

週刊WEB

# 医療経営

MAGA  
ZINE

Vol.651 2020. 12. 1

## 医療情報ヘッドライン

### 医療費抑制へ強烈な牽制 コロナ追加支援にも否定的

▶財務省 財政制度等審議会

### 紹介状なしでの大病院受診、 定額負担を7,000円に引き上げ

▶厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

## 週刊 医療情報

2020年11月27日号

### 「連携B水準対象医療機関」 として具体例を明示

## 経営 TOPICS

統計調査資料

### 病院報告

(令和2年5月分概数)

## 経営情報レポート

### 保険診療の質向上と適正化を目指す 個別指導・監査の実態と返還防止ポイント

## 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について  
元職員への貸付金回収手順

発行: 税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報  
ヘッドライン  
①

# 医療費抑制へ強烈な牽制 コロナ追加支援にも否定的

財務省 財政制度等審議会

財務相の諮問機関である財政制度等審議会（財政審）は 11 月 25 日、来年度予算の建議を取りまとめ、麻生太郎財務相に提出した。

医療に関する記述は、新型コロナウイルス感染症に触れた部分を除いても例年より多く、自由開業が認められていることに対し「医療費の増大を招きやすく、その歯止めがかかりにくい構造にある」と断じるなど攻撃的な表現が目立った。また、新型コロナウイルス感染拡大の影響についても「基本的には一時的な受診控えによるもの」と突き放し、医療機関への財政支援を言外に否定している。

## ■社会保障に対する記述量は前年比1.5倍以上

少子高齢化が加速度的に進み、「2025 年問題」が取り沙汰されていることもあり、財政審の建議は「社会保障費抑制」の必要性を訴えることに主眼が置かれてきた。それを踏まえたうえでも、今回の建議の論調は医療費抑制への牽制が目立つ。そもそも、新型コロナウイルスに対して言及しているからとはいえ、全体の分量も多い。昨年は 86 ページ、一昨年は 93 ページだったが、今年は 118 ページ（表紙、名簿含む）。昨年、「社会保障」に割かれたのはうち 22 ページだったが、今年は 35 ページと 1.5 倍以上になっている。そして、「医療」部分は冒頭から前述のとおり自由開業に言及。「出来高払いで報酬が支払われるため、診療行為をするほど収入を確保できる、といった特徴がある。

こうした特徴は、国民にとって医療サービスを受けやすいというメリットがあるが、他方で、コストを明確に認識しないまま、自由に医療機関にかかりやすく、また、患者と医

療機関の間に情報の非対称性が存在することもある、過剰なサービス供給が行われやすいという面を有している」とし、前述の医療費が増大する構造の要因だと決めつけた。

## ■経営状況の「見える化」が不十分

「新型コロナへの対応」と題した項目では、「感染症の影響により足もとの医療費に変化が見られるものの、基本的には一時的な受診控えによるものと考えられ、中長期的な受診行動の変化を含むかどうかについては検証が必要」としたうえで、「更なる対応の要否については、慎重に見極める必要がある」とし、「緊急包括交付金のような交付金措置よりも診療報酬による対応の方が優れており、新型コロナの流行の収束までの臨時の時限措置としての診療報酬による対応に軸足を移すべき」と主張。日本医師会などが、新型コロナウイルス対応で経営的に窮している医療機関が多い現状を再三訴え、国の支援を求めているが、少なくとも緊急包括支援交付金を再度交付することに対して、財務省サイドとして否定的なスタンスを明らかにした格好だ。

さらに、医療機関の経営状況の「見える化」が不十分として、社会福祉法人の 99%が WAMNET へのアップロードによる事業報告書の情報公開を実施している点に言及。

医療法人に対しても法改正をしたうえで同様の措置をとり、平時から経営状況を把握できるようにデータベースを整備するべきだとしている。こうした一連の牽制に対し、厚生労働省がどのような対応をするのか、今後の中央社会保険医療協議会や医療保険部会での動きが気になるところだ。



医療情報  
ヘッドライン  
②

# 紹介状なしでの大病院受診、 定額負担を7,000円に引き上げ

厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

11月19日の社会保障審議会医療保険部会で、紹介状がなく大病院を受診した際の定額負担を現行の5,000円以上から7,000円以上に引き上げる方針を示した。

医療資源を効率的に活用する観点から、大病院と中小病院・診療所の外来診療における機能分化をさらに進めるのが狙いだ。

## ■「医療資源を重点的に活用する外来」が対象

紹介状なしで大病院を受診した際の定額負担は、2016年度の診療報酬改定で導入され、現在は200床以上の地域医療支援病院までが対象となっている。政府はさらに機能分化を進めるため範囲を広げる方針で、2019年12月の全世代型社会保障検討会議では「200床以上の一般病院」と明記。

