

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

中医協 消費税負担の在り方検討
医療機器等、高額投資状況を調査

厚生労働省 中央社会保険医療協議会
中医協 費用対効果の「費用」算出を部会で検討
入院基本料等も勘案

厚生労働省 中央社会保険医療協議会

2

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成24年8月分概数)

3

経営情報レポート

ヒヤリ・ハット事例検証
クリニックの医薬品安全対策ポイント

4

経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:コーチング

コーチングの捉え方
コーチングに臨む姿勢

医療情報

ヘッドライン ①

厚生労働省
中央社会保険医療協議会

中医協 消費税負担の在り方検討 医療機器等、高額投資状況を調査

厚生労働省は12月19日に中央社会保険医療協議会（中医協）総会を開き、消費税負担の在り方を検討する材料として「消費税問題」と「長期収載品と後発品問題」を焦点に、これから実施する調査の対象について議論を行い、費用対効果評価専門部会で一部修正された中間的結論といえる案が了承された。

対象となる設備投資額は、(1) 医療機関における消費税問題、(2) DPC 影響調査、(3) 先進医療、(4) 新たな医療機器、(5) 長期収載品と後発品問題、の5点である。この日の中間結論として、対象となる設備投資額は、大枠で300床以上500床未満の病院は原則として100万円以上、500床以上の病院は原則300万円以上とした。調査結果は「高額投資の基準」を定めるための材料となる。

(1) は、消費税率の引上げ（平成26年4月から8%、27年10月から10%）に伴い、医療機関等における控除対象外消費税（いわゆる損税）が拡大してしまうことから、この問題への対応をどう図るかということがテーマになっている。これまでに、(I) 通常取引、(II) 高額な取引、の2つに区分して対応（診療報酬プラス改定など）する方向で検討が進められており、「高額」の設定に向けて医療機関における高額投資の実態を調査することが決まっていた。

その具体的な調査設計について中医協も了

承して、平成25年1月中旬をめぐりに病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局の、それぞれ約1000施設（合計約4000施設）程度を対象に調査が行われる。

ただし、病院と診療所で調査内容が異なるが、これは病院と診療所では「高額」の捉え方が異なることが予想されるためである。

具体的には、以下のような区分となっている。

- 300床未満の病院では、すべての医療機器等を調べる
- 300床以上500床未満の病院では、原則として100万円以上の医療機器を調べる
- 500床以上の病院では、原則として300万円以上の医療機器を調べる

(2) は、12月7日に開催されたDPC評価分科会で報告された内容である。総会では、診療側委員から「平均在院日数短縮や後発品使用割合の増加は、医療の効率化を示していると言えるのか」との厳しい指摘がなされた。この点について、DPC評価分科会の小山分科会長（東邦大学医療センター大森病院心臓血管外科部長）は「医療費適正化の要請の中では、平均在院日数短縮や後発品使用促進が重視され、中医協総会でも議論されている。そういった面で効率化を示す指標と言え、この視点からすると、効率化は進んでいるとの数字が出ている」と説明している。

中医協 費用対効果の「費用」算出を部会で検討 入院基本料等も勘案

厚生労働省は12月19日、中医協の費用対効果評価専門部会を開催した。この専門部会では、医療技術や医薬品・医療機器の評価（保険収載の可否や価格設定など）において、費用対効果の考え方を導入できないかという点が検討されている。

この日の議題は、費用対効果評価の具体的な運用方法のうち、「費用等の範囲」「比較対照」について検討を深めた。その要件として、新たな医療技術や医薬品の費用対効果を判定する場合には、「費用には何が含まれるのか」「効果はどこまでを見るのか」「何と比較して、費用対効果が優れている（あるいは劣っている）と判断するのか」を明確にする必要があるとした。

厚労省は、こうした問題について、次のような考え方を提示している。

(Ⅰ) 費用の範囲は公的医療を原則とし、その効果が介護にも及ぶ場合には、公的介護費用も含める。(Ⅱ) 費用について、原則として「生産性損失」は含めない。(Ⅲ) 比較対照は、新規技術等の導入によって「最も代替され得る医療技術」とする。

