

2015.12.22

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

<インフルエンザ>

プレパンデミックワクチンの備蓄を検討

11月30日～12月6日の定点報告数 0.21人

厚生労働省

医療従事者需給検討会 医師需給分科会

医療従事者の確保策や地域偏在対策を討議する初会合

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成27年8月分概数)

3 経営情報レポート

組織的な取組みで無駄を排除!

診療所コスト削減実践法

4 経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:資格基準

資格基準の構築

役割資格等級フレーム

医療情報 ヘッドライン ①

厚生労働省

<インフルエンザ> プレパンデミックワクチンの備蓄を検討 11月30日~12月6日の定点報告数0.21人

厚生労働省は12月11日、2015年第49週（11月30日~12月6日）におけるインフルエンザの発生状況（患者報告数）を発表した。患者報告数（定点医療機関約5000ヶ所）は定点医療機関当たり0.21人（前週より24%増—総数1,043人）で、48週（11月23日~11月29日）の同0.17人より増加し、都道府県別では、沖縄県0.95人（最多）、北海道0.73人、秋田県0.61人、富山（0.48人）、愛知（0.45人）、の順に多かった。秋田県や新潟県では、一部区域で集団発生も起きていることが報告されている。

●新型インフルエンザ対策で小委員会開く

厚生労働省は12月11日、厚生科学審議会・感染症部会の「新型インフルエンザ対策に関する小委員会」を開き、「新型インフルエンザ対策におけるプレパンデミックワクチンの備蓄」などについて討議した。

2013年度に備蓄した約1,000万人分のプレパンデミックワクチン（ベトナム株約500万人分、インドネシア株約500万人分）が、2016年度に有効期限切れを迎える。このため、2016年度のワクチン株の選定、対象人数、ワクチン製造方法の決定（鶏卵培養法と細胞培養法）が課題となっている。

11月に開催された同小委員会の「ワクチン作業班」会議では、「2016年度はチンハイ株ワクチンを備蓄すべき」との見解が示された。一方で、チンハイ株は2015年度中に有効期限切れを迎える。また、基本的にプレパンデミックワクチンは特定接種の枠組みで使用す

る想定で、1株あたり約1,000万人分必要だが、2015年度末までに、チンハイ株で新たに約1,000万人分を確保することは困難という懸案が挙げられていた。

「ワクチン作業班」の備蓄方針を受け、今回、厚労省は次のように提案している。

- ①既存のチンハイ株は、2015年度末に全て有効期限切れとなるが、製造の時間的制約上、同年度中に新たなチンハイ株約1,000万人分を備蓄することはできない。そのため、国立感染症研究所・審査当局などと引き続き協議を行い、2015年度中に有効期限切れを迎えるチンハイ株の有効期限延長に向けた調整を行う。
- ②2016年度末までに約1,000万人分のチンハイ株を備蓄する目的で、2015年度末をめどにチンハイ株の備蓄（約1,000万人分の内の一部）を開始する。
- ③2016年度にもチンハイ株の追加備蓄を行い、2016年度中に計約1,000万人分を確保できる体制を整える。

プレパンデミックワクチン

大流行（パンデミック）前に備えるワクチンの意。新型インフルエンザウイルスが世界的規模で同時に流行する前に、感染者などから分離されたウイルスをもとに製造されたワクチンのこと。

医療従事者需給検討会 医師需給分科会 医療従事者の確保策や地域偏在対策を 討議する初会合

厚生労働省は12月10日、「医療従事者の需給に関する検討会」の初会合を開催した。

医師・看護職員など医療従事者の需給を見通し、その確保策や地域偏在対策などについて検討する。この背景には、2025年の医療需給をふまえて策定作業が進められている地域医療構想において、病床の機能分化などに対応するためや、暫定的に医学部の定員が増員されていた措置の一部が2017年に終了することなどがある。

初会合では、検討会の「今後の進め方案」が、次のように示された。

- ① 下部組織として、「医師」、「看護職員」、「理学療法士・作業療法士」の各需給分科会を設置する。
- ② 医師需給分科会は、今後数年間の医学部定員のあり方を早急に検討する必要があることから、他の分科会に先行させて開催する。
- ③ 都道府県が2017年に第7次医療計画（2018年度～2023年度）を策定にするにあたって、医療従事者の確保対策を具体的に盛り込むことができるように、各分科会とも2016年内の取りまとめを目指す。医療制度のあり方が焦点となった第6次医療法改正の主な内容は、下記のとおりである。
 - (1) 医療機関の医療機能報告制度と都道府県における地域医療ビジョンの策定
 - (2) 看護師が一定条件の下で診療補助行為のうちの特定制を実施できる制度の創設
 - (3) 第三者機関創設を含む医療事故調査制度の創設

