



# 医業 経営情報 レポート

Available Information Report for Corporate Management

## 持続可能な社会保障制度の確立を図る 医療・介護一体改革法案の 概要

- ① 医療・介護一体改革法案の概要
- ② 医療法・介護保険法関連の改正ポイント
- ③ 非営利ホールディングカンパニー型法人の概要
- ④ 持ち分なし移行に関する税制面でのサポート

# 1 | 医療・介護一体改革法案の概要

## 1 | 医療・介護一体改革法案が衆院通過

医療法改正案を含めた法案が、平成 26 年 5 月 15 日の衆議院本会議で与党多数の賛成で可決されました。同法案は参議院で審議が行われています。

法案の正式名称は「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」(以下、本法案)で、医療法のほか介護保険法など 10 数本の法律の改正を目指した一括法となっています。法律案の名称が長いため、新聞報道では「医療・介護一体改革法案」、「医療・介護総合法案」などさまざまな略称が見出しに使われていますが、本レポートでは「医療・介護一体改革法案」として表記します。

## 2 | 医療・介護一体改革推進の背景

### (1) 社会構造の変化に対応

国民皆保険・皆年金の達成から半世紀が過ぎ、少子高齢化が進展し、雇用環境の変化、貧困・格差の問題など、社会が大きく変化しています。こうした中、「安心の支え合い」である社会保障制度を維持し、進化させ、受け継いでいくため、時代の要請に合ったものに変えることが必要となりました。下記の表のとおり、平成 72 年には 65 歳以上の人口が、全人口の約 40 パーセントを占めると予測されています。

日本における人口構造の変化 (万人)

	平成 2 年	平成 25 年	平成 37 年	平成 72 年
19 歳以下	3,249	2,244	1,849	1,104
20 ~ 64 歳	7,590	7,296	6,559	4,105
65 歳以上	1,489	3,190	3,658	3,464
合計	12,328	12,730	12,066	8,673
高齢化率	12%	25%	30%	40%

高齢化率：65 歳以上人口割合

### (2) 社会保障給付費の増大に対応

少子高齢化が進展し、社会保障給付費の総額はこの 20 年で倍以上に増えています。今後も高齢化の進行に伴って、さらなる増加が見込まれています。平成 26 年 4 月から消費税が 8 %に引き上げられ、同 27 年 10 月からは 10%に増率されますが、今般の社会保障・税一体改革によって、この消費税率引上げによる増収分を含む消費税収(国・地方、現行の地

方消費税収を除く)は、全て社会保障財源化されます。つまり、消費税率引上げによる増収分は、消費税率が5%引き上げられると、「社会保障の安定化」に4%程度、「社会保障の充実」に1%程度向けられることとなります。

### (3) 歳入・歳出構造の変化に対応

約20年前の平成2年と同25年度の国の一般会計の構造を比べると、歳入における公債金の割合が約30%増加し、歳出における社会保障費が国の一般歳出の54%を占めるようになっていました。これは、社会保障関係費の大幅な増加が要因であり、改革の推進が急務であることを示しています。

## 3 ペースとなる社会保障・税の一体改革

本法案は、「社会保障と税の一体改革」と密接に関係しています。「社会保障と税の一体改革」は、社会保障の充実・安定化と、そのための安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指すもので、平成24年8月には関連8法案が成立しました。その後、社会保障制度改革推進法に基づき、内閣に設置された社会保障制度改革国民会議で検討が行われ、その報告書が平成25年8月6日にとりまとめられました。この報告書等に基づき、改革の全体像や進め方を明らかにする法案(持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律)が提出され、平成25年12月に成立しました。

### 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律

#### 【法律の主な概要】

##### 講ずべき社会保障制度改革の措置等

受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、改革の検討項目、改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の目途を明らかにするもの。

##### 少子化対策

既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施 等

##### 医療制度

病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70~74歳の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策 等

