

医療情報
ヘッドライン

訪問看護、24時間対応体制加算に一本化 複数名訪問看護加算は算定回数を制限

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

入院基本料の大幅引き上げを強く要望 大小を問わず病院の経営は急激に悪化

▶日本病院団体協議会

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成29年5月分概数）

経営情報
レポート

増収に向けた新たな取組み
クリニックの介護事業参入ポイント

経営
データ
ベース

ジャンル: 労務管理 サブジャンル: 社会保険・年金
国民年金保険料の免除制度
退職後の健康保険継続

訪問看護、24時間対応体制加算に一本化 複数名訪問看護加算は算定回数を制限

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は、11月15日の中央社会保険医療協議会総会で訪問看護の24時間対応の評価や、「複数名訪問看護加算」についての見直し案を提示し、24時間対応については、評価を「24時間対応体制加算」に一本化する。「複数名訪問看護加算」は、新たに算定回数の制限を設ける意向を示している。

■「24時間連絡体制加算」を廃止し、「24時間対応体制加算」に一本化

訪問看護で、最も利用者に求められている24時間対応に対する評価には、「24時間対応体制加算」(5,400円)と「24時間連絡体制加算」(2,500円)が挙げられる。後者の「24時間連絡体制加算」は電話相談に常時対応できる体制を評価するもので、前者の「24時間対応体制加算」は、それに加えて緊急時訪問看護に対応できる体制を整えている訪問看護ステーションを評価している。

いずれも利用者数は右肩上がりに増加しているものの、その9割以上は「24時間対応体制加算」であり、「24時間連絡体制加算」は8.3%と1割未満に過ぎず、訪問看護に求められているのが緊急時の訪問だとわかる。

医療費の削減を促すためにも在宅医療の推進は急務であり、「24時間連絡体制加算」を廃止して「24時間対応体制加算」に一本化しようというのが厚労省の考えだといえる。

現時点でもほとんどの訪問看護ステーションが緊急時に訪問できる体制を整えているこ

とから、会合に参加した委員からも反対意見はなく、厚労省提案のとおり見直される可能性が高い。

■「複数名訪問看護加算」には、算定回数の制限を設ける方針

「複数名訪問看護加算」が見直されるのは、看護補助者による算定が急激に増えていることが影響している。1カ月当たり400回以上算定しているレセプトが存在しており、休みなく毎日複数名で看護したとしても、1日13回にのぼり、不正な請求である可能性すらあるため、厚労省は算定回数の制限を打ち出したものである。

これまで、末期がん患者や人工呼吸器装着患者などは「複数名訪問看護加算」の算定回数の制限がなかった。回数制限がない場合の加算額は1回3,000円で、400回だと1か月120万円となる。また、全体の算定回数も急激に増えており、2013年には10,000回以上だったのが2015年には25,000回以上、そして今年は暫定値ながら45,000回以上となっている。算定回数の制限を設けることで、この伸びを抑制しようというわけだ。

具体的な算定回数案は出されていないが、厚労省はレセプト1枚当たりの算定回数を表すグラフの中で、10回以内が7割以上という注釈を添えた資料を提示していることから、この10回を制限回数として提示してくる可能性が高いとみられる。

入院基本料の大幅引き上げを強く要望 大小を問わず病院の経営は急激に悪化

日本病院団体協議会

11月9日、日本病院団体協議会（日病協）は厚生労働省保険局長あてに「平成30年度診療報酬改定に係る要望書」を提出し、多くの病院の経営状況が急激に悪化しているとして、すべての病院の病棟入院基本料の大幅引き上げが不可欠だと主張した。

■賃金アップに見合った診療報酬引き上げを要求

日病協が次期診療報酬改定に関して要望書を提出するのは今年2回目で、5月に提出した1回目の要望書には盛り込まれていなかった「大幅引き上げ」を強く要望したのは、「医師の働き方改革」を早急に実施しなければならぬ状況になったことが大きい。医師をはじめとする医療従事者が働きやすい環境を整えるため、財源が必要なことを理由に挙げる。

さらに、10月26日の経済財政諮問会議で、来年度の春季労使交渉（春闘）について安倍晋三首相が「3%の賃上げ実現を期待」と表明したことも影響している。賃金アップに見合った診療報酬の引き上げを求めるのは自然の流れで、日本医師会も、日病協と同様に病院の経営状況が悪化していることを理由に、プラス改定を求めていく姿勢を崩していない。

