

医業経営

MAGAZINE

Vol.561 2019.2.12

医療情報
ヘッドライン

オンライン診療指針を
Q&A方式で通知
対面初診なしのED薬処方は不適切
▶厚生労働省 医政局

病理診断報告書確認忘れ、
5年半で35件
うち26件が上部消化管内視鏡検査
▶公益財団法人 日本医療機能評価機構

2019年2月8日号

賃金構造調査、「今後は総務省」と菅官房長
厚労省調査、「行政機関としての
基本姿勢に大きな問題」

週刊
医療情報

統計調査資料
医療施設動態調査
(平成30年7月末概数)

経営
TOPICS

医療・介護の働き手不足が始まる
人口急減時代の医療政策

経営
情報
レポート

ジャンル：リスクマネジメント サブジャンル：リスクマネジメントと安全管理体制
業務の見直しと標準化による改善策
安全管理体制を構築する際の有効な方法

経営
データ
ベース

オンライン診療指針をQ&A方式で通知 対面初診なしのED薬処方は不適切

厚生労働省医政局は12月26日、「『オンライン診療の適切な実施に関する指針』に関するQ&Aについて」と題した通知を各都道府県衛生主管部あてに発出した。対面初診なしでのED（勃起障害、勃起不全）治療薬の処方は不適切と明記したほか、患者の書面への署名を義務化する内容となっている。

■オンライン診療はガイドラインを3月策定

オンライン診療は、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」と題したガイドラインを3月に策定。4月の診療報酬改定でオンライン診療料が新設され、本格的に解禁された。

しかし、10月に一部メディアで、対面での診察を一度も行わずにED薬が処方されている事例が多いことが報じられ、10月30日には根本匠厚労相が「本指針（ガイドライン）から逸脱し医師法違反の疑いもある事案については、関係する保健所において指導」すると言及していた。今回の通知は、この厚労相発言を受けてのものだ。

Q&Aは9項目。EDに対する診療については、禁忌の確認をするのみでED薬処方している傾向があるが、明確にそれを不適切と断じた。ED診療ガイドラインで「心血管・神経学的異常の有無の確認や血糖値・尿の検査を行う必要がある」としていることを挙げ、対面での診察が不可欠であるとし、処方も「対面診療における診察の上」で行うよう指示している。

■患者合意については、患者がオンライン診療を希望する旨を書面において署名

患者合意については、ガイドラインで「医師は、患者がオンライン診療を希望する旨を明示的に確認すること」とされているが、留意事項の説明を記した文書に、「患者がオンライン診療を希望する旨を書面において署名」としている。

オンライン診療は、初診を原則的に対面診療とすることと定めているが、その前提に基づいた条件であり、再診以降にしか適用しないことを改めて明示したことになる。

一方で、ガイドラインでは直接の対面診療を組み合わせないオンライン診療も例外として許容しているため、その場合に患者合意をどのように取り付けるかは不透明だ。署名した文書をメールやFAXで送信してもいいのかどうか、現時点では触れられていない。

ちなみに、直接の対面診療を組み合わせないオンライン診療については、今回のQ&Aで適用条件を「健康診断等において定期的に医師の診察を受けており、診断や治療方針が確定し、悪化が予測されない場合等に限られる」と改めて明記した。

これに該当するのは現状では禁煙外来のみと限定している。

ただ、今後医学の発展やICTの進歩によって適用できる症状を増やしていく可能性にも触れ、都度例示していく考え方を明らかにしている。

病理診断報告書確認忘れ、5年半で35件 うち26件が上部消化管内視鏡検査

公益財団法人 日本医療機能評価機構

公益財団法人日本医療機能評価機構は、12月26日に「医療事故情報収集等事業 第55回報告書」を公表した。これにより、病理検査を行った際に検査結果の報告書を確認しなかったことで治療が遅れた「病理診断報告書の確認忘れ」が、2012年9月以降で35件報告されていることを明らかにした。そのうち約3分の1の11件が2018年に発生しており、注意喚起を促している。なお、この件に関して厚生労働省は、医政局総務課医療安全推進課長と医薬・生活衛生局安全対策課長の連名で通知を発出した。

■医療事故情報収集等事業は、2004年10月～

日本医療機能評価機構の「医療事故情報収集等事業」は、医療機関に向けて医療安全対策に有用な情報を共有するため2004年10月から実施されている。「病理診断報告書の確認遅れ」については、2012年10月に注意喚起を行った。しかし、2018年7～9月で8件と、その前の1年間で報告された数を上回る件数が報告されたため、改めて注意喚起を行うに至ったという。

診療科別に「病理診断報告書を確認していなかった診療科」を見ると、「消化器科・消化器内科」が18件で最多で、次いで「耳鼻咽喉科・頭頸部外科」の6件、「外科・消化器一般外科」の5件、「内科」の4件と続く。残りは「泌尿器科」「歯科口腔外科」が各2件ずつ、「血液内科」「呼吸器内科」「内分泌代謝内