##### 介護保険制度

地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減 等

##### 公的年金制度

既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方 等

\* 医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等については平成26年通常国会に、医療保

険制度については平成27年通常国会に、必要な法律案を提出することを目指すものと規定。

施行期日

公布の日 平成25年12月13日（一部を除く。）

## 4 医療・介護一体改革法案の概要

医療・介護一体改革法案の趣旨及び概要は、下記のとおりです。

改正される法案は、医療法や介護保険法のほか、地域介護施設整備促進法、保健師助産師看護師法等多くの法律改正が盛り込まれています。

### 法案の概要

#### 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置  
医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

#### 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定  
医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

#### 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化 地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業  
特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化  
低所得者の保険料軽減を拡充  
一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、月額上限あり）  
低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

#### 4. その他

診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設  
医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ  
医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置  
介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）取得対象者の範囲

施行期日については、医療法関係は平成26年10月以降、また介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行が予定されています。

## 2 | 医療法・介護保険法関連の改正ポイント

改正される法案は、医療法、介護保険法のほか地域介護施設整備促進法、保健師助産師看護師法、歯科衛生士法、診療放射線技師法、歯科技工士法及び臨床検査技師等に関する法律、社会福祉士及び介護福祉士法等、多岐にわたります。

本章では、医療・介護保険に関連する項目を主に解説します。

### 1 医療法改正案関連

#### (1) 病床機能報告制度の導入

平成 26 年 4 月より、病床機能報告制度がスタートしました。この制度は、一般病床又は療養病床を有する病院又は診療所の管理者は、病床の機能区分に従い、基準日における病床の機能（以下「基準日病床機能」という。）及び基準日から一定期間が経過した日における病床の機能の予定（以下「基準日後病床機能」という。）並びに入院患者に提供する医療の内容等の情報について、都道府県知事に報告が求められるというものです。この情報をもとに、都道府県単位で今後病床機能の適正化を図るとされました。

さらに、本改正では、都道府県知事の権限がかなり強化されたため、今後、都道府県主導で病床機能の適正化が推進されることが予想されます。特に稼働していない病床を有している病院及び有床診療所では、今後注意が必要です。

#### 【都道府県知事の権限強化】

療養病床及び一般病床の数が療養病床及び一般病床に係る基準病床数を超えている場合において、公的医療機関等以外の医療機関が正当な理由がなく、許可を受けた病床に係る業務を行っていないときは、当該医療機関の開設者又は管理者に対し、都道府県知事が病床数の削減の措置をとるべきことを要請することができる。

\* 構想地域：地域医療構想（二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量等地域医療のビジョン）で定められた地域

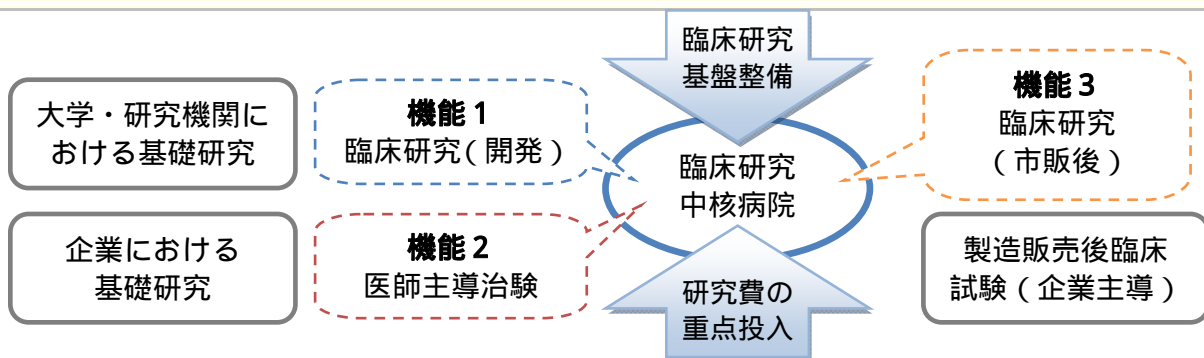


## (2) 臨床研修中核病院を創設

社会からのニーズに応えるため、先進医療を支え、難病を治療する革新的医薬品・医療機器の開発などには、質の高い臨床研究が必要です。そのため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担える体制（人員・設備等）を有する病院を「臨床研修中核病院」として、次期改正で医療法上に位置付けられることとなりました。

