

平成 2 1 年度
有床診療所に関する検討委員会
報 告 書

平成 2 2 年 1 月

日本医師会

有床診療所に関する検討委員会

平成22年1月

日本医師会長

唐澤祥人 殿

有床診療所に関する検討委員会

委員長 大道 久

平成21年度有床診療所に関する検討委員会報告書

「有床診療所の適正な評価に向けた方策－発展と安定運営に向けて－」

本委員会は、平成20年8月1日に開催された第1回委員会において、貴職より「有床診療所の適正な評価に向けた方策－発展と安定運営に向けて」について検討するよう諮問を受け、平成21年10月23日まで8回にわたり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まとめましたので、ご報告申し上げます。

有床診療所に関する検討委員会委員

- 委員長 大道 久（日本大学医学部社会医学系医療管理学分野教授）
- 副委員長 内藤 哲夫（横浜市医師会名誉会長）
- 委員 青木 敏（和歌山県医師会副会長）
- 〃 秋山 眞（富山県医師会常任理事）
- 〃 伊藤 信一（青森県医師会常任理事）
- 〃 大橋 克洋（東京都医師会理事）
- 〃 沖 一郎（北海道医師会理事） 平成21年4月28日より
- 〃 角田 均（元三重県医師会副会長）
- 〃 鹿子生 健一（鹿子生整形外科医院理事長）
- 〃 金井 忠男（埼玉県医師会副会長）
- 〃 木村 丹（岡山県医師会理事）
- 〃 小林 高（元岩手県医師会常任理事）
- 〃 實藤 政理（長崎県医師会代議員会議長）
- 〃 新沢 敏章（栃木県医師会常任理事）
- 〃 西池 彰（元北海道医師会理事） 平成21年4月27日まで
- 〃 松村 誠（広島県医師会常任理事）
- 〃 美川 隆造（元佐賀県医師会副会長）
- 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）

緒 言

当委員会に対する今期の諮問事項は、「有床診療所の適正な評価に向けた方策—発展と安定運営に向けて—」というものである。平成 14 年にプロジェクト委員会として設置された当委員会は、一貫して地域医療における有床診療所の位置付けとその役割の確立、及びその財政基盤の整備と将来展望について論議を重ねてきた。平成 18 年からは常設委員会となって、医療関係者のみならず国民的な理解と認知を得るべく取り組みを強化してきたにもかかわらず、有床診療所が減少の一途をたどっていることは極めて遺憾である。直近の平成 21 年 7 月末のデータ(医療施設動態調査)では 11,286 施設、病床数で 14.4 万床と、わずかこの 20 年間で約半減したことになる。

このような事態を受けて、当委員会では当初から有床診療所の存続をかけて現況を分析し、有効な方策を検討するとともに関係者への働きかけを強めてきた。しかし、平成 20 年度診療報酬改定において、かねてから基本課題であった病床運用の 48 時間規制が撤廃されたことを機に、強く望んだ有床診療所入院基本料の引き上げが実質的に実現しなかったことは、諸般の事情があったにせよ誠に残念であり、改めて日本医師会執行部に有床診療所に関する諸問題の解決に向けた取り組みの強化を要請したところである。

平成 21 年 2 月に出された日本医師会の「グランドデザイン 2009」において、「地域を守る医療提供体制」の章に「有床診療所のあり方」の項目が置かれ、その役割の明確化と機能強化が謳われた。また、同年 8 月には、「都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会」が初めて開催され、有床診療所の現況が周知されて各県の実情に関する情報交換がなされたことは、当委員会としても画期的なことと受け止めている。さらに、同年 11 月には、政権交代後の困難な状況の中で、「診療報酬改定にむけての日本医師会の見解」の「有床診療所」の項において、その現状と経営実態について詳細に言及し、当委員会の論議に沿って次期診療報酬改定の方が明確にされたことについては、大いに意を強くしたところである。本報告書においては、これまでの論議の流れを改めて総括するとともに、有床診療所の今後の展望を取りまとめておきたい。

1. 有床診療所の現況

医療施設静態調査によれば(図 1)、平成 20 年 10 月現在の有床診療所数は 11,500 施設、対前年で 899 施設の減少となっている。このうち 826 施設が無床診療所への転換であり、有床診療所の減少傾向は全く歯止めがかかっていない。平成 10 年同月の有床診療所数が 19,397 施設であったから、この 10 年で毎年 790 施設、毎日 2 施設強が病床運用を止めていることになる。

有床診療所病床数でも、平成 10 年が 23.6 万床あったところが同 20 年には 15.5 万床と、8.1 万床の減少となっている。毎年 8 千床、1 施設あたり約 10 床の病床が診療活動を停止している。国民医療費の構成でみると、平成 19 年度の総医療費 34.1 兆円のうち、一般診療所入院医療費は 4,782 億円で 1.4%、平成 8 年度では、総医療費 28.5 兆円のうち同医療費は 4,579 億円で 1.6%と、構成割合で減少傾向にある。

有床診療所の経営の実情は深刻である。経営の維持が困難であるからこそ、毎年著しい施設数の減少を来していることは明らかである。日医総研では平成 21 年 6 月に、全国有床診療所連絡協議会会員及び日本医師会会員を対象に「有床診療所経営実態調査」を改めて実施して、その現況を明らかにした。その詳細は本報告書に別掲してあるが、経常利益率はこの 5 か年で、法人で 1.1%、個人で 2.3%悪化した。また、一人 1 日あたりの入院費用 2 万 1 千円に対し、収入は 1 万 6 千円で、5 千円のコスト割れであることが示された。赤字施設では、平均在院日数が長く、緊急入院数が多い傾向があり、相対的に外来診療収益の割合が少なく給与比率が高い。病床稼働率は 70%超とむしろ高い傾向があり、ニーズがあるにもかかわらず採算が取れない実態が明らかにされている。

2. 有床診療所の役割と機能

有床診療所は、地域医療において多様な役割を担って今日に至っている。これらの多岐にわたる役割・機能とその意義については、これまで当委員会において一度ならず取りまとめて報告してきた。それでもなお、そのことについて関係者や国民に必ずしも十分な理解や認知が得られていないところがあるため、今後は以下に述べる 5 項目の役割・機能を明確にし、繰り返し情報発信して周知・徹底を図る必要がある。

(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

地域における医療機能の分担と連携が進められる中で、急性期を終えた患者が在宅または介護施設へ復帰する過程で、その受け渡しの役割を担うことは重要である。順調に亜急性期を経て早期に家庭復帰が可能な場合から、長期にわたって療養の継続が必要な場合も少なくないところから、在院期間の短縮を意図した機械的な逡減制の適用などは慎重に行われる必要がある。

(2) 専門医療を担って病院の役割を補完する機能

近年、我が国の分娩数の半数近くが有床診療所で実施され、眼科・消化器外科・産婦人科・整形外科などにおいては相当数の手術が実施されている。生活圏内に病院がない地域においては有床診療所が病院の役割を担っており、へき地・離島などにおいては唯一の入院施設として機能している場合も稀ではない。そのような地域では、有床診療所の経営を維持できないことは地域医療そのものの確保ができないということであり、由々しき事態と言わざるを得ない。

(3) 緊急時に対応する医療機能

厳しい条件下で、夜間・休日に毎日臨機に対応している有床診療所は 30% に達しており、特にへき地・離島では緊急対応が強く求められている。このような要望に対応すると不採算につながる実態があり、一刻も早い診療報酬上の対応が必要である。また、在宅等で療養中に急変等で緊急入院を受け入れることも重要な役割であり、自らが主治医として患者の日常的な生活を知っていれば、迅速かつ的確な医療の提供が可能となる。

(4) 在宅医療の拠点としての機能

在宅・居宅で生活する患者・療養者の身近にあって、入院を必要とする病状が出現したときに、臨機に受け入れることは在宅療養の継続に最も有効な医療のあり方の一つであると言える。在宅療養支援診療所で病床を有していれば、より有効な役割を果たすことができる。応急的な受け入れの後に必要であれば病院への転送も十分に可能であり、このような有床診療所の拠点機能は、在宅医療・在宅ケアの普及・定着に必須の役割である。

(5) 終末期医療を担う機能

住み慣れた居宅で終末期を過ごし、看取られるまでの必要な医療を身近な有床診療所で受けることができる体制は、今後の地域医療のあり方の一つである。現在、死因の最上位を占めるがんの終末期医療のみならず、超高齢社会の今後の医療において、小規模な入院施設の役割は重要なものとなる。

多くの有床診療所は、これらの役割・機能を複合的に持ち合わせており、地域の実情に合わせて柔軟に運営されている。ニーズに合わせて柔軟に対応できることが有床診療所の特質であり、特定の機能に制度的な基準や規制を適用することは決して適当ではない。ここに掲げた有床診療所の役割・機能は今後の地域医療においてさらに強化されるべきであり、より適切な評価がなされるべきである。

3. 有床診療所の基盤の構築

先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たことは画期的であった。しかしながら、入院施設として有床診療所病床数が基準病床として算定され、病床運用にあたっては病院に準じた規制を受けながらも、それに見合う診療報酬上の評価が全く得られておらず、とりわけ驚くほど低額に抑えられた有床診療所入院基本料の設定が、年来の施設数の著しい減少の最大の要因である。有床診療所の基盤を構築するためには、まずは診療報酬上の適正な評価が必須である。当委員会の今期の論議は、法制上も入院施設として位置付けられた有床診療所の診療報酬における評価を得るための論拠と、具体的な方策の検討に費やされた。以下に、主要な論点について総括的に報告する。

(1) 基本的な考え方

有床診療所は医療施設として固有な役割・機能と価値があり、決して小規模な病院ではない。医師が一人ひとりの患者に対して、健康・医療・介護の全般にわたって日頃から診療・相談・指導を行い、必要な場合には臨機に入院医療を行えるのが有床診療所である。病院医療において専門分化・高度化が進み、ともすると全人的な視点が見失われてしまう中で、有床診療所のこの特質は改めて評価されるべきである。

有床診療所に対する診療報酬は、当初は病院に準じた対応がなされていた時期もあるが、48 時間規制が残存する状況の中で結果として十分な評価が得られないまま今日に至ったと見ることができる。有床診療所の固有の理念やその有効な機能が、医療関係者にさえも十分に理解されてこなかった一方で、地域の患者・住民からの信頼は厚く、存続困難と言っても過言ではない厳しい経営を強いられながらも、閉鎖できずに運営を継続している事例が少なくない。

