

**週刊 医業経営**

MAGAZINE

**WEBマガジン**

発行 税理士法人優和

**1****医療情報ヘッドライン**

がん精密検査必要な 36 万人、「受診確認できず」  
厚労省 平成 23 年度～24 年度末 全国市町村で

厚生労働省

厚労省と経産省 ニーズが高い事業を5つに類型化  
健康寿命延伸産業の新事業ガイドライン策定

厚生労働省

**2****経営TOPICS****統計調査資料**

介護保険事業状況報告の概要(平成 25 年 12 月暫定版)

**3****経営情報レポート**

平成 25 年決算データからみる  
医科診療所経営実績分析

**4****経営データベース**

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:クリニックの人事制度

能力主義人事制度の導入

職能資格等級と役職制度

## 医療情報

### ヘッドライン ① 厚生労働省

# がん精密検査必要な 36 万人、「受診確認できず」 厚労省 平成 23 年度～24 年度末 全国市町村で

厚生労働省は4月4日、市区町村が行うがん検診で、がんの疑いがあるとして精密検査が必要と指摘されたものの、実際には検査を受けていなかったか、または受けたことが確認できない人が、全国で延べ 36 万人余りに上ると発表した。これは、検査が必要と指摘された人の 27%に当たる数となっている。

がん検診は胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がんの5つのがんについて、子宮がんは 20 歳以上、その他のがんは 40 歳以上の人を対象に市区町村が行っている。

厚労省では、平成 23 年度にがん検診を受けた人は、全国で延べ 2550 万人余りに上る。このうち5%に当たる約 137 万人は、がんの疑いがあるとして精密検査を受けるよう指摘を受けている。

しかし、翌年の平成 24 年度末までに精密検査を受けていなかったり、受けたかどうか市区町村が確認できなかったりした人が、予想外に多かった。その理由は、東京都民のアンケート調査で、仕事等の忙しさを理由に受診しない人が多数いる、という回答が多数を占めており、がんの種類別では、大腸がんが最も高く 37%、次いで子宮がんが 32%と多かった。

### 東京都 がん検診受けない理由、 「いつでも医療機関を受診できる」が3割

東京都は3月28日、「平成 25 年度 東京都がん予防・検診等実態調査」の結果を公表したが、すべてのがん検診で受診率は国の目標値 50%（健康日本 21・第 2 次）に届いていないことがわかった。

調査は、都民のがんに関する意識や検診の受診状況および事業所や健保組合のがん検診実施状況を把握するため行われた。

都民対象の調査では、がん検診の受診率は、「胃がん」33.9%（前回 20 年度調査に比べ 1.7 ポイント減）、「大腸がん」41.6%（同 5.9 ポイント増）、「肺がん」40.4%（同 0.8 ポイント増）、「乳がん」37.8%（同 6.9 ポイント増）、「子宮頸がん」37.9%（3.1 ポイント増）だった。すべてのがん検診で受診率は国の目標値 50%（健康日本 21・第 2 次）に届いていない。

また、事業所・保険者を対象とした調査では、正社員へのがん検診実施率は、「胃がん」77.4%、「大腸がん」74.8%、「肺がん」75.6%、「乳がん」55.4%、「子宮頸がん」53.0%という状況。また肝炎ウイルス検診の実施率は 30.2%だった。

受診率向上に向けて、「積極的に取り組んでいる」事業所は 43.6%にとどまり、「積極的な取り組みをしていない」が 54.0%にのぼっている。取り組みに消極的な理由としては、「理由なし」33.8%、「予算不足」21.9%、「必要性の認識不足」21.4%が上位を占めた。他方、積極的に取り組む理由としては、「経営層が重要性を理解している」51.8%、「健康保険組合の意識が高く連携を求められた」42.8%などが多く、経営者等が検診の重要性を理解することが、積極的な取り組みのカギだといえる。

また、都民の回答では、仕事等の忙しさを理由に受診しない人が多数いることから、今後、事業所の積極的な受診への取り組みが求められる。

## 厚労省と経産省 ニーズが高い事業を5つに類型化 健康寿命延伸産業の新事業ガイドライン策定

厚生労働省と経済産業省は3月31日、医療・介護分野と関係の深い「健康寿命延伸産業」における新事業活動のガイドラインを策定し公表した。ガイドラインは、企業ニーズの高い事業を5類型で示し、企業等が新事業進出を試みる際に、それぞれが適法または違法のケース（「グレーゾーン解消制度」）などを具体的に図示している。

