

医療情報
ヘッドライン

医療情報ネット、QI指標やロコミ掲載検討 諸外国参考に低認知度からの脱却目指す

▶厚生労働省 医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会

「患者申出療養制度」普及のため、 申請書類簡素化やQ&A策定を目指す

▶規制改革推進会議

経営
TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)(平成29年12月分)

経営情報
レポート

コーチングが変わる、意欲が向上する 医療現場におけるNLP理論の活用

経営
データ
ベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:賃金制度

基本給と役割の関係 総額人件費の配分

医療情報ネット、QI指標や口コミ掲載検討 諸外国参考に低認知度からの脱却目指す

厚生労働省 医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会

厚生労働省は、5月31日の「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」で、各都道府県が運用している「医療情報ネット」の見直し案を提示し、医療の質を示すQI指標（Quality Indicator）や口コミの掲載を検討していることが明らかとなった。諸外国の事例を参考に、有用性の高い医療機関検索サイトを目指していく方針としている。

■「医療情報ネット」認知度はわずか11%

「医療情報ネット」は、2006年の第5次医療法改正によって導入された医療機能情報提供制度に基づき開設された。医療機関の基本情報（診療科目、診療日、診療時間など）のほか、対応可能な疾患・治療内容などが検索できるようになっているが、広く知られているとは言い難いのが現状である。

実際、地域医療基盤開発推進研究事業でのアンケート調査結果によれば、認知度はわずか11%に留まっている。しかし、利用したことがある人への調査では「役立った」との回答が9割を超えており、医療機関を選ぶ際の重要な情報源のひとつであるといえ、認知度を高めるには有用度を高めることが早道であり、厚労省はその手立てとしてQI指標の掲載を打ち出したという経緯がある。

厚労省がこうした提案をしたのは、諸外国でも同様にQI指標を公開しているからで、この日の会合では、アメリカ、オーストラリア、イギリス、フランスの事例が提示された。

例えばアメリカでは「死亡率」「再入院率」「患者の声」「治療の効果」など58項目を公

開しており、イギリスでは、医療記録など1,925項目を公開している。サイトでは口コミの評価が医療機関名のすぐ横に表示され、星の数によって一目でわかるようになっているほか、誰でも口コミを投稿できる仕組みになっている。厚労省の提示資料では「QI指標の公開」と記すに留まっているが、いわゆる口コミサイトの仕組みを取り入れることを視野に入れていることは明らかだ。

■早期に見直しの方向性を決めるべき事案

「医療情報ネット」が1割程度の認知度しか獲得できていないのは、魅力ある検索サイトとして機能していないともとらえられる。東京都の医療機関情報システム「ひまわり」の昨年度のアクセス数は約440万PVで、1日あたり1万PV強というのは寂しい数字だが、これでも一昨年度に比べれば倍近く増えている。

5年前の2013年度は約120万PVであり、1日あたり3,000PV強で、スマートフォンやタブレットが急速に普及しているため単純比較はできないが、少なくとも医療機関を探すときの第一の選択肢ではないといえるだろう。QI指標や口コミ情報が加われば、“病院選び”サイトとしての有用性が高まることは確実であり、情報の中立性が疑わしい民間のポータルサイトに患者が惑わされるリスクも減らすことが期待できる。

どのような指標を選ぶかは議論の必要があるだろうが、早期に見直しの方向性を決めるべき事案だといえよう。

「患者申出療養制度」普及のため、申請書類簡素化やQ&A策定を目指す

規制改革推進会議

規制改革推進会議は、6月4日に「規制改革推進に関する第3次答申～来るべき新時代へ～」を取りまとめ、公表した。

医療分野では、健康寿命の延伸の観点から「患者申出療養制度」の普及に向けた対策を提案し、医療機関の負担軽減のため、申請書類の簡素化やQ&Aを策定するなどの案を挙げている。

■今年2月末までの約2年間で承認された技術はわずか4件

「患者申出療養制度」は、2016年4月に導入された。患者側が最先端の医療技術や医薬品へ迅速にアクセスできるようにする制度で、未承認薬などの先進医療を「保険外併用療養」として受けることができる。

