

兵庫保険医新聞

第1901号

2019年2月15日

発行所 兵庫県保険医協会

http://www.hhk.jp/

〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31

神戸フコク生命海岸通ビル5F ☎078-393-1801

(1部350円送料共・年間購読料12,000円)

振替01190-1-2133

(会員の購読料は会費に含まれています)

1・31 国会行動

署名1万8千筆提出

「みんなでストップ！患者負担増」

患者負担増反対の声を国会議員へ――。協会・保団連は1月31日、国会要請行動を実施し、兵庫協会から川西敏雄副理事長、加藤隆久・白岩一心両理事が参加し、国会に「みんなでストップ！患者負担増」署名1万8千筆を提出した。盛山正仁（自民党）衆議院議員、大門実紀史（共産党）・山下芳生（共産党）両参議院議員が面談に応じた。

大前・山下両議員が紹介議員引き受け

協会は、①政府による患者窓口負担増計画の中止を求め、②医師の長時間労働の是正、③消費税10%への引き上げ反対と医療へのゼロ税率の適用、の3点について兵庫県選出国会議員らに要請した。

労働について「自分の娘も救急医なので自分の問題として受け止めている」とした。県内の各市町で進むことも医療費の無料化については、「首長間の競争になっていく。国としての統一の制度を作るべきだ」と語った。

大前議員は、消費税について「野党間で賛否はあるが、10月の引き上げ阻止へ、各党の議員が一つになれる枠組みを調整中だ。なんとしても野党間の共通政策に押し上げた」と語った。

山下議員は「医師の長時間労働の容認は、社会発展に逆行するもので受け入れられない。医師不足解消へ向けて全力を尽くす」と語った。

白岩理事が、兵庫協会の取り組みについて発言。役員による街頭宣伝を重ね多くの市民に問題を知らせるとともに、兵庫保険医新聞上で患者負担増計画の解説や署名協力者へのインタビューなどを行い会員参加率を上げるため努力しているという紹介、3月末まで署名運動に引き続き取り組むと決意を述べた(2面に政策解説とインタビューを掲載)。



盛山正仁衆議院議員(①左2人目)と懇談。大門実紀史参議院議員(②左2人目)に、患者負担増反対署名を提出した



山下芳生参議院議員(左2人目)に署名を提出した

大前・山下両議員は署名の紹介議員を引き受け、それぞれ「参院選後に医療改悪法案を提出させないよう尽力したい」「みなさんからの声を国会で伝えていく」と語り、協会

国会内集会で訴え 「3月まで取り組み続ける」

保団連は、国会内で「みんなでストップ！患者負担増」署名提出・取り組み交流&医療への「ゼロ税率」適用を「国会内集会を開催し、全国から集まった医師・歯科医

政策研究会

医師から見た戦後の沖縄 —命と暮らし、人権—

日時 2月23日(土) 16時～ 会場 協会5階会議室
講師 沖縄県保険医協会会長 仲里 尚実先生

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1807まで

燭心

2月14日はバレンタインデー。チョコを贈る習慣もすっかり根付いてきたようだ。日本のチョコの年間消費量の2割がこの日に消費されるとい

今号の記事

政策解説 「医療版マクロ経済スライド」 2面

平成30年分 確定申告の留意点 5～3面

研究 診内研より 6面
面 明日から役立つウラ診断学

本紙7面

「消費税増税反対・医療にゼロ税率導入を」ポスター同封

医院に掲示して患者さんにお知らせください

沖縄県民投票支援へ

賛同募金のお願い

兵庫県保険医協会 理事長 西山 裕康

沖縄県保険医協会会長の仲里尚実先生より、2月24日の辺野古新基地建設の是非を問う県民投票にあたり、支援要請が寄せられました。保団連も1月20日の理事会で支援を決定し、各協会に募金や人的支援などで沖縄への協力を呼びかけています。

兵庫協会は、2018年11月の第94回評議員会決議で「沖縄・普天間基地を無条件撤去し、辺野古沖への新基地建設計画を中止すること」としており、普天間基地の無条件撤去と新基地建設中止は私たちの重要な要求の一つです。今回の県民投票で新基地建設反対の民意を示すことは、私たちの意志を具現化する重要な機会です。

兵庫協会は、沖縄と保団連からの要請に加え、①募金、②人的支援の2点で支援することを、第1088回理事会で確認しました。つきましては、沖縄協会・仲里先生の呼びかけにぜひとも賛同いただき、募金などのご支援を賜りたくお願い申し上げます(本紙に振込用紙を同封)。

以下に沖縄協会からの要請文要旨を掲載します。

「名護市辺野古米軍基地建設のための埋め立ての賛否を問う県民投票」が2月24日実施されます。当初県内5市長は議会の「県民投票反対」の議決を受け、投票に参加を表明、当該市民や県民からは激しい抗議と実施要請の声が



辺野古米軍基地建設の是非をめぐる県民投票へご支援のお願い

沖縄県保険医協会 会長 仲里 尚実

上がりました。市民が投票できないうちは、憲法21条で保障された国民の表現の自由をその根本から奪うことになりま

「県民すべてが投票できるようにすべきだ」との「県民投票の会」の意も受けて、選挙を3択に条例改正し、全県で実施できることになり、市民の正当な声が政治を動かしました。

「県民すべてが投票できるようにすべきだ」との「県民投票の会」の意も受けて、選挙を3択に条例改正し、全県で実施できることになり、市民の正当な声が政治を動かしました。

