

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.566 2019.3.19

医療情報
ヘッドライン

消費税改定による 個別項目の配点決定 初診料は288点、外来診療料74点

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

利用実績ゼロの医療機関もある CT、MRIなどの 配置状況を可視化

▶厚生労働省 地域医療構想に関するワーキンググループ

週刊
医療情報

2019年3月15日号

医師の働き方改革に関する 「報告書案」を示す

経営
TOPICS

統計調査資料

病院報告

(平成30年8月分概数)

経営情報
レポート

マイナンバー制度を効率的に活用 医療等分野IDによる情報連携

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:医療事故防止対策 診療部門における事故防止のポイント 医療廃棄物処理のリスクマネジメント

発行:税理士法人 優和

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

消費税改定による個別項目の配点決定 初診料は288点、外来診療料74点

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は、2月6日の中央社会保険医療協議会総会で、消費税率引き上げに伴う診療報酬改定について、個別項目の配点を提示した。初診料は現行から6点引き上げられて288点に、外来診療料は1点引き上げられて74点に、急性期一般入院料1は59点引き上げられて1,650点となる。

■再診料が1点引き上げられて73点、 オンライン診療料も1点引き上げで71点

そのほかの主な項目としては、再診料が1点引き上げられて73点に、昨年の改定で新設されたオンライン診療料も1点引き上げで71点となった。療養病棟入院料1のAは3点引き上げの1,813点、救命救急入院料1のイ（3日以内の期間）は354点引き上げとなる10,223点となっている。

消費税は今年10月、現行の8%から10%に引き上げられる予定で、診療報酬は非課税のため、医療機関や調剤薬局が仕入税額控除を受けられないが、実際の仕入れでは消費税を負担している。そこで、消費税負担相当額を補填するため、これまでも消費税が引き上げられるたびに臨時改定を実施してきた。

■今回の臨時改定は診療報酬全体で プラス0.41%、薬価マイナス0.51%

今回の臨時改定は、診療報酬全体ではプラス0.41%、薬価はマイナス0.51%、材料価

格はプラス0.03%。これをもとに同省の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」で各項目の引き上げ率が検討されてきた。

「消費税改定」をめぐるっては、補填不足も指摘されてきたため、直近の通年実績のNDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）データのほか、入院料も病院種別や入院料別シェアを考慮している。

なお、この日の総会では、1月30日に実施された公聴会で発表された意見も紹介され、「そもそも診療報酬は非課税なのに消費税相当分が補てんされていることが、国民、患者、保険者に知られていない」「患者サイドは非課税だと思っていても気付かないうちに診療報酬という形で負担している」といった内容が多く、なぜ臨時改定が行われるのか一般に理解されていない現状も明らかになっている。

厚労省側は広報に力を入れる方針だが、消費者の目線からすると、単なる「値上げ」と受け取られかねないため、各医療機関からも啓発を促すことが求められるのではないかと。



医療情報
ヘッドライン
②

利用実績ゼロの医療機関もある CT、MRIなどの配置状況を可視化

厚生労働省 地域医療構想に関するワーキンググループ

厚生労働省は、1月30日に開催された「地域医療構想に関するワーキンググループ」の会合で、CTやMRIなど高額医療機器の地域ごとの配置状況を可視化する方針を示した。

効率的な医療提供体制を構築するため、共同利用を推進するのが目的だ。

■医療機器ごと・地域ごとにニーズを

踏まえた調整人口あたりの台数を明らかに

医療機関の数に地域格差があることは周知されているが、医療機器に至っては、地域格差どころか同じ地域内でも備えられているところと、そうでないところがある。

とりわけ、CTやMRIのような高額医療機器は、すべての医療機関で設置できているわけではない。その一方で、「医療施設調査」によれば、マルチスライスCTや1.5T以上のMRIを備えながら利用実績がない医療機関も存在し、明らかに無駄な設備であり、医療資源を有効に活用するという観点に立てば、外来医療機関間の機能分化・連携を進めつつ医療機器の共同利用を推し進めるべきだろう。

そのためには、まず正確な現状を把握する必要がある。地域ごとの配置状況を可視化しようとしているのはそのため、厚労省は「医療機器ごと・地域ごとにニーズを踏まえた調整人口あたり台数」を明らかにし、医療機器を持つ医療機関を地図情報としてマッピングする案を示している。具体的な医療機器とし

