

週刊WEB

医療経営 マガジン

2018
512
2/13

医療情報
ヘッドライン

来年度診療報酬改定の内容が確定 入院基本料は再編・統合、7段階に区分

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

かかりつけ医初診料、実質3割引き上げ 80点の「機能強化加算」を新設

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

経営
TOPICS

統計調査資料

介護給付費等実態調査月報（平成29年9月審査分）

経営情報
レポート

次期診療報酬改定を見据えて
今後の医療政策の方向性

経営
データ
ベース

ジャンル：労務管理 サブジャンル：労災保険
労災の認定判断ポイント
入職前研修中の怪我の労災

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

来年度診療報酬改定の内容が確定 入院基本料は再編・統合、7段階に区分

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

■入院基本料は旧「7対1」に該当する「急性期一般入院料1」が据え置き、1,591点

厚生労働相の諮問機関である中央社会保険医療協議会は、2月7日に加藤勝信厚労相へ来年度診療報酬の改定案を答申し、個別の点数を含めて、改定の内容が確定した。入院基本料は旧「7対1」に該当する「急性期一般入院料1」が据え置きの1,591点、旧「10対1」との中間的な評価として新設された「急性期一般入院料2」は30点減の1,561点、「急性期一般入院料3」は100点減の1,491点、旧「10対1」に該当する「急性期一般入院料4～7」は1,387点、1,377点、1,357点、1,332点と据え置かれた。旧「7対1」から下位区分への移行をスムーズにするための点数設計がなされたといえる。

■「7対1」「10対1」を再編・統合

入院基本料は、今回の改定の焦点のひとつとされており、今まで看護配置基準を中心とした切り分けで「7対1」「10対1」と呼ばれていたのを再編・統合することとし、診療実績をもとに切り分ける「急性期一般入院料」として見直され、7段階に区分された。

細かい区分となったのは、「10対1」に比べて200点も高かった「7対1」の急激な増加が背景にある。政府としては、膨張を続ける医療費を抑制するためにも、「7対1」に極集中している状況を変える狙いがあった。

急性期に医療機関が集中することで、回復

期や慢性期の体制が不十分となって対応できない医療ニーズが生じる可能性があるほか、「7対1」の中には、稼働率アップのため軽症者を受け入れているところがあるのも、「10対1」への移行促進を急ぎたい理由だ。

■移行せざるを得ない医療機関は、減収を最小限に抑える方策を練る必要がある

200点の格差があることから、厚労省は200床以上の病院が「7対1」から「10対1」へ移行すると年間1億2,000万円の減収となると試算する。そこまで減収すると経営に深刻な影響を及ぼしかねないため、「7対1」と「10対1」の中間となる評価を2区分用意し、移行への影響を最小限にとどめた。

一方で、旧「7対1」となる「急性期一般入院料1」の要件は厳格化し、重症患者割合を従来の25%から30%に引き上げ、「重症者のための医療機関」であることをより明確化させた。必然的に、旧「7対1」ととどまれる医療機関は減少するため、その受け皿となる中間評価の「急性期一般入院料2」および「急性期一般入院料3」の点数が注目されていた。結果、「急性期一般入院料2」は30点減、「急性期一般入院料3」は100点減少となったため、重症患者割合が30%に届かない医療機関も、移行を受け入れやすくなったといえる。移行せざるを得ない医療機関は、減収を最小限に抑える方策を練ることが求められる。

医療情報
ヘッドライン
②

かかりつけ医初診料、実質3割引き上げ 80点の「機能強化加算」を新設

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

2月7日に確定した2018年度診療報酬改定では、「かかりつけ医」の初診料が手厚く評価されることとなった。80点の「初診料 機能強化加算」が新設され、実質的に初診料が3割引き上げられることとなる。

■外来医療において、大病院とかかりつけ医との役割分担を図り、機能分化を進める

「初診料 機能強化加算」の算定要件となるのは、地域包括診療料などを届け出ている診療所もしくは200床未満の保険医療機関（※）であり、外来医療において、大病院とかかりつけ医との適切な役割分担を図り、機能分化を進めることを目的とする。

また、高齢者の増加に伴い、初診の診療時間が長引く傾向が強まっているのも、今回の引き上げを後押ししている。1人当たりの診療時間が長くなれば、対応できる患者数を増やすことができないのは明らかであるが、機能分化を推し進めている以上、かかりつけ医は的確かつ質の高い外来診療を行う必要がある。診療所経営の健全性を確保するため、やむを得ず初診料の加算を決めたということだろう。

