

(スライド5)

地域医療再生のための財源が確保されたことは評価できる。しかし、現在既に医療機能を強化できているところ、人材を確保できているところに資源が集中する可能性がある。今、望まれることは、地域の医療現場全体の底上げであり、大幅な診療報酬の引き上げを強く求める。

講演

有床診療所と介護保険



三上 裕司
日本医師会常任理事

有床診療所の入院基本料は極めて低額であり、一般病床では病院の最低レベルより一日5,000円以上の差が、そして療養病床でも一日2,000円~7,000円以上の差がある(スライド1)。しかし短期入所療養介護(ショートステイ)と介護療養型医療施設では、介護度の低い場合は有床診療所のほうが報酬単価は高く設定されており活用して欲しい(スライド2)。また、診療所後期高齢者医療管理料も比較的高く設定されており活用を勧めたい。しかし、ショートステイも後期高齢者医療管理料も届出が少なく、ある調査では前者は18.5%で後者は21.2%である(スライド3・4)。

ショートステイの実践を妨げている要因とし

医療保険点数 入院基本料

| 診療所 | 有床診療所入院基本料 | | 入院基本料 | | 病院 | |
|---------------|--|--|--|---|---|---|
| | 一般病床 | 療養病床 | 一般病床 | 療養病床 | 一般病床 | 療養病床 |
| 診療所後期高齢者医療管理料 | - | | - | | - | |
| 病床種別 | 一般病床等 | 一般病床 | 療養病床 | 療養病床 | 一般病床 | 療養病床 |
| 職員配置(常勤換算) | 専用病床に対して看護要員15:1(3:1) | 有床診療所看護職員5名以上 | 看護6:1、看護補助者6:1 又は 看護4:1、看護補助者4:1 | 看護6:1、看護補助者6:1 又は 看護4:1、看護補助者4:1 | 15:1入院基本料(3:1) | 看護25:1(5:1)看護補助者25:1(5:1)又は看護20:1(4:1)、看護補助者20:1(4:1) |
| 夜勤基準 | 看護要員1名 | 看護要員1名 | 看護要員1名 | 看護要員1名 | 看護職員2名以上 | 看護職員、看護補助者計2名以上 |
| 病床面積 | 6.4㎡ | 4.3㎡ | 6.4㎡ | 6.4㎡ | 6.4㎡(既設は4.3㎡) | 6.4㎡ |
| 具備すべき基準等 | 食堂・浴室 機能訓練が可能な広さ | - | 食堂・浴室 機能訓練が可能な広さ | - | - | 食堂・浴室 機能訓練室等 |
| 報酬単価(ノ日) | 14日以内:1080点 (生活療養1086点) 15日以上:645点 (生活療養631点) | 7日以内:810点 8日以上14日以内:660点 15日以上30日以内:490点 31日以上:450点 | 7日以内:640点 8日以上14日以内:480点 15日以上30日以内:320点 31日以上:280点 | 入院基本料A:875点(生活療養891点) 入院基本料B:871点(生活療養857点) 入院基本料C:784点(生活療養750点) 入院基本料D:402点(生活療養388点) 入院基本料E:820点(生活療養809点) 特別入院基本料:440点(生活療養434点) | 954点 (14日以内:426点加算 15日以上30日以内:182点加算) | 入院基本料A:1709点(生活療養1685点) 入院基本料B:1320点(生活療養1306点) 入院基本料C:1189点(生活療養1164点) 入院基本料D:885点(生活療養871点) 入院基本料E:750点(生活療養736点) 特別入院基本料:583点(生活療養548点) |
| 備考 | | | 看護職員等は、医療区分3+医療区分2で基準を選択 | | 看護職員等は、医療区分3+医療区分2で基準を選択 | |

(スライド1)

介護保険単位数 (有床診・病院) 短期入所療養介護 / 介護療養型医療施設

| 有床診療所 | 病院 | |
|--------------|--|---|
| | 短期入所療養介護 | 介護療養型医療施設 |
| 病床種別 | 療養病床・一般病床 | 療養病床 |
| 職員配置(常勤換算) | 看護6:1、介護6:1 又は 看護・介護3:1 | 看護6:1、介護6:1 又は 看護・介護3:1 |
| 夜勤基準 | 看護要員1名 | 看護要員1名 |
| 病床面積 | 6.4㎡ | 6.4㎡ |
| 具備すべき基準等 | 食堂・浴室 機能訓練が可能な広さ | 食堂・浴室 機能訓練が可能な広さ |
| 報酬単価(ノ日:多床室) | (要介護1~5) 827~1034単位 (看護6:1、介護6:1の場合) 737~921単位 (看護・介護3:1の場合) | (要介護1~5) 775~982単位 (看護6:1、介護6:1の場合) 685~889単位 (看護・介護3:1の場合) |
| 備考 | | |

(スライド2)

届出・指定等の状況 (診療所後期高齢者医療管理料)
(有効回答: 633医療機関)

| | 施設数 | 届出あり | 届出なし | n a |
|---------|--------|------|------|------|
| 総数 | 633 | 134 | 446 | 53 |
| | 100.0% | 21.2 | 70.5 | 8.4 |
| 一般のみ | 350 | 53 | 284 | 13 |
| | 100.0% | 15.1 | 81.1 | 3.7 |
| 一般・療養 | 198 | 67 | 117 | 14 |
| | 100.0% | 33.8 | 59.1 | 7.1 |
| 療養のみ | 19 | 1 | 13 | 5 |
| | 100.0% | 5.3 | 68.4 | 26.3 |
| (区分n a) | 66 | 13 | 32 | 21 |
| | 100.0% | 19.7 | 48.5 | 31.8 |

資料: 有床診療所等における短期入所療養介護等のサービス強化に向けた調査研究事業報告書 2009.3より 3

(スライド3)

届出・指定等の状況 (短期入所療養介護)
(有効回答: 633医療機関)

| | 施設数 | 届出あり | 届出なし | n a |
|---------|--------|------|------|------|
| 総数 | 633 | 117 | 475 | 41 |
| | 100.0% | 18.5 | 75.0 | 6.5 |
| 一般のみ | 350 | 10 | 330 | 10 |
| | 100.0% | 2.9 | 94.3 | 2.9 |
| 一般・療養 | 198 | 88 | 102 | 8 |
| | 100.0% | 44.4 | 51.6 | 4.0 |
| 療養のみ | 19 | 7 | 9 | 3 |
| | 100.0% | 36.8 | 47.4 | 15.8 |
| (区分n a) | 66 | 12 | 34 | 20 |
| | 100.0% | 18.2 | 51.5 | 30.3 |

資料: 有床診療所等における短期入所療養介護等のサービス強化に向けた調査研究事業報告書 2009.3より 4

(スライド4)

では、スライド5の3項目が考えられる。そして、ショートステイ実施の問題点として、スライド6~8のように4項目の問題点があるが、

短期対応の実践を妨げている要因

- ・19床という限られた病床数にあって、不定期の短期対応用に病床を準備しておく環境にない。(高い病床稼働率を前提とした報酬設定では空床は維持できない。)
- ・短期対応の対象と考えられる重度の要介護高齢者のケアを行う以上、現在の配置人員・病床スペースでは対応が困難である。
- ・短期入所療養介護(介護保険)では、ケアマネジャーによるケアマネジメントの下での利用となるため、医師の判断による緊急対応が難しい。(連携がうまく採れていない。)

