

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.680 2021. 7. 6

医療情報ヘッドライン

オンライン資格確認の申込数57.1%
7～10月を「集中導入期間」に

▶厚生労働省 社会保障審議会 医療保険部会

ドローン医薬品配送の指針を策定
「ラストワンマイル」の基準に

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2021年7月2日号

基本領域の専門医、
広告可能とする方向に

経営 TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)

(令和3年1月分)

経営情報レポート

クリニック経営の実態と今後の経営ポイント
Withコロナ時代における生き残り戦略

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

クレームの起こる要因と危機管理

クレーム対応の留意点

発行:税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

オンライン資格確認の申込数57.1% 7~10月を「集中導入期間」に

厚生労働省 社会保障審議会 医療保険部会

厚生労働省は、6月25日の社会保障審議会医療保険部会で、7月から10月までを「オンライン資格確認等システム」の「集中導入期間」と位置づける方針を示した。

10月の本格運用開始に向け、環境整備を加速させていく。なお、マイナンバーを健康保険証として利用する顔認証付きカードリーダーの申込数は、6月20日時点で約13万機関と全体の57.1%に到達。3月の時点で「6割程度での導入」としていた目標に、遅ればせながら近づいてきている。

■機能の整備を急ピッチで進め、

プレ運用の施設数も増加

オンライン資格確認は、従来レセプト請求後になっていた健康保険証の資格確認を、医療機関や薬局がその場でリアルタイムにできる仕組み。当初、今年3月下旬に本格運用を開始する予定だったが、プレ運用で資格確認エラーやレセプトコンピューターのエラーなどが続出したことで10月に延期していた。

その後、急ピッチで環境整備に着手。個人番号誤入力チェック機能を強化し、「ヒューマンエラーが起こること」を前提とした仕組みの構築を目指している。

まず3月末には、保険者が新規加入者情報を登録する際に中間サーバーへ登録されているデータと「個人番号+生年月日」で照合させ、同一の個人番号で異なる生年月日が検出できる機能を追加。6月末からは、新生児など医療保険者向け中間サーバーに登録されている個人番号がない新規加入者情報を自動的に住民基本台帳ネットワークシステムへ照会

できるようにもした。3月22日時点で54施設だったプレ運用の参加機関も、6月21日時点で732施設まで増えている。

■「医療事務にとって手放せない

機能に」との反応も

医療機関にとって、オンライン資格確認のメリットは、なんといっても事務負担の軽減にある。マイナンバーカードと紐付けることで患者の本人確認もできるため、高額医療費の限度額情報照会もでき、窓口での保険証入力や限度額適用認定証確認といった作業が不要となるのだ。実際、プレ運用では「初診の患者の資格の入力の手間が大幅に減った」「即時に資格の有効性が確認できるようになり、医療事務にとって手放せない機能になった」との声が医療機関などから寄せられているという。未収金リスクや返戻レセプト対応が減らせる可能性が高い点も見逃せない。

ただし、マイナンバーカードの健康保険証利用の登録状況が振るわないという根本的な問題もある。この日の会合で報告された登録数は、6月20日時点でわずか440.3万件。

マイナンバーカードの交付実施済数は、政府の大々的なキャンペーンの効果もあって4,224万件まで伸びているが、それでも未だ10.4%であり、本格運用がスタートしても従来の手間のかかる確認作業と並行して行わなければならないのが現実だ。

厚労省は、今後さらに広報活動を強化し、タレントを活用した動画の公開も予定しているというが、10月の本格運用までにどこまで数字を伸ばせるのか注目したい。

ドローン医薬品配送の指針を策定 「ラストワンマイル」の基準に

厚生労働省

厚生労働省は6月22日、「ドローンによる医薬品配送に関するガイドラインについて」と題した通知を発出。内閣官房および国土交通省との連名で策定した「ドローンによる医薬品配送に関するガイドライン」の周知を求めた。配送責任の明確化や温度管理を含めた品質確保の担保、宅配ロッカーを用いる場合やドローン墜落・不時着時の対応まで明記されている。

オンライン診療からオンライン服薬指導、電子処方箋システムの本格活用、自宅への医薬品配送まで「一気通貫のオンライン医療」の実現に向け、このガイドラインが「ラストワンマイル」の基準となりそうだ。

