

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.873 2025.6.10

医療情報ヘッドライン

**財政審建議、医療提供体制を重視
特定過剰サービスへの減算措置も提言**

▶ 財務省 財政制度等審議会

**23年度の特定健診実施率は59.9%
特定保健指導実施率とともに過去最高**

▶ 厚生労働省

週刊 医療情報

2025年6月6日号

**医師がオンラインで宿直兼務、
答申取りまとめ**

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和7年2月分概数)

経営情報レポート

**医療の質と地域医療提供体制の確保を目的とした
オンライン診療手引書の概要と事例紹介**

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: 患者クレーム対応
**クレーム発生時の対処方法
患者クレーム増加の背景**

発行: 税理法人KJグループ

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

財政審建議、医療提供体制を重視 特定過剰サービスへの減算措置も提言

財務省 財政制度等審議会

財務相の諮問機関である財政制度等審議会（財政審、会長・十倉雅和住友化学代表取締役会長）は、5月27日に「激動の世界を見据えたあるべき財政運営」と題した建議をとりまとめ、加藤勝信財務相へ提出した。

医療についての提言は、大枠では昨年と変わらないものの、医療提供体制についての言及を前面に打ち出したほか、「特定過剰サービスに対する減算措置の導入」を新たに盛り込んでいる。

■医療は昨年比で10ページ増

財政審が毎年春に取りまとめる建議は、諮問機関からの提言であり法的拘束力はない。

しかし、現実的には政府の財政政策や各省庁の予算要求の方向性に大きな影響を与えている。そのため、医療分野の提言を読み解くことは、今後の医療行政や診療報酬改定の方角性を把握するうえで重要だ。

今回の建議は、昨年のそれよりも全体で約30ページ多く、「医療」の大項目だけでも10ページ増えた。

医療の冒頭で、医療保険制度について「患者の負担が低くコストを抑制するインセンティブが生じにくい構造」であるため「医学的な必要性以上に過剰な医療提供を招きやすい構造となっている」と説明しているのは変わらない。

しかし今年はそのあとに「質の高い医療の効率的な提供」として医療提供体制の現状と課題を列記。診療報酬改定に先んじて医療提供体制の改革に言及している。

■かかりつけ医機能は「抜本の見直し」

医療提供体制の改革で重要なポイントとなる、地域偏在の是正については、今までも低減してきた「地域別単価の導入」（診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点当たり単価を設定するもの。当面の措置として診療所過剰地域の1点当たり単価の引下げを先行することも提言している）に加え、「過剰サービスの評価の適正化」を新たに提言した。

これは、「医師少数区域での勤務を促す財政上の支援に加えて、新たな診療報酬上のディスインセンティブ措置を組み合わせることが有効」との考え方に基づいたものだ。

経済的インセンティブに影響を受ける医師は一部であることから、経済的ディスインセンティブによる医師の行動変容につなげる仕組みが必要だとし、特定の診療科の医療サービスが過剰であると判断される場合はそれを「特定過剰サービス」として減算措置の対象とする案を示している。

なお、減算は一律ではなく、「特定過剰サービス」を対象とした診療科ごとのアウトカム指標を設定・評価するとしている。

アウトカムが良好であれば減算の対象から除外される仕組みだ。また、「かかりつけ医機能の報酬上での評価」については、算定実績が低調であることを理由に抜本的な見直しを図るべきだと指摘。具体的には地域包括診療料・加算や認知症地域包括診療料・加算を挙げ、「個々の医療機関が担うかかりつけ医機能をよりきめ細かに評価できる報酬体系に再構築すべき」と言及している。

医療情報
ヘッドライン
②

23年度の特定健診実施率は59.9% 特定保健指導実施率とともに過去最高

厚生労働省

厚生労働省は5月30日に「2023年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」を公表。2023年度の特定健康診査の実施率は59.9%で、前年度と比べ1.8ポイント増。特定健診で生活習慣病のリスクが高いと判断された人を対象とする特定保健指導の実施率は27.6%で、前年度と比べ1.1ポイント増だった。いずれの実施率も過去最高を更新したが、政府が掲げる「2023年度までに特定健診・特定保健指導の実施率を70%以上・45%以上」との目標には届かなかった。

■メタボ該当者・予備軍の減少率も過去最高

特定健康診査（特定健診）は、生活習慣病予防のためメタボリックシンドロームに着目した健診で、「メタボ健診」とも呼ばれ、40歳から74歳までの公的医療保険加入者を対象として、2008年4月にスタートした。

当時、厚生労働省が制作した広報資料には「日本人の生活習慣の変化等により、近年、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群が増加しており、それを原因とする死亡は、全体の約3分の1にものぼると推計されています」とあり、「生活習慣病予防のための新しい健診・保健指導を積極的に利用し、バランスの取れた食生活、適度な運動習慣を身に付けましょう」と呼びかけている。

