

2014.10.28

週刊WEB

発行

森田 務 公認会計士事務所

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

地域医療介護総合確保基金 602 億円内示
都道府県別 財政支援基規模は 904 億円

厚生労働省

2025 年「将来の医療提供体制に関する構想策定」
検討会 2次医療圏中心に需要の推計方法示す

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成 25 年 6 月分概数)

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:リスクマネジメント サブジャンル:医療事故防止対策

医療事故防止のための教育とは
大規模災害に備えたリスクマネジメントとは

地域医療介護総合確保基金 602 億円内示 都道府県別 財政支援基規模は 904 億円

厚生労働省は 10 月 17 日付で各都道府県に、医療提供体制などを整備するための新たな財政支援制度での基金の配分を内示した。

基金は、合計 903 億 7000 万円という規模（各都道府県の基金規模を合計）だが、国からの交付額は全体で 602 億 4000 万円にのぼり、903 億 7000 万円の 3 分の 2 に当たる。これは、医療介護総合確保推進法により、国が交付する割合として定められており、残りの 3 分の 1 については、各都道府県が負担する。

都道府県では、東京都が最大で 77 億 3000 万円、次いで大阪府が 49 億 5000 万円、兵庫県が 39 億 4000 万円、神奈川県が 38 億 5000 万円、北海道が 37 億 3000 万円となっている。

少ないのは、高知（5 億 3000 万円）、佐賀（5 億 3000 万円）、石川（5 億 4000 万円）、福井（5 億 6000 万円）、愛媛（5 億 6000 万円）などとなっている。

基金は、次の 3 事業に対する財政支援に使われることが決まっている。

- ① 病床の機能分化・連携のために必要な事業
- ② 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業
- ③ 医療従事者等の確保・養成のための事業

この基金は、今年 6 月に成立した医療介護総合確保推進法のなかに、病床機能の分化や連携などを推進することを目的として盛り込まれたもので、国は基金の財源として、「医療介

護提供体制改革推進交付金」（消費税増収分を財源とする）と「地域医療対策支援臨時特例交付金」（消費税増収分以外の税込等を財源とする）を、予算の範囲内で都道府県に交付する。厚労省は配分について、都道府県へのヒアリング結果や要望内容を踏まえ、今年度の事業実施分を優先して決定したとコメントしている。

医療介護サービス提供体制の確保のための新たな財政支援制度の概要は、次のとおりである。

1. 新たな財政支援制度とは
団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を展望し、医療・介護サービス提供体制を確保するため、各都道府県が策定した計画（都道府県計画）における事業の実施に当たり、財源となる基金に対して、国が 3 分の 2 を負担する制度。
2. 新たな財政支援制度の基本スキーム
基金規模—平成 26 年度公費全体で 904 億円
 - 財源内訳：国（2/3）602 億円
都道府県（1/3）302 億円
 - 配分方法：都道府県人口、高齢者増加割合、計画内容等に基づき配分
 - (1) 国からの交付基準等対象事業
 - (2) 病床の機能分化・連携のために必要な事業
 - (3) 在宅医療を推進するための事業
 - (4) 医療従事者等の確保・養成のための事業
3. スケジュール
平成 26 年 7 月国から交付要綱等の提示
9 月県計画案を策定・提出
10 月県へ交付額を内示
11 月県へ交付決定

2025年「将来の医療提供体制に関する構想策定」 検討会 2次医療圏中心に需要の推計方法示す

厚生労働省は10月17日、「地域医療構想策定ガイドライン（GL）等に関する検討会」の会合を開催し、「構想区域」や「平成37年（2025年）の医療需要の推計方法」「各医療機関の病床の必要量の推計方法」などを焦点とする本格的議論がスタートした。座長は遠藤久夫・学習院大経済学部長。

この日、「構想区域」について、2次医療圏をベースに、人口規模・患者の受療動向（流出・流入率）、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間等の変化などの要素を勘案して、地域の実態を踏まえて定めてはどうかとの厚労省の提案をGL検討会は概ねで了承した。

