

週刊 医業経営



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

＜小児難病＞医療費助成
新たに 107 疾患追加 対象者 15 万人に

厚生労働省

28 年 1 月の「がん登録」施行に向け登録内容等の
議論・登録スタート 罹患状況データベース化

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)(平成 26 年 5 月分)

3 経営情報レポート

主治医機能を見据えたサービス提供がカギ！
在宅復帰促進策への経営対応

4 経営データベース

ジャンル:業績管理 サブジャンル:業績管理体制の構築

事務長による業績管理の推進

業績管理のポイント～指標の算出

医療情報

ヘッドライン① 厚生労働省

＜小児難病＞医療費助成 新たに 107 疾患追加 対象者 15 万人に

厚生労働省は 7 月 30 日、「小児慢性特定疾患児への支援の在り方に関する専門委員会」を開催し、継続議題となっている医療費助成対象疾病を議論し、難病や慢性疾患の子供への医療費助成を拡大する改正児童福祉法の成立を受けて、新たに 107 疾病を追加するなどの方針を固めた。新たに該当する対象患者数は推計 3 万～4 万人とみられる。

平成 27 年 1 月からスタートする新たな小児難病（小児慢性特定疾病）対策の主な内容は、(1) 医療費助成対象疾病の拡大、(2) 自己負担割合の軽減（現在の 3 割から 2 割へ引下げ）、(3) 患者自己負担上限の設定（所得に応じて月額 2500 円～3 万円）、などである。

この専門委員会では、7 月 25 日の前回会合から (1) の「医療費助成対象疾病の拡大」について議論を行っている。厚労省が提示している医療費助成対象疾病の拡大に向けた考え方は、(i) 現在の助成対象である 514 疾病を整理・細分化し 598 疾病（ほかに 53 疾病が包括的な疾病として外数でカウントされる）とする（助成対象者は約 11 万人）、(ii) 新たに 107 疾患（ほかに 2 疾病が包括的な疾病として外数でカウントされる）を助成対象に追加する（助成対象者は約 3～4 万人）、の 2 点であり、今回の会合で了承された。

子供の難病の助成制度で対象疾患を増やすのは 9 年ぶりとなる。併せて、現行制度で助成対象となっている 514 疾患も、新しいデータなどを基に 598 疾患に分類し直す。これにより助成対象は、新たに加わるものを含めて

705 疾患になる。これにより、対象となる患者数は約 15 万人となる見通しである。

また、厚労省は「見直し後の対象疾病一覧」を提示した。ここでは、助成対象疾病について大別し、(a) 悪性新生物（91 疾病）(b) 慢性腎疾患群（46 疾病）(c) 慢性呼吸器疾患群（14 疾病）(d) 慢性心疾患群（97 疾病）(e) 内分泌疾患群（95 疾病）(f) 膠原病（25 疾病）(g) 糖尿病（7 疾病）(h) 先天性代謝異常（141 疾病）(i) 血液疾患群（54 疾病）(j) 免疫疾患群（56 疾病）(k) 神経・筋疾患群（65 疾病）(l) 慢性消化器疾患群（39 疾病）(m) 先天異常症候群（19 疾病）(n) 皮膚疾患群（11 疾病）、に分類している。

新たに助成対象になるのは、先天性風疹症候群▽コケイン症候群▽先天性水頭症▽小児交互性片まひ▽デュシェンヌ型筋ジストロフィーなどで、命を脅かす病気であり、かつ慢性的に経過し、治療費が高額な疾患が選定されている。重症のみを対象にした疾患もある。

ダウン症候群は、これまで臓器ごとの病状で助成対象としてきたが、今回の見直しによりダウン症候群自体が対象疾患となったほか、成人の難病として既に助成対象になっている重症筋無力症なども、対象に入った。

現行の助成制度は、重症を全額助成とし、軽症は保護者の年収などに応じて一部を自己負担としている。新制度は、対象疾患を拡大する一方で幅広く自己負担を求める仕組みとし、重症も保護者の年収などに応じて一定額を負担することになる。

28年1月の「がん登録」施行に向け登録内容等の議論・登録スタート 罹患状況データベース化

厚生労働省は7月30日、厚生科学審議会の「がん登録部会」の初会合を開催した。

「がん登録等の推進に関する法律」が平成25年12月に成立し、平成28年から、がん医療の向上を図るために全国がん登録、院内がん登録の各制度がスタートする。

がん登録とは、がん患者の罹患状況（がんの種別、ステージなど）、診療内容（手術の有無、化学療法の有無や内容など）、転帰（治癒したか否かなど）等の情報を全国レベル、病院レベルでデータベース化するもので、がん対策、がん予防対策に不可欠の仕組みと考えられている。

