

医療情報
ヘッドライン

地域医療介護総合確保基金の執行状況報告 医療分執行1,729億円、未執行は982億円

▶厚生労働省 医療介護総合確保促進会議

医師の応召義務は新たな解釈を示すべき 過剰な労働を強いらぬよう体系的に整理

▶厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会

経営
TOPICS

統計調査資料
介護保険事業状況報告(暫定)(平成30年3月分)

経営情報
レポート

将来の姿を職員と共有する
BSCを活用した事業計画作成法

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
労働契約書等の書類、文書の保存期間
入職日の設定

地域医療介護総合確保基金の執行状況報告 医療分執行1,729億円、未執行は982億円

厚生労働省 医療介護総合確保促進会議

厚生労働省は9月14日の医療介護総合確保促進会議において、2014年度から2016年度の地域医療介護総合確保基金の執行状況を報告し、医療分に交付された2,711億円のうち、執行されたのは1,729億円、未執行分は982億円であることが明らかとなった。

■「整備の進捗に伴い、未執行額は次第に解消される見込み」と説明

厚労省は、未執行額が生じている主な要因として、複数年度にわたって実施中もしくは今後実施予定である施設設備整備事業の「後年度の負担分を確保しているため」とし、「整備の進捗に伴い、未執行額は次第に解消される見込み」と説明している。

地域医療介護総合確保基金は、医療と介護の受け皿整備と人材確保のため、2014年度から各都道府県に設置された財政支援制度であり、国が3分の2、都道府県が3分の1を負担している。

2014年度に計上されたのは医療分のみで904億円、2015年度は当初予算として医療分904億円、介護分724億円、補正予算として介護分1,561億円が計上された。

2016年度、2017年度は医療分904億円、介護分724億円で当初予算のみとなり、今年度は医療分が934億円となった（介護分は前年度と同様に724億円）。増えた30億円は「居宅等における医療の提供」と「医療従事者の確保」の事業に使われる。

■ルールの見直しを含め、適宜必要に応じた運用をすることが求められる

これらの基金が使われた事業は、2017年度分の事業区分別の交付額割合を見ると、55.7%が「医療機関の施設・設備の整備」、40.0%が「医療従事者の確保・養成」、そして残り4.3%は「居宅等における医療の提供」となっている。

しかし、今回明らかになったように、3年間で未執行分が982億円も残っていることから考えると、効率的な運用がなされているとは言い難く、その大きな理由は、補助や助成を受けている事業に充当できないルールがあり、柔軟な活用ができない点が挙げられる。

ルールの見直しを含め、適宜必要に応じた運用をすることが求められるといえる。

また、この日の会議では事業評価結果も報告されたが、具体的な目標を設定していない都道府県があるほか、具体的な成果についてのデータがないなど、国側のマネジメントに疑問符がつく状況となっている。厚労省は、定量的な目標を設定・報告する設定にする方針を明らかにしたが、適切な運用がなされていない実態を浮き彫りにしたといえよう。「基金の性格が曖昧だ」と国立社会保障・人口問題研究所の論文でも指摘を受けている地域医療介護総合確保基金については、来年10月の消費税増税でさらに財源が確保されるだけに、今後厚労省がどのように立て直していくか着目したい。

医師の応召義務は新たな解釈を示すべき 過剰な労働を強いらぬよう体系的に整理

厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会

厚生労働省の研究班は、9月19日の「医師の働き方改革に関する検討会」で、医師の「応召義務」は新たな解釈を示すべきだとした。

地域の医療提供体制を確保しつつ、医師個人に過剰な労働を強いることのないように、個別ケースごとに体系的な整理を行う方針だ。

■医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた 医師法の応召義務の解釈について研究

研究班の主任研究者を務めたのは、「医療と法」を研究テーマとしている上智大学法学部の岩田太教授で、「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応召義務の解釈についての研究」と題した中間取りまとめにおいて、現行の応召義務の解釈は「戦後間もない頃の医療提供体制を念頭に」示されているとし、それだけでは現代の応召義務のあり方にそぐわないと指摘した。

そもそも医師法に応召義務が規定されたのは、1948年（昭和23年）の医師法制定時であり、岩田教授によれば、「医療供給体制のシステム化が行われておらず、個々の医師の協力により医療提供体制を確保していた状況」であった。