(スライド5)

短期入所療養介護(ショートステイ)実施の問題点

- ① 指定申請が煩雑
介護保険サービス事業所として都道府県の指定を受けなければならない。
→新規届け出が必要。その際の書類整備が煩雑となり負担大。申請に消極的。
→対応策(厚生労働省に確認済)
「事務処理簡素化」の観点から、都道府県の判断により、これまで提出したものと重複しているものについては、省略可能。

(スライド6)

短期入所療養介護(ショートステイ)実施の問題点

② 一般病床のみの施設においては、施設基準、人員基準がネック

③ 介護保険制度の仕組みへの理解不足
→介護保険のショートステイは、「居宅サービス」であるため、ケアマネジャーによる居宅介護サービス計画(ケアプラン)に位置づけで利用。

(スライド7)

短期入所療養介護(ショートステイ)実施の問題点

④ 利用日数制限について

「ショートステイの利用については、要介護認定有効期間の半数を超えないようにしなければならない。」とされていることについて

→利用者の心身の状況等を勘案し、在宅生活の維持のための必要性に応じて弾力的に運用することが可能であり、機械的に制限するものではない。利用者の状況や本人・家族等の意向を聞いたうえで、必要があれば、これを上回る日数を、計画に位置づけることは可能である。かかりつけの医師はケアマネジャーと連携し、利用者を支えることが重要。

(スライド8)

指定申請が煩雑であることについては、各都道府県行政当局の判断において省略できるのであるから、そのように当局に交渉して欲しい。日医としてはすでに厚生労働省に確認済みである。ショートステイ実施においては、介護保険の仕組みを理解し、ケアマネジャーと連携し利用者を支えることが重要である。その上で、ぜひともショートステイを活用していただきたい。

特別講演Ⅲ

医療提供体制の現状と課題



佐藤 敏信
厚生労働省
保険局医療課長

この総会のテーマは「有床診療所を医療崩壊の救世主に〜鍵をにぎる入院基本料引上げ〜」とあるが、この方向で次期診療報酬改定が進むかについては、まだ決まっていない。現在、社会保障審議会の中の医療部会・医療保険部会で次期改定に向けて、基本方針の審議が始まったところである。

医療崩壊の根源は社会保障費2,200億円削減にあるとよく言われるが、それが全てではない。小松秀樹先生の言葉を借りると「国民が負担を嫌が

り、これに政治が引きずられた。このため必要な給付ができない。医療費抑制にも関わらず国民やマスメディアは医療の要求を非現実レベルまで高めた」ことも医療崩壊の原因ではないかと考える。

政局が不透明でどの政党が政権を握るか分からない。一定の政権が誕生してもその政権が負担をどのように求めながらどのような医療を提供していくのか。例えば、来年の診療報酬が確保されたとして、それが持続可能なのかどうか見えないところがある。

医療費は3兆1,000億円、これがどれだけ大きいのか。1970年代はよく「軍事費削って医療に回せ」と言われたが、軍事費でも4兆8,000億円程度。これは老人医療費半年分にも満たない。公共投資についても全部寄せ集めても70歳以上の医療費の1年間分にも満たないくらい大きい。医療費の38%が税金、残りの半分が保険料、15%が患者負担(自己負担も含む)。中医協で個別の点数設定をする。

財政審建議(医療)は、財源なくして、社会保障の再構築もないだろう。現段階では、入院基本料引き上げ等の財源は見つからないとしている。今ある財源のなかでやりくりしろというメッセージであろうと解釈する。有床診療所の役割機能については、財源の配分を見直せないか等いくつか注文がついている。この財政審や骨太方針2009が出た後も政局の動きが大きく変化している。このような財政審の意見は参考にはしなければいけないが、そのまま次期診療報酬改定の柱となるのではないであろうと考える。しかし、新規財源がない。中医協や社会保障審議会の関連部会の議論を活発化させる必要があるだろう。これからさらに、社会医療診療項目調査(収入)や秋に出てくる医療経済実態調査(費用)のデータに基づいて、今後、検証や議論が行われる。

平成21年6月24日付け日経新聞で「骨太の方針2009で2,200億円の削減撤廃が決定した」と掲載された。事実上の社会保障抑制撤回である。平成20年4月の診療報酬の改定に当たって社会保障費2,200億円削減との関連性について、長年にわたって薬価の切り下げ分等を技術料に振り分けるのは不文律になっていた。前回改定時は2,200億円の削減方針があったため、薬価を切り下げたものが病院や診療所の技術料に充てられた。これにより事実上、負担額は医療保険が担われていたと考える。薬価を引き下げることによって960億円は診療報酬本体の財源になるべきであり、2,200億円の削減が撤廃された次期改定について、薬価引き下げ分等を診療報酬の引き上げに充てることが可能なのではないかと考える。

有床診療所について、廃業されたり無床化される先生方が多いと聞く。医療費の伸び率をみると無床診療所に比べると有床診療所は伸びている。元々のベースが低いと言われるが、無床診療所よりは、大きな伸びで推移していることが言える。今まで、このような有床診療所に光が当てられていなかった。診療所のデータは出てくるが、有床と無床が分けられていなかった。有床診療所のデータが出てきても診療科別の収入が出ていなかった。入手できるようになった今、分析しながら考えていきたい。

有床診療所に対する方針が明確でないことは事実である。具体的に有床診療所を病院と無床診療所との間でどのように位置づけていくかが不十分である。医療法改定の動きはないようであるが、社会保障審議会医療部会等で助言があれば、診療報酬改定もあるかもしれない。

有床診療所を実際に拝見させていただいた感想は、「現行はGHQの決めた19床以下を有床診療所とするとなっているが、この19床という区分が本当に妥当なのかどうか。厨房やランドリー、食堂等も備える中で19床が妥当かどうか中長期的に考えていく必要がある」と感じた。

医療療養病床、あるいは現時点では転換の方向が決まっている介護療養病床と有床診療所との役割分担、老健施設・特養との役割分担をどうするのかというのは、来年の診療報酬にとどまらず、介護保険との同時改定のある次々診療報酬改定を視野に入れて考えていかなければならない。

シンポジウム

地域における有床診療所の役割

実地医科の立場から—医療を行うために必要な要素(医療チームの構成)—

南郷谷整形外科医院院長 武田 幸之助
医療チームは、医師・看護師・薬剤師・諸々の検査技師等の専門職で構成される。最低限必要な要素を備えた医療チームが有床診療所であり、必要な時に必要な場所に設置すべきである。電気・ガス・水道等生活に必須なライフラインのように有床診療所もそれにあたると思う。

熊本県にはへき地診療所が17カ所、無医地区と呼ばれる地域が18カ所ある。行政は無医地区とは、「当該地区の中心的な場所を起点として、半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、容易に医療機関を利用することができない地区」としているが、無医地区=有床診療所のない地区にあたるのではないかと考える。

