

2015.12.01

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

予防、治療・研究、共生を柱の提言案
働く世代のがん検診率向上狙う「がん対策加速化プラン」

厚生労働省

がん医療、救急医療、精神医療など
次期改定の基本方針骨子案で方向性を例示

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料
病院報告(平成27年7月分概数)

3 経営情報レポート

地域包括ケアに対応
介護との連携・協働ネットワーク

4 経営データベース

ジャンル:機能選択 サブジャンル:急性期病院と慢性期病院
病院の機能分化としての現状分析
リハビリテーションに注力するポイント



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 ゼンブビル BLDG ZEN 6F
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

予防、治療・研究、共生を柱の提言案 働く世代のがん検診率向上狙う 「がん対策加速化プラン」

厚生労働省は11月20日、「がん対策加速化プランへの提言案」を示した。これは2人に1人が罹患すると推計されているがんについて、働く世代の検診の受診率を向上させ死亡率を減らそうとしたものである。

がんは日本人の死因で最も多いが、受診率は長年目標としている50%に届かず、ほかの先進国に比べても低い水準であり、早期発見や治療につながっていないと指摘されてきた。今回のがん対策加速化プランでは、毎年26万人が罹患すると推計されている働く世代への対策が重点的に示された。

これまで自主的な取り組みに任されてきた職場の検診については、実態調査したうえで検査項目などを示したガイドラインを策定する。市区町村が実施している検診についても、自治体ごとの受診率を公表し、働く世代などへの対策を促す。

「がん対策加速化プラン」は2015年内の策定が予定されており、今回示された提言案は、次の3項目を柱としている。

予防...がん検診/たばこ対策/肝炎対策
/学校におけるがんの教育

治療・研究...がんのゲノム医療/標準的治療の開発・普及/がん医療に関する情報提供/小児・AYA世代(15~29歳)のがん・希少がん対策/がん研究

がんとの共生...就労支援/支持療法の開発・普及/緩和ケア

3項目の細目ではそれぞれ、「現状と課題」と「実施すべき具体策」も列挙されており、

主な具体策としては次の内容などがある。

検診対象者、市町村それぞれの特性に応じて行動変容を起こすためのインセンティブ策、ディスインセンティブ策の導入(がん検診:受診率対策)。

関係省庁などが協力したゲノム医療の実現に資する研究を推進。また、大学病院など医療機関の疾患ゲノム情報などを集約するため「全ゲノム情報等の集積拠点」を整備(治療・研究:がんのゲノム医療)。

拠点病院などのがん相談支援センターを活用した相談、患者の背景に応じた対処方法を指導するためのツールの開発、経験者を交えた就労相談など、地域統括相談支援センターの拡充(がんとの共生:就労支援)。

さらに、抗がん剤などによる副作用や後遺症の治療ガイドラインの整備や患者への就労支援を行い、治療と仕事の両立を進めることや、患者個人の遺伝子情報に基づいた効果的な診断や治療法の開発に力を入れること、喫煙率を下げるため禁煙治療への保険適用の拡大などが盛り込まれている。

今年5月、国立がん研究センターの推計では、がんで死亡する人は10年前の平成17年の人口10万人当たりの92.4人から76.7人と、17%の減少にとどまることが明らかになった(2015年予測値76.7人)。

厚労省は、こうしたプランを確実に進め、がんによる死亡率を20%減らしたいと目標に置く。

がん医療、救急医療、精神医療など 次期改定の基本方針骨子案で 方向性を例示

厚生労働省は11月20日、社会保障審議会の「医療保険部会」を開催し、2016年度改定に向けて「基本方針の骨子案」を医療部会に示した。充実が求められる分野としては、認知症の高齢者への対応や緩和ケアを含むがん医療、救急医療、精神医療などをあげた。改定の基本的な視点は、地域包括ケアシステムの構築を引き続き進めること、および質の高いサービスを効率的に提供できる体制をつくること为中心となり、次の4本柱に要約されている。

(1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

医療を受ける患者にとってみれば、急性期、回復期、慢性期などの状態に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスにつなぐなど、切れ目ない提供体制が確保されることが重要。医療機能の分化・強化、連携を進め、在宅医療・訪問看護などの整備を含め、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要。

