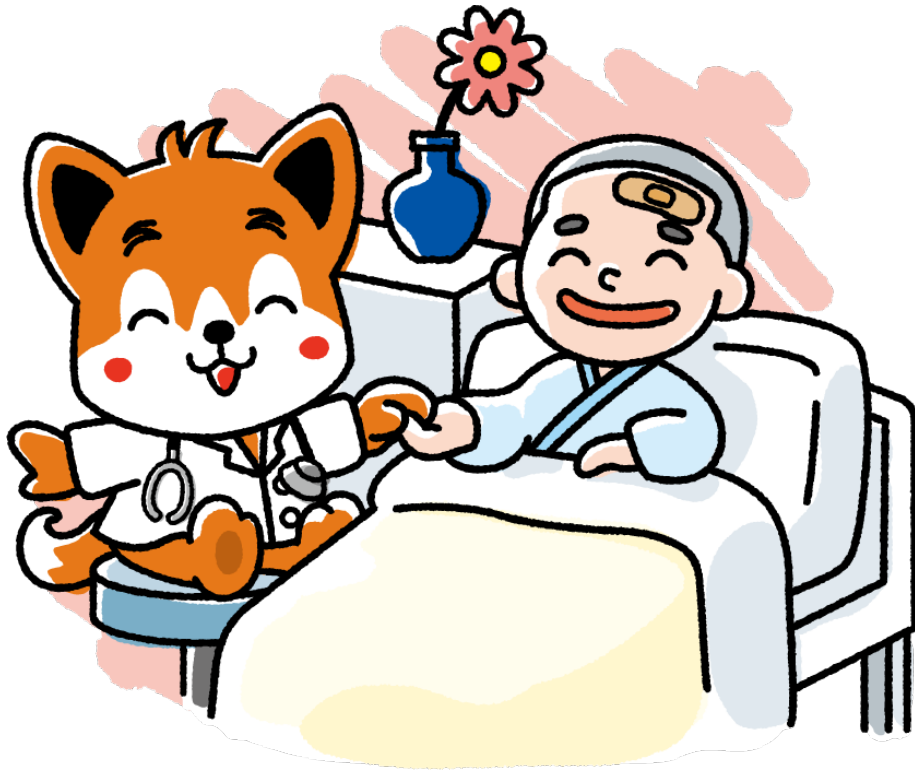


令和4・5年度

有床診療所委員会 最終答申



令和6年3月

日本医師会 有床診療所委員会

目次

はじめに	1
第1章 現状分析や課題等について	2
1.1.1. 有床診療所の現状	2
1.1.2. 第8次医療計画及び「新興感染症発生・まん延時における医療」	2
1.2. コロナ禍での透析患者の対応の経験から	3
第2章 将来を見据えた有床診療所のあり方について	5
2.1.1. 将来を見据えた有床診療所のあり方について	5
2.2. 大都市における有床診療所の役割	9
2.3. 医療DXの推進について	12
2.4.1. 有床診療所と税制等	14
2.4.2. 社会保険医療の給付等に係る消費税について	14
2.4.3. 医療機関における医療DXへの対応と固定資産税	15
2.4.4. 生産性向上・賃上げに資する設備投資に対する固定資産税の特例	16
2.4.5. 経営の安定と承継に資する承継税制について	16
2.4.6. MCDB制度下の医療法人に関する情報の調査及び分析等	18
2.4.7. 賃上げ税制について	19
2.5. 有事における有床診療所の役割	21
2.6. 有床診療所の課題	23

第3章 有床診療所の認知度向上の取り組みについて	25
3.1. はじめに	25
3.2. 今期の取り組み	26
3.3. 本章のまとめ	31
第4章 専門医療について	33
4.1.1. 産科有床診療所	33
4.1.2. 宿日直許可取得の課題	34
4.1.3. 正常分娩の保険適用化の課題	35
4.1.4. 出生率低下に対して産科有診がかかわるべき課題	37
4.2. 眼科有床診療所	40
4.3. 泌尿器科	43
4.3.1. 泌尿器疾患の内科的治療における有床診療所の役割	43
4.3.2. 泌尿器疾患の外科的治療における有床診療所の役割	43
4.3.3. 高度医療機関との医療連携における有床診療所の役割	44
4.3.4. 救急当番への参画	45
4.3.5. 透析治療	45
4.3.6. 次期医療計画と泌尿器科有床診療所	46
4.4. 整形外科有床診療所の現状と要望	47
4.4.1. 現状分析	47
4.4.2. 改善策	50

令和6年3月8日

日本医師会

会長 松本吉郎 殿

有床診療所委員会

委員長 齋藤義郎

有床診療所委員会 最終答申

本委員会は、令和4年11月9日に開催された第1回委員会において、貴職より「次期医療計画策定等を踏まえ、将来を見据えた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8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。

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	河野 雅行	(宮崎県医師会会長)
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)
〃	小野 宏志	(静岡県医師会理事)
〃	加藤 圭一	(日本眼科医会常任理事)
〃	木村 丹	(岡山県医師会理事)
〃	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)
〃	田邊 讓二	(山梨県医師会理事)
〃	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)
〃	長谷川 宏	(長崎県医師会常任理事)
〃	平尾 健	(広島県医師会常任理事)
〃	松本 光司	(全国有床診療所連絡協議会専務理事)

1 はじめに

2

3 第8次医療計画においては、「新興感染症対応」を加えた、5疾病・6事業及
4 び在宅医療について重点的に取り組むことが推進される。さらに「地域医療構
5 想」についても2025年以降に向けて新しく検討される。

6 有床診療所の施設数は留まることなく減少中であるが、コロナ禍により、有
7 事における有床診療所の有用性が再認識された。その現状分析と課題につい
8 ては引き続き検討が必要である。また、都道府県の第8次保健医療計画に有
9 床診療所の機能と役割を書き込み、地域の地域医療構想調整会議に積極的に
10 参画して、地域医療の将来をともに考えることで存在意義を示す必要がある。

11 令和5年度は、日本医師会と全国有床診療所連絡協議会との共催にて、12
12 月3日に「歴史から学ぶ有床診療所、その現在と未来を語る」をテーマに「有
13 床診療所の日記念講演会」を開催した。医療関係者だけでなく、一般の方にも
14 ウェブ参加を頂くことで、有床診療所の認知度があがるとともに、有床診療所
15 の過去を学ぶことにより、将来を見据えた有床診療所のあり方について考え
16 るきっかけとなったと考えている。

17 本報告書では、専門医療（産婦人科、泌尿器科、眼科、整形外科）について
18 も検討を行っており、ここに答申する。

1 第1章 現状分析や課題等について

2 1.1.1 有床診療所の現状

3 有床診療所は、昭和50年から55年頃のピーク時に約3万施設、28万床で
4 あったが、現在約5,700施設8万床に激減した。医療関係者の間でも「有床診
5 療所」という用語の認知度が低くなってきており、「入院ベッドを備えた診療
6 所」として、わが国の医療を最前線で支える医療機関であると再認識されるこ
7 とを期待する。

9 1.1.2 第8次医療計画及び「新興感染症発生・まん延時における医療」

10 3年半の新型コロナウイルス感染症の流行に際して、全国の有床診療所は、
11 発熱外来、ワクチン接種、自宅や介護施設での感染患者への往診、そして入院
12 治療と、その対応に力を尽くして役割を果たしてきた。2024年度からの第8
13 次医療計画には「5疾病6事業」の6事業目として「新興感染症発生・まん延
14 時における医療」が新たに盛り込まれたが、有床診療所は新型コロナウイルス
15 感染症まん延時の経験を生かして積極的に役割を担うことが可能であり、特
16 に介護施設入所者の感染時に病院への搬送が極力抑えられるよう、積極的な
17 往診や訪問診療なども行って有床診療所の範囲内で完結できるように対応す
18 ることにより存在意義を訴えることが可能になる。

1.2. コロナ禍での透析患者の対応の経験から

高齢者や透析治療など重症疾患を合併する患者は、感染症の重症化、癌や動脈硬化性疾患、骨折の増加、認知症の進行、視力聴力筋力の低下など、様々な疾病の発症と臓器機能低下をもたらす。

高齢患者の増加、疾患や家庭環境の多様化に対応すべく、高次機能病院、中核病院、有床診療所、外来クリニック、在宅往診診療所、また各種の介護施設が存在する。そしてそれらの医療施設及び介護施設を有機的に活用し、地域包括連携治療で対応しようとしている。しかし現実にはうまくいかないケースも多岐に渡る。

【ケース 1（週末発症感染例）】

週末に本院通院中の透析患者が新型コロナウイルス（以下、「コロナ」という。）に感染してしまい、保健所に連絡するも割り振り医療機関が見つからず、自分の医療機関で診ることになった。隔離透析の施行に際し、入院患者移動の導線や急なスタッフ確保が大きな問題となったものの、スタッフの協力でなんとか無事に乗り切ることができた。

【ケース 2（重症合併症透析例）】

脳梗塞で入院治療中の高齢の透析患者が、コロナに感染してしまい、保健所に相談したが、当時コロナ患者を診ていなかった本院でそのまま診ることとなった。急にコロナ患者を受け入れることとなり、スタッフも動揺した。透析治療については、急ぎ、プレハブの透析室を屋外に臨時設置して、隔離透析を

1 行った。入院管理については、DMAT の隊員の訪問を受け、院内の導線や PPE 装
2 脱着方法の指導があり体制を整えた。不幸にも患者は死亡してしまったが、適
3 切な院内対応によって他の患者への院内感染はなく、患者やスタッフの 2 次
4 感染は防ぐことができた。