つきましては、2月24日に行われる県民投票の成功のため、人的派遣および募金へのご協力をお願い申し上げます。

インタビュー ⑦

署名で政治を動かそう

垂水区・ドマーニ神戸クリニック 宮武 博明先生

「みんなでストップ!患者負担増」署名への医療機関の取り組みを紹介するインタビュー。今回は垂水区・ドマーニ神戸クリニックの宮武博明先生にお話を伺った。

協会から署名を受け取るとまず私が署名し、その後スタッフにもお願いし、書いてもらいます。患者さんは関連施設から署名を受け取ると



「他団体にも署名への協力を訴えています」と宮武先生

改悪により患者さんの負担を増やす政策を行うのは言語道断です。富裕層など能力のある人に保険料などで負担してもらおうべきで、低所得者の負担は増やしてはいけません。

今年は参議院議員選挙や統一地方選挙があり、選挙の多い年です。選挙によって民意を政治に反映させていくことも大事ですが、選挙以外で国民が政策を要求する手段としては、署名が一番有効です。みんなで多くの署名を集めれば政治を動かすことができます。私も署名活動など、できるだけ協力していきます。

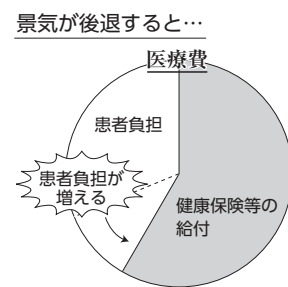
みんなでストップ! 患者負担増

政策解説⑤

「医療版マクロ経済スライド」不況なら窓口負担増?

政府が進める患者負担増計画についての解説第5回は、患者負担を経済成長と連動させ自動的に引き上げる仕組み「医療版マクロ経済スライド」について取り上げる。

図 医療版マクロ経済スライドのイメージ



景気が後退すると…医療費が健康保険等の給付を患者負担が増える

厚労省もこの案については「患者の受診行動や家計といった医療や生活の実態が考慮されず、患者負担が過大になるおそれがある」「インフルエンザの流行や新薬の導入などの一時的要因で変動する医療費や、景気の変動等に際し、頻りに患者負担が変わり、将来の医療に対する国民の安心を損ねるおそれがある」として「国民が安心して必要な医療を受けられることを保障する」という公的医療保険制度の趣旨に照らし、慎重な検討が必要」と慎重な姿勢を示している(2018年4月19日、社会保障審議会医療保険部会)。

年金では、被保険者数の減少や平均寿命の伸びにあわせて、年金を引き下げる「マクロ経済スライド」という仕組みが導入されている。物価が上がっても年金支給額は物価上昇率ほど下がらず、年金生活者を苦しめているが、似たような仕組みの導入が、医療でも検討されている。

財務省・財政制度等審議会は2018年5月23日の建議で、「医療給付費や経済・人口の動向に応じて、一定のルールに基づき給付率を調整

（自己負担を調整）する仕組みの導入に向け、具体的方策について検討を開始すべき」と、経済の動向や高齢化の進み具合にあわせて、患者の負担を調整する仕組みの導入を提起している。これを受け、「経済財政運営と改革の基本方針(骨太の方針)2018」にも、この仕組みの検討が記載された。この仕組みは、経済成長しなければ、窓口負担を自動的に増やすというものである。

たとえば、リーマン・ショックのように大規模な景気後退が起これば、多くの人の職が失われ、所得が減少してしまう。そんな中、窓口負担が引き上げられると、生活が苦しくなった国民を医療から遠ざけてしまうことになる。

厚労省もこの案については「患者の受診行動や家計といった医療や生活の実態が考慮されず、患者負担が過大になるおそれがある」として「国民が安心して必要な医療を受けられることを保障する」という公的医療保険制度の趣旨に照らし、慎重な検討が必要」と慎重な姿勢を示している(2018年4月19日、社会保障審議会医療保険部会)。

歯科保険請求 Q and A

〈処方箋料の一般名処方加算〉

Q1 処方箋料の一般名処方加算について、一般名処方加算1(6点)は、処方箋の交付1回につき、後発医薬品のある全ての医薬品(2品目以上の場合に限る)が一般名処方されている場合に加算する。一般名処方加算2(4点)は、処方箋の交付1回につき、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合に加算できるのか。

A1 そうです。なお、一般名処方とは、単に歯科医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものです。一般名処方加算1については

さらに、先発医薬品のない後発医薬品も一般名で処方される必要があります。一般名処方加算2については、後発医薬品の存在しない漢方、後発医薬品のみ存在する薬剤等については、一般名処方した場合は算定できません。一般名処方加算の対象品目については、厚生労働省HPの一般名処方マスターでご確認ください。

Q2 一般名処方加算を算定した際のカルテ記載の要件は。

A2 一般名または一般名が把握可能な製品名のいずれかの記載が必要です。

◆『平成29年度個別指導(歯科)における主な指摘事項』より抜粋①◆

※近畿厚生局HPに平成29年度分として掲載されていますのでご確認ください。

【診療録】

- 診療録は保険請求の根拠であることを認識し、必要な事項を十分に記載すること。
- 実際に診療を担当した保険医が、診療の都度、遅滞なく的確に記載すること。
- 複数の保険医が従事する保険医療機関においては、診療の責任の所在を明確にするために、診療を担当した保険医は診療録を記載した後、署名または記名押印すること。
- 診療を行った場合に遅滞なく診療録を印刷していなかった。
- 診療録第1面(療担規則様式第一号(二)の1)の記載内容に不備な例が認められたので、必要な事項

