

2015.11.04

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

全国の薬局をすべて「かかりつけ薬局」に
～2025 年までに「患者本位の薬局」へ

厚生労働省

インフルエンザワクチン出荷自粛解除
感染症部会で精査受け、供給不足の懸念を回避

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定) (平成 27 年 6 月分)

3 経営情報レポート

職員の意欲を向上させる
クリニックの人事評価・賃金システム

4 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: 医療過誤の記録と分析

医療事故の記録のポイント

医療事故情報の管理と種類

医療情報 ヘッドライン①

厚生労働省

全国の薬局をすべて「かかりつけ薬局」に ～2025 年までに「患者本位の薬局」へ

厚生労働省は 10 月 23 日、薬局の将来像を示す「薬局ビジョン」をまとめ発表した。

これは 2025 年までに全ての薬局を患者に身近な「かかりつけ薬局」に再編することを目指した「患者のための薬局ビジョン」の発表の狙いと、大病院などの周囲にある「門前薬局」の地域と患者の目的に立脚した一元的な将来像を描いた表裏一体の構想である。

ビジョンは一貫して、地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関していつでも気軽に相談できる「かかりつけ薬剤師」がいることが重要と指摘する。「かかりつけ薬剤師」が役割を発揮する「かかりつけ薬局」が組織体として業務管理（勤務体制、薬剤師育成、連携体制）し、相談スペースなど構造設備を確保する。また、「かかりつけ薬剤師・薬局」に必要な機能として、

- (1) 服薬情報の一元的・継続的把握
- (2) 24 時間対応・在宅対応
- (3) 医療機関等との連携

の 3 点を、不可欠な機能的支柱としている。

3 本柱は、薬局のこれからの在り方を「立地から機能へ」の深化と訴えている。全国に 5 万 7000 軒もの保険薬局が、患者が医師から処方された薬をまとめて管理し、必要な指導を行うなど、一元的にかかりつけ機能を発揮するようになれば、薬の過剰投与や飲み残しを防ぎ、医療費削減につながるとみている。

このビジョンは 2025 年をメドに全国の保険薬局を「かかりつけ薬局」に再編するとい

うもので、薬局の数を減らすなどのことも検討課題として挙がっている。それには会議の構成員から「薬局数の多さ」も指摘されていたことにある。

「患者のための薬局ビジョン」は大病院の処方箋に依存する「門前薬局」を、複数の医療機関の処方箋を扱う「かかりつけ薬局」に変えることを柱としている。

- (1) 患者の全ての服用薬を一元的に管理する
- (2) 医師の過剰投薬や危険な飲み合わせを監視する
- (3) 24 時間対応や患者宅への在宅訪問に取り組む

上記 3 つの役割について、一つの薬局でこれらの役割を果たすのが困難な過疎地などでは、複数の薬局が連携するよう求めている。

厚労省は 2016 年度以降の診療報酬改定で、大病院前に並ぶ門前薬局の収入を減らし、患者に身近な「かかりつけ薬局」の収入を増やす方針であり、3 つの役割が報酬増を認める要件のたたき台になる可能性が高い。大病院依存の経営から抜け出せば、医師の過剰投薬や重複投薬を監視しやすくなり、医療費の抑制にもつながるとしている。さらに長期的な課題としては門前薬局に対し、建て替えなどを機に大病院前からの移転を促す。来年度の調剤報酬については、経済財政運営と改革の基本方針 2015(骨太の方針)でも抜本的な見直しを行うとされており、現在、中央社会保険医療協議会で議論を続けている。

医療情報 ヘッドライン ②

厚生労働省

インフルエンザワクチン出荷自粛解除 感染症部会で精査受け、供給不足の 懸念を回避

厚生労働省は 10 月 21 日、インフルエンザワクチンを製造する化学及血清療法研究所（化血研、熊本市）の季節性インフルエンザワクチン「インフルエンザ HA ワクチン〈化血研〉」に対し、9 月に出した出荷自粛要請を解除したと発表した。

同ワクチンについては、製造過程の延べ 235 力所に国の承認書と異なる点があったことから 9 月に出荷自粛を要請されていたが、厚生科学審議会感染症部会では品質や安全性に重大な影響はないと判断し、インフルエンザの発生の予防や流行を抑えるためには供給不足を避けるべきとの意見がまとめられた。厚労省も品質と安全性などに重大な影響はないと判断し、21 日付で出荷要請を解除することにした。

