

週刊 医業経営**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**

四病協

税制改正要望で医療界一本化の方針を確認

四病院団体協議会

医療費「月 1000 万円超」患者、336 人

高度医療で前年度比3割増え、共に過去最高

健康保険組合連合会

2**経営TOPICS**

統計調査資料

医療施設動態調査(平成 26 年 7 月末概数)

3**経営情報レポート**

出資リスクを回避する認定制度スタート！

持分なし医療法人移行促進策

4**経営データベース**

ジャンル:病院機能評価 サブジャンル:審査(書面・訪問) 全般

サーベイヤーとの質疑応答への心構え

改善指摘事項があった場合の認定

四病協 税制改正要望で医療界一本化の方針を確認

四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）は9月24日、総合部会を開催した。去る16日に「医療界（の要望）を一本化した」としてまとめた控除対象外消費税対応のための日医の税制改正要望については、「四病協として、原則課税を求めていく」との方針を確認した。

税制改正要望では、文言として課税転換が入っているものの、「など」の表現が入り、幅広い解釈ができるようになっている点について、「一本化したと言えるのか」と聞かれた日本病院団体協議会の加納繁照議長は、「あくまで要望の文言で一本化したと受け止めている」と述べた。

日本病院会は9月29日に定例記者会見を開いた。9月中旬にまとめた、社会診療報酬における控除対象外消費税に対応するための日本医師会の税制改正要望について、「など」の表現が繰り返し用いられ、多様な解釈が可能な表現を念頭に、堺常雄会長は、「あくまで入口」「（調整の中で）声の大きいところの意見が通るのは不適當」と指摘し、データに基づいて、調整を進めるべきとの見解を示した。日病は（四病協も含め）「課税転換など要求」、「医療界を一本化」を「不変」として掲げている。税制改正要望は、消費税率10%引き上げ時に課税転換などで、問題の抜本的

解決を求めている。

四病協は9月18日、塩崎厚生労働大臣に宛てて「平成27年度税制改正要望の重点事項」を提出したが、「社会保険診療報酬等の非課税を見直し、課税制度に改める」方針について、四病協は2011年度の税制改正から4年間続いて日本医師会と連名で要望書を提出している。四病協は、今後もこれまでの方針を堅持していく考えである。

四病協の医業経営・税制委員会（委員長・伊藤伸一医法協副会長）は、今改定の補填でどの程度カバーされているか、実態調査を行う方針を決めている。

また日本病院会は29日、2014年度の診療報酬改定等に関する定期調査の中間集計結果も公表した。

2013年度調査と比べ、「増収減益」の医療機関が6割を超える結果で、その原因について、日病・病院経営の質推進委員会委員診療報酬改定影響調査ワーキンググループ委員の永易卓氏は、「医療材料や薬剤の値上げが大きく影響している」との認識を示した。調査は、2014年7月から9月にかけて実施したもので、2013年6月と2014年6月の診療収益や、医業損益などを聞いた。調査は484病院から得た有効回答を、中間集計として公表した。

医療費「月 1000 万円超」患者、336 人 高度医療で前年度比3割増え、共に過去最高

健康保険組合連合会（健保連）はこのほど、2013 年度決算見込状況の集計結果を発表した。それによると、2013 年度の赤字額は 1,431 組合全体で 1,162 億円となった。赤字は 6 年連続となり、高齢者医療制度創設以降、6 年間の累計赤字額は 2 兆 210 億円に上る。保険料（1 人当たり額）は 46 万 1580 円、2007 年度比較では 7 万 7968 円増となった。

経常収入は前年度比 3,356 億円（4.79%）増の 7 兆 3,413 億円、経常支出は同 1,545 億円（2.12%）増の 7 兆 4,575 億円となっており、赤字額は同 1,811 億円減少したが、健保連によると、これは収入面で月額・賞与の上昇や保険料率引き上げなどにより保険料収入が増えた一方、支出面で法定給付費の伸び率が低かったことによるという。

赤字組合は 927 組合で前年度から 134 組合減ったものの、依然として全体の約 3 分の 2 に当たる 65.3%が赤字であり、組合の赤字総額は、前年度比 1,243 億円減の 2,793 億円となった。

