

医療情報
ヘッドライン

来年度診療報酬のマイナス改定を提案 少なくとも2%半ば以上の引き下げが必要

▶財務省 財政制度等審議会財政制度分科会

回復期リハ病棟のアウトカム評価 実績指数の基準値引き上げ等を提示

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成29年4月分概数）

経営情報
レポート

医療機関の対応が急務
医療事故調査制度の概要

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
ホームページ作成のポイント
ホームページのアクセス数向上対策

医療情報
ヘッドライン
①

来年度診療報酬のマイナス改定を提案 少なくとも2%半ば以上の引き下げが必要

財務省 財政制度等審議会財政制度分科会

10月25日、財務省の財政制度等審議会（財政審）財政制度分科会が開かれ、来年度の診療報酬改定についてマイナス改定を提案し、「少なくとも2%半ば以上の引き下げが必要」として、医療費の伸びを抑えたい意向を示した。

調剤報酬や介護報酬も引き下げが必要としており、医療、製薬、介護の各関係団体からの強い反発が生まれることは避けられない状況となっている。

■国民医療費は、過去10年で年平均2.5%のペースで増加を続けている

財政審が診療報酬のマイナス改定を提案するのは、年々増え続けている国民医療費が背景にある。過去10年で年平均2.5%のペースで増加を続けているが、財政審は高齢化による増加はその半分程度の1.2%程度と計算する。そのため、制度の持続性を確保するためにはいわゆる「自然増」の要因である高齢化の範囲内で医療費の伸びを抑制する必要があるとして、診療報酬改定1回当たりで2.5%以上の引き下げが必要と主張している。

さらに、診療報酬本体の水準は賃金や物価の水準と比べて高いことから、「国民負担の抑制」のためにもマイナス改定が必要だとしている。具体的には、7:1入院基本料の見直しや療養病床の標準報酬の適正化などを挙げており、これらをめぐる改定の議論に影響を与えそうだ。

調剤報酬については、かかりつけ機能を果たしていない薬局の報酬水準の引き下げや、投与日数や剤数の増加によって階段式に点数が増加する仕組みの見直しを提案している。

後発医薬品を推進するため、「後発医薬品調剤体制加算」の基準を厳格化することも盛り込まれた。また、介護報酬については、今年度実施した介護人材の処遇改善が保険料負担に直結するとして、来年度はマイナス改定に踏み切るべきだとしている。

■紹介状なしで受診した場合の定額負担を、「かかりつけ医以外」に拡大すべきと提案

昨年度から紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担が導入されているが、この対象医療機関を「かかりつけ医以外」に拡大するべきだとしている。

「かかりつけ医の普及や国民皆保険制度の維持」が目的で、「個人が日常生活で通常負担できる少額かつ定額負担」としており具体額は示されていないが、フランスの7割負担制度を例として挙げており、数千円程度を想定しているものと思われる。

財務省は、これらの財政審の提案をもとに、厚労省などと調整を行っていく方針としている。マイナス改定を求めるのは毎回であるとはいえ、厚労省側もある程度受け入れざるを得ない状況にある。

今後の中央社会保険医療協議会で、厚労省が提示する案に注目したい。

医療情報
ヘッドライン
②

回復期リハ病棟のアウトカム評価 実績指数の基準値引き上げ等を提示

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

10月25日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会総会が開かれ、前回の診療報酬改定で導入された回復期リハビリテーション病棟（回復期リハ病棟）のアウトカム評価について議論を行った。

導入によって成果が得られたことを受け、厚労省はよりアウトカム評価を推進していく意向を明らかにした。実績指数の基準値引き上げなどを案として提示している。

■リハビリテーションを実施することによる 臨床上の成果を数値化

リハビリテーションを実施することによって、臨床上の成果がどの程度得られたかを数値化し、基準以上の成果を挙げている回復期リハ病棟を評価するというのが、前回の2016年度診療報酬改定で導入されたアウトカム評価である。基準を下回った場合は、リハビリテーションの点数が入院料に包括化されてしまうというディスインセンティブも設けられている。対象となるのは、以下の条件を満たす回復期リハ病棟である。