しかし、現在は医療機関が相互に機能分・連携を進めており、高度化・専門化も進んでいるため、「呼ばれたらいつでも駆けつける」必要はないと解されている。

■現行の応召義務は時代にそぐわず、 罰則を受ける理由もない

「新たな解釈」の方向性として、岩田教授は、「応召義務の対象・範囲」「『正当な事由』の範囲」に着目して整理していく方針を明らかにした。

具体的には、「応召義務の対象・範囲」については、当事者が誰で、どのような状況に置かれていて、応召義務の問題が問われるか否かといったシチュエーションを踏まえたうえでの整理となる。

なお、応召義務に違反すると、医師免許に対する行政処分が下されることになっているが、1948年の医師法制定以前には刑事罰の規定があったものの、現行法では罰則が削除されており、事例は確認されていない。

岩田教授によれば、地裁の裁判例で、過失が認定され得ると受け取れる判示はいくつかあったものの、地裁の裁判例は「先例拘束性を有さない」ことに注意すべきだとした。

そのうえで、「応召義務は、私法上の義務ではなく、医師が患者に対して直接民事上負担する義務ではない」との見方を示している。

つまり、現行の応召義務は時代にそぐわず、罰則を受ける理由もないということの意味するものだといえる。

そうした岩田教授のスタンスを踏まえれば、医師個人のワーク・ライフ・バランスを考慮した解釈の方向性が打ち出される可能性が高いとみられている。

介護保険事業状況報告(暫定) (平成30年3月分)

厚生労働省 2018年6月13日公表

概 要

1 第1号被保険者数(3月末現在)

第1号被保険者数は、3,488万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(3月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、641.3万人で、うち男性が200.6万人、女性が440.7万人となっている。

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1月サービス分、償還給付2月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、367.3万人となっている。

(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1月サービス分、償還給付2月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、83.7万人となっている。

(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1月サービス分、償還給付2月支出決定分)

施設サービス受給者数は93.2万人で、うち「介護老人福祉施設」が53.1万人、「介護老人保健施設」が35.6万人、「介護療養型医療施設」が4.8万人となっている。

(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1月サービス分、償還給付2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、7,767億円となっている。

(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3,601億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,230億円、施設サービス分は2,477億円となっている。

（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

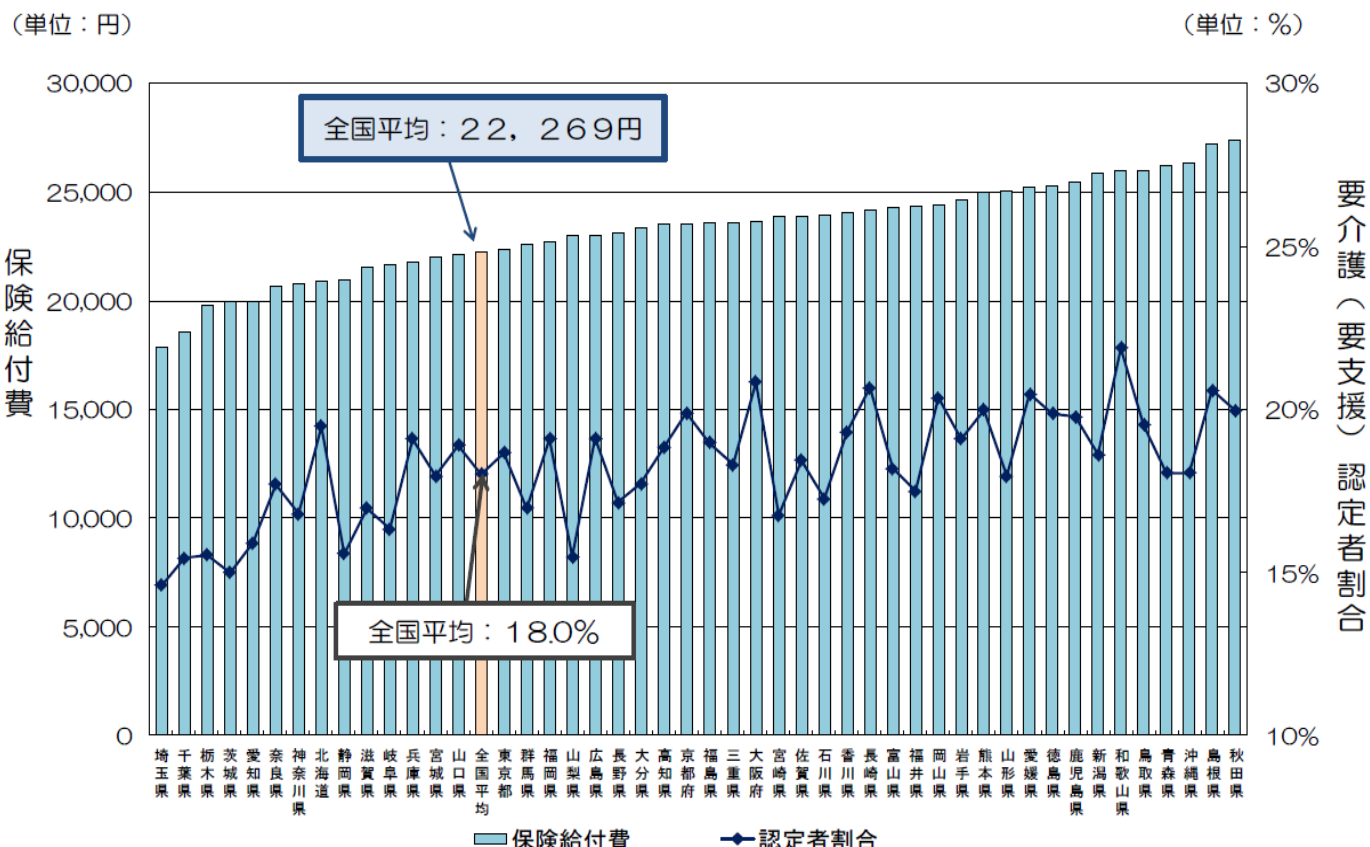
高額介護（介護予防）サービス費は173億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は18億円となっている。

