

医療情報
ヘッドライン

2018年度診療報酬改定について議論 生活習慣病の重症化予防が中心

▶厚生労働省

遠隔診療に関心を持つ人は8割以上 治療中断する最大の理由は費用

▶NPO 法人日本医療政策機構

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成28年10月分概数）

経営情報
レポート

医療機関の対応が急務
2015年10月施行 医療事故調査制度の概要

経営
データ
ベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:クリニックの人事制度
人事考課に期待される効果
OJTの進め方

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

2018年度診療報酬改定について議論 生活習慣病の重症化予防が中心

厚生労働省

3月29日、厚生労働省で中央社会保険医療協議会の総会が開かれ、2018年度の診療報酬改定について議論が進められた。この日の中心議題は「生活習慣病の重症化予防」で、特定健診や特定保健指導に力を入れる一方、とりわけ糖尿病性腎症の患者に着目し、重症化による人工透析導入を防ぐことを重視している。自治体などの行政とかかりつけ医との連携をさらに強化していく方針が確認された。

■糖尿病の可能性を否定できない、

20歳以上の男女推計人数は約2,050万人

生活習慣病の中でも、糖尿病予備軍と言われる人たちの割合は年々増加している。

2012年の「国民健康・栄養調査」では、「糖尿病が強く疑われる者と糖尿病の可能性を否定できない者の推計人数は約2,050万人にのぼった（20歳以上、男女計）。しかし、同調査では「ほとんど治療を受けたことがない」人が全体の29%と、3割近くにのぼることもわかっている。今から20年前の1997年には47.9%だったことを考えると、改善傾向にあることは確かだが、600万人以上の糖尿病予備群が何の対処もしていない現状は異常事態ともいえる。社会保障費が膨らみ続け、医療費が40兆円と国家予算の4割以上を占めていることを考え合わせれば、早急に対策を打たなければならないことは明らかだ。

もちろん、政府も手をこまねいてきたわけではない。2008年度からは特定健診および特定保健指導を導入し、2014年度からは特定健診とレセプトデータなどを活用した保健事業（データヘルス）も開始している。しか

し、特定健診こそ2014年度時点で平均実施率が約50%に達し、毎年100万人規模で受診者が増加しているものの、特定保健指導の平均実施率は18%と目標の45%には遠く届いていない。

■「透析予防」推進のため、

自治体とかかりつけ医の連携強化が課題

医療費削減のためには、糖尿病の重症化に伴って導入されることが多い人工透析導入数を抑制することも重要だが、予防の取り組みがしっかりなされているとは言えない状況となっている。29日の中医協総会では、厚生労働省から「糖尿病透析予防指導管理料」「糖尿病合併症管理料」「慢性維持透析患者外来医学管理料」の算定対象となっている患者について、「医療機関からの情報提供を行った」との回答がそれぞれ1%未満であると指摘。さらに、同患者が特定健診・特定保健指導を受けているかどうかもほとんどが把握していないとしている。

こうした状況を改善するには、自治体などの行政と医療機関との連携が不可欠であるものの、中医協総会に出席した委員からは「特定健診などの情報がかかりつけ医に届いていない」「保健師の数が足りていないため保健指導が十分に進んでいない」といった声も挙がっており、今後連携強化を進めていくための施策が検討される可能性が高い。同時に、生活習慣病の重症化を予防するための事業が活発化することも予想される。かかりつけ医としては、適切な診療報酬を受け取るためにも、今後の推移を見守りつつ情報収集に務めることが求められる。

遠隔診療に関心を持つ人は8割以上 治療中断する最大の理由は費用

NPO 法人日本医療政策機構

3月28日、NPO 法人日本医療政策機構は「2016年医療ICTに関する意識調査」の結果を発表した。そのうち「何らかの遠隔診療を受けてみたい」と回答した人が全体の8割以上に達したほか、生活習慣病などの慢性疾患と指摘されながら治療を開始していない人の6割近くが、遠隔診療に関心を持っていることが明らかとなった。