先の医療法改正で、有床診療所病床が入院医療の一端を担うことが明確にされた以上、診療報酬における応分の評価があってしかるべきであったが、残念ながら実現できていない。その理念を踏まえれば、医療と介護の一体的な運用が本来的であるが、医療保険・介護保険それぞれの制度上の制約から、少ない病床をさらに区分し、看護職員も二分しなければならないような状況にある。今年度の介護報酬改定で、有床診療所の一般病床にも短期入所療養介護（ショートステイ）が算定できるようになったことは評価できるが、煩雑な手続きや

運用に伴う制約のため、有床診療所の機能を十分に活用できているとは考えられない。

このような運用上の困難を解消し、有床診療所の基盤を確立するには、その理念を明確にして制度的にも新たな施設体系として位置付ける必要がある。この問題は、医療法において48時間規制の撤廃をただけでは不十分で、そこに新たな施設体系としての理念と制度的な枠組みを明示し、その上で固有の診療報酬体系によって適正な評価をすることが合理的な対応である。このことは、まさに次期医療法改正の課題であり、一定の時間を必要とする。当面は、このような方向性を視野に置きつつ、現行の診療報酬体系における評価を得る努力をしなければならない。

(2) 有床診療所入院基本料の引き上げ

有床診療所の存続を危うくしている最大の理由は、信じ難いほど低額の入院基本料にある。現行の有床診療所入院基本料は、例えば看護配置1人以上5人未満の入院基本料Ⅱについては、入院当初640点のところを2週目に入ると480点、3週目で半減して320点、1か月超では280点となる。看護配置5人以上の入院基本料Ⅰにおいても、当初810点の入院基本料は同様の経過で450点まで低下する。この急激な逓減制もさることながら、その絶対的な低水準は全く容認し難い。ちなみに、現在の有床診療所の看護配置と概ね同水準である病院の15:1看護基準では、当初1,382点、1か月超でも954点であり、その格差は歴然としている。

この深刻な現状を打開する道筋としては、二つの考え方が成り立つ。一つは、現行の有床診療所入院基本料の枠組みを維持しながら、看護配置に応じた種別を見直すとともに逓減の程度を緩和し、何よりも入院基本料そのものを、相当する病院や介護施設の水準を勘案して底上げを図る方向である。他方は、入院患者に応じた看護の配置状況の実態を踏まえて、原価に応じた入院基本料を設定する方法で、病院の入院基本料の設定における論理と整合を図ろうとするものである。

双方の考え方については、現在の有床診療所の運用の実情を踏まえる立場と、診療報酬改定の交渉場面での論理性や説得力の観点を重視する立場から両論がある。19床までを一括して看護配置に応じた入院基本料を種別化して点数設定

する現行の枠組みは、入院患者の増減にかかわらず柔軟な運用ができる反面、病床規模や看護職員数に応じた点数設定ができないために、結果として思うように原価を補償できない惧れがある。一方、原価に応じた入院基本料を設定しようとする、看護職員の業務を入院と外来に配賦しなければならないが適当な方法が見当たらず、また患者の入退院状況を把握しなければならない。診療報酬の支払いを受ける以上、書類の作成と提出や基準を満たせなくなった場合の対応など、有床診療所にとっては新たな課題を負うことになる。

そもそも現行の診療報酬体系は、原価補償の観点から根拠のある点数設定にはなっておらず、実際問題として原価を積み上げた診療点数を求めても実現できるとは限らない。まずは、有床診療所が地域においてニーズがあるにもかかわらず激減している原因は、誰が考えても理解し難いほどの低額な入院基本料にあることを明確にし、運営が可能となる水準にまで底上げすることが先決である。その際、現行の極端とも言える逡減方式の緩和は優先的に対応されるべきである。その上で、看護の配置に応じた入院基本料の種別も、実情に応じて3種別にするなどの見直しが必要である。

他方、入院患者数、あるいは病床数に応じた看護職員の配置状況を根拠にした入院基本料の設定は、病院の入院基本料において定着している算定論理であり、大いに考慮しておかなければならない。先に実施された日医総研による「有床診療所経営実態調査」によれば、看護職員の入院・外来の業務割合は、平均で入院6割、外来4割であった。また、これに基づいて入院患者数に対する看護職員の配置状況をみると、19人の場合に入院業務部分で7人となるなど、病院の看護配置基準の15:1(旧3:1)を優に上回っている。現行の点数設定は前述したとおり大きな格差があるが、これらのデータはその縮減の有力な根拠となる。さらに、看護補助者数もほとんどの施設で2人以上配置されており、有床診療所療養病床入院基本料の一定の引き上げもなされるべきである。

(3) 一般病床・療養病床の看護職員の合算

現在、4割の有床診療所が療養病床を運営しており、一般病床・療養病床それぞれ別枠の基準で看護職員を配置している。療養病床の看護配置の基本は、看護職員6:1、看護補助者6:1で、一般病床で常勤看護職員5人以上を必要とする入院基本料Iを算定することは困難である場合が多い。実際には、療養

病床担当の看護職員が一般病床の入院患者の看護を行うことは日常的に行われており、19床規模の入院施設においては、むしろそのほうが医療のあり方として自然である。そこで、一般病床・療養病床の看護職員を合算した基準を設定して、無理のない運用を可能とすることが検討されるべきである。

医療保険・介護保険の枠組みは強固であり、制度運用上の整合を図るために小規模な病床数の有床診療所にもその論理を適用せざるを得ないことは理解できないことではない。しかしながら、今期の介護報酬改定において、診療所の一般病床においても要件を満たすものについて、短期入所療養介護（ショートステイ）の実施を可能とする指定基準が見直されたが、地域のニーズは、住民に身近な有床診療所において、医療・介護を問わず一体的なサービスを提供する社会的な仕組みを求めているということである。一般病床・療養病床の看護職員を合算した運用は、医療・介護の一体的な制度を目指す上での最初の手がかりにする必要があり、今後の重要な取り組み課題であると言える。

（４） 施設基準等の見直し

現行の複数医師配置加算の設定は、あまりに低額である。24時間体制を迫られる有床診療所にあつて、複数医師の配置を有効に機能させることは、医学的管理の質を確保し、安全・安心の医療の実施のために本質的な意味を持つ。実際に医師を雇用する上で有効となるような点数に引き上げられるべきである。

また、今後の有床診療所に充実・強化を期待される、先に述べた5つの役割・機能を促進させるような加算は、考慮されるべきであろう。特に、緊急時の応急的な入院への対応や、急性期を経た病院からの円滑な受け入れなどの機能は強く求められており、その評価が検討されるべきである。

なお、有床診療所の多様な機能を、眼科・消化器外科・整形外科等における専門医療を担っている施設、内科・小児科や在宅療養支援を担っている施設、産婦人科・周産期の医療に対応している施設等に類型化して、それぞれに入院基本料や加算を設定する考え方があり得るが、有床診療所の類型化は決して容易ではなく、現段階では総体の基盤の強化が図られるべきである。

4. 有床診療所の発展に向けて

前述のような論議を受けて、すでに次期診療報酬改定に向けた取り組みがなされ、関係者に一定の理解が得られつつあることは大いに評価される。医療費財源の確保や他領域との配分の問題など先行きは楽観を許さないが、当面の推移を見守りたい。さらに今後は、次々期の診療報酬・介護報酬の同時改定を視野に入れて、有床診療所のしっかりとした理念の構築と新たな制度的な位置付けを目指し、それを受け止めた診療報酬体系が準備される必要がある。

有床診療所は、昭和 23 年に現行医療法が制定された当初から、診療所で 19 人以下の患者を入院させるための施設と定義されているが、その理念や医療提供における位置付けは明確となっていない。長い間、「同一の患者を、48 時間を超えて入院をさせることのないように努めなければならない」という、いわゆる 13 条規制が残存し、多少の紆余曲折があったが、約 60 年を経てようやくこの規制が撤廃されたのが現段階である。

制度上の規定がないことで、医師の自由な診療活動が可能となった側面があり、それが我が国のへき地・離島を含む各地域に必要な医療を提供してきた功績は少なくない。しかし、時代環境が大きく変わり、少子高齢化が著しく進展して皆保険体制の維持に困難を来している今後にあって、改めて有床診療所の理念と役割を明確にして、次世代の医療施設として制度的に位置付ける必要がある。それなくしては、有床診療所の今後の発展は見込まれないであろう。

平成 4 年から同 5 年にかけて、「小規模入院施設」のあり方に関する検討が行われた。これは 30 床までの入院機能を有し、一人の医師が近医と連携し、一定の看護体制を確保した上で、地域に密着した「かかりつけ医機能」に基づいて、顔の見える入院医療を提供しようとするものである。当時、この施設体系は有床診療所と併存して申請選択方式が提案されていた。残念ながらこの構想は実現しなかったが、同検討委員会の報告書の内容を改めて検証してみると、今後に向けた有床診療所のあり方を考える上で参照する余地があるように思われる。参考資料として、「小規模入院施設検討委員会中間報告」（平成 5 年 3 月）から、同施設の理念と担うべき機能と役割についての部分を引用しておく。

本報告書で取りまとめた有床診療所の果たしている役割や、今後に期待されている機能については、関係者に十分に認識されているとは限らない。有床診療所の危機的な状況を受けて、本年は有床診療所における運営状況を関係者に

知ってもらおうための視察が各地域で精力的に実施されて成果を上げた。困難な状況の中で診療活動を継続している実情が認識され、今後の発展に向けた取り組みの機会になったものとする。

現段階で、有床診療所の今後の姿を制度化する具体的な機運は見通せない。当面は、次期診療報酬改定に向けた取り組み、その存続に最大限の努力をして新たな局面を切り拓く必要がある。有床診療所は我が国の医療の原点であり、固有の歴史と文化を持つ。脈々と受け継がれたこの流れを絶えさせることなく、新しい時代に適合させて存続させるのは医療担当者の責務であると言える。

過日、当委員会委員はうち揃って東京都文京区にある小石川植物園内の小石川養生所跡を訪れ、有床診療所の再生を祈念するとともに、「有床診療所の日」の創設を検討することとした。有床診療所の将来展望が拓かれることを強く望むものである。

