

医療情報
ヘッドライン

2018年度に薬価制度を抜本的見直し 医療費の地域差半減の取り組みにも注力

▶ 経済財政諮問会議

産婦人科医師数が7年ぶりに減少 全国で年間300名が分娩取扱いを休止

▶ 日本産婦人科医会

経営
TOPICS

統計調査資料

介護給付費実態調査月報（平成28年7月審査分）

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：医業経営 サブジャンル：未収金防止策

未収金回収方法のシステム化

未収金の予防策

2018年度に薬価制度を抜本的見直し 医療費の地域差半減の取り組みにも注力

10月14日、内閣府の経済財政諮問会議が開かれ、2018年度に薬価制度を抜本的に見直す方針が明らかにされた。

併せて、1人当たり医療費の地域差半減に向けての取り組みを進めるほか、高額がん治療薬「オブジーボ」(小野薬品工業)の薬価を国民負担軽減の観点から緊急に引き下げるとした。

■高額がん治療薬「オブジーボ」の 大胆な薬価引き下げが不可欠

この日の会議では、「経済社会・科学技術イノベーションの創造に向けた制度改革」と「メリハリを効かせた歳出改革の推進」が議事にあげられた。

後者の議論の冒頭で、同会議の民間議員である日本総合研究所理事長の高橋進氏が、「医療費の伸びのうち、高齢化要因を除くと薬剤料の増加でその半分超が説明できる」と発言し、また、オブジーボの適用が肺がんへと新たに広がったことで、患者数が当初想定の32倍以上になっていることを指摘して、大胆な薬価引き下げが不可欠だとした。

この発言を受け、塩崎恭久厚生労働大臣は「オブジーボは緊急的に薬価を引き下げる」と明言し、「イノベーションを阻害しないように配慮しながら、平成30年度(2018年度)に薬価制度を抜本的に見直していく」と述べた。



■入院費を含めた半減目標の取り組みを検討

高橋氏は、都道府県別の1人当たり医療費の地域差についても言及し、全国の平均が51万円であるのに対して、上位の福岡県と下位の新潟県では約16万円もの差があることを示した。そのうえで、「地域差の主な原因は入院費だが、厚生労働省からヒアリングしたところ、半減目標に入院費は入れないと聞いた。入院費を考慮しないと議論にならないので、厚労大臣には入院費を含めて半減目標に取り組んでほしい」と訴えた。

これに対して塩崎大臣は、「入院医療費の問題はもっともだ」と受け止め、今年末までに結論を出すように検討を進めるとした。

会議の終盤では、安倍晋三総理大臣からもこれらの取り組みについて対応策を具体化するよう指示が出た。これは、歳出改革を加速させる決意を示している。増え続ける医療費を抑制するため、さまざまな要素の見直しが進められているが、大きな部分を占めている薬価や入院費について、大なたが振るわれる可能性が高まったと言えよう。

産婦人科医師数が7年ぶりに減少 全国で年間300名が分娩取扱いを休止

日本産婦人科医会は10月13日、「産婦人科医師の動向」を公表し、2009年以降は増加傾向だった産婦人科医師の数が、今年1月に減少に転じたとした。

同医会の調査結果によると、産婦人科医の数は2007年に9458人にまで減少したが、2009年以降は増加に転じ、以降はわずかながら年々増え続けていた。2015年には1万1483人となったが、今年1月には1万1461人と22名減少している。

■分娩取扱い施設は総合病院などに集中

この問題の背景には、教育体制の変化がある。2009年には医学部の定員が700名増員したものの、産婦人科が必修科目から選択科目に変わり、2012年以降は新たに産婦人科を専攻する医師も減少している。

また、産婦人科が他の診療科と比べて激務であることも大きい。とりわけ分娩を取り扱っている場合、24時間365日いつ呼び出しがあるかわからず、緊急手術に至るケースも少なくない。それでいて、患者からの「訴訟リスク」があることも、産婦人科医師希望者の減少を招いているとされる。

実際、同医会によると、全国で年間300名の医師が分娩取扱いをやめているという。それによって起こっているのが、分娩取扱い施設の集中化である。一般病院は2006年に1003カ所あったのが、今年は607カ所と約400カ所も減少した。また、診療所も

2006年に1818カ所あったのが1382カ所になり、同じく約400カ所減っている。

逆に、総合病院は78カ所から105カ所へ、地域の中核病院である地域医療支援病院は199カ所から298カ所へと増えているが、減少数に増加数が追いついていないため、全体的には分娩施設自体が減っている事態となっている。

