

週刊 医業経営

MAGAZINE

WEBマガジン



発行 税理士法人優和

1

医療情報ヘッドライン

「特定機能病院及び
地域医療支援病院のあり方」で報告案

厚生労働省

25年1～3月に報告あった医療事故780件
ヒヤリ・ハット事例も公表 急がれるミス防止策

日本医療機能評価機構

2

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成25年3月分概数)

3

経営情報レポート

再編が急務

社会保障制度改革の方向性

4

経営データベース

ジャンル:労務管理 サブジャンル:パート・派遣職員

パートタイム職員の賃金引き下げ

労働契約を反復更新してきたパート職員の雇い止め

「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方」で報告案

厚生労働省は6月28日、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」を開き、これまで2つの病院の「承認要件」をテーマに交わしてきた意見を元に厚労省当局から報告書（とりまとめ案）が提示されて、これに基づく議論を行った。この中で注目されるのは、特定機能病院の承認要件「総合型」と「特定領域」に分けて整理した点である。

特定機能病院の承認要件については、現在、次のような標榜提案が挙げられている。

- 内科、外科、精神科、小児科、産科、婦人科、放射線科、麻酔科、救急科など16診療科を標榜すること（現行では、16診療科のうち10の標榜が要求されている）。
- 医師の配置基準の半数以上が、専門医であること。すなわち総合内科専門医、外科専門医、精神科専門医、小児科専門医、産婦人科専門医、麻酔科専門医、救急科専門医等であることが提案されている。
- 紹介率・逆紹介率の算定式を新たに【（紹介患者数＋救急搬送患者数）÷初診患者数】を用いて、50%以上でなければならない。逆紹介率の算定式を【逆紹介患者数÷初診患者数】とし、40%以上でなければならない。
- 英語論文（査読のある学術雑誌に掲載されたものに限る）の発表数が年間100件以上でなければならない。

今回のとりまとめ案では、▽従来からの特定機能病院の性格付けを二分した形を採用し、今後、多分野にわたる総合的な対応能力を併せ持つ「総合型特定機能病院」、▽がん、脳卒中、心臓病等に特定領域に特化した「特定領域の特定機能病院」、と分類している。

ただし「特定領域の特定機能病院」については、高度専門性という観点から、標榜科要件をやや緩和（16診療科のうち10診療科を標榜）するものの、紹介率80%以上、逆紹介

率60%以上など一部要件は厳格化する。「総合型特定機能病院」においても、承認要件の一部でより高水準の設定がされている。▽特定機能病院の質を担保するために、「5年の更新期間」が新たに設定される見込み。

地域医療支援病院については、紹介率等の要件を、現行と同じく（a）紹介率80%以上、（b）紹介率60%以上、かつ逆紹介率30%以上、（c）紹介率40%以上、かつ逆紹介率60%以上、の3類型とし、紹介率の計算方式を【紹介患者数÷初診患者数】（分子から救急患者数を除外）と厳しい条件に改める。

前回の検討会で挙げられた、救急搬送患者の受入れ実績を紹介率と別に評価して承認要件に加える提案に対しては、具体的に、▽【救急搬送患者数÷救急医療圏人口×1000】が2以上（地域の救急搬送件数の5%以上を担う）、▽【当該医療機関における年間の救急搬送患者の受入数】が1000件以上、のいずれかを満たすことが原則として求められるとした。

ただし、都道府県知事が「24時間の救急医療体制を整え、受入要請に積極的に対応している」と判断した場合には、この2つの要件を満たさずとも、地域医療支援病院の承認を行うことができるとの提案も行っているが、都道府県知事の裁量については賛否両論が出ている。

なお特定機能病院の承認要件を「総合型」と「特定領域」に分けたことに対して検討会の委員の間からは、総合型と特定機能という名称や目的は、他と混同されるおそれがあるとの慎重な意見があり、事務サイドの厚労省側でさらに整理することで了承を得た。

25年1～3月に報告あった医療事故780件 ヒヤリ・ハット事例も公表 急がれるミス防止策

日本医療機能評価機構は6月27日、平成25年1月から3月までに報告のあった、医療事故とヒヤリ・ハット事例をまとめた医療事故情報収集等事業の第33回報告書を公表した。概要は、次のとおりである。

