

2015.10.13

週刊WEB

発行

税理士法人ゼニックス・コンサルティング

医業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

医療事故調査や特定行為研修など制度変更で
10月1日 改めて全国へ周知

厚生労働省

2016年度診療報酬改定に向け審議
大病院受診時の定額負担、地域別の設定には異論

厚生労働省・中央社会保険医療協議会

2 経営TOPICS

統計調査資料

病院報告(平成27年6月分概数)

3 経営情報レポート

「かかりつけ医」が果たす役割
患者申出療養の概要と混合診療の行方

4 経営データベース

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: 事業継承

遺産分割トラブル防止のポイント

納税資金確保対策の種類

医療情報 ヘッドライン ①

厚生労働省

医療事故調査や特定行為研修など 制度変更で 10 月 1 日改めて全国へ周知

厚生労働省は 10 月 1 日から実施された主な制度変更をあらためて周知広報している。

特に国民生活に影響を与えるとみられる制度変更に関して、医療、年金、疾病対策、雇用・労働、に分類してその要旨を伝えている。

医療関係では、下記の 3 項目が施行されている。

- (1) 医療事故調査制度
- (2) 看護師等免許保持者の届出制度
- (3) 特定行為にかかる看護師の研修制度

(1) は、医療事故が発生した医療機関において必要な調査を実施し、調査報告を医療事故調査・支援センターが収集・分析することで再発防止につなげるための制度である。

医療機関は、医療事故が発生した場合、まずは遺族に説明を行い、医療事故調査・支援センターに報告し、その後速やかに院内事故調査を行う。医療事故調査を行う際には、医療機関は医療事故調査等支援団体に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとされ、原則として外部の医療の専門家の支援を受けながら調査を行う（例：日本医師会）。院内事故調査の終了後、調査結果を遺族に説明し、医療事故調査・支援センターに報告する。

(2) は、昨年成立した地域医療介護総合確保推進法で看護師等人材確保促進法が一部改正され、離職した看護師等の届出制度が 10

月 1 日に施行された。看護師等は、病院等を離職した場合等に、住所・氏名等を同センターに届け出るよう努めなければならない、情報ナースセンターはその業務の一部を委託することができる、などが改正の柱である。離職する看護師の同意の下で、病院は届出の代行が可能だが、各病院の役割が大きい制度でもある。

看護師・准看護師などの免許を持ちながら、離職などで仕事していない人の連絡先などの情報をナースセンターに届け出てもらい、届出情報をもとに離職した人とつながりを保ち、求職者になる前の段階から、復職への働きかけを行う。離職時等の届出を義務化して離職者情報の把握を徹底する。届出は書面だけでなく、都道府県ナースセンターの全国機関である中央ナースセンターのホームページからも実施可能である。

(3) は、今後の在宅医療等の推進を図るため、医師等の判断を待たず、手順書（プロトコル）により一定の診療補助一定の診療補助（特定行為：脱水の程度判断と輸液による補正等）を行う看護師を養成して確保する。

疾病対策関係では、「特定配偶者等支援金制度」により、ハンセン病療養所退所者給与金受給者の遺族に対して、生活の安定を図ることを目的に月額 12 万 8 千円が支給される。

2016 年度診療報酬改定に向け審議 大病院受診時の定額負担、地域別の 設定には異論

次期 2016 年度診療報酬改定に向けて、厚生労働省・中央社会保険医療協議会は、懸案の課題解決に向かって具体的な詰め作業に入っている。現在までの中医協での過程は、2016 年度診療報酬改定の議論が地域包括ケアシステムの考え方をベースに進められており、2018 年度の医療・介護の同時改定の下準備と位置づけられている。

厚生労働省は 9 月 30 日、中央社会保険医療協議会の「総会」を開催し、次期 2016 年度診療報酬改定に向けて「外来医療」をテーマに「紹介状なしの大病院受診時にかかる選定療養」を議論した。

