

医療情報
ヘッドライン

在宅医療に関する見直しに重点を置く等 次期医療計画の方向性が大筋でまとまる

▶厚生労働省

たばこは22種類の病気死亡要因と公表 受動喫煙対策は世界最低レベルと警告

▶厚生労働省

経営
TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)(平成28年5月分)

経営情報
レポート

医療法人の透明性確保とガバナンス強化 医療法改正の概要

経営
データ
ベース

ジャンル:リスクマネジメント サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状

医療事故が多発する要因とは 病院全体で捉えた場合のリスクマネジメント

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

在宅医療に関する見直しに重点を置く等 次期医療計画の方向性が大筋でまとまる

厚生労働省は9月2日、2018年度からの次期医療計画の見直し等に関する検討会の下部組織「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（WG）」を開催した。

この日は主に①2018年度からの在宅医療に関する見直しの方向性に重点を置き、サ高住整備などに留意した在宅医療の目標設定など次期医療計画の方向性がWGで概ね了承された。また、②高齢化に伴い増加する疾患への対応などについても議論がされた。

■要点は在宅医療と介護保険事業

この日の検討会の経緯では、目標設定について、①在宅医療のニーズや必要な医療機関数、マンパワーなどを地域医療機関で把握すること、②介護保険事業計画における整備目標と統合的な目標を検討するよう求めていることの2つが要点として挙げられる。

厚労省は、医療計画で定める在宅医療に関する見直しの方向性案を、都道府県が作成するが、厚労省は都道府県が計画を作成する際の留意事項や指針を年度内に改正する。

そこで①について同省は、(i)目標設定、(ii)指標、(iii)施策の3項目に整理した。

(i)について、必要な医療機関数などの「目標とする提供体制の検討」に関して、在宅医療サービスと一部の介護サービスが相互に補完する関係にあることや介護保険施設等の整備状況は地域の実情に応じて異なっていることを指摘し、都道府県や市町村関係者による協議の場を設置するとともに、介護保険事業

計画と統合的な目標の検討を求めた。

(ii)では、在宅医療に必要な医療機能確保のため、各医療機能との関係が不明瞭なストラクチャー指標を見直した上で、医療サービスの実績に着目した指標の充実が必要と説明している。高齢者以外の在宅医療体制を把握する指標や、アウトカム指標として、看取りに至る過程を把握する指標の充実を求めた。

(iii)では、在宅医療に関する圏域の設定と、課題の把握の徹底を要請している。特に、在宅医療・介護連携推進事業で、医療に関する専門的・技術的な対応が必要な「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や、2次医療圏など広域の視点が必要な「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」などの取り組みは、医療計画に記載して確実に達成するよう支援するなど、重点的な対応の視点を求めた。

■高齢化で増加する疾患への対応等も協議

②では、「5疾病5事業に関する論点」として、「医療計画に記載すべき疾患について、今後の疾病構造の変化を踏まえ、どのように考えるか」、「高齢化の進展に伴い増加する疾患について、関連施策と調和を取りながら、予防を含めた地域包括ケアシステムの中で対応することとしてはどうか」、「引き続き現状の5事業について重点的に取り組むこととしてはどうか」と提示。「フレイルやロコモなど、高齢化により増加することが想定される疾患を、どのように位置づけるか」も論点とした。

たばこは22種類の病気死亡要因と公表 受動喫煙対策は世界最低レベルと警告

厚生労働省は9月2日、有識者を構成員とする「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会」（座長＝祖父江友孝・大阪大学教授）を開き、がんなど22種類の病気の発症や病気による死亡の要因として喫煙が「確実」との判定結果をまとめた「たばこ白書」を公表した。国の検討会が日本人への影響を総合的に判定したのは初めてで、中でも日本の受動喫煙対策を「世界最低レベル」と断じ、「屋内の100%禁煙化を目指すべき」と提言している。

■2001年以来、15年ぶりにたばこ白書を公表

今後の喫煙対策について報告書案は、受動喫煙を防ぐため「喫煙室を設置せず屋内の100%禁煙化」を目指すように訴えた。その他、たばこ税の引き上げ、たばこの広告の禁止など総合的な対策を求めた。これは、2001年に厚労省が取りまとめた「喫煙と健康問題に関する検討会報告書」以来の新たな報告書となる。前回の報告書公表から10数年が経過し、その間に受動喫煙など新たな科学的知見が蓄積されたほか、公的に禁煙・健康対策を行うための様々な疾病による医療費の増加に加え、2020年の東京オリンピック・パラリンピック対策を強化する必要性が高まっていることなどが背景にある。たばこ白書は、もはや禁煙対策は「待ったなし」の段階と断じた。

