

2011.9.13

週刊WEB

発行
税理士法人ゼニックス・コンサルティング

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

医療機関群の設定等について中間報告公表
機関群の尺度は「医師密度」「診療密度」など

厚生労働省 保険局

救急業務のあり方に関して検討会を開催
市民による応急手当・救命活動の環境整備へ

総務省 消防庁

2 経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査 平成23年6月号

3 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

4 経営データベース

ジャンル: 医療制度 サブジャンル: 医療法人制度

社会医療法人の収益事業

特定医療法人の国税局調査

医療機関群の設定等について中間報告公表 機関群の尺度は「医師密度」「診療密度」など

厚生労働省保険局は8月31日、診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会を開き、医療機関群の設定方針や高額薬剤の取扱いでの対応策に係る中間報告案を了承した。その詳細は以下のようなものとなっている。

「基礎係数設定に係る医療機関群の設定」については、(1)大学病院本院群、(2)高診療密度病院群(仮称)、(3)その他、の最大3群の区分となる方向で検討することが確認された。

(1)の大学病院本院群は、特定機能病院から国立がん研究センター中央病院や国立循環器病研究センターなどを除いた80の大学病院が対象となる。

一方、(2)の高診療密度病院群には、(a)医師密度が高く、かつ診療密度が濃い、(b)一定以上の医師研修(免許取得後5年以内の若手)・高度な医療技術・重症患者への診療のいずれかを実施している、という双方の要件を満たす病院が選定されることになる。詳細な要件は今後検討することになるが、(a)の医師密度は「1病床あたりの全医師数」としてカウントし、(b)の医師研修については「1病床あたりの、卒後5年までの医師数」としてカウントする方針だ。

一方で、医師密度などの「医師数」が指標となることに対し、「高い基礎係数を得ようとして、医師獲得競争が生じ、地域医療が崩壊するのではないか」との懸念が示されている。この点について厚労省保険局医療課は、「単に医師を増やすだけでは高診療密度病院になることはできず、医師の給与を考えると、安易

な医師獲得競争は医療機関経営にとってマイナスになる」との見解を示している。

高額薬剤の取扱いについては、大きく(1)現在の平均+1SDルール()から「84パーセントイル」ルールへ変更する、(2)新薬の比較対象区分を適切なもの、たとえば「類似薬」などに改める、(3)DPCの統合・分離ルールを明確化する、などの見直しが行われる。この中間報告は、若干の修文を加えたのち、中医協総会に提出され正式決定される。

なお同日、厚労省から2つのルール見直し案が提示された。

1つは、DPC参加ルールの見直しであり、具体的には、(1)次回のDPC準備病院の募集期間を平成23年10月1日~31日とする、(2)DPC準備病院からDPC対象病院への移行は診療報酬改定年の4月1日のみとする、(3)DPC対象病院の参加基準は参加年の前年10月31日までに満たさなければならないものとする、という3点だ。

もう1つは、データ提出方法の見直しである。DPC病院は毎月、診療実績等のデータを厚労省に送付することが義務付けられているが、期限に遅れた場合にはデータ提出係数が減算される。厚労省は、データ提出期限をめぐる水掛け論を避けるため、データの提出日と発送状況、受け取りが確認できる提出方法に限定することとしている。

高額薬剤の「平均+1SDルール」

新薬の標準的治療における薬剤費が、DPCにおいて使用する薬剤費の分布の平均+1SDより高ければ『出来高評価』に、同等以下であれば『包括評価』にするというもの。

救急業務のあり方に関して検討会を開催 市民による応急手当・救命活動の環境整備へ

総務省消防庁の「救急業務のあり方に関する検討会」(座長 = 山本保博・東京臨海病院長)は8月30日、(1)救急搬送体制の強化、(2)市民等が行う応急手当、(3)救急業務の高度化、(4)消防と医療の連携の主要項目について、救急搬送体制の強化や市民による応急手当などをテーマに意見交換を行った。

とりわけ、(4)については、鈴川正之委員(自治医科大救急医学講座教授)が、市民を救急現場に派遣し応急手当を行う「ファーストレスポnder体制」の構築を提案したことが注目される。これは、心肺蘇生開始までの時間を短縮するために市民を救急現場に派遣し、救急隊の到着の前に応急手当を行う体制を整えるというもので、特に救急隊が早期に現場に到着できない山間地や超・高層ビルなどで必要だとされているが、出席委員の中からは異論も出ている。

