

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

社会保障費用、過去最高の 107 兆円

国民所得に占める割合 31%、国民1人当たり 84 万円

国立社会保障・人口問題研究所

中医協総会 診療・支払側とも「高すぎる調剤報酬」

維持期リハビリ評価で介護保険への移行は「延期」

中央社会保険医療協議会



2 経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成 25 年 8 月分概数)



3 経営情報レポート

職員の意欲を向上させる

クリニックの人事評価・賃金システム



4 経営データベース

ジャンル: 労務管理 サブジャンル: 求人・採用

試用期間の長さの設定

試用期間中の職員を不適合とする基準

医療情報

ヘッドライン ①

国立社会保障・
人口問題研究所

社会保障費用、過去最高の 107 兆円 国民所得に占める割合 31%、国民1人当たり 84 万円

国立社会保障・人口問題研究所は 12 月 6 日、年金や医療、介護などにかかった 2011 年度の社会保障費用統計（旧称・社会保障給付費）は、2010 年度比 2 兆 8156 億円（2.7%増）の 107 兆 4950 億円になったと発表した。

給付費の項目を大別すると、年金が最も多く約 53 兆円で割合は 5 割、次いで医療 34 兆円で 3 割、福祉その他で約 20 兆円の 2 割という状況となっている。

同研究所では、前年度（10 年）比 2.7%増の原因には、高齢化の他、11 年 3 月の東日本大震災に関連した災害救助などの給付があり、震災関連給付は『生活保護その他』の対象に含まれるため、生活保護の扶助の部分も増えているが、やはり東日本大震災の影響が過去最高を塗り替えた」と分析している。

しかし災害救助などの支出が増えたためとはいえ、過去最高を更新し続けることへの対応が問題で、今後、増大に歯止めがかからない状況で給付の抑制が急務となる。

社会保障費用は、社会保障の費用のうち税金や保険料で賄った分で、自己負担分は除く国民所得に占める割合は 31%で、過去最高となった。国民 1 人当たりに換算すると 84 万 1100 円で、前の年度に比べて 2.9%増え（金額で 2 万 3700 円増）、こちらも過去最高を更新した。

個別項目でみると、高齢化に伴って受給者

が増えた年金が 53 兆 623 億円（前の年度比 0.2%増）で 49.4%と、給付費の約半分を占めた。次が医療（医療保険・後期高齢者医療の医療給付、生活保護の医療扶助など）で 34 兆 634 億円（前の年度比 3.5%増）だった。介護保険給付や生活保護の介護扶助などの「介護対策」は、7 兆 8881 億円（5.1%増）だった。

震災関連の給付費は災害救助費が 5200 億円、震災関係の緊急雇用創出事業が 3700 億円と、例年に比べ支出が大幅に増えた。

病院などの設備整備費なども加えた「社会支出」の総額も 112 兆 437 億円で過去最高だった。国内総生産（GDP）に占める社会支出の割合は 23.67%で、比較可能な 09 年度のデータで欧米各国と比べると、米国（19.45%）よりは高い一方、フランス（32.41%）よりは低かった。

なお厚労省発表の 2011 年度の医療費の推計値（今年 11 月時点）では、医療費は過去最高となり前年度比 3.1%増の 38 兆 5850 億円と発表されている。

38 兆 5850 億円のうち、医科診療のみの医療費は 27 兆 8129 億円（前年度比 5901 億円増）。このうち、病院の入院医療費（同 13 兆 9394 億円）は前年度から 2978 億円増えたが、診療所では 4359 億円で、133 億円減った。薬局調剤のみの医療費は前年度比 4876 億円増の 6 兆 6288 億円だった。

医療情報

ヘッドライン ②

中央社会保険医療協議会

中医協総会 診療・支払側とも「高すぎる調剤報酬」維持期リハビリ評価で介護保険への移行は「延期」

中央社会保険医療協議会（森田朗会長＝学習院大学法学部教授）は12月4日、総会を開き、2014年度診療報酬改定に向けて進めている議題の中で、主に3つのテーマについて議論を進めた。

