

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.700 2021.11.30

医療情報ヘッドライン

**20年度の一般病院の赤字は悪化
しかしコロナ補助金で実質黒字に**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

**2月から看護職員の給与引き上げへ
「コロナ受け入れ病院」勤務が対象**

▶内閣府

週刊 医療情報

2021年11月26日号

**無菌治療室管理加算の
外出しを巡って応酬**

経営TOPICS

統計調査資料

**医療施設動態調査
(令和3年6月末概数)**

経営情報レポート

**定着率を向上させる
人事評価制度の組み立てと運用法**

経営データベース

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:評価項目の解決策
**欠席者へのフォロー体制など
「説明と同意を得る」の課題と範囲**

発行:税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

20年度の一般病院の赤字は悪化 しかしコロナ補助金で実質黒字に

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、11月24日の中央社会保険医療協議会総会に「医療経済実態調査（医療機関等調査）」を報告。2020年度の一般病院の損益率はマイナス6.9%で、前年度と比べて3.8ポイントも悪化した。一方で、「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」（以下、コロナ補助金）を含めた損益率はプラス0.4%となり、実質的には黒字を確保した形となった。「医療経済実態調査」は来年度に実施される診療報酬改定の基礎資料となるため、改定率に影響を及ぼす可能性がある。

■公立病院の赤字が抜きん出て多い

調査の対象となった病院は2,305。有効回答数は1,218、有効回答率は52.8%だった。

集計は医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の病院が対象。全体の結果は前述のとおりだが、医療法人、国立病院、公立病院、公的病院をそれぞれ見ていくと、「病院の赤字」の実態が見えてくる。

なお、公立病院は「都道府県立、市町村立、地方独立行政法人立病院」、公的病院は「日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会」を指す。

この調査で導き出される損益率は、医業収益と介護収益を足した額から医業・介護費用を引いた数字。前年度（2019年度）を見ていくと、医療法人がプラス1.8%、国立病院がマイナス1.7%、公立病院がマイナス14.2%、公的病院がマイナス0.2%。

では2020年度はどうかといえば、医療法人がプラス0.1%（コロナ補助金含むとプラス2.3%）、国立病院がマイナス9.2%（同プ

ラス6.8%）、公立病院がマイナス21.4%（同マイナス7.3%）、公的病院がマイナス3.0%（同プラス5.4%）。

これらから見えてくるのは、公立病院の赤字の多さ。他類型よりも抜きん出て多く、コロナ補助金を加えても是正されていない。

国立病院はコロナ補助金により黒字を達成しているが、前年度比で7.5ポイントも赤字が悪化している点を見ると、コロナ禍による手術延期を含む“受診控え”の影響が色濃いと推察される。コロナ補助金によって黒字に大きく反転しているが、これはコロナ受け入れを積極的に実施した結果と見ることができよう。相対的に落ち込み度合いも少なく、コロナ補助金による“黒字反転度”が国立病院ほどではない公的病院を見ると、逆に国立病院の奮闘ぶりが見て取れる。

■医療法人は補助金なしでも黒字をキープ

注目したいのは、医療法人の数値だ。プラス0.1ポイントとかなり黒字を維持しているが、前年度比で1.7ポイントも損益率が悪化。受診控えの影響を大きく受けつつ、最低限の収益を確保していることがわかる。

裏を返すと、社会情勢によるニーズの変動に対応できるレジリエントな経営がなされているといえるだろう。

コロナ補助金による黒字は2.3%で、恩恵を受けたとまではいえないレベル。逆に、公立病院がコロナ補助金を受けてもマイナス7.3%と大きな赤字になっている状態と見比べると、赤字体質の一言では片付けられない問題が潜んでいるように感じられる。

2月から看護職員の給与引き上げへ 「コロナ受け入れ病院」勤務が対象

内閣府

政府は11月19日、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」を閣議決定。

2022年2月から看護職員の給与を月額4,000円引き上げることが決まった。

ただし、対象は「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員」、つまりコロナ患者受け入れ医療機関に勤務していることが条件となる。