を適切に記載すること。

- ①部位、傷病名、開始年月日、終了年月日、転帰、主訴、口腔内所見の記載がないまたは不十分な例が認められた。
- ②傷病名にP、C、Pul、Perの略称を使用していた。(編注:P2、C2、C3急性Pul等の鑑別診断したカルテ病名を記載してください)
- ③歯科医学的に診断根拠のないいわゆるレセプト病名が認められた。
- ④歯周病に係る部位の記載に誤りが認められた。
- ⑤顎関節症に係る傷病名の記載がなかった。
6. 歯冠修復および欠損補綴について、自費診療へ移行した場合は、診療録に自費診療への移行等や当該部位に係る保険診療が完結している旨を明確に記載すること。

審査、指導、監査対策学習会

指導の際は 弁護士帯同を



八木先生が審査や指導の概要、注意点などを紹介

参加者アンケートでは「個別指導の選定基準として」一律に高点数を問題とすることに納得できない」「カルテ等をもう一度確認しようと思った」「指導の際、弁護士にも相談していいことがよく分かった」などの感想が寄せられた。

協会は1月19日、協会会議室で「審査、指導、監査対策学習会」を開催した。八木秀満副議長(協会審査対策部長)と野田倫子弁護士(神戸花くま法律事務所)が講師を務め、医師やスタッフら89人が参加した。

八木先生は、最新刊の『保険医のための審査、指導、監査』の一部の威圧的な指導の実

会員訃報

中澤 敏先生
丹波市 内・小児科
1月24日 享年83歳

ご冥福をお祈り
申し上げます

第35回地域医療を考える懇談会

北神の地域医療の現状・課題 ～病院統合計画を受けて～

日時 3月23日(土) 16時～18時30分
会場 神戸市北区・ホテルフールーツフラワー2階「摩耶の間」
話題提供

- ①奥谷貴弘先生(北区・済生会兵庫県病院 小児科部長)「神戸市北部・三田圏域の小児医療の現状と課題」
- ②高田幸浩先生(北区・たかた内科クリニック院長)「開業医から見た地域医療の課題と病診連携(仮)」
- ③貞弘信行先生(北区・さだひろこどもクリニック院長)「北神小児医療のこれまでとこれから」
- ④森岡芳雄先生(協会副理事長、東神戸病院小児科)「進む病院統合～地域に求められる病院とは」

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1807まで

（5・4面「確定申告の留意点」つづき）

手先、目的等をメモし、事業に直接関連する費用であることが説明できるようにしておくことが必要です。

⑤青色事業専従者給与

事前に「青色事業専従者給与に関する届出書」が提出されていること、給与の対価が届出の範囲内の額で職務対価として適正であること、従事可能期間のおおむね2分の1以上の従事期間があること、支給事実と支払の記帳があること等が要件とされています。調査に際しては、従事の程度や適正額であるかどうか重点を置かれますので、従事内容、従事期間、金額の妥当性を説明できるようにしておくことが必要です。

⑥家事関連費の処理

医院と自宅が兼用されている場合は、電気代、水道代、ガス代、電話料、固定資産税、借入金利息等については、家事費になる部分は必要経費になりませんから、合理的に計算して必要経費から除外しておくことが必要です。医院と自宅が兼用されていない場合であっても、必要経費全般の記帳にあたり、事業との関連性を説明できるようにしておく必要があります。

V. その他の所得について

1. 給与所得

校医手当、保健所や医師会の出務手当等は、「源泉徴収票」で把握し、申告書に添付します。

2. 譲渡所得

車両や医療機器を下取りに出した場合は、下取金額を収入金額としてその残存帳簿価額を控除し、そこから50万円の特別控除ができます（譲渡利益が限度）。5年以上保有した資産である場合は、さらに2分の1をした金額が課税対象となります。譲渡損失がある場合は、他の所得と損益通算できます。

3. 一時所得

生命保険や保険医年金の解約金・満期返戻金等は一時所得の収入金額となります。収入金額から収入を得るために支払った掛金を控除し、利益を限度に50万円の特別控除ができます。ここからさらに2分の1をした金額が所得となります。

4. 雑所得

原稿料、講演料等の報酬は雑所得となります。収入からこれに対応す

る費用を控除して所得を計算します。収入が少額である場合は、慣例的に収入の30%を必要経費として申告している場合が多くあります。この「支払調書」がある場合は申告書に添付してください。

その他、公的年金、私的年金を受給している場合も雑所得となります。この「源泉徴収票」は申告書に添付します。

5. 新規開業医の注意点

新規開業の場合は、本年度は当初費用が多く収入が少ないこと等により事業所得が赤字である場合があります。このような場合は勤務期間中の給与と所得・退職所得の申告を忘れないようにしてください。給与・退職金から源泉徴収された税金がある場合は、還付金の請求ができる場合がありますから。「給与所得の源泉徴収票」「退職所得の源泉徴収票」を申告書に添付してください。

VI. 消費税の計算と申告

1. 平成30年分の消費税確定申告をする義務のある者

平成28年分の「消費税の課税売上」が年1,000万円超ある場合は、平成30年分の消費税確定申告をする義務があります。毎年、2年前（基準期間）の年分の課税売上によって、その年の消費税の申告義務の有無を判断します。基準期間の課税売上が1,000万円以下の場合は、免税事業者となり、消費税の申告は不要です。

ただし、平成25年以降は、基準期間の課税売上が1,000万円以下であっても、その前年1月1日から6月30日までの期間の課税売上（課税売上に代えてその期間に支払った給与等の支払金額で判定することもできます）が1,000万円超ある場合には、その年は課税事業者となります。

