

平成29年度
有床診療所委員会
答申

平成29年12月

日本医師会
有床診療所委員会

平成 2 9 年 1 2 月

日本医師会会長

横倉 義武 殿

有床診療所委員会

委員長 齋藤 義郎

本委員会は、平成 2 8 年 1 2 月 1 日に開催された第 1 回委員会において、貴職より「次期医療計画及び介護保険事業（支援）計画に向けた有床診療所のあり方～医療及び介護の一体的推進に向けて～」について検討するよう諮問を受け、平成 2 9 年 1 1 月 2 9 日まで 7 回の委員会及び 1 回のワーキンググループを開催し、議論を重ねてまいりました。

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

有床診療所委員会委員

委員長	齋藤 義郎（徳島県医師会会長）
副委員長	山岸 直矢（奈良県医師会代議員会副議長）
委員	青木 恵一（税理士法人青木会計代表社員・税理士）
〃	大柿 悟（熊本県医師会理事）
〃	尾形 裕也（東京大学政策ビジョン研究センター特任教授）
〃	小俣 二也（山梨県医師会理事）
〃	鹿子生健一（全国有床診療所連絡協議会会長）
〃	田那村 宏（元千葉県医師会副会長）
〃	玉城 嘉和（神奈川県医師会理事）
〃	常盤 峻士（福島県医師会常任理事）
〃	長谷川 宏（長崎県医師会常任理事）
〃	林 宏一（前北海道医師会常任理事）
〃	堀部 廉（岐阜県医師会常務理事）
〃	前田津紀夫（日本産婦人科医会常務理事）
〃	森久保雅道（東京都医師会理事）
協力者	江口成美（日本医師会総合政策研究機構研究部専門部長）

目 次

1. はじめに	P1
2. 地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割	
(1) 医療法施行規則の改正について	P2
(2) 地域医療構想と有床診療所	P5
(3) 在宅医療・介護における有床診療所の役割	P8
(4) 有床診療所支援のための都道府県医師会の役割	P16
3. 有床診療所の専門医療について	
(1) 眼科	P18
(2) 産婦人科	P21
(3) 整形外科	P25
4. 経営と事業承継	
(1) 有床診療所を母体とした経営事例と今後の展望	P27
(2) 診療報酬改定要望	P39
(3) 事業承継・税制要望	P32
(4) 医師・看護職員等の確保について	P34
(5) 有床診療所病床のあり方の検討について	P36
5. おわりに	P37

参考資料

平成29年有床診療所の現状調査（抜粋）	P39
（日本医師会総合政策研究機構 江口専門部長）	

1. はじめに

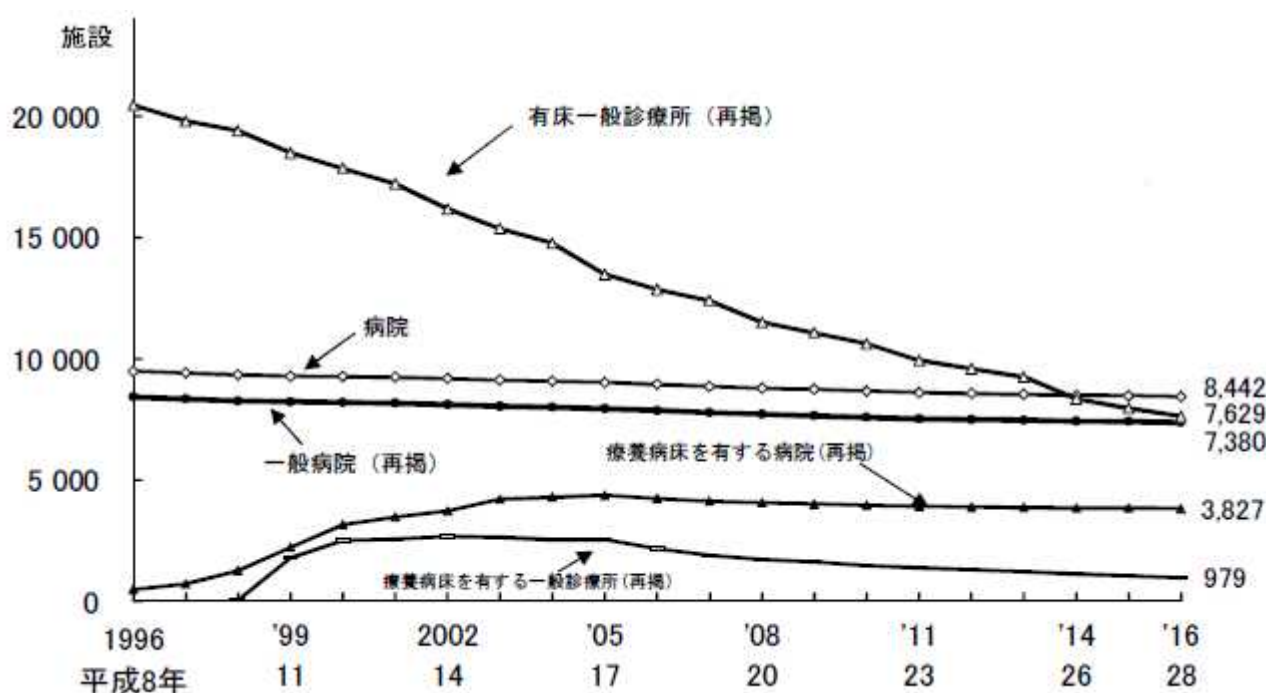
平成 27 年度有床診療所委員会答申（以下「平成 27 年度答申」）において報告した通り、平成 26 年 6 月に医療法が改正され、医療法第 30 条の 7 に有床診療所の役割が規定された。

そして、平成 29 年 3 月には医療法施行規則の一部改正により、一定の条件下ではあるが、届出により診療所に病床が設置できるようになった。年間 400 施設、多い時には 900 施設に迫るペースで有床診療所の減少が続く中（下図）、この改正はまさに我々にとって大きな福音であった。有床診療所は、地域包括ケアシステムの中で身近な入院施設として重要な役割を果たすべき使命を帯び、その期待に応えていかなければならない。

ここ数年の有床診療所に関する医療政策の変化は、日本医師会、全国有床診療所連絡協議会の努力の賜物と敬意を表するものである。

これから、有床診療所がいかに生き残り、厳しい現状にある地域医療をいかに復活させるかが我々の使命と思い、「次期医療計画及び介護保険事業計画に向けた有床診療所のあり方」について検討を重ね、答申とする。

図 有床診療所施設数の推移（厚生労働省 平成 28 年医療施設調査「結果の概要」より）



2. 地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割

有床診療所の基本的な役割については、平成 27 年度答申においても、在宅医療への対応、介護への対応、専門医療の提供が取り上げられており、こうした基本は変わっていない。一方で、平成 29 年 3 月末には地域医療構想がすべての都道府県において策定され、今後、その推進が各構想区域において具体的に図られていくこととなる。また、平成 30 年 4 月には、診療報酬・介護報酬の同時改定が予定されており、その中で新たに創設された介護保険施設である介護医療院に関する報酬も設定されることとなっている。こうした状況の中で、有床診療所に期待される役割及び機能について、地域のニーズを踏まえながら、さらに具体的な検討を行っていく必要がある。

(1) 医療法施行規則の改正について（届出による病床設置の特例の緩和）

平成 29 年 3 月に医療法施行規則の一部が改正され、診療所の病床設置に関する規定が改正された。従来は、許可ではなく届出により病床設置が可能となる特例として、「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等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る場合」とされていた。今回の改正により、平成 30 年 4 月 1 日からは、都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聴いて、地域包括ケアシステムの構築に必要な診療所として認めるものに、届出により療養病床又は一般病床の設置が可能となった。

具体的な要件として、下記のア～キが示されている。

- ア 在宅療養支援診療所の機能（訪問診療の実施）
- イ 急変時の入院患者の受入機能（年間6件以上）
- ウ 患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる機能
- エ 他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入れを行う機能（入院患者の1割以上）
- オ 当該診療所内において看取りを行う機能
- カ 全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔又は伝達麻酔（手術を実施した場合に限る。）を実施する（分娩において実施する場合を除く。）機能（年間30件以上）
- キ 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受渡機能

これから有床診療所を開設しようとする医師は、当然これらの機能を果たしていくことを念頭に置いているものと考えられ、要件を満たすこと自体は難しいことではないと思われる。

ただし、地域包括ケアシステムの構築に必要な診療所として、都道府県医療審議会で認められる必要があることから、都道府県行政の正しい理解と都道府県医師会の支援が欠かせない。過去においても、都道府県行政が医療法施行規則の規定を厳格に運用し、特例の趣旨が生かされず、有床診療所の新規開設がなかなか認められないケースがあった。

今後有床診療所の新規開設がスムーズに行われるためには、日本医師会が「都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会」を開催し、まずは都道府県医師会に改正の趣旨を理解してもらうことが必要である。また、都道府県行政においては当該改正の内容や趣旨の理解が十分でない場合もあり、厚生労働省による周知徹底はもちろんのこと、都道府県医師会からも行政に対応を要請していくことも重要である。

平成 18 年の医療法改正により、有床診療所の悲願であった 48 時間規制が撤廃され、一般病床は医療計画の基準病床数の適用となった。しかしそれと引き換えに、有床診療所の新規開業が制限を受け、一人医師でいつでもどこでも病床を設置出来るという自由を失った。新規参入の無い組織に未来はない。毎年減少する有床診療所を見るにつけ、診療報酬・看護職員不足の解消だけではこれを食い止めることは出来ないと忸怩たる思いであった。

ここに新規開設の道が開け、一筋の光明を見た思いである。地域医療を守る為、地域包括ケアシステムを成功に導くには何としても有床診療所の力が必要である。意欲ある若い医師による新たな有床診療所の開設を期待したい。

<参考>

厚生労働省医政局長通知

「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」の一部改正（抜粋）

第二 改正内容

（３）（１）の許可を受けることを要しない場合として、次に掲げる場合を定めるものであること。

ア 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステム（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第2条第1項に規定する地域包括ケアシステムをいう。）の構築のために必要な診療所として認めるものに療養病床又は一般病床を設けようとするとき。

イ 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の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として認めるものに療養病床又は一般病床を設けようとするとき。

第三 留意事項

1 第二 2（３）ア及びイに掲げる都道府県知事が認める診療所について

（1）医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所とは、次のいずれかの機能を有し、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。

ア 在宅療養支援診療所の機能（訪問診療の実施）

イ 急変時の入院患者の受入機能（年間6件以上）

ウ 患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる機能

エ 他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入れを行う機能（入院患者の1割以上）

オ 当該診療所内において看取りを行う機能

カ 全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔又は伝達麻酔（手術を実施した場合に限る。）を実施する（分娩において実施する場合を除く。）機能（年間30件以上）

キ 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受渡機能

（2）へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の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とは、（1）以外の診療所であって、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日付け医政発第529号厚生労働省医政局長通知）の別添「へき地医療対策等実施要綱」に示される設置基準に基づき設置するへき地診療所（入院機能を必要とする診療所に限る。）等の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。

(2) 地域医療構想と有床診療所

地域医療構想は、平成 26 年 6 月に公布された「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（医療介護総合確保推進法）により改正された医療法で新たに規定され、医療計画の一部として位置付けられている。住民が地域において安心して質の高い医療・介護サービスが受けられるよう、医療機関の病床機能の分化と連携を推進することを目的としたものである。

2025 年に向け、在宅医療の需要は「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」に伴い、大きく増加することが見込まれている。機械的な計算では、病床の機能分化・連携に伴い生じる介護施設や在宅医療等（外来を含む）の新たなサービス必要量は 30 万人と推計されており、こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、都道府県・市町村・関係団体が一体となって構築していくことが求められている。

1) 地域医療構想における有床診療所病床の位置付けの推進について

平成 29 年 3 月までに全ての都道府県で地域医療構想の策定を完了した。その達成のプロセスには、構想区域ごとに地域医療構想調整会議（医療機関相互の協議）で、機能分化・連携を如何に進めていくかの課題について議論・調整が必要とされる。中でも、病院・有床診療所が担うべき病床機能の現状認識の共有も検討事項である。

地域医療構想調整会議において、有床診療所が、急性期から慢性期まで対応し得る病床機能を兼ね備えた地域に密着した医療機関であることを理解してもらう必要があり、郡市区医師会とも連携して有床診療所が積極的に参加することが重要である。

地域医療構想を基盤に、有床診療所がその機能を存分に発揮して、地域包括ケアシステムの中心として活躍する役割を担う存在となり得ると考えられる。平成 30 年度から始まる第 7 次医療計画・介護保険事業（支援）計画の作成・実施にあたっては、医療・介護の整合・連携が強く求められる。有床診療所は双

