

医療情報
ヘッドライン

来年度診療報酬本体改定率0.55%増
全体で1.2%減、薬価マイナス1.7%程度

▶政府

療養病棟入院基本料の評価体系見直し
在宅復帰機能強化加算は要件を厳格化

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

経営
TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)(平成29年7月分)

経営情報
レポート

職員満足度向上につなげる
時間単位有給休暇制度の活用法

経営
データ
ベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:クリニックの人事制度

能力主義人事制度の導入
人事評価の進め方

来年度診療報酬本体改定率0.55%増 全体で1.2%減、薬価マイナス1.7%程度

政府

政府は12月13日に、来年度に改定する診療報酬について、医科・歯科のいわゆる本体部分をプラス改定とすることを決定した。

前回の2016年度改定では本体0.49%増だったが、それを上回る0.55%増とする方向が示されたことになる。

薬価はマイナス1.7%程度で調整しており、全体では1.2%減となる見込みで、改定率は22日の閣議で正式決定される予定である。

■プラス改定には、12月6日発表の 医薬品価格調査の結果が大きく影響

本体がプラス改定となった背景には、12月6日に速報として発表された医薬品価格調査の結果も大きく影響している。

薬価の平均乖離率^(*)が約9.1%（今年9月取引分について販売サイドから11月2日までに報告があったものの集計結果）で、財源確保の見通しが立った。

ちなみに、2015年に実施された前回調査の平均乖離率は8.8%であり、薬価差は広が

る傾向にあることが明らかとなっている。

薬価差は医療機関の利益につながるため、乖離が広がることで国民負担が増すことになり、薬価引き下げにつながる。この引き下げた分が、財源となる仕組みである。

※平均乖離率は（現行薬価×販売数量）から（実販売単価×販売数量）をマイナスし、（現行薬価×販売数量）で割った数値。

■診療報酬本体改定率は、2006年度のマイナス1.36%を最後に、6回連続のプラス改定

薬価引き下げで確保できる財源は約1,300億円で、ほかに想定以上に販売された品目の薬価を引き下げる「市場拡大再算定」や、年間販売額が大きい品目の薬価を引き下げる「特例拡大再算定」でも財源を確保する。

政府は社会保障費の自然増を6,300億円と見込み、目標の5,000億円の範囲内にするため1,300億円圧縮する必要があったが、薬価引き下げ分のみで達成できることになる。

来年度の診療報酬改定をめぐっては、財務省や日本経済団体連合会がマイナス改定を強く主張してきた。

とりわけ財務省は、2%半ば以上の引き下げを求めてきたが、国公立病院を含む一般病院の平均収支が赤字だったことから、日本医師会や与党・自民党が本体のプラス改定を主張し、押し切った格好となった。

診療報酬の本体改定率は、2006年度にマイナス1.36%だったのを最後に、これで6回連続のプラス改定となる。



療養病棟入院基本料の評価体系見直し 在宅復帰機能強化加算は要件を厳格化

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、12月8日に開かれた中央社会保険医療協議会総会で、療養病棟入院基本料の評価体系見直しの方針を示した。

今回の改定で見直される一般病棟入院基本料と同様の設計にする。医療区分の見直しも行うほか、在宅復帰機能強化加算は要件を厳格化する方針としている。

■療養病棟入院基本料1と2を統合

見直しの方向性としては、「7対1」の解消に向かっている一般病棟入院基本料と同様で、看護配置と診療実績を組み合わせる形となる。この日厚労省が示したのは、これまで「療養病棟入院基本料1（814点～1,810点）」「療養病棟入院基本料2（750点～1,745点）」に分けられていたものを統合し、「看護配置20対1以上」で「医療区分2・3の患者割合が50%以上」を基準とする案である。

しかし、実態としてはこの基準を満たせないケースも多数あるため、該当しない病棟のために減算を行う経過措置を2段階設けている。このうち「経過措置1」は、20対1を満たせないものの25対1以上である場合に適用され、「経過措置2」は25対1を満たしていない医療機関が対象となる。いずれも、医療区分に関しては50%を満たせないことを想定している。

