

2011.10.18

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

生活習慣病改善、健康目標の達成率 17%と低率
健康日本 21 評価作業チームによる分析

厚生労働省 健康局

入院・外来・在宅医療について各論点整理

中医協総会、在宅医療推進など本格議論開始

厚生労働省 保険局

2 経営TOPICS

統計調査資料

平成 21 年度 国民医療費の概況

3 経営情報レポート

調査省略を可能にする
書面添付制度の活用

4 経営データベース

ジャンル:経営計画 サブジャンル:経営戦略

経営戦略のポイントと必要性

経営管理体制の意義

生活習慣病改善、健康目標の達成率 17%と低率 健康日本 21 評価作業チームによる分析

厚生労働省健康局は 10 月 7 日、「健康日本 21（正式名称：21 世紀における国民健康づくり運動）」の最終評価（案）を提示し、これを受け同省に設置された「健康日本 21 評価作業チーム」（座長：辻一郎東北大学大学院教授）が議論を行った。

最終評価（案）によると、生活習慣病の改善、健康目標の達成率（目標値に届いた項目）は全体のわずか 17%にとどまり、さらには悪化した項目もあるなどその進捗度合いが低調であることが分かった。

「健康日本 21」とは、平成 12 年に健康を維持するための指標を設けたのが始まりで、虚血性心疾患や脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の発生減少や改善等を目的に策定されたものである。食生活や運動などに関する数値目標を掲げ、平成 17 年度には一度中間評価を行った。平成 22 年度からは最終評価の段階に入り、その評価を平成 25 年度以降の運動の推進に反映させることとなっている。

しかしながら、制定から 10 年を経ても、目標の数値には程遠いと言わざるを得ない状況であり、最終評価（案）からは、全 59 項目のうち目標値に達したのは、10 項目で全体の 16.9%にとどまっていることが分かる。

具体的には、(1)メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加、(2)高

齢者で外出について積極的態度をもつ人の増加、(3)80 歳で 20 歯以上・60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する人の増加などであった。

また、目標には達していないが改善傾向にある項目は 25 項目(42.2%)となっており、主なものとしては、食塩摂取量の減少、糖尿病やがん検診の受診の促進、高血圧の改善などが挙げられる。

一方、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少、高脂血症の減少など 14 項目(23.7%)は、変化が見られなかったうえ、糖尿病合併症の減少など 9 項目では悪化していることが分かった。

もっとも、特定健康診査・特定保健指導の受診者数の向上については、平成 20 年度からの 2 ヶ年のデータであるため、評価困難とされている。

最終評価(案)の中で、がん注目すると、がん検診受診者数は増加し、一部検診では目標値をクリアしているが、「平成 23 年度末までに受診率を 50%にする」というがん対策推進基本計画の目標値には遠く及ばない状況となっており、今後は、がん予防、早期発見など、それぞれについてエビデンスを積極的に作成し、それに基づいた介入、対策を行っていく必要があると分析した。

入院・外来・在宅医療について各論点整理 中医協総会、在宅医療推進など本格議論開始

厚生労働省保険局は10月5日、中央社会保険医療協議会（中医協）総会を開き、平成24年度診療報酬改定に向けた本格的な議論をスタートさせた。

政府与党の社会保障・税の一体改革に掲げられた「病床機能分化」や「在宅医療の推進」に向け、同年度改定でどのような方向を目指していくのかを話し合っていくことになる。

同日のテーマは、同年度改定の基本方針（予定）にある「医療と介護の機能分化と連携の推進を通じて、質が高く効率的な医療の実現」という目標を実現していくにあたって、「入院・外来・在宅医療についての総論」に定められた。

在宅医療については、在宅療養支援診療所（在支診）を「医師等を複数配置し在宅に特化した診療所」、「他の医療機関と連携する診療所」の2類型にする考え方が厚労省から示された。

入院医療については、（1）高度急性期・一般急性期、（2）亜急性期等、（3）長期療養、（4）地域に密着した病床の4区分について、現状と課題が整理されている。

（1）の高度急性期等病床では、医療資源（医師や看護師など）を今以上に集中投入し、平均在院日数を短縮する方向性が示されている。あわせて、急性期以外の患者を（2）の亜急性期等や（3）の長期療養等に移行させていく必要があるとも指摘している。