参考資料

図1 医療施設数の年次推移

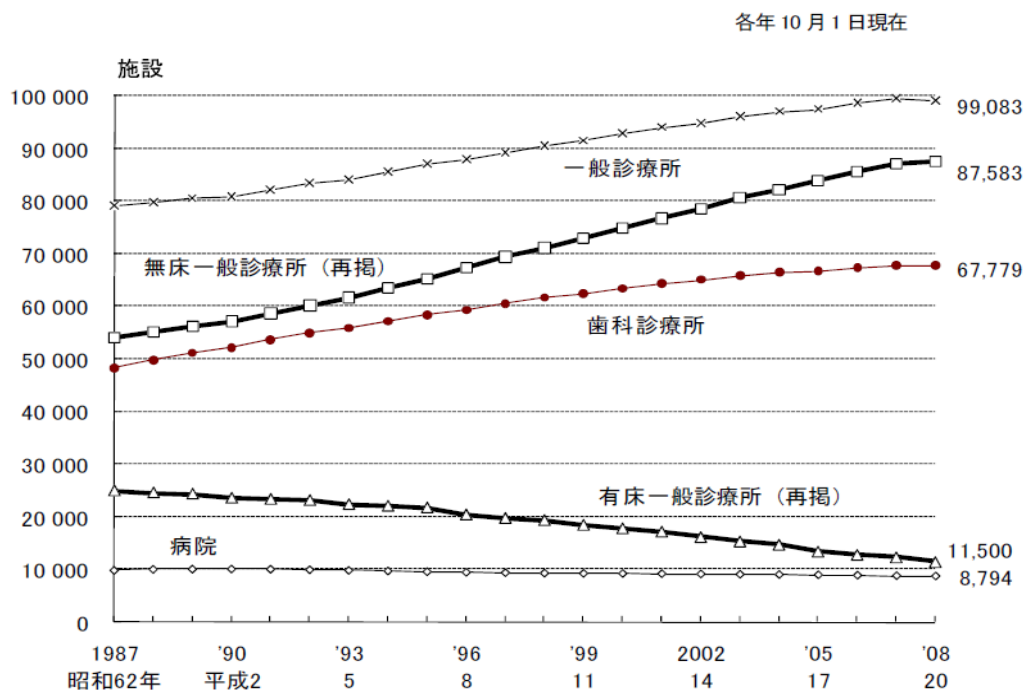


表1 開設者別にみた施設数

各年10月1日現在

	施設数		対前年		構成割合(%)	
	平成20年 (2008)	平成19年 (2007)	増減数	増減率 (%)	平成20年 (2008)	平成19年 (2007)
一般診療所	99,083	99,532	△ 449	△ 0.5	100.0	100.0
国	589	631	△ 42	△ 6.7	0.6	0.6
公的医療機関	3,743	3,827	△ 84	△ 2.2	3.8	3.8
社会保険関係団体	665	700	△ 35	△ 5.0	0.7	0.7
医療法人	34,858	34,317	541	1.6	35.2	34.5
個人	48,067	49,010	△ 943	△ 1.9	48.5	49.2
その他	11,161	11,047	114	1.0	11.3	11.1

注：平成19年の「その他」には、地方独立行政法人が含まれており、平成20年は「公的医療機関」に計上した。

小規模入院施設検討委員会中間報告(平成5年3月) 抜粋

小規模入院施設の理念

これまでの検討を踏まえて、小規模入院施設の理念について取りまとめておく必要がある。相互に関連するいくつかの要素から成り立つものと考えられるが、概ね以下のような3つの側面からの理念的規定が可能と考えられる。

1. かかりつけ医自らが患者を収容して診療を行う入院施設

小規模入院施設は、プライマリケア等の理念による一貫した全人的医療の実現の場であり、自らがかかりつけ医である患者が入院を必要とする場合、かかりつけ医として管理できる範囲で、患者を収容して医療を提供する施設である。かかりつけ医は患者の収容について全ての責任を負うが、不在時の管理の代替等のために登録医師を定め、適切な診療体制を確保する必要がある。

2. 地域に密着して地域医療・地域ケアを支える入院施設

小規模入院施設は、地域の特性や実情に応じて、そこに居住する患者の医療ニーズに柔軟に対応する収容施設であり、在宅療養患者の緊急時の入院や、末期患者のターミナルケア等に有効に機能することが期待される。また、在宅の要介護老人等のショートステイ等も引き受けることによって、地域ケア体制を支援する役割もある。

3. 医師の専門性を発揮するため自ら運営する入院施設

小規模入院施設は、専門医として自分の専門とする領域で、専門的な技能・職能を全うするための入院施設であり、プロフェッショナル・フリーダムに基づく医療の追求の場としても位置付けられる必要がある。特定の専門領域で、外来医療をベースに熟練した高度の技能を駆使することも可能であり、外来の延長上にある入院機能であると位置付けることもできる。

小規模入院施設の担うべき機能と役割

1. 地域特性に応じた柔軟な医療機能

患者の病状の推移や受療の状況から、居宅にいるよりは入院して管理したほうが適切な場合に、かかりつけ医としてこれを的確に受け入れることが、小規模入院施設の基本的機能である。このようにして患者・家族の不安を取り除き、病状の変化によっては迅速に次の対応が取り得るようにすることは、通常の病院への入院医療とは別の意義を有する。病院へ入院するまでの待機施設、あるいは病院からの退院後の後方施設として機能し得ることも、機能連携の円滑化、あるいは医療供給における緩衝機能として大きな意義を有するところとなろう。

地域特性や周辺の医療体制によっては、病院と同等の機能を担う場合が大いにあり得るであろう。特定の領域の専門医療を担う地域の中心的な施設になることもあると考えられる。すなわち、かかりつけ医の役割と同時に、専門医としての役割を発揮することも期待されているのである。

今後の医療が、施設内サービスから在宅に場を移す方向にあることは明らかである。高齢者であるなしを問わず、在宅における医療を支えるのは、かかりつけ医機能が中心とならざるを得ない。在宅における患者の病状の変化に、迅速かつ柔軟に対応し得ることは、小規模入院施設が在宅支援の観点からも極めて重要な役割を担うことを意味する。また、死期の迫った終末期の患者を受け入れ、その死を看取することは今後とも医師の重要な役割であり、小規模入院施設はそのような終末期医療の場としての意義も大きい。

例えば糖尿病のため血糖値の管理が必要で、視力障害や腎不全の合併症があるなど、長期にわたる療養を強いられる患者は今後とも増加することが見込まれている。また、慢性呼吸器障害やリハビリ、あるいは難病等で、病院に入院をしている必要はないが、在宅療養は困難な患者も少なくない。これらの慢性疾患による長期療養患者が、必要な場合に繰り返し入院できることも、小規模入院施設の重要な役割となろう。

2. 中間施設機能と福祉的サービス

高齢化の進展により要介護の老人等が著しく増加しつつある。その処遇については、老人保健法等により法制的な整備も進み、福祉側からの高齢者保健福祉推進10か年戦略等の施策も展開されつつある。ここで小規模入院施設の役割と、老人保健施設等が担っているいわゆる中間施設機能との関係が検討される必要がある。

老人保健施設は、障害を持つ高齢者でも、在宅での生活が本来の姿であるとの理念から、家庭復帰のための通過施設としての位置付けがなされ、強力な普及促進策の下で一定の成果を上げている。寝たきり等の要介護老人にも一定の医学的管理が必要である場合が多く、それを医療として受け止めて入院させることは、かかりつけ医としての立場から、あながち不適當なこととは言えない。しかしながら、これからの高齢者の処遇のあり方については繰り返し論議されたところであり、その趣旨を十分に踏まえて、病状や障害の程度から老人保健施設等による対応のほうが適切な場合には、そこへ移すべきであろう。無論、老人保健施設や特別養護老人ホーム等の受け入れが不十分な場合に、待機的に入院することは、一つの役割を担うことでもあり否定されるべきではない。

小規模入院施設は医師によって運営される医療施設であり、医療あるいは療養を本旨とすべきである。地域において老人保健施設等が不足しているならば、それへの転換または併設を検討すべきであり、既に多くの事例がある。

地域ケア体制の整備等により在宅サービスが普及・定着すれば、デイ・サービスやショートステイ等の、いわゆる通所型サービスの重要性が一層高まることになる。とりわけショートステイは病床資源を有効に利用できることから、当初から期待されていたところのものである。これは医療費ではなく福祉側の原資で支払われる事業となるが、小規模入院施設においても、一定の病床数をそれに振り向けるなどして計画的な運用を行い、地域ケア体制を支援してゆくことは重要な役割となろう。

別 添 資 料

日医総研WP No.204 「有床診療所の今後の展開にむけて - 平成21年 有床診療所経営
実態調査より」 2009.11 江口成美 出口真弓 より抜粋

1. 調査概要.....	2
(1) 目的.....	2
(2) 調査設計.....	2
2. 結果概要（詳細は日医総研 WP204 を参照）.....	3
(1) 財務状況.....	3
(2) 緊急時の対応、夜間・休日医療.....	9
(3) 在宅医療.....	11
(4) 終末期医療.....	12
(5) 入院患者.....	13
(6) 専門医療.....	14
(7) 職員の配置 -看護職員、看護補助者.....	15
(8) 病床の課題.....	16
(9) 補足調査.....	17
(10) まとめ.....	18
3. 回答施設.....	19

1. 調査概要

(1) 目的

有床診療所の財務状況と診療の現状についてデータを収集し、今後の検討資料の基礎データとする。

(2) 調査設計

【調査対象】

- ・全国有床診療所連絡協議会会員より抽出 1,758 施設
- ・日本医師会会員より抽出 3,000 施設

【調査期間】

平成 21 年 6 月～7 月

【調査方法】

郵送法

【回収結果】

1,556 施設（協議会会員 640 施設、日医会員 916 施設）が回答。このうち、平成 20 年 1 月以前に休床あるいは無床化した 494 施設を除いた 1,062 施設を分析対象とした。回収率 32.7%。有効回答率 22.3%。（1,062 施設のうち有床診療所 960、休床・無床化した診療所 102。ただし、有床の財務部分の完全回答施設は 321）