無医地区に対し、へき地診療所の設置やへき地医療拠点病院が指定されているが、医師不足等で1週間に数日の診療しかできていないというのが現実であり、熊本県内・市内でも有床診療所数は激減している。このままではいけない。

実地医科の立場から一当院における病床の収入と経費の推移一

下田内科クリニック院長 下田 光一郎

現行の有床診療所の入院に関する診療報酬では病床存続の未来はない。有床診療所の疲弊した状況を、当院を例にとり紹介する。

当院の現状は、有床診療所の療養病床転換の国の方針に則り、平成11年に莫大な費用を投じて一般と療養の転換を行った。現況では一般6床、医療療養病床3床、療養型病床10床である。平成13年4月に小泉政権が発足して、平成14年初の診療報酬マイナス改定、診療報酬が極端な減収をし、平成18年療養病床の削減と介護療養病床の廃止等の誘導で、破局に向かって突き進んでいる悲惨な状況が見ていただける。

当院の病床のみに関する収入対経費の推移は、平成13年は辛うじて黒字。平成14年9月になると赤字に転じて、平成15年9月からはずっと赤字であり赤字の額が大きくなってきている。

経費削減にも限度があり、ましてや経費の中には医師の給与や新規の医療機器・機材購入費等はいっさい含めていない。入院の赤字を外来で補うも、外来自体の減収も顕著である。本音は「入院を止めればどんなに楽だろう」と思う。「なぜ、有床にしているのか」それは、「入院を必要とされる患者さんがそこにおられるから」であり、地域に必要とされている他に何の理由もない。当院と同様に病床維持の負担に耐えかねて無床にされる先生方も多い。

医療・福祉の財源問題は避けて通れないが、政治家や厚生労働省、財務省官僚の方々に言いたい。「本当に有床診療所を無くしてしまって大丈夫なのだろうか？」在宅も必要。ただし、それだけで本当にこの国の医療を担保できるのか。有床診療所を閉じるのは簡単だ。しかし、有床診療所を無くしてしまうと、もう二度と元に戻すことは不可能であることを断言し、決して裏切らない有床診療所の救済案を提示していただきたい。

有床診療所の機能と今後

日本医師会総合政策研究機構主席研究員

江口 成美

医療に対する意識調査結果をベースに有床診

療所の今後について考察を述べる。

結論として、「国民の病床ニーズに対して、有床診療所が果たすことができる機能や役割は極めて大きいにもかかわらず、診療所の看護師等のメンタリティーも経営自身もギリギリのところまできている。診療報酬改定を目前に私どもは有床診療所の機能や位置づけを広くアピールすることが大切」と考える。

施設から在宅へという流れではあるが、現実には病床への国民のニーズは高く、地域住民の身近にある有床診療所の病床を活用すれば、国民のニーズに効率よく柔軟に応えることができるはずである。効率よくとは、「無駄がなく、患者の負担も比較的高くなく対応できる」ことである。

有床診療所は、医療提供体制の議論の中で、無床診療所と一括りか、病院の病床の付加的な形で扱われることが多く、病床への理解が不十分である。現在、看護職員の確保とその人件費という大きな課題を抱え、24時間対応という負担の重い有床診療所は顕著に減少している。

有床診療所では、①急性期・専門医療の実践、②病院からの受け皿、③在宅医療の後方支援、④終末期医療や緩和ケア等ニーズの高い分野の実践、⑤へき地・離島等における唯一の入院施設、という複数の機能を担っている。一貫性のある医療提供が可能である有床診療所は、地域医療を救い、病院の負担軽減にもつながる。今後一層、地域で必要とされるこれらの機能を発揮し続けるためには、経済的な基盤の安定化が必要であり、地域医療の中での有床診療所の位置づけを確立したい。

財源からの見直しを

熊本日日新聞社編集委員室室長

春木 進

地元の新聞社で教育問題と医療問題を担当している。医療と教育は中身は違うが、共通する問題が多い。長い間、データやエビデンスに基づく有床診療所への検討がなされてこなかったことは、厚生労働省だけでなく政府与党の責任であろう。もちろんマスメディアの責任もあるかと思う。高齢化の予見はできたにもかかわらず、長期的な計画ができていないまま今日を迎えた。現場の苦しみと中央のグランドデザインには大きな食い違いを痛切に感じる。

政府は医療費抑制政策を続け限界に達している。医療のみならず、年金、介護、教育等の分野で崩壊的な現象が起きている。有床診療所の経営難も診療報酬の低さに主因がある。

共同通信と熊本日日新聞が入手した世論調査

によると、民主党が断然有利に進んでいると考えられる。しかし、民主党も財源が曖昧である。自民党・民主党のいずれが政権を握るとしても、医療問題の基本的な解決を目指す対応策として有床診療所の診療報酬、主に入院基本料の引上げに使われる財源を納得のいくエビデンスとともに示していただきたい。

地域医療崩壊と有床診療所

熊本大学医学部附属病院

地域医療システム学寄附講座特任教授

黒田 豊

寄附講座に着任して4ヵ月の間に、県内の自治体病院を視察した。地域医療の崩壊、自治体病院も疲弊している。人口当たりの医師数等、数字だけでは真の医師不足を把握することは困難であり、現場に行ってみて話を聞かないと真の医療状況は掴めないと感じた。病院では急性期疾患を積極的に受け入れるためには病床を空けなくてはならないが、急性期を過ぎた患者の退院先、転院先の確保が非常に難しいと聞く。このことは介護施設の不足の中で、有床診療所が無床化していくことも理由にある。

国の医療政策では療養病床、特に介護療養病床は平成23年度で全廃し、医療療養病床も削減の方針であり、施設から在宅へと促す政策を行っている。在宅医療は理想的ではあるが、老老介護や認知介護、核家族化等の介護力低下という問題がある。

看護師不足について、7:1の看護導入時に大病院の看護師の獲得競争が激化し、地方では看護師が足りない状況が生まれた。人口の高齢化とともに入院患者も高齢化し、看護に必要とされる量も質も上がってきた。そのために看護師の労働環境も悪化し、平成19年度の看護師の離職率が全国平均で12.4%と非常に高い状況になった。

有床診療所が地域医療に多大な貢献をしてきたとやっと認められ始めたのが平成17年である。この時に厚生労働省が社会保険審議会医療部会で有床診療所について“身近な場所で医療サー

ビスを提供できる利便性のある医療機関”として地域の医療を支える一定の役割を果たしていると評価した。それを受けて平成19年1月1日、医療法の一部改正で48時間条項が撤廃された。ところが、診療報酬上は有床診療所のままであり、入院基本料が低いところで抑えられている。現在の有床診療所の問題点と今後について考える。

