

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.761 2023.2.28

医療情報ヘッドライン

「総合確保方針」の見直しが決定 基本的方向性は全項目を変更

▶厚生労働省 医療介護総合確保促進会議

コロナ後遺症対応の医療機関を公表へ 厚労省対策本部が都道府県に依頼

▶厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部

週刊 医療情報

2023年2月24日号

ゲノム中核拠点病院、 1施設増の13施設指定へ

経営TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定) (令和4年9月分)

経営情報レポート

マイナンバーカード普及で需要が拡大する オンライン資格確認の概要と導入事例

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:医療事故とリスクマネジメントの現状 リスクマネジメントの現状 リスクの推定、評価の方法

京都税理士法人
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社
〒601-8328 京都市南区吉祥院九条町30番地1 江後経営ビル
TEL: 075-693-6363 FAX: 075-693-6565
滋賀本社
〒525-0059 滋賀県草津市野路1丁目4番15号 センシブルBLDG ZEN 6階
TEL: 077-569-5530 FAX: 077-569-5540

「総合確保方針」の見直しが決定 基本的方向性は全項目を変更

厚生労働省 医療介護総合確保促進会議

厚生労働省は、2月16日の医療介護総合確保促進会議で、地域の医療および介護の方針となる「総合確保方針」の見直し案を提示し、了承された。「総合確保方針」の「意義」には「生産年齢人口の減少の加速等を見据え」の文言が追加された一方、現行の「切れ目のない」が削除された。

「基本的方向性」は現行の5項目すべてが変更され、現行の第1項目である「効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築」は「『地域完結型』の医療・介護提供体制の構築」と変更された。

■「担い手が急速に減少」への危機感があらわに

「総合確保方針」は、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」。市町村が作成する「医療計画」および「介護保険事業計画」、都道府県が作成する「介護保険事業支援計画」の指針となる。

医療計画、介護保険事業計画、介護保険事業支援計画とも2024年度から新たな期に入るため（第8次医療計画および第9期介護保険事業計画）、今回の見直し案は今後の医療行政および介護行政に大きく影響することは間違いない。

そうした背景を踏まえると、見直しにあたってどのような視点が盛り込まれているかを把握しておく必要がある。厚労省が参考資料として公開している「総合確保方針の改定に向けた論点及び主な意見について」を見ると、第1の論点として「人口構造の変化への対応」が示されている。2025年に団塊の世代が全

員後期高齢者となるのは周知の事実だが、前述のとおり「生産年齢人口の減少が加速する」点がトップに挙げられているのが目を引く。

それを受け、「医療・介護サービスの担い手、言い換えれば医療保険制度・介護保険制度の支え手が急速に減少するので、これまで以上に各地域で医療・介護提供体制の最適化を図っていかないと、必要なサービス提供だけではなく、保険制度の持続可能性そのものが確保できない。この点を次期確保方針ではより明確に書き込んでいくべき」という意見や「次期の将来人口推計が公表された後には速やかに医療・介護の給付の見通しや地域の動向等々について推計を行い、議論を深めていく必要があるのではないか」という意見を転記。とりわけ後者で指摘された人口推計を踏まえた議論は現実的なだけに、中長期の医療行政を見通すうえでチェックすべきポイントだろう。

■いわゆる「介護助手」の導入も盛り込まれる

なお、全項目が見直された「基本的方向性」は「『地域完結型』の医療・介護提供体制の構築」「サービス提供人材の確保と働き方改革」「限りある資源の効率的かつ効果的な活用」「デジタル化・データヘルスの推進」「地域共生社会の実現」の5項目。

2つ目の「サービス提供人材」については、「介護助手」の導入も含めた多様な人材の活用を進めるとした。いわゆる2025年問題を前に、加速する人口減少への現実的な対応が始まったといえそうだ。

コロナ後遺症対応の医療機関を公表へ 厚労省対策本部が都道府県に依頼

厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部

厚生労働省の新型コロナウイルス感染症対策推進本部は、2月20日に「新型コロナウイルス感染症の罹患後症状に悩む方の診療をしている医療機関の選定及び公表等について（依頼）」と題した事務連絡を発出。いわゆる「コロナ後遺症」の診療をしている医療機関を4月28日までにピックアップしてウェブサイト上で公表するよう各都道府県に依頼した。

