

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.819 2024.4.30

医療情報ヘッドライン

**出産育児一時金の直接支払制度は
比較サイトでの出産費用開示が要件に**

▶厚生労働省
社会保障審議会医療保険部会

**財政審「地域別診療報酬」導入を提言
日医反発「断じて受け入れられない」**

▶財務省
財政制度等審議会財政制度分科会

週刊 医療情報

2024年4月26日号
**医師の偏在解消で「大学特別枠」、
文科省が試案**

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10月)**

経営情報レポート

**超高齢化社会への対応に向けて
第8次医療計画の概要**

経営データベース

ジャンル:医療税務 > サブジャンル:税務調査
**役員に支払う報酬と賞与の調査ポイント
給与手当、福利厚生費、広告宣伝費等の調査のポイント**

出産育児一時金の直接支払制度は比較サイトでの出産費用開示が要件に

厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

厚生労働省は、4月10日の社会保障審議会医療保険部会で、分娩取扱施設が出産育児一時金の直接支払制度を利用する場合、同省が新たに開設するウェブサイトでの出産費用情報開示を要件とする方針を明らかにした。

年間分娩件数が21件以上（請求月ベース）の分娩取扱施設が対象で、対応がない場合は直接支払制度の利用停止措置をとる意向だ。

このウェブサイトは、「妊婦の方々が、費用やサービスを踏まえて適切に分娩取扱施設を選択できる環境を整備」するため、施設の概要や、立ち会い出産、母子同室といった付帯サービスの有無も示す比較サイトとしての位置づけになる。「2024年春の運用開始」に向けて開設準備中としており、近々運用開始される見込みだ。

■一時金は2023年4月に50万円へ増額

妊娠や出産は、医療健康保険の適用外となっている。病気ではないというのが理由だが、他方で10割負担だと経済的な負担は大きい。

そこで、妊婦健診や出産時には補助制度が利用できる仕組みとなっており、出産時には出産育児一時金が支給される。

この出産育児一時金は、「育児」という言葉が使われているものの、実質的には分娩・入院にかかる出産費用として賄われる場合がほとんどだった。

厚労省の2021年度の集計によれば、全国の公的病院の正常分娩での出産費用の平均は45万4,994円（中央値は45万3,140円）。

最低額は鳥取県の35万7,443円だったが、平均額が42万円以下の自治体は18し

がなく、逆に50万円を超える自治体もあった。最上位の東京は56万5,092円だった。

こうした実態を受け、2023年4月に従来の42万円から50万円に引き上げられたが、その大半が出産時に使われることには変わらない。そこで活用されているのが直接支払制度。医療機関が健康保険組合に出産費用を請求し、差額を被保険者に支給する仕組みだ。

出産する本人（被保険者）がまとまった額を事前に用意する必要がなく、手続きの手間もかからないのがメリットだと謳われている。

■2022年度に出産費用増額の施設が44.5%

医療機関にとっても、被保険者を通さずに手続きができ、分娩・入院費を確実に回収できるのは大きい。一方で、被保険者が手続きに介入しないため、お金の流れが見えにくくなるのも事実。その状況を利用したとも受け取れるのが、分娩・入院費増額に踏み切った分娩取扱施設の多さだ。

厚労省の調査によれば、2022年4月から2023年4月の間に増額した施設は44.5%。26.5%は、出産育児一時金の引き上げが決定した2023年1月以降に増額に踏み切っている。

そうした状況も踏まえ、厚労省は「出産費用の見える化」を進めるため全国の分娩取扱施設に関する情報の提供を行うウェブサイトの開設を決定した次第だ。

2023年11月に調査票を送付して掲載情報を収集しており、全国の分娩取扱施設の96%（病院98%、診療所93%、助産所97%）が掲載される見込みとなっている。

財政審「地域別診療報酬」導入を提言 日医反発「断じて受け入れられない」

財務省 財政制度等審議会財政制度分科会

財務省は、4月16日の財政制度等審議会財政制度分科会で「地域別診療報酬」の導入を提言。医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在を是正するのが目的で、不足地域では1点を「10円+ α 円」、過剰地域では「10円- β 円」にするとした。

