

2012.2.28

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

医療情報連携特別法、25年通常国会へ提出
番号利用ガイドライン策定に向け動き出す

—— 厚労省 医療情報ネットワーク基盤検討会
医療事故調査・再発防止策等の仕組みの構築
「医療版事故調査委員会」をめぐる議論がスタート
—— 厚労省 医療事故に係る調査の仕組み等のあり方検討部会

2 経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成23年10月分概数)

3 経営情報レポート

「モンスターペイシエント」に屈しない
組織で取り組む院内暴力への対応策

4 経営データベース

ジャンル:業績管理 サブジャンル:業績管理と予算管理

成果報告のポイント

支出予算制度のポイント

発行



本社 京都市南区吉祥院九条町30番地1江後経営ビル
TEL 075-693-6363 FAX 075-693-6565
滋賀支社 滋賀県草津市野路1-4-5 センゾビル BLDG ZEN 5F
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540
大阪支社 大阪市北区梅田2-5-6 桜橋八千代ビル 6F
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578

医療情報 ヘッドライン ①

厚生労働省
医療情報ネットワーク
基盤検討会

医療情報連携特別法、25 年通常国会へ提出 番号利用ガイドライン策定に向け動き出す

厚生労働省は 2 月 20 日、医療情報ネットワーク基盤検討会を開催し、規制・制度改革への対応や、番号制度などについて議論を行った。

この規制・制度改革の中には、(1) 処方せんの電子化、(2) 匿名化された個人情報の活用、が盛り込まれている。

(1) の処方せん電子化に対しては、「情報を一旦電子化・ネットワーク化して運用する方策を確立し、紙の処方せん廃止に向けた検討を進める」方針を定め、各種の試行的取組みが行われている。厚労省では、こうした背景をもとに「2008 年の報告書『処方せんの電子化について』を 23 年度中に改訂する」ことを打ち出している。

またこの日は、このほど衆議院に提出されたマイナンバー法案（社会保障・税共通番号制度）も議題となった。社会保障・税共通番号大綱（平成 23 年 6 月）では、「医療分野等の機微性の高い個人情報扱う分野については、厚生労働省が別途特別法を策定する」と

されている。これを踏まえ、検討会では「番号制度をもとにした、医療機関等での情報連携」などに関する特別法（個別法）についても検討テーマにあげた。

検討にあたっての課題としては、(Ⅰ) 患者等の権利と医療提供側が負うべき責務、(Ⅱ) 患者等の自己情報コントロール権、(Ⅲ) 医療提供側の免責、(Ⅳ) 情報の取得と利活用、(Ⅴ) 法の位置づけ等、が挙げられている。

このうち (Ⅲ) の免責については、情報連携に萎縮することのないような方策が検討されることになる。ただし、具体的な法案の検討は、「医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会」と「社会保障サブワーキンググループ」の合同会議で行われ、本検討会では番号利用ガイドラインの策定が行われる。

法案は、平成 25 年の通常国会へ提出される見込みであり、さらに今回から本検討会の事務局について、政策統括官付の情報連携基盤推進室が行うこととなっている。

社会保障・税一体改革大綱

はじめに

～ 安心で希望と誇りが持てる社会の実現を目指して ～

（国民の共有財産である日本の社会保障制度）

日本の社会保障制度は、戦後の経済成長にも支えられて急速に整備が進み、1960 年代には、国民皆保険・皆年金といった現行の社会保障制度の基本的枠組みが整い、先進諸国に比べ遜色のない制度となっている。医療分野では、患者が保険証 1 枚で自由に医療機関を受診できるフリーアクセスを実現し、公的年金は老後生活の柱として定着し、平均寿命が世界最長を実現するなど、我が国の社会保障制度は、世界に誇りうる国民の共有財産として、「支え合う社会」の基盤となっている。

(1) 医療サービス提供体制の制度改革

○ 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

<今後の見直しの方向性>

Ⅰ 病院・病床機能の分化・強化

- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

Ⅱ 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の選定及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に

医療情報

ヘッドライン②

厚生労働省
医療事故に係る調査の仕
組み等のあり方検討部会

医療事故調査・再発防止策等の仕組みの構築 「医療版事故調査委員会」をめぐる議論がスタート

厚生労働省は2月15日、医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会の初会合を開いた。医療事故の目的で会合を持つのは約3年ぶり、これで医療事故を調査する仕組みについて本格的な検討に着手することになる。これは「医療版事故調査委員会」をめぐる議論に入ることを意味し、過去の経緯はともかく、文字どおりゼロから再スタートすることでもある。