経産省では「本ガイドラインは、基本的な法令解釈や留意事項などの一般的な事項を整理したものであり、企業の新事業挑戦を後押しするためにも参考として活用していただきたい」と話している。

厚労省も「特に医療・介護分野と関係の深い『健康寿命延伸産業』においては、企業が関連の事業を適切に実施できるよう、参考となる基本的な法令解釈や留意事項を、事業者のニーズが高い事業について類型化した」とガイドラインの狙いを説明している。

### 1. ガイドラインの概要

産業競争力強化法第9条において、新事業活動を実施しようとする者は、主務大臣に対して、事業活動に関する規制法の解釈及びに事業活動に対する当該規制法の適用の有無について確認することができる」と規定している（グレーゾーン解消制度の運用）。

特に医療・介護分野と関係の深い「健康寿命延伸産業」においては、事業者が関連の事業を適切に実施できるよう、ガイドラインとしてまとめた。

今後、新事業活動を行う際に、本ガイドラインを参考にして、それぞれに内容が異なる個別事業の適法性の確認については、グレーゾーン解消制度も併せて活用されることになる。なお、本ガイドラインは、今後のグレーゾーン解消制度への申請状況等を鑑みて、必要に応じて随時改訂される。

### 2. 本ガイドラインに記載されている5類型

- ① 医師が出す運動又は栄養に関する指導・助言に基づき、民間事業者が運動指導又は栄養指導を行うケース（予防のための運動／栄養指導）
- ② 医療法人が、配食等を通じた病院食の提供を行うケース
- ③ 簡易な検査（測定）を行うケース
- ④ 被用者保険の保険者やその委託を受けた分析会社が、レセプトデータの分析等を通じて健康保険加入者の健康状態を分析し、被保険者の健康増進等に関する取組を実施するケース
- ⑤ 民間事業者、医療機関、社会福祉法人、自治体等が連携して複合的な生活支援サービスを提供するケース

# 介護保険事業状況報告の概要

## (平成25年12月暫定版)

### 概 要

#### 1 第1号被保険者数(12月末現在)

第1号被保険者数は、3,168万人となっている。

#### 2 要介護(要支援)認定者数(12月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、580.7万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約17.9%となっている。

#### 3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、361.8万人となっている。

#### 4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、35.7万人となっている。

#### 5 施設サービス受給者数(現物給付10月サービス分、償還給付11月支出決定分)

施設サービス受給者数は89.5万人で、うち「介護老人福祉施設」が48.4万人、「介護老人保健施設」が34.4万人、「介護療養型医療施設」が6.9万人となっている。(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計が一致しない。)

## 6 保険給付決定状況(現物給付 10 月サービス分、償還給付 11 月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、7,314 億円となっている。

### (1)再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅(介護予防)サービス分は 3,764 億円、地域密着型(介護予防)サービス分は 742 億円、施設サービス分は 2,396 億円となっている。

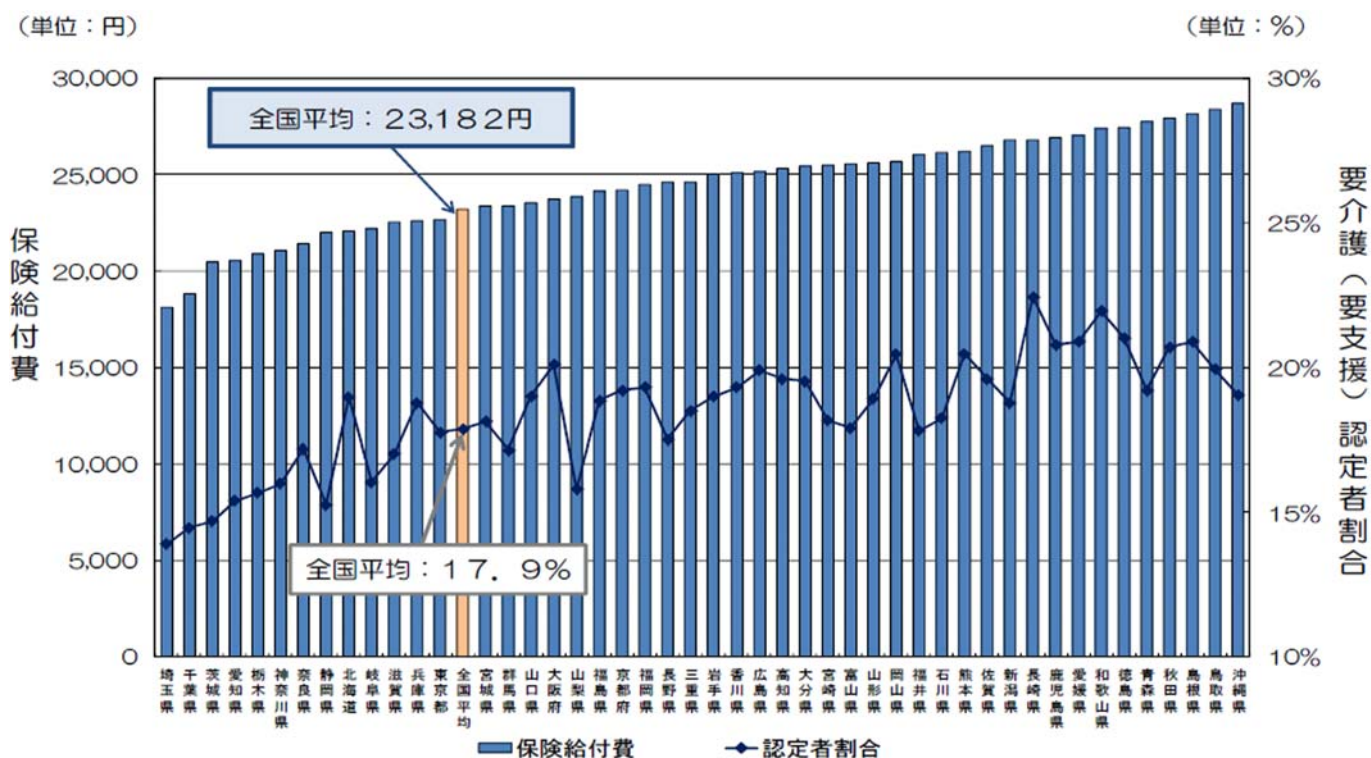
### (2)再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

