

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

「患者申出療養」(仮称)、来年の法案提出を目指す
政府の規制改革会議 混合診療など 235 項目を答申

政府

国交省 ヘルスケアリート利活用で初のガイドライン発表
J-REIT サ高住、有老など対象 病院は本年度別途検討

国土交通省

2

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成 26 年 2 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:人材・人事制度 サブジャンル:人事考課

面接制度運用のポイント

目標面接の進め方

「患者申出療養」(仮称)、来年の法案提出を目指す 政府の規制改革会議 混合診療など 235 項目を答申

政府の規制改革会議（岡素之座長・住友商事相談役）が6月13日、首相官邸で開かれ、235項目の改革案を盛り込んだ答申を安倍晋三首相に提出した。

農業と雇用と並んで「岩盤規制」と呼ばれる医療分野では、9分野に及び多数の規制改革項目が盛り込まれた。中でも大きな焦点は、保険適用の治療と適用外治療を併用する混合診療（保険外併用療養費制度）で、患者の申し出に基づく「患者申出療養」(仮称)を創設するため、来年の通常国会での法改正を求めた。

答申は、▽健康・医療▽雇用▽創業・IT▽農業▽貿易・投資、の5分野で、改革案と実施時期を示した。一部は6月中にまとめる成長戦略にも反映する。安倍首相は同会議で、「規制改革は成長戦略の要」と実現に努める考えを示した。政府は答申を受け、月内に規制改革実施計画を閣議決定する。

規制改革会議が「患者申出療養」の創設を提言したのを受けて、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の3師会は、合同で記者会見を開き、安全性・有効性の確認と将来的な保険収載を目指す点が盛り込まれたことで、「最低限の担保がされた」（日医・横倉義武会長）として、新制度を了承する意向を示

した。

日医はこれまで「患者申出療養」について、反対姿勢を明確にしていたが、「安全性・有効性が最低限担保されている」と一定の評価を下した。

日医をはじめとする医療界は、「現状の評価療養制度の拡大で十分」との主張を続けてきていたが、評価療養制度で提供している保険外診療を利用できる医療機関の拡大を評価した形で受け止めたものである。

ただし日医は、診療報酬改定の基本方針を担う社会保障審議会の「医療保険部会等の議論を注視していく」と断りを入れている。

一方で、日本病院会の堺常雄会長は、「患者申出療養」について、「全面的に賛成できない」との見解を明らかにし、同制度に対する3師会の評価の違いが明確となった。

堺会長は、基本的な考え方として、「社会保障に規制緩和はなじまない」と指摘している。その上で、規制改革会議が当初、提案していた「選択療養制度(仮称)」について反対していたと説明したが、具体的な反対理由はなかった。

国交省 ヘルスケアリート利活用で初のガイドライン発表 J-REIT サ高住、有老など対象 病院は本年度別途検討

国土交通省は6月9日、「第2回高齢者向け住宅等を対象とするヘルスケアリートの活用に係るガイドライン検討委員会」を開催し、初めとなるガイドラインをまとめた。

J-REIT（リート＝不動産投資法人）は、多くの投資家から集めた資金で、オフィスビルや商業施設、マンションなど複数の不動産などを購入し、その賃貸収入や売買益を投資家に分配する商品である。不動産に投資を行うが、法律上は投資信託に類するもので、2001年9月、J-REITが初めて上場された。

REITという仕組みはアメリカで生まれ、日本では頭にJAPANの「J」をつけて「J-REIT」と呼ばれおり、日本型不動産投資法人を意味する。

また「J-REIT」の中のヘルスケアリートとは、多くの投資家から募った資金をもとに高齢者住宅等を建設し、賃貸や売却で得た利益を投資家に分配する投資商品のことを指している。

今回まとめた「ガイドライン」の概要は、次のとおりとなっている。

ヘルスケアリートの対象は、①サ高住、②有料老人ホーム、③認知症高齢者グループホーム、の3類型となった。病院については、「今年度（平成26年度）別途検討を行ったうえで、整備すべき組織体制等を取りまとめ、別途提示する」こととされた。

対象となる宅建業者は、「宅建業法第50条の2等に基づいて、取引一任代等の認可を得てリートの資産運用会社としてヘルスケア施設の取引を行う、あるいは行おうとする宅建業者」である（以下、資産運用会社）。