今年は国内メーカー 4 社が計約 3000 万本を出荷し、化血研はこのうち 3 割弱に当たる約 850 万本を担う予定であり、厚労省は接種開始時期を前にワクチン不足が懸念されていたが、「必要な量を供給できる見通し」と説明している。

厚生労働省医薬・生活衛生局が 21 日の感染症部会に説明した「化血研のインフルエンザ HA ワクチンに係る品質及び安全性等の確認について」の精査結果内容は次のとおりとなっている。

●化血研のインフルエンザ HA ワクチンに係る品質及び安全性等の確認について

1) 報告された齟齬等に関する確認

現在報告されている全ての齟齬等について確認し、製品の品質及び安全性等に重大な影響を及ぼす可能性は低いと判断している。

2) 国家検定の項目及び結果

製品上重要な品質及び安全性等の評価項目については、国家検定を行い感染研にて実検体を用いた試験を実施している。化血研製品についても、既に国家検定に出検された製品があり、それらの製品については、感染研が実施した試験の結果、合格を受けている。

※インフルエンザ HA ワクチンの国家検定項目

エーテル否定試験・たん白質含量試験・異常毒性否定試験・マウス白血球数減少試験・力価試験

3) 価数の変更管理に関する妥当性の確認

季節性インフルエンザワクチンの価数が 3 価から 4 価に変更されたことに伴う変更管理について、適切な変更管理が行われていることを立入調査において実地に妥当性を確認した。

※インフルエンザワクチンについては、昨シーズンまでは A 型 2 株 / B 型 1 株の 3 価ワクチンであったが、今シーズンから各社 A 型 2 株 / B 型 2 株の 4 価ワクチンを製造することとなった。

4) これまでの副反応報告の確認

化血研の季節性インフルエンザワクチンが、現在と同じ製法になった 2012 年以降の副反応報告を確認したところ、他社と比較して化血研製品に特異的に副反応が多いなどの有害事象は確認できなかった。これまでの確認作業の結果、報告された齟齬等や情報が当該ワクチンの品質及び安全性等に重大な影響を及ぼす可能性は低いと判断している。

介護保険事業状況報告(暫定)

(平成 27 年 6 月分)

概 要

1 第 1 号被保険者数(6 月末現在)

第 1 号被保険者数は、3,319 万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(6 月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、612.2 万人で、うち男性が 189.1 万人、女性が 423.1 万人となっている。
第 1 号被保険者に対する 65 歳以上の認定者数の割合は、約 18.0%となっている(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである)。

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付 4 月サービス分、償還給付 5 月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、382.71 万人となっている(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)。

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付 4 月サービス分、償還給付 5 月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、39.5 万人となっている(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)。

5 施設サービス受給者数(現物給付 4 月サービス分、償還給付 5 月支出決定分)

施設サービス受給者数は 90.3 万人で、うち「介護老人福祉施設」が 49.7 万人、「介護老人保健施設」が 34.7 万人、「介護療養型医療施設」が 6.1 万人となっている(同一月に 2 施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を 1 人と計上するが、合計には 1 人と計上しているため、3 施設の合算と合計が一致しない)。

6 保険給付決定状況(現物給付 4 月サービス分、償還給付 5 月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は7,378 億円となっている。

(1)再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅(介護予防)サービス分は3,795 億円、地域密着型(介護予防)サービス分は 801 億円、施設サービス分は2,325 億円となっている(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である)。

(2)再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

高額介護(介護予防)サービス費は128 億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費 50 億円となっている。