科」「腎代謝内科」「神経内科」「皮膚科」「呼吸器外科」が各1件ずつとなっている。

■興味深いのは事例当事者の職種経験年数

「消化器科・消化器内科」が多いのは、実施される病理検査のほとんどが内視鏡検査であることに起因している。2012年9月以降で発生した35件のうち、「内視鏡検査の生検組織診断」は27件であり、そのほとんどである26件はいわゆる胃カメラに該当する上部消化管内視鏡検査だった。そこで日本医療機能評価機構は、上部消化管内視鏡検査に絞ってより詳細な調査を実施。その結果、「死亡」が1件、「障害残存の可能性がある（高い）」が3件、「障害残存の可能性がある（低い）」が9件と、半数が何らかの事故に至っており、「濃厚な治療」を必要としたことが明らかになっている。また、興味深いのは報告された事例の当事者の職種経験年数だ。当事者はすべて医師もしくは歯科医師であり、その職種での経験年数は「0～5年」が11件、「6～10年」が10件と多い。しかし、経験の浅さがネックとなっていると思いきや、「11～15年」が8件、「16～20年」が6件、「21～25年」が3件、「26年以上」が6件とまんべんなく分布しており、経験の有無よりも、検査フローに問題があることが窺える。一步進めて考えれば、組織マネジメントに瑕疵があったと見ることもでき、起こってしまった事故は防ぎようがあったと判断できよう。

賃金構造調査、「今後は総務省」と菅官房長官

厚労省調査、「行政機関としての 基本姿勢に大きな問題」

菅義偉内閣官房長官は2月6日の記者会見で、厚生労働省所管の「賃金構造基本統計調査」について、「承認された計画と異なる調査方法が採られていたことが総務省に報告された」とした上で、「今後、事案の具体的な経緯や原因等については、担当府省とは異なる立場から行政機関の業務の評価・監視を実施している総務省行政評価局において調査を行うこととした」と発表した。質疑では、記者から「総務省で行う判断に至った理由は何か」との質問があつた。菅官房長官は「まず、『毎月勤労統計』については、不適正な取扱いによって統計数値に影響を与えることなどから外部の専門家による特別監査委員会において現在、厳正な調査をお願いしているところ」とした上で、「賃金構造基本統計調査」のケースは異なることを説明。「この調査は統計数値上の問題というよりも、むしろ行政機関としての基本的な姿勢に、より大きな問題がある」との考え方を示した上で、「外部の目を入れるという観点から、担当省とは異なる立場で行政にメスを入れる。そういう趣旨で、行政機関の業務の評価・監視を実施している総務省行政評価局に調査を担当させる、こういうことにした」と答えた。

自民党小渕小委で、鴨下氏が講演

社会保障は「国民選択型に」

自民党の財政再建推進本部「財政構造のあり方検討小委員会」（委員長＝小渕優子衆院議員）は2月5日に会合を開き、社会保障を取り扱った。医師出身の鴨下一郎元環境相が講演し、社会保障の給付と負担について持論を展開した。

出席議員によると、鴨下氏は社会保障のサービスメニューについて「国民が選択できることが重要」などと指摘しつつ、公的保険を守るために保険外のサービスに目を向ける必要性を訴えた。過去にも鴨下氏は、メニュー選択が可能な社会保障を「カフェテリアプラン」と称し、健康な人に対するインセンティブ付与に関して「元気で頑張って医療や介護を受けなかった人の保険料を下げるとか、報奨金を出すとか、年金をキャッシュバックする」といった方法を例示していた。鴨下氏は現在、党の社会保障制度調査会長を務める。前身の「社会保障制度に関する特命委員会」委員長だった野田毅氏は最高顧問。顧問は鈴木俊一氏と尾辻秀久氏。会長代理は田村憲久氏、宮澤洋一氏という体制で、党内の社会保障論議をリードする立場にある。

新委員に今村氏ら8人

約4年ぶりに社会保障審議会を開催、 新会長に遠藤氏

厚生労働省は2月1日、2015年1月以来、約4年ぶりに社会保障審議会（社保審）を開催した。最近では、13年9月に第26回会合を開催。その約1年半後の15年1月に第27回会合を開き、今回が第28回会合となる。新たな会長には、遠藤久夫氏（国立社会保障・人口問題研究所所長）、会長代理には増田寛也氏（東京大学公共政策大学院客員教授）が就任した。この会議は、報酬改定などを審議する医療保険部会や介護給付費分科会などの親会議。委員数が29人から28人となり、うち8人が交替。新たに今村聰氏（日本医師会副会長）、立谷秀清氏（全国市長会会長、相馬市長）らが就任した。

■新委員（敬称略）

▼ 荒木泰臣（全国町村会長、熊本県嘉島町長） ▼ 今村聰（日本医師会副会長） ▼ 尾崎正直（全国知事会社会保障常任委員会委員長、高知県知事） ▼ 小堀秀毅（日本経済団体連合会審議員会副議長） ▼ 立谷秀清（全国市長会会長、相馬市長） ▼ 中里道子（国際医療福祉大学熱海病院精神科主任教授） ▼ 南部美智代（日本労働組合総連合会副事務局長） ▼ 野口晴子（早稲田大学政治経済学術院教授）

