

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.646 2020. 10. 27

医療情報ヘッドライン

**オンライン資格確認のCR申し込み、
医療機関・薬局14.5% 目標に遠く**

▶厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

**大学病院の4～7月医業収入は
前年同期比884億円のマイナス**

▶一般社団法人 全国医学部長病院長会議

週刊 医療情報

2020年10月23日号
**中間評価へ向けて
検討をスタート**

経営 TOPICS

統計調査資料
病院報告
(令和2年4月末概数)

経営情報レポート

**障がい福祉サービス事業所の
新規開設のポイント**

経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:コーチング
**コーチングとは
コーチング導入による効果**

京都税理士法人
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社
〒601-8328 京都市南区吉祥院九条町30番地1 江後経営ビル
TEL: 075-693-6363 FAX: 075-693-6565
滋賀本社
〒525-0059 滋賀県草津市野路1丁目4番15号 センシブルBLDG ZEN 6階
TEL: 077-569-5530 FAX: 077-569-5540
大阪支社
〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田1-1-3 大阪駅前第三ビル31F

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

オンライン資格確認のCR申し込み、 医療機関・薬局14.5% 目標に遠く

厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

厚生労働省は、10月14日の社会保障審議会医療保険部会で、オンライン資格確認のための顔認証機能付きカードリーダー（CR）の申込数が、10月11日時点で医療機関・薬局全体の14.5%にとどまっていることを明らかにした。厚労省は、オンライン資格確認の開始を予定している2021年3月までに「医療機関・薬局の6割程度」、2023年3月末までに「概ね全て」でCRの導入を目標としているが、達成に限りなく赤に近い黄信号が灯ったといえそうだ。

■背景にマイナンバーカード普及率の低さ

オンライン資格確認の導入に必要な顔認証付きカードリーダー端末は、社会保険診療報酬支払基金を通じて無償提供される。

同基金が開設したWebサイト「オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係 医療機関等向けポータルサイト」にアカウント登録したうえで、利用申請をするフローだ。

10月11日時点で、アカウント登録数は62,072施設。医療機関と薬局の施設数は228,319施設であるため、27.2%の登録率ということになる。そのうち、CR申込数は33,179施設。内訳は病院が8,287施設中965施設（11.6%）、医科診療所が89,171施設中8,051施設（9.0%）、歯科診療所が71,026施設中9,638施設（13.6%）、薬局が59,835施設中14,525施設（24.3%）。薬局の申込率が比較的高いのは全国チェーンがあるからだと思われるが、それでも3割以下となっており、オンライン資格確認に対する反応は鈍い。

厚労省は伸び悩んでいる原因として、「周

知が不十分」「マイナンバーカードの普及率などを踏まえて様子見の状況」「システムベンダの見積もりに過大傾向がある」を挙げているが、2番目のマイナンバーカード普及率が主要因なのは明らかだ。7月1日から開始したマイナンバーカードの健康保険証利用申込割合は、わずか4.4%。マイナンバーカード自体の申請・交付状況も惨憺たるもので、有効申請受付数は約3,071万枚と全人口の24.2%にとどまっている。

■未収金リスク減少も期待できる

なお、オンライン資格確認とは、従来レセプト請求後になっていた健康保険証の資格確認を、医療機関や薬局がその場でできる仕組み。顔認証機能付きのカードリーダーを用いてマイナンバーカードと紐付けることで、患者の本人確認も可能となっている。

そのため、医療費が高額になりそうなときに限度額情報の照会もでき、窓口での保険証入力や限度額適用認定証確認といった作業をしなくて済む。未収金リスクや返戻レセプト対応の減少も期待できるため、事務負担の大幅な軽減が期待できる「医療DX」につながり、医業経営にもたらす恩恵は大きい。

ただ、今年度予算では1,800億円以上普及促進に注ぎ込んでいるマイナンバーカードを仕組みの前提としていることが、オンライン資格確認の環境整備を妨げている皮肉な状態だ。マイナンバー関係は総務省管轄であるため、厚労省としては積極的な働きかけはできない。「行政の縦割りを排除する」と息巻く菅義偉政権の舵取りが試される案件といえよう。

大学病院の4～7月医業収入は 前年同期比884億円のマイナス

一般社団法人 全国医学部長病院長会議

一般社団法人全国医学部長病院長会議は、10月14日に「新型コロナウイルス感染症に関する大学病院の経営状況調査（7月度）」の結果を発表。全国136病院の今年4月から7月の医業収入は9,781億4,400万円で、前年同期比884億円のマイナスとなった。2019年の同時期の医業収益は65億200万円の黒字で医業利益率0.6%だったが、今年は814億100万円の赤字で、医業利益率はマイナス8.3%となっている。