■1年後でも30%が後遺症という調査も

事務連絡では、コロナ後遺症の診療をしている医療機関について、「コロナ罹患後症状に悩む方の診療をしている」、「コロナ罹患後によくみられる各症状のうち、診療をしている症状を明確にできる」、「コロナ罹患後症状に悩む方の診療をしている医療機関として医療機関名、住所、連絡先、コロナ罹患後症状に悩む方の診療をしている診療科名等の公表が可能」の3点を満たしていることを要件とした。

ちなみに、罹患後症状の例については、厚労省ウェブサイト内のコンテンツ「新型コロナウイルス感染症の罹患後症状（いわゆる後遺症）について」にまとめられており、役所などで貼付できるようPDFデータとして共有されたドキュメントには、「疲労感・倦怠感」「関節痛」「筋肉痛」「咳」「脱毛」「記憶障害」「集中力低下」など19の症状が挙げられている。

厚労省が取りまとめている「新型コロナウイルス感染症 診療の手引き」の別冊「罹患後症状のマネジメント」によれば、新型コロナウイルス感染症の診断を受けた1年後でも

30%程度に1つ以上の罹患後症状が認められたという。「いずれの症状に関しても経時的に有症状者の頻度が低下する傾向を認めた」としてはいるが、その人のQOLが下がることは疑いようがない。

少なくとも、対応医療機関にアクセスしやすい環境は早期に整える必要があり、その意味で4月28日と期限を切った今回の依頼には効力が期待できよう。

■対応医療機関情報を非公表なのは28道府県

なお、厚労省はかかりつけ医や地域の医療機関への相談を呼びかけ、「自治体によっては相談窓口を設置している場合や相談できる医療機関のリストをホームページで公開している」と前述のドキュメントにも記している。

しかし、事務連絡には「コロナ罹患後症状に悩む方の診療をしている医療機関の選定及び医療機関リストの公表については、令和5年2月現在、約4割の都道府県において実施」と明記。つまり、約6割の自治体は未対応と地域差があるのだ。

ある報道機関が独自調査したところでは、コロナ後遺症に対応する医療機関をウェブサイト上で公表しているのは東京や神奈川、大阪、福岡など19都府県。

もっとも対応医療機関が多いのは東京で482、次いで福岡312、神奈川221。残りの28道府県は非公表の理由について「一部の医療機関に負担が集中する」「かかりつけ医が受け皿になっている」などを挙げており、現実的には対応しきれていない地域が存在することが明らかとなっている。

医療情報①
 厚生労働省
 検討会

ゲノム中核拠点病院、 1施設増の13施設指定へ

厚生労働省は2月13日、「第4回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会」を開催した。議論に先立ち、「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」の座長を務める中釜齊氏（国立がん研究センター理事長）を同検討会の座長に選出。

中釜座長は、「本検討会では日本におけるがんゲノム医療推進の中核となる拠点病院を指定するという大きな役割を担っている。難しい判断となるが病院からの発表内容をよく吟味して適正な評価をしていただきたい」と挨拶した。

「がんゲノム医療中核拠点病院」などについては、「がん診療連携拠点病院」や「小児がん拠点病院」などと同様に2023年4月から新たな指定要件（整備指針）による見直しが必要とされ、同日の検討会では「がんゲノム医療中核拠点病院」などの指定にかかる考え方などについて議論するとともに、非公開の場で対象施設のヒアリングを実施した。

23年度以降の「がんゲノム医療中核拠点病院」の指定（指定期間は4年間）に関しては17施設から申請が出されており、その中から13施設が選ばれた。書面評価と同日のヒアリングでの評価を踏まえて、年度内に新たな「がんゲノム医療中核拠点病院」が指定される（通知される）ことになる。また、来月に開催を予定している同検討会では、「がんゲノム医療拠点病院」の指定申請をした施設に加え、今回の「がんゲノム医療中核拠点病院」の選定に漏れた施設中から「がんゲノム医療拠点病院」の指定を希望する施設も含め、改めて検討することになる。

