

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.580 2019.7.2

平成30年度入院医療等の調査結果 旧7対1から 急性期2・3へ移行3.1%

▶厚生労働省

中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会

医療情報
ヘッドライン

医療従事者向けのAI教育プログラム 2020年までに構築する方針

▶厚生労働省 保健医療分野AI開発加速コンソーシアム

2019年6月28日号

高額医療機器の 共同利用めぐり議論

週刊
医療情報

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費 (平成30年10月)

経営
TOPICS

医療・介護の働き手不足が始まる 人口急減時代の医療政策

経営情報
レポート

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

経営
データ
ベース

医療情報
ヘッドライン
①

平成30年度入院医療等の調査結果 旧7対1から急性期2・3へ移行3.1%

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会

厚生労働省は、6月7日の中央社会保険医療協議会「入院医療等の調査・評価分科会」で、「平成30年度入院医療等の調査」の結果を報告、いわゆる旧7対1（7対1一般病棟入院基本料）から急性期一般病棟入院料2へ移行したのが2.6%、急性期一般病棟入院料3へ移行したのが0.5%だったことがわかった。

■旧7対1算定の医療機関95.5%移行望まず

昨年の診療報酬改定の目玉でもあった入院基本料の再編・統合により、最も高い入院料が得られる旧7対1を解体しようとしたのは、超高齢化および人口減少社会に突入したことで、実際のニーズよりも過剰な医療資源が投入されることへの危惧が動機となっている。

もちろん、その先には医療費の抑制を見据えており、旧7対1に偏りがちな医療機関を分散させようとの意図もあった。入院料の種別を7段階に細分化したのは、急激な入院料の落ち込みによって医療機関の経営を圧迫するとの懸念も理由のひとつだった。

しかし、昨年11月に発表された福祉医療機構のアンケート調査結果では、旧7対1を算定していた医療機関の95.5%が移行を望んでいないことがわかっている。今回発表された調査結果でも、旧7対1と同様の評価が得られる急性期一般病棟入院料1の届出を行ったのは96.5%であり、ほとんどの医療機関が移行を望んでいないということが改めて浮き彫りとなった。

■急性期2・3に移行した理由は

「看護必要度の基準が満たせない」が半数

入院料移行を拒むのは、減収を恐れていることが背景にあり、昨年の診療報酬改定で新設された急性期一般病棟入院料1は、旧7対1と同じ1,591点で、厚労省は、移行を促すため急性期一般病棟入院料2を1,561点と30点の差に留めているが、急性期病院はある程度の病床数があるため、全体では大きな減収につながることは明らかで、進んで移行に応じるところがわずかだったのも頷ける。

わずか3%程度とはいえ、旧7対1から急性期2・3に転換した医療機関が移行を決意した理由についても、厚労省は調査しており、50.0%は「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難」という回答だった。これは、従来該当患者割合が25%だったのを30%に引き上げたことが響いているものと思われる。次に多い理由として「看護師の確保が困難」（26.9%）が挙げられているのも、それを裏付けているといえる。

政府・厚労省にしてみれば、この結果は期待はずれだろう。ただ、人口減少が進む中で、重症患者割合が下がっていくことは間違いなく、地域によってはすでに“無理をして”重症患者割合を維持している医療機関があると推測され、今回の調査結果だけであれば、入院基本料の再編・統合は失敗ともいえるが、もう少し長いスパンで経緯を見ていく必要があるだろう。

医療情報
ヘッドライン
②

医療従事者向けのAI教育プログラム 2020年までに構築する方針

厚生労働省 保健医療分野AI開発加速コンソーシアム

厚生労働省は、6月6日に開催した「保健医療分野 AI 開発加速コンソーシアム」で、医療従事者向けの AI 教育プログラムを 2020 年までに構築する方針を示した。

また、インシデントレポートから必要な情報を吸い上げ、アラートを鳴らす仕組みを開発することで医療事故防止につなげたい考えも明らかにしている。

■昨年7月に「保健医療分野 AI 開発加速コンソーシアム」を設置し、議論を整理

厚労省では、2016年6月に「保健医療分野における AI 活用推進懇談会」の報告書を取りまとめ、AI 開発の「重点 6 領域（ゲノム医療、画像診断支援、診断・治療支援、医薬品開発、介護・認知症、手術支援）」を選定した。

