

平成25年度
有床診療所に関する検討委員会
答 申

平成25年11月

日 本 医 師 会
有床診療所に関する検討委員会

平成25年11月

日本医師会長

横倉義武殿

有床診療所に関する検討委員会

委員長 小林 博

本委員会は、会長諮問「有床診療所を巡る諸問題と具体的方策―地域医療再興のための連携強化―」について、8回の委員会及び3回の小委員会を開催し、議論を重ねてきました。

「有床診療所を巡る諸問題」については、今期は有床診療所にとって最大の改善要望項目である「有床診療所入院基本料」を中心に検討し、平成24年9月19日には、貴職に「中医協における有床診療所の入院基本料検討に関する要望」を提出いたしました。

本答申においては、諸問題解決のための具体的方策として、最近の医療供給体制の中で社会的にも要望の多い地域医療の充実と、そのための必須条件である多職種連携強化をからめて検討し、内科・外科・整形外科・産婦人科・眼科等委員全員がそれぞれの専門分野から執筆を担当しました。

今後予定されている医療法改正や平成26年度診療報酬改定にむけて、本委員会の意見を取りまとめ貴職に提出いたします。

平成 2 4 年 9 月 1 9 日

日 本 医 師 会

会長 横 倉 義 武 殿

有床診療所に関する検討委員会

委員長 小 林 博

中医協における有床診療所の入院基本料検討に関する要望

有床診療所に関する検討委員会は、本年8月8日の第1回委員会において、横倉義武日本医師会会長より「有床診療所を巡る諸問題と具体的方策について―地域医療再興のための連携強化―」について諮問を受けたところですが、本諮問に関わる有床診療所を巡る最大かつ喫緊の課題について以下の通り指摘するとともに、本委員会からの要望を申し上げます。

有床診療所を巡る最大かつ喫緊の課題は、入院機能の維持を困難にさせる著しく低い有床診療所の入院基本料であります。その結果が有床診療所の無床化ないし廃業に繋がり、今や有床診療所の数は1万施設を割る状況になっております。本委員会は、長年、有床診療所の入院基本料の適正評価について要望を重ねてまいりましたが、実現に至らず現在に至っております。地域医療の崩壊が叫ばれる中、有床診療所の更なる減少は地域医療の崩壊に拍車をかけるものであり、誠に遺憾であります。

中医協においては、既に次回改定に向けた検討スケジュール等が示され、「平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見（平成24年2月10日）」のうち、病院の入院基本料については「入院医療費等の調査・評価分科会」において検討が進められていくことになってはいますが、この附帯意見の中に有床診療所に関する文言は入っておりません。このままでは、有床診療所の入院基本料については十分な検討がなされるとは思われず、次回改定においても有床診療所の入院基本料の抜本的な改善がなされないことを危惧するものであります。

本委員会は平成23年度中間答申に有床診療所の5つの機能

- (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) 緊急時に対応する医療機能
- (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

を示し、有床診療所が如何に地域の患者・家族の実情・多様なニーズに合わせ、地域密着型医療施設として地域医療を支える役割を果たしているかを指摘するとともに、有床診療所独自の診療報酬体系に基づく入院基本料を定めるよう提言をしたところです。有床診療所の医師は「かかりつけ医」として、外来・入院・在宅、終末期から看取りまで、プライマリ・ケアの実践から専門的医療まで多様な医療提供を行っているのであり、これらのことを理解した上で、有床診療所の入院基本料は論議されるべきであります。

すなわち、中医協においては有床診療所の入院基本料の在り方に関する場を別途設け検討するよう、日本医師会から厚生労働省へ強く申し入れていただきますよう宜しくお願い申し上げます。

【参考1】 病床規模別施設数（「平成22年医療施設調査」厚生労働省）

1－9床	3,619 (34.1%)
10－19床	7,001 (65.9%)

【参考2】 診療科別施設数（「平成22年医療施設調査」厚生労働省）

内科系	4,211	36.6%
外科系	1,136	9.9%
整形外科	1,199	10.4%
産婦人科	2,792	24.3%
眼科・皮膚科・耳鼻咽喉科	1,219	10.6%
泌尿器科	297	2.6%
その他	646	5.6%

（日医総研ワーキングペーパーNo. 242より）

有床診療所に関する検討委員会委員

委員長	小林	博	(岐阜県医師会会長)
副委員長	松村	誠	(広島市医師会会長)
委員	大谷	博正	(広島県医師会常任理事)
〃	沖	一郎	(北海道医師会理事)
〃	鹿子生	健一	(鹿子生整形外科医院理事長)
〃	河野	雅行	(宮崎県医師会副会長)
〃	近藤	太郎	(東京都医師会副会長)
〃	西城	英郎	(元三重県医師会副会長)
〃	齋藤	義郎	(徳島県医師会常任理事)
〃	新沢	敏章	(栃木県医師会常任理事)
〃	高橋	洋	(熊本県医師会副会長)
〃	田那村	宏	(前千葉県医師会副会長)
〃	千歳	和哉	(元青森県医師会常任理事)
〃	水守	彰一	(元兵庫県医師会理事)
〃	山岸	直矢	(奈良県医師会代議員会副議長)
〃	渡邊	俊介	(東京女子医科大学客員教授、元日本経済新聞論説委員)
協力者	江口	成美	(日本医師会総合政策研究機構主席研究員)

目 次

はじめに	1
I. 有床診療所の現状	3
II. 有床診療所を巡る諸問題とその改善方策	5
1. 入院基本料等診療報酬上の評価について	5
2. 在宅医療への対応・・・機能強化型在宅療養支援診療所	12
3. 看護職員等の確保と人件費	14
4. 管理栄養士問題	17
5. 承継問題（新規開設、持分あり医療法人問題を含む）	20
6. 医師の勤務負担	25
7. 施設設備の老朽化	27
8. 有床診療所の専門医療について	28
III. 有床診療所のアピールのための方策（国民の理解へ向けて）	39
1. 実態調査によって有床診療所の医療を明らかに	39
2. マスメディア対策	45
3. 厚生労働省への対応	46
4. 市民、国民の代表である国会及び地方議会への働きかけ	47
5. 医学生および臨床研修医へのアピール	48
IV. 地域医療再興のための連携強化	49
1. 医療計画における有床診療所の役割についての記載	49
2. 在宅医療への取り組み	52
3. 有床診療所での地域ケア会議の開催	55
4. 岐阜県包括的地域ケアネットワーク（はやぶさネット）	56
V. 「これからの有床診療所」への提言	57
おわりに	58
【資料編】	59
「平成25年有床診療所実態調査」	

はじめに

本委員会は、有床診療所が地域医療において果たしている役割・重要性について、かねてより主張しているところである。

衆議院厚生労働委員会等¹において、厚生労働省医政局長や医政局総務課長から、「有床診療所は、特に地域医療にとっては重要な医療施設であり、保持していく」との発言があったことは、ようやく、日本の医療提供体制とその施策のなかで「有床診療所の存在理由と評価、その危機感」が理解され始めたことを示している。

これらに加えて、再開された自民党「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」では、「24年度診療報酬改定では有床診療所に対する支援策として加算で対応したが、その効果がまったく具現化せず不十分である」として厚生労働省の施策に不信感が示された。さらに、野田毅議員連盟会長からは「有床診の現状に重大な危機感を抱いている。地域包括ケアを進めていく上で、より積極的な再評価が必要。施策に反映させたい」との発言があったことも報道された。

また、本年8月に取りまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告書において、病床機能分化の一層の推進が掲げられている。「急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。その際には、機能分化した病床機能に相応しい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる」とされている。急性期を中心に資源を集中投入するという考え方や、過度の機能分化は地域医療の混乱を招きかねず、危惧するものであるが、地域の診療所を医療資源として有効に活用するとの考え方は重要である。医療と介護の連携、地域包括システムの推進におけるかかりつけ医の役割の重要性も書

¹ 平成25年4月25日自民党「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」、平成25年5月22日衆議院厚生労働委員会、平成25年6月5日衆議院厚生労働委員会

かれており、まさに有床診療所が、地域の拠点としての役割を果たしていかなければならないとの思いを強くするものである。

これら有床診療所に関する医療政策での動きは、日本医師会および全国有床診療所連絡協議会の協調した地道な有床診療所の活性化への活動がようやく成果となりつつあるように感じられる。

しかしながら、有床診療所の安定した医療提供体制の確立にはまだまだ多くの課題が残されている。今期、本委員会では会長諮問「有床診療所を巡る諸問題と具体的方策―地域医療再興のための連携強化―」について検討を重ね、答申をまとめた。

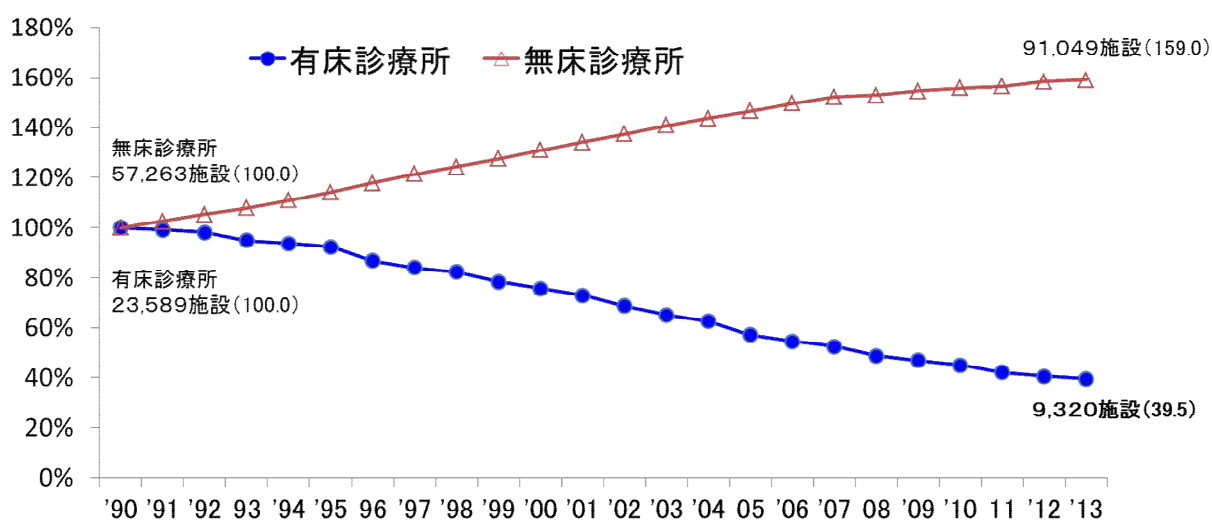
I. 有床診療所の現状

平成2年（1990年）には23,589施設（27.2万床）あった有床診療所が、平成25年6月には9,320施設（12.2万床）と、4割にまで減少した（図1）²。現在でも、毎日1～2か所の有床診療所が閉鎖あるいは無床診療所化している計算になる異常事態である。

ベッドを持ち、地域に密着して患者や家族を支えてきた多くの有床診療所の減少は、地域の医療提供体制に大きな影響を及ぼした。特に地方では影響が大きく、既に入院施設が皆無となった地域もある。また、地域によっては無床化によって時間外対応が困難となり、救急医療体制にも影響を与えた。さらに、国が推進している在宅医療が停滞している原因の一端も、有床診療所の閉鎖・無床化にあると言われている。

地域医療再興のためには、有床診療所の存続が不可欠である。一旦崩壊した社会システムを旧に復するのは不可能であり、これ以上の有床診療所の減少は、まさに医療危機・国家の危機と捉えるべきである。

【図1】有床診療所と無床診療所の施設数の推移



有床診療所が病床を維持できない最大の原因は、著しく低い入院基本料にある。

日医総研が、全国有床診療所連絡協議会会員を対象に実施した調査³によれば、無床化した理由として（図2）、

- ・看護職員の雇用が困難 41.2%
- ・医師の勤務負担と高齢化 38.8%

² 厚生労働省 医療施設調査（各年次）。ただし、2012年は月次報告の10月分、2013年は月次報告の6月分を使用。

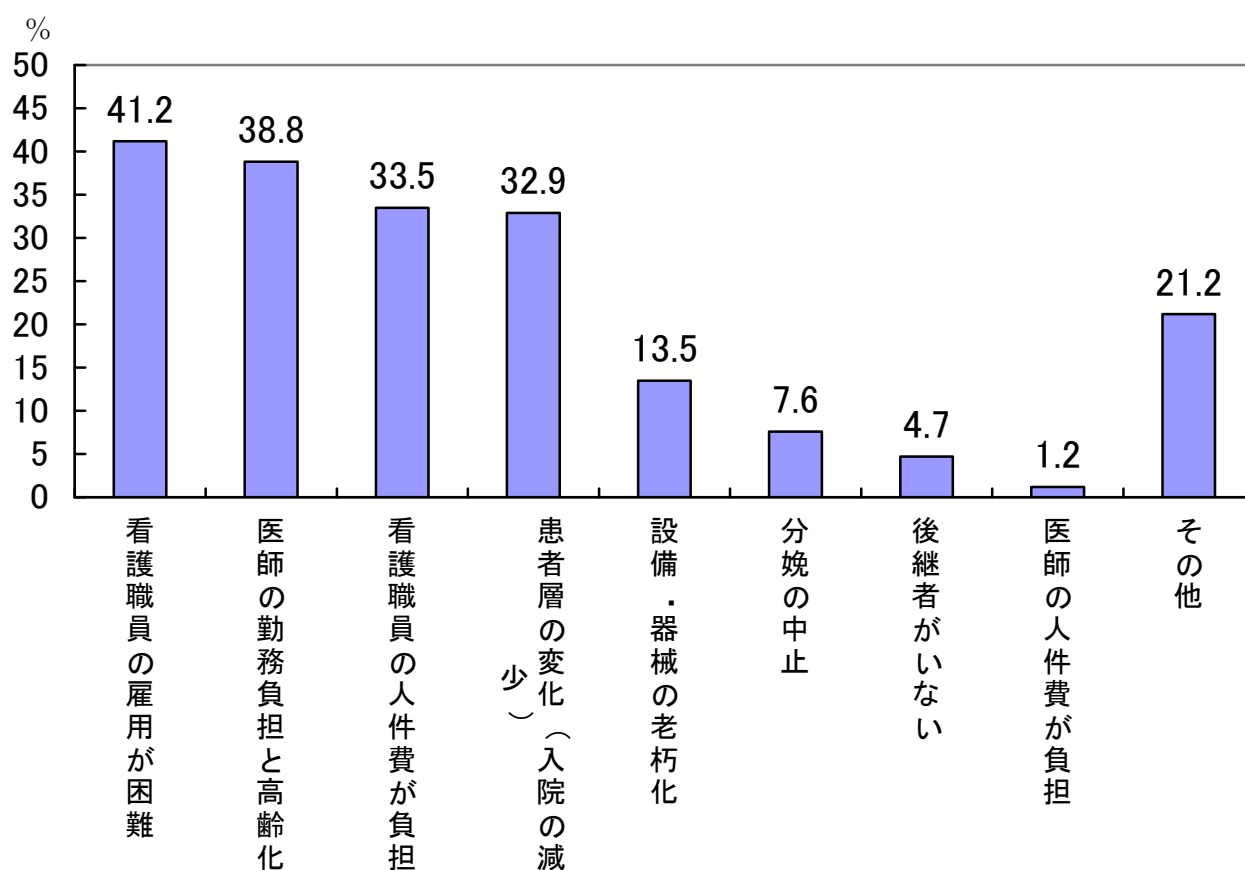
³ 平成25年5月実施

- ・看護職員の人件費が負担 33.5%

などが挙げられている。これらはいずれも、入院基本料の低さが根底にあると言える。経営が成り立つ程度の診療報酬があれば、看護職員の待遇改善も、医師の複数化による勤務負担の軽減も、一定程度対応可能となる。なお、患者層の変化による無床化には、設備の老朽化等に対応できず、手術等を行わなくなったことも含まれていることを指摘しておく。

以降のページでは、入院基本料の問題を中心に、有床診療所が抱える課題と改善策について述べることとする。

【図2】無床化の理由 (n=170)



※「その他」の理由：グループホームへの移転、老健施設へ転換 等

Ⅱ. 有床診療所を巡る諸問題とその改善方策

Ⅱ－１. 入院基本料等診療報酬上の評価について

【１. 現状】

先に述べたとおり、有床診療所を巡る最大の問題は、著しく低い入院基本料である。

表１に、現在の有床診療所（一般病床）の入院基本料を示す。31日以上の入院の場合、入院基本料1で511点、入院基本料3になると351点である。この診療報酬点数では、病床を維持するのが不可能であることは明らかである。

病院とは施設基準等も異なるため、単純に有床診療所と病院を比較することはできないが、有床診療所の入院基本料は非常に低く設定されており、在宅患者訪問診療料と比べても差がある（表４）。介護施設と比べても格段に低い水準である（表３）。有床診療所は、医師・看護職員等が疾病の治療をしながら且つ生活・介護まで包括されているにも関わらず、介護施設よりも大幅に報酬が低いのは不合理である。

ほとんどの有床診療所は、病棟部門の赤字を外来・介護部門で補い、医師の地域医療に対する情熱のみで支えてきたが、昨今の診療報酬改定に伴う外来収入の悪化から、それも限界に近づきつつある。

【表１】有床診療所 一般病床入院基本料

	～14日	15～30日	31日～	初期加算 ～7日
入院基本料1(看護職員7人以上)	771点	601点	511点	100点 ※要件あり
入院基本料2(看護職員4～6人)	691点	521点	471点	
入院基本料3(看護職員1～3人)	511点	381点	351点	

【表２】病院 一般病棟入院基本料

※入院期間に応じて加算される「初期加算」を含む(14日以内450点、15～30日192点)

	～14日	15～30日	31日～	
7対1入院基本料	2,016点	1,758点	1,566点	平均在院日数19日以内 看護師比率7割以上 看護必要度の基準を満たす患者1割以上 等
10対1入院基本料	1,761点	1,503点	1,311点	平均在院日数21日以内 看護師比率7割以上 等
13対1入院基本料	1,553点	1,295点	1,103点	平均在院日数24日以内 看護師比率7割以上 等
15対1入院基本料	1,395点	1,137点	945点	平均在院日数60日以内 看護師比率4割以上 等
特別入院基本料	875点	730点	575点	

【表3】介護施設サービス費（多床室）

	看護	介護	単位	
			(要介護3)	(要介護5)
診療所型介護療養施設サービス費Ⅰ(ii)	6:1	6:1	862 単位	963 単位
療養型介護療養施設サービス費Ⅰ(ii) (病院)	6:1	4:1	1,120 単位	1,309 単位
療養型経過型介護療養施設サービス費(ii)	8:1	4:1	993 単位	1,171 単位
介護保健施設サービス費Ⅱ(iii) (介護療養型老人保健施設)	3:1 ※夜間看護配置あり		1,012 単位	1,164 単位
介護保健施設サービス費Ⅰ(iii)	3:1		897 単位	1,003 単位
介護福祉施設サービス費Ⅲ	3:1		770 単位	907 単位

【表4】在宅患者訪問診療料（1日につき）

1 同一建物居住者以外の場合	830点
2 同一建物居住者の場合	
イ 特定施設等に入居する者の場合	400点
ロ イ以外の場合	200点

本委員会ではこれまで、有床診療所が果たしている機能を説明するとともに、有床診療所入院基本料の引き上げを主張してきた。

しかしながら、平成24年度改定において抜本的な引き上げはなく、栄養管理体制加算と褥瘡対策加算の包括化に伴い11点が加算されたものの、加算が包括化に姿を変えただけで実質的な増点には至らず、かえって管理栄養士の配置が入院基本料の算定要件となったため、現場に大きな混乱をもたらした（管理栄養士の問題については後述する）。

<短期入院の入院基本料について>

平成22年度改定以前の有床診療所入院基本料は、入院期間に応じて4段階に区分されていた（①7日以内、②8日以上14日以内、③15日以上30日以内、④31日以上）。平成22年度改定で7日以内の期間は14日以内の期間に統合され、7日以内の期間の入院基本料は実質的に減額された。

医療機関はこれまで治療技術の向上により入院期間の短縮に努めてきた。それは患者のためでもあり、また医療の効率化という時代の要請でもあった。7日以内という短期入院を評価しない22年度改定は時代の要請に逆行するものであった。

現在の14日以内の期間の低額な入院基本料は収益を圧迫し、経営が困難となっている有床診療所の無床化への大きな原因となっている。

【2. なぜ入院基本料は上がらないのか】

➤ 行政の理解

医療費抑制が続く中で、昭和 50 年代半ばから有床診療所はその役割を評価されずに、病院との診療報酬の格差が開き始めた。昭和 60 年代初めには厚生省（当時）の官僚が「有床診療所の果たした歴史的役割は終わった」と発言し、厚生労働省の中にはこの考えが受け継がれてきたことも影響している。