（2）の亜急性期等病床については、厚労省保険局の鈴木医療課長がリハビリの実施状況や患者の常態を把握し、機能と病床の整理をする方針を述べている。

（4）の地域に密着した病床とは、「地方等の医療資源が十分でなく、病床機能分化をしっかりと行うことが現実的でないために、高度急性期から亜急性期までの医療を網羅的に提供する病床」というイメージで、高度急性期等、亜急性期等とは別個の評価体系を設けるべきとの考え方が示されている。

外来医療については、「地域の拠点病院では一般外来を縮小し、専門外来を確保する。診療所では一般外来を受け入れる」との方針を立て、診療所等と地域の拠点病院が連携して外来診療を行っていることに対する評価などを検討することになる。

在宅医療については、看取りを行う在宅療養支援診療所を増加させるために、「自院に複数の医師や24時間連絡対応を行う看護職員等を配置している診療所」「在宅療養支援病院（在支病）等と連携し、自院で在宅医療、看取りを行っている診療所」などに類型化して、診療報酬上の評価を行ってはどうかとの考え方が示されている。この点に関し、厚労省は、在支診を（1）医師等を複数配置し在宅に特化した診療所、（2）他の医療機関と連携する診療所の2類型にする考え方である。

国民医療費の概況

結果の概要

1 国民医療費の状況

平成 21 年度の国民医療費は 36 兆 67 億円、前年度の 34 兆 8084 億円に比べ 1 兆 1983 億円、3.4%の増加となっている。

また、人口一人当たりの国民医療費は 28 万 2400 円、前年度の 27 万 2600 円に比べ 3.6%増加している。国民医療費の国民所得に対する比率は 7.60%（前年度 7.07%）となっている（図 1、表 1）。

