

平成24年4月4日

有床診療所を応援する議員連盟（仮称）設立総会

次 第

事務局担当 梅村聡

1. 呼びかけ人代表あいさつ

2. 承認事項（名称、設立趣意書、規約、役員）

3. 会長あいさつ

4. ヒアリング

全国有床診療所連絡協議会	会 長	葉梨之紀	先生
	専務理事	鹿子生健一	先生
日本医師会	常任理事	藤川謙二	先生
厚生労働省 医政局総務課		池永敏康	課長
		佐々木孝治	保健医療技術調整官
	指導課	平子哲夫	在宅医療推進室長
		山岸暁美	在宅看護専門官
老健局老人保健課		大竹輝臣	課長補佐
保険局医療課		迫井正深	企画官

5. 質疑・応答

6. その他

有床診療所を応援する議員連盟（仮称） 設立趣意書（案）

有床診療所は、入院機能を有する 19 床以下の医療施設であり、地域に根ざした身近な医療施設として、地域の多様なニーズに応えています。患者の生活や健康状態をよく知るかかりつけ医が、外来・在宅医療を通じて必要に応じて入院医療にも対応するプライマリケアを実践できる施設です。

また、在宅医療の重要性が高まる中、地域に密着し、病院と連携して、外来・入院・在宅、終末期から看取りまでの一連の医療を実践し、地域医療・地域ケアの重要な担い手です。さらに、小規模施設ながら、手術を含む専門的医療を提供し、地域の医療提供体制を支えています。

今後も期待される役割として、(1) 手術等の専門医療の提供 (2) 急性期後の退院の受け皿となる後方病床機能 (3) 在宅療養や介護施設への移行が困難な患者の受け入れ (4) 医療と介護を一体的に提供できる施設などが挙げられます。

このような有床診療所の有用性を踏まえ、2012 年度診療報酬改定の基本方針では、「在宅医療の充実」や「地域の既存の資源を活かした地域包括ケアシステムの構築の推進」、「病院勤務医等の医療従事者の負担軽減」が述べられた上で、「診療所の機能に着目した評価などについて検討するべき」とされ、答申では緩和ケア評価の新設、看取り評価の新設、入院基本料の算定基準など、見直しがされました。

しかしながら、これらの対応だけではまだまだ十分とは言えません。有床診療所はこれまでも診療報酬上の評価が極めて低く、毎年約 1000 施設が無床化に追い込まれてきました。このことは日本の貴重な医療資源の喪失です。

有床診療所が将来にわたり、地域においてその機能を存分に発揮し、永続的に役割を果たしていくことが、超高齢社会における地域住民の安全・安心な医療の確保につながるものと考えます。

このような趣旨に則り、この度、医療関係各団体のご協力のもと、日本の医療における有床診療所の役割を再度見直し、その機能の維持・強化のために調査研究や政策提言などの諸活動を行うため、本議員連盟を設立します。

○呼びかけ人（順不同、敬称略）

衆議院議員：池田元久、石毛鏌子、石森久嗣、岡本充功、工藤仁美、斉藤進、竹田光明、田中慶秋、田中美絵子、玉木朝子、長尾敬、長妻昭、中野寛成、仁木博文、初鹿明博、橋本勉、樋口俊一、福田衣里子、三井辨雄、水野智彦、三宅雪子、宮崎岳志、山口和之、山崎摩耶、柚木道義、吉田統彦

参議院議員：足立信也、梅村聡、大島九州男、川合孝典、櫻井充、西村まさみ、牧山ひろえ、柳田稔

「有床診療所を応援する議員連盟」規約（案）

- 第1条（名称） 本会は、「有床診療所を応援する議員連盟」と称する。
- 第2条（目的） 本会は、日本の医療における有床診療所の役割を再度見直し、その機能の維持・強化のために、調査・研究を進め、政策提言等を行うことを目的とする。
- 第3条（事業） 本会は、第2条で定める目的を達成するため、必要な事業を行う。
- 第4条（会員） 本会は、その趣旨に賛同する民主党の衆参国会議員をもって構成する。また、有識者や関係諸団体等をオブザーバーとすることができる。
- 第5条（役員） 本会には、会長1名、副会長若干名、事務局長1名を置くものとし、その他の役員若干名を置くことができる。
- 第6条（顧問） 本会は、顧問等を置くことができる。
- 第7条（運営） 本会は、総会及び役員会の議によって運営する。
- 第8条（会費） 本会の会計は、会費、寄付金その他をもって充てる。会費は、月額100円とする。
- 第9条（改正） 本規約は、総会において改正することができる。
- 付 則 この規約は、平成24年4月4日より施行する。

