

令和 6・7 年度
有床診療所委員会 答申

2026 年 4 月

日本医師会 有床診療所委員会

(白紙)

令和8年4月14日

日本医師会

会長 松本吉郎 殿

有床診療所委員会

委員長 河野雅行

有床診療所委員会 答申

本委員会は、令和6年11月14日に開催された第1回委員会において、貴職より「新たな地域医療構想等を見据えた、有床診療所の役割について」検討するよう諮問を受け、これまで7回の委員会を開催し、議論を重ねてまいりました。

ここに、これまでの本委員会の審議結果を取り纏めましたので、ご報告申し上げます。

目次

はじめに	1
第1章 新たな地域医療構想において求められる有床診療所のあり方について	3
1.1.本章について	3
1.2.有床診療所の医療機関機能	5
1.3.1 高齢者救急・地域急性期機能	7
1.3.2 在宅医療等連携機能	10
1.3.3.障害者施設等との連携	14
1.3.4. 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能	16
(1) 産科有床診療所	18
(2) 整形外科有床診療所	23
(3) 腎・泌尿器科有床診療所	29
(4) 眼科有床診療所	35
1.4.病床機能	39
1.5.地域医療構想調整会議への有床診療所の参画	45
第2章 人口規模別にみた有床診療所の現状と特性について	51
2.1.大都市での有床診療所	51
2.2.地方都市での有床診療所	53
2.3.人口の少ない地域での有床診療所	58
第3章 経営に関する現状と課題	62
3.1.経営に関する現状と課題	62
3.2.医業承継の推進と活用について	65
3.3.医療ニーズの変化に応じた病床数の適正化	77
第4章 有床診療所を支える施策のあるべき姿	80
4.1.国の施策・税制・財政支援に対する要望について	80
4.2.看護職員等の医療従事者や事務職員の人材養成・確保	90
4.3.「有床診療所」の啓発、認知度向上に向けた活動について	92
全体を通してのまとめ	95

【別紙】福島県医業承継バンクの状況_視点(福島県医師会報第87巻第5号(7.5))

有床診療所委員会 委員

委員長	河野 雅行	(宮崎県医師会会長)
副委員長	猿木 和久	(群馬県医師会参与)
委員	青木 恵一	(青木会計代表社員)
〃	小野 宏志	(静岡県医師会理事)
〃	木村 丹	(岡山県医師会常任理事)
〃	齋藤 義郎	(徳島県医師会会長)
〃	鈴木 伸和	(北海道医師会副会長)
〃	竹村 克己	(栃木県医師会常任理事)
〃	鉄村 信治	(奈良県医師会理事)
〃	新妻 和雄	(福島県医師会常任理事)
〃	西田 伸一	(東京都医師会理事)
〃	原 信哉	(日本眼科医会常任理事)
〃	平尾 健	(広島市医師会副会長)
〃	淵 直樹	(長崎県医師会常任理事)
〃	松本 光司	(全国有床診療所協議会専務理事)

はじめに

昨今の地域医療は多くの深刻な問題を抱えている。有床診療所もその例に漏れずに厳しい環境下に置かれており、全国の有床診療所数の減少は止まらない。全国の有床診療所数は2023年4月末の5,790施設から、2025年4月末には5,251施設と約9.3%減少している。病床数についても、同期間で78,071床から69,892床と約10.5%減少している。※1

診療報酬不足、患者数減、職員確保の困難等から経営困難となり、加えて院長の高齢化や承継問題等も関係し、無床化のみならず閉院に至るケースも増えている。従来地域医療を担ってきた有床診療所はまさに存亡の危機に立たされている。

新たな地域医療構想では二次医療圏を基礎とした構想区域ごとに医療機関機能・病床機能報告が求められ、医療を効率的かつ効果的に提供するためには連携、再編、集約化も必要とされている。在宅医療への偏重も顕著になっており有床診療所も連携を求められている。しかし、構想以前に個々の医療機関の存続自体が危ぶまれている。このような厳しい状況の中で、有床診療所は対策を講じて生き残りを図っていく必要がある。

先人の努力もあり、各方面で有床診療所に対する理解が次第に得られるようにはなったが、一般には未だ十分に認知されているとはいえない。有床診療所存続には普遍的な認識が必要であり、なお一層の啓発活動を要する。

今期の委員会では会長諮問に対して、様々な観点からアプローチを試みた。

大都市や地方都市、人口の少ない地域からの視点による検討、また専門科における特殊な対応、高齢者救急との関係、在宅医療や介護施設・障害者施設との連携、経営や承継に関する問題、国に対する要望、職員の養成・確保等について等であり、いずれの視点からの検討も重要である。

今後も2040年問題を始めとする多くの難問が立ちはだかり厳しい対応が要求されるが、地域医療の要ともいえる有床診療所の維持と発展を図って行きたい。

※1. 医療施設動態調査

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>

第1章 新たな地域医療構想において求められる

有床診療所のあり方について

1.1. 本章について

本章では、新たな地域医療構想において求められる有床診療所のあり方について論じる。国が目指している「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担の明確化を踏まえて、敢えて、地域の中で有床診療所が「治す」かつ「治し支える」事が出来る医療機関であることを論じる。

新たな地域医療構想において求められる有床診療所のあり方については、地域ごとの医療機関機能として、国は専門等機能の中に『有床診療所の担う地域に根ざした診療機能』と規定している。また、医療機関機能報告において、有床診療所においては、「基本的に専門等機能を選択するが、在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受け入れ等を担っている場合等については、地域の実情に応じて、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能として報告する。」とされた。

地域に根ざした「支える」機能としては、在宅での医療及び介護を支える中心的医療機関としてその役割を既に果たしている。「治す」機能として専門性を持ちながら総合医的機能を果たしており、密接な地域連携の中で急性期の治す医療から看取りまで幅広いニーズに応じて来ている。

有床診療所の各々の性格にもよるが、多くはいわゆる軽症から中等症まで

の急性期から慢性期、時には高度な専門的治療を行う機能を持つのが有床診療所である。特定の病態・病期への機能分化を求められている病院とは異なり、有床診療所はいわば融通無碍な「何でも診てくれる、いつでも入院させてくれる」昔ながらのお医者さんのイメージで理解して頂けるのではないか。

さらに、この章では、フルスペックが求められるような高額な大学病院並みの集学的医療ではなく、安価な費用でありながら地域で求められている医療を誠心誠意提供していることを論じたい。高齢者救急・地域急性期機能、有床診療所による在宅医療連携、有床診療所と障害者施設等と連携、専門等機能として特定の診療科に特化し、地域のニーズに応じた診療所機能、特に産科・整形外科・腎泌尿器科・眼科の立場から個別に論じる。

有床診療所の持つ幅広い病床機能についても論じ、この章の最後には有床診療所の病床が活かされて地域の入院医療の一躍を担うために、地域医療調整会議へ有床診療所が積極的に参画することを求める議論をしたい。

1. 2. 有床診療所の医療機関機能

特性を活かして担う、地域に根ざした有床診療所の診療機能は、外来診療機能と入院治療機能の2つに分けられる。

外来診療機能は「外来通院患者に限らず在宅での医療を提供したり訪問看護を実施するなどの他、地域連携の中で高齢者施設からの患者を受け入れたり、病診連携・診診連携を通じてその役割の中で適切に患者を受け入れ・紹介をしながら、地域の中で多くの患者の安全安心につながるような、幅広い外来診療を行うこと」である。外来・入院・また外来というサイクルが一つの医療機関で可能な有床診療所は、地域での『究極のかかりつけ医』と言っても過言ではない。入院治療機能は「自宅や介護施設・福祉施設で医療・介護サービスを受けている地域住民が地域連携の下で、いつでも困った時にどんな疾患であれ、或いは結果的に病気でなくても、その地域の中ですぐに初期対応及び治療が可能な病床を利用し、医療サービスを提供する機能」と思量する。

現在、有床診療所の入院治療機能としての役割は大きく分けて3つに類型化出来る。一つは出産や高度な手術行うなど専門的医療に特化した有床診療所、二つ目は総合医機能として急性から慢性期あるいはリハビリ・看取りまで行う有床診療所、三つ目は専門的医療も行いながら診療科に応じた総合医的機能も行う有床診療所に分けられる。治療の結果で治癒退院すればそれで良く、その治療の結果さらなる精査加療が必要な場合には、最終的に大学病院等の3次医療機関に繋げる役割もしっかりと果たしている。

また有床診療所では、病態の変化と共に病床機能に応じて転院や転病棟を強いられる病院病床とは異なり、退院まで同じ病床で療養が出来る。医療の消費者たる国民が求めるワンストップサービスが期待出来る入院機能を持つ医療機関である。加えて、地域住民にとっては見知った医療従事者がいる病床だからこそ安心して、大袈裟な言い方を許していただけるなら、入院して身を委ねることが出来る地域に根ざした医療機関なのである。

外来での『究極のかかりつけ医』であり、入院では『ワンストップサービスで入院治療が出来る』医療機関は他になく、有床診療所が「専門等機能」に位置付けられる所以ではないかと思量する。このように有床診療所はその能力に応じて地域住民の期待に十分に答え、外来診療と入院治療の両方を同じ場所で医療提供することができる貴重な医療資源である。

今まで述べてきたこれらの有床診療所の診療機能は、有床診療所が事業として持続可能な計画（事業継続計画 BCP）を作成可能な状況にあることが重要であり、経営面での BCP は診療報酬の多寡が決定的要因となる。現在の診療報酬のレベルでは立ち行かなくなるため、物価・賃金対応が歳出改革の中での「引き算」ではなく、「足し算」の論理となった「経済財政運営と改革の基本方針 2025」に大いに期待したい。さらには、地域の国民への安全安心な医療提供を担うためには、病床確保は必須であるため、再編集約化を円滑に行い地域での病床を確保する目的で、小規模病院病床や有床診療所病床などについて将来的に医療法改正を視野に入れた制度的検討が必要となるであろう。

1.3.1 高齢者救急・地域急性期機能

急性期病院の病床数は地域医療構想のもとで適正化が進められ、今後は限られた病床を真に高度急性期・急性期医療が必要な患者に優先的に充てることが求められる。このような状況の中で、有床診療所には地域の救急医療体制を支え、急性期医療の一部を担う存在として新たな役割が期待されている。

①高齢者救急の受け皿としての機能

有床診療所は地域に密着し、小回りの利く対応が可能であるため、軽症から中等症の高齢者救急搬送を積極的に受け入れる「高齢者救急拠点」としての機能が求められる。例えば、転倒による単純骨折や打撲、脱水、軽度肺炎、心不全の増悪などは有床診療所で十分に対応可能な症例も多い。これにより、急性期病院への不必要な搬送や入院を減らし、地域全体の医療資源の効率的活用につながる。

②早期リハビリテーション

高齢者は入院に伴う安静や活動低下によって、廃用症候群や認知機能の低下をきたしやすい。しかしながら、急性期病院では治療優先となり十分なりハビリ介入ができない場合も多く、有床診療所がリハビリ専門職を配置し、入院直後から訓練を開始することには大きな意義がある。

③退院後のリハビリ

退院後も外来リハビリや訪問リハビリを継続的に提供し、在宅生活における ADL 維持や介護予防に寄与する。これにより再入院を防ぎ、要介護度の進行を抑えることができる。

④地域の医療資源としての戦略的役割

有床診療所は、その機動性と地域密着性を活かし、24 時間体制で救急受け入れを行う「地域急性期のハブ」となりうる。夜間や休日の軽症救急対応、在宅療養中の急変時対応など、地域住民にとって身近で頼れる存在となることが重要である。また、感染症流行時や災害時には、一時的な入院や療養の受け皿として機能し、地域の医療提供体制の維持に貢献する。

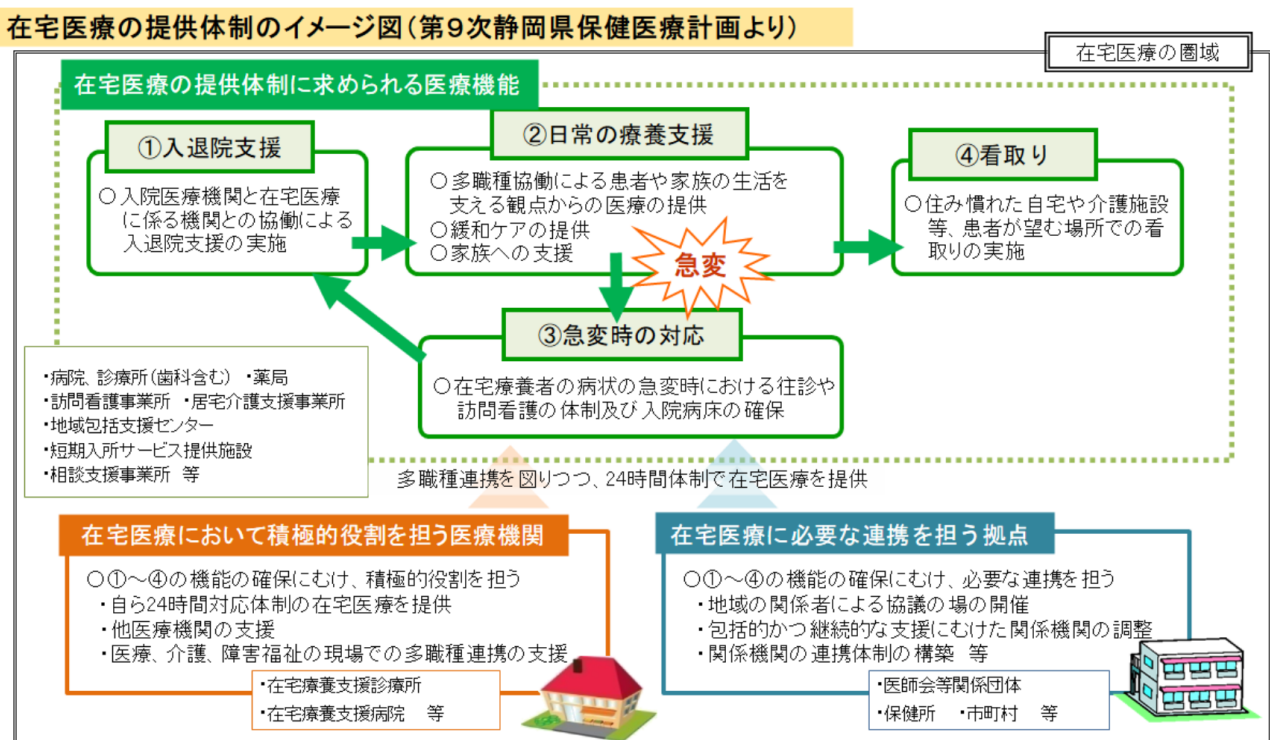
さらに、地域の健康増進や予防医療にも積極的に関わることで、医療機関としての信頼性を高める。健康教室や介護予防教室の開催、地域住民への医療相談など、日常的な関わりが緊急時の迅速な受け入れにもつながる。

以上の視点より、新たな地域医療構想のもと、有床診療所は単なる入院機能を持つ診療所ではなく、「救急から在宅までのシームレスな支援」を提供する地域包括ケアの中核拠点としての役割が求められている。高齢者救急の受け皿としての迅速な対応、早期リハビリによる機能回復支援、退院後の継続的なフォローアップ、そして医療・介護・福祉との連携体制の構築がその柱となる。これらを戦略的に実践することで、急性期病院の負担軽減と病床の有効活用、

そして地域高齢者の生活の質向上に大きく寄与できるだろう。とりわけ、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟などの医療資源が乏しい地域において、有床診療所はこれらの機能を補完する、地域にとって不可欠な医療施設として今後も存続しなければならない。

1.3.2 在宅医療等連携機能

有床診療所はその地域において在宅医療を提供する機能と、その地域の在宅医療を支援する機能を有する。在宅医療の提供体制において、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りが医療機能として求められるが、以下に示すように、有床診療所はそのどれにおいても深く関わることができる。



- ・ 訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導、訪問リハビリテーション等の提供
(地域の多職種との連携が必要)

②在宅医療を支援する機能

- ・ 高次医療機関での急性期医療を必要としない入院での急性期医療
(慢性疾患を抱える高齢者の肺炎、心不全の悪化、脱水)

- ・がんの疼痛緩和
- ・レスパイトケア
- ・看取り
- ・入退院においては、地域の他職種とも連携が求められる
- ・栄養指導・栄養に関する管理・口腔ケア
- ・リハビリテーション
- ・ACP

(外来・訪問診療・入院とシームレスに対応するため、ACPが自然な形で実施することが可能)

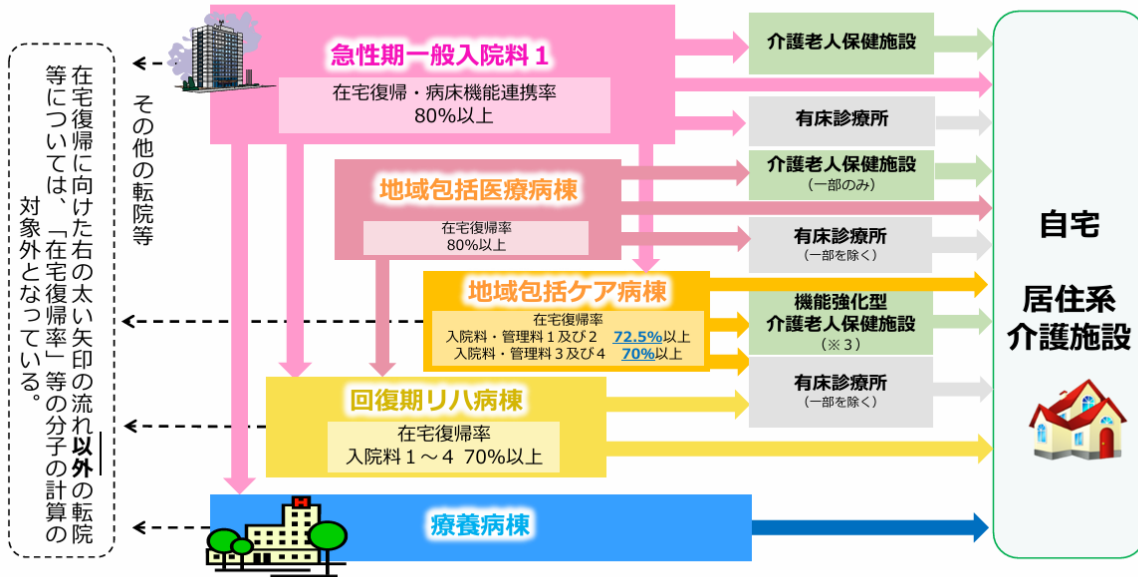
③医療・介護・福祉との連携

- ・他のかかりつけ医療機関からの依頼による入院加療、必要あれば訪問診療、診診連携が可能である。
- ・地域包括ケアシステムの中で、有床診療所は医療と介護のハブ拠点として機能することが期待される。急性期病院や回復期リハビリテーション病院とは、診療情報やリハビリ計画を共有し、転院の円滑化を図る。また、病診連携を促進するために、有床診療所への転院は在宅復帰先となりうるメリットを病院に周知する事も有用である（急性期病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟ならびに地域包括医療病棟からの在宅復帰先に有床診療所が含まれている）。※1

