

医療情報
ヘッドライン

費用対効果評価制度、本格導入へ 支払い意思額調査は事実上棚上げ

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会

一般病棟入院基本料の評価手法見直し 重症度等はDPCデータの置き換えも視野

▶厚生労働省 入院医療等の調査・評価分科会

経営
TOPICS

統計調査資料
介護保険事業状況報告(暫定)(平成29年3月分)

経営情報
レポート

地域包括ケアに対応
介護との連携・協働ネットワーク

経営
データ
ベース

ジャンル: 労務管理 サブジャンル: パート・派遣職員
パート職員の雇い止め
パートタイマーとアルバイトの違い

費用対効果評価制度、本格導入へ 支払い意思額調査は事実上棚上げ

厚生労働省 中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会

8月23日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会が開かれ、費用対効果評価制度を予定どおり来年度からの本格導入を確認し、今年末までに制度化に向けて骨子を取りまとめる方針を示した。

評価の基準とするために実施が検討されてきた「支払い意思額調査」は、明確な実施時期が示されず、事実上棚上げの格好となった。

■社会保障費を抑制する効果に期待

費用対効果評価制度は、高度先進医療機器を用いる高額医療などを保険収載するにあたって適正な価格を設定することを目的とした仕組みで、医療費を含む社会保障費を抑制する効果が期待されている。2012年5月から導入が検討され、2016年度診療報酬改定時に試行的導入が決定しており、既に保険収載されている13品目（医薬品7、医療機器6）を対象として、分析が進められている。

評価は「対象品目の選定」「企業によるデータ提出」「再分析」「総合的評価（アプレイザル）」「価格調整」の順に実施することが決まっており、再分析までは2016年度診療報酬改定時に、その後同部会でアプレイザルについて検討を行ってきたが、そこで大きくつまずき、議論が長引いている。問題となったのは、アプレイザルにおける増分費用効果費（ICER）の評価基準の設定方法で、ICERは患者の健康状態を改善するために必要な追加費用だが、その基準値を決めなければアプ

レイザルすることができない。基準値を決めるには、ICERの効果の単位にあたるQALY（質調整生存年）に関わる「支払い意思額」を算出する必要がある。

■11月の調査開始も懸念される状況にある

「支払い意思額」の調査は、無作為抽出の3000人以上に対して面接を実施し、「この治療法にはいくらまで支払えるか」を聞くというものだったが、厚労省は7月12日に提示した調査票案に「公的医療保険から支払われる治療法の費用に応じて、あなたが負担する保険料は増加する可能性があります」と記載したことで、医療保険の仕組みに詳しくない人が多く、面接対象者の年齢幅が広いことを考えれば、先入観を与えるおそれもあるとの指摘が相次ぎ、再検討を余儀なくされている。

その後、現時点で調査票の修正案は提示されていない。厚労省は、次回以降の同部会で修正案を提示するとしたが、この日示されたスケジュール案に時期は明記されておらず、調査の実施から集計・分析には最短4カ月程度必要との見込みを示すに留まった。11月開始で、来年2月末から3月に結果が得られるとしたが、時期的に制度の骨子に盛り込めないことは明らかであり、11月の調査開始も懸念される状況にある。まずは、制度の考え方や運用方法を取りまとめることを優先したい意向を示したが、早くも骨抜き制度となるリスクを抱えている。

一般病棟入院基本料の評価手法見直し 重症度等はDPCデータの置き換えも視野

厚生労働省 入院医療等の調査・評価分科会

8月24日、厚生労働省の入院医療等の調査・評価分科会が開かれ、一般病棟入院基本料の評価手法を見直す方向性が確認された。

また、一般病棟入院基本料の施設基準評価項目にある「重症度」「医療・看護必要度」については、DPCデータとの置き換えも視野に、相関性を検証していく方針を固めている。

■定義や算出方法の違いを洗い直し、 一定の条件を設定、解決方法などを検証

一般病棟入院基本料の施設基準は、「看護職員配置」「平均在院日数」「重症度」「医療・看護必要度」などがある。7対1でも病床数200床以上の10対1であっても、算定要件としてDPCデータの提出が義務付けられているため、相関性がある部分を置き換えて事務作業の効率化、合理化を図ることを狙いとする。