■アインホールディングス等が実証実験を実施

現在、生産年齢人口の減少によって業界を問わず人手不足が慢性化している。中でも配送業は深刻であり、労働力不足を補うためにドローンを用いた配送・物流サービスが活況を呈している。医薬品ではなく「荷物」という大きな枠組みでは2021年3月に内閣官房と国土交通省が「ドローンを活用した荷物等配送に関するガイドライン ver1.0（法令編）」を、6月25日には「ドローンを活用した荷物等配送に関するガイドライン ver2.0」を発表。これまでプロダクトの流通が先行していたが、法律を含めた環境整備が着々と進みつつある。

実際、医薬品のドローン配送はすでに実証事業がいくつも展開されている。たとえば昨年12月には、調剤薬局大手のアインフ

ングスが、ANA やセブン-イレブン・ジャパン、NTT ドコモ、自立制御システム研究所、福岡市とともにドローン配送の実証実験を実施。福岡市のヨットハーバーから人口720人の離島である同市の能古島への配送を行った。また、武田薬品工業は今年3月にANAと共同で実証実験を開始。こちらは長崎大学やNTT ドコモ、五島市とともに長崎の離島へ配送している。

こうした離島のような過疎化が進んでいる地域は、今後さらに加速する少子高齢化によって増えていくと目されるため、医療環境を確保するうえで非常に重要な手段となってくるだろう。

■麻薬や向精神薬などは原則として対象外に

なお、本ガイドラインでとりわけ詳細なのが「患者に対する確実な授受及び紛失の防止」だ。宅配業者などに配達を依頼する場合は、配達員の情報を明確にして、配送状況を常に把握できるようにすると明記されている。

また、医師や歯科医師が処方した医薬品がドローンにより配送エリアの拠点へ届けられた後は、配送された薬剤が患者の手元へ届くまで原則として医療従事者（想定では看護師）が行うこととしている。

他にも薬剤の内容がわからないようにして、患者のプライバシー確保にも万全を期すことも盛り込まれた。また、麻薬や向精神薬・放射性医薬品・毒薬・劇薬など厳格な管理が必要な薬剤に関しては、実証実験・社会実装に関わらず原則としてドローンによる配送は避けるよう明記されている。

医療情報①
 厚生労働省
 検討会

基本領域の専門医、 広告可能とする方向に

厚生労働省は6月24日、医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会（座長＝尾形裕也・九州大学名誉教授）の会合を開き、専門医に関する広告について議論した。

現在、専門性の広告については、学会認定専門医のうち外形基準を満たし、厚生労働相に届け出たものについては広告可能としている。日本専門医機構認定専門医については、「会員数が1000人以上で、その8割以上が当該認定に係る医療従事者であること」などの基準を満たさず、広告できない状況だ。この日の会合では、厚労省が論点として、以下を示した。

- ▼既に決定された基本領域は21年秋から認定が開始されるため対応が必要
- ▼サブスペシャリティ領域は今後の詳細な整理を受けて、広告のあり方を改めて検討
- ▼日本専門医機構認定専門医を広告可能とする際、学会等が認定する資格名の広告の取り扱いをどのように考えるか

これに対し、山口育子構成員（ささえあい医療人権センターCOML 理事長）は、自身が委員を務める医道審議会等での議論を踏まえ、「19の基本領域は広告を認めてもよいが、サブスペシャリティ領域については広告うんぬんの話ができる状況にはない」と指摘した。

城守国斗構成員（日本医師会常任理事）は、「専門医機構での議論で、19の基本領域については固まっているが、サブスペの議論はまだ煮詰まっていないと聞いている。そのような状況において、19領域については告示を変更するなりして広告可能として、外形基準を満たしている56学会についても引き続き広告を認めるしかないのではないのではないか」とする認識を示した。さらに、「既存の56学会以外に外形基準を満たす学会が今後、出てきた際の対応をどうするかが難しい」と述べた。

佐保昌一構成員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）も、外形基準を満たす56学会と専門医機構認定の専門医について、「整理がされるまでは、並行してやるのは仕方がない」とした。桐野高明構成員（佐賀県医療センター好生館理事長）は、「専門医制度は一度国が広告可能と認めると、長期にわたって影響を及ぼすもの。途中でキャンセルはできない」として慎重な対応を求めた。そのうえで、「国が広告を認めた56学会は医学的には何の根拠もない。学会、専門医は時代とともに変わるもの。今後、ゲノム医療専門医的なものが出てくるかもしれない。変わるものは変わるものとして対応しなければならないが、長期間、安定的なものが19の基本領域であり、内科系・外科系のサブスペシャリティ領域はそれに次ぐ準安定的な存在。まずは、19領域のみを広告可能とする事が大事だ」と訴えた。同日の検討会において、

