

# 週刊 医業経営

## WEB MAGAZINE マガジン

### 1 医療情報ヘッドライン

「社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会」が検討メモ(案)を提示  
医療保険資格確認に関するセキュリティ上の要件と対策も列挙

「高齢期における社会保障に関する意識等調査報告書」を公表  
重要と考える社会保障は「老後の所得保障(年金)」「老人医療・介護」「医療保険」の順に

### 2 医業経営情報レポート 要約版

患者さんの本音をくみとる  
クレーム予防対策

### 3 医業経営 TOPICS 抜粋

業界ニュース  
規制改革会議「中間とりまとめ」に対する厚生労働省の考え方

### 4 医業経営 Q&A

ジャンル: リスクマネジメント サブジャンル: 医療事故とリスクマネジメントの現状  
医療事故多発の要因は  
病院トータルで捉えた場合のリスクマネジメントとは

## 電子処方せんのメリットで具体的方策示す 患者や医療機関、薬局の課題をまとめる

厚生労働省医政局は医療情報ネットワーク基盤検討会で検討されていた「処方せんの電子化」のメリット、課題、検討すべき点などについて総合的な具体的方策をまとめ、8月7日に公表した。

公表された「処方せんの電子化について」では、患者や看護に日夜当たっている医療従事者や医療機関等のメリットや処方せんの電子化の方向性と課題克服の方策等が示された。具体的な4項目の中で処方せん電子化のメリットと課題、検討すべき点、についての方策の要約は以下の通り。

### 患者

遠隔医療等の活用により医療機関からの処方せんの受取りを省力化できる。薬局への処方せんの伝送を電子的に行うこと等ができる。患者等は処方情報を保存・蓄積することで、医薬品の履歴を自己管理できる。その処方情報を他の医療機関等に自らの意思で提示することが、現行の紙媒体より容易になる。

課題は、電子化された処方情報は何らかの機器等がなければ確認できない。電子化された処方せんを医療機関、薬局で恒常的に行われないと入手できないし、薬局の選択権が侵害される。

### 医療機関

メリットとして、処方せんの偽造や再利用を防止できる。現行の紙媒体印刷費のコストが削減できる。薬局からの処方せんへの疑義照会の内容、等、医療情報システムへの反映が容易になる。

課題は、患者の希望に応じ処方せんを交付する場合、紙媒体と電子化処方せんが混在し、事務手続きが煩雑となることと、機器等の費用負担が発生する、等。

### 薬局

紙媒体で散見される処方せんの偽造、再利用の防止、処方情報の再入力等に係る労務軽減、及び誤入力の防止、紙媒体の処方せんの保管スペース等の削減、疑義照会の結果の医療機関へのフィードバックが容易となる、等。

課題として、紙媒体・電子化処方せんの混在化で、両形式の処方せんを応需することになり事務手続きが煩雑となり、機器等の費用負担が発生する、等。

総合的に検討すべき点として、

- (1)患者等が利用するデバイス(周辺機器)で、社会保障カードを利用できる可能性もある
- (2)患者等による薬剤受取履歴の管理
- (3)電子化した処方せんの閲覧
- (4)患者等のITリテラシー(分かりやすい運用体系が必要)
- (5)障害時の対応(何らかの代替手段の必要性)
- (6)保健医療福祉分野の公開鍵基盤(医師・歯科医師・薬剤師全員の電子署名と検証のためのオンライン接続環境が必須)
- (7)ネットワーク基盤の整備
- (8)電子化した処方せんの様式(処方せんの記述様式やメッセージ交換方式等の標準化、そのコードセットを利用する環境整備)
- (9)電子化した処方せんの運用スキーム(現行の運用スキームと同様の機能が担保されるために、薬局という施設の認証機能等の必要性を検討)

を挙げている。

### 平成 20 年版「厚生労働白書」を公表 安心と希望の医療確保ビジョンの策定

厚生労働省は 8 月 5 日、平成 20 年版の「厚生労働白書」を公表した。白書は「生涯を通じた自立と支え合い～暮らしの基盤と社会保障を考える～」を副題にして、第 1 章～第 4 章で構成されている。

章立ては

- 1 章 社会保障と国民生活
- 2 章 近年の社会経済の変化と家計の動向
- 3 章 暮らしの基盤を支える社会保障
- 4 章 生涯を通じた自立と支え合い構築

となっている。

平成 20 年版の刊行目的は(1)人口構造の変化や労働環境の変化を踏まえ、次世代支援と暮らしの基盤を支える就労と所得確保という観点から編集・解説すること、(2)社会保障の姿などを分かりやすく示し、今後の社会保障を築くための視点を示す ことの 2 点を切り口とした。

