

医療情報
ヘッドライン

厚労省の2017年度予算(概算要求) 31兆1,217億円で実質的に過去最大

▶厚生労働省

税制改正で医業承継時の相続税等の改善、 設備投資控除、特別償却率優遇等を要望

▶日本医師会

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告(平成28年4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:資格基準
資格基準の構築
役割資格等級フレーム

厚労省の2017年度予算（概算要求） 31兆1,217億円で実質的に過去最大

厚生労働省は8月30日、2017年度予算における「概算要求」の概要を公表した。

一般会計（年金や労働保険などの特別会計は含まない）の要求・要望額は、31兆1,217億円と、2016年度当初予算額に比べて2.7%増にあたる8,108億円が増加し、実質的に過去最大規模となる。

そのうち6400億円は高齢化による自然増であり、年金・医療などに関する経費は、29兆1,060億円で、前年度比2.3%増の6,601億円増となっている。

■新規事業の要求は30億3,600万円

財務省は、高齢化による増加分を5000億円以下に抑えるように要望しており、年末に向けた予算編成の焦点になる。新規事業では、30億3,600万円を要求する「地域枠修学資金による医師確保の推進」事業で、地域医療支援センターのキャリア形成プログラムと連携した地域枠医学生に割り振る。

厚労省の「主要事項」では、①子どもを産み育てやすい環境づくり、②地域包括ケアシステムの構築に向けた安心で質の高い医療・介護サービスの提供、③「働き方改革」の推進などを通じた労働環境の整備・生産性の向上、④女性、若者、高齢者、障害者等の多様な働き手の参画、⑤健康で安全な生活の確保、など9項目を挙げている。

●厚労省「主要事項」の主な内訳

②について

- (i) 医療・介護連携の推進：3兆482億円
- (ii) 質が高く効率的な医療提供体制の確保

：622億円

(iii) 医療分野のイノベーションの推進など

：1,058億円

(iv) 安定的で持続可能な医療保険制度の運営の

確保：11兆5,795億円

(v) 安心で質の高い介護サービスの確保

：2兆9,907億円

(vi) 預防・健康管理の推進など：781億円

⑤について

(a) 感染症対策：292億円

(b) がん対策、肝炎対策、健康増進対策

：1,148億円

(c) 難病などの各種疾病対策、移植医療対策

：1,549億円

(d) 健康危機管理・災害対策の推進

：4億1,000万円

(e) 医薬品、薬物等に関する安全・信頼性の確保

など：19億円

(f) 食の安全・安心の確保など：128億円

■優先課題推進枠は339億7,600万円

医政局の2017年度の概算要求額は2,061億8,300万円で、前年度に比べて225億600万円・12.3%の増額要求となっている。

このうち「新しい日本のための優先課題推進枠」は339億7,600万円で、主な内訳は①質が高く効率的な医療提供体制の確保：59億2,000万円、②健康・予防づくりの推進：4億3,000万円、③医療分野の研究開発の促進：45億2,000万円、④医療の国際展開の推進：11億9,000万円、⑤防災・減災の取り組みの推進：212億3,000万円などとなっている。

税制改正で医業承継時の相続税等の改善、設備投資控除、特別償却率優遇等を要望

8月24日に日本医師会が公表した「2017年度 医療に関する税制要望」は、多岐にわたりその内容も分厚い。2017年度に要望とした内容をジャンル別にみると、①消費税対策、②医業承継時の相続税・贈与税制度の改善のほか、③事業税の非課税・軽減税率措置の継続、④医療用機器の所得税・法人税特別償却の拡大・延長、⑤病院・診療所用の建物耐用年数の短縮などから構成されている。

■重点要望項目の中の注目ポイント

①では、社会保険診療などの消費税は診療報酬に上乗せされているため、個別の医療機関の仕入れの違いに対応できないと指摘し、特に設備投資を行う医療機関に大きな消費税負担が生じていると主張した。消費税負担が診療報酬の上乗せ分を超過した場合、超過分を医療機関に還付すべきと要望した。

