

令和元年度
有床診療所委員会
答申

令和2年2月

日本医師会
有床診療所委員会

令和2年2月5日

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30年10月31日に開催された第1回委員会において、貴職より「中長期的に見た、地域における有床診療所のあり方について」検討するよう諮問を受け、これまで7回の委員会を開催し、議論を重ねてまいりました。

ここに、これまでの本委員会の審議結果を取りまとめましたので、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 前田津紀夫（日本産婦人科医会副会長）
- 委員 青木 恵一（青木会計代表社員）
- 〃 赤崎 正佳（奈良県医師会理事）
- 〃 大柿 悟（熊本県医師会理事）
- 〃 尾形 裕也（九州大学名誉教授）
- 〃 岡部 實裕（北海道医師会常任理事）
- 〃 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）
- 〃 新妻 和雄（福島県医師会常任理事）
- 〃 西田 伸一（東京都医師会理事）
- 〃 野川 秀利（岐阜県医師会常務理事）
- 〃 長谷川 宏（長崎県医師会常任理事）
- 〃 松本 光司（全国有床診療所連絡協議会専務理事）
- 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	1
2. 地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割	
(1) 地域の人口構成、医療需要等を踏まえた対応	2
1) 有床診療所がある地域の人口変動と医療介護密度の現状	2
2) 地域医療構想における有床診療所の役割	6
(2) 地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割	7
1) 開放病床の推進	7
2) 地域包括ケアモデルとしての有床診療所への期待	8
3) 介護事業への参画－「短期入所療養介護」について－	11
(3) 介護医療院への転換について	14
3. 専門医療について	
(1) 整形外科有床診療所の現状と要望	17
(2) 眼科診療における有床診療所の中長期展望	19
(3) 産婦人科	24
4. 有床診療所の承継について	
(1) 個人立有床診療所の場合	30
(2) 医療法人立有床診療所の場合	31
(3) 第三者承継について	32

1. はじめに

我が国の中長期的な医療問題を考える時、急速に進行している少子・高齢化、人口減少時代を踏まえた社会構造の改革（地域医療構想による病床機能の再構築、医師の偏在解消、地域包括ケア、健康寿命の延伸、働き方改革等）を背景に、国民が住み慣れた地域で、自分らしく人生の最後まで過ごすことができるようにする為には、地域に密着した有床診療所がその機能を果たせるよう早急な対策が必要であることは論を俟たない。

平成 29 年度有床診療所委員会答申においては、「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使命を帯び、その期待に応えなければならない」ことを確認し、令和元年度有床診療所委員会中間答申においては、地域で必要とされている有床診療所を守るために、短期的には「安定した運営とスムーズな事業承継」の重要性を強調した。

2040 年代を見据えた病床機能再編が、住まい・医療・介護・予防・生活支援が身近な地域で出来るようなものでなくてはならない。

医療・介護を中心とした理想の街づくりのためには、地域の住民の健康を守ってきた、小回りの利く有床診療所への期待が高まっている。まさに地域包括ケアシステム成功の鍵を握りつつある。

しかし、一人医師で 24 時間地域医療を守ってきた有床診療所は、疲労・困憊して消滅の危機に瀕している。

医療現場の働き方改革の良さを取り入れ、若い世代が生きがいを感じ、頑張ってみたいと思えるような魅力ある有床診療所に再構築しなくてはならない。

地域の人口構成、医療事情を踏まえ、2025 年問題、2040 年問題を乗り越え、その地域に合った、地域住民から期待される有床診療所を「街づくり」の中心として如何に蘇らせるかについての検討を重ね、ここに答申する。

2. 地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割

(1) 地域の人口構成、医療需要等を踏まえた対応

1) 有床診療所がある地域の人口変動と医療介護密度の現状

身近なかかりつけ医による入院医療が可能な有床診療所は、高齢化する住民やその家族へ安心感をもたらす、その存在意義は大きい。地域の病床再編が進み、有床診療所の役割が重要となる中、減少する有床診療所の病床をどのように地域で活用していくかの議論が急がれる。その際、わが国の今後の人口変動は地域による違いが大きいことから、有床診療所の所在地の人口変動を踏まえた対策の検討が重要である。以下では、有床診療所がある市区町村の人口変動を踏まえた今後の方向性の検討と、全国の有床診療所の診療圏の分析を行った¹。

①市区町村別の人口変動と有床診療所

全国の市区町村（n=1,828）の総人口の変化（2015～25年と2025～40年）と75歳以上人口の変化（2015～25年と2025～40年）を用いて、人口変動の傾向を統計的手法で示し、市区町村の分類を行った²。結果、2025年まで高齢者が急増する市区町村が多く含まれるカテゴリ1、2と、人口減少が激しい地方部の市区町村が多く含まれるカテゴリ3、4に分類された（図1）。総人口と75歳以上人口の両方が大幅に減少し続けるカテゴリ4には、全国450の市区町村が含まれた。また、総人口が減少するが75歳以上人口が大幅に増加するカテゴリ2には305の市区町村が含まれた。

次に、全国6,801の有床診療所をその所在地から上記の4分類に振り分けると、カテゴリ1には3,089施設、カテゴリ2に1,183施設、カテゴリ3、4にそれぞれ2,136施設、393施設であった。カテゴリ4のように高齢者も含めて人口減少が激しい地域の有床診療所では、患者の大幅減少が必至である。他医療機関との連携や協業など、現実的な対策が早急に求められる。将来的には、地域住民の医療確保のための補助金等の対象として考えるべきである。またカテゴリ2のように2025年まで高齢者人口が急増する地域では、高齢患者の医療介護のニーズに対して有床診療所が対応していくことが期待される。

また、全体の半分を占めるカテゴリ1でも高齢者の増加傾向が続くことを想定した医療が必要であり、カテゴリ3は、患者の減少に対する対策を早急に検討する必要がある（表1）。地域の有床診療所は、改めて地域での自院の立ち位置を確認して、今後の検討を行うことが期待される。

¹ 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所 平成30年）、平成29年度病床機能報告（厚生労働省）、地域包括ケア版基礎データ（株式会社ウェルネス）、座標軸情報（同左）、会員情報（日本医師会）を使用。

² 全国の市区のうち20の政令指定都市については、行政区の人口データがない場合は指定都市の人口を使用。福島県下の市町村は人口推計データが未公表のため、分類は対象外とした。

図1 人口変動の傾向に基づく市区町村の4分類(n=4,828 市区町村)

