

2011.11.1

週刊WEB

発行
税理士法人ゼニックス・コンサルティング

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

包括サービスに向け医療と介護、連携して改定を
中医協と介護給付費分科会が初の合同会合

厚生労働省 保険局

震災対応加算の創設などは見送りの公算大

中医協総会 東日本大震災への対応などを協議

厚生労働省 保険局

2 経営TOPICS

統計調査資料

病院報告 平成23年6月号

3 経営情報レポート

改正保助看法に対応

新人看護職員の研修体制充実化

4 経営データベース

ジャンル:患者サービス サブジャンル:クレーム対応

患者満足度を向上させるためのポイント

患者満足度向上のためのクレーム事例の活用

包括サービスに向け医療と介護、連携して改定を 中医協と介護給付費分科会が初の合同会合

厚生労働省保険局の社会保障審議会・介護給付費分科会は10月21日、平成24年度に診療報酬と介護報酬が同時改定されることを受け、中央社会保険医療協議会と初の合同会合を開催した。同会合で、地域で医療と介護の包括的なサービスが受けられるようにするため診療・介護報酬の同時改定に向けて連携し、両会議の意見のすり合わせを行うことを確認した。

医療機関に支払われる診療報酬は2年ごと、サービス提供事業者を支払われる介護報酬は3年ごとに、それぞれ見直されることになっており、来年度は6年に一度の同時改定の年になる。

会合では、医療と介護の連携・機能分化、および在宅医療・介護の連携について、(1)入・退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進(2)介護療養病床から介護療養型老人保健施設等への転換促進(3)介護施設における医療提供のあり方(4)訪問看護・リハビリ等の要介護者等の在宅生活における医療提供(5)看取りへの対応(6)認知症への対応、の6点の論点が提示された。

会合では出席委員から様々な意見が噴出し、傾向として「訪問看護とリハビリテーションが医療・介護の連携で重要な役割を果たす」「介護療養病床の転換を報酬によって促進すべき」といった声が多く上がった。

また「措置を講ずる際に、医療保険と介護保険のどちらを使うのか判断が難しい面があり、今回の同時改定の際に改善すべき」という意見や、「病院を退院してから介護サービス

を受けるまでの過程が円滑に進むよう、担当者が情報を共有して連携を強める体制を作り、報酬にも反映させるべき」などという指摘が出されるなど、同時改定の機会が強調された。一方、同時改定では医療と介護の連携が課題となっていることから、「双方のサービスを連携させる調整役をどう育成するのか、早急な議論が必要」という意見もあった。

この日の会合には、中医協の診療側委員の連名による「医療と介護の連携の議論に必要な視点について」という提案書が提出された。これは、「地域における医療と介護の包括的なネットワークのシステム化」と「ネットワークにおける拠点構築」の2点が必要とするもので、後者のネットワーク拠点については、「地域全体の医療と介護のコーディネート役を担うハブ（地域連携拠点）を一定の圏域ごとに設置する必要がある」としている。なお、ハブを担う組織については、特に地方自治体（市区町村）が想定されている。

こうした議論を振り返り、大森彌介護給付費分科会長は、「フラットな多職種協働と、医療と介護が連携した認知症対策も極めて重要」と論評。また、森田朗中医協会長は「次期改定は財政的には非常に厳しい状況。医療や介護の個別最適ではなく、医療・介護を俯瞰した全体最適が達成されることを望む」とコメントした。12月に予定されている診療・介護報酬の改定率の決定に向けて、住み慣れた地域で、医療と介護の包括的なサービスを受けられるようにするため連携して取り組むことを確認し合った。

震災対応加算の創設などは見送りの公算大 中医協総会 東日本大震災への対応などを協議

厚生労働省保険局は 10 月 21 日、中央社会保険医療協議会総会を開き、(1) 東日本大震災の被災地への対応 (2) 今後の災害医療体制の強化、といった災害医療をめぐるの審議を行った。

