



# 全日病 NEWS 10/1

## 21世紀の医療を考える全日病 2008

発行所/社団法人全日本病院協会  
発行人/西澤寛俊  
〒101-8378 東京都千代田区三崎町  
3-7-12 清話会ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.695 2008/10/1 <http://www.ajha.or.jp/> [mail.info@ajha.or.jp](mailto:mail.info@ajha.or.jp)

## 同族要件が贈与税非課税判断基準の1つ

### 移行課税で改正通達 非課税に係る「運営組織が適正」判定基準のうち4基準を改正

国税庁は9月3日、持分ある医療法人が持分ない医療法人に移行する際の、出資額を超えた持分放棄に係る医療法人に対する贈与税非課税基準に関する改正通達を公表した。

移行課税については、相続税法第66条第4項で「相続税又は贈与税の負担が不当に減少すると認められる場合」に課税が生じるとし、相続税法施行令第33条第3項に「相続税又は贈与税の負担が不当に減少すると認められない」と判断される基準を定めている。

この非課税基準の1つである同族要件については、これまでどおり「役員等のうち親族・特殊の関係がある者は1/3以下とする」とされ、その緩和は実現しなかった。

また、医療法人に係る「その運営組織が適正である」かどうかの判定については、今回の改正通達で、6基準のうち4基準を改正した。

新基準は、改正前と比べると、全収入の80%以上を占めるとされる「社会保険診療等」に介護保険と助産の収入を追加した上、役員ほかの報酬等に関しては1人当たり「3,600万円以下」という金額制限を外し、さらに、差額ベッド30%以下という要件をなくすなど、全体として緩やかな基準となっている。

また、「40床以上又は救急告示病院(病院の場合)」という基準は、「4疾病5事業を担う医療機関として医療計画への記載」に変わった。

非課税基準を見直す今回の改正は、個別に関しては緩和が実現したが、基本部分では厳しい内容となった。改正通達は今年12月1日より適用される。(3面に詳細を掲載)

医療法人制度改革に関して、持分の定めのある医療法人から持分の定めのない医療法人への移行税制については、相続税法施行令第33条第3項の解釈について国税庁と厚生労働省との間の調整が6月までに終わり、国税庁による通達待ちになっていた。

9月3日に、「『贈与税の非課税財産(公益を目的とする事業の用に供する財産に関する部分)及び公益法人に対して財産の贈与等があった場合の取扱いについて』等の一部改正について(法令解釈通知)」(7月8日付)が公表され、移行時に医療法人に贈与税が課税されない基準が明らかになった。

国税庁の改正通達公表を受け、医政

局指導課の高宮裕介課長補佐は9月20日に本会を訪れ、常任理事会に先立って、持分の定めのない医療法人への移行税制の概要を説明した。

相続税法第66条第4項により、持分の定めのある医療法人から持分の定めのない医療法人への移行において、出資者がその持分のうち出資額を超えた利益剰余金を放棄するに際し、「出資者の親族等の相続税又は贈与税の負担が不当に減少すると認められる」場合には、医療法人に贈与税課税が発生する。

これに関して、相続税法施行令第33条第3項において、①その運営組織が適正であるとともに、寄附行為・定款において、役員等のうち親族・特殊の関係

がある者は1/3以下とする旨の定めがあること、②法人関係者に対して特別の利益を与えないこと、③寄附行為・定款において、残余財産が国、地方公共団体その他の公益を目的とする事業を行う法人(持分の定めのないもの)に帰属する旨の定めがあること、④公益に反する事実がないことという4点が、「相続税又は贈与税の負担が不当に減少すると認められない」要件と定められている。

### 拠出基金に係る譲渡所得非課税にも同族要件

4要件のうち、役員等に占める親族等の割合は1/3以下とするという同族要件については、これまでも贈与税の非課税基準として医療法人を含むすべての法人類型で求められてきた要件であり、今回の持分の定めのない医療法人への移行税制でも維持されたことになる。

同族要件は基金拠出型医療法人の設立要件には入っていないが、同医療法人への基金拠出にかかわるみなし譲渡所得課税については、租税特別措置法第40条第1項後段にもとづいて非課税となる要件が租税特別措置法施行令第25条の17で定められているが、そこにも同様の同族要件が設けられている。

また、今回の改正通達において、医療法人に関して「運営組織が適正である」と判定する基準が追加された。

新しい基準は、改正前に比べると、①

この4つの要件をすべて満たす場合に贈与税は非課税となり、そうではない場合には個別判断により課税・非課税を決定することになる。今回の国税庁改正通達は、この4つの要件について解釈を示すものだ。

全収入の80%以上を占めるとされている「社会保険診療等」の収入に介護保険と助産の収入が追加されたこと、②「役員に対する報酬等が一人当たり3,600万円以下」という要件ではなく、「役員及び評議員に対する報酬等が不当に高額にならないような支給基準を規定」という要件となり、具体的な金額が定められていないこと、③「(病院の場合は)40床以上又は救急告示病院」「(診療所の場合は)15床以上及び救急告示診療所」という要件ではなく、「病院又は診療所の名称が4疾病5事業に係る医療連携体制を担うものとして医療計画に記載されていること」という、改正医療法を踏まえた地域医療における役割・機能に関する要件とされたこと、④「差額ベッドが全病床数の30%以下」という要件がなくなった、という点が異なっている。