医療については「国民生活の安心を確保するための更なる取組み」で言及し、将来を見据えた改革を行うため、2008 年 6 月に「安心と希望の医療確保ビジョン」を取りまとめたこと、同年 6 月に高齢者医療制度に関するプロジェクトチームにおいて負担軽減等について継続して検討していること、今後は国民生活の安心を確保する取組みが行われることなどが示された。

将来の社会保障を構築する視点としては 5 つの重点施策を掲げている。

#### 将来の社会保障を構築する 5 つの視点

- (1) 社会経済との調和  
国民の暮らしを支えるセーフティネットとしての役割を堅持する
- (2) 世代間・世代内の公平性の確保  
社会保険料負担や税負担が特定の世代等に過重とならないよう、引き続き世代間の公平性に配慮する。世代内での公平性確保でも検討することが必要になっている
- (3) 現役世代を対象とした施策の積極的展開  
次世代育成支援の重要性、雇用の場の確保、高齢関係施策など環境整備に力を注ぐ
- (4) 家族形態の変化に対応した制度等の構築  
地域で行政と住民も協働による「新たな支え合い」(共助)を確立するための基盤整備に取り組む
- (5) 社会保障と他の公共政策との連携強化  
教育施策と労働施策の連携、住宅施策と福祉施策の連携等の強化を図っていく。

# 患者さんの本音をくみとる クレーム予防対策

## ポイント

**1** 患者さんの本音を捉え、最善の対応策を講じる

.....

**2** 患者さんの気持ちに気づくことが重要

.....

**3** 具体的なクレーム対応法

.....

### <参考文献>

心理セラピストが贈る 魔法のコミュニケーション 水木さとみ 著 クインテッセンス出版 2008年  
その話し方がクレームを生む 小林作都子 著 日本経済新聞社 2005年  
初めてのクレーム対応 山田みどり 著 インデックス・コミュニケーションズ 2006年

## 1 患者さんの本音を捉え、最善の対応策を講じる

クレームの発生は、患者さん減少の入り口です。クレーム発生時の対応によっては結果(出口)として、患者さんのファン化、患者さんの減少の2つに分かれていきます。

クレームは発生しないことが理想ですが、発生を防止するためには下記のような事前対応策を講じることが大切です。

### クレームを防止するための対応策

クレームの起きる構造を理解し、起きないようにシステムを構築すること  
起きてしまった場合の対応をマニュアル化しておくこと

本レポートでは、このクレームの対応について検討します。

### ■ 1 クレームは突然発生するのではない

「クレームは緊急事態」です。クレームは、患者さんの期待の大きさに比べ、得られた満足が小さいときに生まれます。

医療機関の場合、アメニティや医療技術の提供・接遇サービスなどに対するクレームが大半ですが、こうした患者さんからのクレームは、一見すると、ある日突然、発生してくるよう思われがちです。しかし、実際には、「悪い評価」の部分が蓄積し、ある時、クレームとなって一気に噴出してくるというのが実態です。

患者さんは、院内で起きるいろいろな事象や対応などに、多少不満を持ってその時は我慢をしてしまう。しかし、時間の経過とともに、もし、繰返された場合は、患者さんの心理状態は感情的に変化して、クレームとなります。

患者さんを観察し、細かな変化に気を配り、有効な質問をすることによって、患者さんの心理状態を把握・洞察することが重要です。

### ■ 2 患者さんの不満の表現方法

サイレントクレマーは、上記のような理由によって明確な意思表示をせず、通う歯科医院を替えてしまいます。医院にとっては、むしろ、はっきりとした要求を持って意思表示をしてくれる患者さんの方が、対応がしやすい良い患者さんと言えます。

不満や苦情を伝える時の患者さんの示す態度は、千差万別です。

## 2 患者さんの気持ちに気づくことが重要

### ■ 1 見えない患者さんの不満

患者さんに「不満」が生じた時の心理状態は、前述の苦情を持ち込まなかった心理の「面倒だから」が示すように、直接、伝えることを敬遠したいという気持ちが多くを占めています。クレームを伝えることは、「恥ずかしい」や「緊張」など、患者さんとしてとても勇気のいる行動です。出来れば言いたくないのです。医院側は、このことを心に留めておくべきです。

特に、日本型の奥ゆかしさを持っている患者さんは、不要なトラブルは好みませんので、先生やスタッフの方に従ってしまう傾向があります。物静かで、何の不満もなく通院してくれている固定患者さんと誤解してしまいましたが、意思表示をうまく出来ない分、一人で自問自答したり、はっきり言えなかったことを悔やんだりする傾向があります。他の患者さん以上にストレスを感じている場合があります。これがクレームなのです。

