週刊WEB
医業経営マガジン
2018
546
10/23

医療情報ヘッドライン

かかりつけ医以外の受診を定額負担に
高額医療・医薬品の保険適用外も提言
▶財務省　財政制度等審議会財政制度分科会

75歳以上の自己負担引き上げを議論
早急に2割へ引き上げるべきと要求
▶厚生労働省　社会保障審議会医療保険部会

経営TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成30年3月分概数）

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：医業経営　サブジャンル：職員との関係
労働契約の意義
職員の解雇をめぐる問題

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

発行：税理士法人　常陽経営

医療情報ヘッドライン❶

かかりつけ医以外の受診を定額負担に 高額医療・医薬品の保険適用外も提言

財務省　財政制度等審議会財政制度分科会

財務省は 10 月 9 日の財政制度等審議会財政制度分科会で、社会保障についての改革案を示した。

医療分野に関しては、かかりつけ医以外を受診した場合、通常の自己負担に加えて定額負担を設けることや、「高度・高額な医療技術や医薬品」を保険適用外とすることも提言している。

■受診1回あたりの保険点数が500点未満と少額の外来患者が約4割を占めている

かかりつけ医以外の受診に定額負担を導入するのは、かかりつけ医への誘導を促進することを目的とする。

また、諸外国と比較すると日本の外来受診頻度は高いため、「限られた医療資源の中で医療保険制度を維持する」ため、一定の追加負担が必要だとしている。

受診 1 回あたりの保険点数が 500 点未満と少額な患者が約 4 割を占めていることも、定額負担を求める理由のひとつとする。

1 回 1 ユーロとなっているフランスの受診時定額負担制度をモデルとしているため、実際に導入が決まれば 100 円台前半の金額からスタートすることになるだろう。

ただし、本当に導入が決定するかは未知数であるが、財務省はこれまで再三にわたって受診時定額負担の必要性を訴えているものの、厚生労働省からその都度却下されていることをその理由としている。

とりわけ、診療側である日本医師会は強く反対してきており、今回も同様に反発することは間違いない。

少額医療を軽視すれば重度化を助長するとの意見も根強いため、今回も同様に却下される可能性が高い。

■「2025年問題」を目前に控え、次期診療報酬改定をめぐる折衝は従来以上に厳しい

日本医師会は、医療費削減を進めるための“駆け引き”として、同じ提言を持ち出しているとも推測される。

財務省は、医療費・介護費と雇用者報酬の推移を並べたグラフを提示したうえで「医療費・介護費の伸びを放置すれば、今後も保険料負担の増加は免れず、雇用者の実質賃金の伸びは抑制される」と断言する。

さらに、「増大し続ける医療費・介護費を予防医療によって抑制することはほぼ不可能」「予防医療は医療費を削減するのではなく、むしろ増加させる」との学者の意見を引き、これまで社会保障費抑制のために予防医療を促進すべきとしてきた政府方針を覆すような主張すら展開している。

これらの提言は、少なくとも社会保障費を本気で抑制しようという財務省の姿勢を鮮明に示しているといえる。

「2025 年問題」を目前に控え、次期診療報酬改定をめぐる折衝は従来以上に厳しいものとなることが予想される。

医療情報ヘッドライン②

75歳以上の自己負担引き上げを議論 早急に2割へ引き上げるべきと要求

厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

10月10日、厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会が開かれ、後期高齢者（75歳以上）の自己負担引き上げについて議論を展開し、診療側委員は反発するも、支払側委員は現役世代の負担が限界に近づいているとして、早急に2割へと引き上げるべきだと求めた。

■高齢者医療への拠出金負担割合が50%を超えている健康保険組合が35.2%を占める

現在、75歳以上となる後期高齢者の医療費自己負担割合は原則1割（現役並み所得者は3割）とされている。6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2018（骨太方針2018）」で原則2割へと引き上げることを検討することが明記され、財務省財政制度等審議会も同様の提言を行っている。

この背景にあるのは、いわゆる「2025年問題」だといえる。

第一次ベビーブーマーである団塊の世代が2025年に75歳を迎えるため、前年は2割負担だった当該層が一気に1割負担となってしまう。

当然、現役世代の保険料負担が増すため、制度自体が崩壊することにもなりかねない。

すでに、支払側委員が主張したように、現役世代の負担はかなり重くなっており、健康保険組合連合会（健保連）が9月25日に発表した決算見込みによれば、高齢者医療への拠出金負担割合が50%を超えている組合が35.2%にのぼっている。

