

週刊 医業経営

MAGAZINE

WEBマガジン



発行 税理士法人優和

1

医療情報ヘッドライン

規制改革会議 “混合診療”認める新制度を提案
患者と医師の責任で個別の「選択療養」制

政府

特養ホーム 入所待機は 52 万人
高齢化進み 10 万人増 施設不足が浮き彫りに

厚生労働省

2

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査(平成 26 年 1 月末概数)

3

経営情報レポート

高齢者ケアの将来とは
慢性期医療の課題と今後の展望

4

経営データベース

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: 経理・会計処理

資産と負債の考え方

試算表のチェック機能

規制改革会議 “混合診療”認める新制度を提案 患者と医師の責任で個別の「選択療養」制

政府の規制改革会議（議長・岡素之住友商事相談役）は3月27日、全体会合を開き、健康保険が適用される診療と適用されない診療を併用する、いわゆる「混合診療」（保険外併用療養費制度）の取り扱いについて、これまでの議論を踏まえて整理した意見書をまとめた。

現在の制度では、混合診療は原則として禁止されており、保険診療分を含め全額自己負担となるが、多数の患者が利用できる医療技術に限って例外的に認められ、保険を部分適用できる。また、混合診療の認定審査にも3～6カ月程度かかる。

今回の規制改革会議の意見書は、原則禁止されている保険診療と保険外診療を併用する混合診療について、患者の個別のニーズに速やかに対応するため、「選択療養制度」（仮称）と呼ばれる新たな仕組みを設け、すでに国が認めている先進医療などに加え、患者と医師の責任で個別に決められるようにすべきだとする内容となっている。

国内では未承認でも海外では認められている薬の利用など、医療の選択肢を広げて個別に認める新しい制度の提言となる。併せて、患者に必要性和リスクを十分に説明するなど一定のルールを設ける。

現在は保険外診療を受診した場合、原則として医療費を全額負担することになっている。

これに対し、規制改革会議は、患者の治療の選択権を拡大するため、医師の十分な説明を受けた上で選択した保険外診療については、保険の適用を認める新たな仕組みを作りを提言している。これにより、国内では未承認の医薬品約200点などが利用しやすくなるが、厚生労働省は「安全性や有効性を確認する必要がある」と慎重な姿勢をとっている。

これに対し、選択療養は混合診療を認め、保険診療と併用する保険外診療を、患者自身が選ぶ仕組みである。安全性の観点から混合診療の適用範囲の拡大に慎重論があることから、医師が保険外診療の診療計画書を作成し、患者に必要性和リスクを十分に説明するなど一定のルールを設ける。

規制改革会議は、選択療養が実現すれば、日本で審査待ちになっている100種類以上の海外で承認された薬が使えると見込んでいる。多くの患者に効果が確認できた治療法には、保険適用を認めることも政府に求めるとする。

規制改革会議の岡素之議長は、会合後の記者会見で「困難な病気と闘っている患者に対して、より幅広い選択肢を示すため、新たな制度を提案した。大きな転換なので実現は簡単ではないかもしれないが、厚生労働省などと検討を続けたうえで、今年6月までに最終的な提案をしたい」と述べた。

特養ホーム 入所待機は 52 万人 高齢化進み 10 万人増 施設不足が浮き彫りに

厚生労働省は 3 月 25 日、特別養護老人ホーム（特養ホーム）への入所を希望している、いわゆる「入所待機者」が、今年 3 月の全国集計で約 52 万 2 千人に上ったと発表した。

これは 2009 年 12 月の前回集計の約 42 万 1 千人より 4 年間で約 10 万人増えた。待機者全体の 3 分の 2 を占めているのは、食事や排せつに介助が必要な要介護 3～5 の中重度者で約 34 万 4 千人に上る。

待機者の中でも他の介護施設には入らず、自宅で特養の空きを待っている人は 25 万 7934 人（49.4%）。介護老人保健施設（老健）など他の施設に入所して空きを待つ人たちは 26 万 3754 人（50.6%）だった。

