

医療情報
ヘッドライン

健康サポート薬局に研修修了薬剤師を常駐 かかりつけ薬剤師・薬局の機能を提言

▶厚生労働省

がん、脳卒中などの疾病治療と就業を 両立させるための支援ガイドラインを公表

▶厚生労働省

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10月分)

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

経営
データ
ベース

ジャンル: 医療制度 サブジャンル: 患者申出療養
患者申出療養の概要
保険外併用療養費制度が抱える課題

医療情報 ヘッドライン①

厚生労働省

健康サポート薬局に研修修了薬剤師を常駐 かかりつけ薬剤師・薬局の機能を提言

厚生労働省は2月12日付で、「健康サポート薬局に係る研修実施要綱」に関する通知を発出した。健康サポート薬局には、健康の維持増進の相談などに関する研修を修了した「研修修了薬剤師」の常駐を求めている。

通知では、必要な2種類の研修事項、研修修了証の発行条件などが記載されている。

また健康情報拠点薬局のあり方に関する検討会報告書の中、最も肝心な「かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能」については下記のとおり示した。

■2種類の研修項目詳細

①技能習得型研修

「健康サポート薬局の基本理念」、「薬局利用者の状態把握と対応」、「地域包括ケアシステムでの多職種連携と薬剤師の対応」の3項目が示され、講義とグループ討議で演習を行う。

②知識習得型研修

「地域住民の健康維持・増進」、「要指導医薬品等概説」、「健康食品、食品」、「禁煙支援」、「認知症対策」など11項目が示され、講義(eラーニングを含む)により行う。

■研修修了証の交付条件

①すべての技能習得型研修・知識習得型研修を修了した者

②薬局において、薬剤師として5年以上の実務経験がある者

研修修了証は、受講者が①②のいずれも満たす場合に交付される。また、研修修了証は発行から6年間有効で、有効期限の2年前から有効期限までに研修を再履修・修了した場合、有効期限を6年間延長できる。

■かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

[前提]

- 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。
- 「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、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

①服薬情報の一元的・継続的把握

□主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。

□患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

②24時間対応・在宅対応

□開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
□夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。

□地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。

③医療機関等との連携

□医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。
□調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。
・医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。

医療情報 ヘッドライン②

厚生労働省

がん、脳卒中などの疾病治療と就業を 両立させるための支援ガイドラインを公表

厚生労働省は2月23日、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を公表した。

これは、がん・脳卒中などの疾病を抱える労働者に対して、事業場（企業）が適切な就業上の環境的な措置や治療に対する配慮を行い、治療と職業生活が両立できるようにするため、事業場における取り組みなどをまとめたもので、環境整備や両立支援の進め方に加え、特に「がん」について留意すべき事項を取りまとめている。

厚労省は今後、このガイドラインの普及や企業に対する各種支援によって、疾病を抱える人々が治療と職業生活が両立できる環境整備に取り組んでいく方針としている。

現在、仕事を持ちながら、がんで通院している人は32.5万人と推計されていることや、疾病を理由として1カ月以上連続して休業している従業員がいる企業の割合は、メンタルヘルスが38%、がんが21%、脳血管疾患が12%あるとの調査結果を提示している。

今後は職場の労働力の高齢化が進むことが見込まれることから、治療と職業生活の両立の対応が必要となることなどがまとめられている。

■がんに関する留意事項

特に「がんに関する留意事項」では、予期せぬ副作用などが考えられるため、労働者は、
①手術後の経過や合併症に個人差がある。
②抗がん剤治療は副作用で周期的に体調が変化することがあり、特に倦怠感や免疫力低

下が問題となる。

③放射線治療は毎日照射を受け、治療による倦怠感などに個人差が大きいこと。などに留意して情報提供することが望ましいと説明している。

さらに、事業者はメンタルヘルスの不調に陥る場合もあることや、精神的動搖や不安から早まって退職を選択する場合があることに留意が必要と述べている。

【ガイドラインのポイント】（厚労省作成）

＜治療と職業生活の両立支援を行うための環境整備＞

- 労働者や管理職に対する研修などによる意識啓発
- 労働者が安心して相談・申出を行える相談窓口を明確化
- 時間単位の休暇制度、時差出勤制度などを検討・導入
- 主治医に対して業務内容などを提供するための様式や、主治医から就業上の措置などに関する意見を求めるための様式を整備

