

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.828 2024.7.9

医療情報ヘッドライン

**トラブル相談件数が5年で3倍増
美容医療適正化に向け検討会を初開催**

▶厚生労働省
美容医療の適切な実施に関する検討会

**出産の保険適用、検討会が初会合
「産科閉院が相次ぐ」などの指摘も**

▶厚生労働省 子ども家庭庁

週刊 医療情報

2024年7月5日号

**ヘルスケア分野のスタートアップ
で25の提言**

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1月)**

経営情報レポート

**厚生労働省「好事例集」に学ぶ
勤務環境改善の取り組みポイント**

経営データベース

ジャンル:医療税務 > サブジャンル:税務調査

**税務調査の区分
資産調査に関するポイント**

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

トラブル相談件数が5年で3倍増 美容医療適正化に向け検討会を初開催

厚生労働省 美容医療の適切な実施に関する検討会

厚生労働省は6月27日、「美容医療の適切な実施に関する検討会」の初会合を開催。

美容医療のトラブル相談件数が、2018年度の1,741件から2023年度に5,507件と約3倍増になったことを明らかにした。

危害事例も増加しているため、「被害を防止し、質の高い医療の提供を行うために、どのようなことが考えられるか」検討を実施している。検討の範囲については、「診療の場面における課題（受診時の勧誘や説明、診療行為に関する事項等）」に絞る方針だ。

営利目的の運営や医療機関でない場所の医療提供、未承認薬の輸入確認違反などは、一般の医療との共通性もあるとし、「課題の分析や提起にとどめる」としている。

■「危害」の相談、最多は皮膚障害

美容医療は近年、施術の幅が広がり需要も高まっている。それに伴い、実施する医療機関も増加。厚労省の「医師・歯科医師・薬剤師調査、統計」によると、2008年と比べて2022年には美容外科に従事する医師数は3倍以上に増えている。ちなみに、美容医療関連に従事する医師の年齢層は全体に比べて30代以下が多く、美容外科は20代および30代の医師数の占める割合が増えた。

一方で、前述のとおり利用者によるトラブル相談は増加。厚労省は、その理由について「保険適用されない自由診療として提供されることから、指導・監査等の範囲が保険診療と比較して限定的」と分析している。

実際、医師数の増加に伴って「危害」の相談件数も増えており、2018年に394件だったのが2023年には796件と約2倍にな

った。この5年間、一度も前年より危害の相談は減らず、増え続けているのも懸念材料だ。

なお、2023年度の危害相談で最も多かったのは皮膚障害で139件。次いで熱傷91件、消化器障害26件、感覚機能の低下および神経・脊髄の損傷が各12件だった。皮膚障害は「アンチエイジング点滴で痒み、全身の発疹が出た」「ボトックス注射で目の腫れと頭痛が出て、別の医師から完治まで3カ月と言われた」等。感覚機能の低下は「クマ取りの美容整形の後、結膜弛緩症になり視力も低下した」、神経・脊髄の損傷は「頬の糸リフトの後に顔面麻痺が生じた」が挙げられている。

■HIFUは医師以外施術ができなくなった

注目は熱傷だ。「HIFUで頬に6センチの火傷を負った」とある。HIFUは皮膚のたるみ改善に効果が高いとして人気の施術だが、トラブルも多い。消費者安全調査委員会が調査したところ、医師以外がHIFU施術を実施した結果、急性白内障や神経麻痺などの健康被害が起きていることが判明。6月7日に厚労省は「医師免許を有しない者が行った高密度焦点式超音波を用いた施術について」と題した通知を派出し、「医師免許を有しない者がHIFU施術を業として行えば医師法第17条に違反する」「医師による本行為は医療法第1条の2第2項に規定する医療提供施設において行うこと」と明記した。

つまり、看護師やスタッフが施術したり、エステサロンで施術したりすることが、法的に認められなくなったのである。収益向上のためにHIFUを導入し、施術はスタッフに任せていた場合は、早急な対応が必要だろう。