しかし、諸外国で AI 開発が急速に進んでいることから、早急に課題や利活用促進策について検討するべく、昨年 7 月に「保健医療分野 AI 開発加速コンソーシアム」を設置したものである。今回の会合では、これまで 7 回の会合で進められてきた議論を整理し、今後の対応方針を示している。

とりわけ注目したいのは、人材育成についてだろう。開発がいくら進んだところで、現場で活用できなければ意味がないからだ。

同コンソーシアムでも、有識者から「医師に対して診療支援 AI についての適切な教育を行うべき」「AI を診療現場で活用するにあたっては、チーム医療のプレーヤーに AI の専門家

を入れ、一緒に医療の現場を作っていくことが必要」といった意見が上がっている。そこで、現場の医療従事者が正しく安全に使用するための教育を整備しようというわけだ。具体的には、今年度中に AI を活用した教育内容を固め、来年度中に医療従事者向け AI 教育プログラムの枠組みを構築したいとしている。

■インシデントレポートを活用した「医療安全アラート」の開発も検討

また、「重点 6 領域」以外に、AI 活用によって医療安全向上が期待されるとして、前述したようにアラートを鳴らす仕組みの開発などを検討すべきとしている。ただ、インシデントレポートはフリーテキスト形式が多く、同じような特徴を持つインシデントが複数あるのが実情であり、全症例をレビューすることは現実的ではないため、実用化に向けたモデル開発に取り組むべきだとした。

医療安全については、まだ道筋が見えていない状態と言わざるを得ないが、多少の時間を要しても今後実用化されるのは確実といえる。こうした状況が表しているのは、AI 活用を目的化するのではなくツールとして使いこなす「AI リテラシー」が医療現場にも求められるようになるということであり、今後、AI 教育プログラムが資格化していくかどうかは未知数だが、医師だけでなく事務職・管理職も受講を視野に入れて今から基礎知識を習得しておく必要もあるだろう。

医療情報①
中医協
総会

高額医療機器の 共同利用めぐり議論

中央社会保険医療協議会（会長＝田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）は6月26日に総会を開き、医薬品・医療機器の効率的かつ有効・安全な使用等について議論した。

CTやMRIなどの高額医療機器の共同利用について、診療報酬で評価すべきかがテーマとなった。高額な医療機器については、6月2日に閣議決定された「骨太の方針2019」で、「効率的な配置に係る方針を都道府県の医療計画において盛り込むとともに、配置状況の地域差縮減に向けて共同利用率の向上等を図る」と記載されている。

■フォーミュラリーを報酬で評価「なじまない」

厚生労働省はこの日、医薬品の効率的かつ有効・安全な使用に関するテーマとして、以下を挙げ、議論を促した。

- ▼重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応
- ▼後発医薬品の使用促進
- ▼長期処方時の適正使用、向精神薬の長期処方への対応等
- ▼薬剤耐性（AMR）への対応
- ▼その他（革新的な新規作用機序を持つ医薬品等への対応、バイオ後続品の現状、フォーミュラリーの現状）

このうちフォーミュラリーについて、診療側および支払側ともに、普及に向けて肯定的な考えを示したものの、フォーミュラリーの作成を診療報酬で評価することはなじまないとする意見が大勢を占めた。

■高額医療機器の高報酬「導入あおっている印象」

厚労省は、医療機器の効率的な利用に関しては医療機器の共同利用を、また、有効・安全な利用については、▼**ガイドラインに基づく画像検査の利用**、▼**超音波検査の活用**、を論点に挙げた。このうち医療機器の共同利用については、現状を次のように指摘している。

- ▼日本のCTやMRIの人口あたり設置台数は海外と比較して多い傾向にある。
また、CTやMRIの設置台数は増加傾向が続いている。
- ▼日本のCTやMRIの人口あたり検査数は海外と比較して多いが、1台当たりの検査数は少なく、月あたり検査数がゼロの医療機関も存在している。
- ▼医療機器の適正かつ効率的な利用を促進する観点から、高機能の診断装置について施設共同利用での撮影を評価すること等の対応を行っている。

