



全日病 NEWS

2017.5.15 No.894

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

新専門医制度で地域医療へのさらなる配慮求める

厚労省・医師養成検討会

整備指針の見直し求める声相次ぐ

厚生労働省の「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」(遠藤久夫座長)が4月24日に初会合を開いた。開始を1年延期した専門医の新たな仕組みに対し、医師偏在の拡大を懸念する声が依然としてあることを踏まえたもの。初会合では、日本専門医機構の吉村博邦理事長に対し、地域医療に配慮する方向で、専門医制度新整備指針の変更を求める意見が相次いだ。

地域医療への懸念が再び高まる

新たな専門医制度は、今年度の開始を予定していたが、医師偏在の拡大などの懸念に対応するため、昨年7月に日本専門医機構の執行部と組織を刷新。全日病の神野正博副会長も理事として参加し、新たな体制とした上で、実施を1年延期し、来年度からの開始に向けて準備を進めている。昨年12月には新整備指針、3月には運用細則を決定した。しかしこの段階で、再び地域医療への影響が懸念される状況となり、塩崎恭久厚労相の意向により、同検討会の設置に至った。

塩崎厚労相は冒頭の挨拶で、「地域医療への影響を心配する過疎地などの声をずいぶん聞いた。医療関係者、特に地域医療に責任を持つ行政関係者が心配している」と述べた。その上で、地域医療に配慮した専門医制度のあり方について、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の報告書を踏まえた検討

を求めた。

同検討会の検討課題は、◇地域医療に求められる専門医制度◇卒前・卒後の一貫した医師養成◇医師養成の制度における地域医療への配慮。地域医療への配慮とともに、文部科学省の担当者が参加し、医学教育のあり方もあわせて検討する会議となっている。

すべての医師が専門医を取得する必要はない

初会合で厚労省は検討に当たって次の3つの論点を示した。

(1) 専門医は自発的な自己研鑽として位置付けられるもので、すべての医師が専門医を取得することが、実質上義務付けられるものでないことを明確にする

(2) 女性医師等に専門医資格の取得を促す観点から、地域医療従事者等に配慮したカリキュラム制の設置を明確にする

(3) 様々な患者を診ることができる市中病院も重要な研修拠点とし、研修の中心は大学病院のみでなく、症例の豊富な地域の中核病院等であることを明確にする

これらは専門医機構が整備指針を検討する過程で、配慮してきた点であるが、改めてその明確化を求めた形だ。吉村理事長は同日、関係者に配慮しつつ、新整備指針や運用細則を検討したことを説明したが、委員からは厳しい指摘が相次いだ。

市長が緊急提言を提出

相馬市長の立谷秀清委員は、「地域医療の最終的な責任者は市町村長であり、我々の意見をきくべきというのが基本的な立場」として、これまでの経緯に不満を表明。その上で、「一番危惧しているのは、(年次を定めた研修である)プログラム制による3年以上の研修が大学病院、基幹病院、連携病院で行われることであり、相馬市のような地域では地域医療に貢献している若い医師がいなくなってしまう」と述べた。

全国市長会は4月12日、「国民不在の新専門医制度を危惧する」と題して、塩崎厚労相に緊急提言を行っている。その中で、◇中小病院が危機に陥る懸念◇地方創生に逆行する危険と医師偏在の助長◇医師の診療活動開始年齢の遅延と医療コスト増大◇初期臨床研修制度導入に立ち返りPDCAで考えるべき◇若手医師たちに義務的に医局生活を強いる理不尽一を指摘している。

吉村理事長はこれらの懸念に対し、同日の会議に文書を提出。「そのような懸念が現実化しないよう努める」と述べた上で、これらの懸念に配慮して、基幹施設の基準や5都府県の都市部に設けた専攻医募集定員の上限定額、カリキュラム制導入など対応を講じていることを説明した。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「専門医を取得していない医師を『フリーター医師』と呼ぶべきでは



ない。病院団体としては病院総合医の育成に取り組んでいる。そのような認定制度もある。すべての医師が機構認定の専門医になる必要はないことを明確にすべき」と訴えた。また、2017年度の暫定プログラムの実施で、大学病院で研修を受けている専攻医の全体に対する割合を診療科ごとに示すことを要請した。

3つの論点をめぐっては、他の委員からも様々な意見があった。具体的には、「総合診療医の能力は初期臨床研修を終えた段階で備わっていることが望ましい」、「基本診療領域の研修は症例の豊富な地域の中核病院、サブスペシャリティの研修は大学病院が中心になるという考え方があるのではないか」、「カリキュラム制で5～10年かけて専門医を取得できる柔軟な仕組みが必要」などの意見が出た。

そのほか、「専門医にならなくてもよいという選択肢を機構はどう研修医に伝えるのか」、「機構は各学会にカリキュラム制を導入させる権限を持っているのか」などの質問も出た。吉村理事長は今後、機構の理事会などで議論したいと答えた。

