

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.576 2019.6.4

医療情報
ヘッドライン

2040年までに 医師の生産性を7%向上 医療法人経営統合にインセンティブ付与

▶厚生労働省 2040年を展望した社会保障・働き方改革本部

災害拠点病院の指定要件見直し 3日分の水確保、 燃料の備蓄など追加

▶厚生労働省 救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会

週刊
医療情報

2019年5月31日号

がん遺伝子パネル検査を 保険適用へ

経営
TOPICS

統計調査資料

病院報告

(平成30年11月分概数)

経営情報
レポート

クリニックの診療理念を具体化する 院長が取り組むスタッフ育成手法

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: 医療事故とリスクマネジメントの現状
PSA(Patient Safety Action)とは
リスクの推定、評価方法

2040年までに医師の生産性を7%向上 医療法人経営統合にインセンティブ付与

厚生労働省 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部

厚生労働省は 5 月 29 日、根本匠厚労相を本部長とする「2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部」で、「医療・福祉サービス改革プラン」を発表した。

具体的には、サービス提供量を従事者の総労働時間で割った「単位時間サービス提供量」を 5%以上、医師に関しては 7%以上のアップを目指すとした。その方策のひとつとして、医療法人の経営統合にインセンティブを付与することを明らかにしている。

このほか、優遇融資制度を今年度中に創設し、2020 年度から実施していく方針としている。

■4つの改革を通じて生産性の向上を図る

「医療・福祉サービス改革プラン」は、以下の 4 つの改革を通じて生産性の向上を図っている。

- ① ロボット・AI・ICT 等の実用化推進、データヘルス改革
- ② タスクシフティング、シニア人材の活用推進
- ③ 組織マネジメント改革
- ④ 経営の大規模化・協働化

④の「経営の大規模化・協働化」は、昨年 4 月から財務省の財政制度等審議会が提言した。スケールメリットを生かしてコストダウンと

サービスの質向上が両立できるとして、厚生労働省も同調しており、昨年 10 月の「2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部」の第 1 回会合でも推進する方針を示していた。

■分散しがちな医療拠点を集中・スリム化させることで膨らみ続ける社会保障費を削減

医療連携の強化や医療機能再編の効率化、職員研修の充実や PDCA の励行といったメリットが期待できるほか、分散しがちな医療拠点を集中・スリム化させることで、膨らみ続ける社会保障費の削減にもつながるだろう。

各地域の事情にも左右されるとはいえ、今後人口減少が加速することを踏まえれば、統合に前向きな医療法人は増えていくのではないかと。優遇融資制度が創設されることも後押しとなる可能性がありそうだ。

■今年度中に有識者検討会実施、合併や事業譲渡を含めた法人間連携ガイドライン策定

また、社会福祉法人の事業協働化も促進していく方針を示しており、具体的には小規模法人のネットワーク化を進めていくとする。

今年度中に有識者検討会を実施し、合併や事業譲渡を含めた法人間連携ガイドラインを策定するとしている。

超高齢社会へと突入している今、医療法人の事業展開として介護サービスとの連携は必ず選択肢に入ってくるだけに、その内容がどうなるかは注視していく必要があるだろう。

医療情報
ヘッドライン
②

災害拠点病院の指定要件見直しへ 3日分の水確保、燃料の備蓄など追加

厚生労働省 救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会

厚生労働省は5月23日、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」で、災害拠点病院の指定要件を見直す方針を示した。

「3日分の水確保」「燃料の備蓄」などを追加する。現在、これらの要件を満たしていない災害拠点病院は経過措置の対象となるが、2021年3月までに整備しなければならない。

■受水槽容量3日未満が477病院もあり

人工透析等の診療用水確保に不安が残る

災害拠点病院は、地震や風水害などの災害発生時に24時間体制で傷病者を受け入れる医療機関として指定されたものである。

1995年の阪神・淡路大震災をきっかけに整備が始まり、昨年10月1日時点で全国736病院が指定を受けている。しかし、昨年の西日本豪雨や北海道胆振東部地震で、重要インフラの機能に支障を来したことから、内閣官房国土強靱化推進室が緊急点検を実施した。

