

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

高額療養費、上限見直し案 所得区分を細分化
社保審医療保険部会 一般所得層は負担減など

厚生労働省

UR、医療・介護施設整備—都市圏 100 団地に
20 年までに高齢入居者の住環境を整える事業

独立行政法人・都市再生機構(UR)

2

経営TOPICS

業界ニュース・法制関連

高額療養費の見直しについて

～第 68 回社会保障審議会医療保険部会配布資料より

3

経営情報レポート

発生メカニズムを知り組織で取組む
患者トラブル対応ポイント

4

経営データベース

ジャンル:経営計画 サブジャンル:経営計画の基本と実践

PDCAサイクルの展開方法

病医院理念の必要性

医療情報

ヘッドライン① 厚生労働省

高額療養費、上限見直し案 所得区分を細分化 社保審医療保険部会 一般所得層は負担減など

厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会（部会長＝遠藤久夫学習院大学経済学部教授）は10月7日開催、事務方（厚労省）は医療費の自己負担が増えすぎないように上限を設ける「高額療養費の見直しについて」、大幅な見直し案を同部会に示した。

見直しの大方針は、「上位所得層に負担増、一般所得増に負担減」という見直し案で、政府の社会保障国民会議が、所得区分を細かくするよう提案したのを受け、3通りの案を示した。ポイントは、「住民税が課税されている低所得者層の月額負担上限を引下げると同時に、財政影響を可能な限り小さくするために、高所得者の負担上限を引上げる」というものを骨子としている。

見直しのパターンは、70歳未満で1億人強の公的医療保険加入者を所得に応じて3つに分ける、3案が提示された。中でも70歳未満の低所得層の負担を多く減らす案（5区分）が有力で、収入に応じて負担額の上限などが異なる高額療養費制度について、年収770万円以上の人の負担額の上限を最大7割引き上げる案を示した。

これは、1カ月あたりの自己負担額の上限を70歳未満の人で年収770万円以上の場合、1割ほど引き上げて約16万7400円とし、年収1160万円以上の場合、7割ほど引き上げ、約25万2600円とする案となっている。

一方、年収210万円以上370万円未満の場合は3割ほど引き下げ、5万7600円となる。国や地方の負担が増える分には消費増税を充てるといふ。

高額療養費制度は、手術が必要だったり入院が長かったりして多額の医療費がかかる場合、患者の自己負担額が膨らむのを防ぐ仕組みで、患者はいったん窓口で全額を支払い、後に上限額を超えた分の払い戻しを受ける。

現行制度は、70歳未満で1億人強の公的医療保険加入者を所得に応じて3つに分け、自己負担の上限額を上区分からそれぞれ月約15万円、同8万100円、同3万5400円と定めている。

見直しのパターンで有力視される「案3」、つまり所得区分を現行の3段階から5段階に分ける案をベースに、今後検討が進むことになる。しかし7日の会議では、制度見直しで保険料負担が重くなる中小企業の協会けんぽなどが反対を表明するなど3案に対して各立場から異論が出てまとまらなかったが、今後、医療保険部会で改めて議論することはしない予定としている。

自己負担を軽減すればその分、公費や健保・国保など保険料からの支出は増える。保険料からの支出増は年間で600億円にも膨らみ、財政を圧迫する。部会では健保や国保を運営する市町村などから慎重論が相次いだ。最終的には厚労省への一任を決めた。同省はこの案を軸に今後財務省と調整を進め、年末のとりまとめを目指す「政治決着」の様相を呈している。

厚労省は、見直し案を26年度予算案決定時期の12月下旬までに取りまとめ、2015年1月から実施する方針。

UR、医療・介護施設整備一都市圏 100 団地に 20 年までに高齢入居者の住環境を整える事業

独立行政法人・都市再生機構（UR）は訪問介護事業所やデイサービス施設（通所介護施設）など医療・介護施設の整備に乗り出す。大都市圏の急速な高齢化を踏まえたもので、URが運営する 100 団地程度を重点団地として選定し、2020 年度までに高齢入居者が住み続けられる環境を整える。