ただし、ここ数年は、厚生労働省も有床診療所の視察を行うなど有床診療所が果たしている役割について理解を深めており、最近の国の施策の中にも有床診療所に対する期待が少なからずあると伺える。

衆議院厚生労働委員会においても、厚生労働省医政局長が「有床診療所は、外来を行いながら入院医療の提供も可能である、また、地域住民の医療ニーズにきめ細かに対応できるという小回りのきく医療施設である。地域で重要な役割を担っていただいていると認識している。」と述べている。⁴

この認識に基づけば、「地域で重要な役割を担っている」有床診療所が減少の一途を辿っていることは医療提供の面からみても由々しき問題であり、国として何等かの手を打つべきである。「入院基本料の引き上げ」に繋がることを大いに期待したいものである。

➤ 看護職員配置（基準看護）の問題

有床診療所の入院基本料が上がらないのは、有床診療所に看護職員の配置が規定されていないことに原因があるという指摘は従来からあった。

平成 25 年 5 月の衆議院厚生労働委員会において、厚生労働省保険局長は、「病院と比べ、医師や看護職員などの配置基準が定められていない、もしくは緩和されており、施設基準を踏まえた評価になっていることは事実である。その上で、有床診療所が地域で担っている医療の機能に着目した加算で評価する仕組みをとっている」と説明している。

しかし、ある一部の機能を評価する以前に、病床を維持できる最低限の入院基本料を設定することは、国として当然すべきことではないか。

病院は医療法上、一般病床では 3 対 1 の人員配置基準が設けられ、診療報酬上では 7 対 1 から 15 対 1 までの入院基本料設定がある（注：医療法と診療報酬では、患者数に対する看護職員数の考え方が異なる。医療法上の 3 対 1 は、診療報酬上の 15 対 1 に相当する）。一方、有床診療所の一般病床について医療法上の配置基準はなく、診療報酬上

⁴ 平成 25 年 6 月 5 日 衆議院議員厚生労働委員会

は看護職員の数（療養病床に係る看護師を除く）に応じて3段階の設定がある。ただし、この看護職員数は、病床数による違いはなく、一律に適用されるものである。

なぜ有床診療所は基準看護を導入できないか。それは、最大でも19床しかない有床診療所において、看護職員を外来・一般病床・療養病床と区切ることは非効率であるからである。現在でも療養病床は別枠の基準で看護職員を配置しており、療養病床を有する診療所にとっては負担となっており、委員会としては、療養病床と一般病床の看護職員を合算できるよう求めてきたところである。

また、眼科等の短期の入院が多い診療科では、病床が空く期間もある。もし有床診療所に基準看護を取り入れれば、さらに無床化に拍車がかかることになる。

医療法上の配置基準や診療報酬上の基準看護はないが、現実には、有床診療所も相応の看護職員を配置している。

日医総研の「平成23年有床診療所の現状調査」によれば、看護職員数（常勤換算）は図3の通りであり、ある特定日の入院患者数別の看護職員数および看護補助者数は表5の通りとなっている。

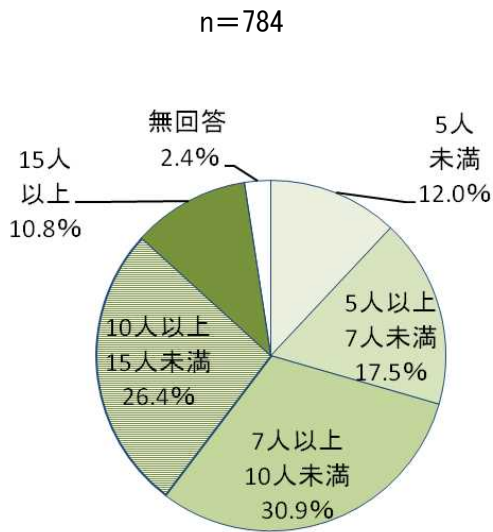
同じく日医総研の「平成21年有床診療所経営実態調査」⁵でタイムスタディーを行い、看護職員の勤務時間を入院と外来で分類したところ、業務の割合は平均で入院6対外来4の割合であった。

これを踏まえると、たとえば19床満床の場合の看護職員数は平均10.4人となっており、10.4人の6割にあたる6.3人は、病院の看護配置基準15対1（旧3対1）と同等の配置といえる（ $19 \div 3 = 6.3$ ）。

有床診療所の看護職員は、外来と病棟とを柔軟に行き来し、また往診等にも同行するというスタイルであることを理解した上で、有床診療所にも一定の看護職員が配置されていることを評価していただきたい。

⁵ 日医総研ワーキングペーパーNO.204「平成21年有床診療所経営実態調査」

【図3】看護職員数（常勤換算）



【表5】看護職員及び看護補助者の配置（常勤換算）

n=635

平成23年6月 特定日の入 院患者数	施設数	看護職員数 (平均)	看護補助者 数(平均)
19	68	10.4	2.8
18	51	10.0	2.5
17	52	10.7	2.5
16	35	11.4	2.1
15	47	9.6	1.8
14	33	9.4	1.7
13	29	9.6	1.9
12	32	8.9	1.8
11	27	9.5	1.3
10	42	10.3	2.5
9	30	9.8	1.4
8	26	10.8	1.8
7	31	9.9	1.5
6	29	9.7	2.1
5	32	8.1	1.1
4	23	7.2	1.3
3	23	6.7	1.4
2	15	6.6	1.6
1	10	6.2	0.5
	平均	9.4	1.9

【3. 介護保険の活用】

厚生労働省は、療養病床を持つ有床診療所については、医療保険だけでなく、介護保険も十分活用していくべきという考えを持っている。これまでの介護報酬改定では、有床診療所の一般病床におけるショートステイや、複合型サービスの創設など、確かに有床診療所が活用できるメニューは用意されてきた。

実際、介護老人保健施設等を併設したり、様々な介護サービスに取り組んだり、患者や住民に安心感を与えている有床診療所は多数ある。今後も、対応可能な有床診療所は患者や住民のニーズに合わせて介護保険サービスを提供していくことと思われる。

しかしながら、すべての有床診療所が介護保険サービスを提供できるわけではない。診療科によって対応不可能な場合もあり、また有床診療所の先行きが見えない中で、新たな設備投資を行い、必要な人員を確保して新規に介護保険事業を行うのは、決して容易なことではない。

有床診療所経営の視点のみから介護保険サービスに頼ることを提案するのは本来的政策とは言えず、むしろ有床診療所が入院施設として、医療保険で成り立つという基盤をまず作るべきである。その先に、介護保険の活用があるのが本来の姿である。

【4. 無床化した方が運営面でも楽になり、経営も改善するという矛盾】

これまで述べてきたように、入院基本料が低いため、有床診療所の入院部門は赤字である。従って、仮に無床化した場合、経営面では収益が上がり、運営面ではむしろ健全経営となる。

衆議院厚生労働委員会⁶において、みんなの党の中島克仁議員もこの点を指摘している。中島議員は、山梨県で有床診療所を開設したものの、経営の悪化により休床せざるを得ない状況に至ったご自身の経験を踏まえ、「ベッドを休止した翌年には、何もしなくても経営が黒字になった。私は入院の業務がなくなり、仕事量が減ったにも関わらず、経営は黒字になる。普通の仕事では考えられないことであり、非常に矛盾している問題だ」と述べている。

有床診療所から無床診療所に転じた医師の声は、「労務問題、経営問題、時間外診療問題等々から解放されて楽になった」との声が多い。様々な問題を抱えた上に、さらに、治療や介護、食事つきでビジネスホテル程度の報酬では「やっていられない」と思っても致し方ない。現在、努力して病床を確保している有床診療所のドクターの気力も次第に萎えつつあり、早急な対応が求められる。

【5. 改善方策】

入院基本料の引き上げ

現状の入院基本料が続く限り、有床診療所の減少を止めることはできず、近い将来、有床診療所が消滅するという決意も決してないとは言えない。そうなれば、入院はすべて病院が担わなければならないが、そのようなことは現実には不可能であり、それにより困るのは患者である。その上、本来果たさなければならない機能も損なわれる可能性すらある。今のままでは国が目指す医療提供体制とは真逆の方向に向かうことになりかねない。

有床診療所の減少を食い止め、さらには有床診療所の新規開設を促すために必要なことは、何よりもまず入院基本料の引き上げである。病院並みの基本料を求めているのではなく、有床診療所の存続が可能となる入院基本料を設定してほしいということである。入院基本料の十分な引き上げがなされなければ、看護職員の確保、医師の複数化、医療機器の更新といった有床診療所が抱える懸案・諸問題への対応も不可能である。

⁶ 平成 25 年 6 月 5 日 衆議院厚生労働委員会

経営が苦しいのは全有床診療所、全科共通であるが、内容は診療科や診療所の形態により多少異なる。例えば、救急医療や眼科等では入院期間が比較的短期間であるのに対して、リハビリを主とする整形外科や慢性疾患を取り扱う診療科では患者の治療が長期にわたる事が多い。さらに整形外科であっても手術を主とする疾患と、麻痺等を主とする疾患でも異なる。人員についても、看護職員を十分に配置している有床診療所もあれば、複数医師で運営している有床診療所もある。従って入院基本料を一律に論ずるのは困難である。いずれにしても、現状の入院基本料では不十分であるのは自明である。

具体的には、病床を維持するためには、1日1000点程度の診療報酬が必要と考える⁷。

また、現在の有床診療所の中長期入院に対する診療報酬の逡減は厳しく、患者の高齢化により入院日数が延びていることから、経営に与える影響が大きくなっている。有床診療所の48時間規制が撤廃された現在、有床診療所においてはゆるやかな逡減率が適用されるように改めるべきである。

入院基本料の引き上げは、病院関係者にとっても同様の要望があろうし、様々な配慮が必要な問題であることは理解できる。しかしながら、これほどまでに低い入院基本料を設定していることについて、国として正当な理由は説明できないだろう。

地域包括ケアシステムの中で有床診療所に対する期待も高まっているが、有床診療所がその期待に応え、役割を果たしていくためには、まずは安定的な運営ができるようにしなければならない。地域に根ざした有床診療所が、確固たる経営基盤を築き、安定的・継続的にその機能を果たせるよう、現状の点数を基準とした細かな点数の増減ではなく、現実に沿った本来必要な診療報酬の点数化を強く要望する。

⁷ P62の「平成25年有床診療所の現状調査」によれば、有床診療所の入院患者1日1人あたりの平均入院収入が19,623円であるのに対し、入院費用は21,092円となり、費用が収入を1,469円上回っていた。このことから、安定的な経営のためには、現行の点数から200点程度の引き上げが必要と考える。

Ⅱ－２．在宅医療への対応・・・機能強化型在宅療養支援診療所

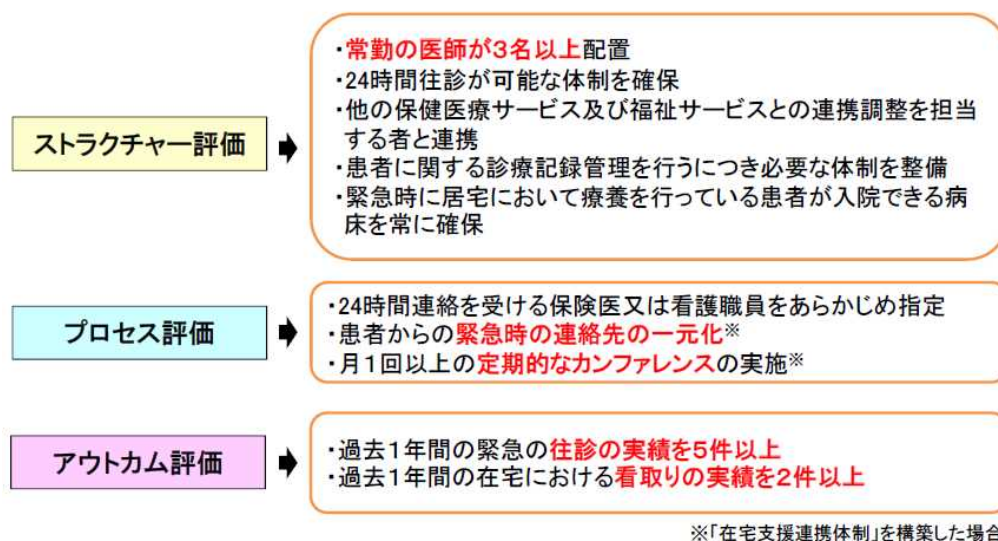
【１．現状】

在宅療養支援診療所は、平成 18 年度の診療報酬改定で創設されたものである。在宅療養支援診療所の施設基準として患者に対して 24 時間 365 日連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、必要に応じて他の病院、診療所等との連絡を図りつつ 24 時間いつでも往診、訪問看護を提供できる診療所と規定し、診療報酬上で高点数をつけ優遇した。しかし在宅療養支援診療所としての届出数の推移をみると、平成 18 年は全国で 9,434 件、平成 22 年は 12,487 件と徐々に増加しているものの横ばい傾向が続いていた。

診療所が在宅療養支援診療所の届出をしない理由として、医師一人で 24 時間の往診、訪問看護可能な体制を確保することが困難であることや、緊急時に入院できる病床を確保することが困難であることがあげられる。

そこで、平成 24 年改定では、在宅医療を担う医療機関の機能強化をめざし、24 時間の対応、緊急時の対応を充実させる観点から、複数の医師が在籍し緊急往診と看取りの実績を有する医療機関に対して、評価の引き上げを行うとし、機能強化型在宅療養支援診療所を設けた（図 4）。

【図 4】機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準
(中医協資料より)



グループ化による患者側のメリットとして①複数医師で在宅医療を行うため、緊急時や 24 時間の対応が可能である、②病床を有する医療機関が連携しているため緊急時にも

すぐに入院できる、③看取りを行う医療機関が増加する、等がある。

一方、有床診療所が機能強化型在宅療養支援診療所となるには、常勤医師3名が要件となっていることから、ハードルが高い。図5のように無床診療所等とのグループ化を図っていく必要がある。ただし、地方では地理的な問題もあり、そういった意味でも難しい面がある。

図5 機能強化型在宅療養支援診療所（連携）



【2. 改善方策】

「常勤医師3名以上」の要件緩和

在宅医療の推進には、在宅医療に取り組む医療機関を増やすことが必要であり、在宅療養支援診療所の要件緩和も有効ではないか。

特に、「機能強化型在宅療養支援診療所」については、「常勤医師3名」が要件とされているが、今まで医師2人体制でも十分に強化型在宅療養支援診療所に勝るとも劣らない医療を提供してきた有床診療所の先生方の実績からすると、医師3人体制は必ずしも必要でない。他の診療所との距離がある有床診療所では2人体制で十分であろうと考える。地域の事情に合った制度にし、より実績を評価した上で参入しやすくし、評価のあり方も改定すべきである。

Ⅱ－３．看護職員等の確保と人件費

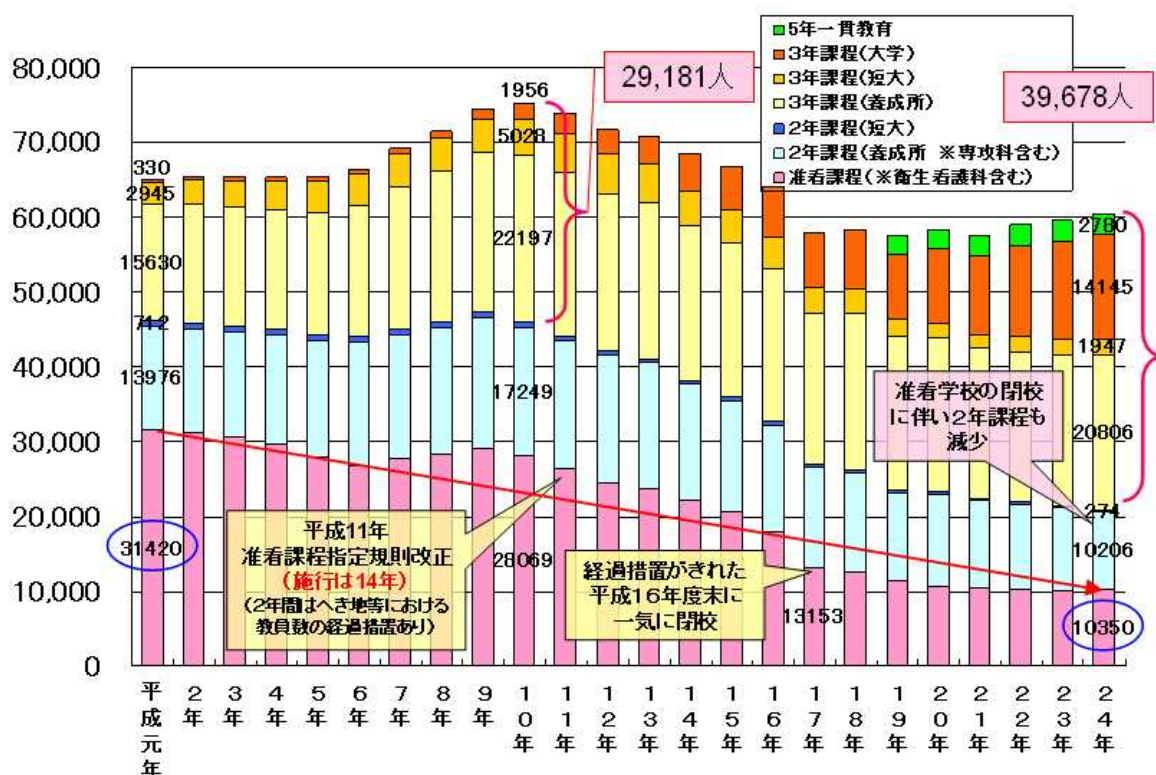
【１．現状】

冒頭で述べたように、有床診療所が病床に関して抱えている課題のトップは、看護職員・スタッフの人件費負担及び人員確保の問題である。入院基本料が低すぎるために、看護職員の人件費が経営を圧迫しているという問題と、看護職員不足で確保できないという問題があるが、ここでは後者を中心に述べる。

7対1看護導入以降、看護職員の争奪戦、偏在が起これり、その影響は当然有床診療所にも及んでいる。求人募集を出しても、夜勤看護師はもちろん、外来勤務看護師でさえ応募が無いという状況である。現在勤務している看護職員も高齢化しており、退職後の新規確保が危ぶまれる診療所もある。

ここで、看護職員の養成の現状を見てみる。図6は看護師及び准看護師学校養成所（大学等を含む）の卒業者数の推移である。

【図6】看護師及び准看護師学校養成所卒業者数の推移



この図をみると、看護師、准看護師学校養成所卒業者数は平成10年をピークに減少していることがわかる。新規の看護職員として養成される看護師3年課程、高校5年一貫教育課程、准看護師養成課程だけを見ても、最も卒業生が多かった平成10年と比べて、

平成24年は約7,200人も減少している。これは大変大きな数字である。

これだけ看護職員の不足が叫ばれているにもかかわらず、看護職員の養成（学校卒業者）は増えるどころか減っていることに驚く。

最も大きな要因は、地域の看護体制に重要な役割を果たしてきた准看護師養成所の閉校であろう。当時の「准看護師養成停止」運動を背景に、資質の向上のため、専任教員の増員やカリキュラム時間数の増加等の指定規則改正が平成11年に行われ、平成14年に施行された。その結果、教員の確保等に対応が困難な多くの准看護師養成所は、閉校を余儀なくされたのである。その後も経営難等により、多くの准看護師養成所が閉校に至っている。もし、准看護師養成所に対して十分な支援がなされ、平成10年レベルの養成力が確保されていれば、ここまでの看護職員不足には至っていなかったのではないか。

さらに、これだけ看護職員の養成が減っている状況下で、平成18年度診療報酬改定で7対1看護が導入された。現在では、7対1入院基本料を算定する病床は35万3千床にもものぼり、最も多い状況となっている。

7対1看護を否定するわけではないが、看護職員の数だけで入院基本料が定められ、経営のために看護職員の確保に奔走せざるを得ない制度には問題がある。給料やその他の待遇面で大病院にかなわない有床診療所や中小病院がしわ寄せを受け、存続の危機に瀕しているのである。

<地域の現状>

千葉市医師会では、「2012年 看護師および准看護師不足に関するアンケート調査」（千葉市医師会：医業対策研究委員会）を行った。千葉市医師会に所属する会員医療機関552施設のうち、198施設（病院16、有床診療所12、無床診療所170）から回答が得られた結果では、回答した16の病院が全て「看護職員は充足していない」としており、有床診療所では12施設中7施設（58.3%）、無床診療所では65施設（39.4%）で看護職員が不足していると答えている。

