

2015.08.04

週刊 WEB

矢業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

過労死等防止対策大綱を閣議決定
労働時間と有給休暇のバランスを促進

政府

病院機能評価機構、創立 20 周年
運営の各事業を7項目に要約し、発信

日本医療機能評価機構

2 経営TOPICS

統計調査資料
介護保険事業状況報告(暫定)
(平成 27 年 4 月分)

3 経営情報レポート

主治医機能を見据えたサービス提供がカギ！
在宅復帰促進策への経営対応

4 経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:人事評価
人事評価者の研修
人事評価の留意点

過労死等防止対策大綱を閣議決定 労働時間と有給休暇のバランスを促進

政府は7月24日、「過労死等の防止のための対策に関する大綱」を閣議決定した。「過労死等防止対策推進法」（平成26年6月成立、同年11月施行）では、政府は、過労死等の防止対策を効果的に推進するため、「過労死等の防止のための対策に関する大綱」を定めなければならないと規定されている。

これに基づき、厚生労働省では、昨年12月から今年5月にかけて5回にわたり「過労死等防止対策推進協議会」を開催し、大綱案のとりまとめ作業を行ってきた。その後、パブリックコメントの手続きを経て定められたものが、この閣議決定された大綱である。

この大綱は、「過労死等防止対策推進法」にもとづき、過労死との関連性が強いと医学的知見の得られた脳・心臓疾患や、自殺につながる場合があると考えられる精神障害などの実態を明らかにするなど、過労死などの防止対策を効果的に推進するために定められた。

閣議決定を受けて、厚労省は今後、「大綱に即して、過労死をゼロにし、健康で充実して働き続けることのできる社会の実現に向けて、各対策に取り組む」としている。

大綱では、法の基本的な考え方をふまえ、
(1) 現状と課題、(2) 過労死などの防止対策の基本的考え方、(3) 国が取り組む重点対策、
(4) 国以外の主体が取り組む重点対策、などがあげられた。

(3) の国の重点対策では、(i) 調査研究など、(ii) 啓発、(iii) 相談体制の整備など、(iv)

民間団体の活動に対する支援、の方向が示されたが、現状として過労死は増加していることに憂慮せざるを得ない。

●課題～長時間労働以外の発生要因を明らかに

過労死等については、これまで主に労災補償を行う際の業務起因性について議論されてきた。しかしその効果的な防止については、未だ十分とは言えない。過労死等の防止対策には、まず長時間労働のほかに、どのような発生要因等があるかを明らかにすることが必要である。

過労死等をもたらす一つの原因是長時間労働であるが、労働時間については、平均的な労働者ではなく、特に長時間就労する労働者に着目して、その労働時間の短縮と年次有給休暇の取得を促進するための対策が必要である。また、労働時間の把握が様々な対策の前提になることから、その把握を客観的に行うよう啓発することが求められる。

メンタルヘルスについては、仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合が半数を超えており、労働者が相談しやすい環境の整備が必要である。

●大綱の見直し

社会経済情勢の変化、過労死等をめぐる諸情勢の変化、この大綱に基づく対策の推進状況等、また法附則第2項に基づく検討の状況も踏まえ、おおむね3年を目途に、必要があると認めるときに見直しを行う。

病院機能評価機構 創立 20 周年 運営の各事業を 7 項目に要約し、発信

公益財団法人日本医療機能評価機構（井原哲夫代表理事・理事長）は 7 月 27 日、創立 20 周年を機に、より一層の病院機能評価事業を充実させるため、次世代の医療機能評価における方向性をビジョンとして策定し、ビジョン達成に向けた施策を「次世代医療機能評価のアジェンダ（＊）」として冊子及びデータに収載、公表した。

*アジェンダ：ここでは「検討課題」「行動計画」

同機構は、1995 年 7 月 27 日、「医療機関に対する第三者評価の実施と、質の高い医療を提供していくための支援」を目的として発足した。病院を始めとする医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第三者機関である。主要事業は病院機能評価で、それによる認定病院は現在、約 2,300 病院（全国の約 27%）に達している。