■外来、入院、手術の減少傾向が止まらない

大学病院の経営を悪化させている要因は、病院の3大機能である「外来」「入院」「手術」の数の落ち込みだ。外来患者数は、今年4月から7月の4カ月間で290万5,000人と前年同期比16.8%のマイナスとなっている。

緊急事態宣言が発令されていた4月、5月の落ち込みが目立つが（4月が前年同月比マイナス20.9%、5月が同マイナス27.1%）、6月、7月も同マイナス8.5%、同マイナス11.2%と芳しくない。とりわけ初診患者の落ち込みは顕著で、4～7月の前年同期比はマイナス30.3%。34万7,000人も減っている。入院患者の場合は、緊急事態宣言との関連性が見えにくい。4月から7月まで順に、前年同月比はマイナス13.6%、マイナス20.2%、マイナス14.2%、マイナス14.2%となっているからだ（延べ数は133万8,000人減、前年同期比マイナス14.4%）。

手術件数は6月になってからある程度回復傾向が見えるものの、4月から7月の4カ月間を通じて前年比マイナスの状況が続く。4月から7月まで順に、前年同月比はマ

イナス20.1%、マイナス32.7%、マイナス11.5%、マイナス11.5%となっている。

■臨時の診療報酬引き上げも

経営状況の改善にはつながらず

新型コロナウイルスの感染拡大に伴って、医療機関の経営が厳しくなっていることは再三多方面から指摘されている。主要因として挙げられているのは院内感染を恐れての「受診控え」だが、大学病院の場合は救急搬送の減少や中等症・重症患者の受け入れのための専用病床確保、予定手術・予定入院の延期なども影響していることは明らかだ。

厚生労働省は、こうした病院側の苦境を汲んで診療報酬上の臨時措置も講じてはいる。

5月の時点で中等症・重症患者の診療報酬を3倍に引き上げ、9月には呼吸不全状態となる中等症Ⅱ以上の患者に対する報酬を5倍以上にする臨時措置を承認。コロナ対応のための空床確保にも補助を出しているが、効果が出ているとは言い難い。実際、8月の時点で日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会の3団体は、これらの臨時措置は「経営状況の悪貨に歯止めをかけられなかった」とし、経営悪化の長期化を予想。医療機関への緊急的な経営支援を求めた。全国医学部長病院長会議も、今回の調査結果をもとに経営状況の厳しさを訴え、「COVID-19患者の受入れに限らず、他の重症患者への医療提供をも担っている大学病院の機能回復・維持のための一層の財政支援」を強く要望。

予算編成が固まる年末に向け、政府および厚労省がこうした訴えに対してどのような「回答」を提示するか注目される。

医療情報①
 がん対策
 推進協議会

中間評価へ向けて検討をスタート ～会合は1年4カ月ぶり、会長に山口建委員選任

厚生労働省は10月16日、がん対策推進協議会の会合を開き、第3期がん対策推進基本計画の中間評価報告書の取りまとめに向けた検討を始めた。会合は1年4カ月ぶりで、会長に山口建委員（静岡県立静岡がんセンター総長）を選任した。

2018年3月に閣議決定された第3期がん対策推進基本計画は、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す」とし、以下を全体目標として掲げる。

- ① 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
- ② 患者本位のがん医療の実現
- ③ 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

17年度から22年度までの6年程度を一つの目安として定めている。ただし、国は3年を目途に中間評価を行い、「個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けて、どれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効果を発揮しているか」という観点から、科学的・総合的な評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映する」とした。

同協議会の今後のスケジュールとして、評価指標をもとに中間評価などに関する議論を、20年度から21年度にかけて行い、21年度中に中間評価報告書を公表。その後、第4期がん対策推進基本計画策定に向けた検討を進め、23年3月をめどに第4期計画を閣議決定する方針。

またこの日、厚労省は「がん予防分野の中間評価に向けた整理」案を示し、これについても議論した。

医療情報②
 厚生労働省
 報告

2021年度「臨床研究医コース」 応募は27人

日本専門医機構（理事長＝寺本民生・帝京大学臨床研究センター長）は、10月19日に理事会後の定例記者会見で、定員40人の「臨床研究医コース」への応募が27人だったことを明らかにした。

臨床研究医コースの募集は、9月23日から10月7日まで受け付けていた。会見時は審査中で、10月21日に採用通知を送付する予定となっている。応募の27人の地域別の内訳は、東京都が15人で最も多く、大阪府が5人、福岡県が3人、京都府が2人、広島県と長崎県が1人ずつとなった。領域別では、内科が7人、皮膚科が5人、小児科が4人、泌尿器科が3人、精神科と整形外科、眼科がそれぞれ2人、耳鼻咽喉科と総合診療科がそれぞれ1人だった。