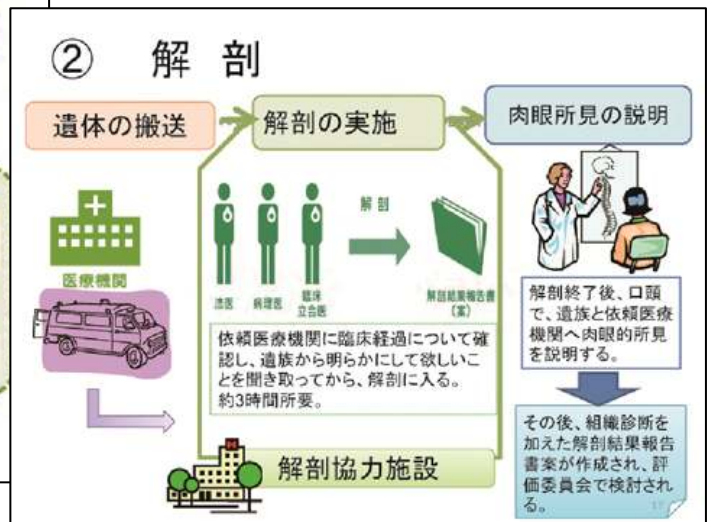
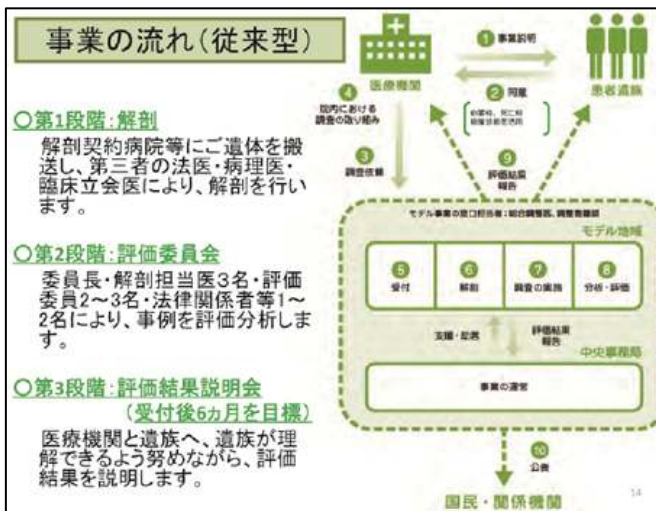
近年、国民の権利意識の高まりや情報公開の流れを受け、医療事故が表面化するケースが増加している。その際、最も重要なのは、「医療事故の原因を追求し、医療現場にフィードバックする」ことである。原因追求にあたって「責任」の問題が生じると、関係者の口も重くなるため、両者を切り離す仕組みが検討されている。無過失補償制度もその一環として位置づけ、厚労省は「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」を開き、無過失補償制度の検討を進めて

いるが、議論の中で「医療事故を調査する仕組み」等の必要性が指摘された。

そこで本検討部会が設置され、(1) 事故調査、(2) 再発防止、のそれぞれの仕組みを検討することとなったものである。

(1)の事故調査については、(Ⅰ)目的、(Ⅱ)対象や範囲、(Ⅲ)調査実施組織、(Ⅳ)調査に必要な権限、(Ⅴ)調査結果の取扱い、(Ⅵ)費用負担、(Ⅶ)捜査機関（警察など）との関係、などを検討し、(2)の再発防止に関しては「医療事故に係る調査結果や、医療事故情報収集等事業を再発防止に活用する方策」などが議題となる。

この日は、日本医療安全調査機構の原義人氏（同機構中央事務局長）から「診療行為に関連した死亡の調査分析事業」について発表が行われ、同氏は、「機構は医療関連死亡について公正・中立に調査分析する専門機関である」ことや、機構の事業などについて説明した。



