

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.788 2023.9.19

医療情報ヘッドライン

SaMD実用化促進へ新戦略を公表 「国際市場への展開」も後押し

▶厚生労働省 薬事・食品衛生審議会

「出産費用の見える化」実現へ ウェブサイトを24年4月に開設

▶厚生労働省 社会保障審議会・医療保険部会

週刊 医療情報

2023年9月15日号

急性期病院のリハ後押しへ、
土日・祝日も

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4年度2月)

経営情報レポート

医療法人は令和5年8月決算から義務化
医療機関経営情報報告制度の概要

経営データベース

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:退職・休職

拒否権付き希望退職制度
元従業員への貸付金回収手順

SaMD実用化促進へ新戦略を公表 「国際市場への展開」も後押し

厚生労働省 薬事・食品衛生審議会 医療機器・体外診断薬部会

厚生労働省は9月6日の薬事・食品衛生審議会医療機器・体外診断薬部会で「プログラム医療機器実用化促進パッケージ戦略2」（DASH for SaMD2）を公表。「SaMD（プログラム医療機器）の更なる実用化促進と国際展開の推進に向けて」と副題を添えており、主として「製品化までの多様な道筋（二段階承認、一般向けSaMD）を明確化し、薬事承認・保険適用までの予見可能性の確保につなげる」「日本発プログラム医療機器の研究開発の加速と国際市場への展開を推進する」の2点を推進していくと明記している。

■政府の成長戦略の一環として

プログラム医療機器とは、デジタル技術を活用して診断や治療を支援するソフトウェアのこと。AIを活用した画像診断支援ソフトや、日常生活習慣など患者行動の改善を促して治療効果を高めるアプリなどがそうだ。

SaMD（Software as a Medical Device）とも呼ばれており、医療の均てん化や医療従事者および患者の負担軽減に寄与することが期待されている。世界中で次々に開発され需要も高まっているが、日本では開発が進んでいない。大きな要因となっているのが、承認までの時間だ。薬事承認に4年超、保険償還の開始までに5年超かかるのが一般的であり、SaaSのように実装しながら随時アップデートしていくSaMDには適していない。

そこで厚労省は2020年11月に「プログラム医療機器実用化促進パッケージ（DASH for SaMD）」を策定し、プログラム医療機器の特性を踏まえた承認審査制度や審査体制の基盤整備を推進してきた。

2022年1月時点で169件が承認されるなど一定の成果を挙げているが、さらなる推進を政府は企図。6月に閣議決定された「成長戦略等のフォローアップ」で「2023年度中に、新たに実用化促進パッケージ戦略を策定する」と明記しており、今回のDASH for SaMD2の公表に至った次第だ。

■医療テックの育成を促進する内容に

なお、「成長戦略等のフォローアップ」では、「革新的なプログラム医療機器の優先的な承認審査の試行的実施や、二段階での承認スキームによる早期での市場投入の実現、スタートアップ企業の海外実証を含む研究開発に係る支援、PMDAでの相談・審査体制の拡充」と明記されており、今回のDASH for SaMD2はそれに呼応した内容となっている。柱として設けられたのは以下の4つだ。

- ① 萌芽的シーズの早期把握と審査の考え方の公表
- ② SaMDの特性を踏まえた実用化促進
- ③ 早期実用化のための体制強化等
- ④ 日本発SaMD国際展開支援

注目は、プログラム医療機器が早期に現場で使用できるように導入される「二段階承認」について、「考え方の整理及び公表・承認事例の公表」を行うとしていることと、PMDAの体制強化を図り、新たにプログラム医療機器に特化した相談区分を設けることを明記していることだろう。開発事業者に対する開発・実証資金などの補助や、海外での事業環境整備支援も新たに盛り込まれ、スタートアップなど医療テックのグローバル展開を後押しする内容ともなっている。

「出産費用の見える化」実現へ ウェブサイトを24年4月に開設

厚生労働省 社会保障審議会・医療保険部会

厚生労働省は9月7日、社会保障審議会医療保険部会で、「出産費用の見える化」を進めるための「見える化ウェブサイト」のイメージを公表。施設の概要や、立ち会い出産、母子同室といった付帯サービスの有無、分娩に要する費用や室料差額も示すとした。

