

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.587 2019.8.27



DPCから地域包括ケア病棟への転棟、次期改定で点数設定見直を示唆

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会
入院医療等の調査・評価分科会

医療情報
ヘッドライン

回復期リハビリテーション病棟退棟後の医療提供を手厚く評価する方針

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会
入院医療等の調査・評価分科会

2019年8月23日号

消費増税対応の19年度診療報酬改定を官報告示

週刊
医療情報

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費 (平成30年12月)

経営
TOPICS

地域医療継続の要望に応える 事業継承時の留意点

経営情報
レポート

ジャンル:労務管理 サブジャンル:労災保険

職員が事故に遭った時、または死亡した場合の補償 労災事故で入院中の職員の社会保険資格喪失について

経営
データ
ベース

DPCから地域包括ケア病棟への転棟 次期改定で点数設定見直しを示唆

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会

厚生労働省は、7月25日の中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」で、より高い点数になるタイミングでDPC病棟から地域包括ケア病棟へ転棟する事例が多くなっていることを明らかにした。厚労省は今後、医療機関ごとに細かく状況を調査・分析していく方針を示すとともに、次期改定でDPCの点数設定を見直す必要性を示唆した。

■DPC病棟から地域包括ケア病棟への転棟のタイミング、多かったのが「入院9日目」

問題となったのは、「胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む）手術なし（160690xx）」。DPC病棟から地域包括ケア病棟への転棟のタイミングで突出して多かったのが「入院9日目」であった。

DPCは診断群分類ごとに入院期間に応じて3区分の点数が設定されており、「胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む）手術なし」でもっとも点数が高いのは8日の「期間Ⅰ」で3,014点。9日目以降は「期間Ⅱ」となり、2,271点と743点も下がってしまう。

しかも地域包括ケア病棟入院料は、入院14日まで2,708点であり、DPCの「期間Ⅱ」よりも437点高い。

つまり、入院してから8日間はDPC病棟で、9日目以降は地域包括ケア病棟で入院料を算定するのが、最も効率的に高点数を狙えるということになる。

■高点数を狙い、患者状態を二の次にして転棟を決めているといわれても仕方ない

しかし、当然のことながら同じ「胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む）手術なし」であっても、すべての患者が同様のタイミングで回復するとは限らない。高点数を狙うあまり、患者の状態を二の次にして転棟を決めているといわれても仕方のない状況といえる。

厚労省は、分科会に提出した「DPC/PDPS等作業グループの分析についての報告」の中で、「DPCの点数設定方法により、入院期間が短くなる場合や、逆に長くなる場合があるのではないかと」しており、点数設定の見直しをする必要があることをにじませた。

とはいえ、入院期間をもとにした区分で点数に差をつけていることから、いくら設定を工夫しても同様のことは起こりかねない。

そしてそもそも、地域包括ケア病棟の入院料が適切なのかという問題もある。新たに要件を設けるなどの策が講じられる可能性はあるが、結局は“たちごっこ”になるだろう。

ただ、SNSの普及で誰もが情報発信できる時代であることを踏まえれば、患者が恣意的な理由で転棟させられたことを広めるリスクも想定でき、このような目先の利益を追うやり方が取り返しのつかない事態に発展する可能性もある。同様の手法を用いている医療機関は、今回の問題提起を契機に見直しを図ったほうがベターだといえよう。

回復期リハビリテーション病棟退棟後の医療提供を手厚く評価する方針

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会

厚生労働省は、7月25日の中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」で、回復期リハビリテーション病棟を退棟したのちの医療提供を手厚く評価する方針を示した。

また、回復期リハビリテーション病棟入院料1は管理栄養士の配置が「望ましい」となっているが、次期改定で義務化したい意向もみられる。

■昨年度の診療報酬改定後の回復期

リハビリテーション病棟の状況を報告

厚労省はこの日の会合で、昨年度の診療報酬改定後の回復期リハビリテーション病棟の状況を報告し、ほとんどの施設で改定によって見直された要件がクリアされていることが明らかになった。