病院報告

平成23年10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23年10月	平成23年9月	平成23年8月	平成23年10月	平成23年9月
病院					
在院患者数					
総数	1 287 684	1 289 457	1 299 947	△1 773	△10 490
精神病床	306 200	308 188	308 787	△1 988	△599
結核病床	2 919	2 915	2 928	4	△13
療養病床	299 090	301 951	302 261	△2 861	△310
一般病床	679 432	676 364	685 931	3 068	△9 567
(再掲)介護療養病床	70 133	70 644	70 812	△511	△168
外来患者数	1 389 059	1 408 984	1 447 188	△19 925	△38 204
診療所					
在院患者数					
療養病床	9 675	9 793	9 852	△118	△59
(再掲)介護療養病床	3 638	3 666	3 677	△28	△11

- 注1) 病院の総数には感染症病床を含む。
 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23年10月	平成23年9月	平成23年8月	平成23年10月	平成23年9月
病院					
総数	80.5	80.6	81.4	△0.1	△0.8
精神病床	88.5	86.9	89.1	△0.4	△0.2
結核病床	38.3	37.5	37.5	0.8	△0.0
療養病床	90.0	90.6	90.9	△0.6	△0.3
一般病床	74.5	74.2	75.4	0.3	△1.2
介護療養病床	94.2	94.4	94.6	△0.2	△0.2
診療所					
療養病床	67.5	68.1	68.4	△0.6	△0.3
介護療養病床	77.2	77.5	77.4	△0.3	0.1

- 注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$
 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23年10月	平成23年9月	平成23年8月	平成23年10月	平成23年9月
病院					
総数	31.9	32.1	30.8	△0.2	1.3
精神病床	306.2	294.9	290.6	11.3	4.3
結核病床	74.9	71.8	71.0	3.1	0.8
療養病床	179.4	182.1	177.6	△2.7	4.5
一般病床	17.9	17.9	17.2	△0.0	0.7
介護療養病床	323.7	316.2	322.2	7.5	△6.0
診療所					
療養病床	104.7	106.4	105.2	△1.7	△1.2
介護療養病床	100.4	102.3	100.3	△1.9	2.0

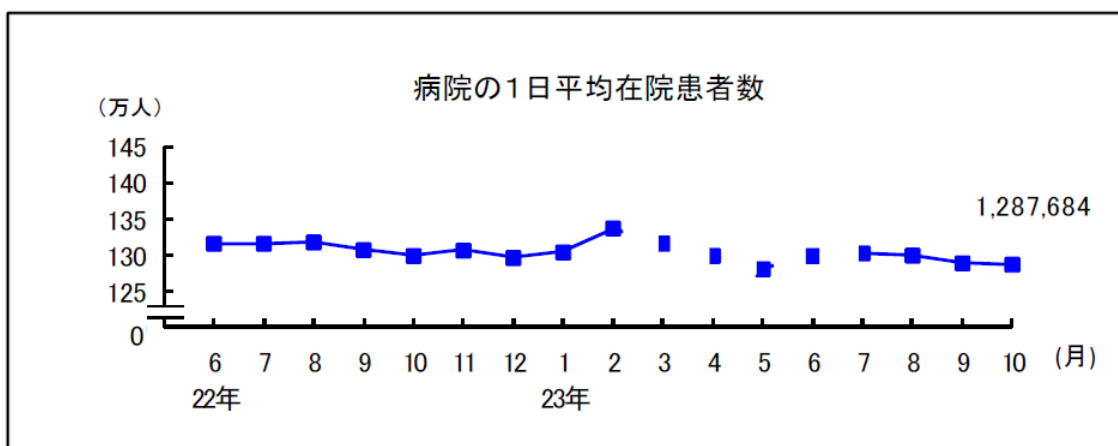
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