### 臨床研修中核病院の主要な3機能とイメージ

大学等発の医薬品候補物質等を用いた国際水準（ICH-GCP準拠）の臨床研究の実施  
 患者数の少ない難病・小児疾病等の医師主導治験の実施  
 市販後に既存薬の組み合わせ等より最適な治療法を見出す臨床研究の実施



臨床研究基盤としての体制整備を進める中で、既に予算事業として「臨床研修中核病院」が平成 24 年度から 5 カ所、同 25 年度よりさらに 5 カ所を整備しており、このうち今後法令に規定する一定の基準を満たした病院については、「医療法上の臨床研修中核病院」として承認される方針です。

## (3) 外国医師臨床修練制度の見直し

外国における医師資格を持つ者に対する臨床修練制度は、昭和 62 年の制度施行から 20 年以上が経過し、十分な臨床教育が受けられない可能性や、受入病院・当事者ともにその運用の実態にそぐわない部分が顕在化しています。そのため、あくまで一定の目的の場合に医師法特例を認めるという前提のもとで、次のような見直しが行われる方向です。

### 臨床修練制度見直しの方向性と具体的内容

#### (1) 年限の弾力化

現行の最長 2 年間の許可有効期間について、正当な理由（医学部大学院在学中等）があると認められる範囲（最長 2 年間）で許可有効期限の延長を認める

#### (2) 厚生労働大臣が関与する手続・要件の簡素化

厚生労働大臣による指導医認定制度廃止

受入病院と緊密な連携体制が確保されている病院・診療所における臨床修練実施の許容不適切な事例が発覚した場合の対応（立入検査、法令違反の事実の公表等）を整備

#### (4) 医療事故調査制度の創設

医療事故に係る調査については、その仕組みのあり方の検討が進められてきました。

医療の質を向上させることを目的として、無過失補償制度の導入が議論されていた経緯から、その検討課題の一つとして、医療事故の原因究明及び再発防止の仕組み等とあり方について、平成 24 年 2 月に設置された「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」において、基本的なあり方が取りまとめられたものです。

##### 医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方(抜粋)

###### 【調査の流れ】

医療機関は、診療行為に関連した死亡事例が発生した場合、まずは遺族に十分な説明を行い、第三者機関に届け出るとともに、必要に応じて第三者機関に助言を求めつつ、速やかに院内調査を行い、当該調査結果について第三者機関に報告する  
遺族または医療機関から調査の申請があったものについて、第三者機関が調査を行う

次期医療法等改正において、医療機関が求める院内調査の流れや第三者機関に関する定めが明示されることとなります。この中には、医療機関が第三者機関の調査に協力すべきである旨も明記される予定です。

#### (5) 医療法人の合併及び持ち分なし社団への移行促進

医療法人の合併に関する事項では、社団たる医療法人と財団たる医療法人との合併を可能とすることが盛り込まれました。こちらは、非営利カンパニー型法人の動向と合わせて、注目すべき点です。

また、持分あり医療法人は、持分なし医療法人への移行に関する計画を作成し、これが適当である旨の厚生労働大臣の認定を受けることができるものとする等、所要の措置を講ずることとされました。詳細は、第 3・4 章で解説します。

## 2 介護保険法改正案関連

### (1) 要支援1・2の予防給付を市区町村事業に移行

地域支援事業の枠組みの中で介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し、サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律とされている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直すこととしています。

移行時期は、市町村の円滑な移行期間を考慮して、平成29年4月までにはすべての市町村で実施し、同29年度末にはすべて地域支援事業形式に移行することとしています。

### (2) 特別養護老人ホームを中重度の要介護者を支える機能に重点化

特養については、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化すべきという意見から、特養への入所を要介護3以上に限定することが適当とする案が盛り込まれました。他方、要介護1・2の要介護者であっても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、施設ごとに設置している入所検討委員会を経て、特例的に特養への入所を認めることが適当とされ、今後審議される予定です。

