

2014.11.25

週刊WEB

医業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

医療事故調査制度 4月指針公表
遺族の相談窓口設置などが焦点

「患者申出療養(仮称)」
平成28年を目途に実施へ

厚生労働省

内閣府

2 経営TOPICS

統計調査資料
医療施設動態調査(平成26年8月末概数)

3 経営情報レポート

地域包括ケアに対応
介護との連携・協働ネットワーク

4 経営データベース

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: 広報戦略
能力主義人事制度の導入
職能資格等級と役職制度



本社 京都市南区吉祥院九条町30番地1 江後経営ビル
TEL 075-693-6363 FAX 075-693-6565
滋賀支社 滋賀県草津市野路1-4-5 センゾウビル BLDG ZEN 5F
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540
大阪支社 大阪市北区梅田1丁目1番3 大阪駅前第3ビル31F
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578
長岡京支社 長岡京市長岡2丁目3番地14号
TEL 075-954-8575 FAX 075-952-7327

医療事故調査制度 4月指針公表 遺族の相談窓口設置などが焦点

厚生労働省は11月14日、来年10月からの施行が予定されている「医療事故調査制度」の具体的な運用指針を議論する「医療事故調査制度の施行に係る検討会」を開催した。来年2月をめどに報告をとりまとめ、4月に指針を示す流れとしている。

この制度は、対象となる事故の基準や費用負担、遺族の相談窓口設置などが焦点となっている。予期せぬ死亡事故があった場合、病院が第三者機関「医療事故調査・支援センター」に届けた上で自ら調査し、その結果を遺族とセンターに報告するなどが本制度の骨子となる。

本検討会は、医師、弁護士、法学者、医療安全の専門家、患者代表など計24人の多様なメンバーで構成されており、一方で時間が限られていることから、議論の集約に困難が予想されている。

こうしたなかで今回の最大の成果は、医療事故調査制度の目的を下記2点とし、この確認を衆目下で行ったことにある。

- ・ 事故の原因分析と再発防止
- ・ 法律に則った省令等の作成を目指す

医療事故調査制度は、医療事故の再発防止

を目的として、2014年6月に成立した改正医療法で制度化されたもので、2015年10月1日に施行される。

この日は、「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究班」(研究代表者：西澤寛俊・全日本病院協会会長)から、これまでに議論したアウトラインが示された。

それによると、医療事故に対する考え方に関し、「医療従事者が提供した医療に起因、または起因すると疑われる死亡または死産であって、当該管理者が予期しなかったものとして『厚労省令で定めるもの』」という考えのほか、管理者が医療事故に該当するかどうかを判断するために活用できる、具体的な基準や事例集をまとめた「ガイドライン」の必要性が打ち出されている。

また、検討課題として、「報告の対象となる医療の範囲」や、「予期しないものに対する考え方」、「医療事故の決定プロセスにおける、支援団体や医療事故調査・支援センターの関与のあり方」などがあげられた。今後この「西澤ガイドライン」が同制度の骨格のベースとなる。

今後の審議スケジュール案としては、11月下旬以降、月に1~2回程度の割合で会合を開き、2015年2月をめどに議論を取りまとめる。

「患者申出療養(仮称)」 平成 27 年を目途に実施へ

内閣府は 11 月 10 日、規制改革会議を開催し、「患者申出療養(仮称)」の検討状況について、厚生労働省事務当局から説明を受けた。今回の会議では、これまで社会保障審議会などの場で提示されてきた 患者申出療養の全般的な流れ、対象となる医療のイメージ、現行の健康保険法第 63 条の構造および改正の方向性、などが説明された。

例えば では、現行の先進医療 A や同 B の対象にはならないが、一定の安全性・有効性が確認された医療に、先進医療の対象を拡大することが挙げられている。

また、 では、【食事療養】【生活療養】【評価療養】【選定療養】は「療養の給付」に含まれないと定めている、健康保険法第 63 条第 2 項のなかに、患者申出療養に関する規定を新設することについて、政府内部で引き続き検討していくことが示された。

患者申出療養(仮称)とは、保険外併用療養費制度のなかに創設され、2015 年の次期通常国会に、健康保険法改正案に盛り込む形で関連法案が提出される予定の仕組みである。患者からの申し出を起点として、患者が最先端の医療技術などを希望した場合、安全性・有効性などを確認したうえで、保険外の診療と保険診療との併用が認められる。

