

週刊 医業経営

MAGAZINE



WEBマガジン

発行 税理士法人優和

1

医療情報ヘッドライン

平成 23 年度 コスト調査報告
入院の収支がよく外来が厳しい傾向

厚生労働省 コスト調査分科会
基準病床数の改定通知発出に
今後は全国一律基準病床の廃止へ舵取り

厚生労働省

2

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成 24 年 3 月分概数)

3

経営情報レポート

診療所における スタッフ育成の進め方

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:クリニックの人事制度

能力主義人事制度の導入

職能資格等級と役職制度

平成 23 年度 コスト調査報告 入院の収支がよく外来が厳しい傾向

厚生労働省は 7 月 4 日、診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会を開き、平成 23 年度調査報告案をとりまとめ、分科会は 24 年度調査の方向について了承した。

コスト調査分科会は診療報酬体系に医療機関のコスト等を適切に反映させるため、医療機関の診療科部門別収支の統一的な計算方法を開発することを目的としている。そのため同分科会では、医療機関の部門別収支を把握するために、入院部門・外来部門・中央診療部門（手術室など）・補助部門（管理運営系など）の収益とコストを調査し、診療科別の入院・外来に振り分ける指標を開発し、平成 20 年度から調査を行っている。

しかし実際の調査では、医療機関から「調査に関する負担が大きすぎる」との指摘が出されるなど、参加医療機関数は限られている。そこで、厚労省は調査内容の簡素化を進めて、23 年度調査では 187 病院が参加した。この年は DPC 以外病院の参加が増加している点が注目される。

12 の主要なレセプト診療科別で収支がプラスとなっているのは、入院では小児科・外科・泌尿器科・眼科など 8 科、外来では 0 科、合計では外科・脳神経外科・泌尿器科の 3 科である。11 の診療科群別で収支プラスになっているのは、入院では小児科群・外科群・眼科群など 6 群、外来では 0 群、合計では外科

群の 1 群のみ、である。

したがって、大きくみると「入院で収支がよく、外来では厳しい」といえるが、年次推移を見ると、産婦人科や循環器科では変動が大きい。産婦人科については、正常分娩関連（保険外部分）の扱いを変更したことが変動要因と考えられるが、他の診療科の変動要因は不明であり、今後の分析が待たれる。

平成 24 年度調査にあたっては、回答率を上げるために調査内容の簡素化が行われる。具体的には、(1)『医師の勤務時間割合』について、当直、臨床研修医等の教育・研修、疾病カンファレンスなどをまとめて「その他」とする、(2) 医師勤務プレ調査と医師勤務調査を同時に行う、(3) レセプト調査・医師勤務調査について、記入期間を長くとるために、対象月を 1 ヶ月遅らせる（11 月にする）とともに、調査対象月前に調査客体とする、というものとなっている。

この結果、医師の病院業務は、(a) 外来、(b) 入院部門、(c) 中央診療部門、(d) 補助・管理部門、(e) その他（当直など）、の 5 つに分けて勤務時間割合を記入することとなる。さらに、(d) の補助・管理部門については、総勤務時間に占める割合が 1 割程度と推計される場合には、簡素化を進める一環として (a) ~ (c) に一定の算式で配分した記載方法とすることも検討される模様である。

基準病床数の改定通知発出に 今後は全国一律基準病床の廃止へ舵取り

厚生労働省は7月3日、「医療法第30条の4第2項第11号に規定する療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等の一部改正」に関する通知を発出した。一般病床と療養病床の基準病床数の定め方は、性別・年齢階級別の人口や病床利用率、平均在院日数などをもとに計算される。今通知により、人口や利用率等の数値が最新のものに修正されたことになる。

医療法第30条の4では「医療計画」について規定しており、第2項では「医療計画において定めなければならない事項」が列挙されている。このうち第11号では、「療養病床および一般病床に係る基準病床数」などを医療計画に記載することを求めている。