しかし、11月8日に公表された医療経済実態調査によれば、民間病院はプラス0.1%とわずかながら黒字となっており、赤字に苦しんでいるのは国公立病院が中心であることが明らかになっている。また、一般診療所はプラス13.8%となっており、医療業界全体で

見れば好調と受け取れる結果だ。

日病協は、ここまでの差が生じている理由を入院施設の有無に求めているのかもしれないが、民間病院が赤字でないことを踏まえると説得力に欠けると言わざるを得ない。

■医療費が年々膨張しており、全病棟の入院基本料引き上げが実現する可能性は低い

財務省の財政制度等審議会も同様に考えているようで、赤字に苦しむ国公立病院で患者数が減少していることを挙げ、収益悪化は経営努力が足りないためと指摘する。病床機能の転換やダウンサイジングを図ることで経営改善を図るべきだとし、厚労省にマイナス改定を要求している。医療費が年々膨張していることもあり、全病棟の入院基本料引き上げが実現する可能性は低いとみられる。

なお、日病協は主に診療報酬に関する要望活動を実施している組織で、今回提出された要望書には、14の団体が署名している。

国立大学附属病院長会議
 独立行政法人国立病院機構
 一般社団法人公私病院連盟
 公益社団法人全国自治体病院協議会
 公益社団法人全日本病院協会
 独立行政法人地域医療機能推進機構
 一般社団法人日本医療法人協会
 一般社団法人日本社会医療法人協議会
 一般社団法人日本私立医科大学協会
 公益社団法人日本精神科病院協会
 一般社団法人日本病院会
 一般社団法人日本慢性期医療協会
 一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会
 独立行政法人労働者健康福祉機構

病院報告

(平成29年5月分概数)

厚生労働省 2017年8月8日公表

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29年5月	平成29年4月	平成29年3月	平成29年5月	平成29年4月
病院					
在院患者数					
総数	1 239 214	1 253 122	1 269 971	△ 13 908	△ 16 849
精神病床	285 877	285 705	286 911	172	△ 1 206
結核病床	1 743	1 732	1 702	11	30
療養病床	287 374	289 420	291 160	△ 2 046	△ 1 740
一般病床	664 161	676 208	690 137	△ 12 047	△ 13 929
(再掲)介護療養病床	45 746	46 254	47 119	△ 508	△ 865
外来患者数	1 304 026	1 301 963	1 390 906	2 063	△ 88 943
診療所					
在院患者数					
療養病床	5 319	5 425	5 500	△ 106	△ 75
(再掲)介護療養病床	2 015	2 066	2 073	△ 51	△ 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)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	平成29年5月	平成29年4月	平成29年3月	平成29年5月	平成29年4月
病院					
総数	79.8	77.6	79.3	2.2	△ 1.7
精神病床	85.8	85.5	85.4	0.3	0.1
結核病床	33.3	33.0	32.1	0.3	0.9
療養病床	87.7	88.0	88.5	△ 0.3	△ 0.5
一般病床	75.1	71.3	74.0	3.8	△ 2.7
介護療養病床	90.4	90.9	90.6	△ 0.5	0.3
診療所					
療養病床	56.1	56.7	57.0	△ 0.6	△ 0.3
介護療養病床	71.2	71.9	70.5	△ 0.7	1.4

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)