入院基本料・特定入院料ごとの在宅復帰率の考え方

中医協 総-4
5. 7. 5 改

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（）で示す。
※1, ※2



※1 転棟患者（自院内の転棟）は除く。
※2 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。
※3 機能強化型介護老人保健施設への退院患者数のうち、5割を在宅復帰率に反映。

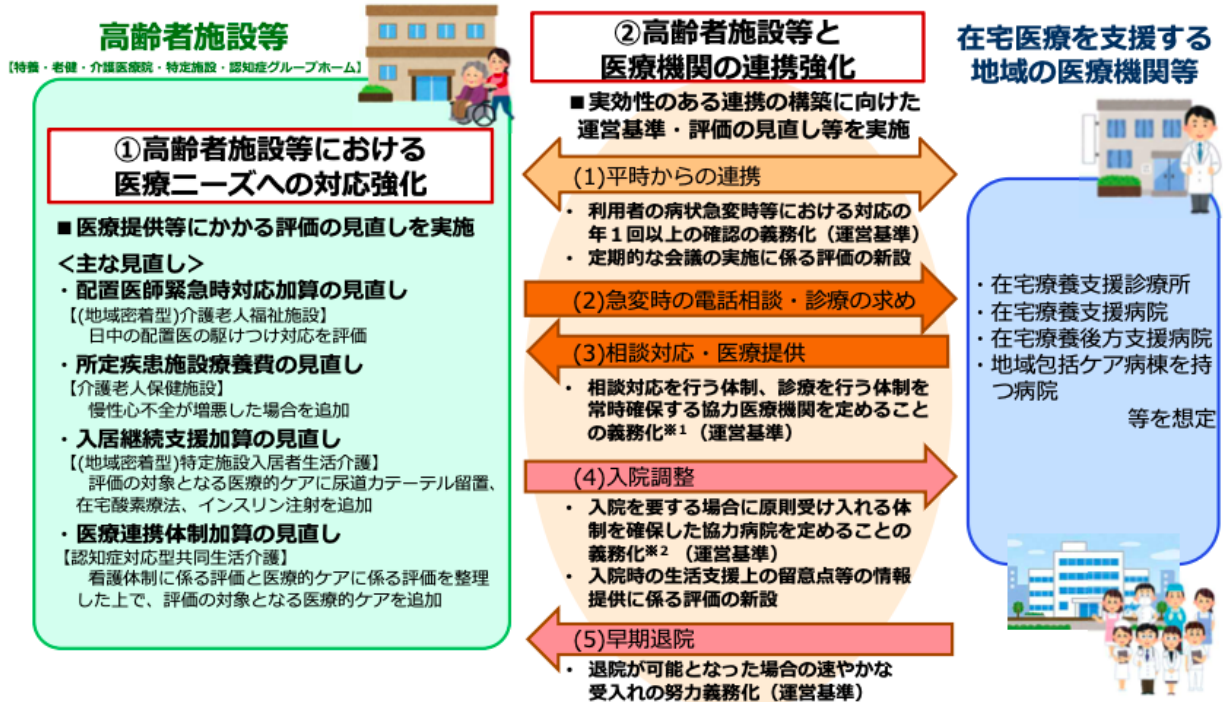
さらに、介護老人保健施設や特別養護老人ホームとは、入所前後の医療的管理やリハビリ継続に関して協力体制を整えるとともに、地域の訪問看護ステーションやケアマネージャーと連携し、患者の病状や生活環境に応じた支援を行う。こうした多職種連携を日常的に行うことで、患者一人ひとりに最適化された切れ目のない支援体制を構築することができる。

令和6年度の診療報酬改定において、高齢者施設と医療機関の連携強化を求められ、入院機能を有する有床診療所は、高齢者施設との連携強化が可能である。 ※2

※2. 「在宅医療・介護連携推進事業の取り組みについて 厚生労働省老健局老人保健課」資料より

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

○ 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容



※1 経過措置3年。(地域密着型)特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。 ※2 介護保険施設のみ。

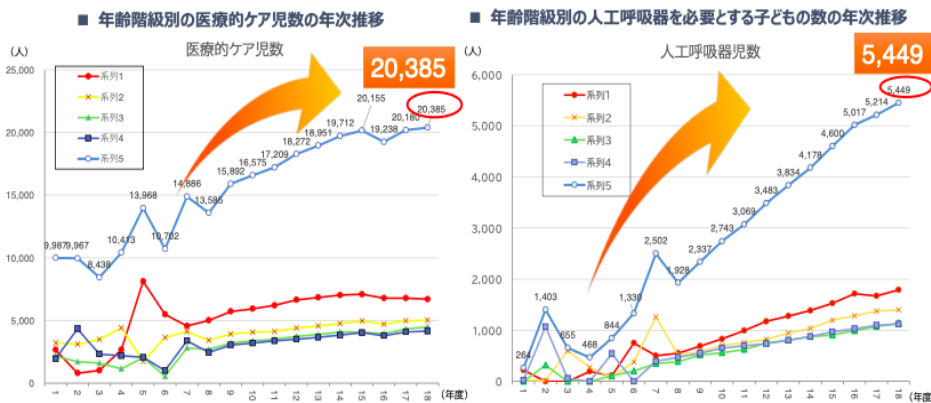
1.3.3. 障害者施設等との連携

医療的ケア児数が増加し、人工呼吸器児数も増加している中、高齢者と同様に医療的ケア児においても地域包括ケアシステムが動いており、その中には訪問診療や訪問看護等の訪問サービスや、レスパイトケアも必要とされる。また、医療的ケア児が成人移行した後は、介護者のご両親の高齢化により、入所あるいはショートステイの活用がそれまで以上に求められる。※1

※1. 令和5年度「在宅医療関連調査・講師人材養成事業」における「小児在宅医療の全体像(行政との関わり～制度まで)」抜粋(埼玉医科大学総合医療センター小児科奈倉道明先生)

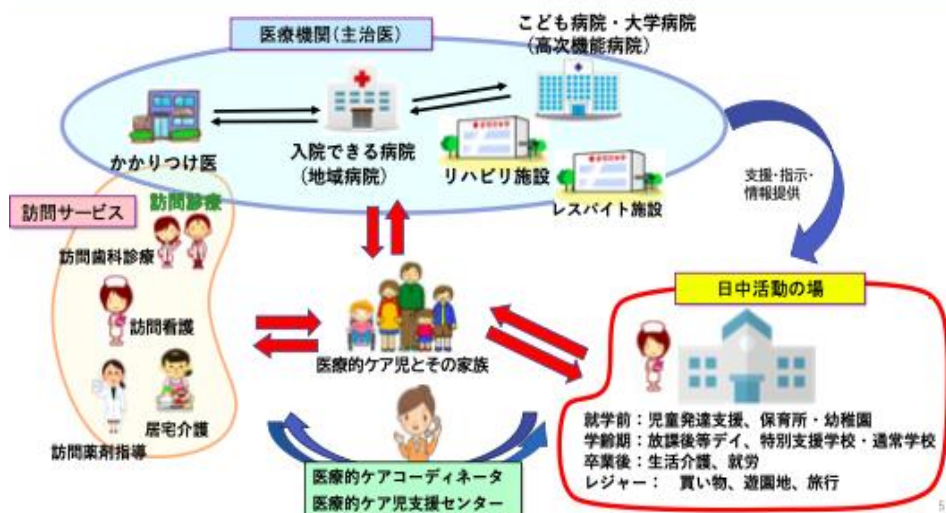
年齢階級別の医療的ケア児数と人工呼吸器児数の推移(2005～2022年)

- 医療的ケア児数は、2008年から2倍に増加している。
- 人工呼吸器児数は、2008年から10倍に増加している。
- いずれの年齢階級でも増加傾向にあり、しかも低年齢階級ほど人数が多くなっている。



平成30年度厚生労働科学研究「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究(田村期)」の推計方法による

小児の地域包括ケアシステム



医療的ケア児を含む身体障害者には、障害福祉サービスである医療型ショートステイを利用できるが、不足している現状がある。医療型ショートステイは病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院で受けることができ、対象は、気管切開を伴う人工呼吸器をつけている人、進行性筋萎縮症の人、重症心身障害児者、遷延性意識障害のある人、筋萎縮性側索硬化症の人などである。その報酬を以下に示す。※2

※2. 厚生労働省 医療型短期入所事業所開設のためのガイドブック

＜医療型ショートステイの基本報酬＞ ※令和2年3月時点

医療型ショートステイの基本報酬は、入所1日単位で算定を行います。施設の種類の、看護体制、利用者の状態、利用形態等によって単位数が異なります。

施設		病院(7:1看護)	病院(7:1看護以外)、診療所、介護老人保健施設、介護医療院	
利用者		療養介護対象者、重症心身障害児等※2		遷延性意識障害児者、筋萎縮性側索硬化症等の疾患を有する児者等※3
利用形態	1日	医療型短期入所サービス費(Ⅰ) 2,907単位/日	医療型短期入所サービス費(Ⅱ) 2,703単位/日	医療型短期入所サービス費(Ⅲ) 1,690単位/日
	日中のみ	医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ) 2,785単位/日	医療型特定短期入所サービス費(Ⅱ) 2,571単位/日	医療型特定短期入所サービス費(Ⅲ) 1,588単位/日
	夜間のみ	医療型特定短期入所サービス費(Ⅳ) 2,027単位/日	医療型特定短期入所サービス費(Ⅴ) 1,893単位/日	医療型特定短期入所サービス費(Ⅵ) 1,217単位/日

※2 重症心身障害児、障害支援区分6で気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行う人、障害支援区分5以上で進行性筋萎縮症に罹患する者・重症心身障害者

※3 遷延性意識障害児者等、筋萎縮性側索硬化症等の疾患を有する児者、障害支援区分1~4の重症心身障害者

医療型短期入所事業所 開設のためのガイドブック

あなたの街にも
医療型ショートステイ
が必要です

医療的ケア児者が
安心して
暮らせる社会を
創るために



医療型ショートステイの報酬が高いことから、より地域に求められていることが医療的ケア児者への医療型ショートステイであり、有床診療所がより地域貢献できるということであるのかと思われる。

1.3.4. 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能

わが国は世界に類を見ない速度で人口減少と高齢化が進行しており、医療需要の構造は大きく変化している。地域医療における機能分化が進められ、「治す医療」と「治し支える医療」に整理されていく中で、医療機関の連携強化が不可欠となっており、病院と診療所がそれぞれの役割を担いつつ、住民に切れ目のない医療を提供する体制が求められている。

有床診療所は、外来・入院機能を併せもち、地域に密着した柔軟な診療体制を維持してきた。特に在宅医療の推進や医療・介護との連携に積極的に取り組むことで、予防から急性期、回復期、終末期に至るまで包括的に医療を提供できることに独自の価値をもつ。

その中でも、産科・整形外科・腎泌尿器科・眼科といった診療科を中心に専門的医療を提供する有床診療所は、地域における医療ニーズに直結する重要な役割も担っている。少子化が進む中で、地域で安全・安心な分娩体制を確保する産科有床診療所の存在は不可欠である。また整形外科有床診療所は、骨折や関節疾患といった高齢者に頻発する病態に迅速に対応するとともに、リハビリテーションを含む機能回復支援において地域住民に欠かせない存在である。腎泌尿器科の有床診療所は、透析医療や高齢者に多い排尿障害の管理など、生活の質に直結する専門的医療を地域で提供しており、在宅医療との橋渡し機能も果たす。さらに眼科有床診療所は、高齢化に伴って増加する白内障や緑内障などに対して手術を含む高度な専門医療を提供し、患者が遠方の大規模

病院に頼らずとも地域で適切な治療を受けられる環境を維持している。これらの専門性を有する有床診療所は、病院の機能を補完し、「治し支える医療」だけでなく「治す医療」の担い手としても重要な役割を担っている。

今後の地域医療構想においては、医療機関の連携・再編・集約化が議論される中で、地域住民に必要とされる医療機能をいかに持続可能な形で確保していくかが大きな課題となる。その際、有床診療所が持つ地域性・専門性・柔軟性を最大限に活かすことが、医療資源の効率的活用に資するだけでなく、安心して暮らせる地域社会を実現するために欠かせない。

1.3.4. (1) 産科有床診療所

①産科有床診療所の現状と課題

日本の出生数は2016年に初めて100万人を下回って以降、減少に拍車がかかり、2024年には約68万6,000人と、毎年過去最低を更新している※1。これに伴い分娩取扱施設の閉鎖・撤退も進み、2011年に約2,400あった分娩施設は、2023年には約1,800まで減少した※2。2024年時点で全国約1,700市区町村のうち1,041自治体には分娩施設が存在せず、いわゆる“お産空白地帯”の拡大が社会的課題となっている※3。

こうした地域偏在の中で、産科有床診療所は地域ごとの実情に応じて重要な役割を担っている。全国の分娩取扱数を見ると、有床診療所が約47%を占め、一般病院が約26%、周産期母子医療センターが約27%と、分娩の多くが有床診療所で行われている。とりわけ中京圏や九州地方では、診療所が分娩の6割以上を担う地域も多く見られる※4。このように地域構造に応じた柔軟な医療提供体制が求められるなかで、広域搬送や役割分担を支えるネットワーク型の周産期医療体制の重要性が一層高まっている。

一方で、経営面の厳しさも顕著である。分娩件数の減少にもかかわらず24時間体制の維持が求められるなかで、設備や職員配置にかかる固定費の圧縮が難しく、経営は厳しさを増している。2023年度には、産科診療所の42.4%が経常赤字に陥っており、出産育児一時金の増額も経営改善にはつながっていない※5。さらに、看護職員の不足や後継者不在といった構造的課題も深刻で

あり、承継不能による自主的閉院も散見される。加えて、2024 年度から始まった医師の働き方改革による時間外労働の上限規制は、少人数で夜間対応を支えてきた有床診療所にとって大きな転換点となる。こうした経営・人材の両面の課題に対し、地域で持続可能な医療提供を可能とするための政策的支援が強く求められている。

さらに、妊産婦のニーズの多様化に伴い、近年では無痛分娩への関心が高まっている。2023 年時点で無痛分娩の実施率は 13.8%（うち有床診療所 15.2%、病院 12.5%）と、2018 年の 5.2%から大きく上昇しており、今後さらなる需要の拡大が見込まれている※6。一方、麻酔科医の不足や費用負担の問題により、提供体制には地域差が大きい。有床診療所がこうした多様なニーズに対応していくためにも、人的・制度的支援の整備が必要である。

②産科有床診療所の専門性・機能

産科有床診療所は、地域に根ざした「かかりつけ産科」として、妊娠前から産後まで一貫して妊産婦を支える医療機関である。近年ではプレコンセプションケア（妊娠前の健康相談や生活支援）にも積極的に取り組み、妊娠を希望する段階から女性の健康管理に関与している。

妊娠中は妊婦健診のみならず、出生前診断への対応や助産師外来、両親学級などを通じて、妊婦と家族が安心して過ごせる環境を提供している。分娩においては、無痛分娩、フリースタイル分娩、家族立ち会い出産など妊婦の多様な

希望に対応し、LDR（陣痛・分娩・回復一体型）室の整備や快適な分娩環境づくりに努めている。産後も、母乳育児支援、メンタルヘルスケア、家庭訪問、産後ケア事業への参画などを通じて、妊産婦の心身の回復と育児への移行を支えている。こうした継続的かつ個別的な保健医療サービスを実現するにあたり、地域の行政機関とも密に連携しながら、妊娠・出産・育児を地域で切れ目なく支援する存在として、産科有床診療所は地域母子保健の基盤として極めて重要な役割を担っている。

③今後求められる産科有床診療所のあり方

急速に進行する少子化の中で、地域における周産期医療体制を持続可能なものとするには、限られた医療資源の最適配置と、機能分担・連携体制の強化が不可欠である。国が示す三層構造では、低リスク分娩を診療所や病院が担い、高リスク症例は総合・地域周産期母子医療センターで対応する体制が基本とされている。

こうした中、産科有床診療所は妊娠期から産後まで継続的な支援を担う存在として、地域の周産期医療を支える中核的な役割を果たしている。特に地方では、分娩施設の存在が若年層の定住や移住意欲に直結し、地域社会の維持にも関わる重要な医療資源となっている。

産科有床診療所は、妊娠・出産・育児を通じた地域包括支援の担い手として、人口減少社会における持続可能な地域形成に貢献する存在である。今後は、セ

ミオープン・オープンシステムによる周産期センターとの連携強化や、助産師を中核としたチーム医療の推進、診療所同士が面で支え合うネットワークの構築などが求められるであろう。