医療療養病床25対1は6年の経過措置が必要

中医協総会

リハビリや退院支援、看取りの評価も検討課題に

中医協総会(田辺国昭会長)は4月26日、次期診療報酬改定に向けて療養病棟入院基本料について議論した。

介護療養病床の受け皿施設の創設を盛り込んだ介護保険法改正案が国会で審議されている中で、医療療養病床25対1の取扱いが課題となっている。診療側は介護療養病床と同じく、6年の経過措置の中で、今後の取扱いを考えることを主張。支払側は介護施設などへの転換を前提に経過措置を設けるべきとした。療養病棟における高齢者のリハビリテーションや退院支援、看取りの充実の評価も今後検討する。

医療療養2の5%減算の問題指摘

2016年度改定で療養病棟入院基本料に対して、厳しい見直しが行われた。医療区分3の酸素療法、医療区分2の頻回の血糖検査、うつ症状の判断が厳格になった上に、療養病棟入院基本料2(25対1)で医療区分2・3の患者が5割以上であることが要件になった。ただし5割以上を満たせない場合は、2018年3月末まで5%減算の診療報酬で算定できることになった。

一方、介護療養病床は2018年3月末までが期限となっており、その受け皿となる施設の新設を盛り込んだ法案

が国会で審議されている。医療療養病床についても、同時期に6対1(30対1)の経過措置が切れ、医療法施行規則の看護配置の本則4対1(20対1)が基準となるため、医療と介護の療養病床の転換が想定されている。

しかし、医療法施行規則の4対1の規定と診療報酬上の20対1の要件は異なる。診療報酬は病棟単位だが、医療法施行規則は他の病棟や外来を合わせた病院全体であるため、病棟単位で診療報酬の20対1の要件を満たさなくても、4対1を満たすことはあり得る。このため25対1の廃止は必然ではなく、取扱いが注目されている。

今回、診療側から出た意見は介護療養病床の経過措置が6年間になる予定であることに合わせて、25対1の取扱い、今後6年間で考えていくことを求めるものが多かった。全日病副会長の猪口雄二委員は、「6年間の経過措置は必要。現場が迷わない対応が求められる」と主張した。また、猪口委員は、5%減算について、「実際は加算等が算定できなくなるので5%以上の影響がある。前回改定時に中医協では議論されず、通知が出て明らかになった。今後はそのようなことが起こらないようにしてほしい」と要請した。

これに対し支払側の委員は、「25対1は基本的にはなくすべき」と発言。「まずは転換の意思決定をして、その上で経過措置を設けるべき」と主張した。また、「療養病棟入院基本料は、基本的に包括評価であるのに、加算が多くわかりにくい。次期改定では、リハビリや在宅復帰でアウトカムの評価を設ける方向で議論すべき」とした。

なお、2015年3月時点で、介護療養病床は6.3万床。最初に廃止の方針が決まった2006年3月から5.9万床の減少となっている。医療療養病床は27.7万床で、逆に同期間で1.5万床増加している。合計では34万床となる。

療養病棟の看取りの評価求める

厚労省が示した療養病棟の現況をみると、◇平均在院日数は147日でやや減少傾向◇病床利用率は88.5%で高水準だが、やや減少傾向◇死亡退院の割合は25.2%で増加傾向(2015年)。医療機関数、病床数とも民間による開設が9割であり、次いで公立である。都道府県別の届出病床数は「西高東低」で、西日本の病床数が多いことも改めて示した。ただこれに関しては、診療側から「介護施設を含め、総合的に地域の状況を判断する必要がある」との



指摘が出た。

職員の配置状況では、療養病棟入院基本料1・2のいずれも、基準より多くの看護職員を配置している(2015年度)。「1」では看護職員1人当たりの稼働病床数は平均3.3床、「2」でも3.9床で、基準の4.0床を上回っている。

高齢化に伴い80歳以上の割合が増加しており、6割を超えている。疾患別で見ると、認知症は横ばいだが、悪性新生物、骨折、呼吸器系の疾患が微増傾向にある。また、退院支援スタッフが配置されている病棟では、配置されていない病棟より、在宅復帰率が高いという結果が出ている。「1」では死亡退院の割合が高く4割を超えている。個別に看取り計画を立てている療養病床は35%。猪口委員は、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」などを踏まえた看取りの評価について議論を求めた。

また、2015年医療経済実態調査から、医療法人の経営状況を損益差額で見ると、「1」で5.5%、「2」で▲1.1%となっている。

2017年度調査の結果は9月以降に公表

中医協・入院医療分科会

給食部門の収支調査で様々な指摘

中医協の診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会(武藤正樹分科会長)は4月27日、厚生労働省から2016年度診療報酬改定の結果を検証するために実施する2017年度調査項目案およびスケジュールについて説明を受けた。6~7月に調査を実施し、9月以降に速報値を公表する。調査項目案に対しては、委員から指摘があり、修正した上で調査を実施する。

