

週刊WEB

医療経営 マガジン

2018
536
8/7

医療情報
ヘッドライン

特区でのオンライン服薬指導に限り 薬剤服用歴管理指導料が算定可能

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

西日本豪雨の医療保険制度の対応報告 住居全半壊等は10月末迄窓口負担なし

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

経営
TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費（平成29年12月）

経営情報
レポート

診療所による取り組みの実際
かかりつけ医機能と在宅医療

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:リスクマネジメントと安全管理体制
理想的な医療安全管理体制
コミュニケーション活性化による改善策

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

特区でのオンライン服薬指導に限り 薬剤服用歴管理指導料が算定可能

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は 7 月 18 日の中央社会保険医療協議会総会で、国家戦略特別区域（特区）で「遠隔服薬指導」（オンライン服薬指導）を実施した場合、「薬剤服用歴管理指導料」を算定可能とする方針を示し、了承された。

「かかりつけ薬剤師指導料」「かかりつけ薬剤師包括管理料」は対象外となった。

■愛知、兵庫、福岡での実施が決定

今年度の診療報酬改定で、スマートフォンなどを使ったテレビ通話などによるオンライン診療が初めて保険適用され、遠隔診療へのハードルは一気に下がった。

しかし、診療は在宅で受けることが可能となっても、処方された薬剤は在宅で受け取るのが難しいのが現状だといえる。

その理由としては、服薬指導および調剤が制度上対面を原則としていることが挙げられ、「一気通貫の在宅医療」の実現を妨げている。

そこで、「一気通貫の在宅医療」を今期の最重要課題と位置づけている規制改革推進会議は、特区での実証実験を強く推進し、6 月に開催された国家戦略特別区域諮問会議で愛知、兵庫、福岡（*）での実施が決定した。

そのため、診療報酬上の扱いを決める必要があり、急ぎ対応した形となる。

■「かかりつけ薬剤師指導料」、
「かかりつけ薬剤師包括管理料」は対象外
「薬剤服用歴管理指導料」は、患者が安全

に薬を使用できるように薬剤師が必要な情報を収集・分析・管理・記録し、薬を渡す際に説明することで与えられる報酬であり、対面ではないオンラインの服薬指導でも、同様のことができるとの判断から、算定が認められた。

本来、患者が「お薬手帳」を持参した場合は 41 点、持参しない場合は 53 点が算定されるが、今回の特例は「お薬手帳の活用」を前提とする方針となっている。

「かかりつけ薬剤師指導料」「かかりつけ薬剤師包括管理料」が対象外となったのは、これらが「一元的・継続的な薬学的管理を評価したもの」だからと説明している。

「薬剤師に患者の居住地を訪問させることが容易ではない場合に行われる特区での遠隔服薬指導では、事実上算定要件を満たさない」との考えを示している。

* 遠隔服薬指導が実施される国家戦略特別区域は、以下のとおり。

【愛知県】

西尾市一色町佐久島、新城市、知多郡南知多町日間賀島、知多郡南知多町篠島、北設楽郡設楽町、北設楽郡東栄町、北設楽郡豊根村

【福岡県】

福岡市全域

【兵庫県】

養父市全域

医療情報
ヘッドライン
②

西日本豪雨の医療保険制度の対応報告 住居全半壊等は10月末迄窓口負担なし

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は7月18日の中央社会保険医療協議会総会で、「平成30年台風7号及び前線等に伴う大雨による被災」（西日本豪雨：気象庁命名は「平成30年7月豪雨」）における医療保険制度の主な対応状況について報告した。

被災者支援に関しては、被保険者証を紛失して提示できなくても「氏名・生年月日」を申し出れば保険で受診できるほか、住居が全半壊、床上浸水した人は、今年10月末まで窓口負担なしで医療機関での受診ができることを改めて示している。

■被災地、および被災地以外の医療機関にも幅広く配慮

被災地、および被災地以外の医療機関にも幅広く配慮された。

まず被災地の医療機関に対しては、診療録やレセプトコンピュータなどを汚損・棄損した場合、6月診療分は概算による請求が可能としているほか、診療報酬請求書の提出期限は7月14日まで延長された。

