

医療情報
ヘッドライン

指定難病検討、患者の申し出をベースに ルール整備等を進め、来年度運用を目指す

▶厚生労働省 厚生科学審議会疾病対策部会指定難病委員会

がん検診、推奨年齢の引き上げを検討 過剰診断などのデメリットを考慮

▶厚生労働省 がん検診のあり方に関する検討会

経営
TOPICS

統計調査資料
医療施設動態調査（平成30年2月末概数）

経営情報
レポート

問題職員・労務トラブルの増加に対応
職場の規律作りとルールブック活用法

経営
データ
ベース

ジャンル：医療制度 サブジャンル：患者申出療養
患者申出療養のメリットとデメリット
患者申出療養の運用における「かかりつけ医」の役割

指定難病検討、患者の申し出をベースに ルール整備等を進め、来年度運用を目指す

厚生労働省 厚生科学審議会疾病対策部会指定難病委員会

厚生労働省は、8月9日の厚生科学審議会疾病対策部会指定難病委員会において、患者の申し出をベースに指定難病を検討する仕組みを構築する方針を明らかにした。

今後、ルールの整備を進めて、早ければ来年度から運用したい意向としている。

■難病診療連携拠点病院外来受診し、追加申請について相談のうえ、申し出を行う

これまで指定難病は、厚生労働科学研究費補助事業の研究班や関係学会から寄せられた情報について、指定難病委員会が要件を確認して決定してきた。

しかし、研究班が設置されていない難病については、検討の遡上に載せにくく、とりわけ小児難病の患者は、成人となった場合医療機関を移行する必要があるが、受け入れがスムーズに進んでいない現状があった。

そこで、昨年から患者やその家族が指定難病の申請を可能とする仕組みを構築することを検討し、今回要件の大枠が決定した。

まず、患者は診療情報提供書を持参したうえで、難病診療連携拠点病院の外来を受診し、追加申請について相談のうえ、申し出を行う。申出者は原則として患者本人だが、本人の状況に応じて家族や主治医、患者会による代理申し出も可能で、まだ12都県23病院しか整備されていない難病診療連携拠点病院の残りが整備された時点から、受付を開始する。

申し出ができる疾病は、難病法の難病4要件（発病の機構が明らかでない、治療方法が

確立していない、希少な疾病であって、長期の療養を必要とする）を満たしていなければならない。また、申し出の時点で研究班が存在しないことも要件となっている。

■重症度の高い患者のみを助成対象として、医療費抑制を図りたい思惑が透けて見える

また、今後さらに検討を進めるにあたり「整理が必要な論点」も挙げられた。指定難病委員会で確認を行うタイミングについては、年に数回とし、申し出の状況を踏まえて適宜見直すこととしている。そして、指定難病の検討を行う際の確認項目としては「患者数」「発病の機構の解明状況」「効果的な治療方法の有無」「長期の療養の必要性の有無」「客観的な診断基準の有無」「重症度分類の有無」が挙げられ、これらの情報を難治性疾患政策研究事業の研究班で収集・整理するものとした。

指定難病は、医療費助成の対象となっており、対象となる疾病は厚生労働相によって告示される。2015年に難病法が改正され、指定難病が56から331へと拡大した一方で、昨年末の経過措置終了によって、軽症とされた患者約15万人が対象外となった。

こうした状況を踏まえたうえで、患者申し出をベースにした仕組みを構築へと踏み切った背景には、重症度の高い患者のみを助成対象として医療費の抑制を図りたい意向が窺われる。弱者切り捨てとならないように厚労省がコントロールできるかどうか、今後の推移に注目したい。

がん検診、推奨年齢の引き上げを検討 過剰診断などのデメリットを考慮

厚生労働省 がん検診のあり方に関する検討会

厚生労働省は、8月3日のがん検診のあり方に関する検討会で、がん検診の推奨年齢引き上げを検討していることを明らかにした。

過剰診断などのデメリットを考慮し、来年度にも見直す方針だ。

■がん検診のスタートは1983年に

胃がん・子宮がん検診で、対象は40歳以上市町村が行うがん検診の推奨年齢をめぐっては、これまで紆余曲折を経てきている。

老人保健法が施行された1983年に胃がん・子宮がん検診でスタートし、1987年には子宮体部がん・肺がん・乳がん検診、1992年には大腸がん検診が追加されたが、いずれも対象は40歳以上だった。

