

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol. 638 2020. 9. 1

医療情報ヘッドライン

**厚労省、経過措置の延長を提案
支払側が反発し「会長預かり」に**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

**レセプト件数、月を追うごとに減少
小児科、耳鼻咽喉科は顕著**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

週刊 医療情報

2020年8月28日号

**今冬のインフルワクチン、
6300万人分以上を確保**

経営 TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和2年2月末概数)

経営情報レポート

**働き方改革の推進と質の高い医療を実現
2020年診療報酬改定の概要**

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:医療事故防止対策

医療事故防止の教育・研修

大規模災害に備えたリスクマネジメント

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

発行:税理士法人 常陽経営

厚労省、経過措置の延長を提案 支払側が反発し「会長預かり」に

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、8月19日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、2020年度診療報酬改定において設定された急性期一般入院料の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合の基準値に関する経過措置の延長を提案。この経過措置は9月末までの予定だったが、厚労省は来年3月末まで延長させる意向を明らかにした。ところが支払側委員は、施設基準を満たせない病院がどのくらいあるのかデータがないことに難色を示し、「一律に半年伸ばすのは大雑把で乱暴」と断じている。

結局、この日は合意に至らず、この件は「会長預かり」として厚労省側と最終調整を行うこととなった。

■「重症度、医療・看護必要度」は 今年度改定でも焦点だった

「重症度、医療・看護必要度」は、急性期の患者に対する手厚い看護の必要性を測る指標として、2008年度の診療報酬改定で導入された。この指標に該当する患者の割合が高いほど、上位区分の入院料を算定できる仕組みとなっている。つまり、この基準値が低ければ低いほど、収益が得られるというわけだ。

そのため、今年度の診療報酬改定では、病床再編を加速させたい支払側が基準値の大幅引き上げを要望。高収益が期待できる急性期医療を維持したい診療側は逆に引き下げを望んだことで折り合いがつかず、最終的に公益代表による裁定までもつれ込んでいる。

結局、もっとも入院料が高額な急性期一般

入院料1の「重症度、医療・看護必要度I」の基準値は、従来の30%から31%へと小幅な引き上げにとどまった。とはいえ、厚労省のシミュレーションでは25%の病棟が入院料1の施設基準を満たせないと算出。急な減収で経営状態に与える影響を和らげるため、半年間の経過措置を設けたというわけだ。

■経過措置が延長されなければ

急性期病棟の収益悪化は確実

しかも「この入院料を届け出ていれば基準値を満たしている」とみなす」とされているため、半年間はたとえ「重症度、医療・看護必要度」の高い患者がいなくても入院料1の算定ができることになっている。

厚労省が経過措置を延長させようとする本意はここにあるのではないか。なぜならば、新型コロナウイルス感染症の重症患者や中等症患者に医療資源を集約させるため、予定入院や予定手術の多くは延期を余儀なくされているからだ。

そして、8月下旬の現在も連日多くの感染者数が出ており、経過措置が終了する9月末の時点でコロナ禍が収束する保証はどこにもない。経過措置の終了後、ほとんど重症患者対応をしない状況が続けば、予定よりも下の区分の入院料を算定せざるを得ず、収益悪化は避けられない。医療機関の経営悪化が問題となっているだけに、この厚労省提案が受け入れられるかどうかで大きな影響が出ることは必至といえよう。

レセプト件数、月を追うごとに減少 小児科、耳鼻咽喉科は顕著

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、8月19日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、2月～5月のレセプト件数を報告。2月から月を追うごとに右肩下がりで減少しているほか、診療科別では小児科と耳鼻咽喉科の落ち込みが顕著であることがわかった。

■5月のレセプト件数は前年同月比で約2割減

厚労省が発表したレセプト件数は、社会保険診療報酬支払基金の統計月報および国民健康保険中央会の国保連合会審査支払業務統計をもとにしたもの。それをベースに、前年同月比と前々年同月比も算出している。

医科、歯科、調剤の診療種類別に見ていくと、前年同月比および前々年同月比とも、2月は100%以上。医科の前年同月比は2月から順に100.2%、89.8%、81.0%、79.1%。歯科は102.6%、95.1%、76.4%、76.4%となっている。