2016年度改定の結果検証は、主に診療報酬改定結果検証部会で行うが、入院医療については同分科会が「技術的な観点から検討を行う」ことになる。調査を2016年度と2017年度に分けて行うのは、1年間の長期の経過措置を設けている項目があり、経過措置終了後の状況を把握する必要があるためだ。

2017年度に実施する調査項目は、表1の通り。「経腸栄養用製品を含めた食事療養の給付」は、調査手法を別途

検討することになっていたため、今回厚労省が調査の概要を示した。

胃瘻患者などに対する経腸栄養用製品(流動食)は、医薬品として薬価収載されている流動食と食品として市販されている流動食がある。2016年度改定では、市販の流動食のみを経管栄養法で提供する場合は、入院時食事療養費等の額を1割程度引き下げた。さらに、流動食のみを経管栄養法で提供する場合は、特別食加算を廃止した。

調査では、2015年6月と2017年6月の各1カ月の収支の状況を調査する。DPC対象病院50施設、それ以外の病院50施設の計100施設で行う。

「病院の給食部門における収支の状況」も調査する。介護保険事業の収入のない全国の800医療機関を対象とし、そのうち8施設程度に「給食部門における光熱量の実測調査」を行う。委員からは、「給食部門の収支状況の調

査は10年ぶり貴重なデータになる」との意見が出たが、「回答のマニュアルがないと、(回答に誤差が生じ)奇妙なデータになる可能性がある」、「給食の外部発注の有無や、急性期と慢性期で状況は大きく異なる」など、正確な結果が出るかを懸念する意見が相次いだ。

社会医療法人財団薫仙会理事長の神野正博委員は、「栄養サポートチームの加算などはどこに収入に該当するのか」と質問し、厚労省は「医科点数は給食部門の収支には入らず、医業収入」と回答した。厚労省は、この日の指摘を踏まえ、質問項目の趣旨を明確にするとともに、病院の特性に応じた収支状況が把握できるよう対応するとした。

2016年度調査の回収状況も明らかになった。調査対象の6,731施設のうち、2,202施設が回答。回答率は32.7%だった。一般病棟や療養病棟、有床診療所などの区分での回答率は、28.4~



35.5%の分布であり、大きな差は生じていない。2016年度調査の結果は、5月中に速報値が報告される予定だ。

表1 2017年度の調査項目(案)

- ①一般病棟入院基本料・特定集中治療室管理料における「重症度、医療・看護必要度」等の施設基準の見直しの影響について(その2)
 - ②短期滞手術基本料および総合入院体制加算の評価の在り方について
 - ③救急患者の状態を踏まえた救急医療管理加算等の評価のあり方について
 - ④療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(その2)
- ※経腸栄養用製品を含めた食事療養に係る給付については、別途検討する。

介護医療院を含む2018年度介護報酬改定の議論を開始

厚労省・介護給付費分科会

地域共生社会の考え方を説明

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は4月26日、2018年度介護報酬改定の議論を開始した。厚生労働省は改定に向けた議論のおおまかな日程を説明。(1)夏までに月2回開催して改定課題の検討を一巡させ、(2)秋から各サービスの具体的な方向性を議論、(3)12月中旬に報酬・基準の基本的な考えをまとめ、(4)1~2月頃に諮問・答申を得るというスケジュールを示した。

このうち、(1)夏までの検討項目として、以下を例示した。

- ①通所リハと通所介護の役割分担と機能強化
- ②小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の人員基準や利用定員等
- ③特養内の医療ニーズや看取りに、より一層対応できる仕組み
- ④入退院時における入院医療機関と居宅介護支援事業所等との連携

- ⑤ロボット・ICT等を活用している事業所の報酬・人員基準等のあり方
- ⑥生活援助中心の訪問介護にかかわる緩和された人員基準等のあり方
- ⑦介護医療院の報酬・基準や各種の転換支援策

説明の中で、厚労省は「地域共生社会の実現に向けた取組」が重要課題であるとした上で、「介護保険と障害福祉制度に新たな共生型サービスを位置付ける」考えを明らかにした。老健局

の日原知己総務課長は、「地域共生社会は地域包括ケアの考え方を障害者等にも広げていくもので、地域包括ケアの上位概念となる」と説明した。

この日は各委員が、次期改定に対する意見を自由に表明した。介護医療院に関しては、「一般病床からの転換は介護保険事業計画の対象から外すべき」との声があった一方、介護医療院の創設で特養から入所者がシフトする可能性もあるとして、介護医療院の量的予測の把握が欠かせないとの意見があった。

