

月刊医療 行政

【病院経営・事務管理者のための実務情報誌】

+ Medical Administrator

アドミニストレータ

[創刊準備号3]

03
2010

特集1

人を育てる人事制度

～誰もが納得する

“絶対考課”を取り入れよう～

特集2

DPCを最大限活用した経営改善

～継続的カイゼンに向けて～

メッセージ

激変消滅の時代における病院経営
土井章弘

激変消滅の 時代における病院経営

岡山旭東病院 院長
土井章弘

◆病院経営に大切なこと

病院経営で大切なことは、病院の経営理念に全職員が共感して、その目的に向かって目標を定め、各部署、個人がそれをコツコツ達成することにある。経営理念は「坂の上の雲」で到達することはできないが、目的として限りなく近づくことはできる。近づく道筋が目標で、それが長期的経営方針・単年度経営方針であり、理念と経営方針に基づいての経営計画である。経営計画に沿って経営目標が達成できれば、経営はたやすい。

しかし、経営環境の激変（日本経済の動向・世界経済の動向・少子高齢社会、医療制度改革、国民皆保険制度下の診療報酬の変化など）に適切に対応して、病院を維持し発展していかなければ目標は達成できない。

◆経営理念の浸透

病院は利潤を追求するのではなく、理念を追求することが最も大切である。特に、医療は国民の共有財産であり、社会性・人間性・科学性に基づいた経営理念を追求することが求められている。したがって、理念を追求すれば利潤はついてくる。そのためには、経営理念や経営方針が深掘りされ、実践されていることが問われる。理念や経営方針、病院のビジョンを共有して、全職員がベクトルを合わせ、職員一人ひとりが経営理念の主体者になれば、利潤は社会からのご褒美としてついてくると考えている。

◆人財育成

組織は、いろいろな個性あふれる人で構成されていて、この現在ある構成員が育ち合っていく過程で組織も発展する。人の特徴は、①それぞれ違う、②学習によって変わることができる、③私たちは関係性の中にある、である。

英語でいうeducation（教育）は「引き出す」という意味であり、日本語では共に育つ（共育）だと解釈する。お互いが育ち合う共育には力を入れていかねばならない。全職員が共に育ち合い、人間的成長があって初めて病院の組織としての成長がある。

◆事務管理職は病院の司令塔である

医師をはじめ医療職の多くは国家資格者で構成されていて、医療職の多くの人は、ややもすると全体的な視野に問題がある。それに比して、事務職は広い視野で病院をみることができる。

私は、病院の医師や看護師、コメディカルスタッフが働きやすい職場にしていくのは事務管理職であると考えている。病院の事務管理職は病院の司令塔であり、誇りをもって日々学んで欲しい。

C O N T E N T S

2◆ アドミニストレーターへのメッセージ
激変消滅の時代における病院経営

岡山旭東病院 院長 土井 章弘

4◆ 河内総合病院における「人を育てる人事制度」
～誰もが納得する“絶対考課”を取り入れよう～

医療法人三世会 河内総合病院 理事 蔭久 晴彦

11◆ DPCを最大限活用した経営改善
後編 継続的カイゼンに向けて

グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン マネジャー 相馬 理人

19◆ 読んでほしい！ この2冊

- 患者思いの病院が、なぜつぶれるのか？
- Joint Commission International Accreditation: Getting Started
ジョイントコミッション・インターナショナル認定入門
—医療の質をいかに高めるか—国際機関JCIからの提案

20◆ 経営の質向上を促す認証制度
JCIの現況と日本版医療MB賞クオリティクラブ (JHQC)

多摩大学統合リスクマネジメント研究所教授 真野 俊樹

22◆ 「病院事務管理職」のための改正労働基準法講座
労働時間短縮が最大の取り組み課題

財団法人癌研究会 事務局企画総務部長付課長 鈴木 昌義

26◆ 『医療アドミニストレーター』 編集部からのお知らせ

創刊号④予告 2010 ◆ APRIL

2010年度診療報酬改定の答申もなされ、あとは3月の告示を待つばかりです。創刊号となる4月号では、診療報酬改定を中心に、ASK梓診療報酬研究所 富田敏夫氏の「改定のポイント解説」と、事務管理者3人をお招きして座談会を。そして、福井県済生会病院 経営企画課長 齊藤哲哉氏に「学習する組織」としての同院の取り組みを、さらには病院としての「コンシェルジュ」の考え方と役割を事例で紹介いたします。

その他、連載は「人を育てる人事制度」「DPCデータを活用した経営改善」「経営の質を高める」「失敗にも学ぶ現場の危機管理」「原価計算の基本と実務」「財務諸表の読み方」「人事・賃金Q&A」「人間系ナレッジマネジメント」など、実際に役立つテーマでお届けする予定です。

河内総合病院における 「人を育てる人事制度」

～誰もが納得する“絶対考課”を取り入れよう～

医療法人三世会 河内総合病院 理事 蔭久 晴彦

医療機関の person 費比率は約50%を占め、人材なくしては、医療を行うことができない。いかに優秀な人材を集め、また、効率のよい指導、教育をしていくかが今後の発展につながる。当院では「人材が宝」、すなわち、人を育てる重要性を考え、1985年から年功主義との決別を目的に、新しい人材育成制度を模索し、職能資格制度にたどり着いた。

基準表を用いた客観的な評価が 「絶対考課」

職能資格制度では、人の能力を「知力、気力、体力」とし、年齢が増すごとに体力は落ちるが、知力、気力の伸びを含めて総合的に判断すれば、能力は一生伸び続け、生涯にわたり能力開発することを前提にしている。

能力の伸び方には、著しく伸展する時期や停滞する時期があり、また、人それぞれ異なる。個々の職員の能力の伸びを客観的に判定し、上位等級の昇格基準と照らし合わせ、基準をクリアすれば、1つ上の等級に昇格する。この等級が上がることは、職員のステータスになり、賃金に連動しているため、待遇もよくなる。

そして、年齢を問わず、スタッフが上位等級を目指し、失敗を恐れず、前向きに難しい課業にチャレンジしている姿勢を示すことで、院内の組織を活性化させる。職能資格制度では、職員の失敗に対する恐れやチャレンジすることによるリスクを回避する手法として、目標設定で上位等級の課業にチャレンジした場合には、その結果がどうであれ、必ず、結果に1ポイント加算さ

れる。

例えば、S、A、B、C、Dの5段階評価の場合、上位等級の課業にチャレンジしたが、その課業の修得に失敗し、C評価になったとしても、1ポイント加算され、C⇒Bのように失敗しても上司が救ってくれるというように、職能資格制度は加点主義の絶対考課の育成型能力主義人事制度である。

絶対考課とは、人材育成制度で重要な「人を平等に扱い、公平に評価する」ために必要なものである。平等、公平といっても、評価内容は主観的なものではなく、客観的な評価を前提とする。客観的な評価をするためには、各等級の課業の基準表がなければならない。

例えば、学歴、年齢、性別、経験年数、勤続年数が異なるスタッフを評価する際には、経験の長いスタッフは、現場の業務がいつも簡単に問題なく行え、仕事のスピードも早く、一見、能力があるように見えるため、主観が入りやすくなる。日常現場で行われている業務は、新人が1年も経験すれば、ほとんどの業務は1人でできるようになっているため、難易度はそれほど高くなく、習熟度も深くない。

そこで、職能資格制度では、学歴、年齢、性別、経験年数、勤続年数による評価を排除し、個人の能力を客観的に判断し、各等級に格付けし、等級ごとの成績考課、情意考課、能力考課を行う。

そして、そのスタッフを評価する主任・係長、課長・看護師長、部長には、目標設定訓練、面接訓練、考課者訓練を受講させ、基準に照らし合わせて評価できるように指導、教育する。スタッフを公平に評価し、平等に扱うことは、職能資格制度の導入だけでなく、訓練に代表とされる管理監督職の教育に尽きるといってもいいだろう。

トップが理解してこそ、 有益な運用が可能

目標管理制度、面接制度、人事考課制度、賃金制度、ポイント制退職金制度、コンピテンシー評価などの職能資格制度を導入し、課業一覧表、職能要件書などの基準表を整備しても、それぞれの現場のトップが理解していなくては、苦勞して作成した基準表はまったく使用されず、本箱の肥やしになり、人材育成制度自体、絵に描いた餅になってしまい、人の成長をいくら願っていても機能すらしなない。

目標設定訓練、面接訓練や人事考課者訓練を継続して院内で行い、新たに役職に就いた者に対しても適宜、教育、訓練する。管理監督職が客観的に行動事実をとらえ、日常の出来事の行動観察メモを取り、育成面接シナリオを作成して面接に挑み、そして、できたことは褒め、認め、できないと

きには分析し、助言を与えることができるようになることで、この人材育成制度が機能していると実感し、若年層の早期離職率の低下となって表れてきている。当院の過去3年間の新人看護師の1年未満の早期離職率は、39人中1人の2.56%であり、全国平均の9.2%より低い。

賞与は、設定した目標の達成度や担当業務の質と量などの成績考課と院内のルール、就業規則などの規律性、積極性、責任性、協調性などの情意考課の結果に等級別のウエイトを乗じて算定する。等級別のウエイトとは、人事考課結果は、上位等級になれば仕事の結果がすべてとなり、成績、業績考課比率が増し、下位等級の若い世代は、成長過程であるため仕事の結果より情意考課に重きを置くといったように、等級ごとに成績考課と情意考課の比率を変えている。

また、能力考課結果は、毎年4月の昇格と昇給に100%反映される。以前は、考課結果に対して所属長の面談を行い、評価内容の確認や評価方法の指導を行っていたが、現在では、チェックこそするが、各部署の考課結果をそのまま反映させている。

