

2015.05.19

週刊WEB

# 医療経営マガジン

## 1 医療情報ヘッドライン

入院評価分科会 今年度の初会合  
一般病棟入院基本料の調査案提示

厚生労働省

熱中症診療ガイドライン 2015 を公開  
CQ 形式で疫学、診断、治療、予後を解説

日本救急医学会

## 2 経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成27年1月分概数)

## 3 経営情報レポート

進む次期診療報酬改定議論！  
在宅医療の論点と主治医機能強化

## 4 経営データベース

ジャンル: 労務管理 サブジャンル: 勤務体制・労働時間

残業時間を代休に振替えることは違法にならないか？  
出張時の移動時間は労働時間に入れるべきか？

# 入院評価分科会 今年度の初会合 一般病棟入院基本料の調査案提示

厚生労働省は4月30日、診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」（中医協の下部組織）を開催した。

調査項目案では、経過措置が設けられているなど、効果検証をするまでに一定程度の期間を必要とする前回改定項目について、2015年度調査を実施した。

具体的には、(1) 一般病棟入院基本料の見直し（その2）、(2) 特定集中治療室管理料の見直し、の2項目である。

(1) に関しては、一般病棟では入院基本料の逡減制（入院長期化につれて報酬が下がる制度）が採用されており、90日を過ぎた入院患者は低い特定入院料を算定しているが、リハビリや、がんなど長期入院がやむを得ない患者は、90日より前の入院基本料（出来高）を算定することができる制度を特定除外と呼んでいる。一般病棟入院基本料（重症度、医療・看護必要度など）は夏までに検討するとした。

前回改定では、【一般病棟入院基本料（7対1、10対1）】の特定除外制度を廃止して90日を超えた場合、「平均在院日数の計算対象とした上で、出来高の算定とする」、または、「療養病棟入院基本料1と同じ評価として平均在院日数の対象外とする」変更を行っている。分科会では「特定除外廃止の影響」などを年度内に調査するとした。

厚労省は調査内容案として、対象に一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関等として、入院期間が90日を超える患者の患者像や患者の割合、退院支援の実施状況の動向などを調べると提案し、調査項目の概要も示し

ている。

(2) に関しては、前回改定でICU等の精通した医師の複数配置、十分な床面積の確保、臨床工学士24時間勤務体制などを評価する

【特定集中治療室管理料1、2】を新設。【特定集中治療室管理料3、4】の重症度、医療・看護必要度要件を厳格化したほか、ハイケアユニット入院医療管理料を見直している。

厚労省は調査対象を特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている医療機関等として、その患者像を調査するとしている。

分科会での今後のスケジュールは、次のとおりとなっている。

## 【5月から夏ごろまで】

●14年度の調査結果をベースに次のような項目について分析を行い、技術的な課題を検討する。

▽一般病棟入院基本料（重症度、医療・看護必要度など）

▽短期滞在手術等基本料  
▽総合入院体制加算  
▽有床診療所入院基本料  
▽地域包括ケア病棟入院料  
▽慢性期入院医療  
▽医療提供体制が十分ではなく、医療機関の機能分化を進めることが困難な地域には医療した評価

## 【秋以降】

●15年度の調査結果も踏まえて、次のような事項について分析し、技術的課題を検討する。

▽一般病棟入院基本料（特定除外制度、データ提出加算）

▽特定集中治療室管理料

# 熱中症診療ガイドライン 2015 を公開 CQ 形式で疫学、診断、治療、予後を 解説

日本救急医学会はこのほど、熱中症診療ガイドライン 2015 を公開し、このなかで熱中症の診療指針を初めてまとめた。重症度を3つに分け、頭痛や嘔吐などがあれば、医療機関の受診が必要などとしている。

ガイドラインは Clinical Question (CQ) 形式となっており、疫学、診断、治療、予後の4分野に分けて11問の質問を設定した。

重症度の分類は、体温などにかかわらず、めまいや立ちくらみがある状態を「Ⅰ度」、頭痛や嘔吐があれば「Ⅱ度」、意識障害などがあれば「Ⅲ度」とした。

この分類は学校や職場、介護の現場、一般の人にも役に立つとアドバイスしているが、大事なのは「Ⅰ度の人でも、誰かがそばで必ず見守り、回復しなければ医療機関を受診してほしい」と日本救急医学会は注意を促している。さらに年齢的には高齢者は重症例が多いとして暑さやのどの渇きに鈍感になっていると注意する。特に室内で熱中症になるのは、高齢の女性やひとり暮らしの人に多く、高血圧、糖尿病、認知症などの持病があると重症化しやすいという。