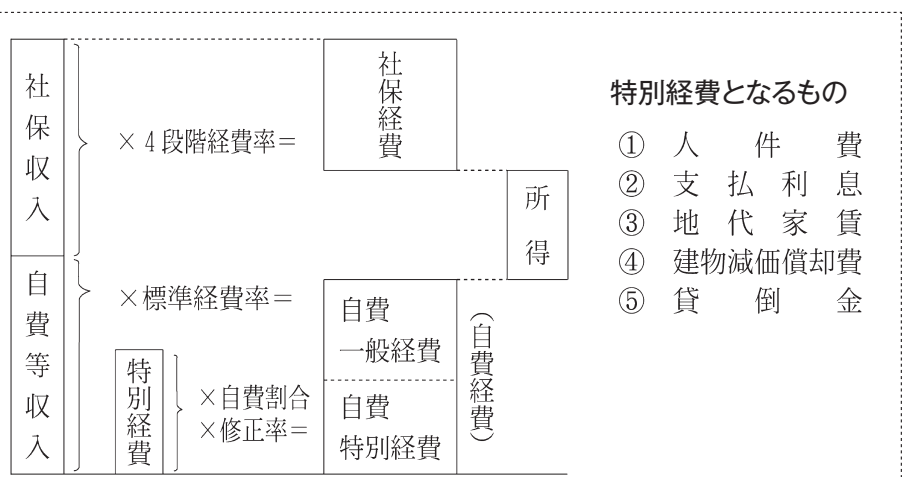
2. 消費税の課税売上となる医業収入等

通常の医業収入等について、消費税の課税売上、非課税売上、不課税売上を区分することが必要です。

①課税売上：自由診療収入（文書料、処置費等を含む）のうち、下記の②以外のもの、事業用資産の売却収入等

②非課税売上：保険診療収入、助産収入、自賠責収入、労災収入、居住用賃貸家屋に伴う収入、地代収入等

③不課税売上：公的補助金、助成金、生損保満期返戻金、生損保解約



特別経費となるもの

- ① 人件費
- ② 支払利息
- ③ 地代家賃
- ④ 建物減価償却費
- ⑤ 貸倒金

自費等収入所得率表()は経費率

各 科	単位は%	
	一 般	労災・公害
内 科	66.7 (33.3)	54.0 (46.0)
呼 吸 器 科	62.9 (37.1)	
外 ・ 整 外 科	70.8 (29.2)	56.0 (44.0)
耳 鼻 科	72.7 (27.3)	55.0 (45.0)
皮 膚 科	69.5 (30.5)	58.0 (42.0)
産 婦 人 科	70.2 (29.8)	
眼科	・一般	74.4 (25.6)
	・コンタクト 原価含む	45.1 (54.9)
	・コンタクト 原価含まず	90.1 (9.9)
歯 科	75.2 (24.8)	58.0 (42.0)

自費等収入修正率(調整率)表

科 目	大阪
内 科	85%
呼 吸 器 科	85%
外 ・ 整 外 科	80%
耳 鼻 科	85%
皮 膚 科	85%
産 婦 人 科	75%
眼 科	80%
歯 科	75%

(参考大阪国税局)

金収入等

3. 消費税の計算方法

消費税の計算方法には、本則課税と簡易課税がありますが、詳しくは税理士、あるいは協会にお問い合わせください。

VII. マイナンバーについて

マイナンバー制度の導入に伴い、所得税の確定申告書の記載にあたって、納税者本人・配偶者控除を受ける場合の配偶者・扶養控除を受ける場合の扶養親族（16歳未満の年少扶養親族を含む）・事業専従者のマイナンバーを記載しなければならなくなりました。また、申告書の提出に際しても、本人確認書類の提示または写しの添付が必要となりました。ただし、マイナンバーを記載しない確定申告書もなお有効であり、受付が断られるわけではありません。

VIII. 終わりに

所得税の確定申告期限（提出、税金納付）は3月15日、消費税は4月1日（平成31年は3月31日が日曜日のため）です。また、今年の振替納税による口座引落としは、所得税は4月22日、消費税は4月24日です。期限に遅れると加算税や延滞税が課されます。青色申告特別控除など期

限後申告となった場合に適用ができない取り扱いになっている規定もありますから、注意が必要です。なお、純損失および雑損失の繰越控除については、平成23年分から発生年分の申告書について期限内申告の要件が廃止されています。また、平成25年分以降の申告に税額過大の間違いがあった場合は、本来の申告期限から5年間、減額を受けるための手続きをとることが可能です。住宅取得等資金の贈与に係る贈与税の非課税の特例を受けるためには、贈与を受けた方の申告が必要です。

確定申告直前の最終確認、総仕上げに！

確定申告個別相談会

日 時 3月2日(土)、3日(日)
13時～17時のうち1時間
会 場 協会5階会議室
費 用

相談料（相談のみの方） 1万円
申告書自己提出の方 2万円
措置法26条による申告書作成 3万円～
青色申告等実額による申告書作成 5万円～
※4日前までに要事前予約。
先着順に受付

お申し込み・お問い合わせは、
税経部 ☎078-393-1805まで

1月からの制度改善でもっとよくなりました！

- 改善① 最高保障額を6000万円に引き上げました
- 改善② 保険料を平均20%引き下げました

グループ 保険

グループ保険ご加入のみなさまへ
6,000万円への増額をお勧めします！
多くの方が5,000万円保障を6,000万円に増額しても、昨年より保険料が安くなります。

毎年高配当を維持！

今年は54%配当に確定
最高6000万円の高額保障／配偶者も1000万円セット加入あり／医師による診査はなし／最長75歳まで保障

ご加入例

41歳 男性	5,000万円保障	9,550円	(昨年12月までの保険料)
	6,000万円に増額	9,420円	(1月以降の保険料)
56歳 男性	5,000万円保障	31,550円	(昨年12月までの保険料)
	6,000万円に増額	29,220円	(1月以降の保険料)

