

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.710 2022.2.15

医療情報ヘッドライン

**看護職員派遣の補助を引き上げ
臨時医療施設の設置促進に伴う措置**

▶厚生労働省

**オンライン初診料、251点に
実施は原則「かかりつけ医」**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

週刊 医療情報

2022年2月8日号

**診療報酬改定の
パブリックコメント結果を報告**

経営TOPICS

統計調査資料

**介護保険事業状況報告(暫定)
(令和3年8月分)**

経営情報レポート

**感染症対策と働き方改革を推進
2022年度診療報酬改定の概要**

経営データベース

ジャンル:業績管理 > サブジャンル:業績管理と予算管理

**資金繰り改善の種類と流れ
資金調達のための手法**

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

看護職員派遣の補助を引き上げ 臨時医療施設の設置促進に伴う措置

厚生労働省

厚生労働省は2月8日、「令和3年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の実施に当たっての取扱いについて」と題した事務連絡を発出。

臨時の医療施設や宿泊療養施設、高齢者施設に看護職員を派遣した場合の補助を、従来の「1人1時間当たり5,250円」から1.5倍引き上げた「1人1時間当たり8,280円」にするとした。緊急事態宣言もしくはまん延防止等重点措置が実施されている期間に限った特例で、今年1月9日以降が対象となる。

■感染管理認定看護師はわずか3,000名

「1人1時間当たり8,280円」という看護職員の派遣補助額は、昨年8月19日以降に設定された重点医療機関への派遣補助額と同額。このタイミングで引き上げられたのは、オミクロン株による感染拡大が続いているからだ。

事務連絡が発出された同日に行われた後藤茂之厚生労働相の会見では、「今後、感染の場が、保育所や高齢者施設に拡がり、社会経済活動の維持が困難になる事態や、入院治療を要する方が増加し、医療が逼迫する事態を避けることが重要」として、臨時医療施設の設置促進を明言。必然的に看護師が必要となることから、補助単価を引き上げるとした。

いわゆる「第6波」によって医療体制が逼迫し、各地で看護師不足が顕在化していることも、今回の措置の背景にあることは明らかだ。

看護師不足の問題が取り上げられると、離職率の高さや「潜在看護師」の多さが俎上に

載せられることが多い。そういった側面もあるのは確かだが、新型コロナウイルス感染症への対応ということを考えると、「潜在看護師」の復帰を促すだけで解決できる問題ではなさそうだ。

日本看護協会もそういった意識を持っており、昨年11月の厚労省「第8次医療計画等に関する検討会」における発表では、感染症対応スキルを持つ看護師が足りないことを訴えている。

具体的には、本来、感染管理を担う看護師が全国で約8,000人必要なところ、4割程度しか確保できていないというのだ。

感染症に関する高度な技術を持つ感染管理認定看護師は2021年3月現在で3,006名、感染症看護専門看護師はわずか90名だという。この人数でコロナ対応が可能なのか、甚だ疑問だ。

■東京・大阪で1,000床の増設が決定

実際、1月31日から800床（無症状・軽症者用）の稼働を開始した大阪のコロナ大規模医療・療養センターは、2月8日現在でまだ1名しか利用していない（1月31日現在、大阪の自宅療養者は32,810人、治療・療養方針が決まらない自宅待機者は45,985人）。利用者数が伸びない要因が、看護師不足にあるとは限らないが、安心して送り込める状態にあるとはいえないだろう。

岸田文雄首相は2月9日、東京・大阪で約1,000床の臨時医療施設を増設すると発表したが、箱だけつくって機能しないという状況にならないか、経緯を見守りたい。

オンライン初診料、251点に実施は原則「かかりつけ医」

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は2月9日の中央社会保険医療協議会総会で、オンライン初診料の点数を251点と提案し、了承された。現行の71点と比べると180点増、約コロナ特例下の214点と比べても37点増となる。

また、これに先立って1月28日に改訂された「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、オンライン診療は原則として「かかりつけ医」が行うこととされた。