この見直しを実行するにあたって、現在「療養病棟入院基本料2（750点～1,745点）」を届け出ている病棟には、2年間の経過措置

をとる。ただし、療養病床の看護配置にかかわる経過措置が最大6年間延長されることと同様に、延長できるようになる見込みである。また、現状実施している5%減算の経過措置は、介護医療院の創設も踏まえ、2年間延長する方針も示された。

■医師及び看護師による常時監視・管理見直し

度合いによって新療法数の点数が異なる医療区分に関しては、1項目のみで該当となる患者が多いことや、該当項目がないケースがあるため、見直しを求める声があがっていた。

医療区分2および3で1項目のみ該当する患者が多かったのは、「中心静脈栄養」、「医師及び看護師による常時監視・管理」、「喀痰吸引（1日8回以上）」で、また、医療区分3で「医師及び看護師による常時監視・管理」のみ該当する患者について詳しく見ていくと、医療区分2に該当する項目がない患者が約4割を占めている現状が判明した。

こうした状況を受け、まずは医療区分3の「医師及び看護師による常時監視・管理」を見直し、該当患者の医学的な状態を踏まえたうえで、この項目のみ該当する場合は医療区分2とし、このほかに医療区分2の何らかの項目が該当する場合は医療区分3とする。

在宅復帰機能強化加算については、平均在院日数・在宅復帰率を分析した結果、算定している病棟のほうが日数が短く、復帰率も高い傾向があったため、基準値を引き上げる。

介護保険事業状況報告(暫定) (平成29年7月分)

厚生労働省 2017年10月4日公表

概 要

1 第1号被保険者数(7月末現在)

第1号被保険者数は、3,457万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(7月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、638.3万人で、うち男性が199.3人、女性が439.0万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.0%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付5月サービス分、償還給付6月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、381.4万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付5月サービス分、償還給付6月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、82.3万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

5 施設サービス受給者数(現物給付5月サービス分、償還給付6月支出決定分)

施設サービス受給者数は92.9万人で、うち「介護老人福祉施設」が52.6万人、「介護老人保健施設」が35.4万人、「介護療養型医療施設」が5.2万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計が一致しない)

6 保険給付決定状況(現物給付5月サービス分、償還給付6月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,044億円となっている。

(1) 再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅（介護予防）サービス分は3,840億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,255億円、施設サービス分は2,474億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

(2) 再掲：高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費

高額介護（介護予防）サービス費は170億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は37億円となっている。