保険料収入総額は前年度比 3,448 億円（5.01%）増の 7 兆 2,227 億円となり、被保険者 1 人当たり額は同 2 万 1,920 円（4.99%）増の 46 万 1,580 円で、2007 年度と比べると 7 万 7,968 円も増えた。

平均保険料率（2 月末）は前年度比 0.331

ポイント増の 8.674%（調整保険料率含む）となり、保険料率を引き上げた組合は 565 組合（構成比 39.8%）で、平均引き上げ料率は 0.863%だった。

支出について見ると、法定給付費総額は前年度比 240 億円（0.67%）増の 3 兆 6,085 億円となり、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金等の総額は前年度比 1,411 億円（4.50%増）の 3 兆 2,739 億円と、過去最高を更新した。なお、高齢者医療制度等への拠出額は 6 年間累計で約 17 兆 3,900 億円に及ぶ。

1 か月の医療費が 1,000 万円以上の患者は、13 年度（12 年 11 月～13 年 10 月）の延べ 336 人と、前年度から 3 割増えて過去最高となった（5 年前の 2.5 倍）。その理由としては、補助人工心臓などの高度な医療技術が普及して、医療費を押し上げている実情が背景にある。

疾患別では、先天性疾患が同 125 人（同 47 人増）、循環器系疾患が同 95 人（同 36 人増）と多かった。500 万円以上も同 5,018 人（同 213 人増）で過去最高となった。最高額は、高額の治療薬が必要な血友病患者の 6,200 万円だった。

調査は、健康保険組合に加入する大企業の社員と家族ら約 3,000 万人が、医療機関を受診した時の診療報酬明細書を分析した。

医療施設動態調査

(平成26年7月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 5 施設の減少、病床数は 140 床の減少。
 一般診療所の施設数は 45 施設の増加、病床数は 496 床の減少。
 歯科診療所の施設数は 8 施設の減少、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

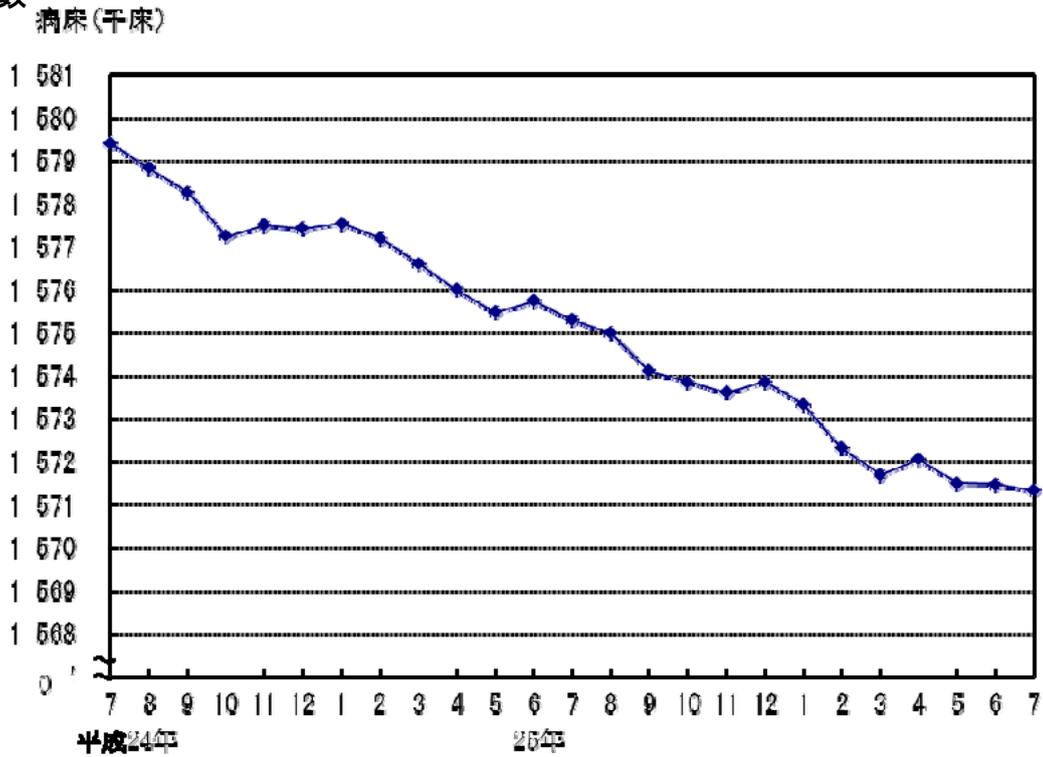
	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成26年7月	平成26年6月			平成26年7月	平成26年6月	
総数	178 095	178 063	32	総数	1 686 243	1 686 879	△636
病院	8 501	8 506	△5	病院	1 571 321	1 571 461	△140
精神科病院	1 066	1 066	-	精神病床	338 915	339 009	△94
一般病院	7 435	7 440	△5	感染症病床	1 772	1 760	12
療養病床を有する病院(再掲)	3 849	3 851	△2	結核病床	6 329	6 380	△51
地域医療支援病院(再掲)	480	480	-	療養病床	328 457	328 361	96
				一般病床	895 848	895 951	△103
一般診療所	100 797	100 752	45	一般診療所	114 832	115 328	△496
有床	8 629	8 667	△38				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	1 138	1 144	△6	療養病床(再掲)	11 569	11 622	△53
無床	92 168	92 085	83				
歯科診療所	68 797	68 805	△8	歯科診療所	90	90	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

