

一般社団法人

鹿児島県医療法人協会会報

vol.

2022年2月発行

50

CONTENTS

巻頭言	2
宿日直許可について	3~6
医療事故調査制度の舞台裏。その軌跡と課題	7~11
会長寸言	12
医療に係る税制度と諸課題	13~20
事務部会だより	21
看護学校だより	22~23
編集後記	24

コロナ禍の中で新年を迎えて

鹿児島県医療法人協会
専務理事 三宅 智



新型コロナウイルス感染症に翻弄され続けた2年間が経過し、昨年末にはようやく感染者数も激減し、社会生活も落ち着きを取り戻したかのようにみえたのも束の間、年明け早々からオミクロン株による第6波の感染急拡大し、再び先行き不透明な状況となっています。

この2年間のコロナ禍により、多くの医療提供体制の問題点が惹起され、これまでの地域医療構想の早急の見直し、再構築が喫緊の課題となっています。この課題の解決のためには、各医療機関がしっかりとした経営基盤のもとで機能役割分担を明確にし、連携を密にしていくことが重要ですが、この3月に予定されている診療報酬改定では、具体的にどのような対策が盛り込まれるのか、不透明な状況です。従来のような付焼刃的な対策では、課題の解決には程遠く、また国民の医療に対する不安も払拭できないと思われま

さらに一方では各医療機関がこれまでにない受診抑制に加え、深刻な人材不足による厳しい経営環境におかれているにも関わらず、働き方改革の取り組みは着実に推進されています。とりわけ医師の働き方改革における医師の残業制限問題は差し迫った大きな問題で、会員の医療機関の運営に大きな影響を与えることは必至と思われま

加えて、第8次医療計画における外来機能報告制度の導入も予定されています。今号では、大学からの医師派遣に大きな支障をきたす可能性がある医師の宿日直問題について、医療コンサルタントの新屋先生に特別寄稿をお願い致しました。ぜひご一読の上、対応策を検討していただければと思います。

近年、鹿児島県医療法人協会は、会員施設の経営支援、会員医療機関の人材育成のための看護学校の運営、医療事故調査制度の定着を3本の柱として運営して参りました。看護専門学校は鹿児島県内に多くの人材を送り出し、また4月からの新カリキュラムにしっかりと対応すべく、鋭意準備中です。

医療事故調査制度では小田原会長が全国レベルで制度の正しい理解と普及に取り組まれておられますが、最近では他県からの講演依頼も増え、その活動が広く認識されつつあるように感じています。

今後も様々な課題に役員、職員一同協力して、真摯に取り組み、より充実した協会運営を目指していく所存ですので、会員の皆様方のご指導、ご協力の程よろしくお願い致します。

特別寄稿 1

宿日直許可について

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会鹿児島県支部
特定社会保険労務士 新屋 尋崇



1. はじめに

2024年4月より、診療に従事する勤務医に対し時間外・休日時間の上限規制が適用されます。

その上限規制については、原則として、年間の時間外・休日労働の上限を960時間以下「A水準」とした上で、地域医療における必要性等の理由がある場合(地域医療確保暫定特例水準)に暫定的に上限を年1,860時間とする水準「B水準」、地域医療確保暫定特例水準の中に、個々の医療機関における上限は年960時間以下だが副業・兼業先での労働時間との通算の上限を年1,860時間とする水準「連携B水準」、一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする場合に上限を年1,860時間とする水準「C水準」を、都道府県知事が指定する医療機関について認めるとされているところです。

そして、宿日直の許可基準については、「断続的な宿直又は日直勤務の許可基準」(昭和22年9月13日付け発基第17号)及び「医師、看護師等の宿日直許可基準について」(令和元年7月1日基発0701第8号)等により一定の基準が示されており、宿日直は労働基準監督署長の許可を受けた場合には、その許可の範囲で労働基準法上の労働時間規制が適用除外となるところ、各医療機関が医師の年間労働時間を算出するにあたって宿日直許可は重要事項となってきます。

これらを踏まえて、以下宿日直許可について簡単に記載いたします。

2. 断続的な宿日直

そもそも、使用者の指示があった場合には即時に業務に従事することを求められており、労働から離れることが保障されていない状態で待機等している時間は、手待時間として労働時間(使用者の指揮命令下に置かれている時間)とされるのが原則です。

しかし、労働密度がまばらであり、労働時間規制を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない一定の断続的労働に従事するものについて、労働基準法上、労働基準監督署長の許可を受けた場合に労働時間規制を適用除外しています(但し、労働基準監督署長から許可を得た宿日直勤務中であっても、例えば、突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等への対応等、通常の勤務時間と同態様の業務に従事した時間については、労働基準法36条による時間外労働の手続きをとり、また、労働基準法37条の割増賃金を支払う必要があります)。

そして、「断続的労働」の一態様である「宿直又は日直の勤務で断続的な業務」については、所定労働時間外又は休日における勤務であって、労働者の本来の業務は処理せず、構内巡視、文書・電話の收受又は非常事態に備えて待機するもので、常態としてほとんど労働する必要のない勤務が許可の対象とされているところですが、医療法第16条の規定により「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない」とされている関係から、医師・看

看護師等の本来業務であっても特定の軽易な業務(※)については、宿日直勤務中に処理しても差し支えないこととなっています。

※例えば以下の業務等をいいます。

- ・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等(軽度の処置を含む。以下同じ。)や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
- ・ 医師が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間(例えば非輪番日など)において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
- ・ 看護職員が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間(例えば非輪番日など)において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
- ・ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと

3. 副業・兼業と宿日直

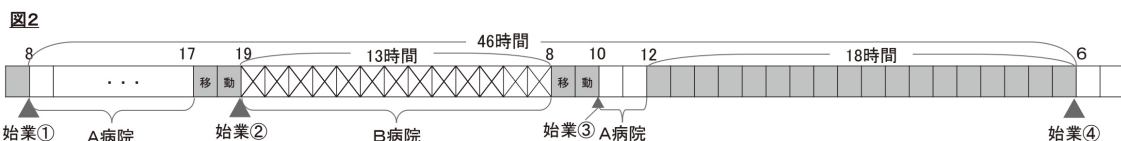
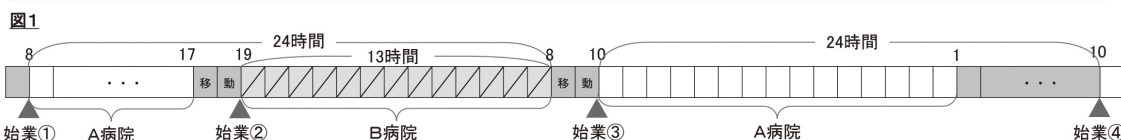
病院等にて勤務する医師が、他の医療機関において夜勤業務に就くこと、又は宿日直業務に就くことも、副業・兼業にあたります。

労働基準法第38条第1項において、労働時間は、事業場を異にする場合においても、労働時間に関する規定の適用については通算するとされているところ、副業・兼業先にて定期的に宿日直業務に従事する場合、兼業先等が労働基準監督署長から許可を受けた宿日直に従事する場合は許可対象の宿日直として取扱って差支えなく、当該宿日直許可を受けた宿日直の時間は労働時間として通算する必要は原則としてありません(突発的な事案に対応した場合等は、労

勤務パターン別の連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制等の適用イメージ

(7) 日中は主たる勤務先のA病院で勤務し、移動を挟んだ後に副業・兼業先のB病院の宿直に勤務する場合

- 主たる勤務先の病院Aと副業・兼業先のB病院との間で調整し、以下を満たすように勤務シフト等を組む必要がある。
 - ・ B病院で宿日直許可のある宿日直に従事する場合は、A病院における始業①から24時間以内にB病院において9時間(以上)の宿日直許可のある宿日直に従事すること(図1)
 - ・ B病院で宿日直許可のない宿日直に従事する場合は、A病院における始業①から46時間以内に18時間(以上)の連続した休息時間を確保すること(図2)
- ※図1について、A病院での始業①から24時間以内に、B病院において9時間(以上)の宿日直許可ある宿日直に従事すれば、当該宿日直の開始(始業②)についても、当該宿日直が始業②から24時間以内に含まれることとなるため、勤務間インターバルを満たすこととなる。
- ※図2について、A病院での始業①から46時間以内に18時間(以上)の連続した休息時間を確保すれば、B病院における宿日直許可のない宿日直の開始(始業②)及びA病院に帰院後の業務の開始(始業③)についても、当該休息時間が始業②及び始業③から46時間以内に含まれることとなるため、勤務間インターバルを満たすこととなる。



(凡例) □ : 労働時間 ■ : 休息時間 ▨ : 宿日直許可のある宿日直の時間 ▩ : 宿日直許可のない宿日直の時間

(第13回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料1より)