- ① 極端に低い診療報酬で経営が困難である最大の問題点については、診療報酬を上げてもらうことに尽きるが、政治次第である。
- ② 有床診療所にはさまざまな機能があり、地区ごとや診療科ごとに求められる機能が異なるため、中央で決めた政策によって一括りに位置づけられると、地域にあったニーズに合わない。現場を見ないと分からない。その地にあった医療を提供するためには、融通の利く医療政策が必要である。これも政治次第となる。
- ③ 一人診療所における医師の負担と看護師の負担の問題解決には、複数医師体制や代診医が必要であり、看護師についても待遇の改善が必要である。そのためには、すべて診療報酬の引上げが必要となり、やはり政治次第となる。

最後に、地域の住民に医療について知ってもらうことも重要であると考え。医師会主導で住民向けの公開講座勉強会を定期的に行い、住民とともにその地域の医療を考えていく体制を各地で作し、国民を味方につけることができれば、その動きをマスコミを通じて政治へ働きかけることができるのではないかと思う。



5 日医平成 21 年有床診療所に関する検討委員会報告書の要約抜粋

最新の有床診療所の発展と安定的な運営に向けての要望（日医）の概要

平成 21 年 1 月の日本医師会有床診療所に関する検討委員会報告は全国調査を元にしたもっとも包括的なデータであり、それを踏まえた有床診療所の現況、課題と安定的な運営へ向けての要望が示されている。

以下に中心部分を抜粋する。

1. 有床診療所の現況

医療施設静態調査によれば(図 1)、平成 20 年 10 月現在の有床診療所数は 11,500 施設、対前年で 899 施設の減少となっている。このうち 826 施設が無床診療所への転換であり、有床診療所の減少傾向は全く歯止めがかかっていない。平成 10 年同月の有床診療所数が 19,397 施設であったから、この 10 年で毎年 790 施設、毎日 2 施設強が病床運用を止めていることになる。

有床診療所病床数でも、平成 10 年が 23.6 万床あったところが同 20 年には 15.5 万床と、8.1 万床の減少となっている。毎年 8 千床、1 施設あたり約 10 床の病床が診療活動を停止している。国民医療費の構成で見ると、平成 19 年度の総医療費 34.1 兆円のうち、一般診療所入院医療費は 4,782 億円で 1.4%、平成 8 年度では、総医療費 28.5 兆円のうち同医療費は 4,579 億円で 1.6%と、構成割合で減少傾向にある。

有床診療所の経営の実情は深刻である。経営の維持が困難であるからこそ、毎年著しい施設数の減少を来していることは明らかである。日医総研では平成 21 年 6 月に、全国有床診療所連絡協議会会員及び日本医師会会員を対象に「有床診療所経営実態調査」を改めて実施して、その現況を明らかにした。その詳細は本報告書に別掲してあるが、経常利益率はこの 5 か年で、法人で 1.1%、個人で 2.3%悪化した。また、一人 1 日あたりの入院費用 2 万 1 千円に対し、収入は 1 万 6 千円で、5 千円のコスト割れであることが示された。赤字施設では、平均在院日数が長く、緊急入院数が多い傾向があり、相対的に外来診療収益の割合が少なく給与比率が高い。病床稼働率は 70%超とむしろ高い傾向があり、ニーズがあるにもかかわらず採算が取れない実態が明らかにされている。

2. 有床診療所の役割と機能

有床診療所は、地域医療において多様な役割を担って今日に至っている。これらの多岐にわたる役割・機能とその意義については、これまで当委員会において一度ならず取りまとめて報告してきた。それでもなお、そのことについて関係者や国民に必ずしも十分な理解や認知が得られていないところがあるため、今後は以下に述べる 5 項目の役割・機能を明確にし、繰り返し情報発信して周知・徹底を図る必要がある。

(1) 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能

地域における医療機能の分担と連携が進められる中で、急性期を終えた患者が在宅または介護施設へ復帰する過程で、その受け渡しの役割を担うことは重要である。順調に亜急性期を経て早期に家庭復帰が可能な場合から、長期にわたって療養の継続が必要な場合も少なくないところから、在院期間の短縮を意図した機械的な通減制の適用などは慎重に行われる必要がある。

(2) 専門医療を担って病院の役割を補完する機能

近年、我が国の分娩数の半数近くが有床診療所で実施され、眼科・消化器外科・産婦人科・整形外科などにおいては相当数の手術が実施されている。生活圏内に病院がない地域においては有床診療所が病院の役割を担っており、へき地・離島などにおいては唯一の入院施設として機能している場合も稀ではない。そのような地域では、有床診療所の経営を維持できないことは地域医療そのものの確保ができないということであり、由々しき事態と言わざるを得ない。

(3) 緊急時に対応する医療機能

厳しい条件下で、夜間・休日に毎日臨機に対応している有床診療所は 30%に達しており、特にへき地・離島では緊急対応が強く求められている。このような要望に対応すると不採算につながる実態があり、一刻も早い診療報酬上の対応が必要である。また、在宅等で療養中に急変等で緊急入院を受け入れることも重要な役割であり、自らが主治医として患者の日常的な生活を知っていれば、迅速かつ的確な医療の提供が可能となる。

(4) 在宅医療の拠点としての機能

在宅・居宅で生活する患者・療養者の身近にあつて、入院を必要とする病状が出現したときに、臨機に受け入れることは在宅療養の継続に最も有効な医療のあり方の一つであると言える。在宅療養支援診療所で病床を有していれば、より有効な役割を果たすことができる。応急的な受け入れの後に必要であれば病院への転送も十分に可能であり、このような有床診療所の拠点機能は、在宅医療・在宅ケアの普及・定着に必須の役割である。

(5) 終末期医療を担う機能

住み慣れた居宅で終末期を過ごし、看取られるまでの必要な医療を身近な有床診療所で受けることができる体制は、今後の地域医療のあり方の一つである。現在、死因の最上位を占めるがんの終末期医療のみならず、超高齢社会の今後の医療において、小規模な入院施設の役割は重要なものとなる。

多くの有床診療所は、これらの役割・機能を複合的に持ち合わせており、地域の実情に合わせて柔軟に運営されている。ニーズに合わせて柔軟に対応できることが有床診療所の特質であり、特定の機能に制度的な基準や規制を適用することは決して適当ではない。ここに掲げた有床診療所の役割・機能は今後の地域医療においてさらに強化されるべきであり、より適切な評価がなされるべきである。

3. 有床診療所の基盤の構築

先の医療法改正において、有床診療所の48時間規制が撤廃されたことは画期的であった。しかしながら、入院施設として有床診療所病床数が基準病床として算定され、病床運用にあたっては病院に準じた規制を受けながらも、それに見合う診療報酬上の評価が全く得られておらず、とりわけ驚くほど低額に抑えられた有床診療所入院基本料の設定が、年来の施設数の著しい減少の最大の要因である。有床診療所の基盤を構築するためには、まずは診療報酬上の適正な評価が必須である。当委員会の今期の論議は、法制上も入院施設として位置付けられた有床診療所の診療報酬における評価を得るための論拠と、具体的な方策の検討に費やされた。以下に、主要な論点について総括的に報告する。

