

週刊WEB

# 医療経営 マガジン

2018  
516  
3/13

医療情報  
ヘッドライン

## インフルエンザ新薬「ゾフルーザ」保険適用 1回の服用で効果、薬価10mg約1500円

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

## DPC病院合併・分割時のルールを決定 大幅な病床数変更等の取り扱いを明確化

▶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10月審査分）

経営情報  
レポート

機能分化と新たなニーズへの対応  
2018年診療報酬改定の概要

経営  
データベース

ジャンル：人材・人事制度 サブジャンル：クリニックの人事制度  
人事評価者の研修  
OJTの進め方

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

# インフルエンザ新薬「ゾフルーザ」保険適用 1回の服用で効果、薬価10mg約1500円

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

3月7日に厚生労働省で中央社会保険医療協議会総会が開催され、インフルエンザの新薬「ゾフルーザ」（塩野義製薬）が保険適用の承認を受けた。

3月14日から保険適用され、薬価は10mgが1507.50円、20mgが2394.50円と設定された。1錠は20mgで、12歳以上の場合原則として1回2錠服用するため、患者負担額は約1,440円となる（3割負担の場合）。

当初のスケジュールでは5月に保険適用される予定だったが、インフルエンザの流行に対処するため、緊急薬価収載された。

## ■口から飲む錠剤タイプで、1回の服用で治療ができるため身体的負担軽減効果等に期待

既存のインフルエンザ薬としてはタミフルやイナビルがある。しかし、タミフルはウイルスの増殖を抑える効果がないため、1日2回、5日間服用を続ける必要があり、イナビルもウイルス排出までに2～3日程度を要するとされている。

しかし、「ゾフルーザ」はウイルスの増殖を直接抑えるため、タミフルやイナビルに耐性をもったウイルスにも効力を発揮する。

口から飲む錠剤タイプで、1回の服用で治療が完了するため高齢者などへの身体的負担軽減や飲み忘れを防止する効果も期待できる。

## ■「ゾフルーザ」に医薬品として初めて、「先駆け審査指定制度加算」（10％）を適用

1回の服用で効果があるということは、すなわち1日程度でインフルエンザウイルスが排出されることを意味する。

インフルエンザでは家族や学校、会社などのコミュニティへの感染も懸念されるところだが、短期間でウイルス排出できることで、感染防止効果も期待できる。

そうした点が評価されて5%の有用性加算Ⅱがなされたほか、革新的な医薬品に加算される「先駆け審査指定制度加算」（10%）の適用も受けた。

「先駆け審査指定制度加算」とは2015年に創設されたもので、画期的な医療機器や医薬品の早期実用化のため審査機関の短縮を図っている。

これまで甲状軟骨形成術に用いられる医療機器「チタンブリッジ」（ノーベルファーマ）のみが適用を受けていたが、「ゾフルーザ」が医薬品としては初めて適用を受けることとなった。



医療情報  
ヘッドライン  
②

# DPC病院合併・分割時のルールを決定 大幅な病床数変更等の取り扱いを明確化

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

3月7日に厚生労働省で中央社会保険医療協議会総会が開催され、DPC病院の合併・分割時のルールが決められた。大幅な病床数変更があった場合の取り扱いについても、方針が明らかとなっている。

## ■1日あたり医療費はDPC対象外病院と比べ 約2倍なので、収益面のメリットが大きい

DPC制度（DPC/PDPS、診断群分類別包括支払い制度）は、より効率的な医療を目指して2003年に導入された。病名や手術などの診療行為を、手術や合併症の有無、処置の状況、重症度などに応じて分類し、1日あたりの定額点数を算出する包括評価方式を採用している。看護配置10対1以上、1カ月あたりの病床比0.875以上といった基準を満たした病院のみが対象となっている。

2月に厚労省が発表した「平成28年度病院機能別制度別医療費等の状況」によれば、1日あたり医療費はDPC対象外病院と比べて約2倍であり、DPC対象病院として指定されることは収益面で大きなメリットにつながる。

最近では民間企業の参入などによってM&Aによる病院の合併・統合・再編成が増えており、大規模な病床数の増減が起こりうるほか、機能自体も変わる可能性がある。

そのため、継続してDPC制度に参加できるかを中央社会保険医療協議会で審査を行っている。しかし、医療機関側からの申請手続きに不備が生じることが続いたことから、昨年6