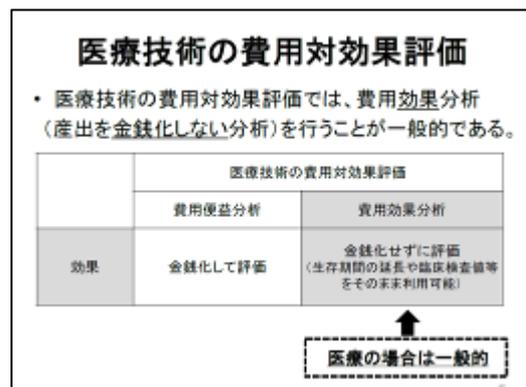
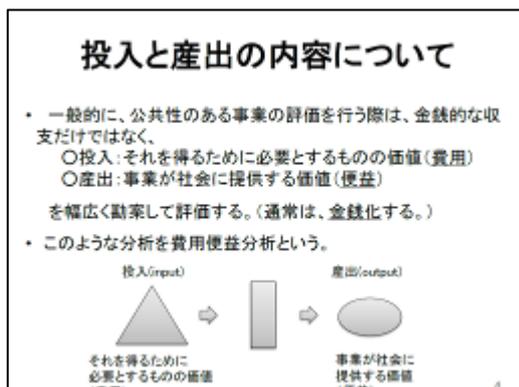
このうち、(Ⅰ)の費用については、当該医

療技術や新薬の価格そのものが含まれることは疑いないが、その技術等を提供するために必要な関連医療の費用も含めることが適切と考えられている。例えば、腹腔鏡下手術と開腹手術において、手術費用だけを比較すると腹腔鏡下手術のほうが高額であるから、「費用がかさむ」という結論になるとと思われる。しかし、腹腔鏡下手術では侵襲が小さいため、開腹手術に比べて短期間で退院できる。このことから、入院基本料などを考慮すれば、結果として「費用は安くすむ」という逆の結論を導けるのである。

なお、「効果が介護にも及ぶ場合」とは、脳卒中治療や認知症治療に関する技術・医薬品等が想定される。

(Ⅲ)は、新規技術の費用対効果が優れているか否かを、「何」と比較するかという問題である。諸外国では、「新たな医療技術が導入されることにより、最も代替され得る医療技術（標準治療等）などを比較対象とする」こととなっており、厚労省は我が国でも同様の仕組みとしたい意向である。

次回以降は、「費用対効果評価の活用方法」などについて議論する予定となっている。



病院報告

平成24年8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24年8月	平成24年7月	平成24年6月	平成24年8月	平成24年7月
病院					
在院患者数					
総数	1 285 721	1 280 678	1 279 488	5 043	1 190
精神病床	305 378	305 020	304 659	358	361
結核病床	2 618	2 590	2 579	28	11
療養病床	298 170	297 253	297 764	917	△ 511
一般病床	679 515	675 778	674 448	3 737	1 330
(再掲)介護療養病床	66 158	66 411	66 802	△ 253	△ 391
外来患者数	1 423 152	1 411 972	1 427 098	11 180	△ 15 126
診療所					
在院患者数					
療養病床	8 920	8 949	9 034	△ 29	△ 85
(再掲)介護療養病床	3 306	3 334	3 350	△ 28	△ 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24年8月	平成24年7月	平成24年6月	平成24年8月	平成24年7月
病院					
総数	80.5	81.3	78.5	△ 0.8	2.8
精神病床	88.8	88.7	88.5	0.1	0.2
結核病床	35.6	35.9	34.6	△ 0.3	1.3
療養病床	90.3	90.1	90.0	0.2	0.1
一般病床	74.3	75.8	71.0	△ 1.5	4.8
介護療養病床	93.6	93.2	93.5	0.4	△ 0.3
診療所					
療養病床	66.0	65.6	65.7	0.4	△ 0.1
介護療養病床	76.8	76.6	76.9	0.2	△ 0.3

- 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)