他の意見交換では、まず(1)の「救急搬送体制の強化」については、住民が救急相談に応じる窓口「救急安心センター」を全国に設置すべしというものである。24時間365日体制で、医師・看護師・相談員が救急医療相談に対応する仕組みであり、現在は東京・大阪・奈良に設置されており、平成22年4月1日～同23年3月31日までの1年間に、51万4,320件の相談実績がある。

(2)の「市民等が行う応急手当」では、バイスタンダー(救急現場に居合わせた人、発見者、同伴者等)が行う除細動(AED)実施率が2.8%という低い水準にとどまっている

ことから、より多くの応急手当講習受講者の育成や各種救命講習を受講しやすい環境の整備が必要と訴えている。

(3)の「救急業務の高度化」では、平成23年7月現在のICT(情報通信技術)の現状を報告した。画像伝送を救急業務に活用している消防本部は24本部、7本部が実証検証中または実施済みとなっている。

これらの論点については、数回の議論を経て、平成24年1月頃に報告書にとりまとめを行う予定である。

「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」 一部改正

同庁は、翌31日、「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱の一部改正」に関する資料を公表した。

これは先般、日本蘇生協議会(JRC)と日本救急医療財団(心肺蘇生法委員会)で構成されたガイドライン作成合同委員会が、心肺蘇生に関する「JRC(日本版)ガイドライン2010」を示したことから、示された内容を基に同要綱の一部を改正したものである。

具体的には、(1)標準的な普及講習に、主に小児、乳児、新生児を対象とした普通救命講習Ⅲを追加、(2)応急手当の導入講習を新たに追加し、「胸骨圧迫及びAEDの取扱い」の普及を目指すと共に講習時間を普通救命講習より短時間に設定、(3)普及講習の実施方法に、e-ラーニングを活用した講習や普及時間を分割した講習を認める等の内容である。

医療施設動態調査

(平成23年6月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 4 施設の減少、病床数は 1,189 床の減少。
 一般診療所の施設数は 12 施設の増加、病床数は 429 床の減少。
 歯科診療所の施設数は 17 施設の増加、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	6月	5月			6月	5月	
総数	177 080	177 080	1	総数	1 721 286	1 722 904	1 618
病院	8 630	8 634	4	病院	1 588 262	1 589 451	1 189
精神科病院	1 079	1 079	0	精神病床	345 715	345 870	155
				感染症病床	1 793	1 790	3
結核療養所	1	1	0	結核病床	7 830	7 914	84
一般病院	7 550	7 554	4	療養病床	331 672	331 570	102
療養病床を有する病院(再掲)	3 940	3 942	2	一般病床	901 252	902 307	1 055
地域医療支援病院(再掲)	342	338	4				
一般診療所	99 945	99 957	12	一般診療所	132 917	133 346	429
有床	10 282	10 316	34				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	1 411	1 418	7	療養病床(再掲)	14 353	14 422	69
無床	89 663	89 641	22				
歯科診療所	68 506	68 489	17	歯科診療所	107	107	0

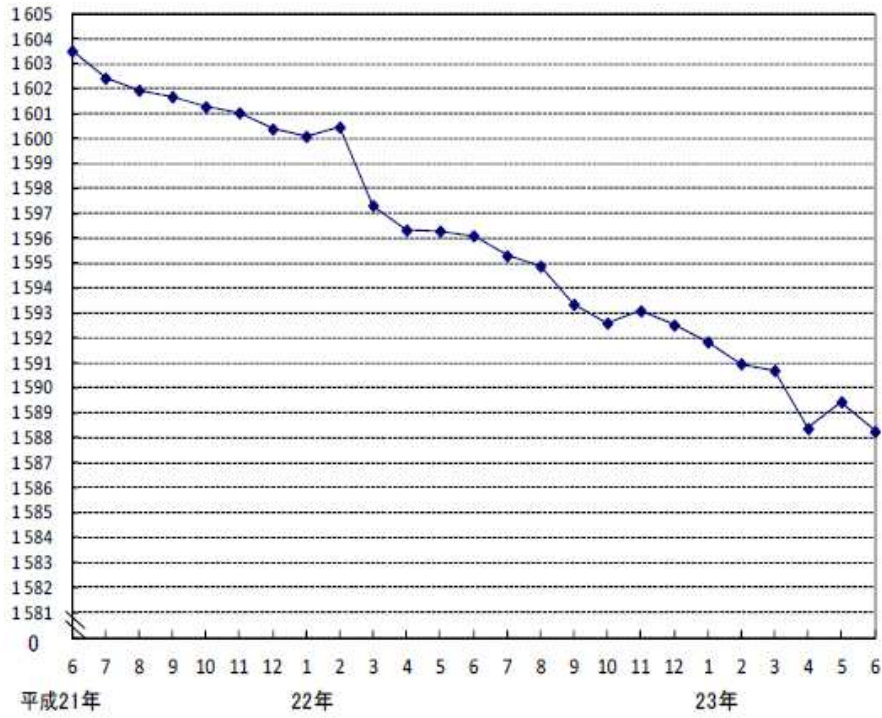
2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成 23 年 6 月末現在

