週刊WEB
医業経営 MAGAZINE
Vol.763 2023.3.14

医療情報ヘッドライン

新型コロナの経口薬2種を保険適用 当面は公費負担で厚労省が配分を担う

▶厚生労働省　中央社会保険医療協議会　総会

日本版CDCの創設へ法案を閣議決定 名称は「国立健康危機管理研究機構」

▶政府

週刊 医療情報

2023年3月10日号

40歳未満の健診情報、NDB収載を了承

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8月）

経営情報レポート

人件費高、割増賃金率の引き上げに備える 賃金引上げの実態と時間外労働時間対策

経営データベース

ジャンル:医療制度 ＞ サブジャンル:クリニック新規開業

開業スケジュールの策定
開業の基本方針

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 ❶

新型コロナの経口薬2種を保険適用 当面は公費負担で厚労省が配分を担う

厚生労働省　中央社会保険医療協議会　総会

厚生労働相の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）は、3月8日の総会で新型コロナウイルス感染症の経口薬2種の保険適用を了承した。保険適用されたのは塩野義製薬の「ゾコーバ」とファイザーの「パキロビットパック」。薬価はゾコーバが約5万1,850円、パキロビットが約9万9,030円（いずれも患者1人5日間の投与）。

ただし、当面は公費負担とし、一般流通は行わずに厚生労働省が所有して都道府県の選定した医療機関や薬局に配分する。

■年間販売額3,000億円超で即3分の1に引き下げ

国産初のコロナ経口薬として注目を集める「ゾコーバ」は、発症3日以内に投与すればウイルスの増殖を妨げる作用があるとされている。ただし、重症化リスクのない軽症・中等症患者を対象としているため、感染拡大の際には利用者が急拡大する可能性がある。

厚労省の試算によれば、市場規模は最大4,860億円となるおそれがあり、そうなれば医療保険財政に多大な影響を及ぼしかねない。

そこで、厚労省は1月25日の中医協総会で、ゾコーバが保険収載された際には「高額医薬品の新ルール」を適用する方針を示した。

これは「令和4年度薬価制度改革」で決定されたもので、年間1,500億円の市場規模を超えると見込まれる品目が承認された場合、通常の薬価算定のスケジュールに乗せることなく即座に中医協総会で議論を開始するというもの。「本剤に限った特例」として、「年間販売額3,000億円超かつ予想販売額比10倍以上の場合」は即座に3分の1まで薬価を引き下げる案を提示したことからも、厚労省が「ゾコーバ・ショック」をいかに警戒しているか理解できるだろう。

■ゾコーバは併用禁忌が多いのに効果が薄い問題も

一方、ゾコーバもパキロビットも「併用禁忌・注意薬」が非常に多いことは触れておきたい。とくにゾコーバは「妊娠している、もしくは妊娠している可能性のある女性」や「腎機能または肝機能障害のある患者でコルヒチン投与中の患者」などには投与できない。

日本感染症学会は、昨年11月の緊急承認時に発表したガイドライン案で消極的な表現ながら、投与の必要性に疑問を呈した。

塩野義製薬も「ゾコーバ錠を服用する際の事前チェックリスト」を用意し、動物実験でウサギの胎児に催奇形性が認められていることなどを患者に確認するよう医療機関および薬局に求めている。

問題は、そこまでのリスクに対して効果が薄い点だ。パキロビットパックや、すでに保険適用され一般流通しているモルヌピラビルのように、重症化による入院や死亡を防ぐデータがあるならばともかく、ゾコーバは咳や鼻水の症状が1日程度短縮される程度とされている。積極的に投与すべきか疑問であり、実際、ゾコーバの緊急承認以降、1月16日時点で投与されているのは新型コロナ陽性者数の0.2%程度にとどまっている。

今後の感染状況にもよるが、どう供給数が動いていくか注視したい。

医療情報ヘッドライン②

日本版CDCの創設へ法案を閣議決定 名称は「国立健康危機管理研究機構」

政府

政府は3月7日、「日本版CDC」の創設を盛り込んだ法案を閣議決定した。国立感染症研究所と国立研究開発法人国立国際医療研究センターを統合する形で、名称は「国立健康危機管理研究機構」となる。

