

令和2・3年度
有床診療所委員会
最終答申

令和4年3月

日本医師会
有床診療所委員会

(白紙)

令和4年3月15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 最終答申

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纏めましたので、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	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 前常任理事)
〃	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)

目 次

はじめに	1
第1章 有床診療所と新型コロナウイルス感染症の流行	3
1-1 有床診療所が果たす役割	3
1-2 コロナ禍における有床診療所の機能について	3
1-3 コロナ禍における地域連携の強化について	5
1-4 コロナ禍におけるオンライン診療	6
第2章 全世代型地域包括ケアシステムの中核としての有床診療所	8
2-1 中核となり得る有床診療所	8
2-2 ICT と有床診療所	12
2-3 有床診療所の存在と役割についての理解を頂く重要性	14
2-4 社会保障を守るための事業継続計画 (BCP)	16
第3章 有床診療所の経営の安定から承継まで	18
3-1 有床診療所の経営	18
3-1-2 強固な経営基盤の構築 (収入増加について)	19
3-1-3 強固な経営基盤の構築 (人材確保面からの経費削減について)	22
3-2-1 事業承継: 高齢化が進む診療所開設者又は法人代表者の状況	24
3-2-2 事業承継: 第三者承継におけるマッチング	24
3-2-3 事業承継: 魅力を感じる有床診療所であること	25
3-2-4 事業承継: 地方の有床診療所承継のための支援	26
3-3-1 「持分あり医療法人」への税制措置創設と整備	27
3-3-2 「持分なし医療法人」への移行時の税制の整備	28
3-3-3 個人版事業承継税制の整備	29
3-4 病院とは異なる施設体系の再構築 -- 「人を癒す」有床診療所	30

第4章 専門医療	32
4-1 眼科有床診療所	32
4-1-1 眼科有床診療所の現状	32
4-1-2 眼科有床診療所の役割	33
4-1-3 眼科有床診療所を守るための提言	34
4-2 地域分娩体制を支える産科有床診療所における働き方改革と今後のありかた	35
4-2-1 はじめに	35
4-2-2 看護職員の働き方	36
4-2-3 産科医師の働き方	37
4-2-4 日本医師会の医師宿直許可の調査結果からみえること	38
4-2-5 看護職員の今後の働き方のありかた	39
4-2-6 産科医師の今後の働き方のありかた	40
4-3 整形外科有床診療所の現状と要望	42
4-3-1 現状分析	42
4-3-2 改善策	45

(白紙)

はじめに

前回の2019年度（令和元年度）有床診療所委員会答申において、我が国の中長期的に見た地域医療には、地域の人口構成・医療事情を踏まえ、2025年問題や2040年問題を乗り越え、その地域に合った「街づくり」の中心として、地域住民から期待される有床診療所を如何に蘇らせるかについて強調した。

今、新型コロナウイルス感染症の世界的な流行、そして度重なる地震・水害等による自然災害の猛威により、有床診療所が地域医療提供体制を支えるためには、平時のみでなく有事においても何をすべきかとの問題提起がなされている。

全国の有床診療所は、発熱外来やワクチン接種、宿泊療養患者、自宅待機・自宅療養者への往診等の外来機能だけでなく、コロナ感染症対応基幹病院の後方支援病床として入院機能を発揮し、地域に身近なかかりつけ医として先導的な役割を果たしてきた。

平時も有事においても、かかりつけ医としての身近な病床を活用し、患者中心の医療の実現を目指すことが重要である。

そのためには、▽人員確保への投資、▽有事のバックアップ体制、▽患者の病態に応じた評価、▽病院・診療所同士等の連携の後押し、▽ICT化の支援等

を国・都道府県に求めていく必要がある。また、人口減少・少子高齢化社会の中で、病院とは異なる柔軟な病床機能体系の確立についても検討すべきではないだろうか。

地域医療提供体制を支えるためには、地域包括ケアシステムの中での街づくりにより如何に貢献していくのか、そして、地域住民（国民）が有床診療所に、何を期待しているのかを考察し、それにどう応えていくのか、更にそれをどう評価していくのかについて検討を重ね、ここに答申する。

第1章 有床診療所と新型コロナウイルス感染症の流行

1-1 有床診療所が果たす役割

有床診療所は24時間の診療体制を持ち、今般のコロナ禍では発熱外来やPCR検査等の診療対応を行うとともに、在宅療養者に対しても往診等で24時間対応している。また、その入院機能を活かし、後方病床として陰性化した患者の受け入れ等で活用されうる。

ワクチン接種も多くの施設で実施され、その役割を果たしてきた。個別接種は全体の7割で実施され、うち内科系施設では9割が院内と在宅で実施されている。集団接種や職域接種については、有床診療所の特性を生かし、医師1～2名と看護職員等約3名で週に平均4時間前後対応しており、日本国全体のコロナ禍対応の中で果たしている有床診療所の役割は十分に評価されるべきである。¹

1-2 コロナ禍における有床診療所の機能について

新型感染症に対応できる有床診療所は、潜在能力を持つものも含め、決して少なくはない。新型コロナに関する有床診療所の診療機能に関して、診療・検査医療機関の指定を受けている施設は32.7%であり、発熱外来を実施している施設が39.3%、検査を実施している施設が60.7%であった¹。これらの数

¹ 日医総研ワーキングペーパーNo. 461 (2021年9月28日)「2021年度有床診療所の現状調査」

字は、一見高くないように見えるが、回答施設の主要診療科のうち内科は38.4%であり、眼科や産婦人科、整形外科等の専門医療を担う多くの有床診療所の回答も合わせた全体での割合であることに注目すべきである。

ワクチンの個別接種を行っている施設は68.9%であった。また、新型コロナ対応病院から回復後の患者を受け入れた施設が3.6%であった。なお、日医総研ワーキングペーパーの調査時期は2021年7月のため、その後の第5波では更に受け入れが広がったと思われる。

なお、有床診療所が感染者増加時に入院機能を有するのに必要な条件を見ると、濃厚接触者となった自宅待機職員の補完(54.9%)、動線の確保(53.5%)、入院患者の衛生管理や療養支援のための人材確保(52.3%)、陽性者の転院先の確保(42.5%)、ゾーニングを含む感染症対策の知識の習得(41.7%)であった¹。これらの条件をクリアするための国等の支援と、急性期治療を終えた回復期患者を引き受けるための病院との連携ルートの構築ができれば、有床診療所は更なる活躍が期待される。

