

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.817 2024.4.16

医療情報ヘッドライン

**「オンライン診療の指針」Q&Aを改訂
向精神薬の濫用・転売への注意喚起**

▶厚生労働省

**不妊治療の支援制度がある企業26.5%
4分の1以上が「仕事と両立できない」**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2024年4月12日号

**医療費の地域差半減
「未達見込み」**

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和5年11月分概数)

経営情報レポート

**2023年決算データからみる
医科診療所 経営実績分析**

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:医療過誤の記録と分析

医療事故の記録のポイント

医療事故情報の管理方法と種類

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。

「オンライン診療の指針」Q & Aを改訂 向精神薬の濫用・転売への注意喚起

厚生労働省

厚生労働省は4月1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の改訂版を公表。

オンライン診療の初診時に麻薬や向精神薬を処方できない理由として「患者が症状や服薬歴を虚偽申告する可能性」と「患者のなりすましや虚偽申告による濫用、転売のリスクを抑制することが困難」を挙げた。

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」では、初診での麻薬および向精神薬の処方を行わないよう求めているが、不眠症の診療において処方されている実態があることを受け、改めて周知を徹底させるための施策だ。

■不眠症やダイエット目的の患者への 処方が社会問題に

オンライン診療が最初に認められたのは1997年。当時は遠隔診療と呼ばれ、離島や僻地のみが対象だった。スマートフォンなどの通信機器が普及したこともあり、2015年に一般に解禁されたが、初診は対面が原則だった。2018年に「オンライン診療料」として保険適用されても、対面診療の補完的な役割だったことは変わらず、71点と再診料（当時73点）よりも低く設定されていた。

この状況を変えたのが2020年からのコロナ禍だ。感染拡大の収束までの時限的特例措置ではあるものの、初診からのオンライン診療が解禁される（診療報酬は214点。当時の初診料は288点）。その後、2022年度診療報酬改定で正式に初診からのオンライン

診療が認められ、「情報通信機器を用いた場合の初・再診料」となって時限的特例措置の点数よりもさらに引き上げられた（最大251点、再診料73点）。

この動きの背景には、医療資源を効率的に活用して医療費の抑制を進めたい国の意向があるが、前述したように濫用や転売といった状況を悪用した動きも出てくるようになる。

とりわけ不眠症は、遠方からのオンライン診療で受診するケースが多いことが明らかになった。

また、ダイエット薬として糖尿病治療薬のGLP-1受容体作動薬をめぐるトラブルも増加。国民生活センターによれば、処方薬や副作用の説明、基礎疾患の問診が不十分なままオンライン診療の初診時に数カ月分が処方されるケースもあるという。

■「医師のなりすまし」にも厳正な姿勢を求める

なお、今回のQ&Aでは医師のなりすましが疑われる場合の取り扱いにも言及。医師の本人証明や資格確認の方法が指針に沿っていないなど、不適切な事例の報告が都道府県にあった場合、その医療機関のオンライン診療の実態を調査したうえで、保健所に速やかな停止の勧告など必要な指導を行わせるとした。

指導をしても改善が見られない場合は、「刑事訴訟法第239条に基づく告発を念頭に置きつつ、警察と適切な連携を図ってください」と厳しい姿勢をもって臨むことを都道府県に促している。

不妊治療の支援制度がある企業26.5% 4分の1以上が「仕事と両立できない」

厚生労働省

厚生労働省は3月29日、「不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査」の結果を公表。不妊治療を行っている従業員が受けられる支援制度がある企業の割合は26.5%、不妊治療と仕事が両立できない、もしくは両立できなかった人は全体の4分の1以上に達することがわかった。

少子化対策の一環として2022年4月から不妊治療の保険適用がスタートしたが、治療を受けやすい環境が整っていない現状が浮き彫りになった形だ。

■2022年度に不妊治療を受けたのは37万人超

不妊治療の保険適用は、2020年9月に当時の菅義偉首相が肝いり政策として掲げたものだ。不妊治療は、妊娠しやすいタイミングを医師が指導する「タイミング法」からスタートし、精子を洗浄・濃縮して子宮内に注入する「人工授精」、体内から取り出した卵子を体外で精子と受精させる「体外受精」へとステップアップしていくのが一般的。

