

週刊 医業経営

MAGAZINE



WEBマガジン

発行 税理士法人優和



1 医療情報ヘッドライン

救急車出動件数と救急搬送人数、
ともに過去最多を更新 病院収容時間は平均 38.7 分

厚生労働省

後発医薬品の価格、先発品の6割に引き下げへ
後発薬シェア 18 年までに6割アップ計画

厚生労働省



2 経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成 25 年 9 月分概数)



3 経営情報レポート

2025 年に向け機能分化推進
病床機能選択のポイントと在宅医療対応



4 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

医療情報

ヘッドライン ①

総務省消防庁

救急車出動件数と救急搬送人数、 ともに過去最多を更新 病院収容時間は平均 38.7 分

総務省消防庁は 12 月 17 日、2012 年の 1 年間の救急車の出動件数と救急搬送された人数が、ともに、過去最多を更新したと発表した。

発表（速報）によると救急車の出動件数は、前年と比べ、1.7%増え、580 万 2455 件となったほか、救急搬送された人数も、前年と比べて 1.3%増え、525 万 302 人となり、ともに過去最多を更新した。

搬送された人を年齢別に見ると、65 歳以上の高齢者が、全体の 53.1%を占め、3 年連続で 5 割を超えた。通報から病院などに収容されるまでの所要時間は、全国平均で 38.7 分となり、過去最悪を更新した。現場到着までの時間は、全国平均で 8.3 分だった。

主な特徴は次のとおりである。

- 救急出動件数のうち最も多かった事故種別は急病（364 万 7203 件、62.9%）、次いで一般負傷（82 万 8382 件、14.3%）であった。なお、搬送人員で最も多いのは急病（329 万 522 人、62.8%）、次いで一般負傷（75 万 6177 人、14.4%）だった。
- 増加した 521 消防本部に、要因と思われる事由を質問したところ（複数回答）、「急病

の傷病者の増加」が 369 本部（70.8%）、「高齢の傷病者の増加」が 348 本部（66.8%）、「一般負傷の増加」が 206 本部（39.5%）、「転院搬送の増加」が 201 本部（38.6%）等となっている。

- 減少した 268 消防本部に要因と思われる事由を質問したところ（複数回答）、「一般市民への救急自動車の適正利用等広報活動」が 11 本部（41.4%）等となっている。
- 救急出動件数の増加率が最も高かったのは三重県で 4.6%、次いで北海道の 3.8%であった。一方、減少率が最も高かったのは宮城県で▲5.3%、次いで岩手県の▲4.7%だった。（上記の各県は、救急搬送人員の増加率も最も高かった、または、それに次ぐ高率となっている）
- 今回調査した 790 消防本部のうち、出動件数が増加した消防本部は 521 本部（66.0%）、減少した消防本部は 268 本部（33.9%）、増減がなかった消防本部は 1 本部（0.1%）だった。
- 政令指定都市等の 21 の消防本部のうち、18 消防本部は救急出動件数、搬送人員ともに増加し、残る 3 消防本部は救急出動件数、搬送人員ともに減少した。

後発医薬品の価格、先発品の6割に引き下げへ 後発薬シェア 18年までに6割アップ計画

厚生労働省は先発医薬品の原則7割となっている後発医薬品（ジェネリック）の公定価格（薬価）を、来年4月から原則6割に引き下げる方針を固め、価格が安い後発薬を普及させ、医療費抑制につなげる考えを示した。この日開かれた中央社会保険医療協議会に提示し、同部会で了承された。

厚生労働省は12月18日、中央社会保険医療協議会（中医協）の薬価専門部会を開催し、平成26年度薬価制度改革の骨子案が厚労省側から示された。改革案のポイントは、「特許の切れた新薬の後発品への置換え」「特許期間中の革新的新薬の適切な評価」の2つに大別される。

薬価は2年に1度見直されており、後発薬は、効き目や安全性は先発薬と同等とされ、新薬の特許が切れた後発薬を発売した場合、新薬の70%の価格としていたが、同省は医療費を抑制するために、これを引き下げる方針を示した。

