

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.909 2026.3.3

医療情報ヘッドライン

**小児・周産期医療の集約化を明示
必要に応じ都道府県を超えた連携・再編も**

▶厚生労働省 WG

**医療安全管理部門等が把握すべき
重大事象を類型化し事象リストを提示**

▶厚生労働省 医政局

週刊 医療情報

2026年2月27日号

**LIFE関連加算
を2階層化**

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和7年10月分概数)

経営情報レポート

**患者に特別負担を求める仕組みへ
長期収載品の保険給付見直しの概要**

経営データベース

ジャンル: 医療税務 > サブジャンル: 決算対策

税務上の視点で留意すべき点

棚卸資産の評価損について判断基準と間接コスト

発行: 税理法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

小児・周産期医療の集約化を明示 必要に応じ都道府県を超えた連携・再編も

厚生労働省 小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループ

厚生労働省は2月18日に小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループ（以下、WG）を開催。2030年度からの「第9次医療計画」に向けて、小児医療は小児中核病院、小児地域医療センターを基幹とした集約化・重点化を推進するとともに、必要に応じ都道府県を超えた連携・再編も含めて検討する考えを示した。

周産期医療については、ハイリスク以外の妊産婦の対応も含めて、周産期母子医療センター等を基幹とした集約化と、妊婦健診や産後ケアなど役割分担に関する事例を収集し、取り組みを進められるよう具体的な議論を行っていく方針だ。2025年度中に一定のとりまとめを目指し、ガイドラインおよび医療計画指針の発出を予定している。

■小児高度急性期の集約、拠点病院の明確化を

2029年度までの「第8次医療計画」における指針では、一般的な入院・救急を含む小児医療が完結するよう設定された小児医療圏（二次医療圏）と、小児特有の夜間や休日、重症の急病患者に対応する小児救急医療圏を一本化し、常時診療ができる体制の確保を求めてきた。しかし実際は、330の二次医療圏に対し小児医療圏は306にとどまっているほか、小児救急医療圏においても施設数に地域差が発生するなど、制度設計と実働体制のギャップが課題となっている。

小児の患者数をみると、入院は減少傾向で重症例はさらに限られる一方、専門領域は多岐にわたり、集中治療領域は都道府県単位でも症例数の確保が難しくなりつつある。

他方、外来や救急搬送の患者数は横ばいで、

ニーズは相対的に高い。

外来診療に加えて予防接種や乳幼児検診など、幅広い役割が求められているなか、特に地方では小児科常勤医が不在のため他科の医師が一定の役割を担っている現状もある。

そこでWGは早期に取り組むべき事項として「入院医療、専門医療については、三次医療圏において中核的な機能を持つ小児中核病院、小児医療圏において中心的な入院機能を持つ小児地域医療センターを基幹とした集約化・重点化と、地域の実情に応じた役割分担を推進する」方針を明記。小児科が不足する地域では、小児科以外の医師との連携強化や医師派遣体制の構築、D to P with N等のオンライン診療の活用にも触れ、好事例の横展開を図る考えだ。

■周産期医療ではアクセスの課題にも留意

出生数の減少に伴い分娩取扱施設は減少しており、2023年の「医療施設調査」によると最多の東京都は147施設ある一方、最少の高知県では9施設と地域差も顕著だ。

高度専門医療の拠点である総合周産期母子医療センターは、2025年4月1日現在で112箇所。それを支える中核の地域周産期母子医療センターは297箇所が整備されているが、ハイリスク症例等の全てに対応できるわけではない施設が一定数存在しており、機能格差も課題として指摘されている。

同WGでは、周産期母子医療センターを基幹とした集約化と役割分担を推進するとともに、その際は「妊婦やその家族にアクセス等の課題が生じる場合があることに留意」する必要性についても言及した。

医療安全管理部門等が把握すべき重大事象を類型化し事象リストを提示

厚生労働省 医政局

厚生労働省医政局は2月13日、各自治体に向けて通知「病院等において把握すべき重大事象の類型化について」を発売した。

医療安全管理部門等が把握すべき事象を①患者への影響度、②事象の回避可能性の観点からA～Cに類型化し、そのうちA類型とB類型は医療安全管理部門等が把握すべき重大事象として該当する。厚労省は本通知で、AとBに該当する事象のリストも提示し、各医療機関に対し安全管理体制の整備において活用するよう促している。

■20～40%の特定機能病院で確実に把握する体制がなく、事象ごとに把握状況のばらつきも

今回の類型化とリストの作成は、令和6～7年度厚生労働科学研究「医療機関の特性に応じて求められる医療安全活動及び必要な組織体制等に関する研究」を参考に行われたもの。この研究は2024年12月20日～2025年1月24日の期間、特定機能病院88施設を対象に行われ、68施設（回答率77.3%）から回答を得た。

その中で重大事象の把握状況について問うと、諸外国で「ネバー・イベント」として確実な把握や検証が求められる重大事象について、20～40%程度の施設で病院の第三者部門（医療安全管理部門等）が確実に把握する体制となっていないことがわかった。

