

医療情報  
ヘッドライン

## 生活習慣病管理料の見直しを検討 診療支援を促す仕組みへと見直し

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

## 遠隔診療の取り扱いについて議論を展開 一定の受診期間を設ける等を要件とする方針

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

経営  
TOPICS

統計調査資料  
**介護給付費等実態調査月報**（平成29年6月審査分）

経営情報  
レポート

**業務のレベルアップが収入に直結  
医事課職員育成のポイント**

経営  
データ  
ベース

ジャンル：機能選択 サブジャンル：急性期病院と慢性期病院  
**「差額分析」を使った経済的試算  
回復期リハビリテーション病棟の設置**

# 生活習慣病管理料の見直しを検討 診療支援を促す仕組みへと見直し

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

11月1日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会総会が開かれ、生活習慣病の重症化予防を推進するため、「生活習慣病管理料」の見直しを検討することが明らかになった。具体的には、効果的かつ効率的な指導管理ができる仕組みにするため、療養計画書の内容を改訂し、「血圧値の目標」や「特定健診・特定保健指導の受診勧奨」といった項目を記載欄に追加する方針としている。

## ■外来患者の3割強を占める生活習慣病患者、 その中で高血圧性疾患がもっとも多い

生活習慣病患者は、外来患者の3割強を占めており、その中でも高血圧性疾患がもっとも多い。状態に応じて薬物療法が選択されるが、降圧薬を使用しても血圧値をコントロールできている患者は約3~4割に過ぎないと言われている。

また、3剤以上の降圧薬を内服している患者の13%が、血圧値をコントロールできていないとのデータもあり、薬物療法のみが効果的とはいえないのが現状である。加えて、薬剤料が嵩んでいることが社会保障費の膨張を後押ししていることもあり、6月に閣議決定された「骨太の方針2017(経済財政運営と改革の基本方針2017)」でも、生活習慣病治療薬の重複投薬や多剤投与を問題視している。レセプトの分析結果によれば、降圧薬のうち、特定の薬剤を集中的に選択している医療機関の存在が判明しているのも、今回槍玉に挙げられた理由のひとつだろう。

## ■療養計画書に「血圧値目標」「特定健診受診勧奨」の記載欄を追加する方針

こうした状況を踏まえ、政府および厚労省は、投薬量を減らすとともに、重症化予防の取り組みを推進することで医療費を抑制する考えであり、生活習慣病管理料を算定するのに必要な療養計画書をその対象に挙げている。

療養計画書には、血糖値の目標を記載する欄があるものの、血圧値や特定健診・特定保健指導の受診勧奨の実施有無を記載する欄がない。高血圧のガイドラインは、血圧値によってリスクを分類しているため、療養計画書もそれに則った様式に見直すことを検討する。

特定健診・特定保健指導については、2008年に導入されてからいわゆる糖尿病予備群の人数が減少しており、一定の効果が認められている。しかし、特定健診の実施率は72.8%（「平成27年度 特定健診・特定保健指導の実施状況に関する調査分析」健康保険組合連合会調べ）だが、特定保健指導の実施率はわずか15.2%に過ぎない。つまり、糖尿病の疑いがある人に対する診療支援が行われていないということであり、重症化予防の取り組みが進んでいないことを意味する。療養計画書に特定保健指導の受診勧奨項目を加えることで“診療支援率”を上げ、結果として生活習慣病関連の医療費を抑制しようとするものである。診療報酬の点数には直接関わらないものの、患者への受診勧奨を怠ると算定そのものができなくなるため、現場の医師にとって留意が必要な見直し項目となる。

# 遠隔診療の取り扱いについて議論を展開 一定の受診期間を設ける等を要件とする方針

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

11月1日の中央社会保険医療協議会総会では、遠隔診療の取り扱いについても議論が展開された。基本的な考え方として「対面診療の補完」であることが確認され、「一定の受診期間を設ける」「事前の治療計画作成および患者の同意取得」を要件とする方針が明らかとなった。

具体的な報酬上の評価については、現状の「再診料」を整理・見直ししたうえで検討が進められることになる。

## ■遠隔診療は2015年事実上解禁、だが診療報酬上の評価が低く、普及が進んでいない

遠隔診療は、原則的に禁止とされ、離島やへき地の患者といったやむを得ない場合にのみ適用してきた。

2015年に事実上解禁されたものの、診療報酬上の評価が低いため、今ひとつ普及が進まなかつた状況がある。

しかし、医療費は40兆円を超過しており、社会保障費全体の伸びを抑制するのが重要課題となっているため、政府は外来診療の頻度を落とす効果が期待できる遠隔診療に活路を見出そうとしている。

インターネットが社会のインフラとして定着しつつある現状も、それを後押ししており、6月に閣議決定された「未来投資戦略2017」では、来年度の診療報酬改定で評価することを明記したことで、評価の設計や要件をどのように定めるかが注目されていた。