特定健診の初年度の実施率は38.9%だったが、ゆるやかながら右肩上がりに伸びており2015年度には50%を突破。開始から15年となった2023年度に6割を目前とすところまで到達した形だ。

特定保健指導は、初年度（2008年度）

7.7%と1割を切っていたが翌年に12.3%となり、そこからゆるやかに伸びて10年後の2018年度に2割を超えた（23.2%）が、未だに3割を超えられない状況となっている。

では、メタボリックシンドロームの該当者および予備軍の数はどう推移しているのか。

開始年度である2008年度の特定保健指導対象者推定数をもとに算出した2008年度比の減少率を見ると、2023年度は17.2%とやはり過去最高の数字を出している。

ただ、これも特定健診・特定保健指導の実施率と同様に、2023年度までに2008年度比で25%以上減少という国の目標には届いていない。ちなみに、これまでの推移を見ると、メタボリックシンドロームの該当者および予備軍の減少率は年度によってばらつきがある（2016年度から順に15.4%、14.3%、13.7%、13.5%、10.9%、13.8%、16.1%、17.2%）。

■保険者種別で最も実施率が高いのは健保組合

なお、特定健診・特定保健指導の実施状況を保険者種別に見ると、2023年度の特定健診実施率が最も高いのは健保組合（1,236万人）で82.9%、次いで共済組合（426万人）82.6%、全国健康保険協会（1,815万人）58.7%、船員保険（4.2万人）52.8%、国保組合（134万人）51.9%で、市町村国保（1,595万人）は38.2%と低調だ。

特定保健指導の実施率は上から健保組合35.4%、共済組合35.1%、市町村国保29.1%、全国健康保険協会19.0%、船員保険15.0%、国保組合13.1%となっている。

医療情報①
規制改革
推進会議

医師がオンラインで宿直兼務、 答申取りまとめ

政府の規制改革推進会議は5月28日、医療や介護など分野ごとの規制の見直しに関する答申をまとめた。医療分野では、医師の確保が困難な複数の病院の宿直をオンラインで兼務できるようにルールの見直しを検討する。

厚生労働省は、宿直医を確保するため診療体制を縮小するなどの影響を受け、緊急対応が少ない慢性期病院などを対象に想定している。

医師がオンラインで宿直を兼務するための要件を検討し、遅くとも2027年度中に結論を出す。高度医療を行う病院への搬送など緊急時の協力体制の確保を求める方針。

医師の宿直に関してはほかに、宿直医の院内常駐を原則とするルールの例外規定に、電話だけでなくオンラインによる看護師への指示出しが含まれることを25年中に明確化する。

政府は、6月に閣議決定する規制改革実施計画にそれらを盛り込む。

宿直ルールの見直しは、人材不足で宿直医の確保が困難なケースを想定した措置。医師不足が深刻な地域では、宿直医を確保するため病院が日中の診療体制を縮小するなどの影響が出ているといい、医師の院内常駐の緩和を求める声がある。

そのため厚労省は、医師がICTを利用してオンラインで対応できる体制を整備すれば、複数の病院での宿直兼務を条件付きで認めることを検討する。

医療関連ではほかに、24時間対応の薬局がない地域の患者に看護師が適切な薬剤を提供できるように、訪問看護ステーションに輸液などの医薬品の配置を認める方向で年内に検討する。

厚労省はまた、医師の指示に基づき救急救命士が行う「救急救命処置」の拡大を審議会などで検討する。

高齢化に伴う救急搬送の急増に対応するため、心肺停止に対するアドレナリン投与の包括指示化や、アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内投与など5つの処置への拡大をまず検討し、26年度に結論を出す。

さらに、低血糖発作症例に対するグルカゴン粉末の投与など6つを救急救命処置の候補にするかも検討する。

オンライン診療に関しては、患者に同席する看護師が医師の指示で行う点滴・注射・血液検査・尿検査などへの診療報酬の評価を25年度中に明確化する。

オンライン診療の専用車両を診療回数・場所の制約なしに活用できるよう運用基準の明確化も引き続き進める。

医療情報②
令和国民会議
超党派会議

社会保障「年齢で区別」 の見直し提言

令和国民会議（令和臨調）と連携する与野党の国会議員による「超党派会議」は5月27日、社会保障を年齢で区別する仕組みの見直しを求める中間報告を発表した。健康寿命が延伸していることを踏まえ、現役世代の再定義を行うことも提言している。

中間報告では、世代間の不公平感を是正するため現役世代の逆進的な社会保険料負担の改善を図るべきだと指摘。マイナンバーなどを活用した所得の把握を充実しつつ、将来的な給付も見据えて中低所得世帯を対象とした効果的な負担軽減策を実現すべきだと主張している。