言い換えれば、それぞれのスタッフの昇格や昇給額、賞与金額は、主任・係長、課長・看護師長、部長が決定しているといっても過言ではない。そして、このような賃金制度や賞与算定にまで活用できる程度の評価レベルになるために、管理監督職に対する教育と訓練を繰り返した。

その後、管理職に対して、業績考課と能力考課結果により年俸が増減する年俸制を取り入れた。

一方、課業の難易度が低く、習熟度の浅い職種は能力の伸展が見込めないため、職能給を職務給に変更した。職務給の職種の中で、能力ももっと伸ばしたい職員に関しては、難易度が高い、習熟度の深い職種への転換により、職能資格制度上で能力開発を行うこととした。

また、病院では珍しかった総合職群・一般職群、専門職群・専任職群・統轄職群などの複線型人事制度（職群管理制度）を取り入れ、やる気のあるスタッフの能力を伸ばすために、また、グローバルな視野を持つ職員に育ってもらいたいために、院外研修の機会を多く与える総合職群、家庭を中心に土・日曜日の研修の参加を嫌がる職員に対しては、施設間異動、職種間異動を行わない一般職群を設定した。

この進路の選択は、就職1年後の3月に自らの意思で職群を申請する。賃金面においても当然、総合職群と一般職群は異なるようにした。

職能資格制度の導入に向けて

次世代の病院の中核となる人材を育成するためには、人の成長に視点を置いた人事制度の構築が不可欠である。これまでは新卒でよい人材を採用し、育成しようとしても、年功主義のため本人のモチベーションが上がらず、本人が頑張っても評価するシステムすらなく、退職に至っているケースが多くみられた。

教育といえば、現場でのOJT、例えば、

先輩に仕事を教わるときには、「見て覚えなさい」、「分からないことがあれば事前に聞いておきなさい」では人の成長は望めない。人を成長させるには、個々の能力を客観的に判定し、その能力に見合ったレベルの指導内容が必要になってくる。そのため、目標管理制度、面接制度、人事考課制度を用いて、人が成長できる環境を整備する。そこにレベルに合った指導や教育ができるように基準表を作成し、それをもとに目標設定や評価をすることになる。

上司の評価結果が客観的で納得性の高いものであれば、スタッフそれぞれにフィードバックする際には、今後の育成につなげていくことができ、スタッフのモチベーションが向上する。そして、人事考課結果は処遇に反映させ、賃金、賞与面でも評価結果を活用した。これらのことを可能にしたのが職能資格制度であり、年功主義が主流であった1987年から、河内総合病院では職能資格制度に着目し、これを導入した。

第1期：とりあえず導入 ～1987年から1993年～

河内総合病院で年功主義に代わる人材育成制度を模索し、職員の能力の進展を客観的に評価する能力主義の職能資格制度のセミナーに参加し、これからの人材育成は職能資格制度であると導入を決定した。

当初は、自前の勉強会を院内で開催し、「国家公務員の給与実務のてびき」や楠田丘先生著の「職能資格制度」を用い、年功主義と能力主義の違いを理解することから

始めた。毎日、早朝7時30分から8時30分までの時間を用いて、職員であれば誰でも自由に参加できる勉強会を1985年から約1年間行った。

勉強会に参加している職員は、国家資格を持った医療職や事務職であり、人事の専門家などは誰ひとりとしていない。全員が人事制度を知らない若い素人集団であった。勉強内容は、国家公務員の給与と職能資格制度の違いを見つけ出し、これからの人事制度や賃金制度を構築しようとするものであった。

最初は、国家公務員の給与の分析から始めた。それぞれの国家資格を持った職員が勉強会に参加していたため、自分たちの給与は国家公務員ではいくらになるだろうと興味があり、自ら積極的に調べ検討した。勉強会の形式は、毎回、次回に行う「国家公務員の給与実務のてびき」のページを決め、宿題として翌日までに読み、本に記載されている内容を理解したり、手当などの意味合いや必要性の議論をしたりする抄読会形式で行った。そして1987年4月に、職能資格制度を賃金制度から構築した。

実際、勉強会は数十人でスタートしたが、1人抜け、2人抜けて、最後は数人になった。早朝に勉強会を開催したのは、仕事が残っていることを理由に欠席することを認めたくなかったため、残業の発生しない早朝にすることで欠席の言い訳を排除した。

また、1週間のうち1日は、簿記の勉強会として外部講師を招いて行った。理由は、人事制度の理解だけでなく、決算書も読めるようになるためである。職能資格制度の

導入予定として、賃金制度の次は、課業一覧表や職能要件書等の基準表を作成する予定であったが、職務調査の段階でつまづいた。

その失敗した職務調査の方法とは、職員一人ひとりにカードを配布し、そこに日常行っている仕事を書くというカード形式であった。1枚に1つの仕事を書き、一連の流れで行っているものは1つの仕事、すなわち「課業」にまとめ、カードに記載することにした。

しかし、仕事、課業といっても人によって理解度が異なり、作業レベルまで1枚ずつに書く職員もいれば、同じ仕事をしている職員の中でもまったく違う分け方をしていた。そしてカード形式にしたため、また1枚のカードに記載する内容の説明不足により、1人100枚から200枚のカードが提出されたため、職員500人分のカードとなれば5万枚以上にもなり、それを整理することができず、課業一覧表の作成はできなかった。

その後、賃金制度だけの不完全な形での運用が始まったため、「人の成長」を正しく評価できるものではなく、早々に行き詰まりを感じた。

第2期：完全導入

～1994年から2003年～

1987年に導入した職能資格制度は、課業一覧表や職能要件書の作成に失敗したために、賃金制度のみの導入になったことにより、等級ごとの目標設定や人事考課があい

まいになってしまった。

そのため、職能資格制度再構築の必要性を感じ、完全導入するため1993年から毎月、東京でシリーズ開催されていた楠田丘先生と齋藤清一先生の職能資格制度の勉強会に毎回約10人の職員が参加した。理事、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師などの職種の中の比較的若いメンバーであった。

そして、楠田丘先生と齋藤清一先生に職能資格制度の導入を依頼し、楠田丘先生の当院での講演や齋藤清一先生との毎月2日間の指導、研修を受け、出来上がった制度や規定は随時導入し、作業開始から2年間で完成させた。

1994年4月の賃金制度の再導入に始まり、職能資格制度規定、給与規定、賞与規定、職種別課業一覧表、職種別等級別職能要件書、職種別等級別チェックリスト、複線型人事制度、退職金規定（ポイント制退職金制度の導入）、コンピテンシー評価と次々に導入し、本格的に職能資格制度の運用が開始された。年功主義に変わる制度として能力主義を導入し、職能給によりその能力に見合った賃金制度になったことで、年齢が高いだけ、また、経験が長いだけで給与が高いという時代は終わった。

第3期：進化・発展

～2004年から2010年～

1987年以降、院内の各部署で職能資格制度を活用した人材育成制度を活用し、さらに1994年から2年間で精度、完成度を増し、

給与制度、退職金制度の改定のために見直しを行った。その後、職能資格制度の考え方や理論は何ひとつ変わりはなく、当時の職能資格制度の理論は、現在でも人材育成の手段として、十分かつ有効なものとなっている。

2004年からは、看護部で看護師教育に活用しはじめ、課業一覧表、職能要件書、チェックリストなどの見直しや各種の制度を運用していく中で、看護師長や主任などに目標設定訓練、面接訓練、人事考課訓練を行い、スタッフのよいところを「褒める」、「認める」ことでモチベーションが向上した結果、スタッフの定着や採用に多大な貢献をした。

また、2008年4月から開始した看護師臨床研修制度にも職能資格制度は活用されており、技術修得面は、課業一覧表、職能要件書、チェックリストを活用し、技術の修得度合いを点数化することで、評価する側、される側双方にとって、分かりやすくした。

一方、精神面や倫理面は、コンピテンシー評価を活用し、自己の特徴である強い部分と弱い部分を客観的に分かるようにすることで、今後の克服すべき事柄を明確にし、本人にフィードバックしている（図1、図2）。

職能資格制度の特徴は、チャレンジ、自己啓発、業務改善などの積極性の評価に用いられる「失敗を恐れて何もしないより、失敗しても必ず上司が救ってくれる」風土づくりである。スタッフが失敗したときには、「怒る」、「叱る」、「注意する」、それだけで成長してくれれば、人材育成は簡単な

