

【はじめに】

このニュースは、栃木県医師会会員の皆様の福利厚生を目的として発行しています。本ニュースのバックナンバー（創刊号～第7号まで）は、栃木県医師会医業経営コンサルタントのホームページで公開しておりますが、全国各地からセミナーの資料請求や相談依頼があり、あるドクターは「本当に信頼できる良き相談相手が自分の周りにはいない。」と嘆いておられ、「栃木のドクターが羨ましい」とお褒めの言葉を頂きました。

これからも、会員の皆様の「良き相談相手」となるようメンバー一同、努力して参りますので、宜しくお願い致します。

《<http://www.tochigi-med.or.jp/consul>》

【よろず相談窓口について】

前号でご案内致しました「よろず相談窓口」にはたくさんのご相談を頂き、ありがとうございました。これからも、専門の認定コンサルタントが親身になってご相談をお受け致します。医業経営に関する事ならどんな内容にも対応致しておりますので、是非ご活用下さい。

（これまでの主な相談例）

・勤務態度の悪い職員を円満に退職させたいのだが・・・。

・借入れ金利交渉のうまい方法は？

などがございました。（いずれの場合も相談して良かったと大変ご満足頂きました。）

【よろず相談窓口（県医師会内）】

電話番号 028-600-1171

受付時間 平日 AM 9:00～PM 5:00

【経営診断制度について】

いよいよ、当コンサルタントチームの公認会計士・税理士による「経営診断制度」が発足致しました。この制度は医療機関の経営状態を様々な角度から、総合的に判断するもので、貴院の経営上の健康度がチェックできる仕組みです。

別途、詳しい案内状をお送り致しますので、是非、ご検討の上、ご利用下さい。

【お問合せ先】

栃木県医師会教育・福祉課 担当 三沼・田村

〒320-8503

栃木県宇都宮市駒生町3337-1 とちぎ健康の森内

TEL: 028-622-2655 FAX: 028-624-5988

【第8号メニュー】

今回は、セミナー・よろず相談窓口で会員の皆様からご質問やご相談の多かった内容を中心にして、経営上、役に立つ情報を提供させていただきます。又、生命保険を選ぶ上でのポイントについても紹介しております。

NO	ジャンル	テーマ	内容
1	経営 人事労務	診療報酬体系	改定後の変化と診療報酬体系の方向性は？
2		病床区分の届出	病床区分の届出はお済ですか？
3		医療安全対策	厚生労働省が定める医療安全対策基準とは？
4		税務調査	税務調査の連絡を受けたら...？
5		クレーム対応	患者からのクレームにどう対応すべきか？
6		経営計画	病医院の経営計画はどのように立てるべきか？
7		経営計画	病医院の経営に生命保険が大きく関係する？
8		資金繰り	節税したつもりが資金繰りを圧迫？（失敗例）
9		資金繰り	生命保険の種類選びと「隠れキャッシュアウト」
10		銀行との折衝	上手な銀行との付き合い方は？
11		銀行との折衝	銀行取引を視野に入れた保険の有効活用とは？
12	保険 コンサルティング 資産運用	ペイオフ	ペイオフ対策の問題点 注意点は？
13		ソルベンシー・マージン	「ソルベンシー・マージン」とは何ですか？
14		格付	保険会社の「格付」とはどのようなものですか？
15		生命保険の注意点	養老保険を使った福利厚生プランの注意点は？

[テーマ 1]

改定後の変化と今後の診療報酬体系の方向性は？

1. 一般病床数は減少する

平成14年度改定では、一般病床入院基本料1の平均在院日数が25日から21日以内へ、入院基本料2が28日から26日以内へ短縮されたほか、急性期入院加算も20日以内から17日以内へ変更されました。

在院日数を短縮することと、病床利用率が低下することは二律背反と言えます。例えば、200床の病院は月間延べ入院日数が最大6,000日ですから、計算上は平均25日なら240人、20日なら300人の患者が入院できます。つまり、平均在院日数を20%短縮すると、入院患者数を25%増やさないと病床利用率は同じになりません。診療報酬では200床以上の病院の外来患者数を減らす方向で改定されているため、入院につながる患者さんは、病診連携や病病連携によって紹介を増やさない限り、病床利用率は確実に低下していきます。在院日数が短くなれば、病床数も少なくてすむようになり、一般病床数も減少していくわけです。

200床以上の一般病院であれば、病院をあげて連携に取り組むことが不可欠といえます。

2. 病院の診療内容やレベルが明らかになり、絞り込みが進む

今回の改定では、届出の必要な点数が非常に多くなっています。これにより、医療行政側は、どの病院がどのような点数を算定しているのかについて、広範囲で詳細に把握できるようになります。特に施設基準が設定されている手術だけで、110項目もあります。手術を多く行っている、実施可能な手術のすべてに100%の点数を算定するのは難しいでしょう。したがって、高度な手術を行う病院は今以上に絞りこまれることとなります。これらの情報はレセプトから健保組合などの保険者側にもわかるわけですから、“ の手術をするなら 病院 ” という情報が広がると予想され、さらに絞り込みが進むでしょう。将来的に、日本でも“ 保険者と医療機関の直接契約 ” というような方向性が示唆されていますが、アメリカのマネージド・ケアのような“ 契約先医療機関だけで診療する ” という制限医療の方向より、日本では健保組合が契約病院を組合員に推薦するような方向が受け入れやすいと思われます。