社会保障制度全般については、全世代型社会保障の考え方に基づき支える側と支えられる側を固定化させている、年齢で区別する現在の仕組みを見直すよう求めている。

中間報告は、令和臨調「超党派会議」が政治改革や社会保障などに関する4つの部会で議論した成果をまとめたもので、党派を超えた政策立案を促す狙いがある。

医療情報③
政府
戦略本部

新たな「サイバーセキュリティ 戦略」年内策定へ

政府は5月29日、サイバーセキュリティ戦略本部（本部長＝林芳正官房長官）を開催し、年内をめどに新たな「サイバーセキュリティ戦略」を策定することを決定した。

同16日に成立したサイバー対処能力強化法に基づく施策と一体的に取り組みを推進するため、今後石破茂首相を本部長に改組予定の同戦略本部で政府全体の推進体制を強化する。

会合では、重要インフラが停止する事態が発生するなど深刻さが増しているサイバー空間の脅威に対応するため、喫緊に取り組むべき事項に関する取りまとめが示された。それによると、2021年9月に策定された現行のサイバーセキュリティ戦略について、サイバー対処能力強化法やその関連法の改正、サイバーセキュリティ戦略本部の改組に伴って年内に改定する。

組織・体制の整備では、サイバーセキュリティ基本法の改正によりサイバーセキュリティ戦略本部の本部長を石破首相に、本部員を全ての国務大臣に改組するほか、内閣サイバーセキュリティセンター（NISC）をサイバー安全保障分野の政策を一元的に調整する新組織に発展させる。

高度な情報収集と分析を行う体制や人材などを整備し、同盟国や同志国などと協力して攻撃者の特定などを行ったり、官民連携を推進したりする司令塔としての機能を確立する。

（以降、続く）

週刊医療情報（2025年6月6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7年2月分概数)

厚生労働省 2025年5月16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7年2月	令和7年1月	令和6年12月	令和7年2月	令和7年1月
病院					
在院患者数					
総数	1 170 408	1 156 718	1 133 001	13 690	23 717
精神病床	255 353	254 244	255 085	1 109	△ 841
感染症病床	265	322	269	△ 57	53
結核病床	858	921	942	△ 63	△ 21
療養病床	229 500	226 280	227 045	3 220	△ 765
一般病床	684 430	674 950	649 660	9 480	25 290
外来患者数	1 182 945	1 158 577	1 236 915	24 368	△ 78 338
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 486	1 448	1 474	38	△ 26

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7年2月	令和7年1月	令和6年12月	令和7年2月	令和7年1月
病院					
総数	78.6	79.0	70.2	△ 0.4	8.8
精神病床	80.5	80.5	80.4	△ 0.0	0.1
感染症病床	12.7	11.6	14.3	1.1	△ 2.7
結核病床	24.1	25.6	27.2	△ 1.5	△ 1.6
療養病床	85.7	85.4	84.0	0.3	1.4
一般病床	76.1	76.8	62.7	△ 0.7	14.1
診療所					
療養病床	40.2	39.8	38.4	0.4	1.4

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

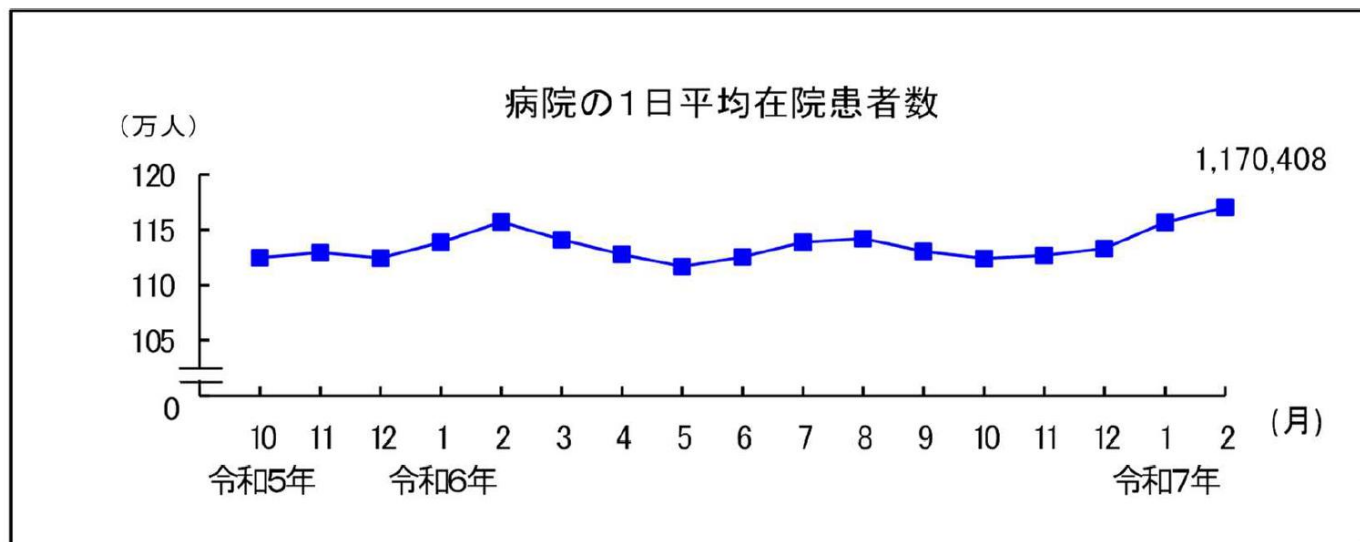
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和7年2月	令和7年1月	令和6年12月	令和7年2月	令和7年1月
病院					
総数	25.7	26.7	24.5	△ 1.0	2.2
精神病床	251.0	267.0	253.7	△ 16.0	13.3
感染症病床	10.9	10.0	8.9	0.9	1.1
結核病床	52.6	47.3	52.5	5.3	△ 5.2
療養病床	109.8	113.6	109.5	△ 3.8	4.1
一般病床	16.0	16.6	14.9	△ 0.6	1.7
診療所					
療養病床	103.1	108.7	96.2	△ 5.6	12.5