要件が70%以上となっている在宅復帰率もおおむね高く、とりわけ回復期リハビリテーション病棟入院料1・2では85~90%がもっとも多いという結果になっている。

入棟から退棟時のFIM（機能的自立度評価表）得点の変化を見ても、脳血管疾患患者で1~10点、多発骨折の発症患者は11~20点がもっとも多く、回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションが一定の効果を発揮していることが示された。

一方で、退棟後のリハビリテーションの必要性については、厚労省が実施した「平成30年度入院医療等の調査」によれば、回復期リ

ハビリテーション病棟の約6割が「必要性あり」と回答しており、実際に約5割の病棟が退棟後1週間以内にリハビリを実施している。

ADL維持・改善のためには継続したリハビリが必要であることは言うまでもないが、退棟後の対応は外来診療や介護保険サービスになるため、診療報酬上で十分な評価がなされているとは言い難い。

今回、こうした実情が俎上に載せられたことで、次期改定で手厚く評価する方向で検討されることは間違いなさそうだ。

■入院料1での専任の常勤管理栄養士の配置は義務化される可能性が高い

管理栄養士については、昨年度の改定で、回復期リハビリテーション病棟入院料1は「専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましい」とされた。

努力義務が課された格好だが、改定後の配置状況は82%に達している。配置要件がない入院料2~4でも約50%が配置されており、積極的な雇用が進んでいることが明らかになっている。

この状況を踏まえ、この日の会合では「入院料1では義務化すべき」との意見も出された。点数の高い入院料1への算定ハードルを上げ、医療の質を上げることにもつながることから、義務化される可能性は高そうであり、入院料2~4でも努力義務が課せられると予想されている。

医療情報①
 厚生労働省
 官報告示

消費増税対応の 19年度診療報酬改定を官報告示

厚生労働省は8月19日、10月1日に予定される消費税率の引き上げに対応した診療報酬改定を官報告示した。併せて、「疑義解釈資料(Q&A)その1」を地方厚生局などに出した。

消費増税に対応する診療報酬改定は、基本診療料に上乗せすることが基本となる。

告示では、初診料が6点増の288点、再診料は1点増の73点となる。

急性期一般入院基本料の入院料1は1650点(59点増)、入院料2が1619点(58点増)、入院料3が1545点(54点増)、入院料4が1440点(53点増)、入院料5が1429点(52点増)、入院料6が1408点(51点増)、入院料7が1382点(50点増)。

■DPC基礎係数も引き上げ

またこの日は、DPC対象病院ごとの「機能評価係数Ⅱ」と、DPC病院群ごとの「基礎係数」を官報告示した。10月1日に予定されている消費税率の引き上げに伴うもので、同日から適用される。DPC対象病院の基本的な診療機能を評価する基礎係数は、大学病院本院群(82病院)が1.1293から1.1302(+0.0009)に、DPC特定病院群(155病院)が1.0648から1.0681(+0.0033)に、また、DPC標準病院群(1487病院)は1.0314から1.0374(+0.0060)に、それぞれ増えた。

DPC/PDPSの消費税率引き上げへの対応は、現行の包括点数や係数を基本に、出来高の上乗せ相当分を包括点数と係数に含める方針が決まっていた。

医療情報②
 今年度
 厚労省検討会

訪日外国人への医療、 都道府県マニュアル等整備

厚生労働省は8月19日、「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会」(座長：遠藤弘良・聖路加国際大学大学院公衆衛生学研究科長)の会合を開き、下記について議論した。

- ①今年度の検討内容
- ②外国人患者を受け入れる医療機関のリストおよび都道府県によって選定された外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関
- ③2019年度医療機関における外国人患者の受け入れに係る実態調査
- ④訪日外国人の診療価格算定方法マニュアル
- ⑤地方自治体のための外国人患者受け入れ環境整備に関するマニュアル(仮称)