加藤勝信厚生労働相（当時）は、9月8日の閣議後会見で、「妊婦の方々が適切に医療機関の選択ができる、その選択に資するものになる」としたうえで「来年（2024年）4月の本格稼働に向けてしっかり準備を進めていきたい」とコメントしている。

■この1年で半数近くの医療機関が「値上げ」

少子化対策の一環として実施される「出産費用の見える化」。「妊婦の方々が、費用やサービスを踏まえて適切に医療機関等を選択できる環境を整備する」のが目的で、医療機関ごとの出産費用の状況に加え、「医療機関等の特色やサービスの内容なども併せて公表」するとしている。

こうした施策を展開する背景にあるのが、出産費用の高騰だ。分娩・出産は傷病ではないことから保険適用されないこともあり、当事者の負担は大きい。

今年1月には出産育児一時金が50万円へ増額されたが、7日の医療保険部会で報告された「令和4年（2022年）4月～令和5年（2023年）4月における出産費用の価格改定の状況」によれば、この期間に増額した分娩取扱施設は44.5%にのぼっている。つまり、直近1年半で値上げをした分娩を取り扱う医療機関が半数近くあるということだ。

ちなみに、この44.5%の施設が増額した理由で最も多かったのが「水道光熱費や消耗品費等の高騰」で、次いで「医療機器等の高騰」「医療者等の確保が難しく人件費が増加」となっている。

なお、2022年度の正常分娩のみの出産費用の平均は48万2,294円。出産する女性に支払われる「出産育児一時金」の支給額は当時42万円だったことから、自己負担が少なくなかったことがわかる。しかも2021年度の公的病院の出産費用は平均45万4,994円で、東京、神奈川、茨城の3都県は平均50万円以上。出産育児一時金を50万円に引き上げてもメリットを感じにくい状況にあるうえ、価格を上げる医療機関があることは見逃せない。だからこそ、今後の施策を検討する材料としても、出産費用の「見える化ウェブサイト」の存在価値はあるといえよう。

■政府は出産費用の保険適用も検討

なお、出産費用の保険適用に向けた議論が進んでいることも注目したい。6月に閣議決定された「こども未来戦略方針」では、「2026年度を目途に、出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含め、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進める」と明記された。しかし出産費用は前述のとおり地域差も大きい。厚労省の調査によれば、公的病院における正常分娩の出産費用の最高は東京都の56万2,390万円、最低が鳥取県の35万9,287万円と20万円以上の差がある。

実際に保険適用された場合、この地域差にどう対応するかも課題となってくるだろう。

医療情報①
 中央社会保険
 医療協議会

急性期病院のリハ後押しへ、 土日・祝日も

中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」が6日開かれ、厚生労働省は、急性期病院によるリハビリテーションの実施を2024年度の診療報酬改定で促す方針を示した。入院早期からの実施や、土日・祝日の実施を促したい考え。誤嚥性肺炎などでは入院早期からのリハビリが死亡率の低下や身体機能の改善に有効なことが分かっているが、急性期病棟の実施率にはばらつきがあり、中医協で具体策を議論する。

入院に伴う筋力低下など機能障害の患者が全患者の30-40%を占める上、要介護・要支援の患者の割合が急性期一般入院料1の病棟などで上昇しているといい、それらの患者へのリハビリの実施を促す。

意見交換では、急性期病院でのリハビリの実施を促すため、「ADL維持向上等体制加算」（1日80点）の見直しを求める意見が相次いだ。

●ADL維持向上加算「あまりに地味」

厚労省は、急性期でのリハビリテーションや栄養管理の取り組みと、それらの連携の推進策を24年度の報酬改定に向けた論点に挙げた。

リハビリに関しては、入院後の早期のほか、土日や祝日の実施も促したい考え。土日・祝日のリハビリが入院患者の身体機能の改善に有効なものの、実施率は低いことが分かっているため。厚労省はこの日、急性期病棟に入院した誤嚥性肺炎の患者に早期からリハビリを実施すると、死亡率の低下と身体機能の改善につながることを示す分析結果を出した。

