

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.883 2025.8.26

医療情報ヘッドライン

**医療事故調査制度の関係団体ヒアリング
センターの報告推奨も未実施が3割以上**

▶厚生労働省

**電子カルテ「導入不可能」が54.2%
日本医師会「義務化は地域医療崩壊に」**

▶日本医師会

週刊 医療情報

2025年8月12・15日合併号
**「経済・物価動向」
予算編成過程で反映へ**

経営TOPICS

統計調査資料
**医療施設動態調査
(令和7年5月末概数)**

経営情報レポート

**法改正・制度改正からみる
スタッフ雇用条件の変更点**

経営データベース

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:保険活用
**退職金支給財源の準備
損害保険の種類と保険金額**

医療事故調査制度の関係団体ヒアリングセンターの報告推奨も未実施が3割以上

厚生労働省 医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会

厚生労働省は8月8日の「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」で、医療事故調査制度に関して関係団体や有識者からのヒアリングを実施。一般社団法人日本安全調査機構の宮田哲郎常務理事から、「医療事故調査・支援センター」が医療機関に報告を推奨しても3割以上が従わないことが明らかにされた。医療事故調査制度のあり方が問われる状況だといえそうだ。

センターには9年間で578件の相談

医療事故調査制度は、医療の中で起きた予期しない死亡の原因を究明し、再発を防止するために設けられた制度。2014年6月に成立した改正医療法に盛り込まれ、2015年10月に施行されている。

医療法6条の11において、医療機関は「医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査（医療事故調査）を行わなければならない」と定められており、死亡事例が発生した場合、医療事故と判断したら、遺族へ説明して「医療事故調査・支援センター」に報告をしなければならない（「医療事故調査・支援センター」とは、医療法第6条の15第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める団体。一般社団法人日本安全調査機構が指定を受けている）。

このフローで問題なのが、「医療事故と判断」の部分だ。死亡事例が医療事故か否か、判断がつかない場合、「医療事故調査・支援センター」に相談をする。センターは合議をし、「医療事故の対象とは考えにくい」「複数の考え方がある」「医療事故の対象として（センターに）報告を推奨する」のいずれか

の助言を行う。

ヒアリングにおいて、宮田哲郎常務理事が明らかにしたところによれば、2015年10月から2024年12月まで、センターに寄せられた相談の総数は578件。そのうち、「対象と考えにくい」は110件（19.0%）、「複数の考え方」は122件（21.1%）、「対象として報告推奨」は346件（59.9%）。「対象として報告推奨」に対して、平均して68%が報告。残りの32%は報告しなかったことは冒頭で触れたとおりだ。

「判断に迷う事例が一定数ある」との指摘も

数字だけを見ていると、医療機関側がセンターの助言を受け入れず、「医療事故化」を避けている印象も受ける。しかし、実際はそう単純なものではないようだ。

それが読み取れるのが、宮田常務理事がヒアリング時に用いた公表資料。「センター合議の実績（累積件数：578件）からは、管理者が医療事故の判断に迷う事例が一定数あることが示唆される」「センター合議においても、『複数の考え方がある』事例が一定数ある」と明記している。医療事故が疑われる事例だとしても、一概に判断できないものが多数あることを示しているといえよう。

ただ、医療事故調査制度は、前述のようにあくまで「再発防止」を目的とするもの。調査しなければ実態がわからない事例もあることを踏まえれば、制度のあり方や調査のプロセスを見直す必要もありそうだ。

医師・看護師の養成機関としての機能も果たすなど、まさに日本の医療の基盤だ。医療の未来を考えればかなり深刻な事態であることは間違いのないといえるだろう。

電子カルテ「導入不可能」が 54.2% 日本医師会「義務化は地域医療崩壊に」

日本医師会

日本医師会は 8 月 6 日に「紙カルテ利用の診療所の電子化対応可能性に関する調査」の結果を公表。電子カルテの導入可能性について「不可能」と回答した診療所が 54.2%、「紙カルテ必要」と回答した診療所は 77.0%にのぼった。日本医師会の長島公之常任理事は、同日に実施した記者会見で「地域医療を崩壊させないため、電子処方箋や電子カルテの義務化はすべきでない」とコメントしている。地域医療の最前線である診療所の電子カルテは、医療 DX の推進に欠かせない基盤となるだけに、こうした現状を厚生労働省がどう捉えるか注目される。

