

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.704 2021.12.28

医療情報ヘッドライン

**診療報酬、本体は0.43%引き上げ
薬価は-1.37%で全体ではマイナス**

▶厚生労働省

**「オンライン診療のみで診療完結」
規制改革が指針への明記を要求**

▶規制改革推進会議

週刊 医療情報

2021年12月24日号

**機能強化加算「情報提供が
不十分」で意見一致**

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3年度4月～5月)**

経営情報レポート

**健全経営のための
福祉施設 人件費率の改善法**

経営データベース

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:勤務体制・労働時間

**遅刻・早退に対するペナルティ
資格取得講習参加の取扱い**

発行:税理士法人ネクサス

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

診療報酬、本体は0.43%引き上げ 薬価は-1.37%で全体ではマイナス

厚生労働省

鈴木俊一財務相と後藤茂之厚労相は、12月22日に2022年度予算案決定に向けた大臣折衝を実施。2022年度の診療報酬改定について協議し、医師の人件費や技術料にあたる「本体」は0.43%引き上げることに決まった。前回の2020年度改定はプラス0.55%だったため、0.12ポイント下回る結果となった。

薬価および材料価格はいずれも引き下げられ、それぞれマイナス1.35%、マイナス0.02%。診療報酬全体としては0.94%の引き下げとなり、本体は8回連続のプラス改定、全体では5回連続のマイナス改定となった。

■リフィル処方箋の導入が決定

診療報酬「本体」のプラス0.43%のうち、通常改定分はプラス0.23%。看護の処遇改善や不妊治療の保険適用に伴う特例対応の財源をそれぞれプラス0.20%確保している。

医科、歯科、調剤の各科改定率は医科がプラス0.26%、歯科がプラス0.29%、調剤がプラス0.08%。引き上げ率が前回よりも抑えられたものの、「本体プラス」が堅持されたことで、医療関係団体、とりわけ日本医師会の影響力は依然として大きいと受け取れなくもないが、事はそう単純ではない。

注目は、「リフィル処方箋」の導入が決定したことだ。「リフィル処方箋」は、医療機関の受診なしで繰り返し処方箋を利用できる制度。症状が安定している患者が対象で、医師が利用可能な回数を記入すれば、処方のためだけに受診をする必要がなくなる。

患者にとっては利便性が向上し、医療費の

抑制にもつながる仕組みで、改定率換算でマイナス0.1%、国費ベースで約110億円の削減効果が見込まれている。

しかし受診回数が減れば、医療機関は減収となる。そのため日本医師会は明確に反対の立場をとってきたが、わずかな「本体プラス」と引き換えに重要な一角を失ったと見ることもできよう。

もちろん、諸外国ではリフィル処方箋がスタンダードであることや、現行の分割調剤の手続きが煩雑であることは以前より指摘されていたため、早晚何らかの改革が必要ではあった。単に反対をするだけで、改革に資する対案を出せなかった日本医師会が、職能団体としての役割を果たしているのかもこの機会に問うべきではないか。

■DPC制度の見直しがなされる可能性も

なお、厚労省が公表した資料に、「看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化」「在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進」といった項目が記載されたことも見逃せない。現状、政策が決定されるうえで大きな役割を果たしている経済財政諮問会議では、リフィル処方箋の導入に加え、現行の「1日当たり」で評価するDPC制度を見直し「1入院当たり包括支払い方式（DRG/PPS）」の導入が提言されていたからだ。資料に「中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める」とあるように、年明けからの中央社会保険医療協議会総会の議論からは目が離せない。

医療情報
ヘッドライン
②

「オンライン診療のみで診療完結」 規制改革が指針への明記を要求

規制改革推進会議

政府の規制改革推進会議は 12 月 22 日、中間とりまとめに相当する「当面の規制改革の実施事項」を発表。「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に、「対面診療と大差ない診療効果がある場合も存在しうる」「オンライン診療のみで診療が完結する場合がある」「オンライン診療を行う医療機関・医師と対面診療を行う医療機関・医師は異なってもよい」と明記するべきだとした。