5 【ケース 3】

6 通院中の透析患者と一緒に暮らす孫や子供がコロナに感染してしまった。
7 同居だと隔離が困難で、透析患者は感染により重篤化の危険があるので、幼児
8 の感染患者ではなく通院中の透析患者の避難入院を家族から強くお願いされ
9 た。ショートステイなど介護施設にも依頼したが、急には対応できず断られた
10 とのことで、やむを得ず隔離目的で入院させ、透析を継続しつつ、感染を防ぐ
11 ことができた。

12 上記ケース 1、2、3 は実際に委員の有床診療所で経験した非常時の対応ケ
13 ースである。有床診療所は、地域住民の医療ニーズと共にあり、責任感を強く
14 持ちそのニーズに応えようとしている。

15 今回のような重症化する流行感染症に対して、国の想定する対応ルールに
16 当てはめられないような想定外のケースの受け皿となり、有床診療所ならで
17 はのきめ細かい医療提供により、前例のない状況下で、地域医療の崩壊を防ぐ
18 一助となったのではないか。

19

1 第2章 将来を見据えた有床診療所のあり方について

2 2.1.1. 将来を見据えた有床診療所のあり方について

3 有床診療所は平成18年に48時間規制が撤廃され、同時に一般病床が地域
4 医療計画上の基準病床数の対象となった。その後、有床診療所の活用とその減
5 少を食い止めるため、様々な施策が行われているが施設数の減少に歯止めは
6 かかっていない。その原因は診療報酬が低く抑えられて人員確保や施設、設備
7 の更新ができないことや、若手の医師に有床診療所の良さをアピールするこ
8 とができず、経営者の高齢化と共に承継されないまま廃院に追い込まれてい
9 ることが考えられる。

10 有床診療所の役割は、軽症の救急疾患に24時間対応できる身近な入院施設
11 として機能することである。また、今後増加する在宅医療を拡充し、看取りに
12 も対応でき、急性期病院がその機能を十分に発揮できる医療体制を構築する
13 ことである。

14 病院の集約化も進みつつあるが、それによって病院へのアクセスが著しく
15 悪くなる住民も出てきている。特に、過疎地域では深刻な問題となるが、その
16 時に地域で有用なのが有床診療所ではないか。身近な地域に入院施設が存在
17 することは、地域医療に必要である。

18 また、特に高齢者には、継続性のある医療の提供が求められている。有床診
19 療所はかかりつけ医としての医療を外来や訪問診療で提供し、外来や訪問診
20 療での主治医がそのまま入院でも主治医となれる。また、普段から接している

1 看護職員も、入院中も関わることができ、退院後も、主治医は同じとなる。こ
2 れまで培われてきた関係を保つての入退院支援は、本人の気持ちに寄り添っ
3 た医療が提供可能となるだけでなく、ACP や意思決定支援に関してもより円滑
4 となることが期待され、短期間で退院する病院にはない特徴と言える。

5 今後、地域で更に高齢者が増加する中、地域医療の崩壊を防ぐため、地域医
6 療に密着した柔軟な医療提供ができる有床診療所の役割はより重要になる。
7 例えば、介護施設では、高齢者の急変や転倒・誤嚥などの対応に困っており、
8 受け入れ医療機関が満床で断られることもたびたび経験する。介護を必要と
9 する高齢者を疾病ごとの医療ニーズに応じて受け入れる一次受入施設として
10 の取り組みや、短期入所者療養介護（ショートステイ）、高齢者施設の入所者、
11 在宅往診医療からの救急患者受入も有床診療所が果たせるポイントといえる。

12 また、病院から容態が安定した高齢入院患者や早期退院患者を受け入れる
13 二次受入施設として、治療を継続しながらリハビリを行うことで、在宅復帰や
14 介護施設への受け渡し施設として機能することができる。このように有床診
15 療所は医療と介護を結びつける地域包括ケアシステムの中心として役に立つ
16 存在である。

17 医療の個別性の視点からは、一人一人の状況に応じた医療を提供すること
18 が重要であるが、長い関係性があるからこそ、限られた資源の中でも、医療と
19 医療以外の多角的な視点から個別性に配慮した対応が可能となる。地域共生
20 社会の実現や地域包括ケアの視点からも、有床診療所は一人一人の思いに応

1 えることができる対応ができる強みを持つ。

2 かかりつけ医機能という視点からは、更なる高齢化が進む社会において、こ
3 れまでの「治す医療」から「治し、支える医療」への意識の変化が必要となっ
4 ている。これまでは、脳卒中や急性心筋梗塞を発症した場合に、医療の目的は
5 治すことであり、死なせないことであり、実際に、医療の評価指標は死亡率や
6 年齢調整死亡率等が使われてきた。しかし、これからは治すことや死なせない
7 ことが大切であることは大前提として、少しでも障害の程度を軽くすること、
8 後遺症を残さないこと、要介護状態にしないこと、元の生活の場に返すことも
9 求められている。これらは、急性期病院だけで完結できるものではなく、地域
10 全体で取り組むべき問題である。後遺症を残したり、要介護状態になってし
11 まった場合、外来・在宅医療を問わず、その後の日常的な診療や、生活の視点
12 からの指導、急変時の対応、看取りなどはかかりつけ医が基本的に担うことに
13 なる。

14 今後の日本は、高齢者が増加し、外来受診患者は減少し、訪問診療と入院患
15 者数は増加する。その中でも、高齢入院患者が増加するため、そのような医療
16 需要の変化を考えると、高度な積極的治療を行う入院医療よりも、日常診療の
17 延長線上の入院が求められる。つまり、かかりつけ医が入院医療にも対応でき
18 たほうが、患者さんにとっても、地域にとってもメリットがある。

19 最近では、地域連携のクリティカルパスの流れで地域の基幹病院から肺炎や
20 心不全の患者が、有床診療所に入院するケースもある。そのような地域連携で

1 地域に貢献することにより、有床診療所の活躍の場が広がり認知度も向上す
2 る。また、緩和ケアやレスパイト入院、看取りなどでも有床診療所は柔軟に対
3 応できる。

4 多死社会の到来により 2040 年には年間の死者が 170 万人と見込まれている
5 が、有床診療所は医療と介護の両方を備えていることから、地域住民が家族に
6 見守られながら安らかに最期を迎える看取りの場を提供可能な施設となり得
7 る。

8 ほとんどの管理医師は高度先進病院で修練を積んで専門医資格を 1 つ以上
9 取得した経歴を持つ医師であり、活躍の余地は大きいものがある。外来のかか
10 りつけ医がそのまま入院主治医として担当し、身体の治療と同時に介護を含
11 めた支える医療を実践できたとき、とくに病弱高齢者にとっては「究極のかか
12 りつけ医」として、頼りになる存在となるといえる。今後の人口動態から医療
13 需要の変化を考えると、有床診療所は今後ますます必要になるのではないか。

1 2.2. 大都市における有床診療所の役割

2 既に人口減少が顕著な地方都市もあるが、東京都の人口は2030年頃までは
3 増加する。区部に限ってみると2035年頃までは増加し、以後緩やかに減少す
4 るとされている。また、高齢化の進行に伴って、世帯主が65歳以上の高齢世
5 帯が増加し、65歳以上の単独世帯は、2020年の92万世帯から2050年の126
6 万世帯まで増加を続け、2065年には115万世帯となる見込みである。特に75
7 歳以上の後期高齢者単独世帯の増加が顕著であり、2020年の52万世帯から
8 2055年には77万世帯に増加し、単独世帯の20.2%を占めることになる。65
9 歳以上の単独世帯と、世帯主年齢が65歳以上の夫婦のみの世帯を合わせた世
10 帯数は、2020年の150万世帯から2065年には179万世帯となり、全世帯(668
11 万世帯)の約3割が高齢者の一人暮らしや二人暮らしによって占められる。

12 当然のことながら認知症を有する独居高齢者数が増えることになり、外来
13 主体の診療だけでは到底提供出来ないほどに医療ニーズが増えてくる。今後
14 は救急医療や専門医療だけでなく、包括性や継続性、加えて随時対応性を兼ね
15 備えた総合的な医療の必要量がしばらくの間は増加することが必至である。

16 この時期を如何に乗り越えるか、東京都を含めた大都市の地域医療の大きな
17 課題である。災害時と平時の違いはあるが、コロナ禍において自宅療養患者が
18 急増した過去3年間、特にデルタ株の流行期に抱えた課題と、受診困難な高
19 齢者への医療提供の課題は共通要素を含んでいる。つまり地域医療のアウト
20 リーチ機能の充実が必要になる。加えて、コロナ禍において自宅と病院の中間

1 施設を要したように、家族介護が困難な環境が増えるなかで生活の場として
2 の「施設」の充実も求められる。自宅と施設を生活の場と捉え、そこに医療が
3 介護・福祉の様々な職種と共に水平連携して展開できるケアが求められる。ま
4 た本人・家族が「望む医療と望まない医療」への想いは状況に応じて変化する
5 ため、これらに迅速に対応できるような体制が必要である。

6 地域包括ケア病床の創設により、上記のニーズへの対応が改善したことを
7 現場レベルで実感できたが、充足してはいない。療養病床の再編の中で介護医
8 療院への転換も進んでいない。介護力の小さい家庭では、在宅療養と短期入所
9 の組み合わせが多く利用されているが、医療ニーズの高い療養者の短期療養
10 先の確保に苦慮することは多い。

11 以上のような東京都の背景を考えると、小規模で多機能な有床診療所
12 が、外来から在宅医療、そして入院医療を継続して提供することが望ましい。
13 しかし有床診療所には経営上の困難を伴うため、人口が増加している東京都
14 においても施設数は減少傾向にある（表 1）。一般診療所は 13,889 施設で、前
15 年に比べ 182 施設増加し、平成 2 年以降増加傾向が続くが、有床診療所は 322
16 施設（一般診療所総数の 2.3%）で年々減少している。不要な救急要請、防ぎ
17 得る死体検案事例を減らすためにも、病院と無床診療所の中間的な小規模多
18 機能な有床診療所の意義を再考するべきであり、安定した運営を可能とする
19 経済的対応も必要である。

