

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.756 2023.1.24

医療情報ヘッドライン

違反広告のキーワード別集計を公開 歯科は「審美」「インプラント」が多数

▶厚生労働省 医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会

次期改定「検討の進め方」を提示 トリプル改定に向け意見交換を拡充

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

週刊 医療情報

2023年1月20日号

総合診療専門医、 国をあげて育成すべき

経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費 (令和4年度4月~6月)

経営情報レポート

令和5年度 税制改正 — 個人所得課税・資産課税・ 法人課税・消費課税・納税環境整備 —

経営データベース

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:クリニック新規開業 物件探索とテナント契約締結の注意点 クリニック開業の広告戦略

発行:税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

違反広告のキーワード別集計を公開 歯科は「審美」「インプラント」が多数

厚生労働省 医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会

厚生労働省は、1月12日の「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」で、美容・歯科分野における違反広告をキーワード別に集計したデータを公表。美容分野でもっとも多かったのは「美容注射」で、歯科分野では「審美」と「インプラント」で全体の64%を占めた（「美容注射」はボトックスやヒアルロン酸、プラセンタといった美容を目的とする注射を含む）。

この集計データは、2021年度のネットパトロール概況を報告する文書内にまとめられたもので、今後のネットパトロールでもこれらのキーワードが重視される可能性が高い。

なお、この日は「医療広告規制におけるウェブサイトの事例解説書」の改訂案も示され、1月中に改訂版を公開することが決まっている。

■「リスクや副作用の記載が不十分」との指摘

キーワードの集計をもう少し細かく見ていこう。美容分野で最多だった「美容注射」は全体の27%だった。次いで「発毛・AGA」が14%、「顔整形」（顔関係の整形をまとめたものと思われる）が13%、「リフトアップ」9%、「脱毛」7%、「豊胸」3%、「GLP-1」3%、「脂肪吸引」2%、「バイアグラ」2%と続く。ネットパトロール事業が、美容外科や美容皮膚科など美容医療系のクリニックのウェブサイトに対し、幅広いメニューで違反をチェックしてきたことがわかる。

厚労省が公開した資料では「特に、リスク・副作用の記載が不十分な自由診療の広告が目立つ」と明記されており、メニューをサ

イト内で紹介する際は、この点に従来以上に留意する必要があるようだ。

■歯科のパトロールは18年のGL改訂が影響か

歯科分野は、最多が「審美」で39%。次いで「インプラント」25%、「矯正」12%、「入れ歯」11%、「歯周病」5%、「根管治療」2%となっており、美容分野と比較するとキーワード数は少ない。むしろ、「審美」「インプラント」が集中的にチェックされた結果、関連するメニューも引かなかったのではないか。というのは、この2つのキーワードは、2018年の医療広告ガイドライン改訂で新たに規制された部分だからだ。

「審美」は、医療広告ガイドラインのQ&Aで「『審美治療』という表現で行われる医療行為については、現時点で医学的・社会的に様々な意見があり、広く定着していると認められていないため、広告できません」と明記。規制の変更に対応したコンテンツ修正ができていなかった歯科クリニックも多かったのではないかとと思われる。

違反広告は、6月以下の懲役または30万円以下の罰金が適用されるおそれもある。悪質な場合は、医療機関の開設許可取り消しや、閉鎖を命じる行政処分も可能となっている。

たとえそうした処分を受けなくても、SNSなどでさまざまなことが可視化される時代、ブランドイメージの毀損は免れない。

ウェブサイトやSNSでの発信はマーケティング戦略で欠かせないが、そうしたリスクも踏まえ、医療広告ガイドラインに準拠した運用を徹底すべきだろう。

次期改定「検討の進め方」を提示 トリプル改定に向け意見交換を拡充

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、1月18日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、2024年度の次期診療報酬改定に向けた「検討の進め方」を提示。介護報酬および障害福祉サービス等報酬と同時に改定される「トリプル改定」となるため、関係する委員を集めて意見交換会を「3月頃から数回程度開催」する方針も示している。