■来年度はともかく近い将来の引き上げは避けられないか

健保連は、2025年には全体の4分の1の組合が解散危機を迎えるとの見方も示しており、すでに大規模な組合が相次いで解散した。現役世代が高齢者を支えるという構図自体が成り立たなくなりつつある。政府や財務省が相次いで負担割合引き上げを求めている現状を踏まえれば、来年度はともかく近い将来の引き上げは避けられないだろう。

ちなみに、70～74歳の前期高齢者は1割から2割へと段階的に引き上げられてきており、今年度中に完了する。新たに70歳になった人も2割負担となる。

一方、診療側委員が主張するように、年金のみで生活する高齢者も多いため、負担割合を引き上げることはセーフティネットの崩壊につながる可能性もある。

そうした部分も含め、厚労省が今後どのような舵取りをしていくのか注視していきたい。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜粋

病院報告
（平成30年3月分概数）

厚生労働省　2018年7月5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30年3月	平成30年2月	平成30年1月	平成30年3月	平成30年2月
病院					
在院患者数					
総数	1 269 911	1 295 317	1 262 713	△ 25 406	32 604
精神病床	284 168	284 574	283 869	△ 406	705
結核病床	1 580	1 622	1 653	△ 42	△ 31
療養病床	287 601	288 866	285 905	△ 1 265	2 961
一般病床	696 502	720 179	691 208	△ 23 677	28 971
(再掲)介護療養病床	41 563	42 168	42 441	△ 605	△ 273
外来患者数	1 361 499	1 356 981	1 269 738	4 518	87 243
診療所					
在院患者数					
療養病床	4 977	5 086	5 066	△ 109	20
(再掲)介護療養病床	1 870	1 915	1 933	△ 45	△ 18

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30年3月	平成30年2月	平成30年1月	平成30年3月	平成30年2月
病院					
総数	77.6	82.6	82.9	△ 5.0	△ 0.3
精神病床	85.2	85.5	85.4	△ 0.3	0.1
結核病床	31.0	30.7	31.1	0.3	△ 0.4
療養病床	87.8	88.6	88.4	△ 0.8	0.2
一般病床	71.4	79.7	80.5	△ 8.3	△ 0.8
介護療養病床	90.0	90.7	90.0	△ 0.7	0.7
診療所					
療養病床	55.2	56.6	57.2	△ 1.4	△ 0.6
介護療養病床	69.4	69.7	71.2	△ 0.3	△ 1.5

注１）　月末病床利用率 ＝ $\dfrac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}}$ ×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30年3月	平成30年2月	平成30年1月	平成30年3月	平成30年2月
病院					
総数	28.1	28.3	29.7	△ 0.2	△ 1.4
精神病床	258.0	268.2	289.3	△ 10.2	△ 21.1
結核病床	62.5	64.9	70.1	△ 2.4	△ 5.2
療養病床	136.9	138.1	149.0	△ 1.2	△ 10.9
一般病床	16.4	16.7	17.2	△ 0.3	△ 0.5
介護療養病床	288.9	298.5	334.2	△ 9.6	△ 35.7
診療所					
療養病床	91.4	93.9	99.2	△ 2.5	△ 5.3
介護療養病床	121.9	117.3	135.6	4.6	△ 18.3

