

医療情報
ヘッドライン

社会医療診療行為別統計の結果を公表 入院1件あたり点数は前年比0.9%増

▶厚生労働省

救急患者の受入体制で事業内容を見直し 救急出動と搬送人員は増加傾向にあり

▶厚生労働省

経営
TOPICS

統計調査資料
病院報告（平成28年2月分概数）

経営情報
レポート

医療法人の透明性の確保とガバナンス強化
平成27年医療法改正の概要

経営
データベース

ジャンル:医療制度 サブジャンル:患者申出療養
評価療養と選定療養の分類
患者申出療養の申請手続き

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

社会医療診療行為別統計の結果を公表 入院1件あたり点数は前年比 0.9%増

厚生労働省は6月15日、2015年「社会医療診療行為別統計」の結果を公表した。「社会医療診療行為別統計」は、医療行為や傷病の状況について、社会保険診療報酬支払基金支部、国民健康保険団体連合会に提出され、2015年6月審査分のレセプトのうち、ナショナルデータベース（NDB）に蓄積されている全数を集計したもので、医療の給付の受給者に係る診療行為の内容、傷病の状況、調剤行為の内容、薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得ることを目的に毎年作成されている。

今回公表する結果は、①医科81,741,701件、②歯科16,542,570件、③保険薬局50,102,782件のレセプトについて集計したものである。

■「社会医療診療行為別調査」から名称を変更して実施

- 医科入院1件あたり点数は前年比0.9%増加して5万237.8点。1日あたり点数は同0.2%増え3,190.6点で、内訳を診療行為別に見ると前年比の増加率が大きい順に、「入院料等」2.5%増（1,216.3点）、「診断群分類による包括評価等」1.5%増（945.5点）、「初・再診」1.3%増（3.2点）。1件あたり日数は同0.10日増の15.75日だった。
- 医科入院外を見ると、1件あたり点数は前年比1.2%減少して1,309.6点。1日あたり点数は同1.7%増の827.4点で、内訳を診療行為別に見ると、前年比の増加率が大きい順に、「在宅医療」6.8%増（55.2点）、

「注射」3.2%増（70.3点）、「リハビリテーション」3.0%増（11.0点）。1件あたり日数は同0.05日減の1.58日だった。

- 歯科の診療の状況は1件当たり点数が1,228.0点（対前年2.0%減）、1日当たり点数は667.1点（同2.1%増）。
- 薬局調剤を見ると、1件あたり点数は前年比2.4%増えた1,120.7点で、内訳は「調剤技術料」が同0.8%増の227.9点、「薬学管理料」が同2.6%減の48.4点、「薬剤料」が同3.1%増の842.5点。また、1回あたりの点数は同4.6%増加の894.8点で、内訳は「調剤技術料」が同3.0%増の182.0点、「薬学管理料」が同0.5%減の38.6点、「薬剤料」が同5.4%増の672.6点だった。
- 後発医薬品の使用状況（薬剤種類数に占める割合）は、総数では54.5%（対前年3.7ポイント上昇）、入院では52.0%（同5.5ポイント上昇）、院内処方（入院外・投薬）では50.4%（同3.4ポイント上昇）、院外処方（薬局調剤）では55.9%（同3.6ポイント上昇）。
- 薬剤点数に占める後発医薬品の点数の割合は、総数で13.9%（同1.4ポイント増）。このうち、入院が10.6%（同1.3ポイント増）、院内処方が13.9%（1.7ポイント増）、院外処方が14.0%（同1.3ポイント増）。他方、「薬剤種類数に占める後発医薬品の種類の割合」は、総数で54.5%（同3.7ポイント増）、入院が52.0%（同5.5ポイント増）、院内処方が50.4%（同3.4ポイント増）、院外処方が55.9%（同3.6ポイント増）だった。

救急患者の受入体制で事業内容を見直し 救急出動と搬送人員は増加傾向にあり

厚生労働省は6月16日、行政事業レビュー（公開プロセス）を開催し、「救急患者の受入体制の充実」に関して、外部有識者らによる評価を実施した。救急出動と搬送人員は直近15年間でいずれも増加傾向にあり、特に高齢者の割合が高くなっている。

救急搬送件数の増加に伴い、特に大都市部では医療機関への受け入れに時間を要するケースも発生している。全国的にも救急搬送件数が増加傾向で、医療機関への受け入れの照会に時間がかかり、現場滞在時間が長くなるケースが少なくない。特に首都圏や近畿などの都市部では、医療機関に受け入れられるまでの時間が全国平均を上回っており、地域間の格差が目立っている。この日、外部有識者からは、「都道府県の中には受け入れ先の医療機関を確保できないケースもあり、昨年度の予算の執行率は20%にとどまっていた」ことを重く受け止めるべきという意見が出た。