「不可能」が多いのは高年齢・小規模な診療所

「紙カルテ利用の診療所の電子化対応可能性に関する調査」は、4 月 18 日から 6 月 1 日に実施。調査対象は全国の紙カルテ利用中の診療所で、有効回答数は 5,466 件。回答方法は WEB フォームまたは FAX で、62%が WEB での回答だった。

電子カルテを導入不可能と回答した診療所の実態を紐解くと、回答方法は WEB が 48.4%、FAX が 64.0%。年齢層は 20 代～40 代が 29.4%、50 代は 41.2%、60 代は 52.5%、70 代は 61.4%、80 代以上は 64.4%と、年齢が高いほど不可能とする回答率が高かった。

また、従業員数は 5 人未満が 68.2%、5～10 人未満が 53.2%、10 人以上が 39.4%。外来患者数は 20 人未満が 69.2%を占め、診療所の規模が小さいほど不可能とする診療所が多い傾向があった。

導入できない理由に「ITに不慣れ」「操作できない」

電子カルテを導入できない理由（3 つまで選択）で最も多かったのは、「電子カルテの操作に時間がかかり、診察が十分にできなくなる」「導入の費用が高額であり、負担できない」（各 1,406）、次いで「導入しても数年しか電子カルテを使用する見込みがない」（1,301）、「IT に不慣れであり、電子カルテを操作できない」（1,112）、「維持費や更新費用が高額であり、負担できない」（1,044）が 1,000 以上だった。

日本医師会は、「電子カルテの操作に時間がかかり、診察が十分にできなくなる」「IT に不慣れであり、電子カルテを操作できない」「導入しても数年しか電子カルテを使用する見込みがない」について、「そもそも対応できないという理由であり、解決困難」と総括。

「電子化を強要すれば診療が継続できなくなり、「確実に地域医療の崩壊につながる」としている。

ただ、電子カルテの操作はそこまで難しいかといえば疑問だ。「数年しか使用しない」は、自身が高齢だからという意味だろうが、医療データは患者に紐づくものであり、電子化によってむしろ診療所が変わっても医療が継続できるメリットのほうが大きい。「対応できない」のではなく、「対応しない」医師の許容を優先し、医療全体への視点が欠けているようにも見える。「導入・維持の費用が高額」に対し、「希望する診療所が無理なく導入・維持が可能な環境を整える必要あり」ともしており、政府が進める医療 DX の意義とあり方とのすり合わせが必要なのではないだろうか。

医療情報
 政府
 閣議了解

「経済・物価動向」 予算編成過程で反映へ

政府は8日、2026年度予算の概算要求基準を閣議了解した。社会保障費に関しては「経済・物価動向等」を踏まえた増加分を、高齢化に伴う伸びに予算編成過程で加算すると明記した。医療や介護などの社会保障費は、技術の進歩や高齢化に伴う「自然増」として25年度の当初予算に4,000億円まで上乗せして要求を認める。

政府は、社会保障費の伸びを高齢化相当分に収める方針に沿って予算編成過程でそれを圧縮し、「経済・物価動向等」による増加分を反映させる。これは骨太方針2025に基づく対応。骨太では、医療や介護などの現場の厳しい現状や財政の状況を踏まえ、経営の安定や幅広い職種の賃上げに確実につながるよう的確に対応するとされている。26年度予算の概算要求基準は、歳出全般にわたり政策の優先順位を洗い直し中身を重点化させる方針を打ち出した。物価高対策を含む重要政策の予算は金額を示さない事項要求も認める。

石破茂首相は7日の政府与党政策懇談会で、「物価上昇に合わせた公的制度の点検・見直しも踏まえ、経済・物価動向等を適切に反映させる」と述べた。各省庁は、26年度予算の概算要求を月内に行い、政府内の予算編成作業が年末にかけて本格化する。26年度には診療報酬改定を行う予定で、財源の確保が大きな焦点になる。

医療情報
 人事院
 勧告

国家公務員の月給 3.62%増を勧告

人事院は7日、国家公務員の給与改定で月給を1万5,014円(3.62%)、ボーナスの支給月を現在の4.60カ月分から4.65カ月分に増やすことを国会と内閣に勧告した。月給とボーナス双方の増額を勧告するのは4年連続で、病院団体は「経営をさらに圧迫しかねない」と危機感を強めている。

今回の勧告は、民間給与との賃金格差(4月時点)に基づくもので、月給の引き上げ幅は2024年の勧告(1万1,183円、2.76%)を大幅に上回った。4月に遡及して賃上げを実施する必要があるとしている。