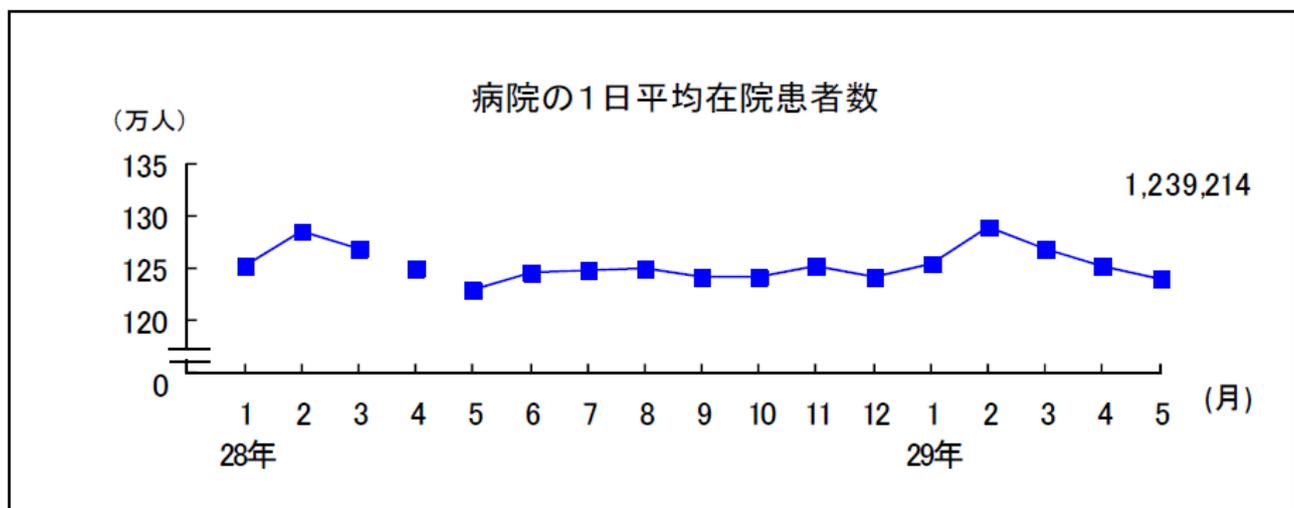
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成 29 年5月	平成 29 年4月	平成 29 年3月	平成 29 年5月	平成 29 年4月
病院					
総数	28.8	28.8	28.2	0.0	0.6
精神病床	263.5	272.0	260.0	△ 8.5	12.0
結核病床	70.1	68.5	63.5	1.6	5.0
療養病床	149.0	146.5	141.5	2.5	5.0
一般病床	16.4	16.5	16.3	△ 0.1	0.2
介護療養病床	316.7	293.6	294.8	23.1	△ 1.2
診療所					
療養病床	96.5	95.2	91.8	1.3	3.4
介護療養病床	128.4	123.9	117.1	4.5	6.8

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

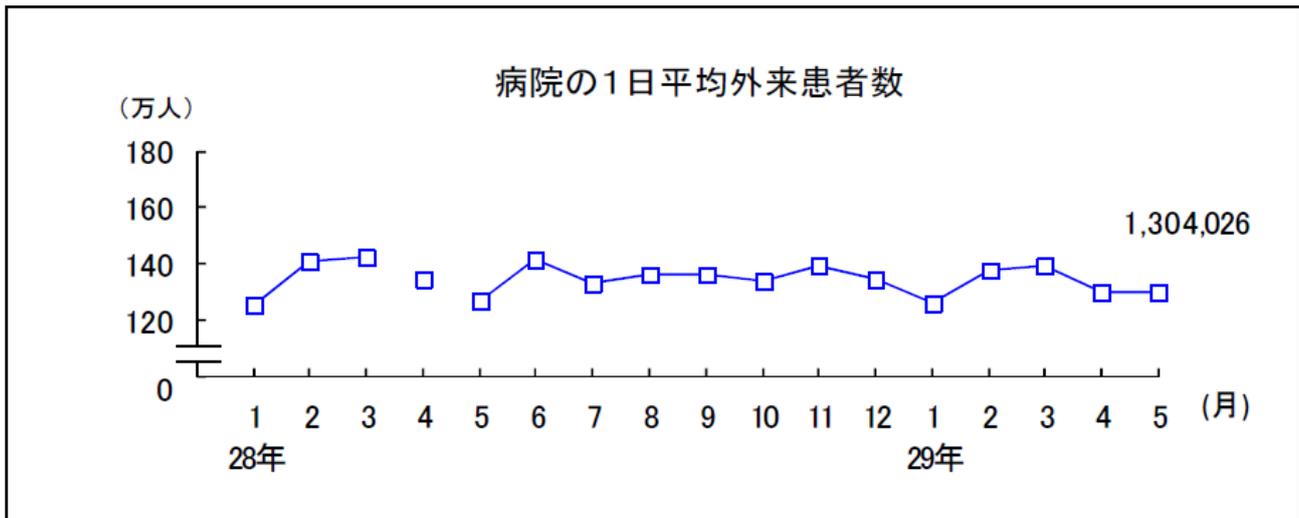
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入 院患者数} + \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床から} \\ \text{移された患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{退 院 患者数} + \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床へ} \\ \text{移された患者数} \end{array} \right)}$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