ては、CT、MRIのほかマンモグラフィやリニアック、ガンマナイフなどが対象となる。

■機器購入を計画する段階から

医療圏内での連携を推進する方針

厚労省は、医療機器を二次医療圏内で効率的に共用している事例として、熊本の「天草医療圏」を提示した。「天草医療圏」では、「あまくさメディカルネット」としてICT医療連携を行っているほか、医療機器の共同利用や画像ネット、診療データの共有連携を実施している。主要病院間はサーバ接続、診療所はクライアント接続と規模によって柔軟に連携方法も変え、同医療圏内に80ある診療所のうち8割近い61診療所が加入している。さらに、今後の対応方法として、厚労省は機器購入を計画する段階から医療圏内での連携を推進する方針とする。共同利用計画を作成して、地域医療構想調整会議などの場で定期的に協議する方向に持っていきたい意向だ。

その際の参考資料として「調整人口あたり台数」やマッピングなどのデータを有効活用させる。医療法によれば、共同利用計画の協議の結果は公表が義務付けられているため、横展開もしやすい。この取り組みが本格的に行われていけば、高額医療機器の導入に頭を悩ませるよりも、地域内での連携を進めることを優先させるのが、今後の医療機関の経営に不可欠といえるだろう。

医療情報①
医師の働き方改革
に関する検討会

医師の働き方改革に関する 「報告書案」を示す

厚生労働省は3月13日、「医師の働き方改革に関する検討会」（座長＝岩村正彦・東大大学院法学政治学研究科教授）の第20回会合を開き、今年度中の取りまとめに向けて「報告書案」を示した。同日の会合では、これまでと同様に病院経営側と労働組合側のメンバー（構成員）との間で意見が対立し、約1時間半にわたる“ガス抜き”を終えて、最後に医政局の吉田学局長が今後に向けた意気込みを語り、閉会となった。

■1,860時間、「長い」「短くしている」と赤星構成員

この日、勤務医の立場から参加している赤星昂己構成員（東京女子医科大学東医療センター救急医）が久しぶりに姿を見せ、今回の「報告書案」に対する感想を述べた。争点となっている時間外労働の「年1,860時間」（B・C水準）について赤星構成員は「長いな」と漏らしつつも、「短くしている」と謝意を示し、病院経営側と労働組合側の双方に気を配った。

○赤星昂己構成員（東京女子医科大学東医療センター救急医）

（前略）12月から2月まで救急の繁忙期でなかなか抜けられず、久々に参加させていただいております。私からは3点、意見とお願いをしたいと思います。まず時間に関して。毎回申し上げている1,860時間、「長いなー」みたいな気分になるわけです。実際、僕のまわりでも結構、「本当なの？」みたいなことを言われることがたくさんありますが、実際、救急で働いている実感としては、「1,860時間って、なかなか、むしろ実現するの、かなり難しいのかな」っていうぐらい短くしているのかなと実感的には思うので、むしろ「守れるルールをつくる」っていうのがやっぱり一番大事なと僕は思っています。例えば、これを（A水準の）960時間にすると、いろんな病院が、「じゃあ、960時間に表面上、見せかけて、いかにただ働きをさせるか」みたいな思考回路になっちゃうと本末転倒なので、守れるルールをつくるという意味で、1,860時間で事務局で設定していただいているのかなという認識を私のほうでしています。「B水準」に関しては、段階的に是正をしていくということなので、非常にいいアイデアだと思っています。2035年までには960時間を何かなんでも目指すということを事務局のほうで気概を持ってやっていただきたいなと思っています。

できることなら、この（報告書案）26ページの「終了目標年限」（2035年度末）というのも義務にしてほしいと思っていますが、現実的には、それはできないと思っていますので、それぐらいの気持ちでやっていただければなと思っています。（中略）1,860時間という時間そのものに関しては特に大きな反対は持っていません。というのも、この想定最大時間数を明示していくことによって、市場原理で、教育もやっていない、健康確保策もやってないという、時間外は1,860時間、なんていう病院で、研修しようと思う人がまずそもそもいないので、そういう市場原理でどんどん是正されていくものだと思っています。（中略）以下、続く

（3月13日の同検討会での発言を編集部で要約）

医療情報②
医師の働き方改革
に関する検討会

「2024年までの間に やれるべきことをとにかくやる」

厚生労働省医政局の吉田学局長は3月13日の「医師の働き方改革に関する検討会」で、出席者の意見や質問が出尽くした終盤に発言し、「2024年までの間にやれるべきことをとにかくやる」と力を込めた。

