

2015.05.12

## 週刊WEB

# 医業経営マガジン

### 1 医療情報ヘッドライン

「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」開催  
情報センター構想の提唱など

厚生労働省

15年度から介護保険料11%増、平均月額5,514円に  
3倍以上の地域格差広がる

厚生労働省

### 2 経営TOPICS

統計調査資料

介護給付費実態調査月報(平成27年2月審査分)

### 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

医業費用管理項目の着眼点とポイント

院内連携体制の構築ポイント



本社 京都市南区吉祥院九条町30番地1 江後経営ビル  
TEL 075-693-6363 FAX 075-693-6565  
滋賀支社 滋賀県草津市野路1-4-5 センゾビル BLDG ZEN 5F  
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540  
大阪支社 大阪市北区梅田1丁目1番3 大阪駅前第3ビル31F  
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578  
長岡京支社 長岡京市長岡2丁目3番地14号  
TEL 075-954-8575 FAX 075-952-7327

## 「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」開催 情報センター構想の提唱など

厚生労働省は4月27日、「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」を開催した。検討会は、希少がん患者が安心して適切な医療が受けられるよう、適切な標準的治療提供体制、情報の集約などのあり方について検討するのが目的で、今回が3回目となる。

この日は「診療提供体制」、「病理診断」、「研究開発」などについて、関係者から意見を聴いた。この中で情報ネットワークの整備として、「希少がん情報センター」構想の提唱、希少がんの「病理診断コンサルト」を充実することで、予後改善につながる発言などが注目を引いた。

「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」とは「希少がんの定義」、「情報提供・相談支援のあり方」などを議題として、希少がん患者が安心して適切な医療が受けられるよう、適切な標準的治療提供体制、情報の集約などのあり方に関する検討を目的とする。

希少がん（珍しいがん）とは主に、下垂体腺腫、聴神経鞘腫、網膜芽細胞腫、ぶどう膜悪性黒色腫、膵内分泌腫瘍、卵巣胚細胞腫瘍、有棘細胞がん、菌状息肉症等が挙げられ、一般的ながんには診療ガイドラインがある一方、希少がんについては国立がん研究センターでの治療が一般的となっている。

「診療提供体制」については、国立研究開発法人国立がん研究センター東病院院長の西田俊朗参考人が、軟部肉腫での各施設病理医と専門病理医の診断一致性に関してフランスの例を挙げた。1,463例を検討したところ、完全一致56%、一部不一致35%、完全不

一致8%となり、正しい診断にもとづいた適切な治療が受けられていないと例示し、日本も例外ではないとした。

その上で、情報ネットワークの整備として、「希少がん情報センター」構想を提唱した。希少がんの適切で正確な情報を発信し、正しい診断を補助して望ましい施設に患者を案内するのが目的とする。主な機能として、(1)患者・家族、一般医への情報提供（疾患情報、専門医、専門病院の情報）、(2)病理ネットワークの調整・運営、(3)(地域)希少がんネットワークの補助、(4)診療ガイドライン・診断基準の作成の補助、などを挙げている。

「病理診断」については、東京大学大学院准教授の佐々木毅構成員が、診断病理医（専門医含む）を対象に「希少がん病理診断アンケート」（有効回答177人）を実施した結果を示した。50%以上の病理医が希少がんとしてあげた疾患のうち、肉腫では85%以上の疾患でコンサルトの必要性を感じているとし、希少がんの「病理診断コンサルト」の充実が予後改善につながるという意見が多かったと述べた。そのうえで、早期治療には迅速かつ正しい病理診断が最重要と指摘し、コンサルテーションの迅速化、充実が求められるほか、バーチャルスライドを用いた診断支援ネットワーク構築も有用とした。

「研究開発」については、国立がん研究センター研究支援センター研究推進部長の福田治彦参考人が、「希少がん治験・臨床研究ネットワークシステム（仮称）」を国立がん研究センターで構築に着手していることを紹介した。

