

医療情報
ヘッドライン

地域包括診療加算の要件見直しを提言 医師1人体制診療所の在宅医療がネック

▶公益社団法人日本医師会

がん生存率が上昇、10年後生存率は約6割 定期的ながん検診の重要性が改めて判明

▶国立がん研究センター

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成28年9月分概数）

経営情報
レポート

職場環境整備で実現する
職員と快適に働ける病医院づくり

経営
データ
ベース

ジャンル: 労務管理 サブジャンル: 退職・休職
拒否権付き希望退職制度について
退職した元従業員への貸付金回収手順

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

地域包括診療加算の要件見直しを提言 医師1人体制診療所の在宅医療がネック

公益社団法人日本医師会

2月15日、公益社団法人日本医師会は「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」を発表し、調査結果から、地域包括診療加算および在宅医療が広がる見通しは厳しく、かかりつけ医確保のため、現実的な要件に見直すべきだとの考えを明らかにした。

■多くの診療所は常勤医師1人というのが現状

地域包括診療加算は「時間外対応加算1又は2を算定」、「常勤医師が2人以上在籍」、「在宅療養支援診療所の届出」のいずれか1つを満たすことが要件となっており、地域包括診療料は「時間外対応加算1を算定」、「常勤医師が2人以上在籍」、「在宅療養支援診療所の届出」のすべてを満たさなければならない。

しかし、多くの診療所では常勤医師1人で診療を行っているのが現状であり、地域包括診療加算が広がる見通しは極めて低い。

現状をみると、昨年10月末時点での届出割合は、地域包括診療加算で6.8%、地域包括診療料で0.6%に留まっている。



ネックとなっているのは在宅医療で、「現在実施していて負担の大きい項目」では、「在宅患者に対する24時間対応」を挙げる医師が全体の49.8%と約半数を占めている。医師自身の体力の問題によって、在宅医療から撤退する診療所もあるという。今後、新たに在宅医療に取り組みたいと考えている診療所は、わずか6.4%。全体の51.5%は今後も実施する考えがないという結果になった。

■2014年在宅医療の患者数は過去最多の15万人以上、2011年から約4割も増加

この結果から読み取れるのは、在宅医療を行うのに十分な常勤医師の拡充ができない現状であり、診療所の経営方針というよりも、現実的にマンパワーが不足していることがわかる。一方で、今後在宅医療のニーズは増えることは確実な情勢で、厚生労働省の「患者調査」によれば、2014年の在宅医療の患者数は過去最多の15万人以上、2011年の調査から約4割も増加しており、近々発表される2017年の調査では、さらに増えていることが予測される。

しかし、現場の体制が整わない状況では、患者数のみ増えて十分なケアができない状況に陥ることが予想される。こうした状況が、地域包括ケアを充実させていくうえで障壁になるのは間違いのないため、今後国がどういった打開策を打ち出していくのか、注視していく必要がある。

がん生存率が上昇、10年後生存率は約6割 定期的ながん検診の重要性が改めて判明

国立がん研究センター

2月16日、国立がん研究センターは部位別のがん5年生存率、10年生存率を発表し、2000年から2003年にがんと診断された人の10年後生存率は58.5%だったと発表した。

2006年から2008年にがんと診断された人の5年生存率は69.4%であり、また、進行度別では、ステージ1だった場合全体で85.3%だったのに対し、ステージ4は12.9%となり、早期発見・早期治療ができた場合の生存率の高さが改めて明らかとなった。

■男性死因トップの肺がんの10年生存率は32.6%だが、ステージ1の診断では68.3%

この調査は、全国がんセンター協議会（全がん協）の協力を得て、20の加盟施設でがんと診断された約4万5000人の生存率を集計したものである。

男性の死因トップの肺がんは、全体の10年生存率が32.6%だが、ステージ1と診断された場合は68.3%と倍以上となる。

女性の死因トップの大腸がんは、全体が69.2%であるのに対し、ステージ1で95.3%、ステージ2で81.5%。

逆に、ステージ4の場合は肺がんで3.4%、大腸がんで8.3%と著しく低い数値となり、早期発見の重要性が浮き彫りとなっている。

その他、進行度合いによって大きく数値が異なる部位としては、乳房がん、子宮頸がん、子宮体がん、前立腺がんなどが目立っている。

乳房がんの10年生存率は、ステージ1が

95.0%、ステージ2が86.2%であるのに対してステージ3が54.7%、ステージ4が14.5%となった。子宮頸がんはステージ1が89.1%、ステージ2が65.2%、ステージ3が50.4%であるのに対し、ステージ4になると16.4%まで下がってしまう。

