

2015.08.25

週刊WEB

# 医業経営マガジン

## 1 医療情報ヘッドライン

人件費が医業利益率を圧迫との分析  
「医療法人の経営状況」に関するリサーチレポート  
独立行政法人福祉医療機構(WAM)

医療事故調査制度 第三者機関指定  
新体制 10月1日施行

厚生労働省

## 2 経営TOPICS

統計調査資料  
介護給付費実態調査の概況  
(平成26年5月審査分～平成27年4月審査分)

## 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:機能選択 サブジャンル:病床機能選択  
臨床研修指定病院認可までのプロセス  
急性期病院としての生き残り条件とは

# 人件費が医業利益率を圧迫との分析 「医療法人の経営状況」に関する リサーチレポート

独立行政法人福祉医療機構（WAM）は 8 月 7 日、2008 年（平成 20 年）度から 2013 年（平成 25 年）度における「医療法人の経営状況」に関するリサーチレポートを発表した。福祉医療機構では、毎年度、貸付先の経営状況について調査を行って融資先の決算書にもとづいて経年分析をしている。

分析結果の要点として、次のような内容が報告された。

- 2013 年度の医業利益率は 3.1%と、2008 年度から 2013 年度で最低の数値。
- 主な要因として「人件費の上昇が医業利益率を圧迫」との分析。
- 平成 22 年度以降、人件費率が上昇傾向にあることを要因として、医業収益対医業利益率は続落の状態にあり、平成 25 年度においては 3.1%と過去 6 年間で最低となるなど厳しい結果にあった。

黒字法人、赤字法人の割合については、平成 21 年度を境に赤字法人割合が拡大傾向にあり、また医業収益規模が小さい法人ほど赤字の割合が拡大していた。

黒字法人、赤字法人経営状況については、収支の状況については、人件費率の上昇を主な要因として医業収益対医業利益率が低下しており、財務の状況については、赤字法人はもとより、黒字法人も資金繰りは年々逼迫していることが分析結果として得られた。

このレポートによると、対象となった医療法人数は 1,119~1,544 法人であり、本業からの利益を得る力を示す「医業収益対医業利益率（医業利益率 %＝医業利益／医業収益×100）」は、2013 年度に 3.1%で、調査期間 6 年間で最低となり、厳しい経営環境が浮かび上がった。

医業利益率は、2008 年度 4.1%、2009 年度 4.8%、2010 年度 5.0%と上昇傾向にあったものの、それ以降は、2011 年度 4.6%、2012 年度 4.0%、2013 年度 3.1%と下落している。リサーチレポートの著者で、WAM の経営サポートセンター・リサーチグループの浅野俊主査は、人件費率と労働分配率の上昇を主な要因にあげ、「人件費が医業利益率を圧迫している」と分析した。それを示す詳細な数値データも明示されている。

ほかにも今回のリサーチレポートは、「黒字法人・赤字法人別にみた経営状況」、「法人の赤字転落要因の分析」、「医業収益増加率別にみた経営状況」について詳述している。

医療法人の経営状況について分析に当たった前出の経営サポートセンター・リサーチグループ / 浅野主査は、次のように傾向を報告した。

「今後、医療法人経営を取り巻く環境はますます厳しくなることが予測されるが、本レポートが医療法人の安定経営に幾ばくかでも寄与できることを期待して、分析結果を述べさせていただきます。」

## 医療事故調査制度 第三者機関指定 新体制 10月1日施行

厚生労働省は8月17日、10月から始まる医療事故調査制度の中心組織となる「医療事故調査・日本医療安全調査機構」（東京都港区浜松町）を指定したと発表、官報公示した。

同機構は第三者機関である医療事故調査・支援センターの中核を担い、今後遺族が病院の調査に納得できないケースで、センター（同機構）が再調査する。厚労省は5月に第三者機関の候補を募集し、同機構だけが申請をしていた。

医療事故調査制度は、2014年6月成立の改正医療法に盛り込まれた。2015年10月1日に施行され、医療死亡事故の原因究明と再発防止を目的とする。第三者機関は、医療死亡事故が起きた医療機関の院内調査の結果について報告を受け、分析して再発防止につなげる。また遺族が院内調査の結果に納得しない場合、遺族の届け出を受けて独自調査する、などの役割を負う。