事象ごとの把握状況をみると、「入院中の自殺・自傷」は80%以上の施設が把握していた一方、「低リスク妊娠における母体・新生児の重症化」は30%未満にとどまるなど、事象ごとにばらつきがある。

そこで研究班は、把握すべき事象を明確化することの重要性に着目。「患者への影響度」および「回避可能性」によりA～Cの3類型に分け、A・Bを医療安全管理部門等が把握すべき重大事象として定義。その上で諸外国の研究やフレームワーク、複数の特定機能病院のオカレンス報告基準やモニタリング項目を参考に事象の候補を抽出し、A・Bそれぞれ12事象がリストアップされた。

■A・Bは回避可能性の違いで分類

今回の通知によるとA類型を「患者への影響度が大きく、確実に回避する手段が普及している事象」として、以下をはじめとする12の事象を提示。

- ①手術等の侵襲的手技における患者、部位、手技又は人工物の取り違え
- ②手術等の侵襲的手技における意図しない異物の体内遺残
- ③薬剤又は栄養剤等の投与経路間違い（経消化管/非経消化管投与の取り違え又は経静脈/髄腔内投与の取り違え）

また、B類型は「患者への影響度が大きく、回避可能性は必ずしも高くない事象」として、以下など12事象が提示された。

- ①手術等の侵襲的手技における以下の事象：術中心停止、大量出血、周辺臓器損傷又は予定外の再手術
- ②硬膜外麻酔又は脊髄くも膜下麻酔に関連する血腫による死亡又は後遺障害
- ③気道確保困難又は食道挿管による死亡又は後遺障害

医療機関においては、各類型の事象の内容を院内で周知するとともに、医療安全対策へのさらなる取り組みが求められる。

医療情報①
 厚生労働省
 検討会

LIFE関連加算を2階層化

～2027年度介護報酬改定に向けて議論

2027年度介護報酬改定に向け、科学的介護情報システム（LIFE）関連加算の見直しの議論が始まった。現行の「科学的介護推進体制加算」をLIFE活用の基礎部分として位置付けて「1階層目」の加算とし、追加的に取得できる「2階層目」の評価を用意する。

16日の社会保障審議会・介護給付費分科会で報告された、「科学的介護情報システム（LIFE）のあり方に関する検討会」の取りまとめを踏まえたもの。

現在、LIFE関連加算は各サービスや評価項目ごとに加算が設けられ、算定要件を満たせばそれぞれ個別に算定できる仕組みとなっている。

しかし、実際には提出するデータ項目が加算間で重複し、現場の入力負担が増大していることが課題として指摘されてきた。

また、加算の位置付けが分かりにくく、LIFE活用の目的と評価体系が必ずしも整理されていないとの課題も指摘されている。

そこで、「科学的介護推進体制加算」を分野横断的な基礎情報を収集する「1階層目」とし、「栄養ケアマネジメント強化加算」や「個別機能訓練加算」などほかのLIFE関連加算は原則的に科学的介護推進体制加算の算定を前提とした「2階層目」に再編する案が分科会で示された。

2層構造にすることで、まずは全事業所が基礎的なデータを共通に提出し、その上で専門的な評価や高度な取り組みを加算で評価するという体系を明確にする。

データ収集の標準化が進むことで、分析やフィードバックの精度向上にもつながり、事業所にとっても加算取得の道筋が分かりやすくなる効果が期待されるという。

また、LIFE関連加算を算定する事業所の約9割が既に科学的介護推進体制加算を併算定している実態も報告された。

見直し案を踏まえた分科会の議論では、科学的介護推進体制加算を算定していない事業所も依然として存在することから、提出項目の見直しや入力負担の軽減を進め、導入障壁を下げるのが不可欠だとの指摘があった。

また特定の加算のみを単独で算定している事業所も約1割存在し、2階層化によって入力負担が増し、算定を断念するケースが出ることを懸念する声も上がった。

取りまとめでは訪問系・通所系サービスについて、小規模事業所が多いことなどを踏まえ、27年度改定でのLIFE関連加算の新たな導入は慎重に検討する方針も記載されている。

厚生労働省は春以降にLIFEの提出項目などに関する作業部会を設置し、具体的な項目の精査を進める。

医療情報②
福祉医療機構
調査結果

内科症例「救急患者応需係数」 で評価底上げ

2026年度の診療報酬改定では、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」（看護必要度）に「救急患者応需係数」や重症患者の受け入れの「割合指数」を新たに取り入れ、救急搬送や手術なしの内科症例が多い病院への評価を底上げする。それに伴い、入院料や加算ごとの重症患者の受け入れに関する基準は、これまでよりも高く設定する。

今回行う評価の底上げは、厚生労働省が25年11月、中央社会保険医療協議会の総会に示した案がベースで、底上げの軸になる救急患者応需係数は、医療機関の「病床当たり年間救急搬送受け入れ件数」（直近1年間）に0.005をかけて割り出し、「1割」を上限にする。