急速な高齢化の進行で、自治体が特養を整備するペースを入所希望が上回り待機者が増加した。これに対して政府は在宅介護への移行を促しており、特養へは原則、要介護 3 以上に限定する方針の介護保険法改正案を国会に提出していて、2015 年度施行を目指している。

ただ、特養での介護を望む高齢者が依然多い。これは特養が有料老人ホーム等より比較的料金が安いこと、また食事や入浴、排せつを含め、日常生活全般で手厚い世話を受けられるし、負担額が少なく済む利点が希望者を増やす理由となっている。待機者の中には「症状が軽いのに早めに申し込む人もいる」

との傾向を指摘する地域もある。

その半面、運営費の大半を介護保険で賄い、入所者 1 人当たりの給付額が月 30 万円近くに上り、保険財政には重荷となっている現実がある。政府方針は、症状の重い人に限って特養で受け入れるとする法改正を目指しているが、このギャップが浮き彫りとなったといえる。

特養ホームへの入所待機者は、09 年度が 42 万 1000 人だった。毎年、各自治体が特養整備を進め、入所者数の枠は 09 年時点から 7 万 4800 人分広がっているが、それ以上に「待機者」が増えたことになる。特養ホームに入れないう待機者の受け皿となるのが在宅介護であり、自宅で暮らしつつデイサービスやホームヘルパーを利用したり、配食や見守りなど一定のサービスが付く高齢者向け集合住宅へ入居したりするのを見込んでいる。

高齢者住宅（サ高住）を含めた「有料老人ホーム」の数は、民間企業が運営に参入したこともあり、厚労省の調べで 12 年には約 7500 と 4 年間でほぼ倍増したが、今回の厚労省の調査が、特養ホームへの入所希望が依然として根強いことを表しており、在宅介護が利用者に周知する環境整備に時間をとられ、利用者のニーズを満たすには条件が整っていない現状を露呈している。2015 年の介護保険改正が大きな転機となるものと考えられる。

医療施設動態調査

(平成26年1月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 6 施設の減少、病床数は 513 床の減少。
 一般診療所の施設数は 81 施設の減少、病床数は 593 床の減少。
 歯科診療所の施設数は 45 施設の減少、病床数は 増減なし。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

