

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.626 2020.6.9

医療情報ヘッドライン

第二次補正予算案が閣議決定
医療従事者に5～20万円の慰労金

▶首相官邸

オンライン診療の促進を加速
7月発表の骨太方針で打ち出す意向

▶経済財政諮問会議

週刊 医療情報

2020年6月5日号
COVID-19 対応の
診療報酬で要望書

経営 TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費
(令和元年度8月～9月)

経営情報レポート

新型コロナウイルスの感染拡大防止
オンライン診療の概要と対応策

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

SHELLモデルの概念

看護業務における医療過誤事例

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

発行：税理士法人 常陽経営

第二次補正予算案が閣議決定 医療従事者に5～20万円の慰労金

政府は5月27日の臨時閣議で、新型コロナウイルスの感染拡大を受けての追加経済対策を盛り込んだ第二次補正予算案を決定。

補正予算としては過去最大となる31兆9,114億円を一般会計から追加歳出する。厚生労働省の追加額は4兆9,733億円。そのうち、「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」（以下、緊急包括支援交付金）は、一次補正予算の1,490億円から2兆2,370億円へと大幅に積み増し、医療従事者には慰労金として1人5～20万円を支給する。

■介護施設・事業所の職員にも 5～20万円の慰労金を支給

厚生労働省の第二次補正予算案は、「1.検査体制の充実、感染拡大防止とワクチン・治療薬の開発」「2.ウイルスとの長期戦を戦い抜くための医療・福祉の提供体制の確保」「3.雇用調整助成金の抜本的拡充をはじめとする生活支援」の3つの柱で構成。2兆2,370億円を計上した緊急包括支援交付金は「2」に位置づけられている。慰労金の給付額は、実際に新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れているかどうかで異なる設計で、5万円、10万円、20万円の3段階。

最大の20万円が支給されるのは、「都道府県から役割を設定された医療機関等（※）に勤務し患者と接する医療従事者や職員」の中で、「入院患者を受け入れている」もしくは「診療等を行った」医療機関に勤務している場合。

軽症者向けの宿泊施設での勤務者も対象となる。実際に診療を行っていない場合は、10万円が支給される。5万円の対象者となるのは「その他病院、診療所、訪問看護ステーション、助産所に勤務し患者と接する医療従事者や職員」だ。合計約310万人となることが想定されている。また、介護施設・事業所に勤務する職員に対しても、同様に5～20万円の慰労金を支給。これは、緊急包括支援交付金の介護分として4,132億円を確保した第二次補正予算から充当される。

※「都道府県から役割を設定された医療機関等」とは、重点医療機関、新型コロナウイルス感染症患者の入院を受け入れる医療機関、帰国者・接触者外来設置医療機関、PCR検査センターのこと。

■診療報酬の概算前払いも決定 申請締切は6月5日（金）

なお、感染リスクへの恐れから外来患者数が激減しており、経営状態が悪化している医療機関が増えているが、資金繰り対策として診療報酬の概算前払いも決定している。希望すれば、本来7月に支払われる5月診療分を6月22日に受け取ることが可能だ。

概算前払い額は、「令和2年4月診療分（6月支払分）と令和元年12月～令和2年2月診療分の3カ月平均額との差額に8分の10を乗じた額」。7月の支払い時に、前払い分が減額される。申請受付は5月27日に開始されており、6月5日（金）が締切。

医療情報
ヘッドライン
②

オンライン診療の促進を加速 7月発表の骨太方針で打ち出す意向

経済財政諮問会議

政府は5月29日の経済財政諮問会議で、国の経済政策の方向性を示す今年の「骨太方針」（経済財政運営と改革の基本方針）についての議論を展開。政策に大きな影響を与える有識者議員4名は、提言の中でオンライン診療の促進を打ち出していく意向を示した。

現在、特例として実施可能となっている初診からのオンライン診療が恒久的な措置となるほか、診療報酬上での配慮もなされることが予想される。例年、骨太方針は6月に発表されるが、今年は新型コロナウイルス禍の影響を受け、7月半ばの発表を目指している。