医師の働き方改革や医療従事者の不足が進行する中、「大規模施設への集約化」だけを進めれば、地域における正常分娩の受け皿が失われる懸念がある。産科有床診療所は、コスト、医療の質、地域アクセスのバランスを考慮しても不可欠な存在であり、集約化一辺倒ではなく、多様な提供体制を支える一翼として政策的な持続可能性の担保が必要である。今後は、各診療所が自らの地域的役割を再認識し、安全性、連携体制、住民との信頼関係を高めながら、周産期医療の現場を支える基盤として、その存在意義を明確に示していくことが求められる。

<参考文献>

- ※1. 厚生労働省 令和6年(2024)人口動態統計月報年計(概数)
- ※2. 厚生労働省 令和5年(2023)医療施設(静態・動態)調査・病院報告
- ※3. NHK ニュース「広がる“分べん空白市町村”」2025年2月26日放送
<https://news.web.nhk/newsweb/na/na-k10014725871000>
- ※4. 日本産婦人科医会「日本の周産期医療体制の現状とその存続における課題、少子化対策、将来展望」第200回 記者懇談会 2025年10月15日
- ※5. 日本産婦人科医会, 日本医師会総合政策研究機構「日医総研ワーキング

ペーパー 産科診療所の特別調査」No. 487, 2024年11月26日

- ※6. 日本産婦人科医会「硬膜外無痛分娩の現状～日本産婦人科医会施設情報からの解析～」2025年3月

1.3.4. (2) 整形外科有床診療所

整形外科有床診療所の現状と要望

①現状分析

整形外科に限ったことではないが、依然として有床診療所の施設数の減少に歯止めはかかっている。令和3年に行われた日本臨床整形外科学会会員基本データ調査では整形外科有床診療所は686施設であった。平成30年の調査では793施設、平成27年は1,092施設であったので、平成27年から令和3年までの6年間で37%の減少である。整形外科的専門医療が可能な有床診療所が減少することは、患者の利便性の低下と周囲の基幹病院の負担増につながる可能性がある。

②整形外科有床診療所の2つの入院機能

整形外科有床診療所の入院機能は、二つに大別できる。

- 1) 手術療法を主体として専門医療に特化した施設
- 2) 保存的治療を主体とし、地域医療を担う施設（脊椎椎体骨折、骨折のギプス固定、基幹病院で行った手術後のリハビリを要する患者の受け入れ、小手術に加え、介護保険事業も手がける）

1) のみならず、2) においても整形外科的保存治療を行うという点で専門医療である。日本臨床整形外科学会有床診療所部会の調査（令和7年）では、1) が20施設（28%）、2) が46施設（64%）であった。

手術に関しては、同調査では、年間手術件数（局麻含む）が 100 例以上は 34.2%、50 例以上は 5.5%、1～50 例が 26.0%であった（回答数 73）。このように、有床診療所においても多くの手術を行っており、病院への集中を防ぐことで、結果的に勤務医の負担軽減にも寄与していると思われる。

また、開設当初は高度な手術を積極的に行っていたが、開設者自身の高齢化、施設・設備の老朽化、基幹病院の設備の充実、患者要求レベルの高度化・訴訟リスク増大などの要因により、手術件数が減少し、保存的治療が主体となってきたケースも多い。つまり、1) から 2) に移行するケースが少なくない。

例えば、高齢独居老人が転倒し動けなくなり、救急車で急性期病院に搬送され、検査の上、腰椎椎体骨折と診断された場合、多くは手術が必要でないため、急性期病院では入院を断られるか、入院できても早期に退院を勧められることになるが、コルセットを着用したとしても、自立できるレベルになるまで 1～2 週間では到底足りず、自宅に帰っても今まで通りの生活ができないことになる。そのため、このような患者を有床診療所が受け入れ、その間に骨癒合の確認をし、必要であれば骨粗鬆症の薬物治療をしながらリハビリを進めると共に、介護保険の申請を済ませて、ケアマネージャーと連携して退院後の生活プランを立てるなどの対応を取っている施設が多い。これも、地域の患者のニーズに応える重要な役割であると思われる。

また、整形外科有床診療所の入院機能として、関節・脊椎疾患・リウマチ等慢性疾患の手術を実際に行っている施設もあれば、救急医療の初期治療とし

て外傷患者等を受け入れ、骨折手術等ゲートキーパーの役割を担っている施設もある。逆に急性期病院より在宅への橋渡しとしての患者を受け入れる場合も多い。

③経営状況が良くない要因

令和7年の整形外科有床診の調査では、その45%が赤字であった。これは患者数が減ったことその他、人件費の上昇、光熱費・給食費などの高騰が要因と思われる。

遡って考えると、平成26年度診療報酬改定において、「7対1入院基本料」の施設基準として「自宅等への退院患者割合75%以上」の要件が加わった。これらは、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準が設定された病棟（地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、在宅復帰機能強化加算を算定する療養病棟）への転棟も分子として参入できるが、有床診療所は含まれていなかった。この結果、有床診療所における急性期病院からの転院患者が急減した。その後、有床診療所への転院も「自宅等退院患者」として取り扱われるようになったものの、すでにその間に急性期病院から回復期病院への転院ルートができてしまったせいか、急性期病院からの有床診療所への転院が以前の様に回復していない。有床診外来に骨折で来院した患者を急性期病院に紹介しても、有床診に戻らず急性期病院から回復期病院にいつの間にか転院していることがしばしばある。結果的に有床診の空床が増加し、有床診療所の運営に支障をきたしている。

今後、超高齢者の緊急入院が増えることを考えると、整形外科であっても看取りまで行うケースも考慮する必要がある。この際は近隣の他科診療所との連携の必要性も出てくる。

平成 30 年の日本臨床整形外科学会有床診療所ワーキンググループの調査では、整形外科有床診療所における病床稼働率は 62%程度であった。一方、令和 6 年の厚労省医療施設調査では療養病床を有する診療所の病床利用率は 40%であった。後者は整形外科に限ったものではないので両者を単純に比較することはできないが、いずれにしても病床稼働率の低下は経営に直接ダメージを与える。ホテルと一緒に、病床が埋まってもガラガラでもコストはあまり変わらないからである。これに加え、働き方改革（職員は業務負担が軽減されるが開設者の負担は増加）、水道光熱費の上昇、給食のコストアップ・職員給与水準の上昇などの経費の増大が続いており、医業収益の減少は著しい。収益が上がらなければ設備更新や建物の修繕もままならず、急性期病院に比べて「見劣りする」状態が続くことになる。

平成 25 年の福岡市整形外科有床診療所火災の後、平成 28 年には消防法施行規則が改正され、避難のために介助が必要な患者がいる 4 床以上の有床診療所について、原則として、延べ面積にかかわらず、スプリンクラー設備の設置を義務付けることになった。これは無床化するかどうか迷っていた整形外科有床診療所にとってひとつのハードルになる。つまり、現在スプリンクラー未設置の有床診療所は無床化予備軍といえる。令和 7 年 6 月 30 日で経過措置

(猶予期間)が終了したが、この時点で無床化する施設が多数発生すると思われる。

さらに、コロナ禍による外来患者の極端な減少はいくらか改善傾向にあるものの、コロナ禍以前の水準には達していない。もともと外来収入で病床の赤字分を補填してきた整形外科有床診療所にとって、外来収入の減少は経営を直撃している。

④問題点と改善策

整形外科有床診の多くの問題は、マンパワーの投入に対してそれに見合う医業収入が得られないことに起因する。今まで黒字であった手術主体の有床診も、多くの逆風（人件費・光熱費・給食費の増大、人手不足など）で赤字転落している所も少なくない。以前から、有床診療所は地域包括ケアの鍵となると言われながらも、地域包括ケア病棟・回復期リハ病棟の入院料も認められていない。患者・家族にとっても身近な場所でリハビリを受けられることは有用である。有床診療所が今後さらにリハビリテーションを積極的・有効に提供していく体制を得られるように、入院基本料のアップと共にこれらの加算を充実させることが、整形外科有床診療所の減少に歯止めをかける上で重要と思われる。

また昨年、職員の処遇改善の目的でベースアップ評価料が設定されたが、多数の事務員を要する大病院ならいざ知らず、最小限の人員しかいない有床診

にとって、その届出の煩雑さは大きな問題になる。事務長がいない場合は院長が自ら書類を作成することもあり、開設者の負担は大きい。様々な問題点はすべて開設者のストレスを増大する方向に進んでおり、高齢化が進む有床診開設者のモチベーションは下がる一方で、いっそのこと無床化しようという発想になるのも無理はない。今後、若い整形外科医が希望を持って有床診療所経営に挑める環境を整えることが望まれる。

1.3.4. (3) 腎・泌尿器科有床診療所

①泌尿器疾患

泌尿器科を標榜する医療機関としては内科系治療を主体とする無床診療所から高度医療を提供する総合病院泌尿器科まで、同じ泌尿器科といえども提供する医療は異なってくる。ここではそのような泌尿器科を取り扱う医療機関のうち有床診療所の役割について、新たな地域医療構想を踏まえて論じる。

1) 泌尿器科有床診療所が取り扱う主な疾患

泌尿器および男性生殖器を扱う泌尿器科においては、急性膀胱炎や腎盂腎炎などの尿路感染症や性感染症といった内科系疾患から、腎臓がん、膀胱がん、前立腺がんといった外科的治療を必要とするものまで非常に多岐に渡る。

尿路感染症は肺炎に次いで多い感染症であり、単純性膀胱炎であれば外来治療で容易に完治に至るが、急性腎盂腎炎や急性細菌性前立腺炎では敗血症に進展し生命にかかわってくるような場合があり、入院加療が必要となる。また結石性腎盂腎炎の場合には早急に尿管ステントを留置する必要がある、この場合もやはり入院加療を要するものであり、有床診療所の果たす役割は大きい。

前立腺肥大症、膀胱がん、尿路結石に対する経尿道的手術は泌尿器科で古くから行われている手術であり、有床診療所でも積極的に行われている。前立腺肥大症による排尿障害の治療は内服療法が主体であるが、病状が進行して内

服療法によるコントロールが不十分になると手術の適応となる。前立腺肥大症の標準的な手術手技は経尿道的前立腺切除術（TUR-P）であるが、昨今は医療機器の進歩により侵襲が少なく安全な手術が次々に保険診療として認められるようになり、排尿に苦しむ高齢者の QOL 向上に大いに役立っている。膀胱がんに対する経尿道的手術は表在性のものであれば有床診療所での手術のみで完結させることができる。尿路結石については手術せずとも自然排石するものもあるが、長期間尿管結石が存在していることで腎機能低下が懸念される場合には手術が推奨されている。

我が国の男性がん 1 位である前立腺がんの診断にも有床診療所の果たす役割は大きい。PSA 検査などで前立腺がんが疑われた場合、確定診断のために通常、腰椎麻酔下で前立腺針生検が行われる。針生検の合併症として感染症や出血が起きることが知られており、通常は 1 泊 2 日の入院で行われる。

2) 専門等機能以外の機能を有する医療機関と泌尿器科有床診療所の関係について

- ・ 高齢者救急、地域急性期機能を有する医療機関の役割・連携

今回、有床診療所は便宜上専門等機能を有する医療機関に分類されているが、実際には他の機能も有する医療機関であることはすでに本章で述べているところである。それは泌尿器科有床診療所においても例外ではない。85 歳以上の患者の急性期の入院に多い傷病名、包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名の一つに尿路感染症が挙げられているが、前述のとおり急性腎盂腎

炎や急性細菌性前立腺炎、結石性腎盂腎炎の場合は泌尿器科有床診療所による入院治療が必要となることも多く、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関との密な連携、時に直接自身がその役割を担う必要がある。

- ・在宅医療等連携機能を有する医療機関の役割・連携

有床診療所は在宅医療等連携機能を有する医療機関の役割も果たしているが、泌尿器科有床診療所においてもそれは同様である。入院加療が必要となった在宅患者の尿路感染症の受け入れ先として、また尿道留置カテーテル挿入困難な患者や腎瘻カテーテル留置の在宅患者の対応に泌尿器科医が自ら在宅診療を行うこともある。

- ・急性期拠点機能を有する医療機関との連携

急性期拠点機能を担っている医療機関では手術用支援機器が広く活用されているが、その使用がいち早く認可された前立腺がん手術においては今やロボット支援手術が最もポピュラーな手術法となっている。泌尿器科有床診療所で前立腺針生検を行って前立腺がんの確定診断が得られ、がんの進行度、年齢や全身状態、患者自身の考えなどを考慮しながら手術の適応があると判断した場合、急性期拠点機能を有する医療機関に紹介することとなる。前立腺がんのもう一つの根治療法である放射線治療を選択した場合も急性期拠点機能を有する医療機関に紹介することになる。尚、前立腺がんの治療には内分泌療

法や積極的治療を行わない監視療法、待機療法というのもあり、この場合には有床診療所は自院でフォローすることになる。

腎がん、膀胱がんの手術でも手術用支援機器を用いることが主流となっており、急性期拠点機能を有する医療機関との連携は不可欠である。

②透析・腎疾患の有床診療所が重要な理由

1) 地域の透析医療を支えるコア拠点である

日本は透析患者約 34 万人（世界最多水準）を抱え、透析治療は回復することなく、終生続ける必要がある。また病態の急変や合併症（感染、心不全、脳梗塞、下肢壊疽）を生じやすく、24 時間の対応も必要である。一方、透析患者家庭の、老々介護や孤立化も多くなってきており、通院困難な状況も出現している。さらには全国慢性腎臓病患者の数が 2,000 万人以上に増加し、今後加齢に伴って増加する重症慢性腎臓病患者すべてを病院では支えきれない。

特に透析施設を持つ有床診療所では、重症合併症や臨時入院対応を実質的に担っており、また在宅透析・通院困難な患者を入院で支える唯一の拠点ともなっている。

2) 病院での対応困難な「中等症～慢性期」患者への対応

前述のように、腎疾患や泌尿器疾患患者は高齢・多疾患併存が多く、ポリファーマシー管理・褥瘡・フレイル・食事管理に対応できる体制が必要である。

大病院は急性期専門化し、軽度合併症や社会的入院ニーズに応えられないことが多いが、一方で有床診療所は迅速対応でき、大病院の負荷軽減に寄与している。また看護師やパラメディカルは、地域の患者さんやその家族に対して、家庭環境や経済状況なども把握し、細かい配慮はもちろんのこと、生活全般のアドバイスや医療・介護保障制度の利用方法等のアドバイスもできるよう、職務以外の幅広い知識と対応力を備えて、地域の患者様のために役立っている。

3) 在宅医療とのハイブリッド運用

有床診療所は、在宅透析・在宅医療と連携することで、短期入院＋在宅継続を可能にするハブ機能を有している。また介護施設と連携したハイブリッド運用により、ADL 低下患者の透析継続や在宅療養支援が可能である。

4) 今後の制度・政策への提案

病院再編と在宅推進の中間を担保できるのは有床診療所であり、「急性期から在宅まで、介護療養からレスパイト対応まで」 地域医療を支える重要なネットワーク医療となる。

特に、透析・腎疾患・泌尿器疾患に対応する有床診療所は、「高齢化社会で不可欠な専門・生活両立支援機能」を併せ持っており、これを失えば地域医療構想は破綻すると考えるため、地域医療構想に「中間入院機能」枠を明示し、有床診療所を法的位置づけで支援いただきたい。

5) 診療報酬での評価

有床診療所は、地域医療構想の成功に不可欠な「安全弁」であり、特に透析・腎疾患・泌尿器領域では生命線である。国は、以下のような視点について、診療報酬・基金・人材支援を組み合わせ、法的位置づけを強化することで、地域医療の持続可能性を確保すべきであると考えます。

- ・透析、慢性腎不全対応有床診療所への地域包括ケア加算＋レスパイト包括評価
 - ・急変受け入れ、看取り機能評価を診療所入院料で新設
 - ・人材確保策
- 腎疾患看護認定看護師・透析技師養成に基金活用
- 共同当直モデル＋看護師地域シェアリングで夜勤負担分散

1.3.4. (4) 眼科有床診療所

公益社団法人日本眼科医会が平成 28 年 11 月に行った眼科有床診療所実態報告調査によると、眼科における有床診療所は、大都市部 6.49%、郊外・中規模都市 34.16%、小規模都市・町村 55.53%、農村地区・山間部 2.86%、へき地・離島 0.95%と大部分が小規模都市・町村に存在する。眼科における有床診療所の多くは、おもに白内障手術のための入院を取り扱っている。しかしながら、令和 4 年度診療報酬改定で短期滞在手術等基本料 1 の要件が緩和され、全体として日帰り手術への誘導が進んでいる。多くの眼科手術が日帰りで施行可能だが、以下のような理由により入院が必要な症例が一定数存在する。

- ・ 高齢で頻回の通院が困難
- ・ 独居で周術期の生活活動が困難
- ・ リスクが高い手術（過熟白内障、急性緑内障発作既往など）
- ・ 緑内障手術、濾過手術後の早期合併症（浅前房、眼圧急変など）の密なモニタリング
- ・ 硝子体、網膜疾患：全身合併症を伴う高齢者の周術期観察、術後体位保持の支援
- ・ 眼外傷や術後疑い眼内炎の初期対応・観察（必要時は高次医療機関へ）

新たな地域医療構想においても、眼科有床診療所は、特定の診療科に特化した手術等を提供する専門等機能を担う医療機関としての役割が期待されている。

る。また、新型コロナウイルス感染症により基幹病院で病床が逼迫し入院が制限された際には、必要な眼科手術を担う役割を果たしたことを踏まえ、今後の新興感染症の流行に備えるためにも地域には不可欠な病床と考えられる。しかしながら、上記の通り眼科有床診療所の多くは人口減少地域に存在しており、大きく以下の2点の問題がある。

①医師、看護師、視能訓練士などの医療従事者の不足

眼科有床診療所の多くが立地する人口減少地域では、医療従事者の不足が深刻になっており、眼科においても医師の高齢化、後継者不在、看護師・視能訓練士などの不足が顕著となっている。

②収益構造が脆弱

手術が全体として日帰りに誘導される中で、医療DXへの対応、賃金の上昇、消耗品価格の上昇など経営環境は悪化している。特に眼科有床診療所においては、入院基本料よりも手術料の比重が高いため、前述の影響を大きく受けているものと思料される。加えて、医療機器の進歩に伴って手術の安全性は向上しているが、設備投資の負担は増加している。

広く行われている、眼内レンズを挿入する白内障手術（水晶体再建術）の点数は、平成4年には16,100点、平成12年には14,710点であったが平成18年からは12,100点と、減点になったままの状態が続いている。その間に手術顕

微鏡、硝子体手術装置、白内障超音波装置、光干渉断層計などの医療機器価格は上昇し続けている。また、感染症対策としてディスプレイ製品の占める割合が増えており、これも経費上昇の一因となっている。外保連試算 2024 では、手術 1 件あたりの償還できない製品の価格は 42,496 円とされているが、日本眼科学会が 2025 年に 3 施設で行った調査※2 では 52,845 円と 2 割程度上昇している。眼内レンズについても、焦点深度が拡張されたレンズや乱視を矯正可能なレンズなど高機能化が進み、患者にとっては有益であるものの、その価格上昇は医療機関が負担している状況である。医療機器を更新し、手術が可能な体制を維持するためには一定の手術数を確保することが必要である。しかしながら、地域での人口減少のため、患者数の減少、スタッフの確保が困難などのため、手術をやめる医療機関が今後増えると予想される。

白内障手術の効果には以下の様に多くのエビデンスが存在する。

- ・白内障手術により睡眠、歩行の質が改善する※2
- ・白内障手術により視覚障害に対する社会的コストは減少する※2
- ・2024 年に Lancet Commission により「視覚障害」が認知症の修正可能なリスク因子に加えられた※3

以上から、地域で手術を受けることができる体制を維持することが非常に重要である。情報の 8 割は視覚によって得られると言われており、視機能の低下は患者さんの生活に大きな影響を与える。人生 100 年時代、目の健康寿命を伸ばすためには、眼科有床診療所の存在意義は大きく、今後も存続できる

ような施策が必要である。

参考文献

- ※1. 日本眼科医会研究班. 日本における視覚障害の社会的コスト.
日本の眼科. 2009;8(8 Suppl):付録.
- ※2. 綾木 雅彦. 白内障手術の睡眠、歩行改善効果. 日本白内障学会雑誌.
2016;28:27-30.
- ※3. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention,
intervention, and care: 2024 report of the Lancet
standing Commission. Lancet. 2024;404(10452):572-628.