19の基本領域を広告可とすることに対して構成員より大きな異論は出されていない。

一方、日本専門医機構認定の24のサブスペシャリティ領域に関する広告、外形基準を満たす56を含む学会の広告の取り扱いをどうするかなどについては引き続きの議論となる。

医療情報②
 日本
 専門医機構

「臨床研究医コース」の 事前周知を徹底

日本専門医機構（理事長＝寺本民生・帝京大学臨床研究センター長）は、6月28日に定例記者会見をオンライン形式で開いた。寺本理事長は、2021年度に導入された「臨床研究医コース」の22年度の大まかなスケジュールについて言及した。

「臨床研究医コース」について寺本理事長は、「我が国の臨床医学の研究は年々低下してきている。論文提出も先進20カ国の中で最低レベルとなっており危機的な印象を持っている。

これは、基礎医学・研究も同様だ。また、専門研修が影響を及ぼすべきではないとの考えもあり、こうしたコースを設けた」と説明した。同コースは、以下の通り。

- ▼基本領域学会と同機構とで定員を設定し募集は同機構が行う
- ▼19基本領域に最低1人の定員を用意し残りは応募者数に応じて配分する
- ▼初年度の募集（枠）は40人からスタートし経過を見ながら漸増する

7年間で、専門医資格取得のための研修は責任医療機関が管理し、カリキュラム制で行う。

また、一般領域のシーリング逃れの温床とならないように、考慮すべき理由なくして7年で研修が終わらない場合は、応募を止める・定員を減じるなどのペナルティを講じるとしている。

初年度の21年度は、124の「臨床研究医コース」に対して27人が応募し、現在26人が同コースを専攻している。寺本理事長は、「臨床研究医コースはシーリングの枠外としており希望地域での研修が可能となる。さらに、身分保障があるなかで専門医も取れるので、臨床研究に興味のある研修医には魅力があるだろうと見ていた。しかしながら、事前の周知が十分ではなく27人の応募にとどまった」と説明。「現時点でも身分保障も含めた整備がうまくできているコースもあり、他でもそうした準備がそろそろでき始めるのではないか。個人的には、将来は100人程度の養成が必要だろうと考えている」などと述べた。

また、22年度の臨床研究医コースについては、昨年同様、同コースを希望したが採用にならなかった場合でも、19の基本領域のプログラムにも改めて登録できるように、通常の専門医登録の開始（11月を予定）前に採用を終了させるとし、同コースの募集は9月頃開始を見込む。また、事前広報や周知が十分ではなかったとし、説明用動画を作成して7月半ばには公開する考えだ。

介護保険事業状況報告 (暫定) (令和3年1月分)

厚生労働省 2021年3月29日公表

概 要

1 第1号被保険者数 (1月末現在)

第1号被保険者数は、3,574万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数 (1月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、679.2万人で、うち男性が215.0万人、女性が464.2万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.6%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである。)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数 (現物給付11月サービス分、償還給付12月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、398.8万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数 (現物給付11月サービス分、償還給付12月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、89.2万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

5 施設サービス受給者数 (現物給付11月サービス分、償還給付12月支出決定分)

施設サービス受給者数は95.7万人で、うち「介護老人福祉施設」が55.9万人、「介護老人保健施設」が35.0万人、「介護療養型医療施設」が1.7万人、「介護医療院」が3.4万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない。)

6 保険給付決定状況 (現物給付11月サービス分、償還給付12月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,541億円となっている。

(1)再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅(介護予防)サービス分は4,052億円、地域密着型(介護予防)サービス分は1,378億円、施設サービス分は2,599億円となっている。

