

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol. 643 2020. 10. 6

医療情報ヘッドライン

**厚労省概算要求、現時点で過去最大
「緊要な経費」で数兆円の上乗せも**

▶厚生労働省

**病院・病床数は減少、診療所は増加
産科・産婦人科の施設数は過去最少に**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2020年10月2日号

**COVID-19ワクチン接種、
中間取りまとめを了承**

経営 TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費

(令和元年度2月)

経営情報レポート

**トラブルを未然に防止する
ハラスメントへの適切な対応法**

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

**リスクマネジメントの現状
リスクの推定、評価の方法**

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

発行:税理士法人 常陽経営

厚労省概算要求、現時点で過去最大 「緊要な経費」で数兆円の上乗せも

厚生労働省

厚生労働省は9月30日、2021年度（令和3年度）予算の概算要求を公表した。一般会計の総額は32兆9,895億円で、2020年度当初予算から34億円増。現時点で過去最大だが、今回の予算編成では、新型コロナウイルス対策などにかかる「緊要な経費」を上限のない別枠で項目だけ計上できる「事項要求」を認めており、年末にかけての調整で数兆円が積み増しとなる可能性がある。そうした事情もあり、医療や年金などにかかる社会保障費は、2020年度予算と同額の30兆8,562億円を仮置きにしたほか、高齢化に伴う社会保障費の自然増も見通していない。

■菅首相肝入りの不妊助成も「事項要求」扱い

新型コロナウイルス対策関連の予算が見通せないのは、現時点で来年度の状況がどうなるか予測がつかないからだ。また、秋から冬にかけては、例年だとインフルエンザの流行がある。新型コロナウイルス感染症とインフルエンザの同時流行となれば、より一層の体制強化が必要となるため、流行状況を見極めたうえで予算額を決める予定だ。

同様に、少しでもコロナ禍の影響があると予測がつく項目には「事項要求」を添えているようだ。厚労省が公表している資料には、コロナ関連の医療・福祉サービス提供体制、検査体制、ワクチン・治療薬の開発だけでなく、「災害医療体制の充実」「健康寿命延伸に向けた予防・健康づくり」「新たな日常にも対

応したデータヘルスの集中改革プラン等の実施」「がん対策・全ゲノム解析等の推進」「雇用の維持・継続に向けた支援」などにも「緊要」のアイコンが付けられている。

また、菅義偉首相が推進しようとしている不妊治療の助成拡充も、保険適用がまだ決定しておらず具体的な制度が定まっていないことから「事項要求」に留まり、「予算編成過程で検討する」と付記されている。

■難病対策データベース整備と

人材確保策の予算は積み増しが決定

こうした状況を受け、ほとんどの項目が今年度予算とほぼ同額もしくは微増となっているが、その中で積み増しが目立つものを挙げていこう。積み増し額が大きなもののひとつが、難病対策推進のためのデータベース整備などに使われる「難病・小児慢性特定疾病対策等の推進」で、今年度予算の5.3億円から12億円へと倍以上になっている。また、「緊要」アイコン付きの項目ではあるが、「医療介護福祉保育等分野への就職支援」は、今年度の40億円から54億円へと積み増し。人手不足が目立つ医療・介護・福祉分野の人材確保を目指す姿勢を強調しており、離職者への介護分野への就職支援や、ハローワークの専門支援窓口拡充、厚労省「医療人材マッチングセンター」が運営する医療人材専門求人サイト「医療のお仕事 Key-net」の運営などにリソースが割かれることとなりそうだ。

病院・病床数は減少、診療所は増加 産科・産婦人科の施設数は過去最少に

厚生労働省

厚生労働省は9月29日、2019年（令和元年）の「医療施設（動態）調査」と「病院報告」の結果を公表。病院数は8,300施設で前年比72施設減、病床数は152万9,215床で前年比1万7,339床減となった。

一般診療所は10万2,616施設で前年比511施設増（病床数は9万4,853床で同3,502床減）。歯科診療所は6万8,613施設で4施設増だった。

■産科がある病院はわずか15%、 小児科のある病院は30%に留まる

近年、問題となっている産科および小児科の減少傾向には歯止めがかからなかった。産婦人科または産科を標榜する一般病院は、前年比7施設減の1,300施設。産婦人科・産科のある病院の減少は29年連続で、施設数は統計をとりはじめた1972年以降で最少を更新した。小児科は前年比28施設減の2,539施設。減少は26年連続となる。