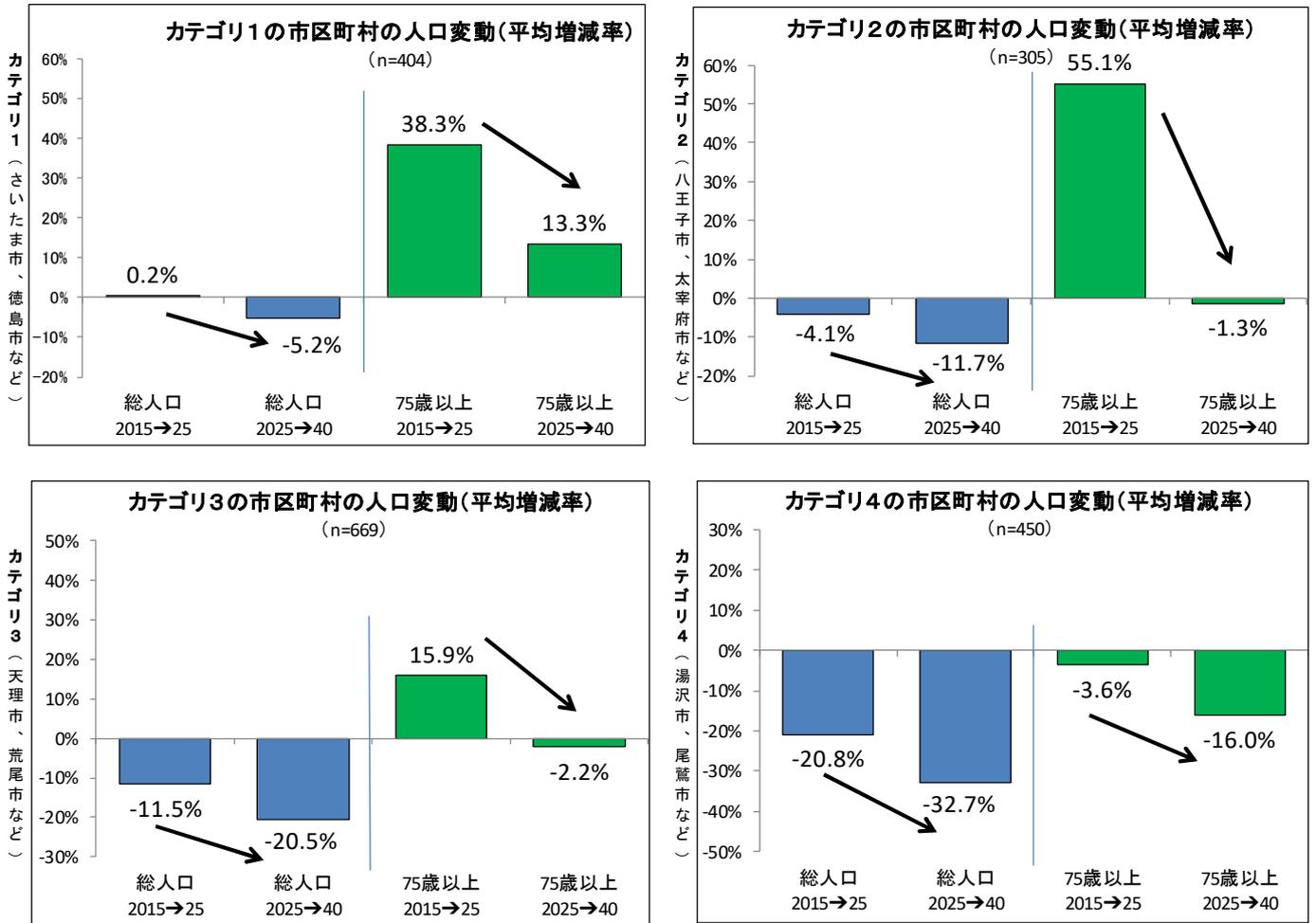


表1 地域カテゴリ別にみた有床診療所の状況と今後の方向性

	カテゴリ1 (市区町村数: 404)	カテゴリ2 (市区町村数: 305)	カテゴリ3 (市区町村数: 669)	カテゴリ4 (市区町村数: 450)
有床診療所数	3,089	1,183	2,136	393
内科系の割合	31.3%	27.0%	39.5%	60.6%
産婦人科の割合	28.2%	38.2%	19.5%	8.7%
平均病床数(床)	13.2	12.6	14.3	15.0
地域の状況	総人口は減少するが、減少の割合は他カテゴリに比べて低い。75歳以上人口が2025年以降も増加	総人口は減少するが、75歳以上人口が2025年まで激増し、その後増加率が激減する	2025年から40年にかけて総人口が大きく減少。75歳以上人口は増加後、マイナスに転じる	総人口が激減する。75歳以上人口も減少しており、減少率が增加する
今後の方向性	有床診療所の45%はこのタイプの地域。人口75歳以上の増加への対応が重要	地域包括ケアで、急激な高齢者の増加に対応することで、有床診療所の意義を高めることができる	患者減少が進むため、地域連携や将来に向けた対策を早急に検討すべき	患者の大幅減少に備えて地域の医療介護施設の連携や協業、再編が必須。地域医療を維持するための政策的医療を求めていくべき

②有床診療所の診療圏

次に、全国の有床診療所の診療圏を2 km半径の円と仮定し³、診療圏にある病院、診療所、介護施設等を把握した。有床診療所が唯一の病床となっている診療圏が一定割合存在する一方で、膨大な数の医療機関が存在している診療圏もあり、診療圏の医療介護施設事情の違いが示された（図2）。

全体の11%の有床診療所（n=764）は、圏内に病院が10施設以上かつ診療所が50施設以上存在していた。人口密度が高い都市部においても、有床診療所が特定の専門医療や在宅医療ニーズを実践し、地域に必要な役割を担っている。一方、圏内の病床が有床診療所だけの診療圏が全体の14.5%を占め、診療科別では産婦人科で7.8%、眼科で9.7%、整形外科で12.0%、内科で23.3%あった。カテゴリ4の有床診療所の43.0%には圏内に病院病床が無かった。地域包括ケアシステムの中の身近な病床として、有床診療所が今後も活用されることが期待される。

③まとめ

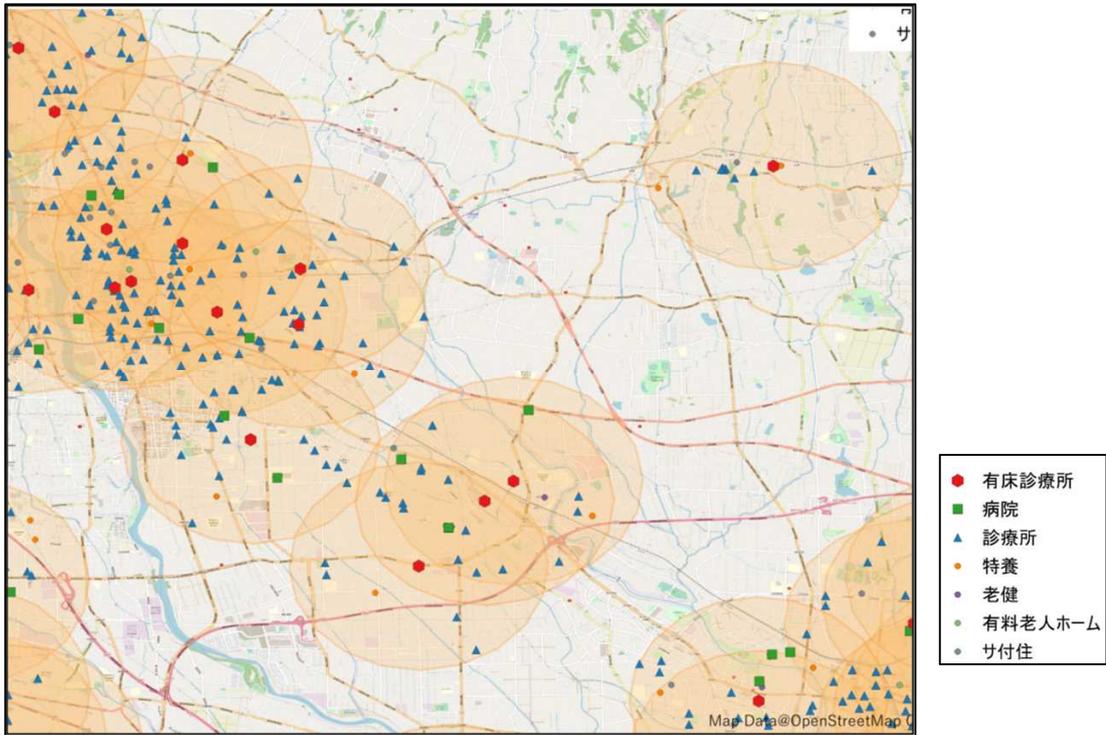
市区町村の人口変動の傾向には大きな違いがあり、各有床診療所の所在地の人口変動や医療介護資源の実情に合わせて、将来像を検討することの重要性が示唆された。特に、緊密な連携や協働など現実的な対策が必要である地域については、早急に検討を開始すべきである。また、多様な地域で開設されている有床診療所であるが、大幅な人口減が見込まれる地域で唯一の入院施設である有床診療所については、住民への医療を確保する観点から、病床維持のための支援策も検討すべきであろう⁴。

³ 2 km圏は歩いて約30分で、居住地の身近な有床診療所という観点で検討した。

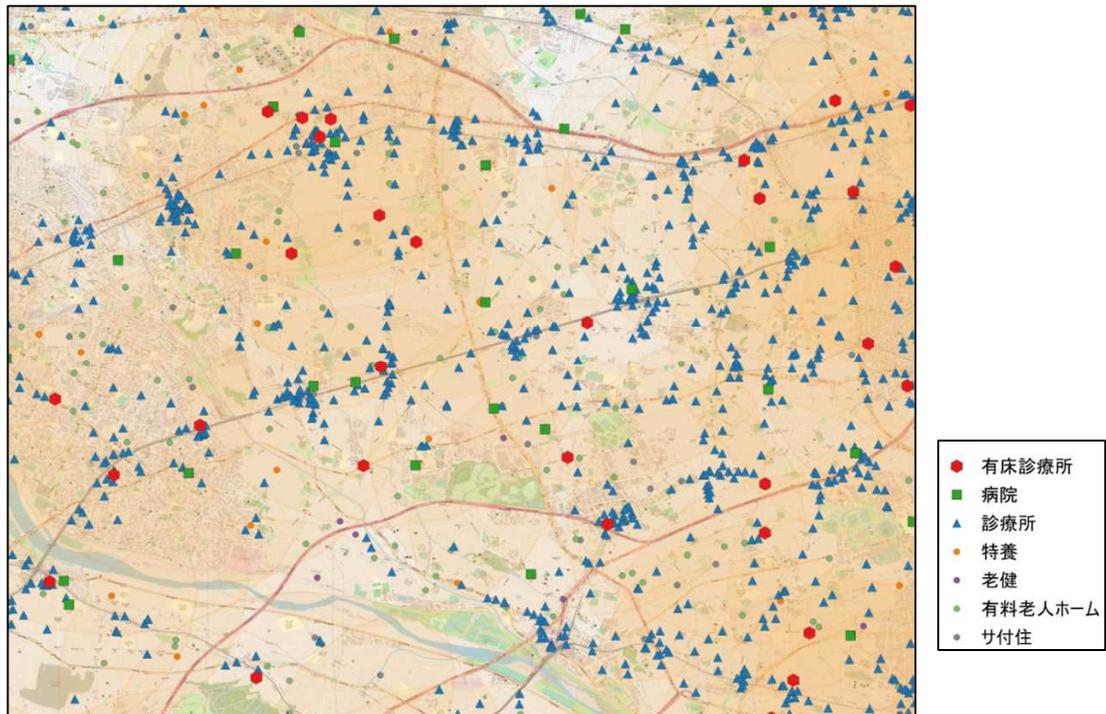
⁴ 全国の有床診療所のカテゴリ分類結果と診療圏データを日医総研WPに公表予定。

図2 有床診療所2km 診療圏の例

(群馬県前橋市)



