

週刊WEB

医療経営 マガジン

2018
554
12/18

医療情報
ヘッドライン

医療・福祉の大卒初任給、前年比1.7%減 男性は増加も女性が2.8%と大幅に減少

▶厚生労働省

「潜在看護師」は現在約70万人 短期派遣で働きたい希望者は多数

▶規制改革推進会議 専門チーム会合

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成30年5月分概数）

経営情報
レポート

在宅医療需要拡大に対応する
在宅医療参入促進策の概要

経営
データ
ベース

ジャンル:労務管理 サブジャンル:解雇・懲戒・制裁
向上の見込めない職員の解雇
無断欠勤した社員の解雇

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

発行:税理士法人 森田会計事務所

医療・福祉の大卒初任給、前年比1.7%減 男性は増加も女性が2.8%と大幅に減少

厚生労働省

厚生労働省は11月28日、「平成30年賃金構造基本統計調査（初任給）」の結果を公表し、「医療・福祉サービス業」の大卒初任給（男女計）は前年比1.7%減の20万1,500円となった。男性は前年比1.0%増の20万5,000円。女性は前年比2.8%減の20万200円。なお、「学歴別にみた初任給」では、男女ともすべての学歴で前年を上回っている。

■初任給は学歴別、階層別に格差が存在

「医療・福祉サービス業」の初任給を学歴別に見ていくと、階層別に格差が存在していることがわかる。

高校卒は男女計で0.1%増の15万9,200円、男性は3.8%減の16万100円、女性は1.1%増の15万8,900円。高専・短大卒の男女計は0.4%増の18万3,700円、男性は0.3%増の19万100円、女性は0.4%増の18万2,500円。大学院修士課程修了の男女計は1.5%減の20万1,300円、男性は5.0%増の20万8,900円、女性は7.3%減の19万7,900円。これらを分析すると、高校卒男性は2017年よりも下がったものの、女性の初任給との差は縮まっており、格差が解消されたと見えなくもない。しかし、全産業平均の高校卒初任給は男女計で16万5,100円、男性16万6,600円、女性16万2,300円といずれも医療・サービス業よりも上回っている。大卒者も、高卒者と同様に男女格差の解消へ向かっていると受け取れるが、全産業平均は男女計で20万6,700円、男性21万100円、女性20万2,600円であり、やはり医療・福祉サービス業よりも上回ってい

る。少なくとも賃金面に関しては、高卒者並びに大卒者にとって魅力ある産業とは言い難い状況となっている。

■介護業界の賃金は全産業平均よりも低い

深刻なのは大学院修士課程修了者に対する賃金で、全産業平均の男女計は23万8,700円であり、実に3万7,400円もの差がある。

医療・福祉サービス業の男性修了者は前年比5.0%増となっているが、全産業平均は23万9,900円であり、3万1,000円もの格差がある。女性は、同平均が23万4,200円であるため、その差は3万6,300円である。

このような状況では、医師・看護師といった医療職を目指して学ぶ学生以外を働き手として確保するのが難しくなるのではないかと危惧される。「医療・福祉サービス業」という広い括りとなっているため、医療機関のみならず介護施設や福祉施設なども含んでおり、この調査結果が医療界の現状を示しているとは一概にいけない。とりわけ、介護業界の賃金は全産業平均よりも低いため、その賃金額が「医療・福祉サービス業」としての初任給を下げている可能性は高い。

しかし、どの産業でも持続可能性を求めらるならば、裾野を広げて他産業との連携も視野に入れていく必要がある。しかも、今後は地域包括ケアシステムの構築がさらに進み、介護分野との連携は経営的にも欠かせない視点となってくる。そうした意味も含め、いわゆる医療職以外の人材を広く集めるためにも、全体の賃金の底上げを検討するべき時期が来ているといえる。

「潜在看護師」は現在約70万人 短期派遣で働きたい希望者は多数

規制改革推進会議 専門チーム会合

厚生労働省は、11月28日の規制改革推進会議専門チーム会合で、看護師の特別養護老人ホーム（特養）や障害者支援施設、保育所への日雇派遣に対するニーズを調査する方針を示した。同会合に出席したNPO法人日本派遣看護師協会は、いわゆる「潜在看護師」が現在約70万人いること、そして彼らから「月1回」「週1～2回程度」働きたいとの希望が多数寄せられていることを明らかにしている。