がん登録部会では、大きく分けて (1) 政省令、指針等 (2) がん登録等の情報の提供 (3) がん登録等推進のために必要な事項、について調査審議を行う。

初会合となった7月30日は、(1) の政省令等について、厚労省から「政省令で定める事項を検討するにあたってのたたき台」（がん登録推進法政省令等検討シート）が示された。

たとえば、政令では「登録の対象となる疾病」を規定するが、厚労省は (i) 悪性新生物および上皮内がん (ii) 髄膜、脳、脊髄、脳神経および中枢神経系のその他の部位に発生した腫瘍性疾患（悪性のものを除く） (iii) 消化管間質腫瘍（同） (iv) 別に定める卵巣腫瘍性疾患（同）、とする考えを示している。

また、全国がん登録情報は一定期間「調査研究のために患者を識別できる状態で保存する」ことが求められる。政令でこの期間を定めることになっており、厚労省は「100年」としてはどうかと提案している。これは、「未知のがん罹患危険要因が、原因発生から社会問題化するまでに数十年かかる」ケースがあることを背景とするほか、さらに、がん治療の効果等を十分に分析するには、相当程度の長期間にわたり、個人の識別が可能な状態でデータを保存しておく必要性もその理由のひとつとする。

なお、100年経過から「1年」以内に、そのデータは匿名化しなければならないことも提案されている。さらに、がん患者が「生存しているか」「死亡してしまったか」を追跡調査する期間については、「ヒトの一生を追跡するには十分な期間が必要」という考え方のもとで「100年間」という提案が示されたものである。

厚労省は、平成26年中に「政省令の策定」や「国立がん研究センター（全国がん登録データベースを構築する）等の体制整備」などを進め、平成27年には「国民や関係者への周知」「がん登録実務者、都道府県担当者への研修」などに力を入れ、平成28年1月1日の円滑施行を行いたい考えである。

介護保険事業状況報告(暫定)

(平成26年5月分)

概要

1 第1号被保険者数(5月末現在)

第1号被保険者数は、3,218万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(5月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、588.0万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約17.8%となっている。

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付3月サービス分、償還給付4月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、363.8万人となっている。

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付3月サービス分、償還給付4月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、36.3万人となっている。

5 施設サービス受給者数(現物給付3月サービス分、償還給付4月支出決定分)

施設サービス受給者数は89.9万人で、うち「介護老人福祉施設」が48.6万人、「介護老人保健施設」が34.8万人、「介護療養型医療施設」が6.8万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計が一致しない。)

6 保険給付決定状況(現物給付 3月サービス分、償還給付 4月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、7,301億円となっている。

(1)再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅(介護予防)サービス分は3,714億円、地域密着型(介護予防)サービス分は754億円、施設サービス分は2,401億円となっている。

