

医療情報
ヘッドライン

オンライン医療の充実を目指し、 医薬品医療機器等法(薬機法)改正検討

▶経済財政諮問会議

CT等の被ばく線量記録を義務付け DRLに基づいた線量管理も必須化へ

▶厚生労働省 社会保障審議会医療部会

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告 (平成29年11月分概数)

経営情報
レポート

**2018年診療報酬改定に対応
診療報酬改定後の影響試算**

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
**外国人従業員の社会保険取り扱い
定年退職した社員の再雇用**

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

 **京都税理士法人**
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社
〒601-8328 京都市南区吉祥院九条町30番地1 江後経営ビル
TEL: 075-693-6363 FAX: 075-693-6565
滋賀本社
〒525-0059 滋賀県草津市野路1丁目4番15号 センシブルBLDG ZEN 6 階
TEL: 077-569-5530 FAX: 077-569-5540
大阪支社
〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田1-1-3 大阪駅前第三ビル31F
TEL: 06-6344-1683 FAX: 06-6344-1578

医療情報
ヘッドライン
①

経済財政諮問会議

オンライン医療の充実を目指し、 医薬品医療機器等法(薬機法)改正検討

政府は、6月5日の経済財政諮問会議で「経済財政運営と改革の基本方針2018」(骨太の方針2018)の原案を示した。医療関係では、「次世代ヘルスケア・システムの構築プロジェクト」の推進を掲げ、オンライン医療を充実させるため医薬品医療機器等法(薬機法)の改正も検討する方針を明らかにしている。

■オンライン服薬指導および処方せんの

完全電子化の早期実現は今期の最重要課題

「次世代ヘルスケア・システムの構築プロジェクト」は、IoTやロボット、人工知能(AI)、ビッグデータといった新たな技術をあらゆる産業や社会生活に取り入れてイノベーションを創出し、一人ひとりのニーズに合わせて社会的課題を解決する新たな社会「Society5.0」の実現に向けて取り組む「フラッグシップ・プロジェクト」のうちの1つとして盛り込まれた。オンライン医療は、今年度の診療報酬改定で初めて保険適用され、「オンライン診療料」「オンライン医学管理料」などが新設されたが、服薬指導や調剤を対面で行わなければならないため、「一気通貫の在宅医療」が実現できていない。その点を問題視している規制改革推進会議は、オンライン服薬指導および処方せんの完全電子化の早期実現を今期の最重要課題と位置づけていた。

しかし、厚生労働省はオンライン服薬指導の実現に消極的な姿勢を見せており、5月15日に開かれた規制改革推進会議医療・介護

ワーキング・グループの会合で、条件付き実施の意向を示している。医薬品の副作用などの情報提供や、多剤併用の防止、残薬管理を徹底するため「原則対面」としたいというのが理由で、オンライン服薬指導の対象は「必要性に迫られた医療資源の乏しい地域に居住する患者」に限定したうえで、制度の見直しをするべきだとしていた。

■全国的な保健医療情報ネットワークも

2020年度から本格稼働

こうした状況を踏まえると、政府が薬機法改正に言及した意味は重い。少なくとも現状の規制が緩和される方向に進むのは間違いなく、「条件付き」をどこまで盛り込むかが今後の焦点となってくるだろう。

なお、「次世代ヘルスケア・システムの構築プロジェクト」では、個人の健診・診療・投薬情報を医療機関間で共有できる全国的な保健医療情報ネットワークを2020年度から本格稼働させるほか、「認知症の人にやさしい」新たな製品やサービスを生み出す実証フィールドを整備するための官民連携プラットフォームを今年度中に構築させることも盛り込まれた。

また、アジア健康構想のもとで、日本のヘルスケア産業の海外展開実施も目指すこととしており、関連企業や医療機関はこうした動きを前提とした経営戦略を立てることが求められる。

医療情報
ヘッドライン
②

CT等の被ばく線量記録を義務付け DRLに基づいた線量管理も必須化へ

厚生労働省 社会保障審議会医療部会

厚生労働省は、6月6日に開催された社会保障審議会医療部会で、CTや血管造影検査の際に被ばく線量の記録を義務付ける方針を明らかにした。

患者に対してもその情報を提供するほか、原則としてDRL（Diagnostic Reference Level、診断参考レベル）に基づいた線量管理を必須化したい意向も示している。

