

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.731 2022.7.19

医療情報ヘッドライン

医師の働き方改革に向け新たな調査 非常勤医師を含む宿日直の実態解明へ

▶厚生労働省

コロナ後遺症対応で地域格差 指定医療機関がある自治体は2割

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2022年7月15日号

第8次医療計画策定に向け 災害医療の検討を本格化

経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費 (令和3年度12月)

経営情報レポート

万が一の事故に備える 医療事故調査制度の概要

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

小規模病院存続の条件 生活習慣病に対する取り組み

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

医師の働き方改革に向け新たな調査 非常勤医師を含む宿日直の実態解明へ

厚生労働省

厚生労働省は7月11日、「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査（宿日直取得許可等取得状況調査）の実施について（依頼）」と題した事務連絡を发出。非常勤医師を含む勤務医の宿日直業務および、医療機関の宿日直許可申請の実態についての調査を行うことが明らかとなった。

厚労省はその狙いについて、2024年4月からの「医師の働き方改革」に向け、「労働時間短縮の取組や宿日直許可取得に向けた支援を行うとともに、必要な地域の医療提供体制を維持できるよう取組を進める」ためとした。その言葉どおり、調査結果が医療提供体制の整備方針などに影響する可能性がある。

■医療法上、宿日直許可の取得は必要ないが

そもそも宿日直勤務とは、通常の労働とは違ってほとんど労働の必要がない勤務のみを認めるもの。所轄の労働基準監督署長の許可が必要だ。一方で、医療機関の宿日直はこの許可を取得する必要がある。

根拠は医療法の第16条。「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない」となっており、厚労省が6月に出した「医療機関の宿日直許可申請に関する相談窓口FAQ22.06」にも記されている。

にもかかわらず、宿日直許可の申請を前向きに検討する医療機関は増えている。今年3月から4月にかけて実施された「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査」によれば、「2024年4月以降の時間外・休日労働時間が960時間を超える医師がいる見込みがある」と回答した529病院（うち、大学病院

の本院は69病院）のうち、3割以上の168病院がすでに宿日直許可を取得済み（うち、大学病院の本院は46病院）。申請予定の病院は234病院と全体の44%を占めており、7割以上が前向きな姿勢だということがわかる。

なぜ、必要がないのに取得を検討するのか。

前出の「医療機関の宿日直許可申請に関する相談窓口FAQ22.06」によれば、2つの理由があるようだ。1つは、「宿日直許可を受けた場合には、この上限規制（医師の働き方改革に伴う時間外労働の上限規制）との関係で労働時間がカウントされない」から。そしてもう1つは、「勤務と勤務の間の休息时间（勤務間インターバル）との関係で、宿日直許可を受けた宿日直（9時間以上連続したもの）については休息时间として取り扱える」からである。労働時間の上限規制で勤務シフトの編成が厳しくなるため、宿日直許可を取得することが大きな意味を持つというわけだ。

■厚労省は宿日直許可の申請を後押しする姿勢

なお、前述のように厚労省は「宿日直許可取得に向けた支援」に力を入れる姿勢を見せている。「医療機関の宿日直許可申請に関する相談窓口FAQ22.06」では、幅広いケースで宿日直許可が申請可能だと案内。

予定外の対応が多い「救急」や「産科」、そのほか、準夜帯以外の宿直時間だけに絞ることや、所属診療科や職種、業務の種類を限定した申請も可能だとしている。医師や医療従事者の待遇設計や求人状況にも影響しそうなだけに、今回の調査結果を含め、状況を引き続き注視する必要があるようだ。

医療情報
ヘッドライン
②

コロナ後遺症対応で地域格差 指定医療機関がある自治体は2割

厚生労働省

厚生労働省は、7月6日に「第2回新型コロナウイルス感染症の罹患後症状を呈する者への自治体における取組の調査結果について（周知）」と題した事務連絡を発出。

罹患後症状（いわゆるコロナ後遺症）への対応について、157自治体にアンケート調査を行った結果を発表した。それによれば、コロナ後遺症患者の受診先として指定している医療機関が「ある」と回答した自治体は32と全体の2割にとどまった。感染半年後でも4人に1人が後遺症に悩まされているとの調査結果も出ている中で、対応に地域格差がある現状が浮き彫りとなった格好だ。

