

2014.06.10

週刊WEB

発行

株式会社 常陽経営コンサルタンツ

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

規制改革会議、混合診療拡大へ新制度の創設を要請
“患者起点”の新たな仕組み—「選択療養」を提唱

厚生労働省

地域別入院受療率 最高は高知県、最低は神奈川県
厚労省 医療提供体制などで地域格差が浮き彫りに

成年後見センター・リーガルサポート

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3月審査分)

3 経営情報レポート

持続可能な社会保障制度の確立を図る
医療・介護一体改革法案の概要

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:賃金制度

基本給の改定

賞与体系の変更

規制改革会議、混合診療拡大へ新制度の創設を要請 “患者起点”の新たな仕組み―「選択療養」を提唱

政府の規制改革会議（岡素之議長）は5月28日、健康保険を適用できる診療と、そうでない診療を併用する混合診療の枠組みを拡大して、新たな制度を設けるべきだという意見書をまとめた。今後、6月に策定する提言に盛り込む方針としている。

混合診療は現在、原則として禁止されており、一部の先進医療などを除いて、患者は医療費を全て自己負担しなければならない。

同会議は、新制度のねらいが、これまでの評価療養と次の4点で異なることを示し、その違いを明確にした。

- ①患者の治療の選択肢を拡大する
- ②評価療養対象外の患者にも治療の機会を提供する
- ③患者が必要とする保険外診療を迅速に受けさせる
- ④患者のアクセスの改善

*アクセスとは、「できる限り患者に身近な医療機関でも治療を受けられるようにする」の意。

同会議がまとめた「保険外併用療養費制度における新たな仕組みに関する意見」（要約）は、次のとおりである。

「現在の健康保険制度では、保険外診療と一緒に受けると原則として保険診療まで全額自己負担になる（いわゆる混合診療禁止の原則）。この仕組みに対して、以前から制度のあり方が繰り返し議論され、厚生労働省が指定する治療については「保険外併用療養費制度」として、保険診療との併用

が認められるようになった。

当会議は、この現行制度について、医療現場の臨床医師などからのヒアリングや厚生労働省との議論を重ね、公開討論を実施してきた。これらの議論を通じて、現行の保険外併用療養費制度のもとでも、必ずしも患者のニーズに迅速に答えられない問題があることが明らかになった。医療技術の革新がきわめて速いスピードで進むため、現行制度では個々に事情が異なる患者の切実なニーズに迅速に答えきれないのである。

安倍総理からも、この4月に「困難な病気と闘う患者さんが未承認の医薬品等を迅速に使用できるように、保険外併用療養費制度の仕組みを大きく変えるための制度改革」を実現するよう関係大臣に指示された。

当会議は、困難な病気と闘う患者が、未承認の医薬品等の保険外の治療を希望する場合に、安全性・有効性の確認を前提に、現在よりも迅速に、患者の必要に応じて治療を受けられるようにする仕組みとして、保険外併用療養費制度のなかに、既存の「評価療養」「選定療養」に加えて、患者一人ひとりの治療を主な目的とする、“患者起点”の新たな仕組み（以下「選択療養（仮称）」）を創設することを求める。

新制度では、医師が診療の安全性や有効性、海外での実績、必要な医療体制などを記載した計画を作成、計画の説明に患者・家族が同意し、内容が中立的な立場の専門家に認められれば、混合診療が許される仕組みとする。

患者の対象は定めず、誰でも申請することができる。申請から開始までの期間は、従来よりも短くなるという。実施した診療は結果を報告する必要があり、それらが実績として評価された場合は、将来的に保険適用される仕組みも整備する。

医療情報

ヘッドライン ②

成年後見センター・
リーガルサポート

地域別入院受療率 最高は高知県、最低は神奈川県 厚労省 医療提供体制などで地域格差が浮き彫りに

厚生労働省は5月26日、平成25年の「我が国の保健統計」について発表した。本書は、厚労省が所管する「患者調査」「医療施設調査」「病院報告」「受療行動調査」「医師・歯科医師・薬剤師調査」「衛生行政報告例」「国民医療費」「地域保健・健康増進事業報告」の結果について、保健統計の概要が把握しやすいようにグラフを中心とし編集されている。

本書は「全国」編と「都道府県」編から構成されており、時系列観察及び地域別観察等、様々な視点から日本の保健統計の動向が一見して理解できるように編集されている（本書は「日本の患者と医療施設」の改訂版で市販）。

