

令和元年度  
有床診療所委員会  
中間答申

令和元年7月

日本医師会  
有床診療所委員会

令和元年7月18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5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。

## 有床診療所委員会委員

- 委員長 齋藤 義郎 (徳島県医師会会長)
- 副委員長 前田津紀夫 (日本産婦人科医会副会長)
- 委員 青木 恵一 (青木会計代表社員)
- 〃 赤崎 正佳 (奈良県医師会理事)
- 〃 大柿 悟 (熊本県医師会理事)
- 〃 尾形 裕也 (九州大学名誉教授)
- 〃 岡部 實裕 (北海道医師会常任理事)
- 〃 小俣 二也 (山梨県医師会理事)
- 〃 鹿子生健一 (全国有床診療所連絡協議会会長)
- 〃 新妻 和雄 (福島県医師会常任理事)
- 〃 野川 秀利 (岐阜県医師会常務理事)
- 〃 長谷川 宏 (長崎県医師会常任理事)
- 〃 松本 光司 (全国有床診療所連絡協議会専務理事)
- 〃 森久保雅道 (前東京都医師会理事) 令和元年7月15日まで
- 協力者 江口 成美 (日本医師会総合政策研究機構研究部専門部長)

## 目 次

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 1. はじめに                  | 1  |
| 2. 人材確保の観点を中心とした診療報酬改定要望 | 2  |
| 3. その他の人材確保対策について        | 7  |
| 4. 事業承継税制と税制要望           | 11 |
| 5. おわりに                  | 14 |

## 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6,808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、さらに開設者の高齢化や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、地域や患者さんの多様なニーズに応じて、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にする。

## 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」<sup>1</sup>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。

<sup>1</sup> 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 | 60 点  |
| 看護配置加算 2   | 20 点 | 35 点  |
| 夜間看護配置加算 1 | 85 点 | 100 点 |
| 夜間看護配置加算 2 | 35 点 | 50 点  |
| 看護補助配置加算 1 | 10 点 | 30 点  |
| 看護補助配置加算 2 | 5 点  | 15 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（実際には、必ずしも一律に1人月額8万円給与が上がるという話ではない）。

介護施設の介護職員の処遇改善に伴い看護職員の給与の引き上げを行う事業所もあり、賃金水準が上がることで、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<sup>1)</sup>。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<sup>1)</sup>。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有床診療所では、院長の給与を引き下げて、子の給与にあてている事例もある。

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<br>・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<br>・在宅療養支援診療所で訪問診療を実施<br>・急性期医療を担う診療所 | 150 点 |
| 医師配置加算 2 | 60 点<br>・当該診療所の医師数が2以上   | 80 点  |



## 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、地域医療介護総合確保基金の中で「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。<br>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<br>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。<br>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。<br>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数料、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) 重負担患者（認知症等）に関する評価について

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。

### 例3：乳腺炎重症化予防ケア・指導料 B001・29

病院に限定されたものではないが、施設基準として「乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を5年以上有し、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師が、1名以上配置されている」ことが要件とされ、実際には日本助産評価機構の認定する「アドバンス助産師」が想定される。有床診療所では「アドバンス助産師」の認証を受けた助産師はほとんどいないが、産後の乳房ケアには力を入れて取り組んでおり、施設基準の緩和を要望する。

### 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

地域医療介護総合確保基金は、「経済財政運営と改革の基本方針」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<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療を実施する有床診療所であること</li> <li>・補助申請の前月末時点で非稼働病床があること</li> <li>・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</li> <li>・医師又は看護職員を新たに雇用すること</li> <li>・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。</li> </ul> |
| 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<br>⇒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<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul><br>(略)  |
| 補助基準額    | [医師] 夜間：70千円/日、休日：50千円/日<br>[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<br>（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<br>・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<br>・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。<br>・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)<br>※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。<br>※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。