■「CT検査」「血管造影検査・透視検査」等被ばく線量が相対的に高い検査を記録

厚労省によれば、日本の医療被ばくの線量は世界平均に比べて高い。国連科学委員会（UNSCEAR）の2008年報告書によると、世界平均では年に0.6mSv（ミリシーベルト）だが、日本の平均は3.87mSv（自然放射線の世界平均は2.4mSv、日本の平均は2.1mSv）となっている。

10年前のデータであるため、デジタルレントゲンが急速に普及している現在はここまでに開きはないと考えられるが、UNSCEARの報告書によれば、日本の胸部X線撮影件数やCT検査実施件数は世界でもっとも多い。

医科、歯科とも多いがとりわけ以下の検査数は多く、厚労省の医療施設調査（平成14年～26年）によれば、CT、血管造影、マンモグラフィ、PET検査（陽電子放射断層撮影）のいずれも増加傾向にある。

被ばくのリスクを最小化するためには、被ばく線量の最適化が必要だ。しかし、これま

で被ばく線量を記録するルールは設けられておらず、患者側もどのくらい被ばくしているのか把握できない状態となっている。

そこで、まずは被ばく線量が相対的に高い検査だけでも線量を記録しようというわけだ。

具体的には「CT検査」「血管造影検査・透視検査（長時間または反復的に実施する場合）」を挙げている。

■患者の不安を煽る可能性があるため、正確な知識を一般に周知させていくことが課題

患者に線量記録の情報を提供するのとは、別の医療機関での受診時に活用するためだが、患者側が被ばく量の多さに不安を抱き、これ以上検査を受ける必要がないと判断しないように、適切な説明を行うべきだとしている。

前述のように、デジタルレントゲンの普及によって、従来よりも手軽にX線検査やCT検査ができるようになっている。

診療報酬においても、撮影料や画像診断料、電子画像管理加算が算定できるため、積極的に撮影する傾向があるのは否めない。一方では、医療費の膨張につながっているともいえるため、線量記録を義務付けることで抑制をかけようというねらいも窺われる。

しかしながら、線量の告知のみを先行させると、患者の不安を煽る可能性もあるため、厚労省にとっては、正確な知識を一般に周知させていくことも課題となっていくと推測される。

病院報告

(平成29年11月分概数)

厚生労働省 2018年3月7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11月 | 平成28年10月 | 平成28年9月 | 平成29年11月 | 平成28年10月 |
| 病院 | | | | | |
| 在院患者数 | | | | | |
| 総数 | 1 250 132 | 1 238 767 | 1 243 329 | 11 365 | △ 4 562 |
| 精神病床 | 284 501 | 285 336 | 287 247 | △ 835 | △ 1 911 |
| 結核病床 | 1 769 | 1 810 | 1 839 | △ 41 | △ 29 |
| 療養病床 | 283 841 | 284 416 | 286 177 | △ 575 | △ 1 761 |
| 一般病床 | 679 959 | 667 145 | 668 005 | 12 814 | △ 860 |
| (再掲)介護療養病床 | 43 113 | 43 925 | 44 475 | △ 812 | △ 550 |
| 外来患者数 | 1 380 184 | 1 345 882 | 1 347 495 | 34 302 | △ 1 613 |
| 診療所 | | | | | |
| 在院患者数 | | | | | |
| 療養病床 | 5 147 | 5 172 | 5 259 | △ 25 | △ 87 |
| (再掲)介護療養病床 | 1 979 | 1 986 | 2 018 | △ 7 | △ 32 |