■テレビ電話による診療を望む人が6割以上

遠隔診療に関心を持った理由としてもっとも多く選ばれたのは「通院の手間」で、中国地方、四国地方がそれぞれ66%、62%と高かったほか、他地域もすべて5割以上の人理由として挙げているのが特徴的だといえる。遠隔診療は、過疎地域など医療資源の乏しい場所でも医療を受けやすくできる手法だとされてきたが、医療環境に関わらず潜在的な需要があることが窺える。

実際の診療スタイルに関しては、「テレビ電話をメインとして、チャットを補助的に用いる」と答えた人が48%と約半数を占め、「テレビ電話のみ」と答えた15%を含めると、テレビ電話による診療を望んでいる人が6割以上ということになる。逆に、「チャットをメインとしてテレビ電話を補助的に用いる」と答えた人が28%、「チャットのみ」と答えた人は9%であり、個人がどのような端末を所有しているかにもよるものの、医師とフェイス・トゥ・フェイスでの診療を望む人が多いことが推測できる。

また、同調査では生活習慣病の治療中断理由も聞いている。生活習慣病は定期的な受診

が必要なため、継続して治療を受けることができずに中断してしまう人も少なくないが、同調査ではその最大の理由が「通院の手間」となっているのである。「費用面の負担」を挙げている人も全体の4分の1程度と多く、世帯年収400万円未満では中断する最大の理由となっていることも判明している。

■対面診療と比べて診療報酬加算が少ない

遠隔診療は、2015年に全面解禁されたが、現行の診療報酬制度はそれを考慮した内容になっていないため、対面診療と比べて診療報酬加算が少ないとの指摘も多い。

しかし昨年11月には、経済産業省が遠隔診療の報酬を対面診療と同様に引き上げるべきと提言したほか、禁煙外来や引きこもりなどへのカウンセリング療法も遠隔診療として適用する方針となっている。

少なくとも、移動にかかる費用が必要ないことを考えれば、負担軽減につながるため、受診が増える可能性は高いといえる。医療機関側としては、いきなり診療のメインに据えるのはリスクもあるが、まだ一般化していないうちにオプションとして組み込んでおき、運用に慣れておくことが必要であろう。

なお、この調査は、全国20歳以上の男女を対象にインターネットで行われた。有効回答数は1,191で、男女比率は50%ずつ。年代別では39歳以下が35%、60歳以上が24%以上で、地域別では関東地方が36%ともっとも多く、次いで近畿地方の20%、中部地方の17%となっている。

病院報告

(平成28年10月分概数)

厚生労働省 2017年2月9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28年10月	平成28年9月	平成28年8月	平成28年10月	平成28年9月
病院					
在院患者数					
総数	1 242 451	1 241 233	1 250 433	1 218	△ 9 200
精神病床	288 743	290 093	290 610	△ 1 350	△ 517
結核病床	1 909	1 901	1 888	8	13
療養病床	286 453	288 464	289 778	△ 2 011	△ 1 314
一般病床	665 282	660 717	668 095	4 565	△ 7 378
(再掲)介護療養病床	49 012	49 805	50 015	△ 793	△ 210
外来患者数	1 341 735	1 363 068	1 365 046	△ 21 333	△ 1 978
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 750	5 823	5 850	△ 73	△ 27
(再掲)介護療養病床	2 199	2 245	2 259	△ 46	△ 14

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28年10月	平成28年9月	平成28年8月	平成28年10月	平成28年9月
病院					
総数	79.0	78.6	79.7	0.4	△ 1.1
精神病床	85.7	86.2	86.4	△ 0.5	△ 0.2
結核病床	35.3	35.2	35.1	0.1	0.1
療養病床	87.0	87.5	87.9	△ 0.5	△ 0.4
一般病床	74.0	72.9	74.6	1.1	△ 1.7
介護療養病床	91.0	91.4	91.4	△ 0.4	△ 0.0
診療所					
療養病床	57.6	58.5	58.3	△ 0.9	0.2
介護療養病床	71.1	71.7	71.7	△ 0.6	0.0

