間農業改革特区）、福岡市（グローバル創業・雇用創出特区）、沖縄の6か所（区域）が認定されている。

グローバル展開を見据えた創薬 「後発医薬品シェア 80%時代」へ向け 緊急集中的に実施

厚生労働省は9月4日、「医薬品産業強化総合戦略」（副題：グローバル展開を見据えた創薬）を公表した。

総合戦略は、後発医薬品シェア80%時代にも、「国民への良質な医薬品の安定供給」、「医療費の効率化」、「産業の競争力強化」を三位一体で実現するための医薬品産業の競争力強化に向けた緊急的・集中的に実施するもので、「革新的医薬品・医療機器創出のための官民対話」などでの関係者の意見をふまえ策定された。

これは「経済財政運営と改革の基本方針2015（「骨太の方針2015」）に、「臨床上の必要性が高く将来にわたり継続的に製造販売されることが求められる基礎的な医薬品の安定供給、成長戦略に資する創薬に係るイノベーションの推進、真に有効な新薬の適正な評価等を通じた医薬品産業の国際競争力強化に向けた必要な措置を検討する」と盛り込まれている。

したがって、総合戦略では、

- (1) イノベーションの推進
 - (2) 質の高い効率的な医療の実現
 - (3) グローバルな視点での政策の再構築
- の3つの基本理念を打ち出し、重点項目を挙げている。

(1) では、「保険償還価格でのイノベーション評価」のため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度のあり方や、先駆け審査指定制度の対象医薬品などの評価のあり方を検討する。市場実勢価格に基づき薬価が決まる日本の薬価制度で、イノベーションを適正に評

価するため、単品単価取引の推進による流通改善を図るとしている。

(2) では、「基礎的医薬品などの安定供給の確保」のため、最低薬価では供給維持が困難な基礎的医薬品に関して、薬価上必要な措置などを検討する。さらに、「後発医薬品の使用の加速化」のため、国民負担軽減などの観点から、後発医薬品の薬価や、診療報酬・調剤報酬上の促進策、製造販売のあり方の検討などを実施する。

(3) では、国際薬事規制調和戦略で日本の知見を世界に発信する。PMDAにアジア医薬品・医療機器薬事トレーニングセンターを設置し、アジア規制当局のニーズに応じたトレーニング機会を提供する。後発医薬品メーカーがシェア目標達成後の市場を考え、将来を見越して集約化・大型化を含め企業のあり方を検討するよう促している。

総合戦略は、後発医薬品シェア80%以上の目標達成時期を決める2017年に、戦略の進捗状況を確認し見直しを行う。

【医薬品産業強化総合戦略（概要）】

○日本は世界で数少ない新薬創出国であり、知識集約型産業である医薬品産業は、「日本再興戦略」や「健康・医療戦略」においても、我が国の成長産業の柱の一つとして位置づけられている。

「後発医薬品80%時代」において、「国民への良質な医薬品の安定供給」・「医療費の効率化」・「産業の競争力強化」を三位一体で実現するため、医薬品産業の競争力強化に向けた緊急的・集中実施的な総合戦略を策定する。

病院報告 (平成27年5月分概数)

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27年5月	平成27年4月	平成26年3月	平成27年5月	平成27年4月
病院					
在院患者数					
総数	1 238 129	1 259 106	1 273 729	△ 20 977	△ 14 623
精神病床	291 383	291 979	292 515	△ 596	△ 536
結核病床	1 995	1 971	1 966	24	5
療養病床	291 772	293 850	295 328	△ 2 078	△ 1 478
一般病床	652 927	671 247	683 864	△ 18 320	△ 12 617
(再掲)介護療養病床	54 298	54 790	55 557	△ 492	△ 767
外来患者数	1 259 577	1 388 272	1 388 495	△ 128 695	△ 223
診療所					
在院患者数					
療養病床	6 609	6 739	6 879	△ 130	△ 140
(再掲)介護療養病床	2 554	2 617	2 662	△ 63	△ 45