進め方として、同時に行うのではなく過剰地域での引き下げを先行させ、「それによる公費の節減効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化」することも視野に入れている。この提言に対し、日本医師会（日医）の松本吉郎会長は「断じて受け入れられるものではない」と反発。武見敬三厚生労働相は「患者の理解を得られるのかといった課題もある」と否定的な見方を示した。

■過剰地域での開業規制も提言

今回の提言した背景には、医師・診療所の偏在がなかなか解消されない状況がある。

厚生労働省「医療施設調査」（2021年）によると、人口10万人当たりの無床診療所数は全国平均が78.2施設。政令市は84.8施設、中核市は79.9施設、その他は68.9施設。それに対し、格段に多いのが特別区だ。112.5施設と、全国平均に比べて約1.4倍となっている。

また、医師偏在指標を見ると、首都圏の1都3県でも最上位の東京都港区などの区中央部が789.8であるのに対し、最下位の埼玉県秩父では157.5。過剰地域と不足地域が存在するのは厳然たる事実だ。そこで、過剰地域から不足地域へ「医療資源のシフトを促す」ため、経済的なインセンティブの導入が必要だというわけだ。俎上に載せたのは診療報酬

だけではない。日本と同様に公的医療保険制度をとっているドイツやフランスが「診療科別、地域別の定員」を設けていることを挙げ、過剰地域での開業規制の導入を訴えた。

たとえばドイツでは、保険医の種類ごとに「供給水準が一般比率の110%超」になると過剰供給だとして開業許可を制限している。

フランスでは、専門医の養成課程で「地域ごと・診療科ごと」に定員を設定しており、研修ポスト数も各地域の医療の状況に応じて設定されている。

■厚労相「不足地域の自己負担が高くなる」

こうした財務省の主張を真っ向から否定したのが日本医師会だ。4月17日の記者会見で松本吉郎会長は「わが国では、国民皆保険である公的医療保険制度の下、誰もが、どこでも、一定の自己負担で適切な診療を受けられることを基本的な理念とし、診療報酬について、被保険者間の公平を期す観点から、全国一律の点数が公定価格として設定されている」とし、「診療所の過不足の状況に応じて診療報酬を調整する仕組みは、わが国の人口分布の偏りに起因するものを、あたかも医療で調整させるような極めて筋の悪い提案だ」とした。武見敬三厚生労働相は、「診療所の不足地域の患者の自己負担が、過剰地域の患者に比べて高くなるような対応」と見解を示し、偏在の是正は「しっかりしたデータに基づいて、前例にとらわれることのない対策の検討を行うべき」とした。

今までも財務省は同様の提言を繰り返してきたが、今回は具体的な検討に進められるかどうか、注目したいところだ。

医療情報①
 文部科学省
 検討会

医師の偏在解消で「大学特別枠」、文科省が試案

文部科学省は 18 日に開催された医学教育の在り方について検討する会合で、特定地域への医師の偏在解消を図るために、医学部卒業後に大学が設置するプログラムを履修させる「大学特別枠（入学者選抜枠）」を新たに設ける試案を出した。この特別枠で入学した学生が卒業後に出身の大学病院を拠点に医療を学び、医師が不足している地域への派遣を通じて地域医療に貢献してもらいたい考えだ。地域医療に従事する医師を養成するための政策としては、都道府県が医学部の定員に設定する地域枠が活用されているが、文科省の試案では、大学側が特別枠を設けることとなる。特別枠の学生は、卒業後に大学が設置したプログラムを履修し、専門的かつ高度な医療を学ぶとともに、協力型臨床研修病院と「たすき掛け」で研修を行うことで、一般症例も豊富に経験できる。特別枠の設置により、大学病院では地域への医師の派遣を継続しやすくなることから、同省は医師の偏在解消に有効ではないかとの考えを示した。

また、同省はこの日の会合で、特定の診療科への医師の偏在解消を念頭に、医学部の 4 年次までに将来希望する診療科を選択できる「診療科選択枠」を設ける試案も出した。例えば、医師数が減少傾向にある外科の場合、「外科選択枠」を設けて 4 年次までに学生が選択できるようにし、5 年次以降に行う診療参加型臨床実習をはじめ、研修医 2 年目までを見据えて外科の専門的な知識や技能を身に付けられる外科研修プログラムを作成する。学生は、基本診療科での実習や研修を行いながら、早期から希望診療科での各種臨床実習や研修を受けることができる。