○厚労省医政局・吉田学局長

続けて事務局から、医政局長でございます。今回から全体の報告書案のご議論をいただくということで、今まで20回にわたる検討会での議論の集約、よろしくお願いしたいと思います。本日、実は冒頭のところ、私、国会答弁に呼ばれておりまして欠けてしまいましたので、すべての委員の方々のご発言を聴いていないという点、大変残念ではございますが、私が伺った範囲、あるいはこれまでの議論を踏まえて、若干時間もございますので、簡単にコメントを申し上げたいと思います。

これまでの議論、今日のご発言の中にもありましたように、ここにお集まりの方々の共通の思いとして、今のドクター、医師の働き方を改革しなければならない。具体的には、その象徴として、長時間の時間外労働を短縮しなければいけない。そのために当然、社会をあげて、医療界で、そして、われわれ行政も全力を持って取り組むという点については、全くその思いであります。1月11日にまとめていただいた、この検討会の「とりまとめ骨子」、そして、それがほとんどそのままの形で、本日も議論いただいている報告書の前文の所といたしまして、「基本的な考え方」の所に記載をさせていただいていると思いますが、「我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にある」ということや、「日本のよい医療を将来にわたって持続させるためには、現状を変えていかなくてはならない」ということを報告書で共通認識としていただいていることに、全く私も同感であります。また、そのためには具体的にどうするかということであるわけで、個々の医療機関におけるマネジメント、先ほど来、ご議論ありますように、個々の医療機関として労働時間管理に取り組んでいただかなければいけない。入り口から早急にやっていただくことはもちろんでありますし、タスク・シフトやタスク・シフティングという取組もお願いしているところ。そのために必要な、制度的な見直しが必要ならば、われわれ、「この検討会を踏まえて」と言うのでしょうか、この検討会に続いて、われわれとして別途、制度化の議論をさせていただきたいと思っております。

さりながら、もちろん、個々の医療機関でのご努力をいただくにしても、この検討を通じて明らかになったように、また、本日も遠野委員からもご発言ありましたように、個々の医療機関だけでは頑張り切れない。まさにそれが地域医療における形の問題。議論としては、例えば、場合によっては集約。住民の方々のご理解をいただきながら、医療の形を変えるべきじゃないかと。あるいは、医師の偏在を是正するためには、医師のキャリアパスという意味で、何回か事務局からも申し上げているように、2018年、昨年の偏在対策法に基づいて、今、施策を具体化している途中ではありますが、関係者の方々の協力も頂きながら、着実に、今まで以上に形にしていこうということが強く求められていますし、逆にそれができなければ、ここでご議論いただいている個々の医師の働き方の実現につながらないという思いは、われわれも強く持っております。（中略）以下、続く

週刊医療情報（2019年3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。

病院報告

(平成30年8月分概数)

厚生労働省 2018年12月21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)	
	平成30年8月	平成30年7月	平成30年6月	平成30年8月	平成30年7月
病院					
在院患者数					
総数	1 253 388	1 248 119	1 236 130	5 269	11 989
精神病床	286 524	285 659	284 903	865	756
結核病床	1 633	1 648	1 633	△ 15	15
療養病床	281 517	281 119	281 919	398	△ 800
一般病床	683 646	679 623	667 616	4 023	12 007
(再掲)介護療養病床	38 627	39 512	40 094	△ 885	△ 582
外来患者数	1 357 247	1 336 696	1 361 252	20 551	△ 24 556
診療所					
在院患者数					
療養病床	4 719	4 718	4 682	1	36
(再掲)介護療養病床	1 801	1 789	1 788	12	1

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。 注2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。 注3) 平成30年7月分については、平成30年7月豪雨の影響により、広島県の病院1施設から報告がないため、集計から除いている(以下同)。

2 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	平成30年8月	平成30年7月	平成30年6月	平成30年8月	平成30年7月
病院					
総数	79.6	80.9	77.1	△ 1.3	3.8
精神病床	86.4	86.5	85.8	△ 0.1	0.7
結核病床	33.9	34.8	33.6	△ 0.9	1.2
療養病床	87.7	87.4	86.7	0.3	0.7
一般病床	74.6	77.0	70.7	△ 2.4	6.3
介護療養病床	91.5	91.0	91.5	0.5	△ 0.5
診療所					
療養病床	55.2	55.5	54.6	△ 0.3	0.9
介護療養病床	72.3	71.3	70.9	1.0	0.4