■対面の「初診料」より低く設定された理由

効率的な医療に資するとして政府が推進するオンライン診療だが、2021年3月時点で医療機関の6割が施設基準の届出するっていない。さらに、そのうち6割以上が「今後も届け出の意向なし」と表明。医療界は、加速するオンラインシフトのトレンドと真逆の状況にあるといえる。

なぜそうなったのか。理由の1つは、診療報酬の低さだ。コロナ特例で214点に引き上げられたとはいえ、通常の対面診療での初診料は288点。74点も減収するのに、わざわざオンライン診療の設備を整えて対応する医師を配置しようとはなかなか思わないだろう。さらに、日本医師会が「対面診療とは診療行為の範囲が異なる」と表明しているように、オンライン診療では「触診・打診・聴診」ができないのも大きい。

対面診療ならば、それら次第で各種検査をシームレスに行い、適切な処置や薬剤の処方、専門医療機関への紹介も可能だが、オンライン診療ならばそうはいかないだろう。報酬の低さと、対面診療との診療行為の範囲の違い。

この2つの問題が、今回決まった点数にも反映されている。現行よりは高く、対面診療よりは低くしなければならないということで、初診料288点とコロナ特例下のオンライン診療料214点の中間をとった形だ。

■「かかりつけ医」以外は診療前相談が必要

「かかりつけ医」を原則としたのは、医師と患者間に信頼関係が必要だと考え方のつとっている。前述の指針では、かかりつけ医の必要性について「診療に当たり、医師が患者から必要な情報の提供を求めたり、患者が医師の治療方針へ合意したりする際には、相互の信頼が必要となる」と説明。かかりつけ医以外がオンライン診療を行う場合は、診療前相談の実施を義務付けた。

なお、見逃せないのは「患者に『かかりつけの医師』がない場合」も診療前相談を実施さえすればオンライン診療ができる点だ。

当たり前のように用語として使われている「かかりつけ医」だが、実は日本では制度化されていない（イギリス、フランス、ドイツなど欧州では制度化している国が多い）。

つまり、かかりつけ医の実施が原則と謳ってはいるものの、実質的には自由に受診できる状況だといえる。指針ではかかりつけ医を「日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師」と定義しているが、定性的な表現のため解釈には広い余地がある。オンライン診療の普及をなんとしても促進したい政府の意向が反映されたともいえるが、その効果がどの程度発揮されるのか注目したい。

医療情報①
中医協
総会

診療報酬改定のパブリック コメント結果を報告

中央社会保険医療協議会（会長・小塩隆士一橋大学経済研究所教授）が2月2日を開いた総会で、「令和4年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」に関するパブリックコメントの募集結果が報告された。意見提出件数は688件。意見者の属性は、年齢は40～64歳が65.4%、職業は歯科医師が49.4%で最も多く占めた。

歯科医師からは「SPT（歯周病定期治療）やCe（エナメル質初期う蝕）に対する処置など全ての歯科医療機関で給付可能な項目を、施設基準によって差別化しないこと」（同旨138件）、「在宅医療における医科歯科連携の推進について、不合理な施設基準要件を撤廃すること。特に、歯管の総合医療管理加算の施設基準を撤廃し、医管については歯科衛生士の配置要件を抜本的に見直すこと」（同旨124件）などの意見が集まった。

●オンライン初診恒久化の反対意見が10件

個別改定項目（短冊）の議論で公益裁定に持ち込まれた一般病棟用の重症度、医療・看護必要度については「新型コロナウイルス感染拡大の下での見直しは行うべきではない」（同旨5件）、「『心電図モニターの管理』を一律除外するのではなく、疾患（DPC）や治療内容、入院日数によって評価対象とするのが、より適切なのではないか。また、『一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧』が精緻化されてからの方がよいのではないか」（同旨1件）などの意見が寄せられた。

同じく公益裁定に持ち込まれたオンライン診療の評価については「オンライン初診の恒久化には賛同できない。あくまで対面診療の補完に留めるべき」（同旨10件）と推進に反対する意見が多かった。一方で「オンライン診療の価値と可能性を正当に評価すべき」「対面診療が足りている場所ではオンライン診療の点数は低く、対面診療が足りていない地域ではオンライン診療に加算をつけるべき」など推進を支持する意見もあった。