月に改めてルールを明確化する方針を固めていた。

## ■病床数増減の対象は、同一年度内に200床 以上増減、2倍以上、2分の1以下の場合

まずDPC病院同士の合併については、急性期医療を提供することが変わらないと考えられるほか、提出されるDPCデータから内容の推測も可能であるため、特に審査は行わずに参加継続できることとなった。合併後もDPC制度に参加できる要件を満たしていることが条件とされている。基礎係数は合併前の「主たる病院」が所属していた医療機関群のものが適用され、機能評価係数Ⅱおよび激変緩和係数は、合併前の加重平均値（症例数ベース）を適用する。

DPC病院が分割する場合は、機能がまったく変わる可能性があることから、従来どおり個別に審査を行う。審査の結果、複数のDPC病院となった場合、いずれもDPC標準病院群の基礎係数が適用される。機能評価係数Ⅱおよび激変緩和係数は、分割前の病院のものを適用する。

「病床数が増減する場合」として対象となるのは、同一年度内に「200床以上増減」「2倍以上」「2分の1以下」の場合で、基礎係数、機能評価係数Ⅱ、激変緩和係数とも増減前の医療機関群のものが適用される。ただし、激変緩和係数は病床増減した次の診療報酬改定時に最大値が0となる。

# 介護給付費等実態調査月報 (平成29年10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。

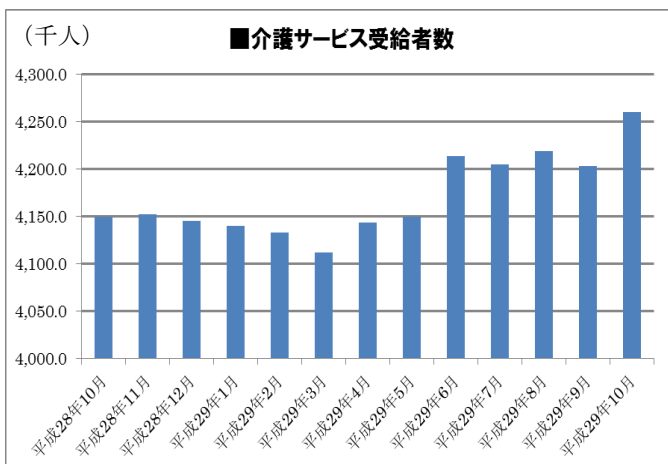
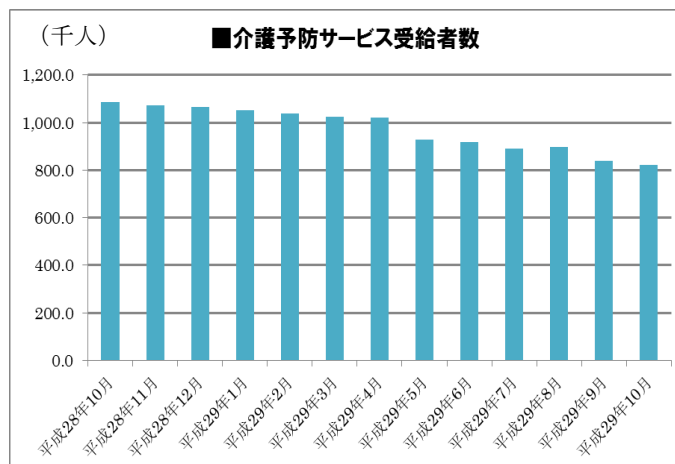
各都道府県国民健康保険団体連合会が審査した介護給付費明細書、介護予防・日常生活支援総合事業費明細書、給付管理票等を集計対象とし、過誤・再審査分を含まない原審査分について集計している。

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

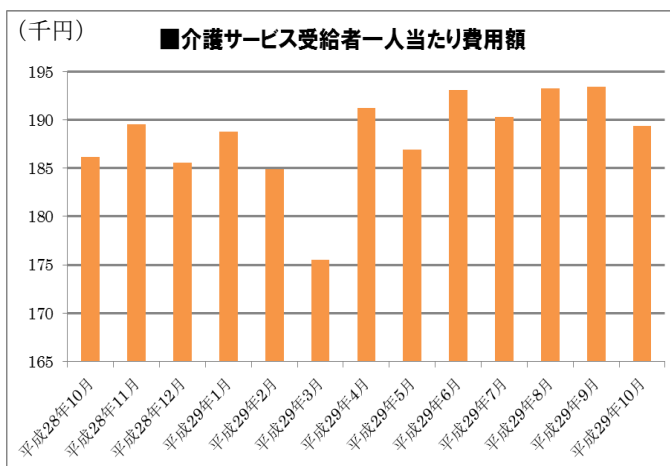
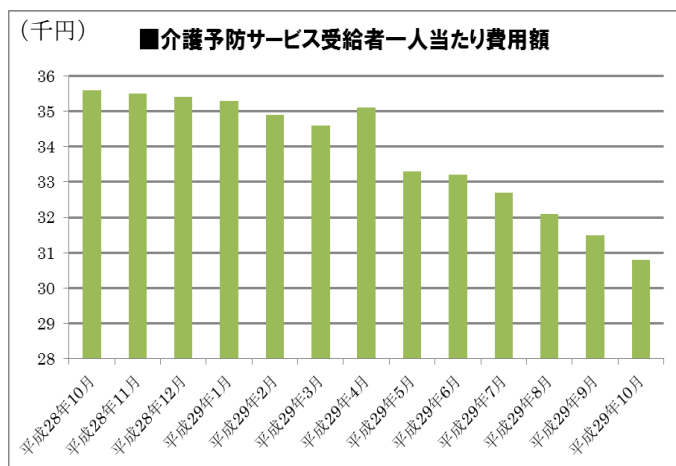
### 1 受給者数

