

平成27年度
有床診療所委員会
答申

平成27年11月

日本医師会
有床診療所委員会

平成 27 年 1 1 月

日本医師会会長

横 倉 義 武 殿

有床診療所委員会

委員長 小 林 博

本委員会は、会長諮問「地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割」について 8 回の委員会・小委員会を開催し、議論を重ねてきました。

昨今の有床診療所を取り巻く環境として特筆すべきことは、平成 26 年 6 月の医療介護総合確保推進法による医療法改正のなかで、医療法第 30 条の 7 に有床診療所が果たすべき機能が書き込まれたことをあげたいと思います。

そのなかでは、患者の住み慣れた地域での必要な医療の確保を前提条件として「病院退院後の患者への対応」、「在宅患者への医療」、「急変時の入院」がキーワードとなっています。

まさに、このキーワードは今回の会長諮問とまったく同様の意義を含んでおり、特に在宅医療を確保するための地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割を重点的に検討することは、そのまま会長諮問への答申書となりました。

そこで、本答申書での具体的内容としては、次の項目を取りあげました。

I. 在宅医療への対応

II. 介護への対応

III. 地域包括ケアシステムにおける専門医療を提供する有床診療所の役割

IV. 病床機能報告と地域医療構想

V. 有床診療所が役割を果たすための今後の課題

各委員は、有床診療所としての日常診療のなかでそれぞれ専門分野に関して全員で執筆分担し意見を述べました。

次々と示される社会保障制度改革の流れにあって、地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割・責務を再確認し、本委員会の意見のとりまとめとして貴職に提出いたします。

有床診療所委員会委員

- 委員長 小林 博（岐阜県医師会会長）
- 副委員長 高橋 洋（熊本県医師会副会長）
- 委員 青木恵一（税理士法人青木会計代表社員・税理士）
- 〃 尾形裕也（東京大学政策ビジョン研究センター特任教授）
- 〃 鹿子生健一（鹿子生整形外科医院理事長）
- 〃 近藤太郎（東京都医師会副会長）
- 〃 齋藤義郎（徳島県医師会常任理事）
- 〃 田那村宏（元千葉県医師会副会長）
- 〃 常盤峻士（福島県医師会常任理事）
- 〃 長島 徹（栃木県医師会常任理事）
- 〃 長谷川宏（長崎県医師会常任理事）
- 〃 林 宏一（北海道医師会常任理事）
- 〃 林 芳郎（鹿児島県医師会常任理事）
- 〃 山岸直矢（奈良県医師会代議員会副議長）
- 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）

目 次

はじめに(第6次医療法改正と平成26年度診療報酬改定について)	1
I. 在宅医療への対応	3
1. 在宅医療と有床診療所の役割	4
2. 看取りへの対応	5
3. ネットワークの構築	6
4. 在宅医療の推進機関としての医師会の活用	12
II. 介護への対応	
1. 医療と介護の連携	13
2. 短期入所療養介護(ショートステイ)への対応	14
3. 高齢者入所施設との医療連携	17
III. 地域包括ケアシステムにおける専門医療を提供する有床診療所の役割	
1. 整形外科有床診療所	18
2. 眼科有床診療所	19
3. 産婦人科有床診療所	21
IV. 病床機能報告制度と地域医療構想	24
V. 有床診療所が役割を果たすための今後の課題	
1. 診療報酬上の評価	27
2. 継承問題	28
3. 看護職員、介護職員の確保	31
4. スプリンクラー等防火設備への対応	35
5. 小規模入院施設構想の検討	36
おわりに	37
参考資料	
1. 継承問題に関する資料(青木委員)	41
2. 平成27年有床診療所の現状調査(抜粋) (日本医師会総合政策研究機構 江口主席研究員)	43

はじめに（第6次医療法改正と平成26年度診療報酬改定について）

平成26年6月の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により医療法が改正され、医療法第30条の7に、以下の通り、有床診療所の役割が規定された。

第30条の7

2 医療提供施設のうち次の各号に掲げるものの開設者及び管理者は、前項の必要な協力をするに際しては、良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、他の医療提供施設との業務の連携を図りつつ、それぞれ当該各号に定める役割を果たすよう努めるものとする。

一 病院（略）

二 病床を有する診療所

その提供する医療の内容に応じ、患者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、次に掲げる医療の提供その他の地域において必要な医療を確保すること。

イ 病院を退院する患者が居宅等における療養生活に円滑に移行するために必要な医療を提供すること。

ロ 居宅等において必要な医療を提供すること。

ハ 患者の病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させ、必要な医療を提供すること。

医療法に有床診療所の役割を明確に位置づけることは、これまで本委員会において求めてきたことであり、大変大きな意味がある。

また、平成26年度診療報酬改定においては、財政状況が厳しい中でも、地域包括ケアを担う複数の機能（看取り、介護サービスの提供、在宅医療の提供等）を担う有床診療所を評価し、入院基本料の1～3が新設され、また看護補助加算の新設等がなされたことは評価したい。

しかしながら、まだ有床診療所の無床化の流れは止まっていない。厚生労働省医政局地域医療計画課が行った調査では、平成26年度にも580件の有床診療所が廃止（約2割が閉院、約8割が無床化）となっている（図1）。これには、経営の問題やスプリンクラーの問題、院長の高齢化など様々な要因があると思われる。

一方で、新規開設も毎年行われていることにも注目したい。平成26年度に開設した85件のうち、20件は病院からの転換であるが、新設が42件、無床

診療所からの転換が 23 件となっている（図 2）。

このことは、医師が地域のために病床が必要であると判断して開設しているということであり、今後さらに新規開設が増えるよう、有床診療所の運営環境が改善されなければならないとの思いを強くするものである。

そこで本委員会は、有床診療所が今後の地域包括ケアシステムにおいて果たしていくべき役割、及び有床診療所の存続・安定経営に必要な対策について検討し取りまとめた。

図 1 有床診療所の開設・廃止の状況（厚生労働省医政局地域医療計画課調べ）

有床診療所の開設等に関する調査結果について
 — 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ — H27.7.15現在

1. 有床診療所の開設・廃止の状況

医療法改正後（H19年1月～H26年度）において“許可・届出により開設された有床診療所の数”及び“廃止された有床診療所の数”

（単位：件）

区 分	開設							計	廃止	増減
	許可	届出	開設							
			在宅	へき地	周産期	小児	その他			
平成 18 年度	30	3	0	0	1	0	2	33	121	▲88
平成 19 年度	96	14	1	0	4	0	9	110	575	▲465
平成 20 年度	62	27	1	0	17	0	9	89	490	▲401
平成 21 年度	50	24	2	0	18	0	4	74	410	▲336
平成 22 年度	49	25	4	1	15	0	5	74	463	▲389
平成 23 年度	54	27	3	1	19	0	4	81	388	▲307
平成 24 年度	47	20	8	0	8	0	4	67	390	▲323
平成 25 年度	37	39	13	0	18	1	7	76	656	▲580
平成 26 年度	54	31	8	0	20	0	3	85	580	▲495
合 計	479	210	40	2	120	1	47	689	4,073	▲3,384

注1) 群馬は平成23年度、熊本は平成19年度、鹿児島は平成20年度以前のデータが無いため未集計

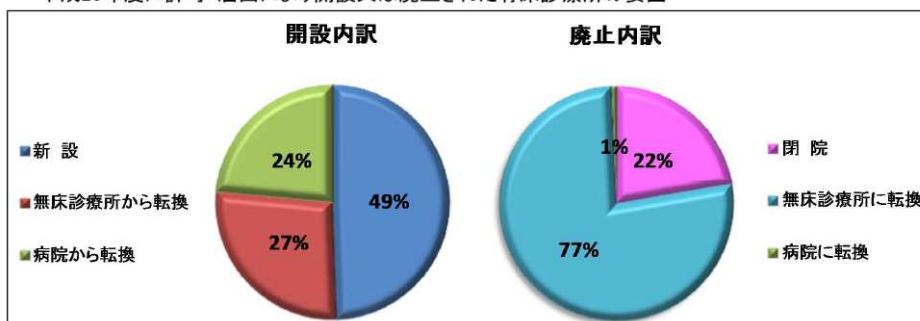
注2) 平成18年度は、19年1月から19年3月までの3ヶ月間の状況

注3) 許可・届出・廃止には、開設者の変更等は含まない

図 2 平成 26 年度開設・廃止の内訳（厚生労働省医政局地域医療計画課調べ）

3. 有床診療所の開設・廃止の状況

平成26年度に許可・届出により開設又は廃止された有床診療所の要因



（単位：件）

開設	開設			廃止	廃止			
	新設	無床診療所から転換	病院から転換		閉院	無床診療所に転換	病院に転換	
	85	42	23	20	580	129	447	4

注1) 許可・届出・廃止には、開設者の変更等は含まない

I. 在宅医療への対応

今後の高齢社会の進展を見据え、高齢者等が医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で、安心して自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築が進められており、特に我々医療提供者には、医療と介護が連携した切れ目のないサービスを提供する体制づくりが求められている。

「高齢者の健康に関する意識調査（内閣府 平成 24 年）」によると、自宅で最期を迎えることを希望する人は 54.6%（男性 62.4%、女性 48.2%）であり、国民の多くができるだけ住み慣れた自宅等での療養を望んでいる。

しかし現実には、全死亡者数の 8 割以上が医療機関等で亡くなっている。現状として、「自宅で最期を迎えたい・自宅で療養したい」と言えるフォーマル・インフォーマルな環境が整備されていない問題があるのではないか。

その要因として、以下の点が挙げられる。

- (1) 在宅療養を支える側の状況として、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院がその中心的役割を担い、各関係機関との連携を図り在宅療養を支える仕組みではあるが、現状として届出医療機関は微増にとどまり、未だ不十分であると言わざるを得ない。また訪問看護事業所も制度創設以来の推移をみると、訪問看護ステーション数はやや増えてはいるものの、医療機関の訪問看護数は減少している。
- (2) 病院を退院してこれまでの生活に円滑に戻るためには、地域の医療機関や介護関係者が相互理解を深め、個々の状況に合わせて柔軟に連携し、支援していく必要があるが、必ずしも医療と介護の連携体制が十分とは言えない現状がある。
- (3) 全国で高齢単身世帯及び高齢夫婦世帯が急増しており、在宅療養を支える家族の介護力の低下（核家族化）がある。
- (4) サービス提供側の問題として、社会資源、医療・介護・福祉従事者の偏在の問題もある上に、今後、少子化が進む中でマンパワーの低下が著しい。

このような状況下、限られた社会資源を有効かつ効率的に活かすためには、医療・介護・福祉の関係職種、地域行政、住民などが、それぞれの強みを活かし、協働して地域を支える体制づくりが不可欠であり、その中核に有床診療所がなるべきことを提言したい。

1. 在宅医療と有床診療所の役割

本委員会では、これまで有床診療所の機能として以下の5つの機能を掲げ、医療法にもその役割が位置づけられたところである。

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機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する機能
4. 在宅医療の拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能

今後、地域包括ケアシステムにおける医療の中心的な担い手として、有床診療所が、病院や介護施設、訪問看護ステーション等と連携を強め、これらの機能をしっかり果たしていくことが求められている。

国は、医療提供の効率化を図るために、平均在院日数の短縮化を推し進めており、病院は患者を早期に退院させることを迫られている。しかし、高齢者の場合は合併症も多くなり、病院から早期退院してそのまま在宅に戻るとは難しい場合もある。そのような場合には、有床診療所で一旦入院を受け入れ、無理なく自宅に戻れる状態まで回復させることが必要であり、こうした有床診療所の後方病床機能はより重要となる。

また、在宅療養中の急変時に対応できる体制が整っていなければ、患者も家族も安心して在宅での療養生活を続けることはできない。有床診療所は地域に密着しており、高齢者の日々の暮らしの支援と緊急時の対応の両方ができる。急変時は、主治医やケアマネジャーにとって入院先の選定に苦慮するところであるが、有床診療所は入院の受け入れはもちろん、重症例は病院への受け渡し役を果たすなど、迅速な対応が可能である。

日本は、歴史的経緯から有床診療所や中小病院が多く、これらを有効に活用して、高齢者の在宅医療を支援するシステムを構築することが可能であると考えられる。すなわち、「在宅医療、ときどき入院」という形で、具合が悪い場合には、身近なところで入院医療を受けられるようにすることである。

2. 看取りへの対応

今後我が国の死亡者数が急激に増加することが予想される中で、終末期医療や看取りをどのような体制で受け止めるかが、喫緊の課題となっている。

現状では死亡場所の8割が病院となっているが、今後急増する看取りをこれまでのように病院で受け止めることは困難である。また、救急搬送により病院の急性期の病床が看取りに使われることも避けなければならない。このような状況で、有床診療所がこれまで以上に看取りにおいて役割を果たしていくべきであると考えます。

もちろん、患者や家族が自宅で安心して最期を迎えられるよう、訪問看護や訪問診療で支えていくが、現実には家族の介護力も乏しく自宅で看取ることが困難な場合もある。いよいよ自宅での療養が困難になった時に、家族・患者が「かかりつけ医として、最期は有床診療所で看取ってほしい」と希望する場合に、有床診療所が受け止めることは、患者に安心と平安を与え、家族にも肉体的・精神的ゆとりを与えることになり、医療本来の在り方として大事なことではないか。

また、自宅では対応できないような症状になった場合には、入院が必要となるが、有床診療所は臨機応変に対応できる。いざという時には入院できるという安心感が、無理のない在宅医療につながる。

このように在宅医療、そして終末期医療を支える病床として、有床診療所病床の活用を推進していくべきである。

<有床診療所のホスピス機能の事例>

緩和医療やホスピスの機能を中心に運営している有床診療所がある。病院の「緩和ケア病棟」への入院は、「主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍の患者又は 後天性免疫不全症候群（エイズ）の患者」に限られている。しかし、がんで亡くなる方は全体の3分の1である。がん以外の患者にも、安心して最期を迎えられる場所が必要である。

有床診療所は、疾病を限定することなく患者を受け入れ、必要な緩和医療やホスピス機能を提供することができる。

3. ネットワークの構築

高齢化の進展により、疾病構造の変化を通じ、必要とされる医療の内容は「病院完結型」から「地域完結型」に変わらざるを得ない。早期の家庭・社会復帰を実現するためには、受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護の充実が必要であり、ICT技術を活用することで、地域の医療機関や介護事業者による迅速かつ適切な患者・利用者情報の共有・連携が可能となる。

