

医療情報
ヘッドライン

薬価制度の抜本改革の骨子承認 薬価改定は2021年度から毎年実施

▶厚生労働省

費用対効果評価、来年度制度化見送り 13品目を対象とした試行導入は実施

▶厚生労働省

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成29年6月分概数）

経営情報
レポート

コーチングを活用した
院内コミュニケーション向上のポイント

経営
データ
ベース

ジャンル:機能選択 サブジャンル:病床機能選択
中・長期事業計画(マスタープラン)の策定
臨床研修病院の指定を受けるプロセス

薬価制度の抜本改革の骨子承認 薬価改定は2021年度から毎年実施

厚生労働省

厚生労働省は、12月20日の中央社会保険医療協議会総会で薬価制度抜本改革の骨子案を提出し、承認された。市場規模が350億円を超えた医薬品は、年4回行われる新薬の保険収載時に改定し、引き下げることで市場拡大を速やかに防ぐこととする。現在2年に1度実施されている薬価改定は、2021年度から毎年実施されることが正式に決定した。

■市場規模350億円超の医薬品は、年4回の保険収載時に引き下げ

今回の薬価制度改革の端緒は、高額がん治療薬「オプジーボ」にある。当初は皮膚がんの一種である悪性黒色腫（メラノーマ）のみの承認だったため、対象患者数は数百人規模だったが、2015年末に非小細胞肺癌に対する追加承認を受けたことで数万人に急増し、2016年には腎臓がんの一部でも承認を受けると、対象患者数は増加の一途をたどっている。患者一人当たりの薬価は年間約3,500万円と試算されているため、10万人規模では、オプジーボ単独で3兆円以上の医療費となるため、市場が拡大した医薬品についての対応が急務となっていた（オプジーボは今年2月に50%の緊急引き下げを実施）。

従来のように2年に1度の改定ペースだと2年近く価格が高止まりする可能性があるため、改定を年1回にすること、そして350億円超に上る医薬品価格を引き下げる機会を

年4回設けることで、医療費の膨張を防ぐ趣旨である。

■薬価改定の対象となる品目は、2020年度までの3年間で検討・決定する方針

毎年の薬価改定を2021年度から実施するのは、2019年度に消費税率の引き上げが予定されており、臨時に全品目の改定を行うことによる。2018年度と2020年度は通常の改定を実施するため、事実上来年度から毎年改定となり、対象となる品目は、2020年度までの3年間で検討・決定する方針とする。

焦点となっていた「新薬創出加算」は、製薬企業で構成される業界団体の猛反発を受けて当初よりも要件が緩やかになった。11月に提示された案では、新薬収載実績などを踏まえてポイント化した企業指標をもとに算出した「上位5%」の企業に高い加算がつく形だったが、「上位25%」に変更された。これにより、大半の企業が加算の適用を受けられるものと予想される。

来年度の診療報酬改定では、本体が0.55%の引き上げとなったものの、薬価は1.65%引き下げられている。医療界の反発や日本医師会と与党との関係を踏まえれば、次回の改定以降も本体部分の大幅な引き下げは考えにくいだけに、高額な薬価を引き下げることによって医療費の抑制を図る構図が、今後も続くと思われる。

費用対効果評価、来年度制度化見送り 13品目を対象とした試行導入は実施

厚生労働省

厚生労働省は、12月20日に開かれた中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会・薬価専門部会・保険医療材料専門部会合同部会で、費用対効果評価制度を制度化することを来年度中に決定する方針を明らかにし、予定されていた来年度からの導入が見送られた。13品目を対象とした試行導入については、予定どおり来年度から実施する。

■費用対効果評価制度は2012年5月から導入検討

費用対効果評価制度は、高額医療を保険収載するにあたって適正な価格設定を行うために導入が検討されてきた仕組みで、医療費を含む社会保障費を抑制する効果が期待され、2012年5月から導入が検討されてきた。