お問合せは共済部まで ☎078-393-1805

融資部より 京都銀行提携融資制度のご案内

保険医のための「住宅ローン」

(2月1日現在の金利)

変動 **0.55%**

固定 **0.8%**

(10年固定の場合)

使 途 本人、ご家族の住宅の新築・購入、増改築、修繕、宅地、他の金融機関からの借り換え

対 象 医科会員（申込時に満65歳以下）

条 件 勤務医は給与振込先指定（開業医は条件なし）

限度額 1億円以内

期 間 2年以上35年以内

まずはお気軽にお問い合わせください ☎078-393-1805 融資部まで

表1 配偶者控除の縮減

Table with columns: 納税者本人の合計所得金額, 控除額 (配偶者, 老人控除対象配偶者), 平成29年分まで, 平成30年分以後.

表2 配偶者特別控除の拡大

Table with columns: 配偶者の合計所得金額, 平成29年分まで, 平成30年分以後 (納税者本人の合計所得金額).

(5面からのつづき)

署から求められた場合には「医療費の領収書」または「医薬品購入費の領収書」の提示または提出が必要となります。

III. 減価償却の特例と税額控除の選択適用

青色申告者については、医療機器等について、通常の減価償却費の他に、取得価額に対して一定率の特別償却(税額控除が選択できる場合は有利な方を選択可)ができます。

IV. 事業所得(医業)所得の計算

1. 保険診療収入が5,000万円以下の場合

①所得計算の選択(青色申告、白色申告を問いません) (ア) 実額計算による所得計算 (イ) 保険診療収入は「四段階の特例」計算(措置法26条)。

(ア)(イ)いずれか有利な計算方法を選択できます。ただし、特例計算を選択する場合は申告書2表の特例適用欄に「措置法26条」と記載することが要件となっています。

ただし、収入金額が7,000万円を超える場合は、特例計算の適用ができないこととなっていますので、ご注意ください。

②「四段階の特例」とは、保険診療収入に収入金額に応じた経費率を乗じた金額を必要経費とし、保険診療に係る所得を計算する方法ですが、具体的には、右表により計算します。

③特例計算を選択する場合の自由診療等に係る所得の計算は「青色申告決算書(一般用)付表」《医師及び歯科医師用》、また白色申告の場合は「収支内訳書(一般用)付表」《医師及び歯科医師用》を用いて計

■「四段階の特例」の必要経費の計算方法

Table with columns: 収入金額, 必要経費率. Rows show percentages for income brackets from 2,500 to 5,000 million yen.

算します(5面参照)。

保険診療収入は点数からの逆算により計算しますので、実額で把握した保険診療収入とは異なる場合があります。必要経費については、記帳に基づき計算された総額を、まず保険診療収入と自由診療収入に固有の経費に区分します。

する固有経費と共通経費のうち自由診療収入に配分されたものの合計が自由診療収入の必要経費となります。

記帳がされていない必要経費が計算できないときは、「自費等収入所得率表」(3面表)によらざるをえませんが、現在は、すべての白色申告者について記帳義務や記録保存制度が設けられています。

2. 保険診療収入が5,000万円超の場合

保険診療収入が5,000万円超の場合は、「四段階の特例」は適用できません。記帳に基づき実際の収入、必要経費を計算します(実額計算)。

3. 「青色申告決算書」「収支内訳書」(白色申告書)の作成上の留意点

①保険診療収入 (ア) 国保、支払基金、介護保険等の通知書から点数逆算金額を算出して集計します。具体的には、別掲の収支内訳書記載の方法を参考にしてください。

(イ) 実額計算の場合は、窓口保険収入と国保、支払基金および介護保険の振込額を合計した金額となります。なお、未収金を含みます。

②自由診療収入 窓口自由診療収入(文書料等を含む)、介護保険の主治医意見書作成料、特定検診・特定保健指導料等を集計します。なお、未収金を含みます。

③期首棚卸、期中仕入、期末棚卸 期首棚卸には、平成29年の期末棚卸額を記入します。期末棚卸には、平成30年12月31日現在の在庫有高を記入します。期中仕入は、平成30年1月1日から12月31日までに納入された薬品等の金額を記入します。

④接待交際費

税務調査の重点項目とされていますから、領収書等に接待、贈答の相

(3面につづく)

見本 支払基金からの「当座口振込通知書」

Sample form for '当座口振込通知書' (平成 年 月 診療分). Includes sections for bank transfer details, a table for '診療報酬支払内訳' (診療報酬), and summary tables for '特定健診・特定保健指導費内訳' and '出産育児一時金等内訳'.