中でも、在宅療養中の患者の急変時等に対応できる有床診療所との連携により、住みなれた地域での入院が迅速に出来、患者・家族の安心を得る事が出来る。

日医総研の「平成 27 年有床診療所の現状調査」では、「在宅医療のための地域ネットワークに参加している」と答えた有床診療所は 26.9%、「地域にあるが参加していない」有床診療所が 22.2%、「地域にはない」が 10%であった。

有床診療所が地域包括ケアシステムに参加し貢献度を高めるためには、情報提供・サービス内容周知のツールとしてネットワークに参加していくことが重要である。ここでは、すでにこうしたネットワークが稼働している事例を紹介したい。

①はやぶさネット（岐阜県）

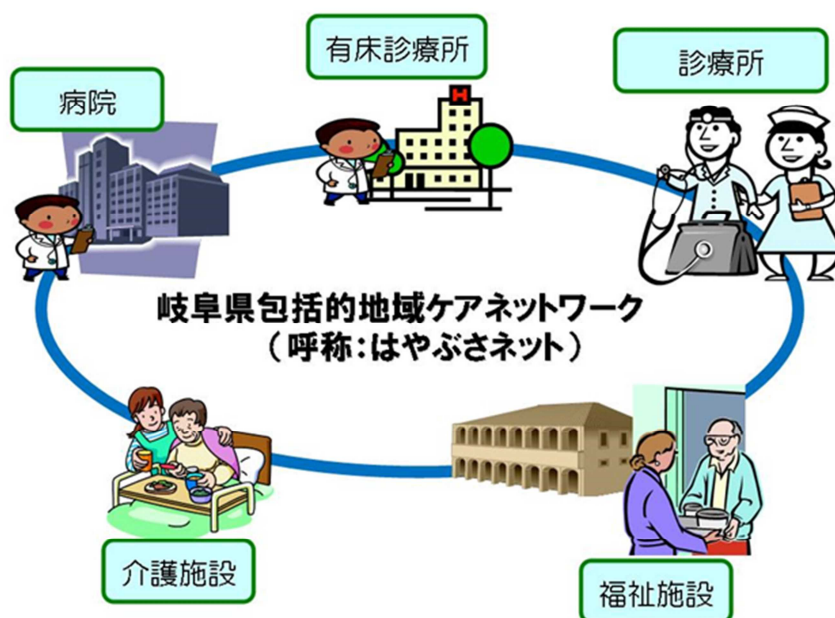
有床診療所を中心に病院、無床診療所、介護・福祉施設等の間において情報共有・相互連携等の機能補完を図り、円滑な地域包括ケア体制に役立つ、岐阜県包括的地域ケアネットワーク（呼称：はやぶさネット）を構築した。

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：501 名で、施設としては、介護・福祉施設：240 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、地域医療推進課、高齢福祉課、市町村の高齢福祉課も会員団体として参加登録しており、現在、岐阜県下全域で運用し、一日平均 40 人の利用者を確保している。

本システムは、平成 26 年 12 月に、はやぶさネットホームページのリニューアルを行い、地域包括ケア、在宅医療に役立つ各種情報、医療処置と介護サービスをキーにした串刺し検索機能、介護施設が作成した空床情報

PDF等を掲載できる機能を追加した。また、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護サービス事業所等を対象に説明会を開催した。これらにより、ホームページから各種の情報を得た利用者が増えてきている。

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。

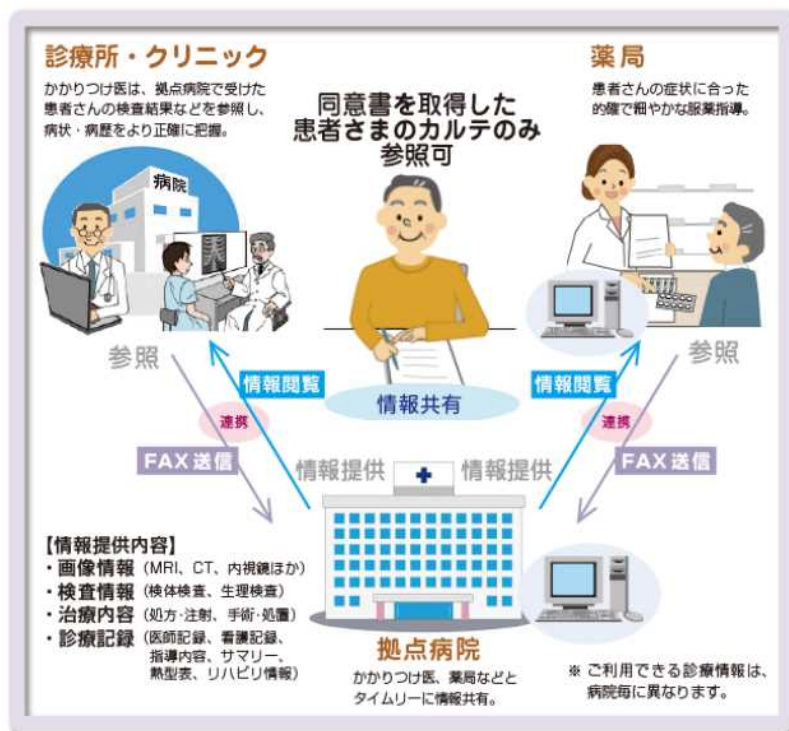


②あじさいネット（長崎県）

あじさいネットは長崎県全般と一部佐賀県にまたがる30の情報提供病院のカルテ、検査結果を一般開業医などが閲覧して利用できるネットワークシステムである。現在250以上の医療機関・薬局・訪問看護ステーションなどが利用している。一般開業医ではこのシステムに書き込みができることから、これを訪問看護ステーションや訪問診療医が閲覧して利用することもできる。専用回線のVPN回線を用いてセキュリティーに配慮している。入会金は50,000円だが、郡市医師会で加入しているところの個人は無料となる。会費は月4,000円で550名の会員である。

産婦人科ではあじさいネットの回線を利用して周産期支援システムを稼働させ、県内の妊婦の情報を共有できるようにしている。

将来は訪問診療、訪問看護、訪問介護などでiPadを用いて患者の映像をリアルタイムで見ながら診療できるシステムの構築を考えている。



③とちまるネット、どこでも連絡帳（栃木県）

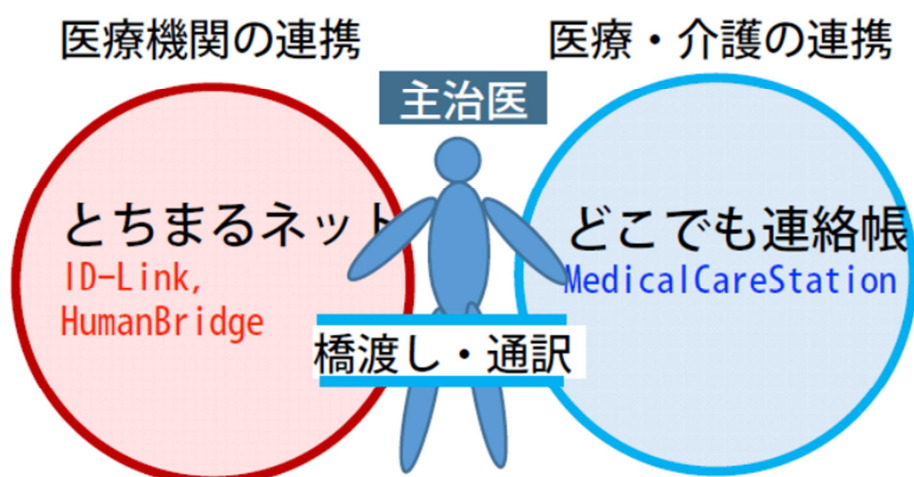
栃木県では、医療機関の連携には「とちまるネット」、多職種連携には「どこでも連絡帳」を利用した IT 連携体制がとられている。それぞれの特徴は、前者は画像、検査データ、処方内容を医師が共有できるものである。後者は、医療関係者と介護関係者が患者情報を共有できる機能を持った連携体制となっている。

医師が確認したい情報と介護関係者が知りたい情報には乖離があり、これを分けることによって有床診療所の医師等が中心となって橋渡しをするシステムを構築している。

とちまるネットは、患者の同意の上で診療情報を医療機関で共有し役立つ栃木県全体のネットワークになっている。診療所サイドは、紹介患者のデータや画像が確認出来ることから、入院中の患者の様態を診療所内からリアルタイムで把握することが出来るメリットがある。閲覧側施設は無料で利用できるが、情報提供側病院は、イニシャルコストやランニングコストがかかることは難点である。

それに対して、どこでも連絡帳に関してコストはかからないメリットがある。介護・看護職にとっては、画像やデータ、処方よりは、対象者となる患者の状態・情報を共有することで在宅療養に必要な医療処置を確認出来たり、状態の把握といった必要で知りたい情報のみを確認できる。イニシャルコスト、ランニングコストともに無料であることは、最大の武器である。

栃木県のICTを活用した医療介護連携



④たいせつ安心 i 医療ネット（北海道・旭川）

旭川市における IT 活用による医療ネットワークシステムは、「たいせつ安心 i 医療ネット」として、市内 5 大病院（旭川医大、市立、医療センター、日赤、厚生）及び近隣二次医療圏期間病院（富良野協会、深川市立、留萌市立）がネットワークを構築し、平成 26 年 4 月よりサービスを開始している。

この基幹ネットワークに市内病院、診療所、歯科医院、及び調剤薬局が一定の条件の下、施設登録し、参加接続することが可能であり、平成 27 年 4 月現在での登録施設数は医科 101 施設、歯科 8 施設、調剤薬局 14 施設となっている。旭川市内が 104 施設である。

先の 5 大病院受診者は、本人の同意のもと、このネットワークの施設登録機関に自己の医療情報を公開することが可能となり、一方登録医療機関は瞬時に入る 5 大病院での治療及び検査内容が検索可能となり、夜間や緊急受診時には、過去の治療状況を把握することが極めて容易になった。

患者登録数は、13,990 名（27 年 7 月現在）で、このネットワークの利用件数は月 1,100 回程度の検索回数となっている。登録診療所からの 5 大病院紹介患者がどのような検査を受け、治療内容はどのようなものであり、現状はどうか、いちいち担当医に電話をしなくても自院の PC であたかもカルテを自分で直接閲覧しているように情報収集が可能である。

自院からの紹介患者の状況が知りたくない医師はいないであろうし、また情報提供書の記載も極めて簡潔で済む。

この医療連携ネットワークは現在までのところあくまで医療機関内ネットワークであり、今後の地域包括ケアシステムに積極的に関与するには、介護・福祉施設との有機的ネットワークに発展していかなければならない。



たいせつ安心 i 医療ネット とは

- ・ 旭川市内の公的病院の診療情報を、他の医療機関(ネットワークに参加している医療機関)でも利用できるようにするためのしくみ
- ＜診療情報とは＞
 - 検査結果
 - レントゲン・CT・MRI・超音波といった画像情報及び放射線科の専門医が読影したレポート
 - 処方された薬
 - 医師が記載した事項(症状・所見・診断・説明事項など)
 - 看護師が記載した事項
 - 副作用・アレルギー情報他

⑤熊本メディカルネットワーク (熊本県)

熊本県では、平成 26・27 年度合計 7 億 7,463 万円の地域医療介護総合基金からの予算を得て(平成 28 年以降は単年度ごとに予算請求)、センターサーバーを熊本県医師会に置き、熊本県医師会・熊本大学・熊本県と協働で協議会を設置し、最終的に県内医療機関(中核病院 128、訪問診療など在宅医療対応な診療所 927)・歯科診療所(在宅療養歯科診療所 91)・全ての訪問看護ステーション・調剤薬局(在宅患者訪問薬剤管理指導薬局 564)・介護施設・介護事業所(そのうち、介護事業所は医療分野の先行着手の為最終的には 6 割の 557 を設置見込み)・全ての地域包括支援センター 79 等、合計 2,482 施設にサーバーを設置する予定である。当分の間、アクセスには医師資格証を使用する。

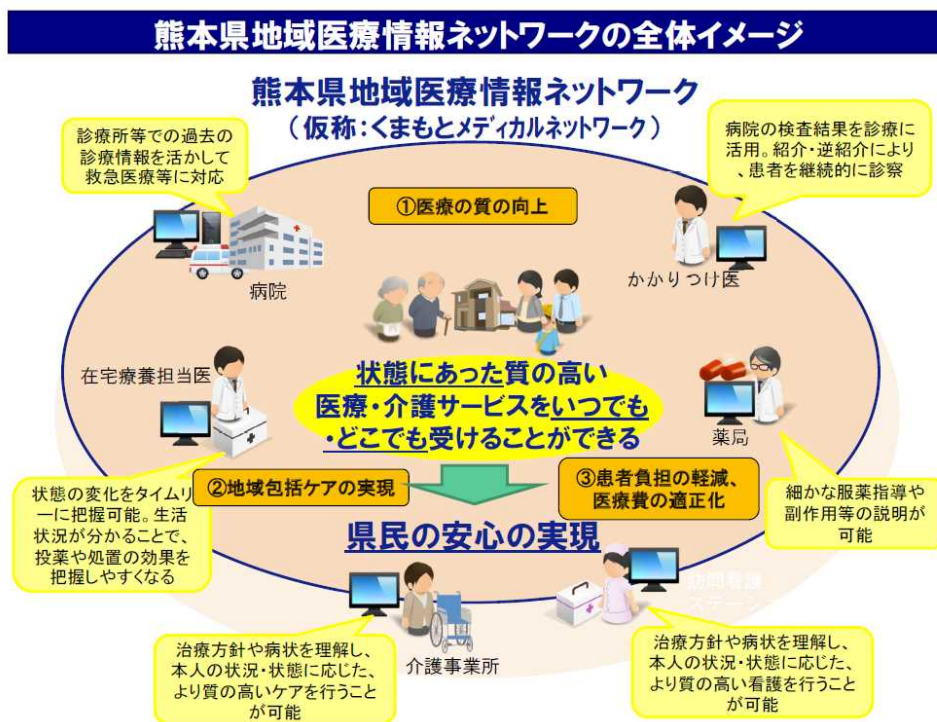
費用については、参加施設負担金は参加料がインターネットの環境下に

ある病院が 1,000 円（月額、以下同じ）、診療所・薬局・歯科は情報参照のみの場合 500 円（情報提供ありの場合、通信料 4,530 円を加えて 5,030 円）、新設の場合は通信料 4,530 円合計で病院 10,500 円、診療所は 5,700 円、薬局 10,000 円、歯科・その他の施設は診療所と同じく 5,700 円となっている。