2016年度の診療報酬改定時に試行的導入が決定し、現在、すでに保険収載されている13品目（医薬品7、医療機器6）を対象として分析が進められている。

しかし、本格的な制度化に必要な部分で、支払側と診療側の意見がまとまらず、重要な部分である「支払い意思額調査」の検討が先送りとされてきた。「支払い意思額調査」とは、無作為に抽出した3000人以上に対して面接を実施し、「この治療法にはいくらまで支払えるか」を聞くというものである。医薬品や医療機器などの費用対効果を導き出すための「総合的評価（アプレイザル）」を行うために必要な基準値を決めるのに、「支払い意思額」を算出しなけ

ればならず、不可欠な調査とのひとつとされる。

■合同部会でも支払側と診療側で意見が対立、本格導入実現には相当な調整が必要

厚労省は、7月に提示した「支払い意思額調査」の調査票案に「公的医療保険から支払われる治療法の費用に応じて、あなたが負担する保険料は増加する可能性があります」と記載し、医療保険の仕組みに詳しくない人が多いことや、面接対象者の年齢幅が広いことを考えれば、先入観を与えるおそれもあるとの指摘が相次ぎ、再検討を余儀なくされている。その後も意見はまとまらず、明確な実施時期が明示されないまま、今回の合同部会を迎えた。合同部会でも支払側と診療側で意見は真っ向から対立しており、このまま議論を続けたところで、先送りの繰り返しとなる懸念も出てきている。

ひとまず厚労省は、先行して分析が進められている13品目の試行導入を行い、その結果を踏まえてアプレイザルの方法や支払い意思額調査の実施可否などを検討するとしている。今回、改めて関係団体から一様に反対意見が出されたことで、今後厚労省側がどのような対応をとっていかかが注目されるが、来年度から本格導入するには時間が残されていない。薬価制度改革は次期改定の重要なポイントとなるだけに、厚労省が今後どのような対応をしていくか注視する必要がある。

病院報告

(平成29年6月分概数)

厚生労働省 2017年10月10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)	
	平成29年6月	平成28年5月	平成28年4月	平成29年6月	平成28年5月
病院					
在院患者数					
総数	1 246 961	1 239 214	1 253 122	7 747	△ 13 908
精神病床	286 809	285 877	285 705	932	172
結核病床	1 794	1 743	1 732	51	11
療養病床	287 644	287 374	289 420	270	△ 2 046
一般病床	670 656	664 161	676 208	6 495	△ 12 047
(再掲)介護療養病	45 427	45 746	46 254	△ 319	△ 508
外来患者数	1 405 298	1 304 026	1 301 963	101 272	2 063
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 312	5 319	5 425	△ 7	△ 106
(再掲)介護療養病床	2 040	2 015	2 066	25	△ 51

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。 注2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

2 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	平成29年6月	平成28年5月	平成28年4月	平成29年6月	平成28年5月
病院					
総数	78.8	79.8	77.6	△ 1.0	2.2
精神病床	86.0	85.8	85.5	0.2	0.3
結核病床	33.9	33.3	33.0	0.6	0.3
療養病床	87.8	87.7	88.0	0.1	△ 0.3
一般病床	73.3	75.1	71.3	△ 1.8	3.8
介護療養病床	90.8	90.4	90.9	0.4	△ 0.5
診療所					
療養病床	57.1	56.1	56.7	1.0	△ 0.6
介護療養病床	72.7	71.2	71.9	1.5	△ 0.7

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 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成29年6月	平成28年5月	平成28年4月	平成29年6月	平成28年5月
病院					
総数	27.5	28.8	28.8	△ 1.3	0.0
精神病床	256.4	263.5	272.0	△ 7.1	△ 8.5
結核病床	62.2	70.1	68.5	△ 7.9	1.6
療養病床	145.5	149.0	146.5	△ 3.5	2.5
一般病床	15.7	16.4	16.5	△ 0.7	△ 0.1
介護療養病床	308.2	316.7	293.6	△ 8.5	23.1
診療所					
療養病床	93.8	96.5	95.2	△ 2.7	1.3
介護療養病床	129.3	128.4	123.9	0.9	4.5