(東京都世田谷区)



2) 地域医療構想における有床診療所の役割

わが国における医療・介護提供体制については、いわゆる「団塊の世代」が皆 75 歳以上となる 2025 年を当面の目標年次として、各構想区域において地域医療構想が策定され、推進されている。

地域医療構想における有床診療所の位置付け等については、平成 30 年 3 月末に厚生労働省から医政局地域医療計画課長通知が発出されており、基本的にこのラインでの対応が求められている⁵。

同通知においては、有床診療所について、「地域によっては、患者の急変時に対応する機能や在宅医療の拠点としての機能等を果たしており、地域包括ケアシステムの構築を進める上では、有床診療所の役割が一層期待される」との基本的な認識が示されている。そして、「今後、地域医療構想の達成に向けた取組や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を進める際には、有床診療所の特性を踏まえつつ、その機能を有効に活用する観点」が重要であるとされている。

患者の身近にある入院施設である有床診療所は、外来診療はもちろんの事、訪問診療、訪問看護、救急対応、終末期の看取りやレスパイトも含めて近隣で対応できる。病院の機能とは異なり、その隙間を埋める役割を果たすのが有床診療所である。地域医療構想は、地域で不足する機能を補うものであり、有床診療所の活用が望まれる。

また病床不足地域において、今後新たに病床の整備を行う際には、「地域の将来の医療需要の動向を踏まえ、在宅医療の拠点として、住民の身近な地域で緊急時に対応できる入院医療を確保する観点から、有床診療所の病床設置についても、地域医療構想調整会議で議論すること」とされている。また、全ての地域において、「都道府県知事が、病床設置が届出により可能となる有床診療所として適当であるか否か判断する際には、都道府県医療審議会の意見を聴く前に、予め、地域医療構想調整会議の協議を経ること」とされている。そのため、有床診療所として新たに病床を整備する予定がある場合には、地域医療構想調整会議に出席し、必要な説明を行うことが求められる。有床診療所が地域医療において果たす機能について、地域医療構想調整会議の場において十分説明し、理解を得る努力が望まれる。

⁵ 各都道府県衛生主管部（局）長宛て 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「地域医療構想を踏まえた地域包括ケアシステムの構築のための有床診療所の在り方について」 医政地発 0327 第 1 号 平成 30 年 3 月 27 日

(2) 地域包括ケアシステムにおける有床診療所の役割

1) 開放病床の推進

開放型病床制度は共同診療の一環として 1978 年に開始され、当初は、医師会病院や公立病院に限定された形で開始したが、現在では多くの基幹病院で実施されている。一貫して医療提供が可能になり、患者の安心感を高め、よりよい医療の提供につながると考えられる。

現実には、病院側の負担や病院を訪問する余裕がないなど、その活用は容易ではない。しかし、病院側には入院患者を確保でき、一貫した診療が可能となり、かかりつけ医との情報交換が緊密になる。また、入院後の受け入れ先が確保できるなどのメリットがある。一方、病院側の医療事務の煩雑化、医師や看護師などの情報交換の時間をより多く要するなどのデメリットもある。

現在、開放型病床は診療報酬上、病院のみが対象であり、有床診療所では設定されていない。病床を持つ有床診療所においても病院と同様の共同診療を提供すれば、地域医療の充実につながると考えられる。日医総研の調査⁶では有床診療所の約 6 割が「推進すべき」、「課題はあるが推進すべき」と回答していた。

有床診療所の開放病床は、病院に比べ、登録医にとっても医師同士の人間関係が築きやすく、稼動していない病床の有効利用にもつながると考えられる。診療所同士での競合が、共同診療の妨げになることも考えられるが、今後は、地域の患者という視点で対応していくべきである。特に、在宅医療を行う無床診療所と密接な関係を築き、サブアキュート患者の入院管理、レスパイトなどを共同診療として受け入れることができれば、患者・家族にとっても身近な場で同じ医師の継続診療が受けられ、大きなメリットと言える。また、眼科無床診療所で手術を受けた患者を、他の有床診療所で短期的に入院管理することも、さまざまな疾患を有する高齢者の安全を確保する意味で有用であると考えられる。一方、施設基準をどのようにするか、受け入れ有床診療所のスタッフと登録医との人間関係やコミュニケーション、診療報酬の問題、紹介医と有床診療所医師を含めたスタッフとの情報交換の時間負担などいくつかの課題はあるが、医療情報ネットワークを活用するなどして、積極的に診診連携を進めていく必要がある。有床診療所が減少していく中、開放病床の設置は、休床病床を含め有床診療所の有効な病床活用になるのではないかと考えられ、今後検討すべき施策のひとつである。

⁶ 日医総研 WP No.204 「有床診療所の今後の展開にむけてー平成 21 年有床診療所経営実態調査」
江口成美

2) 地域包括ケアモデルとしての有床診療所への期待

平成 29 年度病床機能報告によれば、現在有床診療所が地域で果たしている役割は、専門医療 51.3%、緊急時対応 45.5%、在宅・介護施設への受け渡し 35.4%、在宅医療の拠点 24%、終末期医療 24%、いずれの機能にも該当しない 11%、休棟中 12.7%という状況である（表 2）。このうち、地域包括ケアモデルの病床には、緊急時対応、在宅・介護施設への受け渡し、在宅医療の拠点、終末期医療への対応機能が求められる。急性期から慢性期、そして終末期における「いつも在宅」を前提とした「ときどき入院」を担うための柔軟な機能を有する入院医療機関に対する期待度は高い。地域包括ケア病棟の誕生によって地域にこの役割を担う病院が増え、在宅療養に大きく貢献するようになったが、かかりつけ医が運営する有床診療所には、さらに身近な存在としての役割が期待される。

表 2 平成 29 年度病床機能報告結果（有床診療所）

	該当有床診療所数 (6,280 施設中)	割合
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	2,226 施設	35.4%
専門医療を担って病院の役割を補完する機能	3,222 施設	51.3%
緊急時に対応する機能	2,859 施設	45.5%
在宅医療の拠点としての機能	1,506 施設	24.0%
終末期医療を担う機能	1,510 施設	24.0%
上記のいずれにも該当しない	688 施設	11.0%
休棟中	797 施設	12.7%

今後都市部では、高齢者人口、特に 85 歳以上の人口の増加が進行することにより、在宅医療ニーズが増加する。外来通院されていた方がなんらかの理由で通院困難になった場合に、訪問診療によって医療を継続する必要がある。したがって、かかりつけ医機能を持った一般診療所が等しく在宅医療機能を備えることが望まれる。さらに、例えば在宅療養を希望される方が誤嚥性肺炎を併発し、少ない介護力での治療が困難になった状況等において、通い慣れたかかりつけ診療所の中で継続して主治医による入院治療が行えれば、医療の効率もよく、患者・家族の安心感も得られる。不要な救急搬送を減らすこともできるかもしれない。

