

医療情報
ヘッドライン

医師需給推計と医師偏在の対策を議論 2033年頃に医師需給は均衡の見通し

▶厚生労働省

2016年度診療報酬改定の疑義解釈を発出 医療・看護必要度などをQ & Aで説明

▶厚生労働省

経営
TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向 / 概算医療費 (平成 27 年 10 月)

経営情報
レポート

コーチングを活用した
院内コミュニケーション向上のポイント

経営
データ
ベース

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: 事業継承
遺言作成時の注意点
特定医療法人による相続税対策

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。



本社 京都市南区吉祥院九条町 30 番地 1 江後経営ビル
TEL 075-693-6363 FAX 075-693-6565
滋賀支社 滋賀県草津市野路 1-4-5 センタービル BLDG ZEN 6F
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540
大阪支社 大阪市北区梅田 1 丁目 1 番 3 大阪駅前第 3 ビル 31F
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578

医師需給推計と医師偏在の対策を議論 2033年頃に医師需給は均衡の見通し

厚生労働省は3月31日、医療従事者の需給に関する検討会の「医師需給分科会」を開催し、「医師需給推計」と「医師偏在の課題と対策」についての方針を示し議論した。分科会は2017年に医学部定員の増員措置の一部が終了することや、2025年に策定される地域医療構想に向けた医師の需給見通し・確保策などを検討する。この日、2040年までの医師の需給推計を示された中で、遅くとも2033年頃までには医師の供給が需要を上回って「医師不足」の状態が解消される見通しが明らかとなった。

医師の需給推計について議論

医師の供給推計について、地域における医療機能の確保と再編（選択と集中を含む）を推進する取組が必要ではないか、医師の養成課程における地域医療への参画を強化するべきではないか、がこれまでの共通認識となっている。

そのため、①人口規模の小さい地域では患者数が確保できず、十分な医業収入が得られない、②人口規模の小さい地域では、施設規模に応じた医師数が確保できないため、少人数のスタッフに業務が集中することから、医療機関間の医師の派遣機能の強化を検討するべきではないか、などが指摘されている。

「医師の需給推計」は以下3点を議論した。

①医師の供給推計

厚労省は、今後の医学部定員を2016年度の9,262人として推計すると提案し、また女性医師・高齢医師・研修医に関し、労働時間と経験・技術で増減する「仕事量」を定義する。具体的には、30～50代の男性医師の仕

事量を1とした場合、女性医師0.8、高齢医師0.8、1年目研修医0.3、2年目研修医0.5とし、供給推計に反映すると示した。

②医師の需要推計

「臨床に従事する医師」に関し、提案した推計方法をもとに、医師需要推計を提示。「入院医療（一般病床および療養病床、精神病床）」の医師の需要推計は2025年17万5,700人～19万7,000人、2040年17万9,200人～20万800人で、「入院外の医療（外来医療・訪問して行う診療）」は2025年9万4,300人～9万4,700人、2040年9万100人～9万800人と推計した。「介護老人保健施設」は2025年3,800人、2040年4,200人となったほか、「臨床以外に従事する医師」も医療需要推計を算出し、2040年に1万3,100人以上と推計している。

③医師の需給推計

医師供給・需給推計をもとに2040年までの医師需給推計を示し、上位推計（医師需要推計が最大となる推計）では2033年ごろ、中位推計では2024年ごろに医師需給が均衡し、その後は人口の減少により医師需要が減少するとした。

医師需給には、これまでに①医学部卒業後の勤務地として、出身地を選択する傾向がある（医学部所在地と医学生出身地とのバランスに地域差がある）②勤務地により経験できる症例数や質が異なり、キャリアアップや専門医の維持等に影響（地方等を避ける）③症例数や先端医療に触れる機会に施設や地域で違いがある、といった課題が浮上している。