1 医療事故報告が義務付けられている大学病院や国立病院、公的病院等は、(1) 参加医療機関数 1,107 (事例情報報告医療機関数 607 施設を含む)、(2) 報告件数=①発生件数情報報告件数：157,646 件 (報告医療機関数 474 施設) ②事例情報報告件数：8,007 件 (報告医療機関数 84 施設) となっている。

2 今回の個別のテーマは下記のとおり。

- (1) 血液浄化療法 (血液透析、血液透析濾過、血漿交換等) の医療機器に関連した医療事故
- (2) 血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下 (開始、継続、中止、再開等) での観血的医療行為に関連した医療事故
- (3) アドレナリンの希釈の呼称に関連した事例

3 再発・類似事例の発生状況

これまで個別テーマや「共有すべき医療事故情報」、「医療安全情報」として取り上げた内容の中から再発・類似事例が発生したものを取りまとめている。

■概況——再発・類似事例の発生状況

本事業では、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例を収集し、個別のテーマに関する医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を併せて総合的に検討・分析を行い、更に、個別のテーマの他に「共有すべき医療事故情報」や「医療安全情報」により、広く共有すべき医療事故情報等を取り上げ公表してきた。

ここでは、これまで個別のテーマや「共有すべき医療事故情報」、「医療安全情報」として取り上げた再発・類似事例の発生状況につ

いて取りまとめた。これまでに提供した「医療安全情報」について、本報告書分析対象期間 (平成25年1月～3月) に類似事例の内容は21であり事例数は35件であった。

このうち、類似事例が複数報告されたものは、「PTPシートの誤飲」、「皮下用ポート及びカテーテルの断裂」がそれぞれ5件、「病理診断報告書の確認忘れ」が3件、「処方入力の際の単位間違い」、「小児への薬剤10倍量間違い」、「抜歯部位の取り違え」、「体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去」がそれぞれ2件であった (注・本誌「週刊医療情報」(#265) では、昨年1年間で13件もあった「PTPシートの誤飲」について、同機構の医療安全情報 No.79 の「類似事例」を詳報した)。

これは患者が薬剤を内服する際に、誤ってPTPシートから出さずに薬剤を服用した事例である。

また、「共有すべき医療事故情報」について、本報告書分析対象期間に類似事例が報告された共有すべき医療事故情報の内容は13であり、事例数は37件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「体内にガーゼが残存した事例」、「病理検体に関連した事例」が8件、「施設管理の事例」が4件、「熱傷に関する事例 (療養上の世話以外)」が3件、「『療養上の世話』において熱傷をきたした事例」、「ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例」、「薬剤の注入経路を誤って投与した事例」、「アレルギーの既往がわかっている薬剤を投与した事例」、「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例」がそれぞれ2件であった。

病院報告

平成25年3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25年3月	平成25年2月	平成25年1月	平成25年3月	平成25年2月
病院					
在院患者数					
総数	1 291 953	1 308 612	1 279 947	△16 659	28 665
精神病床	300 398	300 805	300 017	△407	788
結核病床	2 217	2 271	2 293	△54	△22
療養病床	297 893	298 496	295 672	△603	2 824
一般病床	691 398	706 984	681 905	△15 586	25 079
(再掲)介護療養病床	63 461	63 535	63 757	△74	△222
外来患者数	1 380 988	1 411 457	1 323 803	△30 469	87 654
診療所					
在院患者数					
療養病床	8 452	8 563	8 555	△111	8
(再掲)介護療養病床	3 163	3 182	3 166	△19	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)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成25年3月	平成25年2月	平成25年1月	平成25年3月	平成25年2月
病院					
総数	78.2	82.6	83.1	△4.4	△0.5
精神病床	87.2	87.7	87.6	△0.5	0.1
結核病床	32.2	31.8	32.7	0.4	△0.9
療養病床	89.9	90.7	90.6	△0.8	0.1
一般病床	71.0	78.3	79.3	△7.3	△1.0
介護療養病床	92.7	92.9	93.0	△0.2	△0.1
診療所					
療養病床	63.6	64.5	64.7	△0.9	△0.2
介護療養病床	75.2	75.4	75.8	△0.2	△0.4

- 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)