高額介護(介護予防)サービス費は 135 億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は 6 億円となっている。

### (3)再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は 272 億円、うち食費分は 201 億円、居住費(滞在費)分は 71 億円となっている。

## 第 1 号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護(要支援)認定者割合【都道府県別】



※1 保険給付費(第2号被保険者分を含む)には、高額介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む。

※2 要介護(要支援)認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。

※3 保険給付費は、平成25年10月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護(要支援)認定者数は、平成25年10月末実績である。

# 平成 25 年決算データからみる 医科診療所経営実績分析

## ポイント

- 1 平成 25 年 医科診療所経営実績分析  
.....
- 2 平成 25 年 医業収入上位 医科診療所経営分析  
.....
- 3 平成 25 年 医科診療所 主要経営指標分析  
.....



# 1 平成 25 年 医科診療所経営実績分析

## ■ 医科診療所経営実績分析の概要

本調査は、平成 25 年の決算書に基づいて、実数値から経営状況を把握することを目的としています。その上で、連続して調査を実施している平成 24 年との比較を通じて、前年実績との改善または悪化の状況を分析しています。抽出したデータは、平成 25 年に決算を終えた無床医科診療所 253 件（医療法人 175 件、個人開業 78 件）の主要科目を抽出し、平均値を算出しています。

## ■ 平成 25 年 比較要約変動損益計算書

(単位：千円)

	平成 25 年	平成 24 年 (参考)	前年対比 (%)
I 医業収入	112,085	115,422	97.1
1. 保険診療収入	99,778	101,756	98.1
2. 保険外診療収入	9,842	11,518	85.4
3. その他の医業収入	2,465	2,148	114.8
II 変動費	19,646	19,899	98.7
材料費	16,630	17,102	97.2
検査委託費	3,016	2,797	107.8
III 限界利益	92,439	95,523	96.8
IV 医業費用	64,314	62,473	102.9
1. 人件費	27,265	27,375	99.6
2. その他固定費	37,049	35,098	105.6
減価償却費	4,406	4,252	103.6
地代・家賃	6,238	6,750	92.4
研究研修費	249	275	90.5
保険料	2,230	2,467	90.3
接待交際費	1,118	1,088	102.8
その他経費	22,808	20,266	112.5
V 医業利益	28,125	33,050	85.1

## 2 平成 25 年 医業収入上位 医科診療所経営分析

### ■ 医業収入上位 医科診療所経営分析の概要

第1章で分析した無床医科診療所 253 件（医療法人 175 件、個人開業 78 件）の決算書より収入上位 20%を抽出し、経営データを集計しました。集計件数は 50 件、内訳は医療法人 41 件、個人開業 9 件となっています。