救急患者の受け入れ体制については、もはや「待ったなしの状況下」にあり「抜本的な改善策」が求められているとの声が多くみられた。

■メディカルコントロール体制強化事業等を検証

厚生労働省は、対策として①救急患者受入実態調査事業（2010年度創設）、②メディカルコントロール体制強化事業（2014年度創設）、③搬送困難事例受入医療機関支援事業（2014年度創設）の取り組みを実施してきた。

②は、救急医療体制の強化のため、地域の消防機関などに設置しているメディカルコントロール協議会に専任の医師を配置するため

に必要な人件費などについて財政支援を行うもの。救急隊のメディカルコントロールとは、救急現場から医療機関へ患者を搬送するまでの間に救急救命士や救急隊員が行なう応急処置などを、医学的な観点から、その質を保障することをいう。これについて、厚労省は論点として次のように示した。

- ・メディカルコントロール体制強化事業、搬送困難事例受入医療機関支援事業について、都道府県の実態やニーズに合っているか検証すべき
- ・メディカルコントロール協議会に対する補助のあり方を検証すべき

③は、長時間にわたり搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても受け入れる医療機関に対して財政支援するもの。これに対し、厚労省は適切な「力所数」の見直しを図るとともに、救急医療機関が搬送困難事例の受入体制（空床、医師など）を確保するために十分な措置となっているか実態を把握・検証した上で、事業内容の見直しを図っている。

5月の熱中症搬送人員数は昨年比116人減少

総務省消防庁は6月20日、「2016年5月の熱中症による救急搬送状況」を公表した。消防庁によると、2016年5月に熱中症で救急搬送された人は、全国で2,788人（前年同月比116人減）。年齢区分別は、高齢者（65歳以上）が最も多く1,303人（全体の46.7%）。次いで、成人（18歳以上65歳未満）が868人（同31.1%）、少年（7歳以上18歳未満）が558人（同20.0%）、乳幼児（生後28日以上7歳未満）が59人（同2.1%）の順。

病院報告

(平成28年2月分概数)

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28年2月	平成27年1月	平成27年12月	平成28年2月	平成27年1月
病院					
在院患者数					
総数	1 286 147	1 253 378	1 243 193	32 769	10 185
精神病床	288 997	288 240	288 289	757	△ 49
結核病床	1 808	1 827	1 950	△ 19	△ 123
療養病床	293 918	290 794	289 912	3 124	882
一般病床	701 366	672 460	662 985	28 906	9 475
(再掲)介護療養病床	51 416	51 448	51 790	△ 32	△ 342
外来患者数	1 406 335	1 256 341	1 369 548	149 994	△113 207
診療所					
在院患者数					
療養病床	6 152	6 162	6 156	△ 10	6
(再掲)介護療養病床	2 355	2 382	2 398	△ 27	△ 16

- 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)

	病床利用率(%)			対前月増減	
	平成28年2月	平成27年1月	平成27年12月	平成28年2月	平成27年1月
病院					
総数	80.9	79.6	70.8	1.3	8.8
精神病床	85.7	85.5	85.5	0.2	0.0
結核病床	32.8	32.0	33.3	0.8	△ 1.3
療養病床	89.0	88.5	87.8	0.5	0.7
一般病床	76.6	74.6	59.5	2.0	15.1
介護療養病床	91.3	91.0	91.2	0.3	△ 0.2
診療所					
療養病床	59.7	59.2	57.9	0.5	1.3
介護療養病床	71.4	71.7	71.4	△ 0.3	0.3

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

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28年2月	平成27年1月	平成27年12月	平成28年2月	平成27年1月
病院					
総数	28.4	30.3	28.0	△ 1.9	2.3
精神病床	270.6	301.2	276.4	△ 30.6	24.8
結核病床	61.5	73.3	64.5	△ 11.8	8.8
療養病床	148.9	164.3	149.7	△ 15.4	14.6
一般病床	16.5	17.3	15.9	△ 0.8	1.4
介護療養病床	315.6	338.7	317.5	△ 23.1	21.2
診療所					
療養病床	97.1	108.0	101.6	△ 10.9	6.4
介護療養病床	120.9	133.4	129.8	△ 12.5	3.6

