

週刊WEB

# 医業 経営

MAGA  
ZINE

Vol.782 2023.8.1

医療情報ヘッドライン

オンライン診療の上位に「不眠症」  
対面診療少ない医療機関で約4割

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会

がん化学療法の外来移行をさらに推進  
療養・就労両立支援指導料見直しへ

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会

週刊 医療情報

2023年7月28日号

入院対象者の考え方、  
事前に整理・共有を

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和5年2月分概数)

経営情報レポート

人件費高、割増賃金率の引き上げに備える  
賃金引上げの実態と時間外労働時間対策

経営データベース

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療行為の法的意義

診療行為の法的性質とは

「医療事故」「医療過誤」「医事紛争」の違い

# オンライン診療の上位に「不眠症」 対面診療少ない医療機関で約4割

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会

厚生労働省は7月20日、中央社会保険医療協議会「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で、オンライン診療のNDBデータを提示。「対面診療の割合が5割未満」の医療機関で、オンライン再診料・外来診療料の傷病名1位が「不眠症」であることを強調した。

全体の39.7%と約4割を占めており、分科会の委員からは「オンライン診療が一部の医療機関で歪んだ使い方をされている可能性がある」という指摘の声も上がった。オンライン初診料でも3番目に多く20.4%となっており、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、指針）の見直しや、オンライン初診料および再診料・外来診療料の要件厳格化が検討される可能性もありそうだ。

## ■指針では初診での向精神薬処方を禁じている

NDBとは、レセプト情報・特定健診等情報データベースのこと。厚労省が提示したオンライン診療の算定回数は、初診料が計10,682回、再診料・外来診療料が計24,880回。いずれも最多はCOVID-19（新型コロナウイルス感染症）で、初診料の56.5%、再診料・外来診療料の27.2%を占めた。これが、「対面診療の割合5割未満」、つまりオンライン診療が全体の5割以上である医療機関になると少し変わってくる。

初診料の最多はCOVID-19で変わらないが、全体の37.8%と20ポイント近く低下。

次いで喉頭炎（33.2%）、不眠症（20.4%）、介護が必要な高齢者や脳卒中で寝たきりになった人に多く起こる廃用症候群（16.6%）と続く。再診料・外来診療料

の最多は前出のとおり不眠症で、次いでアレルギー性鼻炎（30.4%）、高血圧症（24.6%）、気管支喘息（23.5%）、高コレステロール血症（18.9%）だった。

再診で継続的に薬剤の処方が必要な傷病名が上位を占めているのは、ある意味で必然ではある。しかし、不眠症治療には向精神薬が用いられることがあるため、いわゆる「オーバードーズ」目的で受診する人がいる可能性も否定しきれない。

厚労省は2022年1月に行った指針の改訂で、薬剤処方・管理について「麻薬及び向精神薬の処方」を行わないと明記しているが、あくまで初診時のこと。再診時の規制はない。

## ■昨年末の医療部会でも不適切事例が問題視

実際、指針では「不適切な例」として、「体重減少目的に使用される利尿薬や糖尿病治療薬、美容目的に使用される保湿クリーム等の特定の医薬品の処方を希望するなど、医薬品の転売や不適正使用が疑われるような場合に処方することはあってはならず」としているが、GLP-1受容体作動薬がダイエット薬として処方される例は多い。

昨年12月の社会保障審議会医療部会では、PIO-NET（全国消費生活情報ネットワークシステム）や日本医師会が調査した不適切事例がいくつも取り上げられ、健康被害が起きている例も報告された。今回、NDBデータを提示したことで、規制強化の方向性を改めて打ち出したと見るのが自然であり、オンライン診療の強化を考えている医療機関は留意しておく必要があるだろう。

# がん化学療法の外来移行をさらに推進 療養・就労両立支援指導料見直しへ

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院・外来医療等の調査・評価分科会

厚生労働省は、7月20日の中央社会保険医療協議会「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で、治療と仕事の両立を支援することで算定できる「療養・就労両立支援指導料」の算定回数が低水準であると提示。がん化学療法の外来移行をさらに進めるため、評価の見直しを図る意向をにじませた。

## ■高齢化が進む「がん治療と仕事の両立」

日本では、労働人口の約3人に1人が何らかの疾患を抱えながら働いているとされる。

がん患者も例外ではない。従来は抗がん剤の副作用を考慮し化学療法は入院で実施するのが当たり前だったが、副作用を和らげる薬剤などを使うことで外来での実施も可能となった。膨張し続ける医療費を削減する必要もあり、国は外来への移行を推進している。

実際、仕事をしながら通院してがん治療をしている人は増加傾向にある。

厚労省の「国民生活基礎調査」によれば、2010年は32.5万人（男性14.4万人、女性18.1万人）だったが、2022年には49.9万人（男性19.2万人、女性30.7万人）となった。

