

週刊WEB

医業経営

MAGAZINE

Vol.784 2023.8.22

医療情報ヘッドライン

診療報酬改定の施行を6月1日に 2024年度から、薬価改定は4月施行

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

医療法人の経営情報報告が義務化 医業収益や職種ごとの給与も

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2023年8月18日号

看護師確保の基本指針 見直し案公表

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4年度1月)

経営情報レポート

厚生労働省「好事例集」に学ぶ 勤務環境改善の取り組みポイント

経営データベース

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:保険活用

退職金支給財源の準備方法 損害保険の種類と保険金額

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。

診療報酬改定の施行を6月1日に 2024年度から、薬価改定は4月施行

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、8月2日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、診療報酬改定の施行時期を来年度から6月1日にする提案し、了承された。これまでは年度始まりの4月1日に施行されていたが、2カ月後ろ倒しにする。次期改定の2024年度から実施される予定で、材料価格改定も同様に6月1日施行となる。薬価改定は従来どおり4月1日施行を維持する方針だ。

■施行前は「デスマーチ」と呼ばれるほど

業務が逼迫

診療報酬改定の施行を後ろ倒しにするのは、政府が推進する診療報酬改定DXの一環だ。

従来の4月改定は、年末の予算編成で政府が全体の改定率を決めたのち、2月上旬に中医協で答申され、3月上旬に告示。同月下旬にようやく電子点数表が示されていた。

厚労省が公表資料で「答申や告示から施行、初回請求までの期間が短く、医療機関・薬局等及びベンダの業務が逼迫し、大きな負担がかかっている」と明記しているように、関係各方面にとって重しとなっていたが、とりわけ深刻なのはシステムベンダだろう。

4月1日の施行に間に合わせるため、ソフトウェアの改修やテストをごく短期間で行わなければならないからだ。業界では「デスマーチ」と呼ばれるほど業務が逼迫する期間として知られる。

4月1日の施行後も、随時通知される疑義解釈への対応が必要なため、2月上旬から初回請求の5月10日までの3カ月強は業務負担

が特に大きい。

厚労省の資料によれば通常の2.5倍から3倍程度の人数を割く必要があるとされる。ただでさえ日本はエンジニア不足が問題となっており、生産年齢人口が加速度的に減少するため人手確保ができなくなるおそれもある。

施行時期を後ろ倒しにすることで、負担を平準化しようというわけだ。

■「共通算定モジュール」導入で効率化も進める

加えて、厚労省が診療報酬改定DXとして進めている施策が「共通算定モジュール」の導入である。「共通算定モジュール」は、診療報酬算定や患者の窓口負担金計算を行うための共通的な電子計算プログラムのこと。

つまり、各システムベンダの作業を1つにまとめることで効率化を図ろうということだ。

現状、2025年度から導入効果が高いと考えられる中小規模の病院を対象にモデル事業を開始し、徐々に提供を拡大していく予定だ。

なお、薬価改定の施行時期を変えないのは、毎年薬価調査を実施して翌年に改定するサイクルとなっていることと、改定後半年程度の価格交渉期間が必要になっているのが大きい。

改定時期以外に薬価収載のタイミングもあることから、現状のフローを変えない選択をした格好だ。ただ、医療機関側は4月に薬価、6月に診療報酬と短期間に2度のシステム改修をすることから、どうしても負担が増すことが予想される。エンジニアの雇用は難しくても、院内のITリテラシーを高めておいたほうが中長期的に見て得策といえそうだ。

医療法人の経営情報報告が義務化 医業収益や職種ごとの給与も

厚生労働省

厚生労働省は7月31日に「医療法人に関する情報の調査及び分析等について」と題した通知を発出。医療法人に病院・診療所ごとの経営情報の報告を義務付ける制度が8月1日に施行されることを受け、制度の趣旨と内容を示した。

■G-MISを用いたオンライン報告を推奨

経営情報の報告が義務化される対象は、原則としてすべての医療法人。社会保険診療報酬の所得計算の特例措置である「四段階税制」が適用されている法人（診療報酬収入が5,000万円以下）については「報告の対象外」だが、厚労省はその法人を把握するため「その旨の報告を求める」よう都道府県知事に求めている。

