



## 医療情報ヘッドライン

平成 25 年度税制改正 医療・介護に幅広い優遇措置  
4 段階制、年間収入 7000 万円超の機関は対象除外

自由民主党・公明党  
特定健診等実施者、アルコールに関する専門知識も必要  
「健診・保健指導の在り方に関する検討会」を開催

厚生労働省



## 経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向(平成 24 年 8 月号)



## 経営情報レポート

コーチングを活用した  
院内コミュニケーション向上のポイント



## 経営データベース

ジャンル: 労務管理 サブジャンル: 求人・採用

試用期間中の労働者の解雇  
入職日の設定

## 医療情報

### ヘッドライン ①

自由民主党・公明党

## 平成 25 年度税制改正 医療・介護に幅広い優遇措置 4 段階制、年間収入 7000 万円超の機関は対象除外

自民・公明の両党は1月24日、平成25年度の税制改正大綱を固めた。安倍首相の掲げる経済対策を税制面からサポートすることを主眼に置くとともに、社会保障・税一体改革の推進に向けた対策が幅広くとられている。

医療・介護に係る税制の概要を見ると、(1)いわゆる4段階制の見直し、(2)国保から後期高齢者医療制度へ移行した場合の、国保税軽減判定の所得算定特例の恒久化等、(3)サービス付き高齢者向け賃貸住宅(サ高住)に係る固定資産税の減額措置の適用期限の2年延長、割増償却制度の適用期限の3年延長、(4)医療用機器等の特別償却制度について、対象機器等の見直し、適用期限の2年延長(所得税についても同様)、(5)希少疾病用再生医療製品(仮称)の試験研究事業費用の税額控除(所得税についても同様)など、幅広い優遇措置がとられている。

このうち(1)は、「年間の社会保険診療収入が5000万円以下の医療機関について、実際の経費にかかわらず、57~72%を保険診療に係る経費とできる」とする特別措置である。自由診療部分が多い医療機関などでこの特例を適用することは、公平な税負担の理念に反するとして、今回の税制改正で「その年の医業・歯科医業に係る収入金額が7000万円を超える者を除外する」こととなった。

例えば、保険診療収入が4000万円であっ

ても、自由診療部分等が3000万円より多ければ、4段階制の特例は受けられないということになる。

なお、この改正は、所得税については、個人では26年度分から、法人では25年4月1日以降の事業年度から、また個人住民税については27年度分から適用される。

懸案となっている消費税の軽減税率については、「消費税率の10%引上げ時に、軽減税率制度を導入することをめざす」とし、「2014年度与党税制改正決定時まで、関係者の理解を得た上で、結論を得る」ことが明記された。さらに、「社会保険診療に係る消費税」については、「医療機関の仕入れ税額の負担、および患者等の負担に十分に配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ適切な措置を講ずることができるよう、医療保険制度における手当のあり方の検討等と併せて、医療関係者、保険者等の意見も踏まえ、総合的に検討し、結論を得る」こととされた。

このほか、事業税における社会保険診療報酬に係る実質的非課税措置・医療法人に対する軽減税率についても、「税負担の公平性を図る観点や、地域医療の確保を図る観点から、そのあり方について検討する」こととなった。

## 特定健診等実施者、アルコールに関する専門知識も必要 「健診・保健指導の在り方に関する検討会」を開催

厚生労働省は1月21日、「健診・保健指導の在り方に関する検討会」を開催した。この日も前回に引き続き、(1)標準的な健診・保健指導プログラムの改訂、(2)ICTを活用した遠隔面談という2点が議題となった。

(1)に関しては、厚労省当局から「プログラム改訂案」が提示された。

改訂部分を見てみると、(I)健診等実施者はアルコールについての専門知識を持つ必要がある、(II)健診結果において、医療管理されている疾病以外の項目が、保健指導判定値を超えている場合には「本人を通じて主治医に情報提供する」ことが望ましい、(III)服薬中の者にも、健診データ・レセプトデータに基づき、必要に応じて保健指導等を検討する、(IV)本人が健診データを把握し、自ら健康管理できるように、経年的にデータを蓄積できる仕組みなどを検討する、(V)無関心な人であっても、何かがきっかけとなって行動変容の意欲がわくことがあるため、健診結果通知などの情報提供を心がけることが重要、などが目立っている。