▲指導課高宮課長補佐(中央)は移行課税について説明した

## 「医療・介護一体化を中期的に実現」

### 安心と希望の介護ビジョン 舛添大臣が表明。ヒアリングで医療・介護一体の提供を求める意見

舛添厚生労働大臣が主宰する「安心と希望の介護ビジョン」は9月17日に3回目の会合をもち、6名の有識者・事業主を招いて、介護保険サービスの現状と問題点に関するヒアリングを実施した。

一方、事務局(厚労省老健局総務課)は「今後議論を深めていく必要がある事項」を提示した。

同日はヒアリングに終始、次回以降、事務局が提起したテーマを踏まえて、本格的な議論を開始する。(2面に関連資料)

ヒアリングで各参考人は、とくに、維持期リハビリテーションの強化、認知症

患者に対する適切なケアのあり方、在宅など緩和ケアの拡充を提起、医療と介護が一体複合となった提供体制を構築する必要を一様に求めた。

また、施設ケアから在宅ケアへシフトを変えていく上で高齢者住宅の整備が欠かせないと、住宅政策を重要課題に位置づけるよう求める意見が多く示された。

その中で、診療所医師の山崎章朗氏は、がん末期患者に対する要介護認定に時間がかかりすぎているためまさに末期にしか介護サービスが受けられないという状況を明らかにし、善処を求めた。これに対して舛添大臣は、検討

課題として取り上げる必要を認めた。

また、大臣は、高齢者住宅について「高齢者住宅の都会型モデルが考えられてもよい」という発想を披露。「国交省とも相談するなど検討する必要があるかもしれない」と、前向きな姿勢を示した。

介護労働力に関しては「EPAによる介護福祉士の問題も本格的に考えたい」という認識を示した。

舛添大臣は、さらに、医療・介護一体化という課題に言及。「医療と介護の一



体化は長期課題ではなく、そう遠くない時期、中期の問題として考える時がきた。多くの人と話をしたが、これは皆さん共通の認識である。これを難しいと決めつけるのは役人の発想で、政治家としてはそうは言えない。保険制度を一体化するという案もあろうが、中期レンジで医療と介護の隙間を埋めなければならぬ」と語った。

ッチングが行なわれた。

その結果、47医療機関が看護師候補者104名を受け入れることが決まったが、全日病会員病院が25施設(57名)と半数以上を占めた。

初回で準備期間が少なかったこともあり、マッチングは、直接面接どころかビデオ・写真もないなど、限られた

情報にもとづいて実施された。

厚労省は受け入れ施設を対象にアンケートを実施する一方で、来年以降のマッチング方法を見直すことを決め、10月早々の会合発足を予定。四病協、全社協、全老協などに委員の推薦を要請した。四病協は構成4団体から1名ずつ委員を派遣する方針だ。

### 舛添氏が厚労相に再任。後期高齢者医療見直しを宣言

9月24日に自民党麻生太郎氏を首班とする内閣が発足、舛添要一氏が厚生労働大臣に再任された。

同日の就任記者会見で舛添厚生労働

大臣は、後期高齢者医療制度を見直す方針を改めて表明。「1年ぐらいかけて検討する必要がある」とし、近々検討会を発足させることを明らかにした。

## インドネシア人就労希望者のマッチング方法を見直す

経済連携協定(EPA)にもとづいて日本での就業を希望するインドネシアの医療・介護従事者は、8月に看護師候補104名と介護福祉士候補104名が入国し、来年2月半ばの就労・研修開始に向けて、6ヶ月におよぶ日本語の勉強に取り組んでいる。

看護師候補者の受け入れ枠は当初2年間で上限400名。しかし、インドネシア国内の選考をパスした看護師希望者は155名と、初年度枠の200名を大きく割り込んだ。日本側の受け入れ希望も

70機関・182人と、上限枠を下回った。

就労機関の決定プロセスは、まず、「候補者情報」と、国際厚生事業団が現地面接した結果および適性検査結果を受け入れ希望機関に提出することから始められた。各候補者には、事業団が作成したフォーマットにもとづく施設情報が提供された。

その後、受け入れ機関が第1次受け入れ意向を提出。各候補者による就労意向の表明を踏まえて、受け入れ側が最終受け入れ意向を提出する手順でマ

# 09年度介護報酬改定に向けた議論を開始

介護給付費分科会 従事者の処遇改善が最大テーマ。厚労省はプラス改定を想定

社会保障審議会の介護給付費分科会が9月18日に2ヶ月ぶりに再開され、2009年度介護報酬改定に向けた議論に着手。9月25日と2回に分けて事業者団体等のヒアリングを実施した。

ヒアリングでは、とくに、ヘルパー、介護福祉士、夜間勤務の看護師を中心とした介護スタッフの離職と採用がきわめて深刻化している実態が明らかにされた。また、特定施設やグループホームからは、入所者に対する医療提供をより濃密にするべきであるという課題が提起された。