在院患者延数

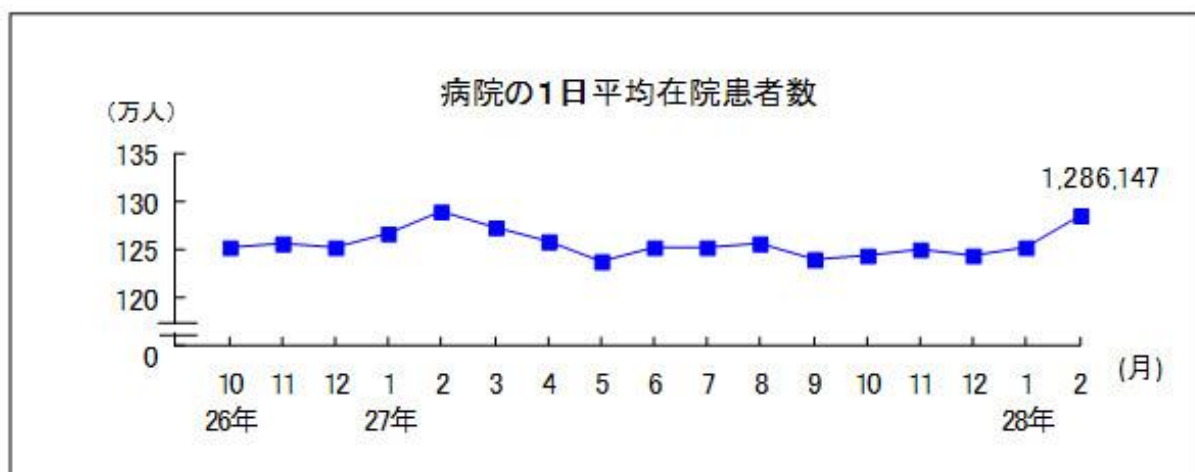
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

在院患者延数

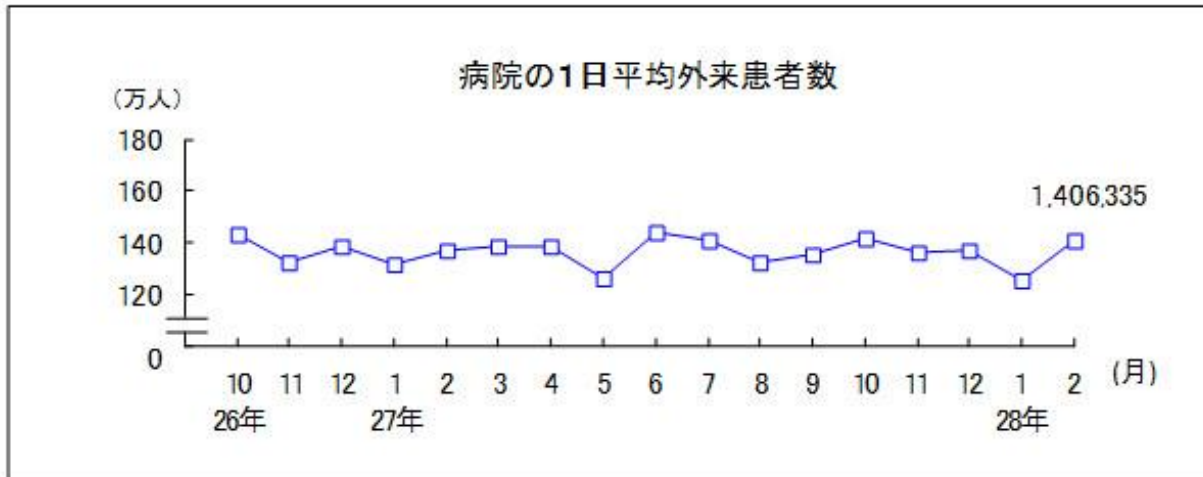
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{1}{2} \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