主治医機能を有する医療機関が、良質な医療と介護を統合して提供する意義は大きい。日医総研の「2019 年有床診療所の現状調査」⁷では、有床診療所が実施する介護事

⁷ 日医総研 WP No.436 「2019 年（第 6 回）有床診療所の現状調査」 江口成美

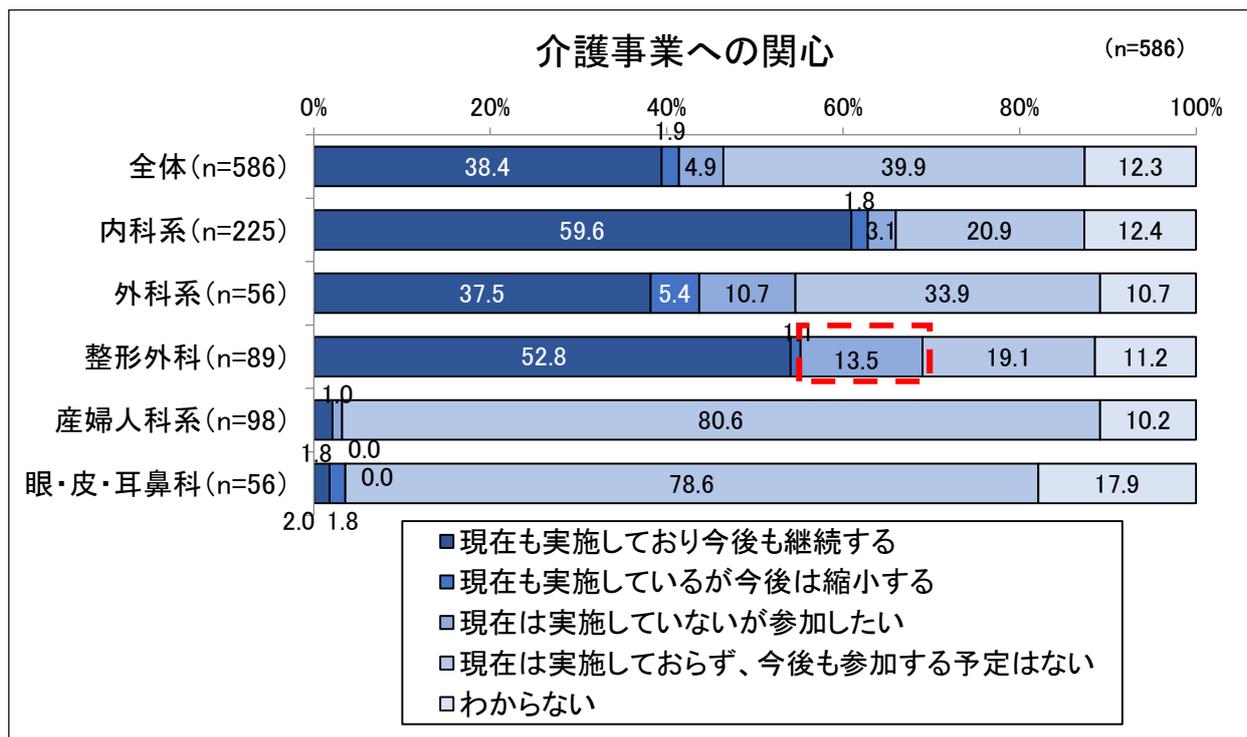
業・併設施設として、通所リハが 27.1%と最も多く、続いて居宅介護支援事業所 (23.7%)、通所介護 (13.0%) となっている。介護医療院を開設している施設は 3 施設 (0.5%) であった (表 3)。定点では、介護事業を実施している施設の割合は 29.8% から 33.3%と、新たに介護事業に参画する有床診療所も少しではあるが増加している。

表 3 介護事業・併設施設の数 (複数回答) 平均事業数 3.6

	施設数	割合 (%)
通所リハ (デイケア)	159	27.1
居宅介護支援事業所	139	23.7
通所介護 (デイサービス)	76	13.0
訪問リハビリ	70	11.9
訪問看護	69	11.8
短期入所療養介護 (ショートステイ)	59	10.1
グループホーム	52	8.9
老健	45	7.7
訪問介護	41	7.0
有料老人ホーム	40	6.8
サービス付き高齢者向け住宅 (サ高住)	35	6.0
小規模多機能居宅介護	21	3.6
特養	20	3.4
地域包括支援センター	13	2.2
介護医療院	3	0.5
その他	11	1.9
施設なし	337	57.5
合計	586	

また、介護サービスを実施している有床診療所を診療所別にみると、内科では 61.4%、外科が 42.9%、整形外科が 53.9%で実施しており、今後の関心については、整形外科では他科に比べて介護事業の参加意欲が高い傾向が示された。(図 3)。

図3 今後介護事業への参加に関心があるか (n=586)



医療介護資源の少ない地方においては有床診療所が様々な在宅医療・介護の機能を付加することの価値が高いが、都市部ではそれぞれが機能分化して独立運営されており、このようなタイプの有床診療所は非常に少ない。都市部など在宅医療・介護資源がそれぞれ量的にはおよそ充足していると推測される地域では競合する場面も多い。さらに、都心部のような資源の多い地域では、全てを自己完結する事業所は、ともすると「全て抱え込まれる」といった評価にもなってしまう。本来、在宅療養者の安心のために医療介護は統合して提供されるのが理想的であるが、都市部においてはおそらく、一極集中の施設の運営よりも役割分担と連携によるネットワーク構築、というスタイルのほうが現実的であると思われる。

3) 介護事業への参画ー「短期入所療養介護」についてー

有床診療所の病床を活用して医療と介護を一体的に提供できるサービスが「短期入所療養介護」（ショートステイ）である。平成 21 年度介護報酬改定において有床診療所の一般病床でも「短期入所療養介護」が可能となったが、実際には有床診療所の「短期入所療養介護」への参入は進んでいない。参入が進まない要因としては、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、②「短期入所療養介護」の施設基準が厳しい、介護保険事業所の指定申請手続きの煩雑さ、③医療処置の出来高払い制限等が挙げられる⁸。

「短期入所療養介護」の利用者は、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。「短期入所療養介護」利用期間中に利用者の 6 割が「投薬」、4 割が「リハビリ」3 割が「処置」を受けている。自宅からの利用者が 8 割で平均 15 分程度の距離である。

しかし「短期入所療養介護」の指定届出は有床診療所の 14%に過ぎず、ケアマネジャーへのアンケート調査では、医療ニーズの高い要介護者への「短期入所療養介護」が不足しているとの回答が 8 割に上った⁹。

ケアマネジャーへのアンケート調査では、医療ニーズの高い利用者に対する介護サービスとして不足しているのは、①訪問系では「定期巡回、随時対応型訪問介護看護」「夜間対応型訪問介護」、②通所系では「療養通所介護」、③宿泊系では「短期入所療養介護」（病院、老健、有床診療所のショートステイ）であり、④複合型の介護サービスでは「看護小規模多機能型居宅介護」、⑤施設系では「介護療養型医療施設」等であった¹⁰。

そして医療ニーズの高い利用者を担当したことがあるケアマネジャーでは、医療ニーズが高いことを理由に介護サービスの提供を断られた経験がある割合は 4 割を超えていた。断られた介護サービスの内容は、「短期入所生活介護」が 59.3%で最も多く、次いで「短期入所療養介護」の 28.3%「通所介護」21.3%等であった。

「短期入所療養介護」が利用できなかった理由は、「近くの指定短期入所療養介護事

⁸ 厚生労働省老人保健健康増進等事業 平成 26 年度「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」

⁹ 平成 28 年度「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」

¹⁰ 平成 29 年度「有床診療所の通所機能、宿泊機能を活かした介護サービスのあり方等に関する研究事業」

業所では医療ニーズのある利用者の状況に十分に対応できなかった」「満床」「指定短期入所療養介護事業所がなかった」であった。有床診療所の短期入所療養介護を利用した経験のあるケアマネジャーは約 1 割で、「容態の急変時の医療対応ができる」「利用者や家族の安心感」「医療ニーズの高い利用者が利用できる」「かかりつけの医師がいる」「計画的なレスパイト目的の利用ができる」等が高い評価につながっていた。

一方、有床診療所（601 施設）の調査では、取り組んでいる介護サービスでは「通所リハビリテーション」が 24.6%、「居宅介護支援事業所」20.6%、「訪問看護」17.1%、「訪問リハビリテーション」13.1%、「短期入所療養介護」12.6%、「通所介護」9.5%であった。

「短期入所療養介護」を実施していない有床診療所での課題は、「施設基準」「指定申請手続き」「緊急利用対応の病床の確保が困難」等であり、満たせない施設基準は「食堂」44.7%、次いで「機能訓練室」36.0%であった。有床診療所が「短期入所療養介護」を提供する効果は、「患者の家族の負担軽減」「かかりつけ医の機能強化」「地域の在宅医療の推進」「空きベッドの活用」「医療と介護の一体化したサービス提供により地域包括ケアシステムの構築に貢献できる」等であった。

これらの調査結果から、平成 30 年度の医療介護同時改定では、介護保険では「短期入所療養介護」において新たに医療療養病床がみなし指定になり、施設基準では食堂が必須項目から外され、機能訓練室は既に機能訓練ができる場所と緩和され、新たな参入を後押ししている。

また診療報酬改定では、有床診療所の「地域包括ケアモデル」（医療介護併用モデル）での運用の支援として、①介護サービスを提供している有床診療所については入院基本料 1－3 までの要件が緩和され、②介護連携加算の新設により「短期入所療養介護」には追い風となった。地域包括ケアシステムの拠点としての役割が期待される有床診療所にとって「短期入所療養介護」は重要な介護サービスである。新たな参入を検討する価値は十分あると思われる。

平成30年度診療報酬改定

有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援

- 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))
在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))
次のいずれかに該当すること。 ① 介護サービスを提供していること。 ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

- 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1: 192点(1日につき)

(新) 介護連携加算2: 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
(2) 入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り算定。

[施設基準]

介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。

介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。

- 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件等を見直す。

現行(点数、施設基準(抜粋))
入院日から起算して15日以降に1日につき5点
(3) 平均在院日数が 60日以内であること。



改定後(点数、施設基準(抜粋))
入院日から起算して15日以降に1日につき 20点
(3) 平均在院日数が 90日以内 であること。

<参考> 有床診療所のモデル分析

	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒専門医療提供モデル
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者 (相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回転型)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休眠していない病床の)稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

(3) 介護医療院への転換について

介護医療院は、地域包括ケアシステムを強化するため、医療・介護の推進を図ることを目的として、平成30年4月に創設された。

この制度は、介護保険法と医療保険各法を統合した形がとられていると考えられる。その結果として、高齢者の医療費は削減される結果になるのかもしれないが、介護給付費の増加は免れないだろう。