都道府県のガバナンス強化をめぐる議論

厚労省・医療保険部会

診療報酬の特例も検討課題に

社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)は4月26日、「都道府県のガバナンス強化」をめぐる議論した。これは、塩崎恭久厚労相の12日の経済財政諮問会議における発言を踏まえたもの。塩崎厚労相は、「地域の予防・健康・医療・介護の司令塔としての都道府県の保健ガバナンスの強

化」を検討する考えを示した。医療保険部会では、都道府県の権限強化と役割の明確化の方向について反対はなかった。また、都道府県ごとに診療報酬を設定できる特例措置について今年度中に議論することを確認した。

現在、都道府県は、第3期医療費適正化計画を策定している。第3期計画

から、保険者協会との事前協議を行うことを踏まえ、厚生労働省は保険者協会における都道府県の位置づけや役割を明確にした上で、都道府県が保険者、自治体、医療関係者などと幅広く連携する体制を構築する必要があるとし、医療保険部会に検討を求めた。

厚労省はこの日の部会に、市町村国

保の保険者努力支援制度および後期高齢者医療における保険者インセンティブの結果を公表した。これは、特定健診・保健指導や保険料収納率など保険者の取り組みを評価するもの。

保険者努力支援制度のポイント合計点数が最も高かったのは新潟県で、最も低いのは秋田県だった。また、後期高齢者医療の保険者インセンティブでは、ポイント合計点数で最も高いのは宮崎県、最も低いのは徳島県となった。保険者の取り組み状況には、格差が大きかった。

全日病が財務省の改革の方向性に意見

歳出削減のみに走ることなく消費税を含む公平な歳入増を求める

財務省は4月20日に開かれた財政制度等審議会の財政制度分科会(分科会長=榊原定征会長)に社会保障分野の改革項目と改革の方向性に関する資料を提出した。医療・介護についても多くの項目を盛り込み、病床再編に向

けた都道府県の権限強化や7対1入院基本料の算定要件厳格化など踏み込んだ内容となっている。

これに対し全日病は、下記の意見書を公表。歳出削減のみに走ることなく、消費税を含む公平な歳入増を図るべき

として、具体的な意見を示している。

財務省の資料は、病床機能報告制度について、地域医療構想における機能区分と整合性のある報告制度となるよう、定量的基準を検討することを提案しているほか、病床再編に向けて都道

府県の権限を強化し、民間医療機関でも要請・勧告に従わない場合には、病床単位で保険医療機関の指定取消しを可能とすることを求めた。

7対1入院基本料については、重症度・看護必要度など算定要件の一層の厳格化を要求。看護職員配置ではなく、提供している医療の機能(高度急性期、急性期、回復期等)により評価する仕組みを目指していくべきとしている。

財政制度等審議会財政制度分科会における改革項目と改革の方向性に関する意見

わが国の財政に関するプライマリバランスの正常化に向けた取り組みは、国際的にも実行すべき課題であることを認識する。その中で、いたずらに国民のセーフティネットを破壊する歳出削減のみに走ることなく、消費税を含む公平な歳入増を図るべきである。同分科会における改革項目と改革の方向性の提示を受けて、具体的な意見を提示する。

1. 病床機能報告⑥
本資料で示された定量的基準の策定

の必要性を理解する。決して、診療報酬で繰り引きするものであってはならない。

2. 病床再編に向けた都道府県の権限の整備⑧
国や地方から補助金、交付金の入らない、民間医療機関を対象とすべきではない。公的医療機関をまず優先すべきことを銘記すべきである。

3. 地域医療介護総合確保基金⑨
基金そのものは、行政による作為的配分を否定できない。基金は解消して、この財源は実施した医療に対して公平

に配分される診療報酬に付け替えるべきである。

4. 地域医療構想を踏まえた医療従事者の需給のあり方⑩
地域偏在解消を目的にした規制的な是正策に賛同する。

5. 法定外一般会計繰入の速やかな解消⑬
公的病院に対する交付税、繰入金の見直しに賛同する。本質的には、病院の医療内容に応じた繰入金を公私のイコールフットングの下で行うべきで

ある。

6. 診療報酬(入院基本料)⑭
中医協データで、7対1病床の稼働率の低下は顕著であり、実質的な病床数は相当程度削減されていると認識すべきである。その中で、算定要件にこれまで以上手を加えることは現場の負担を大きくするばかりである。むしろ、本資料に明示されているように、看護職員配置ではなく、提供する医療機能に応じた、かつ重症度・医療、看護必要度が変わるような評価体系の検討を早急に図るべきである。
(数字は、財務省資料の番号)

