

2012.6.19

週刊WEB

医業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

がん対策推進基本計画決定 小児がん対策充実へ
喫煙率の引き下げ目標なども新たに設定

政府

診療報酬—基本診療科のあり方で意見対立続く
議論の核はコスト調査実施の有無

経済産業省 診療報酬基本問題小委員会

2 経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査(平成24年3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:資格基準

資格基準の構築
役割・能力基準書の作成

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

がん対策推進基本計画決定 小児がん対策充実へ 喫煙率の引き下げ目標なども新たに設定

政府は6月8日、平成24年度からの次期「がん対策推進基本計画」を閣議決定し公表した。同基本計画には全体目標に、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を掲げている。

同基本計画の重点施策には、小児がん拠点病院（仮称）を整備するという、「小児へのがん対策の充実」が盛り込まれた。

もう一つの重点施策には、がん予防の成人喫煙率を同34年度までに12%に引き下げるなど、初の数値目標が初めて盛り込まれた。この基本計画は、今後の我が国のがん対策の指針となる。

基本計画では、重点課題として、これまでと同様に（1）放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実と、これらを専門的に行う医療従事者の育成、（2）がんと診断された時からの緩和ケアの推進、（3）がん登録の推進、を掲げたうえで、新たに「働く世代や小児へのがん対策の充実」を強調している。ここでは、治療のみならず「就労に関する問題への対応」などにも取り組む方針が示されている。

また、全体的な目標として（a）がんによる死亡者の減少（75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少）、（b）すべてのがん患者と家族の苦痛軽減と、療養生活の質の向上、（c）がんになっても安心して暮らせる社会の構築、の3

つを掲げる。

さらに、がん医療体制や、検診体制の整備、研究体制の充実や、社会的支援などに具体的な目標も設定している。

例えば、（ア）3年以内に、すべてのがん診療連携拠点病院に放射線療法、化学療法、手術療法をチームで提供する体制を整備する、（イ）5年以内に、がん診療に携わるすべての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得する、（ウ）5年以内に、がん検診受診率を50%（胃、肺、大腸は当面40%）にする、（エ）5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する、などが挙げられている。

この他、がん対策を総合的・計画的に推進するために「都道府県による計画の策定」「がん患者を含めた国民等の努力」「必要な財政措置の実施と、予算の効率化・重点化」などが必要と指摘している。

数値目標を盛り込むかどうかについては5月、自民党政調の「たばこ特別委員会」から「数値目標を削って欲しい」との修正を求められていた経緯がある。それだけに記者会見で小宮山厚労相は「（数値は）禁煙したいと思っている人の数字を基礎にしたもの」で、「数値目標を盛り込むことは大きなメッセージになる」と目標達成に意欲を示した。

医療情報

ヘッドライン ②

経済産業省
診療報酬基本問題小委員会

診療報酬—基本診療科のあり方で意見対立続く 議論の核はコスト調査実施の有無

厚生労働省は6月6日、中央社会保険医療協議会の診療報酬基本問題小委員会を開き、前回に引き続き診療・支払側で意見のかみ合わない「基本診療料のあり方」について検討を行った。

厚労省当局からは、(1) 診療報酬の現状や問題点を整理しながら、次期改定（平成26年度）に向けて具体的な検討につなげていく、(2) 各基本診療料の性格や想定するサービス内容は何かを明確にし、さらに点数水準や基準設定のあり方を検討する、(3) コスト調査については診療側・支払側の意見が異なっており、実現可能性を含めてさらに調整していく、(4) 初診・再診料等では診療内容に一定の同一性がなく定義付けが困難なことから、コスト調査は難しい、などの考え方が示された。基本的には「次期改定に向けた項目」と「基本診療料のあり方という長期的なテーマ」を明確に分けて議論することが委員間で確認されている。

この日も数ヶ月前から続く(3)(4)のコスト調査について診療側と支払側で議論の応酬があった。その対立の核となっているのは、やはりコスト調査であり、コスト調査実施派の診療側とコスト調査の目的が曖昧とする支払側で暗礁に乗り上げた形となっている。

診療側の西澤寛俊委員（(社)全日本病院協会会長）は、「コスト調査の技術的課題について検討したコスト調査分科会では『基本診療料の定義を明確にすれば、調査自体は可能』

との結論であった。基本診療料の定義を議論して明確にし、コスト調査を実施してほしい」と要望した。嘉山孝正委員（全国医学部長病院長会議相談役）は、「基本的な考え方を議論するための前段階として、まず基本診療料の中身が知りたい」と主張した。