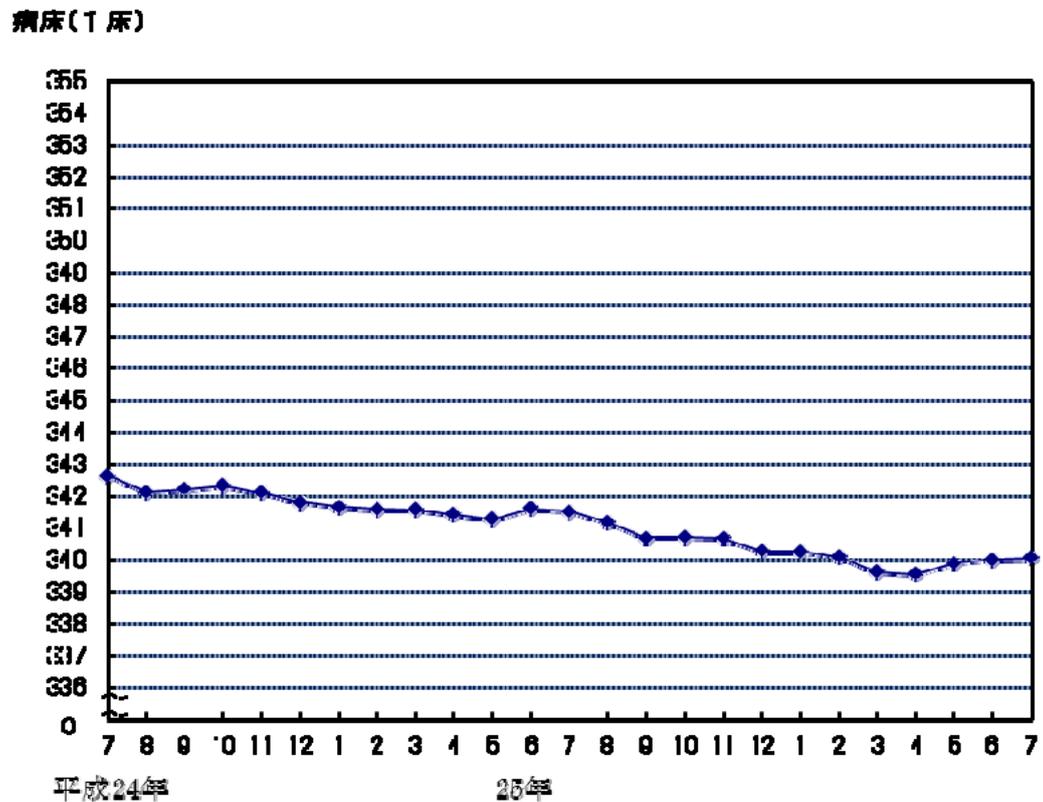
平成 26 年 7 月末現在

	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	8 501	1 571 321	100 797	114 832	68 797
国 厚生労働省	14	5 635	28	-	-
独立行政法人国立病院機構	143	55 261	-	-	-
国立大学法人	48	32 722	138	19	2
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13 072	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 357	2	-	-
その他	57	16 292	1	-	-
都道府県	25	3 805	366	2 260	1
市町村	203	55 233	248	188	7
地方独立行政法人	657	140 021	2 982	2 448	267
日赤	88	33 172	17	-	-
済生会	92	36 829	214	19	-
北海道社会事業協会	78	21 836	53	10	-
厚生連	7	1 862	-	-	-
国民健康保険団体連合会	107	34 098	69	64	-
全国社会保険協会連合会	-	-	-	-	-
厚生年金事業振興団	10	2 065	332	3	3
船員保険会	46	14 701	170	10	5
健康保険組合及びその連合会	2	460	15	-	1
共済組合及びその連合会	274	67 110	699	333	136
国民健康保険組合	5 721	857 100	39 371	81 119	12 323
公益法人	110	55 834	182	65	16
医療法人	200	34 482	8 754	319	33
私立学校法人	83	13 898	320	284	47
社会福祉法人	53	11 829	2 031	30	14
医療生協	147	30 759	614	322	85
会社	294	28 888	44 190	27 339	55 857
その他の法人	8 501	1 571 321	100 797	114 832	68 797
個人	14	5 635	28	-	-