また(2)に関しては、厚労省当局から「遠

隔面談の枠組み案」が示された。

特定保健指導は、本来「医師等と対象者が対面して行われる」ことにより、表情や声などを総合的に判断し、適切な指導効果が期待されるものである。

したがって、ICTを活用した遠隔診断においても、対面と同程度の状況を作成することが重要になる。

そのため、実施要件として(a)映像と音声の送受信により、相互に表情、声、しぐさなどを確認しながら保健指導を行える、(b)常時安定して、スムーズなデータ伝送が可能である、(c)情報セキュリティが確保されている、などが提案された。また、この要件の確保を確認するために、事前に厚生労働大臣に宛てて実施計画を提出する必要がある。

さらに、遠隔面談対象者だけでなく、通常の対面保健指導対象者の健診データを集積し、厚生労働大臣に実施報告書を提出することも必要とされている。

厚労省は、健診データ等を評価し、今後遠隔面談の効果を分析していくとしている。

# 最近の医療費の動向

平成 24 年 8 月号

## 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
		70歳未満	被用者 保険	本人 家族		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	70歳 以上	(再掲) 75歳 以上	
				本人	家族					
平成 19 年度	33.4	17.4	9.5	5.0	4.5	7.9		14.5		1.5
平成 20 年度	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	1.3	14.8	11.4	1.6
平成 21 年度	35.3	18.1	10.0	5.3	4.7	8.1	1.3	15.5	12.0	1.7
平成 22 年度	36.6	18.6	10.3	5.4	4.9	8.3	1.5	16.2	12.7	1.8
平成 23 年度	37.8	18.9	10.5	5.5	5.0	8.4	1.5	17.0	13.3	1.9
4～9月	18.6	9.3	5.1	2.7	2.4	4.2	0.7	8.4	6.6	0.9
10～3月	19.2	9.6	5.4	2.8	2.6	4.2	0.8	8.6	6.7	1.0
平成 24 年 4～8 月	15.9	7.9	4.3	2.3	2.0	3.5	0.6	7.2	5.7	0.8
7月	3.2	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.5	1.1	0.2
8月	3.2	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.5	1.1	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」の「70 歳以上」には後期高齢者医療の対象（平成 19 年度以前は老人医療受給対象）となる 65 歳以上 70 歳未満の障害認定を受けた者に係るデータが含まれる。  
「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、公費負担のみのデータである。

## 2 診療種類別概算医療費

### ●医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費	医科			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
			入院	入院外	歯科						
平成 19 年度	33.4	27.4	12.5	12.4	2.5	5.2	0.8	0.06	13.4	17.5	2.5
平成 20 年度	34.1	27.7	12.8	12.4	2.6	5.4	0.8	0.06	13.6	17.8	2.6
平成 21 年度	35.3	28.5	13.2	12.7	2.5	5.9	0.8	0.07	14.0	18.6	2.5
平成 22 年度	36.6	29.6	14.1	13.0	2.6	6.1	0.8	0.08	14.9	19.0	2.6
平成 23 年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
4～9月	18.6	15.0	7.1	6.5	1.3	3.2	0.4	0.04	7.5	9.7	1.3
10～3月	19.2	15.3	7.3	6.7	1.3	3.4	0.4	0.04	7.7	10.1	1.3
平成 24 年 4～8月	15.9	12.8	6.1	5.5	1.1	2.7	0.3	0.04	6.5	8.2	1.1
7月	3.2	2.6	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2
8月	3.2	2.6	1.3	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.6	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ていない。

注2. 入院時食事療養等に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。

## 3 医療機関種類別概算医療費

### (1)医療機関種類別医療費

#### ●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計	医科病院					医科 診療所	歯科 計	保険 薬局	訪問 看護 ステーション
			大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院					
平成 20 年度	1.9	1.1	1.4	4.6	▲ 0.0	2.4	▲14.1	0.3	2.6	5.3	15.9
平成 21 年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	▲ 4.2	1.9	▲	7.9	10.8
平成 22 年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	▲ 5.8	1.2	1.8	3.6	11.8
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲ 6.0	1.6	2.6	7.9	9.5
4～9月	2.9	1.8	2.0	4.5	1.7	2.0	▲ 7.1	1.2	2.2	8.1	8.5
10～3月	3.4	2.5	2.7	4.0	2.6	2.7	▲ 4.8	2.0	2.9	7.6	10.5
平成 24 年 4～8月	2.0	2.1	2.7	4.4	3.2	2.2	▲ 6.4	0.5	2.0	1.7	18.2
7月	3.7	3.5	4.0	6.5	5.2	2.9	▲ 5.1	2.3	3.9	4.4	21.1
8月	1.0	1.2	2.1	3.6	2.4	1.7	▲ 6.8	▲	▲	0.8	17.7

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（開設者が都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関をいう（ただし、医育機関を除く）。