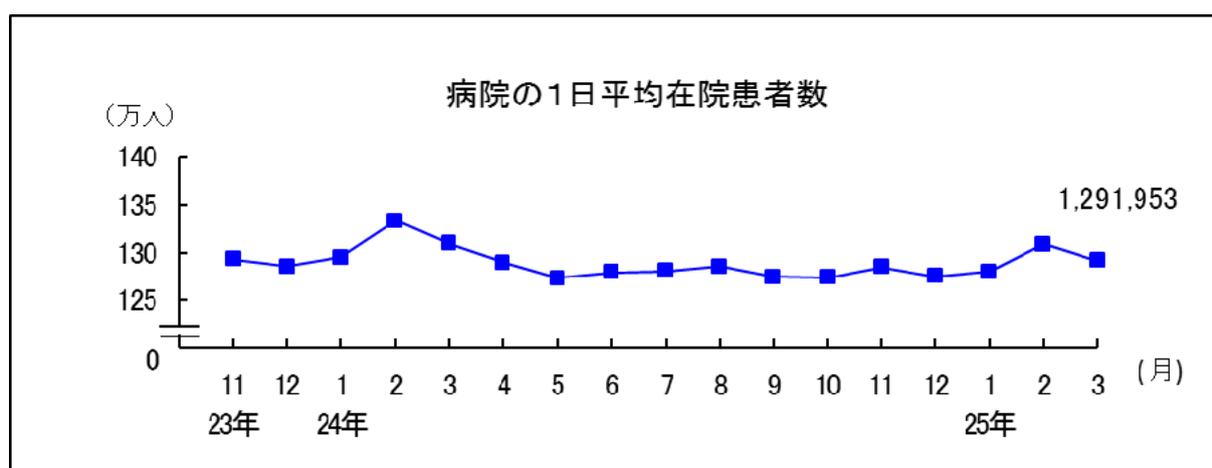
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成 25 年 3 月	平成 25 年 2 月	平成 25 年 1 月	平成 25 年 3 月	平成 25 年 2 月
病院					
総数	31.2	30.9	32.7	0.3	△1.8
精神病床	288.5	291.4	311.2	△2.9	△19.8
結核病床	69.8	65.2	69.9	4.6	△4.7
療養病床	167.3	163.5	174.4	3.8	△10.9
一般病床	17.7	17.7	18.5	0.0	△0.8
介護療養病床	305.2	297.1	316.9	8.1	△19.8
診療所					
療養病床	104.3	101.0	110.9	3.3	△9.9
介護療養病床	106.5	101.8	111.3	4.7	△9.5

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

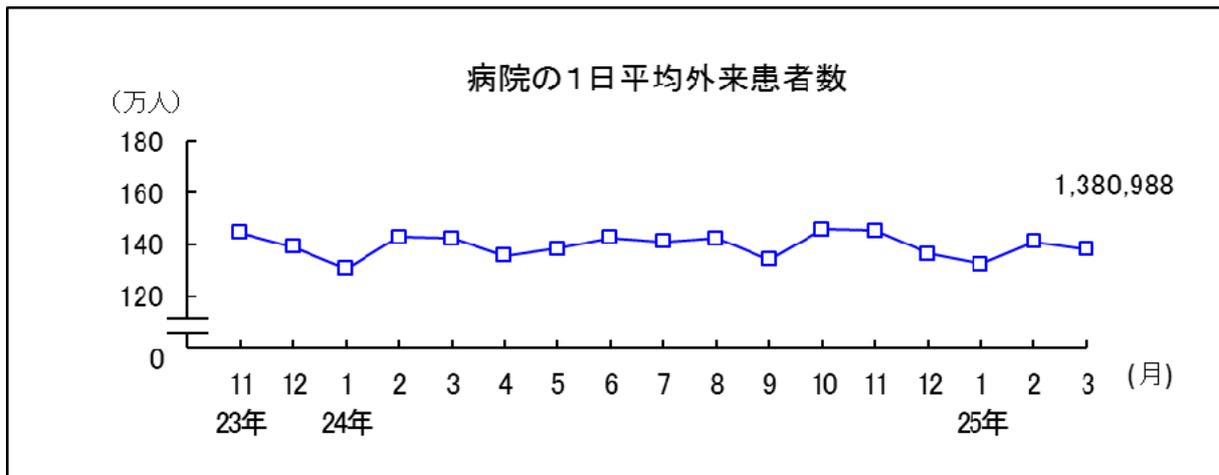
ただし、療養病床の平均在院日数 =
$$1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から} \\ \text{移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ} \\ \text{移された患者数} \end{array} \right)$$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