方にとって貴重な地域資源であり、有効活用する形で進められるべきである。

2) 都市部における有床診療所の現状について（東京都の事例）

東京都心部における有床診療所は、4年前まで600施設以上あったものが、昨年度は300台まで減少している。大多数が産婦人科で、一部に循環器専門、整形外科、緩和ケア、腎臓（透析）専門、眼科手術を扱う診療所が展開されている。また登録されている有床診療所の中には、休床中の診療所が多数ある。東京という土地柄を考えると、中小病院の今後の展開が厳しい中にあるのと同様と考えられる。

平成27～28年に新規開設した有床診療所は18か所で、内訳は産婦人科、循環器、在宅医療、血液・腎透析関係、眼科、整形外科（ヒップジョイント）などである。3年前に在宅専門の医療法人が有床診療所を立ち上げ、終末期の受け皿や軽症の疾患での入院を行っていたが、採算が取れず、僅か1年余りで閉鎖した。

①東京都心部において新規開業する問題点

1. 地価が高い、2. 人件費が高い、3. 医療スタッフが集まらない、4. 既にある有床診療所の後継者がいない、等である。

地価が高すぎるため、土地取得と有床診療所開業のモデルはもはや成り立たない。このことは中小病院でも同じである。昨今は、地方の医療法人がいつの間にか中小病院を買収しているという事例が多発している。地域に根差した地元の医師たちによる医療提供の破綻と言える。医療スタッフの人件費は地方の1.2～1.3倍と高く、また、募集してもなかなか集まらないのが現状である。昨今は人材紹介会社が抱えこんで、紹介手数料は莫大なものとなっている。後継者問題に関しても、仲介して紹介するシステムが医師会にはなく、閉院してしまう診療所も多くなっている。

②有床診療所の新規開業の可能性

東京都心部での有床診療所新規開設を考えると、特色ある分野の展開として

専門分野を鮮明化した開業が考えられる。例えば、産婦人科、眼科手術、特殊な整形外科手術、肛門外科、循環器（ハートクリニック）、人工透析、がんの終末期と抗がん剤治療等が考えられる。

地域包括ケアシステムを担う、いわゆる内科と在宅医療を行う有床診療所は難しいと考えられる。中小病院がダウンサイジングして、今後展開される介護医療院や介護施設、看護小規模多機能等周辺施設の併設は可能性があるかもしれない。いずれにしても、有床診療所単独で運営できる診療報酬体系が必要である。

(3) 在宅医療・介護における有床診療所の役割

1) 総論

地域包括ケアシステムは住み慣れた場所で最後まで暮らすことを目指すものであり、生活支援、医療支援ともに在宅での対応が基本である。そのため、システムの円滑な運用には医療と介護の連携が不可欠である。

システムの中心は生活支援であるが、高齢者の多くは様々な疾患を抱えており、それぞれに対応した医療支援が必要となる。医療支援においては、在宅医療だけで高齢者のニーズに対応できるわけではない。例えば軽い肺炎や一時的な摂食障害など、家庭や施設で看ることが困難で、入院が必要となることは多々ある。これらの疾病は急性であるが、急性期病院では軽症で入院の必要はないと判断される時もあり、そのような時は有床診療所で対応することが可能である。

また、レスパイトや在宅看取りの後方支援など、急性期病院や一般病院での対応が困難な分野を有床診療所が担う必要がある。

在宅とは自宅を意味するのではなく、サービス付き高齢者住宅や老人ホームなどを含んでいることも考慮する必要がある。実際、今後はこれらの入所者が在宅医療の中心をなすと思われる。これら居住系施設では高齢者のちょっとした変化に対応できないが、有床診療所は入院を必要とする例にも対応でき、家族に安心感を与えることができる。

このように有床診療所は、在宅医療を行う医療機関とも協力しながら、高齢者が入院を必要とする時の受け皿になれるよう体制を整える必要がある。病院との違いを理解してもらい、有床診療所の入院は在宅医療の一部という感覚を持ってもらうことも大切である。

次に病院から在宅への受け渡し機能も重要である。病院では在院日数短縮のため早期退院を行っている。そのため、医療機関が退院可能と判断しても、受け入れ側の家庭や施設ではもう少し回復してからでないと対応できないという状態も多い。このような時、有床診療所は高齢者の置かれている立場にそれぞれ対応でき、病院から在宅への受け渡し機能を発揮できる。また、有床診療所

在宅復帰機能強化加算の届出施設は、7 対 1 病棟と地域包括ケア病棟からの自宅等への退院先に含まれており、このことを病院側にアピールすることも重要である。

有床診療所は、自院の在宅患者の介護との連携にとどまらず、他医療機関や今後在宅の中心をなす居住系施設や特別養護老人ホームなどの入所施設との連携を図ることが期待されており、地域包括ケアシステムの中で生き残るために重要である。

2) 短期入所療養介護について

平成 21 年度の介護報酬改定で、有床診療所の一般病床で「短期入所療養介護（ショートステイ）」を実施することが可能となったが、介護保険事業所の指定手続きの煩雑さや施設基準の問題があり、依然として参入が進んでいない。

在宅医療をさらに進めていくには、家族のレスパイトも含めたショートステイの受け入れ体制の整備は欠かせない。特に、医療ニーズの高い患者の受け入れは、有床診療所が果たすべき役割の 1 つである。

<有床診療所のショートステイに関する実態調査から見えた課題>

平成 28 年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムにおける有床診療所のあり方に関する調査研究事業」では、有床診療所と介護支援専門員（ケアマネジャー）に対してアンケート調査が行われた。

有床診療所のショートステイの利用者の特徴としては、①要介護度が高く、②認知症や脳血管疾患、筋骨格系疾患等の疾患を有する利用者で、③「喀痰吸引」や「褥瘡等の処置」、「胃瘻による栄養管理」等の“医療ニーズの高い利用者”が多いということである。ショートステイ利用期間中に、利用者の6割に「投薬」が、4割に「リハビリテーション」が、3割に「処置」が行われている。

また、「自宅」からの利用者が8割を占めており、有床診療所との移動時間は平均15分程度で、リピート利用者が多い。つまり、有床診療所は、利用者にとって身近な場所でのショートステイとして、医療ニーズの高い利用者への計画的なサービスやレスパイトケアの提供に貢献している。まさに、地域包括ケアシステムの理念を具現化していると言える。

しかし、ショートステイを実施している有床診療所は1割程度にとどまっており、ケアマネジャーに対するアンケート調査でも、医療ニーズの高い利用者に対するショートステイ等の介護サービスが「不足している」「どちらかという」と不足している」と回答したケアマネジャーが8割に上った。なお、ケアマネジャーがショートステイに求めるのは、「医療ニーズに対応した緊急的な受け入れ」（86.9%）、「レスパイトケア」（74.4%）、「医療ニーズに対応した計画的な受け入れ」（65.2%）であった。

有床診療所の中には、こうしたニーズが地域にあることを知らない、介護事業をどのように展開していけばよいかわからない、ショートステイの届出をしてもサービス提供実績がないなどといった診療所もある。一方で、有床診療所やその提供するサービスを知らないといったケアマネジャーも多い。

<今後の対応>

今後、こうした問題を解決し、地域の貴重な医療資源である有床診療所を有効に活用していくことが、地域包括ケアシステムの構築・強化といった観点からも重要である。

平成29年度は、有床診療所の“通所機能”と“宿泊機能”に着目した介護サービスの事業展開のあり方について調査研究が行われている。有床診療所が医療・介護サービスの地域拠点としてその機能を十分に発揮するための介護サービスのあり方、事業展開方法等について検討を行い、その期待される効果や課題等を明らかにすることが求められる。

有床診療所のショートステイへの参入が進むよう、引き続き手続きの簡素化や施設基準（廊下幅、食堂、機能訓練室）の緩和を求めるとともに、我々自身も、広く地域住民やケアマネジャーに対して有床診療所を知ってもらうための取り組みを進めていく必要がある。

3) 介護療養病床に関する対応

平成 29 年 6 月に公布された「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れ」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた新たな介護保険施設として、「介護医療院」が創設された。併せて、平成 29 年度末をもって廃止するとされていた指定介護療養型医療施設については、廃止期限が 6 年間延長された。

有床診療所も介護療養病床を有しており、介護医療院に転換するのか、あるいは医療療養病床ないし一般病床に変更するのか、対応が迫られる。介護医療院への転換は、施設基準や介護報酬が決まってから判断することになるが、いずれにしても十分な転換支援策が行われる必要がある。

医療機能を内包した施設系サービス			第5回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部改変)
● 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。			
	介護医療院		
	(I)	(II)	
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設		
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。		
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等 (療養機能強化型 A・B 相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者	
施設基準 (最低基準)	介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1 ※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。	老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準) 医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度	
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。		
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象		

＜一般病床から介護医療院への転換について＞

介護医療院への転換は、医療療養病床や介護療養型老人保健施設（転換型老健）からの転換も認められる。また、一般病床からの転換や新設も可能ではあるが、必要入所定員総数に基づき総量規制の対象となることから、介護医療院の必要入所定員総数は、まず当該転換による対応を優先した上で、都道府県や

市町村の医療・介護担当者等の関係者による「協議の場」を活用しつつ設定することとされている。

介護医療院への転換は、有床診療所の病床活用策の一つの選択肢とも考えられる。介護療養病床からの転換を優先すべきことは当然であるが、地域の需要等を勘案し、有床診療所一般病床からの転換についても柔軟な運用をお願いしたい。

<介護老人保健施設等との関係について>

介護医療院創設により、現存の他の施設等への影響はどのように考えられているかが問題点となる。

例えば介護老人保健施設や特別養護老人ホームとの関係がどうなるのか。現状では施設での介護職員不足が全国的に広がっており、やむを得ず空床となっている施設が全国的に徐々に増えつつある。

介護医療院は介護老人保健施設と同様に「医療提供施設」であり、介護保険適用施設であるならば、現在の介護老人保健施設での医療提供もさらに緩和されてもよいのではないか。このままでは現存の介護老人保健施設は鈍化し、経営難に陥ることも想定される。

4) 小児の在宅医療への対応

周産期や小児医療の進展、現場の尽力により小児の死亡率が減少する一方、障害や慢性疾患を伴い、長期の療養を必要とする子どもたちが増えている。人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な医療的ケア児は、全国に約 17,000 人いると推計されている。NICU 等を退院し、自宅で療養するケースも増えているが、医療的ケア児とその家族を取り巻く環境は非常に厳しく、支援は十分ではない。小児の在宅医療についても地域包括ケアシステムとして整備していくことが求められており、有床診療所は、訪問診療や入院・レスパイト等の支援を託されている。

子育ては、夜も昼もなく無我夢中で過ぎていき、先が見えない不安の中で毎日が積み重なっていくことが大いなる成果となることは言うまでもない。医療的ケア児を持つ家族は休みなく子どものケアにあたっており、十分な睡眠時間も確保できない状況にある。家族の負担軽減のため、短期入所サービスの充実を図る必要があるが、医療的ケアを提供可能な医療型短期入所施設は全国的に不足している。平成 27 年度厚生労働省社会・援護局委託事業「在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査」によれば、医療型短期入所を利用していない理由として「施設等がない／近隣にない」が 23.7%、「医療的ケアに対応してもらえない」9.9%と、利用したくても利用できない現状は明らかである。

それに対し、短期入所事業所の整備を推進するため、新規開設事業者を対象とした講習・研修会の実施等（医療型短期入所事業所開設支援）を地域生活支援事業費補助金の交付対象とし、また、平成 28 年度診療報酬改定においても、医療的ケア児等の受け入れ体制が充実している入院医療機関の評価が引き上げられ、医療型短期入所サービス利用中の医療処置等についても診療報酬を算定できることが明確化されたところである。

在宅で療養する子どもたちへの支援は、医療保険だけでなく障害福祉サービスにおいても活発に行われてきている。障害者総合支援法及び児童福祉法に基づくサービスの中で、障害児通所・障害児入所・相談支援サービスは診療所・有床診療所も実施可能であり、公的支援が行き届かないところに有床診療所等が一医療機関として取り組んでいる。しかし、医療的ケア児受け入れに対する

体制整備の困難性に加えて、報酬単価が低い水準にとどまっているなど非常に厳しい条件下での運営となっていることが拡充を阻害する要因の一つと考えられ、何らかのインセンティブを設ける必要がある。

レスパイトの評価の在り方については、例えば大阪府では短期入所受け入れ時の経費の一部助成を実施している。「医療機関において高度な医療的ケアが必要な重症心身障がい児・者を短期入所で受け入れた場合に、経費の一部を助成する」とし、1日当たり10,300円を上限に助成しており、診療報酬以外の方法も検討できる。

また、最大の課題として、人材の育成・確保が重要であることは言うまでもない。特に、医療的ケア児の支援には、介護保険制度におけるケアマネジャーのようなコーディネーター機能の充実が欠かせない。患者の状態像、医療的ケア、福祉サービスのいずれにも精通し、個別ケースについて相談支援できるサービス管理責任者や児童発達支援管理責任者の養成が求められる。加えて、この子どもたちが地域の人々と共に成長していく過程をどのように支えていくか、幼稚園・就学・地域活動・社会参加・就労等それぞれの学習・自立に向けて、きめ細かく交流できる機会のプランニングが、今後必須の課題として課せられることを予見しなければならない。このような機能を担う役割として、相談支援専門員資格を有する医療ソーシャルワーカーを配置するなどし、加算等のインセンティブを設けることの検討も必要である。