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

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

3 平均在院日数(各月間)

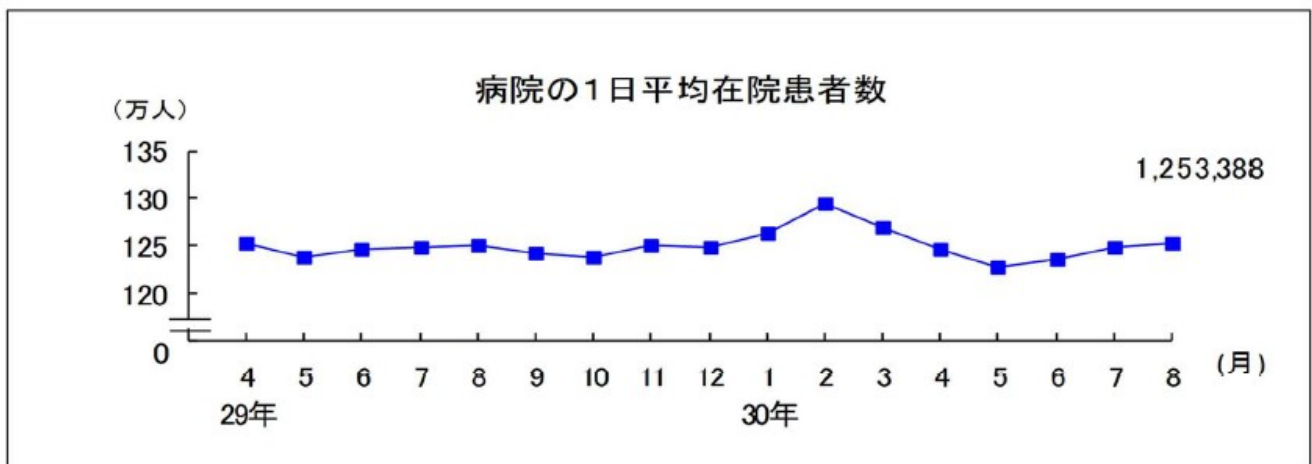
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成30年8月	平成30年7月	平成30年6月	平成30年8月	平成30年7月
病院					
総数	26.8	27.1	27.2	△ 0.3	△ 0.1
精神病床	260.4	262.4	250.5	△ 2.0	11.9
結核病床	62.6	66.6	66.7	△ 4.0	△ 0.1
療養病床	142.3	143.7	144.5	△ 1.4	△ 0.8
一般病床	15.5	15.7	15.6	△ 0.2	0.1
介護療養病床	319.7	311.5	323.3	8.2	△ 11.8
診療所					
療養病床	98.5	98.4	97.7	0.1	0.7
介護療養病床	132.6	146.9	134.8	△ 14.3	12.1

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

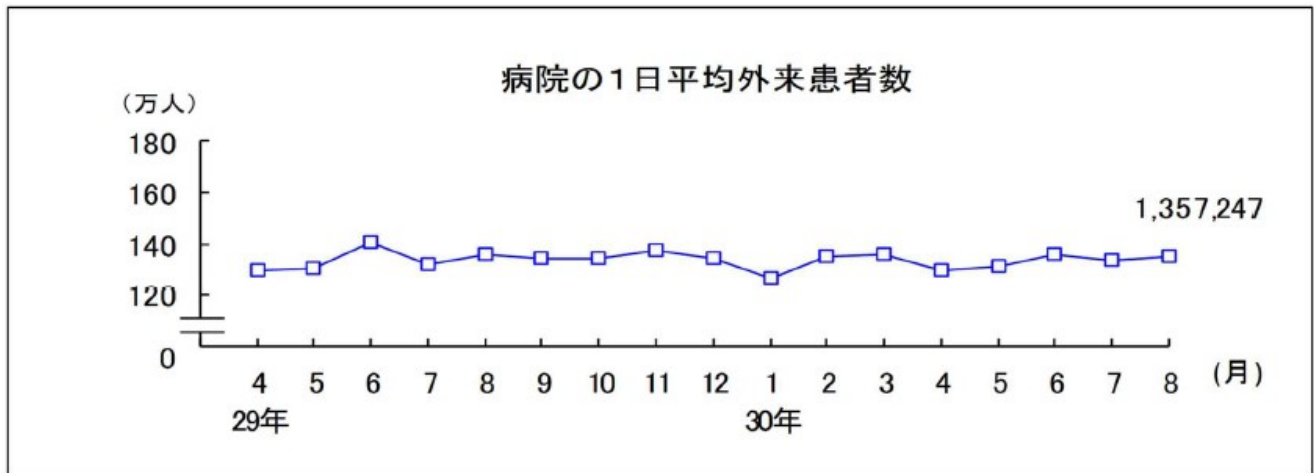
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