＜治療と職業生活の両立支援の進め方＞

- 労働者が事業者に支援を求める申出（主治医による配慮事項などに関する意見書を提出）
- 事業者が必要な措置や配慮について産業医などから意見を聴取
- 事業者が就業上の措置などを決定・実施（「両立支援プラン」の作成が望ましい）

介護保険事業状況報告(暫定) (平成 27 年 10 月分)

概 要

1 第 1 号被保険者数(10 月末現在)

第 1 号被保険者数は、3,346 万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(10 月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、617.5 万人で、うち男性が 191.1 万人、女性が 426.4 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 8 月サービス分、償還給付 9 月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、388.9 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 8 月サービス分、償還給付 9 月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、40.9 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 8 月サービス分、償還給付 9 月支出決定分)

施設サービス受給者数は 90.0 万人で、うち「介護老人福祉施設」が 50.0 万人、「介護老人保健施設」が 34.4 万人、「介護療養型医療施設」が 5.9 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 8 月サービス分、償還給付 9 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、7,523 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3,876億円、地域密着型（介護予防）サービス分は849億円、施設サービス分は2,365億円となっている。

（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143億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は8億円となっている。

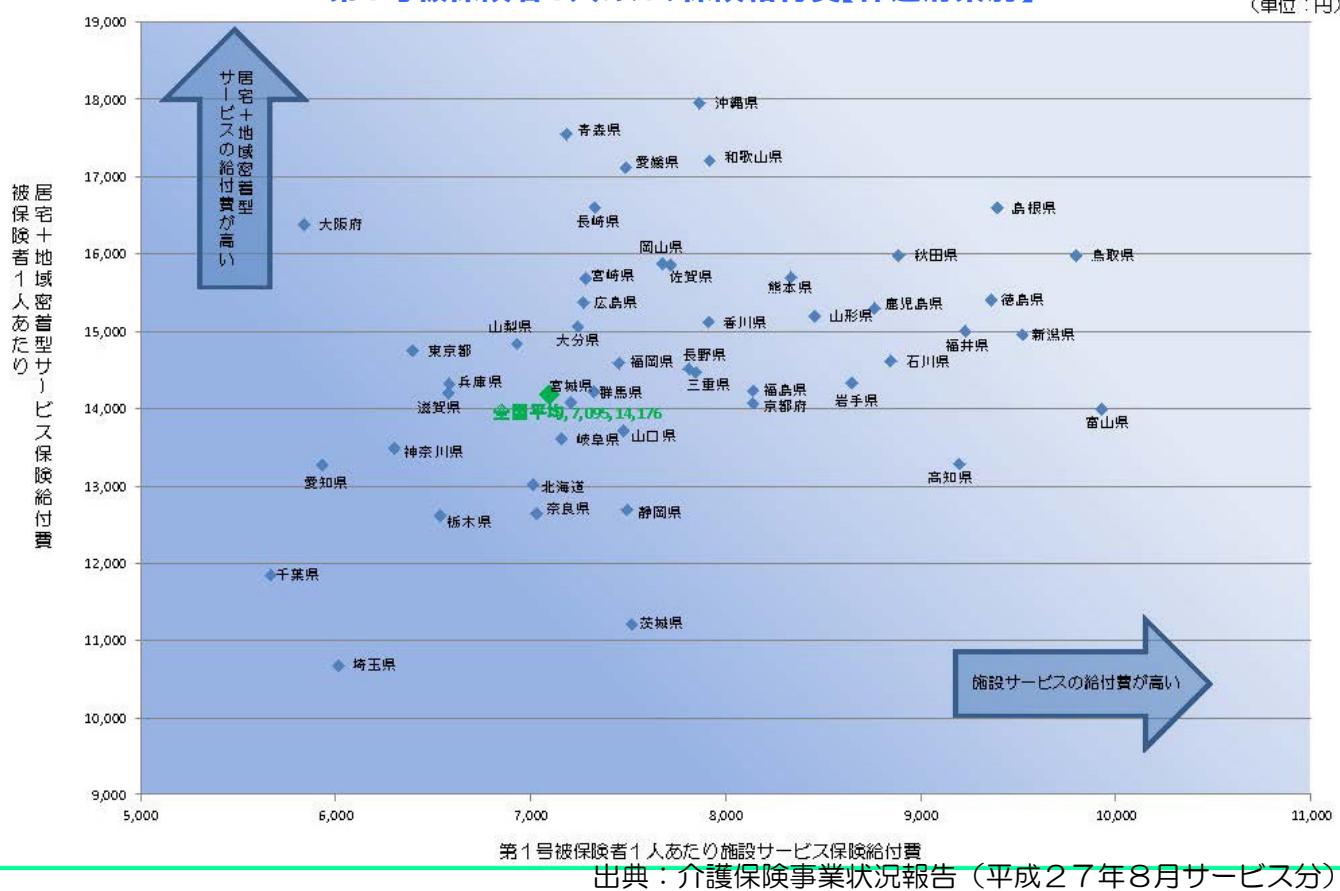
(3)再掲：特定入所者介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は284億円、うち食費分は181億円、居住費（滞在費）分は102億円となっている。