患者の急激な増加に対応できるよう、診療報酬の算定についても柔軟な取扱いを行っており、許可病床を超過しても減額措置をとらないほか、看護職員の比率に変更があっても当面は変更の届け出が不要となっている。

平均在院日数や重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率といった入院基本料の施設基準を満たさなくなった場合も、被災前に届け出て

いた入院基本料が算定できる。

DPC 病院が提出を義務付けられている退院患者のデータも、4月分、5月分の提出期限は当面の間延長された。

被災地以外の医療機関についても、被災地から患者を受け入れている場合は、同様の措置がとられる。

■西日本豪雨では河川の氾濫や洪水、土砂災害などの被害が多く発生

西日本豪雨とは、6月28日から7月8日頃にかけて、西日本を中心に広い範囲で記録された集中豪雨のことで、河川の氾濫や洪水、土砂災害などの被害が多く発生し、7月22日現在、総務省消防庁による集計では、死者219人、行方不明者10人、負傷者361人となっている。

住宅被害としては2,989棟が全壊、半壊・一部損壊は2,538棟、床上浸水15,049棟、床下浸水は20,133棟。発生から1カ月近く経った現在でも被害は増え続けており、未だ避難生活を送っている人も多い。



最近の医療費の動向

/ 概算医療費(平成29年12月)

厚生労働省 2018年5月2日公表

1 制度別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

		総 計	医療保険適用							公 費
			75 歳未満	被用者 保険			国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳以上	
					本 人	家 族				
平成 25 年度		39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0
平成 26 年度		40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0
平成 27 年度		41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1
平成 28 年度 4～3月		41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
	4～9月	20.4	11.8	6.0	3.2	2.5	5.8	0.7	7.6	1.0
	10～3月	20.9	12.1	6.3	3.4	2.7	5.7	0.8	7.8	1.0
平成 29 年度 4～12月		31.5	18.0	9.5	5.1	3.9	8.5	1.1	12.0	1.6
	4～9月	20.9	11.9	6.3	3.4	2.6	5.6	0.7	7.9	1.1
	10～12月	10.7	6.1	3.2	1.7	1.3	2.8	0.4	4.1	0.5
	11月	3.5	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.3	0.2
	12月	3.6	2.1	1.1	0.6	0.5	0.9	0.1	1.4	0.2

- 注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を 10 倍したものを医療費として評価している。
医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。
- 注 2. 「医療保険適用」「75 歳未満」の「被用者保険」は、70 歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く 70 歳未満の者に係るデータである。
- 注 3. 「医療保険適用」の「75 歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。
「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
平成 25 年度	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
平成 26 年度	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8
平成 27 年度	41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8
平成 28 年度 4～3 月	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9
4～9 月	20.4	16.2	7.8	7.0	1.4	3.7	0.4	0.09	8.2	10.7	1.4
10～3 月	20.9	16.6	8.0	7.2	1.4	3.8	0.4	0.10	8.4	11.0	1.4
平成 29 年度 4～12 月	31.5	25.0	12.1	10.7	2.2	5.7	0.6	0.17	12.7	16.5	2.2
4～9 月	20.9	16.6	8.0	7.1	1.5	3.8	0.4	0.11	8.4	10.9	1.5
10～12 月	10.7	8.4	4.1	3.6	0.7	2.0	0.2	0.06	4.3	5.6	0.7
11 月	3.5	2.8	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	0.2
12 月	3.6	2.8	1.4	1.2	0.2	0.7	0.1	0.02	1.4	1.9	0.2

