

**週刊 医業経営****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**

消費税 10%時、2兆円弱を  
医療機関と国民で負担 保団連試算

全国保険医団体連合会

医療費「都道府県別抑制」へ目標設定  
政府 医療費抑制の検討開始

政府

**2 経営TOPICS****統計調査資料**

最近の医療費の動向(平成 26 年 1~2 月号)

**3 経営情報レポート**

ヒヤリ・ハット事例検証  
クリニックの医薬品安全対策ポイント

**4 経営データベース****ジャンル:人材・人事制度** サブジャンル:コーチング

コーチングとは  
コーチング導入による効果

## 医療情報

### ヘッドライン ①

全国保険医団体連合会  
(保団連)

# 消費税 10%時、2兆円弱を 医療機関と国民で負担 保団連試算

全国保険医団体連合会(保団連)は8月11日、全国の診療所における、消費税に伴う医療機関の控除対象外消費税の影響調査を実施し、公表した。

保団連の姿勢は消費税そのものに反対するとともに、損税を申告して還付させる「ゼロ税率」の導入を提案しており、ゼロ税率なら医療機関にも患者にも負担は発生しない、という原理原則で通してきた。その理由として「損税を医療機関だけの問題にしては、国民から理解を得られない。医療費や食料品をはじめ、生活必需品すべてのゼロ税率を要求し、国民的な運動にしたい」と保険医の一人は語る。「海外では日本より税率が高い国があるが、その多くが生活必需品はゼロ税率や軽減税率だ」という声が多いことも根拠になっている。

保団連の影響調査結果によると、2014年度診療報酬改定において、消費税分は、ほぼ補填されている結果となったが、同一建物に対する「在宅訪問診療料2」を算定する医療機関における消費税対応分を除いた2014年度の実質改定率は、平均マイナス4.4%となった。

また、現行の非課税制度を続けた場合の医療機関や患者、保険者の負担も試算した。消費税率10%引き上げ時には、合わせて1兆8600億円程度となる見込みで、医療費は非課税前提としているが、診療報酬で補てんとすると、「医療機関でなく、患者らが不透明な形で負担するという矛盾が拡大する」(保団連)として、社会保険診療に対する「課税ゼロ税率」を適用し、国が負担するように求めている。

る。

調査は、7月に全国の内科診療所19、内科以外の診療所12、合計31の診療所に対して実施し、2014年度6月の電子レセプトデータを改定前後の点数で置き換え、決算書データから、消費税の影響などを調査した。

2014年度における消費税対応分の保険収入は、平均プラス0.73%で、政府が医科本体に充てたと主張する「プラス0.71%」とほぼ同一、消費税対応分を除いた実質改定率についてもプラス0.16%となり、政府の主張する「プラス0.11%」と、ほぼ合致した。

ただ、「在宅訪問診療料2」を算定する医療機関では、実質改定率が平均でマイナス4.40%となり、最大でマイナス10.0%の診療所もあった。「在宅訪問診療料2」は、「同一建物における、同一日の複数訪問時」の新設点数で、従来の約4分の1に引き下げられていて、その影響が大きい。

また今回の調査で保団連は、消費税率10%に引き上げ時の医療機関、患者、保険者の消費税負担の試算も実施した。

5%時には医療機関の負担は4300億円だったが、今回改定分を考慮しても、10%時には1700億円増の6000億円で、薬剤費などを通じ、患者や保険者が負担する消費税は、5%時の5000億円から10%時は7600億円増の1兆2600億円となるとみている。合わせると、医療機関、患者、保険者の消費税負担は、10%時に1兆8600億円に上ることとなり、保団連は根本的な解決に向け、課税ゼロ税率を求めている。

## 医療費「都道府県別抑制」へ目標設定 政府 医療費抑制の検討開始

政府は8月11日、都道府県別の医療費支出目標の設定に向け、官邸で有識者による専門調査会の初会合を開いた。

これは医療機関が請求するレセプト（診療報酬明細書）などのデータを活用し、高齢化に伴って増え続ける医療費を抑制することをねらいとしており、年内にも、地域ごとの適正な病床数や人口、年齢構成などを踏まえ、支出目標を定めるための算出方法を示して、2015年度の目標導入を目指すとする。