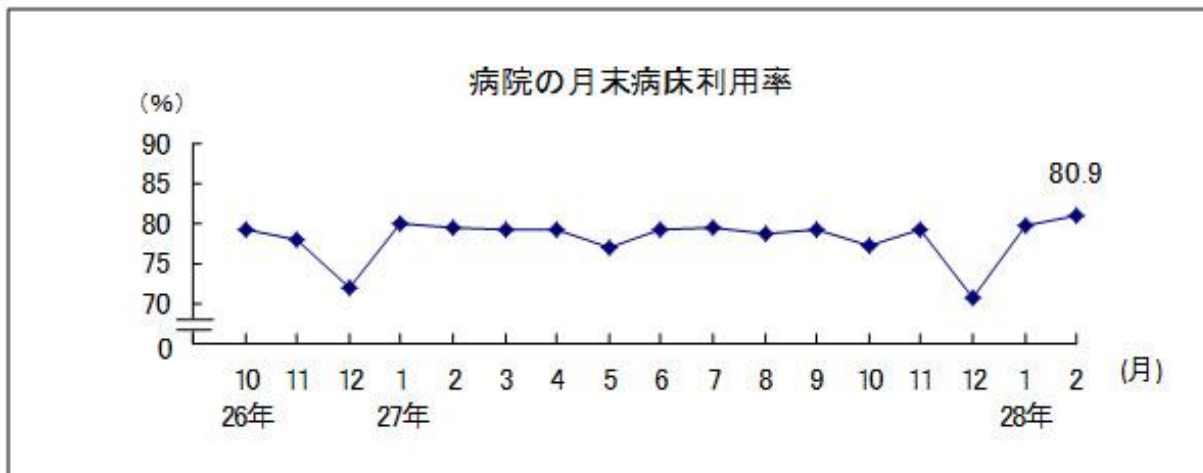
◆病院:1日平均在院患者数の推移



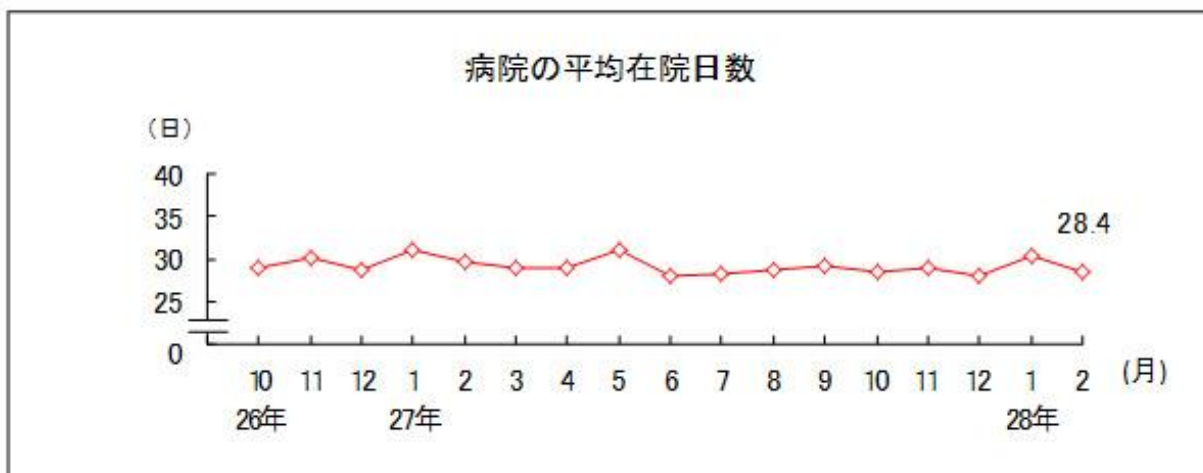
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



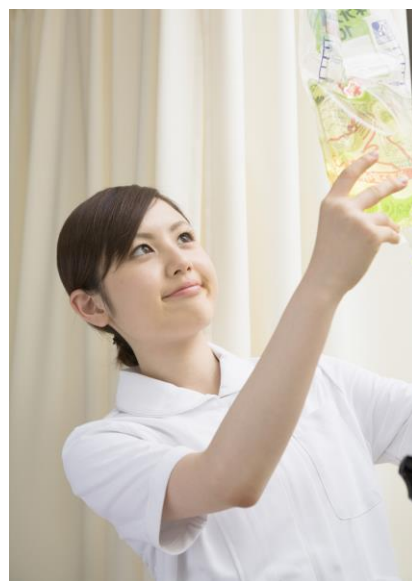
◆病院:平均在院日数の推移



医療法人の透明性の確保とガバナンス強化 平成27年医療法改正の概要

ポイント

- 1 改正医療法のねらいとその概要
- 2 地域医療連携推進法人制度の創設
- 3 医療法人制度の見直しに関する改正



1 改正医療法のねらいとその概要

■ 改正医療法は順次施行へ

平成27年9月28日、「医療法の一部を改正する法律」が交付されました。平成28年9月1日、同29年4月2日の2段階に分けて施行されることになっています。

前回改正は平成26年10月に施行され、病床機能報告制度と地域医療構想の策定を柱とするものでしたが、今回の医療法改正は、「地域医療連携推進法人制度の創設」と「医療法人制度の見直し」の2つが大きな柱となっています。

■ 医療法改正の柱

- ①地域医療連携推進法人制度の創設
- ②医療法人制度の見直し
 - 医療法人の経営の透明性の確保
 - 医療法人のガバナンスの強化に関する事項
 - 医療法人の分割等に関する事項
 - 社会医療法人の認定等に関する事項

■ 地域医療連携推進制度創設の狙いと制度概要

地域医療連携推進法人の認定制度創設について、厚生労働省は、「医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進する」ことを目的として掲げています。

