

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.685 2021. 8. 17

医療情報ヘッドライン

**2割強の病院が未だ耐震性に不安あり
災害拠点病院も計49箇所が未整備**

▶厚生労働省 医政局

**医療機関HPの広告規制について
厚労省が事例解説書を公開**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2021年8月10日号

**政府が医療関係団体トップ
と意見交換**

経営 TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費

(令和2年度12月)

経営情報レポート

**適切な労働時間管理と有給休暇管理が必須
スタッフとの労務トラブル防止策**

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

診療所のコスト削減方法

スタッフ給与の見直し

発行:税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

2割強の病院が未だ耐震性に不安あり 災害拠点病院も計49箇所が未整備

厚生労働省 医政局

厚生労働省医政局は 7 月 20 日、2020 年度の「病院の耐震改修状況調査の結果」を公表。病院の耐震化率は 77.3%（前年度比 1.3 ポイント増）で、震度 6 強以上を想定した基準を満たしていない、もしくは耐震性が不明である病院が 2 割以上にのぼることが判明した。また、地震発生時の医療拠点となる災害拠点病院および救命救急センターの耐震化率は 93.6%だった。前年度比 1.2 ポイント増と改善してはいるものの、47 箇所が「一部の建物に耐震性がある」、2 箇所は「建物の耐震性が不明である」に該当しており、早急な改善が求められる。

■全建物に耐震性がない病院が100もある

この調査は 2020 年 10 月に全国 8,255 病院を対象に実施された。回答病院数は 8,254。回答は「全ての建物に耐震性がある」「一部の建物に耐震性がある」「全ての建物に耐震性がない（震度 6 強程度の地震により倒壊または崩壊する危険性がある）」「建物の耐震性が不明（耐震診断を実施していない）」「2020 年度中に全ての建物が耐震化される予定」の 5 つに分けられており、もっとも深刻な「全ての建物に耐震性がない」に該当する病院は 100 もある（災害拠点病院および救命救急センターはゼロ）。「建物の耐震性が不明（耐震診断を実施していない）」が 1,153 と多いのも見逃せない。

これらの数は、年々減ってはいる。ただし、そのスピードは速いとはいえない。

この 5 年間の「全ての建物に耐震性がない」「建物の耐震性が不明（耐震診断を実施して

いない）」を順に並べていくと 2016 年度は 141、1569。2017 年度は 141、1,466。2018 年度は 123、1,344。2019 年度は 113、1,153 となっている。

■耐震改修の補助率は国と地方が11.5%ずつ

遅々として改善が進まないのは、耐震工事に手間とコストがかかることが理由だろう。

耐震補強は、新築よりも格段に手間がかかるとされる。建物の構造体によって工事の方法が異なるため、耐震診断に必要な構造計算にも相応のコストがかかる。病院は国土交通省の補助制度が利用できるが、耐震改修の補助率は民間建築物の場合国が 11.5%、地方 11.5%。病院側の負担は決して軽い。

政府は、2020 年度中に病院全体の耐震化率を 80%とするという目標を立てている。

2018 年 12 月に閣議決定した「防災・減災、国土強靱化のための 3 か年緊急対策」に盛り込まれた方針で、これは 2011 年の東日本大震災での被害を受けてのものだ。

想定外に強い地震が起きたため被害が広がったことは周知の事実であり、耐震化が急務であることは疑いようがない。

しかし、全体としては改善傾向にあるものの、取り残されている病院があることが今回の調査で浮き彫りとなった。災害拠点病院および救命救急センターの整備が急がれるのは当然だが、大規模災害の場合、医療提供体制を支えるのは地域の病院だ。

さらに手厚い補助制度を設けるなど、行政が積極的に耐震化率を高める後押しをするべきではないだろうか。

医療機関HPの広告規制について 厚労省が事例解説書を公開

厚生労働省

厚生労働省は7月26日、「医療広告規制におけるウェブサイトの事例解説書について」と題した事務連絡を発出。これまで医療広告規制に抵触した事例などをまとめた同解説書を作成し、同省ホームページで公表したことを明らかにした。