医療的ケア児や家族の支援には多様なニーズへのきめ細かな対応が必要であり、地域住民の生活に密着した有床診療所だからこそ果たせる役割は大きい。また、医療的ケア児の小児科から内科等への移行（トランジション）への対応についても、有床診療所への役割の期待があるものとする。

ハンディキャップを持ちながらも、将来に立ち向かって生きていく子どもたちが、健常な子どもや地域の人々とともに成長していくノーマライゼーションを成立させることが重要である。小児の在宅医療においても、地域包括ケアシステムとして、有床診療所はその特性を生かして地域で核となっていくことが求められている。

（４）有床診療所支援のための都道府県医師会の役割

有床診療所は、国の進めている地域包括ケアシステムの構築に大きな役割を担える医療機関である。また、地域医療構想による病床機能分化・連携等、病床の転換も進む中で、今後有床診療所は重要な医療資源となると思われる。しかしながら、経営状況は厳しく、無床化にも歯止めがかからない。

このような中で、都道府県医師会による有床診療所会員への支援が強く望まれる。具体的には、まず有床診療所会員の名簿を作成し、有床診療所に関する様々な情報をスピーディーに伝達することである。例えば、有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業は、平成29年度予算では173億円計上されているが、申請件数が低くとどまっている都道府県もある。スプリンクラー等の設置は、入院患者等の安全を最優先に配慮するものであり、都道府県医師会による当該補助事業の積極的な周知が必要である。

第二に、有床診療所に関する諸問題を協議する場として、有床診療所委員会を設置することが強く望まれる。有床診療所会員だけでなく、無床診療所や病院関係者も参加してもらうことで、連携の広がりも期待できる。また、地域医療介護総合確保基金を活用した有床診療所への支援について協議し、積極的な事業提案をしていくこと等も重要である。

こうした支援を円滑に推進するためには、まずは各都道府県医師会で有床診療所の担当理事を選出することが必須である。有床診療所は介護保険や地域包括ケアシステムと密接な関係があることから、介護保険担当理事が兼任する事が望ましいと思われる。

また、有床診療所協議会が設置されている都道府県もあるが、都道府県医師会と有床診療所協議会の連携強化も重要である。例えば、前述の有床診療所の新規開設についても、都道府県医療審議会の意見を聴くこととなっており、都道府県医師会が中心となって当該診療所の必要性について理解を求めていくことが大変重要である。

都道府県医師会におかれては、日本医師会や全国有床診療所連絡協議会と連携を保ち、全国の有床診療所の将来ある存在意義を見守っていただきたい。

＜中国四国医師会連合有床診療所担当理事協議会の試み＞

都道府県医師会だけでなく、ブロックの医師会連合として有床診療所を支援していく試みも行われている。

中国四国ブロックでは、全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック協議会の活動が行われているが、平成 28 年 9 月の中国四国医師会連合常任委員会において、この活動を発展的に医師会連合の分科会に位置付けることについての提案があった。平成 28 年 10 月に中国四国 9 県の実態についてアンケート調査を実施、それをもとに平成 29 年 3 月まで協議したが、意見は纏まらず進展しないため、各県担当理事レベルの会議を開催することとなった。そして、平成 29 年 6 月に中国四国医師会連合有床診療所担当理事協議会を開催した。

そこでの議論は白熱しその結果、当面は「全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会」とは別に、①「医師会連合担当理事による協議会（分科会）」を並行して開催する。協議会（分科会）の会場は岡山市、事務局を広島県とする。②経費の負担は医師会連合で合意できる範囲とすることが、中国四国医師会連合常任委員会で承認された。

平成 30 年 1 月 28 日岡山市で、第 1 回中国四国医師会連合有床診療所協議会を開催する。中国四国の有床診療所がなお一層活性化するか否かは、これからの活動にかかっている。

全国でも医師会連合による分科会が出来ることを熱望するとともに、日本医師会からの支援を要望する。

3. 有床診療所の専門医療について

(1) 眼科

1) 現状

眼科有床診療所数は、平成18年11月には1,040施設あったが、10年後の平成28年11月には636施設に激減している（約39%減少）。

我が国の白内障手術は47%が入院で、53%が外来で実施されている。白内障手術の場合、高齢者や独居老人、そして通院困難な患者に対しては入院の上手術を実施することが望ましいが、現在の入院基本料では短期間入院となる眼科入院の場合、病棟の運用や維持が困難となっており、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。気が付けば身近な眼科有床診療所が消えていく状況にある。

2) 超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している施設が増加している。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。これら高齢者などの白内障手術は、全身管理などのため、たとえ短期間でも入院の上で行うことが好ましく、眼科有床診療所は手術や入院を中止した病院の眼科の代替として、これらの社会的弱者に対して地域医療サービスにおけるセーフティネットの役割を果たしている。今後益々進行する高齢化に対応して、眼科有床診療所はより一層必要な存在となっている。

眼科手術の中でもとりわけ白内障手術は、転倒そして認知症やうつの防止に有用であることがエビデンスで示されており、地域包括ケアシステムの中においても白内障手術が重要であることは明らかである。

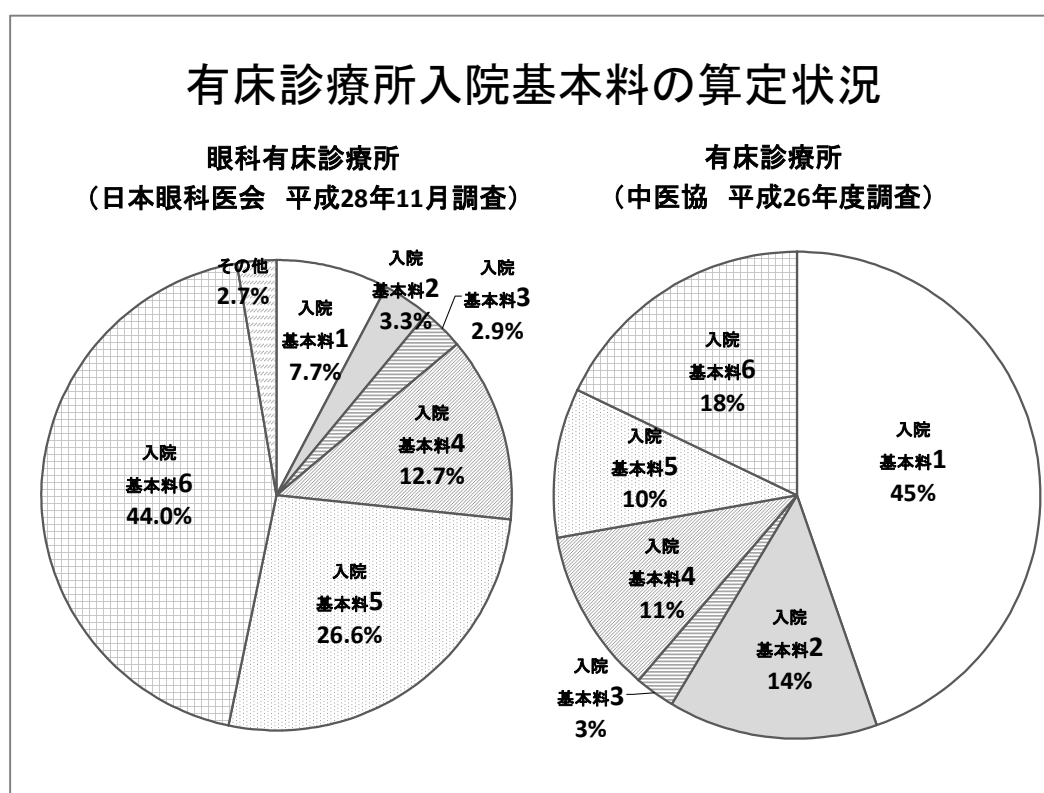
身近に眼科有床診療所が存在することにより、手術のために遠距離を移動する必要がなく、患者が住み慣れた地域で眼科手術を受けることが可能となり、内科などのかかりつけ医による診療を継続したまま手術が行えるなど、大きな利点がある。まさに眼科における地域包括ケアシステムの確立に欠くべからざる存在となっている。

近年、白内障手術に加えて、さらに重篤な疾患に対する緑内障手術や網膜硝子体手術が、意欲ある術者の勤務する有床診療所でも行われるようになってきている。

3) 眼科有床診療所の入院基本料について

(公社)日本眼科医会では、平成28年11月に全国の眼科有床診療所636施設に対して、アンケートによる眼科有床診療所実態調査を行った。

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(下図)。有床診療所入院基本料1は、眼科で7.7%、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13.9%、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、より点数の低い入院基本料4~6を算定するものは眼科では83.4%、全科では38%となっている。これは、現在の入院基本料1~3の算定要件となる施設基準を満たすことが眼科有床診療所にとっては困難な状況であるためと考えられる。



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「分娩件数

年間30件以上」などに相当する眼科手術に対する評価がなされていないことがこの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ため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。

平成30年4月より施行される医療法施行規則の一部改正にかかる通知において、「医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所」として、有床診療所の機能が示されている。その中で、「全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔、伝達麻酔（手術を実施した場合に限る。）を実施する機能（年間30件以上）」が記載されている。入院基本料の施設基準にも同様に伝達麻酔の要件を追記し、眼科手術の地域医療における貢献を評価し、眼科有床診療所でも眼科の実績を認めて入院基本料1～3が算定できるように要望する。

(2) 産婦人科

1) 日本の分娩と分娩提供環境の現状

我が国の1年間の出生数は減少傾向が続いている。平成28年には統計史上初めて100万人を切り、本格的な少子化時代が幕を開けた。

現在、日本の分娩の半数は有床診療所で行われており、70%以上を診療所が担う県（佐賀、大分など）も存在する。一方で、その産婦人科有床診療所の施設数の減少は著しい。特に大都市では、産科有床診療所が淘汰され、替わって大規模病院が「院内助産」という手段を通してローリスクの分娩を担当しようとする傾向にある。また、都道府県によっては助産所分娩の比率がわずかなではあるが増加傾向にある。

一方、産婦人科医の数は横ばいであり、産婦人科専攻医の数も伸び悩んでいる。女性医師の比率が増加しており、男女を問わず分娩に関与しない産婦人科医の比率も増加している。

2) 産婦人科有床診療所の将来予測

今後、我が国の少子化は進行していくと思われる。分娩数の減少に伴い分娩を取り扱う施設の減少をやむなしとする意見もあるが、以下の背景を考慮すると分娩施設の減少は好ましいことではない。

- ① 分娩施設減少が分娩数の減少のペースを大きく上回っている。
- ② 分娩に関わらない産婦人科医が増えている。
- ③ 産婦人科を志望する医学生・研修医は増加していない。
- ④ 女性医師の比率は増え続けている。
- ⑤ 医療結果に対する患者（妊婦）側の期待（要求）が増大している。
- ⑥ 「医師の働き方改革」が進み、相対的な医師不足が進行する。

3) 産婦人科有床診療所が減少する原因

- ① 初期設備投資に高額な費用が発生する。
- ② 施設・組織維持に高額な費用が発生する。
- ③ 過酷な勤務に加え、医師の代替要員の確保が容易でない。
- ④ 助産師をはじめ、夜勤可能な看護職員が不足している。

- ⑤ 母体搬送先、新生児搬送先の確保が困難である。
- ⑥ 母体搬送先、新生児搬送先に対して立場が弱い（結果が悪いと、下した判断に対して厳しい意見をされることがある）。
- ⑦ 訴訟圧力（あるいは、それに対する過剰な心配）。
- ⑧ 有床診療所（特に一人医師）における分娩が安全でないかのような意見（産婦人科の世界の内部ですらこれがある）。

4) 産婦人科有床診療所の存在意義

産婦人科を取り巻く環境の変化から、ハイリスクの周産期管理を求められる高次医療機関は、勤務医を増やし重点化せざるを得ない状況である。ローリスクの分娩をどの施設形態で担当するかが、今後我が国の周産期の課題である。

この際、産婦人科有床診療所がローリスク分娩を担当することは、大病院で担当する場合と比べ多くの長所があると考えられる。

以下に考えられる長所を列挙する。

- ① 医師一人あたりの取り扱い分娩数が圧倒的に多い。
- ② ローリスクの分娩に情熱をかける医師が多い。
- ③ ローリスク分娩の取り扱いに関して技術・経験を積んだ医師が多い。
- ④ 妊婦の医療機関へのアクセスがよい。
- ⑤ アメニティに配慮がある。
- ⑥ かかりつけ医として、産前産後も通して受診できる。