(1) 基本的な考え方

有床診療所は医療施設として固有な役割・機能と価値があり、決して小規模な病院ではない。医師が一人ひとりの患者に対して、健康・医療・介護の全般にわたって日頃から診療・相談・指導を行い、必要な場合には臨機に入院医療を行えるのが有床診療所である。病院医療において専門分化・高度化が進み、ともすると全人的な視点が見失われてしまう中で、有床診療所のこの特質は改めて評価されるべきである。

有床診療所に対する診療報酬は、当初は病院に準じた対応がなされていた時期もあるが、48時間規制が残存する状況の中で結果として十分な評価が得られないまま今日に至ったと見ることができる。有床診療所の固有の理念やその有効な機能が、医療関係者にさえも十分に理解されてこなかった一方で、地域の患者・住民からの信頼は厚く、存続困難と言っても過言ではない厳しい経営を強いられながらも、閉鎖できずに運営を継続している事例が少なくない。

先の医療法改正で、有床診療所病床が入院医療の一端を担うことが明確にされた以上、診療報酬における応分の評価があつてしかるべきであったが、残念ながら実現できていない。その理念を踏まえれば、医療と介護の一体的な運用が本来的であるが、医療保険・介護保険それぞれの制度上の制約から、少ない病床をさらに区分し、看護職員も二分しなければならないような状況にある。今年度の介護報酬改定で、有床診療所の一般病床にも短期入所療養介護（ショートステイ）が算定できるようになったことは評価できるが、煩雑な手続きや

運用に伴う制約のため、有床診療所の機能を十分に活用できているとは考えられない。

このような運用上の困難を解消し、有床診療所の基盤を確立するには、その理念を明確にして制度的にも新たな施設体系として位置付ける必要がある。この問題は、医療法において48時間規制の撤廃をただけでは不十分で、そこに新たな施設体系としての理念と制度的な枠組みを明示し、その上で固有の診療報酬体系によって適正な評価をすることが合理的な対応である。このことは、まさに次期医療法改正の課題であり、一定の時間を必要とする。当面は、このような方向性を視野に置きつつ、現行の診療報酬体系における評価を得る努力をしなければならない。

(2) 有床診療所入院基本料の引き上げ

有床診療所の存続を危うくしている最大の理由は、信じ難いほど低額の入院基本料にある。現行の有床診療所入院基本料は、例えば看護配置1人以上5人未満の入院基本料Ⅱについては、入院当初640点のところを2週目に入ると480点、3週目で半減して320点、1か月超では280点となる。看護配置5人以上の入院基本料Ⅰにおいても、当初810点の入院基本料は同様の経過で450点まで低下する。この急激な逡減制もさることながら、その絶対的な低水準は全く容認し難い。ちなみに、現在の有床診療所の看護配置と概ね同水準である病院の15:1看護基準では、当初1,382点、1か月超でも954点であり、その格差は歴然としている。

この深刻な現状を打開する道筋としては、二つの考え方が成り立つ。一つは、現行の有床診療所入院基本料の枠組みを維持しながら、看護配置に応じた種別を見直すとともに逡減の程度を緩和し、何よりも入院基本料そのものを、相当する病院や介護施設の水準を勘案して底上げを図る方向である。他方は、入院患者に応じた看護の配置状況の実態を踏まえて、原価に応じた入院基本料を設定する方法で、病院の入院基本料の設定における論理と整合を図ろうとするものである。

双方の考え方については、現在の有床診療所の運用の実情を踏まえる立場と、診療報酬改定の交渉場面での論理性や説得力の観点を重視する立場から両論がある。19床までを一括して看護配置に応じた入院基本料を種別化して点数設定

する現行の枠組みは、入院患者の増減にかかわらずに柔軟な運用ができる反面、病床規模や看護職員数に応じた点数設定ができないために、結果として思うように原価を補償できない惧れがある。一方、原価に応じた入院基本料を設定しようとする、看護職員の業務を入院と外来に配賦しなければならないが適当な方法が見当たらず、また患者の入退院状況を把握しなければならない。診療報酬の支払いを受ける以上、書類の作成と提出や基準を満たせなくなった場合の対応など、有床診療所にとっては新たな課題を負うことになる。

そもそも現行の診療報酬体系は、原価補償の観点から根拠のある点数設定にはなっておらず、実際問題として原価を積み上げた診療点数を求めても実現できるとは限らない。まずは、有床診療所が地域においてニーズがあるにもかかわらず激減している原因は、誰が考えても理解し難いほどの低額な入院基本料にあることを明確にし、運営が可能となる水準にまで底上げすることが先決である。その際、現行の極端とも言える逓減方式の緩和は優先的に対応されるべきである。その上で、看護の配置に応じた入院基本料の種別も、実情に応じて3種別にするなどの見直しが必要である。

他方、入院患者数、あるいは病床数に応じた看護職員の配置状況を根拠にした入院基本料の設定は、病院の入院基本料において定着している算定論理であり、大いに考慮しておかなければならない。先に実施された日医総研による「有床診療所経営実態調査」によれば、看護職員の入院・外来の業務割合は、平均で入院6割、外来4割であった。また、これに基づいて入院患者数に対する看護職員の配置状況をみると、19人の場合に入院業務部分で7人となるなど、病院の看護配置基準の15:1(旧3:1)を優に上回っている。現行の点数設定は前述したとおり大きな格差があるが、これらのデータはその縮減の有力な根拠となる。さらに、看護補助者数もほとんどの施設で2人以上配置されており、有床診療所療養病床入院基本料の一定の引き上げもなされるべきである。

(3) 一般病床・療養病床の看護職員の合算

現在、4割の有床診療所が療養病床を運営しており、一般病床・療養病床それぞれ別枠の基準で看護職員を配置している。療養病床の看護配置の基本は、看護職員6:1、看護補助者6:1で、一般病床で常勤看護職員5人以上を必要とする入院基本料Iを算定することは困難である場合が多い。実際には、療養

病床担当の看護職員が一般病床の入院患者の看護を行うことは日常的に行われており、19床規模の入院施設においては、むしろそのほうが医療のあり方として自然である。そこで、一般病床・療養病床の看護職員を合算した基準を設定して、無理のない運用を可能とすることが検討されるべきである。

医療保険・介護保険の枠組みは強固であり、制度運用上の整合を図るために小規模な病床数の有床診療所にもその論理を適用せざるを得ないことは理解できないことではない。しかしながら、今期の介護報酬改定において、診療所の一般病床においても要件を満たすものについて、短期入所療養介護（ショートステイ）の実施を可能とする指定基準が見直されたが、地域のニーズは、住民に身近な有床診療所において、医療・介護を問わず一体的なサービスを提供する社会的な仕組みを求めているということである。一般病床・療養病床の看護職員を合算した運用は、医療・介護の一体的な制度を目指す上での最初の手がかりにする必要があり、今後の重要な取り組み課題であると言える。

（４）施設基準等の見直し

現行の複数医師配置加算の設定は、あまりに低額である。24時間体制を迫られる有床診療所にあつて、複数医師の配置を有効に機能させることは、医学的管理の質を確保し、安全・安心の医療の実施のために本質的な意味を持つ。実際に医師を雇用する上で有効となるような点数に引き上げられるべきである。