この日のテーマの1つは、有床診療所の評価の在り方、続いてリハビリテーション料、さらに調剤報酬であった。

厚労省は、1つ目の「有床診療の在り方」で、現状での有床診療が病院からの早期退院患者の受け入れ、在宅患者や介護施設の入所者の急変時の受け入れなど、地域包括ケアシステムを推進する上で多様な機能を備えていると評価する。

一方、有床診療がこのような多様な機能を担うと、経営上、経常利益率が悪化する傾向にある経営体質を問題視し、有床診療が多様な機能を備えるための努力を評価する案が示されていた。そこで有床診療について「多機能の有床診療を評価する」「平成24年度改定で、入院基本料等の要件に包括された【栄養管理実施加算】について、有床診療所に限り加算に戻す」「栄養管理が必要な患者もいることから、他医療機関等との連携で行うことを評価する」などの見直しが提案されている。

しかし「地域包括ケア担う有床診療の役割を評価する」との声が多く出た一方で、厚労省側からの「入院基本料の要件から管理栄養士の配置も見直し検討」とする提案に対して、総会での会議の結果は、管理栄養士の配置を外すことで一致しこれを了承した。

2つ目の「リハビリテーション料」について、厚労省は、要介護の被保険者などに対す

る維持期リハビリテーション（脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料）を医療保険から介護保険へ移行するための経過措置について、2014年3月までとする期限を延長することを提案した。

前回の24年度改定で「要介護被保険者における、脳血管疾患等リハと運動器リハのうち、維持期リハについては、26年度以降は介護保険給付とする」方針が明確に示されていたが、これはリハビリ改革を推進するのが目的としたものであり、厚労省は「受け入れ準備は必ずしも十分とは言えない」との判断を下したことになる。このため厚労省当局は、「要介護被保険者における維持期リハ（脳血管疾患等リハと運動器リハ）の介護保険への移行」を延期する考えを示した。

さらに3点目の「調剤報酬」について厚労省は、保険薬局における後発医薬品の使用促進、長期投薬に対する分割調剤、残薬管理などを評価する方針を打ち出している。

しかし診療側の日本医師会・安達委員から「病医院でも同等の加算がないことに加え、調剤報酬の基本料や各種加算などの算定要件が、医科に比べて緩いことを問題視する」等の問題意識が示された。支払側の白川委員（健保連）も「加算のあり方などを議論したい」と見直す姿勢をコメントしている。

診療・支払側がともに「高すぎる調剤報酬」と、一部の大手調剤薬局チェーンの利益率も問題視し、批判する事態となっている。

今後、調剤薬局に対しては厳しい改定が予想される。

病院報告

平成25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25年8月	平成25年7月	平成25年6月	平成25年8月	平成25年7月
病院					
在院患者数					
総数	1 276 797	1 276 870	1 271 432	△73	5 438
精神病床	302 134	301 394	300 452	740	942
結核病床	2 399	2 396	2 325	3	71
療養病床	295 672	295 318	294 940	354	378
一般病床	676 537	677 714	673 670	△1 177	4 044
(再掲)介護療養病床	61 585	61 802	61 998	△217	△196
外来患者数	1 388 328	1 448 015	1 377 975	△59 687	70 040
診療所					
在院患者数					
療養病床	8 080	8 100	8 109	△20	△9
(再掲)介護療養病床	3 108	3 093	3 095	15	△2

- 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25年8月	平成25年7月	平成25年6月	平成25年8月	平成25年7月
病院					
総数	78.7	81.1	78.2	△ 2.4	2.9
精神病床	88.3	88.4	87.9	△ 0.1	0.5
結核病床	36.1	36.3	35.0	△ 0.2	1.3
療養病床	89.7	89.7	89.2	△ 0.0	0.5
一般病床	71.5	75.7	70.9	△ 4.2	4.8
介護療養病床	93.4	93.2	92.7	0.2	0.5
診療所	78.7	81.1	78.2	△ 2.4	2.9
療養病床	88.3	88.4	87.9	△ 0.1	0.5
介護療養病床	36.1	36.3	35.0	△ 0.2	1.3