厚労省は、2014 年 11 月 5 日の中央社会

保険医療協議会・総会や 11 月 7 日の社保審・医療保険部会などで、患者申出療養の制度の仕組みなどについて議論し、通常国会での関連法の成立を経て、2015 年をめどに実施する意向を持っている。

「患者申出療養(仮称)」の前例の有無では、次のような 2 つの流れが想定されている。

(1) 前例がない場合には、臨床研究中核病院が患者からの申し出を受け、国に対して申請、原則として申請から原則 6 週間で判断し、患者が受診できるようにする。また、患者に身近な医療機関と共同で申請することも可能とする。

(2) 前例がある場合には、臨床研究中核病院のほか、患者に身近な医療機関が、患者からの申し出を受け、前例のある臨床研究中核病院に申請、原則として申請から 2 週間で判断し、受診できるようにする。

尚、臨床研究中核病院は、現在全国で 15 力所だが、条件を満たせば追加するほか、中核病院以外でも、患者が身近な医療機関で受診できる体制を整えることを提言している。

「患者申出療養(仮称)」でも、現行の保険外併用療養と同様に、保険収載を目指す。実施計画を国が確認するほか、実施に伴う重篤な有害事象や効果などの報告を求める。

医療施設動態調査 (平成26年8月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 3施設の増加、病床数は 575床の増加。
 一般診療所の施設数は 36施設の増加、病床数は 414床の減少。
 歯科診療所の施設数は 39施設の増加、病床数は 10床の増加。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成26年8月	平成26年7月			平成26年8月	平成26年7月	
総数	178 173	178 095	78	総数	1 686 414	1 686 243	171
病院	8 504	8 501	3	病院	1 571 896	1 571 321	575
精神科病院	1 067	1 066	1	精神病床	338 861	338 915	54
一般病院	7 437	7 435	2	感染症病床	1 770	1 772	2
療養病床を有する病院(再掲)	3 854	3 849	5	結核病床	6 329	6 329	-
地域医療支援病院(再掲)	481	480	1	療養病床	329 087	328 457	630
				一般病床	895 849	895 848	1
一般診療所	100 833	100 797	36	一般診療所	114 418	114 832	414
有床	8 586	8 629	43				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	1 136	1 138	2	療養病床(再掲)	11 544	11 569	25
無床	92 247	92 168	79				
歯科診療所	68 836	68 797	39	歯科診療所	100	90	10

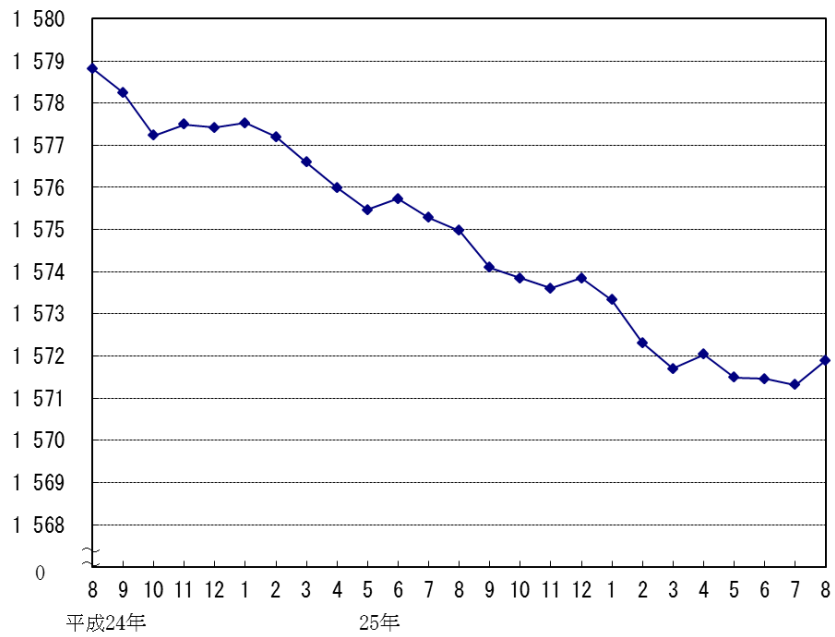
2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成 26 年 8 月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 504	1 571 896	100 833	114 418	68 836
国 厚生労働省	14	5 583	28	-	-
独立行政法人国立病院機構	143	55 196	-	-	-
国立大学法人	48	32 728	138	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 072	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 357	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	16 292	1	-	-
その他	25	3 805	364	2 250	2
都道府県	203	55 233	249	188	7
市町村	657	140 021	2 980	2 429	263
地方独立行政法人	88	33 170	17	-	-
日赤	92	36 829	213	19	-
済生会	78	21 806	53	10	-
北海道社会事業協会	7	1 862	-	-	-
厚生連	107	34 035	69	64	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	10	2 065	331	3	2
共済組合及びその連合会	46	14 701	170	10	5
国民健康保険組合	2	460	15	-	1
公益法人	274	67 108	697	333	137
医療法人	5 722	857 451	39 400	80 927	12 341
私立学校法人	110	55 833	178	65	16
社会福祉法人	200	34 479	8 782	319	33
医療生協	83	13 894	320	284	47
会社	53	11 829	2 026	30	14
その他の法人	147	30 759	615	322	86
個人	296	29 328	44 184	27 146	55 880

