

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.854 2025.1.21

医療情報ヘッドライン

**セルフメディケーション税制見直しへ
23年度の適用人数は4.9万人と低調**

▶厚生労働省 検討会

**「新たな地域医療構想」を公表
外来・在宅、介護連携も対象に**

▶厚生労働省 検討会

週刊 医療情報

2025年1月17日

**介護の大規模化インセンティブ
付与へ、検討会が初会合**

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6年度8月号)**

経営情報レポート

**歯科医院の働き方改革に対応!
就業規則の作成ポイント**

経営データベース

ジャンル:診療・介護報酬 > サブジャンル:診療報酬適正化

**診療行為伝達方法の整備
院内連携体制の構築ポイント**

セルフメディケーション税制見直しへ 23年度の適用人数は4.9万人と低調

厚生労働省 セルフケア・セルフメディケーション推進に関する有識者検討会

厚生労働省は、1月8日に「セルフケア・セルフメディケーション推進に関する有識者検討会」の初会合を開催。現在のセルフメディケーション税制は、適用期限を2026年12月31日に迎えるため、見直しの方向性について検討する方針を示した。セルフメディケーションの前提となるセルフケアについても議論を進め、今年夏ごろまでに「セルフケア・セルフメディケーションの推進に関する工程表」を取りまとめる予定だ。

■医療費適正化も狙いのひとつ

セルフメディケーション税制とは、医師の処方箋がなくても購入できる「スイッチOTC医薬品」（医師が処方する医療用医薬品から市販薬（OTC医薬品）に切り替えたもの）の購入額が一定額を超えた場合、その金額分が課税所得から差し引かれる制度だ。

厚労省の資料によれば、「健康の維持増進及び疾病予防への一定の取組を行う個人が、一定のスイッチOTC医薬品を購入した場合（生計を一にする配偶者その他の親族の分も含む）に、合計額が1万2千円を超えるときは、その超える部分の金額（その金額が8万8千円を超える場合には、8万8千円）について、その年分の総所得金額等から控除」される。対象となるスイッチOTC医薬品を年間20,000円購入した場合、8,000円が課税所得から控除されるというわけだ。

そもそもセルフメディケーションは、WHO（世界保健機関）の定義によれば「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当すること」という意味。自発的な健康管理や疾病予防の取り組みを促すこ

とで、膨らみ続ける医療費の適正化を図ろうとする狙いがある。

そのため、2021年度にはインセンティブ効果を強化するため、対象となるスイッチOTC医薬品から「医療費適正化効果が低いと認められるもの」（強心剤、ビタミンB1剤等、カルシウム剤など）を除外するとともに、「医療費適正化効果が著しく高いと認められる薬効（鎮痛・消炎剤、解熱鎮痛消炎剤、鎮咳去痰剤、耳鼻科用剤の4薬効）については、対象をスイッチOTC以外にも拡大」する見直しを実施している。

■煩雑な手続きが見直されるかも焦点に

一方で、活用が広がっているとは言い難いのも事実だ。適用人数を見ると、創設翌年の2018年は2.6万人で、2023年は4.9万人と5年間で倍近く増えてはいるものの、結果としてごく一部にしか使われていない状況となっている。要因の1つとして考えられるのは、手続きの煩雑さだ。

まず、薬局やドラッグストアで購入できるすべてのOTC医薬品が対象になるわけではない。対象となる医薬品のパッケージには識別マークがつけられているが、どれが該当するのかいちいち見極める必要がある。

加えて、定期健康診断を受けていなければならず、確定申告をする際に、それを証明する書類（結果通知表、領収書など）と、対象となるスイッチOTC医薬品を購入した際の領収書も提出する必要がある。

こうした手続きが見直されるのか、見直されるとしたらどこまで簡略化されるかも今後の議論の焦点になりそうだ。

「新たな地域医療構想」を公表 外来・在宅、介護連携も対象に

厚生労働省 新たな地域医療構想等に関する検討会

厚生労働省の「新たな地域医療構想等に関する検討会」は、12月18日に「新たな地域構想に関するとりまとめ」を公表。「新たな地域医療構想」の対象には外来・在宅、介護連携も加え、医療計画の上位概念に位置づけるとした。

2025年度に国でガイドラインを作成し、2026年度には都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計などを出して2027年度から順次開始し、2028年度までに医療機関機能に着目した協議を行う方針だ。