しかし、普段、通院していただいている患者さんの心の中に潜んでいる小さな不満を小さなうちに気がついて対応することが出来れば、大きなクレームに発展することはありません。患者さんの表情や態度、言葉遣いなどを注意深く観察し、その時の心理状態を汲み取ることが重要です。

#### 患者さんの何気ないしぐさの中に潜むクレームの芽

非言語的対応	良くない心理状況
顔の表情 目 線 笑 顔	一瞬暗い感じがする。うなずきが足りない 目線があわない 笑顔が少ない
声の感じ 声の大きさ	小さい声、返事がない 口調が普段と違う
態度 物 腰	腕を組む。膝を組む

## 3 具体的なクレーム対応法

### ■ 1 クレームが発生した場合の対応ステップ

起こってしまったクレームは、その時点で無くすことは出来ません。迅速かつ的確な対応を行い、問題の解決と相手方の感情へ対処することです。そしてその後、二度と同じようなクレームが発生しないよう対策を講じる必要があります。

#### 第1段階

あせらず、怖がらず、いやがらず

患者さんを落ち着かせるように

適切な謝意の言葉

気を引き締めて、落ち着いて、相手の言い分を誠実な態度で聴くこと

代理でお詫びをする場合も「なぜ、私が……」と思わない

落ち着かせるために、場所を移動したり、椅子をすすめる

最初は「申し訳ございませんが、詳しくお聞かせ願いませんか」から

#### 第2段階

患者さんの言い分を最後まで聴く

患者さんが訴えたいことを探り出す

聴きながら問題を整理する

患者さんの立場になって考える

最善の対応ができるように努力する

即時対応を心掛ける

丁寧に見送る

同じようなクレームの発生を撲滅する

患者さんの見間違い・聞き違い・勘違いであっても、理路整然と間違いを指摘しない

対応時に使ってはいけない言葉

「患者さん」, 「あなた」, 「そうは言いますけど」, 「だから言ってるじゃないですか」, 「それはそうですが」, 「たぶん、そうだと思います」

応対はサービスではなく、ホスピタリティで行う

「サービス」は奉仕する・奉公する。

(マニュアル重視、無責任で指示を待つパターンが多い。)

「ホスピタリティ」は親切なもてなし、歓待する。  
(喜んで心を込めて客をもてなす。)

## ■ 2 相手の感情に巻き込まれないクレーム対応の姿勢

クレームに直面したとき、これを「チャンス」に変えるための的確な対応は、重要なポイントです。

人は感情を持ち、その感情に左右されやすい生き物です。相手方に怒鳴られたり、大声で恫喝されたりという怒りの感情をぶつけられたら、誰でも気持ちに不安を覚え、過剰な反応をしてしまいます。

「そんな事言われても、患者さんも悪いじゃない」

「そこまで言われる筋合いはない」

といった「苛立ち」「嫌悪感」

「どうしよう、うまく対処できないかも……」

「どうなってしまおうのだろう」

といった「不安」

上記のような感情を抱いているということは、すでに相手方のペースに巻き込まれています。

不安や苛立ちの感情を持って相手方に接しても、その気持ちは相手方に確実に伝わります。相手方も、納得していない者と話してもうまくいくわけもなく、もっと感情を高ぶらせるという悪循環に陥ります。

クレームが発生した時点で、対する医院側としてはまず、「何を目的とするか」という意識を持ち、客観的な立場の目で観察してください。ただし、客観的と他人事とは違います。

### 効果的なクレーム対応に向けて

ロールプレイングの際には、実際にあったクレームやトラブルの事例からトレーニングするのが最適です。現実のケースからトレーニングを行うと、患者さんの言動や特徴、仕草等を実際に真似ることができ、自然に近い状態で経験できるからです。

実践的・体験的に学び、将来においてトラブル発生を防ぐため、また、実際に起こった時に効果的に対応する力をつけておくことが重要です。

このような取り組みは、患者さんの疾患を診るだけでなく、患者さんを大切に思う姿勢や、理解する姿勢につながり、**全人的医療**が実現していくのです。

---

レポート全文は、当事務所のホームページの「[歯科経営情報レポート](#)」よりご覧ください。

# 規制改革会議「中間とりまとめ」に対する 厚生労働省の考え方

## 1 基本的考え方

去る7月2日の規制改革会議において、規制改革に関して当面する課題の論点として「中間とりまとめ」が整理され、公表されました。

厚生労働省としては、国民生活の安全・安心を確保する立場から、サービスの質の向上、利用者の選択の拡大や、労働者が安心・納得して働くことができ、持てる能力を十分に発揮できることにつながるような規制改革については、これまでも積極的に対応してきているところです。