全国の受給者総数は、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820.2千人、介護サービスでは4260.0千人となっている。



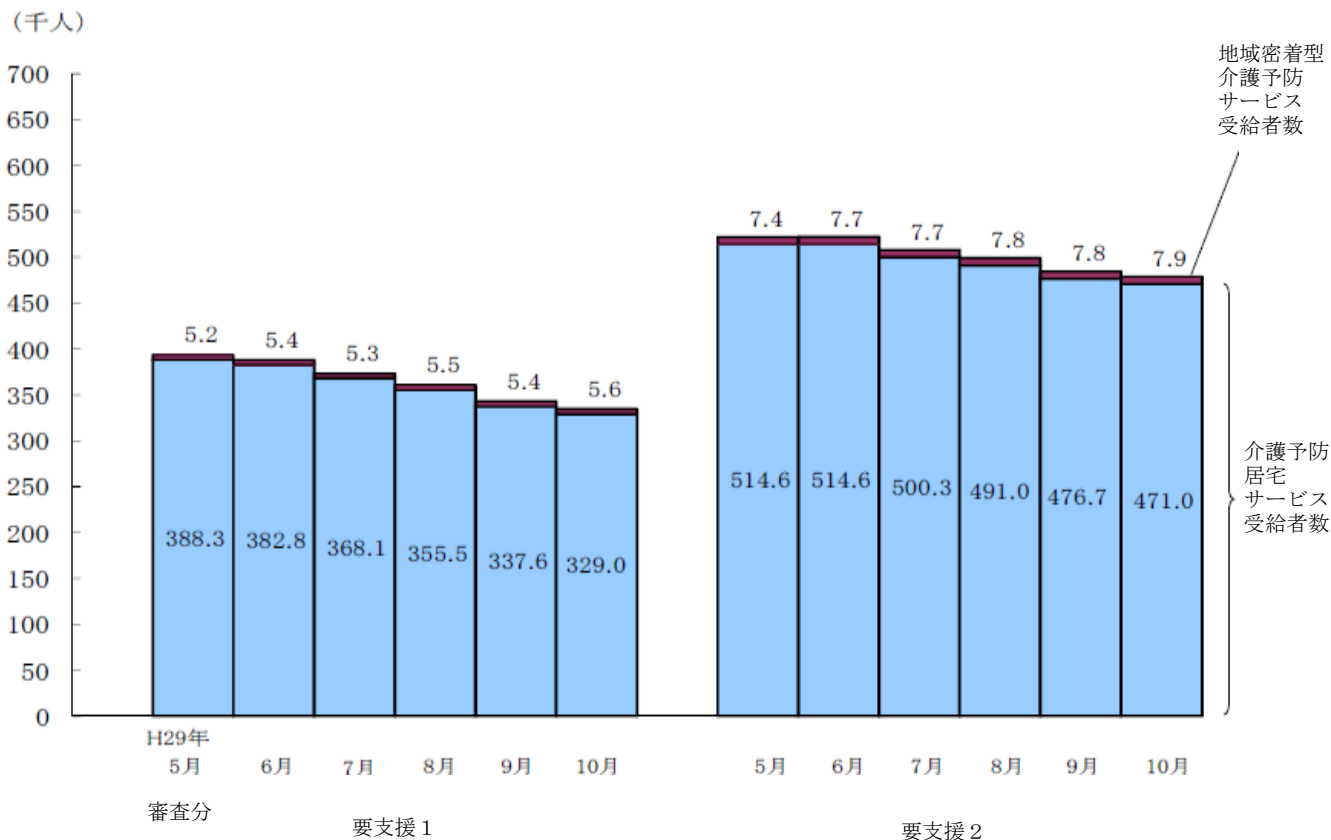
## 2 受給者1人当たり費用額

受給者1人当たり費用額は、介護予防サービスでは30.8千円、介護サービスでは189.4千円となっている。



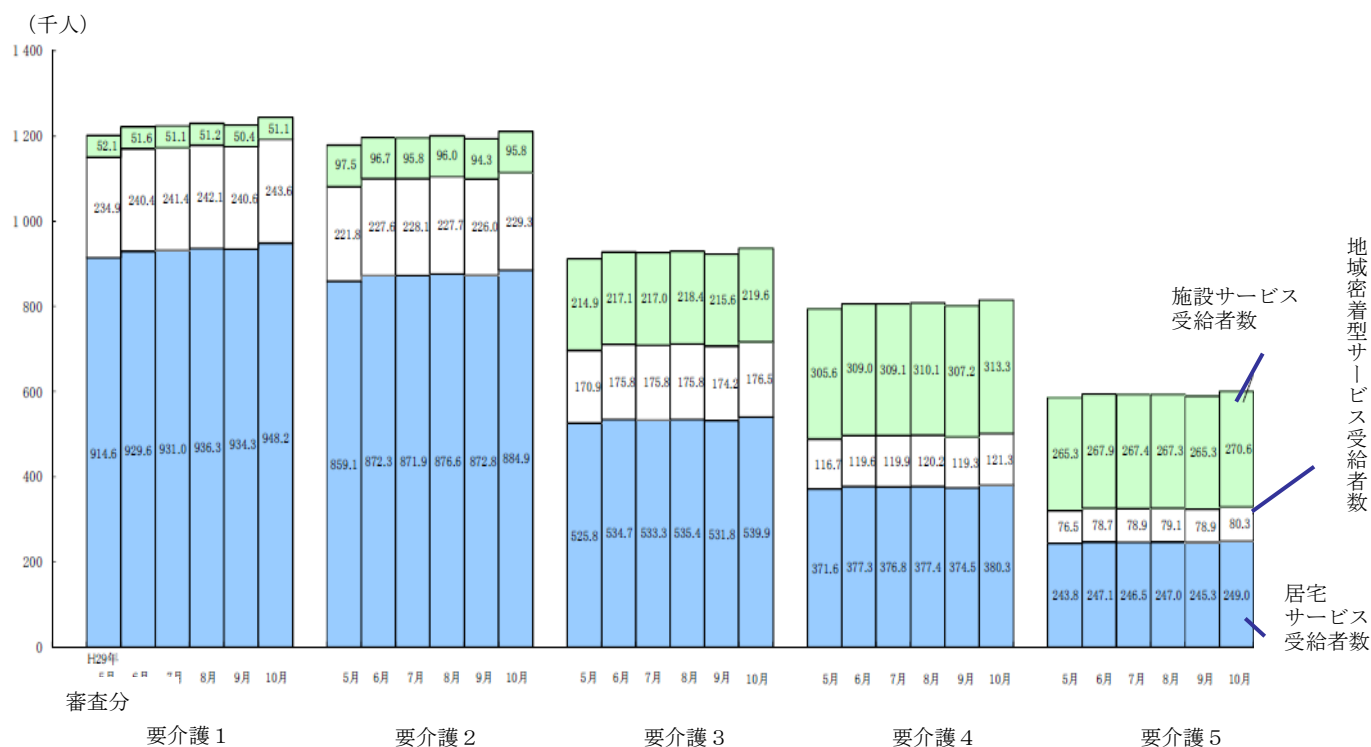
## 3 介護(予防)サービス受給者の状況

図1 要支援状態区分別にみた受給者数（平成29年5月審査分～平成29年10月審査分）



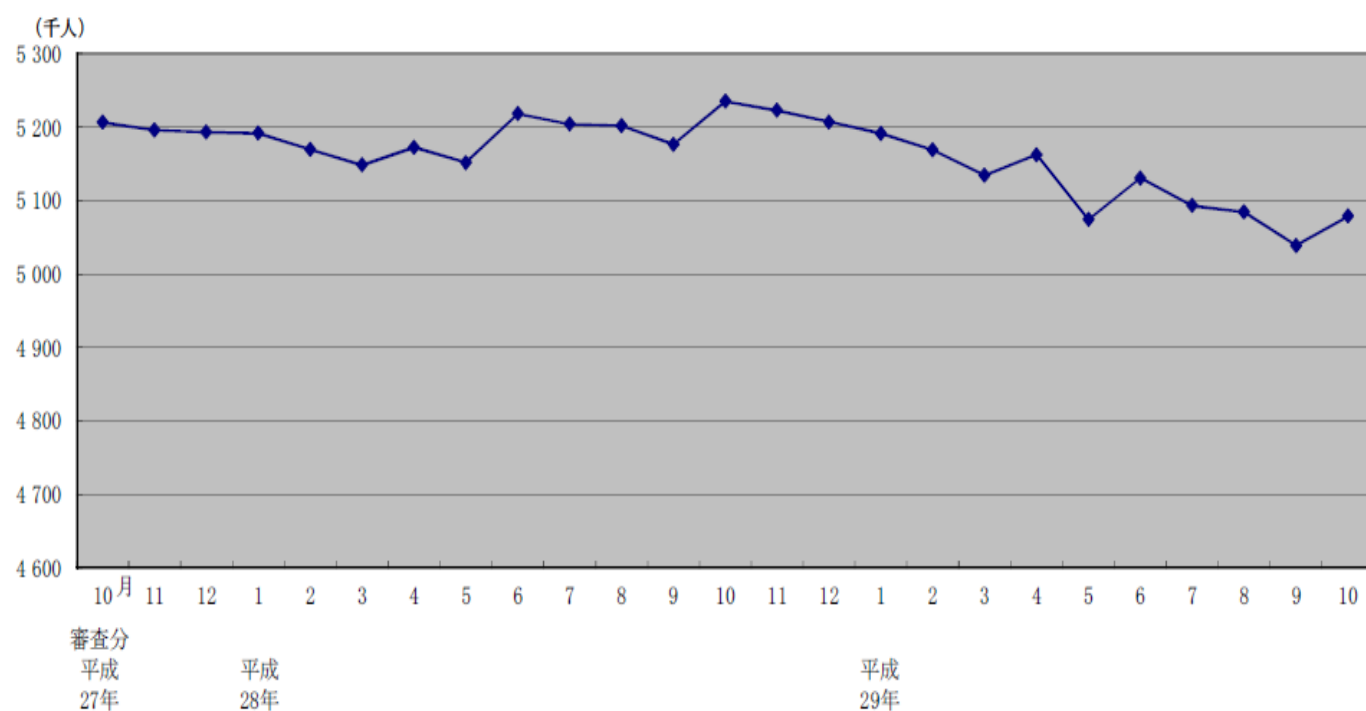
注： 地域密着型介護予防サービス、介護予防居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図2 要介護状態区分別にみた受給者数(平成29年5月審査分～平成29年10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10月審査分～平成29年10月審査分)



介護給付費等実態調査月報(平成29年10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。