子宮体がんも、ステージ1が93.8%、ステージ2が76.5%、ステージ3が57.1%、ステージ4が9.3%と、やはりステージ4と診断された場合は生存率が著しく下がる。前立腺がんは、ステージ3までの生存率が100%。それが、ステージ4になると40.5%まで下がる結果となっている。

■40～69歳の胃がん検診受診率は男性45.8%、女性33.8%

がんの早期発見・早期治療の重要性は広く知られているところだが、がん検診の受診率は決して高いとは言えない状況だ。

厚生労働省の「平成25年国民生活基礎調査」によれば、40～69歳の胃がん検診受診率は男性45.8%、女性33.8%。肺がん検診受診率は男性47.5%、女性37.4%、乳がん検診の受診率は34.2%に過ぎない。

国の啓蒙が必要なことはもちろんだが、かかりつけ医としても、定期的ながん検診の必要性と、早期治療によって生存率が高まることを患者へさらに伝えていく必要性を改めて認識しなければならない。

病院報告

(平成28年9月分概数)

厚生労働省 2017年1月13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)	
	平成28年9月	平成28年8月	平成28年7月	平成28年9月	平成28年8月
病院					
在院患者数					
総数	1 241 233	1 250 433	1 247 493	△ 9 200	2 940
精神病床	290 093	290 610	289 641	△ 517	969
結核病床	1 901	1 888	1 885	13	3
療養病床	288 464	289 778	289 368	△ 1 314	410
一般病床	660 717	668 095	666 538	△ 7 378	1 557
(再掲)介護療養病床	49 805	50 015	50 395	△ 210	△ 380
外来患者数	1 363 068	1 365 046	1 333 881	△ 1 978	31 165
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 823	5 850	5 912	△ 27	△ 62
(再掲)介護療養病床	2 245	2 259	2 280	△ 14	△ 21

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)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	平成28年9月	平成28年8月	平成28年7月	平成28年9月	平成28年8月
病院					
総数	78.6	79.7	77.7	△ 1.1	2.0
精神病床	86.2	86.4	86.4	△ 0.2	0.0
結核病床	35.2	35.1	34.2	0.1	0.9
療養病床	87.5	87.9	87.8	△ 0.4	0.1
一般病床	72.9	74.6	71.2	△ 1.7	3.4
介護療養病床	91.4	91.4	91.4	△ 0.0	0.0
診療所					
療養病床	58.5	58.3	58.8	0.2	△ 0.5
介護療養病床	71.7	71.7	71.9	0.0	△ 0.2

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28年9月	平成28年8月	平成28年7月	平成28年9月	平成28年8月
病院					
総数	28.7	27.7	28.5	1.0	△ 0.8
精神病床	264.4	265.4	271.9	△ 1.0	△ 6.5
結核病床	65.6	65.9	68.7	△ 0.3	△ 2.8
療養病床	153.4	152.6	159.7	0.8	△ 7.1
一般病床	16.2	15.7	16.1	0.5	△ 0.4
介護療養病床	314.3	313.6	342.9	0.7	△ 29.3
診療所					
療養病床	96.9	95.3	100.8	1.6	△ 5.5
介護療養病床	118.0	126.7	127.2	△ 8.7	△ 0.5

