

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.681 2021. 7. 13

医療情報ヘッドライン

**後発医薬品加算の廃止を提言
「減算中心の制度」への見直しを迫る**

▶財務省

**在宅医療の点数、10年で約1.8倍に
コロナ禍でさらに伸び率が上昇**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2021年7月9日号

**医師の働き方改革で議論再開、
年度内に指針策定へ**

経営 TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費

(令和2年度11月)

経営情報レポート

**労働環境の改善や感染症対策に活用可能
助成金・補助金の主な要件と申請上の留意点**

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

**収入、利益を増加させる取り組み
患者単価を上げる改善ポイント**

医療情報
ヘッドライン
①

後発医薬品加算の廃止を提言 「減算中心の制度」への見直しを迫る

財務省

財務省は6月29日、「令和3年度予算執行調査の調査結果の概要」を公表。診療報酬については後発医薬品を取り上げ、調剤数量が多いほど加算点数が得られる「後発医薬品調剤体制加算」は「廃止を含めた見直しを行うべき」と提言した。見直しの方向性として、減算の適用件数が少ないことを理由に「対象を大幅に拡大するなど減算を中心とした制度」にするべきだと示している。

■費用対効果が見合わない

“低コスバ”制度と断じる理由は

予算執行調査は、財務省主計局の予算担当職員および、予算執行の現場に接する機会の多い財務局職員が「予算執行の実態を調査して改善すべき点を指摘し、予算の見直しや執行の効率化等につなげていく取組」のこと。

「各府省に対し令和4年度予算の概算要求や今後の予算執行に確実に反映するよう要請」と銘打っており、担当省庁に大きな圧力がかかるものとなっている。

調査結果を踏まえた指摘は「必要性」「有効性」「効率性」の3つに分けられる。この中で最も厳しい「必要性」に該当したのは、調査終了した24件（全府省）のうち、後発医薬品ともう1件のみだった。

なぜそこまで厳しい判断が下されたのか。

簡単にいえば、“コスバが低い”ということだ。そもそも、後発医薬品を政府が推進しているのは、新薬と同等の有効成分を含みながら、価格を抑えられることに尽きる。裏を返すと、40兆円以上に膨らんでいる医療費の「適正化」に寄与しなければならない。

ところが、2023年度末までに全都道府県で後発医薬品使用割合を80%以上とする目標を達成しても、財務省の試算によれば「適正化効果額の増加分」は200億円程度。対して、「後発医薬品調剤体制加算」は年間1,200億円程度となっているため、「費用対効果も見合っていない」と判断したのである。さらに、調剤数量割合が少ない場合のペナルティとなる減算措置の適用件数が181件と少なく、金額も400万円程度であることに触れ、前出のとおり「減算中心の制度」への再設計を求めた。つまり、アメからムチへと抜本的な制度変更を要求した形となる。

■今年度改定でも見直しを実施

「結果検証」がカギを握るか

とはいえ後発医薬品調剤体制加算は、今年度の診療報酬改定でも見直しが行われている。

数量割合が高い場合の点数が引き上げられた一方で、割合が低い場合の点数が引き下げられ、減算の対象範囲も従来の「調剤数量割合20%以下」から「40%以下」に拡大された。加算制度をすべて廃止すると、調剤薬局の経営に多大な影響が出ることが想定されるため、加算の点数見直しではなく、対象割合の見直しおよび一部区分の廃止、そして減算対象の範囲の拡大に関する議論を先に行うのが現実的だと思われる。カギを握るのは、厚労省が改定後に実施している結果検証の結果だろう。「40%以上に拡大」してどの程度減算の対象件数および金額が増えるのか。

まずはどのような調査票案を出してくるかで、厚労省の“覚悟”を見守りたいところだ。

医療情報
ヘッドライン
②

在宅医療の点数、10年で約1.8倍に コロナ禍でさらに伸び率が上昇

厚生労働省

厚生労働省は6月30日に2020年（令和2年）の「社会医療診療行為別統計」を公表。在宅医療の点数がこの10年間で約2倍に伸びていることが明らかとなった。

前年比も、前々年比より伸びるなど、右肩上がりに在宅医療需要が高まっていることが統計上でも証明された形となっている。

■全体のレセプト件数はコロナ影響で約2割減

「社会医療診療行為別統計」は、医療保険行政に欠かせない基礎資料。例年、6月審査分のレセプトデータが集計されている。今回は2020年6月審査分であり、新型コロナウイルス感染症の流行拡大に伴って発令された1回目の緊急事態宣言の影響をまろに受け、レセプト件数は前年比で約2割減と大幅に減少。診療実日数および点数も大きく減った。

