

Medical Management Specialist MMS NEWS

2011
11/1
11月号

●発行/一般社団法人
日本医療経営実践協会
(JMMPA)
〒101-0033 東京都千代田区神田岩本町4-14
神田平成ビル7F
●編集/日本医療企画
●毎月1日発行

お問い合わせ先 一般社団法人 日本医療経営実践協会 事務局 TEL.03-5296-1933 FAX.03-5296-1934 http://www.jmmpa.jp/

第1回
医療経営実践研究会
報告

日本医療経営実践協会
北陸支部

外来待ち時間短縮をテーマに 問題解決型の議論を展開

一過性ではない継続的な研究が行われることに

日本医療経営実践協会会員の医療経営に関する実践力向上を目的とした各種研究会の開催が、全国各地の地域支部で本格化しはじめた。各支部の先陣を切って、8月末にスタートした北陸支部主催の「医療経営実践研究会」(以下、研究会)では、第1回目のテーマを「外来待ち時間短縮」に設定。27人の参加者は、各自が設定したグループに分かれ、自院の課題を克服するための熱い議論を交わした。



STEP3・4に偏りがちだが、STEP1・2を大切にすること



グループワークの様子。上写真右端が、鐘江氏

「外来待ち時間」が長い要因をグループワークで徹底検証

8月27日、北陸支部は石川県地域産業振興センター(金沢市)で第1回目となる研究会を開催した。

当日のテーマは、「外来待ち時間短縮」。診療科を問わず、すべての病院の共通課題であるこの課題を克服しようとする、事務長や医事課職員、看護師など27人が参加した。

この研究会は、参加者自身が問題を解決し、自院で実践する能力を身につけることを目的としている。そのため、講師が一方的に講演して終わりという従来通りのセミナーとは一線を画し、参加者が積極的に意見交換を行えるグループワークに多くの時間を割いた。当日は、研究会の

ファシリテーターとして「医療経営士中級テキスト」(発行:日本医療企画)の著者の1人である鐘江康一郎氏(聖路加国際病院経営企画室)を招聘。

研究会の冒頭、鐘江氏は、問題解決のための思考プロセスが大きく分けて5つに分類されると解説。問題の定義から実際に仕組みをつくるまでの道のりを大切にすることを説いた(図表1)。

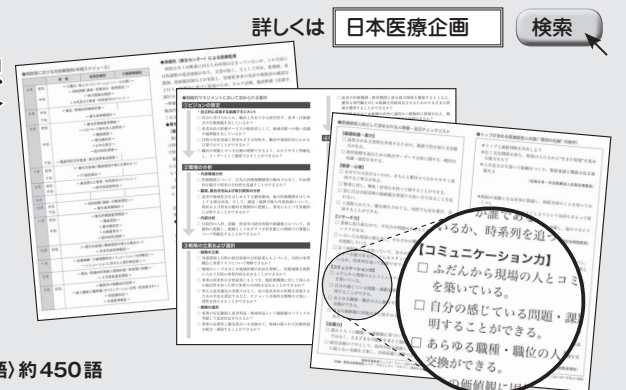
また、グループワー

2012 必携 医療経営手帳

(『医療経営手帳2012年度版』)

[2012年度版の主な特徴]

- 病院等における月別業務例(年間スケジュール)が一目でわかる!
「いつ、何を、どうすればよいのか!」が、一目瞭然の(年間行事一覧)掲載
各月扉に〈重点確認業務〉と〈今月の経営チェックポイント〉を要約
月間予定表に「生活習慣病予防週間」等、医療・病院に関わる行事を記載
- 「?」と思ったら、すぐ引け、よくわかる、使える辞典機能付き
巻末付録として、〈医療および医療経営に強くなる用語〉〈介護・福祉が基礎からわかる用語〉約450語を収録!
● 医療経営人材として求められる人物像、基礎・応用力の指針がここに!
〈戦略的マネジメントにおいて求められる要件〉および〈医療経営人材として求められる人物像・自己チェックリスト〉、〈トップが求める医療経営人材像(「理想の右腕」の条件)〉を掲載
- その他、〈47都道府県の医療の実力がわかる基本データ〉、〈関連団体・組織等 電話連絡先一覧〉、〈年齢早見表〉を新規収録