役員（案）

- 顧問 中野寛成、池田元久、田中慶秋、石毛鋏子、
三井辨雄、柳田稔、
- 会長 櫻井充
- 副会長 長妻昭、岡本充功、柚木道義、足立信也、
大島九州男、川合孝典、牧山ひろえ
- 事務局長 梅村聡
- 幹事 石森久嗣、工藤仁美、竹田光明、田中美絵子、
玉木朝子、長尾敬、仁木博文、初鹿明博、
橋本勉、樋口俊一、福田衣里子、水野智彦、
三宅雪子、宮崎岳志、山口和之、山崎摩耶、
吉田統彦、西村まさみ

「もう、そろそろ限界だ」と思っていた!

—中医協・公聴会での有床診療所からの訴え—

会長 小林 博

人口約15万人の地方小都市で、有床診療所(以下、有床診と略す)を開業して30年になる。「有床診は、もうそろそろ限界だ」と病床閉鎖を考えていた。

そのような中、昨年暮れから新年にかけてこの地方を襲った感染性胃腸炎とインフルエンザの大流行で、この街唯一の中核病院(302床)の救急外来が4~5時間待ちというパニック状態となっていた。例年なら細々と一次救急とも言えない程度の休日急患外来である我が院にも、発熱・嘔吐・腹痛・下痢の急患が年末から正月3日までの間、連日50~60人来院した。少々疲れもあったが、もし私が病床を閉鎖し、無床化に伴い年末年始の急患受付をしていなかったら、この地域の救急医療がどうなっていたかを考えた時、全身に悪寒が走った。

身近で、かかりつけ医と入院施設の機能を併せ持ち、一次救急及び在宅医療や急性期病床の受け皿にもなり得る有床診の存続のためにも、ビジネスホテル宿泊料以下の現在の入院基本料を、せめて介護施設入所並みに引き上げてほしい。

平成24年1月20日の午後、愛知県津島市で中央社会保険医療協議会総会・公聴会が開催された。その直前に、日医から「有床診の入院基本料の適正な評価を求めて、小林先生に意見を發表してほしい」との要請が入った。40数人の応募から書類審査により幸運にも私に発言の機会が与えられることになった。日医総研及び全国有床診協議会と発言内容に関して連絡を取りながら、公聴会壇上に登った。上記の文章はその発言要旨である。

公聴会には、医療関係者、医療情報誌報道陣、保険者団体、一般傍聴者等を含め約450人が集まり、会場内は静寂かつ張り詰めた雰囲気となっていた。11名が発言後、意見交換・質問の時間では、日医常任理事でもある中医協鈴木委員から「超多忙で疲労色の濃い勤務医の負担軽減に対する解決策として、有床診の先生方は何か方策をお持ちか?」と私への質問があった。私は地域医療連携の立場から即座に「病院から有床診への逆紹介を診療報酬でもっと高く評価すべし」との持論を提言した。

今回の中医協公聴会での発言・質疑応答については、私個人にも多方面から種々の評価がメール等で寄せられたが、医療関係メディアにも大きな反響があった。

翌日のメディファクス、メディカルウェーブでは、「有床診はそろそろ限界一岐阜県医・小林会長」、「診療所の再診料引き上げを」といった見出しでトップ記事として掲載された。また、日本医事新報「有床診の厳しい現状訴える声—中医協公聴会」(No.4579)、日医ニュース(2012.2.5)、大阪府医ニュース(2012.2.1)等にも大々的に取り上げられた。

有床診は、その入院基本料の低報酬により閉鎖が相次ぎ、減少の一途を辿っている。平成元年頃には20,000施設以上であったのが、最近では半数以下の約10,000施設にまで減少してしまった。岐阜県医師会では、地域医療・在宅療養の中核としての「有床診療所の活用」の一環として、有床診を核とした「岐阜県包括的地域ケアネットワーク(はやぶさネット)」を構築し、岐阜市とその周辺地域で運用を開始した。当初は有床診同士の「情報交換」、「医療連携」、「研修会開催」、「人材相互支援」等が目的であったが、構築の中で「中核病院」「地域包括支援センター」「老人保健施設」「特養」「行政」等にも参加を求めた包括的地域ケアネットワークとなった。今後、更に県下全体への広域化と内容の充実に努めたいと考えている。