歯科は一見落ち込みが底を打ったように見えるが、前年同月比で23.6ポイントも下回っている。医科も20ポイント近く前年同月比で落ち込んでおり、医療機関の経営状況は総じて苦しいことが浮き彫りとなった（調剤も102.2%、90.8%、84.2%、81.9%と同様に減少している）。

なお、入院と外来別に見ると、外来の減少幅のほうが大きい。入院の前年同月比は2月から98.8%、96.2%、88.0%、85.7%となっているが、外来は2月こそ100.2%と前年

並みだったものの意向は89.6%、80.8%、79.0%と急降下。新型コロナウイルスの感染が拡大し、小中高の一斉休校が決定した3月以降、「受診控え」が起きていることがわかる。

ちなみにこの傾向は病院も診療所も変わらない。病院の前年同月比は2月以降97.1%、92.2%、81.0%、76.6%であるのに対し、診療所は101.4%、86.0%、76.6%、76.0%。5月にはレセプト件数だけで2割以上減っていることが明らかとなっている。

■小児科は3か月でほぼ半減

予防接種の先延ばしに影響か

診療科別では、前述のとおり小児科と耳鼻咽喉科の減少幅が大きい。小児科は2月が101.5%だったが3月に77.4%、4月は61.8%、そして5月は53.9%と3か月でほぼ半減。子どもへの院内感染を避けたい親の心理が働いたほか、予防接種を先延ばしにしたケースが多いと思われる。

耳鼻咽喉科は2月が103.4%で3月が69.3%、4月59.1%、5月58.3%と4割以上の減少。そもそも救急措置が少ない診療科でもあり、不要不急の受診を控える動きの影響を受けた形だ。

ほかもほとんどの診療科が右肩下がりに減少しているが、皮膚科と産婦人科のみ、5月に上昇。産婦人科の5月は89.3%だが、皮膚科は97.4%と前年並みの数値をマークしている。

医療情報①
 加藤勝信
 厚生労働相

今冬のインフルワクチン、 6300万人分以上を確保

加藤勝信厚生労働相は8月25日の閣議後の記者会見で、この秋冬のインフルエンザ流行に備えた体制整備について触れ、4価ワクチンに変更された2015年以降で最大の供給量となる約3178万本（6356万人分）を確保できる見込みだと述べた。加藤厚労相は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行が懸念されるなか、インフルエンザワクチンの需要が高まる可能性がある」と指摘。現在65歳以上の高齢者等が予防接種法に基づく定期接種対象者となっていること、また、8月3日の日本感染症学会の提言で、医療関係者、高齢者、ハイリスク群、小児、特に乳幼児から小学校低学年への接種が強く推奨されるとされていることを踏まえ、厚生科学審議会の合同部会で広く専門家のご意見を聞くとした。

■COCOA接触通知、全員検査へ

新型コロナウイルス接触確認アプリ「COCOA」について加藤厚労相は、8月24日17時時点でのダウンロード数が1464万件だったと公表した。また、陽性登録は386件だった。

COCOAで接触通知を受けた場合、これまでは症状がある人、症状がなくても感染者等との接触の心当たりがある人を検査の対象と整理し、それ以外は自身で健康観察という流れだった。

これに対し、それぞれの地域におけるPCR検査体制の整備等も十分に整ってきたことを踏まえて、症状の有無や感染者等との接触の心当たりにかかわらず、全員が検査を受けられるよう改めた。具体的なアップデートは時間がかかるため、大幅なアップデートは9月以降とし、それまでの間は、感染者との接触の心当たりを聞く画面で、「心当たりがなくても受診を希望しますか」という一文を加え、検査を案内できるよう暫定的な対応をすることとした。加藤厚労相はアプリの活用について、「個人情報を入れず、安心して利用いただける仕組み。通知を受けた方がすべて検査につながっていける仕組みにさせていただいたことをしっかりPRしながら、さらに多くの方にダウンロードしていただけるよう努力していきたい」と述べた。

■マスクと消毒剤の転売規制解除

加藤厚労相は同日、国民生活安定緊急措置法施行令の改正を閣議決定し、8月29日からマスクおよびアルコール消毒製品の転売規制を解除することを表明した。両製品の市場供給が改善してきたことに伴う対策。マスクは3月15日から、アルコール消毒製品は5月26日から転売規制をかけていた。