（同日の委員名簿と17年1月29日現在の委員名簿を基に編集部で作成）

社保審で、慶大教授の駒村氏

2040年に向けた見通し、 「いろいろ不確実な要因がある」

勤労統計調査をめぐる問題で国会審議が揺れる中、厚生労働省は2月1日の社会保障審議会に「今後の社会保障改革について」と題する22ページの資料を示した。副題を「2040年を見据えて」とし、今後的人口構造の推移や社会保障給付費の見通しなどのデータを示したが、これらを疑問視する声が相次いだ。

駒村康平委員（慶應義塾大学経済学部教授）は「いろいろ不確実な要因がある」と指摘した上で、「辛めの議論をやっておく必要があるのではないか」と問題提起。勤労統計の調査問題にも言及し、「自信を持って議論できる統計を整備していただきたい」と求めた。

週刊医療情報（2019年2月8日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

医療施設動態調査

(平成30年7月末概数)

厚生労働省 2018年11月20日公表

病院の施設数は前月に比べ

一般診療所の施設数は

歯科診療所の施設数は

1施設の減少、病床数は

12施設の増加、病床数は

8施設の減少、病床数は

1,203床の減少

296床の減少

増減無し

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成30年7月	平成30年6月 ¹⁾			平成30年7月	平成30年6月 ¹⁾	
総数	178 901	178 898	3	総数	1 645 000	1 646 499	△ 1 499
病院	8 378	8 379	△ 1	病院	1 549 624	1 550 827	△ 1 203
精神科病院	1 056	1 056	-	精神病床	329 862	330 049	△ 187
一般病院	7 322	7 323	△ 1	感染症病床	1 882	1 882	-
療養病床を 有する病院(再掲)	3 747	3 751	△ 4	結核病床	4 782	4 802	△ 20
地域医療 支援病院(再掲)	568	567	1	療養病床	321 509	322 781	△ 1 272
				一般病床	891 589	891 313	276
一般診療所	101 902	101 890	12	一般診療所	95 315	95 611	△ 296
有床	6 968	6 996	△ 28				
療養病床を有する 一般診療所(再掲)	854	857	△ 3	療養病床 (再掲)	8 595	8 632	△ 37
無床	94 934	94 894	40				
歯科診療所	68 621	68 629	△ 8	歯科診療所	61	61	-

注:1) 平成29年医療施設(静態・動態)調査の取りまとめに伴い、平成29年9月以降を再集計したため、「医療施設動態調査(平成30年6月末概数)」で公表した数値とは異なる。

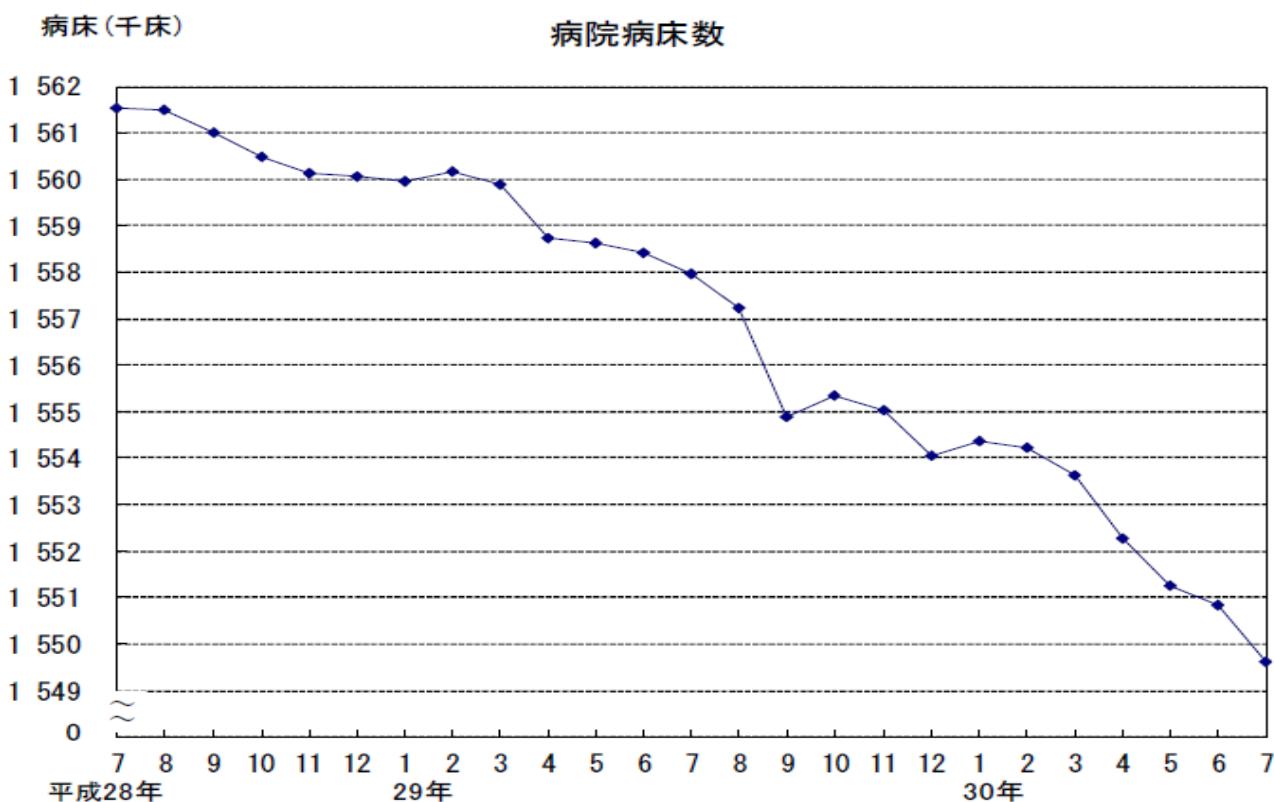
2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成30年7月末現在