今年 1 月、政府の社会保障制度改革推進本部は、紹介状なしで特定機能病院や 500 床以上の病院を受診する場合、選定療養として初診・再診時に原則的に定額負担を定めることを決定した。これを受けて、2015 年通常国会で健康保険法等を改正し、特定機能病院や一定規模以上の保険医療機関に、外来機能分化の観点から、医療機関相互の機能分化・業務連携を推進するための責務を定めた。

法律では定額負担の金額、負担を求めない個別ケースなど責務規定の内容や対象医療機関の範囲は省令で定めることとされ、制定には中医協への諮問が必要とされている。今回、厚労省は療担規則（保険医療機関及び保険医療養担当規則）を改正して一定規模以上の医療機関での定額徴収を責務とすることを提案した。

「紹介状なしの大病院受診時の定額負担導入」についての論点は、以下のとおりとなっ

ている。

- 定額負担を求める大病院の範囲をどう考えるか
- 定額負担を求めない患者・ケースをどう考えるか
- 定額負担を全国一律の最低金額として設定することを、金額（初・再診）を含めどう考えるか
- 現在の初診料、外来診療料の関係などをどう考えるか

各委員の主な意見は、次のとおりである。

■定額負担を求める大病院の範囲に関して

鈴木邦彦委員（日医常任理事）「特定機能病院と 500 床以上の地域医療支援病院でよい。また定額負担を求めない患者・ケースに関しては、『軽症か』ではなく、『緊急か』を医療機関が判断するべき」

■定額負担の金額に関して

白川修二委員（健康保険組合連合会副会長）「患者側からすると地域別で違うのは困る。病院と診療所の機能分化の患者へのアピールも含め、大学病院か否かに一本化した方がわかりやすい。患者の立場からは 500 床以上か否かはわからないので、病院の機能からの議論が必要ではないか」

中川俊男委員（日本医師会副会長）「大都市と地方の問題はデリケートで慎重に考えたい。患者に差別感が生じることが心配だ」

紹介状なしの大病院受診時にかかる選定療養・定額負担に関しては、今後も引き続き中医協総会で検討される。

病院報告 (平成27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27年6月	平成27年5月	平成26年4月	平成27年6月	平成27年5月
病院					
在院患者数					
総数	1 251 385	1 238 129	1 259 106	13 256	△ 20 977
精神病床	292 068	291 383	291 979	685	△ 596
結核病床	2 049	1 995	1 971	54	24
療養病床	292 010	291 772	293 850	238	△ 2 078
一般病床	665 205	652 927	671 247	12 278	△ 18 320
(再掲)介護療養病床	53 967	54 298	54 790	△ 331	△ 492
外来患者数	1 436 828	1 259 577	1 388 272	177 251	△128 695
診療所					
在院患者数					
療養病床	6 539	6 609	6 739	△ 70	△ 130
(再掲)介護療養病床	2 547	2 554	2 617	△ 7	△ 63

- 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27年6月	平成27年5月	平成26年4月	平成27年6月	平成27年5月
病院					
総数	79.1	76.9	79.1	2.2	△ 2.2
精神病床	86.4	86.2	86.3	0.2	△ 0.1
結核病床	36.6	34.5	33.1	2.1	1.4
療養病床	88.5	88.2	88.9	0.3	△ 0.7
一般病床	73.3	69.6	73.2	3.7	△ 3.6
介護療養病床	91.8	91.8	92.3	0.0	△ 0.5
診療所					
療養病床	60.0	60.1	61.1	△ 0.1	△ 1.0
介護療養病床	73.7	73.6	74.4	0.1	△ 0.8