23年1月現在のわが国のがんゲノム医療提供体制は、人材育成、診療支援、治験・先進医療主導、研究開発を担い、がんゲノム医療を牽引する「がんゲノム医療中核拠点病院（12カ所）」、がん遺伝子パネル検査の医学的解釈が自施設で完結できる医療機関であり、医療提供体制については中核拠点病院と同等、人材育成、治験・先進医療などについては連携病院と同等の「がんゲノム医療拠点病院（33カ所）」、そして、中核拠点病院・拠点病院と連携してがん遺伝子パネル検査を実施する「がんゲノム医療連携病院（191カ所）」の3つの施設類型で対応している。同日の検討会で事務局は、改めて整備指針で定める評価項目として、以下を示した。（以降、続く）

- ①がん遺伝子パネル検査及びエキスパートパネルの体制・実績
- ②遺伝カウンセリングなどの体制・実績
- ③臨床情報やゲノム情報の収集・管理・登録に関する体制・実績
- ④手術検体などの生体試料の新鮮凍結保存に関する体制・実績
- ⑤治験・先進医療・患者申出療養、その他臨床研究などの体制・実績
- ⑥患者・家族への情報提供体制
- ⑦がんゲノム医療に関する人材育成や教育などの体制・実績

- ⑧がんゲノム医療における連携体制 ⑨小児がん症例への対応
 ⑩地域性への対応 ⑪その他の特記事項（優れた点や特徴）

医療情報②
 厚生労働省
 事務連絡

個人防護具売却の概要が決定

～売却の具体的内容、手続などについて事務連絡

非滅菌手袋を含む個人防護具の5物資（サージカルマスク、N95マスク、アイソレーションガウン、フェイスシールド及び非滅菌手袋）の国備蓄品の売却について検討してきた厚生労働省は2月16日、サージカルマスクについて先行して売却入札を開始するとともに、それ以外の4物資についても順次、売却を実施する予定であるとして、現時点での売却の具体的内容、手続などについて事務連絡を発出した。これまで国の医療用物資の備蓄のうち、使用期限切れまで1年程度の製品などを対象に売却を実施して、その有効活用を図っていくこととしてきており、今回発出された医療用物資の売却の実施も、このような備蓄事業の円滑な運営に寄与するものとして行われる。売却に当たっては、一般競争入札や公募の仕組みによることを通じて、適正な価格で売却放出を実施していくことになるという。医療機関などの具体的な購入方法の概要は以下の通り。

【販売業者などからの購入】

売却は一般競争入札や公募の仕組みにより行うこととしているため、国から購入する（応札・応募する）のは入札参加資格を有する事業者（販売業者など）と想定しており、医療機関などは原則、販売業者などに、国の売却製品を取り扱っているか否かの確認、購入条件などの相談、購入の申込みなどを行って、販売業者などから購入することを想定している。

医療機関などが販売業者などへの購入の相談、申込みなどを行う場合、販売業者などで国の売却入札・公募への応札・応募を検討し、応札・応募の期限までの期間中に所定の書類を提出することを想定している。ただし、医療機関などが国備蓄品の売却入札・公募に応札・応募する場合は、国から購入することができる。

【G-MISの活用】

医療機関などが購入を希望する場合、通常取引している販売業者などに相談や申込みなどを行うことが想定されるが、その際、その販売業者などが購入希望製品を取り扱っていない場合もある。このような場合などでも、購入希望製品を取り扱っている販売業者などにつながるよう、医療機関の購入希望を、G-MISを活用して調査し、都道府県単位で販売業者などに提供する仕組みを設けている。

【売却製品の納品】

売却製品は、サージカルマスクについては全部の製品について国がその負担で、売却入札・公募での買受人（販売業者など。ただし、医療機関などが応札・応募して買受人となった場合は、当該医療機関など）に配送する「配送方式」。原則、週1回で5回以内の配送を行うこととしており（即時での引渡しではない）、配送頻度を引き上げるとともに、配送数量を小口化する。それ以外の4物資についても、「配送方式」を設定することを検討している。