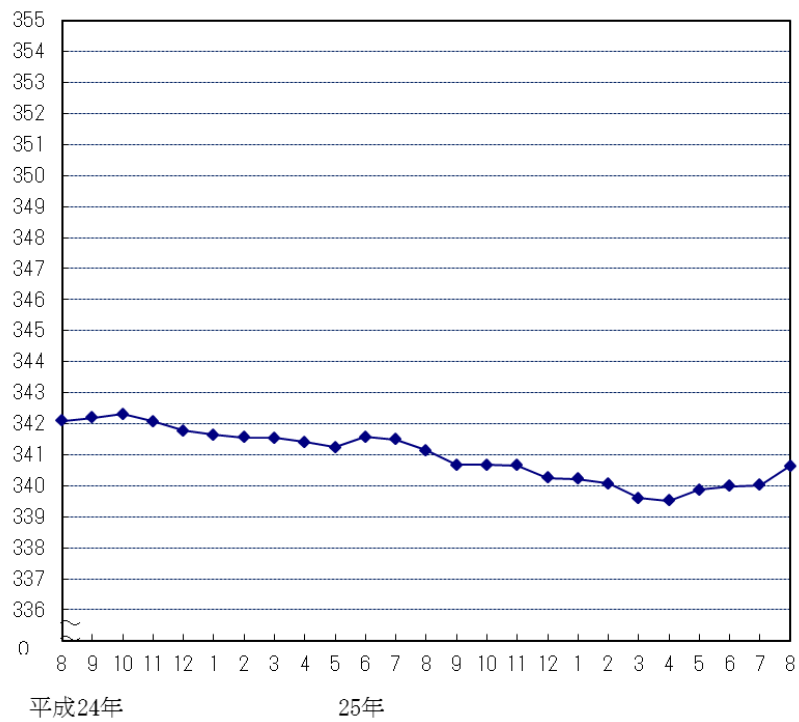
病院病床数

病床(千床)



病院及び一般診療所の療養病床数総計

病床(千床)



地域包括ケアに対応 介護との連携・協働ネットワーク

ポイント

- ① 「地域包括ケア」で国が目指す方向性
.....
- ② 介護サービスの理解と「医行為」範囲の理解
.....
- ③ 医療と介護のシームレスな連携構築のポイント
.....



1 「地域包括ケア」で国が目指す方向性

■ 地域包括ケアシステムが示す医療・介護の役割

(1) 一貫したケアを提供する「地域包括ケアシステム」の概念

医療サービスを必要とする患者の高齢化は、そのニーズの高まりに必ずしも医療機関が十分に
応えられなくなってきたという新たな問題を生じさせました。高齢化社会の将来を見据えて
示された「地域包括ケアシステム」は、医療と介護の連携強化等によって、医療から介護までを
一貫して提供するネットワークです。

「地域包括ケアシステム」構築に求められる5つの視点

利用者のニーズに応じて、以下の5点について包括的・継続的に提供される必要がある

- (1) 介護サービスの充実・強化
- (2) 医療との連携強化
- (3) 介護予防の促進
- (4) 多様な生活支援サービス（見守り、配食、買い物等）の確保、権利擁護
- (5) バリアフリーの高齢者住宅の整備

(2) 介護保険制度見直しと在宅医療ケアの将来像

2012年度に施行された改正介護保険法は、「高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する
能力に応じ、自立した日常生活を営む」ために、介護サービス基盤を強化することを目的とし
たものです。

