

週刊 医業経営

MAGAZINE

WEBマガジン



発行 税理士法人優和



1 医療情報ヘッドライン

難病の新助成制度 15 年導入へ 自己負担、所得に応じ上限6分類
対象疾患は現行の 56 から 300 以上と大幅増

————— 内閣府(構造改革特別区域推進本部)
「患者紹介ビジネス」省令改正し禁止へ 過剰診療など懸念
厚労相、訪問診療の「ガイドライン」作りを示唆

————— 厚生労働省



2 経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査(平成 25 年 8 月末概数)



3 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



4 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:リスクマネジメントと安全管理体制
業務の見直しと標準化
コミュニケーション活性化による改善策

医療情報

ヘッドライン ①

内閣府
(構造改革特別区域
推進本部)

難病の新助成制度 15 年導入へ 自己負担、所得に応じ上限6分類 対象疾患は現行の 56 から 300 以上と大幅増

厚生労働省は 10 月 29 日、厚生科学審議会・疾病対策部会の「難病対策委員会」を開催した。同委員会は、これまで難病患者を対象とした医療費助成制度の見直しに向け検討会を重ねてきた、この日は、厚労省側から同委員会に対して報告書の素案「難病対策の改革に向けた取組について」が示され、これに基づいた議論を行った。結果として患者団体などから「負担が重すぎる」と批判が強かったため、自己負担の上限を引き下げる新たな素案を難病対策委員会に示し、大筋で了承された。

厚労省は 11 月中に新制度の内容を決定し、2015 年 1 月からの導入を目指したい考え。新制度の施行時期について素案では、「十分な準備期間が必要である」との認識に立ち、「法案成立（法案は平成 26 年の通常国会に提出予定）後、概ね 1 年後の時期」を提唱。ただし、新たに医療費助成の対象となる疾患の一部については「平成 27 年 1 月」の施行を目指して調整するよう要望している。

報告書（素案）の要旨は、収入に応じて負担を求める自己負担割合を現行の 3 割から 2 割に減らした上で、所得に応じて患者を 6 グループに分類するなど、より細分化されたのが大きな特徴だ。これまで医療費が全額支給されていた重症患者にも一定の負担を求める、というものである。

素案の概略は、まず難病対策の基本理念を
(1) 難病の治療研究を進める (2) 疾患の克服を目指す (3) 難病患者の社会参加を支援する、の 3 点とし、「難病にかかっても地域で尊厳をもって生きられる共生社会の実現を目指

す」ことに置くものと確認した。そのうえで、国に対し「医療や研究開発の推進」「福祉や雇用などの他施策との連携」を図るための基本方針を策定するよう求めている。

具体的には、(a) 治療方法の開発と医療の質向上 (b) 公平・安定的な医療費助成の仕組み構築 (c) 国民の理解の促進と社会参加、の大きく 3 つの柱を打出している。

a、b、c をそれぞれみていくと、(a) は医療提供体制に関する事項で、「難病患者のデータベースを構築し、全国規模での研究を進める」ことや、「充実した医療を提供するために、新たな『難病医療拠点病院』『難病医療地域基幹病院』などを指定する」ことを掲げている。

拠点病院とは、都道府県が次のような医療提供体制を構築することとしている。▽『新・難病医療拠点病院（総合型）（仮称）』を 3 次医療圏（主に都道府県を区域の単位とする）ごとに原則 1 カ所、▽『新・難病医療拠点病院（領域型）（仮称）』を適切な数、▽『難病医療地域基幹病院（仮称）』を 2 次医療圏（主に複数の市区町村を区域の単位とする）に 1 カ所程度、▽かかりつけ医等を含むように『指定難病医療機関（仮称）』を幅広く指定する。

医療費助成 (b) は、費用負担に関する問題となる。医療費助成の対象とする疾患について、(i) 患者数が人口の 0.1% 程度以下、(ii) 原因不明、(iii) 効果的な治療方法未確立、(iv) 生活面への長期にわたる支障の 4 要素を満たすものとし（およそ 300 疾患）、現行の医療費助成対象疾患（特定疾患治療研究事業の 56 疾患）のうち、この 4 要件を満たさないものについては別途検討する。

