

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.789 2023.9.26

医療情報ヘッドライン

**コロナ特例措置は10月以降も継続
評価点数は大幅な引き下げを実施**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

**電子カルテの情報共有充実へ
「患者サマリー」案を提示**

▶厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

週刊 医療情報

2023年9月22日号

**中医協の入院・外来分科会が
中間まとめ**

経営TOPICS

統計調査資料

**介護保険事業状況報告(暫定)
(令和5年4月分)**

経営情報レポート

**令和5年10月より最低賃金引上げ!
歯科医院への影響と賃金改定のポイント**

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:医療事故調査制度

**医療事故再発防止への提言
医療事故発生時の対応**

コロナ特例措置は10月以降も継続 評価点数は大幅な引き下げを実施

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は9月13日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、新型コロナウイルス感染症に対応する診療報酬の特例措置について、大半を10月以降も継続する方針を提示。ただし、全体的に評価を引き下げるとして了承された。それを受け、9月15日の中医協総会で見直し案を提示。来年度の診療報酬改定においては「恒常的な感染症対応」として改めて見直す方針も明らかにした。

■感染対策は「効率化」が進んでいる

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、2020年1月28日に指定感染症となり、2類感染症と同等の措置が実施されてきた。

診療報酬上の特例措置も随時対応してきたが、今年の5月8日に感染症法上の位置づけを季節性インフルエンザなどと同じ「5類」へ移行。それまで、いわゆる発熱外来を受診する必要があったが、広く一般の医療機関で受診できるようになった（各自治体は受診前に医療機関に連絡することを求めている）。

検査や治療費の自己負担もなかったが、ソコーバなどの薬剤費を除いて自己負担での受診と変わっている。

実際、9月13日の総会で示された5類移行後のコロナ診療に関する状況によれば、入院は一般病棟の多くでコロナ患者の受け入れが進んでいる。病棟の84.9%はコロナ専用病棟ではなく、そこで対応する看護職員の約6割はコロナ患者以外も同時に対応していた。

また、今年4～6月の「コロナ患者最大受入時における看護職員以外の職員の追加配置の

有無」を調べた項目では、95.3%が職員の追加配置をしていなかった。

診療所の外来対応も簡略化している。院内の別室や駐車場を活用したゾーニングは多くが行っているものの、「検体を採取する職員以外はガウンや手袋、フェイスシールドは装着しないなど、PPEの使用について効率化を行っている場合が多かった」と厚労省はまとめており、変わらず感染対策はしているものの、効率を重視するようになっている。

一方で、現在第9波といわれているように、感染者数は高止まりをしているのも事実。継続して特例措置を講じつつ、点数を引き下げるという現実的な判断をしたことがわかる。

■往診や介護保険施設への緊急往診は大幅減

9月15日に提示された見直し案から、目立つものを取り上げていこう。まず外来で、「院内感染対策に加え受入患者を限定しない場合」は300点を算定できたが、10月以降は147点とほぼ半減。

コロナ患者の入院調整は950点だったが、100点と大幅に引き下げられる。コロナ患者への療養指導は147点だったが終了となる。

往診は300点から50点に、介護保険施設等への緊急往診は2,850点から950点に、介護保険施設等で看護職員とともにオンライン診療を実施するのは950点から300点に引き下げられる。

歯科は、治療延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療で298点が算定できたが、147点へとほぼ半減となった。

電子カルテの情報共有充実へ 「患者サマリー」案を提示

厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループ

厚生労働省は9月11日の健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループで、2024年度中の運用開始を予定している「電子カルテ情報共有サービス(仮称)」について、電子カルテの6情報と合わせて「療養上の計画・アドバイス」を閲覧できる「患者サマリー」のイメージ案を示した。

本人と事業者、保険者などに送られる「健康診断結果報告書」も電子カルテ情報共有サービス(仮称)の稼働時から実装を目指すことを提案。2024年1月を目処に、医療機関システムベンダー向けに技術解説書を公開する予定だ。