宮島俊彦老健局長も、9月18日の会合で「今回の改定は、これまでとは違い、プラス改定の方向で財務省と折衝している」と述べるなど、厚労省は初のプラス改定実現に向けて、介護スタッフの処遇改善をスローガンに掲げて国民世論を味方につける方針で臨む考えだ。

事務局が示したスケジュール案によると、9月中旬に事業者団体等のヒアリングを終えた後、10月に介護従事者対策等を中心に議論を行ない、11月から

居宅サービス・施設サービスについて検討を進め、12月中旬に改定に関する基本的な考え方を取りまとめる。

「介護従事者対策」という論点が介護報酬改定議論の日程に織り込まれたのは、過去2回の改定で例がない。

舛添厚生労働大臣直轄の「安心と希望の介護ビジョン」も介護スタッフの待遇改善を主要テーマに取り上げる。年内をめどにビジョンをまとめ、介護報酬改定の基本方針に反映させる方針だ。

職業安定局の下に設置された「介護労働者の確保・定着等に関する研究会」が7月にまとめた報告書は、介護労働者の離職防止と採用拡大に真剣に取り組むことが産業政策上も重要として、報酬を含めた各種措置を提起した。

総務省からは、介護従事者の待遇改善に努めるべしという勧告が厚労省に示されている。かくて、09年度介護報酬改定は、介護従事者の処遇改善が最大のテーマになっている。

ただし、介護スタッフの処遇改善は、主にヘルパーや介護福祉士など居宅サ

ービスが主眼とみられる。一方、施設系では、特養における夜間勤務の看護師確保対策が浮上している。

大森久彌会長(東大名誉教授)から改定率に対する考えをたずねられた厚労省は、宮島老健局長が「介護保険として重要な時期に来ている。財務省にはプラス改定という方向でお願いしている」ことを明らかにした。

医療機関にとって、09年度介護報酬改定は、療養病床転換先となる介護療養型老健施設の報酬水準が最大関心事となっている。

しかし、プラス改定が実現した場合でも、施設サービスには厳しい改定となることが予想される。

9月18日のヒアリングで、日本リハビリテーション病院・施設協会の浜村明徳会長は、

- ①通所リハにおけるリハ提供の見直し、
- ②リハビリマネジメント加算の見直し、
- ③訪問リハの拡充、④短期入所を利用した集中的リハの新設、⑤医療保険か



ら介護保険へのスムーズな移行のための評価見直し(初回加算Ⅱの条件・回数制限の緩和)を、09年度改定に対する要望事項としてあげた。

そして、通所リハに関しては、短時間型リハの創設、老健施設の「認知症短期集中リハ」を適用拡大したりハ評価の新設を求めた。

また、訪問リハについては、病院、診療所、老健施設、訪問看護ステーションなど提供拠点の拡充や訪問看護との整合性確保の必要を訴えた。

9月25日のヒアリングでは、特定施設事業者連絡協議会、全国認知症グループホーム協会、全国新型特養推進協議会、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会、有料老人ホーム協会の5団体が意見・要望を述べたが、異口同音に、夜間勤務の看護師確保が困難であることと夜間を含む入所者急変時の医療対応への不安、さらに、認知症患者に対する介護の難しさを訴えた。

## 老健投与薬剤の処方せん交付を承認

中医協総会 08年改定で診療報酬算定が認められた薬剤を後追い承認

9月24日の中医協総会に、事務局(厚労省保険局医療課)は、2008年度改定で老健施設入所者に対する薬剤投与の追加を認めた薬剤5点のうち、3点について処方せんの交付を認める旨の療担基準改正を怠っていたとして、その改正をあらためて提案、了承された。

老健施設入所者に対する薬剤の使用は介護報酬で包括されていることから、診療報酬の算定となる処方せんの交付は禁止されている。

しかし、2000年改定で高額な抗悪性腫瘍剤(内服)について医療保険による給付が適用され、保険医による処方せんの交付が認められた。

今回の改定では、①疼痛コントロールのための医療用麻薬、②B型肝炎・C

型肝炎に対する抗ウイルス剤、③人工透析患者に用いるダルベポエチン、④B型肝炎・C型肝炎に対するインターフェロン製剤、⑤血友病の治療に係る血液凝固因子製剤および血液凝固因子抗体迂回活性複合体が、診療報酬で算定できることになった。

しかし、厚労省の対応漏れから、08年3月改正の「療担規則等に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」の「処方せんの交付」に①と②しか追加されず、半年間にわたり、法的には、③から⑤の薬剤は処方できないという事態が生じていた。

今回の改正はその誤りを正すもの。厚労省は、この半年間の対応漏れによる影響はほとんどないとみている。

## E・Fファイルを見送り、提出データを簡素化

DPC包括部分の診療情報の審査機関提出を1月に実施

厚労省は、DPCのレセプトに添付する診療情報の提出方法に関する案をまとめた。近々の中医協に諮って了承を得た上で、来年1月からの実施を予定している。

厚労省は、当初予定していた、E・Fファイルの提出を当面は見送り、提出データをより簡素化した項目に絞り込むとともに、レセプト診療月1ヶ月分に短縮する方針を固めたもの。