URは全国に約 1700 団地、75 万戸の賃貸住宅を保有している。入居者の高齢化は進み、世帯主の平均年齢は 10 年で 56.8 歳と全世帯平均を上回った。中でも大都市圏の高齢化が著しく、60 歳以上が入居者の半数を超える団地もある。

2014 年度は首都圏などの 5～6 団地で住居棟を一部取り壊して空き地を確保、そのうえで介護事業者などに貸し出す。関連経費として来年度予算案の概算要求で国に 30 億円の出資を求めた。

URは介護・医療整備を進める部署を設置して、高齢者対策を進めており、千葉県柏市の豊四季台（とよしきだい）団地をモデルケースに訪問診療所、訪問看護ステーションなどが入った医療・介護拠点施設の整備を行っており、こうした取り組みを大都市圏の大規模団地に広げるのを狙いとしている。

高齢化対策の重点団地として指定する約 100 団地では、周辺の在宅医療・介護施設を調べ、不足しているサービスの提供などを定めた「安心居住アクションプラン」を策定する。

有識者による「超高齢社会における住まい・コミュニティのあり方検討会」では、UR団地を地域の医療福祉拠点として、国家的なモデルプロジェクトの実践する場に上げている。少子高齢社会が急速に進展する中で、UR都市再生機構では、UR団地及びその周辺地域で、高齢者がいつまでも安心して、生き生きと住み続けられる住まい・まちづくりを進めていて、このほど中間とりまとめを行った。

その趣旨は、以下のとおりである。

「超高齢社会における住まい・コミュニティのあり方検討会」の設置は、超高齢社会に対応した新たなライフスタイルやまちづくりのあり方のほか、Aging in Place（終の棲家）を実現するために、UR団地を活用した地域における医療福祉拠点の形成のあり方等について検討を行うのが目的である。

このたび、超高齢社会においてURが果たすべき役割等について一定の知見が得られたので、中間とりまとめとして報告する。

* 検討会における検討内容

- ① 超高齢社会に対応した新たなライフスタイルやまちづくりのあり方
- ② 地域の医療福祉拠点としてのUR団地のあり方
- ③ UR賃貸住宅の自立型の高齢者向け住宅改修のあり方及びUR団地並びに周辺地域へ

上記の 3 点を重点として、今後検討が重ねられる。

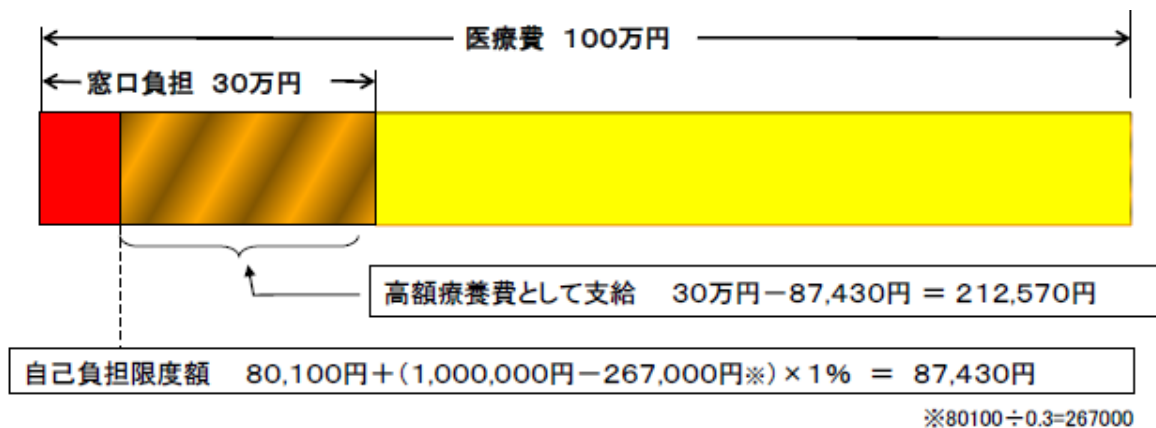
高額療養費の見直しについて

第 68 回社会保障審議会医療保険部会配布資料より

高額療養費制度の概要

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、被保険者が医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払った後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。
- （※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入
- （※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じ、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