■2025年までの病床削減目標はほぼ達成

地域医療構想は、2015年4月から医療計画の一部として位置づけられている。

日本の人口構成で最大のボリュームを占める団塊の世代（1947年～1949年生まれの世代）が全員75歳以上の後期高齢者となる2025年に向け、増大が見込まれる医療需要に対応する必要があったからだ。

推進されてきたのは、主に入院医療を対象とした病床の機能分化・連携である。

2015年時点の推計では、機能分化・連携を進めない場合、152万床程度が必要とされていたため、一般病床における医療資源投入量の少ない患者を在宅医療へ移行させるなどすることで、2025年に119.1万床となることを目標として取り組みが進められてきた。

結果、病床機能報告によれば、2015年から2023年にかけて125.1万床から119.2万床となり、目標はほぼ達成されたといえる。

機能別の病床数でも急性期と慢性期が減少し、回復期が増加と構想にそった進捗が認められる状況だ。

■高齢者救急や在宅医療への対応を強化

他方で、「病床数の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論がなされにくい。また、外来医療、在宅医療等の地域の医療提供体制全体の議論がなされていない」といった課題も指摘されている。

そこで、今後医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の人口が増大する一方で現役世代は減少していく状況に対応するため、「『治す医療』を担う医療機関と『治し支える医療』を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要がある」とした。

具体的な取り組みとして示したのは4点だ。

1点目は「増加する高齢者救急への対応」。

受け入れ体制強化とともに、ADL低下防止のため入院早期から必要なリハビリテーションを適切に提供し、早期に自宅などの生活の場に戻れる支援体制の確保を進めていく。

2点目は「在宅医療への対応」。オンライン診療の積極的な活用や介護との連携を通じ、効率的かつ効果的な提供体制を強化し、外来医療でも時間外対応などのかかりつけ医機能を高めていくとした。

3点目は「医療の質や医療従事者の確保」。

地域ごとに医療需要の変化等に対応できる医療従事者を確保することが重要だと示している。

4点目は医療DXやタスクシフト・シェアなどの推進による「地域における必要な医療提供の維持」。すでに人口減少が進む過疎地域では、拠点となる医療機関からの医師派遣や巡回診察、ICTの活用を進めていくとしている。

医療情報①
 厚生労働省
 検討会

介護の大規模化インセンティブ 付与へ、検討会が初会合

厚生労働省は9日、2040年の介護・福祉サービスの提供体制を議論する検討会の初会合で、介護事業者同士が協働化や大規模化を行った場合のインセンティブの付与や、事業所の人材定着を促すための報酬体系や人員基準の中長期的な見直しなどを論点として示した。

検討会では、春ごろ中間取りまとめを行う。厚労省は介護事業者の協働化や大規模化を促す方針で、そのためのインセンティブを具体化する。この新たな検討会では、高齢者の数がほぼピークを迎える40年を見据え、まず高齢者施策を中心に議論する。

それに関する中間取りまとめを行った後、福祉サービスを含む共通の課題を検討し、夏ごろ最終的に取りまとめる。社会保障審議会の介護保険部会などがそれを踏まえ、27年度の介護保険制度改正や第10期介護保険事業計画に向けた検討を進める。

検討会の初会合で、厚労省は、以下の4つのテーマごとに課題と論点を提示した。

- ▼人口減少・サービス需要の変化に応じたサービスモデルの構築や支援体制
- ▼介護人材の確保・定着、テクノロジーの活用などによる生産性向上
- ▼雇用管理・職場環境改善といった経営支援
- ▼介護予防・健康づくり、地域包括ケアと医療介護連携、認知症ケア

このうち経営支援について、介護事業者が単体で経営課題を解決できなくても、ほかの事業者との連携や協働化、大規模化などによって解決されるケースもあると指摘。また、社会福祉連携推進法人や小規模事業者のネットワーク構築といった従来の手法は取り組みが進んでいない状況も明らかにした。

その上で、厚労省はそれらの手法を普及させるため事業者の取り組みにインセンティブを付与する方法や、社会福祉法人など公益法人の連携を促す方策を論点に挙げた。

また、介護人材を確保・定着させるためには、事業者が「キャリアラダー」を整備して職員のキャリアアップを図ることが重要だと強調。職員本人の意欲や能力、ライフステージに応じたキャリアパスを事業所が構築して定着を図れるようにするため、報酬体系や人員基準の中長期的な見直しも論点とした。