- 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)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成27年5月	平成27年4月	平成26年3月	平成27年5月	平成27年4月
病院					
総数	76.9	79.1	79.3	△ 2.2	△ 0.2
精神病床	86.2	86.3	86.0	△ 0.1	0.3
結核病床	34.5	33.1	32.4	1.4	0.7
療養病床	88.2	88.9	89.2	△ 0.7	△ 0.3
一般病床	69.6	73.2	73.5	△ 3.6	△ 0.3
介護療養病床	91.8	92.3	92.3	△ 0.5	△ 0.0
診療所					
療養病床	60.1	61.1	60.7	△ 1.0	0.4
介護療養病床	73.6	74.4	75.1	△ 0.8	△ 0.7

- 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27年5月	平成27年4月	平成26年3月	平成27年5月	平成27年4月
病院					
総数	31.0	29.0	29.0	2.0	0.0
精神病床	284.1	266.8	264.5	17.3	2.3
結核病床	68.4	64.4	65.8	4.0	△ 1.4
療養病床	168.9	153.1	152.7	15.8	0.4
一般病床	17.4	16.4	16.6	1.0	△ 0.2
介護療養病床	328.7	300.4	299.4	28.3	1.0
診療所					
療養病床	106.1	97.6	99.1	8.5	△ 1.5
介護療養病床	103.5	97.4	97.5	6.1	△ 0.1

在院患者延数

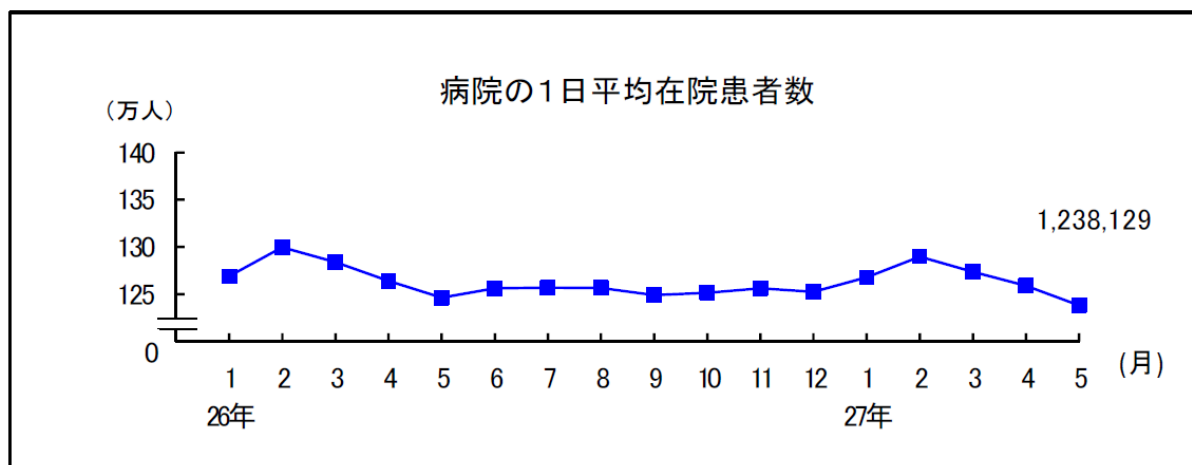
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

在院患者延数

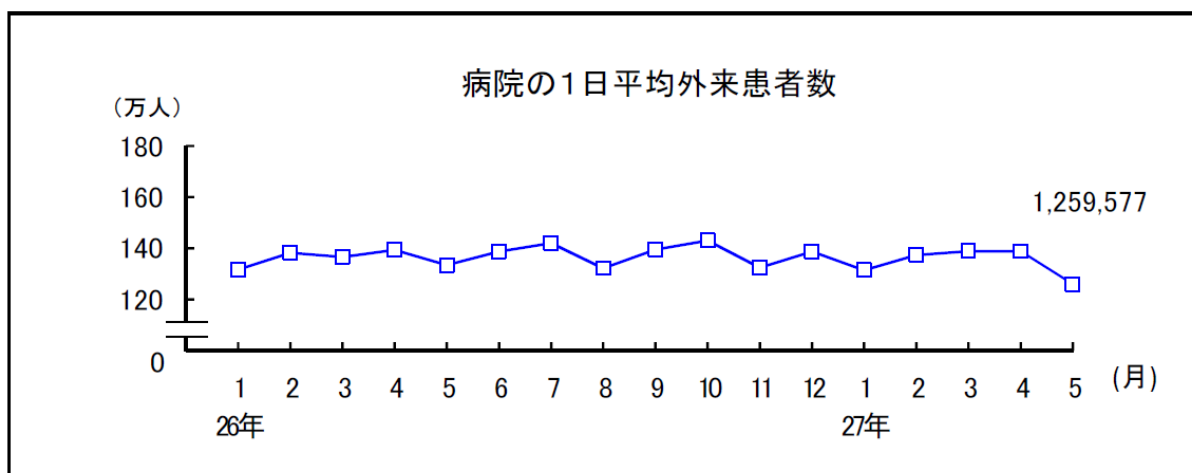
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{1}{2} \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