報告方法は、G-MIS（医療機関等情報支援システム）から様式をダウンロードし、報告事項を記載したうえでアップロードすることを推奨している（郵送での報告も可能）。

会計年度終了後3カ月以内が報告期限だが、公認会計士や監査法人の監査を受けなければならない医療法人は4カ月以内となっている。

報告すべき内容は、「基本情報」「収益及び費用の内容」「職員の職種別人員数、職種別給与総額とその人数」の大きく3つ。

「基本情報」は法人や病院・診療所などの名称・所在地のほか、役員や職員の人数も明記しなくてはならない。「収益及び費用の内容」は、医業収益や材料費・給与費などの医業費用のほか、医業外収益や臨時収益、法人税や住民税および事業税負担額、当期純利益・純損失も含まれる。

「職員の職種別人員数、職種別給与総額とその人数」は、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員のほか診療放射線技師や臨床工学技士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、歯科技工士など細かく例示。事務職員も「事務（総務、人事、財務、医事等）担当職員、医師事務作業補助者、診療情報管理士）」としているほどだ。

■「国民の理解に向けた丁寧な説明」のために

このように細かく経営情報を収集するのは、データベースとして構築し、「医療の置かれている現状と実態」を把握して「新たに政策の企画・立案に活用するとともに、国民の理解に向けた丁寧な説明を行う」のが目的だ。

背景には国民医療費の増加がある。厚労省「令和2（2020）年度 国民医療費の概況」によれば、2020年度の医療費は42兆9,665億円。10年間で約15%、20年間で約43%も増えている。

医療の高度化と高齢者人口の増加が要因であることは明らかで、2020年度は65歳以上が26兆4,315億円と全体の61.5%、45歳以上で全体の83.4%を占めている。

生産年齢人口の急激な減少が確実視されている今後、さらに医療費は増えていく。

2022年12月の経済財政諮問会議では、民間議員が「民間企業がしてきた賃上げのほとんどが、社会保障の負担の増加分で相殺されている」と発言し、医療機関の経営状況を可視化する必要性を訴えた。今回の施策で浮かび上がる事実によって、医療政策が大きく変わる可能性もあり、結果を注視したい。

医療情報①
 厚生労働省
 公表

看護師確保の基本指針 見直し案公表

厚生労働省は2日、看護師確保を促進する措置の基本的な指針の見直し案を公表した。約30年前に作った基本指針を初めて改定し、ハラスメント対策や処遇改善、チーム医療やタスク・シフト、タスク・シェアの推進、特定行為研修の推進などを書き込んだ。新たな基本指針を秋ごろ官報告示する。

それらのうち、ハラスメント対策では、看護師が働き続けやすい環境を整備するため看護師以外の担当者による相談窓口を設定するなどの対応を呼び掛けた。

妊娠・出産・育児休業などのライフイベントに関するハラスメントは多くの看護師が経験するといい、それを防ぐことの重要性を周知・啓発するため研修を職場で実施するのが望ましいとしている。

現在の基本指針は、31年前の1992年に作られ、一度も見直されていない。しかし、保健師助産師看護師法の2001年の改正で「看護婦」が「看護師」に改正されるなど、看護師らを取り巻く状況が大きく変わった。そのため厚労省は、病院・診療所・介護施設・訪問看護事業所などに勤務する保健師・助産師・看護師・准看護師を想定し、基本指針を見直すことにした。

見直し案は、以下など7つが柱。

▼処遇改善 ▼研修による資質向上 ▼就業の促進 ▼新興感染症に対応する看護職員の確保

処遇改善では、看護師の賃上げを実現するため、「看護職員処遇改善評価料」の活用を対象病院に呼び掛けた。この診療報酬は22年10月に新設された。救急医療管理加算を届け出て、救急搬送を年200台以上受け入れる病院などが対象。

夜勤の業務負担を軽減するため、実労働の長さに応じて仮眠の時間を設定するよう職場の努力も呼び掛けた。その上で、「適当な仮眠の場所を設けることが必要」だとしている。

資質向上の具体策には、特定行為研修の推進を挙げた。看護師が研修を受講しやすい仕組みを整備し、特定行為研修で身に付けた知識や技能を実際の業務で積極的に活用できる環境の整備に努めるよう職場に求めた。