この「病床当たり年間救急搬送受け入れ件数」は、「医療機関全体の救急搬送受け入れ件数」（直近1年間）に「救急搬送されて入院した患者（救急患者応需係数の計算対象の病棟に入院した患者のみ）のうち、その入院基本料の算定病床に入院した患者の割合」を掛け、最後に「入院基本料の算定病床」で割った値。「医療機関全体の救急搬送受け入れ件数」には患者が入院しなかった搬送も含めてカウントする。

例えば急性期一般入院料の病床が100床の病院で救急搬送を年に1,000件受け入れ、それらの病床に全員が入院した場合、「病床当たり年間救急搬送受け入れ件数」は $1,000 \text{ 件} \times 1 \div 100 \text{ 床} = 10 \text{ 件}$ 、救急患者応需係数はそれに0.005をかけて5%になる。

この病院による重症患者の受け入れ割合が15%の場合、受け入れ患者の割合指数は、それに救急患者応需係数の5%を加えて20%になる。見直し後は、入院料や加算の施設基準をクリアしているかをその値で判定する。

今回はほかに、学会からの提案を受け、看護必要度の「A項目」（モニタリング・処置等）のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」と、「C項目」（手術等の医学的状況）の「救命等に係る内科的治療」などに対象の薬剤や治療、検査を追加することも決まった。

内科系や手術なしの症例が看護必要度で評価されにくいという声は、病院団体や学会にもともと根強くあった。そこで厚労省が分析すると、それらの症例は「手術あり」に比べ、A項目とC項目の評価が低く、「B項目」（患者の状況等）の評価が高くなる傾向にあることが分かった。そうした症例は救急搬送から入院する割合が高い傾向にあることも分かったため、中医協で救急患者にウエートを付ける評価方法を議論した。

重症患者の受け入れ割合を救急搬送件数に応じて底上げし、A項目とC項目の対象を追加すると看護必要度の評価はどう変化するか、急性期一般入院料1の1,110病院を対象に厚労省がシミュレーションすると、受け入れ割合の平均値は28.3%から35.4%に上昇した。

救急搬送の受け入れと手術なしの症例が多い病棟での上昇幅が特に大きく、中医協の議論では、入院料や加算ごとに設定されている受け入れ割合の基準の引き上げを支払側が主張した。そのため、受け入れ割合指数の基準はこれまでよりも高く設定することになった。（以降、続く）

週刊医療情報（2026年2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7年10月分概数)

厚生労働省 2026年1月7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7年10月	令和7年9月	令和7年8月	令和7年10月	令和7年9月
病院					
在院患者数					
総数	1 120 589	1 124 130	1 129 931	△ 3 541	△ 5 801
精神病床	255 220	256 556	256 779	△ 1 336	△ 223
感染症病床	188	220	247	△ 32	△ 27
結核病床	862	895	922	△ 33	△ 27
療養病床	224 668	226 098	226 561	△ 1 430	△ 463
一般病床	639 651	640 360	645 422	△ 709	△ 5 062
外来患者数	1 258 730	1 214 781	1 134 910	43 949	79 871
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 363	1 358	1 354	5	4

注) 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。

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7年10月	令和7年9月	令和7年8月	令和7年10月	令和7年9月
病院					
総数	76.2	76.9	75.1	△ 0.7	1.8
精神病床	81.6	81.7	81.5	△ 0.1	0.2
感染症病床	9.2	10.6	11.6	△ 1.4	△ 1.0
結核病床	25.8	26.3	26.4	△ 0.5	△ 0.1
療養病床	84.9	84.7	84.7	0.2	△ 0.0
一般病床	71.9	73.2	70.2	△ 1.3	3.0
診療所					
療養病床	39.4	39.9	39.5	△ 0.5	0.4