産科・小児科の減少の背景には、出生数の減少があることは明らかだ。厚労省の人口動態統計月報年計によれば、2019年の出生数は90万人を割っており、1人の女性が15歳から49歳までに生む子どもの数の平均を示す合計特殊出生率は1.36に低下。ニーズの変化を敏感に察知した医療機関が診療科の集約を進めるのは、経営状況を鑑みれば当然ともいえよう。しかし、一般病院のうち、産科・産婦人科があるのはわずか約15%。安心して妊娠・出産に臨むことができる医療体制とは言い難い状況になりつつある。小児科は

約30%の病院が標榜している計算だが、この数年の減少幅は産婦人科・産科のそれよりも大きい。2018年は前年比28施設減、2017年は同26施設減と毎年20台後半の数が減っており、決して楽観視できる状況ではない。少子化対策以前に、医療体制の整備という観点から、各地域に24時間365日対応の産科・小児科の設置を行政主導で進めるべきフェーズになってきたのではないかと。

■平均在院日数は前年比0.5日短縮の27.3日

一方、全国の医療施設における患者の利用状況がわかる「病院報告」によれば、「1日平均在院患者数」「1日平均患者数」はいずれも前年と比べて減少。前者が前年比1万2,723人減（1.0%減）の123万4,144人、後者が前年比9,268人減（0.7%減）の132万4,829人。病院の平均在院日数は27.3日と前年比0.5日短縮した。

とりわけ平均在院日数は、入院料と密接な関係にあるため、医療費の動向に影響を及ぼす。2018年度の医療費は概算で42兆6,000億円と過去最高を更新し続けており、2040年には60兆円を超えるとの試算もあるため、今後も短縮のための施策がとられることは間違いない。ただし、今回はここ3年でもっとも短縮幅が大きいため、むしろ地域差に注目したい。都道府県別に見ると、最長の高知が21.0日、最短の東京・神奈川が13.8日と約1週間近い差が出ており、「保険者努力支援制度」のようなインセンティブ付与の仕組みを拡充させる可能性もありそうだ。

医療情報
 政府
 分科会

COVID-19ワクチン接種、 中間取りまとめを了承

政府の新型インフルエンザ等対策有識者会議「新型コロナウイルス感染症対策分科会」（会長＝尾身茂・地域医療機能推進機構理事長）は9月25日に会合を開き、新型コロナウイルスのワクチン接種についての中間取りまとめを了承した。

中間取りまとめでは、接種目的を「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による死亡者や重症者の発生をできる限り減らし、結果としてCOVID-19のまん延の防止を図る」とした。ワクチンの確保については、「2021年前半までに全国民に提供できる数量を確保することを目指す」とし、「国内産、国外産の別を問わず、全体として必要な数量について、供給契約の締結を順次進める」と明記した。また、ワクチンの使用による健康被害が生じた場合の適切な救済措置を求めるほか、「健康被害に係る損害を賠償すること等により生じた製造販売業者等の損失を補償できる」よう、接種の開始までに法的措置を講ずるものとしている。接種の実施体制については、「特定接種の枠組みはとらず、住民への接種を優先する考えに立ち、簡素かつ効率的な接種体制を構築する」とした。また、接種順位は、以下を上位に位置付けるとした。

- ▼COVID-19患者（COVID-19疑い患者を含む）に直接医療を提供する施設の医療従事者等（COVID-19患者の搬送に携わる救急隊員、積極的疫学調査等に携わる保健師等を含む）
- ▼高齢者および基礎疾患を有する者

高齢者や基礎疾患を有する者、障害を有する者が集団で居住する施設等の従事者は、業務やワクチンの特性等を踏まえて検討するとした。ワクチンの有効性・安全性については、その評価は、医薬品医療機器総合機構等で検討するとともに、広く接種する際には厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会で議論するよう求めている。

医療情報
 厚生労働省
 内示

地域医療介護総合確保基金の 医療分を内示

厚生労働省は9月29日、2020年度地域医療介護総合確保基金（医療分）を、都道府県に対して内示した。内示総額は809.3億円で、その3分の2に国費が充てられる。

内示額が最も多いのは東京都で 74.1 億円。以下、兵庫県（52.5 億円）、大阪府（43.2 億円）、愛知県（38.0 億円）、福岡県（36.3 億円）などとなっている。