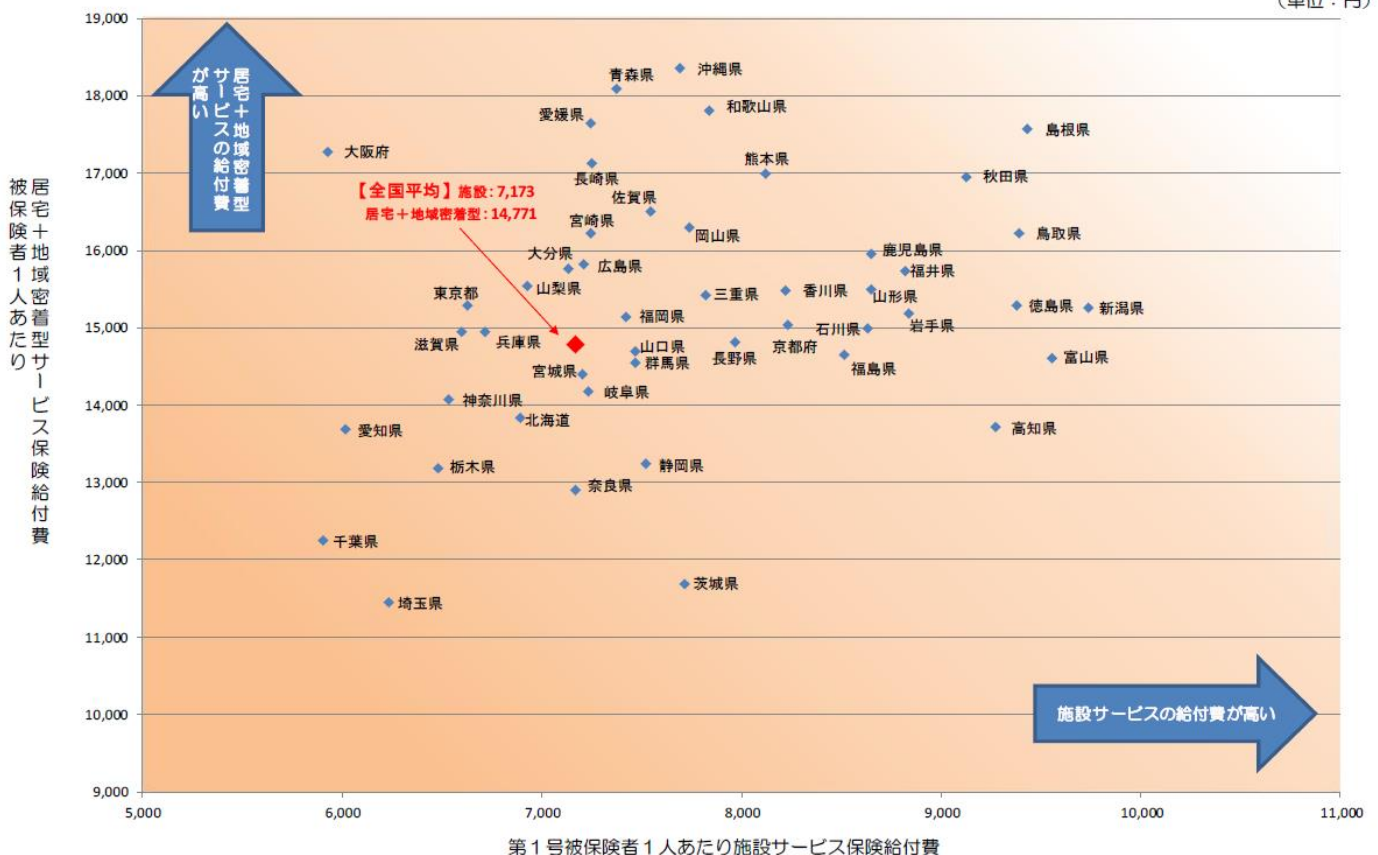
(3) 再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は269億円、うち食費分は171億円、居住費（滞在費）分は97億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

第1号被保険者1人あたり保険給付費【都道府県別】

(単位：円)



出典：介護保険事業状況報告（平成29年5月サービス分）

※高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費は含まない。
 ※保険給付費については、第2号被保険者分を含んだ数値を使用している。

介護保険事業状況報告（暫定）（平成29年7月分）の全文は、
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



人事・労務

職員満足度向上につなげる

時間単位有給休暇 制度の活用法

1. 時間単位で付与する年次有給休暇制度の概要
2. 時間単位年次有給休暇導入時の実務ポイント
3. 新制度導入に伴う就業規則の改定例
4. 時間単位有給休暇制度の運用と活用のポイント



1

医業経営情報レポート

時間単位で付与する年次有給休暇制度の概要

■ 時間単位取得による年休制度を活用する

2010年4月の労働基準法改正により、書面による労使協定を締結した場合には、現在は原則として1日（半日も可能）を単位として付与される有給休暇について、時間単位で取得することが可能になりました。

労使協定を締結すれば、年に5日を限度として、時間単位で年次有給休暇（時間単位年次有給休暇）を与えることができます。一方で、有給休暇取得状況の管理が複雑になり事務負担が増加するという印象があるため、医療機関での活用はまだ一部に限られています。