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)

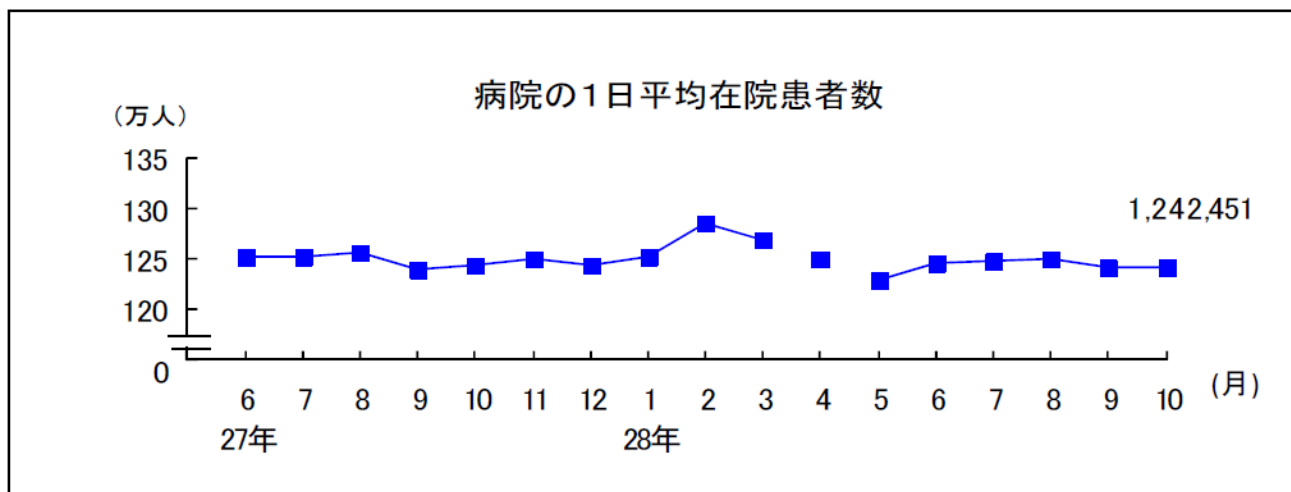
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成28年10月	平成28年9月	平成28年8月	平成28年10月	平成28年9月
病院					
総数	28.4	28.7	27.7	△ 0.3	1.0
精神病床	274.5	264.4	265.4	10.1	△ 1.0
結核病床	68.0	65.6	65.9	2.4	△ 0.3
療養病床	154.5	153.4	152.6	1.1	0.8
一般病床	16.2	16.2	15.7	△ 0.0	0.5
介護療養病床	316.9	314.3	313.6	2.6	0.7
診療所					
療養病床	99.1	96.9	95.3	2.2	1.6
介護療養病床	120.0	118.0	126.7	2.0	△ 8.7

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

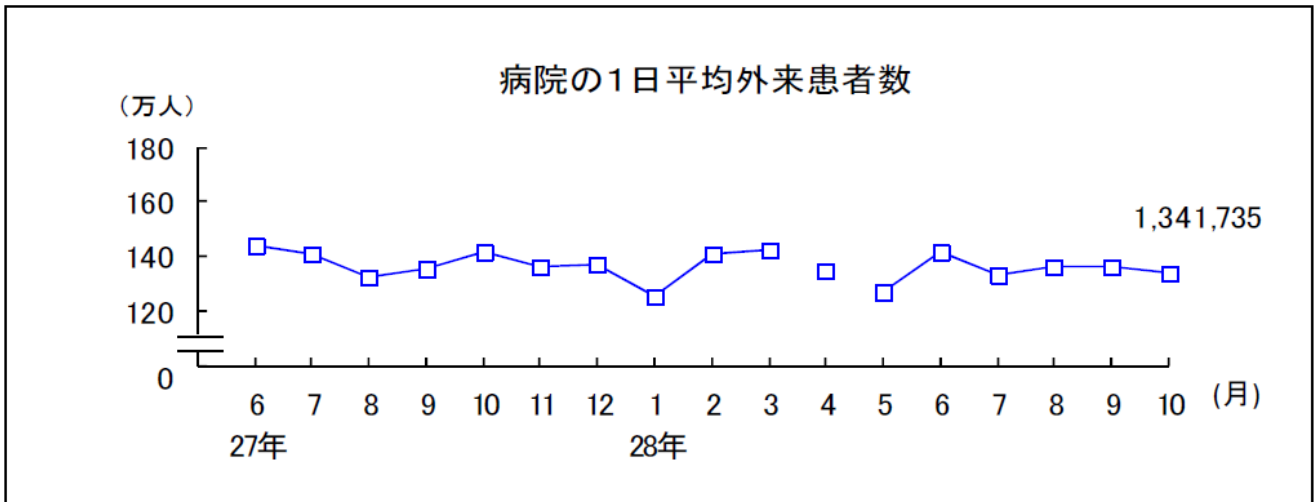
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