2. 結果概要（詳細は日医総研 WP204 を参照）

（1）財務状況

直近事業年度（平成 20 年度）の法人・その他（以後、法人）254 施設の経常利益率は 4.3%、個人（n=67）は 15.2%であった。給与費比率は法人が 46.6%、個人が 35.2%であった。2003 年度の調査¹では法人の経常利益率は 5.4%(n=467)、個人は 17.5%（n=161）で、法人は 1.1 ポイント、個人は 2.3 ポイント悪化している。

表 1 収支 n=321

	法人(n=254)		個人(n=67)	
	金額(千円)	構成比率	金額(千円)	構成比率
医業介護収益	273,358	100.0%	206,436	100.0%
医業収益	265,322	97.1%	204,140	98.9%
入院収益	63,696	23.3%	55,965	27.1%
外来収益	164,426	60.2%	120,602	58.4%
自費およびその他収益	37,200	13.6%	27,574	13.4%
介護収益	8,037	2.9%	2,296	1.1%
医業介護費用	263,186	96.3%	173,220	83.9%
売上原価	56,391	20.6%	44,055	21.3%
うち 医薬品費	39,125	14.3%	29,970	14.5%
うち 材料費	17,267	6.3%	14,085	6.8%
販売管理費	206,795	75.6%	129,164	62.6%
うち 給与費	127,485	46.6%	72,692	35.2%
うち 委託費	13,169	4.8%	11,044	5.3%
うち 減価償却費	10,049	3.7%	6,874	3.3%
うち その他医業介護費用	56,092	20.5%	38,555	18.7%
医業介護利益	10,172	3.7%	33,217	16.1%
医業介護外収益	6,396	2.3%	1,743	0.8%
医業介護外費用	4,795	1.8%	3,502	1.7%
経常利益	11,772	4.3%	31,458	15.2%

（財務項目全項目記入した 321 施設が対象）

¹ 江口成美 「有床診療所の現状と課題ー平成 18 年改正と平成 17 年実態調査報告」日医総研ワーキングペーパーNo125 2006 年

法人 254 施設の医業介護収益と経常利益の分布をみると、経常利益がマイナスの施設が 29.1%で約 3 割を占めた。平成 15 年度調査では赤字の施設の割合は 22.5%であり、赤字施設の割合が 6.6 ポイント増加している。また、医業介護収益（医業収入）の分布をみると、中央値は平均値よりも約 5,000 万円低い 22,061 万円で、規模の大きい施設が平均を引き上げている傾向がみられる。

図 1 経常利益分布 法人 n=254 平均 1,177(万円) 中央値 598(万円)

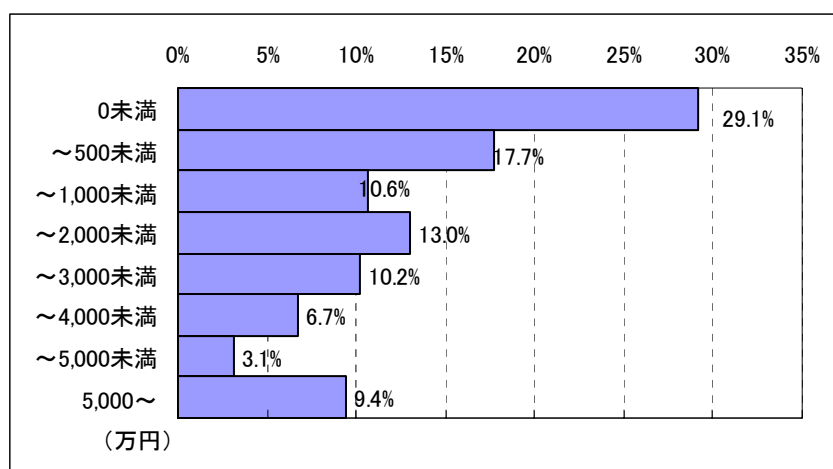
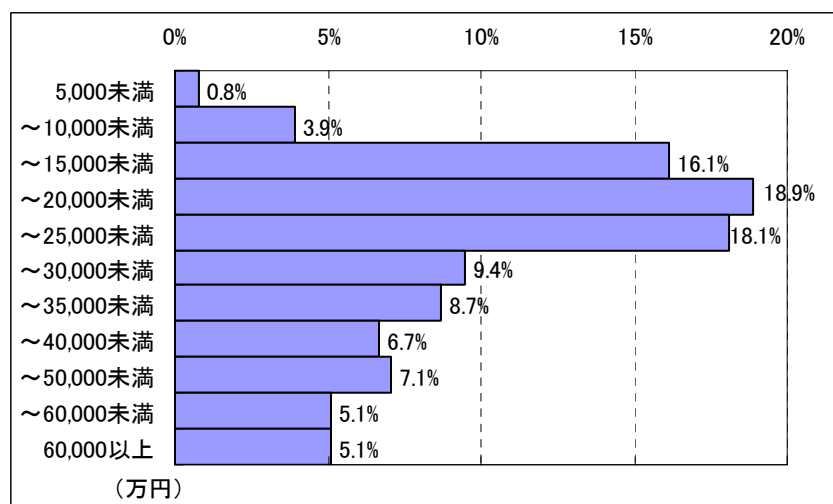


図 2 医業介護収益分布 法人 n=254 平均 27,336(万円)中央値 22,061(万円)



赤字施設と黒字施設

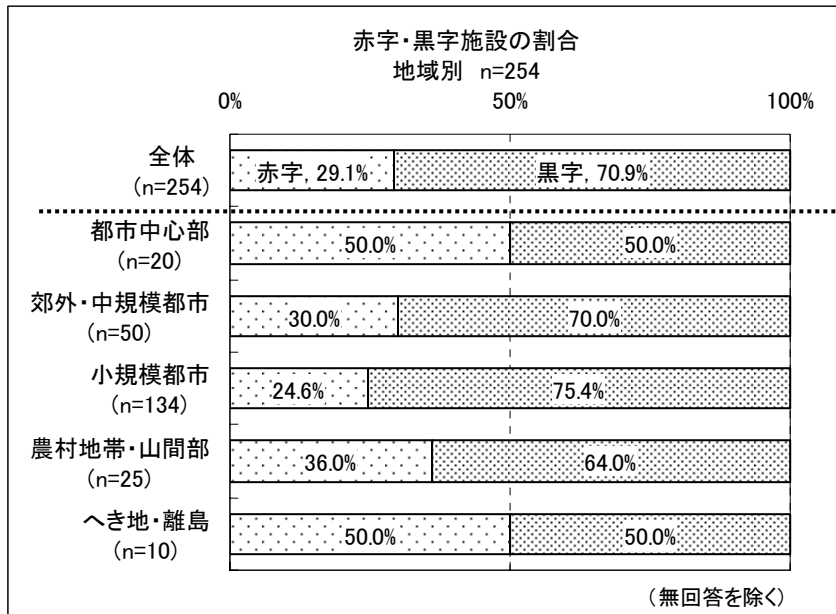
法人 254 施設を赤字施設と黒字施設とに分けて指標を比較したところ、赤字施設では、常勤医師数が少ない、療養病床の割合が高い、平均在院日数が長い、緊急入院件数が多い、入院と外来ともに収益が低い、給与費比率が高い、などの傾向がみられた。一般病床の平均在院日数は赤字施設が 6.8 日長く、緊急入院の数は赤字施設が黒字施設よりも 4.3 件（年間）多い。赤字施設では全般に長期化した入院患者が多く、緊急入院もより多く受け入れていることが判明した。さらに、給与費比率は赤字施設が 53.0%、黒字施設が 44.6%であった。赤字施設では長期入院や緊急入院を受け入れているにもかかわらず、全体の医業収益が低く、人件費負担がより大きいのしかかっていることがわかる。また、外来収益が低いため、入院医療を行っても入院部分の費用補填が困難で赤字となっていることが推測される。

表 2 赤字施設、黒字施設の比較(1施設あたり)(法人のみ)

	赤字施設 (n=74)	黒字施設 (n=180)
	平均値	平均値
開設者年齢(歳)	64.3	62.6
開業年数(年)	20.9	24.1
届出総病床数(床)	17.0	16.4
常勤医師(人)	1.4	1.8
従業員数(人)	23.3	24.5
療養病床割合	28.1%	17.1%
病床稼働率	72.4%	68.6%
入院患者(1日)(人)	12.2	10.9
平均在院日数(一般病床のみの施設)(n=124)	31.2 日	24.4 日
緊急入院件数(年間)	14.2 件	9.9 件
診療報酬 1,000 点以上入院手術件数(1ヶ月)	25.3	28.5
入院収益(収入 平均値)(千円)	62,296	65,095
外来収益(収入 平均値)(千円)	140,769	188,083
入院患者一人当たり入院収益	14,805	16,031
外来患者一人当たり外来収益	6,556	7,559
外来収益 : 入院収益 の比率	69 : 31	74 : 26
給与費比率	53.0%	44.6%

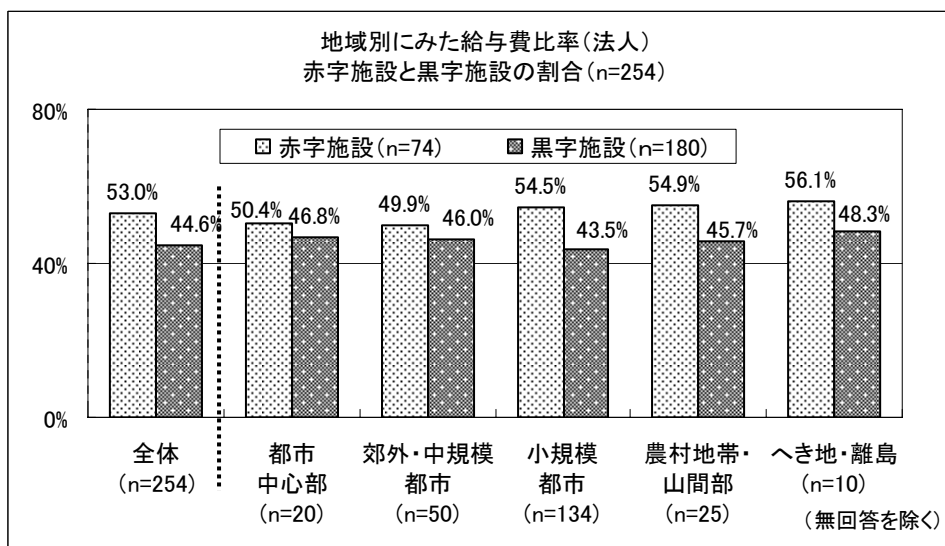
地域別²に赤字・黒字施設の割合を見ると、都市中心部とへき地・離島では50.0%と高く、また農村地帯・山間部でも赤字施設は36.0%と高い傾向がみられた。