[文章：(株)AG・メディカル・マネジメント 川俣 喜弘]

【テーマ2】 病床区分の届出はお済ですか？

2001年3月に施行された第4次医療法改正で、一般病床を急性期（一般病床）と慢性期（療養病床）に区分することになり、2003年8月末までにそれぞれの病床数を届け出るようになっていきます。一般病床と療養病床は地域の特性に応じたバランスの取れた適正数が整備される必要があるといわれます。OECD加盟国の平均は、急性期 54.0%、慢性期 33.4%、精神 12.6%であり、急性期と慢性期の比率は64：37（約6：4）です。急性期と慢性期の比率は病床総数で変わってくるので、これを勘案して世界標準を当てはめると、一般病床は48.2%（約64万床）、療養病床51.8%（約68.8万床）となります。

従って、厚労省は急性期病床を約60万床という方針を打ち出しているのです。

急性期病院とは文字通り急性期の医療を担う病院ですが、医療法上のどこをみても「急性期病院」についての定義はありません。診療報酬上では2000年改定時に「急性期特定病院加算」が新設され、

- ・ 紹介率30%以上
- ・ 平均在院日数20日以内
- ・ 外来入院比率1.5以上

などを主な算定要件としています。この加算を取得している病院は2002年2月で11件、のみの条件とする「急性期病院加算」まであわせても200件弱で、全病院の3%にも満たない状況です。

2002年4月の改定で「急性期特定入院加算」「急性期入院加算」に名称が変更されたほか、平均在院日数の要件が17日以内に短縮されたため、算定できる病院はさらに少なくなると予想されます。

この60万床という数に注目すると、厚労省が急性期病床に求めるイメージがある程度浮かび上がってきます。2001年7月時点で、平均28日以内を条件とする、入院基本料群1、2の病床数（一般病棟＋特定機能病院）だけでも634,465床あります。数字の上から判断すると、厚労省の考える急性期病床の担い手は群1、2までということになります。この枠内の病院の病床については、当然一般病床として届けることになると思われます。群3では一般病床の看護基準3：1を満たしているにもかかわらず、急性期病院の枠外に位置されてしまう恐れがあります。

それでは、自院はどのように判断すればいいのか。

それは、「将来の自院のあるべき姿」を明確にして、「厳しい生存競争に勝てる病院づくり」を目指していくことにあります。

[文章：(株)AG・メディカル・マネジメント 樋口 和良]

【テーマ3】 厚生労働省が定める医療安全対策基準とは？

平成14年10月1日より医療安全管理体制の整備状況が診療報酬に反映され、医療安全管理が未整備の場合、入院基本料等が減算される仕組みが導入されます。本件につきましては、医業収入に影響を及ぼし、さらに病床を有する医療機関全てが対象となるため、関係者皆様にとって重大な関心事であるご拝察いたします。以下に、厚生労働省が定める医療安全対策の基準について記載致します。

厚生労働省「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(抜粋)

当該医療機関において以下の対策が行われていない場合は、入院基本料等より減算となる。

【平成14年10月施行】

1. 安全管理のための指針の整備について

安全管理のための指針が整備されていること
安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること

つまり、

医療安全管理に関する「基本的な考え方」、「安全管理のための院内報告制度」、「院内における安全管理活動の周知徹底」、「事故発生時の対応方法などを盛り込んだ「安全管理のための指針(規定)」を病院・診療所自らが作成し、備えておくことが求められています。

2. 安全管理のための院内報告制度の整備について

安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること
院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること

つまり、

医療事故、インシデント等の報告制度が整備されており、その報告が徹底されていること
(医療事故等の報告制度)

報告された医療事故、インシデント等を活用して分析し、改善策を検討した上で、その改善策が実行される体制が整備されていること(分析・改善策の検討と実行)
が求められています。

3. 医療安全管理委員会の具体的な運用方法

安全管理のための委員会が開催されていること
安全管理の責任者等で構成される委員会が月一回程度開催されていること

つまり、
安全管理の責任者等で構成される医療安全管理委員会であること
その医療安全管理委員会が月1回程度開催されていること
が求められています。

4. 医療安全研修会の開催について

安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること
安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修企画に基づき、年2回程度実施されることが必要である。

つまり、
安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的とした研修であること
研修計画に基づき研修が行われていること
同研修は、年2回程度実施すること
が求められています。

平成14年9月1日～10月16日の間に厚生労働省に「医療安全管理体制の整備状況」の届出を行わない場合は、入院基本料等が減算されます。

医療安全管理体制未整備減算 10点/日

[文章：(株)損害保険ジャパン 小林 正治]