熱中症の予防・治療には「塩分と水分の両者を適切に含んだもの（0.1～0.2%の食塩水）」を推奨する。具体的には、市販の経口補水液を望ましい例として挙げた。

市販品は一般的なスポーツドリンクでも問

題はないが、塩分量が少なく糖分が多いとしている。梅昆布茶やみそ汁なども有効という。

また、適切な冷却目標温度と冷却時間については、「深部体温が38℃台になるまで積極的な冷却処置を行う」よう求めるとともに、「高体温の時間が長くなると予後が不良となるため、できるだけ早期に目標温度に到達することが望ましい」と説明している。

環境省が発行している『熱中症環境保健マニュアル』による熱中症の症状と対処法（主に医療機関向け）は次のとおりとなっている。

＜Ⅰ度—応急措置と見守り＞筋肉のひきつりや痛み、一瞬の意識消失、手足のしびれなどの症状があり、現場の応急処置で回復するものをⅠ度とする。これらは筋肉に限局した症状と、初期の軽い脱水による所見があるが、意識はしっかりしている（改善しなければ医療機関へ）。

＜Ⅱ度—医療機関へ＞頭痛や吐き気・おう吐、下痢・腹痛、けん怠感のほか、意識がはっきりしない、ボーっとしている、体がふらつくなどの症状がある場合は、現場で応急処置をしつつ医療機関への搬送が必要となる。

＜Ⅲ度—入院＞医療機関での採血検査などによって、1) 中枢神経症状、2) 肝・腎機能障害、3) DIC（血液凝固異常）が存在する場合に診断され、入院治療を要する病態で、場合によっては集中治療が必要となる。

# 病院報告

(平成 27 年 1 月末概数)

## 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 27 年 1 月	平成 26 年 12 月	平成 26 年 11 月	平成 27 年 1 月	平成 26 年 12 月
病院					
在院患者数					
総数	1 267 747	1 252 514	1 256 171	15 233	△ 3 657
精神病床	292 057	292 014	292 972	43	△ 958
結核病床	1 886	1 992	2 088	△ 106	△ 96
療養病床	292 715	292 628	291 428	87	1 200
一般病床	681 032	665 823	669 624	15 209	△ 3 801
(再掲)介護療養病床	55 443	56 108	56 381	△ 665	△ 273
外来患者数	1 314 252	1 387 091	1 324 591	△ 72 839	62 500
診療所					
在院患者数					
療養病床	6 953	7 017	7 052	△ 64	△ 35
(再掲)介護療養病床	2 670	2 704	2 730	△ 34	△ 26

- 注 1) 病院の総数には感染症病床を含む。  
 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)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成 27 年 1 月	平成 26 年 12 月	平成 26 年 11 月	平成 27 年 1 月	平成 26 年 12 月
病院					
総数	79.9	71.9	77.9	8.0	△ 6.0
精神病床	86.2	86.0	86.1	0.2	△ 0.1
結核病床	30.3	29.8	33.1	0.5	△ 3.3
療養病床	89.4	88.6	88.1	0.8	0.5
一般病床	74.5	60.9	71.5	13.6	△ 10.6
介護療養病床	92.0	92.3	92.4	△ 0.3	△ 0.1
診療所					
療養病床	61.6	60.3	61.1	1.3	△ 0.8
介護療養病床	75.5	74.8	75.1	0.7	△ 0.3