在院患者延数

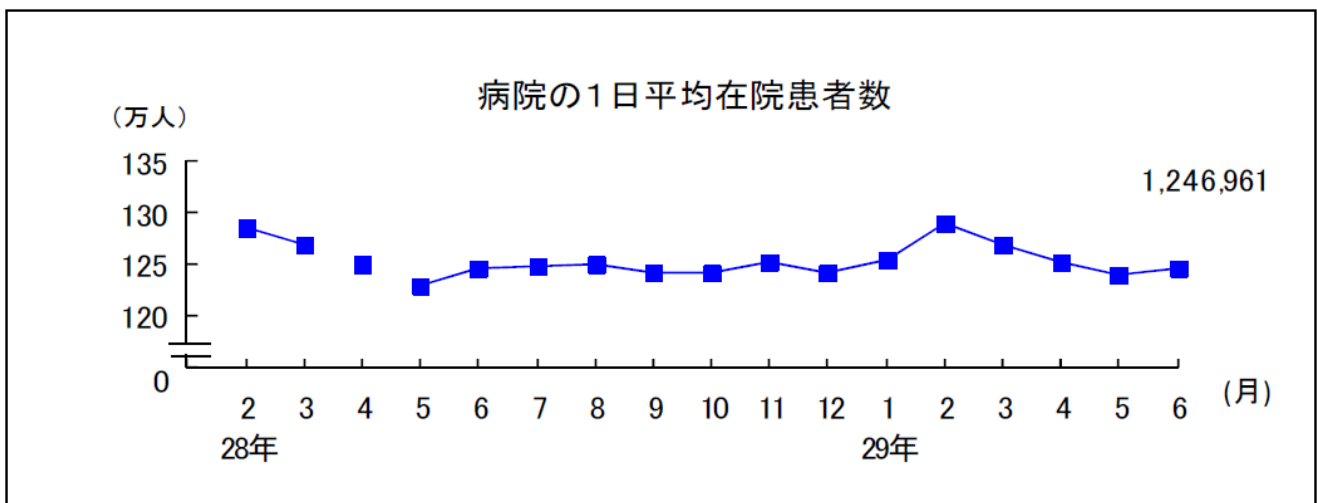
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

在院患者延数

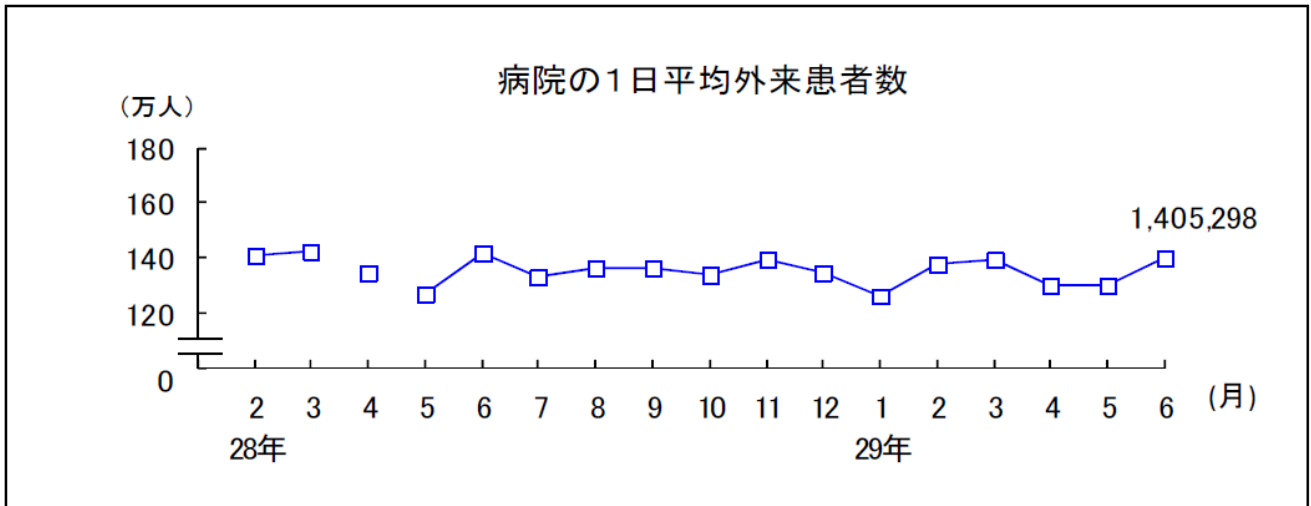
ただし、
療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