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11月 | 平成28年10月 | 平成28年9月 | 平成29年11月 | 平成28年10月 |
| 病院 | | | | | |
| 総数 | 80.7 | 79.5 | 77.0 | 1.2 | 2.5 |
| 精神病床 | 85.3 | 85.4 | 85.7 | △ 0.1 | △ 0.3 |
| 結核病床 | 33.1 | 33.4 | 34.2 | △ 0.3 | △ 0.8 |
| 療養病床 | 87.1 | 86.8 | 87.1 | 0.3 | △ 0.3 |
| 一般病床 | 77.0 | 75.0 | 70.5 | 2.0 | 4.5 |
| 介護療養病床 | 89.8 | 90.3 | 91.0 | △ 0.5 | △ 0.7 |
| 診療所 | | | | | |
| 療養病床 | 56.6 | 56.6 | 57.1 | △ 0.0 | △ 0.5 |
| 介護療養病床 | 71.6 | 72.4 | 72.8 | △ 0.8 | △ 0.4 |

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

注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)

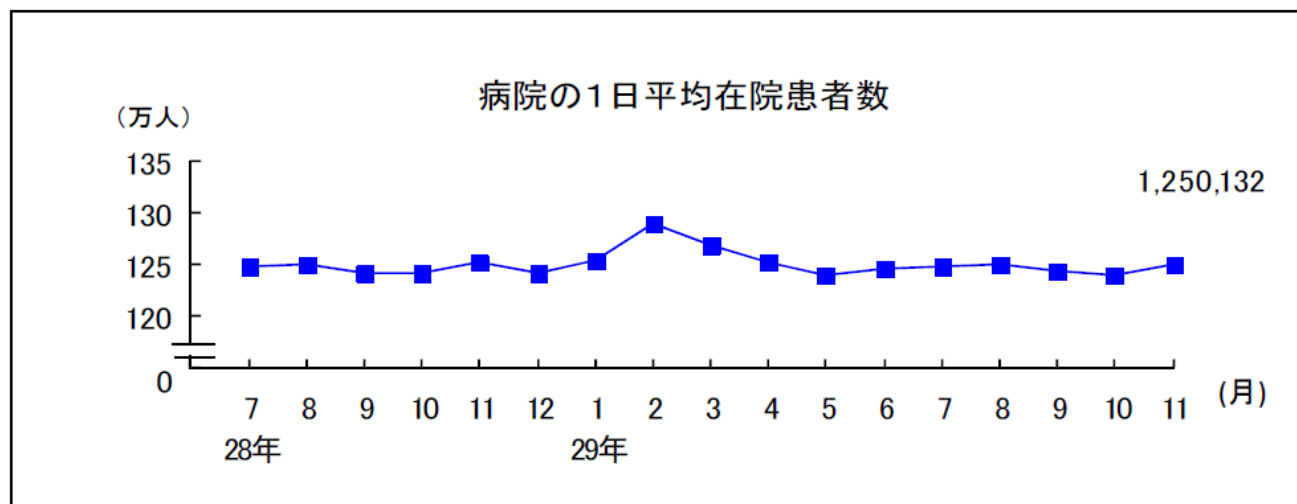
| | 平均在院日数(日) | | | 対前月増減(日) | |
|--------|-----------|----------|---------|----------|----------|
| | 平成29年11月 | 平成28年10月 | 平成28年9月 | 平成29年11月 | 平成28年10月 |
| 病院 | | | | | |
| 総数 | 27.9 | 28.0 | 28.1 | △ 0.1 | △ 0.1 |
| 精神病床 | 272.4 | 269.2 | 265.5 | 3.2 | 3.7 |
| 結核病床 | 66.3 | 68.9 | 69.3 | △ 2.6 | △ 0.4 |
| 療養病床 | 142.1 | 148.4 | 150.9 | △ 6.3 | △ 2.5 |
| 一般病床 | 16.1 | 16.0 | 16.0 | 0.1 | 0.0 |
| 介護療養病床 | 302.7 | 313.0 | 326.9 | △ 10.3 | △ 13.9 |
| 診療所 | | | | | |
| 療養病床 | 97.0 | 98.1 | 99.5 | △ 1.1 | △ 1.4 |
| 介護療養病床 | 126.3 | 132.8 | 133.5 | △ 6.5 | △ 0.7 |