しかし、診療所のように比較的職員が少ない事業所の場合は、事務負担の増加という点を含め、時間単位年次有給休暇の導入にメリットは大きく、運用に際して検討と留意点を踏まえれば、働きやすく職員定着率の高い職場環境づくりへの効果が期待できるのです。

(1) 時間単位で付与する有給休暇制度の導入

◆ 労使間の協定で定める事項

① 時間単位年次有給休暇（以下、「時間単位年休」）の対象労働者の範囲

対象となる労働者の範囲を定める。仮に一部を対象外とする場合は、「事業の正常な運営」を妨げる場合に限られ、取得目的などによって対象範囲を定めることは不可。

② 時間単位年休の日数

上限日数として、1年間の年次有給休暇日数の5日以内の範囲で定める。

③ 時間単位年休1日の時間数

1日分の年次有給休暇に対応する時間数を、所定労働時間数を基に設定。時間に満たない端数がある場合は、時間単位に切り上げてから計算（*）。

④ 1時間以外の時間を単位とする場合はその時間数

1時間以外の時間を単位とする場合はその時間数（「2時間」等）を定めなければならないが、1日の所定労働時間数を上回ることは不可。

*日によって所定労働時間数が異なる場合の取扱い

⇒ 1年間における1日平均所定労働時間数
（定めていない場合は、定めた期間における1日平均）

2

医業経営情報レポート

時間単位年次有給休暇導入時の実務ポイント

■ 時間単位年次有給休暇を導入する際の留意点

時間単位による年次有給休暇は、1人当たり年5日が上限（*）とされており、最低1時間から取得することができます。

本制度を新たに導入する際には、①労使協定の締結、②就業規則の変更、の2点を行う必要があります。就業規則については、規定変更に伴い、その旨の届出を労働基準監督署に行わなければなりません。導入自体は事業者には課せられた義務ではないため、基盤となるのは労使間の合意であって、この労使協定書の中には、主要事項だけではなく実際の運用を想定して必要な規程を盛り込んでおくと、スムーズな運用に役立ちます。

本章では、時間単位年次有給休暇を導入する際の実務上の検討事項を中心に解説します。

◆ 時間単位による年次有給休暇制度のポイント

- 導入は義務付けられていない
制度導入の是非については労使間の協議事項であり、あくまで任意（≠義務）
- 最大で年5日までの取得を設定可能
（*）「5日」の考え方：所定労働時間1日8時間のケースでは、40時間が上限となる
- 労使協定の締結が必要
時間単位による年次有給休暇の導入には、労使協定が必須（協定事項は別途解説）
- 就業規則の変更と労働基準監督署へ届け出
年次有給休暇を時間単位で取得可能とする就業規則の変更
+ 労働基準監督署に対する就業規則の変更届 + 変更に対する職員の意見書
- 計画的付与との関連
単位年次有給休暇は、「計画的付与」の対象外

(1) 労使協定で定める主要事項

時間単位年次有給休暇の導入に際して、労使間で定める主な事項は下記の4点です。ただし、これらを定めたとして作成した労使協定書は、労働基準監督署に提出する必要はありません。

◆ 労使協定に定める4つの主な事項

- ① 取得対象者の範囲
- ② 取得が可能な日数
- ③ 時間単位で取得する場合の1日当たり最大取得時間数
- ④ 取得する単位

3

医業経営情報レポート

新制度導入に伴う就業規則の改定例

■ 医療機関で対応が求められる事項

労使協定によって時間単位年次有給休暇の導入が決まれば、年次有給休暇に関する就業規則を変更するとともに、労働基準監督署に対しては、その旨の変更届とそれに対する職員の意見書を提出しなければなりません。

(1) 就業規則等各種関連規程の見直し及び整備

従来、医療機関はその業種の特殊性という要素もあって、時間外労働や勤怠管理のルール運用が曖昧な傾向が指摘されてきました。改正労働基準法の施行によって、36協定や勤怠管理、さらには時間外労働に関する割増賃金をめぐる規定についても見直しが求められています。