基準病床数とは、いわば「2次医療圏ごとに整備すべき病床数」のことで、日本全国どこでも十分な医療が受けられるように、病床の過剰地域から不足地域への移行誘導機能を持たせている。たとえば、病床過剰地域では病床の増加などが原則として認められないため、別の病床が不足する地域で病院を新規に開設するよう誘導する効果があると考えられている。

この基準病床数は、現在のところ全国統一の算定式で決められる。一般病床・療養病床では、「性別・年齢階級別の人口、病床利用率、平均在院日数など」が算定式のベースになるが、これらは時間によって変動する。

そこで今般、一般病床・療養病床の基準病床数を算定するにあたっての基礎数値である
(1) 性別・年齢階級別の長期療養入院・入所需要率、(2) 地方ブロックにおける性別・年齢階級別の一般病床退院率、(3) 一般病床・療養病床の病床利用率、(4) 平均在院日数、の各数値について、最新の統計データに基づくものに変更している。

以前から都道府県からは「現在、全国一律となっている基準病床数算定式について、都道府県の実情・特性を勘案するものにすべき」との指摘が多く出されていた。これには医師会や病院団体も同調している。現政権も、規制・制度改革（とくにライフイノベーション）の一環として、「地域主権を進めるために、全国一律の基準病床数を廃止する」方針を打出しており、方向性は「廃止」に向かって舵が切られている。

病院報告

平成 24 年 3 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 24 年 3 月	平成 24 年 2 月	平成 24 年 1 月	平成 24 年 3 月	平成 24 年 2 月
病院					
在院患者数					
総数	1 309 632	1 333 077	1 295 318	△ 23 445	37 759
精神病床	305 328	307 177	303 950	△ 1 849	3 227
結核病床	2 557	2 611	2 616	△ 54	△ 5
療養病床	302 827	303 560	300 839	△ 733	2 721
一般病床	698 876	719 672	687 865	△ 20 796	31 807
(再掲)介護療養病床	69 058	69 253	69 380	△ 195	△ 127
外来患者数	1 422 768	1 429 269	1 303 969	△ 6 501	125 300
診療所					
在院患者数					
療養病床	9 471	9 609	9 460	△ 138	149
(再掲)介護療養病床	3 517	3 551	3 562	△ 34	△ 11

- 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 24 年 3 月	平成 24 年 2 月	平成 24 年 1 月	平成 24 年 3 月	平成 24 年 2 月
病院					
総数	79.4	83.4	83.3	△ 4.0	0.1
精神病床	88.2	88.7	88.3	△ 0.5	0.4
結核病床	33.4	35.0	34.4	△ 1.6	0.6
療養病床	90.8	91.7	91.3	△ 0.9	0.4
一般病床	72.4	78.9	79.1	△ 6.5	△ 0.2
介護療養病床	93.6	93.9	93.5	△ 0.3	0.4
診療所					
療養病床	66.5	67.8	67.5	△ 1.3	0.3
介護療養病床	75.5	76.5	76.2	△ 1.0	0.3

- 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)