医療法等一部改正案に盛り込まれた 持分なし医療法人への移行促進策について



公認会計士 五十嵐邦彦

1 はじめに

通常国会に提出された医療法等の一部を改正する法律案に、持分なし医療法人への移行促進策の延長が盛り込まれました。「持分あり医療法人」から「持分なし医療法人」への移行計画を国が認定する制度については、今年9月までとなっていることから、その延長を行うものですが、今回の改正は、現行の制度とは、実務としての本質が根本的に異なると言っても過言ではありません。本稿では、現行制度を踏まえつつ、今回の改正の持つ意味やポイント、今後の見通しについて解説します。

2. 現行制度の概要

認定制度は、経過措置型医療法人であって、新医療法人(持分なし社団)への移行をしようとするものが、移行計画を厚生労働大臣に提出して、その移行計画が適当である旨の認定を受けることができるものです。当該認定を受けることで後述する税制上の措置や移行反対社員の退社による持分払戻資金の融資を独立行政法人福祉医療機構から受けることができます。認定を受けると3年間で持分なしに移行する必要があるが、移行せずに取り下げすることも可能となっています。ただし、取り下げた後の再申請はできません。

税制上の措置は、租税回避の防止策上の条件は付くものの、以下の内容となっています。

①持分を有する個人のうちの一部が、持分を放棄した場合、他の持分を有する個人にその分の経済的利益が移転するので、通常は贈与税の課税対象となる(みなし贈与課税)が、認定後であれば、移行計画による持分なし移行によって事実上経済的利益が生じない部分については、納税猶予及び免除又は税額控除という手立てにより、贈与税の課税がなくなる。

②持分を相続又は遺贈により取得した場合、持分については財産価値があるので、通常は、相続税の対象となるが、相続税の申告期限において認定医療法人となっていれば、移行計画による持分なし移行によって財産価値がなくなった部分については、納税猶予及び免除又は税額控除という手立てにより、相続税の課税がなくなる。

以上の制度により、持分なし移行を後押しするというものとなっているわけですが、まったく税負担なしで移行できるというわけではありません。後述する法人に贈与税が課税されるか否かは、認定制度の利用にまったく関係なく判断されます。

3. 現行制度の利用局面と利用件数が少ない理由

現行の認定制度は、平成26年10月の制度開始から2年を過ぎているが、利用する法人が少ないという状況になっています。実務家から見れば、この制度の意味がないということではなく、当然のこととして予想されたことですから、なぜなら、上記税制上の措置①と福祉医療機構の融資は、持分なし移行の過程で社員の一部の退社等謂わば波風が立つ状況下のものですし、税制上の措置②は、いつ発生するか予想できない相続に係るものだからです。少数の社員が丸丸となっている通常の医療法人にあっては、持分なし移行の際の税負担は、認定制度を利用してもしなくても何ら変わりません。このため、現行の認定制度の一番大きなメリットは、「相続が発生した後」に利用できることにあります。いつ発生するかわからない相続に備えるということは、認定日から3年以内に移行しなければならぬことを考えると、なるべく認定を先延ばしたほうが良いということになります。このため期限に近い今年に認定を受けようと準備していた法人は、多くあったと推定されます。

4. 法人に対する贈与税課税

相続税法第66条第4項は、医療法人を含むすべての法人類型に対して「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るときは、当該法人を個人とみなして、これに贈与税又は相続税を課する」と規定しています。これは、持分を放棄することで財産権が消滅し、その後の相続税負担が無くなることとなるが、このことにより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課税の公平が図られないということで、受贈益が発生した法人に対し課税することとしたもので、持分の定めのある社団医療法人が、持分

の定めのない社団医療法人に移行する場合には、原則として医療法人に贈与税負担が生じるということです。この問題が移行が進まない一番の原因であることは周知の事実で、現行の認定制度においても同様の状況にあったわけです。

この贈与税が課税されない移行をするには、社会医療法人になること、特定医療法人になることその他は、以下の運営の適正性要件を満たさなければなりません。

①同族等役員等制限要件

「その役員等のうち親族等の数が、それぞれの役員等の数のうちに占める割合は、いずれも3分の1以下とする旨の定めがあること」という規定を定款又は寄附行為に置いた上で、この通りの運営をしなければなりません。

②経営組織の適正性要件

適正性の判断としては、理事の定数は6人以上、監事の定数は2人以上であることその他適正なガバナンスに関する定款又は寄附行為の規定が必要であるほか、運営実態の適正性として他の同一の法人の役員等の占める割合の制限や、社会的規模要件として特定医療法人に準じたもの又は社会保険診療収入等割合80%(社会医療法人よりは要件緩和されており福祉系介護保険収入も含める)で医療計画に記載されている(社会医療法人と異なり5疾病だけでなく5事業でも可)医療機関が存在することが必要とされています。

③特別の利益供与禁止要件

当該法人に財産の贈与若しくは遺贈をした者、当該法人の設立者、社員若しくは役員等又はこれらの者の親族等に対し、施設の利用、余裕金の運用、解散した場合における財産の帰属、金銭の貸付け、資産の譲渡、給与の支給、役員等の選任その他財産の運用及び事業の運営に関して特別の利益を与えないことが必要とされ、特別の利益を与えていると判定される例は示されていますが網羅的ではありません。