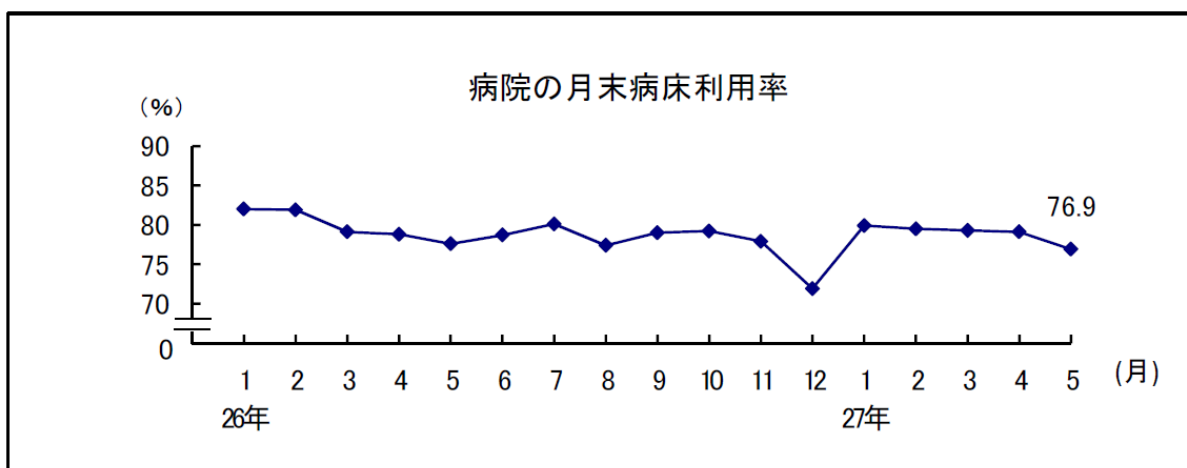
◆病院:1日平均在院患者数の推移



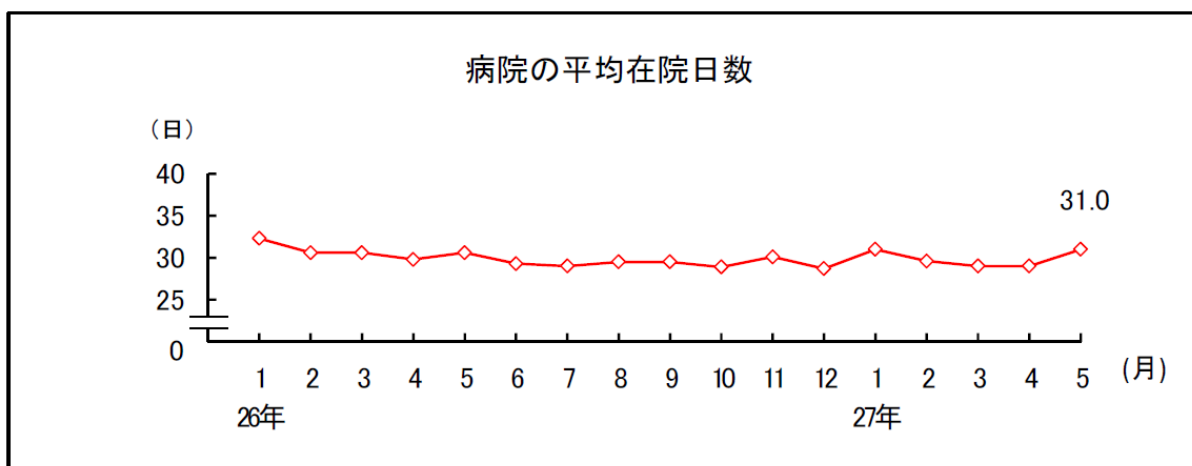
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