対象となる回復期リハビリテーション病棟

- 6か月間に回復期リハビリ病棟から退棟した患者数が10名以上
- 6か月間に回復期リハビリ病棟で提供したリハビリが1日平均6単位以上（疾患別リハビリの提供単位数／回復期リハビリを要する状態の患者の入院日数）

これら条件を満たしたうえで、直近6か月間のFIM得点（運動項目）をベースにしたADL（日常生活動作）改善度合いを計算し、これを「実績指数」として、2回連続して「27未満」だった場合は疾患別リハビリテーション料の算定制限も設けられている。

■診療側は反発、了承は難しい状況

厚労省は、このアウトカム評価導入後の状況を調査した結果、導入前の2015年と比較して「平均在院日数」「在宅復帰率」「日常生活機能評価」のいずれもが改善していることが明らかとなった。

つまり、アウトカム評価の対象となる回復期リハ病棟の多くが“新制度の恩恵を受けた”とも言えるわけで、より基準を厳しくして医療費の抑制を図りたい厚労省の思惑が透けて見える一方、診療側の委員からは反発の声が上がっている。

また厚労省は、退院後の早期リハビリテーションを充実させるため、退院してまもない患者については、疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数の上限対象から除外する方針も明らかにしている。回復期リハ病棟のリハビリ専門職専従の取扱いを見直し、退院後リハビリが提供しやすい環境を整えることがねらいであり、専従職員が病棟外業務に携わることができるため、特段の反対意見も出ておらず、こちらは厚労省案どおり改定内容に盛り込まれる見通しである。

病院報告 (平成29年4月分概数)

厚生労働省 2017年8月8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29年4月	平成29年3月	平成29年2月	平成29年4月	平成29年3月
病院					
在院患者数					
総数	1 253 122	1 269 971	1 290 272	△ 16 849	△ 20 301
精神病床	285 705	286 911	287 498	△ 1 206	△ 587
結核病床	1 732	1 702	1 697	30	5
療養病床	289 420	291 160	291 624	△ 1 740	△ 464
一般病床	676 208	690 137	709 384	△ 13 929	△ 19 247
(再掲)介護療養病床	46 254	47 119	47 181	△ 865	△ 62
外来患者数	1 301 963	1 390 906	1 377 738	△ 88 943	13 168
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 425	5 500	5 572	△ 75	△ 72
(再掲)介護療養病床	2 066	2 073	2 089	△ 7	△ 16

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29年4月	平成29年3月	平成29年2月	平成29年4月	平成29年3月
病院					
総数	77.6	79.3	81.6	△ 1.7	△ 2.3
精神病床	85.5	85.4	85.8	0.1	△ 0.4
結核病床	33.0	32.1	32.1	0.9	△ 0.0
療養病床	88.0	88.5	88.8	△ 0.5	△ 0.3
一般病床	71.3	74.0	77.8	△ 2.7	△ 3.8
介護療養病床	90.9	90.6	90.4	0.3	0.2
診療所					
療養病床	56.7	57.0	57.6	△ 0.3	△ 0.6
介護療養病床	71.9	70.5	70.6	1.4	△ 0.1

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)