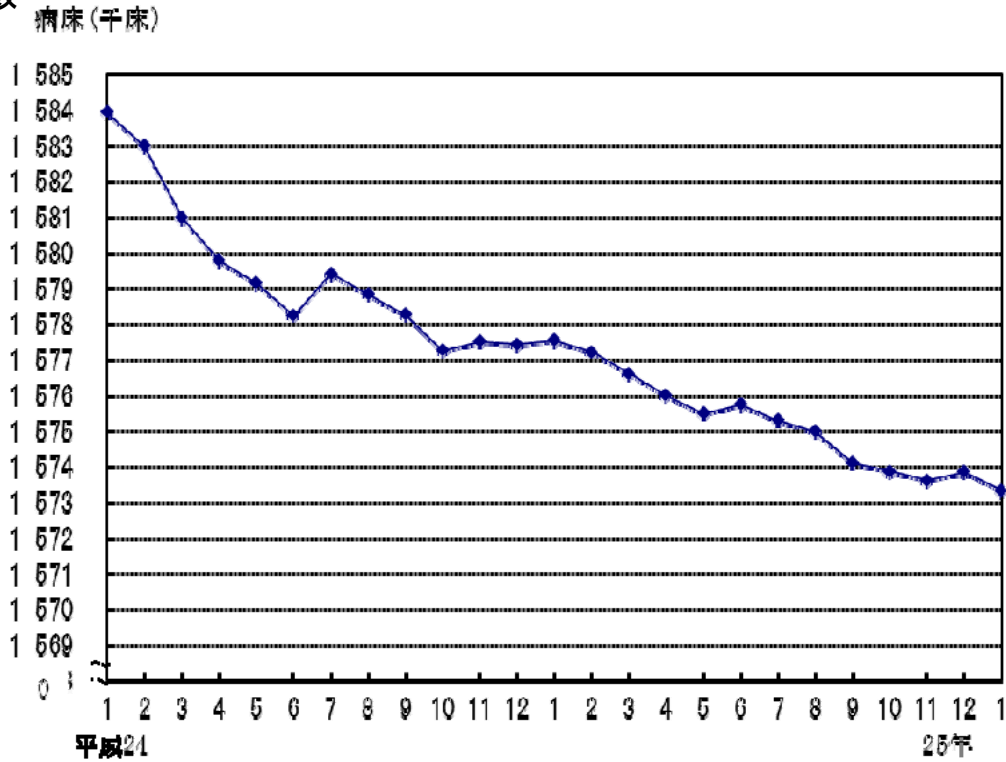
	施設数				病床数		
	平成26年1月	平成25年12月	増減数		平成26年1月	平成25年12月	増減数
総数	177 812	177 944	△132	総数	1 691 450	1 692 556	△1 106
病院	8 529	8 535	△6	病院	1 573 329	1 573 842	△513
精神科病院	1 066	1 068	△2	精神病床	339 422	339 781	△359
一般病院	7 463	7 467	△4	感染症病床	1 815	1 815	—
療養病床を有する病院(再掲)	3 865	3 865	—	結核病床	6 542	6 542	—
地域医療支援病院(再掲)	447	446	1	療養病床	328 053	328 006	47
				一般病床	897 497	897 698	△201
一般診療所	100 605	100 686	△81	一般診療所	118 031	118 624	△593
有床	8 906	8 973	△67				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	1 200	1 210	△10	療養病床(再掲)	12 168	12 249	△81
無床	91 699	91 713	△14				
歯科診療所	68 678	68 723	△45	歯科診療所	90	90	—