### ■ 平成 25 年 収入上位診療所比較要約変動損益計算書

（単位：千円）

	平成 25 年	平成 24 年 (参考)	前年対比 (%)
I 医業収入	210,236	201,167	104.5
1. 保険診療収入	193,590	183,256	105.6
2. 保険外診療収入	13,682	15,177	90.1
3. その他の医業収入	2,964	2,734	108.4
II 変動費	48,747	43,652	111.8
材料費	41,747	38,438	111.5
検査委託費	7,050	6,214	113.5
III 限界利益	161,439	157,515	102.5
IV 医業費用	89,627	87,034	103.0
1. 人件費	55,892	55,446	100.8
2. その他固定費	33,735	31,588	106.8
減価償却費	6,728	6,217	108.2
地代・家賃	9,164	9,209	99.5
研究研修費	333	398	83.7
保険料	4,282	4,267	100.4
接待交際費	1,649	1,702	96.9
その他経費	11,579	9,795	118.2
V 医業利益	71,812	70,481	101.9



### 3 平成 25 年 医科診療所 主要経営指標分析

#### ■ 医科診療所主要経営指標分析の概要

本章では、医療法人立の無床医科診療所 175 件をベースに、貸借対照表の実数を抽出し、経営指標を算出しました。分析は、収益性、生産性、安全性、成長性の4つの視点で行っています。

第1章で用いた医療法人・個人開業の合算データにおいては、役員報酬と専従者給与を除いており、異常値が発生することから、医療法人立医科診療所 175 件をベースに分析を行いました。

#### ■ 平成 25 年比較貸借対照表 全診療所平均

(単位：千円)

資産の部			負債の部		
	平成 25 年	平成 24 年 (参考)		平成 25 年	平成 24 年 (参考)
<b>【流動資産】</b>	55,795	50,995	<b>【流動負債】</b>	15,868	19,473
現金・預金	34,829	30,336	買掛金	2,981	3,150
医業未収金	15,739	15,706	その他	12,887	16,323
その他	5,227	4,953	<b>【固定負債】</b>	18,775	21,999
<b>【有形固定資産】</b>	23,659	22,420	長期借入金	18,012	17,201
<b>【無形固定資産】</b>	4,497	4,972	その他	763	4,798
<b>【その他の資産】</b>	19,678	19,266	<b>負債合計</b>	41,472	34,643
			<b>資本の部</b>		
				平成 25 年	平成 24 年 (参考)
			<b>【出資金】</b>	8,875	7,957
			<b>【資本剰余金等】</b>	60,111	48,224
<b>固定資産計</b>	47,834	46,658	<b>資本合計</b>	68,986	56,181
<b>資産合計</b>	103,629	97,653	<b>負債・資本合計</b>	103,629	97,653

## ■ 収益性分析結果

		平成 25 年度	平成 24 年度 (参考)	増 減
収益性	総資本経常利益率 (%)	7.0%	9.1%	△2.1%
	医業収入医業利益率 (%)	5.0%	6.9%	△1.9%
	医業収入経常利益率 (%)	5.8%	7.0%	△1.2%
	総資本回転率 (回)	1.2 回	1.3 回	△0.1 回

## ■ 収益性分析コメント

- 総資本経常利益率  
平成 25 年度の実績は前年比 2.1%のマイナスとなっており、医療法人立診療所の経営効率は低下しています。
- 医業収入医業利益率・医業収入経常利益率  
総資本経常利益率と同様に、医業利益・経常利益の減少によって、いずれも悪化しています。
- 総資本回転率  
医業収益の減少に伴い、前年と比べ資本回転率も 0.1%減少しています。

## ■ 生産性分析結果

		平成 25 年	平成 24 年度 (参考)	増 減
生産性	限界利益率 (%)	82.3%	83.4%	△1.1%
	1 人当たり医業収入/月 (千円)	1,015 千円	1,030 千円	△15 千円
	1 人当たり限界利益/月 (千円)	834 千円	866 千円	△32 千円
	1 人当たり人件費/月 (千円)	538 千円	545 千円	△7 千円
	労働分配率 (%)	64.5%	62.9%	1.6%

## ■ 生産性分析コメント

- 限界利益率  
変動費の増加により、前年よりも数値が 1.1%のマイナスとなっています。
- 一人当たりの売上高 (医業収入)・一人当たり限界利益  
収入、限界利益ともに前年割れしていることから、いずれも前年度より減少となっています。
- 一人当たり人件費  
人件費は 0.4%減少しています。これにより、一人当たりの金額も減少しています。
- 労働分配率  
労働分配率は、前年 62.9%に対し、平成 25 年は 64.5%となり、1.6%増加しています。限界利益が人件費以上に減少したことが要因と思われます。