厚生労働省は 11 月に、同指針の改訂案として初診からのオンライン診療を認めることを盛り込んだが、さらに踏み込んだ表現を求めた格好だ。

■指針検討会は「原則かかりつけ医」との方針

従来、オンライン診療は再診からが原則だった。しかし、新型コロナウイルスの感染拡大に伴う特例措置で初診からの受診が可能となり、今年 6 月には政府が 2022 年度から初診からのオンライン診療を恒久的に認めると閣議決定されている。

この閣議決定を受け、厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」（以下、指針検討会）で要件を検討してきた。今回の規制改革推進会議の中間とりまとめは、この検討を全て無視したようなものだといえよう。

なぜならば、指針検討会では、過去に受診歴がある「かかりつけ医」での受診を原則とする方針を固めていたからだ。やむを得ずそれ以外の医療機関・医師のオンライン診療を受ける場合は、「過去の診療録」「診療情報提供書」「健康診断の結果」などを用意するとまで決めていた。

なおこれらは、医師の診療が既往歴や服薬歴、アレルギー歴などの確認など、患者の医学的情報の把握を前提としていることに由来している。

中央社会保険医療協議会の診療側委員は、これに加えて顔色など「オンライン診療では得られない情報」が得られないことから、オンライン診療に反対し、保険適用が決まってからも「原則再診から」を主張してきた。

厚労省が 8 月に発表した調査結果で、オンライン診療に対応している医療機関が全体の 15%以下と伸び悩んでいるのは、従来の対面診療と同等のクオリティが保てないと判断した医師が多いことも影響していると思われる。

■政府の動きを見ると

今後も手厚い評価が期待？

ただ、ここまで政府側が強硬な姿勢を示したことで、新たに設定される「初診からのオンライン診療の報酬点数」に影響が出る可能性が出てきた。現状、新型コロナウイルス感染拡大に伴う特例措置で上乗せがされているにもかかわらず、対面診療とオンライン診療は同等程度。特例措置がなければオンライン診療のほうが格段に低いことも、普及を妨げているとされており、少なくとも現状の特例と同等の設定がなされると考えられる。

また、政府がオンライン診療の普及に躍起になっていることを踏まえれば、次次回以降の診療報酬改定においても、さまざまな加算が新設されたり要件が緩和されたりする可能性は高い。今後を見据えれば、オンライン診療の体制整備および拡充に取り組む医療機関は増えていくと考えられるのではないかな。

医療情報①
中医協
総会

機能強化加算「情報提供が 不十分」で意見一致

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝小塩隆士・一橋大学経済研究所教授）は 12 月 17 日に総会を開き、かかりつけ医機能に関する評価について議論した。

厚生労働省は論点として、以下の 2 点を挙げた。

- ▼かかりつけ医機能を有する医療機関の体制に係る評価のあり方
- ▼小児かかりつけ診療料に係る評価のあり方

かかりつけ医機能を強化する機能強化加算について、城守国斗委員（日本医師会常任理事）は調査結果を踏まえて「機能強化加算を届け出ている医療機関のほうが、かかりつけ医機能を発揮している割合が高いので、現在の評価方法は政策目的に合致している。とくに初診では加算の各要件を満たしているので評価が必要」と主張。小児かかりつけ診療科については「診療所の医師が小児の初期救急センターで夜間休日の初期救急医療に参画するなど、地域の医療機関が連携する場合は一定の整理をして対応したほうがよい」と提言した。支払側からは機能強化加算の算定要件を見直す意見が相次いだ。機能強化加算は前回改定で院内掲示などの情報提供が要件化され、これを受けた医療機関と患者とのかかわりの厚労省調査結果が公表された。

この結果を取り上げて、安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は「届け出ている医療機関の患者のほうが届け出していない医療機関の患者よりも、院内掲示を見た割合が低い」と指摘。診療側に「加算の要件である情報提供のあり方が現状で十分と思っているのか」と問いかけた。