■「療養上の計画・アドバイス」を電子カルテに

「電子カルテ情報共有サービス(仮称)」とは、各医療機関・患者が電子カルテ情報を共有・閲覧可能とする仕組みであり、医療DXの一環として構築と運用が推進されている。

全国の医療機関や薬局で6情報(傷病名、アレルギー、感染症、薬剤禁忌、検査(救急、生活習慣病)、処方)を電子カルテに登録する方針が示されており、それによって患者はマイナポータル上で自分の6情報を閲覧することが可能になる。政府は6月に決定した医療DX推進の工程表で、2023年度からこの「電子カルテ情報共有サービス(仮称)」の基盤を構築し、2024年度末頃から一部の医療機関で先行実施、2025年度中に本格的な運用を開始するスケジュールを立てている。

この日のワーキンググループでは、電子カルテの入力に「療養上の計画・アドバイス」

を加えてはどうかという案も提示された。

外来受診時、医師から聞いた療養計画やアドバイスが思い出せなかったり、詳細を知りたかったりといったニーズに応えられる仕様といえる。患者はいつでもそれらを見直すことができるため、健康管理がしやすくなり、健康増進に役立てられるというわけだ。

他院を受診する際の情報共有や、救急搬送時の医療機関への情報提供などが容易になることも期待されており、医師および医療機関にとっては、この「療養上の計画・アドバイス」をどう記載するかが他院との差別化ポイントとなる可能性もあるだろう。

■「健康診断結果報告書」も実装へ

なお、「電子カルテ情報共有サービス(仮称)」では、文書情報を医療機関が電子上で送受信できるサービスも提供される。すでに方針が示されている「診療情報提供書」や「退院時サマリー」の文書情報に加え、この日のワーキンググループでは「健康診断結果報告書」の実装も検討するとした。「電子カルテ情報共有サービス(仮称)」を活用することで、タイムリーに状況が把握でき、より多くのデータを用いた保険事業の展開もできるようになるだろう。なお、「健康診断結果報告書」の対象としては、特定健診、後期高齢者健診事業者健診、人間ドックなどが想定されているため、こうした健診やドックを提供する、もしくは提供する医療機関といかに緊密な連携をしていくかが、かかりつけ医機能を持つ診療所にとって有効な戦略となりそうだ。

医療情報①
 中央社会保険
 医療協議会

中医協の入院・外来分科会が 中間まとめ

中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」は14日、これまでの議論の中間取りまとめを行った。

厚生労働省の中間取りまとめ案では、75歳以上に多い疾患のうち誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院を取り上げ、急性期一般入院料1で医療資源の投入量がほかの疾患に比べて低いことや、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」（看護必要度）の「A項目（モニタリング・処置等）」のうち、「救急搬送後の入院」に該当する割合が高いことを指摘した。

●「救急搬送後の入院」の評価期間短縮に慎重意見

厚労省案には、「救急搬送後の入院」の評価期間（現在は5日間）を短縮するなど見直しを求める意見を盛り込んだが、牧野憲一委員（旭川赤十字病院院長）は、「医療資源（の投入）が少ないということで、5日間（という評価期間）が不適切ということには当たらない」と反論した。

牧野委員は、「予定入院と異なって緊急入院では、病名付きで搬入されるわけではない」と述べ、医療資源の投入量に関係なく、「誤嚥性肺炎」や「尿路感染症」という病名が付くまでにある程度の時間が必要だと指摘した。その上で、「『救急搬送後の入院』の5日間の評価は、そういったことで設定されている」という認識を示した。厚労省はこの日、急性期一般入院料1では、誤嚥性肺炎や尿路感染症はほかの疾患に比べて、以下とするデータを示した。

- ▼医療資源の1日当たりの投入量が少ない
- ▼それなのに「急性期」に該当する患者の割合が、急性期一般入院料1の施設基準に設定されている基準と「同程度以上」に高い

急性期一般入院料の入院患者の重症度は、一般病棟用の看護必要度の評価票で測定し、「A項目2点以上・B項目（患者の状況等）3点以上」か「A項目3点以上」「C項目（手術等の医学的な状況）1点以上」のどれかに該当する患者を「急性期の治療が必要」と見なす。

急性期一般入院料1を届け出るには、入院患者の状態をDPCデータで評価する看護必要度Ⅱで、そうした患者の割合を28%以上（許可病床200床未満なら25%以上）にする必要がある。

14日の分科会で牧野委員は、厚労省のデータは手術料を含めて集計されているため、誤嚥性肺炎や尿路感染症など手術をしない内科系の疾患は「医療資源投入量が低く見える」と指摘し