受動喫煙について、子供のぜんそくや乳幼児突然死症候群との関係は確実と評価し、肺がんへの影響は、国立がん研究センターが行った研究結果を採用。家庭での受動喫煙があ

る人は、ない人に比べ肺がんになるリスクが1.3倍高まり、因果関係は確実としている。

■受動喫煙と肺がんとの因果関係を推定

報告書は、①たばこ製品の現状、②たばこの健康影響、③たばこ対策などで構成されている。

①では、「喫煙の経済的影響」として、正の影響（たばこ産業／たばこ税／関連他産業への影響）による直接的・間接的経済効果は2.8兆円であるのに対し、負の影響（関連疾患の医療・介護費／施設環境面への影響／生産性損失など）は4.3兆円に上ると報告。ただし、「喫煙の経済的影響は総じて負の影響が大きくなるが、公衆衛生の観点からは健康アウトカム改善まで含めた総合的評価が不可欠」と述べている。

②では、近年流通するようになった無煙たばこ（嗅ぎたばこ）や電子たばこがんと因果関係について、「科学的証拠は十分（レベル1）」と判定している。また、「受動喫煙による健康影響」として、がん種（肺がん、乳がん、鼻腔・副鼻腔がん）ごとに評価を行った結果、受動喫煙と肺がんとの因果関係について、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分（レベル1）」と判定し、さらに乳がん、鼻腔・副鼻腔がんとの因果関係は「科学的証拠は、因果関係を示唆しているが十分ではない（レベル2）」と判定した。このほか、循環器疾患／呼吸器への急性影響／慢性呼吸器疾患／妊婦・小児への受動喫煙などとの因果関係についても報告している。

介護保険事業状況報告(暫定) (平成28年5月分)

概要

1 第1号被保険者数(5月末現在)

第1号被保険者数は、3,391万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(5月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、622.3万人で、うち男性が192.7万人、女性が429.5万人となっている。

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17.9%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3月サービス分、償還給付4月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、392.1万人となっている。

(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3月サービス分、償還給付4月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、41.8万人となっている。

(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3月サービス分、償還給付4月支出決定分)

施設サービス受給者数は92.2万人で、うち「介護老人福祉施設」が51.4万人、「介護老人保健施設」が35.4万人、「介護療養型医療施設」が5.8万人となっている。

(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3月サービス分、償還給付4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、7,765億円となっている。

(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3,998億円、地域密着型(介護予防)サービス分は867億円、施設サービス分は2,412億円となっている。