1998年に「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」が策定されたときに、子宮頸がんと乳がんが30歳に引き下げられている。その後、乳がんは40歳に引き上げられるも、子宮頸がんは若年層の罹患率が上昇傾向にあったことから20歳以下に引

き下げられ、一方で胃がんは、2016年に50歳以上へと引き上げられている。

■検診受診率の上昇を目指すのではなく、エビデンスに基づいて推奨年齢を決める方向

推奨年齢の引き下げおよび引き上げが行われたのは、がんの早期発見・早期治療による死亡率減少効果を狙ったことによる。

一方で、がん検診でもがんが100%見つかるわけではないことや、結果的に不要な治療や検査を招く可能性があることなどが指摘されるようになった。

例えば、胃内視鏡検査による出血や穿孔、胃エックス線検査における誤嚥や腸閉塞、マンモグラフィや胸部エックス線検査、胃エックス線検査による放射線被曝などのリスクも知られるようになったほか、生命予後に影響しない微小で進行の遅いがんまで見つけてしまう「過剰診断」も問題視されるようになった。

こうした状況の変化を受け、今年3月に閣議決定されたがん対策推進基本計画では、「がん検診の不利益についても理解が得られるように、普及啓蒙活動を進める」ことを取り組むべき施策として明記することとなった。

同時に、「科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討を進め、必要に応じて導入を目指す」とも記されており、効率的な方法を求める傾向が強まってきている。

少なくとも、従来のようにただ検診受診率の上昇を目指すのではなく、エビデンスに基づいて推奨年齢を決める方向になりそうだ。



医療施設動態調査 (平成30年2月末概数)

厚生労働省 2018年5月29日公表

病院の施設数は前月に比べ 2施設の減少、病床数は 253床の減少。
 一般診療所の施設数は 60施設の減少、病床数は 380床の減少。
 歯科診療所の施設数は 30施設の減少、病床数は 増減無し。

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30年2月	平成30年1月			平成30年2月	平成30年1月	
総数	178 937	179 029	△ 92	総数	1 652 928	653 561	△ 633
病院	8 399	8 401	△ 2	病院	1 555 133	1 555 386	△ 253
精神科病院	1 057	1 057	-	精神病床	331 432	331 603	△ 171
一般病院	7 342	7 344	△ 2	感染症病床	1 848	1 848	-
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 780	3 785	△ 5	結核病床	5 135	5 165	△ 30
地域医療 支援病院 (再掲)	560	560	-	療養病床	324 846	325 222	△ 376
				一般病床	891 872	891 548	324
一般診療所	101 777	101 837	△ 60	一般診療所	97 731	98 111	△ 380
有床	7 166	7 194	△ 28				
療養病床を有する 一般診療所 (再掲)	887	893	△ 6	療養病床 (再掲)	8 940	9 015	△ 75
無床	94 611	94 643	△ 32				
歯科診療所	68 761	68 791	△ 30	歯科診療所	64	64	-