サービスモデルや支援体制は、以下という地域の3類型ごとに構築するとしている。

- ▼介護需要が既に減少局面に入っている「中山間・人口減少地域」
- ▼需要が40年以降も増加する見込みの「都市部」
- ▼需要は当面の間、増加するがその後は減少に転じる「一般市等」

意見交換では、全国老人福祉施設協議会会長の大山知子構成員が、介護事業者間の連携や協働化・大規模化について「離島や中山間地域で事業継承する法人を補助金などで後押ししていただきたい」と要望。

池端幸彦構成員（日本慢性期医療協会副会長）も事業者が大規模化しやすい環境の整備を求めた。介護人材の不足を補うため、「元気な高齢者」に食事の片付けやベッドメイクといった周辺業務を担ってもらおうよう促すべきだという意見もあった。

検討会では、先進的な取り組みを行う自治体や事業者に次回からヒアリングを行う。

医療情報②
 福祉医療機構
 調査

訪問介護の減収、「利用者単価の低下」も要因に

福祉医療機構が行った 2024 年度介護報酬改定の影響に関するアンケートによると、305 力所の訪問介護事業所のうち、24 年 4 月以降のサービス活動収益が前年同期比で 2%以上減少したのは 4 割超だった。

そのうち、訪問介護の基本報酬が引き下げられた 24 年度介護報酬改定の影響で利用者単価が低下したことが減収の要因だと考えている事業所が一定数あることも明らかとなった。

アンケートは、介護保険サービスを提供し、福祉医療機構が融資している 6,636 法人を対象に 24 年 7 月 19 日～8 月 20 日にウェブ上で実施。1,673 法人が回答した（回答率 25.2%）。

同年 4 月以降のサービス活動収益が前年同期比で 2%以上減少した訪問介護事業所は 42.6% で、特別養護老人ホームや通所介護などほかのサービスと比べて、減収となった事業所の割合は最も多かった。

一方、2%以上増加した訪問介護事業所は 17.7%で、介護医療院（13.6%）に次いで少なかった。サービス活動収益が減少した 130 力所に減収の要因を聞いたところ、「利用率の変化」（1 月当たりの訪問回数の変化）という回答が 56.2%と過半数を占めたほか、「利用者単価の変化」を挙げた事業所も 32.3%あった。

「利用者単価の変化」と回答した割合が訪問介護に次いで多かったのは通所介護で 13.9%にとどまった。特養では 5.8%、介護老人保健施設では 3.2%と、ほかのサービスではいずれも 1 割を下回っており、福祉医療機構は「訪問介護での回答割合の高さが際立っている」としている。

利用者単価の低下により減収したと回答した訪問介護事業所の 42 力所に、訪問介護の基本報酬が引き下げられた 24 年度の介護報酬改定による影響が要因かを聞いたところ、85.7%が「24 年度の報酬改定による影響」だと回答した。

一方、24 年度の報酬改定で基本報酬が引き上げられた特養では、利用者単価の低下により減収したと回答した 8 力所の事業所で 24 年度報酬改定の影響だとする回答はなく、福祉医療機構は「対照的な結果」だと指摘している。

週刊医療情報（2025年1月17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6年度8月号）

厚生労働省 2024年12月27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	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2
令和5年度4~3月	47.3	26.2	15.7	8.9	5.8	10.5	1.5	18.8	2.3
4~8月	19.6	10.8	6.4	3.6	2.4	4.4	0.6	7.7	1.0
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
8月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
令和6年度4~8月	19.8	10.8	6.5	3.8	2.3	4.3	0.5	8.1	1.0
6月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
7月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
8月	3.9	2.1	1.3	0.8	0.5	0.8	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	4.0	3.2	6.4	6.6	6.9	▲1.0	6.5	5.3	2.3
令和5年度4~3月	2.9	1.7	4.2	5.2	3.4	▲2.0	2.2	4.5	3.6
4~8月	4.0	2.2	4.8	5.6	4.0	▲1.3	11.0	6.4	4.9
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
8月	4.9	1.2	2.1	4.1	▲1.3	▲0.2	▲3.4	10.3	7.5
令和6年度4~8月	1.5	▲0.4	1.2	3.2	▲1.5	▲2.8	▲11.0	4.0	2.1
6月	▲1.6	▲3.8	▲2.0	1.2	▲6.3	▲6.3	▲18.0	1.3	▲0.1
7月	4.8	2.3	3.0	5.0	▲0.1	1.3	▲12.1	8.4	5.0
8月	▲0.5	▲2.6	▲0.9	0.6	▲2.7	▲5.1	▲8.7	2.1	1.2