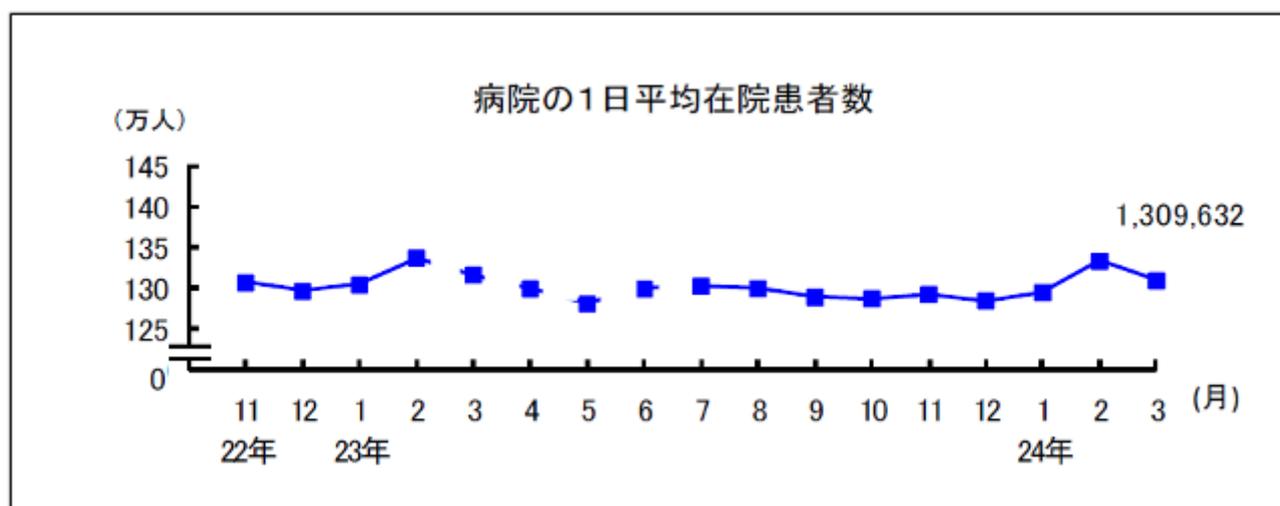
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成24年3月	平成24年2月	平成24年1月	平成24年3月	平成24年2月
病院					
総数	31.6	31.3	33.5	0.3	△ 2.2
精神病床	288.9	297.7	321.0	△ 8.8	△ 23.3
結核病床	71.4	67.5	71.4	3.9	△ 3.9
療養病床	168.2	168.8	181.4	△ 0.6	△ 12.6
一般病床	17.9	17.9	18.8	△ 0.0	△ 0.9
介護療養病床	296.8	300.9	326.6	△ 4.1	△ 25.7
診療所					
療養病床	106.9	101.2	107.4	5.7	△ 6.2
介護療養病床	108.4	102.9	111.2	5.5	△ 8.3

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

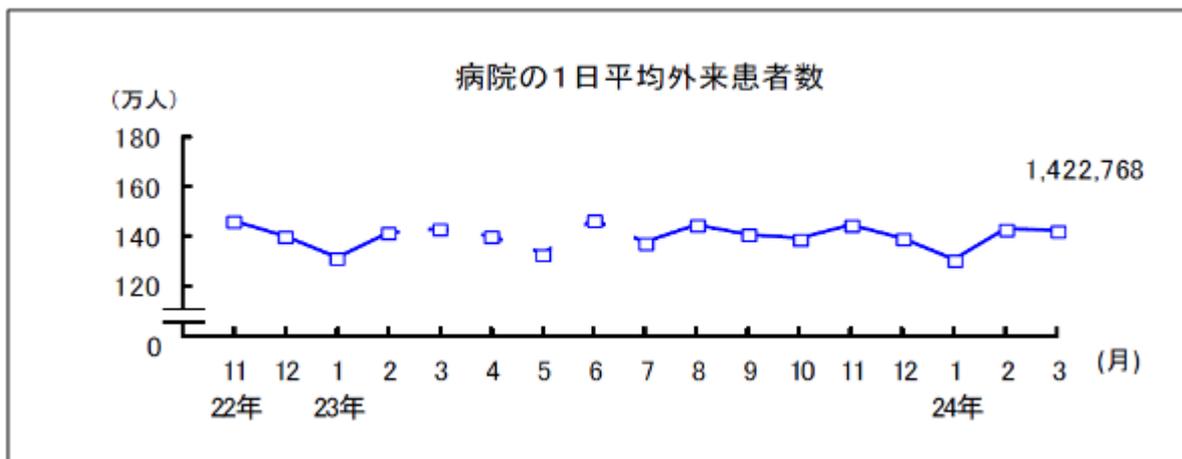
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