そうした状況にも関わらず、在宅医療の点数は前年比よりも増加。2018年からの推移を見ると、2018年が78億2,172万4,146点、2019年が80億9,398万1,170点と前年比2億7,225万7024点増だったのが、2020年は84億1,228万2,865点と前年比3億1,830万1,695点増となっている。2010年（平成22年）は46億2,064万4,154点だったのと比べると、10年で約1.8倍と2倍近くまで伸びている。ちなみに医科入院外は10年間の伸びが約1.2倍であり、いかに在宅医療の伸びが顕著であるかわかるだろう。

■ポータブルX線普及やデジタル化の進展に期待

在宅医療の需要が増えている背景には、急

激な高齢化がある。すでに2013年の時点で、高齢化率（65歳以上人口割合）は25.1%と総人口の4分の1を突破。いわゆる「2025年問題」が示しているように、日本で最大の人口ボリュームである団塊の世代が2025年に全員75歳以上となるため、今後もさらに高齢化率は上がる。

国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、2060年には高齢化率39.9%と人口の約4割を高齢者が占めるとしているのだ。

高齢者が増えれば必然的に医療的ケアの需要も増える。しかし、入院治療での対応を増やすのは、医療費の適正化を図るうえで望ましくないというのが政府の一貫した方針だ。

コロナ禍でも明らかになったように、医療資源をより適切に配分するためにも、入院治療を増やす選択肢はとりにくい。今回の統計でこれらの課題が改めて浮き彫りになったことで、次期改定で在宅医療関連の基本報酬や加算要件がさらに手厚くなる可能性は高い。

ひとつの動きとして注目しておきたいのは、2020年度の改定で訪問診療時の超音波検査の項目が新設されたことだ。ポータブルX線装置は高価なため、未だ普及しているとは言い難いが、富士フイルムが開発に参画して業界に波紋を呼んでいる。開発プレイヤーが増えればコモディティ化も進み、導入医療機関が増えて在宅医療のあり方も変わっていくだろう。

オンライン診療との組み合わせやスタッフ間情報共有などデジタル化も進み、単に需要に対応するだけでなく、体制や対応人員の教育も視野に入れた新たな医療スタイルへのシフトも検討していく必要があるのではないかと。

医療情報①
厚生労働省
検討会

医師の働き方改革で議論再開、 年度内に指針策定へ

厚生労働省は7月1日、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大学経済学部長）の会合を、半年ぶりに開いた。「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が成立したことを受けての開催となる。この日はまず厚労省が、改正法について説明。労働時間短縮計画について、従来は「時間外・休日労働が年960時間を超える医師が勤務する医療機関に対しては、2021年度中から労働時間短縮計画の作成および当該計画に基づく取り組みの実施を義務付ける」としていたのに対し、「医師に対する時間外労働の上限規制の適用前に義務対象を特定して履行確保することは困難」という法制的な課題があると指摘。

さらに、新型コロナウイルス感染症に対応する医療機関に配慮すべきとの意見もあったことから、「上限規制の適用前（23年度末まで）における労働時間短縮計画の作成を努力義務とする」とともに、計画に基づく取り組みを実施する医療機関に対して都道府県が支援することで、対応可能な医療機関から取り組みを促していく枠組みとしたことを説明した。

また併せて、24年4月に向けたスケジュールも示した。今後、世代や診療科、勤務地域など医師の情報選択行動の特性に合わせた効果的な情報発信が求められることから、新たに「情報発信に関する作業部会」の設置についても提案し了承された。同検討会の今後の検討事項については、以下の7項目を挙げた。このうち①から③については、この日の検討事項とした。

- ①医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査（報告）〈20年度に10大学を対象に実施した地域医療への影響に関する調査の結果について報告〉
- ②勤務医に対する情報発信に関する作業部会（報告）〈作業部会の概要および開催予定について報告〉
- ③医師労働時間短縮計画作成ガイドライン〈制度の変更を踏まえた医師労働時間短縮計画作成ガイドラインの修正案について検討〉
- ④追加的健康確保措置の詳細〈連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息の詳細について検討〉
- ⑤医療機関勤務環境評価センターの運営に関する事項〈医療機関の医師の労働時間短縮の取り組みの評価に関するガイドライン（評価項目と評価基準）の修正案等について検討〉
- ⑥C-2水準に関する事項〈C-2水準の対象として厚生労働相が公示する特定分野や医療機関の教育研修環境及び医師が作成する研修計画の確認の方法について検討〉
- ⑦医師の労働時間短縮等に関する大臣指針〈中間とりまとめの内容に基づく大臣指針の案について検討〉