■前回調査時よりも相談窓口は整備された

事務連絡の掲題に「第2回」とあるように、「第1回」の調査は昨年10月に行われ、結果は昨年12月に公表されている。都市部を中心に「医療崩壊」が問題となったいわゆる第5波が落ち着いた頃だが、後遺症に関する相談を受けているのは回答した134自治体の63%を占める85自治体だった。

ところが、新型コロナウイルス感染症に関する総合的な相談窓口こそ114自治体が設置していたものの、後遺症に対する電話窓口を設置していたのは8自治体。対面による相談窓口を設置していたのは4自治体だった。

そのときに比べれば、後遺症対応が進んだことは確かだ。第2回の調査が実施されたのは、第1回調査から8カ月が経過した今年6月だが、157自治体全てが後遺症相談を受け付けていると回答している。ただ、体制が十分かといえそうともいえない。患者から受診

先の相談があった場合、対応可能な医療機関を伝えているかとの設問に、「はい」と回答した自治体は93。残り64自治体（全体の41%）は「いいえ」と回答しており、相談には対応しても、具体的な治療支援につなげられていないことが明らかとなっている。

■対応に消極的な自治体も多い

これは“対応の遅れ”というよりも、消極的な姿勢の表れのようなのだ。

それが窺えるのが、「管轄の医療機関において、罹患後症状の専門外来がありますか」との設問。「わからない・把握していない」がもっとも多く、61自治体と全体の4割近くを占めているのである。さらに、設問以外での取り組みについて「ない」と回答した自治体が6割以上の100自治体もあり、今後新たな取り組みの予定がないと回答した自治体は8割以上の127自治体にのぼる。

コロナ後遺症は、多様な症状が報告されている。厚労省の新型コロナウイルス感染症対策推進本部がまとめた「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き 別冊 罹患後症状のマネジメント（第1版）」によれば、「倦怠感、息切れ、思考力や記憶への影響」などで日常生活にも支障をきたすほか、「症状消失後に再度出現することもある」とされている。コロナ禍は依然として収束とはいえない状況が続いており、今後の医療現場では幅広い後遺症対応が必要となる可能性が高い。「かかりつけ医」制度の整備が本格化すれば、診療所でも相應の措置が求められることになるのではないだろうか。

医療情報①
厚生労働省
WG

第8次医療計画策定に向け 災害医療の検討を本格化

厚生労働省は7月8日、「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ（WG）」（座長＝遠藤久夫・学習院大学教授）の会合を開き、第8次医療計画の策定に向けた災害医療の課題について議論した。この日厚労省は、以下について、それぞれ論点を提示した。

- ▼災害派遣医療チーム（DMAT）および災害派遣精神医療チーム（DPAT）
- ▼災害時に拠点となる病院 ▼止水対策を含む浸水対策 ▼医療コンテナの災害時等における活用

DMAT・DPAT については、以下を論点として示した。

- ▼新興感染症に係る活動を業務として位置づけた DMAT に対し、今後、DMAT の派遣や活動をより円滑に行えるように法令上の位置付けも含め、どのような対応が考えられるか
- ▼新興感染症対応が活動要領に明確化されていない DPAT に対し、今後、DPAT 派遣や活動をより円滑に行うため活動要領改正のほか、どのような対応が考えられるか
- ▼各種職能団体等において災害時等に支援活動を行う人材の養成が行われているが、今後の連携強化についてどう考えるか
- ▼災害時等で特に課題となる看護師を確実に派遣するため DMAT と同様都道府県知事と医療機関との協定に改めていくことについてどう考えるか

また、「災害拠点精神科病院」について、「第8次医療計画開始までに、すべての都道府県に対して災害拠点精神科病院を1カ所以上整備するよう求めているかどうか」を論点とした。

野木渡構成員（日本精神科病院協会副会長）は、「DMATは診療報酬上で補償されているが、DPATは派遣元に対する補償が何もなく、平時の研修会等も含めてすべてボランティアとなっている。加えて、災害時にDPATで派遣した職員に対して身分保障がない」と、DPATに対する補償の不備を指摘。さらに、社会医療法人の認定要件に、DMATは記載があるがDPATにはなく、精神科領域に対する制度的配慮を求めた。（以降、続く）

医療情報②
厚生労働省
公表

地域薬剤師 「アクションプラン」を公表

厚生労働省は7月11日、「『薬局薬剤師の業務および薬局の機能に関するワーキンググループ』の『とりまとめ』～薬剤師が地域で活躍するためのアクションプラン～」を公表した。