分娩はゴールではない。ローリスクのまま分娩した産褥女性にとって、気軽に乳腺のトラブルや産褥期の母体のトラブルについて相談できる産科有床診療所は、その後の子育てにとっても大きな魅力であり、産褥のメンタルヘルスの改善にも貢献しやすい。また、アクセスがよくアメニティの勝る施設が分娩場所を提供することは次回の分娩意欲にもつながり、国の少子化対策にも貢献すると考えられる。

5) 産婦人科有床診療所を守るための戦略

ハイリスク妊婦は高次医療機関で管理する必要がある。その高次医療機関でローリスク妊婦まで扱えば高次医療機関の余力が低下することが懸念される。

ローリスク分娩を扱う産婦人科有床診療所（小規模産科病院も含めて）が存続しなければ、日本の分娩は守れない。

しかし、現状では産婦人科有床診療所は減少する一方である。これがさらに進めば、重点化した高次医療機関で全ての分娩を担当するようになり、分娩の利便性が損なわれ、特に経産婦が分娩意欲をそがれかねない。結果として、ローリスク分娩は高次医療機関の助産師主導の「院内助産」に委ねざるを得ず、地方ではそれすらできずに助産所分娩や自宅分娩が増加する恐れがある。その安全性に関しては疑問符をつけざるを得ない。やはり、ローリスクな分娩は産婦人科有床診療所に委ねる方が安全である。

大学病院等大規模施設の医師を中心に、「欧米では集約化が当たり前」、「高次施設のほうが安全」という論理で、分娩の集約化（ローリスクも妊娠・出産も含めた）を歓迎する論調がある。この論理の上に立てば、地方の妊婦はたとえ100km以上車を走らせてでも、都市部に集約された大規模病院で出産せざるを得ないことになる。しかしそもそも、医療というものは人間の生活を助けるべきものであり、医療の都合に合わせて人間が生活を変えるのは如何なものかと考える。

またローリスク分娩を大規模な高次医療機関に集約しても、高次医療機関が安全であるというエビデンスは実は存在せず、実際には産科医療補償制度の事例を見る限り、高次医療機関においてもローリスク妊婦から脳性麻痺児が少なからず発生している。ハイリスクな分娩はともかく、ローリスクな分娩まで集約化することは、分娩施設へのアクセスを極端に悪化させ、まさに「人間生活が医療の都合に合わせざるを得ない」悪しきモデルとなる。重病・難病であればやむを得ないが、一般の国民にとって出産は家庭生活の一コマであり、これが本人の生活圏の中で完結できないシステムは、医療提供の姿として正しいとは思えない。今は国を挙げて、産婦人科有床診療所を守るべき時である。しかも一刻の猶予もない。

6) 産婦人科有床診療所を守るための提言

- ① 小規模産科施設の新規開業のための助成・融資（既存額の拡充）

- ② 既存の小規模産科施設の施設維持のための助成・融資
- ③ 助産師・看護師・准看護師雇用に対する助成
- ④ 助産師・看護師・准看護師が産婦人科有床診療所に勤務した際の勤務者側に対する助成
- ⑤ ローリスクと思われる妊婦の産科有床診療所への政治的誘導（もともと高次医療機関の分娩費は不当に廉価に抑えられており、高次医療機関のローリスク分娩の費用は政治的に妥当な額に上げる必要がある）
- ⑥ 非常勤医を確保しやすい体制作り（例えば地元の公立病院から非常勤医を派遣してもらうときに障壁となることが多い公務員副業禁止規定の緩和）
- ⑦ 母体搬送先、新生児搬送先の確保
- ⑧ 母体搬送、新生児搬送に対して現在以上の診療報酬点数加算（有床診療所と周産期母子医療センター等との連携に資する増点）
- ⑨ 産科医療補償制度に準じて新生児死亡、母体死亡や母体の後遺症に対する無過失補償制度の創設
- ⑩ 母体搬送、新生児搬送が間に合わないような緊急事態においては高次医療機関から小規模産科医療機関へ医師が緊急出張し、高次医療機関の資材（輸血など）も使用しやすいようなシステムの創設（一部都道府県で行われている）

7) 災害時の産科有床診療所の対応と役割

分娩の約半数が有床診療所において行われている中で、災害時に備えた体制の整備が求められる。自院における対応訓練等はもちろんであるが、産科有床診療所の妊産婦や新生児に対しても支援が届くよう、各都道府県行政において、産科有床診療所を視野に入れた連絡体制等の整備や災害対応マニュアルの策定が行われる必要がある。

また、被災地の産科医療機関が分娩を扱うことができなくなった場合には、被災地から少し離れた有床診療所に余力があれば、ローリスクの分娩を引き受けることも可能であると考えられる。こうした役割も含めて、検討が進められるべきである。

(3) 整形外科

平成 27 年度答申で述べた通り、超高齢社会における整形外科有床診療所の役割は益々大きくなっている。

専門特化して、脊椎疾患・関節リウマチ・変形性関節症の手術療法を中心に行っているもの、救急医療として手術を要する外傷・手術は要しない（脊椎圧迫骨折等）が入院加療を必要とする外傷の治療、高度急性期機能・急性期機能・慢性期機能を持つ病院から紹介患者を受け入れ、ハビリテーション等により在宅への橋渡しをしているもの、慢性期機能施設として機能しているもの等多種多様である。

平成 27 年度答申で要望した「自宅等退院患者」の取り扱いが、条件付きながら改善されたことに感謝申し上げる。その上でもう少し算定基準の緩和をお願いしたい。

そして、平成 30 年度からの第 7 次医療計画において、5 疾病 5 事業に準ずるものとしてロコモティブシンドローム・フレイル対策、大腿骨頸部骨折、肺炎等が記載された。整形外科の有用性が認識されたものと感謝し、期待に応えるべく健康寿命を延伸し、介護予防に積極的に取り組んでいきたい。そのためにも下記について要望する。

1) 維持期リハビリテーションの介護保険への移行について

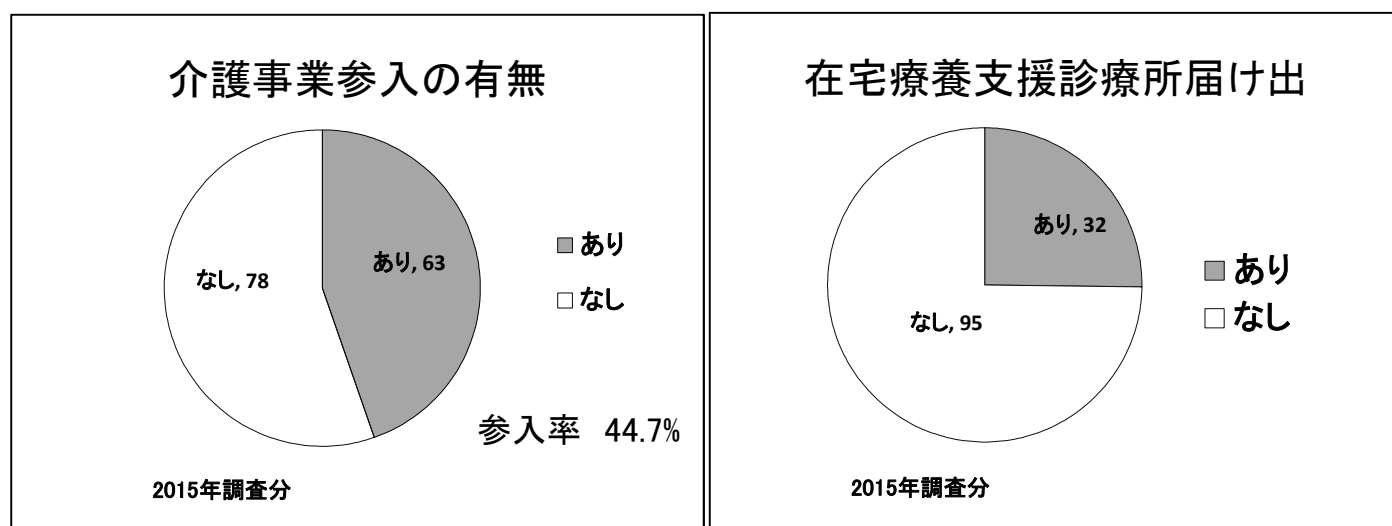
要介護者における維持期リハビリテーション（標準的算定日数を超えたもの）は、原則として介護保険サービスへ移行する方針が平成 18 年度の診療報酬改定で決定しているが、過去 4 回にわたり経過措置が延期されている。平成 30 年度の同時改定においても維持期リハビリテーションの移行が議論となっているが、すべての患者に一律に介護保険サービスへの移行を求めるべきではない。患者個々人の状態は様々であり、リハビリの効果が出るまでに時間のかかるケースもある。医療と介護でリハビリの提供内容は異なり、高度なリハビリを受けられなくなるのは患者にとって大きな損失である。また、介護施設を持たない整形外科診療所において、外来でリハビリを実施できないことは死活問題である。

厚生労働省は、保険医療機関は介護保険における通所リハビリテーションの指定を受けているものとみなし（みなし指定）、医療保険の疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーション（1 時間以上 2 時間未満）を同時に行うことを可能としている。しかし、みなし指定を受けた医療機関でも、介護保険の通所リハビリ費を請求するには、別途介護保険制度の人員・構造設備基準を満たす必要があるなど、制度の違いによる障壁が依然としてある。

引き続き、「治療上有効であると医学的に判断される場合」には、医療保険からの給付を継続して受けられるようにすべきである。

日本臨床整形外科学会（JCOA）の調査によると、2016 年の JCOA 有床診療所部会会員数は 1,092 施設である。

2015 年の調査によると介護保険参入施設が 44.7%、在宅支援診療所が 25.2%であった（下図）。



2) 有床診療所への回復期リハ病床の創設、回復期リハ加算の新設について

平成 27 年度答申で報告した通り、大腿骨頸部骨折連携パスの調査において、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整形外科有床診療所の自宅退院率等は遜色ないものであった。患者・家族にとっても身近な場所でリハビリを受けられることは有用である。有床診療所が今後さらにリハビリテーションを積極的・有効に提供していく体制を得られるように、「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。

4. 経営と事業承継

(1) 有床診療所を母体とした経営事例と今後の展望

2025 年に向け各地域で地域医療構想が策定され、地域包括ケアシステム構築がされつつある。そのような環境下、有床診療所を経営母体とした医療機関で、良好な経営状況を維持しつつ地域医療を支えている事例を紹介する。

(その1)

地方の町で、医療法人立で有床診療所と介護老人保健施設を同時に開業した。外来では専門外来を行い、入院患者への対応も可能な体制を維持している。居宅介護支援事業所、通所介護、訪問介護の介護事業所を併設し、介護老人保健施設の機能を組み合わせている。専門外来との関連で人工透析施設も有している。

(その2)

医療法人立で有床診療所と住宅型有料老人ホーム、居宅介護支援事業所、デイサービス、デイケア、訪問介護の機能を持つ。近隣の基幹病院からの退院患者は、まず有床診療所で受け入れる。身近な入院施設である有床診療所に入院する事で、患者の家族に時間的な余裕ができるため、在宅での受け入れの準備（ケアマネジャーへの相談、施設見学・住宅改修など）をすることが可能となる。その過程で、住宅型有料老人ホームへ入居する選択肢を提供している。

(その3)

医療法人立で整形外科を専門とした有床診療所を設置している。その医療圏で膝や股の人工関節手術を受ける場合には数か月の待機期間が必要である。そこで「高度な手術は病院に任せ、それ以外の手術を有床診療所で行う」という役割分担（病診連携）を念頭に診療体制を構築し、できるだけ早期に手術が可能となるような体制を維持している。

(その4)

地方都市で医療法人立の整形外科を専門とした有床診療所を設置している。構成は、概ね一般病床と介護療養病床が 2 対 1 の割合である。一般病床の主な患者は、地域における急性期中核病院で整形疾患手術後、転院してのリハビリ

テーションを行う者が多い（病診連携）。また、同じ診療圏の内科系診療所のかかりつけ患者が圧迫骨折など整形外科領域の疾患を発症した場合に、紹介により入院をする患者も多い（診診連携）。在宅復帰後は、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションに加え、在宅末期まで対応可能な訪問診療を行っている。介護療養病床においてはターミナル患者が多く、看取りまで実施している。

上記は、現状において、主に地方で有床診療所の入院医療と専門外来医療や専門領域での手術及び介護サービスなどを複合的に経営に取り込んで成功している事例である。現在、「有床診療所が地域で果たしている役割・機能」としては、主とする診療科が内科、外科の場合は、「在宅医療の拠点」、「在宅・介護施設への受け渡し」、「終末期医療」の割合が多く、主とする診療科が産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科の場合は、「専門医療」の割合が多く、主とする診療科が整形外科の場合は、「専門医療」、「在宅・介護施設への受け渡し」の割合が多い（平成 29 年 11 月 17 日開催の中医協資料より）とされている。この見解が絶対とは言えないまでも、主とする診療科の違いによって有床診療所の経営の方向性は異なってくるため、一律に経営論を結論付けることはできない。しかし、今後、地域包括ケアシステムが構築されていくなか、地域医療を担い、かつ、19 床以下の入院施設制限がある有床診療所においては、入院医療や在宅医療と需要の増す介護サービスをコンビネーションさせて経営に取り込む形か、または、専門分野を深く掘り下げて特化型となる形の経営が主に必要と考えられる。