これに対して城守委員は、「院内掲示については我々も周知していくし、掲示方法も検討していく」とし、さらに「患者一人ひとりに機能強化加算を説明することは時間がかかる。物理的に不可能であることを理解してほしい」と答えた。

松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、厚労省調査で「どんな病気でもまず診療できる」「患者が受診しているすべての医療機関や処方箋を把握している」比率が機能強化加算の届け出医療機関で低いことを問題視。「もっと高い比率であって然るべき」としたうえで「患者への周知の方法が消極的と言わざるを得ない。院内掲示や文書の設置だけではなく、患者に直接文書を渡すとか説明をするなどしないと理解は深まらない」と指摘した。

さらに特別調査で、今年 1 月から 6 月までの間、112 医療機関のうち 16 機関が地域包括診療料と地域包括診療加算の算定がゼロだったことに言及。「ベースとなる診療料や加算がないにもかかわらず、すべての初診患者に機能強化加算を算定している医療機関が 1 割程度と類

推され、現行の要件では不十分と言わざるを得ない」と強調した。こうした見解を踏まえて松本委員は、以下を「今回の改定で強く主張する」と述べた。（以降、続く）

- ①病歴、受診歴、処方歴を確認する
- ②かかりつけ医に関する情報を確実に患者に周知する
- ③医療機能情報制度への登録を施設基準に定める
- ④かかりつけ医に関する適切な研修を受ける
- ⑤ベースとなる管理料・加算について一定の算定実績を求める

医療情報②
中医協
総会

重症度、医療・看護必要度 シミュレーションに意見一致

12月17日の中医協総会では、急性期入院医療についても議題となった。
厚生労働省は論点として、以下を示した。

- ▼一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合シミュレーションの条件設定
- ▼治療室用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合シミュレーションの条件設定

一般病棟用の必要度について城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、「急性期入院料の削減を目的に議論することは絶対に避けるべきで、診療報酬は地域医療計画に寄り添い支えるものなので、強引に急性期入院医療のあり方を誘導する議論は行うべきではない」とけん制した。

シミュレーション実施には「現行の評価方法よりも適切な項目設定があるのかどうかという観点が必要」と指摘した。

これに対して松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は「このシミュレーションは入院料の削減が目的ではなく、患者の状態や医療資源の投入量を適切に反映した評価が目的なので、一般病棟用、治療室用とも事務局提案によるシミュレーションを進めるべきだ」と主張した。

安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は「とくに異論はない」と述べ、「A 項目の『点滴ライン同時 3 本以上の管理』の薬剤種類数を見直す方向性は理解できる。シミュレーション結果を出す際には前回改定後の変化が確認できるようにしてほしい」と要望した。

治療室の必要度については「高度急性期の入院医療をより適切に評価しているのかという観点からシミュレーションを実施すべきだ」と述べた。

一方、島弘志委員（日本病院会副会長）も事務局提案に賛同し、「提供する診療行為の質と必要度の評価が適切な状態にあるかどうかは議論の内容なので、シミュレーションの項目には賛同する。この方向で議論を進められればよい」と述べた。

週刊医療情報（2021年12月24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3年度4月～5月)

厚生労働省 2021年9月30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	国民健康 保険		(再掲) 未就学者					
				本 人	家 族						
平成 29 年度		42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1	
平成 30 年度		42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1	
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 4～3月		42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1	
	4～5 月	6.4	3.5	1.9	1.1	0.7	1.6	0.1	2.6	0.3	
	4 月	3.3	1.8	1.0	0.6	0.3	0.8	0.1	1.3	0.2	
	5 月	3.1	1.7	0.9	0.5	0.3	0.8	0.1	1.3	0.2	
令和 3 年度 4～5 月		7.1	4.0	2.2	1.3	0.8	1.8	0.2	2.8	0.3	
	4 月	3.7	2.1	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
	5 月	3.5	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	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、当該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。