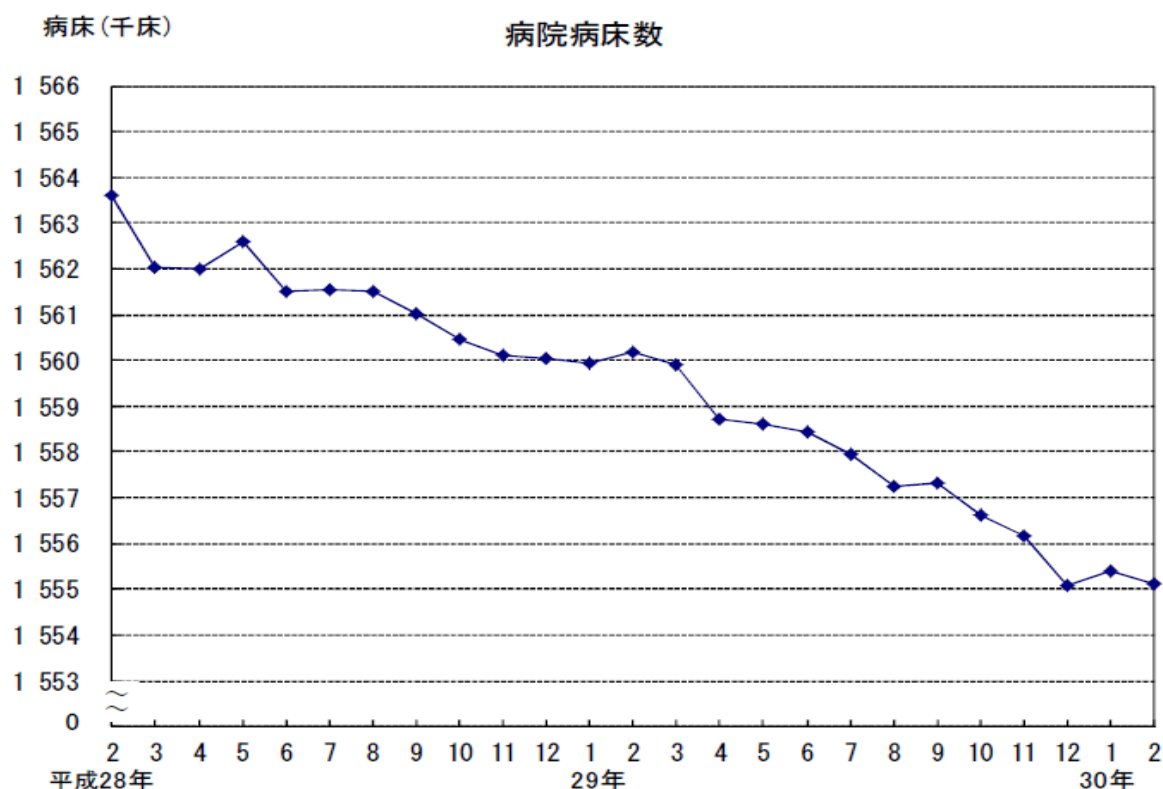
2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成30年2月末現在

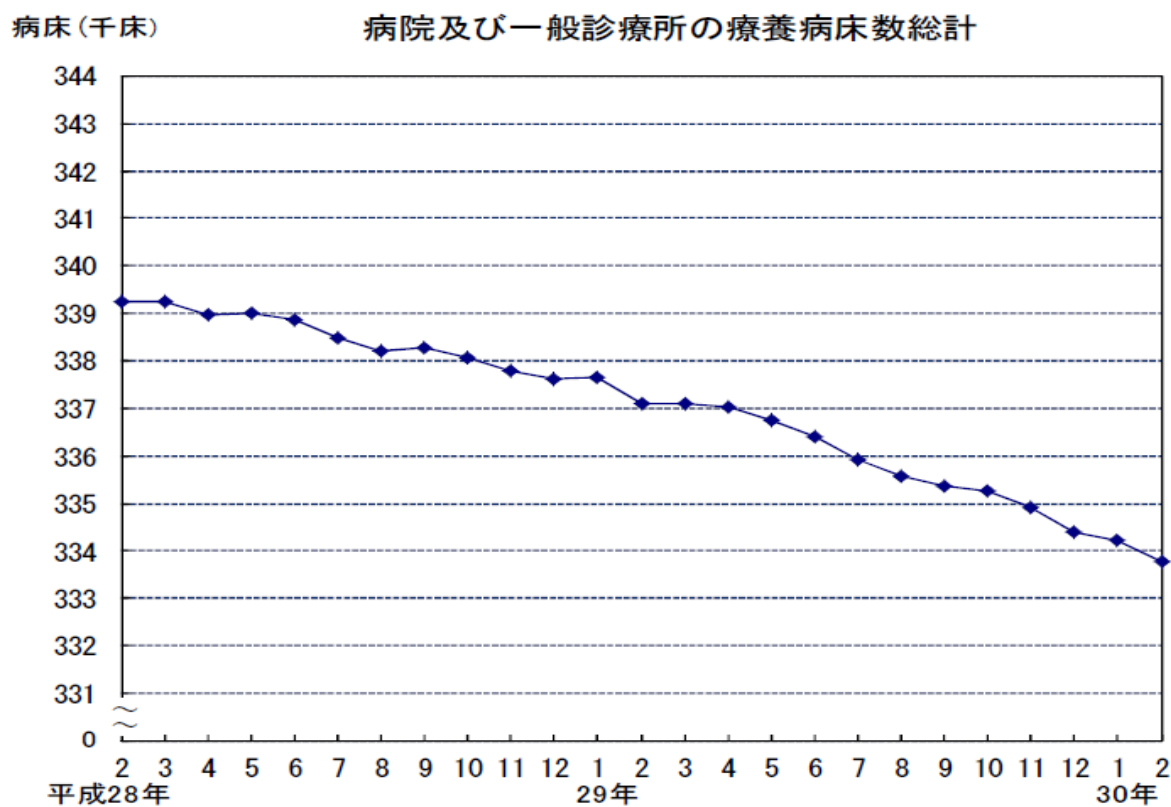
	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 399	1 555 133	101 777	97 731	68 761
国 厚生労働省	14	4 727	24	-	-
独立行政法人国立病院機構	142	54 140	-	-	-
国立大学法人	48	32 726	146	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	12 821	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 217	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 938	1	-	-
その他	24	3 728	367	2 205	3
都道府県	199	53 412	257	176	7
市町村	629	130 823	2 963	2 233	260
地方独立行政法人	100	39 654	25	17	-
日赤	92	35 935	208	19	-
済生会	81	22 130	50	-	1
北海道社会事業協会	7	1 717	-	-	-
厚生連	103	32 938	69	28	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	306	-	2
共済組合及びその連合会	43	13 754	148	-	5
国民健康保険組合	1	320	15	-	-
公益法人	217	54 490	527	303	110
医療法人	5 760	866 119	42 262	72 665	14 081
私立学校法人	114	56 110	186	38	16
社会福祉法人	201	34 503	9 687	339	36
医療生協	82	13 710	302	267	51
会社	37	9 586	1 770	10	10
その他の法人	193	40 405	717	309	104
個人	204	19 296	41 745	19 103	54 073