■一般的なケース（3割負担）



（注）同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

高額療養費見直しの方向性について

- 高額療養費見直しについては、「社会保障制度改革国民会議報告書」に基づき、負担能力に応じた負担とする観点から、所得区分を細分化して、自己負担限度額をきめ細かく設定してはどうか。

<70歳未満>

- 現在の所得区分及び自己負担限度額は、「上位所得者（年収約770万円以上）」、「一般所得者（年収約210万円（※）～約770万円）」及び「低所得者（住民税非課税）」の3つに区分さ

れているが、報告書を踏まえ、「一般所得者」及び「上位所得者」の所得区分を細分化することとしてはどうか。また、それぞれの所得区分の自己負担限度額は、財源の確保にも配慮しつつ、現行と同様、総報酬月額の一定程度とする考え方を基本として設定してはどうか。

(※) 3人世帯(給与所得者、夫婦子一人の場合)

<70歳以上>

● 70-74歳の患者負担の見直しを行う場合には、その「一般所得者」及び「現役並み所得者」の所得区分を細分化することとしてはどうか。また、それぞれの所得区分の自己負担限度額は、現行と同様、70歳未満の自己負担限度額との均衡を考慮して設定してはどうか。

※なお、高額療養費の自己負担限度額を見直す場合、高額介護合算療養費の自己負担限度額についてもそれに伴う見直しが必要となる。

高額療養費の見直し案(案1)

高額療養費の見直し案(案1)

年齢区分	70歳未満		70歳以上	
	所得区分	月単位の上限額	所得区分	月単位の上限額
70歳未満	上位所得者 (標準: 報酬53万円以上 国保: 旧ただし書き所得が 年間600万円超)	150,000円+ (医療費-500,000円)×1% <4月目~: 83,400円>	年収約1,510万円以上 (標準121万円 (総報酬月額 125万円)、旧ただし書き: 225万円超)	322,500円+(医療費-1,075,000円)×1% <4月目~: 179,100円>
	一般所得者 (上位所得者・低所得者以外) (3人世帯(給与所得者/夫婦子1人) の場合: 年収約210万円~約770万円)	80,100円+ (医療費-267,000円)×1% <4月目~: 44,400円>	年収約1,160~約1,510万円 (標準65万 (総報酬 月額101万円)~115万円、旧ただし書き901万~1,235万 円)	252,600円+(医療費-842,000円)×1% <4月目~: 140,100円>
	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 <4月目~: 24,600円>	年収約970~約1,160万円 (標準55万 (総報酬月額 59万円)~70万円、旧ただし書き721万~901万円)	207,600円+(医療費-692,000円)×1% <4月目~: 115,200円>
			年収約770~約970万円 (標準53万 (総報酬月額67 万円)~位万円、旧ただし書き600万~721万円)	167,400円+(医療費-538,000円)×1% <4月目~: 93,000円>
70歳以上	現役並み所得者 (標準: 報酬28万円以上 国保: 課税所得145万円 以上(※))	80,100円+ (医療費-267,000円)×1% <4月目~: 44,400円>	年収約570~約770万円 (標準41万 (総報酬月額49 万円)~50万円、旧ただし書き370万~600万円)	122,400円+(医療費-408,000円)×1% <4月目~: 68,100円>
	一般所得者 (現役並み所得者・低 所得者以外)	12,000円 (70~74歳 は政令本則 24,600円)	年収約370~約570万円 (標準28万 (総報酬月額32 万円)~38万円、旧ただし書き10万~370万円)	80,100円+(医療費-267,000円)×1% <4月目~: 44,400円>
	低所得者 II (住民税非課税、年金収入80 ~160万円)	8,000円	年収約310~約370万円 (標準24万~26万円、旧た だし書き18万~210万円)	62,100円 <4月目~: 44,400円>
	低所得者 I (住民税非課 税、年金収入80 万円以下)	15,000円	年収約310万円以下 (標準22万円以下、旧ただし書き 165万円以下)	44,400円 <4月目~: 44,400円>
		70~74歳(3割・2割負担の者)	70~74歳(1割負担の者) 75歳以上	据え置き

