



全日病 NEWS 6/1

21世紀の医療を考える全日病 2007

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.664 2007/6/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

「基金拠出型」への移行は当面見合わせ!

医療法人制度改正 移行課税の結論出ず。出資額限度への変更も当面は手控え

「基金拠出型医療法人への移行は当面手控えてほしい!」

医療法の第5次改正が4月1日に施行され、新たな類型として「基金拠出型」医療法人が創設されたが、厚労省は、それへの移行を当面控えるようよびかけている。本会が5月20日に東京都内で開催した「第5次医療法改正説明会」でも、こうした見解をあらためて示した。

税務当局との間で移行に伴う課税の取り扱いが定まっていなかったことが理由。

すべての医療法人に、改正医療法と整合性を図るための定款・寄附行為の変更を施行後1年以内に行なうことが求められているが、厚労省は、移行課税について1年内に決着を図ると言明しており、移行を含む定款変更は情勢を見極めながらじっくり取り組む必要があるようだ。(2・3面に金森医療法人指導官の講演要旨を掲載)

約300名が参加した本会の「第5次医療法改正説明会」で、厚生労働省医政局の佐藤敏信指導課長は「移行課税の問題はまだ決着していない。これを半年、1年で決着させないとならない」と説明した上で、「移行に際して課税されては意味がない」として、移行を当面手控えるよう求めた。

厚労省は講演後に書面で回答したQAにおいて、「基金拠出型」への移行展望が定かではない状況であることを理由に、急いで出資額限度法人へ定款を変更する必要はないという認識を明らかにした。

剰余金分配禁止の原則徹底を図った改正医療法(新法)施行によって、出資額限度方式を含む持分のある社団医療法人は、解散時残余財産帰属制限規定にかかわる経過措置が適用されて存続

が認められたものの、新設はできなくなった。

その代わりに創設された新たな類型が「基金拠出型」の医療法人で、出資ではなく、拠出にもつづく資金等の提供によって社員となり、医療法人は当該社員に拠出額(または拠出時の財産価額)の返還義務を負うという債権債務の関係をとる。

既存の持分ある社団医療法人は、それぞれの状況に応じて、「基金拠出型」医療法人へ移行することが期待されるが、その際に、厚労省は「既存の持分ある社団医療法人は、いったん出資額限度方式に変更してから基金拠出型に移行することで、課税を免れることが可能」という認識を表明していた(2月28日の四病協総合部会における厚労省担当官の講演=本紙3月1日号既報)

しかし、5月20日の本会説明会で、医政局指導課の金森勝徳医療法人指導官は、移行課税に関する税務当局との協議が現在も継続していることを認め、持分ありから持分なしへの移行は結論が出るまで見合わせるよう求めた。

また、新法で創設された社会医療法人の税制について、佐藤指導課長は、「公益法人改革の体系と税制がみえてこない」と確定しがたい」と説明した。

社会医療法人の税制に関しては、公益法人制度改革とかかわる税制改正の問題がよこたわっており、高度な政治マターになっている。

この点に関して、本会説明会に登壇した公認会計士の石井孝宜氏(文京学院大学院客員教授)は、「社会医療法人における非課税のパラドックスが生じる可能性」があるとして、消費税の二の舞となることへ強い懸念を表明した。

これは、(認可要件である)救急医療等確保事業についてのみ法人税を非課税とした場合に起こりえる事態で、石井氏は、「政策医療等確保事業から出た利益は非課税にするが、それ以外は課税するという非課税措置があり得る。



この下では、政策医療等確保事業で生じた赤字を他事業の黒字と相殺できなくなるので、非課税のパラドックスが起きる」と、注意を喚起した。

同氏は、新法施行によっても「(社会医療法人の)税制や4疾病5事業など未確定の部分が多い。医療法人制度改革はこれで終わったのか。まだ次のステップがあるのではないかと、医療法人や老健施設の会計基準制定などが先送りとなったことなどを例にあげ、医療法人制度改革は今後も継続されるべきであるという認識を示した。

その一方で、「早ければ来年7月から、誰でも、1人医療法人を含むすべての医療法人の決算書類を見ることができると、株式会社でも実現していない経営情報の開示が始まることを指摘。都道府県による個別経営指導という従前のスタイルがなくなることなどにも触れ、「自己責任」にもつづく経営が始まったとして、各医療法人に自覚を求めた。

「医療区分評価の前提は医療療養病床像の明確化」

2006年度慢性期調査の最終報告 データ分析から妥当性評価の表。現行区分との少なからぬ齟齬も

2006年度慢性期調査結果の詳細がまとまり、5月30日の診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会(分科会長・池上直巳慶大教授)は、最終報告書のとりまとめに向けて、医療区分項目の見直しや医療療養病床のあり方などの議論を再開した。

調査回答数は3月の中間集計から若干増えたものの、各回答値には、中間報告と大きく変わることはなかった。

事務局(厚労省保険局医療課)は、細かな分析手法を駆使して療養病床入院患者の特性等を多面にわたって解明・整理するとともに、各種の調整分析をほどこし、ADLと医療区分ごとのケア時間(人件費重み付け調整後)と患者あたり1日費用(人件費・薬剤費・保険材料費)、さらには主要評価項目ごとのケア時間

(同)の値を導いた。

その結果、ADLの要素を排除して、評価指標および疾患・状態像ごとにケア時間と1日費用の値や評価ランクで裏付けるマトリクスを作り、現行医療区分評価との比較検証を試みる表組みをまとめた。

