

医療情報
ヘッドライン

広告規制される医療機関ウェブサイト 「患者の感謝の言葉」は掲載可能

▶厚生労働省 社会保障審議会医療部会

医薬品の単品単価取引推進を強化 「価格交渉アウトソーシング」を警告

▶厚生労働省 全国薬務関係主管課長会議

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成29年8月審査分）

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

経営
データ
ベース

ジャンル:医療経営 サブジャンル:職員との関係
職員が起こした交通事故による医療機関の責任
職員の解雇をめぐる問題

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

広告規制される医療機関ウェブサイト 「患者の感謝の言葉」は掲載可能

厚生労働省 社会保障審議会医療部会

厚生労働省は、2月28日に開かれた社会保障審議会医療部会で、今年6月から広告規制の対象となる医療機関のウェブサイト上に「患者の感謝の言葉」を掲載できるとの判断を示した。ただし、3月中に公布予定の省令には「患者の主観や伝聞に基づく治療内容、または効果に関する体験談の広告」を禁止する旨を盛り込んでいるため、治療に関する文言を入れることはできない。

■患者の体験談掲載の一律規制に反対意見

厚労省は、今回「感謝の言葉」を掲載できると判断した理由として、患者の体験談掲載を一律に規制することに対する反対意見があったことを挙げている。そうした意見を突っぱねられなかったのは、3月中に発出予定となっている新たな医療広告ガイドラインで、「患者等が自ら掲載する体験談、手記等」を広告とみなさない具体例として挙げていることが大きい。

「患者が自ら掲載する体験談」を広告とみなすかどうかの判断基準は、「誘引性」の有無にある。新たな医療広告ガイドラインには「自らや家族等からの伝聞により、実際の体験に基づいて、例えば、A病院を推薦する手記を個人Xが作成し、出版物やしおり等により公表した場合や口頭で評判を広める場合には、一見すると以下の①②の要件を満たすが、この場合は個人XがA病院を推薦したにすぎず、①の『誘引性』の要件を満たさないため広告

とはみなさない」と記載している。

■「本指針第2の1」（「広告の定義」）

- ①患者の受診等を誘引する意図があること（誘引性）
- ②医業若しくは歯科医業を提供する者の氏名若しくは名称又は病院若しくは診療所の名称が特定可能であること（特定性）

■施術前後のビフォーアフター写真でも、 詳細な注釈を添えれば掲載可能

この「誘引性」は、費用の発生する広告である場合に要件を満たすとしている点にも注意が必要である。ガイドラインでは、具体例として新聞記事を挙げており、例え特定の病院を推薦していても、誘引性に該当しないとしている。つまり、料金が介在せず、治療内容の詳細や効果に触れなければ、患者の体験談掲載も可能と解釈できる。厚労省は、感謝の言葉ばかりを選択し掲載している場合には、誇大広告として規制するとしているが、同時に個別判断にならざるを得ないと述べており、イメージ戦略として「患者の言葉」をウェブサイト上で活用することは事実上認められたといえるだろう。

施術前後のいわゆるビフォーアフター写真も、詳細な注釈を添えれば掲載可能であることが認められており、医療機関はこれらの基準を正しく理解することで、効果的なPR戦略を立てることが期待できる。

医薬品の単品単価取引推進を強化 「価格交渉アウトソーシング」を警告

厚生労働省 全国薬務関係主管課長会議

厚生労働省は、2月28日に開催された全国薬務関係主管課長会議で医薬品の単品単価取引を推進していく姿勢を改めて強調した。

都道府県に対し、医療機関への働きかけを強化するよう要請したほか、いわゆる「長期未妥結」の原因となる価格交渉アウトソーシングに対して、警告を発するものとなった。

■未妥結減算制度導入後、特定業者や品目、特定期間だけ妥結する傾向が強まっている

医療機関と医薬品の関係は、一般的なビジネス感覚では理解できない商習慣が継続しており、その原因のひとつが、長年続いてきたリベートありきの取引実態だといえる。

リベートを生み出すため、医薬品一つひとつの取引価格を決めず、全品目の価格を「ひと山いくら」で決める「総価取引（総価山買い）」が一般的となっており、こうした「総価取引」を行うことで、通常の商取引では考えにくい「仮納入」が成立していたのも根深い問題として指摘されていた。