(※) 課税所得145万円以上であっても、一定の収入(単身383万円、2人以上世帯520万円)未満の場合、一般所得者となる。

高額療養費の見直し案（案2）

年齢区分	月単位の上限額		月単位の上限額		注
	内国	外来 (個人ごと)	内国	外来 (個人ごと)	
70歳未満	上位所得者 （課税：標準33万円以上 課税：旧ただし書き所得が 年間600万円超）	150,000円+ (医療費-500,000円)×1% <4月目～: 83,400円>	252,600円+(医療費-842,000円)×1% <4月目～: 140,100円>	252,600円+(医療費-842,000円)×1% <4月目～: 140,100円>	○各区分の最低標準報酬月額に対応する総報酬月額の25%で設定。 (4月目以降は、年間最大負担額(当初3月+多数回数該当9月)が各区分の最低標準報酬月額に対応する総報酬月額の2月分となるよう設定) ○所得区分は約200万円毎(年収約770万円以上の層は約400万円毎)に設定。 ○協会けんぽの平均的な所得層 ○月単位の上限額は、80100円と35400円の間で設定 ○国保の所得区分のうち、新たに設ける区分は、各所得区分の最低標準報酬月額に対応する総報酬を、給与収入で得た場合の旧ただし書き所得で設定。
	一般所得者 (上位所得者・低所得者以外) (3人世帯(給与所得者/夫連子1人)の場合：年収約210万円～約770万円)	80,100円+ (医療費-267,000円)×1% <4月目～: 44,400円>	167,400円+(医療費-558,000円)×1% <4月目～: 93,000円>	167,400円+(医療費-558,000円)×1% <4月目～: 93,000円>	
	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 <4月目～: 24,600円>	122,400円+(医療費-408,000円)×1% <4月目～: 68,100円>	122,400円+(医療費-408,000円)×1% <4月目～: 68,100円>	
			80,100円+(医療費-267,000円)×1% <4月目～: 44,400円>	80,100円+(医療費-267,000円)×1% <4月目～: 44,400円>	
70歳以上	現役並み所得者 （課税：標準28万円以上 課税：標準所得145万円以上(※)）	44,400円	122,400円+ (医療費-408,000円)×1% <4月目～: 68,100円>	122,400円+ (医療費-408,000円)×1% <4月目～: 68,100円>	○70歳未満の年収約570万円～約770万円の上限額に合わせて設定 ○据え置き(特例措置を維持) ○国保の所得区分のうち、新たに設ける区分は、各所得区分の最低標準報酬月額に対応する総報酬を、年金収入で得た場合の課税所得で設定。
	一般所得者 (現役並み所得者・低所得者以外)	12,000円 (70～74歳は政令本則 24,600円)	44,400円 (70～74歳は政令本則 62,100円)	44,400円	
	低所得者 II (住民税非課税、年金収入80～160万円)	8,000円	24,600円	24,600円	
	低所得者 I (住民税非課税、年金収入80万円以下)	8,000円	15,000円	15,000円	
			70～74歳 (3割・2割負担の者)	据え置き	
			70～74歳 (1割負担の者) 75歳以上	据え置き	