■ 病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計



出資リスクを回避する認定制度スタート！ 持分なし医療法人移行促進策

ポイント

- 1 「持分なし医療法人」移行計画認定制度の概要
- 2 納税猶予の手続きと相続税額への影響
- 3 医療法人への贈与税課税の可能性と回避要件
- 4 移行計画認定制度 Q & A



■参考文献

「出資持分のない医療法人への円滑な移行マニュアル」（厚生労働省医政局）
『持分なし医療法人』への移行促進策のご案内」（厚生労働省）

1 「持分なし医療法人」移行計画認定制度の概要

■ 持分なし移行認定制度創設の狙いと概要

(1) 出資リスクを解消し事業継続をサポート

出資持分のある医療法人は、すでに地域医療の要として、重要な位置づけとなっています。移行認定制度は、出資リスクによって地域医療が崩壊する可能性を回避するため、出資リスクを解消し、今後も安定して医療を提供して欲しいという狙いから創設されました。

出資リスクとは、出資者の死去により、その相続人から持分の払い戻しを請求されるケースや、理事長の死去に伴い出資金評価額が相続財産に加算され、多額の相続税を納付するなどのケースを想定しています。

(2) 出資持分なし移行計画認定制度の概要

移行計画認定制度とは、平成 26 年 10 月 1 日から 3 年間限定で実施される出資持分に対する相続税、贈与税の納税猶予及び免除制度です。この移行計画の認定を受けた医療法人を「認定医療法人」と言います。

出資者が死亡し、相続人が持分あり医療法人の出資持分を相続または遺贈により取得した場合、その法人が移行計画の認定を受けた医療法人である時は、移行計画の期間満了まで相続税の納税が猶予され、持分を放棄し持分なし医療法人に移行した場合には、猶予税額が免除されます。

また、出資者が持分を放棄したことにより、他の出資者に贈与税が課される場合も同様の取り扱いとなります。

■ 移行計画の認定制度概要

① 認定要件

- 出資持分なし社団への移行を社員総会において議決すること
- 移行計画が有効かつ適正なものであること
- 移行計画に記載された期限が認定の日から起算して 3 年以内であること