(2) 患者にとって安心・安全で納得できる効率的で質の高い医療を実現する視点

患者にとって、医療の安心・安全が確保されていることは当然のことであるが、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえれば、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき、患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにすることや、

病気を治すだけでなく、「生活の質」を高める「治し、支える医療」を実現することが重要。

(3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

国民の疾病による死亡の最大の原因となっているがんや心疾患、脳卒中に加え、高齢化の進展に伴い今後増加が見込まれる認知症や救急医療など、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野については、国民の安心・安全を確保する観点から、時々の診療報酬改定においても適切に評価していくことが重要。

(4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

今後、医療費が増大していくことが見込まれる中で、国民皆保険を維持するためには、制度の持続可能性を高める不断の取り組みが必要である。医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療費の効率化・適正化を図ることが必要。

将来を見据えた課題

必要な医療機能が全体にバランスよく提供されるよう、診療報酬と地域医療介護総合確保基金の役割を踏まえながら、診療報酬においても必要な対応を検討。

国民が主体的にサービスを選択し、活動することが可能となるような環境整備を進めるため、予防・健康づくりやセルフケア・セルフメディケーションの推進、保険外併用療養活用等について広く議論が求められる。

病院報告

(平成27年7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27年7月	平成27年6月	平成26年5月	平成27年7月	平成27年6月
病院					
在院患者数					
総数	1 253 222	1 251 385	1 238 129	1 837	13 256
精神病床	292 420	292 068	291 383	352	685
結核病床	2 073	2 049	1 995	24	54
療養病床	291 510	292 010	291 772	500	238
一般病床	667 161	665 205	652 927	1 956	12 278
(再掲)介護療養病床	53 674	53 967	54 298	293	331
外来患者数	1 410 288	1 436 828	1 259 577	26 540	177 251
診療所					
在院患者数					
療養病床	6 537	6 539	6 609	2	70
(再掲)介護療養病床	2 512	2 547	2 554	35	7

- 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27年7月	平成27年6月	平成26年5月	平成27年7月	平成27年6月
病院					
総数	79.5	79.1	76.9	0.4	2.2
精神病床	86.7	86.4	86.2	0.3	0.2
結核病床	37.0	36.6	34.5	0.4	2.1
療養病床	88.6	88.5	88.2	0.1	0.3
一般病床	73.8	73.3	69.6	0.5	3.7
介護療養病床	92.0	91.8	91.8	0.2	0.0
診療所					
療養病床	60.5	60.0	60.1	0.5	0.1
介護療養病床	74.3	73.7	73.6	0.6	0.1

- 注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$
注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 27 年 7 月	平成 27 年 6 月	平成 26 年 5 月	平成 27 年 7 月	平成 27 年 6 月
病院					
総数	28.2	28.1	31.0	0.1	2.9
精神病床	262.7	256.5	284.1	6.2	27.6
結核病床	68.2	66.9	68.4	1.3	1.5
療養病床	158.9	156.2	168.9	2.7	12.7
一般病床	15.9	15.8	17.4	0.1	1.6
介護療養病床	318.2	304.2	328.7	14.0	24.5
診療所					
療養病床	102.3	99.0	106.1	3.3	7.1
介護療養病床	99.4	99.4	103.5	0.0	4.1

在院患者延数

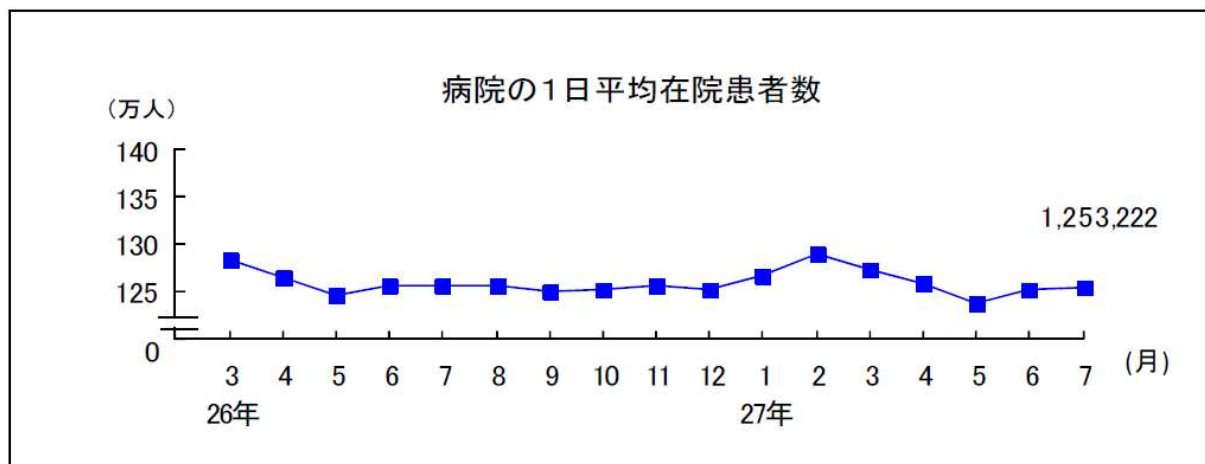
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1 / 2 (\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