今年10月から病床機能報告制度が始まっており、都道府県はこの報告情報や地域の人口動態などを踏まえた「地域医療構想（ビジョン）」を策定することになる。

この構想策定は初の試みのため、国が策定にあたっての拠り所となるGLを示す必要がある、本検討会は、このGLを作成するために初めて設置された。

2回目の会合となった17日は、構想区域の設定方法について厚労省事務方は、2次医療圏を原則とすることを提案した。その上で、2次医療圏が“現在”に照らしているのに対し、構想区域は“将来（2025年度）”の姿を映じるものであることから、構想区域につい

ては将来における①人口規模、②患者の受療動向（流出率・流入率）、③疾病構造の変化、④基幹病院までのアクセス時間等の変化、等の要素を勘案した上で定める必要があるとの考えを示した。

委員からは概ね、2次医療圏をベースとすることに賛意が集まったが、委員は現実的に「原則」～「例外があり得る」ことについて、最終的には両区域を一致させるべきとの意見が多く出た。厚労省側は「将来」への照準を示した。

この結果、2次医療圏を原則としつつ、地域特性や実態を考慮して柔軟に設定するとの方向で一致し、厚労省は今後、区域を柔軟に設定するための考え方をGLで示す。

また厚労省は、初回9月18日の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」の資料を公表した。公表資料は、1. 第1回検討会の主な意見、2. 構想区域の設定の考え方について（案）、3. 社会保障・税一体改革の「医療・介護に係る長期推計」（平成23年6月）における2025年の医療の需要（1日当たり利用者数等）と供給（必要ベッド数）の推計方法について、4. 地域医療構想における将来の医療需要と病床の必要量の推計にあたっての留意点（案）、5. 医療情報の活用、参考資料他となっている。

病院報告

平成26年6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26年6月	平成26年5月	平成26年4月	平成26年6月	平成26年5月
病院					
在院患者数					
総数	1 256 078	1 246 245	1 264 042	9 833	△17 797
精神病床	296 140	295 471	296 023	669	△552
結核病床	2 269	2 191	2 143	78	48
療養病床	292 756	292 541	294 724	215	△2 183
一般病床	664 857	655 987	671 102	8 870	△15 115
(再掲)介護療養病床	58 442	58 651	59 107	△209	△456
外来患者数	1 387 057	1 334 204	1 394 014	52 853	△59 810
診療所					
在院患者数					
療養病床	7 276	7 330	7 491	△54	△161
(再掲)介護療養病床	2 798	2 816	2 873	△18	△57

- 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26年6月	平成26年5月	平成26年4月	平成26年6月	平成26年5月
病院					
総数	78.7	77.6	78.8	1.1	△1.2
精神病床	86.9	86.8	86.9	0.1	△0.1
結核病床	36.0	34.5	33.7	1.5	0.8
療養病床	88.7	88.7	89.2	0.0	△0.5
一般病床	72.4	70.5	72.4	1.9	△1.9
介護療養病床	92.4	92.3	92.7	0.1	△0.4
診療所					
療養病床	61.4	61.6	62.6	△0.2	△1.0
介護療養病床	74.7	74.5	75.6	△0.2	△1.1

- 注1) 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)