本県のシステムの特徴は①熊本県医師会が事業主体となり、熊本大学や他の医療関係団体、医療機関との連携により推進する。②関係者間で各疾患で必要な情報のみを提供する（患者の転院や退院等の必要な時に必要な情報だけを関係機関のみで共有する）。③現在より少ない手間で、関係機関間で必要な患者情報を共有できる。④他県に比べて、利用料を低額にする。⑤当初計画から介護との連携を推進する。

事業の進め方と工程は、第 1 期が平成 26 年度から 29 年度に 3 パイロットエリア及び中核病院等における構築・検証等を行い、第 2 期は平成 30 年度から 33 年度までで、県下全域での構築予定である。

将来は、現在郡市医師会が中心となり進められている在宅医療拠点事業のネットワークと一体となることで、この事業の完結を目指している。



4. 在宅医療の推進機関としての医師会の活用

診療所そのものの努力も必要であるが、医師会を活用して在宅医療を充実させる方法も考えるべきである。

医師会を中心にその会員が「在宅医療の必要性」を働きかけることによって以下のようなことが期待できる。

- ①在宅医療を担う医師の確保により、研修及び人的交流などを企画・運営し、在宅医療を担う人材を広く育成することができる。
- ②関係団体や関係職種との連携により、医師会が主導し呼びかけをすることで他職種、行政も連携協力しやすい環境づくりを行うことができる。
- ③後方支援病床の確保により、在宅療養後方支援病院機能の周知徹底を図り、これら医療機関を中心とする医療連携の機能を充実させることができる。
- ④訪問看護ステーションの現状は、医療法人をはじめ医師会や社会福祉法人が設置主体となっている割合が多く、在宅医療連携体制を構築しやすい環境整備ができる。
- ⑤医師会員の協力体制により、在宅医療の推進役としての約17万人の医師会会員が結束することで各方面の協力が得られ、実行しやすくなる。

また、その他の取り組みとして、以下の点が求められる。

i. 地域住民への普及啓発

- ・地域住民向けの講演会・説明会等を企画し、在宅医療等の普及啓発に努める。
- ・在宅医療普及のためのパンフレット等を作成し、医療機関や行政、訪問看護ステーション等へ配布し、ビジュアル的に地域住民への普及啓発を行う。

ii. 行政との関係

地域包括ケアシステムの構築は行政がその中心となるが、地域の医師会も医療の専門家として参画し、行政が開催する高齢者福祉計画及び介護保険事業計画、地域包括支援センター運営協議会、地域密着型サービス運営協議会、国民健康保険運営協議会等でイニシアチブをとり、意見を述べるのが重要である。

Ⅱ．介護への対応

1．医療と介護の連携

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を見据え、その急増する在宅での医療ニーズや介護ニーズに対応するためには、地域包括ケアシステムの理念のもと、医療・介護の連携がますます重要になってくる。

具体的には、退院支援、日常での療養支援や急変時の対応、看取り等を含めた多様な場面で、医療・介護の連携が必要となる。住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるように、また安心して終末期の在宅医療、そして在宅死が迎えられるように、医療・介護・介護予防・生活支援が一体的に提供されることが重要である。地域の高齢者が自宅だけでなく、高齢者住宅やグループホーム、その他の介護施設で生活していようとも必要な医療はしっかりと提供されなければならない、かかりつけ医の役割が改めて重要となってくる。

地域包括ケアシステムの推進には、様々な施設や事業所間での多職種連携が必要となる。有床診療所は、多職種との連携をうまく取っていくことで、今後の展開を考えるチャンスとしたい。具体的には、ケアマネジャーと顔の見える関係を構築し、レスパイト入院やショートステイの病床の確保等自院病床の活用を積極的にしていくべきである。

かかりつけ医として多職種連携のチームのリーダー的役割を果たし、有床診療所内で地域ケア会議を行うなど、開かれた有床診療所を目指していくべきである。

2. 短期入所療養介護（ショートステイ）への対応

医療が必要な在宅要介護者の増加が今後さらに見込まれる中で、長期にわたる在宅療養生活を支えるためには、本人の健康管理とともに家族・介護者の身体的・精神的負担の軽減が必要であるが、医療も提供できる有床診療所での短期入所療養介護（ショートステイ）はまさに理想的な存在であり、患者や家族にとっては安心感がある。

平成 21 年度の介護報酬改定において、有床診療所の病床でも「短期入所療養介護（ショートステイ）」を実施できることとなったが、実際には有床診療所のショートステイへの参入は進んでいないのが現状であり、短期入所療養介護の算定事業所について、算定日数に占める割合を見ると、93%が介護老人保健施設であり、有床診療所の算定は4%にすぎない。

有床診療所の短期入所療養介護への参入が進まない要因としては、以下の3点が挙げられる。

- ① 有床診療所の経営者自身が短期入所療養介護を実施できることを知らない。

平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金で行われた「有床診療所の短期入所療養介護の運用状況調査研究事業」によれば、47%の有床診療所で短期入所療養介護を実施できることを知らなかったとされている。

- ② 短期入所療養介護の指定を受けるためのハードルが高い。

短期入所療養介護の施設基準として、食堂、病室床面積、機能訓練室の緩和を求める声が多かった。また、介護保険事業所の指定申請手続きの煩雑さも指摘されている。

- ③ 医療処置に対する制限（出来高払い制限）

短期入所療養介護の場合、必要な医療処置に対する出来高払いは算定できない。先の調査でも、検査・処置・注射等の出来高払いの拡大を求める声が多かった。

今後、地域でさらに必要とされる短期入所療養介護のニーズに対して、有床診療所が地域包括ケア体制のなかでその役割を果たしていくことができるよう、施設基準・要件の緩和が必須条件であり、以下の通り改善すること

を要望する。

① 事業者の指定申請手続きの簡素化

有床診療所が短期入所療養介護を行う場合、介護保険事業所としての指定を受ける必要がある。介護療養病床を有している場合は「みなし指定」が行われるが、一般病床や医療療養病床を有する有床診療所は指定申請を行う必要があり、その際に膨大な種類の書類の提出を求められるため、有床診療所には負担感が強く参入が進まない一因となっている。新たな参入を促すには、提出書類の簡素化が必要である。

② 行政への周知

所管行政においても、有床診療所において「療養介護が実施可能」であることについての認知度が低く、申請手続きを相談しても的確な指導が受けられない場合もある。この点は、各都道府県を通じて市町村において理解が進むよう制度の周知が強く求められる。

③ ケアマネジャーや地域住民への周知と近隣医療機関等との連携

行政同様、ケアマネジャーの中にも、有床診療所で短期入所療養介護が実施されていることを知らない場合が多い。今後は、地域住民や居宅介護支援事業所、病院の医療相談室などに配置されている専門職（ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーなど）に対して、有床診療所の短期入所療養介護の優位性、機能や役割についての周知を徹底するとともに連携に努めていくことが不可欠である。そしてこれがやがて、「地域に開かれた有床診療所」の社会的評価にもつながることになるであろう。

< 「ショートケア」の提言 >

しかしながら、このような施設基準等の要件が改善されたとしても「ショートステイ」がどのようなものであるかは、介護保険制度施行 15 年を経過した現在では、介護保険領域における施設運営者やケアマネジャー及び利用者、さらに家族にも広く認識、理解され、利用者や家族を含めた介護社会の目はすでにその設備、アメニティやショートステイ中のリハビリを含めた機能訓練や送迎、介護者のレスパイト支援等、多くの既存施設との比較する時代に入ってきている。

本委員会としては、ショートステイの概念が定着した現在、医療行為ができる有床診療所の病床活用による、いわゆるショートステイ機能を模索

するのであるならば、「ショートステイ」の言葉を使わず、新たに「ショートケア」とも言うべきカテゴリーを新設し、介護保険ではなく医療保険点数を設定することを提案したい。要介護度が高い患者や医療の必要性が高い患者が在宅で療養するためには、家族のレスパイト支援が必要であり、有床診療所が果たす役割は大きい。「地域包括ケア時代」に向け、有床診療所におけるショートステイの活用について、次年度以降も検討を進めていきたい。

3. 高齢者入所施設との医療連携

高齢者入所施設は、有料老人ホームやサービス付高齢者向け住宅など、全国的に急激に増加している。また、特別養護老人ホームの入所者の医療必要度は、以前に比べ格段に大きくなっている。こうした状況に伴い、高齢者入所施設からの救急搬送が飛躍的に増えており、地域では、救急病院の疲弊や夜間当番医制が崩壊しかねない事態も起きている。

高齢者の急変で問題となるのは、主に肺炎などである。昨今では、重症でない場合には急性期の病院での入院受け入れは困難であり、有床診療所が受け入れている。身近な有床診療所が対応することにより、地域に貢献していくことができる。

近隣の特別養護老人ホーム等との日頃からの連携も図っておくことが望ましい。

Ⅲ. 地域包括ケアシステムにおける専門医療を提供する有床診療所の役割

1. 整形外科有床診療所

(1) 高齢社会における整形外科有床診療所の役割

整形外科有床診療所は、主として関節・脊椎疾患・リウマチ等慢性疾患の手術の実施や、救急医療の初期治療として外傷患者等を受け入れるとともに、急性期病院を退院した患者を受け入れ在宅への橋渡しを行っている。

今後高齢社会がさらに進展する中で、整形外科有床診療所が果たす役割はより大きくなると考えられる。例えば、高齢者は腰椎圧迫骨折なども多くなるが、これらの患者は手術を要さないため、急性期の病院で入院を受け入れることは困難である。しかし、独居高齢者の場合自宅で生活を送ることは困難であるため、有床診療所で入院を受け入れ、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。また、高齢者の介護予防にはリハビリテーションが非常に重要であり、整形外科有床診療所が積極的に取り組んでいくことが求められる。

(2) 「自宅等退院患者」の取扱いの改善について

医療機能の分化・連携を進めていく上で、整形外科有床診療所が果たす役割は大きいですが、現在、急性期病院との連携に支障が出る事態が起きている。

平成 26 年度診療報酬改定において、「7 対 1 入院基本料」の施設基準として「自宅等への退院患者割合 75%以上」の要件が加わった。これらは、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準が設定された病棟（地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、在宅復帰機能強化加算を算定する療養病棟）への転棟も分子として参入できるが、有床診療所は含まれていないことから、7 : 1 病棟から有床診療所への紹介・転院がしづらい状況になっている。実際、日本臨床整形外科学会の調査によれば、平成 26 年 4 月以降、約 70% の有床診療所で急性期病院からの転院患者が減少している。

「自宅等退院患者」の問題は、整形外科に限った問題ではないが、特に整形外科では、これまで進めてきた大腿骨頸部骨折連携パスがこの取扱いによって著しく支障が出ている。

「はじめに」で述べたように、医療法において有床診療所の後方病床機

能、すなわち、「病院を退院する患者が居宅等における療養生活に円滑に移行するために必要な医療を提供する」役割が位置づけられたところである。

中医協の実態調査では、有床診療所の入院患者の入院前の居場所は、眼科・産婦人科では100%近くが自宅である一方で、内科や外科、整形外科では急性期病床からの受け入れが約15%、また内科では介護老人福祉施設（特養）からの受け入れも10%あった。有床診療所の患者の退院先としては、内科や外科でも約8割が自宅に戻っていることが明らかとなっている。

大腿骨頸部骨折連携パスについても、福井県の事例では、全648例中自宅への退院数は540例で、整形外科有床診療所の自宅退院率は83.3%であった。回復期リハビリテーション病棟を有する病院の自宅退院率と遜色ないものと思われる。

これらの調査結果を踏まえれば、有床診療所も「自宅等退院患者」として参入し、地域における連携を今後とも推進できるようにすべきである。

2. 眼科有床診療所

(1) 現状

眼科有床診療所数は、平成18年11月には1,040施設あったものが、平成27年5月には679施設にまで激減している（約35%減少）。

眼科では、高齢者や独居老人そして通院困難な患者を除けば、入院しなくても手術を行うことが可能な症例もあるため、手術数の少ない比較的小規模な有床診療所から無床化が進んでいる。

(2) 高齢社会における眼科有床診療所の役割

眼科入院治療の中核となる病院の眼科でも、眼科医師数や手術件数が減少する例が増加している。そのため、入院での眼科手術が必要となる高齢者や独居老人、そして通院困難者の入院治療はさらに困難な状況になっている。高齢者などの白内障手術は、たとえ短期間でも入院の上で行うことが望ましく、眼科有床診療所は手術や入院を中止した病院の眼科に代わって、これらの社会的弱者に対して多職種連携の一環として地域におけるセーフティネットの役割を果たしている。今後進行する高齢社会に対応して、眼科有床診療所はより一層重要となるであろう。

眼科手術、特に白内障手術は、転倒そして認知症やうつ防止に有用であることがエビデンスを持って示されており、地域包括ケアシステムの中でも、白内障手術が有効に機能していることは明らかである。

患者が住み慣れた地域で眼科手術を行っている眼科有床診療所の存在は、手術のために遠距離を移動する必要がなく、内科などのかかりつけ医による診療を継続したまま手術が行えるなど、大きな利点がある。

