

地域医療構想は、今

2017年3月、地域医療構想が各都道府県にて策定された。本来は2018年3月を想定していたものだ。この地域医療構想は、各構想区域単位で「地域医療構想調整会議」を行い、決めていくものだが、取り組み状況はまちまちであり、都道府県によって温度差がある。そこで、地域医療構想に関するワーキンググループは、2018年6月22日、各構想区域での地域医療構想調整会議が円滑に進むように支援するため、都道府県単位の調整会議を設置し、そのメンバーは、構想区域単位の調整会議の議長や学識経験者、医療関係者、保険者などで構成し、それぞれの調整会議が抱える課題や広域で調整が必要な課題の解決、各種データの分析などを担うことが示されたところだ。

地域医療構想の課題としては、地域によって人口動態や医療提供体制などの地域差があることがあげられる。そのため、病床機能報告の考え方については地域の実情を反映させた工夫もみられる。例えば、佐賀県の場合は7対1、10対1入院基本料であっても平均在院日数が22日以上であれば回復期に分類する、など。こうした各地域の取り組みを全国でシェアし、各地域の知恵を集め、応用していくことがこれからは重要だと考えている。

ところで、地域医療構想において病院単位で機能を考えている病院もみられるが、本来は、病棟単位でなければならない。例えば、大学病院であるからといって全ての病棟が高度急性期である、というわけではない。地域医療構想は、地域の医療ニーズを踏まえ、地域の実情にあった医療提供体制を作っていくことが目的だ。さらに、人口減少社会に突入していることから、多くの地域では急性期の入院需要は減っていくことが容易に考えられる。地域医療構想を考える上でその基本情報ともなる病床機能報告制度では、病院は6年後の病棟構成と2025年の病棟構成を明示しなければならない。2025年の構成については任意で構わないとされているが、約50%の病院が在り方を明示している。とはいえ、2025年はたった7年後のこと。さらに団塊の世代が90歳前後に達し、65歳以上高齢者の割合がピークを迎えようとする2040年のことを考えた病院の在り方をそろそろ考えないといけない。骨太方針2018をみても、すでに2040年を

「地域医療構想からみる介護医療院」

FOCUS



地域医療構想に関する
ワーキンググループ 構成員
九州大学名誉教授
尾形裕也

見据えていることがわかる。そこで、今年の病床機能報告制度では6年後の構成ではなく、2025年の構成を明示することを必須とるようにしている。

介護医療院に期待すること

地域医療構想では新たな在宅ニーズが、30万人程度出てくると想定している。全死亡者のうち自宅・施設で亡くなる方が合わせて2割となっている。今後、本格的な多死社会が訪れ、死に場所をめぐる問題が起きてくることを考えると、そうした場所の確保・整備が急務だ。そこで、2006年以降、療養病棟に関しては介護施設等への転換が促されてきた。その過程で、介護療養型老人保健施設(転換型老健施設)が誕生したがこれには大きな問題があった。介護老人保健施設とは、もともと中間施設とよばれ、在宅復帰を目指すのが基本的なミッションである。その基本を踏まえない病床転換には無理があり、事実、転換は十分に進まなかった。こうした問題に対応すべく2018年に誕生したのが介護医療院である。既存の療養病棟入院基本料2や介護療養病床からの転換先として大きな期待が寄せられている。

介護医療院とは病院ではなく、介護保険施設であるが、同時に医療提供施設でもあり、先に述べた転換型老健施設が抱えた課題を克服するものである。これは、介護老人保健施設にとっては、改めて在宅復帰機能を強化しなければならないという本来在るべき姿への「純化」を促すものとなるだろう。また、介護医療院は医療機能を持った住まいであり、看取りまで担う施設である。医療機能が主に外付けとなっている介護老人福祉施設(特養)にとってみれば、看取りに関する意識を高めていかないと、今後生き残れなくなる可能性がある。

介護医療院は、地域医療構想の実現の鍵となる在宅ニーズへの対応の選択肢の一つとして、今後大きな期待が寄せられていくだろう。

介護医療院を読み解く



廃止が決まっている介護療養病床、25対1医療療養病床の受け皿として、2018年4月に「介護医療院」が創設された。各地で申請に向けた動きが活発化している。介護医療院の概要を改めて整理するとともに、転換にあたっての留意点などを考察する。

1. 介護医療院の概要

介護医療院は、療養機能強化型の介護療養病床に相当するⅠ型と、介護療養型老人保健施設（転換型老健）相当のⅡ型の大きく2類型に分かれる。

サービス提供単位は、「療養棟」単位が原則になる。療養棟は、看護・介護体制の1単位を意味し、1療養棟当たりの

療養床数は原則60床以下。療養棟が2棟以下しかない小規模介護医療院は、例外的に療養室単位でのサービス提供が認められる。

(1) 指定基準（図表1）

Ⅰ型の人員配置は、医師48対1、薬剤師150対1、看護職員6

対1、介護職員5対1。Ⅱ型は、医師100対1、薬剤師300対1、看護職員6対1、介護職員6対1に設定されている。Ⅰ型、Ⅱ型とも介護支援専門員は100対1、栄養士は定員100人以上で1人以上。リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）は、「介護医療院の設置形態等の実情に応じた適当数を配置する」と規定されている。

医療機関併設の小規模介護医療院については、併設医療機関のリハ専門職で入所者に適切な処置が行えるのであれば、改めて人員を配置する必要はない。

療養室の定員は4名以下、1人当たり床面積は8.0㎡以上とするが、医療・介護療養病床からの転換の場合は、大規模改修時までは6.4㎡以上のままでもよいとされている。療養室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置などの設置は必須。「住まい」という性格づけの施設であることから、レクリエーションルームの設置も求められる。

(2) 名称ルール

医療機関が病床の一部、または全部を介護医療院に転換する際には、都道府県に開設許可申請をする必要がある。

改正介護保険法の附則ではその際、▽「介護医療院」という文字が使用されている▽その他厚生労働省令で定める要件を満たしていれば、「引き続き病院等に類する文字を用いることができる」と規定している。

ただし、医療機関の名称については転換の

		指定基準		報酬上の基準	
		類型(I)	類型(II)	類型(I)	類型(II)
人員基準 (雇用人員)	医師	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	-	-
	薬剤師	150:1	300:1	-	-
	看護職員	6:1	6:1	6:1 うち看護師2割	6:1
	介護職員	5:1	6:1	5:1～4:1	6:1～4:1
	支援相談員				
	リハビリ専門職	PT/OT/ST:適当数		-	-
	栄養士	定員100以上で1以上		-	-
	介護支援専門員	100:1(1名以上)		-	-
	放射線技師	適当数		-	-
	他の従業者	適当数		-	-
医師の当直		医師:当直	-	-	-

		指定基準
施設設備	診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可
	機能訓練室	40㎡以上
	談話室	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1㎡以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	リクリエーションルーム	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
	他設備	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室・洗濯場、汚物処理室
	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気またはガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備
構造設備	廊下	廊下幅:1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅:1.2m、中廊下:1.6m
	耐火構造	原則、耐火建築物(2階建てまたは平屋建てのうち特別の場合は準耐火建物) ※転換の場合、特例あり