■オンライン診療に対応する

医療機関は全国平均で13.2%

新型コロナウイルス禍は、日本のみならず世界の経済・社会に多大な影響を与えている。

有識者議員は内外の環境変化を踏まえ、日本としての新しく大きな方向性をしっかり打ち出すべきだと主張。安倍晋三首相は提言を受け、「本年の骨太方針では、日本が目指すべき経済社会の基本的な方向性を示す」と話している。

医療分野においては、これまでも推進してきた健康・予防や電子カルテ普及も踏まえたデータの利活用、オンライン診療を高度化させることの重要性が再認識されたとした。

オンライン診療については、全都道府県での「オンライン診療に対応する医療機関の割合」をグラフにして提示。全国14,500超の

医療機関が対応するなどオンライン診療は進み始めている、としたものの、全国平均が13.2%にとどまると強調した。

とりわけ、東京都の普及率は12.9%と全国平均を下回っていると指摘。そのうち約半数の897医療機関が初診から対応していることは評価しつつも、普及のスピードが遅いことをにじませている。

■業者への問い合わせは急増

PayPayの支払い対応も追い風に

オンライン診療に参入、もしくは参入意思を持つ医療機関は急増している。あるオンライン診療サービスを展開する企業は、今年1月と4月の平均を比較すると、新規患者登録数は約10倍、サービス導入医療機関は約4倍、問い合わせは約10倍になっているという。オンライン診療の対象疾患でなかった小児科や皮膚科からの問い合わせが増えているようで、外来患者数の減少による危機感があることがうかがえる。

オンライン決済の選択肢が増えているのも追い風となりそうだ。オンライン決済サービスのPayPayは、6月1日からオンライン診療・服薬指導に対応した簡便な支払い機能の提供を開始すると発表。システム導入の初期費用がかからず、決済システム利用料も無料と医療機関にとってのメリットも大きく、骨太方針で打ち出される内容によっては、一気に普及率がアップする可能性もあるだろう。

医療情報
日本病院団体
協議会

COVID-19 対応の 診療報酬で要望書

日本病院団体協議会（日病協、議長＝相澤孝夫・日本病院会会長）は6月3日、厚生労働省保険局長に宛てて、「新型コロナウイルス感染症への対応に係る診療報酬に関する要望書」を提出した。要望書ではまず、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者を入院させている医療機関では、人員配置、病床整備、感染リスクへの対策等、職員の多大な努力とともに多くの費用が必要となっていると指摘。さらに、すべての医療機関は地域医療を守るため、院内感染防止、発熱患者への対応を含め、日夜尽力しているとも訴えた。

一方、病院収入は入院外来ともに減少しているとし、「このままでは経営が立ちゆかなくなり、医療崩壊の危険性がかなり高まっている」と主張。「各地域で診療体制を継続させるため」として、以下を要望している。

- ① COVID-19 受け入れの有無にかかわらず、入院基本料、初再診料および外来診療料の大幅な増額
- ② COVID-19 患者の入院、院内感染発生や院内感染防止策として行った休床・休棟の措置等で大幅に収入が減少した病院において、前年度の医療収入を基準とした診療報酬の概算請求
- ③ COVID-19 対応が求められる当面の間の、医療従事者等の医療法・診療報酬上の配置基準の緩和措置の継続
- ④ 「重症度、医療・看護必要度」、在宅復帰率、データ提出加算の届け出等の基準に関して経過措置期間の延長
- ⑤ 特定入院料算定病棟への入院において PCR 検査・抗原検査を含めた検査料の出来高算定
- ⑥ COVID-19 対応が求められる当面の間の、観血的手術または麻酔管理症例における診療報酬上の加算項目

医療情報
厚生労働省
事務連絡

濃厚接触者は 全例 PCR 検査の対象

厚生労働省は5月29日付で、『『新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領』の改定について』を、都道府県等に宛てて事務連絡した。