2 開設者別にみた施設数及び病床数

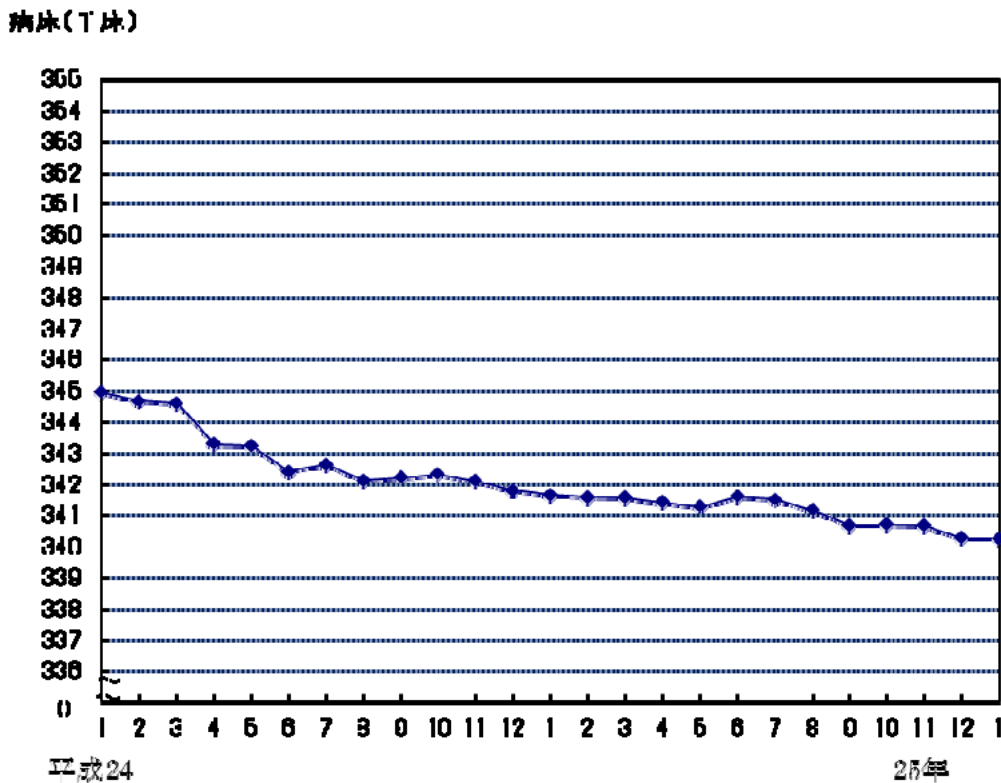
平成 26 年 1 月末現在

	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	1 573 329	100 605	118 031	68 678	1 573 329
国 厚生労働省	5 717	30	—	—	5 717
独立行政法人国立病院機構	55 289	—	—	—	55 289
国立大学法人	32 623	136	19	2	32 623
独立行政法人労働者健康福祉機構	13 072	3	—	—	13 072
国立高度専門医療研究センター	4 376	—	—	—	4 376
その他	3 805	423	2 270	1	3 805
都道府県	56 784	240	169	8	56 784
市町村	143 356	3 012	2 467	272	143 356
地方独立行政法人	29 796	15	—	—	29 796
日赤	36 871	209	19	—	36 871
済生会	21 936	53	10	—	21 936
北海道社会事業協会	1 862	—	—	—	1 862
厚生連	34 286	66	64	—	34 286
国民健康保険団体連合会	—	—	—	—	—
全国社会保険協会連合会	12 926	2	—	—	12 926
厚生年金事業振興団	2 738	—	—	—	2 738
船員保険会	786	8	10	—	786
健康保険組合及びその連合会	1 665	345	3	4	1 665
共済組合及びその連合会	14 703	175	10	6	14 703
国民健康保険組合	320	14	—	—	320
公益法人	72 571	746	415	138	72 571
医療法人	855 527	38 971	82 554	12 104	855 527
私立学校法人	55 147	178	38	15	55 147
社会福祉法人	33 922	8 484	325	30	33 922
医療生協	13 982	320	265	48	13 982
会社	12 384	2 069	31	14	12 384
その他の法人	26 518	525	273	79	26 518
個人	30 367	44 581	29 089	55 957	30 367

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計



高齢者ケアの将来とは 慢性期医療の課題と今後の展望

ポイント

- 1 高齢者ケアをめぐる医療・介護政策の変遷
- 2 チームケアが重視される今後の慢性期医療
- 3 介護保険サービスの課題と地域包括ケアの確立
- 4 2025年の医療・介護の将来像と高齢者ケアの展望



■本レポート作成にあたり

平成24年12月6日、株式会社ビズアップ総研において収録された「慢性期医療の課題と今後の展望」（講師：慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授 高木安雄氏）の講演内容よりテキストを参考に抄録として加筆、再構成したものです。使用した資料および図等は、同テキストより抜粋、もしくは改編しております。

※無断転載複製禁止

1 高齢者ケアをめぐる医療・介護政策の変遷

■ 高齢者介護は誰が担ってきたのか

高齢者が疾病や加齢によって介護を必要とする状況になった場合、その担い手はこれまでは主に患者（高齢者）の家族でした。

介護保険制度の導入以降は若干変化もあるようですが、配偶者間を除くと、従来日本においては、嫁（息子の妻）が高齢者介護を支えてきたという経緯があります。

このように家族の関係や情を基盤とする介護の提供（いわゆる家族介護）は、提供者側の負担や不安も大きく、長期間継続することは非常に困難な状況になります。さらに、家族だけで行う介護の範囲には限界もあり、国や地方自治体による積極的な関与への期待も生じていました。

高齢者ケア政策は長く福祉の一環として行われ、老人医療費無料化など医療の視点に偏重して展開してきましたが、高齢化の進展とともに、福祉から保険へと大きく舵を切ることとなったのです。