■引き上げは患者の自己負担増にもつながる

この引き上げは、患者の自己負担増にもつながる点に注意したい。実質的に3割近く初診料が高くなるため、わざわざ高い診療所に行くよりも、より安く済む病院を選ぶといっ

た形で、患者の「医療機関選び」が変わる可能性すらある。というのは、今回の診療報酬改定で、400床以上の病院で紹介状なしに受診すると初診時に5,000円以上が徴収されることが決まったが、200床以上400床未満には徴収が義務付けられていない。

制度上は、200床以上400床未満の病院だと「患者負担が増えず」「定額徴収されることもない」ということになる。実際は、200床以上の病院は多くが定額徴収を行っているため、大きな影響が出ることはないだろうが、患者に混乱を与える可能性は否定できない。

かかりつけ医機能を有する診療所や病院は、自己負担が増えることを患者にしっかり伝える必要があるだろう。一方で、なぜ負担額が増えるのかを説明することで、「それでもかかりつけ医を受診することのメリット」を啓蒙するチャンスともいえる。

患者とのコミュニケーションを深める好機と捉え、対策を講じていくことが診療所にとって重要になる。

※初診料 機能強化加算の算定要件

地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院に限る）、施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院に限る）を届け出ている保険医療機関（診療所または200床未満のみ）

介護給付費等実態調査月報 (平成29年9月審査分)

厚生労働省 2017年11月27日公表

調査の概要

介護給付費等実態調査は、介護サービスに係る給付費等の状況を把握し、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、平成13年5月審査分より調査を実施している。

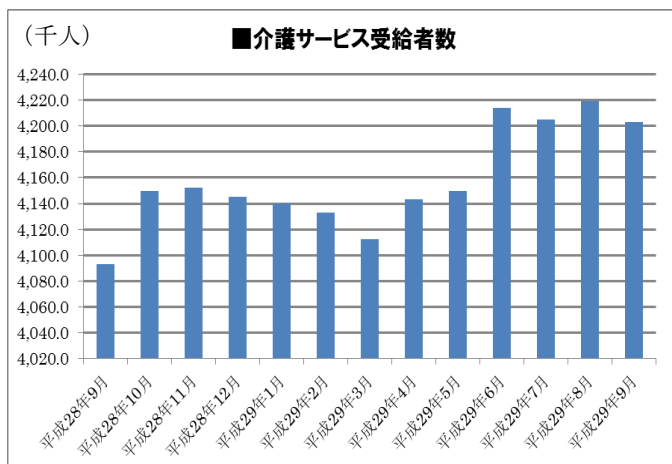
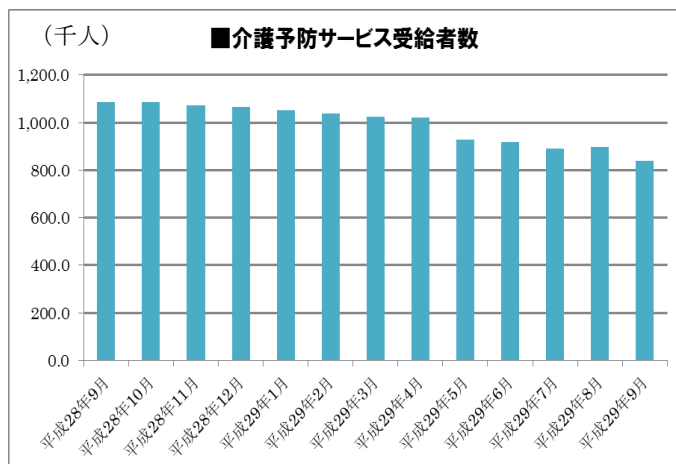
各都道府県国民健康保険団体連合会が審査した介護給付費明細書、介護予防・日常生活支援総合事業費明細書、給付管理票等を集計対象とし、過誤・再審査分を含まない原審査分について集計している。

