

医療情報
ヘッドライン

基準病床数、医師確保の目標値設定等 第7次医療計画の作成指針で見直し

▶厚生労働省

協会けんぽ、6年連続で黒字の見通し 不測の事態に備える準備金も確保

▶全国健康保険協会

経営
TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)(平成28年4月分)

経営情報
レポート

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

経営
データ
ベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:クリニックの人事制度
**能力主義人事制度の導入について
人事評価の進め方**

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

基準病床数、医師確保の目標値設定等 第7次医療計画の作成指針で見直し

厚生労働省の「地域医療計画の見直し等に関する検討会」の第3回会議が、7月15日に開催された。

この会議では、第2回に続き、2018年度からの第7次医療計画の作成指針等の見直しについて議論が行われ、基準病床数、医療機器の配置、医師確保の目標値の設定やその対策などが論点となった。

■基準病床数、医療機器の配置などを継続議論

医師確保の目標値は、第7次医療計画から新たに盛り込まれる。厚労省の「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」の5月の中間取りまとめでは、「都道府県が策定する医療計画」において、引き続き「基準病床」「医療機器の配置のあり方」などが継続議論されてきた。

厚労省は、現行の医療計画は5年間の基準病床を算定しているものの、第6次医療法改正で、医療計画の計画期間を5年から6年に変更していると説明した。

また、一般病床の基準病床数の算定に用いる「平均在院日数」は、医療計画作成時の直近の統計調査の値を基に1割の短縮を見込んでいる。

しかし厚労省は、地域によっては、見込みほどには実際の平均在院日数の短縮がされないことも推測されると指摘し、さらに、直近の値を用いる一般・療養病床の「病床利用率」の推移は、いずれも低下傾向にあると述べた。

これらを踏まえ、今回、厚労省は「基準病床数

制度」に関する論点案を、次のように示した。

「基準病床数制度」に関する論点案

- 基準病床数を算定する計画の期間について、5年間の基本としていたが、計画期間が5年から6年に変更になったことを踏まえ、どのように考えるか
- 一般病床の算定での平均在院日数の経年変化の見込みについて、現在、全国一律としているが、今後、どのように考えるか
- 病床利用率は直近の病床利用率を用いることになっているが、今後、どのように考えるか
- 流出超過加算（流出超過分の患者数の3分の1を病床換算したものを限度とする加算）について、現行の医療提供体制等も踏まえ、今後、どのように考えるか

さらに、厚労省は基準病床数と必要病床数に関し、基準病床数は現時点で必要とされる病床数であることに対し、地域医療構想では医療需要の変化に応じた将来、2025年の病床の必要量（必要病床数）を定めていると指摘している。

このため、基準病床数と必要病床数の関係について整理が必要として、ワーキンググループでの考え方の整理を提案した。

協会けんぽ、6年連続で黒字の見通し 不測の事態に備える準備金も確保

中小企業の従業員らが加入する全国健康保険協会(協会けんぽ)は7月14日、昨年度・平成27年度の決算で、6年連続の黒字となる2453億円(前年度比1383億円増)を計上したと発表した。これは加入する従業員の増加や賃金の上昇で保険料収入が増えるなどしたため、協会けんぽは、主に中小企業などの従業員やその家族らおよそ3700万人が加入する健康保険で、08年10月に設立された同協会が、国に代わって運営している。

■インフルエンザ大流行等不測の事態にも対応

15年度の協会けんぽは、被保険者の人数や標準報酬月額が増えたことにより保険料収入が増加し、全体の収入は前年度比1.5%増の約9兆2418億円となる見通しとなっている。一方支出は、加入者1人当たりの医療給付費が08年度以降、過去最高となることなどにより、同3.0%増の約8兆9965億円(前年度比2656億円増)となる見込みである。

インフルエンザが大流行した時などの不測の事態に備える準備金については、健康保険法で保険給付費や高齢者拠出金などの支払いに必要な1カ月分を積み立てることが義務付けられているが、15年度は1.9カ月分に相当する金額(約1兆3100億円)確保できるとしている。