その結果、「非常用自家発電設備の燃料タンクの容量で病院の診療機能を維持できる期間が3日未満」だった災害拠点病院は114病院で、全体の15.4%を占めた。

また、受水槽容量が3日未満だったのは477病院もあり（全体の64.8%）、うち地下水利用がなかったのは177病院だった。

人工透析などの診療用水の確保を考えれば、大きな不安が残る結果といえる。

■検討会では、さらなる厳格化を求める声もあがっている

この状況の要因の一端となっているのが、曖昧な指定要件だった。

具体的な数値を示したのは「飲料水の3日程度の備蓄」のみで、電気については2011年3月の東日本大震災後「自家発電の保有」「3日分程度の燃料の確保」が要件に追加されたものの、診療用水については受水槽や停電時も利用できる井戸の整備に触れていただけで具体的な数量は示していなかったのである。

また、燃料の備蓄についても、外部からの供給や都市ガス使用を前提とした病院が多かったことから、交通網の寸断やガスパイプラインなどのリスクを踏まえた要件へと見直すこととなった。

検討会では、さらなる厳格化を求める声もあがっており、さらに厳格化される可能性も残されている。



医療情報①
中央社会保険
医療協議会

がん遺伝子パネル検査を 保険適用へ

中央社会保険医療協議会（会長＝田辺国昭・東京大学大学院教授）は5月29日に総会を開き、がん遺伝子パネル検査2件の保険適用を了承した。がんゲノム医療が保険医療内で本格的に進む第一歩になりそうだ。

また「働き方改革と医療のあり方について」についても議論した。2020年度の診療報酬改定に向けて医師など医療従事者の働き方改革の推進策を話し合い、業務改善を阻害する診療報酬などの要件を見直すべきだとの意見が、診療側と支払側双方の委員から上がった。

■遺伝子パネル検査、5万6000点で算定可能に

がん遺伝子パネル検査2件を含む区分C2（新機能・新技術）の医療機器4点の保険適用を了承した。がん遺伝子パネル検査の2件は、中外製薬の「Foundation One CDx がんゲノムプロファイル」と、シスメックスの「OncoGuide™ NCC オンコパネルシステム」である。

標準治療がない固形がん患者または局所進行や転移が認められ標準治療が終了した（もしくは終了が見込まれる者）固形がん患者のうち、検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した患者が対象で、保険点数は、検体提出時に8000点、結果説明時に4万8000点で、合わせて5万6000点となる。収載予定日は6月1日と決定した。

■留意事項

- ▼がんゲノム医療中核拠点病院やがんゲノム医療連携病院等での実施
- ▼がんゲノム情報管理センター（C-CAT）へのデータ提出
- ▼患者の求めに応じてデータ等を返却できる体制の整備
- ▼エキスパートパネルの設置 などが示された。

■入院基本料のあり方めぐり議論

「働き方改革と医療のあり方について」の議論では、中医協の診療報酬改定結果検証部会が行った調査をもとに、医師の負担の内容やその是正策について意見が交わされた。この調査によると、要介護認定に必要な主治医意見書のほか、診断書や処方箋の記載などの業務負担が大きいと感じる医師が多いことが把握され、厚労省は、入退院支援加算などの算定要件に組み込まれている書類作成などの業務の見直しを論点に挙げた。医療の質や安全性を担保しながら、医療機関の業務改善を診療報酬でどう促すかが焦点になる。（続く）

医療情報②
日本専門医
機構

シーリング案を了承、 協議会設置し続けて議論を

日本専門医機構（理事長＝寺本民生・帝京大学臨床研修センター長）は5月27日、定例記者会見を開き、同月24日の理事会で2020年度専攻医募集シーリング案が了承されたことを、寺本理事長が報告した。

■シーリングは機構が設置する協議会で議論を

寺本理事長は会見で、医師偏在に関してシーリングを設定した理由として、

- ▼機構が地域偏在に対し医師の足りない所へ医師に行ってもらおうという流れはつくれないが、診療科偏在は入り口の問題なので同機構として何らかの貢献をすべき
- ▼医師の働き方改革が進むなか、内科医、外科医、産婦人科医など医師の充足率が低い診療科は、できる限り偏在をなくす必要がある、とする認識を示した。

各学会に対しては、「理事会で2回、基本領域学会に集ってもらい、議論と厚生労働省からの説明を行い、シーリングの数字について大まかなところの了解を得た」と合意形成に至るプロセスを説明した。一方で、シーリングのデータに関して、熊本や鹿児島、沖縄は離島を抱えるという地域特性、精神科は救急の措置入院が考慮されているのかなどの診療科特性があることも指摘。こうした問題を解決するために、6月を目途に同機構が主体となって解決するための協議会を設置し、1年間議論を深めていく考えも示した。