厚労省は、後発薬の使用率（数量シェア）を現在の40%程度から、2017年度末までに60%に引き上げる目標を掲げている。後発薬の価格引き下げは、この目標達成が狙いであり、なかなか使用率が上がらないことへの「ショック療法」ともいえる次の3項目を掲げた。

1. 後発品の出現から5年を経過しても後発品への置換えが60%に届かない場合の、「長期収載品価格引下げ」ルールを新設する。これは後発薬の使用率によって下げ幅を3段階に設定するとともに、後発薬の使用率が低い薬ほど引き下げ幅が大きくなる仕組みにし、医療費の伸びを抑えるものである。

厚労省の新設ルール案は、

①引下げ幅について、例えば「置換え率20%未満、20%以上40%未満、40%以上60%未満」という具合に、未達の程度に応じて設定する（達成度合いの低いグループで引下げ幅が大きくなる仕組み）

②新引下げルールと後発品出現時の特例引下げの一本化を行うにあたり、後者の特例引下げ額を上回る引下げ額となるように、新ルールの引下げ幅を設定する

2. 新薬創出等加算の対象企業を、「未承認薬等の開発要請を受けている」「未承認薬等の開発について公募申請をしている」「真に医療の質の向上に必要な研究・開発を行っている」ところに限定する

3. 世界に先駆けて薬事承認された画期的な新薬を評価する（10%）の加算を新設する（今回改定では、新薬創出等加算は見送りになるなど製薬会社にとってはマイナス改定といえる）

この厚労省提案を、支払・診療両側はともに了承した。

病院報告

平成25年9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25年9月	平成25年8月	平成25年7月	平成25年9月	平成25年8月
病院					
在院患者数					
総数	1 264 425	1 276 797	1 276 870	△12 372	△73
精神病床	301 469	302 134	301 394	△665	740
結核病床	2 401	2 399	2 396	2	3
療養病床	294 572	295 672	295 318	△1 100	354
一般病床	665 930	676 537	677 714	△10 607	△1 177
(再掲)介護療養病床	61 471	61 585	61 802	△114	△217
外来患者数	1 347 013	1 388 328	1 448 015	△41 315	△59 687
診療所					
在院患者数					
療養病床	8 014	8 080	8 100	△66	△20
(再掲)介護療養病床	3 093	3 108	3 093	△15	15

- 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25年9月	平成25年8月	平成25年7月	平成25年9月	平成25年8月
病院					
総数	79.3	78.7	81.1	0.6	△2.4
精神病床	87.9	88.3	88.4	△0.4	△0.1
結核病床	35.7	36.1	36.3	△0.4	△0.2
療養病床	88.9	89.7	89.7	△0.8	△0.0
一般病床	73.0	71.5	75.7	1.5	△4.2
介護療養病床	93.0	93.4	93.2	△0.4	0.2
診療所					
療養病床	87.9	88.3	88.4	△0.4	△0.1
介護療養病床	35.7	36.1	36.3	△0.4	△0.2

- 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)