【テーマ4】 税務調査の連絡を受けたら...？

Q. このたび診療所を開業しました。聞くところによると、税務署の調査が定期的にあるとの事ですが、突然、訪問を受けたりするのですか？

A. 毎年、秋口から税務調査が本格化してきます。国税庁の人事異動は、毎年7月10日前後に行われるため、異動・引継ぎが終わった残暑厳しい秋口から、税務調査の連絡が多くなってきます。

通常の調査は、税務署から、会計事務所・医療機関に事前に連絡が入り、日程を打ち合わせて、税理士立会いのもと調査を行う「一般調査」と言われるものです。税務署の指定日に調査できれば越したことはありませんが、都合が悪い場合には、別の日とすることも支障はありません。

先生方は、「税務代理」を税理士に書面で委託なさっていると思いますので、税理士は、先生の「代理権限者」として日程の打ち合わせから調査立会い、折衝職務までの一連を行うはずです。

万が一、事前の連絡なしに税務署員が訪問してきても、通常、税務署員は、先生方の許可なしに勝手に自宅や院内に踏み込んだり、机の引出しを開けたりなどはしません。

「マルサの女」に出てきた「査察部調査＝強制調査」であれば、裁判所の許可状により、納税者の同意なしに踏み込んで資料等を押収することは出来ますが、通常の調査はあくまでも任意調査のため、全く異なります。

したがって、突然、税務署員が訪問してきたら、「調査には協力しますが、顧問の税理士が来るまで待ってください」と言って、すぐに顧問税理士に連絡をとり、まずは税理士と税務署員が電話で話せるような段取りをとっていただくことがベストです。後は、税理士が適切な指示を、先生や奥様に出していただけるはずです。

ただ、いくら「一般調査は任意調査」と言っても、法律上、「税務調査を受けなければならない義務」は明記されているので、調査を拒否したり、理由なく何度も延期したり、調査中に妨害と思われるような言動は好ましくないので注意してください。

[文章：(株)浅沼経営センター 税理士 浅沼 孝男]

[テーマ5]

顧客（患者）からのクレームにどう対応すべきか？

顧客（クライアント）クレームの対応については、多くの企業、病院が“クレームは改善要因”という考え方をとられているようです。しかし、これからは一歩進んで“クレームとは顧客（患者様）との関係強化要因である”という考え方へと変化しつつあります。

これまで、顧客クレームへの対応は次のように変化してきました。

1) クレームは隠蔽要因である

クレームはマイナス要因であり、病院（企業）イメージを低下させるものであるから、なるべくなら隠した方がよい。苦情を申し立ててくるのは、いわゆる“特殊消費者”であり、その処置は専任の担当者が行えばよいという考え方。

現在ではこのような考えの病院（企業）は少なくなっています。

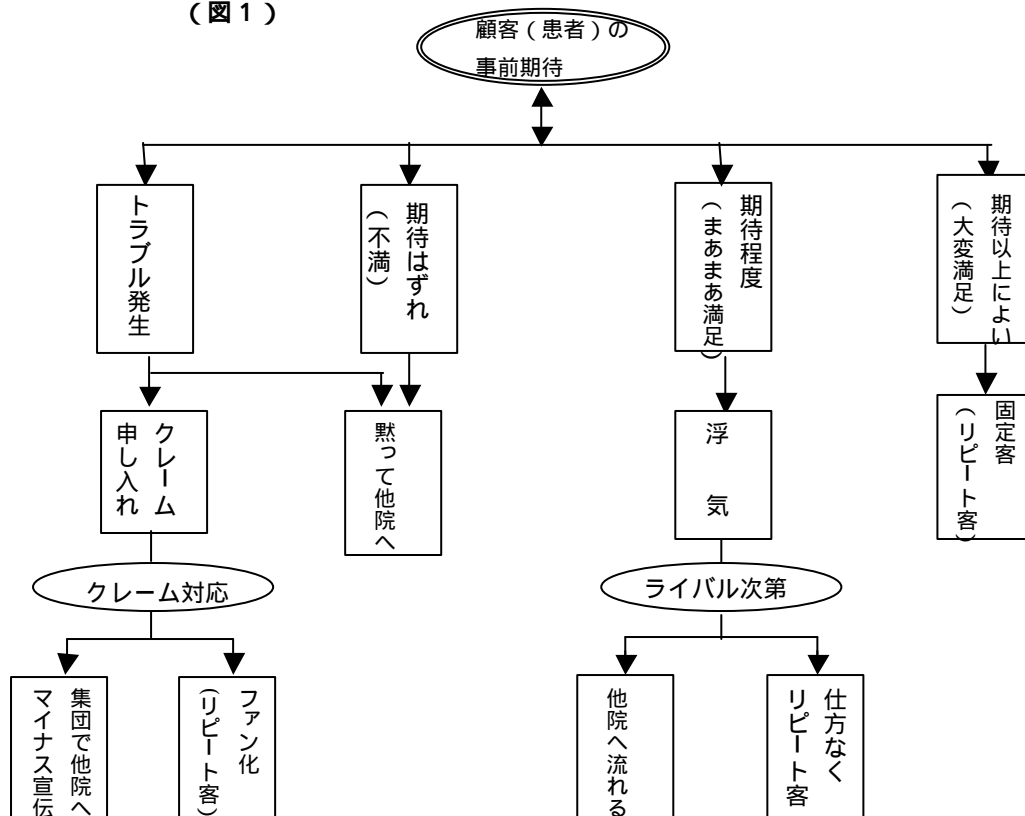
2) クレームは改善要因である

クレームとは活動に刺激を与えるものであり、改善のヒントとなることを顧客（患者）がわざわざ提供してくれる貴重な情報と考えます。そこには今まで気づけなかったことや、全く予測できなかったことが新しく発見できるものです。クレームとは“天の声”であり“顧客（患者）からの愛のムチ”と言い換えることができます。

