

令和3年度
有床診療所委員会
中間答申

令和3年9月

日本医師会
有床診療所委員会

(白紙)

令和3年9月22日

日本医師会

会長 中川俊男 殿

有床診療所委員会

委員長 齋藤義郎

有床診療所委員会 中間答申

本委員会は、令和2年11月26日に開催された第1回委員会において、貴職より「地域医療提供体制を支え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5回の委員会を開催し、議論を重ねてまいりました。

有床診療所が地域医療提供体制を支えるためには、安定した有床診療所の運営が必要であります。

そこで本委員会では、次期診療報酬改定に向けて、別添の通り要望を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

今後の診療報酬改定に向けた議論に、本委員会の意見を反映していただきたく、お願い申し上げます。

本委員会では、引き続き、地域医療提供体制を支える有床診療所のありかたについて、検討を重ねてまいります。

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	加藤 雅通	(愛知県医師会理事)
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)
〃	岡部 實裕	(北海道医師会常任理事)
〃	猿木 和久	(群馬県医師会理事)
〃	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)
〃	長谷川 宏	(長崎県医師会常任理事)
〃	平尾 健	(広島県医師会常任理事)
〃	松本 光司	(全国有床診療所連絡協議会専務理事)
〃	松本 眞彦	(埼玉県医師会常任理事)
〃	柳田 和夫	(日本眼科医会常任理事)

1. はじめに

新型コロナウイルス感染症の日本における流行は第5波となって、地域医療を強く圧迫している。全国の有床診療所は、地域に身近なかかりつけ医機能や入院機能を発揮してコロナ対応に当たるとともに、発熱外来やワクチン接種といった外来機能においても、先導的な役割を果たしている。コロナ禍における地域貢献は、有床診療所が社会に認知される絶好の機会であるとして、全国各地の有床診療所が力を尽くしているところである。

平時と有事の両面における有床診療所の長所としては、外来機能だけでなく入院機能を持ち、24時間対応が可能であることが挙げられる。

現在の第5波では、病院に入院できない患者が急激に増加し、在宅療養を余儀なくされている。ここで、大病院で治療を行った患者を有床診療所や中小病院に転院させることができれば、患者滞留による病床逼迫が緩和され、病院病床の確保が容易になり、地域医療への貢献と地域住民の安心につなげることができる。

有床診療所の役割分担として、病院や介護施設が受入れられないような、生活面で特にケアが必要な患者を引き受けることができれば、更なる有床診療所の活躍の場があるのではないだろうか。なお、ここでの患者像は、発症から日数が経ち感染リスクの下がった患者や、回復期の患者、治療後の後遺症に悩

む患者、家族等の受け入れが難しい患者等である。当然ながら、それぞれの施設において対応方法を工夫することにより、有床診療所が患者を感染初期から入院させて診る役割を担える可能性も同時に模索していくことが重要である。

ホテルを借り上げる形態が多い宿泊療養との関係についても、有床診療所であれば医薬品や酸素の投与などの医療行為も行うことができる。

また、有床診療所の外来機能や在宅医療への対応力は、地域で大きな役割を果たしている。ワクチン接種に関しては、有床診療所は無床診療所と比較して基本的にマンパワーは多く、施設の大きさからも接種後の待機場所の確保等も比較的容易であるため、地域で活躍している。発熱外来も同様であり、在宅医療についても、24時間対応の強みを活かすことができる。

このように、有床診療所は、未曾有の国難にある現在のコロナ流行状況の解決に大きく寄与する可能性を持っている。有床診療所が本来の機能を果たし、活用されやすくするための必要な対コロナ施策を強く求めるものである。また、経過措置とされている新型コロナウイルス感染症対策に関する入院と外来の診療報酬加算等を含めた各種支援策については、継続を要望する。

平時における有床診療所は、入院収入が入院経費を下回る、いわゆる「持ち出し」の状態が続いており、それぞれの有床診療所の医師の気概によって、な

んとか地域の医療を支えてきた。しかし、持ち出しの状況が長く続いて体力が削られ、医療資源に余力の無い状態であるため、コロナ対応に関しては積極的・能動的な対応が難しいという状況下にある。そのことから、次頁からの要望事項の実現により、有床診療所が医療法で規定する通り、「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」役割を果たせるようになることを強く願うものである。

(註記)

有床診療所の活用策の検討に際しては、以下の要素に留意が必要である。

有床診療所は総合的な診療を担う役割の診療所と、産科や眼科等の専門医療を担う診療所に二分されるため、全ての有床診療所が新型コロナウイルス感染症に対応できるわけではない。また、都市部は地価の高騰や人材不足により総合的な診療を担う有床診療所が減少したため、結果的に専門医療の有床診療所が高い割合を占めている。地方部の有床診療所は、建物の老朽化やゾーニングの問題に加え、若手人材不足や承継問題で大きな課題を抱えている。

2. 令和4年度診療報酬改定に対する要望

1. 有床診療所回復期病床の新設

病床機能報告制度に基づき各医療圏で地域医療構想調整会議が開かれているが、報告の集計数字としては、ほとんどの医療圏で急性期病床及び慢性期病床に対し、回復期病床での報告数が不足として示されている。地域包括ケアシステムの中で、住民の身近にあって、地域に密着した多機能を有する有床診療所は今後必要とされる回復期病床の機能を担っていく有用な医療資源であり、厚労省からも「有床診療所地域包括ケアモデル」が提唱されているが、有床診療所入院料には回復期病床の設定がない。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貢献できる。

