

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.705 2022.1.11

医療情報ヘッドライン

施設基準の届出、さらなる簡素化へ 22年度からオンライン対応も開始

▶ 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

一般病院の医業収支DI、2年ぶりに黒字 従業員数DIは低下と人材確保が課題

▶ 独立行政法人 福祉医療機構

週刊 医療情報

2022年1月7日号

23年度の臨床研修
募集定員1万1053人

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査
(令和3年7月末概数)

経営情報レポート

患者のファン化で安定した経営を目指す
満足度向上で固定患者を獲得するポイント

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:医療事故とリスクマネジメントの現状

医療事故が多発する要因
病院全体で捉えた場合のリスクマネジメント

発行:税理士法人ネクサス

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

施設基準の届出、さらなる簡素化へ 22年度からオンライン対応も開始

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、12月24日の中央社会保険医療協議会総会で、診療報酬上の施設基準に係る届出の簡素化を一層進めていく方針を示した。医療機関の事務負担を軽減し、業務効率化・合理化を促進するのが目的。

また、来年度（2022年度）から少なくとも16項目について届出のオンライン対応をスタートさせることを明らかにした。

■研修修了証の添付を求める要件を見直し

診療報酬の加算は、医療機関の収入を大きく左右する存在だ。定められた人員要件や設備要件を満たし、所定の届出を行えば通常よりも高い点数を算定できる。加算を増やして“手厚い評価”をするのが診療報酬改定のトレンドとなっている昨今、算定が可能かどうかを決める施設基準の適切な管理は、重要度をより増しているといえよう。

裏を返すと、施設基準の内容は複雑多様化の一途をたどっているということだ。にもかかわらず、オンラインでの手続きができないばかりか、内容のかぶるものや、添付書類が必要なものも多い。

そうした状況は厚労省も当然把握しており、2016年度の診療報酬改定から届出の簡素化を進めてきた。

2020年度の改定時には、「文書による患者の同意」を要件としている施設基準について、「電磁的記録」も容認するなどデジタル化の流れにも対応。遅々とした歩みではあるものの、着実に効率化を進めてきた。

そんな中で今回厚労省が俎上に載せたのは、「研修修了証の添付」「届出区分に変更が生

じない場合の変更届出」の見直しだ。

「研修修了証の添付」については、「超急性期脳卒中加算（10,800点/入院初日）」が例として提示された。これは、組織プラスミノゲン活性化因子の投与後に搬送され、入院治療を行った場合に加算できるが、投与を行う医師が「日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t-PA 適正使用に係る講習会」を受講済みというのが施設基準となっている。

そのエビデンスを示す書類として、研修修了証を添付せよというわけだ。

後者の「届出区分に変更が生じない場合の変更届出」は、訪問看護ステーションで連絡先や担当者の変更が生じた場合でも届出が求められることが問題視された。

■支払側委員からデジタル化を求める声も

今回、厚労省が提案した内容は、いずれも届出が不要と言い切れるほどではないだろう。

しかし、医療現場と厚生局の事務負担を増やしてまで対応すべきかといえは疑問だ。

むしろ、支払側委員が「届出のデジタル化は検討しないのか」と発言したことが、現行の届出の問題点を現しているといえる。

前述のとおり、厚労省は2022年度から一部でオンライン対応をスタートさせるとしているが、診療報酬の適切な見直しや医療費の最適化を進めようとするなら、全面的なオンライン移行が望ましいのは間違いない。

官民が総力を挙げてDX（デジタルトランスフォーメーション）推進に取り組んでいる現状も踏まえると、早急にオンラインシフトの議論を進めていくべきではないか。

医療情報
ヘッドライン
②

一般病院の医業収支DI、2年ぶりに黒字 従業員数DIは低下と人材確保が課題

独立行政法人 福祉医療機構

福祉医療機構は 12 月 24 日、「病院経営動向調査（2021 年 12 月）」の結果を公表。

一般病院の医業収支 DI はプラス 6 となり、前回の 2021 年 9 月調査から 8 ポイント上昇。2 年ぶりに黒字へと転換した。医業収益の DI はプラス 9 で前回より 6 ポイント上昇している。一方で、従業員数の DI はマイナス 30 と前回調査から 6 ポイント低下。経営上の課題について「人件費増加」「職員確保難」を挙げる声も多く、引き続き人材確保が重要となっていることが明らかとなった。