(2) 診療報酬改定要望

平成 30 年度の診療報酬・介護報酬同時改定は厳しい改定財源が予想される中実施されるが、今後構築される地域包括ケアシステムの中で重要な役割が期待される有床診療所の経営基盤安定化のために、以下の要望を行いたい。

1) 入院基本料の引き上げ

平成 26 年度改定で若干の入院基本料の引き上げがあったが、現在も年間 400 施設のペースで有床診療所の減少が続いており、歯止めがかかっていない。平成 29 年有床診療所の現状調査（日医総研）における試行的コスト計算では、患者 1 人 1 日当たり入院収入平均 25,880 円に対して、入院費用は平均 27,745 円で、入院患者 1 人 1 日当たり収支は 1,866 円の赤字であった。年々その赤字幅は大きくなってきており、多くの有床診療所では入院収支の赤字を外来収入で穴埋めしたり、介護関連施設の併設によりやっと展開しているのが現状である。

地域医療に有益な病床を維持するためには、有床診療所単独で運営できる診療報酬体系の構築が必要である。少なくとも入院収支の赤字解消が不可欠であり、早急かつ大幅な入院基本料の引き上げを強く要望したい。

2) 有床診療所一般病床初期加算の名称変更と点数・日数の引き上げ

有床診療所も年間 15 万人を超える急変入院患者を受け入れ、また年間 130 万件を超える訪問診療を実施している。同じ地域医療を支える受け皿として、病院と同一の名称（救急・在宅等支援病床初期加算）、扱いを望む。

3) 医師配置加算の引き上げ

複数の機能を担って地域包括ケアシステムの中で貢献するためには、有床診療所も複数医師体制が望ましい。しかしながら、現在の加算点数では複数医師で運営する有床診療所の経営は厳しく、その体制維持のためには医師配置加算の大幅な引き上げが必要である。

4) 在宅復帰機能強化加算の要件緩和と点数の引き上げ

前回改定で有床診療所入院基本料に在宅復帰機能強化加算が新設されたが、その届出数は予想を遥かに下回って、全有床診療所の 1 割弱に留まっている。地域の医療連携を促進するためにも、要件緩和と点数の引き上げを望む。

5) 入院中の患者の他医療機関への受診についての取扱いの見直し

入院医療機関分類別では、有床診療所が入院日数の 0.8%減算（次は精神科病院の 0.4%）と最も多く、経営上の損失も大きい。前回改定で減算が緩和されたが、患者本位の医療提供、医療連携を推進するためには減算の撤廃が望ましい。

6) 看護配置加算、看護補助配置加算等の点数の引き上げ

介護報酬は臨時改定で、人材確保のための介護職員処遇改善（月平均 1 万円相当の改善）が閣議決定され、すでに実施されている。医療分野の有床診療所でも看護職員等の人材確保が極めて困難な状況にあり、手厚い評価が望まれる。

7) 診療情報提供料の要件の見直し

現在、入院患者の場合、診療情報提供料は算定不可になっているが、他医療機関紹介時には多大な負担（特に入院患者では膨大な資料、情報提供が必要）を要することから、入院患者の場合でも診療情報提供料の算定ができてしかるべきである。

8) 有床診療所看取り加算の要件緩和と点数の引き上げ

有床診療所では現在も年間 6,000 人を超える入院看取りを行っているが、今後さらなる増加が見込まれ、そして看取りが可能な施設の不足も危惧されている。患者にとって身近な入院施設である有床診療所の有用性を評価いただき、要件緩和と点数の引き上げをお願いしたい。

9) 有床診療所における「地域包括ケア病床（仮称）」の創設

各医療圏で地域医療構想調整会議が開催されている。機械的な推計では、ほ

とんどの医療圏で急性期機能および慢性期機能が過剰で、回復期機能が不足とされている。もっとも、回復期病床が不足しているとの認識は誤解であることに留意する必要がある¹。

地域医療介護総合確保基金の対象事業として、病床の機能分化及び連携の推進（地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は施設の整備に関する事業）があり、多くの地域で、病院の急性期病棟の回復期病棟（地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟）への転換に対する補助が優先されることになっている。

平成 28 年度の病床機能報告制度のデータでは、有床診療所の機能区分（病床数ベース）は急性期 62.8%、慢性期 18.1%、そして回復期は 18.0%であるが、急性期病床の病床稼働率は年々低下してきている。今後有床診療所がより多くの回復期病床の機能を分担すれば、地域包括ケアシステムの円満な運営にも貢献できると考える。

ここで問題となるのは、有床診療所の場合、回復期病床という診療報酬上の施設ジャンルがないことである。そのため、例えば今後回復期病床としての役割を果たしていきたくても、具体的な診療報酬項目が見出せず、基金の支援を受けて機能を転換するインセンティブがないと考えられる。

そこで、病院の「地域包括ケア病棟」と同様な入院形態として、「有床診療所 地域包括ケア病床（仮称）」の創設の検討をお願いしたい。これが実現すれば、有床診療所の急性期病床を回復期病床に転換する際にも、上記基金を利用する機会が増え、また、有床診療所の回復期機能への参入も増加していくと考える。施設基準は今後の検討課題であるが、1 日単価は少し低くても、施設基準は緩やかにして、有床診療所が参入しやすい形とすることが望まれる。

¹ 厚生労働省も各都道府県衛生主管部（局）宛に、平成 29 年 9 月 29 日付で事務連絡「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」を発出し、①地域医療構想における将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量を推計するものに対し、病床機能報告制度では様々な病期の患者が混在する病棟について最も適する機能 1 つを選択して報告する仕組みであること、②現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えている、との見解を示している

(3) 事業承継・税制要望

1) 個人立と医療法人立の事業承継

個人立の有床診療所と医療法人立の有床診療所の事業承継を比較すると、個人立の場合は開設者、管理者とも変更が必要（旧医療機関廃止、新医療機関開設となる。）で、保険医療機関の番号変更や税務上の手続きなど、開廃業に関するすべての手続きが必要となる。これに対し、医療法人立の場合は、開設者は医療法人のため、管理者及び理事長の変更を行えば足りる。そのため、保険医療機関番号なども継続できることから医療機関としての連続性がキープされ、運営がスムーズなものとなる。特に親子間で承継する場合においては、手続面で、医療法人立がスムーズである。

2) 「持分あり社団医療法人」の相続・事業承継

医療法人が経過措置医療法人と呼ばれる「持分あり社団医療法人」の場合には、「持分」における直接的な影響（直接的リスク＝社員退社時の持分払戻し請求）と間接的な影響（間接的リスク＝社員の相続が発生した場合の相続税負担と相続税支払いのための払戻し請求）が生じる場合があるため、日頃よりの検討が必要となる。解決策として、平成 29 年 10 月 1 日から 3 年間の時限措置で「認定医療法人制度」が改正され、役員と同族要件（同族親族 3 分の 1 以下）などを満たさなくとも、「持分なし」への移行時のみなし贈与課税（相続税法第 66 条第 4 項）が非課税とされた。ただし、認定要件に「運営に関する要件」が付け加えられたため、認定要件そのもののハードルは高くなっている。計画認定を受けようとする医療法人は、特別利益供与の禁止要件他 8 つの非課税要件を確認し、対処することが必要となる。また「持分なし」への移行は、「持分」という私有財産を放棄することを意味する。従って、「持分なし」への移行には社員全員の同意が必要となる。また、私有財産の放棄をした後、再び「持分あり」に後戻りはできない。これらの点を理解したうえで判断する必要がある。

3) 税制改正要望

有床診療所の経営に関連しては、以下のような所要の税制を手当てする必要

がある。

- (イ) 地域機能の確保のための個人開設医療機関及び医療法人の軽減税制措置（相続税）
- (ロ) 地域医療構想に沿った病床の機能分化・連携などに資する設備投資に対する税制上の支援措置（所得税・法人税）
- (ハ) 中小医療機関の設備投資を支援するための器具備品等についての税制支援措置（所得税・法人税）
- (ニ) 新たな施設類型として創設される介護医療院への転換に伴う改修工事に対する支援措置（所得税・法人税）

(4) 医師・看護職員等の確保について

1) 看護職員不足への対応

有床診療所の無床化・休床の最大の理由は、看護職員の確保困難であり、「平成 29 年有床診療所の現状調査」においても、病床の課題に関して抱えている課題として、「看護職員の確保」が 61.0%、「夜間看護職員の確保」が 52.1%となっている。

病床全稼働の有床診療所においてさえ入院収支が赤字な上に、有料職業紹介事業者を利用した看護職員採用には高額な紹介手数料(年収の 20%程度)がかかり、人件費が高騰している。また紹介を受けても、短期間で離職するケースもあり、大きな問題となっている。

医療機関が支払う紹介手数料の原資は診療報酬であり、こうした職業紹介事業者頼みの確保が常態化すれば、医療機関の存続そのものが危うくなり、日本の医療制度を崩壊させる危険性をはらんでいる。

こうした事態を受け、厚生労働省は平成 29 年 3 月に職業安定法施行規則及び指針(告示)の一部改正(平成 30 年 1 月 1 日施行)を行った。改正内容について十分周知し、医療機関側としては、職業紹介事業者を利用する場合には、少なくとも返戻金制度の有無や早期離職者数等を調べた上で利用を判断する必要がある。

また、平成 27 年 10 月から開始された看護職員の離職時の届出制度と、ナースセンター事業の周知・拡充は将来の看護職員確保の打開策になる。都道府県医師会と都道府県有床診療所協議会が連携し、ナースセンター事業を支援して行くことも重要である。

2) 医師不足への対応

医師の全体数は増えるものの地域や診療科による偏在のため、現実的な医師不足は各地で発生することが予想される。医師の偏在を解決するための地域医療支援センター機能の充実には、都道府県医師会の指導と影響力が極めて重要である。地域で重要な役割を果たしている有床診療所においても、医師の適正配置は必須である。

また、各道府県に所在する行政や医師会による医師バンク機能を、今以上に充実強化させる必要がある。さらに、日本医師会が厚生労働省から委託を受けて行っている無料職業紹介事業「女性医師バンク」の活用も推進すべきである。なお、「女性医師バンク」については、将来的には紹介を男性医師にも拡大することを要望したい。

3) 医師継承者の相談

有床診療所の減少の大きな理由の一つに継承者不在がある。子が医師となり継承する有床診療所は少ない。継承者がいても継承が成功するとは限らない。新規開業の意思はあるが資金がないという若手医師も多い。そこで、都道府県医師会と都道府県有床診療所協議会が連携し、医師バンクとも情報を共有し、継承のための相談に対応することも必要である。地域医療を支える医師が複数で継承したり、地域医師会が深く関与することが前提であるが、複数の医療法人で地域医療連携推進法人を設立し、経営を継承する方法も考えられる。

（５）有床診療所病床のあり方の検討について

これまで論じてきた多くの課題が改善もしくは解決されたとしても、有床診療所の減少の流れを止めることは極めて困難であると言わざるを得ない。なぜなら、病床数 19 床を上限とした施設規模ではスケールメリットが得られず、その運営は制度的に限界に達しているからである。

村、町立有床診療所はもとより、地方の小規模病院においてもダウンサイジングする際には、有床診療所を選択せず無床診療所化している。しかし、地域に入院施設が無くなれば、患者流出による急激な人口減を招き、ひいては地域崩壊の誘因となることが危惧される。

このような状況に鑑みれば、地域に密着した小規模の医療施設における病床のあり方を再検討する必要があるのではないか。その際には、前回の答申でも触れている小規模入院施設構想（有床診療所の理念を継続し、介護保険の地域密着型施設と同様に許可病床数 30 床未満での運営を目指すもの）や、介護施設や住まいの併設を含めた有床診療所の病床規模等について検討する必要があるのではないだろうか。

平成 29 年 11 月に行われた「有床診療所の日」記念講演会では、講師より、今後の人口減少社会においては医療機関を中心としたまちづくり（コンパクトシティ）が重要であり、地域の入院ベッドは安心の基盤であることから「有床診療所のあるところに集住」といった発想の転換も必要との提言がなされた。その実現には、過疎地域においても有床診療所の存続が可能となり、地域活性に寄与するような施策が必要である。

こうした構想の実現には医療法等の改正が必要であり、構造設備基準、人員配置基準など、制度化には関係諸機関の慎重かつ丁寧な議論が必要である。

今期の委員会では詳細な議論をすることができなかったが、今後検討することもある必要であると思われる。

5. おわりに

平成 29 年 7 月に、厚生労働省から平成 28 年社会医療診療行為別統計が公表された。これはレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）の全数を集計したものである。