在院患者延数

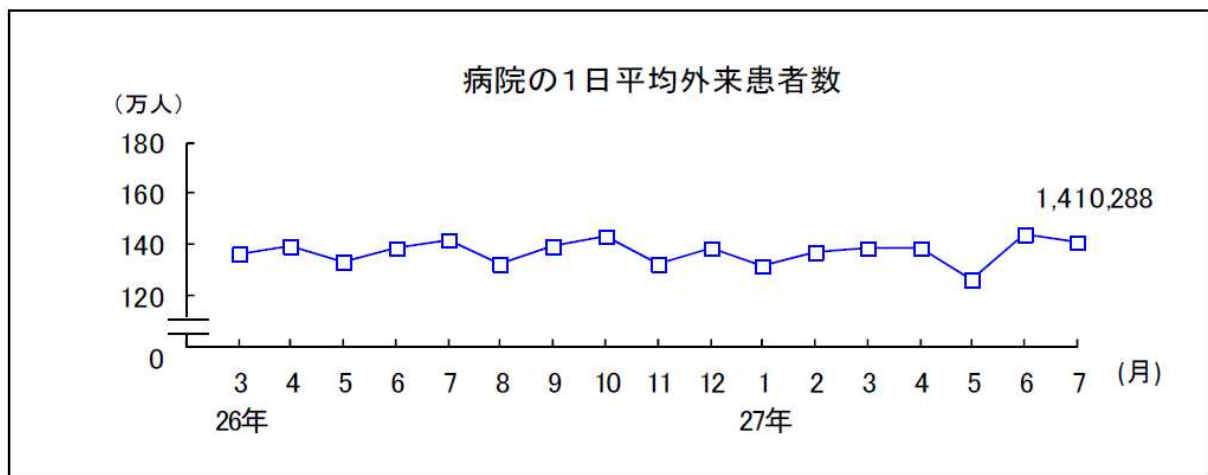
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{1}{2} \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

