

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

「2025年問題」を見据えた都市部の高齢化問題で提言
「都市部の高齢化対策に関する検討会」開催

厚生労働省

中医協総会 消費税対応問題

税率8%時は高額投資含む全てを診療報酬で対応の方向

厚生労働省

2

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査(平成25年7月末概数)

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:クリニックの人事制度

能力主義人事制度の導入

職能資格等級と役職制度

「2025年問題」を見据えた 都市部の高齢化問題で提言 「都市部の高齢化対策に関する検討会」開催

厚生労働省は9月20日、「都市部の高齢化対策に関する検討会」を開催し、特別養護老人ホーム（特養）の整備について、高齢者施設が不足する東京23区などに関しては、特定圏域での整備を定めた指針を見直し、郊外や他県にも区民用の施設を造れるよう求めた報告書をまとめた。同省は報告書に沿って制度を見直し、2015年度から実施する意向としている。

特養の整備は、国の指針で都道府県が複数の市町村単位の老人福祉圏域を設定し、圏域ごとに建てることになっている。しかし、地価が高い東京23区などでは整備が進んでいないのが現状である。

このため同検討会は、同一都道府県内であれば自治体間の調整次第で圏域外に区民用の特養を整備できるようにすべきだとした。

東京都杉並区は、静岡県南伊豆町の区所有地に特養建設を計画している。国の指針に反するが、杉並区は南伊豆町に区の保養所を建てるなど、他の面でも連携が進んでいる。都道府県をまたいで特養を整備するケースについて、報告書は自治体間の連携が既にある場合に限って認めるとした。

これとは別に、都市部の不特定多数の高齢者を受け入れる目的で特養を整備する構想を持つ自治体もある。こうした例は「本人の意思に反し、地方の施設入所を強いる恐れがある」と慎重な検討を求めた。

この検討会の役割は、報告書において「国と都市部の地方自治体に危機意識を持ってもらうことと、2025年を見通した行動を起こすことを促すこと」と示されている。

そして「2025年問題」（平成37）とは、「団塊の世代」（1947<昭和22>年から1949<昭和24>年生まれ）の全員が75歳以上となり、高齢者層の大きな比重を占めることからくる様々な影響を考察するもので、とりわけ都市部の高齢化対策を中心に「日本の都市部がこの問題に適切に対処できれば、世界の都市部における高齢化対策のモデルになると考える」という「先進的なモデルケース」の実現も視野に入れたものである。

報告書案では、まず「都市部で75歳以上高齢者が急増する」ことを確認するとともに、「高齢化率だけではなく、医療・介護等のニーズに直結する『高齢者の絶対数』の増加に注目する必要がある」と指摘する。

一方、都市部の特徴としては、「狭い範囲に集住している」「生活インフラは充実している」「団地等では高齢化が一気に進む」「介護サービスが不十分」「地域とのつながりが弱い」といった点が挙げられる。

こうした状況を踏まえて報告書案では、2025（平成37）年に向けて「都市部の強みを生かした地域包括ケアシステム」の構築が必要と提言している。

中医協総会 消費税対応問題 税率8%時は高額投資含む全てを 診療報酬で対応の方向

厚生労働省は9月25日、中医協（中央社会保険医療協議会 会長：森田朗・学習院大学法学部教授）総会を開催し、下部組織である「消費税分科会」と「DPC 評価分科会」から報告を受けるなど、主に消費税対応問題で話し合った。

その結果、消費税率が8%へ引き上げられる予定の26年度に向けた医療機関の負担増について、医療機器など的高額投資を含めた全てを診療報酬で対応することを大筋で了承した。

この日、消費税分科会（「医療機関等における消費税負担に関する分科会」）からは、26年4月からの消費税率8%引上げへの対応方針が報告された。

報告では、医療経済実態調査の結果を踏まえ、(1) 診療所では、初・再診料、有床診療所入院基本料に上乗せ、(2) 病院では、初・再診料（診療所と同点数にする）、入院料等に上乗せ、(3) 歯科では、初・再診料に上乗せ、(4) 調剤では、調剤基本料に上乗せ、(5) 上記(1)～(4)を中心としつつ、個別項目への上乗せを組み合わせる、などの方針が示されている。