	病院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 630	1 588 262	99 945	132 917	68 506
国 厚生労働省	14	6 295	29	-	-
独立行政法人国立病院機構	144	55 982	-	-	-
国立大学法人	48	32 765	130	-	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 140	8	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 903	-	-	-
その他	26	3 926	437	2 283	1
都道府県	224	59 773	232	150	10
市町村	687	148 904	3 074	2 586	271
地方独立行政法人	64	25 965	14	-	1
日赤	91	36 634	207	19	-
済生会	80	22 140	50	10	-
北海道社会事業協会	7	1 862	-	-	-
厚生連	111	35 841	69	79	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
全国社会保険協会連合会	51	14 082	3	-	-
厚生年金事業振興団	7	2 800	1	-	-
船員保険会	3	786	9	10	-
健康保険組合及びその連合会	13	2 707	371	10	4
共済組合及びその連合会	46	14 927	195	10	8
国民健康保険組合	1	320	13	-	-
公益法人	387	92 717	896	617	153
医療法人	5 718	852 584	36 673	87 949	10 941
私立学校法人	110	55 846	192	115	15
社会福祉法人	186	33 101	7 657	351	26
医療生協	82	13 828	326	280	47
会社	63	12 955	2 158	36	17
その他の法人	38	6 814	436	242	77
個人	387	36 665	46 765	38 170	56 912

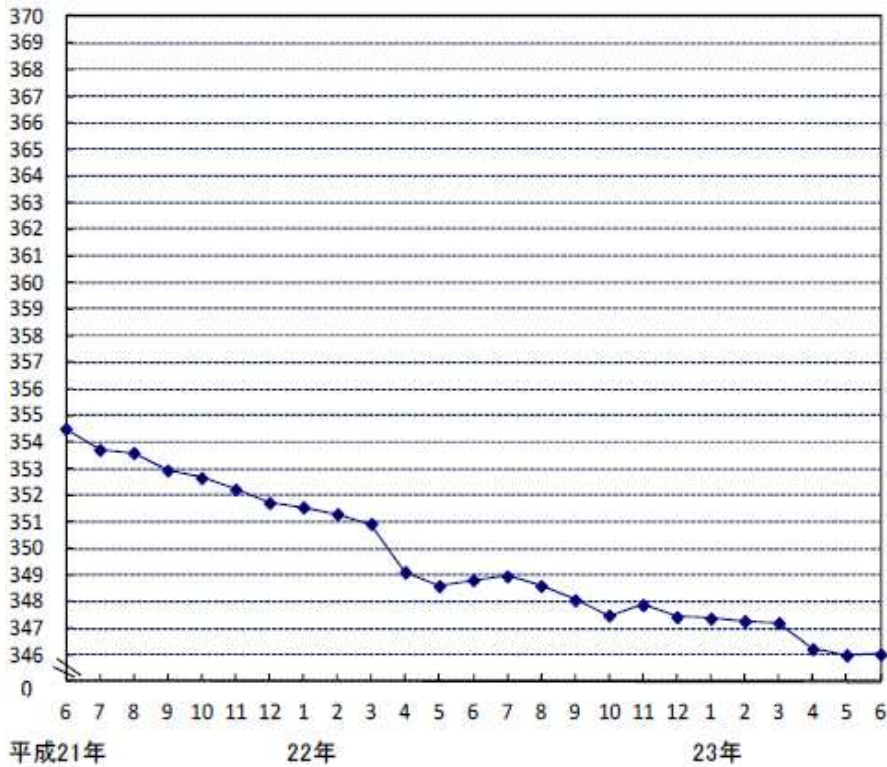
病院病床数

病床（千床）



病院及び一般診療所の療養病床数総計

病床（千床）



「医療施設動態調査(平成 23 年 6 月末概数)」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。

地域包括ケアに対応 介護との連携・協働ネットワーク

ポイント

- 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 「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こた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年度に施行される改正介護保険法は、「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 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）の解消および自宅で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わけですから、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円滑な仕組みを構築するにおいては、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。