20

表 1 施設の種類別にみた施設数

各年10月1日現在

区 分	平成30年	令和元年		令和2年	
	施設数	施設数	対30年増減率 (%)	施設数	対元年増減率 (%)
総数	24,748	25,015	1.1	25,169	0.6
病院	647	638	▲ 1.4	638	-
精神科病院	49	49	-	50	2.0
一般病院 (再掲)	598	589	▲ 1.5	588	▲ 0.2
療養病床を有する病院	251	248	▲ 1.2	237	▲ 4.4
一般診療所	13,429	13,707	2.1	13,889	1.3
有床	349	343	▲ 1.7	322	▲ 6.1
無床	13,080	13,364	2.2	13,567	1.5
歯科診療所	10,672	10,670	▲ 0.0	10,642	▲ 0.3

1

2 「東京都の医療施設-令和2年医療施設（静態・動態）調査・病院報告結果報告書-

3 https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kiban/chosa_tokei/iryosisetsu/index.html

4

1 2.3. 医療 DX の推進について

2 政府が掲げる「医療 DX 令和ビジョン 2030」施策は、医療現場における DX
3 を推進し、日本の医療分野における情報のあり方を抜本的に改革するための
4 ものである。この施策は、「全国医療情報プラットフォームの構築」「電子カル
5 テ情報の標準化」「診療報酬改定 DX」を3つの骨格とし、①国民のさらなる健
6 康増進、②切れ目なく質の高い医療等の効率的な提供、③医療機関等の業務効
7 率化、④システム人材等の有効活用、⑤医療情報の二次利用の環境整備の5点
8 の実現を目指す。

9 その背景として、世界に先がけて少子高齢化が進むわが国では、国民の健康
10 増進や切れ目のない高品質の医療の提供のために、医療分野のデジタル化を
11 進め、保健・医療情報（介護含む）の利活用を積極的に推進していくことが非
12 常に重要であること、また、今般の新型コロナウイルス感染症の流行により医
13 療現場と自治体における情報管理や共有の問題が浮き彫りとなり、平時から
14 のデータ収集の迅速化や収集範囲の拡充により業務効率化を図り、次のパン
15 デミックにおいても迅速に対応可能な体制の構築が急務であることが挙げら
16 れる。医療 DX の推進は国民にとってもメリットがある。国民が自身の保健・
17 医療情報にアクセスできるようになれば、自らの健康維持・増進に活用するこ
18 とができる。このように、デジタル技術を活用して医療を効果的に提供・享受
19 できる基盤づくりをすることで、日本の医療のあり方や国民の健康生活が、抜
20 本的に改善されることが期待される。

1 そもそも「医療 DX (Digital Transformation)」とは、医療現場のデジタル
2 化によって、医療のあり方を変化 (Transform) させることを指す。医療 DX に
3 より、医療現場の業務効率化、オンライン診療の更なる実用化、医療情報ネッ
4 トワークの構築、データ損失リスクの軽減といったことが可能となる。

5 医療情報ネットワークの構築により、単科が多い有床診療所では、他科受診
6 を希望する入院患者さんに対して、D to P with D¹または D to P with N に
7 よるオンライン診療を提供しやすい。また、異なる医療機関や介護施設がリア
8 ルタイムで情報を共有できるようになると、患者さんの健康情報や治療履歴
9 がシームレスにアクセス可能になり、連携したケアが提供される。地域で病院
10 と有床診療所と診療所、介護施設や各種事業所がネットワークでつながれば、
11 あたかも一つのバーチャル総合病院として、地域全体の医療資源を効果的に
12 管理・活用でき、さらなる地域包括ケアシステムの推進につながる。このとき
13 「在宅医療の拠点」「救急時対応」「病院からの早期退院患者の在宅・介護施設
14 への受け渡し」「終末期医療」等の機能をもつ有床診療所の病床は有効利用し
15 やすいため、有床診療所はますます地域包括ケアの中核としての役割を担う
16 ことになる。有床診療所も今後の医療 DX の流れに乗っていくべきではないだ
17 ろうか。なお、医療 DX の推進にあたっては、サイバーセキュリティ対策を十
18 分強化すること、並びに拙速に進めて医療提供体制に混乱・支障が生じること
19 がないように留意することが必要となる。

¹ Doctor to Patient with Doctor (かかりつけ医等の医師)。また、with N は with Nurse (看護職員)

1 2.4.1. 有床診療所と税制等

2 有床診療所が将来においても引き続き地域医療の重要な担い手であるため
3 には以下の税制等の整備等が必要不可欠と考える。

5 2.4.2. 社会保険医療の給付等に係る消費税について

6 「社会保障と税の一体改革」において、税の側では、令和元年10月1日の
7 消費税率10%への引き上げにより改革は終着を迎えた。ところで、社会保険
8 医療の給付等及び介護保険サービスの提供に係る消費税については、社会政
9 策的配慮から非課税とされてきた。そのため医療機関の仕入れに係る消費税
10 額のうち、非課税とされる社会保険医療の給付等及び介護保険サービスの提
11 供に対応する部分は仕入税額控除が適用されず、控除対象外消費税等の金額
12 を事業者である医療機関が負担している。これは多段階課税方式を採用して
13 いる我が国の消費税法の考え方にはそぐわない取扱いとなっている。

14 政府は、その配慮として、医療機関等が負担する消費税相当額を社会保険診
15 療報酬等に反映させて補てんすべく診療報酬の引き上げを行ってきた。しか
16 し消費税導入時においても、税率引上げ(3%→5%)時においても、その補て
17 んは十分か否かの検証ができない状況である。また、平成26年4月の税率引
18 上げ(5%→8%)対応分については、検証の結果、補てん不足が判明して見直
19 しが行われた経緯がある。さらには、令和元年10月に消費税率は10%とされ
20 たが、未だ個々の医療機関の控除対象外消費税の負担は大きな経営課題とし

1 て残されたままである。

2 また、現状の社会保険診療報酬等に反映させて補てんする方法は、個別の医
3 療機関の課税仕入れに対応する仕組みではないため、医療機関ごとの補てん
4 率に差が生じるという不平等が生まれる。さらには、病院等の建築や高額医療
5 機器などの設備投資を行う医療機関には投資時に大きな補てん不足が生じる。
6 昨今の物価高による給食材料費、光熱費等の負担増に係る消費税への機動的
7 な対応もできない。本来であれば、社会保険医療の給付等及び介護保険サービ
8 スの提供に係る消費税については課税取引に転換することが有力な選択肢と
9 して考えられるが、一方で中小規模医療機関等への影響にも配慮した慎重な
10 対応が望まれる。そこで、有床診療所を含む診療所においては、所管省庁を中
11 心に実際の補てん状況を継続的に調査するとともに、その結果を踏まえて、必
12 要に応じて、診療報酬の配点方法の見直しなどに対応していくことを前提に
13 診療報酬上の補てんを継続して消費税は非課税取引のままとし、病院におい
14 ては消費税率を軽減して課税取引に改めるべきである。

15 16 2.4.3. 医療機関における医療 DX への対応と固定資産税

17 現在、医療機関においては、政府が推進するオンライン資格確認システムの
18 導入、電子処方箋の導入、全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ
19 情報の標準化など医療 DX（デジタルトランスフォーメーション）への取組が
20 進められている。これら医療 DX については、現場のシステム導入や維持、そ

1 れに伴い必要となるセキュリティ対策に費用が必要となる。本来であればこ
2 れらの費用は医療 DX を国策として推進する国が負担すべきものである。しか
3 し、医療機関に追加的な費用負担が生じることは避けがたいという現状を踏
4 まえ、医療設備のデジタル化等に資する設備投資及びシステム投資（コンピュ
5 ータ診断支援装置、医療画像情報システム、センサー機能を使用した院内搬送
6 用ロボット、患者離床センサー、遠隔診療システム、通信機能付きバイタルサ
7 イン測定機器、電子カルテ等の取得）を支援するためこれらに対する固定資産
8 税（償却資産税）の非課税措置を創設すべきである。

9

10 2.4.4. 生産性向上・賃上げに資する設備投資に対する固定資産税の特例

11 生産性向上や賃上げに資する中小企業の設備投資に対する固定資産税特例
12 措置は、株式会社などの「会社」に限定されており医療法人は適用対象外と
13 なっている。そこで中小企業に該当する医療機関においてもこれらの設備投
14 資に対する固定資産税特例措置の適用対象に加えるべきである。

15

16 2.4.5. 経営の安定と承継に資する承継税制について

17 相続開始後に認定を受けた場合の税額計算に関して、「持分なし医療法人」
18 への移行を促進するための認定医療法人制度について、相続開始後に認定を
19 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
20 前に認定を受けて持分なし医療法人へ移行した場合と同額となるよう計算方

1 法を見直すべきである。

2 「持分あり医療法人」について、平成 18 年の医療法改正で「当分の間」存
3 続するとされた「持分あり医療法人（経過措置医療法人）」は令和 5 年 3 月 31
4 日現在、医療法人総数の 63.5%（36,844 法人）を占めており地域医療の中核
5 を担っている。これについて、経過措置を改め以下の税制措置を講じるべきで
6 ある。

7 ①持分あり医療法人の医業継続を図るため、持分あり医療法人に係る新たな
8 相続税及び贈与税の納税猶予・免除制度を創設すること。その場合には、医
9 療法人の公益性及び非営利性に鑑み、中小企業の事業承継税制である「取引
10 相場のない株式等についての相続税及び贈与税の納税猶予制度」と同等以
11 上の措置とすること。また、合わせて中小企業と同様に「遺留分に関する民
12 法の特例」も措置すること。