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

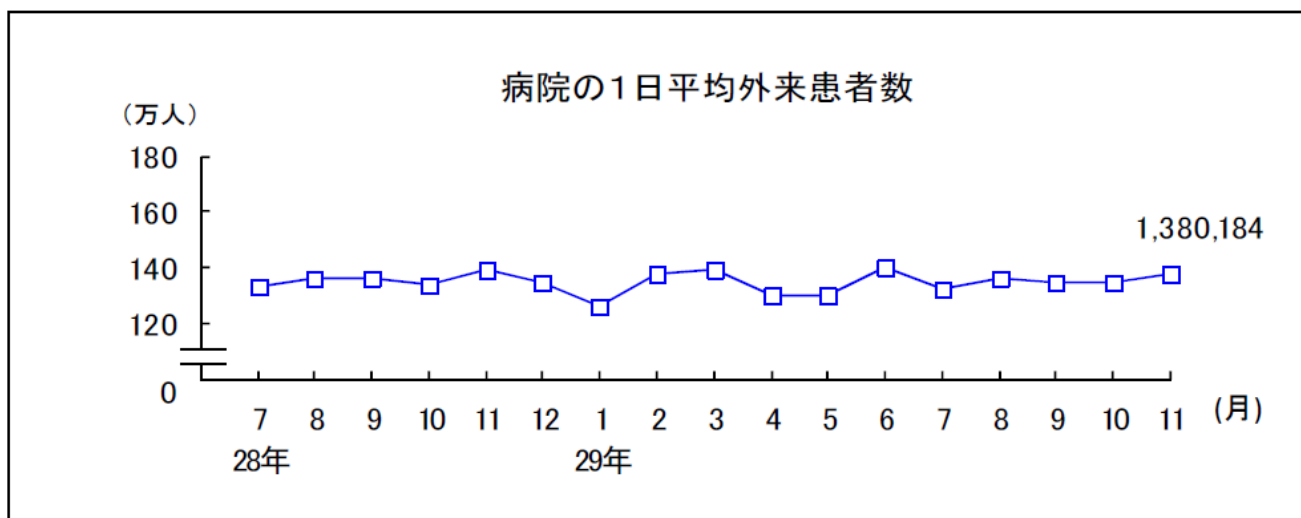
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入} \\ \text{院患者} \\ \text{数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床から} \\ \text{移された患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{退院} \\ \text{患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{同一医療機関内} \\ \text{の他の病床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