一方、最も少ないのは和歌山県で 3.0 億円。奈良県（4.2 億円）、富山県（4.9 億円）、鳥取県（6.0 億円）、石川県（6.1 億円）などが続いている。

医療情報
 厚生労働省
 事務連絡

緊急包括支援事業に関する Q&A を改訂

厚生労働省は 9 月 28 日付で、「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業に関する Q&A（第 7 版）について」を、都道府県に宛てて事務連絡した。

8 月 3 日に示された Q&A の第 6 版に、9 問が追加されている。

「新型コロナウイルス感染症対策事業」では、協力医療機関について、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）疑い患者を受け入れるための病床の施設要件「個室であり、トイレやシャワーなど他の患者と独立した動線であること」について、トイレやシャワーが個室に確保されていない場合の対応について示している。具体的に、以下などを示した。

- ▼室内に患者専用のポータブルトイレを設置する
- ▼共同のトイレやシャワーを患者ごとに時間を区切って使用させ、使用の度に職員が消毒・換気を行う
- ▼個室で患者等の体を清拭する
- ▼移動の際はゾーニング等により他の患者と行き会わないようにする

また、「新型コロナウイルス感染症重点医療機関体制整備事業」では、補助上限額が病床区分によって異なるが、ICU、HCU の病床確保料の対象となる病床を、具体的に示している。

ICU の病床確保料の対象は、以下の通り。

- | | | | |
|-------------------------|-----------------------|------|------|
| ▼救命救急入院料 1 | ▼同 2 | ▼同 3 | ▼同 4 |
| ▼特定集中治療室管理料 1 | ▼同 2 | ▼同 3 | ▼同 4 |
| ▼総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児） | ▼総合周産期特定集中治療室管理料（新生児） | | |
| ▼新生児特定集中治療室管理料 1 | ▼同 2 | | |
| ▼小児特定集中治療室管理料 | | | |

また、HCU の病床確保料の対象は、以下の通り。（以下、続く）

- | | |
|--------------------|------------------|
| ▼ハイケアユニット入院医療管理料 1 | ▼同 2 |
| ▼脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | ▼新生児治療回復室入院医療管理料 |

最近の医療費の動向

/ 概算医療費(令和元年度2月)

厚生労働省 2020年7月7日公表

1 制度別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総計	医療保険適用							公費
		75歳未満						75歳以上	
		被用者 保険	本人		国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
			本人	家族					
平成27年度	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1
平成28年度	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
平成29年度	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1
平成30年度 4~3月	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
4~9月	20.9	11.8	6.3	3.4	2.6	5.5	0.7	8.1	1.1
10~3月	21.6	12.3	6.8	3.7	2.7	5.5	0.8	8.3	1.1
令和元年度 4~2月	39.9	22.3	12.3	6.8	4.9	10.0	1.3	15.6	2.0
4~9月	21.6	12.1	6.6	3.6	2.6	5.4	0.7	8.5	1.1
10~2月	18.3	10.2	5.7	3.1	2.2	4.5	0.6	7.1	0.9
1月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
2月	3.5	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2

- 注 1) 審査支払機関(社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会)で審査される診療報酬明細書のデータ(算定ベース:点数、費用額、件数及び日数)を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分(はり・きゅう、全額自費による支払い分等)等は含まれていない。
- 注 2) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。
- 注 3) 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

● 1人当たり医療費

(単位：万円)

	総計	医療保険適用							75歳以上	
		75歳未満						国民健康保険		(再掲)未就学者
		被用者保険	本人		家族					
			本人	家族						
平成27年度	32.7	21.9	16.3	15.4	16.0	33.9	21.3	94.8		
平成28年度	32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0		
平成29年度	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2		
平成30年度4～3月	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9		
4～9月	16.5	10.8	8.2	7.7	8.0	17.4	10.7	46.6		
10～3月	17.1	11.3	8.7	8.2	8.6	17.9	11.2	47.3		
令和元年度4～2月	31.6	20.7	15.9	15.0	15.5	33.3	20.3	87.2		
4～9月	17.1	11.2	8.5	8.1	8.4	18.0	11.0	47.5		
10～2月	14.5	9.5	7.3	7.0	7.1	15.3	9.2	39.7		
1月	2.9	1.9	1.4	1.4	1.4	3.0	1.8	8.0		
2月	2.8	1.9	1.5	1.4	1.4	2.9	1.8	7.6		