(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98億円となっている。

（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号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護（要支援）認定者割合 【都道府県別】



- ※1 保険給付費（第2号被保険者分を含む）には、高額介護（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。
- ※2 要介護（要支援）認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。
- ※3 保険給付費は、平成30年1月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数は、平成30年1月末実績である。

介護保険事業状況報告（暫定）（平成30年3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。



将来の姿を職員と共有する

BSCを活用した 事業計画作成法

- 1.経営計画の考え方と策定方法
- 2.BSCを活用した事業計画の作成ポイント
- 3.事業計画作成事例



■本レポート作成にあたり

平成 25 年 1 月 18 日、株式会社ビズアップ総研において収録された「経営計画と事業計画」（講師：(株)ヘルスケア総合コンサルティング 代表取締役 横田 隆夫 氏）の講演内容よりテキストを参考に抄録として加筆、再構成したものです。使用した資料および図等は、同テキストより抜粋、もしくは改編しております。
※無断転載複製禁止

1

医業経営情報レポート

経営計画の考え方と策定方法

■ 経営計画の位置づけと考え方

(1) 経営計画と事業計画の位置づけ

一般的には、「経営計画」と「事業計画」は区別せずに使われる場合も多くなっていますが、ここでは概念の相違により区別して用います。

また、事業計画については、「部門・部署レベルの戦術的計画として、実施に重点を置いた行動計画」として位置づけることとします。

経営計画	<u>長期的、戦略的、全組織的な視点を持つ、組織のあるべき姿を描き出すために策定される計画</u>
事業計画	<u>短期的、戦術的、部門・部署的な視点を持つ、経営計画の目標を達成するために作成される具体的な実行計画</u>

経営計画は、経営活動の出発点、方向、到達点を示すものであり、事業遂行にとって不可欠であり、さらには経営活動の拠り所であると共に、職員の活動の指針となるものです。

また、経営計画は、PDCAサイクルのPlan（計画）の部分であり、計画実施を通じた見直し（Do, Check, Act を機能させること）により、当初の計画を実現していくねらいがあります。