しかし、単に対象を拡大しただけでは、機能分化の意図が国民に伝わりにくい。コロナ禍で、ただでさえ大病院に負担がかかっている状況であるため、これまで病院全体の7.9%（666病院）だったのが、一気に倍増して16.1%（1,354病院）となる急激な変化も決して望ましいとはいえないだろう。そこで厚労省は、「医療計画の見直し等に関する検討会」で協議されている「外来機能報告」（仮称、外来機能を明確化することを目的としたもの）で新設予定となっている「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）の活用を検討し、定額負担の対象拡大とその意図の啓蒙を両立させようとしている。

「医療資源を重点的に活用する外来」は、その名のとおり先進的なリソースを有し、紹介患者への外来医療を基本として「状態

が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う」が要件となる見込み。

つまりは大病院と同様の存在であり、定額負担制度の徴収義務対象になることに違和感はない。見方を変えると、今回厚労省は、地域医療体制の見直しと絡めて定額負担制度の対象を再定義したともいえよう。

## ■初診料を控除して医療保険の負担を軽減

なお、定額負担の引き上げ額を2,000円とした根拠は、初診料にある。厚労省が提示した理屈は、「紹介状なしで大病院を受診する患者の初診料・再診料は保険給付を行う可能性が低い。だから、一定額をその範囲から控除してはどうか」というもの。初診料は288点、外来診療料は74点だから計算が合わないと考えがちだが、紹介率が低い場合はそれぞれ214点、55点となるため、結果として控除額は2,000円となり、医療保険の負担も軽減できるというわけだ。ちなみに、過去のデータから、定額負担の徴収額が高くなるにつれて「紹介状なし患者数」（定額負担額を支払う患者数）が減少する傾向が明らかになっている。厚労省の調べによれば、外来初診患者全体に占める紹介状なし初診患者数の割合は、定額負担額が5,000円～7,000円の場合45.5%、7,000円～10,000円の場合39.5%、10,000円以上の場合33.6%。定額負担を引き上げることでこの数字を下げ、機能分化が進めば「効率的な医療」の実現が見えてくるとというのが政府・厚労省の思惑だが、果たしてそのとおりに進められるか、今後のなりゆきを見守りたい。

医療情報①  
厚生労働省  
働き方検討会

## 「連携B水準対象医療機関」 として具体例を明示

厚生労働省は 11 月 18 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教授）の会合を開き、厚労省がこの日示した「中間とりまとめ（案）」について議論した。

この日厚労省は、医師の派遣を通じて地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関（例えば、大学病院、地域医療支援病院等のうち当該役割を担うもの）を、B 水準とは別枠の「連携 B 水準」と設定。自院で予定される時間外・休日労働が年 960 時間以内で、地域医療確保の観点からやむなく他の医療機関での勤務と通算で時間外・休日労働が年 960 時間を超える医師を対象に、時間外労働時間を 1860 時間まで認めると整理した。

具体的には、連携 B 水準の指定を受けた医療機関は、所属するすべての医師に適用されるのではなく、指定される事由となった業務に従事する医師のみに適用される。つまり、所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関はそれぞれの水準についての指定を受ける必要がある。

また、副業・兼業先に勤務する際、労働基準法上の労働時間とは見なされない移動時間に数時間（片道 2～3 時間）を要するケースが少なくないため、配慮と責任所在をどうするかと指摘されてきたが、「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針」に、「兼業先との間の往復の移動時間も考慮し、労働時間に該当しない場合でも、十分な勤務間インターバルが確保できるような勤務計画を作成すること」と記載する考えを示した。

また、責任の所在については、「本業先から兼業先へ向かう間の災害は兼業先、兼業先から本業先に戻る間の災害は本業先の労災保険が、兼業先から住居に戻る間の災害については兼業先の労災保険がそれぞれ適用される」と説明した。

「連携 B 水準」について馬場武彦構成員（社会医療法人ペガサス理事長）は、「兼業は大学病院に限らず民間病院でも都市部の 2 次救急などに派遣するケースは少なくない。どちらも地域医療を守るためには大事」と指摘。「本業と兼業をバランスよく減らすのは難しい。連携 B 水準の役割を例示したうえで、まずは B 水準から連携 B 水準を目指す（次に A 水準を目指す）ことを明示してはどうか」と提案した。城守国斗構成員（日本医師会常任理事）は、「文科省のアンケートでは一定程度、派遣を引き上げるとする大学がある。引き上げが起こりそうな場合、調整会議に報告するなどのチェック体制を組み入れることはできないか」と、医師の引き上げの可能性を懸念した。（以下、続く）