介護保険制度改正の基本的考え方

「地域包括ケアシステム」の実現
医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく一体的に提供

持続可能な介護保険制度の構築
給付の効率化および重点化を進め、給付と負担のバランスを図る

サービス提供は切れ目なく一体的に
給付は医療と介護の役割から明確に区分

2 介護サービスの理解と「医行為」範囲の理解

■ 在宅医療に関わる診療所が知っておくべき介護サービス

2000年にスタートした介護保険制度の主要な目的には、退院後の受け皿を確保できない長期入院患者（社会的入院）の解消および自宅で療養生活を促す意図がありました。介護保険サービスを受けながら、在宅医療のケアも継続する患者の割合が増えるわけですから、地域医療の担い手である診療所を中心とする医療機関も、介護との連携が今後より重要になるといえるでしょう。在宅患者を地域が支える円滑な仕組みを構築する際には、介護の果たす役割とサービスに関する知識を備えておくことが、医療・介護間の相互理解と併せて不可欠だといえます。

介護保険で利用できるサービス

訪問介護	食事、入浴、排せつの介助や清拭、整容等 調理・洗濯・掃除等の生活援助も可能な場合あり（独居等）
夜間対応型訪問介護	夜間の定期的巡回により体位交換・おむつ交換等
訪問入浴介護	3人（通常、看護師1＋介護職2）体制での入浴介助
訪問看護	診療補助や医療機器管理、機能訓練等
訪問リハビリテーション	理学療法士、作業療法士、言語療法士等による機能回復訓練
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、保健師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士等による療養上の管理・指導
通所介護（デイサービス）	施設で行うレクリエーションや機能訓練
通所リハビリテーション（デイケア）	介護老人保健施設・病院・診療所等で行う理学療法、作業療法、言語聴覚療法等の施術
短期入所生活・療養介護	短期間だけ施設に入所して受ける生活援助（ショートステイ）

■ 介護職が実施できる行為を理解しておく

患者に対するケアを実施する際には、その作業が「医行為」に該当するかどうかによって、介護職が実施できる範囲が定められています。

2005年7月には厚生労働省が医行為の範囲を明示する通知を発し、介護職が実施できる行為を明確にしました。これを契機とし、介護職はケアの一環として、様々な行為を行うことができるようになっていきます。

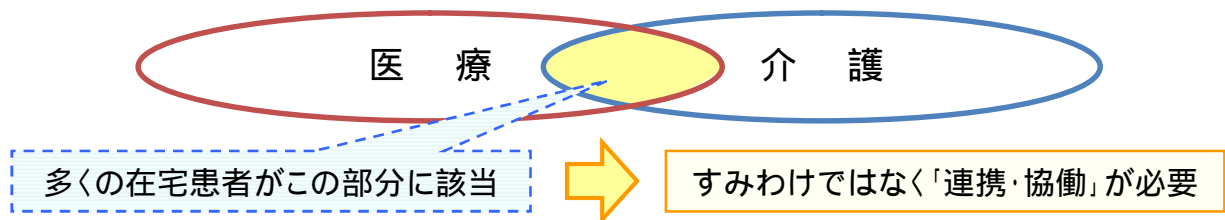
在宅医療を担う医師は、医行為の範囲を理解しておくこと、チームでのケアの際にも、介護職との役割分担を円滑に進めることができ、患者や利用者によって最適なケアの提供の実践につながるはずです。医療者側も介護に対する知識と理解を持ち、介護職との関係を深めることがますます重要になっています。

3 医療と介護のシームレスな連携構築のポイント

■ 医療と介護の役割・機能分化と連携の取り方

(1) 介護との「区分」から「連携」への移行

医療と介護が重なり合う部分について、その役割が明確に区分された結果、医療機関は医療分野のみ、そして介護事業者は介護に関連することのみという意識が強まり、本来であれば適切な情報の提供・共有によって、患者にとって必要な情報とサービスの提供が滞る場面が生じているという問題が指摘されてきました。しかし、医療者の立場で患者として介護サービス利用者に関わり、在宅で療養を続ける患者の生活全体を俯瞰できるのは、かかりつけ医となった診療所だからこそ可能だといえるでしょう。



(2) 経営的側面からみる連携の重要性

要介護状態が比較的軽度の患者に対しては、介護事業者がサービス利用者に訪問診療の利用を働きかけ、利用者がその価値を認識することによって、導入を決めるケースは少なくありません。在宅医療を提供する診療所等医療機関との連携により、退院後に地域に戻り、自宅で療養生活を送りながら在宅ケアを受ける患者も今後はより増加傾向を示すはずです。