そこで、現在病院にある地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟と同様形態の以下に記載する病床の新設を強く要望する。

①有床診療所地域包括ケア病床（仮称）

②有床診療所回復期リハビリテーション病床（仮称）

2. 入院基本料の点数の引上げ¹

地域包括ケアシステムの中での大きな役割が期待されている有床診療所の病床を維持するためには経営基盤の整備、安定化が必須である。

しかし、現状の有床診療所の経営状況は厳しく、令和元年度有床診療所の現状調査（日医総研）では、患者1人1日当たり入院収入平均18,557円に対して、入院経費は平均20,805円で、入院患者1人1日当たりの収支は2,248円の赤字で、年々悪化しており、有床診療所の減少に歯止めがかかっていない。

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ているのが現状であるが、近年の外来患者数の減少傾向の中で、穴埋めも困難になりつつある。有床診療所が存続し、地域医療に有益な病床を維持するためには、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上げが必要である。

3. 救急・在宅等支援療養病床初期加算の名称変更と点数・日数の引上げ²

前回改定で有床診療所一般病床初期加算は病院と同様の設定とされたが、有床診療所療養病床入院基本料の救急・在宅等支援療養病床初期加算の見直しはなかった。同じ地域医療を支える受け皿として、病院と同一の名称、扱いを要望する。

¹ 現行点数 有床診療所入院基本料 A108, 1, イ 917点など

現行点数 有床診療所療養病床入院基本料 A109, 1 1,057点など

² 現行点数 救急・在宅等支援療養病床初期加算 1日につき150点、14日を限度

4. 有床診療所入院基本料の逡減率の緩和ないしは廃止

有床診療所入院基本料では「15 日以上 30 日以内の期間」、「31 日以上
の期間」で、大きく入院料が逡減される。入院基本料 6 の「31 日以上
の期間」の場合、入院料わずか 1 日 480 点で、ビジネスホテル以下の水
準であり、有床診療所の経営状況の厳しさを表している。病院一般病棟
入院基本料では逡減性はなく、むしろ「14 日以内の期間」450 点、「15
日以上 30 日以内の期間」192 点が加算される仕組みとなっている。一
般病棟の場合、平均在院日数や人員配置等の施設要件の縛りがあるに
しても、有床診療所入院基本料の逡減は厳しく、逡減率の緩和ないし
は廃止を要望する。

5. 夜間緊急体制確保加算の点数の引上げ³

地域包括ケアシステムの中で、住民の身近にあって多機能を有する有
床診療所は夜間の救急対応にも貢献しており、2019 年度日医総研のアン
ケート調査では、回答施設の 49.5%が「週 1 回以上夜間救急対応可能」、
34.1%が「ほぼ毎日対応可能」であった。今後も同様な対応を維持して
いきたいと考えるが、夜間の人材確保が困難な現状があり、是非とも
体制確保加算の増点をお願いしたい。

³ 現行点数 夜間緊急体制確保加算 1 日につき 15 点

6. 医師事務作業補助体制加算の算定要件見直しと点数の引上げ

前回改定で有床診療所でも算定できるようになったが、元々急性期病院に対する加算であって、前回改定では算定要件の見直しがなく従前のままであるため、ごく限られた有床診療所でしか算定できない状況である。また、加算点数も低く、有床診療所に見合った算定要件への見直しと人件費に見合った加算点数への引上げを要望する。

7. 入院中の患者の他医療機関への受診についての取扱い（減算）の見直し

新たに「外来機能報告制度（仮称）」が始まるなど、「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化」が推進されている現状からして、また地域医療連携の推進の面からしても、減算は撤回されるべきである。

8. 転入院連携加算（仮称）の新設

病床機能報告制度によって各医療圏での医療機関の病床機能が明確化され、そして「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化」を推進するために、新たに外来機能報告制度（仮称）が始まり、有床診療所も報告対象に指定されたが、地域の医療資源を有効的かつ重点的に活用し、地域医療連携を推進するためには、各医療圏の入院および外来機能の明確化は重要である。病院の施設要件に在宅復帰率が設定された頃より、急性期病院から有床診療所への流れ（転院）が滞っており、地域医療連携の推進、また地域の医療資源の有効

活用を推進するために、有床診療所と病院間の連携を推進するための「転入院連携加算（仮称）」の新設をお願いしたい。

9. 診療情報提供料の要件の見直し（入院患者も算定可に）

現在、入院患者の場合、診療情報提供料は算定不可となっている。地域医療連携の推進が叫ばれている中、他医療機関への紹介、また退院時の紹介元やかかりつけ医への情報提供の際、特に入院患者の場合には膨大なデータを添えた情報提供が必要欠くべからざることからして、情報提供料が算定出来て当然であると考える。

10. 食事療養費の引上げ⁴

入院時食事療養は治療の一環として重要である。入院時食事療養費は平成9年消費税率引上げ時に20円（食事療養費Ⅰ・1日1,900円⇒1,920円）引上げられたが、その後、現在に至るまで一度も見直されていない。その後の24年間で人件費・物価ともに上昇し、医療機関の負担が増えている。特に人件費は平成9年当時の全国最低賃金（全国加重平均時間額）638円に対し、令和2年の全国最低賃金（全国加重平均時間額）は902円と264円増となっている。患者さんに満足していただける食事を提供するためにも食事療養費の引上げはやむを得ない。

⁴ 現行点数 食事療養費（Ⅰ）640円、食事療養費（Ⅱ）506円

(白紙)