

2015.02.17

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

指定難病の検討対象 610 疾病を公表
41 疾病が指定難病へ

厚生労働省

“残業代ゼロ”制、臨床医は対象外の方針か
新たな労働時間制度発表

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料

介護給付費実態調査月報
(平成 26 年 11 月審査分)

3 経営情報レポート

主治医機能を見据えたサービス提供がカギ！
在宅復帰促進策への経営対応

4 経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:経営ビジョン達成型人事制度
「病院理念」「経営ビジョン」とは
経営ビジョン達成型人事制度の特性

指定難病の検討対象 610 疾病を公表 41 疾病が指定難病へ

厚生労働省は2月4日、厚生科学審議会・疾病対策部会の「指定難病検討委員会」を開催し、検討対象となる610の疾病リストが公表された。同委員会は、2015年夏から医療費助成の対象となる指定難病第2次実施分を検討するもので、この日は第2次実施・対象疾病拡大に向けて「個別疾患の検討」を行った。

検討対象は、「先天性ミオパチー」、「神経フェリチン症」、「先天性核上性球麻痺」、「ミオクロニー欠神てんかん」、「スタージー・ウェーバー症候群」など21の神経疾患と20の難治性てんかんの41疾患を対象に検討し、個々の疾病ごとに概要（原因・症状・治療法・予後）や要件の判定に必要な事項（患者数・発病の機構・効果的な治療方法・長期の療養・診断基準・重症度分類）等を基に検証した。

厚労省によると、検討対象の610疾病のうち指定難病の要件を満たしているのは約200疾病で、要件を満たせば、原則的に指定難病に選ばれる。検討委員会で確認した後、3月からパブリックコメントや学会への意見聴取を行い、5月頃に取りまとめで、医療費助成の開始は7月を予定している。厚労省は2月中に委員会での検討を終わらせたい意向で、3回程程度の会議で残り569疾病を検討する。

同日に指定難病の要件を満たしていること

が確認された41疾病は、以下のとおりとなっている。

(1)先天性ミオパチー (2)マリネスコ・シェーグレン症候群 (3)筋ジストロフィー (4)非ジストロフィー性ミオトニー症候群 (5)周期性四肢麻痺 (6)アトピー性脊髄炎 (7)脊髄空洞症 (8)顕在性二分脊椎 (9)アイザックス症候群 (10)遺伝性ジストニア (11)神経フェリチン症 (12)脳表ヘモシデリン沈着症 (13)禿頭と変形性脊椎症を伴う劣性遺伝性白質脳症 (14)皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体性優性脳動脈症 (15)神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症 (16)前頭側頭葉変性症 (17)ピッカーstaff型脳幹脳炎 (18)けいれん重積型（二相性）急性脳症 (19)先天性無痛症 (20)アレキサンダー病 (21)先天性核上性球麻痺 (22)メビウス症候群 (23)中隔視神経形成異常症 (24)アイカルディ症候群 (25)片側巨脳症 (26)限局性皮質異形成 (27)神経細胞移動異常症 (28)先天性大脳白質形成不全症 (29)ドラベ症候群 (30)海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん (31)ミオクロニー欠神てんかん (32)ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん (33)レノックス・ガストー症候群および関連脳症 (34)片側けいれん片麻痺てんかん症候群 (35)環状20番染色体症候群 (36)ラスムッセン症候群 (37)PCDH19 関連症候群 (38)難治頻回部分発作重積型急性脳炎 (39)徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症および関連症候群 (40)レット症候群 (41)スタージー・ウェーバー症候群

“残業代ゼロ”制、臨床医は対象外の方針が 新たな労働時間制度発表

厚生労働省は2月6日、働いた時間ではなく成果で賃金を決める新制度「高度プロフェッショナル労働制」の骨格をまとめ発表した。この制度は、一定の収入がある場合に労働基準法の労働時間や休日深夜の割増賃金に関する規定が適用除外となり、残業代の概念が無くなる可能性のある働き方を指し、昨年からの労働政策審議会の分科会で検討していた。

同分科会に提示した労働時間の規制緩和の骨子案によると、新制度の対象は年収基準1075万円以上で、「高度の専門的知識等を要し、業務に従事した時間と成果との関連性が強くない者」に限るとしているが、この線引きが曖昧と指摘されている。