④残余財産帰属先制限要件

法人が解散した場合にその残余財産が国若しくは地方公共団体又は公益社団法人若しくは公益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限る。)に帰属する旨の内容の規定が定款又は寄附行為になければなりません。

⑧公益に反する事実なし要件

当該法人について法令に違反する事

実、その帳簿書類に取引の全部又は一部を隠蔽し、又は仮装して記録又は記載をしている事実その他公益に反する事実がないことが要求されています。

5. 新しい認定制度の根幹と利用局面

新認定制度は、現行と異なりこれを利用するしないとは、法人の税負担が違ってくるところに大きな特徴があります。すなわち、法人に対する不当減少贈与税課税が生じない運営の適正性要件を含めて認定を受けるということになるわけです。

運営の適正性要件としては、現在の上記要件のうち、役員数、役員親族要件、医療計画への記載要件は不要になることと、利益供与禁止要件との関係で役員報酬について不当に高額にならないよう定めていることが明らかにされています。ただし、上記通達そのものは、認定以外での移行、さらには医療法人以外の法人を含めた広い範囲の不当減少課税に関するものなので、通達の一部が廃止や今回の認定制度に合わせて改正されるわけではないと見込まれるため、他の要件は、同様の内容になると推定されます。したがって、ある意味要件緩和と言っても一部に止まるわけですが、実務上とても重要なのは、認定という行為を経て課税の有無が一応の確定をするということです。現行制度では、持分なし移行の結果、法人に贈与税が課税されるか否かについては、最終的には個々の法人の事実認定の問題で、不当減少課税を避けるための対策を講じるとしても、実務的には、どこまでやればよいのか判断が難しく、実務家としては保守的に判断せざるを得ません。他法人の事例で、すでに移行したところが不当減少課税を受けていないという事実があったとしても、決着済ではないとても不安定な状況にあります。この点が、社会医療法人や特定医療法人への移行とは根本的に異なるわけです。

また、認定制度に合わせて、認定を受けない移行における運営の適正性要件が、緩和されるわけではないと考えられます。その意味で、新認定制度は、期間限定のまさに移行促進策であり、この機会にすべての医療法人が、持分の問題をどうするか真剣に考える必要があると考えます。

専門的医療を行う施設の明確化の方向性で一致

厚労省・心血管疾患WG

評価指標の設定は引き続き議論

厚生労働省の「心血管疾患に係るワーキンググループ」(永井良三座長)は4月28日、急性期の心血管疾患の診療連携体制について議論。地域の医療資源の状況に応じて、「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」を明確化する方向性で概ね一致した。ただし、施設の機能を評価する指標に関しては、「ランク付けの誤解を生まない対応が必要」(美原盤委員・全日病副会長)などの意見があり、引続きの検討課題とした。

迅速な救急搬送が求められる急性期の心疾患治療において、地域の医療資源を効率的に利用し、対応疾患に応じ

た急性期診療を24時間体制で提供するネットワーク体制の構築が課題。心血管疾患が疑われる場合、患者の状態に応じて専門的治療が可能な医療施設に円滑に救急搬送できる体制が必要との考えでWGは一致している。

一方、急性期心血管疾患では、疾患によって治療内容が異なる。心不全は「手術なし」が全体の85%を占めるが、急性心筋梗塞の「手術なし」は98%で、ほとんどの場合に、手術が必要となる。手術は侵襲性の低い冠動脈インターベンション治療(PCI)など内科的治療が多い。解離性大動脈瘤は「手術なし」が56%と半数を超えるが、手術で

は半数近くが侵襲性の高い大動脈バイパス移植術など外科的治療となる。

各地の取組みをみると、岩手県では地域の拠点病院で緊急のPCIが完結できる体制を整えている。拠点病院の常勤医は3名程度で、岩手医科大学の派遣医師で体制を維持している。しかし急性大動脈疾患を拠点施設で治療するのは困難で、盛岡の心臓血管外科常設施設に患者を搬送している。

また、厚労省が示した研究報告では、急性心筋梗塞に対するPCI施行施設の約5割は、緊急冠動脈バイパス手術体制を整えていないが、心臓血管外科併設の有無で、PCI施行後の予後に差

は認められない。

これらを踏まえ、厚労省は「専門的医療を包括的に行う施設」として、「PCI、急性循環不全に対する内科的治療等に加え、外科的治療等も行う施設」、外科的治療等は求めない「専門的医療を行う施設」を明確化することを提案。医療資源が乏しい地域では、「専門的医療を包括的に行う施設」と連携し、平均的な救急搬送圏外で対応するネットワーク体制の構築を提案した。