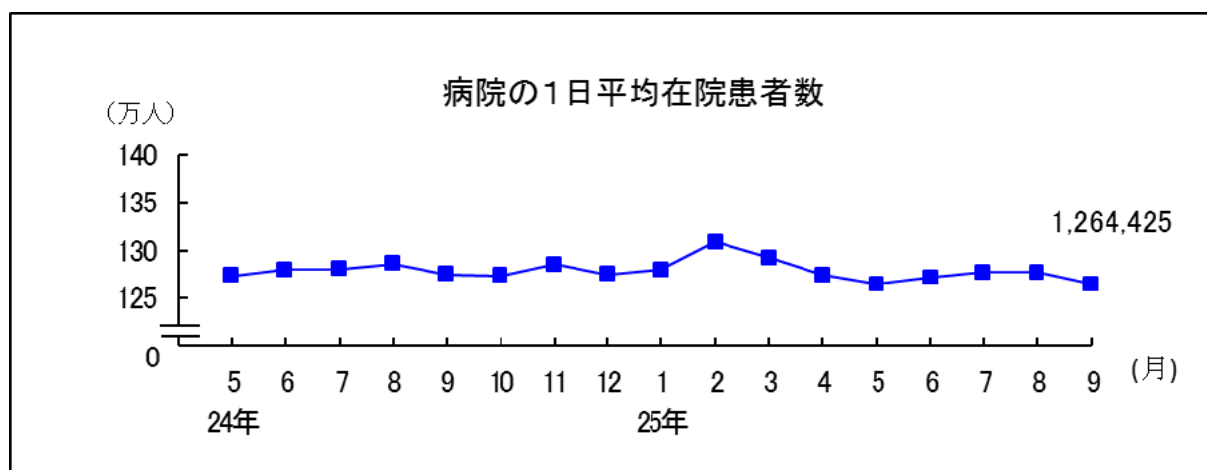
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成 25 年 9 月	平成 25 年 8 月	平成 25 年 7 月	平成 25 年 9 月	平成 25 年 8 月
病院					
総数	31.2	29.8	29.6	1.4	0.2
精神病床	286.3	283.7	268.7	2.6	15.0
結核病床	76.3	69.9	65.7	6.4	4.2
療養病床	177.8	174.3	167.3	3.5	7.0
一般病床	17.5	16.7	16.6	0.8	0.1
介護療養病床	334.5	319.3	309.7	15.2	9.6
診療所					
療養病床	105.8	107.6	107.0	△1.8	0.6
介護療養病床	111.1	108.8	109.6	2.3	△0.8

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

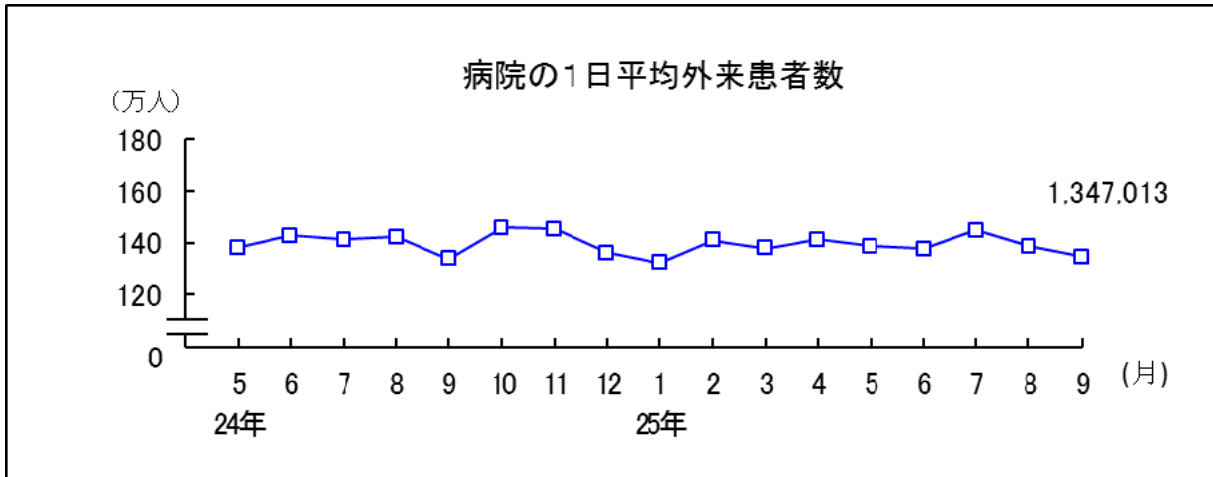
ただし、療養病床の平均在院日数 = $1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