ここで医科入院の 1 件当たり点数について見ると、有床診療所は 18,955.8 点で、病院の 52,825.8 点はその 2.8 倍となっている。有床診療所の入院は、我が国の医療費の節減に大いに寄与していると言える。

これまで、日本医師会と全国有床診療所連絡協議会の連携により「有床診療所の日」の創設や、入院基本料の引き上げなど重要な施策が講じられてきた。それでも有床診療所の施設数の減少には歯止めがかからなかった。

かつて、有床診療所の入院の 48 時間規制が撤廃された際に、有床診療所の一般病床が医療計画の基準病床数の適用となり、特例を除き、我が国の大多数の医療圏において有床診療所の新規参入は事実上困難なものになった。意欲ある医師が有床診療所を設立し診療活動を行うことを阻むこととなり、新たな参入者の少ない状況の中で、有床診療所が減少する結果となった。

有床診療所の新規参入が可能となる制度を望んでいたところ、平成 30 年 4 月から届出による病床設置の特例が拡大されたことは、先に述べた通りである。これにより選択の可能性が拡大し、意欲ある法人や個人が有床診療所に参入できることとなり、一歩前進したと言える。

意欲と実力を兼ね備えた医師が、有床診療所を基盤に地域医療のため前向きに活動する機会が増加することは、大いに歓迎される。

一方、既存の病院もこの制度を利用することが考えられる。実際、これから始まる病床の機能分化によって病床数が減少した場合、病院が地域医療での役割分担を超えて、サテライトとして有床診療所を開設して病床数を確保しようとすることは充分考えられる。今回の施策により、有床診療所開設の可能性が拡大することは喜ばしいことではあるが、反面、地域の役割分担の観点から新たな懸念（課題）を生み出す可能性は排除できない。

かつて、医薬分業の掛け声の下に院外薬局が推進された。当初、地元の薬局

が前向きに取り組んだが、いつの間にか主力は全国組織のチェーン薬局がとって替わってしまった先例がある。

今後そのような状況の発生が予測される場合は、都道府県医療審議会において、当初の目的に合致したのか否か、しっかり議論していただきたいと考える。

各医療機関の努力により地域の医療連携が円滑に行われ、地域完結型医療は現在ようやく定着しつつある。この地域完結型医療が、特定のグループによる有床診療所の開設によって、グループ内の医療になってしまわないよう注視する必要がある。

今回の変更が、今後発生する新たな問題の発端とならないよう十分な検討と対応が必要である。これからも、有床診療所には身近な病床としての役割が期待されており、今回の制度を活用した質量ともに充実した有床診療所の新たな展開が望まれる。

【参考資料】平成 29 年 有床診療所の現状調査(日医総研 WP No. 394)

抜粋

1 調査概要

【調査対象】 全国有床診療所連絡協議会会員 2,646 施設

【調査時期】 平成 29 年 8 月 (8 月 31 日締切)

【配布】 配布数 2,646 (患者満足度は無作為抽出した 200 施設のみ同封)

【回収結果】①施設調査 976 施設 (回収率 36.9%) うち無床化・休床化施設 228 施設、②財務調査 548 施設 (法人等 465 個人 82)、③患者調査 643 施設 (入院患者数 6,178 名)、④患者満足度調査 80 施設 (入院患者数 845 名)

2 回答施設

院長年齢

	施設数	割合 (%)
～40歳代	74	9.9
50歳代	177	23.7
60歳代	289	38.6
70歳代	162	21.7
80歳以上	44	5.9
無回答	2	0.3
合計	748	100.0

平均年齢：63.6 歳

地域

	施設数	割合 (%)
北海道	23	3.1
東北	60	8.0
関東・甲信越	113	15.1
中部	65	8.7
近畿	35	4.7
中国・四国	151	20.2
九州	301	40.2
合計	748	100.0

主要診療科 <参考 全国の母数との比較>

	本調査		(参考)全国	
	施設数	割合 (%)	施設数	割合 (%)
内科系	295	39.4	3,013	36.1
外科系	81	10.8	972	11.6
小児科	5	0.7	105	1.3
整形外科	99	13.2	901	10.8
産婦人科系	143	19.1	2,030	24.3
眼科	59	7.9	758	9.1
皮膚科・耳鼻咽喉科	9	1.2	161	1.9
泌尿器科	34	4.5	233	2.8
精神科・神経科	4	0.5	47	0.6
リハビリテーション科	2	0.3	14	0.2
その他	17	2.3	121	1.4
合計	748	100.0	8,355	100.0

全国は「平成26年医療施設(静態・動態)調査」厚生労働省

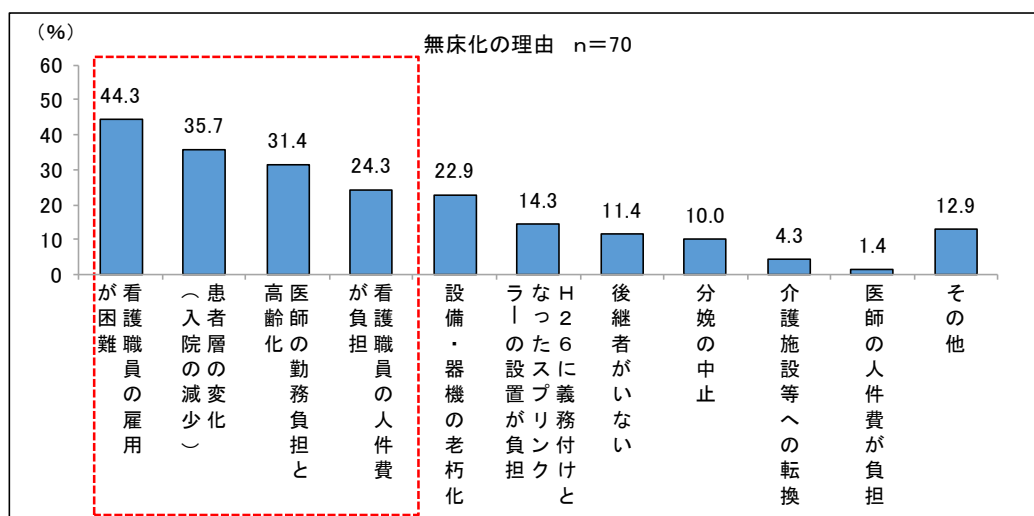
介護事業・併設施設の種類（複数回答 n=748）

	施設数	割合%
通所リハ(デイケア)	166	22.2
通所介護(デイサービス)	82	11.0
居宅介護支援事業所	145	19.4
訪問看護	60	8.0
訪問介護	48	6.4
訪問リハ	66	8.8
特 養	10	1.3
老 健	48	6.4
グループホーム	54	7.2
看護小規模多機能型居宅介護	5	0.7
有料老人ホーム	36	4.8
サ高住(高専賃)	25	3.3
地域包括支援センター	6	0.8
病 院	1	0.1
その他	29	3.9
施設なし	478	63.9
総数	748	

3 無床化した診療所

すでに無床化した施設(n=70)にその理由を尋ねると、「看護職員の雇用が困難(44.3%)」、「患者層の変化（入院の減少）(35.7%)」、「医師の勤務負担と高齢化(31.4%)」が上位 3 項目であった。4 番目は「看護職員の人件費が負担」となっており、看護職員の雇用問題と人件費のいずれかを選択した施設は全体の 54.3%に上った。休床の診療所（n=137）についても同様の回答で、看護職員の雇用と人件費の問題を挙げた施設が約 7 割を占めた。

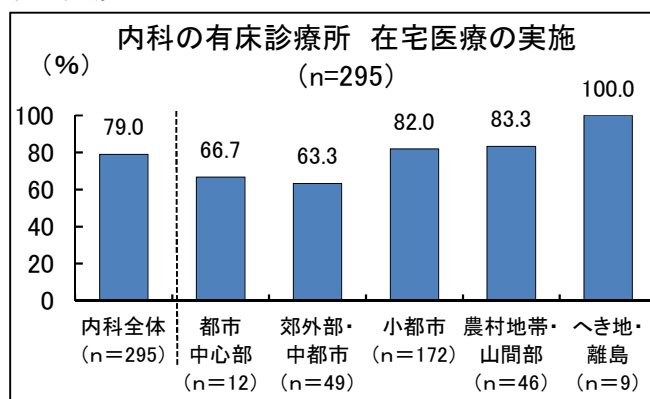
表 3-1 無床化の理由 （複数回答）



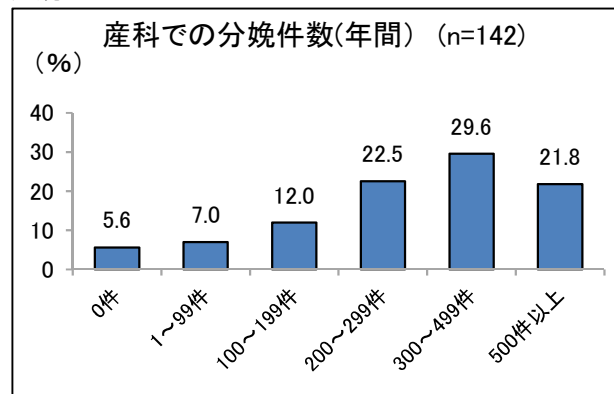
4 医療・介護の提供の現状

有床診療所が実施している在宅医療、分娩、救急対応、専門手術、看取り、介護事業の状況を以下に示した。

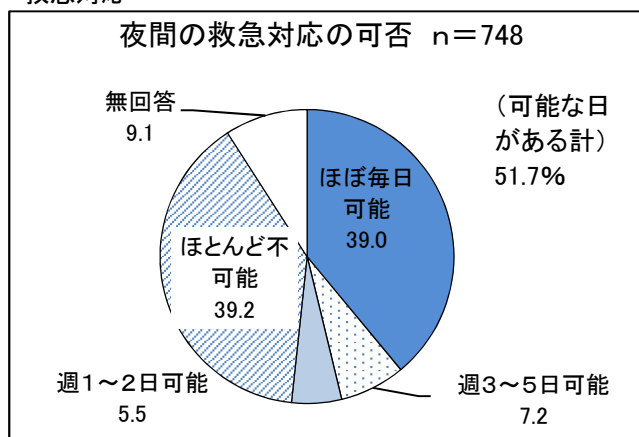
在宅医療



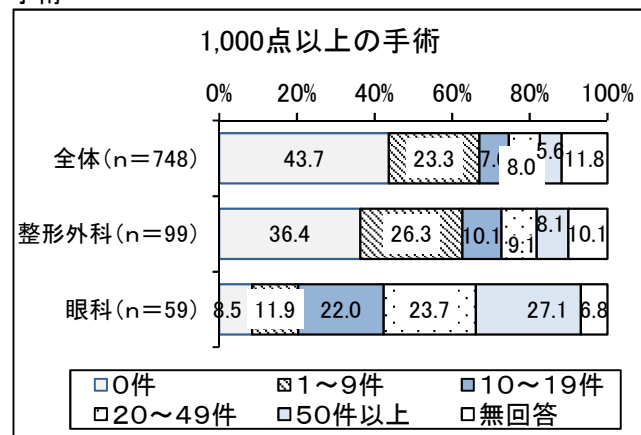
分娩 (無回答除く)



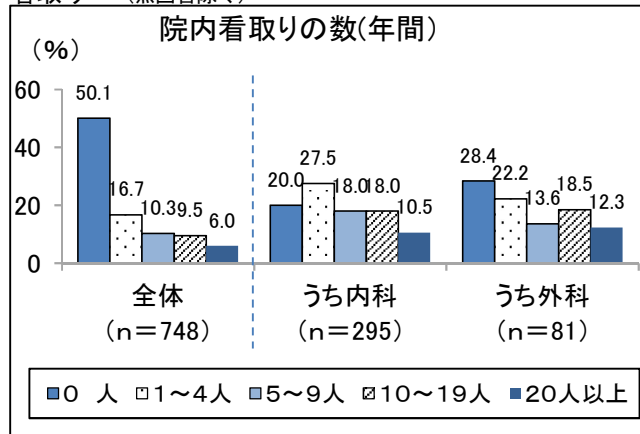
救急対応



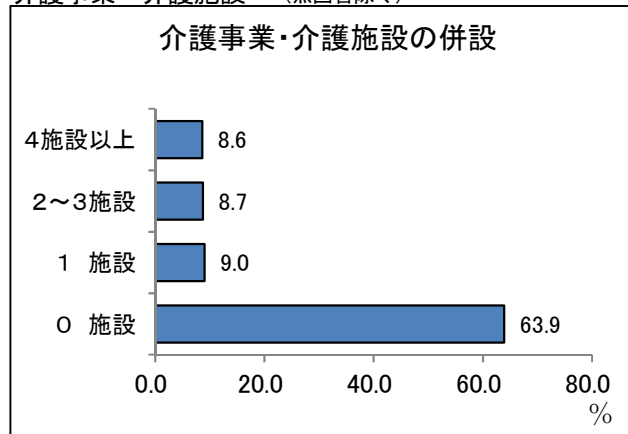
手術



看取り (無回答除く)