とりわけ、「重症度」「医療・看護必要度」については、看護職員が毎日測定する必要があるため、入力作業などで大きな負担がかかっている現状がある。

しかし、DPCデータの提出は3カ月に1度であり、薬剤の使用量や手術の評価期間などの測定において定義が異なる部分もある。

そこで厚労省は、定義や算出方法の違いを洗い直し、どの程度置き換えることが可能なのか、一定の条件を設定することで解決可能なのかなどを検証したい考えを明らかにした。

■評価手法自体を見直して検証を深め、 より適切な方法を打ち出したい方針

また、「重症度」「医療・看護必要度」は、7対1と10対1で活用方法が異なる。7対1の場合は、カットオフの基準として該当者が25%以上いることが算定要件となっており、10対1の場合は該当患者の割合に応じて「看護必要度加算」の算定が認められる。

しかし、10対1でも該当患者の割合や平均在院日数が7対1とほとんど変わらないケースがあるため、厚労省は評価手法自体を見直すべきだとした。検証を深めて、より適切な方法を打ち出したい方針だ。

具体案は今後出される見通しだが、政府としては医療費を抑制するのが第一の目標であるだけに、カットオフ基準をさらに低く設定して基本報酬を引き下げ、加算に重きを置く可能性もある。

そうすると、必然的に7対1の入院基本料引き下げにつながるだけに、今後の同分科会での議論がどのように展開していくか注目が集まる。



介護保険事業状況報告(暫定) (平成29年3月分)

厚生労働省 2017年6月21日公表

概 要

1 第1号被保険者数(3月末現在)

第1号被保険者数は、3,440万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(3月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、631.9万人で、うち男性が196.5万人、女性が435.4万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.0%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付1月サービス分、償還給付2月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、388.6万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付1月サービス分、償還給付2月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、80.1万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

5 施設サービス受給者数(現物給付1月サービス分、償還給付2月支出決定分)

施設サービス受給者数は92.5万人で、うち「介護老人福祉施設」が52.1万人、「介護老人保健施設」が35.3万人、「介護療養型医療施設」が5.3万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計が一致しない)

6 保険給付決定状況(現物給付1月サービス分、償還給付2月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、7,616億円となっている。

(1) 再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅（介護予防）サービス分は3,590億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,161億円、施設サービス分は2,421億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

(2) 再掲：高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費

高額介護（介護予防）サービス費は169億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は8億円となっている。

(3) 再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

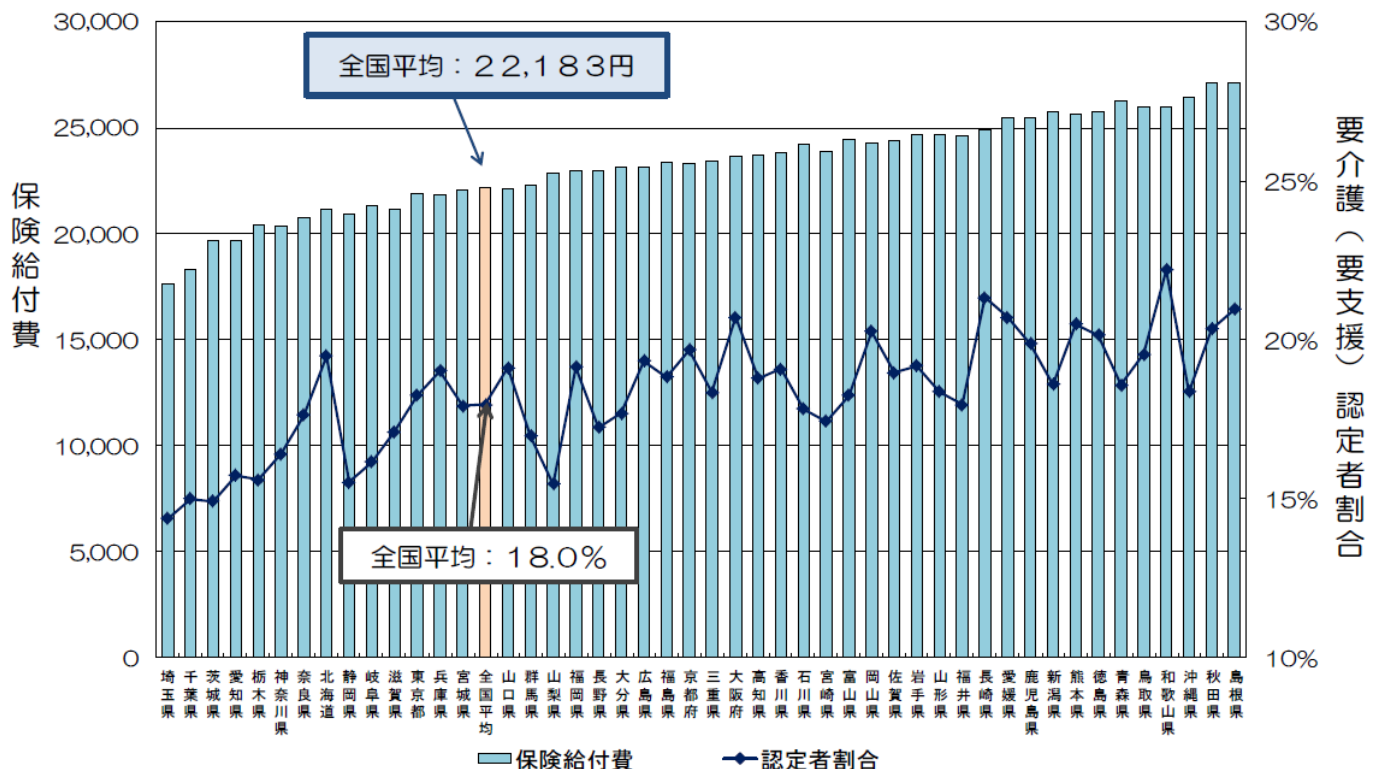
特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は267億円、うち食費分は171億円、居住費（滞在費）分は96億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