(1) の被災地への対応については、現在、診療報酬上の特例措置として「入院基本料における看護配置、平均在院日数の特例」や「新薬処方制限の緩和」「在宅訪問診療料の算定回数制限緩和」などが採られている。ただし、この措置は平成 24 年 3 月までの応急的なもので、24 年度以降の対応は次期改定の中で検討することとされていた。

厚労省は、この問題を考えるに当たっての論点として、被害等により人員が流出したため、通常の医療提供を行えない医療機関をどう考えるか、患者が集中しているために受け入れ能力を超える医療提供を行わざるを得ない医療機関をどう考えるか、補助金と診療報酬の関係を考慮しつつ、診療報酬による被災地対応をどう考えるか、という 3 点を提示した。

このうちでは、後方病床がないことなどから長期入院 (180 日超) が顕在化している状況を受け、「180 日を超える入院患者からは患者から別途費用を請求できる」とする選定療養の規定から除外するか否かといった具体案も示された。

議論では、「被災地では患者も流出しており、

診療報酬の加算を設けても意味がない。補助金で支援すべきだが、用途の限定が厳しく、使い勝手が悪い。柔軟に使用できる補助金を用意してほしい」との意見が診療側および支払側双方から相次いだ。

本総会で厚労省は、震災で大きな被害を受けた岩手、宮城、福島 の 3 県では、後方病院や自宅がなくなったことによる入院の長期化が見られると説明し、こうしたケースを減算措置の対象にしないことを提案した。

森田中医協会長は、「加算での対応は難しい」という点で両側の意見は一致している。補助金の自由度を増し、一括交付金のような仕組みを考えるべき」と議論をまとめた。

また、被災地から要望のあった診療報酬上の特例的な加算として、「離島加算」の対象に、福島県沿岸部の「相双地域」を加える案を厚労省が示したことについても話し合いが行われたが、同案には委員の多くから反対が相次ぎ、中医協は今後、理由がない場合は特に審議しないこととなった。

続いて (2) の今後の災害医療体制の強化についても、補助金と診療報酬の関係が大きなポイントとなる点は (1) 同様であることが確認された。

一方、災害医療については、DPC の地域医療係数の中で評価されており、その見直しの議論が DPC 評価分科会で進められている。

病院報告

平成23年6月分概数

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23年6月	平成23年5月	平成23年4月	平成23年6月	平成23年5月
病院					
在院患者数					
総数	1 299 498	1 281 269	1 299 752	...	...
精神病床	307 295	306 501	308 312	...	...
結核病床	2 855	2 813	2 770	...	...
療養病床	302 342	300 673	302 602	...	...
一般病床	688 962	671 242	686 027	...	...
(再掲)介護療養病床	71 413	71 658	72 139	...	...
外来患者数	1 466 023	1 327 092	1 401 275	...	...
診療所					
在院患者数					
療養病床	9 883	9 904	10 034	...	...
(再掲)介護療養病床	3 665	3 695	3 712	...	...

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。

2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

3) 東日本大震災の影響により、4月分は岩手県、宮城県、福島県の合計10施設(病院9、診療所1)、5月分は岩手県、宮城県の合計5施設(病院4、診療所1)、6月分は岩手県の病院2施設から報告がないため、集計から除いている。

2 月末病床利用率(各月末)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成23年6月	平成23年5月	平成23年4月	平成23年6月	平成23年5月
病院					
総数	81.7	80.9	78.4	...	...
精神病床	88.7	88.6	88.7	...	...
結核病床	36.0	35.6	35.4	...	...
療養病床	90.8	90.4	90.9	...	...
一般病床	76.2	75.0	70.4	...	...
介護療養病床	94.4	93.9	94.5	...	...
診療所					
療養病床	68.2	67.7	68.2	...	...
介護療養病床	76.4	76.8	76.6	...	...