■ 経営計画の策定のポイント

(1) 経営計画の必要性と策定の方法

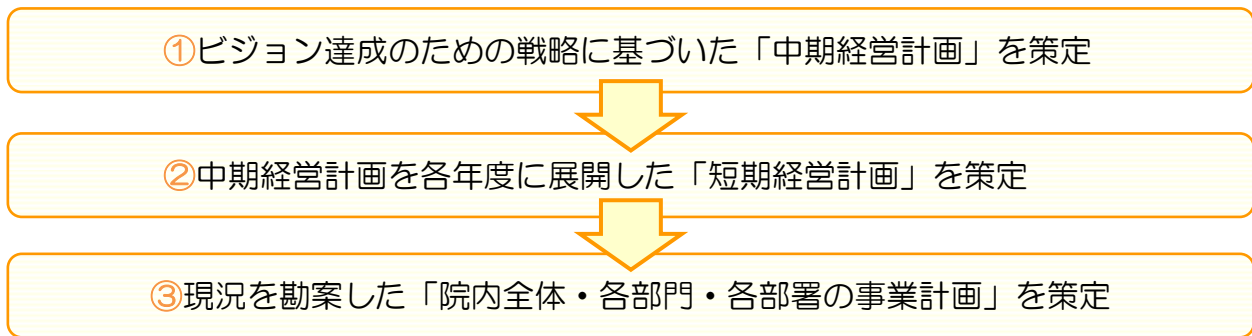
従来の医業経営における大きな問題点の一つとして、「経営計画を策定せず、場当たりに経営を行ってきた」ことが挙げられます。

しかし、現在では医業経営をめぐる環境は年々変化しており、医療機関にあっても、将来の姿をすべての職員と共有するための経営計画の策定が求められています。

そして、経営計画には、経営者の意思を組織の内外に伝えるという役割と効果が期待されており、計画の中にはそれが明確に示されている必要があります。

経営計画の策定方法はいくつかありますが、医療機関に合致した手順として、次のような策定手順・方法を紹介します。

◆経営計画の策定手順と方法



(2) 中期経営計画の策定 ～ビジョンの明確化

中期経営計画の策定に当たっては、まず「ビジョン」を明確にすることが必要です。

ビジョン：自らに課したミッションに対して向かうべき方向を示すもの
 ～ 基本理念、基本方針・目標 等

また、ビジョンの明確化には、SWOT分析を活用する方法などにより、「外部環境（患者・地域・法律・制度）」「内部環境（自院が保有する人材・機能等）」を分析し、決定することが求められます。ビジョンが明確化されないと、組織全体のベクトルを合わせることが困難で、例え秀逸な事業計画を作成したとしても、成果につなげられません。

さらに医業経営においては、ビジョンの明確化とともに、患者満足度と収益性のバランスがとれた経営計画の策定と、それに沿った事業計画の作成および実施が必要となるのです。

(3) 短期経営計画の策定 ～構成と院内周知

短期経営計画は、中期経営計画を達成期間内の各年度に展開したものであり、1年間を単位とする単年度の経営計画として作成されることが多くなっています。

そして、この単年度経営計画の目標達成が中期経営計画の目標達成につながるのです。

①短期経営計画の構成

目標と方針は、1年間の経営活動を方向付けるものであることから、その作成は経営管理層にとって重要な職責です。組織の目標・方針は部門の目標・方針として、さらにこれが部門における各部署の目標・方針として分担されて、最終的には職員個々の個人目標として、その達成責任を担わせることになります。

ここで部門責任者は、組織目標・方針の理解を前提に、自部門に関連するものを取り上げて、具体化と細分化を通じ、自部門の目標と方針を定めます。

2

医業経営情報レポート

BSCを活用した事業計画の作成ポイント

■ バランス・スコアカード(BSC)の活用

(1) 医療機関におけるBSCの浸透

バランス・スコアカード（以下、BSC）は、当初業績評価システムとして開発されましたが、実践と研究の過程を経て、1996年頃からは「戦略的経営システム」に進化しました。

日本の医療機関には2003年、「日本医療バランス・スコアカード研究学会」が設立されたのを契機として、導入が進んでいます。

近年では多くの組織で研究され、経営計画策定・管理の方法として採用する医療機関が増えてきています。

◆BSCの定義と考え方

●BSCの定義

組織の持つ複数の重要な要素が、組織のビジョンや戦略にどのように影響し、業績に表れるのかをデータとして可視化する手法

「財務」「顧客」
「業務プロセス」「学習と成長」

●BSCの考え方

従来の財務分析主体の業績評価に加えて、異なる4つの視点からの評価を行うことにより、組織の持つ有形資産・無形資産・未来への投資力等を総合的に評価する

(2) BSCの機能とは

BSCは総合的経営管理手法であり、そのなかには、「経営戦略の実行を計画するプランニング機能」や「戦略実行に伴う修正・変更を行うコントロール機能」等いくつかの機能があります。