■美容医療のトラブルが

ウェブサイト規制の端緒

医療広告において、長らくウェブサイトは“無法地帯”だった。バナー広告こそ規制の対象となっていたが、コーポレートサイトやランディングページ、口コミサイトなどは対象外だったため、「絶対安全」「必ず成功」といった誇大表現や、「成功率99%」といった根拠を明確にせず治療効果を示す虚偽表現などが横行していた。

なぜそうってしまったか。厚労省はウェブサイト「情報提供媒体」、つまりメディアと位置づけていたからだ。だからこそ、ウェブサイトへ誘導するバナー広告を規制対象としたともいえる。しかし、定義としてはメディアであっても、各医療機関が好き放題に発信できるわけで、情報の受け取り側である患者は、それが有用なのか、誤ったものなのか判断できない状態だった。

実際、美容整形や脂肪吸引などの美容医療で健康被害や契約トラブルが続出したことを受け、厚労省は2012年に「医療機関ホームページガイドライン」を策定。

しかし、罰則規定がなかったため実効性は薄く、美容医療のトラブルはやまなかった。結局、消費者庁が動いたことがきっかけとな

り、2017年の医療法改正によって、ようやくウェブサイトも医療広告規制の対象となったのである。

■各規制項目を事例とともに解説

しかし、法令のみでは何が規制に抵触するかわかりにくい。厚労省は「医療広告ガイドライン」やそのQ&Aを策定して広報に務めているが、イメージしやすいとは言い難かった。その意味で、今回の事例解説書はウェブサイト運用するうえで大いに参考になるといえるだろう。

なお、事例解説書は、大きく「広告が禁止される事例」「広告可能事項の記載が不適切な事例」「限定解除要件の記載が不適切な事例」「広告するにあたって注意が必要な事例」の4つに分類して構成されている。

たとえば「広告が禁止される事例」では、「著名人との関係性強調」として「サッカー選手の〇〇選手に患者第1号になっていただきました」「モデルの〇〇さんが当院に来院されました!」といった表現がNGであると示している。

また、歯科で多い「インプラントセンター」については、同じく「広告が禁止される事例」の「施設について誤認させる広告」で広告してはならない事例と明記。〇〇センターの広告が可能な事例として、救命救急センター、休日夜間急患センター、総合周産期母子医療センターなど「一定の医療を担う医療機関」または「当該医療機関が当該診療について、地域における中核的な機能や役割を担っていると都道府県等が認める場合」としている。

医療情報①
 COVID-19
 対応で

政府が医療関係団体トップと 意見交換

政府は8月3日、首相官邸で医療関係団体との意見交換を行った。政府側からは、菅義偉首相を始め、田村憲久厚生労働相、西村康稔新型コロナウイルス感染症対策担当相が出席。医療関係団体としては、日本医師会の中川俊男会長、日本病院会の相澤孝夫会長、全日本病院協会の猪口雄二会長、日本医療法人協会の加納繁照会長、日本看護協会の福井トシ子会長が出席した。

会の冒頭、菅首相があいさつに立ち、感染拡大地域での入院対応について「重症患者や重症化リスクのとくに高い方、すなわち、中等症のうち酸素投与が必要な方や、それ以外で糖尿病等の疾患をお持ちの方には、確実に入院していただき、それ以外の方々は、症状が悪くなった場合に、必ずすぐに入院できる体制を整備する」などとあらためて説明した。

そのうえで、医療関係団体に対し「患者にとって身近で頼れる存在である地域の診療所におかれては、往診やオンライン診療などによって、こうした患者の状況を把握していただき、適切な医療を提供」するよう要請した。また、特例承認された中和抗体薬「ロナプリーブ」（カシリビマブ/イムデビマブ）については、「50代以上や基礎疾患のある方に積極的に投与し、在宅患者も含めた取り組みを進める」と述べた。最後に「この難局を乗り越えるため、国、自治体、そして医療関係者の皆様と、一致協力して対処していきたい」と決意を示したうえで、病床の確保とともに、自宅・宿泊療養の強化について、改めて協力を依頼した。

■中等症2や同1も医師の判断で入院

医療関係団体の側からはまず、中川会長が意見を表明。まず、全国的な緊急事態宣言の発令により、全国的な規模で、より強力な感染拡大防止対策を行うことが緊急的に必要だと訴えた。