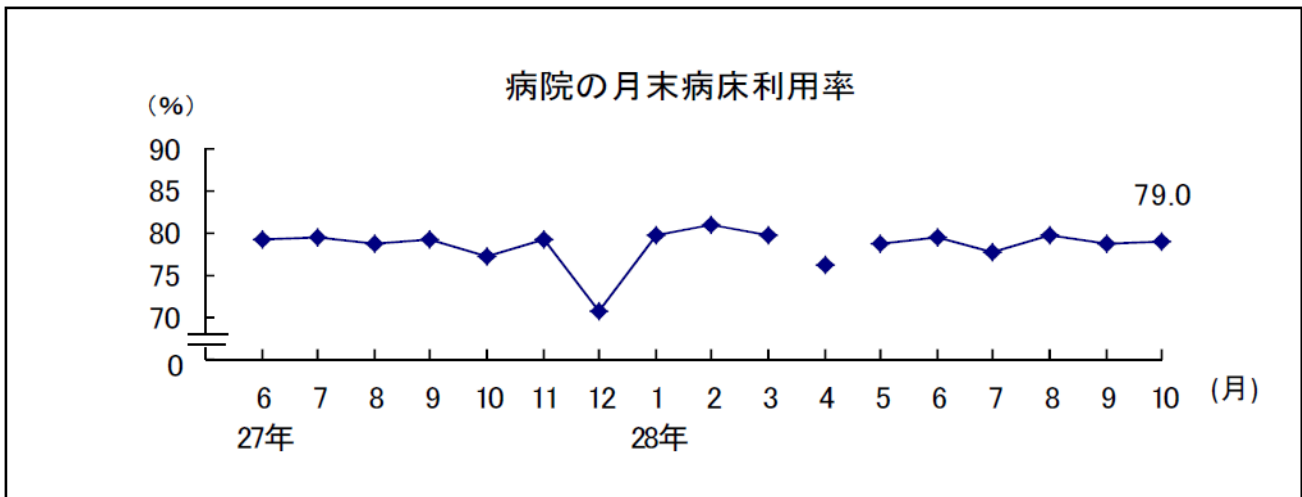
◆病院:1日平均在院患者数の推移



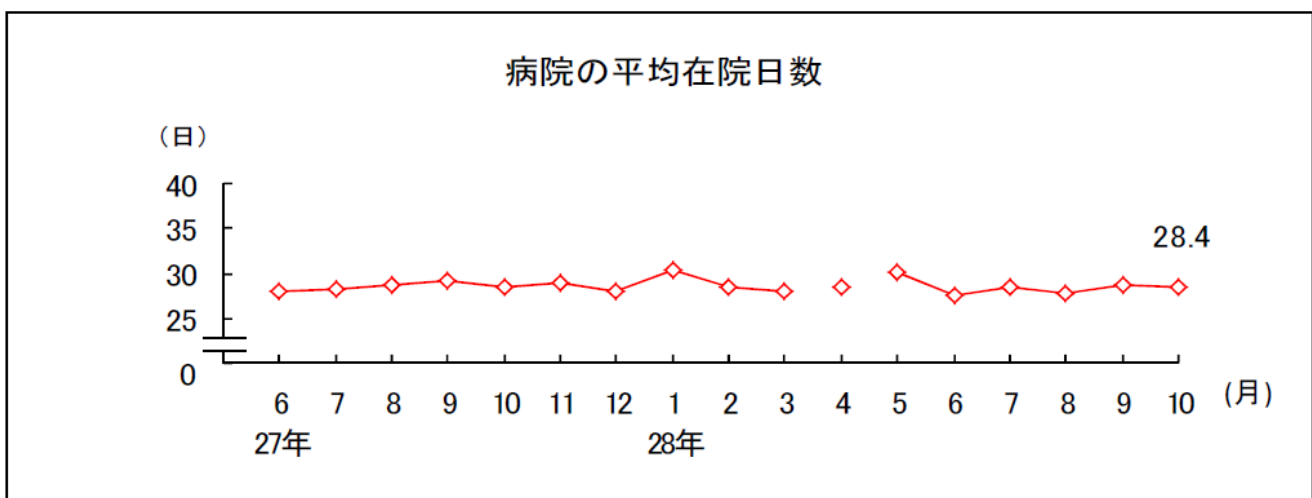
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



注：平成28年4月分については、熊本地震の影響により、熊本県の一部病院から報告がなかったため、前後の月と接続していない。

病院報告（平成28年10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。



医療機関の対応が急務
2015年10月施行

医療事故調査制度 の概要

1. 医療事故調査制度の仕組みと創設経緯
2. 本制度をめぐる基本的な考え方～医療事故の定義等
3. 医療事故に係る院内調査の方法と内容



■参考文献

- 「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する検討会」
 - 「これまでの議論の整理（平成19年8月）」
 - 「医療事故調査制度の施行に係る検討について（平成27年3月20日）」
 - 「医療事故調査制度に関するQ&A」（平成27年5月25日更新）
 - 「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する試案～第二次試案～」
- 第10回死因究明等検討会参考資料2（平成19年12月27日） 厚生労働省

1

医業経営情報レポート

医療事故調査制度の仕組みと創設経緯

■ 新たな医療事故調査制度の運用が開始

医療介護をめぐる 19 の改正法の一括法である医療介護総合確保推進法による医療法改正に基づき、医療機関の診療行為に関連する死亡・死産の報告制度が 2015 年 10 月 1 日に施行されました。報告義務を負う当事者としては、高度医療を担う特定機能病院から中小規模病院、診療所や助産所までその範囲が拡大されることとなりました。

平成 26 年診療報酬改定では、「社会保障税・一体改革大綱」に基づき、医療機関の機能分化・強化と共に在宅医療の充実が図られ、また、この方向性は平成 28 年診療報酬改定においても、引き続き取り組んでいくことが必要として、将来に向けた課題として明記されています。