無床診療所は67施設（40.4%）、有床診療所は8施設（66.7%）が看護職員の募集を考えていると答えていた。本アンケート調査で、千葉市内においては依然として看護職員は充足している状態でなく、充足率は82.0%であり、2006年の調査結果の80.7%と比較して改善されているとは言えなかった。

【2. 准看護師の必要性】

准看護師は地域医療を支えている中小病院・有床診療所において、看護職員として重要な役割を果たしている。平成25年4月に行われた厚生労働省による有床診療所の視察においても、「看護師もいるが、子育て世代ということもあり、ベテランの准看護師が支えている。准看護師が果たしている役割を理解し、国として准看護師の地位改善に取り組んでほしい」という声が聞かれた。

本委員会は、准看護師問題を論じる委員会ではないが、有床診療所にとって准看護師の存在は欠かせないものであることから、あえて記載するものである。

【3. 改善方策】

看護師・准看護師の養成強化及び入院基本料の引き上げ・看護補助加算の創設

准看護師の多くは医師会の養成所が養成してきたが、前述の通り養成所が大幅に減少した。医師会立の准看護師養成所がなくなった地域では、看護職員不足が一層深刻なものとなっている。

有床診療所の看護職員不足の現状は深刻であり、ハローワーク等に求人募集を出しても応募はなく、民間の人材紹介会社に依頼せざるを得ない状況もある。これは病院においても同じであるが、民間の人材紹介会社に依頼した場合、高額の紹介料を徴収され、また紹介された看護職員も短期間で辞めてしまうというケースも多い。

国として、看護師・准看護師養成に責任を持って取り組み、養成所を支援するとともに、大病院に看護職員が集中するような制度の是正、潜在看護職員の掘り起こしなど、あらゆる手段をとって、看護職員の確保に努めていただきたい。

そして、前述のとおり、有床診療所においても看護職員の増員、待遇改善ができるよう、入院基本料の引き上げが必要である。

また、病院と同様に、看護補助加算の創設を要望する。入院患者の高齢化に伴い、介護に対する人手も必要となっており、有床診療所においても看護補助者を相当数配置しているが、これに対する評価がなされていない。日医総研の「平成23年有床診療所の現状調査」によれば、有床診療所における看護補助者数は前述の表5の通りであり、充実した配置がなされており、評価がなされてしかるべきである。

Ⅱ－４．管理栄養士問題

【１．現状】

有床診療所にとって、平成24年度診療報酬改定における最大の問題点は、管理栄養士の配置が、医療法上は義務規定がないにもかかわらず、入院基本料の算定要件とされたことであり、全国の有床診療所に大変な混乱をもたらした。医療法上は、100床以上の病院で栄養士1名の配置とされ、管理栄養士の規定があるのは特定機能病院だけである。

今回の管理栄養士の配置は、ほとんどの病院（97.2%）が栄養管理実施加算を取っていることから、「入院基本料等加算の簡素化」を図るため、栄養管理実施加算（栄養管理体制）及び褥瘡患者管理加算（褥瘡対策の基準）を入院基本料の要件に加えたということである。しかし、有床診療所についてはデータが示されないまま実施されたのである。

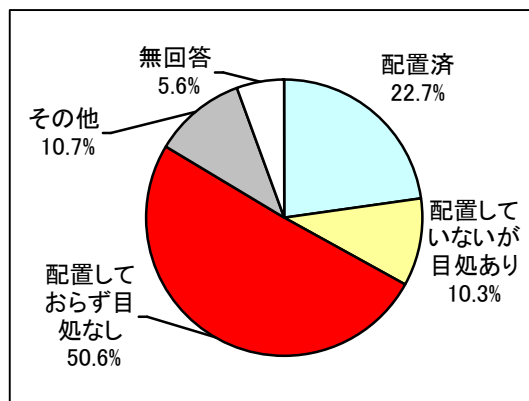
入院基本料の算定要件という有床診療所の存続をも左右する重大な問題を、データも示すことなく適用したことに無理があるのは明らかであり、そもそも有床診療所がこれだけ苦しい状況にあって、新たに管理栄養士の配置規定を設けること自体が、現場を全く理解していないと言わざるを得ない。

【２．管理栄養士の配置状況の実態】

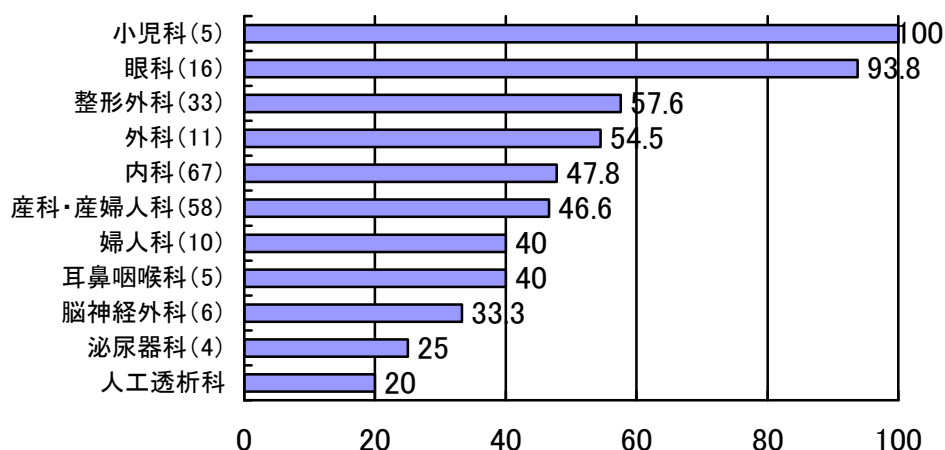
この問題について、日本医師会をはじめ、様々な実態調査が行われた。

日本医師会が平成24年8月に公表した「2012年度 診療報酬改定についての調査」によれば、回答した有床診療所の5割で管理栄養士の目処が立っておらず、特に小児科や眼科の有床診療所でその割合が高い結果であった（図7、図8）。

【図7】管理栄養士の配置状況



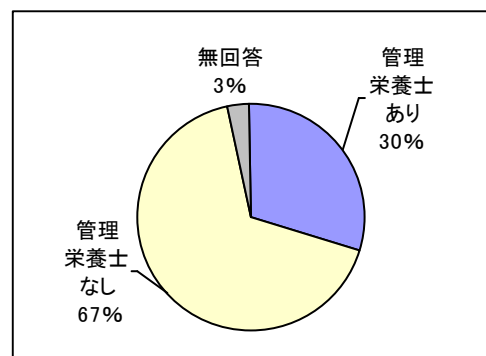
【図8】診療科別 管理栄養士の配置の目処が立っていない診療所



千葉県有床診療所協議会が実施した調査（25年3月）

では、回答のあった108施設中、72施設（67%）で管理栄養士が確保できておらず（図9）、それらの施設のうち15施設は、管理栄養士が雇用できない場合は病床を閉鎖すると答えていた。その他は対応を決めかねている現状であり、特に、産婦人科では管理栄養士は不要との声が多かった。

【図9】栄養管理士の有無
（平成25年3月）

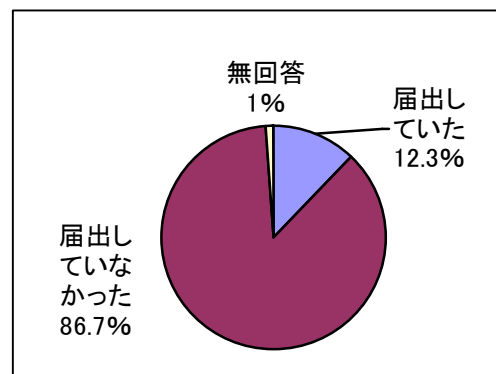


【4. 厚生労働省による調査】

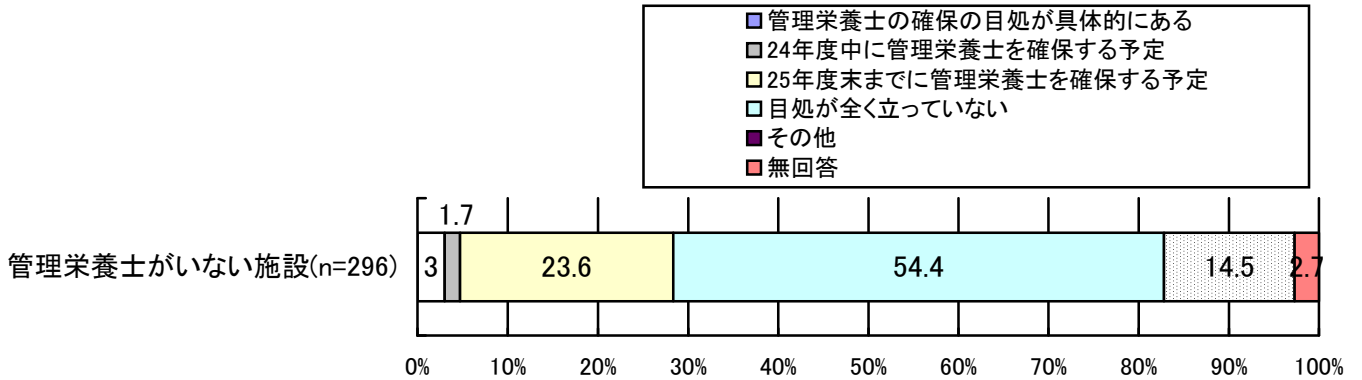
平成25年5月には厚生労働省「入院基本料等加算の簡素化等に関する影響調査」の結果が公表された。この中では、平成24年3月31日時点で「栄養管理実施加算」の届出を行っていたのは、回答のあった478施設中、わずか60施設（12.3%）であり、422施設（86.7%）は届出をしていなかったことが判明した（図10）。

管理栄養士を確保できていない施設（n=296）のうち、確保の目処が立っていないのは161施設（54.4%）にのぼった（図11）。

【図10】H24.3.31時点での「栄養管理実施加算」の届出状況



【図 1 1】管理栄養士の確保の状況



【5. 改善方策】

管理栄養士の配置要件撤廃（加算方式に戻す）

平成24年3月31日時点で栄養管理実施加算の届出を行っていない有床診療所は、厚生局に届け出ることにより平成26年3月31日までは猶予される経過措置が設けられ、その後日本医師会等の申し入れにより、厚生局に届け出ることなく、平成26年3月31日までの間は栄養管理体制を満たしているものと取り扱われることとなった。

しかしながら、この問題は有床診療所のデータも示すことなく決定されたものであり、その後の厚生労働省の調査では有床診療所において栄養管理実施加算を算定していたのはわずか12%程度であったことから明らかなように、管理栄養士の配置を算定要件から外し、加算方式に戻すことが必要である。

平成25年8月の中医協の入院医療等の調査・評価分科会「中間とりまとめ」において、有床診療所については「管理栄養士の確保が進んでいないことから、これを踏まえた対応とする必要がある」とされているが、その一方で「有床診療所の入院患者は高齢者の割合が高く、栄養管理が必要な患者も含まれることから、例えば、包括から除外して評価することとしても、他の医療機関や栄養士会等との地域連携で栄養管理を行うことを検討する必要がある」と書かれている。

しかしながら、有床診療所には産婦人科や眼科など、栄養管理が必要な疾病ではない入院患者が大半を占める診療科もあり、その指摘は必ずしも当てはまらない。また、地方では管理栄養士がそもそもいないということも十分考慮してほしい。

入院基本料の算定要件から外すことを早急に決定し、有床診療所に周知しなければ、無床化する施設が出てしまう。迅速な対応が必要である。

Ⅱ－５．承継問題（新規開設、持分あり医療法人問題を含む）

（１）承継について

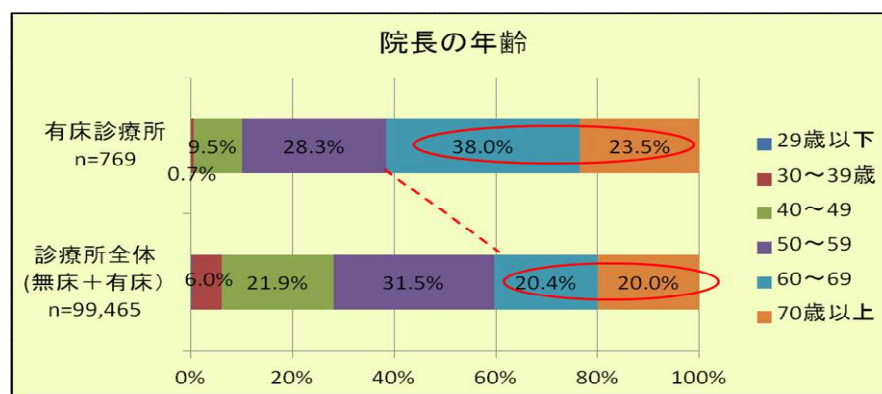
【１．現状】

有床診療所の院長の高齢化が進んでいる。日医総研の「平成 23 年有床診療所の現状調査」においては、有床診療所の院長の 38%が 60～69 歳、23.5%が 70 歳以上となっている（図 12）。無床も含めた診療所全体と比べても、年齢が高いことがわかる。

承継の問題は喫緊の課題であるが、経営上の問題や勤務負担等の問題から、有床診療所を次の世代に引き継ぐことが困難な状況である。子弟が医師であっても有床診療所には戻らず、戻ったとしても無床診療所として引き継ぐことが多い。

国の医療政策における有床診療所の位置付けが見えないことも、現場の不安を掻き立てる原因となっている。

図 1 2 診療所の院長の年齢



【２．改善方策】

入院基本料及び医師配置加算の引き上げ

地域に密着した医療の拠点である有床診療所が、次の世代にも継続して機能を果たすためには、経営面での安定は必須であり、入院基本料の引き上げは大前提である。

さらに、有床診療所の医師の負担は非常に重く、この点からも有床診療所の承継が困難になっていることから、複数の医師で運営できるようにすることが必要である（この問題については「Ⅱ－７．医師の勤務負担」の項で後述する）。

そのためには、医師配置加算の引き上げが必要である。日本医師会社会保険診療報酬検討委員会において取りまとめられた「次期（平成 26 年度）診療報酬改定に対する要望書」と同様、下記の通り、点数の引き上げを要望する。

	現行	要望
医師配置加算 1	88点	150点
医師配置加算 2	60点	100点

(2) 新規開設について

【1. 現状】

平成 18 年の医療法改正において、有床診療所の 48 時間規制が撤廃されるとともに、基準病床数制度に位置づけられることとなり、診療所に一般病床を設置する場合は都道府県知事の許可が必要となった。

しかしながら、地域において必要な有床診療所は今後も設置できるようにするため、特例が設けられている。すなわち、以下の要件に該当する有床診療所で、医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる場合は、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されるというものである。

- ア. 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所として医療計画に記載され、または記載されることが見込まれる診療所に一般病床を設けようとするとき。
⇒留意事項：診療報酬上の在宅療養支援診療所等、地域において必要とされる在宅医療の機能を有する診療所であること。
- イ. へき地に設置される診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所に一般病床を設けようとするとき。
⇒留意事項：「第 10 次へき地保健医療計画等の策定について」に示される無医地区及び無医地区に準じる地区であって、入院機能を必要とする診療所であること。
- ウ. ア及びイに掲げる診療所のほか、例えば小児医療、周産期医療等地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所に一般病床を設けようとするとき。
⇒留意事項：地域における医療需要を踏まえ、必要とされる診療所であること。

通知では、「医療計画に個々の診療所を記載するに当たっては上記の診療所に該当するか否かを、必要とされる医療に関する地域の実情を踏まえて検討する必要があることから、都道府県医療審議会の議を経るものとする。」とされている。

この点については、診療所一般病床の届出事務等が徒に遅滞することのないよう、医

療審議会の部会の活用や、あらかじめ都道府県医療審議会で基準を定め都道府県当局で事務的に届出資格の有無の審査を行うことも可能とされており、実際にこのような形で運用されている県もある。

しかしながら、行政の窓口の段階で拒否されるケースがしばしばある。

これに対して、日本医師会から、平成 25 年 2 月 14 日に、厚生労働大臣宛に有床診療所に関する要望書が出され、適切な解釈と柔軟な運用を行うことを求めている。

その後、下記の通り、平成 25 年 4 月 24 日に厚生労働省医政局指導課長通知が出され、有床診療所の病床の取り扱いについて再周知がなされている。

「特定の病床等の特例の事務の取り扱いについて」平成 25 年 4 月 24 日厚生労働省医政局指導課長通知（医政指発 0424 第 1 号）

（略）

なお、病床過剰地域において病床を設けようとする場合、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成 18 年 12 月 27 日医政発第 1227017 号）にも示しているが、医療法施行規則第 1 条の 14 第 7 項第 1 号から第 3 号までに該当する、

①在宅医療の提供の推進のために必要な診療所、

②へき地に設置される診療所、

③①及び②に掲げる診療所のほか、小児医療、周産期医療等地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所

の一般病床の設置については、医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる場合は、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されることになる。

そのため医療法第 30 条の 11 における都道府県知事の勧告の対象とならないこととしており、上記特定病床等の特例と併せて、その運用に関して遺憾なきを期されたい。

【2. 改善方策】

有床診療所の開設に関する取り扱いについて、都道府県行政、医師双方の周知徹底

厚生労働省からは上記のように通知も出されており、例えば東京都や広島県、香川県などでも有床診療所の開設は滞ることなく認められているということであるが、都道府県によって温度差があり、県によっては、上記通知が出されても以降も保健所等で受付を拒否されるケースがある。行政担当者への周知徹底が求められる。

一方、若い医師たちにもこの通知を周知し、有床診療所の開設は可能であることを知

ってもらふ必要がある。もし、病床を設置しようとして窓口で拒否された場合には、都道府県医師会や日本医師会が相談を受け、支援することも必要である。

有床診療所は、このまま新規参入が滞れば、数年後に消滅してしまうことすら危惧される。地域医療の崩壊が叫ばれて久しいが、地域医療を支えてきたのは言うまでもなく地域に密着した有床診療所である。

今年度からの第6次保健医療計画では2025年を見据え、在宅医療の充実が必須となる。在宅医療、急性期病院から在宅・施設への受け渡し、あるいは地域における住民の急変時の対応、そして終末期医療など、有床診療所が果たす役割は大きく、今後有意の若手医師による有床診療所の新設も求められるところである。有意の若手医師の新規開業については、日本医師会としても支援していただきたい。

(3) 持分あり医療法人について

【1. 現状】

平成18年の医療法改正により、医療法人の持分制度が廃止されることとなり、既存の持分あり医療法人は、いわゆる経過措置型医療法人として位置付けられた。これは、医療への株式会社の参入を阻止し、医療法人制度の非営利性を徹底するために行われたものである。

しかしながら、この改正を契機として、持分あり医療法人（経過措置型医療法人）は、経営を維持するための課税関係について不利益を強いられるようになった。

すなわち平成18年の医療法改正前は、取引相場のない株式や合名会社等の出資に準じてその価額（時価）が評価（課税）され、かつ、課税上の特例も認められてきたが、改正後は、従前どおり取引相場のない株式等と同様に当該持ち分の評価（課税）が行われるにも関わらず、課税上の特例は認められなくなったのである。

これらは、持分あり医療法人の経営に大きな負担となっている。

【2. 改善方策】

非上場株式等に係る相続税及び贈与税の納税猶予制度の拡充

中小企業基本法に定める中小企業者に対しては、取引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が設けられている。

相続税の納税猶予制度は、事業継承者が、承継会社の代表者であった者等から、その承継会社の株式を相続等により取得した場合に、一定の要件のもと、その株式の課税価

格の 80%に相当する額に係る相続税の納税を猶予する制度であり、その事業承継者が事業を継続し、その事業継続者の死亡の時までその株式を保有し続けた場合等には、その相続税の納税は免除されるというものである。

贈与税の納税猶予制度は、事業承継者が、承継会社の代表者であった者等から、その承継会社の株式を贈与により取得した場合に、一定の要件のもと、その贈与税のうち一定額の納税を猶予する制度である。その後、贈与者の死亡の時には、相続又は遺贈により、その株式を取得したものとみなすこととし、一定の要件のもと、上記相続税の納税猶予制度を適用できることとされている。

平成 18 年の医療法改正以前は、非上場株式及び出資についての課税上の特例については医療法人の出資についても適用されてきた。医療法人の出資についても、同様の制度を創設（準用）することを要望する。