医療情報
ヘッドライン
②

出産の保険適用、検討会が初会合 「産科閉院が相次ぐ」などの指摘も

厚生労働省 こども家庭庁

厚生労働省とこども家庭庁は 6 月 26 日、「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」の初会合を開催。出産育児一時金の引き上げや、出産費用「見える化」のための Web サイト「出産なび」の効果検証をしたうえで、正常分娩の出産費用の保険適用について検討するのが目的だ。

一方、会合では「産科医療機関の閉院が増える」など、保険適用に対して慎重な意見が続出。厚労省とこども家庭庁は、来年春までにとりまとめを行う方針だが、「こども未来戦略」で打ち出された 2026 年度からの出産費用（正常分娩）の保険適用が実現するかどうかは不透明な状況だ。

■「少子化対策はラストチャンス」と政府

日本の少子化問題がクローズアップされたのは、1990 年。前年の出生数が 1.57 と過去最低を記録したのが理由だ。そこから出生数低下に歯止めがかからず、2016 年に初めて 100 万人を割り込み、2023 年には 72 万 7,277 人と過去最小を 8 年連続で更新。東京都の出生率は 0.99 だった。

政府が昨年 12 月に閣議決定した「こども未来戦略」では、「これから 6～7 年がラストチャンス」としたうえで、「このままでは、2030 年代に入ると、我が国の若年人口は現在の倍速で急減することになり、少子化はもはや歯止めの利かない状況になる」とした。

そこで、今後 3 年間で「できるだけ前倒しして実施する」とした項目の 1 つが、「出産時の経済的負担の軽減～妊娠期からの切れ目のない支援、出産費用の見える化と保険適用へ～」である。

出産時の経済的負担とは、出産費用を指す。

出産育児一時金を充てても賄えないほど出産費用が高額になったことから、2023 年 4 月に出産育児一時金を従来の 42 万円から 50 万円へと大幅に引き上げた。同時に進めたのが「出産費用の見える化」。

その成果が、今年 5 月 30 日に厚労省が公開した Web サイト「出産なび」である。全国の出産施設ごとの特色や平均入院日数、出産費用の平均額を掲載した。

そうした施策を展開したうえで、効果検証を行い、2026 年度を目処に導入するとしたのが「出産費用（正常分娩）の保険適用」だ。

■「支払側」からも慎重な意見が

6 月 26 日の検討会で出された意見をいくつか挙げてみよう。

「（出産費用の保険適用で）分娩取扱をやめる産科医院が多く出ることが危惧される。そうすると大学病院などにローリスクの正常分娩が殺到し、現場が立ち行かなくなる」

「（現在の出産費用と同等の）点数を設定してもらえない保証はなく、コスト割れで閉院に追い込まれる産科医療機関が増えるのでは」

「閉院による『お産難民』が出ないようにしなくてはならない」

「現役世代の保険料負担増を抑える必要もあり、正確なデータにもとづく冷静な議論が必要」などだ。いわゆる診療側の構成員だけでなく、支払側に属する構成員からも慎重な意見が出ているのが、保険適用へのハードルの高さを際立たせていた。今後、保険適用の実現に向けてどのような議論が展開されるのか、引き続き推移を見守りたい。

医療情報①
厚生労働省
PT

ヘルスケア分野のスタートアップ で25の提言

ヘルスケア分野でのスタートアップの支援策などを話し合う厚生労働省のプロジェクトチーム（PT）は 6 月 27 日、総論やバイオ・再生、医療機器・SaMD、医療 DX・AI、介護テックの 5 領域にわたる 25 の提言を盛り込んだ報告書をまとめ、武見敬三厚労相に提出した。

武見厚労相は、「極めて重要な報告書を受け取った」と述べ、「この提言をいかに実現していくかが重要な課題になる」とし、スタートアップ新興に関する政策の推進に力を尽くす考えを示した。