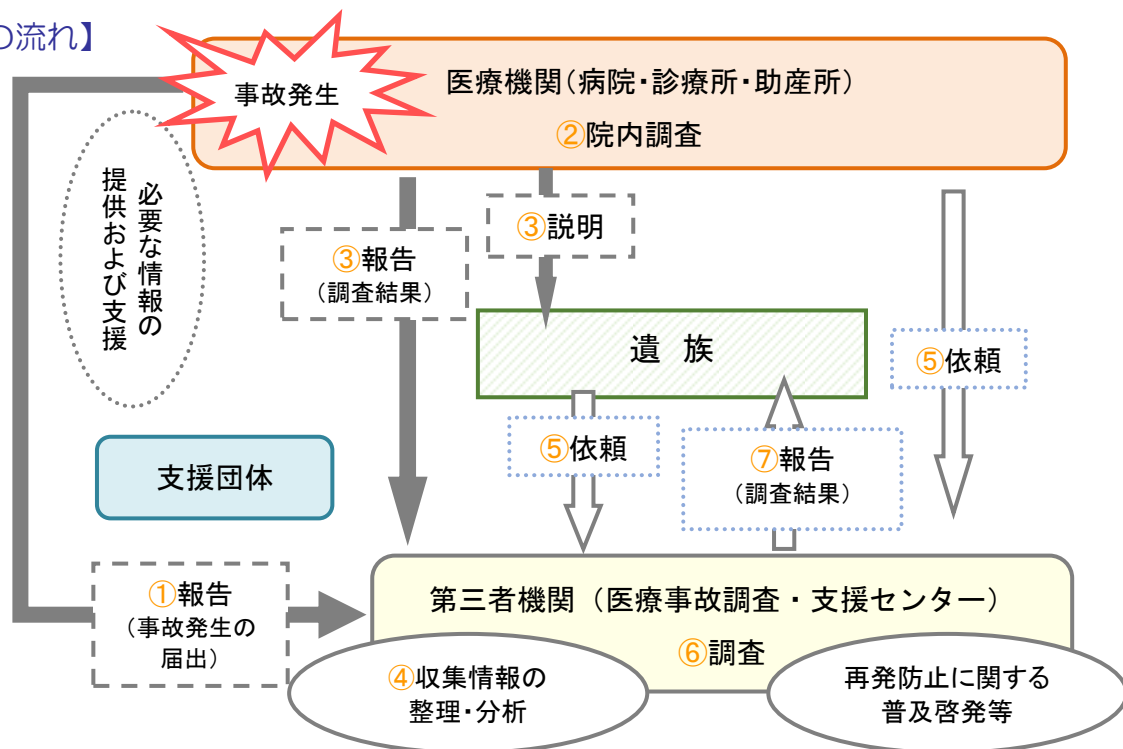
■ 医療事故調査制度の概要

医療事故調査制度は、医療機関による院内事故調査に加えて、中立的な第三者機関である医療事故調査・支援センターが行う調査を通じ、医療の安全と質向上を図ることを目的とする制度です。あくまで院内調査を主体とする制度であり、具体的な制度運用については、今後厚生労働省よりガイドラインが公表される予定となっています。

本制度における調査の流れは、次のようなものです。

■ 医療事故に係る調査の仕組み

【調査の流れ】



【対象となる医療事故】

医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産であって、当該医療機関の管理者がその死亡または死産を予期しなかったもの

■対象となる医療事故が発生した場合

【医療機関】

- ① 第三者機関に報告 → ② 必要な調査の実施
- ③ 調査結果について遺族に対する説明および第三者機関への報告



【第三者機関】医療事故調査・支援センター

- ④ 医療機関が行った調査結果の報告に係る整理・分析
- * 医療事故の再発の防止に関する普及啓発の実施



⑤ 医療機関または遺族から依頼があったもの

- ⑥ 第三者機関が調査を実施
- ⑦ 当該結果を医療機関及び遺族に対して報告

■医療機関における対応とは

医療事故調査制度は、基本的に医療機関自身が当事者となって推進することが求められていますが、実際には人材・施設の両面で、小さい組織である診療所が担うことに対する問題や不安があるはずで、特に、遺族に対する説明が義務付けられていることから、制度運用に関する事項については、正確に理解しておく必要があります。

本制度では、医療事故の①再発防止、②医療の質向上、という2点を目的としており、訴訟等の紛争解決は目的としていません。

しかし、特に民事訴訟において使用する証拠に制限はないことから、調査資料がそのまま証拠資料として使用される可能性があります。

第三者機関である医療事故調査・支援センターは、紛争解決機関ではないため、個別事案の公表は規定されていませんが、訴訟等の紛争を回避するためには、患者（遺族）との間で院内事故調査結果を訴訟に使用しないという「証拠制限契約」を締結するなどの選択肢を検討する必要も想定されます。