図 3 赤字・黒字施設の割合-地域別 n=254



地域別・赤字黒字別に給与費比率を比較すると、特に地方部における赤字施設の給与費比率が高い傾向が見られた。地方部では人件費の負担がより大きいことを示している。

図 4 給与費比率-地域別、赤字・黒字施設別 (n=254)



² ここでの地域は、設問で施設長が選択した「自院の医療圏・地域の状況」に基づく。選択肢は1. 「都市中心部で人口が集中している」2. 「郊外部または中規模都市で人口密度が高い」3. 「左記以外の都市・町村」4. 「農村地帯・山間部」5. 「へき地・離島」から1つ。

診療内容と経常利益率

地域や診療内容によって利益率などの指標に違いがあるかを検証した。経常利益率は、都市中心部、農村地帯・山間部、へき地・離島で利益率が低い傾向がみられた。また、一般病床の在院日数別に見ると、在院日数が長いほど、経常利益率が低い傾向がみられた。緊急入院件数が多い施設では、全般に利益率が低い傾向がみられた。さらに、在宅医療を実施している施設としていない施設の間には、経常利益率に差がみられた。

図 5 経常利益率-地域別(無回答を除く)

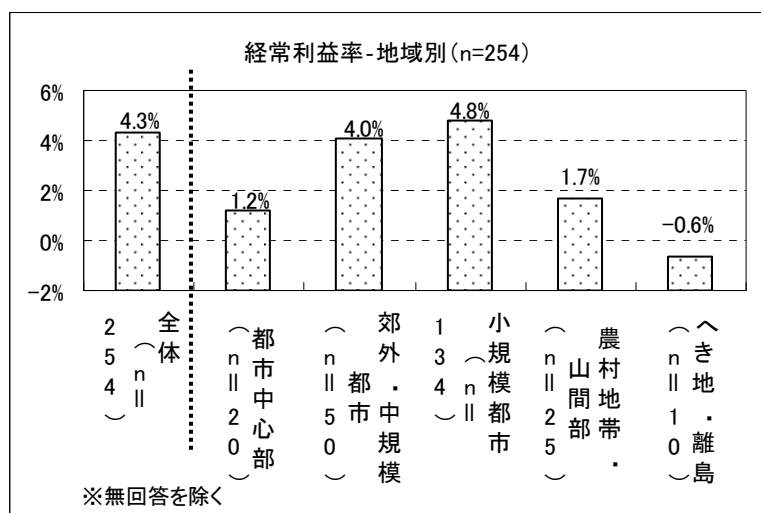
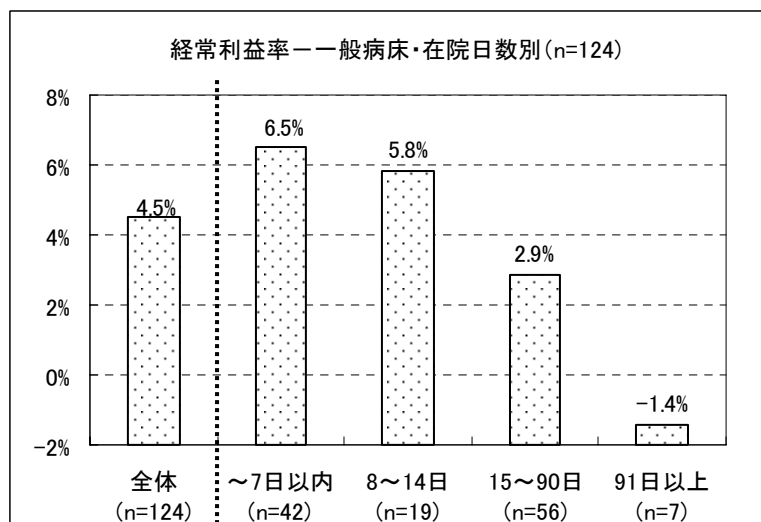
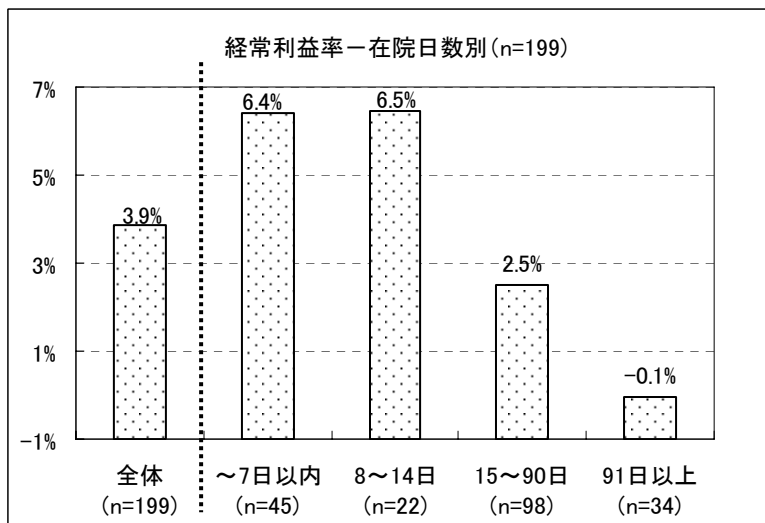


図 6 経常利益率-一般病床の平均在院日数別 (n=124 一般病床のみ有する施設対象)



※法人 254 のうち一般病床のみ有する施設を対象。ただし、在院日数の無回答と例外値を除く

図 7 経常利益率-在院日数別



※法人 254 のうち、在院日数の無回答と例外値を除く

図 8 経常利益率-緊急入院の件数(年間)別

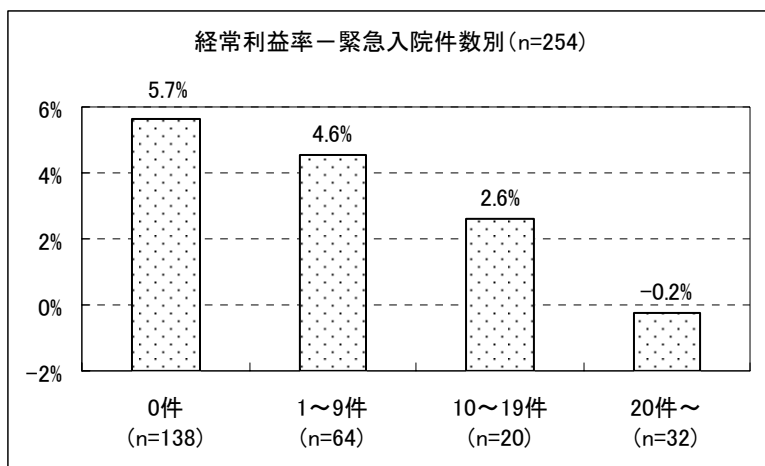
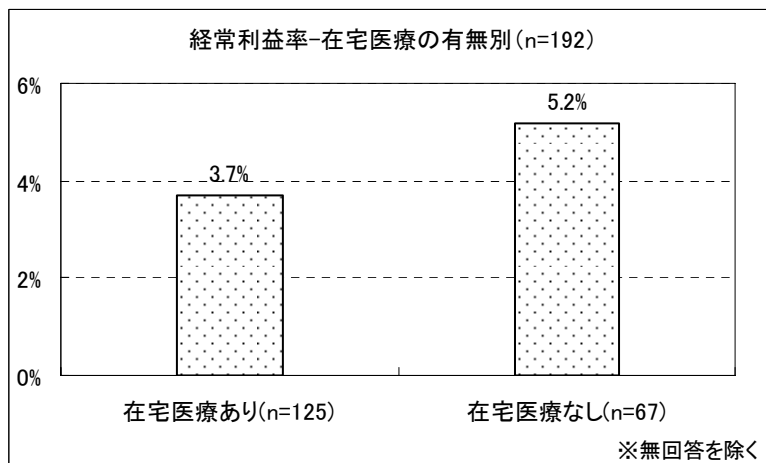


図 9 在宅医療の有無と経常利益率



(2) 緊急時の対応、夜間・休日医療

夜間などの緊急時に「週1～2日以上対応できる」と回答した施設は43.5%で約4割（へき地では53.0%）の417施設、「ほぼ毎日対応できる」と回答した施設は全体の30.1%（へき地では47.1%）の289施設であった。全国で試算すると週1～2日以上対応できる施設は約3,500施設にのぼる³。

図 10 現在の夜間緊急対応の可否

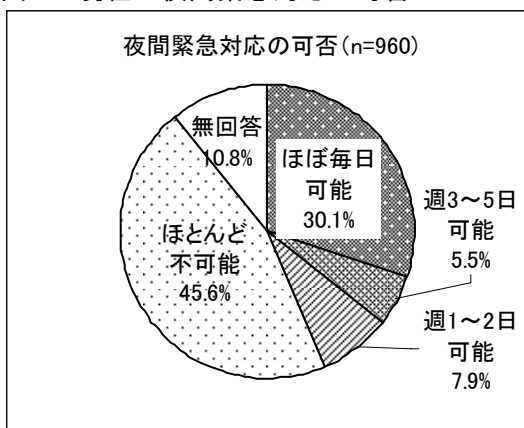
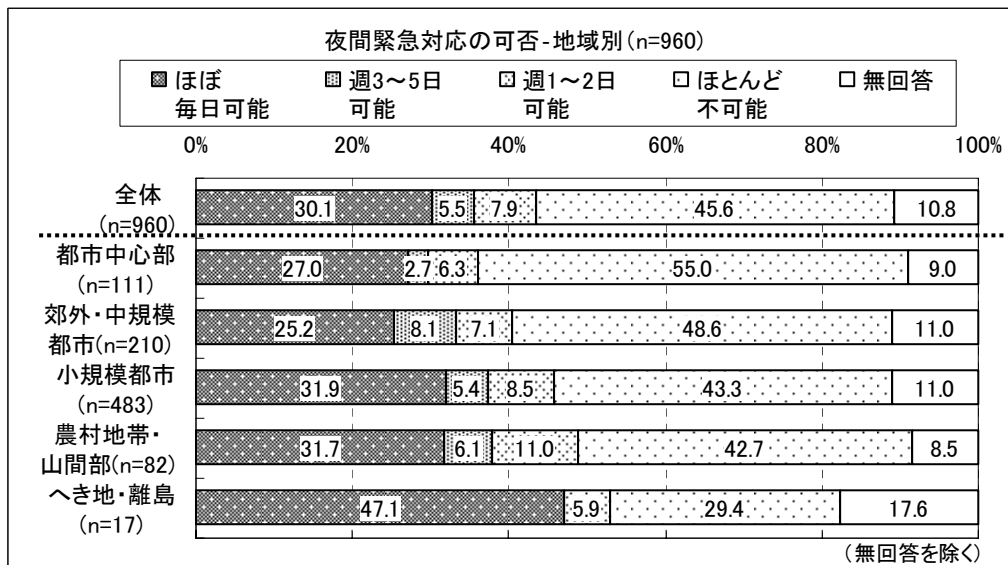