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

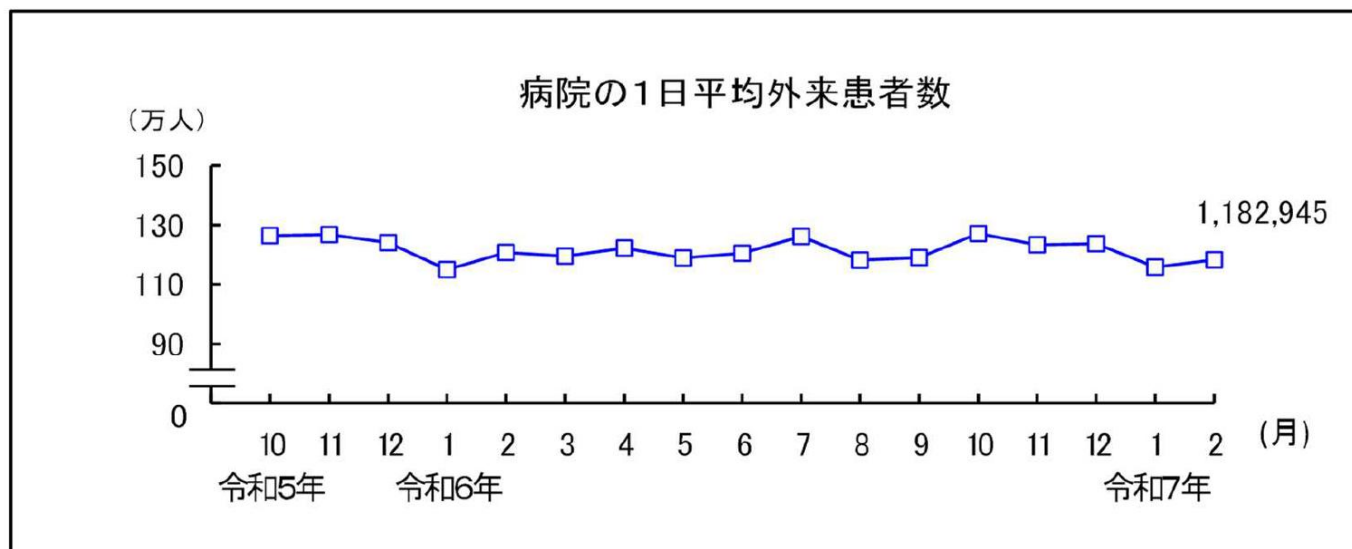
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