6

高額療養費の見直し案（案3）

年齢区分	月単位の上限額		月単位の上限額		注
	内国	外来 (個人ごと)	内国	外来 (個人ごと)	
70歳未満	上位所得者 （課税：標準33万円以上 課税：旧ただし書き所得が 年間600万円超）	150,000円+ (医療費-500,000円)×1% <4月目～: 83,400円>	252,600円+(医療費-842,000円)×1% <4月目～: 140,100円>	252,600円+(医療費-842,000円)×1% <4月目～: 140,100円>	○各区分の最低標準報酬月額に対応する総報酬月額の25%で設定。 (4月目以降は、年間最大負担額(当初3月+多数回数該当9月)が各区分の最低標準報酬月額に対応する総報酬月額の2月分となるよう設定) ○所得区分は約400万円毎に設定。 ○協会けんぽの平均的な所得層 ○月単位の上限額は、80100円と35400円の間で設定 ○国保の所得区分のうち、新たに設ける区分は、各所得区分の最低標準報酬月額に対応する総報酬を、給与収入で得た場合の旧ただし書き所得で設定。
	一般所得者 (上位所得者・低所得者以外) (3人世帯(給与所得者/夫連子1人)の場合：年収約210万円～約770万円)	80,100円+ (医療費-267,000円)×1% <4月目～: 44,400円>	167,400円+(医療費-558,000円)×1% <4月目～: 93,000円>	167,400円+(医療費-558,000円)×1% <4月目～: 93,000円>	
	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 <4月目～: 24,600円>	122,400円+(医療費-408,000円)×1% <4月目～: 68,100円>	122,400円+(医療費-408,000円)×1% <4月目～: 68,100円>	
			80,100円+(医療費-267,000円)×1% <4月目～: 44,400円>	80,100円+(医療費-267,000円)×1% <4月目～: 44,400円>	
70歳以上	現役並み所得者 （課税：標準28万円以上 課税：標準所得145万円以上(※)）	44,400円	122,400円+ (医療費-408,000円)×1% <4月目～: 68,100円>	122,400円+ (医療費-408,000円)×1% <4月目～: 68,100円>	○据え置き ○特例措置を維持
	一般所得者 (現役並み所得者・低所得者以外)	12,000円 (70～74歳は政令本則 24,600円)	44,400円 (70～74歳は政令本則 62,100円)	44,400円	
	低所得者 II (住民税非課税、年金収入80～160万円)	8,000円	24,600円	24,600円	
	低所得者 I (住民税非課税、年金収入80万円以下)	8,000円	15,000円	15,000円	
			70～74歳 (3割・2割負担の者)	据え置き	
			70～74歳 (1割負担の者) 75歳以上	据え置き	

7

発生メカニズムを知り組織で取組む 患者トラブル対応ポイント

ポイント

- 1 多様化・深刻化する院内暴力
- 2 患者満足度とクレーム発生の関係
- 3 求められる組織的対応



■参考文献

『患者トラブルを解決する「技術」』（日経BP社）尾内 康彦 著

1 多様化・深刻化する院内暴力

■ 院内暴力の発生状況

(1)トラブルを引き起こす要因

患者からの暴言や暴力が起こる背景にはさまざまな要因があります。もともと悪意のない患者であっても、職員の対応への不満や待ち時間のストレスなどからいわゆる「怒り」という感情を引き起こし、暴言を吐くことがあります。また、患者が急に亡くなり、家族・関係者が動揺したり、精神性疾患による症状として引き起こさたりする暴力など、医療機関側としても、ある程度は理解を示さなければならないケースもあります。

しかし、不当な嫌がらせや暴力、ストーカーやセクハラ行為は犯罪であり、毅然とした対応が医療機関には求められます。そのためには、発生のメカニズムや引き金（トリガー）となる要因をよく知ることがポイントです。