令和元年 7 月 1 日付け厚生労働省労働基準局長通知「医師、看護師等の宿日直許可基準について」では、宿直について次のような解釈が示されている。

すなわち、夜間に十分な睡眠がとり得ること、通常の勤務時間の拘束から解放された後のものであること、宿日直中に従事する業務は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、一般の宿日直許可の条件を満たしていることが要件となる。業務については、看護職員について「病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時件脈、検温を行うこと」などが例示として挙げられて

いる。

また、宿日直中に、通常の勤務時間と同態様の業務に従事すること（医師が突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等に対応すること、又は看護師等が医師にあらかじめ指示された処置を行うこと等）が稀にあったときについては、一般的にみて、常態としてほとんど労働することがない勤務であり、かつ宿直の場合は、夜間に十分な睡眠がとり得るものである限り、職日直の許可を取り消す必要はなく、また、当該通常の勤務時間と同態様の業務に従事する時間について、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。

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、看護師等の宿日直許可基準について」（厚生労働省労働基準局長通知 令和元年7月1日）（抜粋）

1 医師等の宿日直勤務については、次に掲げる条件の全てを満たし、かつ、宿直の場合は夜間に十分な睡眠がとり得るものである場合には、規則第23条の許可（以下「宿日直の許可」という。）を与えるよう取り扱うこと。

(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。すなわち、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、通常の勤務時間の拘束から解放されたとはいえないことから、その間の勤務については、宿日直の許可の対象とはならないものであること。

(2) 宿日直中に従事する業務は、一般の宿日直業務以外には、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。例えば、次に掲げる業務等をいい、下記2に掲げるような通常の勤務時間と同態様の業務は含まれないこと。

- ・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
- ・ 医師が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間（例えば非輪番日であるなど）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
- ・ 看護職員が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間（例えば非輪番日であるなど）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
- ・ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと

(3) 上記(1)、(2)以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていること。

2 上記1によって宿日直の許可が与えられた場合において、宿日直中に、通常の勤務時間と同態様の業務に従事すること(医師が突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等に対応すること、又は看護師等が医師にあらかじめ指示された処置を行うこと等)が稀にあったときについては、一般的にみて、常態としてほとんど労働することがない勤務であり、かつ宿直の場合は、夜間に十分な睡眠がとり得るものである限り、宿日直の許可を取り消す必要はないこと。また、当該通常の勤務時間と同態様の業務に従事する時間について労働基準法(昭和22年法律第49号。以下「法」という。)第33条又は第36条第1項による時間外労働の手続がとられ、法第37条の割増賃金が支払われるよう取り扱うこと。

したがって、宿日直に対応する医師等の数について、宿日直の際に担当する患者数との関係又は当該病院等に夜間・休日に来院する急病者の発生率との関係等からみて、上記のように通常の勤務時間と同態様の業務に従事することが常態であると判断されるものについては、宿日直の許可を与えることはできないものであること。

3 宿日直の許可は、一つの病院、診療所等において、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って与えることができるものであること。例えば、医師以外のみ、医師について深夜の時間帯のみといった許可のほか、上記1(2)の例示に関して、外来患者の対応業務については許可基準に該当しないが、病棟宿日直業務については許可基準に該当するような場合については、病棟宿日直業務にのみ限定して許可を与えることも可能であること。

4 小規模の病院、診療所等においては、医師等が、そこに住み込んでいる場合があるが、この場合にはこれを宿日直として取り扱う必要はないこと。

ただし、この場合であっても、上記2に掲げるような通常の勤務時間と同態様の業務に従事するときには、法第33条又は第36条第1項による時間外労働の手続が必要であり、法第37条の割増賃金を支払わなければならないことはいうまでもないこと。

#### (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構築が望まれる。

## 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の継続が可能と

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（経過措置）という位置づけが理由かと考えるが、医療法人は、地域医療の中核を担う法人であるとともに、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」も中小企業の事業承継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と熟慮が必要であり、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間を要する場合がある。そこで、持分放棄に向けた検討と同意のための十分な時間を確保するため、また、8要件を満たすための十分な準備期間を確保するために、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。