◆病院:1日平均在院患者数の推移

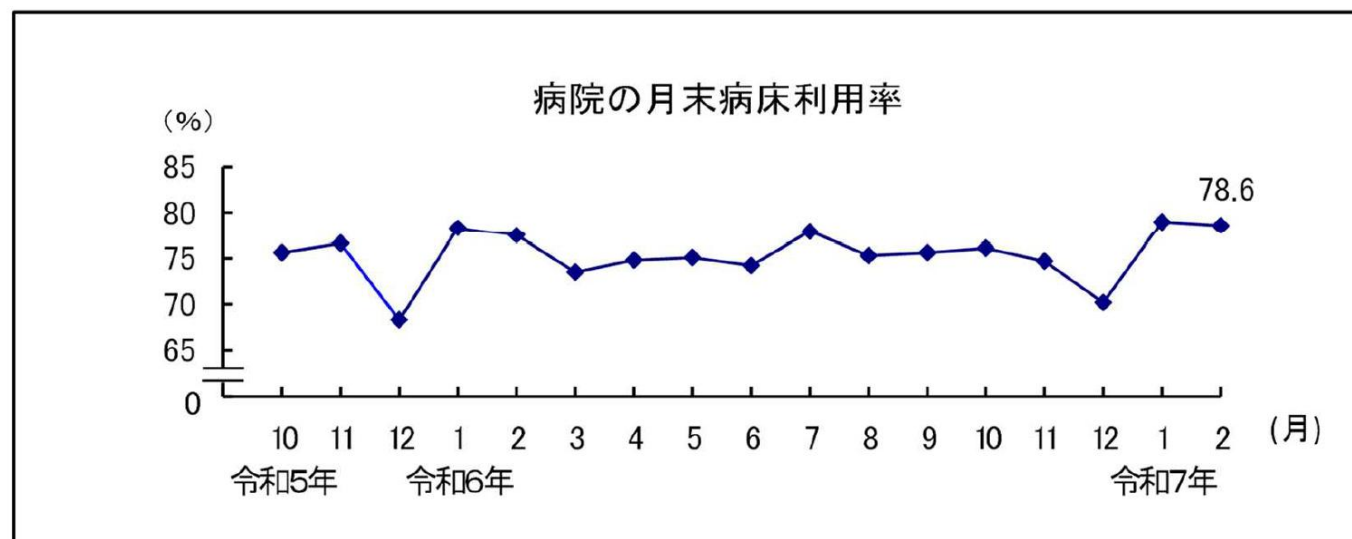


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

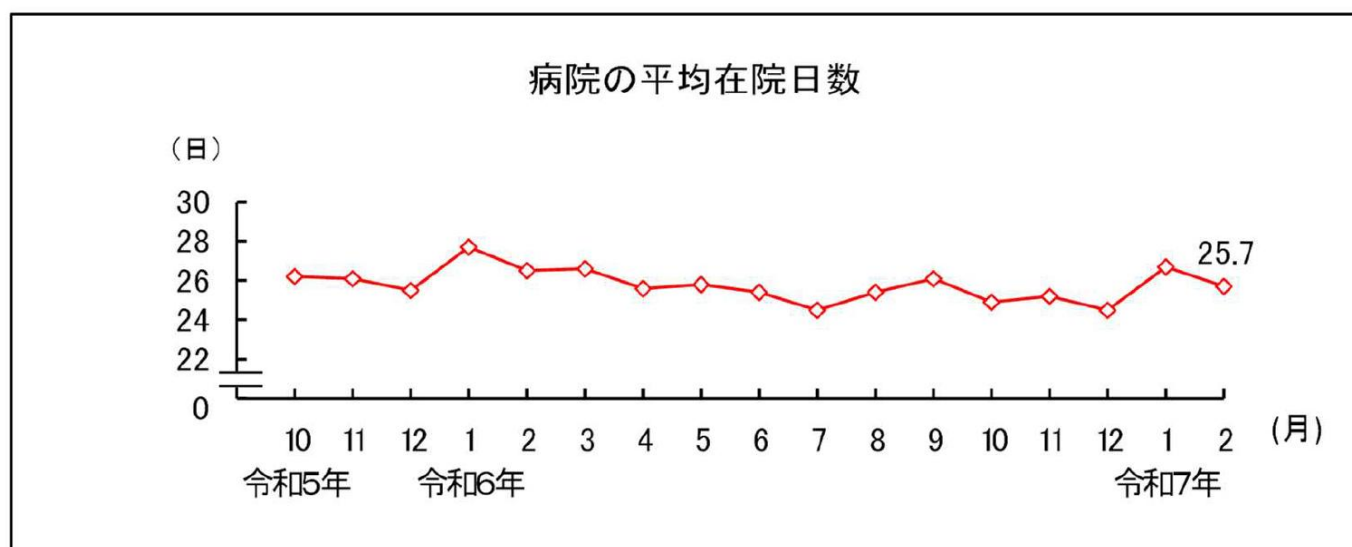
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆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7年2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

医療の質と地域医療提供体制の確保を目的とした

オンライン診療手引書の 概要と事例紹介

1. オンライン診療の利用状況と手引き書の目的
2. オンライン診療の導入手順
3. オンライン診療実施の流れと関係するガイドライン等
4. 患者説明チェックリスト内容とオンライン診療事例



■参考資料

【総務省】：令和3年情報通信白書第1部第2節コロナ禍における公的分野のデジタル活用

【厚生労働省】：オンライン診療の適切な実施に関する指針 第15回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資料 オンライン診療研修実施概要 オンライン診療の利用手順の手引き書 他