患者申出療養分は10割負担だが、入院基本料やその他の技術料などは保険適用されるという仕組みとなっている。

対象となる医薬品や医療技術の承認が、患者からの相談を起点として審査されるのが画期的だったが、今年2月末までの約2年間で承認された技術はわずか4件に留まっている

(*1・*2)。

制度が機能しているとは到底いえない状態だが、規制改革推進会議は医療機関側の負担の大きさを原因のひとつとしている。

先進医療と同程度の臨床研究計画書が求められるなど、申請のための資料作成の負担が大きく、医療機関の実施体制の不備を理由に「実施困難」と判断された事例もあるため、

「患者の気持ちに寄り添う」という制度趣旨に乖離している問題が指摘されている。

■患者が制度を容易に利用できるよう制度の周知を行うほか、医療機関側の支援を強化

こうした事態を受けて、患者が制度を容易にできるように制度の周知を行うほか、医療機関側への支援を強化すべきだとした。

具体的には、医療機関に向けたQ&Aの策定・公表、申請書類の簡素化、すでに実施された患者申出療養や既存の先進医療の臨床研究計画書の提供などを挙げている。

そのほか、取りまとめられた答申には「オンライン医療の普及促進」や「社会保険診療報酬支払基金の見直し」、「医療系ベンチャー支援の取組」、「PMDA（独立行政法人医薬品医療機器総合機構）による審査の効率化」のほか、「食薬区分の運用改善」「機能性表示食品制度の運用改善」なども盛り込まれている。

*1 患者申出療養制度が導入されてから今年2月末までの約2年間で相談件数は91件。

そのうち既存の先進医療や治験で対応したのが11件だった。

*2 患者申出療養制度が最初に適用されたのは2016年9月下旬。

胃がんの腹膜への転移に対し、抗がん剤の「S-1」と「パクリタキセル」を投与するというもので、制度活用によって全額自己負担だと約170万円だったのが約90万円程度となった。申請したのは東京大学医学部附属病院である。

介護保険事業状況報告(暫定) (平成29年12月分)

厚生労働省 2018年3月6日公表

概 要

1 第1号被保険者数(12月末現在)

第1号被保険者数は、3,475人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(12月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、641.9万人で、うち男性が200.7万人、女性が441.1万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.0%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、376.0万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、84.6万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

5 施設サービス受給者数(現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

施設サービス受給者数は93.4万人で、うち「介護老人福祉施設」が53.1万人、「介護老人保健施設」が35.5万人、「介護療養型医療施設」が5.0万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計が一致しない)

6 保険給付決定状況(現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,047億円となっている。

(1) 再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅（介護予防）サービス分は3,829億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,270億円、施設サービス分は2,490億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

(2) 再掲：高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費

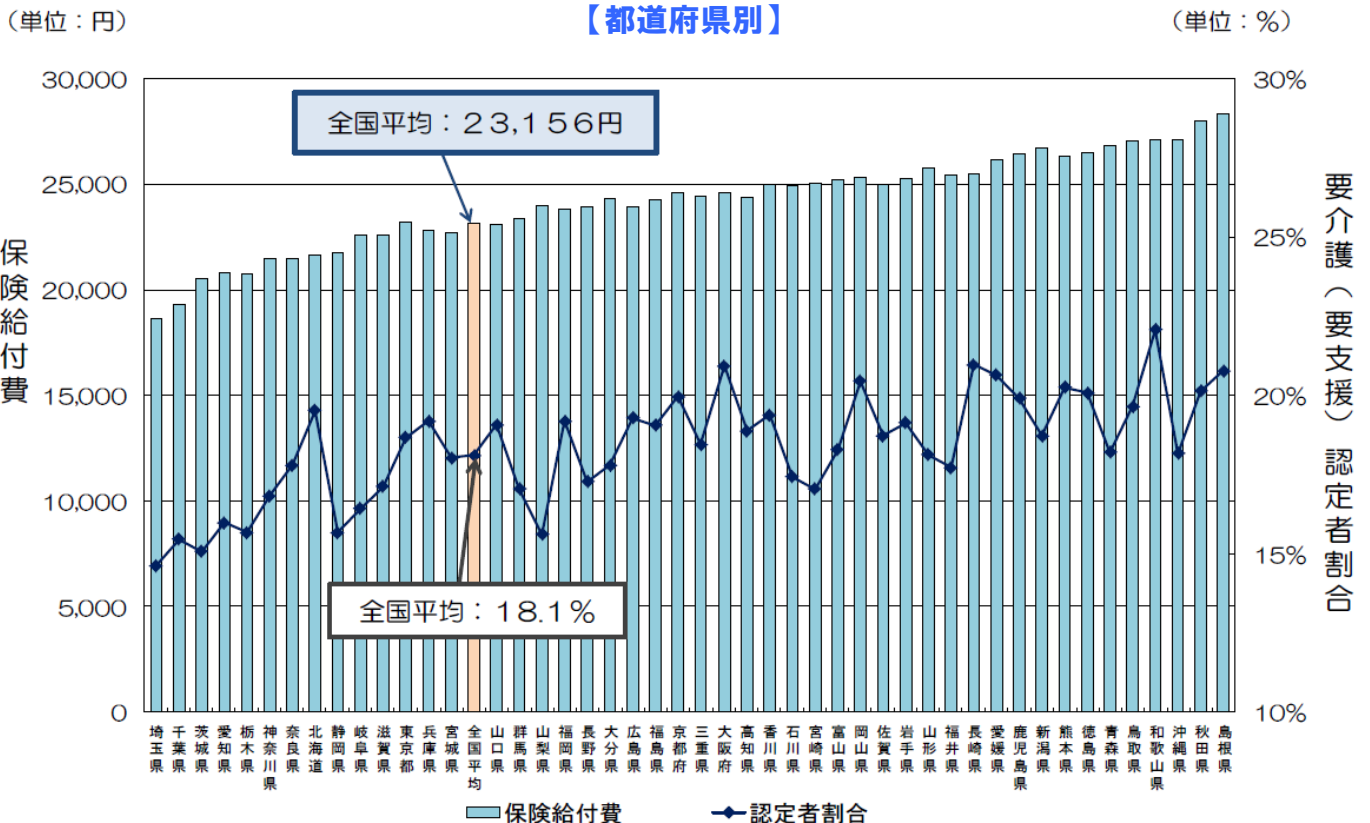
高額介護（介護予防）サービス費は178億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は8億円となっている。