注 1. 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

3 医療機関種類別概算医療費

(1)医療機関種類別医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計	医科病院	大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院	医科 診療所	歯科計	歯科 病院	歯科 診療所	保険 薬局	訪問 看護 ステー ション
平成 25 年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲ 6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9	14.3
平成 26 年度	1.8	1.5	1.8	2.2	1.5	2.1	▲ 6.0	0.8	2.9	4.0	2.8	2.3	16.9
平成 27 年度	3.8	2.6	2.9	4.2	3.3	2.6	▲ 6.9	1.7	1.4	2.0	1.3	9.4	17.3
平成 28 年度 4～3 月	▲0.4	0.4	0.9	2.6	0.7	0.9	▲11.0	▲0.9	1.5	3.4	1.4	▲4.8	17.3
4～9 月	0.8	1.1	1.7	4.1	1.8	1.3	▲ 9.6	▲0.3	2.2	4.6	2.0	▲1.5	17.3
10～3 月	▲1.6	▲0.2	0.2	1.1	▲0.4	0.6	▲12.4	▲1.3	0.8	2.1	0.7	▲7.8	17.3
平成 29 年度 4～12 月	2.2	2.1	2.7	3.2	2.9	2.6	▲12.7	0.6	1.8	3.2	1.7	2.6	17.0
4～9 月	2.2	2.1	2.5	2.6	2.7	2.7	▲12.2	1.0	1.6	2.4	1.6	2.4	16.7
10～12 月	2.3	2.1	3.0	4.5	3.5	2.6	▲13.8	▲0.4	2.1	4.8	1.9	2.8	17.6
11 月	1.3	1.3	2.2	3.5	2.2	2.0	▲14.0	▲1.1	0.4	5.2	0.1	1.7	16.3
12 月	2.9	2.7	3.6	6.1	4.2	2.8	▲13.7	0.4	2.8	5.2	2.7	3.2	17.8

注 1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医療機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機（開設者が都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関をいう（ただし、医療機関を除く）。

注 2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2)主たる診療科別医科診療所の医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：％)

	医科 診療所	内科	小児科	外科	整形 外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成 25 年度	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
平成 26 年度	0.8	▲ 0.6	1.1	▲ 1.5	2.9	1.8	0.4	3.9	4.6	1.5
平成 27 年度	1.7	1.6	2.6	▲ 1.1	1.6	2.5	0.4	3.4	1.7	2.0
平成 28 年度 4～3月	▲ 0.9	▲ 1.0	▲ 0.7	▲ 3.9	0.5	0.7	▲ 1.2	0.1	▲ 1.1	▲ 1.0
4～9月	▲ 0.3	▲ 0.7	0.1	▲ 2.9	1.1	0.9	▲ 0.6	1.0	▲ 1.1	▲ 0.5
10～3月	▲ 1.3	▲ 1.3	▲ 1.5	▲ 5.0	▲ 0.2	0.5	▲ 1.9	▲ 0.8	▲ 1.1	▲ 1.6
平成 29 年度 4～12月	0.6	▲ 0.1	▲ 2.5	▲ 3.7	3.4	1.4	▲ 0.1	3.3	0.8	1.2
4～9月	1.0	0.4	▲ 0.3	▲ 3.2	3.6	1.8	0.1	3.6	2.2	1.3
10～12月	▲ 0.4	▲ 0.9	▲ 6.2	▲ 4.7	2.9	0.6	▲ 0.5	2.7	▲ 1.7	1.1
11月	▲ 1.1	▲ 1.8	▲ 10.4	▲ 4.9	2.4	2.6	▲ 0.6	3.8	▲ 3.7	0.6
12月	0.4	▲ 0.5	▲ 0.6	▲ 5.4	3.1	3.8	1.3	3.2	1.3	1.2

(3)経営主体別医科病院の入院医療費

●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：％)

	医科病院	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	医科 診療所
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0
平成 26 年度	2.0	1.3	1.4	2.3	2.8	▲ 0.9
平成 27 年度	2.6	2.8	2.8	2.3	1.1	▲ 2.8
平成 28 年度 4～ 3月	1.4	1.6	1.7	1.0	▲ 0.8	▲ 2.9
4～ 9月	1.6	2.4	2.0	1.1	0.4	▲ 3.0
10～ 3月	1.2	0.9	1.4	1.0	▲ 2.0	▲ 2.8
平成 29 年度 4～12月	3.1	2.4	3.1	2.9	▲ 4.2	▲ 1.8
4～ 9月	2.9	2.2	3.0	2.8	▲ 4.1	▲ 1.8
10 ～ 12月	3.4	2.8	3.2	3.0	▲ 4.6	▲ 2.0
11月	2.6	2.0	2.0	2.4	▲ 5.3	▲ 1.6
12月	4.2	4.8	4.2	3.4	▲ 4.2	▲ 2.6