①介護医療院のメリット

「2019年有床診療所の現状調査」では、短期入所療養介護（ショートステイ）と介護医療院への関心は高く、いずれか、もしくは両方に関心がある施設の割合は全体で35.9%を占めた。診療科別にみると、内科では53.8%で約半数を占めた。有床診療所から介護医療院への移行は、令和元年9月30日現在で、介護療養病床からの移行が12施設（155床）、医療療養病床の移行が7施設（52床）となっている。

表4 ショートステイ、介護医療院への関心 — 全体、診療科別

	ショートステイ に関心がある	介護医療院に 関心がある	両方に関心 がある	どちらにも 関心はない	介護対象外	無回答
全体(n=586)	12.1	10.1	13.7	37.5	19.6	7.0
内科系(n=225)	12.9	19.1	21.8	26.7	11.6	8.0
外科系(n=56)	25.0	7.1	14.3	39.3	8.9	5.4
整形外科(n=89)	20.2	6.7	12.4	42.7	10.1	7.9
産婦人科系(n=98)	0.0	0.0	2.0	46.9	41.8	9.2
眼・皮・耳鼻科(n=56)	5.4	0.0	0.0	53.6	37.5	3.6
泌尿器科(n=28)	7.1	10.7	14.3	42.9	21.4	3.6

介護医療院は、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と「生活施設」を備えた施設であり、利用者・家族にとっては、医療を受けられ、病院に入院している感覚を得られることから、安心感が持てる。

一方、有床診療所にとっては、医療機関併設型の小規模介護医療院への移行であれば、療養病床と比較して施設基準の医師・看護職員・介護職員等の数が緩和されていることから、人件費の削減が可能となる。また、介護給付費としての請求点数は、療養病床と比較して要介護1～5で約5～15%の増加が見込まれ、現時点では経営上のメリットは大きいと考えられる。

②介護医療院の課題

介護医療院の増床により、大きく影響を受けるのは既存の特別養護老人ホームや一般型の介護老人保健施設と考えられる。ともに施設利用者の介護度は年々高くなり、介護量の増加、介護人材不足、働き方改革の推進、利用者の困窮化、生活保護者の増加、施設請求点数の改定、人件費の増大からも、利用者の減少等も十分に予測される。これらの結果、サービスの低下や経営難となり、施設閉鎖等の事態を招く恐れがあるだろう。

特に地方では、老老介護・認認介護・独居高齢者の問題が顕著であり、加えて最近では8050問題と言われる、80歳代の親を50歳代の独身者（男性＞女性）が看るという状況が増えている。また、生活困窮などから、特別養護老人ホームや介護老人保健施設に入所利用できない世帯も増加している。

また、人口数が少なく、人口減少が著しい自治体（市・町）では財政が厳しい現状にあり、既存の他の施設とのバランスを考慮しつつ、介護医療院の必要性を考える必要がある。このような地域では十分な介護保険料の確保は難しく、過度な施設整備はさらなる財政難を引き起こすことになるのではないかと考える。既存の特養や老健への影響は否定できず、デイサービスやデイケアサービス利用、他の居宅介護事業所のサービス運営にも大きく関わると推測される。

介護医療院の開設は、各都道府県及び各地方自治体（市・町）の実態を十分に調査・把握し、地域医療構想と介護保険事業計画との整合性のある整備を求めるものでなければならない。加えて、それは単なる医療経営の目的手段であってはならない。

③有床診療所の介護医療院への移行について

第7期介護保険計画においては、介護療養病床、医療療養病床、介護療養型老人保健施設からの介護医療院への移行については、必要入所定員数の整備量の「総量規制」の対象外であるため移行しやすいが、一般病床については介護医療院を新設（増床）する扱いとなるため、都道府県（政令市・中核市）との協議が必要となる。浴室の設置や療養床の平米数・廊下の幅等の基準もあり、移行への参入のハードルは高い。今後、有床診療所から介護医療院への移行の基準が見直される時期には、一般病床の有床診療所存続のためにも、介護医療院への移行に参入しやすい基準条件の設定や検討がなされることが必要であり、切に望まれる。

地域包括ケアシステムは、在宅医療、看取り医療の推進のため、多職種による医療・介護連携が課題とされてきた。これらを解決すべく取り組みが多岐にわたりになされて

きたが、介護医療院の設置はこれらに影響を与えるものである。それらも踏まえ、今後予測される課題を十分に把握し、検討がなされることが望まれる。

3. 専門医療について

(1) 整形外科有床診療所の現状と要望

1) 現状分析

平成27年に行われた日本臨床整形外科学会会員調査では整形外科有床診療所は1,092施設、平成30年の調査では793施設であった。施設数の減少傾向が続いており、整形外科的専門医療ができる有床診療所が減少することは、患者の利便性の低下と周囲の病院の負担増につながる可能性がある。

整形外科有床診療所の入院機能は、二つに大別できる。

①手術療法を主体として専門医療に特化した施設

②保存的治療を主体とし、地域医療を担う施設(脊椎椎体骨折、骨折のギプス固定、運動器リハビリテーション、小手術に加え、介護保険事業も手がける)

①のみならず、②においても整形外科的保存治療を行うという点で専門医療である。

手術に関しては、日本臨床整形外科学会有床診療所部会の調査(平成28年)では、年間手術件数(局麻含む)が100例以上は51施設(43%)、50例以上では64施設(53%)であった(回答数120)。このように、有床診療所においても多くの手術を行っており、病院への集中を防ぎ、勤務医の負担軽減にも寄与していることが伺える。

また、開設当初は高度な手術を積極的に行っていたが、開設者自身の高齢化、施設・設備の老朽化、基幹病院の充実、患者要求レベルの高度化などの要因により、手術件数が減少し、保存的治療が主体となってきたケースも多い。つまり、①から②に移行するケースが少なくない。

例えば、独居老人が転倒し動けなくなって救急車で急性期病院に搬送され、検査の上、腰椎椎体骨折と診断された場合、多くは手術が必要でないため、入院を断られるか、入院できても早期に退院を勧められることになるが、コルセットを着用したとしても、自立できるレベルになるまで1~2週間では到底足りない。つまり自宅に帰っても生活ができない。そのため、このような患者を有床診療所が受け入れ、その間に骨癒合の確認をしながらリハビリを進めると共に、介護保険が使えるようにしたり、ケアマネジャーと連携して退院後の生活プランを立てるなどの対応を取っている。これも、地域の患者のニーズに応える重要な役割であると思われる。

また、整形外科有床診療所の入院機能として、関節・脊椎疾患・リウマチ等慢性疾

患の手術、救急医療の初期治療として外傷患者等を受け入れ、骨折手術等ゲートキーパーの役割を担っていると共に、逆に急性期病院より在宅への橋渡しとしての患者も受け入れている。

ところが、平成26年度診療報酬改定において、「7対1入院基本料」の施設基準として「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かった。この結果、有床診療所で急性期病院からの転院患者が急減した。

その後、有床診療所への転院も「自宅等退院患者」として取り扱われるようになったものの、すでにその間に転院のルートができてしまったせいか、回復していない施設が多い。結果的に空床が増加し、整形外科有床診療所の運営に支障をきたしている。

2) 改善策

有床診療所は地域包括ケアの鍵となると言われながらも、地域包括ケア病床入院料が認められていない。また、回復期リハ病床も認められていない。

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、入院基本料のアップと共にこれらの加算を充実させることが、整形外科有床診療所の減少に歯止めをかける上で重要と思われる。

(2) 眼科診療における有床診療所の中長期展望

1) 眼科における有床診療所の現状

平成 29 年度の本委員会答申に既に述べられているとおり、平成 18 年から平成 28 年の 10 年間で眼科有床診療所数は約 4 割も減少し、この傾向は現在も続いている。

日本眼科医会では、平成 28 年 11 月に 639 施設の眼科有床診療所に対するアンケート調査を行った。有効回答数は 532 件（回答率 83.6%）で、この結果の中に、眼科有床診療所の中長期展望を考えるに重要な資料が内在していると考え、この結果の概要を記す。

眼科有床診療所は 10 床未満が大半であり、眼科専門病院に近い 19 床を持つ施設は 50 施設で、全体の 1 割に満たない。許可病床数の平均は 8.2 床で、病床の平均稼働率は 24.2%、常勤医師数は 1.5 人、常勤看護職員は 2.3 人と報告されている。

地域特性としては、小規模都市・町村所在が全体の 55.5%で、中規模都市部所在も含めると全体の約 9 割を占める。開設者の年齢構成は 56 歳から 60 歳が最も多く、新たな開業年齢と思われる 31 歳から 35 歳の開設者数は数名であり、また開業年数が 5 年未満の施設数も 20 件程度しかない。

また算定している入院基本料は基本料 5 が 26.6%、基本料 6 が 44.0%であり、食事も給食業者委託や弁当の配食など外部委託する施設が半数を占め、リネン、清掃も外部委託が 66.7%と報告している。

そして最後に、有床の採算性については「赤字」との回答が 41.2%、「プラスマイナスゼロ」との回答が 44.1%と、眼科有床診療所の 8 割以上が入院における採算性はないと考えていることになる。