■分娩は診療所と周産期センターの二極化へ

激務状態を改善する狙いもあり、施設あたりの医師数は年々増加している。中でも総合病院は、施設あたりの医師数が14.5人と10年前の10.9人に比べて4人近く増加しており、周産期センターの体制が充実の傾向にあることがうかがえる。取扱い分娩数も、一般病院が10年前の76%まで落ち込んでいるものの、総合病院は10年前と比べて167%に達しており、周産期センターでの取扱いが進んでいることを示している。

しかし、未だ取扱い分娩数の48%は診療所であることを考慮すると、現在は診療所と周産期センターの二極化が進んでおり、地域医療を支える診療所の維持と、周産期センターをより充実させるための人材確保が求められている状況にある。特に、妊婦が多い大都市近郊では、分娩1000件あたりの医師数が埼玉5.5人、千葉6.2人と大きく、最も負担が少ない山形が14.7人であることを踏まえると、今後さらに大都市での産婦人科医の確保が課題となることが予想される。

介護給付費実態調査月報 (平成28年7月審査分)

調査の概要

介護給付費等実態調査は、介護サービスに係る給付費等の状況を把握し、介護報酬の改定など、介護保険制度の円滑な運営及び政策の立案に必要な基礎資料を得ることを目的とし、平成13年6月審査分より調査を実施している。

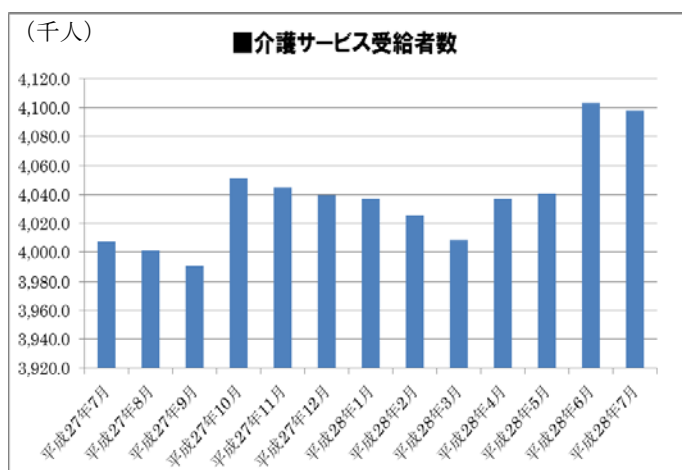
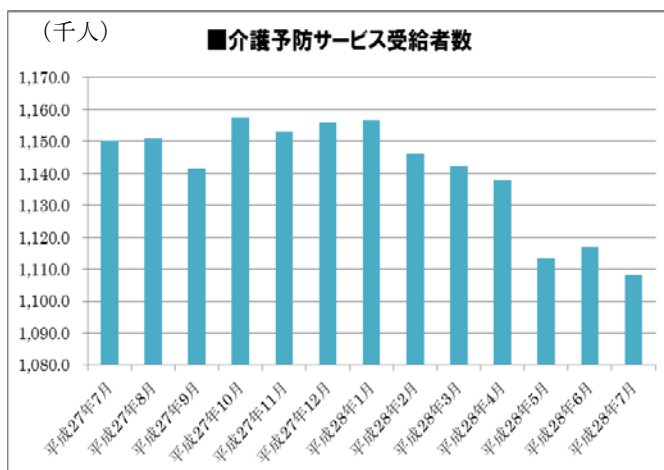
各都道府県国民健康保険団体連合会が審査した介護給付費明細書、介護予防・日常生活支援総合事業費明細書、給付管理票等を集計対象とし、過誤・再審査分を含まない原審査分について集計している。