注1) 医療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注2) 1施設当たり医療費は、医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

最近の医療費の動向/概算医療費（平成29年12月）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

診療所による取り組みの実際 かかりつけ医機能 と在宅医療

1. 診療所に求められる「かかりつけ医」と在宅医療
2. 「かかりつけ医」機能の拡充に向けて
3. 在宅医療を実施する診療所における今後の課題
4. 医薬品をめぐる取扱いと「かかりつけ医」としての今後



参考文献

日医総研ワーキングペーパー No.378 2017年2月28日
「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果（2016年11月実施）」
日本医師会総合政策研究機構、（公社）日本医師会保険医療部

1

医業経営情報レポート

診療所に求められる「かかりつけ医」と在宅医療

■ かかりつけ医機能と在宅医療に関する診療所調査

(1) 本調査の目的と活用

2016 年度の診療報酬改定においては、「患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにすることや、病気を治すだけでなく、『生活の質』を高める「治し、支える医療」を実現することが重要」という視点から、かかりつけ医機能の評価が見直されました。

また、在宅医療を専門に行う医療機関（以下、「在宅専門診療所」）の開設が認められたほか、地域包括ケアシステムの構築にむけて在宅医療の評価の見直しが行われています。

これを踏まえ日本医師会は、2018 年度診療報酬改定等の検討材料とすべく、診療所の「かかりつけ医」機能や在宅医療への取り組みなどの実態を把握するためアンケート調査（「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」、以下「本調査」）を行い、その結果を公表しています。

◆ かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査(2016 年 11 月実施)

● 調査対象

⇒ 対象者数 3,416 人

※公益社団法人日本医師会の会員のうち、診療所開設者または法人代表者で管理者を兼ねる医師から 20 分の 1 を無作為抽出（未達を除く）

● 回収状況

⇒ 回答者数 1,605 人（回答率 47.0%）

有効回答数 1,603 人（有効回答率 46.9%）

● 基本的に外来を行っている「かかりつけ医」を対象として実施

（出典）日本医師会総合政策研究機構 日医総研ワーキングペーパーNo.378

かかりつけ医機能进行评估する診療報酬としては、2014 年度改定において、地域包括診療料（加算）が創設され、今後も算定拡大に向けた評価アップや他の医療施策による後押しによって、この機能と役割を診療所に担わせる方向性は変わらない見込みです。

一方で、かかりつけ医として在宅医療に取り組む診療所の中には、施設基準取得・維持の負担が大きく、撤退を検討するケースも少なくありません。

本調査結果により、診療所が「かかりつけ医と在宅医療の担い手」としての実態を把握し、取り組みと体制維持に向けた課題を認識することが必要です。

2

医業経営情報レポート

「かかりつけ医」機能の拡充に向けて

■ かかりつけ医の実際と現状課題の把握

(1) 本調査結果からみる「かかりつけ医」の現状

かかりつけ医の現状について、本調査からは次のような結果が示されました。

◆ 本アンケート調査結果の要約＜抜粋＞

【地域包括診療料（加算）等】

- 地域包括診療料（加算）は、内科の1割強が届出しているが、今後（当面1年ぐらいで）、届出が大きく拡大する見込みはない。
- 認知症地域包括診療料（加算）の算定割合は、内科では今後も1割に満たない見込みである。

【かかりつけ医機能】

- かかりつけ医にとって、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」が重要と考えられており、内科ではそれぞれ3割で実施している。
- 「在宅患者に対する24時間対応」が可能な診療所は少なく、実施できていたとしても約半数は負担が大きいと回答している。

【かかりつけ医と介護保険】

- 地域包括診療料（加算）の要件のうち、かかりつけ医にとって重要と考えられているのは、「主治医意見書に関する研修会の受講」、重要と考えられていないのは「医師が介護支援専門員（ケアマネジャー）の資格を保有」することである。
- 「介護認定審査会の委員の経験」はある程度重要と考えられているが、実施しているところの負担感はやや大きい。