図 1 国民医療費と対国民所得比の年次推移

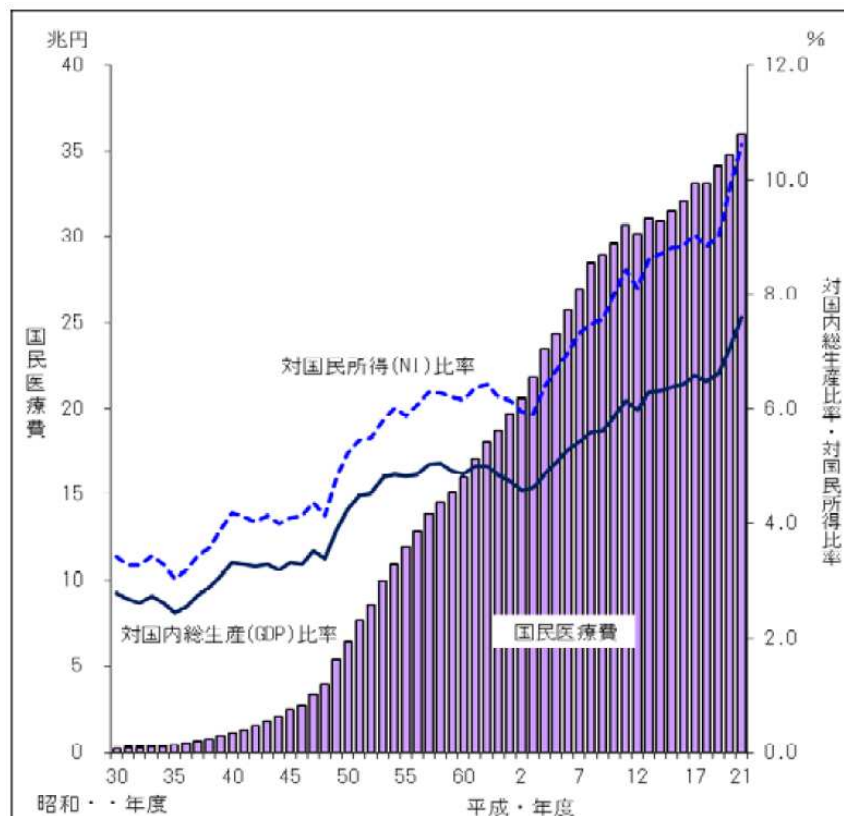


表1 国民医療費と国民所得の年次推移

年次	国民医療費		人口一人当たり国民医療費		国民所得		国民医療費の 国民所得に対 する比率 (%)
	(億円)	対前年度 増減率(%)	(千円)	対前年度 増減率(%)	(億円)	対前年度 増減率(%)	
昭和 29 年度	2 152	...	2.4
30	2 388	11.0	2.7	12.5	69 733	...	3.42
40	11 224	19.5	11.4	17.5	268 270	11.5	4.18
50	64 779	20.4	57.9	19.1	1 239 907	10.2	5.22
60	160 159	6.1	132.3	5.4	2 605 599	7.2	6.15
61	170 690	6.6	140.3	6.0	2 679 415	2.8	6.37
62	180 759	5.9	147.8	5.3	2 810 998	4.9	6.43
63	187 554	3.8	152.8	3.4	3 027 101	7.7	6.20
平成元年度	197 290	5.2	160.1	4.8	3 208 020	6.0	6.15
2	206 074	4.5	166.7	4.1	3 468 929	8.1	5.94
3	218 260	5.9	176.0	5.6	3 689 316	6.4	5.92
4	234 784	7.6	188.7	7.2	3 660 072	0.8	6.41
5	243 631	3.8	195.3	3.5	3 653 760	0.2	6.67
6	257 908	5.9	206.3	5.6	3 700 109	1.3	6.97
7	269 577	4.5	214.7	4.1	3 689 367	0.3	7.31
8	284 542	5.6	226.1	5.3	3 801 609	3.0	7.48
9	289 149	1.6	229.2	1.4	3 822 945	0.6	7.56
10	295 823	2.3	233.9	2.1	3 689 757	3.5	8.02
11	307 019	3.8	242.3	3.6	3 643 409	1.3	8.43
12	301 418	1.8	237.5	2.0	3 718 039	2.0	8.11
13	310 998	3.2	244.3	2.9	3 613 335	2.8	8.61
14	309 507	0.5	242.9	0.6	3 557 610	1.5	8.70
15	315 375	1.9	247.1	1.8	3 580 792	0.7	8.81
16	321 111	1.8	251.5	1.8	3 638 976	1.6	8.82
17	331 289	3.2	259.3	3.1	3 658 783	0.5	9.05
18	331 276	0.0	259.3	0.0	3 752 258	2.6	8.83
19	341 360	3.0	267.2	3.0	3 784 636	0.9	9.02
20	348 084	2.0	272.6	2.0	3 515 221	7.1	9.90
21	360 067	3.4	282.4	3.6	3 392 234	3.6	10.61

注：1)平成 12 年 4 月から介護保険制度が開始されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の費用に移行したのがあるが、これらは平成 12 年度以降、国民医療費に含まれていない。

2)国内総生産(GDP)及び国民所得(NI)は、内閣府発表の「国民経済計算」(平成 22 年 12 月発表)による。

3)人口一人当たり国民医療費を算出するために用いた人口は、総務省統計局による「国勢調査」及び「推計人口」の総人口である。

2 制度区分別国民医療費

制度区分別にみると、医療保険等給付分は 17 兆 3368 億円（構成割合 48.1%）、後期高齢者医療給付分は 11 兆 307 億円（30.6%）、公費負担医療給付分は 2 兆 4601 億円（6.8%）となっている。また、患者負担分は 4 兆 9928 億円（13.9%）となっている。

対前年度増減率をみると、公費負担医療給付分は 5.5%の増加、国民保険等給付分は 2.3%の増加、後期高齢者医療給付分は 5.8%の増加、患者負担分は 1.6%の増加、軽減特例措置は 2.8%の増加となっている（表 2）。