●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						
			被用者 保険	本 人		国民健康 保険	(再掲) 未就学者		
				家 族					
平成 29 年度		33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.6	94.2
平成 30 年度		33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9
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 4～3 月		33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0
	4 月	2.6	1.7	1.2	1.2	1.1	2.8	1.3	7.4
	5 月	2.5	1.6	1.2	1.2	1.1	2.6	1.2	7.0
令和 3 年度 4～5 月		5.7	3.8	2.9	2.8	2.7	6.1	3.7	15.5
	4 月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.8	7.9
	5 月	2.8	1.8	1.4	1.4	1.3	3.0	1.9	7.6

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						
平成 29 年度		42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9
平成 30 年度		42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0
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4～3月		42.2	33.5	16.3	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.0	21.7	3.0
	4月	3.3	2.6	1.3	1.1	0.2	0.7	0.1	0.03	1.3	1.7	0.2
	5月	3.1	2.5	1.2	1.0	0.2	0.6	0.1	0.03	1.3	1.6	0.2
令和 3 年度4～5月		7.1	5.7	2.7	2.5	0.5	1.3	0.1	0.07	2.8	3.7	0.5
	4月	3.7	2.9	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	1.4	1.9	0.3
	5月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2

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		
平成 29 年度	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
平成 30 年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和 2 年度 4～3月	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
4月	1.8	1.7	0.4	1.1	0.3	0.6	0.02
5月	1.7	1.7	0.4	1.0	0.3	0.6	0.02
令和 3 年度 4～5月	3.9	3.9	0.7	2.5	0.7	1.3	0.06
4月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
5月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03

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					
平成 29 年度	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
平成 30 年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
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 4～3月	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
4月	18.7	35.9	37.6	9.7	7.7	10.7	11.4	15.7
5月	18.5	34.8	36.5	9.9	7.6	10.1	11.5	15.3
令和 3 年度 4～5月	18.2	37.8	39.5	9.9	7.8	9.5	11.7	14.9
4月	18.0	38.2	39.9	9.8	7.8	9.6	11.7	14.9
5月	18.3	37.5	39.2	10.0	7.8	9.4	11.7	14.9

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3年度4月～5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



福 祉 経 営

健全経営のための

福祉施設 人件費率の改善法

1. 社会福祉法人の経営状況と人件費率の推移
2. 適正人件費を考える上での注意点
3. 組織の生産性を高める取り組み手法



1

医業経営情報レポート

社会福祉法人の経営状況と人件費率の推移

社会福祉法人を運営するうえで、最も重要となる要素として、人材があげられます。

「人」、すなわち職員が利用者にサービスを提供し満足感を抱いてもらうことが福祉の目的でもあります。そのような福祉の中心となる「人」に対して必要となる人件費の指標である「人件費率」の適正な範囲及び改善方法についてご紹介します。

■ 福祉医療機構による全国の社会福祉法人の経営状況の調査

独立行政法人福祉医療機構が実施している、全国の社会福祉法人の経営状況に関する調査・集計によると、赤字法人の割合は年々増加している状況です。2016 年度では赤字法人の割合が 23.2%でありましたが、2019 年度には 28.5%と上昇しています。

黒字法人と赤字法人の格経営指標を比較すると、赤字法人の方が職員数が少ない割に人件費率が高いという実態が分かります。また、職員一人当たりの人件費には大きな差はありませんが、一方で職員一人当たりサービス活動収益や労働生産性（職員 1 人当たりが生み出す付加価値額）には大きく差が開いていることが分かります。

以上の調査結果より、黒字法人と赤字法人の違いは次の通りとなります。

- ①赤字法人は黒字法人と比較して総じて高コストである
- ②赤字法人は 1 人当たりの収益や生産性が黒字法人より低く、1 人当たりの人件費が高い
- ③赤字法人は特に人件費率が高い傾向がある

すなわち、健全な経営を行うためには人件費が収益を圧迫しないよう、適正な範囲に収める事が重要となります。

■ 働き方改革が求める生産性の向上

(1)働き方改革とは

厚労省の定義では、「働き方改革」とは、働く方々が個々の事情に応じた多様で柔軟な働き方を自分で「選択」出来るようにするための改革、とされています。この働き方改革によって、一般企業だけでなく福祉・介護事業所においても「生産性の向上」が求められます。