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

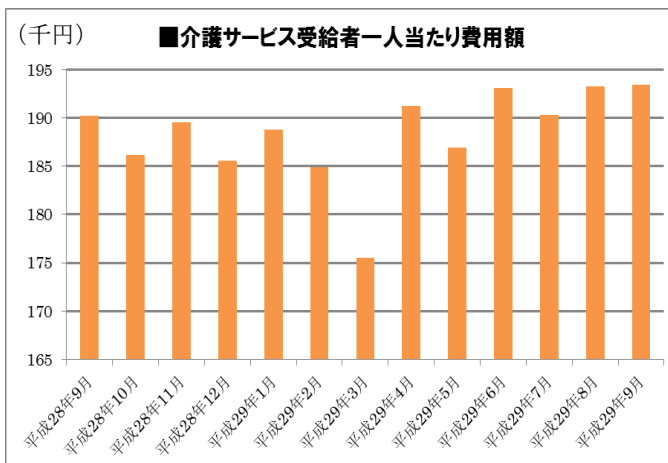
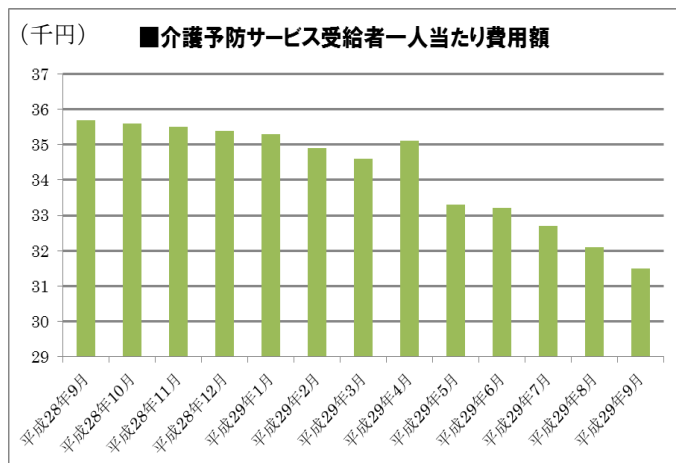
1 受給者数

全国の実給者総数は、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837.5千人、介護サービスでは4203.1千人となっている。