(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

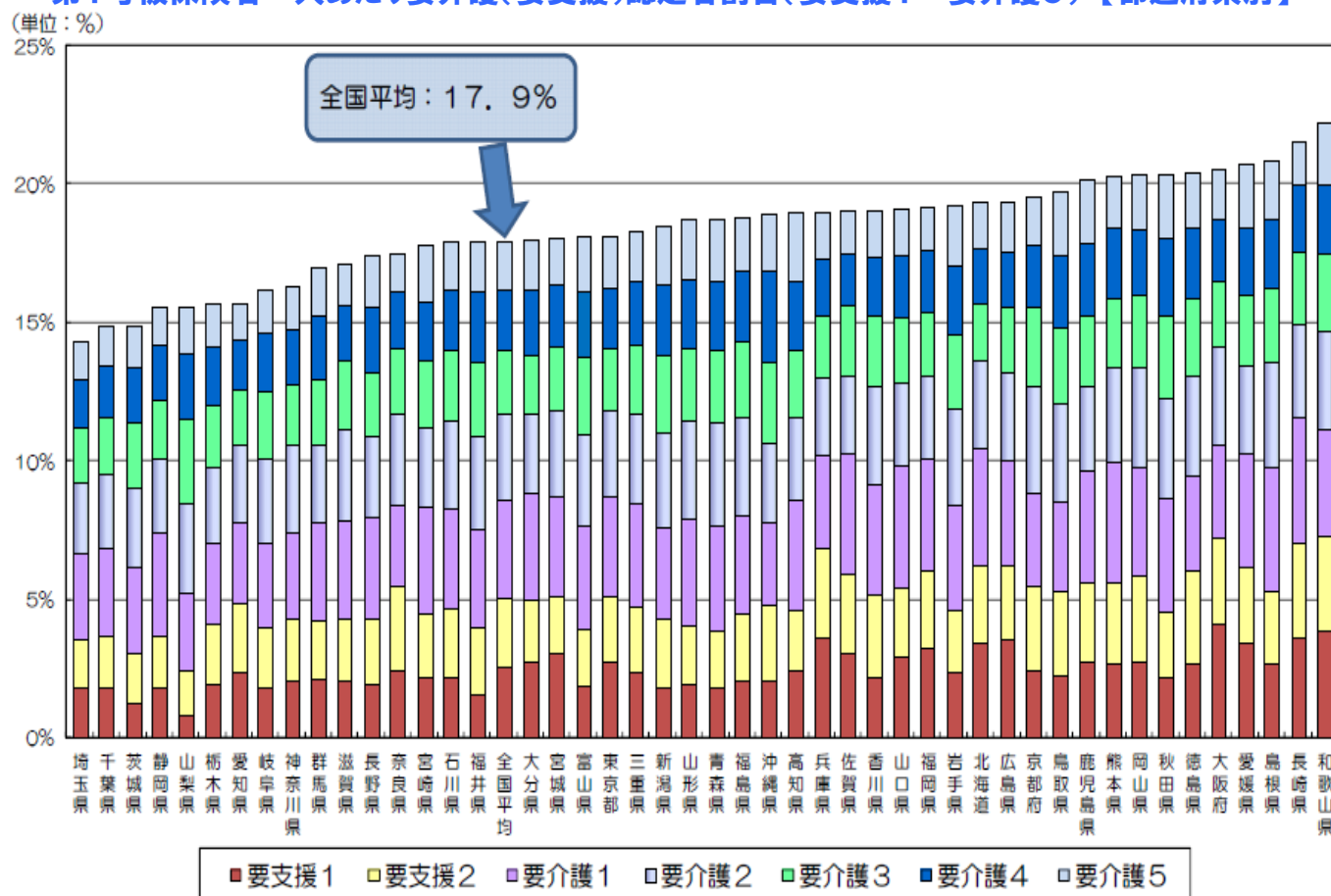
高額介護(介護予防)サービス費は145億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は47億円となっている。

(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296億円、うち食費分は187億円、居住費(滞在費)分は109億円となっている。

(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要介護(要支援)認定者割合(要支援1~要介護5)【都道府県別】



出典:介護保険事業状況報告(平成28年5月末現在)

※ 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。

介護保険事業状況報告(暫定/平成28年5月分)の全文は、当事務所のホームページ「経営 TOPICS」よりご確認ください

医療法人の透明性確保とガバナンス強化 医療法改正の概要

ポイント

- 1 平成27年医療法改正のねらいとその概要
- 2 全ての医療法人を対象とするガバナンスの強化
- 3 医療法人に求められる経営の透明性の確保
- 4 地域包括ケアを充実推進する新法人制度の創設



■参考文献

「医療法の一部を改正する法律について」平成27年度改正
(厚生労働省医政局医療経営支援課)

1 平成27年医療法改正のねらいとその概要

■ 改正医療法が順次施行へ

改正医療法が昨年9月16日の参院本会議で可決・成立し、同9月28日付で公布されました。前回の医療法改正は平成26年10月に施行され、病床機能報告制度と地域医療構想の策定を重点とし、これに続く今回の改正は、「医療法人制度の見直し」と「地域医療連携推進法人制度の創設」の2つを柱とするものです。

診療所に関係するものとしては、医療法人の経営の透明性の確保とガバナンスに関する事項の一部が該当します。

■ 医療法改正の2つの柱

①医療法人制度の見直し

- 医療法人の経営の透明性の確保及びガバナンスの強化に関する事項
- 医療法人の分割等に関する事項
- 社会医療法人の認定等に関する事項

②地域医療連携推進法人制度の創設

施行期日等については、「公布の日から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日から施行」（一部を除く）と定められており、平成28年度から順次施行されます。

■ 医療法人制度改革のねらいと主要改正項目

今回の改正では、医療法人のガバナンスの強化及び経営の透明性の確保に関する事項が盛り込まれました。

医療は、非営利性を保ちつつも、極めて公益性の高い業種とされています。過去にも株式会社参入の議論の中で、当時の経済財政諮問会議において、医療法人の非営利性は形骸化しているとの指摘を受けています。これを受けて、第5次医療法改正において非営利性を強化する目的で、新規の医療法人の設立は「持分なし」に限定され、既存の持分のある医療法人は「経過措置型医療法人」と位置付けられました。