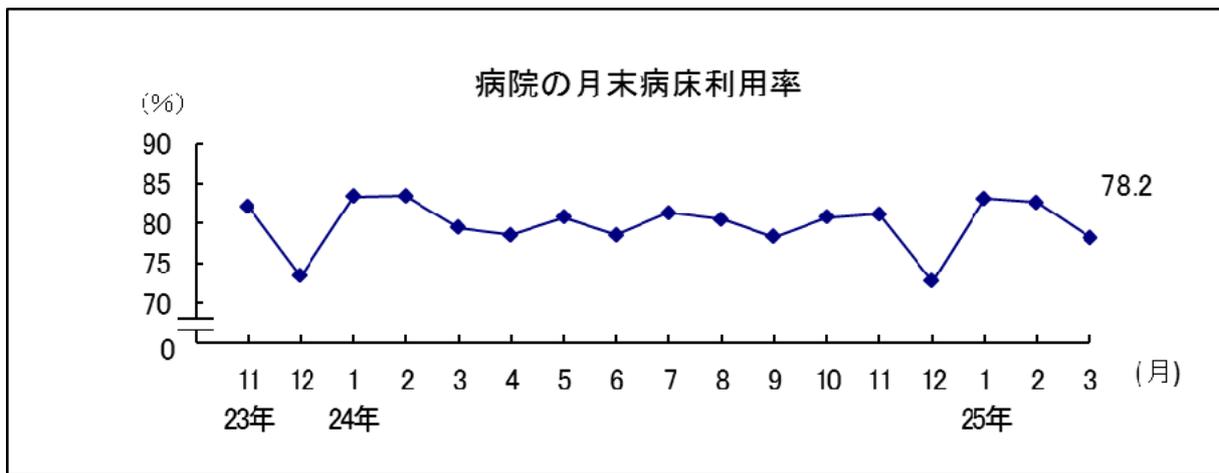
◆病院:1日平均在院患者数の推移



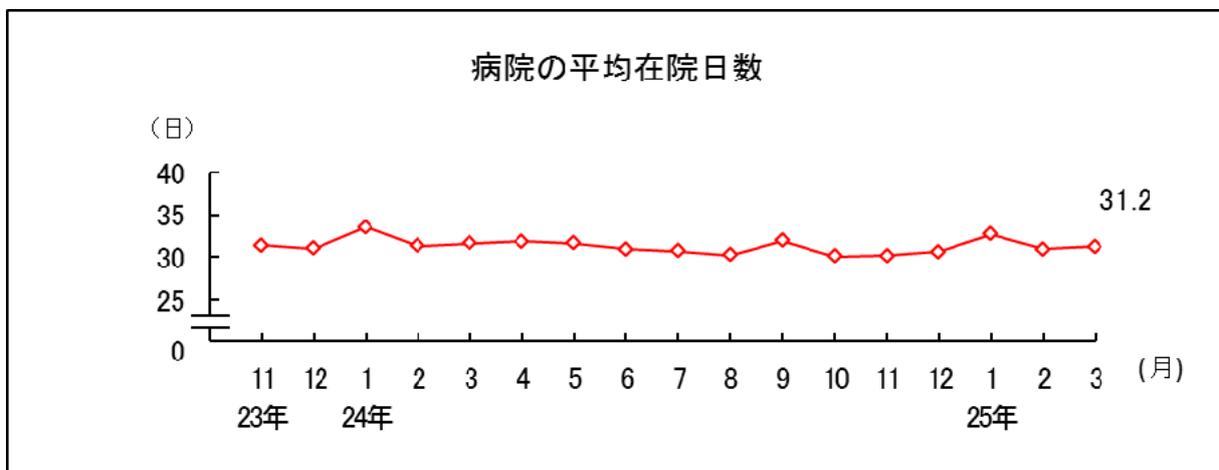
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