【小児のかかりつけ医】

- 小児かかりつけ診療料は小児科で届出割合が1割であった。また届出割合に対して算定割合が低く、算定にハードルがあることがうかがえた。
- 小児のかかりつけ医にとって重要と考えられているのは、「定期予防接種の実施」、そのほか乳幼児健診、園医など、公務への関わりも重視されている。

3

医業経営情報レポート

在宅医療を実施する診療所における今後の課題

■ 在宅医療に取り組む診療所の現状

(1) 本調査からみる在宅医療を実施する診療所の現状

在宅医療を実施する診療所では、本調査により、次のような取り組みの現状が示されました。

◆ 在宅療養支援診療所と在宅医療への取り組み状況～本調査結果より

【在宅療養支援診療所（在支診）】

- 内科では約4分の1が在支診であるが、在支診以外で訪問診療を行っているところもほぼ同じぐらいある。
- 全体で訪問診療を行っている診療所の約半数は在支診以外である。
- 機能強化型在支診（単独型）の約6割は在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の届出をしており、機能強化型以外の在支診の約3分の1は在宅療養実績加算の届出をしている。

【在宅医療への取り組み状況】

- 今後、在宅医療を行っていく意向のある診療所は前回 2014 年調査と比べてあまり増加していない。しかも現在訪問診療を行っている在支診以外の診療所では約3割が今後縮小・撤退予定である。
- これから在宅医療を始めようとするところは、看護師等の確保が大変と感じており、また在宅医療について相談・連携できる医師を求めている。

このほかの項目の回答では、新たに在宅医療に取り組む意向のある診療所も含めて、今後在宅医療を行う診療所は全体では約4割となりました。「その他」と回答した診療所は、未定、わからない、必要に応じて行うなどが挙げられています。

診療科別にみると、内科および外科で今後在宅医療を行う診療所は6割以上を占めています。

(2) 本調査結果による在宅医療に取り組む診療所が抱える課題

在宅医療を実施している診療所の現状をみると、様々な課題が指摘されています。

訪問診療を実施しているが在支診ではない診療所の中には、今後在宅医療を縮小あるいは在宅医療から撤退するというのが約3割あり、24 時間往診体制の負担や、自身の体力の問題をその理由に挙げています。一方で、現在は訪問診療を実施していないが、今後取り組むということも 18.8%ありました。

4

医業経営情報レポート

医薬品をめぐる取扱いと「かかりつけ医」としての今後

■ 処方箋の現状と在宅医療移行をみすえた体制構築

(1) 診療所の処方箋をめぐる課題

近年、長期処方患者が増えている現状があります。2016年度の診療報酬改定において、長期投薬（30日超）の取り扱いが明確化されたこともあり、本調査によれば、約1年前と比べて長期処方（30日超）の患者が増えた（かなり増えた、やや増えた）診療所は約3分の1に上り、減った（かなり減った、やや減った）診療所は1割未満という結果が出ています。

また、長期処方を行っている診療所のうち、長期投薬が可能な程度に病状が安定し、患者（家族）が服薬管理を行うことを確認できた場合以外（以下、病状安定・服薬管理可能以外）で、長期処方を行っている診療所が12.7%ありました。

病状が安定していても、高齢化によって外来通院が困難となり、在宅医療に移行する患者は増加しています。処方について、診療に影響する事例（服薬の無断中止、医療費抑制のための受診機会手控えなど）が生じているケースもあることから、患者の処方と服薬状況に関する情報については、在宅医療における処方検討のためにも、薬局とのコミュニケーションと情報交換を密にする必要があります。

◆ 診療所の医薬品処方をめぐる課題

- 長期処方が原因と考えられる事例が発生することについて、患者の理解を進めることも必要。
- 薬局とのコミュニケーションがとれている診療所は、かかりつけ患者の医薬品の管理ができている。診療所と薬局との連携が重要である。