●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	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.5	95.7
令和5年度4～3月	38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.1	96.5
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	3.3	2.4	8.0
	8月	3.2	2.1	1.7	1.6	3.3	2.0	8.1
令和6年度4～8月	16.0	10.5	8.4	8.0	8.2	16.8	10.8	40.4
6月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.2	7.9
	7月	3.3	2.2	1.8	1.7	3.5	2.2	8.4
	8月	3.2	2.1	1.7	1.6	3.3	2.0	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	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2
令和5年度4～3月	47.3	37.6	17.9	16.4	3.3	8.3	0.7	0.61	18.7	24.7	3.3
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	0.3
	8月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	0.3
令和6年度4～8月	19.8	15.8	7.6	6.8	1.4	3.5	0.3	0.29	7.9	10.2	1.4
6月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
	7月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	0.3
	8月	3.9	3.1	1.6	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	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	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43
令和5年度4～3月	24.8	24.3	4.4	15.9	4.0	8.9	0.50
6月	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
	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
令和6年度4～8月	10.4	10.2	1.8	6.6	1.7	3.7	0.24
6月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
	2.2	2.1	0.4	1.4	0.4	0.8	0.05
	2.0	1.9	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05

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	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
令和5年度4～3月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.4	12.1	15.5
6月	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
	19.7	41.0	42.7	10.6	8.2	9.8	12.1	16.1
令和6年度4～8月	19.1	41.4	43.1	10.2	8.3	9.3	12.3	15.4
6月	18.8	41.5	43.3	10.1	8.4	9.1	12.4	15.1
	19.0	42.2	43.9	10.1	8.4	9.4	12.2	15.3
	19.8	41.6	43.3	10.4	8.5	9.7	12.4	15.9

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6年度8月号)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

歯科医院の働き方改革に対応！

就業規則 の作成ポイント

1. 就業規則作成の必要性
2. 就業規則の基本事項
3. 就業規則を作成するためのポイント
4. 就業規則へのQ & A



参考資料

【厚生労働省】：「令和5年度個別労働紛争解決制度の施行状況」リーフレット「就業規則を作成しましょう」 「中小企業のための就業規則講座」 東京労働局「就業規則作成の手引き」

1

医業経営情報レポート

就業規則作成の必要性

歯科医院では、歯科医師を中心として歯科衛生士や歯科助手、受付事務スタッフとの良好なチームワークによる患者への丁寧な診療が求められています。

しかし、良い人材と思って採用したスタッフであっても、実際に組織の一員として勤務する中で、様々な労務トラブルを起こしてしまうことも決して稀なことではありません。

こういった労務トラブルを防ぐためには、院長の経営理念や診療方針に基づいた就業規則を作成し、スタッフ全員に浸透させることが何よりも有効な手段となります。

■ 複雑化する労務トラブル

厚生労働省の企業全般を対象とした統計によると、総合労働相談コーナー（全国の都道府県労働局及び労働基準監督署に設置）には、令和5年度の1年間に約121万件もの労働相談が寄せられており、「法制度の問い合わせ」「労働基準法等の違反の疑いがあるもの」「民事上の個別労働紛争相談」が主な内訳となっています。

民事上の個別労働紛争相談としては、「いじめ・嫌がらせ」「自己都合退職」「解雇」「労働条件の引き下げ」「退職勧奨」が上位を占めています。

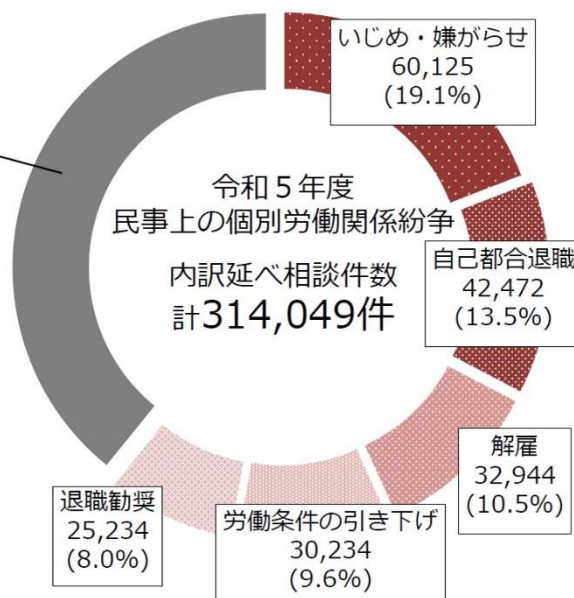
近年は、SNSの流行などにより、セクハラ・パワハラ、派遣切りなども社会問題として大きく取り上げられており、紛争内容は一層多様化複雑化しているといえます。

