

今月の視点

今後の有床診療所の役割

理事 伊藤 真一

日本独自の医療文化である有床診療所（19床以下の入院可能診療所）は、1722年12月4日（有床診療所の日）に開設された小石川養生所を起源とし、1948年に施行された医師法第1条により設置され、終戦直後、入院病床の絶対的不足に対してGHQにより新設された。有床診療所は多くの場合、一人のドクター、少人数のスタッフにより運営され、入院機能とかかりつけ医機能の両方を有する、地域に密着する施設である。近隣の方々と診て、必要があれば入院治療を施し、患者家族三世代が通院するような、医療者と患者との「顔の見える関係」を長年続けてきた。このように先進的な医療機器を先んじて導入し、患者を病院よりも短い在院日数で退院させ、病院と遜色ない高度な医療レベルだった有床診療所だが、行政は大病院に入院治療を集約した。その結果、病院との「入院基本料」の差の拡大（病院最低額の半分以上）とともに経営が厳しくなり、この20年間で有床診療所施設数は40%減少している（1996年20,452床→2018年7,000床）。また、厚生労働省官僚から「有床診療所の使命は終わった」という趣旨の発言があったとも聞いている。このように、これまで医療政策からは「置き去り」にされてきた感が強く、経営難や後継者不足を理由に減少が続いている有床診療所だが、地域包括ケアシステム構築が進む中、あらためてその存在価値に注目が集まっている。

厚生労働省より本年8月20日に公表された「医療施設動態調査」によると、本年5月末の状況

は、全国の医療施設は計17万9,209施設（歯科を含む）で、病院数は8,378施設であった。一方、内科診療所は10万2,057施設で、このうち有床診療所は7,074施設となっている。

有床診療所は、2年前（2016年5月末）には7,716施設、1年前（2017年5月末）には7,397施設であったことから、2016年5月末から2017年5月末までの1年間で319施設、さらに今年5月末までの1年間で323施設減少している。有床診療所の施設数は、この1年間、1か月当たり27施設弱のペースで減少が続いており、このペースが続くと仮定すると、本年8月末には7,000施設を切ることになり、現時点ですでに7,000施設を割っている可能性が高い状況である。このままいくと、2030年には2,500施設になってしまうという非常に危機的な状況である。

次に医療施設の病床数を見てみると、医療施設全体の病床数は本年5月末には164万8,657床で、うち病院の病床数は155万2,016床、有床診療所の病床数は9万6,580床となっている。2年前には10万4,652床、1年前には10万466床であったことから、2016年5月末から2017年5月末までの1年間で4,186床、本年5月末までの1年間で3,886床減少しており、1か月当たり324床弱のペースで減少が続いている。本年10月には9万5,000床を切り、2020年2月には9万床を割られる。

2017 年 8 月に全国有床診療所連絡協議会の会員 2,646 施設を対象に実施した現状調査では、976 施設 (36.9%) から回答を得た。医療・介護提供の現状や経営の実態、病床維持の意向などを精査しており、現状調査の結果では、2 年前と比較して経営の厳しさが浮き彫りになった (定点比較では、入院収入の減少 (▲ 2,690,000 円)、給与費比率の増加 (49.4% → 50.8%)、経常利益率の低下 (4.3% → 4.0%))。わが国は今後、65 歳以上の高齢者が 2025 年に 3,657 万人、2042 年にピークを迎え 3,878 万人、75 歳以上高齢者の割合は 2055 年には 25% を超える見込みである超高齢社会を迎えることになる。また、これらの高齢者は多くの慢性疾患を抱えていることから、有床診療所は、地域で急変した患者の受け入れに加え、他病院 (急性期一般入院料 1 算定病棟・地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟) からの転院先、在宅・介護施設への受け渡し、看護・介護で家族が疲れたときに患者を一時的に預かるレスパイト、看取りや在宅医療の提供などの多様な機能を担うことが可能であり、今後、有床診療所は地域包括ケアシステムの中心を担う存在になると考えられる。

地域包括ケアシステムの中で、有床診療所の役割は専門医療の担い手、病院の後方支援、看取り、救急対応など多岐にわたっているが、看護職員や介護職員を含む人員確保が最も大きな課題となっている。また、業務量の多さから医師の負担は大きく、前述の現状調査では「病床はそのまま維持する」が 50.0%、「病床は維持したいが無床化するかもしれない」が 26.5% と報告された。特に内科系は「病床はそのまま維持する」が 43.7% と低く、今後の病床維持の厳しい状況が浮き彫りになる中、インパクトがあったのは「入院患者満足度」の調査結果である。医師による診療・治療内容に「非常に満足」「満足」と回答した患者が 86.7%、医師以外のスタッフの対応に対しては 83.7%、また、施設、食事などの満足度もいずれも高い水準であった。この結果より、有床診療所と地域住民の間には強い信頼関係があり、地域医療においてはなくてはならない重要な存在であ