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

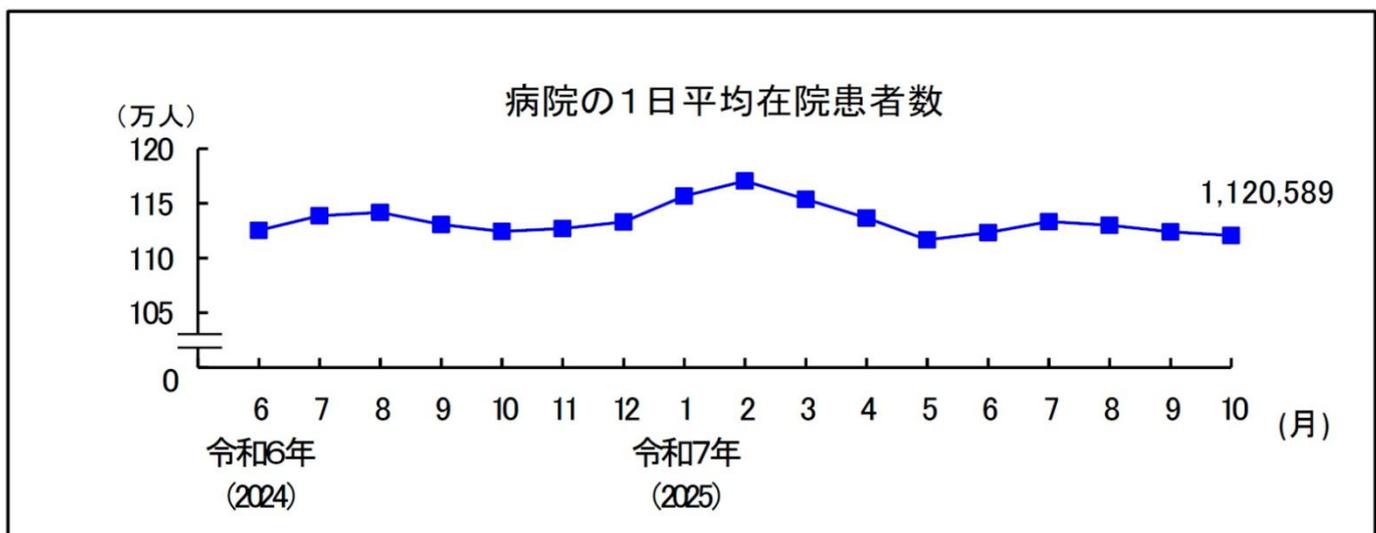
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和7年10月	令和7年9月	令和7年8月	令和7年10月	令和7年9月
病院					
総数	24.4	25.0	25.2	△ 0.6	△ 0.2
精神病床	238.5	240.5	253.6	△ 2.0	△ 13.1
感染症病床	9.9	9.8	9.6	0.1	0.2
結核病床	57.1	61.3	58.0	△ 4.2	3.3
療養病床	114.3	117.2	123.1	△ 2.9	△ 5.9
一般病床	14.8	15.1	15.3	△ 0.3	△ 0.2
診療所					
療養病床	104.6	98.5	101.8	6.1	△ 3.3

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

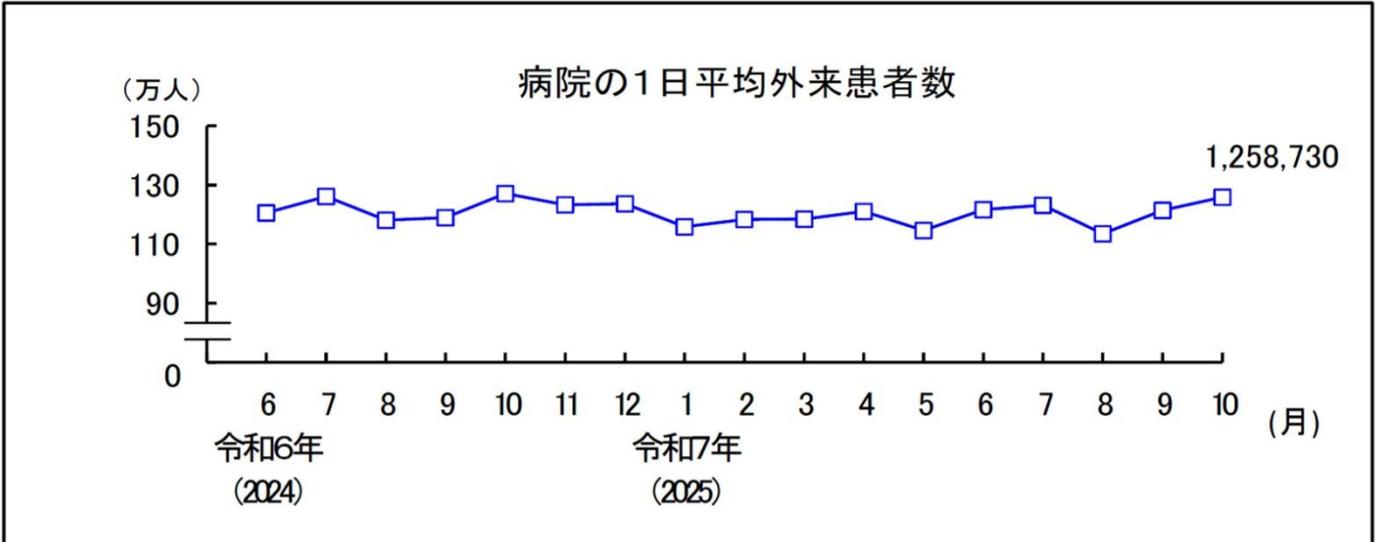
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