## ■報酬上の評価は「再診料」を整理したうえで検討される見込み

今回の議論で注目されるのは、「再診料」を見直す方針が明示されたことである。

現在、再診料は72点であり、処方せん料の68点を加えたとしても、遠隔診療の診療報酬は140点のみとなってしまう。

また遠隔診療は、生活習慣病の治療で積極的に活用されることが期待されているが、現状では特定疾患療養管理料の算定ができない。

このことは、10月10日の規制改革推進会議医療・介護ワーキンググループでも指摘されているが、あくまで「再診料」を評価のベースとして考慮する姿勢を示したことで、急激な遠隔診療への移行を避けようという厚労省の姿勢が透けて見える。

一方で、睡眠時無呼吸症候群(SAS)での持続陽圧呼吸療法(CPAP療法)が、遠隔モニタリングと併用することで一定の治療効果を挙げたことが例として示されている。

現在、心臓ペースメーカー指導管理料にのみ認められている遠隔モニタリング加算の要件範囲を拡大し、CPAP療法を評価する意向を示した。これは「効果が期待できない治療」や「定期的な対面診療をしない」ことは評価しない姿勢の表れともとれる。

ただ、7月の厚労省通知では禁煙外来を遠隔のみでも認めており、今後細かい部分の議論を進めていくうえで方針に修正が加えられることも想定される。

# 介護給付費等実態調査月報

## (平成29年6月審査分)

厚生労働省 2017年8月31日公表

### 調査の概要

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

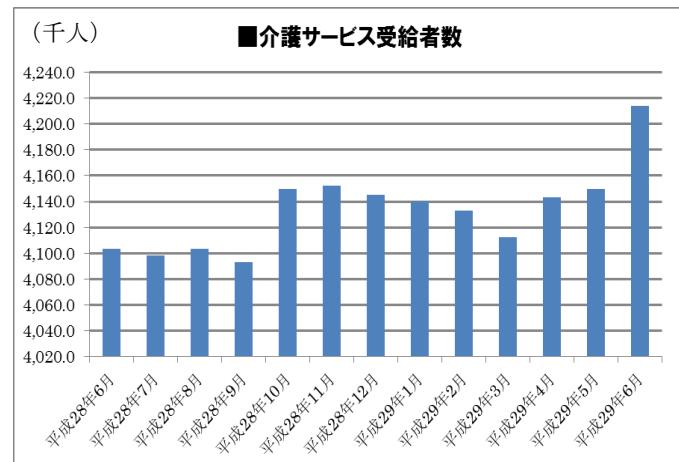
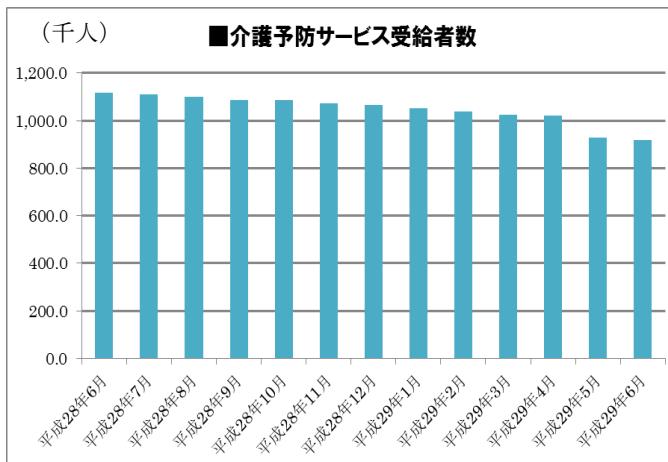
各都道府県国民健康保険団体連合会が審査した介護給付費明細書、介護予防・日常生活支援総合事業費明細書、給付管理票等を集計対象とし、過誤・再審査分を含まない原審査分について集計している。

