

# 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

経産省 ヘルスケア産業を健康寿命延伸産業に  
医療周辺サービス育成へ

経済産業省

登録棟数トップ3「大阪・北海道・埼玉」の順に  
昨年末「サービス付き高齢者向け住宅」登録動向

社会福祉法人高齢者住宅研究所



## 2 経営TOPICS

**統計調査資料**

医療施設動態調査(平成25年12月末概数)



## 3 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



## 4 経営データベース

**ジャンル:業績管理** サブジャンル:月次管理のポイント

コスト管理の要点

目標達成のための先行管理

## 経産省 ヘルスケア産業を健康寿命延伸産業に 医療周辺サービス育成へ

健康寿命の延伸分野の市場創出や産業育成は、国民の生活の豊かさ（QOL）の向上、国民医療費の抑制、雇用拡大および経済成長に資すると考えられている。

経済産業省は2月18日、次世代ヘルスケア産業協議会の「品質評価ワーキンググループ（WG）」の初会合を開き、本格的な検討に着手した。

これは公的医療保険外のヘルスケア産業を健康寿命延伸産業と位置づけして、疾病予防で行なうフィットネスなどによる効果の根拠を第三者が認証する仕組みを導入するため、対象とするのは運動サービスで、健康食品・サプリメントは対象としないが、健康食品業界から2名が委員として加わっている。

次世代ヘルスケア産業協議会は今年の1月24日に第1回会合を首相官邸で開いている。同会は、昨年6月に閣議決定した日本再興戦略および健康・医療戦略に基づき内閣に設置された「健康・医療戦略推進本部（本部長・内閣総理大臣）」の下で活動する。

同会は、学識経験者やヘルスケア業界関係者など22人で組織。疾病予防の分野で新たな産業を創出することを目的に、医療・医薬関連の規制が産業育成の足かせにならないように、ビジネス環境を整備する。また、健康関連サービス・製品の品質を向上させる方策

なども検討する。

具体策は3つのWGで議論する。「事業環境WG」は、国の規制によって「グレーゾーン」となっている参入障壁を解消し、新サービスを創出しやすい環境の整備を目指す。「品質評価WG」は、フィットネスなどの品質評価のあり方を、また「健康投資WG」は、企業・個人の健康投資を促進する方策を検討する。

そのポイントは品質評価・認証のための標準モデルの具体化を今後立案することにある。

この日開催された品質評価WGでは、フィットネスクラブなどで提供する「運動サービス」の品質を第三者が認証する制度の検討に入った。対象分野を「運動サービス」とすることで合意するとともに、品質評価の基準のあり方についても議論した。

疾病予防分野のサービス・製品には、効果に関する科学的根拠が乏しいものも多く、市場拡大の足かせとなってきた。このため、大学や関連業界と連携し、第三者認証の仕組みを関連業界に導入する方針を示した。

2015年3月を目途に、品質を評価・認証するための標準モデルを作成する計画となっている。

## 登録棟数トップ3「大阪・北海道・埼玉」の順に 昨年末「サービス付き高齢者向け住宅」登録動向

社会福祉法人高齢者住宅研究所はこのほど、2013年12月末のサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）の動向をまとめた。同研究所は「サービス付き高齢者向け住宅登録の動向」を2012年06月30日から3か月ごとにまとめて定期的に公表している。以下、調査結果の一部を紹介する。

サ高住をめぐるのは、東京都が2月19日、医療・介護連携型サ高住の26年度第1回公募開始を開始したと発表するなど、地方自治体が取り組む「サ高住」事業は、「安住充サービス」を求める利用者に対応しようとハードソフト両面の充実を急速に進めている。

今回初めて登録棟数トップ3都道府県が、「大阪・北海道・東京」から「大阪・北海道・埼玉」に変わったが、登録住戸数のトップ3都道府県は「大阪・北海道・東京」のままとなっている。今回の大きな変化は、初めて住戸数が最も多い居室の床面積区分トップ3が、「18㎡・19㎡・25㎡」から「18㎡・19㎡・20㎡」に変わった。