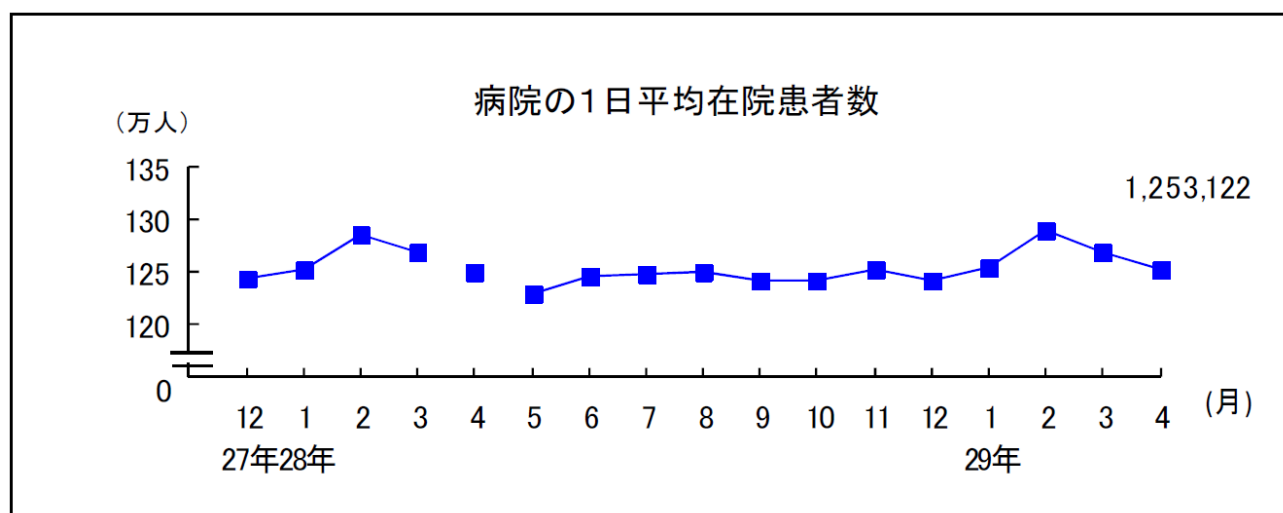
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成 29 年 4 月	平成 29 年 3 月	平成 29 年 2 月	平成 29 年 4 月	平成 29 年 3 月
病院					
総数	28.8	28.2	28.1	0.6	0.1
精神病床	272.0	260.0	267.1	12.0	△ 7.1
結核病床	68.5	63.5	60.5	5.0	3.0
療養病床	146.5	141.5	139.7	5.0	1.8
一般病床	16.5	16.3	16.5	0.2	△ 0.2
介護療養病床	293.6	294.8	288.4	△ 1.2	6.4
診療所					
療養病床	95.2	91.8	94.9	3.4	△ 3.1
介護療養病床	123.9	117.1	120.1	6.8	△ 3.0

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

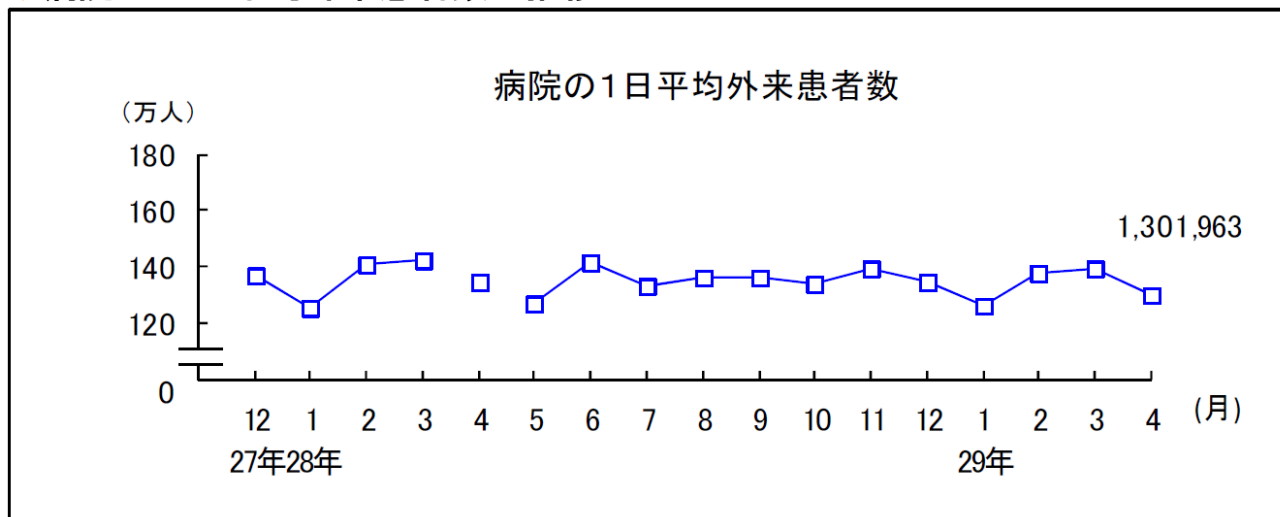
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入} \\ \text{院患者} \\ \text{数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床から} \\ \text{移された患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{退院} \\ \text{患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床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