2016年度診療報酬改定の疑義解釈を発出 医療・看護必要度などをQ & Aで説明

厚生労働省は3月31日付で、2016年度診療報酬改定に関する「疑義解釈資料の送付（その1）」について事務連絡を行い、4月1日、同省HP上で疑義解釈を公開した。ここでは、新設された以下項目を中心に紹介する。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

新設された一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の共通事項で、「同一疾患に起因した一連の再手術の場合は、初回の手術のみ評価の対象」とあるが、厚労省は予定手術として2期的に手術を行う場合、各手術が評価対象になると説明し、新設されるC項目の具体的な術式名が8項目と決まったほか、同一疾患に起因した一連の再治療が1回の入院中に行われる場合は初回の治療のみ評価対象と述べている。なお、予定して2期的に治療を行う場合、各治療が評価の対象となると示している。さらに、C項目の開腹手術に関して、腹壁を切開しない方法で腹腔・骨盤腔や後腹膜腔の臓器に達する手術は対象とならないと明示したほか、C項目の各手術等についても、対象を詳細に説明している。

検査・画像情報提供加算及び投薬

診療情報提供書・検査結果などは原則として同じ日に提供する必要があるほか、CD-ROMでの提供では算定できない（電子的診療情報評価料も同様）と説明。基準を満たす電子署名には、一般社団法人医療情報システム開発センター（MEDIS）発行のHPKI署名用電子証明書と、日本医師会の発行する医

師資格証が該当すると述べている。

投薬では、湿布薬の1処方につき70枚の制限に関して、「70枚」の判断は湿布薬の種類ごとに70枚ではなく、処方された湿布薬全体の合計枚数が70枚と説明している。

基準調剤加算、かかりつけ薬剤師について

【基準調剤加算1】では、「近隣の複数薬局で連携体制を構築して基準調剤加算1を算定している場合において、連携体制にある薬局のうち、特定の薬局が主として夜間休日等の対応を行うことは認められるか」という質問に対し、「当該加算の趣旨としては、自局のみで24時間体制を構築することが難しい場合において、近隣の複数薬局の連携を行うことを評価するものであり、当該例は適切でない」と回答されている。ただし、これに対しては薬局関係者の中から、「連携する保険薬局の要件である〈近隣〉の定義はあるか」との疑念が「曖昧」のまま残っている。

また新設項目の【かかりつけ薬剤師指導料】と【かかりつけ薬剤師包括管理料】では、「かかりつけ薬剤師」という名称が本来の解釈から違ってきているのではないかとされており、薬局現場と患者の間で正しく定着するまでに紆余曲折があるのではと危惧されている。かかりつけ薬剤師への同意については、患者が最初に来局した際に「後発医薬品の使用意向などを確認するアンケートの中で、かかりつけ薬剤師についての意向を確認した場合、アンケートの署名では同意を取得したことにはならない」と回答がされた。

最近の医療費の動向 / 概算医療費 (平成27年10月)

1 制度別概算医療費

医療費

(単位：兆円)

	総計								
		医療保険適用							公費
		75歳未満	被用者 保険	本人	家族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳以上	
平成23年度	37.8	22.6	11.0	5.5	5.0	11.5	1.5	13.3	1.9
平成24年度	38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0
平成25年度	39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0
平成26年度 4～3月	40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0
4～9月	19.7	11.5	5.7	2.9	2.5	5.9	0.7	7.2	1.0
10～3月	20.2	11.9	6.0	3.1	2.6	5.9	0.8	7.3	1.0
平成27年度 4～10月	23.8	13.9	6.9	3.6	3.0	6.9	0.8	8.7	1.2
4～9月	20.3	11.8	5.9	3.1	2.5	5.9	0.7	7.4	1.0
9月	3.3	1.9	1.0	0.5	0.4	1.0	0.1	1.2	0.2
10月	3.6	2.1	1.0	0.5	0.4	1.0	0.1	1.3	0.2