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) 東日本大震災の影響により、4月分は岩手県、宮城県、福島県の合計10施設(病院9、診療所1)、5月分は岩手県、宮城県の合計5施設(病院4、診療所1)、6月分は岩手県の病院2施設から報告がないため、集計から除いている。

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 23 年 6 月	平成 23 年 5 月	平成 23 年 4 月	平成 23 年 6 月	平成 23 年 5 月
病 院					
総数	30.9	33.6	32.0	...	...
精神病床	277.3	301.3	295.8	...	...
結核病床	68.2	74.2	67.5	...	...
療養病床	171.3	177.9	166.2	...	...
一般病床	17.3	18.7	18.0	...	...
介護療養病床	300.6	314.2	287.3	...	...
診療所					
療養病床	101.1	103.8	98.1	...	...
介護療養病床	96.8	94.5	91.5	...	...

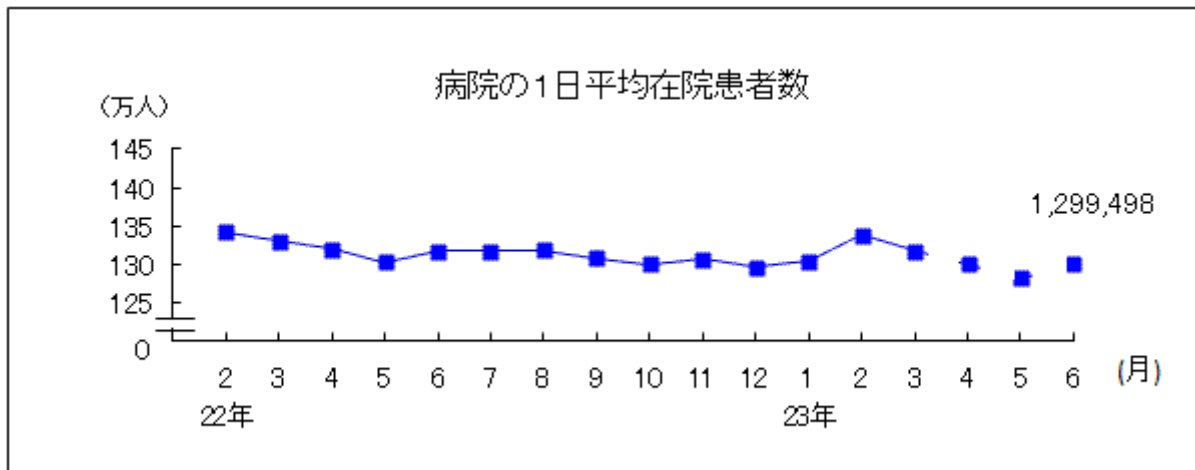
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