⑥地域の医療・観光資源を活用した外国人受け入れ推進のための調査・展開事業

①の今年度の検討内容について厚労省は、下記の3点をテーマとするよう提案した。

▼医療機関の整備方針

▼都道府県向けマニュアル（地方自治体のための外国人患者受け入れ環境整備に関するマニュアル）の整備

▼訪日外国人の診療価格算定方法マニュアルの整備

③の実態調査については、統計の連続性を保つため、基本的には18年度と同様の内容について調査することで合意した。診療所の調査についても、引き続き沖縄と京都で実施することとした。新たに加える項目としては、次の2点を挙げている。

▼2019年4月に発出した、「外国人患者の受け入れのための医療機関向けマニュアル」の認知度に係る項目

▼同マニュアルに掲載されている「医療機関における外国人患者の体制整備方針」の院内における整備の有無を確認する項目

医療情報③
文部科学省
公表

課題解決型高度医療人材養成で 3件を事業認定

文部科学省は8月13日、今年度の「課題解決型高度医療人材養成プログラム」について、3件の事業選定を決定したと公表した。同プログラムは、高度な教育力・技術力を有する大学が核となって、我が国が抱える医療現場の諸課題などに対して、科学的根拠に基づいた医療が提供できる優れた医療人材の養成を目的として、2014年度より実施しており、今回新たに2テーマ（アレルギー領域、外科解剖・手術領域）を設定し公募していた。

選定された大学とテーマは以下の通りとなっている（以下、続く）。

課題解決型高度医療人材養成プログラム 選定結果一覧

テーマ①：アレルギー領域 申請件数：3件、選定件数：1件

No	区分	申請担当大学名	連携大学名	事業名
1	国	福井大学	金沢大学、富山大学	北陸高度アレルギー専門医療人育成プラン

テーマ②：外科解剖・手術領域 申請件数：9件、選定件数：2件

No	区分	申請担当大学名	連携大学名	事業名
1	国	北海道大学	京都大学、千葉大学	臨床医学の献体利用を推進する専門人材養成
2	国	名古屋大学	岐阜大学、三重大学、 浜松医科大学	東海国立大学病院機構 CST ネットワーク事業

最近の医療費の動向 / 概算医療費(平成30年12月)

厚生労働省 2019年5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					国民健康保険	(再掲)未就学者		75歳以上
		被用者保険	本人	家族						
平成26年度	40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0	
平成27年度	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1	
平成28年度	41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1	
平成29年度 4~3月	42.2	24.1	12.8	6.9	5.3	11.3	1.4	16.0	2.1	
4~9月	20.9	11.9	6.3	3.4	2.6	5.6	0.7	7.9	1.1	
	10~3月	21.4	12.2	6.6	3.5	2.7	5.6	0.8	8.1	1.1
平成30年度 4~12月	31.8	17.9	9.7	5.2	3.9	8.3	1.1	12.3	1.6	
4~9月	20.9	11.8	6.3	3.4	2.6	5.5	0.7	8.1	1.1	
10~12月	10.9	6.1	3.3	1.8	1.4	2.8	0.4	4.2	0.5	
11月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2	
12月	3.6	2.0	1.1	0.6	0.5	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。

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。

●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				国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上
			保険	本人		家族			
平成26年度	31.4	21.1	15.6	14.7	15.5	32.2	21.0	93.1	
平成27年度	32.7	21.9	16.3	15.4	16.0	33.9	21.3	94.8	
平成28年度	32.5	21.7	16.3	15.4	16.1	33.9	21.3	93.0	
平成29年度4～3月	33.3	22.1	16.7	15.8	16.4	34.9	21.7	94.2	
4～9月	16.5	10.9	8.1	7.7	8.0	17.2	10.6	46.8	
10～3月	16.9	11.2	8.5	8.1	8.4	17.7	11.1	47.4	
平成30年度4～12月	25.1	16.5	12.5	11.8	12.3	26.5	16.6	70.5	
4～9月	16.5	10.8	8.2	7.8	8.0	17.4	10.8	46.6	
10～12月	8.6	5.7	4.3	4.1	4.3	9.1	5.8	23.9	
11月	2.8	1.9	1.4	1.3	1.4	3.0	1.9	7.9	
12月	2.8	1.9	1.5	1.4	1.4	3.0	1.9	7.8	