同検討会では各項目について議論を進め、21 年度内に「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針」として取りまとめる考え。

意見交換では、労働時間短縮計画作成が努力義務とされたことに関して、仁平章構成員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）は、「時短計画が努力義務とされたことは致し方ないが、スケジュール感の周知徹底や進捗状況の把握、情報発信・フォローアップなどを行い、間に合わないことなどないように前倒して進めてもらいたい」と要望。（以降、続く）

医療情報②
厚生労働省
検討会

年1860時間超過の 大学病院医師は10.4%

7月1日の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」では、「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査」について、研究代表者である裴英洙・慶應義塾大学健康マネジメント研究科特任教授が参考人として出席し、調査結果を説明した。

調査は、同意が得られた10大学病院（地域の偏りがなく、国公立・私立大学どちらも含み、医師偏在指標の上位と下位の都道府県を含む）を主たる勤務先とする医師を対象として、新型コロナウイルス感染症の影響も考慮し、現状の副業・兼業先の勤務を含めた詳細な勤務実態を聞いた。

長時間労働の医師が多いと考えられる診療科を対象とした調査を可能な限り行いたい旨を伝え、各大学病院の事情に応じ病院長や事務部門が調査対象の2～3診療科を選定、全体では26診療科を対象とした。裴参考人は結論として以下を示した。（以降、続く）

- ▼大学病院は待機含む、副業・兼業先は待機を除くとした場合の「連携 B」「B」「C」水準（年1860時間）を超過する医師の割合は10.4%であり、一部集計方法は異なるが、16年度の「医師の勤務実態および働き方の意向等に関する調査」および19年度の「医師の勤務実態調査」と同程度であった
- ▼チーム制の導入や休日の出勤は原則当直医のみとする等の取り組みを行い、労働時間が短縮された結果が出ている診療科もあり、これらは他の診療科への横展開ができる内容であると考えられる
- ▼所在地の医師偏在指標による労働時間の長短の傾向は認められなかった（たとえば、他の都道府県の医療機関への医師派遣が労働時間に影響していることも考えられる）
- ▼医師の労働時間短縮を達成するためには医療を受ける側も認識を変えてもらう必要があり、救急医療提供体制の集約化や各医療機関の役割の明確化等、地域の医療提供体制についても併せて検討する必要がある
- ▼時間外労働の上限規制に向けた勤務体制の整備に際して、現状の労働時間の適切な把握は「一丁目一番地」である。医師、他の医療職、病院、地域のすべてに効果的な「働き方」の実現のために、まず勤務実態把握に早期に取り組む必要がある

週刊医療情報（2021年7月9日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

最近の医療費の動向

/ 概算医療費(令和2年度11月)

厚生労働省 2021年3月4日公表

1 制度別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

		総 計	医療保険適用							公 費
			75 歳未満						75 歳以上	
			被用者 保険	本 人	家 族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
平成 28 年度		41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1
平成 29 年度		42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1
平成 30 年度		42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
令和元年度 4～3月		43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
	4～9月	21.6	12.1	6.6	3.6	2.6	5.4	0.7	8.5	1.1
	10～3月	21.9	12.3	6.9	3.8	2.7	5.4	0.7	8.6	1.1
	3月	3.7	2.1	1.2	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
令和 2 年度 4～11月		27.7	15.4	8.5	4.8	3.1	6.9	0.7	11.0	1.4
	4～9月	20.5	11.3	6.2	3.5	2.3	5.1	0.5	8.1	1.1
	10～11月	7.3	4.1	2.3	1.3	0.8	1.8	0.2	2.8	0.4
	4月	3.3	1.8	1.0	0.6	0.3	0.8	0.1	1.3	0.2
	5月	3.1	1.7	0.9	0.5	0.3	0.8	0.1	1.3	0.2
	6月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
	7月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
	8月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
	9月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
	10月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
	11月	3.5	1.9	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2

- 注1) 審査支払機関(社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会)で審査される診療報酬明細書のデータ(算定ベース:点数、費用額、件数及び日数)を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分(はり・きゅう、全額自費による支払い分等)等は含まれていない。
- 注2) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。(以下同)
- 注3) 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。
「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

●1人当たり医療費

(単位：万円)