「病院報告(平成27年5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。

職員満足度向上につなげる 時間単位有給休暇制度の活用法

ポイント

- 1 時間単位で付与する年次有給休暇制度の概要
- 2 時間単位年次有給休暇導入時の実務ポイント
- 3 新制度導入に伴う就業規則の改定例
- 4 時間単位有給休暇制度の運用と活用のポイント



1 時間単位で付与する年次有給休暇制度の概要

■ 時間単位取得による年休制度を活用する

2010年4月の労働基準法改正により、書面による労使協定を締結した場合には、現在は原則として1日（半日も可能）を単位として付与される有給休暇について、時間単位で取得することが可能になりました。労使協定を締結すれば、年に5日を限度として、時間単位で年次有給休暇を与えることができます（時間単位年次有給休暇）。一方で、有給休暇取得状況の管理が複雑になり事務負担が増加するという印象があるため、医療機関での活用はまだ一部に限られています。

しかし、診療所のように比較的職員が少ない事業所の場合は、事務負担の増加という点を含めても、時間単位年次有給休暇の導入にメリットは大きく、運用に際して検討と留意点を踏まえれば、働きやすく職員定着率の高い職場環境づくりへの効果が期待できるのです。

(1) 時間単位で付与する有給休暇制度の導入

◆ 労使間の協定で定める事項

① 時間単位年次有給休暇（以下、「時間単位年休」）の対象労働者の範囲

対象となる労働者の範囲を定める。仮に一部を対象外とする場合は、「事業の正常な運営」を妨げる場合に限られ、取得目的などによって対象範囲を定めることは不可。

② 時間単位年休の日数

上限日数として、1年間の年次有給休暇日数の5日以内の範囲で定める。

③ 時間単位年休1日の時間数

1日分の年次有給休暇に対応する時間数を、所定労働時間数を基に設定。時間に満たない端数がある場合は、時間単位に切り上げてから計算（*）。

④ 1時間以外の時間を単位とする場合はその時間数

1時間以外の時間を単位とする場合はその時間数（「2時間」等）を定めなければならず、1日の所定労働時間数を上回ることは不可。

* 日によって所定労働時間数が異なる場合の取扱い

⇒ 1年間における1日平均所定労働時間数

（定めていない場合は、定めた期間における1日平均）

2 時間単位年次有給休暇導入時の実務ポイント

■ 時間単位年次有給休暇を導入する際の留意点

時間単位による年次有給休暇は、1人当たり年5日が上限（*）とされており、最低1時間から取得することができます。

本制度を新たに導入する際には、①労使協定の締結、②就業規則の変更、の2点を行う必要があります。就業規則については、規定変更に伴い、その旨の届出を労働基準監督署に行わなければなりません。導入自体は事業者には課せられた義務ではないため、基盤となるのは労使間の合意であって、この労使協定書の中には、主要事項だけではなく実際の運用を想定して必要な規程を盛り込んでおくと、スムーズな運用に役立ちます。

本章では、時間単位年次有給休暇を導入する際の実務上の検討事項を中心に解説します。

◆ 時間単位による年次有給休暇制度のポイント

- 導入は義務付けられていない
制度導入の是非については労使間の協議事項であり、あくまで任意（≠義務）
- 最大で年5日までの取得を設定可能
（*）「5日」の考え方：所定労働時間1日8時間のケースでは、40時間が上限となる
- 労使協定の締結が必要
時間単位による年次有給休暇の導入には、労使協定が必須（協定事項は別途解説）
- 就業規則の変更と労働基準監督署へ届け出
年次有給休暇を時間単位で取得可能とする就業規則の変更
+ 労働基準監督署に対する就業規則の変更届 + 変更に対する職員の意見書
- 計画的付与との関連
単位年次有給休暇は、「計画的付与」の対象外