3) クレームは顧客（患者）との関係強化要因である

苦情処理に満足した顧客（患者）は、固定客、リピート客に変わっていくものであり、固定客づくりの大きなチャンスであると考えなければなりません。（図1）対応、サービスに不満をもった顧客（患者）で苦情を言わない顧客（患者）は二度とそこへは足を運ばなくなるのです。

（図1）



従って、顧客（患者）から苦情が届きやすく、スピーディーかつ正確な処理ができるような“しくみ”（ルール）や教育が必要となってきます。不満が生じた時の苦情解決法（対処）に満足した顧客（患者）のリピート率が一番高くなるという考え方を徹底して教育すると共に、苦情に対するルール化をつくり上げていくことが、更なる増患へとつながっていくのです。

【次回は、満足の推進の仕方（体系づくり）と改善策についてお伝えします】

[文章 :有限会社 エファ 菊地 理恵]

[テーマ 6]

病医院の経営計画はどのように立てるべきか？

1．経営計画の必要性

病医院の経営計画は、これから先の進むべき方向性を確立し、経営のシナリオとなり、組織の全メンバーが努力すべき目標指針となるものである。従ってメンバーの行動原理はこの経営計画書の達成のために集約される関係にある。もし経営計画が無い病医院では、少なくとも中長期的な着地点は思い出せず、スタッフも不安な状況に置かれる可能性が考えられます。

2．経営計画は三つのステップが大切

経営計画を成功させるには、まず導入段階の経営計画、次に普及段階の経営計画、最後に本格的運用段階の経営計画というように、序々にレベルをあげてゆく必要があります。最初の導入段階で、いきなりレベルの高い総花的計画はスタッフの消化不良に終わってしまいます。

3．経営計画に盛り込むべき事項

最終的には、経営理念、長期基本方針、院内訓、組織と役割分担、各委員会、院内行事カレンダー、業務別の基本方針、各会議の設定と話し合うべき内容、研修制度、福利厚生施策、変動損益予算、資金収支予算、人事計画と人件費政策、情報管理計画等に大別される。但し浸透レベルに合わせ盛り込むべき項目も検討することになります。

4．経営計画は誰が策定すればよいのか。

病医院の規模にもよりますが、当初は理事長ないし院長が中心となって立てることになります。なかでも診療理念（経営理念）長期基本方針、院内訓、組織と人事、損益予算、資金予算などは譲れない大切な部分となります。当事者は超多忙なため、なかなかおっくうとなります。立てずじまいとなっているのが実態のようです。

5．損益予算の考え方

病医院の損益は重要な分野ですが次のような捉え方が良いでしょう。

医 業 収 入	変動医療原価	
	限界利益	固定費
		利益

医療法人の場合には、理事長報酬は固定費の中に入れられ、利益は医療法人自体の所得となります。一方、個人の場合には、利益そのものが院長個人の所得（事業所得）となります。変動医療原価は薬品材料費と検査手数料が主なものとなります。

6．おわりに

民間企業もそうですが、医療機関においても今後の診療報酬改訂を考えますと、経営計画は不可欠となるでしょう。尚経営計画の導入段階では、コンサルタントの指導を受けると良いでしょう。

[文章 : 田島会計事務所 税理士 田島 隆雄]

【テーマ7】

病医院経営に生命保険が大きく関係する？

経営計画はスタッフとともに進むべき目標であり、シナリオであります。それを影で支えるもう一つの重要な要素があります。それがリスクマネジメントという考え方です。経営にはいくつもの隠れたリスクが存在します。その解決策の殆どは保険となります。

1．生命保険は経営の主要なリスクマネジメント

病医院経営が一般の企業と異なる点は、二つあります。一つは経営を継続するために理事長・院長の存在が大きいのということです。一般企業でしたら、社長がいなくなっても生産設備はありますし、営業組織もありますので、なんとか経営を続けることは可能でしょう。が、病医院で理事長・院長がいなくなってしまうたら、経営はどうなるでしょう。二つ目は後継者の育成にお金がかかるということです。それ以外にも大きな借入れがあったりします。つまり、理事長・院長には家族を守るための保障という以外に、事業を守る保障というリスクマネジメントが必須となるわけです。

2．生命保険で経営を安定化することができます

資金繰りを考えたとき、頭を痛めることのひとつが税金です。税金は現金で支払う大きな経営コストです。生命保険の中には節税効果が大きく、しかも貯蓄性が高いという商品があります。上手に生命保険を利用することで、節税しながら内部留保するということができます。経営が安定しているときに節税しながら内部留保し、もしも経営がうまくいかなかったら内部留保を表面化させます。それは重要な自己調達資金になるのと同時に経営環境の変化に左右されずに利益の平準化が図れます。つまり、長期にわたって経営を安定化させることが出来るのです。これも経営のリスクマネジメントのひとつです。