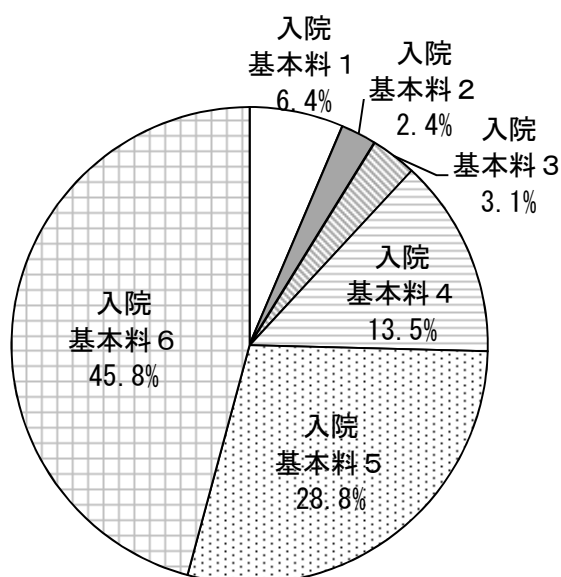
(3) 眼科有床診療所の入院基本料について

日本眼科医会では、平成 27 年 5 月に全国の全ての眼科有床診療所 679 施設に対して、現在算定している入院基本料と該当する施設基準についての緊急アンケートを行った。

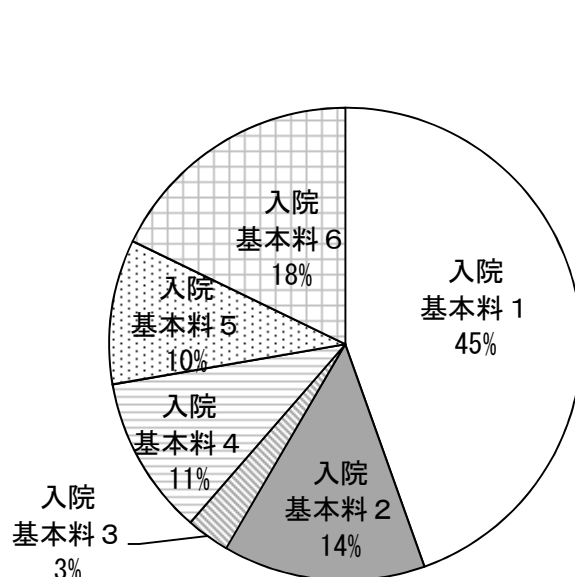
その結果を、平成 26 年度の全科の有床診療所に対して中医協が行った調査結果と比較する(図 3)。有床診療所入院基本料 1 は、眼科で 6.4%、全科では 45%、また施設基準を 2 つ以上満たして入院基本料 1~3 を算定しているものは、眼科で 11.9%、全科で 62%といずれも眼科では著しく低い値を示した。これに対して、入院基本料 4~6 を算定するものは眼科では 88.1%、全科では 38%となっている。これは眼科にとって、現在の入院基本料 1~3 算定要件となる施設基準をクリアすることが困難であることを示している。

図 3 有床診療所入院基本料の算定状況

眼科有床診療所
(日本眼科医会 平成 27 年調査)



有床診療所
(中医協 平成 26 年調査)



眼科では看取りの実績が少ないのは致し方ないが、外科などにおける「全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔手術年間 30 件以上」や、産科における「分娩数年間 30 件以上」などに相当する眼科手術に対する評価がされていないことも格差の原因となっている。

眼科有床診療所の無床化を防止し、その機能を高齢者など社会的弱者の為にこれからも継続して利用するために、施設基準に眼科手術を評価した項目を加えることが必要である。

前述の通り、既に全身麻酔・脊髄麻酔・硬膜外麻酔や分娩については、年間 30 件以上との施設基準が定められており、今回提案する「球後麻酔年間 120 件以上」という施設基準も、眼科手術が地域包括ケアシステムに貢献している立場からみれば評価されるべきである。

眼科の内眼手術に必要な「L006 球後麻酔を年間 120 件以上実施した場合」を施設基準に加えることを要望する。

(例) 過去 1 年間の球後麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が 120 件以上であること。

3. 産婦人科有床診療所

地域包括ケアシステムは、高齢者を中心とした医療・介護の一体的提供が主眼であるが、地域完結型の医療を目指すという視点で考え、有床診療所の専門医療として大きな位置を占める産婦人科有床診療所について述べておきたい。

産婦人科有床診療所は、分娩の約半数を担っており、日本の産科医療において非常に大きな役割を果たしている。しかし、分娩を扱う病院、有床診療所はいずれも減少傾向が続いている。

政府の「一億総活躍社会」の実現に向けた「新・三本の矢」では、希望出生率 1.8 を目標に掲げている。これを実現するための育児等の政策が今後行われていくわけであるが、その出産を支える周産期医療提供体制がきちんと整備されていることが出生率上昇の大前提である。

産婦人科有床診療所の喫緊の課題は、脆弱な周産期医療提供体制の充実である。地域の安全、安心な分娩施設である有床診療所が減少せず、若い産科医が育つための方策を考えてみる。

(1) 県内・地域で完結できる母体搬送システム

周産期医療システムの構築として、各都道府県にハイリスク妊産婦を扱う総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターが整備されている。主として正常分娩を扱う有床診療所との病診連携により妊産婦死亡率、周産期死亡率の低さは世界のトップレベルにある。しかし、一見形は整っているが実情は厳しく、母体の県外搬送は珍しいことではない。医療を地域で完結させることは国民の願いでもあり、将来の若手産科医を養成する最低条件である。近隣の母子周産期センターで収容できない主な理由は、NICU ベッドの不足と NICU 専門医の不足である。

ベッド数不足の解消のために、NICU 長期入院児に対する支援事業が近年実施されており、九州でも福岡県・宮崎県・長崎県で小児等在宅医療推進事業が立ち上げられている。その内容は、在宅医療を必要とする小児等が、在宅において必要な医療・福祉サービスの提供を受け、地域で安心して療養できる体制を構築し在宅医療を推進するものである。

一方、NICU 専門医の養成については、各県に小児科医・産婦人科医として将来勤務する意志がある臨床研修医を対象に修学研修資金貸与制度があり、県内で一定期間勤務すればその返還は免除される。しかし現在のところ、NICU 専門医不足は続いており、その効果は見られず地域格差も広がっている。

(2) ICT ネットワークを活用した安心・安全な周産期医療

周産期医療システムのハードについては、(1) で述べたがその円滑な運用についての取り組みを紹介する。岩手県には周産期医療情報システム「いーはとーぶ」があり、災害にも強い周産期医療支援システムとして有名である。このソフトはインターネットを介して周産期医療機関がハイリスク妊産婦等の搬送等に必要な医療情報を共有するもので、先の東日本地震においてもその効果が発揮された。長崎県でも平成 26 年 4 月より周産期医療支援システム「すくすく」の運用を開始している。平成 27 年 9 月現在妊婦の登録は 2,200 名を超え、参加施設数も徐々に増加している。全ての分娩施設が参加すれば、妊婦のデータを登録することにより県内どこの施設に行っても情報の共有ができ、周産期母子医療センターへの搬送時にも詳細な経過記録が即座に送れるし、診療所間での紹介も即座に出来る

という病診連携、診診連携に役立つものである。妊産婦が救急で運ばれ母子手帳を持参していなくとも、即座に必要なデータを救急受け入れ機関が情報を共有でき安全な医療につながるものである。

(3) 産婦人科有床診療所の経営環境

産婦人科有床診療所は2つの命を預かる科として24時間体制で待機しているが、平成26年度の診療報酬改定では帝王切開手術料が減額された。さらに地方では少子化が進行し分娩数の減少による収入減が顕著である。一方、緊急入院に備え余裕のある看護師・助産師数が必要で人件費は減少せず、消費税増税の影響もあり支出は増大している。緊急入院→正常分娩経過→異常分娩・緊急手術→救急搬送と目まぐるしく変化する妊産婦への切れ目のない対応に追われ、地域医療に貢献する産科有床診療所に対し出産一時金の増額や診療報酬の増額などの手当が必要である。

これまで周産期医療提供体制について述べてきたが、女性に特有な疾患の診療を担当する産婦人科医は今後高齢化社会における地域包括ケアシステムの中で多職種連携の一翼を担う必要があり、その要求も高まるものと思われる。すでに福岡市では福岡市医師会と福岡市産婦人科医会との協力体制が構築されているとの事である。複数の医師を有し、往診・時間外対応が可能な産婦人科有床診療所はこのニーズに応える施設であろう。

IV. 病床機能報告制度と地域医療構想

平成 26 年 6 月に公布された医療介護総合確保推進法により、医療法改正が行われ、病床機能報告制度が創設されるとともに、地域医療構想を医療計画の中に位置づけ、地域の医療機能分化と連携を進めていくこととなった。

病床機能報告制度は、それぞれの医療機関が病棟毎に、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 つの機能の現状と今後の方向性を選択し、都道府県に報告するものである（有床診療所は 1 病棟と考え、施設単位で報告）。

さらに、有床診療所については、その役割を明確化するため、以下の 5 つの機能も選択（複数選択可）することになっている。

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機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する機能
4. 在宅医療の拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能

なお、厚生労働省による病床機能報告マニュアルでは、有床診療所が 19 床以下と小規模であり、地域の医療ニーズに対応して多様な役割を担っていることを踏まえ、次の選択例が示されている。

(例)

- ・産科や整形外科等の単科で手術を実施している有床診療所
→ 急性期機能
- ・在宅患者の急変時の受入れや急性期経過後の患者の受入れ等幅広い病期の患者に医療を提供している有床診療所
→ 急性期機能又は回復期機能のいずれか
- ・病床が全て療養病床の有床診療所 → 慢性期機能

これらの例以外にも、有床診療所には様々な患者の方々が入院しておられることを踏まえてご回答ください。

平成 26 年度については、報告対象の有床診療所 7,365 施設のうち、平成 27 年 3 月 31 日までに 6,949 施設（90.1%）が報告した結果は以下の通りであった（表 1）。急性期が 62.9%と最も多く、回復期が 17.1%、慢性期が 19.2%となっている。

表 1 有床診療所の機能区分の報告状況（平成 26 年度末まとめ）（病床数）

高度急性期	急性期	回復期	慢性期	小計	未選択
668 (0.8%)	52,220 (62.9%)	14,117 (17.1%)	16,217 (19.2%)	83,222 (100%)	3,364

また、5つの機能の回答結果は以下の通りとなっている。最も多いのは「2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能」で 48.9%、次いで「3. 緊急時に対応する機能」が 43.1%となっている。

表 2 有床診療所の 5つの機能の報告状況（医療機関数）

1.受け渡し機能	2.専門医療	3.緊急時対応	4.在宅医療拠点	5.終末期医療	6.いずれも該当せず	無回答
2,512 (36.1%)	3,400 (48.9%)	2,993 (43.1%)	1,711 (24.6%)	1,773 (25.5%)	1,250 (18.0%)	185 (2.7%)

地域医療構想では、構想区域毎に、一般病床及び療養病床に係る高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の将来における病床の必要数（必要病床数）が推計される。病床機能報告制度で報告された機能別の病床数と必要病床数とを踏まえ、2025 年に向けてそのバランスをどう取っていくかが大きな課題となる。ただし、地域医療構想は必要病床数を達成するために無理やり病床数を増減するものではなく、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められるものである。

そのような中で、平成 27 年 6 月に「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」の第一次報告が公表されたが、正式な公表前に「病床 10 年後 1 割削減」や「全国の病院、必要ベッド 20 万床減」などの報道がなされ、地域の医療現場を混乱させたことは誠に遺憾である。地域医療構想は各構想区域で必要な病床を手当てする仕組みであり、単純に全国や都道府県毎に集計した数字に意味はない。また、今後地域医療構想を検討し、各地域で協議していく中で次第に収れんされていくものであり、またこれまでのトレンドとして減少する分もあるにも関わらず、単純に現在の病床数と比較することは、相当数削減しなければならないとの印象を与えかねない。

今後の地域医療構想の策定の中で、有床診療所の病床数も含めて検討が行

われていくが、最も注意すべき点は、有床診療所の病床が、病床削減の数合わせに使われることのないようにすることである。これまでの委員会答申でも述べてきた通り、有床診療所の病床は、病院の病床とは別の概念で捉えることが重要である。有床診療所の病床は、地域に密着し、プライマリケアの実践において、外来医療や在宅医療を補完するための病床である。また、眼科や産婦人科などでは病院の集約化が進む中で、地域の専門医療を確保するために必要な病床である。

各構想区域の調整会議において、前述の有床診療所が果たしている5つの機能を十分考慮し、有床診療所の病床が適正に確保されるよう、各地域医師会が十分注意して対応する必要がある。

もちろん、有床診療所自身も、地域医療構想の中でどのような役割を果たしていくかを意識した運営をしていかなければならない。

V. 有床診療所が役割を果たすための今後の課題

1. 診療報酬上の評価

有床診療所の診療報酬は長年にわたり非常に低く抑えられてきたが、平成 26 年度の診療報酬改定では、地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所を評価するものとして、入院基本料 1～3 が新設されるとともに、看護補助配置加算が新設されるなど、厳しい財政状況の中でも一定の評価がなされたところである。

しかしながら、平成 26 年度においても 580 施設もの有床診療所が廃止（8割は無床化）しており、減少傾向は止まっていない。

有床診療所が今後とも地域包括ケアシステムを支えていくためには、まず有床診療所の運営を安定化させることが必要であり、特に診療報酬上の評価について、さらなる改善を要望したい。

具体的には、「医師配置加算」と「夜間看護配置加算」の引き上げを要望する。有床診療所の 4割は 1人の医師で対応しているが、現在の医師の疲弊や今後の継承を考えると、複数医師体制を取れるようにすることが必須である。また、有床診療所は、特に夜勤の看護職員の確保が困難な状況にある。夜間の安全体制をより強化するためにも、手厚い評価を要望したい。

2. 継承問題

(1) 高齢化する診療所の開設者又は法人の代表者

厚生労働省の「平成 24 年（2012 年）医師・歯科医師・薬剤師調査」によれば、診療所の開設者又は法人の代表者の平均年齢が 60.2 歳と初めて 60 歳を超えた。60 歳から 69 歳の診療所開設者又は法人代表者は 19,449 人で、70 歳以上は 14,115 人である。全体（72,164 人）に占める割合は 46.5%となる。この中には有床診療所の開設者又は法人の代表者も含まれており、地域包括ケアシステムにおいて有床診療所が重要な役割を果たすには、継承問題を解決することが喫緊の課題である。