働時間となり、労働時間の通算の対象となります)。

なお、宿直の許可基準に合致した勤務態様であったとしても、許可を受けていなければ、全て労働時間とカウントされ通算されることになるため注意が必要です。そのため、宿直業務として扱う場合は、兼業先が宿日直の許可を受けているかどうか、確認する必要があります。

さらに、第13回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料1では、副業・兼業先での(9時間以上の)宿日直許可の有無により、主たる勤務先での連続勤務時間制限・勤務間インターバル規制(義務対象は連携B・B・C水準の適用となる医師。A水準の適用となる医師については努力義務)の種類が異なってくることが示されており注意が必要です。

4. 宿日直許可のポイント

ポイント①常態として、ほとんど労働をする必要のないこと

定時的巡視、緊急の文書又は電話の收受、非常事態に備えての待機等を目的とする働き方が対象となります。

なお、始業又は終業時刻に密着した時間帯に、顧客からの電話の收受又は盗難・火災防止を行うなど、通常の労働の継続は、原則として許可の対象となりません。

ポイント②宿日直手当について

宿日直手当の最低額は、当該事業場において宿直又は日直の勤務に就くことの予定されている同種の労働者に対して支払われている賃金の一人1日平均額の1/3以上である必要があります。

ポイント③宿日直の回数について

宿直勤務については週1回、日直勤務については月1回が限度となります。(※)

(※)下記要件を満たせば、宿日直業務の実態に応じて、上記回数を超えて許可される場合もあります。

- ア)事業場に勤務する18歳以上の者で法律上宿日直勤務を行うことができる方が宿日直勤務をした場合でも人数が不足
- イ)勤務の労働密度が薄い場合

ポイント④医師、看護師等の宿日直許可基準について

(医師等の宿日直についてはその特殊性から、宿日直許可基準の細目を定めています)

- ① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものである必要があります。
- ② 宿日直中に従事する業務は、一般の宿直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ります。
- ③ 宿直の場合は、夜間に十分睡眠がとり得ることが必要です。
- ④ 上記以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていることが必要です。

※宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って得ることも可能です。(深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみといった許可も可能です)

詳しくは、いきサポに掲載されている資料(URLは以下)が参考になります。

(https://iryoku-kinmukankyou.mhlw.go.jp/pdf/outline/pdf/20210720_02.pdf)

5. 留意事項等

許可の際には、労働基準監督署から、「断続的な宿直又は日直勤務許可書」というものが交付されますが、この許可書には宿日直の回数などの内容に関する「付かん」が記載されており、宿日直許可を得た後は、この「付かん」の内容にのっとった宿日直勤務を行う必要があります。

なお、許可を得た後も、宿日直勤務は許可基準に適合するよう実施する必要があり、例えば、許可後の人員の異動や業務内容の変更に伴い、宿日直中に通常勤務時間と同態様の業務に従事することが常態となっている場合には、勤務内容の見直しを行っていただく等の対応が必要になります。

また、副業・兼業を行う医師について、本務先で週1回宿直し、副業・兼業先でも同一週に1回宿直することを想定している場合、本業先、副業・兼業先それぞれの宿日直許可の運用に当たり、週1回という宿直の要件に抵触することとはなりません(本務先、兼業先の使用者からの労働基準法第41条第3号(労働基準法施行規則第23条)に基づく許可の申請について、申請事業場における宿日直勤務の態様が、各々、昭和22年9月12月付け発基17号等に示す許可基準に掲げられている条件を満たしていると認められる場合は、いずれも許可されます)が、複数の使用者の下で、宿日直業務に頻繁に従事するような場合、通常の勤務と相まって長時間の拘束につながるなどが懸念されますのでご配慮をお願いいたします。

さらに、個人病院の院長が、知合いの病院長に頼まれて、通常の診療や宿直勤務に就く場合、院長は、通常、開業医として事業主の立場であるため、労働時間制度の適用外となりますが、他の病院に雇用されて、労働者として働く場合は、この時間は、通常の医師と同様に管理する必要があります。

この場合で、週40時間は超えなくても、1日8時間を超える場合には、36協定を締結しておくことが必要となり、通常賃金にプラスして、割増賃金(法定超え、深夜時間)の支払いも必要となります。

6. おわりに

この記事では、宿日直許可について簡単に紹介いたしました。各医療機関が医師の年間労働時間を算出するにあたり、宿日直許可は重要事項となってくるため、是非とも自院の状況の再確認をお願いいたします。

7. 参考・引用

- ・令和4年1月18日 第2回 医師の働き方改革に関するセミナー 講演1 資料
(鹿児島県医師会／鹿児島県医療勤務環境改善支援センター 共催)
- ・いきサポ掲載資料
(https://iryoku-kinmukankyou.mhlw.go.jp/pdf/outline/pdf/20210720_02.pdf)
- ・第13回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料1
- ・第14回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料2-2
- ・医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間とりまとめ(2020年12月22日)
- ・医師の働き方改革に関する検討会 報告書(2019年3月28日)

特別寄稿 2

医療事故調査制度の舞台裏。 その軌跡と課題

現場の医療を守る会 代表世話人
現場からの医療事故調GL検討委員会 委員長
医療法人 櫻坂 坂根Mクリニック
坂根 みち子



現場の医療を守る会の代表世話人、坂根みち子です。

医療事故調査制度については鹿児島医法協の皆様はすでに十分ご存知のことと思います。そこで本日は制度の中で、現場の医療を守る会が果たした役割と裏話、さらに医療事故調査制度の今後の課題について書いてみたいと思います。

1)医療事故調査制度が出来る過程において、疾風のように現れ重要な役割を担ったのが現場の医療を守る会。その設立の舞台裏。

前提：1999年の都立広尾病院事件で、殺人等の犯罪を捜査する司法上の便宜をはかることが主旨であったはずの医師法21条が「医療に無知な」裁判官により医療事故に初めて適応されて以来、「法律に無知な」医療界は右往左往してきた。

2008年に、厚労省の第3次試案・大綱案が責任追求型の制度であるとして日本医療法人協会の小田原良治先生が反対の狼煙を上げて以降、日本医療法人協会は厚労省や患者団体ばかりでなく、他の医療団体ともタフな交渉を繰り返しつつ、世界の医療安全の標準である、個人の責任追求ではなく、医療事故をシステムエラーと考え、再発防止により医療安全を高めるシステムにすべく全力を尽くしてきた。

*現場の医療を守る会設立経緯

きっかけは、2014年2月9日の全国医師連盟の医療事故調査制度のシンポジウム後の懇親会だった。当時、臨床に携わる医師たちのほとんどは責任追求型の制度である厚労省の第3次試案・大綱案が引き起こしうる危険性のなんたるかを知らなかった。筆者は当時から医療にまつわる様々な問題を個人的に発信しており、この懇親会にも参加していた。そこで同じく懇親会に参加されていた井上清成弁護士と議論になった。その時に、忙しい現場の医師たちを集めて議論するのは難しいが、メールで事故調の議論をするなら出来るのではないか、という話になったのである。

すると、井上弁護士が、2月22日に慶應大学付属病院で行われる医療法学教授の大磯義一郎先生の医法学セミナーの前に人を集めておくから、そこでその話をしてほしいというのである。当時井上弁護士はすでに医法協の顧問弁護士で、小田原先生と二人三脚でこの問題の対応に当たっていた。当然この時「ピンときた」のであろう。(後日、私はこのお二人を「事故調ブラザーズ」と名付け、講演会等で紹介することになっていった)

2月22日当日、セミナー前に指定の場所に行くと小松秀樹先生や埼玉医科大病院長の堤晴彦先生を始め、錚々たるメンバーが集結していた。私が医療の抱える様々な問題に気づいたのは、小松先生が2006年に上梓された『医療崩壊－「立ち去り型サボタージュ」とは何か』が最初である。小松先生にお会いしただけでも緊張するのに、さらに病院長等組

織のトップクラスが多数集まっているのだ。私は怖気付きながら集団の端の方に加わった。

皆が集まったところで、井上先生が私に向かって言った。

「では坂根先生、説明してください」

(えっ!・・・)

平静を装いながら、事の経緯をお話し皆さんに協力を要請した。筆者の要領を得ない説明に納得していただけたのか、前もって井上弁護士よりブリーフィンが行われていたのか、その場で事故調の議論をするメーリングリストの開始がすんなりと決まり、そのグループを「現場の医療を守る会」とし、筆者が代表世話人となった。