2015年4月から、特別養護老人ホームの新規入所者を原則として中重度の要介護3～5の人に限る。

### (3) 低所得者負担割合の引き下げと一定所得者負担引き上げ

消費税率の引上げに伴う低所得者対策強化等を踏まえ、基準額に乗ずる割合を更に引き下げ、その引き下げた分について、現行の給付費の50%の公費負担に加えて、公費を投入されます。預貯金等の資産を保有し、また入所して世帯は分かれても配偶者に負担能力があるようなときに、保険料を財源とした居住費等の補助が受けられることについては、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から課題があるため、可能な限り是正していくことが必要とされ、預貯金等については、本人と配偶者の貯蓄等の合計額が一定額を上回る場合には、補足給付の対象外とします（預貯金等の基準は、単身で1,000万円超、夫婦世帯で2,000万円超）。

一方、年金収入280万円以上の人の介護保険の自己負担については、平成27年8月から、現行の1割から2割に引き上げることが盛り込まれました。



#### (4) 介護福祉士資格取得方法見直し一年先送り

介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期は、平成 27 年度から平成 28 年度に延期されました。

介護福祉士資格を取得するには、主に二つの方法があります。最も多いのが、実務経験を経るルートで、もう一つは養成校で学ぶルートです。これを養成校ルートに一本化し、卒業した者に国家試験を課すという改正案が示されていました。

この改正は、介護福祉士の資格のハードルを上げて社会的評価を高め、処遇や仕事の魅力をアップするねらいであったものの、介護施設事業者から「ハードルを上げると人材難が悪化する」との声が上がり、結果的に一年先送りされたものです。

### 3 その他 本改正に関連して検討されている項目

#### (1) 大病院初診1万円へ増額案

厚生労働省は、大病院に紹介状なく訪れた患者に定額負担を求めることを検討しています。

日本は軽症でも大病院を訪れる患者が多く、勤務医の疲弊を招く要因のひとつといわれており、厚労省としては、大病院を重症患者の治療に専念させる考えで、紹介状のない患者から「特別料金」を取ることで大病院への患者集中を防ぐ意向です。

現在でも、200 床以上の病院は紹介状のない患者に特別料金を請求できますが、平均徴収額は 2,085 円（最高 8,400 円、最低 105 円）となっています。金額は未定ながら、1 万円程度を徴収する案が浮上しています。今後、社会保障審議会の部会で検討されます。

#### (2) 入院患者食費が負担増に

入院中の食費は 1 食当たり 260 円の自己負担が必要ですが、「食事も治療の一環」との考えから、残りの料金は「食事療養費」として公的医療保険で賄われています。しかし、在宅患者の食事代は、当然ながら全額が自己負担となっています。

そのため在宅医療を推進する厚労省は、「在宅と入院のバランスを取る必要がある」として、入院患者の負担を増やす検討を始めています。療養病床に入院する 65 歳以上の患者の自己負担についても、食費（同 460 円）と居住費（家賃相当、1 日 320 円）を引き上げる意向であり、今後アップ幅が検討されます。介護施設入所者の食費や居住費は、原則として既に全額自己負担となっています。

## 3 | 非営利ホールディングカンパニー型法人の概要

### 1 制度の目的

厚生労働省は、複数の医療法人及び社会福祉法人等を束ねて一体的に経営することを法制上可能とする非営利ホールディングカンパニー型法人(仮称)の創設を検討しています。本年未までに検討を進め、その後速やかに制度的措置を講じる予定です。

現在、産業競争力会議においてこの制度について検討がなされており、その意義として、病床の機能分化や医療・介護等の連携が容易になり、高齢者が必要とするサービスを切れ目なく体系的に提供できるようになることや、病床や診療科の設定、高額医療機器の導入等を統合して行える他、資金調達の一括化による調達コスト抑制など、経営の効率化が可能となることを挙げています。