■タスクシェアや地域医療加算は

好意的に受け止められている

福祉医療機構は、2019 年から病院経営動向調査を四半期ごとに実施。今回調査は病院（338 施設）を運営する 253 法人（うち、医療法人 212 法人）を対象としており、病院 247、医療法人 148 より回答があった。

有効回答率は病院が 73.1%、医療法人が 69.8%。ちなみに医療法人の事業収益 DI はプラス 6 で前回調査より 5 ポイント低下した。事業収支 DI はプラス 24 と 7 ポイント上昇、従業員数 DI はマイナス 36 と 7 ポイントの低下である。

今回の調査は「その他の調査項目」にも着目したい。まず、「2020 年度診療報酬改定による病院経営へのプラスの影響」については、「タスク・シェアリング、タスク・シフティングに係る加算評価の充実」（医師事務作業補助者・看護補助者等の配置に係る評価の充実等）、「地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療提供体制等の評価」（地域医療体制確保加算の新設等）が

いずれも 32.2%でトップ。医療従事者の働き方改革を進めるため、診療報酬の評価にも工夫がなされているが、現場のニーズともマッチしていることが証明された格好だ。

ただし、「医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価」（常勤配置や専従要件の緩和等）にプラスの影響を感じているのは 11.9%と少なく、本質的な意味で医師のシフトのやりくりが改善しているとは言い難い様子が窺えよう。

なお、改定のたびに細かく調整されている「重症度、医療・看護必要度」については、プラスの影響を感じているのか、21.7%とますますの結果となっている。

■オンライン診療には冷ややかな視線が

また、「情報通信機器を用いた診療の活用」（オンライン診療料の要件見直し等）にプラスの影響を感じている医療機関がわずか 2.1%となっているのも興味深い。

デジタル庁を創設するなど、デジタル化を積極的に推し進めている政府は、膨張する医療費の抑制と、医療資源の最適化を両立する妙策としてオンライン診療を積極的に推進しているが、診療報酬上のメリットが薄いことから普及は今ひとつ進んでいない。この数値は、そんな現実を如実に示している。

2020 年の骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）で初診からのオンライン診療恒久化が決定されていることもあり、4 月の診療報酬改定では報酬の底上げもしくは加算要件の緩和が確実視されているが、こうした現場の雰囲気を変えられるほどインパクトのある数字が出せるのか注目したい。

ビズアップ週刊

医療情報

2022年1月7日号

[情報提供]MMPG

(メディカル・マネジメント・プランニング・グループ)
メディカルウェーブ

医療情報①
医道審臨床
研修部会

23年度の臨床研修 募集定員1万1053人

厚生労働省は 12 月 22 日、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会（部会長＝国土典宏・国立国際医療研究センター理事長）の会合を開き、以下について議論した。

- ▼育児・介護休業法の改正を踏まえた取り組み
- ▼臨床研修病院の指定に係る地方分権改革に関する提案と今後の対応
- ▼都道府県による 2022 年度の臨床研修病院の募集定員設定
- ▼23 年度の都道府県別募集定員上限

この日厚労省は、23 年度の全国の募集定員上限を 1 万 1053 人とする案を示した。23 年度の研修希望者数（推計 1 万 227 人）や、これまでの研修希望者の増減などを踏まえ算出したものという。一方、都道府県別の募集定員上限については、「仮上限」から定員を削減することになる 43 道県のうち、「22 年度の募集定員上限をすべて病院に配分した道県」については「仮上限」からの定員削減の対象外としてはどうかと提案した。

これらはいずれも、おおむね承認された。「外国人留学生および外国の医学部卒業後、日本の医師免許を取得した者への対応」で、外国人留学生については、日本で医学的知識・技能を修得した後、帰国する予定の者が、たとえ日本で臨床研修を受けたとしても、その都道府県で長く診療に従事することは期待できないとして、外国人留学生を受け入れる都道府県への配慮として、23 年度から一般の研修医とは別途の定員を設けるとした。一方外国の医学部卒業後、日本の医師免許を取得した者については、臨床研修の募集定員上限の設定や都道府県への配分を行ううえでどのような対応が考えられるか、今後検討すると提案した。