(2) 在宅医療移行に向けた薬局との連携強化の必要性

長期処方の増加に伴い、在宅医療に移行した患者については、症状が安定していた状況であっても服薬管理と患者家族の協力が重要だといえます。

本調査では、薬局からの残薬の疑義照会や情報提供が多い診療所ほど、処方内容の変更頻度が高く、「かかりつけの患者に処方されているすべての医薬品の管理」を実施している割合がやや高いという結果が示されました。

在宅医療移行を見据えた高齢患者については、薬局との連携強化が重要になっています。

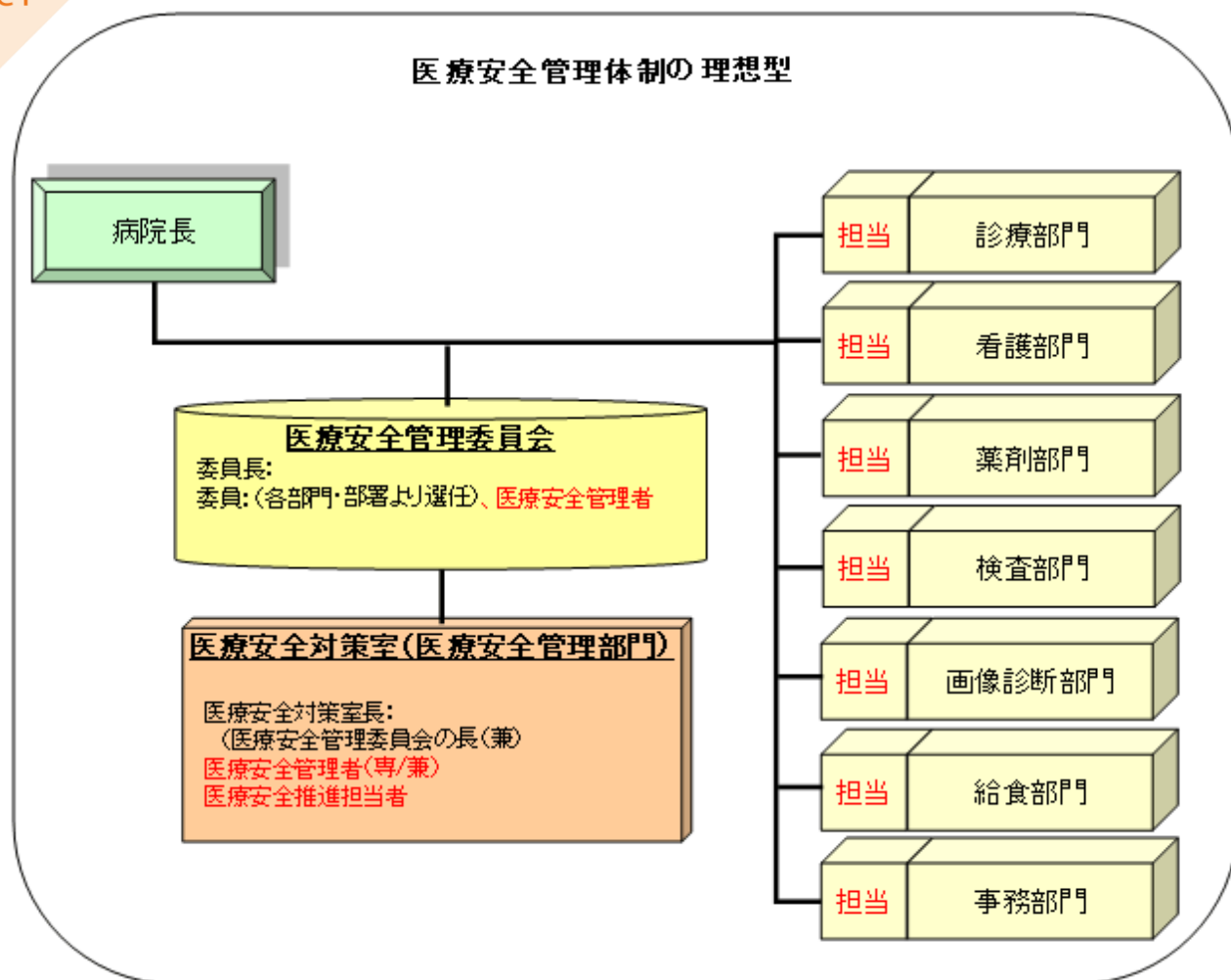
レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