その背景には、医療費の伸び率が国内総生産（GDP）を上回っており、どのように上昇を抑えるかが経済再生や財政健全化にとって重要な課題となっている現状があり、カギを握る財務省、麻生財務大臣の懸案となっている。

専門調査会は、社会保障制度改革推進会議（本部長・安倍晋三首相）の下部組織に位置付けられ、支出目標の設定は6月に閣議決定された経済財政運営の基本方針「骨太の方針」に盛り込まれており、これから具体的な検討を始める。

算出方法は、産業医科大学（福岡県）の松田晋哉教授らが開発した、診療科別の入院患者数▽救急車による平均搬送時間▽人口構成、などを基に地域単位で合理的な医療費を推計するシステムがベースとなる。

政府は現段階で各都道府県に対し、2015年度にも医療と介護費に関する1年間の「支出目標」（上限額）を設定させる方針を決めた。医療機関が請求するレセプト（医療費の内訳を記した診療報酬明細書）や特定健診などのデータに基づき算出し、膨らみ続ける医療と介護費の抑制を目指す本格的な作業に着手した。

税と保険料で賄った2012年度の医療費（自己負担分は除く）は35兆1000億円で、介護費（同）は8兆4000億円である。団塊の世代が全員75歳以上となる25年度には、それぞれ54兆円と19兆8000億円の膨らむと推計されている。国の財政を圧迫する最大要因とされる。

目標設定に当たってはレセプトのほか、価格の安い後発医薬品の普及率▽平均入院日数▽高齢者数などの人口構成、などの指標を使い、複数の市町村にまたがる地域ごとに「妥当な医療費」を算出する。医療費の低い地域を「標準集団」と位置づけ、都道府県が妥当な支出目標を決める。

政府は目標を超えた都道府県に対し、当面はペナルティーを設けない方向だが、原因の分析と具体的な改善策の策定を義務づけ、支出の抑制を促すことになるとみられる。

# 最近の医療費の動向

平成26年 1～2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
		75歳未満	被用者 保険	本人	家族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳以上	
平成 21 年度	35.3	21.5	10.5	5.3	4.7	11.0	1.3	12.0	1.7
平成 22 年度	36.6	22.1	10.8	5.4	4.9	11.3	1.5	12.7	1.8
平成 23 年度	37.8	22.6	11.0	5.5	5.0	11.5	1.5	13.3	1.9
平成 24 年度	38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0
4～9月	18.9	11.2	5.4	2.8	2.4	5.8	0.7	6.7	1.0
10～3月	19.5	11.6	5.7	2.9	2.6	5.9	0.8	6.9	1.0
平成 25 年度 4～2 月	35.8	21.0	10.3	5.3	4.5	10.7	1.3	13.0	1.8
4～9月	19.5	11.4	5.6	2.8	2.4	5.9	0.7	7.0	1.0
10～2月	16.3	9.6	4.7	2.4	2.1	4.9	0.6	5.9	0.8
1月	3.3	1.9	0.9	0.5	0.4	1.0	0.1	1.2	0.2
2月	3.1	1.9	0.9	0.5	0.4	0.9	0.1	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 入院	医科 入院外	歯科	調剤	入院時 食事 療養等	訪問看護 療養	(再掲)	(再掲)	(再掲)
									医科 入院 +医科 食事等	医科 入院外 +調剤	歯科 +歯科 食事等
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
平成 24 年度	38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
4～9月	18.9	15.3	7.3	6.6	1.3	3.2	0.4	0.05	7.7	9.8	1.3
10～3月	19.5	15.6	7.5	6.8	1.3	3.4	0.4	0.05	7.9	10.2	1.3
平成 25 年度 4～2 月	35.8	28.6	13.7	12.4	2.5	6.4	0.7	0.11	14.4	18.8	2.5
4～9月	19.5	15.6	7.5	6.8	1.4	3.4	0.4	0.06	7.9	10.2	1.4
10～2月	16.3	13.0	6.2	5.6	1.1	3.0	0.3	0.05	6.6	8.6	1.1
1月	3.3	2.6	1.3	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2
2月	3.1	2.5	1.2	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.7	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							歯科計	保険 薬局	訪問 看護 ステー ション
			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 21 年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	▲ 4.2	1.9	▲ 0.7	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
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲ 5.9	0.3	1.4	1.3	19.0
4～9月	1.7	1.8	2.4	4.3	2.8	2.0	▲ 6.4	0.1	1.9	0.9	17.8
10～3月	1.7	1.8	2.3	3.9	2.4	2.0	▲ 5.3	0.5	0.8	1.6	20.1
平成 25 年度 4～2 月	2.2	1.5	1.7	3.5	0.7	2.3	▲ 6.3	0.7	0.8	6.1	14.3
4～9月	2.9	2.1	2.3	3.7	1.4	2.9	▲ 5.3	1.6	1.2	7.0	15.3
10～2月	1.5	0.7	1.1	3.3	0.0	1.5	▲ 7.6	▲ 0.3	0.4	5.1	13.1
1月	2.2	1.2	1.6	6.0	0.1	2.0	▲ 9.8	0.2	3.2	5.8	14.1
2月	1.4	0.8	1.0	2.2	0.6	1.3	▲ 7.0	0.1	▲ 1.0	5.0	12.2