医療情報②
厚生労働省
事務連絡

COVID-19診療の 手引きを改訂、事務連絡

厚生労働省は 12 月 28 日付で、「『新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第 6.1 版』の周知について」を、都道府県等に宛てて事務連絡した。6.1 版は、昨年 11 月 2 日付で発行された 6.0 版に、新たな知見を加え改訂したもの。

主な改訂のポイントについては、「病原体・疫学」の項でオミクロン株について追加したほ

か、「重症度分類症度分類とマネジメント」の項は、以下の通り。

- ▼モルヌブラビルを追加
- ▼カシリピマブ／イムデピマブについてオミクロン株への非推奨を追加

「薬物療法」の項では、以下などを追記している。

- ▼モルヌブラビル
- ▼カシリピマブ／イムデピマブについて発症抑制効果、オミクロン株への非推奨
- ▼ソトロピマブについてオミクロン株に対する中和活性は維持
- ▼ファビピラビルの観察研究の終了

医療情報③
厚生労働省
事務連絡

経口抗ウイルス薬の 配分で事務連絡

厚生労働省は 12 月 24 日付で、「新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬の医療機関および薬局への配分について」を、都道府県等に宛てて事務連絡した。

新型コロナウイルス感染症の患者を対象とした MSD の経口抗ウイルス薬「モルヌピラビル」（販売名：ラゲブリオカプセル 200mg）が同日に特例承認されたことを受け、その供給・配分について示している。ラゲブリオについて、現状「安定的な供給が難しい」とし、「一般流通は行わず、厚生労働省が所有したうえで、対象となる患者が発生したまたは発生が見込まれる医療機関と対応薬局（都道府県から提出されたリストに掲載された薬局）からの依頼に基づき、無償で譲渡することを示した。

配分を希望する医療機関・薬局は、供給を委託した MSD が開設する「ラゲブリオ登録センター」に登録し、同センターを通じて配分依頼をする。

具体的な登録方法・製品発注方法については、ホームページ「MSD Connect（医療関係者向けサイト）」（<https://www.msconnect.jp/>）で確認する。または、ラゲブリオ登録センター専用ダイヤル（0120-682-019）に問い合わせる。

●院外処方でも登録必要

厚労省は 12 月 28 日付で、上記事務連絡の別紙および質疑応答集の追加・修正を事務連絡した。院外処方を行う医療機関についても、「ラゲブリオ登録センター」に登録を要することを明確化した。また、在庫を保持する対応薬局のリストは、当面の間 MSD からラゲブリオ登録センターに登録した医療機関宛ての電子メールで共有するとした。

週刊医療情報（2022年1月7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 (令和3年7月末概数)

厚生労働省 2021年9月30日公表

病院の施設数は前月に比べ 1 施設の減少、病床数は 2 6 4 床の減少。
一般診療所の施設数は 2 2 6 施設の増加、病床数は 8 6 床の減少。
歯科診療所の施設数は 3 5 施設の減少、病床数は 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
	令和3年7月	令和3年6月			令和3年7月	令和3年6月	
総数	180 388	180 198	190	総数	1 588 726	1 589 076	△ 350
病院	8 214	8 215	△ 1	病院	1 504 005	1 504 269	△ 264
精神科病院	1 052	1 053	△ 1	精神病床	323 705	323 719	△ 14
一般病院	7 162	7 162	-	感染症病床	1 886	1 886	-
療養病床を有する病院(再掲)	3 535	3 536	△ 1	結核病床	4 029	4 029	-
地域医療支援病院(再掲)	631	630	1	療養病床	287 870	288 144	△ 274
				一般病床	886 515	886 491	24
一般診療所	104 150	103 924	226	一般診療所	84 663	84 749	△ 86
有床	6 247	6 254	△ 7				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	657	658	△ 1	療養病床(再掲)	6 449	6 454	△ 5
無床	97 903	97 670	233				
歯科診療所	68 024	68 059	△ 35	歯科診療所	58	58	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