図表1 介護医療院の人員・施設基準



医療機関の名称の類型

○ 医療機関の名称は例えば以下のように類型化できる。

① 法令に基づき一定の医療を担う病院又は診療所

(具体例：特定機能病院、地域医療支援病院、臨床研究中核病院、救急病院、救急診療所、がん診療連携拠点病院 等)

② 予算事業に基づき一定の医療を担う病院又は診療所

(具体例：休日夜間急患センター、救急救命センター、災害拠点病院、へき地医療拠点病院、総合周産期母子医療センター 等)

③ その他患者の事実誤認の防止の必要性が高いもの

④ その他上記以外の名称 (具体例：「〇〇クリニック」等)

○ 継続使用の可否についての具体例は次のとおり

転換前の名称	転換後の名称	継続使用の可否
〇〇病院、△△医院、□□クリニック	〇〇病院 (△△医院、□□クリニック) 介護医療院、 介護医療院〇〇病院 (△△医院、□□クリニック)	○
地域医療支援病院〇〇病院	地域医療支援病院〇〇病院介護医療院	×
	〇〇病院支援医療院	○
〇〇救急救命センター	〇〇救急救命センター介護医療院	×

図表2 介護医療院の名称

出典：第53回社会保障審議会医療部会（2017年9月15日）

方法によって、転換後の名称のあり方や既存の医療機関名を継続利用できるか否かが異なってくる（図表2）。医療機関としての実態がなくなる全床転換の場合は、特定の医療機能を表す「地域医療支援病院」、「救急救命センター」などの呼称は使えない。

例えば、「〇〇病院」が転換後の名称を「〇〇病院介護医療院」あるいは「介護医療院〇〇病院」とすることは問題ないが、「地域医療支援病院〇〇病院介護医療院」とすることは、患者に誤解を与える可能性があるため認められない。

これに対して一部転換は、病院や診療所を併存しているため、特に制限なく、従前の名称をそのまま使用することができる。

名称の表示方法も一部転換か、全床転換かで違ってくる。一部転換は医療機関としての実態が残っていることから、看板にあえて「介護医療院」と併記する必要はなく、従前の「〇〇病院」、「〇〇診療所」のままで差し支えない。

ただし、この場合は、医療機関と介護医療院との区分を可能な限り明確化したうえで、フロアマップや張り紙といった館内表示で介護医療院の場所や行き案内が明記されていることが前提条件となる（図表3）。

医療機関としての実態がない全床転換は、「〇〇病院」「〇〇診療所」という名称を使用すると、病院や診療所でないものは紛らわしい名称を使ってはならないとする医療法の規定に抵触する。そのため、開設許可のときと同様、医療機関名を残す場合は、看板表示も「〇〇病院介護医療院」のように、介護医療院が含まれた名称にしなければならない。

(3) 医療機関との設備共有

医療機関に併設された介護医療院は、例外的取り扱いとして、診察室、処置室、エックス線装置などの医療機関との共有が可能。診察室は、既存の病院、診療所の建物の一部の介護医療院への転用は可能だが、介護医療院として新設した建物の病院・診療所との共有は原則、認められない。

(4) その他

多床室については、プライバシーを保護する観点から、カーテンだけでの仕切りは不可。家具やパーテーションとカーテンを組み合わせる室内を区分する必要がある。家具やパーテーションは、入所者の安全が確保されていれば、必ずしも固定されていなくともよい（図表4）。機能訓練室、談話室、食堂、レクリエーションルームは、区画せずに1つのオープンスペースとすることができるが、全体の面積は各施設の基準面積を合算した広さ以上を確保する必要がある。療養室のナース・コールは、入所者の動向や意向を感知できる機器で代用しても問題ない。

2. 介護報酬での評価

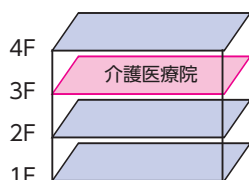
(1) 基本報酬

療養機能強化型介護療養病床相当のⅠ型、転換型老健相当のⅡ型とも（Ⅰ）～（Ⅲ）までの3区分の報酬体系となり、介護職員配置などで報酬に差がつけられている。

○ 既存の介護老人保健施設等での取り扱いを踏まえ、医療機関の一部を転換して、介護医療院を併設する場合（外来機能のみを残す場合も含む）においては表示等により医療機関と介護医療院との区分を可能な限り明確にすることとするが、その方法については、フロアマップ等の館内表示等でも足り、必ずしも看板等で名称を明示する必要はないものとする。

(表示の一例)

● フロアマップ



● 看板



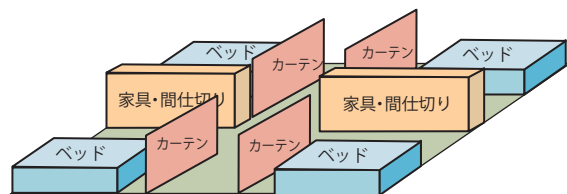
● 張り紙

患者の皆様へ
こちらは、介護医療院です。
〇〇病院をご利用の方は隣のエレベーターで
1F総合受付へ向かってください。

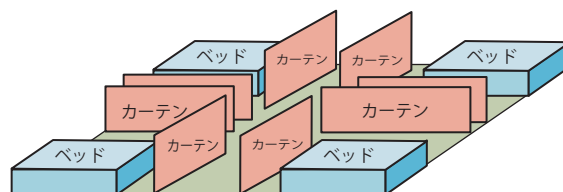
図表3 医療機関に併設する場合の院内表示

出典：第54回社会保障審議会医療部会（2017年10月5日）

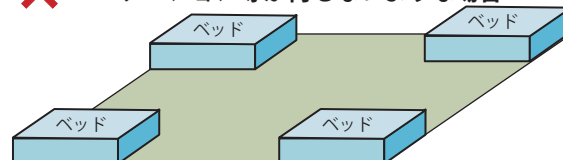
家具、パーテーション、カーテン等の組合わせにより、入所者のプライバシーを確保する場合



✕ カーテンのみで仕切られている場合



✕ パーテーション等が何もないような場合



出典：厚生労働省「介護療養病床・介護医療院のこれまでの経緯」

図表4 プライバシーを確保できる仕組み（必須要件）

I型介護医療院の基本報酬で最も高い【サービス費（I）】は介護療養病床の療養機能強化型Aに相当し、介護職員配置は4対1、【同（II）、（III）】は療養機能強化型B相当で、介護配置は（II）が4対1、（III）は5対1（看護配置はいずれも6対1）に設定されている（図表1、5）。

I型（I）の報酬単位は、▽要介護1：803単位▽同2：911単位▽同3：1,144単位▽同4：1,243単位▽同5：1,332単位。算定に際しては、医療処置の実施や重度者の受入れ状況に関する要件（入所者要件）を満たす必要がある。