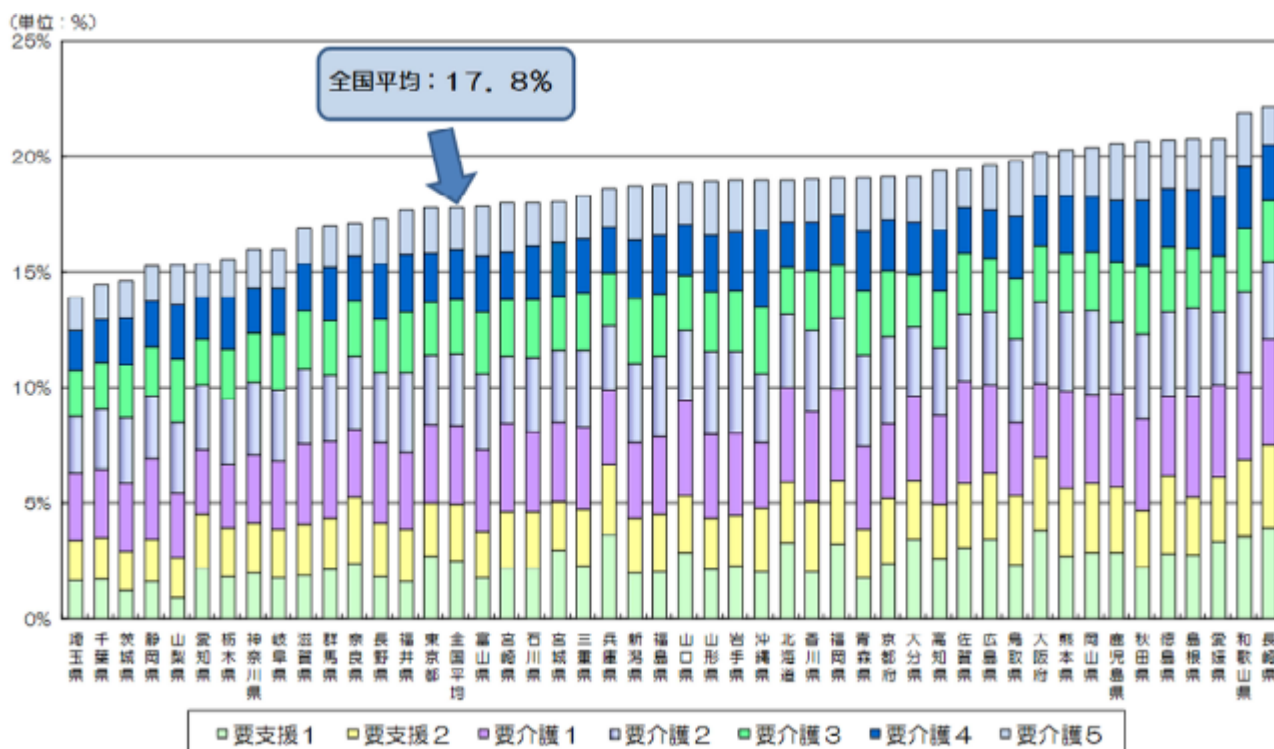
(2)再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

高額介護(介護予防)サービス費は111億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は45億円となっている。

(3)再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は276億円、うち食費分は203億円、居住費(滞在費)分は73億円となっている。

第1号被保険者一人あたり要介護(要支援)認定者割合(要支援1~要介護5)【都道府県別】



主治医機能を見据えたサービス提供がカギ！ 在宅復帰促進策への経営対応

ポイント

- 1 在宅復帰促進策で拡大する在宅市場
- 2 在宅医療大幅減算と緩和策への対応
- 3 主治医機能の強化で地域から信頼される診療所へ
- 4 地域包括ケアを見据えた取り組み事例



1 在宅復帰促進策で拡大する在宅市場

■ 在宅復帰率要件の拡大で増加する在宅患者

(1)改定における要件強化

在宅復帰率とは、退院患者に占める自宅等への復帰患者の割合をいい、以前は亜急性期入院医療管理料にのみ設定されていましたが、2014年（平成26年）の診療報酬改定では、7対1入院基本料をはじめとして、いくつかの病棟の基本料に対して要件化されました。

これにより在宅復帰率要件に該当する病院は、入院時点で退院に向けた調整を厳格に進めるとともに、より積極的に在宅へ患者を誘導する動きが出てくることは明白であり、今まで以上に強固な連携先確保のため、おのずと病診連携、病病連携が推進されることとなります。

したがって診療所は、これらの病院と連携して、増加する在宅患者をいかに取り込むかが今後の経営のポイントになります。

(2)在宅復帰率の要件にうかがえる連携強化と診療所のスタンス

在宅復帰率は、原則として自宅へ復帰した患者数により算出されますが、それ以外にも下記への転院も自宅同様にカウントされます。したがって、下記に示した自宅以外の特定施設においても受け皿としての機能を強化していかなければなりません。自宅に最も近い場所にある診療所においては、在宅療養を支援する医療サービスを提供し、病院と連携しながら主治医機能を発揮することが求められます。

■ 在宅復帰率の対象となる自宅以外の施設等(7対1)



- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 地域包括ケア病棟入院料
- 療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る)
- 居住系介護施設等
- 介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)

2 在宅医療大幅減算と緩和策への対応

■「同一建物大幅減算」の影響

(1)「同一建物・複数患者」の大幅減算

今回の改定では「同一建物における複数患者」いわゆる施設系在宅患者に対する訪問診療料の大幅減算が大きな反響を呼びました。こうした背景には、高齢患者を短時間にまとめて診る「まとめて診療」や「患者紹介ビジネス」など、いくつかの不適切な事例に対する厚労省の戒め的な措置として捉えるべきでしょう。