1-3 コロナ禍における地域連携の強化について

第5波でその困難さが浮き彫りとなった自宅療養者への支援については、まずは保健所や地域行政との患者情報の共有を含めた連携機能の強化が求められる。本感染症が2類の指定感染症である限り管理主体は保健所となるが、保健所管理下であっても医療機関がしっかりと医療支援を継続できるような体制が構築されるべきである。2040年（令和22年）に向けて地域包括ケアシステムと在宅医療を含むかかりつけ医機能をはじめとした地域医療の充実が謳われてきたが、新型コロナの自宅療養者に対して、そして更には2040年に向けて、一般診療所や在宅医療を担う医療機関との連携強化が必須である。そして、これらのハブとなる機能は病床を有する地域密着型の有床診療所が担うのが理想的である。

1-4 コロナ禍におけるオンライン診療

現状、コロナ禍での時限的・特例的対応としてオンライン診療の初診が容認されているが、時限的・特例的対応終了後に、平時の対面診療における安全性・信頼性との比較検証が必要である。

オンライン診療は、導入コストが高額、対面診療と比較して診療報酬点数が低い、病状評価や治療継続の判断が難しい等といった課題がある一方で、コロナ禍においては感染予防の有効な手段となり得、コロナ禍以外でも一部の疾患等には有効となり得る。

有床診療所としても、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」や医師向けの研修等を通じてオンライン診療の長所と短所を理解し、自院の特徴に応じて、導入を検討することも重要と考える。安全を十分に担保した上で、オンライン化したほうが効率的なものはオンライン診療で対応することで、有床診療所内のコア業務に人員を集約でき、新型コロナへの対応等による人材不足を補える可能性もある。

新型コロナやそれ以外の入院医療に際してのオンライン診療の活用例として、入院患者を他科の医療機関へ受診させたい場合（他科受診）にオンライン診療で行う方法が考えられる。前述の指針には主治医同席のもと他の医療機関の医師がオンライン診療を行う D to P with D が認められている。コロナ禍における入院患者の外出は、患者の身体状況や付き添いする家族の都合等で制約が多く、感染予防の観点からも避けたいものである。2021年6月18日

に閣議決定された規制改革実施計画では、オンライン診療の初診は原則、かかりつけ医とされているものの、かかりつけ医以外の医師があらかじめ診療録、診療情報提供書等で患者の状態を把握できる場合も含めて検討することとされている。有床診療所の入院患者であれば、医師や看護職員が同伴した状況での受診が可能である。初診であっても事前に担当医に十分な情報を提供しやすく、検討に値するのではないか。なお、この取組については、全国各地の有床診療所が参集して、主治医とオンライン診療を行う側の医師とで、有床診療所のそれぞれの先生方の専門知識を活かしたネットワークを構築することも検討の余地がある。お互いが有床診療所であることは、診療時間を合わせやすいことや、院内の事情も押し量りやすい等のメリットもある。

一方でオンライン診療の導入・普及にあたっては、前述したとおり課題も多い。オンライン診療が適切でない場合は速やかに中止し、対面診療に切り替える等の事前承諾や体制整備、丁寧なインフォームドコンセントの徹底、医療安全対策と情報セキュリティ対策、サイバー攻撃に対応できる職員の養成や「オンライン資格確認」についても十分な検討が必要である等、安全で質の高い医療の提供のため、十分な体制づくりが求められる。

第2章 全世代型地域包括ケアシステムの中核としての有床診療所

2-1 中核となり得る有床診療所

戦後医療の中核を成していた有床診療所は近年減少の一途をたどり、2021年（令和3年）4月には全国で6,500施設を割っている。しかし、考えようによっては依然として6,000以上の医療機関が地域に密着して幅広く活動しており、「社会的共通資本としての医療」の一端をしっかりと担っているとも言える。

人は誰しも高齢になれば体が動かなくなり病気がちになる。今までは病気は医療機関で、介護は介護施設でそれぞれ行えばよいと考えられていた。しかし、病気が原因で介護が必要になり、逆に要介護者が病気になるように、医療と介護は複合化する。このようなときに誰がどう動き、円滑な問題解決にあたるのか、誰が中心にいれば物事が円滑に進むのか。そこで本委員会としては有床診療所こそがその中心的役割を担うにふさわしい施設であると主張する。

有床診療所は、「在宅医療の拠点」「緊急時対応」「病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し」「終末期医療」等の機能を持ち、地域包括ケアシステムの中核としての役割を担い得るため、その有効活用がより一層期待されている。

実際に、2021年調査¹において、地域包括ケアシステムの中で中核的医療機能を果たしていると返答した施設は全体で3割以上、内科系で4割以上を占めている。

地域包括ケアシステムの構築においては医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制が必要となり、認知症高齢者の増加が見込まれることから地域で支えることが重要とされた。また、高齢化の進展状況には大きな地域差があるため、主体は保険者である市町村や都道府県であるとし、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた制度ができると期待された。しかし、現状では一部の地域では先行しているが日本全国に広まり定着しつつあるとはいいがたい。それはシステムの核になるものがないことも一因である。

要介護者を主に担当しているのは介護施設である。その技術の向上は目を見張るものがあり利用者の満足度は高い。しかし、利用者は要介護認定を受け介護度に応じたサービス計画書に基づいてしかサービスを受けられない。また、医療提供施設ではないため、急な発熱でも対応に苦慮するところが多い。一方で、病院では、提供する医療が専門特化し、慢性疾患よりも急性期にシフトする傾向が強い。

ここに、有床診療所の出番がある。例えば、昨今、課題として着目されているフレイルでは、要介護認定の際には自立や要支援とされ、必要な介護支援・援助が受けられない例がみられるが、このような医療と介護の間にいる人々に対して有床診療所が活用できる。また、介護現場で夜間に医療が必要になった際に、2次救急以上での対応となることが多いが、有床診療所の活用により、病院の救急医療の疲弊に歯止めをかけることができる。

また、有床診療所の特徴としては、

- 1) 入院医療も担っているため職員が常駐しており 24 時間対応が可能
- 2) 病状悪化や長期療養、レスパイト等様々な状態に対し入院対応可能
- 3) 保険診療として、介護計画を立てる必要がなく迅速に対応可能
- 4) 一定程度の救急に十分対応可能