監修 一般社団法人日本医療経営実践協会
編集 『最新医療経営フェイズ・スリー』編集部
発行 株式会社日本医療企画
●定価: 1,365円(税込)
●サイズ: H181mm×W98mm×D10mm / 2色刷 / 368ページ

日本医療経営実践協会会員には、特典として各1冊無料配布致します。2冊目以上ご希望の方には特別価格にて販売致します。

図表2 各グループの発表と鐘江氏の講評

グループ① テーマ：外来患者が多すぎる(絶対数) 検討に要するデータ・地域・マーケット
<ul style="list-style-type: none"> 患者一紹介有無、初診だと検査が多くなる? 慢性疾患が多い→再診が多い(人数が多い) 曜日別、診療科別、Dr 別(予約制を検討) そもそも処理できない人数→本来の身の丈を考えていない <ul style="list-style-type: none"> 機能分化(逆紹介推進、連携へ) 逆紹介推進 連携強化へ(外来が減る分、紹介増→入院増) プロジェクトチームを作り(MSW・事務等他職種にて)定期的に調査継続
鐘江氏講評
<p>まず「単価別患者分布」を作成 ⇒ 単価の安い患者を減らす</p> <ul style="list-style-type: none"> ●どの科にどれぐらいの単価の人が来ているのか? ●当院機能で診るべき患者なのか? <p>例)単価平均12,000円のところに2,000円の患者が来るのであれば、クリニックを紹介する等(ただやみくもに「紹介率上げろ、逆紹介!」では、ダメ!)</p>

グループ② テーマ：同じ時間に来院する(ピークタイム)
<ul style="list-style-type: none"> バス時刻などの環境要因を調査してみようか 早く来院すれば、早く診てもらえるという思い込みがあるのではないか 初診、再診ともに予約制の導入を検討してはどうか Dr 長期投与を防げないか Dr の協力を仰いでみてはどうか Dr 含めたグループ→意識づけ 地域連携(紹介)を実施し、地域で患者を分散させる
鐘江氏講評
<p>地域連携の実施など、「絶対数を減らす」という問題にすり替わっている。</p> <p>このような解決手法の「ブレ」を防ぐには、STEP 1の「問題を定義する」をきちんと行うことが重要。</p> <p><考えられる解決策></p> <p>例)「レストランのように、ピーク時間だけスタッフ数を増やす(マンパワーの増強)」</p> <p>客(患者)を分散させるのではなく集まってくるものへの対応を考えるということ。</p>

グループ③ テーマ：業務に関すること(人的要因)	●解決策(案)
1. 職種による人的要因を探る	○各職種による人的要因を探ると、次のことが想定される。Dr: 話が長い/事務: 待たせている意識がない/ Ns: 業務が多い/ コメディカル: 放射線科の動線が長い など
2. データを集める	a. ストップウォッチ・業務の時間を図り、適正かどうか他院と比較する b. 平均患者数・平均患者数に対して、スタッフ数が少なすぎるのではないか
3. 対策	<ul style="list-style-type: none"> ●各職員の業務内容を把握する ●スタッフ数を適正にする ●各スタッフの勤務時間を調整する
4. 仕組化	<ul style="list-style-type: none"> ●トップダウンによる定例化を行う ●人事考課的にチェック(外部から入るのではなく事務で行う)を行う
鐘江氏講評	
<p>個人のバイアスが入るので個々の職種別要因は不要。責任のなすり付け合いになりかねない。</p> <p>●まずは個別事象にとらわれず客観的にデータを集める</p> <p>例)診療科別・患者数別・診療行為別など。</p>	

グループ④ テーマ：業務に関すること(システム要因)
<ul style="list-style-type: none"> まず新患に絞り問題を検討 部署別 案内・表示等アンケートを取りデータを集める アンケートで患者ニーズ⇒マニュアル化 <p><対策></p> <ul style="list-style-type: none"> ●トップダウンで委員会を作る(患者満足度向上委員会) ●委員会として定期的に検証する
鐘江氏講評
<p>お互いの作業内容がわかり改善の気づきとなるプロセスマップの作成を検討する</p> <ul style="list-style-type: none"> ●(業務の)フローチャートを作る⇒個別に何パターンも作れる⇒「最適」化する。 ●患者に付加価値を与えている時間と、そうでない時間を計測する ⇒「%」化する。 ●付加価値をどうやって高めていくかを考える。