(3) 再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は270億円、うち食費分は172億円、居住費（滞在費）分は98億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

第1号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護（要支援）認定者割合
【都道府県別】



- ※1 保険給付費（第2号被保険者分を含む）には、高額介護（介護予防）サービス費、特定入所者介護（介護予防）サービス費を含む。
- ※2 要介護（要支援）認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。
- ※3 保険給付費は、平成29年10月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数は、平成29年10月末実績である。

介護保険事業状況報告（暫定）（平成29年12月分）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。



経営情報
レポート
要約版



人 事 ・ 労 務

コーチングが変わる、意欲が向上する

医療現場における NLP理論の活用

1. コーチングを高めるNLP理論の活用法
2. 医療現場のコミュニケーション力を向上する
3. 相手を理解するための「観察力」を磨く



1

医業経営情報レポート

コーチングを高めるNLP理論の活用法

■ 医療機関でも活用されているコーチング

近年では、日本においてもコーチングの有用性が注目され、ビジネスやマネジメントだけではなく、スポーツや医療機関での活用が広がっています。

コーチングは、相手の個性を尊重しながら意欲と能力を引き出して、抱えている問題の解決や目標達成につなげるという双方向のコミュニケーションスキルです。

医療機関では、職員個々の能力の向上を図るために様々な指導・教育を行う必要性と機会が他業種に比べて多いといえるため、コーチング活用の場面は広いと考えられます。

■ NLP理論の考え方と目的

コーチングのポイントは、「答えは本人が持っている」ということにあります。コーチの役割は、相手（本人）の自発的な行動を促すことによって目的達成への案内をすることです。自立した人材の育成にはコーチング的視点が不可欠だといえるのです。

一方、NLP（Neuro Linguistic Programming：神経言語プログラミング）とは、五感を通じて認知された情報がイメージ化されるプロセスを含み、自分自身や他人との関係において「望む結果を手にいれる方法」を明らかにするコミュニケーションの方法論です。日本においては、スポーツ分野等で部分的にNLP理論が導入されてきましたが、近年のコーチング活用の場の拡大に伴って、NLPの考え方も徐々に認知されつつあります。

◆NLP(神経言語プログラミング)の定義

Neuro：神経

五感を通じて認知された体験が神経系を通じて処理される

Linguistic：言語

神経系を経由した情報が言語・非言語コミュニケーションシステムを通じて符号化・秩序づけられ、指令としての意味を与えられる

Programming：プログラミング

神経系と言語を組織化して、思考と行動を組み立てる



望ましい目標や成果を達成するために、
自分の思考や行動を自由に組み立てられるようになる

■ コーチングの弱点とうまくいかないケース

コーチングでは、質問によって相手の気づきと学びをサポートしますが、コーチが自分の考えを押し付けたり、説教をしてしまったりすることがあります。こうした状況は、相手もすぐに気が付きますから、コーチングに失望してしまうことになりかねません。