報告書では、医療系ベンチャーの伴走支援を行う「MEDISO」（メディソ）の機能・体制を抜本的に強化し、「MEDISO2.0」として継続的で能動的な支援を可能にし、2025 年度から予算を複数年度化すると共に、大幅に増額することを求めた。

世界に類を見ない超高齢社会を迎え、グローバルな視点からは強みがあるといえる介護テックについては、MEDISO をモデルとしたスタートアップ向け相談窓口「CARISO」（キャリソ）を 25 年度に創設する。また、新規性の高い介護テックの開発段階から上市に向けた出口戦略の検討まで一気通貫して相談対応が可能な体制の整備も提言した。

政府が 21 日に閣議決定した骨太方針 2024 では、MEDISO の機能強化や CARISO の整備など医療介護分野のヘルスケアスタートアップの新興と支援を強力に推進していくことを掲げており、この分野の投資拡大も視野に規制改革を含む政策対応を行う方針を示している。

日本のヘルスケア産業はポテンシャルが高く、多くの研究開発が進められているにもかかわらず、現状では十分な資金調達ができないケースが散見される。

報告書では、経済的収益だけでなく、環境や社会的な課題解決を図る「インパクト投資」の主要テーマとしてヘルスケア事業領域を明示し、金融庁をはじめとする関係機関と連携しながらネットワークの形成や事例・ノウハウの共有を促進する方策の検討についても新たに盛り込んだ。さらに国内外で拡大しつつある遺伝子検査、血液検査、尿検査など非臨床の検査サービスに関する法規制の明確化を図り、スタートアップの成長と発展を促す取り組みの検討も新たに要望している。

これらを含めて、4 月に行った中間取りまとめから新たに 7 つの提言を追加した計 25 の提言を整理し、武見厚労相に報告書として提出した。

PT のリーダーを務める塩崎彰久厚労政務官は、「この 25 の提言はわれわれの決意表明だ」と強調。日本が世界のヘルスケアをけん引していくために、「着実かつ迅速に実行に移していく」と意気込みを語った。今後、PT のメンバーを中心に年に 1 回のフォローアップ会議を継続的に実施し、報告書で示した施策パッケージの進捗管理を行っていく方針。

医療情報②
日本看護協会
高橋弘枝会長

看護の職責に見合った 処遇改善に意欲 日看協会長

日本看護協会の高橋弘枝会長は 6 月 26 日の記者会見で、全ての看護職に専門職としてのキャリアや職責に見合った賃金が保証されるよう処遇改善に向けて引き続き精力的に取り組んでいく考えを示した。2024 年度の診療報酬改定では、病院などに勤務する看護職員や薬剤師、その他の医療関係職種の高上げを実施している医療機関への評価として外来・在宅ベースアップ評価料などが新設された。

高橋会長は、これらのベースアップ評価料に基づく賃上げの対象に看護職員も含まれることを評価しつつも、看護職員の賃金が全産業平均と比べて低い水準にある実態を踏まえると「専門職としての職責に見合う処遇という点で十分ではない」と指摘した。

その上で、まずはベースアップ評価料による処遇改善が確実に行われるように支援を行うとともに、看護職員のキャリアに応じた賃上げに向けて引き続き取り組む意向を示した。

この日の会見で、日看協は 24 年度の重点政策と重点事業を発表。重点政策は、以下の 4 つ。

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| ▼全世代の健康を支える看護機能の強化 | ▼専門職としてのキャリア継続の支援 |
| ▼地域における健康と療養を支える看護職の裁量発揮 | ▼地域の健康危機管理体制の構築 |

また、それらの下で行う重点事業は計 11 あり、具体的には看護職員の処遇改善の推進や夜勤・交代制勤務の在り方の検討のほか、看護補助者の確保・定着の推進、特定行為研修のさらなる受講促進と修了者の活動の推進、日看協独自の事業継続計画（BCP）の策定などを行う方針を示している。