次期改定は、トリプル改定となるだけでなく、2029年度までの6年間の医療方針を決める「第8次医療計画」および、労働時間上限規制など「医師の働き方改革」の開始とも重なる。さらに、医療DXの実現も加速させる必要があるなど検討課題が多岐にわたることを受け、4月頃から夏頃にかけて広く意見交換を行う意向も明らかにしている。

個別の具体的な改定項目については、従来どおり秋頃から議論を深めていく方針だ。

■「ポスト2025年」に向けた議論も本格化

次期診療報酬改定は、団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年問題以降の医療行政の方向性に関わるという意味でも、非常に重要なものとなる。厚労省にもその意識は強くあるようで、「検討の進め方」をまとめた文書の冒頭に「ポスト2025年」というキーワードを盛り込んだ。また、2025年に向けた地域医療構想の取組を進めるとともに、医療・介護の都道府県事業に関する基本的な事項を定める「医療介護総合確保促進会議」で「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」をとりまとめるとしている。

また、革新的な医薬品や医療ニーズの高い

医薬品の早期上市に向け、昨年8月に立ち上げられた「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」のとりまとめが行われることにも言及。

ここで検証される流通や薬価制度、産業構造の内容は、今後の医薬品供給に大きく影響するため注視する必要があるようだ。

■SaMDのワーキンググループも設置される

さらに注目したいのは、プログラム医療機器（SaMD）についても触れていることだ。

SaMDは、AIを活用した画像診断支援ソフトや、日常生活習慣など患者行動の改善を促して治療効果を高めるアプリなどが実用化。

医療の質およびスピードの向上が期待され、市場規模は2027年までにグローバルで11兆円規模になると予測されている。

厚労省の来年度予算案でも重点事項の1つに盛り込まれており、昨年末の規制改革推進会議の中間答申では、早期承認のための二段階承認制度や新たな保険償還の仕組みの新設が提言されている。

SaMDは、プログラミングで開発されるため頻繁にアップデートできるのが特徴。裏を返すと、早期承認が可能でなければその価値は発揮されない。医療行政の仕組み上、中医協で評価体系の検証や今後のあり方を検討しなくてはならないわけで、事実上トリプル改定のキックオフとなったこの日の総会で取り上げられたことは大きな意味があるといえよう。なお、保険医療材料等専門組織の下に「SaMDワーキンググループ」を設置し、検討を開始する方針も示されている。

医療情報①
 日本
 専門医機構

総合診療専門医、 国をあげて育成すべき

日本専門医機構（理事長＝渡辺毅・公益社団法人地域医療振興協会東京北医療センター顧問／福島県立医科大学名誉教授）は1月12日、7回目となる定例の記者懇談会を開催した。

渡辺理事長は、シーリングやサブスペシャリティ領域研修など、これまでの専門医制度を振り返り、「専門医制度のそもそもの目的は医師1人ひとりの能力向上が第一だが、日本の医療体制に役立つものとして、どのような医師をどこに配置するかもある程度、考慮する必要がある」と発言した。さらに、今後の日本専門医機構の課題として、以下の7つを挙げた。

- ▼都道府県別・領域別定員（シーリング）制度の再検討
- ▼専攻医・専門医に関するデータベースの構築
- ▼サブスペシャリティ領域の機構認定、承認、登録
- ▼機構認定専門医の更新要件
- ▼サブスペシャリティ領域の広告開示
- ▼機構の組織改革と財政確保
- ▼総合診療専門医の育成

その上で、「現在、専門医機構が認定するサブスペシャリティ領域は27領域だが、まだ完成しておらず、日本の専門医制度は確立した状況ではない。さまざまな課題があるが、総合診療専門医の育成については国をあげて取り組む必要がある」として、改めて総合診療専門医育成の重要性を訴えた。