協議会は、各基本領域学会の代表や、医師の人口動態の知識のある社会医学系の研究者、ナショナルデータに詳しい専門家などをメンバーとして招くとした。

■研修実績システムを導入

寺本理事長はまた、同機構による新たな「専攻医研修実績システム」の構築・運用についても説明した。現在、同機構が持つ専攻医登録システムにマイページ機能を持たせ、専攻医に「何時に、どこで研修したか（中断を含め）」の情報を必須で記入させ、プログラムの統括責任者がそれを承認するもの。今後、実績システムを運用して専攻医のフォローアップに活かすとともに、当該システム（データ）を充実させながら、将来的に国と一緒にデータベースとして使用する考えを明かした。ただし、例えば内科の場合、内科独自のシステム「J-OSLER」を運用しており、内科の専攻医は「J-OSLER」と機構の専攻医研修実績システムの両方を入力しなければならないなど、実際の運用方法などは工夫が必要となる。（続く）

週刊医療情報（2019年5月31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 (平成30年11月分概数)

厚生労働省 2019年3月6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30年11月	平成30年10月	平成30年9月	平成30年11月	平成30年10月
病院					
在院患者数					
総数	1 238 590	1 231 127	1 232 830	7 463	△ 1 703
精神病床	283 060	283 759	285 707	△ 699	△ 1 948
結核病床	1 577	1 580	1 614	△ 3	△ 34
療養病床	276 009	276 574	278 917	△ 565	△ 2 343
一般病床	677 876	669 151	666 525	8 725	2 626
(再掲)介護療養病床	35 788	36 942	37 766	△ 1 154	△ 824
外来患者数	1 393 296	1 401 137	1 249 302	△ 7 841	151 835
診療所					
在院患者数					
療養病床	4 553	4 612	4 694	△ 59	△ 82
(再掲)介護療養病床	1 738	1 763	1 809	△ 25	△ 46

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30年8月分については、平成30年7月豪雨の影響により、広島県の病院1施設から報告がないため、集計から除いている(以下同)。

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30年11月	平成30年10月	平成30年9月	平成30年11月	平成30年10月
病院					
総数	79.6	79.4	76.9	0.2	2.5
精神病床	85.6	85.6	85.9	△ 0.0	△ 0.3
結核病床	33.5	32.7	33.3	0.8	△ 0.6
療養病床	86.9	86.6	86.3	0.3	0.3
一般病床	75.2	74.9	70.6	0.3	4.3
介護療養病床	90.6	90.5	90.9	0.1	△ 0.4
診療所					
療養病床	53.7	54.3	55.0	△ 0.6	△ 0.7
介護療養病床	71.3	71.0	72.1	0.3	△ 1.1

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

注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)

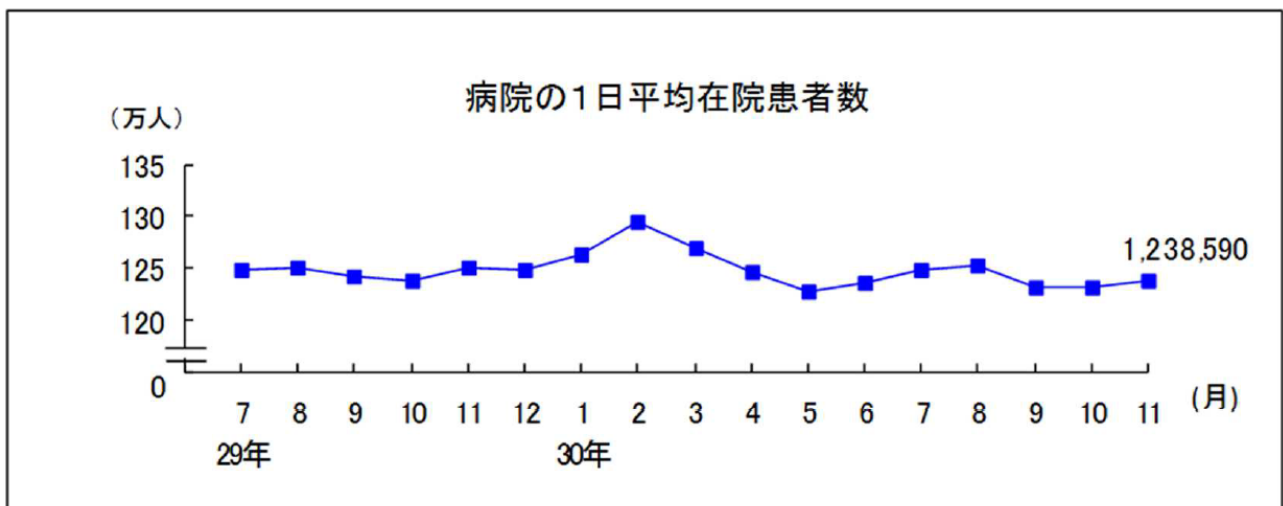
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成30年11月	平成30年10月	平成30年9月	平成30年11月	平成30年10月
病院					
総数	27.1	27.0	28.7	0.1	△ 1.7
精神病床	264.3	256.7	278.6	7.6	△ 21.9
結核病床	62.8	63.7	72.6	△ 0.9	△ 8.9
療養病床	136.7	137.5	150.5	△ 0.8	△ 13.0
一般病床	15.8	15.6	16.5	0.2	△ 0.9
介護療養病床	303.3	312.4	333.7	△ 9.1	△ 21.3
診療所					
療養病床	96.5	98.1	103.5	△ 1.6	△ 5.4
介護療養病床	131.8	131.5	132.5	0.3	△ 1.0