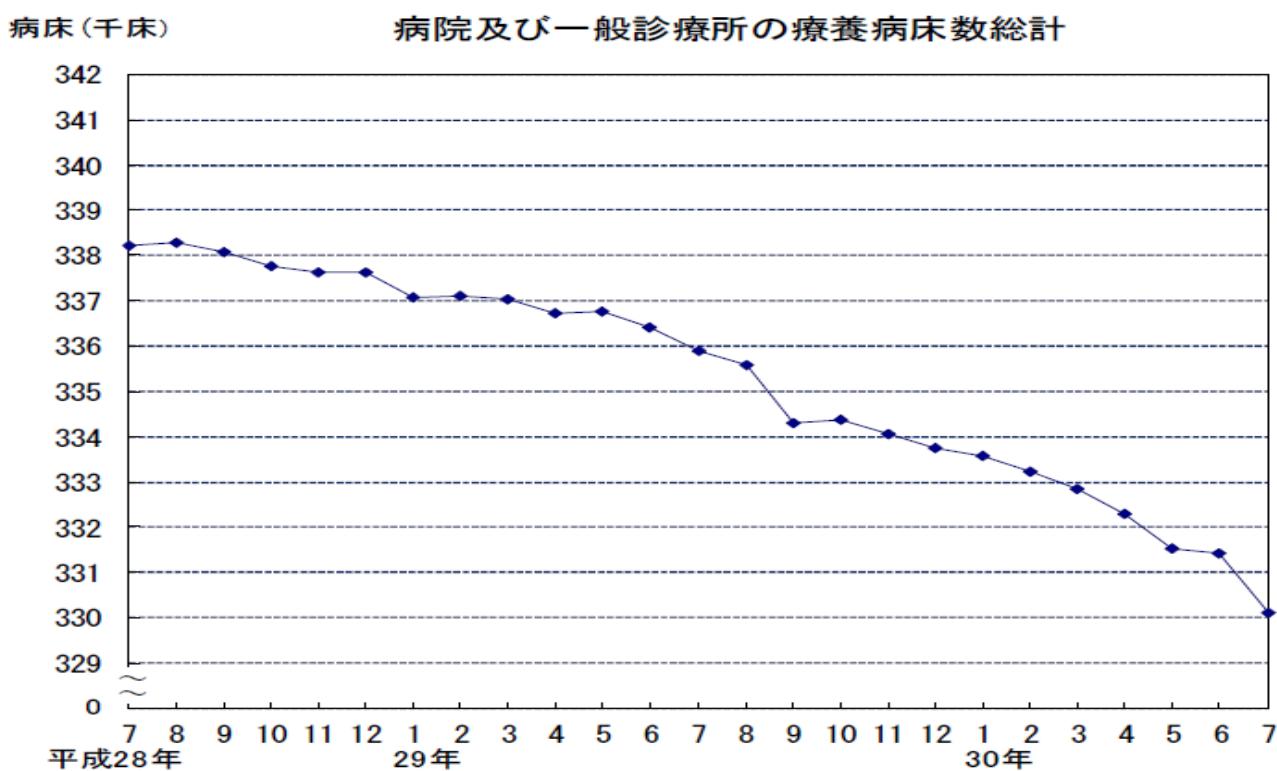
	病院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 378	1 549 624	101 902	95 315	68 621
国 厚生労働省	14	4 622	22	-	-
独立行政法人国立病院機構	141	53 689	-	-	-
国立大学法人	47	32 666	148	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	33	12 465	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 197	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 890	2	-	-
その他	24	3 711	362	2 179	3
都道府県	199	53 210	256	176	7
市町村	620	128 737	2 947	2 205	254
地方独立行政法人	103	40 545	31	17	-
日赤	92	35 653	204	19	-
済生会	84	22 885	52	-	1
北海道社会事業協会	7	1 717	-	-	-
厚生連	103	32 819	66	25	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	301	-	2
共済組合及びその連合会	42	13 389	146	-	5
国民健康保険組合	1	320	16	-	-
公益法人	197	49 767	501	273	103
医療法人	5 765	866 453	42 698	71 398	14 295
私立学校法人	112	55 625	188	38	16
社会福祉法人	201	34 330	9 823	339	37
医療生協	82	13 694	304	267	53
会社	35	9 172	1 714	10	9
その他の法人	211	44 317	735	293	112
個人	191	17 817	41 384	18 057	53 722

