

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.807 2024.2.6

医療情報ヘッドライン

**生活習慣病管理料の要件を見直し
「月1回以上の治療管理」は廃止**

▶ 厚生労働省
中央社会保険医療協議会 総会

**高齢者救急に包括的な対応を提供
「地域包括医療病棟入院料」の新設へ**

▶ 厚生労働省
中央社会保険医療協議会 総会

週刊 医療情報

2024年2月2日号

**医師の「宿直」と「夜勤」、
区別して雇用契約を**

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5年度6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: 求人・採用
**試用期間の長さの設定
試用期間中の職員を不適合とする基準**

生活習慣病管理料の要件を見直し 「月1回以上の治療管理」は廃止

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、1月26日の中央社会保険医療協議会総会で「短冊」と呼ばれる2024年度診療報酬改定の個別改定項目を提示。

生活習慣病管理料の要件および評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料の対象疾患から糖尿病、脂質異常症、高血圧を除外することが盛り込まれた。「生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進」するのが目的で、生活習慣病管理料の算定数が少ない要因となっていた「月1回以上の総合的な治療管理」の要件は廃止され、28日以上長期投薬もしくはリフィル処方箋交付も推進される。

■算定のハードルだった療養計画書を簡素化

生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症、糖尿病の総合的な治療管理を目的としたもので、月1回算定できる。

ただ、療養計画書を作成しなければならないことが算定のハードルとなっていた。

検査・問診、重点を置く領域と食事や運動、たばこなどの指導項目、服薬指導などについて取りまとめたうえ、患者に説明して署名をもらう必要があるからだ。医療現場でこのプロセスがいかに忌避されているかは、生活習慣病管理料の算定状況を見ればわかる。

2022年5月診療分のNDBデータによれば、主傷病名が糖尿病である外来患者の再診料は310万9,937回算定されているが、生活習慣病管理料の算定回数は4万4,173回とわずか1.4%に過ぎない。高血圧、脂質異常症も同様に算定回数は極めて低調であり、評価として機能していない状況にあった。

そこで今回の短冊では、療養計画書を簡素

化するとともに、2025年から運用開始予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合は、血液検査項目の記載を不要とするこも盛り込んだ。

さらに、「電子カルテ情報共有サービスの患者サマリーに療養計画書の記載事項を入力した場合、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす」と明記。「月1回治療」の要件廃止も含め、医師の負担を軽減して算定を促進する狙いを明確にした。

■糖尿病患者への歯科受診推奨も要件化

多職種連携を実質的な要件としたのも今回の改定の特徴だ。現行は「多職種と連携して実施しても差し支えない」となっているが、改定案では「多職種と連携して実施することが望ましい」としている。

糖尿病患者に対しては歯科受診の推奨を要件としたことも注目したい。糖尿病と歯周病は相互に悪影響を及ぼすことがわかっているが、診療報酬で医科と歯科の横断的な治療管理を評価する形になったといえよう。

全体的に、生活習慣病管理料を算定しやすくする改定となっているが、これまでは外来管理加算と特定疾患療養管理料の併算定が多かったことがNDBデータなどから明らかだ（前述の2022年5月診療分のNDBデータでは、糖尿病外来患者の再診料310万9,937回に対し、外来管理加算251万8,697回、特定疾患療養管理料209万2,986回）。生活習慣病の管理に力を入れている診療所には、少なくない影響が生じることが予想される。

高齢者救急に包括的な対応を提供 「地域包括医療病棟入院料」の新設へ

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省が1月26日の中央社会保険医療協議会総会で提示した「短冊」と呼ばれる2024年度診療報酬改定の個別改定項目には、高齢者の救急患者を受け入れる病棟を評価する「地域包括医療病棟入院料」の新設も盛り込まれた。施設基準の細部は今後詰められるが、看護配置については10対1以上（入院患者数10人に対し、1人以上の看護職員）、夜勤は10対2以上とすると現段階で明記されたほか、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士の常勤と、入院早期からリハビリテーションを行える構造設備が求められている。

■高齢者の搬送増加は軽症・中等症が中心

現在、少子高齢化に伴い高齢者の救急搬送が増加している。総務省消防庁が示したデータによれば、高齢者の救急搬送数は2010年から2020年の10年間で大きく増加（小児および64歳までの成人はいずれも減少）。とりわけ軽症・中等症はそれぞれ25.5万人増、48.7万人増と顕著だ。