# 15年度から介護保険料11%増、 平均月額5,514円に 3倍以上の地域格差広がる

厚生労働省は4月28日、65歳以上の高齢者が支払う2015～17年度の介護保険料が、全国平均で月額5,514円になるとの集計結果を発表した。高齢化による介護サービス利用者の増加とサービスの充実のため、12～14年度の平均4,972円と比べて542円(11%)増となった。同省はまた、20年度に6,771円、25年度には8,165円に上昇するとの見込み(推計)も示した。

介護保険料は、保険を運営する全国1,579の自治体と広域連合が3年ごとに改定している。集計結果によると、全団体のうち94%が保険料を引き上げた。高齢化が進む自治体で引き上げる一方、介護予防の取り組みが奏功して下げる自治体もある。

保険料は、自治体間で3倍以上の開きがある。保険料が最も高いのは奈良県天川村の8,686円で、人口に占める65歳以上の割合の推計値が47%と、全国平均の27%を大きく上回っている。福島県飯舘村も8,003円に上がった。最も安いのは在宅介護の多い鹿児島県三島村の2,800円だが、利用できるヘルパーや施設が不足し、サービス利用が少ないという悪条件が幸いしているとみられる。

介護サービスは、要介護の認定を受けた人が1割の自己負担で利用し、残りの9割を国民や企業が払う介護保険料と税負担で賄う。65歳以上が払う介護保険料は市町村などが

3年に一度見直しており、制度が始まった2000～02年度から毎回引き上げている。

介護や支援が必要だと認定された65歳以上の人は、14年末で588万人と3年前よりも73万人増えた。介護サービスの公定価格は15年度に2.27%下がったが、利用者が増えた分を保険料の引き上げで賄っている。

介護保険料の引き上げは今後も続く見込みで、今年8月からは年金収入が280万円以上の人の自己負担額は今の1割から2割に引き上げられる。社会保障の給付が膨らむなか、高齢者自身の負担も大きくなっている。

都道府県別の介護保険料(65歳以上の平均月額)  
平均保険料(単位円、( )内は改定前と比較の増加額)

北海道	5,134(503)	青森	6,175(684)
岩手	5,574(723)	宮城	5,451(605)
秋田	6,078(740)	山形	5,644(860)
福島	5,592(844)	茨城	5,204(676)
栃木	4,988(579)	群馬	5,749(856)
埼玉	4,835(329)	千葉	4,958(535)
東京	5,538(546)	神奈川	5,465(678)
新潟	5,956(322)	富山	5,975(462)
石川	6,063(517)	福井	5,903(637)
山梨	5,371(461)	長野	5,399(479)
岐阜	5,406(657)	静岡	5,124(410)
愛知	5,191(423)	三重	5,808(494)
滋賀	5,563(767)	京都	5,812(532)
大阪	6,025(722)	兵庫	5,440(458)
奈良	5,231(639)	和歌山	6,243(742)
鳥取	6,144(724)	島根	5,912(569)
岡山	5,914(690)	広島	5,796(385)
山口	5,331(353)	徳島	5,681(399)
香川	5,636(441)	愛媛	5,999(620)
高知	5,406(385)	福岡	5,632(467)
佐賀	5,570(441)	長崎	5,770(349)
熊本	5,684(546)	大分	5,599(248)
宮崎	5,481(339)	鹿児島	5,719(773)
沖縄	6,267(387)		
		全国平均	5,514(542)

# 介護給付費実態調査月報 (平成27年2月審査分)

## 調査の概要

介護給付費実態調査は、介護サービスに係る給付費の状況を把握し、介護報酬の改定など、介護保険制度の円滑な運営及び政策の立案に必要な基礎資料を得ることを目的として、平成13年5月審査分より調査を実施している。