このようにして、運命の歯車は回り始めた。

その日の事故調に関する医法学セミナーでは、小田原先生とも初めてお会いした。第3次試案の問題点について怒りを込めて語っておられたのが印象的であった。もちろん、小田原先生も世話人の一人となり、その後、現場の医療を守る会の世話人たちが、日本医療法人協会医療安全部会の一員となり、あれよあれよという間に、事故調の渦の中に巻き込まれていったのである。

「期間限定・医療事故調シングルイシュー」でまとまりませんか、という呼びかけで、医師に限らず、誰でも参加できるメーリングリストとして現場の医療を守る会は発足した。発起人には医療関係者だけでなく、安全工学の専門家から弁護士、政治家、東京女子医大事件や大野病院事件などの当事者、患者側の関係者、メディアも含め、総勢67名、メーリングリストへの参加者はどんどん増えて250名以上となり、日々メールを介して活発な議論が繰り返された。

小田原先生著作の「医療事故調査制度とは何か」を読むと、あの時、どこの医療団体の代表でもない「なんのしがらみもない」一臨床医である私が代表世話人をつとめることが、とても重要であったことがよくわかる。が、当時は、同じ学校群の都立高の先輩である井上弁護士に乗せられて「このまま走って大丈夫だろうか」と思っていたことも確かである。

*疾風怒濤の日々

そう思うくらい激動の日々が突然始まった。

2014年3月8日には急遽鹿児島に飛び、鹿児島県病院厚生年金基金主催・日本医療法人協会共催の講演会「医療を守る法律研究会講演会」で、現場の医療を守る会を発足しWHOのガイドラインを遵守した制度設計を求めていくことを宣言した。この講演会で、当時の厚労省医療安全推進室長の大坪寛子氏が、医師法21条の外表異状説を再確認されたこともとても重要なポイントであった。<https://www.city.kagoshima.med.or.jp/ihou/629/629-4.htm>

「現場の医療を守る会」設立時の世話人(肩書きは当時)は以下の面々である。

代表世話人	坂根 みち子	坂根Mクリニック院長
世話人	井上 清成	井上法律事務所 弁護士
	於曾能 正博	おその整形外科院長
	小田原 良治	日本医療法人協会常務理事
	上 昌広	東京大学医科学研究所特任教授
	佐藤 一樹	いつき会ハートクリニック院長(東京女子医大事件当事者)
	中島 恒夫	全国医師連盟代表理事
	満岡 渉	諫早市医師会副会長
	岡崎 幸治	東京大学医学部医学科6年

2014年6月18日には改正医療法が可決し、医療事故調査制度が正式に開始されることとなり、焦点はガイドライン(以下GL)に移った。

当時、事故調のGL作りは「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」西澤寛俊氏(全日本病院協会会長)(通称西澤班)の個人研究に委ねられる形ですでにフレーミングで検討が始まっていた。ところが、西澤班のGLは法律を逸脱してモデル事業をベースにした責任追求型のものになりつつあった。

そこで、現場の医療を守る会世話人7人に、山崎、田邊、染川氏という弁護士3人が加わり、世話人の一人である小田原氏の所属する医法協からの委嘱を受け、『現場からの医療事故調GL検討委員会』(通称 坂根班)発足し、独自のGL作りを開始したのである。日常診療の傍ら、数千におよぶメールのやり取りが始まった。朝は診療前にメールをチェックすることから始まり、診療の合間に切っては投げ、切っては投げを繰り返し、毎日24時間誰かが投稿している状態となり、果てしないメールの応酬が続いた。

2014年8月26日、とうとう西澤班に先んじて医法協ガイドライン中間報告が出来上がった。そして、田村厚労大臣に医法協GL中間報告を渡し、WHOの医療安全のためのドラフトガイドラインに準じた医法協案を、厚労省の医療事故調査の施行に係る検討会での叩き台としていただく了承を得たのである。この部分は、どんなに頑張っても、個人としてはあり得ないことであり、やはり四病協の一角をなす医法協からのアプローチだったからこそ出来たのである。

私たちは、そのままの勢いで最終報告書を完成するまで走り続けたが、今振り返ってみても、そのエネルギーたるや、凄まじいものであった。現場の医師たちがほとんど興味を示さない医療事故調査制度だが、多くの医師は法律を知らず、世界の医療安全の趨勢を知らない。ここで自分たちが頑張らなければ、気づかぬうちに、通常の診療関連死が裁判沙汰になってしまうかもしれないという強い危機感をメンバーが共有していた。そうであったとしても、あれほどの頭脳集団がほぼボランティアで集結できたのは奇跡的であった。そしてハードで濃密な時間を共有したことで、世代を超えて非常に信頼できる人間関係が構築されていったのもまた事実である。

その後も厚労省の検討会でのタフな議論を経て、医療協のGLが元になった医療事故調査制度が出来上がったのはご存知の通りである。



2) 医療事故調査制度の課題。井の中の蛙大海を知らず。

さて、私は2011年の東日本大震災を契機に、日本の医療界が抱える様々な問題をMRICやハフポストで発信する一開業医に過ぎなかったが、ここまでくると、世話人代表として世界の医療安全がどうなっているのか、もっと勉強しなければならないと腹をくくった。

そして、2014年の9月には、たまたま長女がKTH(スウェーデン王立工科大学)に留学中だったこともあり、スウェーデンの医療安全制度について学ぶためにストックホルムへ飛び、1週間の詰め込みブリーフィングを受けてきた。

ここで、日本の医療事故調査制度の問題点もわかってきたのである。

*スウェーデンの医療事故調査制度との比較

スウェーデンでは2011年1月1日に患者の安全法が施行された。この法律により医療の質が担保され、患者の安全のために事故の報告義務が課されるとともに医療者の責任追及をすることなく再発防止策が取られるようになっていた。

インシデント・アクシデントの報告の中で医療機関が重大だと考えたもの(予期せぬ苦しみ、損傷、死亡)は医療福祉監査局(IVO)に届けなければならない。日本の事故調でいうと医療事故調査支援センター(以下センター)(日本医療安全調査機構)、医療事故情報収集等事業(日本医療機能評価機構)、産科医療補償制度(日本医療機能評価機構)などにあたる。

ただし、IVOの仕事はシステムエラーを見つけること、この情報をほかの医療機関でも共有することであり、個人のスキルの問題やヒューマンエラーは扱わない。システムエラーを探し改善させる、その繰り返しである。そして足りない部分には改善のための予算をつける。

「システムエラーを発見し、他の医療機関と情報共有する」、これこそ日本の事故調のセンターにも最も求められている任務のはずである。

また、スウェーデンには医療行為により発生した良くない結果のうち避けることが出来たもので、院内感染対策、薬の副作用対策、コミュニケーション不足対策、栄養対策などについては具体的に現場の改善のためのサポートをする団体がある。

具体的な手法として、例えば医師の抗生剤の使い方を変えていくために、どのような使われ方をしたのか、なぜ使っているのか、primary care centerを訪問して話し合っていくところから始めて、マイクロシステムを病院の管理職ベース→県レベル→国レベルとあげていくのである。これにより、実際抗生剤の使用を大幅に減らしている。抗生剤の使いすぎによる耐性菌の問題は、今後日本でもより深刻になっていくと思われるが、診療所を訪問してディスカッションする、電子カルテの共有化によるPeer Review(同業者評価)を受ける等の仕組みが必要である。そのために、例えば医療事故の関連団体が社会保険診療報酬支払基金と連携するのも一考に値する。何れにせよ、センターはより医療安全に寄与するようにフィードバックの方法を変えるべきである。今のように、多くの予算を使って中心静脈穿刺の合併症や肝生検に関わる提言書を全ての診療所に配るような無駄使いをしてはいけない。今まで各学会や日本医療機能評価機構が行ってきた分析と提言を再び繰り返すことに、どれだけの人的、時間的、金銭的コストがかかっているか検証した方がいい。センターへの報告数を増やすことにエネルギーを費やし、手技の問題に提言書を出しても医療安全は高まらないのだ。

さらに日本では裁判になった時に、4N(No time, No money, No manpower, No management)と言われる医療現場の背景要因が配慮されることはほとんどないが、スウェーデンでは医療安全のためにも医師の労働時間は「労働時

間管理法」によってしっかり管理されている。例えば、コロナで医療が逼迫した時にICUを5倍に拡張し、そこで働くスタッフの給与を220%に上げて対応したことで有名になったカロリンスカ大学病院(コロナの最流行時最大450人入院し、うち1/3がICUだったという)では、通常の体制では、医師は週40時間勤務(!)で連続18時間までとなっている。過労死基準を越えて患者の安全を守ることは出来ないのだ。日本ではどうなっているのか聞かれた時に、36時間勤務が常態化していると答えると、法律はないのかと呆れられた。医療事故が起きた時、誰が悪いのかという議論にならないのかと問うと、個人の責任を私たちが問うことになんの意味があるのか、と逆に問いかけられた。そのくらい医師の働き方を含め、医療安全のために必要なことは何かという問題意識が徹底して共有されていた。平時でさえ業務にゆとりがなければ、有事に対応できないのは当たり前であろう。