医療情報③
政府
規制改革会議

介護法人2,571社の純増 23年 ～過去10年では3番目に多い

東京商工リサーチ（TSR）によると、2023 年に新設された介護法人（老人福祉・介護事業）から倒産や休廃業・解散の法人を差し引いた単純計算の純増数は 2,571 社で、過去 10 年では 3 番目に多かった。新設の介護法人数が伸びたことが主な要因だった。ただ、24 年 1－5 月の介護法人の倒産件数が過去最多の 72 社と増勢を強めていることから、TSR では「新設法人数の伸び次第で 24 年は純増数が落ち込む可能性も出てきた」と指摘している。

23 年に新設された介護法人数は、前年比 6.1%増の 3,203 社。5 年連続で前年を上回ったが、過去 10 年で最も多かった 14 年（3,611 社）には 408 社及ばなかった。

一方、23 年に倒産した介護法人は 122 社（前年比 14.6%減）あり、休廃業・解散は 510 社（同 3.0%増）あった。（以降、続く）

週刊医療情報（2024年7月5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1月）

厚生労働省 2024年5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	
	４～９月	22.6	12.7	7.3	4.1	2.7	5.4	0.7	8.8	1.1
	４～１月	38.0	21.3	12.4	7.0	4.6	8.9	1.2	14.8	1.8
	１１月	3.8	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	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
令和５年度４～１月	39.3	21.8	13.0	7.4	4.8	8.8	1.2	15.6	1.9	
	４～９月	23.5	13.0	7.7	4.4	2.9	5.3	0.7	9.3	1.1
	１１月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	１２月	4.0	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	１月	3.9	2.2	1.3	0.7	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	
	4～9月	3.1	2.7	5.4	5.9	5.3	▲ 0.7	▲ 0.0	4.1	0.3
	4～1 月	3.1	2.6	5.9	6.3	6.1	▲ 1.6	4.2	4.1	0.9
	11 月	2.8	2.2	6.3	6.9	6.4	▲ 3.1	7.1	4.0	1.2
	12 月	2.0	2.8	8.3	9.1	8.7	▲ 4.5	10.8	1.3	▲ 1.3
	1 月	5.1	4.0	7.9	8.2	8.4	▲ 1.2	12.0	6.7	4.1
令和 5 年度 4～1 月	3.5	2.1	4.6	5.5	3.9	▲ 1.4	4.0	5.4	4.4	
	4～9月	4.0	2.4	5.2	6.1	4.3	▲ 1.3	9.6	6.2	5.0
	11 月	1.5	0.4	2.7	3.4	2.2	▲ 2.7	▲ 4.3	3.0	2.5
	12 月	3.4	1.8	3.7	4.1	3.6	▲ 0.9	▲ 2.0	5.5	4.7
	1 月	2.9	1.8	3.8	5.1	2.3	▲ 1.1	▲ 5.3	4.4	3.8

●1人当たり医療費

(単位：万円)

		総 計	医療保険適用						75 歳以上
			75 歳未満				国民健康保険	(再掲) 未就学者	
				被用者 保険					
					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
	４～９月	18.0	12.0	9.5	9.0	9.1	19.1	11.9	47.0
	１１月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.6	3.3	2.1	8.0
	１２月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.1	8.0
	１月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	8.0
令和５年度４～１月		31.6	21.0	16.7	15.8	16.5	33.3	22.1	80.5
	４～９月	18.8	12.5	10.0	9.4	9.8	19.8	13.6	48.2
	１１月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.1	8.0
	１２月	3.3	2.2	1.8	1.7	1.7	3.4	2.2	8.2
	１月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.0	8.1