(1) 労使協定で定める主要事項

時間単位年次有給休暇の導入に際して、労使間で定める主な事項は下記の4点です。ただし、これらを定めたとして作成した労使協定書は、労働基準監督署に提出する必要はありません。

◆ 労使協定に定める4つの主な事項

- ① 取得対象者の範囲
- ② 取得が可能な日数
- ③ 時間単位で取得する場合の1日当たり最大取得時間数
- ④ 取得する単位

3 新制度導入に伴う就業規則の改定例

■ 医療機関で対応が求められる事項

労使協定によって時間単位年次有給休暇の導入が決まれば、年次有給休暇に関する就業規則を変更するとともに、労働基準監督署に対しては、その旨の変更届とそれに対する職員の意見書を提出しなければなりません。

(1) 就業規則等各種関連規程の見直し及び整備

従来、医療機関はその業種の特殊性という要素もあって、時間外労働や勤怠管理のルール運用が曖昧な傾向が指摘されてきました。改正労働基準法の施行によって、36協定や勤怠管理、さらには時間外労働に関する割増賃金をめぐる規定についても見直しが求められています。

したがって、予め労使協定を締結するとともに、混乱なく円滑な運用を図るために、就業規則をはじめとする各種関連院内規程の見直し、あるいは整備を進めなければなりません。

◆ 医療機関における改正労働基準法の対応事項

- ① 就業規則における有給休暇規程の見直し
- ② 36協定（特別条項付）の見直し
- ③ 賃金規程の見直し
- ④ 勤怠管理の見直し

■ 就業規則における有給休暇関連規程の改定例

(1) 時間単位による取得を従前規定に追加する場合

年次有給休暇については、1日あるいは半日単位で付与していた医療機関が多いと思われませんが、新たに時間単位での年次有給休暇を導入する場合には、時間単位で付与する旨の規定を追加する改定を行わなければなりません。年次有給休暇取得に関する項目に、「1年間に5日を限度として1時間単位で取得できる」等、明記することが必要です。

(2) 円滑な運用を図るためにより詳細な定めを設ける場合

現行の年次有給休暇に関する定め、時間単位で取得する場合を追加し、当該条文全体を修正する改定も一つの方法です。

その際に、取得に当たっては事前申請の原則を明示するほか、また時間単位年次有給休暇は、1日あるいは半日単位の年次有給と異なり、医療機関（事業者）が指定した時期に職員（従業員）に有給を取得させる「計画的付与」の対象外となっていることから、その点についても明示しておくケースも考えられます。

4 時間単位有給休暇制度の運用と活用のポイント

■ 医療機関が時間単位年次有給休暇を活用する視点

病院に比べて、職員数が少ない診療所にあつては、日単位での有給休暇取得が困難であるため、長期間勤務していた職員が退職する際に、未取得の有給休暇日数分をすべて消化しようと考えて、退職予定日前に1か月近い休暇を取得することもあります。

この結果、業務の引き継ぎやシフト変更に支障が生じることは、いずれの医療機関にも頻出が想定される事態ですが、時間単位年休制度を導入することによって有給休暇取得が進み、こうした問題を回避することにもつながります。

◆ 時間単位年次有給休暇導入の効果

- 他職員に対する気兼ねや抵抗感が薄まる
- 家庭の諸事情に対応でき、働き方の選択肢を拡大する
- 正職員採用を諦めていた優秀な人材の雇用の門戸を広げる

処理事務の煩雑さ等の事務的作業負担は増える印象がありますが、実際に取得する時間数は、これまでの1日単位あるいは半日単位の年次有給休暇申請件数を考えても、職員数が少ない場合にはそれほど負担増には至らないと推測されます。