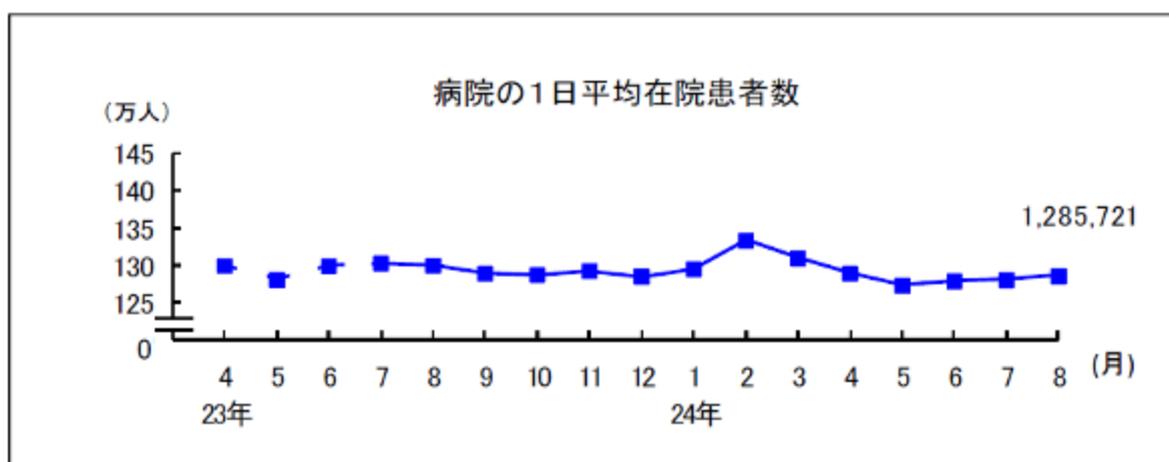
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成24年8月	平成24年7月	平成24年6月	平成24年8月	平成24年7月
病院					
総数	30.2	30.7	30.9	△ 0.5	△ 0.2
精神病床	285.4	284.6	280.7	0.8	3.9
結核病床	70.5	74.0	69.9	△ 3.5	4.1
療養病床	175.2	176.6	173.1	△ 1.4	3.5
一般病床	16.9	17.2	17.3	△ 0.3	△ 0.1
介護療養病床	320.2	313.3	307.8	6.9	5.5
診療所					
療養病床	109.9	112.6	107.8	△ 2.7	4.8
介護療養病床	110.8	114.0	116.4	△ 3.2	△ 2.4

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

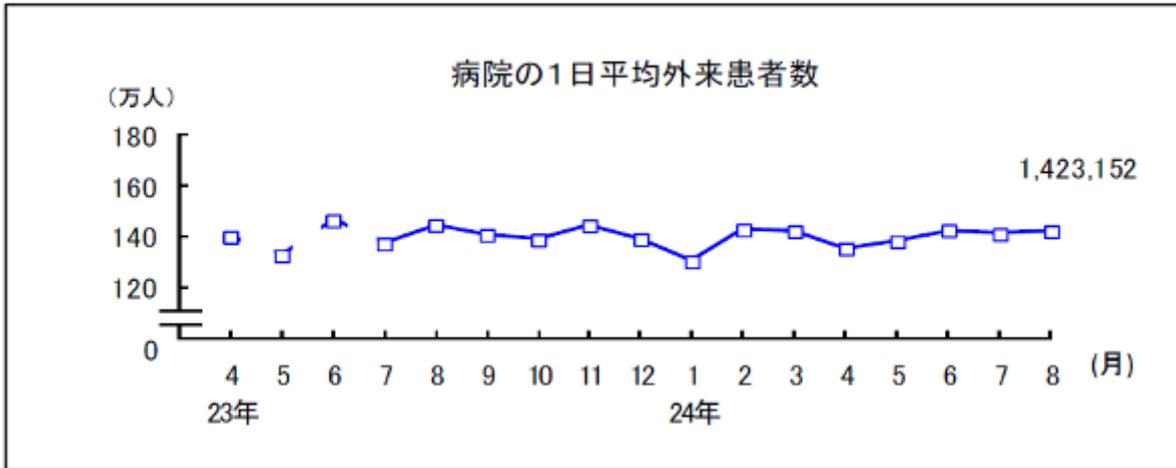
ただし、療養病床の平均在院日数 = $1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