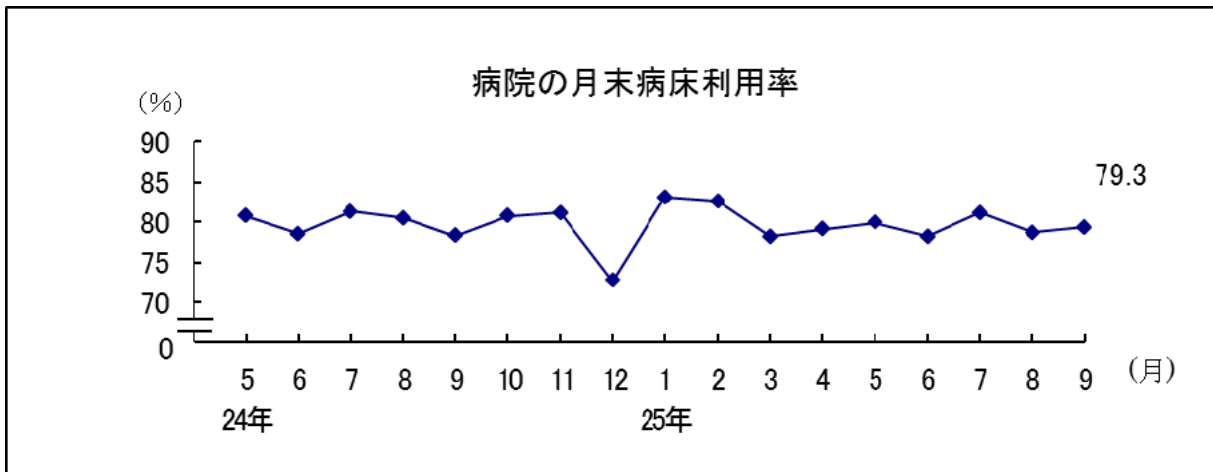
◆病院:1日平均在院患者数の推移



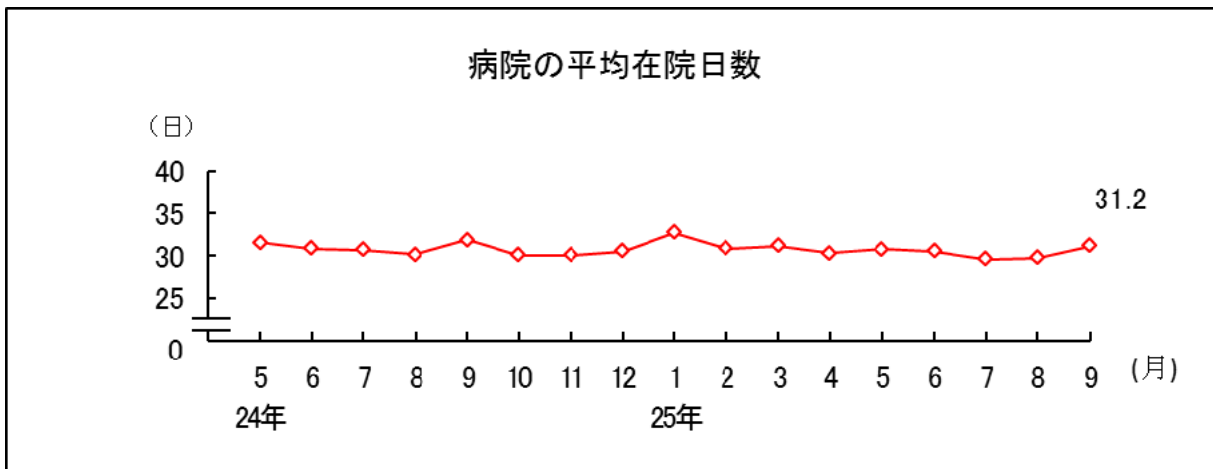
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



