

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.809 2024.2.20

医療情報ヘッドライン

**次期改定「議論の整理」のパブコメ公表
1週間で2,084件の意見が寄せられる**

▶ 厚生労働省
中央社会保険医療協議会 総会

**国家公務員のマイナ保険料利用率4.36%
登録率も62.9%と7割に満たない状況**

▶ 厚生労働省

週刊 医療情報

2024年2月16日号

**入院ペア評価料165通りに、
診療報酬改定案を答申**

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7月)**

経営情報レポート

**雇用に関する法律や基準が改正!
院長が知っておくべき雇用条件の概要**

経営データベース

ジャンル:経営計画 > サブジャンル:中期経営計画

年度経営計画と中期経営計画

中期経営計画策定にはどの階層が関わるべきか

次期改定「議論の整理」のパブコメ公表 1週間で2,084件の意見が寄せられる

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は2月7日の中央社会保険医療協議会総会で、「令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」に募ったパブリックコメントの総数が2,084件だったことを明らかにした（意見提出件数は553件）。受付期間は1月12日から19日の1週間で、意見を寄せた人の職業で最も多かったのが歯科医師で全体の47.4%だった。

次いで多かったのが医師で24.4%、その他の医療従事者9.2%、薬剤師5.1%、会社員（医療関係の企業）3.8%となっており、看護師0.9%を含めれば医療関係者で90.8%を占めており、今回の診療報酬改定が医療現場に大きな影響を及ぼすことが浮き彫りになったといえる。

■歯科の初診・再診料引き上げ要望が多数

項目別に意見の数を見ていくと、最多は「口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進」で420件。歯科医師が多く意見を寄せたのは、この項目に対する反応が中心だったことがうかがえる（内容は後述）。

次いで多かったのが「医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組」（278件）、「医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進」（208件）、「質の高い在宅医療・訪問看護の確保」（207件）で200件以上の意見が寄せられたのは以上4項目だった。これだけを見ると、賃上げに対する意見が多いようだが、細かく見るとそうでもない。「人材確保や賃上げについて」は21件、「基本診療料・技術料・入院料等の改定について」は28件にとどまった。

「物価高のなか、従業員の給与増額は、大幅な診察料アップがないとできない」という意見が6件重なってはいるが、概ね現状の議論の方向に医療現場としては納得感があると思われる。目立ったのは歯科に関する意見だ。

「歯科の初診、再診料、技術料等の見直しについて」に157件が寄せられている。中でも、「初診・再診料を大幅に引き上げ、歯初診注1の施設基準は廃止し、歯科技工所に適正配分できるよう、補綴関連の点数を大幅に引き上げることが必要」という意見が117件も重なっているのは注目に値する。

いわゆる“組織票”が疑われる件数だが、「初診料に関しては、歯科医師が1日に取扱い可能な患者は医科に比べ大幅に少ないことを考慮すべき」が7件重なっていることを見ると、歯科医師の中に初診・再診料に対する一定の不満があることがうかがえる。

■クラウン・ブリッジ維持管理料廃止を望む意見も

また、最多だった「口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進」では、クラウン・ブリッジ維持管理料に関するコメントが目立った。「廃止すべき」「もはや不要」「要件を見直すべき」といったものが多いのは、いわゆる「2年ルール」があることも影響しているだろう。被せ物（クラウン）やブリッジといった歯冠補綴物を装着すると、その後2年間は同じものを治療製作しても算定請求できないというものだ。これまでの議論で、支払側委員は廃止を主張しており、それを後押ししようとする動きが表れた形となった。

国家公務員のマイナ保険料利用率4.36% 登録率も62.9%と7割に満たない状況

厚生労働省

厚生労働省は2月6日、昨年11月の国家公務員のマイナ保険証利用率が4.36%だったと公表。マイナンバーカードを健康保険証として登録している割合（登録率）も62.9%と7割に満たない状況となっている。武見敬三厚生労働相は同日の閣議後会見で「低すぎる。もっと率先して使っていただくように働きかける必要性を改めて認識した」とコメント。国家公務員に対してはメールなどで利用勧奨を実施していることを明らかにした。