とりわけ組織よりも個人を重視するようになった現代では、人事労務トラブルは避けられないものになってきています。

■ 民事上の個別労働紛争（相談内容別の件数）

ほか 計123,040

雇止め	14,677	(4.7%)
出向・配置転換	10,384	(3.3%)
雇用管理等	9,705	(3.1%)
募集・採用	2,634	(0.8%)
採用内定取り消し	2,157	(0.7%)
その他の労働条件	51,805	(16.5%)
その他	31,678	(10.1%)



厚生労働省：「令和5年度個別労働紛争解決制度の施行状況」より

2

医業経営情報レポート

就業規則の基本事項

職場において、事業主である院長とスタッフとの間で、労働条件や服務規律（職場で守るべきルール）などについての理解がくい違い、これが原因となってトラブルが発生することがあります。

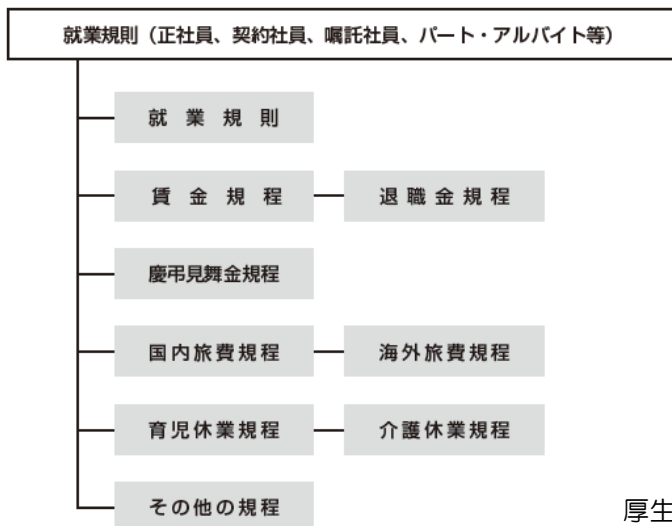
このような疑問やトラブルを防ぐためには、就業規則を作成し、賃金や労働時間などの労働条件、服務規律などについて明文化し、スタッフに周知させておくことが重要です。

就業規則は、職場における雇用管理全般、つまり採用から退職（解雇を含む）までの雇用上の諸問題に関する事項を定めたものです。この就業規則さえあれば、少なくとも誤解などに起因する無用のトラブルを回避することができます。

■ 就業規則の構成

就業規則には、賃金規程はもとより、育児休業規程や慶弔見舞金規程、旅費規程などもこれに含みます。また、正社員のみならず、パートタイム労働者やアルバイト社員、嘱託社員、出向社員など職種や雇用形態が異なった従業員についても、それぞれに適用した就業規則を作成する必要があります。

■ 就業規則の構成例



厚生労働省：「中小企業のための就業規則講座」より

■ 就業規則の位置付け

就業規則は、専ら労働基準法、労働安全衛生法、パートタイム労働法、男女雇用機会均等法その他の労働関連の諸法令や、民法その他の法令などを根拠にして作成することになりますが、それ以外にも、職場の慣習や伝統、社風、経営方針や事業主の考え方、労働組合やスタッフの要望など様々な要素や要因を加味して作成する必要があります。

