

2014.10.14

週刊WEB

発行

税理士法人ゼニックス・コンサルティング

# 医療経営マガジン

## 1 医療情報ヘッドライン

看護師特定行為区分候補、12項目は再検討  
29項目は特定行為で合意

厚生労働省

病院等対象のヘルスケアリート活用検討開始  
27年3月取りまとめ 病院版ガイドライン策定

国土交通省

## 2 経営TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)(平成26年7月分)

## 3 経営情報レポート

将来の姿を職員と共有する  
BSCを活用した事業計画作成法

## 4 経営データベース

ジャンル:リスクマネジメント サブジャンル:インフォームド・コンセント

医師と患者の関係

医療に関する「知識の偏在化」

## 看護師特定行為区分候補、12項目は再検討 29項目は特定行為で合意

来年10月に予定されている看護師の特定行為を実施する研修制度について10月2日、研修の内容・特定行為区分、手順書（プロトコル）への記載事項についてなどを検討する厚生労働省の医道審議会（保健師助産師看護師分科会）が開かれた。

しかし看護師特定行為・研修部会は、議題の中心だった看護師の特定行為候補として挙げられていた41項目のうち12項目について、再検討することを決めた。特定行為として位置付けることが妥当かどうかについて、2時間に及び議論でもまとまらず、残りの29項目は特定行為とすることで合意した。

今回も改めて日本医師会の委員が、危険性のある特定行為について削除するよう繰り返し意見を述べ、他委員から異論もあったが2時間かけた議論でも多数派にならず、研修などで対応していく方針で先送りの形でまとまった。

2013年10月のチーム医療推進会議において示された特定行為41項目のうち、社会保障審議会医療部会や通常国会で危険性があるとの意見が出たのは、「経口・経鼻気管挿管の実施」「胸腔ドレーン抜去」「血流のない壊死組織のシャープデブリードマン」など12項目となっている。

厚労省は、学会などに意見を求めると、「実施対象を限定するべき」「項目から削除すべき」など、実施に対して懐疑的な意見が散見

され、医師の中に不安が根強いことが浮き彫りとなった。

そこで今回の会議で、包括的指示を出すための手順書に「医師への連絡方法」「特定行為実施後の報告方法」などを盛り込み、医療現場で作成する方向性で収まった。

看護師は、こうした特定行為を医師の包括的指示のもとで行うためには、指定研修を修了しなければならない。そこで研修効率と効果のために特定行為を分類（特定行為区分）し、それに応じた指定研修を設定することとなった。

12項目について厚労省は議論の結果を踏まえ、「特に検討が必要」と整理し、「特定行為とすべきか否かについて再検討する」となり、残りの29の行為は特定行為とすることが了承された。

再検討が決まったのは、次の12項目である。

▼経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節▼  
経口・経鼻気管挿管の実施▼経口・経鼻気管挿管チューブの抜管▼人工呼吸器モードの設定条件の変更▼橈骨動脈ラインの確保▼腹腔ドレーン抜去▼胸腔ドレーン抜去▼心嚢ドレーン抜去▼褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン▼褥瘡・慢性創傷における腐骨除去▼病態に応じたインスリン投与量の調整▼脱水の程度の判断と輸液による補正。

## 病院等対象のヘルスケアリート活用検討開始 27年3月取りまとめ 病院版ガイドライン策定

国土交通省は9月26日、「病院等を対象とするヘルスケアリートの活用に係るガイドライン検討委員会」の初会合を開催した。

ヘルスケアリートとは、多くの投資家から募った資金をもとに高齢者住宅等を建設し、賃貸や売却で得た利益を投資家に分配する投資商品のことであり、このため検討会委員の顔ぶれも弁護士、医療、金融、不動産関係者らの各省を横断するような専門家が揃った有識者会議となっている。

政府の成長戦略（日本再興戦略）では、「民間資金の活用を図るため、ヘルスケアリートの活用に向け、高齢者向け住宅等の取得・運用に関するガイドラインの整備、普及啓発等（平成26年度中）」を行うことを打出しており、国交省ではすでに平成26年6月に『高齢者向け住宅』等（サ高住、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム）を対象とするヘルスケアリートの活用に係るガイドラインを公表している。

初会合の検討会では、リート（不動産投資法人または資産運用会社）が、投資対象として病院等を取得・運用する際に必要な組織体制や留意事項について議論し、来年3月を目途にガイドライン最終案としてまとめる予定となっている。ただし6月の国交省のガイドライン策定に向けた検討会では、「病院については、今年度中に別途検討を行ったうえで、

整備すべき組織体制等を取りまとめ、別途提示する予定」とされていた。その理由として病院対象のヘルスケアリートを「別途検討」とした背景には、「高齢者向け住宅は賃貸マンションに近い資産だが、病院は不動産としての評価に加え医療サービスの評価が重要な資産である」ことや、「病院をヘルスケアリートの対象とすることは、医療法の『非営利原則』に馴染むのかといった懸念が病院・医療関係者等に根強い」ことなどの懸念があったことによる。