- 注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。
- 注 2. 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。
- 注 3. 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	調剤	入院時 食事 療養等	訪問看護 療養	(再掲) 医科 入院 + 医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 + 調剤	(再掲) 歯科 + 歯科 食事等
平成 23 年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
平成 24 年度	38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
平成 25 年度	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
平成 26 年度 4 ~ 3 月	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8
4 ~ 9 月	19.7	15.8	7.5	6.8	1.4	3.5	0.4	0.07	7.9	10.3	1.4
10 ~ 3 月	20.2	16.0	7.7	6.9	1.4	3.7	0.4	0.07	8.1	10.7	1.4
平成 27 年度 4 ~ 10 月	23.8	18.8	9.0	8.2	1.7	4.4	0.5	0.09	9.4	12.6	1.7
4 ~ 9 月	20.3	16.0	7.7	7.0	1.4	3.7	0.4	0.08	8.1	10.7	1.4
9 月	3.3	2.6	1.2	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.8	0.2
10 月	3.6	2.8	1.3	1.2	0.2	0.7	0.1	0.01	1.4	1.9	0.2

注 1. 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

3 医療機関種類別概算医療費

(1) 医療機関種類別医療費

医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計						医科診 療所	歯科計			保険 薬局	訪問 看護 ステー ション
		医科病院	大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人病 院	歯科 病院		歯科 診療所				
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	6.0	1.6	2.6	3.5	2.5	7.9	9.5
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	5.9	0.3	1.4	5.3	1.2	1.3	19.0
平成 25 年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9	14.3
平成 26 年度 4 ~ 3 月	1.8	1.5	1.8	2.2	1.5	2.1	6.0	0.8	2.9	4.0	2.8	2.3	16.9
4 ~ 9 月	1.4	1.1	1.3	1.9	0.8	1.7	6.2	0.5	2.5	3.5	2.4	1.8	16.4
10 ~ 3 月	2.2	1.9	2.3	2.4	2.1	2.6	5.8	1.0	3.3	4.4	3.2	2.7	17.4
平成 27 年度 4 ~ 10 月	2.8	1.8	2.0	2.5	2.0	2.0	7.3	1.3	1.0	0.6	1.1	7.6	15.8
4 ~ 9 月	2.7	1.7	2.0	2.5	2.0	2.0	7.2	1.0	0.8	0.8	0.7	7.2	16.2
9 月	1.5	0.4	1.0	1.1	1.0	1.1	8.0	1.1	3.9	1.6	4.0	7.8	14.2
10 月	3.6	2.2	1.8	2.7	2.0	1.7	7.4	3.0	2.6	0.2	2.8	9.7	13.3

注 1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国(独立行政法人を含む)の開設する医療機関、公的医療機(開設者が都道府県、市町村等)及び社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会等)の開設する医療機関をいう(ただし、医育機関を除く)。

注 2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2) 主たる診療科別医科診療所の医療費

医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	0.1	3.5	2.5	0.3	1.5	0.6	2.5
平成 24 年度	0.3	0.1	4.5	3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
平成 25 年度	0.7	1.0	1.3	2.2	1.8	0.8	0.7	2.5	2.3	1.2
平成 26 年度 4～3月	0.8	0.6	1.1	1.5	2.9	1.8	0.4	3.9	4.6	1.5
4～9月	0.5	1.0	0.3	1.7	3.2	1.0	0.2	4.0	4.1	1.4
10～3月	1.0	0.2	1.7	1.4	2.6	2.6	1.0	3.8	5.0	1.6
平成 27 年度 4～10月	1.3	1.3	2.9	1.9	0.3	2.0	0.2	3.2	1.7	1.7
4～9月	1.0	1.2	2.2	2.2	0.0	1.3	0.2	2.9	0.5	1.5
9月	1.1	0.0	3.5	4.0	4.4	5.6	3.0	0.8	1.4	0.9
10月	3.0	2.2	6.5	0.3	2.3	6.9	2.8	5.1	7.8	2.5

