

令和元年度第1回 有床診療所委員会

議事次第

日時：令和元年5月30日（木）
14時30分～16時30分
場所：日本医師会館談話室

1. 開 会

2. 役員挨拶

3. 資料確認（事務局）

4. 資料説明（提出者）

5. 審 議

（1）有床診療所委員会中間答申（素案）について

諮問 「中長期的に見た、地域における有床診療所のあり方について」

（2）その他

6. 閉 会

令和元年度第1回
有床診療所委員会 資料目録

令和元年5月30日(木)

資料 No.	資料名	提出者
有診XIV 0101	平成30年度第3回有床診療所委員会議事要旨案	地域医療課
0102	①中間答申素案 ②中間答申素案(コメント入り)	齋藤委員長
0103	診療報酬改定要望(参考)	鹿子生委員
0104	夜間体制の再考(案)	新妻委員
0105	専門的治療を主体とする整形外科診療所について	松本委員
0106	有床診療所委員会答申骨子(たたき台)修正版	齋藤委員長
0107	①2019年有床診療所の現状調査(第6回)(案) ②施設票(案) ③財務票(案) ④患者票(案)	小玉常任理事 (江口専門部長)

平成30年度第3回有床診療所委員会議事要旨（案）

1. 日時 平成31年3月28日（木）14時30分～16時30分
2. 場所 日本医師会館506会議室
3. 出席者
 （委員）齋藤、前田、青木、赤崎、大柿、尾形、岡部、小俣、鹿子生、新妻、野川、
 長谷川、松本
 （役員）中川、小玉、城守、平川
 （総研）江口
 （事務局）青木、西田、藤谷
4. 議題
 （1）答申骨子たたき台について
5. 提出資料

資料No.	資料名	提出者
有診XⅢ 0301	第1回有床診療所委員会議事要旨案	地域医療課
0302	意見メモ ①赤崎委員 ②尾形委員 ③野川委員 ④岡部委員 ⑤青木委員 ⑥長谷川委員 ⑦前田副委員長	各委員
0303	次期診療報酬改定要望	鹿子生委員
0304	知っておきたい税制のポイント	青木委員
0305	有床診療所委員会答申骨子案（たたき台）	齋藤委員長
0306	2019年有床診療所の現状調査案	江口専門部長
0307	静岡県 在宅医療後方支援体制整備事業 資料	野川委員
0308	基金関係資料	齋藤委員長

6. 議事

(1) 役員挨拶

○中川副会長

来年度予算案が成立したが、消費税引き上げ延期の話もあるようだ。もし3度目の

延期となれば異常事態である。今の社会保障の財源構成は10%に引き上げたときのことを8%でやっているという大変厳しい状況である。10月の引き上げは当然で、さらに次の増税の議論を開始しなければならないくらいである。

○小玉常任理事

年度末のご多忙のところご出席いただき御礼申し上げます。委員の先生方から意見メモをいただき感謝申し上げます。本日も忌憚のないご意見をよろしくお願ひしたい。

○城守常任理事

副担当でありながら、なかなか参加できずお詫び申し上げます。本日もよろしくお願ひしたい。

○平川常任理事

有床診療所の問題についてしっかり意見をまとめていただいております、感謝申し上げます。本日もよろしくお願ひしたい。

(2) 議事

1. 資料説明

(資料0302①) 赤崎委員

- ・ 地域特性を踏まえ、「在宅医療の拠点」、「レスパイト機能」、「急変時や早期退院患者の一時入院を可能にする施設」、「病院から在宅への受入れ渡し機能」、「看取り可能な施設」等、現在求められている医療を、身近な存在として提供できる施設であるべきだということを医師も行政も再認識しながらやっていくべきである。
- ・ 有床診療所の活性化を目指すためには、地域医療構想調整会議に積極的に参加することが重要である。調整会議に積極的に参加をしながら、有床診療所をアピールしていく必要がある。
- ・ 若手医師に有床診療所に目を向けてもらえるよう、中長期的な医師の養成について検討が必要である。
- ・ 介護医療院と、病院、有床診療所の役割機能を明確にし、共に不足する部分を円滑に補う関係性を作っていけるようにしなければならない。

(資料0302②) 尾形委員

- ・ 短期・中長期という時間軸と併せて、有床診療所が担っている機能と地域における役割を2次元で考えてはどうか。特に当面2025年を考えると、やはり地域医療構想を無視はできないため、それとの関連が非常に重要になってくると思う。
- ・ また前回の前田副委員長資料のように、ある領域全体の医療の動向を押さえた上で、有床診療所が担う機能を追求するアプローチを、他の領域についても適用してはどうか。
- ・ 全国一律の対応ではなく、ある程度グループ化した地域ごとの特性を踏まえ、地

域において有床診療所が担う役割を具体的に考えていく必要がある。

(資料0302③) 野川委員

- ・ 内科等の一般有床診療所と、専門医療を行う有床診療所は分けて考えなければならない。
- ・ 岐阜のはやぶさネットで、在宅医療の安心病床という項目を作っているが、何かあった時に大変だと思うのか、有床診療所の登録はない状況である。
- ・ 静岡県のように、地域医療介護総合確保基金から人材確保に対する補助が出るような形が望ましい。
- ・ 地域包括ケアの中心としての役割を担うということは強く言っていかなければならない。「地域包括ケア病床」の創設が望ましい。
- ・ 長期的には、やはり承継の問題があり、一般診療における有床診療所の経済的メリットもなく、人材も確保しにくい状況では、承継は難しいのではないかと思う。

(意見)

- ・ 静岡の基金事業について、申請の規定が細かいようで、在宅をやっている有床診療所の先生でも申請しなかったと聞いている。問題点を改善すれば全国で使っていただけるのではないかと思う。

(資料0302④) 岡部委員

- ・ 秋田県医師会が出されていたように、2040年を見据えた医療のグランドデザインを各都道府県で作るのに資するような答申が求められている。2025年までの短中期としては、有床診療所の経営安定化のため、①高齢者医療と介護の一体化への対応、②地域包括ケアシステム構築のリーダー的役割と地域医療構想会議への積極的関与が必要である。
- ・ 会員の中からは介護をやりたいが、とても難しいという声もある。そのあたりも、今回の答申で示していく必要がある。

(資料0302⑤) 青木委員

- ・ 中長期的に有床診療所が地域医療に貢献していくためには、円滑な事業承継が行われなければならない。「税負担」が大きな壁となる場合が多いことから、個人開業医及び医療法人が活用できる事業承継税制を具体的に紹介させていただきたい。活用時の留意点も具体的に示したい。
- ・ もう一步踏み込んでよいのであれば、M&Aという言葉が適切かわからないが、有床診療所を地域に残すために他人に譲る場合もあるので、その場合の譲り方、留意点なども、必要であれば付け加えたい。

(資料0302⑥)

- ・ 中長期で有床診療所を続けていけるような希望が持てるような答申にしなければならない。

- ・ 診療報酬については、30日超の入院基本料が安いことが収益が低い原因であるので、その改善は訴え続けなければならない。
- ・ 地域包括ケアモデルを示してもらったのは非常によいのだが、それまでもつか。地域医療構想が進んでいく間に有床診療所がどんどん閉院してしまうのではないかと危惧している。

(資料0302⑦) 前田副委員長

- ・ 産婦人科医会の調査によると、有床診療所の施設数は2006年から2016年まで右肩下がり、有床診療所の医師も右肩下がりである。1施設あたりの医師数は有床診療所は1.5人、総合周産期医療センターは平均10→14人に増えて、集約化が進んでいる。
- ・ 有床診療所の取り扱い分娩数は2016年で48%である。千分娩あたりの産婦人科医師数は1位が鳥取県、2位が秋田県である。開業医に頼っている県と高次の医療機関に頼っている県など地域差があり、グランドデザインを作るにも都道府県毎に検討しないと難しい。
- ・ 有床診療所の存在が必要であることを国民に分かってもらわなければならない。産婦人科で言えば、ローリスクの分娩を扱うことが大事であるということ。そして、有床診療所で頑張ろうという医師を増やすことが大事である。夢を持って診療所が続けられるようにならないと参入してもらえない。経営状態を改善するような施策を打ち出していかなければならない。
- ・ 働き方改革の関係でタスクシフティングが問題になっているが、お産の世界は助産師とのせめぎ合いであり、うまくやらないと危険である。大学病院も、経営改善のために、医師を雇わず助産師だけでお産をして設けようとするところが出ている。

(資料0303) 鹿子生委員

- ・ これは全国有床診療所連絡協議会の要望として議連に提出するものである。有床診療所は在宅や介護も含めて期待されているが、機能を強化するには人がいないとできない。無床化の一番大きな要因も人手不足である。人員を確保するには人に対する評価を上げてもらわない限り難しい。

(資料0304) 青木委員

- ・ 前回もお話した個人版の事業承継税制について寄稿したものである。個人版の事業承継税制を使い、その後医療法人化した時の納税猶予の取り扱いについて、今後注目しながら見ていきたい。

(資料0305) 江口専門部長

- ・ 前回改定の影響と現在の運営課題を把握させていただくため、6月目途に調査票をお送りしたい。調査は、施設票、財務票、看護票の3点で、看護票は看護師不

足の観点から実際に勤務する看護職の方のご意見を聞いてはどうかと思っている。例えば有床診療所で働くことは、看護職員にとって融通性もあってよいかもれず、もしそうであれば広く広報したい。

- ・ 財務票については従来通りであるが、今回からは前年度と前々年度の2年分を記入していただきたいと考えている。
- ・ まだ案の段階なので、付け加えた方がいいものがあれば、ぜひご意見をいただきたい。

(質疑応答)

- ・ 先ほどから人手不足の話が出ているが、この調査ではどのあたりが関連するか。
- ・ 施設票の中で、「病床に関して貴院が抱えている課題」として入れている。介護士、看護助手のことも加えるようにしたい。「働き方改革に向けた対応策」に関して、抱えている課題も把握しようと思っている。
- ・ 前回鹿子生先生から話のあった「5つの機能」に介護を加えるということについて、今回の調査では該当する項目はあるか。
- ・ 「医療介護を一体的に提供する機能があるか」という設問を設けることにしている。

(資料0308) 齋藤委員長

- ・ 徳島県では、「医師事務作業補助者配置支援事業」と「リハビリ専門職配置支援事業」が県から提案された。補助者の配置は、医師事務作業補助体制加算の対象外の医療機関で、4月1日以降に採用した人について、200万円のうち100万円を補助するもの。リハビリ専門職は、平成31年度中に在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院として厚生局に新たに届出する医療機関を対象に、上限2名で年間400万円のうち200万円を県が補助するという案である。ただ、地域包括ケア病棟やリハビリテーション病棟で、有床診療所が対象とならないのは詰めが甘かった。

2. 答申に関する議論

答申骨子たたき台について、以下のような議論が行われた。

(地域医療構想調整会議)

- ・ 長崎県では休床している医療機関の調査があり、2病院、56有床診療所が休床していた。地域医療構想のベッド削減の対象にするためにそのような調査を行ったのではないかと、非常に気にしている。また、有床診療所の介護療養病床を一般病床に戻すことはできないと行政から言われているが、そのようなことはないはずだと言って乗り切っている。さらに、休床中の有床診療所に子息が帰ってきてベッドを再開するケースに対して、それは地域医療構想調整会議にかけないといけないとか、看護体制がどうなっているか報告しろと言ってきたので、4月になってから県庁と話をする予定である。

- ・ 熊本では、県庁所在地のような大きな医療圏の有床診療所と、地方の有床診療所では立場が違ふ。過疎化の進んだ地域の有床診療所が一番問題で、つい最近の地域医療構想調整会議でも、長期間病床を使っていない有床診療所を行政が聞き取り調査をして、病床削減につなげるような説明がなされた。実際に有床をやめるという先生もいて、有床診療所が抹殺されそうな事態が現実になっている。地方では、無床診療所の先生方が、患者がちょっと急変した際に受け入れてくれる病床がないということで困っており、有床診療所に協力してもらいたいという話が出る。有床診療所がなくなるとは困る。
- ・ 休床の場合は診療報酬は全く関係ないので、ベッド数のことをいろいろ言う必要はないと調整会議等で医師会長に言ってもらえばいい。調整会議にも有床診療所の先生を入れてもらうよう、医師会長にお願いしたらよい。
- ・ 行政は、病床機能報告の病床数を必要病床数に合わせたがる。
- ・ 地域医療構想調整会議は、病床削減ための仕組みではないので、そこは強気で言ってもらって問題ない。行政も地域医療構想の理解が足りない。何かおかしいことがあったら、すぐに日本医師会に連絡していただきたい。

(有床診療所の在り方)

- ・ 地域包括ケアとか、介護と有床診療所を結ぶというのは皆さんが思うほど簡単なことではない。民間事業者に完全にシェアを取られている中で、我々が参入するのは並大抵のことではない。有床診療所の先生が介護もやっていくのであれば、まずは地域密着型の介護施設の嘱託医になって、その関係で病床を使うようになるなど手はある。そういうことを有床診療所の先生が理解しない限り、机上の空論になってしまう。
- ・ 医療機関が運営するということと内容に差をつければ、患者さんは来るのではないか。
- ・ 民間事業者はなかなか素早いので、生易しいものではないということを感じながら、自分たちがどういう形で参入していくかを考えなければならない。
- ・ 介護事業者の処分もいろいろ出ているので、安全で安心な介護を提供できるのは医療機関だということ強く言う必要がある。そこをどれだけアピールできるかではないか。
- ・ 有床診療所の今までの「5つの機能」を少し変える時期に来ているのではないか。人口減少、医療密度などの社会的環境や、地域包括ケア型とか専門特化型とか、そういう分類をして、そこから有床診療所の先生が自分の診療所はここに該当して、これからどういう風にやっていかなければならないかといった感じがつかめるような形にできないか。
- ・ 重要なお指摘である。有床診療所の診療圏として、二次医療圏とか市町村ではまだ大きすぎて、地域包括ケアシステムの単位でみていかないとわからないのではないか。
- ・ 専門医療でも、地方型と大都市型とでだいぶ違ふ。そのあたりの分類をはっきり

させて答申をまとめた方が、会員の先生方には有用であると思う。

- ・ 有床診療所で医療だけしかやっていないところもあるが、介護に対する理解もないと生き残っていけないだろう。
- ・ 地域のキーステーションとして、オープンベッドという概念を是非入れてもらわないといけない。
- ・ 在宅医療が国策となる中、在宅医療専門の開業の先生も増えている。在宅で開業した先生方が、果たして、人員の少ない有床診療所に患者さんをお願いするかどうか。病院と在宅医療専門診療所が連携して診るような形も考えられ、そうすると有床診療所の立ち位置は、ただ単に地域包括ケアの中のキーになるということでは生き残れないのではないか。
- ・ 在宅医療も問題があって、おしかけの在宅医療になっている面もある。そのため、診療所とトラブルが絶えず、頭を痛めている。

(人材の確保について)

- ・ 中間答申として、2025年までの短中期として、人材確保の観点を中心とした診療報酬改定要望、税制改正要望を行う。

～複数医師～

- ・ 第三者に承継できるような形をとらなければならないので、複数医師加算を上げてもらう必要がある。
- ・ 複数医師を配置した場合のメリットはどのくらいあるのか。
- ・ 休みが取りやすいという点はあるが、医師はそれぞれ診療方針がかなり異なるので、そのあたりの調整にはかなりの工夫と労力が必要である。しかし、1人でやれることは限られているので、複数医師体制をうまく活用する必要がある。
- ・ 産婦人科では、手術や緊急事態の際に、近隣の診療所の医師に手伝ってもらったり、少し留守番を頼んだりということはしょっちゅうある。
- ・ 同じ診療科の複数医師と、違う診療科の複数医師は全く異なる。医療安全の面からも、複数医師は大きなメリットである。複数医師のメリットを全面的に出せるとよいのではないか。
- ・ たとえば、私は整形外科だが、内科的な全身管理には弱いので内科と組んだほうがやりやすい。診療科をまたいでうまく組み合わせられれば、非常に心強いし、地域のかかりつけ医の機能としても非常に大事だろう。

～看護職等～

- ・ 医師不足よりも看護師不足で病棟規模の縮小、病床廃止が起こっている。
- ・ 看護職員の確保は非常に厳しい状況になっており、看護補助者の活用が必要だが、現状では5点しかついておらず何の足しにもならない。人に対する評価をしてもらわないと、有床診療所に期待される機能を果たせない。
- ・ 介護施設の介護福祉士等に対して処遇改善の補助が出るが、それによって准看護

師の給与を超えてしまう。看護職から給与の不満が出て、給与アップがなければ辞めるという声も出ている。処遇改善の補助はありがたいが、いきなり看護職を飛び越えるような補助ではなく、バランスを考えてほしい。

- ・ 准看護学校が全国的にどんどん減っている。徳島では、8年前に県の看護学校と医師会の看護学校を合併し、県と一緒に運営している。行政を巻き込むことが大事ではないかと思う。また、中国四国と九州地区の医師会立の看護学校が集まって協議会を開いているが、こういう協議会があると活性化するので、他の地域でもやった方がよい。
- ・ 准看護学校については看護協会の理解が得られないとなかなかうまくいかないと思う。長崎でも2年前までの看護協会長が准看に対する理解がなく、予算も取れなかった。医師会と看護協会とでもう少し理解しあって、准看の必要性を訴えていかないといけない。
- ・ 准看のレベルアップも必要なので、准看から看護師になるという基本姿勢を打ち出して、看護協会に授業や実習への協力要請をしている。
- ・ 看護協会として准看の養成を停止したいということは間違いないので、准看から看護師になりやすいような形で、看護協会と手を組んだ方がよい。准看はいた方がいいが、いずれはなくなる時代が来ることを我々も意識しながらやっていかなければならないだろう。
- ・ 有床診療所は夜間に看護職を配置しなくても法的には問題ないが、今の時代に入院患者がいるのに看護職が当直していないというのは社会的にも問題があるのではないかと思う。そのあたりの対応を考えていかなければならない。
- ・ 働き方改革にからめて、労働基準局があちこちに入っている。監督官の裁量によるところが大きい点が問題である。ちょっと容態の悪い患者をケアするとか、宿直で認められるかの境目がグレーで、もし宿直が認められず夜勤という形になると、看護職員が非常に不足する中で病棟閉鎖につながってしまう。医師がかけつける体制を取っていればよいと思うが、なかなか世間的には通用しないのが、非常に厳しいところである。
- ・ 看護職側からみれば、宿直ではなく夜勤であれば行ってもいいという感じもある。
- ・ 将来的にも、よほど恵まれた地域でない限り、看護職員に限らず人員の確保は非常に難しくなる。そういう意味で外国人材の活用もしなければならぬのではないかという話になる。
- ・ 人を介さない見守りのシステムなどの活用も考えられる。

(診療報酬関係)

- ・ 無床の眼科の先生が高齢の患者の手術をして、家に帰すのは心配なので有床診療所に2、3日入院させてほしいということだったのが、入院基本料を算定したら全て戻された。こういう点も改善してもらわないと、連携ができない。
- ・ 日帰り手術の点数があるので、入院させるとなると、それに反するからではないのか。眼科の先生がどのように請求しているか、確認してからの方がよい。

- ・ 例えば心筋梗塞があるとか不整脈があるとか、そういう事情であれば通るのではないか。

(防火対策)

- ・ 消防の点検と、建築基準法の定期報告という別々の制度があり、それぞれ業者に多額の費用を払わなければならない。非常に負担が大きいので、一本化してもらいたい。
- ・ 管轄が異なるため、一本化は難しいかもしれない。不幸な火災事故があつての適用なのである程度やむを得ないかと思うが、金額的には大きいので、例えば保健所でできる調査があればそちらでやることなども考えてはどうか。
- ・ スプリンクラーの補助金が、平成30年度で180億円余っている。平成31年は50億円ついているが、毎年予算の消化に苦労している。設置義務のない有床診療所でも付けるに越したことはないので、各地でスプリンクラーの設置を勧めていただきたい。予算を消化しないと、予算がつかなくなる恐れがある。
- ・ スプリンクラーの設置は、承継とも関係する。承継に目処がついていれば付ける。
- ・ スプリンクラー設置後8年経過をすれば、たとえ有床診療所を廃止しても返還義務は生じない。

(その他)

- ・ 医療審議会で、病院が有床診療所を吸収合併したいという案が出ており、非常に頭の痛いところである。我々の仲間の有床診療所の先生が辞めたあと、その施設を売れるというのはその先生にとっては非常に有益であり、むげには反対できない。

最後に齋藤委員長より、小玉常任理事とも相談して、執筆分担を検討したいとのコメントがあった。

7. その他

<2019年度委員会開催日程>

第1回	5月30日(木)	14時30分～16時30分
第2回	7月18日(木)	14時30分～16時30分
第3回	9月19日(木)	14時30分～16時30分
第4回	11月7日(木)	15時～17時(終了後懇親会)

素案

日本医師会

会長 横倉 義武 殿

有床診療所委員会

委員長 齋藤 義郎

有床診療所委員会中間答申

～令和2年度診療報酬改定・税制改正要望を中心に～

本委員会は、平成30年10月31日に開催された第1回委員会において、貴職より「中長期的に見た、地域における有床診療所のあり方について」検討するよう諮問を受け、これまで〇回の委員会を開催し、議論を重ねてまいりました。

有床診療所が、中長期的にも地域でその機能を果たしていくためには、安定運営とスムーズな承継が必要であります。

そこで本委員会では、次期診療報酬改定及び税制改正に向けて、別添の通り要望を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

今後の診療報酬改定、税制改正に向けた議論に、本委員会の意見を反映していただきたく、お願い申し上げます。

本委員会では、引き続き、中長期的に見た有床診療所のあり方について、検討を重ねてまいります。

目 次

1. はじめに
2. 人材確保の観点を中心とした診療報酬改定要望
3. その他の人材確保対策について
4. 有床診療所の承継について
5. おわりに

1. はじめに

厚生労働省の医療施設動態調査によれば、2019年2月現在の有床診療所数は6808施設で、ついに7千を割った。2009年1月には11,520施設あった有床診療所が、10年で4割も減少したことになる。

この著しい減少の背景には、患者の大病院志向等により入院患者が減少していることもあるが、診療報酬の低さから病床を維持することが困難であること、さらに看護職員等の確保が困難であることなどが挙げられる。

しかし、この大変厳しい状況の中でもまだ7千近くの有床診療所が存在しているのはなぜか。地域医療において不可欠な存在だからである。有床診療所は、最大で19床のため、経営効率が悪い。無床化したほうがさまざまな面で負担が軽減されることはわかっているが、地域住民・患者から存続の要望もあり、医師としての使命感から病床を維持していると言っても過言ではない。

有床診療所のベッドの役割は、病院のベッドと同じではない。在宅患者の急変時の受け入れ、ショートステイ、看取りなど、身近な場所で、地域や患者さんのニーズに応じて、個別的な対応が可能である。この柔軟性、多様性が有床診療所の大きな特徴であり、今後も有効な社会資源として活用していくべきである。

本委員会では、短期的、中長期的な視点に分けて有床診療所の在り方を検討しているが、その前提として有床診療所の安定運営とスムーズな承継が必要であり、本中間答申では、診療報酬改定要望及び承継について述べることとする。

2. 人材確保の観点を中心とした診療報酬改定要望

(1) 2018 年度診療報酬改定の評価について

有床診療所は地域包括ケアシステムで中心的役割を果たすことが期待されており、2018 年度診療報酬改定では、有床診療所の「地域包括ケアモデル（医療・介護）」として、介護サービスを提供していれば入院基本料 1～3 を算定できることとなり、また介護連携加算も新設された。有床診療所在宅復帰機能強化加算についても、平均在院日数が 90 日以内と緩和され、点数も引き上げられるなど、一定の評価がなされたところである。