社会保険診療などに対する消費税については、現行の制度を前提として「診療報酬への上乗せ分を超過した消費税負担がある場合に、超過分の還付を行う」という措置を講じる必要があり、この措置導入までの間は「青色申告書を提出する医療機関が、医療の質向上などに向けて一定の固定資産を取得した場合に10%の税額控除・即時償却を認める」などの特例を設けるべきであると要望した。

②では、医業承継時の相続税・贈与税制度を次のように改善することを要望した。

- ・持分の定めのある医療法人
相続税・贈与税の納税猶予制度を創設
- ・認定医療法人
相続税法第66条第4項の適用を受けない

よう必要な措置を講じた上で期限を延長

- ・出資の評価方法の改善

個人の相続税・贈与税・所得税に関して、「医業承継資産の課税特例」として、相続や贈与で医業に用いる土地・建物・機械・棚卸資産を取得した場合、例えば5年程度の医業継続と資産保有を要件に、課税対象額を5割控除する課税特例制度などの創設を求めた。

■事業税の非課税措置の継続を要望

③では、社会保険診療は公的価格であり、国民に医療を提供する公益性の高い事業で様々な制約が課されており、事業税を課すことは不適切として非課税措置の継続を求めていた。他方、医療法人は営利目的の開設が認められず、剰余金配当が禁止されているなど、一般法人と質的に異なると指摘し、事業税に関して、特別法人の軽減税率措置を引き続き存続させるよう要望した。

④では、病院等での医療機器等への設備投資は、国民に対する質の良い医療提供に不可欠であり、手厚く保護されるべきと指摘するが、医療機器等の特別償却制度は、中小企業者等が機械装置等を取得した場合の中小企業投資促進税制に比べて見劣りするとし、同投資促進税制と同等の所得税・法人税に関する「特別控除制度の導入」、「特別償却率の引き上げ」、「適用対象の取得価額の引き下げ」をした上で、「適用期限の延長」を要求している。

⑤では、所得税・法人税に関して、医学や医療技術の急速な進歩に応じて機能の陳腐化が著しいといわれる病院・診療所用の建物の耐用年数の短縮を要望している。

病院報告 (平成28年4月分概数)

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4月	平成28年3月	平成28年2月	平成28年4月	平成28年3月
病院					
在院患者数					
総数	1 249 322	1 269 286	1 286 147	…	△ 16 861
精神病床	287 980	288 712	288 997	…	△ 285
結核病床	1 866	1 809	1 808	…	1
療養病床	291 758	293 599	293 918	…	△ 319
一般病床	667 665	685 110	701 366	…	△ 16 256
(再掲)介護療養病床	50 926	51 196	51 416	…	△ 220
外来患者数	1 348 199	1 428 868	1 406 335	…	22 533
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 958	6 120	6 152	△ 162	△ 32
(再掲)介護療養病床	2 290	2 358	2 355	△ 68	3

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。

注3) 平成28年4月分については、熊本地震の影響により、熊本県の病院1施設から報告がないため、集計から除いている。以下も同様。

2 月末病床利用率(各月末)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成28年4月	平成28年3月	平成28年2月	平成28年4月	平成28年3月
病院					
総数	76.2	79.6	80.9	…	△ 1.3
精神病床	85.7	85.5	85.7	…	△ 0.2
結核病床	35.0	32.7	32.8	…	△ 0.1
療養病床	88.3	88.7	89.0	…	△ 0.3
一般病床	68.6	74.4	76.6	…	△ 2.2
介護療養病	91.9	91.3	91.3	…	△ 0.0
診療所					
療養病床	58.1	58.3	59.7	△ 0.2	△ 1.4
介護療養病床	71.3	70.8	71.4	0.5	△ 0.6

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

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)