なお、規制の解除後も、需給の状況を注視し、高額転売が横行してこれらの製品の購入が困難な状況となれば、転売規制の再実施を検討するなど、必要な施策を講じる。

また、第一線で COVID-19 に対応している医療機関向けのサージカルマスクについては、次の需給の逼迫に備えて国で必要な備蓄を進める。また、都道府県や医療機関等の現場備蓄用として、今後感染が再燃した場合に対応できるよう、感染拡大時の 1 カ月分に相当する約 8100 万枚を現在無償で特別配布を行っているとした。

医療情報②
 日本
 専門医機構

臨床研修医コース、 募集開始は9月23日 目途

日本専門医機構（理事長＝寺本民生・帝京大学臨床研究センター長）は 8 月 24 日、定例記者会見を開いた。7 月 17 日の医道審議会医師分科会専門研修部会で承認された「臨床研究医コース」（案）の状況や、同機構ホームページでの専攻医相談窓口設置などについて報告した。

臨床研修医コースについて寺本理事長は、8 月 21 日の理事会で、整備指針については大筋で承認されたと述べた。今後、同機構はさらに各基本領域学会等と詳細を詰め、ワーキンググループが取りまとめた整備指針案として各領域学会、および、プログラム統括責任者へ示し、登録を目指す研修医へ周知させるとした。9 月 23 日を目途に「臨床研究医コース」の募集を開始し、2 週間程度で登録を終了し 10 月半ばには合否を決める考え。

これにより一般領域の募集は、これまでの発表の通り 10 月下旬から 11 月上旬に行われる。

具体的な日程は「臨床研究医コース」のスケジュール等が固まり次第として明言を避けた。

臨床研究医コースの合格者発表の後に一般領域の募集が開始されるため、臨床研究医コースに不合格となった場合、一般領域への登録が可能。寺本理事長はまた、機構ホームページで専攻医相談窓口を設置したことを報告した。寺本理事長は、「従来、専攻医からの相談はプログラムに関する件（プログラム変更やプログラム制からカリキュラム制への変更など）が多数を占め同機構のプログラム委員会が対応していたが、専用の窓口を設けることで、これまで以上に、専攻医にとって不利にならないよう対応するため」と説明した。そのうえで、将来的にプログラム上の問題点があればサイトビジットの必要性もあるとの見解を示した。

また、サブスペシャリティ領域、および連動研修のスケジュールに関しては、「内科・外科・放射線科については医道審議会で決定した通り、既に連動研修含め開始されている。

それ以外の領域については今の所未定だが来春には基本領域終了後の新しいチームがスタートする」とし、今後のサブスペシャリティ領域承認に含みを持たせた。

病院報告

(令和2年2月末概数)

厚生労働省 2020年6月5日公表

1 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和2年2月	令和2年1月	令和元年12月	令和2年2月	令和2年1月
病院					
在院患者数					
総数	1 239 190	1 222 998	1 220 237	16 192	2 761
精神病床	278 345	278 200	278 363	145	△ 163
結核病床	1 343	1 336	1 377	7	△ 41
療養病床	266 089	264 611	266 045	1 478	△ 1 434
一般病床	693 259	678 772	674 383	14 487	4 389
(再掲)介護療養病床	24 606	25 464	26 371	△ 858	△ 907
外来患者数	1 251 217	1 248 972	1 323 554	2 245	△ 74 582
診療所					
在院患者数					
療養病床	3 884	3 878	3 917	6	△ 39
(再掲)介護療養病床	1 360	1 390	1 423	△ 30	△ 33

注1) 病院の総数には感染症病床を含む(以下同)。注2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。注3) 令和元年10月分については、令和元年台風第十九号の影響により、長野県の病院1施設から報告がないため、集計から除いている(以下同)。