た。山本修一委員（地域医療機能推進機構理事長）も、「手術があるやつもないやつも、ひっくり返している。かなり乱暴な比較だ。こういう方向に持っていきたい人たちは飛び付くデータだと思うが、慎重に取り扱う必要がある」と述べた。

厚労省の担当者は、高齢者に対する医療資源の投入の実態をどう捉えるべきか、引き続き議論する方針を示した。厚労省の中間取りまとめ案は、22年度診療報酬改定の附帯意見を踏まえて分科会が22年度に行った調査をベースに、一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料のほか、外来医療、外来化学療法などに関する課題を検討した。厚労省案の修正は尾形裕也座長に一任され、中医協の診療報酬基本問題小委員会に近く報告する。

医療情報②
 文部科学省
 検討会

大学病院の勤務環境改善やコスト削減進め「自走化」

文部科学省は、11日に開催された「今後の医学教育の在り方に関する検討会」（座長＝永井良三・自治医科大学長）で、大学病院改革に関する2024年度予算の概算要求事項を報告した。

「医師の働き方改革に伴う大学病院改革緊急パッケージ」（新規、120億円）を取り上げ、医師の勤務環境改善や長時間労働短縮のための医師の確保といった「人員構造改革」や、保険診療外収入の拡充や医療費などのコスト削減といった「財務構造改革」を進め、「最終的には自走化まで進めていただきたい」とした。

医師の働き方改革を巡っては、時間外・休日労働の上限規制が24年度から適用されるため、大学病院でも、働き方改革を進めて適正な労働環境を整備することが必須となっている。

また、「地域医療確保暫定特例水準」が解消される見込みの35年度末を見据え、業務効率化や地域の医療機関との機能分化などによる「運営改革」「人員構造改革」「教育・研究改革」に取り組んだ上で、持続可能な大学病院運営を実現するための「財務構造改革」を進めていく必要があるという。

今回の緊急パッケージでは、こうした改革プランの策定を促すとともに、医師の働き方改革と大学病院の機能維持の両立を図る方針だ。1大学当たりの支援額の上限は年3億円で、支援期間は24－29年度（6年間）となっている。具体的には、「運営改革」では、病院長のマネジメント機能を強化したり、大学病院でしか担えない医療機能を確保したりする。

また、「教育・研究改革」では、若手研究者らに対する教育や研究環境を充実する方向性を提示。「人員構造改革」では、医師の確保や勤務環境の改善に加え、「教育研究のタスク・シフト/シェアの推進」を挙げている。厚生労働省が進める「地域医療提供体制構築のための医師の確保」や「地域への医師派遣」などとも連携して対応する方針だ。（以降、続く）

週刊医療情報（2023年9月22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。

介護保険事業状況報告 (暫定) (令和5年4月分)

厚生労働省 2023年7月13日公表

概要

1 第1号被保険者数 (4月末現在)

第1号被保険者数は、3,586万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数 (4月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、696.1万人で、うち男性が221.3万人、女性が474.8万人となっている。

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19.0%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2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、411.2万人となっている。

(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2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、89.5万人となっている。

(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2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

施設サービス受給者数は94.7万人で、うち「介護老人福祉施設」が56.1万人、「介護老人保健施設」が34.1万人、「介護療養型医療施設」が0.6万人、「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2月サービス分、償還給付3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、8,271億円となっている。

(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4,036億円、地域密着型(介護予防)サービス分は1,357億円、施設サービス分は2,454億円となっている。

(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230億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は10億円となっている。