- (4) 医療機関の勤務環境改善マネジメントシステムの創設
- (5) 特定機能病院承認における更新制の導入
- (6) 外国医師等の臨床修練制度の見直し等

●下部組織「医師需給分科会」開かれる

厚労省は②をうけて、同日、検討会の下部組織「医師需給分科会」の初会合も開催した。

需要推計や地域偏在対策について、初会合を含む3回の会合で議論した後、2016年3月末に「中間報告骨子」、翌4月末に「中間報告」、12月には「報告書」を取りまとめることが示された。なお、秋以降には都道府県の地域医療構想がおおむね出そろうことから、2020年度以降の「医学部定員」などについても検討することが明示された。

【医師の需給に関する基礎資料】

医師数は近年、死亡などをのぞいても毎年、4,000人程度増加している。また、2012年の「人口10万対医師数」は237.8人（2010年比7.4人増）である。

2012年における都道府県別の「人口10万対医師数」は、京都府の296.7人が最多、埼玉県の148.2人が最少であった。

2016年度における「医学部の入学定員」は、9,262人と過去最大規模。これは、2015年度より128人の増員となる。

経済協力開発機構（OECD）加盟国における人口1,000人あたり臨床医数（2013年）は、加重平均で2.8人。日本は、2.3人（2012年）となっている。

病院報告 (平成27年8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8月	平成27年7月	平成26年6月	平成27年8月	平成27年7月
病院					
在院患者数					
総数	1 256 264	1 253 222	1 251 385	3 042	1 837
精神病床	292 824	292 420	292 068	404	352
結核病床	2 054	2 073	2 049	△ 19	24
療養病床	291 879	291 510	292 010	369	△ 500
一般病床	669 447	667 161	665 205	2 286	1 956
(再掲)介護療養病床	53 317	53 674	53 967	△ 357	△ 293
外来患者数	1 320 872	1 410 288	1 436 828	△ 89 416	△ 26 540
診療所					
在院患者数					
療養病床	6 480	6 537	6 539	△ 57	△ 2
(再掲)介護療養病床	2 491	2 512	2 547	△ 21	△ 35

- 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8月	平成27年7月	平成26年6月	平成27年8月	平成27年7月
病院					
総数	78.8	79.5	79.1	△ 0.7	0.4
精神病床	86.4	86.7	86.4	△ 0.3	0.3
結核病床	37.0	37.0	36.6	△ 0.0	0.4
療養病床	88.3	88.6	88.5	△ 0.3	0.1
一般病床	72.8	73.8	73.3	△ 1.0	0.5
介護療養病床	91.8	92.0	91.8	△ 0.2	0.2
診療所					
療養病床	60.3	60.5	60.0	△ 0.2	0.5
介護療養病床	72.7	74.3	73.7	△ 1.6	0.6

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

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8月	平成27年7月	平成26年6月	平成27年8月	平成27年7月
病院					
総数	28.7	28.2	28.1	0.5	0.1
精神病床	277.3	262.7	256.5	14.6	6.2
結核病床	71.1	68.2	66.9	2.9	1.3
療養病床	164.1	158.9	156.2	5.2	2.7
一般病床	16.2	15.9	15.8	0.3	0.1
介護療養病床	340.5	318.2	304.2	22.3	14.0
診療所					
療養病床	105.3	102.3	99.0	3.0	3.3
介護療養病床	111.5	99.4	99.4	12.1	0.0