図1 年度別看護師数推移表（常勤・非常勤合計 4月1日現在）

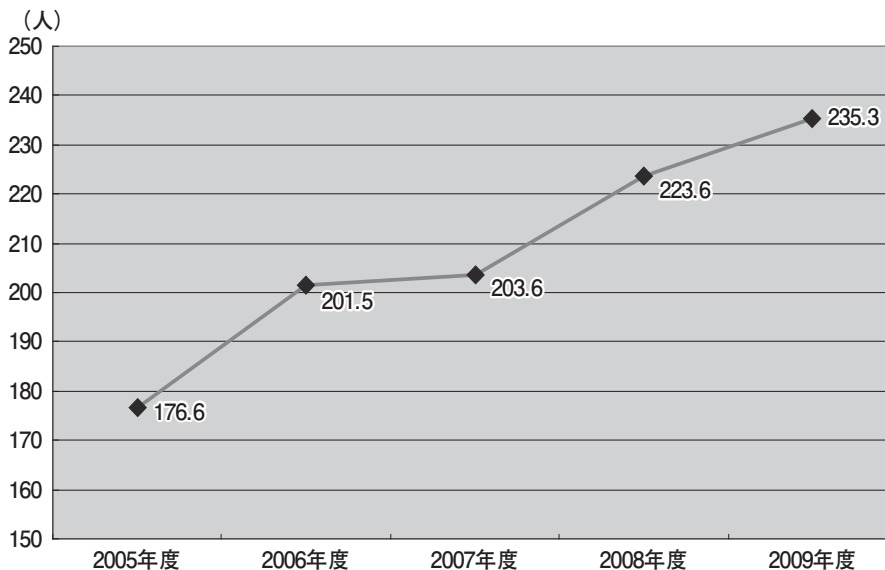
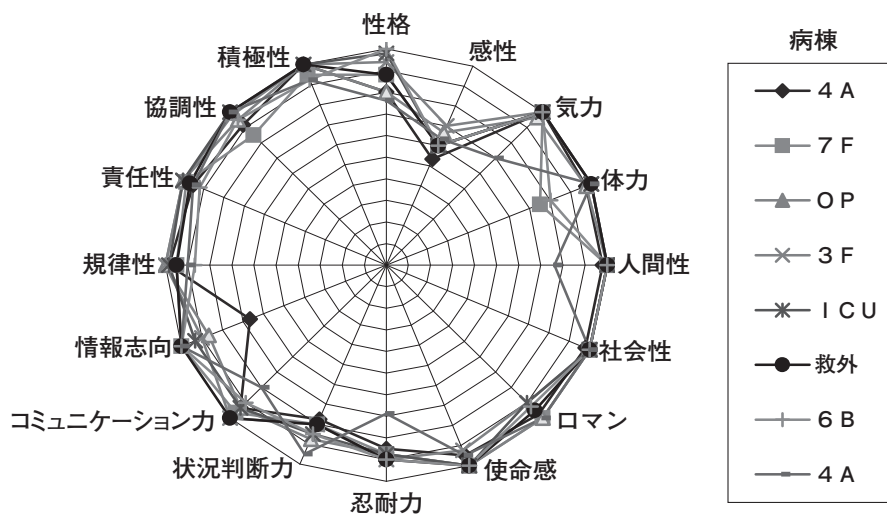


図2 臨床研修看護師ローテーション部署別コンピテンシー評価結果



ものであるが、実際には、スタッフが頑張り、成長した事柄や新たに修得した技術などを「認める」、「褒める」ことが重要であり、スタッフの成長をいっしょに喜ぶことが必須である。

そして、たとえできなかったことがあっても、その内容を互いに分析し、どのようにすればできるのかを話し合い助言するこ

とで、次回の面接時には達成したことを互いに喜べる、そのような上司と部下の関係をつくる。

職能資格制度は査定型、減点主義、相対考課ではなく、育成型、加点主義、絶対考課の人事制度であるため、たとえ等級の低い、経験年数の短いスタッフであっても、それぞれの等級で課業の修得に頑張れば、

高い評価が得られることがポイントである。

このような職能資格制度の長所を生かすために、職員に対する教育や説明が必要になり、新人職員の入職時の研修や年2回の人事考課時の考課者訓練、年度末の職群管理制度の進路選択説明会などで徹底して教育している。また、各部署より勉強会の依頼があれば、随時、説明会を開催している。

このような指導、教育、訓練を行った結果、職能資格制度を活用できる管理監督職や指導者が着実に増え、面接訓練の際でも、素晴らしく、上手な目標面接や育成面接をする者が多くなった。面接上手は、単に話がかうまいだけでなく、聞き上手でもあり、部下の育成上手である。

現在～未来へ

年功主義の時代は、看護部をはじめとする医療技術部門では、先輩からの指導や教育方法が主流であり、国家資格の経験年数でそのスタッフの力量や知識を評価していた時代でもあり、指導者や所属長の主観的な判断や感覚で評価していた。

スタッフ数や交代勤務が少ない部署では、指導者や所属長は、スタッフの動きが手にとるように見え、指導、評価しやすいが、看護部のように24時間体制の交代勤務を行っている部署では、日常スタッフの行動をすべて把握することができず、スタッフや指導者からの報告に頼らざるを得なかった。そして、その報告は、主観的な内容が多く、明確な基準もないものであった。

当然、スタッフには、そのような評価がすべて受け入れられるものではなく、中には反発する者もいた。しかし、課業一覧表や職能要件書を活用した職能資格制度は、等級別の絶対評価であり、行動観察メモを活用した考課者訓練により、スタッフのレベルに沿った、より客観的な納得性の高い評価が可能となり、評価結果はスタッフに受け入れられやすくなった。また、管理職が面接上手になったことにより、目標面接や育成面接も有効に機能するようになった。

個々の立てた目標に対する評価や人事考課結果などはすべてオープンにし、スタッフ本人に開示することで、所属長には、必ずスタッフに対して説明することが義務づけられ、互いに改善策を話し合う環境が出来上がり、考課結果を説明する育成面接では、スタッフが日頃の悩みを話したり、相談したりする関係も出来上がった。

しかし、所属長に客観的な評価をせよといっても、なかなか一朝一夕にできるものではなく、そこには、評価者、考課者の訓練が必要であった。そのため、主任・係長、課長・看護師長や部長などに対して目標管理訓練、面接訓練や考課者訓練を年2回行っている。

このような研修会や勉強会を繰り返し行うことで、職能資格制度の精度を高めるとともに人材育成面でも有効で、平等で、公平な制度であることがスタッフや指導者にも理解でき、制度が浸透することで、人材育成を実践することが可能になった。

(人材育成制度の具体的な運用については、4月号から、本誌で連載いたします)

継続的カイゼンに向けて

グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン マネジャー
相馬 理人

後編

診療報酬改定を1カ月後に控え、いかにして新制度に対応していくかが求められている今、継続的にカイゼンを進め、健全な経営体質をつくりあげていくためにはどうすればよいか。今回は、その秘訣について考察を行った。

院内にカイゼン文化を！

DPCの意義は、医療の効率化、標準化、そして質の向上である。それでは、これらのカイゼンを進めていく際の重要なポイントは何か。それは、下記のステップに従って、院内にPDCAサイクルをビルドインしていくことである。

何かを変えるには、変えるべきその“何か”が何であるのかをまず把握し、現状と理想とのギャップを埋める方法を考えな

ければならない。これが“戦略”であり、そのための具体策が“戦術”である。

戦略を決定していくうえで、院長の役割が重要であることは言うまでもない。

では、院長がまずすべきことは何かというと、各部署がリーダーシップを発揮できるよう、プロジェクト実行部門に院長直轄の権限を持たせることである。

一方で、プロジェクト実行部門は、院長が即断即決するための“資料”を継続的に出していく必要がある。この“資料”を準備するに当たって、DPCデータを活用しない手はない。どの病院でも、DPCで分析評価をしなければ見えてこなかったものは多いだろう。DPCデータは、まさに宝の山である。

では、このDPCデータの2次利用につ

Step 1. Visualizing

……現状を可視化する（定量的な客観評価）

Step 2. Benchmarking

……1を他の施設とベンチマークする

Step 3. Fact Finding

……1と2をもとに、現場へのヒアリングを実施する（定性的な実態調査）

Step 4. Drawing the KAIZEN scheme

……1～3の結果から課題を抽出し、カイゼン計画を立案する

Step 5. Re-evaluating

……定期的に再評価を行い、カイゼン状況をフィードバックする

1のポイント：データは生モノである→現状の評価は可能な限り直近のデータで行う

2のポイント：前提条件に留意する→誤ったベンチマークを行わない

3のポイント：“できない理由”を議論しない→何がボトルネックかを明らかにする

4のポイント：課題の要因分析を行う→“できること”“できないこと”を切り分ける

5のポイント：絶えず報告する→成果が出たら、すぐに現場にフィードバックする

いて、具体的に検討していきたい。

評価フレームの検討

医療の現場で定量的な分析を行う場合、その特殊性を認識する必要がある。もともと医療は多様性や専門性、複雑性が混在しており、マクロな視点の解析には向かない側面がある。そのため、病院全体を俯瞰する分析を行う際は、1つの指標のみではなく、複数軸で検証を行うことが好ましい。

例えば、「在院日数」をベンチマークする際、ケースミックスのバイアスを加味せずに比較したならば、その解析結果は説得力に乏しいものになってしまう。ここで同時に注目すべき項目は、DPCコード別に設定されている「入院期間Ⅱ」の存在である。

「入院期間Ⅱ」は、各々のDPCコードに設定された全国のDPC病院の平均在院日

数を意味する。よって、この「入院期間Ⅱ」を超える症例の割合を「在院日数」と共に検証すれば、全国の平均在院日数を超えて在院していた症例の割合をベンチマークすることができる（図1は、整形外科での検証事例）。

同じく、「患者1人1日当たり入院単価」についても、複数の側面から評価を行うことが好ましい。

急性期病院における同単価は4万～7万円台などの幅があるが、循環器科のステント留置術や整形外科の人工関節挿入術など、高額な材料を使用する症例が多い施設、あるいは、入院で化学療法を行う症例が多い施設などにおいては、原価率の高い材料費・薬剤費が単価に与える影響が大きい。そのため、「患者1人1日当たり入院単価」を見る際には、薬剤費・材料費を除いた手技料単価、いわゆるテクニカルフィーの単