例えば、I型（I）は、入所者のうち、▽重篤な身体疾患がある者および、身体合併症がある認知症高齢者の割合が50%以上（II、IIIも同様）▽喀痰吸引、経管栄養またはインスリン注射が実施された者の割合が50%以上（II、IIIは30%以上）▽医師が回復の見込みがないと診断した者や、ターミナルケアの計画を作成あるいは、ターミナルケアが提供されている割合が10%以上（II、IIIは5%以上）－であることなどが求められる。

II型の基本報酬の介護配置は、（I）4対1、（II）5対1、（III）6対1（看護配置はすべて6対1）。II型（I）の報酬単位は、▽要介護1：758単位▽同2：852単位▽同3：1,056単位▽同4：1,143

単位▽同5：1,221単位－となっている。

I型同様、入所者要件設定がされており、ターミナルケアの体制が整っていることに加え、▽喀痰吸引もしくは経管栄養が実施された者の割合が15%以上▽著しい精神症状、周辺症状もしくは重篤な身体疾患があり、専門医療を必要とする認知症高齢者の割合が20%以上▽著しい精神症状、周辺症状もしくは重篤な身体疾患または、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の割合が25%以上－のいずれかを満たす必要がある。

（2）加算等の取り扱い

従来、介護療養型医療施設で算定されていた各種加算（【初期加算】、【栄養マネジメント加算】、【経口移行加算】など）が引き続き算定できるほか、老健で評価されている【認知症専門ケア加算（I）・（II）】（3単位・4単位／日）、【若年性認知症患者受入加算】（120単位／日）、【認知症行動・心理症状緊急対応加算】（200単位／日）が介護医療院でも新設された。

介護療養型医療施設で提供可能だった、短期入所療養介護

	I型療養床			II型療養床		
	I型介護医療院 サービス費（I） （療養機能強化型A相当） （看護6:1 介護4:1）	I型介護医療院 サービス費（II） （療養機能強化型B相当） （看護6:1 介護4:1）	I型介護医療院 サービス費（III） （療養機能強化型B相当） （看護6:1 介護5:1）	II型介護医療院 サービス費（I） （転換老健相当） （看護6:1 介護4:1）	II型介護医療院 サービス費（II） （転換老健相当） （看護6:1 介護5:1）	II型介護医療院 サービス費（III） （転換老健相当） （看護6:1 介護6:1）
要介護1	803単位	791単位	775単位	758単位	742単位	731単位
要介護2	911単位	898単位	882単位	852単位	836単位	825単位
要介護3	1,144単位	1,127単位	1,111単位	1,056単位	1,040単位	1,029単位
要介護4	1,243単位	1,224単位	1,208単位	1,143単位	1,127単位	1,116単位
要介護5	1,332単位	1,312単位	1,296単位	1,221単位	1,205単位	1,194単位

図表5 基本報酬（多床室の場合）

出典：厚生労働省「平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について」（2018年1月26日）



2017年度		2018年度	2019年度	2020年度
同一病院	介護療養病床 (1 病棟)	介護医療院 (1 療養棟)	介護医療院 (1 療養棟)	介護医療院 (1 療養棟)
	介護療養病床 (1 病棟)	介護医療院 (1 療養棟)	介護医療院 (1 療養棟)	介護医療院 (1 療養棟)
同一病院	介護療養病床 (1 病棟)	介護医療院 (1 療養棟)	介護医療院 (1 療養棟)	介護医療院 (1 療養棟)
	介護療養病床 (1 病棟)		介護医療院 (1 療養棟)	介護医療院 (1 療養棟)

図表6 【移行定着支援加算】と転換時期の関係

※医療機関として、最初に算定した日が2018年度であるため、2019年度は転換した病床(病室)があったとしても算定不可

(ショートステイ)、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションの各種居宅サービスは、介護医療院でも提供が可能。なお、Ⅰ型は、介護給付費明細書に医療資源を最も投入した傷病名をDPCコードで記載する対象になっている(介護医療院Ⅱ型は対象外)。

3. 介護医療院への転換促進策

(1) 基準の緩和措置

医療・介護療養病床から転換する場合、大規模改修時まで、1人当たり床面積は6.4m²以上、廊下幅は1.2m²以上、中廊下幅は1.6m²以上とすることなどが可能(ただし、市町村が独自基準を設定している場合もある)。医療機関併設の場合は、1の(3)で述べたような、診療室をはじめとする施設の共有や、宿直医師(Ⅰ型のみ)の兼務も認められる。

(2) 移行定着支援加算の創設

転換を後押しするための時限措置として、加算も設けられた。【移行定着支援加算】(93単位/日)は、介護医療院の開設の地域住民への周知や、入所者とその家族に対する説明の取り組み、地域の行事や活動への積極的な関与を条件に、算定が認められる(2021年3月末までの時限措置)。

ただし、算定できるのは、「最初に転換した時期から起算して1年間だけ」であり、分割して転換する場合は注意が必要だ。例えば100床のうち、最初に50床を転換し、1年後に残り50床を転換する場合、算定期間の起算日は、最初の50床を転換した

日となるため、2回目の転換時には加算を算定することができない(図表6)。

4. 診療報酬上の取り扱い(図表7)

介護医療院は、診療報酬上では、「自宅等」として取り扱われる。「回復期リハビリテーション病棟」や「地域包括ケア病棟」では、在宅復帰率の計算式における在宅復帰先として、「地域包括ケア病棟」では、自宅からの入棟患者などとして、それぞれ位置づけられている。そのため、これらの病棟と医療・介護療養病棟を併設する医療機関にとっては、診療報酬の点からも、介護医療院に転換しやすい環境が整ったとみることができる。

(1) 在宅復帰率の計算

2018年度診療報酬改定では、入院料における在宅復帰率の計算式が見直された。【地域包括ケア病棟入院料】の復帰先には、従来、【在宅復帰支援機能加算】を算定している療養病棟、有床診療所、老健が含まれていたが、改定後は復帰先から療養病棟と老健が外れ、有床診療所は介護サービスを提供している施設に対象を限定。これに居住系介護施設の1つとして介護医療院が加わった。同様に【回復期リハビリテーション病棟入院料】の復帰先にも、介護医療院と介護サービスを提供している有床診療所が追加された(図表8)。

「在宅復帰率」から「在宅復帰・病床機能連携率」に名称変更された、旧【7対1一般病棟入院料】(【急性期一般入院料1】)の復帰先にも介護医療院が追加されている。

介護療養型医療施設(介護療養病床)の転換先として介護医療院が創設されるに当たり、診療報酬における取り扱いについて、介護医療院の特性を踏まえ、以下のような対応を行う。

1. 介護医療院は、医療提供が内包されている施設であるため、その内容に応じて給付調整を行う。具体的には、**診療内容については介護療養型医療施設、体制の基準については介護老人保健施設**に係る給付調整と同様に扱う。
2. **在宅復帰・在宅移行に係る評価において**、介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、居住系介護施設等を含め「**退院先**」として扱う。
3. 介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、入院料において、**在宅からの受入れに対する評価について**、**介護医療院を「自宅」と同様の取り扱いとする**。
4. 介護医療院は、医療を提供する機能を有することから、**医療に係る情報提供や共同指導について**、**介護老人保健施設と同様の取扱いとする**。
[対応する報酬] 診療情報提供料(Ⅰ)、退院時共同指導加算(訪問看護管理療養費)
5. 病院の機能分化の観点から、**介護医療院等の介護保険施設を有する医療機関については、総合入院体制加算の評価対象から除外する**。

