

2015.03.03

週刊WEB

発行

株式会社 常陽経営コンサルタンツ

# 医業経営マガジン

## 1 医療情報ヘッドライン

次期診療報酬改定へ議論スタート  
先進医療、在宅医療など4点を中心に

厚生労働省

全国厚生労働関係部局長会議開催  
自治体担当者にスケジュール等説明

厚生労働省

## 2 経営TOPICS

統計調査資料

病院報告  
(平成26年10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: 医業経営 サブジャンル: 職員との関係

労働契約の意義  
職員の解雇をめぐる問題

## 次期診療報酬改定へ議論スタート 先進医療、在宅医療など4点を中心に

厚生労働省は2月18日、中央社会保険医療協議会の総会を開催し、2016年度の診療報酬改定に向けて議論・検討を開始した。この日は(1)医療機器の保険適用、(2)新薬の保険収載、(3)先進医療会議の検討結果の報告、(4)在宅医療、などを中心議題に据えた。

(3)先進医療会議の検討結果の報告では、「国家戦略特区における保険外併用療養の特例」の対象となる4病院が報告された。

この医療機関は「臨床研究中核病院等と同水準の国際医療機関」という位置付けで、先進医療の申請から承認までの期間が3か月程度と、通常の6か月から半分に短縮される。

先進医療の審査期間が短縮される医療機関には、次の4病院が挙げられた。

- ①がん研究会有明病院
- ②国立国際医療研究センター病院
- ③順天堂大学医学部附属順天堂医院
- ④東京医科歯科大学医学部附属病院

(4)「在宅医療」は、次期診療報酬改定へ向けた議論の中心であり、厚労省は「在宅医療」について、現状や診療報酬上の評価、訪問看護、外来応需体制の運用などについて説明した。今後も高齢者数の増加が続くと想定され、医療機関で死亡する患者が多数を占める一方で、国民の多くは最期を迎える場所として自宅を希望しており、在宅医療のニーズ

は一層高まると考えられることなどを指摘した。

厚労省は、在宅医療の質と量を確保して、患者のニーズに 대응することができるよう、患者の状態、医療内容、住まい、提供体制を踏まえた評価のあり方についてどう考えるか、と課題を指摘した。

特に都市部で高齢者数が急激に増加し、国民の多くが自宅で最期を迎えることを希望しており、在宅医療のニーズは一層高まる傾向にある。在宅医療を受ける患者の状態（要介護度、疾患名、訪問診療が必要な理由など）は多様だが、診療報酬は重症度などに応じた評価にはなっていない。

訪問看護では、重症者等の受け入れ体制の整備やターミナルケアなどの推進のため、看護の質の評価のあり方や提供体制について、どう考えるかが課題として挙げられた。

また、保険医療機関は健康保険法の趣旨から、すべての被保険者に対して療養の給付を行う開放性が必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」が求められている。

厚労省は、外来応需体制について、被保険者の求めに応じ、医学的に必要な場合の往診や、訪問診療に関する相談などの客観的な要件を示すことを検討してはどうかなど、運用の課題を示し、これらの課題について次回以降も継続して議論されることとなっている。

## 全国厚生労働関係部局長会議開催 自治体担当者にスケジュール等説明

厚生労働省は2月23日、「全国厚生労働関係部局長会議」を開催し、都道府県、指定都市・中核市の担当部局長を対象に、2015年度の厚生労働行政の重点施策やスケジュールを説明した。

2015年度の「地域医療介護総合確保基金」に関して、スケジュール案が示された。この基金は、2014年に在宅医療・介護までの一連のサービスを地域で確保するため創設されたものである。2015年度からは、医療分野の事業に加えて介護分野も対象となる。

医療分野については、2015年2月に都道府県が事業量を提出している。国会の予算成立後、厚労省が基金の交付要綱などを発出し、都道府県からの事業量の見直し提出を受ける予定となっている。

今後は、5月に都道府県が都道府県計画案を提出して、ヒアリングが実施される。6月ごろ各都道府県へ内示を行い、7月頃交付申請、決定をする見通しとなっている。他方、介護分は2月に都道府県が事業量を提出し、3月にヒアリングを実施する。予算成立後に、基金の交付要綱等の発出と、都道府県への内示が行われる。交付申請、決定は同じく7月の予定である。