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

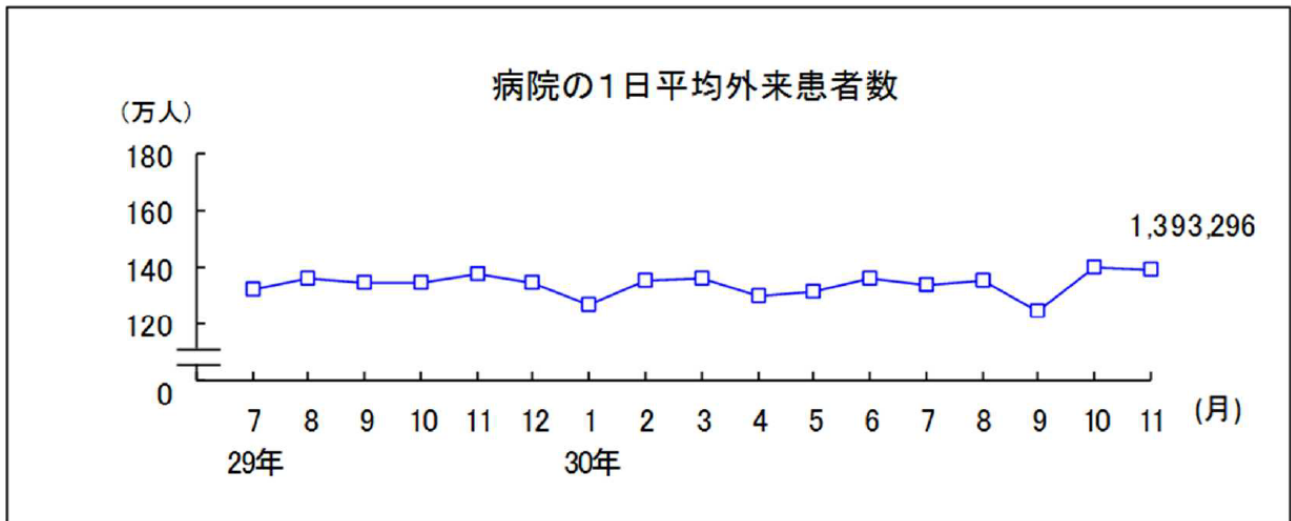
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