調査結果を駆使した結果得られた医療区分妥当性を評価する1つのツールである、このマトリクス(最終データ)に対して、委員からは、ケア時間や保険材料など数的に捕捉可能な医療処置に重きを置いた評価手法に対する疑問、したがって、「観察」等予防予知的な行為と状態像の相関性を軸とした評価を試みるべきとする意見が出た。

医療課が整理したマトリクスは、医療の必要性の高い患者を医療療養病床に集めるといった発想を投影した区分の妥

当性評価である。しかし、介護療養病床が廃止され、態勢が強化されるとはいえ、医師不在や看護手薄の時間帯がある老健等の介護施設を想定したときに、うつや認知障害といったケア時間や費用からは捕捉しにくい患者をどう評価するかという問題が新たに生じる。

その一方で、このマトリクスに従うと、現行医療区分の2ないしは3にある項目がケア時間や費用の多寡による裏付けを得られず、少なからぬ変更を余

儀なくされる可能性がある。データのみには依拠した手直しは、病棟現場と経営に深刻な影響を与えかねない。

分科会の医療系委員は、まずは、療養病床再編を踏まえた医療療養病床の役割と機能を明確にすることから始めることを提案した。これは、現行区分をまとめた後に生じた劇的な変化でもあるからだ。

しかし、事務局は「基本小委に対する早期最終報告」の必要を理由に、今後、2回程度の議論でとりまとめたいとして、各委員に数日間で110頁以上に及ぶデータの解説と分析結果に対する意見、そして医療療養病床のあるべき像の見解を事務局に提出するよう要請した。

転換老健、夜間看護師配置を要件に

介護施設等の在り方委員会 リハの継続を評価。医療法人の特養経営も提起

5月18日の「介護施設等の在り方に関する委員会」に、厚労省は、療養病床から転換した介護老人保健施設における医療提供の体制強化を図る考え方を提示した。

療養病床から現行医療区分1および同2の30%(うつ状態、褥瘡、創傷処置、皮膚の潰瘍等)の患者を引き継ぐと想定、①日中・夜間を通じた通常必要となる医療、②看取り、③リハビリテーションの各領域において、必要な態勢を整えるというのが転換型老健の医療サービスとなる。

具体的には、①日中・夜間を通じて通常必要となる医療として、急性増悪への対応、喀痰吸引、経管栄養等の日常的な医療処置をあげ、とくに夜間対応に問題があるとして、医師についてはオンコールや外からの往診によって対

応し、看護師に関しては夜勤体制を組む、②(昇圧剤投与等、緊急かつ高度な医療処置等が可能な)看取りの体制を整える、③療養病床におけるリハの提供を引き続き評価する、というもの。

今回の案には、強化される医療サービスを実現する看護体制、医師の配置およびそれらにかかわる報酬の考え方が示されていない。事務局(厚労省老健局)は、次回6月下旬の委員会に、それらの具体案を提案、次回とりまとめを図り、その結果を介護給付費分科会につなぐ考えだ。

なお、厚労省が同日示した転換支援策に「医療法人による特別養護老人ホームの開設」という課題が加えられた。公式の場で厚労省からこのテーマが示された初の文書となった。

標榜診療科名 基本領域を整理し、専門領域を「自由化」

厚生労働省は広告にかかわる標榜診療科名の見直しを決め、5月21日の医道審議会医道分科会診療科名標榜部会に、改正の考え方を諮った。

それによると、①現行33診療科名(医科)を基本領域に関する16科(別掲)に整理する、②「専門性の高い領域(サブスペシャリティ)等に踏み込んだ部分」の表記については、基本領域診療科名と組み合わせ、客観的な評価検証が可能な「乳腺等体の部位に関するもの、頭痛、女性診療科等症状や患者の特性に関するもの、漢方、ペースメーカー等治

療方法に関するもの」という範囲で標榜の原則自由化を図る、③厚生労働大臣が認可する診療科名(現在は麻酔科のみ)に「総合科」を追加する、というもの。

部会は2~3回議論を重ね、早ければ6月にも改正案をまとめる。

●基本領域診療科名(案)

内科、精神科、小児科、外科、整形外科、形成外科(美容外科)、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科(産科、婦人科)、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、病理診断科(臨床検査科)、救急科

第5次医療法改正説明会(5月20日)から

*以下は3月30日付医政局長通知に関する説明です。重要な通知であるため、参照されるよう薦めます。(1面記事を参照)

自己資本比率廃止等「自己責任」が前面。「公」の指導はなくなる

決算報告は医療法人単位。内部的には施設ごとの会計処理が必要

厚生労働省医政局指導課
医療法人指導官 金森勝徳

医療法人制度改正については3月30日付で5本の通知を出した。そのもっとも基本となるものが医政局長通知「医療法人制度について」(医政発第0330049号)であり、ここに改正医療法、関係政省令の内容が整理されている。以下、医政局長通知に沿ってお話ししたい。

●医療法人の附帯業務を拡大

まず、医療法人附帯業務の拡大(医療法第42条第7号及び第8号)であるが、これまでは第2種社会福祉事業までできるようになっていたところ、今回の改正で、第1種社会福祉事業の一部と有料老人ホームが追加された。

さらに、国土交通省が管轄する高齢者専用賃貸住宅の設置も追加するというので、すでにパブリックコメントを終えた。近々、通知が出る見込みである。

その他として、指定管理者として行う業務を医療法人の本来業務として明確化した。自治体が開設した医療機関を民間に経営委託しようとするとき、医療法人がその管理・運営者として医療の提供と施設経営を引き受けることを、あらためて医療法人の本来業務に位置づけたわけである。

