

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

社会保障改革本部を設置、プログラム法案を閣議決定
新たに「社会保障制度改革推進会議」を内閣に設置

政府

規制改革(第23次提案)で各府省庁からの回答
ネットセカンドオピニオンは可能か、対面診断の主治医介す

内閣府(構造改革特別区域推進本部)

2

経営TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告の概要(平成25年6月暫定版)

3

経営情報レポート

地域完結型社会への転換
介護保険制度改革の将来展望

4

経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:賃金制度

総額人件費管理の必要性

総額人件費の配分

医療情報

ヘッドライン ① 政府

社会保障改革本部を設置、プログラム法案を閣議決定 新たに「社会保障制度改革推進会議」を内閣に設置

政府は 10 月 15 日の閣議で、社会保障制度改革の手順を定めたプログラム法案（社会保障制度改革の全体像）を決定した。このなかで、医療提供体制の改革を 2017 年度までに実施することなどを明示している。

安倍首相を本部長とし、関係閣僚が改革の実施状況を検証する「社会保障制度改革推進本部」や、有識者による「社会保障制度改革推進会議」を内閣に設置することなどを定めた。15 日召集の臨時国会での成立を目指す。

推進本部は首相のほか、官房長官、総務相、財務相、厚生労働相らで構成する。関連施策の進捗状況を把握し、政府全体の改革に向けた取り組みを調整する。

これからの工程は、主なところでは現在 1 割の 70～74 歳の医療費窓口負担は 14 年度に 2 割への引き上げを始め、高額な医療費負担を低く抑える高額療養費制度も拡充することとし、いずれも予算の見直しで対応する。14 年の通常国会には、難病対策で新法案を提出し、同年度中にも医療費助成を拡充する。

介護保険法改正案も同年提出することとしており、15 年度から「要支援 1、2」の人を市町村事業へ段階的に移行し、高所得者の自己負担を現行の 1 割から増やす。病院機能の再編に向け医療法改正案を 14 年に提出、17 年度までに実施の運びとなる。

15 年には健康保険法などの改正案を提出する。健康保険組合の大企業社員の保険料負担は 15 年度にも増え、また自営業者らが加入する国民健康保険の運営は、17 年度までに市町村から都道府県に移す。

年金改革は時期を明記しなかった。受給開

始年齢引き上げや、少子高齢化に応じて給付を抑える「マクロ経済スライド」の強化は、「検討し必要な措置を講じる」とされている。

<これまでの経緯>

政府は 9 月 21 日、社会保障制度改革国民会議の提言を受け、改革のスケジュールを定めた「プログラム法案」の骨子を閣議決定した。1 割に凍結中の 70～74 歳の医療費窓口負担割合を 2014 年度にも本来の 2 割とすることや、介護の必要度が低い「要支援」の人へのサービスを市町村事業に移す法案を 14 年の通常国会に提出するといった内容であるが、負担増につながる項目には利害関係者から強い反発が出ており、実現までに紆余曲折は避けられない。

国民会議の提言のうち、市町村の国民健康保険を都道府県に移管させる案が最大の柱である。ところが、国保の赤字押しつけを警戒する全国知事会は声明を出し、「結果的に都道府県に、なし崩しに財政責任や負担が押しつけられることは断じて認められない」とけん制した。政府は国保の赤字を大企業の負担で一部補填する考えだが、これには経済界が猛反発している。

70～74 歳の医療費負担増も、消費増税と同じ 14 年 4 月に実施することには、与党内からも慎重論が出ている。医療費の窓口負担額に上限を設けている高額療養費の見直しに関しても、公明党は低・中所得層へのきめ細かい対応を主張しており、今後与党内の調整が難航する可能性がある。

医療情報 ヘッドライン ②

内閣府
(構造改革特別区域
推進本部)