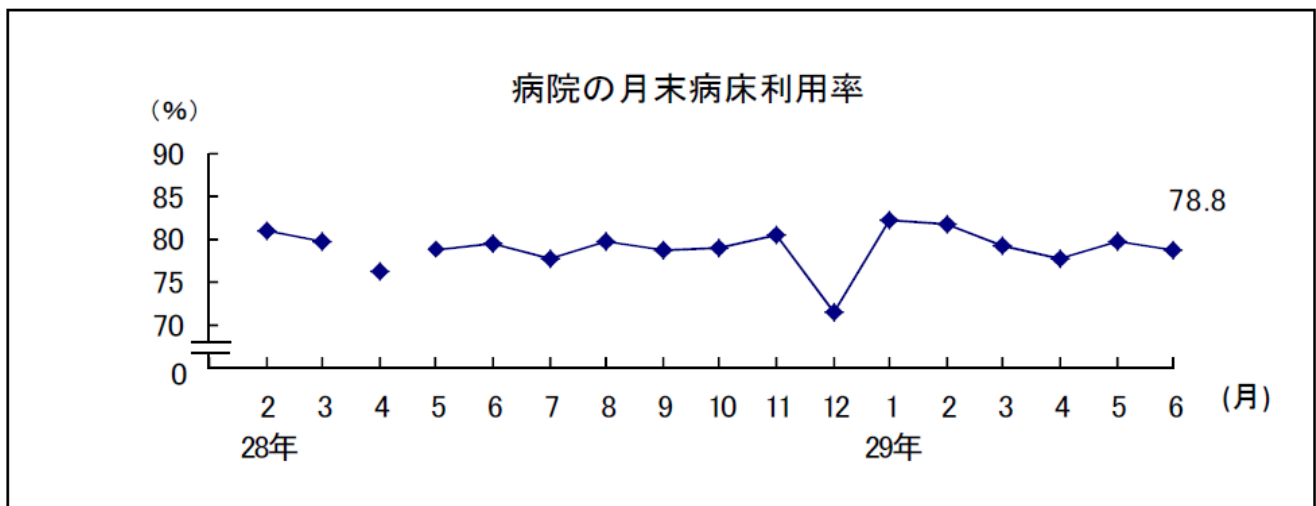
◆病院:1日平均在院患者数の推移



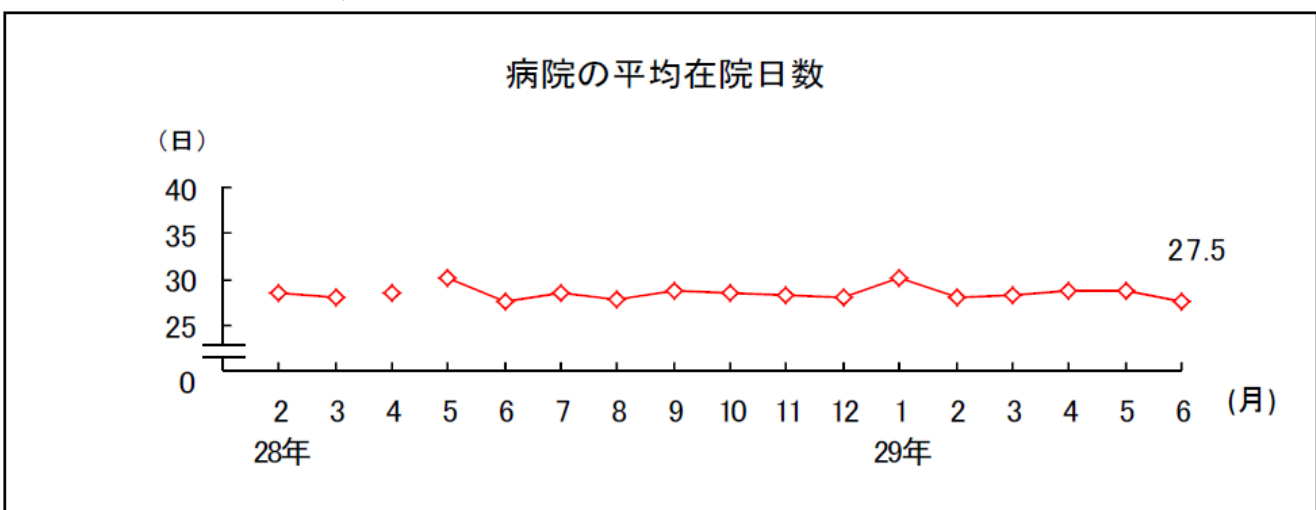
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