日本の医療安全は、日本医療安全調査機構が行っている医療事故調査制度だけが担っているわけではない。医療事故調査制度の報告対象は、「提供した医療に起因する、管理者が予期しなかった死亡」のみであるが、もっと重要な部分は院内での医療安全体制の構築である。制度としてもそれ以外の部分をカバーする仕組みはたくさんある。日本医療機能評価機構が行っている医療事故情報収集等事業、薬局ヒヤリハット、産科医療補償制度、病院機能評価、PMDAが行っている「医薬品・医療機器等安全性情報報告制度」、消費者庁が行っている消費者安全法に基づく物品に関する事故情報等である。患者が苦情を言う窓口も全国に医療安全支援センターが382箇所もあるが、マスコミで取り上げられるのは、ほとんどの場合、事故調センターの発表のみである。日本ではいくつもの仕組みが重なり合っていてわかりにくく無駄(=現場の負担)も多い。2015年10月1日から施行された事故調のセンターの仕事が医療安全に寄与しているのか、そろそろ検証が必要な時期だ。

さらに、スウェーデンの保健医療は1982年施行された枠組み法に基づいており、これは権利でなく義務の法律である。一番必要とする人が最優先となるようにするため、人によっては待たせることになる。患者の自己決定権が重要で、利用可能な治療方法について説明し、選択権も伝える。手術は何ヶ月以内に受けられるか保証もされる。その代わりに患者は不必要に求めてはいけない。義務の法律であり、権利の法律ではないということである。この点も非常に重要な視点で、日本ではコロナでようやく白日の下に晒されるようになってきたが、医療資源は限られており、患者にも病気について学び、医療資源の無駄使いをしないようにする義務があるということを知っていただく必要がある。

最後に、スウェーデンで医療裁判が少ない理由の一つに、無過失補償制度がある。必要な経費が保証され、いわゆる慰謝料に当たるものは少ないので、日本での民事訴訟で認められる金額よりはるかに少ないが、裁判を起こさずして、必要な経費が支払われること、医療者の過失の有無が問われない点は重要である。金額が多くなるのは子供の障害や出産に関係する脳性麻痺などで、今までの収入の80%+傷害によってかかる経費が算定されるので、障害を受けた人が小さいほど金額は多くなり、逆に死亡した場合は生計補助やお葬式代他に、所謂慰謝料にあたるものは4万クローネ(1クローネ17円として68万円)ほどしか支給されない。無過失保証制度は、医療事故調査制度を補完するものであり、日本でも是非検討した方がいい。

以上、医療事故調制度の設立に関わる裏話と今後の課題を書いてみました。制度は作って終わりではなく、検証して絶え間なく改善させていく必要があります。鹿児島医法協のリーダーシップに今後とも期待しております。

医療事故調査制度を理解する近道

鹿児島県医療法人協会 会長 小田原 良治



医療事故調査制度はパラダイムシフトを繰り返して出来上がった。この医療事故調査制度創設の過程で、医師法第21条(異状死体等の届出義務)規定の解釈が外表異状として決着した。この二つは表裏一体として年月をかけて確定したものではあるが、全過程を歴史とともに考えると、かえって理解が難しくなる。

医療事故調査制度は、割り切って、平成26年6月25日の改正医療法で新しくできたものとしてとらえ、医法協医療事故調ガイドライン最終報告書(日本医療法人協会)、平成27年3月13日の「医療事故調査制度の施行に係る検討会とりまとめ」、同5月8日厚労省令100号、医政局長通知、日本医療法人協会「医療事故調運用ガイドライン(ヘルス出版)」で制度の骨格を理解した後に、医療事故調査制度の過去の歴史、医師法第21条の理解と領域を拡げていった方がわかりやすいと思う。

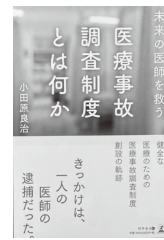
医療事故調査制度 関連書籍のご紹介

未来の医師を救う 医療事故調査制度とは何か

著:小田原良治 刊:幻冬舎 本体2,000円(+ 税)

健全な医療のための医療事故調査制度創設の軌跡

未来の医師を救うための医療事故調査制度のあるべき姿が今、明らかになる。



死体検案と届出義務

著:小田原良治 刊:幻冬舎 本体2,000円(+ 税)

罰則付きの届出義務に、もうこれで怯えない。

法律の解釈をめぐる医療界を走った衝撃。その収束までの道程を徹底解説。

医療現場を守るため、押さえておきたい重要事例 [東京都立広尾病院事件] も詳述。



医療事故調 運用ガイドライン

編集:日本医療法人協会医療事故調

運用ガイドライン作成委員会 編

へるす出版 本体3,000円(+ 税)

当ガイドラインでは、臨床現場の医療従事者が判断に迷わないように、また当制度により臨床現場に過剰な負担が生じ、本来臨床に充てるべきリソースを消費することがないように、本制度の実施・運用のあり方について提言を行います。



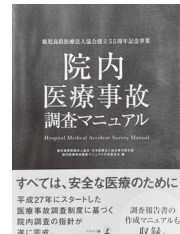
新版 医療事故調査制度

運用ガイドライン

著:小田原良治 井上清成 山崎祥光

幻冬舎 本体1,000円(+ 税)

医療安全に向けた実施・運用方法の決定版。一部改正された医療法や施行規則に準拠するなど、2016年の制度見直しを反映。“医療事故”再発防止のために臨床現場はいかに対応すべきか・・・



院内医療事故 調査マニュアル

鹿児島県医療法人協会・日本医療法人協会東京都支部

院内医療事故調査マニュアル作成委員会 編

幻冬舎(刊) 本体1,000円(+ 税)

鹿児島県医療法人協会設立55周年記念事業として院内調査を行うに際しての指針を作成。医療事故調査制度の適切な運用に向けた座右の書となる1冊。

特集

医療に係る税制度と諸課題

鹿児島県医療法人協会
監事 重久 善一



1. 優遇税制

(1) 租税特別措置法26条「社会保険診療報酬の所得計算の特例」

① 医師優遇税制の成り立ち

医師優遇税制の正式名称は『社会保険診療報酬の所得計算の特例』といいます。

租税特別措置法という特別な法律の26条に定められているため『措置法26条』という呼ばれ方もします。

この税制ができたのは昭和29年で、当時は措置法7条の10でした。

その当時の内容は、所得の計算をするときに、社会保険診療にかかる収入の72%を経費にするという破格の税制でした。

例えば、1,000万円の社会保険診療収入がある医院であれば、収入の72%にあたる7,200,000円を経費として計上してよかったです。

さらに、ここまでの収入であれば適用するといった収入の上限もなかったため、非常に簡単な計算で、ものすごいメリットを受けることができました。

その後、医師優遇税制は不公平税制の代表格のような扱いを受けるようになります。

その結果、医師優遇税制は収入に応じて控除率が区分されることになり、収入にも上限が設けられることとなりました。

内容は縮小傾向ですが、現在まで完全に撤廃されることはなく、今でも医療機関であれば、個人事業、医療法人ともに適用することができます。

② 医師優遇税制の内容

不公平税制の代表ともいわれていた税制はどのようなものなのでしょうか。

医師優遇税制の内容は、社会保険診療報酬の金額から経費を概算で計算して税金計算を行おうとするものです。

つまり、実際には経費を1円も使っていないくても、社会保険診療報酬の収入金額だけで経費の計算を行います。

しかし、あくまで対象となるのは社会保険診療報酬の金額となるため、自由診療の収入は実額で計算がされることとなります。

具体的な算式と控除率は、以下のとおりです。

算式：社会保険診療報酬の金額－（社会保険診療報酬の金額×控除率）

社会保険診療報酬の金額	控除率
2,500万円以下	72%
2,500万円超から3,000万円以下	70%
3,000万円超から4,000万円以下	62%
4,000万円超から5,000万円以下	57%