注2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

## (2)主たる診療科別医科診療所の医療費

### ●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科診療所									
	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他	
平成 20 年度	0.3	▲ 0.7	2.4	▲ 2.4	1.9	2.5	▲ 0.2	1.6	1.7	1.5
平成 21 年度	1.9	2.7	▲ 0.2	0.7	4.1	0.3	▲ 2.3	0.7	▲ 2.0	2.4
平成 22 年度	1.2	0.9	2.5	▲ 3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
4～9月	1.2	1.1	2.3	▲ 0.6	2.9	1.8	▲ 1.0	0.5	0.6	1.5
10～3月	2.0	1.8	1.6	0.3	4.0	3.3	0.4	2.4	▲ 1.6	3.5
平成 24 年 4～8月	0.5	0.1	▲ 3.7	▲ 2.7	2.5	0.7	1.6	3.2	0.2	1.7
7月	2.3	1.8	0.9	▲ 2.4	3.9	0.8	3.0	4.5	4.9	3.4
8月	▲ 1.1	▲ 0.9	▲ 5.8	▲ 4.7	▲ 0.7	▲ 0.1	▲ 0.4	▲ 0.0	▲ 1.1	▲ 0.6

## (3)経営主体別医科病院の入院医療費

### ●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科病院					医科診療所
	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院		
平成 20 年度	2.9	3.1	2.8	2.6	▲ 1.0	0.5
平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9	▲ 1.9
平成 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3	3.2
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	▲ 2.2
4～9月	3.2	2.0	3.8	2.6	3.0	▲ 2.4
10～3月	3.2	2.4	4.0	2.7	2.0	▲ 2.0
平成 24 年 4～8月	3.3	5.3	4.1	2.4	2.1	▲ 0.2
7月	4.0	7.1	5.2	2.6	2.3	0.6
8月	3.1	4.7	3.5	2.4	1.7	▲ 1.4

注. 1 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注. 2 1施設当たり医療費は医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

# コーチングを活用した 院内コミュニケーション向上のポイント

## ポイント

- 1 医療現場におけるコミュニケーションの重要性
- 2 行動スタイルの把握がコーチングの第一歩
- 3 コーチングの進め方を理解する
- 4 コーチングスキルを理解する
- 5 コーチングを活用した院内コミュニケーション向上事例



# 1 医療現場におけるコミュニケーションの重要性

## ■ 医療現場に求められるコミュニケーションスキル

ここ数年来、国民の医療・健康・福祉問題等に対する関心が、以前に比べてはるかに高くなってきました。マスメディアを通じて医療行為に関する事件・事故・裁判等、医療に対しての不信・不満・要望等の報道が増加するなかで、医療機関に対し、より高いレベルの患者サービスを要求する時代に変化しています。こうした状況を背景に、医療従事者により高いコミュニケーションスキルが求められるようになってきました。

### (1) 院内のコミュニケーション不足が要因で発生するヒヤリハット事故

診療所内でヒヤリハット事故が発生する要因は、下記の要因が大勢を占めています。いわゆる説明不足など、院内コミュニケーションが不足することに起因する項目が多くなっています。

#### 医療機関での医療事故発生要因

##### ● 患者への説明不足によるヒヤリハット事故

主な発生場面として、

- ① 処方・与薬                      ② ドレーン、チューブ類の使用・管理                      ③ 療養上のお世話

主な当事者職種としては、

- ① 看護師                      ② 医師                      ③ 准看護師                      ④ 助産師                      ⑤ 看護助手

##### ● 自他部門医療スタッフとのコミュニケーション不足、部門間のセクショナリズムが強い

ヒヤリハット事故の発生要因として、不適切な連携による事故も多い

不適切な連携による事故の詳細としては、

- ① 看護職間                      ② 医師と看護師                      ③ 他職種間

### (2) なぜ、医療機関でコミュニケーションが重要なのか

患者の医療への関心が高まっている現在では、患者ニーズを引き出し、特性を理解し、患者の立場に立ったコミュニケーションスキルが求められています。また、医療スタッフ間では他職種の立場を尊重し、指示命令型ではなく双方向型のコミュニケーションが重要です。

医療現場は人と人が直に接し、人の心理にかかわる職場であり、コミュニケーションが本来ことさら重要な位置を占めているにもかかわらず、医療現場や医学教育においては、長らくコミュニケーションがあまり重要視されてきませんでした。それが、結果的に患者や自分以外のスタッフの立場を考えない職員・スタッフを生み出してしまっているのかもしれない。