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

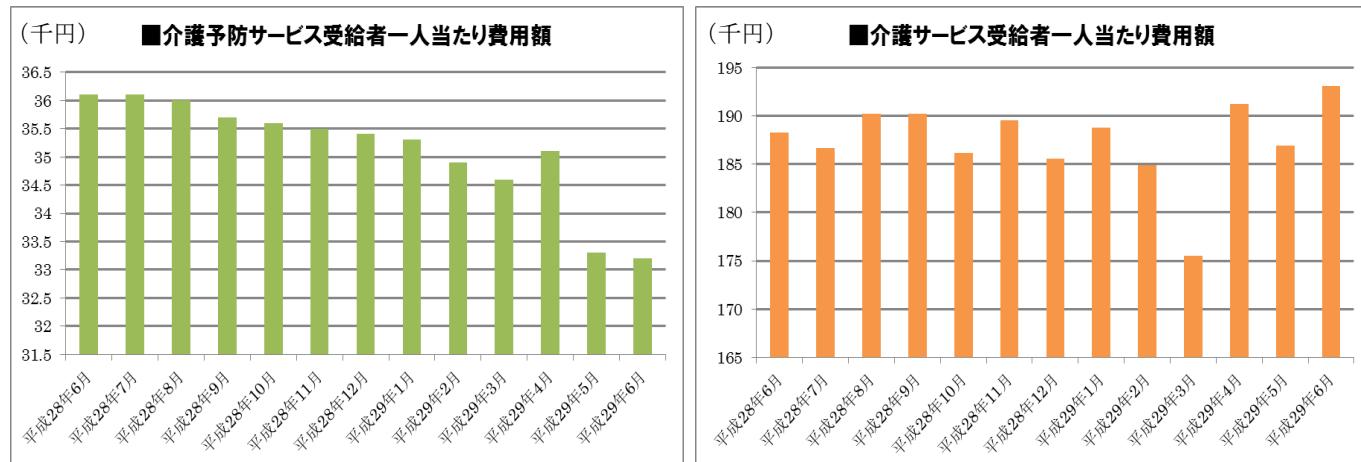
#### 1 受給者数

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919.0千人、介護サービスでは4213.6千人となっている。