言うまでもなく、救急医療は外来・入院医療より人員もコストもかかる。急性期医療を担う看護配置7対1の「急性期一般入院料1」を算定している病棟で受け入れられることが多いが、コスト面だけでなく、入院中にADL（日常生活動作）が低下する傾向もあることから、対応策が検討されてきた。

厚労省は、13対1の地域包括ケア病棟での受け入れを促すことや、急性期病棟でリハビリテーションを充実させることなどを提案してきたが、「地域包括ケア病棟で、誤嚥性

肺炎や尿路感染症の救急患者を受け入れるには限界がある」、「リハビリ専門職は地域包括ケア病棟に多く配置されているため、急性期の高齢者を早期のリハビリが可能な地域包括ケア病棟等で受け止めることが望ましい」、「急性期一般入院料1以外の病棟で、高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価するべき」といった意見があがっていた。

そこで、リハビリテーションや栄養管理の充実、入退院や適切な意思決定の支援、早期の在宅復帰や在宅医療、介護との連携といった機能を包括的に担う病棟を評価する入院料の新設を提案し、了承された形だ。

■広域連携や法人間連携が進む可能性も

しかし、救急医療に対応しつつ、多職種の常勤を抱えてリハビリテーションや介護にも対応しなくてはならないとなると、新たな病棟に“参入”するのは決して簡単ではない。

単純に13対1の地域包括ケア病棟のアップグレードや、10対1病棟のスライド、はたまた7対1の急性期病棟のダウングレードで対応できる問題ではないだろう。これから決まる入院料の点数にもよるが、医療資源の効率的な活用を考慮すれば、規模を問わないさまざまなアライアンスや、広域連携の対応が活性化していく可能性もありそうだ。

一方で、実際の運用を経ることでベストプラクティスが見えてくるであろうことも踏まえれば、次々期改定までの2年間の動きによって、入院料の評価がさらに手厚くなることも考えられるのではないか。

医療情報①
 MMPG
 定例研修会

医師の「宿直」と「夜勤」、 区別して雇用契約を

メディカル・マネジメント・プランニング・グループ（MMPG）の定例研修会（第173回）が1月25日オンラインで開かれ、オスカー社会保険労務士法人の小川美也子代表社員は、医師の労務管理を徹底させるため、「宿直」と「夜勤」を明確に区別した上で雇用契約を結ぶ必要性を強調した。医師や看護師らの宿直許可を取得した病院では、救急患者への対応など実作業を医師が宿直中に行った場合、宿直手当とは別に時間外の賃金を支払う必要がある。しかし、多くの医療機関がそうしたルールを理解していないといい、小川氏はトラブルにつながりかねないという懸念を表明した。

小川氏は「医療機関における人事・労務・雇用対策」をテーマに講演した。医師の働き方改革を進めるため国は4月以降、時間外労働の上限を原則として年960時間、地域に不可欠な救急医療などの業務に従事する医師らの場合は期限付きの特例で年1,860時間に規制する。

この仕組みでは、派遣先での勤務を含めて医師の労働時間をカウントするが、労働基準監督署長の許可がある医療機関での宿直や日直は労働時間と見なさない。

大学などからの医師の引き揚げを防ぐため、近年は医療機関が積極的に許可を取得しているものの、小川氏は、宿直の許可がたとえ下りても「（宿直中に）今までと全く同じ業務を続けていいというわけではない」と注意を呼び掛けた。

小川氏によると、従来は宿直の許可がないまま、実作業を伴う「夜勤」に医師が従事し、医療機関が夜勤の手当を支払うケースが大半だった。一方、時間外労働の上限規制をクリアするため医療機関が取得している労基署の許可は、夜勤ではなく「宿直」へのものなので、両者を明確に区別する必要があるという。宿直や日直に対する労基署の許可は、常態としてほとんど労働する必要がない勤務が対象で、厚労省が19年7月に出した医師や看護師らの宿日直許可の基準に関する通知では、医師の宿直に関して、十分な睡眠を取り得ることとしている。

さらに、この通知では宿日直の業務に含まれない「通常の勤務時間と同様様の業務」の例として、以下などを挙げ、医師が宿直中にそうした業務を行った場合は労働時間と見なし、時間外の割増賃金を支払う取り扱いを求めている。