(2)再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

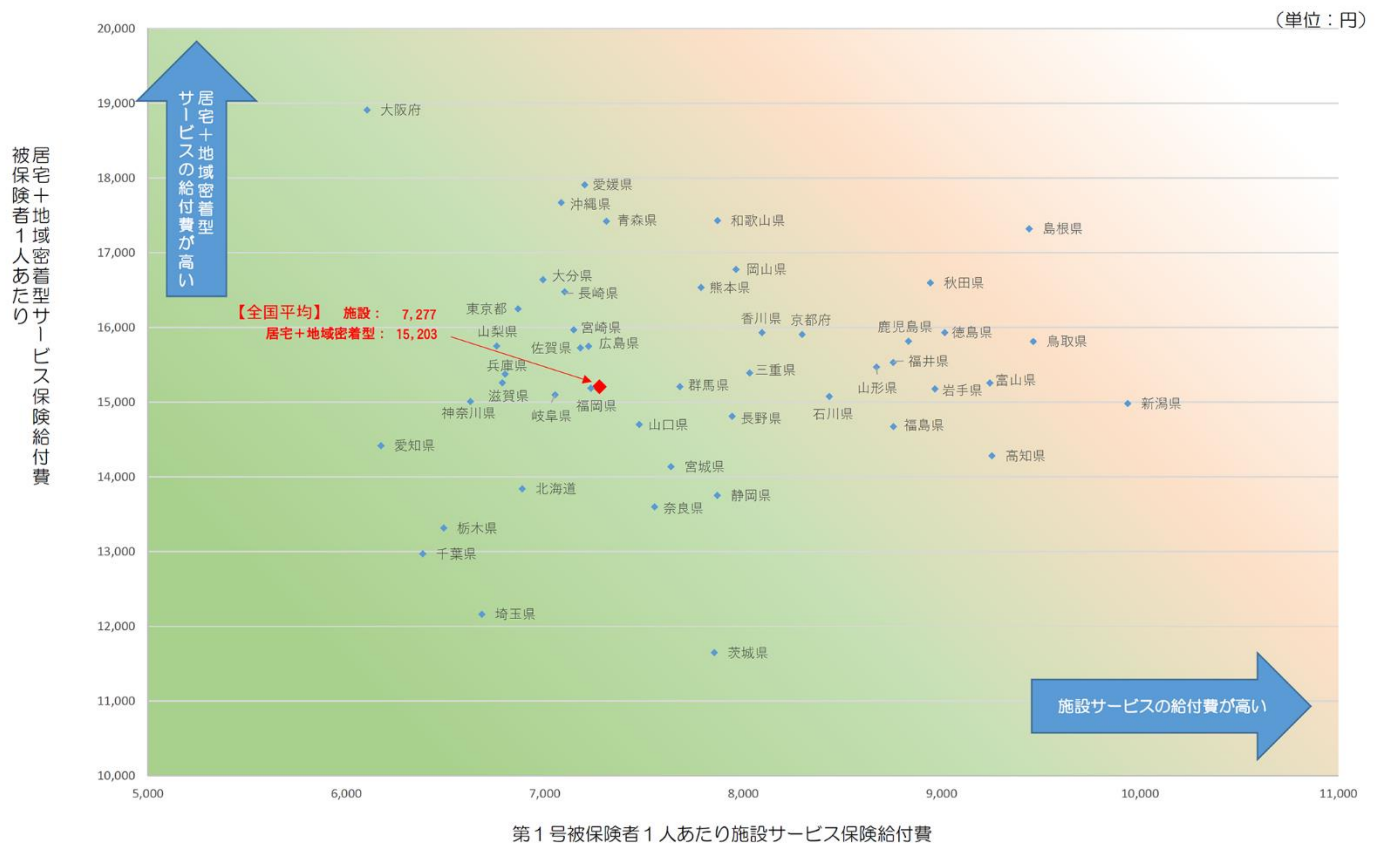
高額介護(介護予防)サービス費は230億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は10億円となっている。

(3)再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は271億円、うち食費分は170億円、居住費(滞在費)分は102億円となっている。

(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である。)

第1号被保険者1人あたり保険給付費【都道府県別】



出典:介護保険事業状況報告(令和2年11月サービス分)

※高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費は含まない。

※保険給付費については、第2号被保険者分を含んだ数値を使用している。



クリニック経営の実態と今後の経営ポイント

Withコロナ時代における 生き残り戦略

1. 新型コロナウイルス感染症の医療機関への影響
2. コロナ禍における政府の対応策
3. オンライン診療恒久化の方向性
4. Withコロナ時代における経営ポイント