また、今後の有床診療所に充実・強化を期待される、先に述べた5つの役割・機能を促進させるような加算は、考慮されるべきであろう。特に、緊急時の応急的な入院への対応や、急性期を経た病院からの円滑な受け入れなどの機能は強く求められており、その評価が検討されるべきである。

なお、有床診療所の多様な機能を、眼科・消化器外科・整形外科等における専門医療を担っている施設、内科・小児科や在宅療養支援を担っている施設、産婦人科・周産期の医療に対応している施設等に類型化して、それぞれに入院基本料や加算を設定する考え方があり得るが、有床診療所の類型化は決して容易ではなく、現段階では総体の基盤の強化が図られるべきである。

4. 有床診療所の発展に向けて

前述のような論議を受けて、すでに次期診療報酬改定に向けた取り組みがなされ、関係者に一定の理解が得られつつあることは大いに評価される。医療費財源の確保や他領域との配分の問題など先行きは楽観を許さないが、当面の推移を見守りたい。さらに今後は、次々期の診療報酬・介護報酬の同時改定を視野に入れて、有床診療所のしっかりとした理念の構築と新たな制度的な位置付けを目指し、それを受け止めた診療報酬体系が準備される必要がある。

有床診療所は、昭和 23 年に現行医療法が制定された当初から、診療所で 19 人以下の患者を入院させるための施設と定義されているが、その理念や医療提供における位置付けは明確となっていない。長い間、「同一の患者を、48 時間を超えて入院をさせることのないように努めなければならない」という、いわゆる 13 条規制が残存し、多少の紆余曲折があったが、約 60 年を経てようやくこの規制が撤廃されたのが現段階である。

制度上の規定がないことで、医師の自由な診療活動が可能となった側面があり、それが我が国のへき地・離島を含む各地域に必要な医療を提供してきた功績は少なくない。しかし、時代環境が大きく変わり、少子高齢化が著しく進展して皆保険体制の維持に困難を来している今後にあつて、改めて有床診療所の理念と役割を明確にして、次世代の医療施設として制度的に位置付ける必要がある。それなくしては、有床診療所の今後の発展は見込まれないであろう。

21年6月の有床診療所経営実地調査の概要

(1) 財務状況

直近事業年度（平成20年度）の法人・その他（以後、法人）254施設の経常利益率は4.3%、個人（n=67）は15.2%であった。給与費比率は法人が46.6%、個人が35.2%であった。2003年度の調査¹では法人の経常利益率は5.4%(n=467)、個人は17.5%（n=161）で、法人は1.1ポイント、個人は2.3ポイント悪化している。

表1 収支 n=321

| | 法人(n=254) | | 個人(n=67) | |
|--------------|-----------|--------|----------|--------|
| | 金額(千円) | 構成比率 | 金額(千円) | 構成比率 |
| 医業介護収益 | 273,358 | 100.0% | 206,436 | 100.0% |
| 医業収益 | 265,322 | 97.1% | 204,140 | 98.9% |
| 入院収益 | 63,696 | 23.3% | 55,965 | 27.1% |
| 外来収益 | 164,426 | 60.2% | 120,602 | 58.4% |
| 自費およびその他収益 | 37,200 | 13.6% | 27,574 | 13.4% |
| 介護収益 | 8,037 | 2.9% | 2,296 | 1.1% |
| 医業介護費用 | 263,186 | 96.3% | 173,220 | 83.9% |
| 売上原価 | 56,391 | 20.6% | 44,055 | 21.3% |
| うち 医薬品費 | 39,125 | 14.3% | 29,970 | 14.5% |
| うち 材料費 | 17,267 | 6.3% | 14,085 | 6.8% |
| 販売管理費 | 206,795 | 75.6% | 129,164 | 62.6% |
| うち 給与費 | 127,485 | 46.6% | 72,692 | 35.2% |
| うち 委託費 | 13,169 | 4.8% | 11,044 | 5.3% |
| うち 減価償却費 | 10,049 | 3.7% | 6,874 | 3.3% |
| うち その他医業介護費用 | 56,092 | 20.5% | 38,555 | 18.7% |
| 医業介護利益 | 10,172 | 3.7% | 33,217 | 16.1% |
| 医業介護外収益 | 6,396 | 2.3% | 1,743 | 0.8% |
| 医業介護外費用 | 4,795 | 1.8% | 3,502 | 1.7% |
| 経常利益 | 11,772 | 4.3% | 31,458 | 15.2% |

(財務項目全項目記入した321施設が対象)

法人 254 施設の医業介護収益と経常利益の分布をみると、経常利益がマイナスの施設が 29.1%で約 3 割を占めた。平成 15 年度調査では赤字の施設の割合は 22.5%であり、赤字施設の割合が 6.6 ポイント増加している。また、医業介護収益（医業収入）の分布をみると、中央値は平均値よりも約 5,000 万円低い 22,061 万円で、規模の大きい施設が平均を引き上げている傾向がみられる。

図 1 経常利益分布 法人 n=254 平均 1,177(万円) 中央値 598(万円)

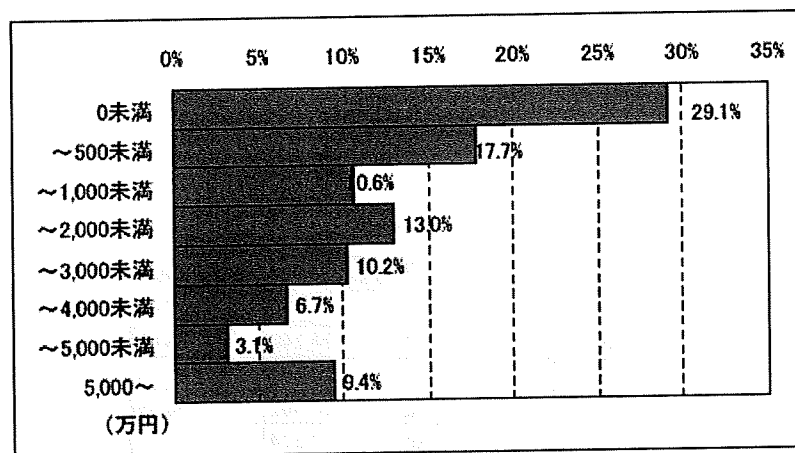
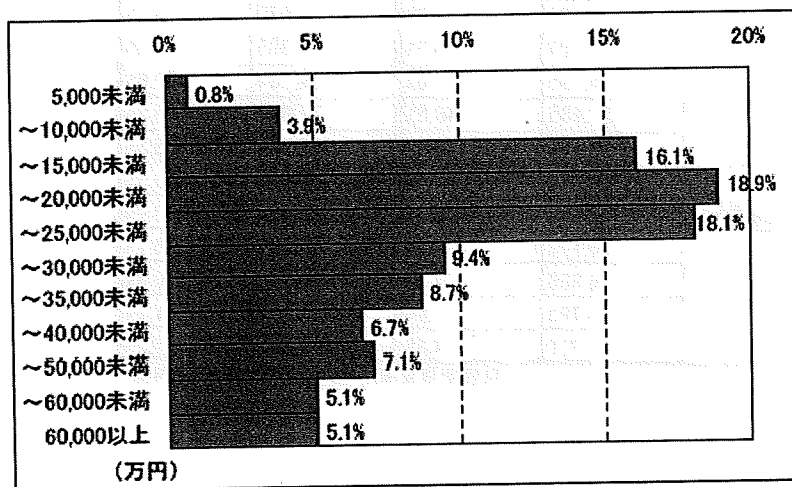