応募結果について寺本理事長は、「制度の公表から募集まで時間がなかったことで制度内容の周知が徹底されずに、学会、大学、研修医のいずれも理解不足で、いったん応募はしたものの取り下げるケースもあった」と総括。「現状の大学の規則からすると7年間の身分保障を行うことが難しく様子見としている」とし、今後、制度の見直しも必要と指摘した。また、「今回の27人の応募者はほぼ希望通りに認められるだろう」などと述べた。

さらに、「臨床医研究医コース」の募集が終了したことで、2021年度の19の基本領域の専攻医募集のスケジュールが、以下のように決まった。専攻医1次募集は、登録・応募が11月4日から11月16日正午、面接・採用検討が11月18日から11月27日まで。採用結果は11月30日正午に通知される。専攻医2次募集は、登録・応募が12月1日から12月14日正午、面接・採用検討期間が12月16日から12月24日、採用結果通知は12月25日正午。また、来年1月6日から1月22日正午までを、最終調整期間としている。

寺本理事長は一般領域の募集に関して、「毎年、2次募集終了時点でも専攻医の登録ができないケースが少なからずある。今回については年明けに最終調整期間を設けて対応するが、当該スケジュールを越したものについては原則認めない」などと述べた。

また、登録に際して、「医道審議会医師分科会 医師専門研修部会」（部会長＝遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）等でも問題となっていた従事者要件の課されている地域枠医師（申請をして日本専門医機構が認めたものはシーリングの枠外とする）への対応の一環として、登録時に医籍番号登録を義務化し医籍番号を機構内のIDとして活用する。

さらに、妊娠等により現時点でプログラム制での登録が困難な専攻医がカリキュラム制を登録できる入力画面を新たに設置したと説明した。

■サブスペ領域連絡協を設置

サブスペシャルティ領域専門医制度については、すでにサブスペシャルティ領域が認定されている内科、外科、放射線科と総合診療科を除く各基本領域学会が、サブスペシャルティ領域学会と協議する場として「サブスペシャルティ領域連絡協議会」を設置する方針。

各サブスペシャルティ領域学会は「サブスペシャルティ専門医制度検討委員会」を設置のうえ、「サブスペシャルティ領域専門研修細則」に基づき制度設計を行うことになる。

病院報告

(令和2年4月末概数)

厚生労働省 2020年8月7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)	
	令和2年4月	令和2年3月	令和2年2月	令和2年4月	令和2年3月
病院					
在院患者数					
総数	1 142 318	1 204 163	1 239 190	△ 61 845	△ 35 027
精神病床	274 334	276 793	278 345	△ 2 459	△ 1 552
感染症病床	705	267	155	438	112
結核病床	1 439	1 333	1 343	106	△ 10
療養病床	254 053	263 790	266 089	△ 9 737	△ 2 299
一般病床	611 787	661 980	693 259	△ 50 193	△ 31 279
(再掲)介護療養病床	15 976	23 329	24 606	△ 7 353	△ 1 277
外来患者数	1 084 528	1 221 094	1 251 217	△136 566	△ 30 123
診療所					
在院患者数					
療養病床	3 608	3 814	3 884	△ 206	△ 70
(再掲)介護療養病床	1 192	1 350	1 360	△ 158	△ 10

- 注1) 介護療養病床は療養病床の再掲である。数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。
 注2) 令和元年10月分については、令和元年台風第十九号の影響により、長野県の病院1施設から報告がないため、集計から除いている(以下同)。

2 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	令和2年4月	令和2年3月	令和2年2月	令和2年4月	令和2年3月
病院					
総数	72.6	76.3	77.8	△ 3.7	△ 1.5
精神病床	83.7	84.3	84.9	△ 0.6	△ 0.6
感染症病床	35.8	22.0	12.4	13.8	9.6
結核病床	34.4	32.6	31.9	1.8	0.7
療養病床	85.1	85.6	86.9	△ 0.5	△ 1.3
一般病床	64.6	70.5	72.4	△ 5.9	△ 1.9
介護療養病床	87.8	82.4	90.2	5.4	△ 7.8
診療所					
療養病床	49.3	50.6	51.4	△ 1.3	△ 0.8
介護療養病床	64.5	67.1	66.0	△ 2.6	1.1

