

医療情報
ヘッドライン

官民データ活用推進基本計画が閣議決定 審査ルール統一で約400億円コスト削減

▶首相官邸

大病院の紹介状なし受診の定額負担 9割以上が5,000～6,000円に設定

▶厚生労働省

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成28年12月分概数）

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: 契約職員
契約職員の労働契約に関する注意点
派遣契約と派遣職員の待遇

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

官民データ活用推進基本計画が閣議決定 審査ルール統一で約400億円コスト削減

首相官邸

5月30日、「官民データ活用推進基本計画」が閣議決定された。現状は都道府県によって異なるレセプト審査のルールの統一を進め、医療保険業務の効率化を図り、不要な審査を排除することにより、約400億円のコスト削減を目指す。

■全国共通の審査システムを2020年までに 立ち上げ、各医療機関に審査ルールを公開

「官民データ活用推進基本計画」は、閣議に先立って開催された高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT 総合戦略本部）と官民データ活用推進戦略会議の合同会議で策定された。

レセプト審査ルールを統一させるため、全国共通の審査システムを2020年までに立ち上げ、各医療機関に審査ルールを公開する方針としている。

併せて、レセプト審査機関である社会保険診療報酬支払基金の人件費も削減し、審査業務にかかるコストを圧縮していく。

現在、レセプト審査は年間で約20億件のほぼが、審査ルールが統一されていないため、地域差があるだけでなく、審査員によっても審査結果に違いが生じている。

そのため、無駄な返戻が多いとの指摘が相次いでいた。差し戻しが増えれば、必然的に支払基金の作業量が嵩み、人件費が増えることにつながることから、効率化を図るためにも審査ルールの統一化が求められていた。

■レセプト形式も、一元化したコンピュータ チェックルールに適した内容へと見直し

一方、レセプトを医療ビッグデータとして活用するため、審査システムそのものをゼロベースで見直す方針がすでに打ち出されていることもあり、共通のシステムを立ち上げることが決定した。

昨年12月には厚生労働省の「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」で提言が取りまとめられており、医療機関が事前にコンピュータチェックできるようになる見込みとなっている。社会保険診療報酬支払基金が一元的にシステムを構築し、各医療機関が活用できる仕組みにする方向のため、医療機関側が新たにシステムを構築することにはならない。

レセプトの形式も、一元化したコンピュータチェックルールに適した内容へと見直される方向で、具体的には、コンピュータチェックでエラーとなった請求項目のうち、詳細記述項目の内容をテキスト解析し、頻繁に記述される項目については、オプションとして選択式項目を用意する。医療行為を行った理由や対象部位などを選択して送付できるシステムとすることで、処理時間の短縮を図る。医療機関にとって、レセプト処理は時間と労力を必要とする作業のひとつだけに、実際にどのようなシステムが導入されるのか、レセプトの形式がどうなるかの動向については、今後も注視が必要だといえる。

大病院の紹介状なし受診の定額負担 9割以上が5,000～6,000円に設定

厚生労働省

5月31日、中央社会保険医療協議会は総会を開催し、昨年度の診療報酬改定による影響調査の結果、大病院に義務付けられた「紹介状なし」受診時の定額負担は5,000円以上6,000円未満に設定しているところが9割以上を占めていることがわかった。

また、大病院に限らず「紹介状なし」による初診患者が少なくなったことも明らかとなっている。

■200床以上500床未満の病院を調査、 定額負担を徴収している病院は84.0%

昨年度の診療報酬改定では、「紹介状なし」の500床以上の病院（特定機能病院および一般病床500床以上の地域医療支援病院）の受診に定額負担を徴収する制度が導入された。

徴収が義務化された昨年4月以降に初診時徴収金額を変更した500床以上の病院は72.3%もあり、そのうち94.3%は5,000円未満だった金額を5,000円以上へと引き上げている。全体では、94.2%の500床以上病院が初診時徴収金額を5,000円以上6,000円未満としている。

今回の調査では、定額負担を徴収する義務のない500床未満の病院も、500床以上の病院と同様の対応をしているところが増えていることも判明した。

調査は200床以上500床未満の病院に対して行われ、定額負担を徴収している病院は84.0%にのぼった。

■500床以上の病院だけでなく、200床以上 500床未満の病院も初診患者数が減少

患者側もこうした状況を察知しているようで、500床以上の病院だけでなく、200床以上500床未満の病院も初診患者の数が減り、500床以上の病院での「紹介状なし」初診患者の比率は2015年10月で42.6%だったが、2016年10月には39.7%に減っている（200床以上500床未満の病院では、2015年10月が60.3%、2016年10月が59.4%）。