3．生命保険は退職金準備に最適です

法人化する最大のメリットのひとつは退職金を受取れることです。もしも退職金の支払い原資を、利益で準備していたらどのようなことが起こるでしょうか。利益から積み立てるということは税金を払った後のお金から貯蓄するということになり、資金効率が悪くなります。また、退職金原資は作れても退職金はその期の経費ですから、退職金支払い期にその分赤字になってしまい、結果的に十分な支払いができないということになってしまいます。生命保険で準備しますと保険料を損金処理でき、節税効果があるのと同時に留保金は支払期に利益として計上できるため、赤字にすることもありません。さらに、退職時まで保障もあるわけです。

上記の保険は、扱いに注意が必要です。是非私ども栃木県医師会医業経営ライフコンサルタントチームにご相談ください。もちろん生命保険以外にも、所得補償保険、医賠償保険などもリスクマネジメントに必要な保険です。

[文章：(株)リスクマネジメント・ラボラトリー 安川 聡]

[テーマ 8]

節税したつもりが資金繰りを圧迫？

法人税、所得税、相続税のトータルを考えることはかなり厄介な問題です。所得税を減らせば法人税、相続税が増えたり、法人税、相続税を抑えたら所得税が増えたりし、なかなか全て良いというのが難しいからです。そして、ようやく全てに効果的と考えて次のような方法を取ったら、今度は資金繰りがおかしなことになってしまうという経験はないですか。我々会計士、税理士も資金繰りは盲点になりやすいものです。

〈実 例〉

個人診療所から医療法人となり、個人時代より所得分散もし易くなり、院長の給与所得控除もあり、所得税が大きく減少した。さらに、法人に利益が残ると相続税の増額が心配になること、院長の退職金準備により法人の利益の平準化と当面の法人税を減少させることができることから、院長に法人で保険加入を提案しこれで完璧と思ったら、法人の資金繰りが逼迫し、院長から借入れしなければならなくなってしまい、調整を余儀なくされたというものです。

失敗の原因： 税額のみに関心が行き、個人と法人の資金繰りまでよく考えなかったという点にあります。

改善策： 法人の減価償却費と借入金の元本返済との関係から退職金準備の可能額と退職金準備の要必要額を比較し、後者の方が多ければ、入る保険の種類（損金可能割合の違い）を検討し、さらに、法人に利益を残す必要があれば、相続税対策は別途行う（生前贈与等）が必要になるということです。

以上のように、トータルで見ると、個別の状況により適切な対策は大きく異なってくるのがわかるでしょう。誰にも単純に同じ対策で済むというものではないということです。

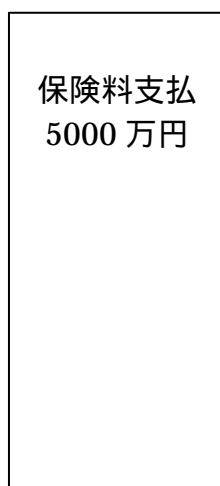
単純な説明で節税や保険の話が出されたら、おかしいと考えてみる必要があるということでもあります。

【テーマ9】

生命保険の種類選びと「隠れキャッシュアウト」？

個人で生命保険に加入している場合には、年に10万円の保険料支払いに対して5万円の課税所得控除を受けることができます。終身保険であろうと定期保険であろうと、この取扱いが変わることはありません。しかし、法人で加入している場合には、経費で払えるもの（損金性の保険）であるか、経費で払えないもの（資産性の保険）であるかによって、資金繰りに大きな違いが生じます。

全額損金計上の保険



1/2 損金計上の保険



全額資産計上の保険



（法人税実効税率を35%として計算）

上図に見るように、利益の出ている医療法人が資産性の高い生命保険に加入した場合、保険料を支払った後、さらに法人税の課税というキャッシュ・アウトが発生します。これは資産性の保険が利益を圧縮しないためにおこる現象ですが、残念ながら契約時に担当者がこの点について説明することは少ないようです。実際に、資金繰りが苦しいとご相談をされる医療法人の状況を拝見しますと、資産性の高い保険に加入されているケースが多く見られます。

問題なのは理事長や経理担当が気付かないところで、多額のキャッシュ・アウトが発生してしまうということです。こうした問題を避けるためにも、現在ご加入の保険についてチェックをされてはいかがでしょうか。

[文章：(株)リスクマネジメント・ラボラトリー 清水 英孝]

[テーマ 10]

上手な銀行との付き合い方は？

診療報酬点数の切り下げ、薬価、検査等物に対する差益のさらなる縮小、再診療の規制緩和等々、と医療を取り巻く経営環境は厳しさを増しています。

そのさなか、ここにきて銀行の融資先に対しての選別融資、貸し渋り貸し剥がしも、金融ビッグバン、早期税処置、の煽りで激しくなってきました。

業績低下企業への金利引き上げ依頼が、企業のリスクに応じた金利負担をお願いするという銀行の建前論理で、あなたの診断所の格付け点数に見合った金利にしてくれと、デフレに係わらず値上げ要求が最近見受けられます。