■短期の看護師派遣はできないのが現状

現在、医療機関が派遣労働者として看護師を受け入れることは原則として禁止されている。医療チームの構成員となったとしても、派遣元の都合により差し替えられる可能性があるのがその理由で、チーム内での意思疎通や能力把握が十分にできないため、患者に提供される医療に支障が生じるおそれがあることによる。

例外として、特養や障害者支援施設、保育所への派遣は認められている。しかし、違法派遣が生じやすく、労働災害が起きやすいことを理由に、ソフトウェア開発やデモンストレーションなどいわゆる例外17.5業務以外は、原則として日雇派遣（1日あるいは30日以内の期間を定めた雇用）は認められていない。つまり、短期の看護師派遣はできないのが現状である。

しかし、結婚や出産・育児などによって、勤務形態とライフスタイルが合わないことを理由に看護業務に携わっていない「潜在看護師」は非常に多く、リソースの活用という点でも軽視できない状況であることは確かだ。

■2017年の看護職員数は166万人

その4割以上が「働きたくても働けない」

厚労省の調べによれば、2017年の看護職員数（看護師、保健師、助産師、准看護師）は166万人であるが、日本派遣看護師協会によれば、その4割以上を占める約70万人が「潜在看護師」となっており、しかも「働きたくても働けない」現状があるという。

例えば、「出産・育児が一段落したら看護現場に復帰するため、スキルを落とさないように月に何日かでも看護に携わりたい」「看護師資格を持っているので、月に1回でも看護師として働き、社会の役に立ちたい」「家事に差し障りのない範囲で、週に1～2日程度は看護業務に従事し、副収入を得たい」といった声が寄せられているとしている。

一方で、特養での医療ニーズは高まっており、点滴やインスリン注射、服薬管理といった看護師が担う医療行為は日常的に行われており、深夜の対応も必要な状況になっている。

このように働き場所を求める人材と、現場のニーズが一致している現状を踏まえれば、看護師の日雇派遣に関する規制を緩和すべきだとして、今回の専門チーム会合の議題に挙げられたことになる。

ただし、厚労省はニーズ調査に踏み切ったものの、「看護師本人の過重負担を招く可能性があり、その結果、医療安全にも影響が及ぶおそれがある」とし、看護師を日雇派遣の対象とすることに慎重な姿勢を崩していない。調査の結果を踏まえ、同会合でどのような議論が展開されるか、今後の動きが注目される。

病院報告

(平成30年5月分概数)

厚生労働省 2018年9月3日公表

1 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	平成30年5月	平成30年4月	平成30年3月	平成30年5月	平成30年4月
病院					
在院患者数					
総数	1 228 788	1 245 701	1 269 911	△ 16 913	△ 24 210
精神病床	283 861	283 724	284 168	137	△ 444
結核病床	1 649	1 607	1 580	42	27
療養病床	282 731	285 207	287 601	△ 2 476	△ 2 394
一般病床	660 492	675 110	696 502	△ 14 618	△ 21 392
(再掲)介護療養病床	40 471	40 842	41 563	△ 371	△ 721
外来患者数	1 316 681	1 296 688	1 361 499	19 993	△ 64 811
診療所					
在院患者数					
療養病床	4 745	4 836	4 977	△ 91	△ 141
(再掲)介護療養病床	1 805	1 833	1 870	△ 28	△ 37

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。注2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

2 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	平成30年5月	平成30年4月	平成30年3月	平成30年5月	平成30年4月
病院					
総数	79.1	77.0	77.6	2.1	△ 0.6
精神病床	85.6	85.6	85.2	0.0	0.4
結核病床	34.3	32.9	31.0	1.4	1.9
療養病床	87.3	87.4	87.8	△ 0.1	△ 0.4
一般病床	74.1	70.5	71.4	3.6	△ 0.9
介護療養病床	91.3	91.3	90.0	0.0	1.3
診療所					
療養病床	54.2	55.2	55.2	△ 1.0	0.0
介護療養病床	69.7	70.9	69.4	△ 1.2	1.5