一方、厚生労働行政（医療、介護、労働など）の分野は、サービスや規制の内容が国民の生命・生活や労働者の労働条件などと密接に関わるものであり、また、そのサービスの大半が国民に負担いただく税や保険料で賄われているものであることから、規制改革を進めるに当たっては、経済的な効果だけでなく、

サービスの質や安全性の低下を招いたり、安定的な供給が損なわれることがないか、  
逆に、過剰なサービス供給が生じる結果、税や保険料の過大な負担とならないか、  
規制を緩和した結果、労働者の保護に欠けることとなったり、生活の不安感を抱かせないか、

などの観点から、それぞれの分野ごとに慎重な検討を行うことが必要であると考えており、これまでも繰り返しその旨主張してきました。

今回の「中間とりまとめ」に掲げられている事項については、その基本的な考え方や今後の改革の方向性・手法・実効性において、当省の基本的な考え方と見解を異にする部分が少なくありません。

そこで今般、「中間とりまとめ」のうち、特に「医療分野」、「労働分野」及び「官業改革分野」の主な事項について、規制改革会議の主張と、これに対する当省の考え方を整理し、公表することといたしました。（今般整理した事項以外の事項についても規制改革会議の主張と厚生労働省の考え方が一致しているわけではありません。上記3つの分野を含め、各項目に対する当省の考え方については、「中間とりまとめ」の別紙（以下URL）に掲載されていますので、ご参照下さい。<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/publication/index.html#opinion4>）

## 1 医療分野

### 規制改革会議（中間とりまとめ）の主張と厚生労働省の考え方

（ 1（1）医療分野 医薬品に関する規制改革イ後発医薬品の使用促進）

規制改革進会議の主張（抄）	厚生労働省の考え方
<p><b>後発医薬品の使用促進</b></p> <p>後発医薬品への需要を喚起する根本策として、先発薬の特許期間終了時点においては、先発医薬品と後発医薬品の保険償還価格を同一価格とする、いわゆる<u>参照価格制度を導入すべき</u>である。</p>	<p>「参照価格制度」は、先発医薬品と後発医薬品の保険償還価格を同一価格とし、先発医薬品の価格が保険償還価格を上回れば、その差額は全額患者の自己負担となる制度である。このためその導入は、単なる患者の負担増となり、患者層によっては事実上後発医薬品の使用を強制することにもなりかねないことから、問題が多いと考える。</p> <p>厚生労働省としては、引き続き、後発医薬品市場の育成を図るとともに、後発医薬品の更なる使用促進を図っていくことが重要と考えており、「後発医薬品の安心使用促進プログラム」において、後発医薬品のシェアを平成24年度までに30%まで引き上げることを目標としているところである。</p> <p><b>後発医薬品の使用促進にかかる取組</b></p> <p>平成20年度診療報酬改定においては、患者による後発医薬品の選択をより容易にする観点から、</p> <p>病院等で、後発医薬品の使用の努力を義務付けるとともに、薬局が後発医薬品に変更し得る処方せんを受け付けた場合に、患者に対し後発医薬品に関する説明を行うことを義務とする。</p> <p>医師が指示しない限り、後発医薬品への変更を認める。（処方せん様式について、処方医が後発医薬品への変更にし支えがあると判断した場合に、「変更不可」欄に署名等を行う方式へ変更する。）</p> <p>などの措置を講じたところ。</p>

## 混合診療禁止措置の撤廃

現在、医師不足問題等、特に地域において医療の崩壊が懸念されている。遠隔医療は、その解決策の一つとしても期待されているのである。しかし、その推進にあたり、混合診療の禁止措置が障害となっている。

前述のような遠隔医療行為を実施する医療機関は、患者の負担が大きくなってしまわぬよう、通信に係る患者側の負担を肩代わりしている。しかし、それを現行の電話再診料や補助金で十分にまかなうのは難しい。結果、遠隔医療を推進する上での妨げの一つになっているのである。

禁止措置を撤廃せぬままでは、医療の発展を阻害し、患者の利便を損なうばかりである。

厚生労働省は、混合診療の禁止措置により、国民の自由意志が尊重されていない状況にあることを、深刻に受け止め、混合診療禁止措置の撤廃に向けた施策を早急に講じるべきである。

混合診療の原則禁止措置が遠隔医療の推進を阻害していると一方的に論じるのは、妥当ではない。

### 理由

\*遠隔医療については、医師法上直接の対面診療を補完する役割のものとして位置づけられており、離島、へき地の場合等、直接の対面診療を行うことが困難である場合等について認められているものであるが、この場合には、当該診療については保険診療として認められている。