納品方法が「配送方式」で設定された売却製品の売却入札・公募では、国の配送費用などを除いた製品の購入価格で、競争を実施することとなる。

介護保険事業状況報告(暫定) (令和4年9月分)

厚生労働省 2022年12月7日公表

概要

1 第1号被保険者数(9月末現在)

第1号被保険者数は、3,589万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(9月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、697.2万人で、うち男性が221.8万人、女性が475.4万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約19.1%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである。)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、413.8万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、90.7万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

5 施設サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

施設サービス受給者数は96.0万人で、うち「介護老人福祉施設」が56.7万人、「介護老人保健施設」が34.5万人、「介護療養型医療施設」が0.8万人、「介護医療院」が4.2万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない。)

6 保険給付決定状況(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,881億円となっている。

(1) 再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅（介護予防）サービス分は4,239億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,446億円、施設サービス分は2,731億円となっている。

(2) 再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

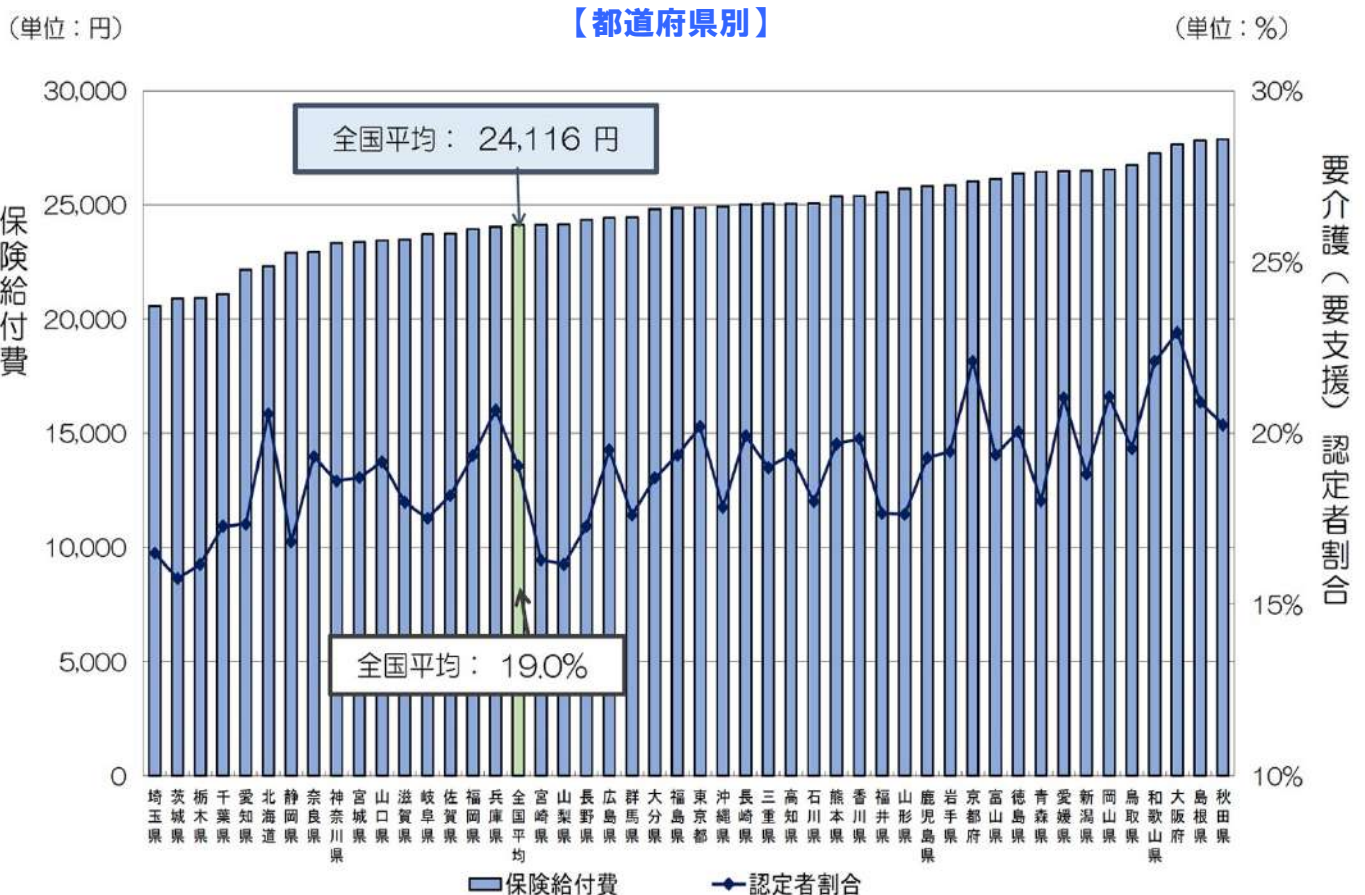
高額介護（介護予防）サービス費は215億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は40億円となっている。