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

3 平均在院日数(各月間)

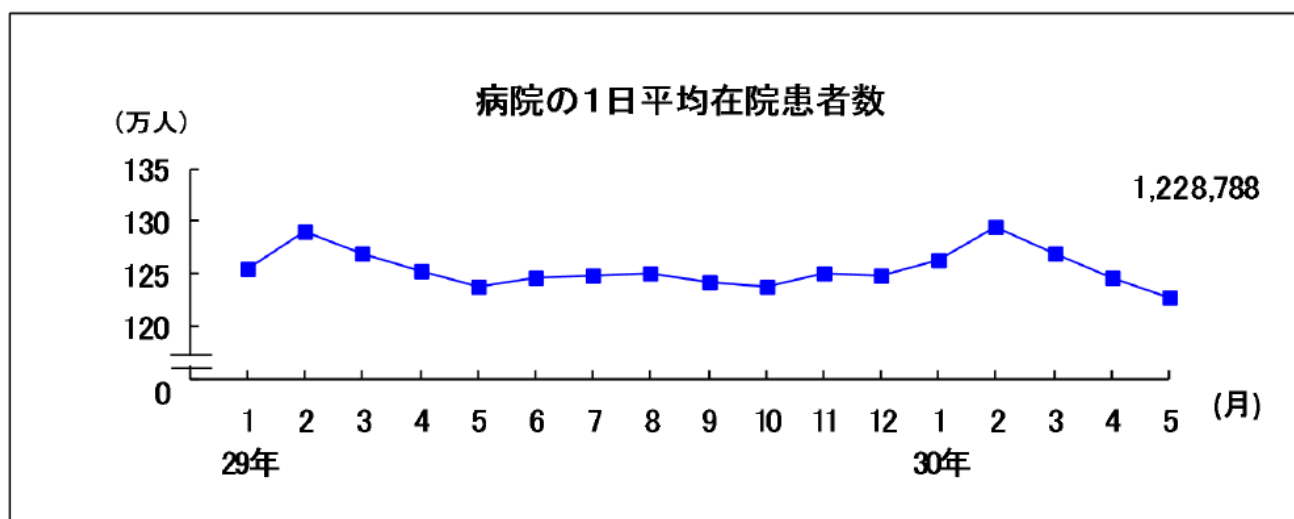
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成30年5月	平成30年4月	平成30年3月	平成30年5月	平成30年4月
病院					
総数	28.1	28.4	28.1	△ 0.3	0.3
精神病床	257.2	269.5	258.0	△ 12.3	11.5
結核病床	66.9	67.3	62.5	△ 0.4	4.8
療養病床	141.7	141.8	136.9	△ 0.1	4.9
一般病床	16.1	16.4	16.4	△ 0.3	△ 0.0
介護療養病床	312.2	297.6	288.9	14.6	8.7
診療所					
療養病床	100.6	100.7	91.4	△ 0.1	9.3
介護療養病床	135.8	132.4	121.9	3.4	10.5