ただし、福祉用具購入費、住宅改修費など市町村が直接支払う費用（償還払い）は含まない。

結果の概要

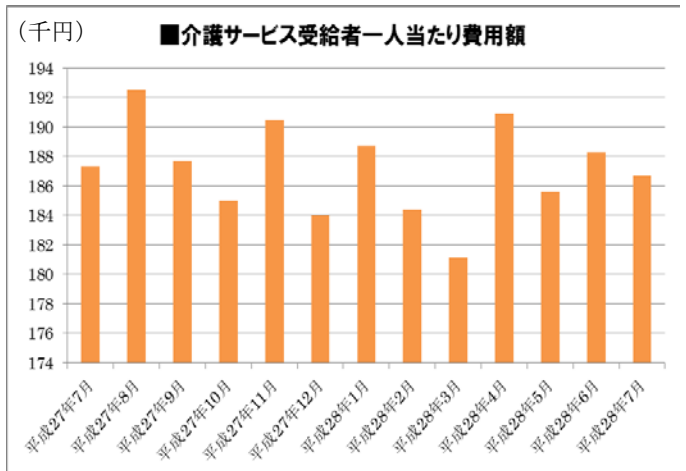
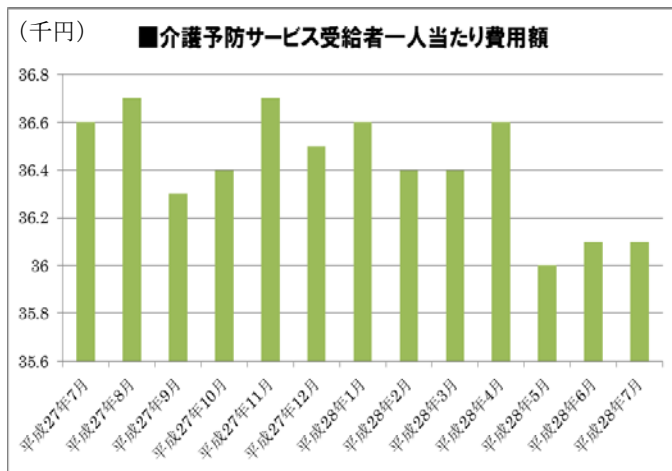
1 受給者数