対象業務は、金融商品の開発業務、金融商品のディーリング業務、アナリストの業務(企業・市場等の高度な分析業務)、コンサルタントの業務(事業・業務の企画運営に関する高度な考案又は助言の業務)、研究開発業務等を指すとする。

また、年収基準1075万円の根拠は、勤労者の平均年収のおよそ3倍(賞与除く)とされているが、明確ではない。

医療機関の医師等の対応では、「臨床医については、自分で業務をコントロールすることができるような仕事の性質ではない」として、厚労省(労働基準局労働政策課)の担当者は

対象外となるとの見込みを示しているとみられる。ただし、一部研究職においては、適用される可能性がある。

「高度プロフェッショナル労働制」は1月16日に開かれた同審議会で示された骨子案に提示された。この制度の対象者の詳細については、法改正後に省令で定めるとした。

そのうえで、長時間労働を防ぐため、ひと月の労働時間に上限を設けたり、仕事を終えてから次の出勤までの間に一定の休息時間を設けたりすることを条件としている。この案について経済団体の代表は、「経済再生に資する内容でこの案をベースに議論を進めたい」と賛成した一方で、労働組合の代表は「長時間労働を防ぐための実効性のある規制が盛り込まれておらず極めて遺憾」として強く反発した。

また、骨子案には新たな労働時間制度とは別に、一般の労働者の長時間労働対策として月60時間を超える残業代の割増率を、中小企業でも今の25%以上から大企業と同じ50%以上に引き上げることも盛り込まれたが、導入の時期については、中小企業の負担が大きくなるため、今後議論するとされた。

同審議会は労働基準法の改正に向けて、今月中にも報告書を取りまとめたいとしているが、調整は難航が予想される。

介護給付費実態調査月報 (平成26年 11 月審査分)

調査の概要

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

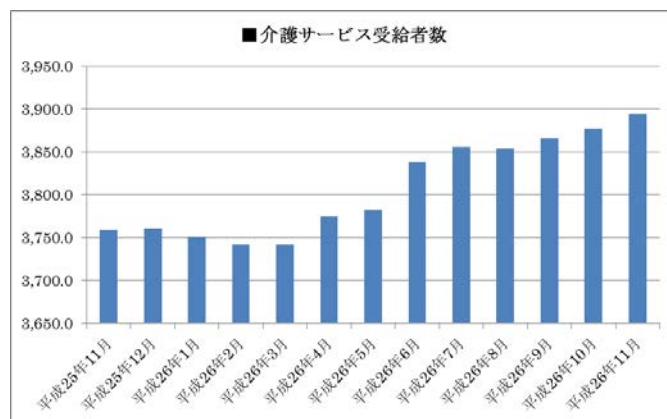
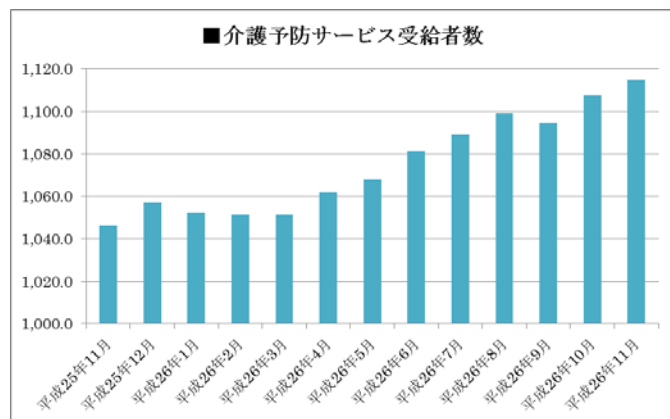
各都道府県国民健康保険団体連合会が審査した介護給付費明細書、給付管理票等を集計対象とし、過誤・再審査分を含まない原審査分について集計している。