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

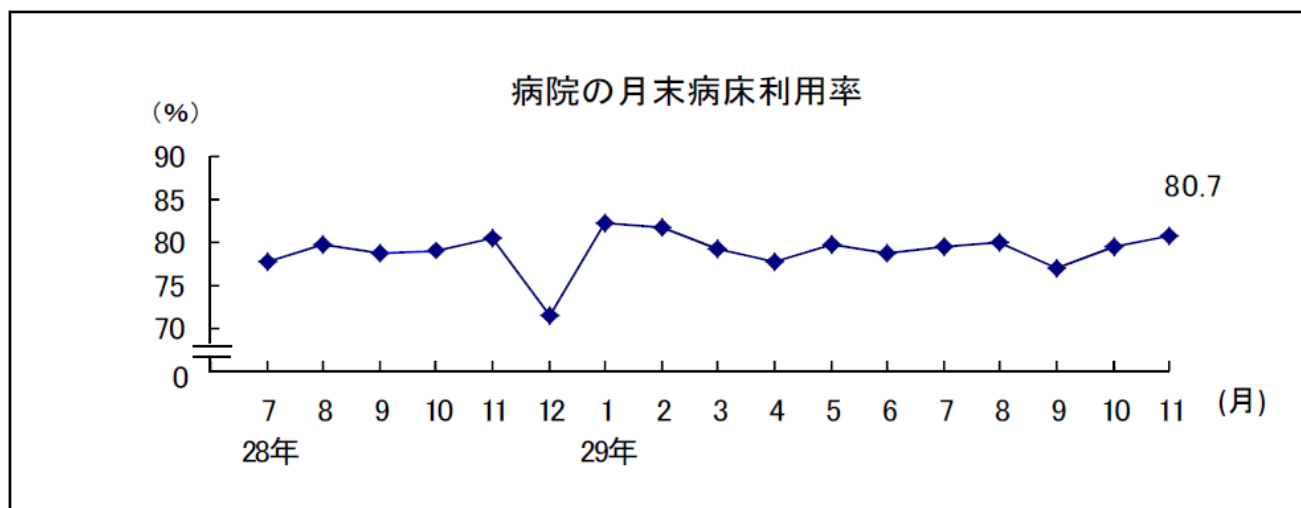
◆病院:1日平均在院患者数の推移



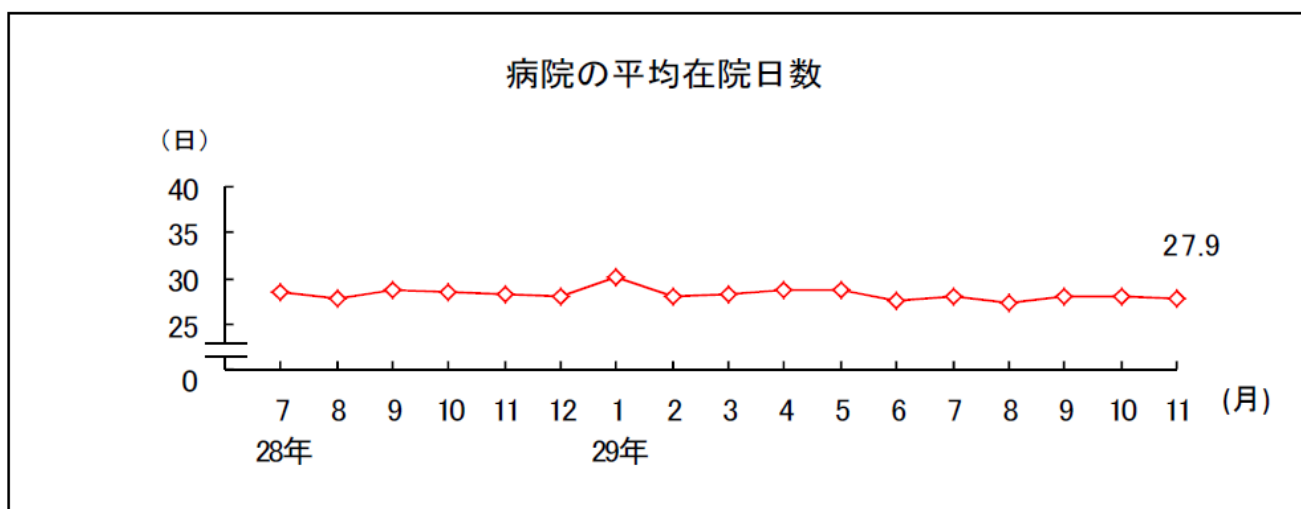
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移





経営情報
レポート
要約版



制 度 改 正

2018年診療報酬改定に対応

診療報酬改定後の 影響試算

1. 2018年度診療報酬改定による影響ポイント
2. 入院は医療需要予測による病棟再編・統合へ
3. 外来は在宅医療の取り組み強化で増収に
4. 医療と介護の連携強化に手厚い評価



※本レポートは、2018年5月12日開催 日本医業経営コンサルタント協会北海道支部研修会「診療報酬・介護報酬改定後の医療機関の対応」（講師：(株)MMオフィス 代表取締役 工藤高氏）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

2018年度診療報酬改定による影響ポイント

■ 2025 年を見据えた医療の実現と入院基本料の再編

2018 年度は、診療報酬・介護報酬の同時改定のほか、障害福祉サービス等の報酬改定も行われたことにより、医療および介護を一体としたサービスとしてとらえ、その連携の強化と質を備えた量の提供に対して、より高く評価する内容となりました。

今次診療報酬改定では、少子高齢化のさらなる進展を見据え、次のような4点を柱として、主に入院医療を中心とする見直しが実施されており、全体では 1.19%引き下げられたものの、本体改定率はプラス 0.55%（薬価等を除く）となっています。