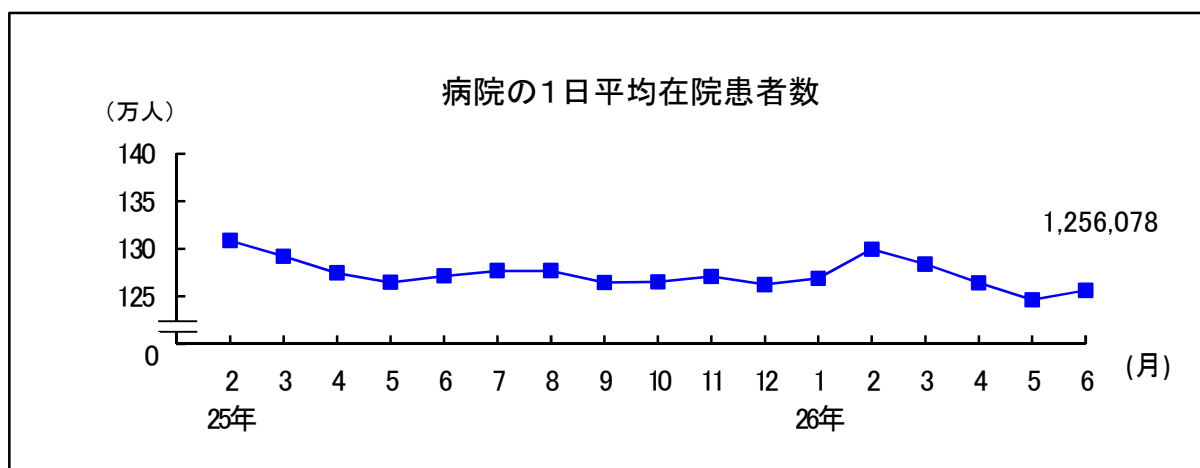
	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成26年6月	平成26年5月	平成26年4月	平成26年6月	平成26年5月
病院					
総数	29.3	30.6	29.8	△1.3	0.8
精神病床	275.3	281.7	274.1	△6.4	7.6
結核病床	68.9	58.1	67.8	10.8	△9.7
療養病床	166.9	167.6	158.4	△0.7	9.2
一般病床	16.5	17.1	16.8	△0.6	0.3
介護療養病床	315.3	310.8	301.5	4.5	9.3
診療所					
療養病床	103.6	101.1	96.1	2.5	5.0
介護療養病床	99.9	103.3	96.9	△3.4	6.4

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

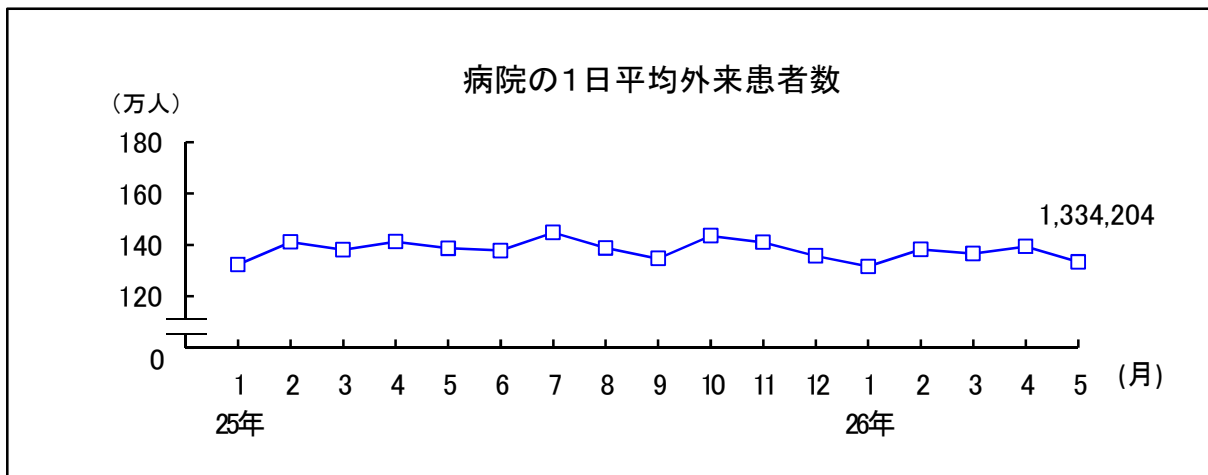
ただし、療養病床の平均在院日数 = $1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