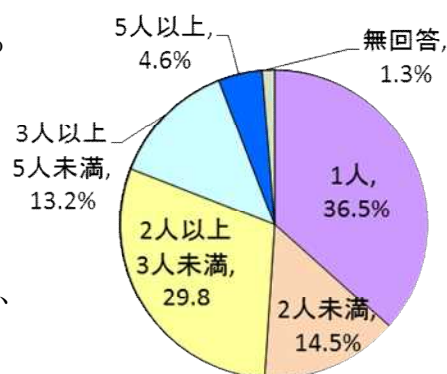
II - 6. 医師の勤務負担

【1. 現状】

病院勤務医の過重労働については社会問題化し、国においても様々な施策が取られているところであるが、有床診療所の医師の就労状況も深刻な事態となっている。

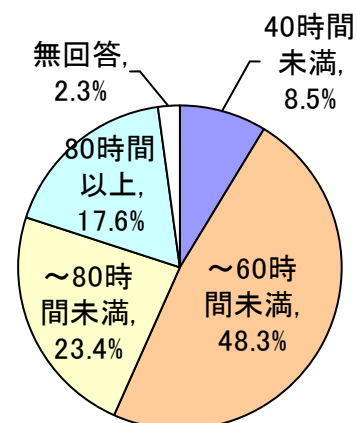
日医総研の「平成 25 年有床診療所の現状調査」によれば、有床診療所の医師数（常勤換算）は図 13 の通りであり、2 人以上の診療所が 47.6%ある一方で、1 人医師も 36.5%となっている。

【図 13】 医師数（常勤換算）



また、有床診療所の院長の 1 週間の就労時間（診療、保険業務、地域活動等を含む）は、図 14 の通りであり、「40 時間以上 60 時間未満」の割合が 48.3%と最も大きく、「60 時間以上 80 時間未満」が 23.4%、「80 時間以上」も 17.6%にのぼり、合わせると 41%が 60 時間以上の勤務となっている。

【図 14】 有床診療所院長の 1 週間の就労時間



病院勤務医の就労時間は、厚生労働省の調査によれば、勤務時間平均 48 時間、病院滞在時間平均 63.3 時間⁸とされている。

今回の調査で、有床診療所の院長も長時間勤務となっていることが改めて示された。特に 1 人医師の有床診療所では、毎日当直しているような状況であり、その肉体的、精神的負担は計り知れない。

複数医師体制にしたいとも、医師不足で医師もいなければ、経営面でも余裕がないというところが多いのではないか。それでも地域医療を守るために、有床診療所を続けているのである。

地域によっては、公立病院の診療機能の集約化や重点化、あるいは統廃合等によっていくつかの診療科が無くなったり、外科系の医師が病院を辞めざるを得なくなって手術を中止する病院も少なくない。こうした地域では、有床診療所が受け皿となってこれらの機能や役割を代替しており、患者・住民の強い要望で病床への受け入れを断るわけに

⁸ 平成 18 年 3 月「医師需給に係る医師の勤務状況調査」 医師が医療機関に滞在する時間のうち、診療・教育・会議等の時間を合計し、休憩時間・自己研修・研究等を除いた時間を勤務時間とすると平均週 48 時間。休憩・自己研修・研究等に充てた時間を含めた滞在時間を勤務時間とすると、平均週 63.3 時間とされている。

はいかず、更なる過重労働となる。

そしてこのような役割を担っている有床診療所に対して、正当な診療報酬上の評価がなされず、医師やそれを支える看護職員等を雇用できないため、就労環境がさらに悪化するという悪循環が重なって、結局は病床を閉鎖することになり、有床診療所という貴重な入院施設が失われていくのである。

【2. 改善方策】

複数医師体制が取れるような診療報酬の設定

有床診療所の医師の過重労働を避けるには、複数医師での運営が1つの対応策である。しかし、仮に非常勤医師であっても複数医師体制をとることは、多くの診療所では経営上その余裕がないのが現実である。

「5. 承継問題」の中でも述べたが、有床診療所が、医師の過重労働のために病床の運用を断念しないようにするためにも、複数医師加算の引き上げ等、実効の上がる対応が必須である。

Ⅱ－7. 施設設備の老朽化

【1. 現状】

施設設備の老朽化も、有床診療所が減っていく原因の1つとなっている。有床診療所は無床診療所と異なり、ある程度の医療機器を備えなければ、患者に対し、安心できる良質な医療を提供することができない。

今後の時代にふさわしい医療を提供していくには、古くなった医療機器や建物の修繕や建て替えが必要となるが、現状ではそれが叶わず、やむを得ず無床化している有床診療所が少なくない。

【2. 改善方策】

1) 税制面での支援

地域医療の崩壊を防ぐために、少なくとも、在宅医療、へき地、小児科、産科、救急医療等を担っている有床診療所に対しては、税制面、補助金等の支援が必要である。

2) 防火・防災体制への支援

平成25年10月11日未明に起きた福岡市の有床診療所火災は10名の死亡という大惨事となった。同診療所は、消防法上の義務は果たしていたが、大惨事に至った原因として、老朽化した医療機器からの失火に対し、防火扉の点検不備と無作動、スプリンクラーの無設置、初期消火の遅れ、夜勤一人体制等が指摘されている。

しかし、この問題の背景には、一方では有床診療所の安全と安定経営が不可能になっているあまりにも低額に抑制されている現行の診療報酬体系がある。

早急に、設備基準の見直しや防災対策も含め、安全な有床診療所の診療体制構築に向け、国、行政はもとより医師会が一体となり、官民挙げて安全対策を講じるべきである。

Ⅱ－８．有床診療所の専門医療について

有床診療所の機能の1つに、専門医療がある。産婦人科の有床診療所は、全国の分娩の約半分を担っており、眼科、外科、整形外科等においても相当数の手術が行われている。医師不足等から、病院勤務医の過酷な業務が問題となる中、有床診療所が外来だけでなく、手術等の専門医療まで行うことで、病院への患者の集中を防いで勤務医の負担軽減に寄与している。

専門医療を行っている有床診療所が抱える課題は、内科・外科系有床診療所が有する問題とは異なる面があることから、以下に別に取りあげる。

（１）産科有床診療所

【１．現状】

産科有床診療所は分娩の約半数を担っており、平成23年の出生数105万806人のうち、49万3556人（47%）が産科有床診療所で産まれている。勤務医の負担軽減のためにも、今後も産科有床診療所が分娩を取り扱うことが必要である。分娩を病院によるバースセンターに集約するという一部の意見もあるが現実的ではない。ハイリスク分娩に対する高次周産期医療施設での集学的な診療とローリスク分娩に対する有床診療所における柔軟な周産期医療が共存・連携していることが、日本の周産期医療が世界でもトップクラスにある要因のひとつである。高次周産期医療施設は、有床診療所の対応するリスクの低い妊婦についても、分娩の急変に対して24時間体制で産科救急に対応し母児の救命を行っている。妊婦のニーズや周産期リスクにより、病院と有床診療所が共存・連携していくことが将来的にも日本の分娩提供体制を堅持する唯一の方策である。

【２．問題点】

１）産科有床診療所の減少

産科医療の崩壊が叫ばれるなか、地域の産科医療提供体制に有床診療所が果たしている役割は大きいですが、分娩を取り扱う医師の減少と高齢化が年々進行しているのが現状である。

日本産婦人科医会の調査（表6）によれば、分娩を扱う有床診療所は、2012年で1,508施設であり、2006年に比べて247施設も減少し、分娩を扱う医師も同様に減少している。分娩の約半数を担っている産科有床診療所の減少は、社会的影響も大きく、少子化が更に進むことも懸念される。

【表6】日本産婦人科医会施設情報調査 2006-2012

回収率	総医師数	分娩施設				婦人科施設				
		病院		診療所		病院		診療所		
		施設数	医師数	施設数	医師数	施設数	医師数	施設数	医師数	
2006	96%	10,065	1,223	5,057	1,755	2,270	337	392	2,590	2,346
2007	88%	9,208	1,090	4,485	1,584	2,079	318	373	2,429	2,271
2008	96%	10,212	1,138	4,927	1,647	2,256	380	449	2,637	2,580
2009	90%	9,879	1,055	4,915	1,521	2,112	357	408	2,459	2,444
2010	96%	10,525	1,084	5,242	1,554	2,213	394	451	2,599	2,619
2011	97%	10,902	1,084	5,571	1,540	2,188	398	472	2,580	2,671
2012	96%	10,953	1,077	5,686	1,508	2,178	397	483	2,512	2,606
2006年比		888	-146	629	-247	-96	60	91	-78	260

2) 助産師の確保困難

産婦人科の場合、助産師の確保が重要となるが、他科の有床診療所と同様、その確保は困難である。厚生労働省は、助産師の数は「ほぼ充足」としているが、病院の66.9%（1,247施設中834施設）、診療所の81.0%（1,658施設中1,343施設）において助産師の充足率が満たされていない状況であった⁹。地方の有床診療所ではより一層不足しており、特に夜勤・当直のスタッフ確保は、大きな問題となっている。更なる助産師養成のために医師会立の助産師養成所が新たに設立されたが、未だに十分とはいえない。

3) 訴訟対応

産科領域における訴訟の多さも、分娩の取扱い減少の一因である。鹿児島県で行った視察においても、産科医の減少は訴訟問題が大きいとの指摘がなされている。産婦人科領域で訴訟に至るケースは、原因の所在を明らかにすることが難しく、また自らデータや資料を揃えなければならないため大きな負担となっている。データベースや支援団体を立ち上げてもらえれば非常に助かるとの意見も出された。

4) 医療経営

産婦人科においては、分娩の自由診療部分による収入が大きいため、経営面ではそれほど問題がないと思われがちであるが、実際には、産婦人科の外来診療における処置料等は低額であるため、外来部門の赤字を入院部門で補填している状況である。

入院収入は産科に対する加算が導入され、以前よりは改善されてきているが、低く抑

⁹ 日医総研ワーキングペーパーNo.141「産科医療の将来に向けた研究」（日本産婦人科医会「助産師就業実態緊急調査」（2006））

助産師充足率（%）＝実際の従事者数（常勤換算）÷必要助産師数（常勤換算）

えられた入院基本料により入院部門の保険収入は十分でない。帝王切開（予定帝王切開、10日間入院）で試算すると、病院（一般病床10：1）では約47,000点、病院（DPC）では約56,000点であるが、診療所では約38,000点に抑えられている。

また、入院収入の大部分を占める分娩費用は、医療安全や医療経営のために必要と考えている額よりも10万円以上低額であるが、地域の所得水準や公的施設の低い分娩費用などにより、適正額への増額ができないのが現状である。

更に分娩においては薬剤以外にも使用する器材・消耗品が多いため、今後の消費税増税への対応も必要である。

【3. 改善方策】

1. 産科医療提供体制

1) 産科医師の確保

現在の周産期医療提供体制において産科有床診療所は重要な役割を担っており、その存続や新規開業に対する支援は不可避である。その支援とは、親子継承や第3者継承における手続の簡素化や資金融資、そして産婦人科専攻医の増加対策、休業・子育て中等潜在産婦人科女性医師への柔軟な勤務体制構築などである。

2) スタッフの確保

スタッフの安定的な確保には、医療安全の担保と十分な経済的支援などを基にプライドを持って産科看護を行える魅力的な職場である必要がある。しかし現状は、慢性的人手不足の状態である。特に診療所の助産師不足は深刻であり、この解決策は助産師養成数の増加以外にない。その他、潜在助産師の掘り起こし、産科特定看護師の法定化、看護師が行う助産の補助についての理解などが求められる。

3) 医療安全

地域の周産期医療提供体制構築は、当該の行政が責任を持って牽引することによって、ハイリスク妊娠を含めた全ての妊娠・分娩に対応できるものとする。そして個々に対しては、適切な産科診療ガイドラインの遵守や最新の新生児蘇生法等の習得を勧め、更に妊婦健康診査公費負担・出産育児一時金・産科医療補償制度等の制度の充実も必要である。

2. 医療経営

産科有床診療所が安心・安全な医療を提供するためには、経営基盤の安定が確保され

なければならない。しかし、現状では24時間365日妊婦胎児の急変に備えるための人材確保と器材の充実・更新が産科有床診療所の経営に大きな負担を強いている。その解決策として以下の事項が考えられる。

1) 医療機能に見合った適正な入院基本料の設定

今後増えるであろう複数医師体制や助産師・看護師等の十分な数的・質的雇用への対応にも耐えられる入院基本料の増額が必要である。

2) 出産育児一時金の増額

妊婦が、妊娠・分娩・新生児保育等に準備される金額と出産育児一時金との差は年々大きくなっている。少子化対策としても出産育児一時金の増額は必要であるが、国家扶助としての支援に切り替え全ての妊婦を対象とすべきである。

3) 妊婦健康診査公費負担の拡充

妊婦が日本全国何処へ転居や里帰りしても、公平な公費支援が受けられるようにすべきである。この妊婦健康診査拡充は、子育て不安解消や虐待防止そして未受診妊婦への受診勧奨など様々な有益事象を含有しているとも言える。

4) 産科有床診療所に係る税金の減額

産科有床診療所の開設や維持に必要な設備備品等に対する税金そして運営上生じる控除対象外消費税などに対する配慮は不可欠であると考ええる。

(2) 眼科有床診療所

【1. はじめに】

有床診療所は地方都市・小規模町村・へき地では住民の身近にあって、地域医療を守るために必要不可欠な存在である。とりわけ眼科においては専門性の高い手術を行うことへの患者ニーズも高く、病院と同等の機能を果たしている部分も少なくない。しかし病院に比べ規模が小さく、地域医療に密着する立場であるがゆえ、経済的な収支バランスがとりにくいのは他科の有床診療所と同様である。むしろ全国的な医師・看護師不足により、その人件費も高騰しており眼科有床診療所の経営状態は悪化する一方である。経営難を物語るように眼科有床診療所数は平成18年の1,040施設、平成21年の1,002施設、そして平成24年の726施設と急速に減少してきている。この有床診療所の急減は、地域医療の中での白内障手術、緑内障手術や網膜硝子体手術などの入院医療のニーズを病院に押し付ける形になり、結果的に勤務医の過重労働、医療の地域格差の拡大につな

がり、ひいては日本全体での医療サービス低下へ拍車をかけている。そういったなかで、先進諸国の中でも高いレベルを誇る日本の医療を維持し、地域医療を守るためにも、小組織ならではの小回りの効く運営による入院期間の短縮努力、病院と同等の専門性の高い手術の提供、病診連携による地域医療サービスの保持等で眼科有床診療所は評価されるべきである。

現在も、新臨床研修制度による眼科医師不足に対応して、地域の中小病院への眼科医師の派遣が困難となっている。日本眼科医会が平成23年に行った過去3年間の調査では医師数が23%の病院で減少しており、白内障手術の施術数の減少や白内障手術を全く施行しなくなった病院が34%に認められた。地域の特に中小病院眼科の活動や実績が低下していることが示されており、5%の病院では診療科の1つである眼科が閉鎖になっている。

一部の地域では眼科有床診療所はその代替施設として機能しているが、入院基本料に代表される有床診療所の低い診療報酬が永年に涉っており、医療者に意欲があっても設備建物等の保持にも事欠く状況であり、有床診療所による病院機能の補完は現状では不十分と言わざるを得ない。

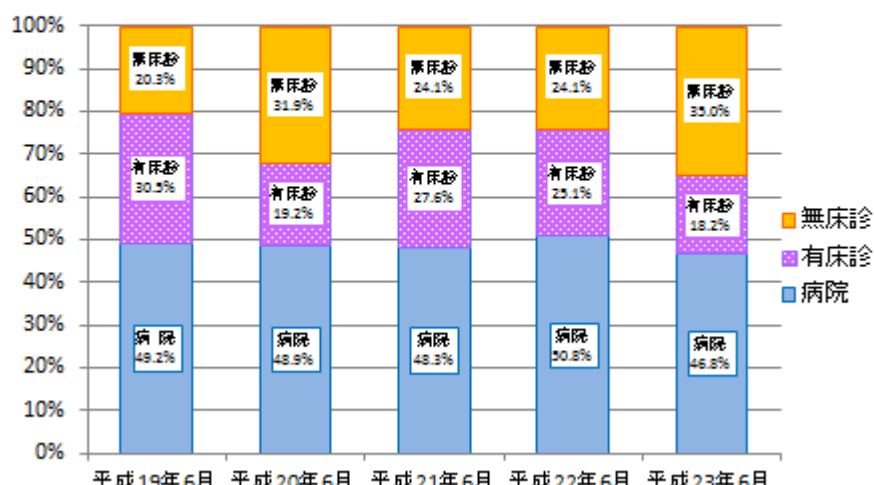
【2. 現状】

眼科有床診療所の実績を手術数で示す。眼科手術総額の60%を占め最も重要な手術の1つである白内障手術(水晶体再建術)の病院と診療所の割合はほぼ半々である。有床診療所と無床診療所との手術数比較では、平成19年度には有床診療所30.5%、無床診療所20.3%と有床診療所が多く手術を行っていたが、有床診療所の減少により平成23年度には有床診療所18.2%、無床診療所35.0%と逆転し、その差は開く一方である(図15)。

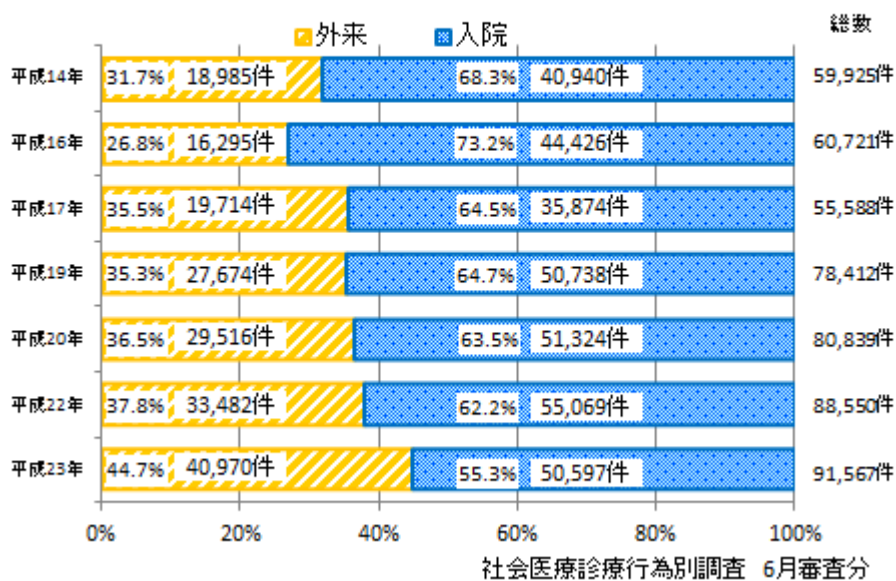
さらに病院、有床診療所、無床診療所における白内障手術(水晶体再建術)を外来(通院)手術と入院手術に別けて考えると、平成14年には外来手術31.7%、入院手術68.3%であったものが、平成23年には外来手術44.7%、入院手術55.3%とほぼ拮抗しており(図16)、有床診療所における割合は低下しているのが現状である。しかしながら、全身的な負担が比較的少ない眼科手術といえども患者の精神的・身体的負担は大きく、手術患者の多くが高齢者であることから、手術前後に安静を保てる有床診療所の存在は正に患者ニーズであり、これに逆行する現状を放置することは国民の意向を無視する結果になりかねない。

【図15】水晶体再建術：病院、有床診療所と無床診療所における割合

水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)
社会医療診療行為別調査 (件数 %)



【図16】水晶体再建術：外来手術と入院手術の比較



【3. 平成24年第3回眼科有床診療所アンケート(日本眼科医会)】

主な調査項目についてその結果を列挙する。

- 立地は、小規模都市(52.2%)、中規模都市(35.6%)、大都市(6.9%)、農村地区・山間部・へき地・離島(5.3%)であった。
- 病床稼働率は(21.0%)、平均入院日数は2.03日であった。
- 使用目的は、外科的治療(72.6%)、通院不能例(18.6%)、内科的治療(8.8%)の順である。
- 経営については黒字と感じている施設は(9.3%)、赤字と感じている施設は(50.0%)であった。

- 有床診の継続については、「今後も継続する」が(52.9%)、「有床診をやめる」(47.1%)であった。
- 無床化する理由は「採算性が低い」(31.3%)、「看護師の確保が困難」(24.3%)、「医師の気力・体力の低下」(21.3%)、などであった。
- 今後の課題、「管理規制の緩和」(53.3%)、「入院基本料の大幅アップ」(31.0%)、「加算項目の増加」(4.1%)であった。
- 給食については、院内で給食(29.7%)、外部に委託(50.4%)、食事の提供をしない(19.9%)であった。

【4. 眼科有床診療所から見た問題点】

1) 入院基本料の低点数

眼科有床診療所の平均入院日数は、今回のアンケート調査では2.03日と極めて短い。眼科ではこれまで手術技術の向上により入院期間の短縮に努力してきた。その上、患者のニーズを満たし、医療の効率化にも協力してきた。それにもかかわらず、平成22年度改定により7日以内の入院基本料が引き下げられ、入院医療における収益は悪化し眼科有床診療所の減少に拍車をかける結果となった。平均入院日数が2.03日という数字は、病床稼働率の低さを示す数字であり、その経営状態は危機的である。