1. 4. 病床機能

まず初めに、有床診療所が対応する患者層というものが多岐にわたり、有床診療所の個々の性格にもよるが、「ゆりかごから墓場まで」といわれるように、急性期から看取りまで、患者の病状・症状に応じた入院がいつでも出来るという、固定的では無い病床の使われ方をしており、特定の病床機能として一括りでは表す事が困難な事を指摘したい。しかしながら、新しい地域医療構想に関する検討会とりまとめ（2024年12月18日）では、医療提供体制の現状と目指すべき方向性について、『85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築』、『「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築』、『外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする。』とされた。

国民が分かり易い医療情報を求めている現状を鑑み、適切に病床機能の報告を行っていききたい。

- ・有床診療所の病床機能報告の現状

現状の病床機能報告において有床診療所は、施設全体を1病棟と考え、施設単位で報告を行っており、また、医療機能とは別に、有床診療所の病床の役

割として担っている機能として、以下の5項目を報告している（複数選択可）

- ① 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
- ② 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
- ③ 緊急時に対応する機能
- ④ 在宅医療の拠点としての機能
- ⑤ 終末期医療を担う機能

令和6年度の病床機能報告によると、有床診療所の「医療機能」・「有床診療所の病床の役割」の報告状況は以下の図の通りである。※1

※1 有床診療所の病床機能 — 令和6年度病床機能報告より

有床診療所の病床の稼働・非稼働と医療機能(1つ選択)

	N数	%
病床稼働中	4,019	81.7%
高度急性期機能	6	0.1%
急性期機能	2,838	57.7%
回復期機能	627	12.7%
慢性期機能	548	11.1%
休棟(休床)中 (今後、再開予定)	485	9.9%
休棟(休床)中 (今後、廃止予定)	416	8.5%
	4,920	100.0%

病床機能 (複数回答 病床稼働中の施設n=4,019)

	N数	%
病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能	1425	35.5%
専門医療を担って病院の役割を補完する機能	2427	60.4%
緊急時に対応する機能	1754	43.6%
在宅医療の拠点としての機能	941	23.4%
終末期医療を担う機能	966	24.0%
上記のいずれにも該当しない	447	11.1%

- ・新たな地域医療構想に向けた、有床診療所の病床機能

新たな地域医療構想においても、機能区分ごとの必要病床数の推計及び病床機能報告については、全体として医療需要を捉えて病床の機能分化・連携を推進する仕組みとして一定の役割を果たしてきたことを踏まえ、引き続き、制度として維持することが適当であるとされている。

- ・包括期機能と有床診療所

一方、病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、これまでの「回復期機能」を「包括期機能」と位置づけられた。この「包括期機能」とは「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」及び「特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）」という内容となった。

有床診療所は、急性期から看取りまで広範囲に対応し、病院病床の機能分化によって生じうる地域医療の隙間を埋め、患者や家族の多様なニーズに応えられ、医療費削減に寄与できるのではないかと考えられる。例えば、高度急性期医療をそれ

ほど必要としない高齢者の尿路感染症や尿閉、或いは誤嚥性肺炎等の患者を高度急性期或いは急性期病床に入院させて医療資源を費やすよりも、医療費削減が出来るのではないか。リハビリテーションについても同じことが言えるのでは無いか。また、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等と地域の医療機関との連携強化、かかりつけ医機能の発揮等を通じて、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等の対応力を強化することも求められているが、有床診療所は、病院や介護施設との連携や在宅医療も担い、病床は小規模で柔軟な運用ができることから、地域医療構想の実現にあたっては有床診療所のさらなる活用が期待される。しかしながら、介護保険における介護保険施設との連携体制について「入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること」が求められているが、その医療機関としては病院に限るとされている。ここは、介護保険施設からの入院患者を受け入れる病床を病院に限ること無く、有床診療所の病床も受け入れ病床として加えるべきである。

増加する在宅医療の需要への対応では、外来医療において、時間外対応等のかかりつけ医機能を発揮して必要な提供体制を確保することが求められるとされているが、多くの有床診療所は院長の献身的思慮で 24 時間対応をしている。医療の質や医療従事者の確保については、地域ごとに医療需要の変化等に対応できる医療従事者を確保することが重要であるとされ、また、地域におけ

る必要な医療提供の維持が必要とされた。人口減少により医療従事者の不足が顕著となっていく中で、医療DX、タスクシフト・シェア等の推進により、生産性の向上を図り、地域で不可欠な医療機能を維持することが求められているが、有床診療所は必要とされる医療従事者の制約が少ない。とりわけ、経営的・人的に病院経営が維持できないような2次医療圏では、「治す医療と治し支える医療」を人的制約が少ない制度下で提供できる医療機関として有床診療所の果たす役割は大きい。以上を鑑みると、有床診療所が地域に於ける包括期の医療介護を支える中心として、その役割にぴったりと当てはまるのではないか。

・有床診療所の今後

現状の病床機能報告において、有床診療所は病床区分を1つ選択することになっており、回復期や慢性期の患者が多いケアミックスの有床診療所は急性期を選択する傾向が強く、実態を示しづらいのが現状であった。しかし今後は、医療機関機能も報告することになるため、有床診療所が自らの立ち位置をしっかりと見据えた上で様々な医療機関機能を報告し、地域に根ざした病床機能の議論の深化を図りつつ、新たな地域医療構想の実現に向かって行きたい。繰り返しになるが、地域の医療資源の減少のもと、人的配置の制約が少ない有床診療所の利活用を視野に入れた積極的な病床機能・医療機関機能の議論がなされることを大いに期待し、専門等機能に明記された有床診療所機能

の役割・意義を社会に問いたい。

1.5. 地域医療構想調整会議への有床診療所の参画

地域医療構想調整会議において、有床診療所は地域医療の柔軟な受け皿としての機能をどう維持・強化するかという視点で極めて重要な役割を持っている。地域の病床機能再編の調整役、急性期病院との役割分担、在宅医療・地域包括ケアの基盤支援、過疎地域での医療アクセス確保など、有床診の役割は多岐にわたる。

筆者は、福岡・糸島医療圏の地域医療構想調整会議に福岡県有床診療所協議会理事として出席している。会議が始まった当初、福岡・糸島医療圏では急性期の病床が過剰であり、回復期の病床が不足しているということで病床機能の転換が進められた。急性期病床を削減し、回復期病床を増加させるため、病床変更する病院・医院の管理者を呼び出し変更理由の確認、必要性を問いただすという作業をしていた。

しかし、そもそも有床診に急性期・回復期・慢性期という病床機能の枠組みを当てはめることに無理があると、会議の当初から違和感が拭えなかった。

具体例として、独居高齢者の椎体骨折の例を示す。自宅で倒れ動けないでいる92歳の女性が、偶然家に寄った娘に発見された。丸一日水分・食事もとっておらず、発熱・腰痛がひどいということで搬送してレントゲンを撮ると、第1腰椎の椎体骨折を認めた。緊急でそのまま入院し、脱水状態なので点滴し、動けないので尿道カテーテルを入れる。これは急性期だが、2週間もすればコルセット装着下に坐位・立位をとれるようになるので、これは回復期といえる。

一ヶ月半もすると痛みもとれて退院も可能だが、認知症もあり一人暮らしは難しく、介護申請をして介護保険サービスの準備ができるまでは入院となることが多い。これは慢性期といえる。これらのことをすべて同じ病床で行うのは普通のことで、有床診の病床に病院と同じように病床機能を規定すること自体に意味がないように思う。

しかしながら、会議に出席しないと病院主体の議論が進んでしまうため、無視されがちな有床診側の意見を表明するためには、なるべく地域医療構想調整会議には出席することが望ましい。

①地域医療構想における「有床診療所」の意義

地域医療構想の中で有床診療所は次のような点で重要な役割を担っている。

1) 地域に密着した入院医療の提供

有床診療所は、病院より小規模ながら、在宅医療と入院医療の間のような柔軟な役割を果たす。「軽度～中等度の急性疾患」「在宅療養中の急変時」などに対し、迅速に入院受け入れができ、地域住民の安心につながる。

2) 在宅医療・訪問診療とのシームレスな連携

有床診療所は在宅患者を多く抱えるケースが多く、「入退院の判断」、「在宅復帰支援」、「病状悪化時の短期入院」により、在宅医療の基盤を支える存在と

されている。

3) 急性期病院の負担軽減

地域医療構想では、急性期病床の適正化が課題である。有床診療所が「比較的症状の安定した患者の受け入れ」、「在宅復帰までの短期入院」などを担うことで、急性期病院の“過剰入院”を防ぎ、地域全体の病床機能の効率化に寄与している。

4) 高齢化地域での医療アクセス確保

地方部・過疎地では病院が少なく、医療アクセスが課題だが、有床診療所は「小規模であっても24時間受け入れ可能な体制を持てる」、「住民の“かかりつけ入院”機能を果たす」といった点で、高齢化が進む地域に欠かせない「医療の“最後の砦”」となっている。

5) 地域包括ケアシステムの重要な構成要素

地域医療構想と連動する地域包括ケアシステムでは、「住み慣れた地域で最期まで」という理念が重視されている。有床診療所は、医療・介護・在宅をつなぐ中核として、「看取り」、「在宅への橋渡し」、「介護施設との連携」など、多面的な役割を担うことができる。

まとめると、有床診療所は、地域医療構想の中で以下のような多面的な価値

を持つ、地域医療のキープレーヤーであるといえる。

- ・ 入院医療の身近な受け皿
- ・ 在宅医療の安全網
- ・ 急性期病院の補完
- ・ 高齢化地域の医療確保

②地域医療構想調整会議における「有床診療所」の位置づけと役割

地域医療構想調整会議は、都道府県が主体となり、病院・有床診療所・行政・関係団体が地域の医療提供体制を協議する場である。この会議の中で、有床診療所は次のような観点から重要な論点となる。

1) 病床機能（急性期・回復期（包括期）・慢性期）の明確化と地域内での役割調整

有床診療所は「急性期の軽症患者受け入れ」「在宅復帰支援」「慢性期の療養」などの多様な機能を担っており、地域の医療需要（推計患者数）との整合性を会議の中で整理することが求められる。調整会議では、「どの機能を担当するのか」、「周囲の病院と分担して適正な病床機能を維持するか」といった点が議論される。

2) 病院との役割分担による地域全体の効率化

急性期病院が抱えがちな「中等症以下の入院患者」を、有床診療所が短期入院で受け止めることができれば、急性期病院の負担軽減につながる。

調整会議では、以下の点が議題となり、有床診療所の受け皿機能が強調される。

- ・ 不要な長期入院の回避
- ・ 急性期→在宅・生活期への流れのスムーズ化
- ・ 地域包括ケア病床や類似機能との住み分け

3) 在宅医療との連携強化の議論

有床診療所は在宅医療と親和性が高いことから、調整会議でも以下の点がしばしば議論される。

- ・ 在宅患者の「安全な入院先」としての位置づけ
- ・ 急変時、看取りの受け入れ体制
- ・ 介護事業者との連携

地域包括ケアの視点では、病院だけではなく「在宅医療＋有床診療所」の一体的な医療体制が地域医療構想に必須とされている。

4) 地域特性（特に地方・中山間地）に応じた病床確保の検討

過疎地域では病院の再編や病床削減が難しく、有床診療所が入院医療と外来医療の担うことが重要であり、調整会議では以下の点などが協議される。

- ・ 地域で最低限必要な入院機能の確保

- ・ 病院縮小時の受け皿としての有床診療所の活用
- ・ 24 時間対応の可否や体制整備

5) 診療所自身の運営課題（医師確保・機能転換）の共有

調整会議は行政・医療機関の「合意形成の場」であり、有床診療所側から以下の点を提示することで、地域の医療計画に反映させる機会となる。

- ・ 医師、看護師確保の課題
- ・ 診療報酬（地域包括ケア病床等）の活用状況
- ・ 今後の機能転換（在宅強化・地域包括ケア機能など）

まとめると、有床診療所は地域医療の柔軟な受け皿としての機能をどう維持・強化するかという視点で極めて重要な役割を持っており、地域医療構想調整会議は以下の点を踏まえて議論されるため、有床診療所は調整会議のキープレイヤーとなることができる

- ・ 地域の病床機能再編の調整役
- ・ 急性期病院との役割分担
- ・ 在宅医療・地域包括ケアの基盤支援
- ・ 過疎地域での医療アクセス確保

第2章 人口規模別にみた有床診療所の現状と特性について

2.1. 大都市での有床診療所

都心部では近年、特にコロナ禍以後、有床診療所の病床稼働率が低下している。推測ではあるが、増加する高齢者に対する在宅での医療提供体制が向上していることや、介護施設増設による施設療養者の増加も要因であると思われる。高齢者の救急搬送は依然増加しているが、約半数は軽症である。また物価・人件費高騰、働き方改革、人材不足の影響も加わり、有床診療所の経営は非常に厳しい状況にあり、東京都では平成23年の536施設（4,585床）から令和3年には315施設（3,472床）に減少している。※1

東京都では2025年をピークに総人口は減少すると推測されているが、後期高齢者人口は2055年頃までは増加すると言われている。超高齢者の増加によって医療単独のニーズだけでなく、医療と介護を併せたニーズも増加する。以前は神経難病等で在宅療養する人工呼吸器使用者等のレスパイト先が少なく、疲弊する介護者が多かったため、筆者は小規模で多機能な診療所を目指し、家族支援のためにレスパイト目的での有床診療所を設立したが、重症者が多いほど人件費が増加し運営継続が困難となった。有床診療所が濃厚な医療的ケアを必要とする患者を多く受け入れるのは経営的に難しい。近年はこのような患者を地域密着型の中小病院にお願いできるようになった。産婦人科や整形外科のような専門医療を提供する有床診療所でなく、包括的医療を提供する有床診療所においては、むしろ増加する独居高齢者に対してのショートス

テイ的な活用のニーズも高く、運営もしやすいのではないだろうか。介護施設では、看護小規模多機能型居宅介護のような、地域密着型の施設があるが、有床診療所はあくまで医療機関としての役割を担う必要がある。その上で、有床診療所が地域密着型の医療機関として外来診療、在宅医療、入院医療を連続して提供できる姿が今後の社会的ニーズに合致しているのではないだろうか。

【有床一般診療所数の日本全国ランキングTOP10(1996～2022年)】



※1. 医療施設（静態・動態）調査・病院報告

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>

2.2. 地方都市での有床診療所

有床診療所の病床数は、ピーク時は昭和 50 年頃で、約 3 万施設、23 万床といわれている。元々徐々に減少していた状況に加え、平成 12 年からは介護保険がスタートし、いわゆる社会的入院の人たちが介護保険施設に移り、有床診療所の施設数と病床数は一段と減少した。団塊の世代が 85 歳以上となる 2035 年に 85 歳以上の人口は 1,000 万人を超えるといわれる。2035 年には日本の人口も約 1 億 2,300 万人から約 1 億 1,500 万人へ約 6.5%減少し、生産年齢人口は現在から約 10%減少、2045 年には約 20%減少に至る。傷病者数の変化としては、今後入院患者数が減少、外来患者数は病院で減少、診療所で増加、85 歳以上の救急搬送が増加するといわれている。

有床診療所は小規模であるが故に柔軟な医療提供が可能で、今後の医療情勢に対応し得る医療機関であり、人口が過密ではなく、過疎でもない、地方都市での有床診療所は、以下の機能等が期待される。