介護事業・介護施設 (無回答除く)



5 経営の実態

損益計算書からは経営の悪化傾向がみられた。法人について平成 27 年調査と本調査（平成 29 年）を比較すると、入院収益は 9,983 万円から 9,714 万円に減少（▲2.7%）した。また、給与費比率は 49.4%から 50.8%に 1.4 ポイント増加し、医業・介護利益率は 4.7%から 3.6%に減少（▲23.4）した。経常利益は 1,311 万円から 1,224 万円に減少（▲6.6%）、経常利益率は 4.3%から 4.0%に 0.3 ポイント減少した¹。

表 5-1 本調査と前回調査の定点比較（法人）

	全体(n=139)			
	平成29年調査		平成27年調査	
	金額 (千円)	構成 比率	金額 (千円)	構成 比率
医業・介護収益	302,680	100.0%	306,806	100.0%
医業収益	286,047	94.5%	287,297	93.6%
入院収益	97,139	32.1%	99,829	32.5%
外来収益	172,888	57.1%	172,478	56.2%
その他医業収益	16,020	5.3%	14,990	4.9%
介護収益	16,633	5.5%	19,509	6.4%
医業・介護費用	291,715	96.4%	292,335	95.3%
売上原価	52,427	17.3%	54,529	17.8%
医薬品費	35,328	11.7%	36,100	11.8%
材料費	17,100	5.6%	18,430	6.0%
販売管理費	239,288	79.1%	237,805	77.5%
給与費	153,798	50.8%	151,616	49.4%
委託費	15,661	5.2%	15,970	5.2%
減価償却費	11,699	3.9%	12,162	4.0%
その他医業・介護費用	58,129	19.2%	58,057	18.9%
医業・介護利益	10,965	3.6%	14,472	4.7%
医業外・介護外収益	7,000	2.3%	4,480	1.5%
医業外・介護外費用	5,725	1.9%	5,845	1.9%
経常利益	12,241	4.0%	13,107	4.3%
n=139				

¹平成 25 年、平成 27 年、平成 29 年の損益計算書の比較を行うと、給与費比率は 47.6%→50.3%→51.3%に増加、経常利益率は 5.2%→4.7%→4.1%に減少であった。（WP394 5-3 章参照）

平成 28 年度の法人・その他の有床診療所(n=320)の医業・介護収益は平均で 3 億 3,090 万円、医業・介護利益は 1,245 万円、経常利益率は 4.6%であった。個人の有床診療所(n=42)は経常利益率が 10.3%であった。(診療科別の収支は WP394 5-3 章参照)

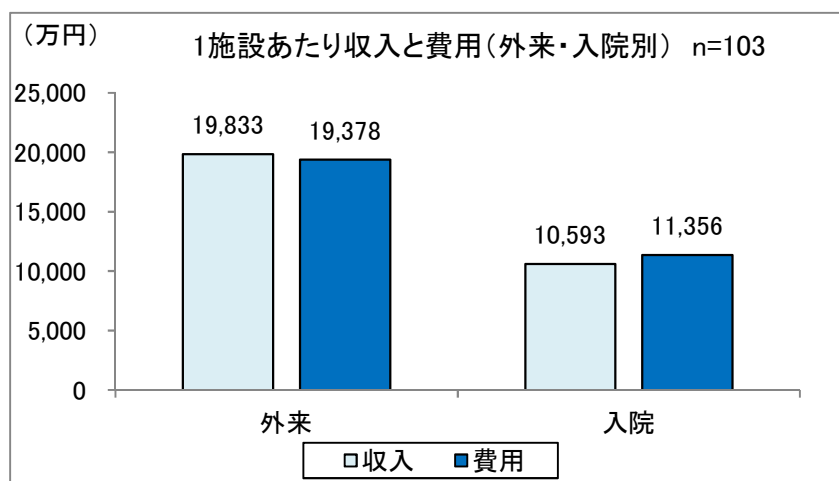
表 5-2 収支状況 (平成 28 年度)

全体	法人・その他 (n=320)		個人 (n=42)	
	金額 (千円)	構成比率	金額 (千円)	構成比率
医業・介護収益	330,901	100.0%	247,697	100.0%
医業収益	311,392	94.1%	245,032	98.9%
入院収益	98,019	29.6%	85,988	34.7%
外来収益	195,968	59.2%	143,748	58.0%
その他医業収益	17,404	5.3%	15,296	6.2%
介護収益	19,509	5.9%	2,665	1.1%
医業・介護費用	318,450	96.2%	222,256	89.7%
売上原価	59,173	17.9%	59,225	23.9%
医薬品費	41,051	12.4%	50,709	20.5%
材料費	18,122	5.5%	8,517	3.4%
販売管理費	259,277	78.4%	163,031	65.8%
給与費	161,247	48.7%	94,139	38.0%
委託費	16,226	4.9%	14,477	5.8%
減価償却費	12,689	3.8%	8,792	3.5%
その他医業・介護費用	69,114	20.9%	45,622	18.4%
医業・介護利益	12,451	3.8%	25,441	10.3%
医業外・介護外収益	7,612	2.3%	2,545	1.0%
医業外・介護外費用	4,932	1.5%	2,479	1.0%
経常利益	15,131	4.6%	25,506	10.3%

部門別コスト計算

入院と外来それぞれの費用を試算し、収入と比較した(n=103)ところ、入院は収入が 1 億 593 万円、費用が 1 億 1,356 万円で 763 万円の赤字であった。入院患者患者 1 人 1 日当たりで試算すると入院収入は平均 25,880 円 (手術費等も含む) で、入院患者 1 人 1 日当たりの収支は▲1,866 円であった。

図 5.1 1 施設あたり収入と費用 (入院・外来別) (n=103)



6 入院医療の実態

特定の日における病床利用率（調査実施日における患者数÷総病床数）を診療科別にみると、内科、外科、整形外科の一般病床の利用率は68%前後で、産婦人科は46.1%、眼科・皮膚科・耳鼻咽喉科は30.8%であった。診療科別に違いが見られた。

一方、調査日の時点での入院患者の在院日数をみると、一般病床では、31 日以上が全体の41.2%を占めた。1年以上の患者は11.7%であった。医療療養病床では1年以上の患者が50.5%を占めた。在宅医療が可能でない入院患者を多く受け入れている。

表 6-1 特定の日における病床利用率 ―診療科別 nは施設数（泌尿器科・他は除く）

	一般病床	医療療養病床	介護療養病床
内科	68.2% n=247	60.9% n=83	87.3% n=51
外科	67.8% n=73	59.5% n=21	89.6% n=6
整形外科	67.8% n=83	56.0% n=17	61.2% n=7
産婦人科	46.1% n=108	8.3% n=2	0.5% n=1
眼・皮・耳鼻	30.8% n=62	58.3% n=2	76.3% n=1

図 6.1 在院日数 一般病床（4,945 人）（平成 29 年 8 月の調査時点での在院日数）

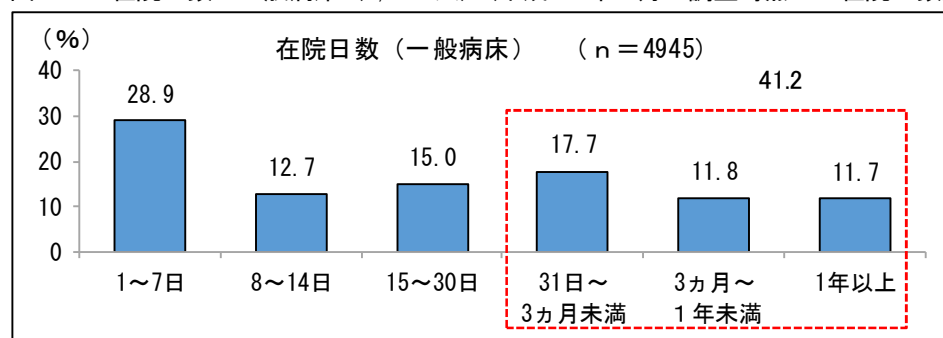
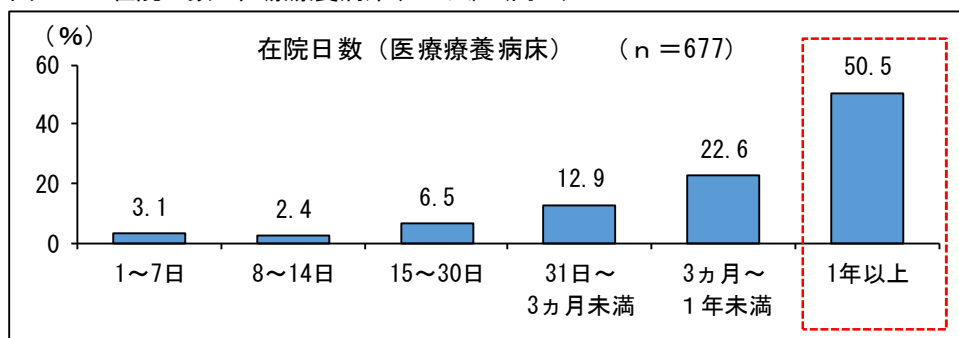


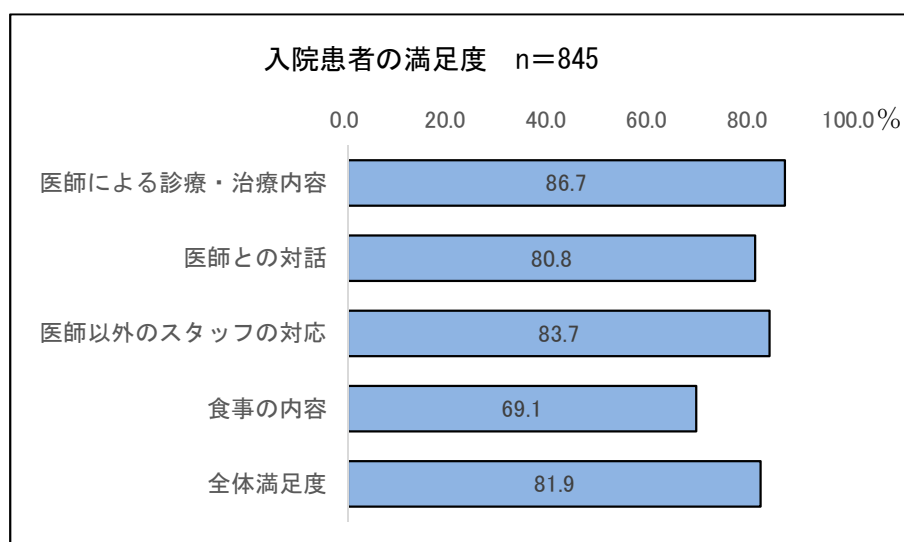
図 6.2 在院日数 医療療養病床（677 人）（同上）



7 入院患者の満足度

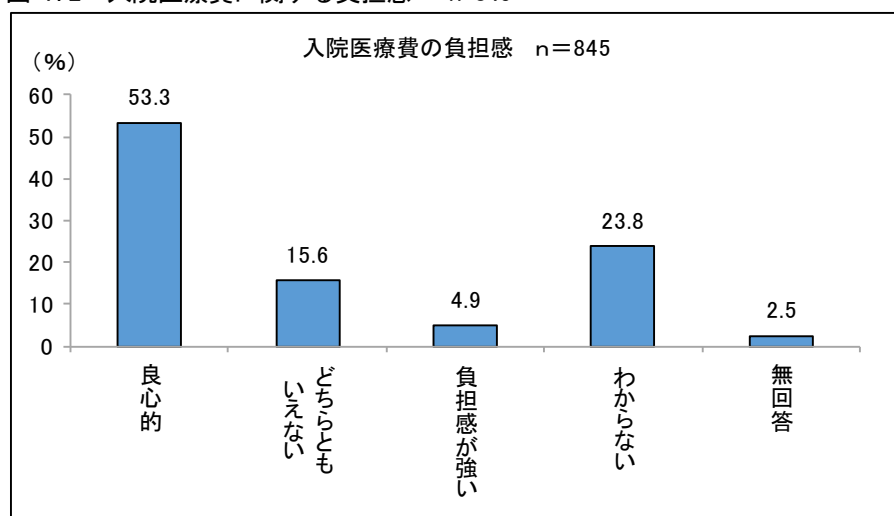
入院患者満足度調査では、有床診療所の入院患者の高い満足度が示された。「医師による診療・治療内容」と「医師以外のスタッフの対応」の設問に対して、満足（非常に満足＋やや満足）と回答した患者がそれぞれ 86.7%、83.7%にのぼった。「平成 26 年受療行動調査」での病院入院患者の満足度と比較すると、性・年齢階級を調整しても有床診療所の入院患者の満足度がより高いことが示された。小規模施設であるため、患者と医師・スタッフの間に「顔が見える関係」のある有床診療所の特性を示している。入院費の負担感については、負担感が低く、良心的という回答が半数以上を占めた。