◆病院:1日平均在院患者数の推移

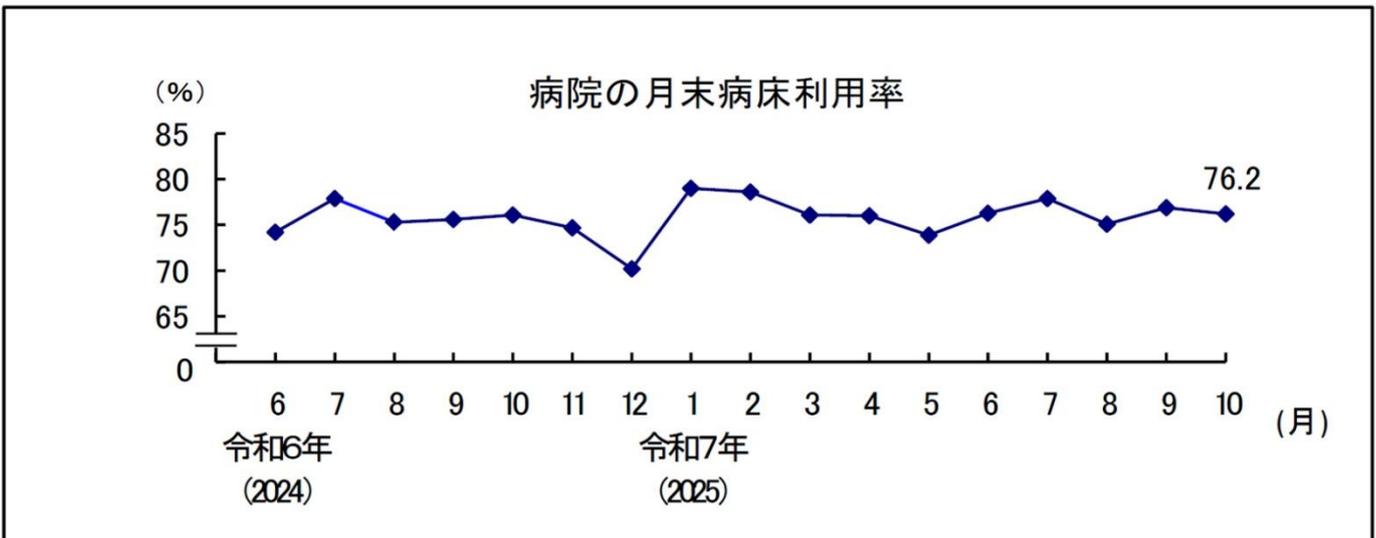


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

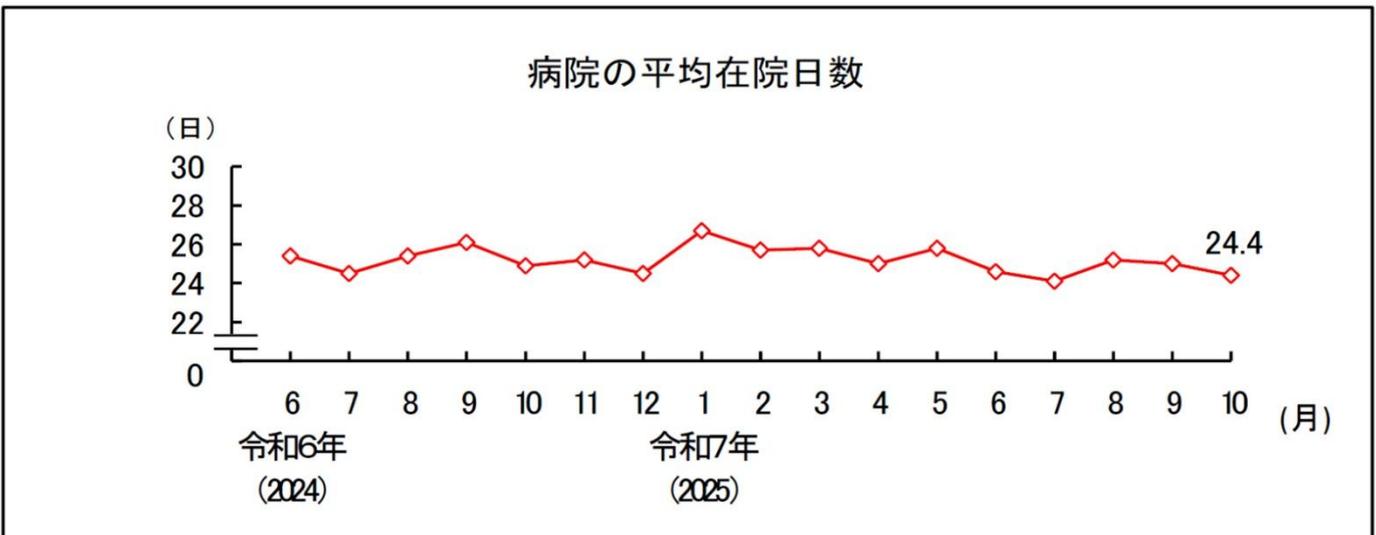
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆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7年10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。



経営情報
レポート
要約版



制度改正

患者に特別負担を求める仕組みへ

長期収載品の保険 給付見直しの概要

1. 薬剤費は年々増加し、後発医薬品は伸び悩み
2. 長期収載品を選択した場合は一部医療費を自己負担へ
3. 医院の窓口ではチラシを活用
4. 現在公開されている疑義解釈