等が挙げられ、地域包括ケアシステムで求められている医療と介護をカバーしている。厚生労働省もこのことを認め有床診療所に地域包括ケアモデルを提唱している²。

また、住み慣れた街で最期まで元気で暮らすという地域包括ケアシステムは、もともと主に高齢者向けであったが、家族・地域社会の変容とニーズの多様化、必要な支援の複雑化を理由に地域包括ケアシステムを全世代型に発展させることとされた。今までの地域包括ケアシステムでもニーズに合わせた介護計画を立てることは容易ではなかったが、守備範囲がさらに広がり、調整は難渋するものと思われる。

現在、そしてこれからの有床診療所の役割は、多職種のパイプ役として、ケアマネジャー等と連携した要介護者の健康管理、かかりつけ医としての患者の治療と健康増進、緊急時対応としての一定程度の救急医療での入院治療や往診、そして在宅・施設での看取り等、様々な場面での対応があり、あらゆる世代からの求めに応えきれると考える。可能な限り住み慣れた地域で自分ら

² 2017 年 11 月 17 日第 371 回中医協総会資料

しい暮らしを人生の最期まで安心して続けられるようにこの地域の期待に応えられる存在になるべきと考える。

全世代型地域包括ケアシステムでは障害者・児、生活困窮者も含めて対応する必要がある。それらの医療ニーズは多様であり、それぞれの疾病や障害等に
応じて、個々に対応する必要がある。これは、医師にしかできない重大な役割
であることを忘れてはならず、医師の生涯教育のひとつとして常に学び続け
ていかなければならない。

2-2 ICT と有床診療所

質の高い医療提供体制および地域包括ケアシステムの構築のためには、医療・介護における関係者間での適時適切な情報共有が不可欠であり、それにはICTの活用が大変有効である。ICTの活用により、患者に関する豊富な情報を共有し状態に合った質の高い医療を提供できること、急性期医療から回復期医療、在宅医療、介護への移行が円滑に実施されること、二重検査や過剰投薬が避けられ患者負担も軽減されること等が期待できる。

急患対応、在宅医療の拠点、終末期の看取り、レスパイト等に対応する有床診療所にとって、ICTの活用は必須といえる。基幹病院で精密検査を受けた後、かかりつけ医でも検査結果を共有できる、病院から転院する際に、転院先で過去の治療歴や入院中の経過等を詳しく把握することができる等、ICT技術を活用し診療情報の連携・共有を行うことによって、切れ目なく密で、迅速かつ適切な医療を実現でき、地域の医療関連施設と連携している有床診療所としても、より柔軟な対応が可能となる。

また、有床診療所では、在宅療養では対応が困難な患者の入院を数多く受け入れている。ICT技術を活用した地域医療連携ネットワークを用いた病床の有効利用のために、有床診療所の空床情報をリアルタイムに発信できれば、より円滑な病診連携・診診連携が可能となり、地域医療の充実につながる。

まずは各地域における医療介護連携ネットワークの構築および整備が求められるとともに、有床診療所が地域包括ケアシステムの中核を担う拠点とし

てその機能を強化・発揮するために、地域の医療介護連携ネットワークへの積極的な参加が必要となる。

2-3 有床診療所の存在と役割についての理解を頂く重要性

今、地域の医師に求められるものは高血圧や糖尿病等の医療はもちろんであるが、生活に必要な①食事・排泄の能力の維持・向上（いかに食べ、嚥下し消化吸収後に排泄をするか）、②日常生活能力の維持（リハビリテーション：トイレまで移動できるか、ベッドから起き上がれるか、人を呼べるか、箸を持てるか、スプーンで口まで運べるか）等への対応であり、他に③認知症対応としては、家族・介護者の相談に乗り不安を解消すること等がある。

これらの事に意識を向けて心を配っていても、他の職種と意識の共有ができていなければ連携も何もできない。有床診療所の特徴をケアマネジャーや介護サービス提供者に広く伝えていく必要がある。

病院退院後に介護サービスが十分に受けられないケースや、退院後直ちに在宅に戻ったり介護サービスに繋がると患者の社会的リハビリの負荷が重すぎるケースもある。そのようなケースでは、間に有床診療所が関与することを病院関係者にアピールすることが重要である。

どう伝えていくか、具体的な周知方法を考え実践していく必要がある。

まず、医師個人としてはケアマネジャーへの説明、自院のホームページでの案内、地域住民や医療関係者の集まりへの出前講座等が考えられる。施設単位としては郡市区医師会や各都道府県医師会のホームページ等に掲載を依頼して有床診療所の情報を提供することや、行政の広報紙や地域コミュニティ情報を発信するメディア、更にはマスメディアに取り上げてもらう等の方法が

考えられる。これらの活動は個々の施設の宣伝とするだけではなく、各地域の有床診療所全体の認知度の向上に繋がるよう、歩調を揃えるための検討も重要である。

また、2018年（平成30年）4月の有床診療所の病床設置に関する特例改正により、届出により病床設置が可能な診療所の範囲等が見直され、地域包括ケアシステムの構築のために一定の機能を有し、必要な診療所として認められるものも対象とされることとなった。新たに病床を整備する予定の医療機関に関しては地域医療構想調整会議で検討されるため、調整会議の活性化と指導的役割を担う各都道府県医師会の有床診療所への支援がますます重要となる。

2-4 社会保障を守るための事業継続計画（BCP）

子どもや子育て世代を含めた全世代型地域包括ケアシステムや社会保障の視点から、自然災害をはじめとする有事の際には高齢者、小児、障害者・児、妊婦等の「災害要配慮者」を守り、支援することが大切になる。昼夜を問わず住民に寄り添う医療を展開している有床診療所の果たすべき役割は大きい。

災害時に取り組む医療支援活動は医療法、災害対策基本法そして災害救助法の 3 法が基本となるが、医療法に基づく医療計画は、適宜改正が行われてきた。コロナ禍の中で、2021 年 5 月 21 日に成立した「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部改正」により、いわゆる 5 疾病 5 事業に新興感染症等対策が追加された。2024 年 4 月 1 日から開始される第 8 次医療計画は、5 疾病と 6 事業となる。