- 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)

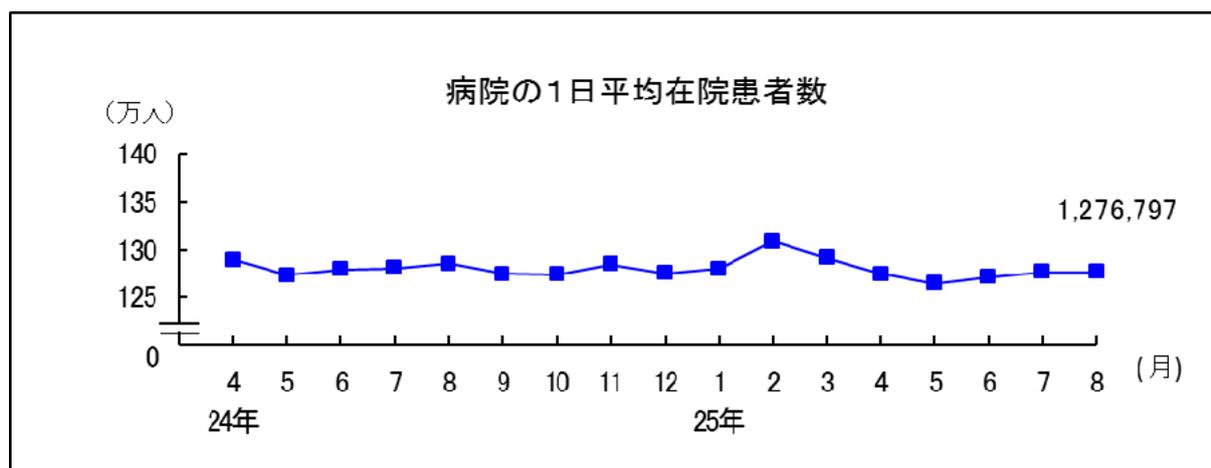
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成 25 年 8 月	平成 25 年 7 月	平成 25 年 6 月	平成 25 年 8 月	平成 25 年 7 月
病院					
総数	29.8	29.6	30.6	0.2	△1.0
精神病床	283.7	268.7	280.2	15.0	△11.5
結核病床	69.9	65.7	71.3	4.2	△5.6
療養病床	174.3	167.3	173.2	7.0	△5.9
一般病床	16.7	16.6	17.2	0.1	△0.6
介護療養病床	319.3	309.7	319.7	9.6	△10.0
診療所					
療養病床	107.6	107.0	108.4	0.6	△1.4
介護療養病床	108.8	109.6	112.6	△0.8	△3.0

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

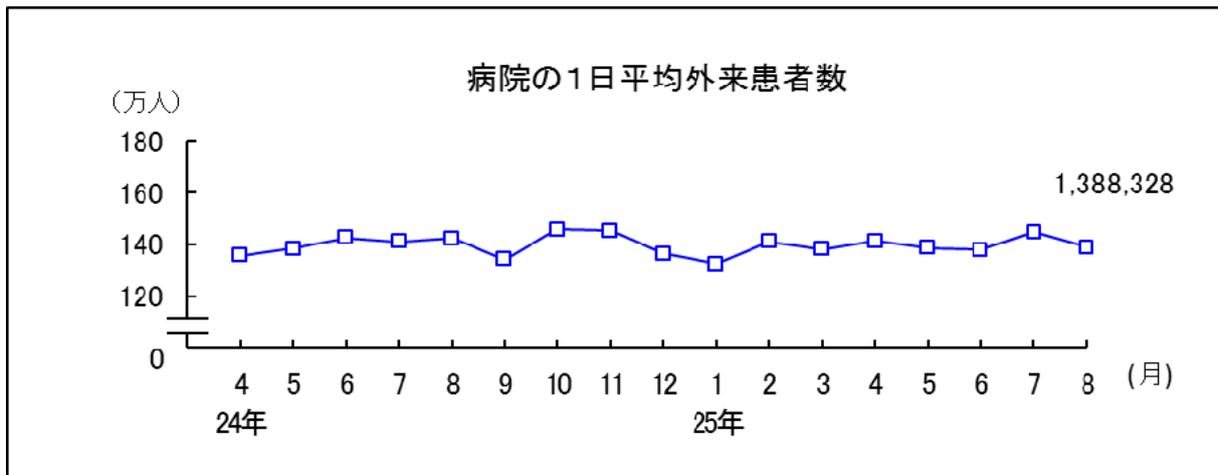
ただし、療養病床の平均在院日数 = $1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