13 ②医療法人の出資評価の方法を以下の通り改めること。

14 イ) 類似業種比準価額方式については、配当の無い普通法人の株式に準じて
15 評価算式の分母を 3 とすること。

16 ロ) 純資産価額方式については、特定の出資社員が独占的な支配権を有して
17 いるわけではないので、支配割合 50%未満の同族株主同様に純資産価額
18 の 80%評価とすること。

19 ハ) 持分のある医療法人のうち出資額限度法人に移行した医療法人に相続
20 が生じた場合は、持分の相続税評価額を払い込み出資額のみとすること。

1 そのため、平成 16 年 6 月 16 日国税庁課税部長回答で示されたみなし贈与
2 の非課税 4 要件について、認定医療法人制度の認定要件との整合性を図る
3 こと。

5 2.4.6. MCDB 制度下の医療法人に関する情報の調査及び分析等

6 令和 5 年 5 月 19 日に公布された全世代対応型の持続可能な社会保障制度を
7 構築するための健康保険法等の一部を改正する法律により、医療法が改正さ
8 れ、医療法人に関する情報の調査及び分析等を行う新たな制度（Medical
9 Corporation Financial Database System＝MCDB 制度）が令和 5 年 8 月 1 日に
10 施行された。これにより医療法人は、これまでの事業報告書等とは別に、令和
11 5 年 8 月以降に決算期を迎える法人から毎年会計年度終了後、原則 3 ケ月以内
12 に都道府県へ病院・診療所ごとの経営情報を報告しなければならないとされ
13 た。集められた経営情報は、国の管理下でデータベース化され医療政策等に活
14 用される一方、属性等に応じてグルーピングされた分析結果は医療政策の理
15 解のため国民に情報提供される。

16 MCDB 制度の目的には、「経営への影響を踏まえた的確な支援策の検討」、「医
17 療従事者の処遇の適正化に向けた検討」、「医療経済実態調査の補完」などが掲
18 げられている。現状、経営面で厳しい状況下にある有床診療所においては、報
19 告された「生データ」をエビデンスとしてこれらの目的が現実のものとなるこ
20 とが切に望まれる。また、適正な属性等に応じたグルーピングが行われ、それ

1 に基づく経営情報の提供を行うことによって有床診療所の態様に応じた役割
2 や必要性を国民が真に理解できるような制度になることも望まれる。

3 なお、病院・診療所で MCDB 制度の対象とされるのは「医療法人立」に限ら
4 れる。医療経済実態調査が個人立の病院や診療所も対象としているのとは異
5 なっている。この点において、国民が MCDB 制度によって提供される経営情報
6 を正しく理解するための工夫や医療経済実態調査とは対象や趣旨が異なっ
7 ている点を周知するなど丁寧な説明等が必要と考える。また、医療経済実態調査
8 を補完する際にも対象とされる病院や診療所が同一ではないという点は勘案
9 されるべきである。

10

11 2.4.7. 賃上げ税制について

12 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40 歳未満の勤務医師など一
13 定の者を除く。）について、令和 6 年度にベア+2.5%、令和 7 年度にベア+
14 2.0%を実現するため、「①医療機関等の過去の実績をベースにしつつ、更に②
15 今般の報酬改定による上乗せ点数（加算措置）の活用、③賃上げ税制の活用を
16 組み合わせる」ことによりその達成を目指すとされている。令和 6 年度税制
17 改正では、医療機関の経営母体の大半を占める中小企業向けの「賃上げ促進税
18 制」が拡充され税額控除率の最大は 40%から「45%」に引き上げられた。ま
19 た、中小企業が賃上げを実施した年度に控除しきれなかった税額控除額を 5 年
20 間繰り越して適用を受けることができる「税額控除繰越措置」も創設された。

1 さらには看護職員処遇改善評価料や介護職員処遇改善加算などは補助金では
2 なく役務の対価である「報酬」という位置づけが明確化され賃上げ税制の効果
3 がより発揮できる環境が整えられた。中小企業に該当する医療法人は令和6年
4 4月1日から令和9年3月31日までの間に開始する各事業年度において、個
5 人開業医は令和7年分から令和9年分までの各年において適用を受けること
6 ができる。しかし、賃上げ税制が主導してベア+2.5%や+2.0%を実現するこ
7 とはできない。賃上げ税制は利益を計上し、かつ、納税する法人税や所得税が
8 あってこそ効果が出る。そのためには、まず今般の報酬改定による上乗せ点数
9 （加算措置）により賃上げが実現され、そこに例年の賃上げ分を加えても、な
10 お、利益と税金が算定されることが大前提である。そのためには出発点である
11 上乗せ点数（加算措置）が各医療機関にとって満遍なく賃上げできる制度設計
12 とされることが最重要であり、かつ、例年の賃上げが可能となる診療報酬の実
13 現も不可欠である。

14

1 2.5. 有事における有床診療所の役割

2 令和5年10月11日、日医会館で開催された「地域に根ざした医師会活動
3 プロジェクト」第1回シンポジウムでは「有事の医師会活動 ～地域・住民を
4 守る活動～」をテーマに、大規模災害時や新型コロナウイルス感染症に対応す
5 る医師会活動の実例紹介と活発なディスカッションが行われた。ここでは、有
6 事における有床診療所との関連について述べる。

7

8 ・大規模災害と有床診療所

9 有床診療所は、医療と食と住を同時に提供できる施設であり、地震、津波、
10 大雨などの大規模災害時には、行き先がない高齢者等の受け入れ先として機
11 能することが可能である。高度医療を行う大病院には在院日数短縮の義務が
12 あり、長期入院は難しいことから、低コストの有床診療所の病床を活用する余
13 地がある。その際には、行政・医師会・自衛隊などとの緊密な連携が必須であ
14 り、コミュニケーション能力が問われることになるため、日頃からの意思疎通
15 が極めて重要になる。

16

17 ・新型感染症と有床診療所

18 新型コロナウイルス感染症が猛威を振るっていた時期に、有床診療所も、発
19 熱外来・ワクチン接種・隔離入院などで地域医療に貢献してきた。今後、新た
20 な感染症が蔓延した場合も、コロナ関連の経験を生かして感染症収束に尽力

1 可能と思われる。

2

3 ・地域紛争と有床診療所

4 ウクライナ、中東と世界の様々な場所で戦闘行為が生じている昨今だが、中
5 国と台湾の関係も喫緊の問題であり、台湾有事を懸念する声が広がりつつあ
6 る。

7 日本政府は有事で避難が必要な場合、沖縄・先島諸島 5 市町村の住民約 11
8 万人や観光客等約 1 万人を九州全域に避難させることを想定し、関係自治体
9 と連携して 2024 年度中の受け入れ計画策定を目指している。最初の受け入れ
10 先として鹿児島県や福岡県が挙げられている。²

11 不幸にもそのような事態となったとき、高齢者を含む 12 万の避難民を受け
12 入れるには、既存の宿泊施設だけでは不十分な例もあると思われる。介護・医
13 療が必要な避難民の受け入れ先として、西日本に多く存在する有床診療所を
14 活用するという選択は考えられて良い。

15

16

² 「令和 5 年度沖縄県国民保護共同図上訓練の実施結果」

<https://www.pref.okinawa.lg.jp/bosaianzen/kokuminhogo/1023175/1026163/1026948/1027509.html>

1 2.6. 有床診療所の課題

2 有床診療所の特徴をまとめてみると、規模が小さいため迅速な決断が可能
3 であり、医師一人で決断することができ、24 時間対応ができる。また、医療
4 機関であるため、看取りまで対応可能である等、様々な良い特徴がある。

5 このように地域に貢献してはいるものの、有床診療所は年々減少しつつあ
6 り、多くの施設が存在感を示すことに苦渋を味わっている。周辺の病院や介護
7 施設からの認知度が低く、有床診療所の存在を意識しないばかりか、「有床診
8 療所」という施設類型を知らない病院 MSW やケアマネジャーも少なくない。
9 専門職のみならず、地域住民にも、いざというときには入院が可能な医療機関
10 だと知ってもらい、「有床診療所は究極のかかりつけ医」という認知度向上の
11 ため、繰り返しの広報活動が重要である。

12 また、災害有事（洪水、地震、津波など）に、有床診療所はどんな形の医療
13 貢献が可能か、自院での診療の他に救護所への出務を準備しておくことも必
14 要である。

15 看護職員、とくに夜勤看護職員は確保困難な状態が続いており、早急な給与
16 水準の引上げが必要である。ただ現在の有床診療所入院基本料では出せない
17 という大きなジレンマが持続して存在している。同時に、欠員等の緊急時にや
18 むを得ず依頼する紹介事業所について、政府は悪質事業所を排除し、適切にか
19 つ良心的な運営をするような指導が必要である。日本医師会の協力等により、

1 「医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度³」が
2 創設されており、その成果が期待されている。

3 23年のインボイス制度により、インボイス登録した有床診療所は「適格請
4 求書」の発行が義務となり、「BtoB取引」となる健康診断やワクチン接種など
5 にこの請求書を発行する必要性が生じた。これに伴い、事務作業は膨大になり、
6 少人数の事務職員のみでの有床診療所では、対応は困難を極めることが懸念さ
7 れている。

8

³ 「医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度」（2023年度厚生労働省委託事業） <https://www.jesra.or.jp/tekiseinintei/>