診療所、医師が地域の介護事業者と相互に協力し、患者の生活を支援する取り組みは、今後の診療所経営にとって大きな要素であるといえるでしょう。

介護事業者が考える訪問診療にふさわしい医師の条件

* 無回答 17.7%を含む

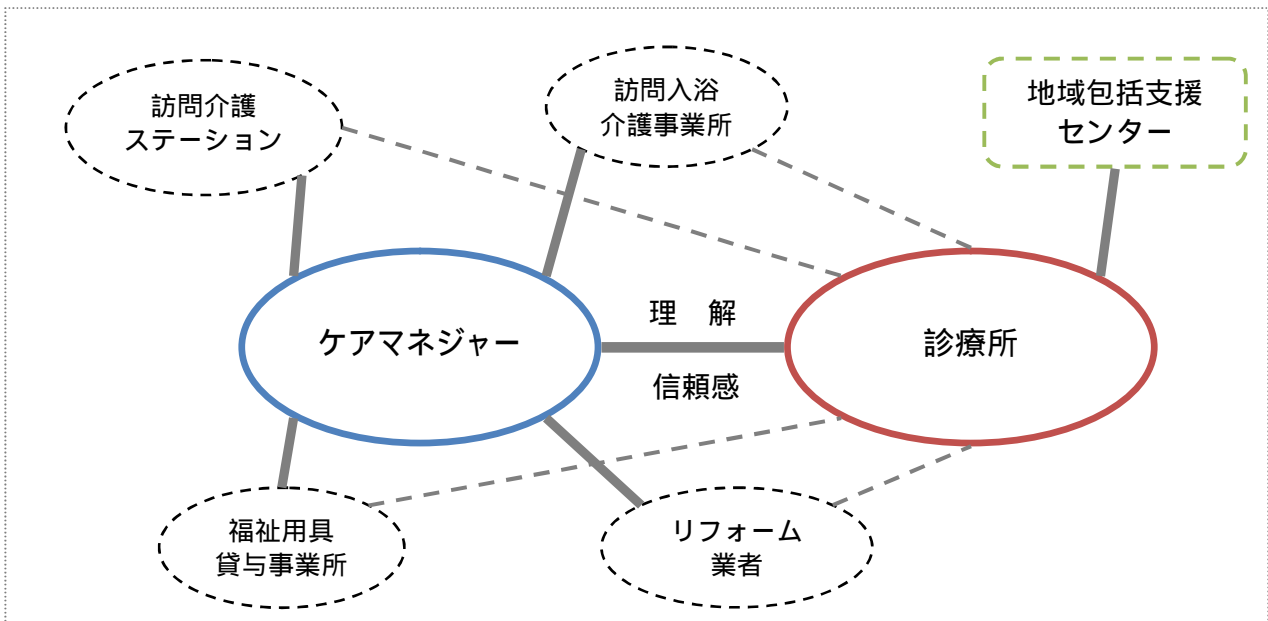
条件	割合
相談しやすい	30.2%
介護の視点を持っている	28.1%
利用者の立場でケアを提供している	18.8%
指示が明確	4.2%
高圧的でない	1.0%
説明がわかりやすい	0.0%

出典：特定非営利法人 全国在宅医療推進協会の調査結果による

介護側としては、説明がわかりやすくても在宅ケアにふさわしい医師だという評価にはならず、相談しやすい相手であることが求められている

■ 診療所と介護の円滑な連携・ネットワーク構築

(1) ケアマネジャーとの関係づくり



介護サービス利用者のケアプランを作成し、手続に関わる業務を行うケアマネジャーは、在宅療養中の患者にとって身近な存在であり、そして患者をめぐる情報交換の中心を担う立場でもあります。ケアマネジャーの仕事を理解することによって、在宅の高齢者ケアにとって良い環境を整備する近道になるはずです。

介護連携先とのコミュニケーション強化に必要なツール

- 介護に関する十分な知識
- ケアマネジャーとの良好な関係
- サービス担当者会議への出席

(2) チームとして機能するための連携強化

在宅患者の中には、自宅での生活支援が重要視されるケースもあります。

このような場合、診療所としては、医学的なアプローチで患者の生活動作を支えることを大きな目標として取り組むことが求められます。そのために、訪問看護ステーションとは必要な情報と勉強会などの機会を通じ、医療の立場から必要なリハビリテーションの実施を働きかけるなど、患者をサポートする一つのチームとして、目標到達まで最適なケア提供に取り組む姿勢が必要です。