■マイナ保険証促進に補正予算887億円計上

厚労省が公表したのは「マイナ保険証の利用状況（国共済組合の利用状況）11月利用実績」。国共済組合とは、国家公務員とその家族が加入する国家公務員共済組合のことだ。

各省庁の共済組合のマイナ保険証利用率および登録率を明らかにしており、最もマイナ保険証利用率が高かったのは総務省共済組合だった。マイナンバーカード所管省庁の面目躍如といたいところだが、それでも6.26%と1割にすら到達していないことに事態の深刻さがある。

最もマイナ保険証利用率が低いのは防衛省共済組合で2.50%。登録率が最も低いのは外務省共済組合で41.9%だった。ちなみに、マイナ保険証の利用を呼びかけている厚労省は登録率65.2%、マイナ保険証利用率4.88%だった。マイナンバーカードおよびマイナ保険証の推進には、多額の国家予算が注ぎ込まれている。マイナンバーカードの普及に向けては、最大2万円分のポイントを付与するマイナポイント事業を展開しており、2020年9月からの第1弾で2,979億円、

2022年6月からの第2弾で1兆8,134億円と計2兆1,113億円を計上。マイナ保険証の利用促進に対しては、昨年11月に閣議決定した2023年度補正予算案で887億円を計上した。加えて、保険医療機関および保険薬局への顔認証付きカードリーダー導入にもかなりの国費を投じている。

巨額の税金を投じながら、国家公務員にも利用への理解が得られない現状に対し、担当大臣が「低すぎる」と他人事のようなコメントをするのはいかがなものなのだろうか。

■マイナカード取得もマイナ保険証利用も任意

なお、マイナンバーカードの取得およびマイナンバーカードを健康保険証として登録してマイナ保険証として使うことは個人の任意だ。所管省庁のひとつであるデジタル庁は、同庁ホームページ内の「よくある質問：マイナンバーカードの健康保険証利用について」で、「マイナンバーカードの取得は任意だと思っていましたが、必ず作らなければいけないのでしょうか。施設に入所している高齢者などマイナンバーカードを取得できない者は保険診療を受けることができなくなるのですか」という設問に対し「マイナンバーカードは、国民の申請に基づき交付されるものであり、この点を変更するものではありません。また、今までと変わりなく保険診療を受けることができます」と回答している。

つまり、国家公務員が利用しなくても何の問題もない。にもかかわらず、私信ともいえるメールで利用勧奨しているのは、果たして許されることなのか。中央省庁のガバナンスが問われている。

医療情報①
 中央社会保険
 医療協議会

入院ベア評価料165通りに、 診療報酬改定案を答申

中央社会保険医療協議会は14日、2024年度の診療報酬改定案を答申した。医療関係職種のうち、病院と有床診療所に勤務する看護職員や薬剤師らの賃上げを実現させるため、「入院ベースアップ評価料」として165通りの点数を新設し、最大で1日当たり165点を算定する。また、医療関係職種のうち、若手の勤務医（40歳未満）や事務職員らの賃上げに必要な財源を配分するため、初診料を3点、再診料と外来診療料を2点引き上げる。入院基本料や入院料も引き上げる。

入院医療では、高齢な救急患者らを受け入れてリハビリテーション・栄養管理・入退院支援・在宅復帰などを包括的に提供する急性期病棟への評価として「地域包括医療病棟入院料」（1日3,050点）を新設する。一方、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の測定項目を見直し、急性期一般入院料から地域包括医療病棟入院料への移行を促す。

厚生労働省は、24年度診療報酬改定を3月上旬に官報告示する。新たな点数の運用は原則6月1日に施行される。24年度の診療報酬改定は医療人材の確保と働き方改革の推進が重点課題とされ、他産業への人材流出に歯止めを掛けるために医療関係職種の賃上げを行うことになった。医療関係職種のうち、看護職員や薬剤師などに関しては24年度に2.5%、25年度に2.0%のベースアップを行う。厚労省は、「賃上げ促進税制」が有効に活用されることを前提に、診療報酬での対応分を2.3%と想定している。