有事（感染症を含む災害等）に備え、各々の有床診療所は平素から人材養成と PPE の準備・計画、また、BCP（事業継続計画）・BCM（業務継続マネジメント）の策定と、基幹病院や行政との連携体制の整備に努めなければならない。BCP に関しては、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」（厚生労働省）を活用した介護施設・事業併設の有床診療所では既に習熟していることと推察される。各々の有床診療所において「BCP の考え方に基づいた病院災害対応計画作成の手引き」（厚生労働省、2013 年 9 月）や中小企業庁 BCP ガイド等、各省庁のガイドラインを参考にし、平時から体制整備、人材を養成しておくことが望ましい。日本医師会には、

BCP に対する指導、医療機関の防災・減災対策の税制上の措置への対応を要望
したい。

第3章 有床診療所の経営の安定から承継まで

3-1-1 有床診療所の経営

有床診療所の病床を維持するためには入院に携わる看護職員・介護士の存在が不可欠であるが、現行の有床診療所入院基本料では十分な人件費を賄うには不十分であり、病院の病棟看護師と同水準の給与を呈示できず有床診療所の人材確保を一層困難にしている。この観点からも有床診療所入院基本料の適切な大幅引き上げが必要である。

また、コロナ禍での経営実態は厳しい。2020年度の経営状況は大幅に悪化し、法人の医業介護収益（収入）減少、医業介護利益も減少、人件費比率も上昇し、損益分岐点比率も悪化し、赤字施設は3割を占めている¹。人員確保・ゾーニングや動線の確保も大きな課題である。特例的な税制措置を更に強化し、また平時から感染症対策に対しては病院に準じた診療報酬対応がなされなければ有床診療所は持ちこたえられない状況にある。今後、人員のバックアップ体制や施設整備面等、適正な仕組みの創設も求められる。

3-1-2 強固な経営基盤の構築（収入増加について）

有床診療所の収益の源泉は入院および外来受診患者に対する医療の提供であり、経営戦略において中長期的な人口動態推計による患者数の予測は極めて重要である。全国的な推計では、患者は2030年まで増加傾向であるが、その後は緩やかな減少～横ばい傾向を示し、2030年から減少傾向を示すとされており、各医療圏における医療需要はその人口動態や医療介護提供体制等を基に詳細に検討する必要がある³。

また、今期の直近の状況ではコロナ禍により外来受診患者は著明に減少し、従来より入院部門の赤字を外来部門で補填している有床診療所の経営をさらに困難なものにしている¹。これら患者の受診抑制傾向は徐々に回復しているが、コロナ禍の収束後の患者受療行動は変化し、減少傾向がより顕著になると思われる⁴。地域医療における自院の存在意義や特徴を再確認し、患者のみならず連携する医療・介護施設に情報発信していくことが今まで以上に求められる。

そのうえで収益を上げる方策としては、新たな医療技術・医療機器の導入による集患か、地域医療に眠る潜在的な医療・介護ニーズを掘り起こすことが挙げられる。体力のある医療機関であれば積極的な投資による新技術・機器の導

³ 日本医師会地域医療情報システム（JMAP） <https://jmap.jp/>

⁴ 健康保険組合連合会「新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査報告書」（2021年3月29日） <https://www.kenporen.com/press/2021-03-29-13-34.shtml>

入で患者増加を期待できようが、大多数の有床診療所の経営状況は芳しいものではなく有効な手立てが打てない状況にある¹⁾。

まずは前述の通り、地域における医療・介護ニーズの把握である。有床診療所に求められる機能としては、急性期病院から退院した患者の在宅・介護施設への受け渡し機能に加え、在宅医療の拠点、緊急時への対応、終末期医療を担う機能がある。中長期的な経営戦略としては地域における人口構成の変化を見据え、その中での自院の立ち位置を再確認し、提供できる医療・介護サービスをプランニングしていくことであり、その核となるのは急性期病院から退院した患者の在宅・介護施設への受け渡し機能である。

次に、患者と医療介護施設のマッチングへの対応である。近年では各地域における地域包括ケア病棟(病床)が増加し、従来の受け渡し機能に変化が生じてきている。急性期を離脱した患者の状態は多様でその家庭環境もまた千差万別であるため、必要とする医療・介護ニーズも多様となるが、一方で、それら患者を受け入れる医療・介護施設のスキルも多彩であり、患者・家族のニーズや居住地域も含めたマッチングが重要となる。多職種による連携会議等で地域医療において盛んに情報交換が行われているが、その会議に要するマンパワーは相当なものであり、人件費の高騰等を考慮すると、マッチングに要する労力の合理化は経営基盤強化のため必須である。

その対策として医療・介護施設が提供できるサービスと患者・家族の求めるサービスとをデータベース化しAIによるマッチングシステムの開発が進めら

れることに期待する。日本医師会は「日本医師会 AI ホスピタル推進センター」を立ち上げ医療 AI プラットフォーム構想を提示しているが、その機能の中で地域包括ケアにおける医療・介護サービスのマッチング機能の開発も求めたい。患者・家族の求める医療・介護サービスとそれを提供する医療・介護施設の適正なマッチングに有床診療所の活路が見い出せる。

3-1-3 強固な経営基盤の構築（人材確保面からの経費削減について）

医療・介護サービスは労働力集約産業とも称され、経費の多くを人件費が占める。優秀な人材確保は全産業で共通の最優先課題であるが、特に医療・介護業種では資格保有が最低条件となるため、そのハードルは高い。また有床診療所や中小病院では大病院と比較して当直体制が少人数(1～数名)となる等、労働環境が厳しく、看護職員の確保に難渋するケースが多い。少子化や相次ぐ准看護学校の閉鎖により当直体制を維持できず、やむなく無床化する診療所が多数見られ、20年間で病床数は半数以下に減少している。これらに対し、多くの医療機関では人材紹介会社に頼らざるを得ない状況が常態化しており、高額な紹介料・斡旋料がさらに経営を圧迫している。

都道府県看護協会による無料職業紹介事業や医師会が行う人材紹介事業は、一部を除き現時点で顕著な成果をあげているとは言い難く、これからの活動の進展が期待される。医療機関の広告出稿による求人も相当の費用が必要なため、確実に人材が得られる人材紹介会社のほうが費用対効果に優れるとの判断もある。しかし、それら人材紹介会社は玉石混合である。高額な紹介料を得ながらも紹介後に他医療機関への転職を勧める等の悪質な業者が存在する一方で、妥当な紹介条件・料金を設定し優秀な人材を紹介している業者もあり、そうした優良業者を見出す工夫が必要である。