規制改革(第23次提案)で各府省庁からの回答 ネットセカンドオピニオンは可能か、対面診断の主治医介す

内閣府(構造改革特別区域推進本部)は10月11日、「構造改革特区及び地域再生に関する再々検討要請に対する各府省庁からの回答(第23次提案)」を発表した。

厚生労働省一医療・介護関連の事項は、次のとおりである。

①「日中の時間帯において提供される20分未満の指定訪問介護の算定要件緩和」提案に対して、厚生労働省は「介護報酬の内容は介護保険制度の根幹に関わるものとして、介護給付費分科会等の審議を経て全国一律で決定されるべきもの」との見解を守っている。

したがって、今回の回答でも、「特区制度の枠の中で地域限定的に特例を認めることは、そもそも馴染まない」旨を強調している。

②「臨床研修医の定員枠と人事配置権」について兵庫県は、「へき地への研修医誘導を行うため、都市部病院とへき地病院が連携して策定する研修プログラムへの参加希望者が定員を上回った場合に、その超過定員分を県内の他の研修プログラムへの定員調整分として扱うことを認めてほしい」と規制緩和を要望している。

これに対して厚労省は、「全国的な医師の適正配置を誘導できなくなる恐れがあり対応は困難。医道審議会・医師臨床研修部会で、27年度からの見直しに向けて検討している」との説明を繰り返している。今回も同趣旨のコメントを行った。

③「インターネット上におけるセカンドオピニオン実施のための規制緩和」に関しては、「医師がネットで患者から寄せられた質問に答えながら情報を聞くだけでは、検査資料を見ながらだとしても、直接の対面診療に代替し得る程度の患者情報を得られるとは言い難いため、行うことはできない」と今回も否定を繰り返したが、今回の回答では、「救済方法」ともいえる次のような3つのアドバイスを行っている。

(1) 第三者の医師が、患者を直接対面で診察した主治医から提供された診療情報を元に、当該患者に関する医学的意見を主治医に伝え、最終的に直接対面で診察した主治医が患者に対して診断を下すという方法であれば、医師法第20条(無診察治療・投薬の禁止)の問題は生じない

(2) 患者が第三者の医師の医学的意見を閲覧することが、実質的に当該医師が患者に診断を下しているものとならない限り、医師法第20条の問題は生じない

(3) 医学的意見の患者への提供については、「診療情報の提供等に関する指針の策定について」(15年9月12日医政局長通知)に沿って、主治医の責任において行う必要がある

介護保険事業状況報告の概要

(平成25年6月暫定版)

概 要

1 第1号被保険者数(6月末現在)

第1号被保険者数は、3,117万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(6月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、569.8万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約17.8%となっている。

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付4月サービス分、償還給付5月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、348.4万人となっている。

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付4月サービス分、償還給付5月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、34.3万人となっている。

5 施設サービス受給者数(現物給付4月サービス分、償還給付5月支出決定分)

施設サービス受給者数は88.7万人で、うち「介護老人福祉施設」が47.6万人、「介護老人保健施設」が34.3万人、「介護療養型医療施設」が7.1万人となっている(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計は一致しない)。

6 保険給付決定状況(現物給付4月サービス分、償還給付5月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、6,938億円となっている。

(1)再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅(介護予防)サービス分は3,538億円、地域密着型(介護予防)サービス分は696億円、施設サービス分は2,296億円となっている。

