

医療情報
ヘッドライン

70歳以上の医療費上限額引き上げ 後期高齢者軽減特例も段階的に廃止

▶厚生労働省

「キイトルーダ」が非小細胞肺がんの適応追加 薬価決定は来年2月以降となる見通し

▶厚生労働省

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告(平成28年7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:経営計画 サブジャンル:経営計画の策定
経営トップが経営計画策定時に担う役割
四半期経営計画の策定

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

70歳以上の医療費上限額引き上げ 後期高齢者軽減特例も段階的に廃止

厚生労働省

11月30日、厚生労働省の諮問機関である社会保障審議会の医療保険部会が開かれ、高齢者の医療費の自己負担上限額を、収入にかかわらず全体的に引き上げる方針が示された。来年8月からの実施を目指している。また、75歳以上が対象となる後期高齢者医療制度の軽減特例も、段階的に廃止していくとした。高齢者の負担が増すことは確実で、高齢者の外来受療率の減少傾向に拍車がかかりそうだ。

■後期高齢者医療制度の軽減特例は、 2020年までに廃止する方向で検討

医療費の自己負担額に上限を設けている「高額療養費制度」では、70歳以上で年収370万円未満の場合、現在の上限額は月額4万4000円だが、これを来年8月に5万7600円にする。また、年収が370万円以上ある場合、現在は一律で「現役並みの収入がある」とされ、8万100円+1%を上限額としているが、改正案ではそれをさらに3区分に分け、年収1160万円以上の場合は25万2600円+1%まで引き上げる。

住民税非課税の低所得層に対しては、世帯の場合は据え置きとするものの、単身の場合は8,000円から1万円とする。

後期高齢者医療制度の軽減特例は、2020年までに廃止する方向で検討が進められている。年収153万円～211万円の人を対象に5割軽減している特例は、早くも来年度に廃

止し、最大9割軽減している専業主婦などを対象とした特例は、段階的に軽減率を落としていき、2020年までに廃止するとした。なお、この段階的な廃止期間に75歳以上となった人には、軽減特例は適用されない。つまり、収入の多寡にかかわらず、医療費の自己負担額が引き上げられるため、特に低所得層へ大きな影響を及ぼすことが予想される。



■社会保障費の伸びを5000億円に とどめるための措置

これらの案については、11月17日に開かれた財政制度審議会が背景にある。来年度予算案の概算要求では、社会保障費の伸びを6400億円としていたのが、財政制度等審議会では5000億円にとどめたいとしたため、その「財源」を確保するための措置だといえるだろう。高齢者の自己負担額が引き上げられるたびに外来の受療率が下がっているが、今回の案が実施されれば、さらに減少していくのは間違いない。高齢者が患者の大半を占める医療機関は、集患の手立てを検討するタイミングになる。

「キイトルーダ」が非小細胞肺がんの適応追加 薬価決定は来年2月以降となる見通し

厚生労働省

厚生労働省の薬事・食品衛生審議会医薬品第二部会は、11月24日にがん治療薬「キイトルーダ」(MSD)について、非小細胞肺がんの適応追加を了承、年内にも正式に承認される見込みとなった一方で、キイトルーダは11月の薬価収載を見送っており、どのタイミングで販売が開始されるのかも注目される。

■キイトルーダは来年2月に緊急薬価引き下げが決定したオプジーボの類似薬

キイトルーダは、免疫反応を活用してがん細胞に働きかける治療薬であり、来年2月に緊急薬価引き下げが決定したオプジーボの類似薬で、悪性黒色腫(メラノーマ)で最初の承認を受け、次いで非小細胞肺がんの適応が追加された経緯も似通っている。

非小細胞肺がんは、日本人の死因で最多と言われる肺がんの80%を占めており、この2つの新薬は、画期的な治療法とされる免疫療法の牽引役としても期待されていた。

しかし、国内では先行して販売されたオプジーボは、体重60kgの男性患者に1年間投与する場合に約3500万円かかる試算であり、高額な点が問題視された。

13年連続で過去最高を更新している医療費をさらに圧迫する恐れがあるとして、2018年度に行われる薬価の定期改定を待たずに緊急薬価引き下げが決定され、当初は規定通り最大25%引き下げで調整が進んでい