参 考

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査(平成30年2月末概数)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



人 事 ・ 労 務

問題職員・労務トラブルの増加に対応

職場の規律作りと ルールブック活用法

1. 職場規律の実態を把握するポイント
2. 職場規律を守るための就業規則整備
3. 職場ルールブックの作成で労務トラブル防止



1

医業経営情報レポート

職場規律の実態を把握するポイント

■ 昨今の職場規律の実態

(1) 最近の労務トラブルの傾向

労務トラブルは、相変わらず増加の一途を辿っている一方で、徐々にその質が変わってきています。かつて労務トラブルといえば、事業主からの一方的な解雇や労働条件の不利益変更によるものが中心でしたが、最近では問題行動を起こす職員をめぐって生じるものも増えてきています。

一部の職員の問題行動により職場の規律が乱され、それが組織風土の悪化につながっているという状況は増加しています。しかし、職場規律の乱れに関しては、その問題職員だけを指導してもなかなか問題解決に至らないというのが実態です。

(2) 職場規律の実態

ここ数年は、問題職員の発生などにみられるように、多くの医療機関で職場規律の低下が深刻な問題となりつつあります。

■ 職場規律が乱れる要因と影響

(1) 職場規律が乱れる要因

職場規律に乱れが生じる理由としては、職員側、あるいは医療機関・管理職側のそれぞれに要因がありますが、いずれかひとつが職場規律の乱れを引き起こすのではなく、複数の要因が複合的に重なり合って、職場の規律を乱しているのとらえるべきです。

職場規律の乱れは、基本的には職員側の問題ですが、同時に医療機関や管理職側の対応にも問題があるために生じていることがほとんどです。

若い職員と話が合わないと言う管理職は多く、文化や価値観・考え方などの相違(いわゆるジェネレーションギャップ)を認識している一方で、職場規律については、逐一教えなくてもわかるはずだと考える傾向にあります。

また、新入職員教育で、職場のルールを十分に指導している医療機関も全てではありません。本来、医療機関によって職場規律に関するルールやその基準が異なるため、自院内で具体的に教育する必要がありますが、それを怠っているために両者の認識のギャップは埋まらず、問題が解消されないのです。