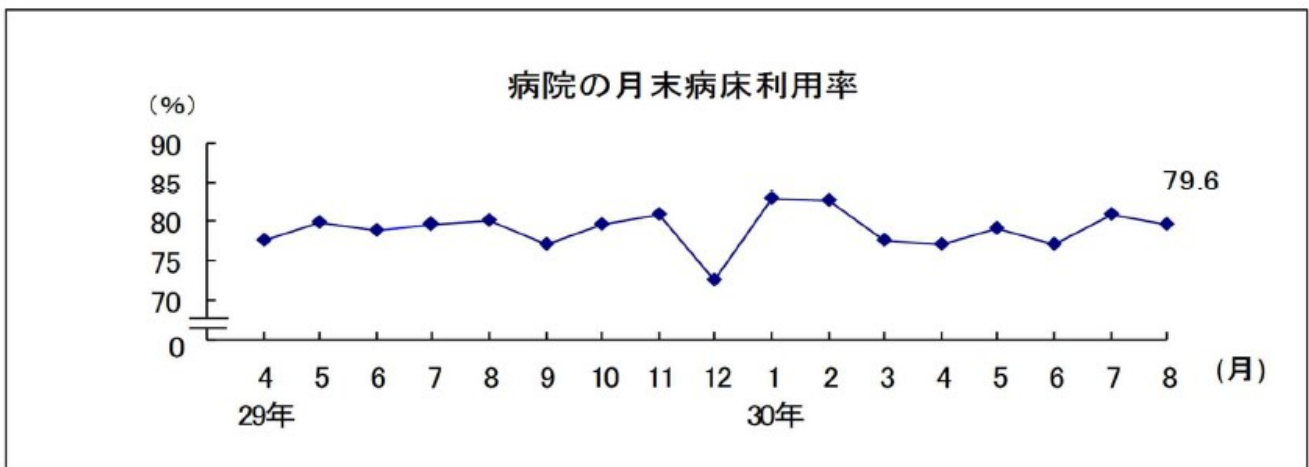
◆病院:1日平均在院患者数の推移



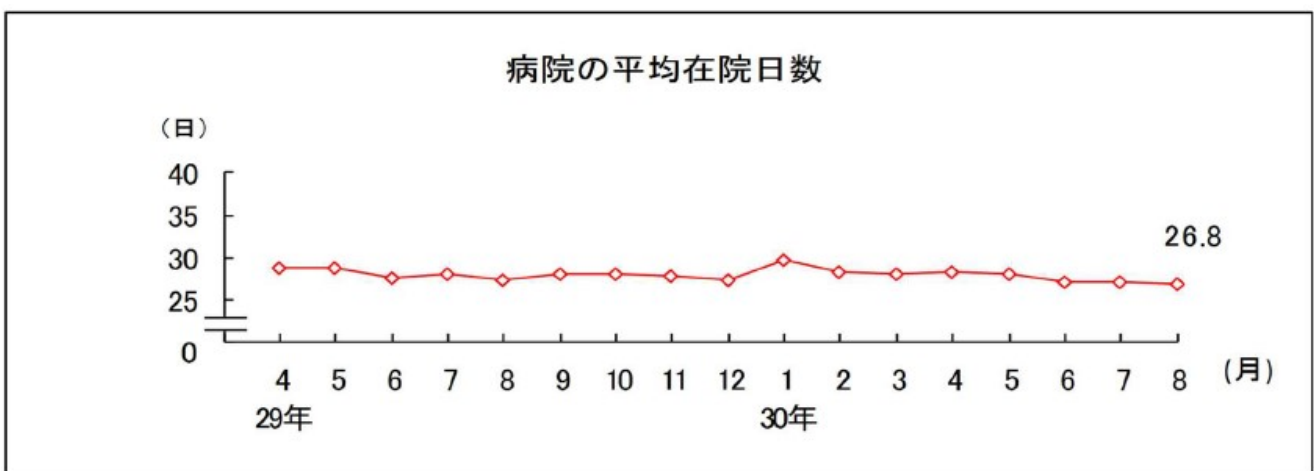
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆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（平成30年8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

