

医療情報
ヘッドライン

高額薬値下げや適正投与の指針に着手 年内に基本案をまとめ新ガイドライン策定

▶厚生労働省

がん患者の5年相対生存率は推計62.1% 3年前の58.6%から3.5ポイント増

▶国立がんセンター

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成28年3月分概数）

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: 労務管理 サブジャンル: 就業規則
就業規則に必ず記載すべき事項
打刻を忘れた場合の対応

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

高額薬値下げや適正投与の指針に着手 年内に基本案をまとめ新ガイドライン策定

厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）は7月27日、高額な薬の相次ぐ登場を受け、薬剤費の高騰を抑えるための新ガイドライン策定の検討を始めた。これにより、厚労省は2年に1度の改定を待たずに値下げする「特例的な対応」（期中）の検討に着手する。

27日の中医協では、診療側（委員）から再算定を期中に行う場合の診療報酬本体への財源振り替えまで踏み込んだ意見が出た。高額薬をめぐる中医協の進め方には、①「薬の治療対象が拡大して患者数が大幅に増えた際の値下げ」と、②「薬の適正使用の徹底」、を2本柱として議論することになる。

■柱はがん免疫治療薬「オプジーボ」対策

厚労省はこの日の中医協で、画期的な効果があるものの高額な薬剤の適正使用のためガイドライン（指針）作成の方針を示し、中医協はこれを了承した。厚労省案は、使用できる医師や施設、対象患者の制限を柱とした内容となっている。これは消費税増税先送りなどで財源確保は厳しさを増し、高額な薬剤の発売が続く中、医療保険財政への影響が懸念されているためである。厚労省は、年内に基本的な考え方をまとめ、年度末までに指針を策定する。

具体的には、1人あたり年3500万円かかるがん免疫治療薬「オプジーボ」対策を柱とし、こうした抗がん剤等高額な画期的新薬の価格抑制に向けた本格的な議論となる。この議論は、保険を適用する病気の対象を広げる際に、薬価を値下げできる仕組みを検討するもので、年8兆円にのぼる薬剤費の抑制につなげるこ

とを狙いとする。対象はオプジーボと高脂血症薬の「レパーサ」とその類薬で、オプジーボほど高額ではないレパーサも長期間投与が必要のため、対象とした。

■高額薬の価格を柔軟に見直す仕組みを議論

今回の中医協の議論では、高額薬の価格を柔軟に見直す新たな仕組みも話し合う。今の制度では、価格の見直しは2年に1回しかできないが、厚労省は、2016年度に導入した「特例拡大再算定」を臨時で適用することや、保険を適用する病気の対象を拡大する際に価格を引き下げる案を検討する。

しかし、期中改定は毎年薬価改定の実施への懸念もあり、製薬業界側の反発は必至とされる。8月以降の中医協薬価専門部会では、診療報酬への影響などを踏まえ、実施時期や手法をめぐる議論が中心となる見込みである。

中医協は、「最適使用推進ガイドライン」の策定には高額薬剤への施策の柱のひとつである医師、施設、患者の各要件を明確化する義務を負っている。対して価格引き下げを嫌う製薬会社は「開発コストが回収しにくくなり、技術革新を阻害する」と主張している。オプジーボは最初に保険適用した皮膚がんの一種、悪性黒色腫（メラノーマ）では対象患者の見込みが470人と少数だった。その後、肺がん治療にも拡大したため、対象患者も増えたが、当初は開発費を回収するために薬価も高く設定された。厚労省は、対象となる薬品を使用できる医師や医療機関に条件を付け、副作用が見込まれる患者への使用を控えると説明した。

がん患者の5年相対生存率は推計62.1% 3年前の58.6%から3.5ポイント増

国立がん研究センター(国がん)は、がん患者の命を治療によってどのくらい救えたかを示す「5年相対生存率」を最新のデータで推計し、男女計62.1%になると発表した。この数字は3年前と比べ3.5ポイント増になる。発表によると5年相対生存率(すべてのがん)は男性59.1%、女性66.0%となっている。