たが、海外のオプジーボ価格と比較して高額なことから議論が再燃した。11月16日の中央社会保険医療協議会(中医協)で、50%引き下げとなることが了承された。

■11月に薬価収載予定が、オプジーボをめぐる一連の動きを見て見送りを決定

当初、キイトルーダは11月に薬価収載をする予定だったが、新薬の薬価は類薬のそれが基準となるため、オプジーボをめぐる一連の動きを鑑みて見送りを決定し、次回の中医協は来年2月に開催されるため、薬価の決定や販売開始はそれ以降となることが確定した。

キイトルーダは、オプジーボが隔週での点滴静注であるのに対して、3週間間隔と使用頻度が少なくて済み、用量も体重によって変える必要がない。

非小細胞肺がんの患者に対して初回治療で使用できる(※)ことも大きな違いで、医療現場からの注目も集まっていた。また、類薬が増えることで免疫療法そのものが活性化し、進化していくことも見込まれるため、早めのタイミングでの販売開始が望まれる。

※ 腫瘍組織においてPD-L1発現した腫瘍細胞が占める割合が50%以上の場合には初回治療で使用可能。EGFR遺伝子変異陽性、またはALK融合遺伝子陽性の患者に対しては、キイトルーダを非小細胞肺がんの初回治療で使用することはできない。

病院報告

(平成28年7月分概数)

厚生労働省 2016年11月4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28年7月	平成28年6月	平成28年5月	平成28年7月	平成28年6月
病院					
在院患者数					
総数	1 247 493	1 246 019	1 229 498	1 474	16 521
精神病床	289 641	288 890	287 929	751	961
結核病床	1 885	1 898	1 874	△ 13	24
療養病床	289 368	289 662	288 987	△ 294	675
一般病床	666 538	665 512	650 652	1 026	14 860
(再掲)介護療養病床	50 395	50 494	50 604	△ 99	△ 110
外来患者数	1 333 881	1 415 092	1 269 771	△ 81 211	145 321
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 912	5 889	5 889	23	△ 0
(再掲)介護療養病床	2 280	2 272	2 292	8	△ 20

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)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成28年7月	平成28年6月	平成28年5月	平成28年7月	平成28年6月
病院					
総数	77.7	79.4	78.8	△ 1.7	0.6
精神病床	86.4	86.0	85.8	0.4	0.2
結核病床	34.2	34.9	36.1	△ 0.7	△ 1.2
療養病床	87.8	88.0	87.7	△ 0.2	0.3
一般病床	71.2	74.1	73.3	△ 2.9	0.8
介護療養病	91.4	91.6	91.4	△ 0.2	0.2
診療所					
療養病床	58.8	58.5	57.9	0.3	0.6
介護療養病床	71.9	72.1	71.7	△ 0.2	0.4

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7月	平成28年6月	平成28年5月	平成28年7月	平成28年6月
病院					
総数	28.5	27.5	30.1	1.0	△ 2.6
精神病床	271.9	254.8	274.7	17.1	△ 19.9
結核病床	68.7	63.5	68.8	5.2	△ 5.3
療養病床	159.7	152.3	161.0	7.4	△ 8.7
一般病床	16.1	15.6	16.9	0.5	△ 1.3
介護療養病床	342.9	311.8	325.8	31.1	△ 14.0
診療所					
療養病床	100.8	99.1	102.9	1.7	△ 3.8
介護療養病床	127.2	126.8	126.5	0.4	0.3

