

2014.11.18

週刊WEB

発行

税理士法人ゼニックス・コンサルティング

# 医業経営マガジン

## 1 医療情報ヘッドライン

認知症対策 新戦略は省庁横断的な内容  
政府 現行のオレンジプランを大幅見直し

政府

「終末期医療に関するガイドライン」公表  
日本救急学会など3学会提言

日本救急医学会

## 2 経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成26年7月分概数)

## 3 経営情報レポート

増加する精神疾患患者への対応  
開業医に求められる精神科ケア

## 4 経営データベース

ジャンル: 診療報酬 サブジャンル: 診療報酬適正化

収入損失の要因

医事担当職員のレベルアップ

## 認知症対策 新戦略は省庁横断的な内容 政府 現行のオレンジプランを大幅見直し

政府は、2013 年度にスタートした現行の「認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）」を大幅に見直し、認知症対策の新たな国家戦略を年内に策定する方針を固めた。

11 月 6 日に東京都内で開かれた認知症問題をめぐる主要7カ国会議（G7）に安倍晋三首相が出席し、「国の認知症施策を加速するため、新たな戦略の策定を塩崎恭久厚生労働大臣に指示した」と述べた。

これを受けて塩崎恭久厚生労働相は、同会議で「最も早いスピードで高齢化の進む日本が、認知症施策のモデルを世界に示し来年度予算に反映させる」と意欲を語った。

現行のオレンジプランは医療・介護を中心とした内容で進んできたが、新構想では診断直後から医療・介護の専門職が本人や家族を訪問して支援する「初期集中支援チーム」の普及、早期診断ができる医療機関を 2017 年度までに約 500 カ所整備する、などの目標が盛り込まれている。

安倍首相は各国との連携の必要性も強調、認知症の予防や治療に関する研究や調査の成果をはじめ、認知症の人や家族を支える「認知症サポーター」などの制度についても、積極的に世界へ発信していくと語った。

国家的課題として実現を目指す新戦略は省庁をくし刺す横断的な内容となる見込みである。厚労相は、戦略策定によって、認知症になっても住み慣れた地域で暮らすことができ

る体制を構築すると宣言し、具体的には、▽早期の発見・治療に向けた介護と医療の連携▽就労や社会参加への支援▽治療法の研究開発、などに取り組む考えを示した。

このように新プランは、暮らし全般を支える総合的なものとして、詐欺などの消費者被害防止（消費者庁など）▽就労支援（文科省など）▽公共交通の充実（国土交通省など）、▽介護・健康食（農水省など）など、各省庁が連携して横断的に取り組むことになる。

また、認知症の本人の視点を重視した政策を推進するとし、当事者の意見を政策に取り入れたり、プランの評価に加わる機会を設けたりすることも検討する。新構想の背景には、現在 2025 年に向けて進めている「認知症地域包括ケアシステム」+「オレンジプラン（拡充版）」の構築を目指す目標とも一致する。

これと併せて厚労省は、認知症の実態解明を進め、予防と治療の開発につなげるため、厚労省は 2016 年度から、男女1万人を対象にした追跡調査を行う方針を決めた。

安倍晋三首相が東京都内の国際会議で表明したもので、具体的には、喫煙や食事、運動の有無といった生活習慣に加え、遺伝子型などの血液データも収集し、認知症を発症した場合、どのように影響したかを探る調査を行う。こうした大規模調査は初めてで、早期診断や治療に役立てる。

## 「終末期医療に関するガイドライン」公表 日本救急学会など3学会提言

日本救急医学会は11月4日、日本集中治療医学会、日本循環器学会の3学会共同で、「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」を公表した。

今年6月、治療を尽くしても回復の見込みがなく、死期が迫った患者への対応に関し、延命治療を中止する際の手続きを明文化した「救急・集中治療における終末期医療に関する提言（指針）」案を共同でまとめた。

さらに、一般からの意見（5月パブリックコメント）も募るなど、時間をかけて関係者からの意見を集約し、多角的に議論を進めた〈完成版〉ともいえる「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」をまとめ、公表に至った。