こうした活動を全国的に紹介することに加え、今回の中医協公聴会に参加したことで、有床診が地域における包括的ケアの中核として地域医療・福祉に貢献することができる医療施設であることが徐々に再認識され始めていることを実感した。

24年4月の診療報酬改定において、すでに継続限界にある有床診が生き残れる希望のある評価が示され、実行されることを切望している。

平成24年2月10日

「追伸」

この原稿を書き終えた直後の同日、中医協総会が開かれ「平成24年度診療報酬改定」について厚生労働省への答申を行った。

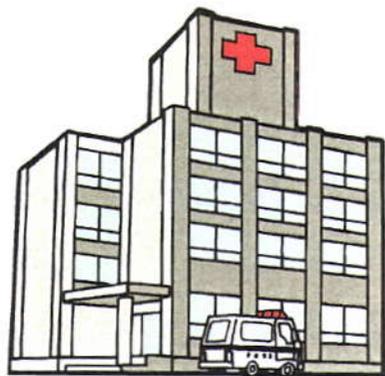
有床診に関しては、「有床診療所入院基本料Ⅰ~Ⅲ、及び療養病床において11点増」、「診療所療養病床療養環境加算100点(1日)」、「看取り加算1000~2000点」等の改正点が見られる。しかしながら、これだけで有床診の存続が可能なのか。細かな診療報酬点数の論議もさることながら、「日本は、その医療体制の中で有床診をどう考えていくのか」といった論点で、今後も全国有床診の活動を続けていきたいと考えている。

医療提供体制の中の有床診療所

日本医師会常任理事 葉梨之紀

地域の医療機関 — 有床診療所とは

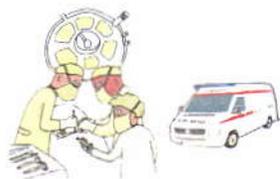
わが国の医療機関の種類は大きく病院と診療所の2つがある。



病院

(全国に約8,000施設)

20床以上の病床がある。外来も行なうが入院医療が中心。医師が3人以上などの基準がある。



診療所

無床診療所(全国に約9万施設)

病床がない。外来だけ

有床診療所(全国に約1万施設)