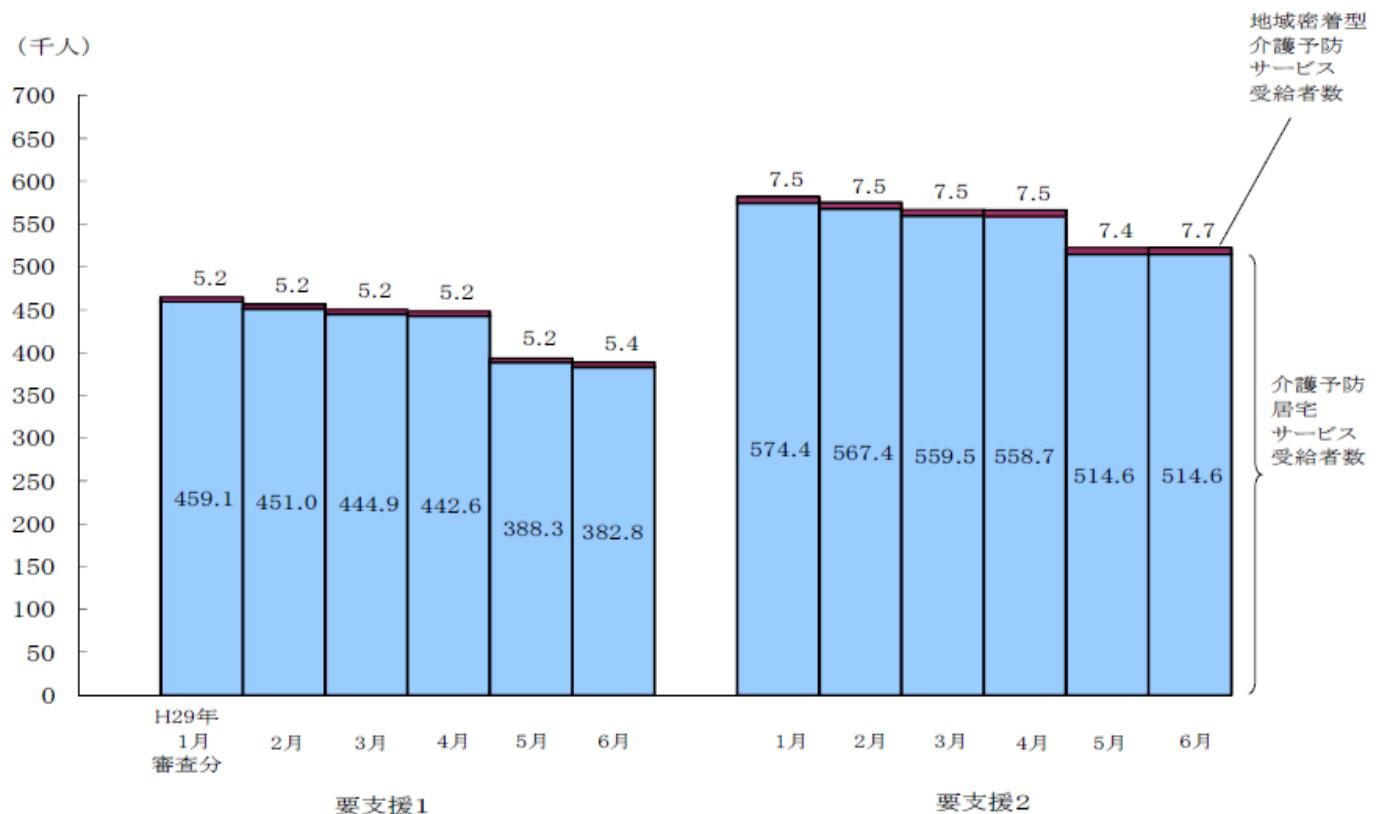
## 2 受給者1人当たり費用額

受給者1人当たり費用額は、介護予防サービスでは33.2千円、介護サービスでは193.1千円となっている。



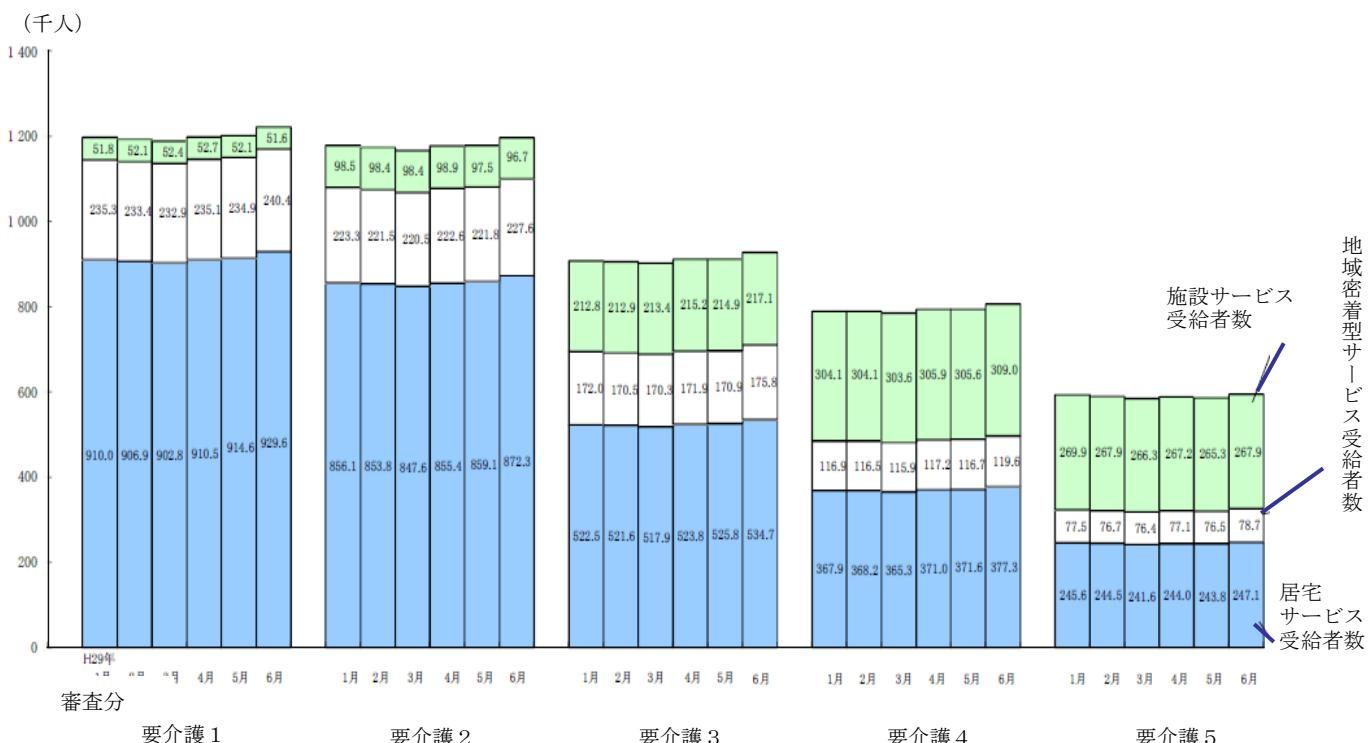
## 3 介護(予防)サービス受給者の状況

図1 要支援状態区分別にみた受給者数（平成29年1月審査分～平成29年6月審査分）



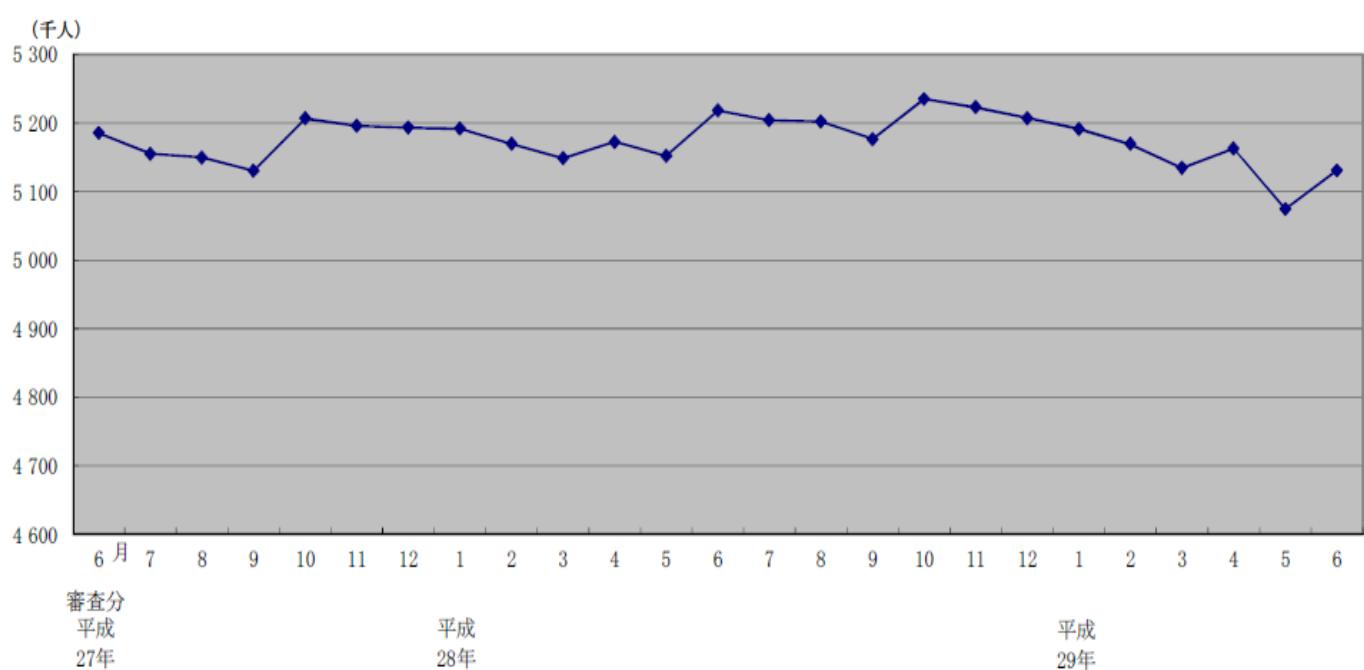
注： 地域密着型介護予防サービス、介護予防居宅サービスを重複して受給した者は、それぞれに計上している。

図2 要介護状態区分別にみた受給者数（平成29年1月審査分～平成29年6月審査分）



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27年6月審査分～平成29年6月審査分）



介護給付費等実態調査月報（平成29年6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。



業務のレベルアップが収入に直結

# 医事課職員 育成のポイント

- 1.医事課職員に求められる基本スキル
- 2.医事業務委託有効活用のポイント
- 3.自院で行う医事課職員育成プログラム事例



# 医事課職員に求められる基本スキル

## ■ 必要となる基本的スキル

医事課職員は、外来診療に係る事務的業務の入り口の役割を担っており、その業務は多岐にわたります。医療機関にとって重要な役割を担う医事課職員には、どのようなスキルが求められるのかについて解説します。

### (1) 業務の基本は接遇力

クリニックで働く職員において、接遇は基本的かつ最重要項目です。患者が受診先を選ぶ時代になり、患者対応が不十分な医療機関は、そもそも患者の選択肢から外されてしまいます。