①有床診療所の地域に密着した機能

地方都市は高度急性期病院が多くはなくても、中核となる病院（例：地域医療支援病院あるいはそれに近い病院）は近隣に存在する地域として、二次医療に問題はないことが想定される。

有床診療所は、個々では対応が不可能であっても、複数の機能の異なる有床診療所が存在すれば、病院間の狭間を担って地域包括ケアシステム対応型と

専門医療対応型の両者で、軽度から中等度の急性期疾患や慢性疾患の増悪の際に入院可能という地方都市における有床診療所の機能を発揮することができる。平日の一次医療はいうまでもなく、休日や夜間にも対応できれば地域住民の負担を軽減し安心を提供できる。

2025年7月に厚労省で設置された「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」で審議されている新たな地域医療構想では、2040年を見据え、人口減少と高齢化が進行する中で、医療機能の分化と連携が求められている。病床機能については、従来の「回復期機能」は「包括期機能」へと変更され、高齢者救急や急性期後のリハビリ、在宅復帰支援などを包括的に担う医療機関の役割が示された。地域の実情に応じて、「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう求められることとして再定義された。まさに有床診療所の使命といえる。

②高度急性期病院や中規模病院との受け渡し

高度医療を要する病状の際は、先進医療が提供できる病院で治療を受けるが、入院期間は極力短期間にするという医療提供の現実がある。中規模病院においても一定期間を超える長期間の入院は不可能で、その際には受け入れ可能な有床診療所が「後方ベッド」として包括期、慢性期の入院治療を担うことになる。

③高齢化社会への対応

わが国は、世界有数の長寿国である。男性の平均寿命は81.1歳、女性87.1歳、男女平均は84.1歳、先進国の多くは、80～83歳と報告されている（2025年、WHO）。一方、アフリカ諸国では60歳に満たない国々もあり、認知症が話題になることは稀で、認知症は長寿国の証といえる。平均寿命は生下時の平均余命のため、乳幼児期を無事に通過した場合、平均寿命はより長寿になる。

わが国の高齢化はますます進み、女性の90歳到達率は約50%で、現在では「90歳女性は必ずしも長生きな人」とはいえない。2040年には高齢者は約35%、後期高齢者人口は約20%に達し、また85歳以上の人々の救急搬送が増加すると予測されている。脳梗塞、心筋梗塞、大血管疾患などにおいて高度先進医療を要する場合もあれば、骨折、肺炎、腎盂腎炎など必ずしも高度医療を要しない場合もある。超高齢者で高度先進医療を体力的に受け入れられない場合は、有床診療所や中小規模病院が機能を発揮する医療機関となる。

④在宅医療・人生の最終段階での医療提供、看取り対応の担い手として

2040年まで在宅医療の需要は増加すると見込まれている。有床診療所は外来からの急性期、包括期、慢性期の入院はいうまでもなく、訪問診療およびその後方支援としての入院、そして最終段階のケアや看取り対応の担い手となり、病院・施設・在宅を補完する医療機関である。最後の最後まで有床診療所は患者さんを見放さない。

⑤ACP(advance care Planning)の普及を担う。

厚労省は平成30年11月にACPの概念を導入し、「人生会議」という和名を付与した。過ごしたい場所(自宅、介護施設、病院)で、受きたい医療・ケアを選択し、やっておきたいことをして過ごせるように、本人・家族・医療・ケアスタッフを交えて、今後の医療・介護・生活の希望がかなえられるように話し合っておくことを提唱した。有床診療所はその普及を促進するコーディネータとなることが可能である。悪性腫瘍や老衰の終末期に救急車による搬送は避けねばならない。ある一定以上の年齢の人が高度延命治療(例:心マージャージ、人工呼吸器、胃ろう栄養、経鼻経管栄養等)をどの程度受け入れるのか疑問も残る一方で、誤嚥性肺炎などは適切な時期に適切な医療を受ければ助かる可能性もある。生命に危険が迫った状態では、約70%の人は意思表示ができなくなっているといわれている。Advance(前もって)の話し合いが極めて重要となる。

しかしながら、以下のような困難さがあり、ACPはいまだ地域に根付いていないとはいえない。

- ・未来予測の困難(治療により助かるのか?助からないのか?)
- ・コミュニケーションの困難(本人にとって今まで話し合ったことのない重い内容になり、「縁起でもない」と話し合いが進まないこともある)
- ・会議開催の困難(会議開催について、誰が日程調整や会議進行を受け持つのか?コーディネータが不在のハードル)

有床診療所は ACP の普及を促進するコーディネータとなることが可能で、率先して受け持つことが有床診療所の存在感を示し、認知度を向上させると考えられる。

⑥結語

有床診療所は病院に比べスタッフは多くないため、信頼関係を築きやすく、柔軟な対応が可能で、患者・家族にとって安心を提供できる医療機関といえる。大都市ではない、過疎でもない地方都市での有床診療所の役割は大きい。各地域での需要を見極め、各有床診療所で対応可能な医療および介護を提供することが存在感を示すと考える。

2.3. 人口の少ない地域での有床診療所

人口の少ない地域での有床診療所

有床診療所は、「将来の地域包括ケアシステム」、「現在の医療提供体制」のいずれにおいても重要な構成要素の 1 つであり、有床診療所の減少は、現在および将来における地域医療・介護提供体制の脆弱化につながる。

また、地方においては、医療従事者の不足に伴い、過酷な労働環境が常態化し、無床診療所が増加し、有床診療所は減少している。これにより、救急患者を受け入れることのできる医療機関が減少し、地域の基幹病院へ搬送が集中することにより、患者を受け入れられない事態が生じている地域も少なくなっている。

人口の少ない地域では、患者数減少やベッド稼働率低下により有床診療所の収益が悪化し、経営維持が困難な診療所が増えている。また、地域包括ケアシステムへの組み込みが遅れ、診療・入院・在宅サービスの連携強化が進んでいない地域も多い。このような地域では、地域の基幹病院や他の診療所、介護事業所との連携が十分に構築されず、患者の適切な引き継ぎが困難となることが懸念される。解決の手段として、遠隔診療や ICT を活用した情報共有モデルがあるが、その導入はまだほとんど進んでいないのが現状である。

また、人口の少ない地域では、交通アクセスが不便であることも多く、患者が適切な時期に医療機関へアクセスできないことも多い。また、訪問診療についても、患者が広い地域に居住しているため、移動に時間を取られ効率が悪く

なることが懸念される。移動による拘束時間についてもインセンティブが得られるなど、遠距離の在宅医療サービスが経営的に成り立つような施策も必要と思われる。

開設者の高齢化と継承も大きな問題である。病院に従事する医師数は、過去20年で約5.6万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は約19%に増加しており、平均年齢は45.8歳まで上昇している。診療所に従事する医師数は、過去20年で1.9万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は52.3%で、平均年齢は60.1歳まで上昇している※1。帝国データバンクの調査※2によると、医療機関（病院・診療所・歯科医院）経営事業者の休業・解散は増加している。2024年に休業・廃業・解散が判明した医療機関は722件となり、2023年（620件）を上回って過去最多を更新し、2014年と比べて2.1倍、2004年と比べて5.6倍に増えている。業態別では「病院」が17件、「診療所」が587件、「歯科医院」が118件となり、「診療所」と「歯科医院」が過去最多を更新した。休業・廃業・解散が増加し続けている最大の要因は、全体の81.3%（587件）を占める「診療所」における経営者の深刻な高齢化にある。日本医師会総合政策研究機構が全国の病院・診療所に行った「医業承継実態調査」（2020年）※3によると、診療所の50.8%が「現段階で後継者候補はいない」と回答するなど、今後、高齢化がさらに進むことで、経営者の健康上の問題や死去によって廃業となる「診療所」は、年々増え続けることが予想される。なお、一部の地域においては、後述している福島県のように、医業継承

に関して先進的な取り組みが行われている。

人口の少ない地域において、今後検討が必要な事項としては、以下の点が考えられる。

- ①地域医療構想において、有床診療所の機能分化・強化を図り、役割分担や配置基準を明確化する
- ②ICT・遠隔診療の拡充やドクターヘリなど移動医療サービスを活用し、交通アクセス問題を解消する。
- ③地方自治体と医師会による採用支援プログラムや後継者育成策を創設し、医師リソースの安定確保を推進する。
- ④有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、新たな加算の創設等により、有床診療所が存続していくことができる診療報酬体系の構築。

さらに人口減少が進む地域では、地域包括ケアの枠組みで福祉・介護・医療を一体的に設計し直すこと、また住民参加型の支え合いモデル（かかりつけ医と地域ボランティアの連携など）を構築する動きにも注目する必要がある。今後は、医療DXの推進とともに、多職種連携を前提とした「地域ぐるみの医療・介護ネットワーク」構築が鍵となる。

※1. 令和6(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/24/index.html>

※2. 医療機関の倒産・休廃業解散動向調査（2024年）

<https://www.tdb.co.jp/report/industry/20250122-iryokikan/>

※3. 日本医師会総合政策研究機構 医業継承実態調査

<https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2021/10/WP440.pdf>

第3章 経営に関する現状と課題

3.1. 経営に関する現状と課題

有床診療所の経営の厳しさは多くの関係者が知るところであるが、令和6年度の経営も、医療法人、個人立ともに前年度から大幅に悪化した※1。医療法人(n=574)の医業利益率は令和5年度の2.7%から6年度は1.3%に低下、経常利益率は4.7%から3.0%に悪化した。いずれも中央値は平均値より低く、令和6年度の経常利益率の中央値は1.7%であった。令和6年度の医業利益の赤字割合は51.2%、経常利益の赤字割合は41.3%であった。

金額では、医療法人の経常利益は前年度の1,945万円から1,219万円に減少、個人立では3,630万円から3,262万円に減少した※2。

図1 医業利益率と経常利益率(令和5年度→6年度)

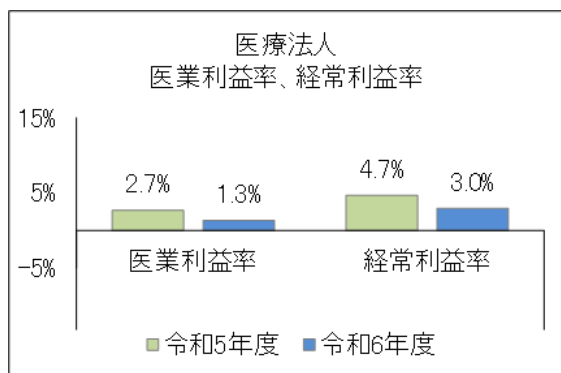


図2 利益率の平均値と中央値(医療法人)

		医療法人 n=574		
		令和5年度	令和6年度	増減ポイント
医業利益率	平均値	2.7%	1.3%	-1.3
	中央値	1.6%	0.1%	-1.5
経常利益率	平均値	4.7%	3.0%	-1.7
	中央値	3.4%	1.7%	-1.7

※1 「令和7年 診療所の緊急経営調査」(日医総研 WP no. 494 2025年9月)より。対象は日本医師会 A1 会員(管理者)で、有床診療所の有効回答は n=860 うち収支部分の有効回答は n=574。なお「第25回 医療経済実態調査報告」(厚生労働省 2025年11月)(n=95)でも、有床診療所の損益率は令和5年度の2.5%から令和6年度は1.4%に悪化している。

※2 個人立では、開設者(院長等)の報酬が費用に計上されていないことに留意が必要。

図3 医療法人 医業利益の赤字割合

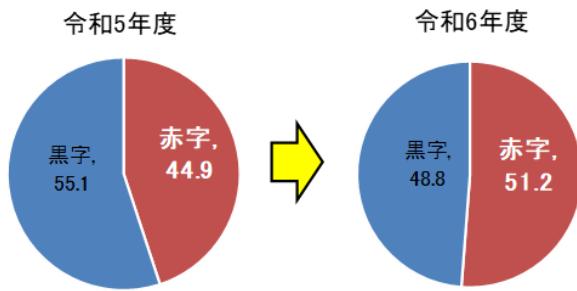


図4 医療法人 経常利益の赤字割合 (%)

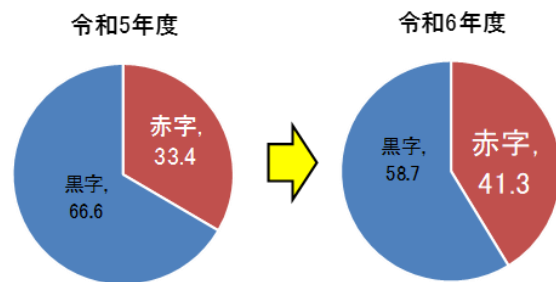


図5 個人立 経常利益 (令和5年度→6年度)

	令和5年度		令和5年度		増減額	増減率
	金額	医業収益に対する比率	金額	割合		
経常利益	36,304	15.0%	32,624	13.4%	-3,680	-10.1%

(千円)

医療法人の医業収益は対前年で▲0.8%、医業費用は0.5%で減収減益であった。医業収益のうち入院収益は対前年で0.1%であったが、外来収益は▲1.4%で減少した。医業費用の項目別では、物価高騰の影響を受けて、医薬品・材料費が2.8%、委託費が2.2%増加した。給与費の伸びは0.4%にとどまり、人員削減が行われている可能性がある。物価高騰・人件費上昇が続く中で、費用を抑え続けることは困難であり、診療の質を低下させることになる。

図6 医業収益と医業費用の増減率

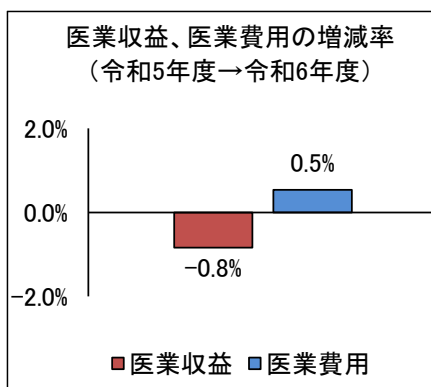
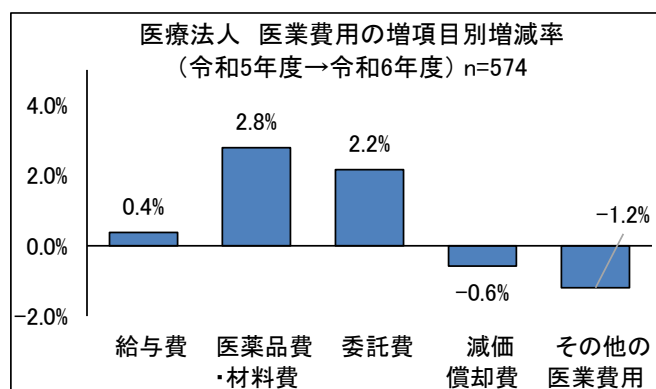
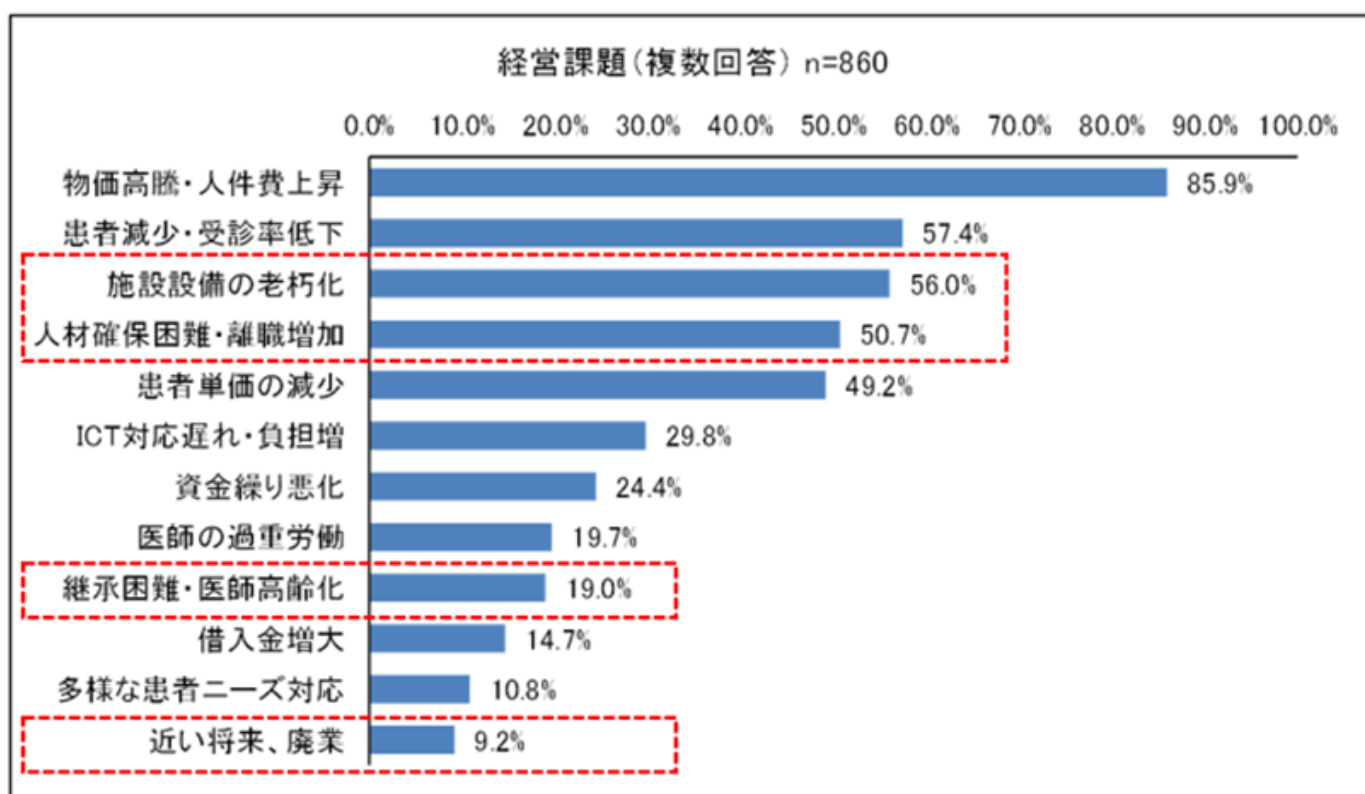