■「成長と分配の再循環」のため

過去最大の財政支出を敢行

今回の経済対策は、財政支出としては過去最大となる55.7兆円規模のものとなる（事業規模は78.9兆円）。岸田文雄首相が掲げる「成長と分配の好循環」を実現するのが狙いだ。「新型コロナウイルス感染症の拡大防止」（財政支出22.1兆円）、「『ウィズコロナ』下での社会経済活動の再開と次なる危機への備え」（同9.2兆円）、「未来を切り拓く『新しい資本主義』の起動」（同19.8兆円）、「防災・減災、国土強靱化の推進など安全・安心の確保」（同4.6兆円）の4つを柱としている。

看護職員の給与引き上げは、コロナ感染拡大防止に次いで財政支出規模が大きい「未来を切り拓く『新しい資本主義』の起動」の中で行われる。「分配戦略」と位置づけ、「看護、介護、保育、幼児教育など、新型コロナウイルス感染症への対応と少子高齢化への対応が重なる最前線において働く方々の収入の引き上げを含め、全ての職員を対象に公的価格の在り方を抜本的に見直す」としている。

ただし、実質的な金額は看護職員が前述のとおり月額4,000円（収入の1%程度）、

保育士等・幼稚園教諭、介護・障害福祉職員が月額9,000円（収入の3%程度）。

掛け声の大きさに見合っておらず、しかも看護職員においては対象が限定されているため、本質的な待遇改善につながるか疑問ではある。他方で、注釈での追記ながら「看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める」としており、職種に限定せずあまねく「分配」をすべきだという方針が伝わってくる点は注目したい。

■オンライン診療の評価を手厚くすべきとの意向

医療提供体制の強化に関しては、オンライン診療およびオンライン服薬指導の活用を強調。「オンライン診療・服薬指導の特例措置の恒久化等を通じ、受診から薬剤の受領までの一連の過程をオンラインで完結できるようにすることで、利用者本位・患者本位の医療の実現を図る」とし、診療報酬で手厚く評価するべきだとの意向をにじませた。

加えて、「オンライン診療・服薬指導の適切な普及・促進を図るための取組や、電子処方箋の発行の際に必要な医師の資格確認の利便性向上（医療機関による本人確認の活用等の検討）を進める」、「薬局における薬剤配送等により、患者が薬局に来所しなくても経口薬等入手できる環境整備を行う」などを明記。

現状、医療機関側が今ひとつ乗り気になっていないだけに、普及のため評価や周辺環境を見直そうという政府の強い意思が見えた形となっている。

医療情報①
 中医協
 総会

無菌治療室管理加算の 外出しを巡って応酬

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝小塩隆士・一橋大学経済研究所教授）は 11 月 19 日に総会を開き、以下について議論した。

▼小児急性期医療体制

▼小児高度急性期医療体制

▼小児の連携医療

小児急性期医療体制について厚生労働省は、以下を論点として示した。

▼小児造血器腫瘍の無菌治療室管理に対する評価

▼時間外受診と時間外の緊急入院に係る評価

▼医療的ケア児・小児慢性特定疾病児の退院時服薬指導の評価

▼虐待対応の評価

一方、小児高度急性期医療体制については、以下を論点とした。

▼小児特定集中治療室管理料の評価、

▼重症先天性心疾患患者に対する入院医療の評価

▼新生児特定集中治療室管理料の評価

小児の連携医療では、医療的ケア児や小児慢性特定疾病児にかかわる情報提供の評価が論点とされた。小児造血器腫瘍の無菌治療室管理に対する評価には、島弘志委員（日本病院会副会長）が「無菌室の管理は人的にも管理の質にも小児特有の費用がかかるので、加算を付けてほしい」と要望した。

これに対し松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、小児入院医療管理料（1～5）では無菌治療室管理加算は包括され、併算定ができない点を踏まえ「無菌治療室管理加算を外出しにすることは理解できるが、併算定を可能にするのならばベースの小児入院管理料を引き下げるべきだ。元々含まれていた加算を外出しにするのだから、引き下げるのが普通の考え方だ」と指摘した。この指摘に城守国斗委員（日本医師会常任理事）が反発。「包括の範囲内では正しく評価されていないものを外で評価をすることは十分あり得る。包括から外すと基本点数を下げるという考え方は正しくないのではないか」と反論、さらに松本委員は「普通に考えた場合、包括で入っていたものを外出しにするのなら、包括部分を下げるのが一般の国民の考え方」とし「国民を代表して述べた」と主張した。