経営情報  
レポート  
要約版



制 度 改 正

機能分化と新たなニーズへの対応

# 2018年診療報酬 改定の概要

- 1.次期診療報酬改定の基本的方向性
- 2.外来・在宅医療に関する改定のポイント
- 3.入院医療・リハビリテーションに関する改定要点
- 4.精神医療その他診療所に関わる改定の概要



※本レポートは、2018年2月15日（木）、(株)吉岡経営センター主催 診療報酬改定セミナー「平成30年診療報酬改定の概要と病医院経営対応」（講師：(株)エム・アール・シー 代表取締役 石上登喜男氏）の講演要旨および配布レジュメをベースとし、一部を再構成して作成したものです。掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメに使用、または一部加工しています。

# 1

## 医業経営情報レポート

# 次期診療報酬改定の基本的方向性

### ■ 示された2018年診療報酬改定の方向性

#### (1)2018 年度診療報酬は、前回に続き全体マイナス改定へ

次期診療報酬改定の改定率は、診療報酬本体部分が 0.55%引き上げられた一方で、薬価における大幅な引き下げや費用対効果の視点から効率化された項目等の引き下げの影響により、全体改定率は 1.19%のマイナス改定となりました。

前回改定と同様に、本体はアップしたものの全体改定率は引き下げとなる形で、次回以降もこの傾向が継続すると予想されます。

また、2018 年度改定は、6年に1度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となる 2025 年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定となるため、医療・介護双方の制度にとって重要な節目だといえます。

#### ◆2018 年度診療報酬 改定率

【全体改定率】 ▼1.19%

##### 1. 診療報酬本体 +0.55%

医科：+0.63%

歯科：+0.69%

調剤：+0.19%

##### 2. 薬価等

①薬 価 ▼1.65%

②材料価格 ▼0.09%

#### 【考慮された要素と背景】

「経済財政運営と改革の基本方針 2017」

「未来投資戦略 2017」

+

制度の安定性・持続可能性の確保

国民皆保険の堅持医療資源の効率的な配分

医療分野におけるイノベーションの評価 等

\*全体改定率は、改定とは別枠で実施される、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、通常の薬価改定（▼1.36%）、新薬創出・適応外薬解消等促進加算の見直し、長期収載品の薬価引き下げ、費用対効果評価の試行的導入などの薬価制度抜本改革（▼0.29%）による引き下げを含む