- 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27年6月	平成27年5月	平成26年4月	平成27年6月	平成27年5月
病院					
総数	28.1	31.0	29.0	△ 2.9	2.0
精神病床	256.5	284.1	266.8	△ 27.6	17.3
結核病床	66.9	68.4	64.4	△ 1.5	4.0
療養病床	156.2	168.9	153.1	△ 12.7	15.8
一般病床	15.8	17.4	16.4	△ 1.6	1.0
介護療養病床	304.2	328.7	300.4	△ 24.5	28.3
診療所					
療養病床	99.0	106.1	97.6	△ 7.1	8.5
介護療養病床	99.4	103.5	97.4	△ 4.1	6.1

在院患者延数

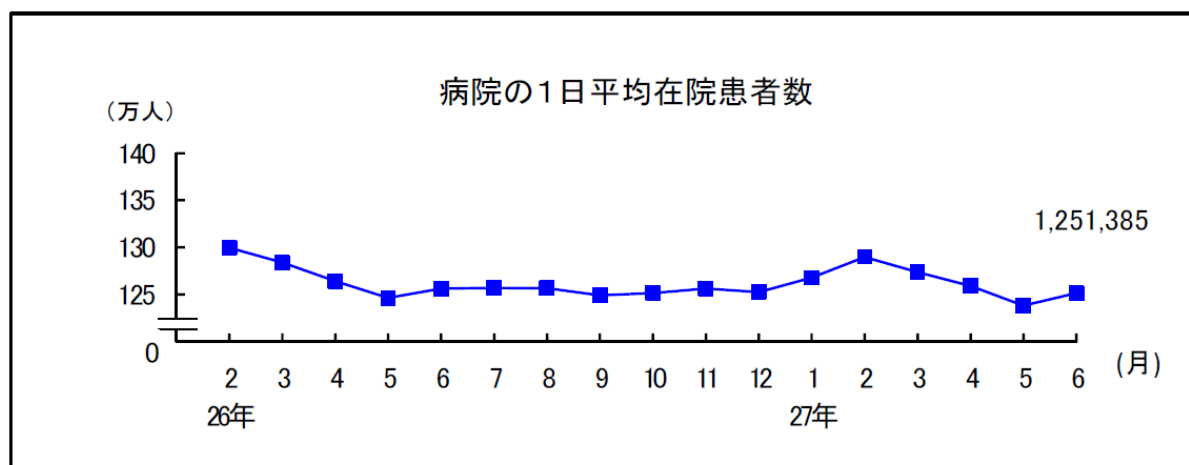
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

在院患者延数

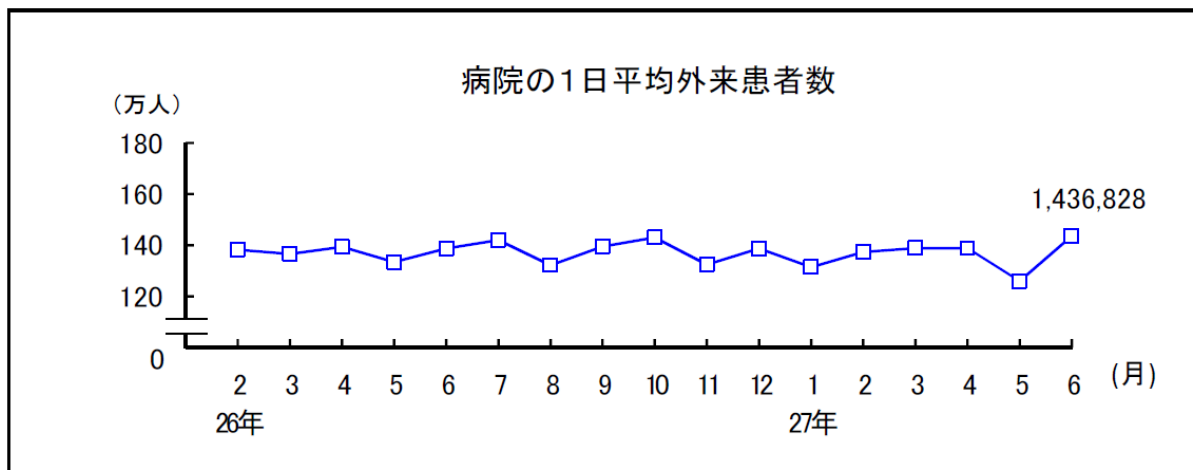
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{1}{2} \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)$