感染拡大地域での入院に関しては、「リスクの高い患者として、中等症2と自宅では悪化の兆候を早期に把握しにくい中等症1の一部が適切に含まれていると理解している」とし、「地域の医師会や医療機関では既にこれらの方々の病状変化に即座に対応できるよう、より一層の医療提供体制の強化、特に自宅療養への対応に重点を置いた体制整備を進めている」と説明した。ロナプリーブについては、「現在の感染爆発の状況下においては、十分な薬剤量を確保したうえでの、使用要件の緩和に同意する」とし、「アナフィラキシーなどの副作用や安全性についての慎重な検討とともに、投与後、一定時間の経過観察が可能な病院などで、外来への使用の知見を早急に蓄積・検証し、外来や在宅等でも柔軟に使用ができるようにしてもらいたい」と訴えた。

医療情報②
 田村憲久
 厚生労働相

田村厚労相 「中等症は原則入院」明言

田村憲久厚生労働相は、8月5日の参議院厚生労働委員会で、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の入院対象を、原則重症者と重症化リスクがとくに高い患者とする方針に関し、「中等症は原則入院になる」と明言した。田村厚労相は、中等症のなかでも医師が比較的重症化リスクが低いと判断した場合には自宅療養となると述べた。

「原則として自宅」については、これまで宿泊療養を優先してきたことに対してこれを転換し、自宅療養を原則とすると説明した。

委員会は閉会中審査で、立憲民主党の石橋通宏参院議員の質問に答えた。



医療情報③
 厚生労働省
 事務連絡

患者急増地域での 入院の対応を事務連絡

厚生労働省は8月3日付で、「現下の感染拡大を踏まえた患者療養の考え方について（要請）」を、都道府県等に宛てて事務連絡した。

事務連絡では、ワクチン接種の進展に伴う患者像の変化等のなかで、患者が急増している地域における対応として、以下のような患者療養の考え方をとることも可能としている。

- ▼入院治療は、重症患者や、中等症以下の患者のなかで特に重症化リスクの高い者に重点化することも可能であること。その際、宿泊・自宅療養の患者等の症状悪化に備え、空床を確保すること。
- ▼入院させる必要がある患者以外は、自宅療養を基本とし、家庭内感染の恐れや自宅療養ができない事情等がある場合に宿泊療養を活用すること。
- ▼健康管理体制を強化した宿泊療養施設を増強すること。
- ▼地域の医師会等との連携や外部委託を含め、自宅療養者への健康観察を更に強化し、症状悪化の際は速やかに入院できる体制を確保すること。その際、HER-SYSを改善し導入した、スマートフォンでの健康管理・IVR（自動音声応答システム）を活用した自動電話等の機能も活用しつつ健康管理を推進すること。

最近の医療費の動向

/ 概算医療費(令和2年度12月)

厚生労働省 2021年5月10日公表

1 制度別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総 計	医療保険適用							公 費
		75 歳未満						75 歳以上	
		被用者 保険	本 人	家 族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
平成 28 年度	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
平成 29 年度	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1
平成 30 年度	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
令和元年度 4~3月	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
4~9月	21.6	12.1	6.6	3.6	2.6	5.4	0.7	8.5	1.1
10~3月	21.9	12.3	6.9	3.8	2.7	5.4	0.7	8.6	1.1
3月	3.7	2.1	1.2	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
令和2年度 4~12月	31.4	17.4	9.6	5.4	3.6	7.8	0.8	12.4	1.6
4~9月	20.5	11.3	6.2	3.5	2.3	5.1	0.5	8.1	1.1
10~12月	10.9	6.1	3.4	1.9	1.3	2.7	0.3	4.3	0.5
4月	3.3	1.8	1.0	0.6	0.3	0.8	0.1	1.3	0.2
5月	3.1	1.7	0.9	0.5	0.3	0.8	0.1	1.3	0.2
6月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
7月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
8月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
9月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
10月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
11月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
12月	3.7	2.1	1.2	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2

- 注1) 審査支払機関(社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会)で審査される診療報酬明細書のデータ(算定ベース:点数、費用額、件数及び日数)を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分(はり・きゅう、全額自費による支払い分等)等は含まれていない。
- 注2) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。(以下同)
- 注3) 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