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

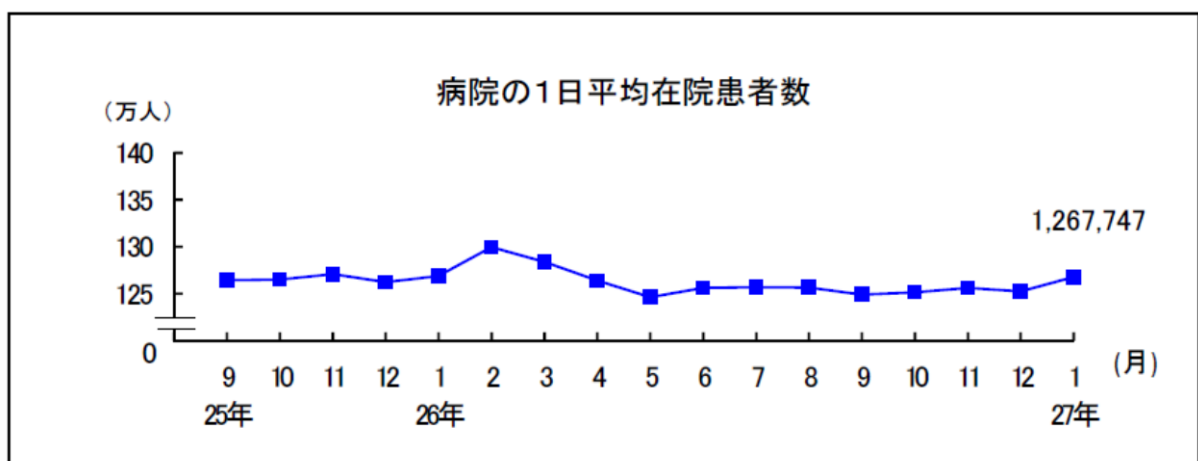
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成27年1月	平成26年12月	平成26年11月	平成27年1月	平成26年12月
病院					
総数	31.0	28.7	30.1	2.3	△ 1.4
精神病床	300.9	280.7	296.6	20.2	△ 15.9
結核病床	64.3	62.3	69.9	2.0	△ 7.6
療養病床	164.0	152.6	166.9	11.4	△ 14.3
一般病床	17.7	16.2	17.0	1.5	△ 0.8
介護療養病床	328.1	310.6	320.3	17.5	△ 9.7
診療所					
療養病床	102.8	99.6	106.0	3.2	△ 6.4
介護療養病床	106.0	100.8	102.5	5.2	△ 1.7

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

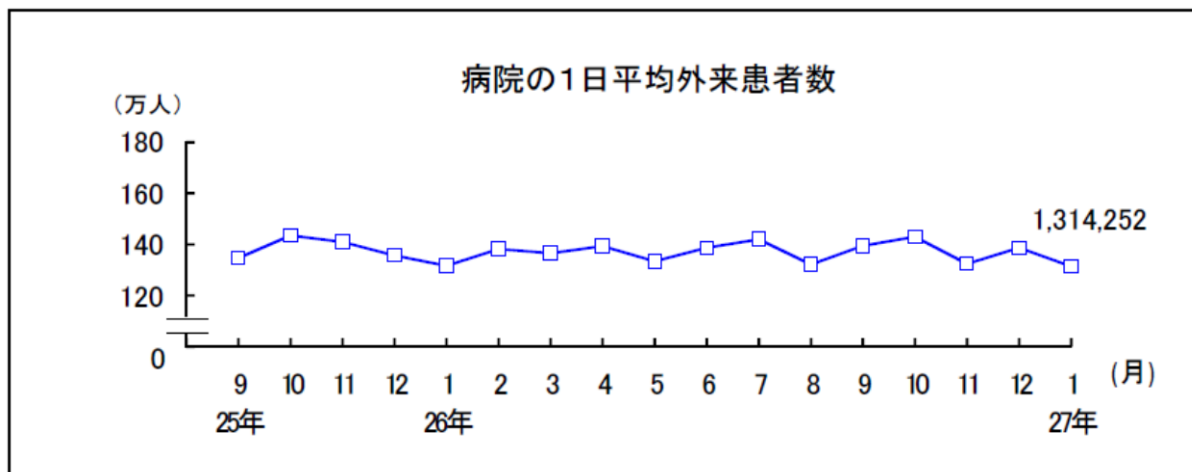
ただし、療養病床の平均在院日数 =  $1/2 \left( \begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