図7 医業費用の項目別 増減率



赤字施設が4割を超える厳しい経営状況の中で、有床診療所は施設設備の老朽化、看護職員を含む人材確保、医師の高齢化など多くの課題を抱えており、無床化や廃業の施設がさらに増加することが予想される。外来患者の減少により、入院収益の不足を補完してきた外来収益が今まで以上に減少し、経営が立ち行かなくなることも危惧される。住民にとって身近な有床診療所の病床を維持し、地域医療を支え続けるため、入院基本料を含む診療報酬上の十分な手当が必須である。

図 8 経営課題



3.2. 医業承継の推進と活用について

①医業承継の手続き

有床診療所の医業承継の手続きは個人立の場合と医療法人立の場合では異なる。

1) 個人立有床診療所の場合

「開設・管理者」が院長個人である。従って、医業承継の場合には後継者に開設者及び管理者を変更する。後継者が個人であれば、その個人が「開設・管理者」として開業し、医療法人であれば開設者である法人が新たな管理者を置き開業する。いずれの場合も保健所や厚生局への手続きが必要で保険医療機関番号も変更となる。

有床診療所の資産や債務は院長個人に帰属する。承継時点における事業用預金や医業未収入金、医薬品等といった資産や、医薬品等に係る買掛金や未払いの従業員給与・リース料・光熱水費・家賃等の負債が該当する。退職金規程があり従業員に退職金を支払う義務が生じていれば、その負担は譲り渡す側が負う。医業承継に際しては事業上の債権債務を清算しなければならない。

承継を受ける側は、保健所や厚生局への新設手続きの他に税務署や社会保険事務所などへの手続きも必要となる。また、従業員との間で新たな雇用契約の締結を行う。

2) 医療法人立有床診療所の場合

開設者は医療法人であり管理者は理事長などの常勤医師がなっている。従って、承継する場合には管理者の変更手続きをとり、かつ、社員・役員（理事と監事）が交代となる形で医業承継を行う。保健所や厚生局へは管理者変更の手続きが必要であるが保険医療機関番号は変更にならない。また、許可病床も既存のまま承継される。従業員の雇用も同様に継続される。

診療所の資産や債務は医療法人に帰属している。そのため、承継時点における債権債務を清算する必要はない（注：退任する役員と医療法人の間に債権債務がある場合には承継時に清算をすることが一般的である。また、退任する理事長が法人債務を個人保証している場合にはこれの解消も必要となる。）

医療法人の形態が「持分の定めがある社団医療法人」の場合には、持分の承継問題を解決する必要がある。まず持分の評価額を算定し、その算定額を基にして持分の譲渡・贈与などについてシミュレーションを行い、承継プランを練っていく場合が一般的である。

②個人立有床診療所の医業承継の留意点

1) 親族内承継の場合

親族内で承継する場合には、事業用資産（医業用不動産、医療用機器、運転資金など）を確実に後継者に渡すことができるように「配慮」が必要となる。後継者に事業用不動産を生前贈与した場合には多額の贈与税課税が生じる可能性があるため、評価を行ったうえでその引き継ぎ方法や引き継ぐタイミン

グを検討することが求められる。特に事業用不動産の評価額が高額となる場合には、当面は賃貸とし、公正証書遺言などで後継者が引き継げるように道筋をつけることが望ましい。その際は、相続税の特例措置の適用や納税方法、遺留分への配慮が必要となる。

医業承継が相続によって行われる場合には、相続税の計算上「小規模宅地等の評価減特例」の適用を選択により受けることが可能となる。「特定事業用宅地等」に該当すれば相続税の計算上「400 m²まで相続税評価額を 80%減額」することが可能となる。特に地価が高い地域では大きな効果が見込め、合わせて相続人全員の相続税を少なくする効果もある。

【特定事業用宅地等に該当するための要件】

- イ) 相続開始直前に被相続人等の医業の用に供されていた宅地等であること。
- ロ) その宅地等の上で営まれていた被相続人の医業を相続税の申告期限までに引き継ぎ、かつ、その申告期限まで医業を営んでいること。
- ハ) その宅地等を相続税の申告期限まで有していること。

(注) 相続前に開設管理者を変更して事業主を変える場合には、新旧の事業者が「生計一」の状態であれば特例を受けられる余地がある。

2) 第三者承継の場合

「第三者」に承継させる場合、相手が個人であれば、譲る側は廃止手続きを

とり、後継者が「開設・管理者」として開業する。医療法人であれば管理者の変更等をして承継する。その際、事業用不動産を譲り渡して「譲渡益」が生じればその所有者に譲渡所得課税が発生する。事業用不動産を承継者に対して賃貸する場合は、承継後、不動産所得を得る。また、「営業権」の対価が支払われた場合には雑所得として確定申告する。

第三者承継は、有床診療所が新設されるため病床の許可や従業員との雇用契約、リース契約、テナント契約などを新たに行う必要がある。

③持分の定めがある社団医療法人の医業承継の留意点

1) 親族内承継の場合

イ) 「持分」のリスクを理解する

「持分」とは医療法で「定款の定めるところにより、出資額に応じた払戻し又は残余財産の分配を受ける権利」と定義されておりその実態は (A) 社員の退社時における「持分払戻請求権」と (B) 医療法人の解散時の「残余財産分配請求権」の 2 つの権利からなる。相続の際には相続税課税の対象とされるため「相続税リスク」がある。また、払戻請求に関する裁判では持分を時価純資産で算定した金額の払戻しが可能と示されているため潜在的に「持分に起因した経営リスク」を抱えている。具体的には、出資者から払戻請求されるリスク、出資者に相続が発生し、相続人から払戻請求されるリスク、医療法人にみなし贈与税が課税されるリスクの 3 つである。払戻請求されるリスクに

については、出資者が医療法人の運営に理解を示し、払戻請求の意向を示さなければリスクは顕在化しない。しかし、出資者に相続が発生して相続人から払戻請求されるリスクは残る。そこで、出資者全員が持分放棄に同意して「持分なし」への移行を選択しようとする「一定の要件（運営組織が適正であること、役員等のうち親族など特殊関係者は3分の1以下であること、法人関係者に特別の利益を与えないこと、残余財産の帰属先を国等に定款等で定めること、法令違反の事実等がないことなど）」を満たさない限り医療法人を個人とみなして贈与税が課税される。これらリスクへの備えは必要とされ、厚生労働省では、医療法人の出資者は誰なのか、相続が発生した場合の相続税はいくら位か、払戻請求のための現預金は用意できるのかなど現状を把握するよう警鐘を鳴らしている。

ロ) 認定医療法人制度活用の検討

医療法人全体の7割弱は「持分の定めがある社団医療法人」である。これが持分に起因したリスクが顕在化して事業承継できなければ、地域における医療の重要な担い手としての役割を果たせなくなる。そこで厚生労働省は、「持分の払い戻しなどにより医業継続が困難になることなく、当該医療法人が引き続き地域医療の担い手として、住民に対し、医療を継続して安定的に提供していくため、医療法人による任意の選択を前提とし持分なし医療法人への移行について計画的な取組を行う医療法人を国が認定する仕組みを導入」

した。それが認定医療法人制度である。

認定医療法人となるための要件は以下の4つである。

- (a) 移行計画が社員総会において議決されたものであること
- (b) 出資者等の十分な理解と検討のもとに移行計画が作成され、持分の放棄の見込みが確実と判断されること等、移行計画の有効性及び適切性に疑義がないこと
- (c) 移行計画に記載された移行期限が5年を超えないものであること
- (d) 「運営に関する要件」を満たすこと

認定要件のうち運営に関する要件は「運営方法」5つと「事業状況」3つの以下8要件で構成されている。

<運営方法>

- ・法人関係者に対し、特別の利益を与えないこと
- ・役員に対する報酬等が不当に高額にならないような支給基準を定めていること
- ・株式会社等に対し、特別の利益を与えないこと
- ・遊休財産額は事業にかかる費用の額を超えないこと
- ・法令に違反する事実、帳簿書類の隠ぺい等の事実その他公益に反する事実がないこと

<事業状況>

- ・社会保険診療等（介護、助産、予防接種含む）にかかる収入金額が全収入

金額の80%を超えること

- ・自費患者に対し請求する金額が、社会保険診療報酬と同一の基準によること
- と
- ・医業収入が医業費用の150%以内であること

認定医療法人には、医療法人に課される「みなし贈与税」が非課税とされるほか、持分を相続により取得したときの相続税の納税猶予・免除特例や出資者が持分を放棄したことにより他の出資者に課されるみなし贈与税の納税猶予・免除特例などの税制優遇措置が適用される。

2) 第三者承継の場合

第三者承継は、社員の入社・退社と役員退任・就任を行うことにより実行される。社員の入社・退社に合わせて譲る側の社員が持つ持分を譲られる側が売買などで取得する。この場合、譲渡益に対し譲渡所得課税が発生する。また、役員退任に伴い役員退職金の支給がされる。退職金には勤続年数に応じた退職所得控除が適用され、退職所得の2分の1課税（勤続5年未満の役員を除く。）、分離課税とされることで税の優遇がされる。

④持分の定めのない医療法人の医業承継

1) 親族内承継の場合

親族内で承継する場合には、社員の入社・退社と役員の退任・就任を行う。持分の定めのない医療法人は持分に対する相続税対策は不用である。また、医療法人の財産は無税で後継者が引き継ぎできる。退任する役員への役員退職金は、課税当局が「不相当に高額」と判断する部分があれば法人税の計算上その部分が損金不算入とされるため適正な役員退職金の算定に留意が必要である。

2) 第三者承継の場合

第三者に医業承継する場合も手続きは社員の入社・退社と役員の退任・就任を行う。持分の売買などの取引は生じない。そのため、役員退職金の算定時に持分相当額を加味して算定することも想定される。

⑤地域医療連携推進法人制度の活用

地域医療連携推進法人とは、地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、病院等に係る業務の連携を推進するための方針（医療連携推進方針）を定め、医療連携推進業務を行う一般社団法人を都道府県知事が認定（医療連携推進認定）する制度である。平成 29 年 4 月 2 日に施行され、令和 7 年 10 月 1 日現在、全国で 58 法人が地域医療連携推進法人として認定されている。

この地域医療連携推進法人に社員として有床診療所を経営する医師や医療

法人が参画して病院などと互いに連携して地域に必要な医療を提供しつつ事業承継に資することは可能と考えられる。

佐賀県所在の地域医療連携推進法人「佐賀メディカルアライアンス（認定日：令和3年1月29日）」では、急性期患者の圏外流出への対応強化のために中核となる病院が4つの有床診療所から病床融通を受けて（4つの有床診療所は無床診療所となった。）課題となっていた二次救急医療体制の充実化を実現したという事例がある。2040年に向けて人口少数地域での事業再編や事業承継は困難さが増すと想定される。解決策を検討する際、佐賀メディカルアライアンスの事例は参考となる。

⑥福島県の医業承継バンクについて

1) はじめに

福島県内の診療所開設者は、約6割が60歳以上で、医師の高齢化が更に進み、後継者がいなければ診療所の減少に拍車がかかり、地域によっては医療体制に空白が生じる事態が容易に想像される。後継者として近親者に期待できない場合、第三者に診療所を譲ることを考えるが、その後継者を探すことは容易ではない。福島県内の医師不足が喫緊の課題となっている中で、地域医療を支えている診療所を承継していく人材の確保を急がなければと考え、福島県医師会は平成31年(2019年)2月4日に福島県医師会事務局内に『医業承継バンク』を設置し事業を開始した。6年3か月が経過した現在、福島県医師会が運営している『医業承継バンク』の状況について報告する。

2) 医業承継バンク運営状況(令和7年3月31日 現在)

開業希望医の登録者91名の県内外の内訳は、県内医師が59名、県外医師が32名。県外登録医師の多くは、福島県出身者や福島県立医大卒業の方など福島県にゆかりのある方が多く登録されている。令和6年度(令和7年3月31日まで)に開業希望医と譲渡希望医療機関とのマッチングは22件成立している。基本合意から開業までの期間が非常に短いパターンから数年先というパターンまで様々である。開業を希望する先生と譲渡を希望する医療機関のそれぞれの条件などを考慮しながら、譲渡日なども話し合いの中ですり合わせ

ていき、最終的に両者の合意に至る形で取りまとめていく。昨年度(令和6年度)は8件のマッチングが成立している。

3) 医業承継バンクの運営の流れ

福島県の『医業承継バンクマッチングナビ』のホームページへアクセスし、譲渡を希望する医療機関に対しては 医療機関内を見学させてもらい、写真を撮らせてもらう。登録した医療機関の3分の2は非公開を希望しているため、面談後に事務局が条件の合う医師と医療機関があるかを検討し、条件に合う医師と医療機関があればそれぞれに紹介し、医療機関の見学を兼ねた登録者同士の面談を行う。そこで秘密保持契約を結んだのち、さらに承継に向けた話し合いを進めていくとなった場合には、医療機関側に決算書の写しなどを提出いただき、財政面などについても資料を見ながら開業希望の医師に検討いただく。その際、福島県医師会で提携している医業経営コンサルタントから決算書などを基に、今後の経営などについても説明がなされる。

資料の確認後、最終的な判断をしてもらい、条件面で両者が納得した場合に基本合意書を作成して署名してもらいマッチングの成立という流れになる。

4) 『医業承継バンク』登録の仕方

『医業承継バンクマッチングナビ』のホームページにアクセスしてもらい、譲渡希望医療機関は譲渡希望用の登録用紙、開業希望医師は開業希望医の登

録用紙に基本的な情報を記入してもらおう。不正な登録などを防ぐために医籍番号と医籍登録年月日は必須事項となっている。基本的には、Eメールでのやり取りを行うことにしているが、譲渡希望の医師は、医業承継について従業員にまだ話していない場合もあり、また E メールに不慣れな先生もいるため、その場合は基本的に電話でのやりとりで行うなどして、従業員の目にふれる FAX でのやり取りは絶対に禁止としています。譲渡の医療機関は、基本的に医師会に入会されているため、登録時に問題になる医療機関はない。しかし、開業希望の医師を装って、譲渡希望の医療機関の情報などを手に入れようと、不正に登録する企業などを防ぐためにも、開業希望の医師には医籍登録番号に関連する情報などを必須として申請書に記入いただき、その情報を元に厚生労働省の「医師等資格確認検索」により医師の登録があることを確認してからバンクへの登録を許可している。登録時、開業希望医・譲渡希望医療機関それぞれと面談をおこなっているが、その際開業希望医とは、医師の勤務地又は住んでいる近隣のホテルの会議室などを借りて面談をし、譲渡希望医療機関は、医療機関に伺ってお話をし、施設内の写真を撮らせていただいている。詳細は、福島県医師会清原尚常任理事が寄稿された別紙資料を参照いただきたい。

3.3. 医療ニーズの変化に応じた病床数の適正化

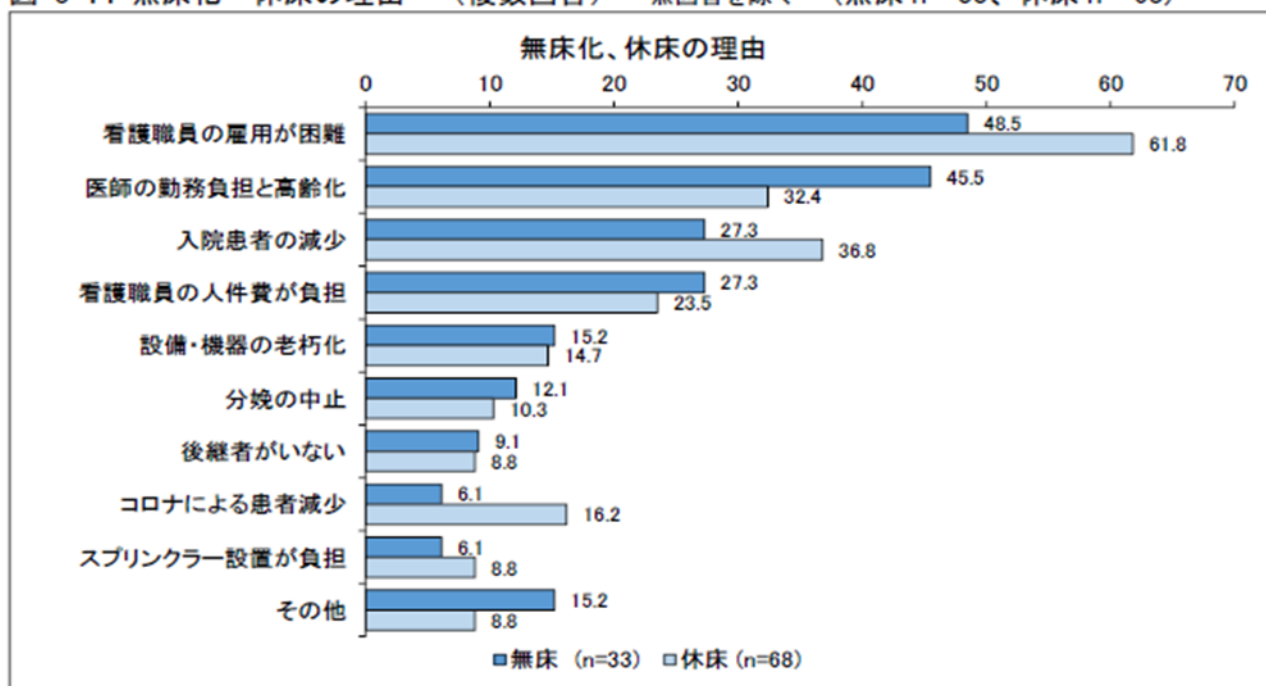
令和6年度補正予算では、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関を対象とした支援策として、1床あたり4,104千円を支給する病床数適正化支援事業※1（以下、本事業）が講じられた※2。これに伴い、各医療機関は事業計画（活用意向調査）を都道府県に提出したが、活用意向を示した病床数は全国で53,576床であり、当初の想定を大幅に上回る医療機関が病床数の削減を検討していることが判明した。また、経済財政運営と改革の基本方2025（骨太の方針2025）では、「新たな地域医療構想に向けた病床削減」とされ、「地域の実情を踏まえた調査を行った上で、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る」こととなり、令和7年12月には医療法改正案が成立し、2027年度に新たな地域医療構想が始まるまでの時限的措置として、医療機関が経営安定を図るために緊急に病床数を削減することを、都道府県が地域の実情を踏まえて支援する事業ができるとした。