在院患者延数

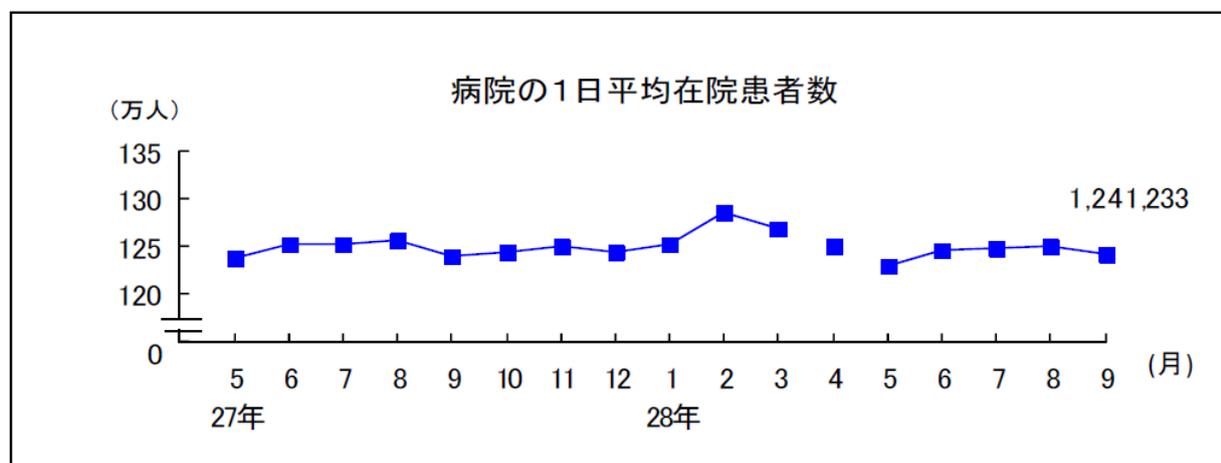
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

在院患者延数

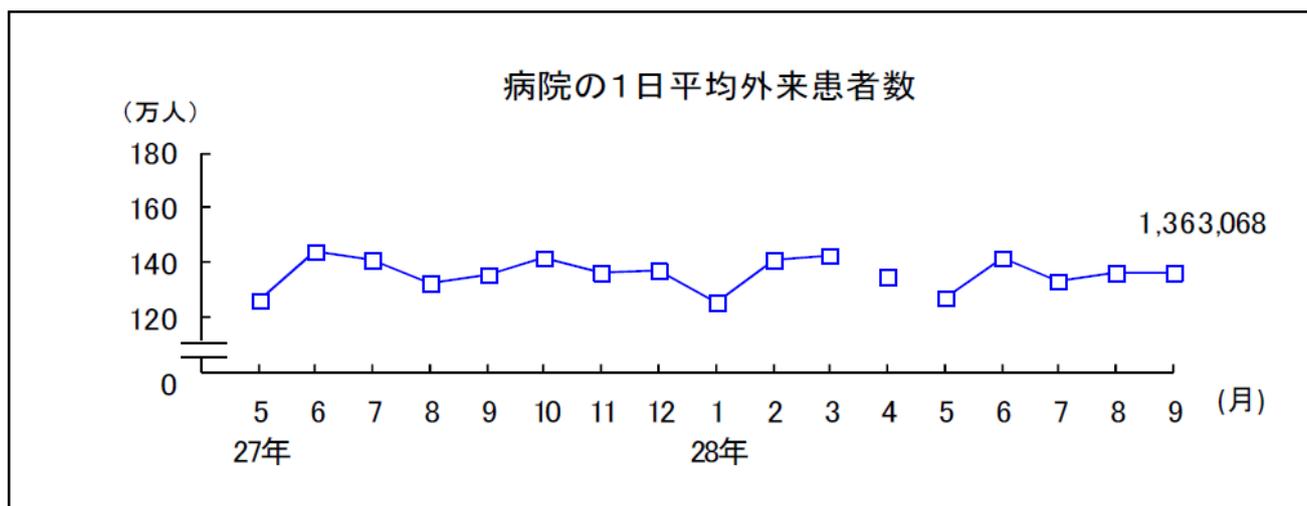
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