新たな項目として、「患者が終末期であるとの事実を告げられた家族らは激しい衝撃を受け、動揺する」とし、心のケアも盛り込んだ。

ガイドラインで特に強調している考え方は、「患者が救急・集中治療の終末期であるという判断やその後の対応は主治医個人ではなく、主治医を含む複数の医師と看護師らとからなる医療チーム（以下、「医療チーム」という）の総意であることが重要であり、悲嘆にくれる家族らの気持ちを汲み、終末期に対する家族らの理解が深まるように対応することが求められる」というものである。

一方、「患者や家族らの意思は揺れ動くことがまれではないため、その変化に適切かつ真

摯に対応することも求められる。医療チームで判断ができない場合には、施設倫理委員会（臨床倫理委員会など）にて、判断の妥当性を検討することも勧められる」とする。

本ガイドラインは、その使用を強制するものではなく、どのように使用するかは各施設の選択に委ねられている。

提言案によると、救急患者や集中治療室（ICU）で高度な治療を受けている患者の終末期として、①不可逆的な全脳機能不全、②生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植などの代替手段もない、③その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、近いうちに死亡が予測される、などのケースを例示している。

医療チームが、患者本人の意思を確認し、またそれができない時は家族らの総意を確認して延命治療を中止するとした。

具体的には、人工呼吸器・人工心肺装置の停止も選択肢の一つとして認め、「状況に応じて家族らの立ち会いのもとで行う」とした。他にも、呼吸器の設定や昇圧薬の投与量の変更、水分や栄養補給の減量が終了などを挙げて、「薬物の過量投与や筋弛緩（しかん）薬投与などの手段で、死期を早めることはしない」と明記している。

また、ガイドラインを補足するようにQ&A（想定問答集）も付いている。

# 病院報告

(平成26年7月末概数)

## 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26年7月	平成26年6月	平成26年5月	平成26年7月	平成26年6月
病院					
在院患者数					
総数	1 256 804	1 256 078	1 246 245	726	9 833
精神病床	296 458	296 140	295 471	318	669
結核病床	2 305	2 269	2 191	36	78
療養病床	293 060	292 756	292 541	304	215
一般病床	664 930	664 857	655 987	73	8 870
(再掲)介護療養病床	58 112	58 442	58 651	△330	△209
外来患者数	1 420 342	1 387 057	1 334 204	33 285	52 853
診療所					
在院患者数					
療養病床	7 231	7 276	7 330	△45	△54
(再掲)介護療養病床	2 782	2 798	2 816	△16	△18

- 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26年7月	平成26年6月	平成26年5月	平成26年7月	平成26年6月
病院					
総数	29.0	29.3	30.6	△0.3	△1.3
精神病床	266.4	275.3	281.7	△8.9	△6.4
結核病床	67.2	68.9	58.1	△1.7	10.8
療養病床	166.7	166.9	167.6	△0.2	△0.7
一般病床	16.3	16.5	17.1	△0.2	△0.6
介護療養病床	323.9	315.3	310.8	8.6	4.5
診療所					
療養病床	62.0	61.4	61.6	0.6	△0.2
介護療養病床	74.5	74.7	74.5	△0.2	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)