相手を固定観念や先入観で見えていたり、相手の話を聴きながら答えを想定して質問をしていたりすると、相手が持っている「答え」を呼び覚ますことはできないのです。コーチは善悪の判断や、相手の誤りを正すことがその役割ではありません。コーチには、相手に対して様々な質問を繰り返すことによって、あらゆる角度から検討の機会を提供することが求められています。

NLPでは、「五感を通じて物事を理解する」という前提に立ち、知覚の鋭敏さを養うアプローチがあります。そして、できた状態を五感で理解できるという「自分にとっての確実性」があることから、コーチングで生じる曖昧さを排除することができるのです。

■ NLPはどのように使われているか

NLPには、2つの「アプローチ」の質問があります。

① What do you want ? (成果に焦点をあてる)

あなたはどうなりたいのですか？

② What stops you ? (問題に焦点をあてる)

あなたを妨げているものは何ですか？

NLPでは、「アウトカム(=成果、目標、目的、ゴール)を明確にしていくスキル」と、そのアウトカムと現状の問題のギャップ、つまり「アウトカムを手に入れたいのに止めているもの=ストッパー(制限)に気づいていくカウンセリング手法」が確立されています。こうして自分を止めていたものに気づくことで、アウトカムを手に入れやすい状態を自分で創り出すことができます。つまり、NLPは自分がコーチとなり、自分の答えを見つけることである「セルフ・コーチング」の実践を助けるツールになるのです。そしてこれは、日常の中で抱えるストレスへの対処法としても活用することができます。

そのほかにも、人それぞれが持っているタイプに応じたコミュニケーションスキルや、自分・相手・第三者の3つの異なる立場から物事を認識する多角的認識手法、相手との信頼関係を築く方法などを身に付けることができます。

人には、無意識のうちに身に付けているコミュニケーションのタイプがありますが、日常や職場での人間関係は、これらのタイプが交差するなかで築かれています。つまりNLPは、自分と他者のコミュニケーションを意識化し、これを肯定しようとする支援を提供する理論なのです。

2

医業経営情報レポート

医療現場のコミュニケーション力を向上する

■ 患者やその家族とのコミュニケーションに活用

これまで医療の現場では、医師の言葉が絶対で、医師と患者および家族のコミュニケーションそのものが、あまり重視されていない傾向がありました。しかし、1980年代半ばからのインフォームド・コンセントの周知や、近年ではリスク・コミュニケーションなどが注目されるようになり、改めて医療現場でのコミュニケーションの重要性が認識されています。

「患者個々の状態に合った適切な言葉かけができているだろうか」

「症状からのメッセージやサインに耳を傾けられているだろうか」

身体だけの治療ではなく、心のケアによって心身共に弱い立場にある患者の側に寄り添い、患者自身の「治りたい」という意欲を向上することにより、患者の治癒力が引き出されることがあります。

NLPは、症状が示す身体のサインを受け止めようという考え方を身に付けることができ、患者との意思疎通を向上させることにつながります。

■ 院内コミュニケーションに活用する場面

人は、「神経」（＝五感【視覚・聴覚・味覚・嗅覚・触覚】）と、「言語／非言語」の脳での意味づけによって物事を認識し、体験を記憶しています。NLPでは、五感を「視覚」「聴覚」「体感覚（味覚・嗅覚・触覚）」と、大きく3つに分けて考えています。

右利きの人、左利きの人がいるように、人は無意識のうちに、この「視覚」「聴覚」「体感覚」という3つの感覚の中で、優位に使っているものがあります。

同じ話をしていても、思い浮かべているものはその人のタイプによって異なります。相手のタイプを見分け、聞き分けて話しかけていくことで、形成した「ラポール（相手との信頼感がある状態）」を深めることができ、コミュニケーションの質がより向上します。

■ 日常業務上のストレスに対処するためのNLP

医療従事者は、日々緊張を強いられながら専門性の高い業務に取り組んでいるために、自分では気づかないストレスが蓄積している場合も少なくありません。

このようなケースで、院内でのコミュニケーション、あるいはストレスへの簡単な対処法にも、NLPを活用することができます。

3

医業経営情報レポート

相手を理解するための「観察力」を磨く

■ 五感で知覚し、相手を理解する

五感を使うNLPで、コーチングをより効果的に活用するために最も重要なスキルのひとつが「キャリブレーション」です。これは、コーチングが機能するベースを作るだけでなく、五感による観察力を磨く上で、非常に有効なツールです。