19床以下の病床が有る

かかりつけ医による身近な医療が中心。医師は1人以上。

地域医療における課題

地域医療の課題

- 早期退院の受け皿の不足
- 看取りの場所への不安



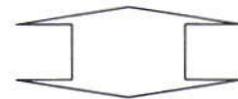
- 救急・夜間の医療への不安
- 在宅医療の継続への不安



- 医師の不足・偏在
- 勤務医の疲弊



- 介護保険施設の不足・サービスの不足
- 老老介護、独居高齢者

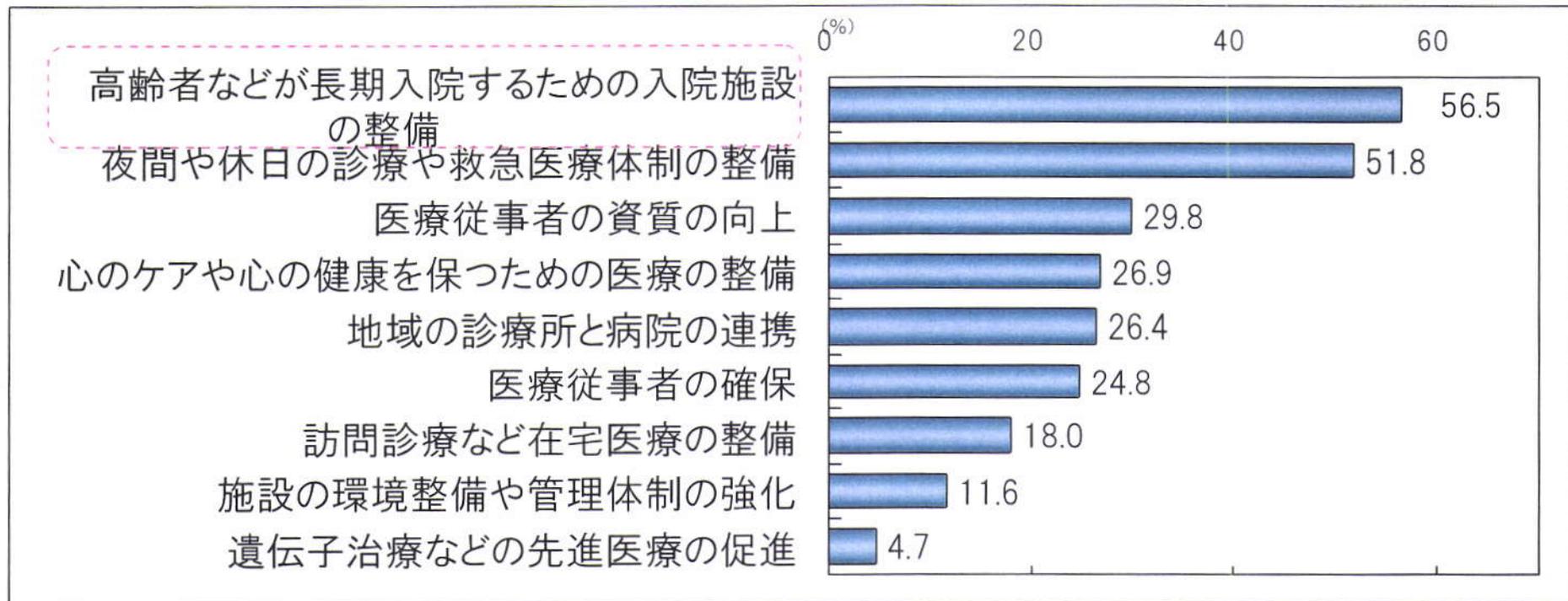


住民が安心できる地域医療・介護サービスをいかにして提供するか

国民の意識

国民が考える医療における最重点課題は「高齢者などが長期入院するための入院施設」である。病院からの早期退院、病床の削減に対する不安は高い。

国民が考える医療における重点課題(3つまで)(n=1,313)