医療情報②
中医協
総会

22年度改定、 個別改定項目に最終合意

2月2日の中医協総会は、2022年度診療報酬改定に向けた個別改定項目について最終的に合意し、協議を終了した。

個別改定項目は、以下の「4つの「基本的視点」に沿って個別項目が示されている。

- ▼新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築
- ▼安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進
- ▼患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▼効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

22年度改定の答申は、2月9日にも行われる見通し。

●答申書附帯意見も大筋で了承

2月2日の中医協総会で、厚生労働省が示した2022年度診療報酬改定の答申書附帯意見の修正案について議論した。1月28日の会合での両側からの意見を踏まえたもので、大筋で了承した。支払側からの要望を受けた形で、新たな項目として「医薬品、医療機器および医療技術の評価について、保険給付範囲のあり方等に関する議論の状況も把握しつつ、適切な評価のあり方について引き続き検討すること」を追加した。

これにより、附帯意見は最終的に20項目となった。

医療情報③
中医協
総会

城守日医常任理事、 中医協の裁量縮小に不満示す

2月2日の中医協総会では、城守国斗委員（日本医師会常任理事）が審議のあり方に2つの苦言を呈した。

1つは、診療報酬改定に対して中医協以外の会議が影響力を増していること。中医協の役割について「中医協では社会保障審議会医療部会と同医療保険部会が作成した改定の基本方針を踏まえ、医療技術などの評価について、エビデンスに基づいて有効性と安全性を確認して保険財源を勘案して保険収載の可否を判断すると同時に、その技術が安全かつ適切に行使されるために算定要件や施設基準を決定している」と概観。そのうえで中医協と他の会議との関連を取り上げた。

「医療政策色の強いテーマについては中医協の外で一定の方針が決められることがあったが、その場合も詳細な制度設計は、中医協で有効性と安全性を確認して歪みが生じないように検討されてきた経緯がある」。これを念頭に城守委員は中医協の「権限縮小」ともとれる状況に不満を示し、「近年は中医協の外で詳細な制度設計まで言及されるテーマが散見されることはいかがなものか。診療報酬に関するテーマは、厚生労働大臣の諮問機関である中医協における主的な議論を踏まえて決定されるべきと具申する」と述べた。（以降、続く）

週刊医療情報（2022年2月8日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

介護保険事業状況報告(暫定) (令和3年8月分)

厚生労働省 2021年11月8日公表

概要

1 第1号被保険者数(8月末現在)

第1号被保険者数は、3,586万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(8月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、687.1万人で、うち男性が218.1万人、女性が469.0万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.8%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである。)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、403.0万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、88.3万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

5 施設サービス受給者数(現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

施設サービス受給者数は95.7万人で、うち「介護老人福祉施設」が56.2万人、「介護老人保健施設」が34.7万人、「介護療養型医療施設」が1.5万人、「介護医療院」が3.6万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない。)

6 保険給付決定状況(現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,708億円となっている。

(1) 再掲：保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅（介護予防）サービス分は4,132億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,401億円、施設サービス分は2,622億円となっている。

(2) 再掲：高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費

高額介護（介護予防）サービス費は224億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は59億円となっている。