2 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	令和2年2月	令和2年1月	令和元年12月	令和2年2月	令和2年1月
病院					
総数	77.8	80.9	71.7	△ 3.1	9.2
精神病床	84.9	85.1	85.1	△ 0.2	0.0
結核病床	31.9	31.9	30.7	△ 0.0	1.2
療養病床	86.9	87.1	86.5	△ 0.2	0.6
一般病床	72.4	77.6	62.0	△ 5.2	15.6
介護療養病床	90.2	88.4	88.6	1.8	△ 0.2
診療所					
療養病床	51.4	52.2	50.7	△ 0.8	1.5
介護療養病床	66.0	66.7	67.1	△ 0.7	△ 0.4

注) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

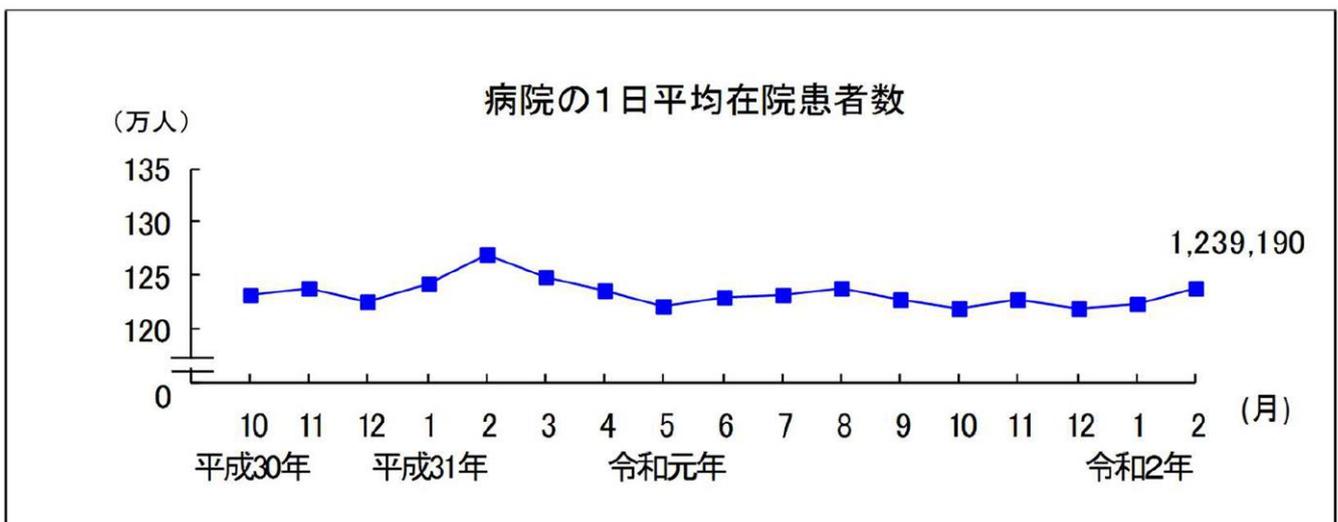
3 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和2年2月	令和2年1月	令和元年12月	令和2年2月	令和2年1月
病院					
総数	27.7	28.6	26.5	△ 0.9	2.1
精神病床	266.8	282.5	264.8	△ 15.7	17.7
結核病床	58.6	67.7	60.8	△ 9.1	6.9
療養病床	133.1	138.8	128.3	△ 5.7	10.5
一般病床	16.5	16.8	15.5	△ 0.3	1.3
介護療養病床	324.7	332.7	315.1	△ 8.0	17.6
診療所					
療養病床	99.2	105.9	95.2	△ 6.7	10.7
介護療養病床	144.2	160.8	132.9	△ 16.6	27.9