実施時期も後期高齢者にかかわる高額療養費の特例が施行される来年1月診療分からとした。同時に実施することで、プログラム変更費用の圧縮が可能と厚労省は判断している。

ただし、次期2010年の診療報酬改定では、対象データを直近3ヶ月分とした

上で、オンライン請求が義務づけられている対象病院に関しては電子媒体で提出することを求める方針だ。また、コーディング確認データとして、E・Fファイルを一元化する考えだ。

保険局医療課は、コーディングに対する疑義が生じた場合は当該医療機関に説明を求めたり、レセプトを返戻照会することはあるが、審査機関が一方的に診断群分類を変えて減額した報酬を支払うことはしないとしている。

DPCの審査について、支払基金は9月22日の理事会で、コーディングの妥当性判定基準を全国的に統一することを決めた。医療課は、「支払基金と緊密な連絡を保って同一基準の運用につとめたい」としている。

## 特養の重度化対応加算経過措置は9月末で廃止

9月25日の介護給付費分科会で厚労省は、重度化対応加算と夜間看護体制加算の経過措置について、新たな延長措置を講じないことを明らかにした。

期間延長によっても算定を見送る一部施設における看護師確保の状況が好転しないと判断したと、その理由を説明した。

06年の介護報酬改定で新設された、特養と特定施設入所者の重度化に対応して、夜間を含めた看護体制の強化や看取り体制を評価する重度化対応加算と特定施設等の夜間看護体制加算は、

「常勤看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること」が算定要件の1つであることから、常勤看護師の確保に要する期間を考慮して、当初1年間では准看護師でも算定可能とする経過措置を設けた。

その後、07年3月に経過措置を1年間延長。さらに、08年3月に経過措置の半年間再延長を実施した。

今回の判断に際して、老健局長は重度化対応加算等に関する実態調査を実施した。それによると、回答した4,491施設の84.4%に常勤看護師がいるものの、

そのうちの23%(全体の19.5%)もの施設が算定を見送っている。他方、常勤看護師がいない施設(15.6%)のうち、46%(全体の7.2%)は准看護師によって算定。残りの施設(全体の8.4%)は算定できない。

実に全体の3割近くが、看護師確保が安定的にできないことなどから算定を見送っているわけだが、厚労省は、重度化対応加算を算定しているが常勤の看護師が配置されていない施設の回答から求人・募集活動の状況をまとめ、絶対数の不足だけでなく、①夜間・日祝日勤務の

忌避、②オンコール対応の忌避、③賃金と有給制度内容への不満、④常勤1人という責任の重さへの不安感など、求職側と求人側のニーズの乖離が大きく影響していることがあらためて判明した。

全国老人福祉施設協議会の委員は「准看の配置でも加算を認める」という緩和措置案を提案した。しかし、分科会はこの提案に賛同せず、経過措置の廃止が認められた。

事務局は、介護報酬改定で報酬を含む対策案をあらためて提示する意向を示したが、議論を通じて、特養を含む介護施設における看護師確保の困難さが浮き彫りとなった。

安心と希望の介護ビジョン「今後議論を深めていく必要がある事項」(要旨) 9月17日 ※1面参照

### 1. 地域での生活を支えるための仕組みづくり

①24時間安心して訪問介護・訪問看護を受けられることができるなど、「いつでも」「どこでも」介護サービスを受けられることができる環境整備を進める方策の検討。

②医療関係者と介護関係者が連携した会議の創設、介護現場で医療行為を円滑に実施することができるような資格の在り方の検討など、医療と介護の連携を強化する仕組みの検討。

③認知症ケア体制の構築に係るモデル

地域の選定、認知症ケアの標準化・高度化に向けた取組の推進など、医療と介護が連携して認知症高齢者を地域で支える取り組みを進める方策の検討。

④地域の特性に応じた、高齢者の住まいの在り方、介護サービスの効果的な整備の在り方などの検討。

⑤要介護の悪化を予防し、機能回復を促すためのリハビリテーションの意義を在宅、施設を問わず、活用を促す方策の検討。

### 2. 介護従事者の処遇改善等

①就業していない有資格者の掘り起こし、介護未経験者の積極的活用、介護従事者が継続的に働くことができる勤務環境の整備など、需要の増加に見合うだけの介護従事者の確保を図る方策の検討。

②介護従事者の処遇改善に資する介護報酬の設定、処遇改善に積極的に取り組む事業者への支援、キャリアパスの確立など、介護従事者の処遇を改善し、介護従事者が誇りを持って働ける環境整備を進める方策の検討。

③経済連携協定(EPA)に基づいて日本

の介護施設で働く外国人が、誇りを持って働けるような環境整備を進める方策の検討。

### 3. 地域力の向上

①地域の高齢者を支える「介護サポーター」の養成など、地域全体で高齢者を支えるための環境整備をより一層進める方策の検討。

②地域の「中核的な相談所」という役割をより一層果たせるよう、地域包括支援センターの機能強化を図るための方策の検討。

# 「社会保険診療等」に介護保険・助産を追加

## 贈与税非課税基準 4疾病5事業は医療計画に記載が必要。「3,600万円」と差額ベッドの規制は消える

既存医療法人の移行時課税に関する厚生労働省の説明(要旨)