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 21 年度	1.9	2.7	▲ 0.2	0.7	4.1	0.3	▲ 2.3	0.7	▲ 2.0
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
平成 24 年度	0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
4～9月	0.1	▲ 0.3	▲ 4.0	▲ 3.2	2.1	0.2	1.3	3.1	▲ 0.1	1.1
10～3月	0.5	0.2	▲ 4.9	▲ 2.8	1.6	▲ 0.0	0.8	4.6	4.2	0.6
平成 25 年度 4～2 月	0.7	0.9	▲ 1.9	▲ 2.3	1.8	0.9	▲ 0.7	2.6	▲ 1.5	1.1
4～9月	1.6	1.9	▲ 0.6	▲ 1.4	2.4	1.3	0.1	2.7	0.7	1.7
10～2月	▲ 0.3	▲ 0.3	▲ 3.2	▲ 3.4	1.1	0.4	▲ 1.6	2.6	▲ 3.8	0.5
1月	0.2	▲ 0.6	▲ 1.9	▲ 3.4	3.1	3.4	▲ 1.8	5.0	▲ 0.5	0.7
2月	0.1	0.5	5.8	▲ 3.3	1.1	▲ 2.7	▲ 3.1	0.3	▲ 4.5	0.4

## (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	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	歯科病院
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
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0
4～9月	3.2	5.6	3.9	2.3	2.2	▲ 0.5
10～3月	2.9	4.4	3.1	2.3	3.5	▲ 1.4
平成 25 年度 4～2 月	1.6	1.1	1.1	1.8	2.4	▲ 4.0
4～9月	2.0	1.5	1.6	2.2	3.2	▲ 3.5
10～2月	1.1	0.6	0.5	1.3	1.5	▲ 4.7
1月	1.7	3.3	0.3	1.9	1.2	▲ 5.1
2月	1.2	▲ 0.9	1.6	1.2	0.2	▲ 5.0

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。

# ヒヤリ・ハット事例検証 クリニックの医薬品安全対策ポイント

## ポイント

- 1 法令で義務化された医薬品安全対策
- 2 処方に関するヒヤリ・ハットの実態と安全対策
- 3 薬局事例からみる連携強化による防止策



# 1 法令で義務化された医薬品安全対策

## ■ 重大なアクシデントに直結する医薬品のリスク

医薬品に関する事故のリスクは医療行為の中でも高く、処方・調剤する医師と薬剤師はもちろん、実際の投与に関わる看護師の責任は重大です。これに関連するリスクを低減するためには、医師や看護師は薬に関する情報と患者の情報（疾患やアレルギー等）を把握し、処方ミスや与薬ミスに十分対応しなければなりません。また薬剤師においても、同様に調剤過誤を減らす努力を継続する必要があります。

### (1) 医薬品に関するインシデント報告

厚生労働省の医薬品・医療機器等対策部会では、発生したインシデント事例について定期的に検討および調査を実施しており、直近では平成23年1月1日～6月30日の間に報告された事例の情報を公開しています。

#### ◆ 医薬品安全使用対策調査結果 ～ 厚生労働省：医薬品・医療機器等対策部会による(合計：198件)

調査結果	事例件数	割合
医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要、又は可能と考えられた事例	2	1.0%
製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例	5	2.5%
ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	162	81.8%
情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例	29	14.7%

### (2) 事故およびヒヤリ・ハットの実態

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられる事例を整理すると、下記のような傾向に分類できます。