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

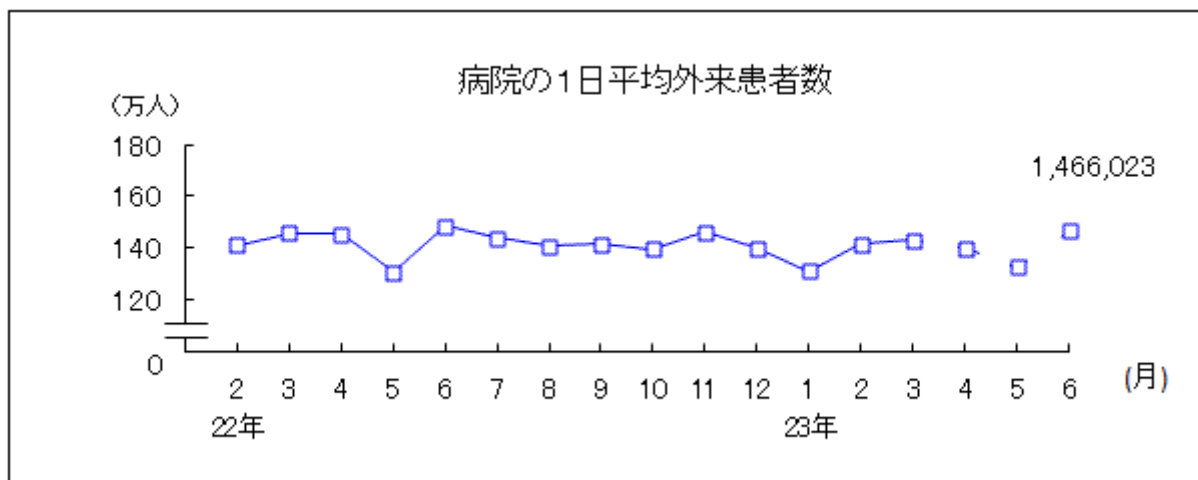
2) 病院の総数には感染症病床を含む。

3) 東日本大震災の影響により、4月分は岩手県、宮城県、福島県の合計10施設(病院9、診療所1)、5月分は岩手県、宮城県の合計5施設(病院4、診療所1)、6月分は岩手県の病院2施設から報告がないため、集計から除いている。