参考

■病院病床数



■病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査（平成30年7月末概数）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。



経営情報
レポート
要約版



医業経営

医療・介護の働き手不足が始まる 人口急減時代の 医療政策

1. 2025年以降の社会保障の見通し
2. 現役世代の人口急減に対応した政策
3. 需要変化への対応と業務効率化
4. 健康寿命延伸に向けた介護・疾病等予防政策



●参考資料

JAHMC 2018 10月号、厚生労働省「第1回 2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」資料
厚生労働省「医療従事者の勤務改善について 勤務環境改善マネジメントシステムの概要」、中央社会保険医療協議会 総会(第396回)、「平成30年度診療報酬改定の概要(背景と主な改定事項のまとめ)」、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日、「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」

1

医業経営情報レポート

2025年以降の社会保障の見通し

■ 医療・介護給付費の将来見通し

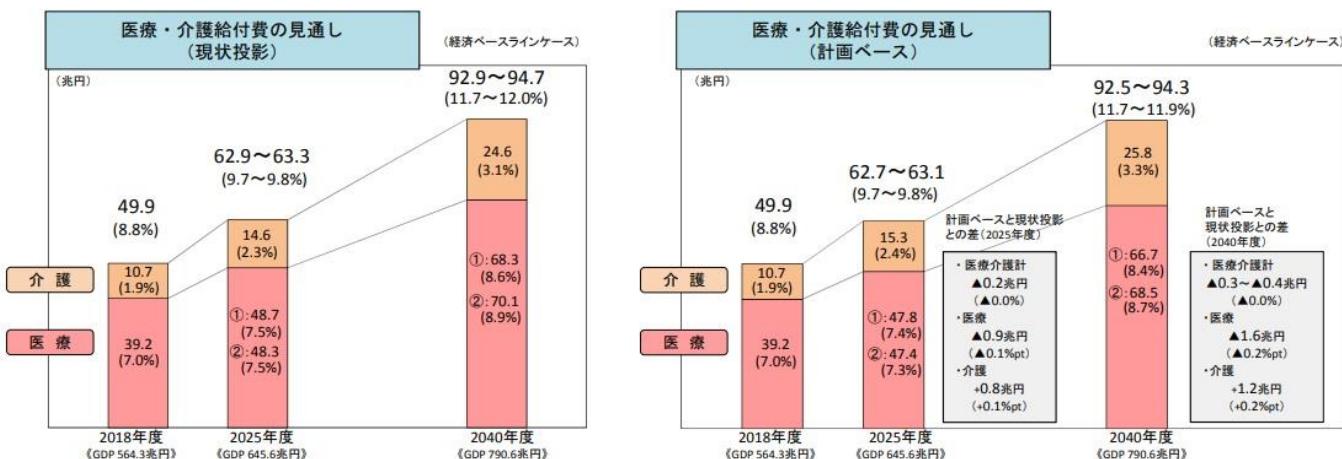
厚生労働省は、2018年度における医療・介護給付費については医療が39.2兆円、介護は10.7兆円となり、合計49.9兆円に達するという社会保障給付費の見通しを示しました。

一方、団塊世代がすべて後期高齢者となる2025年において、これら社会保障給付費の変化をみると、現状の年齢別受療率・利用率を基に機械的に計算した「現状投影」では医療48.7兆円、介護14.6兆円で合計63.3兆円となっており、また、地域医療構想などを基礎とした機能分化等の改革を見込んだ「計画ベース」では医療47.8兆円、介護15.3兆円で合計63.1兆円となっています。

「現状投影」と「計画ベース」を比較すると、医療費が0.9兆円減、介護が0.7兆円増加していますが、その要因のひとつとしては、医療費の適正化や医療から介護への政策誘導が挙げられます。

今後も社会保障給付費の増加は続き、特に介護給付費の伸びが大きくなるとともに、将来の見通しや政策を踏まえると、在宅医療や介護の需要が高まることが予測されます。

◆医療・介護給付費の見通し(計画ベースと現状投影との比較)



(注) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

*2018年度予算ベースを元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2017年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(2018年1月)」等を踏まえて計算。

医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。()内は対GDP比。

(出典) 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」

上記「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算されています。

2 医業経営情報レポート

現役世代の人口急減に対応した政策

■ 将来を展望した社会保障・働き方改革の検討

本年 10 月、団塊ジュニア世代が高齢者となる 2040 年を見据えて、「2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部」が厚生労働省に設置されました。