3

医業経営情報レポート

就業規則を作成するためのポイント

常時 10 人以上の労働者（スタッフ）を使用する使用者（事業主）は、就業規則を作成し、労働基準監督署長に届出なければなりません。

また、就業規則を変更した場合も、労働基準監督署長への届出が必要となります。

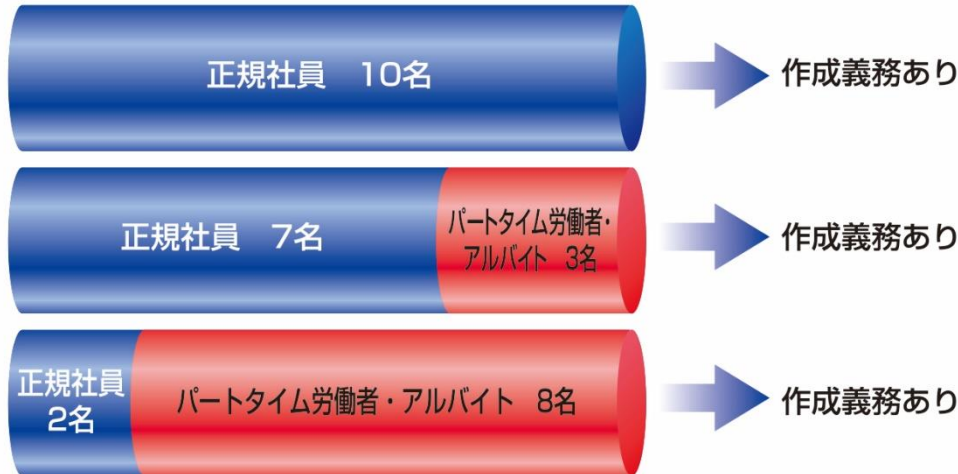
ただし、10 人未満の場合であっても就業規則（職場でのルール）を作成することで、労使双方がそれを守ることで労働者が安心して働くことができ、労使間の無用なトラブル防止に役立つことができます。したがって法律上の義務にかかわらず、自発的に就業規則を作成し、労働者へ周知することが望まれます。

■ 届出の対象となる歯科医院

歯科医院で働くスタッフの数が、常態として 10 人以上であれば、事業主である院長は就業規則を作成しなければなりません。

この場合の労働者には、パートタイム労働者やアルバイト等すべての者が含まれます。

■ 就業規則作成の義務のある事業場



厚生労働省：東京労働局「就業規則作成の手引き」より

■ 対象労働者別の就業規則

就業規則は歯科医院で働く労働者の労働条件や服務規律などを定めるものですので、そこで働くすべての労働者に適用させるように定めることが必要です。

前述の通り、パートやアルバイトの労働者のように、フルタイムの労働者と勤務形態等が違う場合は、パート用に適用される個別の就業規則を作成する必要があります。

ただし、この場合には通常就業規則に、パートやアルバイト労働者等は適用を除外することや個別の就業規則を定めることを明記しておく必要があります。

4 医業経営情報レポート 就業規則へのQ & A

当然のことながら、就業規則作成時には、様々な疑問が生じます。これに対応すべく厚生労働省や労働局ではQ & Aを作成しており、以下はその内容から抜粋したものです。

■ 就業規則作成時のQ & A

【Q1】

パートタイム労働者用の就業規則を別に作るべきですか？

【A1】

通常就業規則の中で、パートタイム労働者の取り扱いを規定しても良いですし、別規則を設けることも可能です。就業規則を作成するときは、その適用を受けるパートタイム労働者も交えて意見を聴くようにしてください。有期雇用から無期雇用へ、非正規雇用から正規雇用へとする場合に、助成金が出る場合があります。その条件には「パートタイム労働者用の就業規則を作成していること」となっていることもあります。

【Q2】

パートタイム労働者の就業規則を作成するときは、パートタイム労働者の意見だけを聞けばよいのですか？

【A2】

パートタイム労働者の就業規則も、事業場の就業規則の一部となります。パートタイム労働者の代表者だけでなく、正社員も含めたすべての労働者を代表する者の意見を聴かなければなりません。なお、全ての労働者を代表する者がパートタイム労働者から意見を聴き、これを踏まえて意見書を作成することが望ましいでしょう。

【Q3】

就業規則で基本給の引き下げなど労働条件を変更する時は、労働者の同意を得なければなりませんか？

【A3】

就業規則で労働条件を変更する場合には、労働契約法第9条によって、労働者と合意することなく、就業規則を変更することにより、労働者の不利益に労働契約の内容である労働条件を変更することはできないこととなっています。

ただし、労働契約法第10条によって、就業規則の変更により労働条件を変更する場合においては、変更後の就業規則を労働者に周知させ、かつ、就業規則の変更が、労働者の受ける不利益の程度、労働条件の変更の必要性、変更後の内容の相当性、労働組合等との交渉の状況その他の就業規則の変更に係る事情に照らして合理的なものであるときは、労働契約の内容である労働条件は、当該変更後の就業規則に定めるところによるものとしています。

