

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.801 2023.12.19

医療情報ヘッドライン

**入院時食事の自己負担額を30円引き上げ
1食当たり460円から490円に**

▶ 厚生労働省
中央社会保険医療協議会総会

**オンライン診療指針のQ&Aが改訂
遠隔健康医療相談で看護師の助言可能**

▶ 厚生労働省

週刊 医療情報

2023年12月15日号
**24年度診療報酬改定の
基本方針案を了承**

経営TOPICS

統計調査資料
医療施設動態調査
(令和5年7月末概数)

経営情報レポート

**外来医療受診の流れと機能分化を推進する
かかりつけ医機能報告制度の概要**

経営データベース

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:評価項目の解決策
**患者説明時の同席者ルール
セカンドオピニオンの実施手順**

医療情報
ヘッドライン
①

入院時食事の自己負担額を30円引き上げ 1食当たり460円から490円に

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8日の中央社会保険医療協議会総会で、入院時食事療養費の自己負担分を1食当たり30円引き上げる方針を示した。従来は1食当たり460円だったが、490円に増額される（1日の総額は1,950円）。近年、病院給食の委託単価が公定価格を上回っており、食材費の高騰がそれに拍車をかけていた。

診療側だけでなく支払側の委員もこの方針には理解を示しており、来年度から適用される可能性は高い（厚労省は見直しの施行日について、2024年度予算編成過程を経て決定するとしている）。

■支払側委員も「致し方ない」と発言

入院時に必要な食費は、1食あたりの総額と自己負担額を国が定め、その差額を保険給付している。制度が開始されたのは1994年10月。当初は1日あたり1,900円で、消費税が5%に引き上げられたことを受けて1997年に1,920円へと増額された。

2006年4月から1食当たりで算定するようになったが、1食640円と実質的には変化なし（3食だと1,920円）。

消費税はその後2014年に8%へ、2019年に1997年の倍となる10%へと引き上げられたものの、入院時食事療養費はずっと据え置かれてきた。結局それが26年と長期間になってしまった格好だ。

この公定価格内で食事を提供できれば問題はないが、残念ながら病院給食の委託単価は上昇。2018年には1,796円と124円の余裕があったが、2021年は1,962円と42円の赤字に。翌2022年は1,997円と赤字

が77円に拡大している。

この事態には厚労省も危機感を抱いており、11月の総会では社会保障審議会医療保険部会および同医療部会での「給食費の問題も二十何年間全く変わっていないのは、さすがに現実的ではない。皆様も20年前の食材費、エンゲル係数はどうだったかと考えていただくと御理解いただけたと思う」「給食費に関して、全国レベルで、公も民も、外注であろうが内注であろうが、大赤字であるという実態があるので、カバーしていただきたい」といった意見を紹介している。

■栄養士がメニュー開発に

苦勞しているという調査も

それに対し、診療側はもちろんのこと、支払側も同調していたことが、この問題の深刻さを表している。今回、具体的な金額を提示したことに対しても、支払側委員の1人は「食材費アップに伴う患者負担増は致し方ない。保険給付分には影響がないと認識している」と発言しているほどだ。

むしろ、引き上げ幅が30円で十分かどうか、今後の物価の動きも踏まえて検証を続けていく必要があると思われる。参考になるのが、ある民間企業が管理栄養士・栄養士を対象に実施した「物価高騰による施設等の給食への影響調査」だ。それによれば、約7割が物価高の影響でメニュー開発や献立について悩んでいるという結果が出ている。

とりわけタンパク質摂取に苦勞しているという結果が出ており、自己負担額だけの引き上げで良いのかどうか議論していく必要があるのではないか。

医療情報
ヘッドライン
②

オンライン診療指針のQ & Aが改訂 遠隔健康医療相談で看護師の助言可能

厚生労働省

厚生労働省は 11 月 30 日に「『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。「遠隔健康医療相談」について、看護師による医学的助言が可能と明記した。

医師以外ができることは後述のように細かく規定しているが、オンライン診療の普及を見据えて、看護師単独での「遠隔健康医療相談」が実施可能であることを強く印象づけているとも受け取れる内容になっている。

■腰痛や高血圧の相談例について説明

遠隔健康医療相談は、オンライン診療と同じように情報通信機器を活用した医療サービスの 1 つ。「オンライン診療の適切な実施に関する指針」では、医師が行う場合と、医師以外が行う場合で定義を分けている。

ただ、前者は「医師一相談者間において、情報通信機器を活用して得られた情報のやりとりを行い、患者個人の心身の状態に応じた必要な医学的助言を行う行為。相談者の個別的な状態を踏まえた診断など具体的判断は伴わないもの」、後者は「医師又は医師以外の者一相談者間において、情報通信機器を活用して得られた情報のやりとりを行うが、一般的な医学的な情報の提供や、一般的な受診勧奨に留まり、相談者の個別的な状態を踏まえた疾患の罹患可能性の提示・診断等の医学的判断を伴わない行為」となっており、具体的なイメージが湧きにくい。