在院患者延数

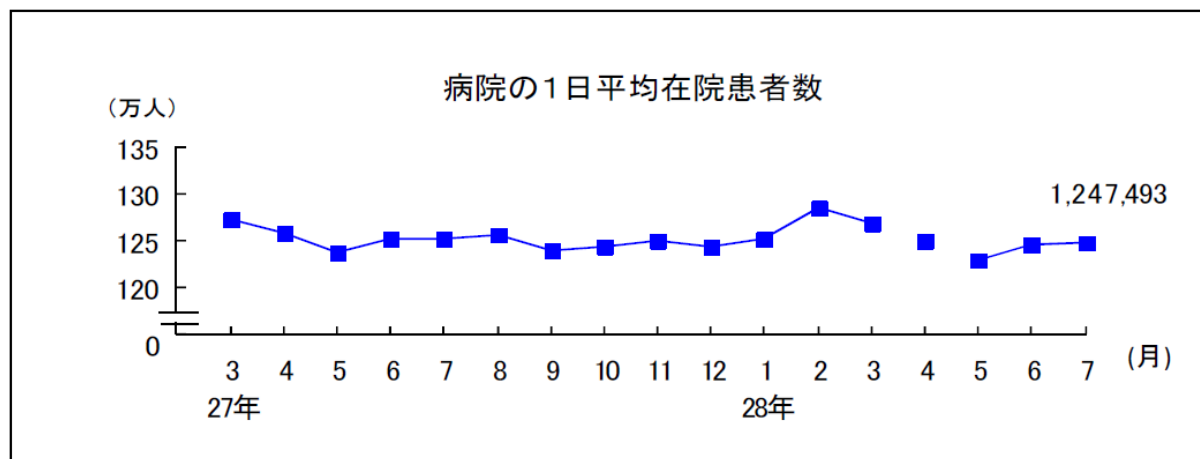
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

在院患者延数

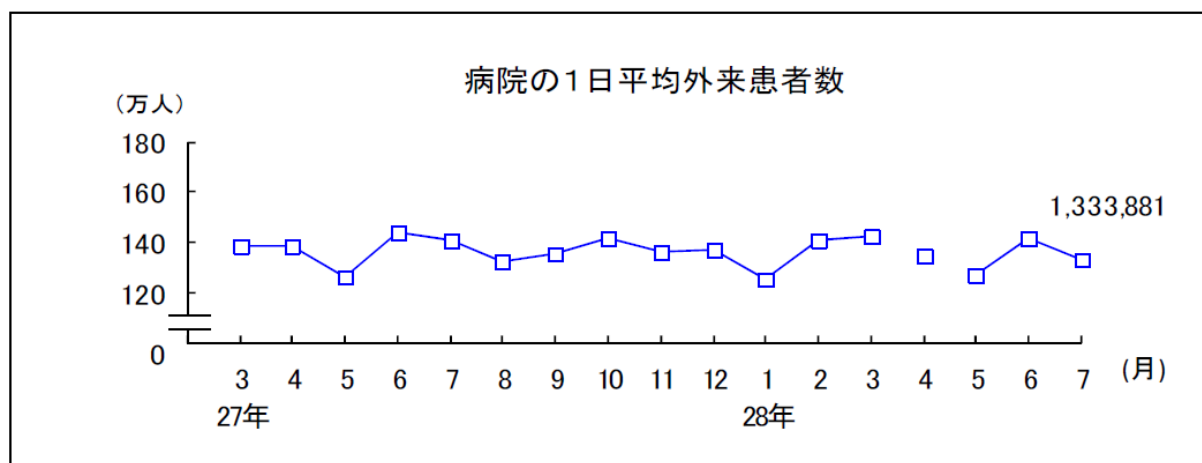
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{1}{2} \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