医療事故調査・支援センターは、申請により、厚生労働大臣が一般社団法人・一般財団法人のうち、指定することが規定されている（改正医療法第6条の15第1項）。今回、指定された日本医療安全調査機構は診療行為に関連した死亡について、原因究明や対応策

を周知する「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」などを実施している。

新制度では、医療事故調査・支援センター（同機構）に対して、医療機関の院内調査の報告が、医療に起因する（疑いを含む）死亡・死産で予期しなかったものが生じた場合に義務付けられる。

医療事故調査・支援センター（同機構）は、院内調査の結果を整理・分析して、医療機関や遺族に原因や再発防止策などの結果を報告するほか、遺族らの依頼に応じた必要な調査を実施する。調査業務に関する結果などを3年間保存する。このほか、医療機関の職員らに対する医療事故調査の知識・技能に関する研修や、再発防止に向けた普及啓発を行う。

尚、新体制の日本医療安全調査機構の組織は、日本医学会会長の高久史麿氏が代表理事を務める。8月3日の理事会で、専務理事には元厚生労働省健康局長の田中慶司氏が、常務理事には同機構の前中央事務局長の木村壮介氏が、それぞれ新たに選任された。また、中央事務局長にはこの7月1日から、吉田長司氏が就任している。

# 介護給付費実態調査の概況

(平成26年5月審査分～平成27年4月審査分)

## 調査の概要

### 1 調査の目的

この調査は、介護サービスに係る給付費の状況を把握し、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する。

### 2 調査の範囲

各都道府県国民健康保険団体連合会が審査したすべての介護給付費明細書、給付管理票を集計対象とした。

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

### 3 調査の時期

毎月(平成26年5月審査分～平成27年4月審査分)

## 結果の概要

### 1 受給者の状況

#### (1) 年間受給者数

平成26年5月審査分から平成27年4月審査分(以下、「1年間」という。)における介護予防サービス及び介護サービスの年間累計受給者数をみる59,685.5千人となっており、そのうち介護予防サービス受給者数は13,267.3千人、介護サービス受給者数は46,447.9千人となっている。また、年間実受給者数は、5,883.0千人となっている(表1)。

表1 受給者数の年次推移

(単位：千人)

	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	対前年度増減数	
					対前年度増減数	増減率
年間累計受給者数	51 806.4	54 660.3	57 159.2	59 685.5	2 526.3	4. 4%
年間実受給者数	5 173.8	5 430.6	5 660.5	5 883.0	222.5	3. 9%

注：1)「年間累計受給者数」は、各年度とも5月から翌年4月の各審査月の介護予防サービス又は介護サービス受給者数の合計である。

2)「年間実受給者数」は、各年度とも4月から翌年3月の1年間において一度でも介護予防サービス又は介護サービスを受給した者の数であり、同一人が2回以上受給した場合は1人として計上している。ただし、当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上している。

表2 サービス体系別にみた受給者数の月次推移

(単位：千人)

	平成 26年 5月 審査分	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成 27年 1月 審査分	2月	3月	4月
介護予防 サービス 総数	1 068.0	1 081.5	1 089.2	1 099.1	1 094.5	1 107.3	1 114.5	1 121.4	1 125.6	1 117.6	1 119.6	1 129.0
介護予防 居宅 サービス	1 051.6	1 066.1	1 073.9	1 082.4	1 079.7	1 091.9	1 098.9	1 106.3	1 110.5	1 102.2	1 104.5	1 113.7
介護予防 地域密着型 サービス	9.6	9.8	10.0	10.1	10.1	10.3	10.4	10.4	10.5	10.5	10.6	10.6
介護 サービス 総数	3 782.3	3 838.4	3 855.4	3 853.5	3 866.0	3 877.4	3 894.5	3 900.3	3 895.7	3 880.9	3 877.4	3 926.1
居宅 サービス	2 690.9	2 735.6	2 751.1	2 751.8	2 753.2	2 767.5	2 786.8	2 792.1	2 786.7	2 769.5	2 765.4	2 807.0
地域密着型 サービス	371.3	379.3	382.0	383.5	385.0	386.9	389.7	389.9	390.8	389.6	390.3	394.6
施設 サービス	902.2	906.9	906.8	905.9	912.9	911.6	911.8	909.5	913.3	911.3	910.0	919.1