医政局指導課 高宮裕介課長補佐 9月20日 \*1面記事を参照

9月3日に国税庁が、持分ありの医療法人から持分なしの医療法人に移行する際の贈与税を非課税と判断する基準に関して、改正通達を公表した。

平成18年の医療法の改正で、医療法人の非営利性を徹底するため、改正医療法の施行後に設立される医療法人はすべて持分なしの医療法人となることになった。他方、持分ありの既存の医療法人については、当分の間存続が認められるという経過措置が設けられた。

平成20年度税制改正において、持分ありの医療法人から持分なしの医療法人への円滑な移行を促すため、税制上の所要の措置を講ずることとされた。その所要の措置が今般の国税庁の改正通達である。

相続税法第66条第4項により、「出資者がその持分のうち利益剰余金を放棄するに際し、出資者の親族等の相続税又は贈与税の負担が不当に減少すると認められる場合には、医療法人に贈与税課税が発生する」とことになる。

「相続税又は贈与税の負担が不当に減少すると認められない」と判断される基準が相続税法施行令第33条第3項で定められており、具体的には次の4点である。①その運営組織が適正であるとともに、

寄附行為・定款において、役員等のうち親族および特殊な関係がある者が1/3以下である旨の定めがあること。

②法人関係者、これは法人に財産を贈与した者や役員などのことであるが、これに「特別の利益」を与えないこと。「特別の利益」とは、例えば、法人の財産を無償で利用させるなどである。

③寄附行為・定款において、残余財産が国、地方公共団体、公益社団・財団法人、その他の「公益を目的とする事業を行う法人で持分の定めがないもの」に帰属する旨の定めがあること。基金拠出型医療法人などの持分なしの医療法人は、この「公益を目的とする事業を行う法人で持分の定めがないもの」に該当する。

④法令に違反する事実、帳簿書類の偽装など、公益に反する事実がないこと。

以上の4点はすべての法人類型で共通の基準であり、これらをすべて満たす場合は贈与税が非課税になる。該当しない場合は個別判断によって課税・非課税を決定することになり、この基準に該当しないから直ちに課税となるわけではない。

このうち、医療法人に係る「その運営組織が適正である」かどうかの判定基

準については、今回の国税庁の改正通達によって、新たな基準が追加された。

改正前の基準は特定医療法人を想定したものだったが、今回の改正で、社会医療法人やそれ以外の持分なしの医療法人を想定した部分が追加された。

改正前の基準は、次の内容であった。

①「社会保険診療等」に係る収入が全収入の80%以上であること

②自費患者に対する請求方法が社会保険診療と同一の基準で計算されていること

③医療収入が医療費用の150%以内であること

④役員に対する年間の報酬等が1人あたり3,600万円以下であること

⑤病院の場合は40床以上又は救急告示病院であること、診療所の場合は15床以上及び救急告示診療所であること

⑥差額ベッドが全ベッド数の30%以下であること

今回の改正通達で、次の新たな基準が追加され、新たな基準を満たす場合にも「その運営組織が適正である」と判定されることになった。

①「社会保険診療等」に係る収入が全収入の80%以上であること。これは改正前の基準にもあるが、改正前の「社会

保険診療等」に介護保険と助産が追加された。

②自費患者に対する請求方法が社会保険診療と同一の基準で計算されていること。これは改正前の基準と同じである。

③医療収入が医療費用の150%以内であること。これも改正前の基準と同じである。

④役員及び評議員に対する報酬等は「不当に高額にならないような支給基準を定めていること」。改正前の基準では具体的な金額が明示されていたが、新たな基準では具体的な金額は定められていない。

⑤その法人が開設する1つ以上の病院、診療所の名称が「4疾病5事業に係る医療連携体制」を担うものとして、都道府県の医療計画に記載されていること。「4疾病5事業」は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む)、都道府県知事が特に認める医療、のことである。

⑥の差額ベッドに関する要件は新たな基準ではなくなった。

なお、このほかにも、理事・監事・評議員の定数や選任方法、理事会などの運営に関する基準もある。

している者、③当該医療法人の役員が会社役員となっている法人の役員であ

る者、などがあげられている。当該医療法人の単なる職員は含まれない。

### ■相続税法第66条第4項の「相続税又は贈与税の負担が不当に減少する結果となると認められないもの」の基準

◎本基準に該当する場合には、贈与税は非課税(該当しない場合は、個別判断により課税・非課税を決定)

#### ○相続税法施行令第33条第3項の基準

①その運営組織が適正であるとともに、寄附行為・定款において、役員等のうち親族・特殊の関係がある者は1/3以下とする旨の定めがあること

②法人関係者に対して特別の利益を与えないこと

③寄附行為・定款において、残余財産が国、地方公共団体、公益社団・財団法人その他の公益を目的とする事業を行う法人(持分の定めのないもの)に帰属する旨の定めがあること (注)持分の定めのない医療法人(基金拠出型医療法人を含む)が該当