医療情報②  
厚生労働省  
医師需給分科会

## 23年度以降の 医師養成数などで議論

厚生労働省は11月18日、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」（座長＝片峰茂・長崎大学名誉教授）の会合を開き、以下などについて議論した。

- ▼2023年度以降の地域枠の考え方
- ▼キャリア形成プログラムの充実・魅力化

厚労省が示した医学部定員の段階的変更などの案は、大枠として了承された。厚労省はこの日、23年度以降の地域枠設定等の考え方について、以下のような案を示した。

- ▼地域の実情に応じて地域枠の設置・増員を進めていく
- ▼将来的な医師の過剰を防ぐ観点から日本全体としての臨時定員を含む医学部総定員は減員する
- ▼医学部定員の減員（都道府県によっては増員）による医療提供体制や大学への影響を配慮し、劇変緩和の観点から段階的に医学部定員数を変更する
- ▼23年度以降、恒久定員を含め、各都道府県の医学部定員内に必要な数の地域枠を確保し、地域における医師の確保を図ることを可能とする

また、医学部定員数の変更に伴う大学への影響を考慮し、必要と考える支援についてアンケート等を実施するとした。

続いて、今後の地域枠等の必要数の算出に関する考え方として、以下を挙げた。

- ▼36年時点の医師供給推計（上位推計）数が需要推計（必要医師数）を下回っている場合、その差を医師不足分として地域枠の必要数として算出する
- ▼将来、必要医師数に満たない医療圏がある場合、知事は医師不足分の合計数を必要枠数として（地域医療対策協議会の協議を経たうえで）大学に対し地域枠創設・増加が要請できる
- ▼将来的に医師の不足が見込まれない都道府県で医師不足が見込まれる2次医療圏がある場合と、現時点で少数区域がある場合は、引き続き恒久定員内に地域枠設置（要請）を可能とする
- ▼恒久定員内で一定程度（5割程度）の地域枠を確保しても必要医師数が不十分である場合は、地域枠設置を要件とする臨時定員の設定（要請）を可能とする

最後に、事務局はキャリア形成プログラムの充実・魅力化の課題を、以下と整理したうえで、同分科会において具体的な取組事例紹介を行い、支援策を検討してはどうかとした。（以下、続く）

- ▼地域医療に従事する学生・医師を増加させる
- ▼地域医療に従事する意識を涵養し、醸成させる
- ▼地域医療の従事と医師としての研鑽を両立させる

週刊医療情報（2020年11月27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。

# 病院報告

## (令和2年5月分概数)

厚生労働省 2020年9月4日公表

### 1 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和2年5月	令和2年4月	令和2年3月	令和2年5月	令和2年4月
病院					
在院患者数					
総数	1 099 283	1 142 318	1 204 163	△ 43 035	△ 61 845
精神病床	272 879	274 334	276 793	△ 1 455	△ 2 459
感染症病床	414	705	267	△ 291	438
結核病床	1 338	1 439	1 333	△ 101	106
療養病床	249 345	254 053	263 790	△ 4 708	△ 9 737
一般病床	575 307	611 787	661 980	△ 36 480	△ 50 193
(再掲)介護療養病床	15 762	15 976	23 329	△ 214	△ 7 353
外来患者数	952 729	1 084 528	1 221 094	△131 799	△136 566
診療所					
在院患者数					
療養病床	3 537	3 608	3 814	△ 71	△ 206
(再掲)介護療養病床	1 162	1 192	1 350	△ 30	△ 158

注1) 介護療養病床は療養病床の再掲である。数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

注2) 令和元年10月分については、令和元年台風第十九号の影響により、長野県の病院1施設から報告がないため、集計から除いている(以下同)。

### 2 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	令和2年5月	令和2年4月	令和2年3月	令和2年5月	令和2年4月
病院					
総数	71.3	72.6	76.3	△ 1.3	△ 3.7
精神病床	83.9	83.7	84.3	0.2	△ 0.6
感染症病床	13.8	35.8	22.0	△ 22.0	13.8
結核病床	30.6	34.4	32.6	△ 3.8	1.8
療養病床	83.9	85.1	85.6	△ 1.2	△ 0.5
一般病床	62.9	64.6	70.5	△ 1.7	△ 5.9
介護療養病床	86.4	87.8	82.4	△ 1.4	5.4
診療所					
療養病床	50.3	49.3	50.6	1.0	△ 1.3
介護療養病床	65.4	64.5	67.1	0.9	△ 2.6