参考資料

- 【厚生労働省】：最近の医療費の動向[概算医療費] 令和2年度2月号 中央社会保険医療協議会 総会資料
「医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援」について 令和3年度予算案の概要
- 【さとう埼玉リウマチクリニックホームページ】 【AI問診コピーホームページ】
- 【PHASE3 December 2020】特集「ウイズコロナ時代の診療体制」

1

医業経営情報レポート

新型コロナウイルス感染症の医療機関への影響

■ 新型コロナウイルス感染症による医療機関への影響と医療費の動向

(1) 新型コロナウイルス感染症による医療機関への影響

新型コロナウイルス感染症（以下、新型コロナ）による医療機関への影響は大きく、収入の大幅な減少、コロナ対策費用の発生等により経営状態が厳しい医療機関が多いのが現状です。

◆ 新型コロナによる医療機関への影響

- 予防策の徹底、個人防具の着用
- 新型コロナ受入体制確保のため外来・入院体制縮小
- 外出自粛に伴う受診控え
- 内視鏡検査、手術などの延期・中止 など

(2) 医療費の動向

下表は厚生労働省が公表している「最近の医療費の動向[概算医療費]令和2年度2月号」からの抜粋で、医療費について、前年同期と比べたときの割合を示すものです。

◆ 医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	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28年度	▲ 0.4	0.6	1.3	▲ 0.4	1.5	▲ 4.8	▲ 1.6	17.3	1.1	▲ 2.0	1.5
平成29年度	2.3	2.1	2.7	1.6	1.4	2.9	0.6	16.4	2.6	2.1	1.4
平成30年度	0.8	1.6	2.1	1.0	1.9	▲ 3.1	▲ 0.5	17.0	2.0	▲ 0.4	1.9
令和元年度4~3月	2.4	2.0	2.1	2.0	1.9	3.6	▲ 0.3	15.9	2.0	2.6	1.9
4~9月	3.3	2.8	2.1	3.7	2.6	5.5	▲ 0.1	16.8	2.0	4.3	2.6
10~3月	1.4	1.3	2.0	0.4	1.3	1.9	▲ 0.4	15.1	1.9	0.9	1.3
3月	▲ 1.2	▲ 1.7	0.8	▲ 4.1	▲ 3.0	0.6	▲ 2.5	13.1	0.6	▲ 2.5	▲ 3.0
令和2年度4~2月	▲ 4.1	▲ 4.4	▲ 3.7	▲ 5.6	▲ 1.8	▲ 3.4	▲ 5.3	18.8	▲ 3.8	▲ 4.9	▲ 1.8
4~9月	▲ 5.2	▲ 5.8	▲ 4.6	▲ 7.2	▲ 4.9	▲ 3.7	▲ 5.6	18.1	▲ 4.7	▲ 6.0	▲ 4.9
10~2月	▲ 2.6	▲ 2.7	▲ 2.6	▲ 3.7	2.0	▲ 3.0	▲ 5.0	19.7	▲ 2.8	▲ 3.5	2.0
4月	▲ 8.8	▲ 10.4	▲ 6.5	▲ 13.7	▲ 15.3	▲ 3.1	▲ 6.0	13.7	▲ 6.5	▲ 10.0	▲ 15.3
5月	▲ 11.9	▲ 12.9	▲ 10.2	▲ 15.4	▲ 15.8	▲ 8.7	▲ 7.6	12.9	▲ 10.1	▲ 13.2	▲ 15.8
6月	▲ 2.4	▲ 3.0	▲ 3.9	▲ 2.6	▲ 0.2	0.1	▲ 6.2	22.5	▲ 4.0	▲ 1.7	▲ 0.2
7月	▲ 4.5	▲ 4.9	▲ 4.2	▲ 5.8	▲ 4.0	▲ 3.6	▲ 5.1	20.6	▲ 4.3	▲ 5.1	▲ 4.0
8月	▲ 3.5	▲ 3.3	▲ 2.9	▲ 4.7	0.9	▲ 5.3	▲ 4.4	18.1	▲ 3.0	▲ 4.9	0.9
9月	▲ 0.3	▲ 0.1	▲ 0.1	▲ 1.0	5.0	▲ 1.7	▲ 3.9	20.2	▲ 0.2	▲ 1.3	5.0
10月	1.5	1.5	1.1	0.4	9.6	1.1	▲ 2.7	21.5	1.0	0.6	9.6
11月	▲ 3.8	▲ 3.7	▲ 2.2	▲ 5.8	▲ 1.0	▲ 5.6	▲ 3.8	18.2	▲ 2.3	▲ 5.8	▲ 1.0
12月	▲ 1.9	▲ 2.2	▲ 2.5	▲ 2.9	3.2	▲ 1.4	▲ 4.9	20.8	▲ 2.6	▲ 2.4	3.2
1月	▲ 4.7	▲ 5.0	▲ 4.2	▲ 6.6	▲ 1.9	▲ 4.3	▲ 5.1	19.3	▲ 4.3	▲ 5.8	▲ 1.9
2月	▲ 4.4	▲ 4.4	▲ 5.5	▲ 3.9	▲ 0.5	▲ 4.9	▲ 8.6	18.5	▲ 5.6	▲ 4.2	▲ 0.5