ただし、医療法人が自ら病院等を開設することなく、指定管理者として公の施設である病院、診療所、介護老人保健施設を管理することのみを目的に医療法人を設立することはできない。

この点について、「自治体開設を含む複数の医療機関を運営している医療法人において、経営の行き詰まりから、指定管理の施設だけ残して他をすべて廃止するということができるのか」という質問が寄せられた。

つまり、廃止による定款変更は認可されるのかというお尋ねであるが、都道府県は認可をすることになる。ただし、認可後1年以内に、病院、診療所、老健施設のいずれかを開設しなければ設立認可を取り消すことになる。

●社会医療法人と救急医療等確保事業

社会医療法人が創設された(医療法第42条の2)が、医療計画に記載される救急医療等確保事業をやっていたことが要件の1つとなる。救急医療等確保事業とは、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む)である。このすべてというわけではなく、これらのうちの1つでよい。

この社会医療法人に対しては、収益事業の実施、社会医療法人債の発行のメリットが与えられることになる。さらに、税制上のメリットについても、税制改正要望する予定である。

なお、社会医療法人が複数の施設を有している場合には、そのうちの1以上の施設が救急医療等確保事業をしていればよい。ただし、都道府県をまたいで複数の施設を有している場合には、それぞれの都道府県において1以上の施設が救急医療等確保事業を実施していることが求められる。

●解散時残余財産帰属先を制限

医療法人制度改革において、非常に大きな改正点は、持分の定めのある社団医療法人にかかわる解散時残余財産帰属先の制限(医療法第44条第4項)である。

これまでは、設立時の出資金は出資者個人に帰属し、したがって出資額プラス剰余金が分配されてきた。これを

やめ、解散時残余財産の帰属先から個人したがって出資者を除外した。帰属先として認められるのは、①国、②地方公共団体、③公的医療機関の開設者、④財団又は持分の定めのない社団の医療法人、⑤都道府県医師会又は郡市区医師会のいずれかということになった。

ただし、改正法施行前に設立された持分の定めのある社団医療法人については、「出資額限度法人」を含めて「経過措置型医療法人」に位置づけられ、「当分の間」、その適用が猶予される。その数は約4万1,000にも及ぶ。「当分の間」というのがいつまでであるかは未定である。今回の医療法改正で議論されるのか、あるいは数10年先であるのか、今のところ期限は定まっていない。

なお、従前の持分のある社団医療法人は、「当分の間」という経過措置が有効である限りは「出資額限度法人」に移行することが可能であり、また、後戻りができる。

●医療法人の管理体制を明確化

次に、役員、社員総会など法人内部の管理体制明確化(医療法第46条の2～第49条の4)がある。これについては今回、医療法に大変細かく書き込まれた。

役員(理事・監事)の任期を2年と明記(再任は可能)すること、社員総会の招集権者や招集方法などを明確にすること、社員の議決権を「1人1票」に限定すること、業務監査や監査報告書の作成など監事の職務を明確にすることなど多岐にわたっており、ぜひ、モデル定款・寄附行為で確認していただきたい。

●事業報告書等の作成・閲覧規定を整備

次に、事業報告書等の作成・閲覧に関する規定の整備がある(医療法第51条～第52条)。従前は、財産目録、損益計算書、貸借対照表の3点を作成し、各都道府県に提出していただいていた。それが、今回の改正によって、「事業報告書」と「監事の監査報告書」が加えられた。

社会医療法人の場合には、これらに加えて「救急医療等確保事業の証明」を届け出る必要がある。さらに、社会医療法人債の発行法人になると、「純資産変動計算書」「キャッシュ・フロー計算書」「附属明細表」「公認会計士等の監査報告書」を追加して届け出なければならない。

こうした追加報告の作成に対応して、都道府県知事への届出期限は決算日から3ヶ月以内と、1ヶ月延長された。こうした報告書等の届出が必要となるのは、この4月1日以降に新しく始まる会計年度の決算報告からである。したがって、この4月1日から来年3月31日を会計年度とする医療法人は、来年6月末にはこれら新しい様式の届出が必要となる。

一方、7月1日から6月30日を会計年度とする医療法人であれば、今期決算は従前のおりでよく、新たな会計年度の来年6月決算の報告から、こうしたものを作成していただく。

新たな事業報告書等はすべて様式が変わっている。加えて、これらの報告書等は、施設を複数保有する医療法人においては、施設ごとの書類を提出する必要はなく、医療法人単位でまとめていただくことになる。ただし、経営状況の把握のために、施設ごとに病院会計準則に準じた従前の会計処理は引き続き行っていただきたい。

●社会医療法人債発行に伴う規定を整備

社会医療法人債(公募債)を発行するにあたっては、必要な規定を遵守していただく(医療法第54条の2～第54条の8)。これらは、会社法や担保付社債信託法などにおける社債発行にかかわる規定に準拠しており、その規定を、技術的な読替規定として改正医療法の政省令に盛り込んだ。

さらに、投資家保護のために、金融庁の企業内容等の開示に関する法令に準拠して「社会医療法人債を発行する社会医療法人の財務諸表の用語、様式及び作成方法等に関する規則」(厚生労働省令)を定めた。