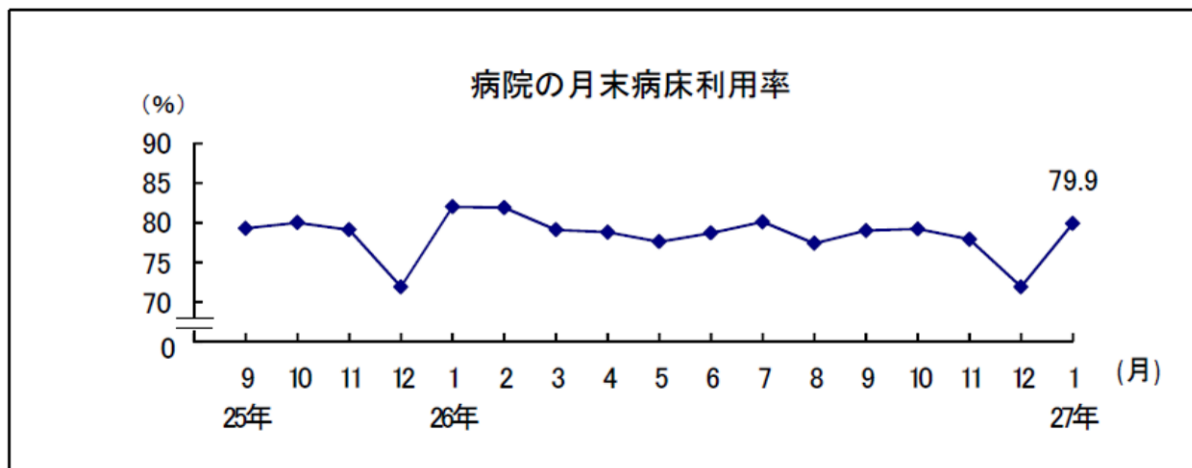
#### ◆病院:1日平均在院患者数の推移



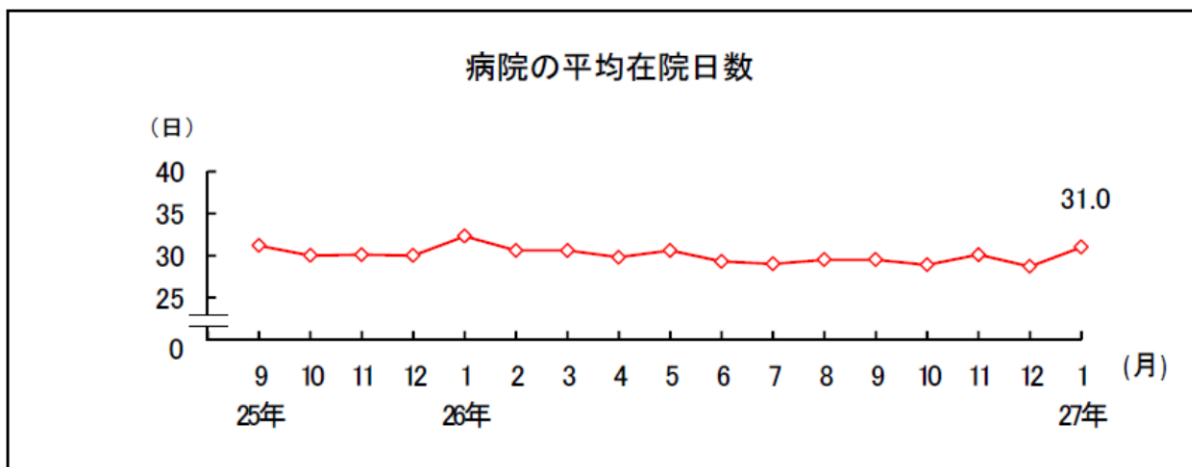
### ◆病院:1日の平均外来患者数の推移



### ◆病院:月末病床利用率の推移



### ◆病院:平均在院日数の推移



「病院報告(平成 27 年 1 月分概数)」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。



## 進む次期診療報酬改定議論！

# 在宅医療の論点と主治医機能強化

### ポイント

- 1 社会保障・税一体改革と今後の改定議論
- 2 前回改定における在宅復帰促進策と診療所の役割
- 3 在宅医療における外来応需体制の見直し
- 4 主治医機能の強化は次期報酬改定の重要項目