2) 病院の総数には感染症病床を含む。

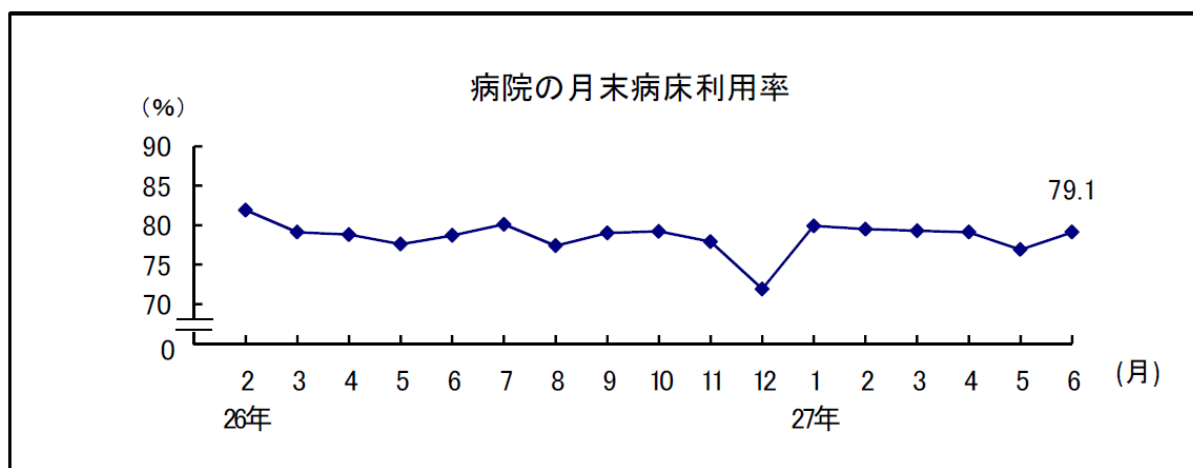
◆病院:1日平均在院患者数の推移



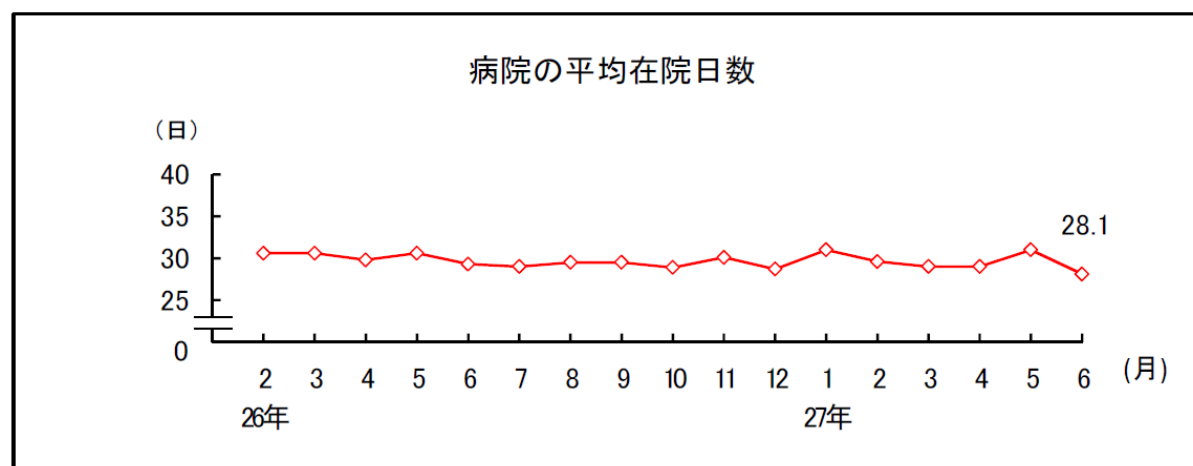
◆ 病院:1日の平均外来患者数の推移



◆ 病院:月末病床利用率の推移



◆ 病院:平均在院日数の推移

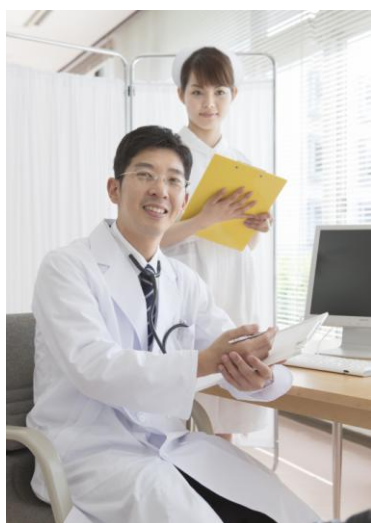


「病院報告(平成27年6月分概数)」の全文は、当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。

「かかりつけ医」が果たす役割 患者申出療養の概要と 混合診療の行方

ポイント

- 1 混合診療の認容から「患者申出療養」の創設へ
- 2 新設される「患者申出療養」の概要
- 3 「患者申出療養」の影響とかかりつけ医の役割



1 混合診療の認容から「患者申出療養」の創設へ