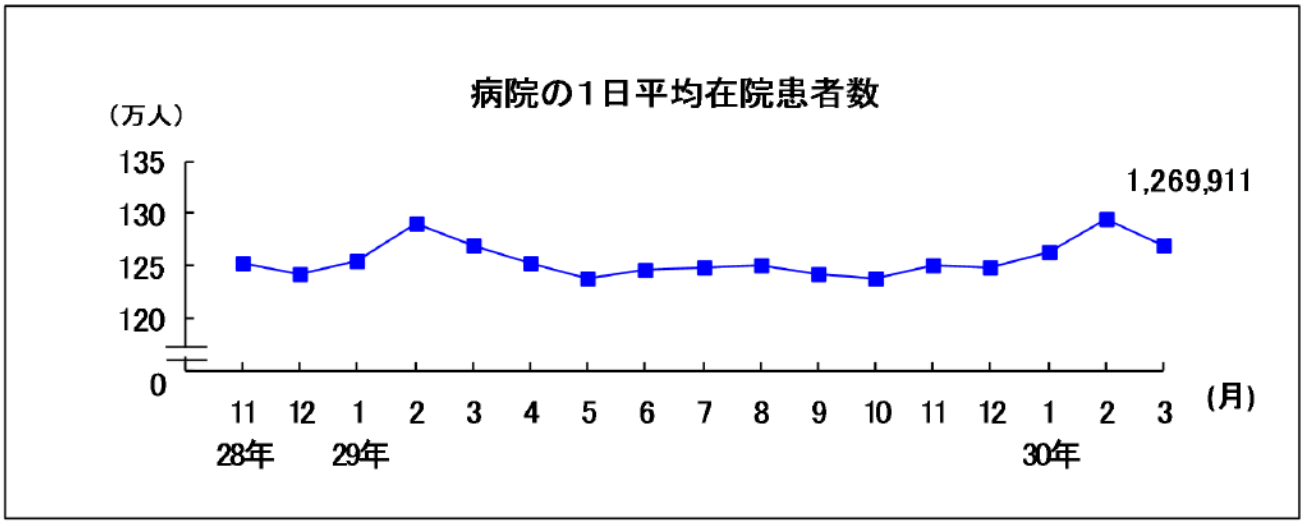
注１）　平均在院日数 ＝ 在院患者延数 ／ １／２（新入院患者数＋退院患者数）

＝ 在院患者延数 ／ １／２（新入院患者数 ＋ 同一医療機関内の他の病床から移された患者数 ＋ 退院患者数 ＋ 同一医療機関内の他の病床へ移された患者数）

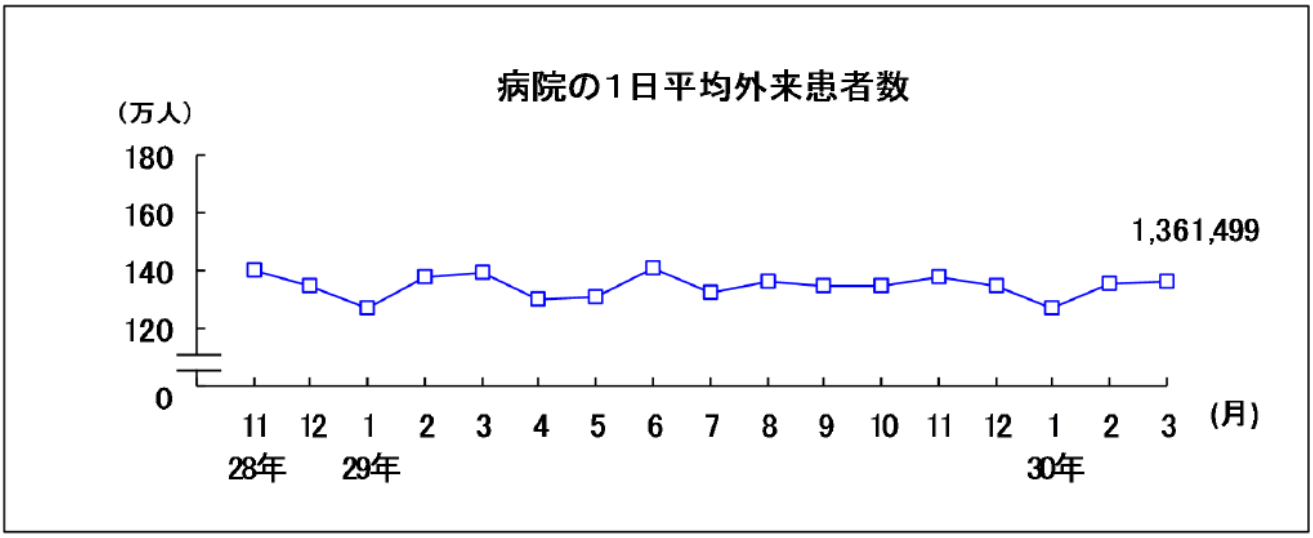
ただし、療養病床の平均在院日数

注２）　病院の総数には感染症病床を含む。

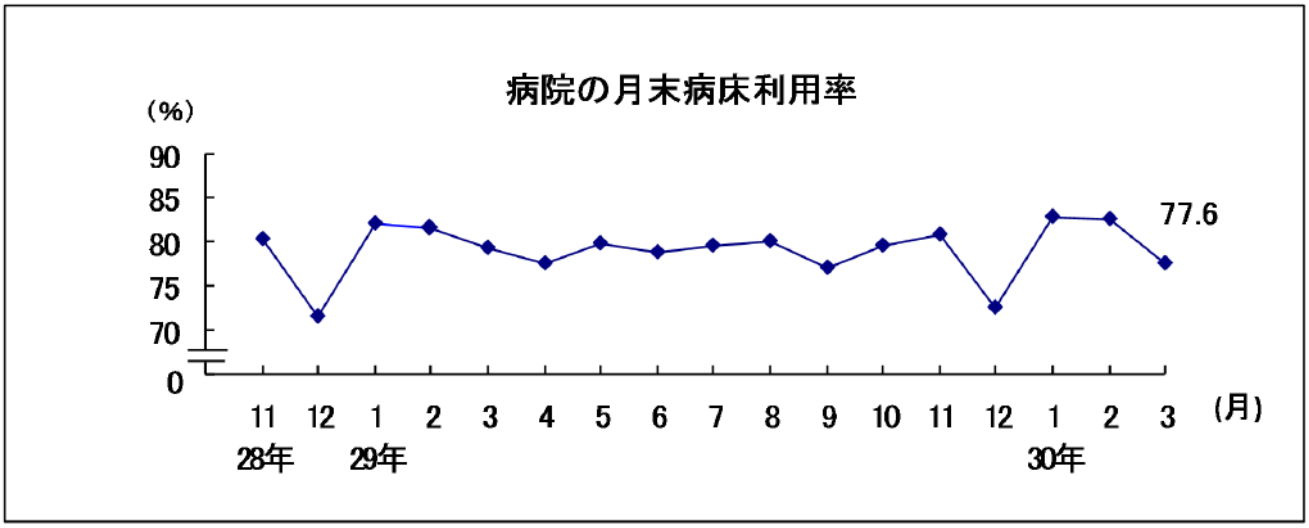
◆病院:1日平均在院患者数の推移