ただ、急性期一般入院料の病棟での高齢な患者（65歳以上）に対するリハビリの実施率にはばらつきが大きかった。

また、大腿骨頸部骨折の急性期の患者に土日や休日にリハビリを実施すると、未実施の患者に比べ退院時に機能的に自立する割合が高くなることも分かっている。

ただ、土日・祝日にリハビリを行っていない施設が土曜で28.4%、日曜は67.9%、祝日は56.8%あるといい、後押しを検討する。

意見交換ではADL維持向上等体制加算の見直しを求める意見が相次いだ。

山本修一委員（地域医療機能推進機構理事長）は、この加算の点数設定が「あまりにも地味ではないか」と述べ、評価の充実を求めた。井川誠一郎委員（日本慢性期医療協会副会長）は、疾患別リハビリの対象患者にも算定を認めることを提案した。

また、田宮菜奈子委員（筑波大教授）は「土日に（リハを）やらないと金曜に入院したら、ほとんどやらないまま3日が過ぎる」と述べ、土日・祝日に行うリハビリへの評価を求めた。

医療情報②
 厚生労働省
 事務連絡

介護事業所の管理者規定を緩和 テレワーク可能に

人員・施設基準で求めている介護サービス事業所や施設の管理者の「専従・常勤」の規定に関して、厚生労働省は、これを緩和し、管理上支障が生じない範囲でテレワークが可能であることを初めて示した。複数の事業所の管理者を兼務している場合も、テレワークの対象となる。

老健局高齢者支援課などが5日、都道府県・市区町村の介護保険担当主管部（局）に宛てて事務連絡を出し、介護事業所などに周知するよう求めた。

管理者の「専従・常勤」は示されていた一方で、これまで介護事業所の管理者の「常駐」については運営基準上明示されてこなかったが、2022年6月に決定した「デジタル原則に照らした規制の一括見直しプラン」で、生産性の向上や人手不足の解消を進めるため、常駐規制についてデジタル技術を活用し、見直しを行う方針が示されていた。これを受け、社会保障審議会・介護保険部会で、テレワークの活用による見直しの検討が行われていた。

事務連絡では、介護保険法上で定める管理者に加え、老人福祉法や関係省令で定める軽費老人ホームや養護老人ホームの施設長についても今回の取り扱いに準ずるとの見解を示した。

テレワークに関する考え方として、介護事業所の管理者（複数の介護事業所を兼務してる場合を含む）は、管理上支障が生じない範囲でテレワークが可能だが、利用者へのサービス提供に影響が生じないようにすることを明示した。その際、管理者が介護職員など他の職種を兼務する場合、管理者の職務のみを対象とすると強調した。

また、「管理上支障が生じない範囲」の具体的な考え方として、以下などを盛り込んだ。

- ▼管理者が不在とする場合は運営上定められた責務を支障なく果たせる体制を整え、管理者以外の従業者に過度な負担が生じないようにする
- ▼利用者や従業者と適切に連絡が取れる体制を確保する
- ▼事故発生時や利用者の状態の急変時、災害発生など、緊急時の対応の流れをあらかじめ定め、管理者が速やかに出勤できるようにする

テレワークの環境整備に関する事項も示した。個人情報情報の漏洩や不正アクセス防止策を講じる必要があるとして、利用者や家族の情報を取り扱う際は、以下などを参照することとした。

- ▼個人情報保護関係法令
- ▼「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（17年4月15日）
- ▼「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版」（23年5月）

ガイドラインなどでは、不正ソフトウェア対策を導入して端末が情報漏洩や改ざんの対象にならないよう対策することや、医療情報を持ち出す際の手順の策定を行うことを要望。

また、外部からのアクセスを許可する場合は仮想デスクトップを利用する運用要件を設定することや、情報漏洩が発生した場合の報告・連絡体制を整備することなどを求めている。

週刊医療情報（2023年9月15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4年度2月）

厚生労働省 2023年6月30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	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2	
令和2年度	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1	
令和3年度4～3月	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2	
4～9月	21.9	12.4	7.0	3.9	2.6	5.4	0.7	8.4	1.1	
	4～2月	40.3	22.7	12.8	7.2	4.8	9.9	1.2	15.6	2.0
	12月	3.8	2.2	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	1月	3.6	2.0	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
2月	3.4	1.9	1.1	0.6	0.4	0.8	0.1	1.3	0.2	
令和4年度4～2月	41.8	23.4	13.6	7.7	5.1	9.8	1.3	16.3	2.0	
4～9月	22.6	12.7	7.3	4.1	2.7	5.4	0.7	8.8	1.1	
	12月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	1月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	2月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	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。なお、令和2年8月診療分以前のデータは、診療報酬明細書において「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