2025 年に向け機能分化推進 病床機能選択のポイントと在宅医療対応

ポイント

- 1 医療計画と地域医療ビジョンで病床機能再編
- 2 再編を想定した病床機能の選択肢
- 3 在宅医療強化の背景と戦略
- 4 在宅医療の現状と今後の予測



1 医療計画と地域医療ビジョンで病床機能再編

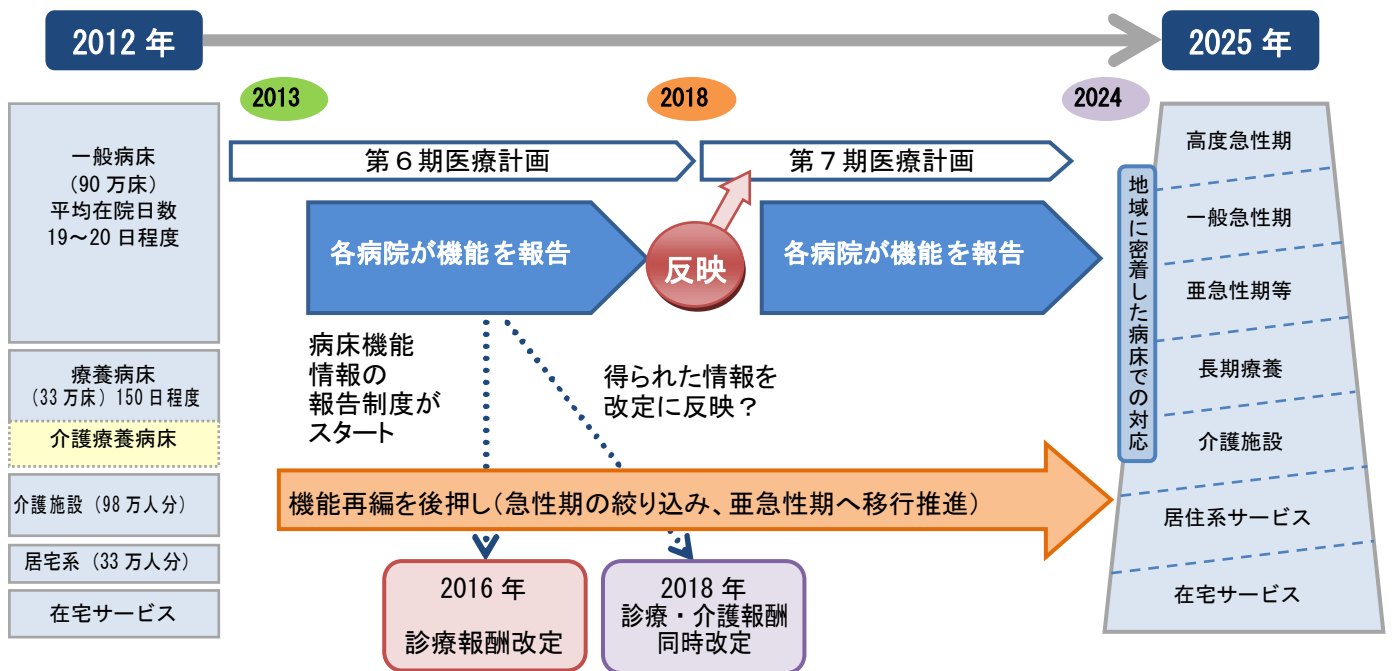
■ 2025 年モデル 病床機能再編の概要

(1) 診療報酬改定と医療計画のリンクでモデルを実現

2012 年 2 月閣議決定された社会保障・税一体改革において示された 2025 年の医療提供体制は、今後 2 年ごとの診療報酬改定と 5 年ごとに実施される医療計画の見直しをリンクさせながら実現を目指すこととなります。

2025 年での完結を視野に入れてスケジュールを検討すると、重要なポイントとなるのが 2018 年です。この年度は、医療・介護同時改定が実施されるのに加えて、第 7 期医療計画がスタートする年であるとともに、2025 年モデル実現に向けて重要な位置づけとなる年度です。その前段階として、2014 年度から導入が始まるのが「病床機能情報の報告制度」です。

◆ 2025 年(平成 37 年)モデルと病床機能再編に関するスケジュール



(出典 : April 2013 NIKKEI Healthcare)

(2) 従来の医療計画との違いと報告制度

従来の医療計画では二次医療圏における基準病床数に対して一般病床・療養病床の現状を把握し、その過不足のみが示されていました。過不足のみでは、病床機能別の需給ギャップは判別できません。そこで、次期医療計画（第 7 期医療計画：2018 年度開始）では、仕組み案②のように医療・病床機能についても、患者の視点から、情報として把握できるよう、一步踏み込んだ仕組みが検討されています。

この病床機能の情報収集を行うベースデータとなるのが、2014 年度から導入される「病床機能情報の報告制度」です。この制度は、現在、厚生労働省の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」で議論が進められており、各病院・有床診療所が有している現在の病床機能と今後の方向性を病棟単位で報告するものです。