介護報酬改定における対応

(医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設)

- 介護医療院については、介護療養病床(療養機能強化型)相当のサービスを提供するⅠ型と、老人保健施設相当以上のサービスを提供するⅡ型の2つの類型が創設される。
- 介護療養型医療施設等から介護医療院への転換について、各種の転換支援・促進策が設けられる。

図表7 診療報酬における介護医療院創設への対応

出典:厚生労働省保険局医療課「平成30年度診療報酬改定の概要 医科Ⅱ」(2018年3月5日)から抜粋

【地域包括ケア病棟入院料】

(分子)	・ 自宅 ・ 居住系介護施設等 ・ 療養病棟 (加算+) ・ 有床診療所 (加算+) ・ 介護老人保健施設 (加算+) ※ 死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	・ 地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※ 死亡退院・再入院患者を除く



(分子)	・ 自宅 ・ 居住系介護施設等 (介護医療院を含む) ・ 有床診療所 (介護サービス提供医療機関に限る) ※ 死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	・ 地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※ 死亡退院・再入院患者を除く

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

(分子)	・ 自宅 ・ 居住系介護施設等 ※ 死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	・ 回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※ 死亡退院・転棟患者 (自宅)・再入院患者・急性増悪で転院した患者を除く



(分子)	・ 自宅 ・ 居住系介護施設等 (介護医療院を含む) ・ 有床診療所 (介護サービス提供医療機関に限る) ※ 死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	・ 回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※ 死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く

図表8 在宅復帰率の見直し

出典：厚生労働省保険局医療課「平成30年度診療報酬改定の概要 医科II」（2018年3月5日）から抜粋

(2) 地域包括ケア病棟の実績評価

【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】については、今回、200床未満の医療機関を対象にした、【同入院料・入院医療管理料】の1と3が新設された。看護配置やリハビリテーション専門職の配置などの基本的な部分の基準は、旧報酬と変わらないが、地域包括ケアの取り組み実績が一定の基準を満たす場合に、上乗せ評価としてより高い点数設定の1、3の算定が可能となる制度設計になっている。

地域包括ケアの実績として求められるのが、(1) 自宅等から入棟した患者割合が1割以上、(2) 自宅等からの緊急患者の受入れが3カ月で3人以上、(3) 看取りに対する指針の策定、(4) 在宅医療の提供実績（訪問診療や訪問看護の提供実績など）—など。このうち、(1) と (2) の「自宅等」には、介護医療院が含まれる扱いとなっている。

5. 移行時に考慮すべき課題

さて、ここまでは介護医療院の概要を整理してきたが、以下は、実際の移行にあたって留意すべき点について、考察することとする。

転換時の課題は、介護・医療療養病床、介護療養型老人保健施設（転換型老健）のどの施設種別からの転換なのか、さらには全床転換か、一部転換であるのかで、大きく異なる。

(1) 施設種類別でみた課題（図表9）

施設別で整理すると、まず、転換型老健から、II型への転換は、医療処置の取り扱いや急性増悪時の対応が介護医療院とよく似ており、ほかの2施設に比べて移行しやすいことが想定される。

利用者層もほとんどの施設は、現行のままで問題ないと考えられ、診療所等を併設している施設であれば、処置室やエックス線装置といった医療設備の基準も満たせる。

同じく介護療養病床から転換した老健であっても、転換型老健ではなく、通常型の老健として運営しているケースでは、看護配置基準がネックになる可能性がある。

通常型老健の看護・介護職員配置基準は、「合わせて3対1、うち7分の2程度は看護職員」であるため、「6対1」の基準を満たせない施設が出てくることが予想され、この場合、新たな採用が必要になる。

転換型老健に次いで転換がしやすいのが、介護療養病床だろう。しかし、療養機能強化型相当のI型への転換を目指す場合には、入所者要件が障壁になる可能性がある[2.の(1)参照]。

例えば、I型の「サービス費(I)」の算定には、「入所者に占める重篤な身体疾患を有する者および身体合併症を有する認知症高齢者の割合が50%以上」、「入所者に占める喀痰吸引、経管栄養またはインスリン注射が実施された者の割合が50%以上」などの要件があり、難渋することになる施設も少なくないと考えられる。

I型への転換を計画している施設は、自院の患者構成や今後の見通しについて、事前に十分シミュレーションを重ねる必要があるだろう。

医療療養病床は、I型への移行という点だけに注目すれば、医療的ケアの必要性が高い患者が多い分、介護療養病床よりも移行しやすいと言えるだろう。一方で、これまで転換型老健や介護療養病床のように、「介護の橋」を渡ったことがない故の難しさもある。生活の場・療養の場としての介護施設と、治療の場としての医療機関では、療養環境のあり方、患者とのコミュニケーション、レクリエーションのあり方など、異なる面も多いからだ。

(2) 全床転換か、一部転換か

施設種別とともに、転換検討時の大きな判断軸になるのが、全床転換の介護医療院単独型とするのか、それとも一部病床だけを転換して医療保険適用病床との併設型とするのか、という点だ（図表10）。

転換に向けたシミュレーションの際に、経営陣が最も頭を悩ませるのが、恐らく医師や看護師、薬剤師といった医療スタッフの配置の問題だろう。その点、医療の病床を残すケアミックス



①事前準備・戦略策定	②施設改修計画	③患者・利用者・従業員との合意形成	④行政手続き	⑤運用マネジメント
□ 法人の事業構想 □ 人員基準の確認 □ 患者基準の確認 □ 設備基準の確認 □ 地域ポジショニングの確認 □ 利用者確保ルートの整理 □ 病棟マネジメント方針の整理 □ 改修コスト試算 □ 居住費・食費等の整理 □ 収支シミュレーションの実施 □ 該当行政・所管部署への事前協議 □ 人員不足の場合は採用活動開始	□ 療養室の整備についての条件整備、見積もり □ 内装改修等の必要性の整理、見積もり □ 食堂・リクリエーションルーム等の設置について □ 消防法の確認 □ 施工会社の選定と改修工数の見積もり ※ 大規模改修の場合については事前協議時に十分注意	□ 利用者・家族への説明書類作成 □ 利用者・家族への説明会や合意形成の場を設ける（価格変更等） □ 合意形成書類の収集 □ スタッフに対して医療機関→介護施設化することについての説明 □ 勤務シフト・体制等についての整備（場合によってはリストラクチャリングによる体制整理）	□ 定款変更の手続き □ 介護療養ないしは医療療養の指定辞退届 □ 開設許可変更届 □ 介護医療院の指定申請（および事前協議） ※ 有床診療所等にする場合には、知事協議および保健所への届出 □ 病床転換助成事業および、地域医療介護確保総合基金等による助成事業の手続き申請	□ 近隣医療機関、介護施設等への広告、挨拶、営業 □ 内覧会等の実施 □ 入所ルート別の相談件数管理体制 □ 退所ルート別の管理 □ スタッフシフト等の管理 □ 会計処理手続き □ 請求ソフト等の整備 □ 入居開始時書類・手続きの整理。入居者計画 □ 費用徴収にかかる条件の整理 □ ホームページリニューアル