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

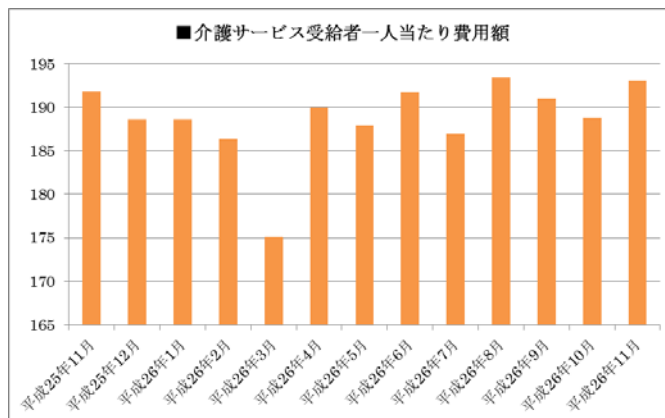
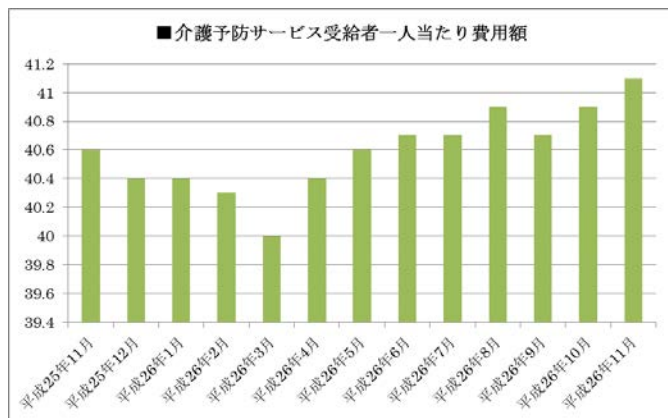
1 受給者数

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 1114.5 千人、介護サービスでは 3894.5 千人となっている。