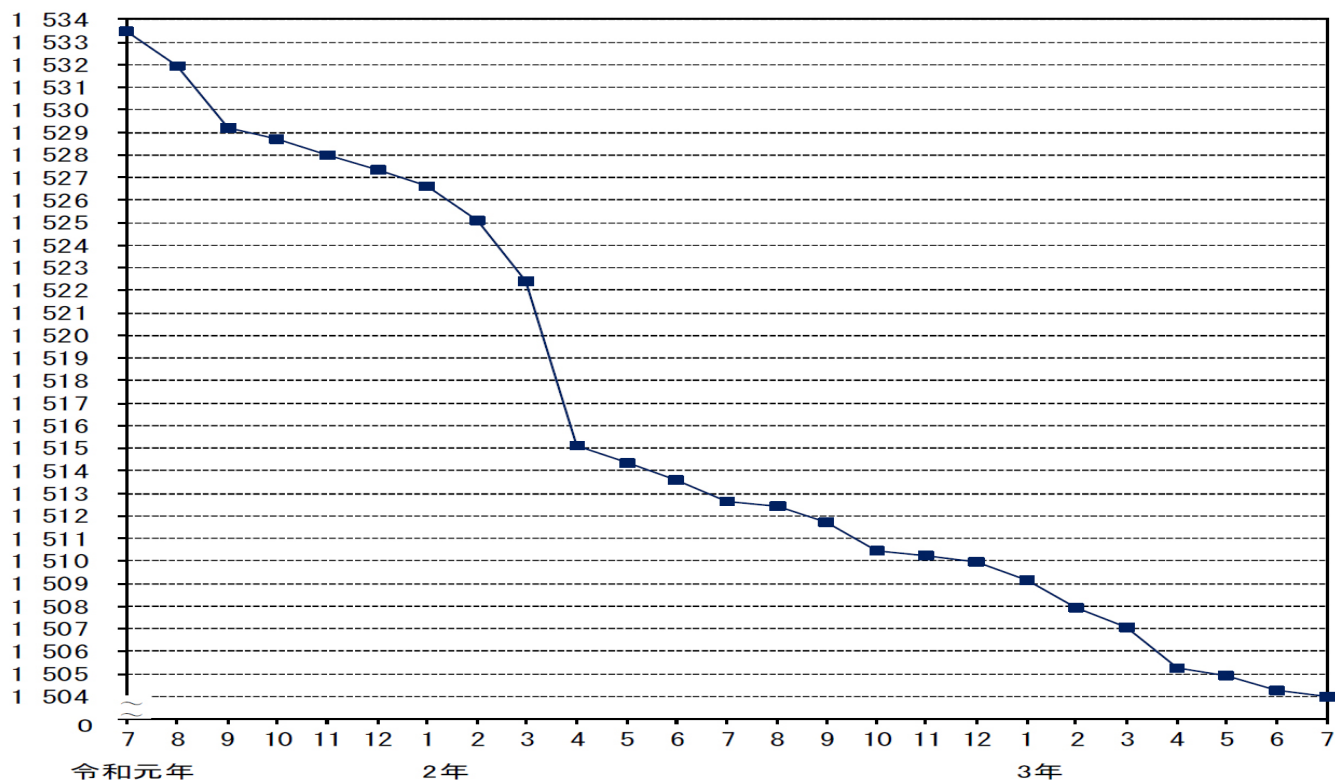
令和3年7月末現在

	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	8 214	1 504 005	104 150	84 663	68 024
国 厚生労働省	14	4 239	20	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 734	-	-	-
国立大学法人	47	32 621	149	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	12 142	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 078	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 262	5	-	-
その他	23	3 542	366	2 167	3
都道府県	194	50 914	297	186	7
市町村	604	122 072	3 246	2 050	253
地方独立行政法人	114	44 481	37	17	-
日赤	91	34 687	203	19	-
済生会	83	22 564	53	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	100	31 667	64	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	1	-	-
健康保険組合及びその連合会	7	1 566	284	-	2
共済組合及びその連合会	39	12 957	138	-	4
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	203	50 169	548	192	99
医療法人	5 685	840 222	44 968	65 376	15 593
私立学校法人	114	55 996	214	38	20
社会福祉法人	198	33 616	10 253	358	38
医療生協	82	13 677	297	224	48
会社	29	8 054	1 683	10	12
その他の法人	202	42 254	921	349	126
個人	140	12 549	40 389	13 623	51 818