今回の改正は、さらなる非営利性強化のために、医療法人の会計基準や役員と特殊の関係がある事業者との取引の状況に関する報告書の作成、理事の忠実義務、任務懈怠時の損害賠償責任等、医療法人の経営にかなり踏み込んだ項目となっています。

(1)医療法人のガバナンスの強化

医療法人のガバナンス強化については、平成28年9月1日より、関連する改正医療法の一部が施行されています。

2 全ての医療法人を対象とするガバナンスの強化

■ 医療法人のガバナンスの強化

平成 28 年 9 月 1 日より、医療法人のガバナンス強化を図ることを目的とする医療法人制度の見直しに関連する改正医療法の一部が施行されます。新たに実施義務が規定された項目は、医療法人の役員報酬の決定手続、監事選任時の監事の同意、理事長の業務状況報告等であり、これらを医療法に規定して明確化するものです。

また、医療法人の業務執行を担っている理事長及び理事の責任の大きさを勘案して、一般社団法人等と同様に、理事長及び理事の忠実義務、任務懈怠時の損害賠償責任等が規定されました。

(1) 役員報酬の決定手続

理事の報酬等は、定款にその額を定めていないときは、社員総会の決議によって定めると規定されました。すでに定時社員総会で役員報酬の支給限度額を決定する旨を定め、これを実施している医療法人もあると思いますが、今回はすべての医療法人に社員総会での決議が義務付けられます。

■ 改正される医療法の条文

【医療法第 46 条の 6 の 4】（一般社団財団法人関連法第 89 条を準用）

理事の報酬等（報酬、賞与その他の職務執行の対価として社団たる医療法人（財団たる医療法人）から受ける財産上の利益をいう。）は、定款（寄付行為）にその額を定めていないときは、社員総会（評議員会）の決議によって定める。

今後、議事録の提出が求められる可能性がありますので、定款の定めに従って社員総会の開催を確実にいき、かつ上記の決議事項を明記した議事録の作成を徹底する取り組みが必須となります。

(2) 監事選任時の監事の同意及び監事報酬の決議

医療法人の監事の選任及び監事報酬の決議に関する改正項目は下記のとおりです。

監事は、本社の業務又は財産の状況について、毎会計年度、監査報告書を作成し、当該会計年度終了後 3 月以内に社員総会及び理事会に提出することが義務付けられています。

これらの職務執行が可能なのかを事前に説明し同意を得る必要があるというねらいがあります。また、理事報酬と同様に、監事報酬についても社員総会による決議が義務付けられました。

■ 改正される医療法の条文

【医療法第 46 条の 5 の 4】

理事は、監事がある場合において、監事の選任に関する議案を社員総会に提出するには、監事（監事が 2 人以上ある場合にあつては、その過半数）の同意を得なければならない。

【医療法第 46 条の 8 の 3】

監事の報酬等は、定款にその額を定めていないときは、社員総会の決議によって定める。

3 医療法人に求められる経営の透明性の確保

■ 医療法人経営の透明性の確保

医療法人の経営の透明性の確保については、以下の3点が改正されます。対象となる規模については、現段階ではまだ明確になっておらず、今後の検討課題となっています。

(1) 会計基準の適用・外部監査の義務付け

医療法人の経営の透明性を確保するために、一定規模以上の医療法人に会計基準の適用を義務づけるとともに公認会計士等による外部監査が義務付けられます。

■ 改正される医療法の条文

【医療法第51条】

- 2 医療法人（その事業活動の規模その他の事情を勘案して厚生労働省令で定める基準に該当する者に限る。）は、厚生労働省令で定めるところにより、前項の貸借対照表及び損益計算書を作成しなければならない。
- 5 第二項の医療法人は、財産目録、貸借対照表及び損益計算書について、厚生労働省令で定めるところにより、公認会計士又は監査法人の監査を受けなければならない。

具体的な会計基準としては、平成26年に四病院団体協議会（*）が作成した「医療法人会計基準」の適用が義務付けられました。

（*）四病院団体協議会：一般社団法人日本医療法人協会、公益社団法人日本精神科病院協会、一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会で構成される民間病院を中心とした病院団体の協議会。