また、初期研修時に経験した症例を専門研修時の症例にカウントするというような効率的な対応も検討しているという。この試案について、山口育子委員（ささえあい医療人権センターCOML 理事長）が、「入学後 4 年次までに医師数の少ない診療科を選択する学生が増えるのか」と懸念を示した。これに対し、永井良三委員長（自治医科大学学長）は「この試案の狙いとしては、当初から関心のある診療科の選択を早期から支援するものである」と説明した。

同省は、医師数の少ない診療科の魅力向上させ、学生を確保するために有効な施策の検討が課題だとした上で、両試案の議論を進める方針を示した。

医療情報②
 日本医師会
 松本吉郎会長

医師偏在「規制で管理」に慎重な姿勢、日医

特定の地域や診療科への医師の偏在解消を巡り、武見敬三厚生労働相が「規制によって管理しなくてはならない」などと発言したのを受けて、日本医師会の松本吉郎会長は 17 日の定例記者会見で「まずは医学部入学定員の地域枠の活用を進める取り組みが重要ではないか」と述べ、

規制による管理は慎重に検討する必要があるとの認識を示した。武見氏は7日、NHKの「日曜討論」に出演し、医師の偏在を解消するための対応として地域の医師数の割り当てに言及し、前例に囚われることなく規制的な手法も含めて対応を検討する必要があるとの考えを示した。

松本氏は、17日の記者会見で武見氏の発言への受け止めを問われ、医師の偏在について「課題としては重く受け止めている」と述べる一方、規制による管理は慎重に検討する必要があると指摘した。その上で、地域医療に従事する医師を養成するため、医学部の定員に設定されている地域枠の活用が効果を上げていることを指摘し、「臨時定員ではなく、恒久定員の中で地域枠を拡大することが、医師の偏在解消に有効だ」という議論がある」と述べた。さらに、専門医の養成課程で専攻医の採用数に上限を設ける「シーリング制度」も挙げ、強制力を伴う規制による管理に踏み込む前に、これまでの政策の効果をまず見極めるべきだと訴えた。

医療情報③
**デジタル行革
 会議**

リフィルは「詰め替え処方」に 河野担当相

河野太郎デジタル行財政改革担当相は16日のデジタル行財政改革会議の課題発掘対話で、2022年4月に導入されたリフィル処方箋について「詰め替え処方」という呼称にすることを提案した。現行のままでは一般の人には分かりにくく普及が進まないため、他の出席者からも「認知されていないことが大きな課題だ」といった意見が出た。

リフィル処方箋は、慢性疾患などで症状が安定している患者に対して長期処方が可能と医師が判断した場合に一定期間内に最大3回まで反復利用できる処方箋。医療費の抑制を目的としたもので、患者にとっても医療機関を受診する回数が少なくなり、通院時間や再診料などの負担を軽減できるメリットがある。22年度の診療報酬改定で導入されたが、普及していないのが現状だ。23年11月の中央社会保険医療協議会で厚生労働省が示した調査結果によると、リフィル処方箋の処方箋料の算定回数は処方箋料全体のわずか0.05%（23年11月時点）だった。特に診療所では依然として算定が進んでいなかった。

課題発掘対話では、中室牧子氏（慶大教授）がこのデータに触れ、「0.05%はさすがに少な過ぎる」と指摘。リフィル処方箋により医療機関を受診せずに薬をもらえることは特に勤労世代や子育て世代にとって非常にメリットがあるが、利用が広がらないのは一般の人への周知方法に原因があると訴えた。翁百合氏（日本総合研究所理事長）も、「リフィル処方という言葉自体が全く認知されていないことが大きな課題だ」と指摘した。