参考資料

【厚生労働省・中医協】：長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養について 薬剤費等の年次推移について
【厚生労働省】：令和5（2023）年度 国民医療費の概況 医薬品業界の概況について 他

1

医業経営情報レポート

薬剤費は年々増加し、後発医薬品は伸び悩み

■ 医療費の増加と求められる削減策

令和6年10月に公表された厚生労働省の「令和5年度 国民医療費の概況」によると、日本の医療費は約48兆915億円、前年度の46兆6,967億円に比べ1兆3,948億円、3.0%の増加となりました。

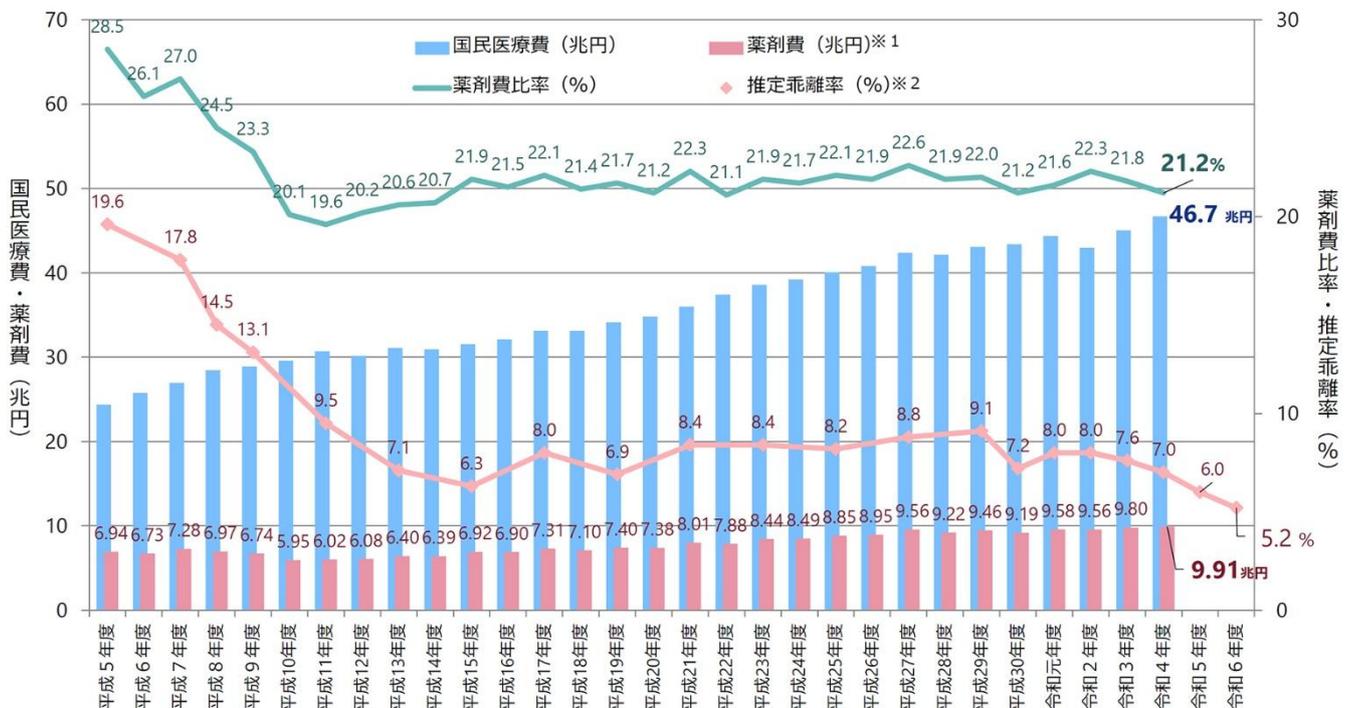
また、人口一人当たりの国民医療費は38万6,700円、前年度の37万3,700円に比べ1万3,000円、3.5%の増加となっています。

このように医療費は継続的に増加していることから、医療費削減は喫緊の課題となっています。とりわけ医療費削減において重要な項目の一つとして、薬剤費が挙げられます。

中医協の資料「薬剤費等の年次推移について」によると、平成5年から令和元年にかけて国民医療費に占める薬剤費の比率は低下したものの、令和4年度にあっても依然として医療費全体の21.2%を占めています。これらのデータからも、医療費削減への取り組みは重要な課題であり、特に高齢者医療や薬剤費の効率的な管理が強く求められています。

下のグラフは、国民医療費と薬剤費の推移を示したのですが、医療費の増加に伴って薬剤費の推移にも注目する必要があることがわかります。

◆ 国民医療費、薬剤費等の推移



※1 薬剤費には、DPCを始めとする薬剤費が包括して算定される場合は含まれていない。
 ※2 薬価調査で得られた平均乖離率をその年度の推定乖離率としている。
 令和元年度の推定乖離率は、平成30年4月の薬価に対する乖離を示す。