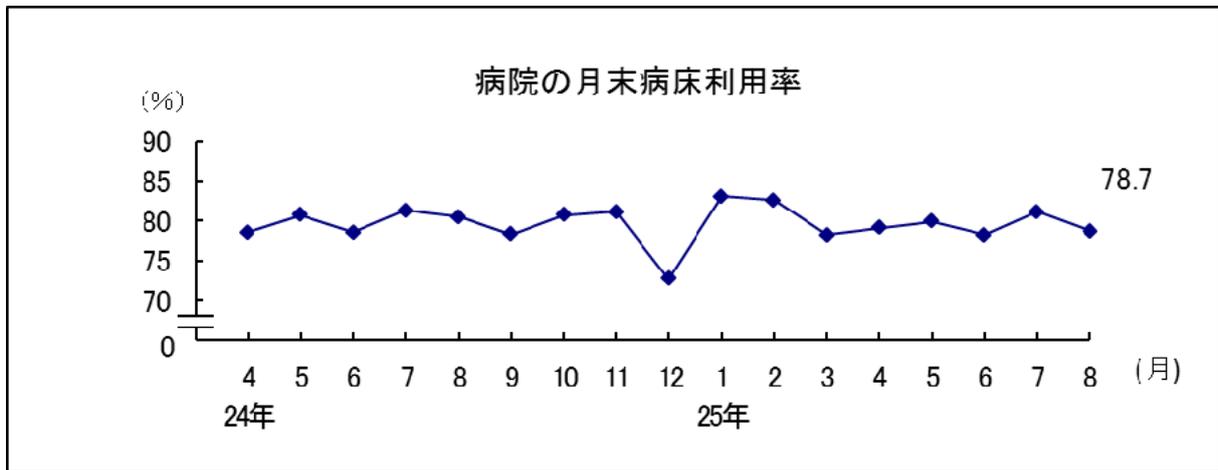
◆病院:1日平均在院患者数の推移



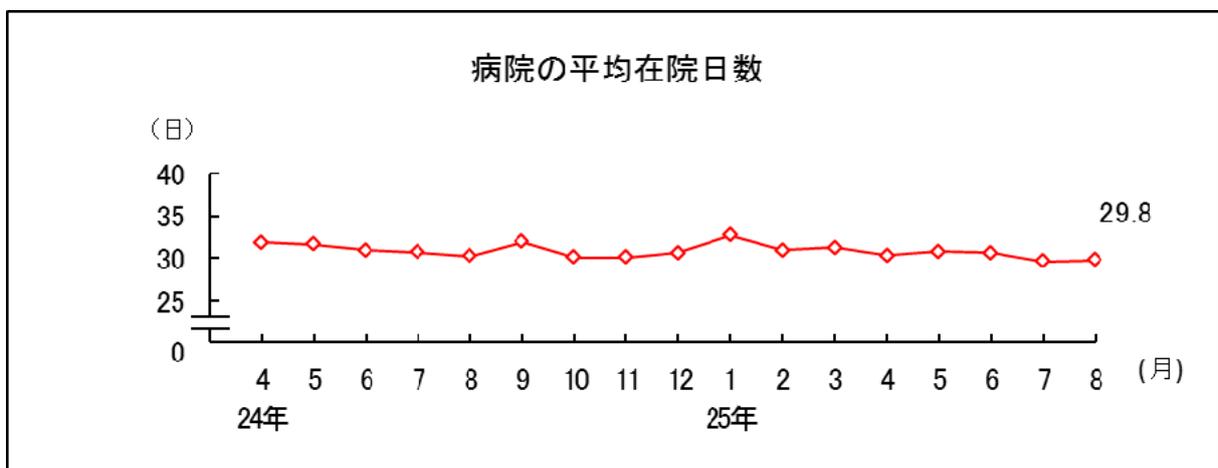
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