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

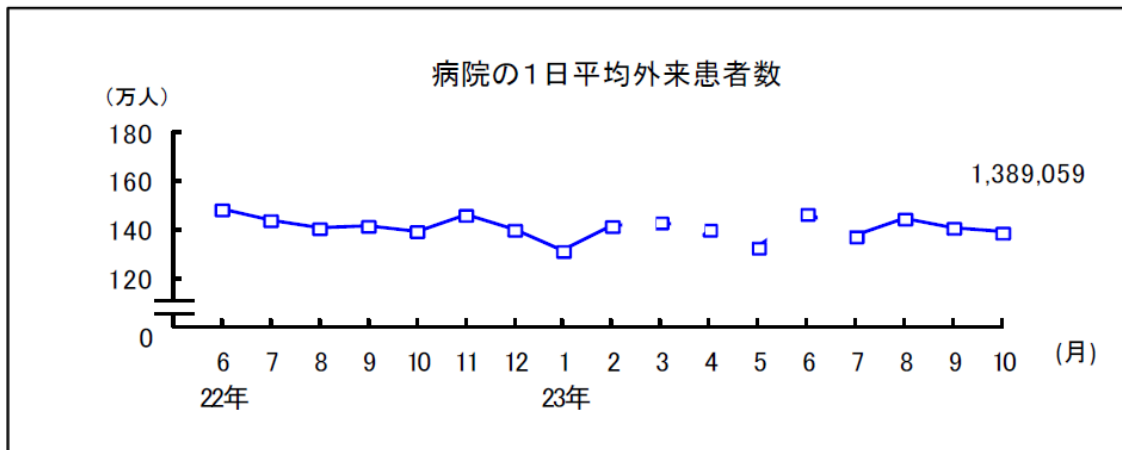
2) 病院の総数には感染症病床を含む。

◆病院:1日平均在院患者数の推移

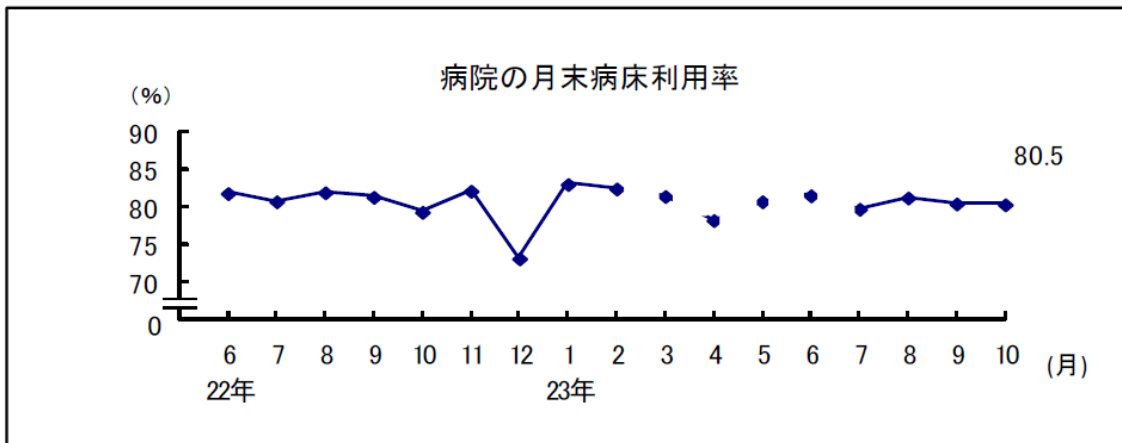
注: 東日本大震災の影響により、平成23年3月分から6月分まで岩手県、宮城県、福島県の一部病院等から報告がなかったことから、前月比較を行っていません。



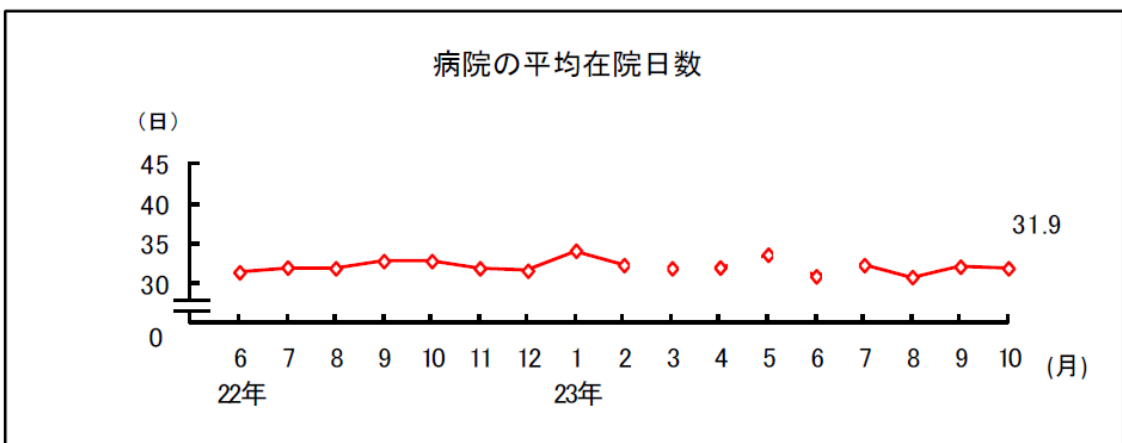
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