●プライマリ・ケア医の量は確保されている

同日の記者懇談会では、日本専門医機構の「総合診療専門医検討委員会」の委員長を務める生坂政臣氏（千葉大学医学部附属病院総合診療科教授）が「総合診療医概論（欧米を含む）と機構の総合診療専門医」と題した講演を行い、プライマリ・ケア医とサブスペシャリストの分業体制が確立されている米国、英国、カナダ、オーストラリアなどと日本の総合診療医の比較や課題などについて言及した。

生坂氏は、総合診療（プライマリ・ケア）の先進国において、「必ずしも総合診療医の確保が量的・質的に潤沢に行われているわけではない」と指摘。米国ではプライマリ・ケアの3分の1はナース・プラクティショナーやフィジシャン・アシスタントが担い、英国では厳しい業務が課されているGP（General Practitioner）の引退時期が早く（60歳代で半数が引退）、パートタイムGPの増加により患者の診療予約に日数がかかるなどさまざまな課題があり、各国が国家間でのプライマリ・ケア医の取り合い（国外でトレーニングされた医師を輸入する）をしている状況を紹介した。

一方、これまで日本では「ジェネラリストがサブスペシャリストを兼任する形態（病院勤務をしていた臓器専門性を有する専門医が総合医として開業）を取ってきたためプライマリ・ケア医の量としてはある程度、確保されている」と説明した。

生坂氏は、「専門医制度が始まって以降、総合診療の専攻医は当初から60数人ほど増えており、個人的には日本の医療制度の中で、よく健闘しているのではないかとコメントし、専門医機構の総合診療専門医の役割について「総合診療専門医の絶対数を増やしつつ、地域でプライマリ・ケア医のあるべき姿を示すロールモデルとなることと、サブスペシャリストのリカレント教育によるプライマリ・ケア医転身の支援を体系的に行うことだ」との考えを示した。

●総合診療医はグループで取り組むのが望ましい

生坂氏に続き、総合診療医として地域医療に取り組む木戸友幸氏（社会福祉法人みなと寮 愛港園診療所管理医師）と、訪問診療チーム「KISA2隊」として新型コロナウイルス感染症患者に対して訪問医療などにも取り組む小林正宜氏（葛西医院院長／新型コロナ訪問診療チームKISA2隊大阪隊長）が、それぞれの立場から総合診療医の役割や課題について講演した。

木戸氏は、自らの経験から「総合診療医がソロで活動するのは困難であり、グループプラクティスで取り組むのが望ましい」「ベテラン総合医は若手に夢を持たせる語り手になるのも役割の1つだ」などの考えを示した。（以降、続く）

医療情報②
 厚生労働省
 発表

インフル、46都道府県で 流行入り

厚生労働省は1月13日、1月2日～8日までの1週間に報告されたインフルエンザ患者数の詳細を発表した。

それによると、1週間で全国では2万3139人のインフルエンザ患者が報告された。1定点当たり4.73人となり、前週（昨年12月26日～1月1日）の約2.3倍になった。季節性インフルエンザについては1を超えると流行入り、10を超えると注意報、30を超えると警報となる。ちなみに昨年の同時期の患者数は50人、定点当たり0.01人だった。

厚労省は全国約5000の定点医療機関からの報告数を集計している。都道府県別で見ると1機関当たりの報告数が、沖縄県（17.77人）と最も多くなり、宮崎県（12.37人）、佐賀県（10.08人）を含めて注意報（1機関当たり10人）の水準を超えた。また、山形県（0.77人）以外の46都道府県で流行入りの目安（1機関当たり1人）を超えた。現下では新型コロナウイルスの流行も続いており、厚労省などは両者の同時流行への警戒を強めている。