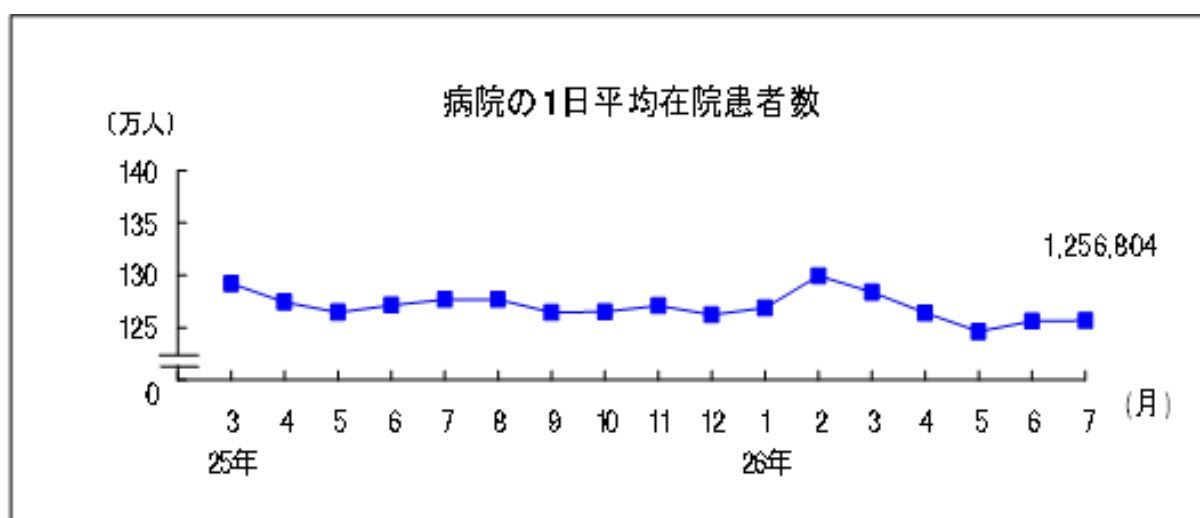
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成26年7月	平成26年6月	平成26年5月	平成26年7月	平成26年6月
病院					
総数	29.0	29.3	30.6	△0.3	△1.3
精神病床	266.4	275.3	281.7	△8.9	△6.4
結核病床	67.2	68.9	58.1	△1.7	10.8
療養病床	166.7	166.9	167.6	△0.2	△0.7
一般病床	16.3	16.5	17.1	△0.2	△0.6
介護療養病床	323.9	315.3	310.8	8.6	4.5
診療所					
療養病床	101.3	103.6	101.1	△2.3	2.5
介護療養病床	102.6	99.9	103.3	2.7	△3.4

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

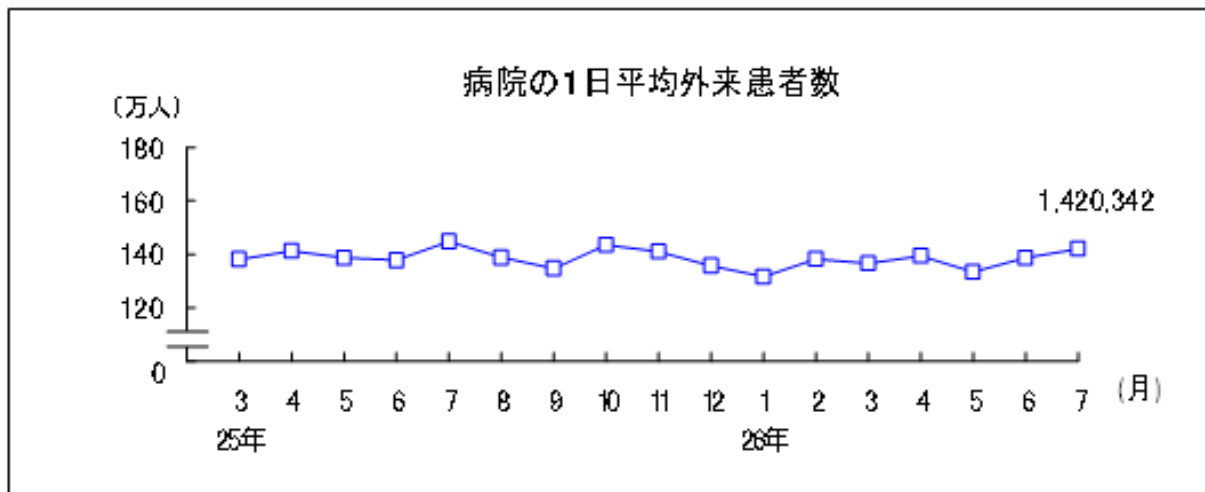
ただし、療養病床の平均在院日数 =  $1/2 \left( \begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