社会医療法人の公募債発行に関しては、今年度中に分かりやすいガイドラインをまとめる予定である。

●自己資本比率による資産要件を廃止

昭和60年に定めた自己資本比率による資産要件を廃止した。資産要件とは、法人設立の認可に当たって自己資本比率20%を充足することというものであるが、銀行等からの借入れに依拠して土地・建物等を確保した法人で、これを達成するために負債を法人設立者(理事長)に付け替えるという方法がとられている事例が見受けられるなど、その実質的な意味が失われてきたことから廃止となった。

「開設する病院、診療所又は介護老人保健施設に必要な施設、設備又は資金を有しなければならない」というのが、新たな資産要件である。では、医療法人は「必要な施設、設備」を自己所有し

なければならないかという点、長期にわたる、かつ確実な契約であるならば、賃貸であっても構わない。

賃貸契約の期間については、従前の通知では「10年以上」としてきたが、今回の通知改正によって「長期契約」と改められた。どのくらいの期間をもって「長期」と解するかは、地域特性や病院の機能によって異なるものであり、また、当該医療機関の地域における必要性によっても異なってくる。したがって、具体的な判断は各都道府県におまかせすることになる。

「確実」という点に関連して、医療法人の経営状況に応じて変動する賃貸料は認められないという点に留意していただきたい。契約期間内は固定した額であるべきであり、とくに、経営状況によって賃貸料が上がる場合には剰余金の分配とみなされる場合がある。

開設時の資金については、当然ながら2ヶ月以上あることが望ましい。

この自己資本比率の廃止は何を意味するものであるのか。かつて、20%を下回る医療法人に対して、都道府県によっては細かな経営指導を行なったことだろう。しかし、今後は、こうした経営指導は行なわれない。つまり、医療法人の自己責任で経営していただくということであり、例えば、債務超過に陥った医療法人には民法にしたがった破産手続きを求めるといったかたちで、ある日突然に厳しい指導がなされることになるだろう。

新法の医療法

■社団医療法人

出資持分
定款の記載方法 ・社員資格喪失時
残余財産処分

■財団医療法人

寄附行為の記載方法 ・残余財産処分

改

(法施行前の状

役員・社員総会等の法人内部の管理体制の明確化

(医療法第46条の2～第49条の4関係)

民間非営利部門として地域医療の中心である医療法人の理事、監事、社員総会、評議員会の各機能の明確化により、医療法人の内部管理体制の強化を図る。

役員 ◆役員(理事・監事)任期 ▶▶▶ 2年と明記(再任は可能)など (従前は運用上指導(モデル定款))	監事 ◆監事の職務の明確化 ▶▶▶ 業務監査や監査報告書の作成など (従前は民法第59条を準用)
社員総会(社団医療法人) ◆社員総会の招集権者、招集方法などの明確化 (従前は民法第60～66条を準用) ◆社員の議決権 ▶▶▶ 「1人1票」に限定 (従前は運用上指導(モデル定款))	評議員会(財団医療法人) ◆評議員会の招集権者、招集方法などの明確化 ◆評議員会への最低諮問事項を明確化 (従前は運用上指導(モデル寄附行為)) ◆評議員の資格を明確化 (従前は法令上規定なし)

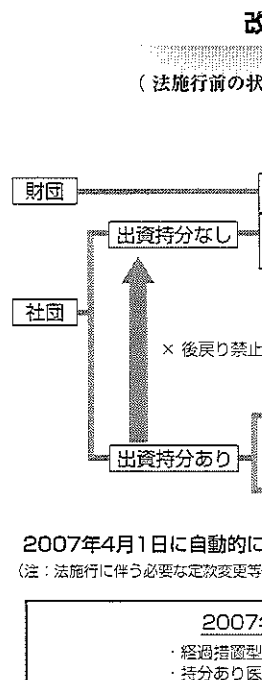
医療法人の内部管理体制の明確化を通じた効率的な医療経営の推進

事業報告書等の作成・閲覧に関する規定の整備

(医療法第51条～第52条関係)

都道府県知事への事業報告書等の届出、閲覧等の規定について明確化

医療法人 作成・届出書類 ・財産目録 ・貸借対照表 ・損益計算書	閲覧 ・事務所のみ ・債権者	都道府県知事への届出期限 ・2ヶ月
医療法人 作成・届出書類 ・事業報告書 ・財産目録 ・貸借対照表 ・損益計算書 ・監事の監査報告書	閲覧 左記の書類に加え ・定款、寄附行為	都道府県知事への届出期限 ・3ヶ月
社会医療法人 上記書類に加え ・救急医療等確保事業の証明	【事務所】 ・債権者 ・社員又は評議員	
社会医療法人債発行法人 上記書類に加え ・純資産変動計算書 ・キャッシュ・フロー計算書 ・附属明細表 ・公認会計士等の監査報告書	【都道府県】 上記の者に加え ・一般の者	



●「基金制度」と新たな医療法人類型

重要な改正として「基金制度」の創設がある。この4月から、新たに設立できる医療法人は、財団もしくは持分の定めのない社団医療法人に限られる。すなわち、出資にもとづく医療法人は設立できなくなった。

では、医療法人はもはや寄附によるしか設立はできないのか、出したお金は戻ってこないのかというと、そうではなく、例えば100万円を拠出したら、その100万円についてはきちんと戻ってくる制度にしようということで設けたのが「基金制度」である。

社会医療法人と特定・特別医療法人を除いた、持分の定めのない社団医療法人が、こうした「基金制度」を取り入れることになる。

この基金拠出型医療法人から、社会医療法人や特定医療法人に移行する場合には、いったん、基金を拠出者に返していただくことになる。

従前は、出資持分のある社団医療法人が持分のない特定または特別医療法人になる場合に、出資持分を放棄させられた。しかし、「基金制度」の場合に、拠出した資金は出資ではなく債権であるために、医療法人は拠出者に返還する義務が生じるわけである。