人材確保の施策では、「看護職員需給見通し」を説明した。需給見通しに基づく看護職員確保のため、概ね5年ごとに計画を策定しており、次期需給見通しは、2016年および2017年の2カ年について策定する。2015年3月に「看護職員需給見通しに関する検討会」を開き、4月から夏にかけて、都道府県へ需給見通し策定作業を依頼し、秋から冬にかけて、検討会が報告書を取りまとめる予定となっている。

このほか、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」のポイントも説明された。主な内容は次のとおりである。

- 医療・介護専門職による初期集中支援チームを、2018年度までに全市町村に設置。
- かかりつけ医の認知症対応力向上研修を、2017年度までに6万人に実施。
- 連携コーディネーター（認知症地域支援推進員）を、2018年度までに全市町村に配置。
- 正しい知識と理解を持ち、認知症の人や家族を支援する認知症サポーターを、2017年度までに800万人養成。

# 病院報告

(平成26年10月末概数)

## 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26年10月	平成26年9月	平成26年8月	平成26年10月	平成26年9月
病院					
在院患者数					
総数	1 251 511	1 249 084	1 256 664	2 427	△ 7 580
精神病床	294 641	296 604	297 185	△ 1 963	△ 581
結核病床	2 161	2 240	2 296	△ 79	△ 56
療養病床	291 290	292 442	293 536	△ 1 152	△ 1 094
一般病床	663 368	657 743	663 591	5 625	△ 5 848
(再掲)介護療養病床	56 746	57 413	57 781	△ 667	△ 368
外来患者数	1 430 346	1 394 893	1 321 925	35 453	72 968
診療所					
在院患者数					
療養病床	7 146	7 172	7 210	△ 26	△ 38
(再掲)介護療養病床	2 766	2 757	2 749	9	8

- 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26年10月	平成26年9月	平成26年8月	平成26年10月	平成26年9月
病院					
総数	79.2	79.0	77.4	0.2	1.6
精神病床	86.5	86.8	87.2	△ 0.3	△ 0.4
結核病床	34.0	35.1	35.4	△ 1.1	△ 0.3
療養病床	88.6	88.2	88.7	0.4	△ 0.5
一般病床	73.5	73.1	69.9	0.4	3.2
介護療養病床	92.8	92.9	92.6	△ 0.1	0.3
診療所					
療養病床	61.9	61.4	61.6	0.5	△ 0.2
介護療養病床	75.6	74.7	75.1	0.9	△ 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)

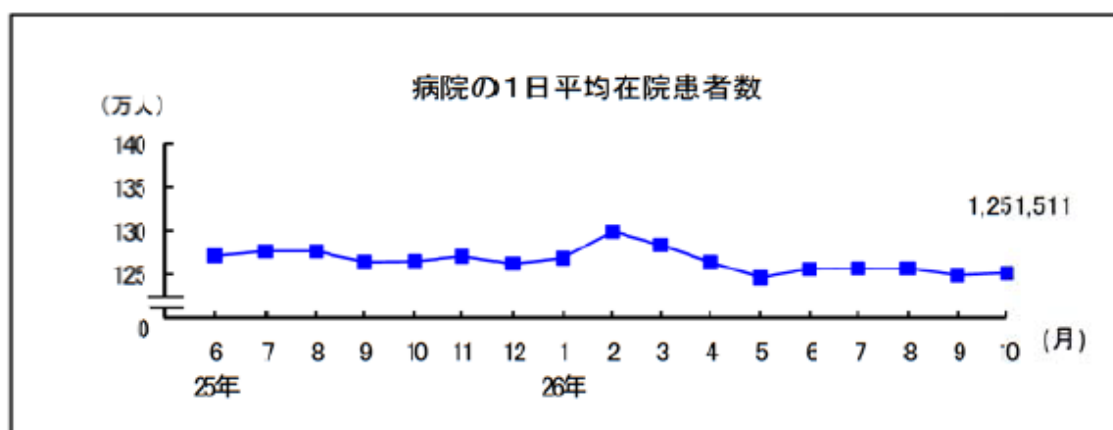
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成26年10月	平成26年9月	平成26年8月	平成26年10月	平成26年9月
病院					
総数	28.9	29.5	29.5	△ 0.6	△ 0.0
精神病床	271.8	272.7	283.1	△ 0.9	△ 10.4
結核病床	61.8	66.9	72.7	△ 5.1	△ 5.8
療養病床	159.7	164.9	173.0	△ 5.2	△ 8.1
一般病床	16.3	16.5	16.5	△ 0.2	△ 0.0
介護療養病床	307.9	322.4	335.2	△ 14.5	△ 12.8
診療所					
療養病床	104.0	101.0	103.1	3.0	△ 2.1
介護療養病床	102.3	100.6	100.8	1.7	△ 0.2