入院基本料の引き上げ及び7日以内の区分の復活を要望する。

2) 管理栄養士の配置義務化

眼科有床診療所では今回のアンケートによると管理栄養士の配置は7.4%しかない。非常勤での雇用予定の18.9%を含めても26.3%に過ぎず、約7割の眼科有床診療所は存続できなくなる。平均入院日数が短く、全身的な栄養管理を必要としない眼科等の入院にまで管理栄養士を義務付ける入院基本料の設定は現実に即しておらず不合理である。

管理栄養士の配置に関しては、入院基本料の算定要件ではなく、加算とするよう要望する。

3) 眼科有床診療所の新規開設制限

眼科有床診療所数は平成18年の1,040から平成24年の726へ30.2%減少した。この調子で減少が続けば、6年後の平成30年には500を下回ることが危惧される。たとえ一部閉院や無床化する施設があっても、社会のニーズに応じて新たに開設される有床診療所があれば有床診療所数は減少しない。しかしながら、有床診療所の新規開設

にはいくつかの障壁がある。

最大の障壁は病床規制による新規開設の制限であろう。病床過剰地域では、眼科診療所は特例病床の開設が可能な診療所とはされていないため、いかに新進気鋭の眼科医といえども眼科有床診療所の新規開設は困難である。

一方、一部の地域では病院が眼科医療から撤退しており、その空白を満たし眼科入院医療を維持するためには小回りのきく有床診療所の新規開設が喫緊の課題である。

当局には有床診療所開設申請に対して国民の立場に立脚した柔軟な運用と対応を求めたい。

【5. おわりに】

入院基本料の引き上げが不十分な場合、今でさえ有床を維持するか無床に転向するか迷っているような有床診療所がまず行うことは無床化であろう。さらに、短期入院が多い眼科等の診療科の特殊性を考えたときに、褥瘡対策委員会や管理栄養士は必要ないという意見が出るのは当然のことである。このような不合理な施設基準の厳格化に加え、医師の高齢化、後継者不足、人件費の高騰、看護師確保の困難など社会的状況も眼科有床診療所の無床化に拍車を掛けている。

平成16年から実施された卒後臨床研修制度の影響を受けて既に病院眼科の活動が低下しているところに眼科有床診療所の無床化が進むと、地方の眼科医療は確実に診療の幅を狭められ、患者の利便性も著しく損なわれる。

眼科有床診療所の経営が入院部門の赤字を解消して1日でも早く安定し、人口の高齢化に伴い増加が予想される眼科入院医療において、有床診療所が期待される役割を果たせるようここに挙げた問題点の改善を要望する。

（3）整形外科有床診療所

【1. 現状】

整形外科有床診療所の入院機能は、①手術療法を主体として専門医療に特化した施設と、②保存的治療（脊椎圧迫骨折、骨折のギプス固定、運動器リハビリテーション）や小手術、介護保険事業（ショートステイ機能）等の小規模多機能型に大別される。①の病院に比しても劣らないハイレベルの手術を実施している施設の病床の有用性は明らかである。

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 24 年）では、年間手術件数（局麻含む）が 100 例以上は 69 施設（35%）、50 例以上では 90（46%）にのぼる（回答数 196）。このように、有床診療所においても多くの手術を行い、病院への集中を防ぎ、勤務医の負担軽減にも寄与している。

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、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と共に、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ている。急性期病院では回復期に入院を引き受けがたい、疼痛・麻痺等により在宅医療困難であるが手術等を要さない患者、たとえば腰椎圧迫骨折の患者なども受け入れている。独居の高齢者の圧迫骨折の場合、自宅に帰っても生活ができない。そのため、有床診療所が入院を受け入れ、その間に介護保険が使えるようにするなどの対応を取っている。これも、地域の患者のニーズに応える重要な役割である。

一方、多機能型は開設当初は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経緯が多い。手術症例と違い保存的治療例は入院期間が長くなる傾向もあり、入院料の逡減の影響で収益が低下し、やがて無床化する施設も多い。

また、在宅医療を担うのは内科や外科が主と考えられがちであるが、寝たきりの予防には、リハビリテーションが重要であり、整形外科としての関わりも重要であると考えられる。

日本臨床整形外科学会の会員基本データ調査¹⁰によれば、介護保険事業参入率（通所系介護保険サービスと訪問リハビリテーション参入）は、病院も含めた全体で 15.5%、有床診療所は 27.2%であった。

【2. 問題点】

1) 整形外科有床診療所の減少

前述の日本臨床整形外科学会会員データ調査によれば、整形外科有床診療所は、平成 22 年 9 月からの 6 か月で、1,092 施設から 1,069 施設へと 23 も減少している。有効回答数 818 施設のうち 50 施設は無床化していると思われる。

整形外科有床診療所の減少は、手術ができる医療機関の減少であり、患者の利便性

¹⁰ 日本臨床整形外科学会 会員施設数 5658 施設（うち有床診療所 1092 施設）
調査対象期間…平成 22 年 11 月 15 日～23 年 11 月 15 日、回収率…90.0%

を損なうとともに、周囲の病院への負担増にもつながるものである。

2) 看護職員、理学療法士、作業療法士等の確保困難

他の有床診療所同様、看護職員や理学療法士、作業療法士等リハビリスタッフの確保が困難である。待遇面で、病院との給与格差を埋めることができないのが大きな要因である。すなわち、入院基本料の低さに加え、運動器リハビリテーション料が脳血管リハビリテーション料に比べて低いことにも原因がある。

3) 運動器リハビリテーション施設基準なしが 27.2%ある。医師の年齢が高いほど申請率が低下している。参入しない理由としては、面積が足りない、理学療法士や看護職員が足りない等であるが、整形外科有床診療所で主体となる運動器リハビリテーションの点数が低く、採算がとれないとの理由が大きいと思われる。

4) 介護保険に参入している施設が少ない。短時間型通所リハビリテーションはほとんど機能していない。手続きの煩わしさや、整形外科医としてのCUREへのこだわりが大きいことが原因と思われる。専門医療等に特化していたが、入院基本料の低点数、医療スタッフの確保困難、諸々の規制強化等により、地域医療に対する熱意が減退してしまっていると思われる。

【3. 改善策】

無床化を食い止め打開する方策は、積極的に入院リハビリテーションに取り組むことであろう。急性期病床からの回復期リハビリテーション患者の受け入れ、ショートステイを利用した要介護者に対する集中的な運動器リハビリテーションへの参入など、病床の活用需要は少なくない。国は地域包括ケアシステム実現に向けて在宅医療の推進に躍起となっているが、在宅患者を増やさない予防策への取り組みはまだ充分でない。その一方、昨年、国の施策として「健康日本 21」にロコモティブシンドロームの認知度の数値目標が記載された。運動器の障害は寝たきりに繋がる大きな要因であり、この問題に対応するのは整形外科医の責務である。運動器リハビリテーションの推進は国の施策とも一致している。この主体として期待されるのは整形外科有床診療所である。経営的に成り立つためには、回復期リハビリテーション加算の創設、運動器リハビリテーションの点数アップが望まれる。運動器リハの専門医である整形外科医は「ロコモティブシンドロームの啓発」による健康寿命の促進、寝たきりを予防するためにも、介護事業に参入し、通所リハビリテーションやショートステイを活用した集中的なリハビリテーション等を積極的に実施し、介護度改善に尽くすべきと思われる。

*** 入院基本料のアップに加え、回復期リハビリテーション加算の創設を要望する。**

障害を受けた患者の社会復帰・家庭復帰のためには、地域で早期リハビリテーション・回復期リハビリテーション・維持期リハビリテーションへの移行がスムーズに行われる必要がある。急性期の病院も、回復期リハビリテーション機能を持つ連携医療機関を求めており、有床診療所が後方病床機能として受け入れ、リハビリテーションを行っていくことは重要であると考えます。患者・家族にとっても、身近な場所でリハビリテーション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整えられるよう「有床診療所回復期リハビリテーション加算」の創設を要望する。

*** 「有床診療所回復期リハビリテーション加算」**

有床診療所において、回復期リハビリテーションが行われた場合に、1日50点の加算を行う。

施設基準：疾患別リハビリテーション料届出施設

(4) 救急医療を担う有床診療所

入院の必要のないいわゆる初期救急の患者が、二次、三次救急医療機関を受診し、特に三次救急医療機関がこれら軽症患者の対応に追われ、本来の救命救急が必要な患者に対応できない事態が起きている。この背景には、患者の大病院志向もあるが、軽症患者を診てくれる医療機関が少ないことも原因の1つである。現在、ほとんどの無床診療所が院外処方を行っており、自院に薬を置いていない。また、診療所と自宅が別であるところも多い。そのため、自身をかかりつけ医としている患者、日中診療した患者でさえも時間外に容体が悪化した場合対応できないことが多い。

救急告示医療機関となっている有床診療所は、入院医療を行っているため薬を常備している。したがって、時間外の患者に対して、専門外であっても診療し、自院で対応できない場合には、対応できる医療機関に紹介している。有床診療所は時間外患者の駆け込み寺的な役割を担っている。しかしながら、救急告示医療機関になるためには、施設基準（救急病院等を定める省令、厚生労働省関係通知、各都道府県条例等）があり、普段ほとんど使用しない医療機器や薬剤を備蓄しなければならない。また、ある程度の医療機器も必要である。そのため、救急告示の有床診療所が年々減少している。救急告示の有床診療所がない地域は、時間外においては無医地区と同じである。

現状に即した基準の見直しが必要である。

Ⅲ. 有床診療所のアピールのための方策（国民の理解へ向けて）

Ⅲ－１. 実態調査によって有床診療所の医療を明らかに

有床診療所の5つの機能（下記）は、厚生労働省等の理解も得てきたところであるが、実際のベッドの運用や入院患者の性質は各診療科によって大きく異なっており、それぞれの科の有床診療所での実際の患者の看護必要度や、どこまでの医療がなされているかの実態は未だ十分把握されているとは言いがたい状況である。

有床診療所の5つの機能

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">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としての機能②専門医療を担って病院の役割を補完する機能③緊急時に対応する医療機能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 |
|---|

内科系では今後認知症を持った患者も増え、その方達の入院医療を行うには介護力も必要となる。介護等の手間がかかり、大病院では対応できない部分を、有床診療所は担ってきていると考える。

厚生労働省でも調査を行ったが、回答も少なく十分に分析できるような結果を得られなかったようであるので、日本医師会で、全国有床診療所連絡協議会の会員を中心とした全国の有床診療所を対象に、実態に即した項目での評価が可能なアンケート調査を実施し、今後の有床診療所の評価の基にしたいと考えた。

まず、厚生労働省が行った「入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院等の実態調査（平成24年度調査）」の記入要項（G票）をもとに調査票を作成し、福岡県と広島県でプレ調査を行った。分析の結果、

1. 重症度・看護必要度に関する評価票を用いると、評価の低い患者が大半となる。
2. 患者区分を見ると、急性期病院から在宅や施設へ復帰できない患者や、施設や在宅で過ごすには看護必要度の高い患者など、病院や在宅、介護施設などに行き場のない患者やその家族のニーズに対応している。
3. 排泄や入浴や危険行動など、看護・介護の手がより必要な患者が半数を占めている。

ということがわかった。

有床診療所の入院患者の重症度は、医療区分・ADL区分ともに軽症者が多い一方で、

重症者を含めたすべての区分に分散していた。また、排泄や、入浴でケアが必要な患者が半数を超えていた。危険行動のある患者も4割近くになっており、病院では対応できない患者を少数の看護職員で対応していくには限界があると考えられた。即ち、診療報酬の抜本的改定で、より労働量に見合った評価（入院基本料）を考慮していただく必要があるといえる。

重症度も、幅広い医療区分に渡り、有床診療所の患者受け入れ実態に近いものとなり、実態を評価しうると考えられた。

➤ 日医総研による有床診療所の現状調査

一方、日医総研では平成21年より定期的に有床診療所の現状調査を実施している。平成25年有床診療所の現状調査¹¹では、施設調査、財務調査（平成24年度決算書に基づく財務とコスト計算）、患者調査を実施した。以下では、入院患者の属性、入退院に関する情報、医療やモニタリング、介護に関する必要度のサマリーを示す。（患者数は635施設からの回答による7,066名。実態調査の抜粋は巻末資料に掲載）

1-1 一般病床の患者属性と退院の予定

まず、一般病床の入院患者平均年齢は72.7歳であった。80歳代が33.5%、90歳代が15.4%を占め、80歳以上が全体の48.9%を占めていた¹²。次に、入院患者の在院日数（調査日時点）は30日以下の患者が55.4%、31日以上が全体の42.8%を占めた。入院期間91日（3か月）以上1年未満が11.8%、1年以上が13.3%であった。入院患者のうち高齢で長期の患者が占める割合が高い¹³。

48.9%

表7 年齢分布

	～30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳以上	無回答	平均年齢
一般病床(n=5296)	11.8	3.3	4.9	9.7	20.3	33.5	15.4	1.0	72.7
医療療養病床(n=834)	1.0	1.0	2.5	4.7	13.2	41.6	34.5	1.6	84.2
介護療養病床(n=662)	0.0	0.0	0.6	1.7	13.3	45.5	39.0	0.0	87.3

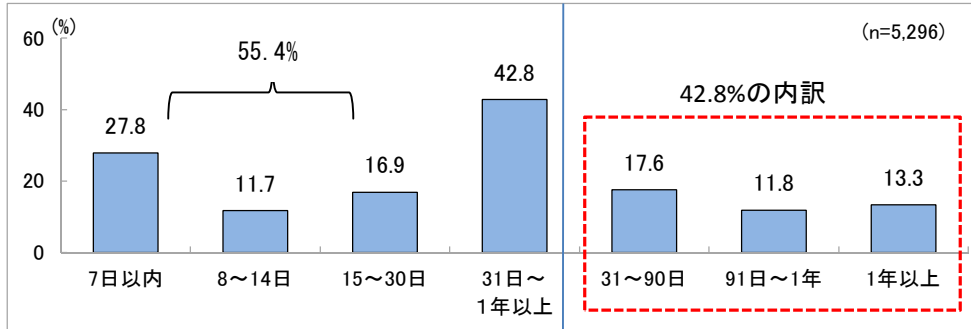
ショートステイ、無回答は除く

¹¹ 江口成美「平成25年 有床診療所の現状調査」日医総研ワーキングペーパーNo.301、2013、日医総研

¹² 平成23年患者調査においても、病院の入院患者は80歳代が25.7%、90歳代が10.0%であるが、有床診療所では80歳代が32.4%、90歳代が16.3%を占めている。（平成23年患者調査 厚生労働省）

¹³ 病院の一般病床では、入院期間が30日以下の患者が約65%、入院期間が3か月以上の患者が約15%であった。（厚生労働省 「急性期に関する作業グループ第3回会合」2012年1月26日）

図 1 7 一般病床の患者在院日数別分布（平成 23 年 6 月の特定日）



1-1-1

有床診療所での治療後の退院について、「退院できる病状であるが、退院日は未定」の患者が全体の 16.2%を占めた。これらの患者の退院日は未定の理由として最も多いのは、「在宅での受入体制が整っていない (38.5%)」であった。在院日数が 3 か月以上の長期入院患者については、その割合が 55.9%にのぼっていた。在宅医療での受入が課題であるが、独居の患者の占める割合が一般病床の入院患者 (n=5,296) の間でも 24.7%¹⁴あり、必ずしも容易でない。

図 1 8 退院の予定(一般病床)

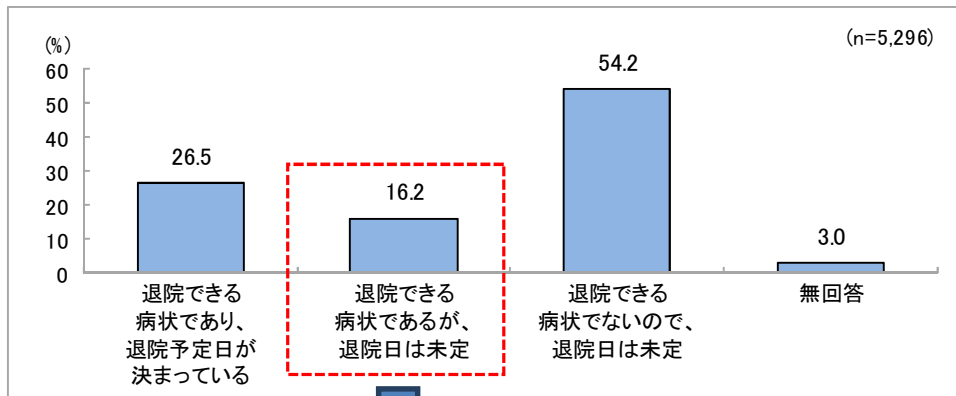
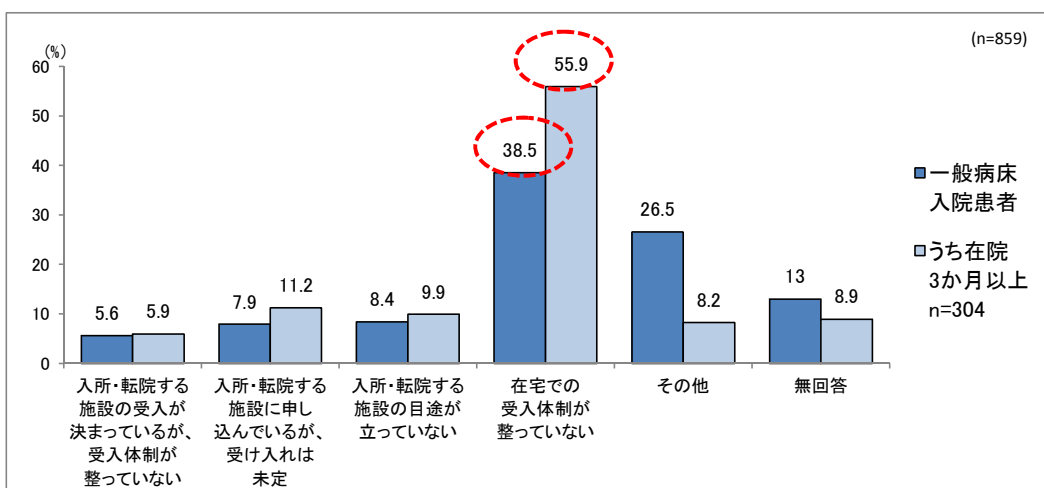


図 1 9 退院できる病状であるが、退院日は未定である理由

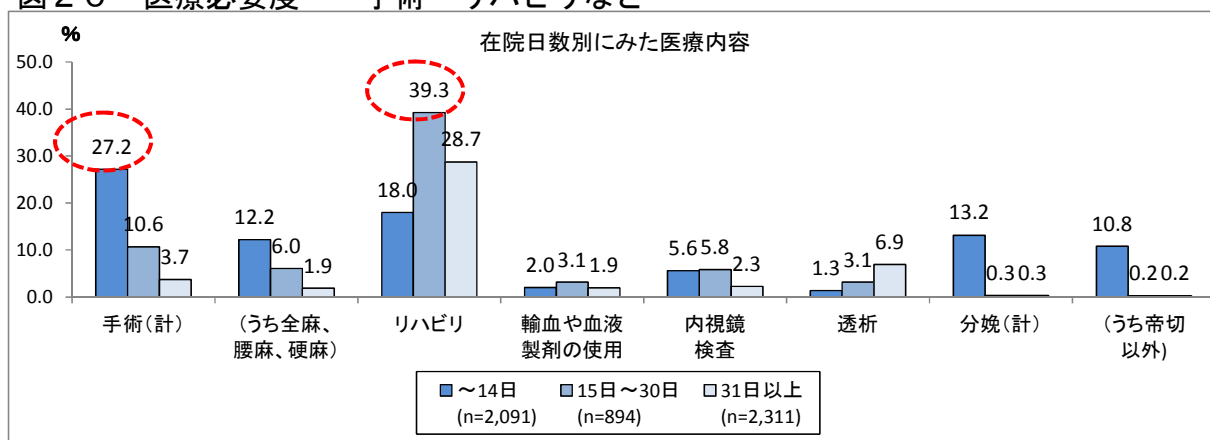


¹⁴ 独居の患者の割合は、医療療養病床の入院患者 (n=834) では 35.3%、介護療養病床 (n=622) では 32.2%であった。

1-2 医療看護介護の必要度(一般病床)