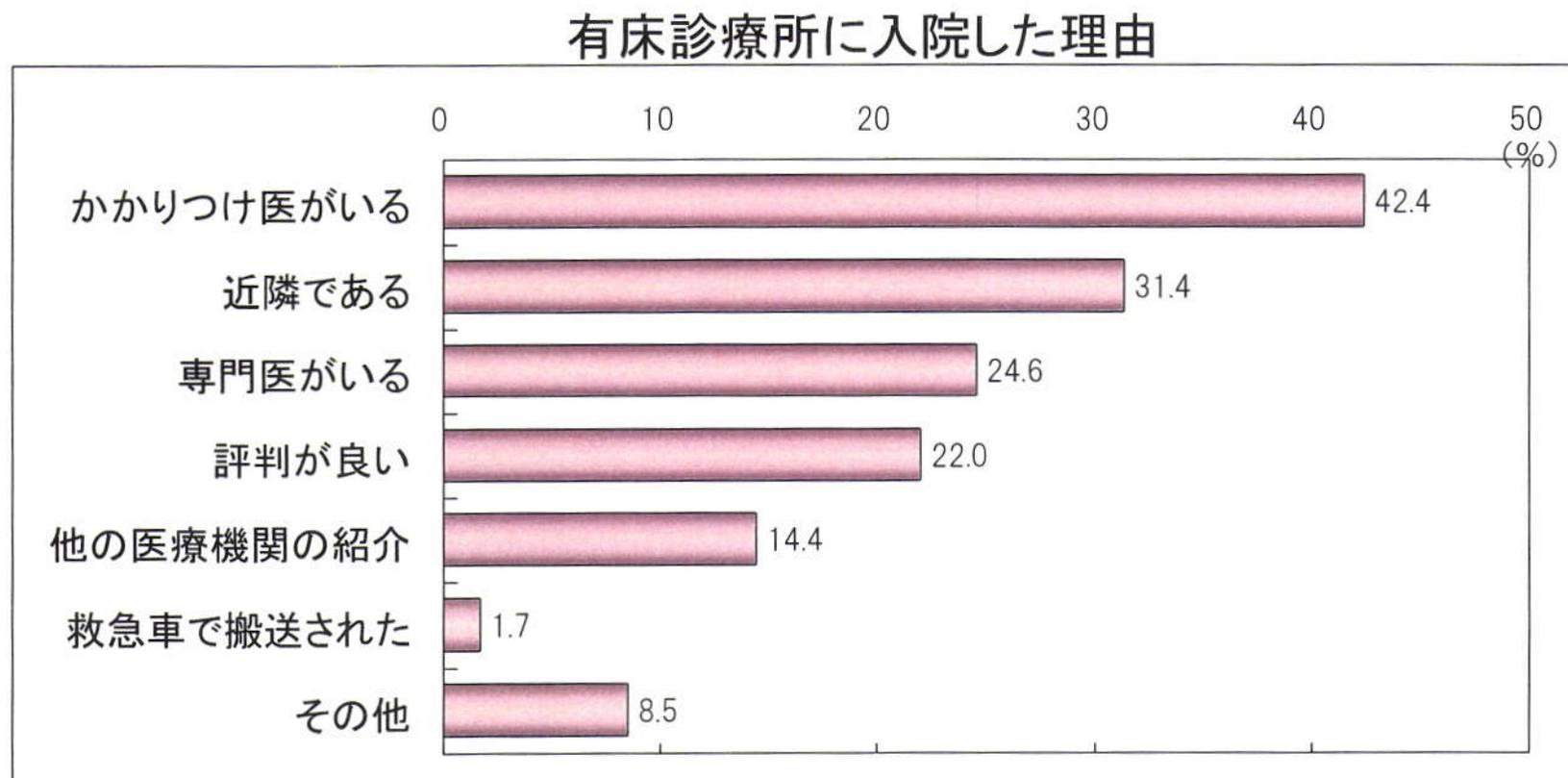


出所：日医総研WP No.180「第3回 医療に関する意識調査」

さまざまなメディアを通じた情報量の増加で、医療に対する国民の要望も従来になく高まっている。

入院患者さんが有床診療所を選んだ理由

入院患者さんに尋ねると、かかりつけ医がいることと、近隣であることが有床診療所への入院の大きな理由であった。

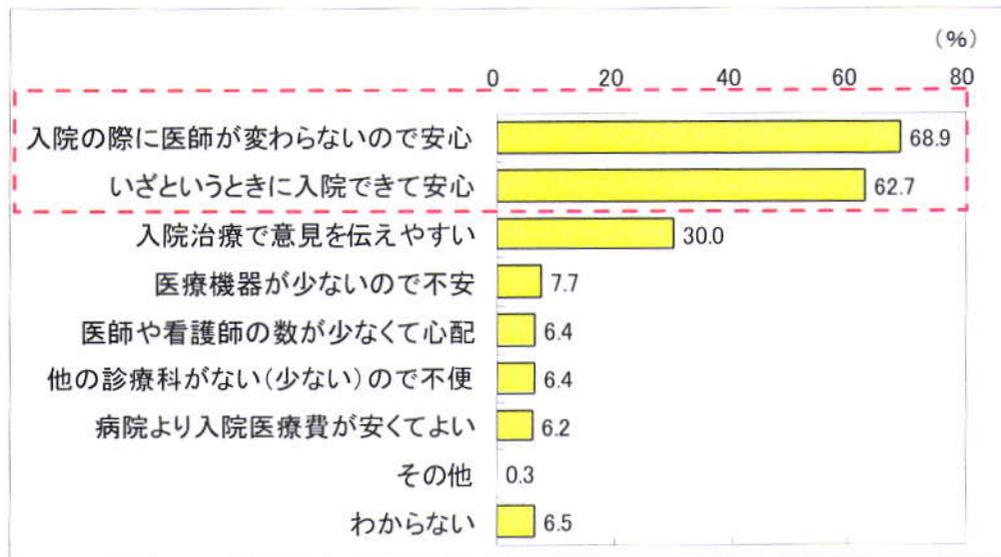


出所 日医総研WP No.125 「有床診療所の現状と課題 平成18年改正と平成17年実態調査報告」 n=118

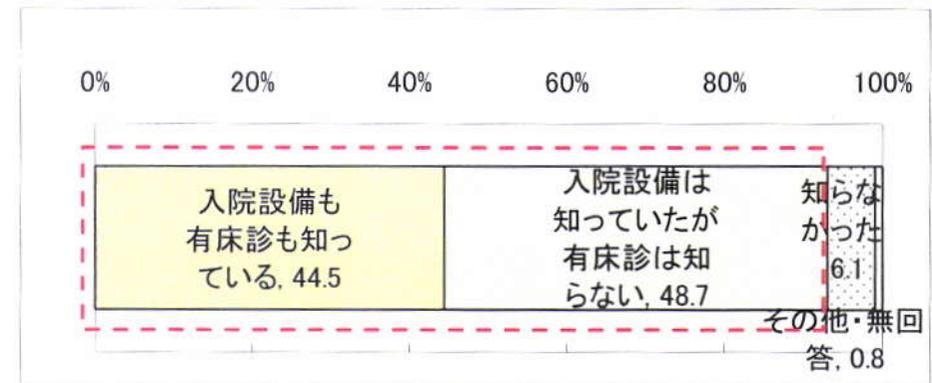
有床診療所の外来患者の入院設備への期待

患者は診療所の「入院設備」に対して高い安心感と期待を持っている。

入院設備がある診療所にどのような役割を期待しますか
(n=614)