グループ⑤ テーマ：待ち時間がたいくつ(印象)
<p><データとして> 患者満足度調査(欲しいアメニティを聞く) 待ち時間調査(Dr 別・診療科別・部門別・初再診別)</p> <p><原因として> アメニティ状況調査</p> <p><対策として> 患者の不安⇒「待ち時間がある」から</p> <p>①スタッフの声かけによる情報提供 ②スタッフの声かけによる体調の配慮 ③アメニティ充実</p>
鐘江氏講評
<p>スタッフの声かけも、どの患者がどういう状況にあるか、わからない中では難しい</p> <ul style="list-style-type: none"> ●(そのために)「誰にでも使える言葉」を考える <p>例)「お待たせしてすみません」「何かわからないことはないですか」など。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●他院の良い事例をリサーチして実行する <p>例)京都大学病院では「○○分くらいなので好きに掛けていいですよ」とPHS を渡している。</p>

クのポイントとして、実際に実行可能なプランニングをすること、そのために取得しなければならぬデータは何であるかを明確にすることが大切であると強調した。

続いて、今回のテーマである「外来待ち時間」を巡って、実際に院内でどんな問題が発生しているのか、参加者から意見を求めた。その結果、①「外来患者が多すぎる(絶対数)」、②「同じ時間に来院する(ピークタイム)」、③「業務に関すること(人的要因)」、④「業務に関すること(システム要因)」、⑤「待ち時間が退屈(印象)」と、5つに論点が絞られた。

参加者は自らが希望するテーマを選び、5班に分かれてグループワークを実施、白熱した議論が展開された(各班の発表は図表2の通り)。

Topics 関西支部で待望の勉強会

関西・中国・四国から医療経営士が集結

日本医療経営実践協会関西支部(以下、関西支部)は10月15日、関西支部初の勉強会をたかつガーデン(大阪市)で開催した。

当日は、関西圏に留まらず、鳥取、岡山、香川など中国・四国地域からも多くの参加者が駆けつけ、「勉強会の開催を待ち望んでいた」と、関連な意見交換を行った(医療機関勤務者を中心とする17名が参加)。

初回のテーマは「ES(Employee Satisfaction: 職員満足度)向上による経営改善」。

4つのグループに分かれて、自院の現状認識とその原因特定について議論し意見を集約。その後、グループリーダーが中間報告を行った。

グループワークでは、「コミュニケーション不足」、「教育プログラムとその実行者の不在」、といった現場で解決すべき課題が際立っており、医療経営士の出番であるという見解に至った。

リーダーからは「医師や看護師の労働環境を改善することが、病院全体のESを向上させる」といった仮説が示されるなど、解決策のとりまとめに向け熱心な姿勢が見られた。

次回勉強会では清水鴻一郎関西支部長が、グループの論評を行う。



各班の発表の後、鐘江氏が講評(図表2)。

待ち時間が長い要因となっているデータを収集しつつ、そのデータを先入観に縛られず客観的に捉えること、スタッフの作業内容を明確にし、改善の気づきとなるプロセスマップを作成することなどが指摘され、参加者は熱心にメモをとっていた。

今回の研究会は、2時間という限られた時間内で、しかも初対面の参加者同士でグループワークを行ったため、答えをすべて出し尽くすには不十分だっただろう。しかし、課題を克服したいという同じ想いを抱いた仲間同士が、職場という垣根を越えて熱く語り合った体験は、今後の業務改善に必ずや活かされてくるに違いない。問題解決型の研究会活動から今後も目が離せない。

研究会後に課題が提示され 気づきを成果に結びつける工夫が

なお、研究会終了後、今回の結論を各自持ち帰り、実際に自院で実践してみようという課題が提示された。患者が来院してから診察、検査、会計を済ませ、帰宅するまでの時間を計測。その一連の流れの中に

医療経営士 サブテキストシリーズ①

医療経営データ集 2011

数値で理解する医療・介護業界の最新動向

- 第1章 医療を取り巻く環境の現状分析 施設動向、経営動向
- 第2章 病院経営に関する現状分析 運営費動向、医師・看護師の確保、DPC、医療機器の保有状況など
- 第3章 病院経営に関するトピックス 病院経営改善の取組事例、今後の患者数推移、地域医療連携の状況、救急医療の状況、介護関連サービスの動向、社会医療法人など

好評発売中!