調査の主なポイントは次のとおりである。

### \* 登録棟数

4204棟→12月単独では98棟が登録された。→大阪(317棟)が300棟を超えて、次に、北海道(270棟)が200棟を超えて登録棟数が多い。埼玉(194棟)、東京(190棟)と続く。

### \* 住戸数

135,345戸→12月単独では2692戸が登録された。都道府県別では、大阪(13239戸;9月末比較1087戸増)、北海道(9956戸;同399戸増)、東京(7319戸;同486戸増)、埼玉(7029戸;同616戸増)、神奈川(6340戸;同446戸増)、兵庫(6208戸;同417戸増)、福岡(6038戸;同254戸増)で、上記7都道府県の住戸数の合計は登録住戸数全体の4割を占めている。

### \* 居室面積別住戸数

住戸数が最も多い居室の床面積区分トップ3が、「18㎡・19㎡・25㎡」から「18㎡・19㎡・20㎡」に変化。住戸数が最も多い居室の床面積区分は、18㎡(37%、50063戸<住戸数/全住戸数>)。続いて、19㎡(16%、21920戸)が多く、18㎡・19㎡で、全体の53%を占める。次に20㎡(9%、12664戸)、25㎡(9%、12555戸)が続く。

### \* 登録事業者

株式会社が半数を占める(55%:2331棟/全登録棟数4204棟)。医療法人(14%)、有限会社(14%)が続く。以上の3法人形態の登録棟数で全体の8割を超す構成で、他の法人形態も含めた全体構成もこれまでのものと比較して変化はなかった。

### \* サービス

状況把握・生活相談は、事業者自らによる提供は全登録棟数の85%(3575棟/全登録棟数4204棟)・委託による提供は14%(577棟)・自らと委託の併用による提供は1%(52棟)であった。食事の提供状況は、自らが52%(2169棟)・委託が42%(1766棟)・併用が1%(44棟)となっており、95%が提供している。

入浴等の介護は、自らが42%(1780棟)・委託が5%(222棟)・併用が0.5%(22棟)であり、48%が提供している。

# 医療施設動態調査

(平成25年12月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 5 施設の減少、病床数は 241 床の増加。  
 一般診療所の施設数は 38 施設の減少、病床数は 842 床の減少。  
 歯科診療所の施設数は 32 施設の減少、病床数は 4 床の減少。