● 1人当たり医療費

(単位：万円)

	総 計	医療保険適用						
		75 歳未満	被用者 保険			国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75 歳 以上
			本 人	家 族				
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	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2
令和 2 年度	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0
令和3年度4～3月	35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9
4～9月	17.4	11.6	9.0	8.6	8.5	18.7	11.5	46.6
12月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.5	3.3	1.9	8.2
1月	2.9	1.9	1.5	1.5	1.4	3.1	1.7	7.8
2月	2.7	1.8	1.4	1.4	1.3	2.9	1.5	7.2
令和4年度4～2月	33.4	22.3	17.6	16.7	17.0	35.4	22.4	87.0
4～9月	18.0	12.0	9.5	9.0	9.1	19.1	11.9	47.0
12月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.2	8.0
1月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	8.0
2月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	7.9

注1) 「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。

注2) 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 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	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0
令和 2 年度	42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0
令和3年度4～3月	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1
4～9月	21.9	17.5	8.4	7.6	1.6	3.8	0.4	0.21	8.7	11.4	1.6
12月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
1月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.2
2月	3.4	2.7	1.3	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.3	1.8	0.2
令和4年度4～2月	41.8	33.5	15.8	14.8	2.9	7.1	0.7	0.46	16.4	21.9	2.9
4～9月	22.6	18.1	8.4	8.1	1.6	3.8	0.4	0.24	8.8	11.9	1.6
12月	3.9	3.1	1.4	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.1	0.3
1月	3.8	3.1	1.5	1.3	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.2
2月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	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			調剤	訪問看護療養	
		医科入院	医科入院外	歯科			
平成30年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
令和3年度4～3月	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
4～9月	11.9	11.7	2.2	7.6	2.0	4.0	0.18
12月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
1月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
2月	1.8	1.8	0.3	1.1	0.3	0.6	0.03
令和4年度4～2月	22.1	21.8	3.9	14.2	3.6	7.6	0.39
4～9月	12.1	11.9	2.1	7.8	2.0	4.1	0.21
12月	2.1	2.0	0.3	1.3	0.3	0.7	0.04
1月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.04
2月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.04

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30年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
令和2年度	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
令和3年度4～3月	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
4～9月	18.4	38.4	40.1	10.0	7.9	9.5	11.7	15.0
12月	18.6	39.0	40.7	9.9	8.0	10.0	11.7	15.3
1月	19.3	38.4	40.1	10.6	7.8	9.9	11.8	15.9
2月	18.9	38.5	40.2	10.5	8.0	9.9	11.9	15.8
令和4年度4～2月	18.9	40.3	42.0	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
4～9月	18.6	39.6	41.3	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
12月	19.0	40.7	42.4	10.5	8.2	9.7	12.0	15.9
1月	19.9	41.4	43.1	11.0	8.0	9.7	12.1	16.3
2月	19.6	41.8	43.5	10.5	8.2	9.4	12.1	15.7

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を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4年度2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。