図 2 医業介護収益分布 法人 n=254 平均 27,336(万円)中央値 22,061(万円)



赤字施設と黒字施設

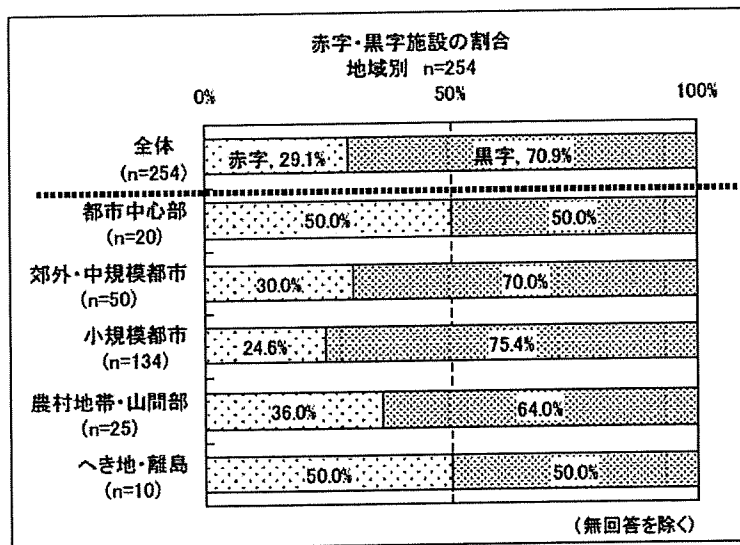
法人 254 施設を赤字施設と黒字施設とに分けて指標を比較したところ、赤字施設では、常勤医師数が少ない、療養病床の割合が高い、平均在院日数が長い、緊急入院件数が多い、入院と外来ともに収益が低い、給与費比率が高い、などの傾向がみられた。一般病床の平均在院日数は赤字施設が 6.8 日長く、緊急入院の数は赤字施設が黒字施設よりも 4.3 件（年間）多い。赤字施設では全般に長期化した入院患者が多く、緊急入院もより多く受け入れていることが判明した。さらに、給与費比率は赤字施設が 53.0%、黒字施設が 44.6%であった。赤字施設では長期入院や緊急入院を受け入れているにもかかわらず、全体の医業収益が低く、人件費負担がより大きくのしかかっていることがわかる。また、外来収益が低いため、入院医療を行っても入院部分の費用補填が困難で赤字となっていることが推測される。

表 2 赤字施設、黒字施設の比較(1施設あたり)(法人のみ)

| | 赤字施設(n=74) | 黒字施設(n=180) |
|--------------------------|------------|-------------|
| | 平均値 | 平均値 |
| 開設者年齢(歳) | 64.3 | 62.6 |
| 開業年数(年) | 20.9 | 24.1 |
| 届出総病床数(床) | 17.0 | 16.4 |
| 常勤医師(人) | 1.4 | 1.8 |
| 従業員数(人) | 23.3 | 24.5 |
| 療養病床割合 | 28.1% | 17.1% |
| 病床稼働率 | 72.4% | 68.6% |
| 入院患者(1日)(人) | 12.2 | 10.9 |
| 平均在院日数(一般病床のみの施設)(n=124) | 31.2日 | 24.4日 |
| 緊急入院件数(年間) | 14.2件 | 9.9件 |
| 診療報酬1,000点以上入院手術件数(1ヶ月) | 25.3 | 28.5 |
| 入院収益(収入 平均値)(千円) | 62,296 | 65,095 |
| 外来収益(収入 平均値)(千円) | 140,769 | 188,083 |
| 入院患者一人当たり入院収益 | 14,805 | 16,031 |
| 外来患者一人当たり外来収益 | 6,556 | 7,559 |
| 外来収益 : 入院収益 の比率 | 69 : 31 | 74 : 26 |
| 給与費比率 | 53.0% | 44.6% |

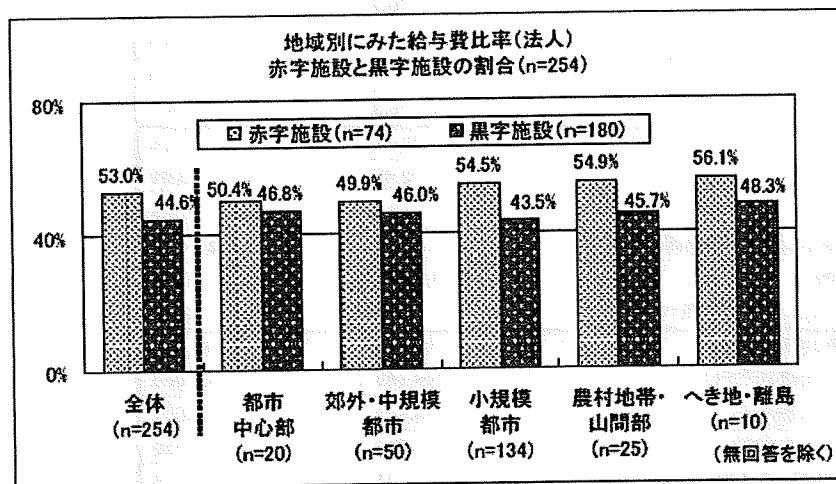
地域別²⁾に赤字・黒字施設の割合を見ると、都市中心部とへき地・離島では50.0%と高く、また農村地帯・山間部でも赤字施設は36.0%と高い傾向がみられた。

図 3 赤字・黒字施設の割合-地域別 n=254



地域別・赤字黒字別に給与費比率を比較すると、特に地方部における赤字施設の給与費比率が高い傾向が見られた。地方部では人件費の負担がより大きいことを示している。

図 4 給与費比率-地域別、赤字・黒字施設別(n=254)



²⁾ ここでの地域は、設問で施設長が選択した「自院の医療圏・地域の状況」に基づく。選択肢は1. 「都市中心部で人口が集中している」2. 「郊外部または中規模都市で人口密度が高い」3. 「左記以外の都市・町村」4. 「農村地帯・山間部」5. 「へき地・離島」から1つ。

診療内容と経常利益率

地域や診療内容によって利益率などの指標に違いがあるかを検証した。経常利益率は、都市中心部、農村地帯・山間部、へき地・離島で利益率が低い傾向がみられた。また、一般病床の在院日数別に見ると、在院日数が長いほど、経常利益率が低い傾向がみられた。緊急入院件数が多い施設では、全般に利益率が低い傾向がみられた。さらに、在宅医療を実施している施設としていない施設の間には、経常利益率に差がみられた。

図 5 経常利益率-地域別(無回答を除く)