◎医療経営士のための経営実践書

監修・編集
日本政策投資銀行 医療・生活室
日本経済研究所 医療福祉グループ

●A5判/224ページ ●定価: 3,150円(税込)

日本医療経営実践協会 会員特別価格 → **2,520円(税込)**

リレー連載 医療経営士として押さえておくべき最新「医療経営」情報

第10回

訴訟を未然に防ぎ、病院を守る 知っておきたい法的知識

医師不足や患者意識の高まりなどを背景に増加している医療訴訟。ひとたび訴訟を起こされれば、患者離れや職員の離職など、医療機関は深刻なダメージを受けかねない。そこで今回は、医療経営士テキストシリーズで「医療法務/医療の安全管理」の執筆を担当した、弁護士で大東文化大学法科大学院教授の須田清氏に、医療にかかわる人が知っておくべき法的知識について、実際の判例を交えて解説してもらう。

今月の講師 須田 清氏
弁護士/大東文化大学法科大学院教授

すだ・きよし ●1967年、日本大学卒業。70年、東京弁護士会登録。96年、東京弁護士会副会長。著書に『医療法務のすべて』(共著・日本医療企画)、『医療過誤と訴訟』(共著・三共法規出版)などがある。

判例をもとに学ぶ 「期待権」の侵害による医療過誤訴訟

今日の日本では医療訴訟が大幅に増加している。訴訟から病院を守るためには、医療安全の徹底はもちろんのこと、医療関係者が法的な知識をもつことが必要となる。そこで今回は、医療法務のひとつとして知っておきたい「期待権」について考えてみたい。

そもそも期待権とは、一般的には「ある一定の事実が存在する場合に、その事実から予測される法律上の利益が将来的に発生することを期待できるとする権利」と解釈されている。権利の認められる範囲や、個々の権利がどの程度までの法的保護を受けるかは明確ではないが、医療訴訟においては、「適切な診療が行われれば救命された(あるいは後遺

症を残さなかった)相当程度の可能性がある」と判断された事例において、適切な治療が行われることへの期待権侵害を認めた事例が複数存在している。ここで、期待権侵害についての最高裁判決(2011(平成23)年2月25日第2小法廷)を紹介しよう。これは、適切な医療行為を受ける期待権の侵害のみを理由とする整形外科医の不法行為責任の有無を検討する余地がないとされた事例である。

【事実】

Aは、左脛骨高原骨折(関節部分)の傷害を負いB病院に入院し、整形外科C医師の執刀により、骨接合手術および骨移植手術を受けた。2カ月後退院したが、6カ月後に手術時に装着されたボルトの抜釘のためにB病院に再入院。その間、B病院に通院してC医師の診察を受け、リハビリを行っていた。再入院時および通院時に、AはC医師に対し左脚の腫れを訴えることがあったが、C医師は腫れに対する検査や治療を行うことはなかった。

Aは、9年後にB病院に赴き、C医師に対し本件手術後、左脚の腫れが続いているなどと訴えた。C医師は、X線検査を行ったほか、左右の脚の周径を計測するなどの診察を行ったが、左脚の周径が右脚より3cmほど大きかったものの、左膝の可動域が0度から140度まであり、整形外科的治療として満足できるものであったこと、圧痛もなく、Aがこれまでどおり大工の仕事が続けることもできていたことなどからみて、機能障害はないものと判断して、Aの訴えに対して格別の措置は講じなかった。