これは、複数の病院（医療法人等）を統括し、一体的な経営を行うことにより、経営効率の向上を図るとともに、地域医療・地域包括ケアの充実を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢とすることにより、地方創生につなげるというものです。

「医療連携推進方針」を定め、「医療連携推進業務」を行うことを目的とする一般社団法人は、地域医療連携推進法人として都道府県知事の認定を受けることができるようになります。

具体的には、医療法第70条において、次項の条文が追加されます。

■ 地域医療連携推進法人関連の条文(医療法 第70条)

- 地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供する参加法人を社員とし、開設する病院、診療所及び介護老人保健施設（以下「病院等」という。）の業務の連携を推進するための方針（以下「医療連携推進方針」という。）を定め、医療従事者の研修、医薬品等の物資の供給、資金貸付その他の業務（以下「医療連携推進業務」という。）を行うことを目的とする一般社団法人は、都道府県知事の認定を受けることができるものとする。

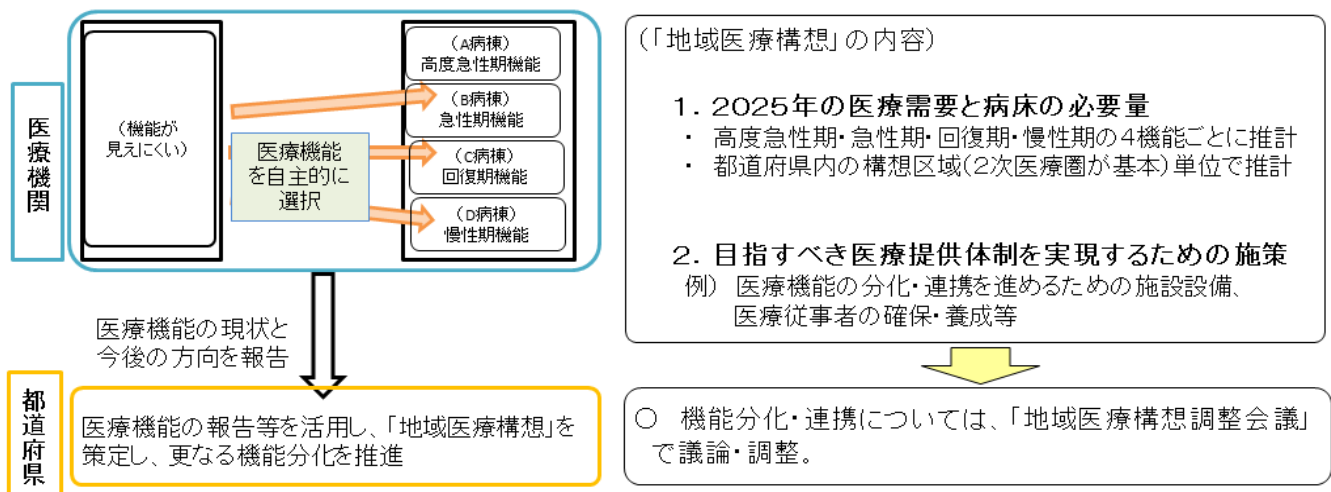
地域医療構想については、各都道府県が平成30年3月までの策定を義務付けるもので、2025年に向けて、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床数の必要量を推計し、定めるものです。

定めた必要量を達成するための選択肢の一つとして、地域医療連携法人制度が創設されたといえます。

■ 地域医療構想の全体像

地域医療構想について

- 平成26年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



（出典：厚生労働省ホームページ 医療連携構想について）

■ 医療法人制度改革のねらいと主要改正項目

(1) 医療法人の経営の透明性の確保及びガバナンスの強化

今回の改正では、医療法人の経営の透明性の確保及びガバナンスの強化に関する事項が盛り込まれました。医療は、非営利性を保ちつつも、きわめて公益性の高い業種とされています。過去にも株式会社参入の議論の中で、当時の経済財政諮問会議において、医療法人の非営利性は形骸化しているとの指摘を受けています。これを受けて、第5次医療法改正において非営利性を強化する目的で、新規の医療法人の設立は「持分なし」に限定され、既存の持分のある医療法人は「経過措置型医療法人」と位置付けられました。

今回の改正は、さらなる非営利性強化のために、医療法人の会計基準や役員と特殊の関係がある事業者との取引の状況に関する報告書の作成、理事の忠実義務、任務懈怠時の損害賠償責任等、医療法人の経営にかなり踏み込んだ項目となっています。