注：平成28年4月分については、熊本地震の影響により、熊本県の一部病院から報告がなかったため、前後の月と接続していない。

病院報告（平成29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。



経営情報
レポート
要約版



人 事 ・ 労 務

コーチングを活用した

院内コミュニケーション 向上のポイント

- 1.医療現場におけるコミュニケーションの重要性
- 2.行動スタイルの把握がコーチングの第一歩
- 3.コーチングの進め方を理解する
- 4.コーチングスキルを理解する
- 5.コーチングを活用した院内コミュニケーション向上事例



1

医業経営情報レポート

医療現場におけるコミュニケーションの重要性

■ 医療現場に求められるコミュニケーションスキル

ここ数年来、国民の医療・健康・福祉問題等に対する関心が、以前に比べてはるかに高くなってきました。マスメディアを通じて医療行為に関する事件・事故・裁判等、医療に対しての不信・不満・要望等の報道が増加するなかで、医療機関に対し、より高いレベルの患者サービスを要求する時代に変化しています。こうした状況を背景として、医療従事者に、より高いコミュニケーションスキルが求められるようになってきました。

(1) 院内のコミュニケーション不足が要因で発生するヒヤリハット事故

医療機関でヒヤリハット事故が発生する要因は、下記の要因が大勢を占めています。

いわゆる説明不足など、院内コミュニケーションが不足することに起因する項目が多くなっています。

医療機関での医療事故発生要因

● 患者への説明不足によるヒヤリハット事故

主な発生場面として、

- ① 処方・与薬 ② ドレーン、チューブ類の使用・管理 ③ 療養上のお世話

主な当事者職種としては、

- ① 看護師 ② 医師 ③ 准看護師 ④ 助産師 ⑤ 看護助手

● 自他部門医療スタッフとのコミュニケーション不足、部門間のセクショナリズムが強い

ヒヤリハット事故の発生要因として、不適切な連携による事故も多い

不適切な連携による事故の詳細としては、

- ① 看護職間 ② 医師と看護師 ③ 他職種間

(2) なぜ、医療機関でコミュニケーションが重要なのか

患者の医療への関心が高まっている現在では、患者ニーズを引き出し、その特性を理解したうえで、患者の立場に立ったコミュニケーションスキルが求められています。また、医療スタッフ間では他職種の立場を尊重し、指示命令型ではなく双方向型のコミュニケーションが重要です。

医療現場は人と人が直に接し、人の心理にかかわる職場であり、コミュニケーションが本来ことさら重要な位置を占めているにもかかわらず、医療現場や医学教育においては、長くコミュニケーションがあまり重要視されてきませんでした。それが、結果的に患者や自分以外のスタッフの立場を考えない職員・スタッフを生み出しているのかもしれない。

■ コーチングを活用して理想的な人間関係の構築

コーチングとは、「人の自主性」に注目したコミュニケーションスキルです。目標や希望を実現するために、その人の自主性を引き出して、効果的な行動に結びつけていくものです。