● 1人当たり医療費

(単位：万円)

	総計	医療保険適用							
		75歳未満	被用者 保険			国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳 以上	
			本人	家族					
平成28年度	32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0	
平成29年度	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2	
平成30年度	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9	
令和元年度4～3月	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2	
	4～9月	17.1	11.2	8.5	8.1	8.3	18.0	11.0	47.5
	10～3月	17.4	11.4	8.8	8.4	8.5	18.4	10.8	47.7
	3月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.6	8.0
令和2年度4～12月	25.0	16.2	12.3	12.0	11.4	26.7	13.3	68.8	
	4～9月	16.3	10.5	8.0	7.8	7.3	17.4	8.3	45.0
	10～12月	8.7	5.7	4.4	4.2	4.1	9.3	5.0	23.8
	4月	2.6	1.7	1.2	1.2	1.1	2.8	1.3	7.4
	5月	2.5	1.6	1.2	1.2	1.1	2.6	1.2	7.0
	6月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.2	3.0	1.4	7.6
	7月	2.9	1.9	1.4	1.4	1.3	3.1	1.5	7.8
	8月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	2.9	1.4	7.5
	9月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	3.0	1.5	7.6
	10月	3.0	2.0	1.5	1.4	1.4	3.2	1.7	8.1
	11月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	3.0	1.6	7.6
	12月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.7	8.0

注) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2 診療種類別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費				調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等	
		医科 入院	医科 入院外	歯科								
平成28年度	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9	
平成29年度	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9	
平成30年度	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0	
令和元年度4～3月	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0	
	4～9月	21.6	17.3	8.4	7.4	1.5	3.8	0.4	0.15	8.7	11.2	1.5
	10～3月	21.9	17.5	8.5	7.5	1.5	3.9	0.4	0.16	8.9	11.4	1.5
	3月	3.7	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
令和2年度4～12月	31.4	25.0	12.2	10.6	2.2	5.6	0.6	0.27	12.7	16.2	2.2	
	4～9月	20.5	16.3	8.0	6.9	1.4	3.7	0.4	0.17	8.3	10.5	1.4
	10～12月	10.9	8.7	4.2	3.7	0.8	1.9	0.2	0.09	4.4	5.6	0.8
	4月	3.3	2.6	1.3	1.1	0.2	0.7	0.1	0.03	1.3	1.7	0.2
	5月	3.1	2.5	1.2	1.0	0.2	0.6	0.1	0.03	1.3	1.6	0.2
	6月	3.5	2.8	1.3	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
	7月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.9	0.3
	8月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2
	9月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
	10月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
	11月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
	12月	3.7	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3

注) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。
 入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

● **受診延日数**

(単位：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養	
		医科入院	医科入院外	歯科			
平成28年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17
平成29年度	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
平成30年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度 4～3月	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
4～9月	12.7	12.6	2.3	8.1	2.1	4.2	0.13
10～3月	12.6	12.4	2.3	8.0	2.1	4.2	0.14
3月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.7	0.02
令和2年度 4～12月	17.3	17.1	3.3	10.9	2.9	5.7	0.23
4～9月	11.2	11.1	2.2	7.0	1.9	3.7	0.15
10～12月	6.1	6.0	1.1	3.8	1.0	2.0	0.08
4月	1.8	1.7	0.4	1.1	0.3	0.6	0.02
5月	1.7	1.7	0.4	1.0	0.3	0.6	0.02
6月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
7月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
8月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
9月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
10月	2.1	2.1	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03
11月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
12月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。
 受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