注) 月末病床利用率 =  $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

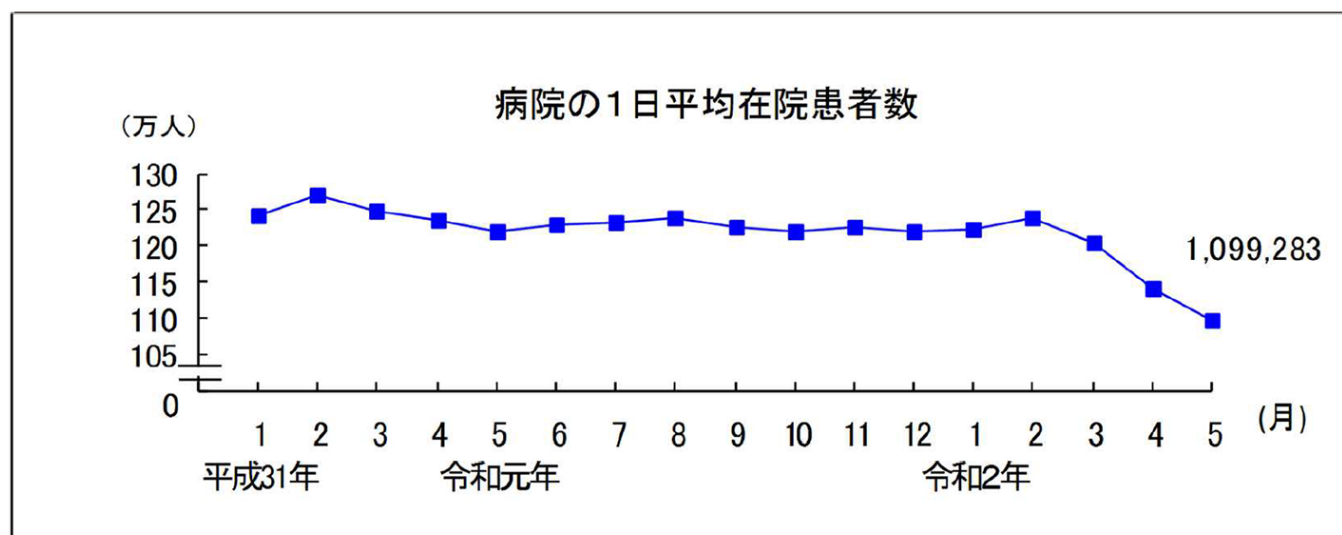
### 3 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和2年5月	令和2年4月	令和2年3月	令和2年5月	令和2年4月
病院					
総数	33.5	30.1	27.9	3.4	2.2
精神病床	316.5	294.2	271.8	22.3	22.4
感染症病床	10.8	12.0	8.4	△ 1.2	3.6
結核病床	50.9	38.3	51.2	12.6	△ 12.9
療養病床	152.8	134.7	132.3	18.1	2.4
一般病床	18.8	17.2	16.4	1.6	0.8
介護療養病床	374.7	206.1	208.6	168.6	△ 2.5
診療所					
療養病床	123.5	112.8	104.5	10.7	8.3
介護療養病床	171.5	149.0	149.7	22.5	△ 0.7

注) 平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 (\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

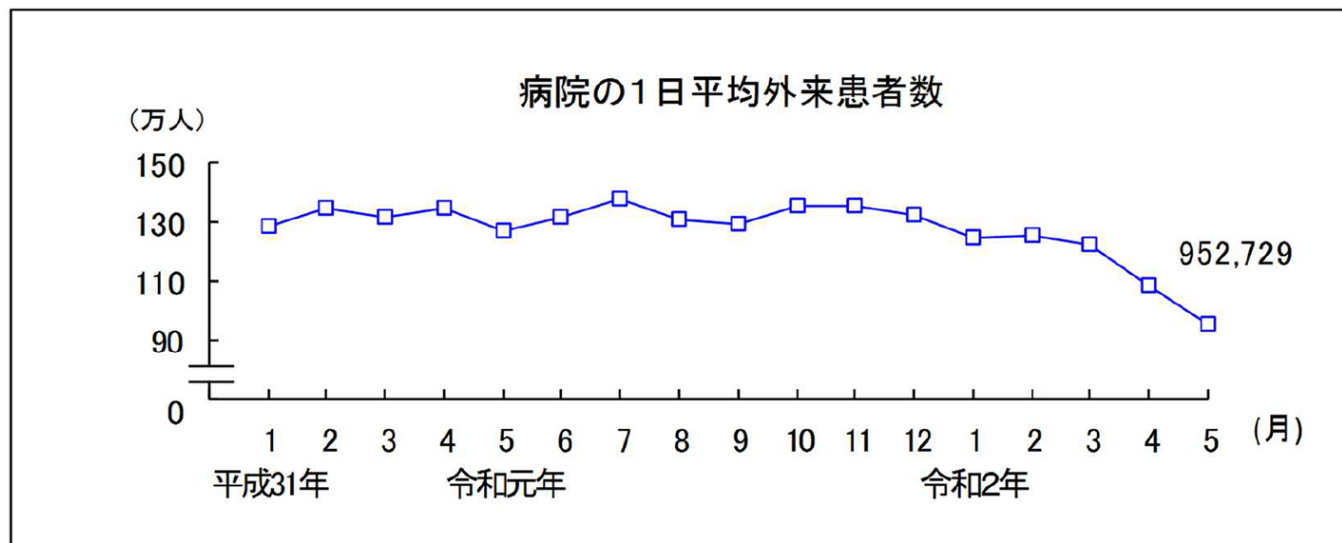
ただし、療養病床の平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left( \begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