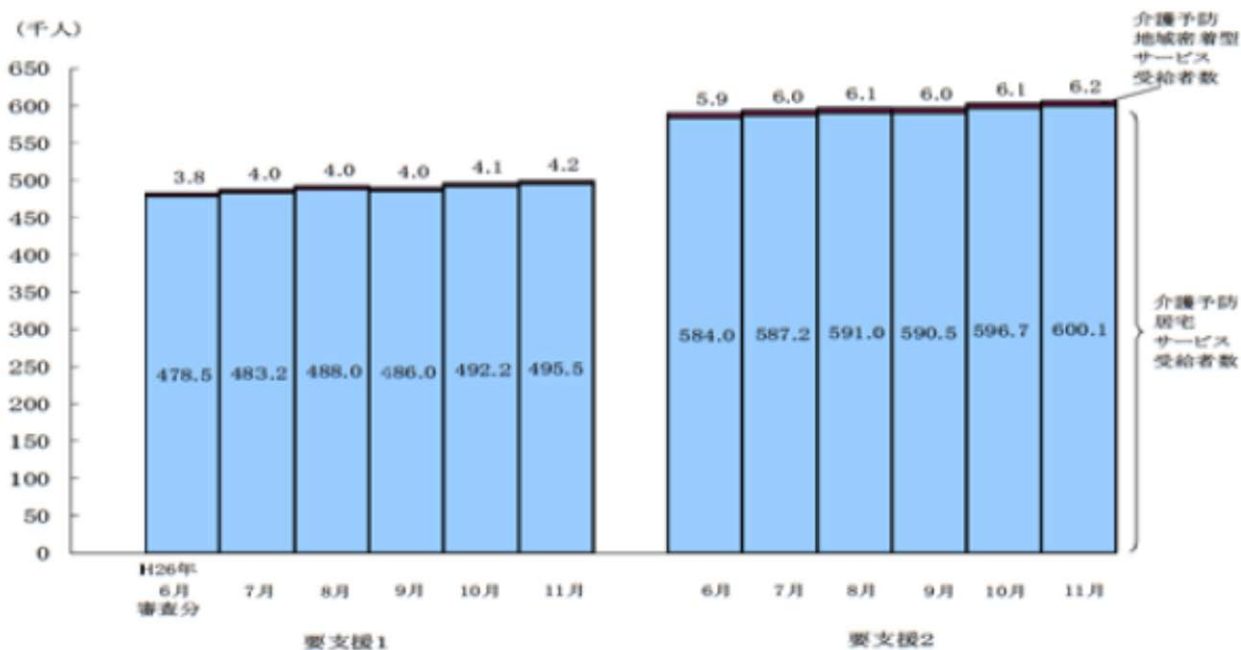
2 受給者1人当たり費用額

受給者1人当たり費用額は、介護予防サービスでは41.1 千円、介護サービスでは193.1千円となっている。



3 介護(予防)サービス受給者の状況

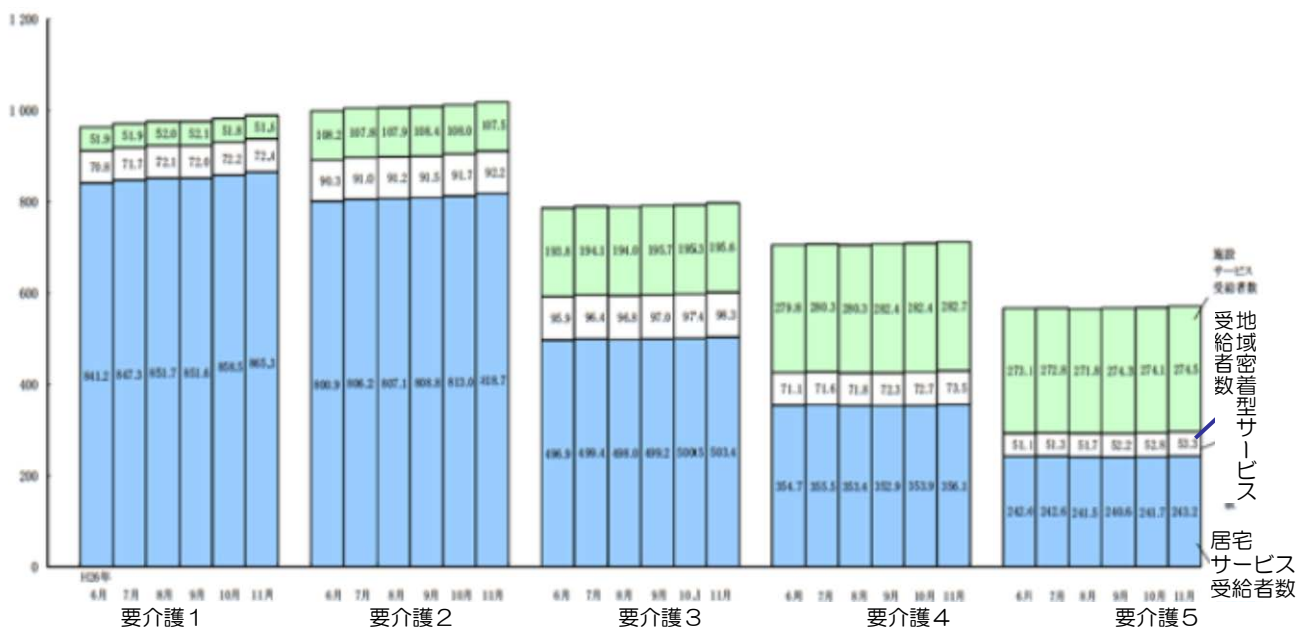
図1 要支援状態区別にみた受給者数（平成26年6月審査分 ～ 平成26年11月審査分）



注：介護予防地域密着型サービス、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26年6月審査分～平成26年11月審査分)