1 第3章 有床診療所の認知度向上の取り組みについて

2 3.1. はじめに

3 有床診療所の将来のためには若手医師の参入が不可欠である。有床診療所
4 は無床診療所と比べ対応できる疾患が多く、患者の状態などに応じて、より高
5 い成果を上げることができ、医師としての達成感は大きい。若手医師に関心を
6 持ってもらうことが重要であるが、認知度が低いため、有床診療所の周知活動
7 を積極的に行う必要がある。

8 また、前章でも指摘の通り、病院や介護施設からの有床診療所の認知度の低
9 下に加え、病院MSWやケアマネジャーなどの医療介護関係者が「有床診療所」
10 という施設類型を知らないといったケースも散見されるようになっている。
11 医療と介護の専門職のみならず、地域住民に対しても、いざというときには入
12 院による加療も可能な診療所であるとの理解を広げていくことが重要である。

13 このように、今期の委員会においては、これからの有床診療所の将来のため
14 にも、有床診療所の認知度を向上していくことは不可欠であり、そのためには、
15 これまで以上の広報活動が重要であるとの意見が委員から多く寄せられた。
16 本章では今期委員会での認知度向上のための取り組みについて取りまとめた
17 ものである。

18

19

1 3. 2. 今期の取り組み

2 ・小石川養生所の見学と日医ニュースへの記事化

3 今期の委員会では、2022年11月9日の第1回の開催に先立ち、小石川養生
 4 所跡地を委員と神村裕子常任理事とで訪問する活動を行った。小石川養生所
 5 は1722年の12月4日に創設されており、その12月4日は全国有床診療所連
 6 絡協議会により、「有床診療所の日」に制定されている。

7 2022年は小石川養生所の創設から300年に当たるため、本来であれば300
 8 周年の記念すべき年に何らかのイベント開催が期待されたが、折からの新型
 9 コロナウイルス感染症の流行のため、イベント開催ができず、委員会委員と神
 10 村常任理事の訪問とともに記念撮影を行い、「有床診療所の日」に最も近い発
 11 行日の日医ニュース（1469号（2022年12月5日））にて記事を掲載すること
 12 とした。日医ニュースへの掲載により、本委員会及び日本医師会による、会員
 13 への有床診療所の認知度向上に向けた活動となった。

<p>神村常任理事・有床診療所委員会委員</p> <p>創設300周年の小石川養生所跡を訪問</p>  <p>神村常任理事と委員、 歴任部長、歴任理事、 委員、委員、委員、 及び河野雅行副委員長 （高崎医師会）他、 名の委員は11月9日、第 300年前の1722年 小石川養生所跡地を 訪問し、記念撮影を 行った。当日は、 晴れ、気温は15度 前後と、過ごしやすい 天気であった。この 日は、有床診療所 の創設300周年を 記念し、全国各地 の有床診療所が 「有床診療所の日」 とし、記念行事を 開催している。本 委員会は、この機 会を捉え、委員と 神村常任理事とで 訪問し、記念撮影 を行った。当日は、 晴れ、気温は15度 前後と、過ごしやすい 天気であった。この 日は、有床診療所 の創設300周年を 記念し、全国各地 の有床診療所が 「有床診療所の日」 とし、記念行事を 開催している。本 委員会は、この機 会を捉え、委員と 神村常任理事とで 訪問し、記念撮影 を行った。</p>	<p>日医ニュース 1469号 (2022年12月5日付)</p> <p>「有床診療所の日」に制定されている。2022年は小石川養生所の創設から300年に当たるため、本来であれば300周年の記念すべき年に何らかのイベント開催が期待されたが、折からの新型コロナウイルス感染症の流行のため、イベント開催ができず、委員会委員と神村常任理事の訪問とともに記念撮影を行い、「有床診療所の日」に最も近い発行日の日医ニュース（1469号（2022年12月5日））にて記事を掲載することとした。日医ニュースへの掲載により、本委員会及び日本医師会による、会員への有床診療所の認知度向上に向けた活動となった。</p>
---	---

1 ・厚生労働省等による、茨城県及び徳島県内の有床診療所視察

2 有床診療所が地域で果たしている重要な役割について、厚生労働省をはじめ
3 めとした様々な関係者に理解を得ることを目的とし、2022年12月に茨城県
4 へ、23年1月に徳島県への視察を実施し、日本医師会の神村常任理事が同行
5 した。視察に際しては、茨城県医師会及び徳島県医師会の全面的なご協力を頂
6 き、また、全国有床診療所連絡協議会及び両県有床診療所協議会のご協力のも
7 とで開催に至った。視察先の院長やスタッフの方々にお話を直接伺うことが
8 でき、全国各地の有床診療所が実際に地域住民に貢献していることを実感で
9 きる有意義な視察となった。本視察は、厚生労働省の職員への周知活動として、
10 将来の有床診療所に対する医療政策の決定に資するものと認識している。

11

12 ・「有床診療所の日」記念講演会の開催

13 減少傾向にある有床診療所の活性化のために、幅広い認知度の向上が第一
14 に必要と指摘されていることから、全国の有床診療所の全般的な支援のため、
15 300周年を記念したイベントの開催が検討された。

16 23年5月に新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行となることから、
17 23年4月より、301周年の「有床診療所の日」記念講演会の実行委員会を開催
18 し、12月の講演会の準備を開始した。構成員は平尾健・実行委員長をはじめ
19 とした委員会委員及び本会との共催となる全国有床診療所連絡協議会の役員
20 であり、齋藤義郎委員長及び神村裕子常任理事がオブザーバーとして参加し、

1 対面やウェブによる会議のほか、メーリングリストを活用して活発に検討を
2 行った。その結果、本講演会は、都道府県医師会担当理事連絡協議会として開
3 催するとともに、コロナ禍の流行状況等も考慮し、全国から参加できるオンラ
4 イン配信形式を主として開催することとなった。

5 実行委員会での熱心な検討の結果、最終的にはプログラムのとおり、「歴史
6 から学ぶ有床診療所、その現在と未来を語る」をテーマとして、2023年12月
7 3日(日)に当該講演会の開催に至った。当日は、岸田文雄内閣総理大臣からの
8 来賓挨拶(ビデオメッセージ)や加藤勝信先生(前厚生労働大臣・有床診療所
9 の活性化を目指す議員連盟
10 会長)からの来賓挨拶(ビデ
11 オメッセージ)を頂き、各界
12 を代表する演者の方々によ
13 るご発表や実際の有床診療
14 所取材した動画放映、パ
15 ネルディスカッション等を
16 実施し、来館107名、Web視
17 聴432名と盛会裡に終了し
18 た。

301周年
有床診療所の日
記念講演会

テーマ
歴史から学ぶ有床診療所、
その現在と未来を語る

301周年
有床診療所の日
記念講演会

ゆうれしゅう

享保7年(1722年)12月4日、
時の将軍 徳川吉宗により
現在の「有床診療所」に繋がる
日本最初の本格的入院施設
「小石川養生所」が設けられました。

徳川吉宗

12.3 令和5年 SUNDAY
13:00 - 16:00

オンライン配信

事前申込み不要
下記QRコードから
アクセスしてください

参加費 無料

<https://www.med.or.jp/people/yushin/>
(23年10月中に開放予定)

共催：日本医師会・全国有床診療所連絡協議会

詳細は裏面をご覧ください。

記念講演会ご案内チラシ(表面)

ゆうしやう
有床診療所の日 301周年 記念講演会

プログラム

開会・挨拶
13:00-13:20

司会の務 河野 雅行 (全国有床診療所連絡協議会副会長)
挨拶 松本 吉郎 (日本医師会長)
 青藤 義郎 (全国有床診療所連絡協議会会長)
来賓挨拶

基調講演
13:20-14:05

医学・医療と入院施設の医学史
ー医療の中心にある医師・患者関係の歴史ー
【講師】坂井 建雄先生 (日本医学史学会副理事長・順天薬学大学特任教授)

動画放映 全国の有床診療所の現場から① 茨城県 鈴木内科

シンポジウム
14:15-15:15

歴史から学ぶ有床診療所、その現在と未来を語る

松村 誠 (広島県医師会会長)
高橋 俊雄 (NHK解説委員)
佐々木 孝治 (厚生労働省医政局地域医療部 副課長)
松田 晋哉 (産科医師会代表)

動画放映 全国の有床診療所の現場から② 茨城県 吉成医院

パネル
ディスカッション
15:25-15:55

【 座 長 】 神村 裕子 (日本医師会常任理事)
【シンポジスト】 坂井 建雄 / 松村 誠 / 佐々木 孝治 / 松田 晋哉
 江澤 和彦 (日本医師会常任理事)
【 審定発言 】 江口 成美 (日医師会主幹委員)

閉会
15:55-16:00

司会の務 猪口 雄二 (日本医師会副会長)

12月4日は
「有床診療所の日」

小石川養生所では、設立から江戸時代終焉までの約140年間、貧しい町民に対して、無償で外来・在宅・入院による医療が提供されてきました。地域医療の要であった小石川養生所にちなみ、全国有床診療所連絡協議会は、12月4日を「有床診療所の日」と制定しました。

参加方法

【日時】 令和5年12月3日(日) 13:00-16:00

参加費無料

オンライン
配信

事前申込みは不要です。
QRコードまたはURLからアクセスしてください。

<https://www.med.or.jp/people/yushin/>



お問い合わせ

日本医師会地域医療課 TEL: 03-3942-6137 MAIL: chiki_1@po.med.or.jp

記念講演会プログラム (チラシ裏面)

・ウェブでの掲載

開催した「有床診療所の日」記念講演会については、有床診療所を広く知って頂くためのレガシーとして活用するため、当初の予定通り、日本医師会公式YouTubeチャンネルに掲載することとした。日本医師会の公式ホームページのトップにてご案内を続けたこともあり、掲載後約3ヶ月の時点でも、当日の参加者を大きく超える回数の視聴を頂いている。