各科ごとにみると、医科 0.63%、歯科 0.69%、調剤 0.19%がそれぞれ引き上げとなった一方で、薬価はマイナス 1.65%、医療材料マイナス 0.09%というマイナス改定となりました。

■ 2018 年度診療報酬改定の4つの柱～厚生労働省「平成 30 年度診療報酬改定の概要」

- (1) 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進
- (2) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実
- (3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進
- (4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【入院・外来をめぐる評価の改定趣旨】

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

主要な改定項目のうち入院医療では、①基本的な医療の評価部分、②診療実績に応じた段階的な評価部分、の2つの評価体系に再編・統合され、新たな評価体系となる入院料は、①急性期医療、②急性期医療～長期療養、③長期療養の3つに大別されています。

入院医療を提供する医療機関にとっては、自院の機能と地域における役割および人的資源を鑑み、新たに算定する入院基本料を選択する必要に迫られています。

2 医業経営情報レポート

入院は医療需要予測による病棟再編・統合へ

■ 急性期は今後の地域の医療需要を踏まえた対応が必要

今次改定により、入院医療については病床機能の見直しが迫られています。

急性期機能をもつ病院は、地域の急性期需要を検証し、病床利用率が低い場合には一般病床の一部を地域包括ケア病棟へ転換し、地域包括ケアシステムへの貢献と収入増を図ることが一つの手段として考えられます。

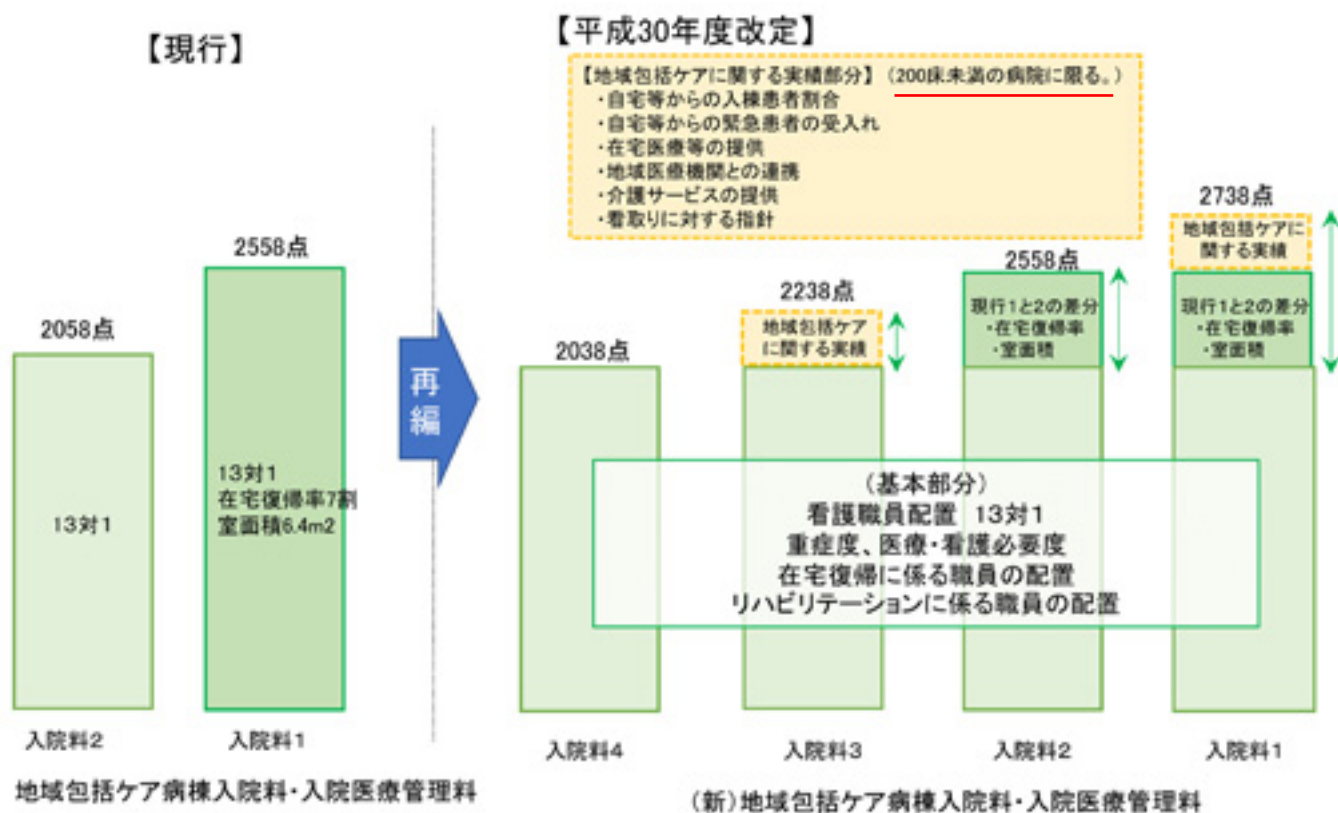
ただし、200床未満の病院に限られるため、病床数の削減が必要になるケースもあり、自院が地域から求められている機能を的確に把握することが必要です。