診断・治療以外で収益を確保したい医療機関にとってみれば、医師が携わらなくてもサービスを運用できるポイントを把握したくても難しい状況だったといえる。

そうした期待に応えるのが、今回追加された Q&A だ。まず「遠隔健康医療相談（医師以外）で実施が可能とされている『一般的な医学的な情報の提供や一般的な受診勧奨』として、どのようなことが可能でしょうか」が挙げられ、腰痛や高血圧の相談例について説明している。

腰痛は 5 つのパターンを提示。例えば「発熱と両足に力が入らないと説明する患者に対して、『一般に、腰痛の場合、原因が明らかではない腰痛も多いのですが、発熱と両足の脱力といった神経症状を伴うような腰痛の場合には、感染を伴った腰痛である可能性もあります』」と伝えることは可能だとしている。

■医師ができる「医学的助言」にも言及

ちなみに今回追加された Q&A の 1 つでは、医師ができる「医学的助言」にも言及。腰痛では「医学的な専門知識・経験に基づき、当該症状の原因や対処方針に関する助言を行う上で重要と思われる質問を個別に検討した上で、それに応じて既往歴・服薬歴や関連する症状等を確認する」ことができるとしている。

なお、患者の個別具体的な症状に基づいて罹患の可能性を提示したり、診断したりすることは「医学的判断を含む行為」と明示。たとえ医師であっても、「遠隔健康医療相談」としては実施できないと釘を刺している。

また、オンライン診療実施前に医師が実施する「診療前相談」とも異なる行為だと改めて示しており、仮に遠隔健康医療相談で医療機関の受診が急務だと判断しても、その場で診断や治療に進めないということを明らかにしている。

医療情報①
社会保障審議会
部会

24 年度診療報酬改定の 基本方針案を了承

厚生労働省は 8 日、2024 年度診療報酬改定の基本方針案を社会保障審議会の医療部会と医療保険部会に示し、大筋で了承された。「人材確保・働き方改革等の推進」を重点課題に位置付け、医療従事者の賃上げを促す方向性を打ち出した。

診療報酬による賃上げの推進策は中央社会保険医療協議会で、引き続き議論する。

医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く「コメディカル」の賃金の平均は、全産業の水準を下回って推移しているため、賃金格差を解消し、人材の流出を防ぐことを目指す。

8 日の医療部会では、日本病院会の泉並木副会長ら病院団体の委員が、病院が賃上げに対応するための原資を入院基本料の引き上げで配分するよう求めた。

医療保険制度の安定性・持続可能性を向上させるため、健康保険組合連合会は「効率化・適正化」も重点課題にするよう求めていたが、基本方針案には反映されなかった。

医療部会の河本滋史委員（健保連専務理事）は、病床機能の分化・強化や外来機能の最適化を促すなど、医療の「効率化・適正化」を強く意識しながら中医協の議論を進めるよう求めた。

24 年度の診療報酬改定は、以下の 4 つの基本的視点に沿って行う。

- ▼現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進
- ▼「ポスト 2025」を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進と、医療 DX を含む医療機能の分化・強化、連携の推進
- ▼安心・安全で質の高い医療の推進
- ▼効率化・適正化による医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

「安心・安全で質の高い医療の推進」では、食材料費や光熱費などの物価高騰への対応や、高齢者の救急医療の充実と適切な搬送の促進などを明記。医療部会の神野正博委員全（日本病院協会副会長）は、高齢者の救急医療の充実で、高度急性期の治療を終えた患者の「下り搬送」を確実に評価するよう念押しした。厚労省は 11 日、24 年度診療報酬改定の基本方針を公表した。

医療情報②
中央社会保険
医療協議会

消費税負担の補填率「医科全体」 107%、22年度

厚生労働省は 6 日、消費税率の引き上げに伴う医療機関や薬局の負担増を和らげるため診療報酬で行っている補填（2021、22 年度分）の分析結果を、中央社会保険医療協議会の分科会

に報告した。それによると、病院と一般診療所を合わせた「医科全体」での補填率は 22 年度 107.1%、21 年度 105.6%だった。

医科の補填率の内訳は、22 年度は病院が 112.8%（21 年度は 113.2%）と過剰だったのに対し、一般診療所は 94.6%（同 88.9%）と 2 年連続で不足していた。また、医科以外では、歯科診療所が 105.4%（21 年度は 103.2%）、薬局は 91.7%（同 89.5%）で、医科と歯科・薬局を合わせた「全体」では 106.1%（同 104.5%）だった。厚労省は、医科と歯科では診療報酬の補填に不足はなく、薬局の補填不足にも改善が見られるという認識を示した。