医療提供体制（施設や従事者等のマンパワー）は、次のような状況となっている。

- 人口10万対医療施設数には幅広い地域格差がある
- 「一般病院」は病院数、病床数ともに減少傾向にある
- 病院の夜間救急対応「ほぼ毎日可能」は内科では約4割
- 人口10万対医師数は京都、徳島、東京などが多く、埼玉、茨城などで少ない

また、就業している数（衛生行政報告例）は、次のとおりとなっている。

保健師	4万7279人	助産師	3万1835人
看護師	101万5744人	准看護師	35万7777人

患者動向を見てみると、年間の入院患者数（推計）は平成2年をピークに、緩やかな減少傾向にあり、平成23年11月には総数で

134万1000人（病院129万100人、診療所5万900人）。

年間の外来患者数（推計）は、診療所では上昇カーブを描くが、病院では漸減しており、平成23年11月には総数で726万500人（病院165万9200人、診療所423万8800人）となっている。

地域別に入院受療率（人口10万人のうち何人が入院しているか）を見ると、もっとも高いのは高知県で2208、逆にもっとも低いのは神奈川県で674であった。

また外来受療率（人口10万人のうち何人が医療機関の外来にかかるか）がもっとも高いのは佐賀県で6931、もっとも低いのは沖縄県で4371だった。入院では3.28倍、外来で1.59倍の格差がある。

近年増加している傷病としては悪性新生物とアルツハイマー病があげられるが、悪性新生物については、男性では「前立腺」、女性では「乳房」がもっとも多くなっていることが改めて確認できる。

入院期間では、全体の67.4%が14日（2週間）までに退院している。ただし傷病により差があり、14日までに退院する患者の割合は、白内障では99.2%、喘息では88.7%と非常に高いが、統合失調症等では14.5%にとどまっている。さらに平均在院日数にも地域格差があり、病院では高知県がもっとも長く54.8日、神奈川県がもっとも短く26.9日となっている。

介護給付費実態調査月報

(平成26年3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。

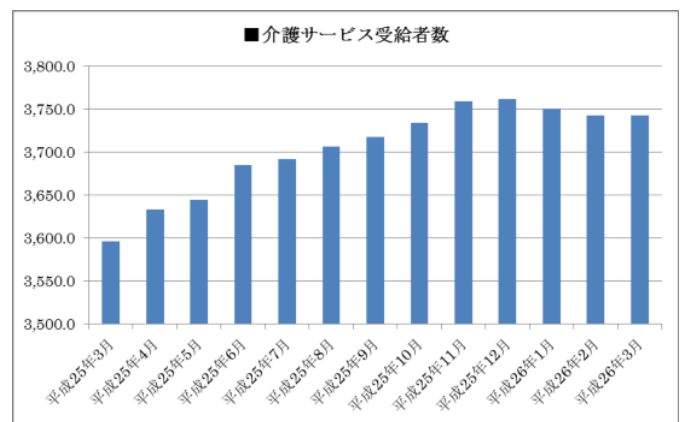
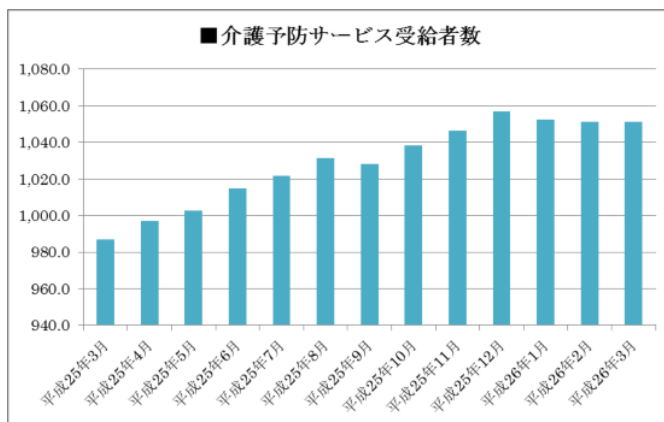
各都道府県国民健康保険団体連合会が審査した介護給付費明細書、給付管理票等を集計対象とし、過誤・再審査分を含まない原審査分について集計している。