表 2 制度区分別国民医療費

制度区分	平成 21 年度		平成 20 年度		対前年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	増減額 (億円)	増減率 (%)
国民医療費	360 067	100.0	348 084	100.0	11 983	3.4
公費負担医療給付分	24 601	6.8	23 310	6.7	1 291	5.5
医療保険等給付分	173 368	48.1	169 548	49.1	3 820	2.3
医療保険	170 769	47.4	166 798	48.3	3 971	2.4
被用者保険	81 615	22.7	80 038	22.9	1 576	2.0
被保険者	40 452	11.2	39 636	11.4	816	2.1
被扶養者	36 733	10.2	35 964	10.2	769	2.1
高齢者 1)	4 430	1.2	4 439	1.3	9	0.2
国民健康保険	89 154	24.8	86 759	25.4	2 395	2.8
高齢者以外	64 097	17.8	62 368	18.1	1 729	2.8
高齢者 1)	25 057	7.0	24 391	7.2	666	2.7
その他 2)	2 599	0.7	2 750	0.8	151	5.5
後期高齢者医療給付分 3)	110 307	30.6	104 273	30.1	6 034	5.8
患者負担分	49 928	13.9	49 141	14.1	787	1.6
軽減特例措置 4)	1 864	0.5	1 813	0.5	51	2.8

注：1) 被用者保険及び国民健康保険適用の高齢者は 70 歳以上である。

2) 労働者災害補償保険、国家公務員災害補償法、地方公務員災害補償法、独立行政法人日本スポーツ振興センター法、防衛省職員給与法、公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付による医療費である。

3) 平成 20 年 3 月に老人保健制度が廃止となり、平成 20 年 4 月から新たに後期高齢者医療制度が創設された。後期高齢者医療給付分には、老人保健制度の請求遅れ分を含む。

4) 平成 20 年 4 月からの 70～74 歳の患者の窓口負担の軽減措置に関する国庫負担分である。

「平成 21 年度 国民医療費の概況」の全文は、
当事務所のホームページの「経営 TOPICS」よりご確認ください。

調査省略を可能にする 書面添付制度の活用

ポイント

- 1 書面添付制度とはどのような制度か
.....
- 2 意見聴取制度について
.....
- 3 書面添付を行うためには
.....
- 4 書面添付制度 Q & A
.....



1 書面添付制度とはどのような制度か

■ 書面添付制度の目的

書面添付制度とは、税理士・税理士法人（以下、「税理士」）が作成した申告書に対し、その作成内容に関して、税理士がどのような項目について、いずれの資料をどの程度確認した上で検討・判断を行ったのかという過程を記載した書面を添付する制度です。さらに、税理士が相談を受けた事項等の記載をすることもできます。

この書面添付については、決算書作成の過程に関する事項を記載することにより、税理士の責任範囲を明確にしたうえで、申告書の信頼性を高めるという目的があります。

申告書添付書面の記載内容

どのような項目について作成したか
どの資料をどの程度確認したか
どのように検討・判断したか
相談を受けた事項等

また、税務に関する職業専門家である税理士が責任を持って計算し、整理し、又は相談に応じた事項については、税務官庁（税務署・国税局等）もこれを尊重することによって、税務行政の円滑化と簡素化を図ることができます。

書面添付制度の目的

税理士が申告書を作成するにあたり、どの程度の関与度合いがあり、どのような過程で作成されたのか、決算書の数字の作成根拠や数字に表れないことを記載することにより、申告書の信頼性を高めること

■ 書面添付制度の効果

(1) 事前通知と意見聴取制度

書面添付制度には、税理士の責任範囲の明確化、および税務行政の円滑化という大きな目的がありますが、これらの目的を達成するための制度としては、このほか税務調査の事前通知と税務調査前の意見聴取制度があります。

2 意見聴取制度について

■ 意見聴取制度の流れ

意見聴取は、次のような流れで行われます。

税務署より税理士に対し、税務調査を実施したい旨と意見聴取を行いたい旨の連絡があります。



通常、意見聴取は、税理士が税務署を訪問する方法で行われます。調査官は添付書類の記載事項について質問をし、税理士はその質問に対して事実に基づいた意見陳述を行います。



税理士は、調査官の質問事項の他に意見を述べる機会が与えられます。そこでは、添付書面に記載された事項について、具体的にどのような資料を確認したか等を、実際の資料を用いて、より詳細に具体的に説明を行います。



調査官は、添付書面の内容及び意見聴取の結果から、実際に税務調査を行うかどうかを判断します。



税務調査を行うという判断がなされた場合には、納税者及び税理士へ連絡して調査が実施されます。税務調査が行われない場合には、その旨が税理士へ連絡されて終了となります。