特に、70歳以上の高齢者が3.9万人（男性3.2万人、女性0.7万人）から11.0万人（男性7.3万人、女性3.7万人）と3倍近く増えていることに注目したい。

2021年に施行された改正高年齢者雇用安定法によって、70歳までの就業機会確保が事業主の努力義務となったこともあり、「がん治療と仕事の両立」の高齢化は今後も進んでいくと考えられる。

## ■度重なる見直しも、算定回数は上がらない

しかし、前出のとおり「療養・就労両立支援指導料」（1,000点）の算定回数は低水準にとどまっている。2018年度の診療報酬改定で新設されたが、同年の算定回数はわずか10回、翌年も19回にとどまった。

そこで2020年、2022年と相次いで見直しが行われた2020年の診療報酬改定では、初回800点、2回目以降400点としたほか、看護師もしくは社会福祉士が相談支援をした場合の評価として「相談支援加算」（50点）も新設。2022年の診療報酬改定では、相談支援加算の対象職種に精神保健福祉士と公認心理師も追加した。

その甲斐あって、2021年には前年の3倍近くとなる110回の算定回数を記録したが、普及したとは言い難い数字だ。しかも翌2022年は113回と伸び悩んでいる。さらに衝撃的なのは、外来腫瘍化学療法診療料の届出をした施設の2022年4月～9月の6か月間ににおける「療養・就労両立支援指導料」の算定状況。届出をした48施設のうち、算定したのはわずか1施設。医療機関の現場にとって魅力のない評価となっているのは明らかだ。

厚労省は時間外の対応体制についての資料を提示し、仕事をしながら治療を受けやすい環境を整備したい意向を見せたが、医師を配置しようとすれば現場は「医師の働き方改革」との兼ね合いも考えなければならない。

また、安定した人員確保が難しい医療機関も当然出てくるだろう。効果を発揮できる見直し案を果たして打ち出せるのか、厚労省の今後の動きを注視したい。

医療情報①  
厚生労働省  
事務連絡

## 入院対象者の考え方、 事前に整理・共有を

厚生労働省は、今夏の新型コロナウイルスの感染拡大に備えた医療提供体制に関する事務連絡を都道府県などに出した。新型コロナ患者の入院先の決定を円滑にするため、入院の適用者の考え方を統一的に整理した上で、医療関係者も含めた関係者間であらかじめ共有するよう要請している。

新型コロナ患者の入院については、新型コロナの感染症法上の位置付けが5月8日に「5類」に変更された後、各都道府県の移行計画を踏まえて医療機関が入院の要否を判断して医療機関の間で入院先を決める仕組みへの移行が進んでいる。

こうした中、今後、感染拡大が生じて入院患者が増えた場合、入院の決定先が特定の医療機関に著しく偏るなど、かえって非効率な状態になる恐れがある。そのため厚労省は、入院先の円滑な決定に向けた準備として、地域の実情などを考慮し、以下について方針をあらかじめ整理するよう要請した。その上で、関係者間で認識を共有することを求めている。

- ▼感染拡大局面での入院の対象者
- ▼医療機関の特性に応じた役割分担の明確化
- ▼医療機関等情報支援システム（G-MIS）の活用

### ●確保病床有する病院、重症者らの受け入れ重点的に

入院の対象者に関しては、感染の拡大時に混乱を招かないよう、「入院の適用となる者」の考え方を統一的に整理する必要性を指摘。その考え方の整理に当たって、患者の症状の程度や重症化リスク因子、オミクロン株の特性を踏まえた上で、食事や水分の摂取状況を勘案する事例があることにも留意するよう促している。

役割分担の明確化では、移行計画に基づいて確保病床を有する医療機関が新型コロナの重症者や中等症Ⅱの患者の受け入れを重点的に行うことなどを確認することが望ましいとしている。

また、各医療機関は平時から可能な限り直近の受け入れ可能病床といった情報をG-MISに入力することを徹底するとともに、入力の状況を点検するよう求めた。

### ●外来対応医療機関の拡充、できるだけ早期に

外来体制に関しては、感染拡大の局面を見据えて設備・整備への支援や地域の医療関係者との協議を通じて、外来対応医療機関の拡充にできるだけ早期に取り組むことを促している。

今夏の感染拡大に備えた医療提供体制については、加藤勝信厚労相が14日の閣議後の記者会見で大まかな方向性を説明。これを受けた厚労省が同日に事務連絡を出し、詳細を示した。