第1号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護（要支援）認定者割合【都道府県別】

（単位：円）

（単位：%）



- ※1 保険給付費（第2号被保険者分を含む）には、高額介護（介護予防）サービス費、特定入所者介護（介護予防）サービス費を含む。
- ※2 要介護（要支援）認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。
- ※3 保険給付費は、平成29年1月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数は、平成29年1月末実績である。

介護保険事業状況報告（暫定）（平成29年3月分）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。



経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

地域包括ケアに対応

介護との連携・ 協働ネットワーク

1. 「地域包括ケア」で国が目指す方向性
2. 介護サービスの理解と「医行為」範囲の理解
3. 医療と介護のシームレスな連携構築のポイント



1

医業経営情報レポート

「地域包括ケア」で国が目指す方向性

■ 地域包括ケアシステムが示す医療・介護の役割

(1) 一貫したケアを提供する「地域包括ケアシステム」の概念

医療サービスを必要とする患者の高齢化は、そのニーズの高まりに必ずしも医療機関が十分に
 応えられなくなってきたという新たな問題を生じさせました。

高齢化社会の将来を見据えて示された「地域包括ケアシステム」は、医療と介護の連携強化等
 によって、医療から介護までを一貫して提供するネットワークです。

■ 「地域包括ケアシステム」構築に求められる5つの視点

- 利用者のニーズに応じて、以下の5点について包括的・継続的に提供される必要がある
 - (1) 介護サービスの充実・強化
 - (2) 医療との連携強化
 - (3) 介護予防の促進
 - (4) 多様な生活支援サービス（見守り、配食、買い物等）の確保、権利擁護
 - (5) バリアフリーの高齢者住宅の整備

(2) 介護保険制度見直しと在宅医療ケアの将来像

2012 年度に施行された改正介護保険法は、「高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する
 能力に応じ、自立した日常生活を営む」ために、介護サービス基盤を強化することを目的とし
 たものです。

■ 介護保険制度改正の基本的考え方

● 「地域包括ケアシステム」の実現

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく一体的に提供

● 持続可能な介護保険制度の構築

給付の効率化および重点化を進め、給付と負担のバランスを図る

サービス提供は切れ目なく一体的に
 給付は医療と介護の役割から明確に区分

2

医業経営情報レポート

介護サービスの理解と「医行為」範囲の理解

■ 在宅医療に関わる診療所が知っておくべき介護サービス

2000年にスタートした介護保険制度の主要な目的には、退院後の受け皿を確保できない長期入院患者（社会的入院）の解消と、自宅での療養生活を促す意図がありました。介護保険サービスを受けながら、在宅医療のケアも継続する患者の割合が増えるため、地域医療の担い手である診療所を中心とする医療機関も、介護との連携が今後より重要になるといえるでしょう。