総会では、この方針に異論は出ず、森田会長は「分科会で、引き続き議論を詰めてほしい」と話した。

DPC 制度については、分科会で26年度改

定に向けた中間報告がまとめられると同時に、

(1) 26年度改定に向けたヒアリング調査（救急医療入院、後発品使用、入院時の持参薬について、その割合が高い病院と低い病院）、(2) 機能評価係数Ⅱの新規項目候補である「病院指標」の作成と公開に関する調査、という2つの特別調査を行う方針も固めた。

これらに対し、委員からは若干の注文があったが、調査実施について異論は出ず、中医協として承認している。

なお26年度改定は例年と異なり、(Ⅰ) 一体改革関連部分、(Ⅱ) 通常部分（一体改革の有無と関係なく、医療現場の課題を解決する）、(Ⅲ) 消費税対応、の3パーツで構成される。このうち(Ⅰ)については先行して議論が進められ、今般「基本的な考え方」がまとめられたものとなっている。そこでは、「在宅患者の急変時の対応」について、回復期（診療報酬上の亜急性期）が担うべきとする意見と、急性期が担うべきとする意見とが併記されており、この日の中医協でもここが争点のひとつとなることが確認された。



医療施設動態調査

(平成25年7月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 4 施設の減少、病床数は 449 床の減少。
 一般診療所の施設数は 24 施設の増加、病床数は 379 床の減少。
 歯科診療所の施設数は 23 施設の増加、病床数は 増減なし。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

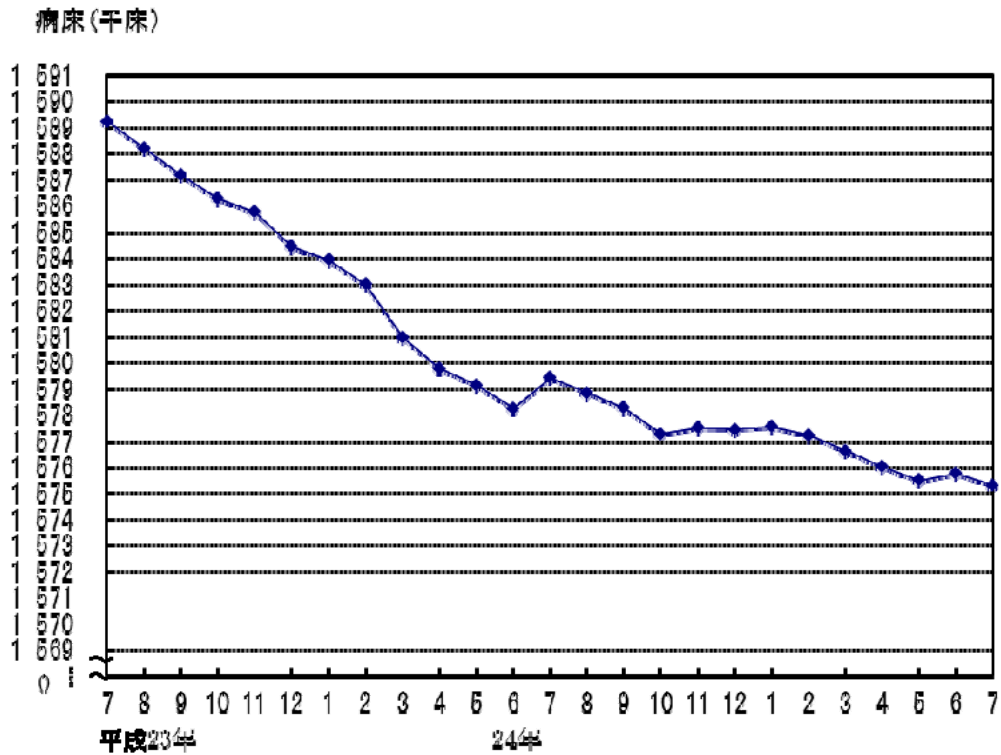
	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成25年7月	平成25年6月			平成25年7月	平成25年6月	
総数	177 574	177 531	43	総数	1 697 187	1 698 015	△828
病院	8 551	8 555	△4	病院	1 575 284	1 575 733	△449
精神科病院	1 070	1 070	-	精神病床	340 484	340 588	△104
				感染症病床	1 814	1 814	-
結核療養所	-	-	-	結核病床	6 665	6 700	△35
一般病院	7 481	7 485	△4	療養病床	328 877	328 869	8
療養病床を有する病院(再掲)	3 879	3 880	△1	一般病床	897 444	897 762	△318
地域医療支援病院(再掲)	439	439	-				
一般診療所	100 393	100 369	24	一般診療所	121 807	122 186	△379
有床	9 286	9 320	△34				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	1 242	1 249	△7	療養病床(再掲)	12 613	12 711	△98
無床	91 107	91 049	58				
歯科診療所	68 630	68 607	23	歯科診療所	96	96	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