そこで重要なのが研修の実施であり、また、より効果的な研修とするために検討すべきなのは、現場実践形式による研修です。さらに、接遇マニュアルなどに「良い事例」「悪い事例」をデータベース化して記載し、院内で共有するところまで徹底すると、職員は自然に適切な応対ができるレベルになります。

### (2) 木を見て森も見る視点の醸成

クリニックが求める医事課職員の採用条件において、トップに挙げられるのは経験です。医師の指示をカルテから読み取り、適切に診療点数に置き換え、漏れなくレセプト請求してくれる、そうした即戦力を求めるのは当然のことです。しかし、診療報酬という「木」にばかりにとらわれて、制度の仕組みや重点配分された診療報酬点数設定のねらいなど、「森」を見逃がしている医事課職員は意外と多いのです。セミナー参加の機会を増やすなど、積極的に情報を収集することで、外部からの刺激を与える仕組みが必要となります。

#### ◆レセプト業務に必要となる知識

- 制度に関する知識（医療法、療養担当規則、医療保険制度）
- 公費に関する知識（難病、精神保健福祉法関係、生活保護、身体障害関係等）
- その他の保険に関する知識（自賠責、労働災害・公務災害等）
- 疾病に関する知識（自院の機能・役割に応じた各科別主要疾病）
- 体のしくみに関する知識（解剖学、運動生理学等）
- 疾病の診断や治療に関する知識（各種検査法、薬剤、医療材料、手技等）
- 診療報酬算定に関する知識（診療報酬点数表、薬価基準表、医療材料等）
- 各種資料に関する知識（診療録、処方箋、各種指示箋、統計資料）
- 設備、機器に関する知識（CT、MRI、内視鏡、AED、モニター等）
- レセプト請求に関する知識（レセプト電算関係、オーダーリング、返戻・査定関係） 等