また、外部監査が義務付けられる一定規模以上の基準は、以下のとおりであり、大規模病院や複数の分院を展開している医療法人等が該当します。

■ 外部監査が義務付けられる医療法人の基準

区分	外部監査義務付けの基準
医療法人	負債額が50億円以上または収益額が70億円以上
社会医療法人	負債額が20億円以上または収益額が10億円以上

また、上記の医療法人は、貸借対照表・損益計算書をホームページ、官報又は日刊新聞紙で公告しなければなりません。

(2) メディカルサービス法人との関係の報告

本改正においては、医療法人といわゆるMS（メディカルサービス）法人を含む関係事業者との関係の透明化・適性化が必要かつ重要との観点から、毎年度、医療法人とMS法人との関係を都道府県知事への届出が義務付けられました。

4 地域包括ケアを充実推進する新法人制度の創設

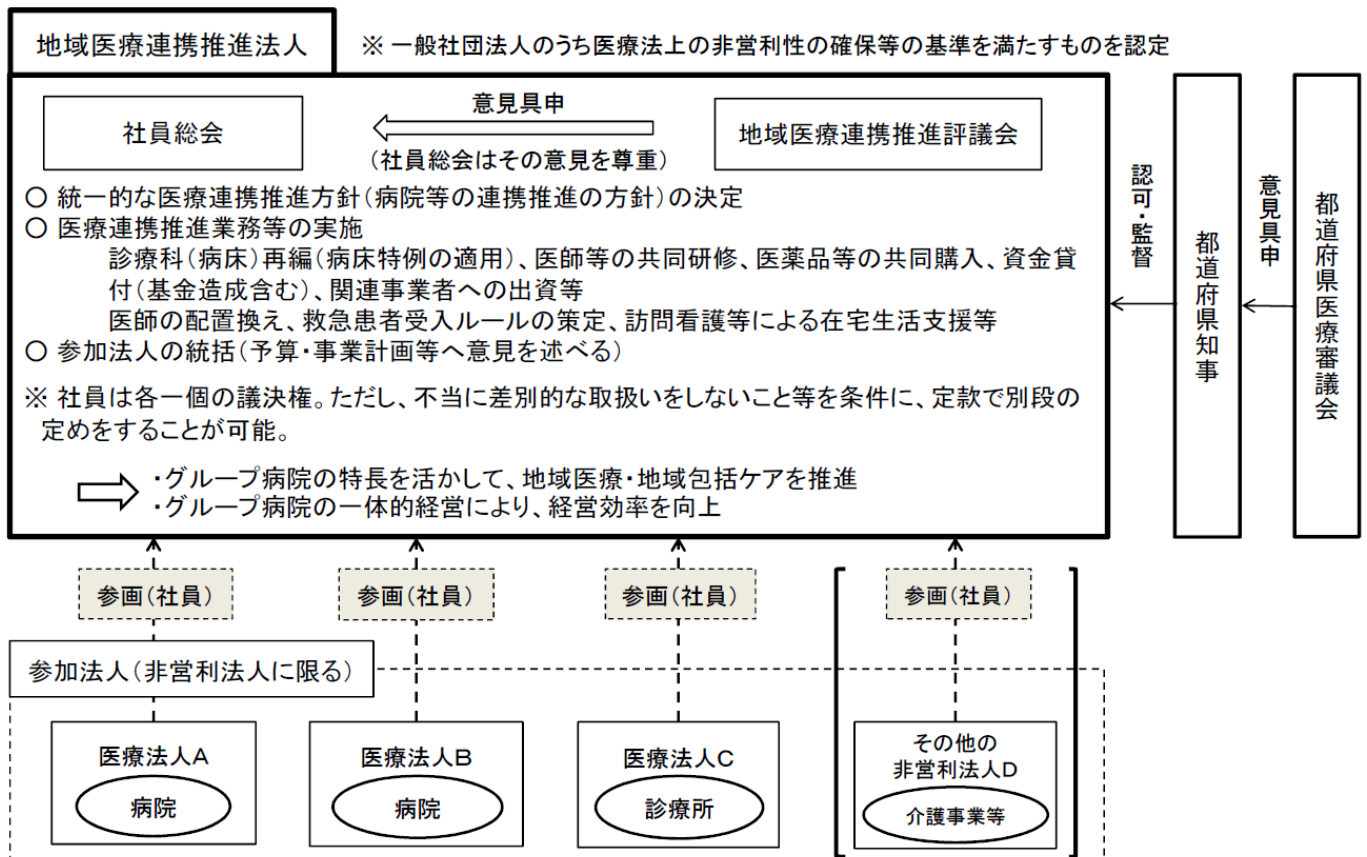
■ 地域医療連携を推進する新たな法人制度の創設

今回の医療法改正において創設された「地域医療連携推進法人制度」は、首相の諮問機関である産業競争力会議において、これまで「非営利ホールディングカンパニー型法人制度」として議論されてきました。この法人制度が、「地域医療連携推進法人制度」と名称を変えて、改正医療法に折り込まれたものです。この制度は、平成 29 年 4 月 2 日に施行となります。