そこで今後銀行がどんな医療機関に融資をしたいのかを列挙してみると次のようになります。

融資をしたい企業

1. 債務超過でないこと
2. 自己資本比率が高いところ
3. 債務償還年数が短いところ
4. キャッシュフローが高いところ
5. ギアリング比率が高いところ

とちょっと専門的になってしまいましたが、要するに内部留保が万全で成長している医療施設ということになる訳ですが、最近ではこんな優良施設は少なくなってきました。

銀行の企業に対する評価は最終的に「清算貸借対照表」という、もし今清算したならいくらもの正味財産が有るのか、という厳しい評価に変わりつつあります。

企業への財務要請は現在次のようになります。

1. 院長よりの借入金、未払い金等はなるべく資本金増資か雑収入にあげて、自己資本率を高める
2. 逆に院長、理事長への貸付金、立替金は早急に回収入金、相殺などして残高無いようにしておく
3. 当たり前だが減価償却は必ず実行し、銀行からの不振を排除
4. いま銀行は成長力は以前ほど重視しないで、減収でも増益で有ればよい
5. 5年間の利益計画、そして5年の利益召還を予定している
6. 企業格付け 8 以下（既に債務不履行にあるか、あるいは重大な危険性が認められ企業内容は悪化しており、経営ゆきずまる可能性が高い企業）融資停止
7. 経営者の経営者像、経営理念、市場動向、も大きく作用

最近顧客になった医院が、銀行借入額に比して支払利息が多いので、借り入れ証書の金利を見てみたら3.25%であった。今まで銀行への融資返済一回も滞ったこと無く、財務内容も悪くないのに、どうしてこんなに高い金利を払っているのですかと質問したら、今まで金利など気にしたこともなく、院長が銀行の行員とも会ったこともない、という話でした。一度銀行に金利の値下げを打診してみてくださいといって、交渉をお願いしたら、金利が2%台になったと報告がありました。やはり院長が経営数字に興味を示すようになると金利だけで年間百何十万か安くなる。

銀行には財務の安全な企業はそれだけ手間もかからず安心していただけるのだから、自信を持って金利値下げ交渉したらいかがでしょう。

[文章 荻原会計事務所 税理士 荻原 英美]

銀行取引を視野に入れた保険の有効活用とは？

皆さんが取引のある、もしくは新規に借入を予定する銀行に提出される決算書や確定申告書は病医院の健康状態を表すバロメータです。確かに数字や難しい用語が並ぶ決算書や確定申告書に対しアレルギーを持っている経営者の方は少なくありませんが、逆にその中身を理解して健全なものしていく事により、対外的評価を高める事が簡単に出来てしまう事も少なくありません。

グローバル化が急務とされてきた日本の会計に置いては、近年キャッシュフロー会計や時価会計なる言葉を良く耳にされるかと思います。バブル以降、事業体の持つ資産の中には表面的な数字からは読み取れない含み益や含み損が多く存在することとなり、本当の姿が見えにくくなりました。銀行はその実態を知る為にも皆さんから提出される決算書や確定申告書の数字をただ機械的に転記するのではなく、分析して時価換算に引き直して評価をするようになってきました。

まして各銀行は不良債権処理を進める中、行政からの指導を受け顧客の信用リスクを様々な角度から分析し、その内容により格付けを行う事によって金利差をつけるようになってきました。そうなると、経営者として財務内容の良化は対銀行上でも急務といえるでしょう。ただ、どうしたら財務内容は良化できるのかと言う事になると思います。皆さん理屈では理解されていても、現実として先ず何から始めればよいのか頭を痛めるのです。

その解決策として最も有効で手を付け易いのが生命保険なのです。医療法人において生命保険料は経費として1/2あるいは全額を損金計上出来る種類のものがあります。損金処理できる生命保険の中には貯蓄率の高い商品がありますので、損金処理をする事で毎期の節税を計りながら貯蓄をする事が出来ます。

但し、この対策を行う場合注意しなければならない点があります。銀行は確かに決算書や確定申告書に載っている資産については時価換算をするノウハウを身に付けてきましたが、簿外に損金として流出させてしまったキャッシュについては皆さんからの申告が無ければプラス要因となる含み資産の存在を評価してはくれません。

ですから、こういった対策を打たれている医療法人の経営者の皆さんは、決算書の提出の際に保険証券のコピー等を添付する事により、銀行との交渉に置いて企業体力のプラス判断要因として主張をすべきです。

最後になりますが、生命保険は必ずキャッシュの支払いを伴います。法人だけでなく個人事業主に置いて常に一時的にはキャッシュフローに対してマイナス要因となるのです。しかし、生命保険は企業防衛・福利厚生・節税といった目的で絶対に必要です。それだからこそ、その目的を明確にして正しい生命保険に加入する事が大切なのです。経営環境の厳しくなる事が予想される中、少しでも無駄を省いて正しい生命保険を皆さんが手に入れられることが財務良化の最短距離なのです。

[テーマ 1 2]