(2) 相続税の課税強化と対応策

税制改正により、平成 27 年以後、相続税の課税強化が図られた。たとえば、被相続人所有の財産に対し相続税の課税がされるか否かの分岐点となる「遺産に係る基礎控除額」が改正前の 60%に引下げられ「3,000 万円 + 600 万円 × 法定相続人の数」とされた（巻末 参考 1）。また、累進構造である相続税の税率も最高税率が 5%引上げられ 55%とされた（巻末 参考 2）。相続税の課税強化により、有床診療所の事業に供している不動産（土地等、建物）や医療用機器、事業用預金などに対する相続税額が増加し継承を危うくする可能性が増した。生前から相続税対策を講じるなど事前の対応が必要と考える。なお、相続税の計算においては、「小規模宅地等についての相続税の課税価格の計算の特例（措法 69 条の 4）」措置という事業用宅地を優遇する制度が設けられている。個人が開設・管理する有床診療所の場合、一定要件を満たせば診療所敷地が「特定事業用宅地等」とされ 400 m²までの該当する事業用土地等について 80%の評価減が適用される（巻末 参考 3）。また、開設者が医療法人である有床診療所の場合、一定要件を満たせば「特定同族会社事業用宅地等」について、400 m²までの該当する事業用土地等について 80%の評価減が適用される（巻末 参考 4）。なお、医療法人の場合、80%評価減は一定の経過措置医療法人についてのみ認められており、持分のない医療法人には 80%評価減が適用されない点に留意が必要となる。

(3) 継承に向けた有床診療所の機能強化・複数医師体制の確立

1) 社団形態の医療法人の活用

有床診療所継承のため、機能強化や複数医師体制の確立が望まれる。そのためには、法律を根拠とする組織体制の構築が望ましい。その場合、社団形態の医療法人の活用が有力な選択肢となる。医療法人は、平成 27 年 9 月に可決・公布された改正医療法によって、経営の透明性の確保やガバナンスの強化が図られ、また、医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための選択肢となる新制度である「地域医療連携推進法人」への参加も可能とされた。

2) 地域医療連携推進法人制度と有床診療所

有床診療所の継承を考える際、「マンパワーの確保と強化」及び「老朽化した設備の更新」は喫緊の課題である。マンパワーの確保と強化は、有床診療所単体での対応にはおのずと限界がある。また、老朽化した設備の更新についても、たとえば、平成 26 年度補正予算に防火対策費用約 192 億円が盛り込まれたが、抜本的な解決策が必要とされる。

医療法改正で創設された地域医療連携推進法人は、地域医療構想を達成するための一つの制度であり、参加法人間では、病床再編（病床数の融通）、キャリアパスの構築、医師・看護師等の共同研修、医療用機器の共同利用、資金貸付などを行うことができる制度となっている。これへの参加により、マンパワーの確保や強化、老朽化した設備の更新などを行い有床診療所の継承を円滑に進めることも検討に値するのではなかろうか。

3) 法人化によるスムーズな継承手続き

有床診療所を継承する手続き面でも、医療法人は個人立よりもスムーズに行うことができる。個人立医療機関の場合、開設・管理者である医師の交代は開設者及び管理者の変更が必要（旧医療機関廃止、新医療機関開設）であり、また、税務上の手続きなども開廃業の手続きが必要となる。これに対し、医療法人立の医療機関は、開設者が医療法人のため、大まかには、管理者及び理事長変更で済むことになる。

4) 経営面での医療法人の活用

医療法人は医療法第 42 条の業務（附帯業務）を営むことができる。近年、地域包括ケアシステム確立に向けてサービス付き高齢者向け住宅の設置が附帯業務に盛り込まれるなどその範囲は拡大傾向にある。これにより医療法人立の有床診療所は業務面での機能強化を図ることが可能となる。また、税金面では、個人課税が強化される方向となっているのに対し、法人税率の引下げの恩恵を受けられる医療法人は、今後更に税の軽減を受けられる可能性がある。税が軽減されれば、内部留保を厚くしてこれを機能強化や人材確保に充てて継承を円滑に進めることが可能と考えられる。

(4) 経過措置医療法人への事業承継税制創設の必要性

第 5 次医療法改正により「持分あり」医療法人は当分の間存続する経過措置医療法人とされ新規設立はできないこととされた。しかし、経過措置医療法人は、平成 27 年 3 月 31 日現在、全国に 41,027 法人あり医療法人全体の 80.6%を占めている。有床診療所を医療法人立で経営する医療法人は大半が経過措置医療法人と推測される。この法人の特徴は「持分」を通じて出資社員が医療法人の財産権を持つところにある。財産権は相続税の課税対象とされる。

ところで、同族経営の株式会社には、事業承継税制が手当てされている。これに対し、経過措置医療法人には事業承継税制は存在しない。「持分なし」への移行を検討する経過措置医療法人には税制面での支援措置として平成 26 年 10 月 1 日以後の 3 年間、「認定医療法人制度」が創設された。しかし、「持分あり」のまま継承したい医療法人には事業承継税制が存在しない状態が続いている。経過措置に位置付けられたとはいえ、持分権は出資社員の財産権であり尊重されてしかるべきである。相続税の課税強化がされた今、経過措置医療法人の事業承継が円滑に進むための事業承継税制創設と評価方法の見直しが強く望まれる。

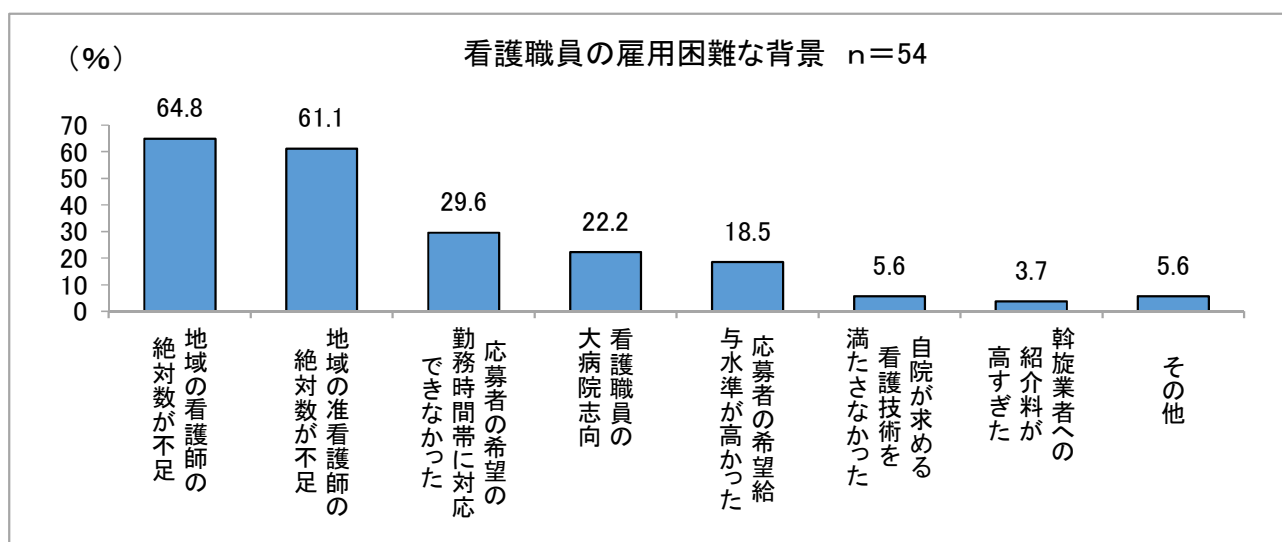
3. 看護職員、介護職員の確保

(1) 看護職員不足の現状

多くの有床診療所において、今最も問題となっているのは、看護職員や介護職員の確保である。

看護職員の雇用が困難な背景としては、「地域の看護師の絶対数が不足している」「地域の准看護師の絶対数が不足している」が上位を占めているが、「応募者の希望の勤務時間帯に対応できない」や「看護職員の大病院志向」も挙げられている(日医総研「平成27年有床診療所の現状調査」)。

図4 看護職員の雇用が困難な背景(看護職員の雇用が理由と回答した無床・休床施設)



有床診療所の看護職員確保に影響を与えている主な要因は、7対1看護の導入による看護職員の偏在と、医師会立の准看護師養成所や2年課程の減少が挙げられる。

医師会立准看護師養成所はかつては300校以上あったが、平成27年現在では188校(うち6校が募集停止)となっており、この5年間でも21校減っている。これは、「准看護師養成停止」運動を背景に行われた平成11年の指定規則改正(カリキュラム増加、専任教員の増員等)に端を発し、その後も補助金の削減による経営面や実習施設の確保困難により、やむなく閉校に至っているものである。

一方で、看護師養成所(3年課程)や看護系大学は大幅に増加している

が、特に大学卒業者は、県内就業率も5～6割にとどまり、さらに卒業後の診療所への就業は、卒業生1万数千人に対し全国で1ケタの人数である。地域の中小病院・有床診療所の看護職員確保には何ら寄与していない。

国や都道府県は、有床診療所の無床化に歯止めをかけ地域の医療提供体制を確保するため、早急に具体的な看護職員確保対策を行うべきである。

(2) 看護職員の確保のために

1) 地域医療介護総合確保基金の活用事例（岩手県）

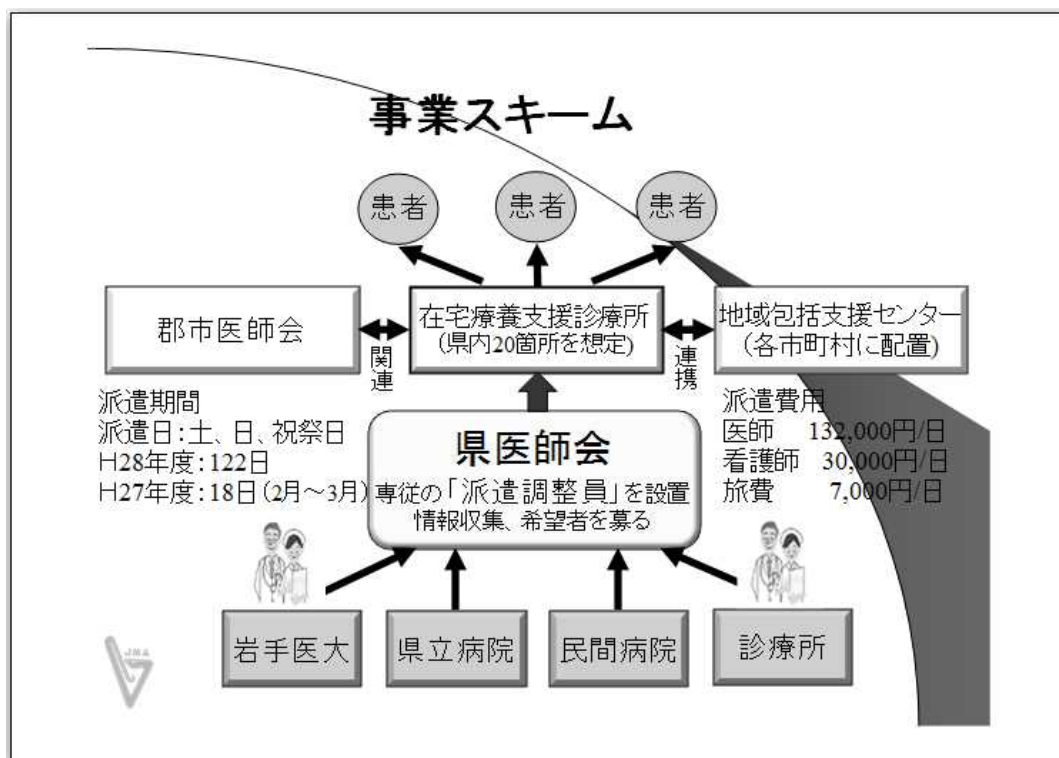
岩手県医師会では、平成27年度地域医療介護総合確保基金において「有床診療所医師等確保事業」を計画している。

四国4県に匹敵する広大な面積である岩手県は、県立病院が20施設あり、民間病院との協調によって地域医療構想上の入院には対応が可能であるが、在宅医療が課題であるという。現状では、在宅医療は診療所の医師が単独で行うケースが多く、医師個人の責任感や情熱に頼っている状況であることから、24時間体制による在宅療養を行う在宅療養支援診療所（有床診療所）に対して、週末や祝祭日に医師や看護師を派遣することにより、在宅医療を推進していくことが本事業の目的である。また、本事業により今後期待される効果として、希望する医師に在宅医療の現場を体験してもらうことによって、①在宅医療に関心を持つ医師の掘り起しと育成、②在宅医療のスキルアップを挙げている。

本事業は、在宅医療の推進のための事業であるが、有床診療所を拠点として行うことにより、有床診療所の活性化にもつながることが期待できる。地域住民には有床診療所が在宅医療の拠点として貢献していることを知ってもらうことができ、また医師や看護師には地域に密着した有床診療所の魅力を知ってもらうことで、将来的な有床診療所の勤務につながることもあるだろう。

岩手県医師会は、東日本大震災への対応として陸前高田市に岩手県医師会高田診療所を開設し、これまで県内の医師・看護師を中心に派遣を進めてきた実績がある。

他都道府県においても本事例をぜひ参考にさせていただきたい。



※岩手県医師会作成資料

2) ナースバンクの活性化とハローワークとの連携強化

現状では、ハローワークやナースバンクに求人票を出しても応募はなく、やむなく民間の職業紹介事業者を利用せざるを得ない状況にある。しかしながら、民間職業紹介事業者の利用には高額な紹介料がかかり、医療機関の経営を圧迫している。また、紹介された看護職員が早期に離職するケースも指摘されている。医療機関が支払う紹介料は診療報酬が原資であり、貴重な税金や保険料がこのような形で民間職業紹介業者に支払われるのは望ましくない。

民間職業紹介事業者を利用せずとも看護職員を確保できるようにするためには、公的な職業紹介を行うハローワークやナースバンクの機能強化が強く望まれる。

看護師の人材確保の促進に関する法律の改正により、平成27年10月より看護職員の都道府県ナースセンターへの届出制度がスタートした。これは、病院・診療所を離職した場合等に都道府県ナースセンターへ届け出ることにより、都道府県ナースセンターが離職者や潜在看護職員の情報把握し、届出者への情報提供や就業に向けた働きかけを行い、看護職員の確保につなげようとするものである。

まずは登録者を増やすとともに、適切なマッチングが行われ、有床診療所への就業につながることを強く期待する。また、看護職員が離職した際には失業手当等の手続きでハローワークに行くことから、ハローワークとナースバンクの連携を強化し、看護職員の再就業へ確実につなげることが強く求められる。