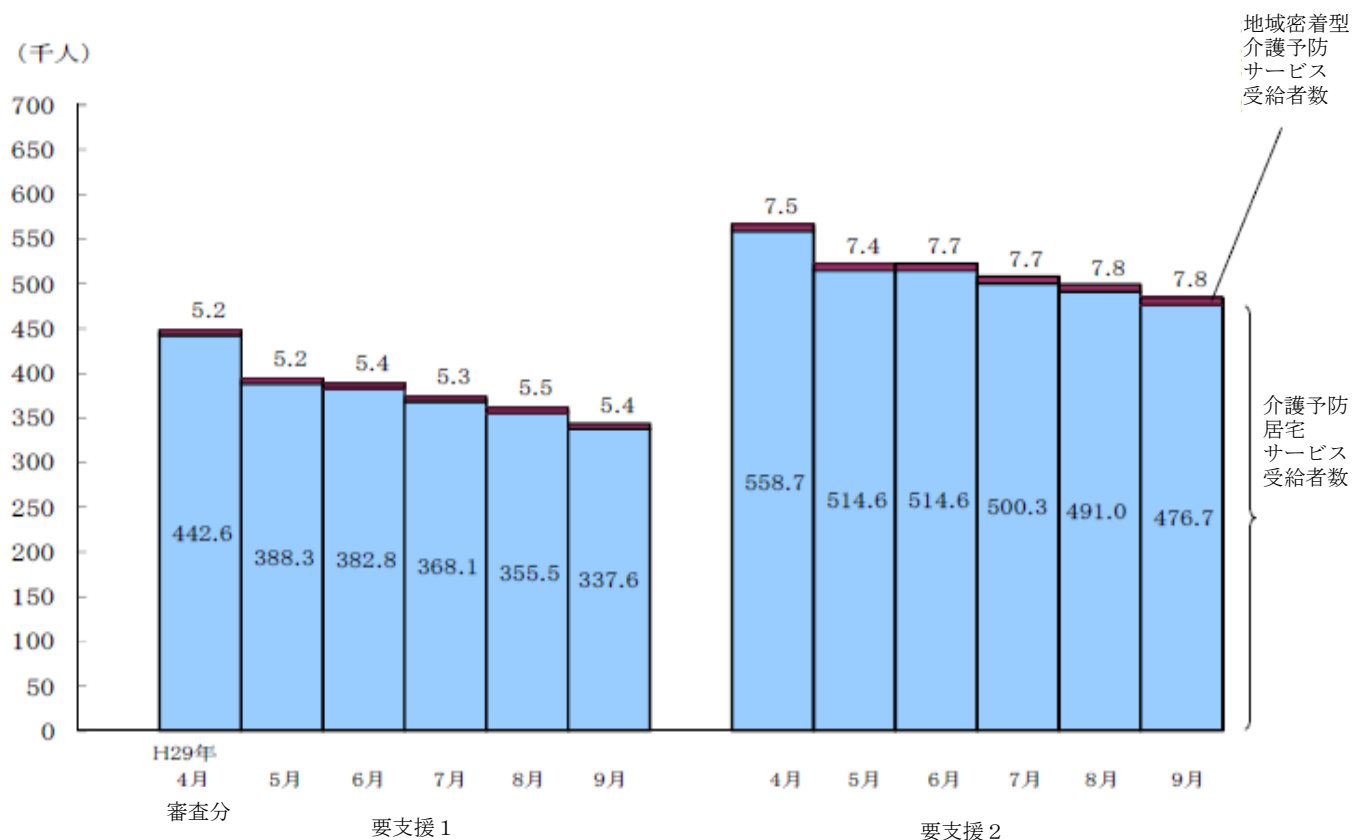
2 受給者1人当たり費用額

受給者1人当たり費用額は、介護予防サービスでは31.5千円、介護サービスでは193.4千円となっている。



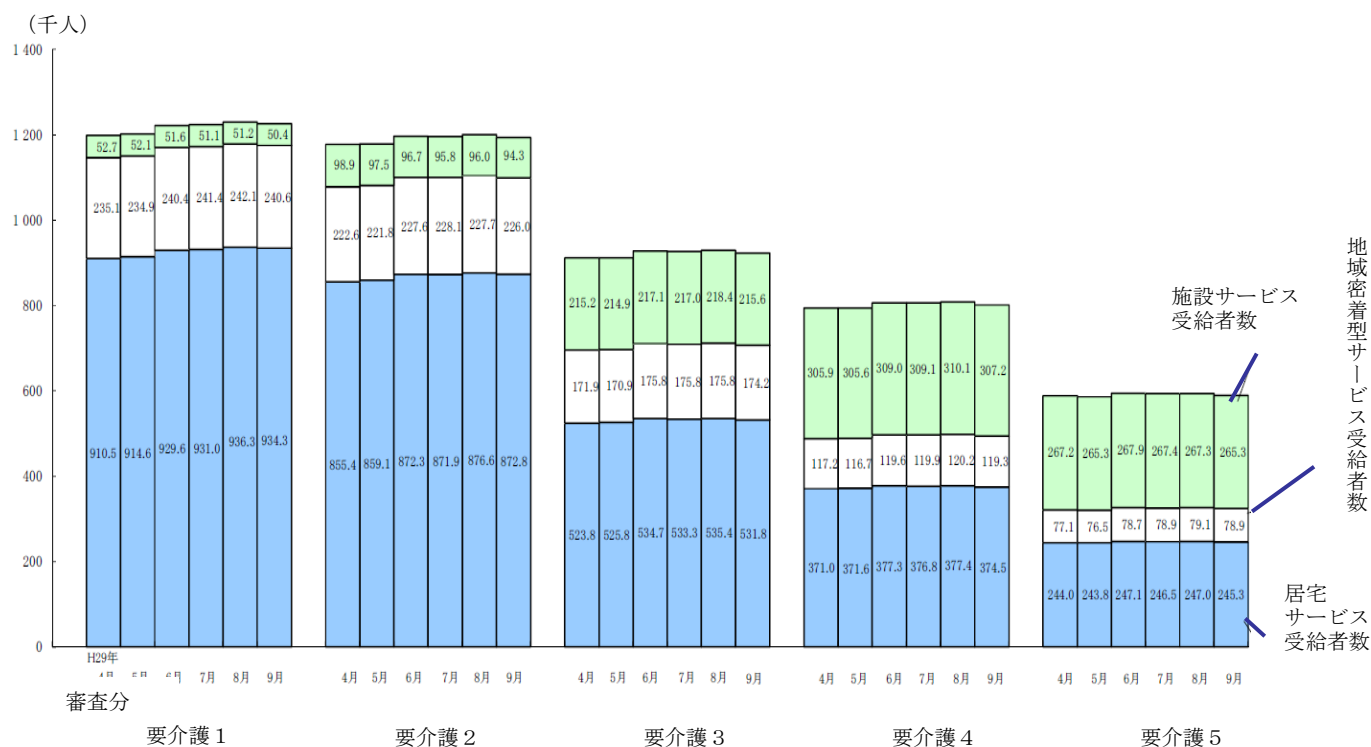
3 介護(予防)サービス受給者の状況

図1 要支援状態区分別にみた受給者数（平成29年4月審査分～平成29年9月審査分）



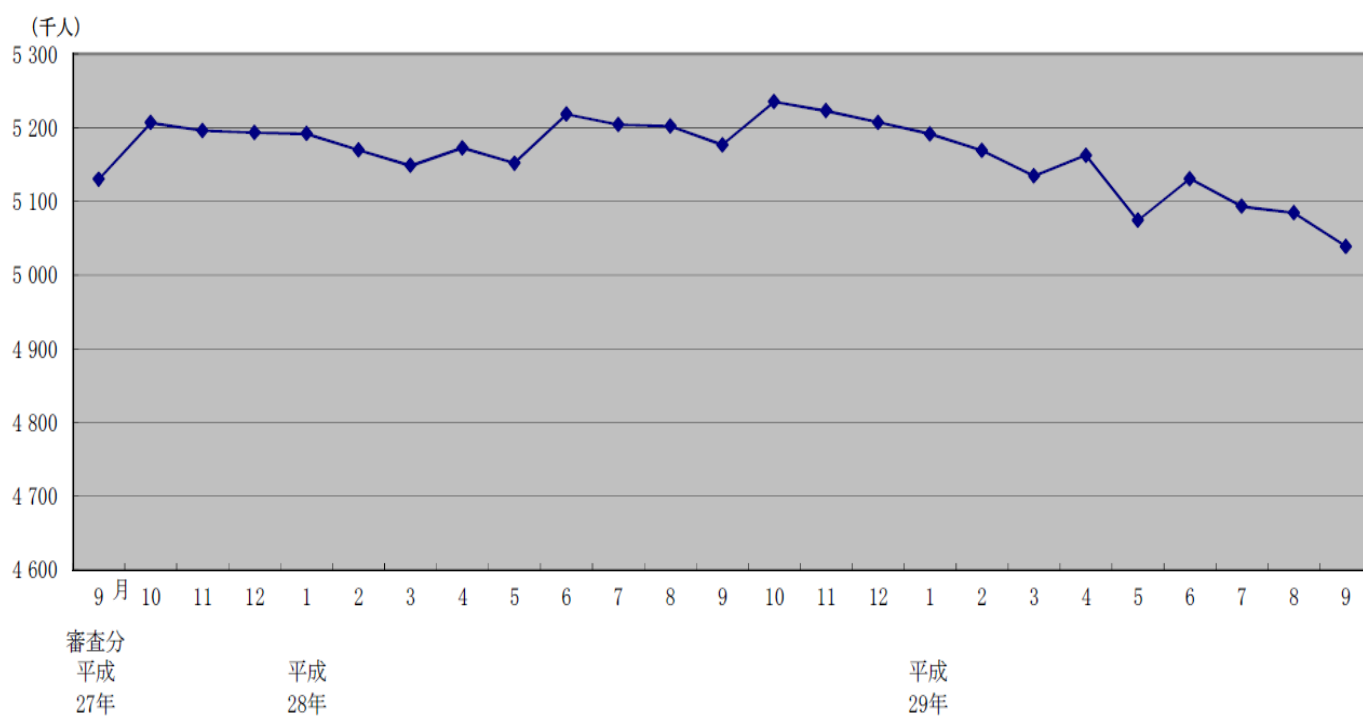
注： 地域密着型介護予防サービス、介護予防居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図2 要介護状態区分別にみた受給者数（平成29年4月審査分～平成29年9月審査分）



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27年9月審査分～平成29年9月審査分）



介護給付費等実態調査月報（平成29年9月審査分）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。



次期診療報酬改定を見据えて

今後の医療 政策の方向性

- 1.医療提供体制の充実と次期改定に向けての施策
- 2.かかりつけ医機能の強化とICTの利活用
- 3.入院医療機能の分化と強化のさらなる推進
- 4.働き方の検討と医療政策に対応する取り組み



1

医療経営情報レポート

医療提供体制の充実と次期改定に向けての施策

■ 医療提供体制の充実が課題

近年の医療提供体制における課題としては、急激な少子高齢化に伴う疾病構造の多様化、医療技術の進歩、国民の医療に対する意識の変化等、医療を取り巻く環境変化を背景に、将来を見据え、どのような医療提供体制を構築するか、また、地域やへき地等における深刻な医師不足問題等にどのような対策を講じるか等が挙げられます。