③ 医師優遇税制には、重要なポイントは2点あります。

1つめは適用を行うためには一定の収入以下であることが条件です。

- (1) 社会保険診療収入の額が5,000万円以下
- (2) 自由診療を含めた医業収入の合計が7,000万円以下

つまり、収入が一定のレベルまで企業成長をした医療機関では利用することができません。

2つめは計算に特徴があり、社会保険診療報酬の額に応じて、段階的に控除率が定められています。

具体的な計算では、2,500万円以下の部分には72%、2,500万円超から3,000万円以下の部分には70%というように、段階的に控除率が適用されます。

例えば、社会保険診療報酬の額が5,000万円の場合、5,000万円すべてに57%の控除率が適用されるわけではありません。

一年間の社会保険診療報酬の金額が5,000万円の場合には、必要経費の金額は以下の計算式をすべて足した金額で、3,340万円となります。

$2,500\text{万円} \times 72\%$

$(3,000\text{万円} - 2,500\text{万円}) \times 70\%$

$(4,000\text{万円} - 3,000\text{万円}) \times 62\%$

$(5,000\text{万円} - 4,000\text{万円}) \times 57\%$

つまり、5,000万円に対する所得(利益)は、1,660万円となります。

このとき、医療経営上は、現金が出ないにもかかわらず経費を計上できるため、資金繰りの面で大きなメリットになります。

④ 医師優遇税制を利用すべきタイミング

医師優遇税制は、収入について上限があるので、ある一定のレベルまで企業成長をした医療機関では利用することができません。

なので、利用をするタイミングは、開業当初の医院や医療法人への移行を行った年が多くなります。

開業当初は、売上が立ち上がるまである程度時間がかかりますので、経費をできるだけ使わず手元にお金を残します。

そして、税金の計算では医師優遇税制を利用するという方法です。

医療法人を設立するときは事業を行う1年間が、個人事業で事業を行う期間と医療法人で事業を行う期間に分かれます。

例えば、年間9,000万円のクリニックで、7月に医療法人を設立して事業を開始する場合を考えます。

1月1日～ 6月30日 個人事業の期間 売上4,500万円

7月1日～ 12月31日 医療法人の期間 売上4,500万円

このような場合には、個人事業と医療法人の両方で医師優遇税制を適用することができます。

また、医師優遇税制を適用するか、通常の税額計算を適用するかは税務署などに事前に申請する必要はありません。

確定申告時や決算時に選ぶことができますので、有利な税制を選ぶようにしましょう。

(2) 事業税における社会保険診療等に係る特例措置

総務省の特例措置で法律ではない。→恒久的措置とはなっていない。

医業を営む個人及び医療法人の所得の計算上、社会保険診療につき支払いを受けた金額は益金の額に算

入せず、また、経費は損金の額に算入しないことにより、社会保険診療に係る所得が実質的に非課税(平成24年度減収見込額:1,070億円※)。 ※地方法人特別税の減収分を含む。

2. 税収における消費税の割合

財務省は、7月5日、「令和2年度決算概要(見込み)」を公表しました。それによると、一般会計の税収は、当初予算額の55兆1250億円より5兆6966億円多い、60兆8216億円であることがわかりました。

過去5年の税収の推移を見てみると、2016年が55.5兆円、2017年が58.8兆円、2018年が60.4兆円、2019年が58.4兆円、2020年が60.8兆円となっています。2017年までは税収を伸ばしてきましたが、2019年には税収が落ち込み、2020年も55.1兆円に下がると予想されていました。

しかし、蓋を開けてみると、60.8兆円と過去最高を記録しています。コロナ禍によって、景気が落ち込むと予想されていた中、どうして税収が伸びたのでしょうか。それぞれの税目の推移も見ながらその原因について考えてみたいと思います。

●令和2年度の税収、予想に反して過去最高に

令和2年度の「租税及び印紙収入予算の説明」(令和2年1月時点)によると、税収見込額は、63兆5130億円でした。この数字は、令和元年度の当初予算額から税収の見込額を増減して算出されたものです。主な増加項目は、消費税の増税分である2兆3270億円で、主な減少項目は、法人税の▲7930億円と所得税の▲4050億円です。

次に、令和3年1月時点で修正された「補正予算の説明」では、当初より8兆3880億円少ない55兆1250億円とされました。所得税が約1兆円、法人税が約4兆円、消費税が、約2.5兆円減少すると見込まれました。

新型コロナウイルスによる影響で個人所得は減少し、消費も減少すると思われたため、所得税と消費税は減るとの見込みだったのでしょうか。また、新型コロナウイルスの影響は世界的なものなので、企業業績も当然減少するだろうということで法人税も減少すると見込まれていました。

ところが、冒頭で説明したとおり、予想に反し税収は過去最高を記録しました。令和元年より2.4兆円も多くなっています。

●消費税の比重、30年で倍になった

令和元年度と令和2年度の税収を比較してみると、所得税は、「19.2兆円(R1)→18.5兆円(R2)」、法人税は、「10.8兆円(R1)→8.0兆円(R2)」、消費税は、「18.4兆円(R1)→19.3兆円(R2)」となっています。

つまり、消費税だけが増えています。令和2年度の決算概要で増えた5兆6966億円の内訳は、所得税が6937億円、法人税が3兆1936億円、消費税が1兆6983億円なので、これを加算してみると、令和2年度の所得税は約19.2兆円、法人税は約11.2兆円、消費税は21兆円になります。

修正後の金額で令和元年度と比較してみると、所得税は同額で、法人税と消費税が増えていることがわかります。これは、個人の所得は変わらないけれども企業の業績は好調で、消費税の増税もあって税収が増えているということです。海外の経済回復が早かったのと巣ごもり需要で思ったより消費が落ち込まなかったのがその要因とされています。

所得税が減らなかった理由は、統計がまだ発表されていないので明らかではありませんが、コロナ禍においても株価が堅調に推移したことから、富裕層を中心に株取引による所得が増えたことが原因と考えられています。つまり、コロナ禍によって、企業も政府も厳しい財政状況と思いきや、企業、政府、富裕層は潤っており、一般個人、特に飲食店、観光業、非正規労働者などが厳しい環境に置かれているということです。

財務省の資料「所得・消費・資産等の税収構成比の推移(国税)」によれば、税種目毎の割合は、平成2年度

では、法人税が41.4%、所得税が29.3%、消費税が22.0%、資産課税が7.3%でした。それが、令和3年度になると、法人税が19.6%、所得税が30.6%、消費税が44.7%、資産課税が5.1%になっています。31年間で法人税の割合が約半分に減り、所得税と資産税の割合は横ばいで、消費税の割合が約2倍になっています。

ちなみに、所得税や法人税などを「直接税」、消費税などを「間接税」と言いますが、日本の直接税と間接税の比率は、平成30年度(2018年度)で「68:32」です。アメリカは「76:24」、イギリスは「57:43」、ドイツは「55:45」、フランスは「55:45」なので、日本はアメリカよりは間接税の比率が高いですが、ヨーロッパ諸国よりは低い水準となっています。

●消費税のさらなる増税はあり得るのか

このように、消費税の税率は上がり続け、税収に占める割合も最も大きいものになっています。ヨーロッパ諸国に比べると日本はまだ低い水準なので、さらなる消費税の増税はあるのでしょうか。その前になぜ消費税を増税する必要があるのかについて解説したいと思います。

所得税は、かつては最も安定している税収源とされてきました。人が生きていくためには、収入を得る必要があります。そこに税を課すことは、最も安定的に税を徴収できると考えられてきたからです。しかし、少子高齢化によって働き手が減少し、高齢者は年金暮らしということになると、所得税で安定的に税収を確保することが難しくなってきました。

法人税については、グローバル化の進展によって、税率が低い国へ企業が移ってしまうことや設備投資を促す必要性から税率の引き下げが求められるようになりました。それが国際的なトレンドとなっていたため、法人税を安定的に確保できるかは難しい状況にありました。

そのような背景から、所得の無い子どもやお年寄りからも税収を確保できる消費税が安定財源として有力視されるようになったのです。日本では、10%に引き上げたばかりなので、すぐに増税ということはないと思いますが、税収の安定確保という観点からは、消費税のさらなる増税を財務省は考えているはずです。

●トレンドだった法人税減税に急ブレーキ

法人税は減税がトレンドと説明しましたが、7月10日に開催されたG20「財務相・中央銀行総裁会議」で法人税率を最低15%とすることが大枠で合意されました。10月の最終合意を目指すとしています。

コロナ禍によって、各国では多額の支出を強いられたため、これからその分を回収していかなければならないということで、各国の意見が一致したわけです。日本の法人税は、決して低い方ではないので、最低税率が15%と決められても大きな影響はありませんが、他国が極端に低い法人税にすることができなくなれば、日本の法人税の税率を引き下げる必要がなくなるので、間接的に日本にもメリットがあると言えます。

依然としてデルタ株の脅威やオリンピック開催による感染拡大のリスクなど、不透明な状況が続いていますが、ワクチンが行き渡ることで、終息に向かうことが期待されます。一方で、コロナ克服後に「復興」という名のもとに安易に増税がされないようしっかり監視することが重要です。菅政権による飲食店いじめが問題になっていますが、秋の選挙では、どの政党を支持すべきなのか、よく考えて投票することが求められます。