人事院の川本裕子総裁は7日、石破茂首相に給与改定の勧告を手渡した。その後、人事院で記者会見し、「若年層に重点を置きつつ、中堅層以上の職員には昨年を大幅に上回る引き上げとした」と話した。(以降、続く)

医療情報
全国老人保健
施設協会

インフルエンザのクラスター、 老健で「大幅に増加」

全国老人保健施設協会は7日、2024年度下半期（10月 - 25年3月）にインフルエンザの施設内クラスター（感染集団）が発生したのは、回答した会員の老健（462施設）の26.8%に上ったとする調査結果を公表した。前年度同期（959施設）の9.2%から大幅に増加した。

24年度下半期のインフルエンザの発症者数は、入所利用者が計2,276人（前年度同期比47.8%増）、通所利用者が計670人（35.1%増）、職員が2,111人（40.1%減）だった。25年1月の入所利用者の発症者数が1,134人と特に多く、前年同月の2.2倍になった。24年度上半期（4 - 9月）では、同時期に5人以上が発症するインフルエンザのクラスターが発生したのは、956施設のうち0.5%にとどまった。23年度上半期（938施設）の0.7%からほぼ横ばいだった。一方、新型コロナウイルス感染症のクラスターは、24年度下半期に老健462施設の55.0%で発生。前年度同期（959施設）から0.3ポイント減ったものの、依然として過半数の老健でクラスターが発生している状況だ。上半期では、老健956施設の49.0%で発生。前年度同期（938施設）からは7.2ポイントの増だった。

調査は、インフルエンザの発生状況を把握するために1996年度から毎年実施。20年10月からは、新型コロナの流行を踏まえ、インフルエンザと新型コロナ、ノロウイルス感染症の感染状況を半期ごとに把握している。24年度は、下半期に462施設が回答（回答率13.0%）。上半期は956施設が回答した（回答率26.9%）。

医療情報
中央社会保険
医療協議会

時間外労働の上限特例、 B水準は417機関

厚生労働省は7月31日の中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で、医師の働き方改革に伴い救急医療などの業務に従事する医師の時間外・休日労働時間の上限を年1,860時間に期限付きで緩和する「B水準」の医療機関が2024年12月時点で全国に417カ所あったと報告した。

医師の時間外・休日労働時間の罰則付き上限規制が同年4月から適用されたのに伴い、時間外・休日労働が年960時間を超えることがやむを得ない医師が勤務している医療機関は、「特定労務管理対象機関」の指定を都道府県から受ける必要がある。その指定により、勤務医の時間外・休日労働時間の上限を年1,860時間とする特例水準の対象医療機関となる。

（以降、続く）

週刊医療情報（2025年8月12・15日合併号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

医療施設動態調査

(令和7年5月末概数)

厚生労働省 2025年7月31日公表

病院の施設数は前月に比べ 4 施設の減少、病床数は 7 8 5 床の減少。
 一般診療所の施設数は 1 5 3 施設の増加、病床数は 2 3 3 床の減少。
 歯科診療所の施設数は 2 5 施設の減少、病床数は 増減なし。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和7年5月	令和7年4月 ^(注)			令和7年5月	令和7年4月	
総数	179 174	179 050	124	総数	1 529 425	1 530 443	1 018
病院	8 022	8 026	4	病院	1 459 706	1 460 491	785
精神科病院	1 054	1 055	1	精神病床	314 173	314 599	426
一般病院	6 968	6 971	3	感染症病床	1 949	1 949	-
療養病床を有する病院(再掲)	3 310	3 309	1	結核病床	3 432	3 449	17
地域医療支援病院(再掲)	708	708	-	療養病床	266 803	266 839	36
				一般病床	873 349	873 655	306
一般診療所	105 359	105 206	153	一般診療所	69 659	69 892	233
有床	5 240	5 251	11				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	391	392	1	療養病床(再掲)	3 682	3 689	7
無床	100 119	99 955	164				
歯科診療所	65 793	65 818	25	歯科診療所	60	60	-