図1 整形外科：期間Ⅱ超% vs. 平均在院日数

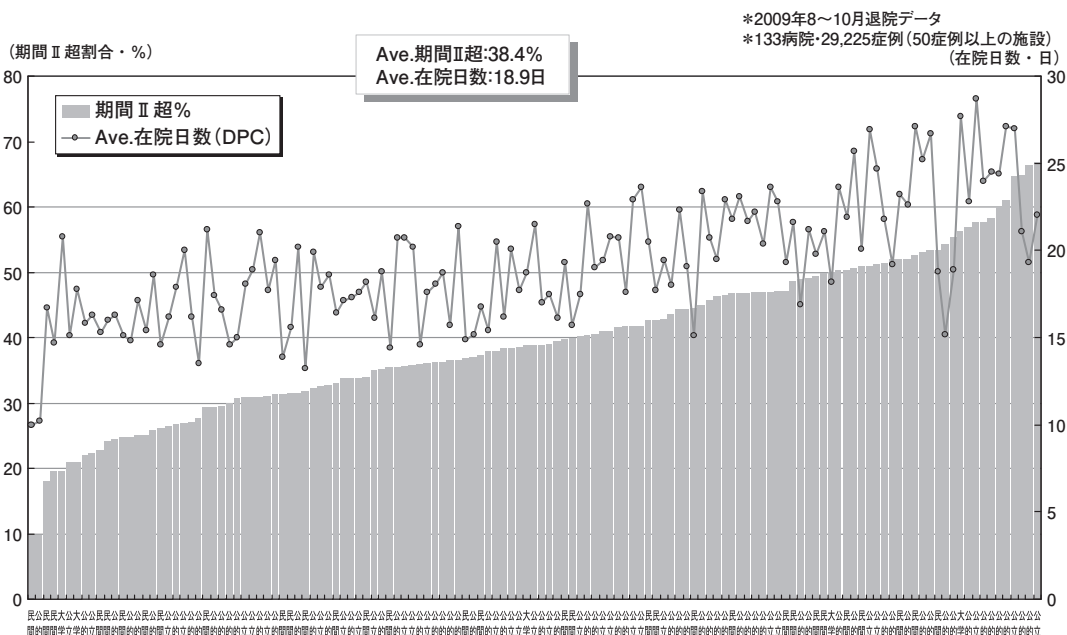


図2 整形外科：単価/日 vs. 手技単価/日（※機能評価係数加味の金額を算出）

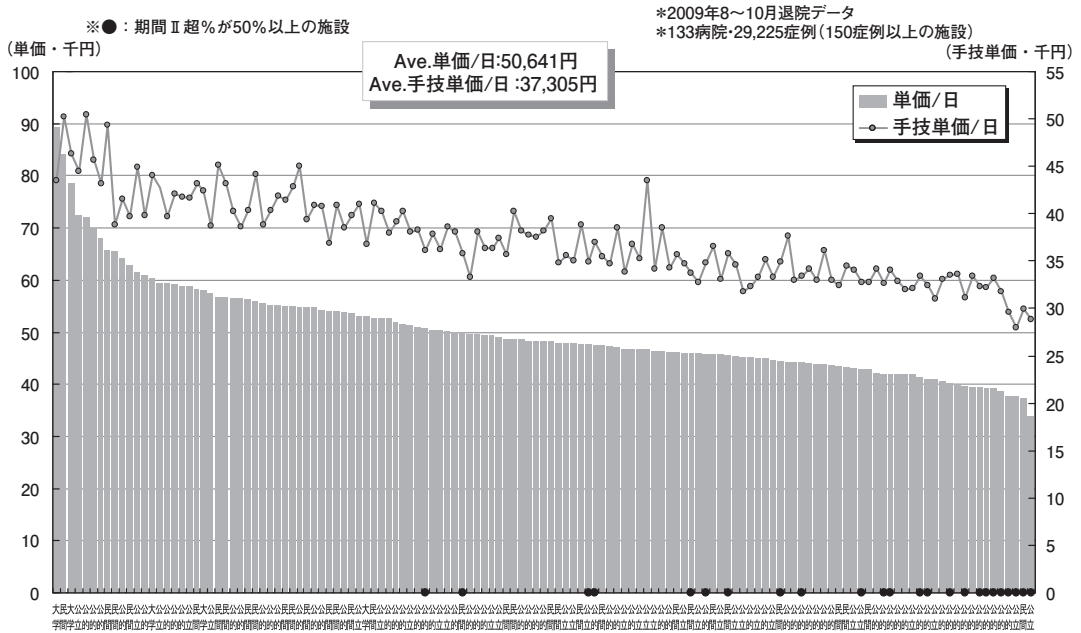
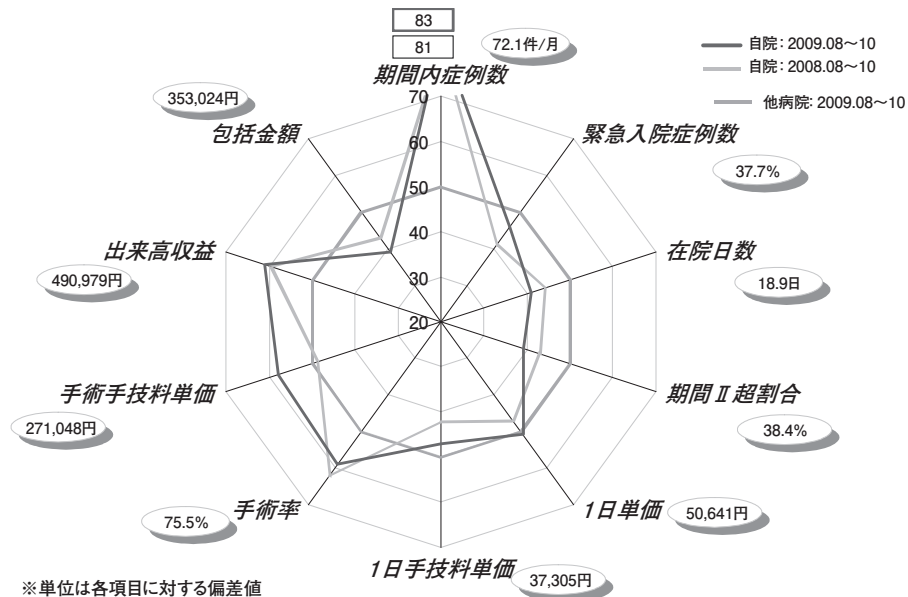


図3 整形外科：レーダーチャート



価を同時に検証することが望ましい(図2)。

このように、院内におけるマクロ指標を分析する際には、複数の項目を平行に評価し、それぞれの兼ね合いを検討することが大切である。期間内症例数、平均在院

日数、入院期間Ⅱ超、1日単価、1日手技料単価、手術率、手術手技料単価等、言うなれば「多角的評価指標」の確立が求められるわけである(図3はA病院の事例)。

A病院は、図1・図2のベンチマークに

において、症例数がきわめて多い施設である。他病院の平均値と比較すると、緊急入院の症例割合は少ないものの、期間Ⅱを超える症例の割合が多く1日手技料単価が低い、包括金額が高額といった特徴が見えてくる。仮に、稼働率のみを診療科に対する評価基準としている施設があるとするれば、見直しの余地があることは明らかである。

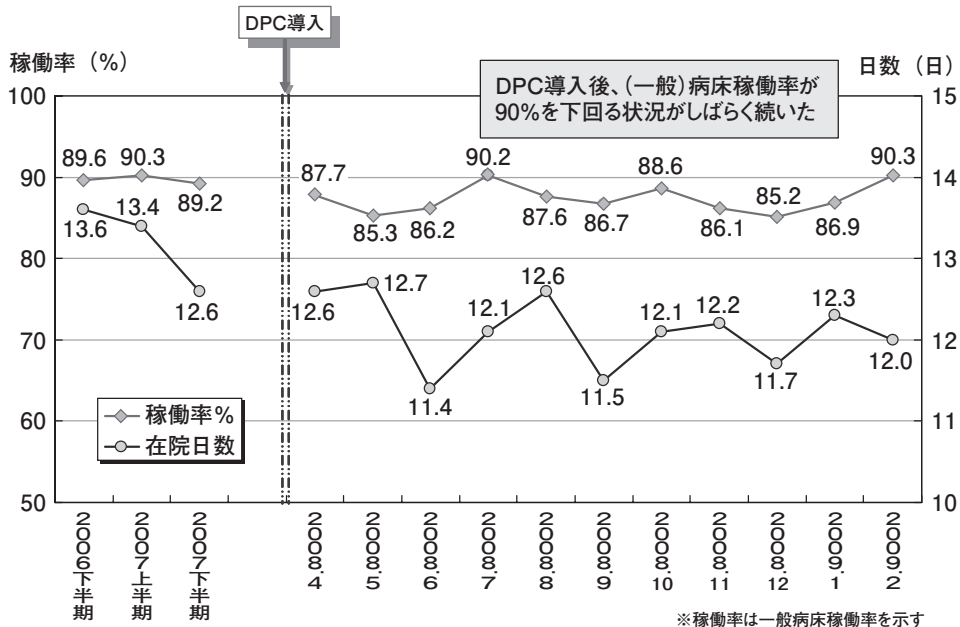
なお、診療科ごとにこの「多角的評価指標」を設定する場合、各評価項目はその科の特徴により異なって然るべきものである。同じ件数であっても、紹介患者数の割合に重きを置く診療科もあれば、緊急入院の割合を加味することが必要な診療科もあるだろう。各科が要望する項目をできるだけ盛り込んだ評価フレームを作成し、結果を継続的に各部門にフィードバックしていく体制を整えていくことが、カイゼンに向けた第一歩である。

DPCデータ分析

ところで、図2に、前述の「入院期間Ⅱ」を超える症例の割合が50%以上の施設に印を付けたところ、それらの施設は単価が低いところに集まっていることが分かる。つまり、これらの施設では、同様の疾患を診た際の1ベッド当たりの単価を下げてしまっていることになる。

DPCでは、出来高と比較した増減収ばかりが論点になるケースが多く、在院日数を適正化し、1日単価を向上させて、急性期病院としてのベッド価値を上げていく視点が忘れられがちである。その背景には、多くのDPC病院が、多かれ少なかれDPC導入による在院日数の短縮と、それに伴う病床稼働の低下を経験していることが関係している（図4はB病院の事例）。病床稼働の低下に耐えられず、在院日数の延長と