より効率的な医療提供体制の構築に向け、医療機器の効率的な利用をさらに推進していく必要があるとした。そのうえで、論点として「当該観点から、どのような対応が考えられるか」を挙げた。

松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は、「共同利用を進めるべきは、重粒子線や陽子線などの超高額医療機器ではないか」と訴えた。さらに高機能の機器に対しては高い点数が設定されている現状に対し「高い機器の導入をあおっているように感じる」などと述べた。

一方、幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は、「医療機器の効率的な活用は、診療報酬と『協議の場』で対応すべき」と主張する。都道府県知事が、公立・公的病院への強制力を発揮することができれば、それらの病院での共同利用を最優先に進めるべきだとも訴えた。

診療報酬での対応に関しては、共同利用する場合とそうでない場合とで「メリハリをつけて」評価するよう提案した。

医療情報②
文科省
発表

入試不適切事案、 9大学で「改善」

文部科学省はこのほど、「医学部医学科における不適切な事案の改善状況等に関する調査結果（2019年度入学者選抜について）」を公表した。不適切もしくはその可能性が高いと指摘された10大学のうち9大学は、改善と判断された。聖マリアンナ医科大学は保留とされ、第三者委員会の報告内容を踏まえ、改善の有無を判断する。

不適切事案の発端となった東京医科大学については、次の事項などが確認されたとして、改善されたと判断した。

- ▼特定の個人が成績順位を高める等の調整ができないようにするため、採点結果の入力は、外部監査委員などの立ち会いのもと、入試専用パソコンへのアクセス権限を持つ限られた事務職員が担当
- ▼静脈認証、監視カメラ、アクセスログを記録するシステムを導入
- ▼合否判定における入試委員会や教授会において、受験者の氏名や属性（年齢、性別等）を削除した資料を用いて成績順位に基づき正規合格者・補欠合格者を決定
- ▼繰り上げ合格の連絡は名簿に記載された成績順により電話連絡
- ▼補欠者の発表の際に補欠順位も発表
- ▼一律に点数調整を行うためのシステムを廃止

週刊医療情報（2019年6月28日号）の全文は、当事務所のホームのページよりご確認ください。

最近の医療費の動向 / 概算医療費(平成30年10月)

厚生労働省 2019年3月28日公表

1 制度別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

		総 計	医療保険適用							公 費
			75 歳未満					75 歳以上		
				被用者 保険			国民健康 保険		(再掲) 未就学者	
					本 人	家 族				
平成 26 年度		40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0
平成 27 年度		41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1
平成 28 年度		41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
平成 29 年度 4～3月		42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1
	4～9月	20.9	11.9	6.3	3.4	2.6	5.6	0.7	7.9	1.1
	10～3月	21.4	12.2	6.6	3.5	2.7	5.6	0.8	8.1	1.1
平成 30 年度 4～10月		24.6	13.9	7.5	4.0	3.0	6.4	0.8	9.5	1.2
	4～9月	20.9	11.8	6.3	3.4	2.6	5.5	0.7	8.1	1.1
	9月	3.3	1.9	1.0	0.6	0.4	0.9	0.1	1.3	0.2
	10月	3.7	2.1	1.1	0.6	0.5	1.0	0.1	1.4	0.2

注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を 10 倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注 2. 「医療保険適用」「75 歳未満」の「被用者保険」は、70 歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く 70 歳未満の者に係るデータである。

注 3. 「医療保険適用」の「75 歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

●1人当たり医療費

(単位：万円)

		総 計	医療保険適用						
			75 歳未満						75 歳以上
			被用者 保険	本 人		国民健康 保険	(再掲) 未就学者		
				家 族					
平成 26 年度		31.4	21.1	15.6	14.7	15.5	32.2	21.0	93.1
平成 27 年度		32.7	21.9	16.3	15.4	16.0	33.9	21.3	94.8
平成 28 年度		32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0
平成 29 年度 4～3 月		33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.7	94.2
	4～9 月	16.5	10.9	8.1	7.7	8.0	17.2	10.6	46.8
	10～3 月	16.9	11.2	8.5	8.1	8.4	17.7	11.1	47.4
平成 30 年度 4～10 月		19.5	12.8	9.6	9.1	9.5	20.5	12.8	54.8
	4～9 月	16.5	10.8	8.2	7.8	8.0	17.4	10.8	46.6
	9 月	2.6	1.7	1.3	1.2	1.3	2.8	1.8	7.4
	10 月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	2.0	8.2