●「持分あり」から「なし」への移行問題

ただし、「経過措置型医療法人」から、改正法の下で新設が認められる、出資持分の定めのない医療法人への移行に関しては、法人税、所得税、贈与税等の課税関係がまだ明確になっていないこ

とから、しばらくご猶予いただきたい。この移行については後戻りはできない。移行課税の取り扱いが明らかになってから決めていただいた方がよろしいかと思料する。

なお、持分の定めのある「経過措置型医療法人」同士が合併した場合には、合併後も「経過措置型医療法人」にとどまることができる。

●定款変更に関する注意点

続いて定款変更についてご説明する。医政局長通知には、この4月1日以後に設立認可の申請をする医療法人の定款例(別添1)と寄附行為例(別添2)が添付されている。これらは、今回の医療法と政省令改正を詳しく反映した、定款と寄附行為のニューモデルである。

既存の医療法人に関しては別添3から8のいずれかにしたがっていただくわけだが、このうちの別添3が持分の定めのある社団医療法人の定款例である。その冒頭「定款作成上の注意」に、文中の一重下線が書いてある箇所は「改正法の施行に伴い改正前のモデル定款の変更が必要な部分であり、施行日から1年以内に定款変更の認可申請(届出を含む)をしなければならない」とある。

つまり、従前のモデル定款と改正法の内容とで齟齬が生じる部分があるため、モデル定款どおりの定款については変更が必要であり、来年3月末までに各都道府県に申請していただく必要があるというのが一重下線の箇所である。

次に、二重下線が書いてある箇所は、「経過措置型医療法人」から新法の医療法人に移行する際に変更していただく部分である。新法の医療法人と「経過措置型医療法人」の違いは、①社員資格喪失時の出資金返還請求権の有無、②解散時残余財産の出資者に対する分配規定の有無(帰属先制限規定の有無)である。

「経過措置型医療法人」から新法の医療法人への移行に際しては、この、二重下線が書いてある部分の変更が必要であるが、まだ課税関係が整っていないために、この箇所は当面は現在のとおりで構わない。

次の、点線による下線箇所は、旧モデルにはなかった、今回の改正によって新しく規定された事項である。これは、当然、施行後に新設される医療法人の定款には盛り込まれている。

点線による下線箇所には、それとは逆に、旧モデルには書き込まれていたものの改正後には法定根拠がなくなったために削除可能という事項も含まれている。この部分を、点線どおりに変更するか否かは医療法人の判断に委ねる。

別添3において、具体例をあげて説明しよう。一重下線箇所の1つに第4条2項がある。指定管理者となっている医療法人で定款に書き込んでいない、あるいは書き込んだ場所がモデル定款と異なっている法人は、ここに、附帯業務として書き込んでいただく。

次に、二重下線箇所の例であるが、第8条の次に「(削除)」とある。これは、旧モデルにおいて社員資格を喪失した者に出資金の返還請求権を認めている条項であり、「経過措置型医療法人」から新法の医療法人に移行するときに削除していただくことになる。

したがって、「経過措置型医療法人」においては、当面、この条項を削除す

ることなく、このままにしておいて構わない。課税関係が明確になり、それにかかわる通知が出た段階で移行を検討していただければ結構である。

さらに、点線箇所の例であるが、第18条5に「理事又は監事のうち、その定数の5分の1を超える者が欠けたときは、1月以内に補充しなければならない」とある。これは旧モデルにはない条項で、今回の改正で法的に整備された1つである。定款変更の際はこの条項を付け加えるか否かは、一応、医療法人側の判断に委ねる。ただし、国としてはできるだけ盛り込まれるよう希望するものである。

一方、現在「常務理事〇名」と書き込んである定款については、過去に認可されているものであることから削除する必要はない。ただし、現在書き込んでいない定款については、元々医療法には規定されていない役職名であることから、今後の変更で新たに書き込もうとすると役員報酬規定の提出を求めるなど詳しい書類確認が行われ、厳しくチェックされることになろう。

以上に限らず、改正によるモデル定款の修正は多岐に及んでいる。不明な点は各都道府県に照会していただきたい。

財団医療法人の寄附行為例(別添4)であるが、財団の場合にも新法の医療法人と「経過措置型医療法人」とがあるが、財団医療法人については、「経過措置型医療法人」から新法医療法人への移行に伴う課税が生じない。したがって、できるだけニューモデルの寄附行為に変更していただきたい。

●事業報告書等に関する注意点

最後に、事業報告書等についてお話しする(指導課長通知「医療法人における事業報告書等の様式について」一3月30日付医政指発第0330003号)。

4月1日以降新たに始まる会計年度の決算から、各都道府県には、この様式



で報告していただくことになる。今までは、複数の施設を有する医療法人は、各施設ごとに貸借対照表や損益計算書を作成して、報告していただいていた。しかし、これからはこの様式で法人一本、医療法人単位で結構である。

様式の簡素化は、しかし、各施設ごとの会計処理や病院会計準則の適用といった従前の取り扱いの緩和を意味するものではない。これはこれまでどおりやって、施設ごとに運営と財政状況の把握に努めていただきたい。ただし、各都道府県に報告する書類はこのとおりにしていただく。