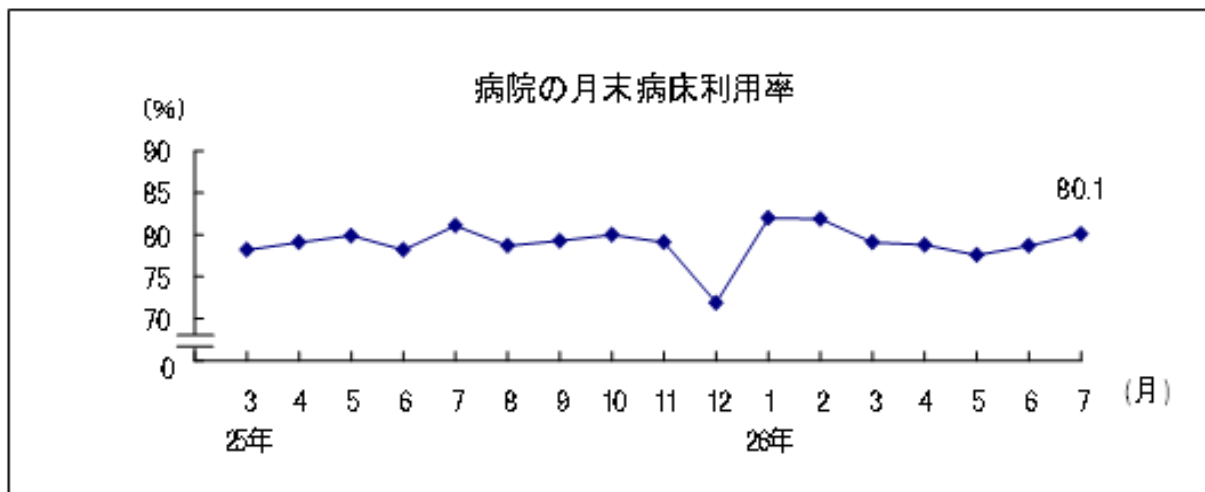
#### ◆病院:1日平均在院患者数の推移



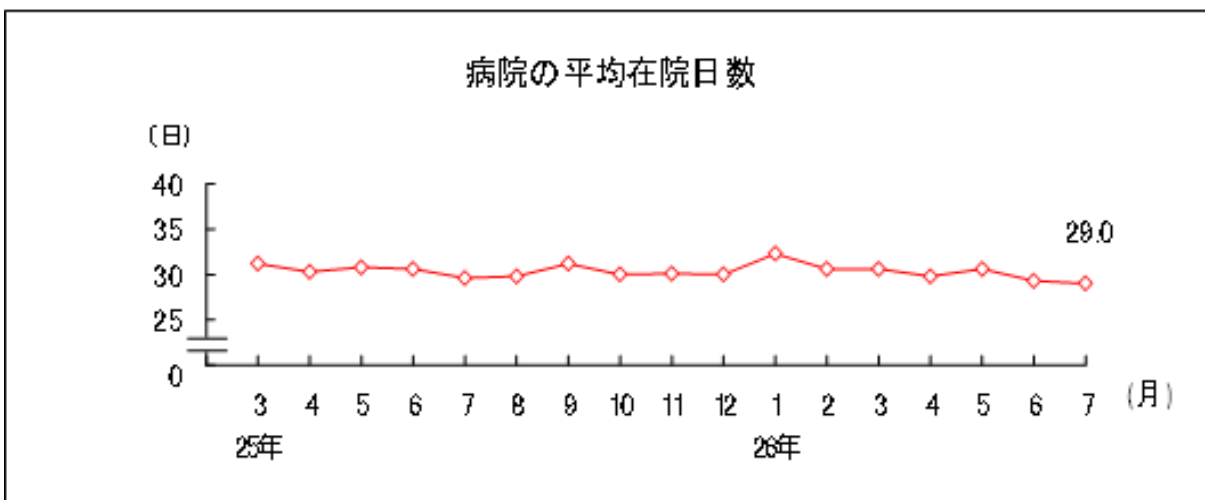
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