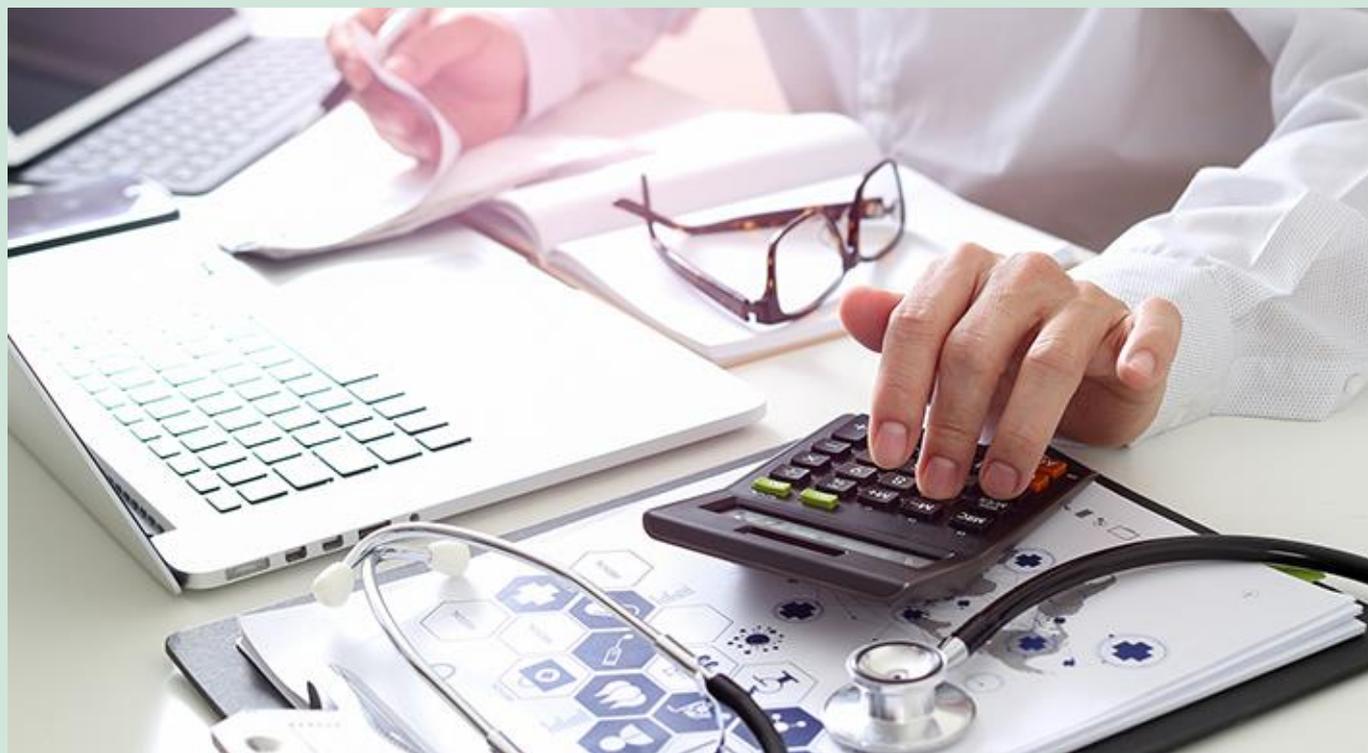
経営情報
レポート
要約版



制度改正

医療法人は令和5年8月決算から義務化 医療機関経営情報 報告制度の概要

1. 令和5年8月から経営情報報告が義務化
2. 概算経費率適用の医療法人は対象外
3. 対象となる提供データの範囲
4. 国民・研究者へのデータ提供と公表



■参考資料

【厚生労働省】：2023年7月7日 第100回社会保障審議会医療部会 議事録 医療法人の経営情報に関するデータベース(MCDB)の施行(令和5年8月分)について(報告)他

1

医業経営情報レポート

令和5年8月から経営情報報告が義務化

我が国では、高齢人口の増加や医療の高度化などに伴い、国民医療費が増加の一途を辿り、将来的には生産年齢人口の急減や医療資源の地域格差など、克服すべき課題も待ち受けています。特に新型コロナウイルスの感染拡大では、医療機関支援政策のためのエビデンスが不足し、国民への情報提供も不十分であるという課題も浮き彫りになりました。

これらの課題に対処し、国民に政策を説明するためには、医療の現状と実態を示す情報が必要です。

特に、医療法人は地域医療の重要な担い手であり、「運営状況の透明性」が求められています。医療法人の経営情報の収集とデータベースの構築、そして国民への詳細な説明が、医療法人制度の趣旨と調和する重要な要素です。そのため、政府方針においても、医療法人の経営情報収集、データベース構築、丁寧な説明に関する検討が求められています。