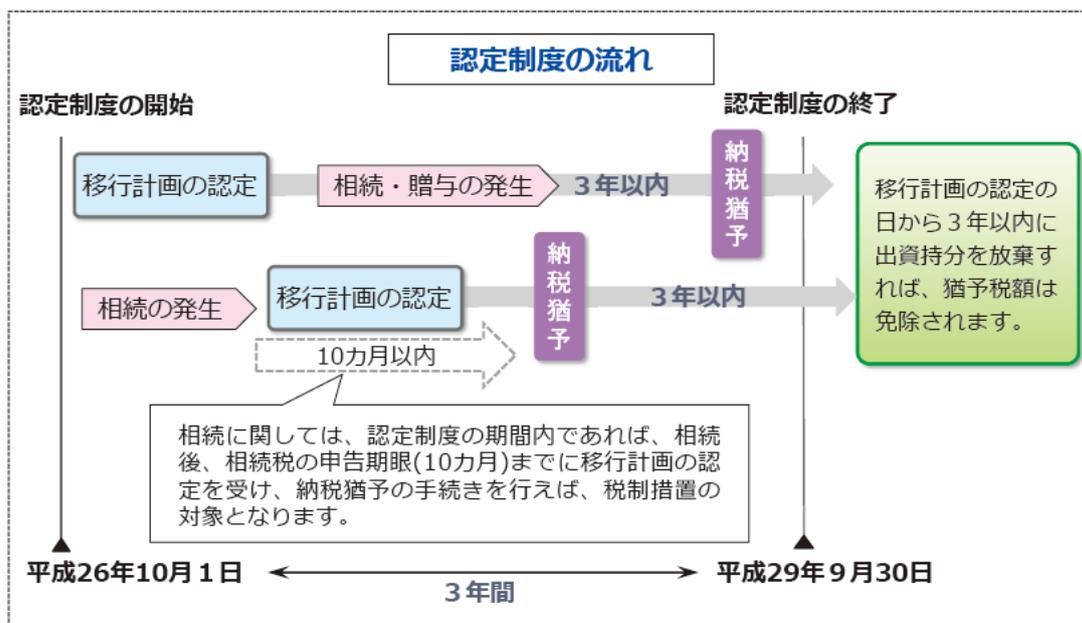
② 認定期間 → 平成 26 年 10 月 1 日から平成 29 年 9 月 30 日の 3 年間

③ 計画提出先 → 厚生労働省（各都道府県厚生局）

④ 持分なし移行期限 → 認定の日から 3 年以内に持分なし医療法人に移行

⑤ 税制措置 → 出資持分にかかる相続税・贈与税の猶予及び免除

認定制度の大きな流れは、次のとおりです。ポイントは、受付の期限が平成 29 年 9 月 30 日までであること、移行計画の認定から 3 年以内に持分なし医療法人に移行しなければ、猶予されていた相続税・贈与税が発生することはいうまでもありません。



■ 移行計画の認定から持分なし社団移行までの流れ

(1) 所轄官庁と手続きの流れ

出資持分のある医療法人は、厚生労働省による移行計画の認定を受ける必要があります。認定を受けたのちに、認定を受けた旨を記載した定款変更認可申請を行います。その後、出資持分放棄、払い戻し等の手続きを行い、持分なし医療法人への定款変更申請を行います。定款変更の認可に伴い、持分なし医療法人への移行が完了します。そして、移行完了を厚生労働省へ報告し手続き完了となります。

ポイントは、「移行計画の認定を受けた旨の定款変更」、「持分なし医療法人への定款変更」の2回に渡り、定款変更を実施する必要があることです。

(2) 移行計画の内容と添付書類

移行計画の記載内容については、医療法附則10条の3に規定されています。記載する内容と添付書類は次のとおりです。

なお、移行期限までに移行しなかった場合は、当然のことながら認定が取り消しとなります。

■ 移行計画の記載内容と添付書類

移行計画の記載内容	① 移行先の医療法人の選択（社会医療法人、特定医療法人等）
	② 移行に向けた取り組みの内容
	③ 移行に向けた検討の体制
	④ 移行の期限
	⑤ その他厚生労働省令で定める書類
移行計画の添付書類	① 出資者名簿（各出資者の氏名又は名称及び住所、出資額並びに持分放棄の見込みを記載した書類）
	② その他厚生労働省で定める書類

2 納税猶予の手続きと相続税額への影響

■ 移行期間中に相続・贈与が発生した場合の手続き

(1) 納税猶予の手続き

持分なし医療法人への移行期間中に、相続又は贈与が発生した場合、税務署で納税猶予の手続きを行うことで、納税猶予の特例が適用されます。

この特例の適用を受けるためには、下記の要件を満たさなければなりません。

■ 特例適用の要件

- ① 相続税・贈与税の申告書を期限内に提出すること
- ② 申告書にあたっては、医療法人から移行計画の認定通知書、移行計画、定款、出資者名簿の交付を受け、申告書に添付すること
- ③ 担保を提供すること
⇒ 担保提供の手続きが必要となりますが、所有している出資持分のすべてを担保として提供することができます。この場合、質権設定承諾書等の必要書類を税務署へ提出する必要があります。