## (2) 要介護(要支援)状態区分の変化

平成 26 年 5 月審査分における受給者のうち、平成 26 年 4 月から平成 27 年 3 月の各サービス提供月について 1 年間継続して介護予防サービス又は介護サービスを受給した者(以下、「年間継続受給者」という。)は、3,655.0 千人となっている(表 3)。

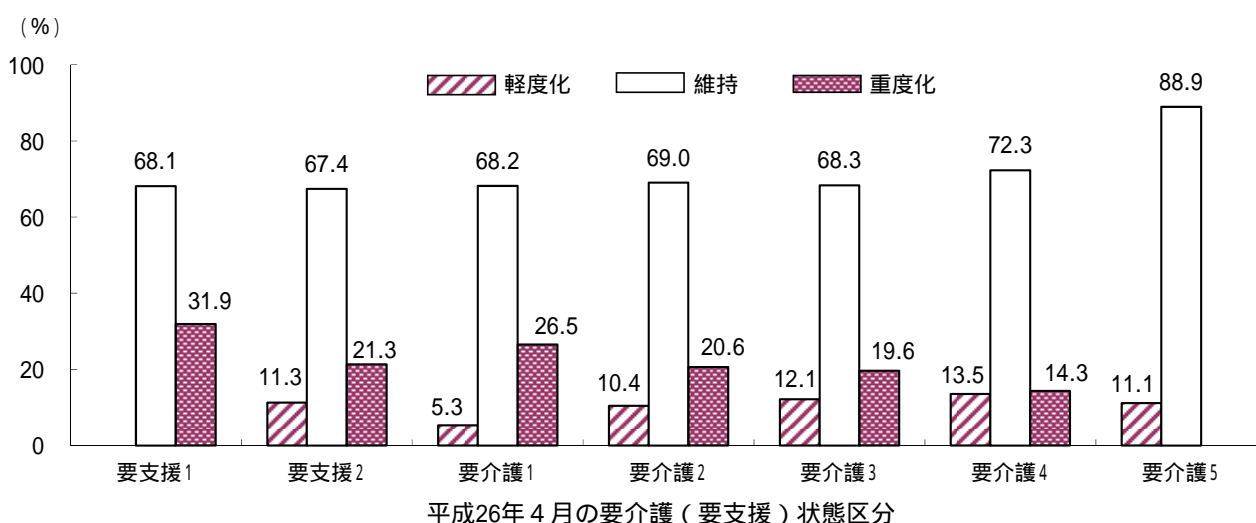
年間継続受給者の要介護(要支援)状態区分を平成 26 年 4 月と平成 27 年 3 月で比較すると、「要支援 1」～「要介護 4」において、要介護(要支援)状態区分の変化がない「維持」の割合が、およそ 7 割となっている(図 1)。

表3 要介護(要支援)状態区別にみた年間継続受給者数の変化別割合

(単位：%)

		平成27年3月								
		総数 (3 655.0 千人)	要支援1 (318.6 千人)	要支援2 (429.2 千人)	要介護1 (673.7 千人)	要介護2 (739.9 千人)	要介護3 (572.9 千人)	要介護4 (502.3 千人)	要介護5 (418.5 千人)	
平成 26 年 4 月	総数 (3 655.0 千人)	(100.0) 100.0	8.7	11.7	18.4	20.2	15.7	13.7	11.5	
	要支援1 (372.0 千人)	(10.2) 100.0	<b>68.1</b>	20.0	8.8	2.1	0.6	0.3	0.1	
	要支援2 (457.1 千人)	(12.5) 100.0	11.3	<b>67.4</b>	13.3	5.8	1.3	0.7	0.2	
	要介護1 (728.3 千人)	(19.9) 100.0	1.3	4.0	<b>68.2</b>	18.4	5.5	2.0	0.6	
	要介護2 (730.6 千人)	(20.0) 100.0	0.4	1.6	8.4	<b>69.0</b>	14.4	4.9	1.4	
	要介護3 (549.5 千人)	(15.0) 100.0	0.2	0.6	2.6	8.7	<b>68.3</b>	15.0	4.6	
	要介護4 (467.7 千人)	(12.8) 100.0	0.1	0.4	1.4	3.4	8.1	<b>72.3</b>	14.3	
	要介護5 (349.9 千人)	(9.6) 100.0	0.0	0.1	0.4	0.9	1.9	7.8	<b>88.9</b>	