今回は医療法の改正により、新しく始まる医療法人の経営情報に関するデータベース（MCDB）の構築について解説します。

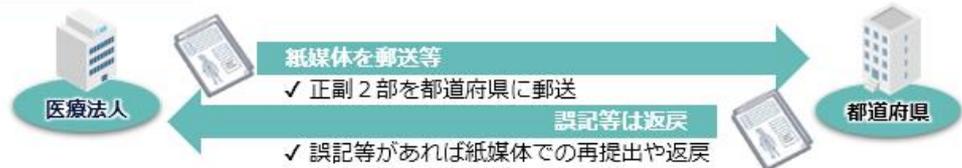
■ データベース構築の背景

MCDBは「メディカル・コーポレーション・フィナンシャル・データベースシステム」の略であり、医療・介護の置かれている現状と実態を把握するために必要な情報を収集し、政策の企画・立案に活用するとともに、国民に対して丁寧に説明していくため、医療法人・介護サービス事業者の経営情報の収集及びデータベースの整備・構築を進めています。

そして、収集した情報を国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表し、さらに、医療法人に関するデータベースの情報を研究者等へ提供する制度を創設します。

医療法人については令和5年8月1日から、介護サービス事業者については令和6年4月1日を予定しており、医療法人については医療機関等情報システム（G-MIS）にて提出を行うこととなります。

これまでは・・・



これからは・・・



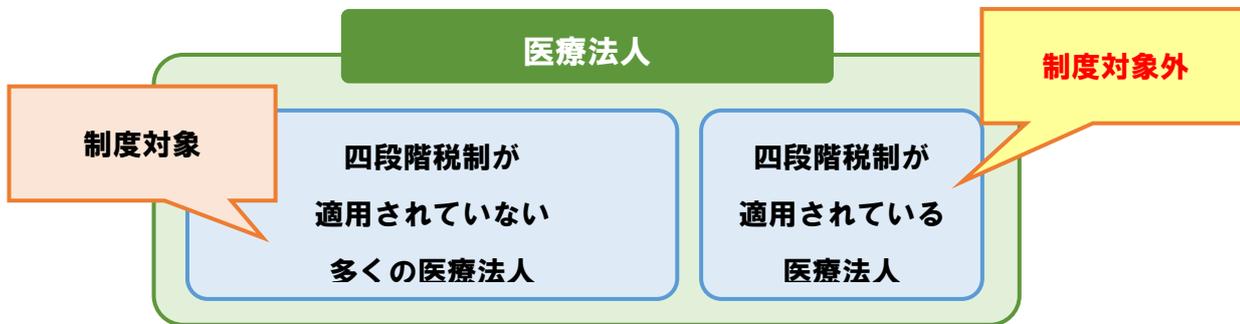
2

医業経営情報レポート

概算経費率適用の医療法人は対象外

■ 対象となる医療法人

今回のMCDBの構築に関して、対象となるのは基本的に「すべての医療法人」とされています。一部「四段階税制」が適用されている小規模な医療法人については社会保険診療報酬に概算経費率を乗じて経費を算出しているため、実態に即しているとは言い難いです。また、小規模な医療法人は経理に携わっている従業員についても限りがあり、今回の法改正によって、業務に過度な負担が生じる可能性もあります。したがって、対象から除外されています。



◆ 診療報酬の所得計算特例措置(四段階税制)

医療法人では、租税特別措置法第26条・第67条により、社会保険診療に係る費用として、必要経費に算入する金額を、実額経費ではなく、概算経費で計算することが認められています。

■ 対象要件

各事業年度において、社会保険診療につき支払を受けるべき金額を有する場合において、当該支払を受けるべき金額が5,000万円以下、かつ、事業所得に係る総収入金額に算入すべき金額の合計額(当該各事業年度の総収入金額)が7,000万円以下である場合

■ 概算経費

社会保険診療報酬の金額によって、以下を概算経費として計上することができます。

- 2,500万円以下：社会保険診療報酬の72%
- 2,500万円超～3,000万円以下：社会保険診療報酬の70% + 50万円
- 3,000万円超～4,000万円以下：社会保険診療報酬の62% + 290万円
- 4,000万円超～5,000万円以下：社会保険診療報酬の57% + 490万円

■ 病床機能報告・外来機能報告との連携

新たな制度において、収集する経営情報の情報量が多ければ、政策のエビデンスとしての活用性も高まるものと考えられ、単独で活用するのではなく既存の調査等と連携することにより、活用性がより高まることが考えられます。