注 1. 「医療保険適用」「75 歳未満」の「被用者保険」は、70 歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く 70 歳未満の者に係るデータである。

注 2. 1 人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総 計	診療費									
		診療費	診療費			調剤	入院時 食事療養等	訪問 看護療養	(再掲) 医科 入院 + 医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 + 調剤	(再掲) 歯科 + 歯科 食事等
			医科 入院	医科 入院外	歯科						
平成 26 年度	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8
平成 27 年度	41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8
平成 28 年度	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9
平成 29 年度 4～3 月	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9
4～9 月	20.9	16.6	8.0	7.1	1.5	3.8	0.4	0.11	8.4	10.9	1.5
10～3 月	21.4	16.9	8.2	7.3	1.5	3.9	0.4	0.12	8.6	11.2	1.5
平成 30 年度 4～10 月	24.6	19.8	9.6	8.4	1.7	4.3	0.5	0.15	10.1	12.7	1.7
4～9 月	20.9	16.8	8.2	7.1	1.5	3.6	0.4	0.13	8.6	10.8	1.5
9 月	3.3	2.7	1.3	1.1	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.7	0.2
10 月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.02	1.5	1.9	0.3

注 1. 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

● 受診延日数

(単位：億日)

	総 計	診療費				調剤	訪問看護 療養
			医科入院	医科入院外	歯科		
平成 26 年度	25.7	25.6	4.7	16.7	4.2	8.1	0.13
平成 27 年度	25.8	25.6	4.7	16.8	4.2	8.2	0.15
平成 28 年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17
平成 29 年度 4～3 月	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
4～9 月	12.8	12.7	2.3	8.2	2.1	4.1	0.10
10～3 月	12.8	12.7	2.4	8.3	2.1	4.3	0.10
平成 30 年度 4～10 月	14.8	14.7	2.7	9.5	2.4	4.8	0.13
4～9 月	12.6	12.5	2.3	8.1	2.1	4.1	0.11
9 月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.6	0.02
10 月	2.2	2.2	0.4	1.5	0.4	0.7	0.02

注. 受診延日数は診療実日数（調剤では処方せん枚数（受付回数）、訪問看護療養では実日数）を集計したものである。受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数（受付回数）は含まれない。

● 1 日当たり医療費

(単位：千円)

	総 計	医科入院		医科 入院外	歯科	調剤	訪問看護 療養	(参考) 医科入院外 +調剤
		食事等含まず	食事等含む					
平成 26 年度	15.5	32.6	34.3	8.2	6.7	8.9	11.0	12.5
平成 27 年度	16.1	33.3	35.0	8.5	6.8	9.6	11.0	13.2
平成 28 年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1
平成 29 年度 4～3 月	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
4～9 月	16.4	34.3	36.0	8.7	6.9	9.2	11.1	13.3
10～3 月	16.7	34.7	36.4	8.8	7.0	9.2	11.1	13.5
平成 30 年度 4～10 月	16.6	35.2	36.9	8.9	7.1	8.8	11.3	13.4
4～9 月	16.7	35.1	36.8	8.9	7.1	8.9	11.3	13.4
9 月	16.8	34.5	36.2	9.0	7.1	8.9	11.4	13.5
10 月	16.5	35.9	37.6	8.8	7.1	8.7	11.2	13.3

注. 1 日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数（調剤では総処方せん枚数（総受付回数）、訪問看護療養では総実日数）で除して得た値である。

「医科入院外+調剤」の 1 日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外を受診延日数で除して得た値である。

歯科の 1 日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。

最近の医療費の動向/概算医療費（平成 30 年 10 月）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