一般的に「生産性」とは、投下した経営資源（時間（量）、人数、コスト等）から付加価値（成果（質）、満足度等）を生み出す際の効率の程度を指す指標です。つまり、「生産性の向上」とは、より少ないインプット（投下）で、より多くのアウトプット（付加価値）を生み出す事を意味します。

特にほかの業界よりも人材不足が課題となっている福祉業界では、限られた人員で質の高いサービスの提供が求められており、今後の施設経営において重要なテーマとなっています。

2

医業経営情報レポート

適正人件費を考える上での注意点

■ 人件費率の原因把握

人件費率は高すぎると経営を圧迫してしまい、最悪の場合、倒産につながってしまう可能性もあります。

人件費率が高い原因としては①収入が低い、②人件費が高い、③収入が低く人件費が高いということが考えられます。

また、それらの原因の根本はどこにあるかを特定し、対応することが必要となります。

◆ 高人件費率の原因例

● 収入が低い

- ・稼働率が低い
- ・取得可能な加算を取得していない など

● 人件費が高い

- ・職員数が過剰となっている
- ・給与水準が他法人より高い など

しかし、逆に人件費率が低ければよいかというとそのようなこともありません。

人件費率が低いということは、収益に対する人件費の支出が少ないということとなり、言い換えると職員への還元が不十分ということになります。

そうすると職員は業績を上げているにもかかわらず満足のいく報酬が得られていないということから、法人への不満となり離職に繋がってしまいます。

■ 会計科目からみる人件費

人件費率は高すぎると経営を圧迫してしまい、最悪の場合、倒産につながってしまう可能性もあります。

(1) 人件費の会計科目

人件費を考慮する際には、人件費がどのような科目で構成されているのかを把握しておく必要があります。

人件費は、社会福祉法人会計基準上サービス活動増減の部にて大区分で表示されます。

その人件費は下位区分である中区分が集計されたものであり、中区分は以下の科目から構成されます。

◆人件費の中身

中区分	説明
役員報酬	法人役員に支払う報酬、諸手当をいう。
職員給料	常勤職員に支払う俸給、諸手当をいう。
職員賞与	職員に対する確定済み賞与のうち、当該会計期間に係る部分の金額をいう。
賞与引当金繰入	職員に対する翌会計期間に確定する賞与の当該会計期間に係る部分の見積額をいう。
非常勤職員給与	非常勤職員に支払う俸給、諸手当及び賞与をいう。
派遣職員費	派遣会社に支払う金額をいう。
退職給付費用	従事する職員に対する退職一時金、退職年金等将来の退職給付のうち、当該会計期間の負担に属する金額（役員であることに起因する部分を除く）をいう。
法定福利費	法令に基づいて法人が負担する健康保険料、厚生年金保険料、雇用保険料等の費用をいう。

(2)人件費以外で考慮が必要となる科目

また、人件費に集約されている科目以外でも、人件費として考慮が必要となる科目があります。例えば、業務委託費のうち、夜間専門員（宿直など）や給食業務委託などは、科目こそ業務委託費となっていますが、本来は法人の人件費にあたる費用となります。

法人の人件費の実態を反映するためには、以下の科目についても考慮する必要があります。

◆人件費として考慮が必要となる科目（事務費）

中区分	説明
福利厚生費	役員・職員が福利施設を利用する場合における事業主負担額、健康診断その他福利厚生のために要する法定外福利費をいう。
職員被服費	職員に支給又は貸与する白衣、予防衣、診療衣、作業衣などの購入、洗濯等の費用をいう。
旅費交通費	業務に係る役員・職員の出張旅費及び交通費（ただし、研究、研修のための旅費を除く）をいう。
研修研究費	役員・職員に対する教育訓練に直接要する費用（研究、研修のための旅費を含む）をいう。
会議費	会議時における茶菓子代、食事代等の費用をいう。
業務委託費	洗濯、清掃、夜間警備及び給食（給食材料費を除く）など施設の業務の一部を他に委託するための費用（保守料を除く）をいう。必要に応じて検査委託、給食委託、寝具委託、医事委託、清掃委託など、小区分でさらに細分化することができる。
手数料	役務提供にかかる費用のうち、業務委託費以外のものをいう。
土地・建物賃借料	土地、建物等の賃借料をいう。