なぜ、簡素化されたかということ、前出医政局長通知の8にあるように、「医療法人からの届出に係る書類について閲覧の請求があった場合は、都道府県知事は、過去3年間に届け出られた書類について行う」ことになったからである。

つまり、従前は事務所に保存し、債権者の求めに応じて閲覧に供するとされていたものが、今回の改正で、都道府県において、請求のあった人々の閲覧に供することになったために、一般の人にも分かるような様式になったわけである。施設別の詳細を報告したいという医療法人については、従前とおりの様式で報告いただいても構わない。

都道府県はこれら書類を3年間保存する。つまり、過去3年にわたって閲覧に供することになる。ただし、閲覧の対象となる報告は、この新しい様式で出された書類である。

したがって、早ければ新会計年度の報告が出された来年7月以降に閲覧に供することになるが、その段階では1年分しかみせられないことになる。

医療法人制度改革に関するQA (第5次医療法改正説明会) 来場者からの文書質問に対する厚労省回答

Q 現在「持分あり法人」が「基金拠出型」(税制が定まった後に)への移行を想定した場合、

①現段階では「出資額限度法人」へ移行しておくべきと考えてよいのか?

A ①税制が定まっていない現段階では、その必要はないと考える。

②「出資額限度法人」への移行については、「いわゆる「出資額限度法人」について(平成16年医政発第0813001号医政局長通知)別添4のとおり、法人税、所得税及び贈与税等の課税は生じない。

Q 賃貸借契約で病院開設を行う場合、①契約は長期間かつ確実なもの(都道府県で個別判断のこと)

②賃料は経営状況で上下してはいけないとされていましたが、①の要件は満たしても賃料は世間一般でも「経済状況の変化により」あるいは貸主の事情により、契約の範囲内で変化する可能性を持っています。都道府県の判断とはいえ、賃借料の長期固定化を必須とするのは、貸主側に大きなリスクを負わせ、賃借料による施設開設の選択可能性を狭めるものとなりかねないと考えられるがどうか。

A 賃料が法人の利益により変動するものについては、医療法第54条(剰余金配当の禁止)の規定に抵触するおそれがあるので適当ではない。なお、世間一般の経済状況の変化に伴い、契約更新の際に賃料を変更することは差し支えない。

Q 診療に関わる情報開示はよくわかるが、経営会計情報の開示は、利用者の利益、あるいは、何に寄与するという考えでの開示方向なのか? 選択するのに影響はあるとは思えません。

A 経営会計情報の開示は、法人経営の

透明性を高めるものであり、「医療経営の非営利性等に関する検討会報告(平成17年7月)」を受けて法律改正したもの。診療に関わる情報開示により患者が病院等を選択することは無関係である。

Q 新法の医療法人と経過措置型医療法人が合併した場合、経過措置型医療法人で運営できるのか。

A 新法の医療法人と経過措置型医療法人が合併した場合の合併後の医療法人は、「新法の医療法人」に限られる。(良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等一部改正法(平成18年法律第84号)附則第10条第2項、医療法第44条第4項、医療法施行規則第35条第2項参照)

Q ①社団医療法人の場合、モデル定款の9条のみを出資額限度法人モデル定款の9条のように変えることは可能か。

②「1人法人」の場合、役員は就業規則で退職金を受取ることができるか。

A ①出資額限度法人へ移行する場合は、第9条と第34条の変更が必要。第9条のみを変更することは、出資持分が不明確となるため認められない。

②「1人医師医療法人」に限らず、常勤役員に退職金を支給することは、退職金支給基準を総会等の決議によりあらかじめ決めていけば可能。非常勤の役員に退職金を支給することは、医療法第54条(剰余金配当の禁止)の規定に抵触するおそれがあるので適当ではない。

Q 監事は、理事又は医療法人の職員を兼ねてはならないとなっていますが、院外薬剤師はなれるか?

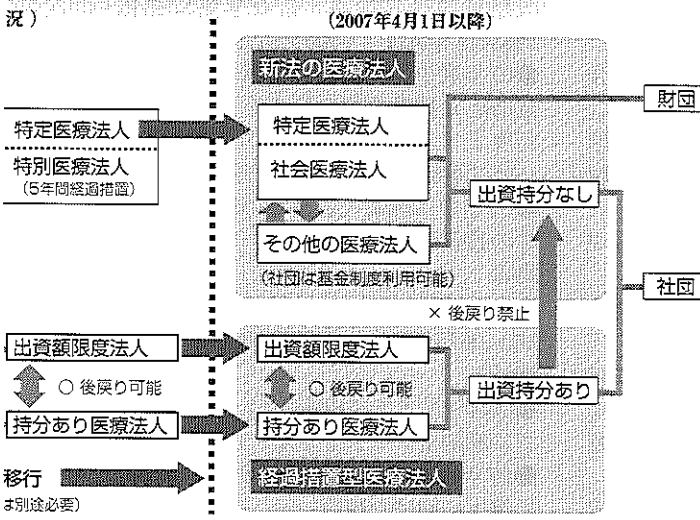
A 医療法第46条の2第2項(役員欠格事由)及び第48条(監事の兼職禁止)に抵触せず、第46条の4第3項(監事の職務)の規定を遂行できる者なら監事になれる。

人と経過措置型医療法人の違い

Table comparing 'New Law Medical Corporation' and 'Transition Measure Type Medical Corporation' across various criteria like capital contribution and dissolution.

Table comparing 'New Law Medical Corporation' and 'Transition Measure Type Medical Corporation' regarding residual assets and their distribution.