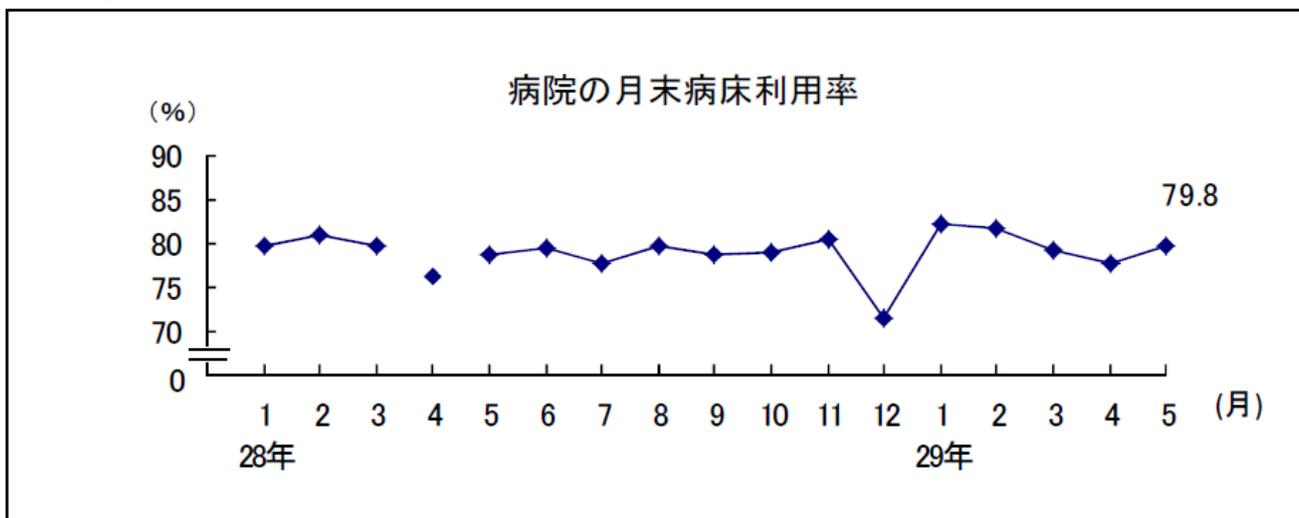
◆病院:1日平均在院患者数の推移



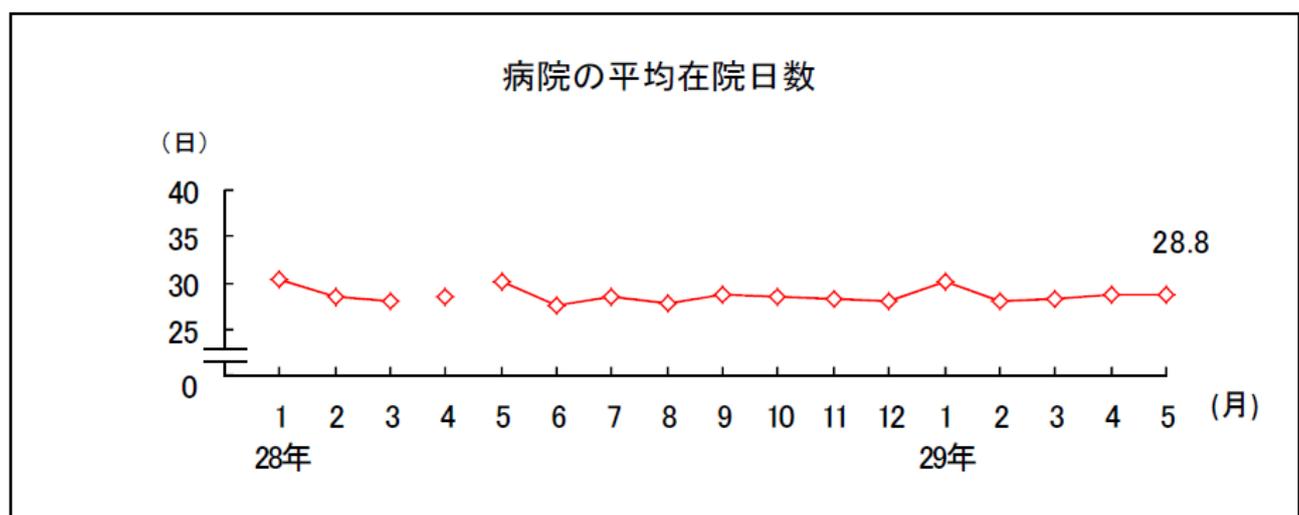
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