(注) 令和6年医療施設(動態)調査の取りまとめに伴い、令和6年9月以降を再集計したため、「医療施設動態調査(令和7年4月末概数)」で公表した数値とは異なる。

2 開設者別にみた施設数及び病床数

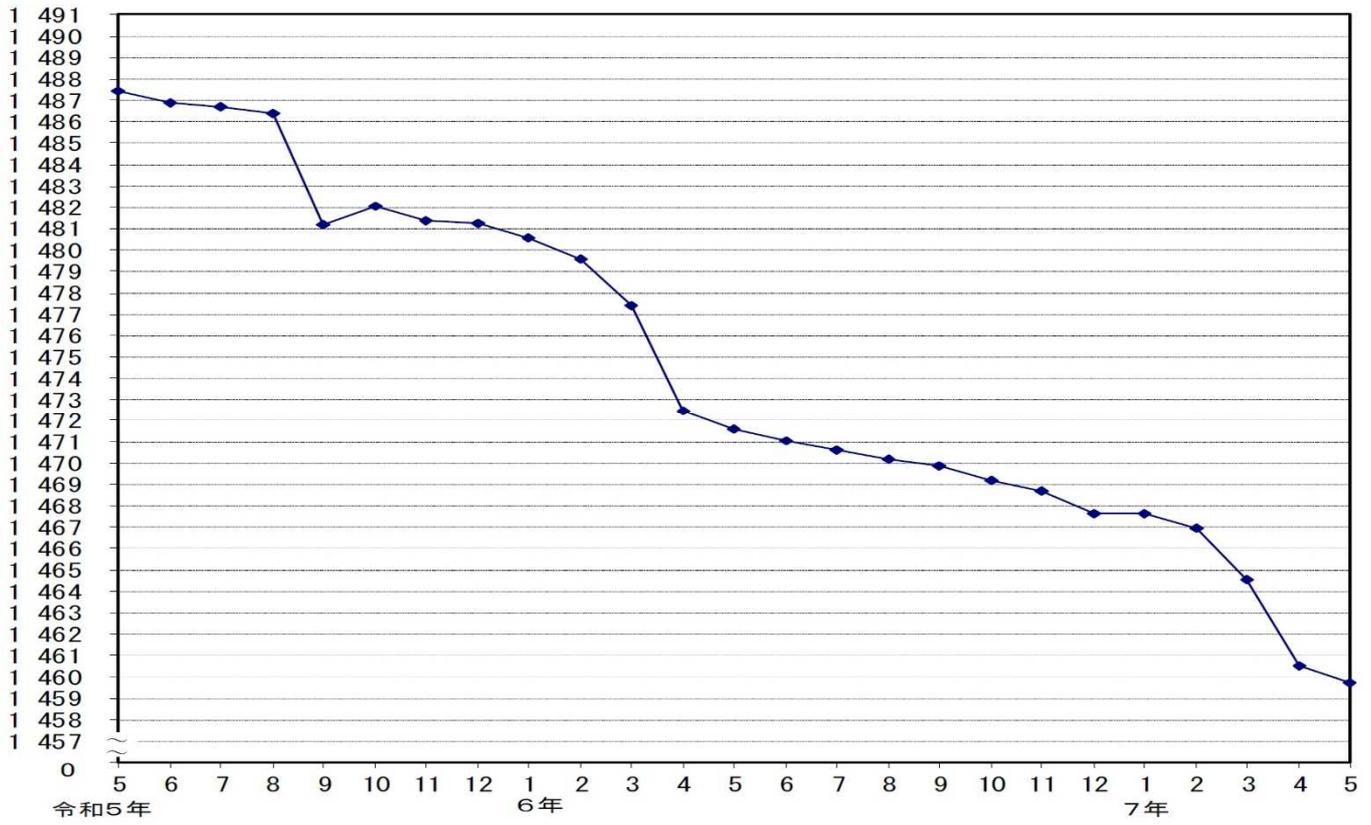
令和7年5月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 022	1 459 706	105 359	69 659	65 793
国 厚生労働省	14	3 649	19	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	51 423	-	-	-
国立大学法人	47	32 541	146	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 432	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	6	2 914	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	14 975	3	-	-
その他	21	4 495	378	2 162	4
都道府県	180	43 573	217	163	8
市町村	582	115 080	2 874	1 851	235
地方独立行政法人	139	53 572	35	17	-
日赤	90	33 408	201	19	-
済生会	83	21 816	58	10	1
北海道社会事業協会	7	1 538	-	-	-
厚生連	95	28 781	62	25	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	6	1 367	253	-	2
共済組合及びその連合会	40	13 183	130	-	3
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	177	43 103	450	117	80
医療法人	5 600	822 855	48 214	55 355	17 296
私立学校法人	112	55 411	195	38	14
社会福祉法人	202	33 476	10 535	351	40
医療生協	78	13 002	286	179	50
会社	23	7 185	1 419	7	13
その他の法人	205	42 662	1 566	345	228
個人	85	7 945	38 304	9 020	47 819