したがって、予め労使協定を締結するとともに、混乱なく円滑な運用を図るために、就業規則をはじめとする各種関連院内規程の見直し、あるいは整備を進めなければなりません。

◆ 医療機関における改正労働基準法の対応事項

- ① 就業規則における有給休暇規程の見直し
- ② 36協定（特別条項付）の見直し
- ③ 賃金規程の見直し
- ④ 勤怠管理の見直し

■ 就業規則における有給休暇関連規程の改定例

(1) 時間単位による取得を従前規定に追加する場合

年次有給休暇については、1日あるいは半日単位で付与していた医療機関が多いと思われませんが、新たに時間単位での年次有給休暇を導入する場合には、時間単位で付与する旨の規定を追加する改定を行わなければなりません。年次有給休暇取得に関する項目に、「1年間に5日を限度として1時間単位で取得できる」等、明記することが必要です。

(2) 円滑な運用を図るためにより詳細な定めを設ける場合

現行の年次有給休暇に関する定め、時間単位で取得する場合を追加し、当該条文全体を修正する改定も一つの方法です。

その際に、取得に当たっては事前申請の原則を明示するほか、また時間単位年次有給休暇は、1日あるいは半日単位の年次有給と異なり、医療機関（事業者）が指定した時期に職員（従業員）に有給を取得させる「計画的付与」の対象外となっていることから、その点についても明示しておくケースも考えられます。

4

医業経営情報レポート

時間単位有給休暇制度の運用と活用のポイント

■ 医療機関が時間単位年次有給休暇を活用する視点

病院に比べ、職員数が少ない診療所にあっては、日単位での有給休暇取得が困難であるため、長期間勤務していた職員が退職する際に、未取得の有給休暇日数分をすべて消化しようと考えて、退職予定日前に1か月近い休暇を取得することもあります。

この結果、業務の引き継ぎやシフト変更に支障が生じることは、いずれの医療機関にも頻出が想定される事態ですが、時間単位年休制度を導入することによって有給休暇取得が進み、こうした問題を回避することにもつながります。

◆ 時間単位年次有給休暇導入の効果

- 他職員に対する気兼ねや抵抗感が薄まる
- 家庭の諸事情に対応でき、働き方の選択肢を拡大する
- 正職員採用を諦めていた優秀な人材の雇用の門戸を広げる

処理事務の煩雑さ等の事務的作業負担は増える印象がありますが、実際に取得する時間数は、これまでの1日単位あるいは半日単位の年次有給休暇申請件数を考えても、職員数が少ない場合にはそれほど負担増には至らないと推測されます。

それ以上に、医療機関としての日常業務を円滑に行い、働きやすい職場環境を整えるためには大きな意義を持つといえるでしょう。

(1) 時間単位年次有給休暇のデメリット

2010年4月以降、時間単位年次有給休暇の付与が認められるようになってからも、そのデメリットとして指摘され、敬遠されがちとなっている要因には、有給休暇取得状況の管理が煩雑になるという点が挙げられます。しかし、前章で紹介したように、労使協定で翌年に繰り越す有給休暇日数（時間数）の端数を切り上げる等のルールで合意すれば、その単位は従前と同様に1日あるいは半日となって、格別管理が面倒となるものでもありません。

(2) 時間単位年休取得状況の管理ツール

有給休暇の残日数・残時間数を切り上げて翌年に繰り越すことで、年度別の管理は現行と同様に取り扱うことができますが、時間単位での有給休暇は取得毎で管理するだけでなく、年度内に取得した時間単位年次有給休暇の累計を同時に把握することによって、取得上限時間数からその累計時間を差し引いた値が残時間数と明らかになります。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。