「5年相対生存率」は、特定の年齢の日本人が5年後に生存している確率を100%とした場合に、同じ年齢のがん患者が治療後に何%生存しているかという形で示す。

5年相対生存率は、がん医療を評価する重要な指標として世界的に用いられているもので、がん診療連携拠点病院の評価やがん医療均てん化の評価指標として、活用が望まれている。これについて注意する点は、生存率とは、「性別、年齢、治療方法、併存する疾患など患者背景の差が大きく影響する」ということであり、生存率そのものではなく、その要因分析が重要となる。

■男性で生存率の高いのは前立腺がんで97.5%

今回は、国立がん研究センターが全国21の府と県で平成20年までの3年間に、がんと診断された患者64万4000人余りのデータを基に推計した。その結果、すべてのがんでの5年相対生存率(男性59.1%、女性66%-男女合わせ62.1%)を3年前の58.6%と比べると3.5ポイント上がっている。これは前立腺がんや乳がんなど予後の良いがんになる人が増えたことが理由として考えられるという。

がんの種類ごとに生存率の高い順で見ると、男性では前立腺がんが最も高く97.5%、次いで皮膚がんが92.2%、甲状腺がんが89.5%、膀胱がんが78.9%、喉頭がんが78.7%などとなっている。また、生存率の低い順で見ると、男性ではすい臓がんが最も低く7.9%、次いで胆のうがんなどが23.9%、肺がんが27%、脳腫瘍などが33%、肝臓がんなどが33.5%などとなっている。

■女性で生存率の高いのは甲状腺がんで94.9%

一方、女性で見ると、生存率が最も高いがんは甲状腺がんで94.9%、次いで皮膚がん92.5%、乳がん91.1%、子宮体がん81.1%、喉頭がんが78.2%などとなっている。

また、生存率が低い順で見ると、すい臓がんが最も低く7.5%、次いで胆のうがんなどが21.1%、肝臓がんなどが30.5%、多発性骨髄腫が36.3%、脳腫瘍などが38.6%などとなっている。

すべてのがんについて、診断時にがんが1つの臓器の中でとどまる場合の5年相対生存率は男女合わせて90.4%だったのに対し、周囲の臓器に進行した場合は55.1%、血液などに乗って転移した場合は13.6%と、早期に発見するほど生存率が高くなっていった。

国立がん研究センターの松田智大全国がん登録室長は「今後、がんの種類ごとに詳しい分析を進め、治療法が改善されているのかなど分析をしていきたい。各都道府県は、がんの死亡のデータなどと合わせ、がんの医療体制を検証する参考にしてほしい」と話している。

病院報告

(平成28年3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28年3月	平成28年2月	平成28年1月	平成28年3月	平成28年2月
病院					
在院患者数					
総数	1 269 286	1 286 147	1 253 378	△ 16 861	32 769
精神病床	288 712	288 997	288 240	△ 285	757
結核病床	1 809	1 808	1 827	1	△ 19
療養病床	293 599	293 918	290 794	△ 319	3 124
一般病床	685 110	701 366	672 460	△ 16 256	28 906
(再掲)介護療養病床	51 196	51 416	51 448	△ 220	△ 32
外来患者数	1 428 868	1 406 335	1 256 341	22 533	149 994
診療所					
在院患者数					
療養病床	6 120	6 152	6 162	△ 32	△ 10
(再掲)介護療養病床	2 358	2 355	2 382	3	△ 27

- 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。

2 月末病床利用率(各月末)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成28年3月	平成28年2月	平成28年1月	平成28年3月	平成28年2月
病院					
総数	79.6	80.9	79.6	△ 1.3	1.3
精神病床	85.5	85.7	85.5	△ 0.2	0.2
結核病床	32.7	32.8	32.0	△ 0.1	0.8
療養病床	88.7	89.0	88.5	△ 0.3	0.5
一般病床	74.4	76.6	74.6	△ 2.2	2.0
介護療養病床	91.3	91.3	91.0	△ 0.0	0.3
診療所					
療養病床	58.3	59.7	59.2	△ 1.4	0.5
介護療養病床	70.8	71.4	71.7	△ 0.6	△ 0.3

- 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28年3月	平成28年2月	平成28年1月	平成28年3月	平成28年2月
病院					
総数	28.1	28.4	30.3	△ 0.3	△ 1.9
精神病床	262.3	270.6	301.2	△ 8.3	△ 30.6
結核病床	65.3	61.5	73.3	3.8	△ 11.8
療養病床	146.4	148.9	164.3	△ 2.5	△ 15.4
一般病床	16.1	16.5	17.3	△ 0.4	△ 0.8
介護療養病床	308.4	315.6	338.7	△ 7.2	△ 23.1
診療所					
療養病床	97.3	97.1	108.0	0.2	△ 10.9
介護療養病床	118.6	120.9	133.4	△ 2.3	△ 12.5