同機構は設立以来、略称を使用せず一貫して「（公財）日本医療機能評価機構」の名称で運営してきたが、今年 7 月 27 日に創立 20 周年を迎えるにあたり、同機構を国民や医療関係者等に幅広く知っていただくため、略称（評価機構）およびロゴマーク（JQ）を定めた。

7 月 27 日、評価機構が公表した『日本医療機能評価機構の取り組み 2015』で事業内容や担当部署などについてビジョンをまとめ内外へ情報発信した。各施策は、2018 年度の運用開始を目指し検討を進めていく予定で、「次世代医療機能評価のアジェンダ」にビジョン達成への具体的施策がまとめられている。

公表された冊子には、同評価機構が運営し

ている各事業を、次の 7 項目に分けて平易にまとめられている（カッコ内は主な事業内容の要旨）。

- (1) 病院機能評価（組織全体の運営管理や提供される医療に対し、国際基準「IAP」に適合した第三者評価を実施し、一定の水準に達したと認められた病院に認定証を発行）。
- (2) 産科医療補償制度運営（分娩に関連して発症した重度脳性まひ児と家族の経済的負担への補償や、同様の事例の再発防止に向けた情報提供）。
- (3) EBM（根拠にもとづく医療）医療情報（診療ガイドラインや医療文献などの関連情報を、インターネットによる医療情報サービス「Minds」で提供）。
- (4) 医療事故情報収集等（医療事故の発生要因や背景を分析し、その予防・再発防止を目的とした情報を提供）。
- (5) 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析（薬局で発生した事例を収集・分析し、医療事故防止を目的とする情報を提供）。
- (6) 認定病院患者安全推進=PSP（「認定病院患者安全推進協議会」を通じた、患者の安全を推進する活動）。
- (7) 国際的な活動（国際医療の質学会「ISQua : The International Society for Quality in Health Care」との連携や、同国際学術総会の 2016 年東京大会開催準備。1000 人規模の出席者見込む）。

なお同機構では本年度から「医療政策勉強会」を開催して医療政策の最新のテーマ、トピックについて専門家が講演する医療政策勉強会を開催している。

介護保険事業状況報告(暫定) (平成27年4月分)

概要

1 第1号被保険者数(4月末現在)

第1号被保険者数は、3,308万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(4月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、607.7万人で、うち男性が187.5万人、女性が420.3万人となっている。

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2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、377.7万人となっている(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2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、39.2万人となっている(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(現物給付2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

施設サービス受給者数は89.6万人で、うち「介護老人福祉施設」が49.3万人、「介護老人保健施設」が34.8万人、「介護療養型医療施設」が6.3万人となっている(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 2月サービス分、償還給付 3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7,089億円となっている。

(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3,666億円、地域密着型（介護予防）サービス分は761億円、施設サービス分は2,196億円となっている（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）。