再編が急務 社会保障制度改革の方向性

ポイント

- 1 議論進む持続可能な社会保障制度のあり方
- 2 国保財政基盤強化と病院機能の再編
- 3 国民会議における議論の経過と今後の予測



1 議論進む持続可能な社会保障制度のあり方

■ 社会保障制度改革が必要とされる背景

高齢化が進展する日本の社会では、0～64歳人口が一貫して減り続ける一方で、65～74歳人口は2040年までに約100万人増加し、75歳以上は約800万人も増加すると推計されています。その結果、国全体では若年層が3,000万人減、高齢者が900万人増加し、総人口は約2,100万人減少すると試算されます。

しかし、現在の社会保障制度の骨格は、1960年から70年代にかけての高度経済成長期に形成されたものであり、社会保障制度を取り巻く状況も大きく変化しました。そのため、世代間の公平性と共助を柱とする持続可能性の高い社会保障制度への再編を目指して、その制度改革の必要性と基本的な方向性・具体策を示す取り組みが進められています。

■ 進む社会保障制度改革国民会議の議論

社会保障・税一体改革の推進にあたり、高齢化の進展とともに近年の日本が抱えてきた命題として、持続可能な社会保障制度のあり方を議論するため、社会保障制度改革推進法に基づき「社会保障制度改革国民会議（以下、「国民会議」）」が設置され、下記の4つの項目について検討が続けられています。

◆ 社会保障制度改革推進法(第5～8条)に定める改革の基本方針

【医療の改革】

- ①健康の維持増進・疾病の予防・早期発見等の積極的促進、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用 等
- ②医療保険制度の財政基盤安定化、保険料負担に関する公平の確保、療養の範囲の適正化等
- ③医療のあり方（個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直し、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備）
- ④今後の高齢者医療制度に係る改革

【介護の改革】

介護サービスの範囲の適正化等による効率化・重点化、低所得者等の保険料負担の増大の抑制

【年金の改革】

- ①今後の公的年金制度に係る改革
- ②現行年金制度の改善
(低年金・無年金者対策、厚生年金の適用拡大、被用者年金一元化等)

【少子化対策】

社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施

(2)総合的な政策推進の基盤整備

国民会議では、増税で得られる新たな財源をもとに、医療機関と介護関連施設を地域ニーズの将来像に合った形に再編成することを目指しています。その中には、既存の医療施設の有効利用や、平均在院日数の減少と在宅医療へのシフトを図る等の個別の目標がありますが、これまではこれらを具体化する政策が整わず、実現までに長期間を要する事態となっていました。

しかし、法的根拠を有する今回の国民会議において、同様に法に定められた検討すべき項目に関する議論が進むに従い、最重要課題である医療・介護提供体制の再構築について、総合的な政策の大枠が判明しつつあります。

■ 国民会議が示す改革の2本柱

具体的な改革内容は大きく分けると、①国民健康保険の財政基盤強化、および②病院機能の抜本的再編、の2点に整理できます。

そして、上記の①・②を実現するための具体的手段として、次のような案が挙げられています。

◆医療・介護制度改革の方向性 ～国民会議における議論のポイント

- 国民健康保険の運営を市町村から都道府県に広域化
 - 高齢者医療の支援金に収入連動の「総報酬割」を全面導入し、これにより確保できる国庫負担金は国保の赤字を補てんする
 - 補助金的手法により医療・介護提供体制の再構築を加速する
 - 保険医療機関の指定・取消権限を付与するなど、都道府県の役割拡大
- ⇒ 医療法改正
- 医療法人の統合や高齢者住宅の整備を促す規制緩和の推進

国民会議は、社会保障制度改革推進法において、設置期限（政令で規定）が平成 25 年8月 21 日と定められ、同月までに最終報告がまとめられるとともに、政府にも法律上、同日までに「必要な法制上の措置」を講ずる旨が義務付けられています。

実際には、最終報告に具体的な政策が盛り込まれることにはなりますが、現在は、4つの検討項目それぞれについて整理された国民会議の議論に対し、各立場からの意見が表明されているところであり、今後これらを踏まえた検討が行われて、総合的な政策として精緻化されていくことになります。

次章からは、国民会議が示した改革の2つの柱である「国民健康保険の財政基盤強化」と「病院機能の抜本的再編」の内容をみていきます。

2 国保財政基盤強化と病院機能の再編

■ 国民健康保険の財政基盤強化策は改革の大前提

国民皆保険を掲げる日本にとっては、地域医療を守るためにも、地域医療提供体制の整備と、また国民皆保険を最終的に支える「医療保険における最後のセーフティネット」として、国民健康保険のあり方を一体的に検討することが重要です。