(3) 再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

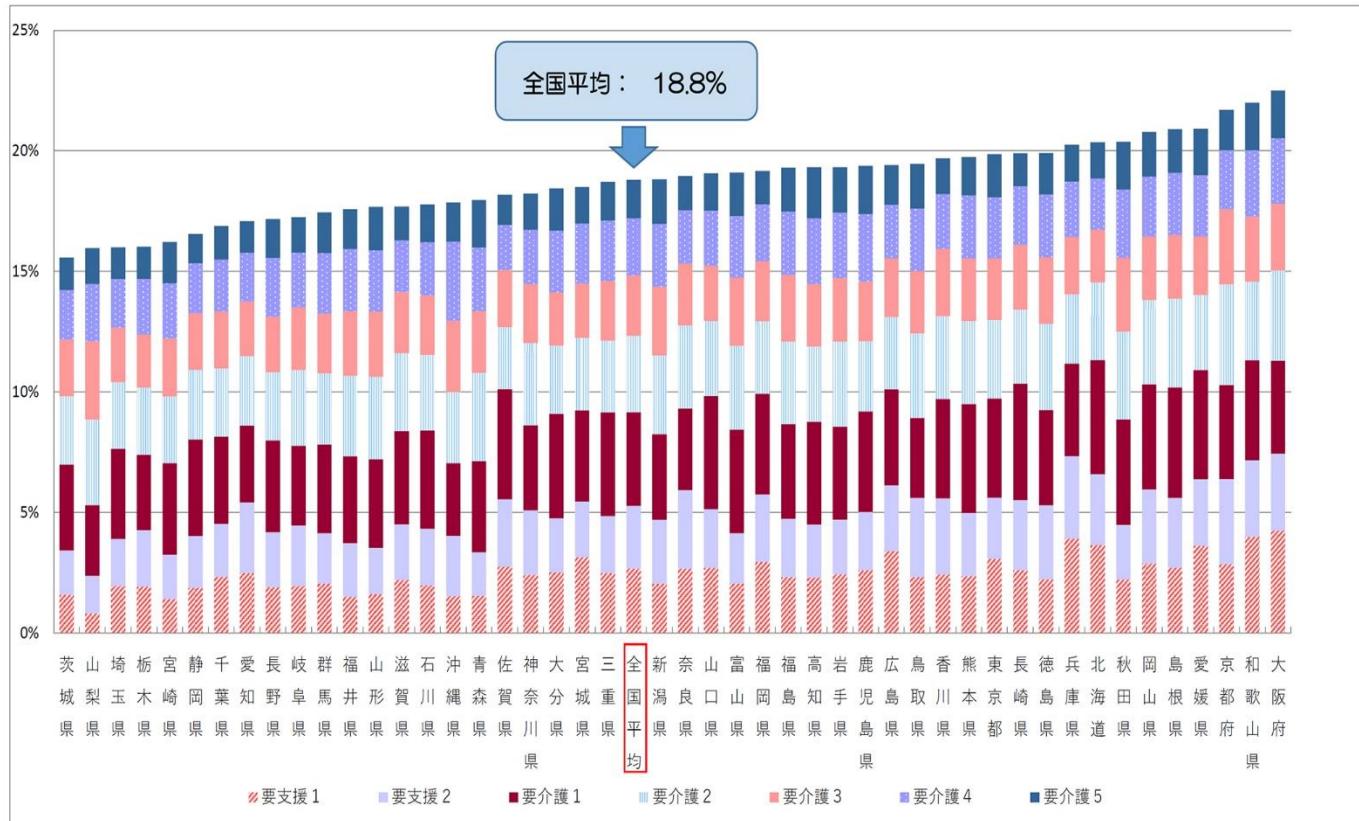
特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は270億円、うち食費分は168億円、居住費（滞在費）分は101億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である。）

第1号被保険者一人あたり要介護（要支援）認定者割合（要支援1～要介護5）

（単位：%）

【都道府県別】





制度改正

感染症対策と働き方改革を推進

2022年度

診療報酬改定の概要

1. 次期診療報酬改定の基本的方向性
2. 外来・在宅医療に関する改定のポイント
3. 入院医療に関する改定のポイント
4. 働き方改革推進とその他改定のポイント



■参考資料

厚生労働省：中央社会保険医療協議会資料

1

医業経営情報レポート

次期診療報酬改定の基本的方向性

■ 2022年度診療報酬改定の方向性

(1) 2022年度診療報酬は、前回に続き全体マイナス改定へ

次期診療報酬改定の改定率は、診療報酬本体部分が 0.43%引き上げられた一方で、薬価、材料価格の引き下げの影響により、全体改定率は 0.94%のマイナス改定となりました。

前回改定と同様に、全体改定率は引き下げられましたが、本体部分のプラス改定は今回で 8 回連続です。

本体部分の引き上げ幅には、看護職員の待遇改善への特例的な対応と不妊治療の保険適用のための特例的な対応の財源として、それぞれ 0.2%、合わせて 0.4% のプラス要因が含まれます。