◆トラブル発生に関する一般論

①緊張論

特定の社会構造における圧力などの緊張状態に、より多くさらされた者がフラストレーションに陥り、その心理的緊張の解消の手段として暴力行為に及ぶ。

②統制論

人々が暴力を振るわないのは、一定の社会的絆によって拘束されているからである。拘束する社会的絆が弱い人は暴力にコミットしたり反復したりする。

③文化的逸脱論

暴力に好意的なサブカルチャーがあり、それによって暴力に価値を認めることを学習した者が「価値の追求」として暴力を振るう。

④レイベリング論

共同体の内部で他者が、ある特定の人々に「乱暴者」「ならず者」といった烙印を貼りつけ、周囲の人がそのように扱っているうちに、烙印を貼られた当人がそのラベルにふさわしい「乱暴者」「ならず者」の役割を演じるようになる。

◆発生のトリガーポイント

- 不快な環境（気温、湿度、照明、騒音、臭気、衛生状態、混雑など）
- アルコール摂取
- 薬物の使用
- 自由にならない集団生活（飲酒、喫煙等）
- 有効な活動の不足（退屈したり、体力が余った状態）
- 意に添わない処置（吸引等の苦痛を伴うもの、オムツ交換等の羞恥を伴うものなど）
- 診療計画やケアプラン、処方の変更
- 担当者の変更
- 担当者によってかわる処置や説明
- 悪い知らせ（検査結果、予後の説明、依頼の拒否など）
- 職員の態度・接遇（感情的な対応、長い待ち時間で声かけがないなど）

ここで重要なのは、必ずしも患者側に問題があるケースばかりではなく、医療従事者側の問題が引き金になるケースもあるということを確認することです。

(2)トラブル発生の状況

東京都内の私大病院でつくる「私大病院医療安全推進連絡会議」が実施した調査によると、都内の私大病院の職員の4割が、患者やその家族から暴言や暴力、セクハラを受けるといった経験があり、それによると男性患者からの被害が多かったとの報告がなされています。

調査は、2011年12月、11病院の全職員2万9065人を対象に行われ、院内暴力を「暴言」「身体的暴力」「セクハラ」に3分類。全職員の44.3%（約1万人）が、過去1年以内に何らかの院内暴力を受けていました。また、暴言は職員全体の41.5%、暴力は14.8%、セクハラは14.1%が経験していました。

暴言の被害は「医師」「看護師、准看護師、保健師、助産師」「事務員」が多く、それぞれ4割以上が経験しており、一方暴力・セクハラ被害は「看護師、准看護師、保健師、助産師」が多く、どちらも2割以上が経験していました。

■ 報道に見る院内暴力の実態

院内暴力は増加傾向とともに、過激化しているのが実情です。最近では器物損壊や傷害致傷に留まらず、病院職員が死亡するといった事例も報告されています。

医療機関において患者が引き起こした事例を紹介します。

◆「待ち時間長い」と立腹 病院放火未遂で逮捕

逮捕容疑は、「待ち時間が長く腹が立った。診断結果も気に入らなかった」と、横須賀市の横須賀共済病院の地下2階機械室にシンナーをまき、ライターで火をつけて、床などを焦がした疑い。火災報知機が作動し、直後に消し止められ、けが人はいなかった。

◆患者刃物で病院職員刺傷

東京都新宿区のクリニックで、通院患者の男がカッターナイフを振り回し、臨床工学技士の女性ら3人が重軽傷を負う事件が起きた。男は人工透析中に突然、暴れ出したという。

◆医療機関で発生した過去の事件

2004年12月	東京都墨田区の病院で患者が同室の患者と看護助手計3人を殺傷
2005年11月	大阪市の病院で患者が職員3人を刺す
2006年3月	島根県江津市の病院で入院患者が絞殺される
2007年11月	佐賀県武雄市の病院で患者が撃たれ死亡

2 患者満足度とクレーム発生の関係

■ 患者クレーム発生のプロセス

患者満足度の低下に反比例して増加していると思われる、いわゆるモンスターパシエントに代表されるクレーマーについては、大きく以下の3つに分類されます。

① モンスターパシエント

医療機関の職員等に理不尽な要求やクレームを行い、暴言や威圧・威嚇、さらに暴力を繰り返すモラルに欠けた患者及びその家族。

② ハードクレーマー

クレーム内容に主観的・非合理的でかつ、長期に渡りクレームを言い続けるケースが多く、日常的な診療においてマニュアルでは対応困難なクレーマー。モンスターパシエント予備軍となる。