(3) 経営主体別医科病院の入院医療費

1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科病院					医科診療所
	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院		
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	2.2
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	1.0
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	4.0
平成 26 年度 4～3月	2.0	1.3	1.4	2.3	2.8	0.9
4～9月	1.5	0.2	0.8	1.8	2.4	1.8
10～3月	2.6	2.4	1.9	2.7	3.2	0.0
平成 27 年度 4～10月	2.1	2.0	2.1	2.0	0.6	3.2
4～9月	2.2	2.0	2.2	2.1	0.8	2.8
9月	1.0	0.0	0.6	1.2	0.4	4.6
10月	1.5	1.8	1.7	1.3	0.3	5.4

注1) 医療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注2) 1施設当たり医療費は、医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

コーチングを活用した 院内コミュニケーション向上のポイント

ポイント

- ① 医療現場におけるコミュニケーションの重要性
.....
- ② 行動スタイルの把握がコーチングの第一歩
.....
- ③ コーチングの進め方を理解する
.....
- ④ コーチングスキルを理解する
.....
- ⑤ コーチングを活用した院内コミュニケーション向上事例
.....



1 医療現場におけるコミュニケーションの重要性

■ 医療現場に求められるコミュニケーションスキル

ここ数年来、国民の医療・健康・福祉問題等に対する関心が、以前に比べてはるかに高くなってきました。マスメディアを通じて医療行為に関する事件・事故・裁判等、医療に対しての不信・不満・要望等の報道が増加するなかで、医療機関に対し、より高いレベルの患者サービスを要求する時代に変化しています。こうした状況を背景として、医療従事者に、より高いコミュニケーションスキルが求められるようになってきました。

(1) 院内のコミュニケーション不足が要因で発生するヒヤリハット事故

医療機関でヒヤリハット事故が発生する要因は、下記の要因が大勢を占めています。いわゆる説明不足など、院内コミュニケーションが不足することに起因する項目が多くなっています。

医療機関での医療事故発生要因

患者への説明不足によるヒヤリハット事故

主な発生場面として、

処方・与薬 ドレーン、チューブ類の使用・管理 療養上のお世話

主な当事者職種としては、

看護師 医師 准看護師 助産師 看護助手

自他部門医療スタッフとのコミュニケーション不足、部門間のセクショナリズムが強い

ヒヤリハット事故の発生要因として、不適切な連携による事故も多い

不適切な連携による事故の詳細としては、

看護職間 医師と看護師 他職種間

(2) なぜ、医療機関でコミュニケーションが重要なのか

患者の医療への関心が高まっている現在では、患者ニーズを引き出し、その特性を理解したうえで、患者の立場に立ったコミュニケーションスキルが求められています。また、医療スタッフ間では他職種の立場を尊重し、指示命令型ではなく双方向型のコミュニケーションが重要です。医療現場は人と人が直に接し、人の心理にかかわる職場であり、コミュニケーションが本来ことさら重要な位置を占めているにもかかわらず、医療現場や医学教育においては、長くコミュニケーションがあまり重要視されてきませんでした。それが、結果的に患者や自分以外のスタッフの立場を考えない職員・スタッフを生み出してしまっているのかもしれない。

■ コーチングを活用して理想的な人間関係の構築

コーチングとは、「人の自主性」に注目したコミュニケーションスキルです。目標や希望を実現するために、その人の自主性を引き出して、効果的な行動に結びつけていくものです。

このコーチングスキルを身につけることによって、チーム医療における患者と医療スタッフ、および看護師の理想的な人間関係がつくれます。

コーチングスキルを用いて会話を重ねることで、相手の心の扉を開け、信頼関係を築きニーズや思いを聴き出し、その解決方法や目標を達成させるための手段を話し合うなど、そのためにどのような行動をするかについて意見を交わすことができるようになります。

(1) コーチング活用の効果

コーチングは、人間関係を良い方向に導き、对患者関係、院内の人間関係を好循環に持っていくことができます。

コーチングを活用すると、下記のような効果が期待できます。

患者・家族のニーズを引き出し、相手の立場に立ったコミュニケーションが可能になる
信頼関係を築くことによって患者が治療に協力的になり、自然治癒力を高める
コミュニケーション不足によるクレームやヒヤリハット、事故が減少する
組織のコミュニケーションの質を向上させ、また活性化する
各自が目標や夢を明確に持ち、共有し実現に向かって具体的に行動する