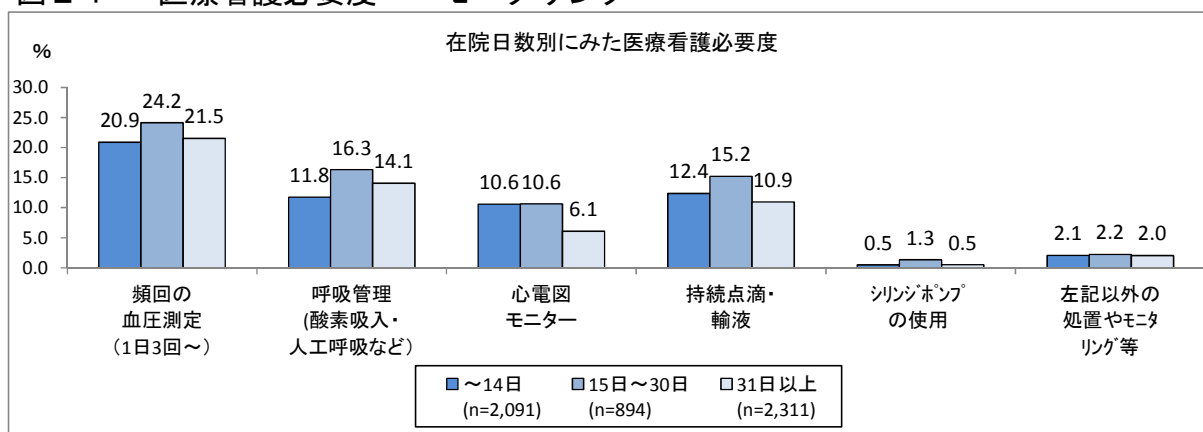
一般病床の入院患者（n=5,296）について、直近3週間における医療看護介護の必要度を在院日数別（1～14日、15～30日、31日以上）にみたところ¹⁵、在院日数1～14日の患者には手術や分娩など急性期の医療提供が多く、27.2%が手術の患者であった。15～30日の患者の間ではリハビリの割合が高い(39.3%) 傾向がみられた。また、モニタリングの項目の中では、血圧測定、呼吸管理、心電図モニター、持続点滴の該当患者はいずれの在院日数区分で全体の1～2割を占めていた。

図20 医療必要度 —手術・リハビリなど



※在院日数は調査票記入日時点の日数。手術などの医療行為は直近3週間で該当するケース

図21 医療看護必要度 —モニタリング

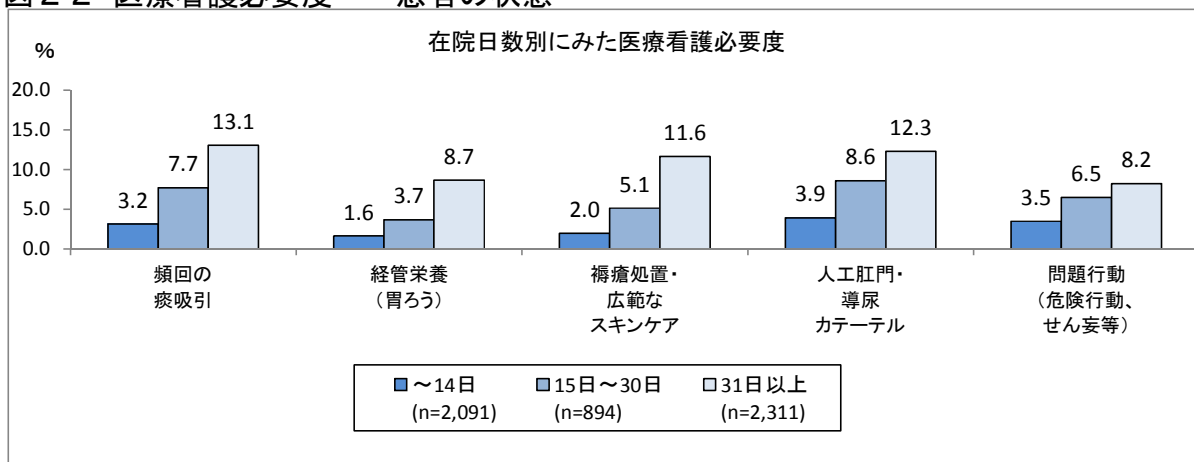


※在院日数は調査票記入日時点の日数。手術などの医療行為は直近3週間で該当するケース

¹⁵ 病院一般病床の重症度・看護必要度評価（A項目、B項目）を参考に、独自の項目で有床診療所の入院患者の病態を把握した。本調査は毎日の回答ではなく直近3週間以内での状況の回答としている。

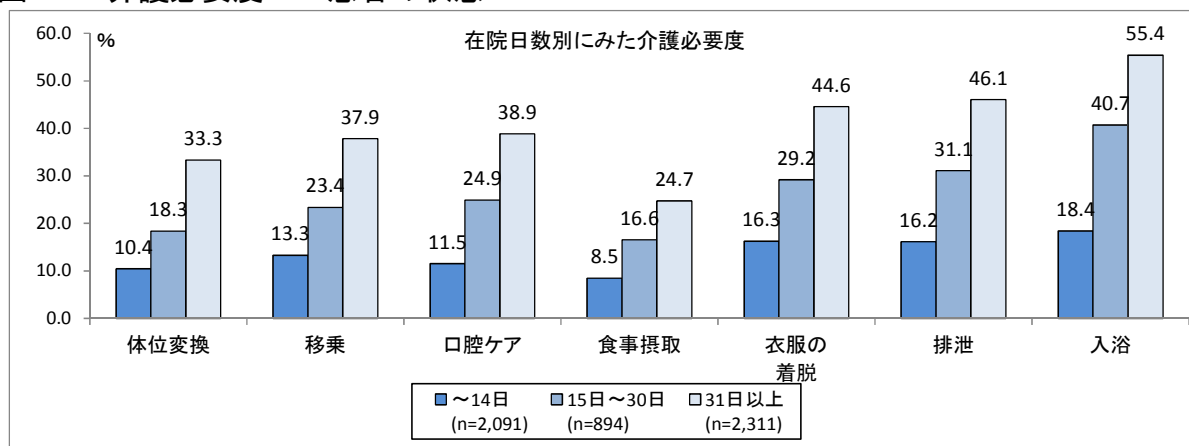
患者の状態を示す項目として、頻回の痰吸引、経管栄養、褥瘡処置、人工肛門、問題行動を設けたが、いずれも31日以上の患者の1割前後、15～30日の患者については4～9%の間であった。さらに、日常的な介助（体位変換、移乗、口腔ケア、衣服の着脱、入浴など）は、31日以上の患者の3～5割を占めた。有床診療所の入院患者の介護の必要度は高く、医療や看護の必要度も在院日数に関わらず一定の割合で示された。

図22 医療看護必要度 —患者の状態



※在院日数は調査票記入日時点の日数。手術などの医療行為は直近3週間で該当するケース

図23 介護必要度 —患者の状態

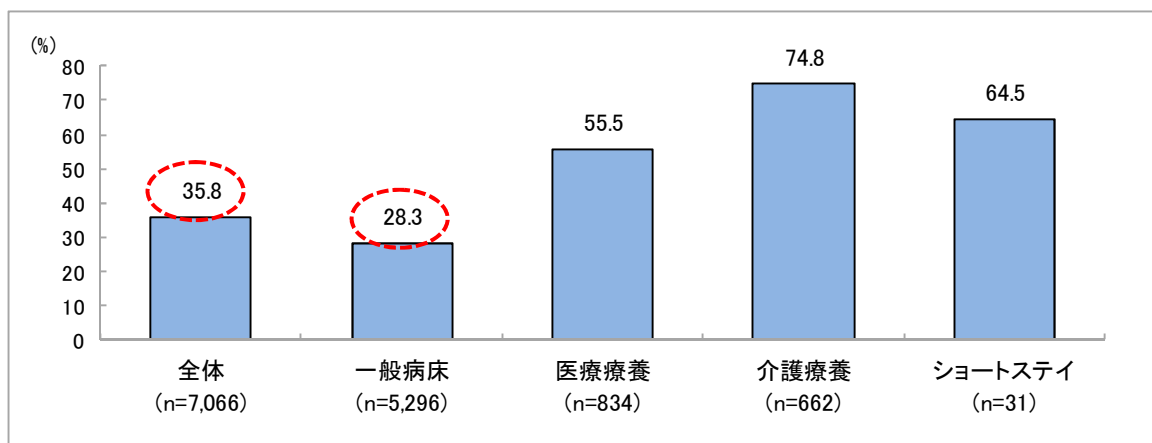


※在院日数は調査票記入日時点の日数。記入日の患者状態で介助が必要なケース

1-3 認知症患者の割合

認知症があるケースは全体の35.8%、一般病床患者では28.3%を占めた。医療療養病床、介護療養病床ではそれぞれ55.5%、74.8%と高いが、一般病床の中でも4人に1人は認知症の症状があり、看護職員を含むスタッフの負担は重い。認知症患者へ適切な治療を行うための体制が必要とされている。

図 2 4 認知症患者の割合 n=4, 633



これらのデータを示しながら、行政や国民に、有床診療所についての理解を深めてもらうことが重要である。

Ⅲ－２． マスメディア対策

「ゆうしょうしんりょうしょ」と聞いて、「有床診療所（有床診）」と正しく理解できる人は今もって少数であり、おそらくごく一部の医療関係者と思われる。日医総研の調査によると、有床診療所を受診している患者でさえ、約4分の1が知らなかったと答えている。ましてや一般国民においては、ほとんど知られていない。また、国会議員やマスコミ関係者においても有床診の認知度は極めて低いのが現状である。

その原因は、我々有床診療所側にもある。有床診療所が自らをその名称をもって名乗ってこなかったからである。医療機関の名称に「有床診療所」と名乗っている医療機関はほとんどない。マスメディアの報道をとっても、「有床診療所」として報道されることはごく稀である。もっと積極的に「有床診療所」という言葉や存在を知ってもらうためにも、まずは自らが医療機関名に「有床診療所」を名乗り、マスメディアの報道でもクリニックや病院とは違う「有床診療所」の名称を広めていただく努力が必要と考える。

そのため、マスメディアを大いに活用し、広く国民に有床診療所の存在を周知することにより、有床診の存在意義と役割や機能について国民に理解されることが重要である。その一環として、平成23年に全国有床診療所連絡協議会では、享保7年（1722年）江戸小石川の薬草園に小石川養生所が設けられ、日本で最初に病床を併設する診療所が設立されたとされる「12月4日」を「有床診療所の日」に制定した。また、有床診療所のロゴマークも作成した。この「有床診療所の日」には、日本医師会も共催で様々なイベントを開催し、マスメディアの報道を通じて有床診療所の存在を広める努力を行っている。また、各有床診療所の院内においても「有床診療所の日」のポスター掲示や患者対象のイベント開催や行事食の提供等を行い、「有床診療所」について積極的に院内外に広報を行うとともに、そうした取り組みへの取材依頼も行っている。今後とも「有床診療所の日」を核として、マスコミへの広報に継続的に力を入れることこそが有床診療所の広報の要であると考えます。

その上で今後予定されている医療法改正や病床再編、そして地域包括ケアシステムの大きな流れの中で、有床診療所の存在意義と役割を根気よく日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会が各々の立場から、中央及び地方の各マスメディアに訴え続けていくことこそ、国民の理解を得る強力な方策の一つと考える。

Ⅲ－３．厚生労働省への対応

有床診療所を巡る現状を改善するには、厚生労働省に有床診療所が地域で果たしている役割、有床診療所が抱えている問題等を理解してもらうことが何より必要である。

「Ⅱ－１．入院基本料等診療報酬上の評価について」の項でも述べたが、現在は以前に比べ、厚生労働省による理解も少しずつ進んでいるように思われる。

その一環として、平成 25 年 4 月には厚生労働省による有床診療所の現地視察が行われた。厚生労働省による有床診療所の視察は、平成 21 年に続いて 2 回目であり、今回は、日本医師会と全国有床診療所連絡協議会、県医師会等の協力の下に、鹿児島県と兵庫県内の有床診療所の視察が行われた。

いずれの有床診療所においても、かかりつけ医として、疾病の治療はもちろんであるが、患者・家族の生活を含めまさに地域に密着した診療活動を行っていることが伺えた。

医療政策の立案・実施にあたる厚生労働省の職員が、現場を実際に見て、医療関係者の声に耳を傾けることは、非常に重要である。視察を終えた若手職員からは、地域住民の多様なニーズに応え懸命に取り組んでいる姿に、医療行政の携わる者として身の引き締まる思いがしたとの感想も聞かれた。

今回の視察で得られた知見を踏まえ、有床診療所の存続に必要な施策を実行していただくとともに、今後もこのような機会が設けられることを期待する。

Ⅲ－４ 市民、国民の代表である国会及び地方議会への働きかけ

有床診療所の窮状を変えていくには、市民、国民の代表である議員及び議会に、有床診療所の機能や現状を理解してもらうことも必要である。

国会及び国会議員への働きかけの例としては、平成 16 年 11 月に、全国有床診療所連絡協議会が衆議院議長に、128,590 名の住民の嘆願書を添えて、次期医療法改正における適切な改正及び次回診療報酬改定における診療報酬の引き上げを求める請願書を提出している。

平成 18 年 10 月には、自民党に「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」が発足した。勉強会を開催し、有床診療所の必要性と将来展望等について議論を深めるなど、熱心に活動されている。

平成 24 年 4 月には、民主党に「有床診療所を応援する議員連盟」が設立された。11 月に第 2 回の勉強会が開かれたが、同年 12 月の政権交代により、現在は残念ながら休眠状態となっている。

これらの活動の中心は全国有床診療所連絡協議会であるが、平成 20 年からは日医の有床診療所担当常任理事が議連の勉強会にも参加するなど、連携をしながら活動が行われている。

いずれの議員連盟においても、有床診療所の診療報酬上の評価の低さに対して驚きの声が多く聞かれ、厚生労働委員会等においても有床診療所を後押しする発言につながっている。公明党、日本維新の会、みんなの党等の議員の中にも、有床診療所の理解者は少しずつではあるが増えている。

また、市町村レベルにおいても、有床診療所を支援する動きがある。例えば、福岡県の高賀市においては、高賀市議会議員が中心となり「地域医療と市民を結ぶ会」が発会し、その中で有床診療所の減少を憂う声があがり、平成 21 年 9 月に市議会で「有床診療所の存続と活用に向けた対策を求める意見書」が可決された。この意見書は、衆議院議長、参議院議長、内閣総理大臣、厚生労働大臣、財務大臣に提出された。これに呼応して福岡県太宰府市、筑紫野市、春日市、大野城市、那珂川町でも各議会が同様の請願を国の関係各方面に送付したということである。

このような経緯からも、国会のみならず地方議員への働きかけは極めて重要であると思われる。

Ⅲ－５ 医学生および臨床研修医へのアピール

有床診療所に関する諸問題を検討してきたなかでの新規開業や承継問題については、現役医師に対する有床診療所活性化への声は理解されても直接的解決策とはなり難く、むしろ強力な方策として「医学生および臨床研修医への有床診療所の存在と意義のアピール」の必要性があがってきた。

特に、医学生に関しては全国の医学部のなかで「地域医療」等の講座の設けているところは少なく、まして、有床診療所での実習・研修体験は全くないのが実情である。まず、各医学部が教育カリキュラムとして「有床診療所の存在と意義」を取り入れることを提言・要望したい。

臨床研修医については、前期研修において一部地域医療は組み入れられているがまだまだ「有床診療所の存在と意義」が彼らに理解されていない。

今後の医療制度改革の中でも、「在宅医療」、「地域医療・連携」が重要視されているなか、その中核となるべき有床診療所の存在と意義を次世代の医師に周知されることは重要かつ必須である。

IV. 地域医療再興のための連携強化

IV-1. 医療計画における有床診療所の役割についての記載

有床診療所が、地域で果たしている役割を、行政や国民に理解してもらい、適正な評価を受けるためには、まず各都道府県の医療計画に、有床診療所が担うべき役割が記載されることが必要である。

都道府県が医療計画を策定する際の指針である「医療提供体制の確保に関する基本方針」（厚生労働省告示）の中でも、有床診療所について下記の通り記載されている。

第四 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

1 医療連携体制の基本的考え方

医療連携体制の構築は、患者が可能な限り早期に居宅等での生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療を受けることを可能にすることで、生活の質の向上を目指すものであることを踏まえ、さらに、次の点に留意することが求められる。

診療所における医療の提供に関しては、**例えば、在宅医療を支える入院医療の提供も可能である有床診療所の特性など**、各診療所の地域における役割を考慮することが重要である。その上で、身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談といったかかりつけ医の機能の向上を図りつつ、診療所相互間又は診療所と病院との業務の連携によって、診療時間外においても患者又はその家族からの連絡に対し、往診等必要な対応を行うことができる体制の構築が求められる。（略）

また、五疾病・五事業・在宅医療の医療体制の構築について具体的に示している厚生労働省医政局指導課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成24.3.30）においても、同様に有床診療所の記載がある（以下は救急医療の例）。

救急医療体制構築にかかる指針

第二 医療機関とその連携

2 (3) - 2 入院を要する救急医療を担う医療機関

③医療機関の例

- ・ 二次輪番病院、共同利用型病院
- ・ 一年を通じて診療科にとらわれず救急医療を担う病院又は**有床診療所**
- ・ 地域医療支援病院（救命救急センターを有さない）
- ・ 脳卒中や急性心筋梗塞等に対する急性期の専門的医療を担う病院又は**有床診療所**

平成 25 年 4 月からの新たな医療計画の策定に際して、本委員会委員が地元で都道府県医師会を通じて有床診療所の役割について積極的に説明し、理解を求めたところ、たとえば従来は「一般診療所」として一括りにされていたものが、無床診療所とは区別した記載がなされるようになったり、特に「在宅医療」の項において有床診療所が果たすべき役割の重要性が記載されるなどの変化が見られた。次期医療計画の策定の際には、このような動きを全国的に広げていくことが必要である。

➤ 病床機能報告制度及び地域医療ビジョンについて

現在、厚生労働省の検討会においては、病床の機能分化の推進のため、「病床機能報告制度」及び「地域医療ビジョン」についての検討が行われている。病床機能報告制度は、医療機関が担っている医療機能を自主的に選択し、都道府県に報告するものであり、都道府県はこれにより地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握し、地域の将来的な医療ニーズの見通しも踏まえながら、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための「地域医療ビジョン」を策定することになっている。

病床機能報告制度は、有床診療所の病床も対象とされている。地域医療を支える有床診療所の存在をアピールするチャンスと捉えて対応したい。そのためには、報告事項は、有床診療所が地域で担っている機能がわかる内容にする必要がある。また、現在の案では、病院は病棟毎に 1 つの機能を選択することになっているが、有床診療所の場合、最大 19 床の中で様々な患者を受け入れており、その機能を 1 つのみ選択することはできない（Ⅲ－1「有床診療所の 5 つの機能」参照）。複数の機能を選択でき、また具体的に提供している医療の内容が明らかとなるようにする必要がある。

最終的に、各都道府県が策定する地域医療ビジョンにおいて、有床診療所の病床を、それぞれの地域の医療提供体制に必要なものとしてきちんと位置づけられるかが重要なポイントである。都道府県行政と各都道府県医師会を中心として行われる協議の中で、有床診療所病床の活用について議論されることが必要であり、都道府県医師会の早期の積極的な関与が求められる。

行動範囲が狭まる高齢者にとって、生活圏における身近な入院機能を持つ医療機関の存在は必要度が増してくる。体調が悪いとき、脱水や熱中症のとき、怪我や骨折、入院しての検査が必要なときなど、高齢者とその家族にとって欠かすことのできない医療機

能がそこにはある。介護施設にとっての医療との連携の拠点、チーム連携による強化型在宅療養支援診療所の拠点、地域包括支援センターとの連携の拠点など、さらなる高齢化社会の中で求められる役割は大きい。

それぞれの有床診療所が、地域における役割を認識するとき、地域医療ビジョンを構築していく中で有床診療所の機能は欠かすことができないであろう。

IV-2. 在宅医療への取り組み

社会保障制度改革国民会議の取りまとめにあるように、国として病床の機能分化を進めていくのであれば、受け皿となる地域の病床の整備や、在宅医療・介護を充実させていくことは必須である。

有床診療所は、急性期治療を終えた患者を、より自宅に近い環境で在宅に結びつける、中間的バッファの役割を果たすことができる。さらに、急性期病院と無床診療所のかかりつけ医の間に立ってコーディネート役を果たす機能も有しており、急性期病院が無床診療所に直接返せない場合には、無床診療所のかかりつけ医とグループ診療の体制を構築し、負担軽減を図るとともに、在宅に結びつけて行く役割も担うことができる。主治医・副主治医で言えば、副主治医としても広く地域の信頼を得る事ができる存在になるうかと思われる。