3. B to B

2016年度経済産業省はこのほど、消費税の転嫁状況に関するモニタリング調査の5月分を公表した。消費税を「全て転嫁できている」とした企業は、事業者間取引(BtoB)で84.7%、消費者向け取引(BtoC)で72.7%と、前月からそれぞれ1.3ポイント、2.7ポイント上昇した。消費税転嫁への理解の定着や、消費税率引き上げへの理解の浸透などが理由に挙げられた。

BtoB取引では、「全て転嫁」が84.7%、「一部を転嫁」が7.5%、「全く転嫁できていない」が3.9%。このほか経営戦略上、転嫁をしなかったなど「その他」が3.9%。

「全て転嫁」とした企業を7業種別に見ると、製造業が92.1%と最多。以下は運輸業・郵便業の90.5%、建設業の89.8%など。サービス業が78.0%と最も低かった。

価格転嫁ができた理由(二つまで回答)は「以前より、取引先において、消費税分の価格引き上げを受け入れる、という理解が定着しているため」が66.9%、「本体価格と消費税額を分けることにより、交渉しやすくなったため」が24.5%、「消費税転嫁対策特別措置法により消費税転嫁拒否規制が強化されたため」が9.5%—など。

一方、価格転嫁ができていない理由(同)は「自社商品等の競争が激しく、価格を引き上げると他社に取引を奪われてしまうおそれがあるため」が51.2%と最多だった。

4. B to C

BtoC取引では、「全て転嫁」が72.7%、「一部を転嫁」が15.2%、「全く転嫁できていない」が4.9%、「その他」が7.2%。

「全て転嫁」を業種別で見ると、製造業が86.6%と最多。サービス業が62.4%と最小だった。

価格転嫁ができた理由(同)は「消費者において、消費税率引き上げの意義等に対する理解が浸透しているため」が66.6%と最多。

価格転嫁ができていない理由(同)は「景気が回復しておらず、また消費者の財布のひもが固いため」が53.9%と最多だった。

5. 各国における消費税率

区分	日本	EC指令	フランス	ドイツ	イギリス	スウェーデン	
施行	1989年	1977年	1968年	1968年	1973年	1969年	
納税義務者	資産の譲渡等を行う事業者及び輸入者	経済活動をいかなる場所であれ独立して行う者及び輸入者	有償により財貨の引渡又はサービスの提供を独立して行う者及び輸入者	営業又は職業活動を独立して行う者及び輸入者	事業活動として財貨又はサービスの供給を行う者で登録を義務づけられている者及び輸入者	経済活動をいかなる場所であれ独立して行う者及び輸入者	
非課税	土地の譲渡・賃貸、住宅の賃貸、金融・保険、医療、教育、福祉等	土地の譲渡(建築用地を除く)・賃貸、中古建物の譲渡、建物の賃貸、金融・保険、医療、教育、郵便、福祉等	土地の譲渡(新築建物の建築用地を除く)・賃貸、中古建物の譲渡、建物の賃貸、金融・保険、医療、教育、郵便等	土地の譲渡・賃貸、建物の譲渡・賃貸、金融・保険、医療、教育、郵便、福祉等	土地の譲渡(新築建物の建築用地を除く)・賃貸、中古建物の譲渡、建物の賃貸、金融・保険、医療、教育、郵便、福祉等	土地の譲渡・賃貸、建物の譲渡・賃貸、金融・保険、医療、教育、郵便、福祉等	
税率	標準税率	10% ^(注1)	15%以上	20%	19%	20%	25%
	ゼロ税率	なし	ゼロ税率及び5%未満の軽減税率は、否定する考え方を採っている	なし	なし	食料品、水道水(家庭用)、新聞、雑誌、書籍、国内旅客輸送、医薬品、居住用建物の建築(土地を含む)、新築建物の譲渡(土地を含む)、障害者用機器等	なし
	輸出免税	輸出及び輸出類似取引	輸出及び輸出類似取引	輸出及び輸出類似取引	輸出及び輸出類似取引	輸出及び輸出類似取引	輸出及び輸出類似取引
	軽減税率	酒類・外食を除く飲食物品、定期購読契約が締結された週2回以上発行される新聞 8% ^(注1)	食料品、水道水、新聞、雑誌、書籍、医薬品、旅客輸送、宿泊施設の利用、外食サービス、スポーツ観戦、映画等 5%以上(2段階まで設定可能)	旅客輸送、肥料、宿泊施設の利用、外食サービス等 10% 書籍、食料品、水道水、スポーツ観戦、映画等 5.5% 新聞、雑誌、医薬品等 2.1%	食料品、水道水、新聞、雑誌、書籍、旅客輸送、宿泊施設の利用、スポーツ観戦、映画等 7%	家庭用燃料及び電力等 5%	食料品、宿泊施設の利用、外食サービス等 12% 新聞、雑誌、書籍、旅客輸送、スポーツ観戦等 6%
	割増税率	なし	割増税率は否定する考え方を採っている	なし	なし	なし	なし
課税期間	1年(個人事業者:暦年 法人:事業年度) ただし、選択により3か月又は1か月とすることができる。	1か月、2か月、3か月又は加盟国の任意により定める1年以内の期間	1か月 ^(注2)	1年	3か月 ^(注3)	3か月又は1年 ^(注4)	

6. 我が国における消費税率の推移

年号	西暦	消費税率	年号	西暦	消費税率
平成元年	1989年	3% (4/1以降)	平成18年	2006年	5%
平成2年	1990年	3%	平成19年	2007年	5%
平成3年	1991年	3%	平成20年	2008年	5%
平成4年	1992年	3%	平成21年	2009年	5%
平成5年	1993年	3%	平成22年	2010年	5%
平成6年	1994年	3%	平成23年	2011年	5%
平成7年	1995年	3%	平成24年	2012年	5%
平成8年	1996年	3%	平成25年	2013年	5%
平成9年	1997年	3% (3/31まで) 5% (4/1以降)	平成26年	2014年	5% (3/31まで) 8% (4/1以降)
平成10年	1998年	5%	平成27年	2015年	8%
平成11年	1999年	5%	平成28年	2016年	8%
平成12年	2000年	5%	平成29年	2017年	8%
平成13年	2001年	5%	平成30年	2018年	8%
平成14年	2002年	5%	令和元年	2019年	8% (9/30まで) 10% (10/1以降)
平成15年	2003年	5%	令和2年	2020年	10%
平成16年	2004年	5%	令和3年	2021年	10%
平成17年	2005年	5%			

7. 売上に対応する消費税

① 課税取引

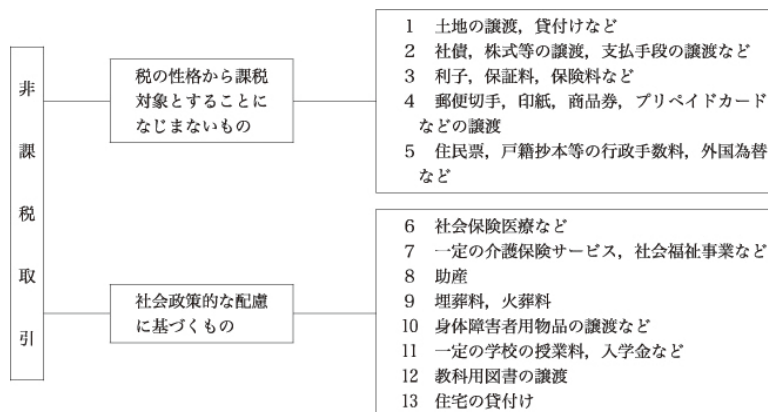
消費税は、生産・流通過程を経て事業者から消費者(家計)に提供される財貨・サービスの流れに着目して、事業者の売上げを課税対象とすることにより、間接的に税負担を求めるものである。従って、消費税の対象となる取引には、原則として国内におけるすべての財貨、サービスの販売、提供(資産の譲渡等)が含まれるが、これらの財貨、サービスの中には、消費に負担を求める税としての性格上、課税対象とならないものや政策的に課税することが適当でないものがあり、これらのものは非課税とされている。なお、政策的配慮に基づく非課税取引は、消費全般に広く薄く負担を求めるという考え方から、極めて限定されたものとなっている。