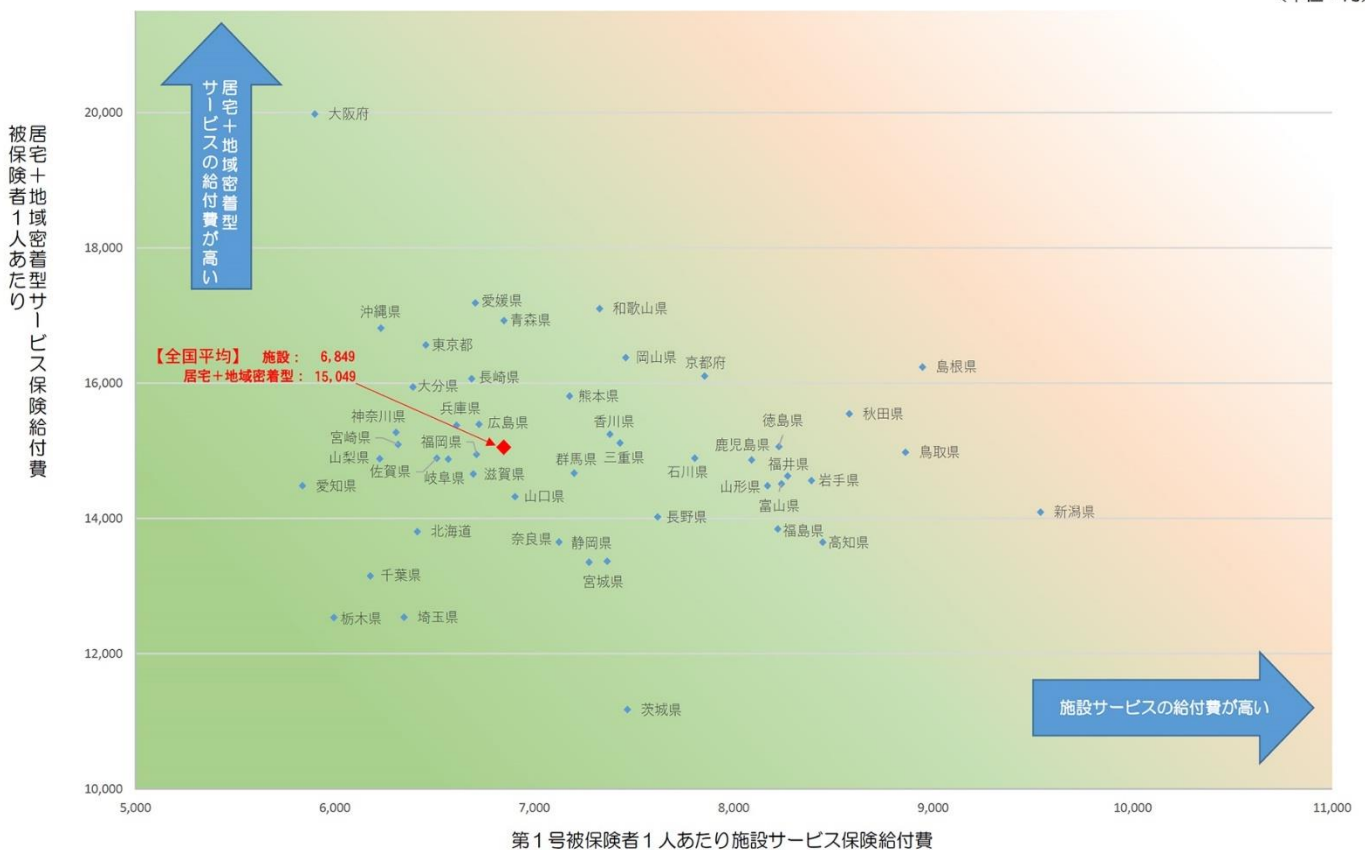
(3) 再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は183億円、うち食費分は98億円、居住費(滞在費)分は84億円となっている。

(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1人あたり保険給付費【都道府県別】

(単位:円)



出典: 介護保険事業状況報告(令和5年2月サービス分)

※高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費は含まない。
 ※保険給付費については、第2号被保険者分を含んだ数値を使用している。

介護保険事業状況報告(暫定)(令和5年4月分)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。



経営情報
レポート
要約版



歯科医院

令和5年10月より最低賃金引上げ！

歯科医院への影響と 賃金改定のポイント

1. 最低賃金の改定内容と計算方法
2. 医療事務スタッフ等における改定の影響
3. 歯科衛生士の賃金水準見直しの必要性
4. 生産性向上に対する業務改善助成金の活用