しかし同協会は、08年度以降、加入者1人当たりの保険給付費が増え続ける一方、加入者の標準報酬月額は同年に起きた「リーマンショック」前の水準まで回復していないこ

とが課題と指摘する。今後も加入者に対し、健康診査の受診などを呼び掛ける方針だ。全国健康保険協会は「黒字にはなったものの、高齢者医療への負担金が支出の4割程度を占めていて負担は重く、1人当たりの医療費の伸びも賃金の伸びを上回っているため、楽観できる財政運営ではない。高齢者医療への負担を軽減するため公費投入を拡充させるなどの改革が必要だ」としている。

協会けんぽの決算見込み(医療分・抜粋)

<全体の収支状況>

- 平成27年度は収入(総額)が9.2兆円、支出(総額)が9.0兆円となり、収支差は2,500億円となりました。

<収入の状況>

- 収入(総額)は前年度から1,400億円の増加となりました。主に「保険料収入」が3,100億円増加したことによるものですが、これは景気が回復基調にあることから保険料を負担する被保険者の賃金が上昇していることに加え、被保険者数が増加したことが要因です。なお、収入のうち「国庫補助等」及び「その他収入」については減少(1,700億円)しました。

<支出の状況>

- 支出(総額)は前年度から2,700億円の増加となりました。支出の6割を占める「保険給付費」が3,200億円増加しましたが、前年度からの増加額が3,000億円を超えたのは協会による医療保険運営が始まった20年度以降では初めてのこととなります。

介護保険事業状況報告(暫定)

(平成28年4月分)

概要

1 第1号被保険者数(4月末現在)

第1号被保険者数は、3,387万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(4月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、621.5万人で、うち男性が192.4万人、女性が429.1万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.0%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、390.1万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、41.6万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

5 施設サービス受給者数(現物給付2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

施設サービス受給者数は91.7万人で、うち「介護老人福祉施設」が51.1万人、「介護老人保健施設」が35.1万人、「介護療養型医療施設」が5.8万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計が一致しない)

6 保険給付決定状況(現物給付2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、7,398億円となっている。

(1)再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅(介護予防)サービス分は3,806億円、地域密着型(介護予防)サービス分は820億円、施設サービス分は2,257億円となっている。

(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である)

(2)再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

高額介護(介護予防)サービス費は182億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は55億円となっている。

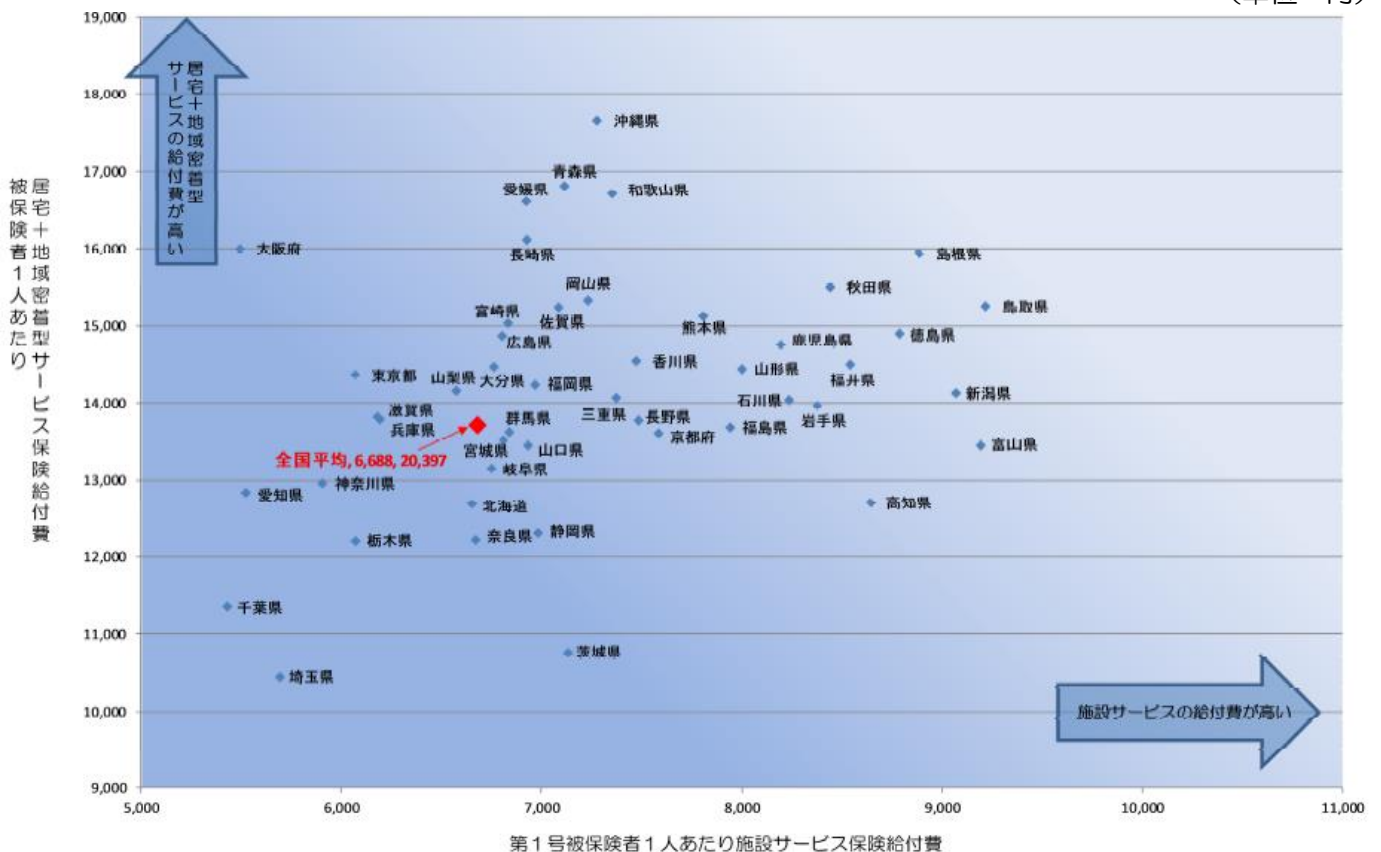
(3)再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は277億円、うち食費分は175億円、居住費(滞在費)分は102億円となっている。