「患者紹介ビジネス」省令改正し禁止へ 過剰診療など懸念 厚労相、訪問診療の「ガイドライン」作りを示唆

厚生労働省は 10 月 23 日、「過剰な診療などのおそれがある不適切な訪問診療が、全国 20 施設で行われていた」との調査結果を公表した。

この「患者紹介ビジネス」の常態化を防ぐため、厚労省は有料老人ホームなどの事業者が在宅医療を受ける入所者を優先的に紹介する見返りに、医療機関から仲介代金を受け取る「患者紹介ビジネス」を禁止する方向で中央社会保険医療協議会（中医協）へ報告、対応策に着手した。

紹介ビジネスは、業者が有料老人ホームなど高齢者施設の患者を医師にあっせんする手法で、施設を訪問診療した医師が診療報酬から業者へ紹介料を支払ったり、紹介料の一部が施設側に渡ったりするケースもあるという。

現行制度では紹介ビジネス・紹介料は違法ではないが、患者が自由に医療機関を選べず、不要な診療が行われる恐れがあることから、不適切だと厚労省は判断したものである。

厚労省の調査結果は、都道府県などからの報告を基にまとめた。患者の紹介が確認された 20 施設は、認知症グループホームやサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）など。紹介を受けた診療所は医科で 5 カ所、歯科で 7 カ所、仲介業者は 3 社だった。医療機関が診療報酬の 10～15%を紹介料として業者に支払っていた例もみられた。この中には、入居者 33 人のうち 31 人が訪問診療を受けていた、低料金で入居できる軽費老人ホームもあった。

愛知県にある有料老人ホームの事業者は、入居者を優先的に紹介することの見返りとして、医療機関に診療報酬の 2 割を求めていた。

東京都の有料老人ホームの経営者は、訪問診療に来る医師に対し、診療報酬のうち医療保険が負担する分の 10%（医科の場合）または 15%（歯科の場合）を要求していた。ほかにも、同じような事例の情報が集まってきているという。

紹介料を払った医療機関は、紹介料を取り戻そうと過剰な診察を行う恐れがある。また、患者がホームで受ける診療が紹介料を払った医療機関に限定される可能性などを懸念した。

患者紹介ビジネス問題は、

- (1) 紹介料の授受について規制していくのか、
- (2) もし規制するなら省令を変えるなど、どのような方法が考えられるか、

の 2 点が焦点になる。

報告を受けた田村厚労相は 25 日の記者会見で、次のようにコメントしている（要約・抜粋）。

「20 件ほどの事例が報告された点では、現状下では法に触れるというわけではない。しかし本来の趣旨からすれば、こういうことを想定しておらず、不適切」、「訪問診療についてガイドラインをしっかりと整備していかなければならない。紹介料みたいなものを取るということ自体は、例えば療担規則（療養担当規則）の中で、明確に禁止する等の形の対応をしていきたい」。

25 日、厚労省は「患者紹介ビジネス」を禁止する方針を固め、省令改正案を中央社会保険医療協議会総会に示した。

併せて 2014 年度の診療報酬改定においては、医師に訪問診療の時間や病状を記録して、患者や家族に説明するよう求める。

医療施設動態調査

(平成25年8月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 4 施設の減少、病床数は 305 床の減少。
 一般診療所の施設数は 50 施設の増加、病床数は 274 床の減少。
 歯科診療所の施設数は 23 施設の増加、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