●支払側、退院時服薬指導の評価拡大に反対

時間外受診と時間外の緊急入院に係る評価に、島委員は「共働き世帯の増加に対応するために急患センターの整備が必要で、ワークイン患者対応の医師やスタッフの確保も必要なので

評価が必要」と主張した。支払側は、松本委員が「時間外受診のトレンドなどのデータがないので判断しかねる」と提出データの追加を求めた。

医療的ケア児・小児慢性特定疾病児の退院時服薬指導には、有澤賢二委員（日本薬剤師会常務理事）が「小児の服薬指導には情報提供の量と頻度で成人よりも手間がかかるので、医薬連携のさらなる評価をお願いしたい」と要望した。（以降、続く）

医療情報②
 中医協
 総会

ハイリスク妊娠管理加算の算定、診療所の追加も検討へ

11月19日の中医協総会では、周産期医療についても議論された。厚生労働省は論点として、以下を挙げた。

- ▼ハイリスク分娩管理の評価
- ▼重篤な疾患の診断を得た胎児に係る妊産婦支援の評価
- ▼妊産婦のメンタルケアの評価

ハイリスク分娩管理の評価については、分娩施設が年々減少している現状を踏まえて城守国斗委員（日本医師会常任理事）が「周産期医療機関との連携が確立しているのなら有床診療所でもハイリスク妊娠管理加算の算定を可能とすることは検討に値する」と主張した。

松本真人委員（健康保険組合連合会理事）も算定に理解を示したが、一方で「施設間に医療の質に差があるのなら点数にも差を設けるべきだ」と注文をつけた。重篤な疾患の診断を得た胎児に係る妊産婦支援の評価には、城守委員が「評価する方向でよい」と厚労省の提案に同意した。妊産婦のメンタルケアの評価には、島弘志委員（日本病院会副会長）が「一部の施設を除けば出生前の心理的ケアはボランティアが担っているが、産科専属の公認心理士や看護師が必要で、医師を含めたカンファレンスの定期開催が重要」と指摘したうえで「月1回以上のカンファレンスやスタッフを配置している施設には加算が必要」と提言した。

●精神科救急入院料の対象疾患拡大を要望

この日の総会では、精神科救急入院医療についても意見が求められた。病床数上限・実績要件・対象疾患・状態等の考え方が論点になった。

精神科救急入院料について城守委員は「経過措置の扱いが問題になっているが、急激な病床数減少で精神科救急医療が後退しないように病床数、診療実績、対象疾患などを総合的に検討する必要がある」と提言。島委員は「実績要件は現状で問題ないが、対象疾患に心理的発達障害を加えることが現実的」と要望した。

医療施設動態調査 (令和3年6月末概数)

厚生労働省 2021年8月31日公表

病院の施設数は前月に比べ 1施設の減少、病床数は 634床の減少。
 一般診療所の施設数は 287施設の増加、病床数は 222床の減少。
 歯科診療所の施設数は 34施設の減少、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
	令和3年6月	令和3年5月			令和3年6月	令和3年5月	
総数	180 198	179 946	252	総数	1 589 076	1 589 932	△ 856
病院	8 215	8 216	△ 1	病院	1 504 269	1 504 903	△ 634
精神科病院	1 053	1 053	-	精神病床	323 719	323 784	△ 65
一般病院	7 162	7 163	△ 1	感染症病床	1 886	1 886	-
療養病床を有する病院(再掲)	3 536	3 539	△ 3	結核病床	4 029	4 047	△ 18
地域医療支援病院(再掲)	630	630	-	療養病床	288 144	288 797	△ 653
				一般病床	886 491	886 389	102
一般診療所	103 924	103 637	287	一般診療所	84 749	84 971	△ 222
有床	6 254	6 263	△ 9				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	658	661	△ 3	療養病床(再掲)	6 454	6 510	△ 56
無床	97 670	97 374	296				
歯科診療所	68 059	68 093	△ 34	歯科診療所	58	58	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