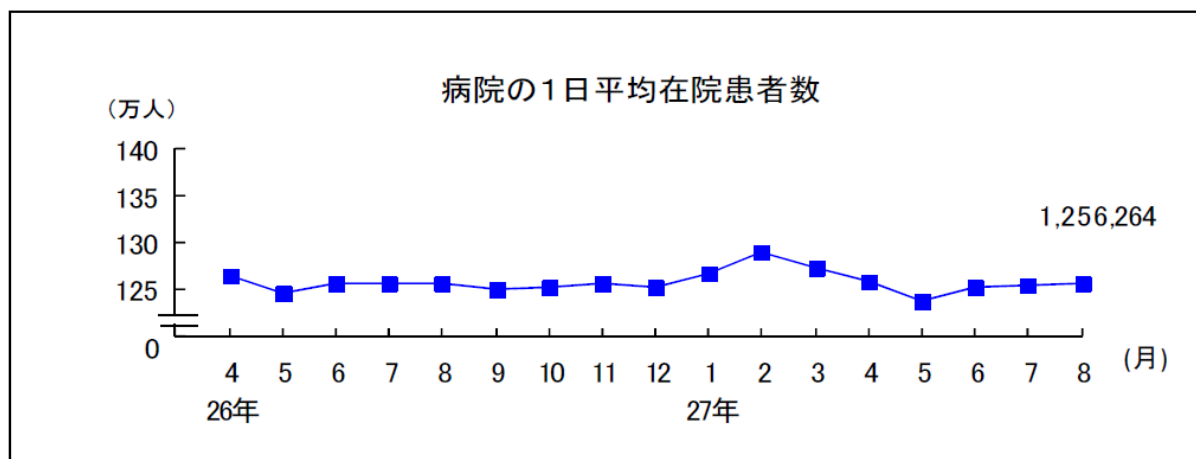
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

在院患者延数

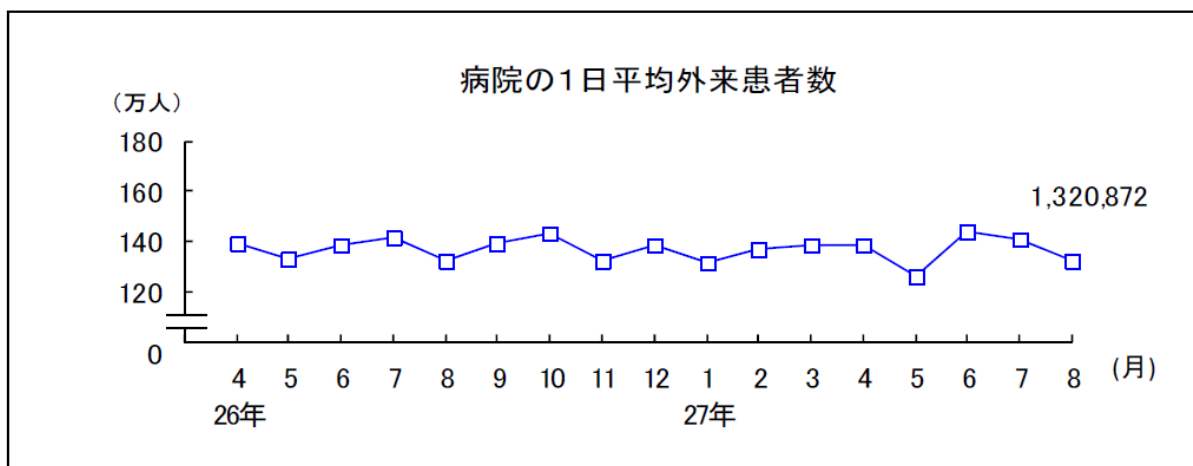
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{1}{2} \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