2 地域医療連携推進法人制度の創設

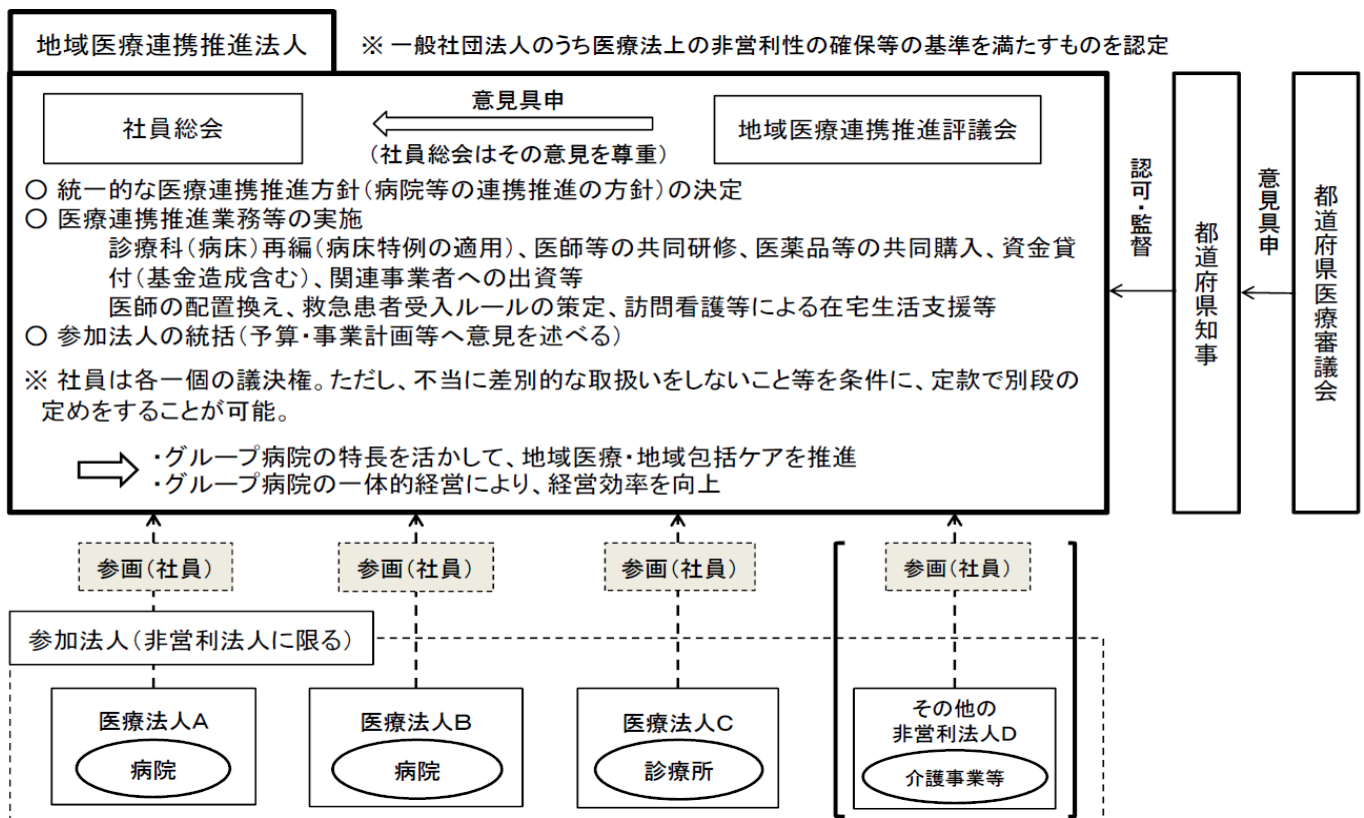
■ 地域医療連携推進法人とは

地域医療連携推進法人制度は、首相の諮問機関である産業競争力会議において、これまで「非営利ホールディングカンパニー型法人制度」として議論されてきました。この法人制度が、「地域医療連携推進法人制度」と名称を変えて、改正医療法に折り込まれたものです。

(1) 地域医療連携推進法人の概要

地域医療連携推進法人とは、複数の参加法人（非営利法人に限る）が参画し、統一的に地域医療を推進する法人をいいます。

具体的には、下図のとおり、非営利法人がそれぞれ社員を参画させ、最高議決機関である社員総会を運営します。また、その社員総会に意見具申する地域医療連携推進評議会を別に組織することが必要となります。



(出典：厚生労働省 医療法人の事業展開等に関する検討会 資料より)

(2) 地域医療連携推進法人の認定基準

地域医療連携推進法人は、都道府県知事の認定により設立が可能となります。具体的認定要件は下記のとおりです。この法人に参加できるのは、医療法人等の非営利法人となっており、個人開設の診療所は参加できません。