#### ◆ ヒューマンエラー・ヒューマンファクター起因のインシデント件数(合計：162件)

項目	件数	比率	項目	件数	比率
確認不足	112	69.1%	連携不足	3	1.9%
観察不足	13	8.0%	知識不足	9	5.6%
説明不足	4	2.5%	心理的状況(慌てていた)	15	9.3%
判断誤り	1	0.6%	技術未熟	1	0.6%
思い込み	1	0.6%	誤入力・誤記載	3	1.9%



## 2 処方に関するヒヤリ・ハットの実態と安全対策

### ■ 薬剤処方をめぐるヒヤリ・ハット

疑義照会とは、クリニックと調剤薬局との間で日常的に発生するものです。これは、クリニックの薬剤処方ミスについて薬局が気付いた事例であることから、未然に防止したという視点からは、チェック機能が働いたケースであるともいえます。しかし、このようなクリニック側のミスが薬局でのチェックに漏れ、患者に処方されてしまった場合はアクシデントになります。また、正しい処方せんが発行されていても、薬剤師が調剤ミスを犯すケースもあります。

### (1) 処方過誤が起因となるアクシデント

クリニックが発行した処方せん内容にミスがあったものの、薬局でも見逃され、そのまま処方薬が患者に渡ってしまったケースは、処方過誤によるアクシデントです。

#### ◆ リスクが比較的高い処方過誤

- ① 規格違い、単位間違い、用法用量違い
- ② 不要な薬が出ていた、必要な薬を出さなかった
- ③ 似たような名称の薬を処方した
- ④ 他院受診による投薬の事実を確認せず、重複投与したり、禁忌薬を処方したりした
- ⑤ 事務で処方せん入力の際に誤入力した

### (2) 調剤ミス等が起因となるアクシデント

クリニックから発行された処方せんに問題がなくても、薬局側でミスが発生すると、アクシデントとなる可能性が高まります。

### (3) 薬局で処方過誤に気づいた事例 ～ヒヤリ・ハット

処方過誤は、薬局の監査によって、患者が処方薬を受け取る前に気付いた場合にインシデントに該当するというケースです。これは、事前に把握できた良い事例であることから、アクシデントに至らずに済んだ行為や事由が、以降の防止徹底に向けた重要なファクターになります。

その後処方医に確認し、正しい処方に変更してもらう仕組みが「疑義照会」であり、例えば、保険証の記号・番号間違いも疑義照会の対象となります。

### ■ 薬剤処方をめぐるヒヤリ・ハット

安全対策活動における最初の取り組みは、院内で発生した事例を取り上げ、発生原因について分析したうえで、再発防止に向けた対応策を行うことであり、疑義照会における過誤についても同様です。

### 3 薬局事例からみる連携強化による防止策

#### ■ 調剤薬局におけるヒヤリ・ハット

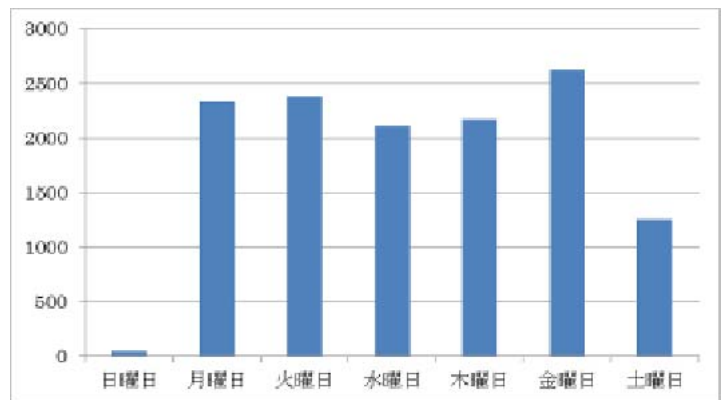
公益財団法人日本医療機能評価機構が実施する「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」の平成22年度年報によると、12,904件（3,458施設）が報告されています。