- 注1) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。
- 注2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。
 加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2 診療種類別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費				調剤	入院時食事療養等	訪問看護療養	(再掲)医科入院+医科食事等	(再掲)医科入院外+調剤	(再掲)歯科+歯科食事等
		医科入院	医科入院外	歯科							
平成27年度	41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8
平成28年度	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9
平成29年度	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9
平成30年度4～3月	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0
4～9月	20.9	16.8	8.2	7.1	1.5	3.6	0.4	0.13	8.6	10.8	1.5
10～3月	21.6	17.3	8.3	7.4	1.5	3.9	0.4	0.14	8.7	11.3	1.5
令和元年度4～2月	39.9	31.8	15.4	13.6	2.8	7.1	0.7	0.28	16.1	20.7	2.8
4～9月	21.6	17.3	8.4	7.4	1.5	3.8	0.4	0.15	8.7	11.2	1.5
10～2月	18.3	14.6	7.1	6.2	1.3	3.2	0.3	0.13	7.4	9.5	1.3
1月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.5	1.9	0.2
2月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2

- 注1) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。
 入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

● 受診延日数

(単位：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養		
		医科入院	医科入院外	歯科				
平成 27 年度	25.8	25.6	4.7	16.8	4.2	8.2	0.15	
平成 28 年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17	
平成 29 年度	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20	
平成 30 年度 4～3月	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23	
	4～9月	12.6	12.5	2.3	8.1	2.1	4.1	0.11
	10～3月	12.9	12.8	2.3	8.3	2.1	4.4	0.12
令和元年度 4～2月	23.2	22.9	4.3	14.8	3.8	7.7	0.24	
	4～9月	12.7	12.6	2.3	8.1	2.1	4.2	0.13
	10～2月	10.5	10.4	1.9	6.7	1.7	3.6	0.11
	1月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.02
	2月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.02

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。
 受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

● 1日当たり医療費

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考)	
		食事等含まず	食事等含む					医科入院外+調剤	
平成 27 年度	16.1	33.3	35.0	8.5	6.8	9.6	11.0	13.2	
平成 28 年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1	
平成 29 年度	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4	
平成 30 年度 4～3月	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5	
	4～9月	16.7	35.1	36.8	8.9	7.1	8.9	11.3	13.4
	10～3月	16.8	35.6	37.3	8.9	7.1	8.9	11.4	13.5
令和元年度 4～2月	17.2	36.1	37.8	9.2	7.2	9.1	11.4	13.9	
	4～9月	17.1	35.9	37.5	9.1	7.2	9.1	11.4	13.8
	10～2月	17.4	36.5	38.2	9.3	7.3	9.1	11.5	14.1
	1月	17.9	36.4	38.1	9.6	7.2	9.2	11.5	14.5
	2月	17.4	36.5	38.2	9.2	7.3	9.1	11.6	14.2

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外を受診延日数で除して得た値である。
 歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。



経営情報
レポート
要約版



歯 科

トラブルを未然に防止する ハラスメントへの 適切な対応法

1. ハラスメントの概要と経営に与える影響
2. パワハラ・セクハラを理解と防止対策
3. 患者から受けるハラスメント対策
4. 院長が講じるべき具体的防止策



1

医業経営情報レポート

ハラスメントの概要と経営に与える影響

近年、様々なハラスメントが話題になっています。ハラスメントとは、他者に対する発言・行動等が本人の意図には関係なく、相手を不快にさせたり、尊厳を傷つける、不利益を与える、脅威を与えたりすることを意味します。歯科医院には、院長はじめ直接の上司や同僚以外に、歯科技工士などの他職種、金融機関等外部の第三者、患者やその家族と多くの接点があります。よって、多岐にわたるハラスメントが発生する可能性があります。

本稿では、ハラスメントの概要とその対応策について解説します。

■ ハラスメントとは

(1) ハラスメントの定義と概要

1990年代にはセクシャルハラスメントに対する関心が高まり、1997年に男女雇用機会均等法の改正により「セクシャルハラスメント防止規程」が設けられ、言葉の定義が確立されました。現在では、セクシャルハラスメント以外にも、多くのハラスメントが指摘されています。