医療・介護の働き手不足が始まる 人口急減時代の 医療政策

1. 2025年以降の社会保障の見通し
2. 現役世代の人口急減に対応した政策
3. 需要変化への対応と業務効率化
4. 健康寿命延伸に向けた介護・疾病等予防政策



●参考資料

JAHMC 2018 10月号、厚生労働省「第1回 2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」資料
厚生労働省「医療従事者の勤務改善について 勤務環境改善マネジメントシステムの概要」、中央社会保険医療協議会 総会(第396回)「平成30年度診療報酬改定の概要(背景と主な改定事項のまとめ)」、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」

1

医業経営情報レポート

2025年以降の社会保障の見通し

■ 医療・介護給付費の将来見通し

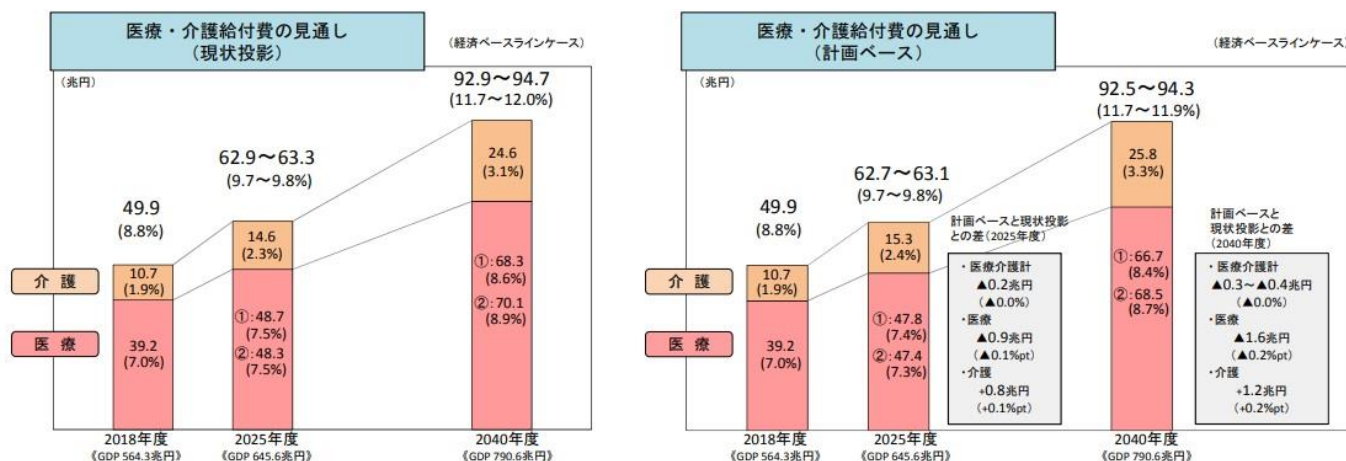
厚生労働省は、2018 年度における医療・介護給付費については医療が 39.2 兆円、介護は 10.7 兆円となり、合計 49.9 兆円に達するという社会保障給付費の見通しを示しました。

一方、団塊世代がすべて後期高齢者となる 2025 年において、これら社会保障給付費の変化をみると、現状の年齢別受療率・利用率を基に機械的に計算した「現状投影」では医療 48.7 兆円、介護 14.6 兆円で合計 63.3 兆円となっており、また、地域医療構想などを基礎とした機能分化等の改革を見込んだ「計画ベース」では医療 47.8 兆円、介護 15.3 兆円で合計 63.1 兆円となっています。

「現状投影」と「計画ベース」を比較すると、医療費が 0.9 兆円減、介護が 0.7 兆円増加していますが、その要因のひとつには、医療費の適正化や医療から介護への政策誘導が挙げられます。

今後も社会保障給付費の増加は続き、特に介護給付費の伸びが大きくなるとともに、将来の見通しや政策を踏まえると、在宅医療や介護の需要が高まることが予測されます。

◆ 医療・介護給付費の見通し(計画ベースと現状投影との比較)



(注) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

*2018 年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2017 年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(2018 年 1 月)」等を踏まえて計算。

医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。() 内は対 GDP 比。

(出典) 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成 30 年 5 月 21 日「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」