注：平成28年4月分については、熊本地震の影響により、熊本県の一部病院から報告がなかったため、前後の月と接続していない。

病院報告（平成29年5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。



経営情報
レポート
要約版



医業経営

増収に向けた新たな取り組み

クリニックの介護事業 参入ポイント

- 1.訪問及び通所介護サービスへの参入メリット
- 2.保険外介護サービスの動向と展開事例
- 3.介護事業に対する指導・監査の概要と留意点
- 4.介護事業を展開しているクリニック事例



■参考文献

- 「厚生労働省、農林水産省、経済産業省
「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集
（保険外サービス活用ガイドブック）」（平成 28 年 3 月）
厚生労働省老健局「介護保険施設等実地指導マニュアル（改定版）」（平成 22 年 3 月）
日経ヘルスケア「介護『指導・監査』の最新動向 2016」（平成 28 年 9 月）

1

医業経営情報レポート

訪問及び通所介護サービスへの参入メリット

■ 介護事業への参画は重要な選択肢の一つ

医療機関においては、医師や看護師など有資格者が勤務していることが強みであり、他の介護事業者と差別化を図ることができます。長期投薬の影響による外来収入の減少をカバーする対策として、介護事業への参画は重要な選択肢の一つです。

(1) 訪問看護

訪問看護は、地域差はあるものの医療ニーズの高まりが想定されるサービスで、特に認知症などの対応に大きな期待が集まっています。

■ 主な訪問看護サービス内容

サービスの種類	サービスの内容
健康相談	<ul style="list-style-type: none"> 基本チェック（血圧、体温、脈拍、呼吸等） 症状や障害、全身状態の観察と助言・指導 慢性疾患（高血圧、糖尿病等）、難病の看護と療養生活指導・相談
日常生活の看護	<ul style="list-style-type: none"> 清潔ケア（清拭、洗髪、入浴介助等） 食事介助（食事、水分、栄養摂取の管理等） 排泄介助（失禁、便秘、下痢等の調整等） 褥瘡対応（寝たきり、褥瘡予防） 介護指導
認知症の看護	<ul style="list-style-type: none"> 認知症介護及び相談 生活リズムの取り方等のアドバイス 症状悪化防止、事故防止指導と相談

2015年の改定で、訪問看護ステーションにおける訪問看護が2.5%程度引き下げられたのに対して、診療所からの訪問看護はプラス改定となっています。

■ 主なサービス内容

改定前		改定後	差異	増加率
区分	単位	単位		
20分未満	256	262	6	2.34%
30分未満	383	392	9	2.35%
30分以上1時間未満	553	567	14	2.53%
1時間以上1時間30分未満	815	835	20	2.45%

この背景には、訪問看護ステーションとの報酬格差を圧縮・是正することで、診療所の参入や本格的なサービス展開を後押しする目的があったとみられます。

2

医業経営情報レポート

保険外介護サービスの動向と展開事例

■ 地域医療構想に向け推進される保険外介護サービス

(1) 保険外サービス活用ガイドブック策定の経緯

平成 28 年 3 月に「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集（保険外サービス活用ガイドブック）」（以下、本ガイドブック）が、厚生労働省および農林水産省、ならびに経済産業省により策定、公表されました。保険外事業に関し、行政がガイドラインを策定・公開して事業展開事例を紹介することは、極めて珍しいケースです。

本ガイドブックは、経済産業省「次世代ヘルスケア産業協議会」による「アクションプラン 2015（平成 27 年 5 月）」に基づき、公的サービスの産業化計画のプログラムとして 2016 年度までに策定することになっていたものです。