しかしながら、全国有床診療所連絡協議会が行った調査では、2018 年 9～10 月の収入が 1 年前の同時期に比べ減収となったことがわかった。介護連携加算の算定施設では前年比増収となっているが、非算定施設と比べると有意差は見られなかった。介護サービスを提供する有床診療所にとっては有用な加算と思われるが、期待されたほどの効果は見られなかったということになる。

これは、介護サービスを提供する有床診療所が少ないことや、点数が少し引き上げられても、病床稼働率が上がらなければ、有床診療所の経営を改善するまでには至らないことを意味する。病床稼働率を上げるには人員の確保は必須であり、また、働き方改革の流れに沿って勤務環境の改善にも努める必要がある。

人材確保の観点から以下の通り要望する。

(2) 看護職員・看護補助者の確保について

1) 看護補助者配置加算の引き上げについて

有床診療所の看護職員が確保困難な要因として、入院にかかる診療報酬上の評価が低いと病院に比べて待遇に差が出てしまうこと、また、少ない人員で患者を看なければならぬため、一人にかかる負担が大きくなってしまふことが挙げられる。

日医総研の「平成 29 年有床診療所の現状調査」¹では、夜間の職員数（看護職員＋補助職員）が 2 人以上の施設は 29.5%であり、1 人体制の施設が 51.5%に上った。

看護職員の負担を軽減するためには、看護補助者の活用が有用であるが、現実には看護補助者の確保も難しくなっている。これは、日本全体としての労働力不足の影響や、介護施設の介護職員の処遇改善（後述）の影響が考えられる。

¹ 日医総研ワーキングペーパーNo,394「平成 29 年有床診療所の現状調査」（江口成美）

有床診療所の看護補助者を確保するには、少なくとも今以上の待遇改善が必要となるが、現行の看護補助配置加算は、1人1日あたり5～10点で人件費には遠く及ばない状況である。看護補助者の確保につなげられるよう、以下の通り、看護補助配置加算の引き上げを要望する。

一方、医療機関側も、有床診療所で働くやりがいを満足させる仕組みづくりが必要である。

	現行点数	要望
看護配置加算 1	40 点	
看護配置加算 2	20 点	
夜間看護配置加算 1	85 点	
夜間看護配置加算 2	35 点	
看護補助配置加算 1	10 点	
看護補助配置加算 2	5 点	

2) 介護福祉士等の処遇改善について

深刻な介護人材不足を背景に、国はこの10年間ほど、介護職員の賃金の底上げを図ってきた。しかし、これによって、介護人材が介護施設・事業所に流れ、医療機関における看護補助者の確保が困難となっていることは大きな問題である。さらには、介護福祉士の給与が看護職員の給与を上回る事態となり、医療機関側は看護職員の給与を引き上げざるを得ず、負担となっている。

そのような中、2019年10月の消費税率引き上げに伴う介護報酬改定において、介護職員等特定介護職員等特定処遇改正加算（特定加算）が創設され、これに投じる公費1000億円の算定根拠が「介護サービス事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士について、月額平均8万円相当の処遇改善を行う」とされたことは、現場に衝撃を与えた。

この特定加算は、趣旨を損なわない程度で、事業所内の配分に当たり、事業所の判断でその他の職員の処遇改善にも充てることが可能となったことから、今後診療所の看護職員まで介護施設へ移ることも懸念される。

医療機関での勤務と介護施設での勤務を比べれば、医療機関の患者の方がより状態

が重く、従事者の負担はより大きいと思われる。介護職員の処遇改善については、働く場所で区別されるべきではなく、医療機関で働く看護補助者も対象とすべきである。

(3) 医師の勤務負担の軽減について

1) 複数医師体制の確保について

休床・無床化の要因の第3位は、医師の勤務負担と高齢化である¹。働き方改革の観点からも医師の勤務負担の軽減が求められており、有床診療所も複数医師体制を確保していく方向で考えなければならない。

有床診療所の医師数は、常勤換算で1人医師が30.5%、2人未満が18.4%、2人以上3人未満が33.8%、3人以上が16.3%となっている¹。2人以上の有床診療所は5割程度あるが、医師配置加算は60～88点であり、複数の医師の人件費に足るものではない。親子で運営している場合は、おそらく院長の給与を引き下げて、子の給与にあてているものと思われる。

しかし、こうした形でしか運営が成り立たないという状況は改善しなければならない。

なぜならば、高齢となった医師が有床診療所の機能を地域に残すためには、親子での承継だけでなく、第三者への承継が行える体制を確保することが必要だからである。仮に今は親子での承継が可能であったとしても、その次の世代で親子承継ができるとは限らない。複数の医師と一緒に診療をしながら、徐々に自然な形で承継していくことは、とても大きなメリットがある。地域住民・患者にとっても、かかりつけ医機能が継続されることは、非常に大きな安心につながるものである。

複数の医師で運営するに足る医師配置加算の引き上げを要望する。

	現行点数	要望
医師配置加算 1	88点 ・当該診療所の医師数が2以上かつ、次のいずれかに該当すること ・在宅療養支援診療所で訪問診療を実施 ・急性期医療を担う診療所	
医師配置加算 2	60点 ・当該診療所の医師数が2以上	

2) 診療所医師事務作業補助体制加算の創設について

病院勤務医の負担軽減のため「医師事務作業補助体制加算」が設けられているが、有床診療所は算定できない。有床診療所についても、算定できるよう要望する。ただし、有床診療所が病院と同等の加算要件を満たすことは困難であるため、一部要件の緩和をお願いしたい。

なお、徳島県においては、基金の中で「医師事務作業補助者配置支援事業」が実施される予定である。これは、主に、診療報酬の医師事務作業補助体制加算の対象外の医療機関を対象としたものであり、有床診療所での活用も期待される。

◆徳島県 平成 31 年度医師事務作業補助者配置支援事業（案）

補助対象機関	次のいずれかの要件を満たす医療機関とする。 ① 診療報酬の医師事務作業補助体制加算の <u>対象外</u> の医療機関 ② 診療報酬の医師事務作業補助体制加算の対象病院であるが、補助者の増員が加算の額に影響を与えない病院
補助対象者の要件	本事業の対象となる補助者の要件は次の通りとする。 ① 平成 31 年 4 月 1 日以降に新たに雇用した補助者（派遣又は直接雇用）であること。 ② 補助者は、予め 32 時間研修を受けた者又は配置後 6 か月以内に 32 時間研修を受けるもの、かつ受託医療機関の常勤職員（週 4 日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週 32 時間以上である者）と同じ勤務時間以上勤務を行うものであること。
補助対象経費	医師事務作業補助者の配置に必要な給与費（給料、諸手当、共済費等）、派遣業者へ支払う各種手薄雨量、研修費（医師事務作業補助者の基礎知識習得に係る研修に限る）
補助基準額等	補助基準額は、対象となる補助対象者 1 人あたり 2,500 千円とし、補助率は 1/2、補助上限額は補助対象者 1 人あたり 1,250 千円とする。

(4) 重負担（認知症患者等）部分の評価について

※ひとまず事務局で作成しましたが、委員の先生に執筆をお願いしたい部分です。

患者の高齢化に伴い、認知症のある患者も増えている。日医総研の調査では、有床診療所の入院患者で、認知症がない「自立」の患者は 25.6%（ただし、無回答、不明がそれぞれ 23.8%、3.1%）で、一般病床の入院患者でも、自立度Ⅳ（日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする状態）の患者が 8.2%、自立度Ⅲ（著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態）が 3.0%となっている。

看護職員や看護補助者の負担は非常に大きく、これらについても、診療報酬上の手当

てをお願いしたい。

(5) 有床診療所が算定できない診療報酬について

診療報酬の中には、病院しか算定できないものが存在するため、病院での経験を生かした治療を有床診療所で実施することが困難であったり、他の点数で算定せざるを得ない状況がある。

専門医療を提供する有床診療所として機能を十分発揮できるよう、有床診療所の届出も認めるよう改定をお願いしたい。

例1. 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 K768

施設基準の届出様式において、「当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること」とされている。そのため、病院で数多くの症例を実施してきた医師であっても、有床診療所での実施をあきらめたケースがある。

例2：早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 K721-4

これも施設基準の届出が病院のみとされているため、例えば日本消化器内視鏡学会から指導施設に認定されている有床診療所で、技術を持った医師が実施する場合でも、当該点数を算定することはできず、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術」として算定するケースがある。

(6) 診療報酬体系（加算等）の簡素化について

要検討

3. その他の人材確保対策について

(1) 地域医療介護総合確保基金等の活用

地域医療総合確保基金は、「骨太の方針」で、区分1の地域医療構想の実現に向けた計画に重点配分することを求めていることを踏まえ、区分1に5割以上が配分される状況が続いている。

基金創設当初には、事業事例として有床診療所の看護職員の確保に関する事業も示されていたが、なかなか各県で実現することがなかった。

静岡県では、平成30年度の基金において、「在宅医療後方支援体制整備事業」として、有床診療所を対象に、夜間・休日対応のために、医師又は看護職員を新たに雇った場合の給与・報酬を補助する事業が実施された。有床診療所の人員確保のための事業として有用であるが、要件が厳しいとの声もあり、改善の必要があると言える。

◆静岡県 在宅医療後方支援体制整備事業

助成先	以下の条件を全て満たす有床診療所 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療を実施する有床診療所であること ・補助申請の前月末時点で非稼働病床があること ・夜間及び休日に在宅療養患者に対応する体制を取ること ・医師又は看護職員を新たに雇用すること ・<u>地域において在宅医療の後方支援のために必要とされる診療所であること</u>→<u>地域医療構想調整会議等において必要性が合意されること。</u>
対象経費	夜間・休日対応のために、医師又は看護職員を新たに雇った場合の給与・報酬 ⇒補助対象経費＝医師・看護師の給与時間単価×夜間・休日の勤務時間 <ul style="list-style-type: none"> ・新規雇用のほか、夜間及び休日に在宅療養患者に対応する体制を取るため、すでに雇用している医師・看護職員の勤務時間の増加、非常勤の常勤化も含む。 (略)
補助基準額	[医師] 夜間：70千円/日、休日：50千円/日 [看護師] 夜間：28千円/日、休日：20千円/日
補助率	県：1/2、事業者 1/2
補助期間	保健医療計画中間見直しに準じて3年間（～2020年度）
平成30年度予算	56,000千円 ※11,200千円（1施設上限）×5施設 （初年度は、地域内での合意形成を見込み上限6か月）

(2) 市町村独自予算による補助

横浜市では、「横浜市有床診療所看護師夜間勤務手当補助金」事業が平成30年度より実施されている。これも、在宅医療患者の急変対応や看取り、レスパイト等の受け入れを行う体制にある有床診療所を対象としたものである。

各地域で在宅医療提供体制の整備を考える中で、行政としても、有床診療所の機能に期待し、支援する動きが出始めている。地域の医師会等を中心に、行政に対して改めて有床診療所の機能をアピールしていくことも必要であろう。

◆横浜市有床診療所看護師夜間勤務手当補助金

補助対象医療機関	次のすべてに該当する有床診療所 ・市内で在宅医療を受けている患者の急変対応や看取り、レスパイト等の受入を行う体制にある市内の有床診療所 ・本補助金申請日が属する年度の前年度において、在宅医療を受けている患者の急変や看取り時、レスパイト等の受入実績が年間12件以上あること。 ・在宅医療連携拠点と緊急一時入院の協定を結んでいること。
対象経費等	在宅医療を受けている患者の急変対応や看取り、レスパイト等に備え、夜間帯に勤務する看護師の夜間勤務手当の2分の1（ただし、1医療機関1月あたり上限10万円） ※補助の対象や夜間勤務手当のみ。他の手当等は含まれない。 ※夜間勤務手当は、各医療機関が就業規則等で定めたもののみを対象とする。（明確に夜間勤務手当が定められていない場合は対象とならない）

(3) 看護職員の宿日直・夜勤について

有床診療所の夜間の看護職員・介護職員の確保が困難な状況にあることは前述の通りである。そのため、有床診療所では「夜勤」ではなく、「宿直」としているところも少なくない。

この宿直の取り扱いについて、労働基準監督署から指摘を受ける有床診療所もあることから、ここで整理をしておきたい。

厚生労働省は、「医師・看護師の宿直は、医療法で義務付けられる²ものである関係から、医師・看護師の本来の業務であっても特定の軽易な業務（定時巡回、定時検温脈等）については、宿直勤務中に処理しても差し支えない」との解釈が示されている。また、「医師・看護師等の宿日直許可の基準」（下図）において、昼間と同態様の労働に従事することが稀にあっても、一般的に見て睡眠が十分に取得するものである限り、宿直の

許可を取り消すことなく、時間外労働の手続きを行い、割増賃金を支払うこととされている（下記参照）。

有床診療所は、これらの基準を遵守していくとともに、労働基準監督署においても現状の解釈を十分踏まえた対応をお願いしたい。

医師・看護師等の宿直勤務の基準	一般的な宿直勤務の基準
<p>(一) 医師、看護師等の宿直勤務については、次に掲げる条件のすべてを充たす場合には、施行規則第二十三条の許可を与えるよう取扱うこと。</p> <p>(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こと。即ち、通常の勤務時間終了後もなお、通常の勤務態様が継続している間は、勤務から解放されたとはいえないから、その間は時間外労働として取り扱わなければならないこと。</p> <p>(2) 夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外には、病室の定時巡回、異常患者の医師への報告あるいは少数の要注意患者の定時検視、検温等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ること。従って下記(二)に掲げような重間と同態様の業務は含まれないこと。</p> <p>(3) 夜間に十分睡眠がとらうこと。</p> <p>(4) 右以外に宿直の許可の際の要件を充たしていること。</p>	<p>一 勤務の態様</p> <p>イ 常態として、ほとんど労働を必要としない勤務のみを認めるものであり、定時巡回、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ものに限って許可するものであること。</p> <p>ロ 原則として、通常の労働の継続は許可しないこと。したがって、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・火災防止を行うものについては、許可しないものであること。</p> <p>三 宿直の回数</p> <p>許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週一回、日直勤務については月一回を限度とすること。ただし、当該事業場に勤務する18歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべての者に宿直又は日直をさせてもなお不足でありかつ勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて、週一回を超える宿直、月一回を超える日直についても許可して差し支えないこと。</p> <p>四 その他</p> <p>宿直業務については、相当の睡眠設備の設置を条件とするものであること。</p>
<p>(二)</p> <p>右によって宿直の許可が与えられた場合、宿直中に、突発的な事故による応急患者の診察又は入院、患者の死亡、出産等があり、或いは医師が看護婦等に予め命じた処置を行わしめる等昼間と同態様の労働に従事することが稀にあっても、一般的に見て睡眠が充分にとらうものである限り宿直の許可を取り消すことなく、その時間について法第33条又は第36条第1項による時間外労働の手続きをとりしめ、第37条の割増賃金を支払わしめる取扱いをすること。従って、宿直のために泊まり込む医師、看護師等の数を宿直の際に担当する患者数との関係あるいは当該病院等に夜間来院する急病患者の発生率との関係等から見て、右の如き昼間と同態様の労働に従事することが常態であるようなものについては、宿直の許可を与える限りではない。(略)</p>	

13

(4) 医師不足への対応

地域や診療科による偏在は即座には解消されないが、医学教育の段階から、地域医療の重要性や有床診療所の存在価値等を説くことは重要である。超高齢社会における医師の役割を見直し、若手医師を中心に医師自らが適正配置に努めるべきである。

また、有床診療所における医師不足による負担軽減を図るため、大学等多くの若手医師が在籍する機関から交代制などで地域の有床診療所に定期的に医師を派遣する仕組みが構築できないか。

4. 事業承継税制と税制要望

(1) 個人版事業承継税制について

平成 31 年度税制改正で、「個人の事業用資産についての贈与税・相続税の納税猶予及び免除制度（いわゆる個人版事業承継税制）」が 10 年間の時限措置（平成 31 年 4 月 1 日～令和 10 年 12 月 31 日の間）として新設された。有床診療所を経営する個人開業医師も適用を受けることができる。税の優遇対象とされる事業用資産には、宅地等のほか建物や医療用機器等を含む一定の減価償却資産が該当する。また、これら事業用資産に対する納税額の全額（100%）が納税猶予及び免除の対象とされる点など画期的な内容となっている。

ところで、この特例では、適用を受けた個人事業者の法人成りについて、「特定申告期限の翌日から 5 年を経過する日後の会社の設立に伴う現物出資による全ての特例事業用資産の移転であるときは、特例事業用資産の移転につき納税地の所轄税務署長の承認を受けた場合には、当該承認に係る移転はなかったものとみなされ、現物出資により取得した株式又は持分は納税猶予特例を受ける特例事業用資産とみなされる。」と規定されている。この取扱いの対象は「会社」であり医療法人は含まれない。さらに「現物出資により取得した・持分は納税猶予特例を受ける特例事業用資産とみなされる。」と規定されており、「持分なし」しか新規設立が認められない医療法人はまったく規定の対象外となる。そうすると、個人版事業承継税制を活用して事業承継した後継医師は、医療法人成りと同時に納税猶予全額と利子税を併せて納税しなければならない。そこで、個人版事業承継税制を活用して事業承継した場合でも、その効果を享受したまま後継医師が医療法人成りの選択ができるよう制度が改正されることを要望する。

(2) 医療法人の事業承継について

1) 持分の定めのある社団医療法人を中小企業の事業承継税制の対象に加えること

中小企業の事業承継税制には「非上場株式等に係る贈与税・相続税の納税猶予及び免除制度」が設けられている。平成 30 年度税制改正では 10 年間の時限措置として特例の抜本的拡充が行われ、納税猶予割合が 80%から 100%に拡大されるとともに、1 人の後継者でなく最大 3 人の後継者に対する承継も優遇税制の対象とされ、事業承継後 5 年平均で雇用の 8 割維持要件を満たせなかった場合でも納税猶予継続可能と

された。そのため、改正後の特例適用者は飛躍的に数が増加している。ところで、平成 18 年の改正医療法により「経過措置医療法人」に位置付けられた「持分の定めのある社団医療法人」は、医療法人全体の 70% 余りであるにもかかわらず、この税制の適用対象に含まれていない。医療法において「当分の間」存続が認められる法人という位置づけが理由かと考えるが、医療法人は、地域包括ケアシステム構築には必要不可欠な法人であること、「持分」は私有財産であって持分放棄は強制できないこと、労働集約型の法人である医療法人は雇用の確保に多大なる貢献をしていることなどから、他の中小企業同様、「持分の定めのある社団医療法人」もこの税制の対象とされるよう要望する。

2) 持分の定めのある社団医療法人の出資評価の見直し

持分の定めのある社団医療法人において、持分を有する社員に相続が起こった場合、出資評価は、国税庁財産評価基本通達 194-2 で評価される。評価方法の一つに類似業種比準価額方式があるが、これは、取引相場のない株式や出資について、配当・利益・純資産の 3 要素を上場会社に準拠して評価する方法をいう。ところで、医療法人は、医療法第 54 条で配当が禁止されているため、3 要素のうち配当を除いた 2 要素で評価額が計算されている。その結果、営利企業に比して評価額が割高に算定され事業承継を危うくするリスクが高まる結果となる場合が多い。税法上、持分の定めのある社団医療法人は営利企業と同等の扱いで課税されることが多く、また、配当が禁止されている医療法人の社員の退社時に出資持分を時価で払い戻して利益を得た場合には配当所得課税がされている。これらの点も勘案すると、出資評価において、イコールフットィングの観点から営利企業と同等の評価方法がとられるべきと考える。具体的には、現行の評価方法を見直し、取引相場のない株式で無配当のものと同様に計算式の分母を「2」から「3」に改め、分子に置くべき配当要素を「0」とするよう要望する。

3) 認定医療法人制度の適用期限延長について

平成 26 年 10 月 1 日から 3 年間の時限措置として設けられた「認定医療法人制度」は、医療法改正より認定要件に「運営に関する要件」が加えられ、併せて、税制上「持分なし」への移行時のみなし贈与課税が非課税とされて、令和 2 年 9 月 30 日まで適用期限が延長された。しかし、その期限も残すところ 1 年余りとなった。出資持分を

有する社員にとって持分とは私有財産であり、持分放棄という選択は後戻りのできない選択肢の一つとなっている。その決断には十分な検討の時間が必要であり、また、出資社員が複数いる場合には同意のための意見調整に多大な時間を要する。さらに、認定要件のなかの「運営に関する要件」は、遊休財産の制限や法令違反の事実がないことなど8つの具体的な内容で構成されているが、すべてを満たすための準備に数年を要する場合がある。持分放棄に向けた検討と同意のための時間確保、8要件クリアのための準備期間確保、これらのため、認定医療法人制度の適用期限を延長することを要望する。

5. おわりに

今後も各地域で有床診療所を継続していくためには、それぞれの地域の人口構成の変化等を踏まえ、地域でどのような機能が必要とされているのかを把握し、その中で、自院が提供できる機能を明確にすることが必要である。

高齢化と人口減少が進む地方では、有床診療所が地域のキーステーションとなって、無床診療所や介護施設等との連携をさらに強化していくことが求められるであろう。

また、専門医療に特化した有床診療所は、少ない人員体制で専門医療を効率的に提供可能な施設として、今後もその役割が期待される。

これらについて、本答申に向けてさらに検討を重ねていきたい。

令和元年度第1回 有床診療所委員会 資料目録

令和元年5月30日(木)

資料No.	資料名	提出者
有診XIV 0101	平成30年度第3回有床診療所委員会議事要旨案	地域医療課
0102	①中間答申素案 ②中間答申素案(コメント入り)	齋藤委員長
0103	診療報酬改定要望(参考)	鹿子生委員
0104	夜間体制の再考(案)	新妻委員
0105	専門的治療を主体とする整形外科診療所について	松本委員
0106	有床診療所委員会答申骨子(たたき台)修正版	齋藤委員長
0107	①2019年有床診療所の現状調査(第6回)(案) ②施設票(案) ③財務票(案) ④患者票(案)	小玉常任理事 (江口専門部長)

平成30年度第3回有床診療所委員会議事要旨（案）

1. 日時 平成31年3月28日（木）14時30分～16時30分
2. 場所 日本医師会館506会議室
3. 出席者
 - （委員）齋藤、前田、青木、赤崎、大柿、尾形、岡部、小俣、鹿子生、新妻、野川、長谷川、松本
 - （役員）中川、小玉、城守、平川
 - （総研）江口
 - （事務局）青木、西田、藤谷
4. 議題
 - （1）答申骨子たたき台について
5. 提出資料

資料No.	資料名	提出者
有診ⅩⅢ 0301	第1回有床診療所委員会議事要旨案	地域医療課
0302	意見メモ ①赤崎委員 ②尾形委員 ③野川委員 ④岡部委員 ⑤青木委員 ⑥長谷川委員 ⑦前田副委員長	各委員
0303	次期診療報酬改定要望	鹿子生委員
0304	知っておきたい税制のポイント	青木委員
0305	有床診療所委員会答申骨子案（たたき台）	齋藤委員長
0306	2019年有床診療所の現状調査案	江口専門部長
0307	静岡県 在宅医療後方支援体制整備事業 資料	野川委員
0308	基金関係資料	齋藤委員長

6. 議事
 - （1）役員挨拶
 - 中川副会長

来年度予算案が成立したが、消費税引き上げ延期の話もあるようだ。もし3度目の

延期となれば異常事態である。今の社会保障の財源構成は10%に引き上げたときのことを8%でやっているという大変厳しい状況である。10月の引き上げは当然で、さらに次の増税の議論を開始しなければならないくらいである。