24 年度の改定で上乗せ点数は見直さず、補填状況を引き続き検証する方針。

医療機関や薬局の負担増を和らげる診療報酬の補填に過不足がないかを把握するため、厚労省は、報酬本体への上乗せ分と消費税の負担分を 2 年度分集計。中医協の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」に 6 日、結果を報告した。病院の種類別の補填率は、22 年度は一般病院 112.9%（21 年度は 113.4%）、精神科 127.5%（同 119.3%）、特定機能 109.4%（同 111.9%）。こども病院は 94.8%（同 96.8%）と不足していた。

長島公之委員（日本医師会常任理事）は、一般診療所への補填不足が続いているのは「誠に遺憾だ」と述べ、上乗せ点数の適切な見直しを引き続き検討するよう求めた。

また、一般診療所と同じように薬局への補填が 2 年連続で不足だったことを受け、豊見敦委員（日本薬剤師会常務理事）は、「コロナ禍で薬局もさまざまなことに対応し、物価高騰の影響もある中で賃上げもできない。この数字には課題がある」と述べた。

医療情報③
厚生労働省
介護保険部会

介護2割負担の範囲拡大、 早ければ25年8月施行

介護保険サービスを利用する人の自己負担について、厚生労働省は 7 日、2 割負担の対象範囲の拡大を早ければ 2025 年 8 月から適用する方針を明らかにした。支払い能力に応じた負担を求めることで社会保障制度の持続可能性を高める狙いがあり、年末の 24 年度予算編成過程で詳細を決める。対象範囲拡大の施行時期について、厚労省の担当者は社会保障審議会・介護保険部会の終了後に記者団に対し、「周知などで少なくとも 1 年以上はかかるので、最速で 25 年 8 月になる」と述べた。介護保険の利用者の負担は 1 割を基本に、年金収入などが単身で 280 万円以上 340 万円未満の「一定以上所得者」は 2 割、それ以上ある「現役並み所得者」は 3 割となっている。厚労省では、一定以上所得者の判断基準を見直すことで 2 割負担の対象者の拡大を想定している。そのため、介護データベース（20 年 8 月～21 年 7 月実績分）を用いて一定以上所得者の判断基準を引き下げた場合に影響を受ける人の数や保険給付の削減額を 9 つのパターンごとに試算し、その結果を 7 日の同部会に示した。（以降、続く）

週刊医療情報（2023年12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。

医療施設動態調査 (令和5年7月末概数)

厚生労働省 2023年9月29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 1 8 9 床の減少。
一般診療所の施設数は 5 9 施設の増加、病床数は 3 2 1 床の減少。
歯科診療所の施設数は 3 8 施設の減少、病床数は 増減なし。

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5年 7月	令和5年 6月			令和5年 7月	令和5年 6月	
総数	180 692	180 672	20	総数	1 563 851	1 564 361	△ 510
病院	8 130	8 131	△ 1	病院	1 486 669	1 486 858	△ 189
精神科病院	1 057	1 057	-	精神病床	319 868	319 934	△ 66
一般病院	7 073	7 074	△ 1	感染症 病床	1 907	1 909	△ 2
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 421	3 423	△ 2	結核病床	3 820	3 820	-
地域医療 支援病院 (再掲)	689	689	-	療養病床	275 614	275 616	△ 2
				一般病床	885 460	885 579	△ 119
一般診療所	105 331	105 272	59	一般診療所	77 124	77 445	△ 321
有床	5 731	5 751	△ 20				
療養病床を 有する一般 診療所(再 掲)	525	528	△ 3	療養病床 (再掲)	5 130	5 153	△ 23
無床	99 600	99 521	79				
歯科診療所	67 231	67 269	△ 38	歯科診療所	58	58	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