#### ◆ 病院:1日平均在院患者数の推移

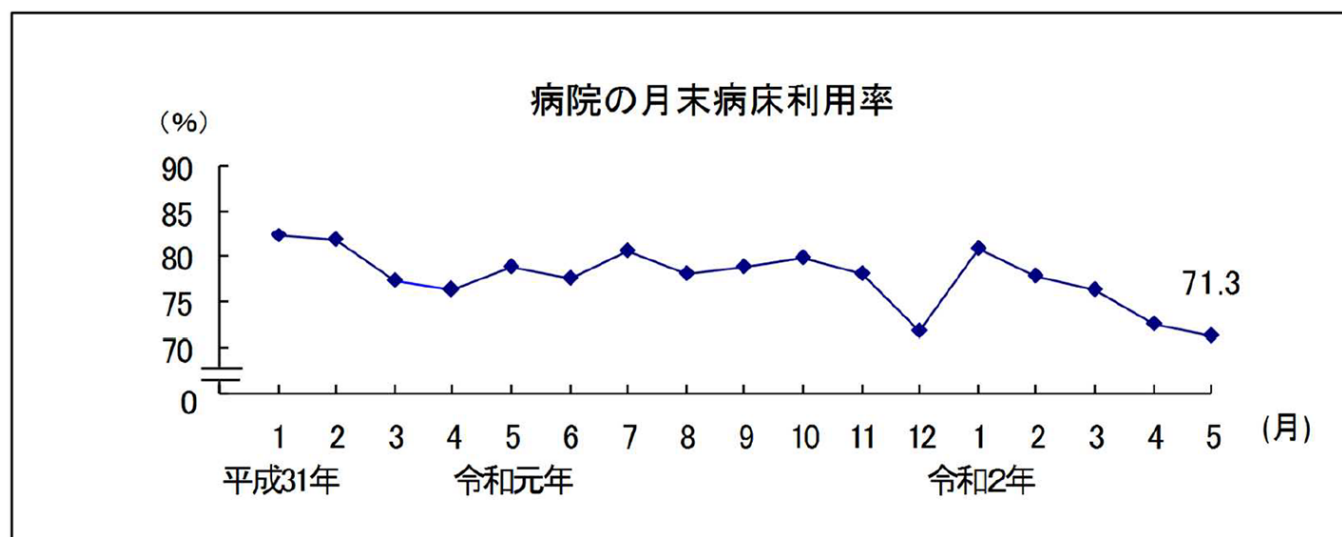




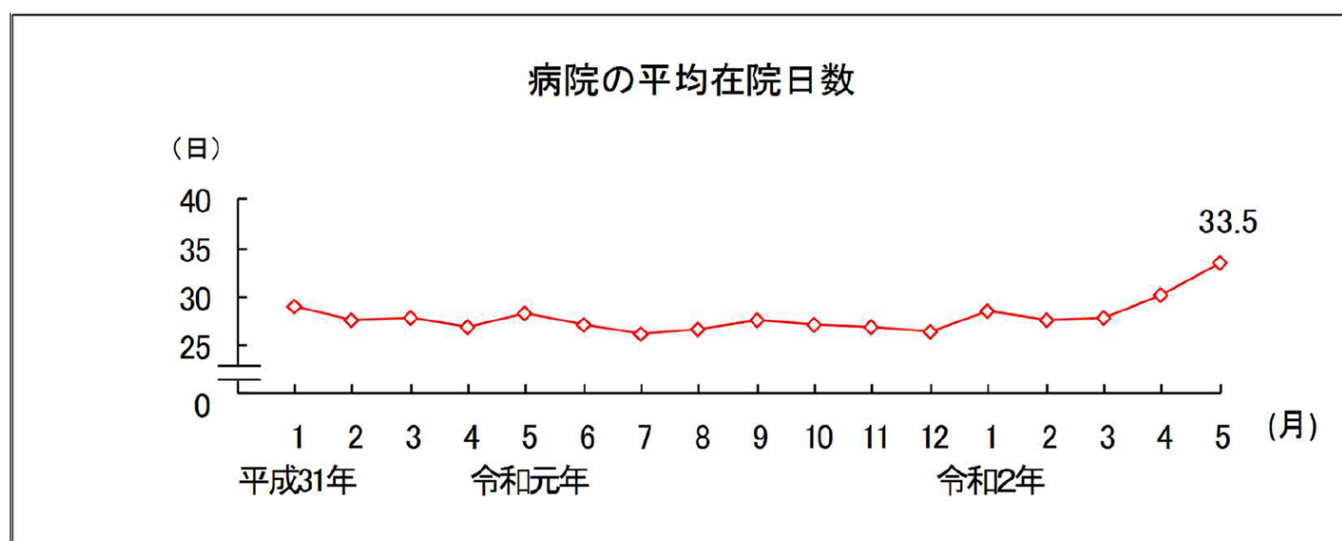
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



病院報告（令和2年5月分概数）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。





# 保険診療の質向上と適正化を目指す 個別指導・監査の 実態と 返還防止ポイント

1. 個別指導・監査の実施状況
2. 指導・監査の形態と選定基準
3. 組織的な対応が求められる個別指導対策
4. 個別指導における具体的指摘事項



## 参考文献

【厚生労働省ホームページ】：平成 30 年 個別指導の実施状況 スライド版保険診療理解の為に 個別指導の実態 個別指導の選定の概要 個別指導時の指摘事項中央社会保険医療協議会：議事録資料より

# 1

## 医業経営情報レポート

# 個別指導・監査の実施状況

保健医療機関の指定を受けている歯科医院や保険医登録をしている歯科医師にとって、診療報酬請求に関する行政指導（以下「指導」）は、指導の結果やその後の手続（監査）によっては保険医登録取消しなどの重大処分につながるおそれがあるため、日ごろから注意しておかなければならない問題といえます。

指導の中でも特に診療報酬請求に疑義のある可能性が高いと思われる段階での手続である個別指導と、不正又は著しい不当があったことを疑うに足りる理由がある場合に実施される監査では、ほとんどが診療報酬の返還という事態に発展します。指導・監査の対象とならないことが一番ですが、このような制度がある以上、制度の構造をしっかりと押さえて、万が一指導の通知が来た場合に、対応できるように準備をしておくことが重要です。