人材紹介に関するポータルサイトを作成し優良業者を紹介する方法や医療機関同士の人材紹介に関する情報交換の場を設ける等、信頼に足る人材紹介

会社を発掘し、誠意や信頼性に欠ける悪質な業者を駆逐することが医療機関の人材確保に有効な手段と考えられる。これらの対応を一医療機関で行うには限界があり、医師会等の多くの医療機関が協力しあえる環境の中で人材確保にあたることが肝要であると考えられる。

なお、令和2年度厚生労働省委託事業により、医療機関、医療系有料職業紹介会社のための「適正な有料職業紹介事業者の基準」と「チェックシート」が作成され、2021年には「医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度」が創設された。2021年11月の第1回適正認定事業者は19社であり、厚生労働省職業安定局「人材サービス総合サイト」⁵において、全国の有料職業紹介事業者の実績（6か月以内の離職者数や手数料の返戻制度の有無等）について確認できるようになっている。まだ認定数が少なく、地域によっては認定事業者の利用が困難な場合もあると思われるが、人材紹介事業の適正化への一歩としては評価できる。

医療機関においては、少なくとも、こうした適正基準を満たしているかどうかを事業者を確認し、適正なマッチングにつなげることが重要である。

⁵ <https://jinzai.hellowork.mhlw.go.jp/JinzaiWeb/>

3-2-1 事業承継：高齢化が進む診療所開設者・法人代表者

厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」によれば、有床診療所を含む医科診療所の開設者又は法人の代表者は2018年12月31日現在71,709人で、平均年齢は61.7歳となっている⁶。そのうち70歳以上の者が15,002人で全体の20%余りを占めている。地域における医療提供体制を守り続けるためには、医療機関の事業承継が円滑に進む制度構築が不可欠な状況である。

3-2-2 事業承継：第三者承継における課題

医科診療所の事業承継の形態は大きく2つに区分される。一つは親族間での事業承継、もう一つは第三者承継である。第三者承継の場合には承継希望医師とのマッチングの機会をどのように得るかがポイントとなる。マッチングの機会を都道府県医師会等に求める意見があり、会員の要望や地域の実情に応じ、実際に行っている医師会もあるが、全ての都道府県医師会が取り組むことは困難と考える。現状では、ビジネスとして仲介業務を行っているM&A業者が中心となって第三者承継が進む場合が多い。M&A業者は承継を希望する医師の情報を数多く持っているため、譲る側の医師の選択肢も多くなる。可能なら、M&A業者の報酬の透明性や妥当性も含めて信頼のおける業者の選別・審査

⁶ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>

を医師会が専門機関の協力も得ながら行い複数の M&A 業者を登録し紹介する制度の導入が望まれる。それにより、譲る側の医師にとって安心して相談ができる環境が整うと考えられる。

3-2-3 事業承継：魅力を感じる有床診療所であること

親族間承継であれ、第三者承継であれ、後継者となる承継希望医師が魅力を感じる有床診療所でなければ事業承継を円滑に進めることはできない。コロナ禍への対応が続く現状ではあるが、地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていない。それゆえ承継の過程では、自院の地域におけるポジションや現在の経営基盤をベースに中長期の事業計画・経営計画を策定し承継希望医師に示す必要がある。また、地域の人口減少・高齢化の進展によってマンパワーの制約が一層厳しくなるが、時代の流れを見越して、医師・看護職員はもとより職員全員が働き方改革に沿った勤務となるよう体制を構築していくことも求められる。

3-2-4 事業承継：地方の有床診療所承継のための支援

医業承継の現状では、地方から都心部への承継希望は多くあるが、都心部から地方への承継希望ニーズは少ないようである。また、地方同士での承継においては、親族間承継であったとしても後継医師が消極的となる場合が少なくない。その最大の要因は将来的な人口減少であろう。このため人口減少が著しい地域で有床診療所を経営している医師にとっての承継問題は切実であり、自らの力だけでは解決できる可能性がかなり低くなる。この問題に対して、将来的に人口減少が著しいと考えられる地域の事業承継を後押しする経済的かつ税制的支援措置が早急かつ大胆に必要と考える。

3-3-1 「持分あり医療法人」への税制措置創設と整備

平成 18 年（2006 年）に成立した第 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」に位置づけられ今日に至っている。経過措置下にある法人のため事業承継税制がまったく手当されておらず、そのために、「持分あり医療法人」の事業承継は困難を極めている。

厚生労働省の調べでは、2021 年 3 月 31 日現在、全国の医療法人総数は 56,303 法人で、うち「持分あり医療法人」は 38,083 法人と全体の 67.6%を占めている（平成 18 年改正医療法施行日の平成 19 年 4 月 1 日の前日時点での「持分あり医療法人」数は 43,203 法人であり、これに対しては 5,120 減にすぎない）。現状で医療法人の多数を占める「持分あり医療法人」の事業承継税制を実現するためには、経過措置を改める必要がある。そして改めた後に次のような税制措置を講ずるべきである。

①「持分あり医療法人」の医業継続を図るため、「持分あり医療法人」に対する新たな相続税及び贈与税の納税猶予・免除制度を創設することが必要である。その場合には、医療法人の公益性及び非営利性に鑑み、中小企業の事業承継税制である、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同等以上の措置とすることが望まれる。

②「持分あり医療法人」の出資評価方法について、類似業種比準価額方式の出資評価方法を配当のない普通法人の株式評価と同じ方法（評価算式の分母を 3 とし、分子の配当要素は 0 とする評価）に改めることが望まれる。また、

純資産価額方式について、医療法で医療法人の社員は各一個の議決権を有するとされており、特定の出資社員が独占的な支配権を有することはできないため、支配割合 50%未滿の同族株主同様に純資産価額の 80%評価とすることが望まれる。

3-3-2 「持分なし医療法人」への移行時の税制の整備

「持分あり医療法人」が「持分なし医療法人」へ移行して事業承継を円滑に進めることは選択肢の一つとして考えられる。そこで、移行を促進する措置である認定医療法人制度について、2023年9月30日の期限を再度延長することが必要と考える。また、認定医療法人の出資者が持分を基金として拠出し基金拠出型医療法人へ移行した場合には、そこで生じる「みなし配当課税」を基金が払い戻しされるまでの間は納税を猶予する制度の創設が望まれる。さらには、基金拠出型医療法人への移行後、相続・贈与発生時の基金にかかる相続税・贈与税についても、基金の払い戻しがされるまでの間は納税を猶予する制度の創設も合わせて必要と考える。