これらの連携体制のイメージに多くの委員が賛同した。ただそのような施設を評価する指標については、様々な意見があった。美原委員は、都道府県が医療計画で、地域の目標として設定する「手術件数」や「在宅復帰の患者の割合」などの指標を、施設の指標に適用する場合の難しさを指摘。「慎重な検討が必要である」と強調した。

2018年度診療改定に向けDPC/PDPSの展望示す

全日病セミナー

医療機関別係数は一定の完成形目指す

全日病は4月24日、「2025年に生き残るための経営セミナー第16弾」として、「2018年度診療改定に向けてのDPC/PDPSの展望」を日本医療法人協会との共催で開催した。厚生労働省の担当者がDPC制度の現状や次期改定に向けた検討状況を講演。その後の質疑応答では、次期改定の見直しの方向性に関し、会場から多くの質問が出た。厚生労働省の中谷祐貴子・医療課課長補佐は、医療機関別係数について、「次期改定で一定の完成形を目指す」ことを明らかにした。

堤雅宣・医療課主査がDPC制度の現状や次期改定に向けた検討状況を講演した。DPC制度は、急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度であり、2003年に特定機能病院に導入された。導入後、対象病院は段階的に拡大され、2016年度で1,667病院、約49万床となっており、全一般病床の約55%を占めている。

改定に向けた検討は、中医協の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会(小山信彌部会長)で行っている。3

月31日の分科会に厚生労働省が医療機関別係数の対応方針を示し、多くの点で委員の合意が得られたため、改定の方角性が一定程度見通せる状況になっている。堤主査が対応方針の要点を説明するとともに、中谷課長補佐が分科会で議論されている改定の方向性について解説した。

次期改定の方向性を説明

医療機関別係数は、「基礎係数」+「機能評価係数Ⅰ」+「機能評価係数Ⅱ」+「暫定調整係数」で構成される。暫定調整係数は段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めており、次期改定で完了する予定である。

中谷課長補佐によると、次のような方向性が示されている。医療機関群については、Ⅰ群(大学病院本院)、Ⅱ群(Ⅰ群に準じる病院)、Ⅲ群(それ以外)の区分は変えない。ただし、各群の格付けと誤解されやすい現行の名称は変更する。その場合に、Ⅲ群がDPC対象病院の標準であり、Ⅰ群、Ⅱ群は特殊な機能を持つという意味を

表現する名称になる方向。DPC対象病院が目指す機能に応じて、各群を選択できる仕組みは困難ではないかとの議論になっている。

機能評価係数Ⅱは導入当初の6項目を基本とする。その後導入された後発医薬品係数と重症度係数は見直す。後発医薬品係数は機能評価係数Ⅰの項目とする方向。重症度係数は暫定調整係数とあわせた議論になる。

暫定調整係数は置換えを完了するが、その場合の激変緩和措置については、現状では診療報酬収入が2%を超えて変動しないよう調整しているが、従前では異なる対応方針を検討する。これらの措置を講じることで、医療機関別係数については、「次期改定で一定の完成形を目指す」と述べた。

講演後の質疑応答では、会場から様々な質問が出た。「DPC対象病院は今後も増えるのか」との質問に対し、中谷課長補佐は「DPC対象病院の数に目標を設けているわけではない。ただ標準的な急性期医療を提供するというDPC対象病院の位置づけから、ポリユ



ームはある程度満たされてきたという印象」と答えた。全日病の美原盤副会長は、「すべての急性期病院がDPC対象病院になる必要はない」と強調した。前回改定で「脳梗塞」「肺炎等」「糖尿病」の診断群分類に導入した「CCPマトリックス」が次期改定で大幅拡大されるかについて質問があった。堤主査は「導入後の状況をまず検証する必要があるため、大幅に拡大することはないのではないか」と回答した。

医法協の太田圭洋副会長は、「前回改定で重症度係数の導入など大きな制度変更があったが、病院団体に十分な説明がなく決まってしまう、混乱も生じた。今回厚生労働省は、我々ときちんとコミュニケーションを取りながら進めていると認識している」と指摘。美原副会長は「今後、第2弾、第3弾のセミナーにつなげたい」と意欲を示した。

次期診療報酬改定に向けて8項目の要望まとめる

日病協

院内調剤の評価を求める声が多数

日本病院団体協議会は4月28日に代表者会議を開き、2018年度の診療報酬改定に向けて厚生労働省に提出する8項目の要望書をまとめた。5月の連休明けに鈴木保険局長に提出する予定。

代表者会議は4月から議長に原澤茂・全国公私病院連盟常務理事、副議長に山本修一・国立大学附属病院長会議常置委員長が就任した。原澤議長は、「加盟13団体の意見を調整し、来年度の同時改定をスムーズに迎えたい」と挨拶した。