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
	4～9月	22.6	18.1	8.4	8.1	1.6	3.8	0.4	0.24	8.8	11.9	1.6
	11月	3.8	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
	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
令和5年度4～1月		39.3	31.3	14.9	13.7	2.7	6.9	0.6	0.50	15.6	20.6	2.7
	4～9月	23.5	18.7	8.9	8.2	1.6	4.1	0.4	0.29	9.3	12.2	1.6
	11月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.0	0.3
	12月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.2	0.3
	1月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.0	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
	4～9月	12.1	11.9	2.1	7.8	2.0	0.21
	11月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.04
	12月	2.1	2.0	0.3	1.3	0.3	0.04
	1月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.04
令和5年度4～1月	20.7	20.3	3.7	13.3	3.3	7.4	0.41
	4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	0.24
	11月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.04
	12月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.04
	1月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	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
	4～9月	18.6	39.6	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
	11月	18.9	41.0	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
	12月	19.0	40.7	10.5	8.2	9.7	12.0	15.9
	1月	19.9	41.4	11.0	8.0	9.7	12.1	16.3
令和5年度4～1月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.3	12.1	15.5
	4～9月	19.0	40.7	10.3	8.2	9.3	12.0	15.4
	11月	19.0	40.9	10.3	8.2	9.2	12.1	15.5
	12月	18.9	40.4	10.2	8.3	9.5	12.2	15.6
	1月	19.6	40.7	10.7	8.1	9.5	12.2	16.0

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5年度1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

厚生労働省「好事例集」に学ぶ 勤務環境改善の 取り組みポイント

1. なぜ今、勤務環境の改善が必要なのか
2. 「勤務環境改善に向けた好事例集」の概要
3. 改善を実現する具体的取り組み内容
4. クリニックにおける好事例紹介



■参考資料

【厚生労働省】：令和4年版厚生労働白書（概要版） 医師の働き方改革に関する検討会 報告書
勤務環境改善に向けた好事例集

1

医業経営情報レポート

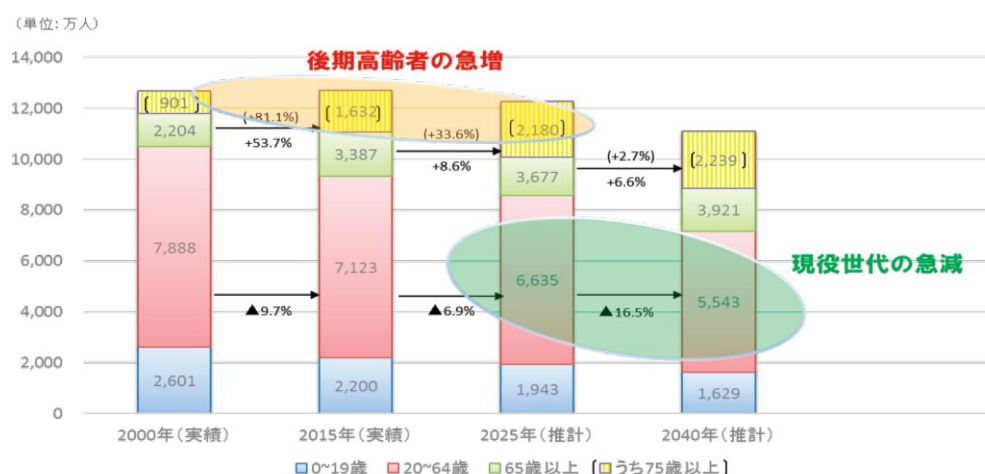
なぜ今、勤務環境の改善が必要なのか

■「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化

日本社会では高齢化が進むなか、2020（令和2）年以降5年ごとの人口増減率は、65歳以上の増加率よりも、いわゆる現役世代の減少率の方が大きくなっていくと推計されています。

政府は、将来の医療・福祉の需給見通しにおいて、高齢化の進展と現役世代の大幅な減少により、需給バランスが大きく崩れることを懸念しています。

◆後期高齢者の急増から現役世代の急減への局面変化の見通し



◆医療・福祉分野の就業者数の見通し

需要面		供給面
2018年（実績）	2025年（推計）	2040年（推計）
826万人 （12%）	940万人 （14～15%）	974万人 （16%）
実績・人口構造を踏まえた今後の医療・介護ニーズから推計した必要人員		経済成長と労働参加が進む場合の医療・福祉就業者数