正医療法施行に伴う医療法人の移行



4月以降設立できる医療法人は、新法の医療法人のみ(旧法の医療法人)を07年4月以降設立することは不可(旧法から出資額限度法人への定款変更は07年4月以降も可能)

病院類型・機能特性を反映した評価を検討

07年度のDPC動向 調整係数は廃止へ。再入院率で算定方法見直しの可能性

厚生労働省は5月16日の診療報酬基本問題小委に、2007年度のDPC調査計画において、新規の調査参加病院(DPC準備病院)を多数募る予定であることを明らかにした。

また、調査結果を踏まえ、08年度改定において、①再入院率の動向に注目し、その結果によっては算定方法を見直す、②08年度以降の医療機関係数のあり方として、調整係数の廃止や新たな機能評価係数の設定等を検討する、③多種多様な病院にDPCが導入されつつあることを踏まえ、病院類型(機能特性)を評価する仕組みを検討する方針を提示した。

②と③の課題提起からは、DPCに広く急性期病院を受け入れる段階を迎え、主に特定機能病院を想定した機能評価係数を見直し、地域の中小病院や専門病院をも視野に収め、病院のタイプに応じた機能や実績特性の評価に踏み込む意図がうかがえる。

ただし、病院類型や機能の違いを反映する診断群分類の見直しには言及していない。

新規DPC準備病院の募集について、厚労省は、昨年までの3週間から4週間(5月25日～6月15日まで)に募集期間を延長し、5月22日に同省ホームページに掲載した。

同日の基本小委では、主に、DPC病院における再入院率の増加傾向が議論の対象になった。

3月14日の同小委に報告された06年度退院患者調査(7～12月)の中間報告によると、05年度平均の6.71%から06年度には7.22%に増えるなど、再入院率は年々増加をたどっている。再入院率は病院間のばらつきが大きいことが特徴で、最少1.52%から34.15%の間に各病院が分布している(06年度)。

支払い側からも「退院してリセットとはいかがか」という疑問が示され、事務局は「その点を含めて色々検討したい」と

改善策を導入する意向を示した。

また、公益委員からは「平均在院日数と再入院率の間に負の相関がある」という指摘が出た。

診療側委員(日医)からは「退院患者の経路や転帰に関するデータを非DPCの一般病院と比較するべきである」という要求がなされ、事務局は比較方法を検討すると答えた。

一方、石井委員(日病協)は、調整係数はこれまでの考え方が継承されるべきであり、激変は現場を混乱させるとして、事務局に慎重な対応を求めた。

これ以外にも、各病院のDPC導入前後のデータ比較検討や後発医薬品の使用状況についての調査を求める意見が示され、事務局は対応する意向を表明した。

から詳細な分析を行い、医療機関係数の在り方等について検討する。

(2)医療機関からのヒアリングについて 06年度と同様、調査内容に基づいたヒアリングをDPC分科会で行う。

(3)調査対象とする医療機関

DPC対象病院及びDPC準備病院に加え、以下の基準を満たす医療機関も07年度調査の対象とする。

[DPC準備病院の基準]

●DPC対象病院となる希望のある病院で、下記の基準を満たすこと。

・看護配置基準10:1以上 *現在満たしていない病院は、08年度までに満たすべく計画を策定すること。

・診療録管理体制加算を算定している、

又は同等の診療録管理体制を有する

- ・標準レセ電算マスターに対応したデータの提出を含め「7月から12月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できる

●上記に加え、下記の基準を満たすことが望ましい。

- ・特定集中治療室管理料を算定している
- ・救命救急入院料を算定している
- ・病理診断料を算定している
- ・麻酔管理料を算定している
- ・画像診断管理加算を算定している

●07年度調査に参加する新規DPC準備病院の募集期間(予定)

5月25日(金)～6月15日(金) *募集の方法等は厚労省ホームページ上に掲載

09年度のDPC活用は40万床超か。50万床に接近も

柳澤厚生労働大臣は、5月15日の経済財政諮問会議で、「DPC支払い対象病院数360(06年度)を当面1,000(現状から3倍増)に増やすという目標を示した。

これについて、5月26日の日本病院会代議員会で講演した原田医療課長は、「1,000という数は当面の目標であり、上限ではない」と説明した。

また、診療報酬における包括支払いの拡大が求められている中、急性期病院の支払い方法としてDPCの一層の導入が避けられないとした上で、「病床数は最終的に40万床を超えるかもしれない」と展望した。

06年度のDPC病床数は、対象病院が17万7,700床(360病

院)、準備病院が11万4,022床(371病院)と、合計で29万床を越える。

昨年7月の中医協総会で、厚労省は、DPC対象病院の基準を満たす医療機関と特定機能病院の一般病床数が約50万床前後であると報告しているが、今回は準備病院の希望が殺到しており、一気に50万床に近づく可能性もある。

「2007年度病院事務長研修コース」が5月19日に開講、40名の受講者が参加した。(写真)



2007年度におけるDPCに関する調査(抜粋) 5月15日 診療報酬基本問題小委員会

2.平成19年度調査について
(1)具体的な内容
これまでと同様、7月から12月まで

の退院患者調査及び診断群分類の妥当性調査を基本とする。また、再入院の動向に関する調査も継続。集計データ

「特許切れ先発品は後発品へ置き換える」

08年度薬価制度改革 薬価毎年改定は制度面から議論。流通改善は医政局マター?