このコーチングスキルを身につけることによって、チーム医療における患者と医療スタッフ、および看護師の理想的な人間関係が作れます。

コーチングスキルを用いて会話を重ねることで、相手の心の扉を開け、信頼関係を築きニーズや思いを聴き出し、その解決方法や目標を達成させるための手段を話し合うなど、そのためにどのような行動をするかについて意見を交わすことができるようになります。

(1) コーチング活用の効果

コーチングは、人間関係を良い方向に導き、对患者関係、院内の人間関係を好循環に持っていくことができます。

コーチングを活用すると、下記のような効果が期待できます。

- 患者・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やヒヤリハット、事故が減少する
- 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
- 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

(2) コーチング活用の場面

コーチングは、あらゆる場面での活用が可能です。院長自身のコミュニケーション力向上はもちろん、患者対応、職員・スタッフのレベルアップ、クレームやトラブル等で活用することが可能です。

コーチングが活用できる場面

- 院長や職員・スタッフ自身のセルフコーチング
- 医療従事者と患者との間の不満やクレーム発生時
- 患者の闘病サポートや生活指導
- 医療スタッフ間、上司・部下間、先輩・後輩間、部門内のより良い関係作り
- 後輩指導の目標管理ツール
- 院内の人間関係トラブルが発生した時

2

行動スタイルの把握がコーチングの第一歩

■ タイプ別コーチングの理解

院内のコミュニケーションを向上させるためには、まず職員・スタッフの行動スタイルを把握することが必要です。これは、各タイプの特徴を捉え、かかわり方・アプローチの仕方を理解することで、育成や指導をしやすくすることを目的とするものです。

(1) 4つの行動スタイルを理解する

人には自分の行動スタイルがあり、この行動スタイルの中心的な部分はあまり変わらない傾向があるといわれています。

ここでは、人間の行動傾向を分析・理解するために、「統制」「創造」「着実」「論理」の4つの行動スタイルを指標とし、どのような欲求・動機がコミュニケーションや行動として現れているのかを理解します。

これら4つのタイプの違いは、次のようなものです。



① 統制タイプ

統制タイプは、業務に強い関心を持ち、自らの主導で結果や成果をつくることを重視します。全体を統制できる環境で、新しい物事に挑戦し、目標達成するために最大限の力を発揮します。スピードの速い行動や環境を好み、人からの指図を嫌います。

② 創造タイプ

創造タイプは、周りとのコミュニケーションを図りながら、物事を進めていくことを好みます。好奇心が旺盛で、とてもエネルギッシュです。社交的で話し好き、人を感化させる存在です。ただし、目標達成に執着しない傾向もあります。

③ 着実タイプ

着実タイプは、人とのつながりを大切にします。物静かでソフト、控えめで温かく、親しみやすい感じを与えます。チームワークを重視し、強い協力の下に仕事を進めていくことを好みます。新しいことやリスクのあることを求めず、安全で着実に進める環境を好みます。

④ 論理タイプ

論理タイプは、裏づけのある確実な方法で、目標達成に向けて進んでいくことを重視します。そのため、十分な情報やデータをそろえ、それを分析し、リスクを最小限にする方法を徹底的に検討する慎重派です。論理的なものや体系的な事柄に興味を持ちますが、人とのかかわりに対しては慎重で、自分の感情をあまり外に出しません。

3 医業経営情報レポート

コーチングの進め方を理解する

■ コーチングのステップと必要なスキル

コーチングの目的は、職員・スタッフのやる気を引き出して、自発的な行動を起こさせることです。

つまり、自分で考え、自ら行動できる職員・スタッフを育てるというものです。

コーチングは6つのステップで行われます。これらステップだけをみると、普段職員やスタッフとの対応の中で当然実践していることと思われるかもしれませんが、これら6つのステップを進めるには、それぞれのステップに適したコーチングスキルが必要です。