平成30年分 確定申告の留意点



協会税務講師団
濱西 敏郎 税理士

I. はじめに

平成30年度の税制改正では、「働き方改革」を後押しする観点から、特定の収入にのみ適用される給与所得控除額や公的年金等控除額から、どのような所得にでも適用される基礎控除に、負担調整の比重を移していくという基本的な考え方の下、給与所得控除・公的年金控除を10万円引き下げるとともに、基礎控除を10万円引き上げるなどの改正がありました。ただし、これらの改正は平成32年分の所得税から適用されます。

本稿では、平成29年度の改正項目

のうち、平成30年分の確定申告を行う際に注意が必要なものを解説します。

II. 主要改正項目

1. 配偶者控除、配偶者特別控除の見直し

(1) 配偶者控除の縮減

配偶者の所得金額が38万円（給与収入で年103万円）以下である場合には、納税者本人の所得に関係なく、38万円の配偶者控除の適用を受けることができましたが、平成30年分の所得税の確定申告から、納税者本人の所得金額が900万円を超える

と控除額が逡減していき、1,000万円を超えると配偶者控除の適用を受けられなくなりました（4面表1参照）。

(2) 配偶者特別控除の見直し

平成30年分の所得税の確定申告から、配偶者の所得金額が38万円を超え123万円以下（給与収入で年201万円以下）に引き上げられます。配偶者控除と同様に納税者本人の所得金額が900万円（給与収入で1,120万円）を超えると、控除額が逡減していく改正が行われました（4面表2参照）。

2. 医療費控除（セルフメディケーション税制を含む）の確定申告

添付書類の見直し

(1) 内容

平成29年分の所得税の確定申告から、「医療費の領収書又は医薬品購入費の領収書」に代えて、「医療費の明細書又は医薬品購入費の明細書」を添付することとなりました。医療保険者から交付を受けた医療費通知（健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」など）を添付すると、明細の記入を省略することができます。

(2) 領収書の保存

確定申告期限等から5年間、税務

（4面につづく）

平成30年分収支内訳書（一般用）付表《医師及び歯科医師用》

診療科目		診療科目		診療科目		診療科目	
診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額		
1. 収入金額の内訳							
① 一般社会保険 生活保護法 精神保健福祉法 小計	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
② 国民健康保険法 高齢者医療確保法 小計	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
③ 介護報酬 小計	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
④ その他 小計	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
⑤ 計 (①+②+③+④)							
自由診療の収入等 ⑥ 計 (雑収入は下の欄に書きます。)	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
	診療件数	診療実日数	決定点数	収入金額	診療報酬当座口払込額	診療報酬窓口収入金額	
雑収入							

社保本人+社保家族の合計点数×10の金額+食事・生活療養費(円)

公費単独の年間合計額から公費単独の過誤調整年間合計額を加減

平成30年分報酬、料金、契約金及び賞金の支払調書

区分	細目	支払金額	源泉徴収税額
本人分			
内妻			
内夫			
内食事・生活療養費			

支払者 兵庫県社会保険診療報酬支払基金 (電話)

国保の合計点数×10から国保過誤調整合計額を加減

事業所別介護給付費等支払明細書（合計書）

審査年月	確定数	単位	特定入所者介護等	介護給付費計	認定調査費委託料	処遇改善交付金	支払金額
合計							

薬品、材料の仕入れリポート、容器や歯科用金属片の廃材売却、自動販売機収入、往診時の車代など

主治医意見書作成料支払明細書（合計書）

請求年月	件数	費用	支払額
1月			
2月			
3月			
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
合計			

保険医療機関等別診療報酬支払明細書（合計書）

診療科目	確定数	食事療養・生活療養費	支払金額	源泉徴収額	事務処理費
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
合計					

特定健診・特定保健指導支払総括票

区分	支払金額
特定健康診査	円
特定保健指導	円
合計	円

(注) 雑収入は対応する経費がないものとして扱われている。事務処理費は雑収入ではなく、「自由診療の収入等」として扱われるべきと考えます。

資料

振込通知書などにより保険診療・介護保険収入を計算する方法

**診内研
より507**

明日から役立つウラ診断学

島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 和足 孝之先生講演

臨床推論と

Dual process modelについて

昨今の認知脳科学の研究によってこれまで言語化が難しかった医師の推論過程が注目されるようになってきた。その主軸となったのがDual process modelと呼ばれる思考方法である。これは2002年にダニエル・カーネマンが応用してノーベル経済学賞を受賞に結びついた認知心理学的 (Thinking, Fast and Slow) の考え方が診断学にも波及したものである。

診断のプロセスは図1に示すように、System 1 = 直観 (感) 的思考 (Intuitive process) と System 2 = 分析的思考 (Analytical process) が相補的かつ必要に応じて意識的、無意識に切り替えられながら行われていると考えられている。

このSystem 1にはヒューリスティックと呼ばれる潜在意識下での判断が関係している。これは臨床推論において特定の疾患群に精通した専門医やベテラン指導医が持つような瞬間的な診断であり、スナップショット診断であったり一発診断であったりと表現され、非常に効率的かつ芸術的であるだけでなく費用対効果が極めて高い。しかしヒューリスティックは認知の歪み、その時の感情や環境要因に大きく影響を受けることがあるために判断を誤ることが多い。このエラーに至った場合のそれを認知バイアス (Cognition Bias) と呼ぶ¹⁾。

一方でSystem 2は意識的に努力を使って分析的に鑑別診断を考えていく方法であり、プロブレムリストの列挙、アルゴリズムやフレームワーク、チェックシートに代表されるような時間をかけて意識的に推論を行う方法であり、System 1のようにさまざまなバイアスに左右されにくくなる反面で、判断に時間がかかり、無駄な検査が多くなりやすく最終的にコストがかかるなどの短所がある。

優れた臨床医はこのSystem 1とSystem 2の思考方法を状況や病態に応じて適切にさまざまな割合配分で用いていることが明らかになってきている (図1)。また専門性を高めるといことは診断の幅を狭めるということであり、言い換えればSystem 2の分析的思考から直観的思考へ依存するということが専門家の専門家たる力を発揮する臨床推論へシフトするということが説明でき