注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

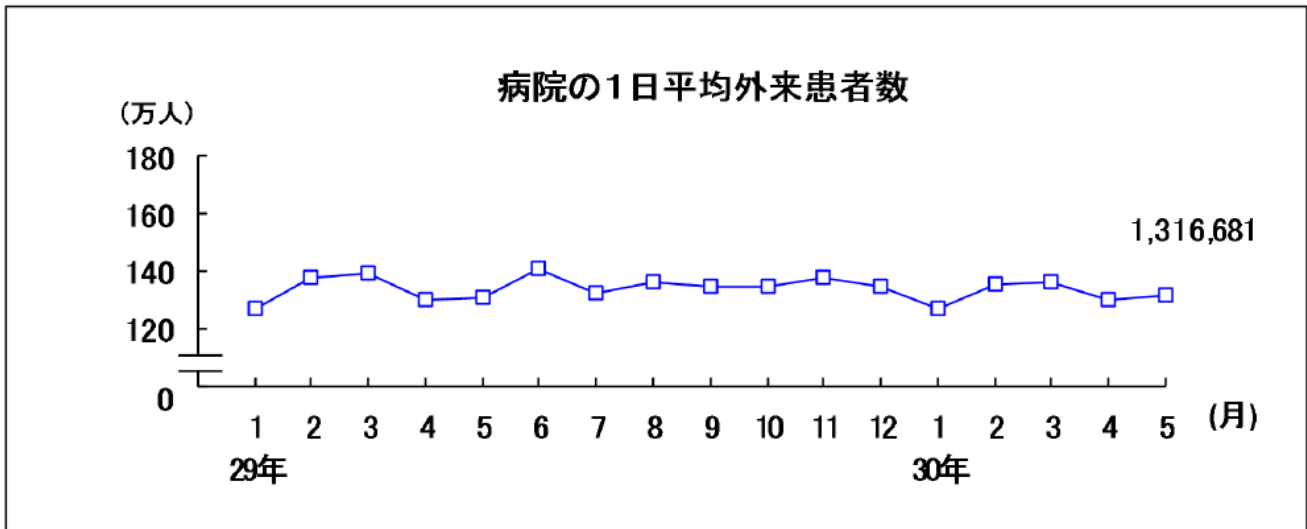
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