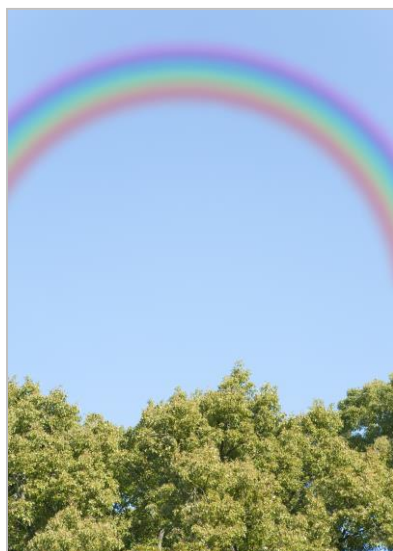
「病院報告(平成26年7月分概数)」の全文は、当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



# 増加する精神疾患患者への対応 開業医に求められる精神科ケア

## ポイント

- 1 精神疾患患者の増加と適切なケアの必要性
- 2 開業医に必要なうつ病に関する知識
- 3 一般医と精神科医の連携で精神科疾患に対応



# 1 精神疾患患者の増加と適切なケアの必要性

## ■「4大疾病」が精神疾患加え「5大疾病」に

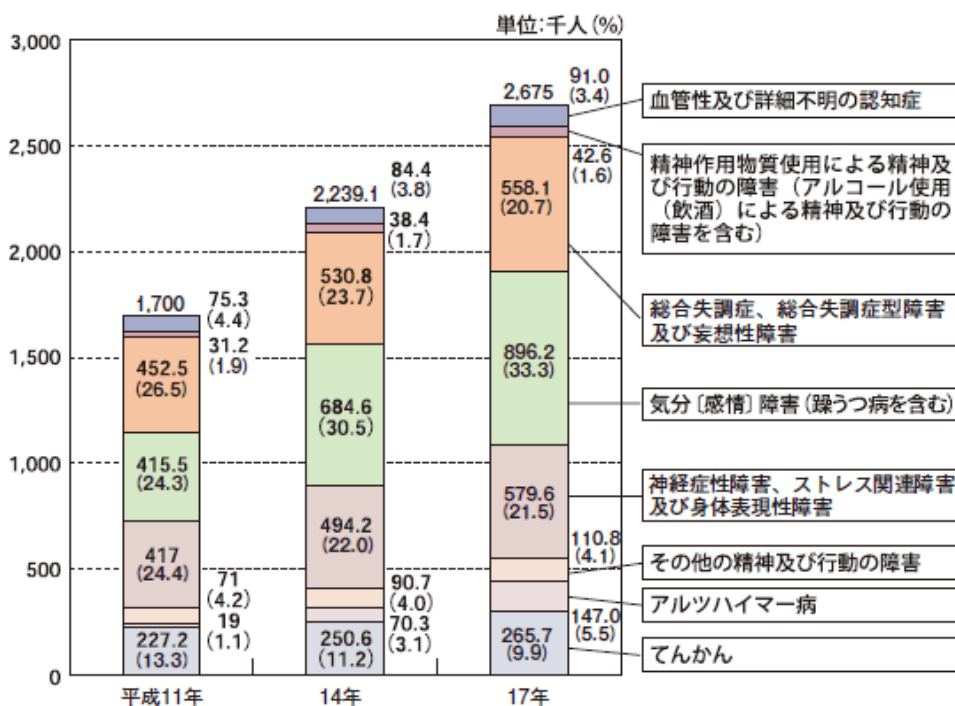
平成24年7月、厚生労働省は、地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾病として指定してきた「がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病」の4大疾病に、新たに精神疾患を加えて「5大疾病」とする方針を決めました。精神疾患が職場でのうつ病や高齢化に伴う認知症の患者数が年々増加していることを背景に、国民に広く関わる疾患として、重点的な対策が必要と判断されています。