加えて、最近是非正規雇用の職員が急増し、就労形態が複雑化することによって、多様な価値観を持った職員が職場に増えてきています。

そのため、職場の規律に関する認識のギャップは、さらに拡大しているのです。

◆職員側の要因

- 職員の意識に甘えがあり、わがままな行動が見られる
- 自らの言動には何ら問題な点はないと思っている、もしくは問題であるという指摘を受けたことがない
- 社会人としての一般的なルールやマナーに関する教育や訓練を受けていない
- 多少は問題だとわかっている程度なら許されると思っている
- 周囲の同僚にも問題行動をとっている者がいるので、自分も同じような行動をしても構わないと考えている
- そもそも職場のルールやマナーそのものを知らない、理解していない

◆医療機関・管理職側の要因

- ルール違反があっても、管理職が注意や指導をしていない
- 管理職が注意できない、もしくはどのように注意指導すればよいかわからない
- 職員の管理を現場の管理職に任せっぱなしにしており、悪い情報が医療機関側になかなか入ってこない
- 管理職が部下に対して注意や指導を行うときに、医療機関のフォローやバックアップがない
- 職場のルールや服務心得は当たり前のことであり、わざわざ教える必要がないと考えている
- ルール違反が繰り返されても、医療機関として制裁処分をしていない、放置している
- 職員の就業意識の変化や就業形態の多様化に対応できていない
- 職員として守るべきルールや基準を医療機関が示していない

残念ながら、「規律の問題は業務遂行上大したことではない、なんとかなるだろう」と考えている管理職は少なくありません。

そして、こうした上司は、職員にちょっとしたルール違反が見られたとしても、そのうち本人は気づくだろうと考え、都度注意指導を行うことはありません。

周囲の職員は、管理職の対応の仕方や立居振舞いを非常によく観察しています。同じ程度のルール違反であれば許されるということを知ってしまうと、ルールが機能しなくなり、次第に範が緩んできます。

また、職員が明らかなルール違反を起こした際、周囲の同僚からの注意や働きかけなどによる問題行動の改善を期待する管理職もいます。

しかし、職員間の自浄作用により職場規律が改善できるのは、成熟した組織に限られるため、多くの職場ではこのような仕組みはなかなか機能しません。

同僚に対して注意をすることは非常に勇気が必要であり、もし意見の食い違いがあれば争いの発生や人間関係にまで影響を及ぼすことも懸念されるからです。

したがって、職場規律の維持・向上は、管理職が職制を利用して図るべきなのですが、実際には管理職側の意識が相当低いケースも見受けられます。

2

医業経営情報レポート

職場規律を守るための就業規則整備

■ 職場規律における就業規則の役割

就業規則とは、働く職員の労働条件や守るべき服務規律などを具体的に定めた規則です。職員数が10人以上となったときに作成し、医療機関の所在地を管轄する労働基準監督署に届け出ることが求められます。

10人以下の医療機関では義務付けられてはいませんが、職員数が10人以下の場合も、全職員の力を効率的に発揮させ、職員同士のトラブルを防止するために、守るべき一定のルールである「就業規則」は必要です。