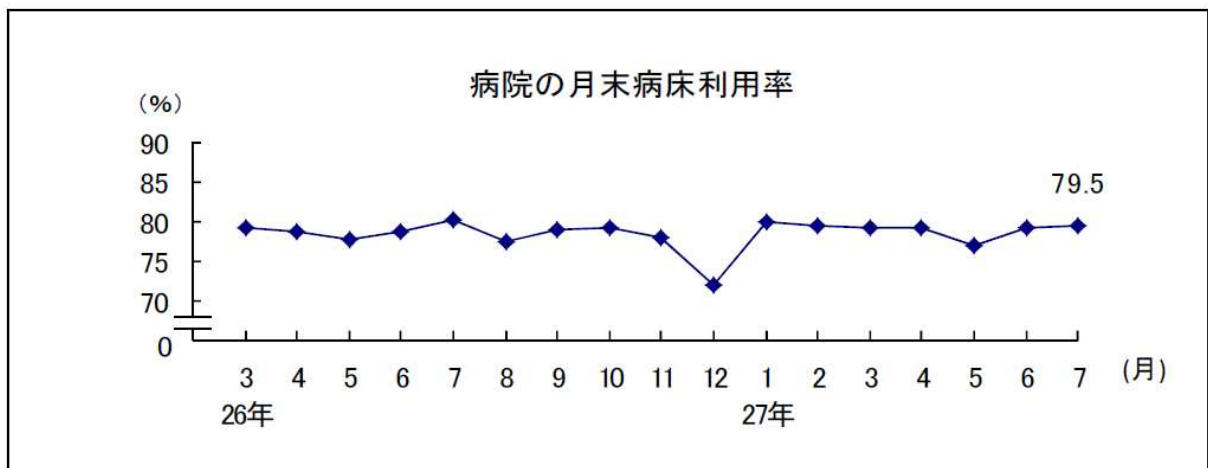
病院: 1日平均在院患者数の推移



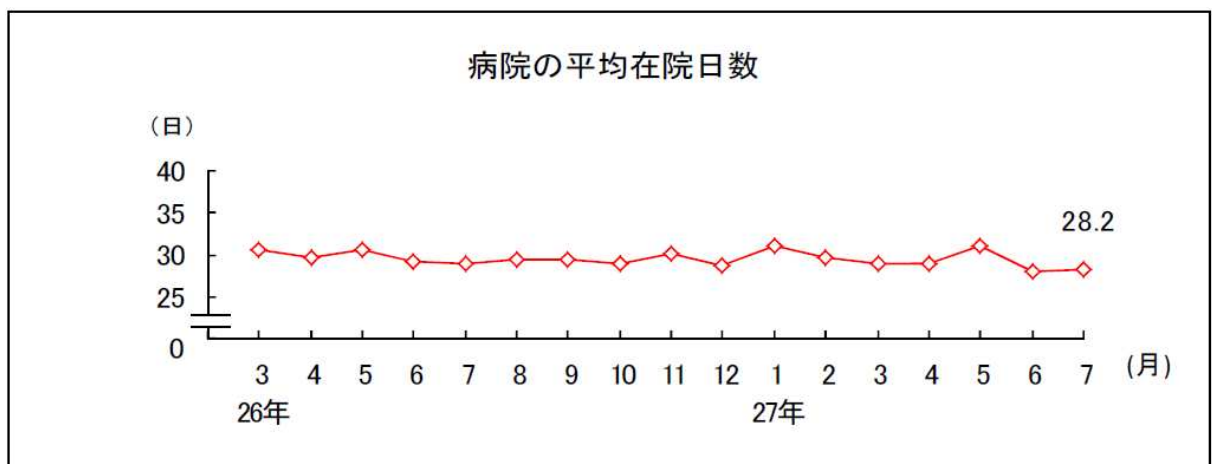
病院:1日の平均外来患者数の推移



病院:月末病床利用率の推移



病院:平均在院日数の推移



地域包括ケアに対応 介護との連携・協働ネットワーク

ポイント

- ① 「地域包括ケア」で国が目指す方向性
.....
- ② 介護サービスの理解と「医行為」範囲の理解
.....
- ③ 医療と介護のシームレスな連携構築のポイント
.....



1 「地域包括ケア」で国が目指す方向性

■ 地域包括ケアシステムが示す医療・介護の役割

(1) 一貫したケアを提供する「地域包括ケアシステム」の概念

医療サービスを必要とする患者の高齢化は、そのニーズの高まりに必ずしも医療機関が十分に
応えられなくなってきたという新たな問題を生じさせました。高齢化社会の将来を見据えて
示された「地域包括ケアシステム」は、医療と介護の連携強化等によって、医療から介護までを
一貫して提供するネットワークです。

「地域包括ケアシステム」構築に求められる5つの視点

利用者のニーズに応じて、以下の5点について包括的・継続的に提供される必要がある

- (1) 介護サービスの充実・強化
- (2) 医療との連携強化
- (3) 介護予防の促進
- (4) 多様な生活支援サービス（見守り、配食、買い物等）の確保、権利擁護
- (5) バリアフリーの高齢者住宅の整備

(2) 介護保険制度見直しと在宅医療ケアの将来像

2012年度に施行された改正介護保険法は、「高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する
能力に応じ、自立した日常生活を営む」ために、介護サービス基盤を強化することを目的とし
たものです。