職員の意欲を向上させる クリニックの人事評価・賃金システム

ポイント

- 1 クリニックの人事評価制度
- 2 役割や能力に対応した等級フレーム
- 3 職員のやる気を高める賃金制度
- 4 人事評価・賃金制度見直しの事例



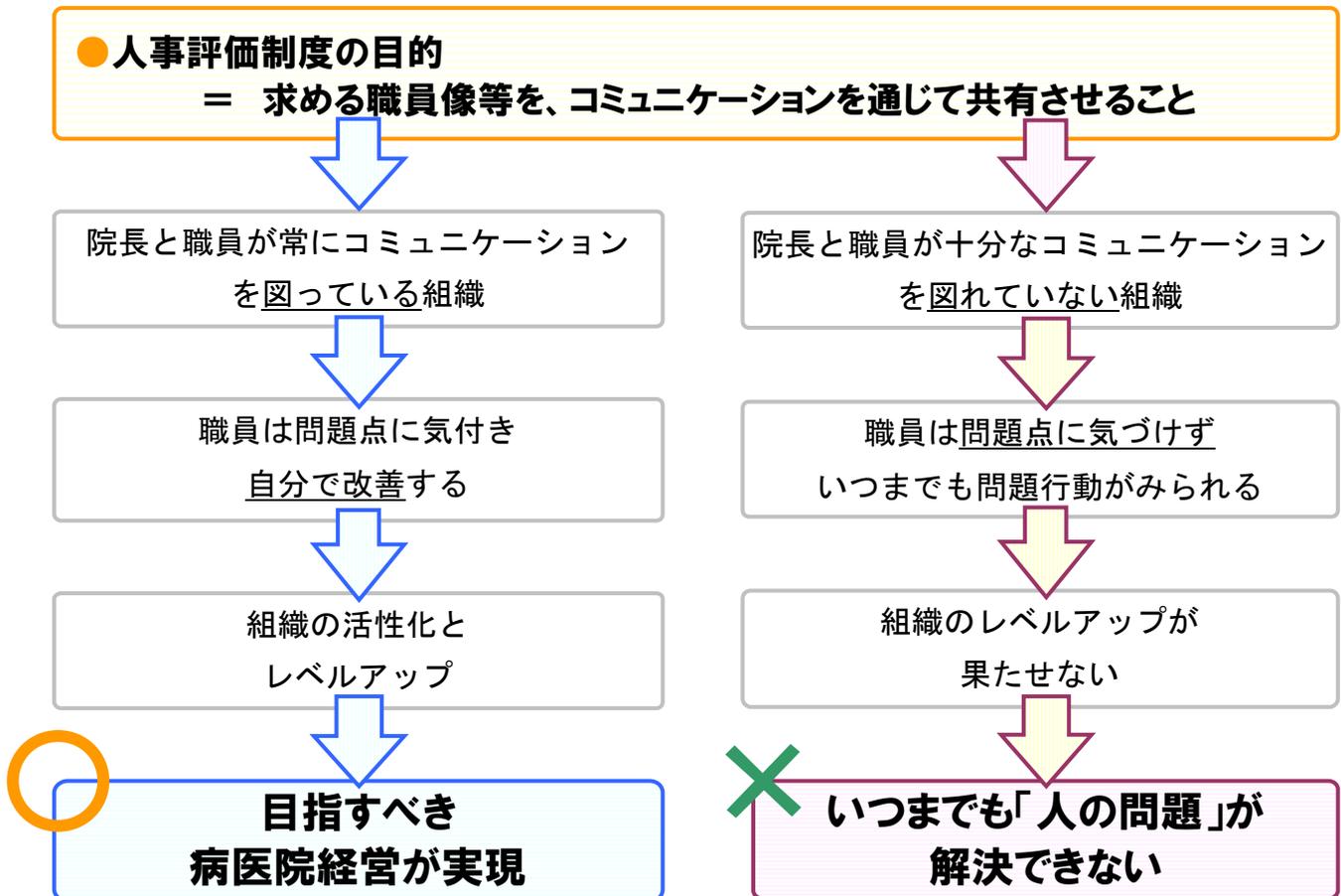
1 クリニックの人事評価制度

1 クリニックの人事評価制度導入の目的

クリニックにおける人事評価制度とは、院長が職員に対して求める職員像、期待する職員像を明示したうえで、それに対して経営者として成長を後押しするものであり、さらに順次面談等によって職員とコミュニケーションを図ることを通じて、改善点や問題点を注意する結果、個々や組織全体のレベルが向上するものと考えられます。

つまり、職員のモチベーションを高め、組織風土を変えさせるためには、公正な人事評価システムの導入と整備は必要不可欠なものといえます。

(1) 人事評価の目的イメージ



(2) 職員評価(処遇)の反映

人事評価制度では、まず院長が期待する職員像などを明確に提示します。そして、それに近づくために必要な職員の取り組みなどを随時フォローすることにより、個々の問題点を改善へと導くことが重要です。

2 役割や能力に対応した等級フレーム

1 等級フレーム活用のねらい

(1) 役割、目標を明確にし、責任感を高める

クリニックにおいて、職員のやる気を引き出し、活性化した体制を構築するためには、人事評価制度の導入の出発点となる目標管理の発想が必要です。