法人形態は特別な法律で設立される特殊法人で、政府が全額出資。理事長・監事は厚生労働相が任命する。設置時期は2025年以降とした。また、同日の衆議院本会議では、感染症対策の司令塔として「内閣感染症危機管理統括庁」を内閣官房に新設する内閣法などの改正案も審議入りしている。

■調査研究から人材育成、パンデミック時には疫学調査も

2020年初頭に起きた新型コロナウイルス感染症のパンデミックで、日本の対応は決して素早かったとはいえない。むしろ、ウイルスの特性調査から薬・ワクチンの開発まで総じて遅れをとり、社会に混乱を招いた。

その要因として指摘されているのが、司令塔不在だ。有識者会議は設けられていたものの、報告書をとりまとめて論点を整理する役割が主となっていた印象は否めない。

そこで、司令塔として「内閣感染症危機管理統括庁」とともに、そこへ知見を提供する機関を創設しようということになった。

モデルにしたのが、アメリカのCDC（疾病予防管理センター）。感染症の調査研究および医療の提供、国際協力、人材の養成を行うとともに、パンデミック発生時には疫学調査から臨床研究まで総合的に実施して科学的知見の発信源とする。

なお、関連省庁の組織も再編する。厚労省全体で感染症に対応するため、2024年度から医薬・生活衛生局が担う食品衛生業務は消費者庁へ、水道業務は国土交通省と環境省に移管する。

■「政策決定に資することを期待」と加藤厚労相

加藤勝信厚生労働相は、同日の閣議後に行われた大臣会見で、「国立健康危機管理研究機構」に求める役割について「内閣感染症危機管理統括庁や厚生労働省の求めに応じ政策決定に必要な科学的知見についての調査研究を行う」、「平時から質の高い科学的知見を統括庁や厚生労働省に迅速に提供」、「パンデミック時に政府対策本部長の招集を受けて政府対策本部で意見を述べることにより、統括庁等の政策決定につなげること」の3点を挙げた。

そして、厚労省や内閣感染症危機管理統括庁と密接な連携を図ることによって「科学的知見と根拠に基づいた政府の政策決定に資することが期待される」としたうえで、「感染初期における調査分析等の初動対応の強化、患者受入機能や重症患者等の診療機能の強化、国内外の治験ネットワークの中核的役割を果たすことによる研究開発力の強化などの効果が見込まれる」とし、その方向で施策を進める意向も示している。

パンデミック最盛期には保健所も機能不全に陥っていたことは記憶に新しい。司令塔機能が「絵に描いた餅」にとどまらず、次にやってくる危機に備えられるかどうか、政府および厚労省の手腕が問われる。

ビズアップ週刊 医療情報
2023年3月10日号
[情報提供]MMPG
（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ）
メディカルウェーブ

医療情報①
厚生労働省
専門委員会

40歳未満の健診情報、NDB収載を了承

厚生労働省は3月1日、昨年12月以来となる、「第14回匿名医療情報等の提供に関する専門委員会」（座長＝山本隆一・医療情報システム開発センター理事長）を開催した。

事務局は2023年度中の医療扶助（生活保護）のオンライン資格確認導入を受けて、生活保護受給者の健診情報などをNDBに収載する方針を固めた。合わせて、40歳未満の事業主健診情報についても個人が特定されないよう匿名化して収載する方針を示し、了承された。

今後、生活保護受給者の健診情報、そして、40歳未満の事業主健診情報について必要な予算を確保した上で、システム改修を行うとともに関係省令を改正し、25年度以降にNDBの収載・提供を開始させたい考えだ。

●医療機関で加入者の医療情報などを確認可能に

これまで、40歳以上の被保険者を対象とする特定健診については、労働安全衛生法に基づく事業主健診などの結果の活用が可能である一方で、40歳未満の被保険者については同様の仕組みがない。国は生涯を通じた予防・健康づくりに向けて、健診情報などの活用による効率的・効果的な保健事業を推進していくため、デジタル社会の実現に向けた重点計画として23年度から「40歳未満の被保険者にかかる事業主健診などの結果が事業者などから保険者へ提供される法的仕組みを設ける」ことが22年6月7日の閣議において決定されている。

同日の専門委員会において事務局は、22年1月より保険者が事業者などに対して事業主健診情報提供を求めた場合、事業者などは事業主健診情報を提供する法的な仕組みが設けられたことで、加入者がマイナポータルで自身の健診情報を閲覧、そして、医療機関などで加入者の同意の下、加入者の医療情報や健診情報などを確認することが可能となったと説明した。