#### (1) 繁忙時間に集中するヒヤリ・ハット

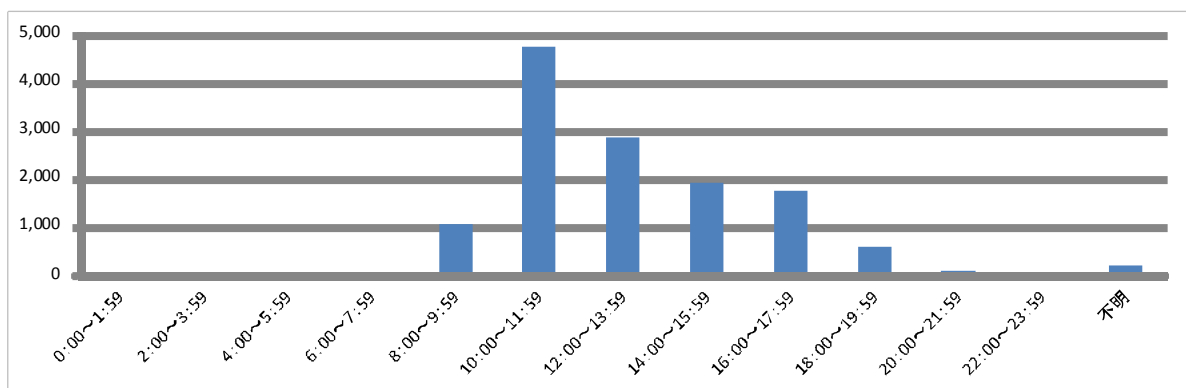
ヒヤリ・ハット事例の発生状況をみると、月～木曜日は16%～18%程度、金曜日のみ20%を超えており、さらに、業務繁忙時間帯の2時間に発生件数のうち36%が集中しています。

#### ◆ 発生曜日

発生曜日	件数	比率
日曜日	43	0.3%
月曜日	2,329	18.0%
火曜日	2,383	18.5%
水曜日	2,103	16.3%
木曜日	2,167	16.8%
金曜日	2,625	20.3%
土曜日	1,254	9.7%
合計	12,904	100.0%



#### ◆ 発生時間帯



(出典：公益財団法人 日本医療機能評価機構)

#### ■ 具体的事例と連携強化による改善

#### (1) ヒヤリ・ハットの具体的事例

##### ① 名称類似

名称類似を原因とするエラーは、処方・調剤とも発生件数が多く、特に注意が求められます。さらに、薬効が大きく違う場合には重篤なアクシデントに結びつくリスクが高くなることから、

より慎重な対応が必要です。

医薬品には、下記のような名称類似例があります。

医薬品の組み合わせ（販売名、およびその薬効）	
ムコダイン錠 500mg 【薬効】呼吸器官用薬、去たん剤	ムコスタ錠 100mg 【薬効】消化器官用薬、消化性潰瘍用剤
クラビット錠 【薬効】化学療法剤、合成抗菌剤	クラリシッド錠 200 mg 【薬効】抗生物質製剤、主としてグラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの

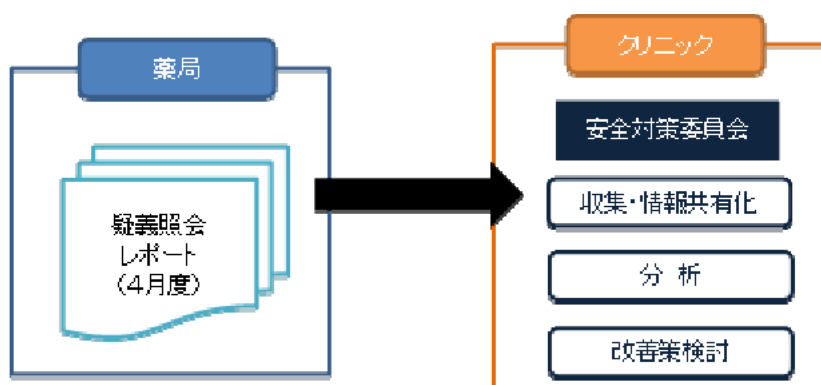
薬効	医薬品の組み合わせ		件数
2文字のみ一致（25件）			
同じ	マグミット錠 330 mg	マグラックス錠 330 mg	10
	ベザテートSR錠 200	ベザトールSR錠 200 mg	4
	MS冷シップ「タイホウ」	MS温シップ「タイホウ」	2
	メパロチン錠 5	メバン錠 5	1
異なる	ムコダイン錠 500 mg	ムコスタ錠 100 mg	6
	クラビット錠	クラリシッド錠 200 mg	1
	ユリノーム錠 25 mg	ユリーフ錠 4 mg	1