図4 DPC導入と平均在院日数・病床稼働率の推移



いう短期的な改善策を取る病院も少なくない。

しかし、ここで集患対策を怠り、病床稼働率ばかりを優先する方針を取ると、かかえる固定費に対して単価の低い患者でベッドを埋めることになり、赤字基調になる危険性がある。

このような局面において重要になるのが、ベッドマネジメントである。まずは、現状のベッドがどのように使われているのか、どのような疾患、あるいはどのような

DPCで院内のベッドが使われており、それぞれのベッド占有率や単価・手技料単価はどうか、ベッドマネジメントに必要な現状可視化を行っていく（図5はB病院の事例）。

図5より、B病院において、症例数が最も多く、ベッドの占有率も高いDPC分類は050050xx9910xx：心カテ検査の症例であることが分かる。

医療機器の進歩により、今後、部分的に外来にシフトしていく可能性の高い検査で

図5 DPC別ベッド占有率・1日単価

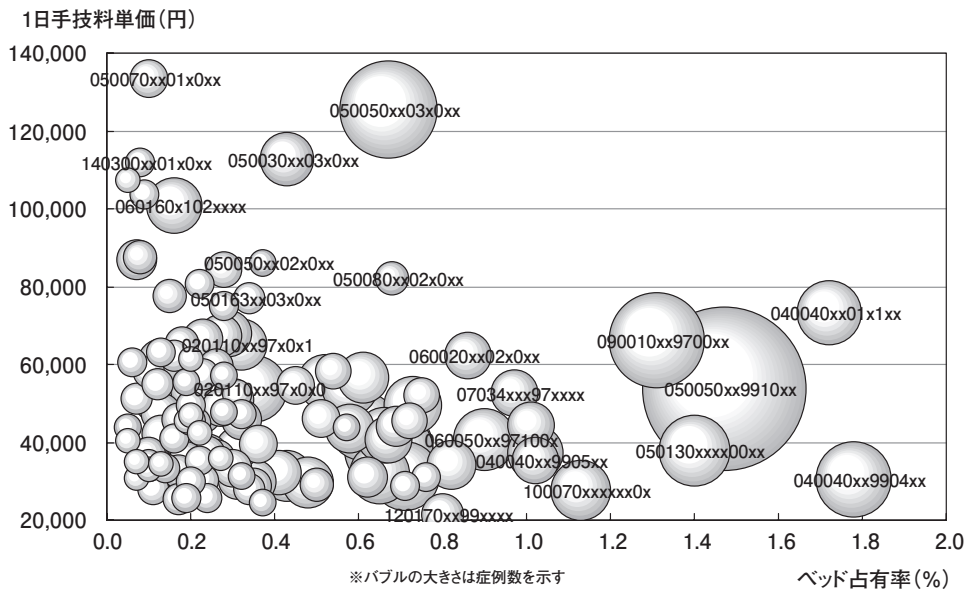


図6 入院患者の категория別割合：短期滞在手術・化学療法症例

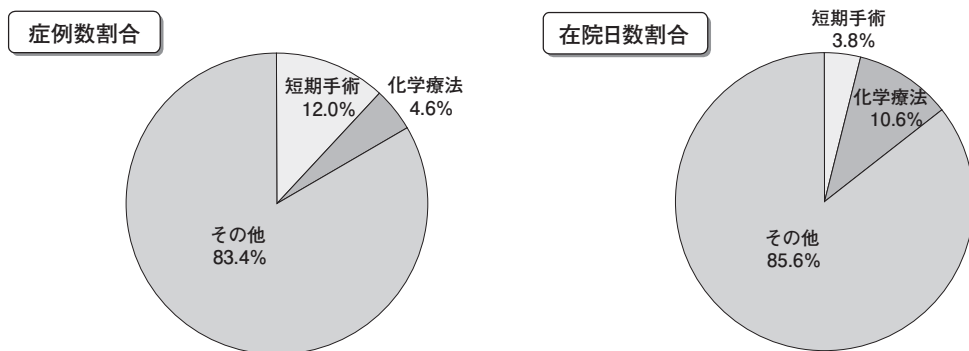


図7 米国における独立型日帰り手術センターの成長推移

独立型日帰り
手術センター数

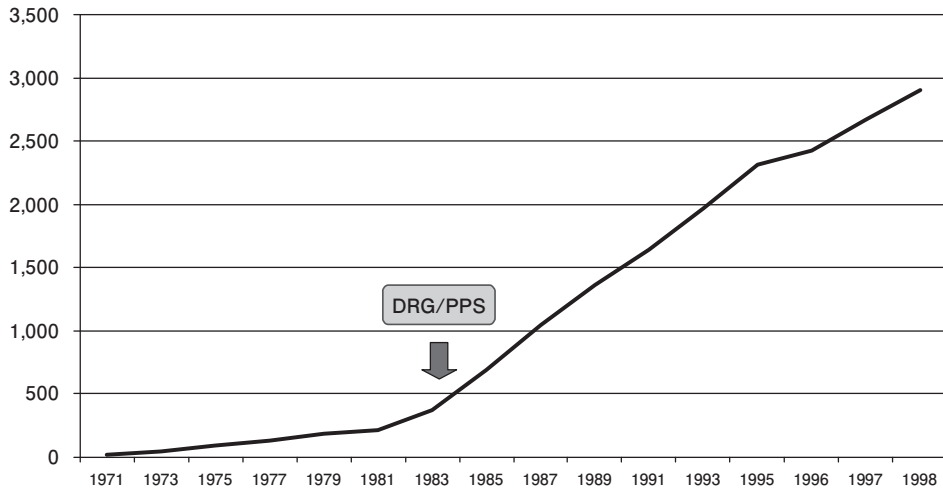
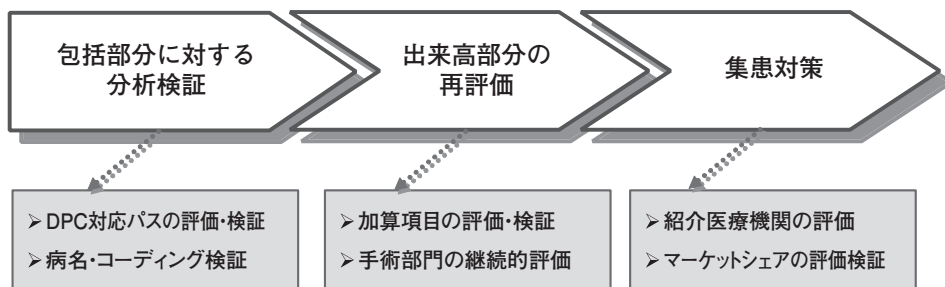


図8 DPC環境下での取り組み内容



あるが、同院循環器内科における心カテ検査のコードが占める件数割合は42.4%、在院日数割合は20.1%と多くの割合を示し、ほかにも化学療法や短期滞在手術症例など、中長期的に外来にシフトしていく可能性のある部分を院内全体で検証すると、将来的に入院患者が減る要素は少なくないことが見えてくる（図6はB病院の事例）。

図7は、米国における日帰り手術の成長推移を示したものだが、DRG/PPSの導入年を境に急成長していることが分かる。

このように、院内でのベッドの使われ方

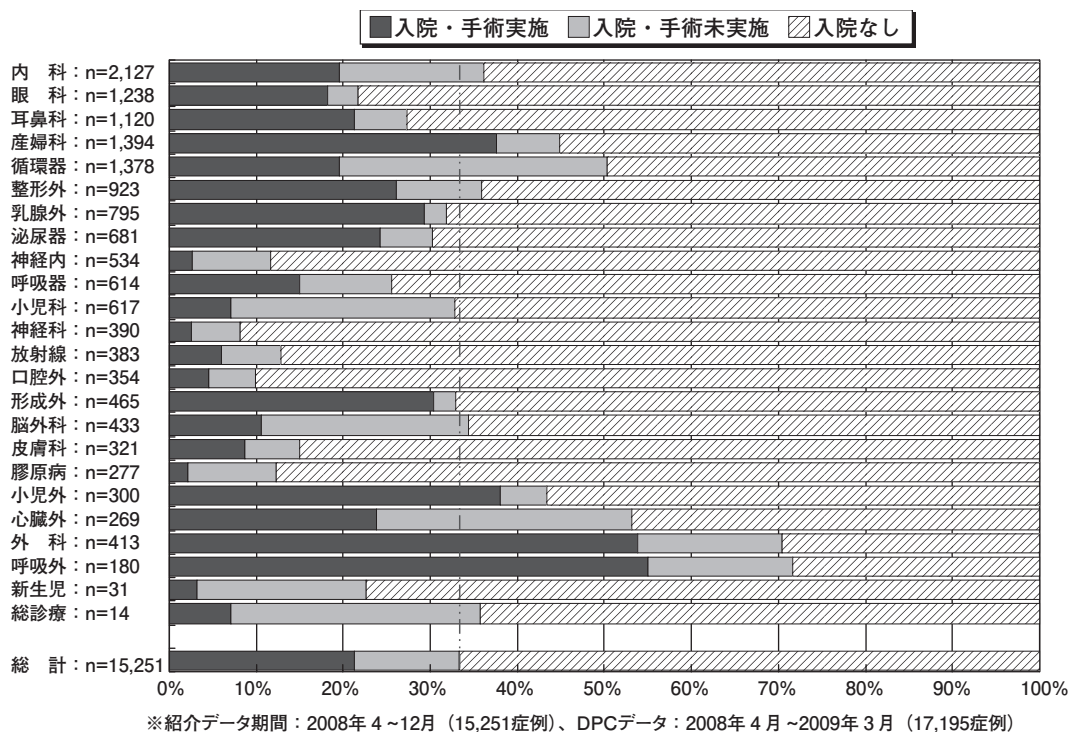
を検証し、将来の予測や今後の方針について検討していくのと同時に、地域における信頼度、つまり、自院の疾患別のマーケットシェアを見ていくことも、院内にとって有意義な情報となる。