この資産運用会社がヘルスケア施設の取引を行う場合、次のいずれかの組織体制を整備することが必要となる。

- 一定の経験（ヘルスケア施設への投資業務、融資業務、デュレリジエンス業務、不動産鑑定評価業務、オペレーション業務など）等によって、「生活・介護サービス等が提供される」というヘルスケア施設の事業特性を十分に理解している者を「重要な使用人」として配置する
- 上記のヘルスケア施設への投資業務経験等により、ヘルスケア施設の事業特性を十分に理解しているコンサルタント会社等の外部専門家との間で助言を受けることになっている
- 投資委員会等（資産の取得・売却、資産の運営管理に関する事項を審議または決定する委員会）において、上記のヘルスケア施設への投資業務経験等により、ヘルスケア施設の事業特性を十分に理解している外部専門家からの意見を聴取できる状況になっている

適用時期は「平成26年7月1日」となった。ただし、26年7月1日において現にヘルスケア施設を運用対象としている資産運用会社については「26年10月1日」を適用時期とするが、その資産運用会社が26年10月1日より前に新たなヘルスケア施設を取得する場合には、「取得日」が適用時期となる。

病院報告

平成26年2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26年2月	平成26年1月	平成25年12月	平成26年2月	平成26年1月
病院					
在院患者数					
総数	1 299 496	1 268 793	1 262 307	30 703	6 486
精神病床	297 861	299 330	297 292	△1 469	2 038
結核病床	2 122	2 197	2 279	△75	△82
療養病床	296 640	293 689	293 973	2 951	△284
一般病床	702 807	673 546	668 703	29 261	4 843
(再掲)介護療養病床	60 081	60 048	60 631	33	△583
外来患者数	1 382 214	1 316 314	1 357 240	65 900	△40 926
診療所					
在院患者数					
療養病床	7 833	7 724	7 797	109	△73
(再掲)介護療養病床	2 971	2 971	2 997	0	△26

- 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2月	平成26年1月	平成25年12月	平成26年2月	平成26年1月
病院					
総数	81.9	82.0	71.9	△0.1	10.1
精神病床	87.6	87.5	87.1	0.1	0.4
結核病床	32.3	33.6	33.4	△1.3	0.2
療養病床	90.3	90.1	89.1	0.2	1.0
一般病床	77.2	77.5	60.3	△0.3	17.2
介護療養病床	92.7	92.5	92.7	0.2	△0.2
診療所					
療養病床	63.9	63.3	61.2	0.6	2.1
介護療養病床	75.7	74.5	75.0	1.2	△0.5

- 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)

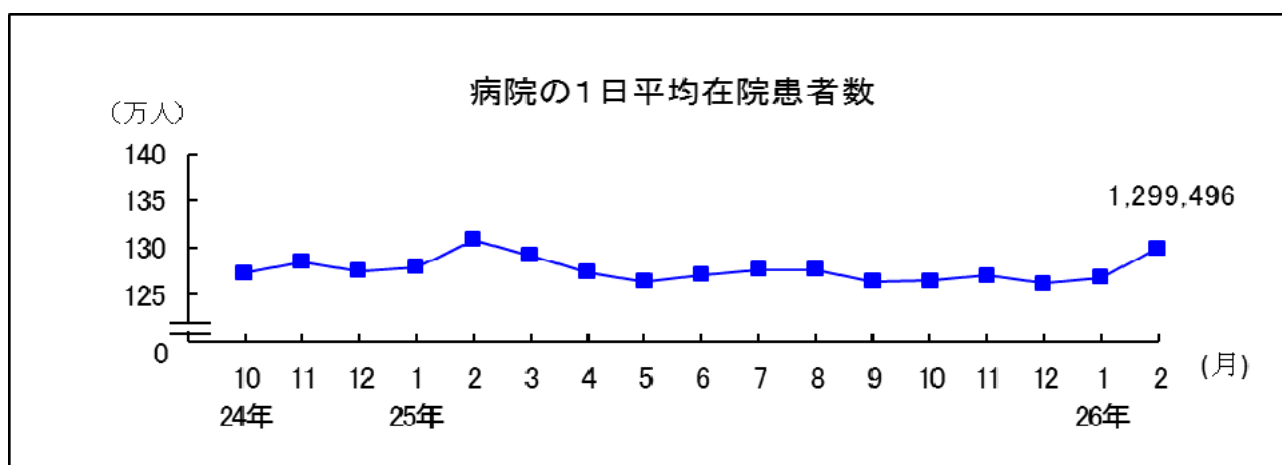
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成 26 年 2 月	平成 26 年 1 月	平成 25 年 12 月	平成 26 年 2 月	平成 26 年 1 月
病院					
総数	30.6	32.3	30.0	△1.7	2.3
精神病床	290.2	306.6	288.5	△16.4	18.1
結核病床	64.9	74.6	68.3	△9.7	6.3
療養病床	163.2	173.9	163.2	△10.7	10.7
一般病床	17.5	18.2	16.9	△0.7	1.3
介護療養病床	307.6	321.2	310.3	△13.6	10.9
診療所					
療養病床	100.7	105.3	101.0	△4.6	4.3
介護療養病床	108.0	105.9	104.9	2.1	1.0