医療情報②  
厚生労働省  
検討会

## 福祉用具の事故防止で 「ヒヤリ・ハット情報共有を」

福祉用具について利用者の安全や貸与のあり方を話し合う有識者検討会が20日開かれ、複数の構成員からは、“ヒヤリ・ハット”や事故の情報を集約し、福祉用具のメーカー・レンタル事業者、保険者、福祉施設など、関係者で広く共有できる仕組みを作るべきだという提案が出た。厚生労働省の「介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会」では、安全な利用の促進やサービスの質の向上などを検討課題としている。

この日は福祉用具の利用時の事故を未然に防ぐ取り組みが議題に上り、厚労省が、事故やヒヤリ・ハットの範囲・定義を明確にして周知することができていない福祉用具貸与事業所が4割程度あったとする調査結果を示した。この点について複数の構成員から、事故やヒヤリ・ハット情報は業界で広く共有すべきだとの声が上がった。

テクノエイド協会企画部長の五島清国構成員は、「在宅での情報を収集するのが非常に困難だ」と課題を示した上で、重大事故を未然に防ぐために、こうした情報をいかに集めて発信していくか、メーカーにもフィードバックしながら業界を挙げて取り組む必要があると訴えた。

また、日本福祉用具・生活支援用具協会会長の花岡徹構成員は、「事故対策に重要な情報が行政や関係団体に点在しており、貸与事業所や施設の人からは情報収集が非効率だと聞いている」とし、福祉用具の安全情報を集約してインターネットで提供する場を作ることを提案した。

日本医師会常任理事の江澤和彦構成員も、情報共有の必要性を指摘。介護保険制度では事故報告書の提出が義務化されており、自治体には情報が蓄積されていることから、しっかりと分析し、福祉用具専門相談員や販売事業所とも内容を共有するよう市町村に要望した。検討会では、2015年以降見直しが行われていない福祉用具専門相談員指定講習のカリキュラムの見直しについても話し合われ、内容の更新に向けた取り組みを進めるべきだとの意見で一致した。

医療情報③  
厚生労働省  
通知

## データ提出加算、 39病院が8月の算定不可に

厚生労働省は、データ提出加算を届け出ている病院のうち39病院について、提出の遅延や提出方法に不備があったとして、8月中の算定を認めないと地方厚生局や都道府県に通知した。

データ提出加算は、DPCに準拠したデータを正確に作成し、継続して提出する病院への評価。入院初日に算定するデータ提出加算1と加算2のほか、療養病棟入院基本料などの届け出病棟（病室）で入院期間が90日を超えるごとに算定する加算3と加算4があり、許可病床200床以上と200床未満の場合の点数がそれぞれに設定されている。（以降、続く）

週刊医療情報（2023年7月28日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

# 病院報告

## (令和5年2月分概数)

厚生労働省 2023年5月19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)	
	令和5年2月	令和5年1月	令和4年12月	令和5年2月	令和5年1月
病院					
在院患者数					
総数	1 137 480	1 109 758	1 108 034	27 722	1 724
精神病床	260 242	258 509	260 034	1 733	△ 1 525
感染症病床	8 198	18 604	18 148	△ 10 406	456
結核病床	972	1 025	1 081	△ 53	△ 56
療養病床	232 544	227 386	229 416	5 158	△ 2 030
一般病床	635 523	604 236	599 355	31 287	4 881
外来患者数	1 228 533	1 156 374	1 282 113	72 159	△ 125 739
診療所					
在院患者数					
療養病床	2 317	2 313	2 347	4	△ 34

(注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

### 2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和5年2月	令和5年1月	令和4年12月	令和5年2月	令和5年1月
病院					
総数	75.5	76.0	67.1	△ 0.5	8.9
精神病床	80.6	80.5	80.3	0.1	0.2
感染症病床	262.0	683.2	1 050.1	△ 421.2	△ 366.9
結核病床	24.6	25.5	26.6	△ 0.9	△ 1.1
療養病床	83.8	82.8	81.5	1.0	1.3
一般病床	71.0	71.1	55.9	△ 0.1	15.2
診療所					
療養病床	42.3	42.9	42.1	△ 0.6	0.8

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

(注2) 月末在院患者数は、許可(指定)病床数にかかわらず、現に当月の末日24時現在に在院している患者数をいう。このため、感染症病床の月末在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから100%を上回ることがある。