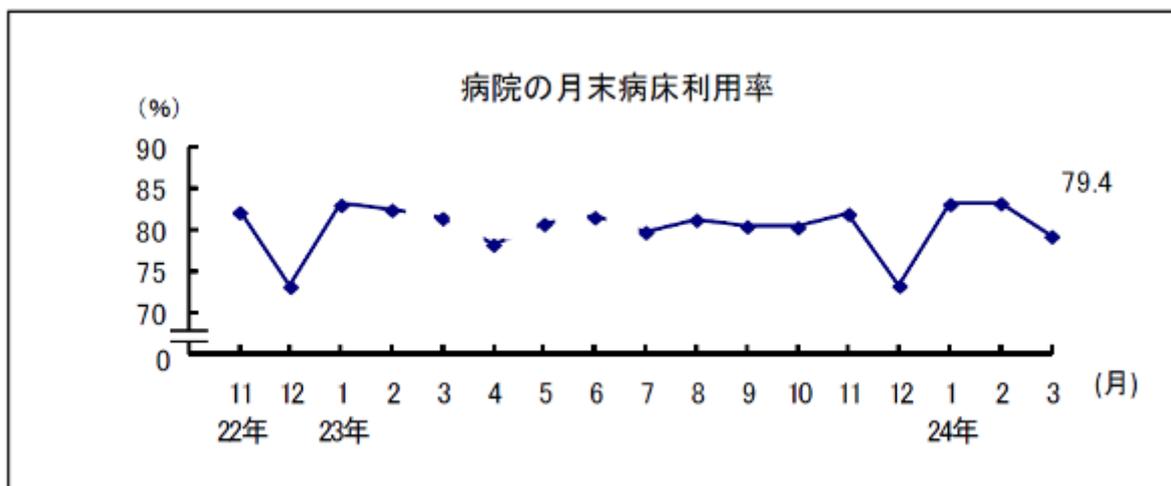
◆病院:1日平均在院患者数の推移



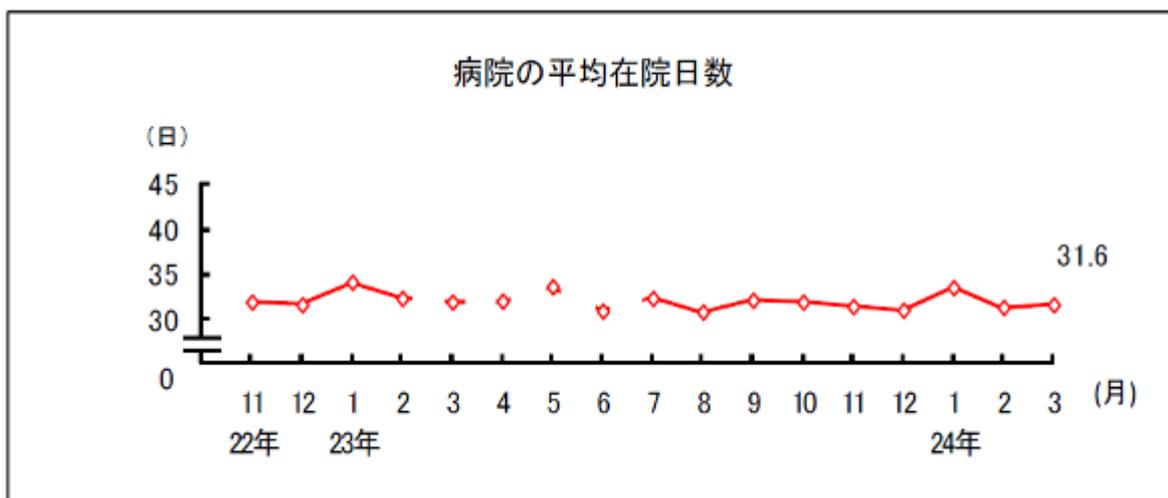
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



診療所における スタッフ育成の進め方

ポイント

- 1 診療所における人材育成のあり方
.....
- 2 スタッフの能力を引き出す風土をつくる
.....
- 3 スタッフ育成体制の構築ポイント
.....
- 4 モチベーションアップの仕組みづくり
.....
- 5 スタッフ育成システム事例
.....