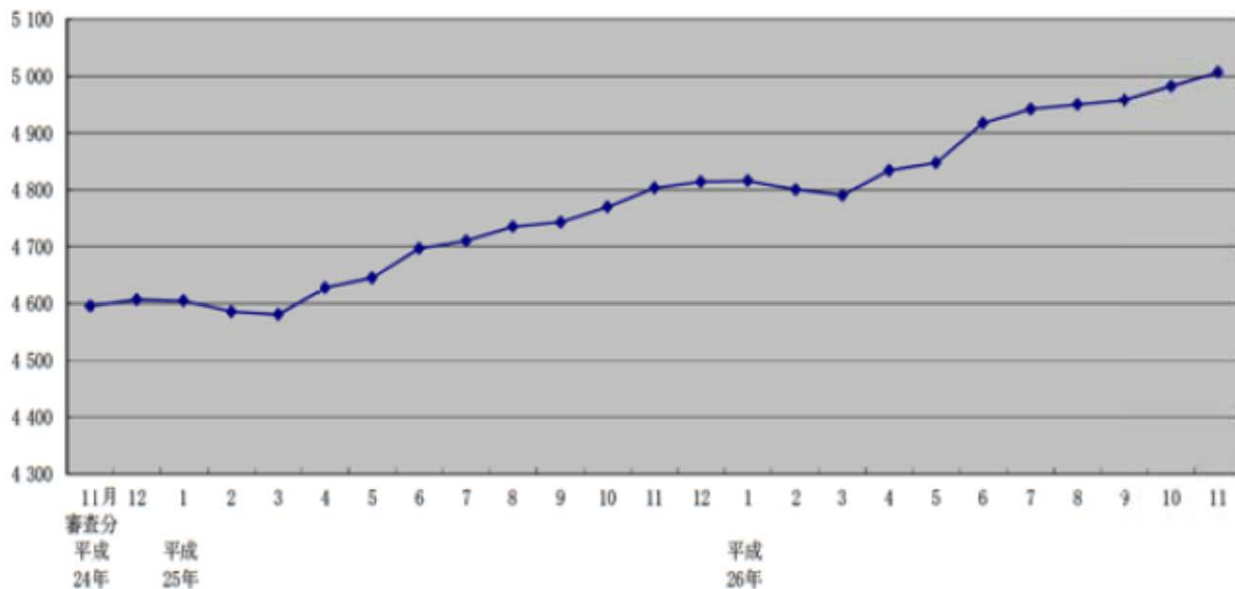
(千人)



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24年11月審査分～平成26年11月審査分)

(千人)



「介護給付費実態調査月報(平成26年11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。

主治医機能を見据えたサービス提供がカギ！ 在宅復帰促進策への経営対応

ポイント

- 1 在宅復帰促進策で拡大する在宅市場
- 2 在宅医療における大幅減算と緩和策への対応
- 3 主治医機能の強化で地域から信頼される診療所へ
- 4 地域包括ケアを見据えた取り組み事例



2 在宅医療における大幅減算と緩和策への対応

■「同一建物大幅減算」の影響

(1)「同一建物・複数患者」の大幅減算

2014年度改定では、「同一建物における複数患者」いわゆる施設系在宅患者に対する訪問診療料の大幅減算が大きな反響を呼びました。こうした背景には、高齢患者を短時間にまとめて診る「まとめて診療」や「患者紹介ビジネス」など、いくつかの不適切な事例に対する厚労省の戒め的な措置として捉えるべきでしょう。

■改定前後の訪問診療料の推移

対象施設			従前		2014年改定	
機能強化型	有床	処方箋有り	3,600点	→	同一建物居住者以外	3,600点
					同一建物居住者	870点
	有床	処方箋なし	3,900点	→	同一建物居住者以外	3,900点
					同一建物居住者	1,170点
	無床	処方箋有り	3,300点	→	同一建物居住者以外	3,300点
					同一建物居住者	800点
在宅療養支援診療所	有床	処方箋有り	3,000点	→	同一建物居住者以外	3,000点
					同一建物居住者	720点
	有床	処方箋なし	3,300点	→	同一建物居住者以外	3,300点
					同一建物居住者	1,020点
在宅療養支援診療所以外	有床	処方箋有り	1,500点	→	同一建物居住者以外	2,250点
					同一建物居住者	540点
	有床	処方箋なし	1,800点	→	同一建物居住者以外	2,550点
					同一建物居住者	840点

上記のように、改定後の訪問診療料は、同一建物居住者以外でほぼ現状維持、同一建物居住者では、53～76%の大幅ダウンとなり在宅医療のあるべき姿を突き付けられた形となりました。

(2)自宅対応の在宅専門診療所・後方支援病院は高評価

在宅医療については、それを担う医療機関の確保と高い在宅医療の推進をテーマとして掲げており、在宅療養支援診療所（以下在支診）に限らず、広く訪問診療を行っている診療所とその後方支援病院について高く評価するとして診療報酬上の加算などが設定されています。