③ クレームをつける普通の患者

一般的なクレーマーで、概ねマニュアルで対応が可能なレベルのクレーマー。これに対して物言わぬクレーマーとしてサイレントクレーマーがある。

(2) 患者トラブル増加の背景

患者トラブルの増加の背景には、『社会情勢』、『患者を取り巻く外部環境』、『医療従事者の意識』、『患者の地域医療に対する意識』という4つの要因が考えられます。それぞれの変化が患者トラブルの増加をもたらしたのではないかと分析できます。

① 社会情勢の変化

● 90年代に年金・医療などのセーフティネットが半崩壊

● 自己責任の名の元に個人の安心が放置

「健康も命もお金次第」 ⇒ わが身を守るためには強く要求した方が得策という意識

② 患者を取り巻く外部環境の変化

● 医療費抑制策により、患者の自己負担増、規制緩和の促進

● 負担増に伴う医療機関に対する要求増加

「治療効果が出ない」 ⇒ お金は払いたくない

③ 医療従事者の意識の変化

● 患者満足度を上げる取組みにより、「患者様」として迎えるように教育

● 接遇研修に力を入れている医療機関ほど問題患者のターゲット

問題患者が発生しやすい状況 ⇒ 医療機関の方が作り出している

④ 患者の地域医療に対する意識の欠如

● 地域医療の急激な荒廃

● 荒廃している状況を患者は認識不足

医療サービス ⇒ 地域の限られた資源・公共財産という意識がない

3 求められる組織的対応

■ 施設基準に見る患者対話体制整備の必要性

(1) 患者サポート体制充実加算の新設

患者サポート体制充実加算は、医療従事者と患者との対話を促進することを目的として、平成24年の診療報酬改定時に新設された項目であり、入院基本料の加算として有床診療所でも算定できる項目です。

◆ 施設基準

- 相談窓口の設置
- 専任の窓口対応者（医師、看護師、薬剤師、社会福祉士等常時1名、研修修了者）
- カンファレンスの実施（週1回程度）
- 対応マニュアルの整備
- 相談内容の記録
- 実施内容等の掲示

(2) 運用事例

本体制構築にあたっては、相談体制の確立と院内の情報の共有がポイントです。患者暴力の芽を未然に摘み取るとともに、日常的なクレームに耳を傾け、収集、分析を経て、広く職員に情報発信していくことがその役割になります。

◆ 「患者サポート体制」相談窓口運用マニュアル(例)

(設置場所)

1. ○○病院医療福祉相談室に、患者支援体制の相談窓口（以下「相談窓口」とする）を設置する。
2. 病院内に相談窓口の常設及び活動に関する表示をおこない、入院案内の冊子に相談窓口の案内を載せ、患者・家族が利用しやすいように努める。

(活動方針)

1. 相談担当者は、患者や家族から疾病に関連する生活上の様々な相談に、専門技術を用いて支援する。
2. 相談担当者は、相談内容に応じて他部門と連携協働して支援する。

(報告体制)

1. 相談の実績は、日報・月報・年報を作成し、病院長に報告する。
2. 相談内容が苦情・意見の場合は「苦情・意見相談記録」を各部門の担当者に回覧し、病院長に報告する。緊急の対応を要する場合は、相談窓口責任者を通して、即時病院長に報告する。