(出典) 厚生労働省 最近の医療費の動向 [概算医療費] 令和2年度2月号

2

医業経営情報レポート

コロナ禍における政府の対応策

■ コロナ禍における診療報酬上の対応

政府は、コロナ禍における診療報酬上の対応としてこれまで以下のことを特例的に行ってきました。

◆ 診療報酬上の対応

(令和2年4月8日～)

- 新型コロナウイルスの感染を疑う患者に、必要な感染予防策を講じた上で実施される外来診療を評価し、院内トリアージ実施料(300点/回)を算定できることとした。
- 入院を要する新型コロナウイルス感染症患者に、必要な感染予防策を講じた上で実施される診療を評価し、救急医療管理加算(950点/日、特例的に、14日間まで算定可能)、及び二類感染症入院診療加算(250点/日)を算定できることとした。

(令和2年4月18日～)

- 重症の新型コロナ患者(※1)について、特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院している場合の評価を2倍に引き上げた。
- 中等症の新型コロナ患者(※2)について、救急医療管理加算の2倍相当(1,900点)の加算を算定できることとした。
- 医療従事者の感染リスクを伴う診療を評価し、人員配置に応じ、二類感染症患者入院診療加算に相当する加算を2～4倍算定できることとした。

※1 ECMO(対外式心肺補助)や人工呼吸器による管理等、呼吸器を中心とした多臓器不全に対する管理を要する患者

※2 酸素療法が必要な患者

(令和2年5月26日～)

- 重症及び中等症の新型コロナウイルス感染症患者について、専用病床の確保などを行った上で受け入れた場合、2倍に引き上げた評価をさらに3倍に引き上げた。また、中等症患者のうち、継続的な診療が必要な場合には、救急医療管理加算の3倍相当の加算について、15日目以降も算定できることとした。

※例：特定集中治療室管理料3(平時)9,697点→臨時特例(2倍)19,394点→更なる見直し(3倍)29,091点

- 診療報酬上の重症・中等症の新型コロナ患者の対象範囲について、医学的な見地から引き続きICU等における管理が必要な者を追加した。
- 新型コロナの疑似症として入院措置がなされている期間は、今般の感染症患者に対する特例的な取扱の対象となることを明確化した。

(令和2年9月15日～)

- 呼吸不全管理を要する中等症以上の新型コロナ入院患者の診療について、3倍相当の救急医療管理加算をさらに5倍に引き上げた。

(令和2年12月15日～)

- 6歳未満の乳幼児に対し、小児特有の感染予防策を講じた上で外来診療等を実施した場合、初再診に関わらず患者毎に、医科においては100点、歯科においては、55点、調剤についても、12点に相当する点数を、特例的に算定できることとした。
- 新型コロナから回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の評価を3倍に引き上げた。

※これまでの臨時特例二類感染症患者入院診療加算250点→今回の見直し(3倍)750点

※いずれも、中央社会保険医療協議会において了承

(出典)厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第470回)資料

3

医業経営情報レポート

オンライン診療恒久化の方向性

■ 初診のオンライン診療を適切に実施するための安全性・信頼性について

(1) 初診のオンライン診療の適切な実施に向けた医師・患者に関する検討

初診の場合にも安全性・信頼性を担保するためには、医師が患者の医学的情報を把握していることや医師と患者間の関係性が醸成されていることが重要です。

この「医師・患者関係」については、過去の受診歴等がベースとなることを踏まえ、過去に受診歴がない場合、初診からオンラインで受診することについてどのように考えるかについて検討がなされ、今後の方針が示されました。