図表9 介護医療院の導入（あるいは療養病床の再編成）にあたっての検討事項

ス型は、医療機能として残す一般病棟や地域包括ケア病棟に医療スタッフを配置転換することで、場合によっては、より高い報酬区分の届出も可能となり、全床転換よりもスムーズな移行が期待できる。なかでも、「地域包括ケア病棟」は、2018年度診療報酬改定で、在宅復帰率と在宅からの受入れ患者数の計算式に、介護医療院からの入棟患者を含めていいことになったため、組み合わせとしては非常に相性がいい病棟と言える。

課題が多いのは、全床転換する介護医療院単独型のほうだろう。例えば、介護療養病床からⅡ型の介護医療院に転換する場合、医師の配置はこれまで3人であったのが、100対1とすることが可能になるため、配置を再検討する必要がある。対応策の1つとして考えられるのが、外来や在宅医療の人員を拡充するとともに、介護医療院を後方支援病床として活用するモデルだろう。

こうした点を総合的に勘案すると、単独型に移行する場合は、「病院でなくなる」前提で、どこまで医療を残すのか、あるいは

残したいのか、介護医療院の配置基準を超えるスタッフについて、新規事業（訪問看護をはじめとする居宅介護サービスなど）に配置転換するのか、あるいは思い切ってスリム化するのか。転換に先立って、将来ビジョンをしっかりと固めておく必要があるだろう。

6. まとめ

介護医療院は確かに、25対1医療療養病床、介護療養病床からの有力な転換先である。しかしながら、医療機能病床には、20対1医療療養病床、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟など、ほかにも多様な選択肢があり得る。

病床転換を検討中の医療機関は、自院の患者構成や地域での立ち位置はもちろん、地域における将来の人口動向、地域医療構想実現に向けた、地域医療構想調整会議の議論の推移などを総合的に勘案して、進むべき道を定めることが得策と言えるだろう。

現状	転換パターン	効果・影響
全床・療養病床 (介護or・and医療)	全床 介護医療院	✓ 医療の入院病床が無くなるので、処置、投薬、検査、画像等の扱い ✓ 医療スタッフのリストラクチャリングも要検討
一般病棟＋療養病床 (介護or医療)	診療所 (無床)	✓ 既存機能の維持、利用者確保ルートおよび、医師人件費分確保の上で基本的なパターン ✓ ただし医療の入院病床が無くなる
(一般病棟)＋地ケア、回復期＋療養病床 (介護or医療)	医療療養	✓ 医療療養20対1＋医療区分2、3集中 ✓ 医療区分1以下＋介護の利用者を介護医療院 ✓ 看護師配置に余力がある場合は対応化
診療所 (療養病床)	一般病床	✓ 在宅復帰先としての運用を想定するが、人員余力あれば、本来は地ケア導入を策に検討
介護老人保健施設 (療養強化)	地ケア 回復期	✓ 地ケアからの在宅復帰先として想定 ✓ (急性期・在宅)→地ケア→介護医療院の運用となるが、医療院も一定程度回転が必要
介護老人保健施設 (転換その他型)	老健 (その他型)	✓ 将来的に在宅復帰を求められる可能性あり ✓ 看護師が不足する場合は、一部を老健とするその他型維持し、医療院転換することで対応
	診療所 (有床)	✓ 看護師配置が最低限1人～となるが、夜勤配置は別途必要。医療保険の病床として運用することは出来るが、自治体側に可否判断要請

図表10 事前準備・戦略策定

日本経営グループ主催

「2021年介護報酬改定に向けた経営戦略セミナー in 東京」レポート

日本経営グループはこのほど、「2021年介護報酬改定に向けた経営戦略セミナー in 東京」を開催した。演者として登壇した、竹重俊文氏（一般社団法人地域ケア総合研究所所長）は、利用者本人の意向を反映したリハビリテーションの目標設定の重要性を強調。砂川剛氏（医療法人社団友志会リハビリテーション部部長）は、2018年度介護報酬改定で新設された、在宅復帰機能・超強化型老人保健施設の基準を満たすポイントを解説した。また、橋本竜也（株式会社日本経営 取締役）は経営幹部の育成手法について説明した。本稿では、竹重氏と砂川氏の講演からポイントをご紹介します。

利用者の意向を最優先した目標設定を 竹重氏

竹重氏は、リハビリマネジメントの現状について、利用者本人の意向よりも、家族の意向が優先されがちであることを問題視した。「利用者の願いを叶えるためには何が必要かのアセスメントを行うべき。本人は車いすや寝たきりでいたいわけではないのに、なぜか家族や現場の都合で寝たきりにさせているケースがある」と指摘。原因の1つとして看護職とリハビリ専門職の協働が上手く機能していないことなどをあげた。

その一例として、歩行のリハビリを受けているにも関わらず、居室での移動に車いすを使用しているケースがあることを示し、「機能訓練室ではなく病室や居室でリハビリをすることが重要。看護職、リハビリ専門職、介護職が同じ生活の場で利用者に関わるようになることで結果が期待できるようになるし、車いすになるプロセス自体もなくなる」と述べた。

今回、2021年度介護報酬改定では、アウトカム評価が一層求められるようになると予測。結果を出すには、リハビリ専門職が、利用者本人の意向を引き出し、目的を明確化してあげた上で、ケアプラン作成の場にも積極的に参画し、自立支援に向けた適切なサービス利用につなげていくことが重要との考えを示した。サービスの質を確保する観点から、事業所内、法人内、地域内のサービスの標準化を推進する必要性にも言及。その足掛かりとして、「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」等を活用した、法人内の人材育成サイクルを構築することの重要性を述べた。

在宅復帰率コントロールで超強化型老健に 砂川氏

砂川氏は講演の中で、2018年度改定を受けての介護老人保健施設のあり方を概説。改正介護保険法で在宅復帰施設としての役割が明確化された老健は、「在宅復帰・在宅療養支援等指標」の得点に応じて▽超強化型（70点以上）▽在宅強化型（60点以上）▽加算型（40点以上）▽基本型（20点以上）▽その他型（20点未満）の5類型に再編された。

「在宅復帰・在宅療養支援等指標」は10項目で構成されるが、砂川氏はこのうち「要介護4または5」、「喀痰吸引」、「経管栄養」の割合以外の7項目は施設の努力で満たすことができると分析。「7項目全てで満点を獲得するとトータルで75点になる。7項目で75点を取って超強化型を目指すことが非常に重要。残り3つは偶然に左右される項目のため、これらで満点を獲得して超強化型になることはお勧めできない」と説明した。