		総計	医療保険適用						
			75 歳未満				国民健康保険	(再掲) 未就学者	75 歳以上
				被用者 保険	本 人	家 族			
平成 28 年度		32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0
平成 29 年度		33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2
平成 30 年度		33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9
令和元年度 4～3月		34.5	22.6	17.4	16.5	16.9	36.4	21.9	95.2
	4～9月	17.1	11.2	8.5	8.1	8.3	18.0	11.0	47.5
	10～3月	17.4	11.4	8.8	8.4	8.5	18.4	10.9	47.7
	3月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.6	8.0
令和 2 年度 4～11 月		22.0	14.3	10.8	10.6	10.0	23.5	11.7	60.8
	4～9月	16.3	10.5	8.0	7.8	7.3	17.4	8.3	45.0
	10～11 月	5.8	3.8	2.9	2.8	2.7	6.2	3.4	15.7
	4月	2.6	1.7	1.2	1.2	1.1	2.8	1.3	7.4
	5月	2.5	1.6	1.2	1.2	1.1	2.6	1.2	7.0
	6月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.2	3.0	1.4	7.6
	7月	2.9	1.9	1.4	1.4	1.3	3.1	1.5	7.8
	8月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	2.9	1.4	7.5
	9月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	3.0	1.5	7.6
	10月	3.0	2.0	1.5	1.4	1.4	3.2	1.7	8.1
	11月	2.8	1.8	1.4	1.3	1.3	3.0	1.6	7.6

注) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

		総 計										
		診療費				調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等	
			医科 入院	医科 入院外	歯科							
平成 28 年度		41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9
平成 29 年度		42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9
平成 30 年度		42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0
令和元年度4～3月		43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0
	4～9月	21.6	17.3	8.4	7.4	1.5	3.8	0.4	0.15	8.7	11.2	1.5
	10～3月	21.9	17.5	8.5	7.5	1.5	3.9	0.4	0.16	8.9	11.4	1.5
	3月	3.7	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
令和2年度4～11月		27.7	22.1	10.8	9.3	2.0	4.9	0.5	0.24	11.3	14.3	2.0
	4～9月	20.5	16.3	8.0	6.9	1.4	3.7	0.4	0.17	8.3	10.5	1.4
	10～11月	7.3	5.8	2.8	2.5	0.5	1.3	0.1	0.06	2.9	3.7	0.5
	4月	3.3	2.6	1.3	1.1	0.2	0.7	0.1	0.03	1.3	1.7	0.2
	5月	3.1	2.5	1.2	1.0	0.2	0.6	0.1	0.03	1.3	1.6	0.2
	6月	3.5	2.8	1.3	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
	7月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.9	0.3
	8月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2
	9月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3
	10月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	1.5	1.9	0.3
	11月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.3	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.3

注) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。
入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

● 受診延日数

(単位：億日)

	総 計	診療費	診療費			調剤	訪問看護療養
			医科入院	医科入院外	歯科		
平成 28 年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17
平成 29 年度	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
平成 30 年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度 4～3月	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
4～9月	12.7	12.6	2.3	8.1	2.1	4.2	0.13
10～3月	12.6	12.4	2.3	8.0	2.1	4.2	0.14
3月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.7	0.02
令和 2 年度 4～11 月	15.3	15.1	2.9	9.6	2.6	5.0	0.21
4～9月	11.2	11.1	2.2	7.0	1.9	3.7	0.15
10～11 月	4.0	4.0	0.7	2.6	0.7	1.3	0.05
4月	1.8	1.7	0.4	1.1	0.3	0.6	0.02
5月	1.7	1.7	0.4	1.0	0.3	0.6	0.02
6月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
7月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
8月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
9月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
10月	2.1	2.1	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03
11月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。
受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

● 1日当たり医療費

(単位：千円)

	総 計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外+調剤
		食事等 含まず	食事等含む					
平成 28 年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1
平成 29 年度	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
平成 30 年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
令和元年度 4～3月	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
4～9月	17.1	35.9	37.5	9.1	7.2	9.1	11.4	13.8
10～3月	17.5	36.6	38.2	9.3	7.3	9.2	11.5	14.2
3月	17.9	36.8	38.5	9.5	7.4	9.9	11.5	14.8
令和 2 年度 4～11 月	18.2	36.8	38.5	9.7	7.7	9.8	11.5	14.9
4～9月	18.2	36.5	38.2	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
10～11 月	17.9	37.8	39.5	9.6	7.7	9.5	11.5	14.5
4月	18.7	35.9	37.6	9.7	7.7	10.7	11.4	15.7
5月	18.5	34.8	36.5	9.9	7.6	10.1	11.5	15.3
6月	17.9	37.2	38.9	9.7	7.7	9.7	11.4	14.7
7月	18.0	37.1	38.8	9.7	7.7	9.8	11.4	14.8
8月	18.3	36.7	38.4	9.8	7.8	9.7	11.5	14.8
9月	18.1	37.1	38.8	9.8	7.8	9.7	11.5	14.8
10月	17.8	38.0	39.7	9.5	7.7	9.5	11.5	14.4
11月	18.1	37.6	39.3	9.7	7.7	9.5	11.6	14.7