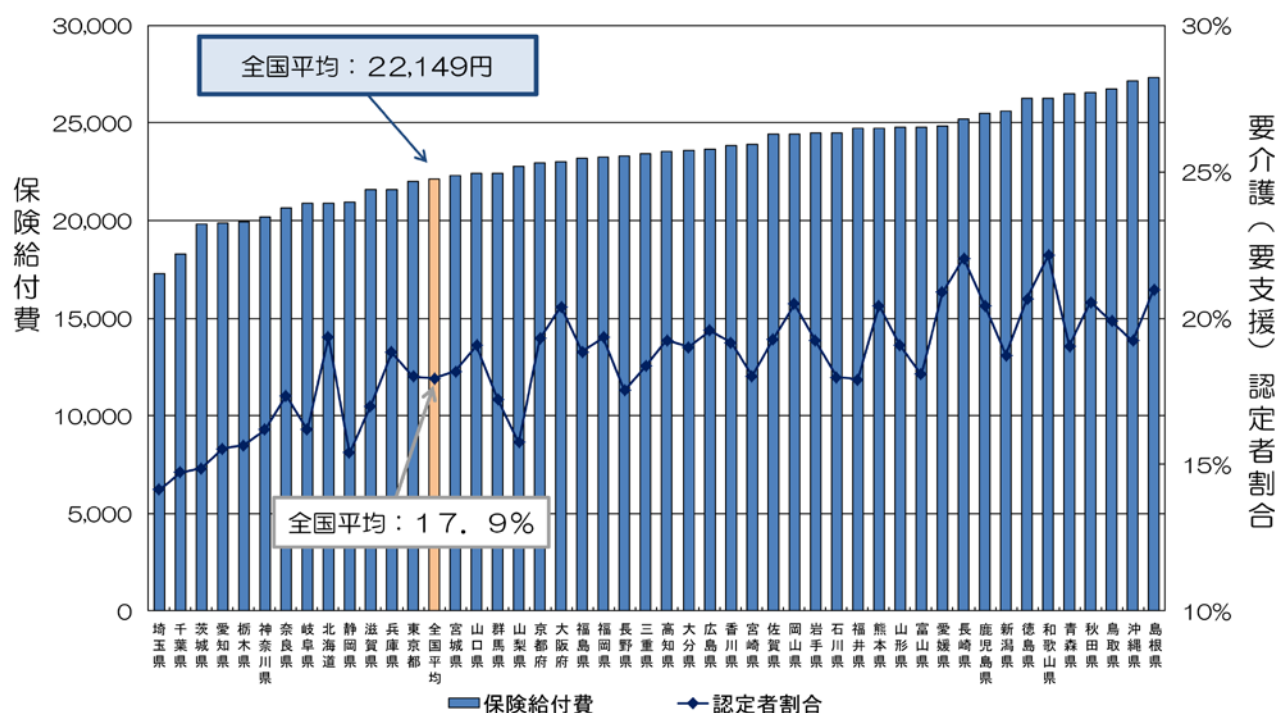
(3)再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は279 円、うち食費分は 201 億円、居住費(滞在費)分は 78 億円となっている(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である)。

第 1 号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護(要支援)認定者割合【都道府県別】

(単位:円)

(単位:%)



※1 保険給付費(第2号被保険者分を含む)には、高額介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む。

※2 要介護(要支援)認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。

※3 保険給付費は、平成27年4月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護(要支援)認定者数は、平成27年4月末実績である。