#### ●同時改定を受けて、次期介護報酬改定内容の理解と自院方針検討も必要

- 【例】
- ・介護医療院の新設
  - ・療養病棟入院基本料の一本化（医療区分該当患者割合に応じた2段階評価へ）  
同基本料2の廃止へ向けた経過措置期間（2年）の明示
- ⇒ 療養 20：1 看護配置が確保できない場合、介護医療院への転換も選択肢に

# 2

## 医業経営情報レポート

# 外来・在宅医療に関する改定のポイント

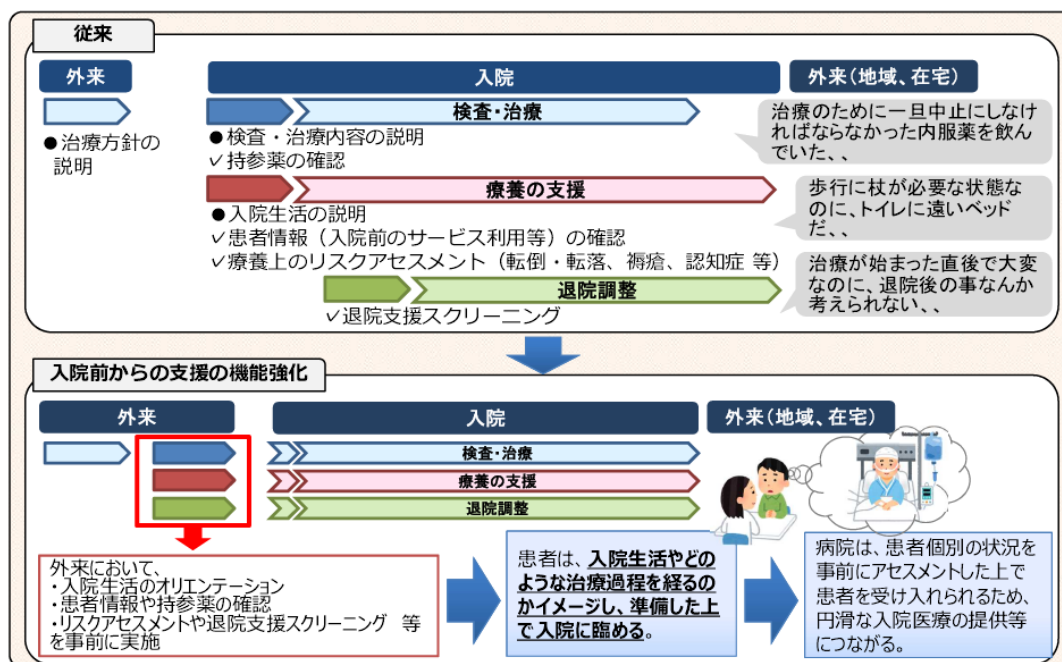
### ■ 外来機能強化を促す改定

#### (1) 外来が担う入院前からの支援機能に係る評価

これまで入院時に行われることが多かった患者状況のアセスメント業務を外来で行うことにより、円滑な医療提供につながることを目指して、退院支援加算を入退院支援加算に改称する等の改定が行われます。