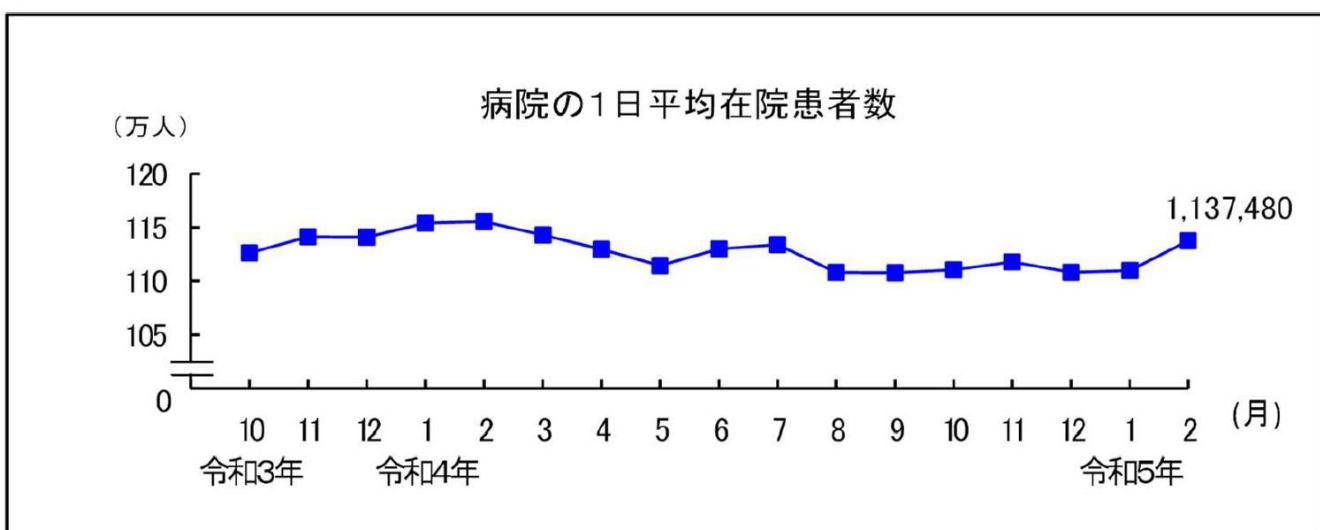
## 3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和5年2月	令和5年1月	令和4年12月	令和5年2月	令和5年1月
病院					
総数	26.7	29.1	26.5	△ 2.4	2.6
精神病床	260.1	300.5	274.5	△ 40.4	26.0
感染症病床	14.5	13.8	12.5	0.7	1.3
結核病床	51.1	47.3	40.7	3.8	6.6
療養病床	113.9	122.6	114.0	△ 8.7	8.6
一般病床	16.2	17.5	15.9	△ 1.3	1.6
診療所					
療養病床	90.9	99.2	89.9	△ 8.3	9.3

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

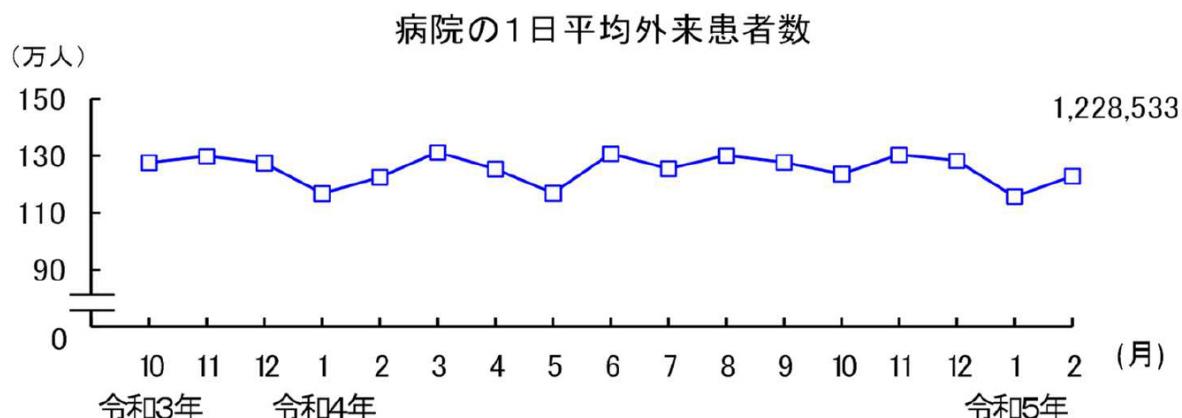
ただし、  
療養病床の  
平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left( \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \right)}$