定額負担徴収の義務化は、膨らみ続ける社会保障費を抑制するねらいで導入された制度であり、日本の外来受診の負担額は諸外国と比べても低いため、負担増額で医療費を抑えようという考え方である。しかし、大病院の減少比率はわずか3ポイント程度であり、期待された成果が出たとは言い難い。

こうした状況を踏まえ、5月23日の経済財政諮問会議では、「紹介状なし」受診での定額負担の対象拡大を検討すべきとの意見も出ている。これは、かかりつけ医以外の受診も定額負担徴収の対象に加えたいねらいがあることは明らかであり、ゆくゆくは中小規模の病院や診療所も対象となる可能性がある。

このような趨勢を踏まえ、中小規模の病院や診療所は、よりかかりつけ医機能を強化するとともに、定額負担が導入されたときにどう対応するかの検討を始めておくことが求められるだろう。

病院報告

(平成28年12月分概数)

厚生労働省 2017年4月4日公表

1 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	平成28年12月	平成28年11月	平成28年10月	平成28年12月	平成28年11月
病院					
在院患者数					
総数	1 242 703	1 252 028	1 242 451	△ 9 325	9 577
精神病床	286 674	287 327	288 743	△ 653	△ 1 416
結核病床	1 753	1 875	1 909	△ 122	△ 34
療養病床	287 891	286 906	286 453	985	453
一般病床	666 328	675 862	665 282	△ 9 534	10 580
(再掲)介護療養病	47 973	48 534	49 012	△ 561	△ 478
外来患者数	1 348 630	1 396 656	1 341 735	△ 48 026	54 921
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 616	5 671	5 750	△ 55	△ 79
(再掲)介護療養病床	2 125	2 140	2 199	△ 15	△ 59

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。 注2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

2 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	平成28年12月	平成28年11月	平成28年10月	平成28年12月	平成28年11月
病院					
総数	71.5	80.4	79.0	△ 8.9	1.4
精神病床	85.6	85.5	85.7	0.1	△ 0.2
結核病床	31.0	33.5	35.3	△ 2.5	△ 1.8
療養病床	87.5	87.3	87.0	0.2	0.3
一般病床	60.8	76.4	74.0	△ 15.6	2.4
介護療養病床	90.5	90.7	91.0	△ 0.2	△ 0.3
診療所					
療養病床	56.1	57.1	57.6	△ 1.0	△ 0.5
介護療養病床	70.2	70.1	71.1	0.1	△ 1.0

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

3 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成28年12月	平成28年11月	平成28年10月	平成28年12月	平成28年11月
病院					
総数	28.1	28.2	28.4	△ 0.1	△ 0.2
精神病床	270.6	270.6	274.5	0.0	△ 3.9
結核病床	63.3	67.8	68.0	△ 4.5	△ 0.2
療養病床	141.9	145.9	154.5	△ 4.0	△ 8.6
一般病床	16.0	16.2	16.2	△ 0.2	△ 0.0
介護療養病床	291.1	302.6	316.9	△ 11.5	△ 14.3
診療所					
療養病床	91.4	96.3	99.1	△ 4.9	△ 2.8
介護療養病床	114.4	122.5	120.0	△ 8.1	2.5