※カッコ内は総就業者数に占める割合

※「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論素材）」に基づくマンパワーシミュレーション（2019年5月厚生労働省）を基に作成。

（出典）厚生労働省：令和4年版厚生労働白書（概要版）

政府は、こうした見通しのもと、医療・福祉の人材確保を令和の社会保障における最重要課題の一つとしています。

■医療・福祉人材確保に向けた国の方向性

持続可能な社会保障制度の実現のためには、安定的な医療・福祉サービスの提供が不可欠であるとして、人材確保に向けた処遇の改善、サービス改革などを推進しています。

2

医業経営情報レポート

「勤務環境改善に向けた好事例集」の概要

■ 好事例集作成の背景と目的

2019（平成31）年3月28日にとりまとめられた「医師の働き方改革に関する検討会」報告書において、個々の医療機関で医師の労働時間短縮・医師の健康確保を進めていくことが重要とされています。

◆医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要（一部抜粋）

医師の労働時間短縮のために、医療機関のマネジメント改革（意識改革、チーム医療の推進（特定行為研修制度のパッケージ化等）、ICT等による効率化）、地域医療提供体制における機能分化・連携や医師偏在対策の推進、上手な医療のかかり方の周知を全体として徹底して取り組んでいく必要がある。

また、働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境の整備が重要。

（出典）厚生労働省：医師の働き方改革に関する検討会 報告書

現在、各医療機関で医師の働き方を含めた、医療機関全体における勤務環境の改善の必要性を認識し、勤務時間や在院時間の管理、業務と自己研鑽の定義付けといった、現状の実態把握や管理ルールの整備等が進められています。

しかし、一定の取り組みが進んでいる医療機関においてさえ、次は何をどのように行うべきかの検討に時間を要している状況です。

そこで、厚生労働省は 2023（令和5）年3月、各医療機関における勤務環境の改善を推進するために、「勤務環境改善に向けた好事例集」を作成しました。実際に成果をあげた全国の優れた取り組みがまとめられ、自院の課題・規模・主な病床機能等の特性に応じて参照できます。

なかでも、医療機関の勤務環境の改善に向けた事例は多岐にわたっており、勤務環境の改善の取り組みを体系化するとともに、各体系に沿った好事例を幅広く収集・紹介しています。

また、各事例の紹介では、改善前の状況や課題、実際に行った内容や工夫した点、得られた成果など、これから取り組みを始める医療機関において参考となるようにとりまとめています。

■ 勤務環境改善の好事例の取り組みの体系

勤務環境改善の好事例は、各医療機関のおかれた環境や創意工夫等により、その取り組み項目は多岐にわたります。各医療機関で勤務環境の改善に実際に取り組むに当たっては、どのような領域から始めるべきか、具体的にはどこから着手すべきかを自院の課題等に応じて検討すべきです。そのため事例集では、好事例を体系的に整理して紹介しています。

3

医業経営情報レポート

改善を実現する具体的取り組み内容

本章では、勤務環境改善の取り組み項目から一部を抜粋して紹介していきます。

■ 意識醸成による勤務環境改善の例

意識醸成とは、組織として働き方改革や勤務環境改善の意識を職員に醸成していく取り組みです。特に医師については、これまでの働き方を見直していくために、働き方に対する意識を変える必要があります。

年次有給休暇取得の推奨（年5日は義務化）、定時退勤日、完全休日の設定等を組織のルールとして推進することは、実際の取り組みを通じた意識醸成につながります。

また、病院長等の経営トップによる積極的かつ継続的な情報発信や、働き方に対する研修等による職員への周知は、どのような取り組みを実施する場合でも前提となる重要なポイントとなります。

◆有給休暇の取得の奨励

2019年4月より年次有給休暇の取得が義務化され、年次有給休暇が年10日以上付与された者は、年5日取得することが義務付けられました。

有給休暇の取得を推進するために、基準日や付与日数、残日数を管理するとともに、職員にわかりやすく通知する仕組み（労働時間管理システムによるアラート等）や有給休暇を取得しやすい風土づくりが必要です。