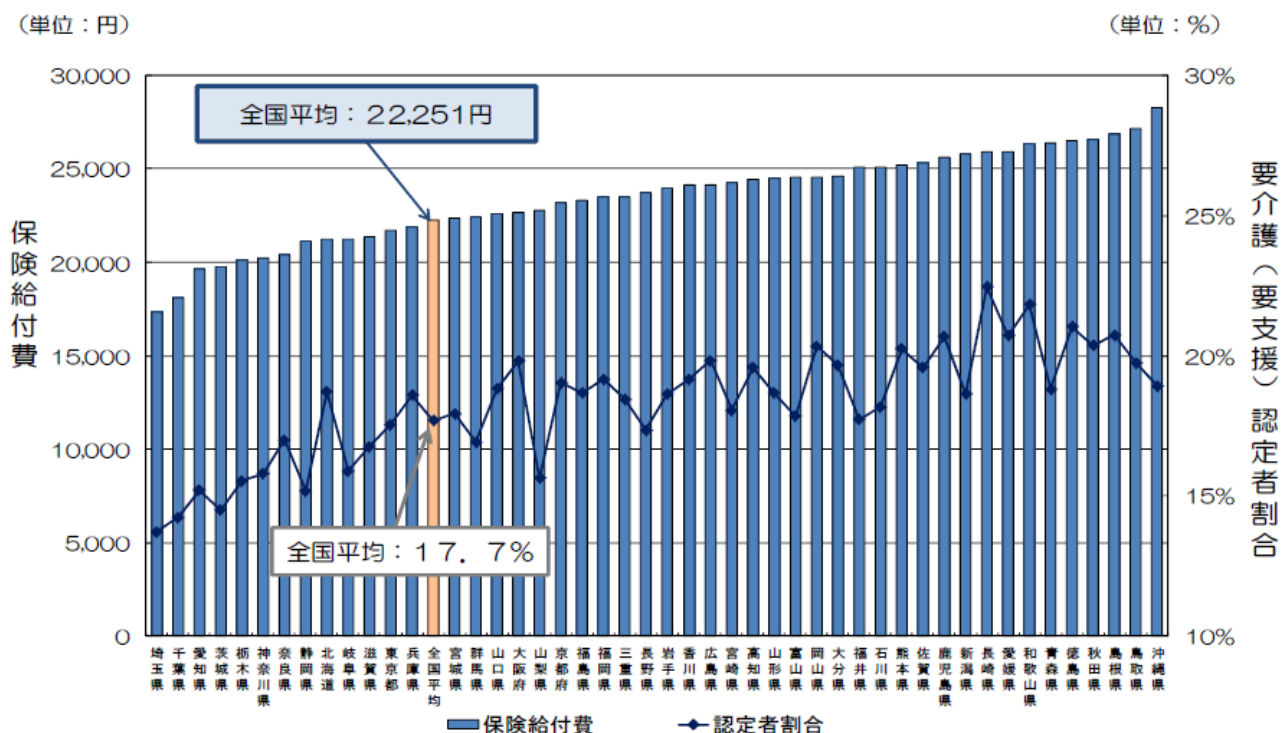
(2)再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

高額介護(介護予防)サービス費は118億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は34億円となっている。

(3)再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は256億円、うち食費分は191億円、居住費(滞在費)分は66億円となっている。

■第1号被保険者一人あたり要介護(要支援)認定者割合(要支援1~要介護5)【都道府県別】



※1 保険給付費(第2号被保険者分を含む)には、高額介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む。

※2 要介護(要支援)認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。

※3 保険給付費は、平成25年4月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護(要支援)認定者数は、平成25年4月末実績である。

地域完結型社会への転換 介護保険制度改革の将来展望

ポイント

- 1 社会構造の変化が促した政策転換と現状課題
- 2 2025 年を見据えた社会保障改革の論点
- 3 地域社会での生活を可能にする介護サービス



*本レポートは、2013年9月25日（水）、株式会社吉岡経営センターにおいて開催された介護事業経営戦略セミナー「2015年大改革に向けた介護事業戦略と人事施策の推進法」（講師：高齢者総合ケアセンターこぶし園総合施設長小山剛氏）の講演要旨および配布レジュメの内容を再構成して作成したものです。掲載の図表については、一部改編および出典を明記したものを除き、全て小山氏作成レジュメに掲載されています。