■ 措置・福祉から保険へ移った高齢者ケア施策

高齢者医療の拡充は、社会の高齢化に伴って医療費の増大を招いたことから、「措置制度」を起点とする施策方針を見直し、医療と介護の境界線を明確化したうえで、新たに当事者にも応分の負担を定め、契約に基づいて介護サービスを提供する、という介護保険制度が導入されました。

診療報酬においても介護を念頭に置いた評価項目が設けられていましたが、介護保険制度導入以降は、改定の度に医療保険と明確に区分する政策誘導が行われています。

◆ 高齢者ケアと関連する診療報酬：包括化と慢性期医療評価の見直し

年代	高齢者ケアに関連する改定項目
1990年	介護力強化病院での「入院医療管理料」
2000年	介護保険制度：「介護療養型医療施設」
2004年	急性期入院医療：「DPC支払制度」
2006年	慢性期入院医療：「療養病棟入院基本料」 ⇒ 介護療養病床の廃止方針

このような政策を推進してきた厚生労働省は、現在、医療・介護サービス提供体制にかかる改革の方向性として、「2025年頃までに現在指摘されている課題を解決し、機能分化と連携により、重層的・一体的に住民を支える医療・介護サービス体系を構築する」ことを明示しています。

2 チームケアが重視される今後の慢性期医療

■ 慢性期医療の現状と抱える課題

慢性期医療を提供するうえで最も重要なポイントは、医療と介護をリンクさせることです。これらを担う専門職が、各サービス利用者の生活を支えるという観点に立つと、専門職の協業と分業、そして他職種間の連携を図る必要があります。

これによって、専門職間で相互補完的に全人的なケアを実現し、当事者本人の尊厳を守るサービス提供を実践することにつながります。

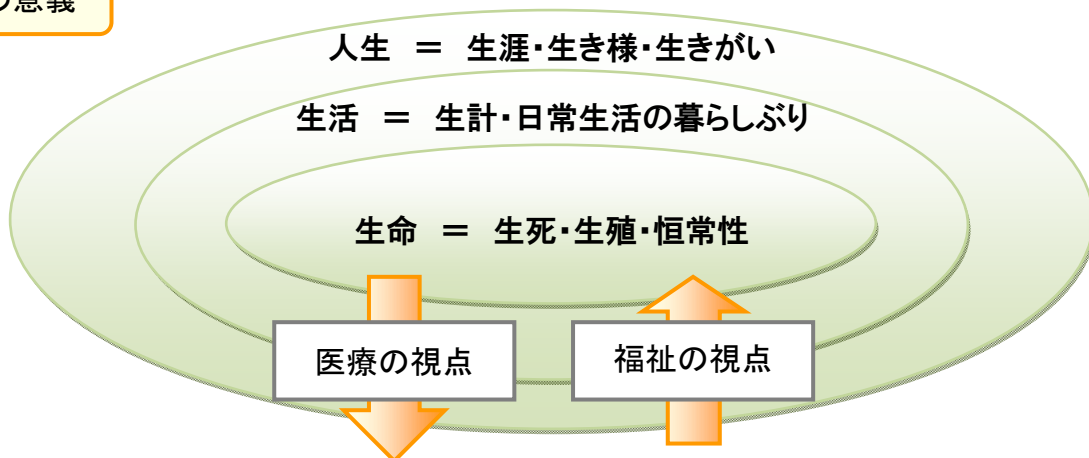
◆ 専門職の視点とLifeの重層的構造

- Life、人間を支援する専門職者の協業と分業による他職種連携の追求
 - 医師・看護師等の医療専門職
 - 介護福祉士・社会福祉士等の社会福祉専門職
- 専門職による相互補完的なケアによる全人的ケアの実現
- 生活や人生の領域では「いちばんの専門家は当事者である」

QOLの観点からは、「Life」の意義を、下記の図のように「生命」「生活」「人生」と重層的にとらえています。これと同様に、医療と介護の間にも、双方の視点で専門職としての問題意識を持ち、ケアの提供において相互に補完的な役割を果たすことが、高齢者ケアにとっては重要になるのです。