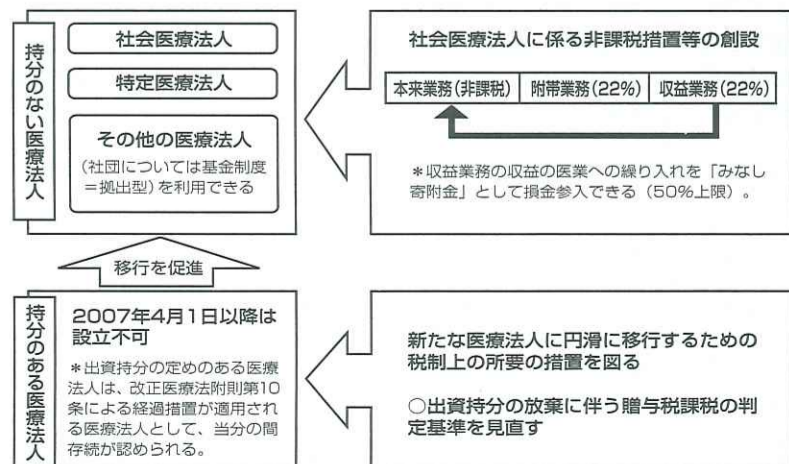
④法令に違反する事実、帳簿書類の偽装等の事実他公益に反する事実がないこと

#### □医療法人に関する「その運営組織が適正である」かどうかの新たな判定基準

改正前の基準(特定医療法人を想定)	新たな基準(社会医療法人等を想定)
「社会保険診療等」に係る収入金額が全収入金額の80%以上	「社会保険診療等」に係る収入金額が全収入金額の80%以上 ※改正前の「社会保険診療等」に介護保険及び助産に係る収入金額を追加
自費患者に対する請求方法が社会保険診療と同一	自費患者に対する請求方法が社会保険診療と同一
医療収入が医療費用の150%以内	医療収入が医療費用の150%以内
役員に対する報酬等が1人あたり3,600万円以下	役員および評議員に対する報酬等が不当に高くないような支給基準を規定していること
40床以上又は救急告示病院(病院の場合) 15床以上及び救急告示診療所(診療所の場合)	病院または診療所の名称が4疾病5事業に係る医療連携体制を担うものとして医療計画に記載されていること *「4疾病5事業」とは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む)、都道府県知事が特に必要と認める医療。
差額ベッドが全ベッド数の30%以下	(なし)

\*このほかにも、理事・監事・評議員の定数や選任、理事会・社員総会・評議員会の運営に関する基準がある。

#### ■医療法人に係る2008年度税制改正の概要



## 社会医療法人、取消時に法人税を遡及課税

(常任理事との質疑応答)

Q 社会医療法人になるには、4疾病のいずれかを担うだけではダメなのか。

高宮課長補佐 社会医療法人の認定要件は、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む)を担うことである。4疾病だけでは社会医療法人の認定を受けられない。

Q 社会医療法人の認定申請に際しては、よく準備しないで一度認定が認められないと、その後不利になるという説があるが。

高宮課長補佐 認定を申請する際は、都道府県と十分に相談してほしい。制度上は、一度認定が認められなかったからといって、その後の申請で不利になるということはない。

Q 社会医療法人の認定後に、救急医療などで、社会的な事情の反映で要件が維持できずに、辞退することが考えられる。しかし、社会医療法人を辞退すると、その間の非課税分がすべて徴収されるということのようだが。

高宮課長補佐 社会医療法人の認定取消時の課税関係であるが、剰余金部分は認定取消時に課税されることとなっている。

社会医療法人の法人税については、社会医療法人は採算の確保が難しい救急医療等確保事業を行うので基本的に利益が積み上がらないこと等を勘案して非課税とされており、社会医療法人の認定取消時には剰余金が積み上がっているのが非課税としてほしいという話は難しい。

社会医療法人の要件について、救急搬送750件などは3年間の平均で算定する仕組みであり、外的な要因で直ちに認定が取り消されないようにしている。

また、一つの病院で基準を満たさな

くなくても、別の病院で基準を満たしていれば、認定は取り消されないのが、別の病院で別の事業を手がけるなど、認定が取り消されないような事業運営を行うようお願いしたい。

西澤会長 そういった数値目標は時代状況によって変わらざるを得ない。我々としては、現在、要件上の数値目標を見直していただくことを要望している。

通達の主要な内容は、今の持分のある医療法人が持分のない医療法人に移行する際の非課税の要件である。重要なことは、医療法に書かれていた基金拠出型の設立認可と今回の移行にともなう税制とは要件が異なっているということである。

つまり、改正医療法後に新たに設立される基金拠出型の医療法人は現行(改正後)医療法の要件にもとづくことになるが、そこには、例えば、1/3以下という「同族要件」は入っていない。ところが、既存の持分ある医療法人が持分のない基金拠出型に移行する場合には1/3以下という「親族要件」を満たさなければならぬ。ある種のダブルスタンダードである。

この「親族要件」が最大の問題だろう。その他の非課税要件については、全収入の80%以上を占めるべき「社会保険診療等」に介護保険と助産の収入が含まれるなど、社会医療法人に比べれば緩いものとなった。

Q 同族要件の「特殊の関係がある者」とは、役員等と「利害関係」がある者ということか、それとも「職員」をいうのか。

高宮課長補佐 「特殊の関係がある者」については、相続税法施行令第33条第3項の1号で定められている。例えば、①事実上の婚姻関係にある者、②役員から受ける金銭財産によって生計を維持