(1) 地域医療連携推進法人の概要

地域医療連携推進法人とは、複数の参加法人（非営利法人に限る）が参画し、統一的に地域医療を推進する法人をいいます。

具体的には、下図のとおり、非営利法人がそれぞれ社員を参画させ、最高議決機関である社員総会を運営します。また、その社員総会に意見具申する地域医療連携推進評議会を別に組織することが必要となります。



(出典：厚生労働省 医療法人の事業展開等に関する検討会 資料より)

レポート全文は、当事務所のホームページの「[医療経営情報レポート](#)」よりご覧ください。

経営データベース ①

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: 医療事故とリスクマネジメントの現状



医療事故が多発する要因とは

医療事故の増加には、どのような要因が考えられるのでしょうか。



近年、単純なヒューマンエラーを原因とする重大な医療事故が多発しており、その原因はさまざまです。

代表的な要因として、次のような点が指摘されています。

① 制度的なしくみの疲弊

1960年に導入された国民皆保険制度の基本コンセプトは「均質・均等・平等」であったことで、いわゆる護送船団方式的な考え方のもとに質の向上を怠ったり、リスクという概念そのものを希薄にしたりしたために、制度疲労が増大した。

② 医師中心のプロダクトアウト

医師や医療施設側、つまり提供側の論理（プロダクトアウト）により運営がなされ、患者主権が一般的になおざりにされ、顧客満足の充足（マーケットイン）への転換が遅れた。

③ 技術重視(医師中心)

医師と医療技術中心の運営、および専門技能者集団による縦割り組織が、チームケアへの転換を遅らせ、さらにリスクに対する全院的な対応を遅らせた。これが国際的な品質マネジメントシステムのしくみや、産業界における同様のシステムの導入を遅らせた。

④ 医療専門職のプロ意識の欠如

医師、看護師その他の医療専門職が、戦後のいわゆる「自由」の中でプロフェSSIONALとしての倫理観や使命感を希薄にした。

⑤ 情報公開、患者主体医療の回復

IT化の推進と浸透によって種々の情報が入手しやすくなり、患者が医療における主権者としての意識を抱き始め、マスコミを通じて意見を述べるようになった。

⑥ 職員の不満

医療提供施設で働く職員（特に医師以外のスタッフ）が、その職場に生きがい、働きがいを見出すような職員満足（Staff Satisfaction）を図る仕組みの不足・不備が顕在化している。

これらの要素を複合したものが、医療事故の多発原因に結びついていると考えられています。

経営データベース ②

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: 医療事故とリスクマネジメントの現状



病院全体で捉えた場合のリスクマネジメント

病院全体を対象とするリスクマネジメントの基本的な考え方を教えてください。



病院など医療機関が抱えるリスクのうち、内部要因からみたリスクには、大きく分けて「ファイナンシャルリスク」と「ビジネスリスク」があります。

これらはいずれも、病院経営の目的達成を阻害する原因となっています。

① ファイナンシャルリスク

ファイナンシャルリスクとは、医業経営における財務面でのリスクです。医療機関を取り巻く環境の変化によって、従来型の政策的保護に基づく医業経営はもはや通用しなくなり、一般企業と同様の経営管理が求められています。

例えば、内部監査システムの構築による経営管理、ベンチマーク比較による管理統制が挙げられます。これらの導入によって、組織として目標管理や人事管理も行いやすくなり、個人に内在するリスク管理の実践にも役立ちます。

② ビジネスリスク

医療そのものに潜在するリスクが、医療機関におけるビジネスリスクです。具体的には、医療事故、医療紛争などが該当します。

かつて実施された「医療事故シンポジウム」の調査によると、以下の項目が医療事故の主要な発生原因として挙げられており、これらがビジネスリスク要因であるといえます。

- ① 診療録の不備
- ② 医師の医療知識、技術の未熟性、独善性
- ③ 薬剤の過誤使用
- ④ チーム医療の未成熟
- ⑤ 意思の疎通性
- ⑥ 施設の診療能力の不足
- ⑦ 事故対策の未熟

これらの項目に対し、組織として現有の資産（ヒト・モノ・カネ）を踏まえて、最大の活用と不足の補てんを行い、具体的な対策を立てていくことが重要です。