● **1日当たり医療費**

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外+調剤
		食事等 含まず	食事等含む					
平成28年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1
平成29年度	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
平成30年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
令和元年度 4～3月	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
4～9月	17.1	35.9	37.5	9.1	7.2	9.1	11.4	13.8
10～3月	17.5	36.6	38.2	9.3	7.3	9.2	11.5	14.2
3月	17.9	36.8	38.5	9.5	7.4	9.9	11.5	14.8
令和2年度 4～12月	18.2	36.9	38.6	9.7	7.7	9.8	11.5	14.9
4～9月	18.2	36.5	38.2	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
10～12月	18.0	37.8	39.5	9.6	7.7	9.7	11.5	14.7
4月	18.7	35.9	37.6	9.7	7.7	10.7	11.4	15.7
5月	18.5	34.8	36.5	9.9	7.6	10.1	11.5	15.3
6月	17.9	37.2	38.9	9.7	7.7	9.7	11.4	14.7
7月	18.0	37.1	38.8	9.7	7.7	9.8	11.4	14.8
8月	18.3	36.7	38.4	9.8	7.8	9.7	11.5	14.8
9月	18.1	37.1	38.8	9.8	7.8	9.7	11.5	14.8
10月	17.8	38.0	39.7	9.5	7.7	9.5	11.5	14.4
11月	18.1	37.6	39.3	9.7	7.7	9.5	11.6	14.7
12月	18.2	37.7	39.4	9.7	7.8	10.0	11.5	15.1

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外の受診延日数で除して得た値である。
 歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。



経営情報
レポート
要約版



人事・労務

適切な労働時間管理と有給休暇管理が必須

スタッフとの 労務トラブル防止策

1. 労働時間と割増賃金の考え方
2. 労働時間の管理方法と労働時間の範囲
3. 年次有給休暇の時季指定義務
4. 年次有給休暇取得に向けた対応策とQ & A



■参考資料

2021年7月18日 吉岡経営センター主催セミナー レジューメ「働き方改革と労務管理の悩み解決！病院長・事務長のための労務管理課題解決セミナー」講師：渡辺 徹 氏

【福岡労働局】：労働条件管理の手引き 2018年3月 【厚生労働省】：労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン、年5日の年次有給休暇の確実な取得 わかりやすい解説

1

医業経営情報レポート

労働時間と割増賃金の考え方

2018年6月に働き方改革関連法が成立し、医療機関においても適切な労働時間の管理が求められています。

そもそも労働時間とは具体的にはどういう時間を指すのか、何となく理解していても正確に答えることが出来ない院長は多いと思われます。例えば、研修時間等が労働時間に該当するかどうか、判断が難しいこともあります。

労働時間についての理解を深め、適切に管理していくことで未払い残業代問題のような労使間トラブルを未然に防ぐことが可能となります。

■ 労働時間の区分

労働時間は、「法定労働時間」「所定労働時間」「実労働時間」に分類することができます。法定労働時間とは、労働基準法で定められた労働時間であり、原則としてこの時間を超えて労働させることができません。

所定労働時間とは、就業規則等で定められた始業時刻から終業時刻までの時間から休憩時間を差し引いた労働時間をいいます。また、所定労働時間は職員によって異なる場合があります。実労働時間とは、実際に職員が働いた時間です。

◆ 3つの労働時間

● 法定労働時間

1日8時間、1週40時間を法定労働時間と定めている。ただし、商業、映画・演劇業（映画製作の事業を除く）、保健衛生業及び接客娯楽業であって、常時使用する職員が10人未満の事業場は、特例として週法定労働時間を44時間と定めている（クリニックは対象となる）。

使用者は、過半数組合（過半数組合がない場合は過半数代表者）と労使協定を締結し、労働基準監督署に届け出た場合は、法定労働時間を超えて労働させることができる（これを「時間外労働」という）。時間外労働には限度が定められており、原則として1か月45時間、1年360時間を超えないものとしなければならない。

● 所定労働時間

就業規則等で定められた始業時刻から終業時刻までの時間から休憩時間を差し引いた労働時間をいう。所定労働時間は、労働基準法で決められた法定労働時間（1日8時間、週40時間）の範囲内で自由に設定することができる。

● 実労働時間

実際に職員が働いた時間

2

医業経営情報レポート

労働時間の管理方法と労働時間の範囲

■ 適正な労働時間の管理方法

医療機関の使用者には、職員の労働時間を適正に把握する義務があります。

労働時間とは使用者の指揮命令下に置かれている時間であり、使用者の明示または黙示の指示により職員が業務に従事する時間は労働時間に当たります。

◆労働時間の把握方法(原則的な方法)

- 使用者が、自ら現認することにより確認すること
- タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること

使用者が直接職員の出退勤を現認して記録をするのは難しく、基本的にはタイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録方法が現実的な手段となります。