本稿では、制度の概要と考え方を解説するとともに、診療所が当事者となった場合に想定される準備事項を含め、医療機関に求められる取り組みを紹介します。

2

医業経営情報レポート

本制度をめぐる基本的な考え方～医療事故の定義等

■ 医療事故をめぐる基本的な考え方

医療介護総合確保推進法により成立した改正医療法のうち、医療事故調査制度に関する改正部分は、2015年10月1日に施行されました。

実際の運用にあたっては、条文に定義される「医療事故」に該当するか否かを、その事案が発生した医療機関の管理者が判断するプロセスからスタートすることになりますが、制度趣旨を踏まえて、「医療事故」や「予期しなかったもの」の定義を正確に理解し、適切に調査を進めていくことが求められています。

医療法上、本制度の対象となる医療事故は、前述のように2つの条件を満たすものが該当するとされ、次のように整理できます。

■ 制度の対象事案

	医療に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産	左記に該当しない死亡または死産
管理者が予期しなかったもの	制度の対象事案	-
管理者が予期したものの	対象事業外	-

■ 「予期していなかったもの」と認める基準

医療事故として管理者が判断するプロセスとして、前述のような「医療に起因し、または起因すると疑われる」ケースであることに加えて、当該医療の提供前に、患者等に対して説明や診療録等文書に記録していることが要件として示されています。

当該医療に管理者自身が関わっている場合を除き、死亡や死産が予期されているかどうかを事前に判断していたかどうかは、文書による記録が重要となりますが、医療安全管理委員会からの意見聴取など、様々な情報を収集して判断することが求められます。

■ 「予期しなかったもの」と判断できるケース～医療法第6条10の2

○以下の事項のいずれにも該当しないと管理者が認めたもの

1. 管理者が、当該医療の提供前に、医業従事者等により、当該患者等に対して、当該死亡または死産が予期されていることを説明していたと認めたもの
2. 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該死亡または死産が予期されていることを診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの
3. 管理者が、当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取および、医療の安全管理のための委員会（当該委員会を開催している場合に限る。）からの意見の聴取を行ったうえで、当該医療の提供前に、当該医療の提供に係る医療従事者等により、当該死亡または死産が予期されていると認めたもの

3

医業経営情報レポート

医療事故に係る院内調査の方法と内容

■ 医療機関からセンター・遺族への報告

医療機関の管理者は、前述のような医療事故が発生した場合には、厚生労働省で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所および状況を厚生労働省令で定める事項を医療事故調査・支援センターに報告する義務が定められました。

具体的には次のような事項が規定されています。

■ 医療事故調査・支援センターへの報告事項

- 医療法で定められた事項
 - 医療事故発生の日時・場所、診療科
 - 医療事故の状況：疾患名・臨床経過等、報告時点で把握している範囲
- 省令で定められた事項
 - 連絡先、医療機関名・所在地・管理者の氏名、患者情報（性別・年齢等）
 - 医療事故調査の実施計画と今後の予定、その他管理者が認めた情報

■ 医療事故調査の方法と内容

医療機関の管理者は、「医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために、必要な調査を行わなければならない」と定められています。

また、医療機関が行う院内事故調査の具体的手法については、下記のとおり省令に規定されており、必要な範囲で情報の収集・整理を行うこととなります。

■ 院内事故調査の具体的手法

- ①診療録その他の診療に関する記録の確認
例) カルテ・診療録、画像、検査結果等
- ②当該医療従事者のヒアリング
 - *ヒアリング結果は内部資料として取り扱い、法的強制力がある場合を除いて開示しないこととし、その旨をヒアリング対象者に伝える。
- ③その他の関係者からのヒアリング
 - *遺族からのヒアリングが必要な場合があることも考慮
- ④医薬品、医療機器、設備等の確認
- ⑤解剖または死亡時画像診断（Ai）については、解剖または死亡時画像診断（Ai）の実施前にとどの程度死亡の原因を医学的に判断できているか、遺族の同意の有無、解剖または死亡時画像診断（Ai）の実施により得られると見込まれる情報の重要性などを考慮して実施
- ⑥血液、尿等の検体の分析・保存の必要性を考慮