特定行為研修は、在宅医療の推進だけでなく、新興感染症の感染拡大時に迅速・的確に対応できる看護師の養成・確保や、医師の働き方改革の推進にも役立つとしている。

見直し案では、国家公務員の医療職の俸給表「医療職俸給表（三）」を参考に、キャリアアップに伴う処遇改善を促した。

医療情報②
岸田文雄首相
記者会見

保険証の廃止時期 「総点検の状況見極めて判断」

岸田文雄首相は4日、官邸で記者会見を行った。来年秋に今の健康保険証を廃止してマイナンバーカードと一体化させる方針について、「現時点では時期の見直しありきではない」とした上で、総点検とその後の修正作業の状況を見極め、さらに期間が必要だと判断した場合には「健康保険証の廃止の時期の見直しも含めて適切に対応する」と述べた。

会見で岸田首相は、マイナンバーカードのひも付け誤りを巡って国民の不安を招いていることを陳謝し、8日に「マイナンバー情報総点検本部」を開催し、秋までに実施する点検作業の中間報告を公表するとした。

また、マイナ保険証を持たない人に発行される「資格確認書」の更新時期については「5年を超えない期間において、それぞれの保険者が更新時期を決めていく」と説明した。

医療情報③
政府
総点検本部

マイナ保険証のひも付け誤り 累計で8,441件に

別人の医療情報をひも付けるなど「マイナ保険証」を巡るトラブルが相次いでいる問題で、政府のマイナンバー情報総点検本部は8日、これまでの総点検の中間報告をまとめ、健康保険証のひも付けの誤りが新たに1,069件見つかったことを明らかにした。うち5件では薬剤情報などを閲覧され、現在、医療保険者が事実関係の最終確認を行っている。

医療情報のひも付けの誤りは、マイナ保険証の運用が始まった2021年10月から23年5月22日までに判明していた7,372件と合わせ、8,441件になった。薬剤情報などを閲覧されたのは、うち15件。

河野太郎デジタル担当相は総点検本部の会合後に記者会見し、「個人情報保護の観点から重く受け止めなくてはいけない」と謝罪する一方、「そうしたことをなくすために総点検を行っている。ひも付け機関と協力しながらしっかり対応していきたい」と述べた。

岸田文雄首相は総点検本部で、原則として11月末までに総点検を行うよう関係閣僚に指示した。マイナンバー情報総点検本部は、医療情報のひも付けの誤りなどの相次ぐトラブルを受けて、デジタル庁と厚生労働、総務両省が6月21日に立ち上げ、「マイナポータル」で閲覧できる医療保険の資格など29項目全ての情報を対象に、ひも付けが手順通り正確に行われているかなどの総点検を始めた。（以降、続く）

最近の医療費の動向

/ 概算医療費（令和4年度1月）

厚生労働省 2023年5月31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 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	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
令和 2 年度	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
令和 3 年度 4～3月	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2
4～9月	21.9	12.4	7.0	3.9	2.6	5.4	0.7	8.4	1.1
4～1月	36.9	20.8	11.7	6.6	4.4	9.1	1.1	14.2	1.8
11月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
12月	3.8	2.2	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
1月	3.6	2.0	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
令和4年度 4～1月	38.0	21.3	12.4	7.0	4.6	8.9	1.2	14.8	1.8
4～9月	22.6	12.7	7.3	4.1	2.7	5.4	0.7	8.8	1.1
11月	3.8	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
12月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
1月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	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。なお、令和 2 年 8 月診療分以前のデータは、診療報酬明細書において「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第 1 公費）のデータを集計したものである。

● 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 30 年度	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9
令和元年度	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2
令和 2 年度	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0
令和3年度4～3月	35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9
4～9月	17.4	11.6	9.0	8.6	8.5	18.7	11.5	46.6
	11月	3.0	2.0	1.5	1.4	3.2	1.9	8.0
	12月	3.1	2.0	1.6	1.5	3.3	1.9	8.2
	1月	2.9	1.9	1.5	1.5	3.1	1.7	7.8
令和4年度4～1月	30.4	20.3	16.0	15.2	15.5	32.2	20.4	79.1
4～9月	18.0	12.0	9.5	9.0	9.1	19.1	11.9	47.0
	11月	3.1	2.0	1.6	1.5	3.3	2.1	8.0
	12月	3.1	2.1	1.7	1.6	3.3	2.2	8.0
	1月	3.1	2.0	1.6	1.5	3.2	2.0	8.0