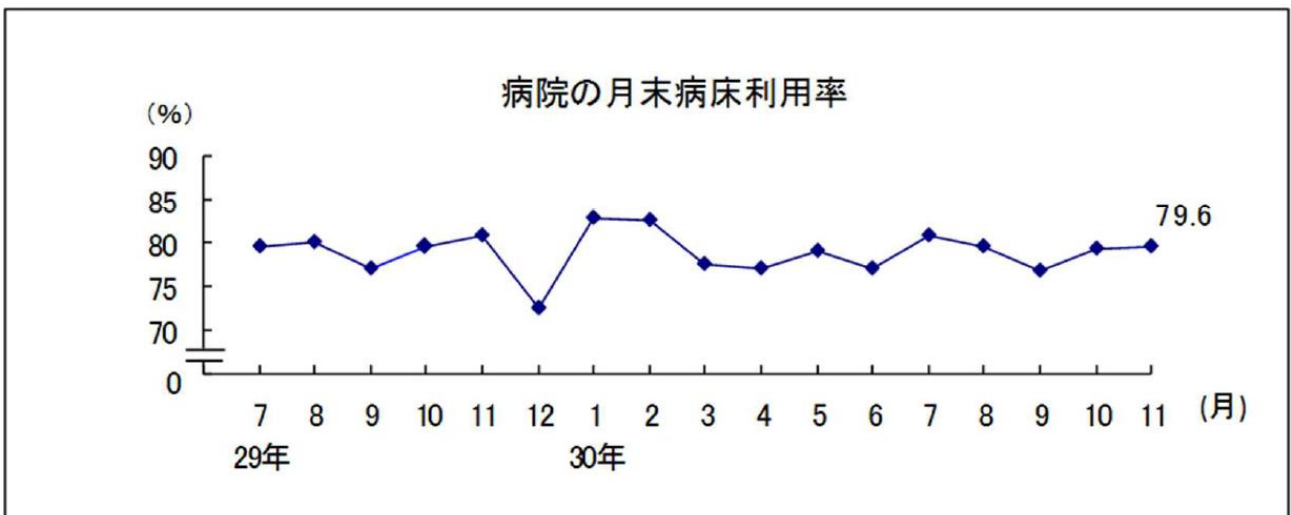
◆病院:1日平均在院患者数の推移



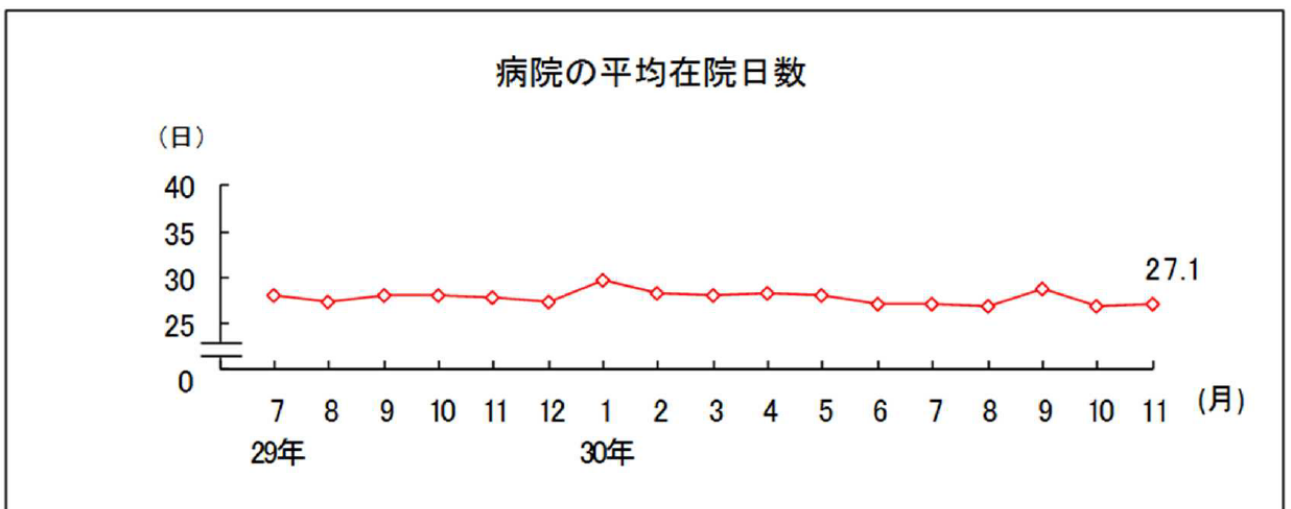
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆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30年11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。



経営情報
レポート
要約版



人 事 ・ 労 務

クリニックの診療理念を具体化する 院長が取り組む スタッフ育成手法

1. スタッフが患者に与える影響と教育の重要性
2. 自院の診療理念の周知と育成方法
3. スタッフ視点から考える理想のリーダー像
4. 組織の活性化と実現に向けた取り組み



■参考文献

「グレートクリニックを創ろう！～ドラッカー理論を経営に活用する本」内藤孝司・梅岡比俊 著（中外医学社）
「40の困った！をスッキリ解決 診療所経営助っ人ツール」 船井総研 著・日経ヘルスケア編（日経BP社）
＜ホームページより＞ F P 医師開業／ジャパンプラティクス／静岡県わくわく働くナビ／外科医の視点／医院
開業支援のクリニック開業.COM／EPILOGI／クリニックステーションポータル／幻冬舎 GOLD ONLINE／
クリニック開業.COM／「リーダーシップの身につけ方」オンライン・ジャーナル