①在宅療養後方支援病院の評価

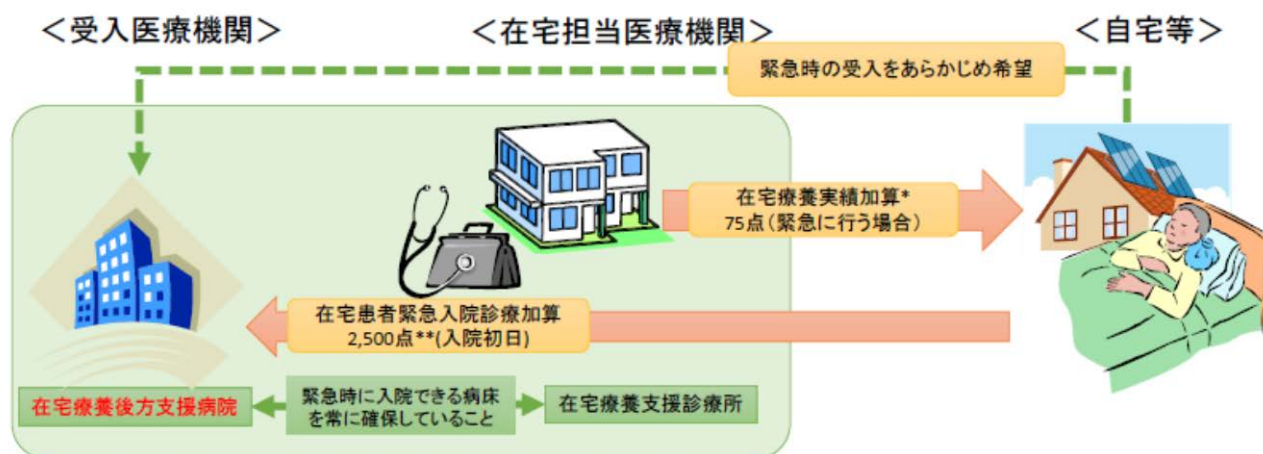
- 在宅患者緊急入院診療加算
- 在宅患者共同診療料

②在宅医療の質の強化

- 機能強化型在支診等の実績要件強化
- 薬剤や衛生材料等の供給体制の整備
- 在宅歯科診療の推進
- 在宅薬剤管理指導業務の推進

③在宅医療を担う医療機関の質的確保

- 実績のある在支診の評価
- 在支診以外の在宅時医学総合管理料等の評価



* 在宅療養支援診療所で算定可能な緊急に行う往診料の加算(650点)に加えて、さらに加算する

**在宅療養後方支援病院であって、あらかじめ当該病院を緊急時の入院先とすることを希望していた患者の場合

新設されたこれら加算の算定要件としては、緊急往診や看取りの実績が必要となりますので、注意を要します（緊急往診は年10件以上、看取りは年4件以上）。

(1)「同一建物・複数患者」緩和策の概要

前述の「同一建物における複数患者」の問題は、その後『施設を訪問する医師がいなくなる』といった保険医協会からの反発もあり、厚労省では本年3月5日「1回の訪問で複数の患者を診療しても、それ以外の訪問で複数の日に分けて1人ずつ診療すれば減算されない」、という緩和策を打ち出しました。

(2)苦戦を強いられる1人医師の診療所

緩和策がとられたとはいえ、1日1人ずつ診ることができるのはマンパワーを抱える大きな在宅専門クリニックに限られ、医師1人で外来診療を行っている診療所では対応困難なのが実情です。どうにか対応して収益を確保している診療所がある一方で、施設への訪問診療から全面的に撤退するケースも増加し始めています。

診療報酬改定による厳しい影響下で、1人医師体制で外来診療と高齢者施設等への訪問診療を行うためには、綿密かつ実効性のあるスケジューリングと、患者情報の管理徹底が求められることはいうまでもありません。