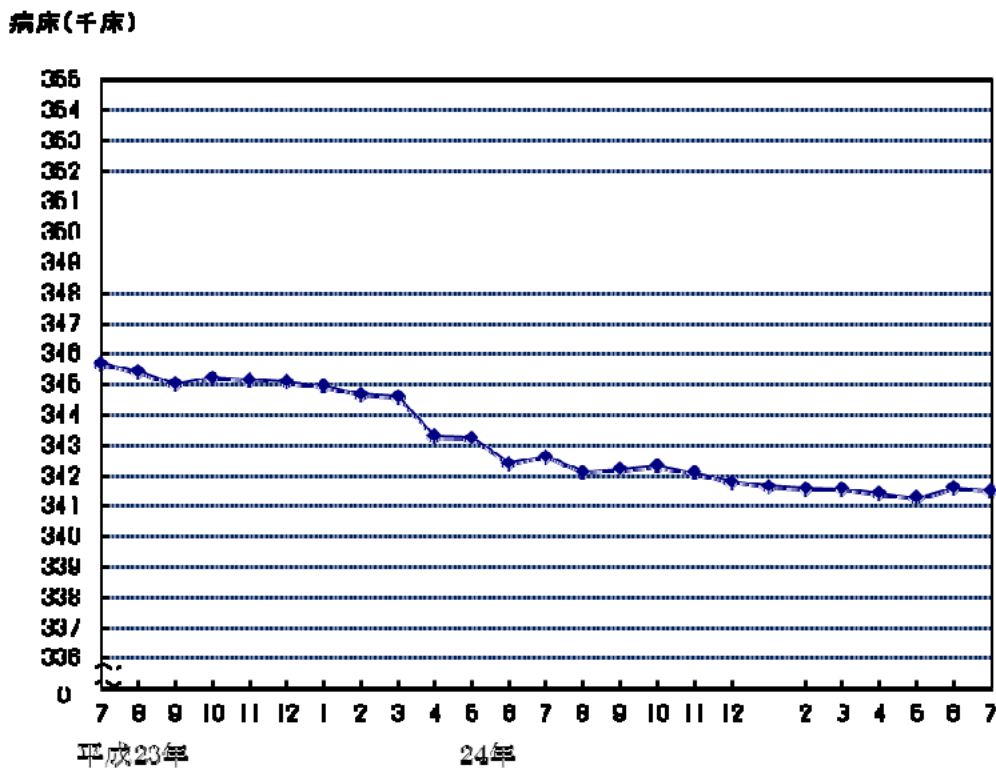
平成 25 年 7 月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 551	1 575 284	100 393	121 807	68 630
国 厚生労働省	14	5 782	30	-	-
独立行政法人国立病院機構	144	55 402	-	-	-
国立大学法人	48	32 626	129	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 072	3	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 376	-	-	-
その他	25	3 805	422	2 269	1
都道府県	212	56 715	242	150	9
市町村	668	143 519	3 010	2 467	274
地方独立行政法人	78	29 839	16	-	1
日赤	92	36 901	210	19	-
済生会	78	21 781	53	10	-
北海道社会事業協会	7	1 862	-	-	-
厚生連	107	34 312	67	64	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
全国社会保険協会連合会	48	12 945	2	-	-
厚生年金事業振興団	6	2 275	-	-	-
船員保険会	3	786	4	10	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 743	345	10	4
共済組合及びその連合会	46	14 755	176	10	7
国民健康保険組合	1	320	13	-	-
公益法人	317	75 262	750	417	139
医療法人	5 729	855 759	38 465	83 788	11 878
私立学校法人	109	55 246	180	46	15
社会福祉法人	193	34 001	8 408	332	29
医療生協	85	14 218	322	248	47
会社	59	12 514	2 072	31	15
その他の法人	108	24 449	514	273	74
個人	323	31 019	44 960	31 644	56 135

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計



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、処方・調剤する医師と薬剤師はもちろん、実際の投与に関わる看護師の責任は重大です。これに関連する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、このような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