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 診療種別別概算医療費

●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26年度	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8	
平成27年度	41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8	
平成28年度	41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9	
平成29年度4～3月	42.2	33.5	16.2	14.4	2.9	7.7	0.8	0.22	17.0	22.1	2.9	
4～9月	20.9	16.6	8.0	7.1	1.5	3.8	0.4	0.11	8.4	10.9	1.5	
10～3月	21.4	16.9	8.2	7.3	1.5	3.9	0.4	0.12	8.6	11.2	1.5	
平成30年度4～12月	31.8	25.5	12.4	10.9	2.2	5.6	0.6	0.19	12.9	16.4	2.2	
4～9月	20.9	16.8	8.2	7.1	1.5	3.6	0.4	0.13	8.6	10.8	1.5	
10～12月	10.9	8.7	4.2	3.7	0.8	1.9	0.2	0.07	4.4	5.7	0.8	
11月	3.6	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	0.2	
12月	3.6	2.9	1.4	1.2	0.3	0.7	0.1	0.02	1.4	1.9	0.3	

注1. 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 26 年度	25.7	25.6	4.7	16.7	4.2	8.1	0.13
平成 27 年度	25.8	25.6	4.7	16.8	4.2	8.2	0.15
平成 28 年度	25.6	25.4	4.7	16.6	4.2	8.3	0.17
平成 29 年度 4～3 月	25.6	25.4	4.7	16.5	4.2	8.4	0.20
4～9 月	12.8	12.7	2.3	8.2	2.1	4.1	0.10
10～3 月	12.8	12.7	2.4	8.3	2.1	4.3	0.10
平成 30 年度 4～12 月	19.1	18.9	3.5	12.3	3.1	6.3	0.17
4～9 月	12.6	12.5	2.3	8.1	2.1	4.1	0.11
10～12 月	6.5	6.5	1.2	4.2	1.1	2.2	0.06
11 月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.7	0.02
12 月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.7	0.02

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 26 年度	15.5	32.6	34.3	8.2	6.7	8.9	11.0	12.5
平成 27 年度	16.1	33.3	35.0	8.5	6.8	9.6	11.0	13.2
平成 28 年度	16.1	33.8	35.5	8.5	6.9	9.0	11.1	13.1
平成 29 年度 4～3 月	16.5	34.5	36.2	8.7	7.0	9.2	11.1	13.4
4～9 月	16.4	34.3	36.0	8.7	6.9	9.2	11.1	13.3
10～3 月	16.7	34.7	36.4	8.8	7.0	9.2	11.1	13.5
平成 30 年度 4～12 月	16.7	35.3	37.0	8.9	7.1	8.9	11.3	13.4
4～9 月	16.7	35.1	36.8	8.9	7.1	8.9	11.3	13.4
10～12 月	16.7	35.7	37.4	8.8	7.2	8.9	11.3	13.4
11 月	16.7	36.0	37.7	8.8	7.1	8.8	11.3	13.4
12 月	16.8	35.2	36.9	8.8	7.2	9.1	11.4	13.6

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を受診延日数で除して得た値である。



経営情報
レポート
要約版



歯 科

地域医療継続の要望に応える 事業継承時の 留意点

- 1.進むリタイアの実態と事業承継時の留意点
- 2.譲渡側は診療所の価値を正しく把握
- 3.譲渡価格の設定方法と諸条件の整備
- 4.事業継承前の確認事項と継承後の諸手続き



■参考文献

「歯科医院を簡単にタタんではいけない」(クインテッセンス出版株式会社 著者 角田 祥子 嶋 敬介)
「100年続く歯科医院 医療承継のロードマップ」
(株式会社デンタルダイヤモンド社 執筆 橋本 守 米山 浩三)
厚生労働省ホームページ：医療施設調査、医師・歯科医師調査
関東・信越厚生局、近畿厚生局、東海北陸厚生局ホームページ：医療機関新規指定状況報告