「モンスターペイシエント」に屈しない 組織で取り組む院内暴力への対応策

ポイント

- 1 医療現場に増加するモラル欠如によるトラブル
- 2 職員が直面している精神的・身体的暴力の実態
- 3 損害の拡大を防ぐ適切な対応ポイント
- 4 病医院として求められる組織的対応策の整備



1 医療現場に増加するモラル欠如によるトラブル

■ モンスターペイシエントに見え隠れする院内暴力増加の実態

安全で質の高い医療を提供するためには、職員・スタッフが安全な環境で働くための院内整備が重要な取り組み課題のひとつです。一方では、医療機関職員が患者から暴言を浴びせられたり、身体的暴力行為を受けたりする「院内暴力」が社会的問題として取り上げられています。

病気や症状で苦しんでいる患者が、治療や予後に対する不安やストレスから医療者側に不満をぶつける事態は従来からみられたケースですが、そうした「患者支援の範囲」を超越する暴言や暴力行為が増加しているのが現状です。それとともに、「モンスターペイシエント」と呼ばれる患者が増えています。

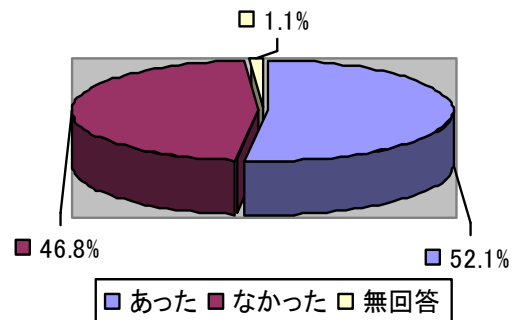
◆ 院内リスク管理体制に関する医療機関の実態

* 調査期間：2007年12月20日～2008年1月31日

* 調査対象：全国2,248病院、うち回答1,106病院（有効回答率49.2%）

■ 過去1年間における職員に対する院内暴力（身体的暴力・精神的暴力）の有無

選択肢	回答数	割合
あった	576	52.1%
なかった	518	46.8%
無回答	12	1.1%



■ 過去1年間における職員に対する院内暴力と暴言等の発生件数

内容	当事者	件数（合計）
身体的暴力	患者本人	2,253
	家族・親族・患者関係者	62
精神的暴力	患者本人	2,652
	家族・親族・患者関係者	784
セクシャルハラスメント	患者本人	900
	家族・親族・患者関係者	35
その他	患者本人	173
	家族・親族・患者関係者	23
合計		6,882

出典：2008年4月21日 社団法人 全日本病院協会
「院内暴力など院内リスク管理体制に関する医療機関実態調査」

2 職員が直面している精神的・身体的暴力の実態

■ 職員に生じた院内暴力の実例

従来、身体的暴力行為を中心とする院内暴力においては、救急外来や精神科等の特定の場所で起こることが多いという認識が一般的でしたが、最近では内科系診療科や人間ドック等の健診施設で、一方で介護関連施設等においては言葉の暴力の発生率が上昇している現状があります。

よって、医療機関であれば、診療科目や規模に関わらず、いずれの現場であっても院内暴力が発生する可能性があるにとらえ、対応に取り組む必要があるのです。

(1) 暴言～言葉の暴力の例

- 少しでも待ち時間が長くなると「いつまで待たせるのだ」と怒鳴る
- 無理な要求を断ると「訴えて、全員辞めさせてやる」と罵倒する
- 経過観察のためしばらく院内での安静を求めると「用事があるので早く帰せ」「上司を出せ」と大声を出す
- 患者の家族からの問い合わせに対し、詳しい病状は電話口では説明できないと対応した際に「次に行ったら覚えていろ」と怒鳴る

このほか、受付職員に対して必要以上に声をかけ業務に支障をきたす行為や、性的な話題を持ち出すなどセクシャルハラスメントに該当する行為などもみられます。

また、患者家族が繰り返す過剰なクレームや、モラルを欠いた問題行動によって業務を妨害したり、他の患者や来院者に対して不快な思いをさせたりするなどの行為が長期間にわたって行われたために、やむなく医療機関（管理者）側が法的手続に踏み切った事例があります。