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外の受診延日数で除して得た値である。
歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。

最近の医療費の動向/概算医療費(令和2年度11月)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。



経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

労働環境の改善や感染症対策に活用可能 助成金・補助金の主な 要件と申請上の留意点

1. 助成金・補助金の概要と雇用関係助成金の種類
2. スタッフ雇用等に役立つ雇用関係助成金
3. 幅広い経費が対象となるコロナ関連補助金
4. IT導入補助金2021の概要



■参考資料

【厚生労働省】：令和3年度 雇用・労働分野の助成金のご案内 「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」について
 【一般社団法人 サービスデザイン推進協議会】：IT 導入補助金 2021

1

医業経営情報レポート

助成金・補助金の概要と雇用関係助成金の種類

■ 助成金・補助金等の概要

(1) 助成金・補助金の活用に向けた考え方と助成金・補助金等の概要

昨今、新型コロナの影響により、経営に苦勞しているクリニックは多く、中には、収入が激減して閉院を考えた先生もいるかと思えます。

こうした厳しい環境の下、クリニック経営において助成金や補助金を申請して受け取るメリットは大きく、最大のメリットは、「返済不要のお金がもらえる」ことです。本稿は、クリニック経営において活用できる可能性が高い助成金・補助金を紹介していきます。

助成金とは、主に厚生労働省（地方自治体の場合もある）が所管し、採用、人事制度の新設、訓練など一定の要件を満たすともらえる返済不要なお金で、「キャリアアップ助成金」などがあります。

一方、補助金は、国や自治体の政策目標（目指す姿）に合わせて、さまざまな分野で募集されており、事業者の取り組みをサポートするために資金の一部を給付するというものです。

クリニックでは、「新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」や「IT 導入補助金」などが受けられる可能性があります。

給付金については、国や自治体を財源としており、受給条件を満たし、申請することで受け取ることができます。例えば、「新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金」などがこれに該当します。

◆ 助成金・補助金等の特徴

● 助成金

- ・ 国や地方自治体が事業者の支援のために交付するお金で、厚生労働省によるものが多い
- ・ 雇用の増加や人材育成、労働環境の改善を行う事業者への支援金が一般的であるが、研究開発事業に対するものもある
- ・ 助成金には厳しい審査はなく、条件を満たしていれば受給できる可能性が高い
- ・ 年間を通して募集していることが多い
- ・ 後払いが原則で、費用の一部が支給されるといった助成金が多い

● 補助金

- ・ 国の政策目標を実現すべく、その政策目標に沿った事業を行う事業主に対して交付する
- ・ 予算や交付件数が決まっているため、申請しても交付されないことがある
- ・ 予算決定後、短期間での公募が行われるため、一度逃すと受けられない可能性がある
- ・ 事業内容や経費が補助金の目的に沿っているか否かを申請時に審査されるほか、交付決定後、計画書通りに事業を行っているかどうかや経費の内容を報告する必要がある
- ・ 後払いが原則で、費用の一部が支給されるといった補助金がほとんどである

2

医業経営情報レポート

スタッフ雇用等に役立つ雇用関係助成金

■ 各雇用関係助成金に共通の要件等

(1) 各雇用関係助成金を受給できる医療機関

雇用関係助成金を受給する医療機関は次の1～3の要件のすべてを満たすことが必要です。

◆ 各雇用関係助成金を受給できる医療機関

- 1 雇用保険適用事業所の医療機関であること
(雇用保険被保険者が存在する事業所の医療機関であること)
- 2 支給のための審査に協力すること
(1) 支給または不支給の決定のための審査に必要な書類等を整備・保管していること
(2) 支給または不支給の決定のための審査に必要な書類等の提出を、管轄労働局等から求められた場合に応じること
(3) 管轄労働局等の実地調査を受け入れること など
- 3 申請期間内に申請を行うこと