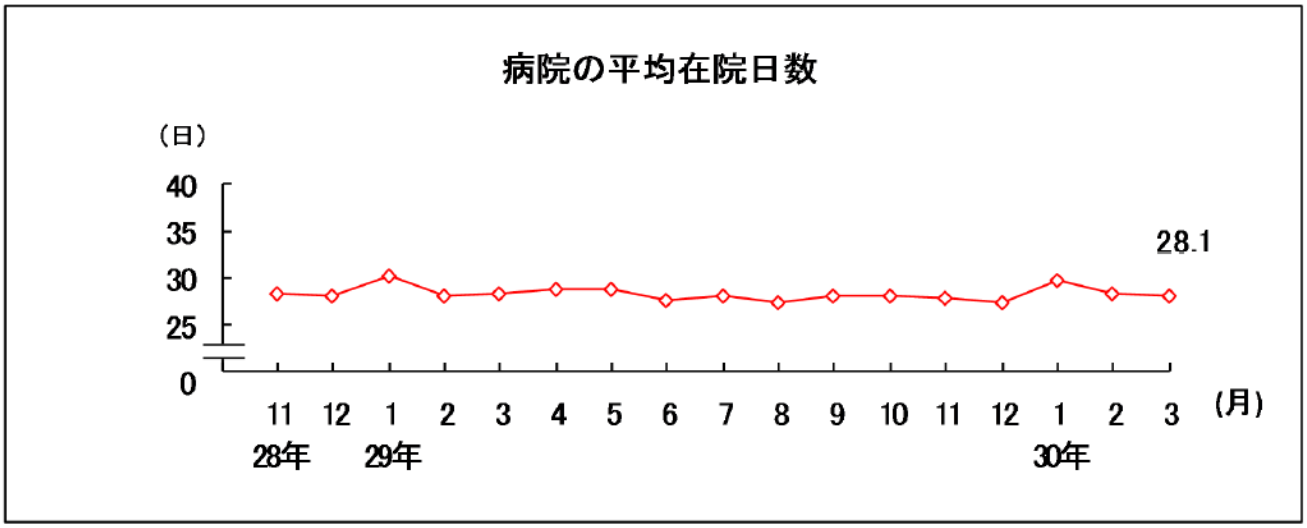
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆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

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）、㈱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：㈱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になったものといえます。