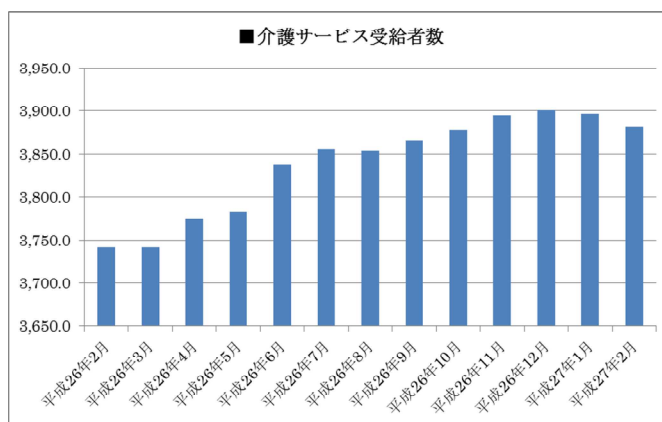
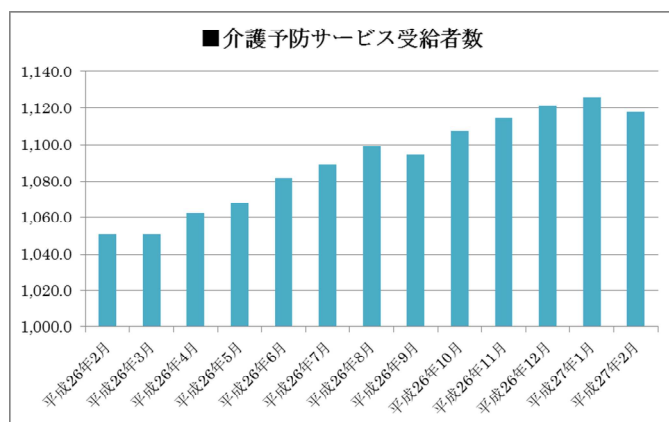
各都道府県国民健康保険団体連合会が審査した介護給付費明細書、給付管理票等を集計対象とし、過誤・再審査分を含まない原審査分について集計している。

ただし、福祉用具購入費、住宅改修費など市町村が直接支払う費用（償還払い）は含まない。

## 結果の概要

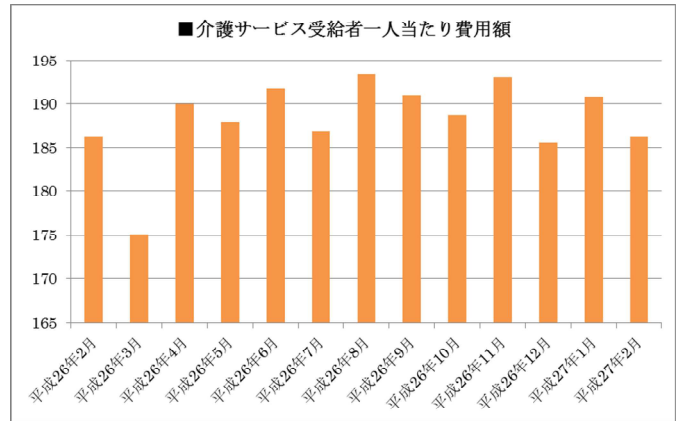
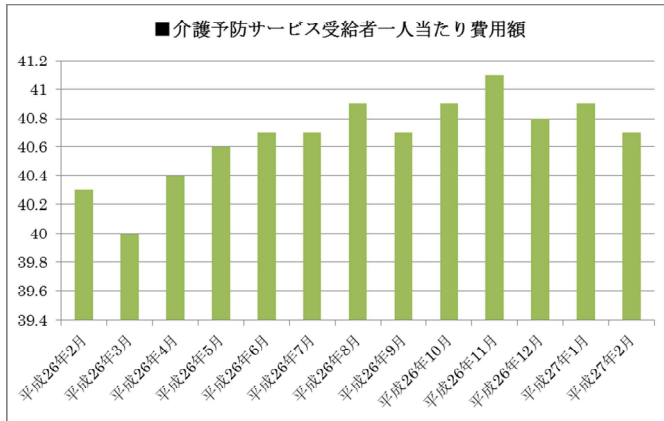
### 1 受給者数