診療報酬による対応は、外来や在宅医療を行う医療機関（医科）向けに新設する「外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ」がベース。さらに、この評価料による原資の不足分を補填するため、無床診療所向けの「外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ」と、病院と有床診療所向けの「入院ベースアップ評価料」を作る。外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰは、看護職員らの賃上げを行っている医科の医療機関が初診や再診、訪問診療を行う際に算定する。

1日当たりの点数は、初診時が6点、再診や日帰り手術の実施時が2点。訪問診療の実施時は、同一建物居住者以外の場合が28点、それ以外が7点とされた。

中医協の議論では、過不足を抑えながら賃上げの原資を医療機関に配分するための方法が焦点になった。最終的に、外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱは8通りに、入院ベースアップ評価料は165通りにすることにした。ベースアップの評価料は、看護職員、薬剤師、理学療法士など計32職種が対象。医療関係職種の確実な賃上げにつなげるため、ベースアップ評価料を算定する医療機関には職員の賃金改善計画の作成と改善状況の定期報告などを求める。

●**地域包括医療病棟入院料は3,050点、リハ・栄養・口腔連携加算80点**

高齢の救急患者の受け皿を整備するため、24年度の診療報酬改定で新設される「地域包括医療病棟入院料」は1日当たり3,050点とすることで決着した。

また、リハビリテーションや栄養管理、口腔管理の一体的な提供体制を評価する新設の「連携加算」は1日につき80点とする。

地域包括医療病棟入院料は、看護配置「10対1」以上の体制を整備した上で高齢の救急患者らにリハビリや栄養管理、入退院支援などを包括的に提供する病棟への評価。ただ、90日を超えて入院する患者の場合は地域一般入院料3を算定する。（以降、続く）

医療情報②
 日本医師会
 四病協

病院への影響に懸念相次ぐ、 看護必要度見直しで

中央社会保険医療協議会が、2024年度の診療報酬改定案を答申したのを受けて、日本医師会と四病院団体協議会が14日、合同記者会見を開き、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しに伴う病院への影響を懸念する声が相次いだ。

モニタリング・処置等の「A項目」のうち、「救急搬送後の入院」の評価期間を5日から「2日」に短縮したり、入院患者の状況を評価する「B項目」の評価を急性期一般入院料1に反映させなくしたり、大幅な見直しが決まったため。

日本病院会の島弘志副会長は、看護必要度で評価されにくい内科系の入院が多い急性期病院に大きな影響が及びかねないという見方を示した。その上で、急性期一般入院料1の基準をクリアできなくなる病院を中心に、「地域包括医療病棟入院料」への移行が進む可能性を指摘した。ただ、日本医療法人協会の太田圭洋副会長は、地域包括医療病棟入院料の施設基準が「かなり厳し目に設定された」と述べた。

看護必要度の測定で「重症」に該当する患者の受け入れ割合の基準が、急性期一般入院料4並みにされることなどが決まったため、合同会見では、地域包括医療病棟入院料への移行は必ずしも簡単ではないという指摘が相次いだ。

太田氏は、DPCのEF統合ファイルで入院患者の状態を評価する「看護必要度Ⅱ」が急性期一般入院料1の全病院に拡大される影響にも言及し、「医療機関が工夫する余地がなくなる。（厚労省の）シミュレーションとほぼ同じような形で、算定要件を満たさなくなる病院が続出するのではないか」と述べた。

また、全日本病院協会の猪口雄二会長は、医師の時間外労働の上限を罰則付きで規制する新たなルールが4月に始まるなど、診療報酬だけでなく医療制度全体の見直しが地域医療に与える影響を見極める必要があるという認識を示した。