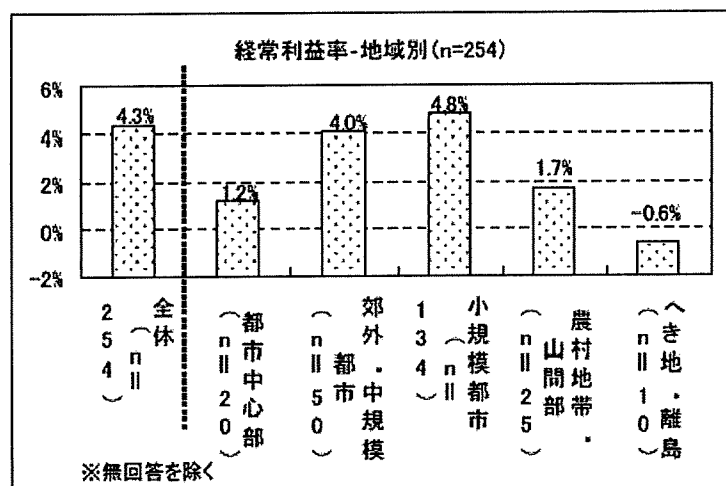


図 6 経常利益率-一般病床の平均在院日数別(n=124 一般病床のみ有する施設対象)

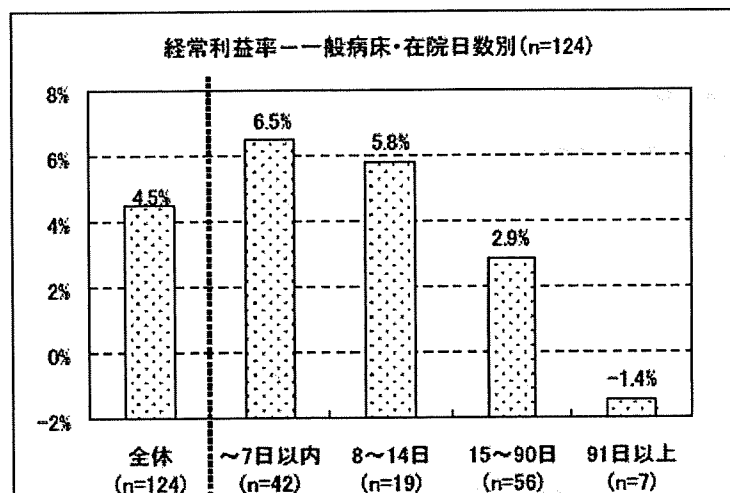
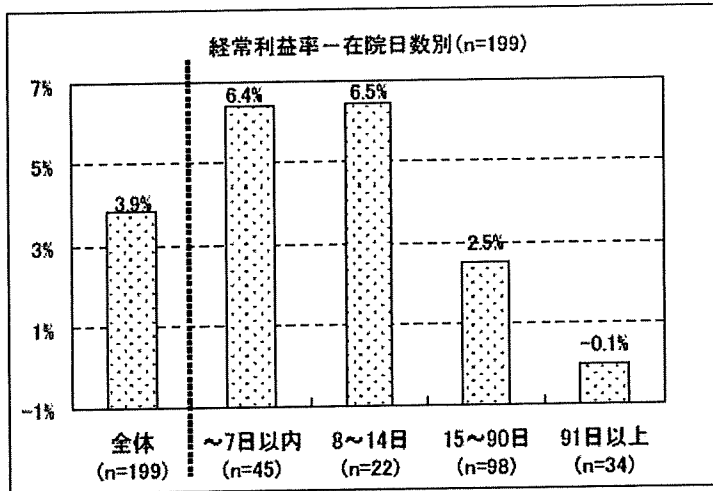


図 7 経常利益率-在院日数別



※法人 254 のうち、在院日数の無回答と例外値を除く

図 8 経常利益率-緊急入院の件数(年間)別

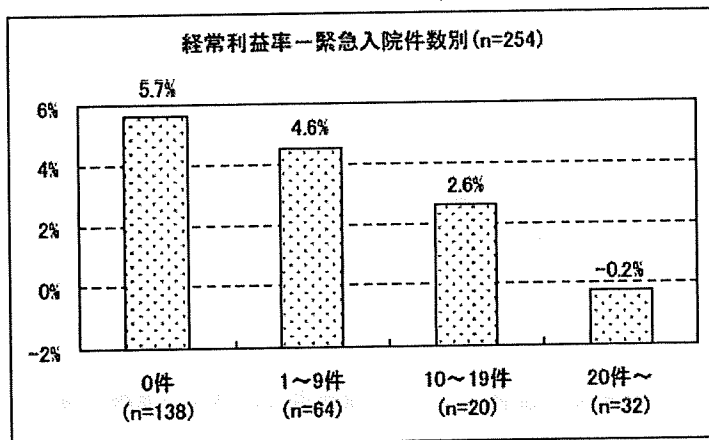
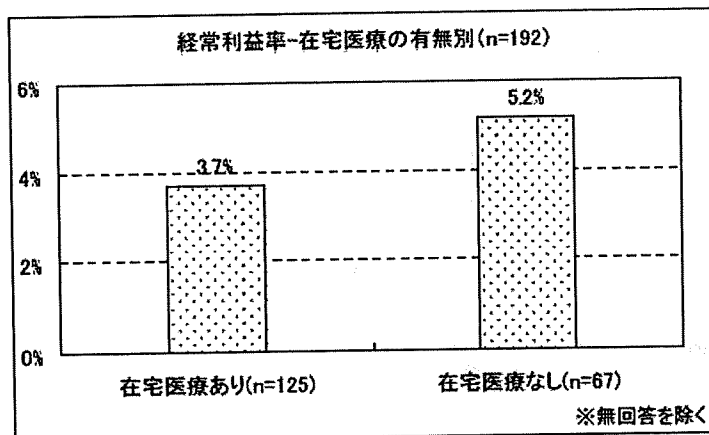


図 9 在宅医療の有無と経常利益率



(2) 緊急時の対応、夜間・休日医療

夜間などの緊急時に「週1~2日以上対応できる」と回答した施設は43.5%で約4割(へき地では53.0%)の417施設、「ほぼ毎日対応できる」と回答した施設は全体の30.1%(へき地では47.1%)の289施設であった。全国で試算すると週1~2日以上対応できる施設は約3,500施設にのぼる³⁾。

図10 現在の夜間緊急対応の可否

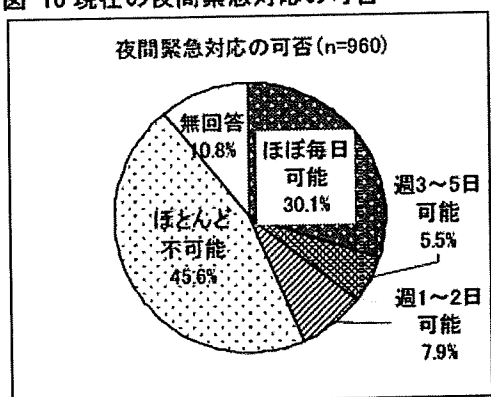


図11 夜間緊急対応の可否-地域別