7項目のうち、在宅復帰率で満点を獲得するには、50%超を維持する必要がある。具体的方法論で砂川氏は、利用者を入所時に▽在宅復帰安心群▽在宅復帰微妙群（条件を整えれば、在宅復帰が可能）▽リハビリでの向上著明群の3つのグループに分けている実践例を紹介。在宅復帰安心群で50%超の在宅復帰率を維持することを基本とするが、急性増悪で入院する者などが出て50%を満たせない恐れが出た場合は、在宅復帰を逡巡している在宅復帰微妙群の背中を押す、それでも満たせない場合はリハビリでの向上著明群の在宅復帰を検討するといった具合に、毎月の在宅復帰率をきちんとマネジメントし、コントロールする必要性を説いた。

日本経営は、新認定医療法人制度の予備調査を全国で展開しています。

私たちの解決策の設計事例を、Webサイトからダウンロードできます。

経営層・事業承継をご担当の方へのダウンロード資料（無料）

弊社ホームページより、
新認定医療法人の予備調査に関する
「お役立ちBOOK」をご提供しています！

お問い合わせ事例

新認定医療法人がベストな解かどうか、どう目利きすれば

当事者にとって、ベストと言える手段であるか。医療法人の事業承継においては、現在の出資者だけでなく、後継者もまた決まっていなければならない。後継者が決まっていれば、後継者の意向が優先される。また、後継者が決まっていれば、後継者の意向が優先される。また、後継者が決まっていれば、後継者の意向が優先される。

Q 後継者も決まっていなくて、いまはまだ意思決定できない。このままではどうしようもない。どう目利きすればいいか。
A 後継者がまだ決まっていなくて、いまはまだ意思決定できない。このままではどうしようもない。どう目利きすればいいか。

相談・提案事例

承継にはギリギリのタイミングで、長男と話し合っておく

医療法人ABC会。理事長75歳（地方）、長男が事業承継すべきか放棄すべきか、ギリギリのタイミングで話し合っておく。

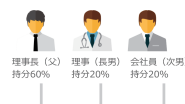
- 医療法人の出資金の評価額は、15億円。このままでもよいが、何年後にも相続税を払わなければならない。
- しかし、医療法人の財産はほとんどが建物や医療機器。預貯金は少ない。出資金を承継して、自分のポケットマネーで運用するのは難しい。長男は、そんなことを全く知らない。先送りをするのは、長男の将来を考えると、長男と話し合っておく必要がある。
- もし長男が承継してくるのであれば、理事長の年齢からすれば、新認定医療法人制度がスタート。要件が大きく緩和される。長男と話し合っておく必要がある。

相談・提案事例

分散した出資金を放棄させるのではなく、買い取ることで最適化。

医療法人GHI会。医療法人の出資持分のうち、すでに8千万円ずつを長男、次男に分散している。どう説得すべきか。

- 医療法人の出資金の評価額は、現在4億円。経営は安定で、顧問税理士からは、評価額はさらに上昇していくと予測されている。
- 出資持分4億のうち、これまでの相談で20%ずつが長男と次男に移っています。新認定医療法人を活用して出資持分を放棄するためには、長男と次男に各8千万円ずつの出資持分を放棄してもらわなければならないので、どう



下記QRコードからアクセスしていただくか、Webサイトで「新認定医療法人」と検索してください。



2017年度 病院活性度ランキング

2017年度において、活性度の高かった病院、介護・福祉施設を表彰させていただいています。対象は、2017年4月～2018年3月にES Navigator IIを実施された88病院、38施設です。組織マネジメントにおいては、規模の大きさや病院機能によって違いがあることが、ある程度明確になっています。病院は以下の4区分で表彰しています。

- ・急性期型病院（200床以上）の部／急性期型病院（200床未満）の部
- ・急性期型以外の病院（200床以上）の部／急性期型以外の病院（200床未満）の部

※カテゴリー分類は今後変更になることもあります。

※概ね80%以上が急性期病床と申告された病院を急性期型病院と分類しています。

● 急性期型病院（200床以上）の部 ※敬称略

病 院 名
1 位 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院
2 位 国保水俣市立総合医療センター
3 位 パナソニック健康保険組合 松下記念病院

● 急性期型以外の病院（200床以上）の部 ※敬称略

病 院 名
1 位 医療法人社団親和会 衛藤病院
2 位 医療法人相生会 福岡みらい病院
3 位 医療法人福仁会 福仁会病院

● 介護・福祉施設の部 ※敬称略

病 院 名
1 位 社会福祉法人 譚議会
2 位 医療法人閑谷会 介護老人保健施設備前閑谷苑
3 位 有限会社めぐまの家

● 急性期型病院（200床未満）の部 ※敬称略

病 院 名
1 位 国家公務員共済組合連合会 北陸病院
2 位 匿名 匿名A病院
3 位 社会福祉法人 恩賜財団 済生会唐津病院

● 急性期型以外の病院（200床未満）の部 ※敬称略

病 院 名
1 位 地方独立行政法人山口県立病院機構 山口県立こころの医療センター
2 位 医療法人真鶴会 小倉第一病院
3 位 医療法人緑山会 下松中央病院

7万人のデータを基に徹底分析！

ES Navigatorが
進化！

職員意識調査アンケートシステム

Es Navigator II
イーエスナビゲーター

組織活性化のポイントは意欲度×満足度！

「意欲度」と「満足度」をはかる15のカテゴリー

組織の特徴を明らかにし、
改善のポイントを探る職員満足度調査です。

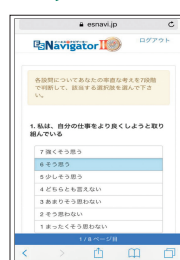
- ① 職員の意識を的確に把握！
- ② 自院・自施設独自の改善ポイントがわかる！
- ③ 無理なく実施できるリーズナブルな料金体系！

【職員の働く意識、組織の活性度を高める】

ES Navigatorで得られた約7万人のデータを再分析し、組織活性化の要因となる15のカテゴリーを整理。この15のカテゴリーを統計的に分析することで、各病院・施設の職員の意欲と満足度を高める独自の要因を抽出することが可能になりました。これにより、職員の意欲と満足度を把握するだけでなく、それらを高めるための効果的な取り組みもより具体的に検討することができます。

満足度が低い項目を手あたり次第に改善するよりも効果的な結果が得られます。経営の現場で求められるのは「どう成果を出すか」、組織の悩みは尽きませんが、解決する手立てさえ明確になれば、一步一步クリアしていくだけです。経営指標の一つとして活用してみたいいかがでしょうか。