その上で事務局は、悉皆データではないものの、40歳未満の事業主健診情報をNDBに収載することで、被保険者の生涯を通じた予防・健康づくりに向けた経年的な健康課題の把握・対策への活用など政策立案や研究結果の精度の向上が期待できるとして、40歳未満の事業主健診情報の追加によって、個人が特定されないよう、引き続き、法律に基づく安全管理措置などを講じる必要性と対応案を提示した。加えて、40歳未満の事業主健診情報収載の運用は現在、支払基金内の「特定健診等データ収集システム」経由が想定されていることから、事務局は、支払基金内のシステムを改修することでNDB収載が可能としており、「必要な予算を確保した上でシステム改修を行うとともに関係省令を改正し、25年度以降にNDBの収載・提供を開始してはどうか」と提案した。（以降、続く）

医療情報②
厚生労働省
推進協議会

電子処方箋の運用開始を受け、初会合を開催

厚生労働省は、2023年1月26日より全国で電子処方箋の運用が開始されたことを受けて2月27日、初会合となる「電子処方箋推進協議会」を開催した。同日の協議会では、22年から電子処方箋のモデル事業として運用を開始している日本海総合病院（地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構）病院長の島貫隆夫氏が、同院におけるオンライン資格確認導入、そして電子処方箋導入前の電子カルテマスター整備から電子処方箋発行までの状況について報告した。

さらに事務局は、電子処方箋の導入やシステムベンダーの対応状況、HPKIカードの発行状況などを説明するとともに、3つのフェーズによる電子処方箋普及の拡大に向けた具体的な進め方の案を提示し、構成員に意見を求めた。

●3点の電子処方箋の意義を提示

島貫氏が病院長を務める日本海総合病院は、18年に発足した山形県庄内地域の13法人・団体が参加する地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネットの中核をなす基幹病院であり、当該地域では11年から患者の同意を前提に電子カルテや服薬などの診療情報を介護事業所などが閲覧できる地域医療情報連携ネットワークの先駆けとして「ちょうかいネット」を展開している。同院では22年12月21日から国のモデル事業として一部診療科で電子処方箋の運用を開始した後、23年1月18日に全診療科での運用体制へと移行し、現在、1病院、2診療所、12薬局間で電子処方箋応需が可能な体制としている。

島貫氏は電子処方箋導入におけるシステムに関する課題として、以下などを挙げ、「事前の電子カルテマスター整備などにおいてコードと医薬品名称を完全に一致（一言一句）させる必要があり、ちょっとしたズレもはじかれるため手間が掛かる。また、電子処方箋を発行した患者が電子処方箋に対応した薬局へ行ったのかを確認するのに手間取った」などの導入の苦労を語った。

▼医薬品コード・医薬品名・用法コードの統一
▼HPKI（HPKI セカンド）の利用
▼電子処方箋引換番号の薬局への伝達方法

その一方で、電子処方箋の意義として、以下の3つを示し、マイナンバーカードが診察券の機能を持つとさらに円滑になるのではないかと結論付けた。（以降、続く）

▼医療安全　▼常用薬の把握がスピーディー　▼災害時に威力を発揮

週刊医療情報（２０２３年３月１０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。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜 粋

最近の医療費の動向
/概算医療費（令和4年度8月）

厚生労働省　2022年12月23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
4～8月	18.2	10.3	5.8	3.2	2.2	4.5	0.6	7.0	0.9
6月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
7月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.4	0.2
8月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
令和4年度4～8月	18.8	10.6	6.1	3.4	2.3	4.5	0.6	7.3	0.9
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
8月	3.8	2.2	1.3	0.7	0.5	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。なお、当該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						75歳以上
			被用者保険			国民健康保険	（再掲）未就学者	
				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	17.5	17.2	37.9	22.1	93.9
6月	2.9	2.0	1.5	1.5	1.5	3.2	2.0	7.7
7月	3.0	2.0	1.5	1.5	1.5	3.1	2.2	7.9
8月	2.9	2.0	1.5	1.4	1.5	3.1	1.9	7.7
令和4年度4～8月	15.0	10.0	7.9	7.5	7.6	16.0	10.0	39.2
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
8月	3.0	2.1	1.7	1.6	1.6	3.2	2.0	7.6