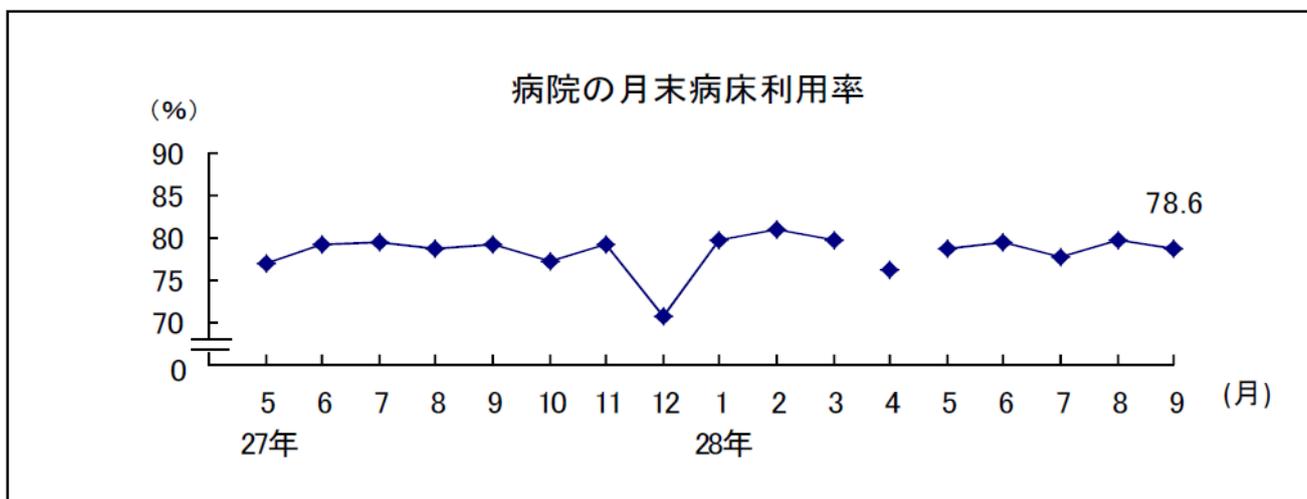
◆病院:1日平均在院患者数の推移



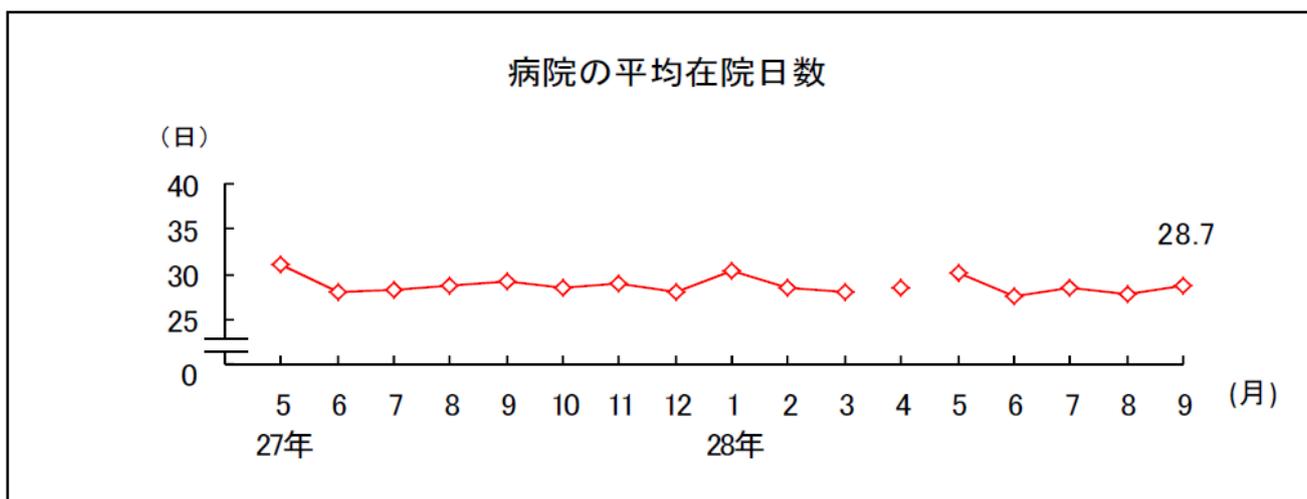
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



注：平成28年4月分については、熊本地震の影響により、熊本県の一部病院から報告がなかったため、前後の月と接続していない。

病院報告（平成28年9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



人事・労務

職場環境整備で実現する

職員と快適に働ける 病医院づくり

1. 職員の意欲を発揮させる病医院に求められる視点
2. 職場環境整備を阻害するトラブル別の対応法
3. 組織で取り組む病医院の職場環境整備ポイント



1

医業経営情報レポート

職員の意欲を発揮させる病医院に求められる視点

■ 職員の能力を最大限に発揮させる組織になるための阻害要因

近年、一般企業においては、せっかく採用した人材の生産性が低いうえに、理不尽な要求や非常識な言動を繰り返す社員がいて、会社に不利益を与える存在になってしまうケースが少なくないようです。