(2) 受給できない医療機関

平成31年4月1日以降に雇用関係助成金を申請し、不正受給(※1)による不支給決定又は支給決定の取り消しを受けた場合、当該不支給決定日又は支給決定取消日から5年を経過していない医療機関(平成31年3月31日以前に雇用関係助成金を申請し、不正受給による不支給決定又は支給決定の取り消しを受けた場合、当該不支給決定日又は支給決定取消日から3年を経過していない医療機関)は受給できません。なお、支給決定取消日から5年(上記括弧書きの場合は3年)を経過した場合であっても、不正受給による請求金(※2)を納付していない医療機関は、時効が完成している場合を除き納付日まで申請できません。

- ※1 不正受給とは、偽りその他不正の行為により、本来受けることのできない助成金の支給を受けまたは受けようとする事
- ※2 請求金とは、①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から納付の日まで、年3%の割合で算定した延滞金、③不正受給により返還を求められた額の20%に相当する額(上記括弧書きの場合を除く)の合計額

(3) 中小企業の範囲

雇用関係助成金には、助成内容が中小企業規模の医療機関と中小企業以外の医療機関とで異なるものがあります。

(4) 生産性要件について

事業所における生産性向上の取組みを支援するため、雇用関係助成金を受給する医療機関が一定の要件を満たしている場合に助成金の割増等を行います。生産性要件の対象となる助成金は限定されているため、申請前に確認しておくことが必要となります。

3

医業経営情報レポート

幅広い経費が対象となるコロナ関連補助金

■ 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

政府は、新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、緊急的臨時的な対応として都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)の発熱患者等に対する診療・検査体制の確保及び医療機関・薬局等の医療提供体制の確保を図るため、診療・検査医療機関をはじめとする対象医療機関等の感染拡大防止対策等に要する費用を補助しています。

本補助金は、原則として、「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」による補助を受けた医療機関等は対象外となります。

ただし、同補助金の申請日以降に新たに診療・検査医療機関の指定を受けた医療機関については、同補助金の補助基準額(上限額)が本補助金の補助基準額(上限額)より低い場合は、差額について本補助金の申請をすることができます。

(1) 診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援

診療・検査医療機関は、都道府県の指定に基づき専ら発熱患者等を対象とした外来体制をとる医療機関であり、新型コロナの感染が急速に拡大する中で、院内等での感染拡大を防ぎながら発熱患者等に対する診療・検査を提供することができるよう、緊急的臨時的な対応として、感染拡大防止等の支援を行うため補助金が設定されました。

◆ 事業内容

● 対象医療機関

⇒ 院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関

- ・ 当該医療機関については、少なくとも令和3年9月30日まで診療・検査医療機関として継続すること
- ・ 「診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援」又は「医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援」のどちらかの補助を受けることができる(両方の補助は受けることはできない)
- ・ 令和2年度第二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援」の補助を受けた医療機関も補助対象となる
- ・ 令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の感染拡大防止等の補助を受けた医療機関は対象外
- ・ 令和2年度第三次補正予算による「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」の補助を受けた医療機関は原則として対象外。ただし、同補助金の申請日以降に新たに診療・検査医療機関の指定を受けた医療機関は、同補助金の補助基準額が本補助金の補助基準額より低い場合は、差額について本補助金の申請が可能

● 補助基準額

⇒ 診療・検査医療機関に対して100万円を上限に実費を補助

4 医業経営情報レポート IT導入補助金2021の概要

■ IT導入補助金2021の事業目的・概要

IT 導入補助金は、中小企業・小規模事業者が IT ツール導入に活用できる補助金で、通常枠（A・B類型）と、低感染リスク型ビジネス枠（特別枠：C・D類型）があります。