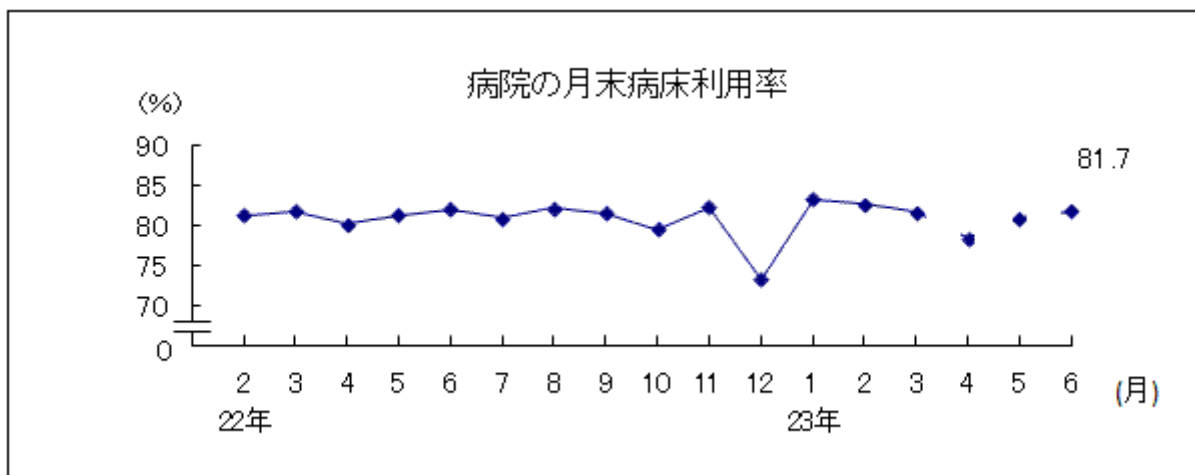
病院:1日平均在院患者数の推移



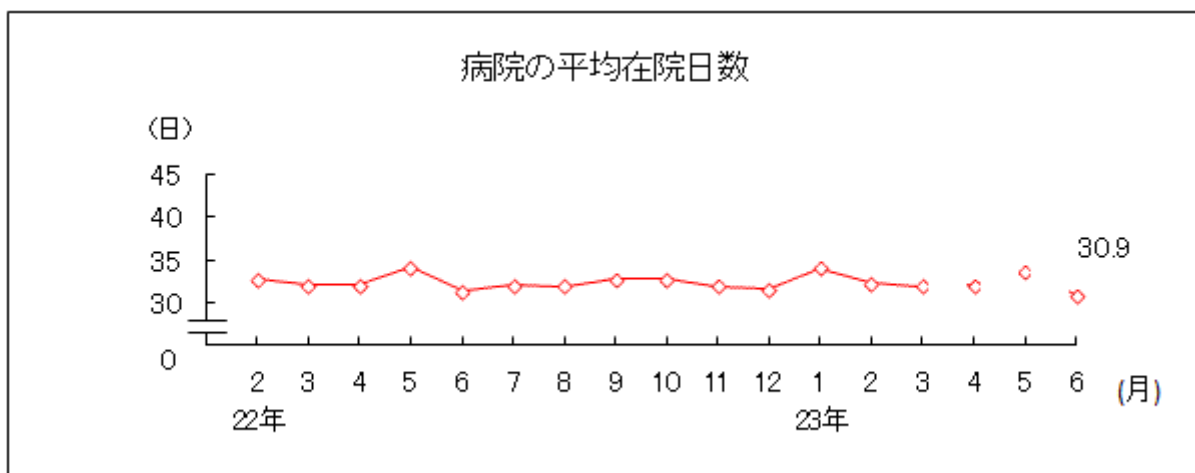
病院：1日の平均外来患者数の推移



病院：月末病床利用率の推移



病院：平均在院日数の推移



「病院報告(平成23年6月分概数)」の全文は、当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。

改正保助看法に対応 新人看護職員の研修体制充実化

ポイント

1 法改正で新人看護職員研修は努力義務化

2 ガイドラインにみる研修体制構築のポイント

3 補助事業の活用で教育・研修体制を充実

4 研修到達目標・プログラムの作成例



1 法改正で新人看護職員研修は努力義務化

■ 法改正に至るまでの経緯と背景 ~ 新人看護職員の問題

平成 21 年 7 月の保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により、同 22 年 4 月 1 日より、新たに業務に従事する看護職員、すなわち新人看護職員の臨床研修等について、病院等の開設者に対し努力義務が課せられるようになりました。

ここでいう「病院等」には、新人看護職員がいる全ての施設が含まれ、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設および指定訪問看護事業所がその対象となっています。

これら 2 つの法改正の背景には、医療の高度化や在院日数の短縮化、医療安全に対する意識の高まりなど国民のニーズの変化とともに、臨床現場で求められる「臨床実践能力」と看護基礎教育で修得する「看護実践能力」との間に生じてきたギャップが、新人看護職員の離職の一因になっていると指摘されたことが挙げられます。

新人看護職員における近年の問題

新卒時の能力と求められる能力との乖離

新人看護職員の実際の能力と看護現場で求められる能力とのギャップが、職場定着を困難にしている

新人看護職員が抱える医療事故への不安

新人看護職員は、医療事故に対して重大な責務を自覚し、医療事故を起こしてしまうかもしれないことへの不安を感じている

早期離職者（新卒入職後 1 年以内）の増加傾向

病院等に就職して 1 年以内に、新人看護職員の約 1 割が離職している実態がある

つまり、上記で問題とされた看護基礎教育と臨床現場との乖離を埋めるためには、看護基礎教育の充実を図るとともに、臨床実践能力を高めるために必要な新人看護職員研修が不可欠であるという考え方が前提となっています。

この研修の実施内容や方法について、平成 16 年に厚生労働省による「新人看護職員研修に関する検討会」において、検討と議論が重ねられた結果、病院等の開設者である医療機関の管理者に対し、新人看護職員に対する卒後臨床研修の実施への取り組み努力が、平成 22 年 4 月より義務化されています。

■ 新人看護職員の早期離職要因となる問題の実態

法改正が行われた背景である 看護の質向上、医療安全の確保、早期離職防止、という3つの問題の実態を明らかにしたデータとして、日本看護協会による調査結果があります(2004年「新卒看護職員の早期離職等実態調査」)。

(1) 新卒時の能力と求められる能力との乖離

新卒看護職員の職場定着を困難にしている要因

	病院調査 (看護管理者)	学校調査 (教務主任等)
基礎教育終了時点の能力と 看護現場で求める能力のギャップ	76.2%	80.3%
現代の若者の精神的未熟さや弱さ	72.6%	76.4%
従来に比べ看護職員に 高い能力が求められるようになってきている	53.3%	47.0%