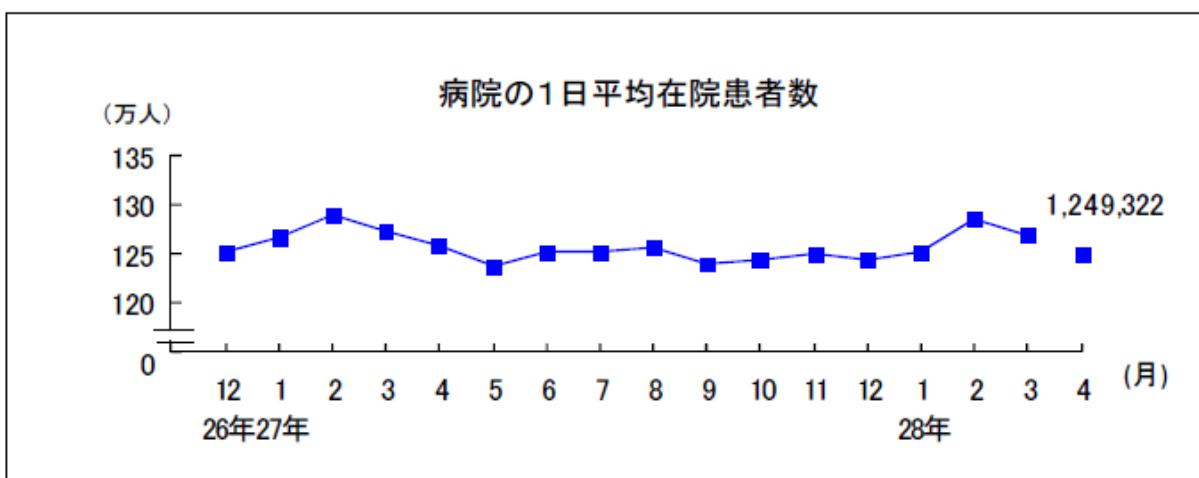
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成28年4月	平成28年3月	平成28年2月	平成28年4月	平成28年3月
病院					
総数	28.6	28.1	28.4	...	△ 0.3
精神病床	262.3	262.3	270.6	...	△ 8.3
結核病床	64.5	65.3	61.5	...	3.8
療養病床	148.7	146.4	148.9	...	△ 2.5
一般病床	16.2	16.1	16.5	...	△ 0.4
介護療養病床	299.9	308.4	315.6	...	△ 7.2
診療所					
療養病床	97.1	97.3	97.1	△ 0.2	0.2
介護療養病床	121.1	118.6	120.9	2.5	△ 2.3

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

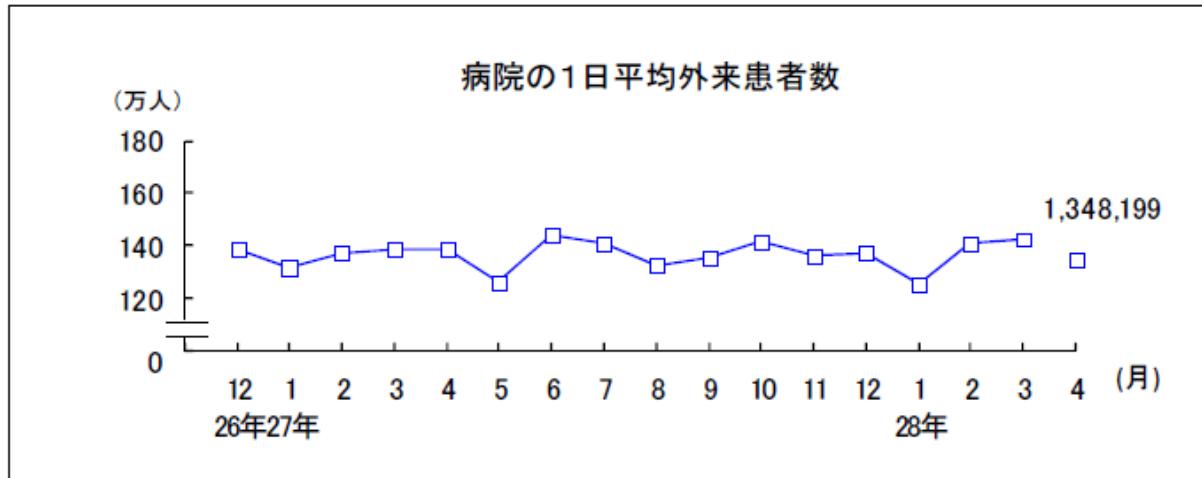
ただし、療養病床の
平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院} \\ \text{患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床から} \\ \text{移された患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{退院} \\ \text{患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床へ} \\ \text{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