# 1 社会保障・税一体改革と今後の改定議論

## ■ 報酬改定の根拠～社会保障・税一体改革大綱

在宅医療の推進は、平成24年2月17日に閣議決定した「社会保障税・一体改革大綱」がベースとなっています。この閣議決定以降、あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法が順次改正されています。

医療提供体制に関する具体的改革内容は、下記のとおりです。

### ■ 社会保障・税一体改革大綱（抜粋）

#### ● 第3章 具体的改革内容

##### 2. 医療・介護等

（地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化）

○高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。

○予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

（1）医療サービス提供体制の制度改革＜以下、略＞

○急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

#### ＜今後の見直しの方向性＞

##### i 病院・病床機能の分化・強化

・急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。

・病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

##### ii 在宅医療の推進

・在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

平成26年診療報酬改定では、「社会保障税・一体改革大綱」に基づき、医療機関の機能分化・強化と共に、在宅医療の充実が図られました。また、この方向性は平成28年診療報酬改定においても引き続き取り組んでいくことが必要であると、将来に向けた課題として明記されています。



## 2 前回改定における在宅復帰促進策と診療所の役割

### ■ 在宅復帰率要件の拡大で増加する在宅患者

#### 改定における要件強化

在宅復帰率とは、退院患者に占める自宅等への復帰患者の割合をいい、以前は亜急性期入院医療管理料にのみ設定されていましたが、平成 26 年の診療報酬改定において、7 対 1 入院基本料をはじめとして、いくつかの病棟の基本料に対して要件化されました。

#### ■ 在宅復帰率に関する要件が課せられた病棟等

1. 平成 26 年改定前		
入院基本料名	在宅復帰率	その他
亜急性期入院医療管理料	60%以上	13 対 1、15 対 1
回復期リハビリテーション病棟入院料	70%以上	1（70%以上）、2（60%以上）
強化型介護老人保健施設	50%以上	強化型以外 30%以上（機能加算）
2. 平成 26 年改定後		
入院基本料名	在宅復帰率	その他
7 対 1 入院基本料	75%以上	経過措置あり
地域包括ケア病棟入院料	70%以上	新設
療養病棟入院基本料 1	50%以上	在宅復帰機能強化加算（10 点）

したがって診療所は、これらの病院と連携して、増加する在宅患者をいかに取り込むかが今後の経営のポイントになります。

### ■ 外来医療における役割が強化

#### 病院勤務医負担軽減の先鋒として期待される診療所

コンビニ受診や相変わらず高い大病院志向により、病院勤務医の負担は様々な施策でも大きく軽減されることなく、かかりつけ医に対する期待の声は年々大きくなってきています。

外来患者数の適正化は、構造的な課題への対応（初診料の保険外し等）や紹介・逆紹介を推進することにより改善を図る方向性が示されています。

- 病院勤務医の意見 ⇒ 軽症の場合は近くの診療所で受診すべき（約 8 割を超える）
- 病気について相談し、診療を受ける医師がいる（約 2 割）



全人的かつ継続的な対応が可能であり、またアクセスの良さがポイント  
＝ かかりつけ医

### 3 在宅医療における外来応需体制の見直し

#### ■ 在宅医療を専門に行う医療機関について

現在、厚生局における保険医療機関の指定申請の受付の際などに、必要な場合は、健康保険法の趣旨から、外来応需の体制を確保するよう指導が行われており、在宅医療を専門に行う保険医療機関は認められていません。しかし、全国一律の運用基準や指針などはないため、厚生局によって、指導内容や方法等に違いがあるとの問題点が指摘されています。

第 253 回中央社会保険医療協議会（H25.10.30）において、規制緩和について検討がなされ、平成 26 年 6 月 24 日には規制改革実施計画（抄）が閣議決定されました。

具体的な計画は下記のとおりです。

#### ■健康・医療分野 個別措置事項

NO	事項名	規制改革の内容	実施時期	所轄官庁
43	在宅診療を主として行う診療所の開設要件の明確化	在宅診療を主として行う保険医療機関に対し、外来応需体制を求める運用の在り方を検討し、結論を得た上で、必要な措置をとる（以下、略）。	平成 26 年度検討・結論、結論を得次第、措置	厚生労働省