しかし一方で、自院の将来についての質問に、「無床化する」との回答は 21.0%、「有床を継続する」との回答は 79.0%であったと報告している。

眼科有床診療所の主だった内眼手術は白内障手術である。白内障手術が長足の進歩を遂げて、超音波乳化吸引術及び眼内レンズ挿入術が一般開業医でも行われるようになったのが、現在眼科有床診療所の大半を占める 50 から 60 歳の開設者が開業する 2、30 年前であった。白内障手術は一人で行える手術であり、開眼手

術であることから、術後の患者の喜びを共にすることもでき、また当時の白内障手術の保険点数も 16,100 点であった。現在では眼内レンズ代も含め 12,100 点と減額されて、病床数の少ない有床診療所の低い経営効率ではその採算性も低くなるが、地方では、身体的、あるいは独居、老々介護等のため入院を必要とする高齢者の白内障手術を、自己の診療の完結性や地域の患者との結びつきなどから、開業医として意気に感じ、採算性を度外視して有床診療所を継続すると答えた眼科医が多かったのは今後の眼科有床診療所の存続を期待できるものと考えたい。

2) 眼科有床診療所の存続を阻む背景

①眼科手術手技と手術機器の目覚ましい進歩

白内障手術のみならず、緑内障手術や硝子体手術までも、手術手技・手術機器のイノベーションにより、内眼手術はその侵襲が極めて軽微となり入院の必要性がなくなってきた。我が国において年間 100 万件を超えてなされる白内障手術においては、その 50.9%が日帰り手術で行われるようになった¹¹。

このことは人件費、設備維持費等など低い入院基本料では採算性が取れない眼科有床診療所においては無床化に拍車をかけることとなっている。また新たに病床をもって内眼手術を行う眼科医療施設を開設するには、看護職員、視能訓練士などの人材確保と共に多大な有床の設備のための初期投資が必要である。そのため無床診療所として開設し、有床のための設備投資を高価な眼科医療機器への投資に代えるのがトレンドとなり、また都市部では術前術後の安静室を持った無床診療所での、白内障手術中心としたボリュームサージャンの隆盛をみるようになってきている。

②眼科有床診療所の入院基本料について

有床診療所入院基本料 1 から 3 を算定するためには、規定の看護職員の数を満たしたうえで、介護サービスを提供しているか、在宅医療や専門医療に関する実績等の施設基準のうち 2 項目以上に該当しなければならない（下図）。

¹¹ 2017 年度日本白内障屈折矯正手術学会会員アンケート調査 JSCRS.Vol31. 411-427)

- 有床診療所入院基本料1～3の届出に当たっては、次の①又は②のいずれかに該当すること。
- ① 介護サービスを提供していること。
 - ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る以下の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

在宅療養中の患者への支援に関する実績	専門医療等の実施に関する実績	急性期病院からの患者の受け入れに関する実績	医療機関の体制、その他
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。 ・ 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること ・ 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること。 ・ 過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を実施した実績があること、又は指定居宅介護支援事業所であること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 過去1年間の手術の際の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔の患者数が30件以上であること(分娩を除く)。 ・ 過去1年間の分娩件数(帝王切開を含む)が30件以上であること。 ・ 過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。 	<p>(緊急時の対応)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。 ・ 時間外対応加算1を届け出ていること。 <p>(その他)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。

(中医協資料より)

眼科においては時間外対応加算1や夜間看護配置加算1もしくは2などの加算が可能であるが、一般診療の有床診療所に対する種々の加算項目は眼科の診療上算定できない。また水晶体再建術は短期滞在手術等基本料1、2の算定対象手術ではあるものの、手術当日の麻酔科標榜医の勤務が算定条件となっており、これを算定できる施設は限られる。しかし、高齢者では独居老人や老々介護の者、過疎地で診療所までの交通手段が不便なものでは、入院加療の希望があることも事実であり、規定を緩和した短期滞在手術等基本料の加算算定等を求めたい。

③地域医療構想と眼科有床診療所について

平成29年の医療法施行規則の改正で、有床診療所は地域包括ケアシステムに必要な医療施設として認められ、一定の要件を満たせば、届出により病床が設置できるようになった。しかし一方で、地域医療構想調整会議で基準病床数が過剰の地域では、眼科の病床は県の医療審議会にて病床の設置が認められなかったとの情報がある。人口減少の進む2次医療圏域の中小都市部では地域医療構想で示される病床稼働率の低さが新たな眼科有床診療所開設の障壁となり、さらに無床化が進むのみならず、眼科医の偏在化をもきたすと思われる。

④事業承継について

事業承継はその経営形態にかかわらず、有床診療所全体の存続を考えるにあたり重要なテーマであり、眼科有床診療所においても現在の開設者の年齢構成のピ

ークが 55 歳から 60 歳であることから、手術機器等多大な投資を行った診療所を、その地域でうまく承継存続させる事は焦眉の課題である。新たな事業承継者はその経営戦略を考えるにあたり、採算性の乏しい入院部門は切り捨て、さらに新しい手術機器を導入して、いかに効率的に内眼手術等を行って術眼数を上げ医院経営の収支を良好にするかを考えるであろう。また長足の進歩を遂げる眼科検査機器、眼科手術機器を時流に遅れず整えるには、多大な投資と新たな手術技量の修練が必要である。こうした点から事業承継し拡大していく眼科有床診療所は限られてくる。

3) 眼科有床診療所の中長期の展望

2025 年に団塊の世代が 75 歳以上となる。その後 2040 年に向けては 65 歳以上の高齢者は徐々に減少するも、介護が必要とされる 85 歳以上はさらに増加する。またこの人口構造の地域格差はさらに顕著となり、都市部の高齢者数はさらに増え、地方ではさらに過疎化が進むとされる。こうした高齢化社会の中で眼科医療の担う役割はさらなる健康寿命延伸のためにとりわけ重要である。視力低下は生活活動の質を低下し、認知症をはじめとして全身状態の悪化をもたらすからである。視力回復は高齢者の就労期間の延伸をもたらし経済活動に寄与する。この観点から白内障手術の費用対効果を考えると、現在の眼内レンズの材料費込みの保険点数は不当に低い。

現在、全国の眼科医師数は全医師の 4%であり、病院、有床診療所等で内眼手術を行なっている眼科医はさらに少ない。高度な眼科手術を行うにはその指導医の存在と手術技術習得のための時間と設備が必要である。現在新専門医制度の開始により、都市部での眼科専攻医の集中を避けるためシーリングが設けられ、眼科医の偏在対策が始まっているが、すでに過疎地域では眼科医が少なくなっており、都市部で飽和状態の傾向がある。また保険点数の低いことから眼科医への入局者が減少している現状もあり、今後眼科有床診療所の減少傾向のベクトルはさらに大きくなるものと考えられる。

しかしながら、高齢者が増加すれば、白内障手術件数は増加する。また介護を要する手術患者も増加する。過疎地域における「手術を行う眼科有床診療所」の存在は地域医療体制を維持するに重要である。また、仮に無床診療所で行った介護度の高い白内障患者等を他科の有床診療所の病床に入院させるなど共同利用で

できれば、レスパイトの際の病床利用と同様に、地域包括ケアシステムの趣旨にかなうものであろう。

眼科医療は高齢者の日常生活の質の維持に寄与するものであり、将来過疎化する二次医療圏では眼科医師の偏在から、その医療体制も産科医療と同様に集約化される可能性があるが、意欲と実力のある眼科医が過疎地域においても有床診療所として承継存続、あるいは新規参入できるような、入院基本料の算定基準の緩和、また地域医療構想下での眼科病床など専門医療における病床数の取り扱いなど行政上の施策が求められる。

(3) 産婦人科

1) 日本の分娩環境の現状

日本における出生数は1973年の209万人から減少の一途をたどり、2016年にはついに100万人を割った¹²。その後も2019年人口動態統計の年間推計では86万4千人となっており、2040年の出生数は74万人まで落ち込むと予想されている¹³。

2) 日本の産科有床診療所の現状

分娩を取り扱う有床診療所は平成17年に1,612施設、平成29年には1,144施設であり、70.9%に減少している¹⁴。分娩を取り扱う有床診療所の実数をリアルタイムで把握していくことは困難であるが、現在も減少を続けていることは確実であり、同時に産科有床診療所の医師の高齢化も進んでいる。

一方、平成29年の有床診療所における分娩数は424,728であり、総分娩数に対する割合は約45%であった¹⁵。有床診療所における分娩率がもっとも高い佐賀県においては73.5%であり、有床診療所が分娩の世界ではなくてはならない存在であることが示されている。