■ 制度創設の背景～保険外併用療養費制度と混合診療との関連

新たな保険外併用療養費制度の仕組みである「患者申出療養」が、来年4月にスタートします。これは、現在の保険外併用療養費制度のなかの評価療養で実施されている「先進医療」を拡大し、患者ニーズが高まっているさまざまな先進的医療を迅速に受けられるようにすることを目的とするものです。

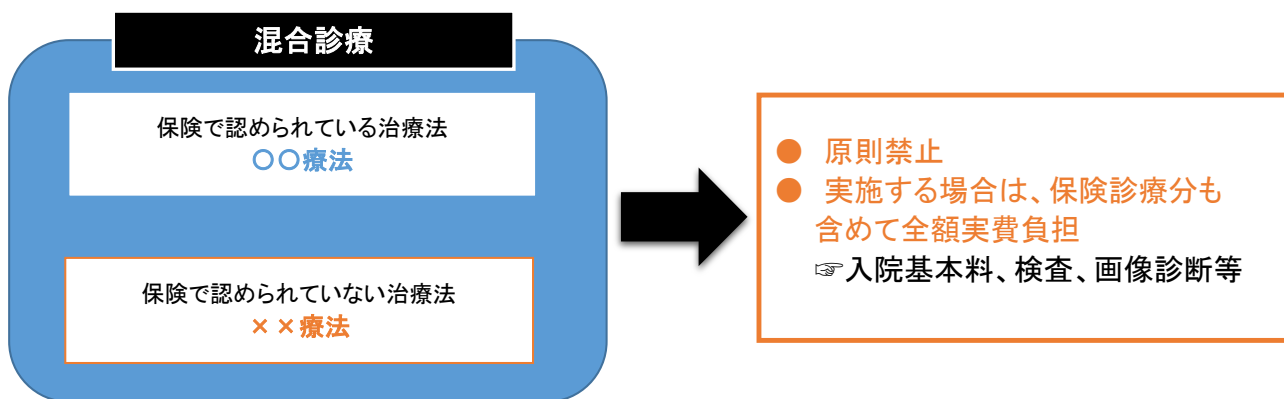
(1) 先進医療は混合診療を例外的に認容

混合診療とは、公的保険が適用される保険診療と患者が自己負担で受ける保険適用外の自由診療を組み合わせたもので、日本では原則として禁止されています。

しかしこの例外として、医療技術の高度化や医療に対する国民ニーズの多様化に対応するため、公的な医療保険としてのサービスの水準を確保しつつ、患者の選択（患者の負担）による保険適用外の追加が認められており、これが保険外併用療養費制度です。