（１）通常枠（A・B類型）の事業目的

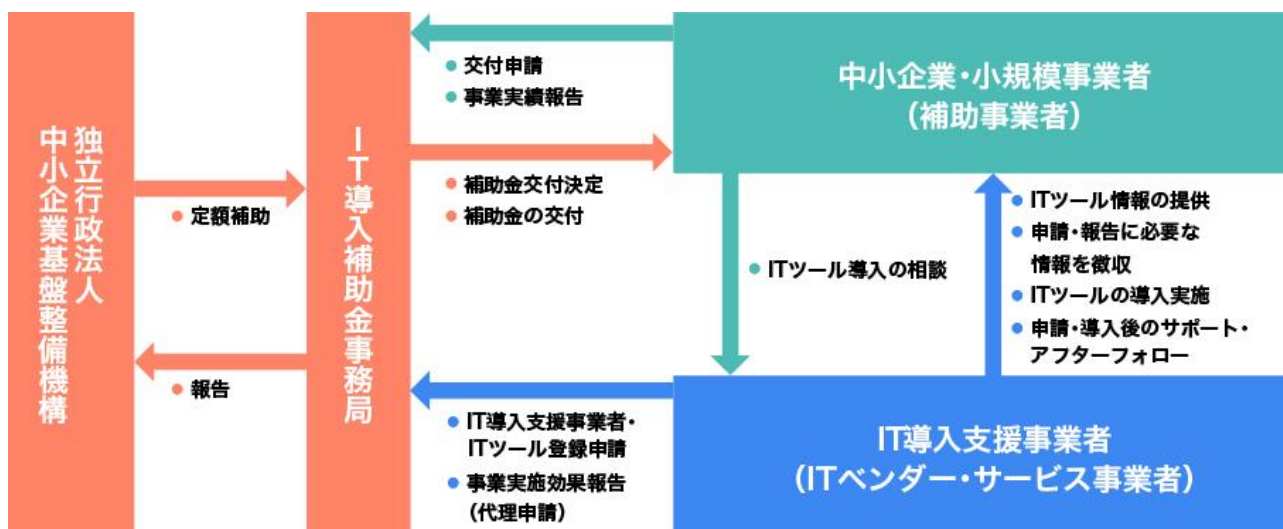
IT 導入補助金は、中小企業・小規模事業者等が自社の課題やニーズに合った IT ツールを導入する経費の一部を補助することで、業務効率化・売上アップをサポートするものです。

自院の置かれた環境から強み・弱みを認識、分析し、把握した経営課題や需要に合った IT ツールを導入することで、業務効率化・収入アップといった経営力の向上・強化を図ることを目的としています。

（２）低感染リスク型ビジネス枠（特別枠：C・D類型）の事業目的

低感染リスク型ビジネス枠（特別枠：C・D類型）は、新型コロナウイルス感染症の流行が継続している中で、ポストコロナの状況に対応したビジネスモデルへの転換に向けて、労働生産性の向上とともに感染リスクに繋がる業務上での対人接触の機会を低減するような業務形態の非対面化に取り組む中小企業・小規模事業者等に対して、通常枠（A・B類型）よりも補助率を引き上げて優先的に支援するものです。

◆IT導入補助金2021の全体図



（出典）一般社団法人 サービスデザイン推進協議会 IT 導入補助金 2021

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営戦略

収入、利益を増加させる取り組み

診療所の収入、利益を増加させる 取り組みについて、教えてください。

診療所の収入を増加させる取り組みには、単価を上げる改善方法と患者数を増やす改善方法があります。

利益とは、収入から費用を差し引いた残りですから、この拡大のためには、収入を増やすこと、あるいは費用を減らすという2つの方向性があります。

■患者数を増やす改善ポイント

患者数を増やすために必要な取り組みは、診療所の競争力をつけること、他の医療機関・施設と連携すること、そして患者満足度を上げることです。

■診療所の競争力をつける

①診療圏の形状把握

まず地図を準備して、自院をプロットします。さらに同様に競合診療所をプロットします。次に、自院の診療録から実際に来院している患者がどこに居住し、どんな交通手段によって来院しているかを調査します。実際の診療圏は、距離よりもアクセスのしやすさに影響されるため円形にならず、アメーバ型や扇型、水玉型、箱型などになることもあり、また競合診療所の存在や、川や国道、線路などにも影響を受けます。

②診療圏におけるデータ分析

厚生労働省などから提供される診療圏における様々なデータを活用することも重要なポイントです。少なからず医療機関に課せられた使命は「地域の医療ニーズに合致した医療を展開すること」ですから、当該診療圏の人口動態が5年もしくは10年前と比べどう変わってきたのか、高齢化率、出生率、要介護認定率の推移等のデータを集積し、情報の共有化を進める必要があります。状況によっては、現状の自院の機能や役割が地域医療ニーズにできていない事態に陥っていることも考えられます。そのような状況にならないためにも、診療圏に関わる様々なデータを活用して、絶えず現状を客観的な視点で評価する仕組みを確立しなければなりません。

③競合診療所の研究と自院との比較

競合診療所と自院とを比較して、自院の良い点と悪い点を理解することが必要になります。このとき何を比較するかがポイントとなりますが、診療技術面、人的サービス面、施設面の3点で検討することが有効です。