最近の医療費の動向

/ 概算医療費（令和4年度4月～6月）

厚生労働省 2022年10月31日公表

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					75歳以上		
		被用者 保険	本人	家族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
平成30年度	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
令和元年度	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
令和2年度	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
令和3年度4～3月	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2
4～6月	10.9	6.1	3.4	1.9	1.3	2.7	0.3	4.2	0.5
4月	3.7	2.1	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
5月	3.5	2.0	1.1	0.6	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
6月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
令和4年度4～6月	11.2	6.3	3.6	2.0	1.3	2.7	0.3	4.4	0.5
4月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
5月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
6月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	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。（以下同）

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。なお、当該データは診療報酬明細書において、「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

● 1人当たり医療費

(単位：万円)

	総 計	医療保険適用							
		75 歳未満	被用者 保険			国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75 歳 以上	
			本 人	家 族					
平成 30 年度	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9	
令和元年度	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2	
令和 2 年度	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0	
令和3年度4～3月	35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9	
	4 月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.8	7.9
	5 月	2.8	1.8	1.4	1.4	1.3	3.0	1.9	7.6
	6 月	2.9	2.0	1.5	1.5	1.5	3.2	2.0	7.7
令和4年度4～6月	9.0	5.9	4.6	4.4	4.4	9.6	5.7	23.7	
	4 月	3.0	1.9	1.5	1.4	1.4	3.2	1.8	7.8
	5 月	3.0	1.9	1.5	1.4	1.5	3.1	1.9	7.9
	6 月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.5	3.3	2.0	8.0

注1) 「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2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2 診療種類別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総 計	診療費				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	
		医科 入院	医科 入院外	歯科								
平成 30 年度	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0	
令和元年度	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0	
令和 2 年度	42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0	
令和3年度4～3月	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1	
	4 月	3.7	2.9	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.03	1.4	1.9	0.3
	5 月	3.5	2.8	1.4	1.2	0.2	0.6	0.1	0.03	1.4	1.8	0.2
	6 月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
令和4年度4～6月	11.2	9.0	4.3	3.9	0.8	1.9	0.2	0.12	4.5	5.8	0.8	
	4 月	3.7	2.9	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.04	1.4	2.0	0.3
	5 月	3.7	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
	6 月	3.8	3.1	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3

注) 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。

● **受診延日数**

(単位：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養	
		医科入院	医科入院外	歯科			
平成30年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
令和3年度4～3月	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
4月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
5月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
6月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
令和4年度4～6月	6.1	6.0	1.1	3.9	1.0	2.0	0.10
4月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
5月	2.0	1.9	0.4	1.3	0.3	0.7	0.03
6月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

● **1日当たり医療費**

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外+調剤
		食事等含まず	食事等含む					
平成30年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
令和2年度	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
令和3年度4～3月	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
4月	18.1	38.3	40.0	9.8	7.8	9.6	11.7	14.9
5月	18.4	37.6	39.3	10.0	7.8	9.4	11.7	15.0
6月	18.1	39.2	40.9	9.8	7.9	9.3	11.6	14.7
令和4年度4～6月	18.5	39.5	41.2	10.2	8.0	9.3	11.8	15.1
4月	18.3	38.9	40.6	10.0	8.0	9.4	11.8	15.1
5月	18.7	39.2	40.9	10.3	8.0	9.2	11.8	15.1
6月	18.5	40.5	42.2	10.2	8.1	9.3	11.8	15.0

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外の受診延日数で除して得た値である。歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。



経営情報
レポート
要約版



財務・税務

令和5年度 税制改正

—個人所得課税・資産課税・法人課税・消費課税・納税環境整備—

1. 令和5年度税制改正の概要
2. 個人所得課税の改正
3. 資産課税の改正
4. 法人課税の改正
5. 消費課税の改正
6. 納税環境整備の改正



■参考文献

与党税制調査会資料

※本資料は、令和4年12月16日に公開された「令和5年度税制改正大綱」の内容に基づき、一般的な情報提供を目的として作成したものです。そのため、今後国会に提出される法案等とは内容が異なる場合がありますのでご注意ください。また、本資料中使用しているイラスト・画像につきましては、著作権で保護されているものがございますので、無断転載・転用はご遠慮ください。【監修】税理士 平川 茂