3 書面添付を行うためには

■ 書面添付はすべての申告書に行うものか

書面添付は、すべての申告書に対して行うものではありません。書面添付を行うかどうかは税理士の判断によります。

書面添付制度は税務官庁との信頼関係に基づいて定められている制度であり、税務官庁側においても、添付書面のある申告書については一定の評価をしているものと思われます。

また、税理士側においても、添付書面を提出した顧問先の申告内容について大幅な修正があれば、税務官庁から「この税理士の添付書類は信用できない」という評価を受けることとなりますので、申告内容に一定の自信（仮に税務調査があった場合でも修正がない）のある先に対してのみ書面添付を行うこととなります。さらに、添付書面に虚偽の記載を行うことは懲戒の対象となりますので、正しい記載をする必要があります。

これらのことから、税理士側においては、記帳状況の良い先、納税意識の高い顧問先については積極的な書面添付を行うと考えられますが、反対に記帳状況の悪い先や納税意識の薄い先については書面添付を回避したいと判断する可能性があります。

■ 書面添付を行うためには

書面添付を行うにあたって最も重視すべきことは、納税者の記帳処理の内容と信頼性です。

正しい申告を行うには、納税者が作成した書類（出納帳・仕訳帳）や納税者が入力したデータについて、税理士が原始資料をもとに監査し、両者が信頼し合い協力することが重要です。

具体的には、納税者と税理士双方に、次のようなことが求められます。

(1) 納税者により出納帳が作成されていること

すべての納税者にとって最も基本的な項目として、現金・預金の管理があります。

現金については、現金出納帳の残高と実際残高が一致しているのが原則です。

納税者が、日付、事由、相手方、金額が記載された出納帳を作成し、これらが日々の実際の残高と一致していることを確認します。

現金出納帳への記載事項と処理のポイント

日付	事由	相手方	金額
----	----	-----	----

出納帳の作成がされておらず、領収書から直接決算書を作成している場合には、書面添付の対象とはならないでしょう。

預貯金についても出納帳を作成する必要があります。現金と異なり、預貯金は通帳の記帳を行えば金額は把握できます。しかし、総合振込等については、その個別内容が記載されていない場合が多く、さらに預貯金の引き出しについてはその用途を明確にする必要がありますので、預貯金についても出納帳を作成する必要があります。

近年は、コンピュータ会計処理が主流となっており、出納帳の作成に代えて、納税者が直接会計ソフトウェアを用いて数字を入力するケースが多くなっています。こうした処理は、経理担当者の事務の効率化と税理士の税務監査が迅速化されるという大きなメリットがあります。

(2) すべての取引を税理士が確認すること

税務調査における指摘の一つに「売上の除外」があります。その手口には、簿外の通帳への入金を行うものがあります。例えば帳簿に載せていない通帳が存在していて、その通帳に売上やリベートが入金されると、結果として売上の計上不足することとなります。

このような事態が明らかになると、重加算税を伴う修正申告を行うのみならず、税務官庁はこの納税者が他にも何か隠しているのではないかと、悪い印象を抱いてしまう可能性があります。税理士においても納税者との信頼関係に大きな影響が生じることとなります。

(3) 税理士に相談すること

納税者は、自らの判断で帳簿を作成しますが、すべてを完璧に行うのは難しいことです。処理や作業を進めていくうちに、判断に迷ったり、自信が持てなかったりする事項が必ず出てきます。また、同業者や知人から聞いた中で、意味の分からないことや自分と違うことを行っていることが不安になるケースもあります。

このような場合には、必ず税理士に相談してください。相談することによって納税者と税理士の意識の統一が図れるとともに、作業を行う経理担当者の実力アップにもつながります。

税理士の立場からも、事実関係の把握につながる上、納税者の考え方も理解することができるため、非常によい関係を築くことができます。

経営データベース ①

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営戦略



経営戦略のポイントと必要性

病院で経営戦略を進めるポイントと、その必要性を解説してください。



病医院が安定して医療サービスを提供するためには、病医院の機能を保持するための利潤と新たな設備投資、そしてより良質な医療を提供するための利潤が必要になります。この利潤を得るために、「待ちの経営」から、患者を引き付けるために「外に出る経営」が必要となり、ここに戦略としての経営方針が重要になるのです。