全国の受給者総数は、複数サービスを受けた者については名寄せを行った結果、介護予防サービスでは1108.4千人、介護サービスでは4098.2千人となっている。



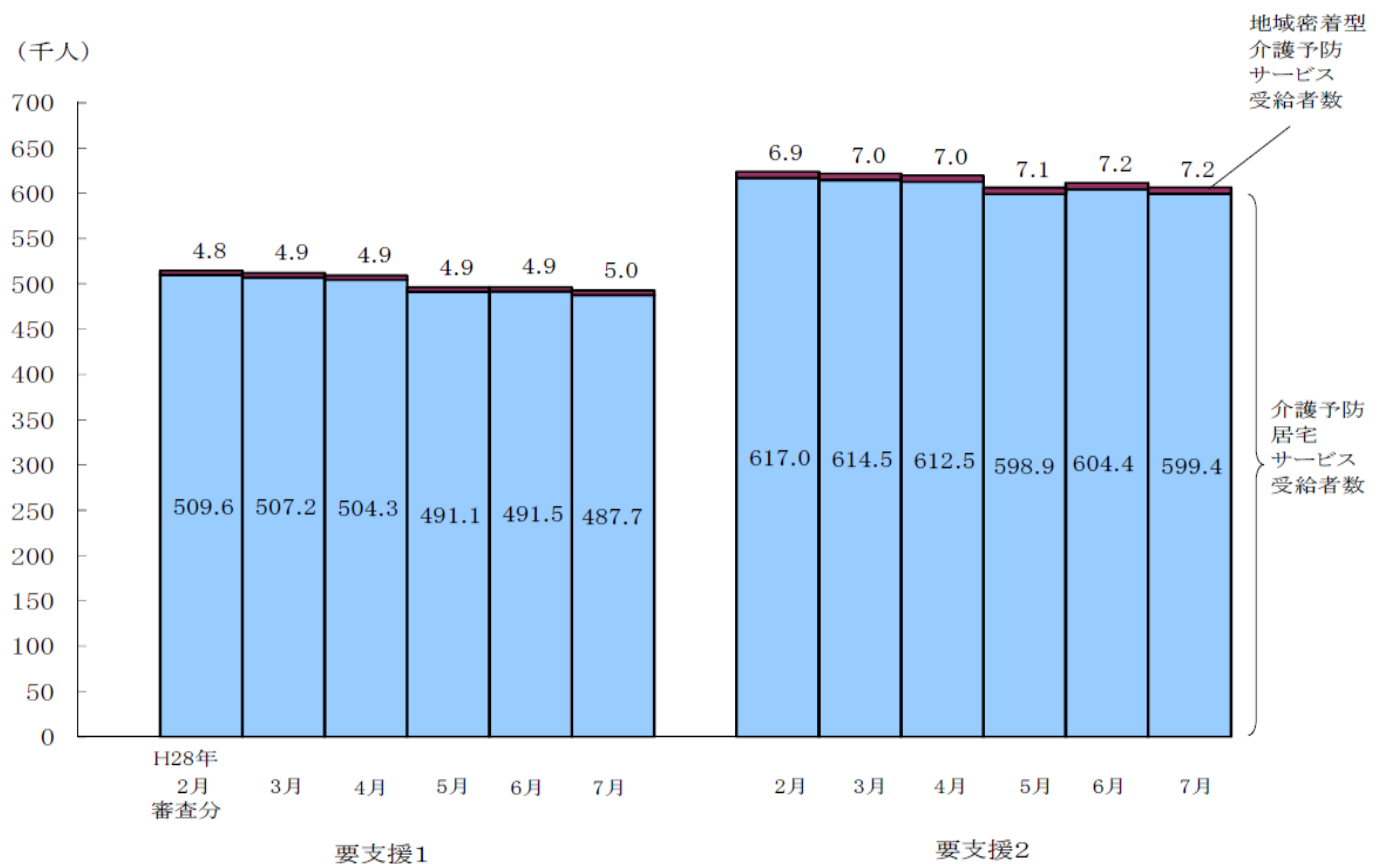
2 受給者1人当たり費用額

受給者1人当たり費用額は、介護予防サービスでは36.1千円、介護サービスでは186.7千円となっている。



3 介護(予防)サービス受給者の状況

図1 要支援状態区分別にみた受給者数（平成28年2月審査分～平成28年7月審査分）



注： 地域密着型介護予防サービス、介護予防居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図2 要介護状態区分別にみた受給者数（平成28年2月審査分～平成28年7月審査分）