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

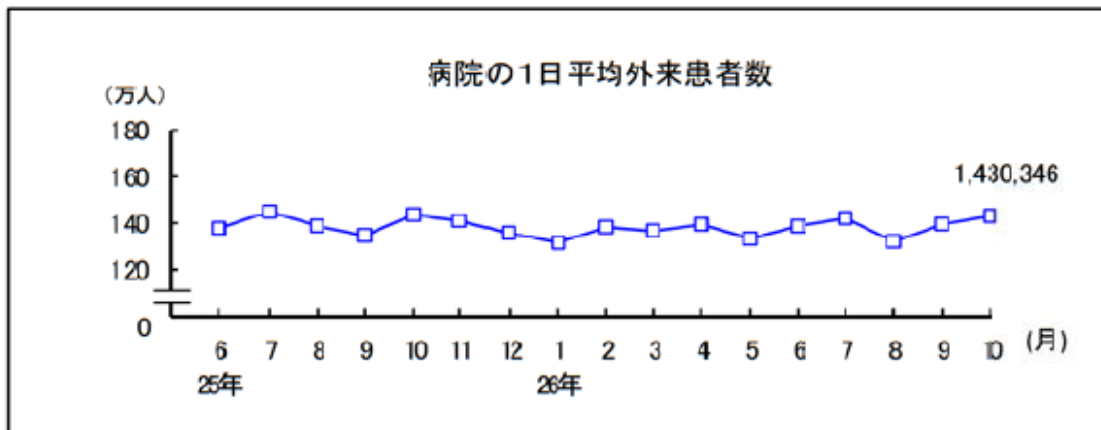
ただし、療養病床の平均在院日数 =  $1/2 \left( \begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

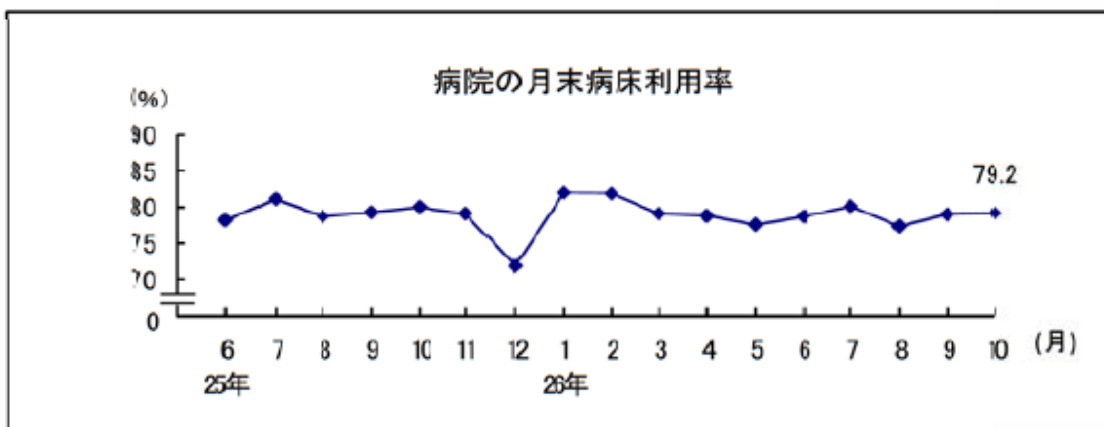
#### ◆病院:1日平均在院患者数の推移



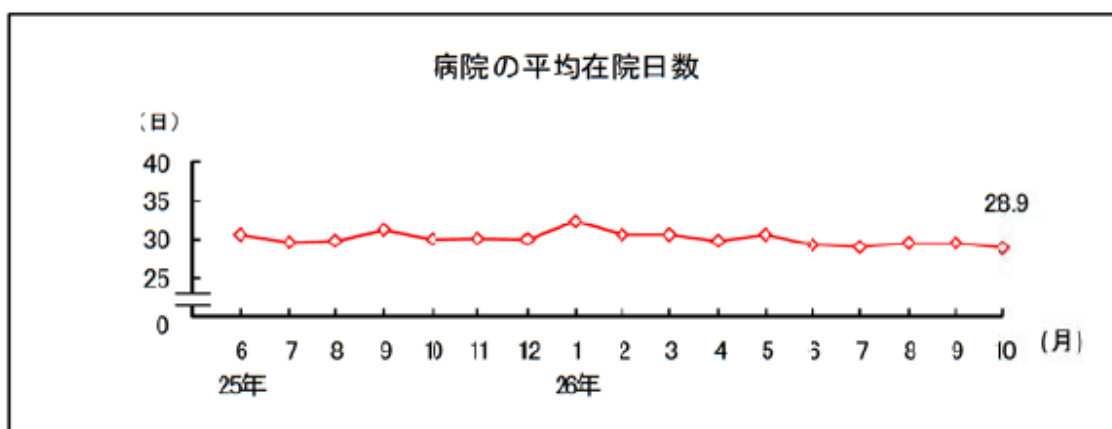
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆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、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、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