3) 有床診療所における労務管理

前述の日医総研の調査にあるように、「応募者の希望給与水準が高い」ことや「看護職員の大病院志向」が有床診療所の看護職員の確保を困難にさせている点でもある。

有床診療所において看護職員を確保する場合のポイントとして、医療機関を中心に業務を行う社会保険労務士が以下の3点を挙げている。有床診療所における労務管理の勘所として参考となる。

- ①院内の就業に関する規則の整備
- ②金銭的手当の整備（夜勤手当を近隣病院と同等とする、夜間分娩手当の支給、医師のオンコール手当、緊急呼び出し手当等）
- ③夜勤専従看護師の雇用

就業規則等の整備や金銭的手当の整備は、医師の確保のためにも必要な事項である。

また、3つの甲斐「やり甲斐」「生き甲斐」「居る甲斐」のある職場にすることが大切であるとの指摘もあった。

有床診療所としても看護職員を確保するための努力は引き続き行わなければならないが、経営状況が厳しい中で待遇を改善するためには、やはり診療報酬上の評価が必要である。

4. スプリンクラー等防火設備への対応

平成 26 年 10 月に消防法施行令等の改正が行われ、避難のために患者の介助が必要な有床診療所・病院においては、延べ面積にかかわらずスプリンクラーの設置が義務付けられることとなった。

患者さんを安全にお預かりすることは医療機関として当然のことであり、これまでも防火設備の点検や避難訓練等を行ってきたところである。今後とも防火体制の強化に取り組まなければならないが、スプリンクラー設備の設置については、有床診療所の経営上の問題や後継者の問題などもあり、すぐに設置に踏み切ることができない有床診療所も多い。また、スプリンクラーの義務化を機に無床化した有床診療所もある。地域で必要な有床診療所が、防火対策の問題で無床化に至ることは大変残念である。

法令で義務化された以上、補助金を活用しながらスプリンクラーの設置を進めていかなければならない。国に対しては、今後も十分な補助金の確保を要望したい。

また、防火設備等ハードの整備だけでなく、職員全員が防火意識を高め、日々の点検や訓練を重ねておくことが重要である。

5. 小規模入院施設構想の検討

委員会の中では、有床診療所の今後を検討する中で、継承や看護・介護職員の問題は、病床数 19 を上限とした中では、単に入院基本料の低すぎることを是正しても解決できないとの意見も見られた。このため、平成 5 年～6 年に日本医師会の委員会で検討された「小規模入院施設構想」の再検討が必要であるとの指摘もあった。小規模入院施設構想は、有床診療所の理念を引き継ぎつつも病床数の上限を 30 床とし、常勤医師 1 人＋非常勤医師 1 名とすることにより、小規模病院からの移行も想定した構想であった。また、従来の 19 床までの有床診療所及び 20 床以上の病院制度は残し、選択を可能とするものであった。

しかしながら、当時と現在では、病床に係る制度等も大きく変化してきており、そのままの内容ではなじまない部分もある。また、医療法改正が必要となるため、制度化には相当の議論と関係者による理解が必要となる。

今期委員会では詳細な検討をすることはできなかったが、今後の状況を踏まえて検討することも考慮する必要がある。

おわりに

今期の有床診療所委員会では、地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割について、在宅医療の推進や、医療と介護の連携を中心に検討を行った。

患者・家族が無理なく在宅での療養・介護を続けていくためには、①体調が急変した時にはすぐに診てもらえ、必要に応じて入院ができる体制と、②家族のレスパイトも含めたショートステイ機能の充実が必要であるが、これらはまさに有床診療所が果たしている機能である。

委員会では、実際にショートステイを行っている有床診療所の医師からのヒアリングも行った。その医師は、地域住民の要望を受けてショートステイを実施しているとのことであり、まさに地域に密着して患者・家族のニーズに対応している有床診療所の姿であった。

本答申では、今後医療が必要な高齢者が増えていく中で、医療対応ができる有床診療所のショートステイ機能を充実させていくことが必要であり、現行の「短期入所療養介護」の施設基準の緩和を要望するとともに、「短期入所療養介護」とは別に、「ショートケア」とも言うべき新しいカテゴリでの有床診療所病床の活用も検討すべきことを提言した。これについては、次年度以降も引き続き検討していきたい。

もう1つのキーワードは「開かれた有床診療所」である。有床診療所は、今後も病院や無床診療所、介護施設等との連携をより深めて地域に貢献していくとともに、かかりつけ医として多職種連携のリーダー的役割を果たしていかなければならない。そうした「開かれた有床診療所」の姿は、患者・家族や地域住民のさらなる信頼につながる。

有床診療所は、今後も地域医療・介護に貢献していく決意であることを記すとともに、そのためにも、有床診療所に関する様々な問題について、適切な対応がなされることを重ねて要望して、結びとする。

参 考 資 料

1. 継承問題に関する資料
2. 平成 27 年有床診療所の現状調査（抜粋）

<参考資料>

1. 継承問題に関する資料（青木委員）

（参考1）遺産に係る基礎控除額の引下げ

平成27年1月1日以後開始の相続から遺産に係る基礎控除額が引下げられた。改正前と改正後の遺産に係る基礎控除額は以下のとおり。

○平成26年まで

○平成27年以後

<p>【改正前】</p> <p>5,000万円 + (1,000万円 × 法定相続人の数)</p>	<p>【改正後】</p> <p>3,000万円 + (600万円 × 法定相続人の数)</p>
---	---

国税庁資料より

（参考2）相続税の最高税率の引上げと累進構造の見直し

平成27年1月1日以後、相続税の最高税率の引上げと累進構造の見直しがされた。

各法定相続人の取得金額	【改正前】 税率	【改正後】 税率
～ 1,000万円以下	10%	10%
1,000万円超 ～ 3,000万円以下	15%	15%
3,000万円超 ～ 5,000万円以下	20%	20%
5,000万円超 ～ 1億円以下	30%	30%
1億円超 ～ 2億円以下	40%	40%
2億円超 ～ 3億円以下		45%
3億円超 ～ 6億円以下	50%	50%
6億円超 ～		55%

※ 「各法定相続人の取得金額」とは、課税遺産総額（課税価格の合計額から遺産に係る基礎控除額を控除した金額）を法定相続人の数に算入された相続人が法定相続分に応じて取得したものとした場合の各人の取得金額をいいます。

国税庁資料より

(参考3) 「特定事業用宅地等」の要件

相続開始の直前において被相続人等の事業（貸付事業を除きます。以下同じです。）の用に供されていた宅地等で、次の表の区分に応じ、それぞれに掲げる要件の全てに該当する被相続人の親族が相続又は遺贈により取得したものをいいます（次の表の区分に応じ、それぞれに掲げる要件の全てに該当する部分で、それぞれの要件に該当する被相続人の親族が相続又は遺贈により取得した持分の割合に応ずる部分に限られます。）。

○ 特定事業用宅地等の要件

区分	特例の適用要件	
被相続人の事業の用に供されていた宅地等	事業承継要件	その宅地等の上で営まれていた被相続人の事業を相続税の申告期限までに引き継ぎ、かつ、その申告期限までその事業を営んでいること。
	保有継続要件	その宅地等を相続税の申告期限まで有していること。
被相続人と生計を一にしていた被相続人の親族の事業の用に供されていた宅地等	事業継続要件	相続開始の直前から相続税の申告期限まで、その宅地等の上で事業を営んでいること。
	保有継続要件	その宅地等を相続税の申告期限まで有していること。

国税庁ホームページより抜粋

(参考4) 「特定同族会社事業用宅地等」の要件

相続開始の直前から相続税の申告期限まで一定の法人の事業（貸付事業を除きます。以下同じです。）の用に供されていた宅地等で、次表の要件の全てに該当する被相続人の親族が相続又は遺贈により取得したものをいいます（一定の法人の事業の用に供されている部分で、次表に掲げる要件の全てに該当する被相続人の親族が相続又は遺贈により取得した持分の割合に応ずる部分に限られます。）。

なお、一定の法人とは、相続開始の直前において被相続人及び被相続人の親族等が法人の発行済株式の総数又は出資の総額の50%超を有している場合におけるその法人（相続税の申告期限において清算中の法人を除きます。）をいいます。

○ 特定同族会社事業用宅地等

区分	特例の適用要件	
一定の法人の事業の用に供されていた宅地等	法人役員要件	相続税の申告期限においてその法人の役員（法人税法第2条第15号に規定する役員（清算人を除きます。）をいいます。）であること。
	保有継続要件	その宅地等を相続税の申告期限まで有していること。

国税庁ホームページより抜粋

平成 27 年有床診療所の現状調査（日医総研 WP356）

（一部抜粋）

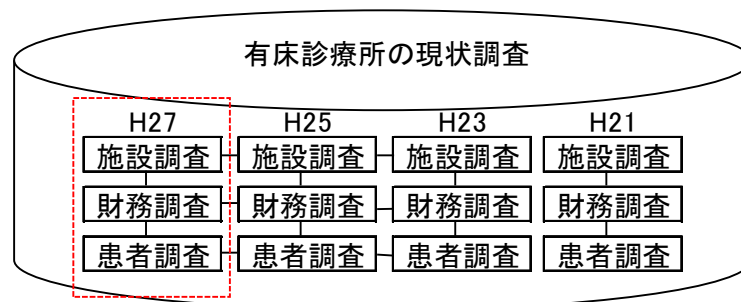
1. 調査の目的と概要

目的

本調査は、中小病院と同様、地域密着型の入院施設である有床診療所について、経営状態や診療内容、入院患者の実態を把握し、平成 26 年度診療報酬が与えた影響を分析するとともに、有床診療所が抱える運営課題の解決策を探ることを目的としている。

調査設計

- 【調査対象】 全国有床診療所連絡協議会会員 2,464 施設（全数）
- 【調査時期】 平成 27 年 8 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
- 【回収結果】 配布数 2,464 （無床、休床中の会員も含む）
うち有効回収数
施設票 888 施設（回収率 36.0%）
うち 有床 783 施設 無床・休床 105 施設
有床の施設のうち
財務票 348 施設（法人 296 個人 52）
患者票 613 施設 総入院患者数 6,679 名



2. 結果のポイント

ポイント1 直近の平成26年度の経営収支は2年前に比べて悪化、患者延べ数は減少

平成26年度診療報酬改定で入院基本料の一部評価が行われたが、平成26年度の収支差益はやや低下した。また、入院患者延べ数、外来患者延べ数ともに減少した。前回調査(平成24年度)¹と今回調査(平成26年度)の両方に回答した定点施設(n=102)を比較すると、今回調査の経常利益率は4.8%で、前回調査の5.4%より0.6ポイント低下した。入院収益は106,555千円で微増、外来収益は186,521千円で減少していた。また、人件費比率が47.4%から50.3%に増加していた。

さらに、前々回調査(平成23年調査)²からの3期の定点比較(n=53)を行うと、経常利益率の低下など同様の傾向がみられた。

図 2-1 経常利益率 (定点 n=102)

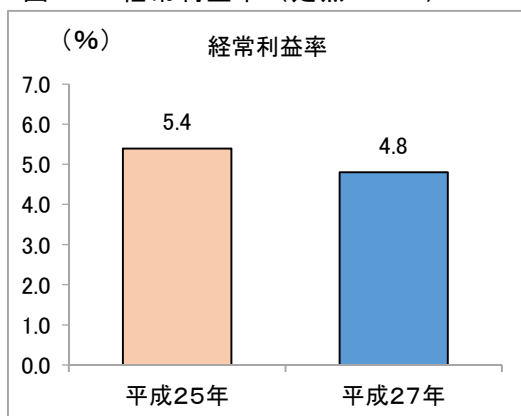
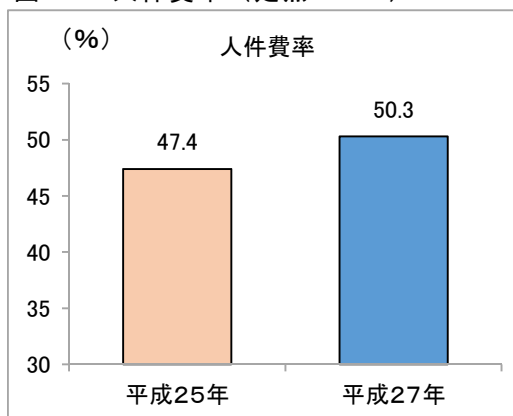


図 2-2 人件費率 (定点 n=102)



¹日医総研ワーキングペーパーNo.301「平成25年 有床診療所の現状調査」2013年10月

²日医総研ワーキングペーパーNo.242「平成23年 有床診療所の現状調査」2011年10月

図 2-3 入院収益と外来収益（定点 n=102）

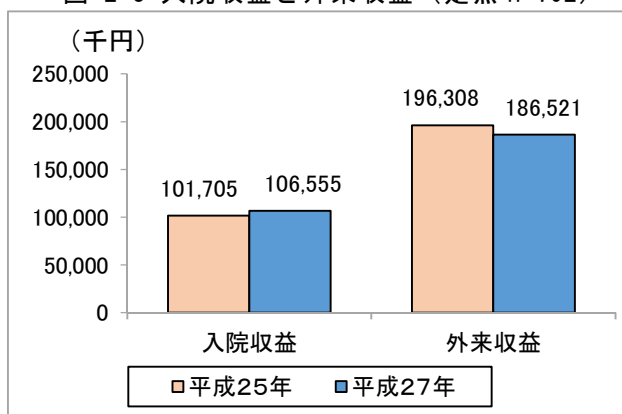
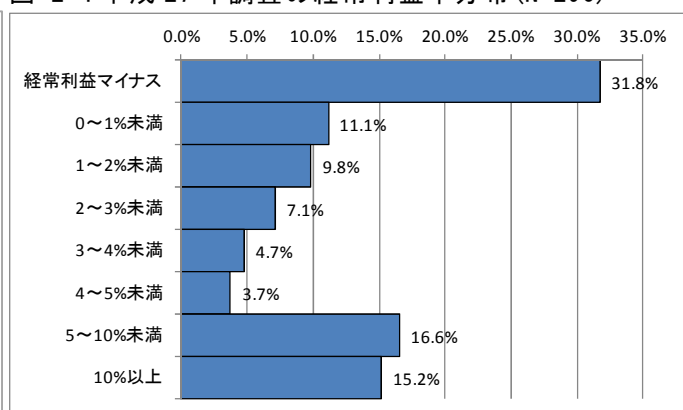