介護保険制度改正の基本的考え方

「地域包括ケアシステム」の実現

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく一体的に提供

持続可能な介護保険制度の構築

給付の効率化および重点化を進め、給付と負担のバランスを図る

サービス提供は切れ目なく一体的に
給付は医療と介護の役割から明確に区分

2 介護サービスの理解と「医行為」範囲の理解

■ 在宅医療に関わる診療所が知っておくべき介護サービス

2000年にスタートした介護保険制度の主要な目的には、退院後の受け皿を確保できない長期入院患者(社会的入院)の解消と、自宅での療養生活を促す意図がありました。介護保険サービスを受けながら、在宅医療のケアも継続する患者の割合が増えるため、地域医療の担い手である診療所を中心とする医療機関も、介護との連携が今後より重要になるといえるでしょう。

在宅患者を地域が支える円滑な仕組みを構築する際には、介護の果たす役割とサービスに関する知識を備えておくことが、医療・介護間の相互理解と併せて不可欠だといえます。

介護保険で利用できるサービス

訪問介護	食事、入浴、排せつの介助や清拭、整容等 調理・洗濯・掃除等の生活援助も可能な場合あり(独居等)
夜間対応型訪問介護	夜間の定期的巡回により体位交換・おむつ交換等
訪問入浴介護	3人(通常、看護師1+介護職2)体制での入浴介助
訪問看護	診療補助や医療機器管理、機能訓練等
訪問リハビリテーション	理学療法士、作業療法士、言語療法士等による機能回復訓練
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、保健師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士等による療養上の管理・指導
通所介護(デイサービス)	施設で行うレクリエーションや機能訓練
通所リハビリテーション(デイケア)	介護老人保健施設・病院・診療所等で行う理学療法、作業療法、言語聴覚療法等の施術
短期入所生活・療養介護	短期間だけ施設に入所して受ける生活援助(ショートステイ)

■ 介護職が実施できる行為を理解しておく

患者に対するケアを実施する際には、その作業が「医行為」に該当するかどうかによって、介護職が実施できる範囲が定められています。

2005年7月には厚生労働省が医行為の範囲を明示する通知を発し、介護職が実施できる行為を明確にしました。これを契機とし、介護職はケアの一環として、様々な行為を行うことができるようになっていきます。

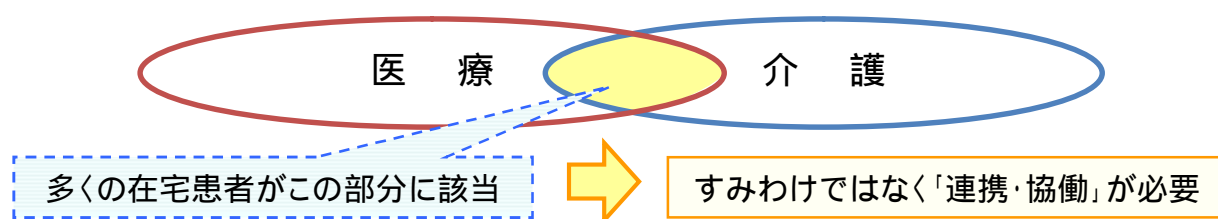
在宅医療を担う医師は、医行為の範囲を理解しておく、チームでのケアの際にも、介護職との役割分担を円滑に進めることができ、患者や利用者によって最適なケアの提供の実践につながるはず。医療者側も介護に対する知識と理解を持ち、介護職との関係を深めることがますます重要になっています。

3 医療と介護のシームレスな連携構築のポイント

■ 医療と介護の役割・機能分化と連携の取り方

(1) 介護との「区分」から「連携」への移行

医療と介護が重なり合う部分について、その役割が明確に区分された結果、医療機関は医療分野のみ、そして介護事業者は介護に関連することのみという意識が強まり、本来であれば適切な情報の提供・共有によって、患者にとって必要な情報とサービスの提供が滞る場面が生じているという問題が指摘されてきました。しかし、医療者の立場で患者として介護サービス利用者に関わり、在宅で療養を続ける患者の生活全体を俯瞰できるのは、かかりつけ医になる診療所だからこそ可能だといえるでしょう。



(2) 経営的側面からみる連携の重要性

要介護状態が比較的軽度の患者に対しては、介護事業者がサービス利用者に訪問診療の利用を働きかけ、利用者がその価値を認識することによって、導入を決めるケースは少なくありません。在宅医療を提供する診療所等医療機関との連携により、退院後に地域に戻り、自宅で療養生活を送りながら在宅ケアを受ける患者も今後はより増加傾向を示すはずです。