経営データベース ①

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営計画の基本と実践

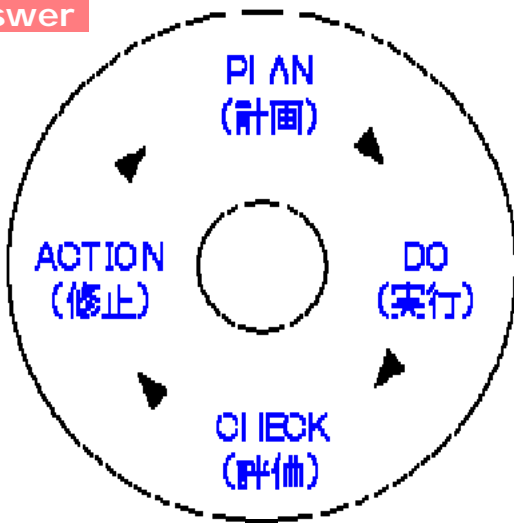


PDCAサイクルの展開方法

経営計画を遂行するためのPDCAサイクルの展開方法について教えてください。



目標管理のプロセスは、以下のようなサイクルが基本になっています。



- ① 経営計画を咀嚼（そしゃく）し、各部門で経営計画に向かって目標を立てる
その部門計画に基づき個人目標を設定し、計画達成と能力開発を図る
- ② 部門またはスタッフ一人ひとりが、それに基づいて実施する
- ③ その結果を定期的に検討し、課題の発見と解決策について検討する
- ④ 解決策に基づいて、対応する

医療機関は施設や設備に多額の投資が必要であるとともに、医療サービスの提供を担う人材が重要です。したがって、財務基盤の強化と併せて、人材育成・教育に力点を置かなければなりません。

財務基盤を強化するためには、短期・中期経営計画の中で資金調達および返済計画を立てて、キャッシュフロー経営を行うことが必要です。また、質の高い医療サービスを提供しつづけるためには、人材の育成・教育も短期・中期経営計画の中で明確にし、実行することが求められます。その中には職員の意識改革も含まれるため、収入の確保、経費の削減といった成果への効果も期待できます。

また、経営体質の基盤となる組織（医療法人、病医院）の目標は、法人（病医院）理念からスタートし、法人の経営目標、部門目標そして個人目標へと大きな目標がブレイクダウンされ、さらに職員一人ひとりがそれに向かって邁進することで、その総和が法人の経営目標の結果となるのです。つまり、経営計画遂行に向けたPDCAサイクルを適切に回していくためには、個人の目標設定が重要になります。

したがって、経営計画は経営目標に従ったものであり、かつ、ブレイクダウンした個人目標は経営計画に則ったものでなくてはなりません。さらに個人目標は、より具体的で達成可能なものとする事で、個々の目標達成のための意欲が喚起されます。

このことから、個人目標は、より具体的で到達可能な目標を立てやすいため、「中期経営計画」より「短期経営計画」にリンクするようにする形が望ましいでしょう。

経営データベース ②

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営計画の基本と実践



病医院理念の必要性

病医院理念とはどのようなものなのですか？ また、なぜ必要なののでしょうか？



病医院理念は、経営を行っていく上での活動のよりどころであり、指針を与えるとともに、戦略策定の際の前提となるものであり、戦略の上位概念として位置づけられます。病医院理念の策定にあたっては、次の3つの視点から検討します。

●存在価値・使命

社会にどんな価値を提供したいか、それが社会にどのような意味があるのか、そもそも自院が何のために存在するのか

例) 「患者様の健康増進に役立つ」、「安心、楽しい時をつくる」

●経営姿勢

経営を遂行していく上で重んじること

例) 「創意工夫を重んじる」、「安全とスピードを重んじた組織行動をとる」

●行動指針

職員一人ひとりに心がけてほしいこと

病医院運営において理念が機能するためには、理念が誰の目にも納得できるもので、かつ価値あるもの、そして日常の行動規範として組織の構成員一人ひとりにしみこんだ空気のような存在になることが求められます。それは、自院の風土（組織風土）となることでもあります。

そうした意味では、病医院理念は自院が依って立つところを示すことはもちろん、自院が存続していくために「すべきこと」「してはいけないこと」を明確に示すものであることが必要です。