1

医業経営情報レポート

令和5年度税制改正の概要

四半世紀に及ぶデフレ構造は、わが国全体に閉塞感をもたらし、平均賃金や GDP の伸びは、主要先進国を大きく下回っています。さらに足元では、新型コロナウイルス感染症、原材料価格の上昇や円安の影響による物価高で、多くの国民が苦境に立たされている状況です。

一方で、わが国には 2,000 兆円に及ぶ個人金融資産、500 兆円に及ぶ企業の内部留保が眠っており、まだ力を発揮し切っていない資金や資産が豊富に存在しています。令和 5 年度税制改正には、こうした資金や資産に光を当て、変化に立ち向かうための新たなモメンタム（勢い）を創り出すこと、そして、これまで不十分だった分野に大胆に資金を巡らせることにより、個人や企業、そして地域に眠るポテンシャルを最大限引き出すという、現政権の強いメッセージが込められています。

(1) 成長と分配の好循環の実現

「資産所得倍増プラン」の実現に向け、「貯蓄から投資へ」の流れを加速し、中間層が幅広く資本市場に参加する環境を整備する観点から、NISA 制度について抜本的拡充・恒久化が行われます。具体的には、若年期から高齢期に至るまで、長期・積立・分散投資による継続的な資産形成を行えるよう、非課税保有期間が無期限化される一方で、投資余力が大きい高所得者層に対する際限ない優遇とならないよう、年間投資上限額とは別に、一生涯にわたる非課税限度額を設定されます。また、社会的課題を成長のエンジンに転換し、持続可能な経済社会を実現する可能性を秘めたスタートアップ企業への投資額を、今後 5 年間で 10 倍増とするため、スタートアップへの投資に対してインセンティブを与えるエンジェル税制が抜本的に拡充されるとともに、創業初期のプレシード・シード期におけるエンジェル投資家からのスタートアップへの出資をこれまで以上に支援するため、保有する株式を売却してスタートアップに再投資する場合の優遇税制が創設されます。

(2) 経済のグローバル化・デジタル化・グリーン化への対応

昨年 10 月に OECD/G20「BEPS^(注)包摂的枠組み」において、経済のデジタル化に伴う課税上の課題への解決策に関する国際的な合意がまとめられました。本国際合意は、市場国への新たな課税権の配分（「第 1 の柱」）とグローバル・ミニマム課税（「第 2 の柱」）の 2 つの柱からなります。

わが国は、BEPS プロジェクトの立上げ時から、国際課税改革に関する議論を一貫して主導してきており、本国際合意の実施に向けた取組みを進めることが重要になります。来年、わが国が G7 議長国を務めることも踏まえ、引き続き、制度の詳細化に向けた国際的な議論に積極的に貢献するとともに、国際合意に則った法制度の整備を進める必要があります。

(注) Base Erosion and Profit Shifting：税源浸食と利益移転

2 医業経営情報レポート 個人所得課税の改正

今回の個人所得課税の改正は、「貯蓄から投資へ」「スタートアップ・エコシステムの強化」といった政府の目標を色濃く反映したものになりました。中でも NISA（少額投資非課税制度）は、過去に何度も拡充が繰り返されてきましたが、今回の改正はその中でも最大規模で、「なんとしても中間層の投資を呼び込みたい」という強い意気込みが伝わってきます。

また、いわゆるエンジェル税制は、これまで課税繰延の効果しかなかったため利用が低調でしたが、今回の改正により制度が抜本的に見直され、スタートアップ投資を大きく促進する制度として早くも注目が集まっています。

■ 貯蓄から投資への流れを促すNISA制度の抜本拡充

(1)改正の背景

岸田政権の政策の目玉である「資産所得倍増プラン」は、いわゆる中間層が幅広く資本市場に参加する土壌を整備することにより、「貯蓄から投資へ」の流れを加速することを最大のテーマとしています。そのための施策の一環として、NISA が抜本的に改正されることになりました。NISA は、金融商品の売却益などが一定の範囲で非課税となる制度で、英国の制度を参考に平成 26 年に導入されたものです。