実施要領の主な改定点は、以下の2点。

▼濃厚接触者については、速やかに陽性者を発見する観点から、すべて検査対象とすること。

なお、陰性だった場合にも 14 日間は健康観察が必要。

▼無症状病原体保有者の濃厚接触者についても健康観察の対象とし、検査についても有症者の濃厚接触者と同様の対応とすること。なお、無症状病原体保有者の感染可能期間は、陽性確定に係る検体採取日の 2 日前から入院等開始までの間とする。

医療情報
厚生労働省
事務連絡

PCR 検体、 発症 9 日目までは唾液でも可に

厚生労働省は 6 月 2 日付で、『2019-nCoV（新型コロナウイルス）感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル』の改訂について、都道府県等に宛てて事務連絡した。改訂では、PCR 検査の検体として、一部唾液を用いることができるようになった。

改訂版のマニュアルでは、「SARS-CoV-2 感染の有無を確認するためにウイルス検査で主に用いる検体」について、「できる限り喀痰などの下気道由来検体」を用いるよう推奨。「下気道由来検体の採取が難しい場合」には、鼻咽頭ぬぐい液を用いるとした。加えて、「おおよそ発症から 9 日間程度は、唾液でのウイルス検出率も比較的高い」ことが報告されているとし、発症後 9 日間は優先順位の 3 番目として唾液を用いてもよいとされた。

ただし、発症 10 日目以降の唾液はウイルス量が低下するとして推奨していない。

■同日に保険適用

厚労省は同日、「疑義解釈資料の送付について（その 15）」を事務連絡し、「SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出」について、マニュアル改訂を受けて、「これまで保険適用となっていた喀痰、気道吸引液、肺泡洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、および鼻腔拭い液に加え、唾液からの検体を用いて実施した場合」も保険適用となるとしている。

唾液の採取については、「滅菌容器（50ml 遠沈管等）に 1～2mL 程度の唾液を患者に自己採取してもらう（5～10 分間かけると 1～2ml 採取できる）」とした。

■感染管理マニュアルも改訂

国立感染症研究所は同日、PCR 検査の検体として唾液が用いられるようになったことを受け、「新型コロナウイルス感染症に対する感染管理」を改訂した。

唾液検体採取は自己採取で、検体を回収する際には、サージカルマスク、手袋を装着するよう示した。

最近の医療費の動向

/概算医療費（令和元年度8月～9月）

厚生労働省 2020年2月28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							75 歳以上	
			被用者 保険	本 人		国民健康 保険	(再掲) 未就学者				
				家 族							
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		41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1	
平成 29 年度		42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1	
平成 30 年度 4～3月		42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1	
	4～9月	20.9	11.8	6.3	3.4	2.6	5.5	0.7	8.1	1.1	
	10～3月	21.6	12.3	6.8	3.7	2.7	5.5	0.8	8.3	1.1	
令和元年度 4～9月		21.6	12.1	6.6	3.6	2.6	5.4	0.7	8.5	1.1	
	8月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
	9月	3.5	2.0	1.1	0.6	0.4	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。

● 1人当たり医療費

(単位：万円)

		総 計	医療保険適用								
			75 歳未満	被用者					国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75 歳以上
				保 険	本 人		家 族				
平成 27 年度		32.7	21.9	16.3	15.4	16.0	33.9	21.3	94.8		
平成 28 年度		32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0		
平成 29 年度		33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2		
平成 30 年度 4～3 月		33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9		
	4～9 月	16.5	10.8	8.2	7.7	8.0	17.4	10.7	46.6		
	10～3 月	17.1	11.3	8.7	8.2	8.6	17.9	11.2	47.3		
令和元年度 4～9 月		17.1	11.2	8.5	8.1	8.4	18.0	11.1	47.5		
	8 月	2.9	1.9	1.4	1.4	1.4	3.0	1.7	7.9		
	9 月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.4	3.0	1.8	7.7		