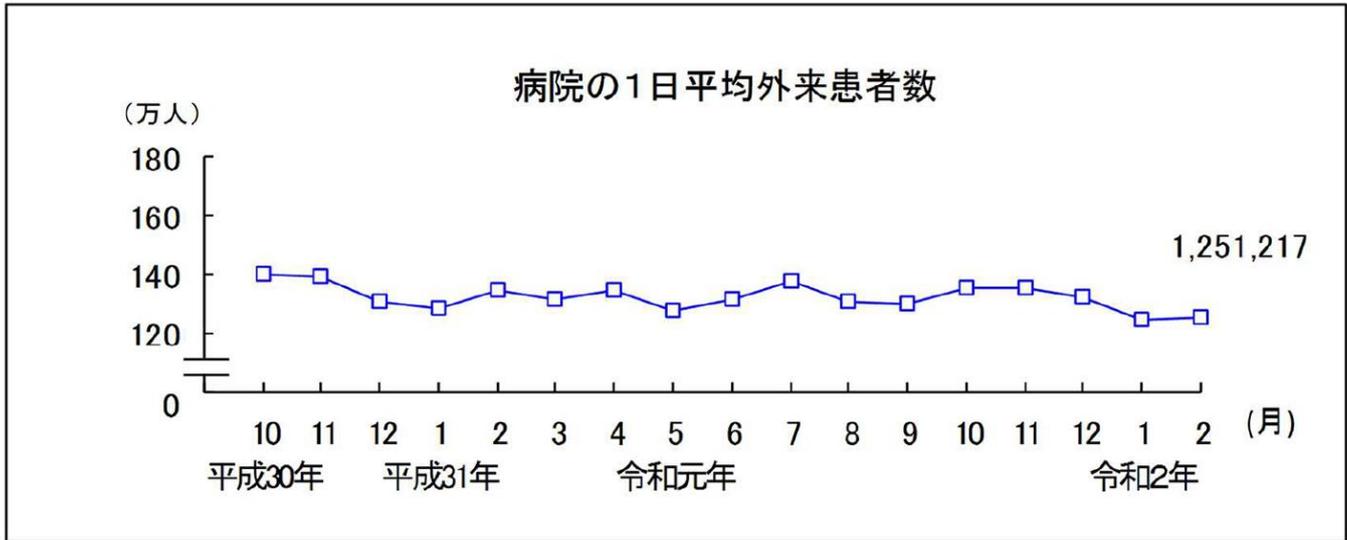
注) 平均在院日数 =
$$\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$$