参 考

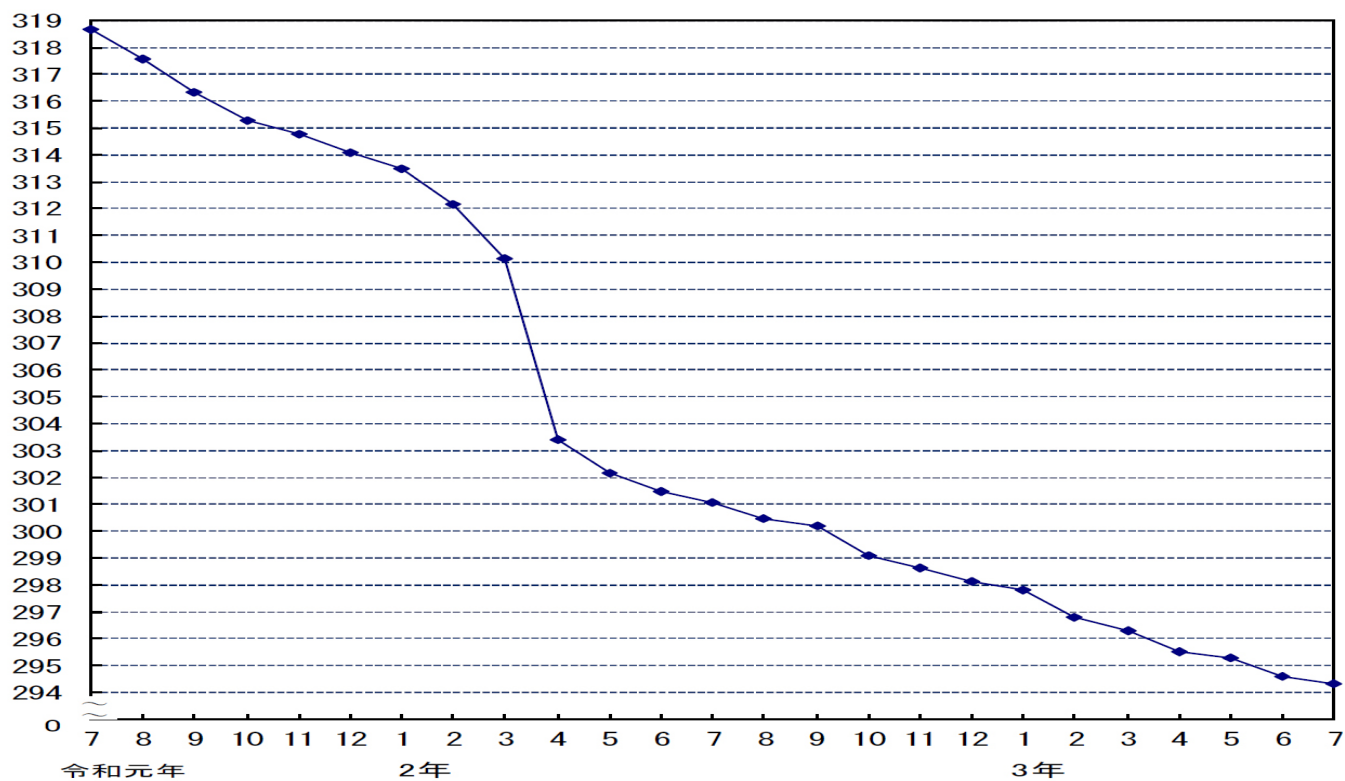
病院病床数

病床（千床）



病床（千床）

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（令和3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