1 また、講演会の動画掲載だけでなく、日本医師会公式ホームページの「国民
2 のみなさまへ」のコーナーの中に「有床診療所とは」とするページを開設⁴し、
3 本講演会の動画リンクとともに掲載した。このページには、日本医師会が有床
4 診療所とはどんな施設なのか、有床診療所の原点や役割、有床診療所の現状な
5 どについて分かりやすく解説した、「教えて！日医君！知って欲しい！有床診
6 療所」の動画も合わせて掲載しており、講演会動画により関心を持った方に有
7 床診療所のことをより深く知って頂くための複合コンテンツとしている。

8 これらの周知活動を継続することで、有床診療所の認知度の底上げが行わ
9 れ、国民の様々な階層への理解を得る一助となることを願うものである。

10

日本医師会
Japan Medical Association

有床診療所とは 「有床診療所の日」301周年記念講演会 知ってほしい！有床診療所

有床診療所とは

有床（ゆうしょう）診療所とは、19床以下のベッドを持ち、通院治療ならびに必要な応じて入院治療を行える小規模な医療施設です。入院機能を持つことから、分娩や手術なども行っており、地域の患者さんのニーズに柔軟に対応し、地域に密着しての医療を提供しています。

有床診療所は、地域で様々な医療を受けられる身近な存在であるとともに、地域医療の根幹を担う医療施設として大きな役割を担っていながらも、残念ながら施設数は減少傾向にあります。

日本医師会は、地域包括ケアシステムの中核となる有床診療所を応援しております。国民のみなさまには、こちらのサイトで有床診療所のことを詳しく知って頂けたらと考えております。

「有床診療所の日」301周年記念講演会

小石川養生所では、設立から江戸時代終焉までの約140年間、貧しい町民に対して、無償で外来・在宅・入院による医療が提供されてきました。地域医療の要であった小石川養生所にちなみ、全国有床診療所連絡協議会は、12月4日を「有床診療所の日」と制定しました。日本医師会と全国有床診療所連絡協議会は、1722年の小石川養生所の創設から300周年と約1年となる2023年12月3日（日曜日）に「有床診療所の日」記念講演会を開催いたしました。当日の様子が動画でご覧頂けます。

11

日本医師会公式ホームページ内の「有床診療所とは」

⁴ 有床診療所とは：<https://www.med.or.jp/people/yushin/>

「有床診療所の日」講演会：<https://www.med.or.jp/people/yushin/301/>

1 3.3. 本章のまとめ

2 地域医療の充実には、入院需要に柔軟に応えることができる病床をもつ有
3 床診療所の存在が欠かせない。しかし、多くの医療介護従事者の認識不足のため、地域によってはその病床が有効利用されていないという現実がある。本章
4 では、有床診療所の認知度向上に向けた今季の取り組みについて紹介した。中
5 でも、記念行事となった「有床診療所の日」記念講演会では、過去より地域医
6 療に重要な役割を果たしてきた有床診療所の現在の課題が抽出され未来に向
7 けての提言がなされるなど、その内容は有床診療所について多くの人に理解
8 していただくのにふさわしいものであった。今回の記念講演会はもちろんの
9 こと、動画を YouTube に掲載し魅力を発信すること、また会報誌やホームページ、さらには各種メディアを通じて、これからも国民への有床診療所の周知
10 活動を地道に続けることがきわめて重要である。

13 ここで、「有床診療所」という用語は「無床診療所」に対比しての用語であり、少々国民にはなじみにくいと思われる。「有床診療所」という名称を変更
14 し、もっと親しみやすいネーミングとすることも一考の価値があるのではないだろうか。

17 その他、全国有床診療所連絡協議会による「第36回全国有床診療所連絡協
18 議会総会福島大会」が2023年9月に開催されたが、その開催に先立って、地
19 元新聞社の紙面にて広告を出稿するという取り組みを行っており、有床診療
20 所の認知度向上のアプローチには様々な可能性があることの示唆を頂いた。

- 1 これまでの取り組みをレガシーとして活用しつつ、今後も、効果的な周知活動
- 2 についての検討と実行が重要であると思われる。

3



日本医師会公式ホームページ内のトップページでの啓発活動のイメージ

1 第4章 専門医療について

2 4.1.1. 産科有床診療所

3 産科有床診療所は、他科の有床診療所とは異なる課題がある。

4 昨今、産科有床診療所（以下、産科有診という。）は減少傾向ではあるもの
5 の、直近3年以内に新設された有床診療所のうち、66%が産科有診である。産
6 科有診は、身近な所で安心してお産をしたいという地域のニーズにより設立
7 された有床診療所がほとんどである。分娩施設は、三次施設の基幹病院と一次
8 施設の産科有診との二極化が進んでおり、産科有診の施設数は減ってはいる
9 が分娩数は増えている現状がある。妊婦側にとっては、施設選択に際してアク
10 セスが最も重要視されており、地域の産科有診がそのニーズに応えている。ま
11 た、小規模地域分散型の医療で、周産期死亡率と妊産婦死亡率が世界で最も低
12 い水準であり、安心安全な地域産科医療に貢献している。骨太の方針の2021
13 と2023の中に「地域の産科医療施設の存続など安心安全な産科医療の確保」
14 が明記されており、身近な所でお産をしたいという地域のニーズに寄り添っ
15 た産科有診は、分娩という緊急の医療としての側面を持ちながら、19床ぎり
16 ぎりの病床に加え複数の分娩室、陣痛室、手術室、保健指導室等を併せ持って
17 おり、施設の規模も職員数も中小病院と同等程度である。

18 産科有診は正常分娩が中心であり、個々の産科有診の課題も類似している。
19 1つ目は、宿日直許可取得の課題、2つ目は、正常分娩の保険適用化の課題、
20 3つ目は、出生率低下に対して産科有診が関わるべきとする課題である。

1 4.1.2. 宿日直許可取得の課題

2 医師の働き方改革施行実施が目前に迫る中、産科有診においては、日常の診
3 療においても、様々な場面での有事に対応するために宿日直許可の取得は最
4 重要課題であり、取得しなければ大学病院などから医師の派遣が困難になり、
5 地域の産科医療が立ちゆかなくなる。特に、24 時間 365 日、分娩に対応して
6 いる産科有診では、産科医師の心身の健康面、医療安全、医療事故の観点から
7 も医師の派遣は必須である。

8 2024 年度からの医師の働き方改革に向けて、福島県有床診療所協議会が、
9 福島県内の有床診療所を対象に、宿日直許可取得状況に関するアンケートを
10 実施した(75 施設、回答率 32%)。産科有診では、宿日直許可取得済みは 57%、
11 申請中が 7%、大学からの派遣応援が不要な診療所と許可が不要と考えている
12 施設が 36%であった。産科以外の科では、宿日直許可申請中の施設が 1 件の
13 みで、ほとんどの診療所が許可不要と考えている状況であった。この結果は、
14 全国有床診療所連絡協議会会員を対象に令和 5 年 7 月に実施した有床診療所
15 の現状調査の結果とほぼ同じである。大学附属病院から宿日直許可を取得し
16 ていない有床診療所への医師派遣の場合、診療時間としてカウントされるた
17 め、医師の派遣が困難になる。

18 以下は、他の診療科の有床診療所への提案でもあるが、現時点で医師派遣が
19 不要と判断している有床診療所は、予想外の有事の際に医師派遣を受けられ
20 ない可能性があるため、産科有診だけでなく、他科の有床診療所も、今のうち

1 に、宿日直許可の取得を検討することを提言したい。

2

3 4. 1. 3. 正常分娩の保険適用化の課題

4 現在の医療保険上の有床診療所の入院基本料は病院に比べ低く抑えられて
5 いる。正常分娩の出産費用が保険適用となり、現状の入院基本料に沿った低い
6 点数や、低い新生児入院基本料が設定された場合は、正常分娩を主に担ってい
7 る産科有診の存続にも大きな影響をもたらす。正常分娩の手技・管理は、大病
8 院であっても産科有診と同内容であり、病院と産科有診で正常分娩の保険点
9 数に差がつくことは違和感がある。加えて、産婦が保険適用であれば新生児も
10 保険適用となって母子で1床ずつとなると、19床の病床数をオーバーする可
11 能性もある。また、医療保険の自己負担分を国や地方自治体が補填しないと、
12 現状の方がむしろ自己負担が少ないという事にもなりうる。

13 都市部では病院での出産が多く、地方では産科有診での出産が多い傾向が
14 ある。その傾向から地方の産科有診が担ってきた小規模分散型体制は世界一
15 の周産期医療水準に貢献してきた。

16 しかし、産科での診療は24時間365日で緊急対応を要するため、体制維持
17 の負担が大きい。よって、保険適用になるのであれば、救急医療体制維持費の
18 概念を取り入れないと、夜間・時間外対応への人員確保が厳しくなるなど、保
19 険適用によってその体制と安全面への影響が憂慮される。

20 妊婦の出産場所の選択基準の第一位は、施設へのアクセスであり、全国でも

1 約半数の妊婦は産科有診を選択している。出産費用は地域ごとの所得水準、土
2 地代、職員の賃金水準などに依存し、全国一律ではないが、保険化によってそ
3 れぞれの地域の実情に合わせた施設の維持が困難となることが予測される。
4 そのことにより医療の質の低下など、妊産婦に不利益が生じる可能性も否め
5 ない。仮に産科専門施設が撤退すると、地域への影響は非常に大きい。