全国の受給者総数は、複数サービスを受けた者については名寄せを行った結果、介護予防サービスでは1117.6千人、介護サービスでは3880.9千人となっている。



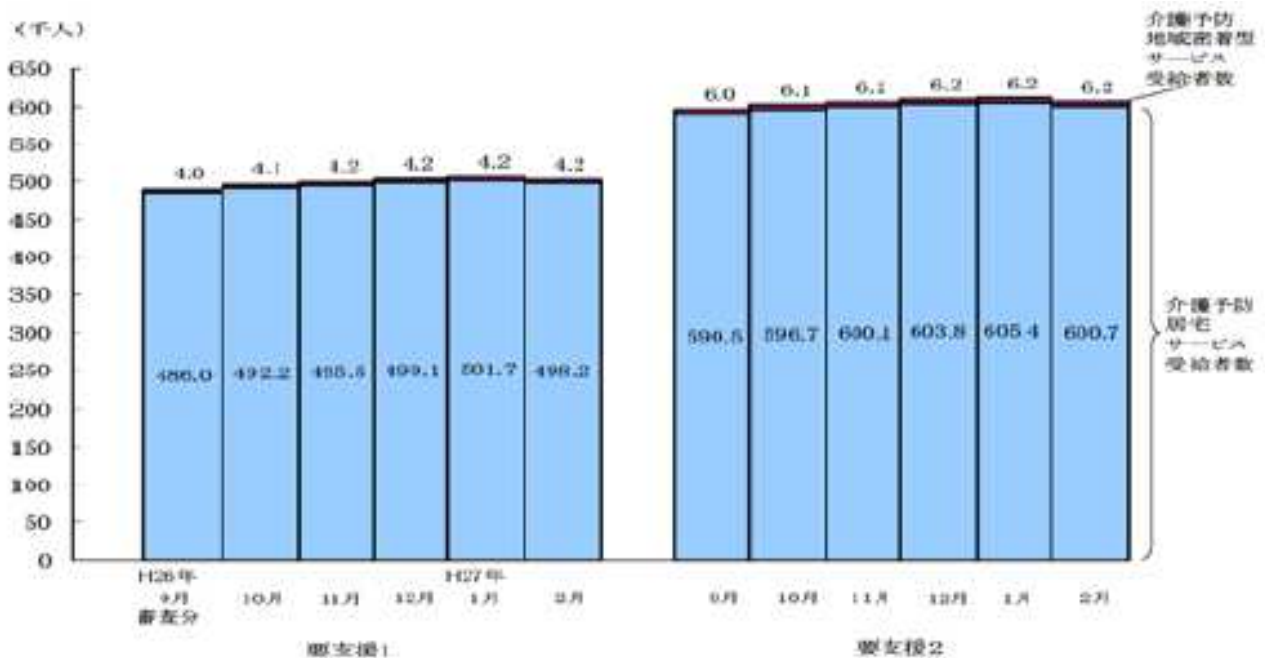
## 2 受給者1人当たり費用額

受給者1人当たり費用額は、介護予防サービスでは40.7千円、介護サービスでは186.3千円となっている。