「仮納入」とは、薬価基準価格が引き下げられると、それに合わせて医療機関が値下げを要求し、医薬品業者との折り合いがつかないことから生じるもので、医薬品は品切れが許されないため、“とりあえず”納品だけはしておくというわけである。

こうした実態から、価格の妥結に至らず「長期未妥結」という独特の状況が蔓延し、厚労省は取引価格の「妥結率」という奇妙な数値

を調査している状態だ。

また、「総価取引」はその性格上コスト計算が成り立たず、結果として適切な薬価決定の妨げとなり、社会保障費の膨張を招いていた。事態を重く見た厚労省は対策を進め、2014年度の診療報酬改定でいわゆる「未妥結減算制度」を導入し、その結果、「妥結率」は90%以上の水準に達したが、一方で特定の業者や品目、そして特定の期間だけ妥結する傾向が強まっているとの指摘もあった。

■昨年12月決定の薬価制度抜本改革で、不明確な返品などを防ぐ取り組み他を強化

そこで厚労省は、昨年5月に通知を発出、昨年12月には「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」が決定され、単品単価取引の推進や価格交渉を外部コンサルタントに依頼するアウトソーシングの解消や、不明確な返品などを防ぐ取り組みを強化してきた。

次期診療報酬改定では、保険薬局や200床以上病院に対して単品単価取引の契約率や、値引き契約についての報告を求めることも決定しており、これらの報告がない場合には、初診・再診料の引き下げといったペナルティも課せられることになっている。

今回の厚労省の要請は、そうした現状を踏まえたうえでさらに楔を打ち込む形となっており、社会保障費抑制に強い姿勢を持って臨んでいることをアピールする狙いもうかがわれる。

病院報告

(平成29年8月分概数)

厚生労働省 2017年12月5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29年8月	平成28年7月	平成28年6月	平成29年8月	平成28年7月
病院					
在院患者数					
総数	1 250 590	1 247 700	1 246 961	2 890	739
精神病床	287 906	287 585	286 809	321	776
結核病床	1 854	1 833	1 794	21	39
療養病床	287 342	287 049	287 644	293	△ 595
一般病床	673 426	671 176	670 656	2 250	520
(再掲)介護療養病	44 752	44 948	45 427	△ 196	△ 479
外来患者数	1 362 763	1 326 129	1 405 298	36 634	△ 79 169
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 261	5 264	5 312	△ 3	△ 48
(再掲)介護療養病床	2 026	2 032	2 040	△ 6	△ 8

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29年8月	平成28年7月	平成28年6月	平成29年8月	平成28年7月
病院					
総数	80.0	79.5	78.8	0.5	0.7
精神病床	86.2	86.2	86.0	△ 0.0	0.2
結核病床	35.0	34.6	33.9	0.4	0.7
療養病床	87.9	87.6	87.8	0.3	△ 0.2
一般病床	75.2	74.4	73.3	0.8	1.1
介護療養病床	91.1	91.1	90.8	0.0	0.3
診療所					
療養病床	57.1	57.1	57.1	△ 0.0	0.0
介護療養病床	72.1	71.6	72.7	0.5	△ 1.1

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

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 29 年 8 月	平成 28 年 7 月	平成 28 年 6 月	平成 29 年 8 月	平成 28 年 7 月
病院					
総数	27.4	28.1	27.5	△ 0.7	0.6
精神病床	264.3	264.7	256.4	△ 0.4	8.3
結核病床	66.8	70.7	62.2	△ 3.9	8.5
療養病床	149.3	153.4	145.5	△ 4.1	7.9
一般病床	15.6	16.1	15.7	△ 0.5	0.4
介護療養病床	316.1	328.3	308.2	△ 12.2	20.1
診療所					
療養病床	95.0	96.9	93.8	△ 1.9	3.1
介護療養病床	124.1	128.0	129.3	△ 3.9	△ 1.3