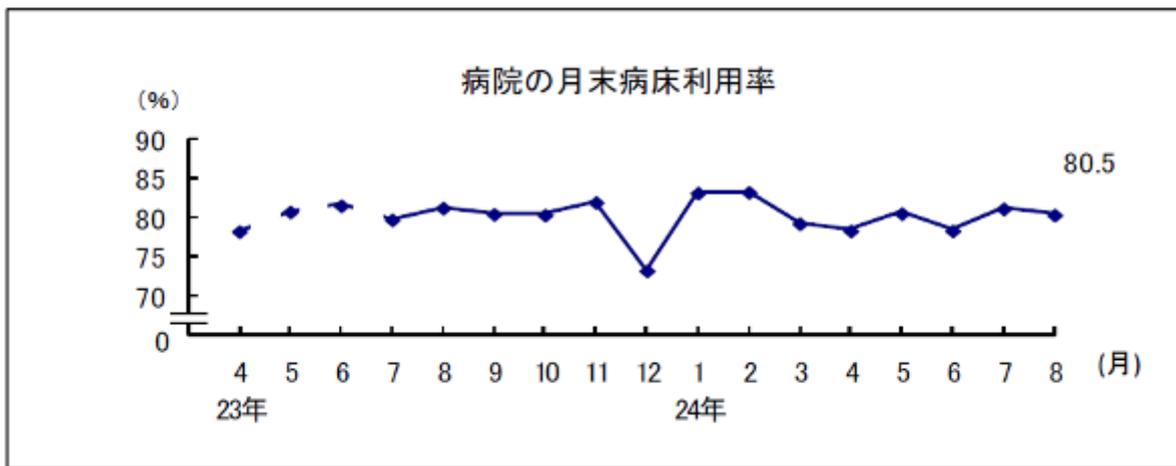
◆病院:1日平均在院患者数の推移



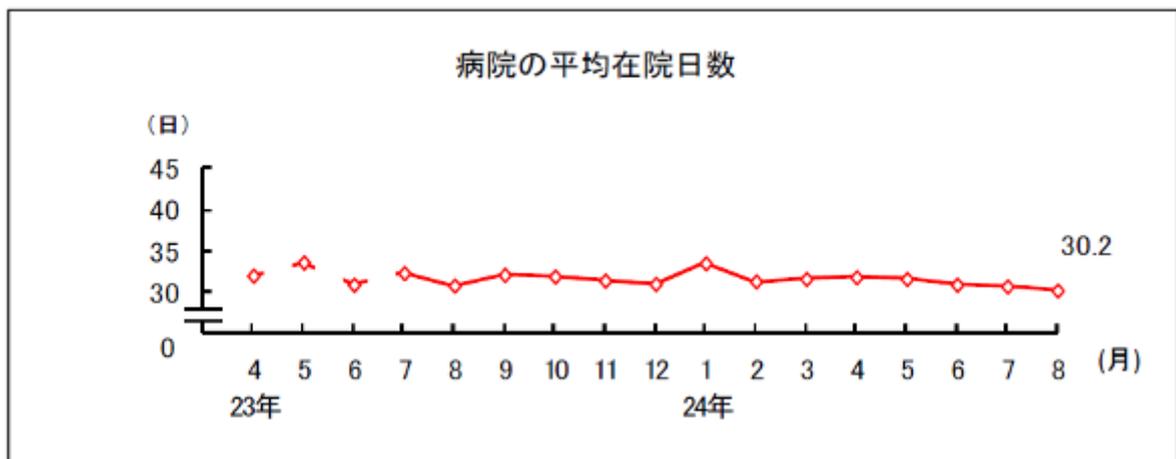
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



ヒヤリ・ハット事例検証 クリニックの医薬品安全対策ポイント

ポイント

- 1 法令で義務化された医薬品安全対策
- 2 処方に関するヒヤリ・ハットの実態と安全対策
- 3 薬局事例からみる連携強化による防止策



1 法令で義務化された医薬品安全対策

■ 重大なアクシデントに直結する医薬品のリスク

医薬品に関する事故のリスクは医療行為の中でも高く、医師、薬剤師はもちろんのこと実際の投与に関わる看護師の責任は重大です。こうしたリスクを低減するためには、医師や看護師は薬に関する情報と患者の情報(疾患やアレルギー等)を把握し、処方ミスや与薬ミスに十分対応しなければなりません。また薬剤師においても、同様に調剤過誤を減らす努力を継続する必要があります。

(1) 医薬品に関するインシデント報告

厚生労働省の医薬品・医療機器等対策部会では、発生したインシデント事例について定期的に検討および調査を実施しており、直近では平成23年1月1日～6月30日の間に報告された事例の情報を公開しています。

◆ 医薬品安全使用対策調査結果 ～厚生労働省:医薬品・医療機器等対策部会による(合計:198件)

調査結果	事例件数	割合
医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要 又は可能と考えられた事例	2	1.0%
製造販売業者等により既に対策がとられているもの、 もしくは対策を既に検討中の事例	5	2.5%
ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	162	81.8%
情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例	29	14.7%

(2) 事故およびヒヤリ・ハットの実態

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられる事例を整理すると、下記のような傾向に分類できます。