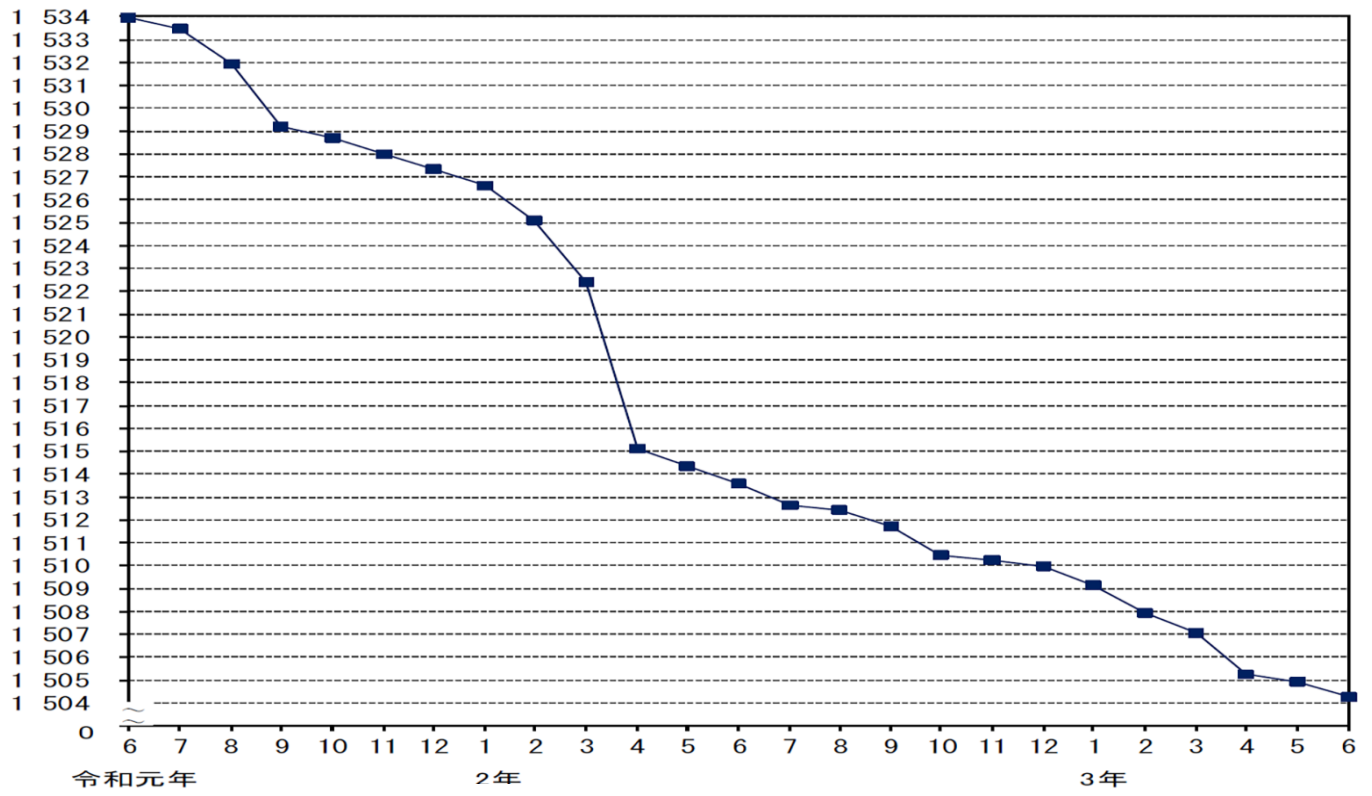
令和3年6月末現在

	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	8 215	1 504 269	103 924	84 749	68 059
国 厚生労働省	14	4 239	20	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 733	-	-	-
国立大学法人	47	32 621	149	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	12 142	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 078	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 242	4	-	-
その他	23	3 542	366	2 167	3
都道府県	194	50 923	282	186	7
市町村	604	122 089	3 199	2 052	253
地方独立行政法人	114	44 484	35	17	-
日赤	90	34 583	203	19	-
済生会	83	22 564	53	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	100	31 667	64	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	1	-	-
健康保険組合及びその連合会	7	1 566	283	-	2
共済組合及びその連合会	40	13 135	138	-	4
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	203	50 269	539	192	99
医療法人	5 686	840 270	44 933	65 452	15 563
私立学校法人	114	55 996	195	38	20
社会福祉法人	198	33 607	10 244	358	39
医療生協	82	13 679	297	224	49
会社	29	8 054	1 639	10	12
その他の法人	202	42 295	906	330	126
個人	140	12 549	40 360	13 650	51 881