◆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%

＊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

【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

●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

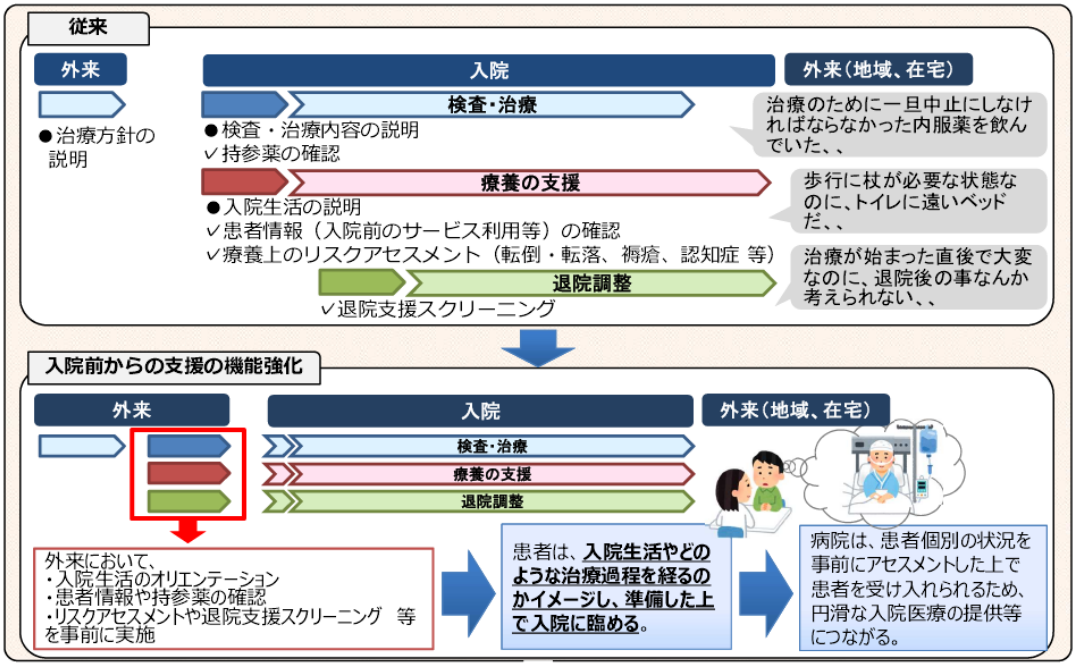
■ 外来機能強化を促す改定

(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した。

外来医療においては、こうした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。

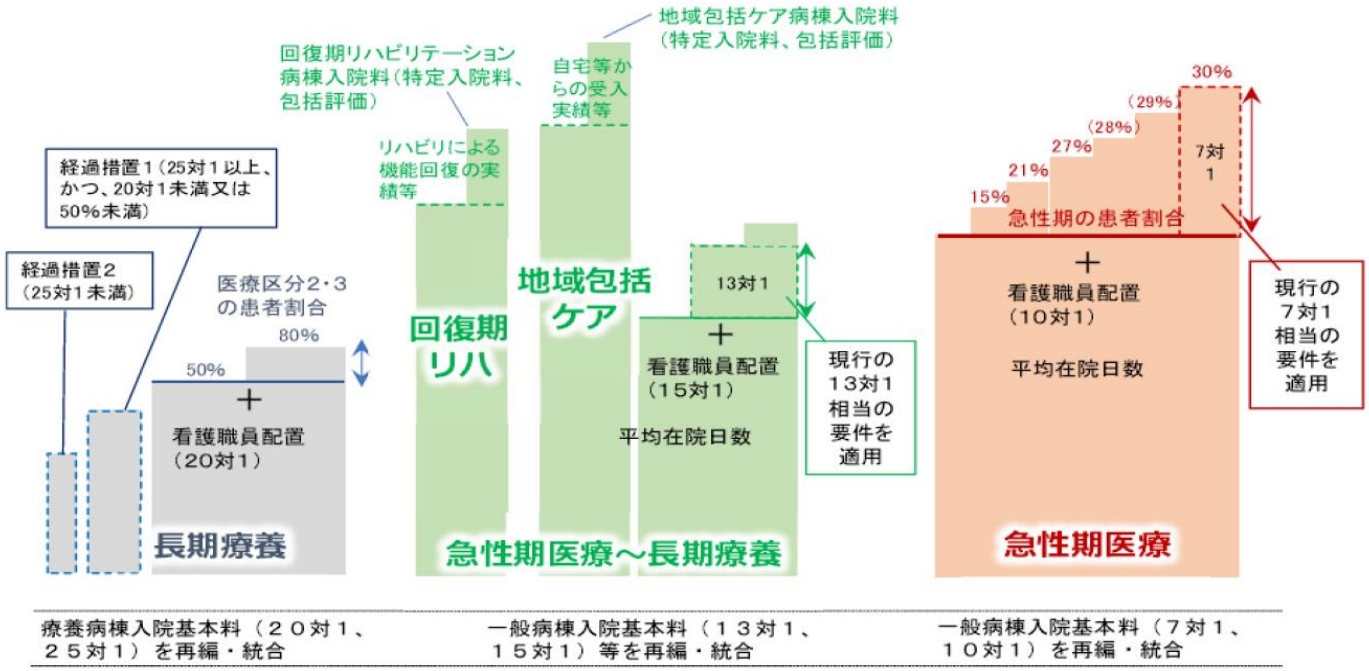
- ●７：１入院基本料算定病床の減少
- ●地域包括入院基本料（入院診療料）算定病床の激増
- ●回復期リハビリテーション病棟入院料算定の増加