(2) コーチング活用の場面

コーチングは、あらゆる場面での活用が可能です。院長自身のコミュニケーション力向上はもちろん、患者対応、職員・スタッフのレベルアップ、クレームやトラブル等で活用することが可能です。

コーチングが活用できる場面

院長や職員・スタッフ自身のセルフコーチング
医療従事者と患者との間の不満やクレーム発生時
患者の闘病サポートや生活指導
医療スタッフ間、上司・部下間、先輩・後輩間、部門内のより良い関係作り
後輩指導の目標管理ツール
院内の人間関係トラブルが発生した時

2 行動スタイルの把握がコーチングの第一歩

■ タイプ別コーチングの理解

院内のコミュニケーションを向上させるためには、まず職員・スタッフの行動スタイルを把握することが必要です。これは、各タイプの特徴を捉え、かかわり方・アプローチの仕方を理解することで、育成や指導をしやすくすることを目的とするものです。

(1) 4つの行動スタイルを理解する

人には自分の行動スタイルがあり、この行動スタイルの中心的な部分はあまり変わらない傾向があるといわれています。

ここでは、人間の行動傾向を分析・理解するために、「統制」「創造」「着実」「論理」の4つの行動スタイルを指標とし、どのような欲求・動機がコミュニケーションや行動として現れているのかを理解します。

これら4つのタイプの違いは、次のようなものです。



統制タイプ

統制タイプは、業務に強い関心を持ち、自らの主導で結果や成果をつくることを重視します。全体を統制できる環境で、新しい物事に挑戦し、目標達成するために最大限の力を発揮します。スピードの速い行動や環境を好み、人からの指図を嫌います。

創造タイプ

創造タイプは、周りとのコミュニケーションを図りながら、物事を進めていくことを好みます。好奇心が旺盛で、とてもエネルギッシュです。社交的で話し好き、人を感化させる存在です。ただし、目標達成に執着しない傾向もあります。

着実タイプ

着実タイプは、人とのつながりを大切にします。物静かでソフト、控えめで温かく、親しみやすい感じを与えます。チームワークを重視し、強い協力の下に仕事を進めていくことを好みます。新しいことやリスクのあることを求めず、安全で着実に進める環境を好みます。

論理タイプ

論理タイプは、裏づけのある確実な方法で、目標達成に向けて進んでいくことを重視します。そのため、十分な情報やデータをそろえ、それを分析し、リスクを最小限にする方法を徹底的に検討する慎重派です。論理的なものや体系的な事柄に興味を持ちますが、人とのかかわりに対しては慎重で、自分の感情をあまり外に出しません。

3 コーチングの進め方を理解する

■ コーチングのステップと必要なスキル

コーチングの目的は、職員・スタッフのやる気を引き出して、自発的な行動を起こさせることです。つまり、自分で考え、自ら行動できる職員・スタッフを育てるというものです。

コーチングは6つのステップで行われます。これらステップだけをみると、普段職員やスタッフとの対応の中で当然実践していることと思われるかもしれませんが、これら6つのステップを進めるには、それぞれのステップに適したコーチングスキルが必要です。

コーチングの6つのステップ	各STEPで必要なコーチングスキル
STEP1 リラックスさせる	共感・ペーシング ニュートラル
STEP2 現状を聴く	承認する 傾聴する
STEP3 理想のゴールを聴く	オープン質問 チャンクアップ
STEP4 課題を特定する	オープン質問
STEP5 行動計画を立てさせる	質問 提案
STEP6 進捗状況をフォローする	クローズ質問



遺言作成時の注意点

遺言作成時にはどんな点に注意が必要でしょうか。



相続人に与えられる最低保証といえる「遺留分」と「遺留分減殺請求」への留意が必要です。遺言によって、相続人でない人に財産を与えることを遺贈と言い、全財産を寄付ということも可能になります。