注 1) 「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 2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。
加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2 診療種類別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

		総 計	診療費									
							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
				医科 入院	医科 入院外	歯科						
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		41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9
平成 29 年度		42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9
平成30年度4～3月		42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0
	4～9月	20.9	16.8	8.2	7.1	1.5	3.6	0.4	0.13	8.6	10.8	1.5
	10～3月	21.6	17.3	8.3	7.4	1.5	3.9	0.4	0.14	8.7	11.3	1.5
令和元年度4～9月		21.6	17.3	8.4	7.4	1.5	3.8	0.4	0.15	8.7	11.2	1.5
	8月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.5	1.8	0.2
	9月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	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。

●受診延日数

(単位：億日)

	総 計	診療費				調剤	訪問看護療養
			医科入院	医科入院外	歯科		
平成 27 年度	25.8	25.6	4.7	16.8	4.2	8.2	0.15
平成 28 年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17
平成 29 年度	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
平成 30 年度 4～3月	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
	4～9月	12.6	12.5	2.3	8.1	2.1	0.11
	10～3月	12.9	12.8	2.3	8.3	2.1	0.12
令和元年度 4～9月	12.7	12.6	2.3	8.1	2.1	4.2	0.13
	8月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.02
	9月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.02

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。
受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

●1日当たり医療費

(単位：千円)

	総 計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外 +調剤
		食事等 含まず	食事等含む					
平成 27 年度	16.1	33.3	35.0	8.5	6.8	9.6	11.0	13.2
平成 28 年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1
平成 29 年度	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
平成 30 年度 4～3月	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
	4～9月	16.7	35.1	36.8	8.9	7.1	8.9	13.4
	10～3月	16.8	35.6	37.3	8.9	7.1	8.9	13.5
令和元年度 4～9月	17.1	35.9	37.5	9.1	7.2	9.1	11.4	13.8
	8月	17.5	35.9	37.6	9.3	7.2	9.4	14.2
	9月	17.1	35.6	37.2	9.2	7.2	9.2	13.9

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。
「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外の実日数で除して得た値である。
歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の実日数で除して得た値である。



経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

新型コロナウイルスの感染拡大防止 オンライン診療の 概要と対応策

- 1.感染拡大に伴う政府の対応
- 2.オンライン診療等によるコロナ対応
- 3.オンライン診療等の報酬と軽症者への対応
- 4.オンライン診療の手順と Q & A



参考資料

【厚生労働省】：オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会、オンライン診療の適切な実施に関する指針、(中央社会保険医療協議会総会) 新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて(令和2年4月10日事務連絡)、新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その14)(令和2年4月24日事務連絡)、医療機関が電話やオンラインによる診療を行う場合の手順と留意事項