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

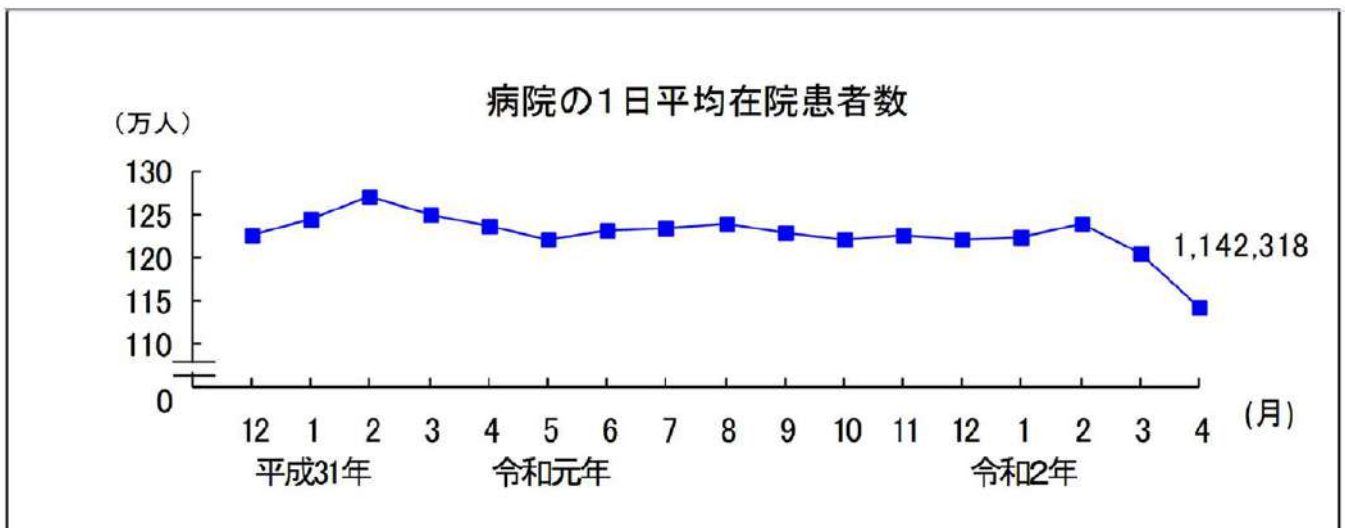
3 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和2年4月	令和2年3月	令和2年2月	令和2年4月	令和2年3月
病院					
総数	30.1	27.9	27.7	2.2	0.2
精神病床	294.2	271.8	266.8	22.4	5.0
感染症病床	12.0	8.4	9.4	3.6	△ 1.0
結核病床	38.3	51.2	58.6	△ 12.9	△ 7.4
療養病床	134.7	132.3	133.1	2.4	△ 0.8
一般病床	17.2	16.4	16.5	0.8	△ 0.1
介護療養病床	206.1	208.6	324.7	△ 2.5	△ 116.1
診療所					
療養病床	112.8	104.5	99.2	8.3	5.3
介護療養病床	149.0	149.7	144.2	△ 0.7	5.5

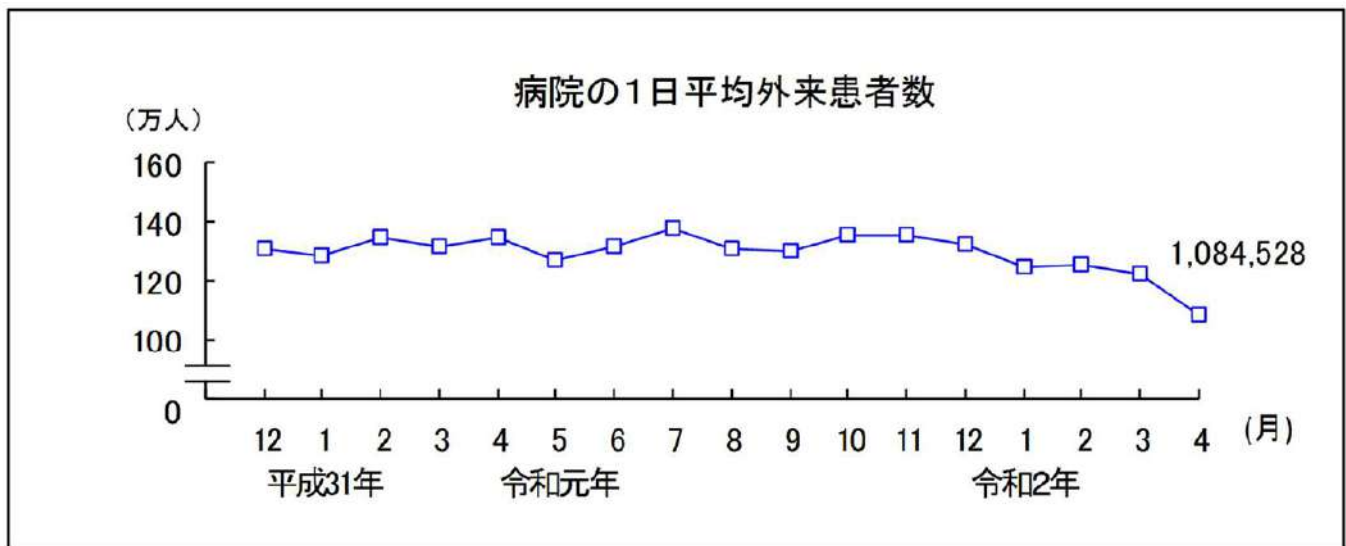
注) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