疾患別外来等精神患者数のうち、外来及び在宅患者の動向をみると、平成11年からの6年間で最も患者数が増加したのが、躁うつ病を含む気分障害で、その数は45万人、平成17年における占有率は33.3%となっています。次いで、高い増加傾向を示しているのがストレス関連障害の16万人で、いずれもいわゆる現代病といわれる特異性を示しています。

また認知症関連疾患は、9万4千人（平成11年）から23万8千人（同17年）へと増加し、全疾患の9%を占めています。以降の認知症患者数は飛躍的に増加しており、これまでの国の推計を1.3倍ほど上回る状況で急増していることが確認されています。

平成22年における認知症患者数は、全人口の2.1%に当たる268万人という驚くべき数を示しています。増加傾向は今後さらに強まり、人口の減少も相まって、平成62年（2050年）には全人口比3.6%に相当する343万人、実に26人にひとりが認知症患者になると予測されています。

### ■疾患別外来等精神患者数推移



注1：疾患名については調査時点のものである

注2：「精神障害者・在宅」とは外来の精神疾患患者である

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成



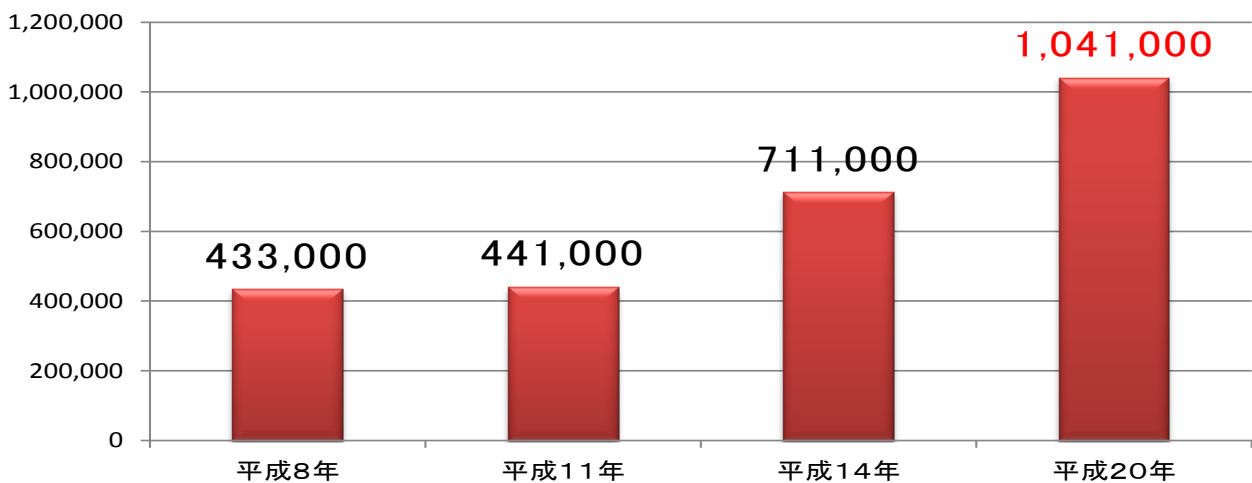
## 2 開業医に必要なうつ病に関する知識

### ■ 開業医に必要な基礎知識 ~10年で2.4倍となったうつ病

平成21年12月、厚生労働省が3年ごとに実施している患者調査において、抑うつなどの症状が続くうつ病の患者(躁うつ病を含む)が、初めて100万人を超えたことが報告されました。こうした状況の下、うつ病は現代社会において、多くの患者がある病気として認知されるとともに、休職制度や障害手当金、障害年金などの受給者数も大幅に増加しています。

#### ■ うつ病患者数推移

(単位：人)



### (1) 急増する新型うつ病の背景

従来、うつ病はその症状や病気になる過程によって「メランコリー型」と「双極性障害」に分類されていましたが、旧来のうつ病に「気分変調症」と「非定型うつ病」を加えた「新型うつ病」として、4つに分類されるようになりました。