# 医事業務委託有効活用のポイント

## ■ 医事業務委託成功のキーポイント

### (1) 医療事務業務委託のメリット・デメリット

医療事務は、委託業務に移行すべきかどうかについても検討し、判断をしなければなりません。委託化のメリットおよびデメリットとしては、それぞれ以下の4つが挙げられます。

#### ◆ 委託化のメリット・デメリット



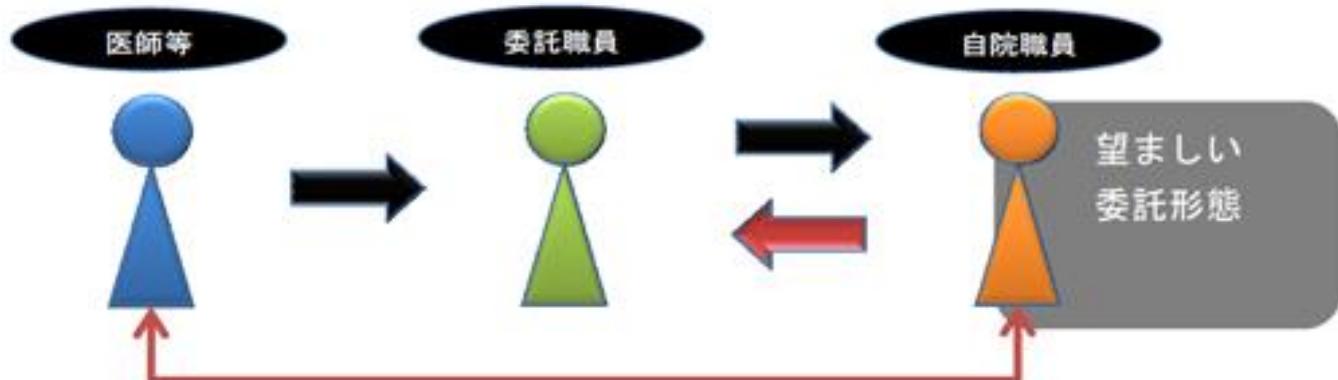
受付事務を全て委託化するという選択肢のほか、業務効率を勘案して正職員と委託職員を併用する形態も考えられます。業務委託は目的を明確にして利用することにより、業務処理能力の安定性が図られ、正職員はより重要な業務に専念できる体制を構築することが可能です。

### (2) 求められる職員による委託職員統率力

委託職員は、契約に基づく業務として、カルテや処方箋、各種伝票をもとに外来・入院の会計のような日次業務や、月次業務としてレセプト作成に携わります。一方で、カルテ等の記載や、新たな施設基準の取得に関して、基本的に提言をすることはありません。