介護保険事業状況報告(暫定/平成27年6月分)の全文は、当事務所のホームページ「経営 TOPICS」よりご確認ください。

職員の意欲を向上させる クリニックの人事評価・賃金システム

ポイント

- 1 クリニックの人事評価制度
- 2 役割や能力に対応した等級フレーム
- 3 職員のやる気を高める賃金制度
- 4 人事評価・賃金制度見直しの事例



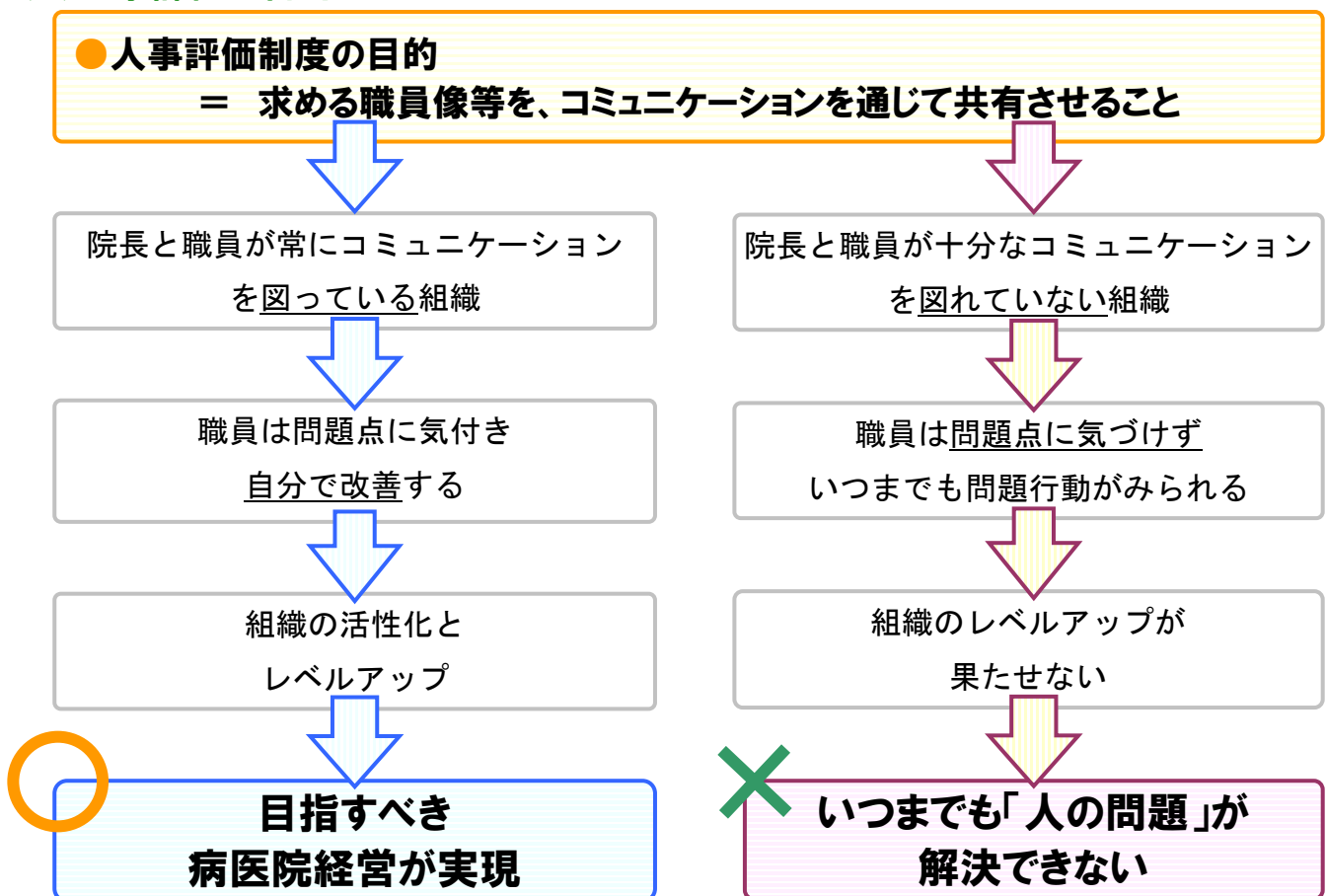
1 クリニックの人事評価制度

■ クリニックの人事評価制度導入の目的

クリニックにおける人事評価制度とは、院長が職員に対して求める職員像、期待する職員像を明示したうえで、それに対して経営者として成長を後押しするものであり、さらに順次面談等によって職員とコミュニケーションを図ることを通じて、改善点や問題点を注意する結果、個々や組織全体のレベルが向上するものと考えられます。

つまり、職員のモチベーションを高め、組織風土を変えさせるためには、公正な人事評価システムの導入と整備は必要不可欠なものといえます。

(1) 人事評価の目的イメージ



(2) 職員評価(処遇)の反映

人事評価制度では、まず院長が期待する職員像などを明確に提示します。そして、それに近づくために必要な職員の取り組みなどを随時フォローすることにより、個々の問題点を改善へと導くことが重要です。

2 役割や能力に対応した等級フレーム

■ 等級フレーム活用のねらい

(1) 役割、目標を明確にし、責任感を高める

クリニックにおいて、職員のやる気を引き出し、活性化した体制を構築するためには、人事評価制度の導入の出発点となる目標管理の発想が必要です。

職員に目標ができると、どうすれば目標に近づけるのか、どうすれば課題をクリア出来るのかを考えるようになり、自分で仕事に意思を持って取り組むようになります。そして、目標達成に向かって取り組むほど、自分の行動にも責任を持つようになります。責任は、さらに職員の能力向上の原動力となります。