る²⁾。

ウラ診断学へのいざない

本邦においては医療安全の観点からシステムに由来する医療ミス、医療過誤について対策や検討が盛んに行われてきた。米国では「To error is human」がうたわれて以降、臨床推論の過程で起こる医師個人による診断エラーの検討も進んでいるが本邦では不十分である。

診断エラーは**診断の遅延、診断の誤り、診断の見逃し**と定義され、診断エラーによる社会的損失も極めて大きいことが明らかにされつつある。米国での報告では、救急の現場で10例中1例に診断エラーが起きている可能性を指摘した。さらに、およそ1000例中1例に命に関わる致命的診断エラーがあることが予想され、米国全体で4~12万人/年が診断エラーによる死亡と推定された。また、入院時に死亡した剖検例では24~29%に診断エラーが見られ、死因に直結する診断エラーは8~9%に及んでいることが分かっている³⁾。

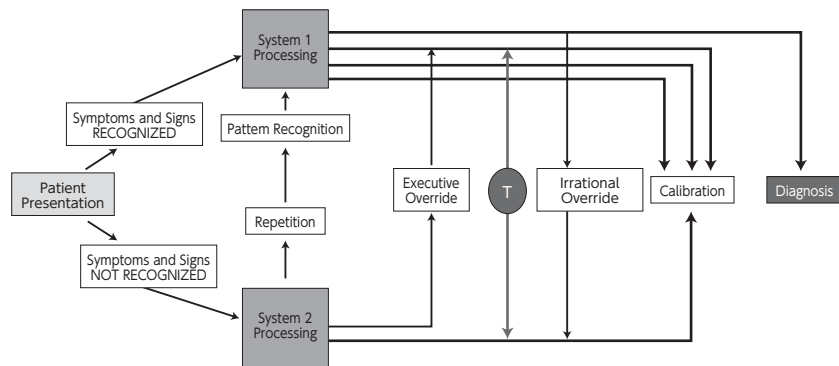
加えて、診断エラーに関連する医療経済的側面も大きい。米国の先行研究によると、診断エラーによる本来不必要な検査や治療のコスト、重症化による入院、後遺症残存や死亡例に伴う損失は年間全国国民医療費の約30%を占めている可能性まで示唆されている。

現時点での臨床推論における診断精度は知覚系診断に特化した専門家である病理医、皮膚科医、放射線科医などは高く95~98%と考えられており、多岐にわたる鑑別診断や複雑な環境要因とも対峙する必要があるプライマリーケア医においては約85%以上であると見積もられている⁴⁾。

診断エラーの原因にはいくつかの分類法があるが、一般的なものには①状況要因、②情報収集要因、③情報統合要因 (認知バイアス含む) の三つが複雑に相互作用しているとされている。

状況要因は医師のストレス、診療の時間帯、勤務形態、気分や医師の性格、設備や人手などの環境要因も含まれる。情報収集要因は過度ないし過少の病歴・検査・診察による情報の収集と、その情報の解釈が含まれる。情報統合は主に認ヒューリスティックや認知バイアス等の認知心理的要因が含まれ、現在では診断エラーの多くの原因は知識の不足よ

図1 System 1とSystem 2を使い分ける



(Origins of bias and theory of debiasing. P. Croskerry, G. Singhal, and S. Mamede. BMJ Quality and Safety 22 (Suppl 2) : ii58-ii64. 2013. より)

表 代表的な認知バイアス (筆者作成)

バイアス名	説明	対策
Availability Bias (利用性バイアス) ★★★★★	心に浮かびやすいことを考えやすい。最近経験したことなどに影響されやすい。特に強いバイアス。	目立つ・鮮明・最近のケース等に影響されない。
Overconfidence Bias (自信過剰バイアス) ★~★★★★	上司や専門医、自信過剰な自己・他者の判断を信じこんでしまう。	自分・他者の判断が、情報や根拠と合致するか常に考慮する。
Anchoring Bias (錨着バイアス) ★★★★★	最初の想起された思考に固執してしまい、そこから動けない。	早い段階で判断せずに、情報を集めるだけ集めてから行う。
Confirmation Bias (確認バイアス) ★★~★★★★	自分の仮説に不適合な情報を過小評価する。	1つの反証は、それ以上の確証に勝つことに注意する。
Hassle Bias (ハッスルバイアス) ★~★★★★★	肉体的・精神的に楽に処理する思考に引っ張られる。	自分自身の状態と俯瞰的に見るようにする。体調システム管理。
Rule Bias (ルールバイアス) ★~★★★★	完全に正しいわけではない一般ルールに盲目的に従う。	診断特性を知る (検査・所見・症状の感度特異度/尤度比)
Base rate neglect (頻度の無視) ★~★★★★	疾患の頻度を無視してしまう。時に稀な疾患を見つけるとさらに加速する。	診療現場の有病率等の疫学に留意する。検査前・後確率に注意する。
Visceral Bias (本能的バイアス) ★~★★★★★	患者に対して陽性・陰性感情を持ってしまい、判断に影響を与える。	診察前に自分の感情状態を確認する。ひどく感情が乱れる場合は、一呼吸おくか代理を。
Premature Closure (早期閉鎖) ★★★★★★	一度想起すると推論が停止してしまう。最もエラーに貢献するとされる強力なバイアス。	最終診断をするまえに、一度立ち止まり振り返りCheckする。