#### (1) 理念・意思決定の共有化とヒト・モノ・カネの有効活用

非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等においては、以下の3点を共有できる仕組みとする方向で検討されています。具体的内容については、今後検討が重ねられます。

#### 非営利ホールディングカンパニー型法人の考え方

##### 理念を共有すること

非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等が協力して、社会に対してどのような貢献をしていくのかを明確化した「理念」を策定する

##### 理念を実現するために行われる、意思決定を共有すること

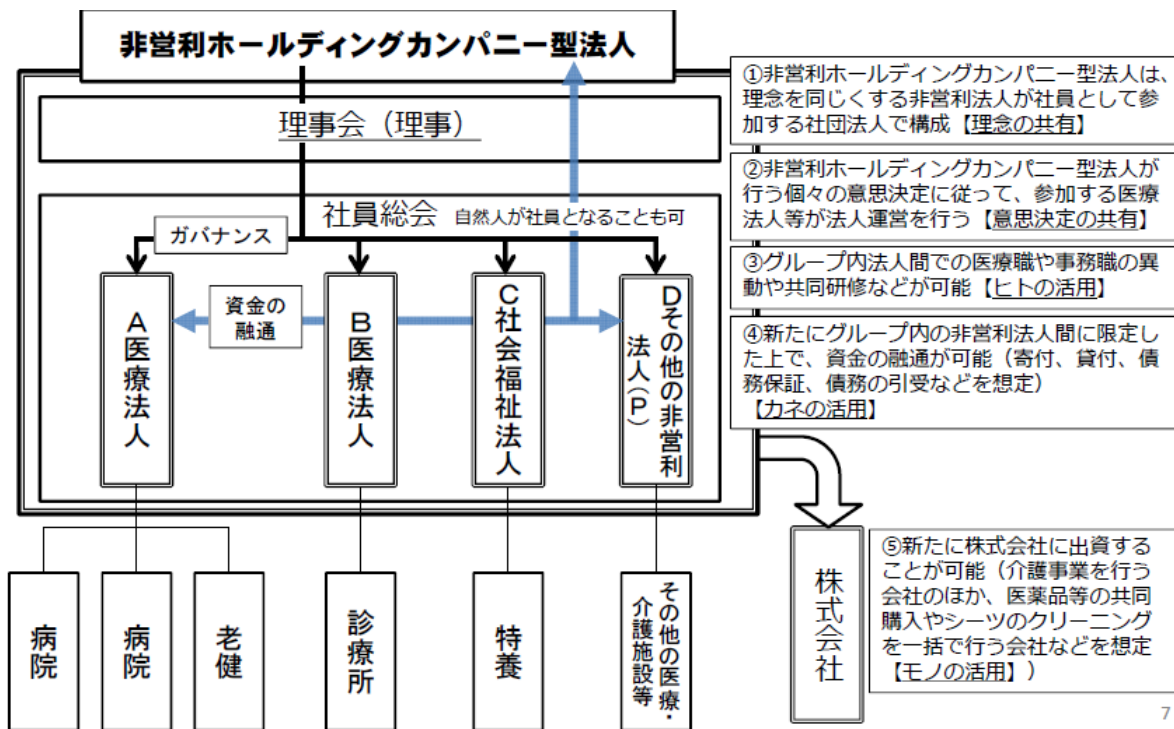
上記の理念を実現するため、非営利ホールディングカンパニー型法人が行う個々の意思決定に従って、参加する医療法人等が法人運営を行うよう、必要なガバナンスの仕組みを設ける