参 考

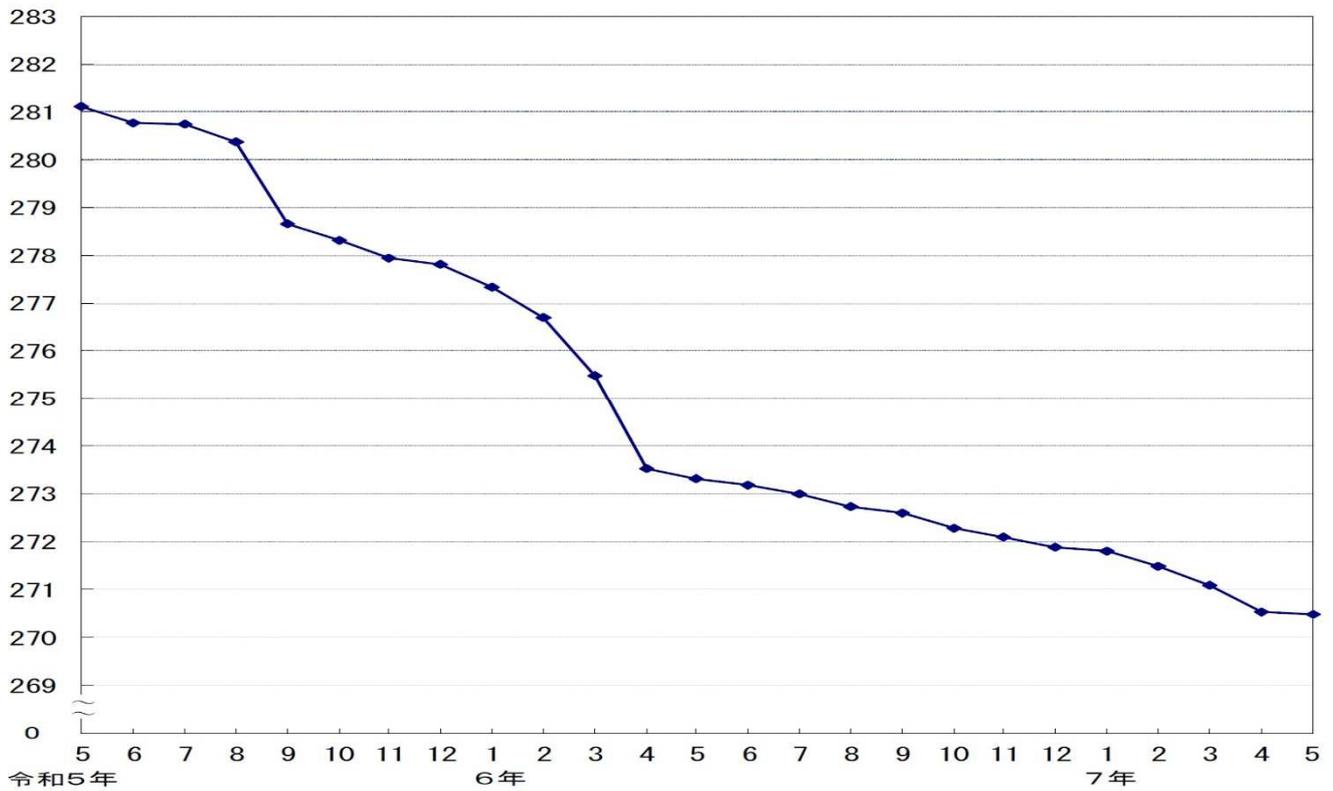
病床（千床）

病院病床数



病床（千床）

病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査（令和7年5月末概数）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

法改正・制度改正からみる スタッフ雇用条件の 変更点

1. 令和7年度税制改正による所得税の見直しポイント
2. 働き方改革から見直す有給休暇付与の条件
3. 地域別最低賃金からみる賃金体系
4. 労働基準法改正による時間外労働の基準変更



参考資料

【国税庁】：令和7年度税制改正による所得税控除の見直し等【厚生労働省】：年5日の年次有給休暇の確実な取得 地域別最低賃金 働き方改革関連法のあらまし 働き方改革 一億総活躍社会の実現に向けて