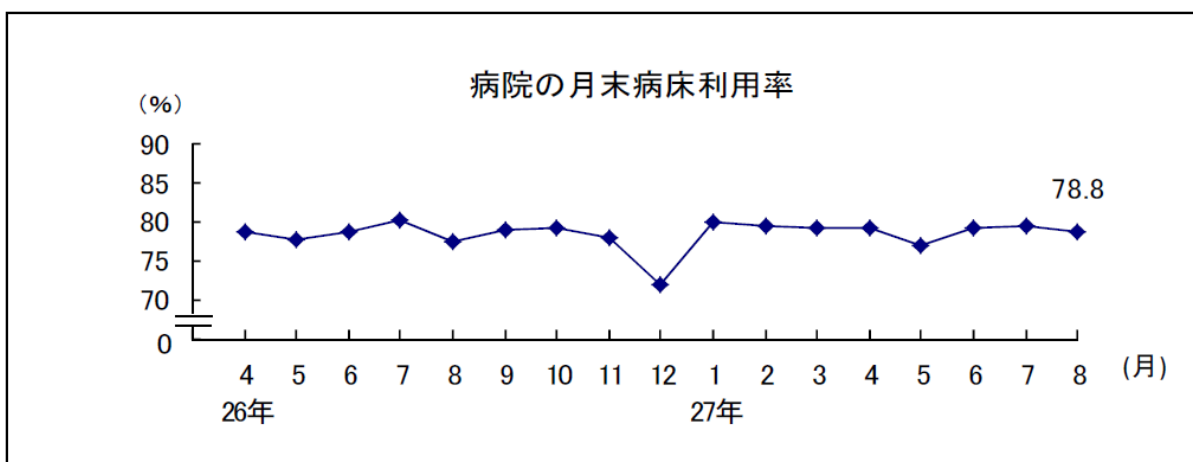
◆病院:1日平均在院患者数の推移



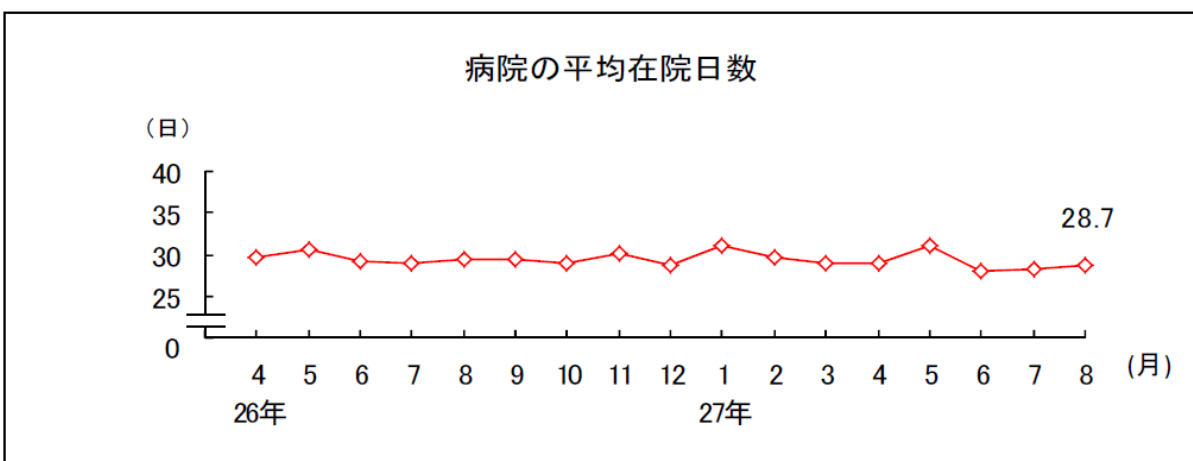
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆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8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。

組織的な取り組みで無駄を排除！ 診療所コスト削減実践法

ポイント

- ① コスト削減の鉄則と職員意識改革
- ② 使用量把握・委託先見直しによる変動費削減
- ③ 業務・支給方法・手当の見直しで人件費圧縮
- ④ 省エネ・支出管理による固定費削減



■参考文献

『みるみる<利益>が増えていく！経費節減徹底マニュアル』すばる舎リンクージ
『今すぐ使える、効果が出る！「病院の業務」まるまる改善』日本医療企画

1 コスト削減の鉄則と職員意識改革

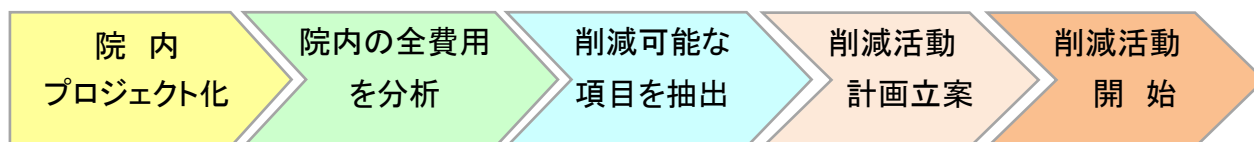
■ コスト削減のための4つの鉄則

コスト削減に取り組む上で徹底しなければならない鉄則は、以下の4つです。

- ①コスト削減に関する方針を示す
- ②リーダー職が率先してコスト削減を徹底する
- ③職員に当事者意識を持たせる
- ④何事もまずお金をかけない方法を考える

院長が、コスト削減に関する明確な方針を示すことが重要です。それは、コスト削減を推進する際に、状況によっては、賃金制度の見直しや、取引先の変更や取引停止のように、経営者でなければ決定を下すことができない項目にも目を向ける必要があるからです。