上記「計画ベース」は、地域医療構想に基づく 2025 年度までの病床機能の分化・連携の推進、第 3 期医療費適正化計画による 2023 年度までの外来医療費の適正化効果、第 7 期介護保険事業計画による 2025 年度までのサービス量の見込みを基礎として計算されています。

2

医業経営情報レポート

現役世代の人口急減に対応した政策

■ 将来を展望した社会保障・働き方改革の検討

本年 10 月、団塊ジュニア世代が高齢者となる 2040 年を見据えて、「2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部」が厚生労働省に設置されました。

同本部では、将来に向けた政策課題として、以下を掲げています。

◆ 現役世代の人口急減という新たな局面に対応した政策課題

● 多様な就労・社会参加

【雇用・年金制度改革等】

- 更なる高齢者雇用機会の拡大に向けた環境整備
- 就職氷河期世代の就職支援・職業的自立促進の強化
- 中途採用の拡大
- 年金受給開始年齢の柔軟化、被用者保険の適用拡大、私的年金（個人型確定拠出年金等）の拡充
- 地域共生・地域の支え合い

● 健康寿命の延伸

【健康寿命延伸プラン】 ＊来夏を目途に策定

- 2040 年の健康寿命延伸に向けた目標と 2025 年までの工程表
 - ① 健康無関心層へのアプローチの強化、
 - ② 地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進
 - ・ 次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等
 - ・ 疾病予防・重症化予防
 - ・ 介護予防・フレイル対策、認知症予防

● 医療・福祉サービス改革

【医療・福祉サービス改革プラン】 ＊来夏を目途に策定

- 2040 年の生産性向上に向けた目標と 2025 年までの工程表
- 以下の4つのアプローチにより、取組を推進
 - ・ ロボット・AI・ICT 等の実用化推進、データヘルス改革
 - ・ タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進
 - ・ 組織マネジメント改革
 - ・ 経営の大規模化・協働化

◆ 引き続き取り組む政策課題

● 給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

（出典）厚生労働省「第 1 回 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部 （資料 3）」

3 医業経営情報レポート

需要変化への対応と業務効率化

■ オンライン診療の推進

今次診療報酬改定ではオンライン診療等の見直しが行われました。見直しの理由としては、ICT を活用した医師の勤務環境改善や、遠隔診療等が普及することで医療資源の効率化等が期待されている点が挙げられます。

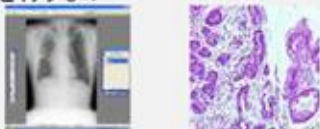
診療報酬上、情報通信機器を用いた診療は2つが認定されています。

まず、遠隔画像診断と遠隔病理診断は「医師から医師」によるもので、情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い、特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うものです。

もうひとつは、情報通信機器を用いた診察と遠隔モニタリングであり、こちらは「医師から患者」によるものです。

オンライン診療等は現在普及しているとはいええない状況ですが、将来に向けての対応は検討する必要があります。

◆ 診療報酬における情報通信機器を用いた診療への対応

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの 	【遠隔画像診断】 - 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 【遠隔病理診断】 - 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。） ・（新）生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者 (D to P)	情報通信機器を用いた診察 医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの 	【オンライン診療】 ・（新）オンライン診療料 ・（新）オンライン医学管理料 ・（新）オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合 ※電話等による再診 （新）患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し（定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。）
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング 情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	【遠隔モニタリング】 ・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 ・（新）在宅患者酸素療法指導料（遠隔モニタリング加算） ・（新）在宅患者持続陽圧呼吸療法（遠隔モニタリング加算） 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