アクションプランでは、現状について、以下などと位置づけ。

- ▼薬局全体としては、小規模な薬局や、いわゆる門前薬局が多い
- ▼薬局ビジョンで掲げられた目標を達成しているとは言い難い
- ▼電子処方箋システムをはじめとする医療情報基盤が整いつつあり、こうしたデジタル技術への対応は必須

基本的な考え方として、以下の3点を掲げた。

- ①対人業務のさらなる充実：処方箋受付時以外の対人業務の充実が必要。また、対物業務を含む対人業務以外の業務の効率化が不可欠
- ②ICT化への対応：各種医療情報を活用して、薬局薬剤師DXを実現していくことが必要
- ③地域における役割：地域全体で必要な薬剤師サービスについて、地域の薬局全体で提供していくという観点が必要

そのうえで、具体的な対策（アクションプラン）として以下を挙げている。

【対人業務の充実】

- ▼処方箋受付時以外の対人業務
 - （▼調剤後のフォローアップの強化、▼医療計画における5疾病、▼薬剤レビュー、▼リフィル処方箋への対応等）を推進すべき（手引きの作成等）
- ▼好事例を均てん化するための方策や課題の収集、分析を行うべき

【対物業務の効率化】

- ▼調剤業務の一部外部委託、処方箋の40枚規制、院外処方箋に関する問い合わせの簡素化等について議論
- ▼調剤業務の一部について、とりまとめの内容を踏まえて具体的な安全基準等を検討する（委託可能な業務：一包化、委託先：同一3次医療圏内の薬局）

【薬局薬剤師DX】

- ▼薬局薬剤師DXの先進的な取り組みについて、好事例の共有が必要
- ▼データ連携基盤の構築を進めていくことが必要
- ▼薬局以外の場所でのオンライン服薬指導を可能とする方向で検討（2022年度予定）

【地域における薬剤師の役割】

- ▼他職種や病院薬剤師との連携
 - （①退院時のカンファレンス等への参加の促進、②他の医療提供施設への情報の発信等）
- ▼健康サポート業務の推進のための取り組み（健康サポート機能のエビデンスの収集・周知や、自治体等と連携した取り組み等）
- ▼薬局間連携（薬局間を調整するまとめ役の薬局について、地域連携薬局の拡充または発展形〔機能強化型〕で検討を進めることでどうか）

週刊医療情報（2022年7月15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。

最近の医療費の動向

/ 概算医療費（令和3年度12月）

厚生労働省 2022年4月28日公表

1 制度別概算医療費

●医療費

（単位：兆円）

		総 計	医療保険適用						公 費	
			75 歳未満					75 歳 以上		
			被用者 保険	本 人	家 族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
平成 29 年度		42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1
平成 30 年度		42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
令和元年度		43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
令和 2 年度 4～3月		42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
	4～9月	20.5	11.3	6.2	3.5	2.3	5.1	0.5	8.1	1.1
	4～12月	31.4	17.4	9.6	5.4	3.6	7.8	0.8	12.4	1.6
	10月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
	11月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
	12月	3.7	2.1	1.2	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
令和 3 年度 4～12月		33.0	18.8	10.6	5.9	3.9	8.2	1.0	12.8	1.5
	4～9月	21.8	12.4	7.0	3.9	2.6	5.4	0.7	8.4	1.0
	10月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
	11月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
	12月	3.8	2.2	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2

注1）審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を 10 倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注2）「医療保険適用」「75 歳未満」の「被用者保険」は、70 歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く 70 歳未満の者に係るデータである。（以下同）

注3）「医療保険適用」の「75 歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。なお、当該データは診療報酬明細書において、「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

●1人当たり医療費

(単位：万円)

		総計	医療保険適用						75 歳以上
			75 歳未満				国民健康保険	(再掲) 未就学者	
				被用者 保険					
					本人	家族			
平成 29 年度		33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2
平成 30 年度		33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9
令和元年度		34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2
令和 2 年度 4～3月		33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0
	4～9月	16.3	10.5	8.0	7.8	7.3	17.4	8.3	45.0
	10月	3.0	2.0	1.5	1.4	1.4	3.2	1.7	8.1
	11月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	3.0	1.6	7.6
	12月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.7	8.0
令和 3 年度 4～12 月		26.3	17.6	13.6	13.0	12.9	28.5	17.2	70.7
	4～9月	17.3	11.6	9.0	8.6	8.5	18.7	11.5	46.6
	10月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.3	1.9	8.0
	11月	3.0	2.0	1.5	1.4	1.4	3.2	1.9	8.0
	12月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.3	1.9	8.2