1

医業経営情報レポート

オンライン診療の利用状況と手引き書の目的

■ オンライン診療の利用状況

オンライン診療の利用状況を示すデータとして、「令和5年1月～3月の電話診療・オンライン診療の実績の検証の結果（厚生労働省）」を見ると、2023年5月末時点で、電話や情報通信機器を用いた診療を実施できるとして登録した医療機関は18,121件となっています。

2020年4月10日に新型コロナウイルスに対応するため、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン診療指針」という。）を改訂し、コロナ禍における初診から遠方の患者に対する診療を時限的に認め、再診に関しても規制が緩和されました。

オンライン診療の要件緩和が行われて以降、登録機関数は増加しましたが、同年6月以降は緩やかな増加となっています。

■ オンライン診療の利用手順の手引き書の目的と活用方法

オンライン診療の情報通信技術の発展並びに地域の医療提供体制及び医療ニーズの変化に伴って、近年ますますオンライン診療の需要が高まっており、オンライン診療の利用手順の手引き書（以下「手引き書」という。）は、その活用が広がるなかで、適正かつ幅広い普及に資することを目的として作成されました。

適正な推進とは、安全性、必要性、有効性、プライバシーの保護等の個別の医療の質を確保するという観点に加え、対面診療と一体的に地域の医療提供体制を確保するという趣旨も含まれています。手引き書には、オンライン診療を実施しようとする医療機関において、導入にあたり、まず必要かつ重要なことを中心に記載されています。

◆ 手引き書の構成内容

章立て		主な内容
第1章	手引き書の目的と活用方法	・手引き書の目的、構成、活用方法について解説
第2章	オンライン診療とは	・オンライン診療の実施を検討する際にまず知っておくべき基本的な考え方、期待される役割などについて解説
第3章	オンライン診療の導入の手順	・オンライン診療の導入までに必要な手順について解説
第4章	オンライン診療の実施の流れ	・オンライン診療を実施するまでの流れ及び業務の一般的なフローを、医療機関側及び患者側それぞれで整理し解説
第5章	関係する通知・ガイドライン等	・オンライン診療において遵守すべき指針やガイドライン等の参考資料を紹介
巻末資料		・各種チェックリストの雛型等

2

医業経営情報レポート

オンライン診療の導入手順

オンライン診療の導入に際しては、以下に述べる5つのステップに分けて考える必要があります。

◆オンライン診療の導入の手順



■ STEP1 | 事前検討

オンライン診療の導入に向けて、まず当該医療機関における患者ニーズや課題を把握します。そのうえで、対象となる患者の範囲、患者数、実施可能時間等について検討します。

◆事前検討内容

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| ①医療機関における患者ニーズ・課題の把握 | ②オンライン診療の患者の対象範囲・患者数の検討 |
| ③実施可能時間の検討 | ④他の医療機関や地域での導入事例の確認 |

■ STEP2 | 体制の整備

(1)診療所における合意形成

オンライン診療の体制を整備するためには、関係者の合意形成が必要となりますが、その実施体制は医療機関によって異なります。診療所においては、院長による意思決定により導入を決定するケースが多いようですが、いずれにしても、自院における課題、患者ニーズを十分に把握したうえで、オンライン診療の導入を検討することが重要です。

また、実施体制としては、医師一人、または医師・看護師の二人等、少人数の体制となることが想定されることから、オンライン診療に係る看護師、事務スタッフ等に対し、しっかりと説明を行う必要があります。とりわけ、予約や会計などは事務スタッフ等が担うことが想定されるため、システム導入の打ち合わせ等についてはさせるべきでしょう。

(2)人材確保及び育成

医師への研修に関しては、オンライン診療指針において、これを実施する医師は、予め厚生労働省が定める研修を受講することが求められ、オンライン診療を実施するために必須となる知識を習得しなければなりません。オンライン診療は、通常の診療業務の一環として導入することが考えられるため、通常は専任の人材を確保するのではなく、既存の人員からの育成が必要となる場合が多くなりますが、オンライン診療システム事業者から、その導入に際して、レクチャーや勉強会が実施されるケースも見受けられます。