▼突発的な事故による応急患者の診療・入院

▼患者の死亡や出産への対応

小川氏は、多くの医療機関がそうしたルールを理解していないことを指摘し、「これから問題が起きてくるのではないかと懸念を表明した。宿直中に救急業務を行った医師から、その分の賃金の支払いを求められた医療機関からの問い合わせも実際に出始めているといい、小川氏は、「宿直」と「夜勤」の違いを明確にして医師と雇用契約を結ぶ必要性を強調した。

●「シフトを制する者は求人制する」

小川氏はまた、職員の退職を抑えて定着率を高めるために、医療従事者の勤務シフトの作成を工夫し、働きやすい環境を整備することの大切さも強調した。医療従事者を対象に退職理由のアンケートを行うと、有給休暇の取得しづらさなど、勤務シフトに関することを挙げるケースが圧倒的に多いという。（以降、続く）

医療情報②
 厚生労働省
 分科会

「かかりつけ医機能」 中小病院が支援、全日病

病院や診療所による「かかりつけ医機能」の発揮を促す仕組み作りを議論する厚生労働省の分科会が1月24日、構成員によるプレゼンテーションを行い、全日本病院協会の織田正道副会長は、「かかりつけ医機能支援病院」としての中小病院の役割が重要になるという認識を示した。「かかりつけ医機能支援病院」は、高齢者への在宅医療などで地域の窓口機能を担う。

全日病が2022年末に公表した「かかりつけ医機能」への考え方に盛り込んだ。

全日病など四病院団体協議会が13年11月に提言した「地域医療・介護支援病院」がベースになっている。「かかりつけ医機能支援病院」は、「かかりつけ医」や高度急性期病院、地域包括ケアシステムの多職種と連携し、在宅療養中に入院が必要になった患者を受け入れたり、在宅医療を提供したりする。全日病では、それらを中小の民間病院の役割に位置付けている。

織田構成員は、機能強化型の在宅療養支援病院と同列の位置付けになるという認識を示し、「（患者が）85歳や90歳になると、地域に密着した医療機関の役割が大きくなる」と強調した。厚労省の「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」はこの日、「かかりつけ医機能」に関する実態を把握するため2回目のプレゼンを行い、織田構成員ら6人が発表した。日本プライマリ・ケア連合学会の副理事長で、「多摩ファミリークリニック」院長の大橋博樹構成員は、複数の医師が常勤して地域医療のハブ機能を担う「かかりつけ医機能支援診療所」の必要性を強調した。「かかりつけ医機能支援診療所」では、重症の心不全など在宅医療の困難な症例に24時間体制で往診に対応したり、感染症の蔓延時に発熱外来や自宅への往診を行ったりすることを想定している。

川崎市多摩区にある多摩ファミリークリニックでは、「かかりつけ医」による対応が困難になった患者を引き継いで入院を回避するケースがあるという。大橋構成員は「そのようなバックアップ機能があるからこそ、積極的に『かかりつけ医機能』を担う医療機関が増えるのではないかと述べた。全日病と日本プライマリ・ケア連合学会は、「かかりつけ医機能」を担う医師を養成する「総合医育成プログラム」を協力して運営している。

織田構成員によると、多職種連携の中でリーダーシップを発揮するためのスキルの修得を目指す「ノンテクニカルスキルコース」への反響が大きいという。

週刊医療情報（2024年2月2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5年度6月）

厚生労働省 2023年10月31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			
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	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2
令和4年度4～3月	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2
4～6月	11.2	6.3	3.6	2.0	1.3	2.7	0.3	4.4	0.5
4月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
5月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
6月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
令和5年度4～6月	11.6	6.4	3.8	2.1	1.4	2.7	0.4	4.6	0.6
4月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
5月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
6月	3.9	2.2	1.3	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。

● 医療費の伸び率(対前年同期比)

（単位：%）

	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			
令和元年度	2.4	1.4	3.1	4.4	0.1	▲0.8	▲2.7	3.9	1.8
令和2年度	▲3.1	▲3.7	▲3.6	▲0.8	▲9.0	▲3.8	▲19.1	▲2.4	▲1.1
令和3年度	4.6	6.4	8.5	8.1	8.8	3.7	18.4	2.7	1.1
令和4年度4～3月	4.0	3.2	6.4	6.6	6.9	▲1.0	6.5	5.3	2.3
4～6月	3.2	2.2	3.9	4.3	3.3	0.1	▲4.4	5.0	1.2
4月	0.7	0.4	2.5	3.3	1.7	▲2.3	▲4.7	1.3	▲1.2
5月	5.4	4.6	6.1	6.0	6.6	2.6	▲0.9	6.9	3.1
6月	3.7	1.8	3.1	3.8	1.8	0.2	▲7.4	6.9	1.8
令和5年度4～6月	3.6	2.6	5.9	6.2	6.3	▲1.7	18.5	5.0	3.8
4月	2.8	0.9	3.4	4.2	2.6	▲2.4	10.9	5.1	5.1
5月	5.0	4.1	7.4	7.7	7.7	▲0.3	19.8	6.3	3.8
6月	3.1	2.9	6.9	6.7	8.5	▲2.4	24.1	3.5	2.5