社会保障審議会医療部会では、平成 29 年 9 月に今後の主要な検討テーマのひとつとして、『医療提供体制のあるべき姿（地域医療構想等）の推進』を掲げています。

◆今後の主要な検討テーマ～一部抜粋 （出典）第53回社会保障審議会医療部会 資料2

●地域の医療提供体制のあるべき姿（地域医療構想等）の推進

	現状と課題	現在の検討状況	今後の検討の進め方
医療計画	●本年度中に地域医療構想を含めた第7次医療計画（平成 30 年度～35 年度）を策定予定 ●各都道府県において、地域医療構想の推進に向けて取り組み	●第7次医療計画策定に向けた指針等を改正し、都道府県に提示済み ●地域医療構想の達成に向けた取り組みについて、「医療計画の見直し等に関する検討会」で議論中	●「医療計画の見直し等に関する検討会」において、地域医療構想調整会議における検討の進め方、今後の病床機能報告制度の在り方等について、議論を進める
医師偏在対策	●平成 20 年度以降、医学部定員を臨時増員してきたが、医師の偏在があり、地域における医師不足は解消していない ●抜本的な地域偏在・診療科偏在対策を検討する必要がある	●医師の確保策、地域偏在対策等について、「医師需給分科会」において検討中	●「医師需給分科会」において、法改正を視野に、年末に向けて医師偏在対策の具体的検討を進める
専門医制度	●平成 30 年度の研修開始に向け議論されている専門研修については、医師偏在の懸念が地域医療関係者より示される中、地域医療に十分配慮される仕組みとするための検討が必要	●地域医療に求められる専門医制度の在り方について、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」において検討中	●「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」において、今後の医師養成の在り方と地域医療について検討

（出典）社会保障審議会医療部会 2017/9/15 今後の主要な検討テーマ 資料 2 から一部抜粋

2

医業経営情報レポート

かかりつけ医機能の強化とICTの利活用

■ 外来医療はかかりつけ医機能の強化へ

(1) 外来医療の方向性

外来医療は、さらなるかかりつけ医機能の強化と、外来医療の機能分化を推進していく方向性です。

かかりつけ医の普及と病院・診療所の機能分化を推進するため、これまでに 200 床以上の大病院において紹介状をもたない初診患者へ選定療養費を導入しました。また、紹介率・逆紹介率の低い大病院における初診料等の減額、さらに、特定機能病院・一般病床 500 床以上の地域医療支援病院では、紹介状なしに外来を受診する患者から、初診時に 5,000 円以上、再診時に 2,500 円以上の定額負担料を徴収すること等様々な対策を行ってきましたが、今後は、上記の定額負担料を徴収する対象範囲を拡大する見通しです。

診療所や中小病院においては、かかりつけ医機能の充実がさらに求められるといえます。

(2) 患者が期待する「かかりつけ医機能」

平成 29 年 7 月、日本医師会総合政策研究機構から「第 6 回日本の医療に関する意識調査」の結果が公表されました。本調査の調査対象は満 20 歳以上の男女個人 4,000 人で、有効回収率は 30.0%となっています。

調査の結果から、かかりつけ医に対する期待は多大かつ多様であり、今後の普及に向けて、医療機関側のさらなる対応や連携体制を検討する必要があることがわかりました。

外来医療においては、患者のニーズを的確に捉え、かかりつけ医として信頼されて選ばれる医療機関を目指していくことが今後の重要な要素となりそうです。

◆ かかりつけ医に関する調査結果（一部抜粋）～「第 6 回日本の医療に関する意識調査」

- 「かかりつけ医がいる」と回答した人は全体の 55.9%で、年代別にみると、70 歳以上は 81.6%と高い割合を示した。一方、20～30 歳代は 31.5%であり、年齢が若くなるにつれて低い割合になる。
男女別でみると、女性はかかりつけ医がいる割合が 61.6%、男性は 49.3%であった。
- 現在かかりつけ医がいない人がかかりつけ医に期待することは、複数回答で、「必要時に専門医に紹介する（89.7%）」が最も高く 9 割を占め一番多かった。また、「在宅医療」や「地域の医療介護や福祉に係る活動」等も 6 割以上を超えており、多様な期待が寄せられていることがうかがえる。