◆ Lifeの重層的構造と視点の補完性

Lifeの意義



出典：「保健医療ソーシャルワーク論」田中千恵子（2008）

3 介護保険サービスの課題と地域包括ケアの確立

■ 介護保険サービスと医療提供ニーズの交差をめぐる現状と課題

(1) 介護保険サービスの変化と課題

介護保険サービスを提供する事業者数も増加し、競争の激化に対応すべくサービスは変化する一方、新たな課題も顕在化しています。

社会保障費負担の見直しと併せて、高齢者人口が増大することで、住み慣れた地域での生活を継続しながら、サービス全体の量の拡充とニーズの多様化に対応する介護サービスの今後のあり方は、2025年を見据えた大きな検討課題になっています。

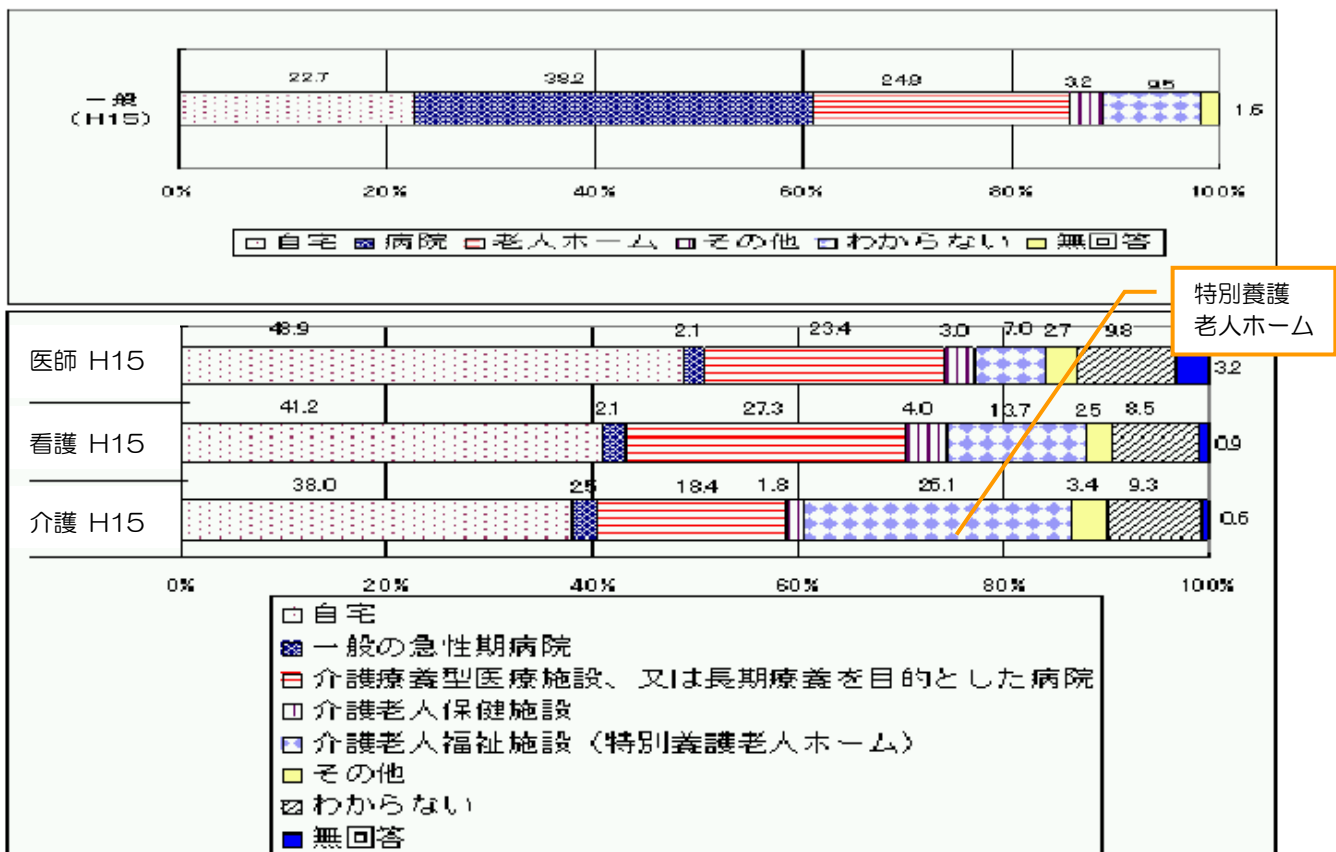
(2) 終末期医療と介護保険サービスの関わり方

「どこで終末期を迎えたいか」という問いに対し、療養先として希望する場所として、自宅だけでなく長期療養を目的とする病院や特別養護老人ホームを挙げる方も多くあります。こうした

終末期医療に対する国民の意識

～厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会」調査結果※～
 (平成16年7月 同検討会報告書より抜粋)

あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいですか。



※平成10年及び平成15年において、一般患者、医師、看護職員及び介護施設職員合わせて約14,000人に対し実施(両回とも回収率50%超)

4 2025年の医療・介護の将来像と高齢者ケアの展望

■ 国と厚生労働省が示す 2025年医療・介護の将来像

(1) 地域包括ケアシステムは「チームケア」の実践

厚生労働省は、今後の高齢者ケア政策の柱として、地域包括ケアシステムに大きな期待を寄せています。前述のように、人口1万人程度の中学校区をひとつの地域連携ネットワークと捉え、様々な職種が協働する「チームケア」を地域で実践しようというものです。

◆ 医療・介護の将来像：地域包括ケアシステムへの期待

- 地域ケアを支える人材の役割分担と協働