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

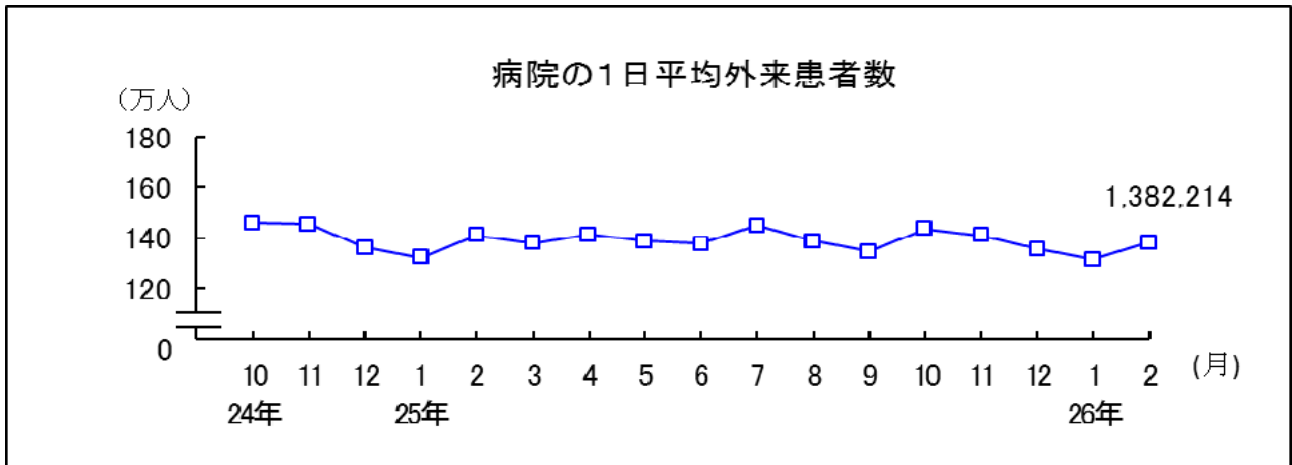
ただし、療養病床の平均在院日数 =
$$1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から} \\ \text{移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ} \\ \text{移された患者数} \end{array} \right)$$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