疑義照会とは、クリニックと調剤薬局との間で日常的に発生するものです。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ることから、未然に防止したという視点からは、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内容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に、重複投与や禁忌薬を処方した
- 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で、インシデントに該当するというケースです。これは、事前に把握できた良い事例であることから、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

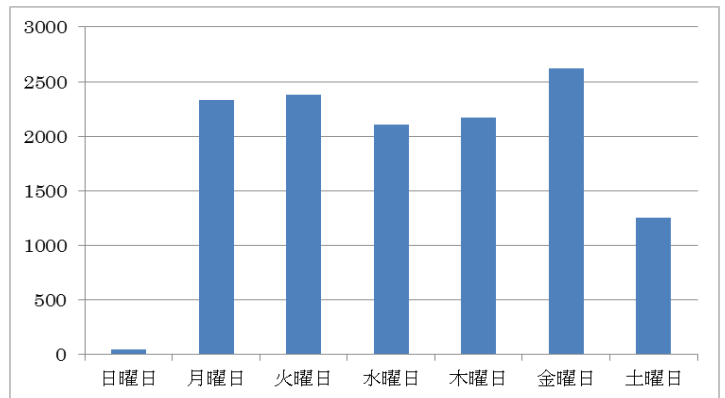
公益財団法人日本医療機能評価機構が実施する「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」の平成22年度年報によると、12,904件（3,458施設）が報告されています。

#### (1) 繁忙時間に集中するヒヤリ・ハット

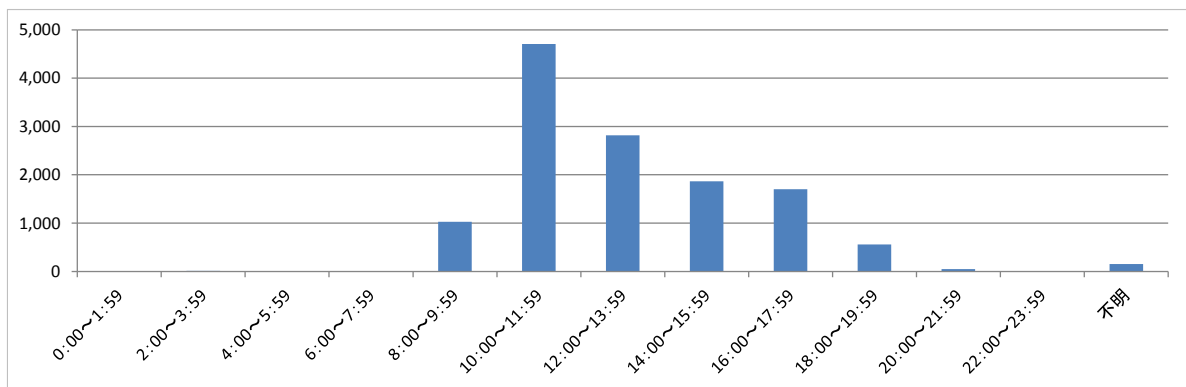
ヒヤリ・ハット事例の発生状況を見ると、月～木曜日は16%～18%程度、金曜日のみ20%を超えており、さらに、業務繁忙時間帯の2時間に発生件数のうち36%が集中しています。