■改定前後の訪問診療料の推移

| 対象施設 | | | 従前 | | 2014年改定 | |
|-------------|----|-------|--------|---|-----------|--------|
| 機能強化型 | 有床 | 処方箋有り | 3,600点 | ➡ | 同一建物居住者以外 | 3,600点 |
| | | | | | 同一建物居住者 | 870点 |
| | 無床 | 処方箋なし | 3,900点 | ➡ | 同一建物居住者以外 | 3,900点 |
| | | | | | 同一建物居住者 | 1,170点 |
| 在宅療養支援診療所 | 有床 | 処方箋有り | 3,300点 | ➡ | 同一建物居住者以外 | 3,300点 |
| | | | | | 同一建物居住者 | 800点 |
| | 無床 | 処方箋なし | 3,600点 | ➡ | 同一建物居住者以外 | 3,600点 |
| | | | | | 同一建物居住者 | 1,100点 |
| 在宅療養支援診療所以外 | 有床 | 処方箋有り | 3,000点 | ➡ | 同一建物居住者以外 | 3,000点 |
| | | | | | 同一建物居住者 | 720点 |
| | 無床 | 処方箋なし | 3,300点 | ➡ | 同一建物居住者以外 | 3,300点 |
| | | | | | 同一建物居住者 | 1,020点 |
| 在宅療養支援診療所以外 | 有床 | 処方箋有り | 1,500点 | ➡ | 同一建物居住者以外 | 2,250点 |
| | | | | | 同一建物居住者 | 540点 |
| | 無床 | 処方箋なし | 1,800点 | ➡ | 同一建物居住者以外 | 2,550点 |
| | | | | | 同一建物居住者 | 840点 |

上記のように、改定後の訪問診療料は、同一建物居住者以外でほぼ現状維持、同一建物居住者では、53～76%の大幅ダウンとなり在宅医療のあるべき姿を突き付けられた形となりました。

(2)自宅対応の在宅専門診療所・後方支援病院は高評価

在宅医療については、それを担う医療機関の確保と高い在宅医療の推進をテーマとして掲げており、在宅療養支援診療所（以下在支診）に限らず、広く訪問診療を行っている診療所とその後方支援病院について高く評価するとして診療報酬上の加算などが設定されました。