■ ハラスメントの定義

● 様々な場面での「嫌がらせや相手を不快にさせる言動や行動」

他人に対する発言・行動等が当人の意図とは関係なく、相手を不快にさせたり、尊厳を傷付けたり、不利益を与えたり、脅威を与えること

■ ハラスメントの種類と概要

セクシャルハラスメント	当人の意図とは関係なく、相手が不快に思い、相手が自身の尊厳を傷つけられたと感じるような性的発言・行動
パワーハラスメント	同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える、または職場環境を悪化させる発言・行動
モラルハラスメント	言葉や態度、身振りや文書などによって、働く人間の人格や尊厳を傷つけたり、肉体的、精神的に傷を負わせて職場を辞めざるを得ない状況に追い込んだり、職場の雰囲気悪くさせる発言・行動
ドクターハラスメント	医師や歯科医師、看護師、歯科衛生士をはじめとする医療従事者の患者や患者家族に対する心ない発言・行動
アカデミックハラスメント	研究教育の場における権力を利用した嫌がらせ 嫌がらせを意図した場合はもちろん、上位にある者が意図せずに行った発言・行動も含まれる
マリッジハラスメント	未婚者に対して執拗に「結婚しないの？」などと聞いたり、「そんなことだから結婚できないんだ」など結婚に関する圧力をかけたり嫌がらせをすること
ジェンダーハラスメント	性に関する固定観念や差別意識に基づく嫌がらせ 女性または男性という理由のみで性格や能力の評価や決め付けを行うこと
他 30 種類以上	例：マタニティハラスメント 等

(出典：学校法人大阪医科大学 HP セクシャルハラスメント等防止委員会)

2

医業経営情報レポート

パワハラ・セクハラの実態と防止対策

■ パワハラとセクハラの違い

パワーハラスメント（以下、パワハラ）とは、業務の適正な範囲を超えて精神的・身体的苦痛を与えたり、職場環境を悪化させたりする行為をいいます。セクシャルハラスメント（以下、セクハラ）とは、被害者側の視点による絶対的な規制といわれています。セクハラは受けた相手に「不快な思い」をさせるものであり、形式的・機械的に規制されるものです。

■ パワハラとセクハラの違い

● パワハラは、相対的、実質的・比例的に規制

- ・「業務の適正な範囲を超えて」という限定が入っていること

● セクハラを受けた当事者が、不快に思えばセクハラ

- ・被害を受けた方が大きな苦痛を受けたことを尊重し、被害者を守るべきという絶対的な規制

■ 医療機関におけるパワハラ

医療機関においては、パワハラとみなされることを恐れて上司が部下を注意できない場合、何度も部下が同様のミスを起こす可能性があり、結果として患者に様々な負担を強いることになりかねません。また、日常業務は診療行為に直結していることから、そのミスが命に関わるということも考えられます。

■ 必要な指示や注意・指導が抑止されない考え方

● パワハラと「叱る」の境界を明確に線引きする

- ・相対的にかつ実質的・比例的に具体的に想定できる別な代替方法を見出す

■ パワハラの典型例(精神的な攻撃:脅迫、名誉棄損、侮辱、ひどい暴言の典型例)

● 同僚の目の前で叱責される

● 必要以上に長時間にわたり、繰り返し執拗に叱る

- ・「お前とは仕事をしたくない」
- ・「役に立たない」
- ・「仕事しなくてもいいから帰れ」

■ パワハラ防止対策

パワハラをどう防ぐかは、その認識をスタッフ全員で共有することが重要です。

院長は、パワハラは自院にとってマイナスであり、絶対に防止するという姿勢を全スタッフに示す必要があります。加害者が自身の言動をパワハラだと認識していない事例が多くみられますが、これは啓発活動を行うことによって防ぐことが可能です。

3

医業経営情報レポート

患者から受けるハラスメント対策

■ 患者からスタッフに対するハラスメント

歯科医院では、患者からハラスメントを受けるケースも想定されます。スタッフに対するセクハラや、診療に対するクレームを発端とした暴言や暴力行為など様々な事案があります。

院内での対応だけではなく、弁護士や警察の介入も視野に入れて、「スタッフを守る」という姿勢が必要です。

(1) 患者から受けるセクハラ

女性スタッフが多い歯科医院では、患者からのセクハラ事案が多くみられます。診療中はどうしても患者との距離が近くなり、接触の機会も増加します。その際に、患者からの不要な接触や性的言動を受けることもあります。また、接客サービスの向上、患者満足度アップへの行動が患者の勘違いや思い込みを招き、ストーカー行為にまで発展するケースも発生しています。