在院患者延数

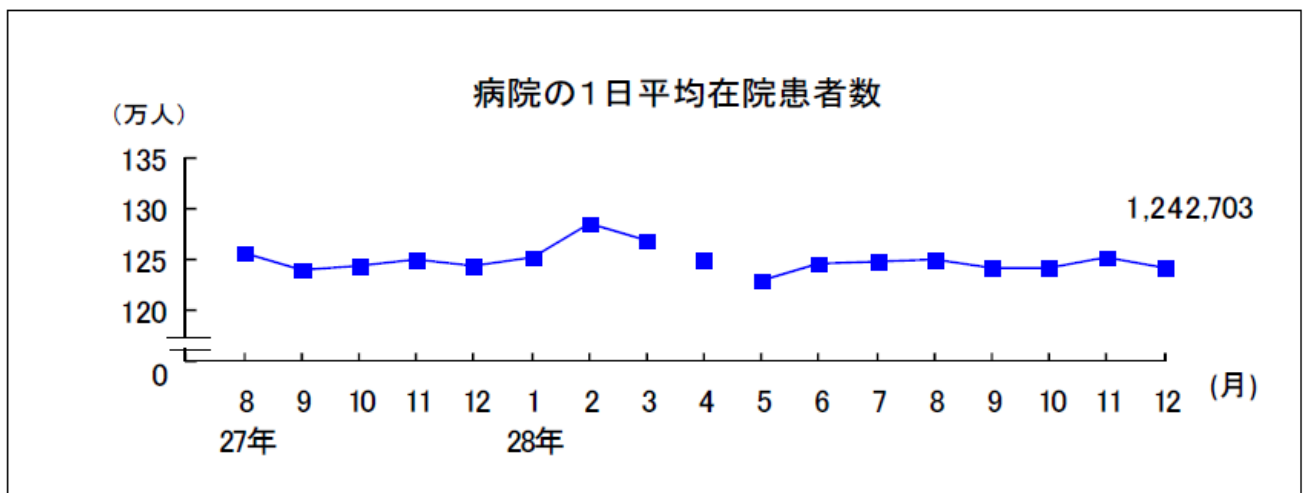
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

在院患者延数

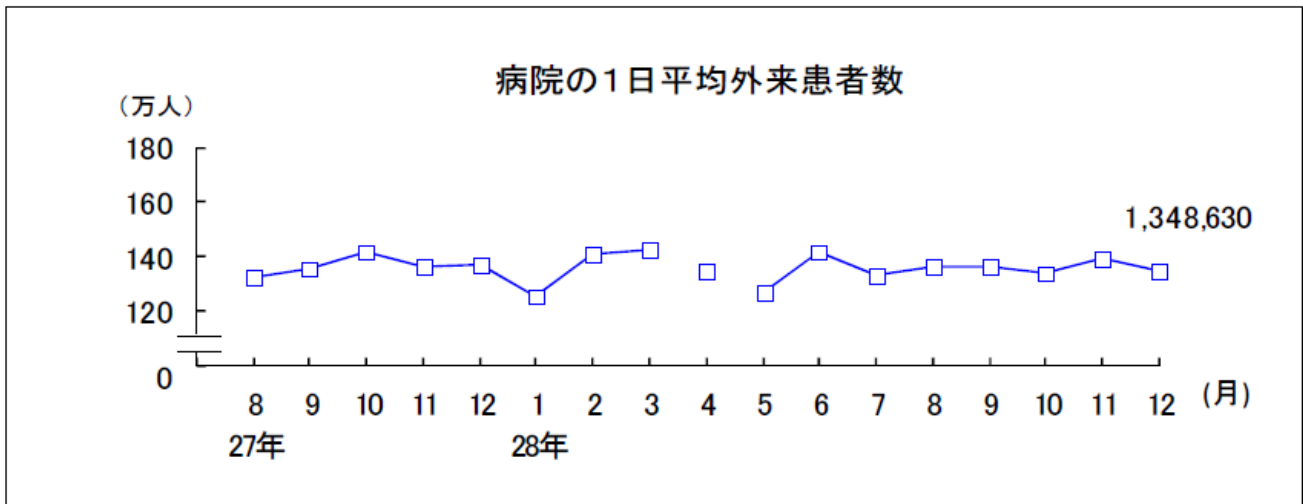
ただし、
 療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