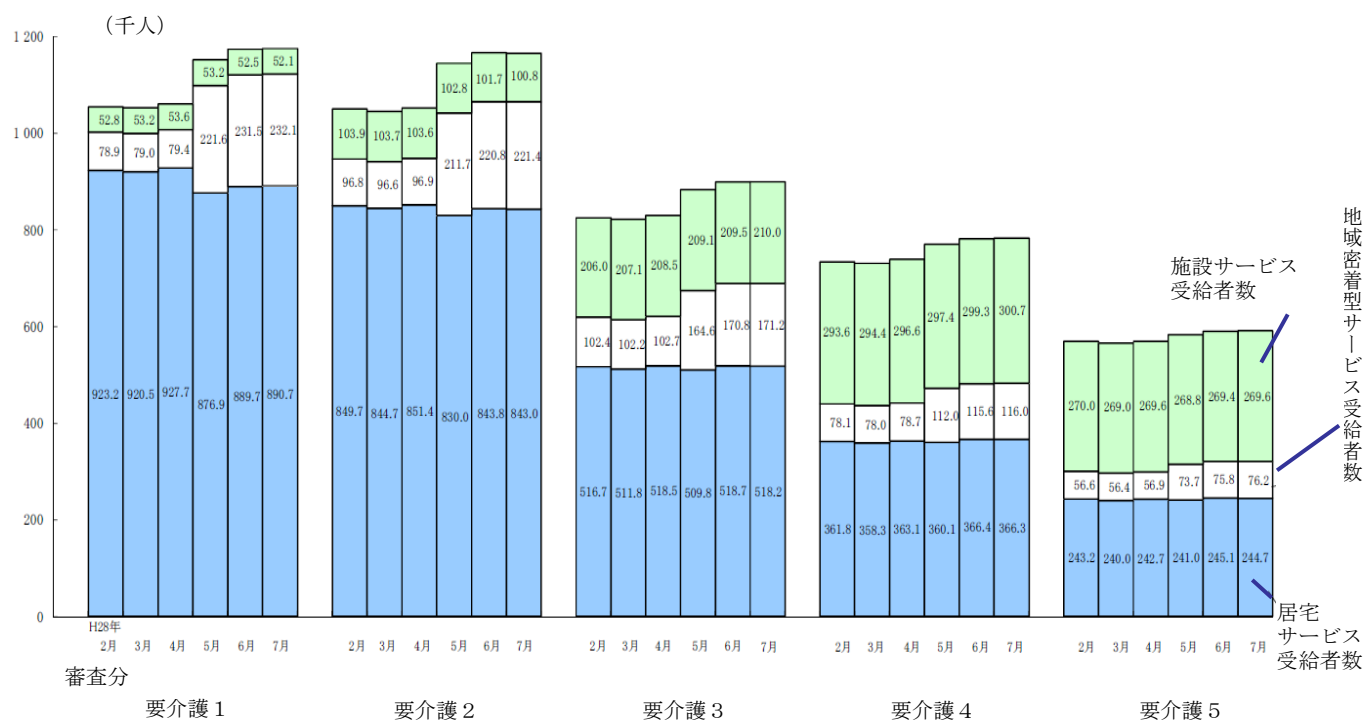
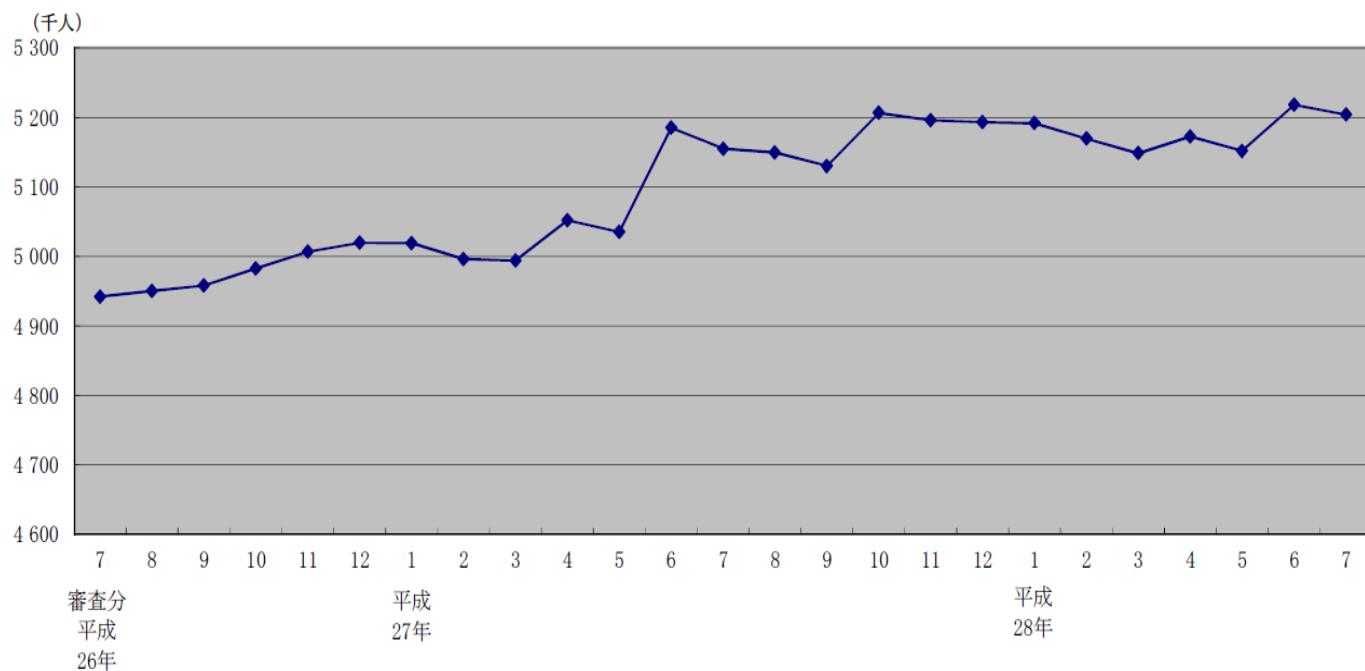


図3 受給者数の月次推移（平成26年7月審査分～平成28年7月審査分）



「介護給付費実態調査月報（平成28年7月審査分）」の全文は、
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。

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だけでなく、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%
<u>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</u>	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

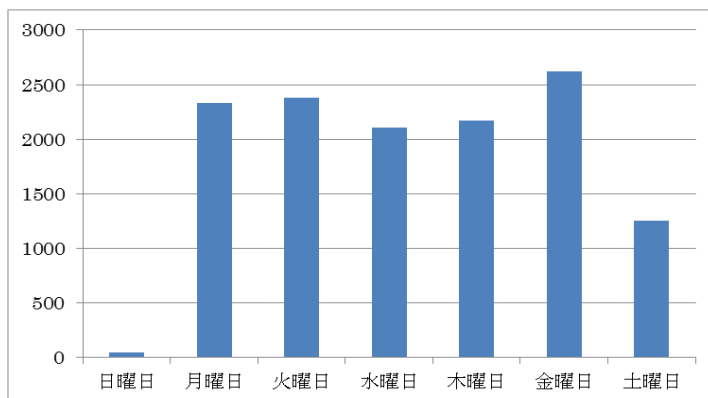
公益財団法人日本医療機能評価機構が実施する「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」の平成22年度年報によると、12,904件（3,458施設）が報告されています。