3 主治医機能の強化で地域から信頼される診療所へ

■ 主治医機能強化策の概要

(1) 地域包括診療に係る評価の創設

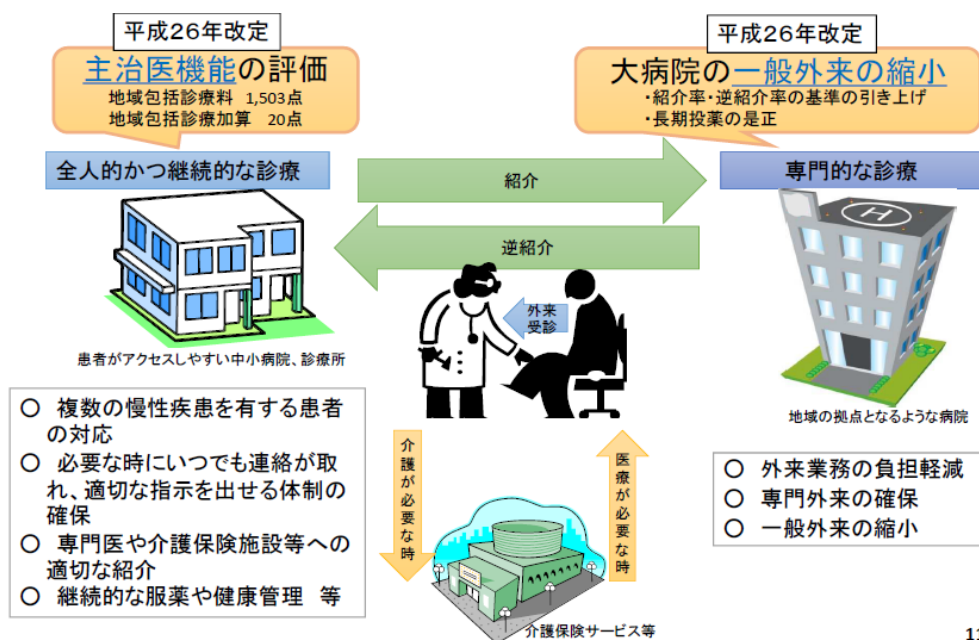
2014年度改定で新設された「主治医（かかりつけ医）機能の評価」の意義についての重要キーワードは、「地域包括診療料」及び「地域包括診療加算」です。この診療料と加算は、医師が複数の慢性疾患を有する患者を対象として、療養上必要な指導や服薬及び薬歴管理、健康管理、介護保険への対応、在宅医療の提供、24 時間対応などを行う場合に算定できる外来診療における診療報酬点数です。調剤薬局などとの連携や常勤医師の必要数（3人）などの要件があり、ハードルとしては決して低いとはいえません。

中小病院とサテライト等のグループ診療所を対象として想定されている同診療料は、月1回算定1,503点と比較的高く設定されましたが、一般診療所を対象とした同加算は1回20点と著しく低い設定となっていることから、なかなか踏み切れないままであるのが実情のようです。

(2) 診療所が担う外来機能と役割分担

主治医機能の評価は、基本的には対象となる高齢者の患者に対して継続的・全人的な医療を提供する医師をかかりつけ医として評価するという趣旨であり、外来機能の役割分担という観点から、以下のように診療所を位置づけています。

■ 外来機能の役割分担



11

(出典：厚生労働省保険局医療課)

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。

経営データベース ①

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 経営ビジョン達成型人事制度



「病院理念」「経営ビジョン」とは

当院では、病院理念は掲げていますが、具体的な経営ビジョンは打ち出していません。「経営ビジョン」とはどのようなものですか？



医療機関が円滑に人事制度改定を図るには、「病院理念」「経営ビジョン」を全職員に浸透させる必要があります。つまり、人事制度改定の前提として、「病院理念」とともに「経営ビジョン」の設定が求められるということです。

まず「病院理念」とは、「全職員が共有する共通の価値観」であり、「自院の存在意義」「経営の姿勢」「行動規範」といったものが盛り込まれます。

これに対し「経営ビジョン」とは、自院の「将来のありたい姿」を目標到達レベルと時間軸によって設定するものです。つまり、ビジョンは現状の延長ではなく、病院理念をベースとした質的かつ量的な到達点を示しています。

例えば、開設20年、一般・回復期リハ・介護のケアミックスの病棟を持つ内科系病院（病床160床）のケースでは、その理念として、

- 1 医療・介護サービスを通じて、地域住民に安心・安全で健康的な生活を提供する
- 2 患者様を中心とした組織的な医療・介護サービスを提供する
- 3 職員がやりがいを持って仕事のできる組織風土をつくる