患者のファン化で安定した経営を目指す

満足度向上で 固定患者を 獲得するポイント

1. 患者満足度が重要視される背景と要因
2. 初診時の対応がリピート率向上に影響
3. 患者満足度向上がリピート率を高める
4. リピート率を高めたクリニック事例



■参考資料

公益社団法人：日本医師会「第7回 日本の医療に関する意識調査」
MMPG：CLINIC ばんぶう 2021 年5月号

1

医業経営情報レポート

患者満足度が重要視される背景と要因

■ 医療に対する患者の捉え方

医療法人制度が施行された昭和 25 年当時は戦後間もなく、感染症等の急性期患者が中心の時代で、全国的に医療機関の量的整備が急務とされていました。こうした現状のもと、公的機関のみでは供給が間に合わず、民間の協力も必須となりました。

現在、医療機関は飽和状態となっており、開業すれば患者が来る、何もしなくても患者を維持できる時代ではなくなりました。

少し足を延ばせば、同じ標榜診療科の医療機関があり、患者が自分好みの医療機関を選ぶ時代へと変わりました。

◆ 医療に対する患者の捉え方の変化

● 従前の患者の考え

⇒医療機関が充足されていない時代では、「医療機関は病気を治す場所」と考える患者が多数。

● 現在の患者の考え

⇒患者の価値観が多様化し、単に病気を治すだけでは患者は満足しない。患者の真の目的は病気を治すことに変わりはないが、多様化した患者を満足させるためにはプラスアルファが必要。

また、国の政策としても患者主体の医療の提供が推進され、次第に患者意識にも変化がみられるようになり、医療機関経営の観点から、患者主体の医療提供（サービス）が重要視されるようになりました。

■ 患者が期待する医療提供(サービス)

患者の高齢化により、長期にわたって適切な医療を提供できる関係性を維持することが求められ、患者と医療機関、医師など医療従事者との信頼関係・良好なコミュニケーション構築がより重要となってきました。

患者の意見や意向を受け止め、家庭環境や経済状況などの背景も踏まえて、患者個々に合わせた最適な医療サービスの提供が期待されています。

患者に寄り添ったサービスを提供した結果、患者が医療機関に期待する「納得・安心・満足」というキーワードを全て満たし、当該医療機関が提供する医療サービスは「良い」という評価を得られることになります。

高度で優秀な技術を提供したとしても、サービスが「良い」と評価されなければ、患者からの信頼も選択も得られることは困難となります。

2

医業経営情報レポート

初診時の対応がリピート率向上に影響

■ 患者満足度を向上させるための課題

(1) 患者への課題

患者満足度を構成する要素として、「医師・看護師等の専門技術能力」、「医師・看護師等の対人マナー」、「医療機関の設備・利便性」、「プライバシー保護」、そして「感染対策」などが考えられます。

特に、外来患者に対しては、医師・看護師等の専門技術能力はもちろんのこと、接遇力や感染対策の影響が大きいものと考えられます。

(2) 職員間連携への課題

患者満足度を高めるためには個々での対応では不十分であり、一貫性のない対応は患者の不満原因となりえます。職員連携を高めチームとして患者を診ていく体制をとる必要があります。また、このような職員間による接遇の差を無くす取り組みも必要です。

(3) 職員のモチベーションへの課題

医療機関サイドがいくら高い目標や患者満足度を上げる取り組みを行っても、対応する職員のモチベーションが低ければ期待する結果は得られません。

職員満足度向上に向けた取り組みが、患者満足度向上のためには必要となります。

(4) 適切な職員数の配置への課題

患者満足度向上に向けた取り組み計画があり、職員のモチベーションが高い状況であっても、職員数が足りず実行に移せなければ絵に描いた餅となってしまいます。計画に必要な職員数を確保することも考慮しなければなりません。

■ 継続受診の判断要素となる初診時の医師の対応

(1) 初診時の対応課題

患者は初診時に、次回受診を同一の医療機関で行うかを判断しています。患者は何を基準に継続受診か医療機関変更を決定しているか理解することが必要です。

◆ 継続受診に繋がらない要因

- | | |
|------------------|-----------------------|
| ① 病状の治癒・改善がしていない | ② 医師の診断や治療に対して信頼できない |
| ③ 医師の態度が悪い | ④ 患者に対する説明がわかりづらい |
| ⑤ 情報提供が少ない | ⑥ 傾聴力（カウンセリング）が不足している |