注1)「医療保険適用」「75 歳未満」の「被用者保険」は、70 歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く 70 歳未満の者に係るデータである。

注2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

		総 計										
			診療費				調剤	入院時 食事療養等	訪問 看護療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
				医科 入院	医科 入院外	歯科						
平成 29 年度		42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9
平成 30 年度		42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0
令和元年度		43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0
令和 2 年度4～3月		42.2	33.5	16.3	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.0	21.7	3.0
	4～9月	20.5	16.3	8.0	6.9	1.4	3.7	0.4	0.17	8.3	10.5	1.4
	10月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
	11月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
	12月	3.7	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
令和 3 年度4～12月		33.0	26.4	12.6	11.4	2.4	5.8	0.6	0.32	13.1	17.2	2.4
	4～9月	21.8	17.4	8.3	7.6	1.6	3.8	0.4	0.21	8.6	11.4	1.6
	10月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
	11月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
	12月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3

注) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。

入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

●受診延日数

(単位：億日)

	総 計	診療費				調剤	訪問看護 療養
			医科入院	医科入院外	歯科		
平成 29 年度	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
平成 30 年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和 2 年度 4～3月	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
	4～9月	11.2	11.1	2.2	7.0	1.9	0.15
	10月	2.1	2.1	0.4	1.3	0.4	0.03
	11月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.03
	12月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.03
令和 3 年度 4～12月	18.0	17.8	3.3	11.5	3.0	6.1	0.27
	4～9月	11.9	11.7	2.2	7.6	2.0	0.18
	10月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.03
	11月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.03
	12月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.03

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。
受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

●1日当たり医療費

(単位：千円)

	総 計	医科入院		医科 入院外	歯科	調剤	訪問看護 療養	(参考) 医科入院外 +調剤
		食事等 含まず	食事等 含む					
平成 29 年度	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
平成 30 年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
令和 2 年度 4～3月	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
	4～9月	18.2	36.5	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
	10月	17.8	38.0	9.5	7.7	9.5	11.5	14.4
	11月	18.1	37.6	9.7	7.7	9.5	11.6	14.7
	12月	18.2	37.7	9.7	7.8	10.0	11.5	15.1
令和 3 年度 4～12月	18.3	38.6	40.3	10.0	7.9	9.6	11.7	15.0
	4～9月	18.3	38.3	10.0	7.9	9.5	11.7	15.0
	10月	18.3	39.1	9.9	7.9	9.5	11.6	14.9
	11月	18.3	39.4	9.9	7.9	9.5	11.6	14.9
	12月	18.5	38.8	9.9	8.0	10.0	11.7	15.3

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外を受診延日数で除して得た値である。歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。

最近の医療費の動向/概算医療費(令和3年度12月)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。



万が一の事故に備える

医療事故調査 制度の概要

1. 医療事故の発生と相談件数の実態
2. 医療事故調査制度設立の背景と根拠法令
3. 事故発生から再発防止の提言までの流れ
4. 医療事故発生時の対応ポイント



■参考資料

【一般社団法人 日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）ホームページ】：

研修ワークブック 院内調査のすすめ方 医療事故調査・支援センター 2021（令和3）年3月 年報

1

医業経営情報レポート

医療事故の発生と相談件数の実態

医療法では医療事故を「医療に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産」であり、かつ「管理者が予期しなかったもの」と定義しています。

医療事故は様々な要因が複雑に影響し合って発生しています。その根底には、人間の誤認識や誤動作によって引き起こされる「ヒューマンエラー」があります。人間は必ず何らかのミスを行います。ヒューマンエラーの発生を完全に防ぐことは不可能だと言ってもいいでしょう。

医療を行う者にとって医療事故はあってはならないことです。しかし、残念ながら全ての医療機関が事故なく医療行為を行うということは現実的に難しく、大病院から小さなクリニックまでその可能性を秘めています。

■ 医療事故報告件数

多くの職種が連携して診療を行う「医療機関」においてはスタッフ同士のやり取りの中でヒューマンエラーが発生してしまい、ちょっとしたミスが命にかかわる深刻な問題にまで発展してしまうことがあります。