マイナンバー制度を効率的に活用

医療等分野ID による情報連携

1. 医療分野における番号制度活用に向けた検討
2. 医療等個人情報の情報連携のあり方
3. マイナンバーによるオンライン資格確認の導入
4. 今後の施策動向と医療機関に予測される影響



1

医業経営情報レポート

医療分野における番号制度活用に向けた検討

■ 医療等分野IDで課題解消

政府は2015年5月に、医療等（医療・健康・介護）分野の情報に個人番号を付与する、いわゆる「医療等ID」に関する方針を決定しました。

「医療連携や研究に利用可能な番号」として2018年度から段階的に運用を始め、2020年の本格運用を目指しています。

また運用に当たっては、マイナンバー（社会保障・税番号制度）のインフラが活用される見込みです。「医療等ID」導入の背景には、次のような課題が挙げられます。

■ 医療機関が抱える課題と将来イメージ

● 医療機関における受付事務手続きが非効率

現状：保険証を目視で確認、医療保険資格を有しているかがその場ではわからない

将来：個人番号カードによって、オンラインで医療保険資格についても確認可能になり、事務作業が効率化する

● 病院・診療所・薬局・介護施設間の患者情報が未連携

現状：複数の医療機関の受診情報、服薬情報が共有されていないため、無駄な検査や重複投薬が行われ、医療費増加の要因となっている

将来：個人番号カードによって、患者情報が共有可能になり、無駄な検査、重複投薬が削減となり、医療費が適正化される

● 自治体において健診未受診者に対する受診促進が不可能

現状：特定健診等の受診情報が共有化されていないため、他の市町村で実施した場合、把握できない

将来：個人番号カードによって、受診情報が把握できるようになり、未受診者への受診促進を図ることができる

医療機関の窓口で患者が個人番号カードを提示することにより、患者の医療保険資格を医療機関がオンラインで確認できる仕組みを構築します。

これは、医療保険者や自治体間のマイナンバーによる情報連携が2017年から始まったことを受けたもので、医療機関の事務効率改善につながると期待されています。

また、医療連携に利用可能な番号（医療等ID）については、2018年度から段階的な運用を開始し、病院や診療所、薬局間の患者情報の共有などに利用できます。

これにより、医療機関において、患者データの共有や追跡を効率的に行えるようになります。

2

医業経営情報レポート

医療等個人情報の情報連携のあり方

■ 医療等分野の個人情報の特性

(1) 機微性が高い医療分野の個人情報

患者と医療・介護従事者が信頼関係に基づき共有する医療等分野の個人情報は、病歴や服薬の履歴、健診の結果など、本人にとって機微性が高く、第三者には知られたくない情報も含まれています。さらに病気の内容や罹患時期によっては、それが公になった場合、個人の社会生活に大きな影響を与える可能性があったり、本人がその受診歴を把握できる状態にすることを望んでいなかったりする情報もあるはずです。

また、患者の診療情報を研究分野等で活用する場合は、基本的には患者自身への必要な医療の提供に用いるものではありません。このことから、個人情報の取得・利用に当たっては、本人の同意を得るとともに、患者個人の特定や目的外で利用されることのないように必要な個人情報保護の措置を講じる必要があります。

(2) 医療等分野個人情報保護と活用のバランス

医療・介護分野に関連する個人情報は、高度な機微性を持っていることで十分な保護措置を講じるとともに、その取得・利用には本人の同意を得ることが原則とすべきであるとされています。

一方、医療・介護の現場では必要な個人情報を活用することで、患者・利用者本人にとってより有効で効果的な治療・ケアの実施につながることも期待されています。

(3) 医療現場で活用が期待される場面

医療現場においては、救急医療や薬や予防接種歴の管理、医学の向上や研究など、様々な場面での活用が期待されています。

① 救急医療

- 服薬履歴など、できるだけ多くの患者の情報を収集し、適切な治療法を選択することが人命の確保と予後の安定に有効

⇒ 日常的な診療やケアでも、より安全で適切な医療・介護を提供するため、患者の治療歴等を参酌して、診療やケアを行うことが期待できる

② お薬手帳・予防接種歴の管理

- お薬手帳：医療従事者が適切な医療サービスの提供に活用するだけでなく、本人自らが服薬等の医療情報の履歴を把握し、活用する役割
- 予防接種歴：後年、本人が接種歴を確認できれば、自らの健康管理に有益