【首相官邸】：新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針

【外務省】：海外安全ホームページ 各国・地域における新型コロナウイルスの感染状況

1

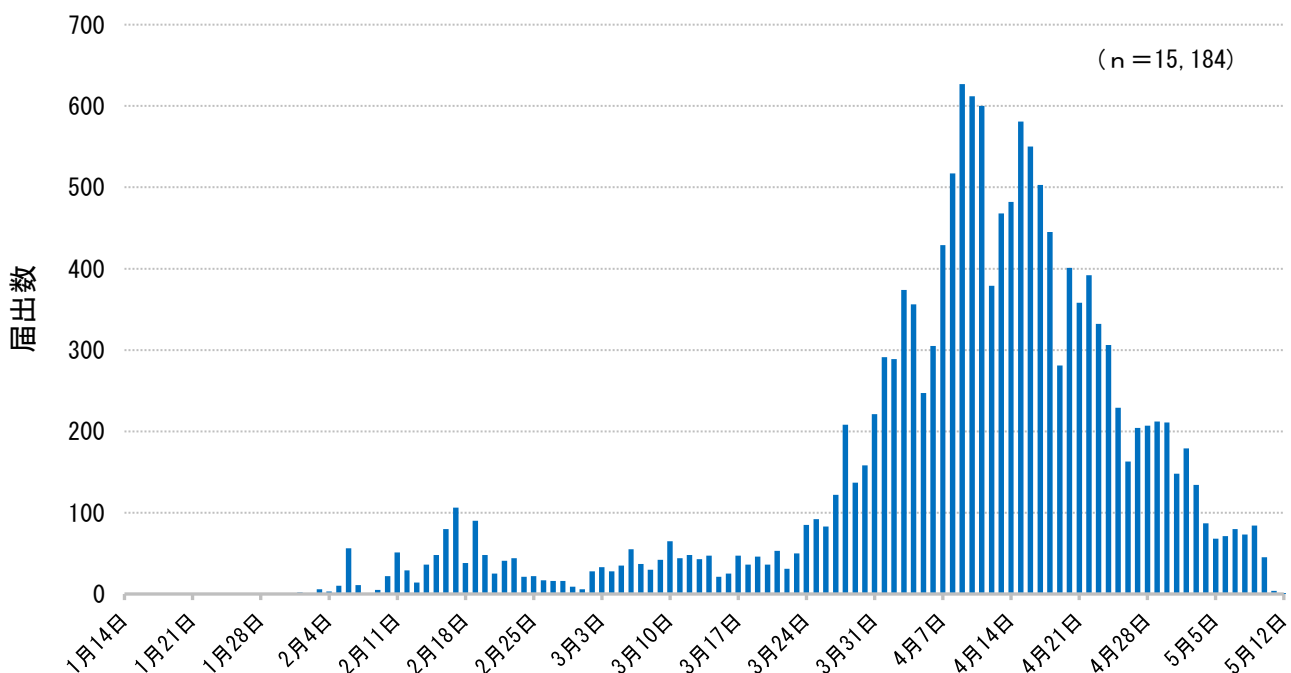
医業経営情報レポート

感染拡大に伴う政府の対応

■ 新型コロナウイルス感染症の発生動向

世界的に新型コロナウイルスが流行しています。国内において新規感染者数は下火となりましたが、まだまだ予断を許さない状況です。新型コロナウイルスの感染患者数の状況については、下記のグラフのように4月に入ってから大幅に増加しました。

◆ 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向



(出典) 国立感染症研究所 報告日別新型コロナウイルス感染症届出数 (2020年5月12日まで)

こうした患者数の増加に伴い、令和2年4月7日に新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言が発令され、一部の区域が対象となり、さらに、令和2年4月16日に対象地域が全都道府県に拡大されることになりました。

その後安倍首相は、5月25日に首都圏と北海道で続いていた新型コロナウイルスに関する緊急事態宣言を解除すると表明し、約1カ月半ぶりに全面解除となりました。

■ 新型コロナウイルス感染症対策の方針について

政府は新型コロナウイルス感染症の対処に関する全般的な方針として以下のことを示しています。医療機関においても、三密（密閉・密集・密接）をできるだけ防ぐため、接触機会を減らすことや患者間の距離に配慮した待合室などの工夫が求められています。

2

医業経営情報レポート

オンライン診療等によるコロナ対応

■ 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療について

患者から電話等により診療等の求めを受けた場合、診療等の求めを受けた医療機関の医師は、当該医師が電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方が当該医師の責任の下で医学的に可能であると判断した範囲において、初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方をして差し支えないこととしています。

ただし、麻薬及び向精神薬の処方認められていません。

◆ 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施要件

- できる限り、過去の診療録、診療情報提供書、地域医療情報連携ネットワーク（※）または健康診断の結果等（以下「診療録等」という。）により当該患者の基礎疾患の情報を把握・確認した上で、診断や処方を行うこと。
- 診療録等により当該患者の基礎疾患の情報が把握できない場合は、処方日数は7日間を上限とするとともに、麻薬及び向精神薬に加え、特に安全管理が必要な医薬品（いわゆる「ハイリスク薬」）として、診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤（抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤等）の処方をしてはならないこと。
- ※ 患者の同意を得た上で、医療機関間において、診療上必要な医療情報（患者の基本情報、処方データ、検査データ、画像データ等）を電子的に共有・閲覧できる仕組み