中医協：薬剤費等の年次推移について

2

医業経営情報レポート

長期収載品を選択した場合は一部医療費を自己負担へ

■ 長期収載品の選定療養に関する全体像

前章で述べた背景や、医薬品に関するイノベーションの推進を目的として、厚生労働省では医療保険制度における長期収載品の保険給付の見直しが行われ、ここに選定療養の仕組みが導入されることとなりました。「長期収載品」とは、後発医薬品のもととなる先発医薬品を指します。先発医薬品は新薬として開発され、一定期間の特許によって保護されますが、その特許が満了した後に、他のメーカーが同じ有効成分を用いて製造したものが後発医薬品です。

選定療養制度の導入により、患者が後発医薬品ではなく、長期収載品を選択した場合、一部の医療費を自己負担することが求められるようになりました。この制度は、医療の選択肢を広げると同時に、医療費の適正化を図るための一環として実施されるものです。

◆ 長期収載品の保険給付の在り方の見直し

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

- ▶ 長期収載品の使用について、①**銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合**や、②**一般名処方の場合は、選定療養の対象とする。**
- ▶ ただし、①**医療上の必要性があると認められる場合**（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、②**薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合**については、選定療養とはせず、引き続き、**保険給付の対象とする。**

選定療養の対象品目の範囲

- ▶ 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後5年を経過した長期収載品**については**選定療養の対象とする。**
 ※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
 - ② また、**後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする。**

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- ▶ 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。**
- ▶ **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の1相当分とする。**

出典：中医協長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養について

■ 医療上の必要がある場合

長期収載品の使用について「医療上の必要があると認められる場合」は、選定療養の対象とはならず、引き続き保険給付が適用されます。

具体的には、患者が後発医薬品を使用した際に、副作用が生じたり、他の薬との相互作用が確認された場合、または治療効果に差異があったような場合です。

3

医業経営情報レポート

医院の窓口ではチラシを活用

■ 選定療養の対象医薬品と計算例

長期収載品の処方や調剤に係る選定療養の対象医薬品は、一定の基準に基づいて決められています。対象となる医薬品は、以下の3つの要件をすべて満たすものです。

まず、対象医薬品は「後発医薬品が存在する先発医薬品であること」が条件です。ただし、バイオ医薬品はこの対象から除かれます。

次に、後発医薬品が薬価基準に収載された年数や置換え率が考慮され、具体的には、「後発医薬品が初めて薬価基準に収載されてから5年を経過した品目、もしくは収載から5年未満でも置換え率が50%以上の品目」が該当します。

ただし、置換え率が1%未満の品目は除外されます。

最後に、「長期収載品の薬価が後発医薬品の中で最も高い薬価を上回ること」が求められます。この薬価の比較は、医薬品の組成や規格、剤形ごとに行われます。

この基準に基づき、厚生労働省は選定療養の対象となる長期収載品のリストを作成し、ホームページで公開しています。

リストを参考に、医療機関や薬局では、処方や調剤の場面で選定療養の適用が適切であるかを判断し、後発医薬品の在庫状況や医療上の必要性を考慮しつつ運用しなければなりません。

以下の表は、対象医薬品の例を抜粋したものです。

◆長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品(抜粋)

(単位：円)

品名	薬価	後発医薬品 最高価格	長期収載品と後発 医薬品の価格差の 4分の1	保険外併用療養費 の算出に 用いる価格
マイスリー錠 5mg	20.6	11.0	2.40	18.20
ディオバン錠 20mg	15.2	10.1	1.28	13.92
パリエット錠 10mg	43.6	32.3	2.83	40.77
ネキシウムカプセル 20mg	69.7	41.8	6.98	62.72
アレグラ錠 60mg	31.0	28.7	0.58	30.42
クラビット点眼液 0.5%	60.5	26.3	8.55	51.95
モーラステープ 20mg	19.3	18.0	0.33	18.97

4

医業経営情報レポート

現在公開されている疑義解釈

■ 医療上の必要性は摘要欄へ記載

厚生労働省からの疑義解釈によると、医療機関が「医療上の必要性」により長期収載品を院内処方して保険給付を行う場合、診療報酬請求書の「摘要」欄にその理由を記載することが求められています。

また、院内採用品に後発医薬品がない場合など、患者が後発医薬品を選択できない状況であれば、従来通りの保険給付が認められます。ただし、後発医薬品の使用促進は重要であり、可能な限り後発医薬品を院内で処方できる体制を整えることが推奨されています。

◆厚生労働省疑義解釈

問	院内処方用の処方箋がない医療機関において「医療上の必要性」により長期収載品を院内処方して保険給付する場合、単に医師等がその旨の判断をすれば足りるのか。あるいは「医療上の必要性」について、何らかの記録の作成・保存が必要なのか。
答	診療報酬を請求する際に、「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（令和6年7月12日保医発0712第1号）の別表Ⅰを踏まえ、診療報酬請求書等の「摘要」欄に理由を選択して記載すること。