これらの意見を踏まえ河野担当相は、リフィル処方箋について「詰め替え処方など日本語で言わないといけないのかもしれない」と提案した。その上で、移動に制約がある地域があったり、勤労世代や子育て世代の人が通院しにくい状況があったりする中で、リフィル処方箋やオンライン診療・服薬指導などは非常に有効な手段だと強調。それらの利用促進で障壁となっている規制や周知方法の見直しなど課題を整理した上で、1つ1つ対応していく考えを示した。

週刊医療情報（2024年4月26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10月)

厚生労働省 2024年2月29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	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	本人					
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	
	4～10月	26.4	14.9	8.6	4.8	3.2	6.3	0.8	10.3	1.3
	8月	3.8	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.4	0.2
	9月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	10月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
令和5年度4～10月	27.5	15.2	9.0	5.1	3.3	6.2	0.9	10.9	1.3	
4～9月	23.5	13.0	7.7	4.4	2.9	5.3	0.7	9.3	1.1	
	8月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	9月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	10月	4.0	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	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	本人					
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	
	4～10月	3.1	2.5	5.2	5.5	5.4	▲1.0	1.7	4.2	0.8
	8月	3.1	4.3	8.6	9.9	8.0	▲1.4	3.9	2.0	▲1.8
	9月	3.4	2.2	5.5	4.5	8.0	▲2.0	12.2	5.4	0.7
	10月	2.6	1.0	4.0	3.1	6.0	▲2.8	11.9	4.9	3.6
令和5年度4～10月	3.9	2.4	5.2	6.0	4.4	▲1.3	7.6	5.9	4.7	
4～9月	4.0	2.4	5.2	6.1	4.3	▲1.3	9.6	6.2	5.0	
	8月	4.9	1.2	2.1	4.1	▲1.3	▲0.2	▲3.4	10.3	7.5
	9月	4.2	3.5	7.0	8.6	5.6	▲1.4	2.8	5.1	5.2
	10月	3.3	2.5	5.2	5.6	5.3	▲1.2	▲2.5	4.3	3.2

● 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	
	8月	3.0	2.1	1.7	1.6	1.6	3.2	2.0	7.6
	9月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	7.9
	10月	3.1	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	2.2	8.1
令和5年度4～10月	22.1	14.6	11.6	11.0	11.4	23.3	15.9	56.3	
4～9月	18.8	12.5	9.9	9.4	9.8	19.8	13.7	48.1	
	8月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.1	8.1
	9月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.2	8.0
	10月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.2	8.2

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	
	8月	3.8	3.0	1.4	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.4	2.1	0.3
	9月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
	10月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.6	2.0	0.3
令和5年度4～10月	27.5	21.9	10.4	9.6	1.9	4.8	0.4	0.34	10.9	14.3	1.9	
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	
	8月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.1	0.3
	9月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.1	0.3
	10月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	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			
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	4.1	0.21
	8月	2.0	2.0	0.3	1.3	0.3	0.04
	9月	2.0	2.0	0.3	1.3	0.3	0.04
	10月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.04
令和5年度4～10月	14.5	14.2	2.6	9.3	2.3	5.1	0.28
4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.4	0.24
	8月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.04
	9月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.04
	10月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.8

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	41.3	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2	
	8月	18.7	39.7	41.4	10.7	8.1	9.3	11.9	15.6
	9月	18.8	40.1	41.7	10.5	8.2	9.5	11.9	15.5
	10月	18.8	40.5	42.2	10.2	8.1	9.3	12.0	15.2
令和5年度4～10月	18.9	40.7	42.4	10.3	8.2	9.3	12.1	15.4	
4～9月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.3	12.0	15.4	
	8月	19.7	41.0	42.7	10.6	8.2	9.8	12.1	16.1
	9月	19.1	40.5	42.1	10.4	8.2	9.5	12.1	15.6
	10月	18.8	40.7	42.3	10.2	8.2	9.1	12.1	15.3

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10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



制度改正

超高齢化社会への対応に向けて 第8次医療計画 の概要

1. 医療計画制度の概要
2. 過去の医療計画の推移と第8次医療計画の概要
3. 第8次医療計画の主要策定ポイント
4. 求められる人材確保と高まる医療ニーズへの対応