1

医業経営情報レポート

スタッフが患者に与える影響と教育の重要性

■ スタッフが患者に与える影響

(1) スタッフがクリニックの印象を左右する

新しいスタッフの入職に際しては、クリニックの組織風土や理念について理解し、行動してもらうためには、これらを個々に周知し、浸透させる必要があります。

クリニックにおけるスタッフ教育の重要性が説かれる理由のひとつとして、スタッフの力量によって患者に与える印象が変わることが挙げられます。

◆ クリニックのスタッフが患者に与える2つの影響

● 直接的な影響

スタッフが直接患者と対応する際の言動

⇒ 患者に信頼される安心感の提供：患者マナー対応の徹底、対応スキルの向上

● 間接的な影響

待ち時間の長さ、提供される医療に対する不安

⇒ 患者の期待に応える医療サービスの提供、真のニーズを把握する

：待ち時間に対する心遣い（声がけ、時間がかかっていることの説明など）

今後の通院に関する見通し（院長説明のフォロー、予約に関する丁寧な説明）

クリニックを支えるスタッフが患者に与える影響は大きく分けて直接的なもの、間接的なものの2点があり、まず直接的に患者と対応した場合には、与える影響が大きいとされます。それは、来院する患者は、スタッフとのやりとりの中でクリニックに対する印象を決定するからです。

対応策としては、スタッフの各専門分野での技術レベルの向上により、患者に信頼感と安心感をもってもらい、またスタッフの接遇や挨拶など、患者対応能力の向上を徹底し、患者に好印象を与える言動を常に徹底することが重要です。

もうひとつは、間接的に患者に与える影響が挙げられます。

待ち時間の長さや、受ける医療に対する不安は、自院に対するマイナスの印象を与えることにつながります。

これらを防ぐためには、患者の待ち時間等を削減したり、またやむを得ず診療・会計時の待ち時間を不満に感じさせたりしないことや、患者にとってわかりやすい医療の提供を心がける必要があります。

2

医業経営情報レポート

自院の診療理念の周知と育成方法

■ 診療理念の周知と浸透

(1) 診療理念の周知、浸透が必要とされる理由

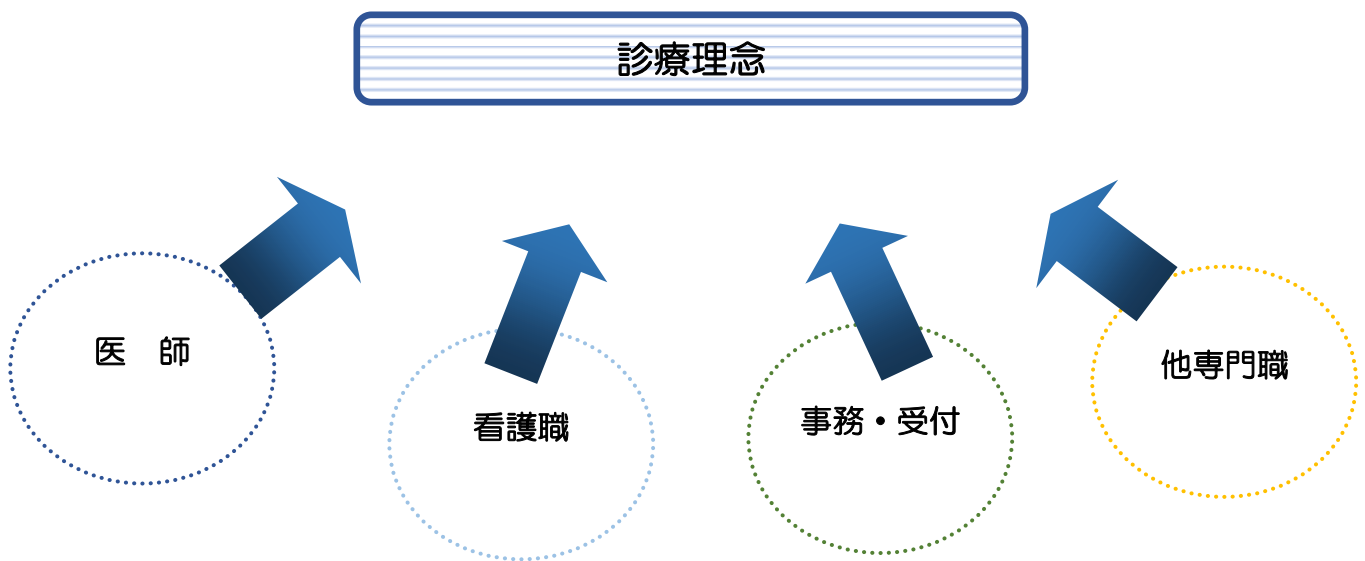
診療理念は自院の考えや信念、理想等を掲げたものであり、スタッフにとっては行動指針となります。