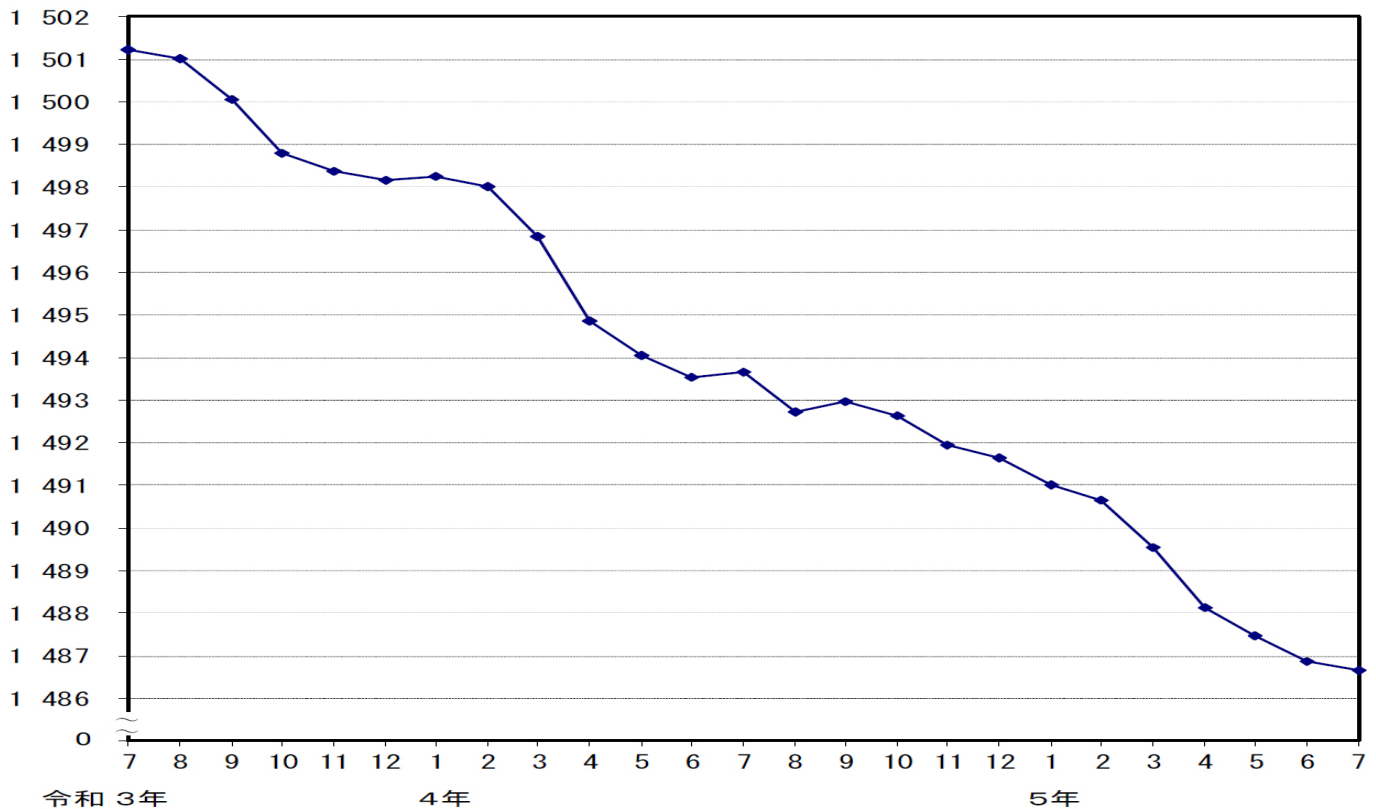
令和5年7月末現在

	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	8 130	1 486 669	105 331	77 124	67 231
国 厚生労働省	14	4 130	19	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 262	-	-	-
国立大学法人	47	32 720	145	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 689	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 046	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 272	3	-	-
その他	18	3 372	368	2 170	4
都道府県	187	46 183	293	186	7
市町村	596	119 577	3 429	1 972	246
地方独立行政法人	131	51 935	37	17	-
日赤	91	34 181	203	19	-
済生会	83	22 069	55	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	98	30 983	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	6	1 370	269	-	2
共済組合及びその連合会	39	12 881	132	-	3
国民健康保険組合	1	320	13	-	-
公益法人	187	46 251	481	146	89
医療法人	5 656	834 063	46 674	60 327	16 646
私立学校法人	112	55 713	198	38	15
社会福祉法人	201	33 925	10 436	383	44
医療生協	80	13 051	289	182	47
会社	26	7 713	1 589	7	12
その他の法人	199	41 091	1 178	378	148
個人	114	10 250	39 455	11 245	49 966