図1 要介護（要支援）状態区別にみた年間継続受給者数の変化別割合



「介護給付費実態調査の概要(平成26年5月審査分～平成27年4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

規格違い、単位間違い、用法用量違い  
不要な薬が出ていた、必要な薬を出さなかった  
似たような名称の薬を処方した  
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  
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

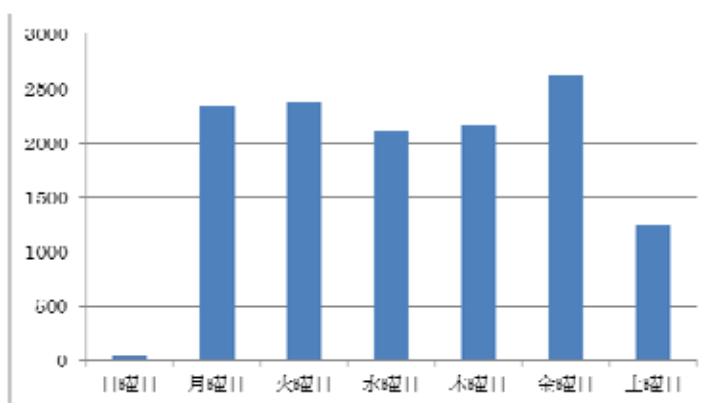
公益財団法人日本医療機能評価機構が実施する「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」の平成22年度年報によると、12,904件（3,458施設）が報告されています。

#### (1) 繁忙時間に集中するヒヤリ・ハット

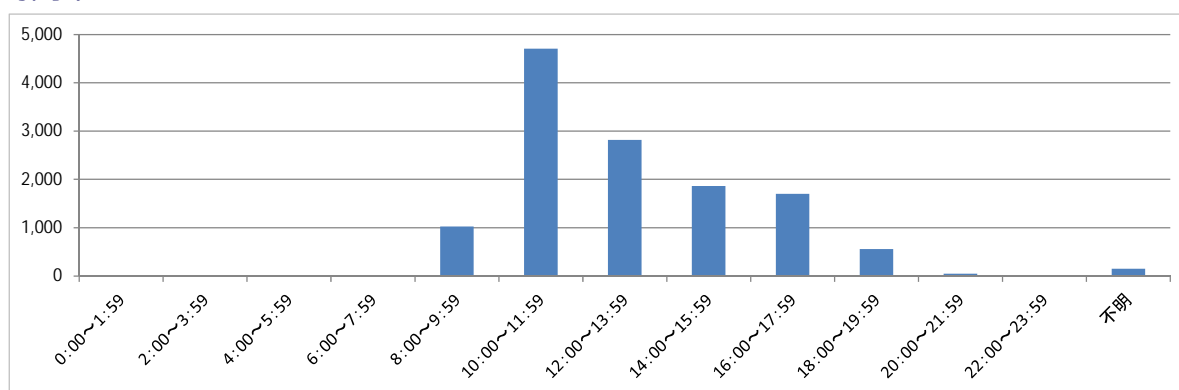
ヒヤリ・ハット事例の発生状況を見ると、月～木曜日は16%～18%程度、金曜日のみ20%を超えており、さらに、業務繁忙時間帯の2時間に発生件数のうち36%が集中しています。

#### 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

##### 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

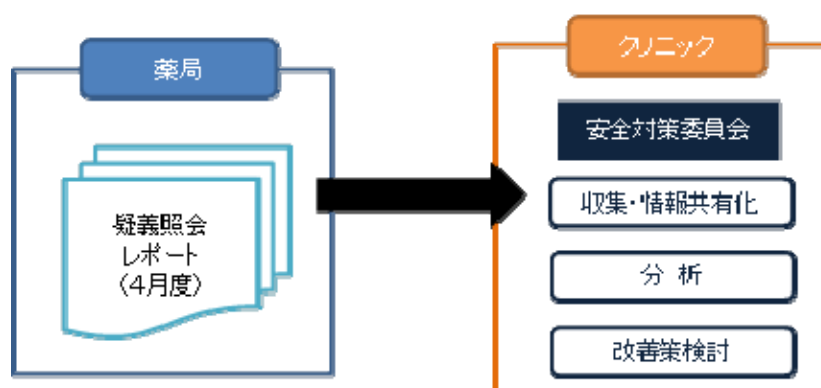
薬効	医薬品の組み合わせ		件数
	2文字のみ一致（25件）		
同じ	マグミット錠 330 mg	マグラックス錠 330 mg	10
	ベザテートSR錠 200	ベザトールSR錠 200 mg	4
	MS冷シップ「タイホウ」	MS温シップ「タイホウ」	2
	メパロチン錠 5	メバン錠 5	1
異なる	ムコダイン錠 500 mg	ムコスタ錠 100 mg	6
	クラビット錠	クラリシッド錠 200 mg	1
	ユリノーム錠 25 mg	ユリーフ錠 4 mg	1