ルールが明確になれば、それを徹底させるためにも、違反した者に対して「制裁」というペナルティを課す必要があります。

どのようなペナルティが適用されるのかも就業規則に明記していれば、違反を防止する効果にもなります。

■ 規律を乱す職員に懲戒処分を実施する際の留意点

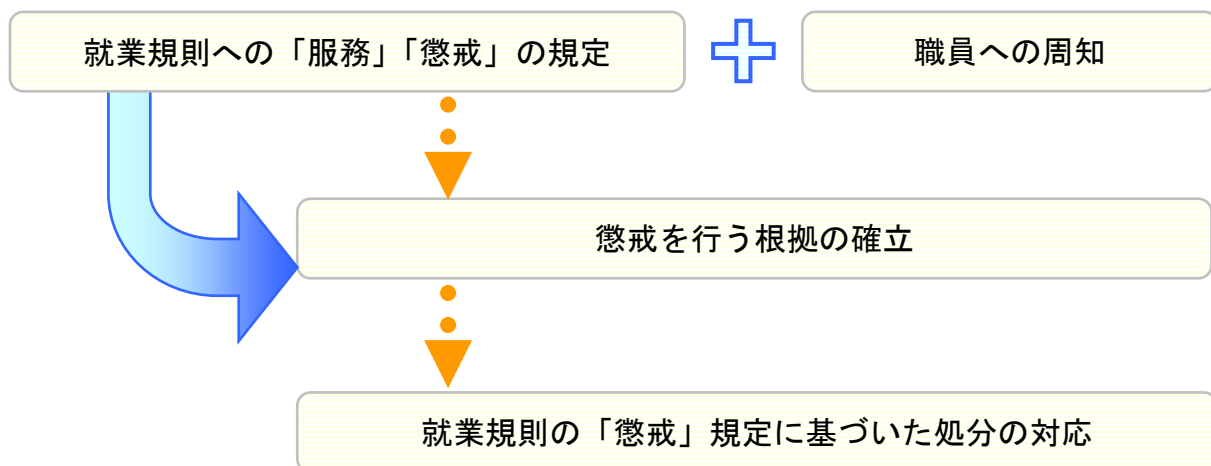
(1)「服務」「懲戒」規程の役割と必要性

医療機関において、服務として守るべき事項を守らず、院内秩序を乱したときには懲戒処分が行われるケースがあります。

ただし、権限があるからといって、職員の問題行動について制限なく懲戒を行ってよいというものではありません。

仮に、医療機関が懲戒処分をむやみに行ったとしても、手続の不備があったり、処分に妥当性がなかったりする場合には、トラブルや紛争に発展する可能性があります。そのため、懲戒を行うにあたって必要な前提条件や適正手順を押さえておくことが重要です。

◆就業規則の定めに基づく懲戒処分



3

医業経営情報レポート

職場ルールブックの作成で労務トラブル防止

■ 職場ルールブックの意義と作成上の留意点

(1) 職場ルールブック作成の意義

職場ルールブックを作成することは、職場規律を守るために非常に有効です。職場ルールブックとは、一般には就業規則上の服務心得を中心として職員が守るべき事項等をわかりやすい言葉で表現したものです。したがって、表現の違いこそあれ、就業規則と職場のルールブックとは整合性が取れており、お互いを補完する関係でなければなりません。

ただし、就業規則に規定されていても、職場のルールブックには記載されていない事項が存在するケースがある場合、職場のルールブックに書かれていることは、表現方法は異なっても、就業規則には必ず規定されている必要があることに注意が必要です。

すなわち、「職場のルールブック < 就業規則」ということです。

(2) 作成時の留意事項

職場のルールブック作成時には、以下のような点に配慮するようにします。

このほか、一般的な基準からかけ離れた条件の設定も問題となります。地域や同規模の医療機関における労働条件を踏まえ、さらに裁判例などを参考としたうえで、ルールを設定をしなければいけません。

◆ 職場ルールブックの作成に際しての留意点

- ① ルールの数は欲張らない
- ② 問題職員を特定できないようにする
- ③ 適法なものにする

(3) 職場ルールブックの院内周知と定期的見直し

職場ルールブックを上手に活用していくためには、管理職と職員双方への周知が不可欠です。周知の際には、次のような方法が有効です。

- ① 管理職への周知徹底：ルールの内容や基準を理解させるための研修会の実施
- ② 職員への周知・教育：職員にルールブックを配付し研修会や勉強会を開催

また、定期的にチェックを行い、課題の抽出と対応を行います。内容のマンネリ化を防ぐためには、1～2年ごとに内容を見直し、改定するようにするとよいでしょう。

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:医療制度 > サブジャンル:患者申出療養

患者申出療養のメリットとデメリット

患者申出療養のメリットとデメリットにはどのようなものがありますか。

患者申出療養が開始されることによって、がんなどの難治性の疾病を抱える患者やその家族にとっては、これまでの保険診療の枠の中で限定されてきた「治療の選択肢」が増えることになり、多くの高度な医療が受けられるようになります。また、日本の医薬品・医療産業にとっては、最新の医薬品などの有効性や安全性のエビデンスが確立され、健康保険の適用を評価する足掛かりとなるため、医療技術の向上と発展に繋がるとされています。