ペイオフ対策の問題点・注意点は？

銀行を1000万円ずつに分けましたが、どんな問題がありますか？

骨太の資産管理の方針を決めるまでの間は預金の分散も有効でしょう。しかしながら、これから先、永遠に預金だけで分散することは以下の2点で問題もあります。

資金管理が煩雑になる。

複数の銀行に単純に分散すると、通帳や印鑑が増え、事務手続きが煩雑になります。また、資金を出し入れする中で、「ちょうど1000万円」に資金レベルをコントロールするのも容易ではありません。

各銀行の信用リスクの管理は困難

どの銀行が破綻しないかを見極めるのは、残念ながら一般には困難です。逆に体力の劣る銀行に分散してしまう恐れも生じます。格付けや株価等で銀行の置かれている状況をチェックすることが重要となりますが、定期的にすべての銀行の経営状況をチェックするのは非常に困難です。また、その判断の基準も迷うところです。

家族名義の口座を作って預金の分散を考えているのですが？

ペイオフのルールは「預金者一人あたり一つの銀行に1000万円まで」ですから、家族名義の口座は当然本人の口座とは別に保護の対象になりますが、以下の2点に気をつける事が大事です。

贈与税の問題

家族名義の口座に自分の預金を移すという行為は「贈与」とみなされます。贈与の非課税枠は1年間で110万円ですから、税金を払いたくなければこの枠内でやらなくてはなりません。また贈与の場合は移転した口座の利回りやその後の相続税等のことも考慮に入れる必要があります。

他人名義口座の問題

預金保険機構は「架空口座・他人名義口座は保護の対象外」と定めています。家族名義の口座はペイオフ対策の為に家族の名義を借りた口座という判断をされると保護の対象外となります。借名口座の明確な判断基準はないのが現状です。

法人での対策の注意点は？

個人でのペイオフ対策のポイントは資産を守り殖やすことですが、法人でのポイントは決済の維持と円滑な資金調達（借入れ）です。メインとなる銀行が破綻して決済が滞ったり、受け皿となる新しい銀行から借入れの返済や条件変更を要求されたら円滑な医療機関経営はできません。ここでは、事業者として銀行からどう見られているか？という視点が重要になってきます。銀行が取引したい医療機関としてどのような経営改善が必要なのか一度チェックをしてみることをお勧めします。今後、栃木県医業経営ライフコンサルタントチームで実施を予定している『経営診断』等を利用するのもよいでしょう。

[文章：(株)アセットマネジメント・ラボトリー 中澤 宏紀]

[テーマ 1 3]

生保の「ソルベンシー・マージンとは何ですか？

新聞などによく生命保険会社の「ソルベンシー・マージン」について書かれていますが、「ソルベンシー・マージン」とは「支払余力」という意味です。

保険会社は将来の保険金支払いにそなえて、契約者（お客様）から払い込まれた保険料の中からお金を積立てます。これを「責任準備金」といいます。

この責任準備金は保険会社として予想できるリスクの発生、つまり将来発生するであろう保険金の支払いや、資産運用上のリスクには十分対応できるよう計算されて積立てられています。しかし、環境の変化などによって予想を上回るリスクが発生することもあります。例えば大災害の発生によって巨額の保険金の支払いが生じた場合や、株価の大暴落などです。

こうした予想を超えたリスクに対応できる「支払余力」がどれだけあるかを算出したものが「ソルベンシー・マージン比率」です。監督官庁（現在は金融庁）が行政監督上の判断をするためのひとつの指標になっています。

ソルベンシー・マージン比率は次の計算式で算出されます。

$$\frac{\text{ソルベンシー・マージン総額}}{\text{リスクの合計額} \times 1 / 2} \times 100$$

- 主なソルベンシー・マージン
相互会社は基金、株式会社にあつては資本金・価格変動準備金・危険準備金・貸倒引当金・有価証券含み益など
- リスクの合計額
保険金リスク・・・保険金支払いが急増するリスク
予定利率リスク・・・資産運用利回りが保険会社の予定利率を下回るリスク
資産運用リスク・・・株価の暴落や為替相場の激変などにより資産価値の大幅な下落や、貸倒れが急増するリスク
経営管理リスク・・・経営の予想をこえて発生するリスク

監督官庁は、このソルベンシー・マージン比率が200%下回った保険会社に対しては契約者保護を図るため、業務改善などの命令を発動し早期改善措置をとります。

このようにソルベンシー・マージン比率は保険会社の体力を判断する一つの指標にはなりますが、保険会社の全ての健全性を示すものではありません。

リスクの大きさは保険契約の大きさに比例して増えます。潤沢な資産のある保険会社でも、多くの保険契約（保有契約）のある保険会社のソルベンシー・マージン比率が低めになることもあります。逆に保有契約が少ない保険会社の場合には、極端に高い比率を示すこともあります。ソルベンシー・マージン比率を参考にしながら各保険会社の資産内容や、その運用方法、業績などを総合的に判断することが重要になります。

[文章：(株)サリー・ジョイス・ジャパン 宇井野 睦夫]

【テーマ14】

保険会社の「格付け」とはどのようなものですか？

銀行預金等について「ペイオフ」が昨今、よく話題になりますが、生命保険・損害保険業界では、数年前から既に「ペイオフ」は始まっています。事実、破綻した生損保（9社）に加入していた契約者は多くの場合、自分の財産である「加入していた保険（保険金・満期金・解約返戻金）」が一定の基準の下に、減額など条件変更を余儀なくされました。