図 2-4 平成 27 年調査の経常利益率分布 (N=296)



入院収益の増加は、平成 26 年度診療報酬改定の入院基本料の増額の影響と考えられる。診療科にもよるが、全体の約 8 割の施設が、多機能を果たす施設として、新設された入院基本料 1～3 を算定することができている。ただし、施設あたりの入院患者数（延べ数）は、年間 3,429 人から 3,195 人と前回調査より 6.9% 減少している。つまり、入院患者は減少したが、入院基本料の増額で入院収入は増加している。

一方、外来収益の減少については、外来患者数（延べ数）が 23,221 人から 22,468 人へと 3.2%減しており、外来患者の減少が外来収入減少の要因と推測される。

図 2-5 入院患者延べ数（定点）

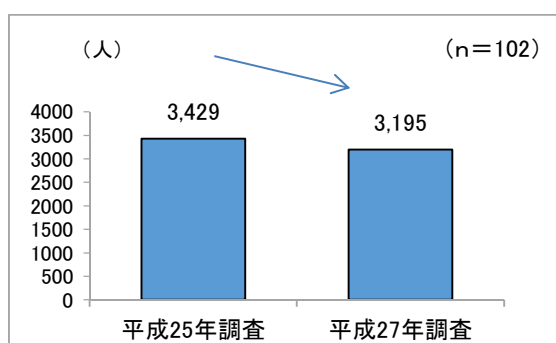
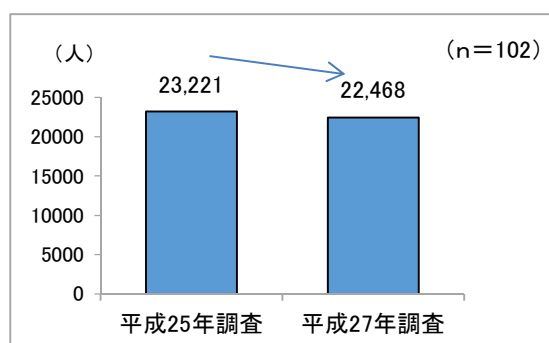


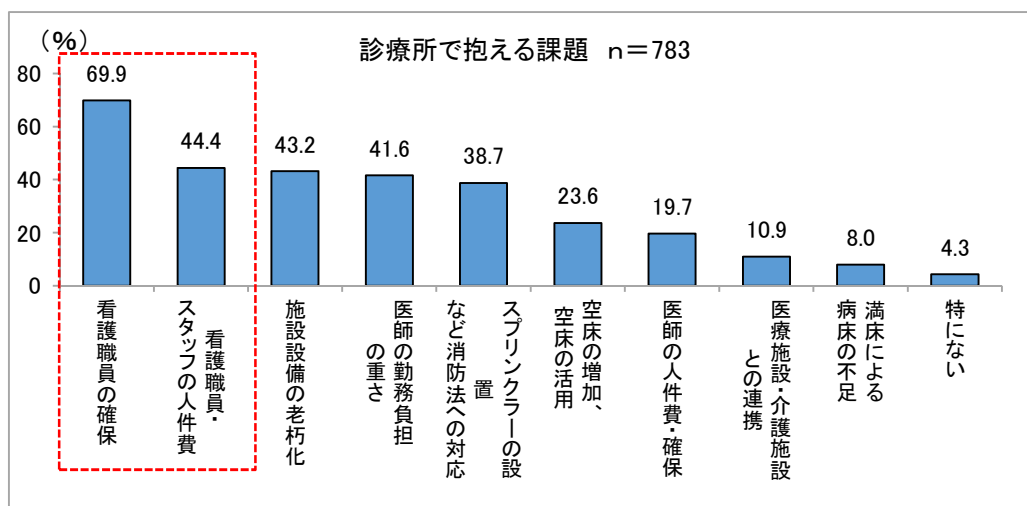
図 2-6 外来患者延べ数（定点）



ポイント2 7割の施設は看護職員の確保が課題。看護職員確保の問題は無床化の大きな原因の一つ

慢性的な看護師不足が社会問題となっているが、有床診療所でも夜勤を伴う看護職員の確保が一層厳しい状況となっている。「看護職員の確保」は、全体の約7割にあたる69.9%が課題として挙げている。地域によって、確保が極めて困難と考えられる。

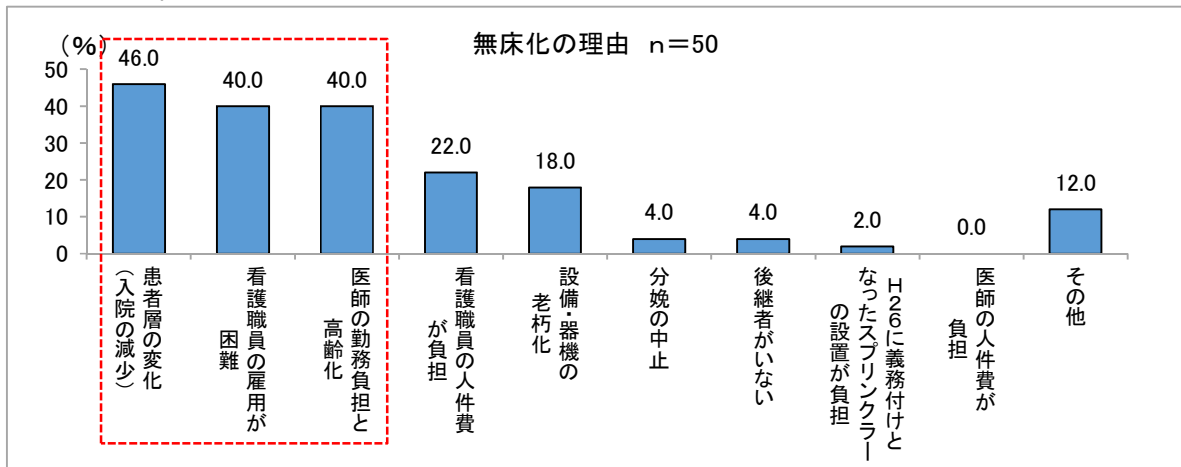
図 2-7 診療所で抱える課題



無床化の原因

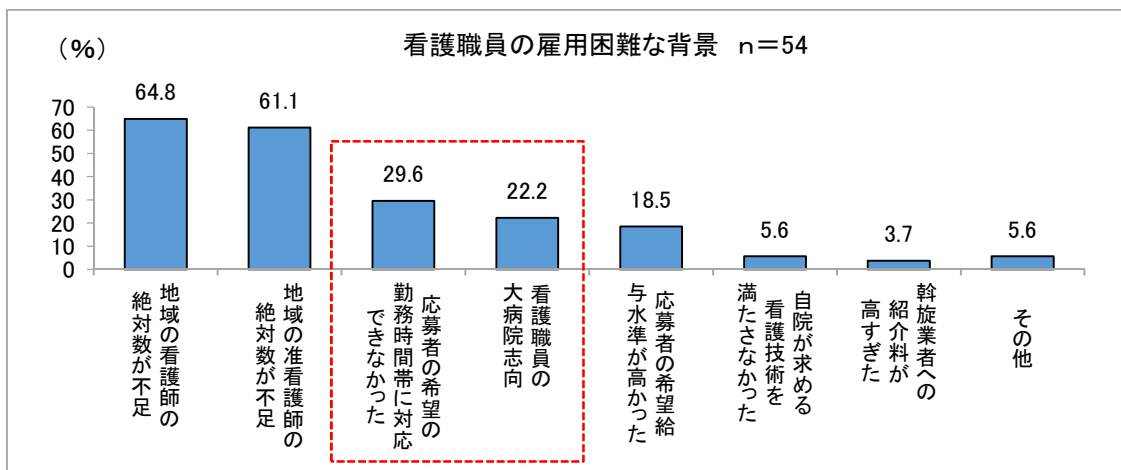
看護職員の確保が困難で無床化する施設も多い。無床化した施設に尋ねると、上位3項目は、「患者層の変化（入院患者の減少）」、「看護職員の雇用」、医師の勤務負担と高齢化」、であった。

図 2-8 無床化の理由



看護職員の雇用困難で無床化・休床化した施設について、その状況を尋ねると、地域の看護師・准看護師の絶対的不足に続いて、勤務時間帯の問題が3割、看護職員の大病院志向が2割であった。

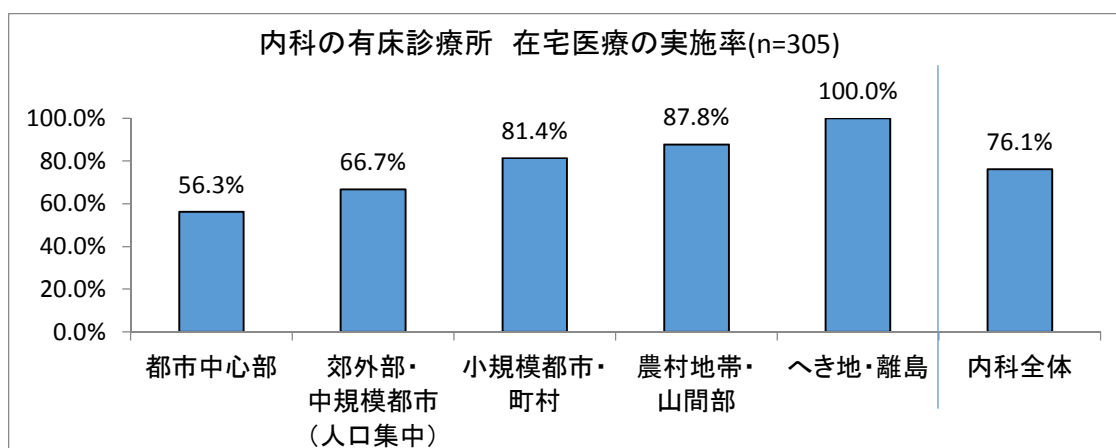
図 2-9 看護職員の雇用困難な背景（看護職員の雇用が理由と回答した無床・休床施設）



ポイント3 在宅医療の後方支援病床や、医療の必要な要介護者のための役割は増加

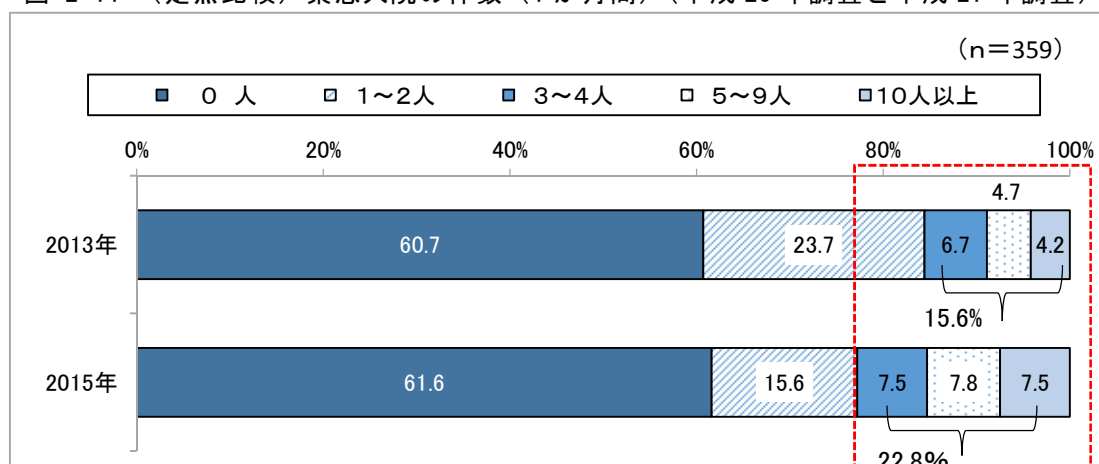
地方部での有床診療所の在宅医療の実施度は高く、重要な役割を果たしている。在宅医療を実施している施設は全体で43.7%、うち内科系は76.1%である。また、内科系の施設について、地域別にみると、へき地・離島の100%を筆頭に、地方部で高い割合である。緊急入院の受け入れは増加しており、後方病床としての機能を果たしている。

図 2-10 在宅医療を行っている割合（内科） - 地域別



(無回答除く)

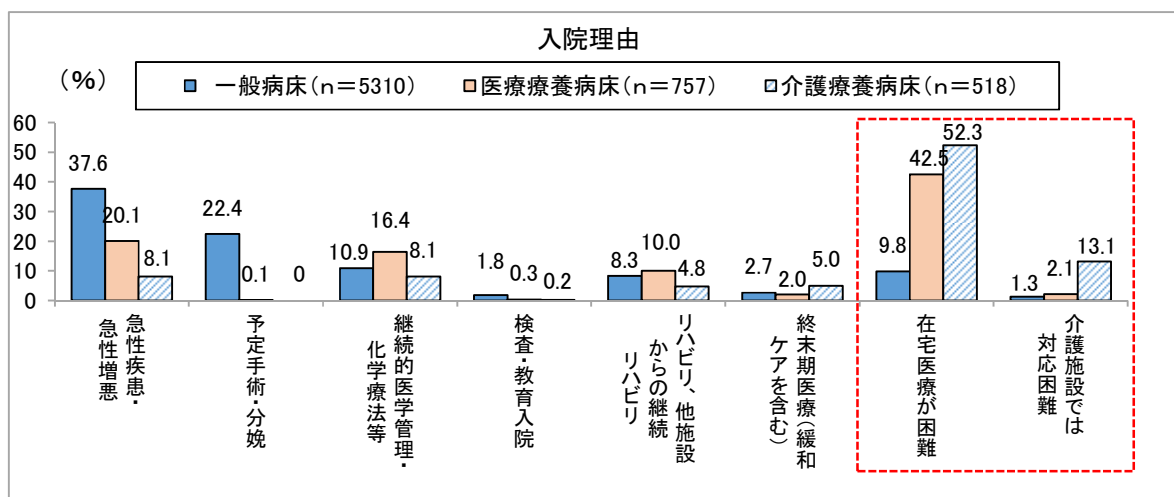
図 2-11 (定点比較) 緊急入院の件数 (1 か月間) (平成 25 年調査と平成 27 年調査)