1 社会構造の変化が促した政策転換と現状課題

■ 利用者ニーズの変化と介護保険制度

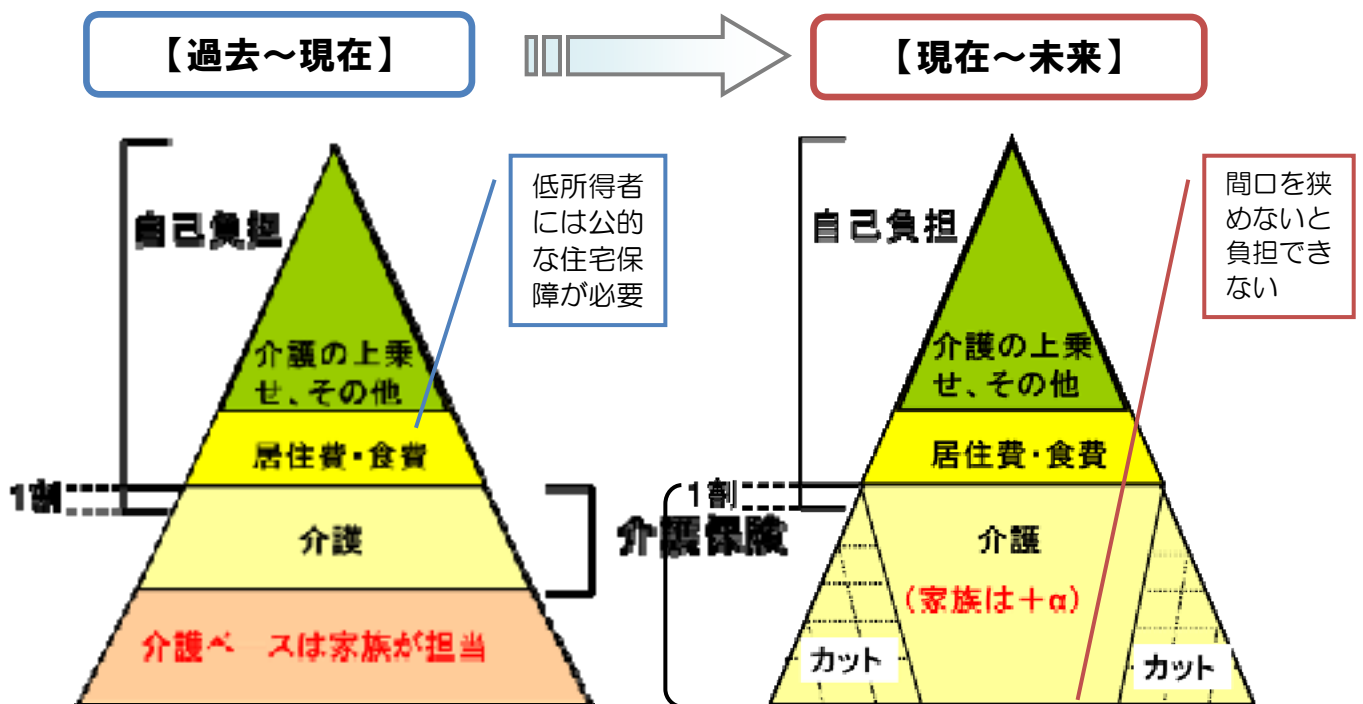
(1) 家族介護から社会介護へ

老人福祉法（昭和38年）第11条2項（旧3項）には、特別養護老人ホームに収容する対象を「65歳以上の者であって、（中略）常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な者」と規定していました。つまり、施設は在宅介護生活が困難なために収容するという、本人の理由ではなく介護者の事情で措置されるところといえるでしょう。

これを踏まえると、現在は社会の家庭状況が変化し、同居家族はいても介護を担う家族はいないため、在宅も施設と同様に24時間連続の介護サービスを定額で提供する必要性が生じている状況です。

そのため、家族介護をベースとしていた介護保険制度のあり方も、今後変えていくことが求められています。つまり、介護保険の対象者の範囲（＝間口）を狭めるなど、施設と在宅の双方で本人が望むサービスを提供できる制度に変えていかなければならないのです。