◆キャリブレーションの定義

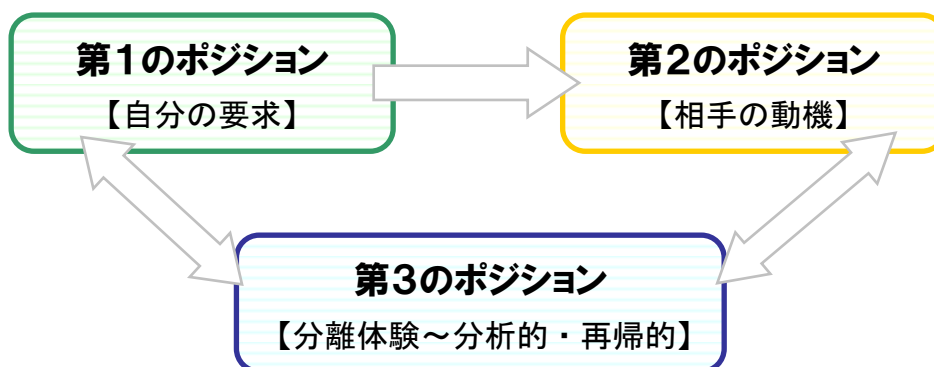
非言語的兆候（言語以外で発信するサイン）を詳細に測り
そこから相手の心理状態や変化を捉えること ⇒ 観察すること

■ 知覚することで相手の意図を肯定する

NLPには、「知覚のポジション」というツールがあります。

人は困難に直面した場合、その感じ方にマイナスの影響、すなわちストレスを受けてしまいますが、この3つの「知覚のポジション」のそれぞれに自分自身が立つことで、肯定的な意図を見つけることができ、それにより得られた情報によって、ストレスの原因となっている困難に対する知覚の仕方が変わるという考え方です。

◆「知覚のポジション」とは



■ 「観察力」を向上させ、相手の理解プロセスを知る

相手の心理状態や変化を知覚するためには、自分の「観察力」を磨くことが重要です。ここでは、相手の発信する非言語情報を受け取っていると同時に、自分自身が発信している非言語情報も、相手に対して影響を及ぼしているという点に注意しなければなりません。

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。



ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:賃金制度

基本給と役割の関係

基本給を役割ごとに設定しようと考えています。組立て方法について教えてください。

まず、役割ごとに年俸、月例給、日給、時間給のどの支給形態を採用するかを検討します。

下図は、役割区分ごとの支給形態と基本給の構成を表しています。

組織業績を大きく反映させる方針具現者（役員・経営幹部層）と利益創出者（管理者層）については、年俸制を採用し、毎年給与を改定します。また、サービス統括者（現場リーダー）とサービス提供者（一般職）は、従来型の月例給与とします。

サービス提供者のうち、補助的な業務を担当する職員については、契約やパート職員という雇用形態を用い、人件費抑制と変動費化を進めます。つまり、日給と時間給を採用します。

役割に基づく基本給を改定する際のポイントは、基本給を1本ではなく、複数で構成することです。

役割	対象者		支給形態	基本給ウエイト									
				職務給	ウエイト	経験給	ウエイト	能力給	ウエイト	役割給	ウエイト	成果給	ウエイト
方針具現者	院長	副院長	年俸	固定	20					固定	30	改定	50
	部長	事務長											
利益創出者	医局長		年俸	固定	30					固定	30	改定	40
	師長	科課長											
サービス統括者	医師		月例給	固定	60			変動	20	固定	20		
	主任	係長											
サービス提供者	一般職		月例給 日給 時間給	固定	70	定期昇給	10	変動	10	固定	10		



ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:賃金制度

総額人件費の配分

予算化した総額人件費は、どのように職員へ配分すればよいでしょうか？

総額人件費に関する予算策定後は、職員にどのように配分していくかを検討する必要があります。

適正配分を行うためには、まず年功序列型の賃金体系を改めなければなりません。ここで、個人の評価や病医院の業績を賃金に反映させる仕組みを構築していきます。

下図は、各々の役割に対する賃金体系の全体像です。ここで示すように、上部の階層になるにつれて役割給と成果給の比率が上がり、能力給や経験給、職務給といった賃金が下がるように設計します。

これは、各々の階層において、その役割の達成が具体的にどのような基準を持って果たされるかを意味しています。