参 考

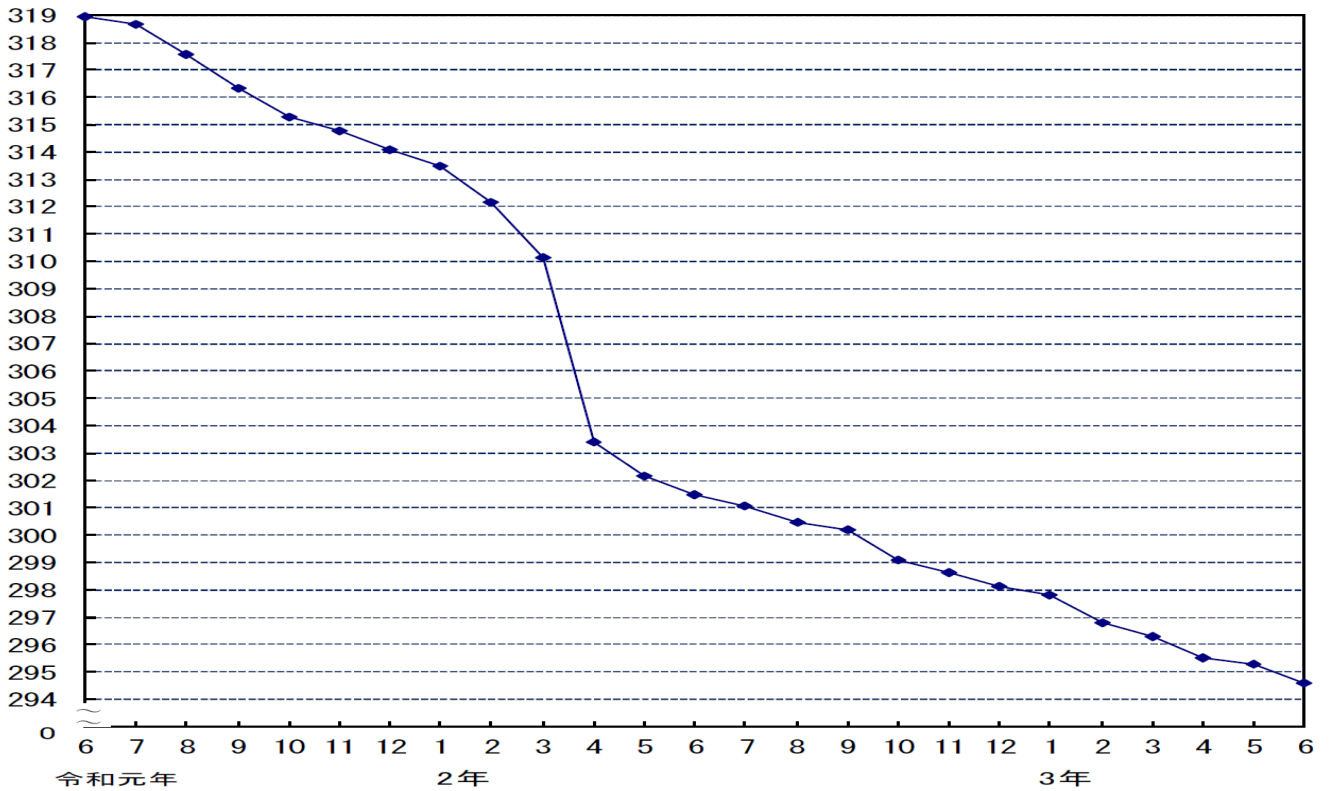
病院病床数

病床（千床）



病院及び一般診療所の療養病床数総計

病床（千床）





経営情報
レポート
要約版



福 祉 経 営

定着率を向上させる

人事評価制度の 組み立てと運用法

1. 人事評価表をオリジナルで作成すべき理由
2. 5つのステップで完成するプロセス評価
3. 法人理念の実現に向けた行動基準の作り方
4. サービス力がアップする職務評価
5. 育成効果を高めるためのポイント
6. 人事評価結果を来期の育成に活かす仕組み