◆ 介護を支える仕組みが変わる



被保険者本人の保険を使用しながら、在宅介護の不足を理由に本人の望まない施設を設備しようとする方向性は是正しなければならない

（出典）「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」報告資料

(2)2015年の高齢社会像

2015年には、「ベビーブーム世代」が前期高齢者（65～74歳）に到達し、2025年には高齢者人口がピークを迎えます（推計 3,500万人）。併せて、認知症高齢者も同年には462万人に達すると推計されているほか、高齢者独居世帯が約570万世帯になるとされ、その中で介護保険制度も改正をえています。

◆2006年介護保険改正の視点

- ① **予防事業の分担**：保険の主たる対象ではない
自己責任 → 市町村事業 → 介護予防事業
- ② **食費・居住費の自己負担**：住宅の質が要求される
介護保険の対象は「介護」に限定（*一部予防を含む）
- ③ **地域単位でサービス提供**：対象地域・対象者を限定した経営
大規模集約型から地域生活支援に転換
- ④ **量から質へ**：利用者自身の情報・知識の取得が重要
連続的な支援体制と質を評価
- ⑤ **市町村との協働**：地域社会との合意がないサービスは作れない
基本計画は市町村の責任と権限、選択される事業者へ

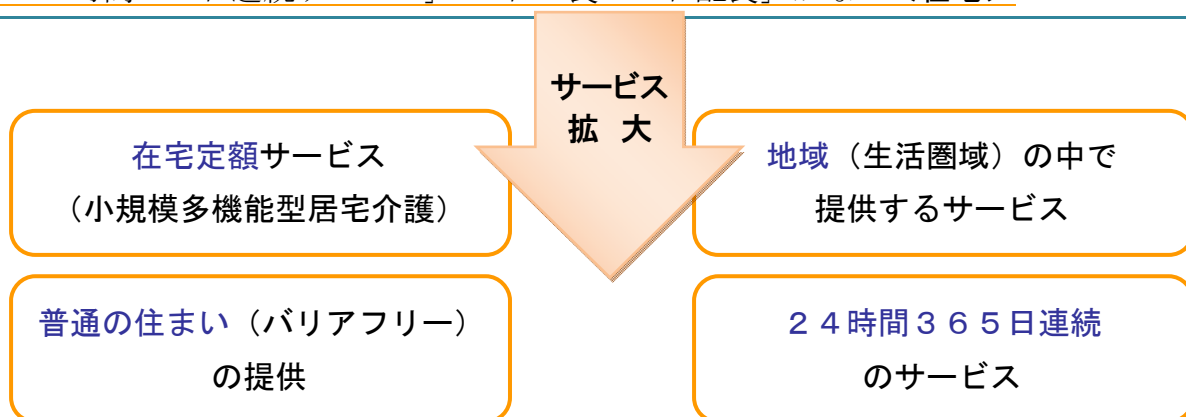
また、これまでは地方の過疎地で生じていた高齢化問題は、今後急速に首都圏をはじめとする都市部に移ります。高齢者の住まいをめぐる問題も含めて、高齢化問題は従来と様相が異なる状況になると推測されています。

◆抱える課題と今後の方向性

現状の課題

- 施設と在宅で費用負担の格差が大
- 就労や自身も高齢などで同居の家族も連続的介護は困難<在宅>
- それまでの本人の生活、人生を継続できない大規模集約型<施設>
- 快適さの低い住環境<施設>
- 「24時間365日連続サービス」「1日3食365日配食」がない<在宅>

いずれも施設では
当たり前の
サービス



2 2025 年を見据えた社会保障改革の論点

■ 高齢者の生活環境に関するニーズと対応の現実

(1) 高齢者の住まいをめぐる課題

独居の高齢者世帯は増加し続けており、2015 年には高齢者世帯（約 1,700 万世帯）の 3 割以上（約 570 万世帯）を占めるとみられています。

これは、介護を必要とする状態になった場合でも、介護の担い手となる家族がいない高齢者が潜在することを意味しています。しかし、全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数割合を諸外国と比較してみると、日本は合計でわずか 4.4%（2005 年当時）に過ぎず、実際に独居高齢者が入居できる施設や住居は非常に限られている状況にあります。