★印はバイアスの関わる頻度や強さのイメージ

りもむしろこれらの認知バイアスの影響を受け、適切な臨床推論が行われないことに起因するとされる。

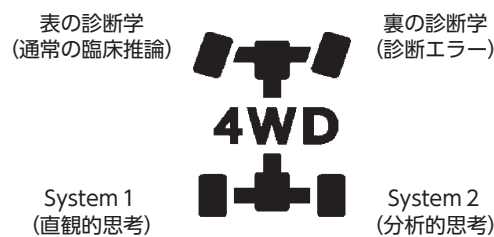
既に100以上の認知バイアスが提唱されてきているが、多くは重複する要素もあり、ここでは講演中に配布した代表的なバイアスの種類 (表) を参照されたい。一つの臨床推論における診断エラーにはさまざまな認知バイアスが複雑に交絡していると考えられており、内科医の集団を対象としたある研究では一つの診断エラーに対して平均六つ以上の因子が関与していると報告されている¹⁾。

最後に

筆者はベテランの領域に達した医師の臨床推論の実力を高めるためには、本邦でも広く普及してきたような難しい症例を診断できた「表の診断学」と診断エラーに至った理由を省察する「裏の診断学」の両輪と、System 1 (直観的思考) とSystem 2 (分析的思考) の両輪の合計4輪を十分に稼働させて行う方法が必要であると考えている (図2)。

もちろん、専門職である医師はプロフェSSIONナルであることを要求される。そのためには高い知識、技術、態度の能力を維持し、さらに高めていくためには、医師としての自らの傾向と感情を知り、診療中での自らの気づきと改善 (reflection in

図2 臨床推論をトレーニングするための4つの車輪 (筆者論)



action) と臨床をした後の省察 (reflection on action) のトレーニングが必要不可欠であると考えられる。

引用文献

- 1) Graber, et al. Diagnostic error in internal medicine. Arch Intern Med. 2005; 165: 1493-9.
- 2) P. Croskerry, et al. Origins of bias and theory of debiasing. BMJ Quality and Safety 2013; 22 (Suppl 2) : ii58-ii64.
- 3) Singh H, et al. The frequency of diagnostic errors in out patient care : estimation from three large observational studies involving US adult populations. BMJ Qual Saf. doi : 10. 1136/bmjqs-2013-0026.
- 4) 志水太郎訳. 診断推論のバックステージ. メディカルサインエンスインターナショナル (1月26日、診療内容向上研究会より)

新規開業、開業予定の先生方へ 6カ月指導対策は万全ですか?

新規開業医研究会

日時 4月21日(日) 10時~17時 会場 協会6階会議室
 参加費 5000円 (昼食・資料代含む)
 テーマ 新規個別指導対策、保険診療と保険請求の要点、新規開業に必要な税務対策、開業時の労務

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1817まで

医療は非課税のはずなのに…

10月の消費税増税で 患者さんの医療費 窓口負担が**増え**ます!

私たちは
反対して
います!



通常のお買い物

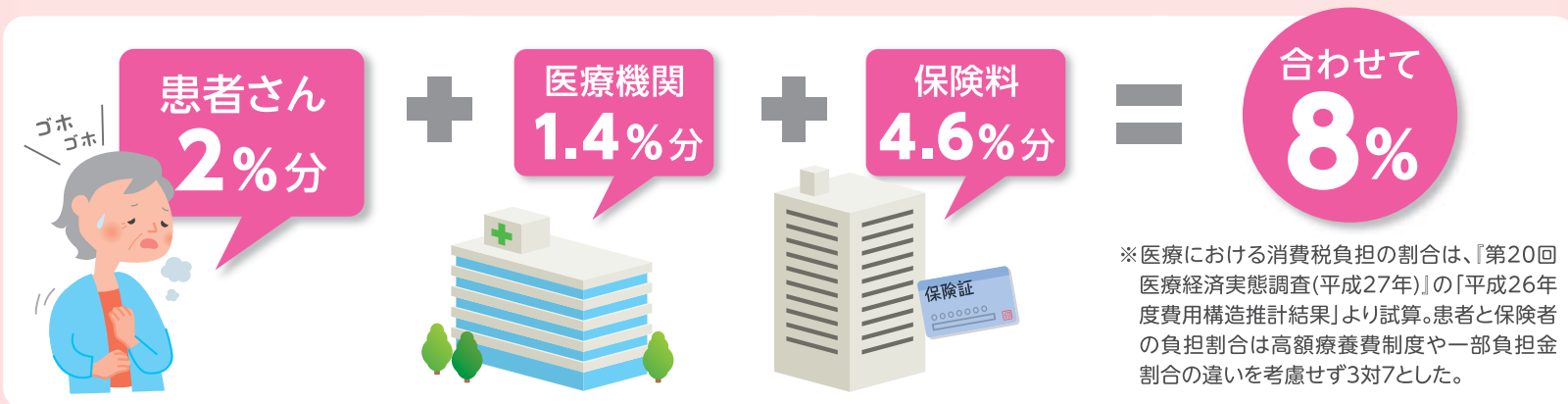


医療が
本当に非課税なら



しかし、「非課税」の実態は…

患者さんと医療機関、保険料を支払う国民のみなさんがそれぞれ数%ずつ消費税を負担しています。



みんなの負担をなくすため医療を 本来の非課税制度にしましょう。

私たちは、医療費の消費税を患者さん、保険料を支払う国民の皆さんに負担させるのをやめ、医療機関が一時的に負担して、あとで国が医療機関に返すという簡単な制度を提案しています(課税ゼロ税率制度)。



兵庫県保険医協会
Hyogo Medical Practitioners Association