○小玉常任理事

年度末のご多忙のところご出席いただき御礼申し上げます。委員の先生方から意見メモをいただき感謝申し上げます。本日も忌憚のないご意見をよろしくお願ひしたい。

○城守常任理事

副担当でありながら、なかなか参加できずお詫び申し上げます。本日もよろしくお願ひしたい。

○平川常任理事

有床診療所の問題についてしっかり意見をまとめていただいております、感謝申し上げます。本日もよろしくお願ひしたい。

(2) 議事

1. 資料説明

(資料0302①) 赤崎委員

- ・ 地域特性を踏まえ、「在宅医療の拠点」、「レスパイト機能」、「急変時や早期退院患者の一時入院を可能にする施設」、「病院から在宅への受入れ渡し機能」、「看取り可能な施設」等、現在求められている医療を、身近な存在として提供できる施設であるべきだということを医師も行政も再認識しながらやっていくべきである。
- ・ 有床診療所の活性化を目指すためには、地域医療構想調整会議に積極的に参加することが重要である。調整会議に積極的に参加をしながら、有床診療所をアピールしていく必要がある。
- ・ 若手医師に有床診療所に目を向けてもらえるよう、中長期的な医師の養成について検討が必要である。
- ・ 介護医療院と、病院、有床診療所の役割機能を明確にし、共に不足する部分を円滑に補う関係性を作っていけるようにしなければならない。

(資料0302②) 尾形委員

- ・ 短期・中長期という時間軸と併せて、有床診療所が担っている機能と地域における役割を2次元で考えてはどうか。特に当面2025年を考えると、やはり地域医療構想を無視はできないため、それとの関連が非常に重要になってくると思う。
- ・ また前回の前田副委員長の資料のように、ある領域全体の医療の動向を押さえた上で、有床診療所が担う機能を追求するアプローチを、他の領域についても適用してはどうか。
- ・ 全国一律の対応ではなく、ある程度グループ化した地域ごとの特性を踏まえ、地

域において有床診療所が担う役割を具体的に考えていく必要がある。

(資料0302③) 野川委員

- ・ 内科等の一般有床診療所と、専門医療を行う有床診療所は分けて考えなければならない。
- ・ 岐阜のはやぶさネットで、在宅医療の安心病床という項目を作っているが、何かあった時に大変だと思うのか、有床診療所の登録はない状況である。
- ・ 静岡県のように、地域医療介護総合確保基金から人材確保に対する補助が出るような形が望ましい。
- ・ 地域包括ケアの中心としての役割を担うということは強く言っていかなければならない。「地域包括ケア病床」の創設が望ましい。
- ・ 長期的には、やはり承継の問題があり、一般診療における有床診療所の経済的メリットもなく、人材も確保しにくい状況では、承継は難しいのではないかと思う。

(意見)

- ・ 静岡の基金事業について、申請の規定が細かいようで、在宅をやっている有床診療所の先生でも申請しなかったと聞いている。問題点を改善すれば全国で使ってもらえるのではないかと思う。

(資料0302④) 岡部委員

- ・ 秋田県医師会が出されていたように、2040年を見据えた医療のグランドデザインを各都道府県で作るのに資するような答申が求められている。2025年までの短中期としては、有床診療所の経営安定化のため、①高齢者医療と介護の一体化への対応、②地域包括ケアシステム構築のリーダー的役割と地域医療構想会議への積極的関与が必要である。
- ・ 会員の中からは介護をやりたいが、とても難しいという声もある。そのあたりも、今回の答申で示していく必要がある。

(資料0302⑤) 青木委員

- ・ 中長期的に有床診療所が地域医療に貢献していくためには、円滑な事業承継が行われなければならない。「税負担」が大きな壁となる場合が多いことから、個人開業医及び医療法人が活用できる事業承継税制を具体的に紹介させていただきたい。活用時の留意点も具体的に示したい。
- ・ もう一步踏み込んでよいのであれば、M&Aという言葉が適切かわからないが、有床診療所を地域に残すために他人に譲る場合もあるので、その場合の譲り方、留意点なども、必要であれば付け加えたい。

(資料0302⑥)

- ・ 中長期で有床診療所を続けていけるような希望が持てるような答申にしなければならない。

- ・ 診療報酬については、30日超の入院基本料が安いことが収益が低い原因であるので、その改善は訴え続けなければならない。
- ・ 地域包括ケアモデルを示してもらったのは非常によいのだが、それまでもつか。地域医療構想が進んでいく間に有床診療所がどんどん閉院してしまうのではないかと危惧している。

(資料0302⑦) 前田副委員長

- ・ 産婦人科医会の調査によると、有床診療所の施設数は2006年から2016年まで右肩下がり、有床診療所の医師も右肩下がりである。1施設あたりの医師数は有床診療所は1.5人、総合周産期医療センターは平均10→14人に増えて、集約化が進んでいる。
- ・ 有床診療所の取り扱い分娩数は2016年で48%である。千分娩あたりの産婦人科医師数は1位が鳥取県、2位が秋田県である。開業医に頼っている県と高次の医療機関に頼っている県など地域差があり、グランドデザインを作るにも都道府県毎に検討しないと難しい。
- ・ 有床診療所の存在が必要であることを国民に分かってもらわなければならない。産婦人科で言えば、ローリスクの分娩を扱うことが大事であるということ。そして、有床診療所で頑張ろうという医師を増やすことが大事である。夢を持って診療所が続けられるようにならないと参入してもらえない。経営状態を改善するような施策を打ち出していかなければならない。
- ・ 働き方改革の関係でタスクシフティングが問題になっているが、お産の世界は助産師とのせめぎ合いであり、うまくやらないと危険である。大学病院も、経営改善のために、医師を雇わず助産師だけでお産をして設けようとするところが出ている。

(資料0303) 鹿子生委員

- ・ これは全国有床診療所連絡協議会の要望として議連に提出するものである。有床診療所は在宅や介護も含めて期待されているが、機能を強化するには人がいないとできない。無床化の一番大きな要因も人手不足である。人員を確保するには人に対する評価を上げてもらわない限り難しい。

(資料0304) 青木委員

- ・ 前回もお話した個人版の事業承継税制について寄稿したものである。個人版の事業承継税制を使い、その後医療法人化した時の納税猶予の取り扱いについて、今後注目しながら見ていきたい。

(資料0305) 江口専門部長

- ・ 前回改定の影響と現在の運営課題を把握させていただくため、6月目途に調査票をお送りしたい。調査は、施設票、財務票、看護票の3点で、看護票は看護師不

足の観点から実際に勤務する看護職の方のご意見を聞いてはどうかと思っている。例えば有床診療所で働くことは、看護職員にとって融通性もあってよいかもしれず、もしそうであれば広く広報したい。

- ・ 財務票については従来通りであるが、今回からは前年度と前々年度の2年分を記入していただきたいと考えている。
- ・ まだ案の段階なので、付け加えた方がいいものがあれば、ぜひご意見をいただきたい。

(質疑応答)

- ・ 先ほどから人手不足の話が出ているが、この調査ではどのあたりが関連するか。
- ・ 施設票の中で、「病床に関して貴院が抱えている課題」として入れている。介護士、看護助手のことも加えるようにしたい。「働き方改革に向けた対応策」に関して、抱えている課題も把握しようと思っている。
- ・ 前回鹿子生先生から話のあった「5つの機能」に介護を加えるということについて、今回の調査では該当する項目はあるか。
- ・ 「医療介護を一体的に提供する機能があるか」という設問を設けることにしている。

(資料0308) 齋藤委員長

- ・ 徳島県では、「医師事務作業補助者配置支援事業」と「リハビリ専門職配置支援事業」が県から提案された。補助者の配置は、医師事務作業補助体制加算の対象外の医療機関で、4月1日以降に採用した人について、200万円のうち100万円を補助するもの。リハビリ専門職は、平成31年度中に在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院として厚生局に新たに届出する医療機関を対象に、上限2名で年間400万円のうち200万円を県が補助するという案である。ただ、地域包括ケア病棟やリハビリテーション病棟で、有床診療所が対象とならないのは詰めが甘かった。

2. 答申に関する議論

答申骨子たたき台について、以下のような議論が行われた。

(地域医療構想調整会議)

- ・ 長崎県では休床している医療機関の調査があり、2病院、56有床診療所が休床していた。地域医療構想のベッド削減の対象にするためにそのような調査を行ったのではないかと、非常に気にしている。また、有床診療所の介護療養病床を一般病床に戻すことはできないと行政から言われているが、そのようなことはないはずだと言って乗り切っている。さらに、休床中の有床診療所に子息が帰ってきてベッドを再開するケースに対して、それは地域医療構想調整会議にかけないといけないとか、看護体制がどうなっているか報告しろと言ってきたので、4月になってから県庁と話をする予定である。

- ・ 熊本では、県庁所在地のような大きな医療圏の有床診療所と、地方の有床診療所では立場が違ふ。過疎化の進んだ地域の有床診療所が一番問題で、つい最近の地域医療構想調整会議でも、長期間病床を使っていない有床診療所を行政が聞き取り調査をして、病床削減につなげるような説明がなされた。実際に有床をやめるという先生もいて、有床診療所が抹殺されそうな事態が現実になっている。地方では、無床診療所の先生方が、患者がちょっと急変した際に受け入れてくれる病床がないということで困っており、有床診療所に協力してもらいたいという話が出る。有床診療所がなくなるとは困る。
- ・ 休床の場合は診療報酬は全く関係ないので、ベッド数のことをいろいろ言う必要はないと調整会議等で医師会長に言ってもらえばいい。調整会議にも有床診療所の先生を入れてもらうよう、医師会長にお願いしたらよい。
- ・ 行政は、病床機能報告の病床数を必要病床数に合わせたがる。
- ・ 地域医療構想調整会議は、病床削減のための仕組みではないので、そこは強気で言ってもらって問題ない。行政も地域医療構想の理解が足りない。何かおかしいことがあったら、すぐに日本医師会に連絡していただきたい。

(有床診療所の在り方)

- ・ 地域包括ケアとか、介護と有床診療所を結ぶというのは皆さんが思うほど簡単なことではない。民間事業者完全にシェアを取られている中で、我々が参入するのは並大抵のことではない。有床診療所の先生が介護もやっていくのであれば、まずは地域密着型の介護施設の嘱託医になって、その関係で病床を使うようになるなど手はある。そういうことを有床診療所の先生が理解しない限り、机上の空論になってしまう。
- ・ 医療機関が運営するということと内容に差をつければ、患者さんは来るのではないか。
- ・ 民間事業者はなかなか素早いので、生易しいものではないということを感じながら、自分たちがどういう形で参入していくかを考えなければならない。
- ・ 介護事業者の処分もいろいろ出ているので、安全で安心な介護を提供できるのは医療機関だということ強く言っていく必要がある。そこをどれだけアピールできるかではないか。
- ・ 有床診療所の今までの「5つの機能」を少し変える時期に来ているのではないか。人口減少、医療密度などの社会的環境や、地域包括ケア型とか専門特化型とか、そういう分類をして、そこから有床診療所の先生が自分の診療所はここに該当して、これからどういう風にやっっていかなければならないかといった感じがつかめるような形にできないか。
- ・ 重要なお指摘である。有床診療所の診療圏として、二次医療圏とか市町村ではまだ大きすぎて、地域包括ケアシステムの単位でみていかないとわからないのではないか。
- ・ 専門医療でも、地方型と大都市型とでだいぶ違ふ。そのあたりの分類をはっきり

させて答申をまとめた方が、会員の先生方には有用であると思う。

- ・ 有床診療所で医療だけしかやっていないところもあるが、介護に対する理解もないと生き残っていけないだろう。
- ・ 地域のキーステーションとして、オープンベッドという概念を是非入れてもらわないといけない。
- ・ 在宅医療が国策となる中、在宅医療専門の開業の先生も増えている。在宅で開業した先生方が、果たして、人員の少ない有床診療所に患者さんをお願いするかどうか。病院と在宅医療専門診療所が連携して診るような形も考えられ、そうすると有床診療所の立ち位置は、ただ単に地域包括ケアの中のキーになるということでは生き残れないのではないか。
- ・ 在宅医療も問題があって、おしかけの在宅医療になっている面もある。そのため、診療所とトラブルが絶えず、頭を痛めている。

(人材の確保について)

- ・ 中間答申として、2025年までの短中期として、人材確保の観点を中心とした診療報酬改定要望、税制改正要望を行う。

～複数医師～

- ・ 第三者に承継できるような形をとらなければならないので、複数医師加算を上げてもらう必要がある。
- ・ 複数医師を配置した場合のメリットはどのくらいあるのか。
- ・ 休みが取りやすいという点はあるが、医師はそれぞれ診療方針がかなり異なるので、そのあたりの調整にはかなりの工夫と労力が必要である。しかし、1人でやれることは限られているので、複数医師体制をうまく活用する必要がある。
- ・ 産婦人科では、手術や緊急事態の際に、近隣の診療所の医師に手伝ってもらったり、少し留守番を頼んだりということはしょっちゅうある。
- ・ 同じ診療科の複数医師と、違う診療科の複数医師は全く異なる。医療安全の面からも、複数医師は大きなメリットである。複数医師のメリットを全面的に出せるとよいのではないか。
- ・ たとえば、私は整形外科だが、内科的な全身管理には弱いので内科と組んだほうがやりやすい。診療科をまたいでうまく組み合わせられれば、非常に心強いし、地域のかかりつけ医の機能としても非常に大事だろう。

～看護職等～

- ・ 医師不足よりも看護師不足で病棟規模の縮小、病床廃止が起こっている。
- ・ 看護職員の確保は非常に厳しい状況になっており、看護補助者の活用が必要だが、現状では5点しかついておらず何の足しにもならない。人に対する評価をしてもらわないと、有床診療所に期待される機能を果たせない。
- ・ 介護施設の介護福祉士等に対して処遇改善の補助が出るが、それによって准看護

師の給与を超えてしまう。看護職から給与の不満が出て、給与アップがなければ辞めるという声も出ている。処遇改善の補助はありがたいが、いきなり看護職を飛び越えるような補助ではなく、バランスを考えてほしい。

- ・ 准看護学校が全国的にどんどん減っている。徳島では、8年前に県の看護学校と医師会の看護学校を合併し、県と一緒に運営している。行政を巻き込むことが大事ではないかと思う。また、中国四国と九州地区の医師会立の看護学校が集まって協議会を開いているが、こういう協議会があると活性化するので、他の地域でもやった方がよい。
- ・ 准看護学校については看護協会の理解が得られないとなかなかうまくいかないと思う。長崎でも2年前までの看護協会長が准看に対する理解がなく、予算も取れなかった。医師会と看護協会とでもう少し理解しあって、准看の必要性を訴えていかないといけない。
- ・ 准看のレベルアップも必要なので、准看から看護師になるという基本姿勢を打ち出して、看護協会に授業や実習への協力要請をしている。
- ・ 看護協会として准看の養成を停止したいということは間違いないので、准看から看護師になりやすいような形で、看護協会と手を組んだ方がよい。准看はいた方がいいが、いずれはなくなる時代が来ることを我々も意識しながらやっていかなければならないだろう。
- ・ 有床診療所は夜間に看護職を配置しなくても法的には問題ないが、今の時代に入院患者がいるのに看護職が当直していないというのは社会的にも問題があるのではないかと思う。そのあたりの対応を考えていかなければならない。
- ・ 働き方改革にからめて、労働基準局があちこちに入っている。監督官の裁量によるところが大きい点が問題である。ちょっと容態の悪い患者をケアするとか、宿直で認められるかの境目がグレーで、もし宿直が認められず夜勤という形になると、看護職員が非常に不足する中で病棟閉鎖につながってしまう。医師がかけつける体制を取っていればよいと思うが、なかなか世間的には通用しないのが、非常に厳しいところである。
- ・ 看護職側からみれば、宿直ではなく夜勤であれば行ってもいいという感じもある。
- ・ 将来的にも、よほど恵まれた地域でない限り、看護職員に限らず人員の確保は非常に難しくなる。そういう意味で外国人材の活用もしなければならぬのではないかという話になる。
- ・ 人を介さない見守りのシステムなどの活用も考えられる。

(診療報酬関係)

- ・ 無床の眼科の先生が高齢の患者の手術をして、家に帰すのは心配なので有床診療所に2、3日入院させてほしいということだったのが、入院基本料を算定したら全て戻された。こういう点も改善してもらわないと、連携ができない。
- ・ 日帰り手術の点数があるので、入院させるとなると、それに反するからではないのか。眼科の先生がどのように請求しているか、確認してからの方がよい。

- ・ 例えば心筋梗塞があるとか不整脈があるとか、そういう事情であれば通るのではないか。

(防火対策)

- ・ 消防の点検と、建築基準法の定期報告という別々の制度があり、それぞれ業者に多額の費用を払わなければならない。非常に負担が大きいので、一本化してもらいたい。
- ・ 管轄が異なるため、一本化は難しいかもしれない。不幸な火災事故があつての適用なのである程度やむを得ないかと思うが、金額的には大きいので、例えば保健所でできる調査があればそちらでやることなども考えてはどうか。
- ・ スプリンクラーの補助金が、平成30年度で180億円余っている。平成31年は50億円ついているが、毎年予算の消化に苦労している。設置義務のない有床診療所でも付けるに越したことはないので、各地でスプリンクラーの設置を勧めていただきたい。予算を消化しないと、予算がつかなくなる恐れがある。
- ・ スプリンクラーの設置は、承継とも関係する。承継に目処がついていれば付ける。
- ・ スプリンクラー設置後8年経過をすれば、たとえ有床診療所を廃止しても返還義務は生じない。

(その他)

- ・ 医療審議会で、病院が有床診療所を吸収合併したいという案が出ており、非常に頭の痛いところである。我々の仲間の有床診療所の先生が辞めたあと、その施設を売れるというのはその先生にとっては非常に有益であり、むげには反対できない。

最後に齋藤委員長より、小玉常任理事とも相談して、執筆分担を検討したいとのコメントがあった。

7. その他

<2019年度委員会開催日程>

第1回	5月30日(木)	14時30分～16時30分
第2回	7月18日(木)	14時30分～16時30分
第3回	9月19日(木)	14時30分～16時30分
第4回	11月7日(木)	15時～17時(終了後懇親会)

令和元年7月 日

素案

日本医師会

会長 横倉 義武 殿

有床診療所委員会

委員長 齋藤 義郎

有床診療所委員会中間答申

～令和2年度診療報酬改定・税制改正要望を中心に～

本委員会は、平成30年10月31日に開催された第1回委員会において、貴職より「中長期的に見た、地域における有床診療所のあり方について」検討するよう諮問を受け、これまで○回の委員会を開催し、議論を重ねてまいりました。

有床診療所が、中長期的にも地域でその機能を果たしていくためには、安定運営とスムーズな承継が必要であります。

そこで本委員会では、次期診療報酬改定及び税制改正に向けて、別添の通り要望を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

今後の診療報酬改定、税制改正に向けた議論に、本委員会の意見を反映していただきたく、お願い申し上げます。

本委員会では、引き続き、中長期的に見た有床診療所のあり方について、検討を重ねてまいります。

目 次

1. はじめに
2. 人材確保の観点を中心とした診療報酬改定要望
3. その他の人材確保対策について
4. 有床診療所の承継について
5. おわりに

1. はじめに

厚生労働省の医療施設動態調査によれば、2019年2月現在の有床診療所数は6808施設で、ついに7千を割った。2009年1月には11,520施設あった有床診療所が、10年で4割も減少したことになる。

この著しい減少の背景には、患者の大病院志向等により入院患者が減少していることもあるが、診療報酬の低さから病床を維持することが困難であること、さらに看護職員等の確保が困難であることなどが挙げられる。

しかし、この大変厳しい状況の中でもまだ7千近くの有床診療所が存在しているのはなぜか。地域医療において不可欠な存在だからである。有床診療所は、最大で19床のため、経営効率が悪い。無床化したほうがさまざまな面で負担が軽減されることはわかっているが、地域住民・患者から存続の要望もあり、医師としての使命感から病床を維持していると言っても過言ではない。

有床診療所のベッドの役割は、病院のベッドと同じではない。在宅患者の急変時の受け入れ、ショートステイ、看取りなど、身近な場所で、地域や患者さんのニーズに応じて、個別的な対応が可能である。この柔軟性、多様性が有床診療所の大きな特徴であり、今後も有効な社会資源として活用していくべきである。

本委員会では、短期的、中長期的な視点に分けて有床診療所の在り方を検討しているが、その前提として有床診療所の安定運営とスムーズな承継が必要であり、本中間答申では、診療報酬改定要望及び承継について述べることとする。

2. 人材確保の観点を中心とした診療報酬改定要望

(1) 2018年度診療報酬改定の評価について

有床診療所は地域包括ケアシステムで中心的役割を果たすことが期待されており、2018年度診療報酬改定では、有床診療所の「地域包括ケアモデル（医療・介護）」として、介護サービスを提供していれば入院基本料1～3を算定できることとなり、また介護連携加算も新設された。有床診療所在宅復帰機能強化加算についても、平均在院日数が90日以内と緩和され、点数も引き上げられるなど、一定の評価がなされたところである。

しかしながら、全国有床診療所連絡協議会が行った調査では、2018年9～10月の収入が1年前の同時期に比べ減収となったことがわかった。介護連携加算の算定施設では前年比増収となっているが、非算定施設と比べると有意差は見られなかった。介護サービスを提供する有床診療所にとっては有用な加算と思われるが、期待されたほどの効果は見られなかったということになる。

これは、介護サービスを提供する有床診療所が少ないことや、点数が少し引き上げられても、病床稼働率が上がらなければ、有床診療所の経営を改善するまでには至らないことを意味する。病床稼働率を上げるには人員の確保は必須であり、また、働き方改革の流れに沿って勤務環境の改善にも努める必要がある。

人材確保の観点から以下の通り要望する。

(2) 看護職員・看護補助者の確保について

1) 看護補助者配置加算の引き上げについて

有床診療所の看護職員が確保困難な要因として、入院にかかる診療報酬上の評価が低いこと、病院に比べて待遇に差が出てしまうこと、また、少ない人員で患者を看なければならぬため、一人にかかる負担が大きくなってしまっていることが挙げられる。

日医総研の「平成29年有床診療所の現状調査」¹では、夜間の職員数（看護職員＋補助職員）が2人以上の施設は29.5%であり、1人体制の施設が51.5%に上った。

看護職員の負担を軽減するためには、看護補助者の活用が有用であるが、現実には看護補助者の確保も難しくなっている。これは、日本全体としての労働力不足の影響や、介護施設の介護職員の処遇改善（後述）の影響が考えられる。

¹ 日医総研ワーキングペーパーNo,394「平成29年有床診療所の現状調査」（江口成美）

有床診療所の看護補助者を確保するには、少なくとも今以上の待遇改善が必要となるが、現行の看護補助配置加算は、1人1日あたり5～10点で人件費には遠く及ばない状況である。看護補助者の確保につなげられるよう、以下の通り、看護補助配置加算の引き上げを要望する。

一方、医療機関側も、有床診療所で働くやりがい为满足させる仕組みづくりが必要である。

	現行点数	要望
看護配置加算 1	40 点	
看護配置加算 2	20 点	
夜間看護配置加算 1	85 点	
夜間看護配置加算 2	35 点	
看護補助配置加算 1	10 点	
看護補助配置加算 2	5 点	

2) 介護福祉士等の処遇改善について

深刻な介護人材不足を背景に、国はこの10年間ほど、介護職員の賃金の底上げを図ってきた。しかし、これによって、介護人材が介護施設・事業所に流れ、医療機関における看護補助者の確保が困難となっていることは大きな問題である。さらには、介護福祉士の給与が看護職員の給与を上回る事態となり、医療機関側は看護職員の給与を引き上げざるを得ず、負担となっている。

そのような中、2019年10月の消費税率引き上げに伴う介護報酬改定において、介護職員等特定介護職員等特定処遇改正加算（特定加算）が創設され、これに投じる公費1000億円の算定根拠が「介護サービス事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士について、月額平均8万円相当の処遇改善を行う」とされたことは、現場に衝撃を与えた。