◆ サービス付高齢者向け住宅が必要な理由 ～65歳以上人口に占める各施設・住宅の割合

○ 各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

日本（2005）	4.4%	※1 (0.9%)	介護保険3施設等 ※2 (3.5%)
スウェーデン（2005）※3	6.5%	※3以上の区分に分類される 施設等の割合にすぎない。	サービスハウス等 (2.3%)
デンマーク（2006）※4	10.7%		プライエボリー・エルダボリー等 (8.1%)
英国（2001）※5	11.7%		ケアホーム (3.7%)
米国（2000）※6	6.2%		アシステッド リビング等 (2.2%)
			ナーシング・ホーム (4.0%)

- ※1 シルバーハウジング、高齢者向け自立型住宅、有料老人ホーム及び特養老人ホーム。特養老人ホームは2005年11月。
- ※2 介護保険3施設及びグループホーム
- ※3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)「高齢者ケア調査時の調査資料」(2006)
- ※4 Denmark Socialstatistik(デンマーク社会省)「高齢者ケア調査時の調査資料」(2006)
- ※5 Elderly Accommodation Census(2001) Elderly population
- ※6 日本総合研究所「介護施設等の実態体系に関する調査報告書」(2001)

仮に高齢者施設に入居した場合には、それまで暮らしてきた生活環境や地域を離れざるを得ないケースもたびたび聞かれるほか、住環境そのものについても、多床室での共同生活等で低下する可能性があります。

介護等サービスを提供する高齢者のための住宅は、こうした住環境に対するニーズから、大きな期待が寄せられています。

3 地域社会での生活を可能にする介護サービス

■ 地域包括ケアシステムの意味

介護保険制度については、地域包括ケアシステムの構築こそが最大の課題です。

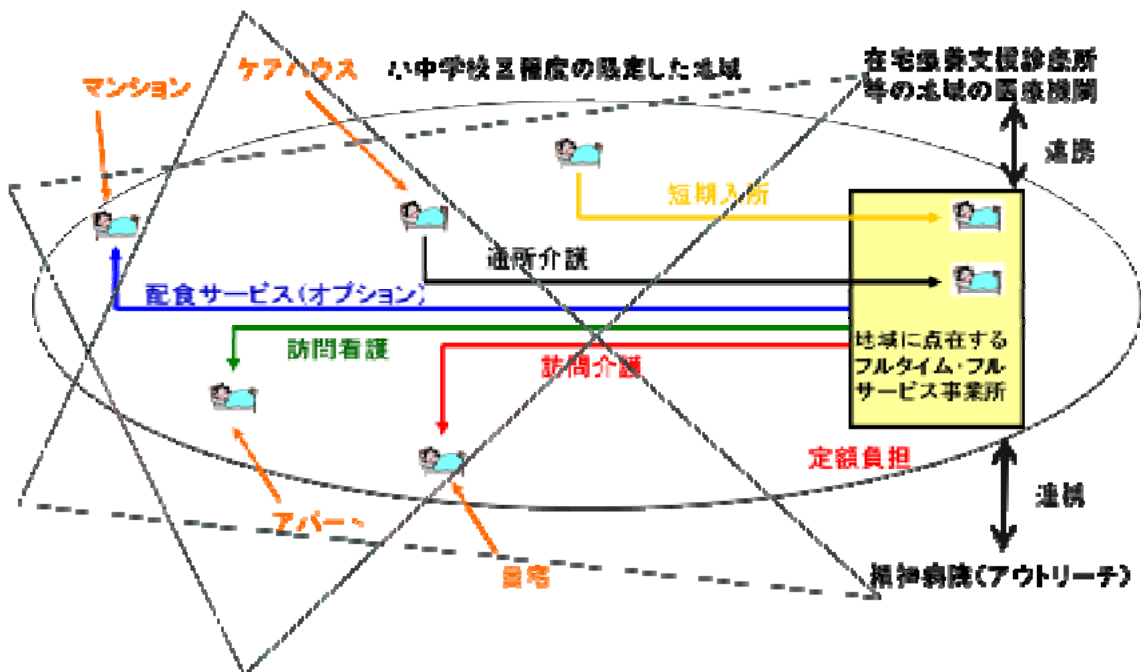
これまでの介護保険制度は、在宅と施設の負担が不均衡でしたが、小規模・定期巡回・複合型サービスによって、在宅も定額制に変更することができます。