■ 全体フロー



■ 固定費の変動費化と細かい削減へのこだわり

コストには、売上の増減や患者数にかかわらず一定額が発生する固定費と、売上や患者数に連動して変動する変動費という2種類があります。

このうち、固定費の構成比率が高いと、収入が減少した場合には、赤字に転落しやすくなります。つまり、変動費の構成比率を高めるようにすることが、利益を確保するポイントになります。

■ 固定費を変動費化する主な項目

- ◆ 賞与を業績連動にする
- ◆ パート、アルバイトの活用
- ◆ アウトソーシングの活用

■ コスト管理体制の構築と意識改革

コスト削減などの業務改善に着手すると、最初のうちは全員が意識して取り組むため、ある程度の成果が得られます。しかし、少し改善できたからといって、監視の目を緩めてしまえば、いつの間にか元に戻っていることもあります。場合によっては、以前より悪化してしまうことも少なくありません。

リーダー職は、決して監視の目を緩めることなく、常に改善しようという意識を持ち続けることが重要になってきます。

2 使用量把握・委託先見直しによる変動費削減

■ 変動費削減マネジメントの基本

月次損益計算書などは、費用科目を元帳からエクセルシート等へ落とし込み、月次展開できるようにします。これにより、本来固定費と考えていたものが、想定外の変動を示し、特定の月だけが極端に増加しているといった勘定科目がひと目で確認できます。

■ 医療材料費削減の組み立て

医療材料費は医療機関の規模や機能、役割によって大きな差があるため、標榜科目などに応じて削減への取組みを進める必要があります。

① 単価×量の分解とロス構造の把握

物の費用の削減において重要なのは、「単価×量」の分解と「ロス構造」の把握です。単価と量を分解することにより、購入の仕方と使い方の見直しが改善の方向性となるうえ、ロスの構造を把握することで、どこでどのような無駄が発生しているかを明らかにすることができます。

② 単価とロスの削減ポイント

- 1回あたりの購入量を増加させることによる単価の引き下げ
- 無駄な使用を防止するための教育、指導の実施
- 部門ごとに消費量の実績を掲示し、過剰使用防止への啓発
- 複数の施設がある場合、法人全体で一括購入・管理し、各施設へ必要な量だけ供給する仕組みに変更

■ 検査委託費関連項目削減のアプローチ

◆ Aクリニック(整形外科)の事例と見直し効果

Aクリニックでは、検査業務を委託していたB検査センター(月額委託料は平均で504千円)からC検査センターに切替えた場合、下記のような見積もりとなりました。

■ C検査センター検査実施料

期間	検査委託費
契約から3年間	実施価格の5%
4年目以降5年目まで	実施価格の半額
5年目以降	実施価格の85%

最初の3年間は現在の委託料の5%で、3年間合計では907.2千円となり、約17,237千円の削減効果が得られます。

※ただし、委託先変更によりオーダーの流れが変わってしまうケースがあるため、院内全体のコンセンサスを得る必要があります。

3 業務・支給方法・手当の見直しで人件費圧縮

■ 業務見直しによる時間外削減

多くの診療所では、最低限の人員数で業務を行っており、レセプト提出前などの繁忙期には一定の残業や休日出勤が必要になるのが一般的ですが、それが恒常的になっているようであれば、人件費増加や人材の疲弊など最悪のリスクを抱えていることになります。

(1) 時間外労働のチェック

① 職員の残業状況を把握する

賃金台帳やタイムカードをチェックし、職員全体の時間外労働の現状を把握します。

② 時間外労働が特に多い職員がいる場合

残業や休日出勤が特定の個人に集中する傾向があると捉え、業務内容の調査が必要です。

(2) 時間外労働見直しポイント

特定の職員に時間外労働が多いのであれば、個人の業務効率が低い、又は他の職員との業務バランスに原因があることが推測されるため、個別の研修や教育による能力アップや、特定の職員に負担が集中したりしないように、業務フローや職務の割り振りの見直しが必要です。

■ 給与の見直しによる人件費圧縮

毎月納付する社会保険料は、原則として4～6月に支給された給与にその後1年間拘束されます。毎月納付する社会保険料を節約するためには、まず「7月1日の算定」と「月変」の仕組みを理解することが重要です。

① 標準報酬月額各等級に対する“給与額の幅”に注意

② 昇給は7月（以降）の給与で実施

③ 精勤手当などの出来高給は奇数月に隔月支給

④ 育児休業月変の有効活用

(1) 各種手当見直しによる人件費圧縮

医療機関は、職員の大部分が医療の有資格者で構成されていることから、一律人件費カットは難しい状況ですが、固定費最大の項目でもあり、人事評価制度の構築などによってメリハリをつけるなど、圧縮に向けた取組みは必要です。