- ⇒ 災害時に自らの診療・服薬情報を医療従事者等と共有する手段を含めて、国民一人ひとりが自らの医療の履歴を把握するニーズが増大している

③医学の向上と研究の高度化

- より革新的な医薬品や治療法の確立がされ、医療が高度化していくためには、医学研究の発展が不可欠
 - ⇒ 患者等の個人から提供されたデータを適切に活用していくことが必要

④健康・医療分野のポータルサービス

- 国民が自ら健康・医療の履歴や記録を確認できる仕組み（PHR）を整備、健康増進に活用
 - ⇒ 予防接種等の履歴の確認やプッシュ型の案内が可能になる
 - ※PHR：パーソナルヘルスレコード（Personal Health Records）の略称で、個人が生涯にわたり自分自身に関する医療・健康情報を収集・保存し活用できる仕組み

⑤全国がん登録

- がんの罹患、診療、転帰等の状況をできるだけ正確に把握・調査研究に活用
 - ⇒ がんに関する情報を国民に還元し、治療の選択肢を拡大

このほか、個人が治療を受け、自分の健康状態を向上させることで得るメリットの積み重ねが、医学および医療の質の向上という社会全体への有益性やデータの蓄積につながり、また地域の実情に応じた効率的な医療提供体制の整備や効果的な保健事業の実施などの行政分野や、医療保険事業での活用が期待されています。

こうした点を鑑み、医療等分野個人情報については、格別な保護措置と併せて円滑な活用方法を実現する情報連携基盤の構築が求められています。

■ 医療等分野個人情報連携システム構築の留意点

医療等分野の個人情報の特性を踏まえ、その情報連携のあり方については、中間まとめまでの議論では、本人同意のあり方と併せて、次のような意見が示されました。

今後の医療等分野個人情報連携システムの構築にあたっては、これら意見を盛り込み、保護と活用のバランスを実現させるとしています。

(1)個人情報連携システム構築に向けて重視すべきポイント

個人情報連携システムの構築に向けて、「中間まとめ」ではさまざまなケースに対応して、重視するポイントを整理しています。

3

医業経営情報レポート

マイナンバーによるオンライン資格確認の導入

■ 医療情報にかかるマイナンバー制度インフラの活用

(1) 情報漏えいの可能性と対応策の検討

情報インフラ構築において懸念されるのは、マイナンバーで芽づる式に情報が漏えいすることです。情報漏えいを防止するために、番号制度のインフラでは、番号利用機関が相互に情報連携（情報照会と情報提供）を行う場合、マイナンバーを直接用いず、機関ごとにマイナンバーに対応して振り出された機関別符号を利用することとしました。各利用機関は、住基ネットに接続し、利用する各マイナンバーに対応した利用機関ごとに異なる符号を取得することにより情報漏えいを防止します。ただし、保険医療機関・保険薬局（約 23.3 万施設）がそれぞれ住基ネットに接続して機関別符号を取得し、情報提供ネットワークに接続するのは、各医療機関の負担や制度全体でも大きなコストがかかり、実務上の課題も指摘されています。

(2) マイナンバー制度の情報インフラの仕組み

マイナンバー制度は、行政機関等が効率的な情報管理と迅速な情報の授受にマイナンバーを用いることで、行政運営の効率化や国民の利便性の向上を図ることを目的としており、マイナンバーの利用範囲と利用機関を法律に明記するとともに、医療機関等が医療情報の連携にマイナンバーを用いる仕組みとはしていません。一方で、マイナンバー制度では、住民票コードと対応した一意的な識別子（機関別符号：ID）を用いた情報連携の仕組みがあることや、高度なセキュリティを備えた高機能なICチップの個人番号カードによる公的個人認証の仕組みを活用して、行政機関が保有する個人情報を含め、国民自らが様々な本人の個人情報に安全で効率的にアクセスできる情報インフラの構築を進めており、医療等分野でも、広く社会で利用されるマイナンバー制度の情報インフラを最大限に活用していくことが合理的だとしています。