職員に目標ができると、どうすれば目標に近づけるのか、どうすれば課題をクリア出来るのかを考えるようになり、自分で仕事に意思を持って取り組むようになります。そして、目標達成に向かって取り組むほど、自分の行動にも責任を持つようになります。責任は、さらに職員の能力向上の原動力となります。

この結果、仕事で成果を出すことができた経験があるため、問題発見の視野が広くなり、新たな取り組みに対しても積極性があらわれます。

クリニックの組織運営において最も重視すべきなのは、職員のモチベーションです。よって、モチベーションを向上させる一つ的手段として、職位・等級（ランク）は、より効果的に機能させなければなりません。

(2) レベルアップが職員満足と患者満足につながる

職員の満足度が高いからこそ、患者が満足を得られるサービスを提供できます。職員の満足度は、クリニックにおいて感じる事が出来る「やりがい」に大きく影響されるものです。

職位と役割に応じた業務を示す職務基準書があれば、職員の意欲は向上し、また様々な目標設定は、能力向上とともに職員の満足度向上につながります。

(3) 職務基準書作成の目的

- ① 職員の成長ステップを明示することで、役割分担、能力開発をスムーズに行えるようになる
- ② 職員が行うべき業務が明確になり、モチベーションアップにつながる
- ③ 人事評価を実施した時点のクリニック全体での職員レベルの状況が把握しやすくなる

3 職員のやる気を高める賃金制度

職員規模が小さいクリニックの場合、一般企業や大病院のように毎年4月に新卒者が入職するよりも、他医療機関での勤務経験者が中途採用で入職するケースも多く、必然的にさまざまな経歴を有する職員が入職してくることになります。