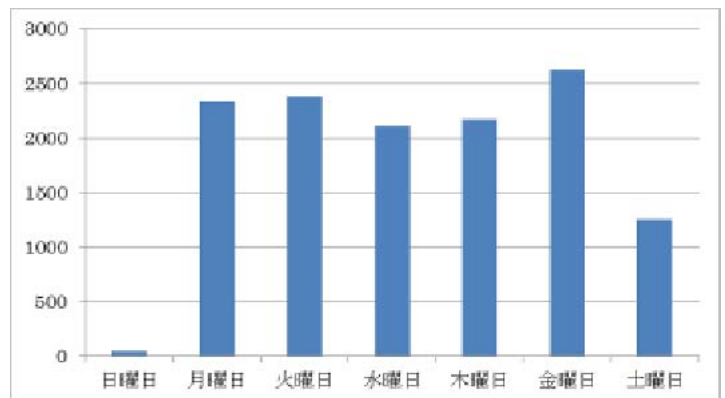
公益財団法人日本医療機能評価機構が実施する「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」の平成22年年報によると、12,904件（3,458施設）が報告されています。

(1) 繁忙時間に集中するヒヤリ・ハット

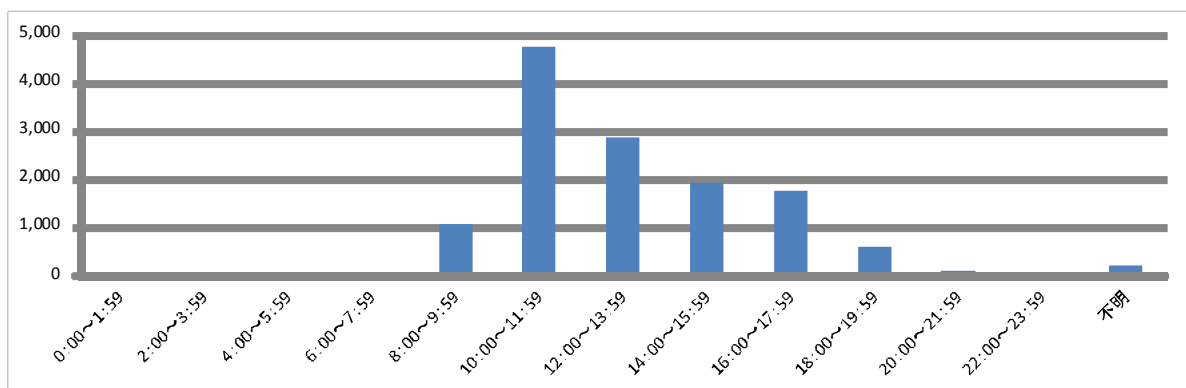
ヒヤリ・ハット事例の発生状況をみると、月～木曜日は16%～18%程度、金曜日のみ20%を超えており、さらに、業務繁忙時間帯の2時間に発生件数のうち36%が集中しています。

◆ 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く、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

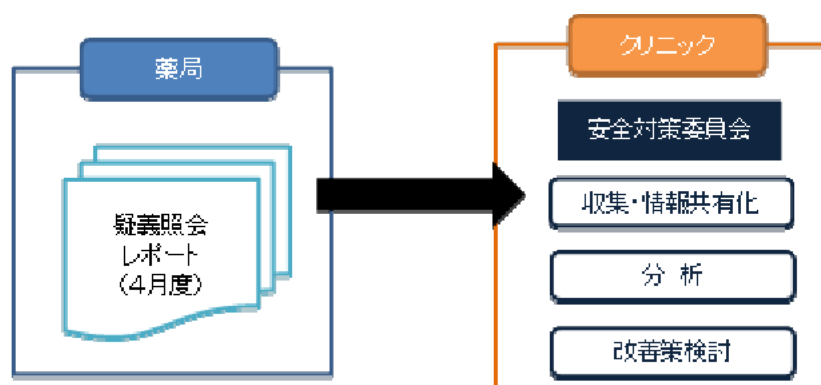
薬効	医薬品の組み合わせ		件数
	2文字のみ一致（25件）		
同じ	マグミット錠 330 mg	マグラックス錠 330 mg	10
	ベザテートSR錠 200	ベザトールSR錠 200 mg	4
	MS冷シップ「タイホウ」	MS温シップ「タイホウ」	2
	メバロチン錠 5	メバン錠 5	1
異なる	ムコダイン錠 500 mg	ムコスタ錠 100 mg	6
	クラビット錠	クラリシッド錠 200 mg	1
	ユリノーム錠 25 mg	ユリーフ錠 4 mg	1