診療所、医師が地域の介護事業者と相互に協力し、患者の生活を支援する取り組みは、今後の診療所経営にとって大きな要素であるといえるでしょう。

介護事業者が考える訪問診療にふさわしい医師の条件

★ 無回答 17.7%を含む

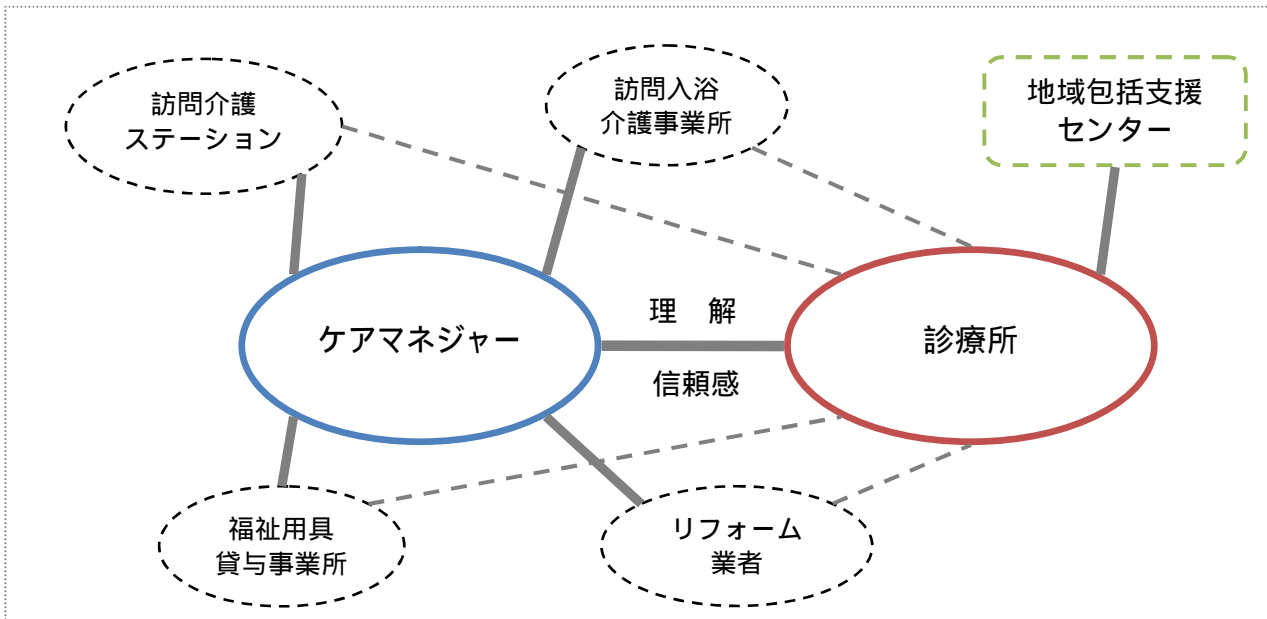
条件	割合
相談しやすい	30.2%
介護の視点を持っている	28.1%
利用者の立場でケアを提供している	18.8%
指示が明確	4.2%
高圧的でない	1.0%
説明がわかりやすい	0.0%

出典：特定非営利法人 全国在宅医療推進協会の調査結果による

介護側としては、説明がわかりやすくても在宅ケアにふさわしい医師だという評価にはならず、相談しやすい相手であることが求められている

■ 診療所と介護の円滑な連携・ネットワーク構築

(1) ケアマネジャーとの関係づくり



介護サービス利用者のケアプランを作成し、手続きに関わる業務を行うケアマネジャーは、在宅療養中の患者にとって身近な存在であり、そして患者をめぐる情報交換の中心を担う立場でもあります。ケアマネジャーの仕事を理解することによって、在宅の高齢者ケアにとって良い環境を整備する近道になるはずです。

介護連携先とのコミュニケーション強化に必要なツール

介護に関する十分な知識
ケアマネジャーとの良好な関係
サービス担当者会議への出席

(2) チームとして機能するための連携強化

在宅患者の中には、自宅での生活支援が重要視されるケースもあります。

このような場合、診療所としては、医学的なアプローチで患者の生活動作を支えることを大きな目標として取り組むことが求められます。そのために、訪問看護ステーションとは必要な情報と勉強会などの機会を通じ、医療の立場から必要なリハビリテーションの実施を働きかけるなど、患者をサポートする一つのチームとして、目標到達まで最適なケア提供に取り組む姿勢が必要です。