それ以上に、医療機関としての日常業務を円滑に行い、働きやすい職場環境を整えるためには大きな意義を持つといえるでしょう。

(1) 時間単位年次有給休暇のデメリット

2010年4月以降、時間単位年次有給休暇の付与が認められるようになってからも、そのデメリットとして指摘され、敬遠されがちとなっている要因には、有給休暇取得状況の管理が煩雑になるという点が挙げられます。

しかし、前章で紹介したように、労使協定で翌年に繰り越す有給休暇日数（時間数）の端数を切り上げる等のルールで合意すれば、その単位は従前と同様に1日あるいは半日となって、格別管理が面倒となるものでもありません。

経営データベース ①

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: 医療事故とリスクマネジメントの現状



医療事故が多発する要因とは

医療事故の増加には、どのような要因が考えられるのでしょうか。



近年、単純なヒューマンエラーを原因とする重大な医療事故が多発しており、その原因はさまざまです。

代表的な要因として、次のような点が指摘されています。

① 制度的なしくみの疲弊

1960年に導入された国民皆保険制度の基本コンセプトは「均質・均等・平等」であったことで、いわゆる護送船団方式的な考え方のもとに質の向上を怠ったり、リスクという概念そのものを希薄にしたりしたために、制度疲労が増大した。

② 医師中心のプロダクトアウト

医師や医療施設側、つまり提供側の論理（プロダクトアウト）により運営がなされ、患者主権が一般的になおざりにされ、顧客満足の充足（マーケットイン）への転換が遅れた。

③ 技術重視(医師中心)

医師と医療技術中心の運営、および専門技能者集団による縦割り組織が、チームケアへの転換を遅らせ、さらにリスクに対する全院的な対応を遅らせた。これが国際的な品質マネジメントシステムのしくみや、産業界における同様のシステムの導入を遅らせたとみられる。

④ 医療専門職のプロ意識の欠如

医師、看護師その他の医療専門職が、戦後のいわゆる「自由」の中でプロフェッショナルとしての倫理観や使命感を希薄にした。

⑤ 情報公開、患者主体医療の回復

IT化の推進と浸透によって種々の情報が入手しやすくなり、患者が医療における主権者としての意識を抱き始め、マスコミを通じて意見を述べるようになった。

⑥ 職員の不満

医療提供施設に働く職員（特に医師以外のスタッフ）が、その職場にいきがい、働きがいを見出すような職員満足(Staff Satisfaction)を図るための仕組みの不足・不備が顕在化している。

これらの要素を複合したものが、医療事故の多発原因に結びつくと考えられています。

経営データベース ②

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: 医療事故とリスクマネジメントの現状



病院全体で捉えた場合のリスクマネジメント

病院全体を対象とするリスクマネジメントの基本的な考え方を教えてください。



病院など医療機関が抱えるリスクのうち、内部要因からみたリスクには、大きく分けて「ファイナンシャルリスク」と「ビジネスリスク」があります。

これらはいずれも、病院経営の目的達成を阻害する原因となっています。

1. ファイナンシャルリスク

ファイナンシャルリスクとは、医業経営における財務面でのリスクです。医療機関を取り巻く環境の変化によって、従来型の政策的保護に基づく医業経営はもはや通用しなくなり、一般企業と同様の経営管理が求められています。

例えば、内部監査システムの構築による経営管理、ベンチマーク比較による管理統制が挙げられます。これらの導入によって、組織として目標管理や人事管理も行いやすくなり、個人に内在するリスク管理の実践にも役立ちます。

2. ビジネスリスク

医療そのものに潜在するリスクが、医療機関におけるビジネスリスクです。具体的には、医療事故、医療紛争などが該当します。

かつて実施された「医療事故シンポジウム」の調査によると、以下の項目が医療事故の主要な発生原因として挙げられており、これらがビジネスリスク要因であるといえます。

- ① 診療録の不備
- ② 医師の医療知識、技術の未熟性、独善性
- ③ 薬剤の過誤使用
- ④ チーム医療の未成熟
- ⑤ 意思の疎通性
- ⑥ 施設の診療能力の不足
- ⑦ 事故対策の未熟

これらの項目に対し、組織として現有の資産（ヒト・モノ・カネ）を踏まえて、具体的な対策を立てていくことが重要です。