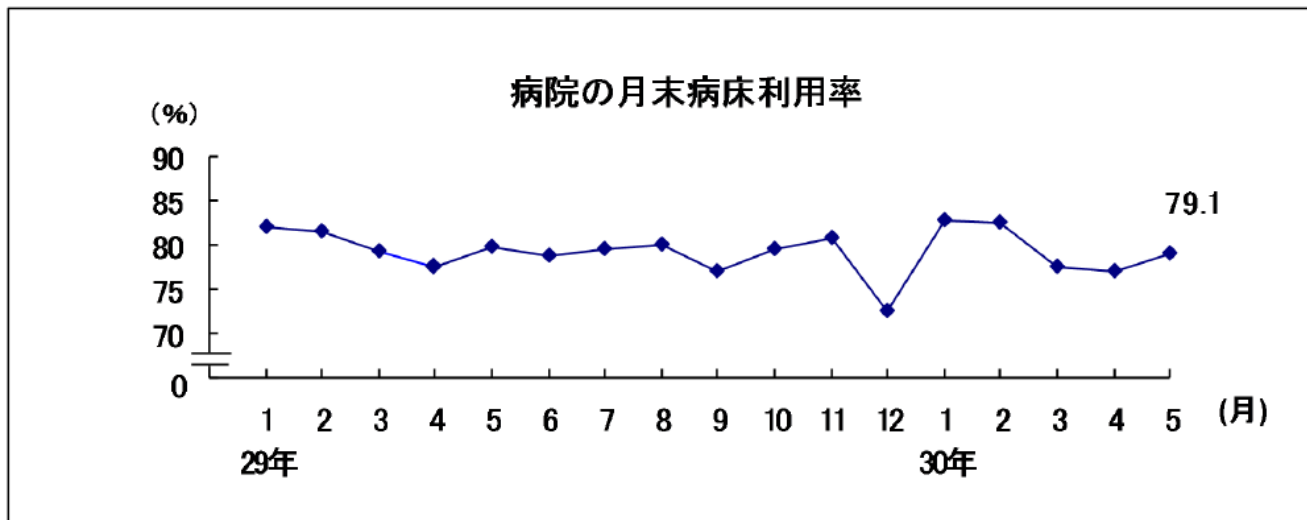
◆病院:1日平均在院患者数の推移



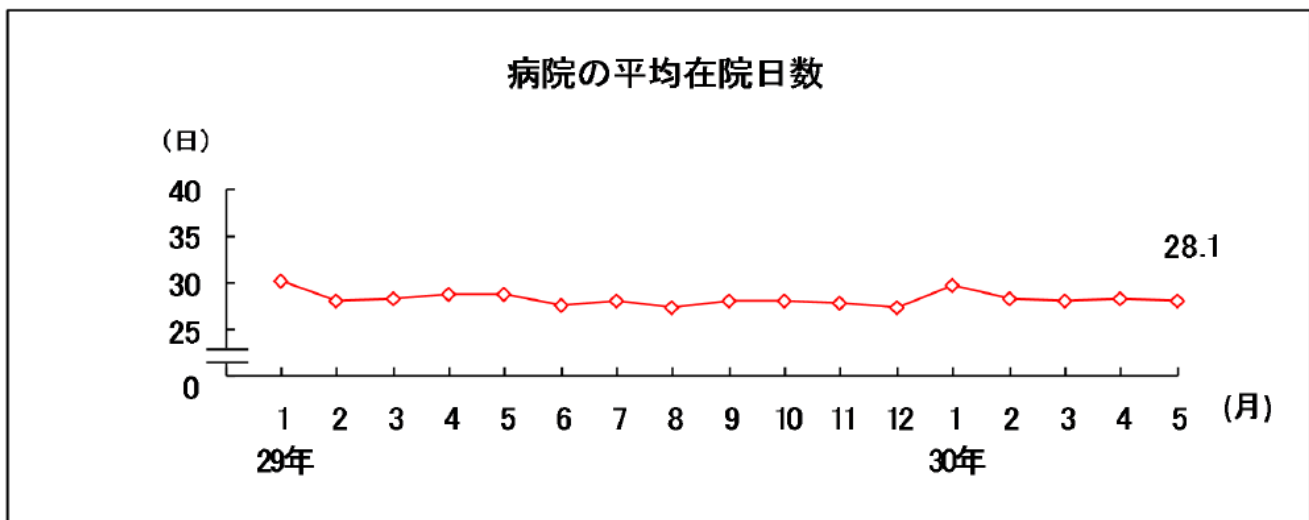
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



病院報告（平成30年5月分概数）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



医 業 経 営

在宅医療需要拡大に対応する 在宅医療参入 促進策の概要

- 1.在宅医療需要の拡大と外来医療需要の減少
- 2.在宅医療参入促進のインセンティブ
- 3.医療連携体制の強化と看取りの充実
- 4.オンライン診療と在宅医療需要への対応



参考文献

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」「主な施設基準の届出状況等」「平成30年度診療報酬改定について」「社会保障審議会医療部会 平成30年度診療報酬改定の概要」「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」、「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」
経済産業省「将来の地域医療における保険者と企業の在り方に関する研究会報告書」
日経ヘルスケア 2018年9月号