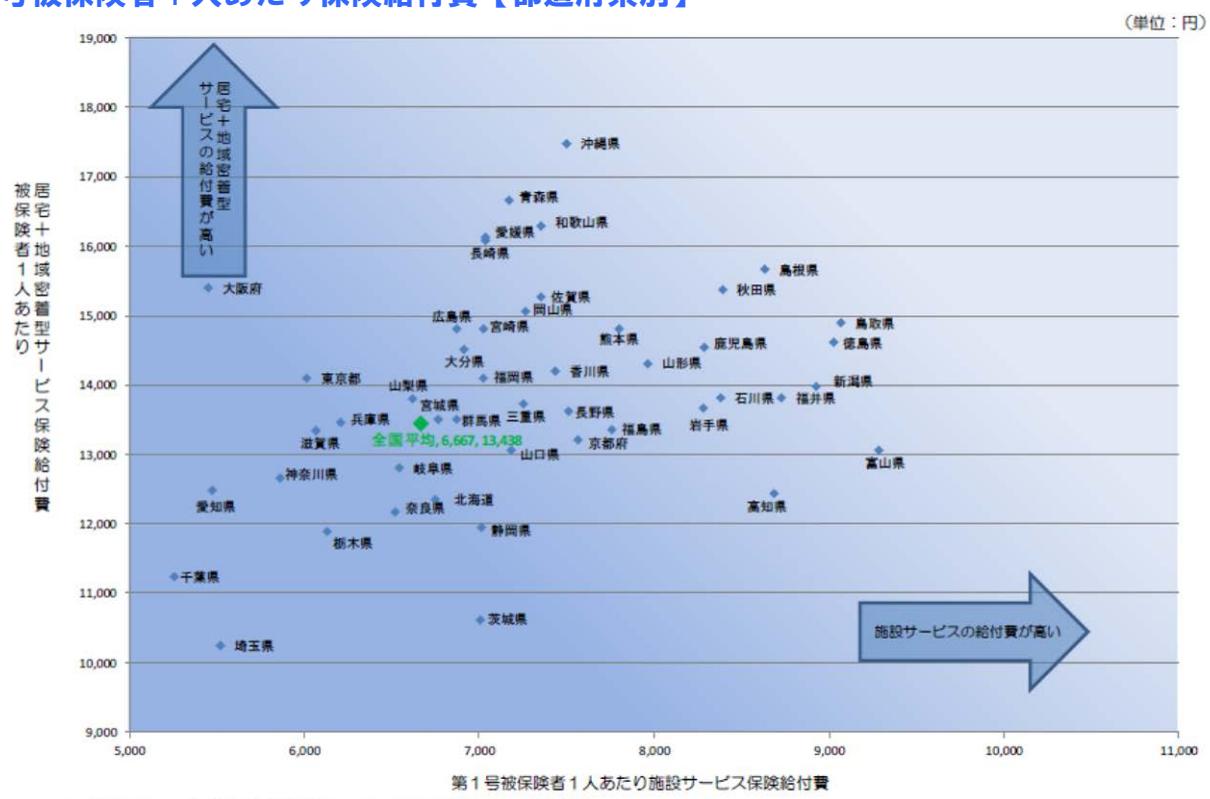
(2)再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

高額介護（介護予防）サービス費は149億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費55億円となっている。

(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261億円、うち食費分は189億円、居住費（滞在費）分は72億円となっている（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1人あたり保険給付費【都道府県別】



介護保険事業状況報告(暫定/平成27年4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。

主治医機能を見据えたサービス提供がカギ！ 在宅復帰促進策への経営対応

ポイント

- 1 在宅復帰促進策で拡大する在宅市場
- 2 在宅医療における大幅減算と緩和策への対応
- 3 主治医機能の強化で地域から信頼される診療所へ
- 4 地域包括ケアを見据えた取り組み事例



1 在宅復帰促進策で拡大する在宅市場

■ 在宅復帰率要件の拡大で増加する在宅患者

(1) 改定における要件強化

在宅復帰率とは、退院患者に占める自宅等への復帰患者の割合であり、以前は亜急性期入院医療管理料にのみ設定されていましたが、2014年（平成26年）の診療報酬改定では、7対1入院基本料をはじめとして、いくつかの病棟の基本料に対して要件化されました。

これにより在宅復帰率要件に該当する病院は、入院時点で退院に向けた調整を厳格に進めるとともに、より積極的に在宅へ患者を誘導する動きが出てくることは明白であり、今まで以上に強固な連携先確保のため、おのずと病診連携や病病連携が推進されることになります。

したがって診療所は、これらの病院と連携して、増加する在宅患者をいかに取り込むかが、今後の経営のポイントだといえます。

(2) 在宅復帰率の要件にうかがえる連携強化と診療所のスタンス

在宅復帰率は、原則として自宅へ復帰した患者数により算出されますが、それ以外にも下記への転院が自宅とみなされカウントされます。したがって、下記に示した自宅以外の特定施設においても、受け皿としての機能を強化していかなければなりません。自宅に最も近い場所にある診療所においては、在宅療養を支援する医療サービスを提供し、病院と連携しながら主治医機能を発揮することが求められます。

■ 在宅復帰率の対象となる自宅以外の施設等(7対1)



- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 地域包括ケア病棟入院料
- 療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る)
- 居住系介護施設等
- 介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)

2 在宅医療における大幅減算と緩和策への対応

■「同一建物大幅減算」の影響

(1)「同一建物・複数患者」の大幅減算

2014年度改定では、「同一建物における複数患者」いわゆる施設系在宅患者に対する訪問診療料の大幅減算が大きな反響を呼びました。こうした背景には、高齢患者を短時間にまとめて診る「まとめて診療」や「患者紹介ビジネス」など、いくつかの不適切な事例に対する厚労省の戒め的な措置として捉えるべきでしょう。