（出典）第1回 2040年を展望した社会保障・働き方改革本部 参考資料

4

医業経営情報レポート

健康寿命延伸に向けた介護・疾病等予防政策

■ 健康寿命延伸に向けた重点 3 分野

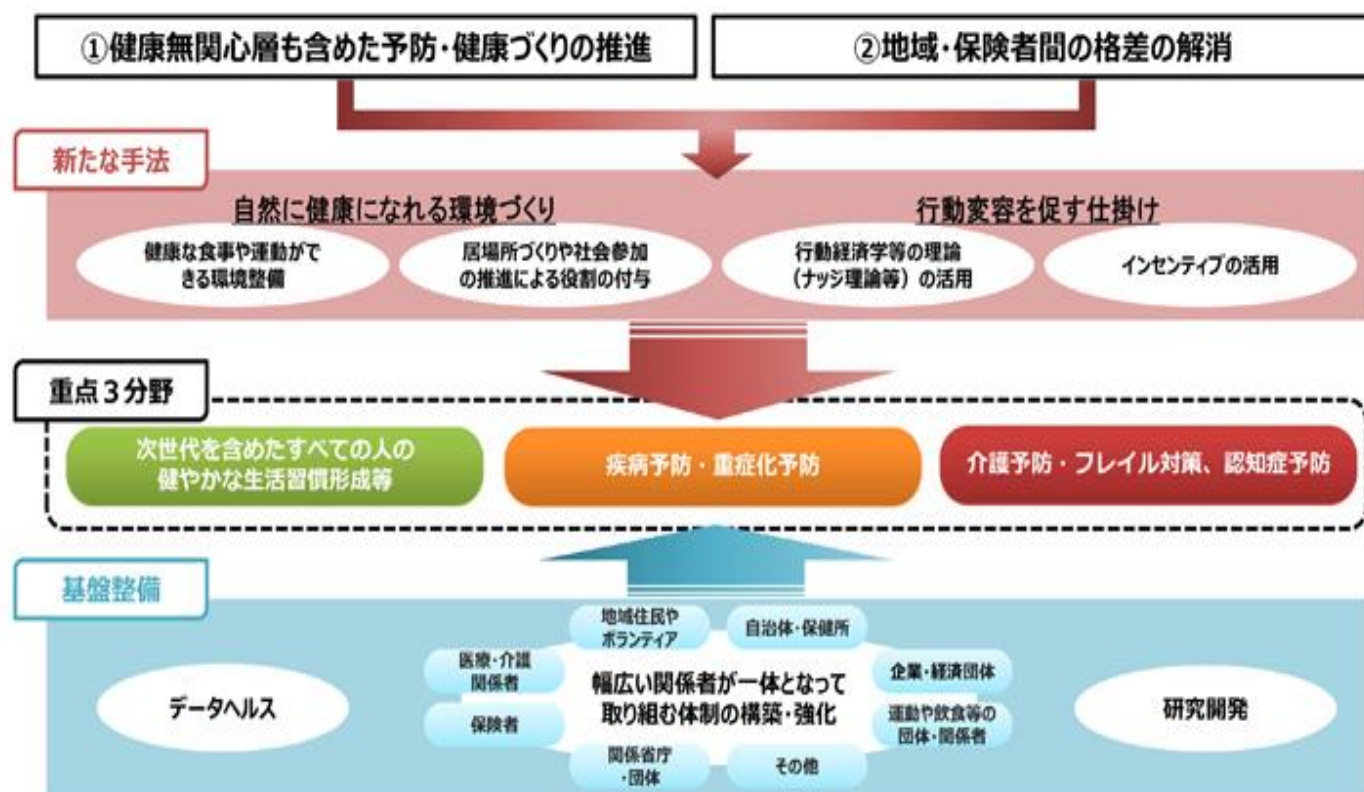
政府は、誰もがより長く元気に活躍できる社会を目指して、①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消の 2 つのアプローチによって、「次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」の重点 3 分野に取り組み、健康寿命の更なる延伸を図る考えです。

具体的には、健康な食事や運動ができる環境整備や、居場所づくりや社会参加による役割の付与等を通じた「自然に健康になれる環境づくり」、行動経済学等の理論やインセンティブの活用による「行動変容を促す仕掛け」などに取り組むこととしています。

そのための基盤整備として、幅広い関係者が一体となって取り組む体制の構築・強化やデータヘルス、研究開発の促進を行います。

人生 100 年時代を見据えて、寿命と健康寿命の差をできるだけ縮めていくことが重要と考え、政策の方向性として、介護・疾病予防に力を入れていることが窺えます。

◆ 誰もがより長く元気に活躍できる社会を目指して ～健康寿命の更なる延伸～



(出典) 第 1 回 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部 参考資料

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。

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。