そのため、一般的に活用されているような賃金表がクリニックの実情に適合しないため、院長が周りの職員とのバランスを勘案しながら、感覚的に賃金額を決定せざるを得ない場合も少なくありません。

しかし、賃金の設定にあたっては、職員の納得度を高めるためにも、ある程度統一した基準を設けておくことが、クリニックにおいても必要です。

1 賃金制度の構築方法とメリット・デメリット

(1) 月次賃金の設定

月次賃金は、主に基本給と諸手当によって構成しているケースが一般的です。これらの賃金を決定するにあたっては、地元の医師会などが策定した賃金表を用いる方法が多いようですが、最近では独自の賃金表を策定し、これから算出した賃金に基づいて、在職中の職員、また将来的に確保する職員に適用させて運用するクリニックが急速に増加しています。

(2) 賃金表作成のメリットとデメリット

メリット	<ul style="list-style-type: none">● 賃金決定や運用における恣意性を排除することができるため、職員に安心感を与えることができる● 将来の生活設計イメージを職員に示すことができる
デメリット	<ul style="list-style-type: none">● 賃金表に縛られてしまい、経営環境悪化の際に柔軟な対応が取りにくい● ある程度賃金額を抑えた表を設計すると、モチベーションをダウンさせてしまう

2 職能給制度の設計と運用の問題

職能給制度とは、職務遂行能力によって職能資格を分け、その資格等級によって給与を決定する制度であり、特に大病院や大企業などで導入されています。

それぞれの等級ごとに能力要件（職能要件書）が明確に示されており、能力や技術が習熟すると上位等級に昇格してゆく仕組みで、等級が上がるほど昇給額が大きくなるため、能力の高まりがそのまま高い給与に繋がることになります。

4 人事評価・賃金制度見直しの事例

1 能力基準の明示と人事評価

A医院は、管理者である院長のほか、看護師1名、看護助手1名、受付・事務・会計を担当するパート職員2名という体制で診療を行っている無床クリニックです。

今般、2名の正職員に対して職務基準書に基づく人事評価を行い、改めて賃金額を決定するとともに、育成指導を行いました。

(1)職務基準書の作成

院内全体のレベルアップに向けて、職員の能力開発は不可欠です。A医院でも、自院に必要な能力を職員の成長段階や役職に応じて明らかにしたものと、職務基準書を作成しました。

これに合わせて、職員一人ひとりの役割を基準に評価するシステムを構築したのです。

(2)個别人事評価の実施

職種別人事評価シートによって個人評価を行った結果、その評価は50点中30点となり、まだまだ能力の向上を必要としていることが判明しました。

また、本人の自己評価と院長による評価では10点もの差があり、能力分析と患者に対する反応（結果）の把握に温度差があると認識できました。

(3)評価に基づく新たな賃金額を確定

対象となった正職員のうちのひとりである看護師A（36歳）さんの給与については、職務基準書と評価表から号俸を判断し、そのうえで基本給と手当の見直しを実施しました。

その結果、Aさんの給与は現行より10,000円アップという結果となり、本人に対する院長の評価内容も整理できて、今後期待する職員像が明確となったのです。

現行給与		給与改定	
基本給	210,000円	基本給	220,000円
皆勤手当	5,000円 ※遅刻・早退3回もしくは 欠勤1回で不支給	皆勤手当	5,000円
住宅手当	5,000円 ※賃貸者のみ	住宅手当	5,000円
合計	220,000円	合計	230,000円

経営データベース ①

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 求人・採用



試用期間の長さの設定

職員の本採用前に試用期間を定める場合、その長さについて、労働基準法等における制限はあるでしょうか。



職員を採用するにあたって、「試用期間」は必ず設けなければならないものではありませんが、本採用の前に一定の「試用期間」を設け、その間に職員としての適格性を判断するのが通例となっています。