#### ◆ 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

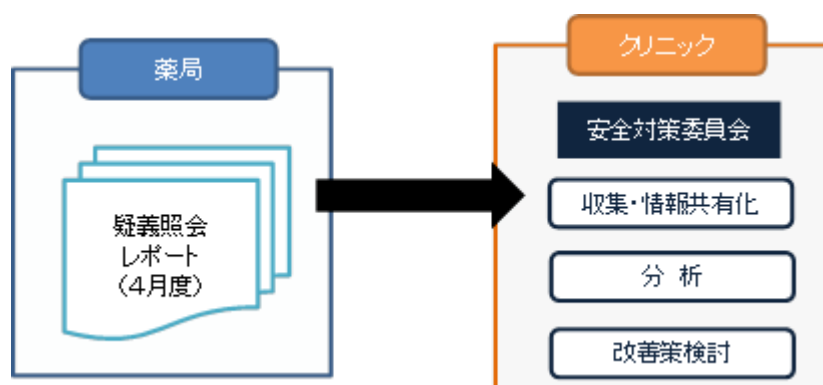
薬効	医薬品の組み合わせ		件数
	2文字のみ一致（25件）		
同じ	マグミット錠 330 mg	マグラックス錠 330 mg	10
	ベザテートSR錠 200	ベザトールSR錠 200 mg	4
	MS冷シップ「タイホウ」	MS温シップ「タイホウ」	2
	メバロチン錠 5	メバン錠 5	1
異なる	ムコダイン錠 500 mg	ムコスタ錠 100 mg	6
	クラビット錠	クラリシッド錠 200 mg	1
	ユリノーム錠 25 mg	ユリーフ錠 4 mg	1

## (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、アクシデントの総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することが求められます。

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: 医業経営 > サブジャンル: 職員との関係



## 労働契約の意義

労働契約とは、どのような内容と意義を持つのでしょうか。



労働者（使用人・被用者＝職員）が使用者に対して労務（労働）を提供し、使用者はその対価として報酬（賃金）を支払うことを約することを内容とした契約を、労働契約といいます。

ここで、労働者とは職業の種類を問わず、労働基準法の適用される事業・事業所に使用される者で、賃金の支払を受ける者をいいます。ただし、家事使用人は含まれません。そして、この個別的な労使関係について定めた法律が労働基準法です。

労働契約は、期間の定めのないものを除き、一定の事業の完了に必要な期間を定めるものの他は、原則として1年を超える期間を定めることはできません。また、近い将来にはこの期間を3年とするなど、有期の労働契約の期限が伸長される見通しです。

労働契約の締結により、労働者は労務を提供する義務を負い、報酬を請求する権利を有します。一方、使用者は、労働者より労務の提供を受ける権利があり、それに対し報酬を受ける義務を負います。また、労働者の生命・健康等を危険から保護するよう配慮する義務（安全配慮義務）を負うものとされます。

一方、労働基準法は、労働者保護を目的として、労働契約の締結時における規制や労働契約に付随する契約に関する規則を定めています。

具体的には、契約締結時において、下記のような規制があります。

- |           |          |              |
|-----------|----------|--------------|
| ①均等待遇     | ②労働条件の明示 | ③損害賠償額の予定の禁止 |
| ④前借金相殺の禁止 | ⑤強制貯金の禁止 |              |

労働契約も契約である以上、売買契約等と同様に、締結に際して基本的には契約自由の原則が妥当します。しかし、労働契約の締結については、募集・採用に関する規制、採用内定等をめぐる規制がなされています。

## 経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 職員との関係



### 職員の解雇をめぐる問題

法的に解雇が認められるのは、どのような場合でしょうか。



職員の解雇については、正当な事由が必要とされています。

解雇とは、使用者の一方的な意思表示によって労働契約を終了させることを意味し、原則自由とされていますが、判例において正当な事由を欠く解雇は、権利の濫用にあたり無効という判断がなされています。

解雇事由については、就業規則に明記されているのが通常であり、次のものがあげられます。

①長期欠勤

②勤務不良

③人員整理

上記のように業務上の都合等が挙げられているのが一般的ですが、労働基準法、男女雇用機会均等法、労働組合法、労働協約等によっても制限がなされています。

期間の定めのない労働契約は、2週間前に解約の申し入れをすることにより終了します。つまり、一方当事者よりの意思表示で労働契約を終了させることができることとなっています。

しかし、労働基準法においては、使用者からの解約（解雇）は、職員の生活に重大な影響を与えることから、解雇予告期間を30日に延長しており、また予告期間を設けない場合には、30日分以上の平均賃金（解雇予告手当）を支払わなければならないと定められています。

そして、予告手当なしの即時解雇は、やむを得ない事由のため事業の継続が不可能となった場合と、職員に責任のある場合に限り認められるとしています。

このうち、職員に責任のある場合の解雇には、懲戒処分のひとつである懲戒解雇が挙げられます。懲戒解雇は最も重い懲戒処分であり、通常解雇予告はなされず、予告手当も支給されません。

また、一般に就業規則において、退職金の全部または一部が不支給である旨を定めているほか、再就職にも支障が生じる可能性があるため、職員に不利益が生じるので、処分は慎重に行うことが必要です。