現在、国内外の上場株式に投資する「一般 NISA」、投資信託に限定した「つみたて NISA」、18 歳以下の未成年者が利用できる「ジュニア NISA」の 3 種類があります。

【現行のNISA】

	NISA		ジュニアNISA
	一般NISA	つみたてNISA	
口座開設対象者	20歳以上		20歳未満
非課税保有期間	5年間	20年間	5年間
年間非課税枠	120万円	40万円	80万円
備考	一般NISAとつみたてNISAは1年単位での選択制 (併用不可)		2023年末で終了

(2)改正の概要

①年間非課税枠の拡充

国内外の上場株式に幅広く投資できる一般 NISA は、その機能を引き継ぐ「成長投資枠（仮称）」に衣替えされ、非課税枠が現行（120 万円）の 2 倍にあたる 240 万円まで引き上げられます。また、つみたて NISA の非課税枠が、現行（40 万円）の 3 倍にあたる 120 万円まで引き上げられます。

3

医業経営情報レポート

資産課税の改正

資産課税の改正は、ここ数年と比較して非常に大きな改正となりました。中でも、最大の注目は贈与税制の大幅な見直しです。

「資産の移転時期に中立な税制を構築する」ことが改正の目的とされており、相続税と贈与税トータルで見た場合の税負担が大きく引き上げられます。

また、格差拡大を促す制度として廃止が議論されてきた教育資金の一括贈与制度や結婚・子育て資金の一括贈与制度ですが、こちらは一転して制度が存続されることになりました。