1

医業経営情報レポート

令和7年度税制改正による所得税の見直しポイント

2019年以降、働き方改革や税制、雇用保険法等の改正、政府主導による最低賃金の上昇による人件費の増高等、様々な施策によりスタッフの雇用条件も大きく変わってきています。

一方で、歯科医院の求人実態はなかなか改善されず、スタッフ採用に苦労している院長は多いのではないのでしょうか。こういった状況を打破するためにも、税制改正や労基法の改正内容を理解し、時代に即した雇用条件に見直しすることにより、スタッフの採用対策を強化する必要があります。

■ 令和7年度税制改正による所得税の基礎控除の見直し

(1) 基礎控除の見直し

令和7年度税制改正により、所得税の「基礎控除」や「給与所得控除」に関する見直し、扶養親族の所得要件の変更が行われました。

これらの改正は、原則として、令和7年12月1日に施行され、令和7年分以後の所得税について適用されます。

このため、令和7年12月に行う年末調整など、令和7年12月以後の源泉徴収事務に変更が生じます（令和7年11月までの源泉徴収事務には変更は生じない）。

基礎控除額の変更された範囲

合計所得金額 (収入が給与だけの場合の収入金額 ^(注3))	基礎控除額		
	改正後 ^(注1)		改正前
	令和7・8年分	令和9年分以後	
132万円以下 (200万3,999円以下)	95万円 ^(注2)		48万円
132万円超 336万円以下 (200万3,999円超 475万1,999円以下)	88万円 ^(注2)	58万円	
336万円超 489万円以下 (475万1,999円超 665万5,556円以下)	68万円 ^(注2)		
489万円超 655万円以下 (665万円5,556円超 850万円以下)	63万円 ^(注2)		
655万円超 2,350万円以下 (850万円超 2,545万円以下)	58万円		

- (注) 1 改正後の所得税法第86条の規定による基礎控除額58万円に、改正後の租税特別措置法第41条の16の2の規定による加算額を加算した額となります。
- 2 58万円にそれぞれ37万円、30万円、10万円、5万円を加算した金額となります。なお、この加算は、居住者についてのみ適用があります。
- 3 特定支出控除や所得金額調整控除の適用がある場合には、表の金額とは異なります。
- 4 合計所得金額2,350万円超の場合の基礎控除額に改正はありません。

(国税庁：令和7年度税制改正による所得税控除の見直し等 より)

2

働き方改革から見直す有給休暇付与の条件

歯科医院スタッフが職場で改善して欲しいとする項目として、給与体系や専門性、資格への評価、教育研修を通じて能力アップの機会の提供の他、福利厚生充実や休暇の取得等が挙げられています。

働き方改革が実施されて以降、法定の年次有給休暇が10日以上付与されるスタッフには、年間5日以上有給休暇取得が義務付けられています。

しかし、スタッフ数が5名に満たない歯科医院が多いことから、有給休暇取得が難しいというのが実情です。事業主として有給休暇を与えたいものの、シフト調整が難しかったり、働いているスタッフ側でも有給休暇の申請を躊躇してしまう、という気持ちの問題もあるようです。

ゴールデンウィーク、夏期休暇、シルバーウィーク、年末年始といった連休になる時期に、有給休暇の計画付与や有給休暇年5日の時季指定義務を利用して、有給取得や福利厚生充実を図ることも、スタッフに有利な雇用条件の提供につながります。

■ 有給休暇の取得義務

働き方改革において、年次有給休暇10日以上の権利を持つ従業員には年5日以上取得させることを義務付けました。パート職員も該当するため、10日以上の有給休暇の権利を有しているパート職員にも最低5日は時季指定して与える必要があります。

週5日以上勤務者に対する年次有給休暇の付与日数

勤続期間	6か月	1年6か月	2年6か月	3年6か月	4年6か月	5年6か月	6年6か月以上
付与日数	10日	11日	12日	14日	16日	18日	20日

パート労働者など、所定労働日数が少ないスタッフに対する付与日数

週所定労働日数	1年間の所定労働日数	勤 続 期 間						
		6か月	1年6か月	2年6か月	3年6か月	4年6か月	5年6か月	6年6か月以上
4日	169日～216日	7日	8日	9日	10日	12日	13日	15日
3日	121日～168日	5日	6日	6日	8日	9日	10日	11日
2日	73日～120日	3日	4日	4日	5日	6日	6日	7日
1日	48日～72日	1日	2日	2日	2日	3日	3日	3日

(厚生労働省：年5日の年次有給休暇の確実な取得 より)