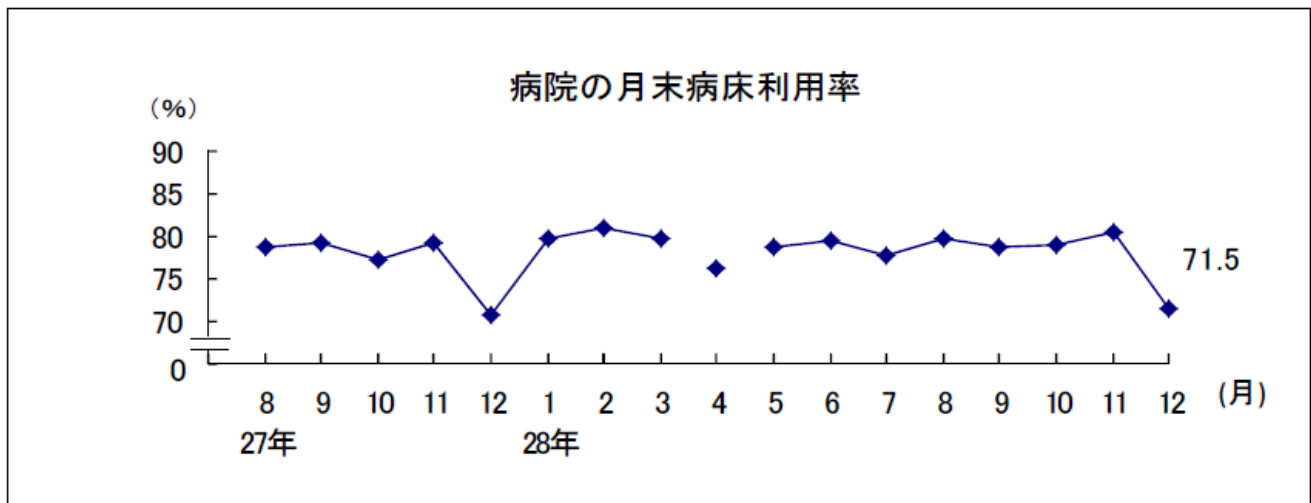
◆病院:1日平均在院患者数の推移



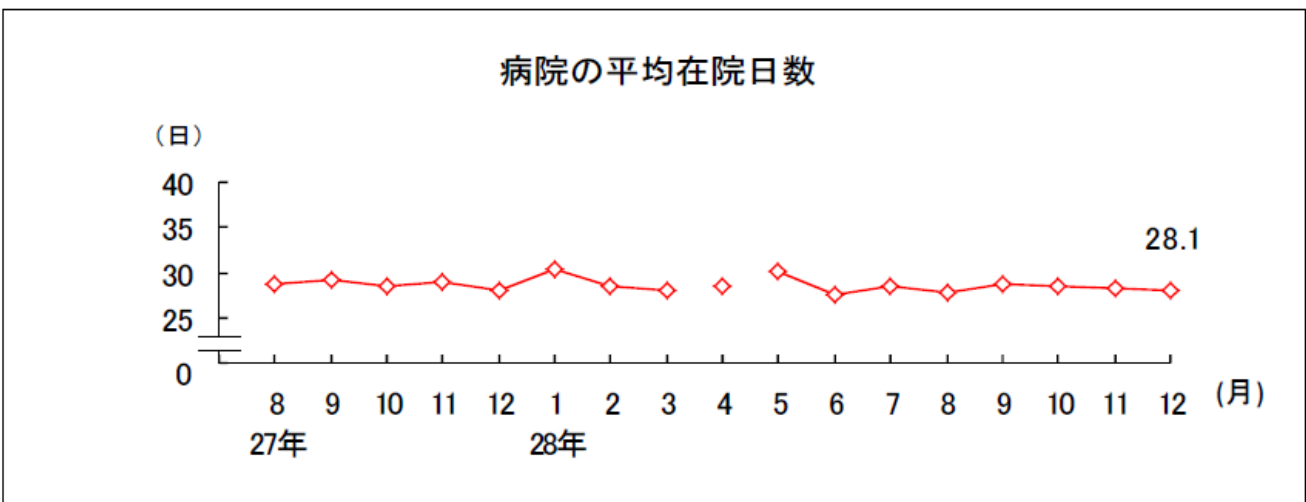
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



注：平成28年4月分については、熊本地震の影響により、熊本県の一部病院から報告がなかったため、前後の月と接続していない。



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

- 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

医業経営情報レポート

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として、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

医療機関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、その特性を理解したうえで、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向上はもちろん、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発生時
- 患者の闘病サポートや生活指導
- 医療スタッフ間、上司・部下間、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、まず職員・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ことを目的とするものです。

(1) 4つの行動スタイルを理解する

人には自分の行動スタイルがあり、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ります。

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を理解します。

これら4つのタイプの違いは、次のようなものです。



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、安全で着実に進める環境を好みます。

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 医業経営情報レポート

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、自ら行動できる職員・スタッフを育てるというものです。

コーチングは6つのステップで行われます。これらステップだけをみると、普段職員や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