3年後、左くるぶしの少し上に鶏卵大の赤いあざができ、その後、左膝下から足首にかけて、無数の赤黒いあざができるなど皮膚の変色が生じたことから、AはB病院で診察を受けた。C医師はこれらの症状を診て、皮膚科の受診をすすめた。翌年、Aは左脚の腫れや皮膚の変色等の症状が軽快しないことを訴えてB病院で診察を受けたが、C医師はAが皮膚科でうっ血と診断され、投薬治療を受けていたことから、レントゲン検査を行うにどとまった。同年、Aは大学病院を3カ所受診し、これら各病院において、それぞれ、左下肢深部静脈血栓症ないし左下肢静脈血栓症と診断された。これは14年前の前記手術およびその後の臥床、ギプス固定による合併症として左下肢深部静脈血栓症を発症し、その結果、本件後遺症が残ったものであるが、C医師はそのことについてまったく疑うこともなく、診断をすることもできなかったというものである。

Aは、手術から9年後の受診の時にC医師は本症を疑い専門医に紹介するなど注意義務があるとして、C医師に損害賠償訴訟を提起した。第1審(山口地裁07・2・22)はAの請求を棄却したが、広島高裁はC医師の転医、紹介義務違反を認め、結果との因果関係は否定しつつも、C医師によるAの期待権侵害(精神損害)を認め、金300万円の支払いを命じた。

C医師はこれを不服として最高裁に上告。最高裁は、C医師の医療行為は著しく不適切なものであったとは言えず、期待権侵害という違法性を認めることはできないと判断し、C医師の敗訴部分を破棄した。

これは、医療過誤訴訟において「相当程度の可能性の存在」を否定した最高裁判決(最判05・12・8判決)に続き、期待権侵害の医療訴訟に重要な基準を示したものとして注目されている。

今月のテキスト
医療経営士テキスト
中級・一般・10巻
「医療法務/医療の安全管理」
—訴訟になる前に知っておくべきこと—
編著者代表: 須田 清
体裁: B5判・96頁
定価: 3,150円
(本体3,000円+税5%)

医療経営士のための経営実践書 続々刊行!!
好評発売中!! 医療経営士 サブテキストシリーズ②
医療・介護の今と明日がわかる
医療経営用語集 2011-2012
経営的視点からまとめた医療従事者のための用語集
【主な内容】
第1章 人的資源
医師・医学教育/看護職/病院スタッフ/職場内マネジメント/人事・労務管理 ほか
第2章 物的・サービス資源
医薬品/医療機器/物流管理/医療関連サービス/保険外診療・附帯業務 ほか
第3章 財務的資源
財務管理/資金調達/診療報酬制度
第4章 知的・情報資源
ホスピタル・ガバナンス/医療事故/医療安全/生命倫理・医の倫理 ほか
付録 介護関連用語集
監修 聖路加国際病院
●定価: 3,150円(税込) → 2,520円(税込) 日本医療経営実践協会会員特別価格
●A5判/1色刷/256ページ



●厚生労働省

新規認知症入院患者の5割を2カ月で退院へ

厚生労働省の「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」は9月5日、第20回会合を開催。この日は、これまでの議論を踏まえ、認知症を考慮した目標値について検討を行った。

目標設定の基本的な視点は、①精神科病院は入院医療として必要な医療を提供するという基本的考え方を明確にする、②介護保険サービスなどの充実強化につながり、医療・介護の連携や機能分化が促進されるためのものであることが必要――の2つ。

2020年度を目標に新たに精神科病院に入院した認知症患者(認知症治療病棟に入院した患者)50%の2

カ月以内の退院とすることが了承された。

20年度を目標達成時期とした理由として

は、①退院支援・地域連携クリティカルパスの開発・普及、②退院のために必要となる居住先・サービス支援の整備への配慮、③13～17年の医療計画から認知症を含む精神疾患が追加される予定となっていること、④第6期(15～17年度)以降の介護保険事業計画より精神科病院から退院する認知症患者についての具体的な検討が行われる予定であること、⑤それらの計画の効果が表れるまでの期間を考慮――などがある。

一方、新たに精神科病院に入院した認知症患者の50%を2カ月以内の退院との目標値を設定したのは、これまでの議論で「BPSDの多くは約1カ月程度で改善すること」「BPSDの改善後も薬物療法の調整などに一定期間を要すること」「入院期間が3カ月以上になると再び自宅や地域で受け入れることが困難になる」などの意見を踏まえている。