注1) 「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。

注2) 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 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	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0	
令和 2 年度	42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0	
令和3年度4～3月	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1	
4～9月	21.9	17.5	8.4	7.6	1.6	3.8	0.4	0.21	8.7	11.4	1.6	
	11月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
	12月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
	1月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.2
令和4年度4～1月	38.0	30.5	14.3	13.5	2.7	6.5	0.6	0.42	14.9	20.0	2.7	
4～9月	22.6	18.1	8.4	8.1	1.6	3.8	0.4	0.24	8.8	11.9	1.6	
	11月	3.8	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
	12月	3.9	3.1	1.4	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.1	0.3
	1月	3.8	3.1	1.5	1.3	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.2

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30年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
令和3年度4～3月	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
4～9月	11.9	11.7	2.2	7.6	2.0	4.0	0.18
11月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
12月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
1月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
令和4年度4～1月	20.2	19.9	3.6	13.0	3.3	6.9	0.35
4～9月	12.1	11.9	2.1	7.8	2.0	4.1	0.21
11月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
12月	2.1	2.0	0.3	1.3	0.3	0.7	0.04
1月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.04

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30年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
令和2年度	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
令和3年度4～3月	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
4～9月	18.4	38.4	40.1	10.0	7.9	9.5	11.7	15.0
11月	18.4	39.6	41.3	9.9	7.9	9.5	11.6	14.9
12月	18.6	39.0	40.7	9.9	8.0	10.0	11.7	15.3
1月	19.3	38.4	40.1	10.6	7.8	9.9	11.8	15.9
令和4年度4～1月	18.8	40.1	41.8	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
4～9月	18.6	39.6	41.3	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
11月	18.9	41.0	42.7	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
12月	19.0	40.7	42.4	10.5	8.2	9.7	12.0	15.9
1月	19.9	41.4	43.1	11.0	8.0	9.7	12.1	16.3

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を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

厚生労働省「好事例集」に学ぶ 勤務環境改善の 取り組みポイント

1. なぜ今、勤務環境の改善が必要なのか
2. 「勤務環境改善に向けた好事例集」の概要
3. 改善を実現する具体的取り組み内容
4. クリニックにおける好事例紹介



■参考資料

【厚生労働省】：令和4年版厚生労働白書（概要版） 医師の働き方改革に関する検討会 報告書
勤務環境改善に向けた好事例集

1

医業経営情報レポート

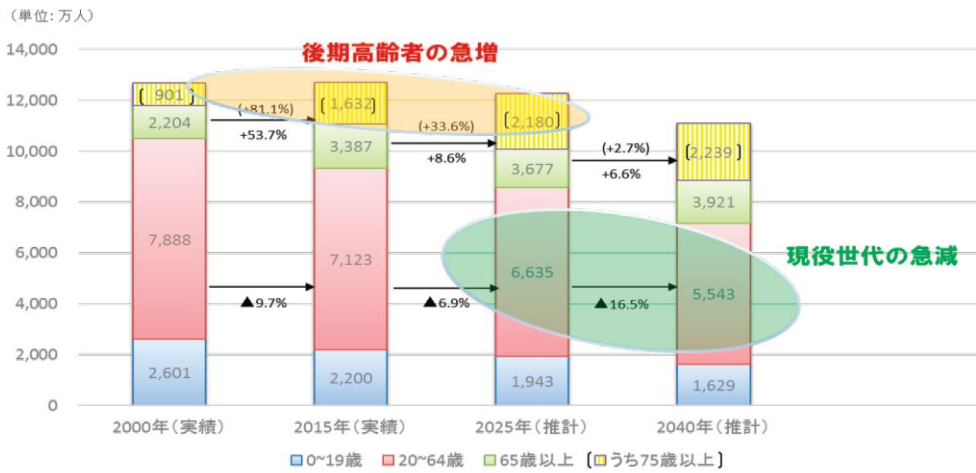
なぜ今、勤務環境の改善が必要なのか

■ 「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化

日本社会では高齢化が進むなか、2020（令和2）年以降5年ごとの人口増減率は、65歳以上の増加率よりも、いわゆる現役世代の減少率の方が大きくなっていくと推計されています。