在宅患者を地域が支える滑な仕組みを構築する際には、介護の果たす役割とサービスに関する知識を備えておくことが、医療・介護間の相互理解と併せて、不可欠だといえます。

■ 介護保険で利用できるサービス

訪問介護	食事、入浴、排せつの介助や清拭、整容等 調理・洗濯・掃除等の生活援助も可能な場合あり（独居等）
夜間対応型訪問介護	夜間の定期的巡回により体位交換・おむつ交換等
訪問入浴介護	3人（通常、看護師1＋介護職2）体制での入浴介助
訪問看護	診療補助や医療機器管理、機能訓練等
訪問リハビリテーション	理学療法士、作業療法士、言語療法士等による機能回復訓練
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、保健師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士等による療養上の管理・指導
通所介護（デイサービス）	施設で行うレクリエーションや機能訓練
通所リハビリテーション（デイケア）	介護老人保健施設・病院・診療所等で行う理学療法、作業療法、言語聴覚療法等の施術
短期入所生活・療養介護	短期間だけ施設に入所して受ける生活援助（ショートステイ）

■ 介護職が実施できる行為を理解しておく

患者に対するケアを実施する際には、その作業が「医行為」に該当するかどうかによって、介護職が実施できる範囲が定められています。2005年7月には厚生労働省が医行為の範囲を明示する通知を発し、介護職が実施できる行為を明確にしました。これを契機とし、介護職はケアの一環として、様々な行為を行うことができるようになっていきます。

在宅医療を担う医師は、医行為の範囲を理解しておくこと、チームでのケアの際にも、介護職との役割分担を円滑に進めることができ、患者や利用者によって最適なケアの提供の実践につながるはずです。医療者側も介護に対する知識と理解を持ち、介護職との関係を深めることがますます重要になっています。

3

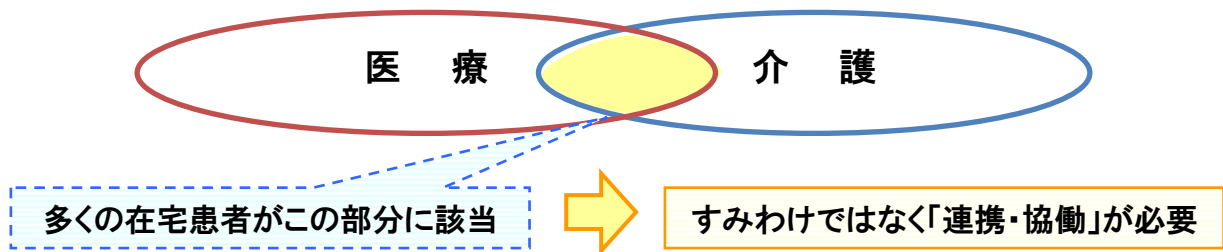
医業経営情報レポート

医療と介護のシームレスな連携構築のポイント

■ 医療と介護の役割・機能分化と連携の取り方

(1) 介護との「区分」から「連携」への移行

医療と介護が重なり合う部分について、その役割が明確に区分された結果、医療機関は医療分野のみ、そして介護事業者は介護に関連することのみという意識が強まり、本来であれば適切な情報の提供・共有によって、患者にとって必要な情報とサービスの提供が滞る場面が生じているという問題が指摘されてきました。しかし、医療者の立場で患者として介護サービス利用者に関わり、在宅で療養を続ける患者の生活全体を俯瞰できるのは、かかりつけ医になる診療所だからこそ可能だといえるでしょう。



(2) 経営的側面からみる連携の重要性

要介護状態が比較的軽度の患者に対しては、介護事業者がサービス利用者に訪問診療の利用を働きかけ、利用者がその価値を認識することによって、導入を決めるケースは少なくありません。在宅医療を提供する診療所等医療機関との連携により、退院後に地域に戻り、自宅で療養生活を送りながら在宅ケアを受ける患者も今後はより増加傾向を示すはずです。