## 1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

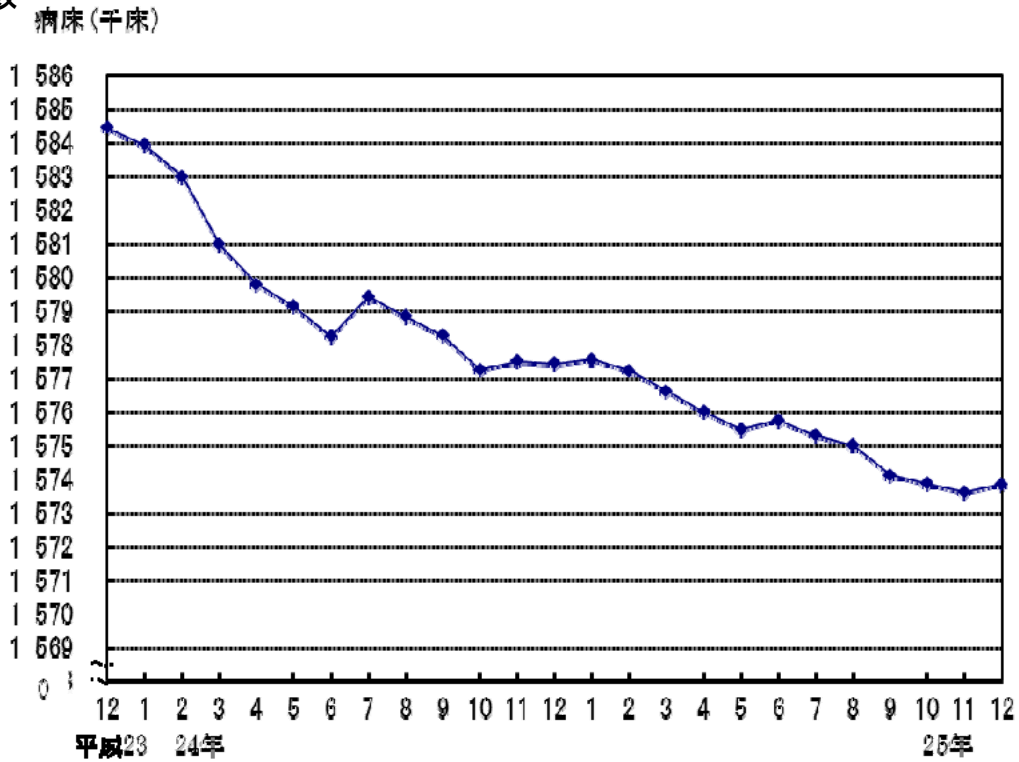
	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成25年12月	平成25年11月			平成25年12月	平成25年11月	
総数	177 944	178 019	△75	総数	1 692 556	1 693 161	△605
病院	8 535	8 540	△5	病院	1 573 842	1 573 601	241
精神科病院	1 068	1 067	1	精神病床	339 781	339 758	23
一般病院	7 467	7 473	△6	感染症病床	1 815	1 815	-
療養病床を有する病院(再掲)	3 865	3 871	△6	結核病床	6 542	6 595	△53
地域医療支援病院(再掲)	446	444	2	療養病床	328 006	328 308	△302
				一般病床	897 698	897 125	573
一般診療所	100 686	100 724	△38	一般診療所	118 624	119 466	△842
有床	8 973	9 059	△86				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	1 210	1 219	△9	療養病床(再掲)	12 249	12 340	△91
無床	91 713	91 665	48				
歯科診療所	68 723	68 755	△32	歯科診療所	90	94	△4