1 診療所における人材育成のあり方

■ 理想的な人材育成に求められるもの

「優秀な即戦力を獲得したい」—多くの院長はこう望んでいるはずですが。しかし、現実には、採用したスタッフをゼロから育て、戦力化していくことが必要です。

本稿では、スタッフの人材育成をテーマとして、システムの構築や運用法等について事例を交えて解説します。

(1) 診療所における人材育成の課題

- ① 育成に必要な予算や時間が確保できない
- ② スタッフ個々の技術レベルに偏った評価になりがち
- ③ スタッフ自身がどのようなスキルを身に付ければよいのかがわからない
- ④ 指導・育成の基盤となる円滑なコミュニケーションが図られていない

小規模の組織である診療所は、規模の大きい病院等と比較すると、研修予算も職員数も少なく、人材育成に資本を投下しにくいいため、技術的スキルのみを評価してしまい、組織を構成する上での基本行動が身につけていないまま年数を重ねるケースもあります。つまり、この体制では、個別・具体的な技能面に偏った成長しか期待できません。

この背景には、育成を実施する側の課題として、診療所が求める人材像を示した「人材育成方針と目標」、すなわち「組織のベクトル（＝目指す方向性）」が明確になっていないことが挙げられます。

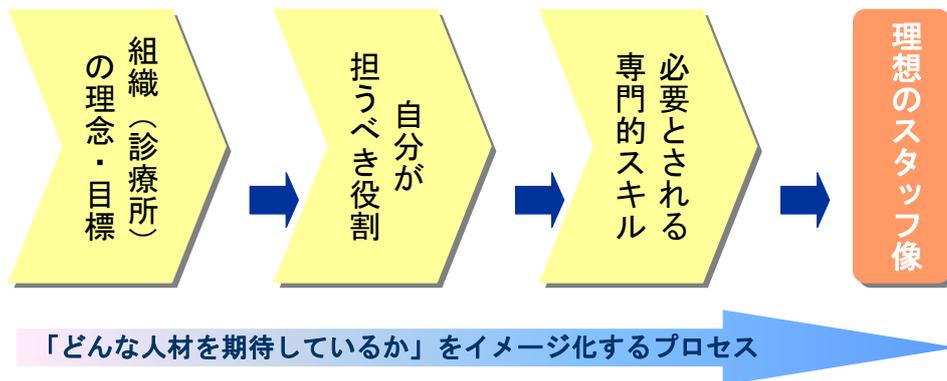
具体的な教育計画やゴールを示されないまま、新たに入職したスタッフが自ら目標を設定することは困難なのです。

(2) 理想のスタッフ像を示すこと

スタッフを育成するには、適切かつ明確な目標設定が重要です。

したがって、適切な教育担当者がロールモデル（手本）を示しながら、診療所の理念から落とし込んだ目標や役割を理解させ、スタッフそれぞれに自院が期待するスキルを習得させるように導くことが必要です。

■理想的な育成計画の展開



また業務レベルについては、自院にとって必要なスキルの項目を決めてチェックリストを作成し、日常における部下の観察を行います。そして、上司と部下、先輩と後輩が互いに、業務修得レベルを定期的にチェックして面接を行います。

■自院のスタッフ育成の取り組みを分析する

スタッフ育成には、診療理念の明確化から実際のシステム運用まで、さまざまな取り組みが必要です。

しかし、実際に人材育成の体制やツールを備えることが困難である場合や、また「人材を育てたいが、何をどうすれば良いのかわからない」と、なかなか具体化した取り組みに着手できないケースも多いと思われます。

下記のチェックリストをもとに、現在の自院の人材育成の取り組みを診断してみましょう。チェックできた項目が5個以下の診療所については、早急に人材育成の仕組み作りが必要です。