介護療養病床や医療療養病床では、病院と同様、自宅に帰れない患者の割合が高い。入院理由として、「在宅医療が困難」もしくは「介護施設では対応困難」という患者は医療療養病床で合わせて44.6%、介護療養病床で65.4%にのぼる。また、医療療養病床では、1年以上入院の患者が50.3%、介護療養で64.3%となっている。認知症患者の割合も増加している。

医療が必要な高齢者等、在宅医療や介護施設で困難な患者の受け入れ先としての機能を果たしていることがわかる。

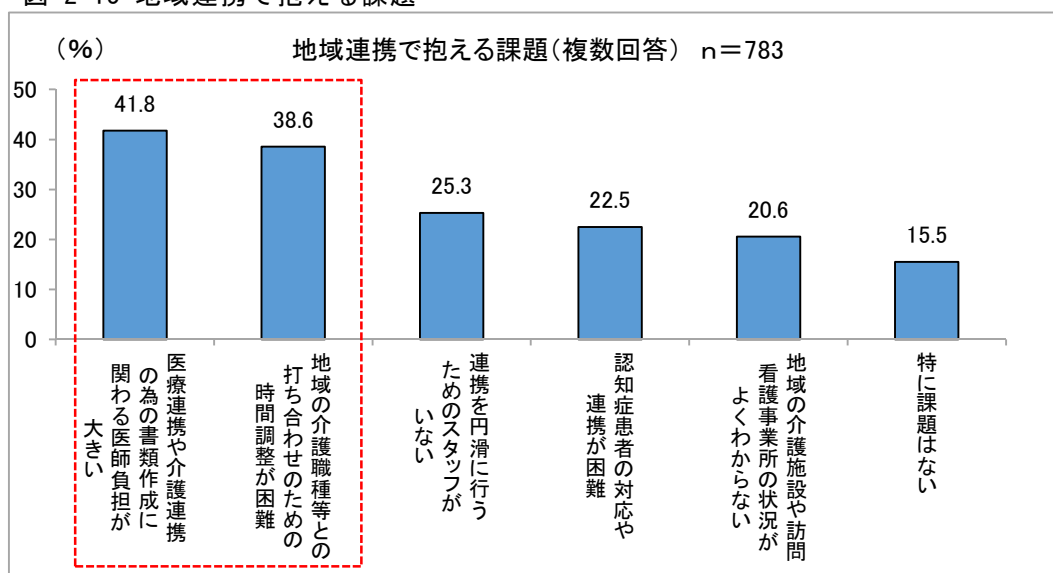
図 2-12 入院理由（病床種類別）



ポイント4 地域包括ケアシステムの中での連携を含めた連携業務は、多忙な医師の負担となっている

地域の医療機関との連携に加えて、介護施設との連携も密に行うには、医師の負担が大きくなる。常勤医師数1人の施設が半数を占めており、介護を含めた地域連携の対応は必ずしも容易でない。地域連携で抱える課題として、書類作成の負担（41.8%）、介護職種との時間調整（38.6%）が課題の上位2項目であった。

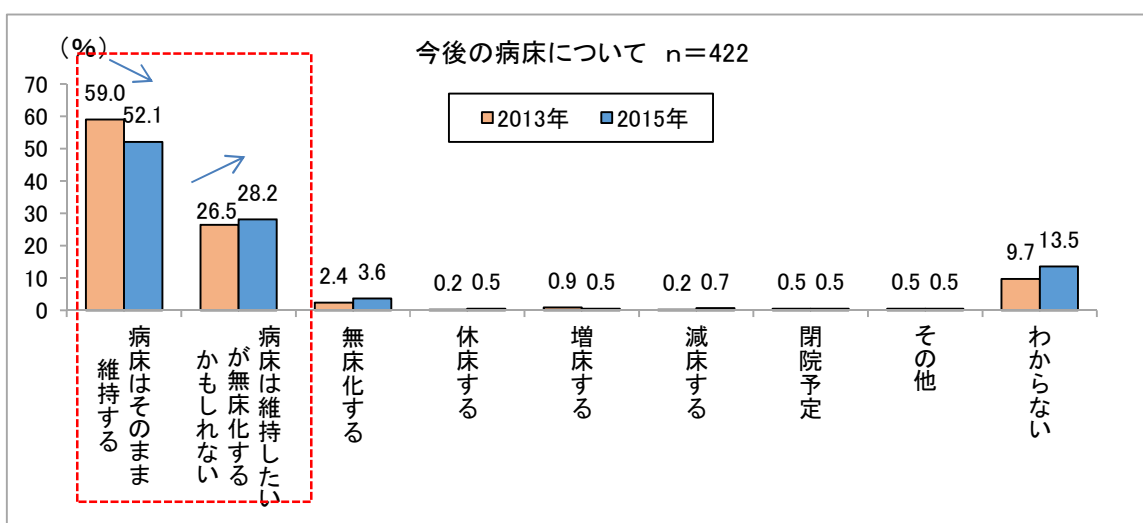
図 2-13 地域連携で抱える課題



ポイント5 病床を維持すると回答した医師は前回より減少

今後の病床維持について、積極的でない医師が増加している。今後、病床はそのまま維持すると回答した施設は7ポイント減少して52.1%となり、無床化するかもしれない、という施設は1.7ポイント増加して28.2%となった。無床化する施設と閉院施設を合すると32.3%を占める。

図 2-14 今後の病床について（定点）



2-1 今後の課題について

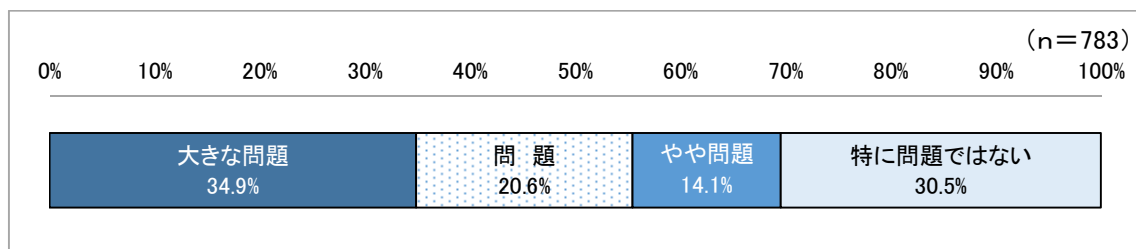
2-1-1 新たな制度に関する課題について

日常的な診療に関わる診療報酬制度に関して、強化型の在宅療養支援診療所での3人医師確保、入院患者の他科受診に関わる減額、そして、急性期病院からの入院患者の転院時に有床診療所が在宅復帰の対象となっていないこと、の3点について問題意識を把握した。回答では、7割から8割が問題と考えていた。

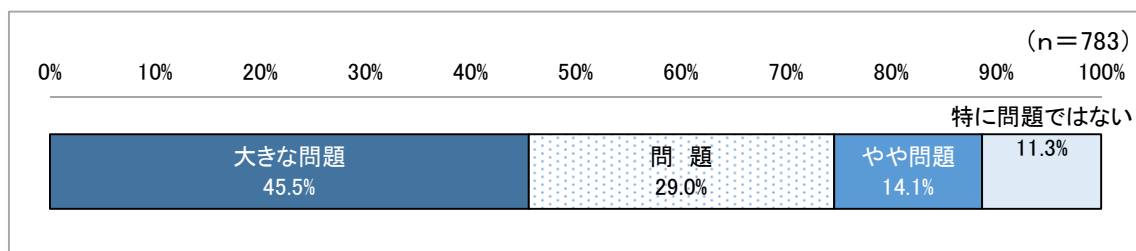
特に、7対1入院基本料の施設基準「自宅等への退院患者の割合75%」の中に、有床診療所が含まれていないことについては、急性期病院からの紹介・転入院が減少する要因の一つとなっている。

図 2-15 特定分野についての意見（無回答を除いた割合）

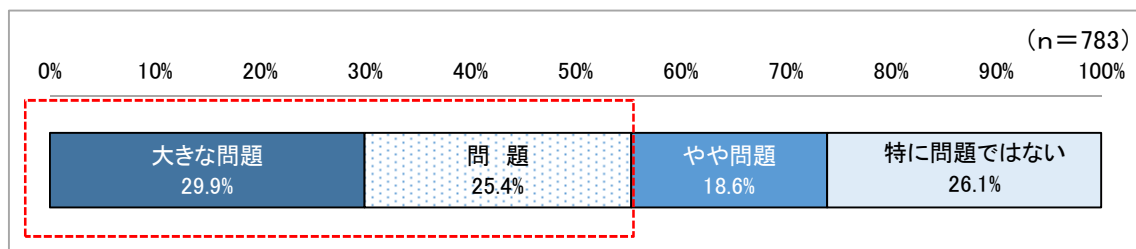
在宅療養支援診療所の常勤医師3名確保について



入院患者の他科受診減額について



急性期病院からの在宅復帰率の対象となっていないことについて



2-1-2 入院医療の収支の改善の必要性

有床診療所では、スタッフが入院と外来の両方で業務を行うケースが多く、入院医療に関わる費用を、外来と分けて算出することは必ずしも容易でない。しかしながら、自院の入院医療部分の収支を把握し、今後の医療の在り方を検討することは重要である。本調査は、前回調査に引き続き、入院部分の収支を把握した。

その結果、患者 1 人 1 日当たりの入院費用は平均 28,659 円と算出された。患者 1 人 1 日当たりの入院収入は平均 26,799 円で、入院患者 1 人 1 日当たりの収支は、それらの差額▲1,860 円で赤字であった。前回調査では、定点ではないが、差額は▲1,469 円であった。

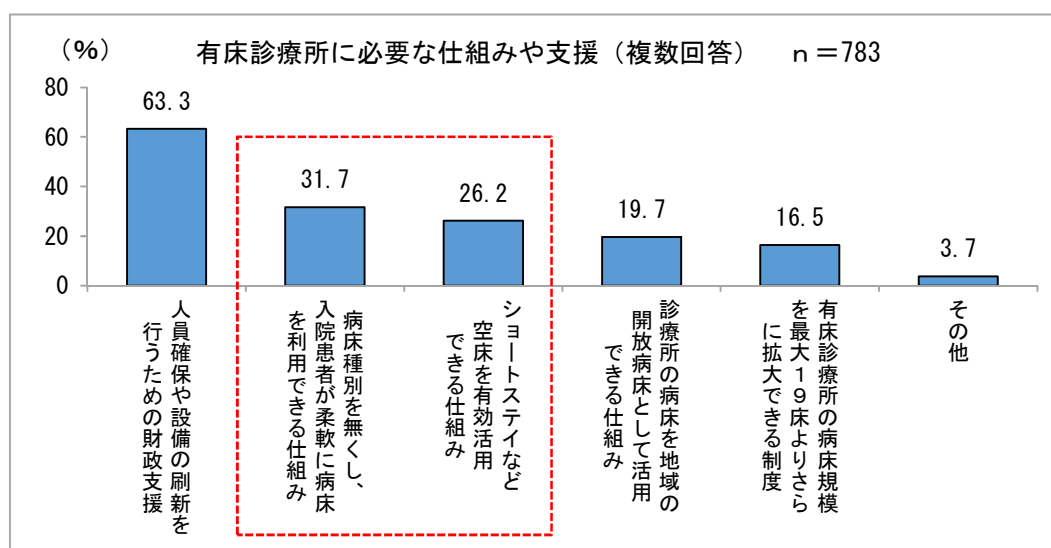
図 2-16 収入と費用 —入院と外来別— (n=100) (試行的計算)

	自院で按分した 施設 (n=16)	按分比率を記入 した施設 (n=84)	合計 (n=100)	
入院費用(千円)	90,962	110,537	107,405	
入院収入(千円)	88,523	102,705	100,436	
1人1日あたり入院費用(円)	21,052	30,380	28,659	収入－費用 19,623-20,951 -1,860
1人1日あたり入院収入(円)	20,487	28,227	26,799	
(参考)				
外来費用(千円)	138,312	186,961	179,177	
外来収入(千円)	146,280	192,998	185,523	
総収入(入院+外来)(千円)	234,803	295,702	285,958	
総費用(入院+外来)(千円)	229,274	297,498	286,582	
収支(総収入－総費用)(千円)	5,529	-1,796	-624	
収支÷総収入	2.4%	-0.6%	-0.2%	

2-1-3 空床を減らし、病床の活用を促す方策の検討

有床診療所に必要な仕組みや支援を尋ねると、最も高いのは「人員確保や設備の刷新を行うための財政支援」(63.3%)であるが、「病床種別を無くし、入院患者が柔軟に病床を利用できる仕組み」(31.7%)、「ショートステイなど空床を有効活用できる仕組み」(26.2%)も3割の施設が今後の方策としていた。

図 2-17 有床診療所に必要な仕組みや支援



有床診療所の一般病床と医療療養病床は相互乗り入れが可能であり、一般病床をショートステイ（短期入所療養介護）として利用することも可能となっている³。入院患者の状態に合わせて、病床を柔軟に利用できるという大きな特長を生かし、病床の利用度を上げていくべきである。

³ 平成26年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 「有床診療所の短期入所療養介護の運用状況調査研究事業」平成27年3月（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）ではショートステイの普及の現状と課題を示している。

2-1-4 病床の転換に関する選択肢は有床診療所の独自の手法で

現在、厚生労働省の「療養病床の在り方に関する検討会」では、病床の新類型が議論されている。有床診療所の病床についても病床を介護施設や住まいとして転換出来ることを「選択肢の1つ」として検討していくべきであろう。その際、一般病床の稼働率が低く、在宅に帰れない長期入院の患者が一定割合いることを勘案し、一般病床も転換の対象とすることは、有床診療所の現状の解決策となる可能性がある。

また、既に設置されている新型老健への取り組みは、本調査では全体の0.7%に過ぎなかった。基本的に院長一人で運営する小規模の診療所では、取り組みやすさが重要である。転換等に関わる負担が大き過ぎると、新たに事業変更を行わず無床化し、地域の資源を損失することになる。

そして、本来、19床以下の小規模な病床を細かく分類するのではなく、患者の病態や生活に合わせて、医療保険と介護保険の間で柔軟に病床を利用できる手法を検討することが望ましい。