こういった事故は、医療機関の信頼を失墜させてしまうばかりでなく、患者の安全性を脅かし、多額の賠償責任を負うなど、取り返しのつかない大きな損害につながりかねません。

日本で唯一の医療事故調査・支援センターである「日本医療安全調査機構」にはたくさんの医療事故に関する情報が集まり、日々情報公開を行っています。「医療事故調査・支援センター2021年年報」によると医療事故発生報告件数は年々減少傾向にあるものの、一定数存在しているのが現実です。

◆ 医療事故発生報告の状況



出典：
医療事故調査・支援センター
2021年年報

また、2015年10月から2021年12月までの約6年間の報告件数を都道府県別にみると福井県、山梨県、高知県などは一桁台となっておりますが、東京を始め人口が密集している都道府県は三桁台にのぼっています。

2

医業経営情報レポート

医療事故調査制度設立の背景と根拠法令

■ 医療事故調査制度設立の背景

医療法の改正によって2015年10月より「医療事故調査制度」が施行されました。医療事故調査制度は医療法に基づき、予期しない死亡の原因を調査し、再発防止を図る制度です。

制度が設立される以前にも数々の医療事故が繰り返され、人々の「医療安全」に対する関心が高まり、厚生労働省や医療界、医療事故の被害者から医療事故の再発防止のため医療事故調査制度の創設が切望されていました。

2012年2月には厚生労働省の「医療事故に係る調査の仕組等のあり方に関する検討部会」が発足し、2013年5月に同検討部会の意見を取りまとめ、同意見を受けてすべての医療機関に対する法律上の義務として「医療事故調査制度」が創設されました。

■ 医療事故調査制度に関する法令

「一般社団法人 日本医療安全調査機構（以下、機構）」は、医療法第6条の15の下「医療事故調査・支援センター」として日本で唯一の厚生労働大臣の指定を受けています。

◆医療法第6条の15

厚生労働大臣は、医療事故調査を行うこと及び医療事故が発生した病院等の管理者が行う医療事故調査への支援を行うことにより医療の安全の確保に資することを目的とする一般社団法人または一般財団法人であって、次条に規定する業務を適切かつ確実に行うことができると認められるものを、その申請により、医療事故調査・支援センターとして指定することができる。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定による指定をしたときは、当該医療事故調査・支援センターの名称、住所及び事務所の所在地を公示しなければならない。
- 3 医療事故調査・支援センターは、その名称、住所または事務所の所在地を変更しようとするときは、あらかじめ、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。
- 4 厚生労働大臣は、前項の規定による届出があったときは、当該届出に係る事項を公示しなければならない。

機構は医療法第6条の16で定められている「医療事故に関する業務」を行っており、医療現場の安全の確保を目指して、調査の相談・支援から分析や、再発防止のための普及・啓発などを行っています。

◆医療法第6条の16

医療事故調査・支援センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 第6条の11第4項の規定による報告により収集した情報の整理及び分析を行うこと。
- 二 第6条の11第4項の規定による報告をした病院等の管理者に対し、前号の情報の整理及び分析の結果の報告を行うこと。
- 三 次条第1項の調査を行うとともに、その結果を同項の管理者及び遺族に報告すること。
- 四 医療事故調査に従事する者に対し医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修を行うこと。
- 五 医療事故調査の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び支援を行うこと。
- 六 医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行うこと。
- 七 前各号に掲げるもののほか、医療の安全の確保を図るために必要な業務を行うこと。