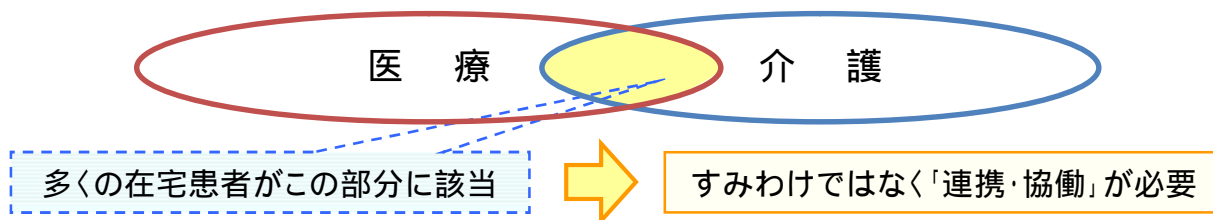
在宅医療を担う医師は、医行為の範囲を理解しておくこと、チームでのケアの際にも、介護職との役割分担を円滑に進めることができ、患者や利用者によって最適なケアの提供の実践につながるはずです。医療者側も介護に対する知識と理解を持ち、介護職との関係を深めることがますます重要になっています。

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、かかりつけ医となった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になります。

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

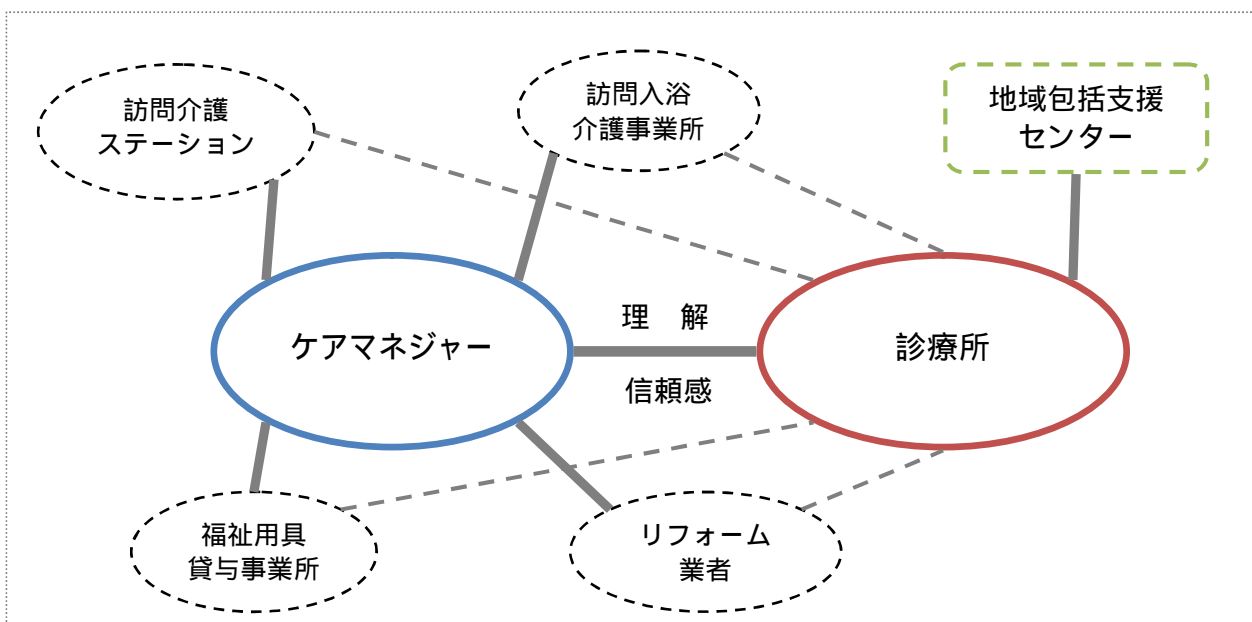
条件	割合
相談しやすい	30.2%
介護の視点を持っている	28.1%
利用者の立場でケアを提供している	18.8%
指示が明確	4.2%
高圧的でない	1.0%
説明がわかりやすい	0.0%

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

介護側からは、説明がわかりやすくても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す。

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

介護に関する十分な知識
ケアマネジャーとの良好な関係
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「医療経営情報レポート」よりご覧ください。