## ■ コーチングを活用して理想的な人間関係の構築

コーチングとは、「人の自主性」に注目したコミュニケーションスキルです。目標や希望を実現するために、その人の自主性を引き出して、効果的な行動に結びつけていくものです。

このコーチングスキルを身につけることによって、チーム医療における患者と医療スタッフ、および看護師の理想的な人間関係が作れます。

コーチングスキルを用いて会話を重ねることで、相手の心の扉を開け、信頼関係を築きニーズや思いを聴き出し、その解決方法や目標を達成させるための手段を話し合うなど、そのためにどのような行動をするかについて意見を交わすことができるようになります。

### (1) コーチング活用の効果

コーチングは、人間関係を良い方向に導き、对患者関係、院内の人間関係を好循環に持っていくことができます。

コーチングを活用すると、下記のような効果が期待できます。

- 患者・家族のニーズを引き出し、相手の立場に立ったコミュニケーションが可能になる
- 信頼関係を築くことによって患者が治療に協力的になり、自然治癒力を高める
- コミュニケーション不足によるクレームやヒヤリハット、事故が減少する
- 組織のコミュニケーションの質を向上させ、また活性化する
- 各自が目標や夢を明確に持ち、共有し実現に向かって具体的に行動する

### (2) コーチング活用の場面

コーチングは、あらゆる場面での活用が可能です。院長自身のコミュニケーション力アップはもちろん、患者対応、職員・スタッフのレベルアップ、クレームやトラブル等で活用することが可能です。次章では、具体的コーチングスキルについて、解説します。

#### コーチングが活用できる場面

- 院長や職員・スタッフ自身のセルフコーチング
- 医療従事者と患者との間の不満やクレーム
- 患者の闘病サポートや生活指導
- 医療スタッフ間、先輩－後輩間、部門内のより良い関係作り
- 後輩指導の目標管理ツール
- 院内の人間関係トラブルが発生した時

## 2 行動スタイルの把握がコーチングの第一歩

### ■ タイプ別コーチングの理解

院内のコミュニケーションを向上させるためには、まず医療スタッフの行動スタイルを把握することが必要です。これは、各タイプの特徴を捉え、かかわり方・アプローチの仕方を理解することで、育成や指導をしやすくするのが目的です。

### (1) 4つの行動スタイルを理解する

人は、誰でも自分の行動スタイルを身につけており、この行動スタイルの中心的な部分はあまり変わらない傾向があるといわれています。

ここでは、人間の行動傾向を分析・理解するために、「統制」「創造」「着実」「論理」の4つの行動スタイルを指標とし、どのような欲求・動機がコミュニケーションや行動として現れているのか、また、4つのタイプの違いを見ていきます。



#### ① 統制タイプ

統制タイプは、業務に強い関心を持ち、自らの主導で結果や成果をつくることを重視します。全体を統制できる環境で、新しい物事に挑戦し、目標達成するために最大限の力を発揮します。スピードの速い行動や環境を好み、人からの指図を嫌います。

#### ② 創造タイプ

創造タイプは、周りとのコミュニケーションを図りながら、物事を進めていくことを好みます。好奇心が旺盛で、とてもエネルギッシュです。社交的で話し好き、人を感化させる存在です。ただし、目標達成に執着しない傾向もあります。

#### ③ 着実タイプ

着実タイプは、人とのつながりを大切にします。物静かでソフト、控えめで温かく、親しみやすい感じを与えます。チームワークを重視し、強い協力の下に仕事を進めていくことを好みます。新しいことやリスクのあることを求めず、安全で着実にできる環境を好みます。

#### ④ 論理タイプ

論理タイプは、裏づけのある確実な方法で、目標達成に向けて進んでいくことを重視します。そのため、十分な情報やデータをそろえ、それを分析し、リスクを最小限にする方法を徹底的に検討する慎重派です。論理的なものや体系的な事柄に興味を持ちますが、人とのかかわりに対しては慎重で、自分の感情をあまり外に出しません。

### 3 コーチングの進め方を理解する

#### ■ コーチングのステップと必要なスキル

コーチングの目的は、職員・スタッフのやる気を引き出して、自発的な行動を起こさせることです。つまり、自分で考え、自ら行動できるスタッフを育てるといえるものです。

コーチングは6つのステップで行われます。この6つのステップだけを見ると、普段スタッフとの対応の中で当然実践していることと思われるかもしれませんが、これら6つのステップを進めるには、それぞれのステップに適したコーチングスキルが必要です。