有床診療所についても、当然、病床の適正化・削減の対象であり、前述の本事業での活用意向を示した数の詳細は不明であるが、手を挙げた有床診療所は、物価高騰・賃金上昇、看護職員の確保、施設や機器の老朽化等の理由で病床の維持が難しい状況であることが推察される。

実際に、日本医師会総合政策研究機構の調査「令和5年（2023年）有床診療所の現状調査」では、有床診療所の収益のうち入院収益が占める割合は平均

3割（内科は2割）であり、入院収益の不足を外来収益で補う収支構造になっているという調査結果が出ている。また、同調査において、すでに無床化した施設、休床中の施設にその理由を尋ねたところ、無床化した施設では「看護職員の雇用が困難」（48.5%）と「医師の勤務負担と高齢化」（45.5%）の割合が高い傾向がみられた（前回調査はそれぞれ、31.5%、18.5%）。

図 8-14 無床化・休床の理由（複数回答） 無回答を除く（無床 n=33、休床 n=68）



病床の適正化の議論は、将来の入院ニーズの変化を見据え、さまざまなデータ等に基づき、自院の地域で立ち位置を考え、地域の関係者間での協議も踏まえ、病床機能の転換や収れんがなされていくというものであり、病床削減ありきではなく、地域で必要な入院医療が無くならないよう、慎重な議論が必要と考える。

国においては、有床診療所が地域の医療需要に合わせて、地域医療構想における重要な役割を担うことを鑑み、まずは経常的に経営が成り立つ仕組みを

検討いただくことが重要だと考える。その上で、本事業のような病床削減策だけでなく、有床診療所が地域の医療需要に合わせて、例えば、病床機能の拡充や転換、あるいは病床の一部を介護医療院等の介護保険施設へ転換する場合も、柔軟に支援する方策等の充実も検討いただきたい。

※1. 厚生労働省令和6年度補正予算「医療施設等経営強化緊急支援事業」における「病床数適正化支援事業」

※2. 産科・小児科病床は、別途、地域の周産期医療・小児医療の体制を確保する目的で、地域連携周産期支援事業の施策が講じられているため、現に分娩に用いておらず今後も用いる予定のない病床等分娩取扱や小児医療の提供に支障を来さない場合を除いて対象外

第4章 有床診療所を支える施策のあるべき姿

4.1. 国の施策・税制・財政支援に対する要望について

①産科有床診療所における標準的な出産費用の自己負担無償化に向けて

1) はじめに

標準的な出産費用の自己負担無償化の中でも、分娩施設における正常分娩保険適用の問題があるが、正常な妊娠・出産は「疾病ではない」とされ、医療保険にはなじみにくい。これを変更すると、「医療保険は病気の為に有る」という基本原則が揺らぐことになり、制度の整合性に疑問が生じる可能性がある。分娩施設は、産科医と助産師という特殊技能を備えた国家資格保有者が、24時間365日稼働状態にある。消防署も、救命救急士、消防士が待機していて、コールがあればいつでも稼働状態にある。2025年現在、全国の分娩の約半数は、産科有床診療所が担っているため、消防署に例えると、個人経営（救急車・消防車自前）の小規模消防署が日本中の半数の救急要請に対応して、出動の報酬を得て、経営を保っている状態と同じであるが、24時間365日の待機料は自前である。出産費用には、妊産婦の多様なニーズに対応するための様々なサービス料も含まれており、出産は病気か否かという視点だけではなく、産科有床診療所における正常分娩保険適用の問題は、現代社会に最も望ましいと思われる支える施策を検討すべきである。

2) 保険適用の制度内容により分娩中止を考える施設の分娩件数は6割

日本産婦人科医会と日本医師会総合政策研究機構が令和6年に実施した「産科診療所の特別調査」によれば、医業収益の減少と医業費用の増加により、分娩取扱施設のある医療法人立診療所の令和5年度の医業利益率は前年度の3.0%から2.0%に、経常利益率は前年度の3.4%から3.0%に、補助金収益を除いた場合の経常利益率は前年度の2.9%から2.5%に減少している。令和5年度の赤字施設の割合は42.4%で、前年度の41.9%から増加しており、改善の見込みはない。日本産婦人科医会が令和6年度に実施した「地域における産科診療施設の事業継承見込みに関する調査」（以下「事業継続見込調査」という。）によれば、正常分娩の費用が保険適用となった場合、「分娩取り扱いを止める」と回答した医療機関（産科診療所及び病院）は785施設中60施設、「制度内容により中止を考える」と回答した医療機関は426施設であり、これらの医療機関での分娩件数が回答した全医療機関での分娩件数(293,733件)に占める割合は、「分娩取り扱いを止める」と回答した医療機関が4.9%、「制度内容による中止を考える」と回答した医療機関が53.5%であった。

3) 妊産婦の経済的負担軽減策と地域の周産期医療体制の両立

ヒアリングやアンケート調査によると、「日本は子供を産み育てやすい社会だと思わない」と回答した生後0か月～1歳6か月の子供を持つ母親は約8割、父親は6割であり、その理由が経済的・金銭的な負担が大きいと回答した割合が8割以上を占めている。また、産科分娩施設では、急変時に迅速に対応

できる体制を確立するために、多くの人的・物的投資を行っており、更に、分娩監視装置の装着、読影判断、妊産婦の精神的なケア等を分娩料に転嫁せざるを得なく、物価や初期投資を考えれば出産費用の地域差は起こりうる事である。妊産婦の経済的負担の軽減は賛成だが、医療安全と産みやすい環境の確保の為、産科分娩施設あつての分娩であり、分娩施設が事業を継続できることが重要でもあり、緩徐な集約化・重点化は避けられないが、急速な分娩取扱施設の減少、医療崩壊につながりかねない拙速な分娩費用の保険適用化は受け入れられないという意見も多く聞かれる。安全で質の高い周産期医療体制の確保を進める中、妊産婦の経済的負担を軽減することと、地域の周産期医療体制を確保することが、両者の両立を図るうえで大事である。

標準的な出産費用の自己負担に向けた検討に関し、仮に保険適用となった場合、自由度が効かなくなる事や、分娩施設が経済的に非常にひっ迫している中で、保険化することで収入が落ちると考えている医療機関も多く、保険適用の制度設計次第であるが、内容がみえない段階で保険適用イコール経営悪化と捉えるべきではなく、保険適用と医療提供体制の確保を両立させる方策を考えるべきである。

4) 標準的な出産費用の標準とは何か

産科分娩施設の経営実態にも十分配慮しながら、標準的な出産費用の自己負担無償化に向けた具体的な制度設計を進めるべきであるが、その際、出産に

伴う診療・ケアやサービスには、医師等の判断に基づき実施されるものと、妊産婦が希望して選択するものがあると考えられ、その選別と情報公開の徹底を含め、それぞれに対する支援のあり方を検討することが重要である。医療的に必要であって、妊産婦の希望にかかわらず提供されるものと、豪華な個室やお祝い膳等のサービスなどは、具体的な整理、検討も行う必要がある。

5) 出産費用の「見える化」の推進

令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）「分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための研究調査」の調査結果の報告によれば、「お祝い膳」を妊産婦が選択できる施設は、回答施設数の2.0%から5.8%の間であり、また料金は87.1%から90.6%の施設で入院料等の他の料金に含まれ、個別に明示されていない。「写真撮影」、「足形」、「エステ（乳房マッサージは除く）」のサービスについても、おおむね同様の傾向がみられた。これらを解決するために、厚生労働省は、出産費用の「見える化」推進のため、分娩施設ごとのサービスの内容や出産費用の状況などを公表するウェブサイト「出産なび」の運用を令和6年5月30日から開始した。年間分娩取扱件数が21件以上等の要件を満たす施設のほぼ全て（99.9%）で掲載の同意がなされ、全国の2,112施設が、医師数や年間分娩件数といった基礎情報に加え、助産ケアや付帯サービスの実施の有無、分娩にかかる費用の目安などの詳細情報が掲載されるようになった。

6) おわりに

安心して出産できる社会を目指し、妊娠期から産後まで、全体を通じた妊産婦の負担軽減を図っていき、出産については、標準的な出産費用の自己負担無償化と、安全で質の高い周産期医療体制の確保・存続の両立を図る事が重要である。また、単に費用負担を軽減するだけでなく、費用やサービスの見える化を推進し、妊産婦が十分な情報に基づき、出産に関する自己決定や取捨選択を行い、希望する出産場所や出産方法等を選択できる施策や、環境を整備することで、ケアやサービスを受ける立場である妊産婦の目線に立って、妊産婦本位の切れ目のない支援体制を構築していくことなどといった、基本的な施策について、支援体制を整える事が、これから取り掛かるべき第一歩である。

②有床診療所における国の施策と財政支援

一般社団法人全国有床診療所協議会は、令和 7 年秋に有床診療所の存続のために必要な国への要望をまとめ、関係機関に要望書を提出している。ここでその要望を紹介させていただく。

まず有床診療所の低すぎる入院基本料を抜本的に見直すため、医療介護福祉を守る施設の一つとして診療所病床という新しい仕組みを採用することを要望している。

また地域在宅医療介護を面的に支えるネットワークに有床診療所を加えることも要望している。特に現在介護保険施設の協力医療機関が病院に限られている現状を有床診療所も対象に加えるよう省令改正を求めている。

さらにこの要望が出された時点では答申が出ていなかった令和 8 年度診療報酬改定についても有床診療所存続のためとして次の 3 つの項目の見直しを求めている。今はすでに答申が出されているのでその結果も含めて紹介する。

1) 有床診療所入院基本料の大幅な点数の引き上げ（重点項目）

令和 5 年度有床診療所の現状調査（日医総研）では患者 1 人 1 日あたりの入院収入平均 24,485 円に対して、入院経費は 27,188 円で、患者 1 人 1 日あたり 2,704 円の赤字となっていること、多くの有床診療所がこの入院収支の赤字を外来収入で穴埋めしてきたが、近年の外来患者数の減少傾向の中で、その穴埋めも困難となりつつあることを紹介した上で、入院収支の赤字解消と

物価上昇に対する医療従事者の賃金引き上げに対応するためにも早急かつ大幅な入院基本料点数の引き上げが必要としている。これについては95点アップ（療養病床入院基本料は58点アップ）と喜ばしい結果が得られた。ただし希望していた赤字を解消できるレベルとまではいえず、今後も引き続き要望を行ってゆく必要はある。

2) ベースアップ評価料の継続と点数引き上げ

令和6年度診療報酬改定で新設された医療従事者ベースアップ評価料は、初年度（令和6年度）+2.5%、2年間合計で+4.5%であったのに対して、一般企業の令和6年度賃上げ実績（連合集計）は+5.10%、令和7年度+5.25%と大幅な賃金引き上げが実施されているとして、医療従事者の他産業への流出加速を防ぐためにも全医療従事者に対して他産業と同程度の賃金引き上げを可能とするベースアップ評価料の継続と点数の大幅な引き上げが必要不可欠としている。これについては今回の改定で外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）が初診料17点（現行6点）、再診時等4点（同2点）に、また改定前から算定している場合には初診料23点、再診時等6点になったこと、令和9年6月からは点数をさらに引き上げること、同（Ⅱ）や入院ベースアップ評価料も引き上げること、医師も新たに賃上げの対象とするなどしっかりと評価がなされたといえる。

3) 看護配置加算・夜間看護配置加算の点数の引き上げ

有床診療所を含めた小規模医療機関では看護職員の確保が困難な状況であり、また働き方改革を進め、勤務環境を改善するためにも手厚い評価を望んだところであるが、これについては今回の診療報酬改定ではその引き上げは見送られた。今後も引き続き要望はしてまいりたい。

これらの事項は同協議会が述べているように有床診療所存続のため必要不可欠なことであり、当委員会として強く同調するものである。

③税制

有床診療所の経営に資する税制措置として以下を要望する。

(1) 有床診療所で医業の用に供する不動産の取得に対する登録免許税、不動産取得税を非課税とすること。併せて当該不動産に係る固定資産税を非課税とすること。

(2) 有床診療所において、医業の用に供する医療用機器、器具備品等で「生産性向上に資する機器等」や「医療設備のデジタル化等に資する設備投資・システム投資で取得した機器等」に対する固定資産税（償却資産税）を非課税とすること。

医療法人立の有床診療所の事業承継が円滑に進められるよう以下を要望する。

(1) 医療法人の出資の評価方法について、純資産価額方式の評価減を行うなど改善をはかること。

(2) 基金拠出型医療法人について、以下の負担軽減措置を創設すること。

イ) 持分の定めのある医療法人が持分の定めがない医療法人に円滑に移行できるように、基金拠出型医療法人への移行の際は、移行前の出資者が持分を基金として拠出した場合に生ずる配当所得課税を繰り延べる措置を講ずること。

ロ) イに係る基金について、相続税及び贈与税の納税猶予措置を講ずること。

(3) 認定医療法人制度について、相続開始後に認定を受けた場合の相続税の納税猶予制度の適用において、納付する相続税額が生前に認定を受けて持分のない医療法人へ移行した場合と同額となるよう計算方法を見直すこと。

4.2. 看護職員等の医療従事者や事務職員の人材養成・確保

有床診療所は、急性期病院と在宅医療をつなぐ中間支援機能、地域包括医療介護の連携拠点機能、災害やパンデミック感染症時のセーフティネット機能など、地域住民への効率的な医療提供と健康安全の確保において極めて重要な役割を担っている。

しかしながら、これらの機能を十分に発揮するためには、医師のみならず医療従事者や事務職員等の「人材確保」と、患者の身体的・精神的状況や家庭環境など全体を見通せる視野、そして急変時に対応できる機転を身につけさせる「人材養成」が極めて重要である。

まず、「人材確保」については、これらの役割に見合った賃金や処遇の改善が重要である。既にベースアップ評価料が新設されているが、公定価格を主な財源とする医療機関に対しての物価上昇による実質賃金の低下を防ぐ目的のためであり、相対的に評価されているとは言い難い。

そこで、診療報酬上においても有床診療所が有する機能の維持や夜勤体制への人員配置等について適切な評価を行い上乘せすることが必要である。

加えて、有料人材派遣会社を利用した場合、高額な紹介料を求められる場合もあることから、「産業雇用安定センター」などの周知や活用も重要である。

「人材養成」については、有床診療所に期待される機能に特化した、多職種連携スキルの向上や、急変時に対応するスキルを獲得する講習会等のスキルアップの機会を国なども積極的に作る事が重要である。

また、限られた人材を含めた医療資源の中で効果的な医療提供をするには、医療 DX の適切な推進は重要と考えるが、導入費用等が医療側の負担となると、本来期待される効果が発揮できないため国などによる公的な財政支援が必要である。

これらが実現することにより、有床診療所が地域医療の中核として持続可能な運営を継続し、住民の健康と安全を守り続けることに大きく寄与できる。

4.3. 「有床診療所」の啓発、認知度向上に向けた活動について

有床診療所がそのポテンシャルを十分に発揮するには、まず医療・介護従事者にその意義や特徴を十分に認知してもらうことが不可欠であり、さらに地域の人々にも周知し、地域の信頼を高めることも重要である。かつて地域医療の中核として機能してきた有床診療所は、今なお地域の安心を支える拠点であるが、その価値は必ずしも十分に認識されていない。こうした状況を踏まえ、啓発や情報発信の取り組みをいかに強化していくかが、これからの大きな課題である。

2023年12月3日には、「有床診療所の日」記念講演会が日本医師会館で開催された。サブタイトルは「歴史から学ぶ有床診療所、その現在と未来を語る」。日本医史学会副理事長による基調講演のほか、各分野の有識者によるシンポジウムが行われ、全国の有床診療所の実際の現場を取材した2本の映像作品も放映された。この講演会は、有床診療所の存在意義や社会的役割を改めて可視化する絶好の機会であり、多くの関係者に深い印象を与えた。今後もこのようなイベントを継続的に開催し、医療関係者だけでなく一般市民にも広く発信していくことが望まれる。特に、YouTubeに動画を公開し、それを医師会や関係団体のホームページにリンクするほか、Facebook、X（旧Twitter）、InstagramなどのSNSで告知することで、より多くの人々に目にしてもらう機会が増えるであろう。デジタル発信の活用は、若い世代や医療従事者以外の層への認知を広げるうえでも極めて効果的である。

一方で、有床診療所は年々減少傾向にあり、2026年には全国で5,000施設を下回る見込みである。有床診療所の意義を再確認し、その歴史的・文化的価値をも明確に位置づけるために、全国有床診療所協議会は「有床診療所」を国の登録無形文化財とすることを目指す活動を開始した。この取り組みは、単なる文化的保全の枠を超え、有床診療所の社会的認知度を高め、医療文化として後世に継承することを目的としている。

無形文化財登録に向けた準備の一環として、全国有床診療所協議会は全国の会員施設を対象にアンケート調査を実施した。その結果、210件の回答のうち、昭和20年以前に設立され、かつ当時の記録や資料が現存する施設が9件あり、そのうち5件から実際に資料提供があった。これらの資料は、有床診療所が地域に根ざした医療と生活を支えてきた歴史を物語る貴重な証拠である。