●厚生労働省

診療報酬改定の結果検証の調査を報告

厚生労働省は9月7日、中央社会保険医療協議会の総会(会長＝森田朗・東京大学大学院教授)を開催し、診療報酬改定結果検証部会から、2010年診療報酬改定の結果検証にかかる特別調査について報告を受けた。

調査項目は、①救急医療等の充実・強化のための見直しの影響調査、②外来管理加算の要件見直しおよび地域医療貢献加算創設の影響調査、③歯科技工加算創設の影響調査、④後発医薬品の使用状況調査、⑤明細書発行原則義務化後の実施状況調査――の5つ。

①については、前回改定で見直しを行った新生児集中治療や小児救急医療の評価、急性期後の受け皿としての後方病床機能についての評価などが、救急医療等の充実・強化に与えた影響を調べるため、これらに関連した入院料等の施設基準を算定している医療機関における診療体制や診

療内容、患者の状況他の医療機関との連携状況などを把握し、改定の効果・影響の調査を行った。

救急医療に関連する施設基準の届出は、改定前よりも微増であり、算定件数も増加していることがわかった。特に要件緩和を行ったハイリスク分娩管理加算や超重症児(者)入院診療加算について、大きく件数が増加していた。救急医療に従事する1施設当たりの医師数、看護職員数は、専従・専任とも概ね増加しており、また、今後の採用予定も医師、看護師ともに増やすと回答した医療機関が多くなっているなど、救急医療に対する評価の充実に呼応する形での医療機関における体制の充実が図られているものと思われる。

また、緊急入院した患者、妊産婦、新生児(生後28日未満)、新生児を除く15歳未満の患者の重傷度等については、三次救急医療機関の重傷度の高い患者の受入が増加し、新生児を除く15歳未満の患者

以外では、二次救急医療機関の重傷度の高い患者の受入が減少しており、救急入院における医療機関の機能分化がわずかではあるが進んでいると考えられる、と報告された。

ただし、改定による救急医療の充実についての自己評価は、約半数が無回答ではあるが、回答した医療機関では、「充実できた」は約2割で「充実できなかった」の半分にどどまっていることも判明。その理由として医師や看護師などの人材不足を挙げる医療機関が多く、診療報酬の改定だけでは救急医療の充実には十分でないことがうかがえると締めくくった。

●日本慢性期医療協会

2025年に向けた事業活動について公表

日本慢性期医療協会は9月21日、記者会見を開き、2012年度同時改定に向けての同協会の要望事項や、25年に向けての良質な慢性期医療の確立をめざしたこれからの事業活動を公表した。これからの事業活動

●厚生労働省
次期診療報酬改定の「視点」を了承

厚生労働省は9月22日、社会保障審議会の医療部会(部会長＝齋藤英彦・国立病院機構名古屋医療センター名誉院長)を開催し、2012年度診療報酬改定の基本方針について議論した。

これまでの診療報酬改定の基本方針においては、「改定の視点」等を定めるとともに、この「視点」を踏まえた改定の「方向」を定めている。10年度の改定では、

①充実が求められる領域を適切に評価していく視点、②患者からみてわかりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点、③医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点、④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点――の4つが定められていた。この日、事務局からは、「誰もが安心して質の高い医療が受けられるとともに、限られ

た医療資源や財源を重点的かつ効率的に投入するために、前回の4つの「視点」について引き続き今回も「視点」として位置付けてはどうかとの提案があり、了承された。

このほか、「医療・介護の機能分化の推進および地域における連携体制の構築に向けた評価の在り方について」「社会保障・税一体改革

成案に掲げられている、今後の医療・介護のあるべき姿として、病院・病床機能の分化・強化と連携や、在宅医療の充実等について」「東日本大震災により明らかとなった、災害時の医療提供体制の問題点等を踏まえた災害に強い医療の在り方に関する評価や、被災地への診療報酬上の対応

について」が提案され、委員からは「介護との関係やリハビリ、チーム医療をしっかりと評価すべき」「診療報酬のみですべての問題が解決するわけではない。医療計画との関係性を考えるべき」などの意見が出された。

【出典：「フェイス・スリー」2011年10月号「日本医療企画」】