(3) 再掲:特定入所者 介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は209億円、うち食費分は113億円、居住費（滞在費）分は96億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である。）

第1号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護(要支援)認定者割合



- ※1 保険給付費（第2号被保険者分を含む）には、高額介護（介護予防）サービス費(各月)、特定入所者介護（介護予防）サービス費を含む。
- ※2 要介護（要支援）認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。
- ※3 保険給付費は、令和4年7月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数は、令和4年7月末実績である。



医 業 経 営

マイナンバーカード普及で需要が拡大する

オンライン資格確認 の概要と導入事例

1. オンライン資格確認の概要と利用需要の見通し
2. オンライン資格確認導入のメリット
3. 導入手順と補助金の概要
4. クリニックにおける導入事例とQ&A



■参考資料

【厚生労働省】：オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）

【総務省】：2019 マイナポイント事務局ホームページ 【社会保険診療報酬支払基金】：オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係 医療機関等向けポータルサイト

1

医業経営情報レポート

オンライン資格確認の概要と利用需要の見通し

■ オンライン資格確認とは

オンライン資格確認導入の背景には、少子高齢化の状況下において、質が高く、効率的な医療・介護サービスを提供するために医療データの利活用基盤を構築し、個人の状態にあった健康管理と医療・介護を提供するという目的があります。

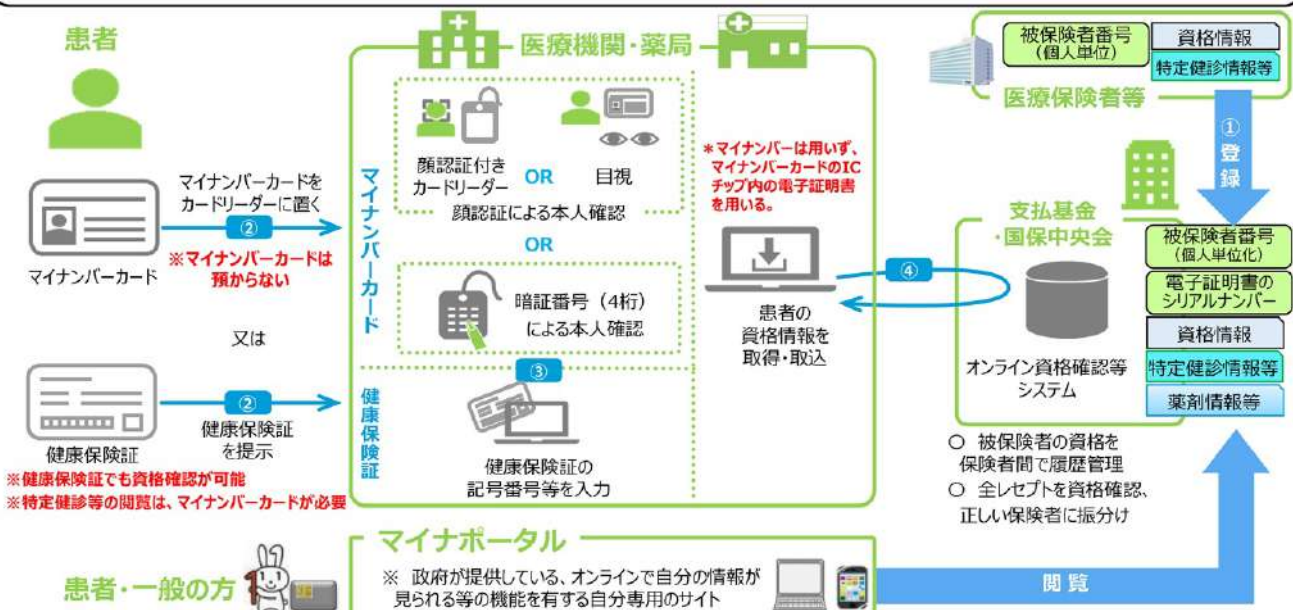
医療機関にとっては、オンライン資格確認を導入することにより、必要項目の手入力による作業コストの削減や患者の資格情報をいち早く確認できるようになります。今までは患者の資格確認をするために、健康保険証に記載されている必要な項目（保険証記号・番号、氏名、生年月日、住所など）を医療機関システムへ一つずつ入力する必要がありました。さらに、その場で資格情報を確認することが難しかったため、レセプトが返戻された際に被保険者の資格情報がわからず、医療費の一部を医療機関が負担せざるを得ないといった現状もありました。