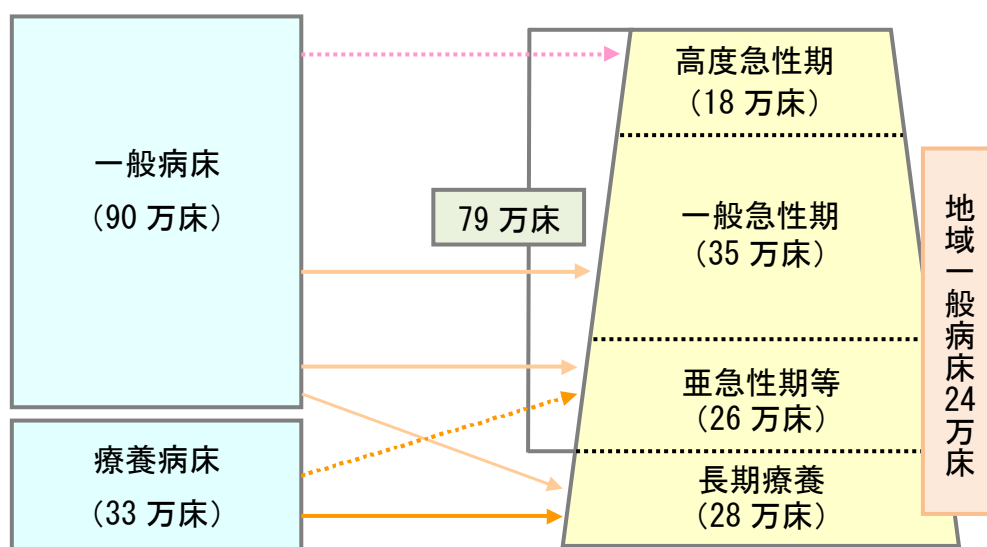
◆医療機能・病床機能報告の仕組み案

- ①原則として報告は病棟単位とする
- ②各医療機関は急性期、亜急性期、回復期、長期療養、障害者・特殊疾患、その他主として担っている医療機能の内容を報告する
- ③提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの病床機能についても併せて報告する
- ④報告は都道府県に対し定期的に行い、報告した事項について当該医療機関にて閲覧に供するなど患者や住民にわかりやすく提供する
- ⑤都道府県は、各医療機関からの報告内容について患者や住民に公表する

(3)病床機能分化のイメージ

機能分化が進み、2025 年モデルが実現すると、病床はどう変わるのか。下記左図のとおり、現在一般病床が 90 万床、療養病床が 33 万床となっています。高度急性期への移行は、救命救急医療を提供しているごく一部の病院が移行しますから、多くの一般病床は、一般急性期か亜急性期等へ移行することになります。しかし、下記右図のとおり、高度急性期から亜急性期等病床は、79 万床となっており、機能が明確になっていない病院の一部は、減床または長期療養への転換が想定されます。

◆2025年モデルを想定した転換イメージ



2 再編を想定した病床機能の選択肢

■ 今後の病床機能選択のポイント

病床機能選択は、第7期医療計画策定前の早い段階で病床機能を決定しなければ、同規模・同機能病院との客観的なデータ比較で勝負しなければならない事態になり、地域のポジショニングが確保できない可能性があります。自院現状から取りうる各病床別の選択肢について解説します。

(1) 一般病床の選択肢

7対1一般病棟入院基本料を算定している病院は、そのまま一般急性期に移行することができるでしょう。ただし、次期診療報酬改定において、実態に関する施設基準が厳格化されるとみられていますので、注意が必要です。7対1以外の一般病棟については、選択肢に応じて、現在有している機能の大幅な変更や人員の見直しを進める必要があります。

特に、現在13対1と15対1一般病棟は、選択肢が相当絞り込まれることが想定されます。

◆10対1

① 早期に7対1にシフトして一般急性期へ

課題) 看護師比率、平均在院日数、重症者比率

② 亜急性期選択

課題) 急性期病院とのパイプ作り、リハビリ機能の充実、診療報酬改定の予測・情報収集

◆13対1

① 亜急性期選択

課題) 急性期病院とのパイプ作り、リハビリ機能の充実、診療報酬の予測

② 地域に密着した病床

課題) 「地域」に関する定義の予測、情報収集、診療報酬改定の予測

◆15対1

① 長期療養選択

課題) 急性期・亜急性期病院とのパイプ作り、人員削減によるコストカット
包括医療への対応

② 地域に密着した病床

課題) 「地域」に関する定義の予測、情報収集、診療報酬改定の予測

当面は、機能の重点をどこに置くかがポイントになります。例えば、地域の基幹病院が整形外科や脳神経外科を「売り」としているのであれば、後方支援機能の充実を図ることを目的としたリハビリテーション医療への特化、あるいは平均在院日数で苦戦している病院においては、障害者病棟へのシフトなどの検討が必要です。