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

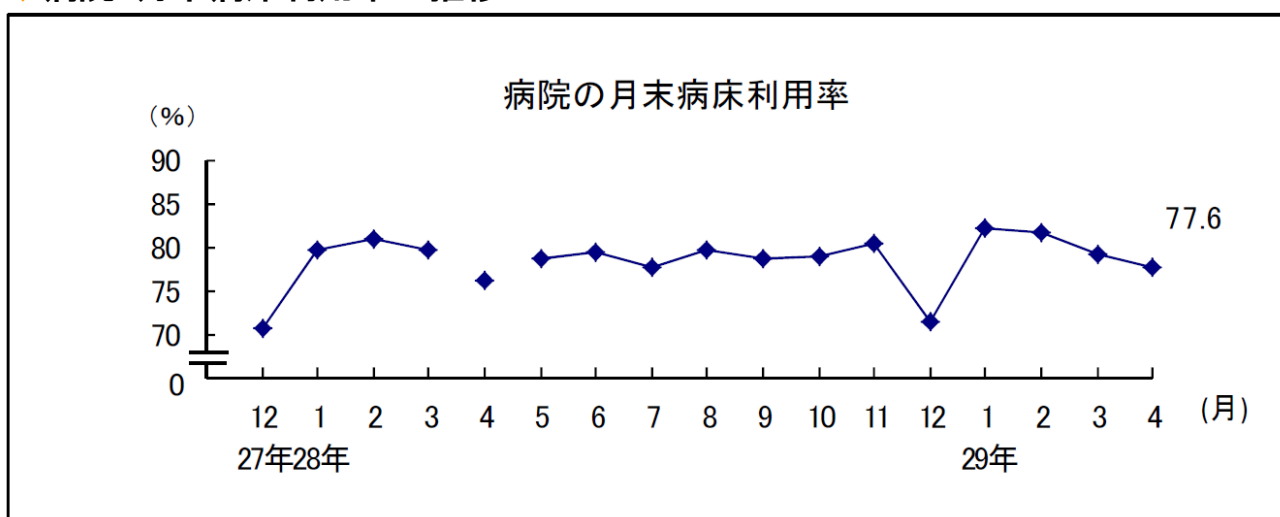
◆病院:1日平均在院患者数の推移



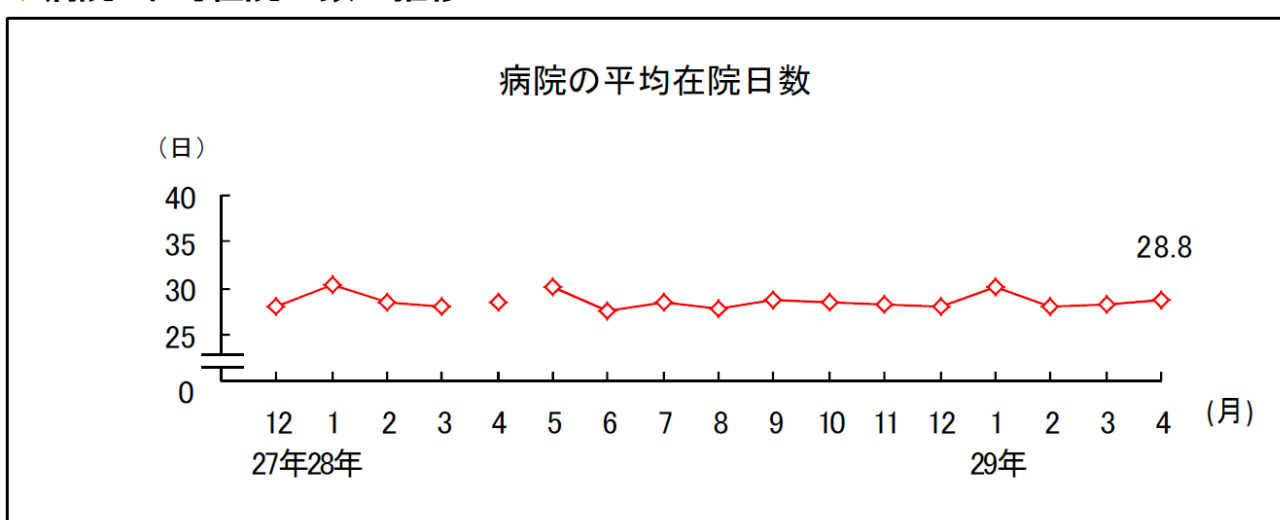
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