診療所、医師が地域の介護事業者と相互に協力し、患者の生活を支援する取り組みは、今後の診療所経営にとって大きな要素であるといえるでしょう。

■ 介護事業者が考える訪問診療にふさわしい医師の条件

*無回答 17.7%を含む

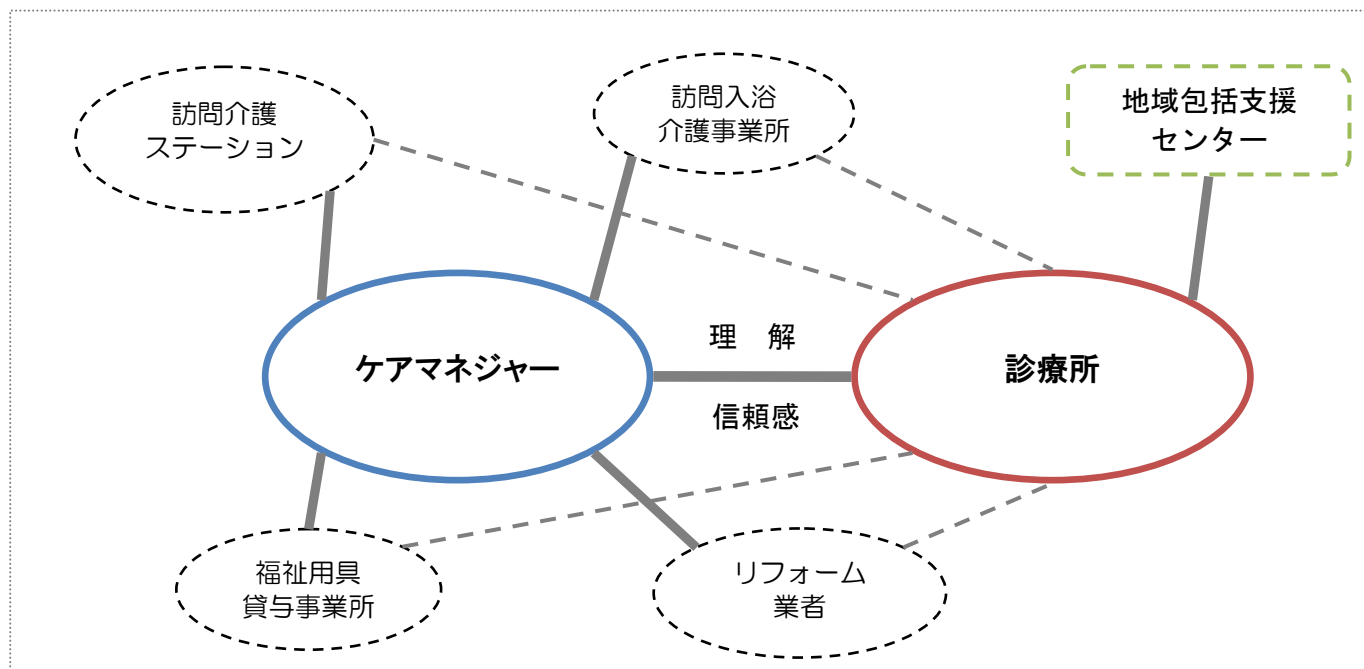
条件	割合
相談しやすい	30.2%
介護の視点を持っている	28.1%
利用者の立場でケアを提供している	18.8%
指示が明確	4.2%
高圧的でない	1.0%
説明がわかりやすい	0.0%

出典：特定非営利法人 全国在宅医療推進協会の調査結果による

介護側としては、説明がわかりやすいだけでは在宅ケアにふさわしい医師だという評価にはならず、相談しやすい相手であることが求められている

■ 診療所と介護の円滑な連携・ネットワーク構築

(1) ケアマネジャーとの関係づくり



介護サービス利用者のケアプランを作成し、手続きに関わる業務を行うケアマネジャーは、在宅療養中の患者にとって身近な存在であり、そして患者をめぐる情報交換の中心を担う立場でもあります。ケアマネジャーの仕事を理解することによって、在宅の高齢者ケアにとって良い環境を整備する近道になるはずで

■ 介護連携先とのコミュニケーション強化に必要なツール

- ① 介護に関する十分な知識
- ② ケアマネジャーとの良好な関係
- ③ サービス担当者会議への出席

(2) チームとして機能するための連携強化

在宅患者の中には、自宅での生活支援が重要視されるケースもあります。

このような場合、診療所としては、医学的なアプローチで患者の生活動作を支えることを大きな目標として取り組むことが求められます。そのために、訪問看護ステーションとは必要な情報と勉強会などの機会を通じ、医療の立場から必要なリハビリテーションの実施を働きかけるなど、患者をサポートする一つのチームとして、目標到達まで最適なケア提供に取り組む姿勢が必要です。

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: 労務管理 > パート・派遣職員

パート職員の雇い止め

3ヵ月契約で雇用するパート職員に対し、今後は員数を削減したいと思います。1年以上にわたり反復更新してきたパート職員を契約満了時に雇い止めできますか。

雇用契約を反復継続して更新している場合には、「期間の定めのない契約」とみなされますので、契約期間の満了として雇い止めをすることはできません。

この場合は、所定の解雇予告手続が必要となり、さらに解雇について合理的な理由がない場合には、解雇権の濫用として扱われますので注意が必要です。

現在のところ、期間の定めのある契約の反復更新が、どの時点・状態から実質上期間の定めのない契約になるとされるのかについては、明確な基準が示されていません。

そこで、短時間労働者の雇用管理改善のために措置を講ずる場合の考え方を示した「パートタイム労働指針」では、労働契約の更新に関し、「引き続き1年を超えて使用するに至った短時間労働者の労働契約を、更新することなく期間の満了により終了させるときは、少なくとも30日前にその予告を行なうよう努めなければならない」ものとしています。