#### ■ 外来応需体制の課題と今後の論点

平成 27 年 3 月 18 日に開催された中央社会保険医療協議会において、外来応需体制について議論がなされ、主な課題と今後の論点が整理されました。

#### ■主な課題と論点

##### ●主な課題

- 健康保険法の趣旨から、保険医療機関は全ての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用をしている。
- 法令上明確に規定された要件ではなく、要件が客観的でないことなどから、地域によって指導内容や方法等に違いがあるとの指摘がある。また、規制改革実施計画において、外来応需体制を求める運用の在り方を検討し、結論を得ることとされている。
- 在宅医療を専門に行う医療機関については、軽症者を集めて診療するなどの弊害が生じやすいとの意見や、24 時間体制など在宅医療の供給体制確保を優先すべきといった意見がある。

##### ●今後の論点

- 外来応需体制のあり方については、健康保険法第 63 条第 3 項に基づく開放性の観点からは、提供範囲内の被保険者の求めに応じて、医学的に必要な場合の往診や、訪問診療に関する相談に応需することなど、客観的な要件を示すことを検討してはどうか。
- 在宅医療の質と供給体制確保を図るため、在宅医療に対する評価については、在宅医療の専門性に対する評価や、在宅医療を中心に提供する医療機関が軽症者を集めて診療するなどの弊害が生じないような評価のあり方を含め、更に議論を進めるべきではないか。

## 4 主治医機能の強化は次期報酬改定の重要項目

### ■ 主治医機能強化策の概要

前回の改定で重視された「主治医（かかりつけ医）機能の評価」は、「地域包括診療料」及び「地域包括診療加算」の新設により具体化されました。

診療料と加算の概要は下記表のとおりです。

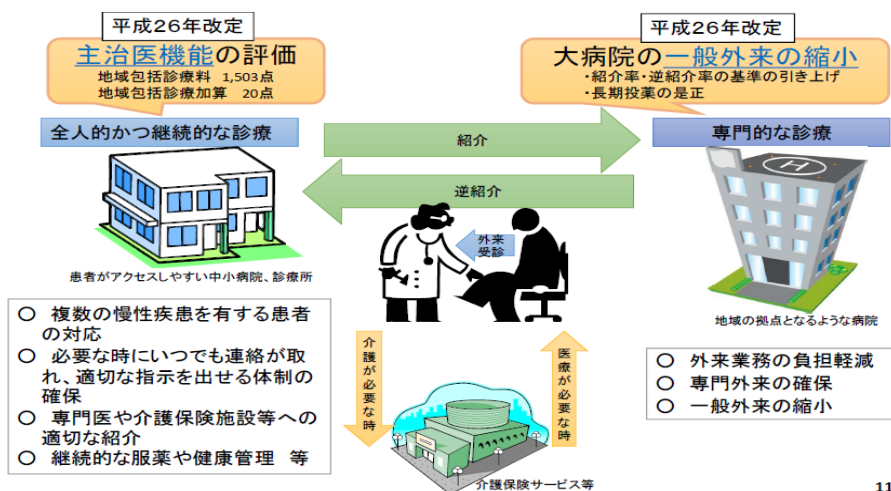
#### ■ 主治医機能について（改定内容より抜粋）

施設	地域包括診療料 1,503 点/月	地域包括診療加算 20 点/回
	病院	診療所
包括範囲	下記以外は包括 ●（再診療の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料（Ⅱ）。在宅医療に係る点数（訪問診療料、在総管、特医総管を除く） 薬剤料（処方料、処方せん料を除く） ●患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの。	
対象疾患	高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上（疑いは除く）	
対象機関	診療所または許可病床が200床未満の病院	診療所

### ■ 診療所の外来機能強化は重点テーマ

これらの診療報酬は基本的には、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、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おり、次期改定においてもこの流れは継続するものと思われます。