6 妊産婦の多様なニーズに対応してきた現体制の維持に関して、妊産婦の送
7 迎、出産前後の施設外宿泊確保、土日・夜間の健診、超音波検査画像・動画の
8 提供、自由な面会時間、個室利用、食事内容の充実、家族の宿泊、保育施設併
9 設などの妊産婦が希望してきた医療内容等の維持が保険適用によって可能で
10 あるのか疑問が残る。また、これらは、これまでの日本のお産文化では、ウエ
11 イトの高いニーズでもあるため、工夫をして保険診療の中に加えるか、保険外
12 併用療養（選定療養）とすることも検討しなければならない。各施設が切磋琢
13 磨して特色を出してきた医療内容が保険適用されない場合は、各施設が負担
14 するか、とりやめるかの選択肢しかない。正常分娩に係る他の医療行為や管理
15 との関係では、出産費用を保険適用する場合、医療安全の確保や妊産婦と新生
16 児の多様なニーズに対応するサービスが損なわれないよう、特段の配慮が必
17 要となる。

18 近年、分娩が年間3%減少しているのに対し、分娩費用が年間1.6%増加し
19 ていることで産科有診の経営は持ちこたえているが、分娩費用が保険化され、
20 出産一時金と同額程度で据え置きとなった場合には、分娩数の減少により分

1 娩収入が減少すると推計されている。このことにより経営基盤の弱い施設を
2 中心に分娩取扱施設の減少に拍車がかかる可能性がある。地域によっては、妊
3 婦の居住地では分娩できず、産前待機などを招く可能性が高い。

4 出産育児一時金以上の分娩費用で運営される産科単科の施設は、全体の
5 21.8%を占め、そこで出産する妊婦は全国の23%となる。仮に分娩費用が出
6 産育児一時金と同額で定められ、減収に転じた施設が運営困難になると、全国
7 で4分の1程度の妊婦が出産場所を失う可能性がある。

8 以上のように、産科有診の正常分娩費用の保険適用化は、システムが根本的
9 に変わる大きな問題である。地域の産科有診は、医師の高齢化や後継者不足に
10 頭を悩ませている状況にある中で収入減少が重なると、分娩取り扱いを止め
11 る施設も出てくることが予想される。日本医師会有床診療所委員会として、次
12 期診療報酬改定での入院基本料等の増額といった問題をはじめ、正常分娩費
13 用の保険適用化に関して優先して議論すべき課題が山積している。

14 15 4.1.4. 出生率低下に対して産科有診がかかわるべき課題

16 2022年は年間の出生数770,747人、合計特殊出生率も過去最低の1.26で
17 あった。2023年の出生率速報値でも、過去2年を下回って23年も過去最低の
18 出生数となる可能性は高く、少子化は猛スピードで進んでいる。残念ながら、
19 これまでの実証研究では、各種の現金給付や現物給付による効果は明確には
20 確認できていないのが実情であり、小児の医療費の無償化も少子化対策とし

1 て効果をもたらしていないようである。日本は出生率 1.3 という国際的にも
2 極端に低い率となって 20 年が経過したが、これまでの少子化対策はあまり効
3 果が出ていない。

4 働く女性は帰宅後に家事と育児の大半をこなしている。子どもを持って自
5 分の余暇時間の量を失うより、子どもを産まず、余暇時間や物理的豊かさを確
6 保する傾向もある。日本人男性の家事育児時間が非常に少ないことも、未婚化、
7 少子化の一因になっている。結婚した夫婦が持つ子どもの数は 1970 年代から
8 2 人前後で横ばいであり、少子化は未婚化が最大要因になっている。コロナ禍
9 で未婚化が進行した可能性もあり、15～19 年の平均婚姻率は人口 1 千人あた
10 り 4.9 だったが、20 年 4.3、21 年 4.2 と急落している。日本は出産と結婚が
11 セットと考える風潮が根強く、婚姻率の低下は少子化に直結している。

12 「長時間労働できる夫＋無償ケア労働を提供する妻」のモデル世帯ではな
13 く、欧米のような夫婦が共に仕事を継続しながら子育てをする「デュアルキャ
14 リア夫婦」向けの施策が重要であり、出産の高齢化により、切迫早産や妊娠高
15 血圧症候群などでの社会保険の自己負担費用が増大していることから、出産
16 育児一時金だけでなく、それ以外の費用を含めた妊娠出産費用の全額補助、事
17 実婚や婚外子を認める法律の整備、不妊治療の 3 割自己負担分への補助、第
18 二子、第三子、低所得者世帯への給付増などの自治体や政府への要望も産科有
19 診が積極的に関わるべきである。

20 また他人の子育てを手伝う機会も減少し、自らの出産がはじめて赤ちゃん

- 1 と接する妊婦がほとんどとなっており、分娩や子育てに不安がある妊婦が大
- 2 多数であることも特記すべきことである。包括的な性教育、女性のライフステ
- 3 ージごとのヘルスケア、プレコンセプションケアなども積極的に推進し、育児
- 4 不安を和らげるサポート、妊娠や産後のケアも出生率向上のための産科医の
- 5 役割である。

1 4.2. 眼科有床診療所

2 公益社団法人日本眼科医会が2016年に全国の眼科有床診療所に対して行っ
3 たアンケート調査（回収率83.6%）によると、大都市にある眼科有床診療所
4 はわずか6.5%で、59.4%が小規模都市・町村、農村地区・山間部、へき地・
5 離島に存在している。交通の便が良く、眼科医療機関へのアクセスにあまり時
6 間を要しない大都市と違い、公共交通機関が少なく、遠距離かつ移動時間も長
7 い地方において、眼科有床診療所の存在価値が大きいことを示唆するデータ
8 である。眼科の手術では術後に眼帯をすることが多く、通常であれば自ら運転
9 が可能であっても、片眼遮蔽状態もしくは眼帯を外しても十分な視機能が得
10 られない状態になり、一定数の患者さんが入院を希望することは当然の流れ
11 である。眼科手術症例の多くは白内障手術で、日帰り手術が可能な症例が増え
12 ているが、交通の便ばかりではなく、高齢（特に独居）、重症例等の理由で、
13 入院が必要なケースが存在する。眼科手術は白内障以外にも、緑内障や網膜剥
14 離等の手術もあり、このような手術や、視神経や眼内炎症のための薬物療法の
15 症例の場合は、高率で入院が推奨される。

16 同調査において、主たる入院の理由は78.4%が手術のためとなっている。
17 眼科の手術は他科の手術に比べ全身への侵襲が少ないこともあって、平均入
18 院日数は1.59日と極めて短い。そのため平均病床稼働率は24.2%と非常に低
19 いうえに、入院時の病状把握・入院案内の手間や手術前後の管理等、長期入院
20 に比べスタッフの負担も大きく、採算が合わない施設が多い。こういった現状

1 により、病床維持は地域医療を守ろうと奮闘する個々の医療機関の良心に委
2 ねる形になっており、上記の調査では 21.0%が病床の閉鎖を考え、病床継続
3 の意向を示す眼科有床診療所でも、その 41.0%が「地域医療に不可欠」とい
4 う理由で病床を維持しており、開設者の高齢化もあいまって眼科有床診療所
5 の存続が危ぶまれている。網膜剥離や眼内炎症等の治療は緊急性が高く、治療
6 のタイミングにより視機能予後に大きな違いが生じる。近年、眼科常勤医が不
7 在の病院が珍しくなく、そういった地区では診病連携により、診療所が手術や
8 入院治療を担っていることが多い。情報の 8 割は視覚によって得られると言
9 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
10 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い。

11

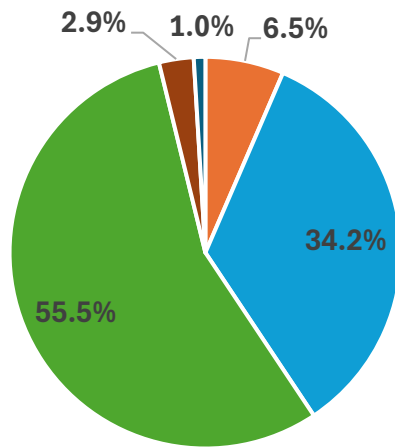
12 第 8 次医療計画における高齢者及び災害弱者要支援者の対策については、
13 保健医療福祉調整本部を設置し、地域の関係機関と連携しながら、地域の保健
14 医療活動チームと協力して災害時におけるそれぞれの必要な役割を確認する
15 ことが必要であるとされている。

16 日本眼科医会内の災害対策委員会では視覚障害者の避難行動支援マニユア
17 ル作成が課題となっている。実際、災害時の指定福祉避難所を視覚障害者が利
18 用する事例はほとんどなく、現状は自宅待機となっている。

19 先述したように、眼科有床診療所の稼働率は低いものの、地方では、交通の
20 便が脆弱で入院病床が必要な症例があることは自明である。全国有床診療所

1 連絡協議会では災害時福祉避難所として、視覚障害者などの眼科有床診療所
 2 利用の提言が議論されており、実際に、都道府県行政に福祉避難所としての有
 3 床診療所の有効活用推進を提言している地域もある。今後の有床診療所の活
 4 用が期待される。