うち介護分野においては、「地域包括ケアシステムと連携した民間サービスの活用」の具体策の一つとして、事業者および自治体に対して公的介護保険外サービスを創出する上での基本的な考え方、留意点、想定されるビジネスイメージ等を示すガイドブックが策定されました。

■ ガイドライン策定の背景

- ① 介護事業者の多くは保険内のサービス提供にとどまり、高齢者の多様なニーズに必ずしも対応できていない
⇒ 保険外であっても、ニーズに応えるサービス提供事例を提供
- ② 介護事業者および市町村の担当者も、保険外サービス活用の事例が少ないため、その取り組みに踏み込むことを躊躇している
⇒ 事例を通じて留意点・展開イメージを持つことができる

(2) サービス事例の抽出について

ガイドラインでは、全ての高齢者向けの保険外サービスの事例を調査したものではないとしながらも、サービス分野として、見守り、食、買い物といった基本的な生活を支える分野だけではなく、旅行・外出や趣味なども含め、幅広い領域の事例を取り扱うよう留意されています。

例えば、「加齢によってできなくなったことをカバーする」すなわち、「マイナス状態をゼロに戻す」サービスに限らず、介護予防や介護状態の改善につながるものや、「ゼロからプラス」の喜びや楽しみにつながるといった、QOL の向上に寄与するサービスを積極的に取り上げています。

3

医業経営情報レポート

介護事業に対する指導・監査の概要と留意点

■ 介護事業に対する指導・監査の概要

介護事業における指導・監査は、医療機関に対して行われている「個別指導」や「適時調査」のように、主に療養担当規則違反や不正請求に関係するもの以外に、虐待や身体拘束といった日常的な対応を重視していることを十分に認識する必要があります。

■ 指導と監査の区分

- ① **指導**：制度管理の適正化とよりよいケアの実現
- ② **監査**：不正請求や指定基準違反に対する機動的な実施



適切な運営を行っている介護サービス事業者等を
支援するとともに、介護保険給付の適正化に取り組む

(1) 指導

指導には、集団指導と実地指導の2種類があり、高齢者虐待防止法が施行された平成18年より強化されました。

① 集団指導

- 制度管理の適正化を図るため、介護サービス事業者等に対し、介護サービス種別、指導内容別など様々な実施方法を工夫して集団指導の強化・充実を図る
- 制度理解に関する指導のほか、実地指導で把握された注意喚起が必要な事項や好事例等の紹介を行うなど、効果的な指導を行う

② 実地指導

- 政策上の重要課題である「高齢者虐待防止」、「身体拘束廃止」等に基づく運営上の指導
- 不適切な報酬請求防止のため、報酬請求上において、特に加算・減算について重点的に指導

4 医業経営情報レポート 介護事業を展開しているクリニック事例

■ Aクリニックの展開事例

(1)業績回復策として訪問リハビリテーションを選択

中核市にある医療法人Aクリニックは、昭和63年に有床診療所（19床）として開業し、その後無床診療所に転換したことから、従来の病棟スペースを活用する目的で、平成12年に通所リハビリテーション（デイケア）を開設しました。

経営は順調に推移していましたが、長期投薬による受診回数の減少や競合医院の進出により外来収入の減少が続き、打開策を検討していたところ、院長が訪問診療を通じて在宅でのリハビリニーズを実感したことから訪問リハビリテーション実施の構想を持ち、平成26年11月より居宅介護支援事業所、さらに翌27年1月より訪問リハビリテーションをスタートさせました。

◆Aクリニック 概要

- 昭和63年開業（19床）、平成2年医療法人化 *現在は無床診療所
- 診療科目 内科、消化器科
- 診療時間
 - 月・水・金曜日 9時～18時
 - 火曜日 9時～15時30分
 - 木曜日、第1・第3土曜日 休診
- 訪問診療実施
- 職員数 27名
- 実施している介護事業
 - ・通所リハビリテーション ・居宅介護支援事業所 ・訪問リハビリテーション

(2)Aクリニックの業績推移

平成24年に1億4千万円を超えていた外来収入は、平成28年には1億2千800万円と1千400万円の減少となりました。こうした事態を受けて、平成26年7月から役員報酬と法人に対する家賃引き下げに合わせて新事業の検討を開始し、平成27年1月から訪問リハビリテーションをスタートしました。