一方、支払側の白川修二委員（健康保険組合連合会専務理事）は「調査目的が不明確」と反発し、「コスト調査の論議に乗る気は全くない。コスト調査分科会では、トライアル調査（予備調査）だけでも数年かかり、費用は数億円にのぼる試算となっている。そのような費用をかける状況にはない」と猛反論しており、議論は平行線のまま「調整」は困難を極めている。

診療側の鈴木邦彦委員（(社)日本医師会常任理事）は、基本診療料に関連して「有床診療所における栄養管理体制」について問題提起を行った。24年度改定で、栄養管理実施加算が廃止され、入院基本料等の施設基準に組み込まれた。これにより、入院料を算定するためには管理栄養士の配置が原則必須となった。

緩和措置は用意されているが、鈴木委員は、「3月31日時点で栄養管理実施加算を届出していた有床診でも、その後に管理栄養士が退職することがある。この場合、管理栄養士を3ヵ月以内に新規雇用しなければ、最悪の場合、入院基本料を算定できなくなってしまう。有床診については、無条件で2年間の経過措置を設けるべきである」と提案した。

医療施設動態調査

(平成24年3月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 22 施設の減少、病床数は 2,013 床の減少。
 一般診療所の施設数は 50 施設の増加、病床数は 354 床の減少。
 歯科診療所の施設数は 3 施設の増加、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

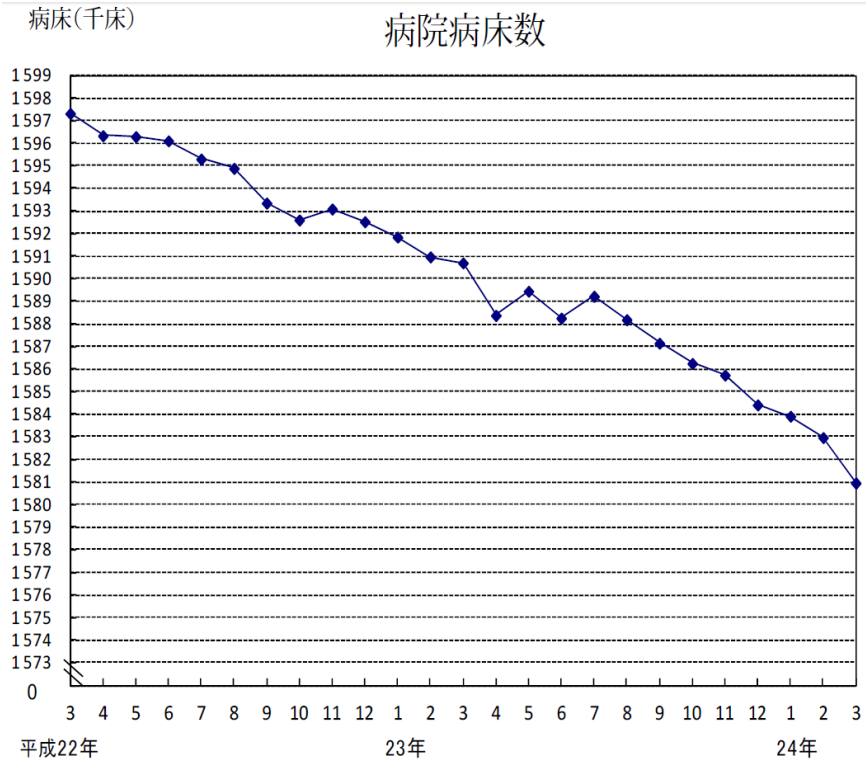
	施設数		増減数		病床数		増減数
	24年3月	24年2月			24年3月	24年2月	
総数	176 990	176 959	31	総数	1 710 311	1 712 678	△2 367
病院	8 580	8 602	△22	病院	1 580 961	1 582 974	△2 013
精神科病院	1 070	1 074	△4	精神病床	343 030	343 492	△462
				感染症病床	1 797	1 799	△2
結核療養所	1	1	0	結核病床	7 478	7 498	△20
一般病院	7 509	7 527	△18	療養病床	330 737	330 721	16
療養病床を有する病院 (再掲)	3 909	3 918	△9	一般病床	897 919	899 464	△1 545
地域医療支援病院 (再掲)	396	395	1				
一般診療所	99 957	99 907	50	一般診療所	129 243	129 597	△354
有床	9 931	9 961	△30				
療養病床を有する一般診療所 (再掲)	1 362	1 367	△5	療養病床 (再掲)	13 847	13 926	△79
無床	90 026	89 946	80				
歯科診療所	68 453	68 450	3	歯科診療所	107	107	0