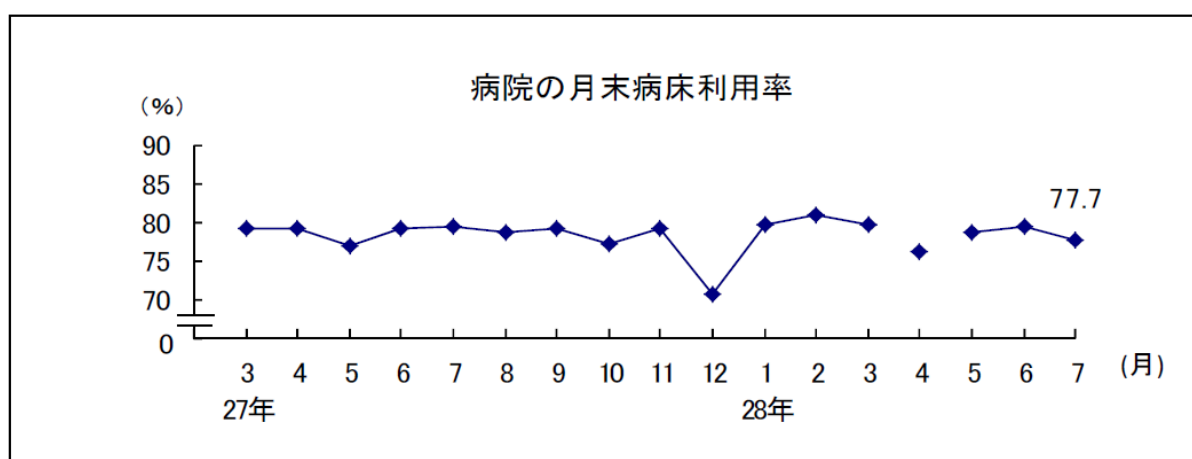
◆病院:1日平均在院患者数の推移



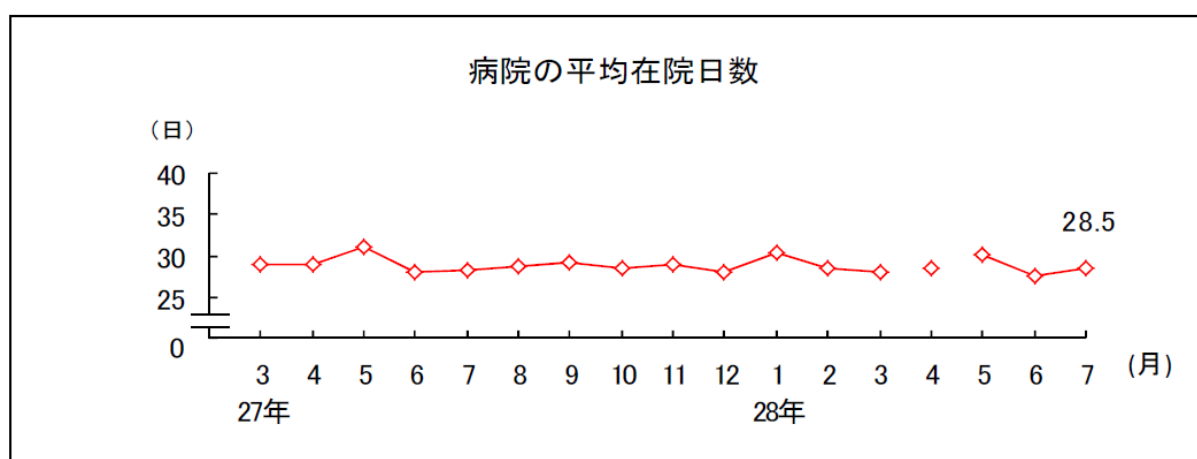
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



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28年7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、対患者関係、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

医業経営情報レポート

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

STEP1 リラックスさせる

STEP2 現状を聴く

STEP3 理想のゴールを聴く

STEP4 課題を特定する

STEP5 行動計画を立てさせる

STEP6 進捗状況をフォローする

各STEPに必要なコーチングスキル

共感・ペーシング

ニュートラル

承認する

傾聴する

オープン質問

チャックアップ

オープン質問

質問

提案

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。

経営トップが経営計画策定時に担う役割

経営トップが経営計画策定時に担う役割について教えてください。
また、管理職はどのような役割を担うべきでしょうか。

経営者は病院のビジョンを明確かつ分かりやすく示し、病院経営の基本方針を打ち出す必要があります。

経営基本方針は、病院がそれぞれの目標達成のために取るべき方向性を最も集約的に表現するものであり、その具現化を図る路線を明確にするものです。その方針を明示することによって、地域住民はどのような病院であるかを確認でき、職員は一貫した医療活動に邁進することができます。