図 11 夜間緊急対応の可否-地域別



³ 平成20年に入院基本料の算定をしている施設は8,022施設である（厚生労働省「主な施設基準の届出状況等」）ことから、本調査対象960施設は全体の12.0%となる。

さらに、「直近の事業年度の緊急入院の患者数」を尋ねた設問に対して 38.0% の 365 施設が 1 件以上と回答している。少なくとも約 4 割の施設で受け入れが行なわれていることになる。年間平均 11.2 件 (n=960) であった。これは全国に置き換えると約 90,000 件 (年) にのぼる。さらに、緊急入院を行なった施設の約 75% は救急車による軽症もしくは中等症患者の搬送を行っていた。救急医療における病院負担の軽減につながっていることが推測される。

図 12 緊急入院件数(年間) n=960

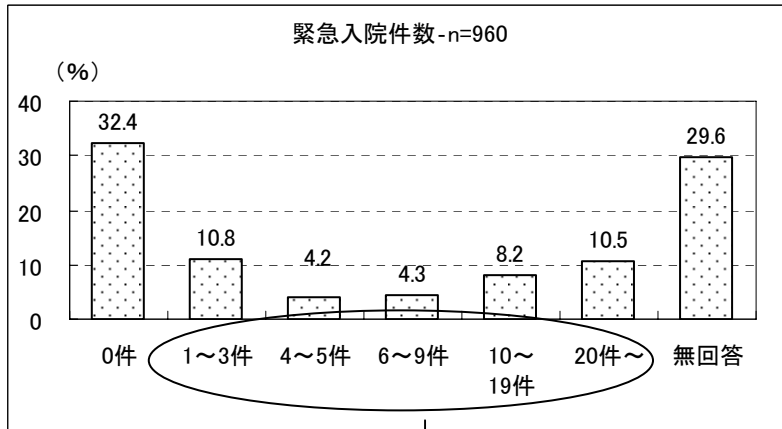
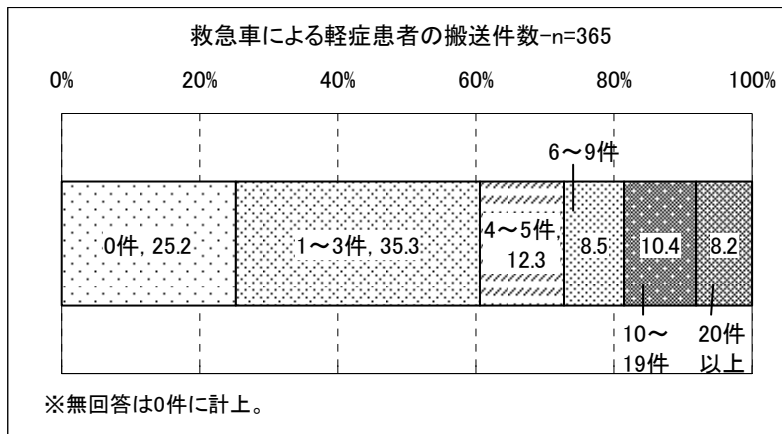


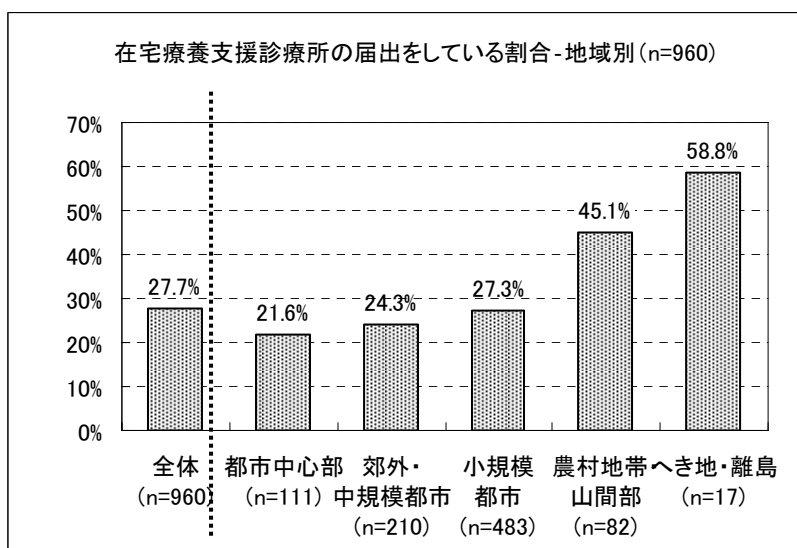
図 13 救急車搬送件数(年間) n=365



(3) 在宅医療

在宅療養支援診療所の届出は 266 件で全体の 27.7%であるが、地方部での届出割合は高く、農村・山間部では 45.1%、へき地・離島では 58.8%であった。また、内科の有床診療所 (n=309) では約半数の平均 50.2%が在宅療養支援診療所で、地域による差は少なかった。これらの有床診療所のうち約 4 分の 1 が月 20 件以上の在宅診療を行っており、積極的な在宅医療の実践がみられる。

図 14 在宅療養支援診療所の届出をしている割合—地域別



在宅患者数⁴ (在宅療養支援診療所 229 施設を対象)

図 15 在宅診療件数(平成 21 年 4 月)

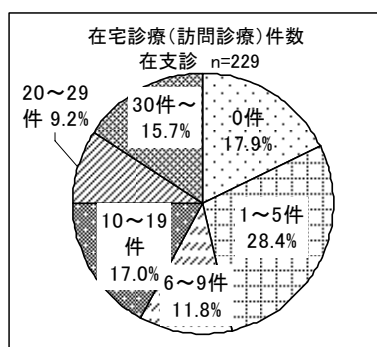
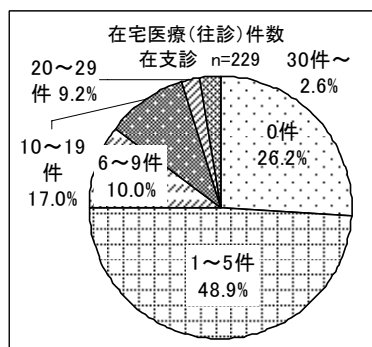


図 16 往診件数(平成 21 年 4 月)



⁴ ここでは、「在宅診療」：在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料のいずれかの算定、「往診」：往診料の算定、「在宅看取り」：在宅ターミナルケア加算、死亡診断加算、在宅末期医療総合診療料のいずれかの算定とする。

(4) 終末期医療

「終末期医療を実践している」と回答した施設は全体の 25.1%で 241 施設にのぼっている。診療科別にみると、内科系では 58.5%の施設が実施していた。終末期医療の課題として、「スタッフの不足」をあげている施設が全体の 46.1%にのぼり人件費と人材確保に関する課題が大きいことがわかる。

図 17 終末期医療

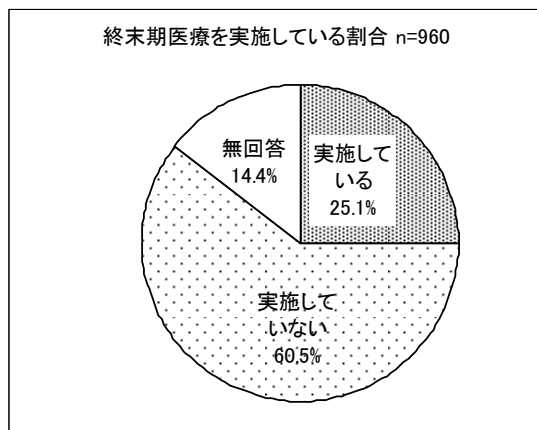


図 18 実施割合 - 診療科別(内科系、外科系)

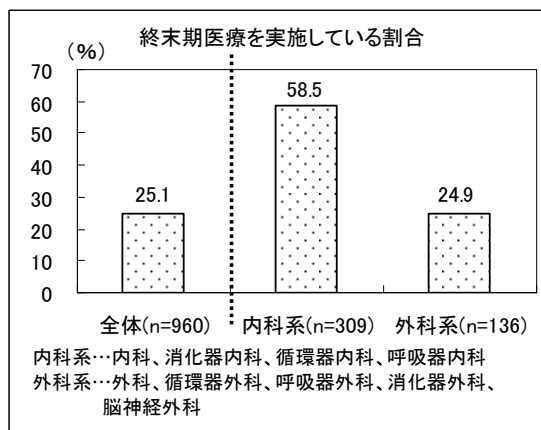
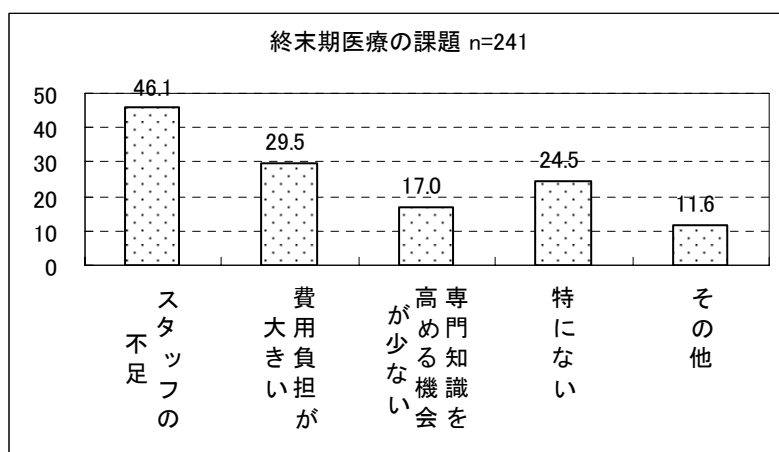