3

医業経営情報レポート

組織の生産性を高める取り組み手法

把握した実態の給与額や人員数が、適正値よりも高い場合、人員数を抑えたうえでこれまでと同じように施設運営を行うためには、業務を効率化し生産性を向上させていかなければなりません。組織の生産性を高めるためにはどのような取り組みが効果的なのか、主要なものは以下となります。

●月次運営会議を通じた職員への意識の醸成

- ・経営層のみならず、管理職層やリーダー職層にも人件費率や労働生産性といった経営指標への意識を、月次運営会議等を通じて醸成する

●業務効率化への取り組みのポイント

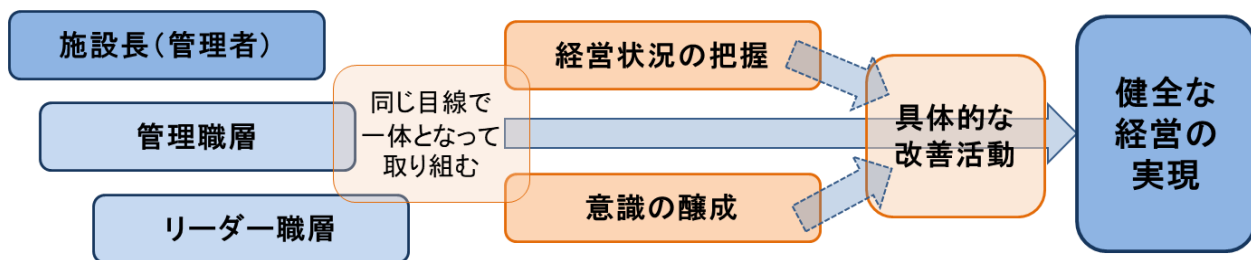
- ・職務分掌や業務手順書を整備し、業務の中身や役割分担を視覚化し、整理する

●キャリアパスと連動した給与制度

- ・各等級の役割定義を明確にし、昇給や昇格の仕組みに反映させ、人件費を適正な範囲内に収まるようコントロールする

(1)月次運営会議を通じた職員への意識の醸成

適正な人件費や人員がわかって、施設において経営状況を把握しているのが施設長だけでは、健全な経営の実現までの道のりは遠のいてしまいます。管理職層や、将来の管理職層となるであろうリーダー職層の職員にも、月次の運営会議等を通じて同じ意識を持てるよう、経営状況の把握や改善の取り組みに対する意識を醸成していく必要があります。



ゴール: 適正な人件費・人員数で業務を進めていくための基盤ができる

○管理職層・リーダー職層が施設長と一体となって業務の効率化に取り組む

○施設の経営状況に対して、金額や指標に基づき適切に把握できている

●月次の試算表などで収益や人件費の実額や割合を把握できている

●自法人にとって適切な人件費・人員数を理解している

○決算書や試算表などから必要な情報を読み取ることができる

○日々の業務において、課題認識や改善点についての「気づき」がある

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:労務管理 > サブジャンル:勤務体制・労働時間

遅刻・早退に対するペナルティ

**就業規則で「遅刻または早退を3回した場合に、
1日欠勤とみなし、1日分の賃金を控除する」
旨を定めていますが、問題があるでしょうか。**

賃金はもともと、労働の対価（代償）として支払われるものですから、遅刻、早退などによって労務の提供がなかった時間分の賃金を支給しないこととしても、「ノーワーク・ノーペイの原則」に基づくもので、何ら問題ありません。