イ) 支給目的が明確でない手当の洗い出し

支給意義のないもの、根拠が不明確な手当を洗い出し検討します。

ロ) 各種手当を廃止する場合の留意ポイント

● 給与規程改定の全職員対象説明会実施 ⇒ ● 労働者代表から意見書の提出を求める ⇒ ● 労働基準監督署へ届出

4 省エネ・支出管理による固定費削減

■ 省エネ・省資源によるコスト削減

省資源・省エネへの取り組みは、紙・ゴミ・電気の節約など身近な活動ですから、小さな積み重ねが非常に重要になってきます。

対象	細区分	実施項目
電気使用量の削減	1. 冷暖房装置	(1) 冷暖房の設定温度 (2) 省エネルギー機器の導入
	2. 照明装置	(1) 業務開始10分前からの点灯実施 (2) 廊下、階段等の共有部分の部分点灯 (3) 昼休み全消灯の実施
	3. OA 機器	(1) 昼休み、帰宅時の電源 OFF (2) 省エネルギー機器への更新
	4. その他	(1) 夜間・休日時のエレベータ運転台数の制限 (2) 職員及び来訪者への階段使用の呼びかけ
水使用量の削減	1. 上下水道	(1) 水漏れ点検の実施と対策 (2) 給水の減圧調整の実施 (3) 改修・更新時に節水機器を導入
	2. 下水使用量	(1) トイレの2度流し、歯磨き時の流し放し禁止 (2) 改修・更新時に節水機器を導入
紙使用量の削減	コピー用紙	(1) 印刷物の両面コピーの実施 (2) 不要書類の回収箱の設置 (3) ペーパーレス化（電子・磁気媒体による保管の実施） (4) プロジェクター使用による会議配布書類の廃止

■ 利用制限と支出管理によるコスト削減

固定費の中でも、3K費用といわれる「広告宣伝費」「交通費」「交際費」の削減は、非常に重要です。その利用制限と支出管理をポイントに、役員や医師との関係において、タクシーチケット等の使用や、ゴルフ、飲食といった費用に対して管理をなおざりにしがちであるため、重点対象として管理を徹底します。

■ 3K費用削減のポイント

- 支出の廃止と利用制限
- 費用対効果の検証
- 徹底した監視体制化での支出管理

① 広告宣伝費

現在支払っている広告をすべて抽出し、効果の少ない広告を中止します。

② 旅費交通費

出張旅費等のルールを見直してみると、様々なムダが潜んでいることもあります。

③ 接待交際費

ゴルフコンペ、飲食接待、商品券の贈答、お中元・お歳暮などは最低限の支出に抑えます。

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。

経営データベース ①

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 資格基準



資格基準の構築

職員の資格基準は、どのようなステップで構築すればよいでしょうか。



経営ビジョンを達成するためには、職員一人ひとりの役割を分担し、これを果たすための責任と必要な能力を明示する必要があります。人事制度の構築は、これを明示するための基準作りから始まります。

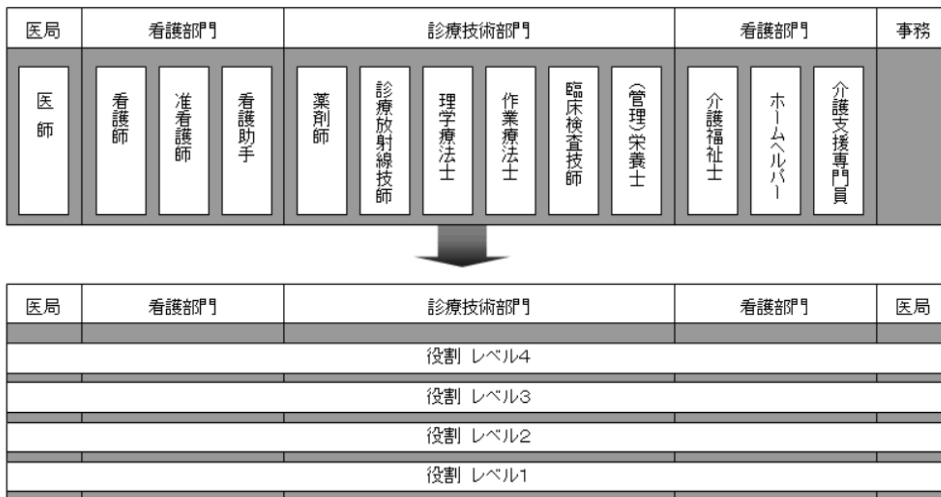
資格基準とは、病院が経営ビジョン達成のために、職員一人ひとりに求めるこれら「役割責任」、「発揮能力」の基準を明示したものです。この基準に沿って、職員の等級を決め、仕事分担、能力開発、評価や処遇といった各制度を組み立てて運用します。