外来医療においては、これら支援機能を強化することが求められています。

#### ◆ 入院前からの支援の機能強化(イメージ)



#### (2) 退院時共同指導に係る評価の拡大

入院前支援強化と併せて、特に診療所が担う在宅療養支援において算定される退院時共同指導料については、職種要件の算定要件が緩和されました。

#### ◆ 退院時共同指導料の改定

●退院時共同指導料 1 在支診：1,500 点 / 在支診以外：900 点

#### 【共同指導の職種要件】

保険医、看護師、准看護師 ⇒ 医師および看護職員以外の医療従事者も追加

＜具体例＞ 薬剤師、管理栄養士、理学療法士、社会福祉士が入院医療機関を訪問し、共同指導を行った場合にも算定可能に

# 3

## 医業経営情報レポート

# 入院医療・リハビリテーションに関する改定要点

## ■ 医療機能の分化・強化をめぐる入院医療改定の要点

### (1) 入院基本料改定の視点～評価体系の見直し

前回の診療報酬改定後、病院が選択する入院基本料に次のような変化がみられました。

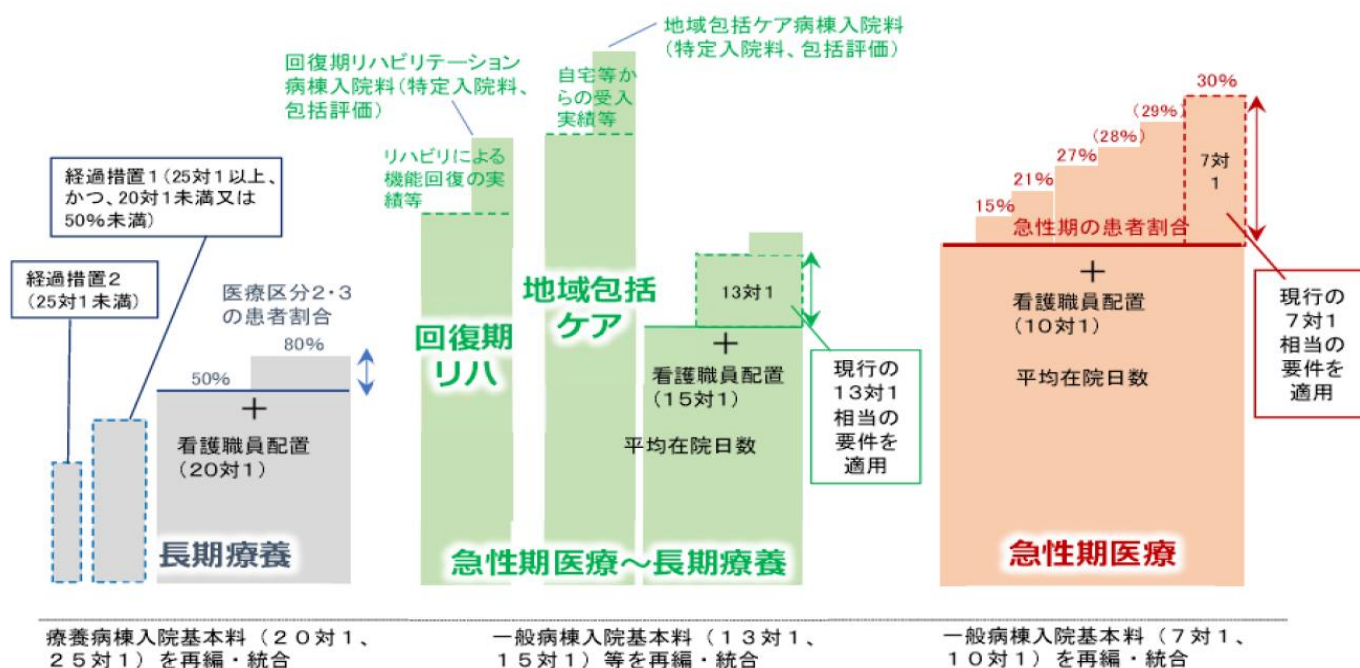
- 7：1 入院基本料算定病床の減少
- 地域包括入院基本料（入院診療料）算定病床の激増
- 回復期リハビリテーション病棟入院料算定の増加

届出病床数は、現在でも7：1 一般病棟入院基本料が最も多い状況ですが、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度、効率性指数、複雑性指数の評価軸をみると、10：1 一般病棟の中にも7：1 一般病棟相当の基準を満たす病棟が多数存在しています。

入院基本料は、入院診療に係る基本的な療養に係る費用（環境、看護師等の確保、医学管理の確保等）を評価するものですが、現行の一般病棟入院基本料は、主に看護配置等の要件で段階的に設定されています。そのため、現行の評価との整合性も考慮する視点で議論が行われた結果、大規模な改定が行われることとなりました。

また、各病棟入院料における在宅復帰率について、自宅等への退院支援機能を評価する観点や病棟ごとの機能を踏まえて見直されます。

### ◆ 新たな入院医療の評価体系と主な機能（イメージ）



# 4

## 医業経営情報レポート

# 精神医療その他診療所に関わる改定の概要

### ■ 精神医療に関する主要な改定

#### (1) 精神入院医療に関する評価見直し

精神科入院患者の高齢化が進んでいることを踏まえ、精神科急性期治療病棟入院料等における在宅移行に係る要件について、移行先に介護老人保健施設及び介護医療院を追加するとともに、要件の見直しが行われます。

#### ◆ 精神入院医療をめぐる主要な改定

##### ● 精神科急性期治療病棟入院料 【要件見直し】

自宅等への移行先 ⇒ 介護老人保健施設・介護医療院を追加  
精神保健福祉士配置加算 70% ⇒ 75%

##### ● 精神科救急入院料等 看護職員夜間配置加算 55 点(1 日につき)【新設】

##### 【算定要件】

- (1) 夜勤看護配置 常時 16 : 1
- (2) 行動制限の最小化を図るための委員会設置（医師、看護師、精神保健福祉士等）
- (3) 夜間看護業務の負担軽減のための業務管理体制整備
- (4) 看護職員の負担軽減および処遇改善に向けた体制整備