しかし、「減給の制裁」は、「労務提供がなされ、本来支給すべき賃金の一部を控除すること」ですから、次のような法律上の制限が設けられています。

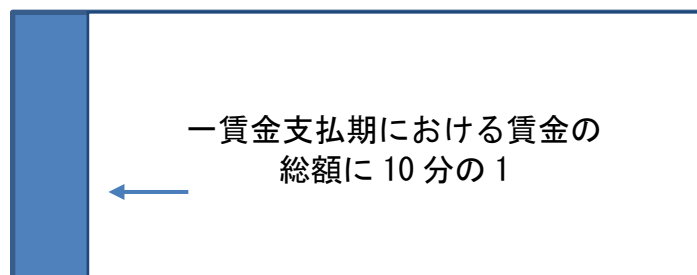
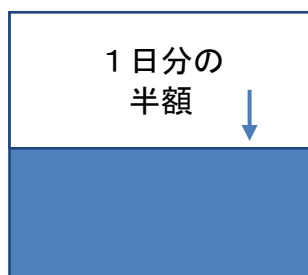
- ① 1事案に対する減給額は、平均賃金の1日分の半額を超えないこと。
- ② 複数事案に対して減給する場合にも、一賃金支払期における賃金総額の10分の1を超えないこと。

したがって、遅刻3回を欠勤1日とする取扱いは、「1事案に対する減給額は、平均賃金の1日分の半額を超えないこと」という規定に違反となる可能性があります。

このようなケースで、遅刻や早退に対してペナルティを課すには、

- ① 遅刻または早退が3回以上になった場合には、精皆勤手当を支給しない
- ② 遅刻または早退（合理的理由のないもの）が3回以上に及んだときは不就労時間の賃金を控除するほか、平均賃金の1日分の半額を控除する

などと、就業規則上に定めることなどが考えられます。



ジャンル:労務管理 > サブジャンル:勤務体制・労働時間

資格取得講習参加の取扱い

資格を取得させるため、業務命令で講習に参加させた場合、その参加時間は労働時間を含めなければならないのでしょうか。

業務上必要な資格や免許を取るための講習を業務命令で受講させる場合は、参加時間を労働時間として扱いますが、その他についてはケースバイケースで判断します。

労働時間と認める際の基準は、以下を参考にしてください。

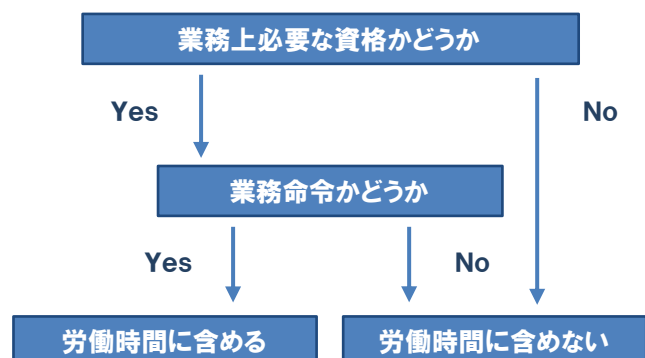
■労働時間と認める場合

- 業務上必要で事業主が認めたもの
- 業務命令

■労働時間と認めない場合

- 業務上必ずしも必要でないもの
- 任意で参加するもの

■労働時間と扱う際の目安



■業務命令の定義

事業主と労働者の間には、労働契約が締結されています。

これにより、労働者には労働の義務が、そして事業主には労働を命ずることができる業務命令権が生じます。

業務命令は、労働契約書や就業規則の内容に基づき、その労働者を管理監督する立場の人が発令することができます。

労働者は、この業務命令に従わなければなりません。管理監督する立場ではない人が他の労働者に自分の仕事を押し付けるようなものは、業務命令とはいえません。

また、業務命令には、日常における制服の着用など細かい事項から、残業命令、配置転換（職種変更、転勤）、在籍出向、転籍出向、出張、応援、派遣などがあり、いずれも正当な理由がない場合を除き、労働者はこれに従わなければなりません。

もし、労働者が正当な理由無く拒否するならば、事業主側は懲戒処分を科すこともあります。