(1) 繁忙時間に集中するヒヤリ・ハット

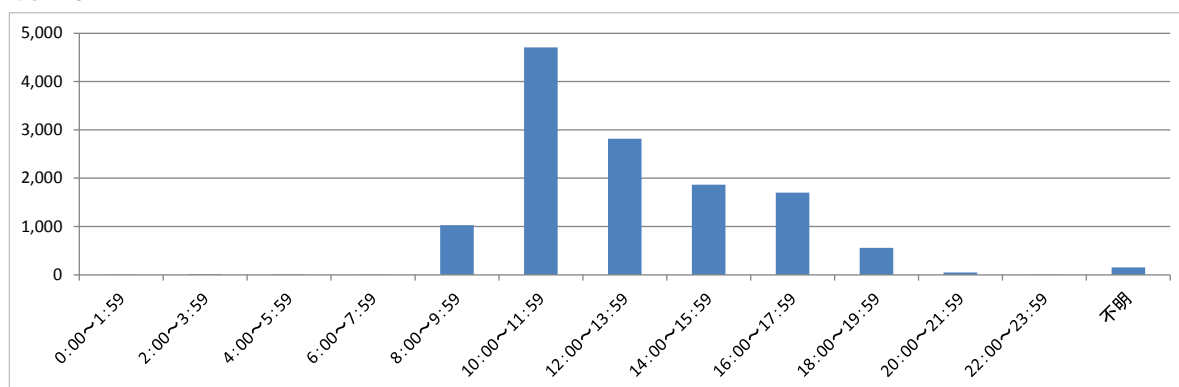
ヒヤリ・ハット事例の発生状況をみると、月～木曜日は16%～18%程度、金曜日のみは20%を超えており、さらに、業務繁忙時間帯の2時間に発生件数のうち36%が集中しています。

◆ 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

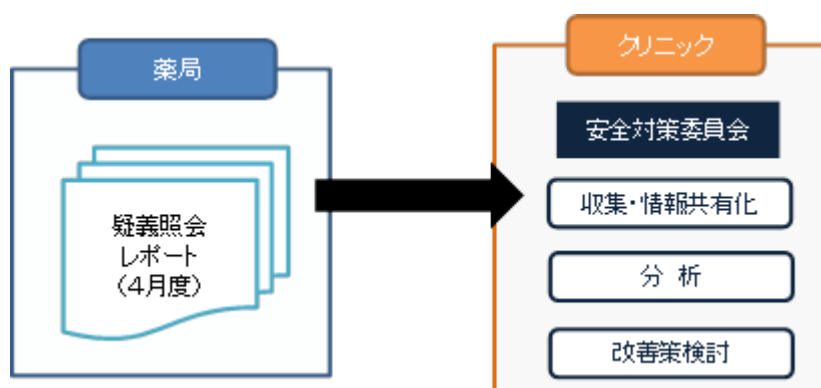
薬効	医薬品の組み合わせ		件数
2 文字のみ一致（25 件）			
同 じ	マグミット錠 330 mg	マグラックス錠 330 mg	10
	ベザテートSR錠 200	ベザトールSR錠 200 mg	4
	MS冷シップ「タイホウ」	MS温シップ「タイホウ」	2
	メパロチン錠 5	メバン錠 5	1
異なる	ムコダイン錠 500 mg	ムコスタ錠 100 mg	6
	クラビット錠	クラリシッド錠 200 mg	1
	ユリノーム錠 25 mg	ユリーフ錠 4 mg	1

（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の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望ましいでしょう。



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

経営データベース 1

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 未収金防止策



未収金回収方法のシステム化

未収金の回収方法を院内でシステム化する方法を教えてください。



不十分な未収金管理・回収が未収金累積の大きな要因となっています。そこで、未収金の防止や回収方法を院内でシステム化すると良いでしょう。

未収金の防止・回収方法の院内システム化に必要な視点には、下記のようなものがあります。

- | | |
|--------------|-----------------|
| ① 管理の徹底 | ⇒ 保険証＋運転免許証等の確認 |
| ② 回収強化 | ⇒ 段階に応じた督促方法の検討 |
| ③ 簡便な回収方法の工夫 | ⇒ カード決済システム導入等 |