◆ 今後の検討の方針(案)

- 過去に受診歴のある患者に対しては、初診からのオンライン診療を実施できることとし、過去の受診歴として認められる期間については引き続き検討すること
- 受診歴のない患者については、どのような情報があらかじめ把握出来れば、安全性が一定程度担保された上で、初診のオンライン診療が可能か専門家の意見を聴取の上検討する
- オンライン診療を行うかかりつけの医師や医療情報の共有に関する議論の進展も踏まえながら、引き続き検討する

(2) 安全性・信頼性を十分確保するためのルールについて

安全性・信頼性を十分確保する観点から、以下のルールの下で初診オンライン診療を実施することとして検討がなされています。

◆ 安全性・信頼性を十分確保するための更なるルール

① 安全性に関するルール

- a. 必要な対面診療の確保（必要時に速やかに対面診療へ移行できる仕組み、オンライン診療と対面診療との組み合わせで実施する体制の確保）
- b. 事前トリアージ（オンライン診療に不適な症状を事前に除外し、対面診療へ誘導する仕組み）

② 信頼性に関するルール

- a. 事前説明・同意（説明・同意についての統一フォーマット、事前同意取得の義務化等）
- b. 患者・医師双方の本人確認（マイナンバーカード、HPKI※等を用いた本人確認の必須化等）

③ 安全性・信頼性双方に関するルール

- a. 処方制限（リスクの高い処方薬等の制限・処方日数制限等）
- b. 研修の必修化（オンライン診療に必要な知識・技能についての研修の必修化）

※保健医療福祉分野の公開鍵基盤（Healthcare Public Key Infrastructure）の略称

4 医業経営情報レポート Withコロナ時代における経営ポイント

■ 受診しやすい環境づくりと差別化

(1) 薬の処方日数切れの患者に受診を促す

コロナ禍において、新規患者が大きく減少する中、医療機関によってはかかりつけ患者は減少していない医療機関があります。その背景には、かかりつけ患者に対する配慮をかかさず、来院を促している医療機関の努力があります。

あるクリニックでは、予約日に来院しなかった、あるいは処方日数が切れる日に来院しなかった患者全員に翌日、医院の看護師が患者に電話で連絡しています。クリニックから連絡のあった患者の多くが、再診するためクリニックに足を運んでいます。かかりつけ医は、かかりつけ患者に対する責任感を強く持ち、薬が切れても来院しなかった患者を気にかけて対応することで、信頼関係の構築と受診促進を実現しています。

(2) 受診が不安な患者に配慮した多様な受診形態

来院することに対して不安を感じている患者に対して、複数の診療方法を設けているクリニックがあります。

例えば、患者の希望に応じて、クリニックの脇に特設診療スペースを設け、そこで受診できる仕組みや、オンライン診療や電話診療を選択できるといった選択肢を提供することです。

◆ 患者の状態に応じた受診の一例

● 新型コロナ感染の疑いがない患者の場合

・患者からの連絡で、症状等を確認し新型コロナ感染の疑いがない場合、クリニックの脇の特設診療スペースでの診療を提案する。

● 発熱等がみられる患者の場合

・患者からの連絡で、症状等を確認し発熱等がみられる患者の場合、オンライン診療を提案し、オンライン診療が難しい場合に電話診療を行う。

・オンライン診療や電話診療が困難な場合、患者の状態を確認して特設診療スペースでの診療を行う。

(3) 自由診療など新たな収入源の確保

新型コロナの影響により、感染症に対する意識が高まっている中、地域によってはワクチンの公的扶助が受けられるところもあり、肺炎球菌ワクチンや風疹抗体検査など、自由診療が新たな収入源となる可能性があります。その他、看護師による患者に寄り添うきめ細やかな問診により、患者満足度の向上と医師業務の効率化を図ることができます。