週刊医療情報（2024年2月16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7月）

厚生労働省 2023年11月24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
4～7月	15.0	8.4	4.8	2.7	1.8	3.6	0.4	5.9	0.7
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
7月	3.8	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
令和5年度4～7月	15.6	8.7	5.1	2.9	1.9	3.5	0.5	6.2	0.8
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
7月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	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
4～7月	3.1	2.5	4.6	5.2	4.0	▲0.2	▲3.7	4.3	0.7
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
7月	2.7	3.2	6.6	7.8	5.7	▲1.3	▲1.9	2.3	▲0.7
令和5年度4～7月	3.7	2.5	5.5	6.0	5.4	▲1.6	14.8	5.4	4.3
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
7月	4.0	2.1	4.3	5.4	3.1	▲1.2	5.5	6.8	5.9

●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	
	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
	7月	3.0	2.1	1.6	1.6	1.6	3.2	2.2	7.8
令和5年度4～7月	12.5	8.3	6.6	6.2	6.5	13.2	9.5	32.0	
	5月	3.1	2.0	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
	7月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.3	2.4	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	
	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
	7月	3.8	3.1	1.4	1.4	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
令和5年度4～7月	15.6	12.5	5.9	5.4	1.1	2.7	0.2	0.19	6.2	8.1	1.1	
	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
	7月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	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
5月	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
	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
令和5年度4～7月	8.3	8.1	1.5	5.3	1.4	2.9	0.16
5月	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
	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
5月	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
	18.4	39.1	40.8	10.3	8.1	9.1	11.9	15.1
令和5年度4～7月	18.8	40.7	42.4	10.2	8.2	9.2	12.0	15.2
5月	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
	18.8	40.4	42.0	10.2	8.2	9.2	12.1	15.3

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7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



歯科医院

雇用に関する法律や基準が改正！

院長が知っておくべき 雇用条件の概要

1. 歯科医院のスタッフの労働保険・社会保険
2. 社会保険加入や年金受給等の諸条件
3. 「年収の壁」の概要と留意ポイント
4. 労働条件と労働基準法に関するQ & A



■参考資料

【厚生労働省】：労働基準法に関するQ & A 年収の壁（106万円、130万円の壁）支援強化パッケージ
中医協総会資料R5 歯科医療（その1）

【国税庁】：基礎控除、給与所得控除、所得控除、配偶者控除、配偶者特別控除より抜粋 他

1

医業経営情報レポート

歯科医院のスタッフの労働保険・社会保険

平成時代の「働き方改革」から、雇用に関する法律や基準の見直しが進み、この令和になっても、非正規労働者の雇用体系を変更し、労働力確保のために様々な改正・変更が実施されています。働き方改革以前にも、年金加入者の受給条件である加入期間の変更が実施され、さらに昨年からは年収の壁を意識せず働ける環境づくり、労働保険の加入条件等に対しても改正・変更がなされ、対応が求められています。

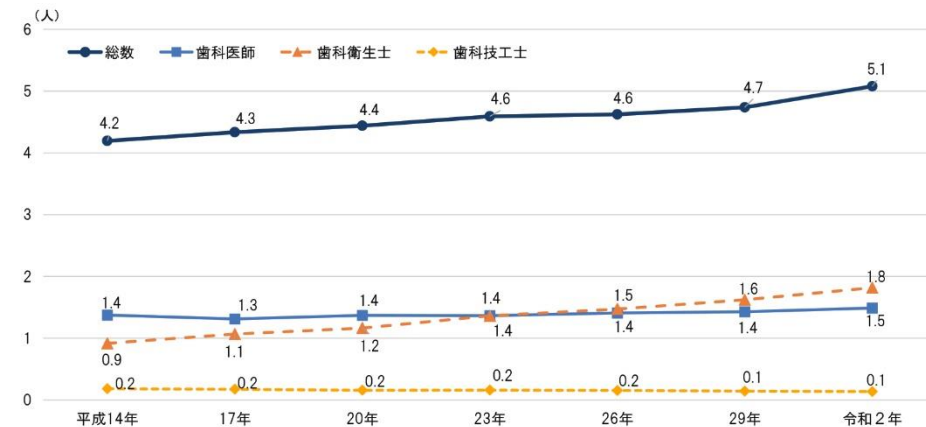
スタッフや採用担当者から、働き方がどうなっていくのかという質問を受け、その答えを知っておく必要性を感じている院長も多くいらっしゃると思います。