その一方で、一定期間は再診を受けなくても繰り返し使えるリフィル処方箋^{*}の導入・活用促進による効率化によりマイナス 0.1%、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来でマイナス 0.1%、合わせて 0.2% のマイナス要因が含まれ、実質的な引き上げ幅は 0.23% です。

^{*}リフィル処方箋とは、一定の定められた期間内に反復使用できる処方箋のこと

◆ 2022年度診療報酬改定率等

【全体改定率】

▼0.94% (▼0.46%)

1. 診療報酬本体

+0.43% (+0.55%)

※うち、看護の待遇改善のための特例的な対応 +0.20% 及び不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.20% を含む

※うち、リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化 ▼0.10% 及び小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▼0.10% を含む

【各科改定率】

医科 : +0.26% (+0.53%)

歯科 : +0.29% (+0.59%)

調剤 : +0.08% (+0.16%)

2. 薬価等 ①薬価

▼1.35% (▼0.99%)

②材料価格

▼0.02% (▼0.02%)

(注) () 内は 2020 年度の改定率

2

医業経営情報レポート

外来・在宅医療に関する改定のポイント

■ 外来診療時の感染防止対策の評価新設

2022年がスタートした中で、新型コロナウイルスの新規感染者数が再び増加しています。

2022年1月26日現在では、全国の34都道府県に新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置が発出されています。

こうした中、2022年度診療報酬改定では感染防止対策の強化が進められ、診療所における外来診療時の感染防止対策に対する評価が新設されることとなりました。

具体的には、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価を行うとしています。

さらに、「外来感染対策向上加算」を届け出る場合には、「連携強化加算」と「サーベイランス※強化加算」の算定も可能となります。なお、個別改定項目の点数等については本レポート作成時点の1月時点では未確定となります。

※サーベイランスとは、医療関連感染の発生状況を把握し、その評価を感染防止対策に活用すること

■ 外来・在宅医療に関する改定とかかりつけ医機能評価の見直し

通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、患家において共同して必要な指導を行った場合について新たに評価を行います。

◆外来在宅共同指導料の概要

(新) 外来在宅共同指導料1 外来在宅共同指導料2

●対象患者

外来において継続的に診療（継続して4回以上外来を受診）を受けている患者であって、在宅での療養を行う患者（入院・入所患者等は対象外）。

●算定要件

- 指導料1は、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で文書により情報提供した場合に算定。
- 指導料2は、外来において患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関にて算定。

3

医業経営情報レポート

入院医療に関する改定のポイント

■ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療を評価

地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で、急性期入院医療を実施するための体制について新たな評価を行います。

◆急性期充実体制加算の概要

(新) 急性期充実体制加算（1日につき）

●対象患者

高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有する病院の入院患者

●算定要件

高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

●主な施設基準

- 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1に限る）を算定する病棟を有する病院であること。
- 感染対策向上加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。

また、重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床以上）を算定する病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることが要件化されます。

さらに、注目点としては、重症度、医療・看護必要度の評価項目について改定が行われる見通しで、現行の評価体系・項目では、処置や手術の該当割合が少ない内科系の急性期病床が影響を受ける可能性があります。

◆改定が予定されている重症度、医療・看護必要度の評価項目

- A項目の「心電図モニターの管理」を削除
- A項目の「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更
- A項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を1点から2点に変更