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 29 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

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。

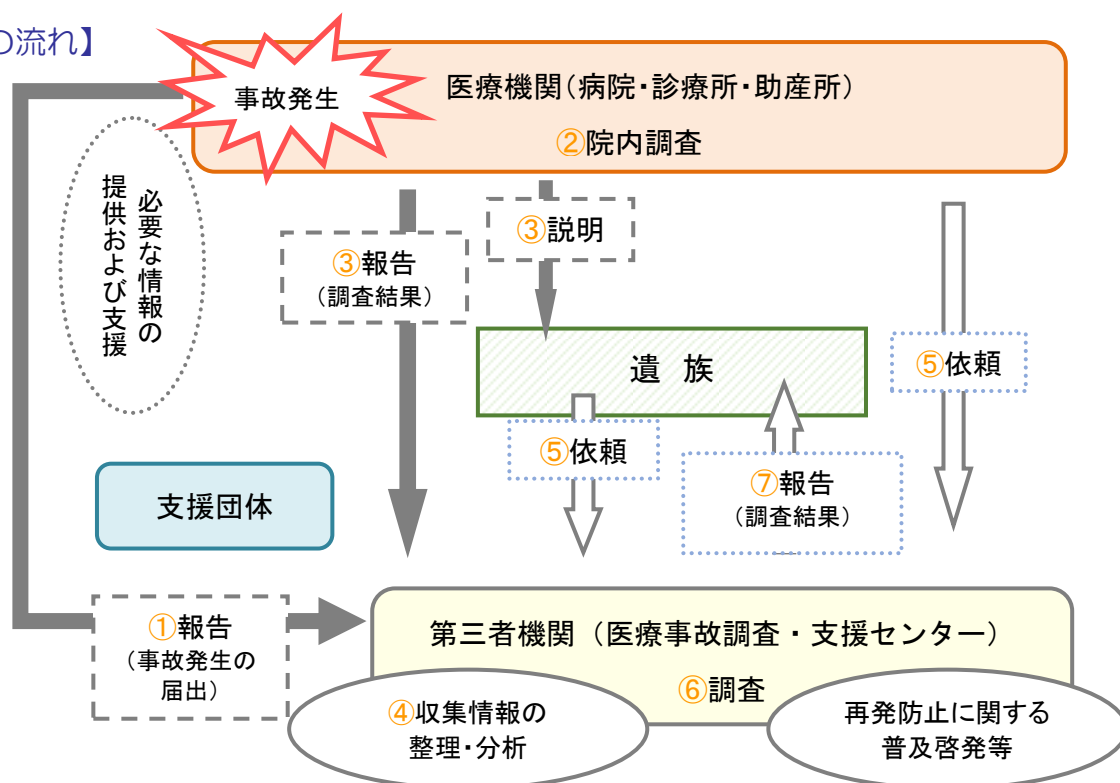
■ 医療事故調査制度の概要

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	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、医療従事者等により、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:医業経営 > サブジャンル:広報戦略

ホームページ作成のポイント

医療機関におけるホームページ作成の ポイントについて教えてください。

ホームページは、多様な情報を提供できるツールとして、医療機関と患者側双方にとって、もっとも身近な存在のひとつです。自院の存在と診療理念を患者や地域住民に発信するためには、もはや不可欠な存在です。