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

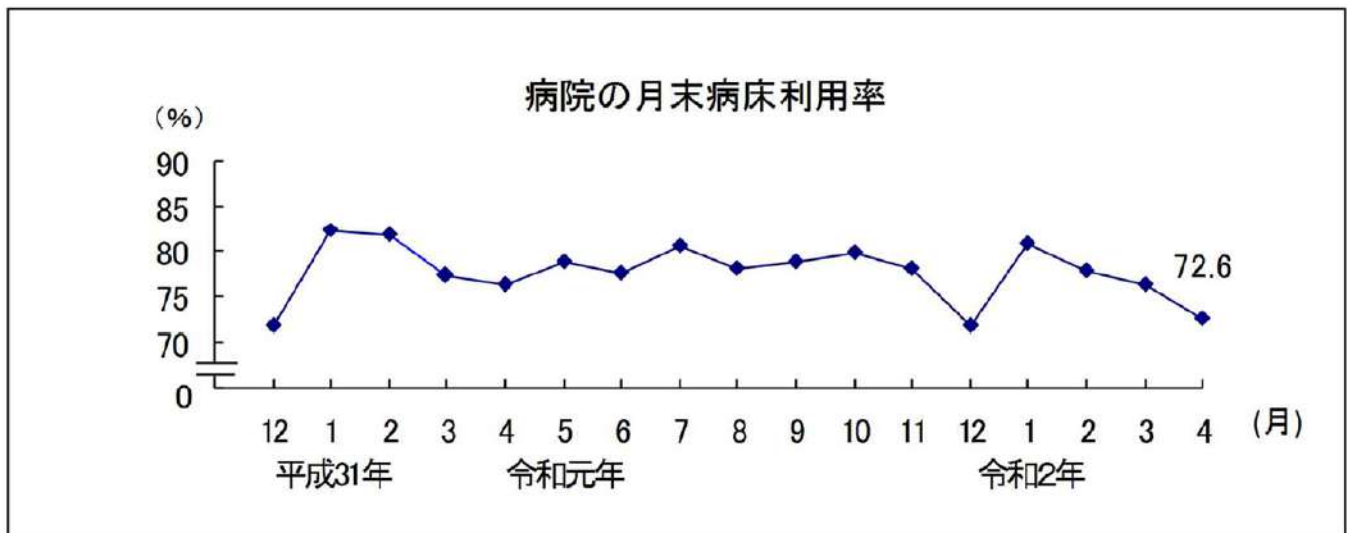
◆病院:1日平均在院患者数の推移



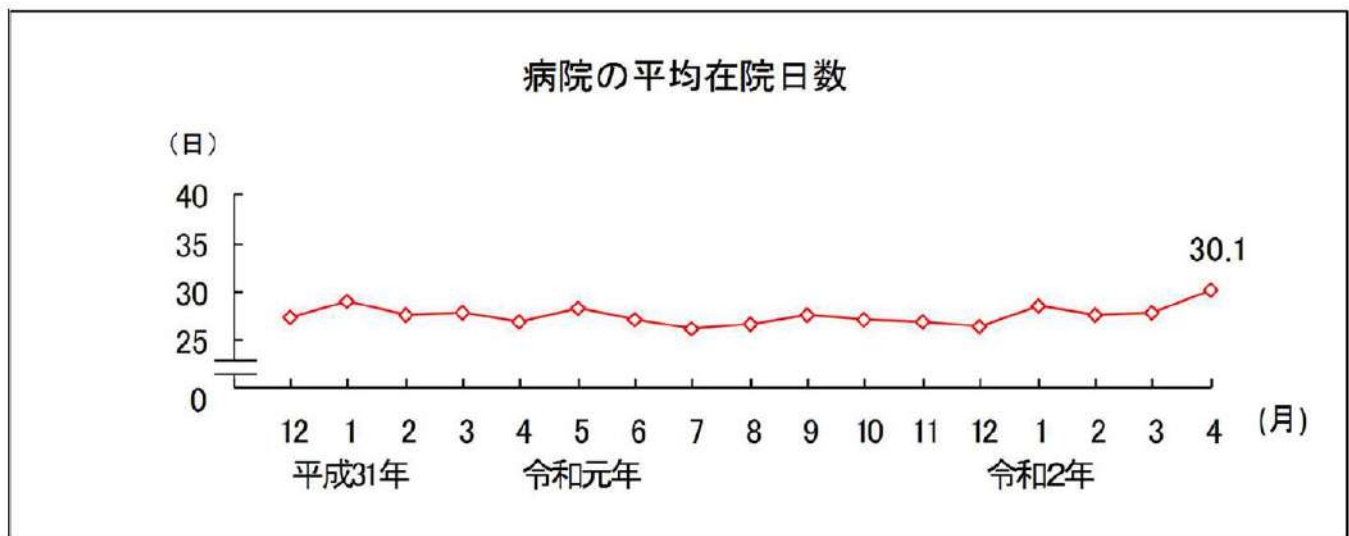
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移