ただし、療養病床の平均在院日数 =
$$\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$$

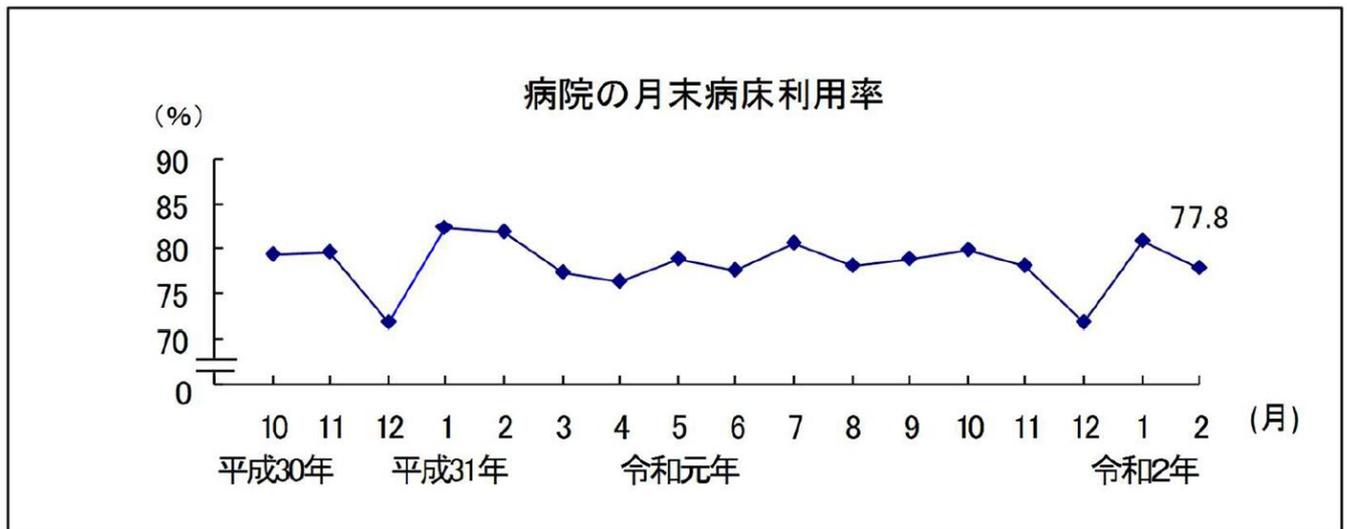
◆病院:1日平均在院患者数の推移



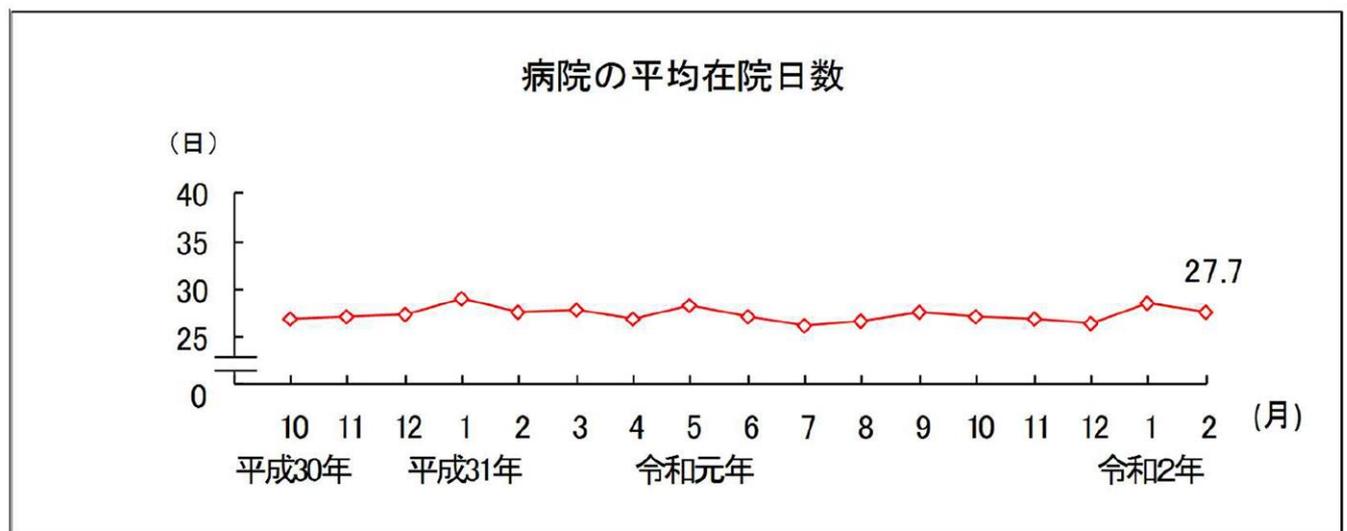
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移





経営情報
レポート
要約版



制 度 改 正

働き方改革の推進と質の高い医療を実現

2020年診療報酬 改定の概要

1. 次期診療報酬改定の基本的方向性
2. 外来・在宅医療に関する改定のポイント
3. 入院医療に関する改定のポイント
4. 精神医療その他診療所に関わる改定のポイント



※本レポートは、2020年2月19日（水）、榊岡経営センター主催診療報酬改定セミナー「2020年診療報酬改定の概要と病医院経営対応」（講師：(株)エム・アール・シー 代表取締役 石上登喜男氏）の講演要旨および配布レジュメをベースとし、一部を再構成して作成したものです。掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメに使用、または一部加工しています。

■参考資料

診療報酬改定セミナー「2020年診療報酬改定の概要と病医院経営対応」レジュメ
【厚生労働省】中央社会保険医療協議会 総会資料

1

医業経営情報レポート

次期診療報酬改定の基本的方向性

■ 2020 年診療報酬改定の方向性

(1) 2020 年度診療報酬は、前回に続き全体マイナス改定へ

次期診療報酬改定の改定率は、診療報酬本体部分が 0.55% 引き上げられた一方で、薬価や材料価格の引き下げの影響により、全体改定率は 0.46% のマイナス改定となりました。

前回改定と同様に、全体改定率は引き下げられましたが、本体部分のプラス改定は今回で 7 回連続（2019 年改定を含むと 8 回連続）となりました。

また、2020 年度改定は、2018 年改定（診療報酬と介護報酬の同時改定）の取組みが更に推進されるよう、引き続き適切な評価に取り組むとともに、医師等の働き方改革の推進や、

患者・国民にとって身近であり、安心・安全で質の高い医療を実現するための取組を進めつつ、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続性の向上を図ることが重要であるとの認識のもとに行われます。