今は契約者の「自己責任」が問われる時代です。自分の財産を守る為には、保険会社の安全度を自分で見極めていかななくてはなりません。

保険会社を選ぶ上の指標として、よく利用されるもののひとつに「格付け」があります。「格付け」はもとも債券の投資安全度を表すものです。会社が発行する株式や債券を購入する投資家の為に、投資した資金が回収できるかどうかの安全度をランク付けしているのです。一方、保険会社の「格付け」はほとんどの場合、保険金支払い能力に関する「格付け」です。「将来、様々な環境変化があった場合でも保険金の支払いが可能かどうか」というものです。

「格付け」は格付機関によって行われます。ムーディーズ、スタンダード&プアーズ（S&P）、フィッチ・レーティングスが世界三大格付機関と言われ、国内にも日本経済新聞社系の日本格付投資情報センター（R&I）などがあります。（いずれも金融庁から指定を受けた格付機関です。）格付けを評価する場合の目印になるのが格付記号です。ムーディーズ以外の3社は基本が同じで最上級がトリプルA（AAA）、次がダブルA（AA）、そしてシングルAと続き、3段階に別れます。そしてさらに同じカテゴリー内でも、上位のプラス記号（+）付加と、何も付加されない基本型、そして下位のマイナス記号（-）付加の3段階に別れます。ムーディーズの場合は、下図で示したようにトリプルA（AAA）に対してAaaというような記号になります。

保険金支払能力	高										低
S & Pほか	AAA	AA+	AA	AA-	A+	A	A-	BBB+	BBB	BBB-	BB
ムーディーズ	Aaa	Aa1	Aa2	Aa3	A1	A2	A3	Baa1	Baa2	Baa3	Ba1

格付記号はBB（Baa1）以下も続きます。（合計21ランク）

BB（Baa1）以下の場合、その保険財務力は「限定的」「疑問」などの評価となります。

同じ保険会社に対する「格付け」でも格付機関によって、「格付け」は異なります。総じてムーディーズやS & Pなどの外資系格付会社は厳しく、日本の格付機関は甘い傾向にあるようです。

保険会社は自社にとって都合の良い「格付け」を売りたいがります。又、「格付け」は頻繁に変動しますので、「いつ、どこの格付機関」で取得した「格付け」なのかに注意する事が必要です。

保険会社の「格付け」は格付機関が公開しています。代表的な格付機関の連絡先は次のとおりです。

一度、御自身で加入されている保険会社の「格付け」を確認してみてくださいはいかがでしょうか？

ムーディーズ : (<http://www.moodys.co.jp> 、問合せはメールで)

S & P : (<http://www.standardandpoors.com/japan> 、 03-3593-8700)

格付投資情報センター : (<http://www.r-i.co.jp> 、 03-5644-3450)

[文章 栃木県医師会 田村 康夫]

[テーマ 15]

養老保険を使った福利厚生プランの注意点は？

Q . 従業員を被保険者として養老保険（福利厚生プラン）に加入しており、保険料の1/2を損金に算入していますが、この保険の注意点を教えてください。

契 約 者：医療法人
被 保 険 者：役員・従業員
死亡保険金受取人：被保険者の遺族
満期保険金受取人：医療法人

A . 上記の契約形態で養老保険に加入されている医療法人は数多く見受けられますが、加入条件を遵守しないと後に税務上否認される場合があります。下記に税務上の解釈を抜粋して載せました。

加入条件は、原則として全員が加入（もしくは普遍的加入）し、役員・従業員を含めて保険金等にバランスがとれていれば税務上問題ありません。

注意点は上記の下線部分の解釈ですが、「全員加入（もしくは普遍的加入）」とは具体的には役員・従業員の新規採用や退職があった場合には速やかに処理しなければなりません。普遍的加入とは、例えば「勤続3年以上の人を加入対象にする」等です。特定の役員・従業員のみ加入は1/2損金は認められません。

また、「保険金等のバランス」とは、例えば理事長が1億円、従業員が300万円の養老保険に加入している場合などは、保険料の1/2を「福利厚生費」として損金算入を認められている趣旨を考えますと租税回避行為とみなされ否認されます。

法人税基本通達9 - 3 - 4

法人が、自己を契約者とし、役員または使用人を被保険者とする養老保険に加入してその保険料を支払った場合には、その支払った保険料の額については、次に掲げる場合の区分に応じ、それぞれ次により取り扱うものとする。（昭55直法2 15新設、昭59直法2 3改正）

(3)死亡保険金の受取人が被保険者の遺族で、生存保険金の受取人が当該法人である場合、その支払った保険料の額のうち、その1/2に相当する金額は資産に計上し、残額は期間の経過に応じて損金の額に算入する。ただし、役員または部課長その他特定の使用人のみを被保険者としている場合には、当該残額は当該役員または使用人に対する給与とする（抜粋）

1/2損金養老保険は加入条件が複雑で特に加入後のメンテナンスが重要です。詳しくは栃木県医師会医業経営ライフコンサルタントチームにご相談ください。

[文章：(株)リスクマネジメント・ラボラトリー 添田 守]