## ◆病院:1日平均在院患者数の推移

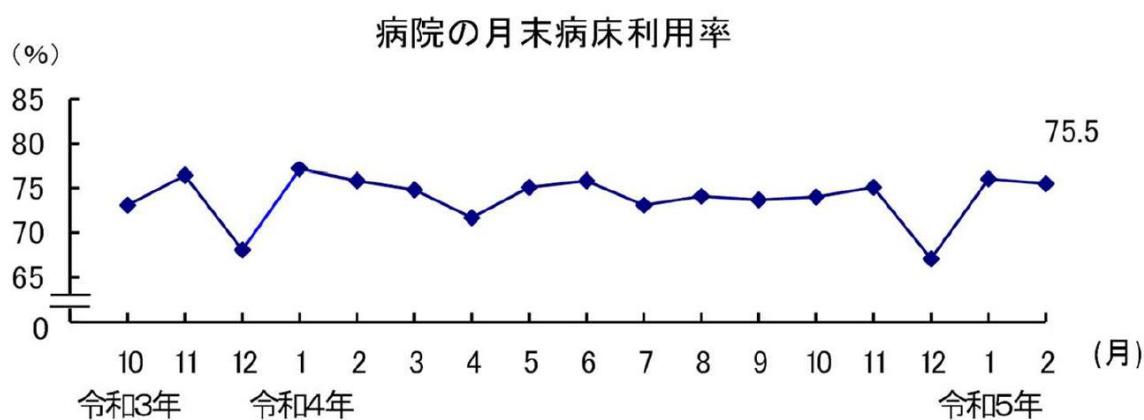


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

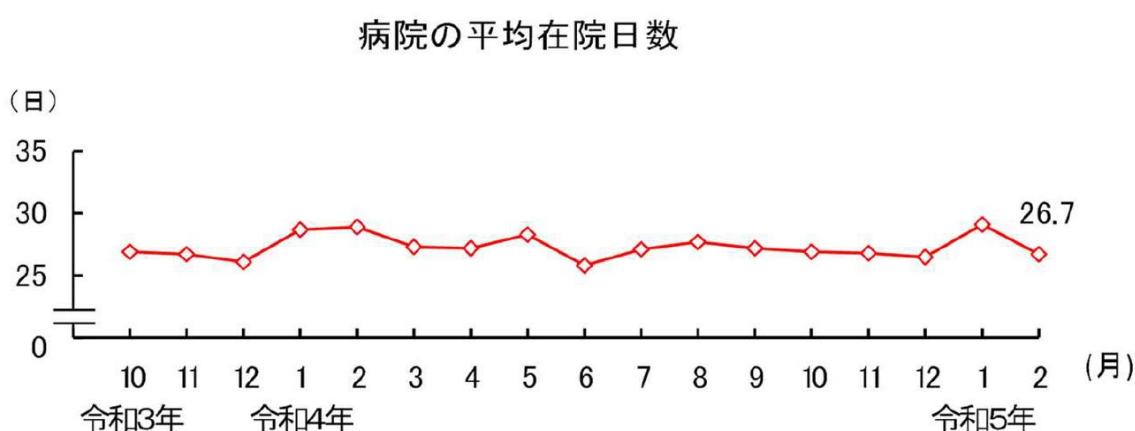
## ◆病院:1日の平均外来患者数の推移



## ◆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（令和5年2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。



人件費高、割増賃金率の引き上げに備える

# 賃金引上げの実態と 時間外労働時間対策

1. 医療従事者数の見通しと賃上げの状況
2. 月60時間超の時間外労働の割増賃金率引き上げ
3. 労働時間の把握方法と時間外労働の実態
4. 時間外労働時間削減に向けた具体的な対策



## ■参考資料

【厚生労働省】：令和4年版厚生労働白書 令和4年賃金引上げ等の実態に関する調査の概況 令和4年度地域別最低賃金改定状況 リーフレット「2023年4月1日から月60時間を超える時間外労働の割増賃金率が引き上げられます」 医療法人に関する中小企業の範囲について いきいき働く医療機関サポート Web 他

## 1

## 医業経営情報レポート

## 医療従事者数の見通しと賃上げの状況

新型コロナウイルス感染症蔓延の影響により、人々の日常生活行動が変わり、大きな変化をもたらしました。医療従事者は、コロナ禍により改めてその重要性が認識され、存在価値が高まり、少子高齢化の進行と物価高などの影響も含めて、今後は賃金相場の上昇が考えられます。

また、中小企業の適用が猶予されていた月60時間を超える時間外労働の割増賃金率の引き上げが2023年4月から行われています。本稿では、こうした様々な雇用環境の変化に対し、どのような対策を講じていいのか一例を紹介していきます。

## ■ 医療・福祉分野の就業者数は将来不足する見込み

厚生労働省職業安定局「雇用政策研究会報告書」（2019年7月）によれば、今後の就業者数については、経済成長と労働参加が進むと2040年に6,024万人となると推計されています。

経済成長と労働参加が進むと仮定するケースでは、医療・福祉分野の就業者数は974万人（総就業者数の16%）と推計され、他方、医療・介護サービスの2018年の年齢別利用実績を基に、人口構造の変化を加味して求めた2040年の医療・介護サービスの需要から推計した医療・福祉分野の就業者数は1,070万人（総就業者数の18~20%）が必要となると推計されており、96万人の不足が生じることになります。

## ◆医療・福祉分野の就業者数の見通し

※（ ）内は総就業者数に占める割合

	2018年	2025年	2040年	
	実績	実績・人口構造を踏まえた必要人員	実績・人口構造を踏まえた必要人員	経済成長と労働参加が進むケース
医療・福祉分野の就業者数	826万人 (12%)	940万人 (14~15%)	1,070万人 (18~20%)	974万人 (16%)