経営情報
レポート
要約版



福 祉 経 営

障がい福祉 サービス事業所の 新規開設のポイント

1. 障がい福祉事業のサービス体系
2. 開業に必要な「指定」の取得方法
3. 資金計画に役立つ収支シミュレーション事例
4. 指定基準の点検及び特定処遇改善加算の取得



1

医業経営情報レポート

障がい福祉事業のサービス体系

障害福祉サービス事業所は、障がい者を対象に、介護保険法ではカバーできないサービスを提供するという点で、介護事業者の新たな展開として注目されています。障がい福祉サービス事業所を立ち上げるためには、都道府県または市町村から指定を受ける必要があり、指定を受けることにより「指定事業者」となり、サービス提供後に報酬を請求できるようになります。

新規開業を行う場合は、提供するサービスの選択、資金繰り、人材・利用者の確保、事業計画の立案以外に、この指定を受けるためには、書類作成や役所との調整、基準要件のクリアなどすべきことが多くあります。そこで、はじめに、障がい福祉サービスの体系について解説します。提供するサービスは、「障害者総合支援法」及び「児童福祉法」に基づき体系化されています。

■ 障害者総合支援法に基づくサービス

以下は、障害者総合支援法に基づくサービスです。

障害者総合支援法に基づくサービス

①訪問系サービス

- ・ 居宅介護
- ・ 重度訪問介護
- ・ 同行援護
- ・ 行動援護
- ・ 重度障害者等包括支援

②日中活動系サービス

- ・ 療養介護
- ・ 生活介護
- ・ 短期入所

③施設系サービス

- ・ 施設入所支援

④居住系サービス

- ・ 自立生活援助
- ・ 共同生活援助（グループホーム）

⑤訓練系・就労系サービス

- ・ 自立訓練
- ・ 就労移行支援
- ・ 就労継続支援A型
- ・ 就労継続支援B型
- ・ 就労定着支援

⑥相談支援系サービス

- ・ 計画相談支援
- ・ 地域移行支援
- ・ 地域定着支援

介護保険法と法律は異なってもサービス内容が共通する部分もあり、特に介護保険法の（介護予防）訪問介護事業はその介護保険サービスと現場業務が共通するサービスを提供している割合が多くなっています。

2

医業経営情報レポート

開業に必要な「指定」の取得方法

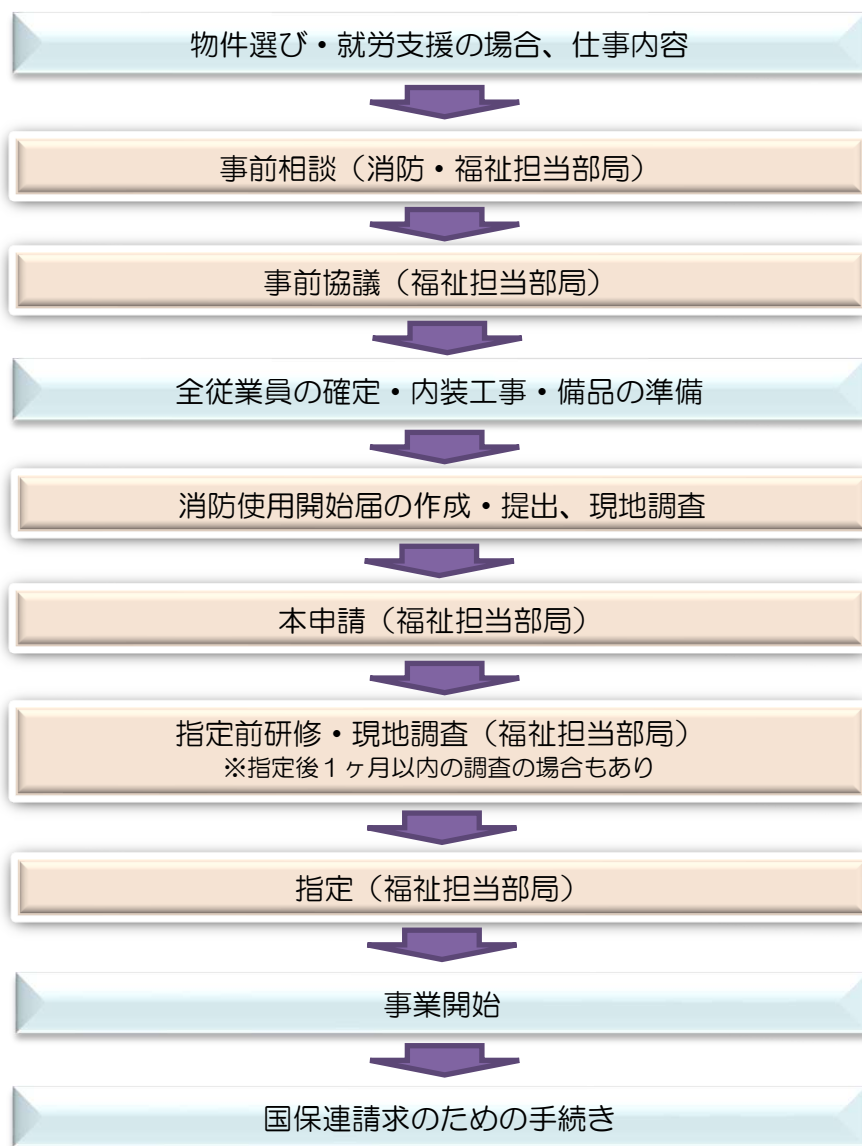
障がい福祉サービスを行うためには、「指定」を受けることが必要です。最初のステップは、「事業を行う場所」を確定することです。