また、今後大都市及び周辺でも急速な高齢化が進むことは将来に向け共通の認識であるが、介護職だけでは対応できない医療ニーズの高い高齢者は今後増加の一途を辿ると考えられる。在宅医療は、特に内科・外科系有床診療所の取り組むべき重要な分野であり、いざという時に入院できるという安心と即応力は、機動性のある複数の職種を抱える有床診療所の存在価値をアピールする絶好の場でもある。

在宅療養中の患者家族を助ける事も重要な使命である。その意味では急変時の安心のみならず、家族の疲弊を防ぐ意味でもショートステイの受け入れは、在宅医療として重要な一面がある。一般病床と医療療養病床を持つ有床診療所ではフレキシブルな病床運営が可能となり、ショートステイも認められたため、内科系では病床稼働率は以前に比べ著明に改善している。

今後在宅での看取りへの対応も、主に内科系の有床診療所では避けては通れない問題である。

診療所の外来にまで自力で通院できない、医療を必要とする高齢者の増加への対応は往診、訪問診療を必要とする。これらに積極的に取り組む必要がある。

しかし、同時に医師の側も高齢化が進み、今後新たに若い世代が有床診療所に参入しやすい環境を整えていかなければ、地域医療の中核を担う有床診療所に未来はない。2人以上の医師で無理なく事業を継続でき、新規の参入もできるような仕組み、環境の構築が必要と考えられる。

【一例として、三重県鈴鹿市地域包括在宅医療ケアシステムについて】

鈴鹿市医師会では、超高齢化社会に対応すべく、平成 22 年度鈴鹿市医師会事業計画に「在宅医療」の推進・充実を掲げた。

まずは「在宅医療」について、医師会会員の意識調査を行った。その結果

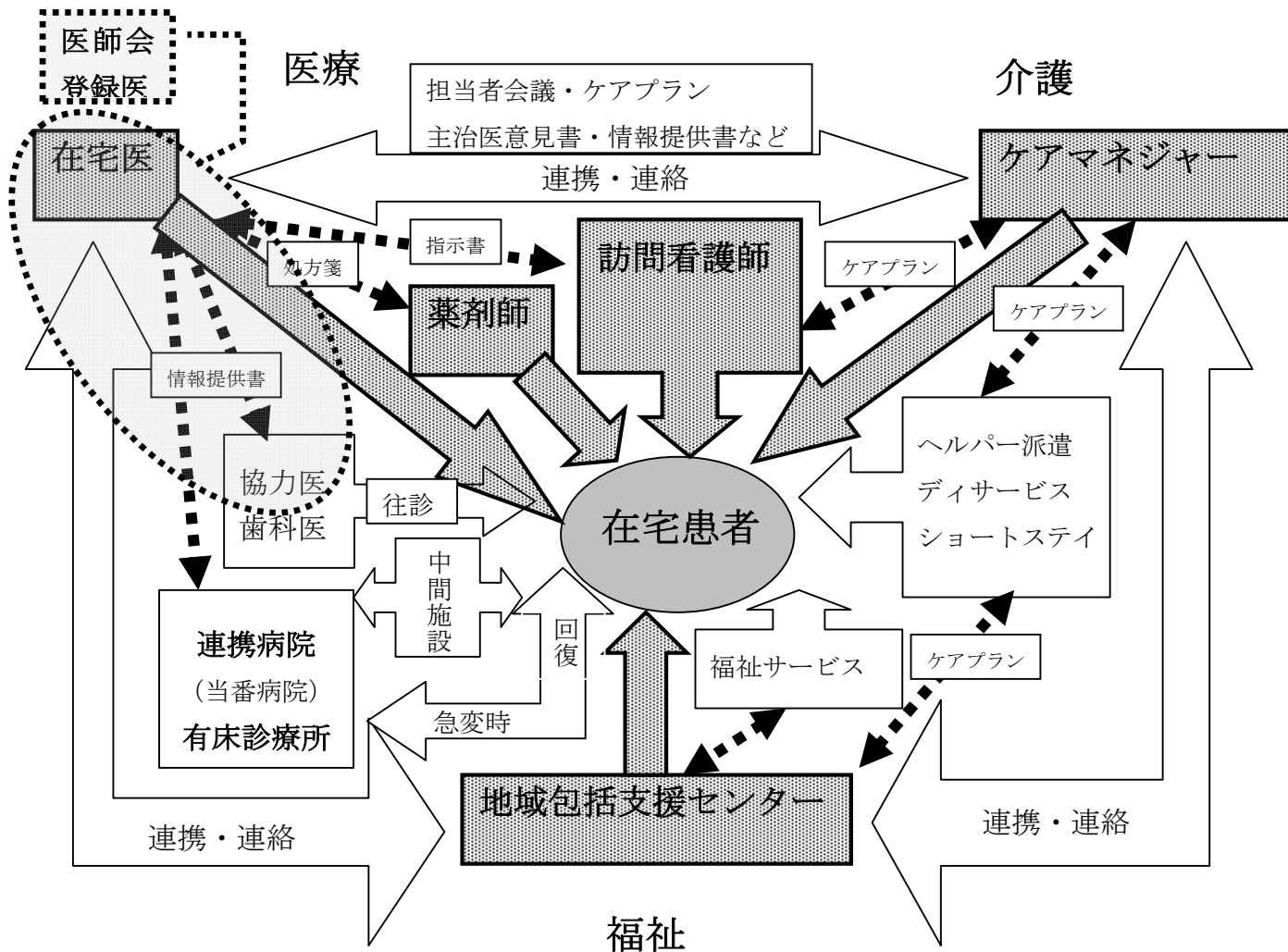
1. 鈴鹿市医師会員の 6 割が在宅医療に関心がある。
2. 在宅医療は在宅療養支援診療所以外の先生や内科・外科以外の専門診療科の先生も行っている。
3. 在宅医療を行っていない先生も在宅医療に関心があり行う意志がある。
4. すでに在宅医療を行っている先生方も 24 時間対応や外来時間内の緊急対応や患者や家族の関係などに悩んでいる。
5. 在宅医療(看取りを含めて)を行わない理由として対象患者がない、外来診療が多忙、在宅医療について知識不足、経験がない、他市からの通勤、高齢などが挙げられた。

このアンケート調査の結果を踏まえ、鈴鹿市医師会在宅医療マニュアル作成の方針として①特定の医療機関や会員だけで取り組むのではなく、鈴鹿市民の「かかりつけ医」である鈴鹿市医師会が診療科を超え取り組めるシステムをつくる。②一般開業医が一般診療の合間をぬって行えるシステムをつくる。③鈴鹿市医師会がリーダーシップを取って、在宅医療に携わる多職種と連携しながら効率の良い在宅医療ケアシステムをつくることの方針を決定した。

医師会・歯科医師会、薬剤師会、訪問看護師会をはじめ、介護関係職種、行政の皆様方に参加していただき、“在宅医療を考える会”在宅医療勉強会“を何回も開催し意見集約を行い、鈴鹿市地域包括在宅医療ケアシステムのイメージ図（図 25）と規約を作成した。

今後、超高齢化社会に対応すべく、地域包括ケアシステム概念に基づき、かかりつけ医は通院困難な在宅療養者に対し、出向く診療即ち訪問診療を積極的に実施していかねばならない。有床診療所を核とした強化型在宅療養支援診療所のグループ化により在宅医療の充実・推進に取り組む必要がある。これも有床診療所としての責務である。

【図25】 鈴鹿市地域包括在宅医療ケアシステム



IV-3. 有床診療所での地域ケア会議の開催

75歳以上の後期高齢者は増加の一途をたどり、団塊の世代が後期高齢者になる2025年には、約2,100万人に上るといわれている。

平成24年4月の診療報酬・介護報酬同時改定では、地域包括ケアシステムの基盤強化が謳われ、国もそのシステム構築のための予算を計上している。

地域包括ケアシステムの核となるのは、市町村の地域包括支援センターであり、さらにその中心に、地域ケア会議がある。この会議は、医師などの、医療や介護の従事者、行政機関、家族などの支援関係者や対象者が一同に集まり、ケア方針の検討や決定を行うものである。そのケア計画をケアマネジャーが包括的にマネジメントし、システムを活用していくことになる。

地域包括ケアシステムの推進には、高齢者の住まいの確保を前提として、在宅療養支援診療所や訪問看護、訪問リハなどの医療系サービスの強化や24時間対応の在宅サービスの充実、見守り、配食などの生活支援サービスの促進などが求められる。しかし、24時間体制における人材不足、ケアの質の低下なども懸念される。

地域包括ケアシステムをより充実したものにするには、その中で、有床診療所等の医師が中心となり、かかりつけ医として積極的に在宅医療へ参加することが必須である。医療系サービスの充実なくして在宅ケアなしである。われわれ有床診療所の医師こそ、在宅医療の充実のために地域ケア会議への参画が必要不可欠であり、かつ地域ケア会議を有床診療所で開催することを提案する。有床診療所であれば夜間開催も可能であり、何よりも地域において、患者と家族にとって身近な存在であり、関係者が集まりやすいという利便性も備えているからである。しかし、その一方、24時間対応の医療については、1人のかかりつけ医では限界があり、病診連携や複数の診療所同士の診診連携も重要となってくる。こうした医療機関同士の連携をスムーズに行うためには、今後、地域の医師会が主導するシステムづくりが望まれる。

IV-4. 岐阜県包括的地域ケアネットワーク（はやぶさネット）

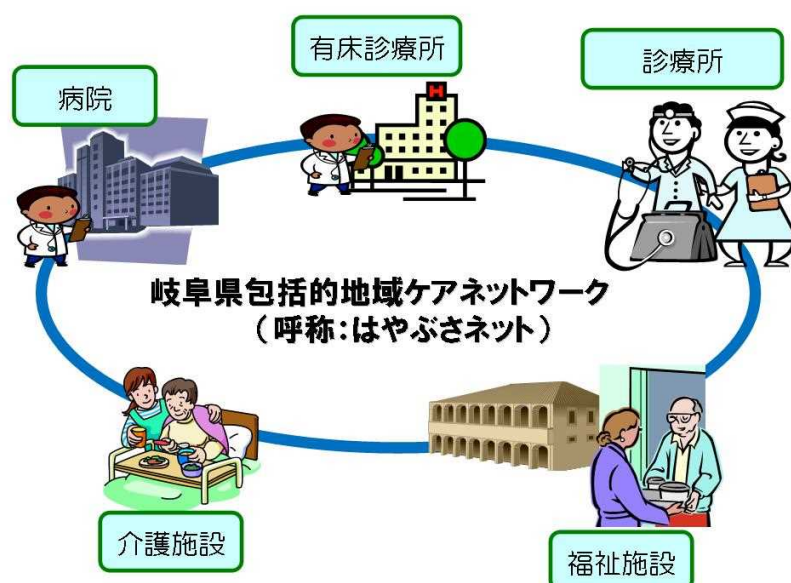
有床診療所を中心に病院、無床診療所、介護・福祉施設等の間において情報共有・相互連携等の機能補完を図り、円滑な地域包括ケア体制に役立つ、岐阜県包括的地域ケアネットワーク（呼称：はやぶさネット）を構築した。

加入団体としては、医療機関のみならず介護・福祉施設、行政や保健所も参加しており、訪問歯科診療や訪問薬局に関する情報も提供している。現在の会員数は、医師：504名で、施設としては、介護・福祉施設：178施設、病診連携室：23病院、県下8保健所となっている。また、岐阜県医療整備課、高齢者福祉課、市町村の高齢者福祉課も会員団体として参加登録している。

現在、岐阜県下北部の飛騨地区まで拡大、全県下で運用を開始し、アクセス総数は、約18,000アクセス（10月22現在）で、一日平均20～30アクセスを確保している。

また、本システムは、岐阜県医師会総合医療情報ネットワークの内の1事業として運営しており、現在の年会費は、医師：5,000円、介護福祉施設：1,000円、行政：無料としており、効果としては、はやぶさネットホームページに、各種研修会案内、ケア会議等の情報を掲載し、ホームページから情報を得た参加者が徐々に増えている。

今後の課題としては、医療機関・介護福祉施設等の情報更新、情報交換をいかに拡大し、多職種連携による在宅医療や地域包括ケアシステムとして充実させていくかが課題である。



V. 「これからの有床診療所」への提言

日本医師会に本委員会が設置されてから、プロジェクト委員会を含め既に12年もの年月が経過した。本委員会では、一貫して地域医療における有床診療所の存在意義と役割について、現地調査に基づく詳細な報告を行い、課題を検討し、そして提言を公表してきた。

そして今、有床診療所は、高齢社会を支える地域包括ケアシステムに積極的に取り組み、そのリーダー的役割を果たすことが求められ始めている。日本独自の地域に根ざした医療文化である有床診療所を活用し、各地域の特性と独自性に見合った日本型地域医療を構築し直す最後のチャンスである。

有床診療所の将来は、これからの地域医療を担う次世代の医師達が、いかにその理念を理解し、引き継いでいくかにかかっている。しかし、恵まれた環境で育ち、改革・抵抗・条件闘争等の経験のない若い年代層が増加する中で、医師本来の使命や医療政策および医療提供体制に無関心な医師・医師会の増加が危惧されている。

今こそ、日本医師会と全国有床診療所連絡協議会、そして都道府県医師会と都道府県有床診療所協議会が連携・協働し、その活動のなかで最重要項目として、日本型地域医療及び地域包括ケアシステムにおいて「有床診療所の存在意義とその役割」を確立すべきことを最後に提言したい。

おわりに

平成 25 年 10 月に福岡市で発生した有床診療所火災は、10 名もの尊い命が失われる大変痛ましい出来事であった。亡くなられた患者さん、前院長夫妻のご冥福を心よりお祈りする。

亡くなられた前院長は、長年、地域医療のために尽力され、地域住民にも信頼されていた。

この火災は、凶らずも有床診療所の存在及び有床診療所が抱える諸問題を世に知らしめることとなった。我々有床診療所関係者は、亡くなられた方々の尊い犠牲を無駄にしないためにも、様々な問題を早急に解決し、より一層地域医療の充実に尽力していく覚悟である。

資料編

平成25年有床診療所の現状調査 (抜粋)

平成 25 年有床診療所現状調査 の結果

以下は有床診療所の現状調査¹⁶から抜粋して掲載する。

【目的】平成 21 年、23 年に続き、有床診療所の診療内容、経営、入院患者の実態を把握し、有床診療所が地域の身近な入院機能を継続するための方策を検討する。

【調査対象】全国有床診療所連絡協議会会員 2,756 施設

【調査時期】平成 25 年 6 月

【調査方法】郵送法

【調査内容】診療の状況、財務状況、入院患者の医療必要度・看護必要度

【回収結果】施設票 839 (回収率 30.4%) (無床休床は有効回答から除外)

財務票 315 (法人 251 個人 64)

患者票 635 総入院患者数 7,066名

<参考 本調査回答施設の病床規模と全国の母数との比較>

	本調査		全国※	
	施設数	割合	施設数	割合
1～9床	92	11.0	3,129	32.6
10～19床	746	89.0	6,467	67.4
うち19床	492	58.7	—	—
合計	839	100.0	9,596	100.0

※「平成 24 年医療施設（動態）調査」厚生労働省

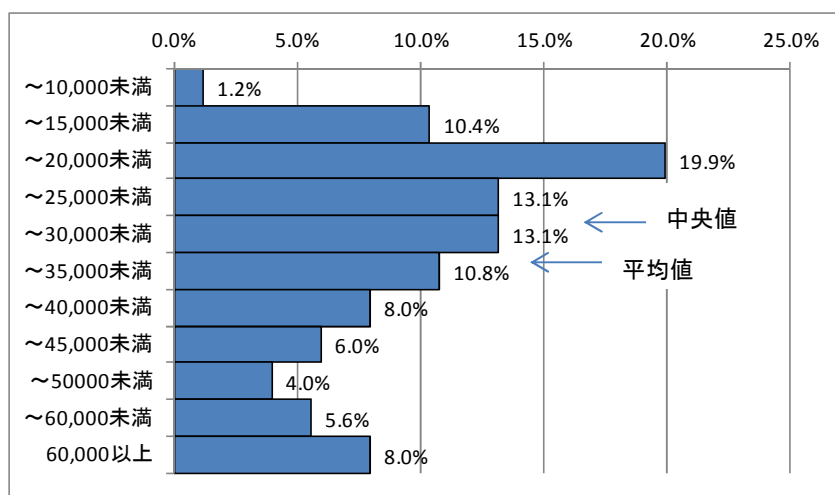
¹⁶ 江口成美「平成 25 年 有床診療所現状調査」日医総研ワーキングペーパーNo. 301、2013 年 10 月

結果概要

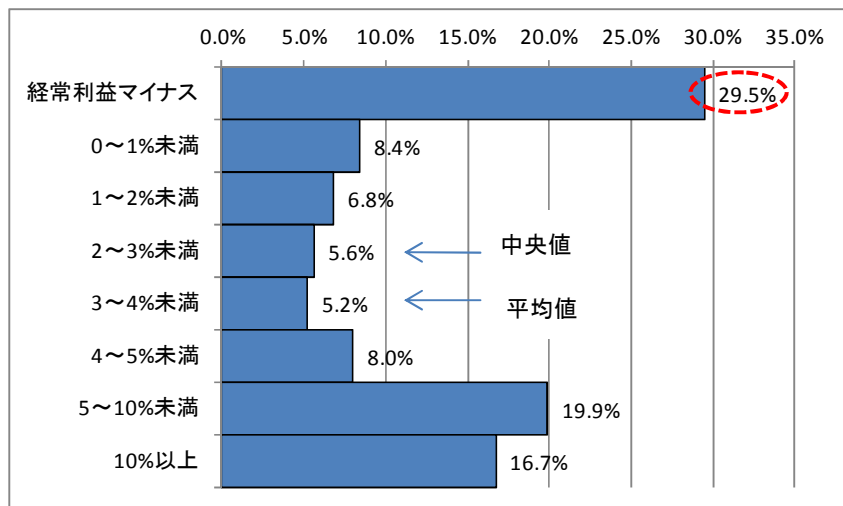
1. 収益と利益の分布

- 法人 251 施設の医業収益の平均値は 3 億 2,431 万円、中央値は 2 億 7,502 万円。
- 一定数の規模の大きい施設の影響で、平均値は中央値より高い傾向を示し、経常利益率は平均値 3.6%、中央値 2.9%。赤字施設の割合は 29.5%を占めた¹⁷。

医業収益の分布 n=251 平均：32,431（万円） 中央値：27,502（万円）



経常利益率の分布 n=251 平均：3.6% 中央値：2.9%

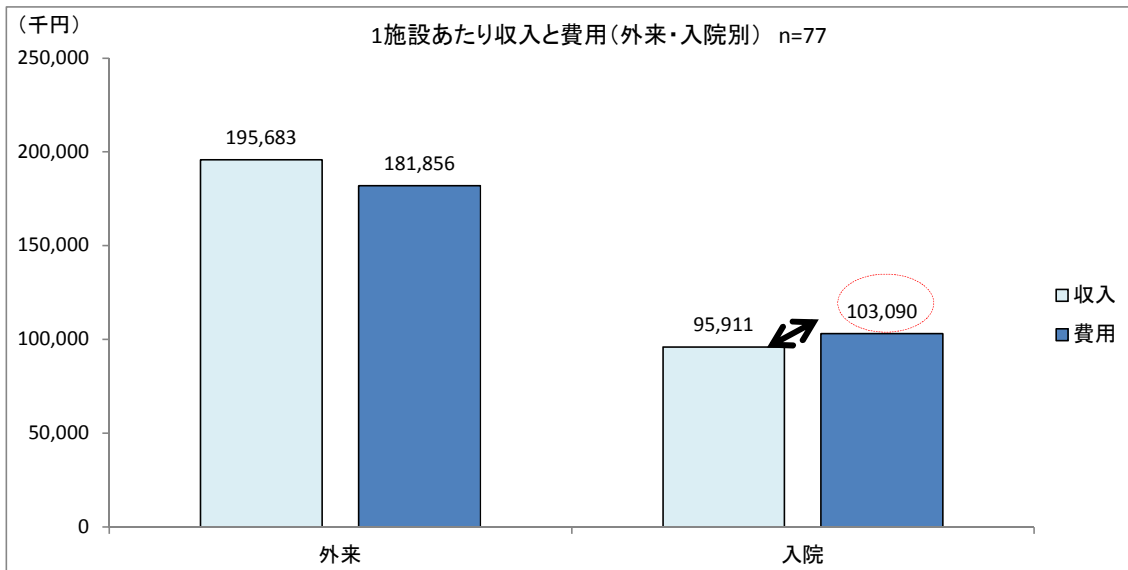


¹⁷ 前回調査（平成 23 年調査）では医療法人 274 施設のうち 26.3%が赤字施設であった。

2. 入院費用と入院収入の分析

- 多くの有床診療所では入院費用の算出を行っていないが、職員の勤務時間などに基づき、費用の按分計算を行った。入院費用と外来費用を試行的に算出すると、77施設の年間平均で、1施設あたり入院収入が9,591.1万円、入院費用が1億309.0万円で、入院収入を入院費用が717.9万円上回っていた。入院患者1人1日あたりでは、1,469円入院費用が入院収入を上回っていた。ただし、試行的であり、サンプル数が少なく、数値はあくまでも目安である¹⁸。