評判や口コミを耳にしたり、受診歴があっても診療時間を確認したりするなど、自院の認知に向けた「入り口」に位置づけられるため、これを最大限に利用する工夫が必要です。

■閲覧者の期待するホームページ作成のポイント

①好感度の高い雰囲気

医療機関の情報、または特定の疾患や症状について情報を得たいと考える人にとって、より詳細な内容を求めているのは当然の欲求だと言えるでしょう。受診するか否かを決めるポイントでもあることから、提供する医療のレベルや診療内容だけでなく、診療理念や治療方針等が明確に示されていること、さらに今後足を踏み入れる医療機関施設内の状況がわかることは、受診を予定する人の安心感につながるため、好感度が高くなる傾向にあります。

②専門性の高い情報提供

一般に、高いプライバシー性を有する医療情報については、身近で相談することが困難であるために、閲覧者の欲求対象だといえます。それは、そのまま集患手段にも活用できるために、より正確で専門性の高い情報を掲載し、かつ定期的に更新することによって、閲覧者の関心を維持することができます。ホームページは、閲覧が少なければその効果が大幅に減少します。アクセス数を確保するために、こうした情報提供には積極的な展開が必要だといえます。

■必ず入れたいホームページの掲載情報

①医療機関の基本情報

- ⇒ 医療機関名、診療時間、場所とアクセス、連絡先（電話番号等）
自院の存在をホームページ閲覧者に示す最低限の情報

②集患・増患のための情報

- ⇒ 院長ほかスタッフの自己紹介、メッセージ
自院で行うことができる治療、診療方針、施設内容、院内風景（画像等）
一般的な広告では得にくく、閲覧者の注目も高い情報

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 広報戦略

ホームページのアクセス数向上対策

閲覧されるホームページにするための 対策を教えてください。

自院の存在やアピールポイントを知ってもらいホームページにするためには、まず閲覧者を増やすことが必要です。それには、関心の度合を示す指標になるアクセス数の向上がポイントのひとつになります。そのために重要なのが、SEO（Search Engine Optimization：検索エンジン最適化）対策です。

①ホームページ「タイトル」などに頻出検索ワードを使用

ホームページへのアクセスは、各種インターネット検索エンジンで検索ワードを入力して行います。これら検索結果の上位に自院ホームページを表示させるには、ロボットといわれる自動巡回プログラムに自院のキーワードを認識させる機会を増やし、優先順位をあげる必要があります。

そのためには、インターネット利用者が入力する頻度が高い検索ワードをホームページのタイトルに用いると同時に、ホームページの本文にもこれらキーワードを多用します。

【ホームページ検索の候補となる検索ワード 一例】

- 第1位 所在地名（自宅や勤務先がある市・区・町・地域などで絞込み）
- 第2位 診療科目（治療方法含む、専門外来名も多い）
- 第3位 診療所名（単一で入力されるケースが多い、口コミの事前調査）
- 第4位 クリニック（所在地と組み合わせると検索ワードとなる比率が高い）

②自院のイメージを伝えられる情報発信ページを追加

口コミで情報を得て自院ホームページを検索したインターネット利用者を意識し、自院のイメージを伝えられる工夫が重要です。院長の「人となり」や専門的な内容の情報を求められている場合には、掲示板（BBS）の設置やSNSを活用する方法もありますが、質問への回答など院長本人の負担が大きく、悪意の書き込みなども懸念されます。

代わりに、例えば「クリニックだより」というコンテンツを設置し、院長が綴るコラムや医療関連情報などを掲載して、定期的な更新をしていきます。これは、アクセスした閲覧者から発信されるメッセージはないものの、注目度の高い検索ワードがこのコンテンツで掲載された用語に含まれるようになり、更新時期にはアクセス数が伸びる傾向があります。

また、潜在的な患者層へのアピールにもつながり、受診時には「かかりつけ医」としての意識付けや集患・増患効果を生み出すきっかけとしても期待できます。閲覧者を増やすために、「見てもらえるホームページ」を目指し、工夫を込めたアイデアを具体化することも大切です。