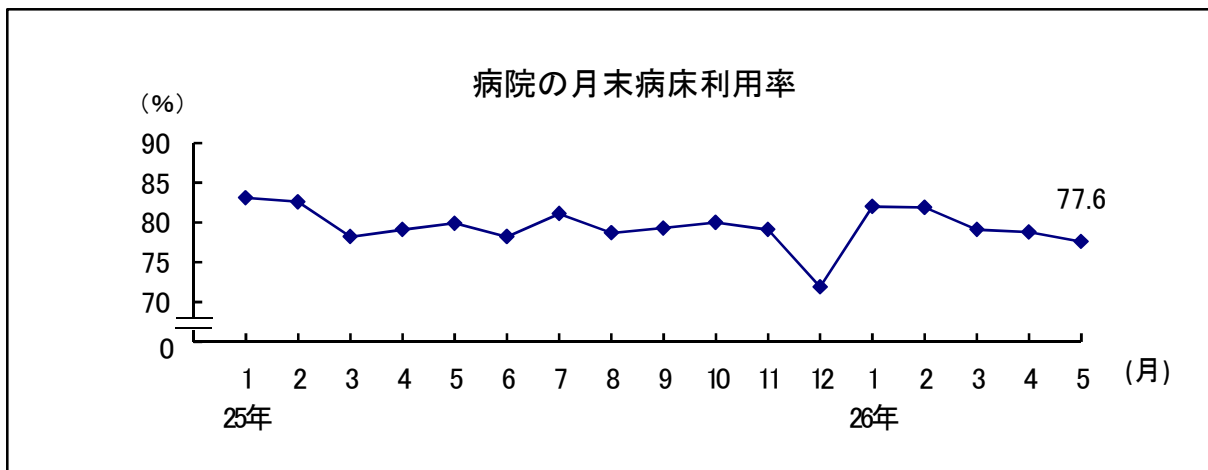
◆病院:1日平均在院患者数の推移



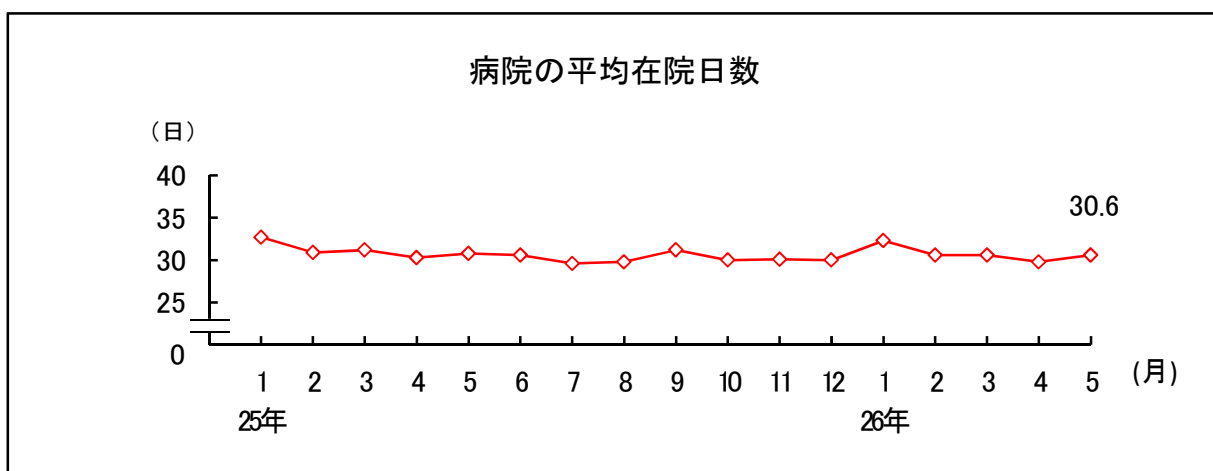
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移

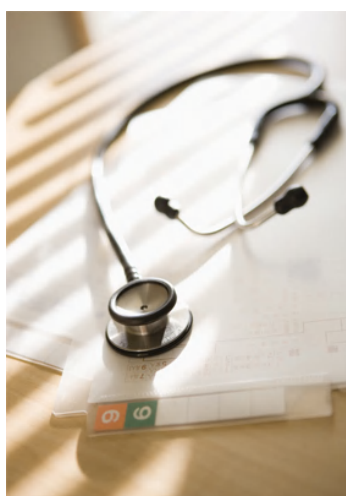


「病院報告(平成26年6月分概数)」の全文は、当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。

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過し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: リスクマネジメント > サブジャンル: 医療事故防止対策