(1) 地域社会で高齢者・認知症ケアを実践する

施設は、通所介護・訪問介護・訪問看護・配食サービスを効率的に提供するために、利用者を集約したものと考えられます。そして、地域完結型社会として、これらのサービスを地域に切れ目なく提供する仕組みが地域包括ケアシステムだといえます。

介護サービスの効率化・重点化をめぐるには、地域包括ケアシステムの構築を通じて必要な介護サービスを確保することとされています。

◆ 地域完結型社会のケアシステムイメージ



上記イメージ図のように、日常の暮らしの中に、定額制の24時間365日連続するケアサービスと在宅療養支援診療所などの医療機関があれば、施設や病院に行かなくても生活支援は可能（施設の枠を超えて、機能を地域に展開する）です。

経営データベース 1

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 賃金制度



総額人件費管理の必要性

収入減のため、人件費が経営を圧迫しています。今後、医業経営を継続していくために必要な人件費コントロールのポイントについて教えてください。



■総額人件費管理による人件費のコントロール

医療を取り巻く厳しい経営状況の中で、勝ち組病医院として生き残るためには、高コスト体質からの脱却を図ること、特に、コストの大半を占める人件費をいかにコントロールできるかが重要です。

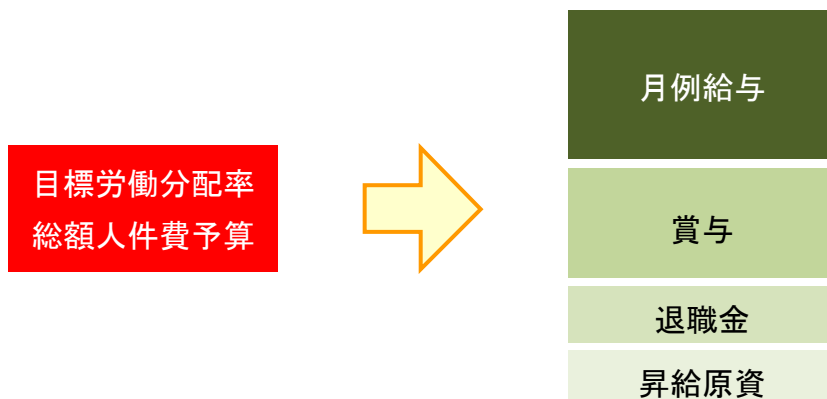
また、その際には、単に人件費の削減を実施するだけではなく、少なくとも年度経営計画において病院業績と総額人件費の関係を明記し、業績と総額人件費の連動を明らかにすることによって、人件費の適正化を目指す計画づくりが必要です。

人件費適正化を実現するためには、役割を果たし病院に貢献できた職員とそうでない職員を明確にしたうえで、貢献した職員に人件費原資を多く配分するシステムが必要です。

さらに、総額人件費の予算化を検討する前には、その内訳を明確にしておくことが求められます。厚生労働省は、「賃金労働時間制度等総合調査報告」において、下記のような分類を示しています。

最初に、総額人件費を「現金給与総額」と「現金給与以外の人件費」の2つに区分し、「現金給与総額」を「所定内給与」、「時間外手当」と「賞与一時金」に分類しています。また、「現金給与以外の人件費」を「退職金等」、「法定福利費」、「法定外福利費」、「現物給与」、「教育訓練費」、「その他」に細分類しています。

つまり、総額人件費とは、職員に関わる費用全てを含めて考えることが必要であり、総額人件費の予算化に際しては、これら全ての分類それぞれについて予算を立て、管理していくことになります。