## 3 介護(予防)サービス受給者の状況

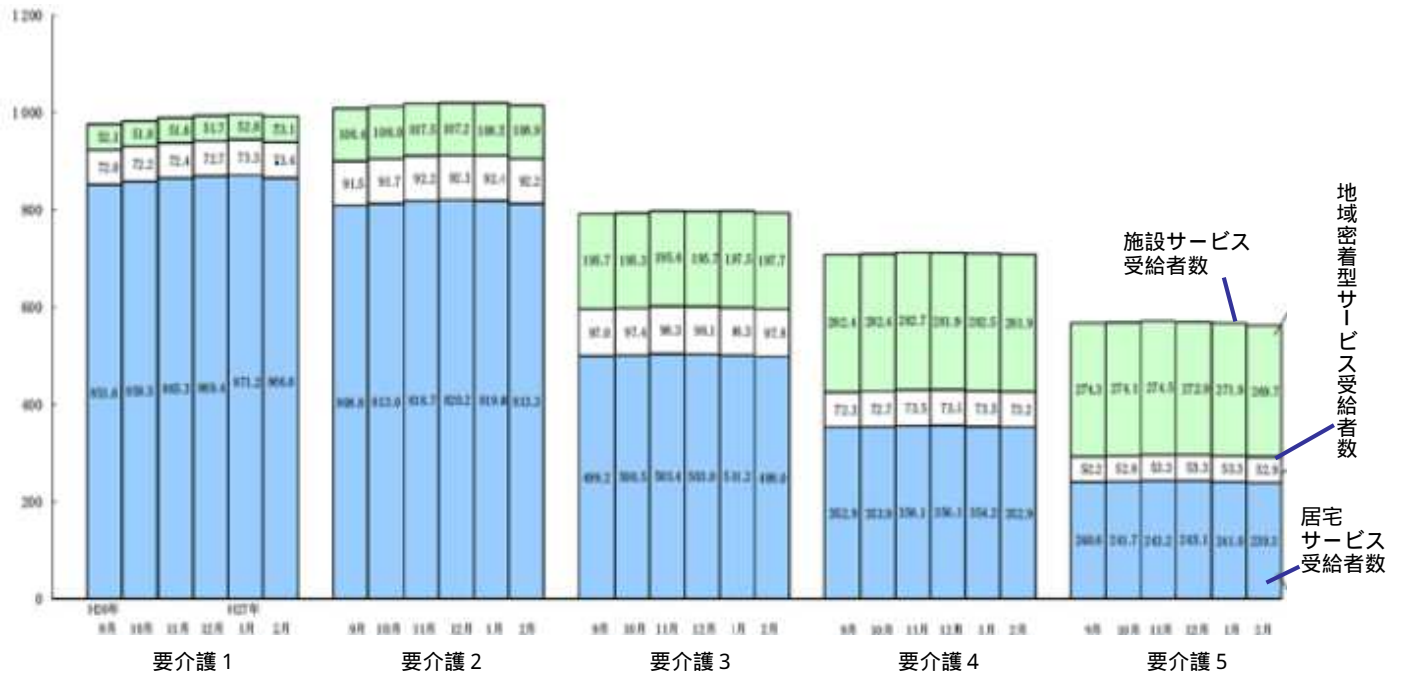
図1 要支援状態区別にみた受給者数（平成26年9月審査分～平成27年2月審査分）



注：介護予防地域密着型サービス、介護予防居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図2 要介護状態区別にみた受給者数（平成26年9月審査分～平成27年2月審査分）