3 在宅医療の現状と今後の予測

■ 在宅医療の現状

(1) 在宅医療の提供状況

在宅医療の提供においてポイントとなる在宅療養支援診療所、訪問看護、看取りへの対応状況は、次のような現状となっています。

① 在宅療養支援診療所

在宅医療を受けた患者数は1日に98,700人で、平成17年の64,800人と比較すると52.3%増加しています。訪問診療を提供している医療機関は、全診療所99,083ヶ所のうち、19,501ヶ所(19.7%)、全病院8,794ヶ所のうち2,582ヶ所(29.4%)です。また、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所数は、平成23年7月現在、それぞれ12,848ヶ所および445ヶ所の届け出があり、年々増加しているものの、未だ絶対数は不足しています。

② 訪問看護

訪問看護利用者約40.1万人/月のうち、医療保険による利用者は約9.9万人/月、介護保険による訪問看護利用者が約30.2万人/月となっています。

また、介護保険における請求事業所数でみると、訪問看護ステーションは5,978カ所、訪問看護を実施する病院・診療所は1,909ヶ所です。訪問看護ステーションは右肩上がりですが、病院または診療所で提供している訪問看護事業者数は、毎年減少しています(平成23年訪問看護療養費調査)。

③ 在宅での看取りの実態

日本の在宅死亡率(自宅及び老人ホームでの死亡率)をみると、平成18年の14.5%から増加に転じてはいますが、平成22年の在宅死亡率は16.1%とまだ低い数値となっています。2040年にかけて約40万人増加する死亡者への対応は、喫緊の課題です。

(2) 進んでいない在宅医療提供体制

在宅医療提供体制は、整備が進んでいるとは言い難い状況にあります。特に、重要な拠点となるべき在宅療養支援診療所の数も、厚生労働省の期待ほどには伸びていないのが現状です。診療所を対象とした調査では、在宅療養支援診療所の届出をしない理由として、約70%が24時間対応の困難さを挙げているため、連携体制の構築が課題だといえます。

経営データベース ①

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



カウンセリングやコンサルティングは、相手の問題解決（精神面や事柄）に焦点を当てます。一方、コーチングは、「相手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るものです。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ます。そして確実に行動が起これるように継続的なサポートをしていきます。

達成したい目標と現状の間に、多くの場合に「ギャップ」が存在します。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、実際には目標までまっすぐ進めないことがほとんどです。

この「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な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、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そのものは日常的に行っていることが多いはずですが、コーチングの中では日常会話とは少し異なり、「答えは相手自身が持っている」という原則のもとで、下記の4つの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

経営データベース ②

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。



■コーチングが活用できる場面

コーチングは、患者との信頼関係の構築、医療スタッフ間（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。

- 医療従事者と患者とのコミュニケーションの改善
- 患者の闘病サポートや生活指導
- 医療スタッフ間、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

コーチングの活用により、チーム医療における看護師・その他医療スタッフ、そして患者との理想的な人間関係を構築することができます。

また、コミュニケーション・スタイルが「指示型」から「支援型」へ変革します。

コーチングスキルを用いて会話を重ねることにより、相手の心の扉を開き、信頼関係を築くことにつながるため、本人のニーズや思いを聞き出し、その解決方法や目標を達成させるための手段や、さらには、そのためにどのような行動をするか話し合ったりすることができるようになります。すなわち、「指示型」ではなく、相手が目標を達成するための課題解決を支援する「支援型」のコミュニケーション・スタイルへ変革することができます。

■コーチングの活用による効果

- 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・ヒヤリハット事例が減少する。
- 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、これらを共有し実現に向かって具体的に行動する。