3) 産科有床診療所で分娩を取り扱うことの利点

産科有床診療所で分娩を取り扱う利点としては、次のような点が挙げられる。

- ・ ローリスク分娩¹⁶は国民の家庭生活の大事な一コマであり、やむを得ない事情を除き「住み慣れた地域で、自分らしく分娩を完結する」ことが望まれる。産科有床診療所はそれに適した施設である。
- ・ 女性の一生は分娩で完結するわけではない。妊娠前から女性に寄り添い、妊娠分娩を経て産後の授乳・育児期、そして更年期・老年期に至る「女性の生涯のかかりつけ医」としての機能を産科有床診療所は有している。
- ・ 現在、国は産後うつ予防を見据え、産婦健診事業・産後ケア事業に力を入れ始めている。両事業に関しては、「かかりつけ医」の側面を併せ持つ産科有床診療所が対

¹² 人口動態統計

¹³ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」出生中位推計

¹⁴ 平成29年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況

¹⁵ 人口動態調査2017年

¹⁶ ローリスクの妊婦がローリスクのまま分娩を完結した場合を、この答申においては「ローリスク分娩」と記した。

応しやすい。

- ・ 高次医療機関の産婦人科医は、悪性疾患を含めた婦人科手術やハイリスク妊婦の管理に忙殺されていることが多く、ローリスク分娩には充分手が回らない現状がある。一方、産科有床診療所の多くはローリスク分娩の取り扱いが中心であり、ローリスク分娩に関して熟練度も意欲も高いことが多い。
- ・ 産科有床診療所では妊婦と医師が顔の見える関係を構築でき、分娩時のアメニティにも工夫がなされやすいため、分娩時に妊婦の満足度が高い。次回の分娩意欲にもつながりやすく、少子化対策にも貢献しやすい。

4) 産科有床診療所の存続に対する脅威

① 分娩数の減少

冒頭に示したとおり、日本は本格的な少子化時代を迎えており、分娩数は減少の一途をたどっている。

この出生数の減少の中で、分娩による収入が中心となる産科有床診療所が事業を継続していくことは大変困難である。産科有床診療所におけるローリスク分娩取り扱いの必要性を社会に認知してもらうことは、今後大変重要な課題である。

産科有床診療所が減少していくことは、ローリスク分娩まで集約化された高次施設で行うことを余儀なくされることにつながり、国民から家庭的な環境で出産する機会を奪うことを意味するからである。

② 高次医療機関のローリスク分娩への進出

産科有床診療所も含めた分娩施設が不足している地域においては、その役割を補完するため、高次医療機関がローリスク分娩を取り扱うことは地域のために必要である。しかし、産科有床診療所等の分娩施設が充足している地域においても、高次医療機関が経営の視点からローリスク分娩に参入するケースが増加している。一方、その高次医療機関においても産科医は充足しておらず、タスクシフティングという大義名分の下に「院内助産」や「バースセンター」という形で、実質医師が形式的に関与するだけの助産師任せの分娩を展開している。その結果、産科有床診療所の新規開業は抑制され、既存の産科有床診療所が事業継続を断念する場合も少なくない。

③ 小規模施設での分娩を医療安全上不安視する意見

産科有床診療所の多くの施設は一人ないし少人数の産科医で分娩を扱っている。一方、産科医療訴訟に関する報道の中で、小規模施設（特に一人医師施設）における分娩管理に対して医療安全面で不安視した報道がしばしば見受けられる。

このような報道が、いつの間にか、ローリスク分娩も大規模施設の方が安全という風潮につながっている。

現実には、一人医師の産科有床診療所においても帝王切開などの手術時には非常勤の産科医師や他の産科有床診療所と協力し合って安全対策を講じ、成果を上げていることが多く、医療安全の問題を単純に施設規模や産科医師数の問題に矮小化することは正しい主張ではない。

実際に、産科医療補償制度の脳性麻痺児の発生頻度を調査すると、ローリスク妊婦の脳性麻痺発生頻度について、産科有床診療所と高次医療機関で有意な差は見られていない。

④ 「働き方改革」で予想される人員不足、人件費の高騰

現在国全体として進められている、「働き方改革」については、当初は産科有床診療所に対する影響は限定的と思われてきた。しかし、徐々にこの制度の全貌が明らかになると、産科有床診療所にも影響は避けられない見込みである。

経営者がそのまま分娩・診療を行う産科医である場合には、医師の労働時間に対する配慮は限定的で済むが、常勤医を数人雇用している施設においては従来の勤務時間が過剰と見なされる可能性が高いため、被雇用医師に対して勤務時間を緩和する必要性が生じ、増員を行うか経営者の医師の労働時間を増やす必要に迫られる。また、助産師・看護師等の職員の夜勤に関しても、勤務形態を当直として扱っている施設では、今後増員を余儀なくされる可能性が高い。現実には看護職員はどの施設も不足しており、人員不足に陥ったり人件費が高騰し経営に悪影響を及ぼす可能性が高い。

また、産科有床診療所では連日夜勤帯に分娩がある施設も多く、経営者のみの施設はもちろん、複数医師の施設においても、夜勤を大学等の医師に依存している現状がある。「働き方改革」においては、このような大学医局員の兼業も大学における勤務として扱われるとのことであり、将来的には産科有床診療に

おける夜勤医師の確保が不可能となり、経営が継続できなくなる施設が増加する可能性も危惧される。

5) 産科有床診療所が存続するために

① 少子化による分娩数の減少に対して

産科有床診療所としては、丁寧な診察や妊婦との間で「かかりつけ医」として顔の見える関係を構築すること、大規模施設では実現しにくい満足度の高い分娩を提供することで次回も分娩に訪れる妊婦の増加に努めることが必要である。

地域として分娩数が少ないため産科有床診療所が新規開設しにくく、既存の施設も経営を維持できにくい地域においては、手厚い公的支援を行い、行政の立場でその診療所を守ることも必要である。

② 大規模施設でのローリスク分娩取り扱いについて

産科有床診療所の健全な経営のためには、適当数の分娩が確保されることが重要である。地域の実情によっては、産科有床診療所の役割を補完するために大規模施設がローリスク分娩を取り扱うことも必要である。しかし、ローリスク分娩を扱う有床診療所等が充足している地域において、大規模施設が経営のために地域医療を顧みずローリスク分娩の取り込みを図ることは、適切な医療連携体制構築の妨げとなる可能性もあるため、地域医療構想調整会議等でよく話し合う必要がある。

③ 「女性の生涯のかかりつけ医」として

産科有床診療所の利点は「女性の生涯のかかりつけ医」として活動できる点であり、妊娠分娩ばかりでなく、分娩後の女性との関わりも大切にし、産後ケア事業にも積極的に関わっていく必要がある。

④ 産科有床診療所での分娩を医療安全上不安視する意見に対して

産科有床診療所においても、医療安全への知識や技量を身につけた医師が大半である。しかし、産科有床診療所のような小規模施設での分娩を不安視する意見がある以上、各種ガイドライン等、基本となる医療安全上の規範を再確認した上で診療に臨むことは今後とも大事である。また、緊急時に施設外から産科医の応援を確保するなど医療連携を適切に行うことで少人数であることを補完する努力も大切である。

⑤ 非常勤医師を雇用しやすい体制作りについて

分娩はいつ開始するか予想が困難であり、また夜勤帯の分娩も多く、一人の経営者が非常勤医師に依存せずに業務を継続することは肉体的にも精神的にも困難である。そのため、多くの有床診療所では短期非常勤医師（多くは高次大規模施設からの非常勤医師）を雇用し、心身の健康を維持している。今後、産科有床診療所に参入する産科医を増やすためには、非常勤医師を雇用しやすい環境が必要である。「働き方改革」において医師の兼業について議論されているが、こうした現状を踏まえた対応がなされなければ、産科有床診療所の維持は困難である。また、公務員の医師が兼業しやすい仕組み作りも必要である。

⑥ 女性医師の活用について

日本産科婦人科学会の調査によれば、40才以下の産婦人科医の70%を女性医師が占めている。一方、出産を取り扱う産科の部門は勤務が昼夜に及び過酷であるため、女性医師が参入しづらい分野である。今後は、女性の産科医師を産科有床診療所の担い手として活用する環境作りが必要となる。

6) 求めたい施策

① 産科有床診療所の事業に対する経済的援助策

- ・ 新規開業に際しての助成、低金利の融資等
- ・ 既存の設備の維持・補修等に対する助成の充実
- ・ 分娩手当等産科有床診療所の事業内容に対する助成

* 現在行われている分娩手当などの事業は個人経営の有床診療所には適用されにくい現状がある。静岡県等では、一人医師の産科有床診療所にも適用される分娩手当事業を創設している。

- ・ 事業承継（第三者も含む）の際の税制上の優遇措置

② 高次分娩施設との共存に対する施策

- ・ ローリスク分娩は有床診療所を含めた一次施設、ハイリスク分娩は高次施設という棲み分け原則の堅持

- ・ 適切な分娩費用の設定

* 病院そのものが赤字経営であるにもかかわらず、現実に即さない廉価な分娩費を設定している一部の公的病院が存在する

- ・ 地域事情に配慮した適切な病診連携システムの構築

③ 産科有床診療所の厳しい労働環境の改善

- ・ 非常勤産科医を雇用しやすい環境整備
- ・ 複数の医師で診療を行うことに対する援助

④ 産科有床診療所を含めた小規模施設（特に一人医師の施設）の必要性の再確認

- ・ 産科有床診療所における分娩が医療安全面で劣っていないことの再認識

⑤ 医療訴訟への懸念を減ずる施策

- ・ 産科医療補償制度に続くさらなる無過失補償制度の設立
 - * 無過失であっても分娩時には母体死亡や新生児死亡等が起こることが珍しくなく、無過失補償制度の良い適応となると考えられる。
- ・ 刑事訴訟からの保護