このことから、自院内で請求業務に精通しており、かつ医師との相互連携を図ることができる職員の存在が業務委託を展開する際の必要条件だといえます。

#### ◆ 院内の連携の基本的な形態



医師と委託職員間の情報交換は基本的に一方通行 ⇒ 算定ロス防止には自院職員の適切な関与が必要

## ■ クリニック主導による委託業者選定の重要性

### (1) 人材派遣の形態

業務委託業者の選定においては、まず人材派遣の形態を理解する必要があります。その形態には3種類あり、医事業務委託で最も多いケースは、一般派遣です。

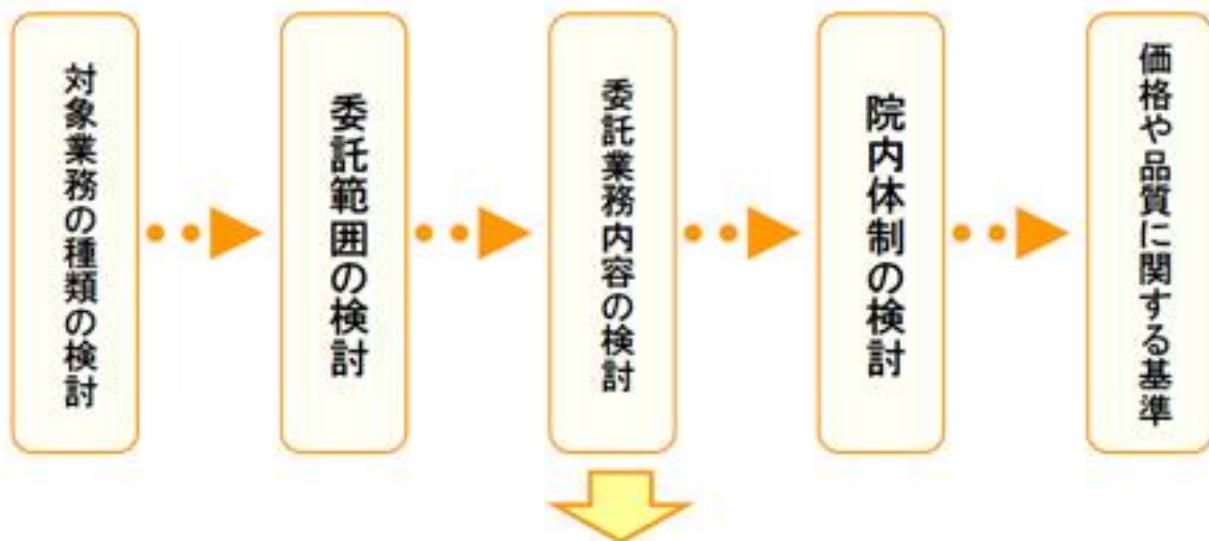
#### ◆ 派遣会社の形態

- ①一般派遣：人材派遣会社と契約を結び、派遣会社の管理の下、医療機関で業務に従事
- ②特定派遣：登録型の一般派遣と異なり、派遣会社に勤務する正社員を派遣し従事させる
- ③紹介予定派遣：派遣期間終了後の直接雇用を前提として業務に従事

### (2) 委託業者選定の基準明確化

業務委託導入は、事前に「どの業務をどこまで委託するのか」について、慎重に検討するところから始めます。併せて、「習得している知識とそのレベル」について事前に情報収集を行い、幹部会議等において適正な評価に基づき、委託化に関する検討を行うことが必要です。

#### ◆ 委託業務検討の流れと選定に関するポイント



- ①業界における納入実績（同規模、同機能医療機関での実績）
- ②委託業務範囲（自院で補える業務範囲、定形外業務、残業等）
- ③委託金額（人件費、時間外賃金等）
- ④教育システム（接遇、医療安全対策や感染対策等に関する知識）
- ⑤院内研修への参加（院内職員研修会や勉強会、伝達講習会等）
- ⑥毎年の業務実績等の評価（業務継続可否の検討）

（参考：公益財団法人日本医療機能評価機構 公表資料）

## 3

## 医業経営情報レポート

## 自院で行う医事課職員育成プログラム事例

## ■ 教育・研修プログラム作成事例

職員育成の最初のステップは、プログラム(カリキュラム)の作成とそのスケジュール化です。どのような内容で、いつまでに習得させるかを、ゴール(到達点)を定めて行うことが重要です。また、個人の能力も把握したうえで重点的に習得すべき対象を特定し、不足する項目がないように配慮する必要があります。

## (1) 基本となる受付業務の習得

ひとりで新患・再来患者の受付ができるようになることを目標とし、最初に基礎的な項目について理解させます。

## ◆受付業務の理解 ~ 例:4月に習得すべき内容

## (1) 保険証、受給者等の理解

- (内容) ①保険証（社保、国保、法別番号と制度）  
②受給者証（生活保護、障害者自立支援、特定疾患等）  
③市町村医療費助成（乳幼児、重度心身障害者、ひとり親家庭等）

## (2) カルテの頭書きと保管・収納

- (内容) 保険証および新患申込書からカルテを新規作成する  
カルテ保管についてのルール認識・理解

## (3) 新患登録

- (内容) 保険証および新患申込書からレセプトコンピュータへ新患登録を行う

## (4) 院内各所の施設・設備等の理解

- (内容) 患者および家族、業者等を案内できるように、院内各所の名称や用途等を把握

## (2) その他習得しておきたいスキル

その他、以下の内容についても習得できる研修プログラム策定も検討します。

- ①レセプトのベースとなる会計業務の理解：独立で外来の会計ができるようになる  
②一般的病名・技術的な病名登録の理解：病名をレセコンに入力できるようになる  
③レセプト請求業務の理解：レセプトが返戻・査定されないための判断基準を付ける

(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。

ジャンル:機能選択 &gt; サブジャンル:急性期病院と慢性期病院

# 「差額分析」を使った経済的試算

## 病床区分選択を決定する際に、どのようにして「差額分析」を使って経済的試算を行うのでしょうか？

病床区分選択を決定する際に、将来の自院の方向性を検討する材料として、経済的メリットを測定する方法のひとつに「差額分析」を採用する医療機関があります。

入院患者数の減少は医業収入の減少に直結しますが、患者数を維持するため採用した方法に伴って、予想される収入の増減から費用の増減を差し引いた額がプラスになるかどうか、すなわち「増分利益」が発生するか否かが判断材料となります。つまり、ある経営計画に関係する収益と費用の増加分だけを試算し、比較するという手法です。