①在宅療養後方支援病院の評価

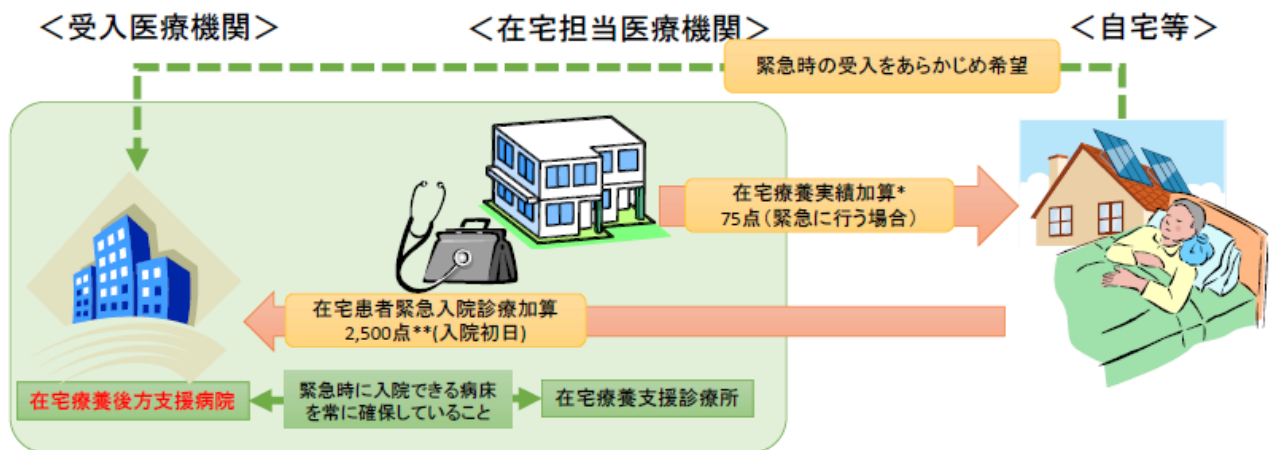
- 在宅患者緊急入院診療加算
- 在宅患者共同診療料

②在宅医療の質の強化

- 機能強化型在支診等の実績要件強化
- 薬剤や衛生材料等の供給体制の整備
- 在宅歯科診療の推進
- 在宅薬剤管理指導業務の推進

③在宅医療を担う医療機関の質的確保

- 実績のある在支診の評価
- 在支診以外の在宅時医学総合管理料等の評価



* 在宅療養支援診療所で算定可能な緊急に行う往診料の加算(650点)に加えて、さらに加算する

**在宅療養後方支援病院であって、あらかじめ当該病院を緊急時の入院先とすることを希望していた患者の場合

新設されたこれら加算の算定要件としては、緊急往診や看取りの実績が必要となりますので、注意しなければなりません（緊急往診は年10件以上、看取りは年4件以上）。

(1)「同一建物・複数患者」緩和策の概要

前述の「同一建物における複数患者」の問題は、その後『施設を訪問する医師がいなくなる』といった保険医協会からの反発もあり、厚労省では本年3月5日「1回の訪問で複数の患者を診療しても、それ以外の訪問で複数の日に分けて1人ずつ診療すれば減算されない」という、いわゆる緩和策を打ち出しました。

(2)苦戦を強いられる1人医師の診療所

緩和策といっても、1日1人ずつ診ることができるのはマンパワーがある大きな在宅専門クリニックに限られ、医師1人で外来診療を行っている診療所では対応が難しいのが実情です。どうか対応して収益を確保している診療所がある一方で、施設への訪問診療から全面的に撤退するケースも増加し始めています。

診療報酬改定による厳しい影響下で、1人医師体制で外来診療と高齢者施設等への訪問診療を行うためには、綿密かつ実効性のあるスケジュールリングと、患者情報の管理徹底が求められることはいうまでもありません。

3 主治医機能の強化で地域から信頼される診療所へ

■ 主治医機能強化策の概要

(1) 地域包括診療の創設

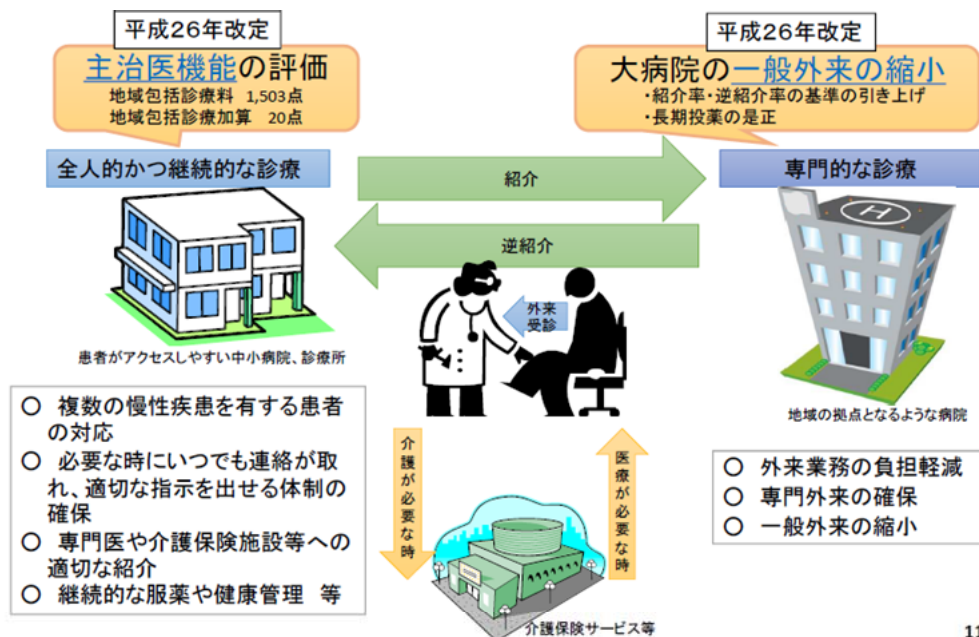
今回の改定では、新設された「主治医（かかりつけ医）機能の評価」の意義について、それを紐解く上での重要キーワードは、「地域包括診療料」及び「地域包括診療加算」です。この診療料と加算は、医師が複数の慢性疾患を有する患者を対象として、療養上必要な指導や服薬及び薬歴管理、健康管理、介護保険への対応、在宅医療の提供、24 時間対応などを行う場合に算定できる外来診療における診療報酬点数です。調剤薬局などとの連携や常勤医師の必要数（3人）などの要件があり、ハードルとしては決して低いものではありません。