##### 理念等を実現するため、ヒト・カネ・モノを有効に活用すること

上記の理念や意思決定を実現するため、参加する医療法人等のヒト・カネ・モノを有効に活用する

## (2) 制度のイメージ

業競争力会議で検討されている、非営利ホールディングカンパニー型法人のイメージは下記のとおりです。



出典：産業競争力会議 資料

## (3) 今後の検討課題

課題として下記の点があげられ、検討が続けられています。

### 検討課題～各措置の必要性を議論

新法人が、医療法人や社会福祉法人等の傘下法人を、社員総会等を通じて統括できるようにする

医療法人や社会福祉法人の構成員となれる者の範囲について、法人も社員等に認める等、現行の規制の緩和

グループとしての経営の一体性・効率性の確保、緊密な業務連携を可能とするため、資金調達の円滑化や余裕資金の効率的活用を可能とする

グループ内法人間での金銭の貸付や債務保証を認めることや、グループ内法人間での剰余金の効率的活用を可能にする等の措置

新法人及び傘下法人からなるグループが、地域包括ケアを担う医療介護事業等を行う営利法人と緊密な連携を行うことを可能とする

新法人から当該事業を行う営利法人への出資を認める等の措置

## 4 | 持ち分なし移行に関する税制面でのサポート

### 1 相続税・贈与税納税猶予制度の概要と手続き

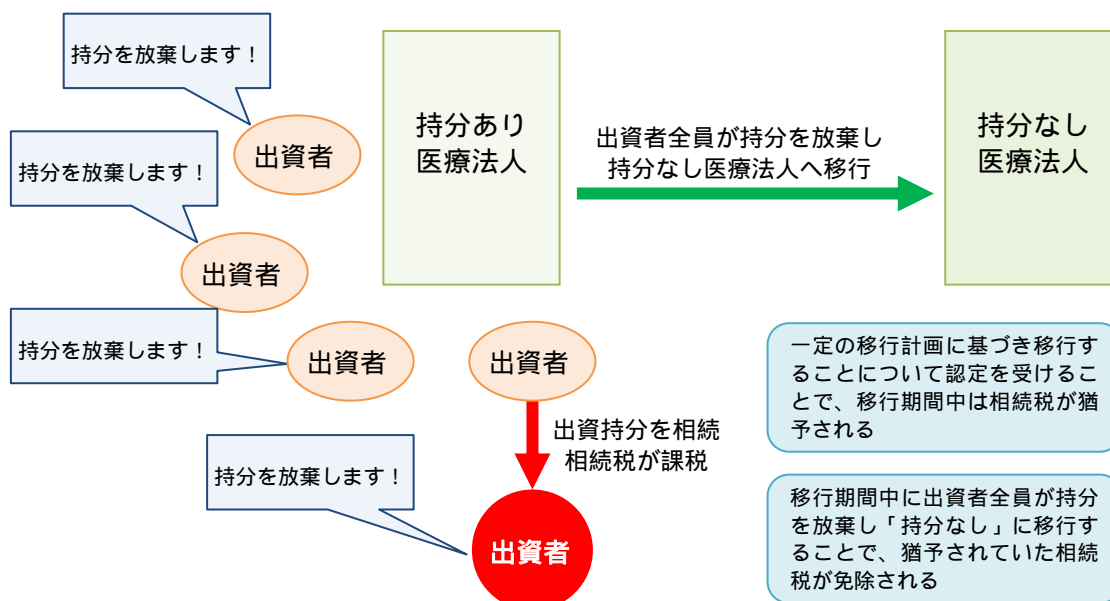
現在、医療法人全体の約 86%が「持分あり」の経過措置型医療法人であり、平成 27 年から実施される相続税の増税により、出資持分に対する相続税負担が大きくなることから、医療機関が存続できなくなるのではないかと懸念があります。

そこで、平成 26 年度税制改正では、「医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予制度」という新しい制度が創設されることになりました。医療・介護一体改革の中でも「持分なし医療法人への移行促進策を措置」という項目が盛り込まれています。