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
6月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
7月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
8月	3.7	2.9	1.4	1.3	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.2
令和4年度4～8月	18.8	15.1	7.1	6.7	1.3	3.2	0.3	0.20	7.4	9.9	1.3
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
8月	3.8	3.0	1.4	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.4	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		
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
６月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	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
令和４年度４～８月	10.1	10.0	1.8	6.5	1.7	3.4	0.17
６月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03
７月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
８月	2.0	2.0	0.3	1.3	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
６月	18.1	39.2	40.9	9.8	7.9	9.3	11.6	14.7
７月	18.2	38.3	40.0	9.9	7.9	9.5	11.7	14.9
８月	18.8	38.5	40.2	10.3	7.9	9.7	11.7	15.4
令和４年度４～８月	18.5	39.5	41.2	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
６月	18.5	40.5	42.2	10.2	8.1	9.3	11.8	15.0
７月	18.4	39.1	40.8	10.3	8.1	9.1	11.9	15.1
８月	18.7	39.7	41.4	10.7	8.1	9.3	11.9	15.6

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４年度８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

人事・労務

人件費高、割増賃金率の引き上げに備える

賃金引上げの実態と時間外労働時間対策

1. 医療従事者数の見通しと賃上げの状況
2. 月60時間超の時間外労働の割増賃金率引き上げ
3. 労働時間の把握方法と時間外労働の実態
4. 時間外労働時間削減に向けた具体的な対策

■参考資料

【厚生労働省】：令和４年版厚生労働白書　令和４年賃金引上げ等の実態に関する調査の概況　令和４年度地域別最低賃金改定状況　リーフレット「2023 年４月１日から月 60 時間を超える時間外労働の割増賃金率が引き上げられます」　医療法人に関する中小企業の範囲について　いきいき働く医療機関サポート Web　他

1

医業経営情報レポート

医療従事者数の見通しと賃上げの状況

近年、新型コロナウイルス感染症蔓延の影響により、人々の日常生活行動が変わり、大きな変化をもたらしましたが、経済活動は徐々に平常に戻りつつあります。

医療従事者は、コロナ禍により改めてその重要性が認識され、存在価値が高まり、少子高齢化の進行と物価高などの影響も含めて、今後は賃金相場の上昇が考えられます。

また、中小企業の適用が猶予されていた月60時間を超える時間外労働の割増賃金率の引き上げが本年４月から行われます。本稿では、こうした様々な雇用環境の変化に対し、どのような対策を講じていけばよいのか一例を紹介していきます。

■ 医療･福祉分野の就業者数は将来不足する見込み

厚生労働省職業安定局「雇用政策研究会報告書」（2019年７月）によれば、今後の就業者数については、経済成長と労働参加が進むと2040年に6,024万人となると推計されています。

経済成長と労働参加が進むと仮定するケースでは、医療・福祉分野の就業者数は974万人（総就業者数の16%）と推計され、他方、医療・介護サービスの2018年の年齢別利用実績を基に、人口構造の変化を加味して求めた2040年の医療・介護サービスの需要から推計した医療・福祉分野の就業者数は1,070万人（総就業者数の18～20%）が必要となると推計されており、96万人の不足が生じることになります。

◆医療･福祉分野の就業者数の見通し　※（　）内は総就業者数に占める割合

	2018年	2025年	2040年	
	実績	実績・人口構造を踏まえた必要人員	実績・人口構造を踏まえた必要人員	経済成長と労働参加が進むケース
医療・福祉分野の就業者数	826万人（12%）	940万人（14～15%）	1,070万人（18～20%）	974万人（16%）

（出典）厚生労働省　令和４年版厚生労働白書

上記の見通しから、医療・福祉分野における需給のバランスを考慮した際、医療人材の獲得は今後さらに難しくなる可能性が考えられます。

■ 医療･福祉分野の賃上げの状況

厚生労働省「賃金引上げ等の実態に関する調査：結果の概要」（令和４年11月22日公表）によると、2022（令和４）年中に「１人平均賃金を引き上げた・引き上げる」企業の割合（９～12月予定を含む。）は85.7%（前年80.7%）と、前年より賃金を引き上げた・引き上げる予定の企業が多い結果となりました。医療、福祉分野においても、2022（令和４）年においては95.2%（前年86.9%）と前年より高い割合で賃上げが行われています。