そこで本レポートでは、歯科医院の雇用条件について、改正・変更点を中心に解説します。

■ 歯科医院における平均従事者数

厚生労働大臣の諮問機関である中医協の報告では、令和2年10月時点の調査で、歯科医院の平均従事者数は、歯科医師が1.5人、歯科衛生士1.8人、その他1.8人で1医院平均が5.1人となっています。これはパート・アルバイトも含んだ数字ですので、正職員としては5名を切っていると思われます。

■ 歯科医院1施設あたりの平均従事者数



厚生労働省：中医協総会
R5.7.12 歯科医療
(その1)より

出典：医療施設調査（各年10月1日時点）

■ 労働保険・社会保険の加入基準

事業所において、法人もしくは個人事業でスタッフ（正職員及びフルタイムの3/4以上働くパート・アルバイト職員）が5名以上であれば社会保険（協会けんぽ、厚生年金）に加入する必要があります。また、労働保険（雇用保険、労災保険）についても、スタッフ（人数や正職員、パート、アルバイト等の働き方に関わらず）が週20時間以上働く職員がいる場合は、雇用保険に加入することが義務となっています。

これは規模や人数、事業主やスタッフの意思に関わらず加入しなければなりません。

2

医業経営情報レポート

社会保険加入や年金受給等の諸条件

健康保険に加入している事業所（適用事業所）で使用される者は、国籍や給与の額などに関係なく、健康保険の「被保険者」となります。試用期間中やパートタイマーであっても、その事業所で一定の条件のもとで働き、報酬を受けていれば、原則、被保険者として加入しなければなりません。ただ、臨時に使用される場合や、短い期間を定めて使用される場合などは、一般の被保険者から除外されます。健康保険には被保険者（本人）だけでなく、被保険者に扶養されている家族も加入できます。この家族を「被扶養者」といい、被扶養者と認定されれば、保険料を負担しなくても保険給付を受けることができます。

■ 被扶養者の要件と適用範囲

被扶養者となる要件には、60歳を基準とした年齢や収入の条件と、「三親等内」を原則とした親族の条件を満たす必要があります。また、被保険者の直系専属、配偶者、兄弟姉妹、子孫以外の三親等内親族は、同居していることも条件となります。子どもが別地域の学校等に住民票を分けて居住して通学している場合や、別居している親の面倒を見ている場合等では、学生証のコピーや仕送りをしているといったことが証明できる書類（通帳の写しや振込みの控え等）、被扶養者の収入が基準以下であるといった書類の提出を求められる場合があります。

■ 被扶養者となるための収入条件

● 60歳未満

- ・ 年収が130万円未満かつ被保険者の年収の1/2未満
- ・ 障害厚生年金を受けられる程度の障害者の場合は年収が180万円未満かつ被保険者の年収の1/2未満

● 60歳以上

- ・ 年収が180万円未満かつ被保険者の年収の1/2未満

※別居の場合は、上記の条件に加えて、収入が被保険者からの仕送り額より少ないときに被扶養者となります。

■ 健康保険の給付金等について

健康保険の給付には、加入者(被保険者又は被扶養者)が業務外に医療機関等で受けた医療行為や薬の処方など、物として提供(給付)される「現物給付」と、傷病手当金、高額療養費、出産に係る一時金、埋葬料など、主として(生活)費用の保障を目的として給付金が支給される「現金給付」があります。

勤務中や通勤途中のけがは労災保険の扱いになるほか、業務外の病気やけがであっても、故意に事故を起こしたり、不正に保険給付を受けようとした場合には保険給付が制限されます。