何故ならば、その事業を行う事業所の地域の障がい福祉事業を管轄する役所（以下、指定権者という。）が、指定を行う権限がある役所となるからです。

■ 指定申請から事業開始までの流れ

障がい福祉サービスの指定申請から開業までの流れは、各都道府県や市町村で若干の違いがありますが、大まかな流れは以下の通りです。

■ 事業開始までの流れ



※ は、行政関係の手続き

※訪問系・相談支援系サービス場合、事前協議や消防関連のフェーズが省略されることがある

3

医業経営情報レポート

資金計画に役立つ収支シミュレーション事例

障がい福祉サービス事業を開業する際、報酬単価や必要な支出についてシミュレーションする必要があります。本章では、就労継続支援B型を例にシミュレーションしてみます。

就労系サービスは、利用者が事所に通うサービスであることから、ある程度の面積が必要です。ここでは、定員 20 名の開業資金について賃貸物件を利用するケースとして記載します。

■ 就労継続支援B型の収入構造

就労継続支援B型は、国保連に対し訓練等給付を請求することができます。
利用可能者は以下の通りです。

- i) 就労経験はあるが、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者
- ii) 50 歳に達している者または障害基礎年金の 1 級受給者（65 歳以上でも可）
- iii) i、ii に該当せず就労移行支援事業者などがアセスメント後、妥当と判断した場合

■ 収入シミュレーション例

(単位：人、日、円)

	1 年目	2 年目	3 年目
1 日あたりの平均利用者数	12	14	16
月の平均稼働日数	22	22	22
月の平均工賃（目標工賃）	9,000	12,000	15,000
訓練等給付費収入（月）	1,515,360	1,814,120	2,073,280
送迎加算（月）	34,320	40,040	45,760
食事提供加算（月）	79,200	92,400	105,600
処遇改善加算 I（月）	84,702	101,221	115,681
特定処遇改善加算（月）	26,345	31,521	36,024
利用者負担金収入（食費自己負担分）（月）	88,440	103,180	117,920
収入合計（月）	1,828,366	2,182,482	2,494,265

※送迎は利用者の半数として算出

※食事は 1 食 635 円として算出

※1 単位 10 円で算出

4

医業経営情報レポート

指定基準の点検及び特定処遇改善加算の取得

■ 指定基準の点検

(1) 指定要件等の概要

指定申請にあたり以下の指定要件を満たす必要があります。

- ① 法人であること
- ② 申請に係るサービス事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、指定権者の条例で定める基準を満たしていること
- ③ 申請者が指定権者の条例で定める事業の設備及び運営に関する基準を満たしていること
- ④ 欠格要件に該当しないこと
- ⑤ 事業の運営に当たり、暴力団員の支配を受け、または暴力団員と密接な関係を有していないこと

(2) 指定基準

指定を受けるためには、サービスごとに定められている以下の指定基準を満たす必要があります。

人員基準	従業者の知識、技能、人員配置等に関する基準
設備基準	事業所に必要な設備等に関する基準
運営基準	サービス提供に当たって、事業所が行なわなければならない事項や留意すべき事項等事業を実施する上で求められる運営上の基準

(3) 最低基準

以下のサービス及び施設は、事業を行うに当たり、最低限必要な設備及び運営に関する基準を満たす必要があります。

- 障がい福祉サービス(療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援)
- 障がい者支援施設
- 障がい児入所施設及び児童発達支援センター