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

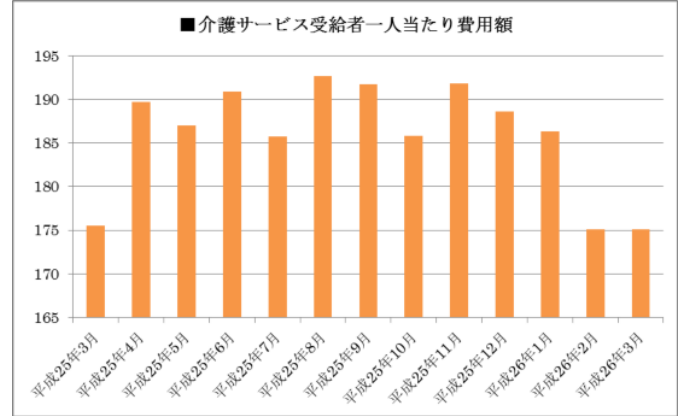
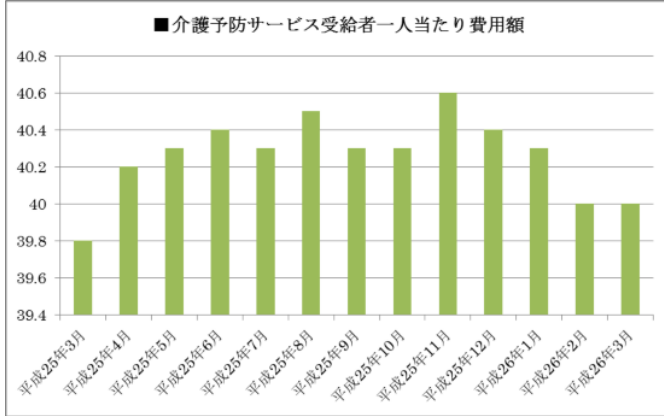
1 受給者数

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1,051.1千人、介護サービスでは3,742.2千人となっている。



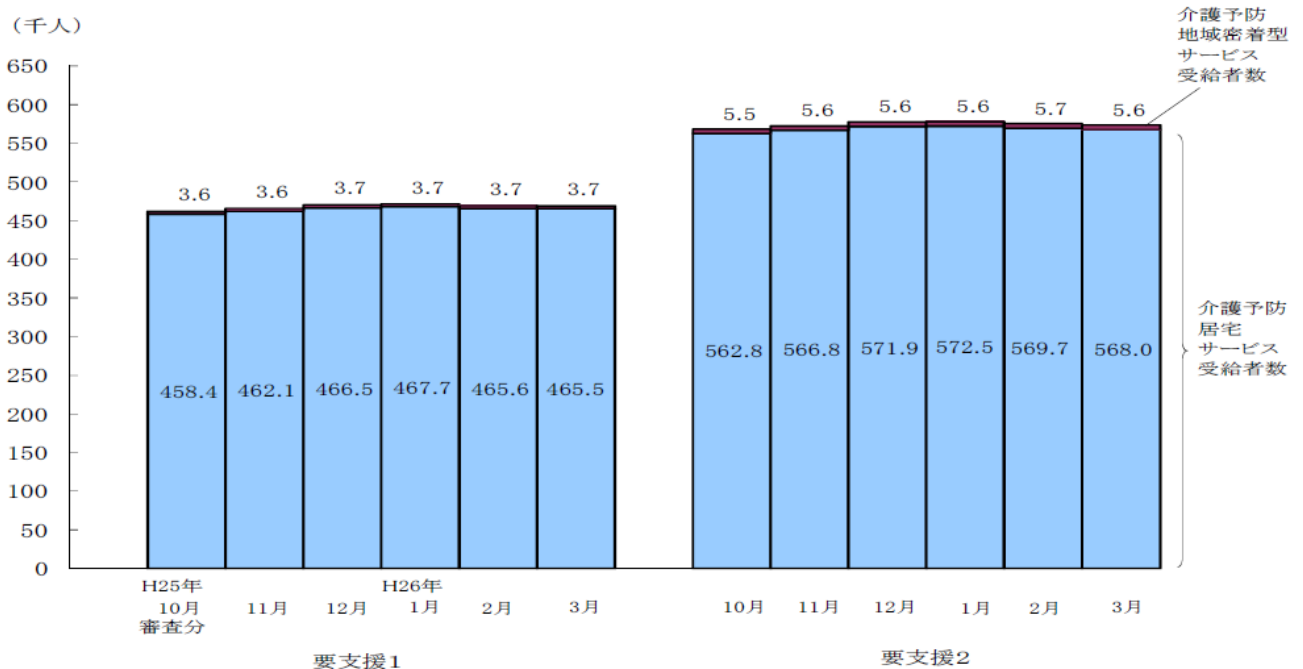
2 受給者1人当たり費用額

受給者1人当たり費用額は、介護予防サービスでは40.0千円、介護サービスでは175.1千円となっている。



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25年10月審査分～平成26年3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 要介護状態区別にみた受給者数（平成25年10月審査分～平成26年3月審査分）