3-3-3 個人版事業承継税制の整備

個人版事業承継税制について、この特例を利用して納税猶予を受けた後継の医師が、その後に医療法人成りした場合には、設立される医療法人が「持分なし医療法人」となるため、個人事業廃止に伴う猶予税額及び延滞税の納付をしなければならない。そこで、特例事業用資産のすべてを基金として拠出して医療法人成りした場合は、当該基金を出資金等とみなして納税猶予の特例が継続できるようにすることが望まれる。

また、納税猶予税額の全額免除要件である事業を継続することができなくなった「やむを得ない理由」について、現状は「身体上の障害の程度が1級又は2級」や「要介護状態区分が要介護5」という基準となっているが、思わぬ事故やメンタルヘルス等の問題によって継続が難しくなった場合でも基準を満たさず、「やむを得ない理由」に当たらないという厳しいものであるため、緩和することが必要と考える。

3-4 病院とは異なる施設体系の再構築 -- 「人を癒す」有床診療所

病院は、専門性の高い医療提供を行い、疾病治療に特化して「病を治す」事が優先されている医療機関である。

これに対して、かかりつけ医としての有床診療所は、疾病治療をするだけでなく「人を癒す」べく、健康相談や介護相談等に乗れり、健康診断やワクチン接種等を推進して健康増進に努めている。地域の住民が病を得たとしても一人一人の顔が見える関係性の中で本人と家族の意思を尊重して外来医療と入院医療、そして介護を提供している。他にも、学校保健や産業保健等、地域や職域での保健についても無床診療所とともに強い関わりを持っている。

このように、有床診療所が地域包括ケアシステムの中核に位置付けられる医療機関であり続けるためには、経済的にも制度的にも存続できる施設体系も検討が必要である。

まず、経済的には、有床診療所もその医療水準を維持する為の一定の設備投資が常に必要であり、医療従事者が働き方改革に準拠できるよう、これらが実現可能となる保険点数が設定される必要がある。現在の入院患者への保険点数の加算の多くは患者一人当たりかつ1日当たりの加算であり、病床数が少ない有床診療所にとっては加算対象となる母数が少ないため、加算総額は病院とは比較にならないほど小さい。したがって、病院とは異なる入院医療保険点数の体系の導入は検討の余地がある。

次に、制度的には、無床を含めた診療所という現状の枠組みから離れて、「病

院」ではなく、また医療法第30条の7の2第2項第2号にある「病床を有する診療所」でもない、「有床診療所」という新たに規模を拡大した入院施設体系としての法律上の名称規定を設ける方法がある。比較的自由に工夫することができる現行の施設基準のままで、病床数については一定の規模拡大が実現できれば一部の有床診療所にとっては福音となり得る。また、経営が厳しい小規模病院においても、新しい規模での「有床診療所」へと方向を転換できる可能性が生まれる。

現在、急性期から回復期、慢性期、時にはレスパイト入院も対応できる病床を持つのは有床診療所だけである。地域包括ケアシステムの中核で「病を治す」だけでなく患者たる「人を癒す」ために、外来だけではなく入院ができる医療施設としての新しい位置付け・意味付けを行い、新たな「有床診療所」という名の施設体系の再構築ができるよう、将来を見据えたあらゆる議論を始めることが望ましい。

第4章 専門医療

4-1 眼科有床診療所について

4-1-1 眼科有床診療所の現状

日本眼科医会では、眼科有床診療所の抱える問題を検討するため、2005年（平成17年）に眼科有床診療所検討委員会を設置し、1年に1回の委員会開催と4回のアンケート調査を実施してきた。2006年に行なった第1回目のアンケート調査時の施設数は1,040施設、2009年の第2回目では1,002施設、2012年の第3回では726施設、そして最後に行なった2018年の第4回目では636施設に減少していた。その後、2020年には521施設、2021年には511施設となっている。

第4回目のアンケート調査の結果を簡単に示す。開設者の平均年齢は58.5才、平均開業年数は25.1年で、過去3回のアンケート調査と比較し、開設者の高齢化と開業年数の長期化が認められた。地域特性は小規模都市・町村が55.5%と最も多く、申請病床数は平均8.2床。常勤医師数は1.5人、看護職員数は6.4人であった。病床の使用目的は、手術が78.1%と最多で、患者の平均入院日数は1.6日、最も多く実施される手術は、白内障手術であった。算定している入院基本料は、基本料6を算定する施設が44.0%と最も多く、基本料1を算定している施設は7.7%に過ぎなかった。有床診療所の採算性については、赤字41.2%、収支均衡が44.1%、残りの14.7%が黒字と回答していた。将来性については、無床化するものが21.0%、有床を続けるものが79.0%で

あった。無床化の理由は、医師の気力・体力の低下 16.0%、看護職員確保が困難 27.0%、ニーズが無くなった 25.5%、採算性が余りに悪い 21.5%、後継者がいない 8.0%であった。

4-1-2 眼科有床診療所の役割

眼科有床診療所は、約 80%が手術目的に病床を利用している。手術の中で最も多く施行されている白内障手術は、高齢者の転倒予防や認知症の防止に有用であることはエビデンスで示されており、これからの高齢化社会では重要な手術である。様々な合併症を有する高齢者の手術は、たとえ短期間でも入院して行なうことが安全である。しかし、入院治療の中核となる病院眼科では、看護必要度の低い白内障の入院手術は敬遠されるようになり、通院で実施されることが多くなっている。そのため、入院手術が必要な高齢者や独居老人、通院困難者等の入院手術が困難な状態となっている。眼科有床診療所は社会的弱者を含むこれらの患者のために必要な存在となっている。

医師の働き方改革によって、病院の夜間や週末の救急患者の受け入れが難しくなっている。そのため、週末に発症した網膜剥離の手術が週明けに予定されることがあり、視力予後に影響する可能性がある。眼科有床診療所の中には、白内障手術以外に、網膜硝子体疾患の治療や外傷にも対応している施設がある。このような眼科有床診療所では、網膜剥離や外傷等、早期の治療を必要とする疾患に対しても柔軟に対応することが可能である。