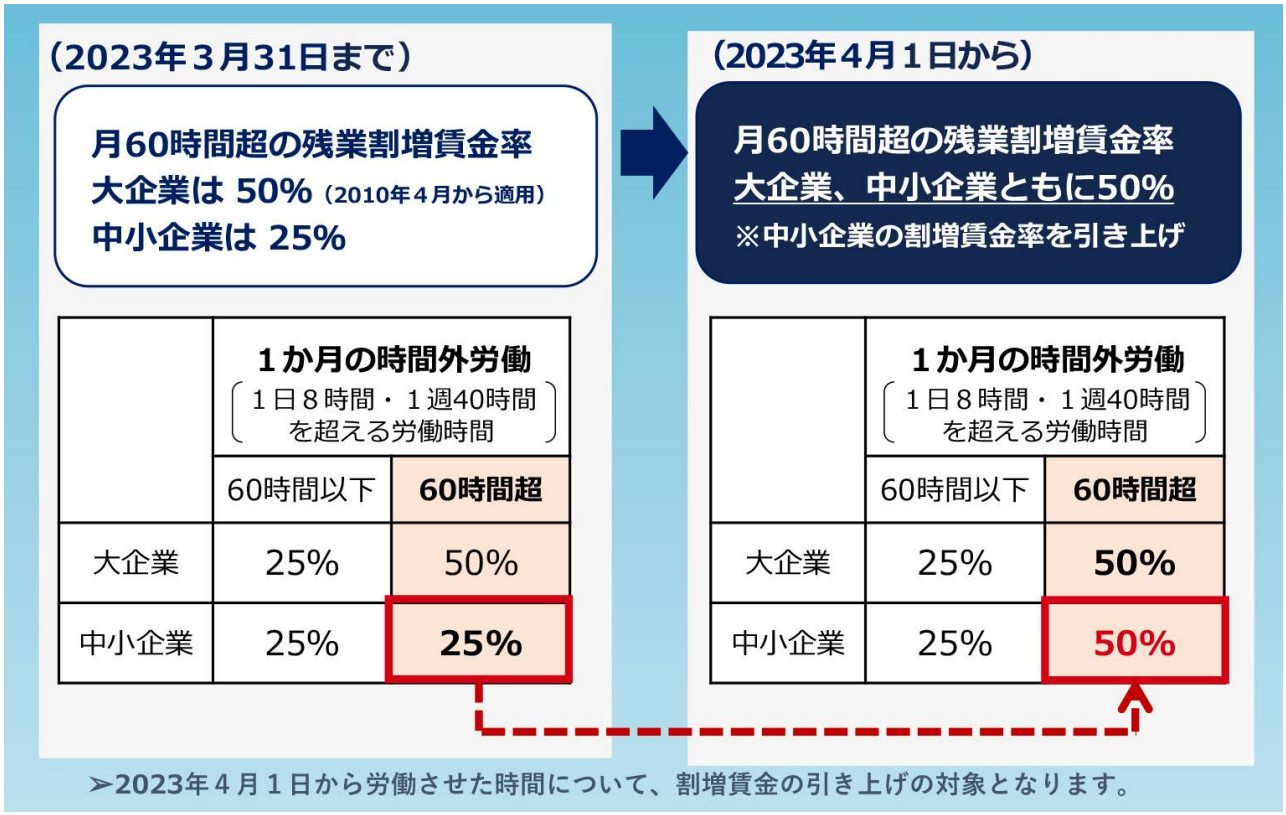
2 医業経営情報レポート
月60時間超の時間外労働の割増賃金率引き上げ

■ 月60時間超の時間外労働の割増賃金率が50％になる

中小企業規模の医療機関（以下、中小企業）における月60時間超の時間外労働の割増賃金率が本年４月から50％になります。大企業ではこれまでも、月の時間外労働60時間以上の超過分に対して50％以上の割増賃金を支払う義務が課せられていました。中小企業については13年もの間、猶予措置がとられていましたが、2023年３月末でその猶予措置が終了となります。