（出典）厚生労働省 令和4年版厚生労働白書

上記の見通しから、医療・福祉分野における需給のバランスを考慮した際、医療人材の獲得は今後さらに難しくなる可能性が考えられます。

## ■ 医療・福祉分野の賃上げの状況

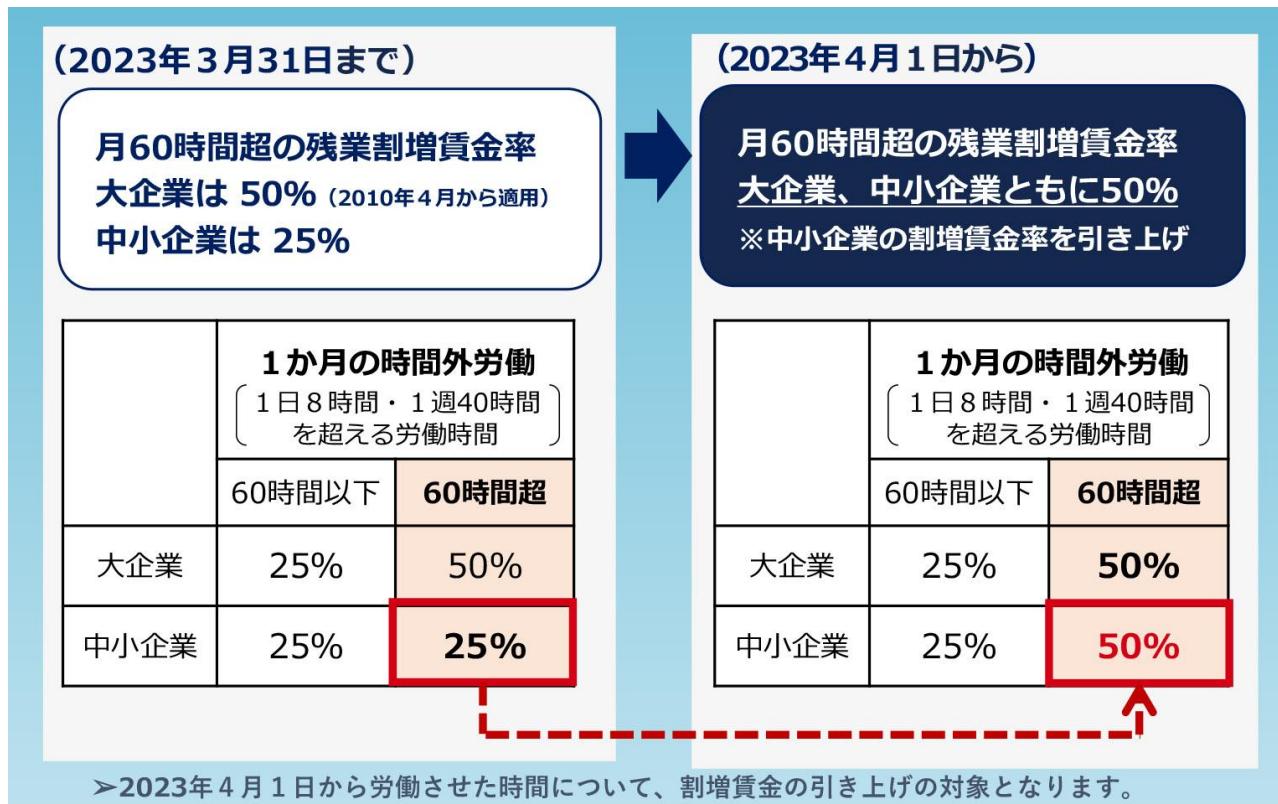
厚生労働省「賃金引上げ等の実態に関する調査：結果の概要」（令和4年11月22日公表）によると、2022（令和4）年中に「1人平均賃金を引き上げた・引き上げる」企業の割合（9~12月予定を含む。）は85.7%（前年80.7%）と、前年より賃金を引き上げた・引き上げる予定の企業が多い結果となりました。医療・福祉分野においても、2022（令和4）年においては95.2%（前年86.9%）と前年より高い割合で賃上げが行われています。賃上げは、経済活動が戻りつつあることが要因として考えられますが、物価高の影響により、企業が賃上げせざるを得ない状況になったことも背景として考えられます。

## 月60時間超の時間外労働の割増賃金率引き上げ

## ■ 月60時間超の時間外労働の割増賃金率が50%になる

中小企業規模の医療機関（以下、中小企業）における月60時間超の時間外労働の割増賃金率が2023年4月から50%になりました。大企業ではこれまで、月の時間外労働60時間以上の超過分に対して50%以上の割増賃金を支払う義務が課せられていました。中小企業については13年もの間、猶予措置がとられていましたが、2023年3月末でその猶予措置が終了となりました。当然、割増率が倍になりますので、支払い側（自院）の負担は増えることになります。