その主な症状は、以下のとおりです。

- ① 自分の好きな仕事や活動の時だけ元気になる
- ② うつ病で休職することにあまり抵抗がなく、新型は逆に利用する傾向にある
- ③ 身体的疲労感や不調感を伴うことが多い
- ④ 自責感に乏しく、他罰的で会社や上司のせいにしがち
- ⑤ どちらかというとも真面目で負けず嫌いな性格

特に「嫌な時だけ気分が悪くなる」「自分でなく他人の責任にする」といった傾向が顕著であり、20～30代前半の比較的若い世代に発症するため、逃避型や回避型とも呼ばれています。うつ病患者が急増した背景には、従来の診断基準に加えて、気分変調症及び非定型うつ病の診断基準が加わったことによる基準の拡大が原因として挙げられます。

また、これに伴い労働困難者に対する障害年金受給者も増加し、平成20年には精神の障害による受給者数が85万人となり、障害年金の請求手続きの代理を目的として、社会保険労務士を訪れる患者も増えています。

## (2)メンタルヘルス不調職員も受給できる障害年金

障害年金には障害基礎年金（国民年金）と障害基礎年金、および障害共済年金があり、どの障害年金を請求できるかは、障害の原因となる傷病の初診日においてどの年金制度に加入していたかで決まります。精神障害の認定基準（国民年金・厚生年金保険障害認定基準）によると精神障害は、以下のように区分されます。

- |                      |       |
|----------------------|-------|
| ●統合失調症、統合失調型障害及び妄想障害 | ●てんかん |
| ●気分（感情）障害            | ●知的障害 |
| ●症状性を含む器質性精神障害       | ●発達障害 |



1級	日常生活の用を弁することを不能ならしめる程度のもの
2級	日常生活が著しい制限を受けるかまたは日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
3級	労働が著しい制限をうけるかまたは労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの、および労働が制限を受けるかまたは労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を有するもの
傷病手当金	労働が制限を受けるか、または労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの

このように、うつ病（気分障害）といった精神障害があっても、障害者雇用促進法により障害者の雇用改善が進められ、就労中でも当該年金は受給が可能となっています。

そのため、メンタルヘルス不調で精神障害を発症した職員も、障害年金を受給できる場合があります。

## 3 一般医と精神科医の連携で精神科疾患に対応

### ■ リエゾン精神医学の強化

リエゾン精神医学（Liaison psychiatry または、Consultation Liaison Psychiatry）とは、一般の身体医療の中で起こる様々な精神医学問題に対して、医師を含む医療スタッフと精神科医が共同してあたる治療・診断やシステムです。

うつ病や認知症などの精神疾患以外にもこの仕組みが取り上げられており、最近では、がん患者などにも広く適用されるようになってきました。

### (1) 地域包括的に対応する精神疾患医療計画

厚生労働省は、平成 22 年に公表した精神疾患に関する医療計画の中で、地域包括的に対応する重要性を説き、その目指すべき方向を明確に示しています。

#### ■ 精神疾患患者やその家族等に対する方針

- ① 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
- ② 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制
- ③ 症状がわかりにくく変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
- ④ 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制
- ⑤ 医療機関等が、提供できるサービスの内容や実績等についての情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービスを利用しやすい環境

### (2) 一般医と精神科医との連携構築事例

この医療計画に基づき、うつ病の早期発見と治療推進のため、愛知県精神科病院協会（愛精協）などは平成 22 年 11 月 1 日から、地域におけるかかりつけ医と精神科医の連携を強化するシステム「あいちGP ネット」の運用を始めています。

例えばうつ病は、その病気の性格上本人に自覚がなく、まず地域医療機関の内科など、かかりつけ医を受診している傾向があります。「GP ネット」は、かかりつけ医が「この患者は一刻を争う状態で緊急入院が必要」と判断した場合、精神科専門病院に一斉メールを送信して受け入れ可能な病院から返事をもらうことができるという、まさに「心と心をつなぐシステム」として機能しています。