また、タイムカード等の記録以外に、使用者の残業命令書及びこれに対する報告書など、使用者が職員の労働時間を算出するために有している記録があれば、タイムカードと突き合わせることで労働時間を確認し記録します。労働時間の管理上、この突合による残業時間の管理が非常に重要です。

やむを得ず自己申告制により労働時間を把握する場合には、注意が必要です。

自己申告制の労働時間の記録は、労使紛争の際の記録証拠としてはタイムカード等の記録より弱いため、できるだけ、タイムカード等の客観的な記録で管理することが望ましいと考えられます。

◆自己申告制により始業・終業時刻の確認及び記録を行う場合の措置(一例)

- 自己申告制の対象となる職員に対して、労働時間の実態を正しく記録し、適正に自己申告を行うことなどについて十分な説明を行うこと。
- 自己申告により把握した労働時間が実際の労働時間と合致しているか否かについて、必要に応じて実態調査を実施し、所要の労働時間の補正をすること。
- 自己申告した労働時間を超えて事業場内にいる時間について、その理由等を職員に報告させる場合には、当該報告が適正に行われているかについて確認すること。

(出典) 厚生労働省 労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン一部抜粋

3

医業経営情報レポート

年次有給休暇の時季指定義務

■ 年次有給休暇の時季指定義務の背景と現状

年次有給休暇は、働く方の心身のリフレッシュを図ることを目的として、原則、職員が請求する時季に与えることとされています。しかし、同僚への気兼ねや請求することへのためらい等の理由から、取得率が低調な現状にあり、年次有給休暇の取得促進が課題となっていました。

このため、労働基準法が改正され、2019年4月から、全ての企業において、年10日以上
の年次有給休暇が付与される職員（管理監督者を含む）に対して、年次有給休暇の日数のうち
年5日については、使用者が時季を指定して取得させることが義務付けられました。

義務化がスタートし、既に2年以上経過していますが適切に有給休暇を管理できていない医
療機関もあります。例えば、年次有給休暇とは異なる特別休暇などを消化すれば年次有給休暇
を取得したことになると考え、5日の取得義務日数に割り当てているケースや、知識不足等によ
り、パート職員に適切な有給休暇日数を付与していないケースがあります。

このように、自院では適切に管理していると思っけていても、実は不適切な管理が行われてい
ることがあります。近年は働き方改革など、労働関係に関する法律が目まぐるしく改正されて
おり、過去3年以内に自院の就業規則が見直されていない場合は注意が必要です。一度専門家
に就業規則等を確認してもらうことをお勧めします。

■ 年次有給休暇時季指定義務の概要

使用者は、職員が雇入れの日から6か月間継続勤務し、その6か月間の全労働日の8割以上
を出勤した場合には、原則として10日の年次有給休暇を与えなければなりません。

◆ 年次有給休暇時季指定義務の対象者(赤字部分が対象)

週所定 労働日数	1年間の所定 労働日数	勤続年数						
		6か月	1年 6か月	2年 6か月	3年 6か月	4年 6か月	5年 6か月	6年 6か月 以上
5日以上	217日～	10日	11日	12日	14日	16日	18日	20日
4日	169日～216日	7日	8日	9日	10日	12日	13日	15日
3日	121日～168日	5日	6日	6日	8日	9日	10日	11日
2日	73日～120日	3日	4日	4日	5日	6日	6日	7日
1日	48日～72日	1日	2日	2日	2日	3日	3日	3日

パートタイム職員など、所定労働日数が少ない職員については、年次有給休暇の日数は所定
労働日数に応じて比例付与されます。比例付与の対象となるのは、所定労働時間が週30時間
未満で、かつ、週所定労働日数が4日以下または年間の所定労働日数が216日以下の職員で
す。また、年次有給休暇の対象職員には管理監督者も含まれます。