図 19 終末期医療の課題(実施している 241 施設)

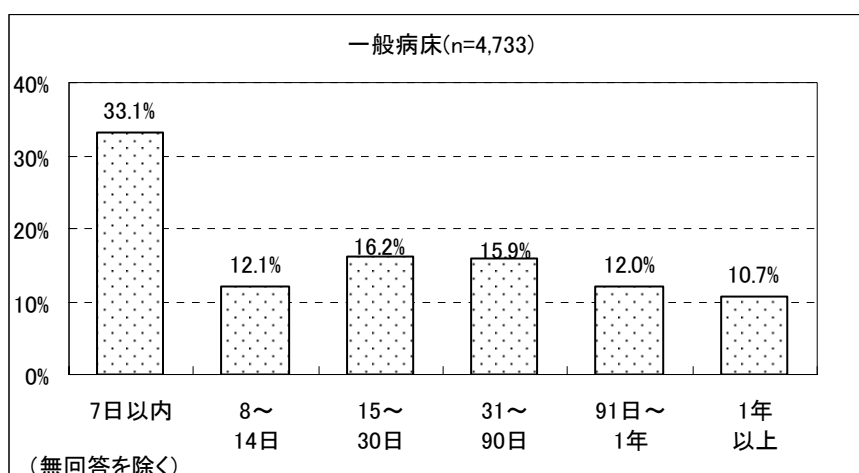


(5) 入院患者

入院患者、総数 6,604 名（603 施設）の調査日時点での患者の在院日数は、91 日以上が一般病床で 22.7%、医療療養病床で 61.4%を占め、長期化した患者の割合が高いことを示している。

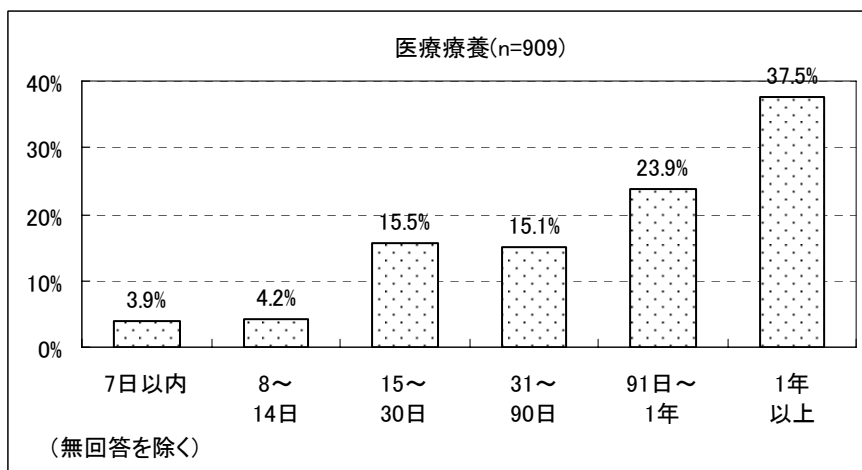
図 20 平成 21 年 6 月の特定日における在院日数

①一般病床(患者数 4,733 人)



一般病床の患者 4,948 人のうち 215 人は在院日数が無回答のため除外している。

②医療療養病床(患者数 909 人)



医療療養病床患者 968 人のうち 59 人は在院日数が無回答のため除外している。

(6) 専門医療

分娩実施は平均で施設あたり月間 24.0 件、全国推計すると約 50 万件である。現実に、全国の分娩の半数は有床診療所で行なわれている⁵。一方、全国の入院手術の 6.6%は有床診療所で行なわれており⁶、調査からも、1000 点以上の入院手術を 1 件以上実施している施設では平均月間 19.5 件で、眼科では 64.3 件、消化器科外科では 39.1 件で、専門性の高い手術が実施されている。

図 21 分娩 n=176 平均 24.0 件(月)

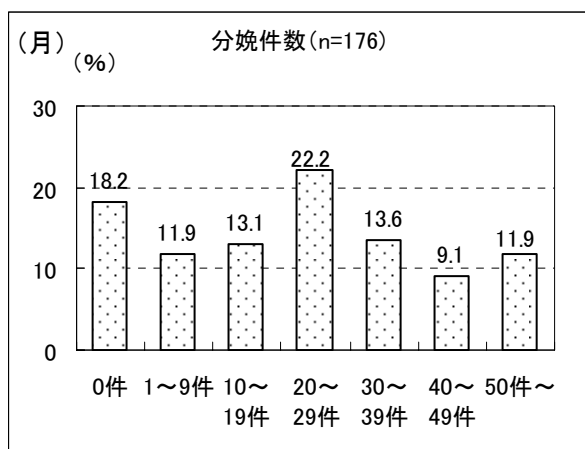


図 22 帝王切開件数 n=144 平均 3.9 件

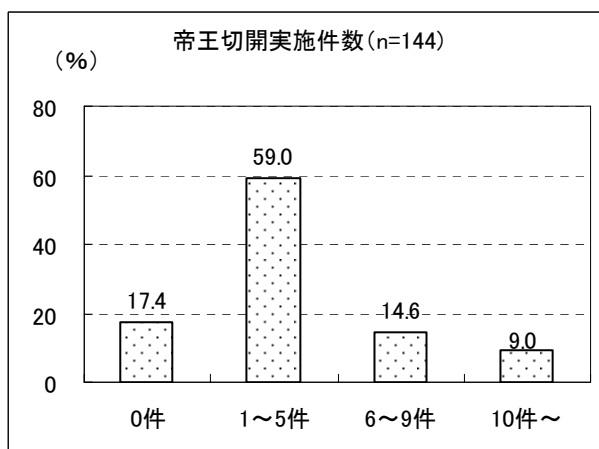
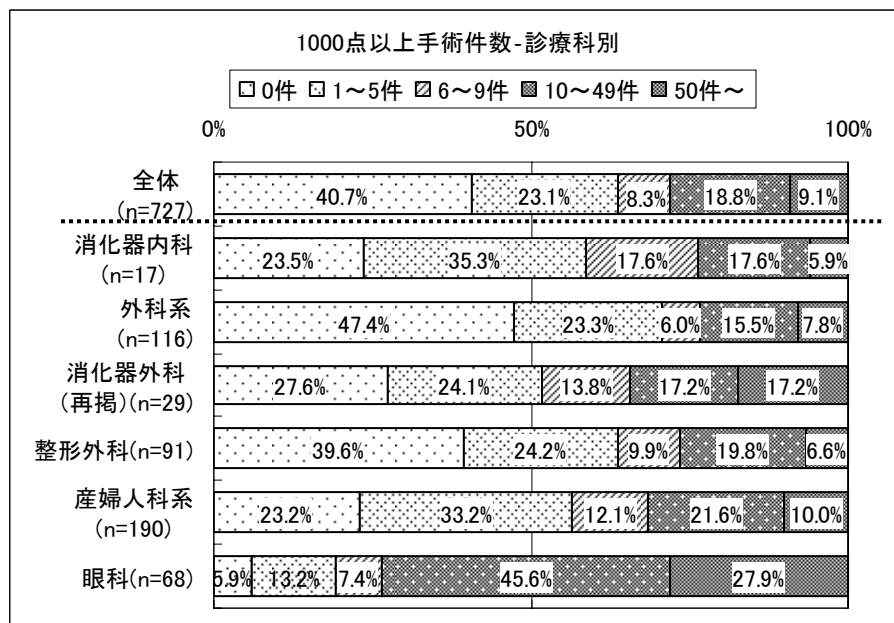


図 23 診療報酬点数 1,000 点以上手術件数 -n=727



⁵ 厚生労働省「人口動態調査 (平成 20 年)」では、全国の出生数 1,091,156 件のうち、520,693 件 (47.7%) が診療所での出生。

⁶ 厚生労働省「平成 20 年社会医療診療行為別調査」平成 20 年 6 月審査分では「入院」の「手術」回数総数が 69,310 件で、うち有床診療所は 46,042 件 (6.6%) となっている。

(7) 職員の配置 -看護職員、看護補助者

有床診療所の看護職員の配置は病院と異なり入院と外来で区別されていないため、入院だけの看護配置の状況を把握することは一般に困難である。そこで、本調査では、試行的に看護職員の勤務時間を入院と外来で分類したところ、約6割が入院医療への従事であった(補足調査参照)。一方、入院患者数別にみた看護職員数は、例えば19人の入院患者の施設(n=77)では看護職員数は平均11.6人であった。11.6人の6割にあたる7.0人(11.6×0.6)は、病院の旧3対1の配置(現15対1)(19÷3=6.3)を上回る配置である。同様に、看護補助者の配置も充実しており、病院における看護補助加算2(10対1)を上回る配置であった。

表 3 看護職員(看護師+准看護師)

6月特定日の入院患者数	N数	平均看護職員数	平均看護職員数×0.6	入院患者数÷3 (旧3:1配置)
19	77	11.6	7.0	6.3
18	34	12.1	7.3	6.0
17	47	13.7	8.2	5.7
16	28	10.5	6.3	5.3
15	34	10.1	6.1	5.0
14	35	10.9	6.6	4.7
13	34	10.8	6.5	4.3
12	37	11.8	7.1	4.0
11	24	9.8	5.9	3.7
10	41	9.3	5.6	3.3
9	28	10.1	6.0	3.0
8	33	9.4	5.6	2.7
7	30	9.0	5.4	2.3
6	28	11.1	6.6	2.0
5	32	9.0	5.4	1.7
4	23	8.9	5.3	1.3
3	15	7.5	4.5	1.0
2	11	7.4	4.4	0.7
1	13	6.5	3.9	0.3