3

医業経営情報レポート

地域別最低賃金からみる賃金体系

令和7年度も最低賃金の改定に向けて、中央最低賃金審議会で協議が進められてきましたが、8月4日、本年度の最低賃金引き上げ額について全国平均で6%引き上げる方向で決定しました。

これにより、全国平均時給は現在の1,055円から1,118円前後となり、全都道府県で1,000円を超えることとなります。

歯科医院では、歯科医療事務や受付・会計、歯科助手の給与水準が低いとされる職種のため、引き上げによる影響は大きいと予想されます。

■ 最低賃金の引上げ目標

政府は、「中小企業・小規模事業者の賃金向上推進5か年計画」に定めている、以下を実行するとしています。

地方の中小・小規模事業者にとって重要な官公需における対策等を含めた価格転嫁・取引適正化の徹底

業種別の「省力化投資促進プラン」とそれに基づくきめ細かな支援策の充実と支援体制の整備を通じた中小企業・小規模事業者の生産性向上

中小・小規模事業の経営者の方々の事業承継・M&Aに関する不安や障壁を取り払い、先々の経営判断を計画的に行うことができる環境の整備

地域で活躍する人材の育成と処遇改善等の施策パッケージ

また、最低賃金については、適切な価格転嫁と生産性向上支援により、影響を受ける中小企業・小規模事業者の賃上げを後押しし、2020年代に全国平均1,500円という高い目標の達成に向け、たゆまぬ努力を継続することとし、官民で、最大限の取組を5年間で集中的に実施するとしています。

■ 令和7年度地域別最低賃金

近年、社会全体で賃金のアップが求められるなか、2025春闘の賃上げ妥結状況では、全体5,162組合の加重平均は5.25%、300人未満の中小組合でも4.65%となっています。（日本労働組合総連合会総合政策推進局 プレリリース発表）

ただし、歯科医院では年度初めの定期昇給や厚生労働省の施設基準によるスタッフ給与のベースアップの実施により、今後10月以降の最低賃金アップが経営に大きな影響を与えると予想されます。

4

医業経営情報レポート

労働基準法改正による時間外労働の基準変更

働き方改革関連法案が成立し、労働基準法、労働安全衛生法、パートタイム労働法、労働契約法等の改正が行われ、2019年4月より時間外労働の上限が規制され、2023年4月には、月の時間外労働に対する割増賃金率が引き上げになりました。

歯科医院では歯科衛生士の慢性的な不足のほか、土日診療や夜間診療などの勤務体系が多いため、歯科助手や歯科医療事務職においても、パートの求人が難しくなっています。

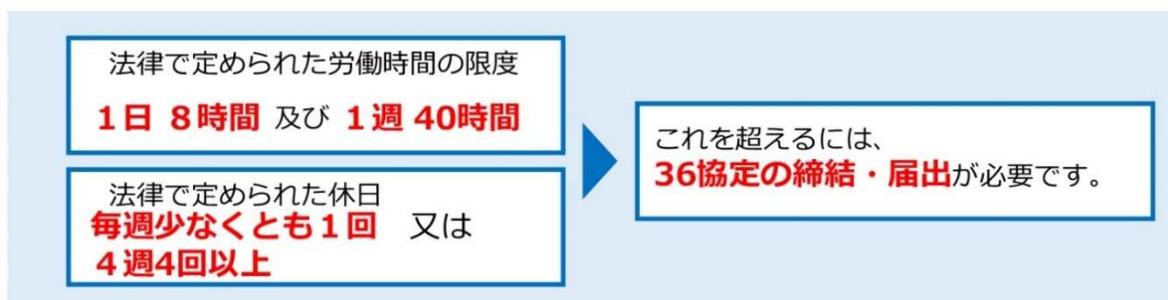
このような状況のなかでも、働き方改革関連法の改正をうまく活用し、職場環境の改善からより働きやすい環境の提供を行い、スタッフの充足につながるよう新たな労働条件を整備する必要があります。

■ 時間外労働の上限規制

長時間労働は、健康被害のリスクを高めるとともに、仕事と家庭生活の両立を困難にし、少子化や女性のキャリア形成の阻害、さらには男性の家庭参加を阻む要因ともなっています。言うまでもなく長時間労働を是正することによって、ワーク・ライフ・バランスが改善し、女性や高齢者も仕事に就きやすくなり労働参加率の向上に結びつけることができます。