オンライン診療実施の流れと関係するガイドライン等

■ オンライン診療を実施するまでの流れ

初診かそれ以外かによって、オンライン診療実施までの流れが異なります。

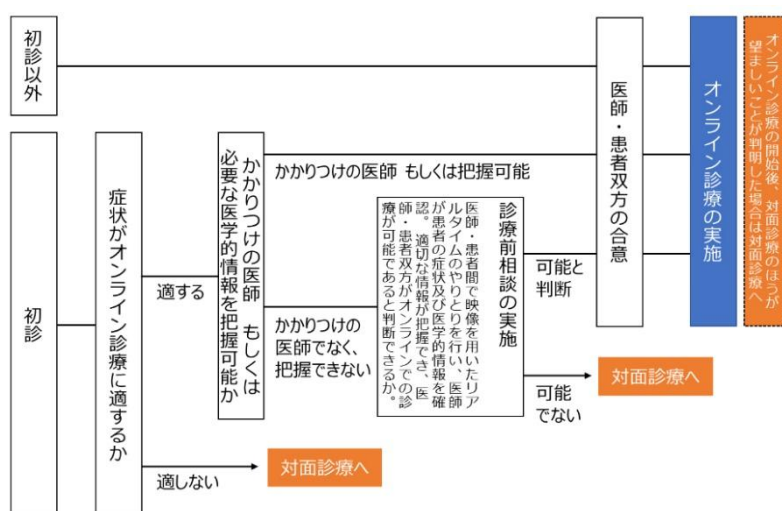
オンライン診療指針における「初診」も、初めて診察を行うことをいいますが、継続的に診療している場合において、新たな症状等（ただし、既に診断されている疾患から予測された症状等を除く）に対する診察を行う場合や、疾患が治癒した後または治療が長期間中断した後に再度同一疾患について診察する場合も「初診」に含むことになります。

また、オンライン診療指針において、初診の場合は以下の処方が禁止されています。

◆ オンライン診療指針における初診の場合に禁止されている処方

- 麻薬及び向精神薬の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（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）の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日以上以上の処方

◆ オンライン診療実施のフロー



（出典）厚生労働省：オンライン診療の利用手順の手引き書

■ オンライン診療に関する業務の一般的なフロー

オンライン診療に関する業務の一般的なフローは以下に示したとおりです。医療機関内での対応については、事務職員等が主に実施するもの、医師による実施が求められるものに分けて記載しています。

◆ オンライン診療に関する業務の一般的なフロー図



4

医業経営情報レポート

患者説明チェックリスト内容とオンライン診療事例

■ 患者説明チェックリスト内容

オンライン診療を安全に実施するためには、厚生労働省が示すオンライン診療指針を遵守して実施することが求められます。

そして、実施に際しては、その内容について患者に説明し、同意を得る必要があります。

■ 遠隔医療に関する事例

厚生労働省では、令和5年8月に「オンライン診療その他の遠隔医療に関する事例集」を公表しています。この事例集は、これから遠隔医療の導入を検討している医療機関にとって参考になるものですので、本稿では、この中から一部抜粋して紹介します。

【事例1】A内科診療所

<基本情報>

- 所在地：東京都杉並区にある個人立の診療所
- 主な診療科：脳神経内科
- 勤務医師数：常勤医1名、非常勤医2名

<導入経緯>

当該医療機関で投稿したパーキンソン病のブログを閲覧した遠方に居住する患者から神経難病に関する問合せが届くことがあるため、そうした遠方の患者の受診機会を増やすことを目的に、2020年12月にオンライン診療を導入した。

<実施しているオンライン診療の特徴>

急変時や緊急ではない定期処方薬の処方、当該医療機関から離れた遠方に居住する神経難病の患者の相談対応、新型コロナウイルス感染症で自宅療養中の患者への対応の3つのパターンでオンライン診療を利用している。対面診療と訪問診療が中心であり、オンライン診療は通常診療時間内の枠を活用して実施している。

初診からのオンライン診療も受け付けているが、具体的なケースとしては、主治医の診断に対する第三者意見を求められ、今後の治療方針について助言を行うケースが多い。

<課題と解決策>

課題①：オンライン診療指針で、処方できない薬や処方期間が制限されていることを患者が理解しておらず、期待に沿えないことがある。

解決策：予約時にホームページ上で、処方できない薬があることが分かるようにする工夫をしている。それでも処方を求められた場合は、診療時に改めて説明している。

課題②：オンライン診療の受診時間になっても患者が診療室に接続してこない場合がある。

解決策：患者を呼び出すコール機能が実装されている専用システムを利用している。

<導入効果>

医療機関：オンライン診療は予約枠を確保して実施している。患者の診療時間の上限を決めていることから、対面診療に比べてメリハリよく診療することができるようになった。

患者：通院の負担や院内での診察までの待ち時間を解消できた。
遠方の医療機関の専門医と直接会話できるようになり、診療機会が拡大するとともに疾患に対する不安が解消された。