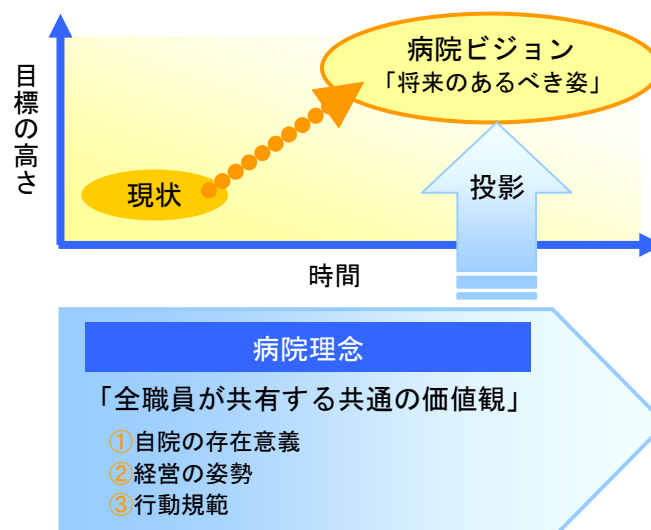
というものが挙げられます。

さらに、この理念をベースとして、

- 1 成人・高齢者を対象に、亜急性期医療と介護療養機能を提供する地域基幹病院としての体制を確立する
- 2 国際レベルの医療技術と患者サービスを提供できる経営管理体制、組織体制を整備する

といったビジョンを掲げ、今後病院が進むべき方向を院内外へアピールしていくのです。

■病院理念とビジョン



経営データベース ②

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 経営ビジョン達成型人事制度



経営ビジョン達成型人事制度の特性

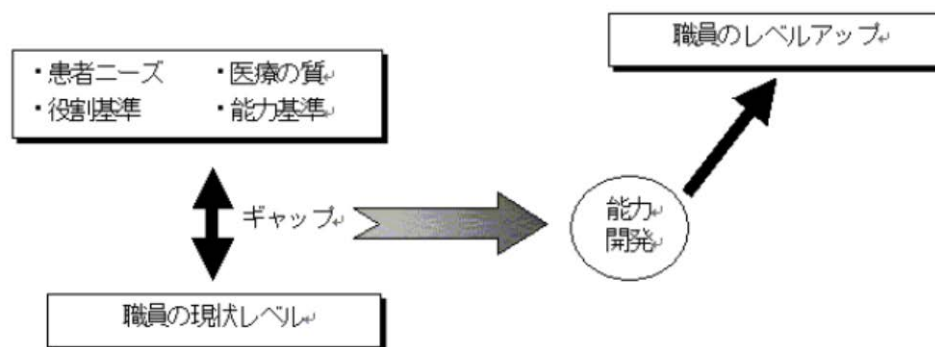
経営ビジョン達成型人事制度における能力開発の特徴を教えてください。



能力開発は職員の自主性を重視した形で進めます。一般的に、医療従事者には向上心の高い人が多いのですが、こうした意欲に応えられるよう、組織的、計画的に人材のレベルアップを図っている病院は、そう多くはありません。

経営ビジョンを達成するためには、ビジョン、つまり患者や病院が求める「あるべき姿」と個々の職員の現状をまず把握する必要があります。そこにギャップが生じるならば、そのギャップを縮小するために、組織力を活かした能力開発を進めることが、重要となります。

個人の取組には限界があり、ビジョンと一致しないことが多々あるためです。組織力を最大限活用し、全職員のレベルアップを確実に図ることが病院のレベルアップを効果的に図るポイントです。



従来の能力開発はインプット中心、つまり、研修やOJTを推進することでした。これからの能力開発は、インプットをいかに活用するかがポイントとなります。インプットした知識を上司へ報告することはもちろん、院内で研修会を開き、講師役を務めたり、業務上の教育担当を引き受けたりする等、能力開発の密度をさらに濃くするのです。また、費用対効果や業務で活用できているか等の評価にも力を入れ、インプットの質を向上させる取組を実施します。

能力開発に力を入れている病院には、レベルの高い職員が集まります。経営ビジョン達成のためには、能力開発は欠かせない要素です。