4

医業経営情報レポート

働き方改革推進とその他改定のポイント

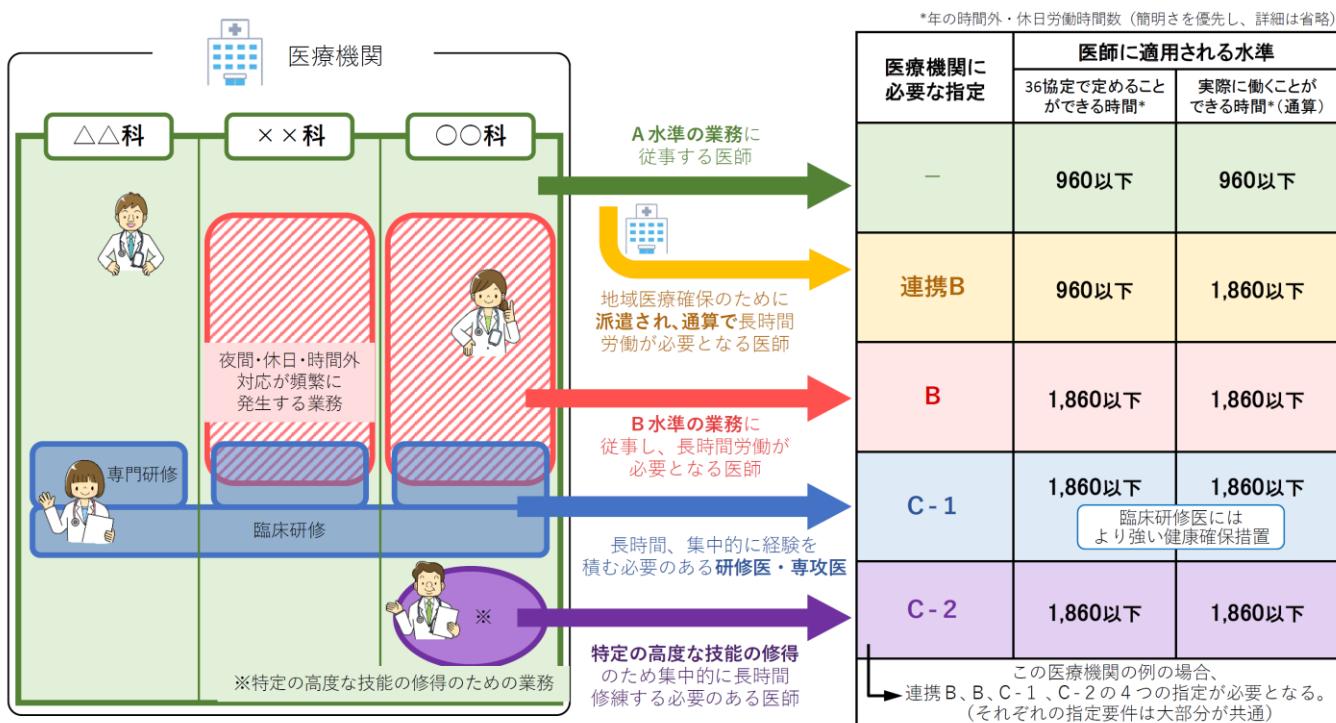
■ 働き方改革推進

(1)働き方改革推進概要と地域医療体制確保加算の評価見直し

医師についての時間外労働の上限については、2024年4月からの適用となります。

2024年4月からは下記のA水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、指定された事由となった業務に従事する医師にのみ適用されます。所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関はそれぞれの水準についての都道府県知事の指定を受ける必要があります。

◆各水準の指定と適用を受ける医師について



出典：中央社会保険医療協議会 総会（第503回）資料

医師の上限時間適用が迫る中、2022年度改定では、周産期医療又は小児救急医療を担う医療機関を、地域医療体制確保加算の対象医療機関に追加するとともに、評価が見直されます。

また、新たに「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に沿った計画の作成を地域医療体制確保加算の要件として追加する見込みです。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