◆パートタイム労働指針の考え方【抜粋】 ～ 期間の定めのある労働契約

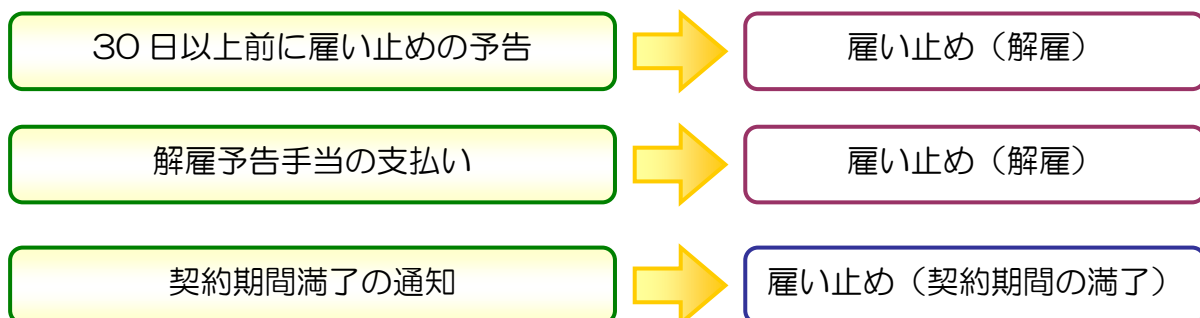
労働基準法に基づき定められた有期労働契約の締結、更新及び雇い止めに関する基準（平成15年厚生労働省告示第357号）の定めるところにより、次に掲げる措置を講ずるものとする。

① 雇い止めの予告

少なくとも当該契約の期間の満了する日の30日前までに、有期労働契約を更新しないことの予告をするものとする。

② 解雇の予告

- 1) 労働基準法の定めるところにより、少なくとも30日前に解雇予告をするものとする。これをしない事業主は、30日分以上の平均賃金を支払うものとする。
- 2) 1)の予告日数は、1日について平均賃金を支払った場合においては、その日数を短縮することができる。



ジャンル: 労務管理 > パート・派遣職員

パートタイマーとアルバイトの違い

パートタイマーとアルバイトの違いを具体的に教えてください。

パートタイマーとアルバイトの違いについての明確な定義はありませんが、一般的には、パートタイマーは短時間労働者、アルバイトは短期間労働者の意味で用いられることが多いようです。

■パートタイマー

パートタイマーとは、文字どおり労働時間の一部を就業する者のこと、すなわち、短時間労働者のことをいいます。この点については、平成5年に施行されたいわゆるパートタイム労働法（「短時間労働者に関する雇用管理の改善に関する法律」）において、いわゆるパートタイマーとは、「同一の業務に従事する労働者に比して」1週間の労働時間が短い者をいう、と定義づけています。

このように、パートタイマーとは、一定時間だけ勤務する短時間労働者であるということができます。

■アルバイト

アルバイトは、もともと学業などの本業があって、そのかたわら副業的、または臨時的に就業する者のことをいいます。

ただし、近年では、副業ではなくアルバイトを本業とした雇用形態で働くいわゆるフリーターなども現れており、また、1年以内の期間を定めて雇用する契約職員をアルバイトと呼ぶこともあります。

いずれにしても、アルバイトは、臨時雇いの労働者、つまり、短期間労働者であるということが出来ます。

もちろん、短時間就業するアルバイトもあり、パートタイマーでも短期間の雇用契約とすることもあります。そのため、上記のような呼称の混乱が生じているものと思われます。

なお、短時間労働者の定義をめぐっては、総務省統計局の調査では、週35時間未満の者を短時間労働者と呼んでいます。また、厚生労働省の調査（毎月勤労統計調査）において、月18日未満の者を短時間労働者としています。

また、雇用保険や中小企業退職金共済制度では、週30時間未満のパートタイム労働者を短時間労働被保険者、または短時間労働被共済者としています。

以上のように、政府統計や国の制度でも短時間労働者の範囲の定義は様々です。