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: 診療報酬 > サブジャンル: 診療報酬適正化



### 収入損失の要因

収入損失の主な要因としてはレセプト請求漏れが思い浮かびますが、どのような状況で発生するのですか。



医療機関における収入源とは、診療に対する対価であり、そしてそれを明示しているのは社会保険や国民健康保険に対する支払請求書であるレセプトです。

一方で、毎月提出するレセプトには、請求漏れという収入損失が発生しているケースが頻繁に見受けられます。

次に挙げるようないわゆる請求漏れ、もしくはそれに結びつくリスク要因は、多くの医療機関で見られる状況です。

収入損失を招かないよう、院内全体で組織的な取り組みが重要だといえます。

#### ①診療報酬算定に関する知識の不足

請求事務を行う職員が診療報酬体系に定められた請求点数に基づいて、どれだけ事実に基づいて請求できるかがカギとなります。

#### ②記載の不備

実施した医療行為について、適正に診療報酬を算定するためには、情報を的確にフィードバックできるシステムが重要です。

#### ③転記ミス

情報をフィードバックするシステムでは、転記作業が介在すると、歪曲あるいは誤認された情報が伝達される危険性があります。

#### ④伝票類の紛失

情報を伝達する媒体としての伝票類の管理体制の不備は、正確な伝達を困難にします。

#### ⑤院内コンピューターシステムの不備

発生元での情報が誤ってコンピュータに入力され、このエラーをチェックできないシステムの場合、以降の伝達内容はすべて正しく伝わらなくなる危険性があります。

#### ⑥部門間チェック体制の不備

レセプトは事務職員任せにせず、必ず主治医が目を通して、事実に基づく請求がなされていることを確認する仕組みが必要です。



## 医事担当職員のレベルアップ

医事担当職員の診療報酬算定知識の習得やレベルアップを図るためには、どのような方法が効果的でしょうか。



多くの医療機関では、ちょっとした思い込みや勘違い、職員の知識不足、コミュニケーション不足等により診療報酬算定の機会を逸している項目があります。

そのため、レセプト及び診療行為別統計表等のチェックを実施して、「適切な診療報酬請求事務の実現」という姿勢に基づき、改善点を明らかにすることが重要です。

具体的な対策としては、次のようなものが挙げられます。

### 1. 請求事務知識と医療現場知識の習得

(1) 医事担当職員 … 診療報酬請求事務知識及び医療現場基礎知識の習得

⇒ ● 医事担当職員は、各部署で何が行われているかを自分の目で確かめることが重要です。

(2) 診療部門 … 診療報酬請求事務知識の理解

⇒ ● 月1度の診療報酬適正化委員会（返戻・査定対策会議を含む）の場で、具体的な事例を基にレクチャーするのが効果的です。

### 2. 院内コミュニケーションを図る

診療行為、薬品及び治療材料の知識習得のため、医事担当職員が診療現場に頻繁に足を運ぶなどによって、医事（算定項目）と診療現場（診療行為）のギャップを埋める

⇒ ● 診療報酬適正化委員会の機能を発展させ、半年に一度は関連データを整理します。併せて、手術室・中央材料室に配属されている職員を対象とした研修等も必要です。

### 3. 点数算定知識の向上を図る

院内研修会の実施や診療報酬管理委員会の設置による定期的な知識習得機会の確保、情報交換の実施

⇒ ● 医事担当職員のレベルアップが絶対条件であるとともに、担当部署内でその情報の理解を深めて情報共有化を図り、そして情報を発信するというステップで、業務レベルの向上に取り組むことが重要です。

### 4. 医事担当職員にかかる教育体制の整備

⇒ ● 職員一人ひとりのスキルを確認し、年度目標を設定して評価する仕組みが重要になります。部門統括者はそれらの体制全般を管理しながら、全体のレベルアップを図る必要があります。