## (2) アクシデント防止のための連携強化

ヒヤリ・ハットの発生件数をゼロにすることは不可能に近いものの、エラーをなくす取り組みを通じて、アクシデントの総件数を減らすことはできます。そのためには、日常的に発生するエラー（処方・調剤ミス）を認識することから始めなければなりません。

そして処方医としては、疑義照会に対して随時場当たりの対応するのではなく、疑義内容を把握し、原因分析を通じて、改善と再発防止に向けて、薬局と共同した取り組みを徹底することが求められます。

具体的には、毎月の疑義照会について薬局にレポート作成を依頼し、これに基づき院内で安全対策委員会を開催して職員と情報を共有化し、リスクの高い項目については発生原因を分析するとともに、改善行動に結びつけるサイクルを確立する活動を進めることが望ましいといえます。



# 経営データベース ①

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: コーチング



## コーチングとは

コーチングとはどのようなものですか。カウンセリングやコンサルティングとはどのように違うのでしょうか



カウンセリングやコンサルティングは、相手の問題解決（精神面や事柄）に焦点を当てます。一方、コーチングは、「相手の自発的な行動を促すコミュニケーションの技術」です。

多くの場合、目標を達成したり、障害を打開したりするための答えや能力は、その人自身が持っているものです。コーチングでは、質問や提案、承認などによって相手の考えや能力、知識などを引き出し、目標を達成するための最善の方策について話します。そして確実に行動が起これるように継続的なサポートをしていきます。

達成したい目標と現状の間に、多くの場合に「ギャップ」が存在します。時間の経過と共に成長し、目標へと近づいていくことが理想です。しかし、実際には目標までまっすぐ進めないことがほとんどです。

この「ギャップ」を埋めるためには、行動することが必要です。しかも、目標に対して出来るだけ無駄のない行動をとることが、目標達成を早めることにつながります。漠然と、「いつかはこうなりたい」「〇〇を手に入れたい」「自分の活躍の場は他にあるはず」と考えていても、本当はどうなりたいのかが明確になっていないと、どんな行動を起こすことが必要なのか、明確にはなりません。

コーチングでは、下記の4つの項目を意識して目標達成をサポートしていきます。

目標達成に関する会話そのものは日常的に行っていることが多いはずですが、コーチングの中では日常会話とは少し異なり、「答えは相手自身が持っている」という原則のもとで、下記の4つの項目で相手に気づきを与えることを意識して質問していきます。

- ①「目標（ゴール）」は何か
- ②それに対して「現状」はどうなっているのか
- ③目標と現状の間にはどのくらい「ギャップ」があるか
- ④その「ギャップ」を埋めるためには、どんな「行動」を起こしたらよいのか

## 経営データベース ②

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: コーチング



### コーチング導入による効果

医療機関においてコーチングを活用した場合、どのような効果が期待できますか。



### ■コーチングが活用できる場面

コーチングは、患者との信頼関係の構築、医療スタッフ間（上下関係を含む）の関係改善、職員の自立性の向上など多くの場面で効果が期待されます。

- 医療従事者と患者とのコミュニケーションの改善
- 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、上司 ⇄ 部下間のよりよい関係づくり
- 後輩指導の目標管理ツール
- 自分自身のセルフコーチング

コーチングの活用により、チーム医療における看護師・その他医療スタッフ、そして患者との理想的な人間関係を構築することができます。

また、コミュニケーション・スタイルは、「指示型」から「支援型」へ変革します。

コーチングスキルを用いて会話を重ねることにより、相手の心の扉を開き、信頼関係を築くことにつながるため、本人のニーズや思いを聞き出し、その解決方法や目標を達成させるための手段や、さらには、そのためにどのような行動をするか話し合ったりすることができるようになります。すなわち、「指示型」ではなく、相手が目標を達成するための課題解決を支援する「支援型」のコミュニケーション・スタイルへ変革することができます。

### ■コーチングの活用による効果

- 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・ヒヤリハット事例が減少する。
- いろいろな視点から物事を「見る」「聴く」「考える」ことができる。
- 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。
- リーダー間のサポート体制を強化し、部下の成果を創り出していく。
- 部下を「自発的に動かす」ためのスキルが身につき、部下指導を向上させる。
- 各自が目標や夢を明確に持ち、これらを共有し実現に向かって具体的に行動する。