### ■ 厚生労働省 指導・監査等実態調査データ

#### （１）保険指定医療機関の個別指導・監査の状況

2018 年度に個別指導を受けた保険医療機関等は 4,724 件（参考：前年度比 107 件増）で、内訳は、歯科 1,332 件（同 18 件増）、医科 1,653 件（同 25 件増）、薬局 1,739 件（同 64 件増）となっています。

#### ■ 2018年度保険医の指導実施状況

区分	歯科	医科	薬局	合計
個別指導	1,332 件	1,653 件	1,739 件	4,724 件
新規個別指導	1,533 件	2,355 件	2,074 件	5,962 件
適時調査	11 件	3,623 件	2 件	3,636 件
監査	28 件	16 件	8 件	52 件

厚生労働省ホームページ：2018 年度における保険医療機関等の指導・監査等実施状況より

#### （２）保険医の指導・監査の状況

個別指導を受けた保険医等は 1 万 4,680 人（参考：前年度比 3,826 人増）で、内訳は、歯科医師 2,993 人（同 1,190 人増）、医師 9,210 人（同 2,599 人増）、薬剤師 2,657 人（同 217 人増）となっています。

#### ■ 2018年度保険医等の指導実施状況

区分	歯科	医科	薬局	合計
個別指導	2,993 人	9,210 人	2,657 人	14,860 件
新規指定個別指導	1,853 人	3,640 人	3,138 人	8,631 人
監査	48 人	36 人	18 人	102 人