在院患者延数

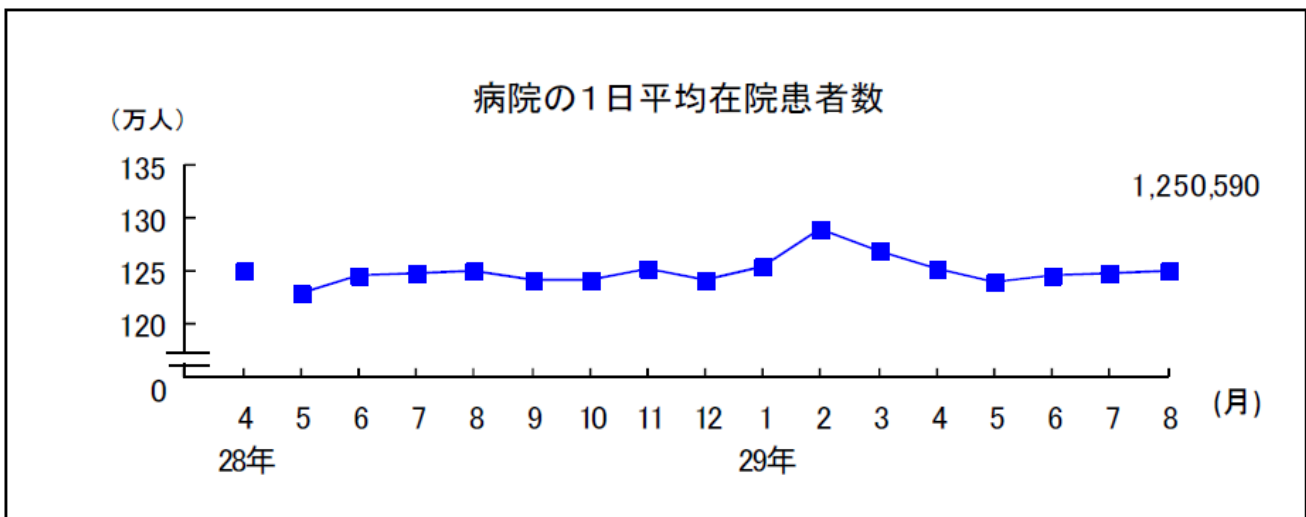
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

在院患者延数

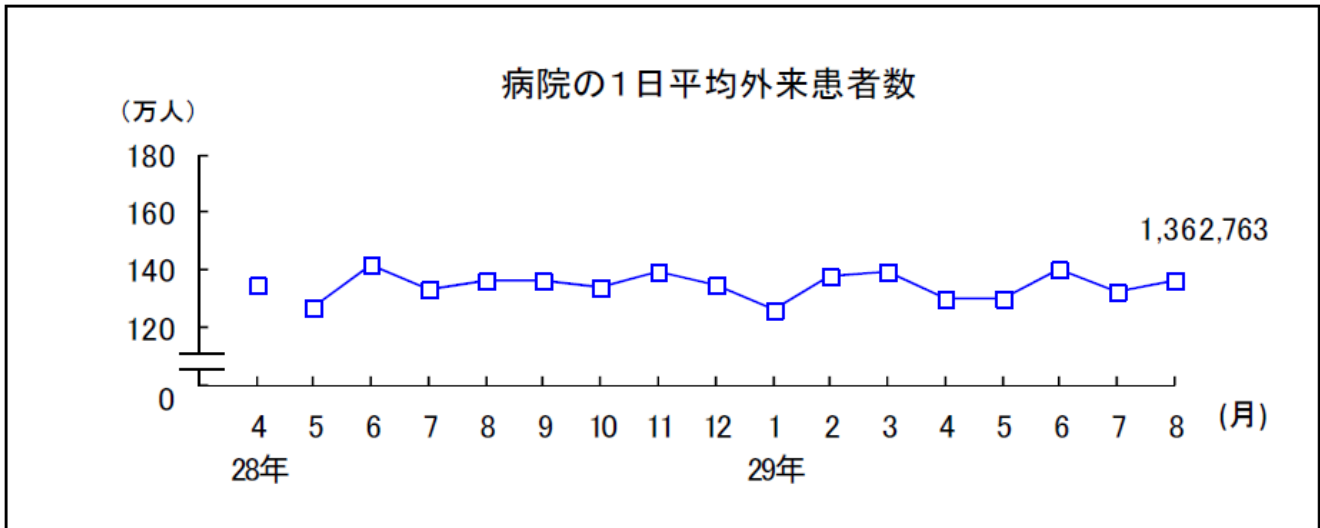
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