## (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といえます。



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: 機能選択 > サブジャンル: 病床機能選択



## 臨床研修指定病院認可までのプロセス

急性期病院に必要と思われる臨床研修指定病院参加のための、認可までのプロセスを教えてください。



臨床研修指定病院とは、医師法第16条の2で規定される医師の卒後研修病院として厚生労働大臣の指定を受けた病院です。

臨床研修指定病院の認可を受けることにより、医療の質の向上や病院組織の活性化、地域からの信頼アップ等で患者の確保が期待できるところですが、研修に必要な施設や図書、病歴管理等体制の整備が必要とされます。こうした要件を満たすための準備期間としては、大学病院など一部の病院を除いて、最低でも5年間程度の時間が必要だと考えられるでしょう。

認可申請準備のポイントとプロセスは、次のとおりです。

### 急性期病院であるための条件

#### 1. 医局内コンセンサス

臨床研修指定病院の認可によっても、診療報酬上あるいは直接の経営的なメリットはないことから、認可を取得する目的については、とりわけ医師全員に理解させ、協力を得ることが最も重要な前提条件となります。

また、当該病院の標榜する全診療科目において臨床研修を実施することになるため、指導医の確保も必要です。

#### 2. 準備委員会の設置

委員長（副院長を選任することが望ましい）のほか、アドバイザー（大学教授等）の設置も必要と考えます。

#### 3. 剖検体制の整備

年間剖検例 20 体以上かつ剖検率 30%以上が認可要件とされていることから、病理医の確保と中央検査室の整備が必要であるほか、スキルの高い検査技師の確保も重要です。

#### 4. 経営体質の強化

一般の診療にとっては無駄な支出となるものの、研修目的として最新の医学文献の整備や高額で不採算な医療機器の設置が義務付けられているため、その他の材料費や一般管理費等については、積極的なコスト削減策を実行できる経営体質に改善することが必要です。

## 経営データベース ②

ジャンル: 機能選択 > サブジャンル: 病床機能選択



### 急性期病院としての生き残り条件とは

急性期病院として生き残るための条件を教えてください。



急性期病院とは、診療報酬上の概念です。平成14年度診療報酬改定で導入された「急性期特定入院加算」要件を参考に、急性期病院であるための条件を挙げると、次のような条件を備えている病院であるといえます。

#### 急性期病院であるための条件

- ① 紹介患者数が初診患者総数の30%以上（紹介率30%以上）
- ② 一般病棟の入院患者数の平均在院日数が17日以内
- ③ 診療録管理体制加算を届出している
- ④ 院内事故防止体制の整備
- ⑤ 地域連携室の設置

医療の機能分担の観点から、外来を診療所が、入院は病院がそれぞれ担うものとする、急性期の入院患者の獲得は、上記の要件からも、救急医療体制の整備と紹介率の向上が重要なポイントとなります。

地域の救急要請に対して十分に応えるためには、年間3000件以上の救急受け入れ実績が必要といわれており、これが急性期病院として病院運営を継続するためのひとつの目安であるともいえます。

さらに、生き残りの条件には、次のポイントが挙げられます。

#### 生き残るための条件

1. 診療科目の選択と整備
2. 質と量を備えたマンパワーの確保
3. 経営基盤の強化

とりわけ、経営基盤の強化としては、「医療原価額が大きくても原価率は低い」こと、また「人件費額が大きくても人件費率は低い」ことを目指す経営管理能力の存在、つまり管理能力を有するトップのリーダーシップが重要なポイントとなるといえます。