## 2 開設者別にみた施設数及び病床数

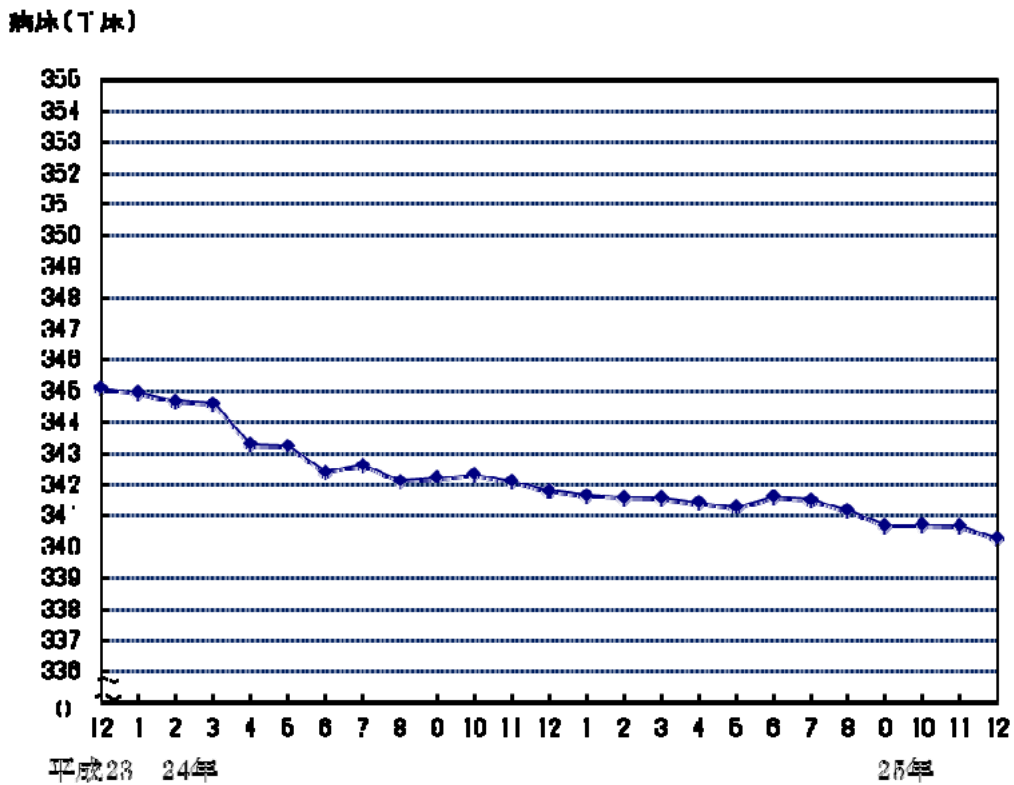
平成 25 年 12 月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 535	1 573 842	100 686	118 624	68 723
国 厚生労働省	14	5 717	30	-	-
独立行政法人国立病院機構	143	55 289	-	-	-
国立大学法人	48	32 628	136	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 072	3	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 376	-	-	-
その他	25	3 805	423	2 260	1
都道府県	212	56 836	239	150	8
市町村	667	143 355	3 012	2 467	272
地方独立行政法人	78	29 801	15	-	-
日赤	92	36 871	209	19	-
済生会	79	21 936	53	10	-
北海道社会事業協会	7	1 862	-	-	-
厚生連	107	34 331	67	64	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
全国社会保険協会連合会	48	12 926	2	-	-
厚生年金事業振興団	7	2 738	-	-	-
船員保険会	3	786	8	10	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 665	346	10	4
共済組合及びその連合会	46	14 703	175	10	6
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	306	72 909	747	415	139
医療法人	5 721	855 514	38 816	82 602	12 028
私立学校法人	109	55 161	178	38	15
社会福祉法人	193	33 912	8 479	326	30
医療生協	85	14 218	320	265	48
会社	58	12 384	2 075	31	16
その他の法人	117	26 130	526	273	78
個人	318	30 597	44 813	29 655	56 076

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計



# 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

## ポイント

- 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 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い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。

職員の持つ能力と意欲を最大限に発揮させ、病医院が組織として質の高い医療サービスを提供するためには、管理者側と職員との協働によって、職場環境を整備することが求められます。

### ■ 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

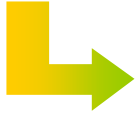
病医院は一般的に女性職員が多い職場であり、そのため、人間関係の構築においても次のような考え方を持つ傾向があるという学術的な意見もあります。

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」というルールの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。

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 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 leaked 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、前歴照会に依じ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。

# 経営データベース ①

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 月次管理のポイント



## コスト管理の要点

経費節減の一環として、コスト管理を実施する場合の事例を教えてください。



コスト削減の目標は、医療サービスの質を一定のレベルで維持しながら、患者に直接的にかかる費用の有効性や効率の向上を図って、患者一人当たりにかかる費用の節減を達成することです。

各費用節減へ取り組むに際しては、次のようなポイントに着目して行います。

勘定項目	経費節減対策のポイント
給与費	<ul style="list-style-type: none"> <li>●業務分担の見直し</li> <li>●再診自動受付システムの導入</li> <li>●残業の許可制導入とパート職員やボランティアの活用</li> <li>●業務の標準化と高齢者の採用・活用</li> </ul>
材料費	<ul style="list-style-type: none"> <li>●常備品の安全在庫量の見直し</li> <li>●適正注文数量の調査と購入単価および支払条件の定期的見直し</li> <li>●購入先の見直し、地域との結びつきの検討</li> <li>●定期棚卸と管理者による棚卸立会</li> <li>●購入担当ローテーション、請求明細書のチェック</li> </ul>
経費	<ul style="list-style-type: none"> <li>●年中行事の見直しと行事費用の一部負担</li> </ul>
福利厚生費	<ul style="list-style-type: none"> <li>●使用頻度が少ない厚生施設の解約</li> <li>●公的団体施設の活用</li> <li>●看護職員寮・病院住宅賃料の見直し</li> <li>●職員診療費減免規程の整備</li> </ul>
消耗備品	<ul style="list-style-type: none"> <li>●白衣・事務服の有償支給の検討</li> <li>●OA担当者を決定し、事務規格・操作・システムの方向付け</li> <li>●事務用品・文具類管理の中央化と相対渡し</li> <li>●アウトプットデータの見直しと保存期間経過後の適切な廃棄</li> <li>●定期購入刊行物の見直し</li> </ul>