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。

クレーム発生時の対処方法

クレーム発生時には、 どのように対処すれば良いでしょうか？

クレームの多くは些細なことをきっかけにして発生します。「クレームになりそう」と感じた場合には、すぐに適切な対応を取る必要があります。

(1)クレーム対応のルールづくり

クレームが発生した場合を想定してルールを決めておくことが重要です。

誰が対応するのか、記録を付け、冷静に対応することがポイントです。

その場しのぎで損害賠償や金銭での解決を図るようなことは逆効果になる可能性があります。

クレーム 対応の ルール

- クレームは告げられたスタッフが対応するのではなく、院長や責任者へ取り次ぎ、対応する（副院長、事務長がいる場合は、院長以外の責任者が対応する）
- クレームを受ける場所は、受付や待合室、診察室ではなく、院長室や応接室など、個室で対応する
（他の患者に聞かれないようにし、また、患者自身が冷静になる時間と空間を与える）
- 複数で対応する：数的有利な状況を作り、訴えを確実に聞き取る
- 経緯を記録（メモ・録音など）する：場所や時間及び訴えについて記録する
- 院長やスタッフの自宅電話や携帯電話の番号は教えない
：防犯上、クリニックの電話番号以外は教えない
- 交渉は対等な立場で行う
：明確に医院側のミスでない限り、お互いの立場は対等な関係であることを認識する。
但し、患者は専門の知識がないため、弱い立場と認識し、気配り、心配りは忘れない
- 怒りによって感情が高ぶっている場合が多く、心を鎮めるような言葉を選ぶ

クレーム 対応時の 禁止事項

- 言い訳をする
- 言うてはいけない単語：「絶対」「普通は」「どこの歯科診療所でも」「他の患者は」
- 話をさえぎらない：相手はまずは自分の主張を聞いて欲しいので、全部静聴する
- 迷惑そうな態度を取らない、表情を作らない
- 時間を気にして、後日聴く、ということはしない
※じっくり話を聞き、医院側の説明を行った後、結論や解決策を提示するのに後日とするのは良いが、話を聞く場面までは後日にはしない

(2)クレーム対応時の注意点

クレーム対応時には様々な注意点があります。ルールに基づいて対応するのは基本ですが、その場でなければ判断がつかない場合もあります。その時の患者の感情やクレームの対象となったスタッフの思い、事実と思い込み等、はっきりしていることと、目に見えないことが混在しているのが当たり前です。その現状を踏まえ、対応しなければいけません。

患者とスタッフ双方の思いと事実を聞き取りし、その上で患者に対応する必要が有ります。

患者クレーム増加の背景

患者クレーム増加の背景と要因分析について、
教えてください。

現在、インターネットを活用したSNSなどの普及により、医療知識にも触れやすくなっているとともに、医療に対するニーズの複雑化、多様化が起きている。

しかし、その中には間違った医療情報や一方的な悪評判・悪口も多々存在し、患者はその見分けがつかず、そのまま信じてしまうということがあります。その情報を鵜呑みにして、受けた診療によって生じた疑問や不満を、病医院へクレームとしてぶつける、という流れになっています。

(1)クレーム増加の背景

診療を行う上で、法的な問題が生じることは確かにあります。特にここ数年、患者から医師会、保健所、弁護士事務所等への「医療ミスではないか」という相談件数が増加しているようです。しかし、年々医療技術が発達している状況と治療機器の進化している現状を考えるとミスが増加しているという事は考えられません。

あるとしたら、TVやラジオ、インターネットやSNSの発達で、様々な情報があふれていること、また、患者の権利意識が高まったこと、そして少数であっても対病医院に損害賠償等を行った事が広まっているという事が考えられます。

(2)患者クレームの要因分析

<p>①診療行為・診療内容に関する項目</p>	<p>診療行為や内容に対するクレームは様々あります。実際の診療行為に対するクレーム以前に、診療に関する説明不足から発生しているという事例もあります。</p> <p>インフォームドコンセントやコミュニケーション不足があり、診療後も治らないといったクレームも、事前の説明不足等が一因となっていることがあります。</p> <p>その他、待ち時間が長い、予約しているのに待たされる、受付会計専門が居ないため、受付時や会計時に時間がかかる、といったものもあります。</p>
<p>②コミュニケーションに関する項目</p>	<p>スタッフへは、病状を診るだけでなく患者自身を観ることが重要だと指導する必要があります。患者との関係を良くするだけではなく、上記の診療行為へのクレームの原因となる「説明不足」の解消にもコミュニケーション能力の向上は重要です。</p>
<p>③医療情報の取り扱いに関する項目</p>	<p>現在、多くの医療機関で診療の明細書を領収書と合わせ発行していることと、個人情報保護法の浸透のため、診療の記載内容についての質問や治療が適切だったかどうか開示を求める事例が出てきていますが、カルテ開示や個人情報の開示については慎重に行う必要があります。患者本人からではなく、身内や知人友人と名乗る方や保険会社や弁護士からも開示の連絡が来ることがあります。本当の方かどうかの確認や開示請求の理由を証明してもらい、開示する必要があるかどうかを判断することが重要です。</p>