在院患者延数

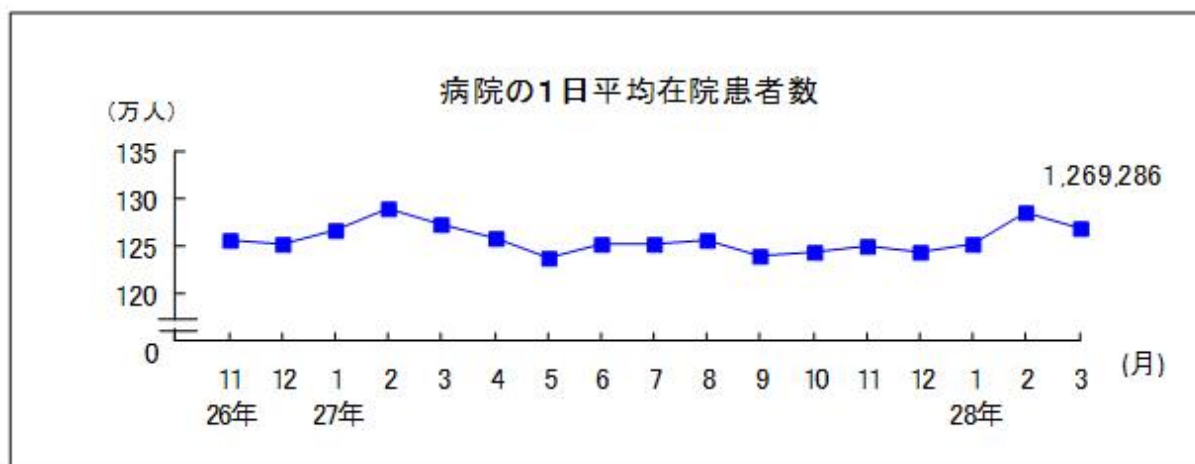
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

在院患者延数

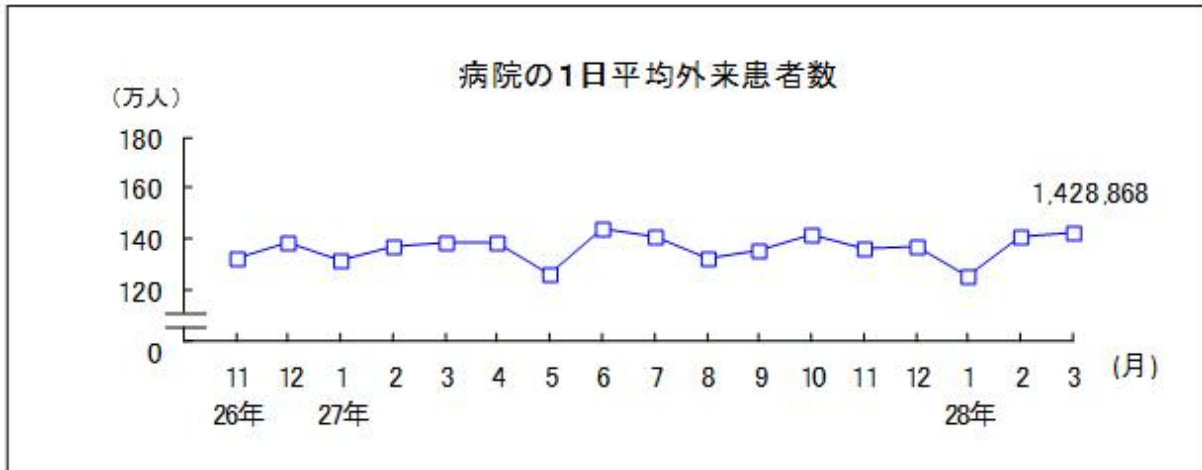
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{1}{2} \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