3

医業経営情報レポート

患者満足度向上がリピート率を高める

■ 患者対応力の強化

(1) 患者満足を引き出す説明

患者から、「先生の説明は病気の説明でしかなくて物足りない」という話を聞きます。患者は、日常生活上どのように対応していったらよいかという具体的な説明を求めています。

医師と患者が考える「説明」に対する認識のズレが、患者の不満につながっていることが多いようです。患者数が多く、医師から十分な説明ができない場合でも、看護師など他の職員から患者の生活を中心にした説明を行うことが必要と思われます。

例えば、「血液検査の結果、この数値はなかなか下がりませんが、食事や日常生活でこの点に注意をしていけば悪化が食い止められます」という具合に説明します。他にも患者の気持ちに対する共感、同調の言葉をプラスできると良い印象を与えます。

病気や薬の知識が豊富であることは当然ですが、患者が本質的に知りたいのは、自分の生活がどうなるかという視点だと思われます。この気持ちを忘れずに患者への説明を心掛けるようにします。ただし、医師一人では十分な説明時間が取れないことも多いため、職員にも同じような気持ちで患者に接してもらえよう継続的な研修が必要となります。

(2) 患者を気遣う一言でファン患者を増やす

院内での声掛けは、とても大切なことです。全員に同じ言葉をかけるのではなく患者に合わせた声かけも必要となります。また、「マニュアルに書いてあるから話しかける」、「聞かれた質問だけに答える」、「知っている患者だからお話する」のでは、十分な対応であるとはいえません。患者だけでなく、周囲の人も笑顔になるようなプラスの一言を添えるだけで、患者との関係が良くなる可能性があります。

◆ 患者を気遣う一言例

- 駅前通りが工事中なので、お帰りはお気をつけてくださいね。
- お帰りは歩きですか？雨が降っているので、よろしければ傘をお使いになりますか？
- 今日は疲れたと思いますのでゆっくり休んでください。また次回もお待ちしております。

■ 患者ロイヤリティを高める

患者満足度が高まると、診療サービスを提供してくれた医療機関に対するロイヤリティ（忠誠心）が生まれ、「継続した受診意向」や「家族や友人への紹介意向（口コミ）」というかたちで、自院に安定した利益をもたらします。

患者は治療を目的に来院しますが、無意識のうちに心のケアを求めている方もいます。

4

医業経営情報レポート

リピート率を高めたクリニック事例

事例1 | 患者の治療意欲を促進したAクリニック

(1) Aクリニックの概要

Aクリニックは専門外来を開設し、栄養指導や運動教室など専門職による個人ケアの要素を取り入れることで、患者の治療に対する意欲を促進させてリピート率を高めた事例を紹介致します。

◆Aクリニックの概要

当院は 2015 年に開院したクリニックで、内科、糖尿病内科、循環器内科、内分泌内科、リハビリテーション科を診療科目としている。

1日あたりの患者数は 100 人程度で8～9割は生活習慣病の再診患者である。高齢患者が多く、基本的に 28 日分の処方薬を出し、月 1 回の通院を促している。

定期的な受診を促進するため、医師による診察とは別に週 1 回患者が継続して来院する機会を設けている。

その内容は、管理栄養士による栄養指導、運動指導士による健康運動教室、看護師によるフットケア、漢方治療、アロマセラピーなどである。

生活習慣病の患者の多くは複数の専門外来を利用して、継続受診のきっかけとなっている。

患者にとっては、各教室を担当する専門職員の方が医師よりも気軽に話しやすいこともあり、悩みや相談を受けることがよくある。

そこで得た情報は院内の多職種間で共有し、個別的な支援を実現している。

(2) リピート率を高めることに繋がった具体的な施策

患者の治療意欲を高めるため、栄養指導や運動教室などでは、検査数値や各種スコアを患者に示し、前回計測時と今回計測値の違いを知ることができます。

毎回良い結果が出るとは限りませんが、前回より良い結果が出れば、患者は自分の努力が報われたと感じ、治療の成果を実感することができます。その結果、継続治療のモチベーションが上がりリピート率の向上に繋がっています。