◆ ヒューマンエラー・ヒューマンファクター起因のインシデント件数(合計:162件)

項目	件数	比率	項目	件数	比率
確認不足	112	69.1%	連携不足	3	1.9%
観察不足	13	8.0%	知識不足	9	5.6%
説明不足	4	2.5%	心理的状況(慌てていた)	15	9.3%
判断誤り	1	0.6%	技術未熟	1	0.6%
思い込み	1	0.6%	誤入力・誤記載	3	1.9%

2 処方に関するヒヤリ・ハットの実態と安全対策

■ 薬剤処方をめぐるヒヤリ・ハット

クリニックと調剤薬局との間で日常的に発生するものに、疑義照会があります。これは、クリニックの薬剤処方ミスについて薬局が気付いた事例であり、未然に防止した点ではチェック機能が働いたケースであるともいえます。しかし、クリニック側のミスが薬局でのチェックに漏れ、患者に処方されてしまった場合はアクシデントになります。また、正しい処方せんが発行されていても、薬剤師が調剤ミスを犯すケースもあります。

(1) 処方過誤が起因となるアクシデント

クリニックが発行した処方せんにミスがあったものの、薬局でも見逃され、そのまま処方薬が患者に渡ってしまったケースは、処方過誤によるアクシデントです。

◆ リスクが比較的高い処方過誤

- ① 規格違い、単位間違い、用法用量違い
- ② 不要な薬が出ていた、必要な薬を出さなかった
- ③ 似たような名称の薬を処方した
- ④ 他院受診による投薬の事実を確認せず、重複投与したり、禁忌薬を処方したりした
- ⑤ 事務で処方せん入力の際に誤入力した

(2) 調剤ミス等が起因となるアクシデント

クリニックから発行された処方せんに問題がなくても、薬局側でミスが発生すると、アクシデントとなる可能性が高まります。

(3) 薬局で処方過誤に気づいた事例 ～ヒヤリ・ハット

処方過誤は、薬局の監査によって、患者が処方薬を受け取る前に気付いた場合、インシデントに該当するというケースです。ただしこれは、事前に把握できた良い事例であり、アクシデントに至らずに済んだ行為や事由が、以降の防止徹底に向けた重要なファクターになります。

その後処方医に確認し、正しい処方に変更してもらう仕組みが「疑義照会」であり、例えば、保険証の記号・番号間違いも疑義照会の対象となります。

■ 薬剤処方をめぐるヒヤリ・ハット

安全対策活動における最初の取り組みは、院内で発生した事例を取り上げ、発生原因について分析したうえで、再発防止に向けた対応策を行うことであり、疑義照会における過誤についても同様です。

3 薬局事例からみる連携強化による防止策

■ 調剤薬局におけるヒヤリ・ハット

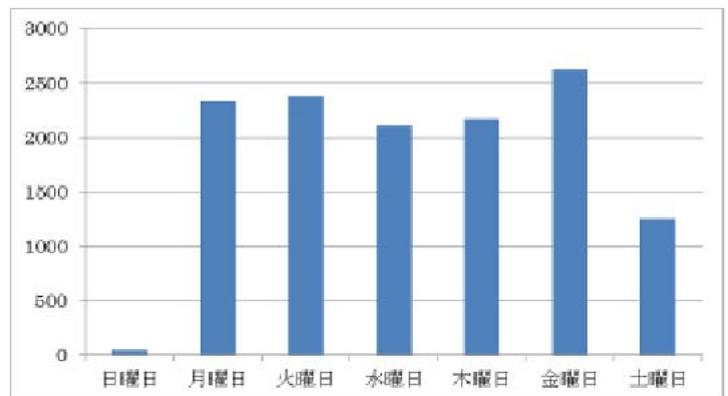
公益財団法人日本医療機能評価機構が実施する「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」の平成22年年報によると、12,904件（3,458施設）が報告されています。