これらの情報をもとに、戦略的な地域連携と集患対策を講じていくことが、DPCの第2・第3フェーズである（図8）。

DPCデータ分析+α

戦略的な地域連携に向けて、効率よく患者の受け入れを行っていくためには、DPC

図9 診療科別、紹介患者の内訳：入院移行率（手術の有無別）



データと外来データ、そして紹介データの紐付けによる分析がとても役に立つ。

DPC環境下において、手術部門を上流に位置づけた外来・入院・手術の3部門のリ・デザイン（科別手術枠の組み替えによる最適化）など、院内体制のカイゼンを行っていくに当たって、外来体制の評価も重要になってくる。ここでは、外来データをDPC（入院）データと紐付けることで、外来患者の（初診・再診・紹介・緊急など）カテゴリ別の“入院移行率”や“手術実施率”など、外来受診患者を主語にした分析検証が可能である。

そして、上記外来受診患者カテゴリの中でも、よりフォーカスしていきたいのが紹介患者・紹介元医療機関を主語にした分析である。これらを行うには、紹介データ

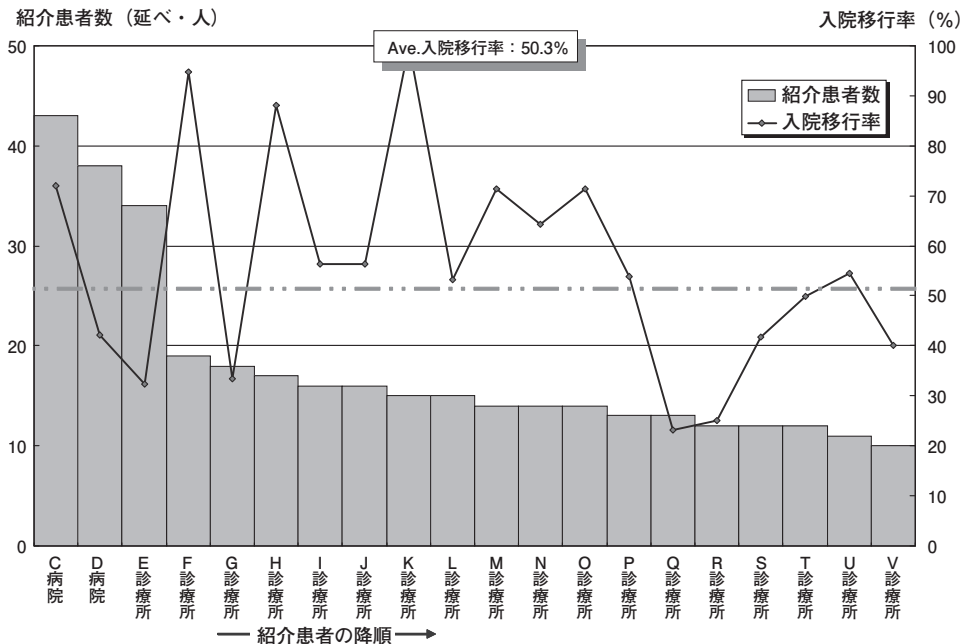
とDPC（入院）データを紐付けて、検証を行う（図9・図10はB病院の事例）。

図9から、B病院では紹介患者全体の約33%が入院しており、さらに約21%が手術を実施している状況が把握できる。

図10からは、紹介患者数が多い医療機関はどこか、そして紹介患者数が多い施設では入院移行率も高いのか、この2つの視点で、紹介元医療機関の特性を知ることができる。

現場スタッフが今まで感覚としてあったイメージを、まさにデータの裏づけをもって示した結果である。これらの定量的な検証結果に現場医師の定性的な意見を組み合わせ、地域の医療機関とより強固な連携を図っていくための前方連携の仕組みづくりについて検討していきたい。

図10 循環器科：紹介患者数（Top20）と入院移行



※紹介データ期間：2008年4～12月（15,251症例）、DPCデータ：2008年4月～2009年3月（17,195症例）



まとめ



今回は、継続的なカイゼン文化の構築を念頭に置き、DPCデータの活用について検討を行った。

カイゼンを行うためには、まずは客観的データによる可視化が重要であることを述べたが、現状を可視化することで、必ず標準化が可能な部分が見えてくる。

そして、標準化が実現すれば職種間で情報を共有することができ、場合によっては

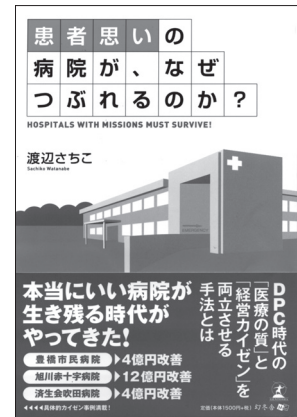
分業が可能になってくる部分があるかもしれない。

病院という組織の中に多く存在する“暗黙知”がデータ分析を通して“形式知化”されることでナレッジのシェアを図り、それぞれの専門家がその専門性をより効率的、かつ効果的に発揮できる組織体制を整えていくことは、専門家組織集団である急性期病院にとっての大切なミッションである。

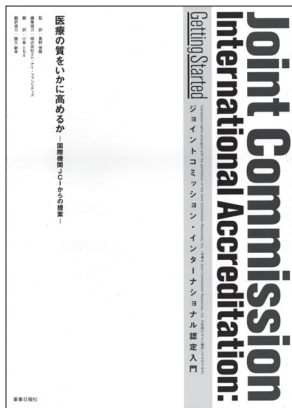
患者思いの病院が、なぜつぶれるのか？

グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン 代表取締役社長
渡辺さちこ

グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン（以下、GHC）は、ベンチマーク分析で戦略的に改善を図る手法を用いて現在、DPC病院の経営改善に大きくかかわっている。本書は、GHC社長である渡辺幸子氏が、急性期病院改革を成功に導いた経験をもとに、医療の標準化や手術室運用の効率化などを図り、良質な医療サービスを提供し、健全経営を実現した病院の具体的な改善事例が紹介されており、学ぶことは多い。渡辺社長は、患者のためにベストな医療を提供しようとするには「No Margin, No Mission=利益なくして、果たせる使命なし」、つまり、「国民にいい医療を提供するためには、病院自身が健康である必要がある」と言い切っている。病院改革・改善のヒント満載の1冊である。



価格：本体1,500円＋税
発行：幻冬舎メディアコンサルティング
発売：幻冬舎



価格：本体3,200円＋税
発行：株式会社エム・アイ・ファシリティズ

Joint Commission

International Accreditation: Getting Started
ジョイントコミッション・インターナショナル認定入門
医療の質をいかに高めるかー国際機関JCIからの提案

監訳 多摩大学医療マネジメントセンター教授 真野俊樹
編集協力 (株)エム・アイ・ファシリティズ
翻訳 小泉ともえ 翻訳協力 勝又俊幸

医療の質、経営の質が重要視されることとなった現在、第三者評価というと、わが国では病院機能評価が代表的である。JCI (Joint Commission International) は、病院認定専門の国際非営利機関である。2009年9月、品質改善(国際的視野に立った医療の質の評価)と国際競争力(産業としての医療)という目的をもって、医療法人鉄蕉会 亀田総合病院・亀田クリニックがこの認証を取得したことは記憶に新しい。JCIについての詳細は、本誌「JCIの現況とJHQC」に譲るが、この認証を取得する、あるいは考え方を知ることのメリットは大きい。本書には認証取得の具体的な方法論も書かれているが、それ以上に本書を読むことで、医療安全や医療の質の改善方法を学ぶことができるのである。

JCIの現況と 日本版医療MB賞クオリティクラブ (JHQC)

多摩大学統合リスクマネジメント研究所教授
真野 俊樹

JCIとは

TJC (The Joint Commission) は、第三者の視点から医療機関を評価する民間団体であり、1910年代に米国ハーバード大学外科医のコールドマン教授が、「自ら行っている診療行為を第三者的立場にいる別の専門医、外科の専門医に評価をしてもらいたい」と考えたのが、誕生のきっかけといわれる。

現在、TJC全体の職員は4,000人であり、全米の病院の約80%、病床数でいえば95%をカバーしている。米国内でTJCの認証を受けるメリットとしては、メディケアなどの保険償還を医療機関が受ける際に有利になるというものである。

TJCの国際部門として、JCI (Joint Commission International) があり、認証は2009年9月において、日本1 (亀田総合病院、亀田クリニック) を含み225組織、2007年が125組織であったので、急速に増加している。

JCIは、国際的に医療の質、および安全の改善を図ることをミッションとしており、認証のほかにコンサルティングや教育・出版などの事業を展開している。スタッフ

は現在150人で、増加中であるという。

JCIで認証を受けるメリットは何か？

TJCと異なり、保険者から受ける直接のメリットはほとんどない。強いていえば、メディカルツーリズムにおいて米国保険者が、タイやシンガポールなどの病院を紹介するときメリットがあるくらいであろうか。むしろ、メリットは消費者や患者との関係にある。すなわち、海外に住む米国人であれば、国内と同じ認証を受けている医療機関を選ぶだろうし、米国企業もそういった医療機関との提携によって、海外に赴任している従業員へのメリットを考えるとだろう。

この意味で、TJCの米国内認証が、質改善および業界のスタンダードといった趣が強いのに比べ、JCIの認証は、差別化の意味が強い。すなわち、米国人以外の消費者、あるいは患者に対してはブランドの意味があるのだ。JCIの認証の意味は、質改善と同時に、消費者や患者へのアピールにある。