（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1人あたり保険給付費【都道府県別】

(単位：円)



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当然のことながら、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り、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

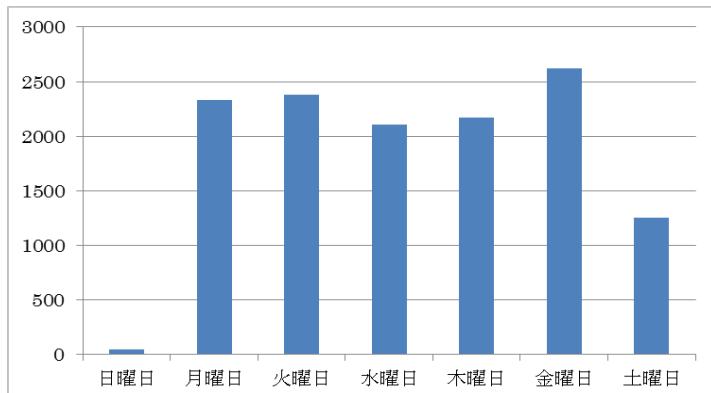
公益財団法人日本医療機能評価機構が実施する「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」の平成22年度年報によると、12,904件（3,458施設）が報告されています。

(1) 繁忙時間に集中するヒヤリ・ハット

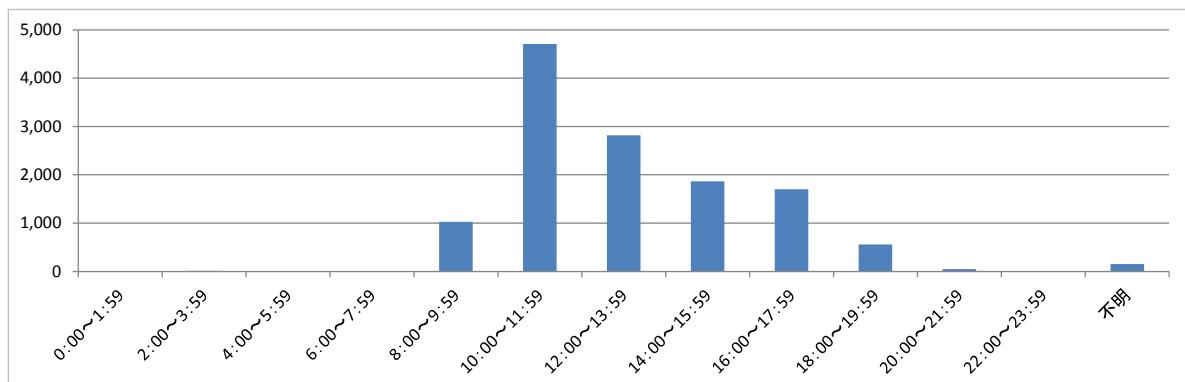
ヒヤリ・ハット事例の発生状況をみると、月～木曜日は16%～18%程度、金曜日のみは20%を超えており、さらに、業務繁忙時間帯の2時間に発生件数のうち36%が集中しています。