この特定加算は、趣旨を損なわない程度で、事業所内の配分に当たり、事業所の判断でその他の職員の処遇改善にも充てることが可能となったことから、今後診療所の看護職員まで介護施設へ移ることも懸念される。

医療機関での勤務と介護施設での勤務を比べれば、医療機関の患者の方がより状態

が重く、従事者の負担はより大きいと思われる。介護職員の処遇改善については、働く場所で区別されるべきではなく、医療機関で働く看護補助者も対象とすべきである。

(3) 医師の勤務負担の軽減について

1) 複数医師体制の確保について

休床・無床化の要因の第3位は、医師の勤務負担と高齢化である¹⁾。働き方改革の観点からも医師の勤務負担の軽減が求められており、有床診療所も複数医師体制を確保していく方向で考えなければならない。

有床診療所の医師数は、常勤換算で1人医師が30.5%、2人未満が18.4%、2人以上3人未満が33.8%、3人以上が16.3%となっている¹⁾。2人以上の有床診療所は5割程度あるが、医師配置加算は60～88点であり、複数の医師の人件費に足るものではない。親子で運営している場合は、おそらく院長の給与を引き下げて、子の給与にあてているものと思われる。

しかし、こうした形でしか運営が成り立たないという状況は改善しなければならない。

なぜならば、高齢となった医師が有床診療所の機能を地域に残すためには、親子での承継だけでなく、第三者への承継が行える体制を確保することが必要だからである。仮に今は親子での承継が可能であったとしても、その次の世代で親子承継ができるとは限らない。複数の医師と一緒に診療をしながら、徐々に自然な形で承継していくことは、とても大きなメリットがある。地域住民・患者にとっても、かかりつけ医機能が継続されることは、非常に大きな安心につながるものである。

複数の医師で運営するに足る医師配置加算の引き上げを要望する。

	現行点数	要望
医師配置加算 1	88 点 ・当該診療所の医師数が2以上かつ、次のいずれかに該当すること ・在宅療養支援診療所で訪問診療を実施 ・急性期医療を担う診療所	
医師配置加算 2	60 点 ・当該診療所の医師数が2以上	

2) 診療所医師事務作業補助体制加算の創設について

病院勤務医の負担軽減のため「医師事務作業補助体制加算」が設けられているが、有床診療所は算定できない。有床診療所についても、算定できるよう要望する。ただし、有床診療所が病院と同等の加算要件を満たすことは困難であるため、一部要件の緩和をお願いしたい。

なお、徳島県においては、基金の中で「医師事務作業補助者配置支援事業」が実施される予定である。これは、主に、診療報酬の医師事務作業補助体制加算の対象外の医療機関を対象としたものであり、有床診療所での活用も期待される。

◆徳島県 平成 31 年度医師事務作業補助者配置支援事業（案）

補助対象機関	次のいずれかの要件を満たす医療機関とする。 ① 診療報酬の医師事務作業補助体制加算の <u>対象外</u> の医療機関 ② 診療報酬の医師事務作業補助体制加算の <u>対象病院</u> であるが、補助者の増員が加算の額に影響を与えない病院
補助対象者の要件	本事業の対象となる補助者の要件は次の通りとする。 ① 平成 31 年 4 月 1 日以降に新たに雇用した補助者（派遣又は直接雇用）であること。 ② 補助者は、予め 32 時間研修を受けた者又は配置後 6 か月以内に 32 時間研修を受けるもの、かつ受託医療機関の常勤職員（週 4 日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週 32 時間以上である者）と同じ勤務時間以上勤務を行うものであること。
補助対象経費	医師事務作業補助者の配置に必要な給与費（給料、諸手当、共済費等）、派遣業者へ支払う各種手薄雨量、研修費（医師事務作業補助者の基礎知識習得に係る研修に限る）
補助基準額等	補助基準額は、対象となる補助対象者 1 人あたり 2,500 千円とし、補助率は 1/2、補助上限額は補助対象者 1 人あたり 1,250 千円とする。

(4) 重負担（認知症患者等）部分の評価について

※ひとまず事務局で作成しましたが、委員の先生に執筆をお願いしたい部分です。

患者の高齢化に伴い、認知症のある患者も増えている。日医総研の調査では、有床診療所の入院患者で、認知症がない「自立」の患者は 25.6%（ただし、無回答、不明がそれぞれ 23.8%、3.1%）で、一般病床の入院患者でも、自立度Ⅳ（日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする状態）の患者が 8.2%、自立度Ⅲ（著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態）が 3.0%となっている。

看護職員や看護補助者の負担は非常に大きく、これらについても、診療報酬上の手当

てをお願いしたい。

(5) 有床診療所が算定できない診療報酬について

診療報酬の中には、病院しか算定できないものが存在するため、病院での経験を生かした治療を有床診療所で実施することが困難であったり、他の点数で算定せざるを得ない状況がある。

専門医療を提供する有床診療所として機能を十分発揮できるよう、有床診療所の届出も認めるよう改定をお願いしたい。

例1. 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 K768

施設基準の届出様式において、「当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること」とされている。そのため、病院で数多くの症例を実施してきた医師であっても、有床診療所での実施をあきらめたケースがある。

例2：早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 K721-4

これも施設基準の届出が病院のみとされているため、例えば日本消化器内視鏡学会から指導施設に認定されている有床診療所で、技術を持った医師が実施する場合でも、当該点数を算定することはできず、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術」として算定するケースがある。

(6) 診療報酬体系（加算等）の簡素化について

要検討

3. その他の人材確保対策について

(1) 地域医療介護総合確保基金等の活用

地域医療総合確保基金は、「骨太の方針」で、区分1の地域医療構想の実現に向けた計画に重点配分することを求めていることを踏まえ、区分1に5割以上が配分される状況が続いている。

基金創設当初には、事業事例として有床診療所の看護職員の確保に関する事業も示されていたが、なかなか各県で実現することがなかった。

静岡県では、平成30年度の基金において、「在宅医療後方支援体制整備事業」として、有床診療所を対象に、夜間・休日対応のために、医師又は看護職員を新たに雇用した場合の給与・報酬を補助する事業が実施された。有床診療所の人員確保のための事業として有用であるが、要件が厳しいとの声もあり、改善の必要があると言える。

◆静岡県 在宅医療後方支援体制整備事業

助成先	以下の条件を全て満たす有床診療所 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療を実施する有床診療所であること ・補助申請の前月末時点で非稼働病床があること ・夜間及び休日に在宅療養患者に対応する体制を取ること ・医師又は看護職員を新たに雇用すること ・<u>地域において在宅医療の後方支援のために必要とされる診療所であること</u>→<u>地域医療構想調整会議等において必要性が合意されること。</u>
対象経費	夜間・休日対応のために、医師又は看護職員を新たに雇用した場合の給与・報酬 ⇒補助対象経費＝医師・看護師の給与時間単価×夜間・休日の勤務時間 <ul style="list-style-type: none"> ・新規雇用のほか、夜間及び休日に在宅療養患者に対応する体制を取るため、すでに雇用している医師・看護職員の勤務時間の増加、非常勤の常勤化も含む。 (略)
補助基準額	〔医師〕 夜間：70 千円/日、休日：50 千円/日 〔看護師〕 夜間：28 千円/日、休日：20 千円/日
補助率	県：1/2、事業者 1/2
補助期間	保健医療計画中間見直しに準じて3年間（～2020年度）
平成30年度予算	56,000千円 ※11,200千円（1施設上限）×5施設 （初年度は、地域内での合意形成を見込み上限6か月）

(2) 市町村独自予算による補助

横浜市では、「横浜市有床診療所看護師夜間勤務手当補助金」事業が平成30年度より実施されている。これも、在宅医療患者の急変対応や看取り、レスパイト等の受け入れを行う体制にある有床診療所を対象としたものである。

各地域で在宅医療提供体制の整備を考える中で、行政としても、有床診療所の機能に期待し、支援する動きが出始めている。地域の医師会等を中心に、行政に対して改めて有床診療所の機能をアピールしていくことも必要であろう。

◆横浜市有床診療所看護師夜間勤務手当補助金

補助対象医療機関	次のすべてに該当する有床診療所 ・市内で在宅医療を受けている患者の急変対応や看取り、レスパイト等の受入を行う体制にある市内の有床診療所 ・本補助金申請日が属する年度の前年度において、在宅医療を受けている患者の急変や看取り時、レスパイト等の受入実績が年間12件以上あること。 ・在宅医療連携拠点と緊急一時入院の協定を結んでいること。
対象経費等	在宅医療を受けている患者の急変対応や看取り、レスパイト等に備え、夜間帯に勤務する看護師の夜間勤務手当の2分の1（ただし、1医療機関1月あたり上限10万円） ※補助の対象や夜間勤務手当のみ。他の手当等は含まれない。 ※夜間勤務手当は、各医療機関が就業規則等で定めたもののみを対象とする。（明確に夜間勤務手当が定められていない場合は対象とならない）

(3) 看護職員の宿日直・夜勤について

有床診療所の夜間の看護職員・介護職員の確保が困難な状況にあることは前述の通りである。そのため、有床診療所では「夜勤」ではなく、「宿直」としているところも少なくない。

この宿直の取り扱いについて、労働基準監督署から指摘を受ける有床診療所もあることから、ここで整理をしておきたい。

厚生労働省は、「医師・看護師の宿直は、医療法で義務付けられる²ものである関係から、医師・看護師の本来の業務であっても特定の軽易な業務（定時巡回、定時検温脈等）については、宿直勤務中に処理しても差し支えない」との解釈が示されている。また、「医師・看護師等の宿日直許可の基準」（下図）において、昼間と同態様の労働に従事することが稀にあっても、一般的に見て睡眠が十分に取得するものである限り、宿直の

許可を取り消すことなく、時間外労働の手続きを行い、割増賃金を支払うこととされている（下記参照）。

有床診療所は、これらの基準を遵守していくとともに、労働基準監督署においても現状の解釈を十分踏まえた対応をお願いしたい。

医師不足への対応策	一般診療科目の勤務
<p>(一) 医師、看護師等の宿直勤務については、次に掲げる条件のすべてを充たす場合には、施行規則第二十三条の許可を与えるよう取扱うこと。</p> <p>(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こと。即ち、通常の勤務時間終了後もなお、通常の勤務規模が継続している間は、勤務から解放されたとはいえないが、その間は時間外労働として取り扱わなければならないこと。</p> <p>(2) 夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外には、<u>救急の定時巡回、異常患者の医師への報告あるいは少数の重症患者の定時巡回、検温等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ること。</u>従って下記(二)に掲げるような昼間と同態様の業務は含まれないこと。</p> <p>(3) 夜間に十分睡眠がとらうこと。</p> <p>(4) 右以外に宿直の許可の際の要件を充たしていること。</p>	<p>一 勤務の態様</p> <p>イ 常態として、ほとんど労働を必要としない勤務のみを認めるものであり、定時巡回、緊急の文書又は電話の取受、非常事態に備えての待機等を目的とするものに限って許可するものであること。</p> <p>ロ 原則として、通常の労働の継続は許可しないこと。したがって、始業又は終業時刻に密着した時間帯に、顧客からの電話の取受又は盗難、火災防止を行うものについては、許可しないものであること。</p> <p>三 宿直の回数</p> <p>許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週一回、日直勤務については月一回を限度とすること。ただし、当該事業場に勤務する18歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべての者に宿直又は日直をさせてもなお不足でありかつ勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて、週一回を超える宿直、月一回を超える日直についても許可して差し支えないこと。</p> <p>四 その他</p> <p>宿直業務については、相当の睡眠設備の設置を条件とするものであること。</p>
<p>(二)</p> <p>右によって宿直の許可が与えられた場合、宿直中に、突発的な事故による応急患者の診察又は入院、患者の死亡、出産等があり、或いは医師が看護婦等に予め命じた処置を行わしめる等昼間と同態様の労働に従事することが稀にあっても、<u>一般的に見て睡眠が充分にとらうものである限り宿直の許可を取り消すことなく、その時間について法第33条又は第36条第1項による時間外労働の手続きをとらしめ、第37条の割増賃金を支払わしめる取扱いをする</u>こと。従って、宿直のために泊まり込む医師、看護師等の数を宿直の際に担当する患者数との関係あるいは当該病院等に夜間来院する急病者の発生率との関係等から見て、右の如き昼間と同態様の労働に従事することが常態であるようなものについては、宿直の許可を与える限りではない。（略）</p>	

(4) 医師不足への対応

地域や診療科による偏在は即座には解消されないが、医学教育の段階から、地域医療の重要性や有床診療所の存在価値等を説くことは重要である。超高齢社会における医師の役割を見直し、若手医師を中心に医師自らが適正配置に努めるべきである。

また、有床診療所における医師不足による負担軽減を図るため、大学等多くの若手医師が在籍する機関から交代制などで地域の有床診療所に定期的に医師を派遣する仕組みが構築できないか。

4. 事業承継税制と税制要望

(1) 個人版事業承継税制について

平成 31 年度税制改正で、「個人の事業用資産についての贈与税・相続税の納税猶予及び免除制度（いわゆる個人版事業承継税制）」が 10 年間の時限措置（平成 31 年 4 月 1 日～令和 10 年 12 月 31 日の間）として新設された。有床診療所を経営する個人開業医師も適用を受けることができる。税の優遇対象とされる事業用資産には、宅地等のほか建物や医療用機器等を含む一定の減価償却資産が該当する。また、これら事業用資産に対する納税額の全額（100%）が納税猶予及び免除の対象とされる点など画期的な内容となっている。

ところで、この特例では、適用を受けた個人事業者の法人成りについて、「特定申告期限の翌日から 5 年を経過する日後の会社の設立に伴う現物出資による全ての特例事業用資産の移転であるときは、特例事業用資産の移転につき納税地の所轄税務署長の承認を受けた場合には、当該承認に係る移転はなかったものとみなされ、現物出資により取得した株式又は持分は納税猶予特例を受ける特例事業用資産とみなされる。」と規定されている。この取扱いの対象は「会社」であり医療法人は含まれない。さらに「現物出資により取得した・持分は納税猶予特例を受ける特例事業用資産とみなされる。」と規定されており、「持分なし」しか新規設立が認められない医療法人はまったく規定の対象外となる。そうすると、個人版事業承継税制を活用して事業承継した後継医師は、医療法人成りと同時に納税猶予全額と利子税を併せて納税しなければならない。そこで、個人版事業承継税制を活用して事業承継した場合でも、その効果を享受したまま後継医師が医療法人成りの選択ができるよう制度が改正されることを要望する。

(2) 医療法人の事業承継について

1) 持分の定めのある社団医療法人を中小企業の事業承継税制の対象に加えること

中小企業の事業承継税制には「非上場株式等に係る贈与税・相続税の納税猶予及び免除制度」が設けられている。平成 30 年度税制改正では 10 年間の時限措置として特例の抜本的拡充が行われ、納税猶予割合が 80% から 100% に拡大されるとともに、1 人の後継者でなく最大 3 人の後継者に対する承継も優遇税制の対象とされ、事業承継後 5 年平均で雇用の 8 割維持要件を満たせなかった場合でも納税猶予継続可能と

された。そのため、改正後の特例適用者は飛躍的に数が増加している。ところで、平成 18 年の改正医療法により「経過措置医療法人」に位置付けられた「持分の定めのある社団医療法人」は、医療法人全体の 70% 余りであるにもかかわらず、この税制の適用対象に含まれていない。医療法において「当分の間」存続が認められる法人という位置づけが理由かと考えるが、医療法人は、地域包括ケアシステム構築には必要不可欠な法人であること、「持分」は私有財産であって持分放棄は強制できないこと、労働集約型の法人である医療法人は雇用の確保に多大なる貢献をしていることなどから、他の中小企業同様、「持分の定めのある社団医療法人」もこの税制の対象とされるよう要望する。

2) 持分の定めのある社団医療法人の出資評価の見直し

持分の定めのある社団医療法人において、持分を有する社員に相続が起こった場合、出資評価は、国税庁財産評価基本通達 194-2 で評価される。評価方法の一つに類似業種比準価額方式があるが、これは、取引相場のない株式や出資について、配当・利益・純資産の 3 要素を上場会社に準拠して評価する方法をいう。ところで、医療法人は、医療法第 54 条で配当が禁止されているため、3 要素のうち配当を除いた 2 要素で評価額が計算されている。その結果、営利企業に比して評価額が割高に算定され事業承継を危うくするリスクが高まる結果となる場合が多い。税法上、持分の定めのある社団医療法人は営利企業と同等の扱いで課税されることが多く、また、配当が禁止されている医療法人の社員の退社時に出資持分を時価で払い戻して利益を得た場合には配当所得課税がされている。これらの点も勘案すると、出資評価において、イコールフットィングの観点から営利企業と同等の評価方法がとられるべきと考える。具体的には、現行の評価方法を見直し、取引相場のない株式で無配当のものと同様に計算式の分母を「2」から「3」に改め、分子に置くべき配当要素を「0」とするよう要望する。

3) 認定医療法人制度の適用期限延長について

平成 26 年 10 月 1 日から 3 年間の時限措置として設けられた「認定医療法人制度」は、医療法改正より認定要件に「運営に関する要件」が加えられ、併せて、税制上「持分なし」への移行時のみなし贈与課税が非課税とされて、令和 2 年 9 月 30 日まで適用期限が延長された。しかし、その期限も残すところ 1 年余りとなった。出資持分を

有する社員にとって持分とは私有財産であり、持分放棄という選択は後戻りのできない選択肢の一つとなっている。その決断には十分な検討の時間が必要であり、また、出資社員が複数いる場合には同意のための意見調整に多大な時間を要する。さらに、認定要件のなかの「運営に関する要件」は、遊休財産の制限や法令違反の事実がないことなど8つの具体的な内容で構成されているが、すべてを満たすための準備に数年を要する場合がある。持分放棄に向けた検討と同意のための時間確保、8要件クリアのための準備期間確保、これらのため、認定医療法人制度の適用期限を延長することを要望する。

5. おわりに

今後も各地域で有床診療所を継続していくためには、それぞれの地域の人口構成の変化等を踏まえ、地域でどのような機能が必要とされているのかを把握し、その中で、自院が提供できる機能を明確にすることが必要である。

高齢化と人口減少が進む地方では、有床診療所が地域のキーステーションとなって、無床診療所や介護施設等との連携をさらに強化していくことが求められるであろう。

また、専門医療に特化した有床診療所は、少ない人員体制で専門医療を効率的に提供可能な施設として、今後もその役割が期待される。

これらについて、本答申に向けてさらに検討を重ねていきたい。

素案

令和元年7月 日

日本医師会

会長 横倉 義武 殿

有床診療所委員会

委員長 齋藤 義郎

有床診療所委員会中間答申

～令和2年度診療報酬改定・税制改正要望を中心に～

本委員会は、平成30年10月31日に開催された第1回委員会において、貴職より「中長期的に見た、地域における有床診療所のあり方について」検討するよう諮問を受け、これまで〇回の委員会を開催し、議論を重ねてまいりました。

有床診療所が、中長期的にも地域でその機能を果たしていくためには、安定運営とスムーズな承継が必要であります。

そこで本委員会では、次期診療報酬改定及び税制改正に向けて、別添の通り要望を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

今後の診療報酬改定、税制改正に向けた議論に、本委員会の意見を反映していただきたく、お願い申し上げます。

本委員会では、引き続き、中長期的に見た有床診療所のあり方について、検討を重ねてまいります。

目 次

1. はじめに
2. 人材確保の観点を中心とした診療報酬改定要望
3. その他の人材確保対策について
4. 有床診療所の承継について
5. おわりに

1. はじめに

厚生労働省の医療施設動態調査によれば、2019年2月現在の有床診療所数は6808施設で、ついに7千を割った。2009年1月には11,520施設あった有床診療所が、10年で4割も減少したことになる。

この著しい減少の背景には、患者の大病院志向等により入院患者が減少していることもあるが、診療報酬の低さから病床を維持することが困難であること、さらに看護職員等の確保が困難であることなどが挙げられる。

しかし、この大変厳しい状況の中でもまだ7千近くの有床診療所が存在しているのはなぜか。地域医療において不可欠な存在だからである。有床診療所は、最大で19床のため、経営効率が悪い。無床化したほうがさまざまな面で負担が軽減されることはわかっているが、地域住民・患者から存続の要望もあり、医師としての使命感から病床を維持していると言っても過言ではない。

有床診療所のベッドの役割は、病院のベッドと同じではない。在宅患者の急変時の受け入れ、ショートステイ、看取りなど、身近な場所で、地域や患者さんのニーズに応じて、個別的な対応が可能である。この柔軟性、多様性が有床診療所の大きな特徴であり、今後も有効な社会資源として活用していくべきである。

本委員会では、短期的、中長期的な視点に分けて有床診療所の在り方を検討しているが、その前提として有床診療所の安定運営とスムーズな承継が必要であり、本中間答申では、診療報酬改定要望及び承継について述べることとする。

2. 人材確保の観点を中心とした診療報酬改定要望

(1) 2018年度診療報酬改定の評価について

有床診療所は地域包括ケアシステムで中心的役割を果たすことが期待されており、2018年度診療報酬改定では、有床診療所の「地域包括ケアモデル（医療・介護）」として、介護サービスを提供していれば入院基本料1～3を算定できることとなり、また介護連携加算も新設された。有床診療所在宅復帰機能強化加算についても、平均在院日数が90日以内と緩和され、点数も引き上げられるなど、一定の評価がなされたところである。

しかしながら、全国有床診療所連絡協議会が行った調査では、2018年9～10月の収入が1年前の同時期に比べ減収となったことがわかった。介護連携加算の算定施設では前年比増収となっているが、非算定施設と比べると有意差は見られなかった。介護サービスを提供する有床診療所にとっては有用な加算と思われるが、期待されたほどの効果は見られなかったということになる。

これは、介護サービスを提供する有床診療所が少ないことや、点数が少し引き上げられても、病床稼働率が上がらなければ、有床診療所の経営を改善するまでには至らないことを意味する。病床稼働率を上げるには人員の確保は必須であり、また、働き方改革の流れに沿って勤務環境の改善にも努める必要がある。

人材確保の観点から以下の通り要望する。

(2) 看護職員・看護補助者の確保について

1) 看護補助者配置加算の引き上げについて

有床診療所の看護職員が確保困難な要因として、入院にかかる診療報酬上の評価が低いこと、病院に比べて待遇に差が出てしまうこと、また、少ない人員で患者を看なければならぬため、一人にかかる負担が大きくなってしまっていることが挙げられる。

日医総研の「平成29年有床診療所の現状調査」¹では、夜間の職員数（看護職員＋補助職員）が2人以上の施設は29.5%であり、1人体制の施設が51.5%に上った。

看護職員の負担を軽減するためには、看護補助者の活用が有用であるが、現実には看護補助者の確保も難しくなっている。これは、日本全体としての労働力不足の影響や、介護施設の介護職員の処遇改善（後述）の影響が考えられる。

¹ 日医総研ワーキングペーパーNo.394「平成29年有床診療所の現状調査」（江口成美）

有床診療所の看護補助者を確保するには、少なくとも今以上の待遇改善が必要となるが、現行の看護補助配置加算は、1人1日あたり5～10点で人件費には遠く及ばない状況である。看護補助者の確保につなげられるよう、以下の通り、看護補助配置加算の引き上げを要望する。

一方、医療機関側も、有床診療所で働くやりがい満足させる仕組みづくりが必要である。

コメントの追加 [西田 由美子]: 具体的な点数を示して要望しますか。
(何等かの根拠のある点数が示せるかどうか)
それとも、点数は示さず要望しますか。
後者の場合、下の表は削除します。