(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である)

第1号被保険者1人あたり保険給付費【都道府県別】

(単位:円)



出典:介護保険事業状況報告(平成28年2月サービス分)

※高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費は含まない。
※保険給付費については、第2号被保険者分を含んだ数値を使用している。

介護保険事業状況報告(暫定/平成28年4月分)の全文は、当事務所のホームページ「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』すばる舎リンケージ
『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

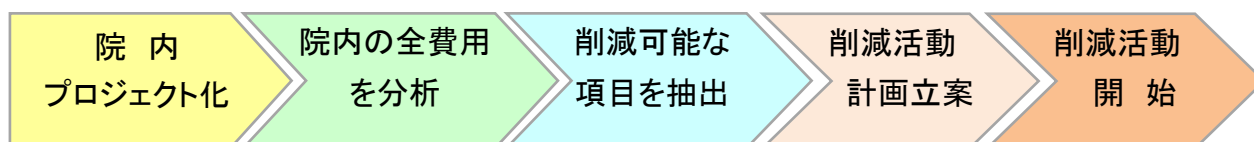
■ コスト削減のための4つの鉄則

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です。

■ 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、特定の月に極端な増加がみられるような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、標榜科診療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系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: クリニックの人事制度



能力主義人事制度の導入について

人件費をコントロールするとともに、職員のモチベーション向上を図るため、能力主義人事制度を導入する際のポイントについて教えてください。

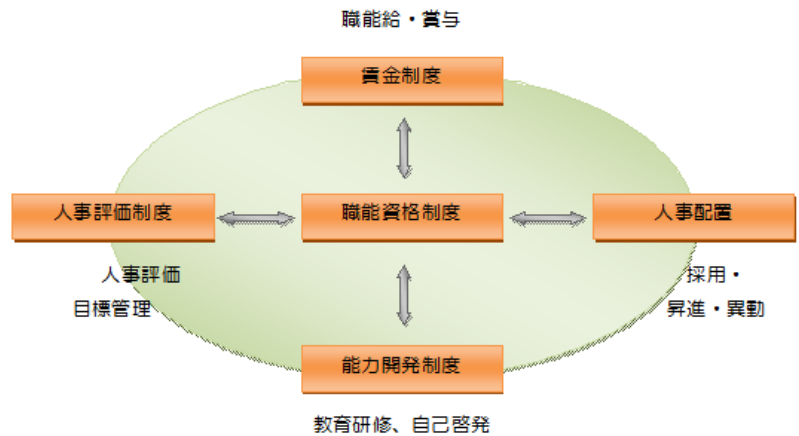


■能力主義人事制度とは

能力主義人事制度は、職能資格制度、職能給体系（賃金制度）、人事評価制度、能力開発制度という4つの柱で構成されています。具体的には、職能資格制度を軸として職員を等級格付けし、その等級に求められる能力、仕事および役割を明確化します。この等級ごとの基準に対して、人事評価を行い、職員一人ひとりの能力と基準のギャップを把握します。このギャップを埋めるため、職員は能力開発制度のもと能力の向上に励み、その成果に対するものとして、昇給や昇進といった処遇に反映されることとなります。

■能力主義人事制度導入の手順