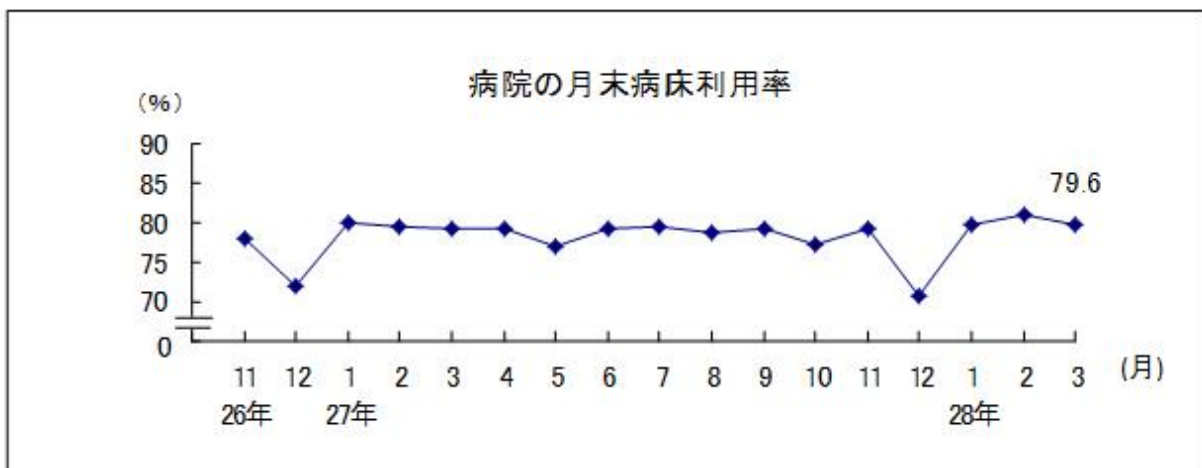
◆病院:1日平均在院患者数の推移



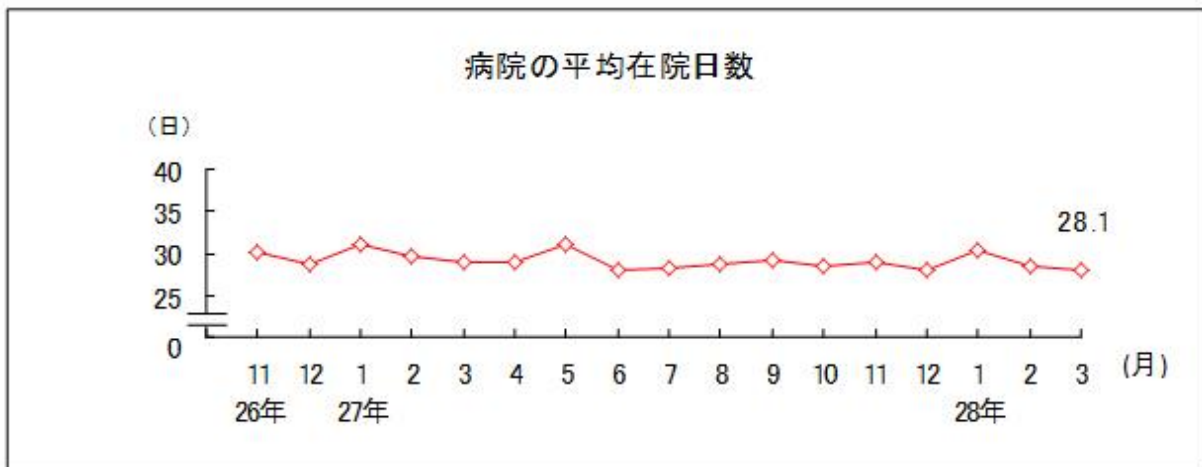
◆ 病院:1日の平均外来患者数の推移



◆ 病院:月末病床利用率の推移



◆ 病院:平均在院日数の推移



病院報告(平成28年3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。

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

ポイント

- 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 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・教育を行う必要性和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)

あなたはどのようになりますか？

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るのです。

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 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