9.7

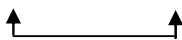


表 4 看護補助者

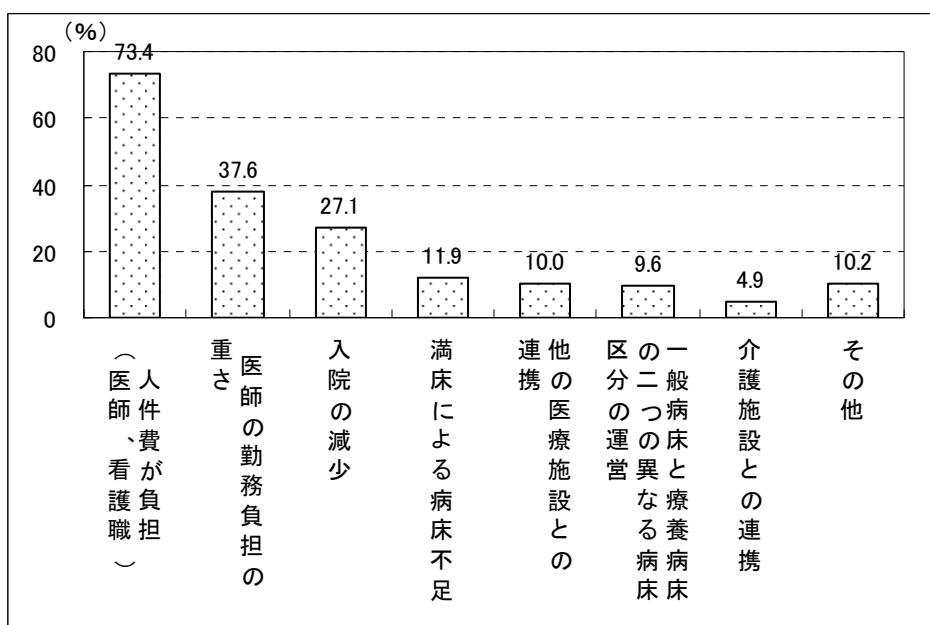
6月特定日の入院患者数	N数	平均看護補助職員数	入院患者数÷10 (10:1配置)
19	67	3.0	1.9
18	29	2.3	1.8
17	44	2.8	1.7
16	24	2.8	1.6
15	34	2.4	1.5
14	31	3.0	1.4
13	30	2.9	1.3
12	31	2.9	1.2
11	22	2.7	1.1
10	35	2.0	1.0
9	25	1.6	0.9
8	32	2.1	0.8
7	29	1.5	0.7
6	25	2.8	0.6
5	20	2.5	0.5
4	26	2.7	0.4
3	14	1.7	0.3
2	8	1.6	0.2
1	13	1.2	0.1



(8) 病床の課題

病床に関して抱えている最も大きな課題は、「医師や看護師の人的費」で、73.4%を占めた。医師の勤務負担を重いと考えている施設が 37.6%で 2 番目であった。満床による病床不足を抱える施設も 1 割強みられた。その一方で、分娩を含む入院そのものの減少が課題となっている施設が 27.1%あることも確認できた。

図 24 病床について抱えている課題（複数回答・3 つまで） n=960



(9) 補足調査

有床診療所では看護職員配置を入院・外来一体でカウントするが、5～6割が入院医療に従事しているという結果が示された。看護職員の時間が入院と外来でどのように割り振られているかを試行的に調査したところ、診療科による差はあるが、おおよそ6:4から5:5であった。ただし、N数に制約があるため、今後は対象数を増やして検証する必要がある。

表 5 看護職員の入院・外来勤務時間

		入院勤務 (%)	外来勤務 (%)
時間数で記入した施設	内科系(n=9)	50.2	49.8
	外科系(n=7)	56.4	43.6
	産婦人科(n=5)	73.8	26.2
	泌尿器科(n=1)	28.0	72.0
	その他(n=2)	73.0	27.0
	合計(n=24)	57.9	42.1
比率で記入した施設	内科(n=18)	44.1	55.9
	外科系(n=8)	51.1	48.9
	産婦人科(n=5)	68.0	32.0
	泌尿器科(n=1)	10.0	90.0
	その他(n=2)	67.0	33.0
	合計(n=34)	49.6	50.4

一方、患者1人1日当たりの入院費用を試行的に調査すると、一般病床のみで21,803円、一般と医療療養病床のある施設で20,520円となった。入院収入と入院患者延べ数から算出した患者1人あたり入院収入はそれぞれ16,219円、15,787円で、入院費用が入院収入を上回っていた。また、入院費用のうち、入院基本料部分に相当する人件費、経費、委託費、減価償却費の総計はそれぞれ17,243円、16,336円であった。ただし、N数に制約があり対象数を増やした検証が必要である。

表 6 患者一人当たり1日入院収入、入院費用、固定費

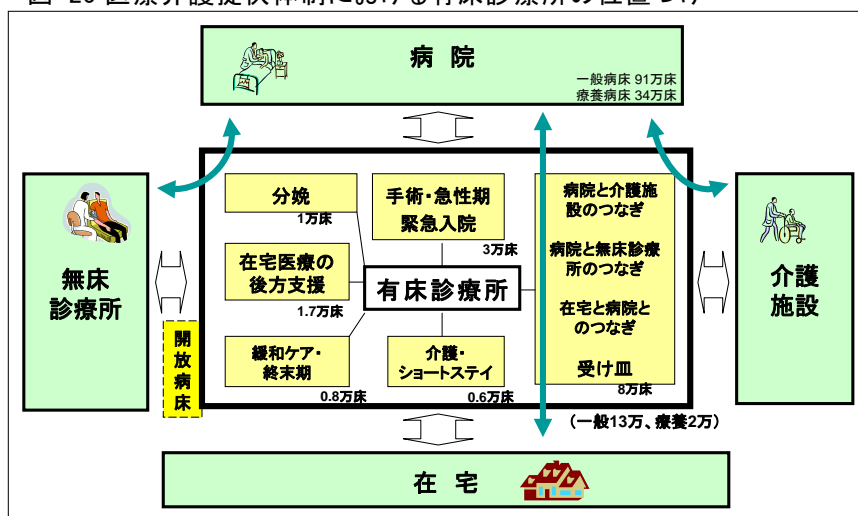
	患者1人当たり 入院収入①	患者一人当たり 入院費用②	うち固定費	差額(①-②)
一般病床のみ有する 施設(n=29)	16,219	21,803	17,243	-5,584
一般病床と医療療養 病床を有する施設 (n=44)	15,787	20,520	16,336	-4,733

(10) まとめ

有床診療所が果たしている機能については前年度の調査⁷で把握したが、本調査ではそれらの機能を踏まえて、有床診療所の直近の経営状況や緊急医療などの現状のデータを収集し、地域に必要な機能を発揮するための経済的基盤が整っているかを検証した。経営には悪化がみられ、病床維持の課題として7割の施設が人件費の負担をあげていた。地方部の施設や長期入院患者が多い施設、さらに緊急入院が多い施設では経営状態が悪い傾向がみられ、試行的に行なった入院費用調査では、一人あたりの入院に関わる費用が入院収入を上回っていた。夜間休日などにおける緊急時の対応は約4割の施設が行っていた。その一方で、在宅療養支援診療所として在宅医療の提供も積極的に行なわれており、在宅から一貫した医療のための病床が利用されている。

今後、病院からの早期退院患者がさらに増加することが予想されるが、有床診療所がこれらの施設のつなぎとなることが従来以上に求められている(図参照)。病院負担の軽減のためにも有床診療所の活用は極めて有効である。患者の居住地の身近で病床を持ち「顔の見える」医療が提供できることは、患者やその家族にも大きな安心感を与える。現状では有床診療所の経済的基盤を確保することがまず必要であり、本調査結果が今後の検討における一助となることを切望する。

図 25 医療介護提供体制における有床診療所の位置づけ



⁷ 江口成美 出口真弓「平成 20 年有床診療所の現状把握のための調査」日医総研ワーキングペーパー No177 2008 年

3. 回答施設

表 7 届出病床数

	施設数	割合
1～5床	87	9.1
6～9床	106	11.0
10～14床	120	12.5
15～18床	163	17.0
19床	481	50.1
無回答	3	0.3
合計	960	100.0

	平均届出病床数(n=937)
全体	15.0
一般病床	12.4
医療療養	1.6
介護療養	1.0

療養病床を有する施設は、960施設中244施設(26.0%)。また、ショートステイを提供している施設は32施設(3.4%)。

表 8 開設主体

	施設数	割合
医療法人	648	67.5
個人	287	29.9
その他	7	0.7
無回答	18	1.9
合計	960	100.0

表 9 診療科

	施設数	割合
内科	271	28.2
消化器内科	22	2.3
循環器内科	11	1.1
呼吸器内科	5	0.5
小児科	10	1.0
外科(循環器外科、呼吸器外科、脳神経外科含む)	102	10.6
消化器外科	34	3.5
泌尿器科	34	3.5
整形外科	106	11.0
耳鼻いんこう科	15	1.6
産婦人科	204	21.3
産科	11	1.1
婦人科	8	0.8
眼科	76	7.9
皮膚科	5	0.5
精神・神経科	7	0.7
リハビリテーション科	3	0.3
その他	30	3.1
無回答	6	0.6
合計	960	100.0

表 10 開設者年齢

	施設数	割合
～40歳代	108	11.2
50歳代	262	27.3
60歳代	301	31.4
70歳代	199	20.7
80歳代～	74	7.7
無回答	16	1.7
合計	960	100.0

表 11 地域

	施設数	割合
北海道	37	3.9
東北	105	10.9
東京	39	4.1
関東・甲信越	142	14.8
中部	105	10.9
近畿	71	7.4
中国・四国	145	15.1
九州	316	32.9
合計	960	100.0

表 12 入院基本料区分

	施設数	割合
入院基本料1	707	73.6
入院基本料2	186	19.4
無回答	67	7.0
合計	960	100.0

表 13 救急告示

	施設数	割合
受けている	72	7.5
受けていない	804	83.8
無回答	84	8.8
合計	960	100.0

表 14 併設施設(複数回答 n=960)

	施設数	割合
通所リハ(デイケア)	113	11.8
通所介護(デイサービス)	56	5.8
居宅介護支援事業所	116	12.1
訪問看護ステーション	47	4.9
老健	46	4.8
特養	9	0.9
介護療養型老人保健施設(新型老健)	1	0.1
グループホーム	41	4.3
小規模多機能施設	10	1.0
有料ホーム・高専賃等	41	4.3
無回答	746	77.7