■ 精神的な院内暴力は表面化しにくい傾向がある

院内暴力の当事者の多くは患者本人であり、さらに、その大部分が加害者になるケースが多くなっています。患者の家族・親族など関係者が起こす場合もありますが、現状では、暴言など「精神的暴力」が「身体的暴力」より多い傾向にあります。それは、医療従事者にとって、精神的暴力として認識される暴言や、難クレームが多いということも意味しています。

一般に、加害者が暴言や暴力行為を意識的に行う場合は、報復が困難だと感じる相手を選択する傾向があるといわれています。しかし近年では、自身の思い通りにならないことだけを理由として、受付や会計時に職員を罵倒したり、相手を選ばずに理不尽な要求を突きつけ続けたりする患者や家族等が増えています。

3 損害の拡大を防ぐ適切な対応ポイント

■ 保安対策として実施されている事例

院内における暴力行為や暴言等の防止を目的とした保安対策として実施されている取り組みには、次のようなものがあります。現実には直面している院内暴力の発生頻度や潜在するリスク度合、医療機関の規模と病床の有無によっても具体的対策における選択肢は変わります。

◆ 院内暴力等防止のための保安対策事例

- 監視カメラ設置（防犯ビデオの撮影） → ダミー機械の設置を含む
- 暴言、暴力・危険行為等、セクシャルハラスメントに対する確固たる姿勢の明示
→ 例）場合によっては警察通報等の手段を選択するなどのポスター掲示
- 警備委託先への非常通報手段の拡大（通報ボタン・電話等）
- 職員の単独勤務時間の回避および短縮
- 過去の暴言、難クレーム、暴力等の行為歴がある患者のスクリーニング作業
- 制止目的に使用できる器具の常備

■ 暴力等行為の被害者への対応

言葉の暴力や身体的暴力が発生した際には、①被害者の保護を最優先する、②その場で迅速に対応する、という2点が重要になります。

尚、セクシャルハラスメントや訪問看護等の院外で発生した暴力等については、院内における対応とは別個に、さらに慎重なケアが必要です。

(1) 被害者となった職員等がとるべき対応

患者や来院者から激昂した言葉を浴びせられたり、肩や腕をつかまれるなどの行為を受けたりした場合、対応した職員・スタッフは動揺が先にたち、適切な対応をとることは困難であると思われれます。

しかし、患者が加害者である場合には、職員は自らの安全を確保するとともに、患者を落ち着いて会話ができる環境に誘導することを優先します。それは、周囲にいる他の患者へのマイナスの影響を最小限に食い止める意味においても重要です。

さらに、暴言や暴力行為等について、当事者や状況事実（客観的事実のみ）、発生日時を記録し、後日事後的な対応として行う加害者との面談に活用したり、事例としてデータベース化による院内周知資料としたりするなど、発生防止に役立てることが必要です。

4 病医院として求められる組織的対応策の整備

■ リスクマネジメントの手法を用いて対応に臨む

院内で生じる暴言や暴力等に対しては毅然として臨み、加害者以外の職員と患者や家族等の来院者の安全を確保するためには、院内暴力もリスク要因として捉えて、安全管理対象の一類型に位置づけると共に、リスクマネジメント手法を用いるべきであることを認識しなければなりません。その上で、組織として院内暴力に対応する体制を構築する必要があります。

(1) 院内暴力を想定した安全管理体制構築のポイント

医療安全を重視する傾向がありますが、暴言・暴力行為の発生もリスクととらえ、下記の点に留意して組織体制を整備します。

- 院内の組織風土づくり（過度の暴言、暴力行為を容認・黙認しない）
- 警備・保安体制の整備（業務委託等の活用を含む）
- 相談担当者の選任と周知
- 安全管理者（リスクマネジャー）の活用
- 対応・防止マニュアルの整備
- 教育・研修の実施

■ 暴力対応研修と発生後フォローの重要性

苦情やクレーム対応については、担当部署や担当者が決められていることが多く、研修は限られた職員のみが受講することになりがちですが、院内暴力対応研修は、全ての職員に対して実施しなければなりません。それは、暴言や暴力行為に至るメカニズムを理解したうえで、これを回避する方法や能力を習得し、適切に対応できるようにしておく必要があるためです。