また、年次有給休暇は日単位の取得が原則ですが、半日単位、時間単位取得（労使協定が必要）も制度としては可能であるため、勤務実態や職員のニーズに合わせた工夫も考えられます。

◆定時退勤日・早期退勤日の設定

定時退勤日・早期退勤日の設定は、決まった時間に退勤することを組織のルールとして設定することを意味し、時間外労働をしない場合には一般的にノー残業デーともいいます。

医療機関の場合には様々な専門職種による担当業務が行われていることから、個々人でこのような日を設定することで、時間外労働を抑制するとともに、勤務時間に対する意識醸成を推奨します。

◆院長・改善チーム等による定期的な情報発信

PDCAサイクルによる勤務環境の継続的な改善に向けては、定期的に情報発信することが重要です。目標とするゴールや具体的な取り組みのロードマップ・進捗状況に加え、定量的な改善効果等を院内掲示板・院内誌や職員ポータルサイト等を活用して共有することが望めます。

その際、病院長等の経営トップが勤務環境改善に向けたメッセージを伝え続けることが、組織全体で取り組もうとする一体感の醸成に寄与すると考えます。

4

医業経営情報レポート

クリニックにおける好事例紹介

本章では、クリニックにおける勤務環境改善の好事例を一部抜粋して紹介していきます。

■ 事例1 | 職員が疲弊しないシステムの構築

◆Aクリニックの概要

- 標榜科：内科・歯科
- 有床診療所：16床 回復期
- 職員数：63名（医師10名、看護師29名、他）
- 取り組み前の状況：
 - ・院長がへき地診療所で勤務していた際、患者が入院となると都市部へ移動せざるを得ず、自宅から遠く離れた病院のベッドで亡くなることが多い現状を目の当たりにした。
 - ・家で面倒を見たいので訪問してほしいという要望を受けて在宅医療を開始したところ、ご家族の満足度が高く、特化して取り組みたいという思いが高まり、専門クリニックを立ち上げた。
 - ・在宅医療は院外に出るため、職員間の情報共有が困難となっている。開院当初は申し送りベースであったが、インターネット上で情報共有する仕組みを独自に作り、そこから発展して現在は各種ICTツールを効率的に活用している。
 - ・開業して5～6年程の間は、在宅医療に特化したクリニックが全国でもほとんどなく、組織の仕組みづくり等をする必要もあって夜遅くまで残業しながらクリニックを運営していた。
 - ・診療スタイルを模索する中、女性職員が育児休暇を取得し、復帰後も育児のため定時までの勤務となることに伴い、クリニックの診療スタイルから職員の勤務環境に渡るまで、様々な取り組みを行う必要性が出てきた。
 - ・また、その相乗効果として、子育てしている職員をみんなで支えていこうという雰囲気醸成でき、変革に弾みがついた。

◆Aクリニックの取り組み内容

- 情報共有と方針の統一：
 - ・ICTツール（kintone）を利用し、患者のデータベースを構築している。また電子カルテの入力と必要な情報を記録し、現在注意すべき患者の一覧等、当番医は全患者横断的に情報を閲覧可能としている。記載する項目は決まっており、新規患者についても冗長に書くことを禁止し、箇条書きで簡潔に記載している。
 - ・朝のミーティングでは、調理師や事務等を含め全職員が集まり、直接関わらない患者の情報も交換しており、今日は誰がどの患者の担当かということを確認し、状況が変わった患者や他職種に関わる患者、看取りを希望する患者等の報告や状況確認を行う。また、話題を絞らず職員が1分間スピーチすることにより、それぞれの職員の理解を深めている。
 - ・売上、診療報酬、患者数、各種サービス提供の数値などの指標が確認できるほか、業務関連の情報の全てがICTツールに集約され、連絡事項の共有等が行われている。
 - ・電子カルテや情報共有システムにより患者のことを深く理解し、全職員が組織の一員であるという意識の醸成につながっている。