#### (2) 外来：向精神薬処方の適正化に関する改定

外来患者に処方される向精神薬について、長期間にわたる多剤処方の抑制と減薬に向けた取り組みを評価するため、処方料・処方箋料が減算となる多剤処方の範囲が拡大されるとともに、報酬水準の適正化を図る改定が行われます。

#### ◆ 向精神薬の適正化を図るための評価見直し

##### ● 処方料 29 点 / 処方箋料 40 点【新設】

\* 12 か月以上連続し、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬を継続して同一の用法・用量で処方している場合

##### ● 処方料・処方箋料 向精神薬調整連携加算 12 点【新設】

##### 【算定要件】

直近の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者又は不安・不眠症状に対し、ベンゾジアゼピン系薬剤を 12 か月以上、連続して同一の用法・用量で処方されていた患者であって、減薬のうえ、薬剤師に症状の変化等の確認を指示した場合

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。



# 人事評価者の研修

人事評価の公平性を確保していくためには、  
評価者の教育が不可欠だと思いますが、  
具体的に何をしていけばよいでしょうか。

人事評価制度を運用する場合、評価者の能力や考え方などで評価結果に差が出るようでは、人事評価は成立しません。

そこで、全評価者が人事評価制度の導入目的を正確に把握し、評価方法を学んで、マネジメント能力を高めることが必要不可欠です。

## (1) 評価者教育のねらい

研修は、下記の2点をねらいとしています。

- ・人事評価のルールを理解
- ・評価基準の統一

人事評価の対象となる個人の仕事も院内で同一のものではなく、去年と全く同じではありません。状況の変化に対応するためにも、定期的に評価者教育を行います。

## (2) 評価者教育の種類

評価者教育は、その目的やレベルに応じて4つの区分に分けられます。

| 種類           |              | 内容                                      | 対象             | 実施期間             |
|--------------|--------------|-----------------------------------------|----------------|------------------|
| 必要に応じて実施するもの | 人事評価制度導入時の研修 | 人事評価制度の概要の説明と、それに関連する研修<br>（基礎研修と同様の内容） | 全評価者           | 人事評価制度の導入時       |
|              | 人事評価制度改定の説明会 | 改定した内容の説明とそれに関連する研修                     | 全評価者           | 人事評価制度の改定時       |
| 定期に実施するもの    | 評価者基礎研修      | 管理職の役割、人事制度についてと人事評価の基礎理論               | 初めて評価者になる職員    | 評価者の立場に昇進した直後    |
|              | 評価者応用研修      | 事例の検討、面接実習による応用研修                       | 評価者基礎研修を終えた評価者 | 1年に1度、人事評価実施時期の前 |

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:クリニックの人事制度

## OJTの進め方

**新入職員の教育のため、OJTを活用しようと  
考えています。早期戦略化を図るため、  
どのような進め方が考えられますか。**

新入職員の早期戦力化を図るうえでは、人事評価制度と併せて、能力開発制度を十分に機能させることが重要です。OJTとは「On the Job Training」の略で、新入職員に対し仕事を通じて知識や技術などを教育していく指導方法です。新入職員と年齢が近く、面倒見のよい者をOJTの担当者に任命し、計画的に実施していくことがポイントです。

### ■OJTを進める手順



#### (1) OJT担当者

最初に、誰が誰を指導するのかを明確にします。OJT担当者を決めないで、手が空いている職員が担当するという方法では、OJTは進展しません。年齢の近い先輩職員を担当者にすると、話も合い、新入職員からも質問や相談をしやすいというメリットがあります。

#### (2) 指導項目

自院の方針として、OJT担当者に指導項目と計画を明確に指示します。患者や家族等対応マナーや接遇の基本ルール、診療材料・機器等の準備手順、手順・マニュアルの参照、報告書の記入方法等、具体的かつ計画的に示します。

#### (3) 期限

期限を定めないと、効率も悪く、緊張感を失いがちになるため、進展が遅れてしまいます。新入職員に対しては、仕事を習得し成果を出す期限を示し、集中して取り組ませることが重要です。

#### (4) 職能要件書の活用

職能要件書を作り、職員の能力段階に応じた計画を立てます。これから習得しなければならない課業を部下の等級と比較しながら、やや高いレベルの内容に設定するのが、能力開発のポイントになります。