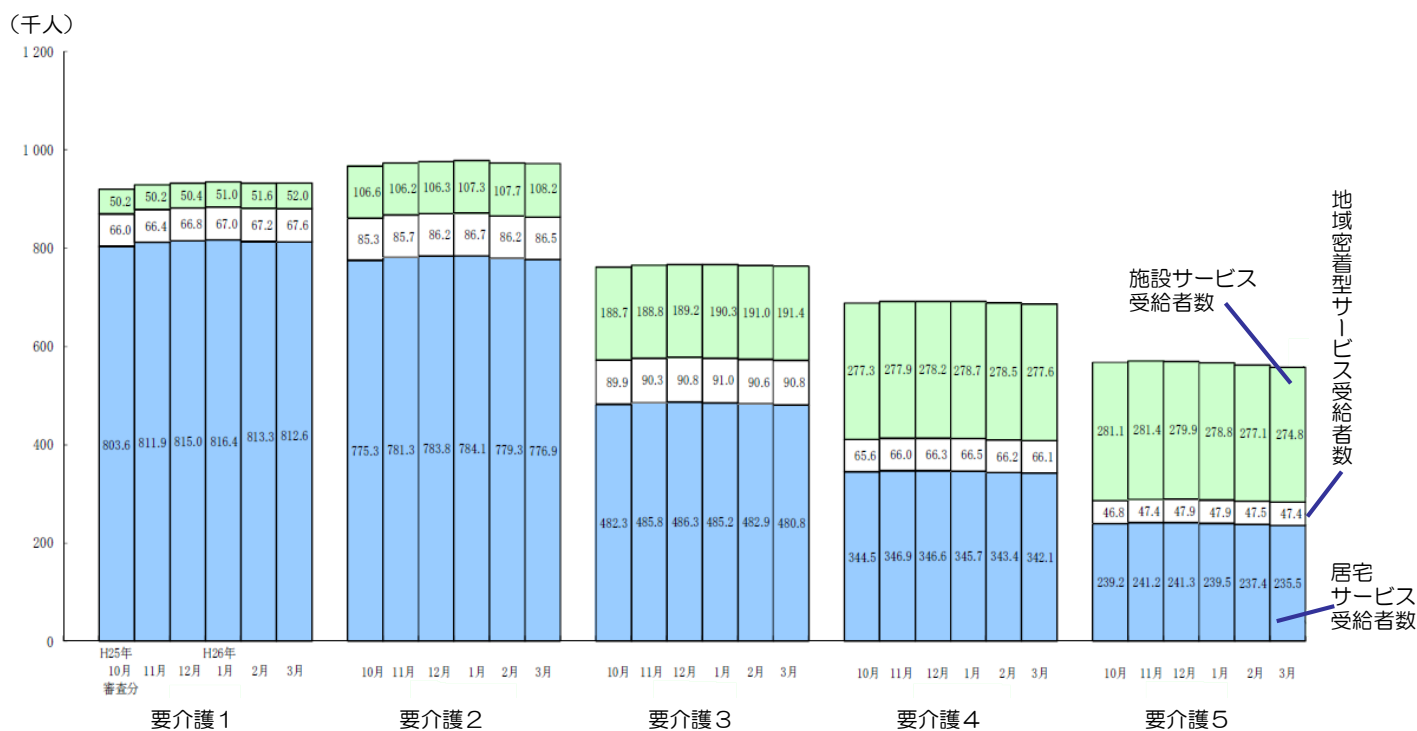
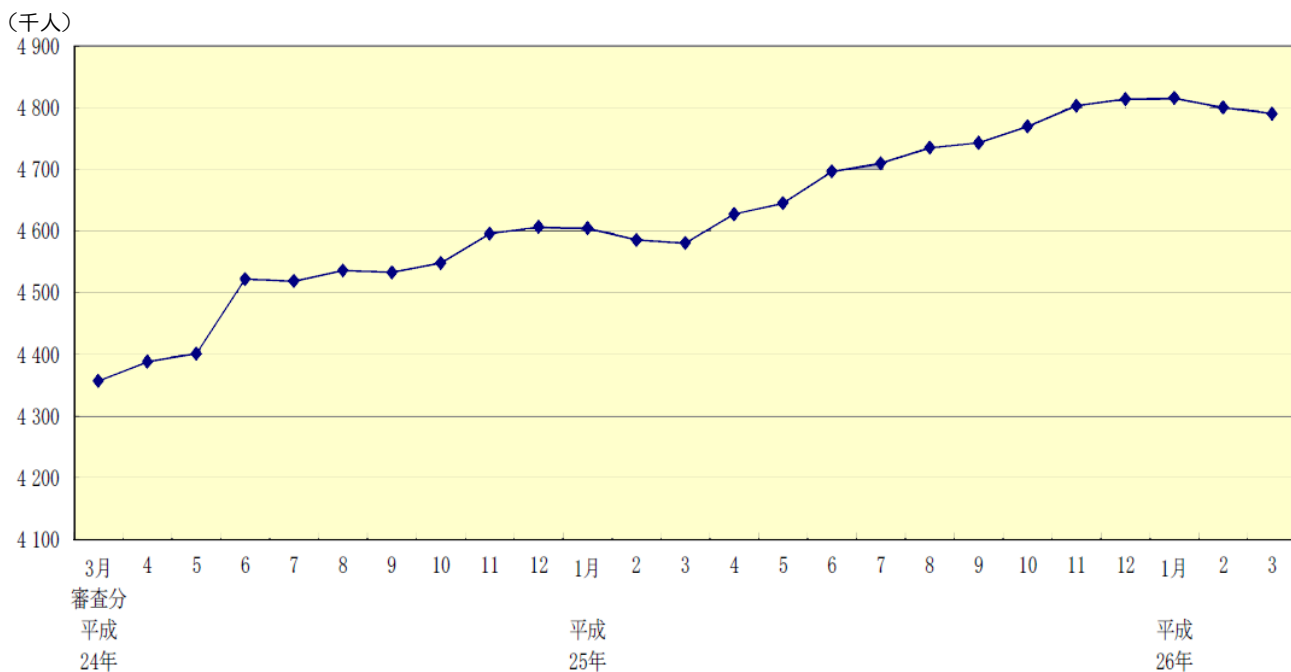