◆ 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・ハットの具体的な事例

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、去痰剤	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

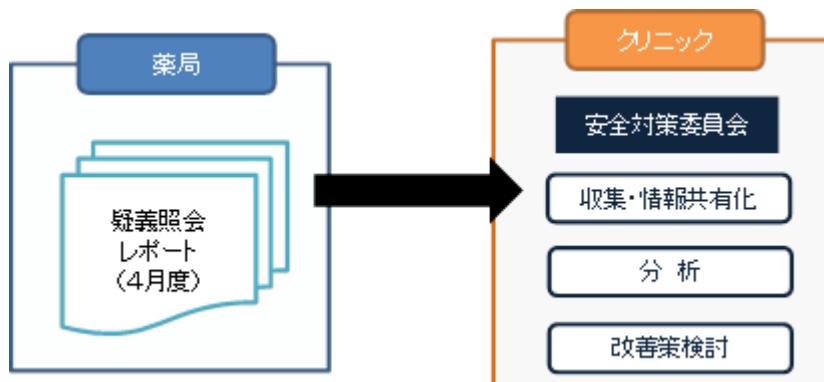
薬効	医薬品の組み合わせ		件数
2 文字のみ一致（25 件）			
同じ	マグミット錠 330 mg	マグラックス錠 330 mg	10
	ベザテート S R 錠 200	ベザトール S R 錠 200 mg	4
	M S 冷シップ「タイホウ」	M S 温シップ「タイホウ」	2
	メバロチン錠 5	メバン錠 5	1
異なる	ムコダイン錠 500 mg	ムコスタ錠 100 mg	6
	クラビット錠	クラリシッド錠 200 mg	1
	ユリノーム錠 25 mg	ユリーフ錠 4 mg	1

(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ほぼ不可能ですが、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、疑義照会に対して場当たり的に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できます。



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：医療制度 > サブジャンル：患者申出療養



患者申出療養の概要

患者申出療養とはどのようなものですか。



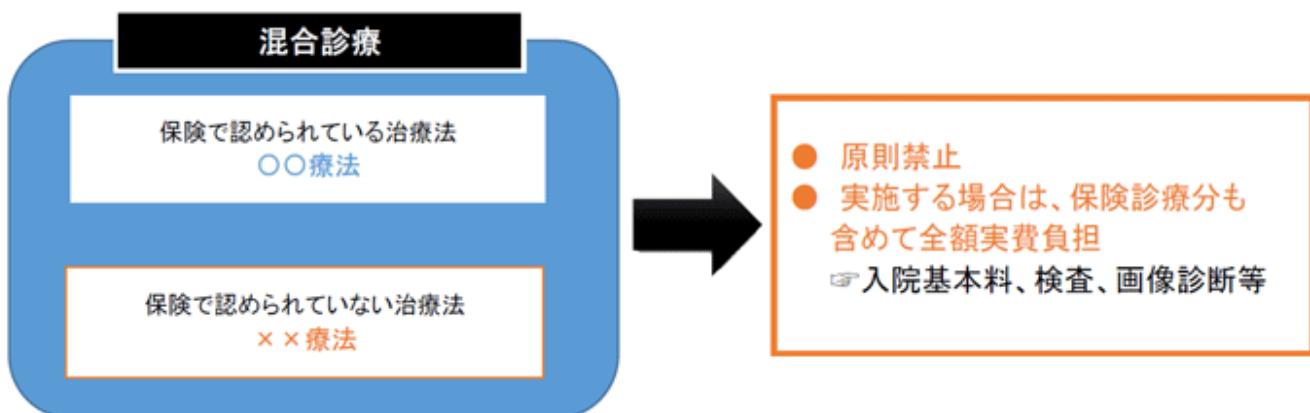
「患者申出療養」とは、現在の保険外併用療養費制度のなかの評価療養で実施されている「先進医療」を拡大し、患者ニーズが高まっているさまざまな先進的医療を迅速に受けられるようにすることを目的とするものです。