3

医業経営情報レポート

事故発生から再発防止の提言までの流れ

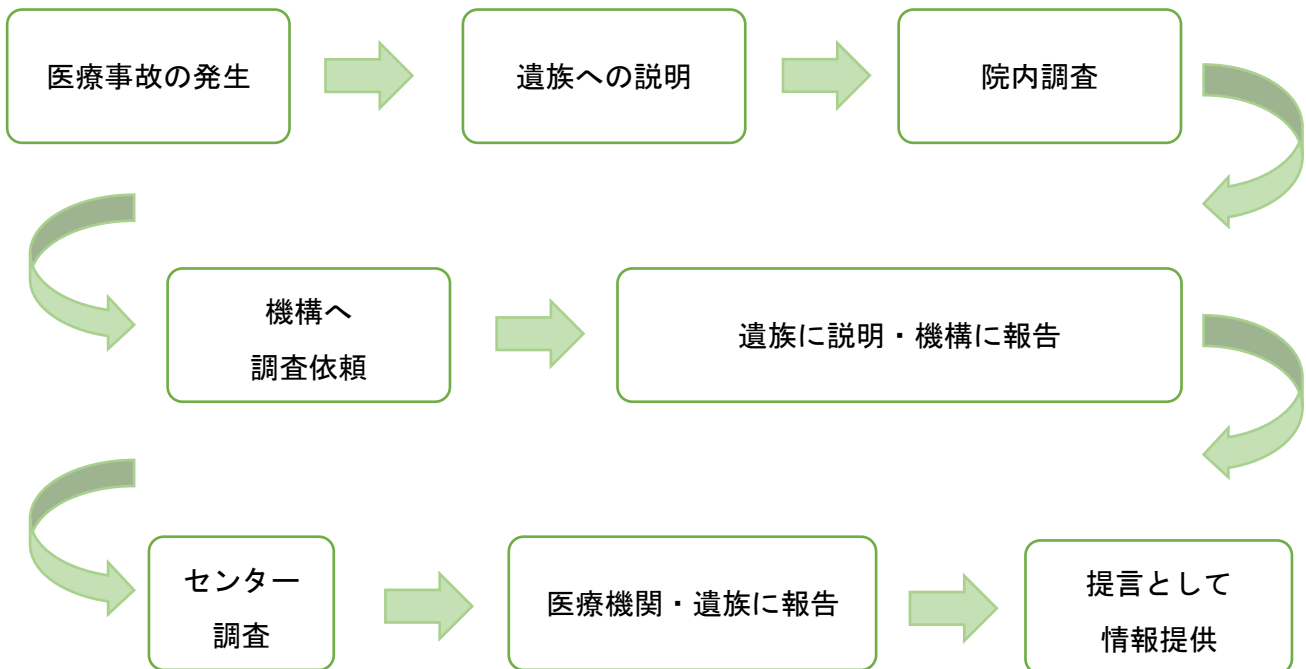
■ 医療事故から普及啓発までの流れ

医療事故調査を行う際には、医療機関は「医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする」とされており、医療の専門家の支援を受けながら調査を行います。

院内事故調査の終了後、調査結果を遺族に説明し、機構に報告します。

その後、医療機関が「医療事故」として機構に報告した事案について、遺族または医療機関が機構に調査を依頼した時に調査を行います。

◆医療事故発生から再発防止の提言までの流れ



■ センター調査

センター調査とは、医療機関が医療事故調査制度における対象として「医療事故」に該当すると判断し、すでに機構に報告した事例に対して、ご遺族または医療機関が機構に調査を依頼した場合に行う調査です。

センター調査は、院内調査結果の医学的検証を行うことにより事故の原因を明らかにし、再発防止を図ることで医療の質と安全の向上に資することを目的としています。また、個人の責任追及を目的とするものではありません。

センター調査は院内調査により記録の検証は終了していることが多いと考えられるため、原則、院内での調査が終了してから調査を開始します。

また、約3か月以内程度で院内調査の結果が得られることが見込まれる場合には、院内調査の結果を受けてその検証を行うこととなります。

4

医業経営情報レポート

医療事故発生時の対応ポイント

■ 医療事故発生時

医療安全担当者は、医療事故発生直後の対応として、発生状況を迅速に把握し、管理者に報告して対応を協議します。緊急対応（緊急対応会議等の開催）では、「医療事故」か否かの判断をします。また、平時から各支援団体（地方協議会）の連絡先などを一覧にしておき、スムーズに連絡が取れるよう整備しておくことが重要です。

機構では院内調査の進め方として研修資料を公開しています。以下は医療事故発生直後の対応の手順です。医療事故か否かである判断は、医療機関の管理者が組織として判断することとなっていますが、様々な事例があり、判断に迷う例も多いです。研修資料の中には医療事故の報告対象と考えられる事例が挙げられていますので、ご確認ください。