1

医業経営情報レポート

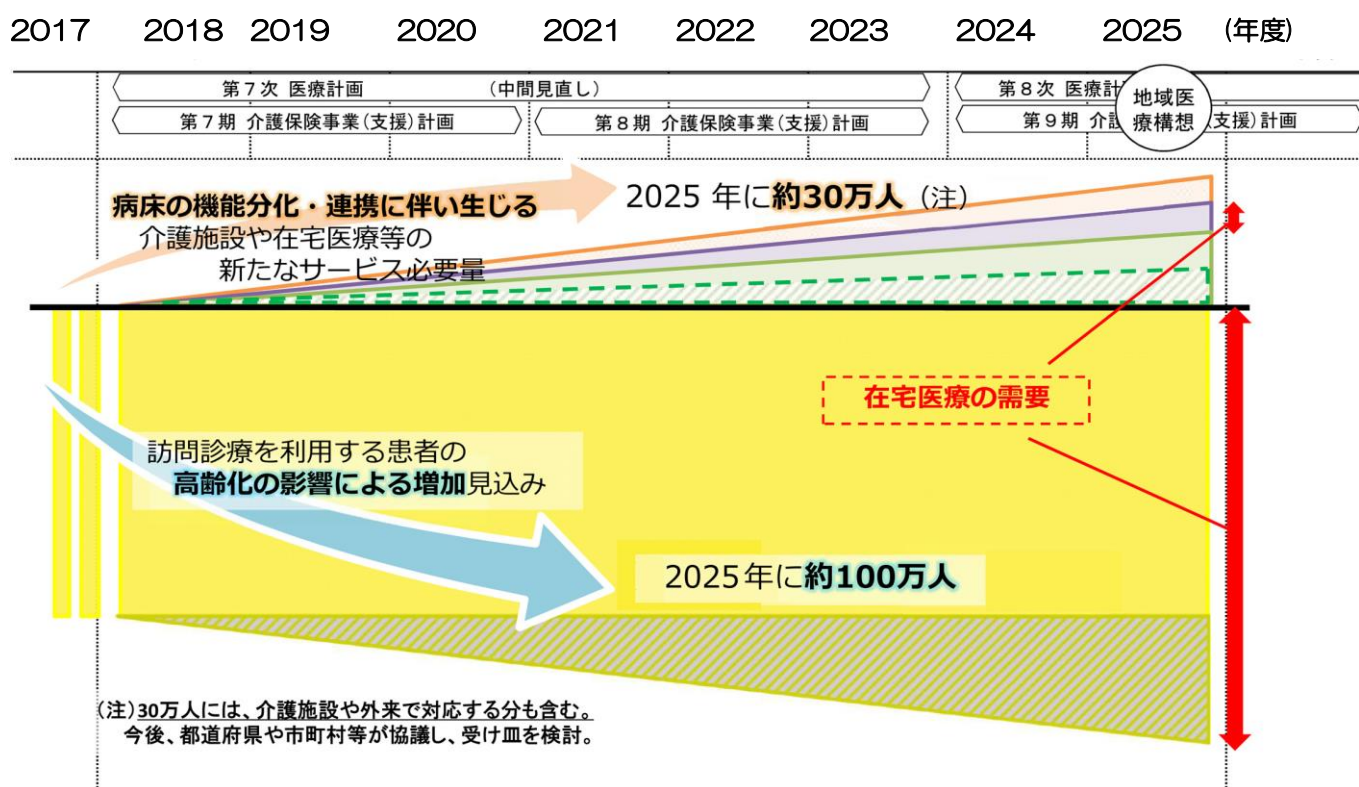
在宅医療需要の拡大と外来医療需要の減少

■ 在宅医療の需要拡大

(1) 在宅医療需要拡大の見込み

厚生労働省「第11回医療計画の見直し等に関する検討会」で公開された資料によると、継続する高齢化の進展のほか、療養病床の医療区分1の入院患者の70%、および医療資源投入量の低い入院患者等を介護施設や在宅医療等に移行させることにより、在宅医療の需要は大幅に増える見込みとなっています。

◆ 在宅医療の需要拡大の見込み



(出典) 厚生労働省 第11回 医療計画の見直し等に関する検討会 資料1

(2) 整備が進まない在宅医療提供体制

24時間対応の在宅医療を提供する医療機関(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院)の数は、在宅療養支援診療所は横ばい、また在宅療養支援病院については微増していますが、在宅医療を担う医療機関は訪問診療の需要の伸びと比較すると増えていないのが現状です。

政府は、今後需要の拡大が予想される在宅医療に対し、診療報酬を上げて対応をしています。

2

医業経営情報レポート

在宅医療参入促進のインセンティブ

■ 質の高い在宅医療の確保に向けた取り組み

政府としては、在宅医療のニーズの増大に備えて診療報酬の見直しを行い、在宅医療の報酬を高くしてその担い手を増やす方針を明らかにしています。

今次改定では、外来医療や入院医療において、在宅医療の提供実績を要件とした報酬が設定されたことが重要なポイントのひとつとなりました。

◆ 質の高い在宅医療の確保のための診療報酬改定

【在宅医療の提供体制の確保】

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療（裾野の拡大）が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、24 時間体制の確保が負担

【在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応】

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、在宅医療ニーズは多様化・高度化



● 複数の医療機関の連携による 24 時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により 24 時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

● 2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

● 患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

● 在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月 1 回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

● 末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算（緊急往診加算）の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

● ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

3

医業経営情報レポート

医療連携体制の強化と看取りの充実

■ 専門外の診療を他医療機関がサポート

(1) 医療機関連携を報酬上で評価

在宅医療では、在宅患者訪問診療料の見直しが行われ、今までの「1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療」(1訪問診療1医療機関の原則)体制から、依頼を受けて他医療機関が訪問診療を行う場合も算定が可能となり、複数医師の連携による在宅医療が可能となりました。