「試用期間」を設ける場合には、就業規則等において、試用期間の長さ（その延長または短縮を含む）、試用期間中の解雇、本採用の手続き、試用期間の扱い（勤続年数への通算の有無）などについて定めておく必要があります。

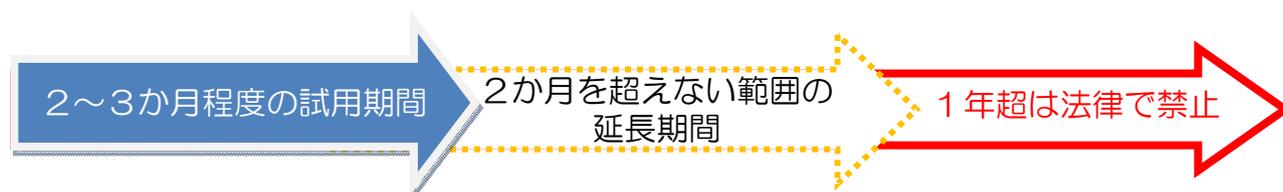
試用期間の長さについては、その目的が本採用とするか否かを見極める期間であることから、2～3カ月程度とする企業や団体が多く、稀には6カ月とするケースも見受けられます。

試用期間の長さについて法的な制限はありませんが、期間を定めて雇用する場合の契約期間は、原則として「1年」を超えないこととされている（労基法第14条）ことから、最長1年と解されますが、試用期間中の職員は身分が不安定であることからみて、必要以上に長い期間を設定することは避けるべきでしょう。

具体的には、「新たに採用した者については、採用の日から3カ月間を試用期間とする。ただし、特殊な事情がある場合は2カ月を超えない範囲で試用期間を延長することがある」などのように、通常は2、3カ月としたうえで試用期間の延長の規定を設け、特殊な事情がある者に限って、その期間を延長するものとし、さらに、延長する場合の最長期間についても定めておくといでしょう。

■一般的な試用期間

試用期間の長さ、試用期間中の解雇、本採用の手続き、試用期間の扱いについて就業規則等で定める



経営データベース ②

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 求人・採用



試用期間中の職員を不適合とする基準

試用期間中の職員を不適合と判断する基準は、具体的にはどのようなものでしょうか。また、その基準について就業規則に明記しておかなければ、正職員への登用を拒否できないでしょうか。



試用期間中の採用取消や、試用期間満了時に正職員への登用を拒否することは、法律上は解雇に当たりますが、試用期間中の解雇をめぐるっては、一般に通常の解雇より解雇権が広く認められています。

これは、試用期間を設ける目的が、入職前の審査だけでは新規採用者の適格性を十分に把握することができないため、一定期間の勤務状況などを観察することによって、本採用とするかどうかを判断するためであることから、その期間中に職員として不適合と認められた場合には、労働契約を解約することができる、という解約権留保付の特約がなされている期間と解されているためです。

しかし、試用期間中だからといって、使用者に無制限に解雇権が認められるものではありません。判例においても、「客観的に合理的な理由が存在し、社会通念上相当として是認される場合」にのみ許される（昭48.12.12 最高裁大法廷判決「三菱樹脂事件」）と示されています。

試用期間中は解雇権が広く認められている（解約権留保付の特約）

しかし

解雇権は無制限に認められているわけではない

この判例では、「企業者が、採用決定後における調査の結果により、または試用期間中の勤務状態等により、当初知ることができず、また知ることが期待できないような事実を知るに至った場合において、そのような事実に照らしその者を引き続き当該企業に雇用しておくのが適当でないと判断することが、上記解約権留保の趣旨、目的に照らして客観的に相当であると認められる場合」に、解約権を行使できるものとしています。

よって、就業規則等で具体的な事由（基準）を定めていなければ、試用期間中または試用期間満了時に解雇できないものではありませんが、トラブルを最小限に抑えるためには通常の解雇事由（基準）とは別個に、「試用期間中の解雇」の条項を設けて具体的な解雇事由（基準）を定めておいたほうがよいでしょう。