例えば、その安全性や有効性の観点から、保険診療としては認められていない治療法（陽子線治療や重粒子線治療など）をまず先進医療として認定し、こうした先進医療については、本来禁止されている混合診療を例外的に認めるというものです。

■ 混合診療禁止の例外～保険外併用療養（先進医療）

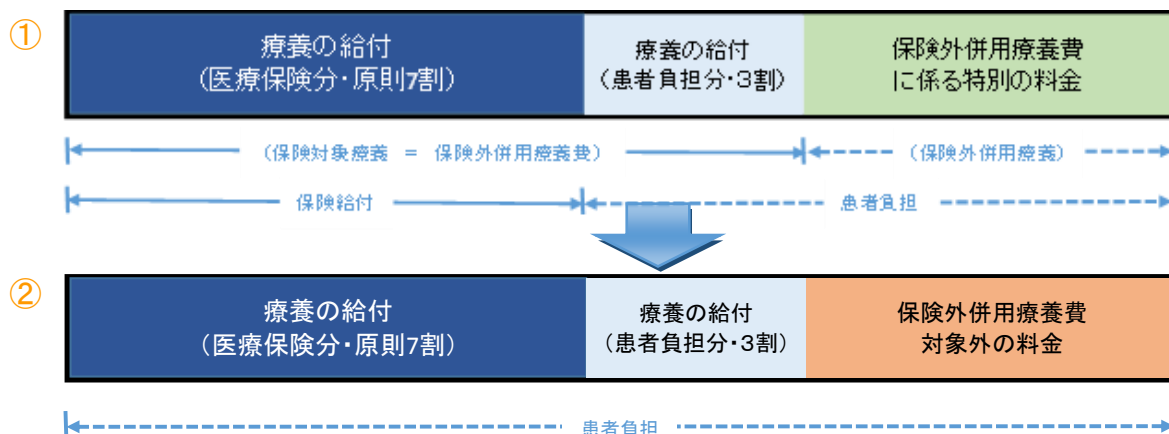


【例】 陽子線治療は保険外併用療養（先進医療）として認められているため、ほかの保険診療（例えば血圧の検査や投薬等）自費＋保険負担額（30%）が認められる

(2) 保険外併用療養費制度が抱える問題

健康保険で認められていない治療を実行する場合、患者は保険外治療の費用だけでなく、その他の検査や入院代など保険診療の費用（保険で認められている検査・治療法等）も含めて全額負担しなければなりません。したがって、高額な患者負担が強いられることになり、治療を断念せざるを得ないケースが問題とされていました。

■ 保険外併用療養費と患者負担の関係



保険外併用療養費は、健康保険から給付される部分の費用であり、患者負担部分は保険外併用療養費制度の「特別の料金」といいます（上記①）。それに対して、保険外併用療養費の対象外のもの混合診療に該当するため、療養の給付分を含めてすべてが患者負担となります（同②）。

これは、混合診療を禁止している理由のひとつとして、「安全性や効果が確認されない限り、医療保険や公費を使わない」という原則があるからです。

■ 混合診療に関する厚労省の基本的な考え方

- ① 本来は保険診療により一定の自己負担額において必要な医療が提供されるにもかかわらず、患者に対して保険外の負担を求めることが一般化する
⇒ 患者の負担が不当に拡大する恐れ、公平性の欠如
- ② 安全性、有効性等が確認されていない医療が保険診療と併せ実施されてしまう
⇒ 科学的根拠のない特殊な医療の実施を助長するおそれ

このように、混合診療と同様、無制限に導入はできないものの、一定のルールのもとに認めようとする仕組みが保険外併用療養なのです。

2 新設される「患者申出療養」の概要

■ 「患者申出療養」創設までの経緯

(1) 新たな保険外併用療養費制度としての位置づけ

患者申出療養は、保険外併用療養費制度の問題点を解消するため、国民皆保険制度の維持を前提に、現行の評価療養では必ずしもそのニーズに応えられない患者の救済を目的としています。そのため、保険外併用療養費制度のなかに患者の切実な希望に応えられるような新たな仕組みを創設しようというものです。