詳細は、弊社のES Navigator事務局までお問い合わせください。



スマホやパソコンなどで回答ができます！

担当者の皆様の事務作業と職員の皆様のアンケート入力の手間を大幅に削減できるようになりました！

組織の一体感

- 経営リーダーシップ
- 理念浸透
- 情緒的上司信頼
- 職務的上司信頼
- 現場コミュニケーション

仕事のやりがい

- 顧客志向
- 自己決定感
- 有能感
- 部署目標と取り組み
- 配分上の公平性

適切な人事マネジメント

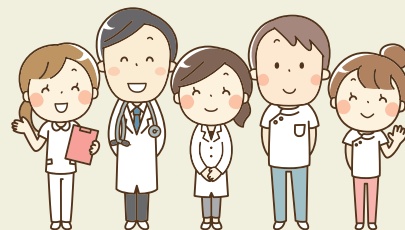
- 労務環境
- 手続き上の公平性
- 上司の公平対応
- マニュアルの適切性
- 教育体制の充実度

ES Navigator事務局

フリーダイヤル 0120-200-488

TEL 092-481-4465 FAX 092-409-4588

<https://kassei-navigator.jp/>



第2回 労働時間1

社会保険労務士法人 日本経営
社会保険労務士 岩田 健

当病院の看護部では、職員各自のスキルアップのために4～5人グループでの共同研究を課しています。各自がテーマを決め、年1回行われる病院グループ内での研究発表大会で発表を行ってもらっています。

看護師のA主任は今年も、部下のBさん、Cさんと共に研究発表に取り組んでいました。大会が今週土曜日に迫っていることもあり、今日も通常勤務終了後に居残りで準備をしなければならないと考えていました。

A主任「Bさん、Cさん、土曜日の研究発表大会のことで話があるのだけど、いいかな?」

Bさん「大会が迫っていますが、発表のまとめ部分をもう少し考えないといけませんね」

Cさん「なかなか、まとめて時間がとれませんからね」

A主任「今日は夕方まで通常業務が終わるから、その後、3人で居残りで準備をしたいと思うけど、どうかしら?」

Cさん「わかりました」

Bさん「予定があったのですが、発表の日も迫っているのでわかりました」

A主任「有難う、助かるわ」

3人は、通常業務終了後、残って発表大会の準備に入り、最後のまとめ部分について議論をしました。その後、Bさんから発表資料を作成しながら、次のような質問がありました。

Bさん「主任、私達今日も居残りで発表大会の準備をしますが、この時間は残業にならないのですか?」

A主任「通常の仕事は終わったのだから、ならないでしょう」

Cさん「研究発表大会の準備は、どうして仕事にならないのでしょうか?」

A主任「自主的な居残りだからよ」

Bさん「そもそも病院が当日発表しなさい、と言っているのだから、やっぱり仕事で残業時間になるのではない? まあ、この準備も楽しくできているのでいいんですけどね」

Cさん「そういえば、この前もD医師が、今月中に論文を仕上げるように院長から言われてしまい、連日サービス残業ばかりだ、と嘆いておられましたよ」

そう言われると、A主任は答えることができませんでした。

病院に残って研究や論文作成をしている場合や、参加は自由

としている研修に出席した場合、その時間は労働時間として取り扱わなければならないのでしょうか?

(1) 法的な視点

労働時間とは、労働者が使用者の指揮命令下にあつて、労働者が労務を提供した時間のことであり、拘束時間から休憩時間を除いたものです。そして、使用者が労働させることができる時間は原則として、1日については8時間まで、1週間では40時間までと定められています(労働基準法第32条1項、2項)。これを超えて労働をさせることは、所定の要件のもとに可能ですが、同時に割増賃金を支払う必要があります。

就業規則や雇用契約書などで使用者が定める労働時間のことを「所定労働時間」と言います。所定労働時間を超えて働いた場合の超過分の時間は「時間外労働」、いわゆる「残業」となります。

労働時間は、現実に作業などを行っている時間だけでなく、診察、検査などで患者待ちをし、待機している時間や準備、整理をしている時間も労働時間に含まれます。

労働時間について、法律に定めがあるのはこれだけであり、労働時間に含まれるもの、含まれないものについては、判例や通達を参考に考えなければならない場合も少なくありません。

判例では労働時間とは、「労働者が使用者の指揮命令下に置かれていると客観的に評価できる時間」と定義されています。

具体的には、検査技師や臨床工学技師等が診察中の患者を待っている手待時間は、患者の移動を待つこと(一種の「労働」)を職員が義務付けられているため、労働基準法上の労働時間にあたると解されます。また、当直(昼間に行うような通常業務は行わない場合)の夜間仮眠時間も、仮眠室の滞在と緊急連絡等への対応が義務付けられていたことから、労働基準法上の労働時間にあたると解釈されました(大星ビル管理事件)。

仮眠時間でも労働時間から除外する場合には、緊急対応が免除されているなど、労働から完全に解放されていることが求められています。作業前後の作業服や安全用具等の着脱時間も、事業所内でそれを行うことが義務付けられている場合には、労働基準法上の労働時間にあたります。これに対し、労働を行っているが使用者が全く関与していない時間や、使用者の指示を受けているが「労働性」がない時間については、労働時間としては認められないと解されます。ただし、持ち帰っての仕事や自発的な残業についても、使用者の黙認や許容があった場合に

は労働時間と解されます。

病院で研究や論文作成を行う時間についても、それが「指揮命令の下」で行われているかどうかのポイントとなります。病院から例えば、院長名で、あるテーマをもとにした研究論文を書くように指示があった場合、院内に残って執筆をすればそれは労働時間になると考えられます。

これに対して、強制ではなく、研究を自主的に行う、または医師個人が論文を執筆する、といった時間は労働時間ではないと考えられます。

また、研修についても、病院の指示により参加を強制されているかどうかで判断することになります。職員が自主的に参加希望を病院に申請してきた、もしくは参加、不参加が職員の選択に委ねられている、といったものであれば労働時間ではない、といえます。なお、病院が研修への参加費用を負担する、しないについては、労働時間であるか否かは直接関係がありません。研修への参加費用を病院が支給するからといって、その研修については労働時間とみなさなければならない、ということにはなりません。

(2) マネジメントの視点

研修やそのための準備時間を労働時間に含める、含めないの判断をすることと共に、欠かせない視点が労働時間管理のあり方です。タイムカードであれば、打刻のタイミングが重要になります。

例えば、通常業務終了後に行う研修が自主的に参加するものであれば、タイムカードの打刻は研修が始まる前に行うことが重要です。通常業務終了後に打刻し、研修に参加するように普段から啓蒙することが重要になります。研究や論文執筆時も同様に、これらの作業に入る前に打刻をし、労働時間を一旦終了させておくことが必要になります。

タイムカードを打刻するのは、原則として仕事を始める直前、仕事を終えた直後です。

中には「タイムカードを使うと打刻時間がすべて労働時間とみなされて、賃金を支払わなくてはならない。そんなことをしたら人件費がどこまで膨れるかわからないので、タイムカードで個々の労働時間を把握することはいっそのこと廃止したい」といった意見もありますが、労働時間管理上、これはあまりお勧めできません。個々の職員の労働時間管理は、事業主の責務であり、タイムカードを使わないことによって、その責務を免れるわけではないからです。