一方、地域包括ケア病棟の入院料1の点数が見直され、同入院料を算定することにより病床を有効活用できることで、収入増が期待できます。

また、他医療機関や介護事業所との連携は必要で、患者紹介のルート構築も重要です。

(参考) 日経ヘルスケア 2018年5月号

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ



(出典) 厚生労働省 平成30年度診療報酬改定の概要 医科 I

3 医業経営情報レポート

外来は在宅医療の取り組み強化で増収に

■ かかりつけ医機能・在宅医療を促進する改定内容

(1) 初診料の機能強化加算が新設

今回の改定では、機能強化加算（80 点）の新設が注目されています。これは、かかりつけ医機能の評価として、診療所と 200 床未満の病院で算定が可能となっています。算定要件は、以下のとおりとなっており、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含め、初診時における診療機能を評価する観点から導入されたものです。

■ 機能強化加算の概要

（新設）機能強化加算 80 点（初診時）

【算定要件】

地域包括診療加算、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又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又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出している保険医療機関（診療所又は 200 床未満の保険医療機関に限る。）において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

(2) 地域包括診療料・地域包括診療加算が引き上げ

厚生労働省は、在宅療養支援診療所以外の医療機関の訪問診療（裾野の拡大）が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには 24 時間体制の確保が負担となっていることを課題とし、要件を緩和するとともに重点配分がなされました。かかりつけ医機能を推進する観点から、24 時間対応や医師配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価しています。

■ 重点配分された主な点数

①（引き上げ）地域包括診療料 1 1,503 点⇒1,560 点 地域包括診療加算 20 点⇒25 点

イ）在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の往診等の体制を確保していること（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含むことが緩和）

ロ）常勤換算 2 名以上の医師の配置、うち常勤医師が 1 名以上に緩和

ハ）外来診療を経て訪問診療に移行した患者数 3 人（在宅療養支援診療所の場合は 10 人）以上が追加

②（新設）在総管・施設総管の継続診療加算 1 月 216 点

イ）当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること

ロ）算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24 時間の往診体制及び 24 時間の連絡体制を構築すること

ハ）訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること

（出典）厚生労働省 平成 30 年度診療報酬改定の概要 医科 I

4

医業経営情報レポート

医療と介護の連携強化に手厚い評価

■ 医療と介護の連携の促進

(1)ターミナルケアに関する報酬の要件変更

患者や家族の意向に沿った看取りを推進するため、今回の改定では訪問診療や訪問看護におけるターミナルケアにおいて「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件として追加し、評価することとなっています。

同ガイドラインは、人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示しています。

ターミナルケア加算の要件として、このガイドライン等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応することが追加されました。

■ 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン(一部抜粋)

医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

(出典) 厚生労働省 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

診療報酬改定における対応においては、在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬が、下記のとおりすべて 500 点のアップとなっています。