3

医業経営情報レポート

入院医療機能の分化と強化のさらなる推進

■ 入院医療を取り巻く環境の変化

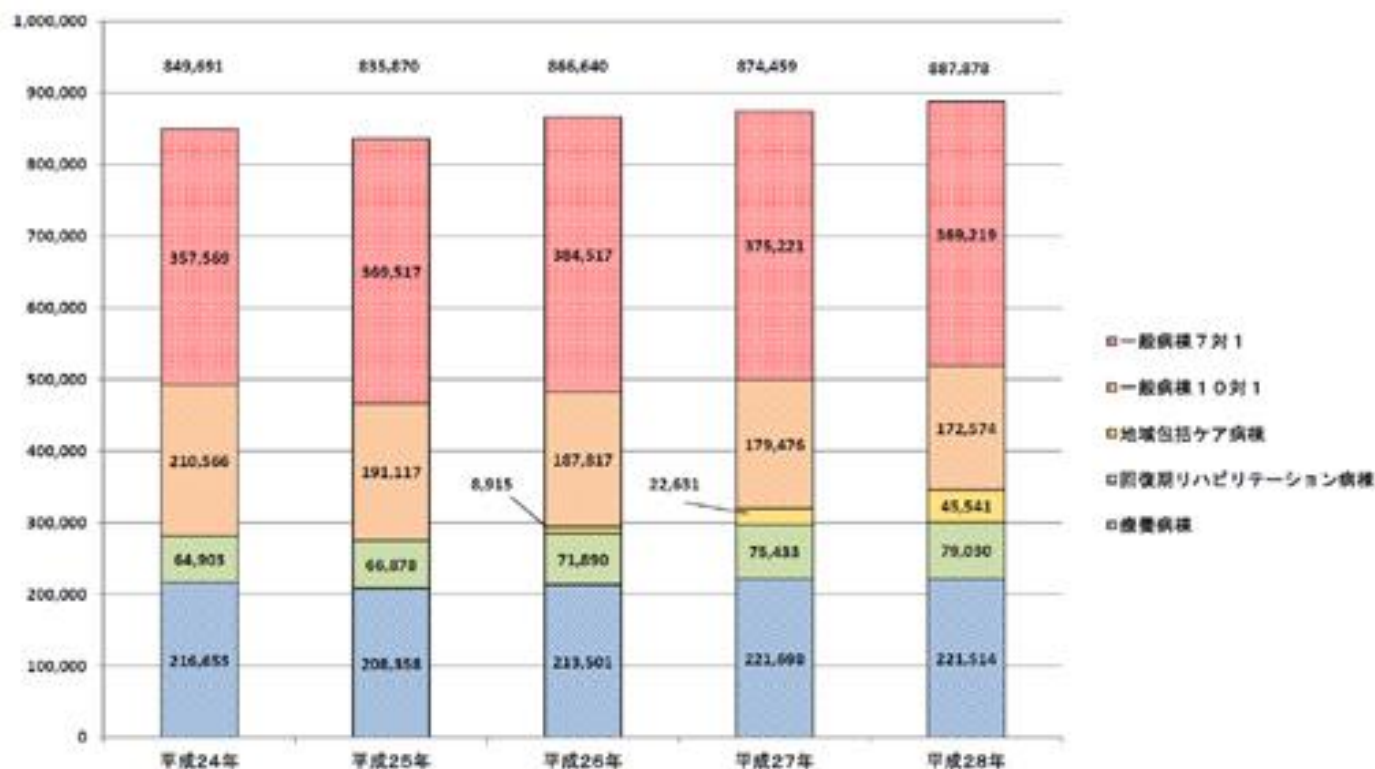
現在最も多いのは一般病棟入院管理料 7 : 1 を算定する病床ですが、今後さらに高齢化の進展が予測されているなかで疾病構造が変化していくことを考慮すると、入院医療ニーズは、より高い医療資源の投入が必要な医療ニーズが減少する代わりに、中程度の医療資源の投入を必要とする医療ニーズが増加するとみられています。

しかし、現在の評価体系では収入面や人員配置等を考慮すると簡単に 7 : 1 から 10 : 1 に移行することは難しい状況であり、入院医療の評価の基本的な考え方としては、医療ニーズに応じて適切に医療資源を投入することが、効果的・効率的な入院医療の提供にとって重要だと考えられています。

また、患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれがあります。

こうした背景や考え方があり、次期診療報酬改定において入院医療の評価については見直しが行われることとなりました。

◆ 病床種別ごとの病床数の年次推移



(出典) 中医協—中医協総会 2017/12/6 入院医療 (その8)

4

医業経営情報レポート

働き方の検討と医療政策に対応する取り組み

■ 医師の働き方についての議論

労働環境の改善は、企業だけではなく国全体の課題となり、現在の日本は、生産年齢人口（15～64歳）が総人口を上回るペースで減少しています。

こうした状況を踏まえ、平成28年に内閣総理大臣は働き方改革の取り組みを提唱し、同29年3月には内閣総理大臣が議長を務める「働き方改革実行会議」において、「働き方改革実行計画」を決定しました。計画では労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働の上限規制を設けるとして、医師も5年後を目途に規制の対象となることが明らかとなりました。

一方で医師には医師法第19条に規定されている応召義務があり、これら論点を踏まえつつ議論が進められる見通しですが、将来的には医師にも労働時間の上限規制が設けられると、救急などでは医師数の確保が困難となることが想定されるため、この点に関する影響も考慮される方向が示されています。

◆働き方改革実行計画(抄)（平成29年3月28日 働き方改革実現会議決定）

●時間外労働の上限規制

週40時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を、原則として月45時間、かつ年360時間とし、違反には以下の特例の場合を除いて罰則を課す。特例として、臨時的な特別の事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても、上回ることができない時間外労働時間を年720時間（二月平均60時間）とする。かつ、年720時間以内において、一時的に事務量が増加する場合について、最低限、上回ることをできない上限を設ける。