1

医業経営情報レポート

人事評価表をオリジナルで作成すべき理由

■ 理念実現や職員成長のために活用する評価表

人事評価制度が上手く機能していない失敗例としては、施設長が他施設やネットから評価表を流用している、書籍に記載されている評価表をコピーして職員に渡しているなどのケースです。この場合、形だけの人事評価制度が構築され、法人理念や職員の声が反映されないために、職員から受け入れられない制度になってしまいます。現場の職員から「こんな人事評価制度はダメだ!」と言われるようでは、人事評価制度の運用がうまくいくはずがありません。

人事評価表は、見た目の美しさや項目の精密さを追求するのではなく、法人や施設が目指していることや、職員のなりたい姿が評価表に落とし込まれていることがとても重要です。人事評価表は、職員を育て、職員の成長を通して理念を実現するために活用するものだからです。

法人理念や求める職員像は施設によって異なります。したがって評価表は施設オリジナルのものでなければ意味がありません。

評価表は理念実現や職員成長のために活用するもの



リーダーの思いが詰まっていない評価表
評価要素が多すぎて細かすぎる評価表



法人や施設が目指していることが記載された評価表
職員のなりたい姿が落とし込まれた評価表



施設オリジナルの評価表でなければ意味がない

■ 評価項目別の評価要素の作成

施設オリジナルの評価表を作成する場合、一般的に施設長を含むプロジェクトメンバー（リーダー）が考えて施設独自の評価内容や着眼点を定めますが、評価表の評価要素は一般的な評価理論にそって作成します。

これにより評価項目や評価要素の抜けや漏れを防ぐことができます。

(1)人事評価表の構成

人事評価表の構成要素の大枠は、「プロセス評価」、「職務評価」、「個別目標評価」の3つに分かれ、そのうち1つを導入することも有効です。

2

医業経営情報レポート

5つのステップで完成するプロセス評価

■ 職員参加型で行うオリジナル人事評価表の作成方法

職員育成を主眼とする人事評価制度では、人事評価表において法人・施設が求める職員像、評価・育成のポイント（基準）を着眼点としてまとめ、明示する必要があります。

また、人事評価表の作成方法も様々なものがありますが、職員の理解を促進し、早期の浸透を目指すには、職員を巻き込んで作成することが望めます。

【ステップ1】人事評価表策定チームの結成

全職員で作成することも一つの方法ですが、現実的かつ効率を考えると、ある程度メンバーを絞り込んで実施することが望ましいといえます。

メンバー選定のポイントは以下の通りです。

- 施設のキーマンを外さない
- 全ての部門から最低1名は参加させる
- できれば、一般職員も参加させる

【ステップ2】着眼点の抽出

メンバーが集まったら、まずは理想の職員に求められる要件（着眼点）の抽出を行います。

「いつも笑顔で挨拶ができる」とか、「書類の提出期限を守る」といった単純なことから、「子どもの成長段階にあわせた確かな保育計画を立てることができる」といった高度な内容まで、思いつく限りたくさんあげてもらいます。

【ステップ3】着眼点の整理

ステップ2で抽出した着眼点について、整理を行います。まずは全く同じ内容のものは一つにします。また、似た内容については同じカテゴリーに分類します。その際、それが人事評価の評価要素（規律性、責任性など）のどこに該当するかも考慮します。

【ステップ4】着眼点の文章化

ステップ3でカテゴリー分けした着眼点を一つの文章に整理していきます。「明るい」「笑顔」「挨拶」といった項目をまとめて、「笑顔で明るい挨拶ができているか」といった具合に着眼点の文章としてまとめます。この時のポイントは、一つの文章にまとめられないものは、要素としては別であると判断して、それぞれで文章化を行うことです。

【ステップ5】着眼点の絞り込み

最後に、ステップ4で文章化した着眼点から、実際に評価表に掲載する着眼点を選択していきます。評価表に掲載する着眼点は、職員が理解し日常心掛けることができる程度の数に絞り込むことが望ましいといえます。

3

医業経営情報レポート

法人理念の実現に向けた行動基準の作り方

■ コンピテンシーの活用

評価制度の導入に限らず、職員の行動基準を作成する上で有効なツールとして「コンピテンシー」というものがあります。コンピテンシーとは、職場内の優秀者に共通してみられる行動特性のことで、「ある職務や役割において優秀な成果を発揮する行動特性」などと定義されています。優秀職員の専門技術・ノウハウ・基礎能力等を細かに観察し、何がその人を「仕事ができる職員」にしているのかを明らかにするものです。