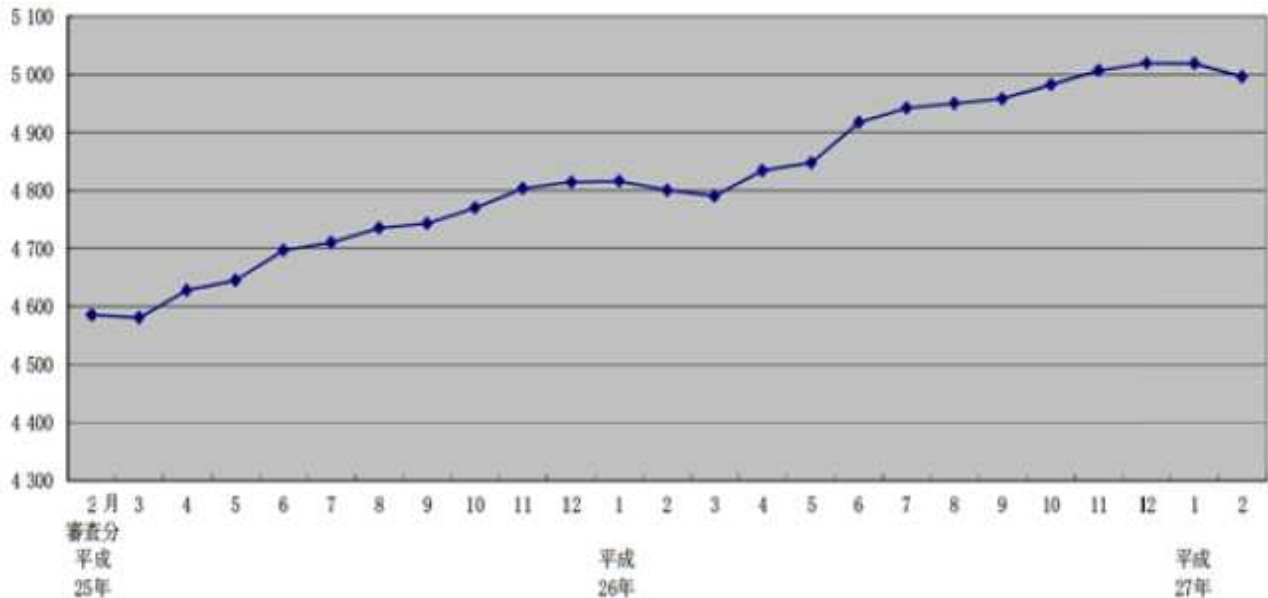
（千人）



注：施設サービス、地域密着型サービス、居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図3 受給者数の月次推移（平成25年2月審査分～平成27年2月審査分）