	現行点数	要望
看護配置加算 1	40 点	
看護配置加算 2	20 点	
夜間看護配置加算 1	85 点	
夜間看護配置加算 2	35 点	
看護補助配置加算 1	10 点	
看護補助配置加算 2	5 点	

2) 介護福祉士等の処遇改善について

深刻な介護人材不足を背景に、国はこの10年間ほど、介護職員の賃金の底上げを図ってきた。しかし、これによって、介護人材が介護施設・事業所に流れ、医療機関における看護補助者の確保が困難となっていることは大きな問題である。さらには、介護福祉士の給与が看護職員の給与を上回る事態となり、医療機関側は看護職員の給与を引き上げざるを得ず、負担となっている。

そのような中、2019年10月の消費税率引き上げに伴う介護報酬改定において、介護職員等特定介護職員等特定処遇改正加算(特定加算)が創設され、これに投じる公費1000億円の算定根拠が「介護サービス事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士について、月額平均8万円相当の処遇改善を行う」とされたことは、現場に衝撃を与えた。

この特定加算は、趣旨を損なわない程度で、事業所内の配分に当たり、事業所の判断でその他の職員の処遇改善にも充てることが可能となったことから、今後診療所の看護職員まで介護施設へ移ることも懸念される。

医療機関での勤務と介護施設での勤務を比べれば、医療機関の患者の方がより状態

が重く、従事者の負担はより大きいと思われる。介護職員の処遇改善については、働く場所では区別されるべきではなく、医療機関で働く看護補助者も対象とすべきである。

(3) 医師の勤務負担の軽減について

1) 複数医師体制の確保について

休床・無床化の要因の第3位は、医師の勤務負担と高齢化である¹⁾。働き方改革の観点からも医師の勤務負担の軽減が求められており、有床診療所も複数医師体制を確保していく方向で考えなければならない。

有床診療所の医師数は、常勤換算で1人医師が30.5%、2人未満が18.4%、2人以上3人未満が33.8%、3人以上が16.3%となっている¹⁾。2人以上の有床診療所は5割程度あるが、医師配置加算は60～88点であり、複数の医師の人件費に足るものではない。親子で運営している場合は、おそらく院長の給与を引き下げて、子の給与にあてているものと思われる。

しかし、こうした形でしか運営が成り立たないという状況は改善しなければならない。

なぜならば、高齢となった医師が有床診療所の機能を地域に残すためには、親子での承継だけでなく、第三者への承継が行える体制を確保することが必要だからである。仮に今は親子での承継が可能であったとしても、その次の世代で親子承継ができるとは限らない。複数の医師と一緒に診療をしながら、徐々に自然な形で承継していくことは、とても大きなメリットがある。地域住民・患者にとっても、かかりつけ医機能が継続されることは、非常に大きな安心につながるものである。

複数の医師で運営するに足る医師配置加算の引き上げを要望する。

	現行点数	要望
医師配置加算 1	88点 ・当該診療所の医師数が2以上かつ、次のいずれかに該当すること ・在宅療養支援診療所で訪問診療を実施 ・急性期医療を担う診療所	
医師配置加算 2	60点 ・当該診療所の医師数が2以上	

コメントの追加 [西田 由美子2]: 具体的な点数を示しますか?
(何等かの根拠がある点数が示せるかどうか)

2) 診療所医師事務作業補助体制加算の創設について

病院勤務医の負担軽減のため「医師事務作業補助体制加算」が設けられているが、有床診療所は算定できない。有床診療所についても、算定できるよう要望する。ただし、有床診療所が病院と同等の加算要件を満たすことは困難であるため、一部要件の緩和をお願いしたい。

なお、徳島県においては、基金の中で「医師事務作業補助者配置支援事業」が実施される予定である。これは、主に、診療報酬の医師事務作業補助体制加算の対象外の医療機関を対象としたものであり、有床診療所での活用も期待される。

コメントの追加 [西田 由美子]: 在宅等の要件があるため、実際にはハードルは高いとのこと。要修正

◆徳島県 平成 31 年度医師事務作業補助者配置支援事業（案）

補助対象機関	次のいずれかの要件を満たす医療機関とする。 ① 診療報酬の医師事務作業補助体制加算の <u>対象外</u> の医療機関 ② 診療報酬の医師事務作業補助体制加算の対象病院であるが、補助者の増員が加算の額に影響を与えない病院
補助対象者の要件	本事業の対象となる補助者の要件は次の通りとする。 ① 平成 31 年 4 月 1 日以降に新たに雇用した補助者（派遣又は直接雇用）であること。 ② 補助者は、予め 32 時間研修を受けた者又は配置後 6 か月以内に 32 時間研修を受けるもの、かつ受託医療機関の常勤職員（週 4 日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週 32 時間以上である者）と同じ勤務時間以上勤務を行うものであること。
補助対象経費	医師事務作業補助者の配置に必要な給与費（給料、諸手当、共済費等）、派遣業者へ支払う各種手薄雨量、研修費（医師事務作業補助者の基礎知識習得に係る研修に限る）
補助基準額等	補助基準額は、対象となる補助対象者 1 人あたり 2,500 千円とし、補助率は 1/2、補助上限額は補助対象者 1 人あたり 1,250 千円とする。

(4) 重負担（認知症患者等）部分の評価について

※ひとまず事務局で作成しましたが、委員の先生に執筆をお願いしたい部分です。

患者の高齢化に伴い、認知症のある患者も増えている。日医総研の調査では、有床診療所の入院患者で、認知症がない「自立」の患者は 25.6%（ただし、無回答、不明がそれぞれ 23.8%、3.1%）で、一般病床の入院患者でも、自立度IV（日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする状態）の患者が 8.2%、自立度M（著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態）が 3.0%となっている。

看護職員や看護補助者の負担は非常に大きく、これらについても、診療報酬上の手当

てをお願いしたい。

(5) 有床診療所が算定できない診療報酬について

診療報酬の中には、病院しか算定できないものが存在するため、病院での経験を生かした治療を有床診療所で実施することが困難であったり、他の点数で算定せざるを得ない状況がある。

専門医療を提供する有床診療所として機能を十分発揮できるよう、有床診療所の届出も認めるよう改定をお願いしたい。

例1. 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 K768

施設基準の届出様式において、「当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること」とされている。そのため、病院で数多くの症例を実施してきた医師であっても、有床診療所での実施をあきらめたケースがある。

例2：早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 K721-4

これも施設基準の届出が病院のみとされているため、例えば日本消化器内視鏡学会から指導施設に認定されている有床診療所で、技術を持った医師が実施する場合でも、当該点数を算定することはできず、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術」として算定するケースがある。

(6) 診療報酬体系（加算等）の簡素化について

要検討

3. その他の人材確保対策について

(1) 地域医療介護総合確保基金等の活用

地域医療総合確保基金は、「骨太の方針」で、区分1の地域医療構想の実現に向けた計画に重点配分することを求めていることを踏まえ、区分1に5割以上が配分される状況が続いている。

基金創設当初には、事業事例として有床診療所の看護職員の確保に関する事業も示されていたが、なかなか各県で実現することがなかった。

静岡県では、平成30年度の基金において、「在宅医療後方支援体制整備事業」として、有床診療所を対象に、夜間・休日対応のために、医師又は看護職員を新たに雇った場合の給与・報酬を補助する事業が実施された。有床診療所の人員確保のための事業として有用であるが、要件が厳しいとの声もあり、改善の必要があると言える。

◆静岡県 在宅医療後方支援体制整備事業

助成先	以下の条件を全て満たす有床診療所 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療を実施する有床診療所であること ・補助申請の前月末時点で非稼働病床があること ・夜間及び休日に在宅療養患者に対応する体制を取ること ・医師又は看護職員を新たに雇用すること ・地域において在宅医療の後方支援のために必要とされる診療所であること→地域医療構想調整会議等において必要性が合意されること。
対象経費	夜間・休日対応のために、医師又は看護職員を新たに雇った場合の給与・報酬 ⇒補助対象経費＝医師・看護師の給与時間単価×夜間・休日の勤務時間 <ul style="list-style-type: none"> ・新規雇用のほか、夜間及び休日に在宅療養患者に対応する体制を取るため、すでに雇用している医師・看護職員の勤務時間の増加、非常勤の常勤化も含む。 (略)
補助基準額	〔医師〕夜間：70千円/日、休日：50千円/日 〔看護師〕夜間：28千円/日、休日：20千円/日
補助率	県：1/2、事業者 1/2
補助期間	保健医療計画中間見直しに準じて3年間（～2020年度）
平成30年度予算	56,000千円 ※11,200千円（1施設上限）×5施設 （初年度は、地域内での合意形成を見込み上限6か月）

(2) 市町村独自予算による補助

横浜市では、「横浜市有床診療所看護師夜間勤務手当補助金」事業が平成30年度より実施されている。これも、在宅医療患者の急変対応や看取り、レスパイト等の受け入れを行う体制にある有床診療所を対象としたものである。

各地域で在宅医療提供体制の整備を考える中で、行政としても、有床診療所の機能に期待し、支援する動きが出始めている。地域の医師会等を中心に、行政に対して改めて有床診療所の機能をアピールしていくことも必要であろう。

◆横浜市有床診療所看護師夜間勤務手当補助金

補助対象医療機関	次のすべてに該当する有床診療所 <ul style="list-style-type: none"> ・市内で在宅医療を受けている患者の急変対応や看取り、レスパイト等の受入を行う体制にある市内の有床診療所 ・本補助金申請日が属する年度の前年度において、在宅医療を受けている患者の急変や看取り時、レスパイト等の受入実績が年間12件以上あること。 ・在宅医療連携拠点と緊急一時入院の協定を結んでいること。
対象経費等	在宅医療を受けている患者の急変対応や看取り、レスパイト等に備え、夜間帯に勤務する看護師の夜間勤務手当の2分の1（ただし、1医療機関1月あたり上限10万円） ※補助の対象や夜間勤務手当のみ。他の手当等は含まれない。 ※夜間勤務手当は、各医療機関が就業規則等で定めたもののみを対象とする。（明確に夜間勤務手当が定められていない場合は対象とならない）

(3) 看護職員の宿日直・夜勤について

有床診療所の夜間の看護職員・介護職員の確保が困難な状況にあることは前述の通りである。そのため、有床診療所では「夜勤」ではなく、「宿直」としているところも少なくない。

この宿直の取り扱いについて、労働基準監督署から指摘を受ける有床診療所もあることから、ここで整理をしておきたい。

厚生労働省は、「医師・看護師の宿直は、医療法で義務付けられる²ものである関係から、医師・看護師の本来の業務であっても特定の軽易な業務（定時巡回、定時検温脈等）については、宿直勤務中に処理しても差し支えない」との解釈が示されている。また、「医師・看護師等の宿日直許可の基準」（下図）において、昼間と同態様の労働に従事することが稀にあっても、一般的に見て睡眠が十分に取得できるものである限り、宿直の

許可を取り消すことなく、時間外労働の手続きを行い、割増賃金を支払うこととされている（下記参照）。

有床診療所は、これらの基準を遵守していくとともに、労働基準監督署においても現状の解釈を十分踏まえた対応をお願いしたい。

有床診療所の有床診療	労働基準法
<p>(一) 医師、看護師等の宿直勤務については、次に掲げる条件のすべてを満たす場合には、施行規則第二十三条の許可を与えるよう取扱うこと。</p> <p>(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こと。即ち、通常の勤務時間終了後もなお、通常の勤務態様が継続している間は、勤務から解放されたとはいえないから、その間は原則外労働として取り扱われなければならないこと。</p> <p>(2) 夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外には、病室の定時巡回、異常患者の医師への報告あるいは少数の要介護患者の定時巡回、投薬等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ること。従って下記(二)に掲げるような昼間と同様の業務は含まれないこと。</p> <p>(3) 夜間に十分休憩がとれること。</p> <p>(4) 右以外に宿直の許可の際の要件を満たしていること。</p>	<p>一 勤務の態様</p> <p>イ 常態として、ほとんど労働を必要としない状態のみを認めるものであり、定時巡回、緊急の文書又は電話の取次、非常事態に備えての準備等を目的とするものによって許可するものであること。</p> <p>ロ 原則として、通常の労働の態様は許可しないこと。したがって、始業又は終業時刻に密着した時間帯に、顧客からの電話の取次又は盗難・火災防止を行うものについては、許可しないものであること。</p> <p>三 宿直の回数</p> <p>許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週一回、日直勤務については月一回を限度とすること。ただし、当該事業場に勤務する18歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべての者に宿直又は日直をさせてもなお不足でありかつ勤務の労働密度が高い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて、週一回を超える宿直、月一回を超える日直についても許可して差し支えないこと。</p> <p>四 その他</p> <p>宿直業務については、相当の睡眠設備の設置を条件とするものであること。</p>
<p>(二)</p> <p>右によって宿直の許可が与えられた場合、宿直中に、突発的な事故による応急患者の診察又は入院、患者の死亡、出産等があり、或いは医師が看護師等に予め命じた処置を行わせる等昼間と同程度の労働に従事することが種にあっても、一般的に見て疲労が充分にとりうるものである限り宿直の許可を撤回することなく、その時間について法第33条又は第36条第1項による時間外労働の手続きをとらね、第37条の割増賃金を支払わなければならないこと。従って、宿直のために泊まり込む医師、看護師等の数を宿直の際に担当する患者数との関係あるいは当該病院等に夜間来院する急病患者の発生率との関係等から見て、右の如き昼間と同程度の労働に従事することが常態であるようなものについては、宿直の許可を与える限りではない。(特)</p>	<p>13</p>

(4) 医師不足への対応

コメントの追加 [西田 由美子]: 赤崎先生のメモより

地域や診療科による偏在は即座には解消されないが、医学教育の段階から、地域医療の重要性や有床診療所の存在価値等を説くことは重要である。超高齢社会における医師の役割を見直し、若手医師を中心に医師自らが適正配置に努めるべきである。

また、有床診療所における医師不足による負担軽減を図るため、大学等多くの若手医師が在籍する機関から交代制などで地域の有床診療所に定期的に医師を派遣する仕組みが構築できないか。

4. 事業承継税制と税制要望

コメントの追加 [西田 由美子]: 青木委員ご執筆

(1) 個人版事業承継税制について

平成 31 年度税制改正で、「個人の事業用資産についての贈与税・相続税の納税猶予及び免除制度（いわゆる個人版事業承継税制）」が 10 年間の時限措置（平成 31 年 4 月 1 日～令和 10 年 12 月 31 日の間）として新設された。有床診療所を経営する個人開業医師も適用を受けることができる。税の優遇対象とされる事業用資産には、宅地等のほか建物や医療用機器等を含む一定の減価償却資産が該当する。また、これら事業用資産に対する納税額的全額（100%）が納税猶予及び免除の対象とされる点など画期的な内容となっている。

ところで、この特例では、適用を受けた個人事業者の法人成りについて、「特定申告期限の翌日から 5 年を経過する日後の会社の設立に伴う現物出資による全ての特例事業用資産の移転であるときは、特例事業用資産の移転につき納税地の所轄税務署長の承認を受けた場合には、当該承認に係る移転はなかったものとみなされ、現物出資により取得した株式又は持分は納税猶予特例を受ける特例事業用資産とみなされる。」と規定されている。この取扱いの対象は「会社」であり医療法人は含まれない。さらに「現物出資により取得した・持分は納税猶予特例を受ける特例事業用資産とみなされる。」と規定されており、「持分なし」しか新規設立が認められない医療法人はまったく規定の対象外となる。そうすると、個人版事業承継税制を活用して事業承継した後継医師は、医療法人成りと同時に納税猶予全額と利子税を併せて納税しなければならない。そこで、個人版事業承継税制を活用して事業承継した場合でも、その効果を享受したまま後継医師が医療法人成りの選択ができるよう制度が改正されることを要望する。

(2) 医療法人の事業承継について

1) 持分の定めのある社団医療法人を中小企業の事業承継税制の対象に加えること

中小企業の事業承継税制には「非上場株式等に係る贈与税・相続税の納税猶予及び免除制度」が設けられている。平成 30 年度税制改正では 10 年間の時限措置として特例の抜本的拡充が行われ、納税猶予割合が 80% から 100% に拡大されるとともに、1 人の後継者でなく最大 3 人の後継者に対する承継も優遇税制の対象とされ、事業承継後 5 年平均で雇用の 8 割維持要件を満たせなかった場合でも納税猶予継続可能と

された。そのため、改正後の特例適用者は飛躍的に数が増加している。ところで、平成 18 年の改正医療法により「経過措置医療法人」に位置付けられた「持分の定めのある社団医療法人」は、医療法人全体の 70% 余りであるにもかかわらず、この税制の適用対象に含まれていない。医療法において「当分の間」存続が認められる法人という位置づけが理由かと考えるが、医療法人は、地域包括ケアシステム構築には必要不可欠な法人であること、「持分」は私有財産であって持分放棄は強制できないこと、労働集約型の法人である医療法人は雇用の確保に多大なる貢献をしていることなどから、他の中小企業同様、「持分の定めのある社団医療法人」もこの税制の対象とされるよう要望する。

2) 持分の定めのある社団医療法人の出資評価の見直し

持分の定めのある社団医療法人において、持分を有する社員に相続が起こった場合、出資評価は、国税庁財産評価基本通達 194-2 で評価される。評価方法の一つに類似業種比準価額方式があるが、これは、取引相場のない株式や出資について、配当・利益・純資産の 3 要素を上場会社に準拠して評価する方法をいう。ところで、医療法人は、医療法第 54 条で配当が禁止されているため、3 要素のうち配当を除いた 2 要素で評価額が計算されている。その結果、営利企業に比して評価額が割高に算定され事業承継を危うくするリスクが高まる結果となる場合が多い。税法上、持分の定めのある社団医療法人は営利企業と同等の扱いで課税されることが多く、また、配当が禁止されている医療法人の社員の退社時に出資持分を時価で払い戻して利益を得た場合には配当所得課税がされている。これらの点も勘案すると、出資評価において、イコールフットィングの観点から営利企業と同等の評価方法がとられるべきと考える。具体的には、現行の評価方法を見直し、取引相場のない株式で無配当のものと同様に計算式の分母を「2」から「3」に改め、分子に置くべき配当要素を「0」とするよう要望する。

3) 認定医療法人制度の適用期限延長について

平成 26 年 10 月 1 日から 3 年間の時限措置として設けられた「認定医療法人制度」は、医療法改正より認定要件に「運営に関する要件」が加えられ、併せて、税制上「持分なし」への移行時のみなし贈与課税が非課税とされて、令和 2 年 9 月 30 日まで適用期限が延長された。しかし、その期限も残すところ 1 年余りとなった。出資持分を

有する社員にとって持分とは私有財産であり、持分放棄という選択は後戻りのできない選択肢の一つとなっている。その決断には十分な検討の時間が必要であり、また、出資社員が複数いる場合には同意のための意見調整に多大な時間を要する。さらに、認定要件のなかの「運営に関する要件」は、遊休財産の制限や法令違反の事実がないことなど8つの具体的な内容で構成されているが、すべてを満たすための準備に数年を要する可能性がある。持分放棄に向けた検討と同意のための時間確保、8要件クリアのための準備期間確保、これらのため、認定医療法人制度の適用期限を延長することを要望する。

5. おわりに

今後も各地域で有床診療所を継続していくためには、それぞれの地域の人口構成の変化等を踏まえ、地域でどのような機能が必要とされているのかを把握し、その中で、自院が提供できる機能を明確にすることが必要である。

高齢化と人口減少が進む地方では、有床診療所が地域のキーステーションとなって、無床診療所や介護施設等との連携をさらに強化していくことが求められるであろう。

また、専門医療に特化した有床診療所は、少ない人員体制で専門医療を効率的に提供可能な施設として、今後もその役割が期待される。

これらについて、本答申に向けてさらに検討を重ねていきたい。

素案

令和元年7月 日

日本医師会

会長 横倉 義武 殿

有床診療所委員会

委員長 齋藤 義郎

有床診療所委員会中間答申

～令和2年度診療報酬改定・税制改正要望を中心に～

本委員会は、平成30年10月31日に開催された第1回委員会において、貴職より「中長期的に見た、地域における有床診療所のあり方について」検討するよう諮問を受け、これまで○回の委員会を開催し、議論を重ねてまいりました。

有床診療所が、中長期的にも地域でその機能を果たしていくためには、安定運営とスムーズな承継が必要であります。

そこで本委員会では、次期診療報酬改定及び税制改正に向けて、別添の通り要望を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

今後の診療報酬改定、税制改正に向けた議論に、本委員会の意見を反映していただきたく、お願い申し上げます。

本委員会では、引き続き、中長期的に見た有床診療所のあり方について、検討を重ねてまいります。

目 次

1. はじめに
2. 人材確保の観点を中心とした診療報酬改定要望
3. その他の人材確保対策について
4. 有床診療所の承継について
5. おわりに

1. はじめに

厚生労働省の医療施設動態調査によれば、2019年2月現在の有床診療所数は68,008施設で、ついに7千を割った。2009年1月には11,520施設あった有床診療所が、10年で4割も減少したことになる。

この著しい減少の背景には、患者の大病院志向等により入院患者が減少していることもあるが、診療報酬の低さから病床を維持することが困難であること、さらに看護職員等の確保が困難であることなどが挙げられる。

しかし、この大変厳しい状況の中でもまだ7千近くの有床診療所が存在しているのはなぜか。地域医療において不可欠な存在だからである。有床診療所は、最大で19床のため、経営効率が悪い。無床化したほうがさまざまな面で負担が軽減されることはわかっているが、地域住民・患者から存続の要望もあり、医師としての使命感から病床を維持していると言っても過言ではない。

有床診療所のベッドの役割は、病院のベッドと同じではない。在宅患者の急変時の受け入れ、ショートステイ、看取りなど、身近な場所で、(地域や患者さんの)ニーズに応じた個別対応が可能である。この柔軟性、多様性が有床診療所の大きな特徴であり、今後も有効な社会資源として活用していくべきである。

本委員会では、短期的、中長期的な視点に分けて有床診療所の在り方を検討しているが、その前提として有床診療所の安定運営とスムーズな承継が必要であり、本中間答申では、診療報酬改定要望及び承継について述べることとする。

非稼働日も含める？

関係は診療所

が強く

ショート入院 → 医務士対応

2. 人材確保の観点を中心とした診療報酬改定要望

(1) 2018年度診療報酬改定の評価について

有床診療所は地域包括ケアシステムで中心的役割を果たすことが期待されており、2018年度診療報酬改定では、有床診療所の「地域包括ケアモデル（医療・介護）」として、介護サービスを提供していれば入院基本料1～3を算定できることとなり、また介護連携加算も新設された。有床診療所在宅復帰機能強化加算についても、平均在院日数が90日以内と緩和され、点数も引き上げられるなど、一定の評価がなされたところである。

しかしながら、全国有床診療所連絡協議会が行った調査では、2018年9～10月の収入が1年前の同時期に比べ減収となったことがわかった。介護連携加算の算定施設では前年比増収となっているが、非算定施設と比べると有意差は見られなかった。介護サービスを提供する有床診療所にとっては有用な加算と思われるが、期待されたほどの効果は見られなかったという事になる。

これは、介護サービスを提供する有床診療所が少ないことや、点数が少し引き上げられても、病床稼働率が上がらなければ、(有床診療所の)経営を改善するまでには至らないことを意味する。病床稼働率を上げるには人員の確保は必須であり、また、働き方改革の流れに沿って勤務環境の改善にも努める必要がある。

の上げ幅が小さく

職員(看護)

人材確保の観点から以下の通り要望する。

(2) 看護職員・看護補助者の確保について

1) 看護補助者配置加算の引き上げについて

有床診療所の看護職員が確保困難な要因として、入院にかかる診療報酬上の評価が低いこと、また、少ない人員で患者を看なければならぬため、一人にかかる負担が大きくなってしまっていることが挙げられる。