こうした背景の下、オンラインで患者の資格情報を確認できる「オンライン資格確認」が2021年10月からスタートしました。

◆ オンライン資格確認の概要

オンライン資格確認の導入（マイナンバーカードの保険証利用）について

- オンライン資格確認等システムの導入により、
 - ① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できるようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による事務コストが削減**できます。
 - ② また、マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を受けられる環境**となります（マイナポータルでの閲覧も可能）。



（出典）厚生労働省 オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）

2

医療経営情報レポート

オンライン資格確認導入のメリット

■ オンライン資格確認導入のメリット

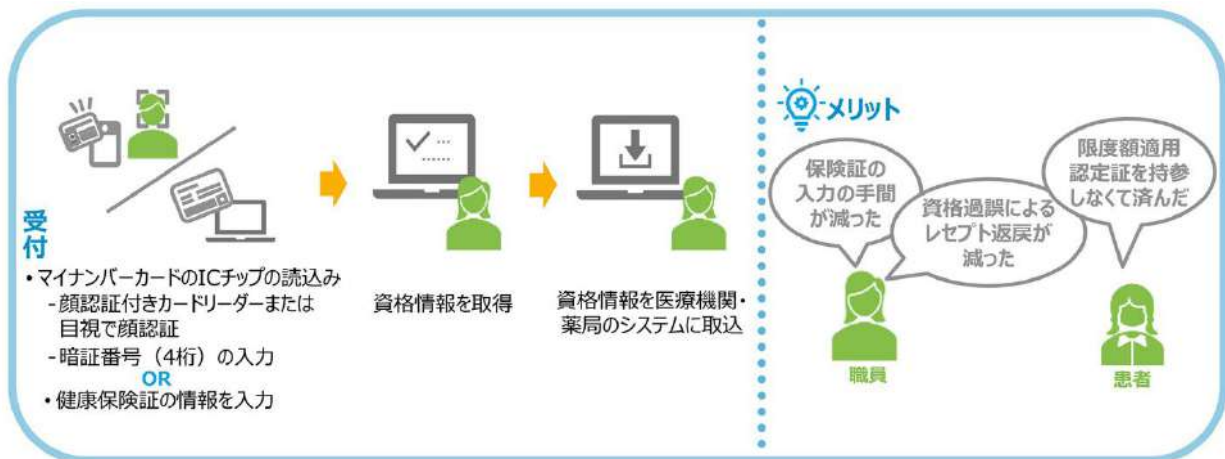
オンライン資格確認を導入することで様々なメリットがあります。そのうち、「厚生労働省 オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）」に示されている主な導入メリット等について紹介していきます。