ジャンル:業績管理 > サブジャンル:業績管理と予算管理

資金繰り改善の種類と流れ

資金繰り改善の種類と流れについて教えてください。

資金調達を検討する際に大切なことは金額と金利だけではありません。

その他に、調達可能金額や調達条件、自院経営権への影響度等様々な検討事項があります。

事業計画立案から資金調達までの業務フロー	
① 投下資金計画の立案	それぞれの形態にあわせて、必要となる項目ごとに見積りを算出し、投資計画の全体像を明確のするのが、投資計画の立案である。
② 資金調達計画の立案	融資のポイントは、金利の低さではなく、融資期間を長期に設定できる金融機関を選定することである。 毎月の返済額が少額であることが開業後の運営において有利となる。
③ 事業収支計画の策定	事業収支計画は、金融機関の融資交渉に重要な役割を果たすが、本来の姿は開業後の診療所経営の羅針盤になる指針である。 構成内容は『医業収入計画』、『医業原価計画』、『人件費計画』、『経費計画』、『減価償却費計画』。
④ 資金収支計画の策定	資金収支計画はキャッシュフローの流れを明示し、可処分所得を算定することになる。
⑤ 金融機関との融資交渉	金融機関は、借入金額によって、貸し出しの条件を変えてくるので、このとき、金利の低さを優先するのか、返済年数を優先するのか、借入側としてもドクターと十分打合せをしておくことである。 基本は『長期の返済期間』で『低金利』、『保証人も奥様のみ』担保は『自宅か診療所』という形態がベストである。
⑥ 融資申し込み手続き	融資の申請、手続きは、①融資の打診、②打診後の内諾、③正式書類提出、④正式融資の決定、⑤分割融資か一括融資か検討・決定、⑥分割の場合は手形融資契約で一部融資実行、⑦最終的に開業前に正式融資契約、⑧手形貸付分精算後、残額融資実行、という手順で行われる。
⑦ 資金調達の完了	金融機関の融資が終了した後、リース機関によるリース契約が行われ、資金調達が完了することとなる。リース料の支払い開始を保険請求収入の入金システムに合わせて、開業後3ヶ月目から実施する契約形態もある。 資金繰りを考慮して、これらを上手に活用することもポイントになる。

ジャンル:業績管理 > サブジャンル:業績管理と予算管理

資金調達のための手法

資金調達のための手法には、 どのようなものがありますか？

資金調達の方法は、自己資金の他に、（1）親族からの資金調達、（2）公的融資制度による借入れ、（3）金融機関からの借入れ、（4）リース契約の活用などがあります。

		<p>●贈与の活用 親族からの資金支援としては、金銭の贈与、資産の贈与、金銭の消費貸借が手法として挙げられる。</p> <p>●金銭消費貸借契約書 親族からの資金提供を受ける場合、贈与税を課税されないために、金銭消費貸借契約を締結することが重要。</p>
2	公的融資 制度による 借入れ	<p>●独立行政法人 福祉医療機構 一般的に医療機構融資と呼ばれているもので、過疎医療地域の病院診療所等を対象として、事業団の直接融資と各金融機関の代理貸付の2つの方法がある。代理貸付は、金融機関の了承が必要で、かつ融資までの承認期間（時間）がかかるため、一時、金融機関からのつなぎ融資が必要。</p> <p>●日本政策金融公庫 政策公庫からの融資も、承認手続きに時間がかかるので、早い段階での申請が必要。固定金利、および低金利がメリットの融資だが、自己資金の準備、担保、第三者保証人が必要になるなど、融資のための条件が厳しいものとなるため、あらかじめ留意する。</p> <p>●地方自治体制度融資 その地域内の事業所開設や納税を条件に、自治体が都県レベル・市区町村レベルで融資斡旋を行う制度。一般的には、これらの斡旋と保証協会の保証により、地元の金融機関から融資を受ける仕組みで、各自治体で融資斡旋条件は異なる。</p> <p>●医師会提携融資 医師共同組合が融資斡旋を行い、金融機関が融資を実行するシステムである。保証協会の保証が前提になる。医師会の入会が条件。</p> <p>●住宅金融支援機構 診療所併用住宅として一定の基準を満たせば、住宅部分の建設費については、支援機構の住宅貸付「フラット」の利用が可能。</p>
3	金融機関 からの 借入れ	<p>銀行との融資交渉にあたっては、しっかりした事業計画書を作成した上で、その事業計画の裏付けになる正確な資料を用意して融資交渉に臨むということが基本になる。</p> <p>そして、開業時の融資条件面でこだわるのは設定金利ではなく、借り入れの返済期間であるということを肝に銘じる。</p> <p>その上で毎月々の返済金額を減らしていく努力を計画の中でうたい、なおかつ長期の借り入れを銀行から勝ち取るというのが開業時の融資交渉で最も重要な。</p>
4	リース契約 の活用	通常リース契約を締結する際、その対象品目は医療機器、医療機器消耗品、そして事務機器が多い。リース期間については基本的に5年間で設定する。