■他の診療所や介護施設と連携する

病院や介護施設と紹介、逆紹介の提携を行なうことは、いまや必須事項です。

急性期病院にとっては、平均在院日数の短縮のために、いわゆる「受け皿・引き受け先」の確保は非常に重要です。急性期患者を紹介し、退院後のフォローは当院で実施します。

また、療養病床を有する病院においては、医療区分の算定により、医療区分2・3の患者を紹介してくれる診療所との連携が必要ですし、医療区分が低くても要介護度の高い入所者を紹介して欲しい介護施設との連携強化は、今後の生き残りのカギになります。

ポイントとなるのは、きちんと患者を返してくれる医療機関かどうかの見極めです。

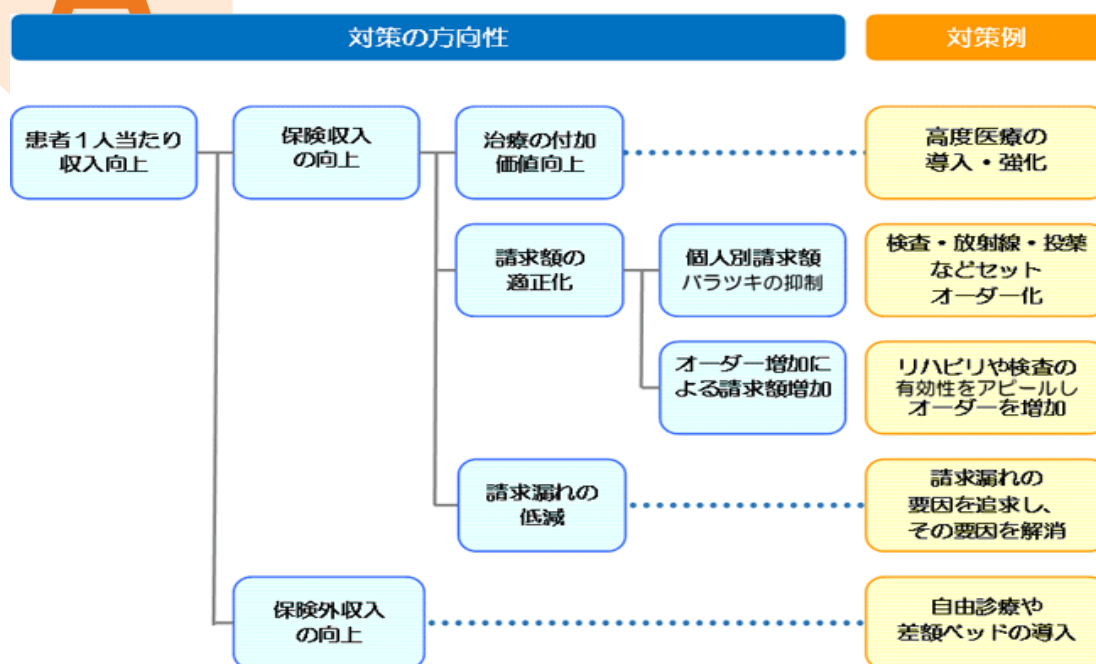
ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営戦略

患者単価を上げる改善ポイント

患者単価を上げるための改善ポイントとは、
どのようなものでしょうか。

患者単価を上げるポイントは診療報酬算定額を引き上げること、請求漏れを防止すること、さらには未収金を減らすことです。

(1) 患者1人当たりの診療報酬算定額を引き上げる ～体系化および対策の方向性の整理



(2) 診療報酬請 求漏れを解消する ～請求漏れ対策は、 要因を追求する

単価アップ対策の中でも、内部努力で取り組み、すぐに手が打てる対策に請求漏れの解消があります。

(3) 未収金を減らす

未収金は、時間の経過に伴って回収が非常に困難になっていく傾向があります。そのため、原則として退院時ならびにサービス提供時において、直ちに集金することが基本です。未収金の発生原因には、患者の自己責任の放棄、診療所の説明不足や医療情報提供不足などが挙げられます。

未収金の発生を極力回避していくためには、以下の4つの視点で取り組む必要があります。

■4つのポイント

- 発生防止 : 現在及び過去の滞納履歴の有無を確認し、リスクの高い患者を早期に発見する
- 管理の厳正化 : 保険証・運転免許証などの確認
- 回収強化 : 回収専門員・専門組織による電話催促や戸別訪問 など
- 支払簡便化 : 少額返済や一部返済の了承、カード決済の導入 など