3

医業経営情報レポート

「年収の壁」の概要と留意ポイント

政府・厚生労働省では、年収の壁を越えての勤務を進めるにあたり、支援制度を策定しました。今後は非正規雇用者が年収の壁と言われる 103 万円、106 万円、130 万円、150 万円等の意味を理解したうえで勤務体系を構築し、他のスタッフも含めた雇用条件を改善する必要があります。本章では、いわゆる「年収の壁」について説明します。

■ 税金の103万円や配偶者控除、配偶者特別控除

歯科医院のパート職員より、「扶養範囲内で働きたいので年間 103 万円以内に抑えたい」「配偶者特別控除を受けるため 150 万円以内で働きたい」「扶養範囲内で働くには年収いくらまでなら良いのか」などといった声を聞くことがありますが、この 103 万円や 150 万円という収入が所得税という税金の壁になります。所得税は、年収に応じて基礎控除という金額が設定されています。年収 2,400 万円以下での基礎控除額は 48 万円（令和元年までは 38 万円）、給与所得が 162 万 5 千円未満であれば、給与所得控除の 55 万円が受けられますので、この 48 万円と 55 万円の合計が 103 万円になります。（令和元年までは 65 万円）

■ 令和2年以降の基礎控除

納税者本人の合計所得金額	控除額
2,400万円以下	48万円
2,400万円超2,450万円以下	32万円
2,450万円超2,500万円以下	16万円
2,500万円超	0円

次に 150 万円についてです。納税者の収入によっても控除額が異なりますが、例えば納税者（夫）自身の年収が 900 万円以下で、配偶者（妻）の収入が 103 万円以下であれば、配偶者控除が 38 万円、103 万円を超え 150 万円以下であれば、配偶者特別控除の 38 万円が納税者（夫）の収入からの控除が受けられます。

配偶者に対する最大の控除額を受けられる壁が 103 万円と 150 万円なのです。

■ 社会保険の106万円、130万円の壁

年収 106 万円（目安であり基準は月額 8 万 8 千円以上）と年収 130 万円は社会保険料の壁になります。配偶者の社会保険被扶養者となっている職員の年収が 106 万円を超えると、働いている事業所の規模によっては自身で事業所の社会保険に加入する必要があるため、配偶者の扶養から外れ、社会保険料の負担が発生します。

また、年収が 130 万円を超えると、配偶者の社会保険の扶養から外れるため、自身で国民健康保険と国民年金に加入する必要があり、これも保険料の負担が増加する要因となります。

4

医業経営情報レポート

労働条件と労働基準法に関するQ&A

スタッフを雇用するにあたり、労働条件の提示や労働契約書の締結等があります。その労働条件については、労働基準法があり、最低でも守らなければいけません。

そのためには労働条件や労働基準法の基礎知識も知っておく必要があります。以下 Q&A 形式でその概要を示します。

■ 労働時間・休憩に関するQ&A

Q1	労働時間とは何ですか？
A1	労働時間とは、事業主の管理下（指揮命令下）で労働者が事業所のために働く時間の事。この場合、労働時間から休憩時間は除かれます。労働時間の上限は1週間につき40時間、各日では8時間を超えないことが原則です。 業種と事業所によって変形労働時間制を選択している場合も有り、その場合は期間や従業員数等によって条件が違ってきます。

Q2	休憩時間とは何ですか？
A2	休憩時間とは、被雇用者（労働者）が業務を離れ、心身の回復を図るために設けられた時間のこと。労働基準法第34条で、労働時間が6時間を超え、8時間以下の場合には少なくとも45分、8時間を超える場合は、少なくとも1時間の休憩を与えなければならない、と定めています。休憩時間は雇用者の監督下においても、自由に労務から離れることができます。

Q3	所定労働時間と法定労働時間の違いは何ですか？
A3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所定労働時間：就業規則や雇用契約書などの契約で定められた始業時間から終業時間までの時間（休憩時間を除く） ・ 法定労働時間：国で決めた労働時間の制限で、雇用主（企業）は「1日8時間、1週間40時間」の範囲内であれば自由に所定労働時間を設定できます。