同本部では、将来に向けた政策課題として、以下を掲げています。

◆ 現役世代の人口急減という新たな局面に対応した政策課題

● 多様な就労・社会参加

【雇用・年金制度改革等】

- 更なる高齢者雇用機会の拡大に向けた環境整備
- 就職氷河期世代の就職支援・職業的自立促進の強化
- 中途採用の拡大
- 年金受給開始年齢の柔軟化、被用者保険の適用拡大、私的年金（個人型確定拠出年金等）の拡充
- 地域共生・地域の支え合い

● 健康寿命の延伸

【健康寿命延伸プラン】 *来夏を目途に策定

- 2040 年の健康寿命延伸に向けた目標と 2025 年までの工程表
 - ① 健康無関心層へのアプローチの強化、
 - ② 地域・保険者間の格差の解消により、以下の 3 分野を中心に、取組を推進
 - ・ 次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等
 - ・ 疾病予防・重症化予防
 - ・ 介護予防・フレイル対策、認知症予防

● 医療・福祉サービス改革

【医療・福祉サービス改革プラン】 *来夏を目途に策定

- 2040 年の生産性向上に向けた目標と 2025 年までの工程表
- 以下の 4 つのアプローチにより、取組を推進
 - ・ ロボット・AI・ICT 等の実用化推進、データヘルス改革
 - ・ タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進
 - ・ 組織マネジメント改革
 - ・ 経営の大規模化・協働化

◆ 引き続き取り組む政策課題

● 給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

（出典）厚生労働省「第 1 回 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部」（資料 3）

3

医業経営情報レポート

需要変化への対応と業務効率化

■ オンライン診療の推進

今次診療報酬改定ではオンライン診療等の見直しが行われました。見直しの理由としては、ICTを活用した医師の勤務環境改善や、遠隔診療等が普及することで医療資源の効率化等が期待されている点が挙げられます。

診療報酬上、情報通信機器を用いた診療は2つが認定されています。

まず、遠隔画像診断と遠隔病理診断は「医師から医師」によるもので、情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い、特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うものです。

もうひとつは、情報通信機器を用いた診察と遠隔モニタリングであり、こちらは「医師から患者」によるものです。

オンライン診療等は現在普及しているとはいえない状況ですが、将来に向けての対応は検討する必要がありそうです。

◆診療報酬における情報通信機器を用いた診療への対応

診療形態		診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い 特定領域の専門的な知識を持っている医師と 連携して診療を行うもの	<p>[遠隔画像診断] ・画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合</p> <p>[遠隔病理診断] ・術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合(その後、顕微鏡による観察を行う。) ・(新)生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能</p>
医師対患者 (D to P)	情報通信機器を用いた 診察	<p>[オンライン診療] ・(新)オンライン診療料 ・(新)オンライン医学管理料 ・(新)オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合</p> <p>※電話等による再診 (新)患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し (定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。)</p>
	情報通信機器を用いた 遠隔 モニタリング	<p>[遠隔モニタリング] ・心臓ベースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算) 体内植込式心臓ベースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合</p> <p>・(新)在宅患者酸素療法指導料(遠隔モニタリング加算) ・(新)在宅患者持続陽圧呼吸療法(遠隔モニタリング加算) 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合</p>