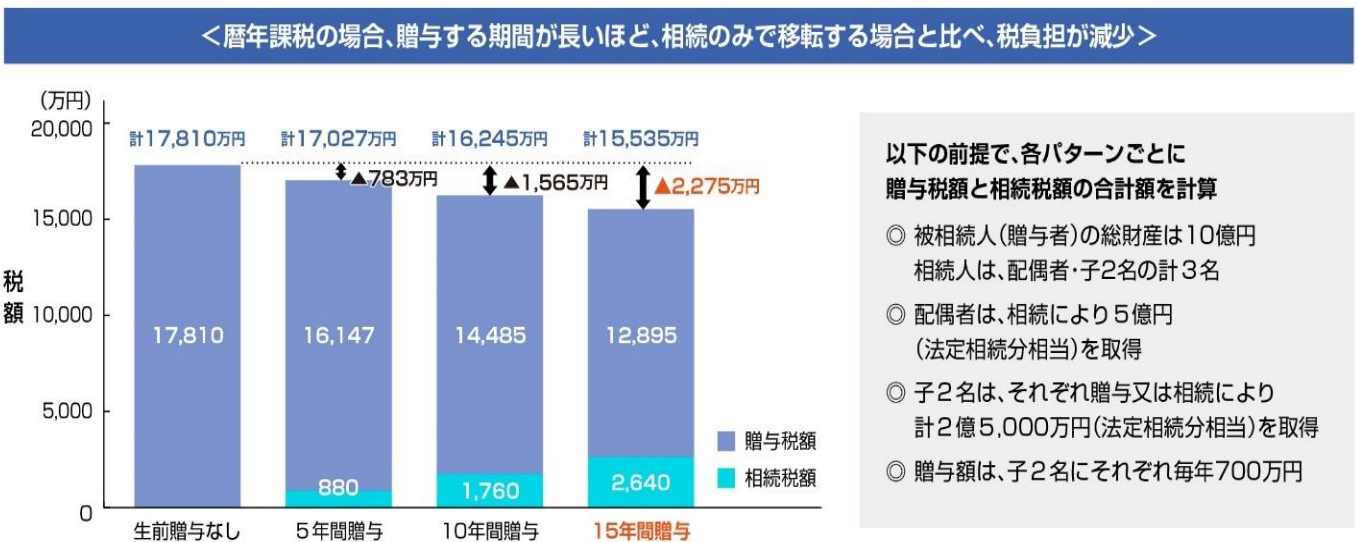
■ 資産移転の時期の選択により中立的な税制の構築

(1)改正の背景

わが国の相続税は、財産が増えるほど税率が高くなる累進税率を採用しているため、多くの富裕層が、生前贈与を繰り返すことで将来の相続財産を圧縮する対策を行っています。

「みんながやっている相続対策の王道」としてすっかり定着している生前贈与ですが、財務省はこれを長らく問題視してきました。

例えば、財産が10億円、相続人が妻と子ども2人の家庭で、子ども2人に対し年間700万円の贈与を15年間継続した場合、相続税と贈与税を合わせた税負担には、生前贈与をしなかった場合と比べて2,275万円もの差が生じることとなります（下図参照）。



また、財務省は毎年の税制改正を議論する政府税制調査会において、「連年贈与の状況」「連年贈与による税負担軽減の計算例」という2枚の資料を公開していますが、そこには「暦年課税の場合、贈与する期間が長いほど、相続のみで移転する場合と比べ、税負担が減少」という文言が添えられており、財務省がこれを問題視していることが伝わってきます。

4 医業経営情報レポート 法人課税の改正

法人課税についてはこれまで不十分だったと言わざるを得ない分野に資金を巡らせることで、ポテンシャルを最大限に引き出す税制を具現化すべく、「マーケット」「産業」「人材」への成長投資を一層強化するため、オープンイノベーション促進税制による減免メリットの拡大、研究開発税制においても成長投資をより実現できる制度へインセンティブの強化その他改組、デジタルトランスフォーメーション投資促進税制においてもデジタル人材の育成確保を狙った見直しなどの整備がされることとなりました。

■ オープンイノベーション促進税制

(1)改正の背景

スタートアップ企業の支援を通じて既存企業の事業革新と付加価値を向上させること、スタートアップと既存企業の協働によるオープンイノベーションを更に促進する観点から、一定の出資について所得控除を認めるという、極めて異例の措置であるオープンイノベーション税制について、制度の見直しがされることとなります。

(2)改正の概要

事業会社が、スタートアップ企業の新規発行株式を取得した場合にその取得価額の 25%につき、所得控除（損金算入）ができる制度について、次の見直しがされることとなります。

①対象となる特定株式の出資要件について、発行法人以外の者から購入により取得した特別新事業開拓事業者の株式であっても、一定の要件を満たす場合は所得控除の適用対象とされることとなります。なお一定の要件とは、取得価額が 5 億円以上 200 億円以下のもので、総議決権数の過半数を有すること等をいいます。

※特定株式とは、スタートアップ企業（特別新事業開拓事業者）に対し、特定事業活動として出資をした株式をいいます。

②払込みにより取得した特定株式について、対象となる取得価額の上限金額が 50 億円（改正前：100 億円）に引き下げられることとなります。

③所得控除に係る特別勘定の取崩し（益金算入）事由は、その特定株式の取得の日から 5 年以内に、いずれかの事業年度において、売上高が 1.7 倍かつ 33 億円以上となったこと等の要件に該当することとなった場合には、所得控除による効果が継続すること等の見直しがされることとなります。

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:クリニック新規開業

物件探索とテナント契約 締結の注意点

**土地を購入し、開業を検討しています。物件を探索するにはどうしたらいいのでしょうか？
 また、テナントで開業を計画している場合、賃貸契約を締結する上での注意点を教えてください。**

●土地購入の場合

物件探索は、不動産業者の活用が主流です。

但し、不動産業者は医療の開業適地の条件把握まで至るものは多くありません。物件を紹介してもらってから、診療圏調査を行い、開業適地かどうかの判断をしなければなりません。また、不動産業者の中には無免許で業務を行っている業者もありますので、十分な調査のもと、信頼できる業者を選定することが必要です。