■参考資料

【厚生労働省】：第8次医療計画、地域医療構想等について 第8次医療計画の策定に向けた検討について 医療計画について（資料1） 2040年頃の社会保障を取り巻く環境 平成27年版 厚生労働白書
【国土交通省】：医療計画について

1

医業経営情報レポート

医療計画制度の概要

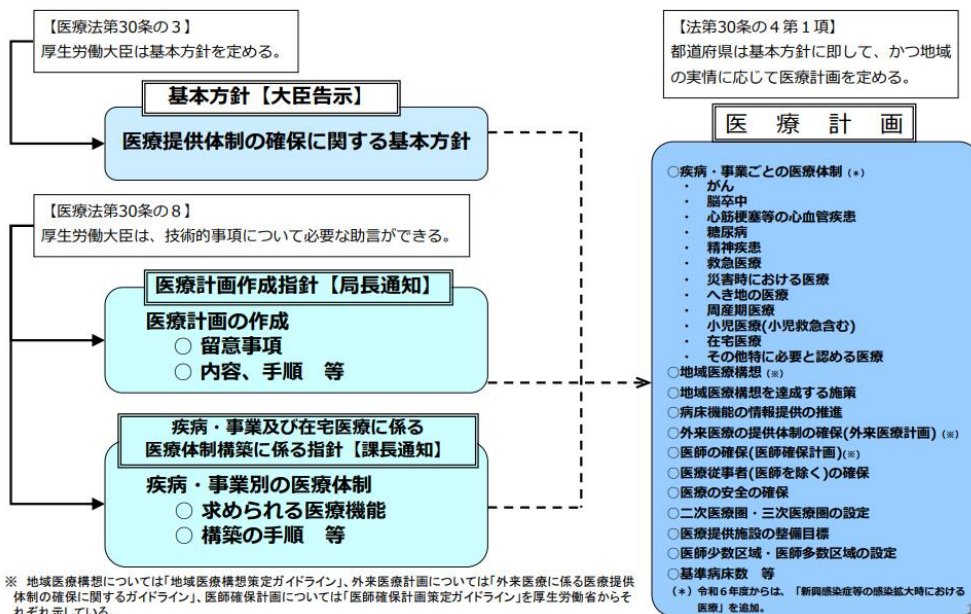
■ 医療計画制度の導入

医療計画制度では、診療報酬制度や医療機関の指定、医療従事者の配置などを通じて具体的な施策が展開されます。地域のニーズに応えるため、必要な医療機関の設置や専門医の確保などが行われ、地域住民に適切な医療が提供されることを目指しています。

医療計画制度の導入は昭和 60 年に行われた第 1 次医療法の改正によりなされました。

内容は現在の医療計画ほど充実したものにはなってありませんが、当時から「へき地医療や救急医療の確保に関する事項」や「医療従事者の確保に関する事項」などを定めることとされており、現在の医療計画の土台となっています。

◆ 医療計画の策定に係る指針等の全体像



※ 地域医療構想については「地域医療構想策定ガイドライン」、外来医療計画については「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」、医師確保計画については「医師確保計画策定ガイドライン」を厚生労働省からそれぞれ示している。

■ 医療計画の記載内容

医療計画は「医療計画作成指針」により、様々な内容を記載することが求められています。医療圏の設定については、二次医療圏・三次医療圏の考え方にに基づき、患者の状況に応じて必要な医療を提供できることが相当である単位として社会的条件を考慮しながら設定しています。

地域医療構想については、人口や医療需要の予測を考慮しながら、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4つの機能の必要量を推計しています。また、継続的な医療の提供が必要とされる5疾病（がん、精神疾患、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）・5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療）がありますが、「第8次医療計画」では昨今の新型コロナウイルスの影響を鑑みて「新興感染症等の感染拡大時における医療」が加わり、5疾病・「6事業」となりました。