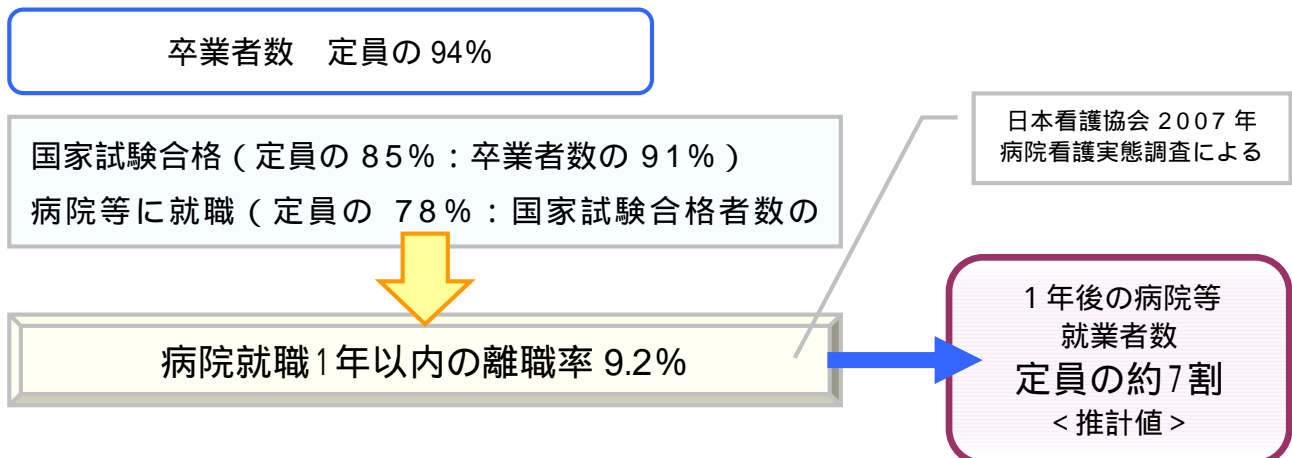
(2) 新人看護師の医療事故への不安

新卒看護師の仕事を続けていく上での悩み(上位4項目)

- 配置部署の専門的な知識技術が不足している
- 医療事故を起こさないか不安である
- 基本的な知識が身についていない
- ヒヤリハット(インシデント)レポートを提出した

(3) 新人看護師の早期離職の問題

看護師の養成と就業状況(看護師3年課程・2年課程の2006年3月卒業状況による概算)



2 ガイドラインにみる研修体制構築のポイント

■ 厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン」

医療機関が、新人看護職員に対する研修体制を充実させるべく努力することで、結果として医療安全の確保と新人看護職員の早期離職防止に資することが期待されることから、厚労省は国としての取り組みを推進しています。その基盤となる研修体制の整備に向けて作成されたのが「新人看護職員研修ガイドライン（以下、「ガイドライン」）」です。

厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン」の概要

- ・ 新人看護職員研修ガイドラインの基本的な考え方
- ・ 新人看護職員研修
- ・ 実地指導者の育成
- ・ 教育担当者の育成
- ・ 研修計画・研修体制の評価

研修内容と到達目標
研修方法
研修評価
研修手帳の活用
研修プログラムの例
技術指導の例

(1) ガイドラインの構成と活用法

ガイドラインは、各医療機関が新人看護職員研修を実施する際に必要な事項を明示しています。具体的には、ガイドラインの基本的な考え方のほか、新人看護職員研修とこの研修の効果を上げるために必要な指導者の育成に関する内容と共に、新人看護職員の到達目標として、1年以内に経験し習得を目指す項目とその到達の目安を示しています。

■ 小規模の医療機関における外部組織の活用

医療機関の規模や特性、また入職する新人看護職員数によっては、新人看護職員研修を医療機関単独で完結することができない可能性があります。しかし、診療所でも研修・教育機関などの外部組織を活用したり、複数の医療機関が共同で研修を行ったりすることで、充実した新人看護職員研修の実施が可能になるはずです。