「タイミング法」は1回数千円から1万円程度だが、人工授精は1回1~数万円、そして「体外受精」は厚労省の調査結果によれば1回平均50万円かかる。これらの費用を国が助成することで、出生率の向上を促そうという目論見だった。この取り組みは、一定の成果を生んだとあって差し支えないだろう。

厚労省によれば、2022年度に保険で不妊治療を受けた人は37万3,575人で、そのうち高額な体外受精や顕微授精を行う生殖補助医療を受けたのは26万9,933人だった（タイミング法などの一般不妊治療は10万

3,129人、男性不妊治療は513人）。

ただし、不妊治療は検査や通院などに時間がかかる。一般不妊治療は1回1~2時間程度の通院を2~6日、生殖補助医療は1回1~3時間程度の通院を4~10日行う必要があるとされており、働いている人にとっては、仕事との両立が大きな課題だ。前出の調査では、両立できず仕事を退職した人10.9%、不妊治療をやめた人7.8%、雇用形態を変えた人7.4%で、全体の約26%^(※)が仕事と不妊治療の両立ができていないという結果だ。

※55.3%は両立している（していた）人、18.7%は治療当時働いていなかった人

■両立している人にとっても通院は大きな負担

では、両立できなかった理由は何か。最も多かったのが「待ち時間など通院にかかる時間が読めない、医師から告げられた通院日に外せない仕事が入るなど、仕事の日程調整が難しいため」で49.3%（「通院回数が多いため」は32.8%）。

なお、両立している（していた）人が「両立が難しいと感じる理由」のトップは「通院回数が多い」の53.5%であり、通院が負担になっていることは明らかだ。

こうした状況を踏まえると、企業に支援体制の強化が求められているのは確かだが、通院しやすいよう休暇制度の拡充を行うのは決して簡単ではないだろう。

むしろ、不妊治療を提供する医療機関が、患者が通院に過大な負担を感じていることを理解した対策をとることで、患者満足度の向上を図ることができるのではないか。

医療情報①
 経済財政
 諮問会議

医療費の地域差半減 「未達見込み」

政府の経済財政諮問会議は 2 日、財政健全化を進めるため 2019 年度に始まった「新経済・財政再生計画」に盛り込まれている 1 人当たり医療費の地域差を縮小させる目標が未達になる見込みだとする点検・検証結果の報告を受けた。

地域医療構想に沿った医療機関の機能転換や再編にも「課題がみられる」とし、それらの改革が進まない原因を分析して対応策を諮問会議で議論し、政府が夏に決定する骨太方針で対応の方向性を打ち出すべきだとしている。

岸田文雄首相はこの日の経済財政諮問会議で「人口減少が本格化する 2030 年までに持続可能な経済社会を軌道に乗せるべく、今後 3 年程度で、必要な制度改革を含め集中的な取組を講じていくことが重要になる」と述べた。その上で、骨太方針の取りまとめに向けて中期的な経済・財政の枠組みの検討を進めるよう新藤義孝経済財政政策担当相に指示した。

新経済・財政再生計画の点検・検証は、経済財政諮問会議の下に設置されている有識者らによる「経済・財政一体改革推進委員会」が 3 月に行い、2 日、結果を報告した。

政府は、1 人当たり医療費（年齢調整後）の地域差を 14 年度比で 23 年度に半減させる目標を掲げていたが、16-20 年度にはむしろ拡大し、点検・検証では「目標に達しない見込み」と評価した。

そのため、24 年度からの第 4 期医療費適正化計画（29 年度まで）に基づき都道府県ごとに医療費適正化の取り組みを引き続き進める。政府は、白内障手術や化学療法の外來シフト、リフィル処方箋の活用促進などのメニューを示していて、都道府県がそれらの目標を設定する。

●実質成長1%超で長期的に安定、社会保障制度

また 2 日の経済財政諮問会議で内閣府は、団塊ジュニアが 85 歳以上になる 2060 年度までの社会保障などに関する長期的な試算を示した。

経済成長率が実質で 1%を超える状況下で、毎年の医療の高度化などによる医療・介護費の増加を相殺する「給付と負担」の改革効果を実現できれば長期的な社会保障制度の安定性の確保が見通せるとの見解を示した。