3

医業経営情報レポート

対象となる提供データの範囲

■ 対象となるデータの拡大

提出の対象となっているデータは事業報告書を始めとした現行の書類に加え、事業所ごとの医業収益・費用、医業外収益・費用など損益情報も含まれることとなります。

事業所ごとの取りまとめた情報は医療機関等情報システム（G-MIS）にて送信することから、対象となる情報を整理する必要があります。また、報告する項目によっては必須項目・任意項目であるものや、病院は必須項目であるものなど、様々、分かれています。

◆ 報告の対象となる情報について

現行

- 事業報告書
- 貸借対照表
- 関係事業者との取引の状況に関する報告書
- 監査報告書
- 社会医療法人の役員報酬基準、保有資産目録、業務に関する書類
- その他一定規模以上医療法人・社会医療法人債発行法人関係書類（閲覧対象外）
- 財産目録
- 損益計算書（法人全体の事業収益・費用等のみ）

改定案（医業収益等）

医業収益（入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医業収益）

※入院診療収益及び外来診療収益は任意項目として「保険診療収益（患者負担含む）」及び「公害等診療収益」を別掲。

※その他の医業収益は任意項目として「保健予防活動収益」を別掲。

※診療所の「室料差額収益」は入院診療収益の内数として記載。

- 材料費（医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費）
- 給与費（給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費）
- 委託費（給食委託費）
- 設備関係費（減価償却費、機器賃借料）
- 研究研修費
- 経費（水道光熱費）

※診療所は「設備関係費」、「研究研修費」及び「経費」の科目は設けず「その他の医業費用」の科目を設ける。

4

医業経営情報レポート

国民・研究者へのデータ提供と公表

■ 国民への公表とSNS等によるリスク

各医療法人で構築したMCDBは政府が政策等の検討に使用するだけでなく、国民に対しても情報提供がなされます。

しかし、SNSが発達した現在においては、公表された情報について、悪意的にこれを利用される可能性も否めません。また、詐欺やその他の犯罪被害などのリスクを伴います。

公表する経営情報については、属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表するなどの対策が検討されています。

◆ 国民への公表方法について

- 医療法人の経営情報は、これを把握・分析し、国民に対して、医療が置かれている現状・実態の理解の促進等をするために収集する。
- この目的のためには、個別の医療法人ごとの情報を公表する必要はなく、むしろ、**属性等に応じたグルーピング等による分析を充実しつつ、その結果を提示することにより、国民に対してより分かりやすく丁寧に医療の現状・実態を提示できると考えられる。**
- 一方、個別の医療法人の経営情報を公表した場合、医療法人は、一人医師医療法人の存在など小規模な経営を法人形態により実施している診療所も数多くあり、人件費など個人の報酬額を容易に想定できる内容になり得る。
- また、社会医療法人や一定規模以上の医療法人に限定したとしてもSNS等の発達した現在においては、公表された情報について、悪意的にこれを利用される可能性も否めず、詐欺その他の犯罪被害などのリスクを伴う。
- このため、**公表する経営情報については、属性等に応じてグルーピングした分析結果を公表してはどうか。**
- なお、公表する具体的な内容である分析（マクロデータや指標）方法については、システムの設計時や運用時において、より充実した内容となるよう検討していくこととしてはどうか。

出典：厚生労働省 「医療法人の経営情報のデータベース」の在り方について

■ 研究者への公表と十分な制度設計の検討

今回構築されるMCDBは研究者などへの第三者機関への提供も予定されています。学術研究目的であっても、いわゆる「オーダーメイド集計」のように、個々のニーズを踏まえた分析結果の作成・提供への取組も必要と考えられています。また、医療法人の中には、医師が一人である医療法人も含まれており、データベースの使い方によってはそういった医療法人の給与等が公開されることになり、特定の個人の収入を明らかにしてしまう危険性もあります。

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: 労務管理 > サブジャンル: 退職・休職

拒否権付き希望退職制度

退職金を上乗せする優遇措置を盛り込んだ希望退職制度導入に際し、拒否権付き制度により実施したいと考えていますが、法的問題がありますか。

「申し出の諾否については個別に判断する」という拒否権付き希望退職制度の実施は、法的には問題ありません。ただし、申し出を認めないことがあること、申し出を却下した者に対して医療機関はなんら不利益な取扱いをしないこと、その他所定の事項をあらかじめ明示しておく必要があります。