こうした背景を踏まえ、2019年の法改正によって、労使が協定しても超えることのできない時間外労働の上限が法律に規定されています。

現行制度の概要～労働時間・休日に関する原則



(厚生労働省：働き方改革関連法のあらまし より)

労働基準法では、労働時間は原則として1日8時間、1週40時間以内とされ、これを「法定労働時間」といいます。また、休日は原則として、毎週少なくとも1日、または4週4日以上与えることとされています。

法定労働時間を超えて時間外労働をさせる場合や法定の休日に労働させる場合には、労働基準法第36条に基づく労使協定(36(サブロク)協定)の締結や所轄労働基準監督署長への届出が必要です。

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: 医業経営 > サブジャンル: 保険活用

退職金支給財源の準備方法

生命保険を活用した退職金支給財源の準備方法には、どのようなものがありますか。

(1) 生命保険活用のメリット

退職金の財源として考えられるのは、現金や借入金、さらに生命保険の活用などが考えられますが、現金の場合は、医療機関の業績状況によっては、資金繰りを悪化させる要因になる可能性があります。

したがって、生命保険を効果的に活用することによって、万一の場合の保障と退職金の財源を同時に準備することを検討すべきです。相続税対策として、個人保険に名義変更(退職金として現物支給)することもできます。

確実に資金をプールできる

現金では日々の資金繰りとして使ってしまうプールしにくい

計画的に積立可能

退職金は高額となる可能性が高い

事業の運転資金に影響させない

あらかじめ、日々の資金繰りから分けて経常的に係る経費として認識しているため、影響が少ない

生存・死亡退職金として双方準備可能

生存時 = 解約して支給、死亡時 = 保険金として支給することができる

(生存時は貯蓄性のある保険に加入していた場合が該当)

(2) 生命保険を活用した退職金準備の方法

職員の退職金準備の場合、生命保険会社や損害保険会社の「年金保険」や、「養老保険」が選択肢として挙げられます。「年金保険」と「養老保険」を比較すると、月々の保険料(掛金)に対する受取額は、「年金保険」の方が多くなりますが、在職中の死亡保障を考えると「養老保険」の場合は、加入後すぐに死亡しても満期金と同額の死亡保険金が受け取れ、それを職員の弔慰金に充てることができます。

一方、「年金保険」の場合は、保険料を支払った金額とそれまでの配当金が支払われることとなりますので、弔慰金としては不足する場合があります。

これは、「養老保険」が死亡保障を兼ね備えた保険であること、つまり、死亡保障に対する「掛け捨て部分」も保険料に組み込まれることとなりますので、満期保険金や年金額合計が同額の場合、「養老保険」の方が保険料は高くなります。

また、死亡保険金や、満期保険金の受取人によって税務上の取り扱いが異なります。

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 保険活用

損害保険の種類と保険金額

医療機関において想定されるリスクとそれをカバーする損害保険にはどのようなものがあるのでしょうか？

(1) 損害保険の種類

損害保険は「偶然の事故により発生した経済的損失を保険金の支払いにより補償する仕組み」です。損害保険には多くの種類があり、全てを解決することは不可能に近い状態です。

リスクマネジメントに基づいて、リスクを保険でヘッジすることとした場合には、どのような保険が有効なのか、保険料の水準はどのように決めるのか、などを検討しなければなりません。

【主なリスクと対応する代表的な保険】

火災事故による損害に備える

「直接被害」・・・火災保険

「間接被害」・・・利益保険、店舗休業保険

自動車事故による損害に備える

自動車保険

労災保険の不足分を補う

政府労災の認定に基づいて上乗せ保障をする法定外労災保険、政府労災の認定に関係なく給付される傷害保険、医療機関が法律上の賠償責任を負った場合に被る損害賠償金・訴訟費用等の損害を補填する使用者賠償保険

介護保険法の賠償責任に対応する

居宅サービス事業者・居宅介護支援者賠償責任保険

(2) 保険金額

保険料の決め方は、保険の種類によって変わってきます。

基本的には原状回復が目的で、実質補填（実際に被った損害を補うこと）が原則となってきます。まず、物に対して保険を掛ける場合、保険の目的である建物や医療機械の時価（保険価額）を保険金額とします。

ただし、特約によって新価（再取得価額）を保険金額とすることができる場合もあります。

保険金額が保険価額よりも高い場合は、その超過した部分は無効となりますが、逆に保険金額が保険価額よりも少ない場合、支払われる保険金は、損害額×保険金額/保険価額となり損害額の全額が支払われません。

この取扱を「比例てん補」といいます。