物件選定に際しては、他に銀行、管理会社などの情報で紹介を受けることもあります。

そのほか、空地調査をし、持ち主に直接交渉する方法も考えられます。

物件取得の決定にあたっては、必ず権利関係と法的基準の確認、および現地確認をしなければなりません。この際には専門知識が必要ですので、専門家に相談することが重要です。

●テナント開業の場合

テナントとして賃貸契約を締結する際に注意が必要なのは、賃貸開始時期と家賃の改定内容、そして退出時の明け渡し条件です。

契約時期と開業時期は違うため、開業時期からの家賃発生を条件にしましょう。

但し、開業前に内装工事が入る時は、工事着工時から家賃発生となることが多いようです。

さらに、家賃の改定に関する事項が契約書に盛り込まれていますが、賃貸人側に有利な条件で上昇する内容ではなく、協議の上改定するようにしておくといいでしょう。

退出時に原状復旧が条件に出ることが多いのですが、建物本体にかかる工事に関しては工事費が多額になる可能性があるため、賃貸人と交渉し、現状引渡しを条件にする方が得策です。

また、診療所の場合には承継する方が多いため、テナントであっても賃借人としての権利や地位などについて、第三者への承継を認めてもらうような条件を交渉しましょう。

尚、この他に内装工事に関して制限が設けられる場合があるため、内容のチェックは忘れずに行うことが必要です。



ジャンル:医療制度 > サブジャンル:クリニック新規開業

クリニック開業の広告戦略

クリニック開業の広報戦略にはどのようなものがありますか。また、期待できる効果を教えてください。

広告には「これをするると必ず患者が来てくれる」という特効薬はありません。様々な方法と予算を考え、何種類かの広告戦略を策定する必要があります。

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| ●建物及び敷地、生活道路面での看板 | ●開院の折り込み広告及び新聞での開院記事 |
| ●生活情報誌等への開院記事の掲載 | ●駅や停留所の看板広告 |
| ●電話帳広告（インターネットも掲載） | ●ホームページの作成 |
| ●医院名入りのティッシュ配り | ●電柱広告 |
| ●勤務時代の患者や友人知人への開院挨拶状 | ●友人知人への口コミの紹介依頼 |
| ●バスや電車、地下鉄内のアナウンス広告やポスター | |
| ●TV やラジオでの広告 | ●近隣事業所や住宅へのポスティング 等 |

これら全てによる相乗効果として、認知度アップにつながります。

診療所の場所や診療方針、予算や時期を考えて広告を決定しましょう。

■ホームページの活用

IT化が進み、インターネット環境の整備が進む現代では、ホームページを開設する診療所も増えており、認知活動には効果的です。主婦や子供がインターネットを活用して情報を得ている今日、電話帳で診療所を探すより、インターネットを用いて複数のキーワードで検索して見つけたという患者も多くなっています。ホームページが有用だとする点のひとつは、行ったことのない診療所の詳細がわかることです。

具体的には、診療方針や患者からの質問への回答、院内の写真、医療情報の提供、費用、場所やアクセス等の掲載によって、実際に診療所を訪れる前でもイメージが持てたり、不安を払拭したりすることができることです。そのほか、院長自身が診療に対する思いを書き込んだ文章や、提供している医療サービスと関連する情報発信型ページの評判が良いといわれています。

また、広報ツールという目的に応じた効果・結果が出るのが重要ですから、そのためのデザイン・機能・コンテンツを準備し、特に情報提供コンテンツなどは、頻繁に定期的更新を行うことが必要です。

■内覧会の開催

近年では、開院前内覧会の開催が増えています。近隣の住民の方もどのような診療所が出来るのか関心を寄せていることは事実で、医院の設備、職員や院長がどんな方なのか、事前に知ることが出来ることを期待して内覧会に参加することが多いのです。