4

医業経営情報レポート

年次有給休暇取得に向けた対応策とQ&A

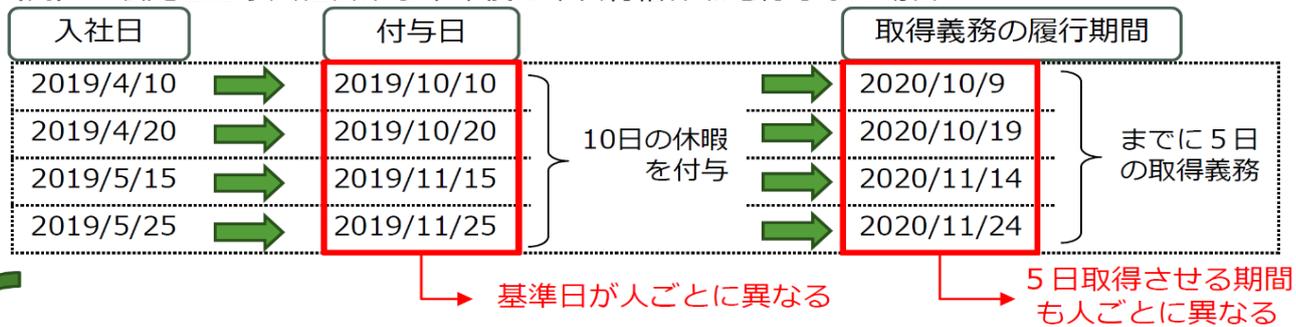
■ 年次有給休暇を管理しやすくするための方法

年次有給休暇の管理は、職員ごとに入職日が異なることから基準日^{*}が異なり、誰がいつまでに年次有給休暇を5日取得しなければならないのか把握して取得させることが難しいことが考えられます。

そこで、基準日を月初などに統一することで、年次有給休暇の管理を簡素化することができます。この方法は、中途採用を行っているクリニックや比較的小規模なクリニックに対して有効的な管理方法となります。（^{*}年10日以上の有給休暇を付与した日）

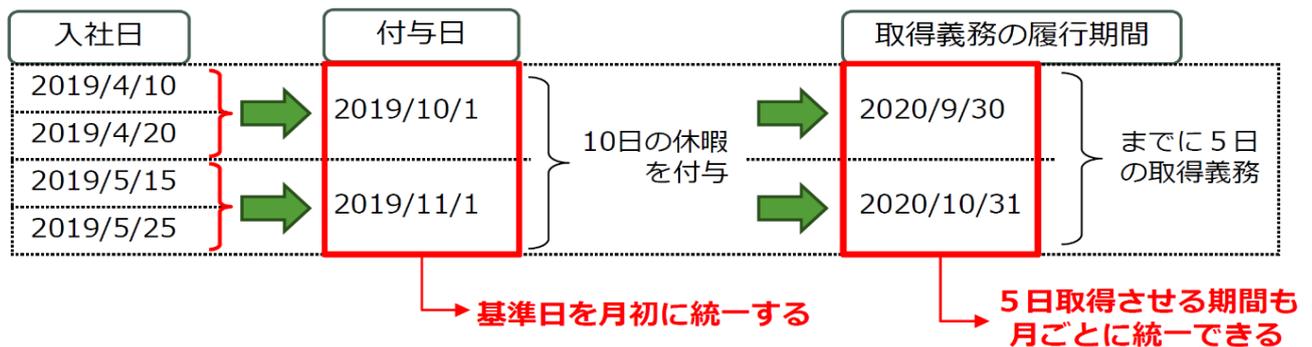
◆ 基準日を月初に統一する方法

(例) 法定どおり入社日から半年後に年次有給休暇を付与した場合



方法
2

(例) 年次有給休暇の付与日を基準日が到来する月の初日に統一した場合



(出典) 厚生労働省 年5日の年次有給休暇の確実な取得 わかりやすい解説

図のように、基準日を月初に統一することで、取得義務の履行期間までの管理がしやすくなります。日単位で管理していたものが月単位で管理することができるので、年次有給休暇の取得漏れに効果的な方法です。



ジャンル:業績管理 > サブジャンル:月次管理のポイント

診療所のコスト削減方法

診療所のコスト削減方法の具体的な内容を教えてください。

診療所のコストには、薬品や診療材料の仕入れ、法定福利費を含む人件費、水道光熱費等の固定費、借入やリース、建物本体や設備、内装や医療機器の修繕費・保守費、テナントであれば家賃・管理費、自己所有であれば固定資産税等の公租公課等があります。