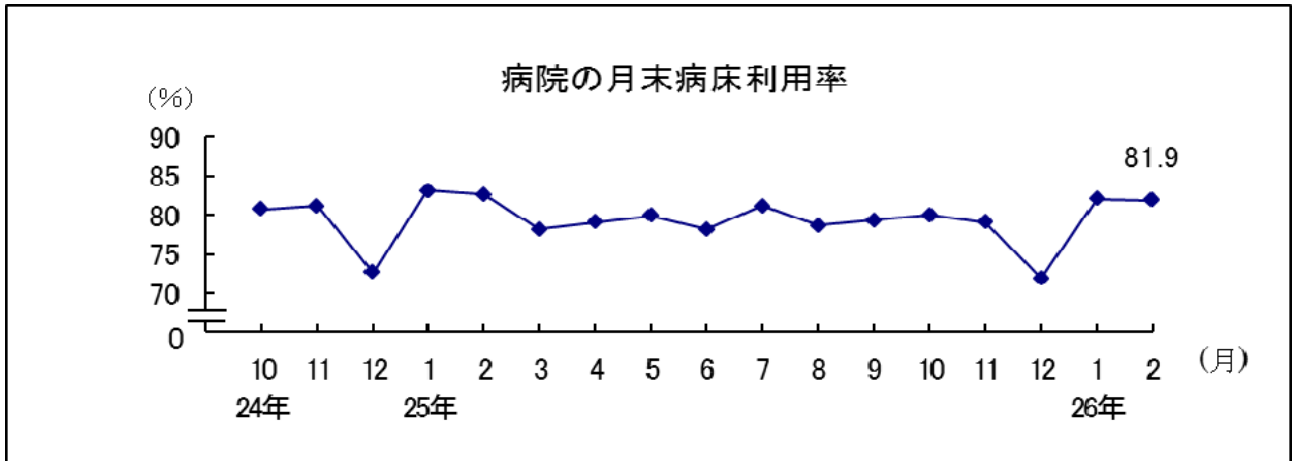
◆病院:1日平均在院患者数の推移



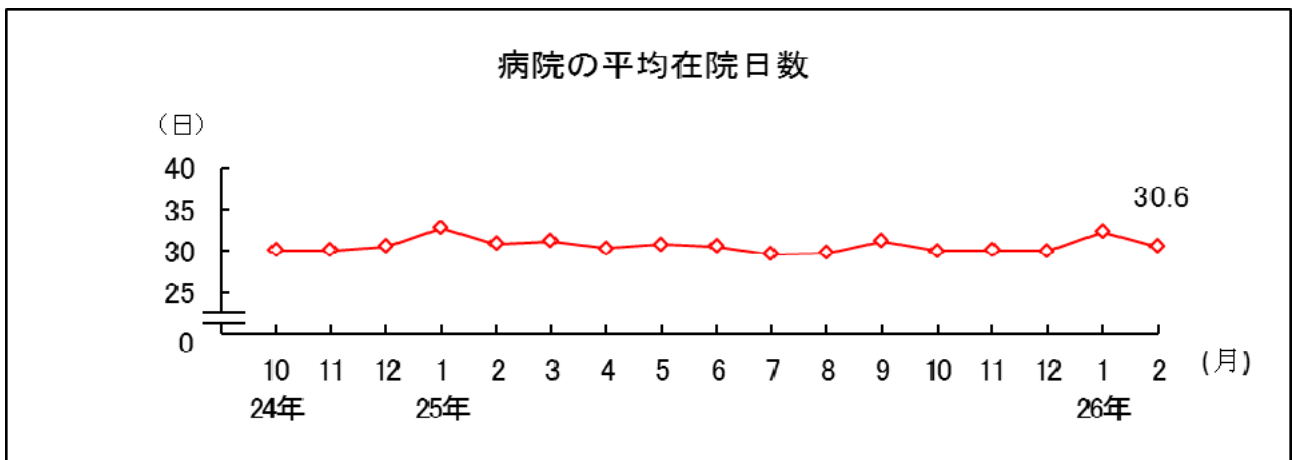
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



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

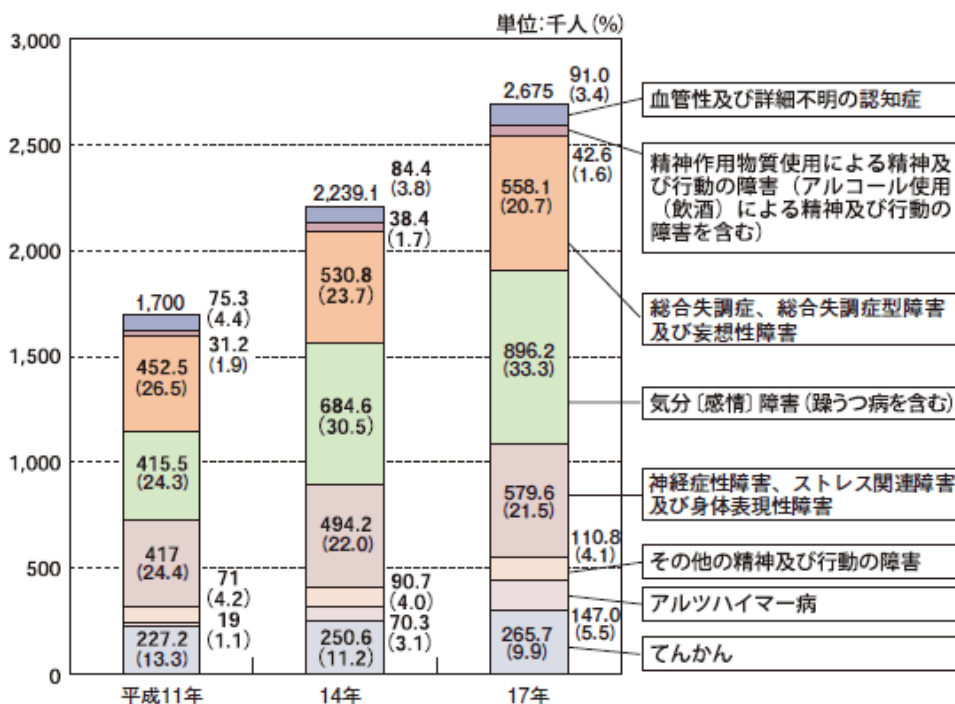
平成24年7月、厚生労働省は、地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾病として指定してきた「がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病」の4大疾病に、新たに精神疾患を加えて「5大疾病」とする方針を決めました。精神疾患が職場でのうつ病や高齢化に伴う認知症の患者数が年々増加していることを背景に、国民に広く関わる疾患として、重点的な対策が必要と判断されています。