また、診療理念はスタッフが組織として動くために、最も重要であると考えられています。

スタッフが自分自身の考えや判断だけで物事を進めると組織としてまとまらず、患者に対しても対応にバラつきが生じ、不信感を与えてしまうおそれがあります。

診療理念の周知と浸透は、スタッフが同じ方向に向かい、組織の一体感を高める効果のほか、患者に対しては統一的な関わりをもつことで安心して通院してもらえる医院となります。

◆ 診療理念とスタッフの概念



(2) 自院の診療理念浸透に向けて

自院の診療理念が高く、患者視点に沿ったものだったとしても、それがスタッフに浸透していなければ最大の効果は期待できません。

自院の診療理念をスタッフ個々に浸透させるためには、院長がスタッフとコミュニケーションをとり、機会がある度に伝えていく必要があります。

例えば、診療理念は入職時に説明しただけで理解されるものではないととらえ、次のような形で積極的に伝えていくことが求められるのです。

3

医業経営情報レポート

スタッフ視点から考える理想のリーダー像

■ クリニックにおけるリーダーシップ

(1) 院長に求められるリーダーシップ

院長は、経営者としてリーダーシップを発揮することが求められます。そして、自院の診療理念（目的）を達成するには、スタッフからの信頼を得ることが重要です。

経営学者 P.F.ドラッカーは、自身の著書の中で、「リーダーシップの定義」について次のように述べています。

◆リーダーシップの定義 ～ P.F.ドラッカー著「プロフェッショナルの条件」「未来企業」より

● リーダーシップとは資質ではなく仕事である

⇒ リーダーとは、目標を定め、優先順位を決め、基準を決め、それを維持する者である

● リーダーシップとは地位や特権ではなく、責任である

⇒ リーダーは部下の行動を保証し、支援する存在でなければならない

● リーダーシップとは信頼である

⇒ リーダーシップは部下からの信頼を集めることであり、部下から信頼を集めるのがリーダーである

これらをクリニックの院長が実践する場合には、次のように具体的に展開することが考えられます。

◆クリニックにおける院長のリーダーシップの要素

- 周りを動かせるような強い影響力や指導力
- 自院の戦略や方向性を決める決断力や戦略性
- 診療理念や方向性についてスタッフが納得して共感できるような説明能力
- 全責任は自分にあるといった強い責任感
- スタッフからのゆるぎない信頼感と誠実性
- 自院をさらによくしようと思う向上心や新しい技術や情報を取り入れようとする柔軟性
- スタッフの育成に率先して関与し、育てていくという姿勢
- 院長自らが診療理念に沿った行動をとり、スタッフの手本となる

4

医業経営情報レポート

組織の活性化と実現に向けた取り組み

■ 院長が組織を活性化させ、人を育てるリーダーになる

(1) クリニックを「組織」にする

医療機関の特性のひとつに、スタッフの多くが専門職によって構成されるという、企業にはみられない点が挙げられます。そのため、部署として独立していない規模であっても、資格を必要とする業務を他の職種のスタッフに任せることができないのが通常です。

しかし、院長がリーダーとして、自院のスタッフ全員が「協働」することを通じ、患者にとって最善の医療サービスを提供し、かつ安定した経営を維持できるようにするためには、クリニックを組織として位置づけ、さらに、この「組織を回す力」が求められます。

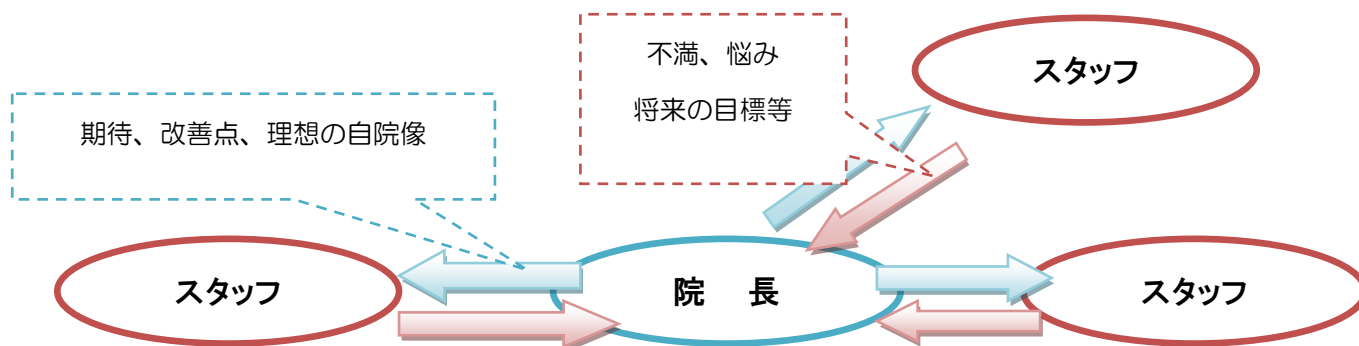
組織としてクリニックを経営し、運営する院長としては、自院だけではなく、連携先を含めた関係をマネジメントする役割を担っています。