(4) 報酬算定基準

報酬を受けるためには、サービスごとに定められている算定基準を満たす必要があります。



ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:コーチング

コーチングとは

コーチングとはどのようなものですか。カウンセリングやコンサルティングとはどのように違うのでしょうか。

コーチングとは、「相手（クライアント）の自発的な行動を促すコミュニケーションの技術」です。多くの場合、目標を達成したり、障害を打開したりするための答えや能力は、その人自身が持っています。

コーチングでは質問や提案、承認などによって相手の考えや能力、知識などを引き出し、目標を達成するための最善の方策について話し、確実に行動が起こせるように継続的なサポートをしていきます。

コーチはコーチングスキルを使って、クライアントの夢や目標を明確にし、それを実現するための戦略を共に練り、行動へ向けてサポートします。

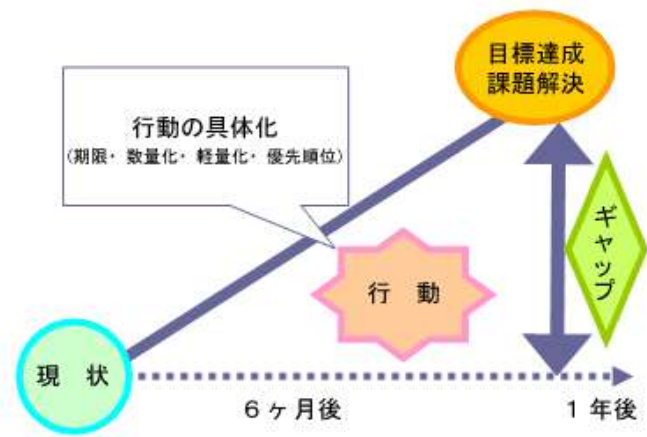
右図は、達成したい目標と、現状、そしてその間にある差「ギャップ」を示しています。時間の経過と共に成長し、目標へと近づいていくことが理想です。しかし、実際にはこの様にまっすぐ進めないことがほとんどです。

ギャップを埋めるためには、行動することが必要です。しかも、目標に対して出来るだけ無駄の無い行動をとることが、目標達成を早めることにつながります。

漠然と「いつかはこうなりたい」「〇〇を手に入れたい」「自分の活躍の場は他にあるはず」と考えていても、本当はどうなりたいのかが明確になっていないと、どんな行動を起こすことが必要なのかが明確にはなりません。

コーチングでは、下記の4つの項目を意識して目標達成をサポートしていきます。

目標達成に関する会話自体は日常的にも行っていると思われるかもしれませんが、コーチングの中では日常会話とは若干異なり、下記項目で相手に気づきを与えることを意識して質問していきます。



- ① 「目標（ゴール）」は何か
- ② それに対して「現状」はどうなっているのか
- ③ 目標と現状の間にはどのくらい「ギャップ」があるか
- ④ そのギャップを埋めるためには、どんな「行動」を起こしたらよいのか

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:コーチング

コーチング導入による効果

医療機関においてコーチングを活用した場合、どのような効果が期待できますか。

●コーチングの概要

従来の組織マネジメントは、上から下への「指示命令型」がほとんどでした。上司の指示を受け、そのとおりに業務を遂行できるようになるのが〈仕事を覚える〉ことを意味していました。社会の変化が穏やかで過去の経験が有効であった時代は問題がなかったのですが、近年、社会の変化のスピードが上がり、上司の経験が必ずしも機能しなくなると、それに対応するためマネジメントスタイルも変化せざるを得なくなってきました。そこで注目されたのが「質問型」といわれるコーチングのスタイルです。コーチング型のマネジメントでは上司が質問を投げ掛けることによって部下が考える習慣を身につけていき、最終的には、上司の問い掛けがなくとも自らコーチングできる自立した人材へと成長します。したがって社会の変化に対応して、自ら考え自発的に行動することができるのです。

●コーチングの活用場面

患者との信頼関係の構築、医療従事者間（上下関係を含む）の関係改善、職員の自立性の向上など多くの場面で効果が期待されます。

■コーチングが活用できる場面

- 医療従事者と患者とのコミュニケーションの改善
- 患者の療養サポートや生活指導
- 同僚間、先輩 ⇄ 後輩、上司 ⇄ 部下間のよりよい関係づくり
- 後輩指導の際の目標管理ツール
- 自分自身のセルフコーチング

●コーチングの活用効果

- 患者様・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、ヒヤリハット事故が減少する。
- いろいろな視点から物事を「見る」「聴く」「考える」ことができる。
- 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。
- リーダー間のサポート体制を強化し、部下の成果を創り出していく。
- 部下を「自発的に動かす」ためのスキルが身につく部下指導を向上させる。
- 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。