が低い

日医総研の「平成29年有床診療所の現状調査」¹⁾では、夜間の職員数（看護職員＋補助職員）が2人以上の施設は29.5%であり、1人体制の施設が51.5%に上った。

に上り

看護職員の負担を軽減するためには、看護補助者の活用が有用であるが、現実には看護補助者の確保も難しくなっている。これは、日本全体としての労働力不足の影響や、介護施設の介護職員の処遇改善（後述）の影響が考えられる。

¹⁾ 日医総研ワーキングペーパーNo.394「平成29年有床診療所の現状調査」（江口成美）

有床診療所の看護補助者を確保するには、少なくとも今以上の待遇改善が必要となるが、現行の看護補助配置加算は、1人1日あたり5～10点で人件費には遠く及ばない状況である。看護補助者の確保につなげられるよう、以下の通り、看護補助配置加算の引き上げを要望する。

一方、医療機関側も、有床診療所で働くやりがいを満足させる仕組みづくりが必要である。

$$200 \times 30 = 6000$$

コメントの追加【西田 由美子】：具体的な点数を示して要望しますか。
 (何等かの根拠のある点数が示せるかどうか)
 それとも、点数は示さず要望しますか。
 後者の場合、下の表は削除します。

	現行点数	要望
看護配置加算 1	40 点	60
看護配置加算 2	20 点	30 35
夜間看護配置加算 1	85 点	160 100
夜間看護配置加算 2	35 点	100 50
看護補助配置加算 1	10 点	30
看護補助配置加算 2	5 点	15

診療報酬改定の要望書

2) 介護福祉士等の処遇改善について

深刻な介護人材不足を背景に、国はこの10年間ほど、介護職員の賃金の底上げを図ってきた。しかし、これによって、介護人材が介護施設・事業所に流れ、医療機関における看護補助者の確保が困難となっていることは大きな問題である。さらには、介護福祉士の給与が看護職員の給与を上回る事態となり、医療機関側は看護職員の給与を引き上げざるを得ず、負担となっている。

そのような中、2019年10月の消費税率引き上げに伴う介護報酬改定において、介護職員等特定介護職員等特定処遇改正加算（特定加算）が創設され、これに投じる公費1000億円の算定根拠が「介護サービス事業所における勤続年数10年以上の介護福祉士について、月額平均8万円相当の処遇改善を行う」とされたことは、現場に衝撃を与えた。

この特定加算は、趣旨を損なわない程度で、事業所内の配分に当たり、事業所の判断でその他の職員の処遇改善にも充てることが可能となったことから、今後診療所の看護職員まで介護施設へ移ることも懸念される。

医療機関での勤務と介護施設での勤務を比べれば、医療機関の患者の方がより状態

が重く、従事者の負担はより大きいと思われる。介護職員の処遇改善については、働く場所では区別されるべきではなく、医療機関で働く看護補助者も対象とすべきである。

(3) 医師の勤務負担の軽減について

1) 複数医師体制の確保について

休床・無床化の要因の第3位は、医師の勤務負担と高齢化である！。働き方改革の観点からも医師の勤務負担の軽減が求められており、有床診療所も複数医師体制を確保していく方向で考えなければならない。

有床診療所の医師数は、常勤換算で1人医師が30.5%、2人未満が18.4%、2人以上3人未満が33.8%、3人以上が16.3%となっている！。2人以上の有床診療所は5割程度あるが、医師配置加算は60~88点であり、複数の医師の人件費に足るものではない。親子で運営している場合は、おそらく院長の給与を引き下げて、子の給与にあてているものと思われる。おかしなところ。

しかし、こうした形でしか運営が成り立たないという状況は改善しなければならない。

なぜならば、高齢となった医師が有床診療所の機能を地域に残すためには、親子での承継だけでなく、第三者への承継が行える体制を確保することが必要だからである。仮に今は親子での承継が可能であったとしても、その次の世代で親子承継ができるとは限らない。複数の医師と一緒に診療をしながら、徐々に自然な形で承継していくことは、とても大きなメリットがある。地域住民・患者にとっても、かかりつけ医機能が継続されることは、非常に大きな安心につながるものである。

以上より、複数の医師で運営するに足る医師配置加算の引き上げを要望する。

常勤 + 非常勤
1人 = 2人
非常勤医師の確保
大学院生の取組み
親子承継への対応
あり

	現行点数	要望
医師配置加算 1	88点 ・当該診療所の医師数が2以上かつ、次のいずれかに該当すること ・在宅療養支援診療所で訪問診療を実施 ・急性期医療を担う診療所	
医師配置加算 2	60点 ・当該診療所の医師数が2以上	200

コメントの追加 [西田 由美子]: 具体的な点数を示しますか?
(何等かの根拠がある点数が示せるかどうか)

年俸 (200万)

基金代行 相対的に

執行筆 残 2/3 1/3 地方

事業主の1/3 1/3

基準のきつい

交渉の中の行政の
出ている

2) 診療所医師事務作業補助体制加算の創設について

病院勤務医の負担軽減のため「医師事務作業補助体制加算」が設けられているが、有床診療所は算定できない。有床診療所についても、算定できるように要望する。ただし、有床診療所が病院と同等の加算要件を満たすことは困難であるため、一部要件の緩和をお願いしたい。

なお、徳島県においては、基金の中で「医師事務作業補助者配置支援事業」が実施される予定である。これは、主に、診療報酬の医師事務作業補助体制加算の対象外の医療機関を対象としたものであり、有床診療所での活用も期待される。

コメントの追加 [西田 由美子]: 在宅等の要件があるため、実際にはハードルは高いとのこと。要修正

◆徳島県 平成 31 年度医師事務作業補助者配置支援事業 (案)

補助対象機関	次のいずれかの要件を満たす医療機関とする。 ① 診療報酬の医師事務作業補助体制加算の <u>対象外</u> の医療機関 ② 診療報酬の医師事務作業補助体制加算の対象病院であるが、補助者の増員が加算の額に影響を与えない病院
補助対象者の要件	本事業の対象となる補助者の要件は次の通りとする。 ① 平成 31 年 4 月 1 日以降に新たに雇用した補助者（派遣又は直接雇用）であること。 ② 補助者は、予め 32 時間研修を受けた者又は配置後 6 か月以内に 32 時間研修を受けるもの、かつ受託医療機関の常勤職員（週 4 日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週 32 時間以上である者）と同じ勤務時間以上勤務を行うものであること。
補助対象経費	医師事務作業補助者の配置に必要な給与費（給料、諸手当、共済費等）、派遣業者へ支払う各種手薄雨量、研修費（医師事務作業補助者の基礎知識習得に係る研修に限る）
補助基準額等	補助基準額は、対象となる補助対象者 1 人あたり 2,500 千円とし、補助率は 1/2、補助上限額は補助対象者 1 人あたり 1,250 千円とする。

(4) 重負担（認知症患者等）部分の評価について

※ひとまず事務局で作成しましたが、委員の先生に執筆をお願いしたい部分です。

患者の高齢化に伴い、認知症のある患者も増えている。日医総研の調査では、有床診療所の入院患者で、認知症がない「自立」の患者は 25.6%（ただし、無回答、不明がそれぞれ 23.8%、3.1%）で、一般病床の入院患者でも、自立度IV（日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする状態）の患者が 8.2%、自立度M（著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態）が 3.0%となっている。

看護職員や看護補助者の負担は非常に大きく、これらについても、診療報酬上の手当

認知症高齢者日常生活自立度

6A40

できるところは物上げろ。

てをお願いしたい。

(5) 有床診療所が算定できない診療報酬について



高度はるい

診療報酬の中には、病院しか算定できないものが存在するため、病院での経験を生かした治療を有床診療所で実施することが困難であったり、他の点数で算定せざるを得ない状況がある。

専門医療を提供する有床診療所として機能を十分発揮できるように、有床診療所の届出も認めるよう改定をお願いしたい。

例1. 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 K768

施設基準の届出様式において、「当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること」とされている。そのため、病院で数多くの症例を実施してきた医師であっても、有床診療所での実施をあきらめたケースがある。

例2: 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 K721・4

これも施設基準の届出が病院のみとされているため、例えば日本消化器内視鏡学会から指導施設に認定されている有床診療所で、技術を持った医師が実施する場合でも、当該点数を算定することはできず、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術」として算定するケースがある。

(6) 診療報酬体系（加算等）の簡素化について

要検討

3. その他の人材確保対策について

(1) 地域医療介護総合確保基金等の活用

地域医療総合確保基金は、「骨太の方針」で、区分1の地域医療構想の実現に向けた計画に重点配分することを求めていることを踏まえ、区分1に5割以上が配分される状況が続いている。

基金創設当初には、事業事例として有床診療所の看護職員の確保に関する事業も示されていたが、なかなか各県で実現することがなかった。

静岡県では、平成30年度の基金において、「在宅医療後方支援体制整備事業」として、有床診療所を対象に、夜間・休日対応のために、医師又は看護職員を新たに雇った場合の給与・報酬を補助する事業が実施された。有床診療所の人員確保のための事業として有用であるが、要件が厳しいとの声もあり、改善の必要があると言える。

◆静岡県 在宅医療後方支援体制整備事業

助成先	以下の条件を全て満たす有床診療所 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療を実施する有床診療所であること ・補助申請の前月末時点で非稼働病床があること ・夜間及び休日に在宅療養患者に対応する体制を取ること ・医師又は看護職員を新たに雇用すること ・<u>地域において在宅医療の後方支援のために必要とされる診療所であること</u>→<u>地域医療構想調整会議等において必要性が合意されること。</u>
対象経費	夜間・休日対応のために、医師又は看護職員を新たに雇った場合の給与・報酬 ⇒補助対象経費＝医師・看護師の給与時間単価×夜間・休日の勤務時間 <ul style="list-style-type: none"> ・新規雇用のほか、夜間及び休日に在宅療養患者に対応する体制を取るため、すでに雇用している医師・看護職員の勤務時間の増加、非常勤の常勤化も含む。 (略)
補助基準額	[医師] 夜間：70千円/日、休日：50千円/日 [看護師] 夜間：28千円/日、休日：20千円/日
補助率	県：1/2、事業者1/2
補助期間	保健医療計画中間見直しに準じて3年間（～2020年度）
平成30年度予算	56,000千円 ※11,200千円（1施設上限）×5施設 （初年度は、地域内での合意形成を見込み上限6か月）

昨年0
今年2
3年の予定

(2) 市町村独自予算による補助

横浜市では、「横浜市有床診療所看護師夜間勤務手当補助金」事業が平成30年度より実施されている。これも、在宅医療患者の急変対応や看取り、レスパイト等の受け入れを行う体制にある有床診療所を対象としたものである。

各地域で在宅医療提供体制の整備を考える中で、行政としても、有床診療所の機能に期待し、支援する動きが出始めている。地域の医師会等を中心に、行政に対して改めて有床診療所の機能をアピールしていくことも必要であろう。

行政の3つ出してきた

◆横浜市有床診療所看護師夜間勤務手当補助金

補助対象医療機関	次のすべてに該当する有床診療所 ・市内で在宅医療を受けている患者の急変対応や看取り、レスパイト等の受入を行う体制にある市内の有床診療所 ・本補助金申請日が属する年度の前年度において、在宅医療を受けている患者の急変や看取り時、レスパイト等の受入実績が年間12件以上あること。 ・在宅医療連携拠点と緊急一時入院の協定を結んでいること。
対象経費等	在宅医療を受けている患者の急変対応や看取り、レスパイト等に備え、夜間帯に勤務する看護師の夜間勤務手当の2分の1（ただし、1医療機関1月あたり上限10万円） ※補助の対象や夜間勤務手当のみ。他の手当等は含まれない。 ※夜間勤務手当は、各医療機関が就業規則等で定めたもののみを対象とする。（明確に夜間勤務手当が定められていない場合は対象としない）

(3) 看護職員の宿日直・夜勤について

有床診療所の夜間の看護職員・介護職員の確保が困難な状況にあることは前述の通りである。そのため、有床診療所では「夜勤」ではなく、「宿直」としているところも少なくない。

この宿直の取り扱いについて、労働基準監督署から指摘を受ける有床診療所もあることから、ここで整理をしておきたい。

厚生労働省は、「医師・看護師の宿直は、医療法で義務付けられる²ものである関係から、医師・看護師の本来の業務であっても特定の軽易な業務（定時巡回、定時検温脈等）については、宿直勤務中に処理しても差し支えない」との解釈が示されている。また、「医師・看護師等の宿日直許可の基準」（下図）において、昼間と同態様の労働に従事することが稀にあっても、一般的に見て睡眠が十分に取得するものである限り、宿直の

許可を取り消すことなく、時間外労働の手続きを行い、割増賃金を支払うこととされている（下記参照）。

有床診療所は、これらの基準を遵守していくとともに、労働基準監督署においても現状の解釈を十分踏まえた対応をお願いしたい。

一般に適用される基準	一般に適用されない基準
<p>(一) 医師、看護師等の宿直勤務については、次に掲げる条件のすべてを満たす場合には、施行規則第二十三条の許可を与えるよう取扱うこと。</p> <p>(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こと。即ち、通常の勤務時間終了後もなお、通常の勤務態様が継続している間は、勤務から解放されたとはいえないから、その間は時間外労働として取り扱わなければならないこと。</p> <p>(2) 夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外には、病室の定時巡回、異常患者の医師への報告あるいは少数の重症患者の定時検脈、検温等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ること。従って下記(二)に掲げるような昼間と同様の業務は含まれないこと。</p> <p>(3) 夜間に十分睡眠がとらうこと。</p> <p>(4) 右以外に宿直の許可の際の要件を満たしていること。</p> <p>(二) 右によって宿直の許可が与えられた場合、宿直中に、突発的な事故による応急患者の診察又は入院、患者の死亡、出産等があり、或いは医師が看護婦等に予め命じた処置を行わしめる等緊急性と同程度の労働に従事することが強にあって、一般的に受けて睡眠が充分にとらうものである限り宿直の許可を取り消すことなく、その時間について法第33条又は第36条第1項による時間外労働の手続きをとらしめ、第37条の割増賃金を支払われしめる取扱いをすること。従って、宿直のために泊まり込む医師、看護師等の数を宿直の際に担当する患者数との関係あるいは当該病院等に夜間継続する急病患者の発生率との関係等から見て、右の如き昼間と同程度の労働に従事することが常態であるようなものについては、宿直の許可を与える限りではない。(略)</p>	<p>一 勤務の態様</p> <p>イ 常態として、ほとんど労働を必要としない勤務のみを認めるものであり、定時巡回、緊急の文書又は電話の收受、非常事態に備えての検温等を目的とするものに限って許可するものであること。</p> <p>ロ 原則として、通常の労働の継続は許可しないこと。したがって、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・火災防止を行うものについては、許可しないものであること。</p> <p>三 宿直値の回数</p> <p>許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週一回、日直勤務については月一回を限度とすること。ただし、当該事業場に勤務する18歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべての者に宿直又は日直をさせてもなお不足でありかつ勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて、週一回を超える宿直、月一回を超える日直についても許可して差し支えないこと。</p> <p>四 その他</p> <p>宿直業務については、相当の睡眠設備の設置を条件とするものであること。</p>

13

(4) 医師不足への対応

地域や診療科による偏在は即座には解消されないが、医学教育の段階から、地域医療の重要性や有床診療所の存在価値等を説くことは重要である。超高齢社会における医師の役割を見直し、若手医師を中心に医師自らが適正配置に努めるべきである。

また、有床診療所における医師不足による負担軽減を図るため、大学等多くの若手医師が在籍する機関から交代制などで地域の有床診療所に定期的に医師を派遣する仕組みが構築できないか。

思慮あり。
おまわり

奈良

コメントの追加 [西田 由美子4] 赤崎先生のメモより

4. 事業承継税制と税制要望

コメントの追加 [西田 由美子]: 青木委員ご執筆

(1) 個人版事業承継税制について

平成 31 年度税制改正で、「個人の事業用資産についての贈与税・相続税の納税猶予及び免除制度（いわゆる個人版事業承継税制）」が 10 年間の時限措置（平成 31 年 4 月 1 日～令和 10 年 12 月 31 日の間）として新設された。有床診療所を経営する個人開業医師も適用を受けることができる。税の優遇対象とされる事業用資産には、宅地等のほか建物や医療用機器等を含む一定の減価償却資産が該当する。また、これら事業用資産に対する納税額の全額（100%）が納税猶予及び免除の対象とされる点など画期的な内容となっている。

ところで、この特例では、適用を受けた個人事業者の法人成りについて、「特定申告期限の翌日から 5 年を経過する日後の会社の設立に伴う現物出資による全ての特例事業用資産の移転であるときは、特例事業用資産の移転につき納税地の所轄税務署長の承認を受けた場合には、当該承認に係る移転はなかったものとみなされ、現物出資により取得した株式又は持分は納税猶予特例を受ける特例事業用資産とみなされる。」と規定されている。この取扱いの対象は「会社」であり医療法人は含まれない。さらに「現物出資により取得した・持分は納税猶予特例を受ける特例事業用資産とみなされる。」と規定されており、「持分なし」しか新規設立が認められない医療法人はまったく規定の対象外となる。そうすると、個人版事業承継税制を活用して事業承継した後継医師は、医療法人成りと同時に納税猶予全額と利子税を併せて納税しなければならない。そこで、個人版事業承継税制を活用して事業承継した場合でも、その効果を享受したまま後継医師が医療法人成りの選択ができるよう制度が改正されることを要望する。

医師 → 産医師
都道府県の認可 OK
・ 相続 OK に
↓
法人成りで税金 OK ので注意
↓
医療法人 認可あり OK

(2) 医療法人の事業承継について

1) 持分の定めのある社団医療法人を中小企業の事業承継税制の対象に加えること

中小企業の事業承継税制には「非上場株式等に係る贈与税・相続税の納税猶予及び免除制度」が設けられている。平成 30 年度税制改正では 10 年間の時限措置として特例の抜本的拡充が行われ、納税猶予割合が 80% から 100% に拡大されるとともに、1 人の後継者でなく最大 3 人の後継者に対する承継も優遇税制の対象とされ、事業承継後 5 年平均で雇用の 8 割維持要件を満たせなかった場合でも納税猶予継続可能と

特例で承継可能
た。

された。そのため、改正後の特例適用者は飛躍的に数が増加している。ところで、平成 18 年の改正医療法により「経過措置医療法人」に位置付けられた「持分の定めのある社団医療法人」は、医療法人全体の 70% 余りであるにもかかわらず、この税制の適用対象に含まれていない。医療法において「当分の間」存続が認められる法人という位置づけが理由かと考えるが、医療法人は、地域包括ケアシステム構築には必要不可欠な法人であること、「持分」は私有財産であって持分放棄は強制できないこと、労働集約型の法人である医療法人は雇用の確保に多大なる貢献をしていることなどから、他の中小企業同様、「持分の定めのある社団医療法人」もこの税制の対象とされるよう要望する。

2) 持分の定めのある社団医療法人の出資評価の見直し

持分の定めのある社団医療法人において、持分を有する社員に相続が起こった場合、出資評価は、国税庁財産評価基本通達 194-2 で評価される。評価方法の一つに類似業種比準価額方式があるが、これは、取引相場のない株式や出資について、配当・利益・純資産の 3 要素を上場会社に準拠して評価する方法をいう。ところで、医療法人は、医療法第 54 条で配当が禁止されているため、3 要素のうち配当を除いた 2 要素で評価額が計算されている。その結果、営利企業に比して評価額が割高に算定され事業承継を危うくするリスクが高まる結果となる場合が多い。税法上、持分の定めのある社団医療法人は営利企業と同等の扱いで課税されることが多く、また、配当が禁止されている医療法人の社員の退社時に出資持分を時価で払い戻して利益を得た場合には配当所得課税がされている。これらの点も勘案すると、出資評価において、イコールフットイングの観点から営利企業と同等の評価方法がとられるべきと考える。具体的には、現行の評価方法を見直し、取引相場のない株式で無配当のものと同様に計算式の分母を「2」から「3」に改め、分子に置くべき配当要素を「0」とするよう要望する。

3) 認定医療法人制度の適用期限延長について

平成 26 年 10 月 1 日から 3 年間の時限措置として設けられた「認定医療法人制度」は、医療法改正より認定要件に「運営に関する要件」が加えられ、併せて、税制上「持分なし」への移行時のみなし贈与課税が非課税とされて、令和 2 年 9 月 30 日まで適用期限が延長された。しかし、その期限も残すところ 1 年余りとなった。出資持分を

有する社員にとって持分とは私有財産であり、持分放棄という選択は後戻りのできない選択肢の一つとなっている。その決断には十分な検討の時間が必要であり、また、出資社員が複数いる場合には同意のための意見調整に多大な時間を要する。さらに、認定要件のなかの「運営に関する要件」は、遊休財産の制限や法令違反の事実がないことなど8つの具体的な内容で構成されているが、すべてを満たすための準備に数年を要する場合がある。持分放棄に向けた検討と同意のための時間確保、8要件クリアのための準備期間確保、これらのため、認定医療法人制度の適用期限を延長することを要望する。

5. おわりに

今後も各地域で有床診療所を継続していくためには、それぞれの地域の人口構成の変化等を踏まえ、地域でどのような機能が必要とされているのかを把握し、その中で、自院が提供できる機能を明確にすることが必要である。

高齢化と人口減少が進む地方では、有床診療所が地域のキーステーションとなつて、無床診療所や介護施設等との連携をさらに強化していくことが求められるであろう。

また、専門医療に特化した有床診療所は、少ない人員体制で専門医療を効率的に提供可能な施設として、今後もその役割が期待される。

これらについて、本答申に向けてさらに検討を重ねていきたい。

中川副会長

1. 日本が空母を持つ
2. 予算 F35A: 105機 | 200億

10月消費税 10%に 実行される。

8/20) 353億

2%分を繰上にある → 2/3で対応。

小玉

平川 妊婦加算 管理口を示す。

会長 シーリング
東西の差。 医師数。 有床診

正木委員

次期（2020年度）診療報酬改定に対する要望項目

	点数項目	具体的内容	参考	
			現行点数	要望点数
1 重点	<p>入院初期加算 A108 有床診療所入院基本料 注3 有床診療所一般病床初期加算</p> <p>A109 有床診療所療養病床入院基本料 注6 救急・在宅等支援療養病床初期加算</p>	<p>○名称変更と点数・日数の引上げ 地域一般入院基本料を算定する病院は「救急・在宅等支援病床初期加算」として、14日を限度として1日につき150点が加算できる。有床診療所も年間15万人を超える急変入院患者を受入れ、また年間130万件を超える患者の訪問診療を実施している。有床診療所が頑張れば病院勤務医師等、医療従事者の負担軽減、勤務環境改善に資することになり、同じ地域医療を支える受け皿として、病院と同一の名称、扱いを強く要望する。</p> <p>○名称変更と点数・日数の引上げ 病院の療養病棟では前回改定で評価が見直され、急性期病棟からの受入れの場合、「急性期患者支援療養病床初期加算」として、14日を限度として1日につき300点が加算でき、また自宅等からの受入れの場合、「在宅患者支援療養病床初期加算」として、14日を限度として1日につき350点が加算できる。同じ地域医療を支える受け皿として、病院と同一の名称、扱いを強く要望する。</p> <p>なお、この初期加算の有床診療所と病院の格差是正については、平成25年度の第262回中医協総会でも議論されたが、残念ながら評価の見直しがなく現在に至っており、平成30年度の前回改定で格差が更に広がっているのが現状である。</p>	<p>有床診療所一般病床初期加算 1日につき100点、7日を限度</p> <p>救急・在宅等支援療養病床初期算 1日につき150点 14日を限度</p>	<p>救急・在宅等支援病床初期加算 1日につき150点 14日を限度</p> <p>急性期患者支援療養病床初期加算 1日につき300点 14日を限度 在宅患者支援療養病床初期加算 1日につき350点 14日を限度</p>
2 重点	A108 有床診療所入院基本料	○点数の引上げ 地域包括ケアシステムの中での大きな役割が期待されている有床診療所の病床を維持するためには経営基盤の整備、安定化が必須である。しかし、現状の有床診療所の経営状況は厳しく、平成29年度有床診療所の現状調	A108.1.イ 861点 など	1,000点 など