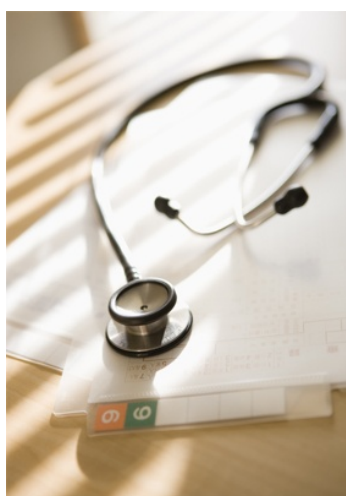
図3 受給者数の月次推移（平成24年3月審査分～平成26年3月審査分）



持続可能な社会保障制度の確立を図る 医療・介護一体改革法案の概要

ポイント

- 1 医療・介護一体改革法案の概要
- 2 医療法・介護保険法関連の改正ポイント
- 3 非営利ホールディングカンパニー型法人の概要
- 4 持ち分なし移行に関する税制面でのサポート



1 医療・介護一体改革法案の概要

■ 医療・介護一体改革推進の背景

(1) 社会構造の変化に対応

国民皆保険・皆年金の達成から半世紀が過ぎ、少子高齢化が進展し、雇用環境の変化、貧困・格差の問題など、社会が大きく変化しています。こうした中、「安心の支え合い」である社会保障制度を維持し、進化させ、受け継いでいくため、時代の要請に合ったものに変えることが必要となりました。下記の表のとおり、平成 72 年には 65 歳以上の人口が、全人口の約 40 パーセントを占めると予測されています。

■ 日本における人口構造の変化

(万人)

	平成 2 年	平成 25 年	平成 37 年	平成 72 年
19 歳以下	3,249	2,244	1,849	1,104
20～64 歳	7,590	7,296	6,559	4,105
65 歳以上	1,489	3,190	3,658	3,464
合計	12,328	12,730	12,066	8,673
高齢化率	12%	25%	30%	40%