(2) 猶予税額免除の手続き

移行期限までに出資持分を放棄すれば、猶予税額の免除を受けることができます。その際に、下記の手続きを行います。

あくまでも放棄が前提で、猶予期間中に出資持分の一部又は全部の払い戻しを受けた場合は、猶予税額は免除されず、猶予税額と利子税を合わせて納付しなければなりません。

■ 猶予税額免除の手続き

- ① 医療法人から放棄申出書（医療法人に提出したもの）、出資者名簿の交付を受け、届出書に添付して税務署に提出する。
- ② 基金拠出型医療法人に移行した場合
⇒ 猶予税額のうち基金に拠出した額に対応する猶予税額は納付しなければならず、放棄した額に対応する猶予税額は免除されます。その際には、上記の書類に加え、定款、持分の時価評価の評価書を提出することとなります。

■ 移行を支援する融資制度

移行計画の認定を受け、持分なし医療法人への移行を進める医療法人において、出資持分の払い戻しが生じて、資金調達が必要となった場合、独立行政法人福祉医療機構による新たな経営安定化資金の貸し付けを受けることができます。

3 医療法人への贈与税課税の可能性と回避要件

■「相続税不当減少」の取り扱いと課税回避要件

(1) 医療法人への贈与税課税

出資持分のある医療法人から、持分なし医療法人へ移行した場合、相続税法第66条第4項の規定に該当するときには、医療法人を個人とみなして贈与税が課される可能性があります。つまり、相続税を不当に減少させたことに対する課税です。

相続税法第66条第4項の規定の趣旨は以下のとおりで、法人役員等法人関係者に対する特別の利益供与があった場合は、本来払い戻しをしなければならなかった出資金の含み益をこれらの関係者に贈与したとみなされ、医療法人に贈与税が課税されます。

■相続税法第66条第4項の規定の趣旨

法第66条第4項の規定は、公益を目的とする事業を行う法人に対する財産の贈与又は当該法人を設立するための財産の提供（以下「贈与等」という。）により贈与等をした者又はこれらの者と特別関係がある者が当該法人の施設又は余裕金を私的に利用するなど当該法人から特別の利益を受けているような場合には、実質的には、当該贈与等をした者が当該贈与等に係る財産を有し、又は特別の利益を受ける者に当該特別の利益を贈与したのと同じこととなり、したがって当該贈与等をした者について相続が開始した場合には、当該財産は遺産となって相続税が課され、又は特別の利益を受ける者に対し贈与税が課されるのにかかわらず、法人に対し財産の贈与等を行うことによりこれらの課税を免れることとなることに顧み、当該法人に対する財産の贈与等があった際に当該法人に贈与税を課することとしているものであることに留意する。

この医療法人に対する課税を回避するための要件は、以下のとおりです。

(2) 医療法人への贈与税の課税なく円滑に移行できる要件

出資持分のない医療法人へ贈与税の課税なく移行する場合、一定の要件を満たす必要があります。この要件を満たしていると、医療法人に対する贈与税課税は発生しません。

その要件充足性を判定する手順は、次ページのフローで整理されます。

出資持分を放棄し、医療法人としての事業を継続させるわけですから、当然のことながら、同族割合の要件等、公益性の高い法人運営が求められます。

経営データベース ①

ジャンル: 病院機能評価 > サブジャンル: 審査(書面・訪問)全般



サーベイヤーとの質疑応答への心構え

質問に対しては、詳しく回答をしたほうがいいのでしょうか。また、食事などの提供やプライバシー保護の観点からのカルテ閲覧拒否は、評価に影響しますか。



サーベイヤーの質問の意図によって異なりますが、基本的には、的を射た回答を心がけます。

ある質問について、必要以上に病院側から説明しなくても、サーベイヤーが詳しく聞きたいと思えば、さらに質問を重ねることになるので、回答の際には、尋ねられた問いの趣旨から外れないように注意してください。

また、「それから」「あとは」というように、病院側から複数の方が回答をつけ加えることも控えたほうがよいでしょう。誤解を招くと危惧される場合は詳細な説明が必要ですが、それ以外は簡潔に回答します。