政府は、将来の医療・福祉の需給見通しにおいて、高齢化の進展と現役世代の大幅な減少により、需給バランスが大きく崩れることを懸念しています。

◆ 後期高齢者の急増から現役世代の急減への局面変化の見通し



(出所) 実績は総務省「国勢調査」(年齢不詳の人口を各歳別にあん分した人口)、推計は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」「(出生中位(死亡中位)推計)」。

◆ 医療・福祉分野の就業者数の見通し

	需要面		供給面
2018年(実績)	2025年(推計)	2040年(推計)	2040年(推計)
826万人 (12%)	940万人 (14~15%)	1,070万人 (18~20%)	974万人 (16%)
	〔実績・人口構造を踏まえた今後の医療・介護ニーズから推計した必要人員〕		〔経済成長と労働参加が進む場合の医療・福祉就業者数〕

※カッコ内は総就業者数に占める割合

※「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論素材)」に基づくマンパワーシミュレーション(2019年5月厚生労働省)を基に作成。

(出典) 厚生労働省: 令和4年版厚生労働白書(概要版)

政府は、こうした見通しのもと、医療・福祉の人材確保を令和の社会保障における最重要課題の一つとしています。

■ 医療・福祉人材確保に向けた国の方向性

持続可能な社会保障制度の実現のためには、安定的な医療・福祉サービスの提供が不可欠であるとして、人材確保に向けた処遇の改善、サービス改革などを推進しています。

2

医業経営情報レポート

「勤務環境改善に向けた好事例集」の概要

■ 好事例集作成の背景と目的

2019（平成31）年3月28日にとりまとめられた「医師の働き方改革に関する検討会」報告書において、個々の医療機関で医師の労働時間短縮・医師の健康確保を進めていくことが重要とされています。

◆ 医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要（一部抜粋）

医師の労働時間短縮のために、医療機関のマネジメント改革（意識改革、チーム医療の推進（特定行為研修制度のパッケージ化等）、ICT等による効率化）、地域医療提供体制における機能分化・連携や医師偏在対策の推進、上手な医療のかかり方の周知を全体として徹底して取り組んでいく必要がある。

また、働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境の整備が重要。

（出典）厚生労働省：医師の働き方改革に関する検討会 報告書

現在、各医療機関で医師の働き方を含めた、医療機関全体における勤務環境の改善の必要性を認識し、勤務時間や在院時間の管理、業務と自己研鑽の定義付けといった、現状の実態把握や管理ルールの整備等が進められています。

しかし、一定の取り組みが進んでいる医療機関においてさえ、次は何をどのように行うべきかの検討に時間を要している状況です。

そこで、厚生労働省は2023（令和5）年3月、各医療機関における勤務環境の改善を推進するために、「勤務環境改善に向けた好事例集」を作成しました。実際に成果をあげた全国の優れた取り組みがまとめられ、自院の課題・規模・主な病床機能等の特性に応じて参照できます。

なかでも、医療機関の勤務環境の改善に向けた事例は多岐にわたっており、勤務環境の改善の取り組みを体系化するとともに、各体系に沿った好事例を幅広く収集・紹介しています。

また、各事例の紹介では、改善前の状況や課題、実際に行った内容や工夫した点、得られた成果など、これから取り組みを始める医療機関において参考となるようにとりまとめています。

■ 勤務環境改善の好事例の取り組みの体系

勤務環境改善の好事例は、各医療機関のおかれた環境や創意工夫等により、その取り組み項目は多岐にわたります。各医療機関で勤務環境の改善に実際に取り組むに当たっては、どのような領域から始めるべきか、具体的にはどこから着手すべきかを自院の課題等に応じて検討すべきです。そのため事例集では、好事例を体系的に整理して紹介しています。

3

医業経営情報レポート

改善を実現する具体的取り組み内容

本章では、勤務環境改善の取り組み項目から一部を抜粋して紹介していきます。

■ 意識醸成による勤務環境改善の例

意識醸成とは、組織として働き方改革や勤務環境改善の意識を職員に醸成していく取り組みです。特に医師については、これまでの働き方を見直していくために、働き方に対する意識を変える必要があります。