当然、割増率が倍になりますので、支払い側（自院）の負担は増えることになります。

◆月60時間超の時間外労働の割増賃金率改定内容



（出典）厚生労働省：リーフレット「2023年４月１日から月60時間を超える時間外労働の割増賃金率が引き上げられます」

医療法人に関する中小企業の範囲は以下のとおりです。

◆医療法人に関する中小企業の範囲

①出資持分のある医療法人

下記のどちらかに当てはまる場合は、中小企業に該当します。

- 出資の総額が5,000万円以下
- 常時使用する労働者数が100人以下

②その他の医療法人

常時使用する労働者数が100人以下である場合は、中小企業に該当します。

3 医業経営情報レポート
労働時間の把握方法と時間外労働の実態

■ およそ3割の医療機関はシステムでの勤怠管理が行われていない

（1）有床診療所に対する実態調査の概要

厚生労働省が公表している「いきいき働く医療機関サポートWebいきサポ」（以下、いきサポ）では、医療機関の勤務環境の改善に役立つ各種情報や医療機関の取組み事例を紹介しています。当サイトでは、医療機関に対する実態調査及びその分析を公表しており、医療従事者の勤務環境改善の更なる推進方策を検討する際の基礎資料としています。

今回は、当該調査のうち、有床診療所を対象とした労働時間についての調査結果を見ていきます。

◆調査概要（有床診療所に関する部分を一部抜粋）

●目的

医療従事者の勤務環境改善の更なる推進方策を検討する際の基礎資料とすることを目的

●調査期間

2021年10月17日～11月30日

●調査手法

Webでの回答

●回収数

全国の有床診療所票：879

●調査内容：施設票（有床診療所票）

勤務環境改善の取組状況、勤改センターの認知状況等について

●回答対象者：施設票（有床診療所票）

施設管理者等の勤務環境改善の取組状況等を把握している方

（出典）医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究報告書

（2）2割以上の有床診療所で医師の労働時間管理が行われていない

職種別労働時間管理方法を見ると、有床診療所での医師の労働時間管理方法において、「労働時間を管理していない」が22.2%を占めていることが明らかとなりました。

一方、看護職、コメディカル、事務職員のほとんどはシステムで管理されていますが、出勤簿管理・自己申告での管理の割合は病院より多いという結果となりました。

結果からは、有床診療所は病院に比べて労働時間の把握や管理に課題を抱えている可能性が高いと考えられます。

4 医業経営情報レポート 時間外労働時間削減に向けた具体的な対策

■ 労働時間の把握方法のポイント

使用者は、労働時間を適正に管理するため、職員の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し、これを記録することが求められます。

使用者には労働時間を適正に把握する責務があり、労働時間の適正な把握を行うためには、単に１日何時間働いたかを把握するのではなく、労働日ごとに始業時刻や終業時刻を使用者が確認・記録し、これを基に何時間働いたかを把握・確定する必要があります。

◆始業・終業時刻の確認及び記録の原則的な方法

●使用者が始業・終業時刻を確認し、記録する方法としては、原則として次のいずれかの方法によること

・使用者が、自ら現認することにより確認し、記録すること

⇒「自ら現認する」とは、使用者自ら、あるいは労働時間管理を行う者が、直接始業時刻や終業時刻を確認すること。なお、確認した始業時刻や終業時刻については、該当労働者からも確認することが望ましい。

・タイムカード、ICカード等の客観的な記録を基礎として確認し、記録すること

⇒タイムカード、ICカード等の客観的な記録を基本情報とし、必要に応じて、例えば使用者の残業命令書及びこれに対する報告書など、使用者が労働者の労働時間を算出するために有している記録を突合することにより確認、記録する。なお、タイムカード、ICカード等には、IDカード、パソコン入力等が含まれる。

このほか、自己申告による始業・終業時刻の確認及び記録を行う管理もありますが、曖昧な労働時間管理となりがちであるためできるだけ避けたほうが良いでしょう。また、自己申告により把握した労働時間が実際の労働時間と合致しているか否かについては必要に応じて実態調査を実施しなければならず、労使間での問題に発展しやすい側面があります。

■ 週44時間の特例適用の活用とシフト制を用いた時間外労働削減方法

常時雇用する職員が10人未満であれば、法定労働時間は原則の１週40時間制ではなく１週44時間制を採用できますので、先ずは、自院が対象であるかを確認します。対象であれば、１日８時間、週44時間の労働時間を超えるまでは割増した賃金は不要となります。

次に、シフト制を用いた時間外労働削減方法ですが、自院の診療時間を念頭に入れて、職員に勤務してもらいたい曜日と時間帯を考えます。診療時間は勿論のこと、診療前の準備時間や診療後の片づけの時間も勤務時間として考慮する必要があります。