当院に入院設備があることと「有床診療所」という名称はご存知でしたか



入院設備があることは外来患者の93%が知っていた

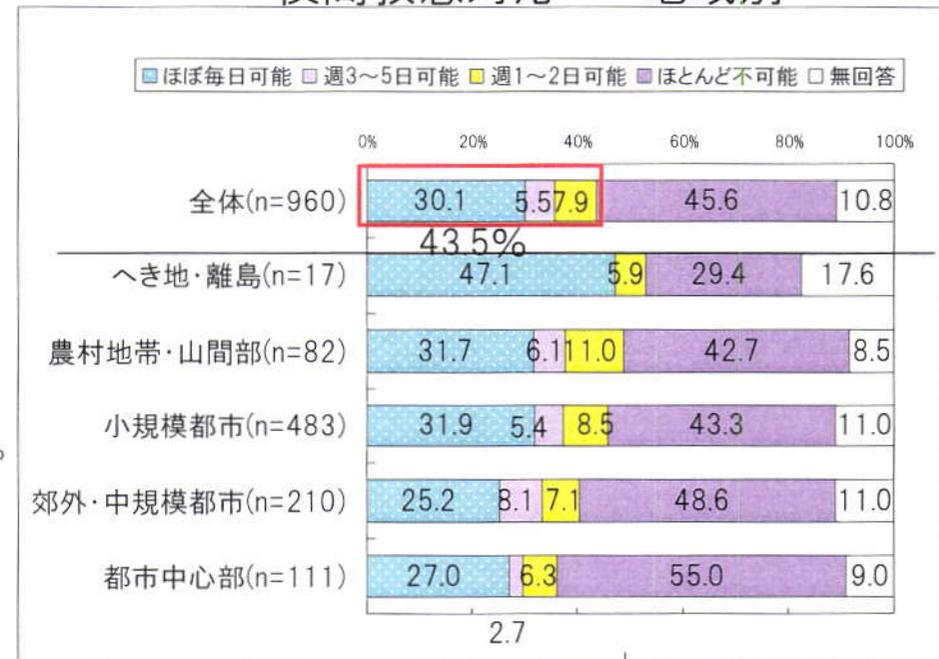
有床診療所の病床の機能

有床診療所の病床が果たしている機能

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
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する医療機能
4. 在宅医療の拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能

- ひとつの施設が複数の機能を有することが多い。
- かかりつけ医が患者の生活背景等まで把握できている。
- 内科の半数以上は在宅療養支援診療所となっている。

夜間救急対応 一地域別



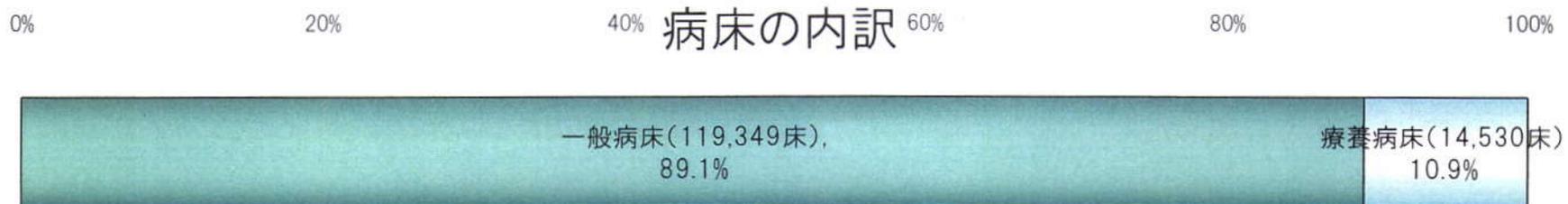
出所：日医総研WP No.204「平成21年 有床診療所経営実態調査」

有床診療所の現状

有床診療所の4割が内科の診療所である。外科、整形外科がそれぞれ1割、産婦人科が4分の1を占めている。病床の9割は急性期医療※のための一般病床、残り1割は長期療養のための療養病床となっている。