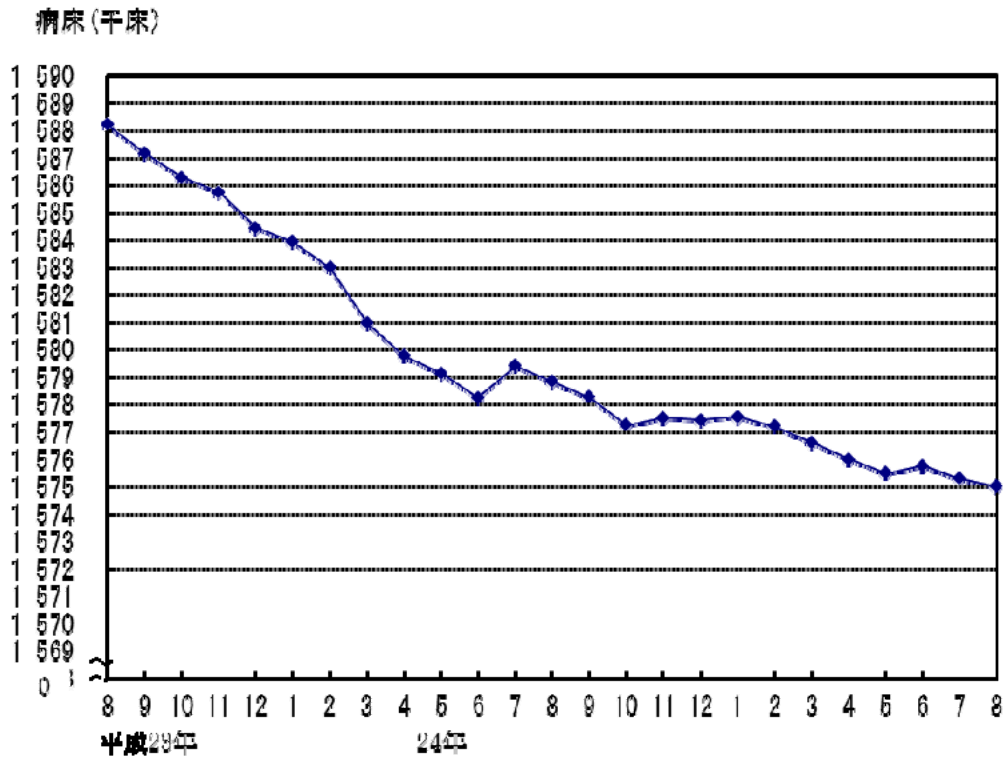
	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成25年8月	平成25年7月			平成25年8月	平成25年7月	
総数	177 643	177 574	69	総数	1 696 608	1 697 187	△579
病院	8 547	8 551	△4	病院	1 574 979	1 575 284	△305
精神科病院	1 069	1 070	△1	精神病床	340 290	340 484	△194
				感染症病床	1 815	1 814	1
結核療養所	-	-	-	結核病床	6 647	6 665	△18
一般病院	7 478	7 481	△3	療養病床	328 590	328 877	△287
療養病床を有する病院(再掲)	3 876	3 879	△3	一般病床	897 637	897 444	193
地域医療支援病院(再掲)	440	439	1				
一般診療所				一般診療所			
有床	100 443	100 393	50		121 533	121 807	△274
療養病床を有する一般診療所(再掲)	9 257	9 286	△29	療養病床(再掲)			
無床	1 237	1 242	△5		12 555	12 613	△58
歯科診療所	91 186	91 107	79	歯科診療所			