経営データベース ①

ジャンル: 機能選択 > サブジャンル: 急性期病院と慢性期病院



病院の機能分化としての現状分析

病院の機能分化として「急性期」あるいは「療養型」への方向性を定めるため、自院の現状分析を検討しています。実施する際のポイントを教えてください。



医業経営将来の方向性を定め、戦略を策定するためにも、自院の現状分析は有効な判断材料を得ることができます。

病院の現状分析を行うには、組織・診療体制、診療内容とこれを規制する医療法その他関連法令、診療報酬請求業務状況等の把握と検証が必要となりますが、大きく分類して、患者の状況、経営資源（人的・物的）の両面から分析を行うのが基本的です。そのため、院内で整理している各数値を活用して、まず自院が持つ経営資源を把握し、成果を検証することが重要になります。

現状分析の資料となるデータ例

病床数（一般・療養の割合）
病床利用率
標榜診療科目、職員配置割合
療養病床における患者分類（医療区分・ADL状況）と各人数
平均在院日数
患者1人1日あたりの診療単価と内訳
医療法に定められた人的・物的基準の充足状況
リハビリテーション施術患者数と内訳（疾患別・早期）
PT・OT職員数
紹介患者数・連携先医療機関別実績
算定している施設基準

急性期病院としての実質的な機能の充実と実績は、今後も求められるということであり、看護配置の引き上げと共に、質の高い医療を効率的に提供するという急性期病院の機能を果たせる病院であるか否かの選択が必要です。

一方で療養型病院は、介護療養型病床廃止の方向性が示されたのにあわせて、医療療養型においても患者分類による評価によって入院基本料が再構成されたため、医療必要度やADL区分が低い入院患者の割合が高い病院については介護保険関連施設などへの転換も視野に入れた検討が行われているなど、病院の存続という大きな命題を抱えることになりました。これについては、患者状態の把握のほか、看護職員の配置などの院内における人的資源の適正配置を図るための分析が必要となっています。

なお、紹介率を要件とする加算は廃止されたものの、急性期病院にとって紹介率の向上は、地域医療連携の充実を測る指標として重要なものです。専門特化による役割の明確化と共に、推移を分析・検証して、今後の見通しを立てる材料にします。

経営データベース ②

ジャンル: 機能選択 > サブジャンル: 急性期病院と慢性期病院



リハビリテーションに注力するポイント

リハビリテーションに注力するため、回復期リハ病棟の設置に取り組む場合、留意すべき点を教えてください。



回復期リハ病棟は、一般・療養病床いずれでも算定が可能ですが、どちらかといえば医療保険適用型病床のモデルと考えられています。

施設基準としては、次のような条件を満たすことが求められています。

専従のリハ医師 1 名・PT 2 名・OT 1 名以上の配置
看護基準 3 : 1 以上 (補助者 6 : 1 以上)
1 床あたり 6 . 4 m²以上
総合リハA・B施設もしくは理学療法 + 作業療法
リハ総合実施計画書の定期的作成

上記を 2 ヶ月間連続して条件を満たすことができなければ、回復期リハ病棟の許可が取り消されます。

これら基準を満たし、回復期リハ病棟を取得する際に障害となると考えられるのは、次のような点です。

適用患者が病床数の 80% に満たない
病棟専従のリハ医師の確保が困難
看護師の人員不足
PT・OTの人員確保の困難性
訓練室中心から病棟中心ケアへの意識転換

回復期リハ病棟は、急性期から必要性がある相応の該当患者を受け入れ、入院時から適格な ADL の目標を設定するとともに、チームアプローチによる総合的リハの提供を通じて、患者の生活再建を目指し、地域生活や維持期リハへの橋渡しという目的を有していることから、患者それぞれの目標がほぼ達成されたときが回復期リハの終了になります。こうした目的を十分に果たす環境、つまり急性期と維持期を結ぶ重要な役割を担う施設と人材、そして組織づくりが大きな前提となることは言うまでもありません。

回復期リハを担うスタッフの意識と患者支援について、多方面から統一的に問題解決へ取り組む姿勢が求められます。