2

医業経営情報レポート

過去の医療計画の推移と第8次医療計画の概要

■ 医療計画策定期間の推移

昭和 63 年に第 1 次医療計画の策定が始まり、これまで5年に一度の医療計画の改定により、様々な内容が追加されてきました。

前述の通り、第 1 次医療計画での記載内容は充実した内容ではなかったものの、次第に記載内容が増えており、現在に至っております。

医療計画	期間
第1次	昭和63（1988）年度～平成4（1992）年度
第2次	平成5（1993）年度～平成9（1997）年度
第3次	平成10（1998）年度～平成14（2002）年度
第4次	平成15（2003）年度～平成19（2007）年度
第5次	平成20（2008）年度～平成24（2012）年度
第6次	平成25（2013）年度～平成29（2017）年度
第7次	平成30（2018）年度～令和5（2023）年度

■ 第8次医療計画の策定ポイント

これまで、医療のアクセスや質を確保しながら持続可能な医療提供体制を構築するため、医療機能の分化・強化、連携、地域包括ケアシステムの推進、かかりつけ医機能の充実などの取り組みが行われてきました。

また、新型コロナウイルス感染症の影響により、地域医療の課題が浮き彫りになり、医療機能の分化・強化や連携の重要性、地域全体で必要な医療を提供する役割分担の重要性が再認識されました。

新型コロナウイルス感染症については、5類に移行となりましたが、今後、新たに浮き彫りとなった課題に対応するために、効率的で効果的な医療提供体制の構築を着実に進める必要があります。

「第8次医療計画」では、新興感染症等に対する体制構築や、地域医療体制の構築についての推進について明文化し、また、医療計画と並行して作成されている「地域医療構想」においても、地域の適切な役割分担による医療体制の推進について明文化しなければなりません。

人口減少や高齢化の進行により、医療ニーズが変化していく中で、人手の確保や医師の働き方改革に対応する必要があります。

そのため、地域医療構想を進め、人口構造の変化に適切に対応する必要があります。

3

医業経営情報レポート

第8次医療計画の主要策定ポイント

■ 人口構造の変化への対応

医療機関においては、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、地域においてデータに基づく議論を進めるべく、令和4年から新たに「外来機能報告」を開始しています。

今後は「かかりつけ医機能を担う医療機関」と「紹介受診重点医療機関」とで機能を分化しつつ、連携しながら医療を提供する仕組みづくりがより一層進むこととなります。

■ 策定に向けた検討体制

第8次医療計画の策定に向けて、「第8次医療計画等に関する検討会」が設立されました。

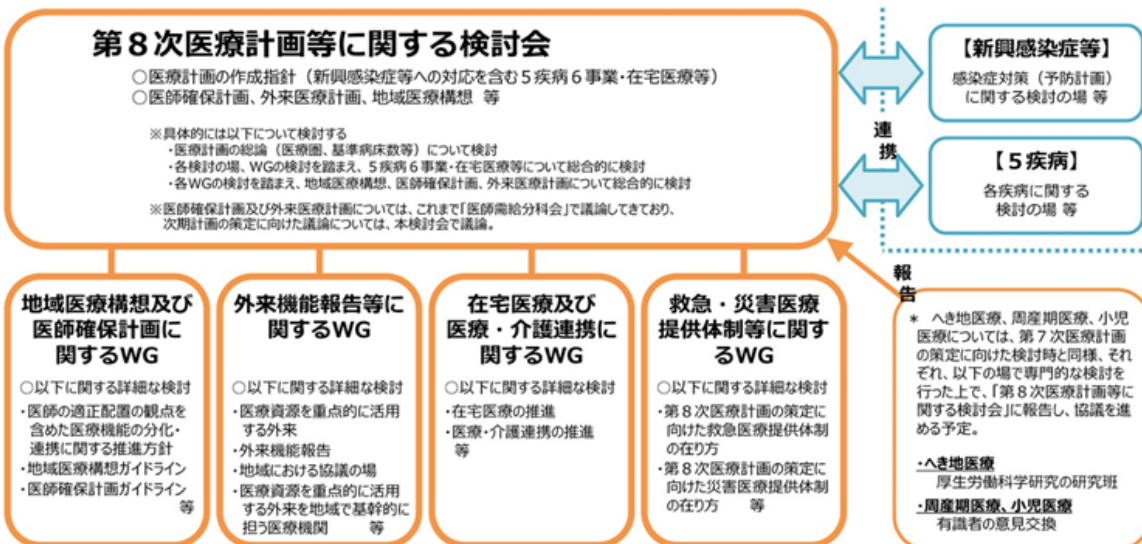
検討会では、医療計画の総論や各疾病・事業・在宅医療の検討、地域医療構想や医師確保計画、外来医療計画に関する検討が行われます。