(1) 繁忙時間に集中するヒヤリ・ハット

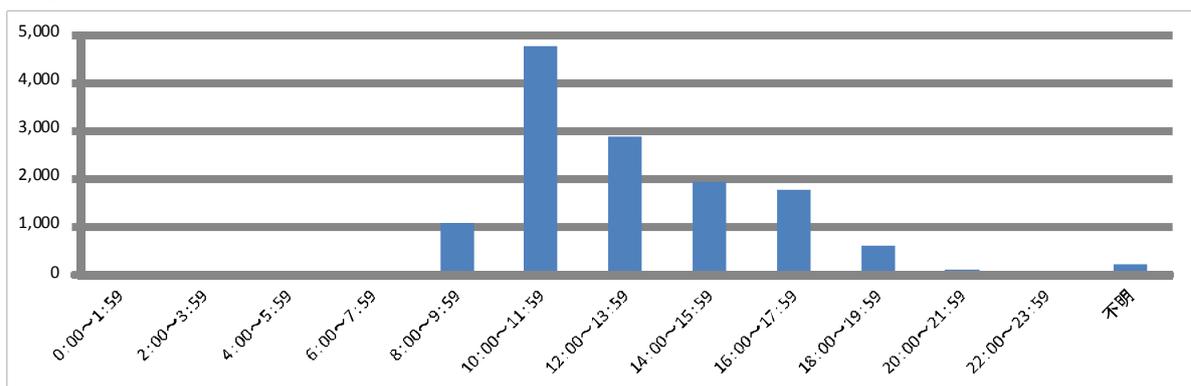
ヒヤリ・ハット事例の発生状況を見ると、月～木曜日は16%～18%程度、金曜日のみ20%を超えており、さらに、業務繁忙時間帯の2時間に発生件数のうち36%が集中しています。

◆ 発生曜日

発生曜日	件数	比率
日曜日	43	0.3%
月曜日	2,329	18.0%
火曜日	2,383	18.5%
水曜日	2,103	16.3%
木曜日	2,167	16.8%
金曜日	2,625	20.3%
土曜日	1,254	9.7%
合計	12,904	100.0%



◆ 発生時間帯



(出典：公益財団法人 日本医療機能評価機構)

■ 具体的事例と連携強化による改善

(1) ヒヤリ・ハットの具体的事例

① 名称類似

名称類似を原因とするエラーは、処方、調剤とも発生件数が多いため、特に注意が求められます。さらに、薬効が大きく違う場合には重篤なアクシデントに結びつくリスクが高くなることか

ら、より慎重な対応が必要です。

医薬品には、下記のような名称類似例があります。

医薬品の組み合わせ（販売名、およびその薬効）	
ムコダイン錠 500mg 【薬効】呼吸器官用薬、去たん剤	ムコスタ錠 100mg 【薬効】消化器官用薬、消化性潰瘍用剤
クラビット錠 【薬効】化学療法剤、合成抗菌剤	クラリシッド錠 200 mg 【薬効】抗生物質製剤、主としてグラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの

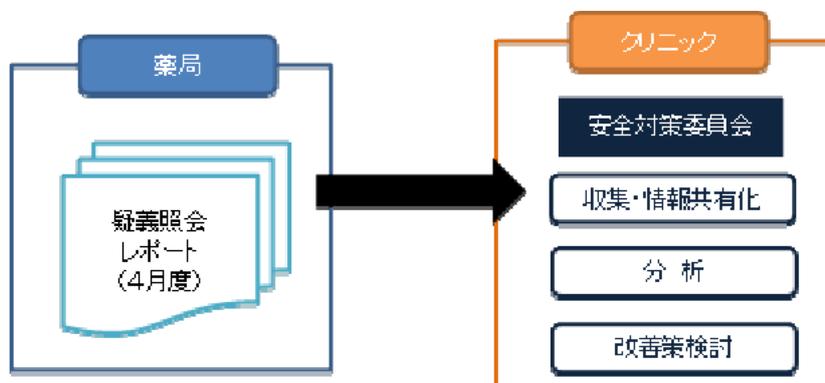
薬効	医薬品の組み合わせ		件数
	2文字のみ一致（25件）		
同じ	マグミット錠 330 mg	マグラックス錠 330 mg	10
	ベザテートSR錠 200	ベザトールSR錠 200 mg	4
	MS冷シップ「タイホウ」	MS温シップ「タイホウ」	2
	メパロチン錠 5	メバン錠 5	1
異なる	ムコダイン錠 500 mg	ムコスタ錠 100 mg	6
	クラビット錠	クラリシッド錠 200 mg	1
	ユリノーム錠 25 mg	ユリーフ錠 4 mg	1

(2) アクシデント防止のための連携強化

ヒヤリ・ハットの発生件数をゼロにすることは不可能に近いものの、エラーをなくす取り組みを通じて、アクシデント件数を減らすことはできます。そのためには、日常的に発生するエラー（処方・調剤ミス）を認識することから始めなければなりません。