労働基準監督署も「タイムカードの打刻時間＝労働時間」とは考えていません。日々こまめに記録していれば、「労働」していない時間も結構存在します。その時間の賃金を支払う必要はありませんが、それを「労働時間ではない」と主張するためには、労働時間ではないことを示す事実を記録し、本人の同意をとっておく必要があります。

例えば、タイムカードの終業打刻時間と実際の終業時間とに

乖離がある場合には、その理由を本人が記載し上司が承認をする手続きが有効です。その届出のための書式を作成するのも良いですし、タイムカードの余白部分に記録しておくことも有効になります。

しかし、事実の記録がなく、労働時間に関してタイムカード以外に記載された何らかの根拠資料がない場合には、「タイムカードの打刻時間＝労働時間とみなさざるを得ない」と労働基準監督署は判断するため、注意が必要です。

職場の管理者として部下の仕事ぶりを適切に把握しておくことは基本中の基本であり、その中でも勤怠記録を確認しておくことは第一歩です。タイムカードの打刻があればそれで良いとするのではなく、その中身にまで関心を持ち、部下とコミュニケーションをとることが重要です。

実際の労働時間と、タイムカードの打刻時間に大幅な乖離がある場合は、その原因を個別に探ると共に、タイムカードの打刻ルールを改める対策も有効です。

「始業の打刻は出勤時ではなく仕事を始める直前に行い、終業の打刻は仕事が終了した直後に行うこと」—このようなルールを設けることで、実際の労働時間とタイムカードの打刻時間が大幅に乖離するという事態は避けることができます。そのためには、タイムカードリーダーの設定場所を考慮する必要があります。各職員の職場と待機場所（スタッフルームなど）との距離を考慮したとき、どこに設置することが最も適切なのか、各病院で検討してみてください。

(3) まとめ

労働時間であるかどうかは、既述したように「指揮命令下にあるかどうか」で判断されます。

今回の事例の場合、病院で行われる研究発表大会であり、参加が強制されていることを前提に考えると、研究発表大会当日の参加についても、その準備のために通常業務終了後に残っている時間についても労働時間と考えられます。

また、A主任と共に居残りをしていることから、上司の指揮命令下の中で行っていることが明確になっています。

A主任は、居残りで準備をしてもらう場合、指示命令として行うのであれば、残業時間であることを伝え、タイムカードの打刻は準備作業終了後に行うようにあらかじめ指示を出しておくことが必要と考えられます。

もし、居残りを強制しないのであれば、本人の意思によることを確認し、自主的に残ってもらう職員には、タイムカードの打刻を行ってから、準備作業に入ってもらうことが重要です。打刻時間を明確に記録しておくことで、労働時間に含めているか否かを病院としてはっきりと判断し管理していることが後々のトラブルを回避することに繋がります。



広報・マーケティングの本質は、大家族主義

株式会社日本経営ホールディングス 代表取締役会長 藤澤 功明



2018年度診療報酬改定で一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」が新設されました。これを受けて、ここ数ヶ月、日本経営グループのホームページにも、「医療・看護必要度 対応」と検索してアクセスされる件数が激増しています。私どもは病院データ分析システム“Libra”というシステムを全国でご提供しており、現場でいち早く対応しているのですが、このようにアクセスが急増すると、マーケットの反応がホームページを通じて数字ではっきりと分かる時代になっていることを痛感します。

一方、医療機関のホームページについては、この6月から新しい「医療広告ガイドライン」が施行されました。ウェブサイトも広告規制の対象となり、患者さんへの情報発信においてかなりの影響があると考えられます。

このように重要性を増す病院の広報ですが、その本質は昔も今も変わらないのだと私は思います。すなわち、地域医療において自院の役割は何か。その役割の質を高めていくためには、自院の取り組みだけを地道に積み重ねていけばよいということではなく、役に立つ情報は積極的に周囲に発信してキャッチボールし、地域住民・公共機関・医療機関などとの連携をより密にしていける必要があります。地域全体を見て、部分最適ではなく全体最適を常に意識し、四方善(自分善し、相手善し、社会善し、将来世代善し)という発想で取り組み、一人の力では成し得ない多くのチカラが結集されて、地域包括ケアシステムは必ず機能していくはず。組織の仲間を、他部署であっても家族と思えるか。地域の仲間を、他法人であっても家族と思えるか。平成23年10月に、私は「全員営業・全員参加

型経営とは、大家族主義がベースである」と、社員にメッセージを送っています。

「昭和55年に入社した私がまず驚いたことは、菱村議長、小池会長を筆頭に上司の皆さんの食事のスピードが尋常ではない早さであることと、毎月頂く給料を自分自身で計算していることでした。お客様の報酬を基本としてプラス項目とマイナス項目を差し引きして計算し、それが基本給を下回るような結果になると、反省を繰り返し、ど真剣になっていきました。やがてそれが進化して一人別損益計算書になり、予実対比や時系列での推移を見ることで、自分自身の課題に向き合うようになるわけです。そしてチームを預かるようになると、部下・後輩の面倒を見ながらチームで目標を達成していかなければなりません。ものの考え方を磨き、本質を共有して仲間とベクトルを合わせていくことが最も重要になります。同志としての絆を深め、自分のことから周囲に視線を広げて、部分最適より全体最適にしていかなければなりません。私が同志である皆様と組織力を強化できるのも、創業者である菱村議長が、『会社は社員一人ひとりのものである』と経営憲法にして打ち出していたお蔭です。このように、全員参加型経営・全員営業・全員現場・全員主人公の経営は『大家族主義』がベースになるのです。それは社内に留まらず、社会においても同じです。多くの方々と出逢い、理解を深め合い、助け合い、励ましあい、手を携えて一緒に取り組み、一人ひとりが幸せを実感できる社会を実現していきましょう」(一部編集・抜粋)

平成23年10月

ダイナミック・スリー・ラインについて



日本経営グループのシンボルマークである**ダイナミック・スリー・ライン**(マーク参照)は、急速な社会環境変化の中でお客様と共に成長していきたいという、ひたむきな心を力強く表現したものです。

無限の宇宙に昇華する三本の線は、

「お客様の発展に対して努力を惜しまないという心」

「仕事に対して明るく前向きな姿勢で取り組む心」

「メンバーと協力して仕事を円滑に遂行するという連帯的な心」

を表現しています。

次号予告

特集：医師の働き方改革、その行方

去る7月10日、約4ヶ月ぶりに「医師の働き方改革に関する検討会」が開催された。3月に6項目からなる医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組が公表されたが、検討会ではその実施状況が低いことが明らかとなり、課題が明確にされた。検討会は今後、宿日直、応召義務などの検討を深め、時間外労働の上限時間を含む具体的施策について来年3月までに取りまとめる。改革の現状を整理し、今後を展望する。

その他

FOCUS

病院における労務管理の勘所

発行所 日本経営グループ
本社 大阪府豊中市寺内2-13-13
東京支社 東京都品川区東品川2-21-20 天王洲郵船ビル22F
編集部 東京都品川区東品川2-21-20 天王洲郵船ビル22F
TEL 03-5781-1059
FAX 03-5781-1059
定価 500円(税・送料込)