また、離島、へき地等における遠隔医療の情報ネットワーク等の構築については、補助金等の財政措置がすでに講じられている。

保険診療と保険外診療の併用については、一定のルールの下で認めていくことが妥当であり、本年4月には、高度医療評価制度の創設を行うなど患者のニーズに応える観点から取組を進めているところ。いわゆる混合診療の原則禁止措置の撤廃は多くの患者団体も反対しており、不適當。

### 理由

(混合診療に対する基本的な考え方)

\*我が国の公的医療保険制度は、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により担保する」という国民皆保険の理念に基づき、必要な医療については、国民全体にあまねく平等に提供されることを確保している。

(混合診療をめぐるこれまでの改革の取組)

\*保険診療と保険外診療との併用に関する具体的要望については概ねすべてに対応できるものと考えており、将来的な保険導入のための評価を行う「評価療養」と、保険導入を前提とせず、患者の選択に委ねる「選定療養」の二つの類型について保険診療との併用を認める、現在の保険外併用療養費制度が「医療の発展を阻害し、患者の利益を損なうばかり」との指摘は妥当ではない。

下線は、規制改革会議の「中間とりまとめ」のうち、厚生労働省の考え方に対応する部分として当省が付したものである。

「規制改革会議「中間とりまとめ」に対する厚生労働省の考え方」の全文は、[当事務所のホームページの「医療経営 TOPICS」](#)よりご確認ください。

## 医業経営 Q&A ①

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: 医療事故とリスクマネジメントの現状



### 医療事故多発の要因は？

医療事故多発の要因にはどのようなものがありますか？



近年、単純なヒューマンエラーを原因とする重大な事故が多発していることは事実です。その原因はさまざまで一概に決め付けることはできませんが、いくつかあげてみることにします。

#### 制度的なしくみの疲弊によるもの

1960年に導入された国民皆保険制度の基本コンセプトは均質・均等・平等であり、いわゆる護送船団方式的な考え方のもとに質の向上を怠ったり、リスクという概念そのものを希薄にし、制度疲労が増大したこと。

#### 医師中心のプロダクトアウトによるもの

医師・医療施設側つまり提供側の論理（プロダクトアウト）により運営がなされ、患者主催が一般的になおざりにされ、顧客満足の充足（マーケットイン）への転換が遅れたこと。

#### 技術重視（医師中心）によるもの

医師およびその医療技術中心の運営および専門技能者集団による縦割り組織が、チームケアへの転換を遅らせリスクに対する全院的な対応を遅らせたこと。これが国際的な品質マネジメントシステムのしくみや、産業界の同様のシステムの導入を遅らせたとみています。

#### 医療専門職のプロ意識の欠如によるもの

医師、看護師その他の医療専門職が、戦後のいわゆる自由の中でプロフェッショナルとしての倫理観や使命感を希薄にしたこと。

#### 情報公開、患者主権の回復によるもの

IT化が進む中、種々の情報が獲得しやすくなり、患者が主権者として意識し始め、マスコミを通じてものを言うようになったこと。

#### 職員の不満

医療提供施設に働く職員（特に医師以外のスタッフ）が、その職場にいきがい、働きがいを見出すような職員満足制度（Staff Satisfaction）の不足・不備が顕在化していること。

これらの複合要素が事故の多発原因と考えられています。

## 医業経営 Q&A ②

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: 医療事故とリスクマネジメントの現状



**病院トータルで捉えた場合のリスクマネジメントとは？**  
病院トータルで考えた場合のリスクマネジメントの基本的な考え方を教えてください。



病院のリスクには、大きく分けて「ファイナンシャルリスク」と「ビジネスリスク」があります。以下に簡単に説明します。

### 1 ファイナンシャルリスク

ファイナンシャルリスクとは、病院経営における財務面でのリスクです。従来型の政策保護による病院経営はもはや通用しなくなり、一般企業と同様の経営管理が求められています。具体的には、内部監査システムの構築による経営管理、ベンチマークとの比較による管理統制が中心となります。

### 2 ビジネスリスク

一方で、医療そのもののリスクを取り上げるのがビジネスリスクです。具体的には、医療事故、医療紛争などが上げられます。「医療事故シンポジウム」の調査によると、以下の項目が医療事故の発生原因として挙げられています。

診療録の不備  
医師の医療知識、技術の未熟性、独善性  
薬剤の過誤使用  
チーム医療の未成熟  
意思の疎通性  
施設の診療能力の不足  
事故対策の未熟

これらの項目に対し具体的な対策を立てていくことが重要です。