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。

ジャンル：診療・介護報酬 > サブジャンル：診療報酬適正化

診療行為伝達方法の整備

診療行為伝達方法の整備について
 解説してください。

診療報酬算定は、診療行為の発生源から、診療現場と医事請求事務の間
 の情報の流れの集大成であるといえます。診療情報が発生する各現場（病棟、
 手術室、外来等）における個々の問題の抽出と、具体的な院内業務の改善方
 法としての取組には、次のようなものが挙げられます。

1. 診療行為の確認ポイント

①診断、治療方法（検査、処方及び処置）

カルテ記載の問題として、どんな症状か、それはいつからかといった患者情報と、診療報酬上では、それに対する処方、処置、検査の実施の裏づけとなる処方箋、処置伝票、検査依頼書や、日常的な注意事項としての指導記録が適切に記載されていることが最も重要な項目です。

②患者の病名と転帰

診療報酬請求する上で、傷病名は必須であるとともに、その症状が継続しているのか、任意的に中止されているのか、軽快・治癒に至ったのか傷病名欄に記載されなければなりません。また、確定診断に至る前であってもはいわゆる疑い病名の記載も必要となります。

③診療の年月日等

転帰との関係性もありますが、診療報酬上は、初再診の区分や加算の対象となる休日や時間外・深夜等の受診時間の記載は収入に直接結びつきます。

2. マニュアル化、記載要領等の作成

記載漏れの頻度の高い項目に関して標準化を図る（特定疾患療養指導料、生活習慣病指導料、退院時指導料等）。また、レセプト上その傷病名から導かれる診療行為との整合性を図るためには、レセプトの症状詳記も必ず添付するようにしなければなりません。

3. カルテ・伝票様式の改善

（1）カルテ様式の検討

- 指示と指示受け、実施の相関関係が明確に判断できる様式。（医師が自ら出した指示が確実に実施されたかを確認できる仕組み）
- 指示が変更になった場合に一目でわかるような様式

（2）伝票様式の検討

- 色・・・・・・・・他の伝票類との区分を容易にする。
- 種類・・・・・・・・継続行為と単日行為等（定期処方箋と臨時処方箋等）
- 配列・・・・・・・・頻度の高いものを見やすい位置に配列
- 相関関係・・・・一連の行為やパターン化しているものは、同一枠内に配置
- 複写枚数・・・・使用目的ごとに各関係部門の枚数複写（病棟、薬局、医事課等）転記防止のためには必須。

4. 伝票記載方法の作成（伝票マニュアル化）

診療報酬算定上で必要な情報の整理を行い、記載要領の作成を実施し、診療部門に理解を得ることを目標とします。

ジャンル：診療・介護報酬 > サブジャンル：診療報酬適正化

院内連携体制の構築ポイント

院内連携体制の構築ポイントを教えてください。

コンピュータのシステム管理、チェック表の作成、相互チェック体制のルール化などがポイントになります。

1. コンピュータのシステム管理

コンピュータ自動チェックシステム活用による入力者判断ミス等の軽減を実施します。

【具体的項目】

- 初診料算定不可チェック
- 外来管理加算算定不可チェック
- 特殊疾患療養指導料算定不可チェック
- 長期投与不可チェック（向精神薬等）
- レセプト記載事項の自動化（算定日、部位記載）
 ⇒ 診療情報提供料、手術日、処置部位（左右、手、腕、足、指等）

【医事点数マスターの管理】

- 点数マスター管理者の選任（新規追加項目、点数改定時メンテ）
- 新規採用薬剤、治療材料購入及び価格変更の伝達ルートの確立
- 登録マスターについて、点数区分・解釈を付記し、算定根拠の明確化

2. チェック表の作成

- 請求漏れの頻度の高いものへのチェックリスト作成による確認励行
 （即日入院時の初診料、検査・画像診断料の時間外加算、退院時服薬指導料等）

3. 相互チェック体制のルール化

【医事課内部体制】

- ダブルチェックシステムのルール化
- 医事課職員のレベルの向上
- レセプト作業時の点検業務の軽減

【コメディカルとの連携によるチェック体制】

- 薬局薬剤在庫数・使用量とレセプト算定薬剤使用量との集計比較（ABC分析）
- 薬剤管理指導料の実施回数と医事課算定回数の集計比較
- 食事療養費算定件数と、給食部門食数チェック
- 外注（院内）検査センターからの請求明細書とレセプト算定回数チェック
- 画像診断造影剤在庫量とレセプト算定数とのチェック