したがって、新入職員オリエンテーションや年間研修スケジュールに組み込み、定期的な実施を継続していくことが求められます。

◆ 研修プログラムに盛り込むべき内容

- 暴言・暴力に関する基本的知識
- 暴言・暴力に関するリスクマネジメント
- 院内暴力をめぐる現状の周知と理解
- 暴力等発生を回避、緩和するコミュニケーション能力の育成
- 身体的危機の回避対処法 等

経営データベース ①

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 業績管理と予算管理



成果報告のポイント

費用の予算管理における成果報告のポイントを教えてください。



予算管理制度を機能させるためには、その「成果」を毎月報告させることが必要です。これを怠れば、予算管理に対する意識を院内に定着させるのは困難です。

例えば、翌月 15 日までに成果速報を各部門に定期的に連絡する仕組みの場合、予算額は根拠に基づき決定しているため、各部門では消費物品内容と数量に大きな変動がなければ、予算計画は遂行される「はず」です。

しかし、予算計画を策定しただけで、実行は各担当者に一任しているような状況では、各部門や職員個々が責任を持たないうえ、さらに予算を達成できなかった場合には、他者や他部門へ責任転嫁させることになりかねません。

こうした事態を回避するためには、予算管理の結果報告を定期的に行うことが重要です。この報告によって定期的な現状把握が可能となり、予算管理担当者は対策が立てやすくなります。このように、管理する側に大きな負担を与えない方法が最も定着しやすいといえるでしょう。

また、部門単位の予算額と実消費額の状況について、半期・年度単位のグラフで示して情報を伝えることも、予算管理上では効果があります。

さらに最も職員数の多い看護部門に対しては、成果報告書以外に師長会議などに出席して直接状況報告を行い、その場で問題点などについて意見交換することも有効です。

■ 予算管理と成果報告のポイント

- 予算計画だけを策定して「……のはず」という事態にしない
- 「予算管理を行っている」という言葉の発信だけでは、全職員に定着しない
- 報告は定期的に行い、各部門は現状を把握しておく
- 予算管理の遂行は人任せにしない、させない
- 成果報告によって、各職員に予算管理という取り組みを理解させる
- 予算管理報告を定期的に行うことは、各部門単位だけでなく、職員個々が実践することが重要であるとする「当事者意識」の醸成につながる
- <病院の場合>
職員数の多い看護部門では、師長会議等の病棟単位による予算状況報告も効果的

経営データベース ②

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 業績管理と予算管理



支出予算制度のポイント

支出予算制度運用のポイントと、収入増加を図るための収入・支出管理の方法を教えてください。



支出における予算制度では、変動性予算と固定性予算に分けて考えます。院内で支出予算制を実施して経営健全化を図ることは、現在の医業経営環境においては不可欠です。そして、この支出予算は、固定しなければならない予算と、流動的に緩和できる予算とに分けて管理することが重要です。

固定性予算	●人件費 ●高額医療機器	●経費（事務用品、通信費、印刷費、研修費） ●消耗備品（日用品）
流動性予算	●医薬品費 ●診療材料	●特定医薬材料費 ●検査試薬

■人員増の試算例～考慮すべき要素

医師の場合	●保険診療入院単価アップの額 ●紹介患者数（逆紹介患者数）	●新入院患者数 ●手術・検査内容と件数	●平均在院日数
看護師の場合	●看護配置（算定・加算）による増収	●新しい病棟計画による増収	

収入から支出を引いたものが利益です。しかし、利益はおのずと生ずるわけではなく、医療機関の努力で生み出すものですから、利益を増やすためには、「収入増加のための活動」と「支出削減のための活動」の双方を継続して進めることが必要です。

これらの実践である利益を生み出すために必要な支出管理に向けて、支出を収入との関わりから3つに分けて整理すると、それぞれ適切な管理手法は次のようになります。

- ① 収支に関わらず、一定額が支出されるもの：賃借料、職員の給与等
⇒ 一定期間固定的に支出される性格を持つため、この削減には施設・設備や人員等支出の対象物を変える要素が大きく、管理活動が必要
- ② 収入と直接関連しないが支出額が変動するもの：電話代・消耗品費等
⇒ 支出実績を下げるのが基本となり、削減目標を設定した引下げ努力が必要
- ③ 収入と比例関係にある支出：仕入・販促費等
⇒ 利益率の維持・向上の側面からの取り組みが必要