平成28年6月期は、1年半を経過した訪問リハビリテーションが軌道に乗り、かつ介護事業を支援する目的で先行して立ち上げた居宅介護支援事業所も採算ベースに乗ったことから、医業収入が約2億円に、さらに経常利益は約700万円に回復しました。

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。

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 社会保険・年金

国民年金保険料の免除制度

国民年金の保険料免除期間というのがありますが、保険料はどういうときに免除されるのでしょうか？

国民年金の保険料が免除される場合として、(1) 法定免除、(2) 申請免除、(3) 学生納付特例制度による免除の3つのケースがあります。

(1) 法定免除～届け出をして該当すれば免除

- ① 障害等級1級、2級に該当する人
- ② 生活保護法の生活扶助を受けられるとき
- ③ 国立脊髄療養所、国立保養所などに収容されているとき

(2) 申請免除～申請をして承認されれば免除

- ① 所得がないとき
- ② 被保険者またはその世帯の人が、生活保護法の生活扶助以外の扶助、教育、住宅、医療、生業などの扶助援助を受けているとき
- ③ 地方税法に定める障害者又は寡婦で、年間の所得が125万円以下のとき
- ④ その他、保険料を納めることが著しく困難であると認められるとき

(3) 学生納付特例制度～一定所得以下の学生である第1号被保険者は、申請により免除

- ① 学生本人の収入だけで判断
- ② 免除を受けた月から10年以内は追納可能
- ③ 追納しなかった期間はまったく年金額に反映されない
- ④ 追納された保険料は他の保険料免除期間に優先して充当される
- ⑤ 追納をしていなくても万が一の障害事故の際には障害年金が満額支給される

なお、保険料の免除を受けた人については、10年前までさかのぼって免除された保険料の全部又は一部を納付すること（追納）ができます。

これにより、保険料免除期間については納付済期間の3分の1相当額が支給されますが、追納することで満額を受給できます。

ただし、学生納付特例制度により保険料を免除された期間について、追納がない場合は、年金受給の資格期間には参入されますが、年金額には反映されません。



ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 社会保険・年金

退職後の健康保険継続

病院を退職した後も健康保険を継続して使う方法はないでしょうか？

継続療養（※）を受けるか、または任意継続被保険者となるかの2つの方法があります。要件は以下のとおりです。

	任意継続被保険者	継続療養
必要な被保険者期間	継続した2カ月以上	継続した1年以上
療養を受けられる期間	資格喪失後2年間	初診日から5年間
届出の期限	資格喪失後20日以内	資格喪失後10日以内
保険料の納付	その月の10日までに納付しなければならない	保険料の納付はない

（※）継続療養制度とは

被保険者自身や被扶養者である家族が健康保険によって病気やけがなどの診療を受けている期間中に、本人が退職し被保険者資格を喪失しても、引き続き健康保険により診療を受けることができます。これを「継続療養の給付」といいます。

退職してから再就職するまでの間は、通常の場合、本人、家族とも国民健康保険の被保険者となりますが、それとは別に、この継続療養の給付を受ければ、退職日前に初診日がある病気やけがについては本人2割、家族の入院も2割の自己負担率のまま診療を受けられます。

■給付の要件

継続療養の給付を受けるには、退職日までに継続して1年以上の被保険者期間があることが必要です。「継続して1年」とは、その間に転職や転勤などによって健康保険の適用事業所や保険者が変わっても通算されますが、1日でも空白の期間があれば継続したことにはならないということです。継続療養の給付を受けられる期間は、初診日から5年の範囲内でその病気やけがが治るまでとなります。また給付を受けている本人やその被扶養者が再就職などにより健康保険の被保険者となったときは被保険者や被扶養者としての給付が行われますから、継続療養としての給付は終了します。なお、この給付を受けるには、資格喪失日（退職日の翌日）から10日以内に、事業所を管轄する社会保険事務所に「継続療養受給届」を提出しなければなりません。

■任意継続被保険者との違い

健康保険には、本人の申請により退職したあとも一定の期間継続して健康保険に加入することができる「任意継続被保険者」の制度があります。これは、継続療養の給付と違って、退職した後に初診日がある病気やけがについても健康保険の給付対象となります。