1

医業経営情報レポート

進むリタイアの実態と事業承継時の留意点

歯科医師の高齢化によるリタイアの影響から、歯科診療所の事業継承が増加しています。

その中には、地域に根付いた診療を提供してきた結果、患者から存続を求められたため、閉院ではなく事業継承という形で継続診療を望む院長と、投資を抑えて新規開業したい院長や、事業拡大のためにサテライト開業を考えている医療法人との要望のマッチングにより、継承される歯科診療所も多くみられます。

第三者への事業継承の場合、営業権や不動産、償却資産の価格、患者引継ぎへの対応、在職中スタッフの引継ぎや新規スタッフの募集、諸手続き等、譲渡の条件も含めて様々な問題に対応しなければなりません。本レポートでは、第三者への事業継承の留意点を解説します。

■ 進む歯科医師の高齢化

厚生労働省の調査によると、平成 28 年における歯科医院に勤務している歯科医師の年齢は、40 歳代が 22.8%、50 歳代が 27.0%、60 歳代が 22.5%、70 歳以上が 8.7%となっており、50 歳以上が全体の 58.2%を占め、平均年齢も 52.9 歳となっており、平成 18 年から高齢化していることがわかります。

開業している歯科医師に定年はありませんが、診療の継続は歯科医師本人の意向に委ねられており、リタイアを検討する場合には、閉院もしくは後継者への継承が選択肢として挙げられます。

■ 診療所に勤務する歯科医師の平均年齢(厚生労働省 医師・歯科医師調査 各年)

年齢	平成 28 年		平成 22 年		平成 18 年	
	歯科医師数(人)	構成割合(%)	歯科医師数(人)	構成割合(%)	歯科医師数(人)	構成割合(%)
総数	89,166	100.0	86,285	100.0	82,324	100.0
40~49 歳	20,310	22.8	22,340	25.9	24,326	29.5
50~59 歳	24,049	27.0	24,730	28.7	22,410	27.2
60~69 歳	20,027	22.5	13,197	15.3	8,238	10.0
70 歳以上	7,713	8.7	6,849	7.9	6,921	8.4
平均年齢	52.9 歳		50.9 歳		49.8 歳	

■ 歯科医院の開設数と廃止数の推移

厚生労働省の医療施設調査によると、毎年約 1,300~1,500 件程度の廃止、または休止する歯科医院があります。2014 年には開設・再開よりも廃止・休止の歯科医院が大幅に上回り、歯科医院の減少に至っています。

2

医業経営情報レポート

譲渡側は診療所の価値を正しく把握

歯科医院の事業継承では、「何を」継承するのかを新院長は認識する必要があります。単に歯科医院を譲り受けて新たな院長として就任する、というものではありません。

歯科診療所や歯科用医療機器といったハードな部分のほか、患者やスタッフ及び診療体制というようなソフトの部分を継承することになります。特にカルテの引継ぎは、診療データを引き継ぐだけでなく、カルテの先にいる患者を引き継ぐことになります。

■ 事業継承する項目

(1) 資産関連のハード部分

戸建て診療所であれば土地建物、テナントであれば内装工事である固定資産と医療機器や事務機、家具である償却資産、備品消耗品や診療材料、賃貸であれば敷金等の預り金、等、その他様々なものがあります。診療所だけでなく、医療法人格の継承であれば、出資金や拠出金、負の資産ですが、借入れやリース等の債務もあります。

■ 資産関係のハード部分

- 土地建物もしくは内装工事等（設備工事、外構工事、看板等含む）
- 償却資産である医療機器や事務機
- 医療法人であれば出資金
- 借入・リース等の債務
- 印刷物・広告等
- 備品材料等の在庫（医療用・事務用品等）
- 賃貸であれば敷金・保証金
- 車両