コーチングの6つのステップ	各STEPで必要なコーチングスキル	
STEP1 リラックスさせる	共感・ペーシング	ニュートラル
STEP2 現状を聴く	承認する	傾聴する
STEP3 理想のゴールを聴く	オープン質問	チャックアップ
STEP4 課題を特定する	オープン質問	
STEP5 行動計画を立てさせる	質問	提案
STEP6 進捗状況をフォローする	クローズ質問	

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:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

中・長期事業計画 (マスタープラン)の策定

病院における中・長期事業計画の
策定プロセスを教えてください。

病院理念・基本方針に基づいた中・長期計画（マスタープラン）策定の前提として、病院の①外部環境分析（行政施策・動向、社会環境、医療・福祉界概況、競合機関等）、②内部環境分析（組織体質、機能、行動力、求心力、リーダーシップ、将来性等）、③内外環境変化の方向性把握、のそれぞれを踏まえて、自院の理念・基本方針を達成しうる事業計画を立案するためのシステムづくりがあります。医療を取り巻く環境の大幅な変化によって、個人が担うことが困難となってきたため、大別すると次のような二通りの方法を採用する傾向にあります。

（１）部門横断的プロジェクト・チームの活用

医局（医師）、看護・技術・医事課等部門別に代表者を選定し、6ヶ月～1年程度の期間を定め、各部門の提案を集約した上で将来戦略に反映させる方法で、部門を横断した参加意識の醸成は一時的なモラル向上に効果的ですが、全部実施の困難性、最終的な意思決定権限の欠如がデメリットに挙げられます。

（２）専門部門の設置

院内の企画部にマスタープラン起案の責任者を選任し、情報収集や具体的手法の研修を実施したうえで、起案から実施後のフォローにも関与させる方法で、次の点に留意が必要です。

①必要なスキルを備えた責任者の選定

収集した情報の分析やプレゼンテーション能力を備えた現場の事情・感覚に通じた者が適任。

②プレゼンテーションの受け入れ体制の構築

責任者には、最終的な意思決定をなす機関（理事会等）との関係作りのため、経営会議等に出席させる。

③専従の責任者

経営計画策定期間は、本来の業務と兼務させず、専従とする。

④各部門管理者との協議権限付与

起案から実施に至るまで各部門との意見調整が可能となるよう、管理職と常時協議が可能な権限を付与しておくことが望ましい。

⑤計画案の審議・決定権限は理事会等機関とする

経営者の専決とならないよう、経営計画に関する審議・決定は意思決定機関が行う旨を定める。

ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

臨床研修病院の 指定を受けるプロセス

急性期病院に必要と思われる臨床研修指定病院への参加について、具体的なプロセスを教えてください。

臨床研修病院の指定を受けることにより、医療の質の向上や病院組織の活性化、地域からの信頼アップ等を理由として患者の確保が期待できるのですが、研修に必要な施設や図書・雑誌、病歴管理等体制の整備が必要とされます。

こうした要件を満たすための準備期間としては、大学病院等一部の病院を除いて、最低でも5年間程度の時間が必要だと考えられるでしょう。

指定申請準備のポイントとプロセスは、次のとおりです。

■臨床研修病院となるための条件

1. 医局内コンセンサス

臨床研修指定病院となっても、診療報酬上または直接に経営的なメリットはないことから、指定を受ける目的について、とりわけ医局（医師全員）に理解させ、協力を得ることが最も重要な前提条件となります。

また、基本的には当該病院の標榜する全診療科目において臨床研修を実施することになるため、指導医の確保あるいは養成も必要です。

2. 準備委員会の設置

委員長（副院長クラスから選任することが望ましい）のほか、アドバイザー（大学教授等）の設置も必要と考えます。

3. 剖検体制の整備

年間剖検例 20 体以上かつ剖検率 30%以上が基準要件とされていることから、病理医の確保と中央検査室の整備が必要であるほか、スキルの高い検査技師の確保も重要です。

4. 経営体質の強化

一般の診療にとっては無駄な支出となるものの、研修目的として最新の医学文献の整備や高額で不採算な医療機器の設置が義務付けられているため、その他の材料費や一般管理費等で積極的なコスト削減策を実行できる経営体質に改善することが必要です。