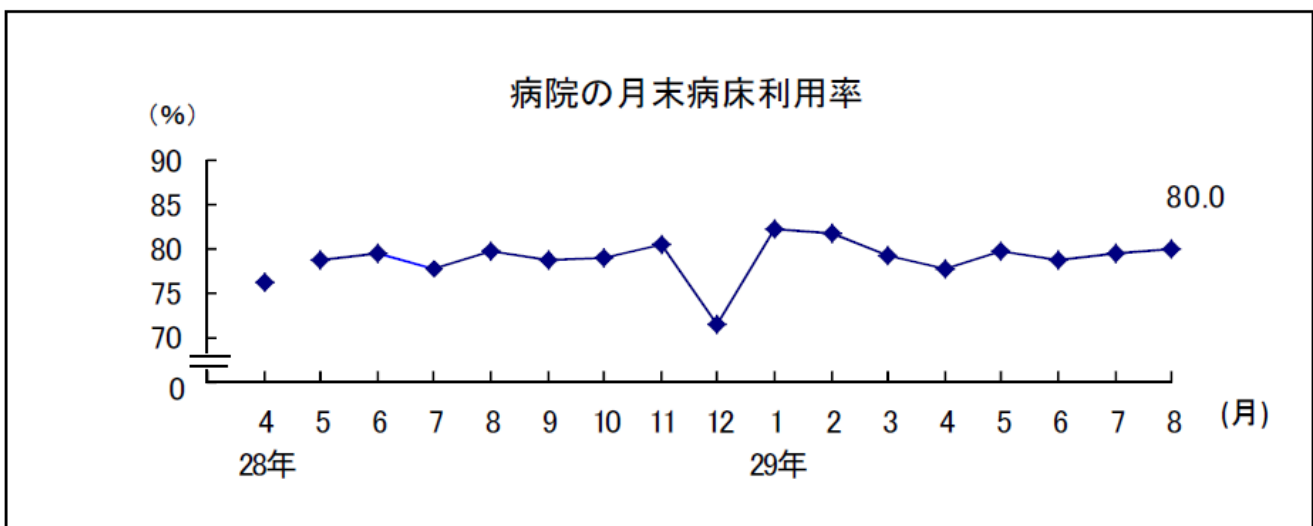
◆病院:1日平均在院患者数の推移



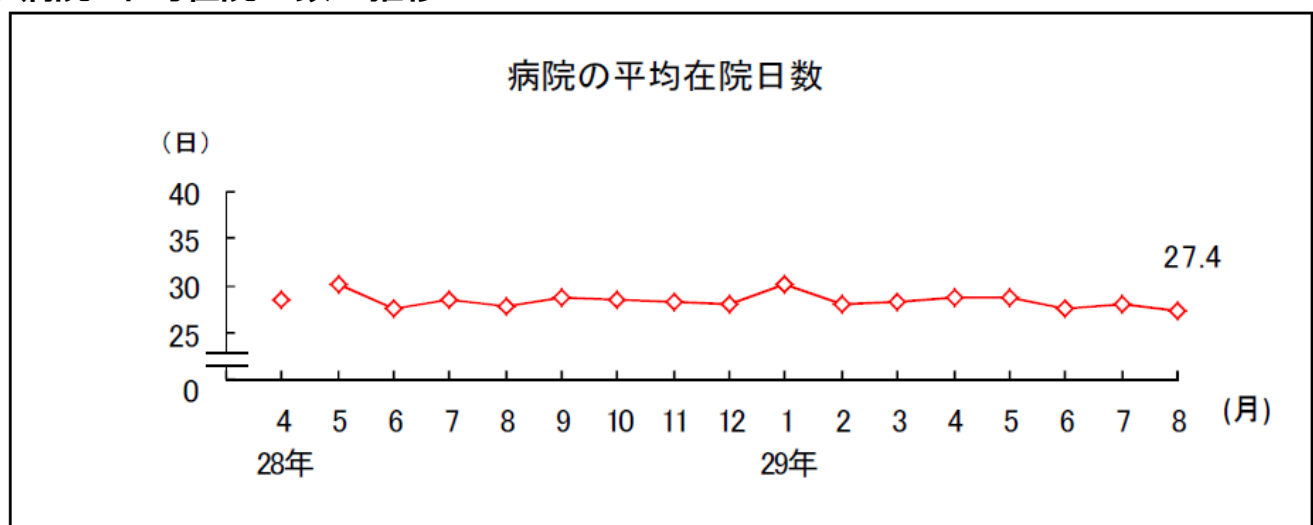
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