■ スタッフに対する患者からのセクハラ

- 身体に触る（偶然の接触ではなく、意識的な接触）
- 治療のために口の中に入れた指をなめる
- 交際を求めるような声をかける
- 電話番号やアドレスを渡したり、聞いたりする
- ストーカー行為
- 会計でお釣りの返還の時に手を握る
- スマホ等によって性的画像を見せる
- 待合室にある雑誌の性的記事を見せたり、話題にしたりする 等

(2) 患者からの暴言や暴力によるパワハラ

診療や接客に関する事でクレームをつけ、大きな声で騒いだり、暴言を吐いたりするケースのほか、クレーム内容によっては、慰謝料などの損害賠償を主張し、金員を要求したりする事案も見受けられます。

■ 患者からのハラスメント対策

(1) 患者からのハラスメント対策

クレームに対しては、誠意ある対応も求められることを前提としながら、過大なクレームやいわれのないクレームに対しては、毅然とした態度で否認することも重要です。事実確認や相手方の気持ち等を汲むことは求められるものの、事実と異なる点を否定する勇気も必要です。

対策としては、対応マニュアルの作成や警察・弁護士への相談窓口の設立、防犯システムや警備の充実も行います。

4

医業経営情報レポート

院長が講じるべき具体的防止策

■ 就業規則等によるハラスメントの防止

ハラスメント防止対策としては、就業規則もしくはサービス規定にハラスメントの禁止を記載し、懲戒規定により罰する旨を明示する必要があります。

■ 就業規則によるハラスメント禁止の記載例

【サービス規程】

第〇〇条＜一部条文省略＞

- (1) スタッフは医院の方針および自己の責務をよく認識し、その業務に参加する誇りを自覚し、医院および医院の指揮と計画の下に、全員よく協力、親和し、秩序よく業務の達成に努めなければならない
- (6) 患者の個人的秘密を守り親切を旨とし、温かな言葉遣いと、誠実な態度で対応し、患者やその近親者を含め安心と信頼を損なうような行動や言動をしないこと。
- (8) スタッフは下記の行為をしてはならない
 - ア. 医院の命令および規則に違反し、また医院に反抗し、その業務上の指示および計画を無視すること
 - イ. 職務の怠慢および言動や行動により職場の風紀、秩序を乱すこと
- (10) スタッフは医院の名誉を傷つけ、または医院に不利益を与えるような行動や言動は一切慎まなければならない

第〇〇条（セクシュアルハラスメントの禁止）

性的言動により、他のスタッフに不利益や不快感を与えたり、就業環境を害するようなことをしたりしてはならない。

第〇〇条（パワーハラスメントの禁止）

業務の適正な範囲を超えて、他人に精神的・身体的苦痛を与えたり、職場の環境を悪くしたりするようなことをしてはならない。

■ ハラスメント防止ガイドラインの活用

ハラスメント防止及び問題解決のために、ハラスメント対策ガイドラインを作成します。ガイドラインによって、どのような行動や言動がハラスメントに当たるかを具体的に明示します。特に、グレーゾーンと言われる事案に対しても対応できるように規定することが望めます。

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

リスクマネジメントの現状

**医療におけるリスクマネジメントの現状
 及びPSAについて、教えてください。**

■リスクマネジメントとは

そもそも 1920 年代に欧米の産業界で用いられた経営管理手法です。

組織に起こりうる損害を未然に防ぐこと、発生した損害を最小限に抑えることを目的に取り組みられた活動であり、利用業界においては 1970 年代にアメリカで導入が始まりました。日本では平成 10 年に日本医師会によりまとめられた「医療におけるリスクマネジメントについて」によりその考え方が紹介され、今日では医療の質を左右する重要な経営課題として取り上げられています。杏林大学の川村治子教授によれば、「リスクマネジメ

ントは個人の努力に依存した事故防止ではなく、組織的な自己予防を目指しており、その活動はリスクの把握、分析、評価、対応、再評価の4つのプロセスからなり、事項、ニアミスなどの報告制度によってえた情報からリスクを評価し、人間のエラーを誘発する医療システムや組織上の問題点を分析し、労力対効果の良い事故防止、被害軽減対策を選択、実施。その効果を定期的に再評価する、という一連の活動である」としています。

■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により、たと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ています。

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医療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



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、評価の方法

リスクの推定、評価方法の考え方とは？

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ない、あるいはまったくない

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。