4-1-3 眼科有床診療所を守るための提言

最近の眼科手術は、手術装置や技術の進歩によって、低侵襲かつ短時間で出来るようになり、通院で手術を行う施設が増えている。また、前述の通り合併症を持つ高齢者の入院は重要だが、高齢化した眼科有床診療所開設者は、体力・気力の限界を感じ、看護職員の確保が難しく、採算性も悪いため、情熱だけでは病床を維持出来なくなり、無床化を検討し始める。手術予後に絞って考えると入院と通院では大きな違いがないため、眼科有床診療所開設者の約26%が有床診療所であることのニーズが無くなったと判断している。

このような危機的状況にある眼科有床診療所を守るためには、少なくとも入院経費の赤字を解消する必要があり、入院基本料の大幅な引き上げや入院基本料算定のための要件を、眼科の実情に合ったものに改定することを要望する。

4-2 地域分娩体制を支える産科有床診療所における働き方改革と今後のありかた

4-2-1 はじめに

働き方改革関連法が2018年(平成30年)6月29日に成立し、医療においても2020年4月から医師以外の職種は適用施行されている。医師については2021年5月21日に医療法等改正法(労働時間短縮、健康確保措置)が参議院本会議で可決成立し、2024年4月の適用施行が現実となってきた。

産科有床診療所は、全分娩数の47%を取り扱い、365日24時間フルタイムで、地域の入院外来患者を見守っている。24時間絶え間なく働く看護職員は、シフト組みの中でも相当の人数が必要である。同様に24時間管理指導する産科医師も、大学病院等からの派遣がないと診療体制が維持できない状況にある。改正法が施行されれば残業時間の規制や許可基準の回数制限により、一人当たり月4回しか夜勤が出来なくなるので、医師、看護職員は、さらに多くの夜勤要員が必要になり、この人件費を工面するのは厳しい。また、大学病院等からの派遣は残業時間の規制が始まり、有床診療所への宿日直許可がないと有床診療所への派遣は難しくなる。一方で宅直やオンコール待機は、呼ばれることがなくてもその時間は拘束されているので、労働基準監督署での現在の基準では、宿日直として扱われており、宿日直許可がないと宅直等も不可能になる。これらにより、地域分娩体制の維持は厳しくなり、産科有床診療所の閉院も予想される。

2021年9月1日公表された日本医師会の「医師における宿直許可の取組に

関する調査」結果にあるように、現行の宿日直許可基準が厳格に適用されている。この基準では産科有床診療所の宿日直許可は皆無になってしまう。地域の周産期医療体制を維持するためには、産科有床診療所の宿日直許可の基準の再考は喫緊の課題である。

4-2-2 看護職員の働き方

看護職員の働き方については、労働基準法第 32 条で定められた法定労働時間を超過した残業時間は、他業種と同様に単月で月 100 時間、複数月で月 80 時間未満（年 720 時間以下）が適用されている。看護職員の夜勤がカウントされると残業時間規制の対象となる。かつ、許可基準の回数制限により、夜勤が 1 人につき月 4 回以内となる。産科有床診療所で 365 日、24 時間体制を維持するには、相当数の夜勤要員がさらに必要となる。この人件費は現在の分娩報酬の範囲内では工面が厳しく、看護職員の宿日直許可（労働時間の適用除外）は、産科有床診療所にとって死活問題になる。宿日直許可がされれば、当該有床診療所は、通常の業務が無い夜勤を宿直勤務に出来、夜勤勤務のカウントはなくなる。宿日直許可は、勤務先医療機関において、相当の睡眠設備があり、睡眠が十分取り得る体制等も勘案して許可される。この許可状況は管轄する労働基準監督署でも閲覧できる。

4-2-3 産科医師の働き方

2024年4月から診療従事勤務医の勤務先医療機関が遵守しなければならない時間外労働時間（年960時間以内）をA水準という。地域医療提供体制の確保を目的に、上限を年1,860時間とする地域医療確保暫定特例水準（B水準、連携B水準）が設けられている。B水準は主たる勤務先の労働時間がA水準を超える場合、連携B水準は主たる勤務先の労働時間はA水準以内だが、副業・兼業での労働時間を通算すると超える可能性があり、その副業・兼業が地域の医療提供体制確保の観点から必須とされる場合に適用される。

現状では、A水準を超える医師の割合が最も多い診療科は産婦人科であり、全体の約2割となっている。日本産婦人科医会の報告でも、産科医師の年間の施設内時間外在院時間は年々減少し、直近で996時間であるが、外勤を加えると1,934時間となり、A水準を超えている。

現況の産科有床診療所では、大学病院等から宿日直勤務を行う医師の応援を受けて診療体制を維持している施設がほとんどである。産科医の派遣は、派遣元の病院に、「連携B水準」を取得してもらう必要がある。厚生労働省の研究班が行った大学病院勤務医の勤務実態調査によると、副業・兼業先との通算で時間外労働が年1,860時間を超えた医師の割合は23.2%、副業・兼業先が宿日直許可を取得していることを想定していて、副業・兼業先の宿日直中の待機時間を除けば10.4%である。大学病院等の産科医師は院内での時間外勤務時間が長い。宿日直許可の基準が厳格に適用されれば、時間外労働時間の上限

規制等によって、これまでのように大学病院等の医師が宿日直の応援勤務に行けず、地域の周産期医療体制に多大な影響が出ることが予想される。

4-2-4 日本医師会の医師宿直許可の調査結果からみえること

前述の日本医師会調査結果の通り、宿日直許可の基準は厳格に適用されており、産科有床診療所の場合、宿直の許可を得るのは厳しいと思われる。2020年4月から施行された働き方改革関連法がまだ1年なので、有床診療所での、通常業務に比べ管理時間の短い夜間の分娩を、複数の看護職員が扱う分娩宿直の内容が、労働基準監督署の担当官に理解されていない可能性が大いにある。産科医師について、診療所での分娩は、助産師・看護職員の分娩介助を管理指導する業務であり、夜間に十分な睡眠がとれる勤務実態である。また、看護職員にとっても、夜間に複数人が配置され、夜間の分娩は十分な睡眠がとれる勤務実態が多い。それと同時に、「断続的な宿直又は日直勤務の許可基準」（一般的許可基準）の「3. 宿日直の回数」のただし書きにあるように、「法律上宿直又は日直を行いうるすべてのものにさせてもなお不足であり、かつ勤務の労働密度が薄い場合」の援用を再考し、医師も看護職員もともに、月6回程度の宿直が許可されるべきである。これらの要件の再考がなされないと、産科有床診療所のほとんどが許可されず、地域の周産期医療体制に多大な影響が出ると思われるので、厚生労働省には宿日直許可基準の再考を強く要望する。