ただ、それを実現させるためには、DX の活用などによる社会保障の給付の適正化・効率化や地域の実情に応じた医療・介護提供体制の構築に加え、支払い能力に応じた負担の徹底を通じた給付と負担の構造の見直しなどに取り組む必要があるとした。

また、医療や介護の持続可能性を確保するには、医療・介護給付費対GDP（国内総生産）比の上昇基調に対する改革に取り組んでいくことが重要だとし、33年度までの中長期試算の期間中も給付と負担の構造改革を進めていくべきだとも強調した。民間議員も、社会保障の持続可能性を確保するため給付と負担の両面を把握した上で改革を進めていく必要性を指摘した。

議論では、「社会保障分野が見える化し、一人当たり医療費の地域差の是正やセルフメディケーション、リフィル処方箋の進展も図っていくべきだ」といった意見が出た。

諮問会議は今後、夏に決定される骨太方針を見据えた議論を本格化させる。

医療情報②
 厚生労働省
 作成

地域医療構想、都道府県向けに チェックリスト

各都道府県が2025年を想定して作った地域医療構想の推進を支援するため、厚生労働省は、都道府県向けのチェックリストを作った。「病床機能報告」や「知事の権限」など6つのジャンルごとにこれまでの取り組みを自己評価する仕組み。厚労省は、これまでの取り組みの状況を振り返って、今後、必要なことに取り組めるように活用を呼び掛けている。

チェックリストは、以下のジャンルの計31項目。

- | | | |
|-----------|----------------|-------------|
| ▼「病床機能報告」 | ▼「知事の権限」 | ▼地域医療構想調整会議 |
| ▼周知・啓発 | ▼地域医療構想のさらなる推進 | ▼その他 |

それらのうち「病床機能報告」のジャンルには、急性期や回復期など病床機能の区分ごとに将来の医療需要と必要病床数を把握できているかどうかや、各医療機関が報告した病床数と将来の必要数に隔たりがある場合に地域医療構想調整会議で原因分析や評価を行っているかなど、7項目を盛り込んだ。

また、「その他」のジャンルは、地域医療構想の進展の定期的な確認や、円滑に進んでいない場合は原因の考察や目標の修正を検討できているかなど4項目で、それぞれ「はい」か「いいえ」で自己評価する仕組み。

31の取り組みごとに根拠となる通知などの出典も示した。チェックリストを作ったのは、地域医療構想に基づく医療体制の再編を促す支援策の一環。厚労省はほかに、病床機能報告上の病床数と必要量を都道府県別や構想区域別に「見える化」したり、都道府県の好事例を共有したりした。

24年度には、医療提供体制に課題があるなど重点的な支援が必要な「モデル推進区域」を全国に設定し、アウトリーチ型の伴走支援も行う。

週刊医療情報（2024年4月12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。

病院報告 (令和5年11月分概数)

厚生労働省 2024年2月19日公表

1. 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和5年11月	令和5年10月	令和5年9月	令和5年11月	令和5年10月
病院					
在院患者数					
総数	1 129 627	1 124 839	1 134 980	4 788	△ 10 141
精神病床	260 386	261 660	263 167	△ 1 274	△ 1 507
感染症病床	793	691	1 359	102	△ 668
結核病床	982	1 004	1 130	△ 22	△ 126
療養病床	231 418	231 543	232 370	△ 125	△ 827
一般病床	636 048	629 940	636 955	6 108	△ 7 015
外来患者数	1 267 422	1 263 389	1 241 001	4 033	22 388
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 863	1 920	1 962	△ 57	△ 42

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和5年11月	令和5年10月	令和5年9月	令和5年11月	令和5年10月
病院					
総数	76.6	75.6	73.5	1.0	2.1
精神病床	81.0	81.4	81.8	△ 0.4	△ 0.4
感染症病床	45.5	37.1	52.8	8.4	△ 15.7
結核病床	24.7	25.8	26.9	△ 1.1	△ 1.1
療養病床	84.2	84.1	83.9	0.1	0.2
一般病床	73.0	71.2	67.5	1.8	3.7
診療所					
療養病床	38.6	39.4	39.4	△ 0.8	0.0