■改定前後の訪問診療料の推移

対象施設			従前		2014年改定	
機能強化型	有床	処方箋有り	3,600点	➡	同一建物居住者以外	3,600点
		処方箋なし	3,900点	➡	同一建物居住者	870点
	無床	処方箋有り	3,300点	➡	同一建物居住者以外	3,900点
		処方箋なし	1,170点	➡	同一建物居住者	1,170点
		処方箋有り	3,300点	➡	同一建物居住者以外	3,300点
		処方箋なし	800点	➡	同一建物居住者	800点
在宅療養支援	有床	処方箋有り	3,600点	➡	同一建物居住者以外	3,600点
		処方箋なし	1,100点	➡	同一建物居住者	1,100点
	在宅療養支援	処方箋有り	3,000点	➡	同一建物居住者以外	3,000点
		処方箋なし	720点	➡	同一建物居住者	720点
在宅療養支援以外	有床	処方箋有り	3,300点	➡	同一建物居住者以外	3,300点
		処方箋なし	1,020点	➡	同一建物居住者	1,020点
	在宅療養支援以外	処方箋有り	1,500点	➡	同一建物居住者以外	2,250点
		処方箋なし	540点	➡	同一建物居住者	540点
		処方箋有り	1,800点	➡	同一建物居住者以外	2,550点
		処方箋なし	840点	➡	同一建物居住者	840点

上記のように、改定後の訪問診療料は、同一建物居住者以外でほぼ現状維持、同一建物居住者では、53~76%の大幅ダウンとなり在宅医療のあるべき姿を突き付けられた形となりました。

(2)自宅対応の在宅専門診療所・後方支援病院は高評価

在宅医療については、それを担う医療機関の確保と高い在宅医療の推進をテーマとして掲げており、在宅療養支援診療所（以下在支診）に限らず、広く訪問診療を行っている診療所と、その後方支援病院について高く評価するとして、診療報酬上の加算などが設定されています。