2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成 24 年 3 月末現在

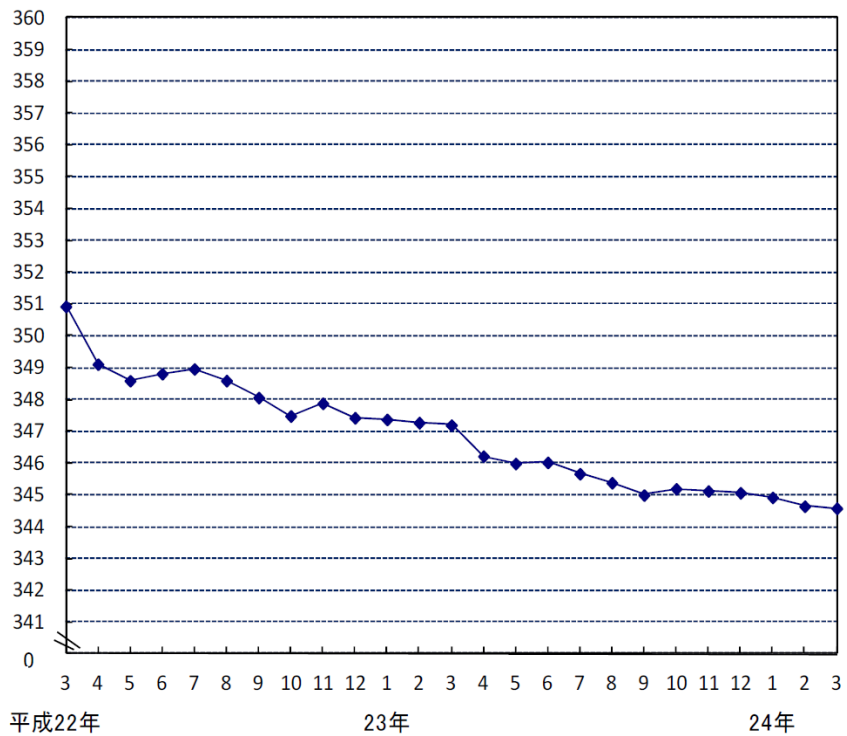
	病院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 580	1 580 961	99 957	129 243	68 453
国 厚生労働省	14	5 957	28	-	-
独立行政法人国立病院機構	143	55 289	-	-	-
国立大学法人	48	32 760	129	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 085	6	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 426	-	-	-
その他	26	3 947	428	2 292	1
都道府県	221	59 189	242	150	9
市町村	678	147 435	3 069	2 560	269
地方独立行政法人	64	26 060	14	-	1
日赤	92	37 228	209	19	-
済生会	79	21 975	49	10	-
北海道社会事業協会	7	1 862	-	-	-
厚生連	110	35 268	68	64	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
全国社会保険協会連合会	51	14 105	2	-	-
厚生年金事業振興団	7	2 800	-	-	-
船員保険会	3	786	8	10	-
健康保険組合及びその連合会	11	2 290	361	10	4
共済組合及びその連合会	46	14 908	183	10	9
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	388	92 487	885	610	149
医療法人	5 703	851 847	37 175	86 656	11 225
私立学校法人	108	55 101	189	107	16
社会福祉法人	188	33 506	7 844	361	29
医療生協	84	14 223	328	280	46
会社	62	12 764	2 152	27	17
その他の法人	39	7 639	441	162	77
個人	365	34 704	46 133	35 896	56 599

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計

病床(千床) 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、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しなかったため、重複投与したり、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、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り、なぜアクシデントに至らなかったかが、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、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

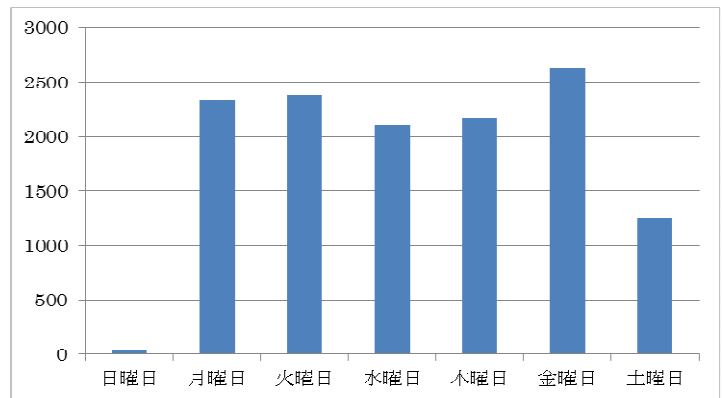
公益財団法人日本医療機能評価機構が実施する「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」の平成22年年報によると、12,904件（3,458施設）が報告されています。