● 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					
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	35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9	
令和4年度4～3月	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.5	95.7	
	4月	3.0	2.0	1.5	1.5	1.4	3.2	1.8	7.8
	5月	3.0	1.9	1.5	1.4	1.5	3.1	1.9	7.9
	6月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.5	3.3	2.0	8.0
令和5年度4～6月	9.3	6.2	4.9	4.6	4.8	9.9	7.0	24.0	
	4月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.1	7.9
	5月	3.1	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	2.4	8.1
	6月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.5	8.0

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								
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	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1	
令和4年度4～3月	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2	
	4月	3.7	2.9	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.04	1.4	2.0	0.3
	5月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
	6月	3.8	3.1	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
令和5年度4～6月	11.6	9.3	4.4	4.0	0.8	2.0	0.2	0.14	4.6	6.0	0.8	
	4月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.0	0.3
	5月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.0	0.3
	6月	3.9	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.1	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			
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	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
令和4年度4～3月	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43
4月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
	2.0	1.9	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03
令和5年度4～6月	6.2	6.1	1.1	4.0	1.0	2.2	0.12
4月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	2.1	2.1	0.4	1.4	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					
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	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
令和4年度4～3月	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
4月	18.3	38.9	40.6	10.0	8.0	9.4	11.8	15.1
	18.7	39.2	40.9	10.3	8.0	9.2	11.8	15.1
	18.5	40.5	42.2	10.2	8.1	9.3	11.8	15.0
令和5年度4～6月	18.8	40.8	42.5	10.2	8.2	9.1	12.0	15.2
4月	18.9	40.5	42.2	10.2	8.2	9.4	12.1	15.4
	18.9	40.7	42.4	10.2	8.1	9.0	12.0	15.2
	18.6	41.2	42.9	10.2	8.2	9.0	12.0	15.1

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5年度6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。

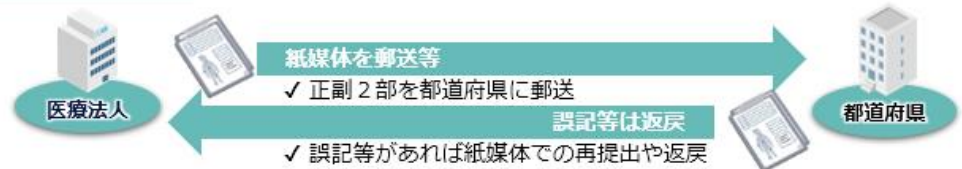
■ データベース構築の背景

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日から義務化、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・・・



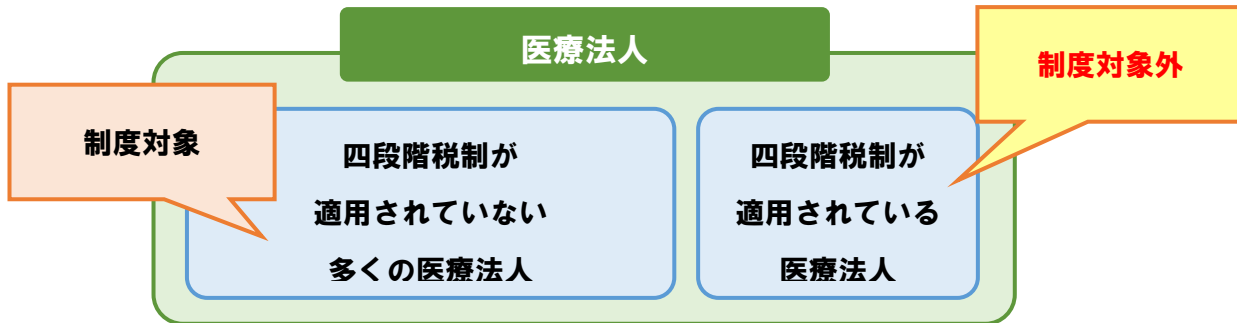
2

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。しかし一部「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く、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に分かれています。