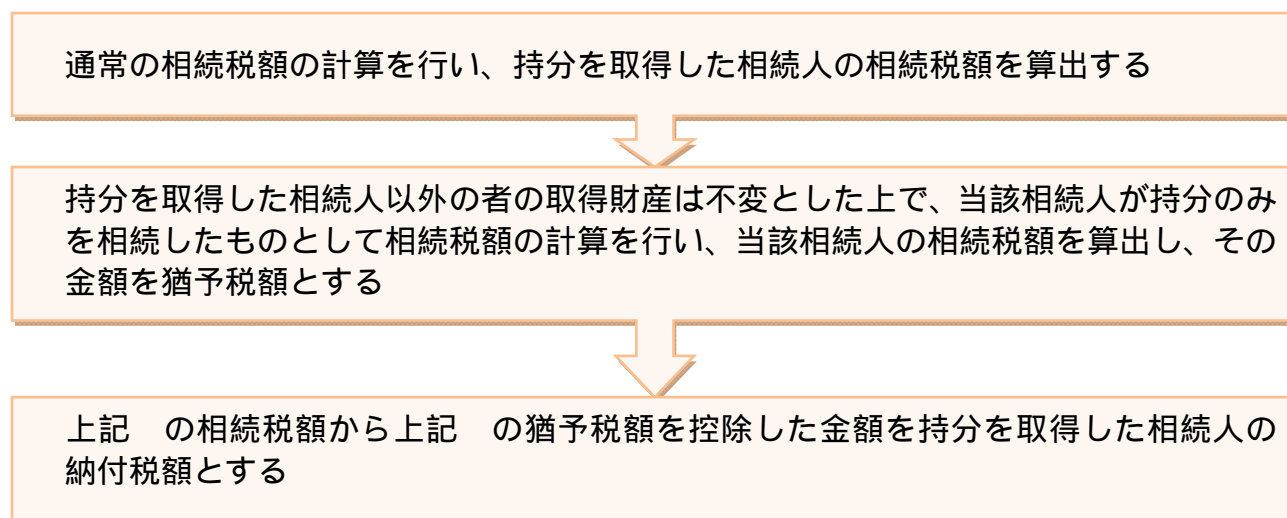
#### (1) 相続税の納税猶予制度の概要

相続税納税猶予制度とは、相続人が医療法人の持ち分を相続等により取得した場合に、その医療法人が相続税の申告期限において、認定医療法人（仮称）である場合には、その移行期間中は相続人に課税される相続税が猶予されると共に、相続人を含む他の出資者が持分を放棄し、持分のない医療法人への移行が完了した場合には、当該持分に係る相続税が免除されるという制度です。

#### 医業継続に係る相続税の納税猶予制度の概要



## 猶予される税額の計算



納税猶予制度の適用を受けるためには、担保の提供を行うことが条件とされているほか、一定の移行計画に基づき移行することについて、国の認定を受けなければなりません。

なお、移行期間内に持分なしの医療法人に移行しなかった場合は、猶予された税額を全額納付しなければなりません。またこの際には、納税が猶予された期間に対応する利子税も併せて納付することになります。

## (2) 贈与税の納税猶予制度の概要

持分のある医療法人の出資者が持分を放棄した場合、他の出資者の持分の価額が増加します。通常は、その増加額（経済的利益）については贈与を受けたものとみなされ、贈与税が課税されます。従って、贈与税の負担をせずに持ち分なし医療法人へ移行する場合には、出資者の全員が一斉に持ち分の放棄をする必要があり、移行への大きな障害の一つとなっていました。そこで、持分のある医療法人が、一定の移行計画に基づき、持分のない医療法人へ移行することについて認定を受けている場合、他の出資者が納付すべき贈与税のうち経済的利益に対応する部分について、移行期間満了までその納税が猶予されます。

また、移行期間内に他の出資者が持分の全てを放棄した場合には、猶予税額が免除されます。

## (3) 認定医療法人への移行

認定医療法人とは、平成 26 年 10 月 1 日から同 29 年 9 月 30 日までの間に厚生労働省に移行計画書等を提出し、認定を受けた経過措置型の医療法人をいいます。なお、移行計画の様式等は今後、厚生労働省から示される見込みです。

また、移行の期限は計画書に記載することとなりますが、厚生労働大臣の認定を受けた日から最長で 3 年です。