その中の一つに、昭和8年に眼科医院として開設され、昭和18年に耳鼻咽喉科が併設された施設がある。2階には畳敷きの和室が7室ほどあり、そこを病室として使用していた。入院患者は自分の布団を持参し、食事は中庭の炊事場で家族や医院の職員と一緒に自炊をしていたという。病院と家庭の境がなく、人々の暮らしの中に医療が自然に溶け込んでいた時代である。まさにここには、「生活文化」としての医療の姿があった。こうした営みは、現代の医療制度の枠組みの中では見えにくくなっているが、有床診療所が果たしてきた地域医療の原型を象徴するものといえる。

このように、有床診療所は単なる医療施設ではなく、人と人、生活と医療が

交わる「文化の場」として存在してきた。その歴史を掘り起こし、映像や記事、講演などを通じて共有していくことは、有床診療所の価値を社会に伝えるうえで極めて重要である。今後は、文化的視点からの再評価とともに、SNSや動画などを活用した発信を強化し、一般の人々にも「身近で安心できる医療文化」としての有床診療所の魅力を伝えていくことが求められる。有床診療所の灯を消さないためには、その機能や歴史を語り継ぐと同時に、時代に合わせた発信の形を工夫し続けることが必要である。

(参考)

- ・「有床診療所の日」301周年記念講演会：<https://www.med.or.jp/people/yushin/301/>

【QRコード】



- ・「赤ひげのいるまち 2025 未来探求～私たちが描く国際貢献と徳島の地域医療～」

<https://www.med.or.jp/people/yushin/> (日本医師会有床診療所紹介サイト)

【QRコード】



全体を通してのまとめ

少子高齢化人口減少時代 2040 年に向けて「新たな地域医療構想」が設定された。

私たち「有床診療所」はその中でどのように活動していけば、地域の人々が幸せな生活ができる手助けになるのかについて検討した。

「新たな地域医療構想」は医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応するためである。

「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域医療完結型の医療・介護提供体制を構築し、外来・在宅、介護連携も新たな地域医療の対象とするとされた。

これからの人口動態の変化を考えると地域格差はさらに大きくなり、全国一律で医療提供体制を整えるのは困難な時代になっている。

人口減少地域において、現状のままでは、医療従事者の確保や医療施設の維持がより一層困難になっている。このため新たな地域医療構想の策定、推進に向けては、「協議の場」で私たちの地域の医療・介護の将来の方向性について、地域の関係者がより主体的に議論していく必要があり、有床診療所も参画すべきである。

コロナ禍において有床診療所が地域密着型の医療機関であるとの存在意義が再確認された。

人口減少社会で効率的な医療提供が必要とされる中、「治す」かつ「治し支

える」ことができる有床診療所の柔軟な医療機能と価値を最大限に発揮し、超高齢社会にふさわしい医療提供体制を整備すべきである。

物価高騰、人件費上昇の中、公定価格である診療報酬では対応できず医療機関の経営はかつてないレベルでの厳しい局面を迎えている。地域で必要とされる有床診療所が医業経営を継続するために、適正な手当てが早急に必要である。人材確保への支援、医業承継への支援を求めていくと共に、医師等管理者の働き方改革をも視野に入れた対策も必要であり、地域ニーズに即した様々な形で病床の活用戦略も進めるべきである。

将来的には、柔軟な運営が可能である有床診療所の病床を、より柔軟に活用するため「診療所病床（何でも病床、ごちゃまぜ病床）」として病院病床と区別し、地域医療で活用していくことへの検討が望ましい。

地域医療のはざまを埋め、かかりつけ医機能をもつ有床診療所がその機能を今後も果たし、地域住民に質の高い医療を提供し、その期待に応えていきたい。

視点

福島県医業承継バンクの状況



福島県医師会常任理事

清原 尚

はじめに

福島県内の診療所数が、2018年時点で1,351施設で、2008年と比較すると151施設減少しています。診療所の廃院も新規開業よりも多いペースで進んでいます。また、県内の診療所開設者は、約6割が60歳以上で、医師の高齢化が更に進み、後継者がいなければ診療所の減少に拍車がかかり、地域によっては医療体制に空白が生じる事態が容易に想像されます。後継者として近親者に期待できない場合、第三者に診療所を譲ることを考えますが、その後継者を探すことは容易ではありません。福島県内の医師不足が喫緊の課題となっている中で、地域医療を支えている診療所を承継していく人材の確保を急がなければと考え、福島県医師会は平成31年（2019年）2月4日に福島県医師会事務局内に『医業承継バンク』を設置し事業を開始しました。6年3か月が経過した現在、福島県医師会が運営している『医業承継バンク』の状況について報告します。

2(388)

福島県の医療施設従事医師数（一般診療所）の推移・年齢階級別診療所従事医師数

医療機関の勤務医数は東日本大震災以降大きく増加していますが、診療所の医師数は緩やかに減少しており、東日本大震災前までには回復していない状況です。診療所勤務の医師は令和2（2022）年12月時点で55歳から69歳までの医師により全体の過半数が構成されており、また、平成22（2010）年から令和2（2022）年までの医療施設従事医師の平均年齢の推移の図表1よりわかるように年々高齢化が進んでいます。

医業承継による開業の種類

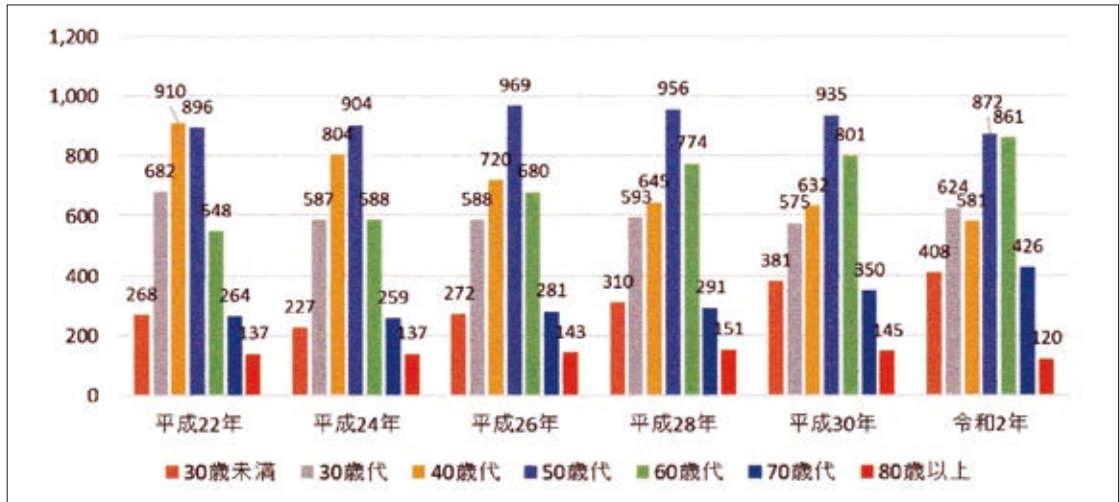
『医業承継』には、大きく分けて3つのパターンがあります。

① 個人の診療所の承継

同じ場所で同じ建物を使用して診療も継続的に行うのですが、制度的には新規開業と同じ扱いになり、よって保険医療機関コードなどもすべて新しい番号になります。

図表1 医療施設従事医師数の年齢構成

(単位：人)



資料：H30、R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）
 H22～H28 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）
 ※令和2年のいわき医療圏についてはいわき市の調整後の数値
 令和6年第8次（前期）福島県医師確保計画

② 医療法人の診療所の承継

法人の理事長を交代するだけになるため、法人の登記や定款の変更申請が必要になりますが、保険医療機関コードは変わることはありません。

③ 閉院した医療機関の承継

閉院した医療機関の建物を使用して開業する場合には、新規開業扱いになります。この他にも細かいものでは、複数のパターンがあります。

医業承継バンク運営状況（令和7年3月31日現在）

令和6年度までの登録者数の推移は、毎年ある程度定期的に登録はあるものの、閉院する医療機関がかなり存在しているので、まだまだ県内の医療機関にこの『医業承継バンク』事業が浸透しきっていないと感じています。また、開業希望医の登録者91名の県内外の内訳は、県内医師が59名、県外医師が32名です。県外登録医師の多くは、福島県出身者や福島

県立医大卒業の方など福島県にゆかりのある方が多く登録されています。

令和6年度（令和7年3月31日まで）に開業希望医と譲渡希望医療機関とのマッチングは、22件成立しています。基本合意から開業までの期間が非常に短いパターンから数年先というパターンまで様々あります。開業を希望する先生と譲渡を希望する医療機関のそれぞれの条件などを考慮しながら、譲渡日なども話し合いの中ですり合わせていき、最終的に両者の合意に至る形で取りまとめています。ちなみに昨年度（令和6年度）は8件のマッチングが成立しています。

医業承継バンクの運営の流れ

最初に、福島県の『医業承継バンクマッチングナビ』というホームページへアクセスしていただき、医業承継バンクに登録してもらいます。登録いただいた方とは、一度面会をお願いします。

開業希望の医師には、より詳しく希望を聞

き取り、譲渡を希望する医療機関に対しては医療機関内を見学させてもらい、写真を撮らせて頂いています。

登録いただいている医療機関の3分の2は非公開を希望しておられますので、面談後に事務局が条件の合う医師と医療機関があるかを検討して、条件に合う医師と医療機関があればそれぞれに紹介して、まずは医療機関の見学を兼ねた登録者同士の面談をしていただきます。

そこで秘密保持契約を結んでいただき、さらに承継に向けた話し合いを進めていくようになった場合には、医療機関側に決算書の写しなどを提出いただき、財政面などについても資料を見ながら開業希望の医師に検討いただきます。その際、県医師会で提携している医療経営コンサルタントから決算書などを基に、今後の経営などについても説明頂きます。

資料の確認後、最終的な判断をしてもらい、条件面で両者が納得した場合に基本合意書を作成して署名してもらいマッチングの成立という流れになります。

『医業承継バンク』登録の仕方

『医業承継バンクマッチングナビ』というバンクへの登録ができるホームページにアクセスしてもらい、譲渡希望医療機関は譲渡希望用の登録用紙、開業希望医師は開業希望医の登録用紙に記入してもらいます。主な登録内容は、基本的な情報を記入してもらい、不正な登録などを防ぐために医籍番号と医籍登録年月日は必須事項となっています。基本的には、Eメールでのやり取りを行うことにしております。しかし、譲渡希望の医師は、医業承継について従業員にまだ話されていない場合もあり、また、Eメールに不慣れな先生に対しては基本的に電話でのやりとりで行うなどして、従業員の目にふれるFAXでのやり取りは絶対に禁止としています。

譲渡希望の医療機関は、基本的に医師会に入会されていますので登録時に問題になる医療機関はありません。しかし、開業希望の医師をよそおって、譲渡希望の医療機関の情報などを手に入れようと、不正に登録する企業などを防ぐためにも、開業希望の医師には医

医業承継バンク実務（面談）

○登録者面談

開業希望	譲渡希望医療機関
①開業希望の理由	①譲渡希望の理由（後継者の有無など）
②開業希望地域を指定した理由	②土地建物の所有者と売買と賃貸
③理想の開業(内装や設備、周辺環境)	③建物における修繕箇所等
④土地建物の売買または賃貸の希望	④電子カルテ等の設備の状況
⑤具体的な開業時期と必要な期間	⑤所有している医療機器
⑥他の業者への登録の有無	⑥引継ぎ期間（共同診療）の可否
⑦家族や後継者の有無	⑦他の業者への登録の有無
⑧希望する今後の対応	⑧希望する今後の対応

※面談会場は開業希望医はホテルや医師会館、譲渡希望は当該医療機関にて実施

表 1

籍登録番号に関連する情報などを必須として申請時に記入いただき、その情報を元に厚生労働省の『医師等資格確認検索』により医師の登録があることを確認してからバンクへの登録を許可しています。

登録時、開業希望医・譲渡希望医療機関それぞれと面談をさせていただいていますが、面談時に特に8つの項目（表1）などをお聞きしています。その際、開業希望医とは、医師の勤務地又は住んでいる近隣のホテルの会議室などを借りて面談をし、譲渡希望医療機関は、医療機関に伺ってお話をし、施設内の写真を撮らせていただいています。

医業承継時の開業補助金

県医師会が運営している『医業承継バンク』を介して開業した場合のみ、福島県の補助金が必ず使えます（表2）。その他に補助金を出している市町村もありますし、新規開業のみ対象や診療科に縛りがあるなど条件がありますが、条件が合えば福島県の補助金と市町村の補助金が使えます。しかし、同じ目的に使用することはできません。例えば、土地建物取得に県補助金を利用し、器械など設備品に市町村補助金を利用することなどは可能です。

開業補助金一覧

	対象	限度額	備考
福島県	承継	2千万円（対象費用の1/2）	
伊達市	承継	1千万円（対象費用の2/3）	
白河市	新規・承継	新規 小児科・産科 5百万円 在宅医療支援 2百万円 承継 2百万円	開設者以外の医師1人につき500万円加算
南相馬市	新規	5千万円（対象費用の1/2）	小児科、産科、耳鼻咽喉科、皮膚科のみ
いわき市	新規	① 3千万円（対象費用の2/3） ② 2千万円（対象費用の2/3）	① 分娩できる施設を有する産婦人科・参加、小児科 ② 上記以外の診療科

表2

福島県医業承継バンク開業後の状況調査

福島県医業承継バンクを活用して開業された各医療機関において、開業後の運営状況も含めた感想などアンケート調査を実施しましたので報告します。

対 象

令和元年（平成31年）から令和7年に開業
または開業予定の医療機関・医師に対して

調査方法

インターネットより質問状を送付、回答

回答 15名

質問事項と回答の集計

- (1) 医業承継を通じてマッチング後、すでに開業されていますか。

既に関業している	12
基本合意しており、これから開業予定である	3

- (2) 開業または開業予定の年

令和3年	2
令和4年	5
令和5年	2
令和6年	2
令和7年	3

- (3) 開業または開業予定の月

1月	1
2月	1
3月	2
4月	3
5月	1
6月	1
7月	2
8月	1
9月	1
12月	1

(4) 医業承継バンクの活用について

非常に良かった	11
良かった	3
悪かった	0
活用しなければよかった	0

(5) (4)の回答で「非常に良かった」、「良かった」と答えた理由【複数選択】

開業資金を低く抑えることができた	12
補助金が活用できた	10
専門家（コンサルタント）の対応が適切であった	7
開業までの期間が短く済んだ	4
事務局の対応が適切であった	8
開業後の運営がすぐに安定した	2
前院長からのアドバイス等がもたらえた	5

(6) 現在の状況について

開業後3年以上5年未満	1
開業後1年以上3年未満	7
開業後1年未満	1
開業前	1

(7) 開業後の状況について

非常に経営状態がいい	1
経営状態はまあまあよい	5
経営状態は良くも悪くもない	2
経営状態はあまりよくない	1
経営状態は非常に苦しい	0

(8) 開業後の感想

開業してよかった	9
勤務医の方が良かった	1
医療以外の経営等について勉強になった	7
時間の自由が利くようになった	3
医師会活動に触れる機会が増えた	0
自身が閉院するときも医業承継バンクを活用したい	7
他の医師にも医業承継バンクを推奨したい	3

(9) 開業後の困りごとについて

医業承継バンクに相談したい事項があった	0
専門家に相談したい事項があった	5
相談したい事項はなかった	4
その他	3
<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後開業の予定 ・ 大家さんとの関係性 ・ いろいろな業者の方との話しで理解出来ない事が多かったこと。 	

(10) 医業承継バンクの改善点

ホームページをわかりやすくする	3
広報媒体を増やす	5
登録者（医療機関）数が少ない	1
補助金の増額	3
事務局からのレスポンスが遅い	0
特になし	3

(11) (10)の回答で補助金の増額を選択した方へ、具体的に希望する補助金（現在は最大で4,000万円の1/2の2,000万円）

3,000万円	2
4,000万円	1
5,000万円	2
その他	3
<ul style="list-style-type: none"> ・ 現状で良いと思いますが物価や診療報酬の変化に応じて対応していく必要があるかと思います。 ・ 精神科で初期投資が少なかったため、3,000万円の1/2の1,500万円でした。 ・ 増額を選択していませんが、登録しないと進まないようです。 	

(12) その他に医業承継バンクに対する要望や意見の記入

- ・ 皆さんが感じているかと思いますが、高齢な開業医でやめたがっている先生もいるので、完全に閉院する前にそのような先生をマッチングにとり込めればよいと思いました。なかなか難しそうですが。
- ・ 今になって承継した医療器械が壊れるようになった。大きい機器は開業時に補助金を利用して買い換えていた方がよかった。
- ・ 全くの新規開業はお金もかかり（坪単価あたりの建築費用は増加傾向のため）大変だと思います。修繕し旧クリニックをリニューアルする形での医業承継は低資金で開業できるため、今後増えていくと思います。
- ・ 医業承継バンク事務局の方々に心より御礼申し上げます。
- ・ 承継する側の医師は高齢の場合が多いと思われます。

- 承継締結後に、必要書類の準備が遅かったり、承継後のリフォームの際に必要な現地調査等にご理解をいただくのに難渋する場面も多々ありました。
- 承継の説明の際に、両者にどのような流れで承継～売買契約に至るのか、承継される側が承継したものをどのように使用するのか、必要な書類が何になるのか、承継後にどのような調査が必要になるのかまで、第3者である承継バンクが立ち会いの下、承継する側、される側の両者に十分確認しておく必要があると思われました。
- 現在の当院の問題点は、医療承継とは直接関係ありませんが、大家さんとの関係にかかわる問題は、常にありうることだと思います。過剰な関わりをある程度制限することを明文化すべきだと思います。
- 無事に開業できるかが心配なところですが、何とかやってきたと思います。引き続きどうぞよろしくお願いいたします。
- 開業医の減少は、地域医療の存続には致命的です。地道な活動ですが、末永く頑張ってください。
- こういうシステムがある事を知らない医師が沢山いると思うので、もっと宣伝するとよいと思います。