2014年6月に閣議決定された『「日本再興戦略」改訂2014』において、患者申出療養は、このうち3つのアクションプランのひとつとして、国民の健康寿命の延伸を目指す新たな施策に位置づけられています。

■ 「日本再興戦略」改訂2014の概要

「日本再興戦略」改訂2014(関係部分概要)(平成26年6月24日閣議決定)

第二 3つのアクションプラン

二. 戦略市場創造プラン

テーマ1: 国民の「健康寿命」の延伸

(3) 新たに講ずべき具体的施策

iii) 保険給付対象範囲の整理・検討

①最先端の医療技術・医薬品などへの迅速なアクセス確保(保険外併用療養費制度の大幅拡大)

「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を踏まえつつ、多様な患者ニーズの充足、医療産業の競争力強化、医療保険の持続可能性保持等の要請に対してより適切に対応するための施策を実施する。

・療養時のアメニティの向上(選定療養)

選定療養について、対象の拡充を含めた不断の見直しを行う仕組みを構築する。

具体的には、正確な実態把握・分析が可能となるよう、利用実績に係る情報収集の在り方を見直した上で、現行の選定療養の利用状況について、早期に調査するとともに、学会等を通じ、定期的に選定療養として導入すべき事例を把握する仕組みを年度内に構築する。この際、「医療保険の給付と直接関係のないサービス」については、選定療養と峻別を行い、随時明確化を行うこととする。

(2) 「患者申出療養」創設に伴う法改正

患者申出療養は、患者が最先端の医療技術などを希望した場合に、安全性・有効性等を確認したうえで、新規の技術等について申請し、保険外の診療と保険診療との併用を認めるかどうかの結論を出す仕組みです。したがって、健康保険法の改正等により法的な枠組みが整えられ(改正健康保険法第63第2項第4号ほか)、来年4月から施行されます。

3 「患者申出療養」の影響とかかりつけ医の役割

■ 患者申出療養に対する期待と懸念

(1) 患者申出療養がもたらすメリット

患者申出療養が開始されることによって、がんなどの難治性の疾病を抱える患者やその家族にとっては、これまでの保険診療の枠の中で限定されてきた「治療の選択肢」が増えることになり、多くの高度な医療が受けられるようになります。

また、日本の医薬品・医療産業にとっては、最新の医薬品などの有効性や安全性のエビデンスが確立され、健康保険の適用を評価する足掛かりとなるため、医療技術の向上と発展に繋がるとされています。

■ 患者申出療養のメリット

- ① 様々な患者ニーズへのフレキシブルな対応
- ② 医薬品や医療技術などの医療の質の向上
- ③ 製薬会社や医療機器メーカーなどの医療産業の競争力の強化
- ④ 保険診療における公的医療制度の費用削減効果

さらに、保険対象外の診療の拡大が、先進医療などに対応した民間医療保険の普及を後押しすることで、公的医療費や社会保障費などの医療費抑制の効果が期待できます。

(2) 患者申出療養に懸念されるデメリット

患者申出療養制度は健康保険の範囲外の診療であるため、「金銭的にゆとりのある人だけ高度な医療を受けることができ、それ以外の金銭的に苦しい人は、現行の健康保険範囲内の医療しか選択できない」状況を招く可能性があります。

つまり、患者や家族の収入によって受けられる医療に「差」が生じ、人命や健康が金銭的な問題に左右されかねません。これにより日本の保険制度の特徴であるフリーアクセス（誰でも・どこでも・いつでも医療を受けられる仕組み）と国民皆保険制度が空洞化し、医療制度の崩壊につながる懸念が懸念されます。

また、安全性に関するエビデンスが裏付けされていない治療法などが、インターネットなどで簡単に情報を収集することが可能となったことから、患者が自己判断に基づき安易な選択をしてしまうリスクも増えてきます。