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

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：医業経営 ＞ サブジャンル：職員との関係

労働契約の意義

労働契約とは、どのような内容と意義を持つのでしょうか。

労働者（使用人・被用者＝職員）が使用者に対して労務（労働）を提供し、使用者はその対価として報酬（賃金）を支払うことを約することを内容とした契約を労働契約といいます。

ここで、労働者とは職業の種類を問わず、労働基準法の適用される事業・事業所に使用され、賃金の支払を受ける者をいいます。ただし、家事使用人は含まれません。そして、この個別的な労使関係について定めた法律が労働基準法です。

労働契約は、期間の定めのないものを除き、一定の事業の完了に必要な期間を定めるものの他は、原則として１年を超える期間を定めることはできません。また、今後はこの期間を３年とするなど、有期の労働契約の期限が伸長される見通しです。

労働契約の締結により、労働者は労務を提供する義務を負い、報酬を請求する権利を有します。

一方、使用者は、労働者より労務の提供を受ける権利があり、それに対し報酬を受ける義務を負います。また、労働者の生命・健康等を危険から保護するように配慮する義務（安全配慮義務）を負うものとされます。

一方、労働基準法は、労働者保護を目的として、労働契約の締結時における規制や労働契約に付随する契約に関する規則を定めています。

具体的には、契約締結時において、下記のような規制があります。

①均等待遇	②労働条件の明示	③損害賠償額の予定の禁止
④前借金相殺の禁止	⑤強制貯金の禁止	

労働契約も契約である以上、売買契約等と同様に、締結に際して基本的には契約自由の原則が妥当します。しかし、労働契約の締結については、募集・採用に関する規制や採用内定等をめぐる規制がなされています。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：医業経営 ＞ サブジャンル：職員との関係

職員の解雇をめぐる問題

法的に解雇が認められるのは、どのような場合でしょうか。

職員の解雇については、正当な事由が必要とされています。

解雇とは、使用者の一方的な意思表示によって労働契約を終了させることを意味し、原則自由とされていますが、判例において正当な事由を欠く解雇は、権利の濫用にあたり無効という判断がなされています。

解雇事由については、就業規則に明記されているのが通常であり、次のものがあげられます。

①長期欠勤	②勤務不良	③人員整理

上記のように業務上の都合等が挙げられているのが一般的ですが、労働基準法、男女雇用機会均等法、労働組合法、労働協約等によっても制限がなされています。

期間の定めのない労働契約は、２週間前に解約の申し入れをすることにより終了します。

つまり、一方当事者よりの意思表示で労働契約を終了させることができることとなっています。

しかし、労働基準法においては、使用者からの解約（解雇）は、職員の生活に重大な影響を与えることから、解雇予告期間を３０日に延長しており、また予告期間を設けない場合には、３０日分以上の平均賃金（解雇予告手当）を支払わなければならないと定められています。

そして、予告手当なしの即時解雇は、やむを得ない事由のため事業の継続が不可能となった場合と、職員に責任のある場合に限って認められるとしています。

このうち、職員に責任のある場合の解雇には、懲戒処分のひとつである懲戒解雇が挙げられます。

懲戒解雇は最も重い懲戒処分であり、通常解雇予告はなされず、予告手当も支給されません。

また、一般に就業規則において、退職金の全部または一部が不支給である旨を定めているほか、再就職にも支障が生じる可能性があるため、職員に不利益が生じるので、処分は慎重に行うことが必要です。