経営データベース ①

ジャンル: 医療制度 > サブジャンル: 医療法人制度



社会医療法人の収益事業

当院は、特定医療法人で500床の急性期病院を経営しており、社会医療法人の認定申請を検討中です。社会医療法人では、収益事業や社会医療法人債の発行ができると聞きましたが、具体的な内容について教えてください。



可能な収益事業

収益事業の範囲については、日本標準産業分類（平成14年総務省告示第139号）に定めるもののうち、社会医療法人の社会的信用を傷つけるおそれがなく、法人が運営する病院等の業務の円滑な遂行を妨げられるものでない限り、ほとんどの事業が可能であると解釈されます。

【社会医療法人が行うことができる収益業務～医療法第42条の2第1項の規定に基づく】

日本標準産業分類に定めるもののうち、次の各号に掲げるもの

農業	情報通信業	不動産業（「建物売買業、	教育、学習支援業
林業	運輸業	土地売買業」を除く）	複合サービス業
漁業	卸売・小売業	飲食店、宿泊業	サービス業
製造業		医療、福祉	

なお、特別養護老人ホームの設置・運営については、医療法人の付帯業務に加える法改正が見送られたため、その設置主体は現在も下記の法人等のみに限られます。

【特別養護老人ホームの設置主体】

社会福祉法人	都道府県	市町村	地方独立行政法人
--------	------	-----	----------

社会医療法人債の発行

社会医療法人債を発行するためには、定められた一定の事項を決議する必要があります。

【発行条件】

発行に際しては、理事会において理事の過半数の決議を経て、下記の事項を定める必要があります。

【発行に際して定める事項】

募集社会医療法人債の発行により調達する資金の用途
募集社会医療法人債の総額
各募集社会医療法人債の金額
募集社会医療法人債の利率
募集社会医療法人債の償還の方法及び期限
利息支払の方法及び期限
社会医療法人債権者が会社法第698条の規定による請求の全部又は一部をできないこととするときは、その旨
社会医療法人債権管理者が社会医療法人債権者集会の決議によらずに会社法第706条第1項第2号に掲げる行為をする事ができることとするときは、その旨
各募集社会医療法人債の払込金額若しくはその最低金額又はこれらの算定方法
募集社会医療法人債と引換えにする金銭の払込みの期日
一定の日までに募集社会医療法人債の総額について割当てを受ける者を定めていない場合において、募集社会医療法人債の全部を発行しないとこととするときは、その旨及びその一定の日

経営データベース ②

ジャンル: 医療制度 > サブジャンル: 医療法人制度



特定医療法人の国税局調査

現在特定医療法人の承認申請を検討していますが、特定医療法人は、国税局の訪問調査があると聞きました。どのような点に注意が必要でしょうか。



特に注意が必要なのは、特殊関係者に対する特別の経済的利益をめぐる事項です。

申請時の訪問調査

承認要件のうち、例えば施設要件や人的要件等については書類上で確認が可能です。しかし、医療法人の特殊関係者（医療法人の社員、理事、監事、評議員またはこれらの親族等）に対する特別の経済的利益については、申請法人の施設（病院）内において、資料を精査しなければ、処理が適切に行われているかを判断することはできません。

よって、9月末に申請をした後、10月に実施される国税局の訪問調査では、この特殊関係者に対する特別の経済的利益について、集中的に調査が行われます。

【特に留意するポイント】

理事長個人が医療法人に土地・建物を賃貸しているケース
賃貸借契約書、賃料の根拠、近隣賃料との比較資料

医師住宅を公宅として賃貸しているケース
医師からの家賃徴収根拠等

特殊関係者が受診した場合、減免しているケース
一覧を作成するとともに診療費減免規定の整備

特殊関係者に対して金銭を貸付けているケース
金銭消費貸借の作成、理事長に特別の理由なく貸付けている場合は直ちに一括返済

M S 法人があり、特殊関係者に報酬を支払っているケース
業務内容・支給額の妥当性

M S 法人との物販等の取引を行っているケース
取引金額の妥当性証明

特定医療法人承認後も要件遵守は必須

特定医療法人は、承認後も毎期事業年度終了後3ヶ月以内に報告書の提出が義務付けられています。これは、当法人は現在も特定医療法人の要件を充足している旨の報告書であり、提出期限の経過や、要件を満たしていないという事実が発生すれば、その時点に遡って取り消されることとなります。

承認を得たと安心せず、承認後も日常の法令遵守の姿勢は維持しなければなりません。