# 産科補償への加入を広告と医療機能情報提供制度に追加

## 加入率いまだ83.4%(病院・診療所)。1月以降に広告表示可能に

「産科医療補償制度への加入」が医療広告事項と医療機能情報提供制度の報告項目にそれぞれ追加される。9月26日に開催された医療情報の提供のあり方等に関する検討会に厚生労働省が提案、了承を得た。

意見募集を経た上で医療法施行規則一部改正省令とし、来年1月1日から施行する予定。ただし、当該医療機関による各都道府県への報告義務(医療機能情報提供制度)に関しては、2011年3月末までの経過期間が設けられる。

分娩機関が運営機関(日本医療機能評価機構)を介して民間保険に団体加入し、妊産婦との補償契約にもとづいて脳性麻痺となった出生児に3,000万円を支払うという産科医療補償制度は来年1月1日の分娩からスタートする。事務局(医政局総務課)の報告によると、

9月24日現在の加入率は83.4%(病院・診療所)。8月末から12.3ポイント増加したが、締め切りを延期したものの、いぜん多くの未加入分娩医療機関を残している。補償該当ケースとなった場合に、出産先に選んだ分娩機関によって補償の

有無が生じることを避けたいとする厚生労働省は、加入促進を進める一方で、医療機関選択の一助となるとともに分娩機関の競争に資するという見地から産科医療補償制度への加入事実を情報提

供のシステムに加える必要があるとして、医療広告事項に追加するとともに、都道府県が実施する医療機能情報提供制度の情報項目にも加えたもの。

### 17都県が詳細医療機能情報の公表を開始

厚生労働省の報告によると、今年7月1日現在で17都県が医療機能情報提供制度にもとづく詳細情報の公表を始めている。同制度は、管下全医療機関に所定情報の報告を課し、それを検索サービスをつけてホームページ上で公開することを

都道府県に義務づけている。医療機関の名称、所在地、診療科、診療時間、病床数などの基本情報については2007年度内に公表を終えており、各都道府県は、提供サービスに関する詳細な情報は08年度内に公表することになっている。

# アウトカム評価に関する全日病の事業を検討会で報告

## 診療アウトカム評価、DPC分析、IQIPとの共同研究の全体像を紹介

飯田修平常任理事は、9月26日の「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」に招かれ、アウトカム評価に関する全日病の厚生科学研究の実績を踏まえ、本会が進める診療アウトカム評価事業、DPC分析事業、IQIPとの共同研究活動について現状を報告した。

「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」は、2006年秋にかけた第5次医療法改正の議論において、医療広告の大幅な規制緩和を図る「包括規定方式」の採用を決めるとともに、その対象項目にアウトカム指標を盛り込むか否かを検討したことがある。

その際に、「アウトカム指標については、今後の取り組みにより客観的な評

価の仕組みが確立されたものから、段階的に広告を可能とする」ことを確認している。今回のヒアリングは、2年ぶりにアウトカム評価の動向を取り上げたもので、この分野で先進的な実績を収める全日病の活動内容を参考聴取することになったもの。

全日病においてアウトカム評価の取り組みを主導する飯田常任理事は、①診療アウトカム評価事業、②DPC分析事業、③IQIPとの共同研究活動の3分野からなる活動の全体像を説明した。

さらに、現在、診療アウトカム評価とDPCデータ分析の一元化に取り組んでいることを紹介。DPCに含まれる指標については、さらに精緻な指標と分

析結果の抽出が可能となるようシステムのバージョンアップを図っていることを明らかにした。

委員の質問に、飯田常任理事は、アウトカム指標に関する全体の統計データは公表するものの、個別病院の詳細データは当該病院に還元してベンチマークと質向上等に活用するものであり、公表はしないという、アウトカム評価を進める上の原則をあらためて説明した。

IQIPとの共同研究活動については、共に招かれた長谷川友紀東邦大学医学部教授(全日病医療の質向上委員会等の外部委員)が詳しく紹介。同時に、世界におけるアウトカム評価の流れ

と、一部国で始まりつつあるP4P(アウトカムの報酬への反映)などの動向について解説した。

長谷川教授は、日本でこれから本格化する電子請求体制がアウトカム評価にふさわしい環境を提供すると指摘。アメリカではアウトカム評価のデータの公表が主流となっていることを例に、今後のわが国におけるデータ公開に向けた取り組みが質の向上を大きく促すものと期待を表明した。

同時に、急性期医療中心の臨床指標の対象を広げ、慢性期や保健医療を含む地域医療のレベルアップにつながる指標開発が今後の重要な課題であると提起した。

# 院内暴力・暴言に対応する研修会を開催

全日病は9月23日に本部会場で「病院における院内暴力等への対応に関する研修」を開催、60名が参加した。

院内暴力・暴言に関する会員病院の実態調査結果の報告に続いて、「暴力・

暴言に対応した院内体制の作り方」をテーマとした、組織・法律の両面から実践的な講義が組まれた。その後受講者はグループワークに移り、2テーマについて演習・発表に取り組んだ。