医療事故防止のための教育とは

医療事故防止のための教育・研修について教えてください。



医療安全に関する教育・研修の実施にあたっては、病院の全ての職員がリスクへの感性を高め、リスクマネジメントの具体的な実践者として自覚できるような研修プログラムを企画することを重視します。このために、実際に自院で過去に起きた医療事故事例を教材としてとりあげることも考えられます。

一方、職種によって起こりやすい事故が異なりますので、それぞれの現場で事故防止に繋がる具体的な内容を盛り込んだ研修計画を立てる必要があります。

■看護部門を対象とした院内研修プログラムの例

- (1) リスクマネジメントとは～定義とそのもたらす影響
- (2) 病院におけるリスクマネジメントの目的
- (3) 専門職としての基本姿勢とリスクマネジメントのポイント
- (4) リスクを回避するために看護職者が知っておくべきこと
 - ①医療を取りまく環境の激変（患者の権利意識の高揚、価値観の多様化、患者と医療関係者の伝統的信頼関係の崩壊）
 - ②チーム医療であることの盲点
 - ③現状は今危険と背中合わせである
 - ④事故に至らなくてもトラブルや紛争につながるおそれ
（無視された、説明がなかった、大切に扱ってもらえなかった など）
 - ⑤安全はつくり出すもの — リスク発生の可能性をゼロに近づける
- (5) リスクマネジメントのプロセス
- (6) リスクマネジメントの実際
 - ①把握・評価・対応・再評価のプロセス
 - ②データに基づいて検討し、管理者は自分の部署のデータを持つ
 - ③防止の視点で事故分析をする
 - ④システムで防止できないか
 - ⑤組織で取り組む 病院としての仕組みの紹介、病院と看護部との関連
- (7) リスクマネジメントにあたる看護師に求められる資質と役割
- (8) 事故にあった患者・家族への対応、ガイドライン
- (9) エラーを起こした医療スタッフに対するカウンセリングなどについて

経営データベース ②

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: 医療事故防止対策



大規模災害に備えたリスクマネジメントとは

大規模な災害等発生時においても医療機関の機能を維持するために、防災対策のリスクマネジメントの具体的な取り組みを教えてください。



大規模災害に関するリスクマネジメントの重要性がクローズアップされています。しかしながら、医療機関において、大規模災害発生時に備えるために十分な対応は、その取り組みが遅れているのが現状です。

非常階段に荷物が置いてあるなどは論外として、災害時の十分な医療資源の備蓄、職員の動き、患者の誘導や搬送の手順など事前に準備しておくことはいくらでもあります。

以下に、病院がとるべき対策として一部を紹介します。リスクマネジメントマニュアルの中に盛り込み、対応に備えておきましょう。

■防災対策の一例

- ① さまざまなケースを想定した防災シミュレーションの実施
- ② 災害時の患者移送ネットワークの構築
- ③ ボランティア活動のコーディネーターの育成
- ④ 初動を迅速にする反復訓練やサインの明確化
- ⑤ 医薬品、医療用具の調達先の複数確保
- ⑥ 水槽の増設など、非常時の水の確保
- ⑦ 自家発電装置の設置
- ⑧ 備品、設備の転倒防止処置
- ⑨ 工具、初期医療器具の設置場所の明確化と周知徹底 . . . 等

医療機関は、大規模災害が発生した場合であっても、必要な医療を提供するという本来の機能を果たさなければなりません。上記の取り組み項目は、いずれも人命を預かる施設として不可欠なものですから、リスクマネジメント対応における重要項目として位置付け、これらを見直す機会としていただきたいと思います。

週刊医業経営ウェブマガジン No. 350

【著 者】日本ビズアップ株式会社

【発 行】森田 務 公認会計士事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複製することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。