また、検討会の下には4つのワーキンググループが立ち上げられ、地域医療構想と医師確保計画に関するワーキンググループ、外来機能報告に関するワーキンググループ、在宅医療と医療・介護連携に関するワーキンググループ、救急・災害医療提供体制に関するワーキンググループが設けられ、それぞれ詳細な検討が行われます。

さらに、新興感染症等の感染症対策や、5疾病についての検討の場も設けられます。

◆ 第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。



（出典）厚生労働省：第8次医療計画、地域医療構想等について

4

医業経営情報レポート

求められる人材確保と高まる医療ニーズへの対応

■ より必要となる医療・福祉職の人材確保

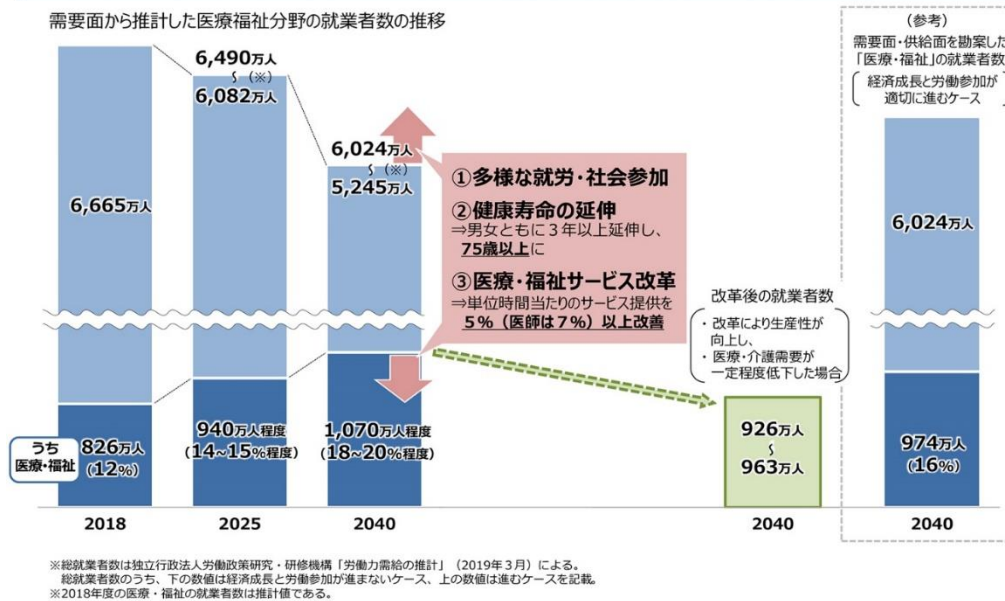
今後は少子・高齢社会の進展等により、ますます国民の医療・福祉サービスに対する需要の増大・多様化が見込まれます。そのような状況のなかで医師の働き方改革が本格的にスタートし、医療職の充実化がより求められることとなります。

また、介護保険制度や障害者自立支援法の施行により、利用者本位の質の高い福祉サービスの提供が求められることから、サービス提供の根幹である福祉人材の養成・確保の提供も重要となります。現在、医療・福祉人材の確保のための様々な施策を推進しており、量的な確保のみならず質的な向上に重点を置いた対策を推進しています。

◆ これからの就業者数の推移

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。



■ 一層高まる医療・介護のニーズ

高齢化の進展に伴う高齢者の慢性疾患の罹患率の増加により疾病構造が変化し、医療ニーズについては病気と共存しながら、生活の質(QOL)の維持・向上を図っていく必要性が高まっています。

一方で、介護ニーズについても、医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加するなど、医療及び介護の連携の必要性はこれまで以上に高まっています。