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。



経営情報
レポート
要約版



人事・労務

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

- 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

医業経営情報レポート

クリニックの人事評価制度

■ クリニックの人事評価制度導入の目的

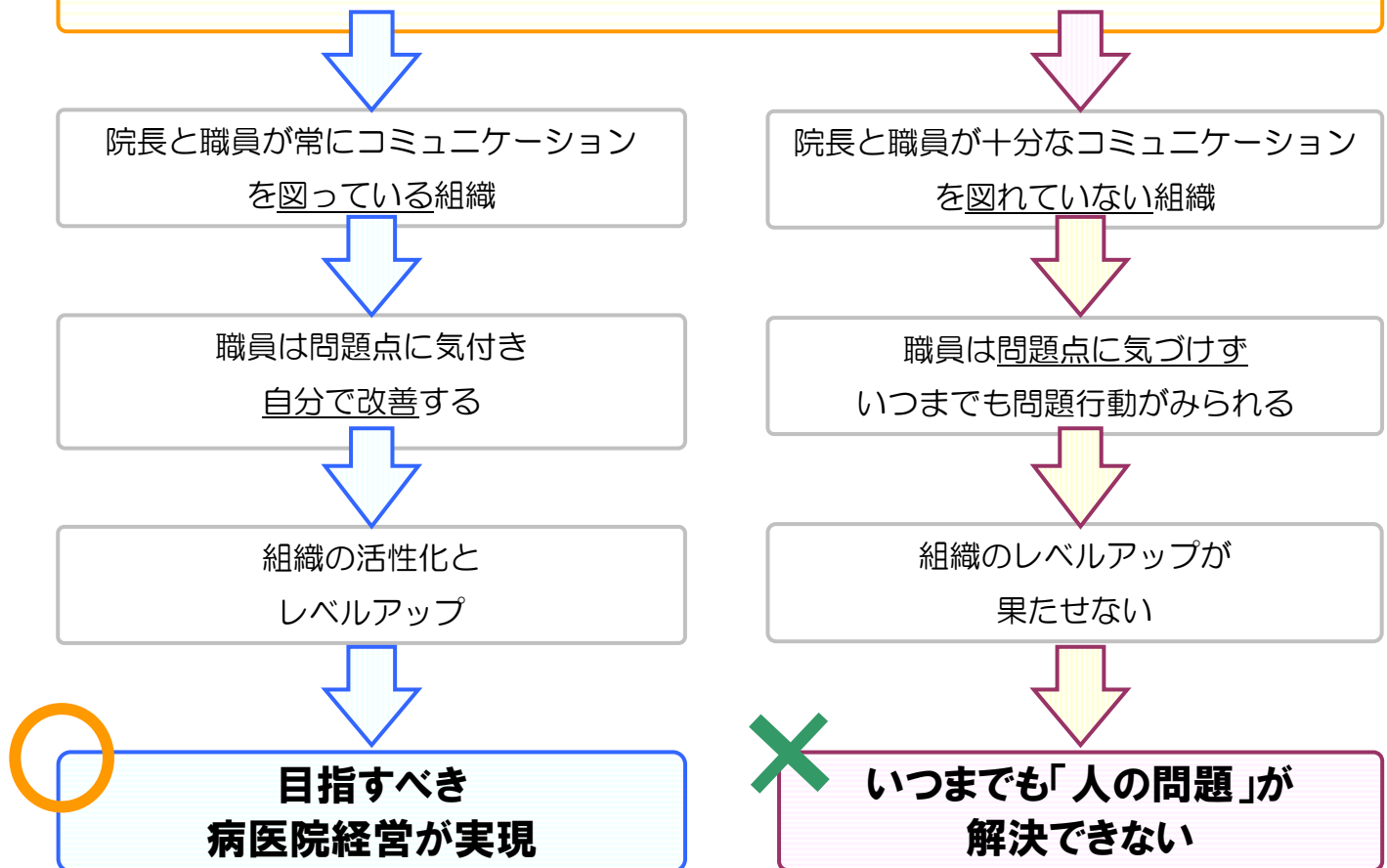
クリニックにおける人事評価制度とは、院長が職員に対して求める職員像、期待する職員像を明示したうえで、それに対して経営者として成長を後押しするものであり、さらに順次面談等によって職員とコミュニケーションを図ることを通じて、改善点や問題点を注意する結果、個々や組織全体のレベルが向上するものと考えられます。