- 医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアの参画
→ 専門職への支援、生産性・効率性の向上
- 自助 → 互助（地域でのサポート） → 共助（保険制度） → 公助（生活保護等）
- 地域（人口1万人、中学校区）の力を再生させる途

(2) 社会保障・税の一体改革における医療・介護再編の位置づけ

社会保障・税一体改革においても、自宅・地域での生活を基盤としつつ、必要に応じて医療や介護サービスを受給できるシステム構築は、「全ての人により受益を実感できる全世代対応型社会保障制度」の確立に不可欠であると示しています。そのため、地域包括ケアシステムの早期確立が求められているのです。

◆ 介護サービスをめぐる改革方針と地域ケア連携の関連性

【介護サービスの改革項目】

- 介護サービスの多様化と機能強化
- 居住系サービスの拡充
- 認知高齢者に対するサービス強化
- 地域密着型の施設サービス
- 利用者のニーズを踏まえた介護施設機能強化

【地域における医療連携】

- 地域における医療機関の連携強化と在宅医療サービスの充実
- プライマリケア機能強化と訪問診療等の強化
- 地域包括ケアシステムの整備

経営データベース ①

ジャンル: 医療経営 > サブジャンル: 経理・会計処理



資産と負債の考え方

病医院の「資産」や「負債」にはどのようなものがあるか教えてください。



■流動資産と固定資産

資産とは、将来的に現金を生み出す（価値がある）ものをいい、現金、未収入金、建物、機械、土地等が含まれます。そして資産は、流動資産と固定資産に分類されます。

資産の中には、①病医院の資金がいくらあるのか、②医療収益に対して回収しなければならない債権（＝未収入金）はいくらあるのか等の現状を把握できる情報が含まれています。また、未使用の医療材料などの在庫は、資産の中でも流動資産という分類に含まれますが、この流動資産とは、企業会計上、換金や利用または運用期間が決算日の翌日から1年以内の資産です。

一方、固定資産は、流通を目的とせず、長期的に保有する財産で、その利用や運用期間が決算日の翌日から1年を超えるものをいいます。すなわち、1年以内に換金することが困難な資産です。