この上限について、

- ① 2か月、3か月、4か月、5か月、6か月の平均で、いずれにおいても、休日労働を含んで、80時間以内を満たさなければならないとする。
- ② 単月では、休日労働を含んで100時間未満を満たさなければならないとする。
- ③ 加えて、時間外労働の限度の原則は、月45時間、かつ、年360時間であることに鑑み、これを上回る特例の適用は、年半分を上回らないよう年6回を上限とする。

他方、労使が上限値までの協定締結を回避する努力が求められる点で合意したことに鑑み、さらに可能な限り労働時間の延長を短くするため、新たに労働基準法に指針を定める規定を設けるとし、行政官庁は、当該指針に関し、使用者及び労働組合等に対し、必要な助言・指導を行えるようにする。

（出典）社保審一医療部会 2017/4/20 「働き方改革実行計画」について

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:労災保険

労災の認定判断ポイント

職員がパソコン入力業務で腱鞘炎になり、労災申請を希望していますが、私生活でもパソコンを使用しています。労災に該当する判断ポイントを教えてください。

労災認定の判断は、貴院ではなく行政官庁（労働基準監督署）が行うものです。膨大な量のデータ入力等をパソコンで操作している事務職員の中には、これによって肘に強い痛みなどの症状が出て、腱鞘炎という診断を受けるケースもあります。

医療機関の事務作業場においては、労災として認定される傷病が発生するのは想像しにくいかもしれませんが、職員が労災申請を希望する場合は、貴院としては、傷病に至るまでの経過と事実関係を可能な限り証明してあげることが望ましいでしょう。

■労災認定のポイント～業務災害に該当するケース

労災保険では、業務災害及び通勤災害を保護の対象としており、このうち業務災害とは、労働関係から生じた災害、すなわち労働者が労働契約に基づいて使用者の支配下において労働を提供する過程で、業務に起因して発生した災害をいいます。

「業務遂行性」とは、労働者が使用者の支配下にある状態をいい、業務に起因することを「業務起因性」といいます。業務遂行性がなければ業務起因性も成立しない一方で、業務遂行性があれば必ず業務起因性があるとは限りません。

(1)業務遂行性	事業主の支配下で被災した傷病であるかどうか（＝ 院長又は上司指示業務か否か）
(2)業務起因性	業務に起因して災害が発生し、これが原因となって傷病等が発生したという相当因果関係があるかどうか（＝ 自院で定められた業務が原因になっているか否か） ①労働の場（＝院内・関連施設等）に有害因子が存在していること ②健康障害を起こしうるほどの有害因子に、ばく露していたこと ③発症の経過および病態

なお、労災の申請が却下された場合には不服申立（審査請求）を行うことができます。また、審査（一審）の決定に不服があるときには、不服申立（再審査請求）を行うことができます。

さらに、再審査（二審）の裁決に不服があるときには、裁判所に対して不服申立（訴訟）を行うことができます。

いずれも申立期間が限られていますから、期限に対する注意が必要です。

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:労災保険

入職前研修中の怪我の労災

採用内定者全員を対象に、入職前研修を行いたいのですが、仮に、この研修中に採用内定者が怪我をした場合、労災扱いとなるのでしょうか？

内定者の入職前研修中の事故が労災となるか否かについては、まず研修参加者に労働者性があるかどうか問題となりますが、労働者性があるかどうかは下記2点を検討し、判断されます。

- (1) 労務の提供がなされているかどうか、
- (2) 労務の提供に対する報酬が支払われているかどうか

当該研修が業務知識を身につけさせることを目的としたものであること、また、参加が義務づけられていることからみると、研修中労務の提供がなされており、賃金の支払いが必要と考えられます。

したがって、当該研修への参加者には労働者性があると解されます。

次に、労災保険が適用されるためには、第2の要件として下記2点を満たすことが必要です。

- (1) 労働者が災害発生時に使用者の指揮監督下におかれていること（業務遂行性）
- (2) 研修と災害との間に相当の因果関係があること（業務起因性）

例えば、研修終了後の自由時間に事故に遭った場合は、業務遂行性、業務起因性ともに認められませんが、担当者に従って院内を見学中に階段を踏み外したり、実際に簡単な機器の操作をしているときに、誤って手を負傷してしまったりした場合などは、この2つの要件を満たすものと考えられます。

したがって、当該研修中に発生した事故に、業務遂行性と業務起因性の両方が認められれば、労災保険から給付を受けることができるでしょう。

なお、上記のような研修への参加の往復の時間は通勤に準じたものと考えられますので、その途上で災害に遭った場合には、指定された経路を途中で逸脱していない限り、通勤災害として扱われることになります。