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:医療税務 > サブジャンル:税務調査

税務調査の区分

税務調査の区分について教えてください。

■区分

強制調査	悪質脱税容疑者に対し、裁判所が発行した捜査礼状をもとに、国税局査察部の国税査察官による有無をいわず強制的に証拠物件や書類を押収して行なわれる調査です。 これは相当多額で悪質な脱税が探知された場合に行なわれ、俗に「マルサのガサ入れ」といわれています。
任意調査	任意調査というのは、申告の内容について確認をするという意味で調査するものです。とくに、あらかじめ脱税又は不正の事実をつかんだということで行なわれるものではありません。したがって、事前に調査の予定日を連絡してくるなど、医療機関の側から言えば都合のよい調査といえます。 しかし、任意とはいっても、税法上の質問検査権を持って調査にあたるわけですから、正当な理由なしにその行使を断った場合には、所定の罰則が課せられます。通常、調査という場合には、この任意調査のことであり、一般に数多く経験する調査です。
特別調査	これは、前述の強制調査と任意調査の中間的な性格の調査といえましょう。広義には任意調査の分類に入りますが、申告内容に特に疑問が持たれ、その規模も割合大きいものがこの対象とされるようです。特別調査は、国税局の資料調査課の国税実査官が行なうものと、税務署の特別調査部門の国税調査官により行なわれるものとがあり、国税局の資料調査課は各種の資料源を開発したり、各税務署からの上申等により調査の難易度が高いもの、例えば診療所が何ヶ所もあったり、取引銀行があちこちにあるなど広域調査を必要とするもの、事案の内容が複雑で多くの事務料を必要とするものなどを担当しています。

■手順

税務調査対象を選定し、質的管理区分の中から、法人の申告状況や納税実績、これまでの調査結果などに基づいて、3段階に区分して管理されます。

3段階による法人の質的管理区分	
第1グループ法人	申告内容や納税実績が良好と判定された法人
第2グループ法人	第1グループ法人及び第3グループ法人以外の法人
第3グループ法人	①過去の一定期間に不正を行なった法人 ②取引先等の不正に加担した法人 ③暴力団関係者が絡む法人 ④国税局又は税務署が重点調査業種に指定した業種に属する法人

ジャンル:医療税務 > サブジャンル:税務調査

資産調査に関するポイント

資産の税務調査のポイントを教えてください。

①有価証券の増減に関する調査

その残高につき現物との差異が生じていないか調べられます。有価証券は必ずしも現金購入によることなく、株式分割、無償交付、代物弁済等多くの要因により増加し又減少についても譲渡の他、評価損等多くの要因によって減少することから有価証券発行法人より送付されてくる株式配当等の資料が漏れなく保管されているかを調べられます。

また、受取配当等が入金されている場合、それに対応する株式等が計上されているかどうか調べられることとなります。

②前払費用

前払費用とは「一定の契約に従い、継続して役務の提供を受ける場合、いまだ提供されていない役務に対して支払われた対価」のことを指します。

したがって短期前払費用は原則的に決算時点において適切な月割計算により資産計上されているかどうか調べられることとなります。

注意点は以下の3点となります。

- (イ) 現金支出に限り認められ、未払分は認められません
- (ロ) 期間が1年以内の短期前払費用のみ経費計上が認められます
- (ハ) いったん処理したものに關しては、継続性が要求され、支出時損金処理を選択した場合には、原則として同一処理手続きを継続することが要件となります。

③仮払金

仮払金勘定に本来の仮払金すなわち旅費交通費、交際費、福利厚生費等以外の仮払金が計上されていないかどうか調べられることとなります。

注意点は以下の4点となります。

- (イ) 内容が把握されているかどうか
- (ロ) 取引内容が検討されているか
- (ハ) 仮払金の精算が行われているか
- (ニ) 長期間に渡って精算されずに残高がある場合には役員に対する貸付金とみなされ利子の認定がされることがあります。