今や医療機関でも、「繰り返し病気休暇を取得する」「部下に対するハラスメント発言を繰り返す」「部下の育成や評価をしない」「仕事をせず院内を動き回って終日暇をつぶしている」「上司の指示に従わない」等、院内において社会通念的に理解不能な言動を繰り返す職員が見受けられるようになり、こうした職員が引き起こすトラブルも急増しています。

このようなトラブル職員の存在は院内の和を乱すうえ、日常業務の遂行に支障を来すばかりでなく、他の職員のモチベーション低下をもたらしかねません。

■ 現代社会が生んだ職場トラブルの傾向と要因

（１）職員が個人で主張するケースの増加

昨今の患者やその家族が、病医院に対して権利意識の向上を示すのと同様に、病医院で働く職員も権利を強く主張する機会が増えている傾向がみられます。

加えて、個人主義が色濃く反映されている場合には、職員との間でトラブルが生じると「病医院 VS 職員個人」の構図が出来上がり、「自分の主張が正しいのだから」と譲らないケースも増えているのが現状です。

近年では、社会的に労働組合の数も減少している影響も関連しますが、時に法的にも正しい主張や請求であっても、自分なりの正義感を振りかざし、組織を混乱させてしまうトラブル職員は、この類に当てはまるといえるでしょう。

（２）社会行動における男女の考え方の差異

病医院は一般的に女性職員が多い職場であり、そのため、人間関係の構築においても次のような考え方を持つ傾向があるという学術的な意見もあります。

心理学・精神医学者であるサイモン・バロン=コーエン教授（英）の提唱によれば、女性の脳はEタイプ（Empathizing Type）であり、職員に、上下関係や組織のピラミッド型行動になじめない人がいるのは、これらが影響していると説明しています。

■ Empathizing Type: 共感型のEタイプ

- 共感力に優れている
- 感情やコミュニケーションに関する情報をすばやく処理できる
- 相手を理解し、対等なパートナーシップを築こうとする



- 対等で横並びの集団意識を持つ
- リーダーの存在を尊重することよりも、意見を出し合って問題の解決を図ることを好む

一方で、同教授によれば、男性の脳は Systemizing Type (システム化型：Sタイプ) であり、「～すると ～になる」というルールを理解や作成に長けていて、社会行動においてもシステム化して考えることが多いとされます。また、部下や同僚職員には横柄な態度をとっても、上司や管理者の指示には素直に従うといった政治的立ち回りを行うのも男性に多い傾向だとされます。その分、イエスマンに陥りやすくなり、病医院側や上司、管理者に対する不満や主張は表に出さずに抱えている、という男性職員が多くなっているかもしれません。

必ずしも全て当てはまるとはいえませんが、このような考え方にたつと、自分なりの正義感に燃えて正しいと思う主張を貫く職員は比較的女性に多くみられ、病医院側には理解できない言動に陥りがちであり、不本意ながらトラブルを招く結果となるケースも想定されるのです。

■ 医療現場における「タテの人間関係」の変化

このほか、特に若い世代の職員は、少子化の影響など教育に関わる社会構造の変化に伴い、これを反映した人間関係の中で育ってきたために、社会人となっても上司との関係を親子関係と同一視してしまいがちであることが指摘されています。

近年の年齢が若い職員は、親子関係が密接で常に大きな期待を寄せられ、親や学校からもほめて育てられてきているため、「ほめてもらわないと不安だ」「期待や関心が向けられないと傷つく、不満を感じる」という思いを抱えがちだといわれます。

また、自分に関心を持たれたい、あるいは自分の他に期待や信頼されている職員がいると感じると、社会常識や業務の遂行以前に、問題とすべき言動を示すことがあります。

このようなトラブルは、一見待遇面への不満のようであっても、実は人間関係における不満が形を変えて現れたものであることも少なくありません。

このようなトラブル職員が引き起こす問題は、特に小さな組織である診療所にとってはダメージが大きくなる可能性があるため、事前策として、トラブルを発生させない職場環境づくりに心がける必要があります。