東京学会でも同じテーマの講演と事例発表が予定されている。

# 「選ばれる職場づくり」研修を看護協会と共催

全日病と日本看護協会は、12月6日に通信衛星を使った院長・事務長・看護部長合同研修会を共同開催する。テーマは「医療従事者に選ばれる職場づくり」。東京都内(原宿)の会場を本会場として通信衛星で配信、全国の都道府県看護協会およびその他施設の地方会場で受講するというもの。

プログラムは、①短時間正社員制度をめぐる諸制度と施策の動向(講義)、②「病院における多様な勤務形態」導入の

先行事例紹介と質疑応答、③パネルディスカッション(看護師の多様な勤務形態導入病院の実践事例と質疑応答他)などからなる。

参加は1施設3名1組を原則とし、定額料金を設定する(受信会場は1万円。追加1名ごとに3,000円)。個人での参加も可能で、全日病または看護協会の会員であれば5,000円で受講できる。

詳細情報掲載サイトへは全日病ホームページからリンクできる。

# 支部のモデル規約を承認

9月20日に開かれた第6回常任理事会は、企画室委員会(川島周委員長)がまとめた支部規約モデルを承認した。

全日病の支部は、現在、39都道府県に設置されているが、そのうち、10支部で規約が整備されていない。准支部

の8県も同様に規約がない。支部のモデル規約によって、支部役員選出と職務内容・任期、支部総会の議決事項など標準的な定めが整理され、会員の支部所属規定も明確にされた。

企画室委員会は、規約未整備の支部に採用を提起することによって支部活動の活性化も促せると期待している。

**特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)コースの開催案内 (東京会場)**

厚生労働省の要件に該当する研修会(4日間30時間)です。

日時・会場 ● 11月29日(土)、11月30日(日)、12月6日(土)、12月7日(日) 計4日間  
いずれも終日。会場はいずれも東京都内。

参加料 ● 会員 1名5万円 非会員 1名6万円(テキスト代、昼食代含む)

受講資格 ● 看護師・栄養士・歯科医師・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士  
\*医師・保健師・管理栄養士は当研修コースを受講しなくても特定保健指導を実施できます。  
\*当研修コース修了者(看護師・栄養士等)は「動機付け支援」及び「積極的支援」のうち、食生活の改善指導及び3メッツ以下の運動についての支援を併せて実施することができます。

定員 ● 100名

詳細は全日病ホームページをご覧ください。

**11月22日・23日—東京学会の開催迫る。事前登録受付中!**

\*参加登録はインターネットで。http://www.aiha50.org/index.html  
各会員は職員の参加をご検討ください。学会未経験の会員に参加の呼びかけを行なうよう各支部に要請します。

第50回全日病学会東京大会 実行委員会

## 医療事務技能審査試験のご案内

医療事務技能審査試験は、厚生労働大臣許可の(財)日本医療教育財団が実施する全国一斉の統一試験であり、試験合格者には「メディカルクラーク®」の称号が付与されます。

■合格者に付与する称号 (1)1級メディカルクラーク (2)2級メディカルクラーク

■受験資格 1級・2級それぞれ受験資格があります。 ■受験料 6,500円(1級・2級とも同一)

■試験会場 全都道府県の公共施設等で実施します。 ■試験日 (平成20年度)

■試験科目と実施方法

20年	10月25日(土)	1級・2級
	11月22日(土)	2級
	12月20日(土)	2級
21年	1月24日(土)	2級
	2月28日(土)	1級・2級
	3月28日(土)	2級

(1)1級医療事務技能審査試験  
・実技Ⅰ 接客、院内コミュニケーション  
・筆記(記述式) 50分  
・学 科 医療事務専門知識 ・筆記(択一式) 60分  
・実技Ⅱ 診療報酬請求事務 ・明細書点検 70分

(2)2級医療事務技能審査試験  
・実技Ⅰ 患者接客 ・筆記(記述式) 50分  
・学 科 医療事務一般知識 ・筆記(択一式) 60分  
・実技Ⅱ 診療報酬請求事務 ・明細書点検 70分

### 1級メディカルクラーク講座のご案内

現在、病医院事務部門で活躍されている方や、2級メディカルクラークで病医院事務部門に進出しようとする方を対象に、点数表解釈をはじめ公費負担、諸法など、保険請求事務の実務を中心とした、より高度な専門的知識と技能の養成をします。1級医療事務技能審査試験の受験準備講座としてお薦めします。

＜募集要項＞

受講資格 ①医療機関等において医療事務職として1年以上の実務経験があること  
②2級メディカルクラーク(医科)もしくは2級医療事務職(医科)であること  
※①②のいずれかに該当する方

受講期間 6カ月(受講期間延長制度あり)

受講受付 随時

受講料

一般	78,000円
賛助員	75,000円(入学金3,000円が免除)

※分納(2回)もできます。

●試験及び講座の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。  
●ご請求の際は「請求番号 1923」とお知らせください。  
●「メディカルクラーク」は、(財)日本医療教育財団の登録商標です。

**(財)日本医療教育財団**

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-2-10-1923  
☎ 03(3294)6624 http://www.jme.or.jp