日本での医療版MB賞

TJCと同じような世界的な認証の考え方

がある。

筆者は(財)日本生産性本部とともに、米国のマルコム・ボルドリッジ賞(MB賞)に端を発する経営品質賞において、医療における経営品質とは何か、あるいは経営品質賞を他の企業と同様に立ち上げることができるかどうかを検討してきた。前者はいまだに模索中であるが、後者の答えは、少しずつ整理がついてきた。

経営品質賞の考え方では、環境の変化は、必ずしもその組織における経営戦略の最大の要素ではない。むしろ、自らの望む目標に向けての戦略策定・自己改革が望まれる。医療機関にも差別化が求められる以上、この考え方が重要ではないか。また、地域で安住するのではなく、最高の医療を追求する姿勢も同時に求められよう。このようなことを達成する手段として、経営品質の考え方や経営品質賞は大いに意味があろう。

マネジメントをしていくために明確にすべき認識、考え、方針などを記述するのが「組織プロフィール」である。製造業やサービス業での経営品質賞への応募組織の中にも、組織プロフィールを記述できない組織がある。なぜならば、そういったことを日頃考えたことがないからである。創業時に明らかにされた思いが、とりあえずそのまま残されていたり、優れた経営者が従業員との日常のコミュニケーションを通じて、なんとなく理解させていることが多い。本当にそれでよいのだろうかと自問自答しながらも、従業員や仲間と話し合う機会がないために、環境が変わっているにもかかわらず、

あいまいなままになっていることが多い。

また、経営幹部は伝えているつもりであっても、なぜなのか、どのような思いがあるのかまで掘り下げて説明したり、繰り返し説明することがないために伝わっていないことも多い。記述してみても初めて、仲間と考えが違ったり、上司と部下の考えが違うことが明らかになる。ここが、MB賞の1つのポイントである。いわゆる「見える化」することにより、組織の置かれた環境に対する認識を、組織の中で深掘りしていくことができる。このように、記述をして「経営者の考えを明確にし、それを経営幹部や管理職、従業員と共有していくこと」が目的なのである。

これらを踏まえ、医療機関が経営品質向上プログラムを活用した経営の質向上に取り組み始めたこと、および成果を上げていることを評価し、さらなる相互研鑽を促すことを目的とした認証制度を構築し、2009年3月に、Quality Class(認証)として8病院を認証した。2010年度もいくつかの病院を認証する予定である。なお、これは1病院が優れていることを認証したものではなく、同じ方向に向上(成熟)していこうとするものの集まりを認証したことになる。

なお、成熟と表現したのは、MB賞自体の成熟度モデルに起因している。将来的には、この成熟度モデルに従って、米国のように、その年度のチャンピオン病院を認証する日が来るかもしれない。ぜひ、皆さま方の病院も応募していただければと願う。

労働時間短縮が 最大の取り組み課題

財団法人癌研究会
事務局企画総務部長付課長 鈴木 昌義
(社会保険労務士)



2008年12月の通常国会で成立した改正労働基準法が、4月1日から施行されます。医療機関も当然、対象になります。特に、長時間労働の改善などには、すぐにも取り組む必要があります。

今回の改正労働基準法で、ポイントとなる重要な部分について解説します。

◎改正の主なポイント

1. 月60時間超の時間外労働は割増賃金率が50%以上
2. 深夜時間帯での時間外労働なら75%以上
3. 労使協定により割増賃金を休暇への代替が可能（5日以内）
4. 一定時間を超す時間外労働には、特別条項付の三六協定が必要
5. 月45時間超の時間外労働の割増賃金率について、法定の25%以上より高める努力義務

注：1については、中小医療機関（資本金・出資額5,000万円以下、または常時使用する労働者数が100人以下（事業場単位ではなく法人単位））への適用は当分の間、免除されるが、それ以外については、すべての医療機関が対象となる。

◎改正の概要

労働基準法の一部が改正され、4月1日以降、月60時間超の時間外労働に対して、割増賃金率が50%以上に引き上げられます。

現在の法定休日の割増賃金率は35%以上

ですが、法定休日を除いた日の割増賃金率は、現状では、いくら時間外労働を行ったとしても25%以上で済みましたから、60時間超の部分は一気に倍増することになります。ちなみに、午後10時から午前5時までの深夜労働は、もともと25%以上の割増賃金率ですが、この時間帯に月60時間超の時間外労働を行った場合には、合計75%以上の割増賃金率となりますので、注意を要します。

なお、この条項は、常時使用する職員が100人以下のところ、または、資本金・出資額が5,000万円以下のところは当分の間、適用されませんが、準用することは何ら差し支えありません。

ほかに月60時間超の時間外労働に対し、労使協定があれば、労働者の希望により、割増賃金の代わりに代替休暇を取れる制度や、有給休暇を1日単位ではなく1時間単位で取れるフレキシブルな制度が取り入れ

られます。

例：月当たり76時間の時間外労働があった場合

- 60時間を超えている16時間分の割増率は50%以上になる。
- 通常の割増率が25%とすると、これに25%を加えて支払う必要がある。
- この付加される25%の分（16時間×25%＝4時間）を有給休暇として付与することも可能となる。
- 4時間分を半日休暇としたり、1時間ずつ4回に分けて取得することも可能で、院内の歯科にかかったり、役所に行ったりするなど、気兼ねなく用足しが可能になる。
- さらに、16時間のうち8時間を1日の有給休暇に、残りの8時間を50%の時間外手当として支払うことも可能。

◎法律改正に伴うメリット・デメリット

1) メリット

長時間労働を余儀なくされているスタッフにとっては、わずかながらも給与のアップにつながり、メリットがあります。

日単位での有給休暇取得率そのものの改善が進まない中、一定時間の割増賃金を有給休暇に振り替えることについては、時間単位での年休取得が可能となることで、ちょっとした用足しを気兼ねなくできることや、育児や介護をする職員にとって、より弾力性の高い就業環境ができることになり、歓迎されるものであります。

2) デメリット

一定時間を超える割増賃金率のアップで、少なからず人件費アップに跳ね返ってきます。医療機関としても、長時間労働を削減するよう努力していかなくてはなりません。

また、そもそも月に60時間超も時間外労働をせざるを得ないきわめて多忙なスタッフに有給休暇を付与したところで、結局、休みそのものが取れないという不満につながっていきます。さらに、代償措置として、まとまった有給休暇を与えるとなると、月間80時間を超える時間外労働が必要になってきます。

ちなみに、有給休暇の代償措置は「管理が複雑になるので、導入をしない方向で進めている」と考えている医療機関が意外にも多くなっています。

長時間労働で疲れたスタッフに休養をとらせるという制度本来の目的を達成できないのであれば、その存在意義すら薄らいでしまいかねません。

◎今回の法律改正の背景

今回の法律改正の背景には、「長時間労働の抑制」と「仕事と生活の調和」に大きな狙いがあります。“働き蜂”といわれる国民気質も残っています。しかしながら、うつ病や心因反応といった精神疾患から過労死に至るまで、休業を余儀なくされるケースが、各医療機関の間でも増加傾向にあります。

法律改正に伴い、医療機関の長時間労働

削減への意欲向上につなげることで、現場でのマネジメントの強化、生産性向上のための多様な労働環境の設定によって、医療機関で働くスタッフ一人ひとりに対し、より働きやすい環境を提供していくことにつながっていきます。

時間外労働は本来、臨時的なもので、必要最低限に抑えるべきものです。過労死ラインとされる月80時間超のラインがあるものの、一般に、月60時間以上にも及ぶ時間外労働には、疲労のほかにストレスも加わり、いわゆる過労死予備軍となってしまいます。

どこの病院も、少ない人手で多くの患者さんの診療を行っています。急患の対応からカンファレンス、医療安全対策、教育・研修等と、さまざまな機会で仕事の量が増えていきます。

また、人によって仕事に偏りが生ずる場合があります。新しい制度の発足により、組織的に対応していくか、思い切って「仕事そのもの」の仕分けを行って、極力長時間労働を減らす努力が求められます。

◎医療機関の時間外労働の現状

医療機関において長時間労働が常態化するのには、さまざまな要因があります。職種別に見ていきますと、病棟看護師は交代勤務が原則となっており、交代要員がいることから、長時間労働は考えられないのですが、人手不足に伴い、休日労働や時間外労働の増加等によって、一部長時間労働が常態化する場合があります。

外来看護師については、外来患者数の増加や平均在院日数の短縮に伴う外来での処置の増加等によって、恒常的に時間外労働が増えるケースがみられます。

医師については、手術や処置などの対応や当直後の勤務などで長時間労働が、事務員についてはレセプトの対応や各種委員会対応などが、薬剤師・技師については病棟での服薬指導や検査数の増加等がみられます。

◎長時間労働が発生する要因

現状の人員の中で、決められた業務量が増えていけば、自然と時間外労働は増えていきます。少ない人数で経営を行っている医療機関では、その仕事に合わせた人員での業務は望むべくもなく、やむなく現状の人員で、目の前の仕事をこなすしかありません。

さらに、今でも「長時間労働が美德」であるという風土が残っており、そのことに喜びと誇りを感じるスタッフも、依然として少なくありません。短時間で成果を上げようとする意識がなければ、改善にはつながっていきません。そのような中で、現状の生産性を肯定していたのでは、結果的に仕事の質の低下や健康障害を招いてしまう危険性があります。

反対に、生産性が高いがゆえに、長時間労働化してしまうケースがあります。つまり、「できる人」にほど仕事が集中し、長時間労働を行う傾向があるのです。医療機関でみられる「委員会制度」では、1人の

スタッフが10も20も掛け持ちして、メンバーに名を連ねていることは少なくありません。昨今のダイバーシティ・マネジメント^{注1}の浸透とともに、皮肉なことに、生産性が高いがゆえに、人より多くの仕事を抱え込んでしまうのが現状となっています。

◎法律改正に伴い労働時間削減対策を!