経営データベース ①

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



能力主義人事制度の導入

人件費をコントロールするとともに、職員のモチベーション向上を図るため、能力主義人事制度を導入する際のポイントについて教えてください。



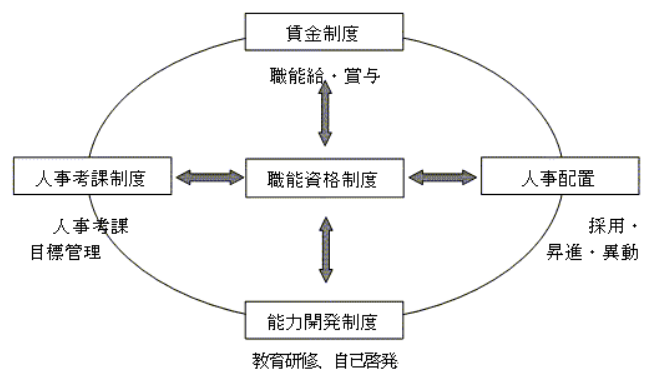
能力主義人事制度は、職能資格制度、職能給体系（賃金制度）、人事考課制度、能力開発制度という4つの柱で構成されています。

医療機関における人事制度の課題は、能力と仕事と賃金のバランスをとること、つまり能力の高さに応じて仕事のレベルを上げ、賃金を昇給するというシステムを構築し、運用することです。

具体的には、職能資格制度を軸として職員を等級格付けし、その等級に求められる能力、仕事および役割を明確化します。そして等級ごとの基準に対して人事考課を行い、職員一人ひとりの能力と基準のギャップを把握します。さらに、このギャップを埋めるために、職員は能力開発制度のもとで能力の向上に励み、その成果に対するものとして、昇給や昇進といった処遇に反映するのです。

能力主義人事制度導入の手順

職能資格制度の整備から着手し、これを軸として各制度を構築していきます。それぞれの制度は、相互に深く関連しあっているため、各制度をトータルに整備していくことが重要です。



(1) 職能資格制度の整備

能力を測る基準の整備として、職員を格付けする等級の数と内容を検討します。職務調査を実施し、等級ごとの仕事の洗い出しと求められる能力を明確にしていきます。

(2) 賃金制度の確立

職能給を中心に賃金体系の見直しを図ります。賃金制度の現状を診断し、課題の把握や今後の方向性を固めます。この診断結果をもとに、基本給の構成、手当体系の変更などを進めます。

(3) 人事考課制度の設計

能力を公平に正しく評価しない限り、人材育成と能力開発は達成できません。職能資格制度において明確化した基準をもとに、職員一人ひとりの職務遂行行動を分析し、評価結果をフィードバックできるシステムを形成します。そのために人事考課表や役割分担表を整備します。

(4) 能力開発制度の策定

職員が能力開発に励めるよう、制度化していきます。職員の意志に沿った育成プログラムの充実（研修、OJT）や、キャリア開発の計画について盛り込みます。

経営データベース ②

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



職能資格等級と役職制度

職能資格制度の導入に際して、これまで制度化していた役職と、職能資格等級はどのように結びつけばよいでしょうか。



職能資格等級では、上位等級に格付けされている職員の中から、役職者に求められる能力、成果基準を満たしている者を採用します。

したがって、役職者に相当する上位等級に昇格したからといって、全員が役職者になるというものではありません。

(1) 能力主義における役職

職能資格制度においては、能力レベルの高い者のみが上位等級に格付けされます。この上位等級に格付けされた職員の中から、役職者を任命することが必要です。

したがって、年齢や勤続年数を基準として役職者を登用することはなくなります。

(2) 役職との対応方法

本来、職能資格等級に定員はないものの、実際に任命される役職数は限られています。このため、導入当初から、ある程度柔軟性を持たせて制度を設計しておく方が運用はスムーズになります。また、職員の年齢上昇に対応するためにも、一つの役職に複数の等級を対応させる方が運用しやすいといえます。

例えば、6等級の役職に看護師長が対応している場合には、次のような関係を示しています。

6等級に昇格しなければ、看護師長になれない
6等級以上はいつでも看護師長になる資格を有する
看護師長から降職しても、看護師長になる資格は変わらない

このように、職能資格制度における資格等級と役職位との相互関連は弾力的であり、かつ資格が優先することになります。

よって、自院の実態、および今後の昇進のスピード等を念頭に置いて、資格等級に対応する役職位を設定することが必要です。