4-2-5 看護職員の今後の働き方のありかた

看護職員については、法がすでに施行されており、職員の働きすぎを防ぎながら「ワーク・ライフ・バランス」と「多様で柔軟な働き方」の実現に向けて、今から助産師、看護職員を確保することも並行して行う努力も必要となっている。しかし、更なる多くの看護職員の確保は人件費の上昇を伴い、地域の分娩体制の存続は難しい。現在の基準では、宿日直許可されない場合、宅直・オンコール待機といった時間外労働を削減する努力も不可能となる。法施行に伴う職員増員確保をはじめ、地域の分娩体制の存続が可能となるよう、体制整備に対する診療報酬の増額、特に有床診療所においての入院基本料の引上げ等や地域医療介護総合確保基金による財政支援、また、職員増員の資金確保のため、分娩料等を上げざるをえず、そのために、出産育児一時金の増額を厚生労働省に強く要望する。

働き方改革が施行されると看護職員にとって収入の減少につながる。岸田首相の21年10月の首相就任後初の所信表明演説で第三の柱として看護、介護、保育等に従事する人の収入を増やすと表明し、まずは看護職員等の処遇改善補助金により実現した。令和4年10月以降の更なる対応については、公的価格評価検討委員会中間整理（令和3年12月21日）において「賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、段階的に収入を3%程度引き上げていくこと」と取りまとめられ、診療報酬で対応することとなるが、その拡充が強く求められている。

4-2-6 産科医師の今後の働き方のありかた

有床診療所の院長（管理者）には法の適用は無く、有床診療所勤務医には法が適用されるが、有床診療所にはB水準の適用とはならない。また、有床診療所での分娩体制を維持するためには大学病院等から派遣される医師の応援は必須であるが、派遣医師は2022年4月から医療勤務環境改善支援センターによる評価を受けなければならなくなる。厚生労働省で、2021年度中に全病院を対象とした労働時間の把握状況調査を実施し、A水準を超える医師がいる医療機関には都道府県の医療勤務環境改善支援センターを通じて、「医師労働時間短縮計画」を作成する支援をする計画となった。また、2023年度末までの時短計画の作成については、努力義務に改められた。第三者評価の内容も2024年度以降の取組目標となり、義務化が努力義務に緩和されたが「医師労働時間短縮計画」を作成するには相当な時間を要するため、法施行日までに、派遣元病院に連携B水準を取得してもらわないと、有床診療所では医師が夜勤やオンコール待機ができなくなる可能性がある。よって早めの準備を関係者に要望する。

最後に、要望のまとめを以下に記す

- 1) 通常業務に比べ管理時間の短い夜間の分娩を扱い、複数の看護職員が配置されている産科有床診療所の現状（医師、看護職員共に、十分睡眠が取れる夜間勤務実態）を踏まえ、宿日直許可基準の再考（厚生労働省）

- 2) 働き方改革関連法の適用施行に伴う職員増員の確保のため、診療報酬の増額、地域医療介護総合確保基金による財政支援、出産育児一時金の増額（厚生労働省）
- 3) 働き方改革施行に伴う看護職員の収入減額への補填（政府）
- 4) 派遣元病院に連携 B 水準を取得していただくための早めの準備（派遣元の病院関係者）

4-3 整形外科有床診療所の現状と要望

4-3-1 現状分析

2021年（令和3年）に行われた日本臨床整形外科学会による会員基本データ調査では整形外科有床診療所は686施設であった。2018年の調査では793施設、2015年は1,092施設であり、依然として施設数の減少に歯止めはかかっていない。整形外科的専門医療が可能な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、基幹病院で行った手術後、リハビリを要する患者の受け入れ、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（2016年、回答数120施設）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。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、結果的に病院勤務医の負担軽減にも寄与していると思われる。

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等の要因により、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。しかし、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、病院から自宅に帰ったとしても自立した生活ができない。有床診療所はこのような患者を受け入れ、その間に骨癒合の確認をし、必要であれば骨粗鬆症の薬物治療をしながらリハビリを進めることができる。さらに並行して、介護保険の申請を済ませ、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等の対応を取っている施設は多い。これも、有床診療所が地域の患者のニーズに応えてい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を実際に行っている施設もあるし、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施設もある。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る場合も多い。

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。

その後の改定で、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有床診療所を経由しないものに固定してしまったせいか、急性期病院から有床診療所への転院となる流れが以前の様に回復していない。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。

2018 年の日本臨床整形外科学会有床診療所ワーキンググループの調査では、整形外科有床診療所における病床稼働率は 62%程度であった。病床稼働率の低下は経営に直接ダメージを与える。これに加え、働き方改革(職員は楽になるが開設者の負担は倍増)、給食のコストアップ・職員給与水準の上昇等の経費の上昇が続いている。

ほかにも、2013 年の福岡市整形外科有床診療所火災の後、2016 年には消防法施行規則が改正され、避難のために介助が必要な患者がいる 4 床以上の有床診療所について、原則として、延べ床面積にかかわらず、スプリンクラー設備の設置を義務付けることになった。これは無床化するかどうかが迷っていた有床診療所にとってひとつのハードルになる。つまり、現在スプリンクラー未

設置の整形外科有床診療所は無床化予備軍と言える。

さらに、コロナによる外来患者の極端な減少がこれに追い打ちをかける。もともと外来収入の売り上げで病床の赤字分を補填してきた整形外科有床診療所にとって、外来収入の減少は経営を直撃している。この現状では若い整形外科医が採算性と医師としての生活の質の面で有床診療所を敬遠するのも無理はない。有床診療所を運営している医師であっても、年に一回くらいは家族で旅行に行きたいと思うのは自然な想いである。

4-3-2 改善策

多くの問題は、マンパワーの投入に対して見合う収入が得られないことに起因する。有床診療所は地域包括ケアシステムの鍵となると言われながらも、有床診療所には地域包括ケア病床の入院料が認められていない。また、回復期リハビリテーション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。若い整形外科医が希望を持って有床診療所経営に挑める環境を整えることが望まれる。

(白紙)