※高齢化率：65 歳以上人口割合

(2) 社会保障給付費の増大に対応

少子高齢化が進展し、社会保障給付費の総額はこの 20 年で倍以上に増えています。今後も高齢化の進行に伴って、さらなる増加が見込まれています。平成 26 年 4 月から消費税が 8% に引き上げられ、同 27 年 10 月からは 10% に増率されますが、今般の社会保障・税一体改革によって、この消費税率引き上げによる増収分を含む消費税収（国・地方、現行の地方消費税収を除く）は、全て社会保障財源化されます。つまり、消費税率引き上げによる増収分は、消費税率が 5% 引き上げられると、「社会保障の安定化」に 4% 程度、「社会保障の充実」に 1% 程度向けられることとなります。

(3) 歳入・歳出構造の変化に対応

約 20 年前の平成 2 年と同 25 年度の国の一般会計の構造を比べると、歳入における公債金の割合が約 30% 増加し、歳出における社会保障費が国の一般歳出の 54% を占めるようになっています。これは、社会保障関係費の大幅な増加が要因であり、改革の推進が急務であることを示しています。

■ ベースとなる社会保障・税の一体改革

本法案は、「社会保障と税の一体改革」と密接に関係しています。「社会保障と税の一体改革」は、社会保障の充実・安定化と、そのための安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指すもので、平成 24 年 8 月には関連 8 法案が成立しました。その後、社会保障制度改革推進法に基づき、内閣に設置された社会保障制度改革国民会議で検討が行われ、その報告書が平成 25 年 8 月 6 日にとりまとめられました。この報告書等に基づき、改革の全体像や進め方を明らかにする法案(持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律)が提出され、平成 25 年 12 月に成立しました。

■ 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律

【法律の主な概要】

① 講ずべき社会保障制度改革の措置等

受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、改革の検討項目、改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の目途を明らかにするもの。

● 少子化対策

既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施 等

● 医療制度

病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70～74 歳の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策 等

● 介護保険制度

地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減 等

● 公的年金制度

既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方 等

*医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等については平成 26 年通常国会に、医療保険制度については平成 27 年通常国会に、必要な法律案を提出することを目指すものと規定。

② 施行期日

公布の日 平成 25 年 12 月 13 日 (一部を除く。)

2 医療法・介護保険法関連の改正ポイント

改正される法案は、医療法、介護保険法のほか地域介護施設整備促進法、保健師助産師看護師法、歯科衛生士法、診療放射線技師法、歯科技工士法及び臨床検査技師等に関する法律、社会福祉士及び介護福祉士法等、多岐にわたります。

■ 医療法改正案関連

(1) 病床機能報告制度の導入

平成 26 年 4 月より、病床機能報告制度がスタートしました。この制度は、一般病床又は療養病床を有する病院又は診療所の管理者は、病床の機能区分に従い、基準日における病床の機能(以下「基準日病床機能」という。)及び基準日から一定期間が経過した日における病床の機能の予定(以下「基準日後病床機能」という。)並びに入院患者に提供する医療の内容等の情報について、都道府県知事に報告が求められるというものです。この情報をもとに、都道府県単位で今後病床機能の適正化を図るとされました。

さらに、本改正では、都道府県知事の権限がかなり強化されたため、今後、都道府県主導で病床機能の適正化が推進されることが予想されます。特に稼働していない病床を有している病院及び有床診療所では、今後注意が必要です。

【都道府県知事の権限強化】

療養病床及び一般病床の数が療養病床及び一般病床に係る基準病床数を超えている場合において、公的医療機関等以外の医療機関が正当な理由がなく、許可を受けた病床に係る業務を行っていないときは、当該医療機関の開設者又は管理者に対し、都道府県知事が病床数の削減の措置をとるべきことを要請することができる。

* 構想地域：地域医療構想（二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量等地域医療のビジョン）で定められた地域

■ 介護保険法改正案関連

(1) 要支援1・2の予防給付を市区町村事業に移行

地域支援事業の枠組みの中で介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)を発展的に見直し、サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律とされている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組みにより、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直すこととしています。

移行時期は、市町村の円滑な移行期間を考慮して、平成 29 年 4 月までにはすべての市町村で実施し、同 29 年度末にはすべて地域支援事業形式に移行することとしています。