(1) 即時に資格確認ができることでレセプト返戻が減り、窓口の手間を削減できる

オンライン資格確認を導入することで患者の保険資格がその場で確認できるようになるため、資格過誤によるレセプト返戻が減り、窓口業務が軽減されます。

ただし、資格確認の対象となるのは、健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証等の保険者がシステム管理している証類です。自治体が管理している公費負担・地方単独事業に伴う証類は運用開始時点では対象にならず、引き続き検討することとしています。

◆ オンライン資格確認による受付



（出典）厚生労働省：オンライン資格確認の導入で事務コストの削減とより良い医療の提供を～データヘルスの基盤として～

(2) 薬剤情報や特定健診等情報を閲覧できる

常時、支払基金・国保中央会とオンラインで接続されるため、支払基金・国保中央会の情報を医療機関・薬局に提供することができるようになり、マイナンバーカードを用いて本人から同意を取得した上で、薬剤情報や特定健診等情報を医療機関・薬局で閲覧することが可能です。薬剤情報は、レセプトから抽出された情報となります。

注意点としては、「マイナンバーカードによる資格確認」でなければ患者の薬剤情報・特定健診等情報を取得することができないという点です。

3

医業経営情報レポート

導入手順と補助金の概要

■ オンライン資格確認の利用に向けた準備作業

オンライン資格確認の利用に向けた準備作業は、以下の4ステップです。

(1) 顔認証付きカードリーダー選定・申し込み

医療機関等向けポータルサイトの「顔認証付きカードリーダーカタログ」にて、製品紹介動画等閲覧の上、いずれの製品を希望するかを検討します。

(2) システム事業者へ発注

システム事業者へ連絡し、見積を依頼する際に「導入を希望する時期」「顔認証付きカードリーダーの製品名」を伝えます。見積内容を確認した後に発注します。

(3) 導入・運用準備

オンライン資格確認利用申請を医療機関等向けポータルサイトで行います。オンライン資格確認とあわせてレセプトのオンライン請求の開始を希望する場合は、上記申請の中でまとめて申請することが可能です。

導入作業完了後、システム事業者による運用テストを行います。システムの導入や運用開始の準備が完了したら、医療機関等向けポータルサイトでの運用開始日の入力を行います。

医療機関等向けポータルサイトに掲載の動画【導入後の業務と機能編】、運用マニュアル等で導入後の受付業務等の流れを確認した後、オンライン資格確認の導入を踏まえた受付業務等の変更点も確認します。患者向けに掲示を行っている「個人情報保護の利用目的」については、オンライン資格確認の利用開始に伴い一部更新が必要です。

また、オンライン資格確認に対応していることを示すポスター・ステッカーの掲示を行います。ポスター・ステッカーや顔認証付きカードリーダーの使い方等の広報物は厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

(4) 補助金申請

システム事業者より補助金申請に必要な書類を受領した後、オンライン資格確認関係補助金申請を行います。

補助金申請は、医療機関等向けポータルサイトで申請可能です。

オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）は、厚生労働省の以下サイトを参照ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html

4

医業経営情報レポート

クリニックにおける導入事例とQ&A

以下に、医療機関等向けポータルサイトで掲載されているオンライン資格確認の導入事例を紹介します。

■ 受付業務の負荷を大幅に削減できた事例

(1) オンライン資格確認を導入しようと思った理由

A内科クリニックは、地域に根ざした医療機関としての信頼を築いてきました。親子代々の患者に加え、地域性から転勤族も多く、様々な年代層を対象にホームドクターとして循環器科を中心とした一般内科診療を手がけています。

オンライン資格確認を導入しようと思った理由は、健康保険証だけでは正しい本人確認ができない等の理由から導入を検討されました。

◆ オンライン資格確認を導入しようと思った理由

- 転勤族が多いという土地柄もあって、オンライン資格確認による本人確認に魅力を感じたから
- マイナンバーカードでの本人確認により、最新の資格情報を確認できるだけでなく、診療に有用な二次情報（薬剤情報等）も閲覧できるから
- 本人確認が簡単確実にできるシステムの利便性を感じたから