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

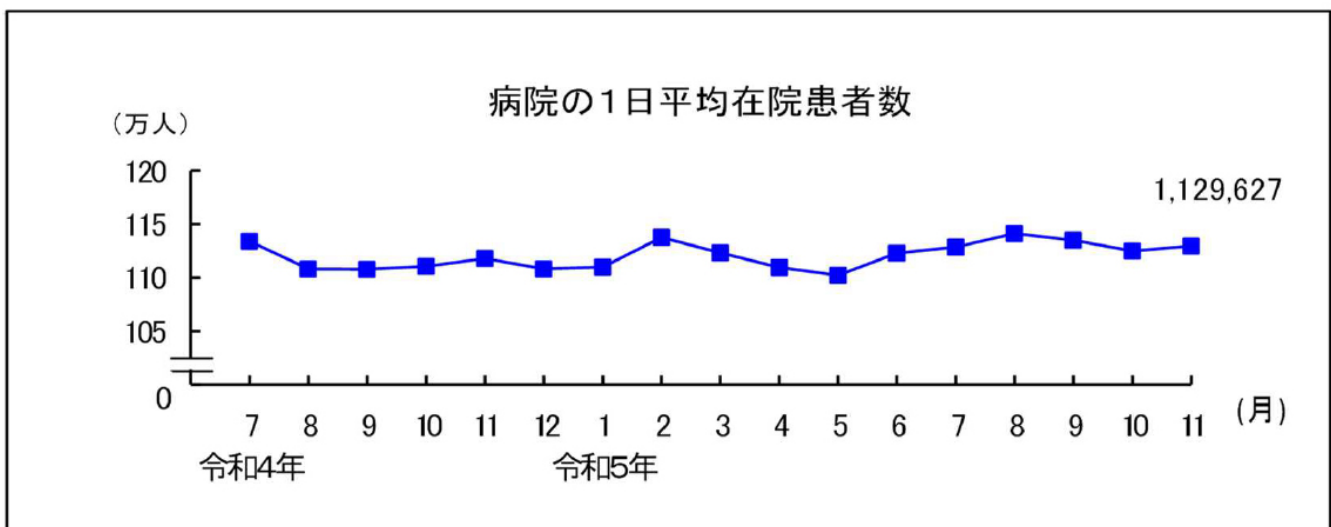
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和5年11月	令和5年10月	令和5年9月	令和5年11月	令和5年10月
病院					
総数	26.1	26.2	26.5	△ 0.1	△ 0.3
精神病床	264.8	259.7	260.8	5.1	△ 1.1
感染症病床	18.2	11.2	10.6	7.0	0.6
結核病床	36.1	46.9	33.4	△ 10.8	13.5
療養病床	119.7	120.2	120.4	△ 0.5	△ 0.2
一般病床	15.6	15.6	15.9	△ 0.0	△ 0.3
診療所					
療養病床	106.3	109.7	102.6	△ 3.4	7.1

注) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

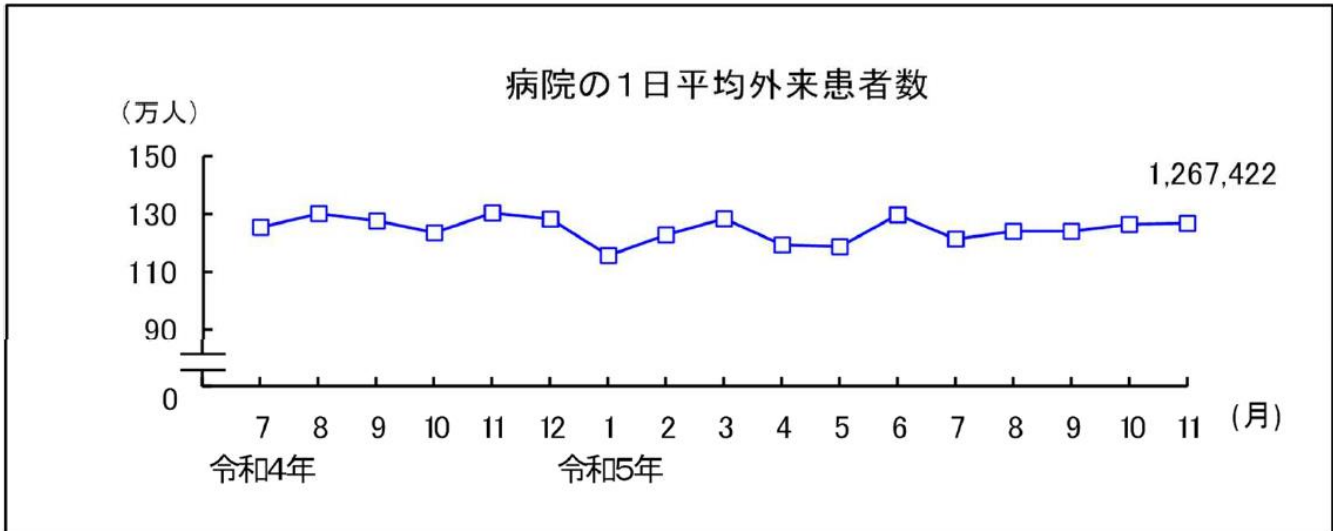
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