年次有給休暇取得の推奨（年5日は義務化）、定時退勤日、完全休日の設定等を組織のルールとして推進することは、実際の取り組みを通じた意識醸成につながります。

また、病院長等の経営トップによる積極的かつ継続的な情報発信や、働き方に対する研修等による職員への周知は、どのような取り組みを実施する場合でも前提となる重要なポイントとなります。

◆ 有給休暇の取得の奨励

2019年4月より年次有給休暇の取得が義務化され、年次有給休暇が年10日以上付与された者は、年5日取得することが義務付けられました。

有給休暇の取得を推進するために、基準日や付与日数、残日数を管理するとともに、職員にわかりやすく通知する仕組み（労働時間管理システムによるアラート等）や有給休暇を取得しやすい風土づくりが必要です。

また、年次有給休暇は日単位の取得が原則ですが、半日単位、時間単位取得（労使協定が必要）も制度としては可能であるため、勤務実態や職員のニーズに合わせた工夫も考えられます。

◆ 定時退勤日・早期退勤日の設定

定時退勤日・早期退勤日の設定は、決まった時間に退勤することを組織のルールとして設定することを意味し、時間外労働をしない場合には一般的にノー残業デーともいいます。

医療機関の場合には様々な専門職種による担当業務が行われていることから、個々人でこのような日を設定することで、時間外労働を抑制するとともに、勤務時間に対する意識醸成を推奨します。

◆ 院長・改善チーム等による定期的な情報発信

PDCAサイクルによる勤務環境の継続的な改善に向けては、定期的に情報発信することが重要です。目標とするゴールや具体的な取り組みのロードマップ・進捗状況に加え、定量的な改善効果等を院内掲示板・院内誌や職員ポータルサイト等を活用して共有することが望めます。

その際、病院長等の経営トップが勤務環境改善に向けたメッセージを伝え続けることが、組織全体で取り組もうとする一体感の醸成に寄与すると考えます。

4 医業経営情報レポート

クリニックにおける好事例紹介

本章では、クリニックにおける勤務環境改善の好事例を一部抜粋して紹介していきます。

■ 事例1 | 職員が疲弊しないシステムの構築

◆Aクリニックの概要

- 標榜科：内科・歯科
- 有床診療所：16床 回復期
- 職員数：63名（医師10名、看護師29名、他）
- 取り組み前の状況：
 - ・院長がへき地診療所で勤務していた際、患者が入院となると都市部へ移動せざるを得ず、自宅から遠く離れた病院のベッドで亡くなることが多い現状を目の当たりにした。
 - ・家で面倒を見たいので訪問してほしいという要望を受けて在宅医療を開始したところ、ご家族の満足度が高く、特化して取り組みたいという思いが高まり、専門クリニックを立ち上げた。
 - ・在宅医療は院外に出るため、職員間の情報共有が困難となっている。開院当初は申し送りベースであったが、インターネット上で情報共有する仕組みを独自に作り、そこから発展して現在は各種ICTツールを効率的に活用している。
 - ・開業して5～6年程の間は、在宅医療に特化したクリニックが全国でもほとんどなく、組織の仕組みづくり等をする必要もあって夜遅くまで残業しながらクリニックを運営していた。
 - ・診療スタイルを模索する中、女性職員が育児休暇を取得し、復帰後も育児のため定時までの勤務となることに伴い、クリニックの診療スタイルから職員の勤務環境に渡るまで、様々な取り組みを行う必要性が出てきた。
 - ・また、その相乗効果として、子育てしている職員をみんなで支えていこうという雰囲気醸成でき、変革に弾みがついた。

◆Aクリニックの取り組み内容

- 情報共有と方針の統一：
 - ・ICTツール（kintone）を利用し、患者のデータベースを構築している。また電子カルテの入力と必要な情報を記録し、現在注意すべき患者の一覧等、当番医は全患者横断的に情報を閲覧可能としている。記載する項目は決まっており、新規患者についても冗長に書くことを禁止し、箇条書きで簡潔に記載している。
 - ・朝のミーティングでは、調理師や事務等を含め全職員が集まり、直接関わらない患者の情報も交換しており、今日は誰がどの患者の担当かということを確認し、状況が変わった患者や他職種に関わる患者、看取りを希望する患者等の報告や状況確認を行う。また、話題を絞らず職員が1分間スピーチすることにより、それぞれの職員の理解を深めている。
 - ・売上、診療報酬、患者数、各種サービス提供の数値などの指標が確認できるほか、業務関連の情報の全てがICTツールに集約され、連絡事項の共有等が行われている。
 - ・電子カルテや情報共有システムにより患者のことを深く理解し、全職員が組織の一員であるという意識の醸成につながっている。