(出典) 第1回 2040年を展望した社会保障・働き方改革本部 参考資料

4

医業経営情報レポート

健康寿命延伸に向けた介護・疾病等予防政策

■ 健康寿命延伸に向けた重点 3 分野

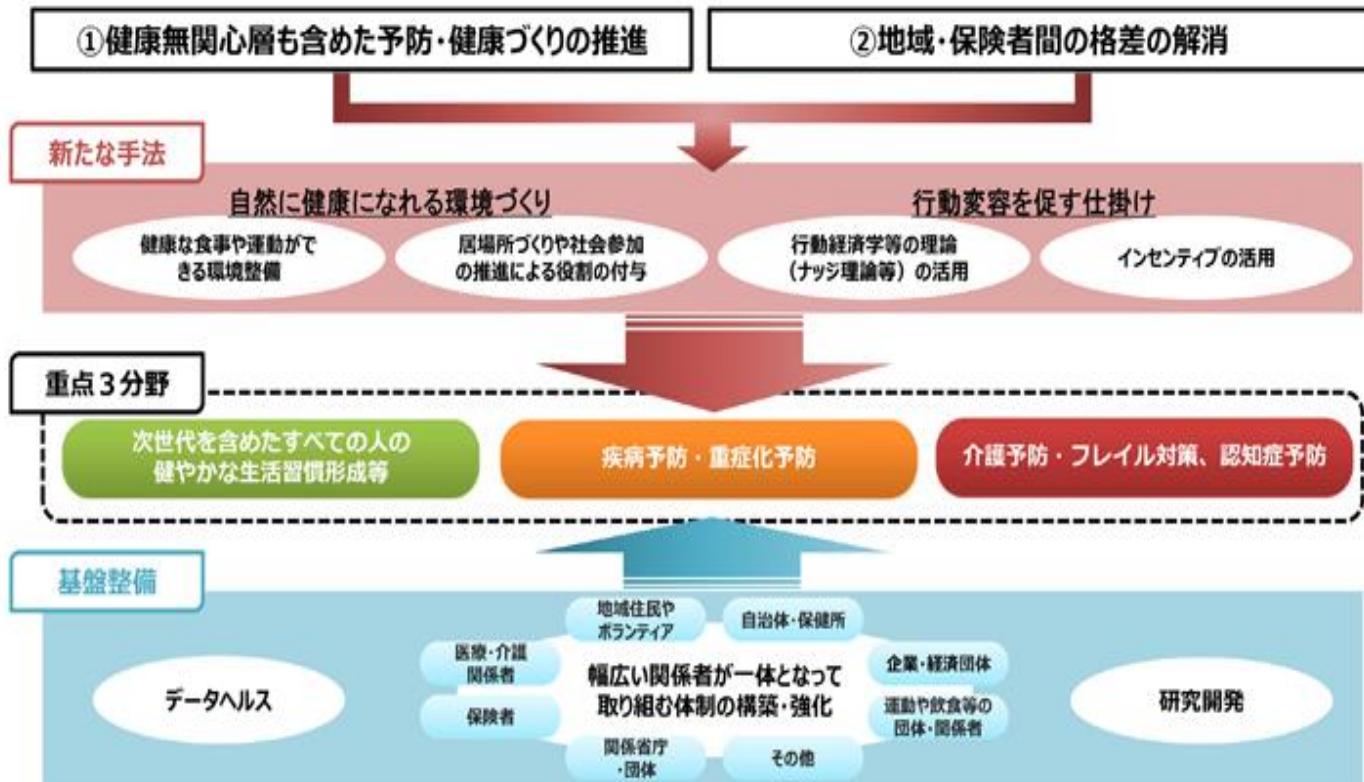
政府は、誰もがより長く元気に活躍できる社会を目指して、①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消の 2 つのアプローチによって、「次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の重点 3 分野に取り組み、健康寿命の更なる延伸を図る考えです。

具体的には、健康な食事や運動ができる環境整備や、居場所づくりや社会参加による役割の付与等を通じた「自然に健康になれる環境づくり」、行動経済学等の理論やインセンティブの活用による「行動変容を促す仕掛け」などに取り組むこととしています。

そのための基盤整備として、幅広い関係者が一体となって取り組む体制の構築・強化やデータヘルス、研究開発の促進を行います。

人生 100 年時代を見据えて、寿命と健康寿命の差ができるだけ縮めていくことが重要と考え、政策の方向性として、介護・疾病予防に力を入れていることが窺えます。

◆誰もがより長く元気に活躍できる社会を目指して ～健康寿命の更なる延伸～



(出典) 第 1 回 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部 参考資料

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。

業務の見直しと標準化による改善策

業務の見直しと標準化による改善策について教えてください。

医療事故発生の要因のトップが「確認不足」であるということは、医療機関に共通した課題であり、またその原因として、しばしば業務多忙が挙げられます。

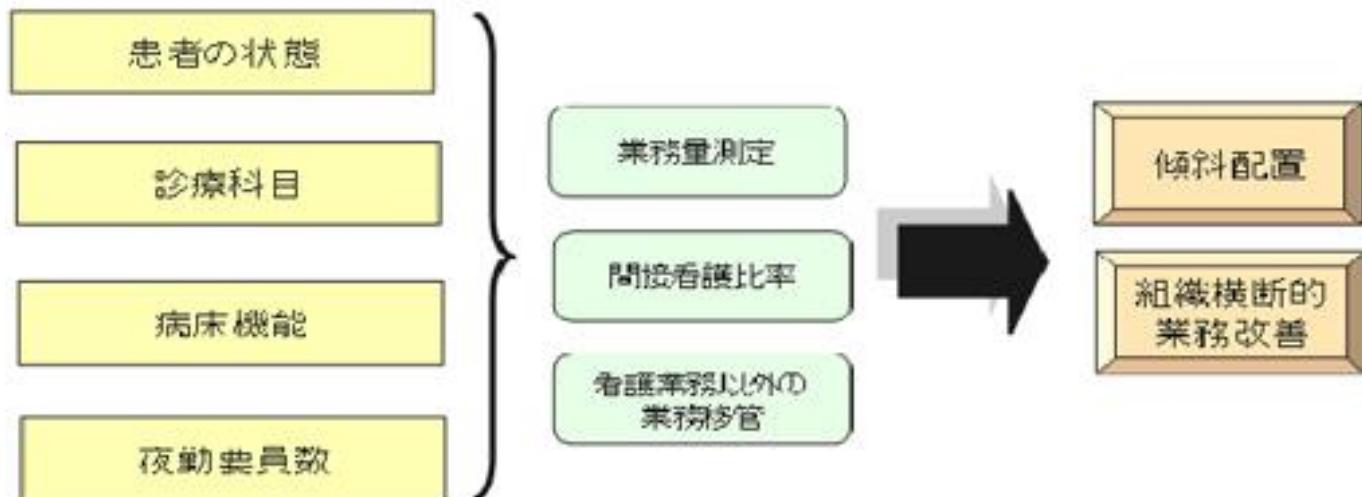
医療機関では、例えば急性期一般入院料3を算定している複数の病棟を比較すると、病床機能や診療科目などによって、業務量が異なるのが通常です。