経営データベース ②

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 賃金制度



総額人件費の配分

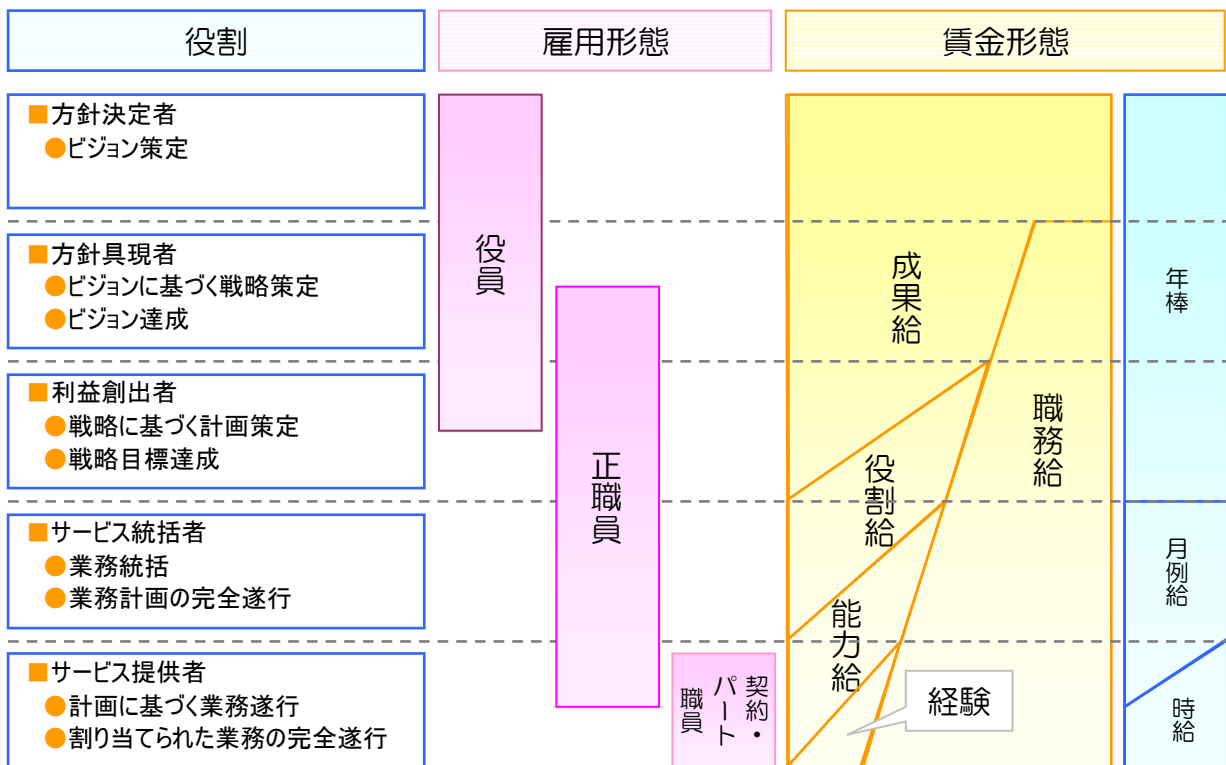
予算化した総額人件費は、どのように職員へ配分すればよいでしょうか？



■職員への配分は、各人の役割を基準に

総額人件費予算が固まれば、次は総額人件費を職員にどのように配分していくかを検討する必要があります。

適正配分を行うためには、まず年功序列型の賃金体系を改めなければなりません。ここで、個人の評価や病医院の業績を賃金に反映させる仕組みを構築していきます。



上図は、各々の役割に対する賃金体系の全体像です。ここで示すように、上部の階層ほど役割給と成果給の比率が上がり、一方では、能力給や経験給、職務給といった賃金が下がるように設計します。

これは、各々の階層において、その役割の達成が具体的にどのような基準を持って果たされ得るかを意味しています。