今般、高齢者向け住宅対象のヘルスケアリート活用ガイドラインが策定されるなど、一定の環境整備が進んだため、病院対象のヘルスケアリート活用ガイドラインを策定するために、本検討会が設置されたものである。

国交省当局からは、病院対象のヘルスケアリート活用ガイドラインを検討するにあたり、次の3つのポイントが示された。

- ①病院の耐震化が喫緊の課題となっており（平成25年度調査では耐震化率は7割以下にとどまる）、資金調達手法の多様化が求められている
- ②病院不動産は、既に流動化されている事例（資産運用会社が保有している医療モール等がある）が存在する
- ③病院を含めたヘルスケア施設の評価には「不動産」と「運営」の両方の評価が必要だが、現在、資産運用会社には両方を評価できる体制までは求められていない

検討委員会では、この3点のポイントを前提に幅広い議論を重ねていく。

# 介護保険事業状況報告(暫定)

## (平成26年7月分)

### 概要

#### 1 第1号被保険者数(7月末現在)

第1号被保険者数は、3,235万人となっている。

#### 2 要介護(要支援)認定者数(7月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、594.5万人で、うち男性が182.9万人、女性が411.7万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約17.9%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである)。

#### 3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付5月サービス分、償還給付6月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、366.2万人となっている(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)。

#### 4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付5月サービス分、償還給付6月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、37.8万人となっている。(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)。

#### 5 施設サービス受給者数(現物給付5月サービス分、償還給付6月支出決定分)

施設サービス受給者数は89.4万人で、うち「介護老人福祉施設」が48.5万人、「介護老人保健施設」が34.6万人、「介護療養型医療施設」が6.7万人となっている。(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計が一致しない)。

## 6 保険給付決定状況(現物給付 5月サービス分、償還給付 6月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、7,482億円となっている。

### (1)再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅(介護予防)サービス分は3,844億円、地域密着型(介護予防)サービス分は796億円、施設サービス分は2,412億円となっている。(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である)。

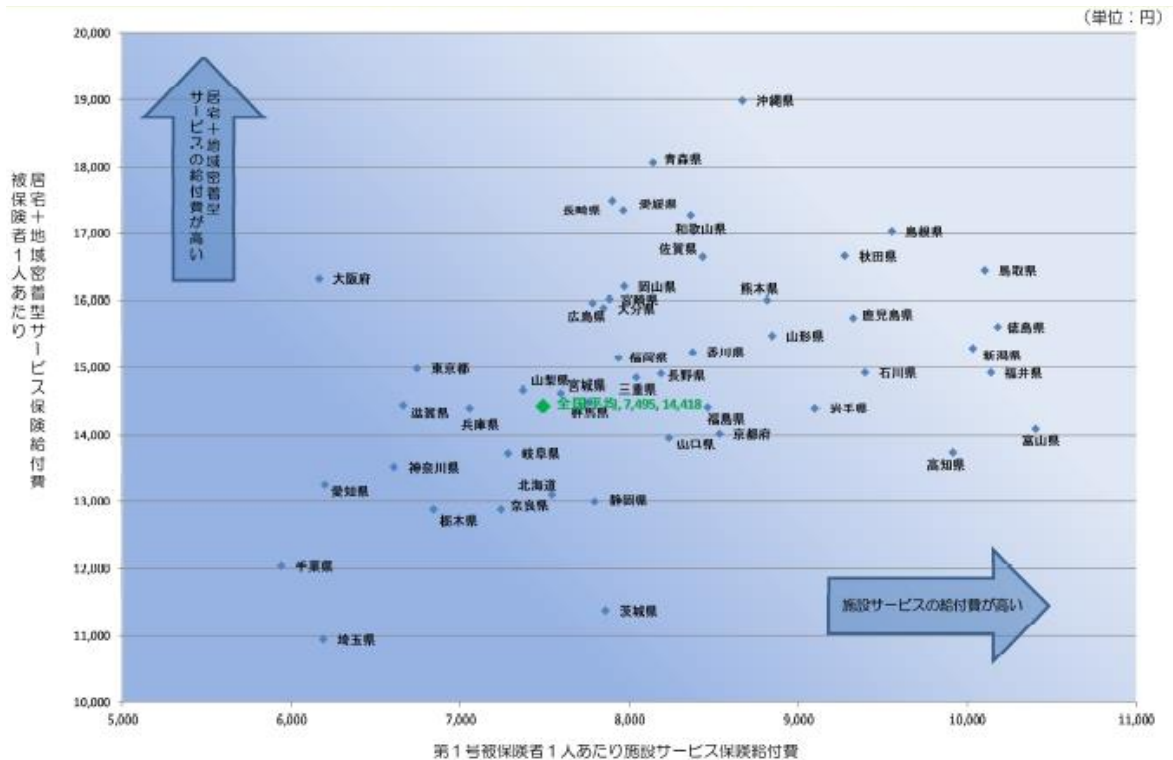
### (2)再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

高額介護(介護予防)サービス費は130億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は21億円となっている。

### (3)再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は279億円、うち食費分は204億円、居住費(滞在費)分は75億円となっている。(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である)。

## 第1号被保険者1人あたり保険給付費【都道府県別】



出典:介護保険事業状況報告(平成26年5月サービス分)