# 経営データベース ①

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: クリニックの人事制度



## 能力主義人事制度の導入

人件費をコントロールするとともに、職員のモチベーション向上を図るため、能力主義人事制度を導入する際のポイントについて教えてください。



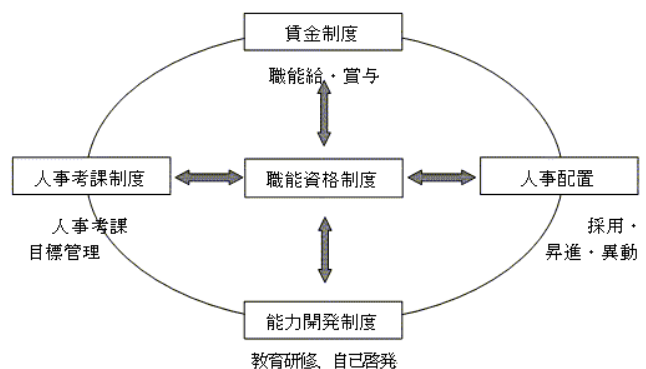
能力主義人事制度は、職能資格制度、職能給体系（賃金制度）、人事考課制度、能力開発制度という4つの柱で構成されています。

医業経営の中で人事に与えられた課題は、能力と仕事と賃金のバランスをとること、つまり能力の高さに応じて仕事のレベルを上げ、賃金を昇給するというシステムを構築し、運用することです。

具体的には、職能資格制度を軸として職員を等級格付けし、その等級に求められる能力、仕事および役割を明確化します。そして等級ごとの基準に対して人事考課を行い、職員一人ひとりの能力と基準のギャップを把握します。さらに、このギャップを埋めるために、職員は能力開発制度のもとで能力の向上に励み、その成果に対するものとして、昇給や昇進といった処遇に反映するのです。

### ■能力主義人事制度導入の手順

職能資格制度の整備から着手し、これを軸として各制度を構築していきます。それぞれの制度は、相互に深く関連しあっているため、各制度をトータルに整備していくことが重要です。



#### (1) 職能資格制度の整備

能力を測る基準の整備として、職員を格付けする等級の数と内容を検討します。職務調査を実施し、等級ごとの仕事の洗い出しと求められる能力を明確にしていきます。

#### (2) 賃金制度の確立

職能給を中心に賃金体系の見直しを図ります。賃金制度の現状を診断し、課題の把握や今後の方向性を固めます。この診断結果をもとに、基本給の構成、手当体系の変更などを進めます。

#### (3) 人事考課制度の設計

能力を公平に正しく評価しない限り、人材育成と能力開発は達成できません。職能資格制度において明確化した基準をもとに、職員一人ひとりの職務遂行行動を分析し、評価結果をフィードバックできるシステムを形成します。そのために人事考課表や役割分担表を整備します。

#### (4) 能力開発制度の策定

職員が能力開発に励めるよう、制度化していきます。職員の意志に沿った育成プログラムの充実（研修、OJT）や、キャリア開発の計画について盛り込みます。

## 経営データベース ②

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: クリニックの人事制度



### 職能資格等級と役職制度

職能資格制度の導入に際して、これまで制度化していた役職と、職能資格等級はどのように結びつけられればよいのでしょうか。



職能資格等級では、上位等級に格付けされている職員の中から、役職者に求められる能力、成果基準を満たしている者を採用します。

したがって、役職者に相当する上位等級に昇格したからといって、全員が役職者になるというものではありません。

#### (1)能力主義における役職

職能資格制度においては、能力レベルの高い者のみが上位等級に格付けされます。この上位等級に格付けされた職員の中から、役職者を任命することが必要です。

したがって、年齢や勤続年数を基準として役職者を登用することはなくなります。

#### (2)役職との対応方法

本来、職能資格等級に定員はないものの、実際に任命される役職数は限られています。このため、導入当初から、ある程度柔軟性を持たせて制度を設計しておく方が運用はスムーズになります。また、職員の年齢上昇に対応するためにも、一つの役職に複数の等級を対応させる方が運用しやすいといえます。

例えば、6等級の役職に看護師長が対応している場合には、次のような関係を示しています。

- 6等級に昇格しなければ、看護師長になれない
- 6等級以上はいつでも看護師長になる資格を有する
- 看護師長から降職しても、看護師長になる資格は変わらない

このように、職能資格制度における資格等級と役職位との相互関連は弾力的であり、かつ資格が優先することになります。

よって、自院の実態、および今後の昇進のスピード等を念頭に置いて、資格等級に対応する役職位を設定することが必要です。