② 非課税取引

資産の譲渡等(国内取引)のうち非課税とされるものを分類すると次のとおりである。

- (1) 土地(土地の上に存する権利を含む。)の譲渡及び貸付け(一時的に使用させる場合等を除く。)
- (2) 有価証券、有価証券に類するもの及び支払手段(収集品及び販売用のものを除く。)の譲渡
- (3) 利子に対価とする貸付金その他の特定の資産の貸付け及び保険料に対価とする役務の提供等
- (4) 郵便切手類、印紙、証紙、物品切手等の譲渡
- (5) 国、地方公共団体等が法令に基づき徴収する手数料等に係る役務の提供、外国為替業務に係る役務の提供
- (6) 公的な医療保障制度に係る療養、医療及びこれらに類するものとしての資産の譲渡等
- (7) 一定の介護保険サービス、社会福祉事業(更生保護事業を含む。)及び社会福祉事業に類する事業として行われる資産の譲渡等
- (8) 医師、助産師等による助産に係る資産の譲渡等
- (9) 埋葬料又は火葬料に対価とする役務の提供
- (10) 身体障害者用物品の譲渡、貸付け等
- (11) 学校、専修学校、各種学校及び職業訓練校等の授業料等に係る役務の提供
- (12) 教科用図書の譲渡
- (13) 住宅の貸付け(一時的に使用させる場合等を除く。)

なお、輸入される貨物についても、上記の国内取引に係る非課税に準じて、有価証券等、郵便切手類、印紙、証紙、物品切手等、身体障害者用物品、教科用図書が非課税とされている。



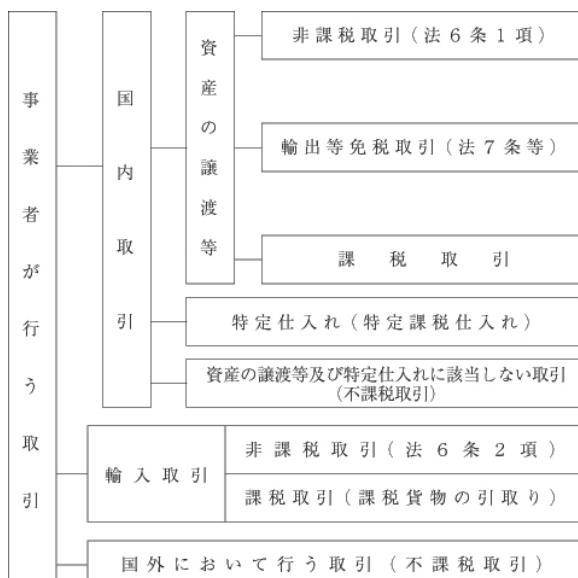
③ 輸出等免税取引

第7条 事業者(第9条第1項本文の規定により消費税を納める義務が免除される事業者を除く。)が国内において行う課税資産の譲渡等のうち、次に掲げるものに該当するものについては、消費税を免除する。

- 一 本邦からの輸出として行われる資産の譲渡又は貸付け
 - 二 外国貨物の譲渡又は貸付け(前号に掲げる資産の譲渡又は貸付けに該当するもの及び輸入品に対する国内消費税の徴収等に関する法律(昭和30年法律第37号)第8条第1項第3号(公売又は売却等の場合における国内消費税の徴収)に掲げる場合に該当することとなつた外国貨物の譲渡を除く。)
 - 三 国内及び国内以外の地域にわたって行われる旅客若しくは貨物の輸送又は通信
 - 四 専ら前号に規定する輸送の用に供される船舶又は航空機の譲渡若しくは貸付け又は修理で政令で定めるもの
 - 五 前各号に掲げる資産の譲渡等に類するものとして政令で定めるもの
- 2 前項の規定は、その課税資産の譲渡等が同項各号に掲げる資産の譲渡等に該当するものであることにつき、財務省令で定めるところにより証明がされたものでない場合には、適用しない。

④ 対象外

消費税法は国内法であり、海外での取引は対象外。



8. 仕入れに対応する消費税

- ① 課税仕入
適格請求書発行事業者(インボイス制度)
- ② 非課税仕入
- ③ 対象外
- ④ その他

9. 固定資産購入に対する消費税

10. ケーススタディー

一般的な医療機関 課税売上率3% 非課税社会保険売上率97%

医療収入100億円の消費税負担金額は4億円の消費税負担になる。

	課税率3%	非課税率97%
売上消費税	$100\text{億円} \times 3\% \times 10\% / 1 + 10\% = 0.3\text{億円}$	0
仕入消費税	$(100\text{億円} \times 50\% \times 10\% / 1 + 10\%) \times 3\% = 0.1\text{億円}$	$(100\text{億円} \times 50\% \times 10\% / 1 + 10\%) \times 97\% = 4\text{億円}$
差引	0.2億円	▲ 4億円
	納税額	法人負担額

以上を前提に厚生労働省の統計発表の令和2年度の医療費42.2兆円より各医療機関が負担している消費税の総額を推定すると

$422,000\text{億円} \div 100\text{億円} \times 4\text{億円} = 16,880\text{億円}$ という結果になる。

これはあくまで一般の医療機関の場合で産婦人科等の場合は課税率が50%等であるため概算である。

消費税制度として社会保険診療等が非課税と制度設計してあるが欧米では私的病院が少ないこと等によりあまり大きな問題とはならないものの日本においては医療制度を私的医療機関が担っている現状を見ると最初から売り上げの4% (消費税率10%の場合)が利益の負担になるのですべて転嫁できている一般企業にとっては消費税は通過するだけの税であるのに対し医療機関は負担するという不合理を強いられていることとなっている。

「医療に」係る税制度と諸課題は、下記の令和3年度研修会におけるご講演内容を協会報にご寄稿いただいたものです。

一般社団法人鹿児島県医療法人協会 令和3年度研修会 テーマ「医療に係る税制度と諸課題」

日時：令和3年11月20日(土) 午後2時～午後4時10分

会場：ZOOMウェビナーによるオンライン研修会

座長：小田原 良治 先生 (鹿児島県医療法人協会会長)

講師：重久 善一 先生 (重久公認会計士事務所所長 公認会計士・税理士)
(日本医業経営コンサルタント協会鹿児島県支部 支部長)
(鹿児島県医療法人協会 監事)

プログラム：

座長講演：医療に係る消費税導入の経緯

講演第1部：インボイス制度について～国税庁動画配信と補足解説

講演第2部：医療に係る税制度と諸課題

事務部会だより

鹿児島県医療法人協会事務部会では、事務部会世話人会(小牧文夫代表)のご協力の下、このたびデジタルマガジン「Ka-ihokyo Digi-Magazine」を創刊いたしました。

会員法人の事務長様、看護部長様はじめ、現場を支えるスタッフの方々への情報発信、情報交換の場としてご活用いただき、医療業界を取り巻く多様な課題への対応や問題解決のツールとしてお役に立てる媒体となることを目指して、隔月(奇数月10日)の発行を予定しています。会員施設のご紹介や身近な話題のご提供を賜り、手作りの媒体として育てて戴くことを願っています。皆様のご支援とご協力を心からお願い申し上げます。

なお、「Ka-ihokyo Digi-Magazine」のお届けは、会員様からご登録いただいた「事務部会員」のメールアドレスに配信しております。

「事務部会員」の新規登録、変更登録については下記の協会事務局にご連絡ください。

一般社団法人鹿児島県医療法人協会
事務局(担当:萬、堀)
〒891-0105 鹿児島市中山町878-1
mail ka-ihokyo@ml.j-bee.com
TEL:099-268-4896 FAX:099-268-4972

【事務部会世話人会報告】

○令和3年度第1回世話人会

日時:令和3年12月8日(水)16:00～16:50

場所:オンラインZOOMミーティング

主な議題:

1. 新メンバー参加の件
2. 世話人会役員選任の件
3. デジタルマガジン創刊の件
4. 情報交換、その他

○令和3年度第2回世話人会

日時:令和4年2月8日(火)16:00～17:00

場所:オンラインZOOMミーティング

主な議題:

1. 新メンバー参加の件
2. デジマガ編集会議
3. 介護・看護従事者処遇改善、宿日直問題等の情報交換
4. 事業報告書届出・閲覧の電子化について報告
5. その他

【世話人会名簿】 (令和4年2月1日現在)

氏名	所属
荒木 幹智	医療法人仁風会日高病院
大木 至	社会医療法人卓翔会市比野記念病院
大迫 貴冲	医療法人慈風会厚地脳神経外科病院
栗栗 和成	医療法人恵明会整形外科松元病院
小牧 文夫 代表	医療法人明輝会法人事務局
逆瀬川 大作	社会医療法人緑泉会法人本部
坂元 一男	医療法人尚愛会小田原病院
園田 圭	医療法人寛容会森口病院
園田 直秀 副代表	医療法人仁心会福山病院
武部 成光	医療法人至誠会中村温泉病院
中村 修一 副代表	医療法人健誠会湯田内科病院