（千人）

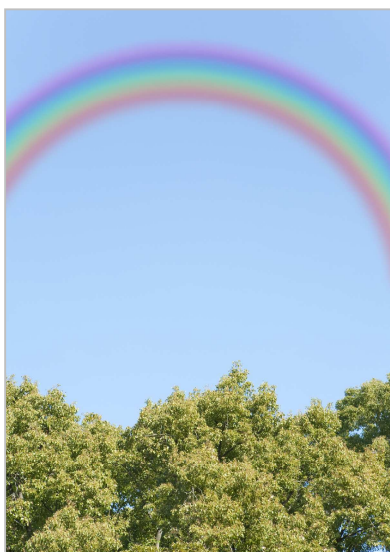




# 増加する精神疾患患者への対応 開業医に求められる精神科ケア

## 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」に精神疾患を加え「5大疾病」に

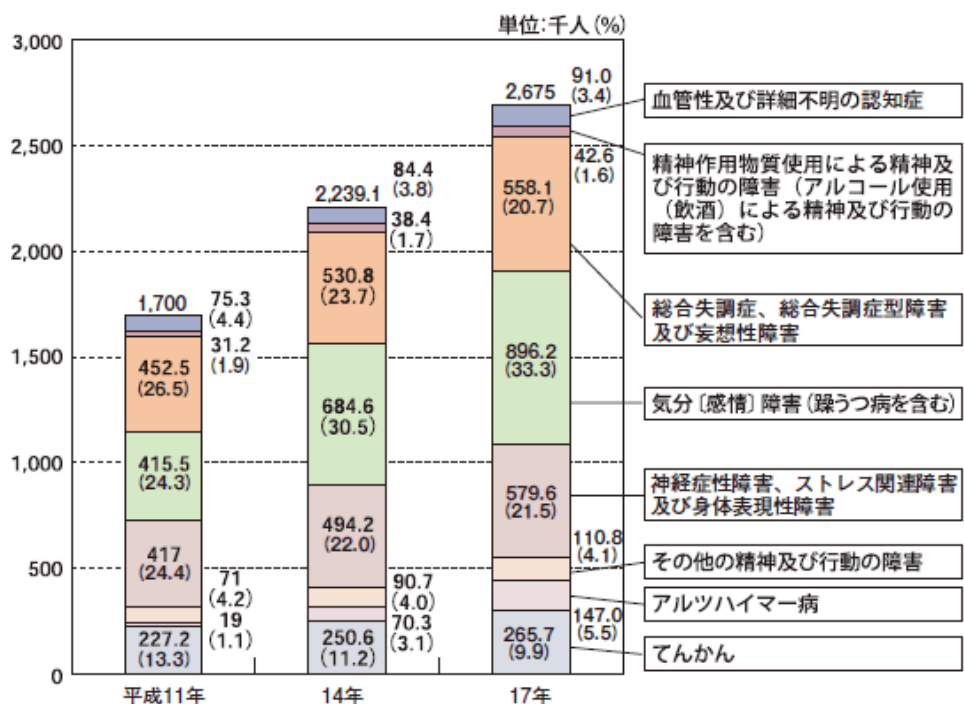
平成24年7月、厚生労働省は、地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾病として指定してきた「がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病」の4大疾病に、新たに精神疾患を加えて「5大疾病」とする方針を決めました。精神疾患が職場でのうつ病や高齢化に伴う認知症の患者数が年々増加していることを背景に、国民に広く関わる疾患として、重点的な対策が必要と判断されています。

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値を示しています。増加傾向は今後さらに強まり、人口の減少とも相まって、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



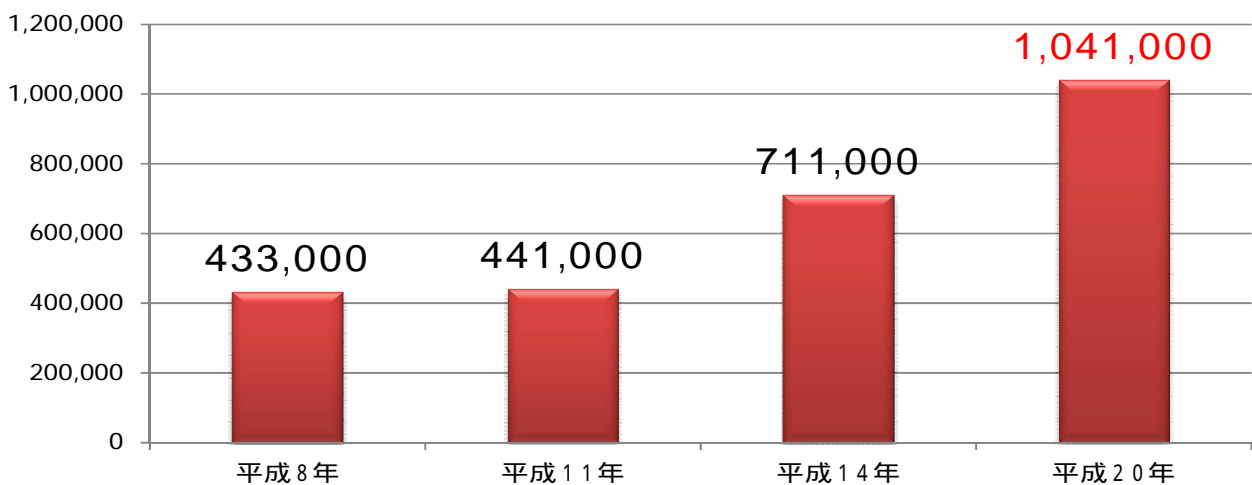
## 2 開業医に必要なうつ病に関する知識

### ■ 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。

自分の好きな仕事や活動の時だけ元気になる  
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  
身体的疲労感や不調感を伴うことが多い  
自責感に乏しく、他罰的で会社や上司のせいにしがち  
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	日常生活の用を弁ず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受けるか、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協働してあたる治療・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

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  
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  
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  
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  
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。