■参考資料

【厚生労働省ホームページ】：最低賃金の改定、業務改善助成金

【キャリアガーデンホームページ】：歯科衛生士の年収、歯科助手の年収 他

1

医業経営情報レポート

最低賃金の改定内容と計算方法

今年の10月より、最低賃金が引き上げられます。

都道府県により金額は異なりますが、現行制度下では過去最大の引き上げ幅であり、物価の高騰による生活への影響などが考慮された結果です。

歯科医院において、最低賃金の改定は、無資格者である受付歯科医療事務、歯科助手だけの給与ではなく、歯科衛生士、歯科技工士、勤務歯科医師といった全体の人件費の見直しにも関係します。特に、夜間診療や土日祝日の診療を行っている歯科医院も多く、その特殊な勤務形態な分、元々時間単価が高い設定のため、より高い賃金に改定しなければならないという事例も出ています。

また、一人当たりの最低賃金が上がるという事は、扶養範囲内で働くスタッフの勤務時間が減少し、その分、人員が不足するという事態にもつながります。

■ 最低賃金とは

最低賃金とは、「最低賃金法」に基づいて国が定めた時給換算の単価の賃金額のことです。

事業主・使用者は最低賃金額以上の賃金を労働者・従業員へ支払う必要があります。

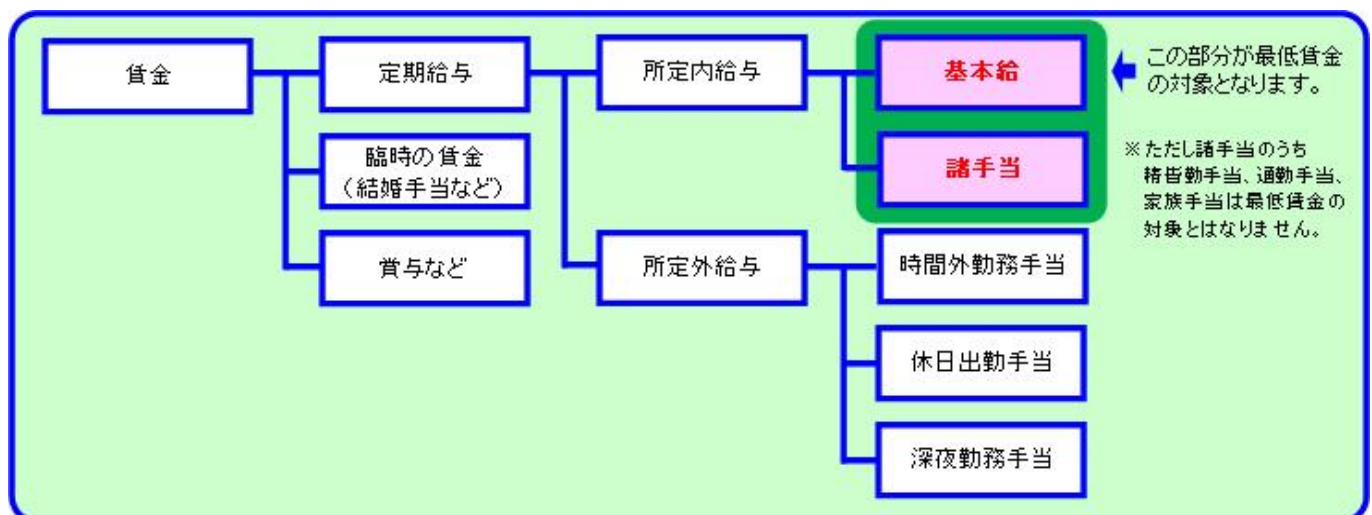
最低賃金は、労働者一人ひとりの能力や経験にかかわらず最低限の賃金を保証するための制度です。

今年度の引き上げ額は、過去最大で物価高騰の影響を考慮し決定されました。

最低賃金とは、毎月定期的に支払われる賃金ですが、交通費や家族手当・扶養手当、皆勤・精勤手当等が毎月同額支払われても最低賃金に含まれません。

また、その他臨時に支給される手当も含まれません。

■ 最低賃金の対象になる賃金(厚生労働省)



2

医業経営情報レポート

医療事務スタッフ等における改定の影響

今回の最低賃金改定で一番影響を受けるのが、受付・会計・歯科医療事務や歯科助手の賃金だと思われます。

高校新卒のスタッフは、社会人経験がないとはいえ、コンビニ等の学生アルバイト、コールセンターの電話対応業務と同額という訳には行かないと思います。

特に歯科医院では、土日・夜間診療を行っていることも多く、コンビニやコールセンターでも夜間や土日勤務は若干高い時給で1,000円～1,100円での募集が多く見られます。