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

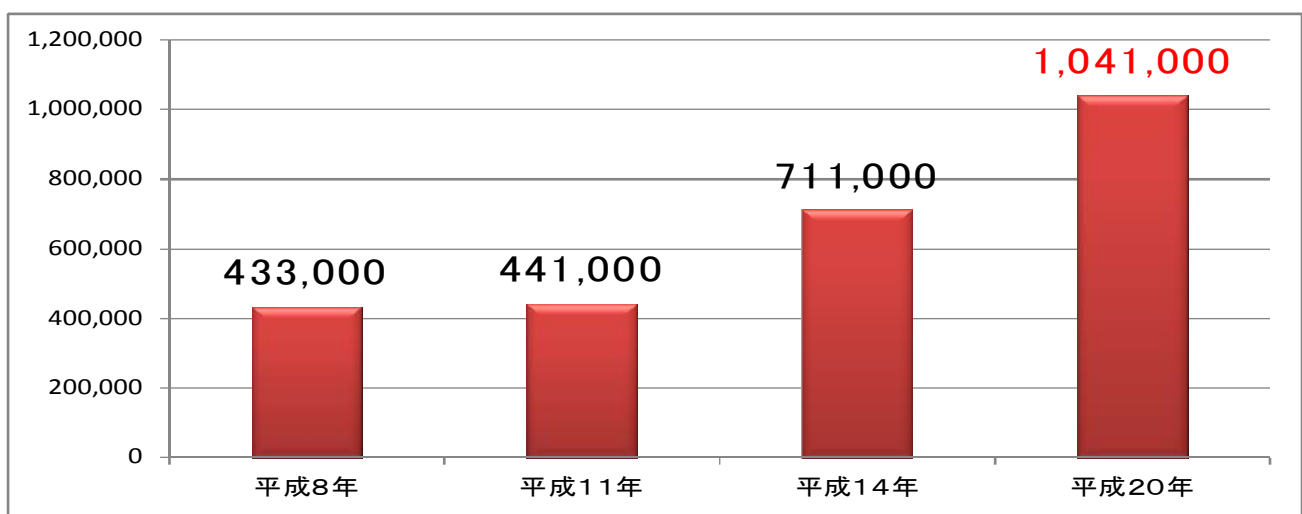
2 開業医に必要なうつ病に関する知識

■ 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で、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

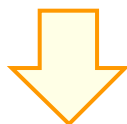
特に「嫌な時だけ気分が悪くなる」「自分でなく他人の責任にする」といった傾向が顕著であり、20～30代前半の比較的若い世代に発症するため、逃避型や回避型とも呼ばれています。うつ病患者が急増した背景には、従来の診断基準に加えて、気分変調症及び非定型うつ病の診断基準が加わったことによる基準の拡大が原因として挙げられます。