(2) スタッフやカルテ等のソフト部分

カルテの継承は、患者を引き継ぐということになります。カルテというデータだけではなく、感情や心がある患者を引き継ぐのは相当な気配りが必要です。

スタッフをそのまま雇用することも多く、歯科医療事務や歯科助手、歯科衛生士という職種と給与だけに関心を持っていると大変なことになります。

現在の歯科診療はチーム医療であり、院長や勤務歯科医師、スタッフ全員での取り組みや診療体制の構築によって患者を増やし、経営を安定させています。

また、スタッフを引き継ぐということは、院長はそのスタッフの生活を背負うことになります。給与や待遇面を確認し、気持ちよく働いてもらえるように雇用条件を整えます。

その他、取引業者や各顧問事務所、警備会社等の協力業者についても、そのまま関係を継続するのか、あるいは見直すのかの判断が必要です。

3

医業経営情報レポート

譲渡価格の設定方法と諸条件の整備

売主側としては、不動産価格や償却資産の価格だけで譲渡することはほとんどありません。カルテという営業権を価格に換算し、譲渡するのが一般的です。

ただし、大幅な黒字が出ている歯科医院なら譲渡価格を高く設定することも可能ですが、平均的な医業収益の場合、営業権譲渡金を高く設定すると、新規で不動産を購入したり、新たなテナントで新設の工事を行ったりする場合、医療機器を新規導入しても同額程度で開業できるとなると、買主側が継承を断念するという事態も考えられます。

適正な価格を設定し、営業権譲渡金以外の諸条件も精査する必要があります。

■ 譲渡代金と営業権譲渡金

(1) 譲渡代金と営業権譲渡金

第三者への事業継承で、営業権譲渡金が一番のポイントとなります。譲渡代金には、譲渡する償却資産（動産・不動産等）、備品消耗品等の棚卸資産、敷金・保証金等の預り金、医療法人であれば出資金、引継ぐ債務（金融機関からの借入・リース）、そして金額が明確化されていない営業権譲渡金があります。

● 簿価と時価

償却資産に関しては、帳簿上の価格（簿価）があります。しかし、医療機器であれば中古市場での価格、不動産であれば現在の売買査定額といった時価額があります。その双方の価格を比較検討し、譲渡金額を決めなければいけません。

■ 償却資産価格

【土地】

- 固定資産税評価額 …… 売買事例より低い
- 路線価 …… 売買事例より若干低い
- 公示価格（国の調査より） …… 売買事例より若干低い
- 地価調査価格（地方公共団体調査） …… 売買事例より若干低い
- 売買事例 …… 売値と取引価格（値引き）の把握
- 帳簿価格（償却資産明細から） …… 購入時の価格

【建物】（建物に関しては同一性が無い為、事例比較不可）

- 固定資産税評価額
- 帳簿価格（償却資産明細から） …… 減価償却された金額
- 査定価格 …… 構造、間取り、築年数、設備によって査定

4 医業経営情報レポート

事業継承前の確認事項と継承後の諸手続き

営業権譲渡金を決定すると、買い手を探すことになります。

ただし、経営が安定するから継承する診療所を探しているという方や、投資を低く抑えることが出来るということを理由として探している方が多いのが実情です。

■ 営業権譲渡金の考え方

個人開設の場合は、歯科医師の技術等を重視しているため、事業主の交代により消滅する（相続の場合は営業権を考慮しない）という考え方があります。

しかし、実務上は患者のカルテを引継ぐことのほか、患者も院長交代で全く来院しないということは少ないため、継続した歯科医院経営を期待できます。

■ 営業権の考え方

【売り側（高く売りたい）】

- 投下資本の回収
- 債務の解消
- 余剰収入の確保（利益）

【買い側（安く買いたい）】

- 適正価格もしくはそれ以下
- 新規開業資金との比較
- 安定経営が継承時から期待できる価格

■ 継承後のリスク回避～デューデリジェンス

継承後のリスク発生の可能性については、十分に確認しておくことが重要です。

不動産や償却資産に瑕疵がないか、隠れた債務がないかを譲渡条件策定時から確認し、事前に対応しておくことがスムーズな継承のポイントです。

スタッフの問題では、未払残業代がないか、雇用継続とみなして退職金が増加する可能性や、継承後も給与等待遇面が前医院と同一だと思っていた、といったことが考えられます。

また、患者からも今までの診療に対するクレームから、当時の診療費の返却を請求されたり、今後の診療費を請求できなかったり、継続している自由診療において診療費がすでに全額支払い済みである可能性も想定されます。