(1) 保険者の都道府県移管と総報酬割の全面導入

医療保険制度の財政基盤の安定化は、今後の公的保険制度維持に向けて重視され、また期待されている政策です。そのうち、国民健康保険における保険者のあり方は、これまでも議論の対象とされてきました。

国民会議では国保の運営について、現在の市町村から都道府県単位に拡大する案に加えて、75歳以上が加入する後期高齢者医療制度への現役世代の支援金について、給与が高いほど保険料が上昇する「総報酬割」を全面的に導入する案を挙げています。これによって浮いた国庫負担2,000億円を、国保の赤字補てんに用いるというものです。

◆ 総報酬割を拡大した場合の各保険者の支援金負担額の変化：平成27年度推計

		協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現 行	2/3 加入者割	1兆4300億円	1兆2300億円	3900億円	3兆600億円
	加入者数	3400万人 (47%)	2800万人 (40%)	900万人 (12%)	7100万人
	1/3 総報酬割	6000億円	6800億円	2400億円	1兆5300億円
	総報酬額	72.0兆円 (40%)	81.5兆円 (45%)	28.3兆円 (16%)	182.2兆円
	計 (①)	2兆400億円	1兆9200億円	6200億円	4兆5800億円
1/2 総報酬割 (③)		1兆9800億円	1兆9500億円	6500億円	4兆5800億円
負担額変化 (③-①)		▲600億円	300億円	200億円	0
2/3 総報酬割 (④)		1兆9200億円	1兆9900億円	6700億円	4兆5800億円
負担額変化 (④-①)		▲1100億円	700億円	400億円	0
全面総報酬割 (⑤)		1兆8100億円	2兆600億円	7100億円	4兆5800億円
負担額変化 (⑤-①)		▲2300億円	1400億円	900億円	0

うち 公費 2300億円

■ 病院機能の抜本的再編に向けた政策

(1)日本における医療・介護の需給と供給の問題

日本の医療は、国際的にみると人口一人当たりの病院・病床数が突出して多い一方で、病床あたり医師・看護師数が少ないことから、近年では特に急性期医療の担い手にとって、加重労働が常態化していることが指摘されてきました。

加えて、地域において医療機関の役割分担が曖昧であるため、診療科目や医療職（医師・看護師）の配置にも地域的偏在が発生しているほか、救急患者の受け入れ体制の不備がたびたび報道される問題の一つとなっています。

さらに、リハビリや在宅療養支援・介護提供体制の整備が、厚生労働省の期待通りの水準には達せず、社会的受け皿を確保できないことにより入院期間が長期化し、医療費の増大につながってしまうという悪循環を生んでいます。

しかし、こうした問題は今後も続く高齢化によって、さらに深刻化することが予測されています。医療・介護の供給資源レベル（人口当たりの総病床数と看護師数、介護関連施設・高齢者住宅の収容可能人数等）と高齢化率は、地域によって大きな差が生じており、特に大都市圏では社会的受け皿が不足して、将来医療提供が間に合わなくなると指摘されています（平成 25 年 4 月 19 日第 9 回国民会議における国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授のプレゼンテーションより）。

(2)財源投入による地域医療・病院機能の再編推進

将来予測される医療・介護の提供不足を確保し、前述のような問題を解決するために、平成 20 年の国民会議において検討されたのが公費の追加投入であり、それに必要な財源は消費税率換算で試算されました。「税と社会保障の一体改革」は、これと呼応する形で実施されるものです。

消費税率の引き上げが決定したことにより、社会保障制度改革に関する具体的な改革案が示されることとなり、今回の国民会議最終報告では、具体的政策案が盛り込まれる見通しです。詳細は、先に国民会議が示した「議論の整理」に挙げられる方針に従い、政策パッケージとして各種の規制改革案と抱き合わせで提示されます。

◆公費財源投入による改革案の必要性を指摘した意見 ~財務省「税と社会保障の一体改革」審議会報告書(平成 25 年1月)