この結果、仕事で成果を出すことができた経験があるため、問題発見の視野が広くなり、新たな取り組みに対しても積極性があらわれます。

クリニックの組織運営において最も重視すべきなのは、職員のモチベーションです。よって、モチベーションを向上させる一つ的手段として、職位・等級（ランク）は、より効果的に機能させなければなりません。

(2) レベルアップが職員満足と患者満足につながる

職員の満足度が高いからこそ、患者が満足を得られるサービスを提供できます。職員の満足度は、クリニックにおいて感じる事が出来る「やりがい」に大きく影響されるものです。

職位と役割に応じた業務を示す職務基準書があれば、職員の意欲は向上し、また様々な目標設定は、能力向上とともに職員の満足度向上につながります。

(3) 職務基準書作成の目的

- ① 職員の成長ステップを明示することで、役割分担、能力開発をスムーズに行えるようになる
- ② 職員が行うべき業務が明確になり、モチベーションアップにつながる
- ③ 人事評価を実施した時点のクリニック全体での職員レベルの状況が把握しやすくなる

3 職員のやる気を高める賃金制度

職員規模が小さいクリニックの場合、一般企業や大病院のように毎年4月に新卒者が入職するよりも、他医療機関での勤務経験者が中途採用で入職するケースも多く、必然的にさまざまな経歴を有する職員が入職してくることになります。

そのため、一般的に活用されているような賃金表がクリニックの実情に適合しないため、院長が周りの職員とのバランスを勘案しながら、感覚的に賃金額を決定せざるを得ない場合も少なくありません。

しかし、賃金の設定にあたっては、職員の納得度を高めるためにも、ある程度統一した基準を設けておくことが、クリニックにおいても必要です。

■ 賃金制度の構築方法とメリット・デメリット

(1) 月次賃金の設定

月次賃金は、主に基本給と諸手当によって構成しているケースが一般的です。これらの賃金を決定するにあたっては、地元の医師会などが策定した賃金表を用いる方法が多いようですが、最近は独自の賃金表を策定し、これから算出した賃金に基づいて、在職中の職員、また将来的に確保する職員に適用させて運用するクリニックが増加してきています。

(2) 賃金表作成のメリットとデメリット

メリット	<ul style="list-style-type: none">● 賃金決定や運用における恣意性を排除することができるため、職員に安心感を与えることができる● 将来の生活設計イメージを職員に示すことができる
デメリット	<ul style="list-style-type: none">● 賃金表に縛られてしまい、経営環境悪化の際に柔軟な対応が取りにくい● ある程度賃金額を抑えた表を設計すると、モチベーションをダウンさせてしまう

■ 職能給制度の設計と運用の問題

職能給制度とは、職務遂行能力によって職能資格を分け、その資格等級によって給与を決定する制度であり、特に大病院や大企業などで導入されています。

それぞれの等級ごとに能力要件（職能要件書）が明確に示されており、能力や技術が習熟すると上位等級に昇格してゆく仕組みで、等級が上がるほど昇給額が大きくなるため、能力の高まりがそのまま高い給与に繋がることになります。

4 人事評価・賃金制度見直しの事例

■ 能力基準の明示と人事評価

A医院は、管理者である院長のほか、看護師1名、看護助手1名、受付・事務・会計を担当するパート職員2名という体制で診療を行っている無床のクリニックです。

今般、2名の正職員に対して職務基準書に基づく人事評価を行い、改めて賃金額を決定するとともに、面接を通じて育成指導を行いました。

(1) 職務基準書の作成

院内全体のレベルアップに向けて、職員の能力開発は不可欠です。A医院でも、自院に必要な能力を職員の成長段階や役職に応じて明らかにしたものと、職務基準書を作成しました。

これに合わせて、職員一人ひとりの役割を基準に評価するシステムを構築したのです。

(2) 個别人事評価の実施

職種別人事評価シートによって個人評価を行った結果、その評価は50点中30点となり、まだまだ能力の向上を必要としていることが判明しました。

また、本人の自己評価と院長による評価では10点もの差があり、能力分析と患者に対する反応（結果）の把握に温度差があると認識できました。

(3) 評価に基づく新たな賃金額を確定

対象となった正職員のうちのひとりである看護師A（36歳）さんの給与については、職務基準書と評価表から号俸を判断し、そのうえで基本給と手当の見直しを実施しました。

その結果、Aさんの給与は現行より10,000円アップという結果となり、本人に対する院長の評価内容も整理できて、今後期待する職員像が明確となったのです。

現行給与		改定後給与	
基本給	210,000円	基本給	220,000円
皆勤手当	5,000円 ※遅刻・早退3回もしくは 欠勤1回で不支給	皆勤手当	5,000円
住宅手当	5,000円 ※賃貸者のみ	住宅手当	5,000円
合 計	220,000円	合 計	230,000円