(2) スタッフ個々とのコミュニケーションも重視する

一定以上の規模の組織になると、経営者がスタッフ全員と密にコミュニケーションをとることは困難になります。しかし一般的には、クリニックであれば、院長が経営者であり、また理念と目標を掲げるリーダーとして、スタッフからの声を直接受け取れる組織だといえるでしょう。

組織として機能するクリニックの経営・運営においては、スタッフからの信頼が重要です。この信頼関係が基盤となり、「人材をどう活かすか」「将来的にどう成長してもらいたいのか」を考えるうえで、スタッフが抱える想いや、日々の要望や不満を把握しておくことが必要です。そして、スタッフ個々は院長との面談によって、院長の考え方を理解するようになり、価値観の共有に結び付くことも期待できます。ベクトルを共有する組織は、目標に向かう高いモチベーションを維持でき、成長への意欲も強いものになります。

◆ 院長とスタッフのコミュニケーションのあり方～双方向で情報共有・意見交換



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 > サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状

PSA(Patient Safety Action)とは

PSA とは何でしょうか？またビジネスリスクとしてのリスクマネジメントの考え方を教えてください。

■PSAとは

Patient Safety Action の略で、「患者の安全を守るための医療関係者の共同行動」のことです。

2001 年を「患者安全推進年」と位置づけ、各関係者との共同行動を推進して、例えば厚生労働省としては、次のような具体的取組を実施しました。

①中長期的かつ体系的な医療安全対策の全体構想の構築

- 「医療安全対策検討会議」において、中長期的かつ体系的な医療安全対策の全体構想を構築する。

②医療安全対策を効果的に推進するための組織体制の整備

- 厚生労働省医政局総務課に衣料安全推進のための企画・立案等を行う「医療安全推進室」を設置する。
- 幅広い分野の専門家による「医療安全対策検討会議」を開催する。

③医療安全対策の推進

- 医療機関における安全対策の推進
- 医療安全に関する研究の推進（インシデント事例の分析、改善方策の策定等）
- 教育・研修の充実（臨床研修、実務研修の内容充実など）
- 医薬品、医療用具などのインシデント事例の収集と安全性の確保など

■ビジネスリスクとしてのリスクマネジメントの考え方

医療の特性のひとつに「不確実性」が挙げられます。これは、患者個々に症状も体質も異なることから、施術する医療については結果を予測しにくいということです。

それ故に予測外の事象としての医療事故も起こりえます。こうした「不確実性」をどれだけコントロールできるかが、リスクマネジメントを考える上でのキーワードとなるでしょう。

これには、インシデントレポートの作成、分析といった部分的な是正処置だけではなく、TQM や ISO への取り組みといった組織全体体制整備が重要となります。

また EBM に基づく診療方法の標準化やクリティカルパスの導入など、少しでも不確実性を取り除くことにより、医療事故防止へつなげることが可能となります。

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状

リスクの推定、評価方法

リスクの推定、評価の方法について教えてください。

定量分析が可能であるという前提で、リスクの大きさは次の式で表されます。

$$\text{リスク} = \text{被害の大きさ} \times \text{その発生確率}$$

したがって、蓄積してきたインシデントレポートや記録類を基に、各々の被害(医療事故)について、大きさと発生頻度をレベル分けする必要があります。

①被害（医療事故）の大きさ

対象とする手順や業務において、それを誤ったことによる被害の大きさをレベル分けする。

例)

- 破局的 : 複数の死亡または重傷の可能性
- 重大 : 1例の死亡または重傷の可能性
- 軽微 : 負傷の可能性
- 無視可能 : 負傷の可能性はほとんどあるいは全くない

②被害（医療事故）の発生確率

対象とする手順や業務において、その被害が発生する頻度をレベル分けする。

例)

- 頻繁に : 10%以上
- しばしば : 1%~10%
- 時々 : 0.1%~1%
- 起こりそうにない : 0.001%~0.1%
- 起こりえない : 0.001%未満

こうしたレベル分けの上で、各業務のリスクレベルを判断し、総合的にリスクの大きいものから、便益性を考慮しつつリスクを低減していくことが必要です。