(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: クリニックの人事制度



能力主義人事制度の導入

人件費をコントロールするとともに、職員のモチベーション向上を図るため、能力主義人事制度を導入する際のポイントについて教えてください。



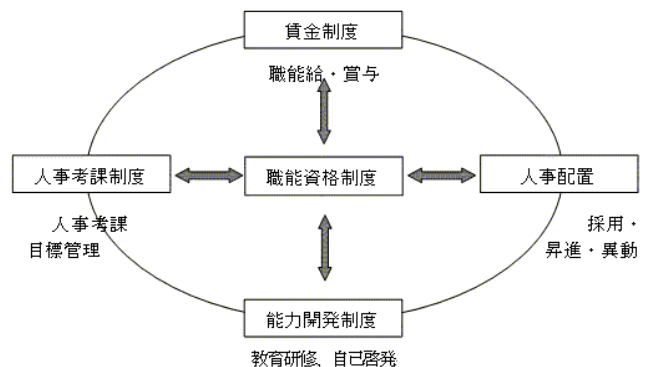
能力主義人事制度は、職能資格制度、職能給体系（賃金制度）、人事考課制度、能力開発制度という4つの柱で構成されています。

医業経営の中で人事に与えられた課題は、能力と仕事と賃金のバランスをとること、つまり能力の高さに応じて仕事のレベルを上げ、賃金を昇給するというシステムを構築し、運用することです。

具体的には、職能資格制度を軸として職員を等級格付けし、その等級に求められる能力、仕事および役割を明確化します。そして等級ごとの基準に対して人事考課を行い、職員一人ひとりの能力と基準のギャップを把握します。さらに、このギャップを埋めるために、職員は能力開発制度のもとで能力の向上に励み、その成果に対するものとして、昇給や昇進といった処遇に反映するのです。

■能力主義人事制度導入の手順

職能資格制度の整備から着手し、これを軸として各制度を構築していきます。それぞれの制度は、相互に深く関連しあっているため、各制度をトータルに整備していくことが重要です。



(1) 職能資格制度の整備

能力を測る基準の整備として、職員を格付けする等級の数と内容を検討します。職務調査を実施し、等級ごとの仕事の洗い出しと求められる能力を明確にしていきます。

(2) 賃金制度の確立

職能給を中心に賃金体系の見直しを図ります。賃金制度の現状を診断し、課題の把握や今後の方向性を固めます。この診断結果をもとに、基本給の構成、手当体系の変更などを進めます。

(3) 人事考課制度の設計

能力を公平に正しく評価しない限り、人材育成と能力開発は達成できません。職能資格制度において明確化した基準をもとに、職員一人ひとりの職務遂行行動を分析し、評価結果をフィードバックできるシステムを形成します。そのために人事考課表や役割分担表を整備します。

(4) 能力開発制度の策定

職員が能力開発に励めるよう、制度化していきます。職員の意志に沿った育成プログラムの充実（研修、OJT）や、キャリア開発の計画について盛り込みます。

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: クリニックの人事制度



職能資格等級と役職制度

職能資格制度の導入にあたり、現行で制度化していた役職と、職能資格等級はどのように結びつけられればよいでしょうか。



職能資格等級では、上位等級に格付けされている職員の中から、役職者に求められる能力、成果基準を満たしている者を採用します。したがって、役職者に相当する上位等級に昇格したからといって、全員が役職者になるというものではありません。

(1)能力主義における役職

職能資格制度においては、能力レベルの高い者のみが上位等級に格付けされます。この上位等級に格付けされた職員の中から、役職者を任命することが必要です。

したがって、年齢や勤続年数を基準として役職者を登用することはなくなります。

(2)役職との対応方法

本来、職能資格等級に定員はないものの、実際に任命される役職数は限られています。このため、導入当初から、ある程度柔軟性を持たせて制度を設計しておく方が運用はスムーズになります。また、職員の年齢上昇に対応するためにも、一つの役職に複数の等級を対応させる方が運用しやすいといえます。

例えば、6等級の役職に看護師長が対応している場合には、次のような関係を示しています。

- 6等級に昇格しなければ、看護師長になれない
- 6等級以上はいつでも看護師長になる資格を有する
- 看護師長から降職しても、看護師長になる資格は変わらない

このように、職能資格制度における資格等級と役職位との相互関連は弾力的であり、かつ資格が優先することになります。

よって、自院の実態、および今後の昇進のスピード等を念頭に置いて、資格等級に対応する役職位を設定することが必要です。