ガイドラインが示す外部組織活用の例

他医療機関の活用 診療所を含む小規模の医療機関や単科病院の場合

- 新人看護職員としての到達目標に記載された全項目を体験することが困難
- 近隣の医療機関等で行っている研修に参加するなどの工夫
- 実地指導者・教育担当者研修受講者が少数
- 一定規模の病院が共同して開催する研修に参加する

研修・教育機関の活用 新人看護職員数が少ない医療機関の場合

- 集合形式が可能な研修内容は専門職能団体等が行う研修を自院内の新人看護職員研修に組み込む

3 補助事業の活用で教育・研修体制を充実

■ 厚生労働省「新人看護職員研修事業」の概要

厚生労働省は、平成 22 年度から努力義務化された新人看護職員の臨床研修等の実施の際に、増加する医療機関や職員の負担を軽減するねらいで、16 億 8000 万円の予算を計上し、「新人看護職員研修事業」を開始しました。

この事業では、施設規模に関わらず、一定の要件を満たすと補助金を受けることが可能であるので、負担軽減のために活用すべきでしょう。

(1) 事業を活用することによるメリット

新人看護職員が就職策を選択した理由のトップに挙げられるのは、教育・研修体制の充実です（日本看護協会資料による）。したがって、本事業に取り組むことによって、研修体制の構築に力を入れていることを院内外に示す 1 つの指標として活用が可能です。

また、本事業への申請を契機として、院内全体で新人職員研修に取り組む体制づくりの着手や、指導を担当する中堅職員の負担を軽減するための人員確保への活用、さらに既に研修体制を構築している医療機関にあっては、現在の研修指導体制とプログラムを見直すきっかけとなる、等の成果が期待されています。

■ 対象となる研修の要件と補助の概要

(1) 研修実施の要件

対象となるのは、新人看護職員を迎える病院等における厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン」のうち、以下の項目に沿った研修です（ガイドライン該当部分を参照）。

職場適応のサポートやメンタルサポート等の体制整備	ガイドライン - 3 - 1
組織内で研修責任者、教育担当者、実地指導者の役割を担うものを明確化（ただし、兼任も可）	ガイドライン - 3 - 2
到達目標の設定と評価の実施 研修プログラムの作成と実施	ガイドライン

(2) 指導体制の概要

看護部長など看護部門責任者の下で、研修責任者を選任します。この責任者が医療機関と看護部門の教育理念に基づき、新人看護職員研修に関する企画・運営・実施・評価の全ての過程における責任者として指導を実践することが望ましい例として提示されています。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

経営データベース ①

ジャンル: 患者サービス > サブジャンル: クレーム対応



患者満足度を向上させるためのポイント

患者満足度の向上に必要なポイントを教えてください。



医師や医療機関と患者の信頼関係は、医療提供の過程で構築されていくものですが、来院する患者の期待は様々であるため、それら個々に応えていく職員、医療機関全体のサービスレベル(=接遇力)を向上することが必要です。

来院する患者の抱く期待は、医療機関の規模や専門性によって、また、患者が抱えている疾病、年代や性格、環境などによっても差が生じるものです。

しかし今や、年代や事情を問わず最適な医療サービスを実践しながら、患者の意見や意向を受け止め、さらには家庭環境や経済状況などの背景を考慮しつつ、患者一人ひとりにとって最適な医療サービスを提供することが求められるようになっていきます。

すなわち、患者が医療機関に期待する「納得・安心・満足」というキーワードを全て満たして、その医療機関が提供する医療サービスは「良い」という評価を得られることとなります。

どれほど高度で優秀な技術を提供したとしても、その他のサービスが「良い」と評価されなければ、患者からの信頼も選択も得ることはできません。

したがって、職員一人ひとりが、言葉によらないものも含め、患者の発信するメッセージをいかに誠実に受け止め、そして院内全体で苦情や不満を伝えやすい環境づくりに取り組むことが重要だといえます。

また、入院や長期の外来治療が増えるにつれて、一定の「医療に対する満足」よりも、症状の変化(治療・悪化)に伴って患者が抱く不安や苦痛を推測・理解し、これを軽減するようなサービスの充実を通じて満足度を測る割合が大きくなってきます。