◆ 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（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が発達した昨今においては、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性はなく、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: 求人・採用

試用期間の長さの設定

職員の本採用前に試用期間を定める場合、その長さについて、労働基準法等における制限はあるでしょうか。

職員を採用するにあたって、「試用期間」は必ず設けなければならないものではありませんが、本採用の前に一定の「試用期間」を設け、その間に職員としての適格性を判断するのが一般的となっています。

「試用期間」を設ける場合には、就業規則等において、試用期間の長さ（その延長または短縮を含む）、試用期間中の解雇、本採用の手続き、試用期間の扱い（勤続年数への通算の有無）などについて定めておく必要があります。

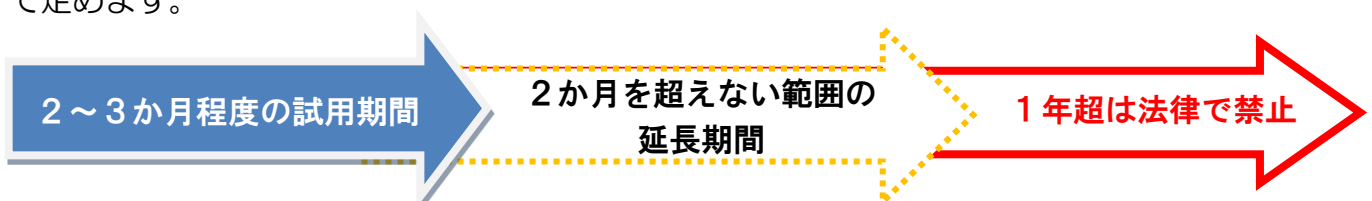
試用期間の長さについては、その目的が本採用とするか否かを見極める期間であることから、2～3カ月程度とする企業や団体が多く、稀に6カ月とするケースも見受けられます。

試用期間の長さについて法的な制限はありませんが、期間を定めて雇用する場合の契約期間は、原則として「1年」を超えないこととされている（労基法第14条）ことから、最長1年と解されますが、試用期間中の職員は身分が不安定であることからみて、必要以上に長い期間を設定することは避けるべきでしょう。

具体的には、「新たに採用した者については、採用の日から3カ月間を試用期間とする。ただし、特殊な事情がある場合は2カ月を超えない範囲で試用期間を延長することがある」などのように、通常は2、3カ月としたうえで試用期間の延長の規定を設け、特殊な事情がある者に限って、その期間を延長するものとし、さらに、延長する場合の最長期間についても定めておくとい良いでしょう。

■一般的な試用期間

試用期間の長さ、試用期間中の解雇、本採用の手続き、試用期間の扱いについて就業規則等で定めます。





ジャンル:労務管理 > サブジャンル:求人・採用

試用期間中の職員を 不適合とする基準

**試用期間中の職員を不適合と判断する基準は、
具体的にはどのようなものでしょうか。**

試用期間中の採用取消や、試用期間満了時に正職員への登用を拒否することは、法律上は解雇に当たりますが、試用期間中の解雇をめぐっては、一般に通常の解雇より解雇権が広く認められています。

これは、試用期間を設ける目的が、入職前の審査だけでは新規採用者の適格性を十分に把握することができないため、一定期間の勤務状況などを観察することによって、本採用とするかどうかを判断するためであることから、その期間中に職員として不適合と認められた場合には、労働契約を解約することができる、という解約権留保付の特約がなされている期間と解されているためです。

しかし、試用期間中だからといって、使用者に無制限に解雇権が認められるものではありません。判例においても、「客観的に合理的な理由が存在し、社会通念上相当として是認される場合」にのみ許される（昭 48.12.12 最高裁大法廷判決「三菱樹脂事件」）と示されています。



この判例では、「企業者が、採用決定後における調査の結果により、または試用期間中の勤務状態等により、当初知ることができず、また知ることが期待できないような事実を知に至った場合において、そのような事実を照らしその者を引き続き当該企業に雇用しておくのが適当でないと判断することが、上記解約権留保の趣旨、目的に照らして客観的に相当であると認められる場合」に、解約権を行使できるものとしています。

よって、就業規則等で具体的な事由（基準）を定めていなければ、試用期間中または試用期間満了時に解雇できないものではありませんが、トラブルを最小限に抑えるためには通常の解雇事由（基準）とは別個に、「試用期間中の解雇」の条項を設けて具体的な解雇事由（基準）を定めておいたほうがよいでしょう。