①在宅療養後方支援病院の評価

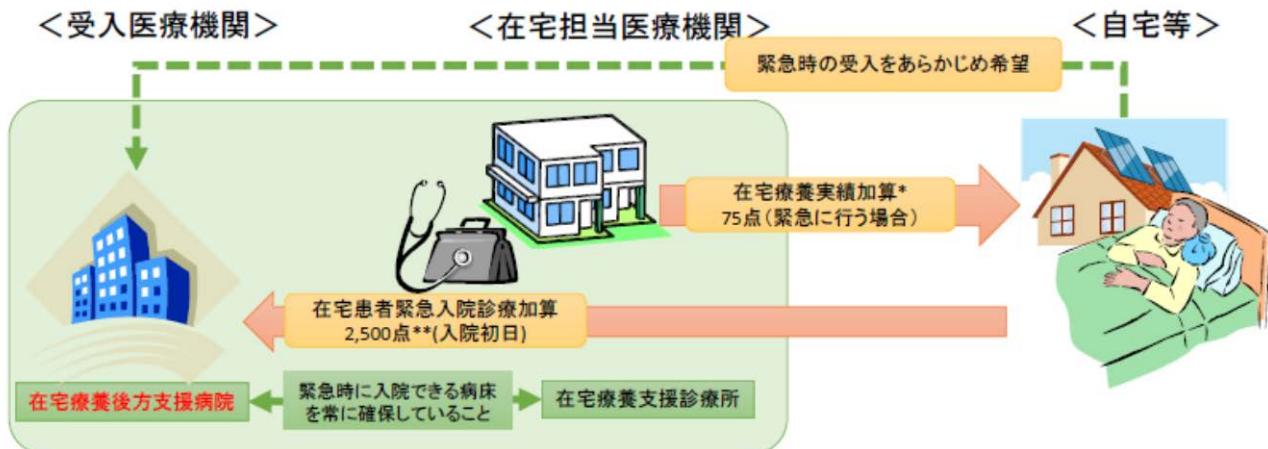
- 在宅患者緊急入院診療加算
- 在宅患者共同診療料

②在宅医療の質の強化

- 機能強化型在宅療養支援診療所等の実績要件強化
- 薬剤や衛生材料等の供給体制の整備
- 在宅歯科診療の推進
- 在宅薬剤管理指導業務の推進

③在宅医療を担う医療機関の質的確保

- 実績のある在支診の評価
- 在支診以外の在宅時医学総合管理料等の評価



* 在宅療養支援診療所で算定可能な緊急に行う往診料の加算(650点)に加えて、さらに加算する

**在宅療養後方支援病院であって、あらかじめ当該病院を緊急時の入院先とすることを希望していた患者の場合

新設されたこれら加算の算定要件としては、緊急往診や看取りの実績が必要となりますので、注意を要します（緊急往診は年10件以上、看取りは年4件以上）。

(1)「同一建物・複数患者」緩和策の概要

前述の「同一建物における複数患者」の問題は、その後『施設を訪問する医師がいなくなる』といった保険医協会からの反発もあり、厚労省では2015年3月5日に「1回の訪問で複数の患者を診療しても、それ以外の訪問で複数の日に分けて1人ずつ診療すれば減算されない」という緩和策を打ち出しました。

(2)苦戦を強いられる1人医師の診療所

緩和策がとられたとはいえ、1日1人ずつ診ることができるのはマンパワーを抱える大きな在宅専門クリニックに限られ、医師1人で外来診療を行っている診療所では対応困難なのが実情です。どうにか対応して収益を確保している診療所がある一方で、施設への訪問診療から全面的に撤退するケースも増加し始めています。

診療報酬改定による厳しい影響のもと、1人医師体制で外来診療と高齢者施設等への訪問診療を行うためには、綿密かつ実効性のあるスケジューリングと、患者情報の管理徹底が求められることはいうまでもありません。

3 主治医機能の強化で地域から信頼される診療所へ

■ 主治医機能強化策の概要

(1) 地域包括診療に係る評価の創設

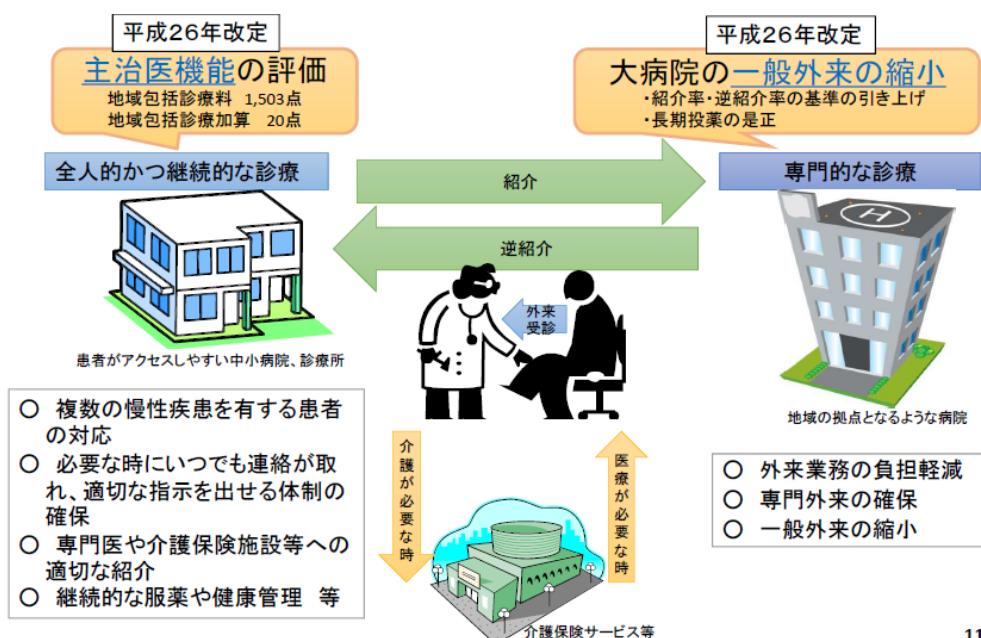
2014年度改定で新設された「主治医（かかりつけ医）機能の評価」の意義についての重要キーワードは、「地域包括診療料」及び「地域包括診療加算」です。この診療料と加算は、医師が複数の慢性疾患を有する患者を対象として、療養上必要な指導や服薬及び薬歴管理、健康管理、介護保険への対応、在宅医療の提供、24時間対応などを行う場合に算定できる外来診療における診療報酬点数です。調剤薬局などとの連携や常勤医師の必要数（3人）などの要件があり、ハードルとしては決して低いとはいえません。