診療報酬改定の要望は、同時改定に

向けて第1弾として提出するもので、個別点数の要望には踏み込まず、改定の方角性について要望する。個別の内容については秋以降の第2弾の要望に盛り込む予定だ。今回まとめた8項目の要望は、次の通り。

- ①入院基本料の評価基準の見直しと病棟群単位における届け出制度の改善
- ②急性期病床の重症度、医療・看護必要度の評価
- ③DPC/PDPS制度の見直し
- ④医療療養病床の方角性の早期決定と、看護配置基準・医療区分の見直し
- ⑤精神疾患の特性を踏まえた在宅移

行の在り方と高齢化対策⑥包括対象範囲の見直し⑦診療報酬体系の簡素化⑧医療のICT化推進の診療報酬上の評価。

代表者会議では、院内調剤と調剤薬局の報酬に大きな隔りがあることが議論になった。薬学部がない県では、薬剤師の供給が不十分で病院薬剤師の確保が難しい状況がある。「調剤薬局の薬剤師と病院薬剤師の初任給は15万円も違う」との声もあり、次期改定で院内調剤の評価を求める意見があった。院内調剤の評価については、今回の要望には盛り込まず、秋の要望に盛



原澤議長(右)と山本副議長

り込む考え。

万代中医協委員の後任を検討

日病協の推薦で中医協委員を務めている万代恭嗣・日本病院会常任理事が10月末で3期・6年の任期を満了することから、後任委員の検討に着手することを決めた。診療報酬実務者会議に後任委員の候補者を1名提案するよう求める。

「病院医師の働き方検討委員会」を新設

四病協

専門医のあり方では厚労省の論点に賛同

四病院団体協議会は4月26日に総合部会を開き、最近の医療行政などを議論した。医療従事者の働き方をめぐる動きが活発になっていることを踏まえ、四病協に新たに「病院医師の働き方検討委員会」を設置することを決めた。新たな専門医の仕組みについては、厚生労働省が4月24日の「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」に提示した3つに論点に賛同する立場を確認した。なお、今回から3カ月間、議長は加納繁照・日本医療法人協会会長が務める。

働き方改革実現会議で働き方改革実行計画が策定され、医師の働き方の特殊性に鑑みた労働規制が検討されることになるなど、医療従事者の働き方をめぐる議論が活発になっている。四病協としても病院勤務医の労働環境などを検討する必要があると判断した。

新たな専門医の仕組みについては、厚生労働省が「医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」に、◇すべての医師が専門医になるわけではない◇カリキュラム制の設置を明確にする◇市中病院も重要な研修拠点とする—の3点

を提示している。これらの論点に対し、四病協として賛同することで合意した。昨年7月に日本専門医機構の執行部を刷新した際に、医師偏在の拡大を防ぐための措置として、四病協はこれらが担保されることを主張していた。

2018年度診療報酬改定に向けた中医協の議論については、入院医療や調剤報酬に関して意見を交換した。

入院基本料については、厚生労働省が看護配置に重点化した評価だけでなく、患者像などを勘案した評価軸の検討を提案していることに対し、四病協としてはかねてから、提供している医療の



当番団体として会見する医法協の加納会長(左)。

内容や患者の重症度などに応じた評価を主張してきたことを踏まえ、方向性に基本的に賛同することを確認した。

調剤報酬については、院内と院外で同一の調剤を行った場合に、報酬の格差があり、特に、かかりつけ薬剤師・薬局の場合だと7倍近くなる現状に対し、「不合理」との認識で一致した。改定に向けた議論の中では是正を主張していくとしている。

■ 現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

| 研修会名(定員) | 日時【会場】 | 参加費 会員(会員以外) | 備考 |
|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 災害時の病院管理者等の役割研修 (60名) | 2017年6月24日(土) 【TKP ガーデンシティ札幌駅前】 | 7,560円(10,800円) (税込) | 大規模災害時には、病院に様々な役割が求められる。病院管理者が取るべき処置、役割等について説明するとともに、発災を想定したシミュレーションを行う。 |
| 病院看護師のための認知症対応力向上研修会 (320名) | 2017年6月19日(月)～20日(火) 【ベルサール半蔵門】 | 16,200円(21,600円) (税込) | 2016年度診療報酬改定で新設された認知症ケア加算2の施設基準では、認知症患者のアセスメント等に関する研修を受けた看護師の配置が求められる。この施設基準に対応する研修会として実施。参加者には、受講修了証を発行。 |
| 2017年度 夏期研修会 | 2017年7月23日(日) 【リーガロイヤルホテル広島】 | 医師 10,800円 その他の職種 3,240円 (税込) | 松井一寛広島市長が「ヒロシマから核兵器のない世界へ」のテーマで講演するほか、国際医療福祉大学の高橋泰教授が「人口減少社会にむけて医療・介護はどう変わるのか」のテーマで講演する |