◆ 病院:1日平均在院患者数の推移

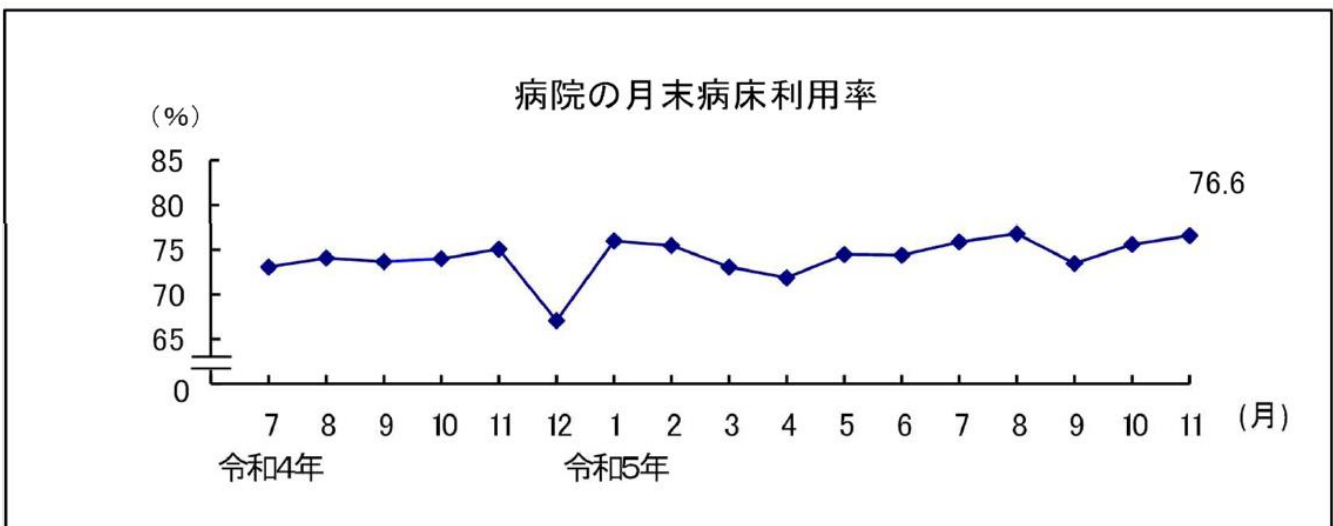


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

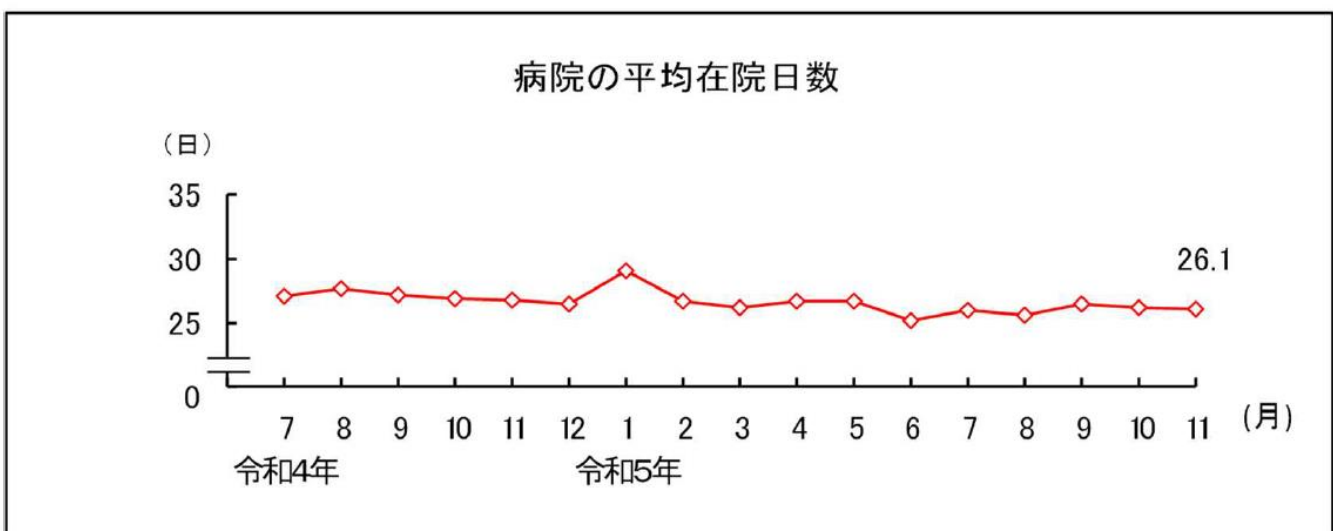
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



病院報告（令和5年11月分概数）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

2023年決算データからみる

医科診療所 経営実績分析

1. 2023年 経営実績とその傾向
2. 2023年 収入上位診療所の経営実績
3. 2023年 診療科目別経営実績
4. 2023年 医療法人経営指標分析結果



※本文中、各表の金額は表示単位未満を四捨五入しており、端数処理の関係上合計が一致しない場合があります。

1

医業経営情報レポート

2023年 経営実績とその傾向

■ 2023年経営実績の概要

経営実数分析は、決算書に基づいて実数値から経営状況を把握することを目的とするものです。今回抽出したデータは、2024年3月までに決算を終えた無床診療所302件（医療法人204件、個人開業98件）の主要科目について、平均値を算出しています。

なお、医療法人のデータについては役員報酬を除外、個人データについては専従者給与を同じく除外しています。概況として2023年は新型コロナウイルス感染症の5類移行による診療報酬の取り扱いの変更があったものの、全体的には増収傾向となりました。

■ 2023年 比較要約変動損益計算書

（単位：千円）

	2022年	2023年	前年対比
I 医業収入	126,920	130,423	102.8%
1.保険診療収入	109,555	114,101	104.1%
2.保険外診療収入	14,399	13,915	96.6%
3.その他医業収入	2,966	2,407	81.2%
II 変動費	23,819	24,011	100.8%
1.医薬品・診療材料費	19,263	20,198	104.9%
2.検査委託費	4,556	3,813	83.7%
III 限界利益	103,101	106,412	103.2%
IV 医業費用	50,386	52,291	103.8%
1.人件費	31,028	31,954	103.0%
2.その他固定費	19,358	20,337	105.1%
減価償却費	5,472	5,593	102.2%
地代・家賃	7,106	7,195	101.3%
研究研修費	255	332	130.2%
保険料	2,802	2,728	97.4%
接待交際費	929	1,085	116.8%
その他経費	2,794	3,404	121.8%
V 医業利益	52,715	54,121	102.7%