参 考

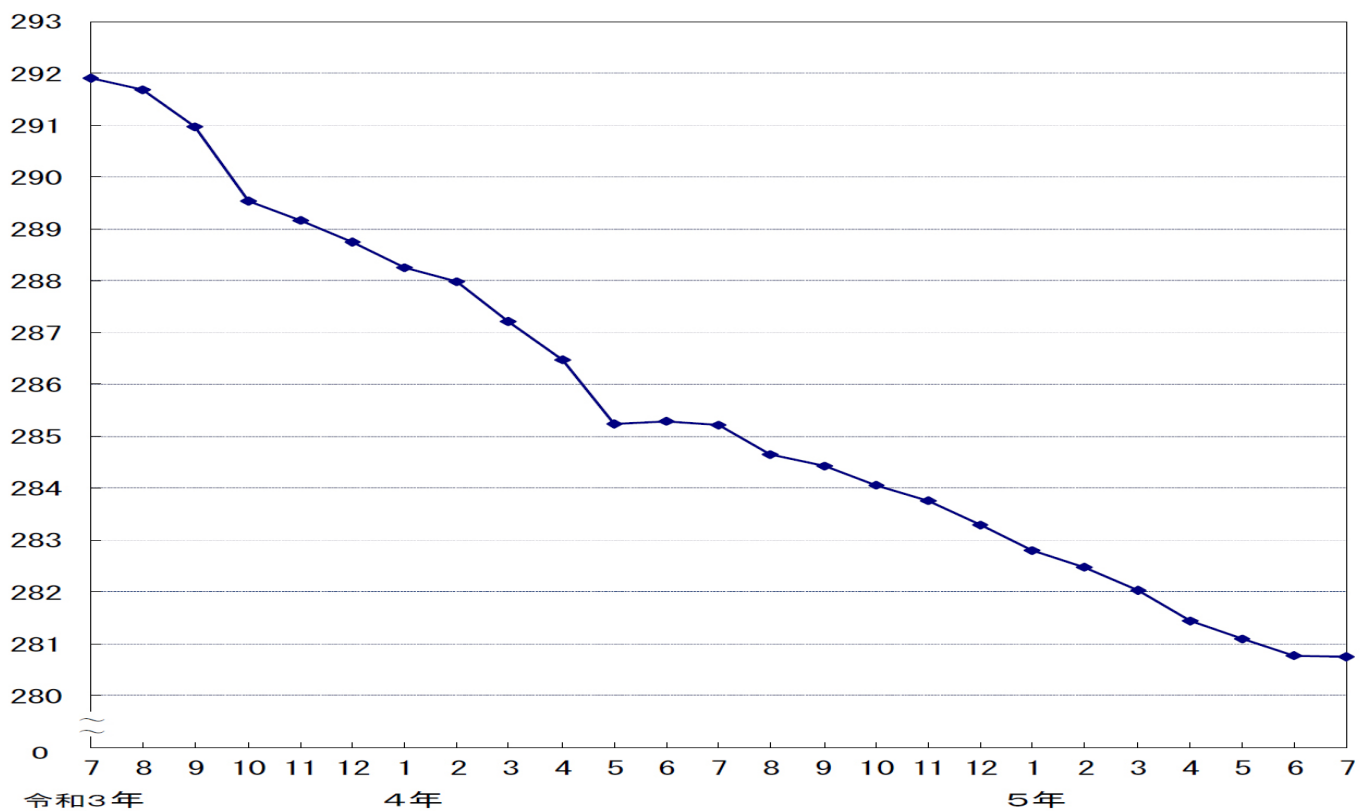
病床（千床）

病院病床数



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5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

外来医療受診の流れと機能分化を推進する

かかりつけ医機能 報告制度の概要

1. 医療提供体制の現状と見通し
2. かかりつけ医機能に関するこれまでの議論
3. 患者が期待するかかりつけ医機能とは
4. 制度改正の流れと医療機関に求められる対応



参考資料

【厚生労働省】：第1回国民患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会
 【日本医師会四病院団体協議会】：「医療提供体制のあり方」日本医師会四病院団体協議会合同提言（2013年8月8日）
 【日本医師会総合政策研究機構】：日本の医療に関する意識調査 2022年臨時中間調査

1

医業経営情報レポート

医療提供体制の現状と見通し

■ かかりつけ医機能報告制度創設に向けた背景

地域の医療提供体制を中長期的視点でみると、今後、人口減少や高齢化の伸展等に伴い、医療を担う者の減少と医療を受ける者の増加による需給のバランスに大きな変化があることが予想されています。また、平均寿命の延びや高齢化に伴う外来医療の多様化も進展していくことが考えられます。

政府では、このような状況の変化に対応すべく外来医療受診の流れを確保し、機能分化をさらに推進させることによって、医療サービスの質の向上を図ることを目的とした、「かかりつけ医機能報告制度」の創設に向けた議論を、2025年4月スタートを目途に進めています。