従来の医療機関、特に多職種が集まる病院の人事制度においては、職種（保有ライセンス）の違いをベースに採用形態や給与、教育等が運用されていました。

しかし、チーム医療による効率的で質の高い医療提供が求められる中では、縦割り組織ではなく、横の連携を重視した組織作りが必要です。

そのため、職種を重視した組織体制や人事制度を改め、役割と能力を基準とした資格（等級）をベースにした運用がカギになります。保有資格ごとの専門性を追求するのはもちろんですが、経営ビジョンを達成するための組織としての役割とは、資格の壁を取り払うことなのです。

■資格基準のステップ



なお、紹介率を要件とする加算は廃止されたものの、急性期病院にとって紹介率の向上は、地域医療連携の充実を測る指標として重要なものです。専門特化による役割の明確化と共に、推移を分析・検証して、今後の見通しを立てる材料にします。

●step 1 役割資格フレームの設計

役割資格フレームの枠組み設計、等級数、役割・能力基準、該当役職等の検討

●step 2 役割責任・発揮能力の詳細化

職務調査による役割・能力の洗い出し、役割責任・発揮能力の分類とグレード決定

●step 3 役割基準の運用ルールの検討

新入職員、中途採用職員の格付けルールの検討、昇格、降格ルール等、配置転換の検討

経営データベース ②

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 資格基準



役割資格等級フレーム

役割資格等級フレームの設計方法及び、役割と等級の関連付けについて教えてください。

■役割資格フレームの枠組み設計



まず着手するのは、「役割資格フレーム」の枠組みの設計です。

役割資格フレームとは、人事制度全体の設計図に該当し、病院で必要な役割と役割を果たすために必要な能力の基準を等級ごとに定義し、職員の組織上の位置づけを明確にしたものです。このフレームを軸にして、評価や処遇といった他のシステムを連動させて運用します。

最初に、全部門・職種に共通するものを作成し、その上で部門・職種により、病院内での位置付け、仕事の内容、役割分担、必要能力も異なるため、病院共通のフレームを細分化する必要があります。

■役割と等級の関連付け

役割の重要度や困難度は「等級」で表現します。経営ビジョンを達成するためには、院内においてどのような役割が必要で、どのように分担すれば、最も効率よく達成できるかを十分議論することが必要です。この役割が固まれば、役割の重要度、困難度に応じて、段階別に区分したものを等級という形で示し、必要な役割や発揮能力

役割	等級	発揮能力	職 種										
			管理職		専門職						総合・一般職		
方針具現者		経営	院長	副院長									
			部長	事務長									
利益創出者		管理	医局長										
			師長	科・課長									
サービス統括者	4	判断			医師	看護師・准看護師	薬剤師	診療放射線技師	OT・PT	管理栄養士・栄養士	他	事務職	非専門職
	3	育成											
サービス提供者	2	一般常識											
	1	専門知識・技能											

の深さを表現します。等級をどのくらいの数にするかは、病院の職員構成、人事施策、将来の発展予想等に基づいて決定します。さらに、役割にふさわしい肩書きと責任、権限を「役職」を通じて与えることが重要となります。職能資格制度では、能力を向上すると昇格となるので各等級には職員数の制限はなく、4等級以上の職員であれば主任になる資格を有し、仮に主任を降りても等級は変わらないといった運用がなされています。このように、職能資格制度における等級と役職との相互関連は弾力的であり、等級を優先させることとなります。

しかし、ビジョン達成型人事制度の資格基準については、あくまで役割を優先するため、必要な役割を分担し、同様の役割を何名で実施するのかを十分検討する必要があります。役職者の数と該当する役割区分の職員数は等しくなり、昇格には定員があります。限りあるポストに就くのは、最適任者のみであることを前面に打ち出すことによって、年功的な運用を可能な限り排除することができます。