勘定項目	経費節減対策のポイント
車両費	<ul style="list-style-type: none"> <li>●車両関係費のチェックシート活用</li> <li>●燃料費、車両使用者走行距離チェックカードの作成</li> </ul>
会議費	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「会議内容メモ」「会議成果診断メモ」の作成</li> </ul>
光熱水費	<ul style="list-style-type: none"> <li>●冷暖房の設定温度の見直し・フィルター清掃</li> <li>●晴天時の昼間、事務部門の昼休み、未使用部屋の消灯</li> <li>●照明器具の清掃と点灯スイッチの小分割化</li> </ul>
賃借料	<ul style="list-style-type: none"> <li>●リース契約時と再リース契約の条件の比較検討</li> </ul>
研究研修費	<ul style="list-style-type: none"> <li>●更新料、権利金および敷金等にかかる法的知識の習得</li> <li>●所属団体主催セミナーの活用</li> <li>●上席者、優秀な職員の順で研修参加</li> <li>●「研修マニュアル」「OJTマニュアル」の作成</li> <li>●研修講座の自己選択と研修受講のフォローアップ</li> </ul>
支払利息	<ul style="list-style-type: none"> <li>●給付金制度（自己啓発助成等）の適用の有無の検討</li> </ul>
印紙税	<ul style="list-style-type: none"> <li>●都道府県・市区町村の低利融資制度の適用の有無</li> <li>●固定金利と変動金利の有利・不利の検討</li> <li>●預金担保と当座貸越の活用</li> <li>●支払手形の不発行</li> </ul>

## 経営データベース ②

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 月次管理のポイント



### 目標達成のための先行管理

経営の先行管理を実施する上で重視すべき点を教えてください。



設定した期限までに目標を達成するためには、その目標達成期限から逆算して、いつから行動に着手すればよいのかという点を検討し、取り組みのスタートラインを設定しなければなりません。

経営の場面では、行動を阻害するさまざまな障害が起こりうることを考えると、最低でも3ヶ月前から着手する必要があります。

目標達成

逆算するといつから行動に着手しなければならないか

不測の事態に備えて最低3ヶ月前から着手すべき

#### 3ヶ月先行管理で三段構えの手を打つ

- 3ヶ月前に第1弾の手を打つ ⇒ (目標の 80%達成の準備)
- 2ヶ月前に第2弾の手を打つ ⇒ (目標の 90%達成の準備)
- 1ヶ月前に第3弾の手を打つ ⇒ (目標の 100%達成の準備)

例えば、7月の目標を達成するための取り組みを考える場合、先行管理の仕組みがなければ、6月末になってようやく対策を検討し、着手することもあります。しかし、仮にその対策が誤っていた場合には、修正する時間が取れず、7月の目標はおろか、それ以降の月次目標達成も難しくなるでしょう。

しかし、3ヶ月先行管理を行うと、7月の目標達成に向けては3ヶ月前である4月の時点で「第1回目の検討と対策」を、また2ヶ月前の5月時点で「第2回目の検討と対策」を行うため、それぞれの時点で検討し、もし仮説から導いた対策に効果が見られない場合であっても、軌道修正することができます。さらに、経営においては不測の事態が生じる可能性があることも想定すると、最低3ヶ月前から取り組みを開始する先行管理が必要なのです。

よって、3ヶ月前から、目標達成に向けた対策を3ステップで実施することが重要です。