中小病院とサテライト等のグループ診療所を対象として想定されている同診療料は、月1回算定1,503点と比較的高く設定されましたが、一般診療所を対象とした同加算は1回20点と著しく低い設定となっていることから、なかなか踏み切れないままであるのが実情のようです。

(2) 診療所が担う外来機能と役割分担

主治医機能の評価は、基本的には対象となる高齢者の患者に対して継続的・全人的な医療を提供する医師をかかりつけ医として評価するという趣旨であり、外来機能の役割分担という観点から、以下のように診療所を位置づけています。

■ 外来機能の役割分担



11

（出典：厚生労働省保険局医療課）

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。

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: 人事評価



人事評価者の研修

人事評価の公平性を確保していくためには、評価者の教育が重要だと聞きました。具体的に何をしていけばよいでしょうか。



人事評価制度を運用する場合、評価者の能力や考え方などで評価結果に差が出るようでは、人事評価は成立しません。

そこで、全評価者が人事評価制度の導入目的を正確に把握し、評価方法を学ぶことで、マネジメント能力を高めることが必要です。

(1) 評価者教育のねらい

●人事評価のルールの理解

●評価基準の統一

人事評価の対象となる仕事も院内で同一のものはないし、去年と全く同じではありません。状況の変化に対応するためにも、定期的に評価者教育を行います。

(2) 評価者教育の種類

評価者教育は、その目的やレベルに応じて4つの区分に分けられます。

種類	内容	対象	実施時期
必要に応じて実施するもの	人事評価制度導入時の研修	人事評価制度の概要の説明と、それに関連する研修（基礎研修と同様の内容） 全評価者	人事評価制度の導入時
	人事評価制度改定の説明会	改定した内容の説明と、それに関連する研修 全評価者	人事評価制度の改定時
定期的に実施するもの	評価者基礎研修	管理職の役割、人事制度についてと人事評価の基礎理論 初めて評価者になる職員	評価者の立場に昇進した直後
	評価者応用研修	事例の検討、面接実習による応用研修 評価者基礎研修を終えた評価者	1年に1度、人事評価実施時期の前

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: 人事評価



人事評価の留意点

人事評価者は、どのような点に配慮し、評価を進めていけばよいでしょうか。



好き嫌いや個人的な感情にとらわれずに、客観的かつ公平に人事評価を行なわなければなりません。また、その結果に自信と責任を持つことも必要不可欠です。

(1) 観察を通じ、事実のみをとらえる

人事評価は、日常業務において発生した事実の観察を基に行う必要があります。噂やイメージで、「Aさんは一生懸命やっている」などと評価をしては、人事評価者によって評価結果はバラバラになります。

このため人事評価者は、部下の仕事ぶりを常日頃観察する必要があります。その観察を基にした評価結果であるならば、部下の納得は得られやすいものになります。

(2) 職務上の行動を対象にする

部下に与えられている職務に関する行動や結果を、人事評価の対象とします。職務と直接関係のない個人的行為や、プライベートでの出来事は一切評価しません。

(3) 私情を排除し、公平性を保つ

管理者であっても、好き嫌いや個人的な感情を持つ可能性は否めません。しかし、人事評価は組織がそのメンバーを評価する制度であり、個人的に行うものではありません。また、目的の一つに職員の能力開発が挙げられています。

したがって、私情にとらわれることなく、客観的かつ公平に行う必要があります。もし公平性に欠ける人事評価であるならば、職員の納得は得られず、人事評価は成功しません。

(4) 評価者としての責任と役割を認識する

人事評価を公平に行い、部下の能力開発に結びつけることは、管理者の重要な役割です。常に部下を育成するという観点から、人事評価に取り組む必要があります。