つまり、医師、看護師ほかコメディカルや事務部門の職員も含め、院内全体でのサービスレベル(=接遇力)が求められているということです。

患者に好印象を与える要素

清潔感	清潔さを感じさせる医療機関は職員の気配りが窺える
明るさ	照明を明るく保ち、患者の気持ちを明るくする
きびきびとした行動	仕事の質が高い印象と安心感を与える
挨拶	人間関係を結ぶ基本行動
表情	笑顔で接する

このように患者に好印象を与える基本的要素を意識的に継続するということは、結果的に患者のおかれている状態、患者との対人関係に常に気を配り、かつ観察することに繋がります。

個々の職員がこのような意識を持ち、患者の状態を第一に考えたサービス提供が行われれば、それだけトラブルを回避できる場合が多くなるはずです。

また、実際の医療現場で提供する様々なサービスの場面では、小さなクレームが日々起こるものですが、これらの一つひとつに誠実に対応することで、例えクレームが生じた場合でも、その後のトラブルに拡大させないことができるのです。

経営データベース ②

ジャンル: 患者サービス > サブジャンル: クレーム対応



患者満足度向上のためのクレーム事例の活用

院内では、患者満足度向上のためにクレーム事例を活用したいと考えています。どのような体制が有効でしょうか。



患者の欲求は個々で異なるため、どれほど自院が適切だと考える水準のサービスを提供したとしても、クレームを完全になくすことは不可能だといえるでしょう。しかし、事実関係を明らかにし、発生したクレームの原因を突き止めて、分析することによって、同種のクレームを二度と起こさないような予防策をとることはできます。

具体策としては、クレームの要因が医療機関側に非があるかどうかによるものの、下記のような点を整理した上で、事例データベースとして院内の共有情報とすることが必要です。

クレーム予防のため整理する事項

患者からのクレーム内容：どのような点に不満を抱いたかの把握
医療機関側の対応：患者側からのクレームに対して実施、あるいは示した対応策
結果に対する患者側の反応：医療機関側が実施・提示した対応策への満足度

上記 ~ 項目を要素とし、様式を統一して体系化することで、クレームが生じた場合にも、同種の事例を検索し有効な対応策をとることができるようになります。同時に院外への公表を行い、こうした情報の公開を通じて医療機関としての患者サービスに対する姿勢を示すことにもつながります。

クレームは、医療機関への期待の裏返しでもあり、患者が求めているサービスがどのようなものかという答えが含まれているものです。従って、クレームとして顕在化した医療機関の課題を改善していくことで、患者満足度の向上につながります。

例えばクレーム事例をデータベース化し、院内で情報共有、院外への公表、改善策の提示へとというサイクルを確立させると、クレームへの対応レベルは全体的にアップします。

これまでクレームは、アクシデント・レポートとして報告・蓄積されることはあっても、活用される機会に恵まれなかったケースがほとんどです。クレーム情報を共有することによって、一つのクレームの中に部門・職種を横断した課題があることに気づき、医療機関は成長を遂げることができるのです。

一方で、よりレベルアップするために必要なクレーム収集方法に困っている医療機関が多いのも事実です。

投書箱を例にとると、設置場所や記入方法の問題から大きな成果を挙げられていない上に、「無責任な投書が多いから1箇所のみ」「もともと少ないから月に1度しか回収しない」という取り扱いでは、他の収集手段も含めて、クレーム対応の原則である迅速・誠実とは程遠いものになりかねません。結果として、寄せられたクレームを活用することにはならないのです。

初期クレームは結果的に重大な危機を回避することになり、患者との信頼関係を強化するための、そして患者満足度を向上させるためのツールとして認識しなければなりません。

そして積極的な活用を図るべく、委員会や患者相談窓口等を機能させて、日常の業務へ落としこめるように、横断型の組織作りを進めることが有効です。