(3) マイナンバー制度における医療保険の資格管理の仕組み

本研究会の検討により、個人番号カードにはマイナンバーが記載されているため、医療情報とマイナンバーが結びつく可能性があるため、マイナンバーが記載された個人番号カードに被保険者証の機能を付加することは問題があると指摘されています。そのため、被保険者証や診療券など他の媒体を用いる方法についても検討が求められます。一方、医療機関等で何らかの媒体に記録した識別子を読み取る方法を用いる場合、広く社会で利用される情報インフラを安全かつ効率的に活用する観点から、個人番号カードのICチップを用いる仕組みが合理的だとしています。

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。

診療部門における 事故防止のポイント

医療事故防止に当たり、
診療部門として留意すべき点を教えてください。

医師は、医療行為について自分の担当する患者に対しては、最終的な責任を負っています。

これらを基本姿勢として診療に臨みます。

■診療部門で留意すべき事故防止のポイント

①患者への対応	・ 日常診療は、患者個人の氏名・性別・年齢等を確認してから開始する。 ・ 患者との信頼関係が充分保てるように、日ごろから意思疎通が円満に図れるよう心がける。 ・ インフォームド・コンセント（十分な説明と同意）をもって患者の納得、同意を得たうえで、検査・治療にあたる。
②他部門への対応	・ 医師は与薬・注射・検査など指示を出す際には、口頭のみでなく書面で行い、記載は正確に明確な文言を用いる。 ・ 「あれ」、「それ」、「いつものやつ」など抽象的な指示は行わない。 ・ 指示の変更など前回と異なる場合は、その変更内容が明確にわかるように対応する。
③医師および 職員間での対応	・ 自由な発言や、建設的な議論のできる雰囲気づくりができるように、意識改革が必要。 特に、上級職スタッフが率先して行うことが重要になる。 ・ 医師が行った判断は、必ず他の者と意見交換し、互いに批判、検討する。 ・ 医師相互間を含め、スタッフ同士お互いに協調性が保てる努力を怠らない。
④自己研鑽への 対応	・ 自らの技術・知識を高めるとともに、臨床能力の維持や向上のため、教育・トレーニング研修会など積極的に参加する。 ・ 自らの力量を過信せず、他の医師の意見も尊重する。 ・ 日常においては、常に肉体的、精神的にも十分に体調を整えておく。

医療廃棄物処理の リスクマネジメント

医療廃棄物処理について、リスクマネジメントの観点から具体的な取り組み方を教えてください。

医療技術の発展、進歩に伴い、ディスポーザブル容器の使用量も増加してきました。これに伴い、医療機関から排出される廃棄物の量も飛躍的に増加しています。そして、ディスポーザブル容器の発展により、器具の洗浄や滅菌の手間が大幅に省けた分、コスト高を招き、廃棄物の増加、また新たなリスク管理の必要性も生じてきました。

医療廃棄物のリスクマネジメントの基本は、まず分別することから始まります。

■廃棄物の大まかな分類

- ①一般廃棄物（紙、生ゴミなど）
- ②非感染性の医療廃棄物（プラスチック、ビン、ガラス容器など）
- ③感染性廃棄物（患者の血液・体液が付着したものなど）

これらの具体的な処理は、関係する法律に基づいて行われることになりますが、院内でリスクマネジメントの対象になるのは、主に感染性の廃棄物です。

感染性廃棄物の管理については、次のような重要ポイントが挙げられます。

■感染性の廃棄物管理のポイント

- ①感染性廃棄物のうち二次感染の起こりやすい鋭利な廃棄物（注射針、ガラス類）は、他の感染性廃棄物と分けて保管し、この際には対貫通性のある容器を用いること
- ②感染性廃棄物を保管する容器にはバイオハザードマークをつけること
- ③保管は定められた場所とし、施錠するなどして関係者以外の立ち入りができないようにすること
- ④保管場所には取扱の注意事項などを明示し、保管期間をできるだけ短くすること
- ⑤廃棄処理をするものにあってはマニフェストの記入を必ず行うこと
- ⑥院内処理に当たっては定められた手順で行うこと
- ⑦処理を外部に委託するに当たっては、定められた処理業者であること

等

廃棄は、診療行為の中で日常的に発生する行為ですが、様々なリスクをはらんでいることから、病院全体および各部門で組織的なリスク管理を行うことが大切です。