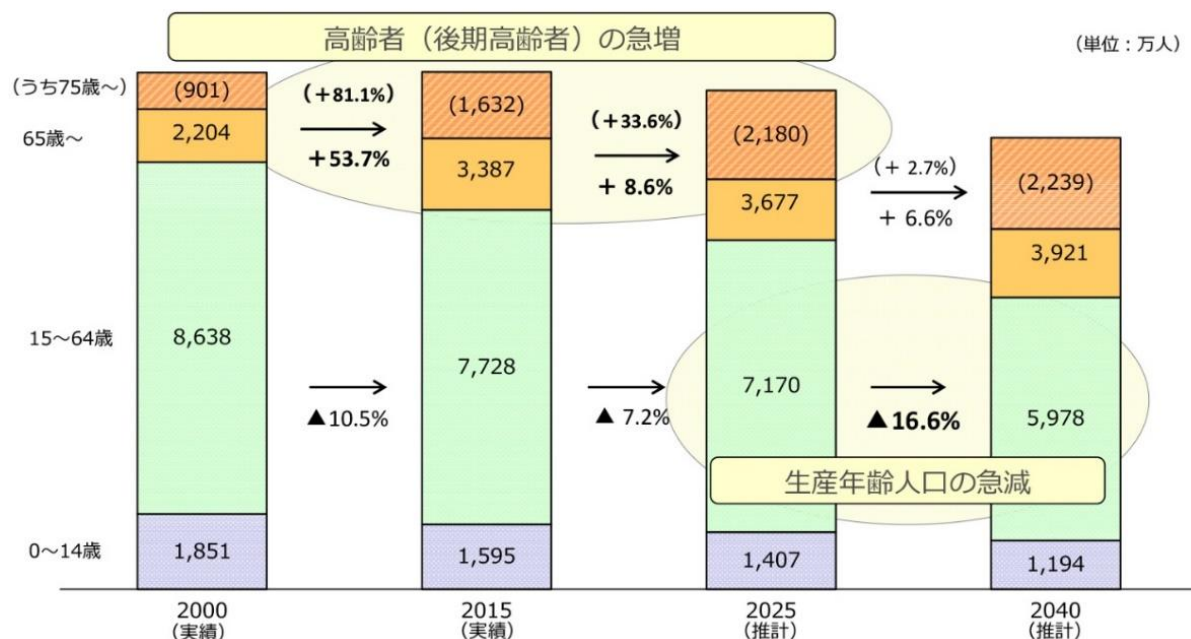
そこで本稿では、医療提供体制の現状と今後の政策の方向性から、「かかりつけ医機能を有する医療機関としての在り方」について探っていくこととします。

■ 今後、日本は「高齢者の急増」から「現役世代の急減」局面へ

すでに我が国は人口減少局面にあります。高齢者人口（65歳以上）の急速な増加は2025年以降緩やかになる一方で、減少に転じている生産年齢人口（15～64歳）については、2025年以降さらに減少が加速することが見込まれています。

その一方で75歳以上の人口は、2040年に向けて引き続き増加する見込みです。

◆人口構造の変化



（出典）厚生労働省 第1回国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会 資料2

2

医業経営情報レポート

かかりつけ医機能に関するこれまでの議論

■ かかりつけ医機能とは何か

かかりつけ医の定義とかかりつけ医機能については、「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言（2013 年8月8日）において、以下のように定められています。

◆日本医師会・四病院団体協議会合同提言におけるかかりつけ医とは（定義）

- なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

（出典）「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言（2013年8月8日）

◆日本医師会・四病院団体協議会合同提言におけるかかりつけ医機能

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

（出典）「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言（2013年8月8日）

一方、現行の医療法施行規則においては、かかりつけ医機能の定義について、以下のように定められており、今後、かかりつけ医機能に関する制度整備を進める際は、この考えをベースに検討が進められることになります。

◆医療法施行規則におけるかかりつけ医機能

- 身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能として厚生労働大臣が定めるもの（以下「かかりつけ医機能」という。）

患者が期待するかかりつけ医機能とは

■ 高齢者の多くはかかりつけ医がいる

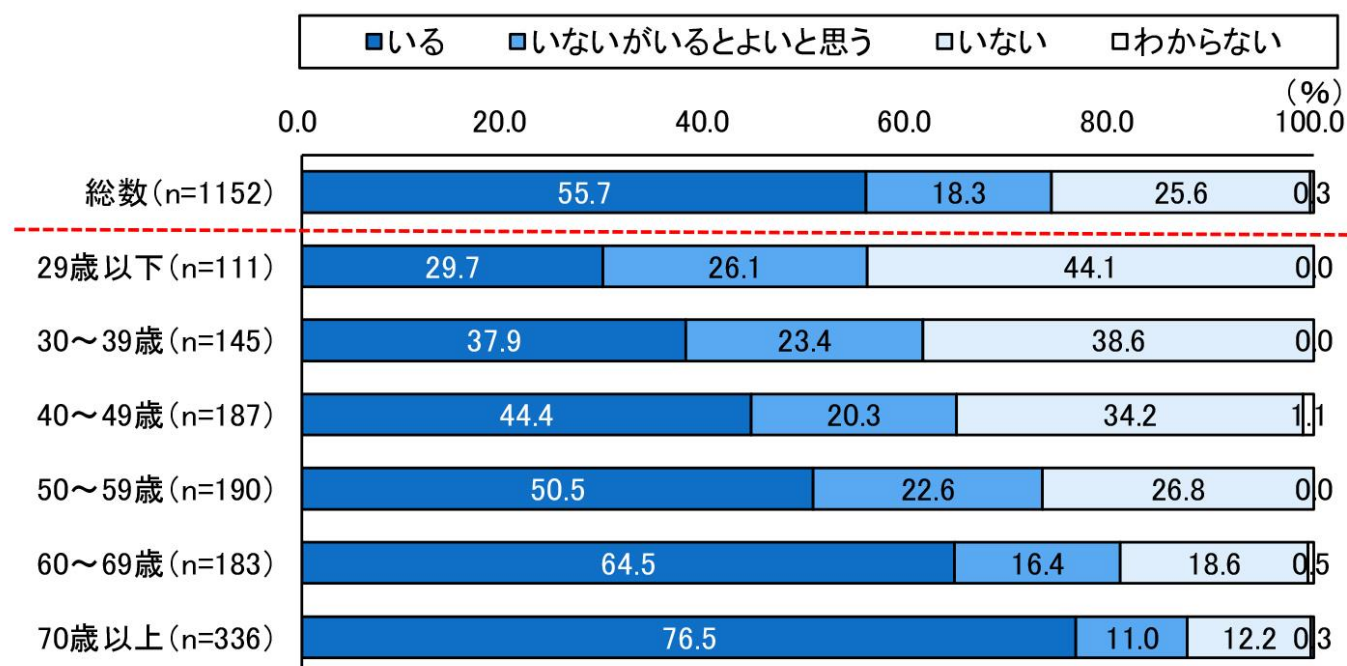
今般のコロナ禍において、検査や発熱外来に対応できる医療機関としてかかりつけ医機能に対する関心が高まったことは間違いありません。