◆ 2018 年度診療報酬 改定率等

【全体改定率】	▼0.46%	（▼0.19%）
1. 診療報酬本体	+0.55%	（+0.55%）
※うち、消費税財源を活用した救急病院における 勤務医の働き方改革への特例的な対応	+0.08%	を含む
各科改定率	医科：+0.53%	（+0.63%）
	歯科：+0.59%	（+0.69%）
	調剤：+0.16%	（+0.19%）
2. 薬価等 ①薬価	▼0.99%	（▼1.65%）
②材料価格	▼0.02%	（▼0.09%）

注) () 内は 2018 年の改定率

● 医師の働き方改革への対応について

- 診療報酬として 公費 126 億円程度
- 地域医療介護総合確保基金として 公費 143 億円程度

勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

外来・在宅医療に関する改定のポイント

■ 外来医療の機能分化の推進

紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の見直しが行われ、対象となる医療機関が拡大される見通しとなり、特定機能病院に加え新たに200床以上の地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）が対象となります。

◆ 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲の拡大

現行（対象病院）

特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院



改定後（対象病院）

特定機能病院及び 200床以上の地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）

また、紹介率や逆紹介率の低い病院を紹介状なしで受診した患者に対する初・再診料減算に係る医療機関の対象範囲を定額負担の対象範囲と同様に、特定機能病院及び200床以上の地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）に拡大します。

◆ 紹介率・逆紹介率の低い大病院の初診料等について（現行）

初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等（※1）が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者（※2）に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。

- ※1 紹介率の実績が50%未満かつ、逆紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院
- ※2 他の病院又は診療所等からの文書による照会がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）
（外来診療料についても同様）

さらに、全世代型社会保障検討会議がまとめた中間報告では、遅くとも2022年度初めまでに定額負担の対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大するとしていますが、本年1月20日に開催された社会保障審議会医療部会では、対象病院を200床以上の一般病院に拡大することについて更なる議論が必要であるとの声が多く、今後が注目されます。

3

医業経営情報レポート

入院医療に関する改定のポイント

■ 地域の救急医療体制を評価

政府は、2020年改定の重点課題として「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」を掲げており、地域医療で過酷な労働実態が見られる「救急医療実績の極めて高い病院」を対象として評価を充実させ、医療提供を継続できるよう医療機関をサポートする動きが見られます。そして、地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について評価を行うこととし、「地域医療体制確保加算」を新設しました。当該加算の施設基準として、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していることが示されています。

◆ 地域医療体制確保加算の算定要件と施設基準

(新) 地域医療体制確保加算 520点

● 算定要件

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

● 施設基準（一部抜粋）

- ・救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。
- ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
 - ① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
 - ② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。
 - ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。
 - ④ ③の計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに定期的に評価し、見直しを行うこと。
 - ⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載すること。

- ア) 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）
 - イ) 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
 - ウ) 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
 - エ) 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
 - オ) 当直翌日の業務内容に対する配慮
 - カ) 交替勤務制・複数主治医制の実施
 - キ) 育児・介護休業法第23条第1項^{※1}、同条第3項^{※2}又は同法第24条^{※3}の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用
- ⑥病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
- ※1) 育児のための所定労働時間の短縮措置のこと
 - ※2) 介護のための所定労働時間の短縮等の措置のこと
 - ※3) 小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者等に関する措置のこと

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

地域包括ケア病棟は2014年診療報酬改定で評価が導入され、算定医療機関が増加してきた経緯があります。その理由の一つに点数設定が高いことが挙げられますが、特に大病院において入院元が自院の急性期病棟が多く、本来の役割が果たせていない現状がありました。

こうした現状を踏まえ、急性期治療を経過した患者や、在宅で療養を行っている患者を受け入れる役割が偏りなく発揮されるよう、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件が見直されます。また、地域における医療機関間の機能分化・連携を適切に進める観点から、4月以降、許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料を届け出ることができなくなります。