介護保険事業状況報告(暫定)(平成26年7月分)の全文は、  
当事務所のホームページ「経営 TOPICS」よりご確認ください。

# 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ねら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、持分を放棄して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

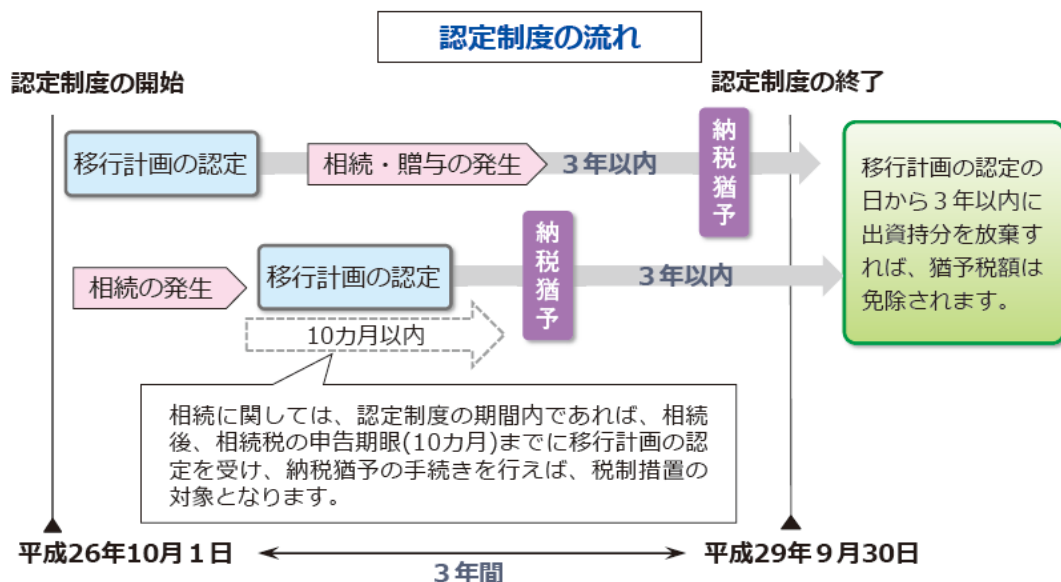
② 認定期間 → 平成 26 年 10 月 1 日から平成 29 年 9 月 30 日の 3 年間

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する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。

レポート全文は、当事務所のホームページの「[医療経営情報レポート](#)」よりご覧ください。

## 経営データベース ①

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: インフォームド・コンセント



### 医師と患者の関係

医師と患者の関係は、どのように捉えればよいでしょうか



医師と患者の関係については、古くから研究されています。一般に用いられるのは、「医師・患者関係の3基本類型」と呼ばれるものです。

その類型は、医療行為に関する医師と患者の役割に注目したモデルであり、これによると、医師と患者の関係には次の3つのパターンが考え得るとしています。

● I. 積極 — 受動型

医師が主導権を握り、患者は単なる客体としてのみ存在する類型

● II. 指導 — 協力型

医師が一定の方向を示し、説得し、患者がそれに納得し従う類型

● III. 相互参加

医師が自分の専門知識・技術を持って患者を援助し、患者がその援助を前提として、自ら主体的に疾病の克服を目指す類型

このモデルが発表された 1950 年代には、感染症や急性疾患による救急医療、急性期医療が多く、上記 I のパターンが中心でした。しかし、近年の疾病構造の変化や医療技術の発達により、II のパターンを経て、どのような治療を望むか、どのような死を望むか、といったことも患者が選ぶ時代となり、III のパターンに沿って治療が進められることが多くなっています。



## 経営データベース ②

ジャンル: リスクマネジメント > サブジャンル: インフォームド・コンセント



### 医療に関する「知識の偏在化」

医療における「知識の偏在化」には、どのような対応が必要でしょうか。



医師が患者に対して「説明」をしたとしても、説明を受ける患者が理解できなければ意味がありません。理解できない要因としては、①患者側、②医療機関側、の双方に存在します。

#### ①患者側の要因

「医療知識の不足」が挙げられます。患者は医療の専門家ではありませんから、専門用語や難解な知識、理論を持つ必要はありませんが、自分の健康は自ら管理する、自分が受ける医療は自分で選択する、といった治療への能動的な意識は患者側にも必要です。

昨今では、インターネット環境の浸透を背景とし、医療に関する情報の入手が以前と比べて格段に容易になりました。

医療の主体は、あくまでも「患者本人」であることを認識すべきでしょう。

#### ②医療機関側の要因

患者に対して、十分な情報を提供していないことにあります。難解な専門用語を並べただけでは説明といえないのは当然ですが、「患者自身が説明を受けても理解できない心身状態」であるにもかかわらず、一方的に情報提供し説明を行ったケースも適切ではないとされます。

インフォームド・コンセントは、患者が治療を受けることに先立ち、それを承諾して選択するために必要な情報を医師から受け取る権利であると理解する必要があります。同意書に署名してもらうことのみを目的とするのは、近年の患者権利意識の向上を背景とする医師-患者関係とは相いれないものにとらえなければなりません。