2 開設者別にみた施設数及び病床数

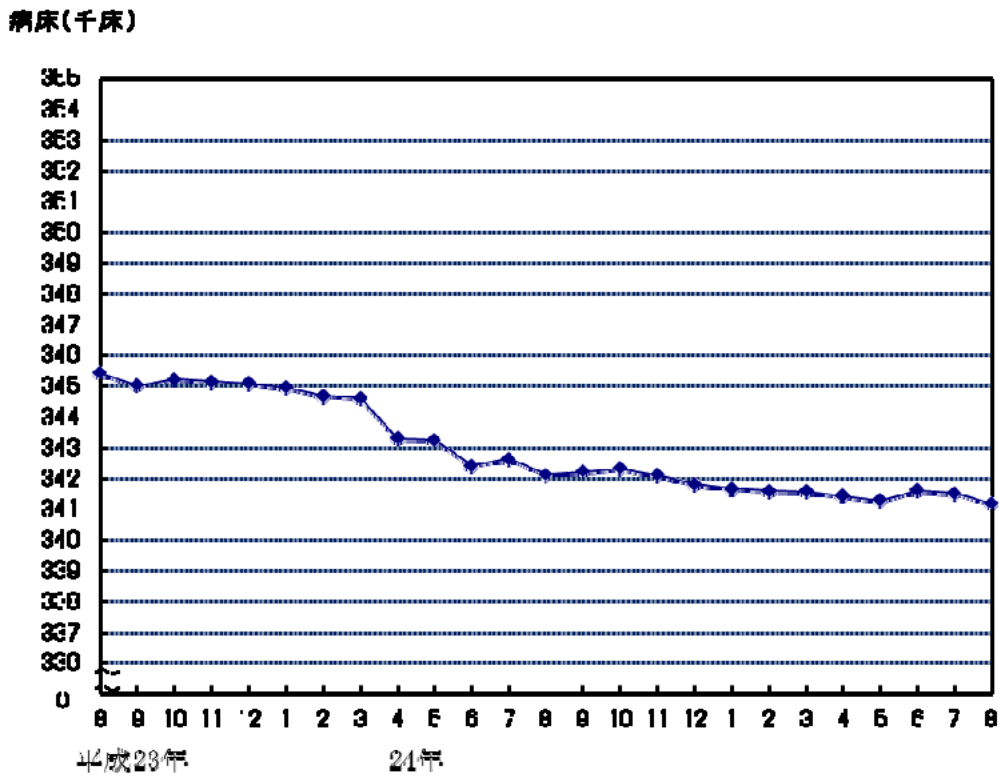
平成 25 年 8 月末現在

	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	8 547	1 574 979	100 443	121 533	68 653
国 厚生労働省	14	5 782	30	-	-
独立行政法人国立病院機構	144	55 402	-	-	-
国立大学法人	48	32 626	129	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 072	3	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 376	-	-	-
その他	25	3 805	423	2 269	1
都道府県	212	56 715	241	150	9
市町村	668	143 486	3 010	2 467	275
地方独立行政法人	78	29 824	15	-	1
日赤	92	36 901	209	19	-
済生会	79	22 035	53	10	-
北海道社会事業協会	7	1 862	-	-	-
厚生連	107	34 325	67	64	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
全国社会保険協会連合会	48	12 926	2	-	-
厚生年金事業振興団	7	2 795	-	-	-
船員保険会	3	786	7	10	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 743	344	10	4
共済組合及びその連合会	46	14 755	177	10	7
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	316	75 066	752	417	138
医療法人	5 726	855 500	38 492	83 728	11 887
私立学校法人	109	55 246	176	46	15
社会福祉法人	193	34 001	8 419	332	29
医療生協	85	14 218	322	248	47
会社	59	12 514	2 074	31	15
その他の法人	107	23 950	514	273	73
個人	322	30 948	44 970	31 430	56 150

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計



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、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。

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: リスクマネジメント > サブジャンル: リスクマネジメントと安全管理体制



業務の見直しと標準化

業務の見直しや標準化を通じて行う改善方法を教えてください。



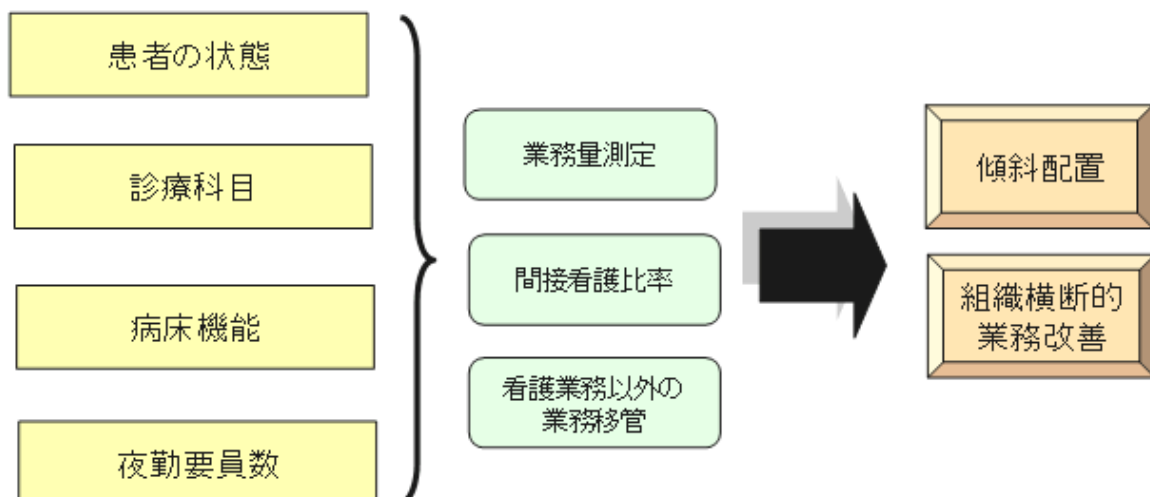
医療事故発生の要因のトップが「確認不足」であるということは、医療機関に共通した課題です。またその原因には、しばしば業務多忙が挙げられます。