合わせて最低賃金が低い地域の平均が900円前後と考えると、歯科医院の受付・会計・歯科医療事務や歯科助手の時給が1,000円では応募も減少してしまうということも考えられます。

今回の最低賃金改定によって、受付・会計・歯科医療事務や歯科助手の賃金体系の点検および見直しが必要です。

■ 歯科助手の平均給与と賃金の時間単価

(1) 歯科助手の平均年収からみる月給額と時間単価

令和4年度の厚生労働省賃金構造基本統計調査では、歯科助手の平均年齢が35.7歳、勤続年数が6.3年、月労働時間が169時間、時間外労働6時間、月額給与232,800円、年間賞与326,500円、平均年収3,120,100円となっています。

この平均給与に基本賃金から除外される手当が無いと設定し、月労働時間を169時間として時間単価を計算すると、時間給1,377円になります。

(2) 20歳代の歯科助手の平均年収からみる月給額と時間単価

上記と同様に、20歳から24歳までの歯科助手の月額給与の平均が約178,700円となります。

この平均給与が基本賃金から除外される手当が無いと設定し、月労働時間169時間として時間単価を計算すると、時間給1,057円になります。

(3) 改定される最低賃金との比較

(2)の時給1,057円と今年度の東京の最低賃金1,113円を比較してみると、最低賃金を56円下回っています。

今回の改定以降は、この時給という訳には行かないので、賃金のアップが必要になります。

当然一番低い年齢層でこの賃金であれば、その上の25歳以上、30歳以上、それ以上の年齢層、経験者に対する賃金も検討が必要になります。

3

医業経営情報レポート

歯科衛生士の賃金水準見直しの必要性

歯科衛生士は国家資格であり、歯科医院においては必要不可欠な業種です。

歯科衛生士が不足しているため、どの地域でも求人が出されており、安定した需要があります。しかし、給与や待遇については歯科医院ごとに大きく違ってきます。

手厚い待遇を用意している歯科医院では、職務手当や資格手当のほか、扶養手当、燃料手当など各種手当が多く支給されたり、賞与月数も多い場合があります。

逆に経営状況が厳しい歯科医院では、長く働いても高収入は望みにくい場合があります。

歯科衛生士は女性の割合が多い資格であり、人員不足という現状から非正規雇用も多く、収入は人によって差が出やすい業種です。前章の受付・会計・歯科医療事務や歯科助手の給与の見直しを考えると、歯科衛生士の給与の見直しも必要だと思われます。

■ 歯科衛生士の平均給与と賃金の時間単価

(1) 歯科衛生士の平均年収からみる月給額と時間単価

令和4年度の厚生労働省賃金構造基本統計調査では、歯科衛生士の平均年齢が35.5歳、勤続年数が7.5年、月労働時間が168時間、月時間外労働6時間、月額給与282,700円、年間賞与432,300円、平均年収3,824,700円となっています。

この平均給与に基本賃金から除外される手当が無いと設定し、月労働時間を168時間として時間単価を計算すると、時間給1,682円になります。

(2) 20歳代の歯科衛生士の平均年収からみる月給額と時間単価

上記同様に、20歳から24歳までの歯科衛生士の平均給与が月額給与約193,500円となっています。この平均給与が基本賃金から除外される手当が無いと設定し、月労働時間168時間として時間単価を計算すると、時間給1,151円になります。

(3) 改定される最低賃金との比較

(2)の時給1,151円と今年度の東京の最低賃金1,113円を比較してみると、ほぼ近い金額になっています。時給38円差は月給ベース（月168時間で計算）では月額6,384円です。

これは国家資格であり、人員不足の業種であることを考慮すると低い金額ではないでしょうか？単純に経験の無い新卒の歯科衛生士に、最低賃金（168時間分）と資格手当10,000円の月給としたら、196,984円以上になります。

当然一番低い年齢層でこの賃金であれば、その上の25歳以上、30歳以上、それ以上の年齢層、経験者に対する賃金について検討が必要かもしれません。

4

医業経営情報レポート

生産性向上に対する業務改善助成金の活用

今回の最低賃金改定に際し、事業所内で最も低い賃金に対し、30円以上引き上げ、生産性向上に資する設備投資を行った場合に、その設備投資等にかかった費用を一部助成する制度が、業務改善助成金です。