理想的な医療安全管理体制

理想的な医療安全管理体制とは どのようなものなのでしょうか？

医療安全管理体制は、医療安全を管理する委員会と対策を講じる部門（医療安全管理者）が設置しており、これらが連携をとりながら、院内の安全確保のために継続した業務改善が進められるシステムが理想的だといえます。

具体的には、以下のような構成が望ましいとされます。



また、平成 19 年 4 月施行の第 5 次改正医療法においては、従来は対象外であった無床診療所も含めて、医療安全管理体制に関する義務が明記されました。

従って、現在では、自院の規模や病床・病棟の機能に関わらず、厚生労働省が定める基準に適合する医療安全管理体制を構築する必要があり、これに呼応するかたちで、保健所立入検査時の重点監視項目となっています。

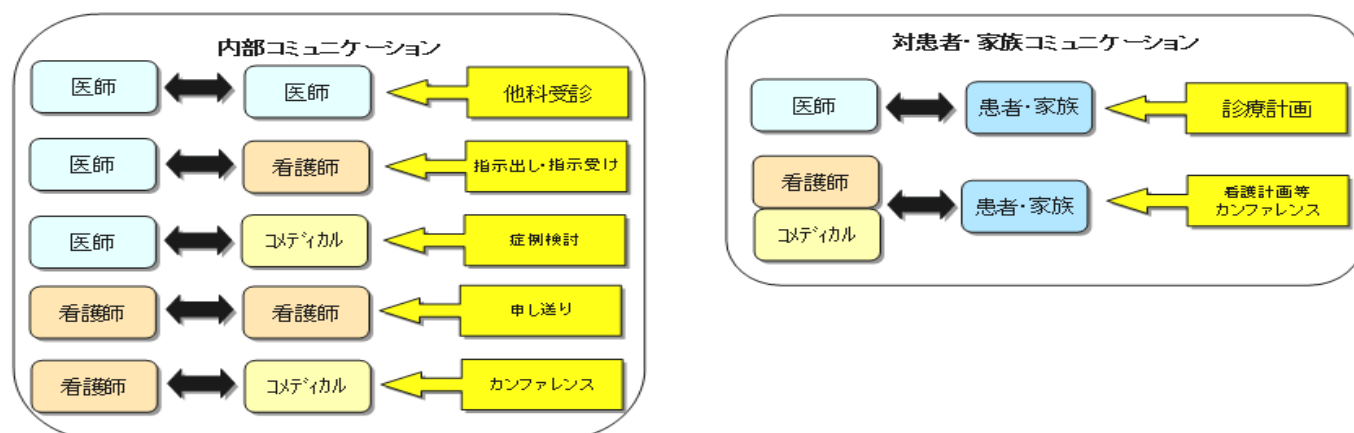
ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:リスクマネジメントと安全管理体制

コミュニケーション活性化による改善策

コミュニケーションを活性化することにより、日常業務において改善を図る策について、教えてください。

近年の医療は、チームにより提供されるものが一般的であります。現実には医師と看護師との連携が適切に取れているとは言い難い現状があります。例えば、医師の指示が変更された際に、医師にその内容を直接確認するという看護師は、そう多くはないはずです。

また、日常的なコミュニケーションの不備がある一方で、診療計画や看護計画、あるいはリハビリ計画などで適切なアセスメントを行うことは、大小に関わらず障害が生じる可能性があります。「連携ができていなかった」や「説明不足」というリスク発生要因の根源にあるのは、コミュニケーション不足に起因するエラーだといえます。職員間における内部コミュニケーションが必要とされる場面、および職員と患者・家族間のコミュニケーションを必要とする場面は、以下のとおりです。



日常的なコミュニケーションにおいては、指示命令系統上で、活性化が必要なポイントが存在します。業務多忙を理由にした不徹底の常態化が積み重なり、綿密なコミュニケーション構築への配慮を怠ると、エラーの連鎖に気づかないだけでなく、致命的なリスク発生に至る危険性が高くなります。