3 医療法人制度の見直しに関する改正

■ 医療法人経営の透明性の確保

医療法人の経営の透明性の確保に関する改正は、以下の3点となります。対象となる規模について、現段階ではまだ明確になっておらず、今後の検討課題となっています。

(1) 会計基準の適用・外部監査の義務付け

医療法人の経営の透明性を確保するために、一定規模以上の医療法人に会計基準の適用を義務づけるとともに公認会計士等による外部監査を義務付けるというものです。具体的な会計基準は、平成26年に四病院団体協議会(*)が作成した「医療法人会計基準」をベースに検討されます。

*四病院団体協議会：一般社団法人日本医療法人協会、公益社団法人日本精神科病院協会、一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会で構成される民間病院を中心とした病院団体の協議会。

■ 改正される医療法の条文

【医療法第50条】

医療法人の会計は、この法律及びこの法律に基づく厚生労働省令の規定によるほか、一般に公正妥当と認められる会計の慣行に従うものとする。

【医療法第50条の2】

医療法人は、厚生労働省令で定めるところにより、適時に、正確な会計帳簿を作成しなければならない。

2 医療法人は、会計帳簿の閉鎖の時から十年間、その会計帳簿及びその事業に関する重要な資料を保存しなければならない。

【医療法第51条】

2 医療法人(その事業活動の規模その他の事情を勘案して厚生労働省令で定める基準に該当する者に限る。)は、厚生労働省令で定めるところにより、前項の貸借対照表及び損益計算書を作成しなければならない。

5 第二項の医療法人は、財産目録、貸借対照表及び損益計算書について、厚生労働省令で定めるところにより、公認会計士又は監査法人の監査を受けなければならない。

(2) 計算書類の公告の義務付け

この改正は、国民皆保険の下で病院等の業務が行われていることから、医療法人の経営の透明性を高める必要があるとして、一定規模以上の医療法人に、計算書類の公告(官報又はインターネット上での公開)を義務付けるというものです。