なお、医師が電話や情報通信機器を用いた診療により、診断や処方を行うことが困難であると判断し、診断や処方を行わなかった場合、対面での診療を促す、または他の診療可能な医療機関を紹介するといった対応を行うことは受診勧奨に該当し、こうした対応は医師法に規定する応招義務に違反するものではありません。

■ 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の留意点

初診から電話や情報通信機器を用いて診療を行う場合は、次のアからウまでに掲げる条件を満たした上で行わなければなりません。

◆ 初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施する場合の留意点（一部抜粋）

- ア) 初診から電話や情報通信機器を用いて診療を行うことが適していない症状や疾病等、生ずるおそれのある不利益、急病急変時の対応方針等について、医師から患者に対して十分な情報を提供し、説明した上で、その説明内容について診療録に記載すること（※）。
- ※ 説明に当たっては、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」Ⅴの1.（1）に定める説明や同意に関する内容を参照（以下、続く）

3 医業経営情報レポート

オンライン診療等の報酬と軽症者への対応

■ 電話や情報通信機器を用いた診療における点数

(1) 初診料

電話や情報通信機器を用いて初診を行った場合については、通常の初診料の点数である 288 点ではなく、214 点となります。これは、対面診療に比べ得られる情報や提供できる医療内容が限定されることを考慮し、設定されているようです。

ただし、処方料や処方箋料については、通常どおりの点数を算定することができます。

●電話や情報通信機器を用いた初診料……214 点

◆診療報酬上の臨時的な取扱いについて



(出典) 厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会 令和2年4月10日資料

(2) 再診料

2度目以降の診療を、電話や情報通信機器を用いて行った場合は、診療所及び 200 床未満の病院は再診料 (73 点) を算定することが可能です。

なお、オンライン診療料に該当する場合も特例として再診料 (73 点) を算定できます。

●電話や情報通信機器を用いた再診料……73 点

4 医業経営情報レポート

オンライン診療の手順とQ & A

■ オンライン診療の手順

電話・オンライン診療の手順として医療機関向けのマニュアルが厚生労働省から公表されました。

以下に、そのマニュアルの内容に沿って、電話による診療の場合とオンラインによる診療の場合に分けて説明いたします。

（１）電話による診療の場合

電話による診療を行う場合は、都道府県の窓口に出向を行います。

その際、対面診療が必要な場合に紹介する予定の医療機関がある場合は、事前に了承を得た上で、所定の欄に記入します。

ホームページ等において、電話による診療を行う旨、対応可能な時間帯、予約方法等を記載します。ホームページに、診療が困難な症状や対面診療が必要になる場合があることを記載することによりトラブルを未然に防ぐことができます。

◆事前の予約について（医師以外のスタッフが電話対応したことを想定）

- ①患者から電話による診療の求めがあった場合、予約の調整を行う。
- ②患者に対し、症状によっては電話では診断や処方とならず、対面診療や受診勧奨になることを伝える。
- ③当該患者の被保険者証の写しをファクシミリで送付させることや、被保険者証を撮影した写真の電子データを電子メールに添付して送付させること等により、受給資格の確認を行う。
- ④上記に示す方法による本人確認が困難な患者については、電話により氏名、生年月日、連絡先（電話番号、住所、勤務先等）に加え、保険者名、保険者番号、記号、番号等の被保険者証の券面記載事項を確認する。
- ⑤あわせて、患者の利用する支払方法を確認する。（銀行振込、クレジットカード決済、その他電子決済等の支払方法により実施してもよい）

◆診療

- ①予約時に患者から聞き取った電話番号に電話をかける。
- ②電話による診療では診断や処方が困難な場合は、対面での受診を推奨する。
※受診勧奨のみで終了した場合については、診療報酬は算定できないことに注意。