氏名	所属
中村 真之	医療法人玉昌会法人事務局
中屋 由美子	医療法人光智会産科婦人科のぼり病院
花田 博実	医療法人起生会林内科胃腸科病院
馬場 順二郎	医療法人昭泉会外科馬場病院
日笠山 誉	医療法人杏林会丸田病院
平名 章二	医療法人敬親会豊島病院
宮園 政彦	医療法人仁愛会崎元病院
瀬戸口 和行	日本医業経営コンサルタント協会
早川 孝一	日本医業経営コンサルタント協会
萬 英治	鹿児島県医療法人協会
堀 芳江	鹿児島県医療法人協会

看護学校だより



同学年どうしのIPE

鹿児島県医療法人協会立看護専門学校
専任教員 川田正輝

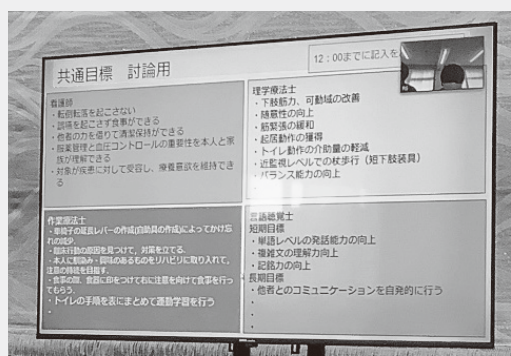
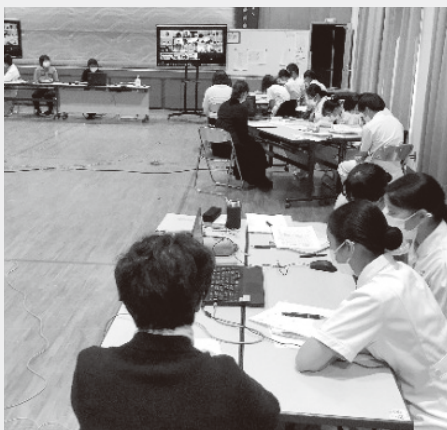
IPEとは、Interprofessional Educationの略で、訳すると「専門職連携教育」(本校では、IPE, 多職種連携学習)です。専門職連携教育とは、「2つあるいはそれぞれの専門職が協働とケアの質を改善するために、共に学び、お互いから学び合い、お互いのことを学ぶこと」(千葉大教授酒井邦子氏の引用)です。看護基礎教育を取り巻く環境は大きく変化しており、これからは地域包括ケアシステムを基軸として、活動を進めていく必要があります。そのため、これからの看護教育に求められる能力育成方法の一つがIPEといわれています。

本校では、先かけて多職種の学科を有する鹿児島第一医療リハビリ専門学校と連携し協同学習に取り組んでいます。私は、事前に多職種の教職員間で授業案と学生のレディネスやゴールを確認した上で実施することや、昨年度の学生自身、確かな学びを得た取組内容や体験する意義等の説明を受け、今年度初めてこの科目を担当させていただきました。今年度実施したところ、対象を中心に看護を考えようとする学生の姿勢や成長を確かに実感することができました。

IPE当日参加メンバーは、鹿児島第一医療リハビリ専門学校の理学療法科・作業療法学科・言語聴覚学科・本校看護専門学校の学生、教職員です。数回にわたる学校間の事例検討等の事前打ち合わせを重ね、当初は、対面によるグループ討議を予定していましたが、コロナ禍であるため、昨年度に引き続きリモートにて令和3年12月3日に実施しました。両校教職員による授業案・ICT活用方法等の確認・事前打ち合わせは、ZOOM等を駆使することでスムーズに実施できました。当日も、大きな機器のトラブルなく、ZOOMを活用し、今年度は、Googleスライド活用も導入したことで、学生は、多職種間での意見をさらに活発に交換しながら進められていたように思えます。

学生の感想には、「ただお互いが知らない情報を伝えあうだけでなく、どの職種にどのような専門知識がありどのようなことができるかを理解し、それぞれの立場だからこそ見える細かい視点を共有していくことで患者や家族にとってより良い援助が提供できるようになるということを学

びました」という【カンファレンスを通しての学び】がありました。また、「看護は対象そのものを観察し情報をとらえ対象が安全で安楽に療養生活が送れるようにケアすることが中心となるが他職種は対象の機能を改善させることが中心となることから専門性の違いを学びました」という【多職種の専門性への理解】がありました。



さらに、「看護師は、療養中の患者にとって最も身近な距離にあるため、患者の近くでその異変にいち早く気づき、多職種にその患者の状態を伝えることが大切であると実感しました」という【看護師としての新たな気づき】がありました。

私自身、学生には、看護師専門職としての能力以外に、基本的なコミュニケーション能力と、専門性や個性が異なる相手に有効にアプローチする能力、葛藤を解決する能力、さらにカンファレンス等をファシリテートする能力や連携のリーダーシップをとる能力が間違いなく芽生えつつあると期待を込めて感じました。今後も、各職種の学習過程の位置づけのもと質の高いIPEを目指し、継続し、この経験を新人看護師になったときになにかしら活かせるように精選していきたいと考えます。

次回IPEは、令和4年12月2日(金)予定しています。今回は、ぜひとも対面学習できることを願い結びとします。

これからの医業経営へ、「信頼」で結びたい。



医療・保健・介護・福祉施設が抱えるあらゆる課題を、資格認定されたコンサルタントが解決します。
「認定登録 医業経営コンサルタント」は、医業経営に携わる方々が直面する課題に的確・迅速に対応するため、所定の継続研修を履修し、常に資質の向上を図っています。



公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会 鹿児島県支部

支部 〒892-0803 鹿児島県鹿児島市紙園之洲町5(株)吉田経営内 TEL:099-247-5655

本部 〒102-0075 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル5階 TEL:03-5275-6996 FAX:03-5275-6991 http://www.jahmc.or.jp



編集後記

昨年12月の大阪市内のクリニック放火事件に続き、1月には埼玉県ふじみ野市で在宅担当医師が犠牲になるという大変痛ましい事件が起きました。どちらも軽々にコメントできる事案ではありません。ただただ犠牲となられた方々のご冥福を祈るばかりです。

このような犯罪的暴力事案や、医療機関を標的としたサーバー攻撃といった人為災害はもとより、地震・風水害の自然災害も身近に数多く発生しており、今般の新型コロナウイルス感染症もまた大規模災害級の対応を求められました。

かつて筆者が病院事務長の職にあったとき、「危機管理こそ病院事務長の仕事と心得よ。」と教えられました。この中には災害時のBCP(事業継続計画)策定等、危機発生時の対応を事前想定することのみならず、「予期せぬ出来事」が発生した場合の初期対応と取捨策から、リスク防止策・リスクの最小化といった、「リスクマネジメント」の範疇まで、想定される様々な危機を並べ挙げると、素人の手における範囲をはるかに超えており気が遠くなりそうでした。振り返ると、このような落ち込んだ気分の時にこそ、「同業の先達」が大きな支えであったように思います。翻って、現職の医療法人協会の立場でできることに「ノウハウ共有のお手伝い」があると思います。貴重な体験の情報を交換、共有することで協会としてお役に立てることを願っています。

さて、重苦しい話題が先行しましたが、今年の干支は「壬寅」で、陽気を孕み春の胎動を助ける意味があり、冬が厳しいほど春の芽吹きは生命力に溢れ華々しく生まれる年になる、とされています。更に加えて、今年は36年毎に巡ってくる「五黄の寅」で、十二支と九星術の組み合わせの中で最も運氣が強いとされているそうです。会員の皆様方の輝かしいご隆盛を祈ってやみません。 E.Y記

医療機関の設備資金・長期運転資金をサポートします

※ 既存借入の借り換え、賞与等の短期運転資金にはご利用いただけません。

医業経営『プライムⅠ』

原則、担保不要

変動金利
5年以内 0.50%
7年以内 0.70%

3,000万円まで

最長 7年

プライムⅠ・Ⅱの諸条件等については下記までお問い合わせください。

医業経営『プライムⅡ』(貸出要件緩和型)

原則、担保不要

変動金利A(基準金利)
5年以内 0.80%
7年以内 1.00%

2,000万円まで

変動金利B(担保あり)
5年以内 0.60%
7年以内 0.80%

最長 7年

変動金利C(団信付き)
5年以内 A:1.60% B:1.40%
7年以内 A:1.80% B:1.60%

その他、ライフステージに沿った各種ローンも取り揃えております。お気軽にお問い合わせください。

ホームページ用QRコード



鹿児島県医師信用組合

〒890-0053 鹿児島市中央町8番地1
TEL 099-251-3821 FAX 099-252-6184