このコンピテンシーをベースに自施設の人事評価要素を組み立てることも可能です。

コンピテンシーに関しては、いくつも書籍が出されていますので、これを参考に自施設にとって大事な要素を整理して、文章を施設内で考えるのもひとつの方法です。コンピテンシーベースで評価要素を先に選出してから前述のステップ2へ進む方法が効率的ともいえます。

■ 行動基準作成時の3つのポイント

行動基準は、法人が目指す理想の職員像が凝縮されたものでなければなりません。理念を実現するのが、理想の職員であれば、理念が法人毎に異なるように、理想の職員も法人毎に異なります。理想の職員像へと向かわせる行動基準とするには、次の3つのポイントを含めたり、補足したりして作成します。

(1)自分達が使っている言葉で表現する

職員と共に作り上げた行動基準には、各人の理想の職員像が凝縮されます。

施設内だけに通用する言葉、振る舞い等施設で自分たちが使っている言葉を積極的に取り入れるのも効果的です。

(2)理想とする職員の姿を表現する

行動基準は、今できていることよりも、こうなって欲しい、こうなりたいという未来志向のものを落とし込む必要もあります。評価要素にもよりますが、育成の方向付けを行うのが行動基準という認識の上、文言の確認をしていきます。

(3)具体例を示す

行動基準は、短文で分かりやすく表現される必要があります。行動基準の作成当事者は行動基準の文だけでなく、その文に至った背景も知っています。しかし、行動基準だけ初めて知る職員には、具体的にどのようなことかが伝わらない事があります。

それを避けるために、具体的にどのようなことかを例示すると分かりやすくなります。

4

医業経営情報レポート

サービス力がアップする職務評価

■「できる」を重視した評価表モデル

人材育成を進めたいものの、人事評価制度の導入には、運用面で不安があるなどの理由で導入には消極的な施設もあると思われます。このような状況である施設については、評価項目を等級制度（キャリアパス）とコンピテンシーの両面での評価を可能にした人事評価表を紹介します。コンピテンシーでは、求める人材像を明確に示すことで、当施設の職員にどのような人材になって欲しいのかを「理解」させ、「遵守」させることを主眼に置きます。

一方、職務評価（真の現場力）の場合、職員それぞれ職種、能力レベルの違いがありますので、それぞれの等級（キャリアパス）に求められる役割、業務をどれだけ「できる」のかを評価することができます。

◆人事評価表(職務評価)サンプル(介護職員)

【③職務遂行度評価】 ※評点は、評価基準に基づき整数(1~5)で記入

課業	課業の内容	評価配分	自己評価		一次考課		二次考課		最終評価	
			評点	考課点数	評点	考課点数	評点	考課点数	評点	考課点数
食事介助	食事準備(配膳・下膳)・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
入浴介助	浴室脱衣室の準備・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
排泄介助	おむつ交換の準備・実施・後始末	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
整容・着替介助	整容・着替介助・爪切り・耳掃除等	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
日常生活上のリハビリ	基本動作訓練(歩行・起立・保持等)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
バイタルチェック	体調不良者の体温・血圧測定・医務への連絡	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	排尿・排便量の把握	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	容態観察(巡回)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	皮膚・全身状態の観察	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
医療的ケア	服薬・点眼・座薬・湿布等の使用介助	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	異食・誤嚥・嘔吐・下痢の対応	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
コミュニケーション	利用者からの相談・援助業務	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
申送り・引継ぎ	申送り・引継ぎの実施	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	他部署との報告・連絡・相談	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
入居時対応	嗜好品・趣味・特技等の確認	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	入居後の様子観察(声掛け等)	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
アセスメント	健康状態・精神状態の把握	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
記録	担当利用者の申し送り事項作成・回覧	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
連絡調整	管理職への報告・連絡・相談	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
	ご家族への協力依頼や調整・報告・連絡	2.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0
合計		40.0 %		0.0		0.0		0.0		0.0