そして、院長や理事長等経営トップの掲げた戦略を実現させるために、管理職には、それぞれ部門ごとに自分たちに何ができるか、具体的に目標や計画を立案させることが重要になります。第一に、各部門に期待成果の領域を明らかにさせて、決められた期間の中で自発的に達成すべき目標を掲げさせることが必要です。

■経営基本方針に盛り込まれるべき要素

- ① 病院運営、組織活動、医療技術、診療内容についての考え方
- ② 職員の行動基準、組織規範
- ③ 地域社会に対し、何をどういう形で貢献するのかといった社会的役割
- ④ 診療業務、医療活動の領域

また、より具体的、実践的なものが要求される場合は、

- ① 現場の志向や行動、業務内容に密着していること
- ② 単なる文書のかたまりではなく、医療の質を維持しながら高い効率を実現すべき経営方針が具体的に述べられていること
- ③ 各部門の実情をよく理解し、それぞれの部門における責任者と担当者を発奮させ、動機付けるものであること、等が求められることもあります。

そのためには、経営計画の立案から部門目標の設定、一般職を含めた個人目標の設定とその目標に沿った活動とチェック、再活動というサイクルを回すことが重要です。こうしたサイクルを十分に回すために、経営トップには、強いリーダーシップが求められます。

しかし、理事長や院長がリーダーシップをうまく発揮できない場合、その原因は組織体制に存在することは否めません。例えばオーナー経営色の強い医療法人病院においては、権限がすべて理事長に集中しており、院長には病院管理者としての形式的な地位しか付与されていない体制となっていないか、もしくは医局やコメディカル部門が院長をバックアップする組織として機能していないのではないか、ということを検証する必要があります。

四半期経営計画の策定

四半期経営計画とはどのような視点で策定されるのでしょうか。また、四半期ごとのチェックポイントについても解説して下さい。

四半期経営計画とは、日々の業績をバランスの取れた現状認識と現状否定という2つの危機意識でチェックし、問題点や改善点があれば記録して、そしてその解決に直ちにに取り組むために、3ヶ月間をひとつのクールとして策定する経営計画です。3ヶ月(四半期)という期間は問題解決、あるいはメドをつけるには十分であると共に、世の中の動きにも対応できる期間であるからです。

一言で表現すれば、兆候に対する早期発見・早期解決へ対応可能な経営計画といえます。

さらに、四半期経営とは、日々の業績のチェックにより記録された問題点等の改善に取り組むため、四半期を単位とした活動計画を行い、四半期経営計画を実践する経営です。

■四半期経営計画が有効とされる主な理由

①計画倒れとの決別のため

医業経営には、チェックポイントが多々あり、それらのチェックを怠らないことが重要です。気づいたことを記録し、そして直ちに行動に移すことが経営者の役割です。

②激変期の経営環境に流されないため

自院の進むべき道、つまり方針設定(経営計画策定)し、長期的視野を持ち、普段の行動指針を四半期(3ヶ月)の活動計画、行動検証、翌期の活動計画設定のサイクルを回す必要があります。

③危機意識の醸成による改革のエネルギーの高揚のため

危機意識の基本は、現状認識と現状否定です。

後ろ向きの危機感の場合は、現状認識でとどまることとなりますが、前向きの危機感の場合は現状の否定まで進みます。それは、現状に甘んじることなく、現状を少しでも改善していこうという意欲的な現状否定だからです。

四半期ごとに経営計画の実践状況についてチェックすべきポイントは、次のとおりです。

①定量的チェックポイント	②定性的チェックポイント
①目標経常利益は確保されているか	①経営理念、基本方針、年度目標は浸透しているか
②目標利益(全体・部門・部署別)は達成しているか	②職員の成長はどうか (日々課題に取り組んでいるか)
③新規患者獲得件数は達成しているか	③院内のルールが守られているか
④変動費率は計画どおりか	④PDCAサイクルは回っているか
⑤固定費予算は守られているか	⑤報・連・相はできているか
⑥売掛債権は予定通り回収できているか (長期滞留はないか)	⑥クレームや事故は発生していないか