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

経営データベース ①

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: 医療過誤の記録と分析



医療事故の記録のポイント

医療事故が発生した際の記録作成について、留意点を教えてください。



医療事故発生後に書かなければならない記録として、「経過記録」と「事故報告書」があります。まず「経過記録」は、事故をどのように記載すべきかに関して、下記の2点に留意して作成します。

- ①経過記録には事故に関する事実を経時的に記述すること
- ②経過記録には事故後に患者に実施された治療とその後のケア、および患者の反応について記述すること

①が行われていないと、事故のもみ消しが行われたかのような印象を与える可能性があります。また②の情報は、事故後に患者の状態をしっかりと観察し対応したことを示すことになります。

続いて、「事故報告書」に記載します。事故報告書は、それを読む人々を念頭において次のような点に留意して作成します。

①客観的に書く

事故の詳細については、客観的な言葉を使い、自分が見たことと聞いたことを正確に記述する。例えば、患者が転倒するところを実際に目撃したのであれば「患者が床に横たわっているのを見つけた」というように書く。次いで、その場面で自分が実際に行った行動のみを、例えば患者を助け起こしてベッドに戻したとか、外傷の有無を調べたというように記述する。

②必要な情報だけを書く

事故発生した正確な時間と場所、および報告した医師の氏名を記録する。

③自分の意見は書かない

看護師は自分の意見を事故報告書に書いてはならない。どうすれば事故は避けられたかという点に関する提案や意見は、むしろ看護部長や危険管理部門の責任者（リスクマネージャー）に口頭で伝える。

④非難は書かない

同僚や管理者に対し、責任をあげつらったり、非難したりしない。「もう少しスタッフが優秀であったなら、この事故は防げただろう」というような記述は避けなければならない。起こったことだけを記述する。

⑤噂や憶測を避ける

事故について知っているスタッフがそれぞれ事故報告書を書くべきである。自分の受け持ち患者が他部門で負傷した場合は、その部門のスタッフが事故の詳細な記録を書く責任がある。

⑥記録の適切な保管

事故報告書は診療記録と一緒に保管してはならない。報告書は、病院の方針に従って、その内容を点検する立場にある人に提出する。



医療事故情報の管理方法と種類

医療事故情報の管理方法と種類には、どのようなものがありますか？



医療事故に関する情報には、インシデントや事故の当事者から提出された報告書、その報告書から個人名などを削除するなどして加工したもの、報告内容を統計分析した結果についての情報、担当者による巡回で得る情報などがあります。

情報収集の方法によって、得られる情報の量や内容も変わります。したがって、目的により、情報収集の手段や加工の仕方を工夫する必要があります。

種 類	事故報告書 インシデント レポート	個別報告書から 個人名などを加工 したもの	統計分析用シート	集計分析結果
目 的	<ul style="list-style-type: none"> ・事故事実を把握する ・原因を究明する ・事故防止策を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・組織内での事故防止策を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・組織における事故の傾向を把握する ・組織内での事故防止策を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・分析結果を職員に周知徹底させる ・事故の防止策を図る
様 式	記述式	記述式	チェック方式	最終的に職員へ周知させる方式
記述者	本人と管理者	本人と管理者 ＊管理者が必要性を判断	本人あるいは管理者	リスクマネジメントに関する委員会など
分析者	本人と管理者	リスクマネジメントに関する委員会など	リスクマネジメントに関する委員会など	リスクマネジメントに関する委員会など
分析方法		SHELモデル 4M-4E方式など	マクロ的分析	
管 理	管理責任者を決める。部外秘扱いを原則とする。			情報を周知させる対象と範囲を明確にしておく。
	事故当事者と直接管理者、事故を調査した担当者での扱いとする。	委員会での参考資料とし、検討後は保管期間を規定しておく。	委員会での参考資料とし、検討後は保管期間を規定しておく。	

参考：「組織で取り組む医療事故防止」（公社）日本看護協会ホームページ