コーチングの6つのステップ	各STEPで必要なコーチングスキル
STEP1 リラックスさせる	共感・ペーシング ニュートラル
STEP2 現状を聴く	承認する 傾聴する
STEP3 理想のゴールを聴く	オープン質問 チャンクアップ
STEP4 課題を特定する	オープン質問
STEP5 行動計画を立てさせる	質問 提案
STEP6 進捗状況をフォローする	クローズ質問

# 経営データベース ①

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 求人・採用



## 試用期間中の労働者の解雇

試用期間中の職員の解雇を考えています。即時解雇したいと考えていますが、何か問題はあるでしょうか。



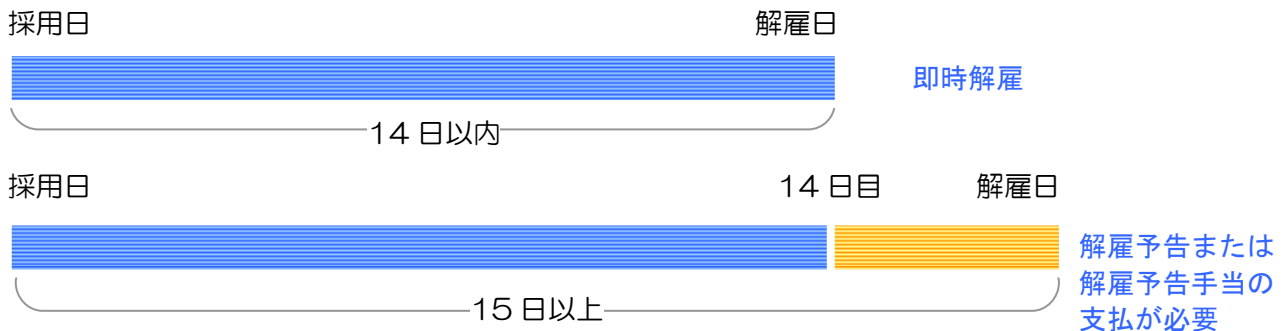
試用期間中の職員の解雇に関しては、本採用後の解雇事由より広範に認められると解されています。

したがって、就業規則等において定める本採用後に適用する解雇事由とは別個に、「試用期間中の解雇」の基準を明記しておくようにします。

なお、労働基準法上の試用期間（試の使用期間）は 14 日間と定められていますので、「試用期間中の者を 14 日以内」に解雇する場合には、解雇予告または予告手当の支払を必要とせず、即時に解雇することができます。

しかし、試用期間中の解雇基準を設けている場合であっても、採用の日から起算して 14 日を超えてから解雇する場合には、通常の解雇手続（解雇予告、または予告手当の支払）が必要であることに注意が必要です。

### ■試用期間中の解雇手続～経過日数による差異



## 経営データベース ②

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 求人・採用



### 入職日の設定

雇用契約書に定めた雇用開始日と実際の勤務開始日が異なる場合、入職日はいつにすればよいのでしょうか？



通常、雇用契約では、雇用開始日を明示して締結します。しかし実際には、何らかの理由が生じたことにより、雇用契約書に示した雇用開始日と実際の勤務開始日が異なるケースがあります。

このように、雇用契約書で取り決めた雇用開始日から実際に勤務を開始する日が遅れたり、または早まったりすることは、入職する職員にとって、様々な不都合を生じさせることがあります。

雇用保険や厚生年金保険は、被保険者資格の取得日によって、給付を受けるために必要な期間が不足することもあるほか、退職金や年次有給休暇など、入職日を起算日として継続勤務期間を計算する場合にも、職員側に不都合が生じることがあります。

したがって、このような問題を統一的に処理するためには、雇用契約書で取り決めた雇用開始日と実際の勤務開始日を一致させておかなければなりません。

この場合はどちらに合わせるかは任意ですが、次の点に留意することが必要です。

### (1) 実際に勤務を開始した日が雇用契約書の雇用開始日より遅れた場合

雇用契約書の雇用開始日を入職日とする場合	契約書に明示された日よりも遅れた日数分の給与を、無給とするのか有給とするのかを定めておく必要があります。
実際の勤務開始日を入職日とする場合	雇用契約書の雇用開始日を実際の勤務開始日に合わせて訂正し、その日を雇用開始日とします。

### (2) 実際に最初に出勤した日が雇用契約書に明示された日より早まった場合

雇用契約書の雇用開始日を入職日とする場合	雇用契約書に記載した雇用開始日以前の実際に勤務した期間については、アルバイト勤務扱いとし、労働者名簿の「雇入年月日」の欄には、雇用開始の日を記入します。
実際の勤務開始日を入職日とする場合	雇用契約書に記載した入職日を実際の勤務開始日に訂正し、これを雇用開始の日にします。