◆在宅患者訪問診療料(I)

在宅患者訪問診療料(I) (1日につき)

1 在宅患者訪問診療料 1

- イ) 同一建物居住者以外の場合 833点
- ロ) 同一建物居住者の場合 203点

2 在宅患者訪問診療料 2

- イ) 同一建物居住者以外の場合 830点 ⇒ **新設**
- ロ) 同一建物居住者の場合 178点 ⇒ **新設**

◆在宅患者訪問診療料(I)の2の主な算定要件

在宅時医学総合管理料、入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料(以下:在宅時医学総合管理料等)の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合に、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。)を限度として、月1回に限り算定できる。

※有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合は在宅患者訪問診療料(II)を算定する。(144点)

(2) 医療機関連携の強化

今次改定では、一人の患者を異なる専門分野の医療機関が連携する体制への評価が導入されました。例えば、内科の医師が診ていた患者に皮膚疾患や精神疾患などで専門的な治療や処置が必要となった際に依頼し、複数の意思で連携した診療を継続することが検討されます。

4

医業経営情報レポート

オンライン診療と在宅医療需要への対応

■ オンライン診療の実用化へ

今次改定においては、オンライン診療が診療報酬として算定できるようになりました。オンライン診療とは、「遠隔医療のうち医師と患者間において、情報通信機器を通して患者の診察及び診断を行い、診断結果を伝達する等の診療行為をリアルタイムで行う行為」です。具体的な例としては、離島など医療過疎地における診療のほか、患者は自宅のスマートフォンのビデオ通話機能等を使って医師が患者に行う診療などが挙げられます。

一定の要件を満たす場合、在宅医療に関しては、オンライン診療料とオンライン在宅管理料が算定可能です。

また、在宅時医学総合管理料の見直しにより状態の安定した患者についての訪問は月2回から1回となるように評価で誘導しており、オンライン診療の活用によって、こうした診療を補うことを想定しています。

◆ オンライン診療料

● オンライン診療料：70点（1月につき） ●

【主な算定要件】

- オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療（対面診療の間隔は3月以内）とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。

【施設基準】

- 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
- オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。）
- 1月あたりの再診料等（電話等による再診は除く）及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下。

【オンライン診療料が算定可能な患者】

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

- | | | |
|----------------|----------------|------------|
| • 特定疾患療養管理料 | • 地域包括診療料 | • 小児科療養指導料 |
| • 認知症地域包括診療料 | • てんかん指導料 | • 生活習慣病管理料 |
| • 難病外来指導管理料 | • 在宅時医学総合管理料 | |
| • 糖尿病透析予防指導管理料 | • 精神科在宅患者支援管理料 | |

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: 解雇・懲戒・制裁

向上が見込めない職員の解雇

能力の向上が見込めない職員を解雇することはできますか？

受付事務として配置したにも関わらず、指示通り仕事をしなかったり、患者に対して迷惑をかけたり、また会計時にお釣りを少なく渡したり、あるいは保険証を返し忘れていたりすることを繰り返す職員もいます。

目に余る問題行動が続くため、例えば検査助手として配置転換してからも、何度教えても仕事を覚えることができないなど、今後の能力向上が見込めず解雇を検討する状況となった場合は、職員の能力の欠如に対して、事業主がどの程度まで指導したかが重要なポイントになります。