## ◆月60時間超の時間外労働の割増賃金率改定内容



（出典）厚生労働省：リーフレット「2023年4月1日から月60時間を超える時間外労働の割増賃金率が引き上げられます」

医療法人に関する中小企業の範囲は以下のとおりです。

## ◆医療法人に関する中小企業の範囲

## ①出資持分のある医療法人

下記のどちらかに当てはまる場合は、中小企業に該当します。

- ・出資の総額が5,000万円以下
- ・常時使用する労働者数が100人以下

## ②その他の医療法人

常時使用する労働者数が100人以下である場合は、中小企業に該当します。

## 3

医業経営情報レポート

## 労働時間の把握方法と時間外労働の実態

## ■ およそ3割の医療機関はシステムでの勤怠管理が行われていない

## (1) 有床診療所に対する実態調査の概要

厚生労働省が公表している「いきいき働く医療機関サポートWebいきサポ」（以下、いきサポ）では、医療機関の勤務環境の改善に役立つ各種情報や医療機関の取組み事例を紹介しています。

当サイトでは、医療機関に対する実態調査及びその分析を公表しており、医療従事者の勤務環境改善の更なる推進方策を検討する際の基礎資料としています。

今回は、当該調査のうち、有床診療所を対象とした労働時間についての調査結果を見ていきます。

## ◆調査概要(有床診療所に関する部分を一部抜粋)

## ●目的

医療従事者の勤務環境改善の更なる推進方策を検討する際の基礎資料とすることを目的

## ●調査期間

2021年10月17日～11月30日

## ●調査手法

Webでの回答

## ●回収数

全国の有床診療所票：879

## ●調査内容：施設票(有床診療所票)

勤務環境改善の取組状況、勤改センターの認知状況等について

## ●回答対象者：施設票(有床診療所票)

施設管理者等の勤務環境改善の取組状況等を把握している方

(出典) 医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための  
調査・研究報告書

## (2) 2割以上の有床診療所で医師の労働時間管理が行われていない

職種別労働時間管理方法を見ると、有床診療所での医師の労働時間管理方法において、「労働時間を管理していない」が22.2%を占めていることが明らかとなりました。

一方、看護職、コメディカル、事務職員のほとんどはシステムで管理されていますが、出勤簿管理・自己申告での管理の割合は病院より多いという結果となりました。

結果からは、有床診療所は病院に比べて労働時間の把握や管理に課題を抱えている可能性が高いと考えられます。

## 4

## 医業経営情報レポート

## 時間外労働時間削減に向けた具体的な対策

## ■ 労働時間の把握方法のポイント

使用者は、労働時間を適正に管理するため、職員の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し、これを記録することが求められます。

使用者には労働時間を適正に把握する責務があり、労働時間の適正な把握を行うためには、単に1日何時間働いたかを把握するのではなく、労働日ごとに始業時刻や終業時刻を使用者が確認・記録し、これを基に何時間働いたかを把握・確定する必要があります。

## ◆始業・終業時刻の確認及び記録の原則的な方法

- 使用者が始業・終業時刻を確認し、記録する方法としては、原則として次のいずれかの方法によること
  - ・使用者が、自ら現認することにより確認し、記録すること  
⇒「自ら現認する」とは、使用者自ら、あるいは労働時間管理を行う者が、直接始業時刻や終業時刻を確認すること。なお、確認した始業時刻や終業時刻については、該当労働者からも確認することが望ましい。
  - ・タイムカード、ICカード等の客観的な記録を基礎として確認し、記録すること  
⇒タイムカード、ICカード等の客観的な記録を基本情報とし、必要に応じて、例えば使用者の残業命令書及びこれに対する報告書など、使用者が労働者の労働時間を算出するために有している記録を突合することにより確認、記録する。なお、タイムカード、ICカード等には、IDカード、パソコン入力等が含まれる。

このほか、自己申告による始業・終業時刻の確認及び記録を行う管理もありますが、曖昧な労働時間管理となりがちであるためできるだけ避けたほうが良いでしょう。また、自己申告により把握した労働時間が実際の労働時間と合致しているか否かについては必要に応じて実態調査を実施しなければならず、労使間での問題に発展しやすい側面があります。

## ■ 週44時間の特例適用の活用とシフト制を用いた時間外労働削減方法

常時雇用する職員が10人未満であれば、法定労働時間は原則の1週40時間制ではなく1週44時間制を採用できますので、まずは、自院が対象であるかを確認します。対象であれば、1日8時間、週44時間の労働時間を超えるまでは割増した賃金は不要となります。