Q4	分別が難しい、労働時間として認められる時間とは何ですか？
A4	<p>下記の時間が該当します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 始業前や終業後の指定制服の着替えの時間や清掃、朝礼、終礼の時間 ・ 昼休み中の電話当番や来客対応の時間 ・ 雇用主が命ずる（強制）研修時間は自宅研修でも労働時間（自由参加は別）

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:中期経営計画

年度経営計画と中期経営計画

年度経営計画と中期経営計画では どちらから策定するべきでしょうか。

中期経営計画は病院を取り巻く環境変化に対応すべく、病院の構造革新を含んだ計画であるのに対して、年度経営計画は当該年度の実行計画としての性格を持っています。つまり、前者は戦略的計画であるのに対し、後者は戦術的計画と位置づけられます。

したがって、まず中期経営計画を策定し、その1年目の計画として年度経営計画を策定するということになります。

中期経営計画は、病院が進むべき方向と目標を実現するために戦略を具体化した計画です。

中期経営計画が重要視されるのは、3~5年の計画期間が、重要な戦略を具体化するのに適した期間だからです。

激しい環境変化のなか、長期計画を立てても実現可能性が低く、年度経営計画だけでは病院の方向性を定めるのが難しいため、現在の延長線上の計画となりがちで、成り行き経営に陥る危険性があります。中期経営計画は、3~5年後の自院の「こうありたい」というビジョンを明確にし、それを実現するための戦略を策定し、業務活動に落とし込むという経営サイクルを回すための設計図であり、経営活動の基本であるといえます。

一方、年度経営計画の役割とは、中期経営計画における目標は数年後の目標のため、すぐには到達できないレベルの目標であり、一足飛びに目標を達成することは困難なものです。

したがって、計画の過程において、マイルストーンを置く必要が出てきます。このマイルストーンが年度経営計画で設定される年度目標で、この達成が中期経営計画達成につながります。

昨今は環境変化が激しく、策定した計画の見直しを常に行わなければなりません。見直しの仕方には下記の2つの方法が挙げられますが、それぞれ一長一短があります。ローリングプランを用いる病院が多いようですが、病院を取り巻く環境を踏まえた上での判断が必要です。

●ローリングプラン(毎年見直しする)

長所：環境変化を適宜織り込むことが出来る

短所：2年目以降の中期経営計画が楽観的になりやすい

●フィックスプラン(毎年見直しする)

長所：立てた目標に対する執着心が強くなる

短所：外部環境変化などによる目標の形骸化、現実との乖離が大きくなる

ジャンル:経営計画 > サブジャンル:中期経営計画

中期経営計画策定には どの階層が関わるべきか

中期経営計画の策定には 組織のどの階層が関わるべきでしょうか。

組織を階層ごとに区分していくと、経営者といわれるトップマネジメント、管理者といわれるミドルマネジメント、そして業務機能を遂行する一般職員の3つの階層に分けることができます。

経営計画を策定するにあたり、階層の関わり方により3つの方式がとられます。

① トップダウン方式

経営者自らが、経営理念、基本方針、経営戦略のほとんどを作成し、管理者、一般職員がそれに従っていくものです。

これは、経営状況が極めて激しく、スピードある革新が求められる場合や管理者がまだ経営計画の策定に参加するレベルにないケースには有効な方式です。

② ミドルアップアンドダウン方式

経営者が経営理念・経営基本方針を示し、管理者（ミドル）がそれに対して部門方針、経営目標（計数目標）と計数計画書、そして実行計画の原案を作成し、経営者とのすり合わせの中で決定していく方法をいいます。

この方法をとることにより、トップダウン方式のように命令される働きではなく、自ら使命感を持った働きなので、無限の可能性がります。

そのため、病院運営に携わる職員一人ひとりの自主的、創造的な働きができます。

③ ボトムアップ方式

経営者が経営理念と経営基本方針を示し、それに対して部門管理者（ミドル）が部門ごとの方針を設定します。

次に、部門管理者と職員が前年実績をもとに積み上げ方式で利益計画を作成し、部門管理者と経営者がそれらを尊重してすり合わせを行いながら、策定していく方法です。