5月30日の中協・薬価専門部会に事務局(厚労省保険局医療課)は、文科省・厚労省・経産省が4月26日に策定した「革新的医薬品・医療機器創出のための5ヵ年戦略」における「イノベーションの適切な評価」から薬価制度改革にかかわる部分を紹介し、2008年度薬価改定の基本に据える意向を表明した。

「5ヵ年戦略」には、「革新的新薬の適切な評価に重点を置き、特許の切れた

医薬品については後発品への置き換えが着実に進むような薬価・薬剤給付制度にしていく」と書き込まれ、具体的な制度設計の検討と結論を07年度内に得るとしている。

この方針に対して支払側は、医療費への影響が生じないよう、「革新的新薬の評価」と「後発医薬品への置き換え」を一体に取組む「財政中立」の姿勢で臨むべきであると強調。薬価専門部会の

遠藤久夫部会長(学習院大学教授)も「同様の認識である」と答えた。

事務局は、厚労省として、後発品のシェアを現在の17%から30%へ引き上げることを目標とすることを明らかにした。

一方、「類同な薬価改定」の問題は、部会が昨年12月20日にまとめた「薬価算定基準の在り方(論点)」で、08年度薬価改定のテーマとして確定している。事務局は、医政局の「医療用医薬品

の流通改善に関する懇談会」で未妥結・仮納入と総価取引の検討が進みつつあり、この秋に流通改善に関する提言がまとめられるという見通しを披露。「薬価専門部会が決める問題」としながらも、医政局所管である流通問題と切り離してアプローチする方法もある、と示唆した。

遠藤部会長は「医薬品流通態の報告を踏まえた上で議論をして改定に間に合わせたい。早くても09年度からの実施になる」と、議論のとりまとめに前向きな姿勢を示した。

次期薬価制度改革案は12月をめどにまとめられる。

「日本医療の人的資源はまだ量的に不十分」

医療施設体系あり方検討会 西澤会長が認識表明。人員不足の現状追認に反論

5月24日の「医療施設体系のあり方に関する検討会」は、特定機能病院と専門医それぞれのあり方とともに「医療法にもとづく人員配置標準」について議論を行なった。議論が2巡したことを受けて、事務局(医政局総務課)は次回検討会に議論の整理を示す予定だ。

特定機能病院の議論において、大学病院を代表する委員は、現行特定機能病院が果たしている役割を説明、その機能を高く評価すべしとする見解を述べた。

この意見に対して本会西澤会長は、「特定機能病院の現状を擁護するといふのであれば実例が提示されるべきだ。DPCのデータを用いて、地域医療支援病院、政令指定都市の500病床超病院、私立の大手病院等と比較してはどうか」と、データにもとづいて比較検証するよう提起した。

他委員からも、現行特定機能病院に対する疑問表明が続く中、大学病院出身の委員から「大学病院(本院)すべて

という現行認可の見直しは否定しない」という見解が示され、他の大学病院系委員もこれに賛同した。

病院外来医師の配置をめぐる議論で、古橋委員(日看協)は、「医療法の配置標準には最低基準という要素がある」とし、それを踏まえた上で人員確保に対応していくべきと、深刻な人員不足の現状を追認する認識を表わした。

西澤会長は、構造的な人員不足に加え、施策面からも偏在が強められている病院全体の状況を踏まえたときに、そうした一般論には「賛同しがたい」として、「一部の病院に看護師が集まり、集められない病院が多数出現している。日本全体の医療を考えたときに、この地域は急性期が成り立つが、他の地域は成り立たないという現状でよいのか。現在、質に関する議論が始まっているが、日本の医療は人的資源の面でまだ量的には十分でないということを考えなければならぬ」と、語気強く難じた。

医療・介護の質向上・効率化プログラム

07年中に医療従事者役割分担で一定の結論

柳澤厚生労働大臣は、5月15日の経済財政諮問会議に、「医療・介護サービスの

の質向上・効率化プログラム(目標期間は2008年度から12年度)を示した。

「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」の主な目標

- 2015年度までに、メタボリックシンドロームの該当者と予備群を08年度比で25%以上減少(12年度までに10%以上減少)
- 05年から14年までの10年間で、要介護者を「7人に1人」から「10人に1人」に
- 15年度までに、平均在院日数の全国平均と最短の県の差を半分(12年度までに差を3分の1短縮)
- 07年度中に総合的な診療能力をもつ医師の養成の仕組みについて検討
- 08年度中に地域連携パス(31都道府県で実施=06年度)の全国実施
- EBMに基づき、①09年度までに総合的初期診療のガイドライン作成、②12年度までに診療ガイドラインの普及を図る方策を確立
- 08年度までに検査項目毎の検査測定値等の標準化(血液検査等)
- 12年度までに後発医薬品のシェア(数量ベースで16.8%)を30%以上に

- 診療報酬の包括化の普及に伴い保険医療機関等の指導・監査を更に強化(個別指導数毎年8,000ヶ所を目指す)
- 07年度中に、広域で事業展開する指定訪問介護事業所の監査を実施し、12年度までに営利法人のすべての介護サービス事業所に対し指導監査を実施
- 07年中に医師・看護等の医療従事者等の役割分担の見直しで一定の結論を得る
- 12年度までにDPC支払い対象病院数360(06年度)を当面1000(現状から3倍増)に
- 10年4月までに8割以上、11年4月までに原則全レセプトをオンライン化
- 07年中をめどに健康ITカード(仮称)の導入に向けた結論
- 08年度までに、全都道府県の医療計画において主要な4疾病5事業について診療実施施設を各医療圏域ごとに明示