今日の不況下において、労働時間問題を検討するに際して、労働諸施策の合理化やコスト削減施策が必要なことはいうまでもありません。割増賃金率の改定に伴い、従来どおりの対応をしていたのでは、コストの増大は目に見えています。

当面の課題として「時間外労働の短縮」を、事務部門として最優先で取り組まなくてはなりません。ただ、単なる時間外労働の削減は、生産性の低下を招く危険性もあるため、セットで考えていかななくてはなりません。いちばん怖いのは、仕事の質の低下やサービス残業の増加となって表れることです。

不況の中にあっても、医療機関の将来のことを考えていけば、人材への投資は必要で、継続して対応すべき事項です。医療機関は人材が原動力であり、そこに必要な投資をしなくては、新たな付加価値は生まれてくることはありません。社会情勢が変化していく中、職員の価値観も変わってきて

います。行うべきは行うと同時に、新しく始めるべきは始めるなど、意識の変化もみえてきています。

◎長時間労働改善のための対策

長時間労働削減のカギは、病院管理職、いわゆるマネジメント層の手腕によるところが大きいといえます。マネジメント層がどれだけ長時間労働の実態を把握し、「問題」として認識しているかがまず前提です。

職務の定義があいまい、業務分担がうまくいかない、あるいは長時間労働が定着してしまい当たり前の風潮、という話を耳にします。結果として「労働時間削減のためのマネジメントがうまくいっていない」との嘆きを聞きます。

マネジメント層の取り組みとして、特定のスタッフに業務が集中しないよう配慮するとともに、業務量の平準化も避けては通れません。また、人材も限られていることから、人材のスキルそのものをあげ、生産性を高めていく工夫も求められます。

例えば、「まずは新しい年度から、CO₂の削減目標」のように、「時間外労働の10%削減」を目標に立て、やらなくてもすむような業務は極力なくし、患者サービスを含め、病院運営上、最低限必要な業務には力を入れていくなど、メリハリのある仕事をしていくよう、考えを改めていくことが求められているのです。

注1：ダイバーシティ・マネジメント

多様性のマネジメントと呼ばれ、「かくあるべし」と画一的なものを強要するのではなく、各自の個性を生かした能力を発揮できる風土を醸成することで、個人のみならず、組織にとっても多様性の受容は大きなプラスになるという考え。

月刊『医療アドミニストレーター』はいよいよ4月に創刊!!

お届けいたしました「医療アドミニストレーター」創刊準備号は、次号4月号より正式創刊になります。誌面、ボリュームもより充実した内容で皆さまのお手元にお届けいたします。

月刊「医療アドミニストレーター」は、次のABCDを基調に企画・編集します。

アプローチ Approaches

- Information (情報) : DPCやベンチマークをエビデンスとしたデータ活用、経営分析など、医業経営に役立つ内容を展開します。
- Resource (財源・資金) : 病院運営に大切な、財務・管理会計、コスト管理、原価計算、診療報酬対応などを誌面展開します。
- Material (人・人材) : 人の採用、教育、組織構築、賃金制度、人事制度そして評価制度にも踏み込んで展開します。
- Equipment (施設・設備・物品) : 病院施設・設備からSPDまで、管理から運用にいたる内容を展開します。

バックグラウンド Backgrounds

- 最新の医療行政情報を分かりやすくお届けします。
- 病院、そのポジショニングを知り、戦略の立て方を紹介します。
- 病院の役割を、理念の追求と共にその価値を紹介します。
- 「医療の質」「経営の質」として真の患者サービス展開を紹介します。
- 強みは何か、弱みは何かを分析し、経営の質を高めます。

コンセプト Concepts

- 病院改革のための組織マネジメント : 「経営の質」や「医療の質」を重視し、多角的視点からみたコスト管理やベンチマークを通じ、組織改革や経営改善を図ります。
- 組織活性化のための人材マネジメント : 現場に適した人事制度の導入、育成で、職場のモチベーション、職員満足度・患者満足度を高めます。
- 経営改善のためのデータ分析と活用術 : DPCをはじめとする各種統計データを分析・活用することで、「経営の質」や「医療の質」改善に導きます。

ディメンション Dimensions

- 「経営の質」「医療の質」をバランスよく機能させ、戦略を実行させる情報、事例、実務ヒントを提供します。
- 読者対象は「経営の質」を上げていこうと志向し、スキルを磨き、能力の向上を図る病院経営・事務管理者の方々です。
- 編集内容は「病院改革の根幹をなす組織・人材マネジメント」をベースに、「人材面」、「情報面」、「資金面」の3つのディメンションから企画・編集します。

これからの病院経営・事務管理者の方々、医療アドミニストレーターを目指す方々にお勧めします。

月刊『医療アドミニストレーター』は、年間購読制です。書店ではお求めになれません。

B5判 80頁の『医療アドミニストレーター』は、毎月お手元にお届けします。

年間購読料 25,200円 (税込)

お申し込みは…

『医療アドミニストレーター』定期購読申込書

申込書受付専用FAX

『医療アドミニストレーター』を2010年4月から定期購読します。

0120-3636-51

フリガナ			
施設名/団体名			
フリガナ	〒	フリガナ	
送本/請求先住所		ご担当者名	
部署名/役職名	TEL		
E-mail	FAX		

2010年度 診療報酬改定対応セミナー

～改定が病院経営に及ぼす影響と対応策～

医療制度改革や引き続き行われた診療報酬マイナス改定は、医師不足や看護師争奪戦をはじめ医療崩壊を引き起こし、病院経営はまさに“生き残り”をかけたものとなりました。そして2010年、また2年に一度の診療報酬改定の時期を迎えます。

次期診療報酬改定の基本方針では、重点課題として、①救急、産科、小児、外科等の医療の再建、②病院勤務医の負担の軽減のほか、4つの視点が示されています。診療側は診療報酬全体の底上げを要望していますが、診療報酬の配分を見直し、救急・産科等の体制強化などが検討されていますので、医療機関の対策はより重要になるでしょう。また、前回改定の検証結果を踏まえ、医師の負担軽減策など要件変更などが予想されます。一方で、DPCは新たな係数や点数設定方法の見直しなど、十分に確認しておかなければなりません。

今回のセミナーでは、2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定を見据え、ますます進むであろう医療機関の機能分化と連携、在宅医療を踏まえ、改定のポイント解説と病院経営に及ぼす影響と対応策について、診療報酬の第一人者でもあるASK梓診療報酬研究所所長 中林梓氏に、シミュレーションを交えながら解説していただきます。

開催日：平成22年3月12日(金) 10:00～16:00

会場：主婦会館プラザエフ スズラン9階
東京都千代田区六番町15番地 電話 03-3265-8111

講師：中林 梓 (ASK梓診療報酬研究所 所長)

参加費用：会員 15,000円(税込み) 一般 20,000円(税込み)
(消費税、テキスト代、昼食代を含みます)
※会員とは、産労総合研究所発行の定期刊行誌購読者

★必要事項をご記入の上、ファクスでお申し込みください。▶ フリーダイヤル FAX 0120-753-641

ホームページ (<http://www.e-sanro.net>) からもお申し込みができます。

2010年3月12日(金)開催

2010年度 診療報酬改定対応セミナー 参加申込書

病院名 施設名	電話	()	-
	FAX	()	-
〒 ご住所			
参加者 氏名	ふりがな	所属部署	所属部署
購読誌名 (○印)	医療アドミニストレーター・病院経営/医事業務/師長主任業務実践/介護人材Q&A 賃金事情/労務事情/人事実務/労働判例/企業と人材		

個人情報保護
について *お客様の個人情報は弊社の商品・事業においてのみ使用し、他の目的には一切使用いたしません。
*弊社の個人情報保護方針については、ホームページにて詳しくご案内しております。

お申し込み、お問い合わせはこちらまで

主催 産労総合研究所
医療経営情報研究所

〒102-8616 東京都千代田区平河町2-4-7
TEL 03-3237-1602 / FAX 03-3237-2997



レセプトオンライン接続サービス

Receipt online connection service



どうしよう?! レセプトオンライン

- Q** レセコン導入が出来てないけど どうしよう…?
A NTTデータにご相談下さい。
※「平成21年度医療施設等整備費補助金」が条件により申請出来ます。詳しくは、社会保険診療報酬支払基金ホームページをご覧ください。
- Q** レセプト電算化は済んだけどオンラインはどうしよう…?
A NTTデータにご相談下さい。専任のオペレータがオンライン請求利用開始までの流れを分かりやすくサポートいたします。
- Q** 回線はどうしよう…? 今あるインターネットを利用できるの?
A NTTデータのレセプトオンライン接続サービスなら、今お持ちのインターネット回線をそのままご利用可能。ケーブルTVもOK! プロバイダは問いません。
- Q** オンラインって難しそう…。大変じゃないの?
A NTTデータならルータを置くだけ。導入が不安な方には、専門技術者が訪問設定を行うプランもご用意しています。
- Q** 料金はどのくらいかかるの?
A ルータ型で月額 1,995円! 今なら期間限定キャンペーン中です。是非この機会をご利用下さい。
※ご契約には、別途初期費用(¥15,750)、アダプタ代(¥31,500)が必要です。

期間限定!
月額無料
キャンペーン

ご好評につき
2010年3月31日まで延長

※上記期間の新規お申込みが対象となります。

今すぐお電話を!

※2010年6月分までの月額利用料が無料となります。

お問い合わせセンター ※受付時間 9:00~18:00

050-5526-1390

▼ Webでも受付中

<http://www.healthcare-on-demand.jp>