■段階に応じた未収金回収の方法を実施する

患者からの支払が滞った場合、医療機関は段階を追ってこれを回収する努力が必要になります。まず、患者側には、自身が支払うべき治療費が残っており、支払の義務があることを認識してもらわなければなりません。その上で、医療機関としてこれを回収する権利の行使を意思表示することが第一です。また、窓口で一部負担金を支払えない患者に対しては、支払期日を設定し、当該期日までに支払うという誓約書を作成しておくことが賢明でしょう。

(1) 電話による督促



支払期日の2～3日前に患者に電話をかけて、期日が到来することを確認する。医療機関側の回収意思を改めて表示する意味合いもあり、期日までに支払われなかった場合には、翌日にも再度架電で督促する。支払準備の余裕を持たせるために、前日の連絡は控える。

(2) 文書による督促



支払期日に来院せず、翌日も電話連絡がつかない場合、あるいは電話での督促に応じない場合には、文書で請求する。毎週督促文書を郵送し、文調も徐々に強め、勤務先や連帯保証人への連絡も選択肢であることを伝える。「内容証明郵便」などで支払期日を明確にする。

(3) 訪問による督促



文書による督促にも応じない場合には、患者宅を直接訪問して、支払意思と期日厳守の確約を得る。経済的理由を主張する患者には、分割払いなど支払方法を提案する。この時点で法的手段を想定し、患者側との交渉経過(行動と対応)を時系列に整理し、記録しておく。

(4) 法的手段



回収

院内で定めた基準を超えた長期間、未収金残高の高い患者に対しては、法的手段に訴える方法を検討する。1) 弁護士に債権回収委託、2) 裁判所による手続(支払督促、民事調停、少額訴訟)のうち、コストおよび未収金残高を比較して、適切な手続を選択する。

経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 未収金防止策



未収金の予防策

有効な未収金予防策にはどのようなものがありますか。



①保険証確認の徹底

医療保険の受給資格の有無を確認するために、患者に対して保険証の提示を求めることは最も基本的で、かつ重要な予防策に挙げられます。しかし定期通院の外来患者の場合、月が改まってからの初回受診時に保険証を持参しなかった等の事情が重なり、結果的に確認を怠ってしまうケースもみられます。こうした状況を含め、一定期間保険証により受給資格が確認できない場合は、一旦、医療費の全額を支払ってもらうということも検討すべきです。

【保険証の取り扱いの院内ルール（例）】

- ① 毎月初診時に保険証の提示を求め、コピー（＊）をとって保管
 - ② 連続して3ヶ月以上確認できない患者には、一旦、医療費全額の支払を求める
 - ③ ②の際、請求全額に満たなくても最低 5,000 円～1 万円を預かる
 - ④ 保険証の確認後に、預り金から保険給付分を払い戻す
- （＊） 保険証に記載されている情報は、個人情報に該当するため、院内の当該規定に則って患者から適切な同意を得ておくことが必要

②連帯保証人の自筆署名～入院誓約書

入院が決定した際に、患者に入院誓約書の差し入れを求めている医療機関は少なくありませんが、当該誓約書に連帯保証人の署名を必要とする書式を採用しているケースは、未だ一般的ではないようです。民法上、保証債務の請求を受けた場合に「抗弁権」を行使できる保証人と異なり、連帯保証人は本人と同様の支払責任を負うものとされているため、患者本人の弁済資力の有無に関わらず、保証債務の履行を求めることができます。この違いは、本人が支払を拒否した場合、あるいは事実上支払いが困難である場合に発生した未収金のいずれについても、まさに「保証」を得ることができます。

③医療費の事前公表・説明

患者は、既に医療サービスの提供を受けた後で医療費の総額を知らされるケースが大部分です。診療内容に納得がいかず、患者が医療費の支払を拒否した結果、未収金が発生する場合は、医療費後払いという点が大きく影響しています。一方で、不用意に概算を伝えることも、支払時のトラブルを招く可能性があることから慎重さが求められますが、患者の一部負担金が高額になる検査や手術、長期入院が予定されている場合には、事前に大まかな料金表を提示して、同意を得ておくことも必要でしょう。