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：医療税務 > サブジャンル：税務調査

役員に支払う報酬と 賞与の調査ポイント

役員に支払う報酬と賞与について
 調査のポイントを教えてください。

1. 役員報酬について

①役員報酬の金額が過大でないか

株主総会の議事録によって、その支給額の枠の正当性を示す必要があります。さらに、金額の妥当性についても、病医院の収益状況からみて適当か、同業医院や職員の給与と比較して適当か、といったことも検討し、資料として揃えておくべきでしょう。

②臨時に支払われたものがないか、また、途中で増額、あるいは遡及して報酬の支給を行っていないか

臨時に支払われたものは役員賞与となりますし、正当な理由なしに増額すると、その増額分は役員賞与とされます。途中で増減があると、利益操作のための変更と見られがちですので、特に注意が必要です。

③使用人のうちに実質的には役員・使用人兼務役員とみなされる者はいないか

同族関係者の地位や立場について調査されます。これは、役員賞与支給額の損金算入、超過勤務手当支給などの問題があるからです。取締役会議事録、株主名簿などが調査対象となります。

④現物給与とみなされる経済的利益を与えていないか

例えば、特に低利な金銭の貸付とか低額な家賃による社宅貸与などが調査の対象とされます。金銭の貸借契約書、社宅の貸借契約書あるいは使用規程などによって、報酬とされる経済的利益の有無がチェックされます。

⑤長期未払いとなっている報酬はないか

否認の対象となりがちなので、未払いとなっている理由を明確にする必要があります。期末までに支給することができない場合には、所得税を源泉徴収・納付し、借入金または預かり金とし、「未払金」の状態は精算しておくべきでしょう。

2. 役員賞与について

①役員賞与が損金に算入されていないか。使用人兼務役員の使用人分の賞与計算に誤りがないか

使用人兼務役員の使用人分の賞与については損金算入が認められますが、役員賞与及び使用人兼務役員の役員分の賞与については損金算入が認められません。したがって、その区分計算は適正か、比較される金額は適当か、支給日は一般社員と同日か、などが調査されます。

②経済的利益で賞与とされるようなものはないか

交際費や海外渡航費などのうち、経済的利益として役員賞与に該当すべきものはあるか否かについて調査されます。



ジャンル：医療税務 > サブジャンル：税務調査

給与手当、福利厚生費、 広告宣伝費等の調査ポイント

職員の給与手当、福利厚生費、
 広告宣伝費などの調査のポイントを教えてください。

1. 職員の給与手当に関する調査のポイント

- ① 架空の人件費が計上されていないか
- ② 労働者名簿（賃金台帳）は整備されているか
- ③ 源泉所得税関係の書類は整備されているか。例えば、「扶養控除等（異動）申告書」や「所得税源泉徴収簿」など
- ④ 社宅の定額家賃による貸与や金銭の低利貸付などの際に、経済的利益の処理は妥当か
- ⑤ その他

パートあるいはアルバイトなど、時間給の管理状況や、給与規程、出勤簿あるいはタイムカード、時間外勤務・欠勤の記録などの整備状況なども調査の対象となります。

2. 福利厚生費に関する調査のポイント

福利厚生費は原則として損金として処理されますが、給与（個人課税）や交際費（限度額超過分は法人課税）となります。したがって、特に注意したい点は次のとおりです。

- ① 各種の社会保険料に対する個人と法人負担分の処理に誤りがないか
- ② 現物給与（記念品・食事・商品の値引き販売など）や交際費（宴会費用など）の処理に誤りがないか

3. 広告宣伝費に関する調査のポイント

前払広告宣伝費が損金処理されていないか。これは、前払費用に計上すべきです。看板、ネオンサインなどの有体物の処理は適正か。資産計上すべきものは、資産に計上して減価償却していかなければなりません。

4. 交際費に関する調査のポイント

交際費の支出は、一定額を超えると、その超えた分は課税されることになっていますが、特に得意先接待の多いような医療機関は、これをいろいろ勘定科目に分散して課税を免れようとしているのではないかと、厳しくチェックされます。

5. 旅費交通費の調査のポイント

旅費交通費については、職務上の旅行に必要な交通費、宿泊費、日当、転勤、退職に伴い必要な交通費、宿泊費、運賃等は源泉所得税が課せられないため、この名目で別途給与として支給されるケースもあり、主に架空出張費の有無が調査されます。