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 労災保険

職員が事故に遭った時、 または死亡した場合の補償

**職員が事故に遭って負傷したり、死亡したりした時、
自院としてどの程度の補償が必要なのでしょうか。**

労働基準法は、労働者の業務上の事故によるケガや病気になった場合は、次の補償を行うことを義務づけていますが、実際の補償は労災保険によって行われています。

- 業務外の事故については、必ずしも事業主が補償する必要はありません。
- 医療機関に、労働者の療養費を負担すること（労働基準法第75条）
 - 働くことができなくて賃金がもらえない時には、その間の生活を保障するために平均賃金の60%を支払うこと（労働基準法第76条）

医療機関に療養補償や休業補償などが義務づけられるのは、労働者のケガや病気が、仕事のうえで起こったものに限られますが、それが仕事のうえのものなのかどうか、その判断が困難な場合も多いようです。補償の義務があるかどうかの判断基準は以下の2点になります。

- ①それが医療機関の仕事をしているときに起こったものであるかどうか
- ②それが当院の仕事の原因として発生したものであるかどうか

労働基準法は、仕事によって起こるものとして、職業病を予め特定して、それ以外のものでも仕事に起因することが明らかな病気は、仕事上の病気として取扱うことにしています(労働基準法第75条第2項)。

このように、労働者が仕事上災害を受けた時は、事業者はその労働者に重大な過失がない限り(労働基準法第78条)、例え自院に過失がなくても補償の責任を負わなければなりません。

■労働者災害補償保険法

日頃から医療機関が保険料を払い込み、「災害が発生した時にはそれで補償を行う」という仕組みを定めた法律です。

- ①適用範囲：原則として労働者を雇っている事業者は全て必ず加入しなければなりません。
※ただし、農林水産業の一部は、当面、任意適用(労働災害補償保険法第3条)。
- ②保険料：保険料は、医療機関が全額を負担しなければなりません。
医療機関が、この労働者災害補償保険に加入していれば、労働者が仕事のうえで災害を受けたときは、保険の方から補償が行われるわけですが、保険が適用されると、医療機関は、労働基準法で定められた補償は行わなくてよいこととなります(労働基準法第84条第1項)。

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:労災保険

労災事故で入院中の職員の 社会保険資格喪失について

労災事故で入院中の職員の 社会保険の資格を喪失してもよいでしょうか？

労働基準法は、労災による療養のための休業期間とその後 30 日間は、解雇は制限されていますので、雇用保険と社会保険の資格を喪失することはできません。休業には症状固定までの一部休業も含まれます。

他方、療養には、症状固定（治癒）後の療養継続、通院等は含まれません。

解雇制限について

労災事故による
休業期間中及び
その 30 日間

産前産後の休業
期間中（産前 6
週産後 8 週）及
びその 30 日間

解雇
できない
（解雇無効）

■労働基準法第19条（解雇制限）

使用者は、労働者が業務上負傷し、又は疾病にかかり療養のために休業する期間及びその後 30 日間並びに産前産後の女性が第 65 条の規定によって休業する期間及びその後 30 日間は、解雇してはならない。ただし、使用者が、第 81 条の規定によって打切補償を支払う場合又は天災事変その他やむを得ない事由のために事業の継続が不可能となった場合においては、この限りでない。

■解雇制限の例外

業務災害による療養の場合は原則として解雇はできませんが、療養開始後 3 年を経過しても傷病が治癒しない場合に限り、使用者が平均賃金の 1200 日分の打切補償を支払うことを条件に、解雇できることになっています。

また、療養開始後 3 年経過時点で、傷病補償年金を受けている場合には、この打切補償は支払う必要がなく、解雇制限も解かれます。

もちろん、打切補償によって、必ず解雇が有効に成立するとはいえません。解雇としての妥当性が問われることとなります。労災で後遺症があったとしても、職務の変更等により解雇が回避できる場合は、解雇が否定されるということもあります。

なお、「天災事変その他やむを得ない事由のために事業の継続が不可能となった場合」に解雇制限が解除される例外もありますが、この場合には、労働基準監督署の認定が必要となります。