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:人材・人事制度 > クリニックの人事制度

人事考課に期待される効果

当院でも人事考課制度を導入し、昇給や賞与、あるいは昇進に活用したいのですが、具体的にはどのような効果が期待できるでしょうか。

考課基準と考課ルールを明確にし、公正な人事考課を行うことは、組織内における職員の活性化を図ることにつながります。

人事考課は、職員一人ひとりについて、それぞれ役割、職務、責任を果たしているかどうかを、自院の期待する水準に照らし合わせて評価する制度です。

例えば、「やってもやらなくても、処遇は変わらない」仕組みであれば、職員のモチベーションは上がらないうえに、自身の能力開発や、自院のサービス向上に取り組む意欲が持てない、という状況に陥りがちです。

このような状況を排除し、組織を活性化させるとともに持続的成長を図るためには、人事考課制度の導入が効果的です。

■人事考課制度の具体的内容

- 職員一人ひとりについて、自院が求める期待像（役割、任務、責任）を明確にする。
- 職員がその期待像に沿っているかどうかを定期的に評価する。
- 評価の結果を、面接等を通じて職員にフィードバックし、昇給、賞与、昇進等の処遇の決定および能力開発に反映させる。

■その主な効果

- 職員の能力と実績に応じた公正な人事管理ができる。
- 能力と実績に応じた処遇を行うことにより、職員と職場の活性化が図られる。
- 適正配置が達成でき、モチベーションの向上と業務の効率化の推進に資する。
- 職員の能力開発が進められる。

OJTの進め方

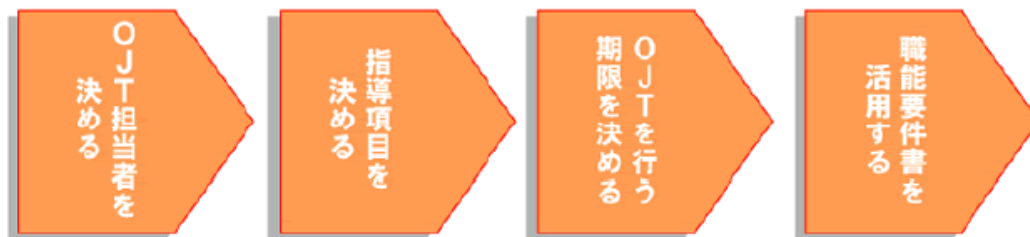
新入職員の教育のため、OJTを活用しようと考えています。早期戦略化を図るため、どのような進め方が考えられますか。

新入職員の早期戦力化を図るうえでは、人事考課制度と併せて、能力開発制度を十分に機能させることが重要です。

OJTとは「On the Job Training」の略で、新入職員に対し仕事を通じて知識や技術などを教育していく指導方法です。

新入職員と年齢が近く、面倒見のよい者をOJTの担当者に任命し、計画的に実施していくことがポイントです。

■OJTを進める手順



(1) OJT担当者

最初に、誰が誰を指導するのかを明確にします。OJT担当者を決めないで、手が空いている職員が担当するという方法では、OJTは進展しません。年齢の近い先輩職員を担当者にとすると、話も合い、新入職員からも質問や相談をしやすいというメリットがあります。

(2) 指導項目

自院の方針として、OJT担当者に指導項目と計画を明確に指示します。現場に即したマナーや接遇の基本ルール、機器等の準備手順、報告書の記入方法等、具体的かつ計画的に示します。

(3) 期限

期限を定めなければ効率も悪く、緊張感を失いがちになるため、進捗が遅れてしまいます。新入職員に対しては、仕事を習得し成果を出す期限を示し、集中して取り組ませることが重要です。

(4) 職能要件書の活用

職能要件書を作り、職員の能力段階に応じた計画を立てます。これから習得しなければならない課業を部下の等級と比較しながら、やや高いレベルの内容に設定するのが、能力開発のポイントになります。