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

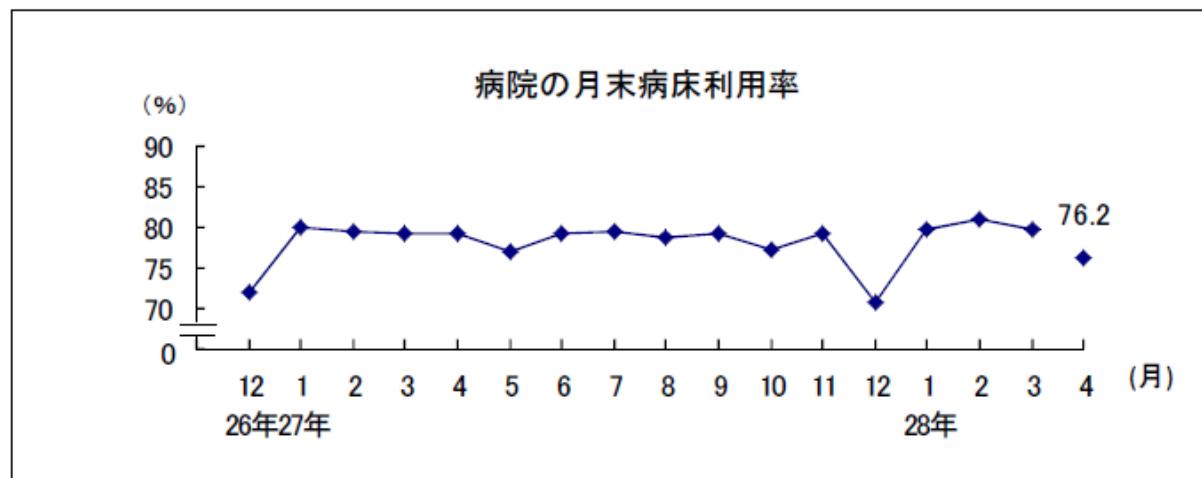
◆病院：1日平均在院患者数の推移



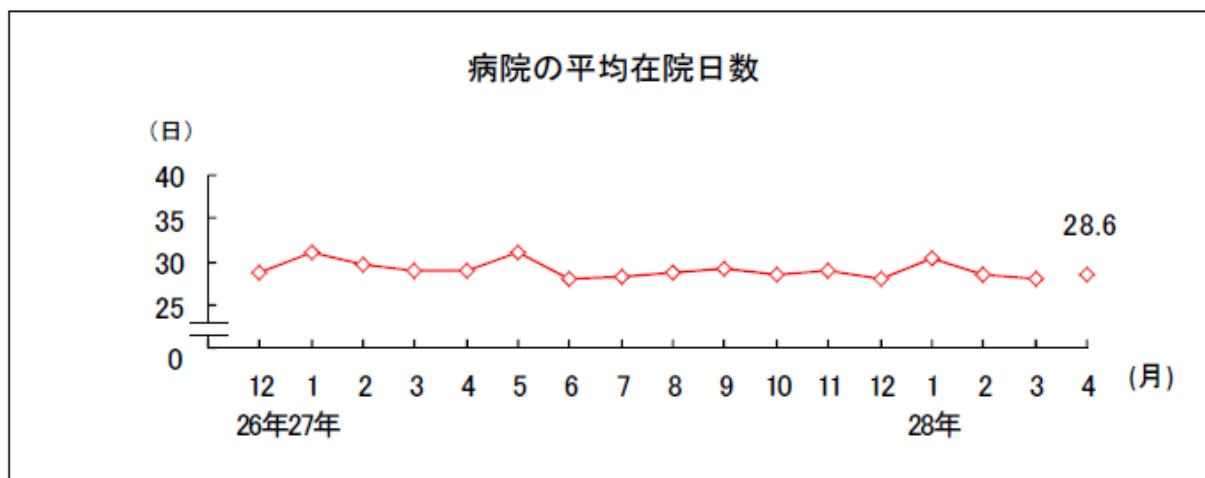
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