職能資格制度の整備から着手し、これを軸として各制度を構築していきますが、各制度は、お互いに深く関連しあっているので、各制度をトータルに整備していくことが重要です。



(1) 職能資格制度の整備

能力を測る基準の整備として、職員を格付けする等級の数と内容を検討します。職務調査を実施し、等級ごとの仕事の洗い出しと求められる能力を明確にしていきます。

(2) 賃金制度の確立

職能給を中心に賃金体系の見直しを図ります。賃金制度の現状を診断し、課題の把握や今後の方向性を固めます。この診断結果をもとに、基本給の構成や手当体系の変更などを進めます。

(3) 人事評価制度の設計

能力を公平に正しく評価しない限り、人材育成と能力開発は達成できません。職能資格制度において明確化した基準をもとに、職員一人ひとりの職務遂行行動を分析し、評価結果をフィードバックできるシステムを形成します。そのために人事評価表や役割分担表を整備します。

(4) 能力開発制度の策定

職員が能力開発に励めるよう、制度化します。職員の意志に沿った育成プログラムの充実（研修、OJT）や、キャリア開発の計画について盛り込みます。

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: クリニックの人事制度

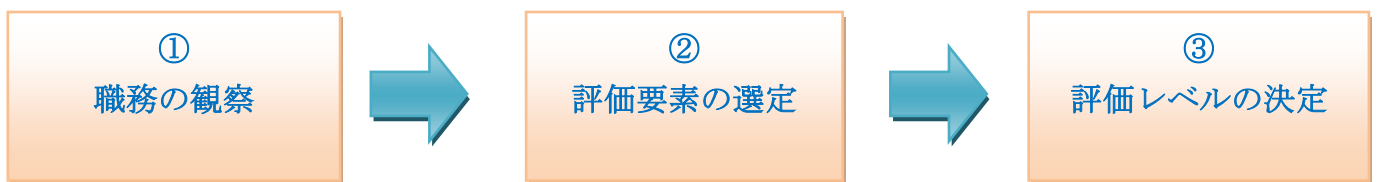


人事評価の進め方

人事評価の精度を高めるために、普段の人事評価をどのように進めればよいでしょうか。



人事評価の精度を上げるためには、職務の観察→評価要素の選定→評価レベルの決定というステップを順序よく踏むことが重要です。



(1) 職務の観察

人事評価の対象となるのは職務に関する行動と上司と部下で確認し合った職務基準に対する取り組みとその結果が直接の対象です。

日常業務の中で人事評価を行う場合は、まず職務の観察から始めます。

職務の観察は、常日頃部下を観察していて、初めてなしうるものであり、部下の行動をイメージでとらえたり、拡大解釈したりすることは、慎まなければなりません。



(2) 評価要素の選定

人事評価の対象となるべき行動が把握できたら、次はその行動をどの評価要素で評価していくかを判断します。

これを評価要素の選定といいます。

行動を態度という要素でとらえるか、また能力でとらえるか、さらには態度のなかでも、協調性でとらえるか、責任性でとらえるかを選定します。



(3) 評価レベルの決定

最後は、評価レベルの決定です。

部下に与えた“期待し求める基準”に対して、クリアできたかどうか、あらかじめ決められたいくつかの評価レベルのうち、どれを当てはめていくかが評価レベルの決定です。