具体的には、経営戦略の作成・管理について、4つの視点（顧客の視点・財務の視点・業務プロセスの視点・学習と成長の視点）のバランスをとりながら実施する手法です。

従来の一般的な財務的視点からの経営管理が限界に達し、最近では非財務的視点にも着目した経営管理が求められていますが、BSCを用いると、非財務的視点の経営管理が容易に表現できるため、管理手法としての評価が高くなっています。

さらにBSCでは、経営戦略の具体的成果の数値化（可視化）が可能となるため、納得性のある報酬制度が構築できる等の効果も期待できます。

3 医業経営情報レポート 事業計画作成事例

■ 事例 ～A病院における事業計画作成への取り組み

医療機関における事業計画作成に向けた活動事例として、A病院の事業計画作成のプロセスと概要を紹介します。

(1) A病院事業計画の作成手順と内容

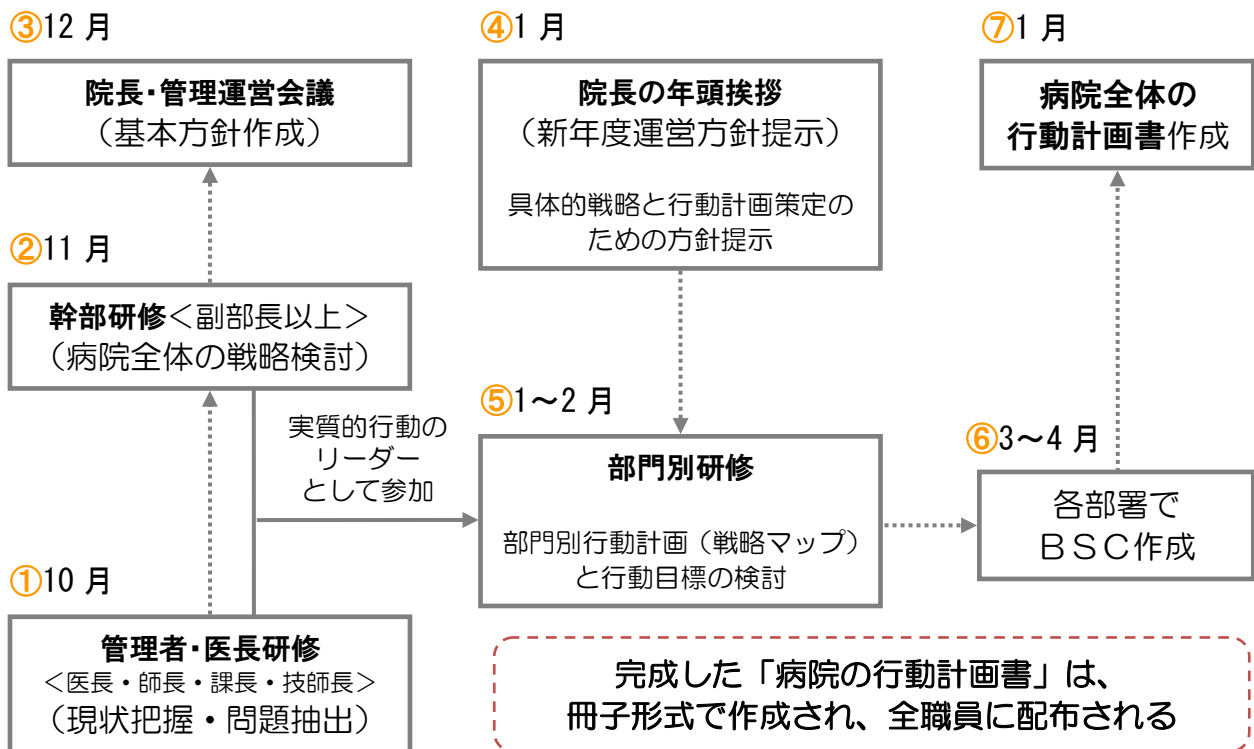
事業計画策定にあたってA病院では、毎年10月に計画内容の方向性や院内外からの課題を見つけて出すために、各部門管理者、師長、科課長、技師長が出席する「管理者・医長研修」を開催し、経営実績の現状把握と問題・課題の抽出を行います。