■スタッフ育成の取り組みチェック項目

- 診療所の経営理念・方針を明確にしている
- 普段からスタッフとの対話を心掛けている
- 就業規則等院内のルールを明示している
- 院内に育成担当者がいる
- 明確な期待像をスタッフに示している
- 具体的な育成計画をスタッフに示している
- 人材育成の時間を定期的に設けている
- 外部から講師を招聘し勉強会を実施している
- 海外研修や先進医療機関への研修を毎年実施している
- 評価制度等モチベーションアップの仕組みを取り入れている

2 スタッフの能力を引き出す風土をつくる

■ 人材育成の風土づくり

前章で紹介したチェックリストを元に、具体的な取り組みの流れをみていきます。

院内風土は、院長が目指す理想を明確にすることにより基盤を整え、院内ルールや対話を実践するクリニックを目指す取り組みを進めていくことで醸成します。

(1) 院長が描く理想像を明確にする

院長とクリニックの理念が明確で、それがスタッフに浸透していなければ、理想とする医療サービス提供は実現しません。今後の方向性、ターゲットとする患者層、将来の事業展開、アピールポイントを整理したうえで文書化しておき、常にスタッフに提示できるようにします。

■ 整備すべき項目

- | | | |
|-----------------|-------|---------------------|
| ● 院長（クリニック）の理想像 | | 今後目指すべき方向性、ターゲット患者層 |
| ● 院長の経営ビジョン | | 将来の事業展開 |
| ● 自院のセールスポイント | | 診療特性、差別化している戦略 |

(2) 院内ルールをつくる

医療従事者としてルールの遵守を徹底するためには、院内のルールを明確に示しておく必要があります。当院にとって許されない行為は、入職時にきちんと説明しなければなりません。

また、個人情報保護に関連する事項等、重要な事項については文書化することが必要です。

■ 整備すべき院内ルール

- | | | |
|--------------------|-------|----------|
| ● 就業に関するルール | | 就業規則 |
| ● 個人情報の取り扱いに関するルール | | 個人情報保護規定 |
| ● 業務に関するルール | | 各種マニュアル |

(3) スタッフとの対話を実践する

良い人材育成を実践している診療所では、スタッフとの関わり方における具体的なツールとして、スタッフとの対話で「リーディング (Leading)」「ティーチング (Teaching)」「コーチング (Coaching)」を効果的に活用しています。

スタッフ個々の育成目標に向かって、各自の成長意欲を促し、必要な知識・技術や価値観を適切な時期に示すことを繰り返し、スタッフ自身が主体的に目標を設定し、これを目指した行動計画を策定できるように促します。

3 スタッフ育成体制の構築ポイント

■ スタッフ育成体制の基本

(1) 新人育成担当者を配置する

新人スタッフを育成する体制づくりでは、新たにスタッフが入职した部署にプリセプター（新人育成担当者）を配置することが有効です。

プリセプターは、個人の能力に合致したきめ細かい対応をすることや身近な相談者として、悩みへの対応や心理的なサポートを行います。

(2) プリセプターの適任者

プリセプターは、原則として中堅期にあり、かつ新人と同職種の職員とします。

これは、直接指導にあたるため、新人の特性を十分理解できる身近な先輩であると同時に、新人が1年後や3年後の自分をイメージできる、職業上の役割モデルとなるからです。

■ 育成に不可欠な能力開発制度

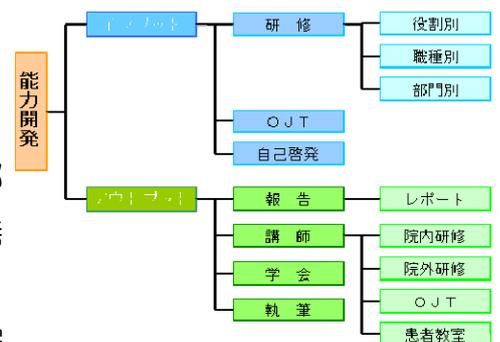
将来の診療所の方向性に照らし合わせて、今、何に取り組むべきかについて、職員全員で真剣に検討する必要があります。その上で、能力開発に対する計画を策定し、これに基づいた実施をしていきます。