具体的には、同じ看護配置を実施している病棟であっても、一方では重篤な患者が多く、他方は比較的状態の落ち着いた入院患者が多い場合には、業務量に差が生じてしまうということです。

この差を是正するためには、業務量に応じた看護体制を検討する必要があります。これがいわゆる傾斜配置といわれるものであり、配置を調整して職員一人当たりの業務量を標準化し、業務量の差を解消することが期待できます。

また、本来重視されるべき直接看護に対し、間接看護（様々な記録や患者への説明、注射薬の取り揃え、注射薬のミキシング等）との比率を分析して、その業務配分状況、また、他の部門に移管できる業務かどうかの判断など、看護部門と他部門間の横断的な業務改善への取組みについても、看護業務量の標準化に向けて重要なファクターになります。

さらに、業務移管などの人的要因と共に、記録の簡素化などはシステムを導入して改善を図るなど、ソフトとハードの両面での検討が必要です。



安全管理体制を構築する際の有効な方法

クリニックなどで安全管理体制を構築する際、 有効な方法はありますか？

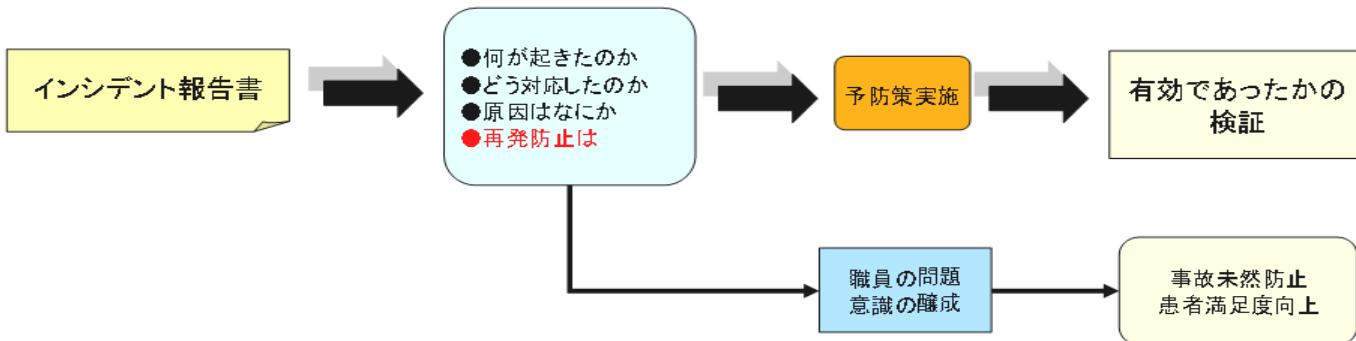
■クリニックや歯科などの医療機関では、ISO9001が有効

病院機能評価などの第三者評価は、その評価対象が病院のみであり、また院内の各部門に広く分散しているため、部門間の情報交換量の少なさや業務レベルの差、リスク対応の違いなどの問題点が顕在化することがあります。

その一方で、これらの審査受審および認定をゴールとするマニュアルの作成が多くなり、受審後の質と体制維持への不安もあります。

また、作成および改訂した規定等が、すべての職員に十分に周知徹底されなかったり、受審後に時間が経過すると手順遵守がおろそかになってしまったりするという声も多く聞かれるところです。一方、業務の品質を評価する「ISO9001」の認証取得が優れているのは、評価対象が規模に左右されておらず、ピアレビューによる徹底した内部監査システムを構築できることにより、他部門職員の視点から業務を監査する等の仕組みが出来上がる点です。その結果、現場でも気付かなかったり、見落とされてたりしたこと、手順書どおりに進められていない項目が、監査を通じて、客観的な指摘事項として顕在化する組織に醸成されます。

さらに、この指摘事項に基づき、処理完了まですべての手順が記録されるため、業務改善に繋がることが期待できます。



このような内部監査体制が機能することによって、病医院がこれまで培ってきたシステムやサービス、技術などを平準化・体系化することができ、さらにはすべて記録として保存されると共に、速やかに分析できる仕組みが整備されることはISOによるマネジメントシステムの最大のメリットといえます。

そして、このマネジメントシステムは、病医院運営や医療事故防止、患者満足度向上、品質管理の共通ツールとして有効に活用することができます。