そして翌11月には副部長以上が出席する「幹部研修」を開催し、「管理者・医長研修」の検討内容を踏まえた病院全体の戦略を検討します。

さらに12月に、院長と「管理運営会議」のメンバーとで上記2つの研修で検討されたものの中から重要なエッセンスを抽出し、新年度の基本方針を作成します。

A病院では、毎年1月の仕事始めの日に、院長より新年度基本方針をキーワードとして発表し、これが事業計画の原点となっています。

◆ A病院における事業計画作成手順



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。

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:求人・採用

労働契約書等の書類、 文書の保存期間

当院では、パートタイマーと1年間の労働契約を
締結しており、労働契約書は2年間保存後
廃棄処分していますが、これでよいのでしょうか？

事業所で作成する重要書類には、法律で保存期間が定められています。

労働基準法は、労働関係の書類の保存期間について、「使用者は、労働者名簿、賃金台帳及び雇入、解雇、災害補償、賃金その他労働関係に関する重要な書類を3年間保存しなければならない。」と定めています。

そして起算日については、「雇入、解雇又は退職に関する書類については、労働者の解雇、退職又は死亡の日」と定めています。

労働契約書も、この労働基準法関連書類の一つですから、保存期間は労働者の退職の日から数えて3年です。

また、この法令にあるように、労働契約書のほか、労働者名簿、賃金台帳、タイムカード、時間外労働計算書、健康診断書等についても、3年間保存しなければなりません。

なお、労働基準法関連書類以外の主な書類の保存期間とその根拠法令は、次のとおり定められていますので、参考にするとともに、法定の年限を遵守して下さい。

書 類		期 間	根 拠 法 令
健康保険、厚生年金保険関連書類		2年間	次の①②のいずれかに該当する事業者 (株式が上場されているかは問わず)
雇用保険 関連	雇用保険の被保険者に 関する書類	4年間	雇用保険規則
	その他の書類	2年間	
労災保険関連書類		3年間	労災保険規則
労働保険の徴収・納付等の関連書類		3年間	保険料の徴収等規則



ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 求人・採用

入職日の設定

雇用契約書に定めた雇用開始日と実際の勤務開始日が異なる場合、 入職日はいつにすればよいのでしょうか？

通常、雇用契約では、雇用開始日を明示して締結します。しかし、実際には何らかの理由により、雇用契約書に示した雇用開始日と実際の勤務開始日が異なることがあります。

このように、雇用契約書で取り決めた雇用開始日と実際に勤務を開始する日が異なると、入職する職員にとって、様々な不都合が生じます。

雇用保険や厚生年金保険は、被保険者資格の取得日によって、給付を受けるために必要な期間が不足することもあるほか、退職金や年次有給休暇など、入職日を起算日として継続勤務期間を計算する場合にも、職員側に不都合が生じることがあります。

したがって、このような問題を統一的に処理するためには、雇用契約書で取り決めた雇用開始日と実際の勤務開始日を一致させておかなければなりません。この場合、どちらに合わせるかは任意ですが、次の点に留意することが必要です。

(1) 実際に勤務を開始した日が雇用契約書の雇用開始日より遅れた場合

雇用契約書の雇用開始日を入職日とする場合	契約書に明示された日より遅れた日数分の給与を、無給とするのか有給とするのかを定めておく必要があります。
実際の勤務開始日を入職日とする場合	雇用契約書の雇用開始日を実際の勤務開始日に合わせて訂正し、その日を雇用開始日とします。

(2) 実際に出勤した日が雇用契約書に明示された日より早まった場合

雇用契約書の雇用開始日を入職日とする場合	雇用契約書に記載した雇用開始日以前の実際に勤務した期間については、アルバイト勤務扱いとし、労働者名簿の「雇入年月日」の欄には、雇用開始の日を記入します。
実際の勤務開始日を入職日とする場合	雇用契約書に記載した入職日を実際の勤務開始日に訂正し、これを雇用開始の日にします。