出所：厚生労働省「平成20年医療施設(静態・動態)調査」

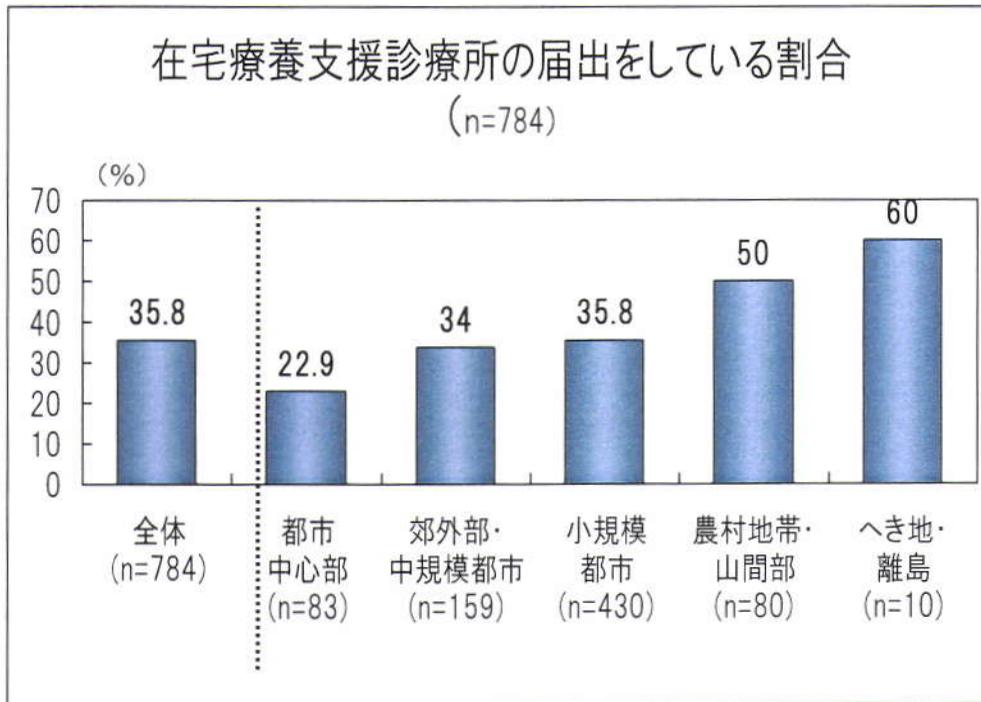


出所：厚生労働省「医療施設動態調査(平成23年4月末概数)」。なお療養病床の内訳は平成20年時点で医療療養が11,432床、介護療養が6,087床。「平成20年医療施設(静態・動態)調査」

※急性期とは症状徴候の発現が急激で全身管理を必要とする時期

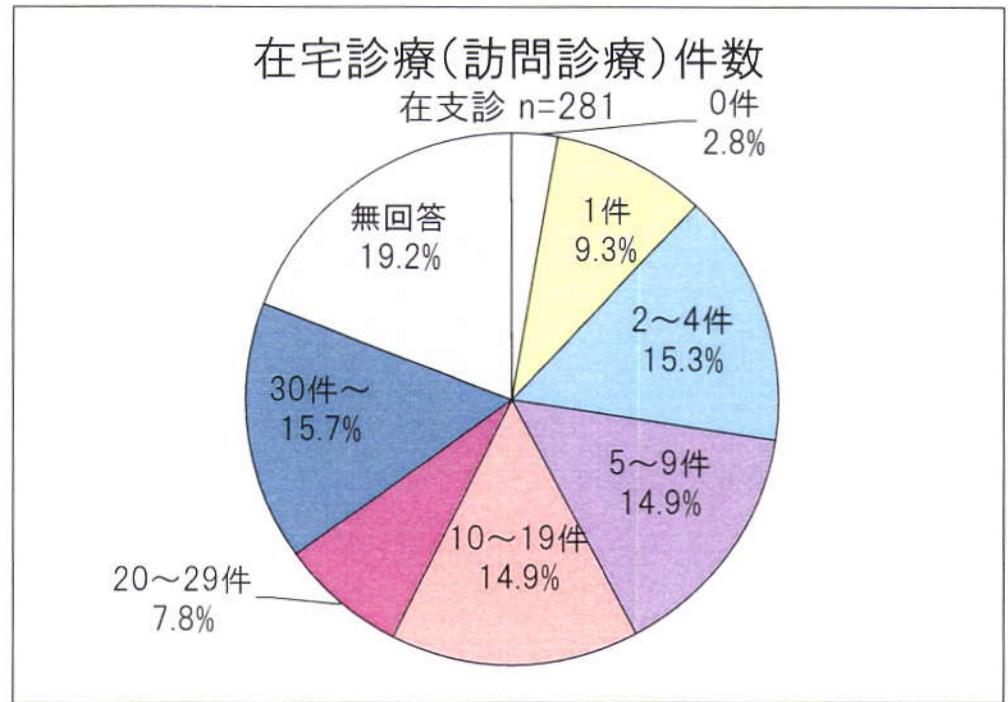
在宅医療

24時間在宅医療を実践できる「在宅療養支援診療所」は地方部により多く、地域のニーズに応じて在宅医療を実践している。月20件以上の在宅診療を行なっている施設が4分の1を占めている。