■ 重点配分されたターミナルケア関連の報酬

【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】

| | | | |
|---------------------------|---------|---|---------|
| (引き上げ) 機能強化型在支診・在支病(病床あり) | 6,000 点 | ⇒ | 6,500 点 |
| (引き上げ) 機能強化型在支診・在支病(病床なし) | 5,000 点 | ⇒ | 5,500 点 |
| (引き上げ) 在支診・在支病 | 4,000 点 | ⇒ | 4,500 点 |
| (引き上げ) その他の医療機関 | 3,000 点 | ⇒ | 3,500 点 |

(出典) 厚生労働省 平成 30 年度診療報酬改定の概要 医科 I



ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 社会保険・年金

外国人職員の社会保険取り扱い

外国人職員の社会保険の取り扱いは、どのようにすればよいのですか。また外国人を雇用する場合、雇用保険はかけられるのでしょうか？

外国人を雇用する場合でも、原則として日本人と同じように社会保険に加入させなければなりません。ただ、雇用保険については、永住者・日系2世・日本人の配偶者等とそれ以外の人に区分して異なる取り扱いをしています。

まず、健康保険と厚生年金保険については、外国人職員も原則として、日本人と同じ取り扱いになります。

したがって、健康保険や厚生年金保険の適用事業所が外国人労働者を雇用する場合には、加入させなければなりません。

また、労災保険は、国内の強制適用事業所で働く労働者には、国籍にかかわらず適用されますので、医療機関としては外国人職員に支払う賃金を含めて賃金総額を算出し、それに基づいた労災保険料を申告・納付することが必要です。

雇用保険については、たとえ外国人職員が失業しても、国内での求職活動や就労の範囲、期間が限られており、とりわけ雇用期間が短い場合には、受給資格を得ても失業給付を受けられないので、原則として被保険者にはなりません。

そのため労働保険料の算出にあたっては、外国人職員の雇用保険についての保険料は、申告・納付をする必要はありません。

ただし、雇用保険については、永住者、日系2世や日本人の配偶者などは、加入要件を満たせば被保険者になりますので、この限りではありません。家庭事情については、入職時に詳しく確認しておくことが望ましいでしょう。

| 日本人と同じ扱いをするもの | 日本人と扱いが異なるもの |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ●健康保険 ●厚生年金保険 ●労災保険 ●雇用保険のうち永住者等 | <ul style="list-style-type: none"> ●雇用保険 (永住者、日系2世、日本人の配偶者等を除く) |



ジャンル:労務管理 > サブジャンル:社会保険・年金

定年退職した職員の再雇用

**当院では、いったん定年退職した職員を引き続き
嘱託職員として再雇用することにしました。
この場合、社会保険の取り扱いで
注意することがあれば教えてください。**

①社会保険の取扱い

特別支給の老齢厚生年金の受給権者の場合には、定年退職日の翌日に被保険者の資格を一度喪失させ、同時に再取得の手続きをすれば社会保険の被保険者資格はそのまま継続されます。

このように、いったん資格を喪失した後に再取得の手続きを行うことによって、再雇用後に賃金が下がった場合でも月額変更に該当するまで待つことなく、再雇用後の標準報酬に応じて新しい保険料に直ちに改められることになります。

具体的には、再雇用された後に、被保険者資格喪失届と資格取得届（被扶養者がいる場合には、被扶養者異動届も提出）を被保険者証と年金手帳を添えて、同時に社会保険事務所（または健保組合）に提出します。

その際、定年退職であることを確認できる書類（就業規則の写し、退職辞令の写し、事業主の証明等）を添付します。

②労働保険の取扱い

労災保険と雇用保険は定年到達後に再雇用された場合にも、基本的には適用関係に変更はありませんので、特に手続きを行う必要はありません。

ただし、雇用保険については、定年退職後に短時間勤務に移行する場合には、一般被保険者から短時間労働被保険者へ被保険者の種別変更の手続きが必要となります。

具体的には、再雇用後の1週間の所定労働時間が30時間未満になった場合には、公共職業安定所（ハローワーク）に「区分変更届」を提出して、被保険者区分の変更手続きを行います。

なお、再雇用後の1週間の所定労働時間が20時間未満になると、雇用保険の被保険者資格がなくなるため、資格喪失届の提出が必要となります。