#### ■ 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: 労務管理 > サブジャンル: 勤務体制・労働時間



### 残業時間を代休に振替えることは違法にならないか？

残業時間を代休に振替えることは可能なのでしょうか？ 違法にはならないのでしょうか？



労働基準法第37条は「使用者が、第33条（災害等による臨時の必要がある場合の時間外労働等）又は第36条（時間外及び休日の労働）第1項の規定により労働時間を延長し、又は休日に労働させた場合においては、その時間又はその日の労働については、通常の労働時間又は労働日の賃金の計算額の2割5分以上5割以下の範囲内で、それぞれ命令で定める率以上の率で計算した割増賃金を支払わなければならない」（第1項）と、**時間外労働に対して割増賃金を支払うことを義務づけています。**

ここで「割増賃金」という場合、当然に当該時間外労働に対して支払うべき通常の賃金に加えて割増賃金を支払う必要があるという意味です。つまり、**通常の賃金1.0に加えて割増賃金0.25を加えた1.25の賃金を支払わなければならない**わけです。

ところで、労働協約等で、日々の時間外労働については割増賃金のみを支払い、時間外労働の時間が8時間に達したときに、有給の代休を与えるという措置をとられていることがありますが、この場合、代休が有給であり、かつ、当該代休が、時間外労働が同一給与締切り期間内に行われたものである限り、結果として法第37条の要件を満たすことになりますので、必ずしも違法とはなりません。

つまり、時間外労働に対する通常の賃金は、代休（本来この代休は無給でもよい）をとった日にまとめて支払うことになり、同一の給与計算期間で見れば、時間外労働の時間に対して通常の賃金を支払ったことと同じことになるわけです。

その際注意を要するのは、代休取得日に時間外労働に対して支払う通常の賃金をまとめて支払うわけですから、**代休付与の対象となる時間外労働が代休を取得した日と同一の給与計算期間内に行われたものでなければならない**ことです。

給与計算期間をまたがって時間外労働を合算すると、前の給与計算期間中の時間外労働に対して支払うべき通常の賃金が支払われないことになり、法第24条の全額払いの原則に違反するからです。

以上のとおり、**残業時間が8時間に達したときに、1日の代休を与えること自体は違法ではありませんが**、同一の給与計算期間中に支払われるべき賃金（通常の賃金と割増賃金）を超えて支払われており、プラスとして休日が付与されていることが要件となるため、**決して人件費抑制（残業代削減）にはならない**ことに留意が必要です。本ケースの場合、これらの要件を満たしていないことから、違法となります。



## 経営データベース ②

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 勤務体制・労働時間

### 出張時の移動時間は労働時間に入れるべきか？



出張時に時間外勤務手当を支給し、出張規程では「移動に要する時間は勤務とみなす」と規定している場合、出張の業務終了後、自宅までの移動に要する時間についても、時間外勤務手当を支給すべきでしょうか。



一般に、出張時の労働時間については、「労働時間を算定し難い」ものとして、所定労働時間労働したものとみなすとする企業が多く見受けられますが、出張時についても時間管理を行い、時間外勤務手当の対象とする企業もあります。

出張等で自宅から直接現地に赴く場合の移動時間が労働時間か否かについては、

- (1) 労働時間説
- (2) 通勤時間説
- (3) 出張時間（みなし時間）説
- (4) 休憩時間説
- (5) 拘束時間説

など様々な見解がありますが、その途中に特別の用務を帯びた（指示を受けた）ものでない限り、実際の労務の提供は、目的地に到着してからなされるという点から考えると、目的地までの時間は、通勤時間と「同一性質」とであるとする(2)の通勤時間説が妥当と考えられます。

出張終了後の自宅までの移動時間を「通勤時間」に準じた時間と解すれば、法律上は、労働時間に入れる必要はありませんが、出張規程に「移動に要する時間は勤務とみなす」と規定されている場合は、それに基づいて処理しなければなりません。

そこで、勤務とみなす移動時間の範囲が問題になりますが、実際には、出張終了後自宅までの移動時間は、通常の通勤時間とは所用時間および経路が異なりますので、出張先から自宅までに要する移動時間のうち、「通常の通勤時間に要する時間を超える時間については勤務とみなす」等の基準を設けて運用するとよいでしょう。

**Point:** 出張時の移動時間は、必ずしも労働時間に算入する必要はありませんが、労働時間に算入する場合には、基準を設けておくといよいでしょう。