病院報告(平成 28 年4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

ポイント

- 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した。

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、将来に向けた課題として明記されています。

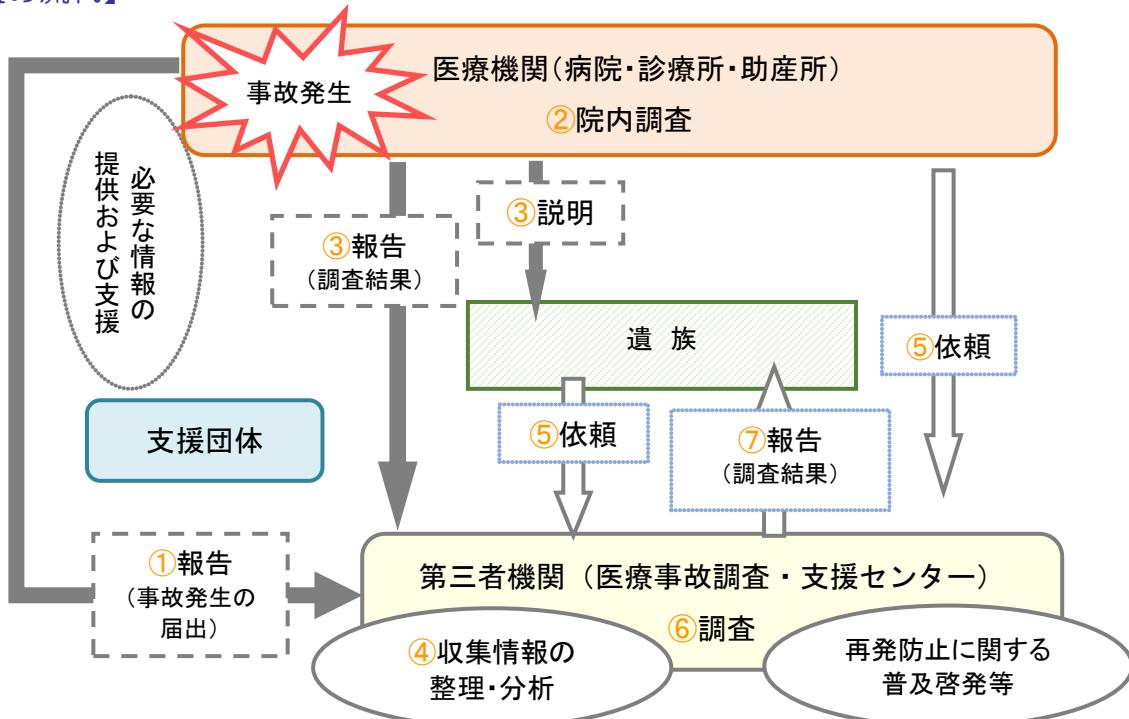
■ 医療事故調査制度の概要

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す。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ではありません。

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 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		

■ 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。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

- 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
- 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
- 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ないと認めたもの

3 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・整理を行うことになります。

■ 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。

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：資格基準



資格基準の構築

職員の資格基準は、どのようなステップで構築すればよいでしょうか。



経営ビジョンを達成するためには、職員一人ひとりが役割を分担し、これを果たすための責任と必要な能力を明示する必要があります。人事制度の構築は、これを明示するための基準作りから始まります。

資格基準とは、病院が経営ビジョン達成のために、職員一人ひとりに求めるこれら「役割責任」「発揮能力」の基準を明示したものです。この基準に沿って、職員の等級を決め、仕事分担、能力開発、評価や処遇といった各制度を組み立てて運用します。