ることが明らかとなった。

厚生労働省は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、「住み慣れた場所で最期まで暮らすことを目指すもの」として地域包括ケアシステムの構築を推進しており、そのためには保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要である。

今後の超高齢社会に向け、有床診療所が在宅医療、介護との連携、専門医療の提供など、地域の「かかりつけ医」として地域医療の中心を担う存在となるためには、在宅医療体制とリハビリ入院を活用したシステムを作り上げ、地域包括ケアシステムを意識した組織づくりが肝要となる。2017 年 8 月時点で、有床診療所の 33.6% (内科 51.5%、外科 44.4%、整形外科 44.4%、眼・皮・耳鼻科 2.9%) が介護事業を実施しており、最も多いのが通所リハビリ (デイケア) で 22.2%。続いて居宅介護支援事業所が 19.4%、通所介護 (デイサービス) が 11.0%、訪問リハが 8.8% であった。その反面、「実施しておらず今後も予定なし」と回答した診療所は 4 割強を占めた。その理由は、対象外、医療に専念したいを除くと、介護職員確保困難と申請手続きの手間であった。

昨年 11 月の診療報酬医改定 中医協総会にて厚生労働省は、地域医療を担う有床診療所は入院医療と介護サービスを組み合わせた「地域包括ケアモデル」への転換を推進する必要があるとし、介護サービスを提供する有床診療所の評価の見直しを提案した。日医は経営基盤が弱いために介護サービスに参入できない有床診療所も多いとし、「経営基盤そのものを評価する方向性も併せて考えなければならない」と発言した。2018 年 4 月の診療報酬改定では、有床診を「地域包括ケアモデル」と「専門医療モデル」のカテゴリーに分類し、とりわけ前者への評価が特徴的なものとなった (次頁図参照)。すなわち地域包括ケアの推進に有床診を活用・重視したい意向の表れであり、一定の評価と考えたい。

まず、有床診入院基本料 1～3 の算定要件として従来の条件 (地域包括ケア要件) に加えて通所

リハ・居宅療養管理指導等の介護事業を手掛けていれば算定できることとした。また、中長期入院の対象患者が多いと考えられる一定期間（15日以降 30 日まで）に 65 歳以上の患者と特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の患者に算定する介護連携加算（加算 1：192 点、加算 2：38 点）も新設された。

さらに、在宅復帰機能強化加算においては加算点数の大幅なアップ（5 点から 20 点）と平均在院日数の要件の緩和（60 日から 90 日）や、介護事業を展開している有床診も含めて一部の病院病棟からの転院に際して「在宅復帰扱い」となるなど病院との連携も評価されるようになった。

介護報酬改定では、短期入所療養介護の食堂設置要件の緩和や、看護小規模多機能型居宅介護においても病床の有効活用につながる等の改定となった。

ただ、多くは加算の新設や算定要件・施設基準の緩和であり、入院基本料本体の引き上げはなく、また、人員基準に係わる加算の引き上げや一般的

な入院基本料等加算の有床診における算定要件緩和もない。加えて、急性期医療の負担軽減となるであろう「専門医療モデル」に相当する有床診に関する評価もない等、有床診全体への評価としては決して満足できるものではない。

今後、有床診療所が地域医療を積極的に担うためにも、地域の医療介護施設と連携し、その機能の果たすための安定した運営体制の整備が望まれる。

対策として、①強固な経営基盤の構築（業界をあげた人材確保策、看護職員や医療クラークなどの人の評価など含め、入院部門だけで収支をまかなう体制を整える）、②有床診療所を継続させる（後継者のマッチング、若手医師への働きかけ）、③地域包括ケアの中での中核をめざす（介護サービスを行う、増加する地域の高齢患者のニーズに応える、他診療科との連携を強化、かかりつけ医機能の強化）などを積極的に講じなければならない。

有床診療所のモデル分析（未定稿）			
		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
モデルの位置づけ		医療と介護を提供	専門的な医療サービスを効率的に提供
モデルの分析	入院患者の年齢	相対的に高い	相対的に若い患者 (ADLが自立している患者が多い)
	入院患者の特徴	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
	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
	主な入院診療報酬	入院料等	手術料
	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

➤ 「専門医療提供モデル」については、入院診療報酬に占める手術料の割合が高く、専門的な医療サービスのニーズのある地域において、**少ない人員体制で手術等の専門医療を効率的に提供するモデルとして今後とも役割が期待される。**

➤ 「地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)」では、入院診療報酬に占める入院料の割合が高く、稼働する病床においては安定的な運営が可能である。一方で、**施設として収益を確保するためには、施設全体の病床稼働率を上げることが必要だが、有床診療所の病床規模では、地域によっては病床稼働率を高く維持することは困難である。**

第 55 回社会保障審議会医療部 資料より