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 保険活用

退職金支給財源の準備方法

生命保険を活用した退職金支給財源の準備方法には、どのようなものがありますか。

■生命保険活用のメリット

退職金の財源として考えられるのは、現金や借入金、さらに生命保険活用などが考えられますが、現金の場合は、医療機関の業績状況によっては、資金繰りを悪化させる要因になる可能性があります。

したがって、生命保険を効果的に活用することによって、万一の場合の保障と退職金の財源を同時に準備することを検討すべきです。

相続税対策として、個人保険に名義変更(退職金として現物支給)することもできます。

①確実に資金をプールできる

現金では日々の資金繰りとして使ってしまうプールしにくい

②計画的に積立可能

退職金は高額となる可能性が高い

③事業の運転資金に影響させない

あらかじめ、日々の資金繰りから分けて経常的に係る経費として認識しているため、影響が少ない

④生存・死亡退職金として双方準備可能

生存時＝解約して支給、死亡時＝保険金として支給することができる

(生存時は貯蓄性のある保険に加入していた場合が該当)

■生命保険を活用した退職金準備の方法

職員の退職金準備の場合、生命保険会社や損害保険会社の「年金保険」や、「養老保険」が選択肢として挙げられます。「年金保険」と「養老保険」を比較すると、月々の保険料(掛金)に対する受取額は、「年金保険」の方が多くなりますが、在職中の死亡保障を考えると「養老保険」の場合は、加入後すぐに死亡しても満期金と同額の死亡保険金が受け取れ、それを職員の弔慰金に充てることができます。

一方、「年金保険」の場合は、保険料を支払った金額とそれまでの配当金が支払われることとなりますので、弔慰金としては不足する場合があります。

これは、「養老保険」が死亡保障を兼ね備えた保険であること、つまり、死亡保障に対する「掛け捨て部分」も保険料に組み込まれることとなりますので、満期保険金や年金額合計が同額の場合、「養老保険」の方が保険料は高くなります。

また、死亡保険金や、満期保険金の受取人によって税務上の取り扱いが異なります。

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 保険活用

損害保険の種類と保険金額

医療機関において想定されるリスクとそれをカバーする損害保険にはどのようなものがあるのでしょうか？

■損害保険の種類

損害保険は「偶然の事故により発生した経済的損失を保険金の支払いにより補償する仕組み」です。損害保険には多くの種類があって、全てを解決することは不可能に近い状態です。

リスクマネジメントに基づいて、リスクを保険でヘッジすることとした場合には、どのような保険が有効なのか、保険料の水準はどのように決めるのか、などを検討しなければなりません。

【主なリスクと対応する代表的な保険】

①火災事故による損害に備える

「直接被害」・・・火災保険

「間接被害」・・・利益保険、店舗休業保険

②自動車事故による損害に備える

自動車保険

③労災保険の不足分を補う

政府労災の認定に基づいて上乗せ保障をする法定外労災保険、政府労災の認定に関係なく給付される傷害保険、医療機関が法律上の賠償責任を負った場合に被る損害賠償金・訴訟費用等の損害を補填する使用者賠償保険

④介護保険法の賠償責任に対応する

居宅サービス事業者・居宅介護支援者賠償責任保険

■保険金額

保険料の決め方は、保険の種類によって変わってきます。

基本的には原状回復が目的で、実質補填（実際に被った損害を補うこと）が原則となってきます。まず、物に対して保険を掛ける場合、保険の目的である建物や医療機械の時価（保険価額）を保険金額とします。

ただし、特約によって新価（再取得価額）を保険金額とすることができる場合もあります。

保険金額が保険価額よりも高い場合は、その超過した部分は無効となりますが、逆に保険金額が保険価額よりも少ない場合、支払われる保険金は、損害額×保険金額／保険価額となり損害額の全額が支払われません。この取扱を「比例てん補」といいます。