図 7.1 入院満足度 (n=845)



選択肢は「非常に満足」、「やや満足」、「ふつう」、「やや不満」、「非常に不満」の 5 択。「非常に満足」と「やや満足」を「満足」(計)とした。

図 7.2 入院医療費に関する負担感 n=845



8 地域包括ケアシステムの中の役割と課題

有床診療所が地域包括ケアシステムの中で果たしている役割を尋ねると、「専門医療を担う」(45.3%)、「大病院の後方支援」(44.3%)、「中小病院の後方支援」(38.6%)、「看取り」(36.1%)、「介護施設の後方支援」(33.6%)であった。また、地域包括ケアシステムの中で機能を果たすための課題は、「看護職員の数不足している」が48.7%と最も多く、続いて、「介護職員の数不足している」(31.7%)、「地域連携を行うスタッフがいらない」(28.1%)であった。「医師の数不足している」(25.7%)、「書類作成に関わるスタッフがいらない」(20.6%)も課題とされていた。

図 8.1 地域包括ケアシステムの中で果たしている役割（複数回答）

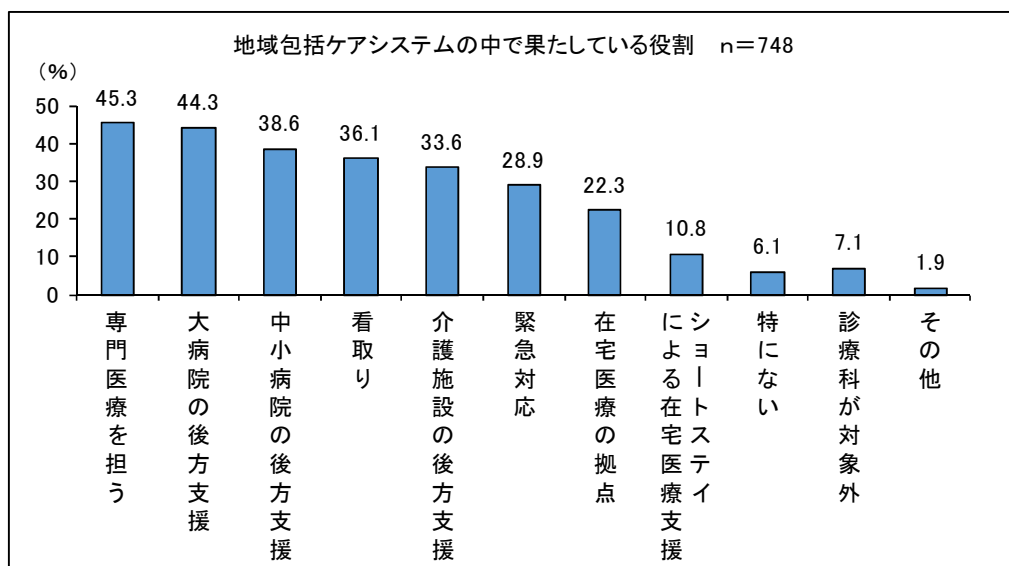
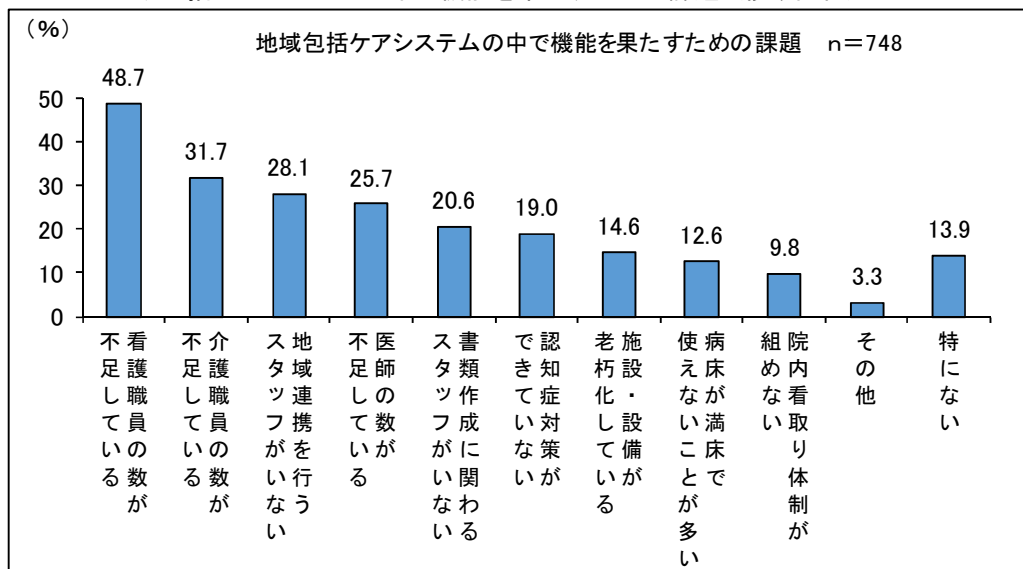


図 8.2 地域包括ケアシステムの中で機能を果たすための課題（複数回答）



介護事業等への参入

介護事業への参加の現状については33.6%が「現在も実施しており今後も継続する」であったが、「現在は実施していないが参加したい」は4.3%であった。診療科別にみると、内科では51.5%が現在参加しているものの、「現在は実施していないが、参加したい」は3.4%であった。介護事業に参加しない理由として、「診療科が介護の対象外」、「医療だけに専念したい」、「介護職員の確保が困難」があった。「介護職員の確保が困難」を理由とした施設は全体では、25.4%であったが、外科では54.2%、内科、整形外科ではそれぞれ41.0%、40.6%を占めた。

図 8.3 今後介護事業への参加に関心があるか

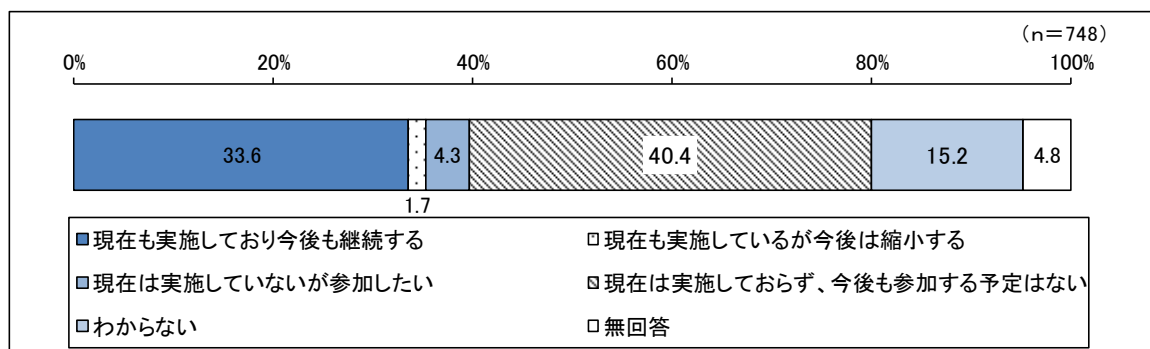
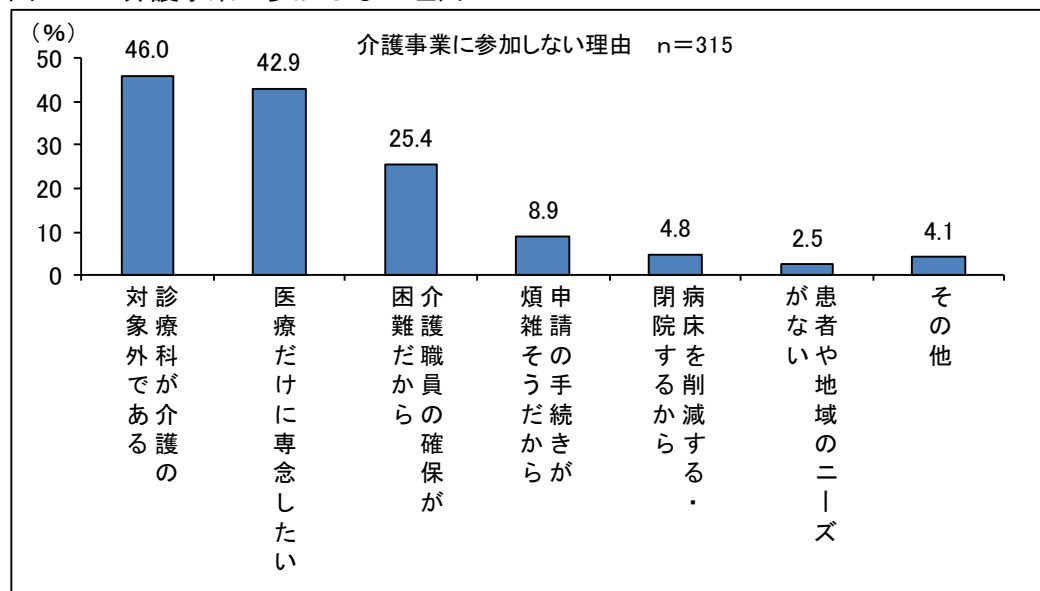


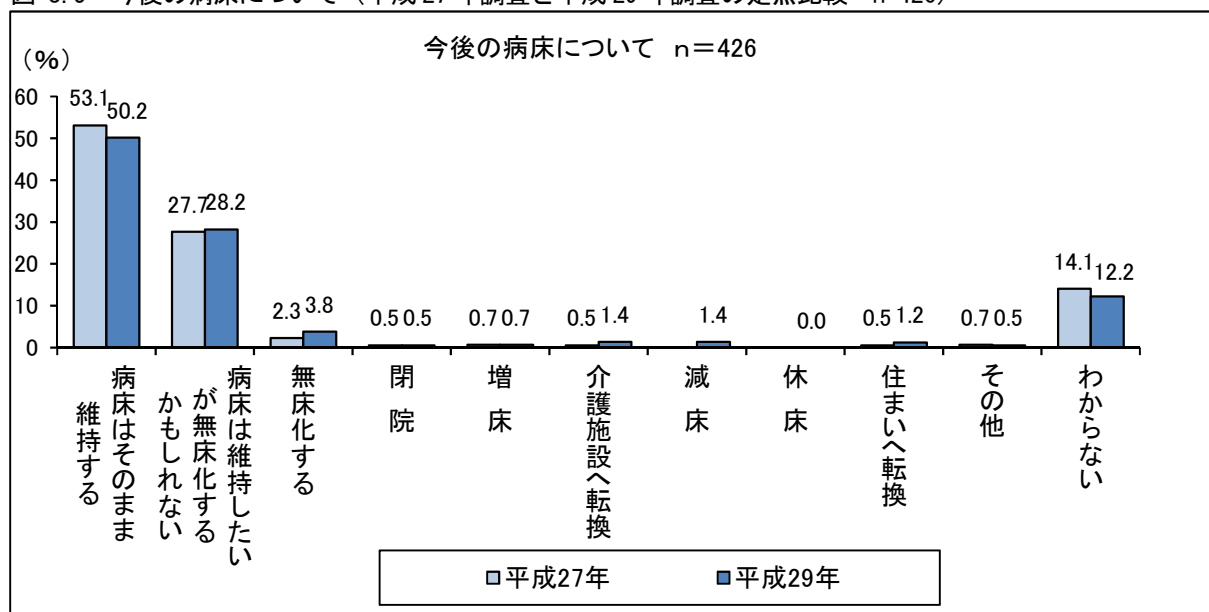
図 8.4 介護事業に参加しない理由



病床維持の意向

今後、病床を「そのまま維持する」考えの施設は 50.2%で約半数であった。平成 27 年調では 53.1%で微減している。「病床は維持したいが無床化するかもしれない」という施設は 28.2%、「無床化する」が 3.8%であった。「病床は維持したいが無床化するかもしれない」と回答した施設は、夜間看護要員の確保と看護職員・スタッフの人件費、医師の勤務負担の課題を特に強く感じていた。

図 8.5 今後の病床について（平成 27 年調査と平成 29 年調査の定点比較 n=426）



9 まとめ

有床診療所の財務状況は悪化し、看護職員などの人材確保の課題を抱えていた。財務の定点調査では、経常利益率の低下が続いており、入院部門だけの収支は赤字傾向がみられた。今後、病床をそのまま維持すると考えている施設は全体の半分に過ぎなかった。

一方で、一般病床入院患者の 31 日以上入院は全体の 4 割を超え、在宅医療が出来ない地域の患者を支えていた。有床診療所の入院患者は、医師・スタッフに対して満足度が高い傾向がみられた。

地域包括ケアシステムの中で抱えている課題は、連携を円滑に行うためのスタッフの不足であり、介護事業を新たに実施するにあたっては、人手の確保が大きな課題となっていた。地域のさまざまな患者を支えるにあたっては、人材確保を行うことが必要で、そのための経営基盤の強化が喫緊の課題と思われる。