入院・外来の収入と費用（年間の1施設平均 n=77）（試行的計算）



入院・外来の収入と費用 - 77施設の収支状況と入院患者1日1人あたり収支（試行的計算）

	自院で按分した施設 (n=20)	按分比率を記入した施設 (n=57)	合計 (n=77)	
入院費用(千円)	112,821	99,676	103,090	
入院収入(千円)	109,747	91,201	95,911	
1人1日あたり入院費用(円)	22,186	20,687	21,092	収入-費用 19,623-21,092 -1,469
1人1日あたり入院収入(円)	21,582	18,928	19,623	
(参考)				
外来費用(千円)	170,014	186,011	181,856	
外来収入(千円)	171,662	203,966	195,683	
総収入(入院+外来) (千円)	281,410	295,167	291,593	
総費用(入院+外来) (千円)	282,835	285,687	284,946	
収支(総収入-総費用) (千円)	-1,425	9,480	6,647	
収支÷総収入	-0.5%	3.2%	2.3%	

¹⁸ 入院費用の算出手法はワーキングペーパーNo301の添付資料4-2-2の2「入院費用の算出」の項に記載

3. 入院患者の実態

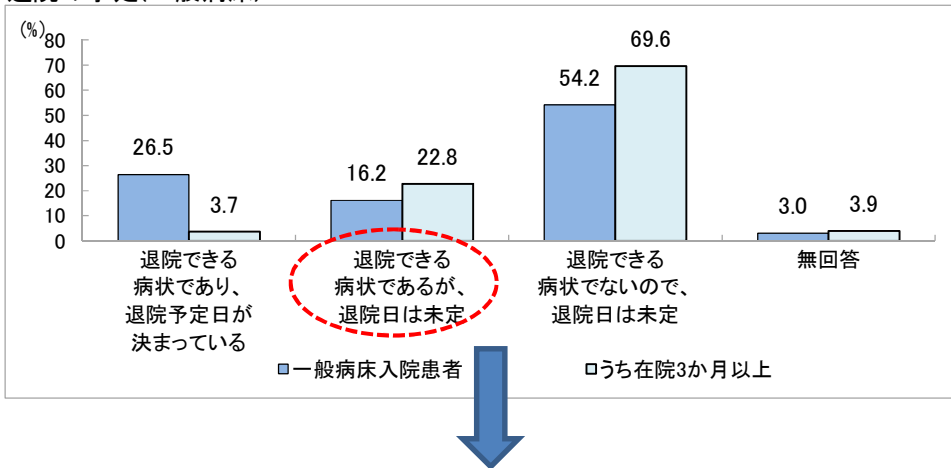
- 一般病床の入院患者のうち 80 歳以上が 5 割を占める。
- 「退院できる病状であるが、退院日が未定」の入院患者のうち、その理由として最も多いのは、「在宅での受け入れ体制が整っていない」(38.5%) で、うち在院日数 3 か月以上の患者は 55.9% で、受け皿として機能している。

年齢分布

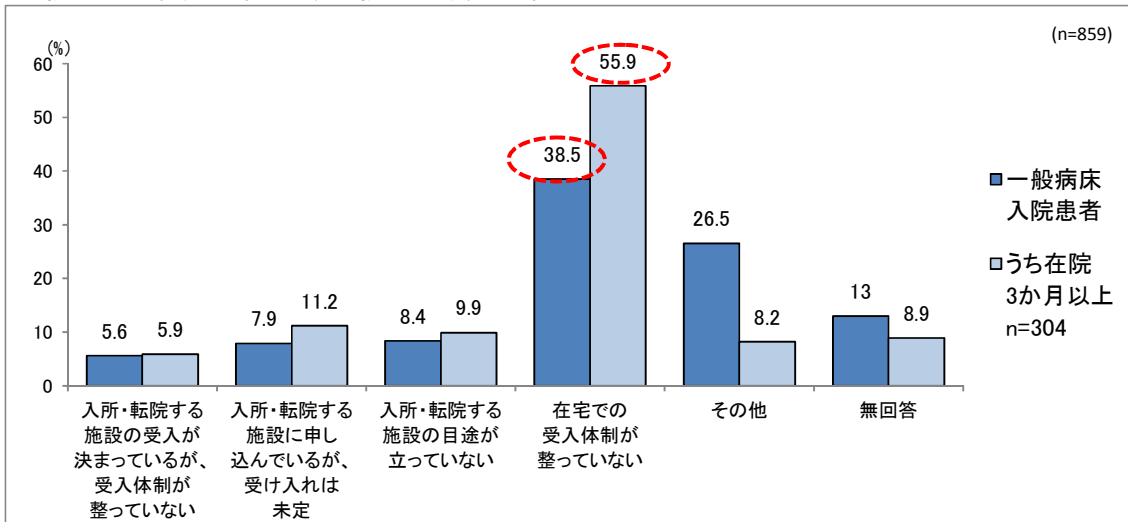
	~30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳以上	無回答	平均年齢
一般病床(n=5296)	11.8	3.3	4.9	9.7	20.3	33.5	15.4	1.0	72.7
医療療養病床(n=834)	1.0	1.0	2.5	4.7	13.2	41.6	34.5	1.6	84.2
介護療養病床(n=662)	0.0	0.0	0.6	1.7	13.3	45.5	39.0	0.0	87.3

ショートステイ、無回答は除く

退院の予定(一般病床)



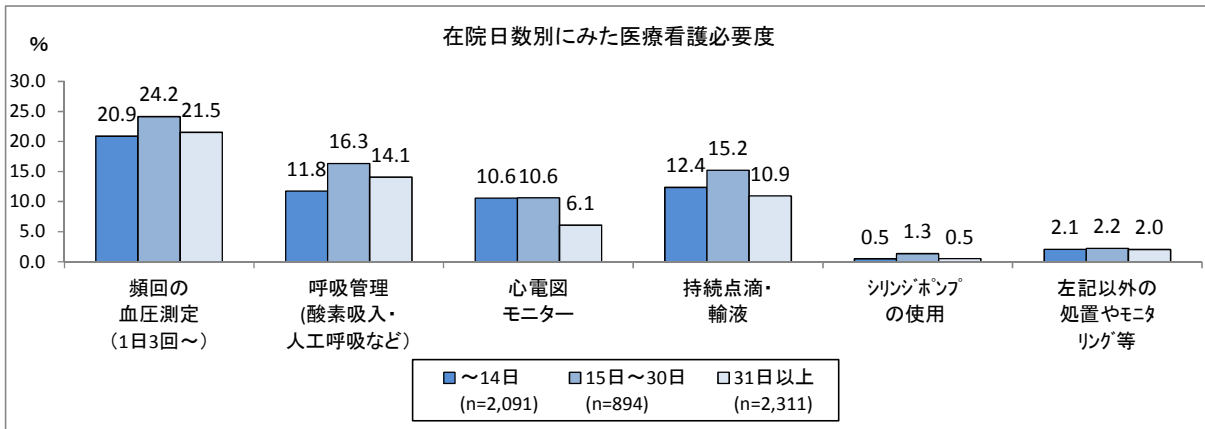
退院できる病状であるが、退院日は未定である理由



4. 入院患者の医療看護必要度

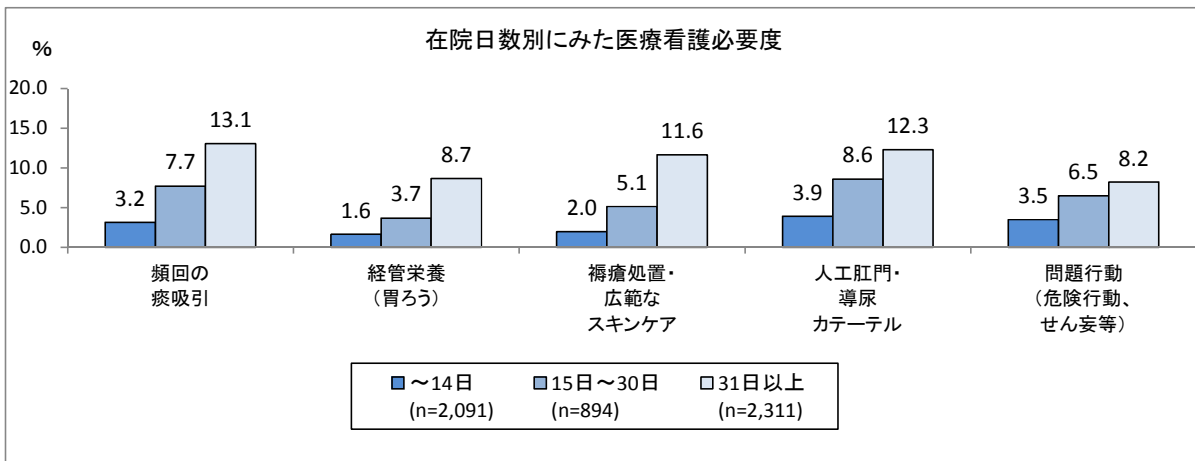
- 有床診療所の入院患者の医療看護介護必要度を把握するために、医療、看護、介護に関わる 24 項目について質問を行った。調査時点での在院日数別に医療看護必要度を見ると 15 日～30 日の入院患者、31 日以上入院患者についても一定の割合のモニタリング、看護が必要な状況であった。

一般病床の患者の医療看護必要度 —モニタリング



※在院日数は調査票記入日時点の日数。手術などの医療行為は直近 3 週間で該当するケース

一般病床の患者の医療看護必要度 —患者の状態¹⁹



※在院日数は調査票記入日時点の日数。手術などの医療行為は直近 3 週間で該当するケース

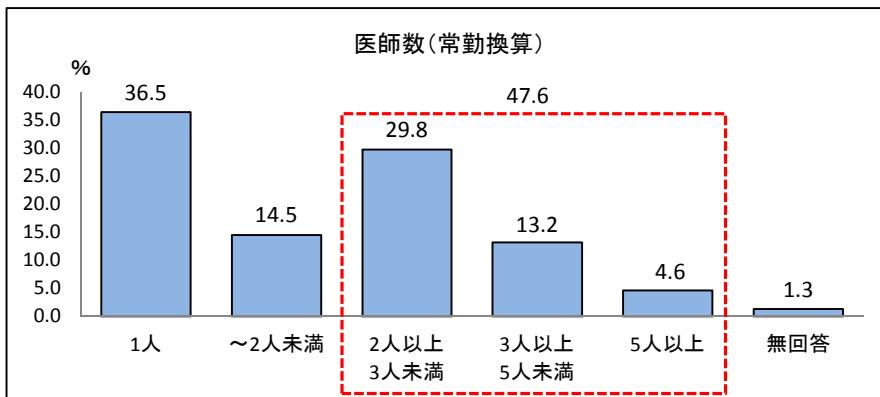
¹⁹ 認知症患者の割合は全体で 35.8%(n=7,066)。一般病床の患者では 28.3%であった。

5. 職員の配置状況

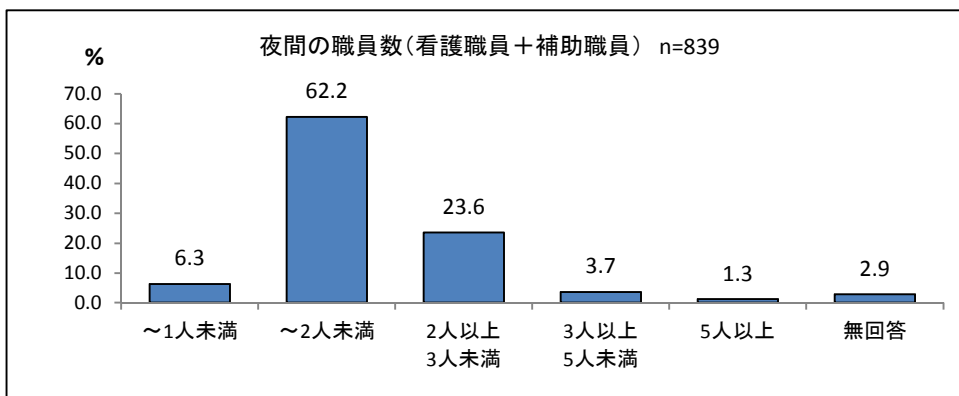
医師数と看護師数

- 医師数は平均 2.0 人（常勤換算）で、1 人医師の割合は 36.5%。
- 看護職員（外来も含む）は相当数が配置されているが、夜間職員数は平均 1.4 人。

医師数（常勤）平均 2.0 人



夜間のスタッフ数（看護職員＋看護補助者）平均 1.4 人 うち看護職員 1.1 人



入院患者数と看護職員数（外来も含む）

入院患者数 (人)	1~9	10~15	16~19
看護職員数 (人)	8.8	9.8	10.8
施設数 (n)	238	216	236

- 平成 24 年度診療報酬改定で入院基本料の要件とされた管理栄養士の雇用状況をみると、改定前から雇用していた施設は 26.7%、改定後に雇用した施設が 6.4%で、トータル 33.1%であった。
- 全体の 41.8%が「雇用は困難」としている。診療科によって異なり、内科では合わせて 41.6%（35.6%+6.0%）が雇用していた。眼科では雇用は 15.0%に過ぎない。
- 診療科による違いがあることなど現場の状況を踏まえて、入院患者への栄養指導の対策を進めるべきである。

図 1 管理栄養士の雇用

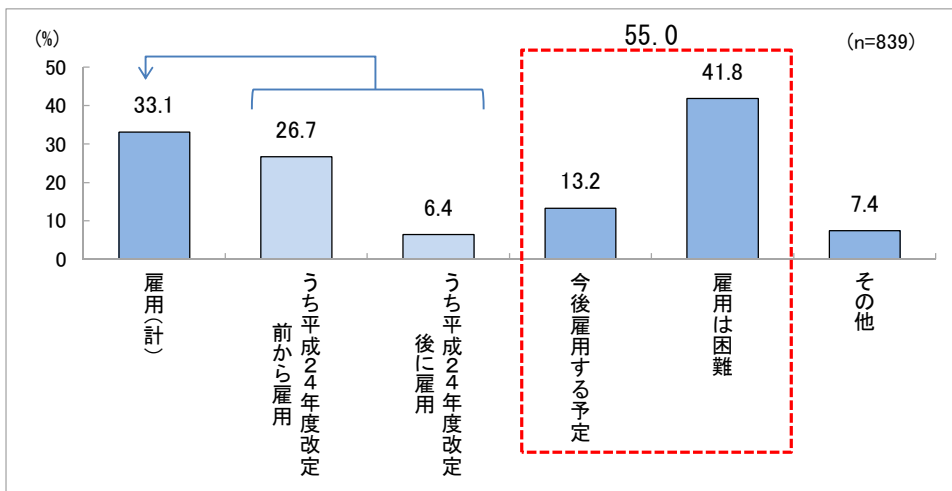
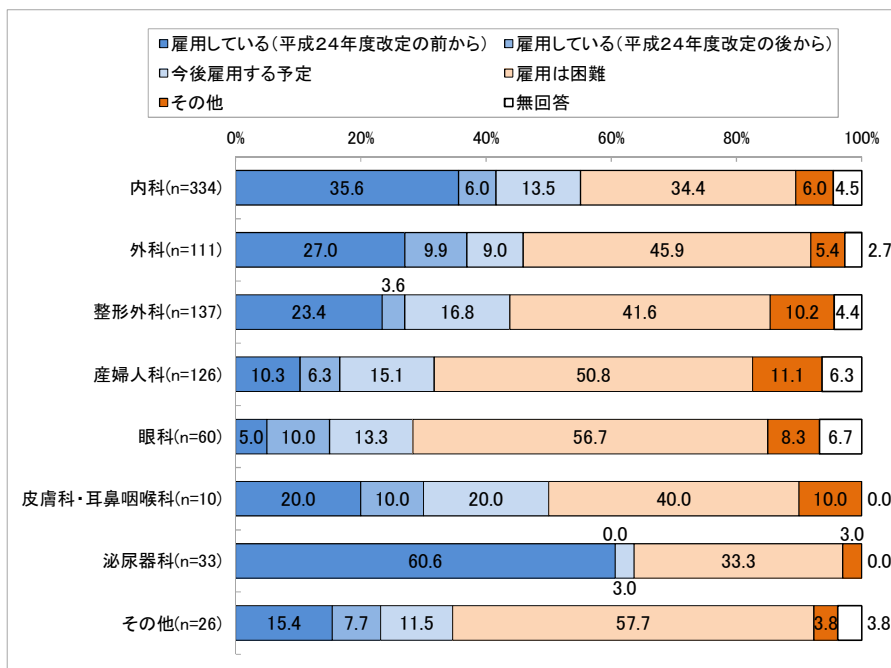


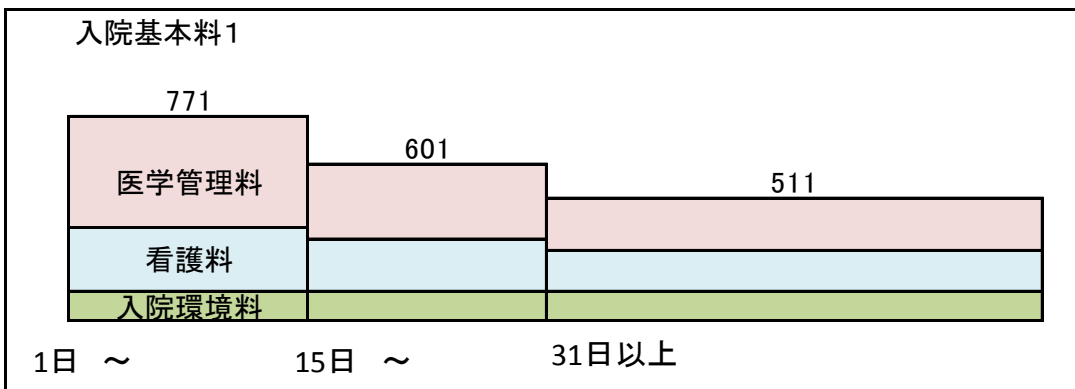
図 2 管理栄養士の雇用 診療科別 N=839



6. 入院基本料について

- 入院基本料は入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したものである²⁰。
- ただし、入院期間の長さに従い医学管理料と看護料が逓減する仕組みとなっており、有床診療所の場合はその逓減率が比較的大きい。
- 前回改定では、院内の看取り加算と緩和ケア診療加算が新設されたが、平成 24 年の全国の実施件数は月間でそれぞれ 296 件、203 件に過ぎず、加算だけの後押しに限界があることが推測される。

図 入院基本料の概念図と現在の点数（入院基本料 1（看護職員 7 名以上））²¹



※「入院基本料 2」は上から 691 点、521 点、471 点、「入院基本料 3」は 511 点、381 点、351 点

²⁰ 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 診-5 平成 24 年 8 月 22 日 厚生労働省

²¹ 看護職員が 7 名以上の入院基本料 1 は上から 771 点、601 点、511 点、4 名以上 6 名以下の「入院基本料 2」は 691 点、521 点、471 点、1 名以上 3 名以下の「入院基本料 3」は 511 点、381 点、351 点

7. 高密度医療・在宅復帰支援について

今後の有床診療所に求められる機能は、従来の5つの機能を併せ持ち、入院患者への密度の高い医療提供で自立を促し、在宅復帰を目指すことと推察される。地域包括ケアシステムのなかで、身近な病床を持つかかりつけ医が果たしうる機能である。現状では、赤字施設のほうが医療看護の密度が高く、退院調整を多く行っている傾向がみられる。かかりつけ医による地域密着型・多機能型の病床として、一定の評価が行われることが期待される。

表 医療内容の比較 -赤字施設と黒字施設

	緊急入院患者数(1ヶ月)	院内看取り数(1年)	在宅看取り数(1年)	退院調整加算・算定数(3ヵ月)	入院収入	外来収入	人件費比率(対総収益)
赤字施設 (n=74)	2.6	6.2	1.4	3.2	8,459 万円	16,220 万円	53.8%
黒字施設 (n=177)	1.7	5.2	2.7	1.7	9,320 万円	22,325 万円	47.0%

表 一般病床長期入院患者が5名以上の施設(n=82)

	モニタリング指標総計	看護必要度指標総計	介護必要度指標総計	長期一般病床入院患者数(人)	一般病床入院患者総数(人)	入院患者総数(人)
赤字施設 (n=24)	10.5	7.0	37.0	8.5	13.4	15.2
黒字施設 (n=58)	7.1	5.7	32.9	9.0	14.2	16.1