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。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：医療制度 ＞ サブジャンル：クリニック新規開業

開業スケジュールの策定

開業を考えています。どのような項目を、どんなスケジュールで用意したら良いか教えてください。

開業するにあたっては、明確なビジョンを持ち、 これに基づく経営方針および診療方針を策定したうえで、診療形態や事業計画を検討する必要があります。ビジョン達成を実現できる将来像を確固たるものにするためには、その基盤確立プロセスに充分な時間をかけて綿密な準備を進めなければなりません。

■開業形態別スケジュール

開業スケジュールを立案する場合、最も重要な手続きは『保険医療機関指定申請』です。

都道府県で違いがありますが、原則的に毎月20日が締切日となるため、ドクターの開業予定日を確認し、逆算してスケジュールを策定することが重要です。

以下では戸建て型開業のスケジュールを紹介します。

○月１日　開業予定日	
13 か月前以前	・土地探索、物件決定 ・融資打診と内諾　シミュレーションの事業計画策定
12 か月前	・設計打合せ、大型医療機器打合せ
10 か月前～	・決定事項を入れた事業計画に修正
9 か月前	・建築確認申請　構造計算（必要のない場合もあり）
8 か月前～	・決定事項を入れた事業計画修正 ・建築見積りの確定と請負契約の締結
7 か月前	・建物建築工事　着工（工法により工期に差があり）
3 か月前～	・建物確認申請上の中間検査（規模などにより、ない場合もあり） ・スタッフ募集、面接、採用
2 か月前	・院内への医療機器など設置整備：検査の前日までに終了 ・建物引渡し：建築確認申請上の検査と消防検査、施主検査 （建築会社との協議により工事中に医療機器搬入ができる場合あり） ・建物工事竣工：25 日位までに終了
1 か月前	・保険医療機関指定申請：20 日締め切り ・保健所開設届出済証の発行：17 日位まで ・保健所の検査：届出済証発行の 1 週間前 （検査を行なわず、届出済証を発行する保健所もあり） ・保健所へ開設届提出：検査の 1 週間前 ・スタッフ勤務開始し、開業前研修を行なう

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：医療制度 ＞ サブジャンル：クリニック新規開業

開業の基本方針

開業に向けて取り組んでいく基本方針で重要なポイントは何でしょうか？

1. 開業するうえで重要なコンセプトの立案

開業準備を進めていくうえで、また、クリニック経営を行なっていく中でドクターはさまざまな決断を迫られることになりますが、どのような場合であってもしっかりとしたコンセプトが唯一の判断基準となります。これは求められる決断の優劣を評価しにくいときの拠り所となるからです。

例えばクリニックの名称という点を考えると、それがどのようであったとしても間違いであるとはいえません。基本的なコンセプトがなければ判断に迷いが生じるだけではなく、あらゆる場面での判断がちぐはぐにもなりかねません。

2. 経営理念と診療方針の明文化

医療機関を取り巻く経営環境が厳しくなればなるほど、他クリニックとの差別化を意識した経営戦略の必要性が高くなります。これらの背景には患者ニーズの多様化が進み、医療機関に対する要望がより特徴的かつ専門的に求められるようになったことが挙げられます。つまり開業するドクターのスタンスが不明瞭だと成功は難しいということです。

クリニック開業を成功させる第一のポイントは、経営理念と診療方針を明確にすることです。

ここで重要視しなければならないのは、「何のために開業するのかという点を明確にすること」です。診療方法や患者サービス、スタッフの雇用条件など、さまざまな視点から考えをまとめ、経営理念や診療方針を明文化することで、理想のクリニック像を描くことができます。

3. 経営者の感覚を養う

開業に向けて基本的な方針が決まったら、事業主としてクリニック経営をすることを意識しなければなりません。今後は診療するだけではなく、さまざまな課題に対し、自ら決断をしていかなければならない立場になります。事業主としての心構えを身につけるための書籍に目を通すなど、経営者としての感覚を気持ちの中に植え付けることも重要な要素になります。

また、独立開業となると当然、共に働いてくれるスタッフが必要になります。そのスタッフ一人ひとりにも生活があり、家族がいます。そのスタッフの人生も院長となるドクターが背負うことになります。これが事業主になるということであり、さまざまな責任を負うことへの強い自覚が求められるのです。