さらに、換金の可否に関わらず、病医院の建物・附属施設等、備品、コンピュータや応接セットなど、そして車両や建物敷地である土地も、固定資産のなかに含まれます。

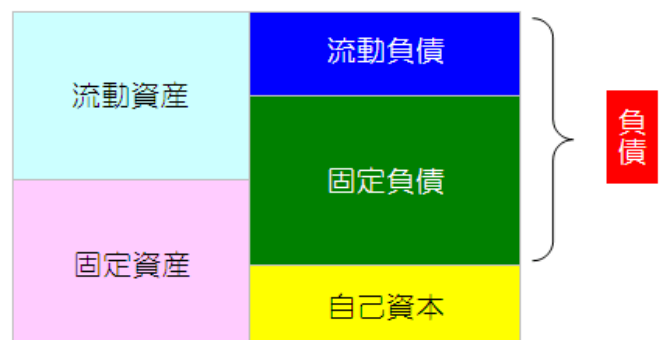
■流動負債と固定負債

負債とは、将来現金で支払われるものであり、支払手形、買掛金、借入金等が該当します。

そのうち、資産と同様に支払期限が1年以内に到来するものは流動負債に、1年以内に到来しないものを固定負債に表示します。

具体的には、診療材料などを請求書扱いで購入し、決算日時点ではまだ支払をしていない買掛金や、その買掛金を現金の代わりに手形で支払って支払期日が到来していない支払手形の残高、また決算日までに経費等の支払請求を受けているにもかかわらず、支払条件などの期間的なズレでまだ支払われていない未払費用、さらに1年以内に返済予定の金融機関からの借入の残高である短期借入金などが流動負債に該当します。

固定負債には、金融機関から長期で借入をして1年以内に返済予定がないものが計上されます。



経営データベース ②

ジャンル： 医業経営 > サブジャンル： 経理・会計処理



試算表のチェック機能

試算表による収益状況のチェック方法について教えてください。



ある取引についての会計処理は、最初に簿記用語に翻訳する作業、つまり「仕訳」を行います。仕訳とは、簿記処理上、勘定科目に分けることをいいます。

仕訳の段階で重要なのは、左側と右側の金額は必ず同額であるということで、当然ながら、医療機関においてもこの処理方法は同様です。

(1)仕訳と転記のチェック

個々の伝票では、左右の金額は同額になります。そして、総勘定元帳への記入は、この仕訳によって作成された伝票を左側と右側へ書き移していくだけであるため、試算表上の金額というのは、個々の伝票一枚ごとに記入された金額の合計額にすぎません。

したがって、「仕訳」と「転記」が正確に行われていれば、試算表の左右の合計金額は必ず一致することになります。逆に、一致していない場合には、作業工程のいずれかでミスがあったことを意味するため、行った作業内容の再点検が必要です。

(2)試算表の記入方法

試算表上では、当期利益の欄が設けられておらず、利益の金額を把握することができません。したがって、試算表から利益がどのくらいあったのかが分かるように、さらに、その計算が正しく行われたかどうかをチェックできるようにするためには、①財産状況を表す「貸借対照表」と収支状況を表す「損益計算書」に試算表を分解し、②その両方の利益が一致したときに残高が一致するかどうかをチェックする必要があります。

(3)精算表の実務的取り扱い

学問上の簿記では、試算表を分解するために必要な計算書を「精算表」と呼んでいますが、これは試算表上の分類が属するグループによって、それぞれの金額を「貸借対照表」と「損益計算書」に分けてスライドさせていくだけのものです。そこで、試算表の配列を活用し、支払手形を境に切り離すことで、別途作成せずに対応できます。ただし、これは現実的で有用性が高い方法ながら、簿記の理論からは若干乖離した処理でもあります。

そして、切り離した「貸借対照表」と「損益計算書」をそれぞれ集計した上で、左側と右側の金額が一致するように利益（または損失）を書き込み、双方の利益（または損失）が一致するかどうかを確認して完了します。

なお、利益の場合は「貸借対照表」では右側、「損益計算書」では左側になります。一方、損失の場合は「貸借対照表」で左側、「損益計算書」では右側になります。