(1) 能力開発体系の理解

能力開発はインプットとアウトプットに分類できます。

インプットの構成は、まず研修として役割別、職種別、部門別研修が、また、OJT（指導を受ける場合）と自己啓発もインプットに該当するとして分類できます。

一方アウトプットについては、院内での報告をはじめ、院内外研修、OJT（指導をする立場）、患者教室における講師役の担当、学会や執筆活動が上げられます。



(2) 知識をアウトプットする場の設定

特に成果を出すためには、研修やOJT（on the job training：職場内研修）、自己啓発等の知識のインプットに併せて、上司への報告、講師担当、学会発表、執筆活動のように、スタッフが研修によって習得した知識をアウトプットする過程に重点をおくことが必要です。

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

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。



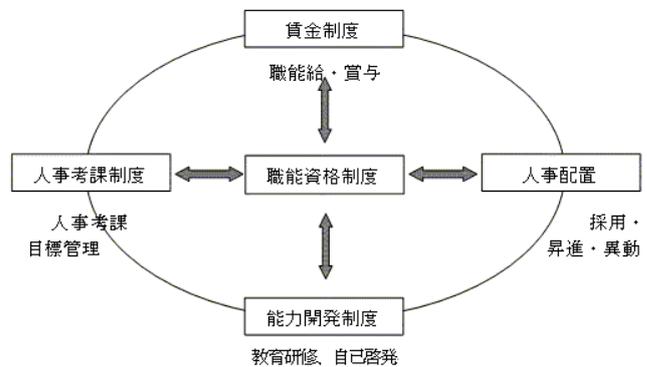
能力主義人事制度は、職能資格制度、職能給体系（賃金制度）、人事考課制度、能力開発制度という4つの柱で構成されています。

医業経営の中で人事に与えられた課題は、能力と仕事と賃金のバランスをとること、つまり能力の高さに応じて仕事のレベルを上げ、賃金を昇給するというシステムを構築し、運用することです。

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。そして等級ごとの基準に対して人事考課を行い、職員一人ひとりの能力と基準のギャップを把握します。さらに、このギャップを埋めるために、職員は能力開発制度のもとで能力の向上に励み、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するのです。

■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ため、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、手当体系の変更などを進めます。

(3) 人事考課制度の設計

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。そのために人事考課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、制度化していきます。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



職能資格等級と役職制度

現行で制度化していた役職と、職能資格等級はどのように結びつけばよいでしょうか。



職能資格等級では、上位等級に格付けされている職員の中から、役職者に求められる能力、成果基準を満たしている者を採用します。したがって、上位等級に昇格したからといって、全員が役職者になるというものではありません。

(1)能力主義における役職

職能資格制度においては、能力レベルの高い者のみが上位等級に格付けされます。この上位等級に格付けされた職員の中から、役職者を任命することが必要です。

したがって、年齢や勤続年数を基準として役職者を登用することはなくなります。

(2)役職との対応方法

本来、職能資格等級に定員はないものの、実際に任命される役職数は限られています。このため、導入当初から、ある程度柔軟性を持たせて制度を設計しておく方が運用はスムーズになります。また、職員の年齢上昇に対応するためにも、一つの役職に複数の等級を対応させる方が運用しやすいといえます。

例えば、6等級の役職に看護師長が対応している場合には、次のような関係を示しています。

- 6等級に昇格しなければ、看護師長になれない
- 6等級以上はいつでも看護師長になる資格を有する
- 看護師長から降職しても、看護師長になる資格は変わらない

このように、職能資格制度における資格等級と役職位との相互関連は弾力的であり、かつ資格が優先することになります。

よって、自院の実態、および今後の昇進のスピード等を念頭に置いて、資格等級に対応する役職位を設定することが必要です。