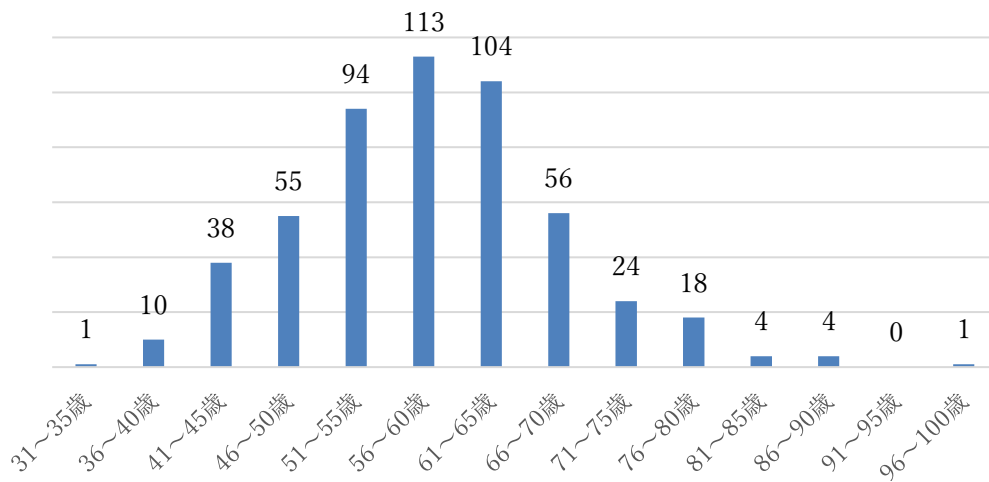
図1 眼科有床診療所の地域特性



地域特性	
大都市部	34
郊外・中規模都市	179
小規模都市・町村	291
農村地区・山間部	15
へき地・離島	5

■ 大都市部 ■ 郊外・中規模都市 ■ 小規模都市・町村
 ■ 農村地区・山間部 ■ へき地・離島

図2 眼科有床診療所開設者の年齢



1 4.3. 泌尿器科

2 近年の高齢化とともに泌尿器疾患の患者数は確実に増えている。泌尿器科
3 が扱う疾患としては急性膀胱炎や前立腺肥大症など内科的治療を主体とする
4 ものから腎がんや前立腺がんに対するロボット支援下手術など高度な外科的
5 治療を要するものまで非常に多岐に渡っており、それぞれの疾患に応じて無
6 床診療所から高度医療を提供する総合病院まで泌尿器科を標榜する医療機関
7 が医療を提供している。ここではその中間的な役割を担う泌尿器科有床診療
8 所について述べる。

9

10 4.3.1. 泌尿器疾患の内科的治療における有床診療所の役割

11 尿路感染症は肺炎に次いで多い感染症である。多くは急性尿道炎や単純性
12 膀胱炎など外来診療で完結可能な軽症だが、急性腎盂腎炎や急性細菌性前立
13 腺炎などから敗血症に進展し、重篤化するものもある。また結石性腎盂腎炎の
14 ように早急に尿管ステント留置を必要とする場合もある。そのような際に速
15 やかに入院加療に繋げることができる有床診療所の果たす役割は大きい。

16

17 4.3.2. 泌尿器疾患の外科的治療における有床診療所の役割

18 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
19 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
20 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

1 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
2 症の標準的な手術手技は経尿道的前立腺切除術（TURP）であるが、昨今は医療
3 機器の進歩にあいまって侵襲が少なく安全な手術が次々に保険診療として認
4 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。
5 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
6 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
7 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が低下する
8 懸念がある場合には手術が推奨されている。

9

10 4.3.3. 高度医療機関との医療連携における有床診療所の役割

11 現在我が国の男性がん 1 位は前立腺がんである。PSA 検査などで前立腺がん
12 が疑われた場合、確定診断のためには前立腺の針生検が必要となる。ただ針生
13 検の合併症として感染症や出血があり、通常は一泊入院の上で腰椎麻酔下に
14 て施行されており、ここでも有床診療所の果たす役割は大きい。また検査で前
15 立腺がんと診断された場合、患者の考え、全身状態、年齢等を考慮しながらそ
16 れぞれに応じた治療方法を提案することになる。たとえば根治療法を行わな
17 いということになれば、そのまま有床診療所の外来で内分泌療法などを提供
18 することになるが、手術療法や放射線治療などの積極的治療が必要となった
19 場合にはそれらの医療を提供できる高度医療機関に紹介することも有床診療
20 所の役割の一つである。膀胱がんについても経尿道的手術で治療切除に至ら

1 なかった場合には膀胱全摘術や化学療法が必要となり、そのような治療を行
2 える高度医療機関を紹介する役割も有床診療所は担うことになる。

3

4 4.3.4. 救急当番への参画

5 泌尿器科救急当番制度を敷いている地域では積極的に当番に参画している
6 有床診療所も少なくない。当番日には昼夜問わず有熱性尿路感染症や尿路結
7 石などの患者の診察を行い、時には緊急手術が必要な泌尿器科疾患を診るこ
8 ともある。小児の精索捻転のように有床診療所では対応できない疾患につい
9 ても、手術のタイミングを逃さぬようスムーズに高度医療機関につなげると
10 いう大事な役割を担っている。

11

12 4.3.5. 透析治療

13 泌尿器科有床診療所では多くが透析医療も行っている。透析医療の進歩に
14 より透析患者の寿命は延長されており、透析患者の平均年齢も高くなってい
15 る。高齢透析患者にとって、一時的な体調不良で通院困難となった場合に入院
16 コントロールが悪くなってきた時なども溢水など重症化する前に教育入院な
17 ど、入院病床の有効活用ができています。また長期療養を積極的に受け入れてい
18 る有床診療所もある。

19

20

1 4.3.6. 次期医療計画と泌尿器科有床診療所

2 次期医療計画では新興感染症等の感染拡大時における医療が追加された。
3 前述の通り尿路感染症は肺炎に次いで多い感染症であり、泌尿器科医は発熱
4 患者の診察を避けて通ることはできない。今回の新型コロナウイルス感染症
5 の経験で多くの泌尿器科医は感染防御を行いながら有熱性尿路感染症を診察
6 することを学習しており、今後新興感染症の感染が拡大した時も、その経験を
7 十分活かしながら医療提供が行えることと認識している。

8 また透析患者の感染症に対しても有床診療所は重要な役割を担うことがで
9 きる。新型コロナウイルスに感染した透析患者の対応については、第一章にて
10 述べられているが、ここでは泌尿器科有床診療所における感染患者の対応
11 について紹介したい。当該有床診療所は一室だけ陰圧室があり、感染患者の入
12 院は可能だったが、入院病棟はワンフロアであり導線の完全分離が難しかっ
13 たため、やむを得ず感染患者の入院期間中は予定していた泌尿器科手術を中
14 止して対応した。透析実施に際して入院病室には透析機器は備えていないた
15 め、通常透析を行っていない火・木・土の午後の時間帯に患者を透析室に移動
16 して施行した。非常事態ゆえ通常の医療体制を変更しての対応ではあったが、
17 有床診療所のスタッフ全員が医療人の責務として一丸となって非常事態を乗
18 り切った。今回の新型コロナウイルス感染症への対応を経験した多くの泌尿
19 器科有床診療所は新興感染症等の感染拡大時も必要な医療は提供してゆくで
20 あろう。

1 4.4. 整形外科有床診療所の現状と要望

2 4.4.1. 現状分析

3 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
4 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
5 は1,092施設であり、依然として施設数の減少に歯止めはかかっていない。

6 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
7 の低下と周囲の病院の負担増につながる可能性がある。

8 整形外科有床診療所の入院機能は、二つに大別できる。

9 1) 手術療法を主体として専門医療に特化した施設

10 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
11 プス固定、基幹病院で行った手術後、リハビリを要する患者の受け入れ、小手
12 術に加え、介護保険事業も手がける）

13 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
14 療である。

15 手術に関しては、日本臨床整形外科学会有床診療所部会の調査(平成28年)
16 では、年間手術件数（局麻含む）が100例以上は51施設（43%）、50例以上
17 では64施設（53%）であった（回答数120）。このように、有床診療所におい
18 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
19 負担軽減にも寄与していると思われる。

20 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、

1 施設・設備の老朽化、基幹病院の充実、患者要求レベルの高度化などの要因に
2 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
3 り、1) から 2) に移行するケースが少なくない。

4 例えば、独居老人が転倒し動けなくなって救急車で急性期病院に搬送され、
5 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、入
6 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
7 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
8 りない。ということは、自宅に帰っても今まで通りの生活ができないことにな
9 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
10 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
11 に、介護保険の申請を済ませて、ケアマネジャーと連携して退院後の生活プラ
12 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
13 に応える重要な役割であると思われる。

14 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
15 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
16 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
17 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も受け入れる場
18 合も多い。

19 ところが、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
20 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

1 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
2 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
3 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
4 診療所で急性期病院からの転院患者が急減した。

5 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
6 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
7 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
8 に回復していない。結果的に空床が増加し、整形外科有床診療所の運営に支障
9 をきたしている。

10 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
11 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。病床稼働
12 率の低下は経営に直接ダメージを与える。これに加え、働き方改革（職員は業
13 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
14 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
15 少は著しい。

16 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
17 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
18 療所について、原則として⁵、延べ面積にかかわらず、スプリンクラー設備の

⁵ 診療科については、内科、整形外科、リハビリテーション科その他次の診療科名以外のもの（肛門外科、乳腺外科、形成外科、美容外科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、産科、婦人科、歯科（消防法施行規則第5条第4項））。また、病床数について、一日平均入院患者数が1未満の診療所は、病床数3以下とみなすことが出来る（平成27年3月27日付消防予第130号）

1 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有床
2 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
3 の有床診療所は無床化予備軍と言える。令和7年6月30日で経過措置(猶予
4 期間)が終了するので、この時点で無床化する施設が多数発生すると思われる。
5 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
6 もものの、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
7 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
8 直撃している。この現状では若い整形外科医が採算性と QOL の面で有床診療
9 所を敬遠するのも当然であろう。

10

11 4.4.2. 改善策

12 多くの問題は、マンパワーの投入に対して見合う医業収入が得られないこ
13 とに起因する。有床診療所は地域包括ケアの鍵と言われながらも、地域
14 包括ケア病床入院料も回復期リハ病床も認められていない。

15 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
16 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
17 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
18 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
19 る。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
20 とが望まれる。

(白紙)