(2) オンライン資格確認導入による効果

オンライン資格確認の仕組みを活用し、受付業務が改善されました。スタッフからは「業務量が2割程度は減少した」という声も挙がりました。

また、初診患者でマイナンバーカードを持参されたときは、入力作業がほとんどないこともスタッフから喜ばれたようです。

◆ オンライン資格確認導入による効果

- マイナンバーカードの有無に関わらず、健康保険証記号・番号でレセプトコンピュータから照会することで、有効性が即座に確認できる
- 健康保険証情報の見直し作業が削減され、スタッフの作業時間や資格過誤による対応が減ることでスタッフの心労が確実に軽減される



ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状

リスクマネジメントの現状

医療におけるリスクマネジメントの現状 及びPSAについて、教えてください。

■リスクマネジメントとは

そもそも1920年代に欧米の産業界で用いられた経営管理手法です。

組織に起こりうる損害を未然に防ぐこと、発生した損害を最小限に抑えることを目的に取り組みられた活動であり、1970年代にアメリカで導入が始まりました。日本では平成10年に日本医師会によりまとめられた「医療におけるリスクマネジメントについて」によりその考え方が紹介され、今日では医療の質を左右する重要な経営課題として取り上げられています。

杏林大学の川村治子教授によれば、「リスクマネジメントは個人の努力に依存した事故防止ではなく、組織的な自己予防を目指しており、その活動はリスクの把握、分析、評価、対応、再評価の4つのプロセスからなり、事項、ニアミスなどの報告制度によってえた情報からリスクを評価し、人間のエラーを誘発する医療システムや組織上の問題点を分析し、労力対効果の良い事故防止、被害軽減対策を選択、実施。その効果を定期的に再評価する、という一連の活動である」としています。

■PSAとは

Patient Safety Actionの略で、「患者の安全を守るための医療関係者の共同行動」のことです。2001年を「患者安全推進年」と位置づけ、各関係者との共同行動により、たとえば厚生労働省としては、次のような具体的取組を実施しています。

①中長期的かつ体系的な医療安全対策の全体構想の構築

- 「医療安全対策検討会議」 において、中長期的かつ体系的な医療安全対策の全体構想を構築する。

②医療安全対策を効果的に推進するための組織体制の整備

- 厚生労働省医政局総務課に医療安全推進のための企画・立案等を行う「医療安全推進室」を設置する。
- 幅広い分野の専門家による「医療安全対策検討会議」を開催する。

③医療安全対策の推進

- 医療機関における安全対策の推進
- 医療安全に関する研究の推進（インシデント事例の分析、改善方策の策定等）
- 教育・研修の充実（臨床研修、実務研修の内容充実など）
- 医薬品、医療用具などのインシデント事例の収集と安全性の確保など



ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状

リスクの推定、評価の方法

リスクの推定、評価方法の考え方とはどのようなものなのでしょうか？

定量分析が可能であるという前提で、リスクの大きさは次の式で表されます。

$$\text{リスク} = \text{被害の大きさ} \times \text{その発生確率}$$

したがって、蓄積してきたインシデントレポートや記録類を基に、各々の被害（医療事故）について、大きさと発生頻度をレベル分けする必要があります。

①被害(医療事故)の大きさ

対象とする手順や業務において、それを誤ったことによる被害の大きさをレベル分けする

(例)

- 破局的：複数の死亡または重傷の可能性
- 重大：1例の死亡または重傷の可能性
- 軽微：負傷の可能性
- 無視可能：負傷の可能性はほとんどない、あるいはまったくない

②被害(医療事故)の発生確率

対象とする手順や業務において、その被害が発生する頻度をレベル分けする

(例)

- 頻繁に：10%以上
- しばしば：1%~10%
- 時々：0.1%~1%
- 起こりそうにない：0.001%~0.1%
- 起こりえない：0.001%未満

こうしたレベル分けの上で、各業務のリスクレベルを判断し、総合的にリスクの大きいものから、便益性を考慮しつつリスクを低減していくことが必要です。