また、リピート率が高い背景として職員が患者と接する姿勢も要因の 1 つです。

同院では、「指導」という形ではなく、「寄り添う」ことを重要視しています。長期的に患者との関係性を築いていくため、職員間連携を徹底し安心して通院できるよう心掛けています。

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: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

医療事故が多発する要因

医療事故の増加には、
どのような要因が考えられるのでしょうか。

近年、単純なヒューマンエラーを原因とする重大な医療事故が多発しており、その原因はさまざまなものが挙げられます。

代表的な要因として、次のような点が指摘されています。

①制度的なしくみの疲弊

1960 年に導入された国民皆保険制度の基本コンセプトは「均質・均等・平等」であったことで、いわゆる護送船団方式的な考え方のもとに質の向上を怠ったり、リスクという概念そのものを希薄にしたりしたために、制度疲労が増大しました。

②医師中心のプロダクトアウト

医師や医療施設側、つまり提供側の論理（プロダクトアウト）により運営がなされ、患者主権が一般的になおざりにされ、顧客満足の充足（マーケットイン）への転換が遅れました。

③技術重視(医師中心)

医師と医療技術中心の運営、および専門技能者集団による縦割り組織が、チームケアへの転換を遅らせ、さらにリスクに対する全院的な対応を遅らせました。これが国際的な品質マネジメントシステムのしくみや、産業界における同様のシステムの導入の遅れにつながっています。

④医療専門職のプロ意識の欠如

医師、看護師その他の医療専門職が、戦後のいわゆる「自由」の中で、プロフェッショナルとしての倫理観や使命感を希薄にしました。

⑤情報公開、患者主体医療の回復

IT化の推進と浸透によって種々の情報が入手しやすくなり、患者が医療における主権者としての意識を抱き始め、マスコミを通じて意見を述べるようになりました。

⑥職員の不満

医療提供施設で働く職員（特に医師以外のスタッフ）が、職場に生きがい、働きがいを見いだすために、職員満足（Staff Satisfaction）を図る仕組みの不足・不備が顕在化しています。

こうした要素を複合したものが、医療事故の多発原因に結びつくと考えられています。

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

病院全体で捉えた場合の リスクマネジメント

**病院全体を対象とするリスクマネジメントの
基本的な考え方を教えてください。**

病院など医療機関が抱えるリスクのうち、内部要因からみたリスクには、大きく分けて「ファイナンスリスク」と「ビジネスリスク」があります。これらはいずれも、病院経営の目的達成を阻害する原因となっています。

1. ファイナンスリスク

ファイナンスリスクとは、病院経営における財務面でのリスクです。

医療機関を取り巻く環境の変化によって、従来型の政策的保護に基づく病院経営はもはや通用なくなり、一般企業と同様の経営管理が求められています。

例えば、内部監査システムの構築による経営管理、ベンチマークとの比較による管理統制が挙げられます。

これらの導入によって、組織として目標管理や人事管理も行いやすくなり、個人に内在するリスク管理の実践にも役立ちます。

2. ビジネスリスク

医療そのものに潜在するリスクが、医療機関におけるビジネスリスクです。

具体的には、医療事故、医療紛争などが該当します。

かつて実施された「医療事故シンポジウム」の調査によると、以下の項目が医療事故の主要な発生原因として挙げられており、これらがビジネスリスク要因であるといえます。

- | | |
|-----------|----------------------|
| ① 診療録の不備 | ② 医師の医療知識、技術の未熟性、独善性 |
| ③ 薬剤の過誤使用 | ④ チーム医療の未完成 |
| ⑤ 意思の疎通性 | ⑥ 施設の診療能力の不足 |
| ⑦ 事故対策の未熟 | |

これらの項目に対し、組織として現有の資産（ヒト・モノ・カネ）を踏まえて、最大の活用と不足の補てんを行い、具体的な対策を立てていくことが重要です。