(1) 繁忙時間に集中するヒヤリ・ハット

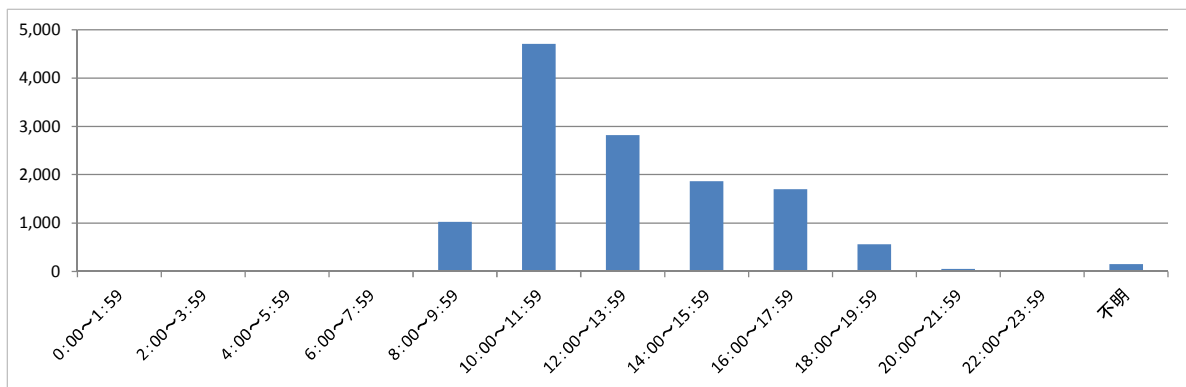
ヒヤリ・ハット事例の発生状況をみると、月～木曜日では16%～18%程度、金曜日のみ20%を超えており、さらに、そのうちの36%が業務繁忙時間帯の2時間に集中している状況です。

◆ 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：(公財) 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。

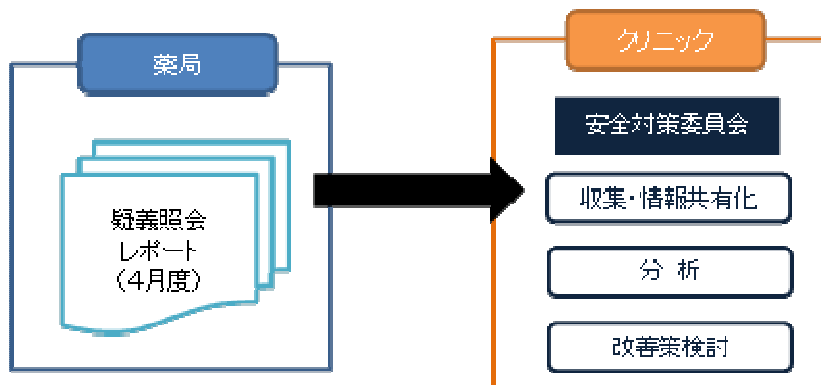
医薬品の組み合わせ（販売名、およびその薬効）	
ムコダイン錠 500mg 【薬効】呼吸器官用薬、去たん剤	ムコスタ錠 100mg 【薬効】消化器官用薬、消化性潰瘍用剤
クラビット錠 【薬効】化学療法剤、合成抗菌剤	クラリシッド錠 200 mg 【薬効】抗生物質製剤、主としてグラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの

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	ベザツール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。

そして処方医においては、疑義照会について場当たりの対応するのではなく、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することで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でしょう。



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: 資格基準



資格基準の構築

職員の資格基準は、どのようなステップで構築すればよいのでしょうか？



経営ビジョンを達成するためには、職員一人ひとりの役割を分担し、これを果たすための責任と必要な能力を明示する必要があります。人事制度の構築は、これを明示するための基準作りから始まります。

そして資格基準とは、病院が経営ビジョン達成のために、職員一人ひとりに求めるこれら「役割責任」、「発揮能力」の基準を明示したものです。この基準に沿って、職員の等級を決め、仕事分担、能力開発、評価や処遇といった各制度を組み立てて運用します。