2

医業経営情報レポート

2023年 収入上位診療所の経営実績

■ 収入上位診療所の経営実績の概要

第1章で分析した無床診療所 302 件（医療法人 204 件、個人開業 98 件）の決算書より、医業収入上位 20%を抽出し、改めて経営データを集計しました。

分析の分母（分析対象数）は 60 件で、その内訳は医療法人 51 件、個人開業 9 件です。
なお本分析では人件費から役員報酬と専従者給与は除いています。

■ 2023年 収入上位診療所比較要約変動損益計算書

（単位：千円）

	2022年	2023年	前年対比
I 医業収入	261,343	271,653	103.9%
1.保険診療収入	231,271	241,452	104.4%
2.保険外診療収入	26,836	26,963	100.5%
3.その他医業収入	3,236	3,238	100.1%
II 変動費	65,463	67,685	103.4%
1.医薬品・診療材料費	56,769	59,749	105.2%
2.検査委託費	8,694	7,936	91.3%
III 限界利益	195,880	203,968	104.1%
IV 医業費用	107,317	113,727	106.0%
1.人件費	63,424	66,684	105.1%
2.その他固定費	43,893	47,043	107.2%
減価償却費	10,429	11,008	105.6%
地代・家賃	10,641	10,964	103.0%
研究研修費	639	942	147.4%
保険料	4,967	4,845	97.5%
接待交際費	1,210	1,421	117.4%
その他経費	16,007	17,863	111.6%
V 医業利益	88,563	90,241	101.9%

3

医業経営情報レポート

2023年 診療科目別経営実績

■ 診療科目別経営実績の概要

本分析では、無床診療所 302 件（医療法人 204 件、個人開業 98 件）の決算データから診療科目別に抽出し、各診療科目別の平均値を算出しました。

なお、抽出した診療科目は、内科、小児科、心療内科、整形外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科で、第1章のデータ同様、人件費から役員報酬と専従者給与は除いています。

また、参考として、各診療科目上位 20% のデータを記載しています。

■ 各データのサンプル数

●内科	133 件	（医療法人	89 件、個人開業	44 件）
●小児科	30 件	（医療法人	25 件、個人開業	5 件）
●心療内科	17 件	（医療法人	6 件、個人開業	11 件）
●整形外科	35 件	（医療法人	25 件、個人開業	10 件）
●皮膚科	24 件	（医療法人	15 件、個人開業	9 件）
●耳鼻咽喉科	23 件	（医療法人	14 件、個人開業	9 件）
●眼科	23 件	（医療法人	18 件、個人開業	5 件）
●泌尿器科	6 件	（医療法人	4 件、個人開業	2 件）

（注）上表の診療科に該当しない診療所もあり、無床診療所数とサンプル数は一致しない

個別データは、次ページ以降に掲載しています。診療科目別に集計した主要科目別数値は下記のとおりです。

■ 2023年 診療科目別主要データ

（単位：千円）

	内科	小児科	心療内科	整形外科	皮膚科	耳鼻咽喉科	眼科	泌尿器科
医業収入	128,849	148,067	102,709	138,875	118,472	99,558	189,367	114,314
変動費	23,438	39,597	5,039	27,225	22,771	8,045	40,008	17,637
限界利益	105,411	108,470	97,670	111,650	95,701	91,513	149,359	96,677
医業費用	50,039	54,425	47,822	70,699	48,906	43,022	69,204	41,907
うち人件費	30,599	31,878	33,491	43,090	29,362	25,880	38,721	22,876
医業利益	55,372	54,045	49,848	40,951	46,795	48,491	80,155	54,770
参考： 役員報酬	38,003	30,279	25,470	28,013	37,787	27,251	51,693	48,498

4

医業経営情報レポート

2023年 医療法人経営指標分析結果

■ 2023年医療法人経営指標分析結果

本章では、医療法人立無床診療所の 204 件を対象として、貸借対照表の数値を抽出し、経営指標を算出しました。

分析は、収益性、生産性、安全性、成長性の4つの視点で行っています。

■ 2023年 比較貸借対照表 医療法人立無床診療所平均

(単位：千円)

資産の部			負債の部		
	2022年	2023年		2022年	2023年
【流動資産】	91,084	97,347	【流動負債】	13,992	13,371
現金・預金	62,645	69,241	買掛金	6,783	6,597
医業未収金	20,720	19,473	その他	7,209	6,774
その他	7,719	8,633	【固定負債】	41,165	39,005
【固定資産】	67,990	68,977	長期借入金	31,032	29,705
【有形固定資産】	31,800	32,972	その他	10,133	9,300
医療用機器備品	4,081	4,264			
工具器具備品	3,130	3,090	負債合計	55,157	52,376
その他	24,589	25,618	純資産の部		
【無形固定資産】	3,586	3,947		2022年	2023年
ソフトウェア	844	1,056	【出資金】	9,796	9,796
その他	2,742	2,891	【利益剰余金等】	94,121	104,152
【その他の資産】	32,604	32,058			
保険積立金	24,238	24,993	資本合計	103,917	113,948
その他	8,366	7,065			
資産合計	159,074	166,324	負債・純資産合計	159,074	166,324