厚生労働省：長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）

◆厚生労働省疑義解釈

問	院内採用品に後発医薬品がない場合は、「後発医薬品を提供することが困難な場合」に該当すると考えて保険給付してよいか。
答	患者が後発医薬品を選択することが出来ないため、従来通りの保険給付として差し支えない。なお、後発医薬品の使用促進は重要であり、外来後発医薬品使用体制加算等を設けているところ、後発医薬品も院内処方できるようにすることが望ましい。

厚生労働省：長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）

■ 退院時処方選定療養の対象外

厚生労働省の疑義解釈によると、長期収載品の選定療養に関して、退院時に処方される薬については服用する日に関わらず「入院中の投薬」として扱われます。

また、国の公費負担医療制度の対象となる患者が長期収載品を希望する場合は、他の患者と同様に選定療養の対象となります。ただし、前述の医療上必要と認められる場合は、従来通り保険給付の対象となり、選定療養の対象とはなりません。

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:決算対策

税務上の視点で留意すべき点

決算期を迎えるにあたり税務上の視点から留意すべき点を教えてください。

決算を迎えるにあたり、最も重要となるのが期間損益という考え方になります。当該事業年度に係る収入と経費について検討することが基本となります。留意すべき点は、以下の通りとなります。

現金残高の確認	現金の实在残高と帳簿上の残高が一致しているか否かの再確認を行うとともに、残高の多寡についても併せて確認する必要があります。
売掛金残高の確認	取引先毎の残高が一致していることを確認し、出来る限り取引先に対し残高確認書により確認を行うことが望ましいと思われれます。
受取手形の確認	受取手形のうち、裏書譲渡・割引手形を改めて確認し、その所在及び期日を再確認しておくことが望ましいです。
棚卸	病医院の棚卸評価方法を再確認し、適正な実地棚卸が実施されるよう十分な準備が必要になります。併せて、決算時点で適正在庫となるよう仕入の調整を行うことも有効であると思われれます。
仮払金の整理	決算を迎えるにあたり、仮払金・立替金などについては、必ず整理しておく必要があります。
固定資産の確認	これまでに計上してある固定資産が実在するかどうかについて、棚卸をする必要があります。既に滅失しているものは速やかにその理由を確認し、除却する必要があります。
買掛金残高の確認	○後の仕入について漏れなく計上する必要があります。○後の仕入については必ず納品書等により確認してください。
未払金残高の確認	期間損益を求めるにあたり、当期発生した経費についても漏れなく計上する必要があります。ただし、損金計上する為には、事業の用に供している必要がありますので、必ず使用実態を確認する必要があります。
売上高の確認	○後の売上についても漏れなく計上する必要があります。万が一にも漏れた場合には、脱税行為となりますので、十分に注意が必要となります。
資産計上すべき取引の有無	備品消耗品費等、固定資産計上すべき取引が無いかどうかを確認し、資産計上すべきものについては計上し、決算前に適正な利益検討が出来るようにしておく必要があります。

ジャンル:医療税務 > サブジャンル:決算対策

棚卸資産の評価損についての判断基準と間接コスト

棚卸資産の評価損について判断基準と間接コストはどのようなものになりますか。

法人税法第 33 条の規定には、「内国法人がその有する資産の評価替えをしてその帳簿価額を減額した場合は、その減額した部分の金額は、その内国法人の各事業年度の所得の金額の計算上、損金の額に算入しない」とあります。

■判断基準

ただし、以下の事実の場合につきましては、損金算入が認められております。なお、棚卸資産の時価が単に物価変動、過剰生産、建値の変更等の事情によって低下しただけでは、評価損の損金算入が可能となる以下の事実には該当しません(法人税基本通達 9-1-6)。

- (1)当該資産が災害により著しく損傷したこと。
- (2)当該資産が著しく陳腐化したこと。具体的には以下の場合となります(法人税基本通達 9-1-4)。
 - ①今後通常の価格では販売することが出来ないことが、既往の実績その他の事情に照らして明らかであること。
 - ②当該商品と用途の面では概ね同様のものであるが、型式・性能・品質等が著しく異なる新製品が発売されたことにより、当該商品につき、今後、通常の方法により販売することが出来ないようになったこと。
- (3)内国法人について会社更生法もしくは金融機関等の更正手続の特例等に関する法律の規定による更生手続の開始決定又は商法の規定による整理開始の命令があったことにより当該資産につき評価替えをする必要が生じたこと。
- (4)上記に準ずる特別の事実。具体的には以下の場合となります(法人税基本通達 9-1-5)。
 - ①破損・型崩れ、たなざらし、品質変化等により通常の方法によって販売することができないようになったこと。
 - ②民事再生法の規定による再生手続開始の決定があったことにより、棚卸資産につき評価替えをする必要が生じたこと。

■間接コスト

法人税法施行令第 32 条に規定されております。

(棚卸資産の取得原価) 棚卸資産には、そのものの原価の他、その取得に要した間接費用が含まれ合理的に見積もられた価額によりその単価を見積もり、計上しなければなりません。