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

SHELLモデルの概念

情報分析ツールである「SHELLモデル」について教えてください。

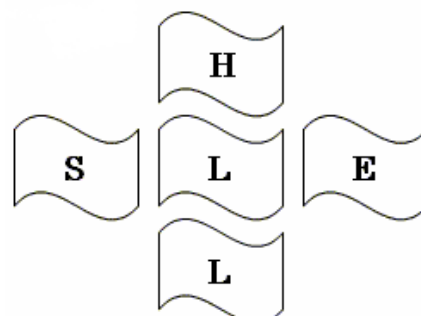
当事者である人間（中心のL：LIVEWARE）が最適な状態を保つためには、4つの要因が影響しているということを表したものです。

中心のLが不定形な外縁となっているのは、人間が状況によってその能力や限界が様々に変化することを表しており、その不定形な外縁にピッタリと合うように、4つの要因と当事者自身の対応を考えるというモデルです。

■SHELLモデル 5つの要因

S（ソフトウェア）	マニュアル、規程などシステムの運用に関わる形にならないもの 例：職場の慣習・読みづらい説明書・新人教育・マニュアルの有無
H（ハードウェア）	医療機器、器具、設備、施設の構造 例：原因器材・作業代・寝衣・履物・補助具
E（環境）	物理的環境（証明、騒音、空調）だけではなく、仕事や行動に影響を与える全ての環境 例：保管場所・業務範囲・労働条件・勤務時間・作業件数・仕事の困難さ・職場の発言しやすい雰囲気
L（他人）	当事者以外の人々 例：事故・インシデントに関わった他のスタッフや他業種《心身状態・経験・知識・技術》・患者自身や家族の誘引《年齢・安静度・ADL・内服中の薬剤・疾患・身体障害・心理》
L（当事者）	事故・インシデントに関わった本人 例：心身状態・経験・知識・技術的問題・心理的要因

概念図



看護業務における医療過誤事例

看護業務における医療過誤には、 どのような事例がありますか。

看護業務において、実際に発生した医療過誤には、次のような事例があります。リスクマネジメントの観点からは、このようなケースが発生しないように配慮するとともに、早期発見および早期対応の仕組みを構築することが不可欠です。

<配膳の誤りによる事故事例>

- 同姓の患者が二人いたため、糖尿食と一般食を再三にわたって間違えた。
- 腎炎の患者で特別食指示が出ていたにも関わらず普通食を配膳し、患者も食べてしまった。通常なら患者自身も気づくが、高齢で難聴だったため指導も徹底されていなかった。
- 嚥下障害のある58歳の患者に餅が配られた。ナースステーションに他の患者から連絡があり、医師と看護師が駆けつけたが、餅がのどにつかえて窒息した。

<授乳中の乳児の窒息事例>

- 未熟児に栄養チューブを挿入したままミルクを注入した。窒息状態となりチアノーゼを引き起こした。
- 病院内での付き添いの母親が睡眠中、乳房で乳児を圧死させた。

<食事中的症状急変の事例>

- 食事中に、虚血性心臓発作を起こし病状急変で死亡。患者は心不全であり、予後不良のため個室に入っていたが、付き添いがいなかった。
ナースステーションには看護師が一人いたが、この患者の食事の面倒はみていなかった。
- 心不全の患者でネギが大嫌いだったのに間違えて食べたことに気づき、吐き出そうとして無理に嘔吐したところ咳き込み、死亡した。

<吐物による窒息等の事例>

- 患者は大量喀血のためブザーで通報したが、一人夜勤の看護師は病室巡回中で受報できず、巡回したときは死亡していた。
- 意識障害のある患者が吐物で窒息した。当時看護師は申し送り中で十分に観察していなかった。
- 切開手術の予定患者の食事摂取制限について、口頭指示のみであったため徹底せず、術前に食事を与えた。そのため静脈麻酔の際に嘔吐し、吐物で窒息死。