解雇を通告した場合、トラブルになる可能性がありますので、以下のポイントをチェックしてください。

●解雇によるトラブルを回避するポイント

- (1) 業務や患者対応での問題行動に対して、事業主はしっかりと指導をする。一般的には何度も注意されるのは嫌なので真剣に改善しようとするが、嫌になって自主退職する場合もある。
- (2) 行った指導について事業主自らが記録を残しておくこと。いつ、何に対してどのような指導をし、相手がどのような対応だったかをなるべく細かく記録しておく必要がある。これは万が一争いになったときには証拠となる。また、ケースに応じて始末書を提出させるなど、過去の問題行動については、内容を管理しておくことが必要である。
- (3) 解雇やそれに似た言動は慎むこと。事業主の立場から見ると、自分の意に沿わない職員は何らかの形で辞めてもらいたいと思うものだが、事業主からは決して「辞めろ」とか「明日から来なくていい」などといった解雇をおおわすことは言わない。
- (4) どうしてもやめてもらいたい場合は、退職勧奨で辞めてもらう。退職勧奨（肩たたき）という形で、辞めてもらいたい理由を説明し退職を勧め、それに同意をすれば退職させるという形をとる。職員の同意なしに強制的に退職させる解雇とは違い、同意を得た上で職員に退職日を決めさせるため、不当解雇という問題は発生しない。
- (5) 入職の際、試用期間中に最低限これができなければ辞めてもらうという条件を設定し、契約書にサインをさせる。これにより、条件をクリアできない職員については、試用期間をもって雇用契約満了とすることができる。ただし、この場合には明確な基準の設定が必要となる。

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 解雇・懲戒・制裁

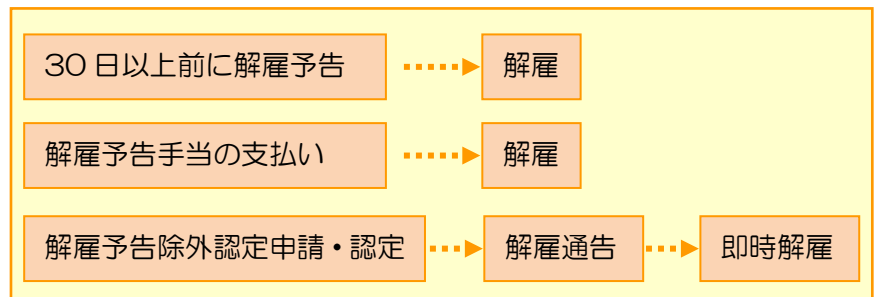
無断欠勤した職員の解雇

約 20 日間無断欠勤した職員がおり、その間、様々な方法で出勤を督促しましたが何の応答もありませんでした。このような場合、解雇できますか。

2 週間以上正当な理由なく無断欠勤し、出勤の督促に応じない場合には、解雇予告なしに解雇することができますので、正当な理由がない限り、即時解雇できます。労働基準法では、労働者の責めに帰すべき事由によるときは、解雇手続（30 日前に予告するか、平均賃金の 30 日分を支払うこと）を経ずに解雇できることとしています。

また、行政解釈では、即時解雇のために必要な「解雇予告除外認定」の許可基準の一つとして「2 週間以上正当な理由なく無断欠勤し、出勤の督促に応じない」ことをあげており、労働基準監督署長から解雇予告除外認定を受けた場合には、解雇予告の手続きを経ず即時解雇することができることとしています。

20 日間も無断欠勤したようなケースであれば、正当な理由が認められない場合には、解雇手続を経ずに即時解雇をしても問題はありません。



【参考】解雇事由

除外認定の基準は通達(昭和 23・11・11 基発 1637 号)で示されています。

「労働者の責めに帰すべき事由として認定すべき事例を挙げれば、

- ・原則として極めて軽微なものを除き、事業場内における盗取横領、障害等の刑法犯に該当する行為のあった場合
- ・賭博、風紀素乱等により職場規律を乱し、他の労働者に悪影響を及ぼす場合
- ・雇入れの際の採用条件の要素となるような経歴を詐称した場合
- ・他の事業へ転職した場合
- ・原則として 2 週間以上正当な理由なく無断欠勤し、出勤の督促に応じない場合
- ・出勤不良又は出欠常ならず、数回にわたって注意を受けても改めない場合の如くであるが、必ずしも上の個々の例示に拘泥することなく、総合的かつ実質的に判断すること」

例示事項以外でも、業務命令不服従、人事発令拒否、会社の誹謗中傷など、他にも裁判で認められた解雇事由はあります。

週刊 WEB 医業経営マガジン No. 554

【著 者】日本ビズアップ株式会社

【発 行】税理士法人 森田会計事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複製することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。