3 非営利ホールディングカンパニー型法人の概要

■ 制度の目的

厚生労働省は、複数の医療法人及び社会福祉法人等を束ねて一体的に経営することを法制上可能とする非営利ホールディングカンパニー型法人（仮称）の創設を検討しています。本年末までに検討を進め、その後速やかに制度的措置を講じる予定です。

現在、産業競争力会議においてこの制度について検討がなされており、その意義として、病床の機能分化や医療・介護等の連携が容易になり、高齢者が必要とするサービスを切れ目なく体系的に提供できるようになることや、病床や診療科の設定、高額医療機器の導入等を統合して行える他、資金調達の一括化による調達コスト抑制など、経営の効率化が可能となることを挙げています。

(1) 理念・意思決定の共有化とヒト・モノ・カネの有効活用

非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等においては、以下の3点を共有できる仕組みとする方向で検討されています。具体的内容については、今後検討が重ねられます。

■ 非営利ホールディングカンパニー型法人の考え方

① 理念を共有すること

⇒ 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等が協力して、社会に対してどのような貢献をしていくのかを明確化した「理念」を策定する

② 理念を実現するために行われる、意思決定を共有すること

⇒ 上記の理念を実現するため、非営利ホールディングカンパニー型法人が行う個々の意思決定に従って、参加する医療法人等が法人運営を行うよう、必要なガバナンスの仕組みを設ける

③ 理念等を実現するため、ヒト・カネ・モノを有効に活用すること

⇒ 上記の理念や意思決定を実現するため、参加する医療法人等のヒト・カネ・モノを有効に活用する

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: 賃金制度



基本給の改定

病院業績を人材評価に反映させるためには、基本給をどのように改定すればよいでしょうか。



■基本給の組立て

年功序列型の基本給は、職員の生活安定には寄与することとなりますが、病院業績の高低には関わらず、人件費総額を押し上げてしまうため、経営ビジョンとかけ離れた結果をもたらす場合があります。

従って、年功給部分は、職員のうちのサービス提供者の若年層のみを対象とし、それ以外の層については排除します。若年層の職員は成長が早く、かつ生活の安定も必要なため、経験給という形で年功部分を残し、制度を運用します。

従来の基本給は、階層がなく単一に構成されていたために、支給意義が非常に曖昧となっていました。経営ビジョン達成型人事制度では、病院業績や役割責任、また発揮能力を基準として運用します。つまり、目標や評価、人件費の決定根拠を明確に打ち出しているということです。

これは基本給も同様であり、役割区分ごとに基本給の支給意義や昇給・改定の根拠を明確にすることによって、役割責任と処遇の関係を構築します。

	従来型基本給	経営ビジョン達成型基本給
構成	単一型	複数階層型
	生活保障と労働対価を混同	生活保障と労働対価は分離
主な支給決定要素	年齢（勤続年数）	職務、役割、成果、発揮能力
支給の着眼点	根拠なし 昇給をどうするか	病院の求める期待にどれだけ 応えたか
職員の意識	もらって当然	努力した結果の反映

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: 賃金制度



賞与体系の変更

人件費予算内で賞与が支給できるように、賞与体系を変更しようと考えています。見直す際の留意点を教えてください。



■賞与を用い、人件費予算の達成を図る

多くの医療機関が採用する年2回～3回支給される従来型の固定賞与は、人件費予算とは関係なく支給されるため、経営ビジョンの達成度とはかけ離れた存在となります。

例えば、夏季に基本給の2ヶ月分、冬季2.5ヶ月分という従来型の支給方法の場合、その年の基本給の昇給分が賞与に直接反映されるため、総額人件費全体を押し上げてしまうことになります。

そこで、総額人件費の調整は賞与を介して行います。具体的には、固定支給の配分を減らして業績賞与を新設するほか、病院業績や職員個人評価を反映させて、賞与額を変動させる方法が挙げられます。

下記は、年2回の固定賞与の支給回数を、年3回支給に改めたイメージ図です。年3回のうち、夏および冬は固定支給とし、生活補償を目的とします。そして3回目は、年度末に病院業績、目標達成度、総額人件費予算等を踏まえ、変動させて支給します。

このように年3回の賞与支給により、病院業績を職員に意識させることが可能になります。また、職員に支給する賞与の年総額を分散することで、賞与（特に支給額の大きい冬期賞与）支給後に即退職する職員をある程度防ぐこともできます。