こうした中、日本医師会総合政策研究機構による「日本の医療に関する意識調査 2022 年臨時中間調査」では、かかりつけ医に関するものも含まれ、その結果が公表されています。

これらは、患者視点によるかかりつけ医機能を知るうえでの貴重な参考資料と捉えることが出来ます。

調査結果によると、年齢層別では、高齢になるほどかかりつけ医を持つ人の割合が高くなり、70 歳以上では 76.5%で、20 代や 30 代の倍以上の割合となっています。

◆ かかりつけ医の有無 年齢別(n=1,152)



(出典) 日本医師会総合政策研究機構 日本の医療に関する意識調査 2022 年臨時中間調査

■ かかりつけ医の医師は診療所の医師が多数

この調査では全体の約8割の人は、かかりつけ医が診療所の医師であると回答しています。

中小病院、大病院にかかりつけ医がいるとした人はそれぞれ1～2割となっています。

また、かかりつけ医の診療科も内科が多数を占めていますが、整形外科や外科など多岐にわたっていることがわかります。

4

医業経営情報レポート

制度改正の流れと医療機関に求められる対応

■ かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化へ

かかりつけ医機能には、身近な地域における日常的な医療の提供に関する多様な機能が含まれます。今後はさらに「治す」だけではなく、「治し、支える」といった概念の変化から、かかりつけ医には、従来より多様なニーズに応えていくことが求められます。

特に、在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者が今後更に増加すると考えられ、具体的には以下のようなニーズへの対応も求められることになるでしょう。

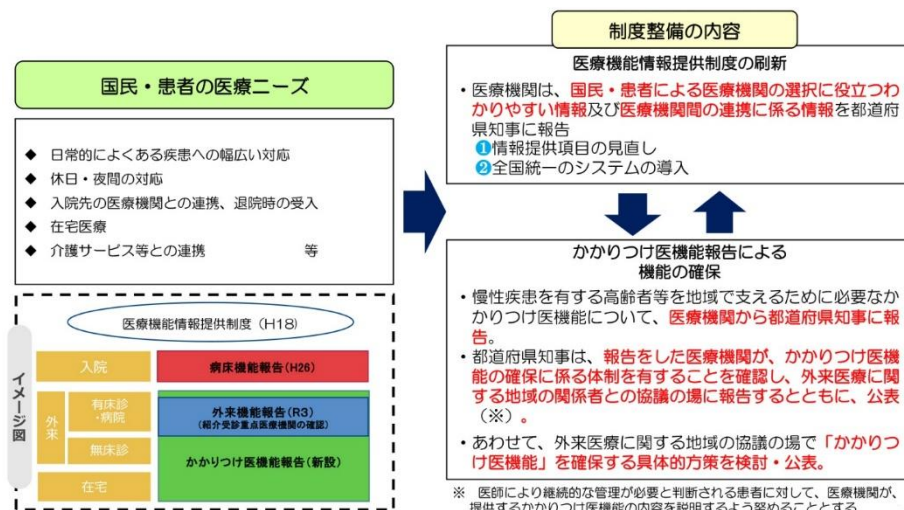
◆高齢者の医療に関するニーズ

- | | |
|---------------------|---------------------|
| ● 持病(慢性疾患)の継続的な医学管理 | ● 日常的によくある疾患への幅広い対応 |
| ● 入退院時の支援 | ● 休日・夜間の対応 |
| ● 在宅医療 | ● 介護サービス等との連携 |