ただし、相続人には「遺留分減殺請求」という権利が認められており、これは相続人に与えられた最低保証分で、「遺留分」といいます。つまり、相続財産を全部寄付という内容の法的に有効な遺言書があっても、遺留分減殺請求を受ければ、遺留分の限度までは請求者に渡さなければなりません。ただし、請求がないときは渡す必要はありません。

遺留分をもつ相続人

配偶者、直系卑属（子供）、直系尊属（父母、祖父母等）で、兄弟姉妹は遺留分を持つ相続人にはなれません。

ただし、相続の欠格、廃除、放棄によって相続権を失った者は、遺留分の権利がありません（代襲相続が可能な場合、代襲者は遺留分を主張可）。

遺留分減殺請求の予防対策

<p>①遺留分を侵害しない遺言にする</p>	<ul style="list-style-type: none">・遺留分相当額以上の財産を相続させる・遺産の一部についての遺言にとどめる・侵害されそうな相続人に対して生前贈与しておく
<p>②遺留分放棄の手続を行う</p>	<p>遺留分の扱いにおいて一番確実なのは、あらかじめ遺留分相続該当者に「遺留分の放棄」をさせることである。この該当者が遺留分放棄しておけばトラブルの種はなくなる。遺留分の放棄は、家庭裁判所の許可を得ることで可能であり、親が強要したとみられて棄却される場合などを除き、8割～9割は許可されている。</p>
<p>③価額賠償の準備を行う</p>	<p>土地や共有財産を共有者の一人が相続する場合、共有物を分割する方法には、①現物による分割、②共有物を売って代金を分ける代金分割、③共有者の1人が他の共有者の持ち分を全部取得する代わりに、その対価を他の共有者に支払う価額賠償の3つがあり、この場合においても遺言で分割の指定等を行っておくのが賢明だといえる。</p>

経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 事業継承



特定医療法人による相続税対策

特定医療法人は相続税対策に有効でしょうか。



特定医療法人は、租税特別措置法第 67 条の 2 に定める国税庁長官の承認を受けた医療法人のことをいいます。

下記に定められた要件の他、医療の普及及び向上、社会福祉への貢献その他公益の増進に著しく寄与し、かつ、公的に運営されていることが条件となりますが、法人税率が一律 19% (通常 25.5%) に軽減されたり、出資持分に対する相続税が非課税になったりするなど、税制上の優遇措置が受けられます。

特定医療法人の要件

出資持分放棄の同意がなされていること

医療施設の要件 原則 40 床以上 (皮膚泌尿器・眼科・整形外科・耳鼻咽喉科・歯科除く)

税務調査・医療法上の非違がないこと

保険診療報酬が総収入の 80% 超

収入金額が、直接必要な経費の額に 1.5 を乗じて得た額の範囲内であること

役員等の構成及び組織

- ・理事の数は 6 名以上・監事の数は 2 名以上 (内、専門家 1 名)
- ・評議員の数は、理事数の倍数以上 同族 3 分の 1 以下

特殊関係者への経済的利益、貸付等がないこと

理事・評議員等、役員に対する給与制限

- ・年間の給与支給総額 (すべての手当て額を含む) が 3,600 万円以下

解散時の残余財産が国、地方公共団体又は同種の法人に帰属すること

税制面等でのメリット・デメリット

メリット	デメリット
a. 出資持分に対する相続税の非課税	f. 出資持分の払戻請求権の放棄
b. 法人税・地方税の軽減	g. 同族支配率の軽減
c. 移行時の法人税、所得税及び贈与税の非課税	h. 社員・役員・評議員の給与上限あり
d. 医療施設近代化・整備に係る補助金交付 最優先	i. 社員・役員・評議員への特別な利益供与の 禁止
e. 金融機関の信頼度上昇	j. 交際費の税法上損金算入不可