急性期病床への医療資源の集中投入等により「高密度医療」を実現し、平均在院日数の減少等を通じて医療費の適正化につなげるという政策パッケージのためにあえて行う公費負担であり、その政策効果の発現には、診療報酬の重点配分を図るといったソフトな動機づけだけでは不十分なことは明らかである。

経営データベース ①

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: パート・派遣職員



パートタイム職員の賃金引き下げ

当院では、業績が年々悪化しているため、次の契約更新時から徐々にパート勤務の看護職員の時給を引き下げたいと思っています。これは違法となるのでしょうか。



パートタイム職員本人の同意を得れば、時給を引き下げても必ずしも違法とはなりません。引き下げ後の時給は最低賃金を下回ることはできません。

契約期間を定めて雇用しているパートやアルバイトなどの職員について、労働契約を更新する場合には、定めた契約期間が満了した後に、新たな労働条件によって労働契約を締結することになるため、その際、賃金（時給）の切り下げを行っても必ずしも違法とはなりません。

これは、更新に当たって、従前の労働契約はいったん破棄され、新しい労働契約が締結されることになるからです。

ただし、更新手続（更新の都度、新たな労働条件を提示して労働契約の再締結をする等）を行わず、契約期間が満了したときに自動的に契約を更新しているような場合には、「期間の定めのない労働契約」とみなされますので、賃金引き下げに合理的な理由があるか、または個々の職員の同意を得るかのどちらかが必要とされています。

また、パートタイマー等の労働契約を労働者にとって不利益な内容に変更する際にも、高度の合理性があると認められなければ、個々の労働者から個別の同意を得ることが求められます。

なお、労働者にとって不利益な内容となる就業規則の変更をめぐる、その理由と内容の合理性に関する考え方を示した判例があります。

◆昭和 63 年 2 月 16 日最高裁第三小法廷判決

就業規則の変更理由の合理性、変更内容の合理性、代替措置の状況、社会的相当性などを総合的に判断した上で、「特に、賃金、退職金など労働者にとって重要な権利、労働条件に関し実質的な不利益を及ぼす就業規則の作成または変更については、当該条項が、そのような不利益を労働者に法的に受忍させることを許容できるだけの高度の必要性に基づいた合理的な内容のものである場合において、その効力を生ずるもの」というべきである

このように高度の合理性があれば、変更が労働者にとって不利益なものであっても、変更後の労働条件が適用されることとなります。このなかには、変更反対した労働者も含まれます。

経営データベース ②

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: パート・派遣職員



労働契約を反復更新してきたパート職員の雇い止め

3ヵ月契約で雇用するパート職員に対して、希望者は全員契約を更新してきましたが、今後は員数を削減したいと思っています。1年以上にわたって反復更新してきたパート職員を契約満了時に雇い止めすることはできるのでしょうか。



雇用契約を反復継続して更新している場合には、「期間の定めのない契約」とみなされますので、契約期間の満了として雇い止めをすることはできません。

この場合は、所定の解雇予告手続が必要となり、さらに解雇について合理的な理由がない場合には、解雇権の濫用として扱われますので注意が必要です。

現在のところ、期間の定めのある契約の反復更新が、どの時点・状態から実質上期間の定めのない契約になるとされるのかについては、明確な基準が示されていません。

そこで、短時間労働者の雇用管理改善のために措置を講ずる場合の考え方を示した「パートタイム労働指針」では、労働契約の更新に関し、「引き続き1年を超えて使用するに至った短時間労働者の労働契約を、更新することなく期間の満了により終了させるときは、少なくとも30日前にその予告を行なうよう努めなければならない」としています。

◆パートタイム労働指針の考え方【抜粋】 ～ 期間の定めのある労働契約

労働基準法に基づき定められた有期労働契約の締結、更新及び雇い止めに関する基準（平成15年厚生労働省告示第357号）の定めるところにより、次に掲げる措置を講ずるものとする。

① 雇い止めの予告

少なくとも当該契約の期間の満了する日の30日前までに、有期労働契約を更新しないことの予告をするものとする。

② 解雇の予告

- 1) 労働基準法の定めるところにより、少なくとも30日前に解雇予告をするものとする。これをしない事業主は、30日分以上の平均賃金を支払うものとする。
- 2) 1)の予告日数は、1日について平均賃金を支払った場合においては、その日数を短縮することができる。