厚生労働省ホームページ：2018 年度における保険医療機関等の指導・監査等実施状況より

# 2

## 医業経営情報レポート

# 指導・監査の形態と選定基準

保険医療機関に対する指導等については、健康保険法第73条の規定に基づき実施されていますが、その詳細については、指導大綱、指導大綱実施要領等に定められています。対象選定は、レセプト1件当たりの平均点数が一定割合を超えるかが基準となっています。

### ■ 指導とは

保険医療機関が受ける「指導」とは、厚生労働省が保険医療機関と保険医に対して行う行政指導のことで、①集団指導、②集団的個別指導、③個別指導の3種類があり、新規開業の場合は別枠で指導が行われます。

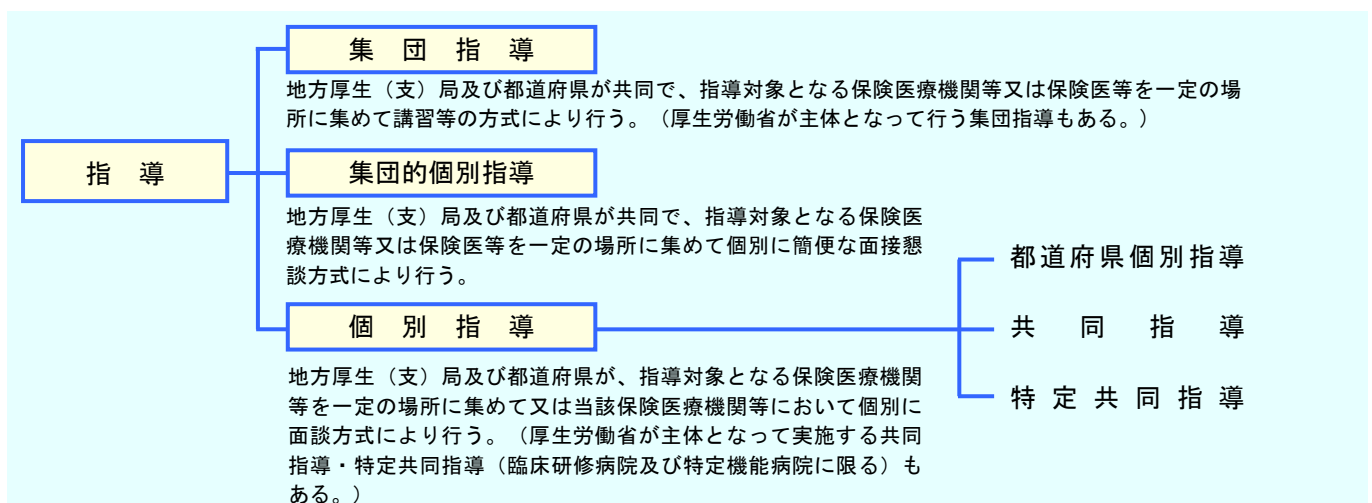
### ■ 指導の種類

- 開業時には、初期の集団指導
- 高点数（各都道府県の平均点数の1.2倍かつ上位8%）の保険医療機関には、集団的個別指導
- 患者等からの情報提供により必要があると判断された場合や、1件当たりの高点数が維持される保険医療機関には、都道府県や各厚生局による個別指導
- 新規開業や管理者交代から約1年後には、新規個別指導

### ■ 保険医に対する指導・監査の形態

3種類の指導の内、個別指導はさらに、地方厚生局及び都道府県が主導する都道府県個別指導、厚生労働省が主導する共同指導、特定共同指導に分類されます。

### ■ 保険医に対する指導等の形態



また、診療報酬の請求に不正が疑われる場合、出頭命令、立ち入り検査等を通じて確認することを「監査」といいます。監査は、法令の規定に従って適正に実施されているかどうか、診療（調剤）報酬の請求が適正であるかどうかなどを出頭命令、立入検査等を通じて確認することを目的として実施されます。

# 3

## 医業経営情報レポート

# 組織的な対応が求められる個別指導対策

平均点が高い医療機関（上位8%）がいきなり個別指導の対象となるケースが増えています。そのため、適切な診療報酬請求の堅持はもちろんですが、毎月の査定状況などの把握と診療報酬請求業務の適正化に向けた取り組みは、組織的な対応が求められます。

自院の請求点数が他院と比べて高いのか、あるいは低いのかといった情報はチェックしておく必要があります、さらに過剰請求に陥っていないかを確認するために、請求点数の月次推移や、診療科別の日当点などの情報を的確に把握する必要があります。