今回の改定に伴い、実行するのであれば、この助成金を活用するのも一つです。

■ 対象の事業者・申請の単位

この助成金の対象業者は、中小企業・小規模事業者であること、事業場内最低賃金と地域別最低賃金の差額が50円以内であること、解雇、賃金引き下げなどの不交付事由が無いこと、とされています。

■ 対象事業者、申請の単位など

対象事業者・申請の単位など

- ・ 中小企業・小規模事業者であること
- ・ 事業場内最低賃金と地域別最低賃金の差額が**50円以内**であること
- ・ 解雇、賃金引き下げなどの**不交付事由がない**こと



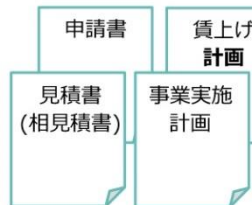
➡ 以上の要件を満たした事業者は、事業場内最低賃金の引上げ計画と設備投資等の計画を立て、(工場や事務所などの労働者がいる) **事業場ごとに申請**いただきます。

【申請時に必要なもの】

申請書や見積書に加え、

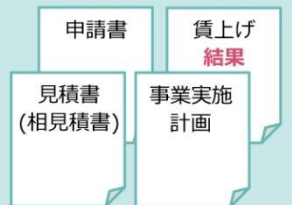
- ・ 賃金引上げ計画書
- ・ 事業実施計画書

が必要です。



➡ 事業場規模
50人未満
であればこちら
も適用

一定の期間※に事業場内最低賃金を引き上げていた場合は、**賃金引上げ計画は不要**です。(事業実施計画は必要です。)



※令和5年4月1日～12月31日まで。

対象となる設備投資など

助成対象事業場における、**生産性向上に資する設備投資等**が助成の対象となります。
また、一部の事業者については、**助成対象となる経費が拡充**されます。(詳しくは中面へ。)

経費区分	対象経費の例
機器・設備の導入	<ul style="list-style-type: none"> ・ POSレジシステム導入による在庫管理の短縮 ・ リフト付き特殊車両の導入による送迎時間の短縮
経営コンサルティング	国家資格者による、顧客回転率の向上を目的とした業務フロー見直し
その他	店舗改装による配膳時間の短縮

(厚生労働省：令和5年度業務改善助成金のご案内 より)

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:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故調査制度

医療事故再発防止への提言

医療事故の再発防止に向けた提言は、
どのような内容でしょうか。

日本医療安全調査機構では専門分析部会において、収集した院内調査結果報告書を整理・分析した結果を再発防止策として提言にまとめています。

内容は対象となった診療行為や疾患に関する概要から始まり、事例の分析方法、概要紹介、解説がなされています。最後には今後の医療安全の向上につながるよう、学会や企業へ事例の周知や教育機会の提供、機械の開発などの提案で締めくくられています。提言内では様々な事例が紹介されており、時系列や薬品種類ごとの事例間比較などがされています。

また、提言書はPDFファイルとしてだけでなく、概要を解説した動画も公開されています。院内での医療安全研修に有用ですので、一度内容を確認しておくとい良いでしょう。

◆医療事故の再発防止に向けた提言

1	中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析—第1報
2	急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析
3	注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析
4	気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡事例の分析
5	腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析
6	栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析
7	一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換気（NPPV）及び気管切開下陽圧換気（TPPV）に係る死亡事例の分析
8	救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析
9	入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析
10	大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析
11	肝生検に係る死亡事例の分析
12	胸腔穿刺に係る死亡事例の分析
13	胃瘻造設・カテーテル交換に係る死亡事例の分析
14	カテーテルアブレーションに係る死亡事例の分析
15	薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析
16	頸部手術に起因した気道閉塞に係る死亡事例の分析
17	中心静脈カテーテル挿入・抜去に係る死亡事例の分析—第2報（改訂版）
18	股関節手術を契機とした出血に係る死亡事例の分析

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故調査制度

医療事故発生時の対応

**医療事故が発生した時、
 どのように対応すれば良いのでしょうか。**

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。日本医療安全調査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、判断に迷う場合も多いでしょう。研修資料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の判断
- ・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