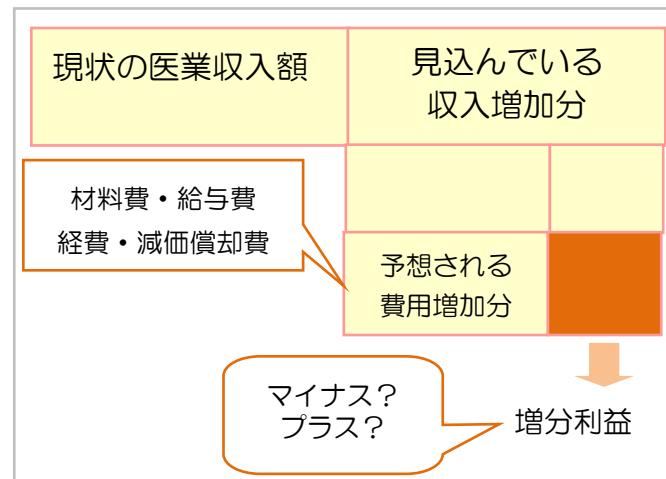
例えば、医業費用は、材料費、給与費、経費、減価償却費等から構成されており、これらの各費用が消耗度や業務量、人員数により受ける影響を予想し、増減を試算することができます。そして、経営計画のために投下したコストの回収、見込まれる収入増から、経済的メリットを測定するというものです。

療養病床を抱える医療機関にとっては、一般病床や介護関連施設への転換を検討する際にも、病床数の増減に伴う増分利益の試算結果が判断材料のひとつとなるでしょう。療養病床には病床面積や廊下幅など、一般病床と比較すると病床当たりのスペース基準は高いものが求められており、収益の増減は大きな影響を及ぼすことになるからです。

また、差額分析は看護職員配置をめぐる試算に活用できます。実際に看護配置基準を引き上げることで生ずる経済的影響をシミュレートすると、必要員数や収益増加額、および費用の増加額が把握でき、これらを用いて増益額を試算するのです。

例えば基準引き上げのために病床数を減らしたり、休床したりという選択肢をとると、入院患者数減少による収入減と比例して材料費や経費は減少しますが、看護職員に係る給与費と実質的入人数が削減できるわけではありません。費用のうち、給与費が大きなポイントとなることには注意が必要です。

### ◆入院患者を増加させる計画の増分利益試算の例



ジャンル:機能選択 &gt; サブジャンル:急性期病院と慢性期病院

# 回復期リハビリテーション病棟の設置

## 「回復期リハビリテーション病棟」を設置した場合、 どのような病棟編成が必要でしょうか？

### ■回復期リハビリテーション病棟の目的と機能

回復期リハビリテーション病棟（以下、「回復期リハ病棟」）では、訓練室だけではなく病棟を中核に位置付けることにより、病棟と訓練室における患者情報（ADLや機能訓練）などの差に関する情報の共有化を図るとともに、チームアプローチによって総合的なりハ実施計画の策定と実践を可能にするもので、チーム医療の新しい形だといえます。

病棟内に、医師や看護・介護職に加えて、リハビリスタッフ（PT・OT・ST・MSW）を配置し、各専門職によるチームアプローチを容易にすることができます。

一方で、構造設備基準は療養型と同様であること、常勤医師（専任1名）、PT（専従2名）、OT（専従1名）、看護職員（15：1以上、うち看護師比率40%以上）および看護補助者（30：1）の人員配置も要求され、要件としては厳しいうえ、また収益性の観点からは、生産性を重視すべくコメディカルスタッフ個々の向上を図る必要があります。

回復期リハ病棟は、例えば脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等患者を発症後早期に受け入れ、ADL能力の向上と自宅退院を目指したリハビリテーションを実施することを目的とし、患者の早期社会復帰を図る病棟です。但し、適応疾患や発症から入院までの期間などに制限があるため、一般病床および療養病床との機能の分化が求められます。

### ■ケアミックス型病棟での生き残るために病棟編成

回復期リハビリテーション病棟入院料は、その算定対象患者は平均在院日数計算の対象外になりますが、一般病棟・療養病棟のいずれでも算定することができます。

急性期病院として救急救命機能の強化を図ると同時に、ポスト・アキュート（維持期）に移行した患者の受け入れ体制を整備し、自宅退院が不可能な患者への対応を含めた医療体制を目指す場合は、急性期病棟に加えて療養病棟や回復期リハ病棟を併設、もしくは隣接したケアミックス型の病棟編成を検討する必要があります。

急性期治療を終えても、日常的に高度で複雑な医療措置を必要とする疾患を有する患者、あるいは入院が長期にわたる療養患者については療養病床の対象とすることがふさわしいと考えられますが、急性期治療の後に積極的なりハビリテーション等の密度の高い医学的管理を必要とする患者に対しては、「回復期リハビリテーション病棟」の適用対象とすることが適当です。