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。

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: 人事考課

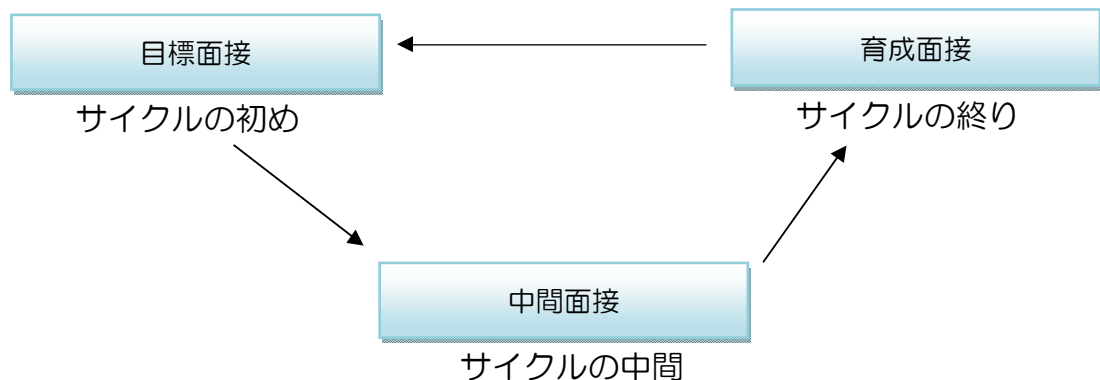


面接制度運用のポイント

人事考課の結果を職員に通知していますが、その後のフォローや能力開発へと展開させるためには、どのような方策が考えられますか。



■面接の流れ



■評価者と被評価者の面接を通じたフォローの実施

人事考課は面接制度が確立されることにより、初めて有効になります。面接を通じて、人事考課結果のフィードバックやマンツーマンでの指導、部下の考えていること、管理者への要望を理解することにより、管理者が部下育成や、マネジメントについて学ぶ場にもなります。

■面接制度のねらい

組織のニーズにより、ねらいをどこに置くかは様々ですが、一般的には次のような目的があります。

- 部下に仕事に対する権限や責任感を持たせる
- 業務や部署内での目標など情報の共有化
- 啓発の動機づけ
- 仕事や能力に対する期待水準の明確化
- 部下の掌握、意志疎通
- 部下の指導・育成

■面接の種類

面接の種類としては、以下のものが挙げられます。

- 目標面接…病院や部門の目標達成、部下個人の能力開発のための目標設定と期待レベルの明確化を図る。
- 中間面接…業務の進捗状況についての確認とフォローを図る。
- 育成面接…人事考課結果とそのプロセスを振り返り、フィードバックを図る。

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: 人事考課

目標面接の進め方



職員から目標設定が難しいという声がよく聞かれるため、面接を行って部門管理者と職員との話し合いの場を設けようと考えています。目標面接の進め方について教えてください。



■目標面接とは

目標面接は、病院・部門の今期ビジョン等情報の共有化を図った上で、職員の向こう6ヶ月間（1年間）の目標（職員に対する期待像）を話し合い、確認する場です。また、目標設定を通じて、本人の挑戦と創造への意欲を引き出しながら意識付け、成果責任の明確化を行います。

■目標面接の進め方

目標面接は、通常1年間の個人目標や目標課業について話し合い、確認する場です。従ってこの面接では、部門責任者と部下である職員がどのように話し合い、目標に同意していくのか、というステップが重要です。

目標面接において、部下一人ひとりに対しての具体的個別期待像を共有化します。その期待像に対して、部下は目標を設定することになります。

上司と部下がどのように話し合い、目標を定めていくかの手順が重要です。

手順	ポイント
リレーション作り	部下が何でも話せる雰囲気を作る。部下に関心を持っていることを伝える。また、目標面接の目的を伝える。
部下の目標確認	部下の目標や達成方法、その目標に取り組む理由について確認する。部下の要望や意見を積極的に受け入れる。
管理者としての考えを明確にする	部門目標や方針、そして管理者として、部下に期待することを説明する。本人の役割や等級を考慮した上で、管理者としての考えを説明する。
目標のすり合わせと具体化	部下本人の目標と管理者の期待を近づけ、決定する。 チャレンジを促し、納得させる。 具体性、到達レベル、チャレンジ性を含めた目標設定となっているかチェックする。 ①客観的に評価することができるか。 ②到達するまでの取組と達成時点での結果を明確にする。 ③完了までのスケジュールを確認する。一方的な押しつけはしない。
管理者として協力・指導援助できることを伝える	部下の役割と取り組むべきこと、指導援助者としての管理者の立場を明確にする。 能力開発についての部下本人の意欲を喚起させる。
部下からの要望事項を聴く	評価、目標管理、その他仕事に関して、管理者への要望があれば、具体的に話させる。 部下の要望事項に対しては、本人の意志を尊重する。
クロージング	話し合った内容を職員にまとめさせ、今期の目標を再度確認する。 励ましと期待を述べて、面接を終了する。