中小病院とサテライト等のグループ診療所を対象として想定されている同診療料は、月1回算定 1,503 点と比較的高く設定されていますが、一般診療所を対象とした同加算は1回 20 点と著しく低い設定となっており、なかなか踏み切れないのが実情のようです。

(2) 診療所が担う外来機能と役割分担

これらの診療報酬は基本的には、対象となる高齢者の患者に対して継続的・全人的な医療を提供する医師をかかりつけ医として評価するという趣旨で、外来機能の役割分担という観点から、以下のように診療所を位置づけています。

■ 外来機能の役割分担



11

(出典：厚生労働省保険局医療課)

経営データベース 1

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 業績管理体制の構築



事務長による業績管理の推進

事務長機能を活性化することで、院内全体で業績管理意識を向上させるためのポイントを教えてください。



事務長は、病医院の管理運営の全般について院長を補佐する役割を担うものであり、経営管理手法と専門知識と幅広い教養を持った人格者を選任するのが望ましいとされます。つまり、病医院全般の経営を把握すべき立場にあるので、この「事務長の力」を大いに活用して、院内全ての管理業務を活性化することができます。

■事務長の役割

- | | |
|----------------|----------|
| ①全体目標の設定 | ④実績管理の調整 |
| ②各部門へのコスト意識の徹底 | ⑤物品購入の調整 |
| ③予算策定の調整 | |

①経費節減の全体目標

事務長から全職員に対し、「今年度削減目標5% (▲8,000万円)」といった具体的な数値目標を示すと効果的です。全体目標の達成を目指して、各担当責任者が部門別の目標を立て、具体的な計画を策定することで、病医院全体目標の達成に近づくことができます。

②コスト意識を持たせる役割

例えば、事務部門総務課など経費削減に消極的になりがちな部門に対しては、事務長から具体的な目標（例：総務課経費削減目標▲350万円）を示して、担当者にコスト削減の意識付けを図ることが必要です。

こうした取り組みにより、直接収入を得ることはできない部門であっても、通信費・光熱水費の節約、研修会の開催方法の工夫など、小さなコスト削減を積み上げることは可能です。

③「実績」をベースに次期予算を策定

予算策定は各部門責任者が行うのが最適ですが、自部門を意識する余り、全体経費予算の奪い合いになることも考えられます。したがって、事務長に部門間の調整を行う機能が求められます。

④実績管理の調整

通常は部門責任者が行いますが、特に費用については「予算」があるから使いきる、と考えてはいけません。どうすれば費用が削減できるのかという点について、他部門の取組み事例や情報交換を通じ、有効な手段は広く水平展開して院内全体で活用する等の活動が重要です。

⑤物品購入の調整

事前にその物品の必要性や効果を検証することが必要です。仮に、必要性や効果が薄いと判断した場合は購入を認めないものとし、その理由を購入希望者に理路整然と説明できる力量を備えなければなりません。ここでも、事務長による調整機能が重要なのです。

経営データベース ②

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 業績管理体制の構築



業績管理のポイント～指標の算出

目標利益の算定方法と労働分配率について解説してください。



一般的な目標利益の算出方法には、次のようなものがあります。

■ 目標利益の算出方法

① 前年実績伸び率法

前年の利益実績に対しての伸び率を設定して目標利益を算出する方法

② 1人当り目標利益法

職員1人当たりの目標利益を設定して全体の利益を算出する方法

③ 売上高利益率法

売上高目標に売上高利益率をかけて目標利益を算出する方法

④ 総資産利益率法

総資産に総資産利益率をかけて目標利益を算出する方法

売上から外部購入費用などの変動費を引いたものが、付加価値です。付加価値とは、医療機関が新たに生み出した価値であり、様々な利害関係者に分配されます（配当、給与、税金、支払利息等）。収益性の観点から、付加価値の適正な分配を考える必要がありますが、費用の中で最も大きな割合を占める人件費にかかる分配の妥当性を測る指標として、労働分配率があります。

人件費は、組織として最も重要な経営資源である職員のモチベーションと密接な関係があることから、非常に重要な項目であるといえ、付加価値の適正分配を重視しなければなりません。

$$\text{労働分配率} = \text{人件費} \div \text{付加価値}$$

労働分配率は、同種同規模病院や過去の自院数値と比較することによって、成果配分の妥当性を分析できます。