◆地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の主な変更点 【経過措置】令和2年9月30日まで

- 許可病床数400床以上の病院は地域包括ケア病棟入院料の届出ができなくなる
- 許可病床数400床以上の病院にあっては、入院患者に占める同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること
- ⇒ 地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。
- 地域包括ケア病棟入院料1及び3並びに地域包括ケア入院医療管理料1及び3について、地域包括ケアの実績に係る施設基準を見直す。
- ⇒ 自宅等から入院したものの割合が1割5分以上（改定前：1割以上）であること
- ⇒ 自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において6人以上（改定前：3人以上）であること

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故防止対策

医療事故防止の教育・研修

**医療事故防止のための
 教育・研修について教えてください。**

医療安全に関する教育・研修の実施にあたっては、病院の全ての職員がリスクへの感性を高め、リスクマネジメントの具体的な実践者として自覚できるような研修プログラムを企画することを重視します。このため、実際に自院で過去に起きた医療事故事例を教材としてとりあげることも考えられます。一方、職種によって起こりやすい事故が異なり、各部門・部署で、事故防止に繋がる具体的な内容を盛り込んだ研修計画を立てる必要があります。

■看護部門を対象とした院内研修プログラムの例

- (1) リスクマネジメントとは～定義とそのもたらす影響
- (2) 病院におけるリスクマネジメントの目的
- (3) 専門職としての基本姿勢とリスクマネジメントのポイント
- (4) リスクを回避するために看護職が知っておくべきこと
 - ①医療を取りまく環境の激変（患者の権利意識の高揚、価値観の多様化、患者と医療関係者の伝統的信頼関係の崩壊）
 - ②チーム医療であることの盲点
 - ③現状は今危険と背中合わせである
 - ④事故に至らなくてもトラブルや紛争につながるおそれ
 （無視された、説明がなかった、大切に扱ってもらえなかった など）
 - ⑤安全はつくり出すもの — リスク発生の可能性をゼロに近づける
- (5) リスクマネジメントのプロセス
- (6) リスクマネジメントの実際
 - ①把握・評価・対応・再評価のプロセス
 - ②データに基づいて検討し、管理者は自分の部署のデータを持つ
 - ③防止の視点で事故分析をする
 - ④システムで防止できないか
 - ⑤組織で取り組む 病院としての仕組みの紹介、病院と看護部との関連
- (7) リスクマネジメントにあたる看護師に求められる資質と役割
- (8) 事故にあった患者・家族への対応、ガイドライン
- (9) エラーを起こした医療スタッフに対するカウンセリングなど



ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故防止対策

大規模災害に備えた リスクマネジメント

大規模な災害等発生時においても医療機関の機能を維持するために、防災対策のリスクマネジメントの具体的な取り組みを教えてください。

大規模災害に関するリスクマネジメントの重要性がクローズアップされています。しかしながら、医療機関において、大規模災害発生時に備えるための取り組みは、必ずしも十分なものとはいえないのが現状です。

非常階段や非常扉、防火扉前に荷物が置いてあるなどは論外として、災害時を想定し十分な医療資源・水や食糧の備蓄、職員の動きの確認、患者の誘導や搬送の手順など事前に準備しておくことはいくらでもあります。

これまでの医療機関の災害対策といえば、火災を中心とするものでしたが、東日本大震災や熊本地震以降、地震に対する備えの重要性が増しています。

以下に、医療機関がとるべき対策として一部を紹介します。リスクマネジメントマニュアルや災害対応マニュアル等の中に盛り込み、対応に備えておきましょう。

■防災対策の一例

- ① さまざまなケースを想定した防災シミュレーションの実施
 - ② 災害時の患者移送ネットワークの構築
 - ③ ボランティア活動のコーディネーターの育成
 - ④ 初動を迅速にする反復訓練やサインの明確化
 - ⑤ 医薬品、医療用具の調達先の複数確保
 - ⑥ 水槽の増設など、非常時の水の確保
 - ⑦ 自家発電装置の設置・増設
 - ⑧ 備品、設備の転倒防止処置
 - ⑨ 工具、初期医療器具の設置場所の明確化と周知徹底
- 等

医療機関は、大規模災害が発生した場合であっても、必要な医療を提供するという本来の機能を果たさなければなりません。上記の取り組み項目は、いずれも人命を預かる施設として不可欠なものですから、リスクマネジメント対応における重要項目として位置付け、これらを見直す機会としていただきたいと思います。