こうしたニーズに対応する機能を確保していくためにも、かかりつけ医機能報告制度を新たに創設し、必要なかかりつけ医機能の充実・強化を図る仕組みを導入するとしています。

具体的には、各医療機関は上記ニーズに対応する機能や、それを今後担う意向等を都道府県に報告し、都道府県はこの報告に基づき、地域における機能の充足状況や、これらの機能をあわせもつ医療機関を確認・公表した上で、さらに医療関係者や医療保険者等が参画する地域の協議の場で、不足する機能を強化するための具体的方策を検討し、結果を公表するとしています。このように、かかりつけ医機能を強化するための、医療機能情報提供制度の刷新、かかりつけ医機能報告制度の創設に関する情報には常に注目しておく必要があります。

◆かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格



(出典) 厚生労働省 第1回国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会 資料2

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:病院機能評価 > サブジャンル:評価項目の解決策

患者説明時の同席者ルール

病院側の患者説明時の 同席者ルールについて、教えてください。

病院機能評価では、病院側の患者説明時の同席者ルールについて、明確にすることが望めます。同席を必要とする場合の基準が明示されていると、医師や看護師の共通認識が保証されます。

■課題

- 治療や病状説明時の病院側の同席者ルールが明確でない点については検討する。
- 同席者を要する場合の基準を定め、リスクの高い医療行為を行う場合に、職員が確実に同席するように図ること。
- 手順書には同席者の署名を明記しているが、一部の同意書には同席者の署名欄がないものがあったため、同席者のルールについて検討する。
- 手順通りに同席できない場合も起こり得るので、その際の運用手順について何らかの工夫が望まれる。



■解決策

- 侵襲的検査同意書及びリスクの高い医療行為など、各診療部の医局長と協議し、それを基に同席を要する場合の基準を作成した。
- 説明と同意を得る際には、看護師が同席し、説明の内容の理解状況を確認し、診療録へ記載している。
- 患者の理解度を評価するシートが用いられ、理解が不十分な場合には看護師から再度説明を求める運用となっている。

同席者は看護師とは限らないので、同席者の役割を明確にしておくことも必要です。同席者の役割として、医師から伝えられた内容を把握し、その情報を受けた患者の反応を観察し、記録に残すことが重要です。

医療現場で行われるすべての説明と同意の場面に看護師等が同意することを原則としている病院においても、同席できない場合は、事後に患者・家族の状況を確認して、その理解度等を記録に残しておくなどの対応については、病院として決めておくことが望ましいでしょう。

同席者は、患者の権利擁護者として人権侵害を防ぎ、尊厳を守り、最善の選択ができるように支援する役割があります。

同席のルールは、患者が自分のニーズに即した選択と決定ができるよう、病院としていかに支援するか、その視点で検討されるとよいでしょう。

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:評価項目の解決策

セカンドオピニオンの実施手順

セカンドオピニオンの実施手順は
どのようなものでしょうか。

セカンドオピニオンについては、地域や患者の年代などにより認識や意識の差がみられ、病院の規模や機能により実施数も様々です。

しかし、セカンドオピニオンは、患者の知る権利や自己決定のプロセスにおいて重要な要素となります。

■課題

- セカンドオピニオンについては、患者権利の中に明示されているが、対応窓口や手順が明確になっていないので、自己決定の支援策として迅速に対応できるように手順の整備が望まれる。
- セカンドオピニオンの実施手順の整備が望まれる。
- セカンドオピニオンに係る対応マニュアルが作成されておらず、セカンドオピニオンに対する施設の方針・対応を明文化すること。



■解決策

- セカンドオピニオンの対応窓口を医療連携室とし、その対応手順を作成し明確にした。
- セカンドオピニオンについては、外来だけではなく病棟にも掲示し、患者・家族への周知とした。
- セカンドオピニオンについては、患者が希望したときの対応を流れ図で示している。

説明と同意の場面で、セカンドオピニオンを受けることができることを患者や家族に伝えることも重要です。セカンドオピニオンへの対応は、患者が最善の選択と決定を行う支援の役割の一部と考えられます。患者や家族がセカンドオピニオンを求めた場合の対応手順を明確に定めておくとともに、職員がセカンドオピニオンについての正しい認識をもち、スムーズな対応を行うための教育・研修も重要だと考えます。

患者が理解できるように説明し、同意を得る際に患者の意思が尊重されているかは、説明と同意の極めて本質的かつ重要な部分ですが、これが不十分として評価「B」が付されているケースはほとんど見られません。しかしながら、これはその評価が厳しいことによるのかもしれませんが、すべての病院でわかりやすい説明ができていないかもしれません。

平明な言葉、用語を用い、必要に応じて模型や絵図を活用するなどして、患者や家族にわかりやすい説明を行い、同意に際して患者の意思が尊重されていることの重要性をよく院の共通認識として、その実践に努めることが大事です。