経営データベース 1

ジャンル: 医療制度 > サブジャンル: 患者申出療養



評価療養と選定療養の分類

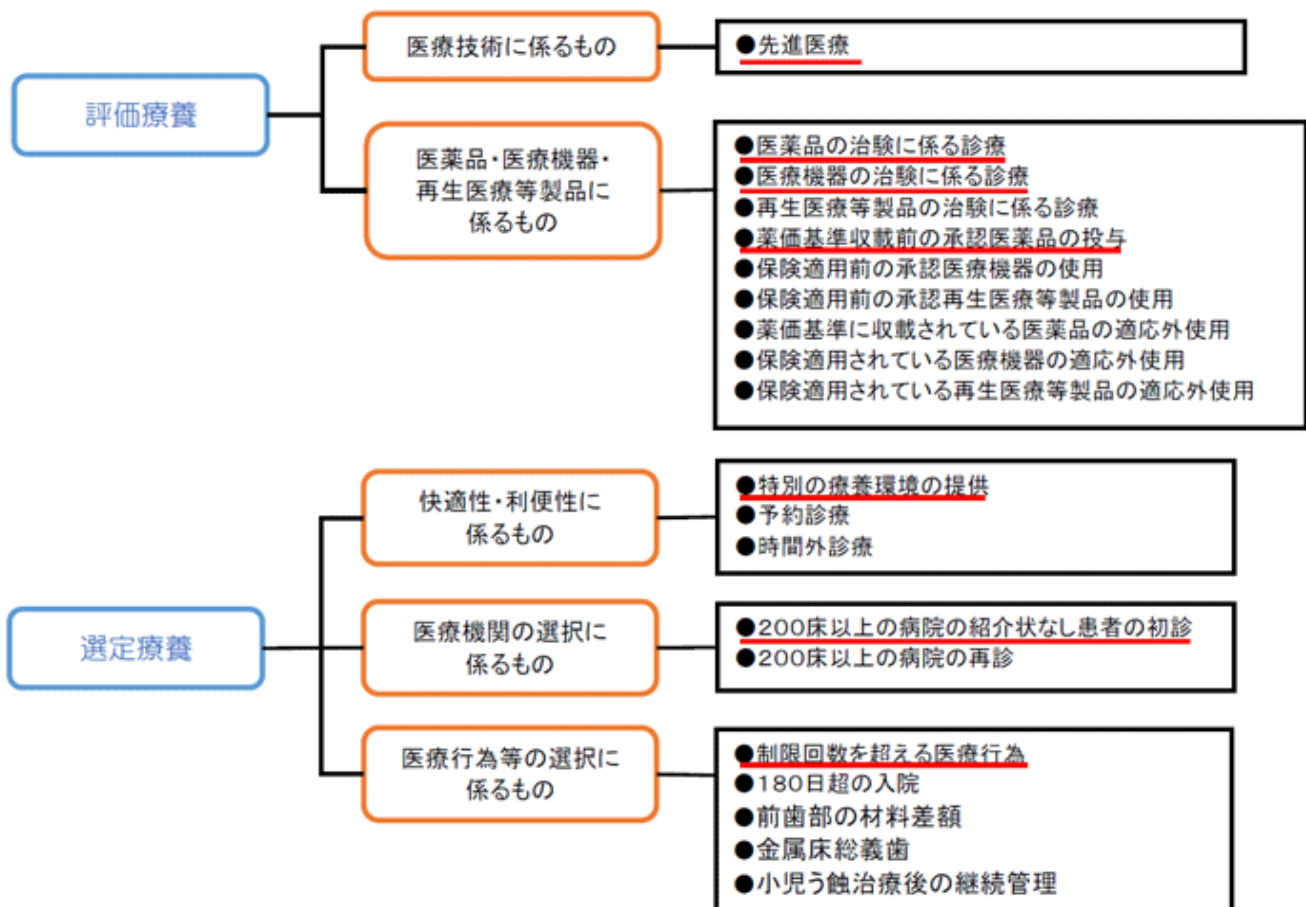
評価療養と選定療養の分類を教えてください。



現行の保険外併用療養費制度は「評価療養」と「選定療養」の2種類があり、次の図のとおり、5つのカテゴリー（20項目）に分類されています。

「評価療養」は、主として医療の高度化に対応するもので、現在は保険診療としては認められていない医療であって、安全性や有効性、普及性などが確認されれば将来的に保険導入を検討すべき医療技術をいいます。特に先進医療は、陽子線治療など現在108項目が承認されており、そのうち毎年数例が保険診療の対象となっています。

一方「選定療養」は、主として医療ニーズの多様化に対応するもので、保険診療の水準を超えるサービスとして、患者自らの希望により受ける医療をいいます。



* 保険外併用療養編成以前の平成18年（2006年）までは、特定療養費制度として朱線 —— のもののみが対象

経営データベース ②

ジャンル: 医療制度 > サブジャンル: 患者申出療養



患者申出療養の申請手続き

患者が患者申出療養を利用する際の申請手続きを教えてください。



制度利用の大まかな流れは、以下のとおりです。

基本的には、「臨床研究中核病院」等を経由して患者から国に対して申請を行い、有効性等の審議が行われたのちに、実施の可否について結論が下されます。

- ①患者がかかりつけ医などと相談し、保険外の最先端医療技術を保険診療と併用することを希望した場合、「臨床研究中核病院（後述）」などに申し出る
- ②臨床研究中核病院などから示される「有効性や安全性に関する資料」とともに、患者が国に患者申出療養の申請を行う
- ③国に設置される「患者申出療養に関する会議」で有効性や安全性、患者がリスクを理解しているかなどを審議する（原則6週間）
- ④申請が認められた場合、その医療技術が当該臨床研究中核病院などで実施される

また、患者申出療養として前例のある技術については、その前例を取り扱った臨床研究中核病院が「患者に身近な医療機関で実施できるかどうか」を審査し（原則2週間）、その上で当該「身近な医療機関」での実施が可能となるケースもあります。

■申請を受ける臨床研究中核病院の指定

申請先となる臨床研修中核病院については、社会保障審議会医療部会で審議され、現在は予算事業のなかで15病院を選定しており、その役割から大きく2つに分けられています。

それは、ヒトに新規薬物や機器を投与・使用する臨床研究を世界に先駆けて行う「早期・探索的臨床試験拠点」と、臨床研究の質を向上させるため、国際水準（ICH-GCP）の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う「臨床研究品質確保体制整備病院」です。

①早期・探索的臨床試験拠点（5病院）

- 特定機能病院、国立高度専門医療研究センター、またはこれらに準じる病院
- がん、脳・心血管疾患等の重点疾患分野において、治験、臨床研究に精通する医師がいる
- 夜間、休日を含め、重篤な有害事象に迅速に対応できる体制を有している

②臨床研究品質確保体制整備病院（10病院）

- 適切な研究計画を企画・立案し、国際水準に準拠して臨床研究を実施でき、中核病院としてほかの医療機関が実施する臨床研究を支援できる機能などを有する。
- *医療法に位置づけられた病院として、臨床研究に係る「実施体制」及び「実績」の観点、「施設」の観点、「人員の観点」から承認要件を定め規定

これらの臨床研究中核病院では、患者からの「新規技術」に関する相談に対応する体制構築が求められており、厚労省は具体例として、①相談窓口の設置、②マニュアルの整備や研修の実施、③情報共有の体制整備、④国へ報告する仕組み、などを例示しています。