	A109 有床診療所療養 病床入院基本料	査（日医総研）では、患者1人1日当たり入院収入平均 25,880 円に対して、入院費用は平均 27,745 円で、入院患者1人1日当たりの収支は 1,865 円の赤字で年々悪化してきており、有床診療所の減少に歯止めがかかっていない。多くの有床診療所では入院収支の赤字を外来収入で穴埋めしているのが現状であるが、近年の外来患者の減少傾向のなかで、穴埋めも困難になりつつある。有床診療所が存続し、地域医療に有益な病床を維持するためには、少なくとも入院収支の赤字解消が不可欠であり、早急かつ大幅な入院基本料の引上げが必要である。	A109.1 994 点 など	1.100 点 など
3 重点	A108 有床診療所入院 基本料 注5 医師配置加算	○点数の引上げ 医療従事者の負担軽減を図りつつ、複数の機能を担って地域包括ケアシステムの中で貢献するためには、有床診療所も複数医師体制が望ましい。しかし、現在の加算点数では複数医師を抱えている有床診療所の経営は厳しく、その体制維持のためには医師配置加算の大幅な引上げが必要である。	医師配置 加算 1. 88 点 2. 60 点	医師配置 加算 1. 150 点 2. 100 点
4	A108 有床診療所入院 基本料 注6 夜間看護配置 加算	○点数の引上げ 「夜勤と当直」等の問題もあり、有床診療所において夜勤看護師確保困難のため病床を閉じる事例も多くみられ、また看護職員の勤務環境改善のためにも加算の手厚い評価を望む。	夜間看護 配置加算 1 85 点 2 35 点	夜間看護 配置加算 1 100 点 2 50 点
5	A108 有床診療所入院 基本料 注6 看護配置加算	○点数の引上げ 介護報酬では人材確保のための介護人材処遇改善が実施されるが、地域包括ケアシステムの中核となる有床診療所においても看護職員の人材確保が極めて困難であり、勤務環境改善のためにも加算の手厚い評価を望む。	看護配置 加算 1 40 点 2 20 点	看護配置 加算 1 60 点 2 35 点
6	A108 有床診療所入院 基本料 注6 看護補助配置 加算	○点数の引上げ 看護職員の確保が困難な状況で、手厚い医療を提供するためには看護補助者の配置が有効であるが、現在の加算点数はあまりにも低すぎる（現在の加算点数の1日収入では、補助者1人あたりの時間給の30分相当分にしかない）。	看護補助 配置加算 1 10 点 2 5 点	看護補助 配置加算 1 30 点 2 15 点
7	有床診療所医師事務 作業補助体制加算の 新設	○有床診療所医師事務作業補助体制加算の新設 病院では勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るために「医師事務作業補助体制加算」が設けられているが、有床診療所では算定できない。有床診療所でも医療勤務環境改善のためには医師事務作業補助者の活用が望		新設

		ましい。		
8	B009 診療情報提供料	<p>○要件の見直し（入院患者も算定可に）</p> <p>現在、入院患者の場合、診療情報提供料は算定不可となっている。「入院中の患者が他医療機関を受診している間は、当該患者に係る医学管理を行っていない」との論理で、入院中の患者の他医療機関受診時の入院料が減算されるが、その論理を逆に考えれば、他医療機関紹介時には多大な負担（特に入院患者では膨大なデータ提供を必要とするなどの医学管理）を要することから、入院患者でも情報提供料の算定が出来てしかるべきである。また、退院時にも紹介元やかかりつけ医への膨大なデータを添えた詳細な情報提供が必要欠くべからざることからしても、情報提供料が算定出来て当然であると考える。</p>		
9	基本診療料（入院）	<p>○入院中の患者の他医療機関への受診についての取扱い（減算）の見直し</p> <p>前々回改定で減算が緩和されたが、患者本位の医療提供、医療連携を推進するためには減算の撤廃が望ましい。入院医療機関別では、有床診療所が入院日数の0.8%減算（次は精神科病院の0.4%）と最も多く、経営上の損失が大きく、強く撤廃をお願いしたい。</p>		
10	入院時食事療養費・入院時生活療養費	<p>○療養費の引上げ</p> <p>材料費、人件費に加え消費税等が上昇する状況では、食事および生活療養費の引上げもやむを得ない。</p>		

夜間体制の再考（案）

働き方改革が進む中、宿直中心の夜間体制は、法令の規定により、時間外勤務規定に変えるなどの臨機応変な対応が求められてくることである。宿直許可があれば、宿直明けの日の通常勤務も可能であり、人材不足を補うために、昼間と同態様の労働でも宿直対応の夜間体制をとっている医療機関も多い。働き方改革による時間外労働の削減や人員不足により、職員一人当たりの業務量が多くなることが予想され、人件費の上昇や、入院患者からの高い満足度の要求もあり、有床診療所の夜間体制維持は厳しさが増すが、法令遵守という壁が待っている。

これからは人材難といえども、宿直勤務夜間体制のみでは夜間体制維持は難しく、医療界あがての人材確保策を中心とした「強固な経営基盤の構築」が必須である。

働き方改革により、時間外労働が削減され、同じ職員数であれば、地域医療単位での分娩や手術数をこなすことは難しくなり、稼働病床も低下する可能性があることである。地域包括ケアシステムを担う有床診療所でも、人材確保が難しく、人件費も上昇し、稼働病床の低下を招く。現在の分娩料金や、時間外や夜間の手術の診療報酬では、現状の夜間体制が維持できず、過疎化が進む地域医療における医療供給不足や、夜間診療体制不備を招きかねない問題となる。夜間体制の再考は、地域医療構想の見直しや、時間外や夜間の診療報酬を中心とした診療報酬の見直しの再考でもある。

2019.5.30 日本医師会有床診療所委員会資料

専門的治療を主体とする整形外科診療所について

●データ

1) H27 年度病床機能報告によると、報告対象の有床診は 7,168 施設、そのうち 6,332 施設から集計した中で、整形外科を標榜している施設は 377、このうち専門医療を行っていると回答した施設は 250 であった。

(H29.11.10 第 55 回社会保障審議会医療部会 「資料 4 有床診療所の現状と課題」より)

2) 日本臨床整形外科学会 医業経営委員会 有床診 WG 調査より

・平成 28 年度 回答数 120

年間 50 例以上手術する施設は 64(53%) 101 例以上は 51(43%)

・平成 30 年度 回答数 38

年間 50 例以上手術する施設は 21(55%) 101 例以上は 16 (42%)

●事例

1) 中部地区有床診 平成 30 年度の手術件数は 86 件。

(内訳) TKA19 件、関節鏡 39 件 (ACL11 件、半月板単独 15 件、肩関節 12 件、足関節 1 件)、骨折 11 件 (大腿骨頸部骨折は 0 件)、手または肘関節手術 6 件、抜釘 5 件、良性腫瘍切除 2 件 (ガングリオンは 0 件)、腱鞘切開 3 件、アキレス腱断裂 1 件。

土曜日みの手術で、ほぼ全身麻酔 (麻酔科管理)。

平成 30 年度の入院収入累計 67,340,980 円、入院原価累計 65,569,659 円でわずか 1,771,321 円の利益累計。

2) 北陸地区有床診 関節外科専門

手術件数 154 件 (骨接合術 33 件、抜釘術 29 件、関節鏡 28 件、TKA7 件、THA4 件、手根管 13 件など)

3) 九州地区有床診 (2 施設同時運営)

2018 年度の手術症例 689 症例

脊椎手術:139 症例 人工関節手術:83 症例(TKA:59・THA:23・UKA:1)

鏡視下手術:100 症例 骨折手術:37 症例 腫瘍摘出術:35 症例

その他 295 症例

4) 中国地区有床診 背椎専門

頰椎 7 件 腰椎 (胸椎を含む固定もあり) 72 件

膝関節 24 件 (人工関節と HTO) 股関節 5 件 (全て人工関節)

外傷 47 件 その他 51 件 計 206 件

収入の大半を手術に依存しているが、それほど楽ではない。

5) 九州地区有床診

手術件数 36 件 (TKA16 件、THA 5 件、足趾・手指関節手術 10 件、関節鏡 5 件)

病棟の収支は黒字 (リハの収益が多い) 全体ではトントンの状態。

6) 九州地区有床診 (松本整形外科、福岡市中央区) : 比較のため

4 月ののべ外来人数 2852 (一日当たり 114 人)

通所リハ併設 (定員 20、4 月の平均利用者数 12.2 人)

手術は局麻手術が主で平成 30 年度は 72 例 (ばね指 28 例、手根管・肘部管 16 例、軟部腫瘍摘出 8 例、骨接合 4 例など) 手術料合計で 2,254,500 円

19 床 (医療療養型 18 床、一般 1 床)

現在の入院患者数 14 名 平均年齢 81.4 歳

椎体骨折・急性腰痛の保存的治療、術後リハ目的の入院が大半で、手術のための入院は年間数例。

有床診療所委員会答申骨子の検討（たたき台）

<p>中間答申 短中期（2025年まで）</p>	<p>最終答申 短中期（～2025年）＋長期（2025～2040年）</p>
<p><u>（中間答申を出す場合）</u> テーマ「人材確保の観点を中心とした診療報酬改定、税制改正要望」</p> <p>1. 現状・方向性</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 看護要員不足は、（病院よりも小規模の）有床診療所で打撃が大きい ● 地域包括ケアの中における有床診療所の機能強化には、看護職員、医師を含めた体制整備・人材確保が必須 ● 働き方改革の流れに沿って勤務環境の向上にも進める必要がある ● 承継は親子承継も困難で、第三者承継の推進が求められている <p>2. 診療報酬上の評価による人員確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・複数医師加算の充実 →複数医師体制は第三者承継にもつながり得る ・医療介護連携室の役割を担う人材が必要 ・看護補助者の活用とそのための評価 ・医師事務作業補助体制の新設 ・重負担（認知症やロコモ患者、夜間介護等）部分の評価 <p><u>（その他の要望事項）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院は算定できて、有床診療所では算定できないものの改善 →具体的内容は？ ・加算の体系化・簡素化（多くの細かい加算で混乱） →具体案があるか ・有床診療所の入院患者の「重症度、医療・看護必要度」も一定程度、明確化（認知症対応加算、終末期対応加算などにつなげる。※H29年調査では患者データを収集） <p>3. その他の人材確保策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療介護総合確保基金の活用 ・確保事業の推進と支援（特に、外国人介護職員） ・夜間体制の再考 ・柔軟で働きやすい勤務環境の提供による看護職員へのアピール ・看護職員の宿日直・夜勤対策 ・医師不足への対応（赤崎委員メモより） 医学教育段階からの地域医療の重要性、有床診療所の存在価値を説く） 大学等からの有床診療所への医師派遣の仕組み構築 <p>4. 事業承継</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者承継の推進…マッチングの仕組み整備 ・税制改正要望 	<p>テーマ「地域の人口構成、医療需要等を踏まえた対応」（方向性）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の人口構成、医療需要等を踏まえた対応 地域のキーステーション的機能を担う→地域での連携強化に向けた取り組みの推進 ● 社会保障の持続可能性を高めるためには、かかりつけ医機能の推進、医療費の適正化、健康寿命の延伸等の改革を進める。 <p>【～2025年】</p> <p>1. 地域分析</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域グループごとの、有床診療所の施設数等のトレンド、診療所の特徴、病床区分の特徴、医師の年齢構成等の特性を踏まえ、対応を検討 ～江口専門部長の分析を参考に～ ・地域医療構想における有床診療所病床の位置づけの明確化 役割 （有床診療所新規開設へのハードル） 地域医療構想調整会議の議長（医師会長）の理解を得る努力を。 委員には有床診療所代表も入れる努力を 定例会に入る ・過疎地域での政策医療としての有床診療所の新設 <p>2. 地域連携強化策（地域のキーステーション的役割）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開放病床の推進 ・在宅医療における連携の推進 ・回復期リハ病床 ・地域で求められる機能を新たに付加する ・介護事業への参画 ショートステイなど → 病床稼働率を上げる ↑介護事業への参入の支援、ケアマネへの認知度UP ・介護医療院との連携（赤崎委員メモより） ・カルテの電子化（医療情報化支援基金(300億円)の活用) <p>3. 専門医療</p> <ul style="list-style-type: none"> ・産婦人科…新しい生命と子どもを育む拠点 ・眼科… ・整形外科（専門特化？） 松本委員 <p>【2025～2040年】</p> <p>（方向性）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人口減少に備える ・病院のダウンサイジングに備える ・運営主体の変革も検討（共同経営、病院のサテライト、地域医療連携推進法人など） ・「まちづくり」で有床診療所の存在価値を生かす <div data-bbox="1115 2724 1734 2858" style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>委員会で追加・修正等検討</p> </div>

2019年5月30日

「令和元年(2019年)有床診療所の現状調査」の概要と予定**目的**

地域医療を身近な病床で支える有床診療所の活用に向けて、本調査は、全国有床診療所連絡協議会会員の協力を得て、診療報酬改定の年の毎翌年に、2009年から継続して実施してきたものである。平成30年度診療報酬改定を踏まえ、有床診療所の経営への影響と抱える運営課題を改めて把握する。経時変化の把握も行い、地域の有床診療所が検討すべき方策と国が検討すべき支援のあり方について提言を行う。

調査設計

【調査対象】 全国有床診療所連絡協議会会員 2,009 施設

(会員 2,422 のうち病床稼働施設)

【調査内容】

- ①診療の状況、加算の算定、働き方改革、継承に対する意識等(【1】施設票)
- ②前年度と前々年度の経営収支、前年度の入院外来コスト分析等(【2】財務票)
- ③入院患者の入院理由、高齢者認知症の有無、独居など実態(【3】患者票)

【調査時期】 2019年6月12日(水)郵送 7月10日(水)締め切りの予定

【公表次期】 2019年9月(予定)

ご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

有診ⅩⅣ 0107② (※形式、番号等は調査会社が対応)
2019年(令和1年)有床診療所現状調査【第6回】

【1】施設票

調査主体：全国有床診療所連絡協議会
 日本医師会

2020年度診療報酬改定に向けて、以下の質問につき、ご回答を何卒よろしくお願い申し上げます。誠に勝手ながら7月10日(水)までに同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。

<お問い合わせ先> 全国有床診療所連絡協議会 事務局 : (電話) 092-986-2664
 日本医師会総合政策研究機構(日医総研)事務局 : (電話) 03-3942-6472

貴院は有床診療所ですか、それとも無床・休床中の診療所ですか。(○は1つ)

- 1 有床 → この質問票にお答えください。また、別紙の【2】財務票にご記入ください。ご記入後、同封の返信用封筒に入れて、ご投函ください。○
- 2 無床
- 3 休床中 → Q1と基本情報のみお答えいただき、本票のみご投函ください。

Q1 ① 無床化または休床の時期をお教えてください 西暦 年
 ② 無床化または休床の理由をお教えてください (○はいくつでも)

- | | | |
|------------------|------------------------------|------------|
| 1. 看護職員の雇用が困難 | 2. 看護職員の人件費が負担 | |
| 3. 設備・器機の老朽化 | 4. 医師の勤務負担と高齢化 | |
| 5. 患者層の変化(入院の減少) | 6. 分娩の中止 | 7. 後継者がいない |
| 8. 医師の人件費が負担 | 9. H26に義務付けとなったスプリンクラーの設置が負担 | |
| 10. その他 () | | |

基本情報 2019年6月1日時点

① 院長先生の年齢	<input style="width: 50px;" type="text"/>
② 開設者の種類	1 個人 2 医療法人 3 その他 (具体的に)
③ 主要診療科目 (主要診療科を必ず1つ記載。診療科が複数ある場合は患者数の多い診療科を選択ください)	<input style="width: 50px;" type="text"/> (以下から、主要診療科目の数字をご記入ください) 1 内科 2 消化器内科 3 循環器内科 4 呼吸器内科 5 小児科 6 外科(循環器外科、呼吸器外科含む) 7 消化器外科 8 泌尿器科 9 脳神経外科 10 整形外科 11 耳鼻いんこう科 12 産婦人科 13 産科 14 婦人科 15 眼科 16 皮膚科 17 精神科・神経科 18 リハビリテーション科 19 心療内科 20 その他 (具体的に)

問1. 届出病床数と入院患者数(記入日)をお答えください。(0の場合は「0」と記入)

	総数 (a)+(b)+(c)	(a) 一般病床	(b) 医療 療養病床	(c) 介護 療養病床
許可病床数	<input style="width: 50px;" type="text"/> 床	<input style="width: 50px;" type="text"/> 床	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/> 床
入院患者数	<input style="width: 50px;" type="text"/> 人	<input style="width: 50px;" type="text"/> 人	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/> 人
うちショートステイの指定がある場合は病床数と記入日の入所者数(0の場合は「0」と記入)				
	医療療養病床・介護療養病床	一般病床		
指定の病床数	<input style="width: 50px;" type="text"/> 床	<input style="width: 50px;" type="text"/> 床		
入所者数	<input style="width: 50px;" type="text"/> 人	<input style="width: 50px;" type="text"/> 人		

問2. 以下の質問にお答えください。

貴院の一般病床入院基本料（2019年6月時点）（療養病床のみの場合は療養病床のみに○）	
有床診療所入院基本料→（1 2 3 4 5 6）療養病床のみ	
診療報酬上の施設基準の届出のあるもの（2019年6月時点）※あてはまる番号すべてに○	
<p>【初期加算・医療従事者の配置加算】</p> <p>1 有床診療所一般病床初期加算</p> <p>2 ア 医師配置加算1 イ 医師配置加算2</p> <p>3 ア 看護配置加算1 イ 看護配置加算2</p> <p>4 ア 夜間看護配置加算1 イ 夜間看護配置加算2</p> <p>5 ア 看護補助配置加算1 イ 看護補助配置加算2</p> <p>【前回改定での新加算】</p> <p>1. 介護連携加算1 0. 介護連携加算2</p> <p>【在支診・療養環境】</p> <p>1 1 機能強化型在宅療養支援診療所（単独型） 2 機能強化型在宅療養支援診療所（連携型） 3 在宅療養支援診療所（機能強化型以外）</p> <p>2 1 診療所療養病床療養環境加算 2 診療所療養病床療養環境改善加算</p>	<p>【緊急入院】</p> <p>1 夜間緊急体制確保加算</p> <p>【外来時間外対応】</p> <p>1 時間外対応加算1 2 時間外対応加算2 3 時間外対応加算3</p> <p>【在宅復帰強化】</p> <p>11 在宅復帰機能強化加算（一般病床） 12 療養病床在宅復帰機能強化加算</p> <p>【緩和ケア】</p> <p>8 有床診療所緩和ケア診療加算 9 在宅緩和ケア充実診療所加算？</p> <p>【地域包括診療、認知症】</p> <p>20 地域包括診療料 21 地域包括診療加算 22 認知症地域包括診療料 23 認知症地域包括診療加算</p> <p>【非該当】</p> <p>00 該当するものはない</p>

施設設備、患者について

④ 救急告示の届出（○は1つ）	1 あり 2 なし		
⑦ 現在の夜間救急対応の可否（外来） （○は1つ）	1 ほぼ毎日可能 2 週3～5日可能 3 週1～2日可能 4 ほとんど不可能		
⑤ 加算、医学管理料の算定について（本年2月～4月の <u>3ヶ月間</u> に算定した患者さんの実数）（0人の場合は0を記入）			
1) 看取り加算	() 人	2) 緩和ケア診療加算	() 人
3) ★在宅患者緊急入院診療加算1、2、3	() 人	4) ★救急医療管理加算	() 人
6) ★救急・在宅支援療養病床初期加算	() 人	6) 介護連携加算1・2	() 人
⑥ 延べ患者数（外来、入院）（前年度、前々年度の1年間）	前年度 平成30年度	前々年度 平成29年度	
	(1) 外来患者延べ数	5ケタ枠 人	人
	(2) 入院患者延べ数	人	人
※延べ人数とは外来患者は1年間の総数、入院患者は毎日24:00に入院している入院患者数の1年間の合計			
⑧ 緊急入院患者の患者数(本年4月1ヶ月間) ※この緊急入院患者とは重篤な状態のため緊急入院した患者（日中・夜間）と救急搬送患者	<input type="text"/> (貴院の入院記録より可能な範囲で記入下さい)		

<p>⑨ 手術や処置などの件数 (本年4月1ヶ月間)</p>	<p>(1) 診療報酬1,000点以上の入院手術 <input type="text"/></p> <p>(2) 人工透析 1 0件(専門外) 2 1~49件 3 50~99件 4 100件~</p>
<p>⑩「産婦人科」「産科」の施設のみ ご回答ください。分娩数と帝王切開数 (平成30年4月~31年3月までの1年間)</p>	<p>(1) 分娩数(1年間) <input type="text"/> うち硬膜外麻酔下の無痛分娩(1年間) <input type="text"/></p> <p>(2) 帝王切開の実施数 年間 <input type="text"/> 連携する病院への搬送に要する時間(車) <input type="text"/> 分</p>
<p>⑪ 敷地内や近隣に介護・福祉の併設施設・併設事業所がある場合はその種類をお教えください。(〇はいくつでも) (貴院や同一法人・関連法人が所有する施設や事業です) またそれらの総数(併設施設+事業所)もご記入ください。</p>	<p>1 通所リハ(デイケア) 2 通所介護(デイケア・バス) 3 居宅介護支援事業所 4 訪問看護 5 訪問介護 6 老健 7 特養 8 グループホーム 9 有料老人ホーム 10 サービス付き高齢者向け住宅(サ高住) 11 訪問リハビリ 12 看護小規模多機能型居宅介護 13 短期入所療養介護(ショートステイ) 14 小規模多機能居宅介護 15 介護医療院 16 地域包括支援センター 17 その他() 併設施設・事業所の総数 <input type="text"/></p>
<p>⑫ ★介護事業に初めて参入した時期</p>	<p>1. 2018年より前 2 2018年もしくは2019年</p>

問3 働き方改革

<p>★看護職員の夜間の勤務形態 (当直と夜勤の併用の場合は〇は複数)</p>	<p>1 当直(宿直) 2 夜勤(2交代制) 3 夜勤(3交代制)</p>
<p>★看護職員の夜間当直を夜勤に変更する予定 あるいは希望はありますか?</p>	<p>1 予定している 2 行いたい看護職員が雇用できない 3 予定はない 4 未定 5 不明</p>
<p>★看護職員の離職率 平成30年度(H30.4~H31.3)</p>	<p><input type="text"/> % ※離職率は1年間の(総退職者数÷平均職員数) 平均職員数は(年度当初の職員数+年度末の職員数)÷2</p>
<p>★貴院の看護職員就労支援 (当てはまるものに全て〇)</p>	<p>1 産休 2 育児休暇 3 短時間勤務体制 4 子育て期などの夜勤免除など 5 保育所との連携や院内保育所の設置 6 院内研修の実施 7 院外研修参加の奨励 8 特にない 9 その他()</p>
<p>★貴院での人材の不足の有無についてお教えください。(2019年6月時点)</p>	
<p>1 看護職員 2 夜間看護職員 3 看護補助職員 4 常勤医師 5 非常勤医師 6 介護職員</p>	<p>1 極めて不足している 2 不足している 3 不足していない 4 どちらとも言えない 1 極めて不足している 2 不足している 3 不足していない 4 どちらとも言えない 5 対象外</p>

★人材確保における課題についてお教えてください。(複数可)