2

医業経営情報レポート

職場環境整備を阻害するトラブル別の対応法

■ 病医院で頻出しているトラブル職員

病医院におけるトラブル職員は、医療機関特有の事情も加わって、他の職員や所属組織である病医院に対して与えるダメージが大きいという実情があります。特に、職員数が少ない診療所の場合は、人間関係を原因とするトラブルなども起こりやすく、さらに問題が大きくなると修復が不可能になる可能性が高くなります。

職場トラブル増加の背景には、昨今の情報化の進展や、時折みられる過剰な個人主義という現代社会の特徴があるといわれます。さらに日本社会の伝統的組織風土である「ムラ（村）意識」などが関連しあい、思わぬ事態の悪化を招いてしまう例もみられます。

（１）頻出する職員の問題行動

- ①素行に問題があり、再三注意しても改善されない職員
- ②病医院の備品・施設等を私物化する職員
- ③正当な理由がないのに残業を拒否する職員
- ④有給休暇申請の変更指示に従わない職員
- ⑤退職後に自院の内部情報や患者の個人情報をもたらす職員

■ 法的に正しい主張でもトラブルの要因になる

社会常識上の見地、および労務関係法令や雇用契約上、適切に段階を踏んだ対応を行ったとしても、職員からの一見身勝手な主張や要求を受け入れざるをえないケースも出てきています。

そのため、快適な職場環境を整備する際には、労務上の問題も想定することが必要です。

例えば、職員の解雇にあたり、弁護士や社会保険労務士などの専門家からアドバイスを受けて適切な手順を踏んだ措置であっても、後日、その職員から何らかの法的請求がある可能性は否定できません。また、情報化社会の発展により、職員自身が労務に関する知識や情報を得ることができ、自ら裁判所に訴えを起こすケースも増えています。この場合に裁判で争う時間の余裕がなく、やむを得ず先方の請求を受け入れて、和解で済ませてしまうこともあります。

実は、労務関係をめぐって提訴する職員は、前歴でも同様のトラブルを抱えていた人物が少なくありません。

個人情報保護法の施行後、前歴照会に依る医療機関も少なくなっているようですが、できれば採用時に可能な範囲で前歴を調査しておき、トラブル職員化につながるような事実があるかどうかを把握しておくことも、事前に対応できる防止策の一つです。

3

組織で取り組む病医院の職場環境整備ポイント

■ トラブル職員を生まない、ならないための方策

病医院に勤務する職員は、専門職と事務職に大別できますが、いずれも一般的に社会的評価が高く、かつ職員本人に向上心や成長意欲が強いケースがほとんどだといえるでしょう。また、少なくとも自院の理念に共感してくれていると思われるから、採用前に予めトラブルを起こす可能性が高い人物を回避することも可能だと考えられます。

しかし採用に当たり考慮する要素では前職や技量、保有資格等を重視しがちで、本人の人間性や価値観などを二次的にとらえる場合も少なくありません。そのため、採用時にはトラブル職員になってしまうかどうかはわからないというのが現実なのです。

期待を持って自院に迎えた職員をトラブルメーカーにしないために、採用前後や入職前、また入職後のそれぞれの段階で、必要な時期に適切な対策をとっておくことが重要です。

■ 事前策としては就業規則整備が最も有効

職員がトラブルを引き起こしてしまったケースでは、院内の風紀を守り、そのトラブル職員に制裁を加えるためにも何らかの処罰を加えたり、また、業務に大きな支障が生じていたりする場合には、退職させる選択肢も含めて検討が必要なのではないか、という管理者の声も聞かれるところではあります。

このような場合には、就業規則上に定めを設けるという事前策で、トラブルが回避できるケースもあります。特に職員数の少ない診療所の場合は、職員が引き起こすトラブルは業務上の支障に直結します。そして、さらに経営そのものに様々なダメージをもたらす結果にもなりますから、自院を守り、また職場全体のモチベーションを維持し、管理者と職員全員が気持ちよく働くために、事前に対策を備えることができる就業規則の活用が、より有効な方策だといえるでしょう。

■ 不可解な言動をする職員の個人的事情への配慮

トラブルを起こす職員の中には、実は個人的事情や問題を抱えており、これが大きな原因のひとつになっている場合があります。

職場は社会の一部であって、業務に支障を来たさない限りプライベートには介入しない、というスタンスをとる病医院も増えていますが、場合によっては、個人的な支援などの適切な対応が必要となるでしょう。