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: 医業経営 > サブジャンル: 事業継承



遺産分割トラブル防止のポイント

遺産分割トラブルを防止する方法について教えてください。



遺産分割トラブルを防止するためには遺言の活用が有効です。

■遺言のメリットと活用方法

人が亡くなった場合、相続が発生しますが、この財産はもともと亡くなった人(被相続人)のもので、その処分について自分で決めたいと思ったときには、民法で定めのある「遺言」が認められています。これによって被相続人は法定相続分ではなく、例えば、疎遠の相続人と献身的に看病してくれた相続人とで相続分に差をつけたり、どの相続人にどの程度相続させたり、という指定ができます。

①遺言のメリット

- ①遺産分割を行う時の重要な指針となる
- ②被相続人の意思を後世に反映させることができる
- ③医療法人の出資持分については後継者に承継させることができる

②遺言でしかできないこと

(1)遺言執行者の指定：

確実かつスムーズに遺言を執行する遺言内容を実現するため、執行者を指定したり、指定を第三者に委託したりすることができます。

遺言の執行には、法定相続人全員の実印が必要になるなど、色々細かな手続きが必要です。従って、確実かつスムーズに遺言内容を執行するには、遺言執行者を指定しておくほうが望ましいでしょう。指定がない場合には、家庭裁判所が選任した人になります。

※ 遺言執行者は、遺言執行に関する権限を有しているため、相続人がその行為を行ったり、妨げたりすることはできません。

(2)後見人の指定：

推定相続人が未成年の場合、後見人を指定することができます。ただし、これは遺言を残す人が最後の親権・管理権の所有者でなければなりません。要するに、片親の場合など、その人が亡くなってしまうと未成年者の親となるべき人がいなくなってしまうケースです。

(3)遺産分割方法の指定：

(a)民法の法定相続分と異なる相続分の指定

例：長男には全体の2分の1を、次男と三男には4分の1ずつを相続するなど、柔軟に決めることができます。

(b)具体的な遺産の分割方法の指定

例：Aの土地は長男へ、Bの土地は次男へというふうに、具体的な遺産の分け方を決めることができます。

※ 土地のように分けにくい遺産は、相続する人を決めておかないと争いの火種になることもあるので、遺言書が非常に役立ちます。

経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 事業継承



納税資金確保対策の種類

納税資金を確保するための対策としては、どのような方法がありますか。



代表的なものとして、生命保険の活用と出資金返還の方法が考えられます。

■生命保険の加入による納税資金準備

理事長の死亡に備えて、医療法人が、被保険者を理事長、保険金受取人を医療法人として生命保険に加入しておきます。そして、理事長の相続発生時に、後継者が医療法人から死亡退職金の支給を受けられるようにしておくことは、納税資金確保に有効な方法と考えられます。

また、医療法人から支給される死亡退職金は相続税の課税対象となりますが、非課税枠が設けられています。

【納税資金としての生命保険のメリット】

- 現金で受取ることが出来る
- 遺産分割時の代襲資産となる
- 受取を指定することにより特定の人に残すことができる
- 500万円×法定相続人数の非課税枠がある

【生命保険でカバーしておくべき金額】

- 医療法人 → 死亡退職金全額
- 被相続人 → (相続税一手取退職金額)

【保険金を子供の一時所得にする】

- 契約者 → 子供、被保険者→理事長、受取人 → 子供
- 一時所得 = { (生命保険一支払保険料) - 50万 } × 1/2
- 子供に収入がない場合、生前贈与で保険料に充当する

■被相続人の出資金を納税資金にする対策

- 承継者以外の方が相続し、その相続人が社員を脱退して出資金の返還を受ける。
※3年以内の場合は譲渡所得になる。(20%分離)
- 生前に被相続人が社員を脱退し、出資金の返還をうける。※みなし配当所得(最高50%)