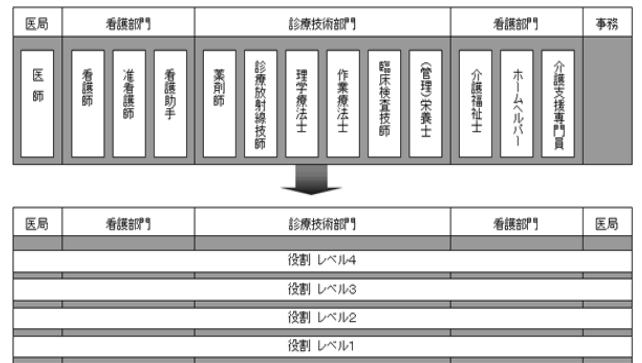
従来の医療機関、特に多職種が集まる病院の人事制度においては、職種（保有ライセンス）の違いをベースに採用形態や給与、教育等が運用されてきました。

しかし、チーム医療による効率的で質の高い医療提供が求められる中では、縦割り組織ではなく、横の連携を重視した組織作りが必要です。



そのため、職種を重視した組織体制や人事制度を改め、役割と能力を基準とした資格（等級）をベースにした運用がカギになるといえます。

保有資格ごとの専門性を追求するのはもちろんですが、経営ビジョンを達成するための組織としての役割とは、資格の壁を取り払うことなのです。



資格基準は、以下のステップで作成します。

◆step1 役割資格フレームの設計

- 役割資格フレームの枠組み設計
- 等級数、役割・能力基準、該当役職等の検討

◆step2 役割責任・発揮能力の詳細化

- 職務調査による役割・能力の洗い出し
- 役割責任・発揮能力の分類とグレード決定

◆step3 役割基準の運用ルールの検討

- 新入職員、中途採用職員の格付けルールの検討
- 昇格、降格ルール等、配置転換の検討

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: 資格基準



役割・能力基準書の作成

役割と能力の詳細を職員に理解してもらうための取り組みを教えてください。



■職務調査による役割・能力の洗い出し

役割・能力基準書の作成には、職務調査による役割・能力の洗い出しが必要です。職務調査とは、病院が職員に期待し、求める役割と能力を明確にするために、院内の仕事を棚卸しする作業です。具体的には、各部門の仕事を全て洗い出すことにより、その仕事の経営ビジョン上の役割と必要な能力を明確にします。

この作業によって、役割基準書と職務一覧表を作成します。

■役割基準書、職務一覧表とは

職務一覧表とは、役割・能力基準を具体化するために、洗い出した業務を部門（職種）毎に集約し、各々の業務がどれくらいのレベルで何等級に該当するのかを一覧表にまとめたものです。

■役割基準書、職務一覧表の作成ステップ

◆step1 役割と役割を構成する業務の洗い出し
各部門の全ての役割と、その役割を構成する業務を抽出することから始めます。

◆step2 役割と業務の格付け
抽出した役割と業務を役割・能力等級フレームと関連させ、格付けを実施します。

◆step3 担当者の整理
それぞれの役割と業務を誰が実際に担当しているのかを整理します。この作業により、職員各人が担当する役割と業務のバランス（質：等級との関連、量：全業務に占める比重・遂行時間）がとれているかを判断する材料を得ることができます。これにより各人の役割や能力に見合った業務配分の見直しを行う材料とします。

例えば、管理職に相当する、つまり利益を生み出すべき人が日常業務の全てに関わっているため、目指す組織活動が停滞してしまう

という病院が多々見られます。管理者層がどの程度、日常業務に労力を取られているのかを把握するためにも、それぞれの業務担当者の記載はぜひ実施すべきでしょう。

◆step4 部門間調整

洗い出した業務の分類、範囲（大きさ）と等級格付けについて、各部門間の調整を行います。

階層	主要役割基準	
方針具現者	部門の年度方針の立案および管理	①景気、経済動向の把握 ②病院ビジョン、中期経営計画の把握 ③行政施策の把握 ④統合他院動向の把握 ⑤関連業界の動向把握 ⑥取引先の動向把握 ⑦患者ニーズの把握
	部門の年度業績目標の設定および管理	①景気、マーケット、統合他院などを把握した適切な目標設定 ②病院ビジョンを達成するための年度目標設定 ③部門売上目標設定 ④部門純利益目標設定 ⑤総合予算書作成
	部門の年度方針の立案および管理	①メンバー別業務立案 ②統合他院差別化立案 ③医療技術向上立案 ④原価削減、経営価値立案 ⑤重点立案と日常業務との整合性確保 ⑥立案の具体性、実現性検証
	部門の年度方針のスケジュール化および管理	①上記立案の年間スケジュール策定 ②上記立案の四半期スケジュール策定 ③上記立案の月間スケジュール策定
	部門計画の推進とメンテナンス	①部門経営計画に基づくスタッフの統制 ②部門経営計画に基づく業務推進管理 ③予算実績再分析 ④経営計画の進捗管理に基づく回復立案