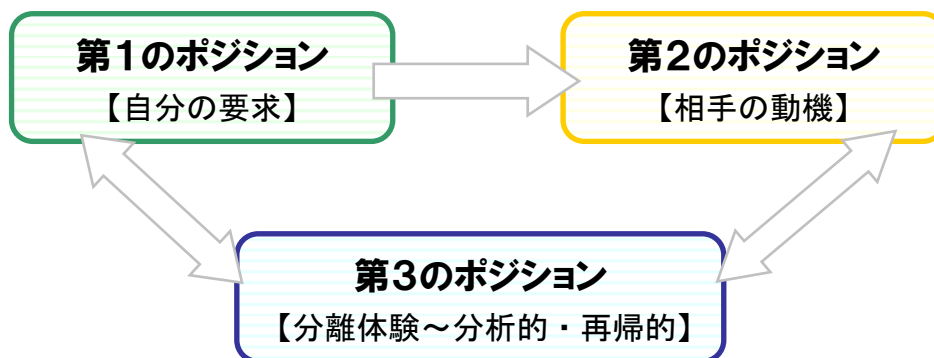
非言語的兆候（言語以外で発信するサイン）を詳細に測り
そこから相手の心理状態や変化を捉えること ⇒ 観察すること

■ 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。

経営データベース ①

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 就業規則



就業規則に必ず記載すべき事項

就業規則を作成するにあたって、必ず定めなければならない事項があれば教えてください。



就業規則に記載すべき事項には、絶対的^①必要記載事項と相対的^②必要記載事項とがあります。

絶対的^①必要記載事項とは、就業規則に必ず定めなければならない事項ですが、相対的^②必要記載事項についても、その定めをした場合には必ず就業規則に定めなければなりません。

労働基準法第89条においては、以下の(1)～(3)については、必ず就業規則に定めなければならないこととしています（「絶対的^①必要記載事項」）。

- (1) 始業及び終業の時刻、休憩時間、休日、休暇、就業時転換に関する事項
- (2) 賃金の決定、計算及び支払の方法、賃金の締切り及び支払の時期、昇給に関する事項
- (3) 退職に関する事項

また、以下の(1)～(8)については、定めをする場合には就業規則に記載しなければならないこととしています（「相対的^②必要記載事項」）。

- (1) 退職手当（適用される労働者の範囲、退職手当の決定、計算及び支払の方法、退職手当の支払の時期）に関する事項
- (2) 臨時に支払われる賃金等（退職手当を除く）、最低賃金額に関する事項
- (3) 労働者に負担させるべき食費、作業用品などに関する事項
- (4) 安全及び衛生に関する事項
- (5) 職業訓練に関する事項
- (6) 災害補償及び業務外の傷病扶助に関する事項
- (7) 表彰及び制裁についての種類及び程度に関する事項
- (8) 労働者のすべてに適用される定めをおく場合は、その事項

相対的^②必要記載事項とは、記載してもしなくてもどちらでもよいということではなく、定めをする場合には、必ず就業規則に記載しなければなりません。

経営データベース ②

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 就業規則



打刻を忘れた場合の対応

就業規則の「タイムカードの打刻をしなかった場合には欠勤とする」という趣旨の規定に基づいて、打刻を忘れた者を欠勤と扱うことはできるでしょうか。



労働基準法は、使用者に賃金台帳の作成義務を課し、労働日数、労働時間数、時間外労働の時間数、休日労働時間数、深夜労働時間数を賃金台帳に記入すべきものとしています。つまり、使用者には賃金計算の基礎となる労働時間等の把握義務が課せられているわけです。

労働日数や労働時間数を把握する方法としては、一般に出勤簿やタイムレコーダー等が利用されていますが、管理者が各人別の労働時間数等を記録したり、労働者が出勤簿に記録したりする方法などでも差し支えありません。

使用者は、個々の労働者について労働時間等を確実に把握し、時間外労働等の処理にあたっては、法令の定めに従わないように管理することが求められているのです。

したがって、出退勤時刻の管理にタイムカードを使用している場合に打刻しない者がいたとしても、使用者は何らかの方法で労働時間の把握義務を果たさなければなりません。

つまり、タイムレコーダーの打刻を忘れた場合でも、労働者が実際に出勤し、労働している限り、使用者はその労働者の実際の労働時間について把握する義務を免れることはできないとされます。

したがって、タイムレコーダーの打刻忘れを理由に欠勤として扱うことは認められず、仮に就業規則にそのような規定が設けられていたとしても、当該規定は無効です。

ただし、打刻忘れを理由とした制裁処分をすることはできますので、労働基準法に定める範囲内であれば、減給等の制裁処分に付すことは可能だと解されています。

■就業規則上の定め可否