1 看護職員	1 人がいなくて確保が困難	2 人件費が賄えない	3 特に問題ない	4 他()
2 夜間看護職員	1 人がいなくて確保が困難	2 人件費が賄えない	3 特に問題ない	4 他()
3 看護補助職員	1 人がいなくて確保が困難	2 人件費が賄えない	3 特に問題ない	4 他()
4 常勤医師	1 人がいなくて確保が困難	2 人件費が賄えない	3 特に問題ない	4 他()
5 非常勤医師	1 人がいなくて確保が困難	2 人件費が賄えない	3 特に問題ない	4 他()
6 介護職員	1 人がいなくて確保が困難	2 人件費が賄えない	3 特に問題ない	4 他()

★人材バンクや職業紹介事業所などを利用されていますか(2018年4月から現在まで)「利用」の場合は種類を選択ください

1 看護職員	利用なし	利用(1 ハーワークなど行政のバンク	2 民間業者	3 医師会、協会等のバンク	4 他)
2 看護補助職員	利用なし	利用(1 ハーワークなど行政のバンク	2 民間業者	3 医師会、協会等のバンク	4 他)
3 医師	利用なし	利用(1 ハーワークなど行政のバンク	2 民間業者	3 医師会、協会等のバンク	4 他)
4 介護職員	利用なし	利用(1 ハーワークなど行政のバンク	2 民間業者	3 医師会、協会等のバンク	4 他)

★人材バンクや職業紹介事業所などを今後(も)利用する予定はありますか「利用」の場合は種類を選択ください

1 看護職員	利用しない	利用(1 ハーワークなど行政のバンク	2 民間業者	3 医師会、協会等のバンク	4 他)
2 看護補助職員	利用しない	利用(1 ハーワークなど行政のバンク	2 民間業者	3 医師会、協会等のバンク	4 他)
3 医師	利用しない	利用(1 ハーワークなど行政のバンク	2 民間業者	3 医師会、協会等のバンク	4 他)
4 介護職員	利用しない	利用(1 ハーワークなど行政のバンク	2 民間業者	3 医師会、協会等のバンク	4 他)

★医師の働き方改革が貴院に与える影響(複数可)

1 特に影響はない	2 常勤医師の確保が難しくなる
3 非常勤医師の確保が難しくなる	4 24時間対応が困難になる
5 わからない	

問4 介護の機能と今後

① 貴院では、今後、介護事業への参加にご関心がありますか。

1 現在も実施しており今後も継続する	2 現在も実施しているが今後は縮小する
3 現在は実施していないが参加したい	4 現在は実施しておらず、今後も参加する予定はない
5 わからない	

② ★ショートステイ、介護医療院に関心がありますか？(○は1つだけ)

1 ショートステイに関心ある	2 介護医療院に関心ある	3 両方に関心ある	4 どちらにも関心はない	5 介護対象外
----------------	--------------	-----------	--------------	---------

問5 ★有床診療所の継承の意向についてお教えてください。

継承の意向(○は1つ)	1 できれば継承したい	2 継承の予定	3 継承は希望していない	4 先のことなのでわからない
-------------	-------------	---------	--------------	----------------

↓

病床の継承の希望(○は1つ)	1 病床も継承	2 病床の継承は不明	3 病床は継承しない		
継承先の希望(○は1つ)	1 親子(配偶者、親族)	2 第三者(譲渡等含む)	3 1、2どちらでもよい	4 決めていない	5 その他()
現状	1 特に何もしていない	2 話し合い/交渉をしている	3 ほぼ決まっている	4 近々に継承予定	
相談先	1 ある	2 ない			

問 6. 地域の状況、今後の予定や課題についてお教えてください。

<p>① 貴院の地域の状況</p>	<p>1 都市中心部で人口が集中している 2 郊外部または中規模都市で人口密度が高い 3 上記以外の都市・町村 4 農村地帯・山間部 5 へき地・離島</p>
<p>★② 貴院の診療圏（中学校区）の今後5～10年の人口変化の予想</p>	<p>人口全体 1 大きく減少 2 やや減少 3 変わらない 4 やや増加 5 大きく増加 6 不明 高齢者人口 1 大きく減少 2 やや減少 3 変わらない 4 やや増加 5 大きく増加 6 不明</p>
<p>③ 5～10年後の病床についての考え （○は1つ）</p>	<p>1 病床はそのまま維持する 2 病床は維持したいが無床化するかもしれない 3 介護施設へ転換（A一部 B全部）（いずれかに○） 4 住まいへ転換（A一部 B全部）（いずれかに○） 5 無床化する 6 休床する 7 増床する 8 減床する 9 閉院 10 その他（ ） 11 わからない</p>
<p>★③ 有床診療所の5つの機能に加えて、貴院は医療と介護の両方が必要な患者さんへ「医療介護を一体的に提供する機能」も果たしておられると思いますか？</p>	
<p>1 果たしている 2 果たしていない 3 どちらとも言えない</p>	
<p>⑩ 医療職の確保は大きな問題ですが、それ以外に病床に関して貴院が抱えている課題（○はいくつでも）</p>	
<p>1 医師の勤務負担の重さ 2 書類作成などの業務量の多さ 3 地域連携を行うスタッフ（ケアマネ、ソーシャルワーカー等）の不足 4 施設・設備の老朽化 5 入院患者の減少 6 空床の増加 7 満床による病床の不足 8 入院患者の重症化や認知症患者の増加によるケアの負担増加 9 院内看取り体制の確保 10 スプリンクラーの設置など消防法への対応 11 その他（ ） 12 特にない</p>	
<p>⑪ 地域の有床診療所が機能を強化するために必要な仕組みや支援についてお教えてください。（○はいくつでも）</p>	
<p>1 人員確保や設備の刷新を行うための財政支援 2 病床を地域の開放病床として無床診療所等も活用できる仕組みと評価 3 ショートステイなど空床を有効活用できる仕組み 4 病床種別（一般病床、医療療養病床、介護療養病床）を無くし、入院患者が柔軟に病床を利用できる仕組み 5 有床診療所の病床規模を最大19床よりさらに拡大できる制度 6 その他（ ）</p>	
<p>① 電子カルテの使用状況</p>	<p>1 診療所全体で使用 2 診療所の一部で使用（特定の疾患など） 3 導入予定・導入を検討中 4 導入する予定はない</p>

問7. 従事者数（該当する職種に従事者がいない場合は「0」をご記入ください。）

	医師 (院長先生も含む)	看護師	准看護師	薬剤師	保健師	助産師	作業療法士 理学療法士 言語聴覚士	放射線技師
常勤（実人数）								
非常勤 （常勤換算）								
	管理 栄養士	介護職員	看護 補助者	臨床工学 技師	事務職員	栄養士 その他	合計	これらのうち ケアマネジャ ー
常勤（実人数）								
非常勤 （常勤換算）								

*非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください（小数点以下第1位まで）。

■1週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴院が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）

■1か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴院が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

夜間休日の看護職員、看護補助職員の配置（平均的な配置状況）

	夜間	休日
看護職員	常勤換算 マス追加 . 人	常勤換算 . 人
看護補助職員（看護助手など）	常勤換算 . 人	常勤換算 . 人

★有床診療所で働く魅力についてお尋ねします。医師または看護職員のご回答をお願いします。（〇はいくつでも）

<p>医師として</p> <ol style="list-style-type: none"> 自身の専門性をより生かし、高めることができる 地域医療に貢献できる 医療の幅を広げることができる 診療を自身の判断で決めることができる 患者にしっかりと寄り添うことができる 他の医療職とのコミュニケーションが取りやすい その他（ ） 	<p>看護職員として</p> <ol style="list-style-type: none"> 自身の専門性をより生かし、高めることができる 地域医療に貢献できる 看護の幅を広げることができる 柔軟な働き方ができる 患者にしっかりと寄り添うことができる 他の医療職とのコミュニケーションが取りやすい その他（ ）
---	---

ご協力ありがとうございました。ご担当者様の名前・連絡先をお教えてください。

担当者 氏名		担当部・課名	
e-mail アドレス		電話連絡先	() -
		FAX番号	() -

令和元年(2019年)有床診療所の現状調査

【2】財務票

まことに勝手ながら7月10日(水)までに【1】施設票、【3】患者票とともに、同封の返信用封筒でご返送いただきますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

(1-1) 前年度・前々年度の財務(年次決算書に基づいてご記入ください)

【前年度は、平成30年4月から平成31年3月の間に終了する年度、
前々年度は、平成29年4月から平成30年3月の間に終了する年度です】

① 収益 (該当しない項目は空欄でなく、必ず「0」をご記入ください)

		前年度										前々年度											
		十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	円	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	円
医業	入院収益											円											円
	うち正常分娩費(産婦人科のみ)											円											円
	外来収益											円											円
	その他の医業収益											円											円
	医業収益合計(a)										円											円	
介護	介護収益(有床診療所に関わる部分のみ)(b)										円											円	
	医業収益と介護収益の合計(a)+(b)										円											円	
	医業外収益と介護外収益の合計(c)										円											円	

※入院収益：保険診療(患者負担含む)、公費医療、労災、自賠責、自費診療、室料差額収益を含む。外来収益：保険診療(患者負担含む)、公費医療、労災、自賠責、自費などを含む。その他の医業収益：保健予防活動収益、受託検査収益など。介護収益：有床診療所の施設内など診療所に係る部分のみ。施設サービス収益(保険外の利用による収益を含む)、居宅サービス収益(保険外の利用による収益を含む)、その他の介護収益(文書料)など。医業外収益：受取利息及び配当金、有価証券売却益、運営費補助金収益、雑収入など。介護外収益：借入金利息、補助金収入など。

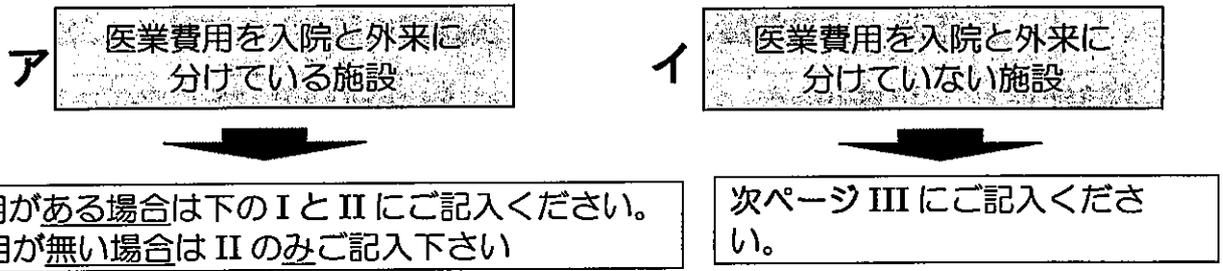
② 費用 (該当しない項目は空欄でなく、必ず「0」をご記入ください)

		前年度										前々年度											
		十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	円	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	円
医業費用+介護費用	医薬品費											円											円
	材料費											円											円
	給与費											円											円
	委託費											円											円
	減価償却費											円											円
	その他の医業費用・介護費用											円											円
	医業費用と介護費用の合計(d)										円											円	
	医業外費用と介護外費用の合計(e)										円											円	
	経常利益(a)+(b)+(c)-(d)-(e)										円											円	

※医業外費用…支払利息、診療費減免額、医業外貸倒損失など 介護外費用…借入金利息

(2) (可能な場合のみ) 前年度の入院費用と外来費用をお教えてください

入院医療の経営安定性を判断するためには、医業費用を入院と外来に分けて分析することが必要です。以下、アまたはイのいずれかを選択のうえ、ご協力お願い申し上げます。



I 費用項目の医業と介護の分類

ここでの介護費用は前頁の介護収益に関わる介護費用で、有床診療所の施設内で実施する介護に伴う費用です。

	医業費用										介護費用 (有床診療所に係る部分)											
	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	円	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	円
医業費用	①医薬品費										円											円
	②材料費										円											円
	③うち給食材料費										円											円
	④給与費										円											円
	⑤委託費										円											円

II 医業費用の入院と外来の分類 → 記入が困難な場合は、次ページ(p.3)のIIIにお進みください。

	入院に関わる費用										外来に関わる費用											
	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	円	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	円
医業費用	①医薬品費										円											円
	②材料費										円											円
	③うち給食材料費										円	/										
	④給与費										円											円
	⑤委託費										円											円

III. 前年度の医業費用を入院と外来に按分するため、以下のA. ～ C. にご記入ください。

A. 医薬品費、材料費、委託費について、入院・外来・介護に費やした金額のおおよその比率をお教えてください。（ここでの介護費用は1頁の介護収益に関わる介護費用で、有床診療所の施設内で実施する介護に伴う費用です。）

職種	入院医療に費やした金額の比率	外来医療に費やした金額の比率	介護に費やした金額の比率	計
① 医薬品の使用額	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	100%
② 材料の使用額	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	100%
③ 委託費	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	100%

B. 職員の総勤務時間のうち、入院診療、外来診療、介護にかけている1週間のおおよその時間数からそれぞれの比率(%)をお教えてください。（平均的診療業務の場合で計算してください。）

職種	入院医療に費やした時間	外来医療に費やした時間	介護に費やした時間	計
① 医師(全員)	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	100%
② 看護師・ 准看護師(全員)	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	100%
③ 看護補助職員(全員)	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	100%
④ 介護職員(全員)	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	100%
⑤ その他職員(全員)	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	100%

ここでの介護職員の勤務時間は有床診療所の中での介護サービスに関わる勤務時間です。

※必要でしたら次ページの勤務時間数計算表をお使いください。

C. 最後に、p.1にご記入いただいた「給与費」の職種別総額をお教えてください。

(常勤職員と非常勤職員を対象とし、給与、賞与、福利厚生等を含めた総額です。)

	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	円
① 医師 [総額]											円
② 看護師・准看護師 [総額]											円
③ 看護補助職員 [総額]											円
④ 介護職員 [総額]											円
⑤ その他職員 [総額]											円

<補足> 勤務時間数計算表 前ページ B. の記載にあたって必要でしたら下記の表を時間数記入のメモとしてお使いください

	月			火			水			木			金			土			日			計		
	入院	外来	介護																					
医師																								
看護師・ 准看護師																								
看護補助 職員																								
介護職員																								
その他職員																								

ご協力ありがとうございました。

ご担当者の連絡先をお教えてください。ご記入にあたり公認会計士または税理士に外部委託されている場合はご連絡先をお教えてください。

担当者 氏名		担当部・課名	
e-mail アドレス	@	電話連絡先	() -
		FAX番号	() -
会計士または 税理士 氏名		会社名	
e-mail アドレス	@	電話連絡先	() -
		FAX番号	() -

<お問い合わせ先>

(1) 直近事業年度の補足説明

損益計算書の医業収益および医業費用について：

- 個人立は青色申告決算書又は収支内訳書(平成28年分)からご記入ください。法人は法人税申告書に添付した損益計算書(直近の年度)をもとにご記入ください。
- 医業収益は、入院収益と外来収益が分かれていない場合、毎月の社保、国保の請求書の総括票を集計して記入ください。(減点や過誤調整による誤差は無視してください)。
- 医業費用は、項目の分離ができない場合は合計をご記入ください。
- 家計分は含めないでください。

記入が難しい場合は、税理士・会計士のいる施設では、その方にご記入を依頼ください

(介護事業を行っていない診療所は、医業部分のみご記入ください)

(1) 収益

医業	入院収益(自費診療を含む)	入院患者の医療に係る保険診療収益(保険者請求分+公費負担医療にかかる支払基金・国保連等に対する請求分+窓口徴収分)、公害医療、労災保険、自動車損害賠償責任保険、自費診療、特別室の特別料金徴収額、特別食費など。
	うち正常分娩費	自費診療部分(正常分娩)※産科、産婦人科のみ記入。
	外来収益	外来患者の医療に係る保険診療収益(保険者請求分+公費負担医療にかかる支払基金・国保連等に対する請求分+窓口徴収分)、公害医療、労災保険、自動車損害賠償責任保険、自費診療、など。
	その他の医業収益	学校医・産業医・当番医手当、健診、予防接種、受託検査収益、臨時に他の医療機関を手伝って得た診察受託料、主治医意見書作成料、文書料(診断書料)など。
	医業収益 合計(a)	入院収益、外来収益、その他の医業収益の合計。
介護	介護収益 合計(有床診療所に関わる部分のみ)(b)	施設サービス収益(保険外の利用による収益を含む)、居宅サービス収益(保険外の利用による収益を含む)、その他の介護収益(文書料)などの合計金額。
医業収益と介護収益の合計(a)+(b)		(a)と(b)の合計。
医業外収益と介護外収益の合計(c)		受取利息、配当金、有価証券売却益、補助金収益(運営費に限る)、患者外給食収益、など。

(2) 費用

医業費用十介護費用	医薬品費	該当する事業年(度)に消費した医薬品(投薬用薬品、注射用薬品(血液、プラズマ含む)、外用薬、検査用試薬、造影剤など)の金額。 損益計算書で「医薬品費」を独立科目として表示していない場合は、その事業年(度)の医薬品購入額。
	材料費(給食材料費を含む) ※医薬品費とまとめておられる場合は合算でも結構です。	診療材料費(カテーテル、縫合糸、レントゲンフィルムなど)。 医療消耗器具備品費(医療用の器械・器具のうち、注射針、注射筒・ゴム管・体温計など1年以内に消費されるものまたは固定資産の計上基準額に満たないもの)。給食用材料費
	給与費(賞与などを含む)	常勤および非常勤役職員の「現金給与額(扶養手当、時間外勤務手当、夜勤手当、危険手当、通勤手当等、の諸手当を含む。また、看護師養成施設等に通う職員の授業料等を支給している場合も含む)」、「賞与支給額」、「一時金(期末手当等)」、「退職金」「法定福利費(直近の事業年度内に支給した社会保険料、労働保険料および児童手当拠出金の事業主負担額)」
	委託費	検査、患者給食、寝具、清掃、医事、医療廃棄物、警備、各種医療器械保守などの外部に委託した費用。
	減価償却費	建物、建物附属設備、医療機器等の年間減価償却費。
	その他の医業費用・介護費用	上記に含まれない医業費用・介護費用(通信費、消耗費(カルテや検査伝票、会計伝票などの医療用または事務用の用紙、帳簿、電球、洗剤など)、光熱水費、土地建物賃借料、医療機器リース料など)
医業費用と介護費用の合計(d)		医薬品費、材料費、給与費、委託費、減価償却費、その他の医業費用・介護費用の合計
医業外費用と介護外費用の合計(e)		支払利息、患者外給食用材料費、診療費減免額 など
経常利益(a)+(b)+(c)-(d)-(e)		(医業収益 合計(a)+介護収益 合計(b)) + (医業外収益と介護外収益の合計)(c) - (医業費用と介護費用の合計)(d) - (医業外費用と介護外費用の合計)(e)

令和元年(2019年)有床診療所の現状調査

令和元年 月 日 記入

有診XIV 0107④

調査主体：全国有床診療所連絡協議会
日本医師会

【3】患者票 現在入院されている患者さんについてご記入ください。

入院患者数 名 のことについて記入
※入院患者がいない場合は、0を記入してください。

7月10日(水)までに施設票、財務票とともにご返送ください。

貴院のご都合のよい日を決めて、その日の入院患者さんの現状と病態を、可能な範囲でお教えてください。各設間に○をつけてください。特別に記載がなければ○は1つです。

A	B	C	D	E	F	G	H			I			J			
							65歳以上の高齢患者さんの場合			要介護度				同居の有無		
							入院理由(○はいつても)			在宅医療医療				医療区分(療養病床のみ)		
性別	年齢(歳)	1 2 3 一般病棟 介護療養病棟 療養病棟	1 2 3 予定入院 緊急入院 ショートステイ	1. 急性疾患、急性増悪、外傷、緊急手術 2. 予定手術 3. 分娩 4. 継続的な医療管理、化学療法、抗がん剤や特殊薬の投与 5. 検査・教育入院 6. リハビリ 7. 終末期医療 8. 緩和ケア 9. 在宅医療での医療提供が困難(独居、介護者不足等による) 10. 介護施設での対応が困難 11. レスパイト 12. その他	1.1~7日 2.8~14日 3.15~30日 4.31日~3ヵ月未満 5.3ヵ月~6ヵ月未満 6.6ヵ月~1年未満 7.1年以上	1.自宅 2.自院の介護・福祉施設 3.自院以外の介護・福祉施設 4.病院 5.その他	1 2 3 在宅医療は実施していない 他院が実施 自院が実施	0.非該当 1.要介護1 2.要介護2 3.要介護3 4.要介護4 5.要介護5 6.未申請・申請中 7.要支援1、要支援2	1 2 3 3 介護施設・高齢者向け住宅等 高齢者以外の同居者あり 高齢者のみの世帯 一人暮らし(独居)	日常生活自立度(※1)						
1	男女	1・2・3	1・2・3	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5	1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
2	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
3	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
4	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
5	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
6	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
7	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
8	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
9	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
10	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
11	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
12	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
13	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
14	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
15	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
16	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
17	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
18	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
19	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					
20	男女	1・2・3	1・2・3		1・2・3・4・5・6・7		1・2・3	1・2・3	0・1・2・3・4・5・6	1・2・3	自立・I・II・III・IV・M・不明					

※1 認知症の日常生活自立度
I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立
II 誰かが注意していれば自立できる状態
III 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難が見られ、介護を必要
IV 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要
M 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態

「2019 年有床診療所の現状調査」(第 6 回) (案)

目的

地域における有床診療所の機能強化が期待される中、平成 30 年度診療報酬改定を踏まえ、有床診療所の経営への影響と運営課題を把握しエビデンスを構築する。

(本調査は、全国有床診療所連絡協議会会員の協力を得て、診療報酬改定の年の毎翌年に、2009 年から継続して実施してきており、経時変化の把握が可能である。)

調査設計

【調査対象】 全国有床診療所連絡協議会会員 2,009 施設(2,422 のうち病床稼働施設)

【調査時期】 2019 年 6 月(7 月半ば締切)

【調査方法】 郵送法

【調査内容】

診療の状況と課題(【1】施設票)

経営収支と入院外来コスト分析(【2】財務票)

入院患者の実態(【3】患者票)

【公表次期】 2019 年 9 月(予定)

調査項目の概要

【1】施設票

- 従来からの継続項目、前回改定の新規項目算定の有無
- 承継、看護職員の夜間勤務形態、地域連携
- 医療と介護を一体的に提供する機能について

【2】財務票

- 年次決算書に基づく収支(平成 30 年度、平成 29 年)、入院コスト計算

【3】看護票(200 施設抽出予定)

- 看護職員の属性、勤務状況、意識、有床診療所で勤務することについて

詳細

【1】施設票

- 従来からの継続項目、前回改定の新規項目算定の有無
- 承継、看護職員の夜間勤務形態、地域連携
- 医療と介護を一体的に提供する機能について

期待する結果と提言

- 看護職員の夜勤への変更の可能性
- 複数医師の確保は可能か
- 機能に対する評価を進めるためのエビデンス
 - 地域連携推進、緊急入院、院内看取り、夜間の看護(の充実)、複数医師による医療安全の推進
 - 夜間緊急体制確保加算(15点)(H26改定)「入院患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること」
 - 認知症患者対応
 - 開放病床 など

【2】財務票

- 年次決算書に基づく収支(平成30年度、平成29年)、入院コスト計算
- #### 期待する結果
- 前回改定の影響・介護連携加算の効果
 - 中医協実調はN数は少なく、個票がないため、収支と運営体制や診療内容との紐づけはできないので、本調査で機能と収支の関係を明らかにする
 - 収支状況がよい施設はどのような機能を果たしている施設か(モデル診療所)

【3】患者票

- 入院患者の属性からどういう患者が多いか
 - 診療科別、

期待する結果

- 今まで以上に介護度が高く、認知症が重い患者が増加して、ケアの負担が増大