With コロナ時代に合わせた工夫と患者満足度向上が今後の経営ポイントといえます。



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

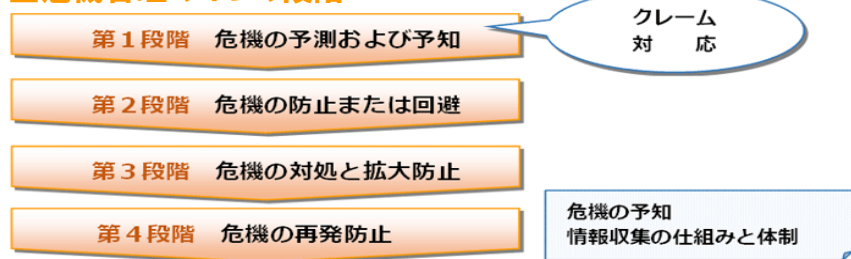
クレームの起こる要因と危機管理

クレームの起こる要因と危機管理について、教えてください。

(1)クレーム対応は危機管理の要因

「患者主体の医療提供」の満足度充足は、疾病や症状への治療の成果が表れることのほか、医療機関全体でのサービスの充実（＝接遇力）が満足度の向上につながります。医療現場でのクレームは起こるものですが、クレーム対応は危機管理の第一段階です。

■危機管理の4つの段階



■信頼関係を強化する要素

- ①清潔感 ⇒ 清潔さを感じさせる病院は、職員の気配りが窺える
- ②明るさ ⇒ 照明を明るく保ち、患者の気持ちを明るくする
- ③きびきびとした行動 ⇒ 仕事の質が高い印象と安心感を与える
- ④挨拶 ⇒ 人間関係を結ぶ基本行動
- ⑤表情 ⇒ 笑顔で接する

(2)クレーム発生要因と欲求の種類

クレームは、患者各自が事前に抱いている機体水準と同等もしくはそれ以上の治療やサービス提供を受けられなかったことにより、蓄積された不満がクレームを変化させます。

患者の期待＝欲求には 4 種類あります。

■医療機関で起こるクレーム例と欲求の種類

欲求の種類	具体的内容
①機能・品質欲求	●的確で高度な治療を受けたい ●親身になった人間的な治療を受けたい
②経済的欲求	●できるだけ治療費を低く抑えたい ●診療時間に対して治療費が高すぎる ●医療費と保険負担の仕組みがわからない ●必要がないと感じる検査が多い
③愛情欲求	●待ち時間が長い ●医師や看護師が横柄に接する、話しかけてくれない ●治療内容がわからない ●ナースコールにすぐに応じてくれない
④尊厳欲求	●順番を後回しにされた ●自分の訴えを受け止めてくれない

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

クレーム対応の留意点

クレーム対応は、どのような点に留意しなくてはならないでしょうか。

(1) 初期クレーム対応の基本ポイント

- クレーム相手に信頼感を与える
- 病院側に解決する意思があるという前向きな印象を抱いてもらう
- できるだけ多くの情報をもらう
- 対応する服装にも注意を払う
- プライバシーに配慮する
- 周囲から隔離したスペースで話を聞く
- 複数名で対応する
- クレーム、会話の内容を記録する（録音は相手の同意を得る）
- 初回対応時にはクレーム内容に対する謝罪文書の提出には応じない

(2) ケース別クレーム対応のポイント

① 電話でクレームを受けるケース

相手の顔が見えずに会話する電話での対応は、受けた（かけた）人に対して良い印象を与えた場合には医療機関そのものに良いイメージを抱いてもらうことができます。クレーム電話の対応に求められるスキルとしては、話し方、受け方、かけ方に大別される基本的な電話マナーを身に付けることはもちろんですが、クレーム電話に対しては、格別の留意が求められるため、どんな状況でも適切な対応ができるようにトレーニングを重ねることが重要です。

② メールによるクレーム対応の留意点

メールは顔が見えないやりとりのために、ニュアンスによって感情的な行き違いが生ずる可能性があります。

文章として残ることからクレームメールの対応には細心の注意が求められます。不用意な文章を送信しないように、適切な対応例としてマニュアルの作成など十分な対策が必要です。

③ クレーム申出者と面談する場合

申出者本人と直接対応する場合、主として視覚的な非言語的コミュニケーションと言語的コミュニケーションの2種類の情報を発信していることとなります。それぞれ日常よりもより相手に好感を与える態度が求められますので、二次的クレームを生じさせないように配慮しなければなりません。良好なコミュニケーションを構築するよう心がけることが必要です。

例えば、「恐れ入れますが」「お手数ですが」といったクッション言葉は、相手方を思いやる気持ちを表現でき、緊張した関わり方の緩和に有効です。また、「説明が不十分で失礼いたしました」「今後十分に注意いたします」「早束手配いたします」などの言葉は、適切うなずきや相槌と共に、同意や共感している姿勢を示すことができます。