すなわち、戦略の本来の意味は、戦争や政治闘争における敵に勝つための総合的な方法や計略ですが、この考え方を病医院においては患者獲得のために用いるということです。

経営戦略には、大きく分類して「基本戦略」と「事項戦略」があります。このうち、病医院の諸活動に大きな影響を及ぼし、その成否が病医院のパフォーマンスに深く影響するものが基本戦略です。その構成要素は、診療圏のポートフォリオとその病医院の担当する分野、および医療活動に必要な経営資源との組合せです。

戦略を病医院経営に置き換えて定義すると、「長期的な視点で経営活動の基本的な方向付けを行う」ということを意味します。したがって、経営者（院長）及び中間管理者（事務長・看護部長・医局長・看護師長、科長・課長）がそれぞれ与えられた役割と機能を最大限に果たすことが、戦略的経営を実現する最も効果的な方法です。

経営戦略の実践は、望ましい経営のやり方を病院の経営プロセスに乗せることであり、具体的には、院長が病医院全体の方向や基本的手段を決定し、これに基づいて診療・看護・メディカル、事務などの各機能の中間管理者が各々の責任の戦略的対応を決定し、実行することです。

つまり、病院の戦略的経営管理とは、各中間管理者の行動が病院全体の方針の中で正しく位置付けられ、かつ、それぞれの努力が病院全体の業績の最適化や戦略実現につながることをねらいとしています。

病医院経営戦略の基本は、外部環境の変化に対応した病院の医療活動のあり方の変更ですが、その性格に従って、「外部に対する戦略」と「内部に対する戦略」に区別することができます。

例えば、診療科目と患者ニーズの組み合わせに対応するのは外部志向的戦略であり、組織の活性化やコストダウン戦略は内部志向戦略となります。

主な戦略の原理

目的を手段に適合させる
常に目的を銘記する
最小予期路線を選べ
失敗した後それと同一の線に従うな
相手の予期していないスキをつくこと
相手の手薄なところを攻撃せよ

戦いは連続したプロセスである、常に次のステップを予期せよ
計画に柔軟性を持たせよ
相手の油断を突け
攻撃には創造性が必要である

など

経営データベース ②

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営戦略



経営管理体制の意義

病院の経営改善には、経営管理体制を強固にする必要があるということですが、この経営管理体制とは、具体的に何を意味するのでしょうか？



経営管理体制とは、経営理念と病院ビジョンを頂点とし、それらを実現するための取組みを管理する体制を意味しています。

また、経営理念および病院ビジョンとは、病院経営を行っていくうえでの活動のよりどころとして院内外の活動に指針を与えるものであり、かつ基本方針に則った戦略策定の前提となるものです。

経営管理体制を構築するには、まず「自院はこのような医療を提供していきたい」という病院の理念・ビジョン、すなわち「あるべき姿」と、経営環境分析に基づく「現状の姿」を基に、「自院がどの診療科目、病床機能でいかなる患者層に医療を提供するのか」といった「事業ドメイン」を決定します。

そして、あるべき姿と現状の自院とのギャップをどのように埋めるかを病院全体レベルで捉えたのが「基本戦略」です。この基本戦略を基に部門ごとで取り組むべき「部門戦略」（看護部での取組み等）あるいは部門に共通する機能戦略（人事制度等）を立てます。

さらに、各々の戦略を、どのように実行していくか、内容と時間、担当を割り当てたものが「経営計画」です。この計画をもとに日々の業務を遂行していく上で、計画との乖離を把握し調整していくのが「業績管理システム」です。

この一連の流れを繰り返すことによって長期・中期・単年度、および日々の業務といった単位での管理が可能となります。

病院運営において組織が有効に機能するためには、経営理念や病院ビジョンが誰の目にも納得でき価値あるもの、また日常の行動規範として、組織の構成員一人ひとりに浸透した存在になることが必要です。それは、病院の組織風土を形成し、価値観を共有することでもあります。

そうした意味では、経営理念は、病院がよって立つ基盤を示すことはもちろん、病院が存続していくために「あるべき姿」「ありたい姿」を明確に示すものでなければなりません。