次に、シフト制を用いた時間外労働削減方法ですが、自院の診療時間を念頭に入れて、職員に勤務してもらいたい曜日と時間帯を考えます。診療時間は勿論のこと、診療前の準備時間や診療後の片づけの時間も勤務時間として考慮する必要があります。

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:リスクマネジメント &gt; サブジャンル:医療行為の法的意義

# 診療行為の法的性質とは

## 診療行為はどのような 法的性質を持つとされていますか？

診療行為は、その目的や結果の如何を問わず、外形的には患者の身体に対する侵襲行為であると共に、その身体の安全性を害する行為であるとの考え方があります。この考え方によれば、法的にはすべての診療行為が否定されてしまうことになります。

この点に関しては、結果の如何に関わらず、その診療行為が医学界において一般に是認し受け入れられているものであれば、すべて適法かつ有効な業務行為とされています。いかなる場合であっても、患者の依頼あるいは同意の下に行われるべきものであり、かつ適切・妥当な医療行為でなければなりません。医師と患者の関係を支える基本原則としては、次のものが挙げられます。

### ●医師と患者の関係を支える基本原則

1. 身体不可侵権	2. 患者の自己決定権	3. 患者の医師選択権	4. プライバシー権、名誉権
5. 説明義務	6. 守秘義務	7. 善管注意義務	8. 医師の自由裁量権

### ■診療行為に関する法的規制のうち、医療従事者が理解すべきもの

「診療行為」「医療行為」には、様々な法的規制があります。

不幸にも医事紛争へ発展した場合、刑事および民事上の責任が問われる可能性があるということを十分に認識しておく必要があります。

#### I. 医事関係法規

① 医療施設に関する法規	・・・	医療法
② 医療従事者に関する法規	・・・	医師法・薬剤師法
③ 予防衛生に関する法規	・・・	感染症の予防および感染症の患者に関する法律
④ 保健衛生に関する法規	・・・	優生保護法 など
⑤ 薬事関係法規	・・・	薬事法、麻薬取締法 など
⑥ 環境衛生に関する法規	・・・	公害防止に関するもの など

#### II. 保険診療関係法規

① 医療保険に関する法規	・・・	健康保険法 など
② 公費負担に関する法規	・・・	生活保護法 など
③ 診療報酬に関する法規	・・・	健康保険法 など

#### III. 労働災害に関する法規 労働基準法

#### IV. その他業務に関する法規

死亡解剖保存法など

ジャンル:リスクマネジメント &gt; サブジャンル:医療行為の法的意義

# 「医療事故」「医療過誤」「医事紛争」の違い

**医療事故、医療過誤、医事紛争と称しているものは、どのような違いがあるのでしょうか。**

医療ないし診療行為は、すべてが患者の期待どおりの結果になるとは限りません。患者の期待に反し、悪い結果が発生した場合を総称して「医療事故」が発生した、と言います。そのなかで、医療機関側における何らかの過失が原因となっている場合には「医療過誤」といいます。

また、医療過誤あるいは何らかの理由により、医療機関と患者との間で対立が生じた場合を「医事紛争」といい、その結果患者が訴訟提起した場合には「医療訴訟」となります。全ての医療事故が医療訴訟にまで発展するとは限りませんが、医療関係者は、自分の身にも起こりうるという意識を持つ必要があります。

こうした医療事故、医療過誤に関しては、医療機関側の過失が明らかな場合を除いては患者や法曹界でも解釈に大きな差がみられるのが現状です。

最終的には解決に至ったとしても、一度こうした事故、紛争が報道されると、地域からの信頼あるいは医師や看護師、コメディカルの労働意欲を喪失されることになりかねません。

医療機関側にとってはささいなミスであっても、患者側には重大な損害ととらえられることもあります。リスクマネジメントの重要性はまさしくここにあるといってよいでしょう。

## ■患者が債務不履行を主張できる根拠

患者が医師の診療を受けるときは、法的には患者と医療機関との間に診療契約が成立します。医療機関は患者に対して適切な診療を行う債務を負い、一方患者は医療機関に対してこの診療行為の対価である診療費を支払う債務を負います。医療事故が生じた場合は、医療機関側がこの債務を履行しなかったことを理由として、患者側は債務不履行責任に基づく損害賠償を請求できることになります。この場合の要件は下記の3つです。

1. 損害の発生	2. 因果関係	3. 適切な診療をしなかったこと
----------	---------	------------------

このうち3、「適切な診療」が争点となるケースが多いのですが、医療機関が負う債務の本旨は「必ず治す」ことではなく、当時の医療水準で可能な限りの「最善をつくす」ことであるので、一連の診療行為に「過失」がなかったかどうかが問題となります。