■先進医療は混合診療を例外的に認容

混合診療とは、公的保険が適用される保険診療と患者が自己負担で受ける保険適用外の自由診療を組み合わせたもので、日本では原則として禁止されています。

しかしこの例外として、医療技術の高度化や医療に対する国民ニーズの多様化に対応するため、公的な医療保険としてのサービスの水準を確保しつつ、患者の選択（患者の負担）による保険適用外の追加が認められているのが保険外併用療養費制度です。

例えば、その安全性や有効性の観点から、保険診療としては認められていない治療法（陽子線治療や重粒子線治療など）をまず先進医療として認定し、こうした先進医療については、本来禁止されている混合診療を例外的に認めるというものです。この先進医療を拡大し、迅速に受けられるような制度構築を目指したもののが、患者申出療養なのです。



【例】 陽子線治療は保険外併用療養（先進医療）として認められているため、ほかの保険診療（例えば血圧の検査や投薬等）自費+保険負担額（30%）が認められる。

経営データベース ②

ジャンル：医療制度 > サブジャンル：患者申出療養



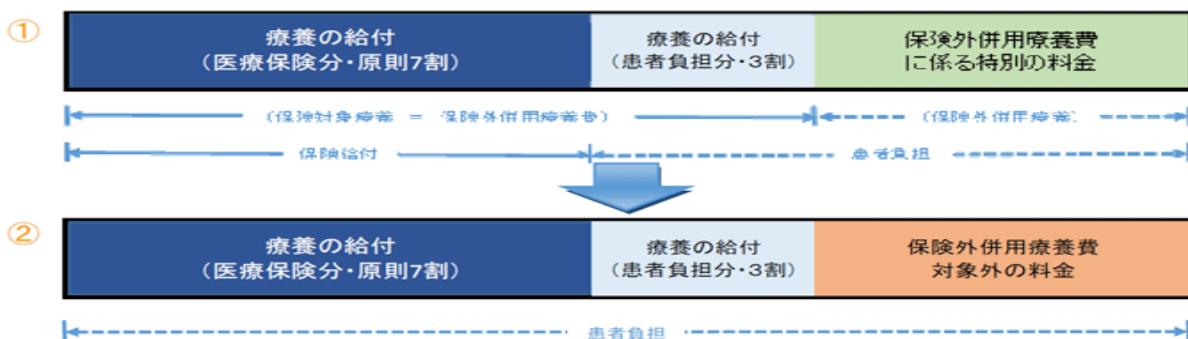
保険外併用療養費制度が抱える課題

保険外併用療養費制度が抱える課題とはどのようなものですか。



健康保険で認められていない治療を実行する場合、患者は保険外治療の費用だけでなく、その他の検査や入院代など保険診療の費用（保険で認められている検査・治療法等）も含めて全額負担しなければなりません。したがって、高額の患者負担が強いられることになり、治療を断念せざるを得ないケースが問題とされていました。

■保険外併用療養費と患者負担の関係



保険外併用療養費は、健康保険から給付される部分の費用であり、患者負担部分は保険外併用療養費制度の「特別の料金」といいます（上記①）。それに対して、保険外併用療養費の対象外のものは混合診療に該当するため、療養の給付分を含めてすべてが患者負担となります（同②）。これは、混合診療を禁止している理由のひとつとして、「安全性や効果が確認されない限り、医療保険や公費を使わない」という原則があるからです。

■保険外併用療養制度の問題点

- ① 保険外診療の申請から承認まで3~6カ月の期間を要する
- ② 先進医療については、医療技術ごとに平均10程度の医療機関でしか受けられない
- ③ 対象となる患者の基準から外れる患者は受診できない
- 悪性高熱症診断法（手術が予定されているものに限る等）
- 硬膜外自家血注入療法（脳脊髄液漏出症（起立性頭痛を有する患者に係るものであって、脳脊髄液漏出症の画像診断基準に基づき確実であると診断されたものをいう。）