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

● 人事評価制度の目的

= 求める職員像等を、コミュニケーションを通じて共有させること



(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

医業経営情報レポート

役割や能力に対応した等級フレーム

■ 等級フレーム活用のねらい

(1) 役割と目標を明確にし、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。

職員それぞれに目標ができると、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

医業経営情報レポート

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。

■ 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応させて運用するクリニックが増加してきています。

(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

■ 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となります。

4 医業経営情報レポート

人事評価・賃金制度見直しの事例

■ 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のクリニックです。

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、面接を通じて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して、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B（36歳）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、B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		➔	改定後給与	
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

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:職員との関係

職員が起こした交通事故による医療機関の責任

職員が交通事故を起こして、相手方に損害を負わせました。この場合に、当院にはどのような責任が生じるのでしょうか。

職員の交通事故について、医療機関が責任を負う場合の根拠条文は、①民法第715条の使用者責任、および②自動車損害賠償保障法3条の運行共用者責任の2つです。医療機関がこれらの責任を負う場合について解説します。

(1) 職員が当院所有車両で交通事故を起こした場合

職員が医療機関の所有車両で事故を起こした場合には、職員と共に医療機関がその責任を負います。業務中だけでなく、職員が無断で私用に使用した場合にも、医療機関に民法第715条による使用者責任、および自動車損害賠償保障法による運行供用者責任が認められます。当該車両の保管・管理状況によっては、医療機関は免責される場合もありますが（私用目的厳禁を通告していた場合など）、実務的にも、職員が起こした交通事故については当然に医療機関が責任を負うという傾向がみられます。

業務上であるか否かについては、本来の業務を遂行している過程で生じた場合のほか、業務に付随した行為をしている場合も該当するとされます。例えば、業務中の飲食・用便、器具整理などの後片付け、突発事故に対する救援等の緊急行為が含まれます。

(2) 職員所有の車両で通勤中に交通事故を起こした場合

通勤時における交通事故については、職員の職務執行行為の範囲に含まれるため、民法第715条により、使用者である医療機関が被害者に対して損害賠償責任を負うこととなります。ただし、職員が医療機関への通勤のみに使用していた自家用車が、通勤途上事故を起こしても、医療機関が運行供用者責任を負うことはありません（東京高判昭45.2.5、東京地判昭47.7.19）。

しかし、医療機関が職員の自家用車を継続的に業務に使用し、燃料費、修理費などの費用も負担していた場合などは、「通勤」は業務使用の前提となる自家用車の「医療機関への持ち込み・持ち帰り」となるので、通勤途上においても医療機関の運行支配が及びますので、運行供用者責任を負うこととなります。民法第715条の使用者責任を問うためには、職員に故意・過失があることを要しますが、自賠法第3条では、運転者の故意・過失は損害賠償の積極的要件とされておらず、保有者が運転者の無過失を立証すれば免責されます。自賠法3条による責任は、民法第715条より厳格になっています。



ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 職員との関係

職員の解雇をめぐる問題

法的に解雇が認められるのは、
 どのような場合でしょうか。

職員の解雇については、正当な事由が必要とされています。

解雇とは、使用者の一方的な意思表示によって労働契約を終了させることを意味し、原則自由とされていますが、判例において正当な事由を欠く解雇は、権利の濫用にあたり無効という判断がなされています。

解雇事由については、就業規則に明記されているのが通常であり、次のものがあげられます。

①長期欠勤

②勤務不良

③人員整理

上記のように業務上の都合等が挙げられているのが一般的ですが、労働基準法、男女雇用機会均等法、労働組合法、労働協約等によっても制限がなされています。

期間の定めのない労働契約は、2週間前に解約の申し入れをすることにより終了します。つまり、一方当事者よりの意思表示で労働契約を終了させることができることとなっています。

しかし、労働基準法においては、使用者からの解約（解雇）は、職員の生活に重大な影響を与えることから、解雇予告期間を30日に延長しており、また予告期間を設けない場合には、30日以上平均賃金（解雇予告手当）を支払わなければならないと定められています。

そして、予告手当なしの即時解雇は、やむを得ない事由のため事業の継続が不可能となった場合と、職員に責任のある場合に限り認められるとしています。

このうち、職員に責任のある場合の解雇には、懲戒処分のひとつである懲戒解雇が挙げられます。懲戒解雇は最も重い懲戒処分であり、通常解雇予告はなされず、予告手当も支給されません。

また、一般に就業規則において、退職金の全部または一部が不支給である旨を定めているほか、再就職にも支障が生じる可能性があるため、職員に不利益が生じるので、処分は慎重に行うことが必要です。