◆医療事故発生直後の対応手順

- ① **医療安全担当者は、医療事故の概要に関する情報を収集し、状況を把握、「事例概要」としてまとめる。**
 - ・診療記録から概要を確認する
 - ・可能な限り現場に赴く
 - ・関係者に、事実関係のみ端的に聞き取りをする
 - ・患者・家族への説明状況と理解度を把握する
 - ・収集した情報をA4用紙1枚程度にまとめる
- ② **緊急対応会議を招集し、以下を協議する（構成メンバーは病院幹部、関連する診療科・職種）**
 - ・事例概要の共有
 - ・解剖・死亡時画像診断（Autopsyimaging：Ai）の必要性の判断とその説明者の決定
 - ・院内調査委員会を設置するか判断
 - ・医療事故か否かの判断〔医療事故調査・支援センター（以下「センター」）への報告の判断〕
 - ・警察・行政への報告の必要性の判断
 - ・公表の有無および公表方法の決定
 - ・患者・遺族への対応者の決定
 - ・対外的な窓口の決定
- ③ **救命対応で診療記録に未記載のメモなどは、追記と分かるように速やかに記載する**
- ④ **「医療事故」の判断に迷う場合や支援が必要な場合は、支援団体連絡協議会窓口、もしくはセンターに相談する**

出典：日本医療安全調査機構 研修ワークブック 院内調査のすすめ方 2020年度 研修資料

■ 院内調査の進め方

院内調査委員会は当該医療機関が主体的に設置・運営します。この委員会は当該事例について収集した情報を検証し、報告書にまとめます。

「中立・公正性」、「専門性」、「透明性」が求められることから、院外から当該事例領域における医療の専門家（外部委員）の参加が原則となっています。

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。

ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

小規模病院存続の条件

小規模病院が将来的に存続するための条件を教えてください。

50床程度の一般（急性期）病院の開設を検討する場合の経営計画を、事例として紹介します。

1. 立地条件

① 競合が比較的少ない診療圏を選択（都市部を回避）する

⇒ 大規模な交通機関に近接するなど、様々な交通アクセスが確保できる位置を確保

② 若年層が居住し、近隣に回復期・慢性期患者の転院が可能な信頼性の高い病院があり、また地域連携のネットワークが構築されている地域を選択する

2. 標榜診療科目

外科、整形外科、消化器内科、神経内科、産婦人科、小児科、麻酔科等

＊日帰り手術を中心とする外科系であれば、麻酔科は必須

3. 診療体制

① 急性期病院の要件を全て満たし、外来部門を重点スペースに据える

② 救急告示（内科系、外科系、産婦人科、小児科）

③ 地域に対する保健活動（検診、人間ドック、地域セミナー等）への積極的取り組み

4. 医療情報管理

① 電子カルテ・オーダーリングシステムの導入（データ提出加算の必須）

② 診療録管理体制の整備

③ 医療情報交換ネットワーク・システムの完備（参加）、地域医療連携体制の充実

5. 経営管理体制

様々な医療サービス提供に対応可能な経営体制をもつ医療機関として、診療部門と経営管理部門の機能を分離し、経営に関わる意思決定機関を最上部に置く組織体制とする。

ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

生活習慣病に対する取り組み

生活習慣病に対する今後の取り組み方法についてアドバイスをお願いします。

基本方針として掲げられている項目は次のようなものです。

(1) 一次予防の重視

健診による早期発見又は治療にとどまることなく、健康を増進し、疾病の発病を予防する「一次予防」に一層の重点を置いた対策を推進する。

(2) 健康づくり支援のための環境整備

健康に関わる様々な関係者がそれぞれの特性を生かしつつ連携することにより、生活習慣を改善し、個人が健康づくりに取り組むための環境を整備し、社会全体として総合的に支援する。

(3) 目標等の設定と評価

健康状態等に関する情報を共有し、現状及び課題について共通の認識を持った上で、保健医療上の重要な課題を選択し、科学的根拠に基づいて、取り組むべき具体的な目標を設定し、目標に到達するための具体的な諸活動の成果を適切に評価して、その後の健康づくり運動に反映できるようにする。

(4) 多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進

個人による選択を基本とした、生活習慣の改善等の国民の主体的な健康づくりを支援するため、マスメディア等による広範な情報伝達手段や保健事業を活用した個別健康教育等により、それぞれの特徴を生かしたきめ細かな情報提供を推進する。

また、地域住民全体に対する働きかけと生活習慣病を発症する危険度の高い集団への働きかけを、適切に組み合わせる等により、対象者の特性やニーズ等を十分に把握しながら、運動を効果的に推進することに配慮することが重要とされています。

よって、患者や地域住民に対する「運動療法」等の予防給付のほか、健康相談や疾病発症前の健康増進に関する指導等の取り組みが考えられます。

さらに、こうした視点に基づき、現在実施されている老人保健事業との相互連携が、効率的かつ一体的に実施されることが求められるといえます。