STEP1 リラックスさせる

STEP2 現状を聴く

STEP3 理想のゴールを聴く

STEP4 課題を特定する

STEP5 行動計画を立てさせる

STEP6 進捗状況をフォローする

各STEPで必要なコーチングスキル

共感・ペーシング

ニュートラル

承認する

傾聴する

オープン質問

チャックアップ

オープン質問

質問

提案

クローズ質問

契約職員の労働契約に関する注意点

契約職員と労働契約を締結する際には、
 どのような点に注意が必要でしょうか。

■契約職員の労働時間

雇用の形態が契約職員、派遣職員その他の場合や、また賃金が年俸制であっても、労働時間については終業時刻も必ず定めなければなりません。

労働基準法では、「使用者は、労働契約の締結に際し、労働者に対して賃金、労働時間その他の労働条件を明示しなければならない」と規定し、その他の労働条件として以下の5つを挙げています。

- ①労働契約の期間に関する事項
- ②就業場所、従事すべき業務に関する事項
- ③始業及び終業の時刻、所定労働時間を超える労働の有無、休日、休暇、就業時転換に関する事項
- ④賃金の決定、計算及び支払いの方法、賃金の締切及び支払の時期、昇給に関する事項
- ⑤退職に関する事項

■契約職員の雇用契約

契約職員とは一般に、1年以内（高度専門職は最初の契約は3年）の期間を定めて雇用する従業員のことをいいます。したがって、契約期間とその終了に関しては注意が必要です。

例えば、繰り返し契約更新してきた契約職員の契約を突然打ち切るのではなければ、契約期間満了とともに雇い止めとしても解雇には当たらず、特段の問題はありません。

労働契約に自動更新条項がある場合には、反対の意思表示をしない限り、契約は自動的に更新されます。そのため、労働契約において自動更新の定めをしていないときは、契約期間満了とともに雇い止めとしても問題はありません。

ただし、労働契約を繰り返し更新してきた職員について、契約を突然打ち切るときは、解雇とみなされることがあります。なぜなら、労働契約が期間の満了ごとに更新を重ねて、「期間の定めのない契約」と、実質的に異なる契約とみなされる状況において、突然契約更新を打ち切ることは、実質的には解雇の意思表示にあたるからです。

ジャンル: 労務管理 > 契約職員

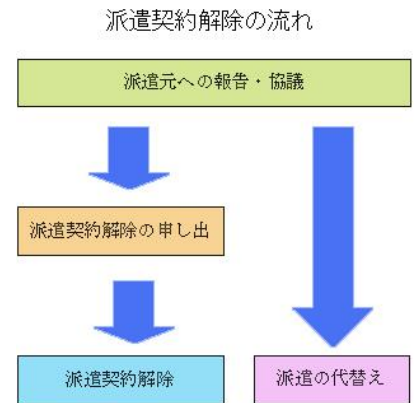
派遣契約と派遣職員の待遇

派遣契約と派遣職員の待遇について教えてください。

■派遣契約の途中解除

労働者派遣契約は、解除までに十分な猶予期間を設けたうえで、派遣契約の契約解除の定めによって解除することができます。

また、派遣職員の勤務状況等に問題があるケースでは、派遣元と協議して別の派遣職員に代替えしてもらうことが可能な場合もありますので、派遣先とよく協議することが重要です。



■派遣職員の残業

派遣元企業の就業規則に時間外労働に関する定めがあり、かつ、時間外労働に関する労使協定（三六協定）が締結されていれば、派遣職員にも残業を命じることが可能です。

派遣労働者については、雇用関係や賃金の支払いは派遣元で行いますが、業務の指揮命令は派遣先が行うため、上記の要件を備えていれば、時間外労働をさせることができます。



■派遣職員の年次有給休暇の時季変更権

年次有給休暇の時季変更権は派遣元企業にあり、派遣先企業が時季変更権を行使することはできません。

派遣職員にも労働基準法が適用されますから、6ヵ月継続勤務した派遣職員が年次有給休暇の請求をしたときは、時季変更権を行使しない限り、請求した時季に与えなければなりませんが、派遣職員に対して年次有給休暇を付与するのは派遣元企業です。

したがって、派遣職員が年次有給休暇を取得しようとする際の請求先は、派遣元企業であり、時季変更権も派遣元企業にあります。

なお、年次有給休暇の時季変更権は「事業の正常な運営を妨げる場合」に認められるものとされています。

派遣職員の年次有給休暇に対する時季変更権について、行政解釈では、「派遣職員が年次有給休暇を取得することによって派遣先の事業の正常な運営を妨げる場合であっても、派遣元の事業の正常な運営を妨げる場合に当たらない場合もある」ことから、「代替労働者の派遣の可能性も含めて、派遣元の事業の正常な運営を妨げるかどうかを判断する」としています。