能力主義人事制度の導入

人件費をコントロールするとともに、職員のモチベーション向上を図るため、能力主義人事制度を導入する際のポイントについて教えてください。

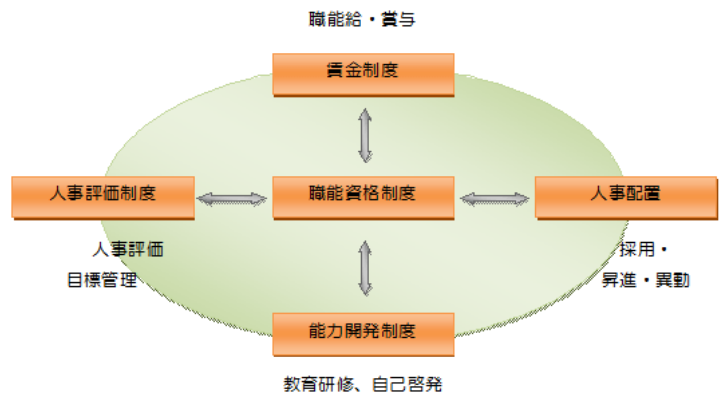
■能力主義人事制度とは

能力主義人事制度は、職能資格制度、職能給体系（賃金制度）、人事評価制度、能力開発制度という4つの柱で構成されています。具体的には、職能資格制度を軸として職員を等級格付けし、その等級に求められる能力、仕事および役割を明確化します。この等級ごとの基準に対して、人事評価を行い、職員一人ひとりの能力と基準のギャップを把握します。

このギャップを埋めるため、職員は能力開発制度のもと能力の向上に励み、その成果に対するものとして、昇給や昇進といった処遇に反映されることとなります。

■能力主義人事制度導入の手順

職能資格制度の整備から着手し、これを軸として各制度を構築していきますが、各制度は、お互いに深く関連しあっているので、各制度をトータルに整備していくことが重要です。



(1) 職能資格制度の整備

能力を測る基準の整備として、職員を格付けする等級の数と内容を検討します。職務調査を実施し、等級ごとの仕事の洗い出しと求められる能力を明確にしていきます。

(2) 賃金制度の確立

職能給を中心に賃金体系の見直しを図ります。賃金制度の現状を診断し、課題の把握や今後の方向性を固めます。この診断結果をもとに、基本給の構成や手当体系の変更などを進めます。

(3) 人事評価制度の設計

能力を公平に正しく評価しない限り、人材育成と能力開発は達成できません。職能資格制度において明確化した基準をもとに、職員一人ひとりの職務遂行行動を分析し、評価結果をフィードバックできるシステムを形成します。そのために人事評価表や役割分担表を整備します。

(4) 能力開発制度の策定

職員が能力開発に励めるよう、制度化します。職員の意志に沿った育成プログラムの充実（研修、OJT）や、キャリア開発の計画について盛り込みます。



ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:クリニックの人事制度

人事評価の進め方

**人事評価の精度を高めるために、
 日常の人事評価はどのように進めればよいでしょうか。**

人事評価の精度を上げるためには、職務の観察→評価要素の選定→評価レベルの決定というステップを順序よく踏むことが重要です。



(1) 職務の観察

人事評価の対象となるのは、直接的には職務に関する行動と、上司と部下で確認し合った職務基準に対する取り組みとその結果です。

日常業務の中で人事評価を行う場合は、まず職務の観察から始めます。

職務の観察は、常日頃から部下の行動に関心を持ち、気を配ることで初めてなしうるものであり、部下の行動をイメージでとらえたり、拡大解釈したりすることは慎まなければなりません。



(2) 評価要素の選定

人事評価の対象となるべき行動が把握できたら、次はその行動をどの評価要素で評価していくかを判断します。これを評価要素の選定といいます。

行動を態度という要素でとらえるか、また能力でとらえるか、さらには態度のなかでも、協調性でとらえるか、責任性でとらえるかを選定します。



(3) 評価レベルの決定

最後は、評価レベルの決定です。

部下に与えた“期待し求める基準”に対して、本人がクリアできたかどうか、また、あらかじめ決められたいくつかの評価レベルのうち、どれを当てはめていくかを検討します。