特に仕入、リースや借入、スタッフ給与、委託業務等の見直しが必要です。

■診療所のコスト

- 医薬品や診療材料等の仕入れ
- 外注検査や医療産業廃棄物処理の委託費
- スタッフ給与や賞与等の人件費（法定福利費を含む）
- 水道光熱費、図書研究費等の日々の固定費
- 借入やリースの支払い利息
- 建物の修繕費や保守費用
- 家賃や管理費(テナント等の場合)
- 公租公課(不動産や医療機器を所有の場合)
- 医療機器等の保守費用 等

■診療所のコスト削減策

- **仕入れコストの削減**：同等品との比較と価格交渉、通販の利用、支払いサイトの見直し、定期的な在庫管理（返品期間の把握）、発注単位による価格交渉
- **リースと買取(現金か借入)の比較**：物件の法定耐用年数と実際の耐用年数の比較、再リースを含む費用総額予想と金利を含む借入返済総額と現金支払いの比較
- **スタッフ給与の適正化**：手当の見直し、人事賃金制度の構築もしくは改正、人員配置の効率化
- **委託業務の見直し**：アウトソーシングの検討
- **金融利息の見直し**：金利交渉（同行との交渉、他行からの借り換え）、返済年数交渉

■診療材料、医薬品等の仕入れコスト削減方法

診療材料や医薬品等のコスト削減には、まずは管理をしっかりする必要があります。管理手法としては ABC 分析による管理が効果的です。

ABC 分析を行い、カンバン方式で在庫管理を実施します。

■ABC分析によるコスト管理

ABC 分析とは、保険収入や自費、その他収入など、収入構成の重要度によって分類する方法で、重点分析などと呼ばれることもあります。

■診療所版カンバン方式で簡単在庫管理

診療所における薬品や消耗品の在庫管理は、院長もしくは看護師が行っていることが多いと思いますが、多くの薬品や納品まで時間のかかる薬袋、診察券の発注を失念すると、業務に支障が生じます。そこで発注するタイミングを箱に記載し、その箱に貼ってある付箋を発注票とする「カンバン方式」を実施します。

ジャンル:業績管理 > サブジャンル:月次管理のポイント

スタッフ給与の見直し

固定費を削減するため、スタッフ給与をどのように見直せば良いでしょうか？

スタッフ給与の見直しは、まずはスタッフ給与が適正かどうかです。
 各種手当が職務や役割に見合っているか、手当額が世間相場や院長の考え方に沿っているか、基本給は年功序列になっていないか、能力によって評価されているかを見直します。

■スタッフ給与の適正化

■賃金制度を改正は、手当の見直しから

- 賃金の基本的な考え方は、職務・役割基準
- 手当は生計費配慮部分を残し、支給意義のなくなっているものは廃止
- 新たに設定が必要なものは設定
- 金額は世間相場や企業の考え方に基づいて見直し
- 属人的なものは家族手当や住宅手当など生計に必要な最低限の手当のみ
- 非属人的である役職手当と合わせ3種類程度で運用する。

■各種手当での見直し

(1)役職手当:手当の中で最も重要な意味がある

- 役割の大きさ、管理する人員の範囲、残業見合い分を加味して決定
- 管理職になって残業手当が支給されなくなり、月例賃金が下がることの防止
- 管理職がやりがいと魅力あるものにするために、役職手当は厚めに設定する

(2)家族手当:世帯形成に合わせて生計費の補助をする属人的な手当

- 配偶者及び子供の数に応じて設定
- 扶養対象となる祖父母を対象にすることもある
- 対象範囲を明確にして、健康保険で確認する
- 子供の扶養については18歳までを対象にする
- 家族手当は時間外手当の算定から除外することができる

(3)住宅手当:世帯主、準世帯主に対して支給

- 親元から通勤するスタッフに対しての支給は医療機関によって違う
- 世帯主の確認は健康保険で行なう
- 準世帯主の確認は住民票で行なう
- 住宅手当は、一定の条件を満たせば時間外手当の算定基礎から除外することが可能。
 但し、全員一律部分が含まれている場合には、除外が難しい

(4)その他手当

- 精勤手当(皆勤手当)**:スタッフ数がギリギリの場合、欠勤を防ぐポイントとなる
- 資格手当**:医療では公的資格が職務上重要であり、この職種においては、貢献に応じて資格のランク付けを行ない、一定金額を支給する