(注) 当期純利益は法人税等控除後の数値としています。

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:医療過誤の記録と分析

医療事故の記録のポイント

医療事故が発生した際の記録作成について、
留意点を教えてください。

医療事故が発生した際に作成しなければならない書類・記録として、「経過記録」と「事故報告書」があります。まず「経過記録」は、事故に関し時系列に整理した客観的な記録として、下記の2点に留意して作成します。

- ① 事故に関する事実を経時的に記述すること
- ② 事故後に患者に実施された治療とその後のケア、および患者の反応について記述すること

①が行われていないと、事故の隠ぺいが行われたかのような印象を与える可能性があります。また②の情報は、事故後に患者の状態をしっかりと観察し対応したことを示すこととなります。さらに「事故報告書」は、それを読む人々を念頭において、次のような点に留意して作成する必要があります。

①客観的に書く

事故の詳細については、客観的な言葉を使い、自分が見たことと聞いたことを正確に記述する。例えば、患者が転倒するところを実際に目撃したのであれば「患者が床に横たわっているのを見つけた」というように書く。次いで、その場面で自分が実際に行った行動のみを、例えば「患者を助け起こしてベッドに戻した」や、「外傷の有無を調べた」というように記述する。

②必要な情報だけを書く

事故が発生した正確な時間と場所、および報告した医師の氏名を記録する。

③自分の意見は書かない

自分の意見を事故報告書に書いてはならない。どうすれば事故は避けられたかという点に関する提案や意見は、むしろ看護部長や危険管理部門の責任者（リスクマネジャー）に口頭で伝える。

④非難は書かない

同僚や管理者に対し、責任をあげつらったり、非難したりしない。「もう少しスタッフが優秀であったなら、この事故は防げただろう」というような記述は避け、起こったことだけを記述する。

⑤噂や憶測を避ける

事故について知っているスタッフがそれぞれ事故報告書を書くべきである。自分の受け持ち患者が他部門で負傷した場合は、当該部門のスタッフが事故の詳細な記録を書く責任がある。

⑥記録の適切な保管

事故報告書は診療記録と一緒に保管してはならない。報告書は、病院の方針に従って、その内容を点検する立場にある人に提出する。



ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療過誤の記録と分析

医療事故情報の管理方法と種類

医療事故情報の管理方法と種類には、どのようなものがありますか？

医療事故に関する情報には、インシデントや事故の当事者から提出された報告書、その報告書から個人名などを削除するなどして加工したもの、報告内容を統計分析した結果についての情報、担当者による巡回で得る情報などがあります。

情報収集の方法によって、得られる情報の量や内容も変わります。したがって、目的によって情報収集の手段や加工の仕方を工夫する必要があります。

種類	事故報告書 インシデント レポート	個別報告書から 個人名などを 加工したもの	統計分析用シート	集計分析結果
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故事実を把握する ・ 原因を究明する ・ 事故防止策を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 組織内での事故防止策を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 組織における事故の傾向を把握する ・ 組織内での事故防止策を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 分析結果を職員に周知徹底させる ・ 事故の防止策を図る
様式	記述式	記述式	チェック方式	最終的に職員へ周知させる方式
記述者	本人と管理者	本人と管理者 * 管理者が必要性を判断	本人あるいは管理者	リスクマネジメントに関する委員会など
分析者	本人と管理者	リスクマネジメントに関する委員会など	リスクマネジメントに関する委員会など	リスクマネジメントに関する委員会など
分析方法		SHELモデル 4M-4E方式など	マクロ的分析	
管理	管理責任者を決め、部外秘扱いを原則とする			
	事故当事者と直接の部門管理者、事故を調査した担当者での扱いとする	委員会での参考資料とし、検討後は保管期間を規定しておく	委員会での参考資料とし、検討後は保管期間を規定しておく	情報を周知させる対象と範囲を明確にしておく

参考：「組織で取り組む医療事故防止」 (公社) 日本看護協会ホームページ