そして処方医としては、疑義照会に対して随時場当たりの対応するのではなく、疑義内容を把握し、原因分析を通じて、改善と再発防止に向けて、薬局と共同した取り組みを徹底しなければなりません。

具体的には、毎月の疑義照会について薬局にレポート作成を依頼し、これに基づき院内で安全対策委員会を開催して職員と情報を共有化し、リスクの高い項目については発生原因を分析するとともに、改善行動に結びつけるサイクルを確立する活動を進めることが望ましいといえます。



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: コーチング



コーチングの捉え方

コーチングに臨む場合の考え方を教えてください。



コーチングは、上司とスタッフとの関係の中で、スタッフのやる気を引き出す手法として浸透してきました。

このコーチングの考え方は、下記の3点に要約されます。

- ① 答えはスタッフ自身が持っている
- ② 管理者はスタッフの味方である
- ③ スタッフの自発的行動を促す

① 答えはスタッフ自身が持っている

仕事をする上でスタッフが壁にぶつかったとき、上司がその解決法をスタッフに指示するだけでは、スタッフの成長や経験という意味では好ましくありません。スタッフは答えを持っているかもしれませんが、それに気付かなかったり、導く方法がわからないのです。

上司は、スタッフ自身が「気付き」を得て、答えを導くことができるような働きかけをすべきといえます。

② 上司はスタッフの味方である

上司はスタッフを評価します。その評価をネガティブに捉えてしまうと、スタッフは上司と一定の距離を置いたり、なかなか本音を出さなくなります。コーチングを行うときは、できるだけその感覚を排除し、スタッフの存在を認める態度を示す必要があります。

上司は自分の味方であると感じることで、信頼関係が醸成されスタッフは本音を出しやすくなり、問題解決への有機的なコミュニケーションができるようになります。

③ スタッフの自発的行動を促す

人間は他人から指示されたことよりも、自分で決めたことの方が最後まで責任を持ってやり遂げることが多く、どんな方法で取組めば最高の結果が出るのかという最良のプロセスを、自ら探索するようになります。

つまり、自分の中にある答えを出すということは「自分で決める」ということであるので、自発的に最高のパフォーマンスを求めて行動するようになります。

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: コーチング



コーチングに臨む姿勢

共感・ペーシング、ニュートラルというコーチングに臨む姿勢を教えてください。



コーチングを実践する上でコーチが臨むべき姿勢として「共感・ペーシング」、「ニュートラル」があります。

これらは、コーチングを実践する上で基本となるスキルです。

① 共感・ペーシング

コーチングは、上司（コーチ）とスタッフ（部下）の間で信頼関係を築いていることが前提になります。では、信頼関係はどのようにして構築できるのでしょうか。

上司が自分を認めている状態は、信頼関係が生まれる条件の一つです。スタッフが発した言葉の一つ一つや、これまでのスタッフの行動などをまずは共感を持って受け止めることが重要です。そうすればスタッフは安心感を持ち、上司に対して心を開くでしょう。無視したり、スタッフの何倍も言い返したり、強い口調だったりすると、そこには信頼関係は生まれず、スタッフとのコミュニケーションの素地を作ることができません。

また、上司とスタッフの信頼関係を深めるもう一つの概念として、ペーシングがあります。

ペーシングとは、ミラーリングとも呼ばれ、スタッフの行動を真似たり発言を復唱したりすることです。これによりスタッフは、上司を自分に近い存在と感じ、安心感を抱きます。

- ① 相手の使った同じ言葉を繰り返す
- ② 相手の話を促す表現を使う（「なるほど」「もう少し詳しく聞かせて」等）
- ③ 話のスピード、トーンを相手に合わせる
- ④ 相手の表現・姿勢・しぐさをまねる

② ニュートラル

上司とスタッフの信頼関係を一層深める概念として、ニュートラルがあります。

ニュートラルとは、その時の自分の感情を抑えて、常に中立的な態度でコミュニケーションを図ることです。上司が常に一定の態度で接していると、スタッフは安心して様々な情報や意見を述べることができ、信頼関係が強まります。

ニュートラルな姿勢を保つためには、下記の点を心がけるとよいでしょう。

- ① 自分の感情を客観的に見る
- ② 深呼吸する
- ③ コーチングの3つの基本姿勢を思い出す