### ■ 個別指導時に用意するもの

個別指導時には持参する物が必要です。これは、指導のための必要なものではありませんが、普段から指導を受けないための予防として、日々注意しておくことが重要です。

### ■ 個別指導時の持参物

- 診療録（保険診療から自費診療に移行した場合は、自費診療分も含み、当該患者の最初から現在までの診療録）
- 歯科衛生士の業務に関する記録等
- 歯科技工指示書及び技工納品・請求書
- X線フィルム（パノラマ、デンタル等）及び口腔内カラー写真
- ※デジタル画像として電子媒体に保存している場合にあっては、電子媒体を映し出せる電子機器及び延長コードを準備
- 諸検査成績表（治療計画書を含む）
- 平行測定模型及び未装着物
- ※上記診療録から平行測定模型等までの書類等は別途指定される患者について準備する
- 歯科訪問診療予定（ルート）表・訪問日報（指導月の前月から1年分）
- ※訪問先、訪問予定時間、訪問担当者、が記載されているもの
- 歯科訪問診療2又は3を算定した患者等への提供文書の写し
- ※訪問診療を行った日時及び訪問診療を行った歯科医師の氏名が記載された文書
- 患者ごとの一部負担金徴収に係る帳簿（日計表）（指導月の前月から1年分）
- ※作成あるいは保存していなければ新たに作成する必要はありません
- 薬剤、歯科材料（金属材料等）の購入・納品伝票（指導月の前月から1年分）
- 酸素購入書類（当概年度の単価の算定の根拠となった購入・納品伝票）
- 審査支払機関からの返戻・増減点数通知に関する書類（指導月の前月から1年分）
- 歯科技工物単価表（写し）
- 次にかかる文書の様式（見本） ①領収証及び明細書②処方箋③薬剤情報提供にかかる情報提供文書等）④歯科技工指示書⑤患者への交付文書（クラウン・ブリッジ維持管理料に係る案内書、医学管理に係る情報提供文書等）
- 院内掲示物例（クラウン・ブリッジ維持管理料に関する掲示物例等）
- 保険医及び歯科衛生士の勤務表・雇用契約書（指導月の前月から1年分）



# 4

## 医業経営情報レポート

# 個別指導における具体的指摘事項

個別指導における主な指摘事項は、診療録等、医学管理等、在宅医療、検査、画像診断、リハビリテーション、歯周治療、処置等、手術、歯冠修復及び欠損補綴、診療報酬請求の11項目となっています。

### ■ 2018 年度 特定共同指導・共同指導(歯科)における主な指導事項

11 項目から、主に歯科に関係する項目を抽出し、以下に整理しました。

#### 1. 診療録等の記載

- 診療録第1面の記載内容が不備な例が認められたので、必要な事項を適切に記載すること。
- 診療録第2面の記載内容が不備な例が認められたので、必要な事項を適切に記載すること。  
例：開始年月日、終了年月日、転帰、主訴、口腔内所見の記載がない又は不十分な例が認められた。
- 診療録の記載方法、記載内容に次の例が認められたので改めること。  
例：症状、所見、処置内容、指導内容、検査結果、画像診断所見、医学管理等の内容、診療方針について記載がなかった又は不十分だった。
- 略称を使用するに当たっては、「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」を参照し適切に記載すること。  
例：診療行為の手順と異なる記載、行間を空けた記載、療法・処置記載欄への一行複数段の記載、判読困難な記載、鉛筆による記載
- 歯科技工指示書に設計、使用材料、発行した歯科医師の氏名及び当該歯科医師の勤務する診療所の所在地の記載のない例が認められたので改めること。

#### 2. 医学管理

- 歯科疾患管理料：歯科疾患管理料を算定した月に、当該管理に係る要点について診療録に記載していない又は記載の不十分な例が認められたので、適切に記載すること。
  - ・患者等に提供した管理計画書の写しを診療録に添付していない。
  - ・文書提供加算に係る提供文書に記載すべき内容について、記載の不十分な例が認められたので、適切に記載すること。
 例：患者の基本状況（全身の状態・基礎疾患の有無、服薬状況、生活習慣の状況）、口腔内の状態（プラーク及び歯石の付着状況、歯及び歯肉の状態等）
- 歯科衛生実地指導料：診療録に記載すべき内容（歯科衛生士に行った指示内容等の要点）について、画一的に記載している又は記載の不十分な例が認められたので、適切に記載すること。
- 新製有床義歯管理料：患者等に提供した文書の写しを診療録に添付していない。

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

希望退職制度	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。 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。
退職勧奨と整理解雇	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。 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。
公表方法	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。 公表は主に通達、掲示板、メール等を利用して行います。

## ■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 응답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。	

（出典）厚生労働省 医療広告ガイドライン