医療機関では、同一の入院基本料を算定している複数の病棟を比較すると、病床機能や診療科目などによって、業務量が異なるのが通常です。具体的には、最も職員数の多い看護部門でみると、同一基準の看護配置を実施している病棟であっても、一方では重篤な患者が多く、他方は比較的状态の落ち着いた患者が多い場合には、業務量に差が生じてしまうことがあります。

この差を是正するためには、業務量に応じた看護体制を検討する必要があります。これが傾斜配置といわれるものであり、配置を調整することで職員一人当たりの業務量の標準化を図り、その差を解消することが期待できます。

また、本来重視されるべき直接看護に対し、間接看護（様々な記録や患者への説明、注射薬の取り揃え、注射薬のミキシング等）との比率を分析して、その業務配分状況、また他の部門に移管できる業務かどうかの判断など、看護部門と他部門間の横断的な業務改善への取組みについても、看護業務量の標準化に向けて重要なファクターとして位置づけられます。

さらに、業務移管などの人的要因と共に、物理的業務量の低減につながる記録の簡素化などは、システム導入で改善を図るなど、ソフトおよびハード両面からの検討が必要です。



経営データベース ②

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: リスクマネジメントと安全管理体制



コミュニケーション活性化による改善策
安全管理の観点から、コミュニケーションを活性化する方法を教えてください。

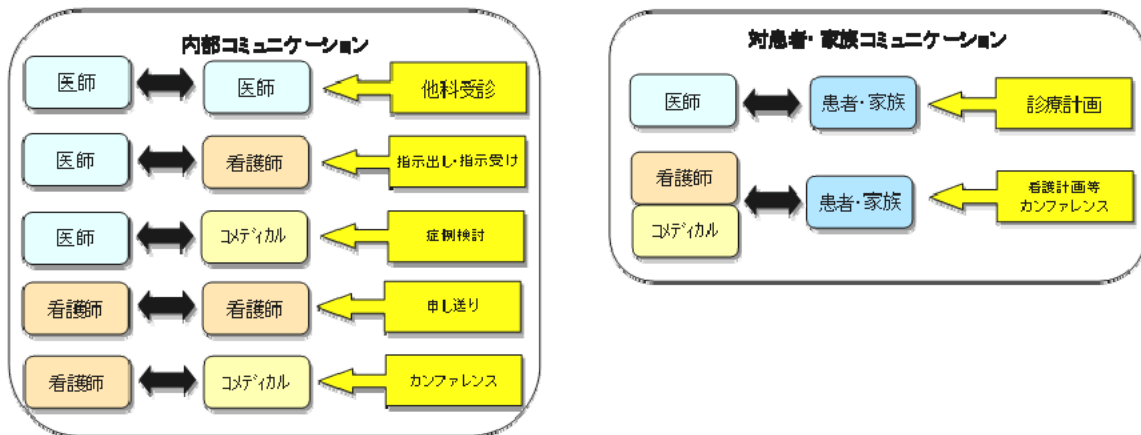


医療提供の主体はチームであるという考え方は、広く医療機関において浸透しています。しかし現実的には、医師と看護師との間で、適切な連携が取れているとは言いがたい状況です。

例えば、医師の指示変更で、その内容を医師に直接確認するという看護師は多くないはず。また、日常的コミュニケーションの不備があるため、診療計画や看護計画、リハビリ計画などで適切なアセスメントを行うことに、何らかの障害が生じているケースもあります。

つまり、「連携の不備」や「説明不足」というリスク発生要因の根源にあるのは、コミュニケーション不足に起因するエラーだといえるのです。

◆安全管理の観点からコミュニケーションを要する場面



日常的なコミュニケーションにおいては、指示命令系統上で、活性化を促進すべきポイントがあります。しかし、業務多忙を理由にした不徹底が常態化し、綿密なコミュニケーション構築への配慮を怠ると、エラーの連鎖に気づかないだけでなく、致命的なリスク発生に至る危険性が高くなってしまいます。したがって、次のようなポイントに留意して、コミュニケーションの活性化を図る取り組みが必要です。