■希望退職制度とその他制度との関わり

<p>希望退職制度</p>	<p>希望退職制度とは、業績が悪化した医療機関が人員削減のために一定の期間、限定して行うものです。この制度と似ている早期退職優遇制度は、医療機関側の事情よりもむしろ労働者個人として職業に関する生涯計画の選択肢の一つとして利用されるもので、期間は限定しません。</p> <p>この二つの制度は、あくまで労働者の意思によるもので、医療機関側からの退職勧奨また整理解雇とはまったく異なるものです。退職勧奨や整理解雇をする場合には、労働基準法第19条から同21条に定める解雇手続が必要となります。</p>
<p>退職勧奨と整理解雇</p>	<p>退職勧奨は、経営の悪化を背景に、医療機関側が職員に対して合意解約を行うことで、あくまで職員の任意の意思を尊重する必要があります。行き過ぎた退職勧奨は解雇に該当し、場合によっては損害賠償の対象になります。</p> <p>また退職勧奨をする場合は勧奨者数、優遇措置の有無、勧奨の回数・期間、本人の拒否の態度などを総合的に考慮し、労働者の自由な意思決定が妨げられていないかどうかを判断します。</p>
<p>公表方法</p>	<p>希望退職制度を実施する場合は、その目的、応募条件（年齢・勤続年数・職種など）、期限、人数などを公表します。</p> <p>公表は主に通達、掲示板、メール等を利用して行います。</p>

■割増退職金の活用

希望退職制度は割増退職金がメリットであるため、退職金の加算割合により利用状況が左右されます。加算割合が高ければ利用者が増加する一方で退職金支払コストが増すほか、人材流出の懸念もあります。逆に加算割合が低いと利用者が少なく、制度の存在意義が薄れます。

退職金の加算割合の設定が制度運営上のカギとなります。

留意点としては、あらゆるコスト削減の実施、例えば役員報酬のカット、諸経費の削減など、いろいろやりつくした後に希望退職を募ることです。つまり、なぜ希望退職制度を採用するのかを明確にします。そのうえで人数、対象者の年齢、職種などを決めます。



ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 退職・休職

元職員への貸付金回収手順

退職した元職員が貸付金の返済に応じない時は、
どうしたら良いのでしょうか。

職員が退職する際に、在職中に貸し付けていた数十万円について、退職日から「2週間以内に返済する」旨の約束を書面で交わしたにもかかわらず、退職後3週間を経過した時点でも何ら連絡がないという事例がありました。

こうしたケースでは、元職員の自宅に行ってみても、インターホンに回答せず、全く接触することができない場合、まず、内容証明郵便で返済の督促をし、それでも返済に応じない場合には、身元保証人に代位返済を求めるか、または法的措置をとらざるを得ないでしょう。

■資金回収の流れ: 返済に応じない場合の各手続

- ① 電話や訪問による支払の督促 → ② 内容証明郵送による支払の督促
 → ③ 身元保証人への連絡、支払の督促 → ④ 裁判所へ提訴（支払督促手続を含む）
 → ⑤ 貸付金の返済

こうした事態を回避するための対策のひとつには、職員貸付金制度の整備が挙げられます。

■職員貸付金制度のポイント

必要項目	① 資格の喪失項目	職員であるという理由で貸し付けたならば、自己都合・医療機関側の都合を問わず、従業員資格喪失時に一括返済させます。
	② 期限利益の喪失	貸付は期限の利益を与えることから、当然その利益の喪失条項も加えます。
	③ 相殺特約	給与・退職金から一括して相殺が出来るように相殺特約も設けておく必要があります。
	④ 融資理由	「職員であるから貸し付けた」旨の文言も入れます。
手続き	職員貸付金規則を作成し、労働者代表との協定を結ぶ必要があります。	
ポイント	契約書で明文化することが、争いの抑止に繋がります。ただ、借受人の経済的自由により、相殺後の残債の一括返済が困難で分割返済を認めざるを得ない状況の場合は、医療機関の判断により、連帯保証人あるいは担保設定等の保全措置をとったうえで契約書を書き直さざるを得ないケースもあります。	