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。

拒否権付き希望退職制度について

退職金を上乗せする優遇措置を盛り込んだ希望退職制度導入に際し、拒否権付き制度により実施したいと考えていますが、法的問題はありますか。

「申し出の諾否については個別に判断する」という拒否権付き希望退職制度の実施は、法的には問題ありません。ただし、申し出を認めないことがあること、申し出を却下した者に対して医療機関はなんら不利益な取扱いをしないこと、その他所定の事項をあらかじめ明示しておく必要があります。

■希望退職制度とその他制度との関わり

<p>希望退職制度</p>	<p>希望退職制度とは、業績が悪化した医療機関が人員削減のために一定の期間、限定して行うものです。この制度と似ている早期退職優遇制度は、医療機関側の事情よりもむしろ労働者個人として職業に関する生涯計画の選択肢の一つとして利用されるもので、期間は限定しません。</p> <p>この二つの制度は、あくまで労働者の意思によるもので、医療機関側からの退職勧奨また整理解雇とはまったく異なるものです。退職勧奨や整理解雇をする場合には、労働基準法第19条から同21条に定める解雇手続が必要となります。</p>
<p>退職勧奨と整理解雇</p>	<p>退職勧奨は、経営の悪化を背景に、医療機関側が職員に対して合意解約を行うことで、あくまで職員の任意の意思を尊重する必要があります。行き過ぎた退職勧奨は解雇に該当し、場合によっては損害賠償の対象になります。また退職勧奨をする場合は勧奨者数、優遇措置の有無、勧奨の回数・期間、本人の拒否の態度などを総合的に考慮し、労働者の自由な意思決定が妨げられていないかどうかを判断します。</p>
<p>割増退職金の活用</p>	<p>希望退職制度を実施する場合は、その目的、応募条件（年齢・勤続年数・職種など）、期限、人数などを公表します。公表は主に通達、掲示板、メール等を利用して行います。</p>

希望退職制度は割増退職金がポイントであるため、退職金の加算割合により利用状況が左右されます。加算割合が高ければ利用者が増加しますが、退職金支払コストが増し人材流出の懸念もあります。逆に加算割合が低いと利用者が少なく、制度の存在意義が薄れます。退職金の加算割合をどのレベルにするかが制度運営上のカギとなります。



ジャンル: 労務管理 > 退職・休職

退職した元職員への貸付金回収手順

退職した元職員が貸付金の返済に応じない時は、
どうしたら良いのでしょうか。

職員が退職する際に、貸付していた数十万円について、退職日から「2週間以内に返済する」旨の約束を書面で交わしたにもかかわらず、3週間を経過した時点でも何ら連絡がないという事例がありました。元職員の自宅に行ってみても、インターホンに回答せず、まったく接触することができません。このような場合は、まず、内容証明郵便で返済の督促をし、それでも返済に応じない場合には、身元保証人に代位返済を求めるか、または法的措置をとらざるをえないでしょう。

■資金回収の流れ：返済に応じない場合の各手続

- ①電話や訪問による支払の督促 → ②内容証明郵送による支払の督促
- ③身元保証人への連絡、支払の督促 → ④裁判所へ提訴（支払督促手続を含む）
- ⑤貸付金の返済

こうした事態を回避するための対策には、職員貸付金制度の整備が挙げられます。

■職員貸付金制度

必要項目	①資格の喪失項目	職員であるという理由で貸し付けたならば、自己都合・医療機関側の都合を問わず、従業員資格喪失時に一括返済させます。
	②期限利益の喪失	貸し付けは期限の利益を与えることから、当然その利益の喪失条項も加えます。
	③相殺特約	給与・退職金から一括して相殺が出来るように相殺特約も設けておく必要があります。
	④融資理由	「職員であるから貸し付けた」旨の項目も入れます。
手続き	職員貸付金規則を作成し、労働者代表との協定を結ぶ必要があります。	
ポイント	発生時から契約書で明文化することが後々の争いの抑止に繋がる。ただ、借受人の経済的自由により、相殺後の残債の一括返済が困難で分割返済を認めざる得ない状況の場合は、医療機関の判断により、連帯保証人あるいは担保設定等の保全措置をとったうえで契約書を書き直し、認めざるを得ないこともあります。	