■患者申出療養がもたらすメリット

- ① 様々な患者ニーズへのフレキシブルな対応
- ② 医薬品や医療技術などの医療の質の向上
- ③ 製薬会社や医療機器メーカーなどの医療産業の競争力の強化
- ④ 保険診療における公的医療制度の費用削減効果

さらに、保険対象外の診療の拡大が、先進医療などに対応した民間医療保険の普及を後押しすることで、公的医療費や社会保障費などの医療費抑制の効果が期待できます。

■患者申出療養に懸念されるデメリット

- ① 保険外診療に伴う患者負担の増大
- ② 収入の差が医療の差に直結する不公平さ
- ③ 医療事故や健康被害増加の懸念
- ④ 公的医療制度の費用拡大

この制度は健康保険適用の範囲外であるため、「金銭的にゆとりのある人だけ高度な医療を受けることができ、それ以外の金銭的に苦しい人は、現行の健康保険範囲内の医療しか選択できない」状況を招く可能性があります。このことは、我が国の保険制度の特徴であるフリーアクセス（誰でも・どこでも・いつでも医療を受けられる仕組み）と国民皆保険制度が空洞化し、医療制度の崩壊につながる懸念が懸念されます。

また、安全性に関するエビデンスが裏付けされていない治療法などが、インターネットなどで簡単に情報を収集できることから、患者が自己判断に基づき安易な選択をしてしまうリスクも増えてきます。さらにそうした患者に対して、利益を優先する医療機関が混合診療に便乗した医療サービスも考えられるため、医療事故や健康被害の多発につながる可能性も指摘されます。加えて、先進医療に対応した民間医療保険の普及により、過剰な医療利用による混合診療の例外的な実施数が増加し、公的医療費や社会保障費が逆に拡大してしまうというリスクがあります。

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:患者申出療養

患者申出療養の運用における「かかりつけ医」の役割

患者申出療養の運用における「かかりつけ医」の役割を教えてください。

■かかりつけ医にも求められる制度等の理解

患者申出療養の手続きは、患者の申出を受けた「かかりつけ医」のアドバイスが起点となります。したがってかかりつけ医は、制度のメリットやデメリットだけでなく、この制度に関する十分な理解のもと、患者やその家族にわかりやすく説明し、同意を得ることが重要なポイントです。そのためには、図表やパンフレットなどを国や臨床研究中核病院から取り寄せたり、自院で資料を作成したりするなどの工夫が求められます。

また、先進医療の観点から、現行の保険外併用療養費制度や承認先医療機関の情報も併せて説明できるように体制を整備しなければなりません。

<p>未承認医薬品情報の収集と適切な提供</p>	<p>現在欧米で承認されている医薬品のうち、国内未承認医薬品は 200 品目あります。日本ではまだ承認に至っていない医薬品の中で、例えば「がん」に有効なものの使用に関するニーズが患者や家族から寄せられることは、十分推測できます。そのため、かかりつけ医としての診療所は、データベースなどを活用して、ドラッグラグ（新薬が実際に患者に使用できるようになるまでの時間差や遅延）の状況や必要な情報を、適切に患者・家族に提供する準備をしておく必要があります。</p>
<p>有効性及び安全性についての理解</p>	<p>患者申出療養は、患者からの申請により開始されますが、初期の段階で当該療養に関して患者からの相談に応じるとともに、患者が求める療養の有効性や安全性について理解・納得したうえで申出を行うための支援をすること、及びかかりつけ医の協力義務について規定しています。したがって当該療養がどこで実施されているのか、過去に実績のある療養なのかどうか、その場合の有効性や安全性はどうか、等の基本的な情報の提供に対しては、かかりつけ医である診療所が対応しなければなりません。</p>

■制度運用におけるかかりつけ医の役割

かかりつけ医は、患者申出療養において、保険外の最先端医療技術を保険診療と併用することについて本人の希望を確認し、申出療養の適用に向け申請を補助します。そしてその後は、かかりつけ医として、安全性や有効性を実施医療機関と協働してフォローする役割があります。

- ①患者申出療養として初めて治療を実施するものか、既に実施されているものかどうかの判断
- ②①の際の実施協力機関に関する情報提供
- ③安全性や有効性に関する実施協力機関との連携とフォローアップ