従来の医療機関、特に多職種が集まる病院の人事制度においては、職種（保有ライセンス）の違いをベースに採用形態や給与、教育等が運用されていました。

しかし、チーム医療による効率的で質の高い医療提供が求められる中では、縦割り組織ではなく、横の連携を重視した組織作りが必要です。



そのため、職種を重視した組織体制や人事制度を改め、役割と能力を基準とした資格（等級）をベースにした運用がカギになります。保有資格ごとの専門性を追求するのはもちろんですが、経営ビジョンを達成するための組織としての役割とは、資格の壁を取り扱うことなのです。

■資格基準のステップ

●step 1 役割資格フレームの設計

役割資格フレームの枠組み設計、等級数、役割・能力基準、該当役職等の検討

医局	看護部門			診療技術部門					看護部門		事務	
医師	看護師	准看護師	看護助手	薬剤師	診療放射線技師	理学療法士	作業療法士	臨床検査技師	管理栄養士	介護福祉士	ホームヘルパー	介護支援専門員

医局	看護部門	診療技術部門	看護部門	医局
		役割 レベル4		
		役割 レベル3		
		役割 レベル2		
		役割 レベル1		

●step 2 役割責任・発揮能力の詳細化

職務調査による役割・能力の洗い出し、役割責任・発揮能力の分類とグレードの決定

●step 3 役割基準の運用ルールの検討

新入職員、中途採用職員の格付けルールの検討、昇格、降格ルール等、配置転換の検討

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：資格基準



役割資格等級フレーム

役割資格等級フレームの設計方法及び、役割と等級の関連付けについて教えてください。



■役割資格フレームの枠組み設計

役割資格フレームとは、人事制度全体の設計図に該当し、病院で必要な役割と役割を果たすために必要な能力の基準を等級ごとに定義し、職員の組織上の位置づけを明確にしたものです。このフレームを軸にして、評価や処遇といった他のシステムを連動させて運用します。最初に全部門・職種に共通するものを作成し、その上で部門と職種については、それぞれ病院内での位置付け、仕事の内容、役割分担、必要能力も異なるため、病院共通のフレームを細分化する作業を行います。

■役割と等級の関連付け

役割の重要度や困難度は「等級」で表現します。経営ビジョンを達成するためには、院内においてどのような役割が、またどう分担すれば、最も効率よく達成できるかを十分議論することが必要です。この役割が固まれば、役割の重要度・困難度に応じて、段階別に区分したものを見等級という形で示し、必要な

役割	等級	発揮能力	職種									
			管理職		専門職				総合・一般職			
方針具現者		経営	院長	副院長								
			部長	事務長								
利益創出者		管理	医局長									
			師長	科・課長								
サービス提供者	4	判断			医師	看護師・准看護師	薬剤師	診療放射線技師	OT・PT	管理栄養士・栄養士	事務職	非専門職
	3	育成										
サービス提供者	2	一般常識										
	1	専門知識・技能										

役割や発揮能力の深さを表現します。等級をどのくらいの数にするかは、病院の職員構成、人事施策、将来の発展予想等に基づいて決定します。つまり、役割にふさわしい肩書と責任、権限を「役職」を通じて与えることが重要です。職能資格制度では、能力向上に伴い昇格するため各等級には職員数の制限はなく、4等級以上の職員であれば主任になる資格を有し、仮に降格となつても等級は変わらないといった運用がなされています。このように、職能資格制度における等級と役職との相互関連は弾力的であり、等級を優先させることになります。

しかし、ビジョン達成型人事制度の資格基準については、あくまで役割を優先するため、必要な役割を分担し、同様の役割を何名で実施するのかを十分検討する必要があります。役職者の数と該当する役割区分の職員数は等しくなり、昇格には定員があります。つまり、限りあるポストに就くのは、最適任者のみであることを前面に打ち出すことによって、年功的な運用を可能な限り、排除することができます。