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:評価項目の解決策

欠席者へのフォロー体制など

職員の参加率が低い、および欠席者へのフォロー体制が不十分についての対応を教えてください。

教育・研修の目的とするところを考えると、教育・研修を実施しても、職員が参加してくれなくてはなんにもなりません。

■課題

- 全職員を対象に医療安全や感染対策を含めた年間教育計画が立てられているが、参加率が低い。
- 必要性の高い課題の研修を行っているが、医師の参加は低調であり、積極的な参加が望まれる。
- 資料配布などにより、不参加者のフォローが行われているが、さらなる充実を望む。
- 出席できなかった職員へは、院内Webで資料を閲覧できるようになっているが、欠席者に対する十分なフォローとはなっていない。

■解決策

- 職員が参加しやすいよう、同内容の研修を複数回開催したり、時間外に開催するなどの工夫を行っている。
- 医療安全や感染は、研修日の予定を早期から公表するとともに、参加の呼びかけを促し、参加者が増えてきている。
- 参加状況の悪い科は出張講義を行う。
- 出欠管理システムを導入し、確実な受講につなげ、各研修 8 割以上受講の希望者には修了証の発行を行っている。
- 医療安全研修や感染管理研修については、研修をDVD化し、未受講者を対象に研修DVDを視聴する会を複数回実施し、職員の受講率を高める工夫に取り組んでいる。
- 医療安全と感染防止の研修については、Web研修を利用することで参加の日程と時間が自由に選べる体制をとり、院内職員の参加率は 80%台に上昇した。また、認定看護師や専門職の講義を入れるなど職員の興味関心の高いものにするなどの工夫に取り組んでいる。
- 欠席者に対しては、eラーニングの導入により、研修会の資料動画を閲覧し、アンケートや感想の提出を求めている。
- 集合研修に参加できなかった職員のフォロー体制については、各部署で伝達講習を行ったり、レポートの提出を求めるなどフォロー体制を強化している。

改善事例では病院の様々な試みを確認できますが、参加率向上の第一歩は、参加状況を年間通じて職員個人別に把握し、その状況が本人にフィードバックされるとともに、院内でしかるべく共有されるしくみがあることでしょう。

参加によるポイントやマイルの付与、参加率の人事考課への反映など、教育・研修会への参加をプラスに評価し、参加のインセンティブを高めるといった工夫も考えられます。



ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:評価項目の解決策

「説明と同意を得る」の課題と範囲

「患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている」の主要な課題及び範囲についての解決策とは？

医療安全の視点からも、この項目は医療現場においてますます重要な課題となっています。この項目のポイントは、医療における重要な原則とされるインフォームド・コンセントの趣旨を理解し実践できているかになります。

単に、説明文書・同意書の有無について確認するのではなく、評価の視点にあるように「説明すべき内容がわかりやすく患者に説明され、理解されていること、また、同意を得る際には患者の意思が尊重されていること」が評価されます。

看護の観点からは、患者の権利擁護者としての役割が求められます。

患者の自己決定の支援者としての役割が発揮できるような体制や教育も大事な要素です。

患者が理解できるような説明と同意の状況について、評価「B」が付される主な要因を審査結果報告書から抽出すると、主要な課題及び具体的内容は、以下の4項目に分類できます。

■病院としてのオーソライズ、標準化を図るべきこと

- (1) 説明と同意を行う範囲
- (2) 書式の統一・記載内容の確認

■説明と同意の実施にかかわること

- (3) 病院側の同席者のルール
- (4) セカンドオピニオンの実施手順

説明と同意を行う範囲については、まず病院としての方針を明確にしておくことが重要です。

■課題

- 説明と同意を行う範囲が明確にされていない。
- 説明と同意が行われる範囲(例えば侵襲的な検査など)が定められていないので、明確化が望まれる。
- 説明と同意を行う範囲・同席者についての基準を明確にし同席者の署名を残されることが望まれる。



■解決策

- 説明と同意が必要な範囲が定められ、患者・家族にわかりやすく説明されている。
- 説明と同意が行われる範囲は、規定で入院診療計画書・リハビリテーション総合実施計画書・身体抑制・退院計画・侵襲を伴う検査などとされている。

電子カルテ運用病院では、説明と同意の書式が電子化され、一覧から選ぶことができるようになっている病院が多く適切ですが、別に紙の説明書と同意書が併用され、それらについては各診療科にゆだねられていることがあるので、これらの管理も忘れないようにします。

患者や家族の同意を得て実施すると定めた診療行為について、同意書がもれなく取得されているかどうかは、診療記録の量的点検(3.1.6)で評価されます。