⑥ 分娩施設が不足する地域への産科有床診療所の政策的誘致

- ・ 新規開業に対する自治体からの助成
 - * 静岡県富士市・袋井市に実績あり
- ・ 自治体が産科有床診療所を設置し産科医に賃貸する試み

4. 有床診療所の承継について

(1) 個人立有床診療所の場合

1) 医療機関の承継について

個人立有床診療所の開設・管理者は、院長個人である。従って、事業承継をする場合には開設者、管理者とも変更しなければならない。既存の個人立有床診療所の廃止手続きをとり、後継者が新たに有床診療所を開設し、管理者となり診療を継続する。この場合、有床診療所の所在地が病床過剰地域にあるときは、開設管理者が変更となるため事前に病床の承継が可能である旨の確認を行うことが必要となる。スムーズな病床承継のために有床診療所を医療法人化した後、事業承継することも考えられる。

個人立有床診療所の場合、医療機関に係る資産・債務は院長個人に帰属している。たとえば、承継時点における事業用預金残高や医業未収入金は院長個人のものであり、承継時点の医薬品等に係る買掛金や未払いの従業員給与、水道光熱費、家賃等があれば院長個人が清算する。退職金規程により従業員に退職金を支払う義務が生じていれば、その負担も譲り渡す院長個人がする。以上のとおり、個人立有床診療所の承継に際しては、医療機関に係る債権・債務の清算は必須となる。

2) 個人版事業承継税制の活用

平成 31 年度税制改正で、「個人の事業用資産についての贈与税・相続税の納税猶予制度（いわゆる個人版事業承継税制）」が 10 年間の時限措置（平成 31 年 4 月 1 日～令和 10 年 12 月 31 日の間）として新設された。有床診療所を経営する個人開業医師も適用を受けることができる。税の優遇対象とされる特定事業用資産には、「宅地等（面積合計 400 m²以下の部分に限る。）」のほか「建物（床面積合計 800 m²以下の部分に限る。）」や「医療用機器等を含む一定の減価償却資産」も含まれる。相続税だけでなく、贈与税にも特例が設けられたため、院長の生前に事業承継する際も活用することができる。また、特例適用を選択した特定事業用資産に対する納税額の全額（100%）が納税猶予されるなど画期的な内容となっている。ただし、この特例を利用して納税猶予の適用を受けた個人立医療機関が、その後医療法人化した場合には、個人事業を廃止したとして扱われるため納税猶予を受けた贈与税や相続税額に利子税を加えて納税をしなければならない。この点については、この特例

を受けている医業承継者が、特定事業用資産を基金として拠出して医療法人を設立した場合には、当該基金に係る贈与税・相続税について納税猶予を認める措置の実現が強く望まれる。

(2) 医療法人立有床診療所の場合

1) 医療機関の承継について

医療法人立有床診療所の開設者は医療法人であり、管理者は理事長などの医師となる。従って、一般的には、医療法人を事業承継する場合、開設者は法人のままで管理者の変更や、社員・役員（理事と監事）の入れ替え手続きにより事業承継を行う。また、医療法人立有床診療所の場合、医療機関に係る資産・債務は法人に帰属しているため、承継時点での医療機関に係る債権・債務の清算は必須ではない。しかし、役員の退任に伴う役員退職金の支給や、退任する役員と医療法人の間に債権債務がある場合にはこれを清算することが必要となる。さらに、医療法人の形態が「持分の定めがある社団医療法人」の場合で、出資持分を持つ社員が事業承継する時には、持分の承継問題が生じる。持分問題解決の第一歩は持分評価額の算定である。算定額を基にして、持分の譲渡・贈与・相続などについて具体的なシミュレーションをし、事業承継プランを練ることになる。

2) 医療法人の事業承継と税制

相続税や贈与税の計算をする際の現行の出資評価法には問題があると考えられるため評価方法の改正が必要と考える。たとえば、類似業種比準方式であれば配当のない普通法人の株式評価方法と同様に「評価算式の分母を3とし、分子の配当要素は無配（0）とする評価法」に改めること、また、純資産価額方式であれば、特定の出資社員が独占的な支配権を有することができない医療法人の特性に鑑みて「支配割合 50%未満の同族株主同様に純資産価額の 80%評価」に改めることなどへの改正が望まれる。また、「医療法人の出資に係る相続税及び贈与税の納税猶予制度」について、中小株式会社に設けられている取引相場のない株式等についての相続税及び贈与税の納税猶予制度とのイコールフットィングの観点から創設が望まれるところである。

「持分なし」への移行も事業承継に際しての選択肢の一つとなる。移行促進策である認定医療法人制度は、平成 29 年に医療法改正より認定要件に「運営に関する

要件」が加えられ、併せて、税制改正により「持分なし」への移行時のみなし贈与課税が非課税とされて、令和2年9月30日まで適用期限が延長された。さらに、その期限到来を前に、令和2年度税制改正により、適用期限は3年間延長され、令和5年9月30日までとされた。出資持分を有する社員にとって持分とは私有財産であり、持分放棄という選択は後戻りのできない選択となる。その決断には十分な検討の時間が必要であり、また、出資社員が複数いる場合には同意のための意見調整に多大な時間を要する。さらに、認定要件である「運営に関する要件」は、遊休財産の制限や法令違反の事実がないことなど8つの具体的な内容で構成されているが、すべてを満たすための準備にかなりの年月を要する。その点では3年間の適用期限延長は大きな意味のある改正である。時間を有効に使い、熟慮のうえ決断することが求められる。なお、相続税は税額計算において累進税率を採っているため、仮に「持分なし」への移行をする場合には、相続開始前に手続きをした方が、相続後に手続きするより相続税額は少なくなる。この点は理解して、検討することが必要である。

(3) 第三者承継について

1) 個人立有床診療所の承継

個人立有床診療所を親族ではない第三者に承継する場合には、承継時点の医療機関に係る債権・債務の精算は必須となる。そのため事業用の借入金返済、従業員の退職金や買掛金の清算、個人事業に係る税金などの支払に要する資金が必要となる。また、譲り渡す資産の特定もしなければならない。たとえば、事業用で使用していた車両、診療所に飾っていた絵画などを承継に伴い相手方に譲るのか譲らないのかなどは承継前に判断し、交渉する必要がある。

院長が個人で所有している診療所用土地・建物を相手方に譲る場合には、時価で譲渡するであろう。譲渡益（譲渡対価－取得費・譲渡費用）が生じれば、譲渡益に対して（1月1日現在で所有期間5年超の場合）20.315%の税率で計算された税金（所得税・個人住民税）が課税される。院長が消費税の課税事業者となっている場合には、建物や医療用機器等の譲渡対価に対し消費税の課税も生じる。また、営業権を認識して対価を得た場合には「雑所得」としての課税も生じる。

院長所有の診療所用不動産を承継者に対し賃借して第三者承継を行う選択肢も

考えられる。この場合は、承継後、不動産所得を得ることが可能となる。

2) 医療法人立有床診療所の承継

医療法人立有床診療所の第三者承継は、現行の社員の退社及び役員の退任と、譲り受ける側の新任の社員の入社及び役員の就任という手続きを経て行うことになる。退任する役員にいくらの役員退職金を支払うかは承継時の大きなポイントの一つである。金額算定に際しては、役員としての勤続年数や月額報酬金額をベースに功績を加味して算定する。

また、医療法人そのものを承継するため、承継時点での医療法人の債権・債務を清算する必要はないが、退任する役員と医療法人との間に債権・債務がある場合には承継時点で清算が必要となる。

医療法人が退任する役員を対象に生命保険契約をしている場合には、その取り扱い（解約するか、個人で承継するか）も決めておく必要がある。

医療法人の従業員への退職金は、原則として債務として引き継がれるが、事業承継に際して前理事長の時代に発生した退職金の支払いの清算を希望する場合がある。この場合は、承継後の雇用条件も含めて事前に話し合い、承継時にいったん従業員が退職し、承継後に新たな雇用契約を締結する方法なども検討される。

医療法人立有床診療所の第三者承継においては、承継時点の法人の時価純資産価額（正味財産価額）を加味して譲り渡しの対価が算定されるであろう。対価の清算に際しては、医療法人の形態が「持分あり」か「持分なし」かで異なる。「持分あり」の場合には、持分の時価評価として明確に評価額が算定され、持分譲渡により譲り渡しを行うことが可能となる。なお、持分の譲渡に伴う譲渡益に対しては、20.315%の税金（所得税・個人住民税）が課税される。「持分なし」の医療法人の場合には、承継時点の時価純資産価額（正味財産価額）に基づいた対価の受け渡しが持分を通してできない。そのため、「持分なし」への移行を検討する場合には慎重に検討する必要がある。