# 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



## 医業費用管理項目の着眼点とポイント

経費節減対策として管理すべき医業費用項目に関して解説してください



経費節約対策の決め手は、まず医業収益の伸び率以上に「増加」を示している経費項目に着眼し、コストダウンに努めることです。

各項目の具体的な着眼点とチェックポイントは次のとおりです。

### 1. 材料費等に関する項目

薬剤購入費（医業収益対薬剤費比率）

診療材料費（医業収益対診療材料費比率）

給食材料費（医業収益対給食材料費比率、一食当たり単価）

これらの項目については、前年実績と対比してその比率の変化を月次単位でチェックする必要があります。

重点項目	平成18年度											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
コスト	薬剤購入費率(対収入)目標値	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
	薬剤購入費率(対収入)実績	4.25	5.30	5.75	5.77	5.31	4.04	6.19	6.11	5.87	4.95	4.90
	診療材料費(対収入)目標値	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50
	診療材料費(対収入)実績	2.80	2.73	2.69	2.73	1.68	2.55	2.44	2.58	2.55	2.45	2.45

予算(目標値)をクリアできなかった場合にはその原因について検証する仕組みがなければならぬことはいうまでもなく、必ず掘り下げたデータに基づく原因分析を行う必要があります。

### 2. 人件費等に関する項目

人件費比率

労働分配率

医業収益に対する人件費比率が人件費比率で、概ね50%以下が適正值といえます。さらに付加価値に対する割合に注目した値が労働分配率です。

経営指標として収益性を判断するには労働分配率を管理していく必要があります。

No.	チェック項目	計算式	基準	備考	実績値	チェック欄
1	人件費率	(人件費/医業収入) × 100	50%以下	役員報酬は除く		
2	労働分配率	(人件費/付加価値) × 100	80%以下			

### 3. その他の経費

検査委託費（対医業収益比率）

給食委託費（対医業収益比率、食事療養費比率、1食当たり単価）

委託費については、毎年の費用対効果を勘案し、見直しを進める必要があります。漫然と契約更新するのではなく、かつ単に金額のみによらず、医療サービス体系全般に照らして総合的に判断して、契約を更新する必要があります。

## 経営データベース ②

ジャンル: 診療報酬 > サブジャンル: 診療報酬適正化



### 院内連携体制の構築ポイント

院内連携体制の構築ポイントを教えてください



#### 1. コンピュータのシステム管理

コンピュータ自動チェックシステム活用による入力者判断ミス等を軽減

##### 【具体的項目】

初診料算定不可チェック

外来管理加算算定不可チェック

特殊疾患療養指導料算定不可チェック

長期投与不可チェック（向精神薬等）

レセプト記載事項の自動化（算定日、部位記載）

診療情報提供料、手術日、処置部位（左右、手、腕、足、指等）

##### 【医事点数マスターの管理】

点数マスター管理者の選任（新規追加項目、点数改定時メンテ）

新規採用薬剤、治療材料購入及び価格変更の伝達ルートの確立

登録マスターについて、点数区分・解釈を付記し、算定根拠の明確化

#### 2. チェック表の作成

請求漏れの頻度の高いものへのチェックリスト作成による確認励行

（即日入院時の初診料、検査・画像診断料の時間外加算、退院時服薬指導料等）

#### 3. 相互チェック体制のルール化

##### 【医事課内部体制】

ダブルチェックシステムのルール化

##### 【医事課職員のレベルの向上、レセプト作業時の点検業務の軽減】

##### 【コメディカルとの連携によるチェック体制】

薬局薬剤在庫数・使用量とレセプト算定薬剤使用量との集計比較（A B C分析）

薬剤管理指導料の実施回数と医事課算定回数の集計比較

食事療養費算定件数と、給食部門食数チェック

外注（院内）検査センターからの請求明細書とレセプト算定回数チェック

画像診断造影剤在庫量とレセプト算定数との突合せ