食事やお茶などの提供により、評価に影響を受けることは全くありません。

ただし、1日中話し続けることになるため、ペットボトルのお茶や水を準備している病院が多いようです。また、食事についても評価機構から依頼されている費用の範囲で準備することになり、接待という意識を持つ必要はありません。

一方、訪問審査の時点で、消防署の指摘を受けながら未改修の事項がある場合は、その中に重大な指摘事項が含まれていれば、評価に影響すると考えられます。しかし、該当するケースは稀だと考えられますし、指摘事項については、病院がどのような対応をしているかが評価対象になります。改修計画が明確であれば、改善に向けた努力がなされているものと評価されます。

他方、保健所の立ち入り検査結果については、機能評価を受審するという本来の趣旨に鑑み、自院の状況を示す意味で提示することが妥当であるといえます。

法令等の遵守を評価する項目では、立ち入り検査の結果も参考にされ、消防署の立入検査の結果と同様に、指摘事項がある場合は、どのような対応がとられているかを評価することになります。むしろ、提示を拒否した場合は、遵守すべき重大な法令違反を隠しているという印象を持たれたとしてもやむをえません。

また、各領域において、カルテを閲覧することにより評価する項目があります。したがって、カルテの閲覧は適切な評価の必須条件と考えられますが、個人情報保護との関連で問題があると考えられる方もあるようです。

この点において、個人情報保護法は、開示について本人の事前承諾を必要としない場合として列挙した事項に「第三者評価を受審する場合」を挙げており、病院機能評価受審のためのカルテ閲覧は、同法に抵触することはありません。

経営データベース ②

ジャンル: 病院機能評価 > サブジャンル: 審査(書面・訪問)全般

改善指摘事項があった場合の認定



審査の結果、改善指摘事項が1つでもあると認定されないのでしょうか。また、併設の施設も評価の対象となるのでしょうか。

また、改善事項については、訪問審査当日に具体的な指導を受けることが可能なのかを教えてください。



病院機能評価は、平成25年4月より、認定の枠組みと運用を発展的に変更した新たな評価体系である「機能種別版評価項目 3rdG:Ver.1.0」を適用した審査が行われています。この新評価体系は第三世代と位置付けられ、各病院の役割・機能に最も適した機能種別を選択し、選択した機能種別に応じた評価項目で受審する仕組みとなっています。

改善を指摘される事項にもさまざまなパターンがあります。

報告書の文言の中で「改善が必要である」「対応を望みたい」といった書き方で示される内容も、広い意味で改善事項または留意事項のいずれかに該当する項目だと理解すべきです。

留意事項の場合は、指摘にとどまり認定を受けることができますが、改善事項として指摘された項目のうち、緊急性が高く重要なものだと判断された場合には、認定が留保となります。一方で、中項目の評価が「C」と判定されても、緊急性と重要性が高くないことから改善事項には該当しないと判断され、認定を受ける例があります。

また、訪問審査を終えた時点での評価の概略については、リーダーサーベイヤーが総評を述べるにとどまっています。サーベイヤー側の視点で述べられる意見であるため、講評の内容で明らかに誤解と思われる事項があれば、挨拶が終了した時点で、再度の確認を依頼されることをお勧めします。サーベイヤーの誤解、あるいは見落としがある可能性も考えられますので、病院として追加説明をするという立場をとるほうが賢明です。

そのほか、訪問審査時にサーベイヤーに対して経営のノウハウ等、改善指導を依頼したいとの考えも耳にしますが、機能評価の受審の趣旨を外れているため、病院経営については、訪問審査時に具体的な質問として尋ねることはできません。

尚、サーベイヤーが訪問審査時に改善指導を行うことはありません。部署訪問時での質問や回答のやりとりの中で改善のヒントとなる言葉や改善事例の紹介が含まれることもありますが、ルールとして具体的な改善事項の指導は行わないとされています。

併設施設がある場合、病院機能の質と改善活動への取り組みを評価することから、老健や健診センターのような施設は対象となりません。

ただし、「訪問看護ステーション」や「在宅介護支援センター」などを病院内に設置し、それらの機能を担当する部門（あるいは担当者）がある場合には、それら各体制と機能について評価されます。