※地域が無回答だった22施設を除く。届出の有無については全体の5.0%が無回答。

注)ここでの地域は、設問で施設長が選択した自院の地域に基づく。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」

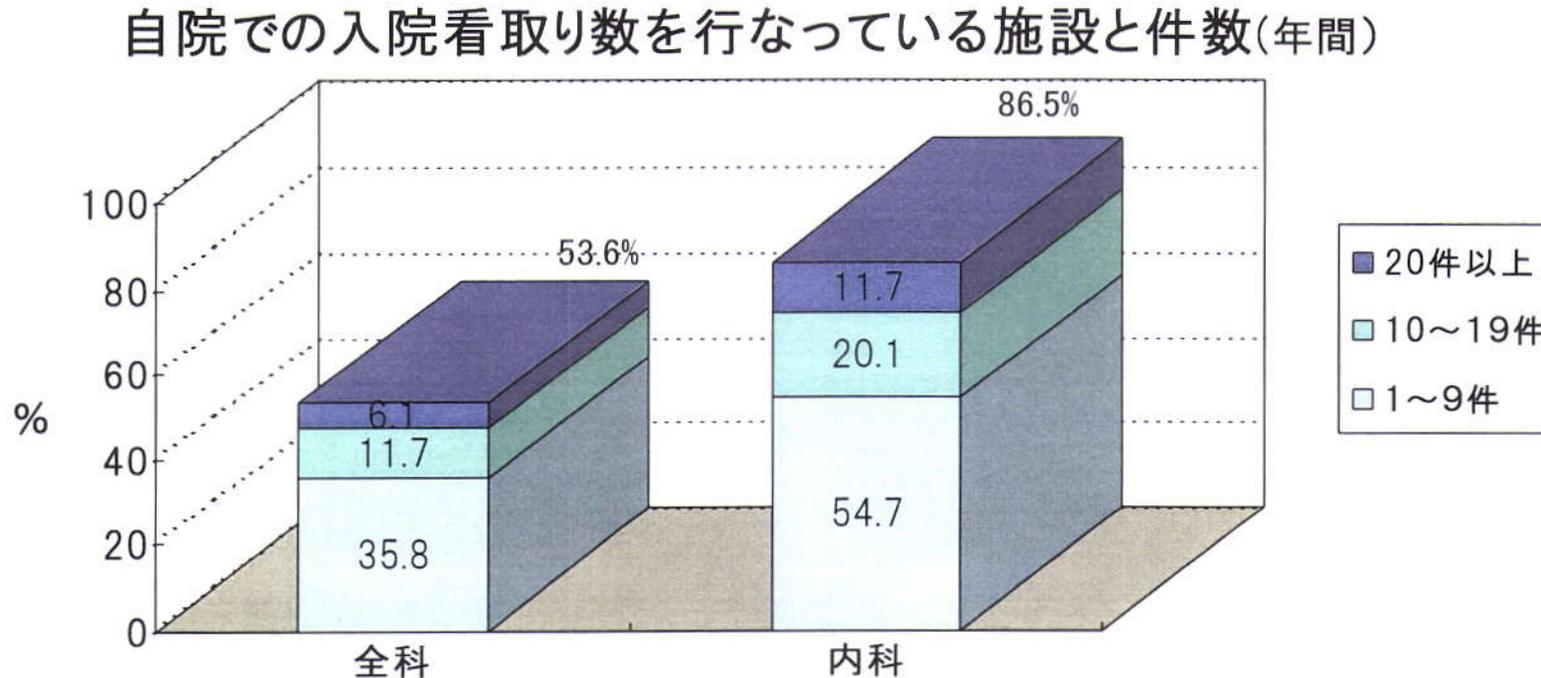


在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特性施設入居時等医学総合管理料のいずれかの算定を行なっている施設(1ヶ月)

日医総研ワーキングペーパーNo242「平成23年有床診療所現状調査」

終末期医療

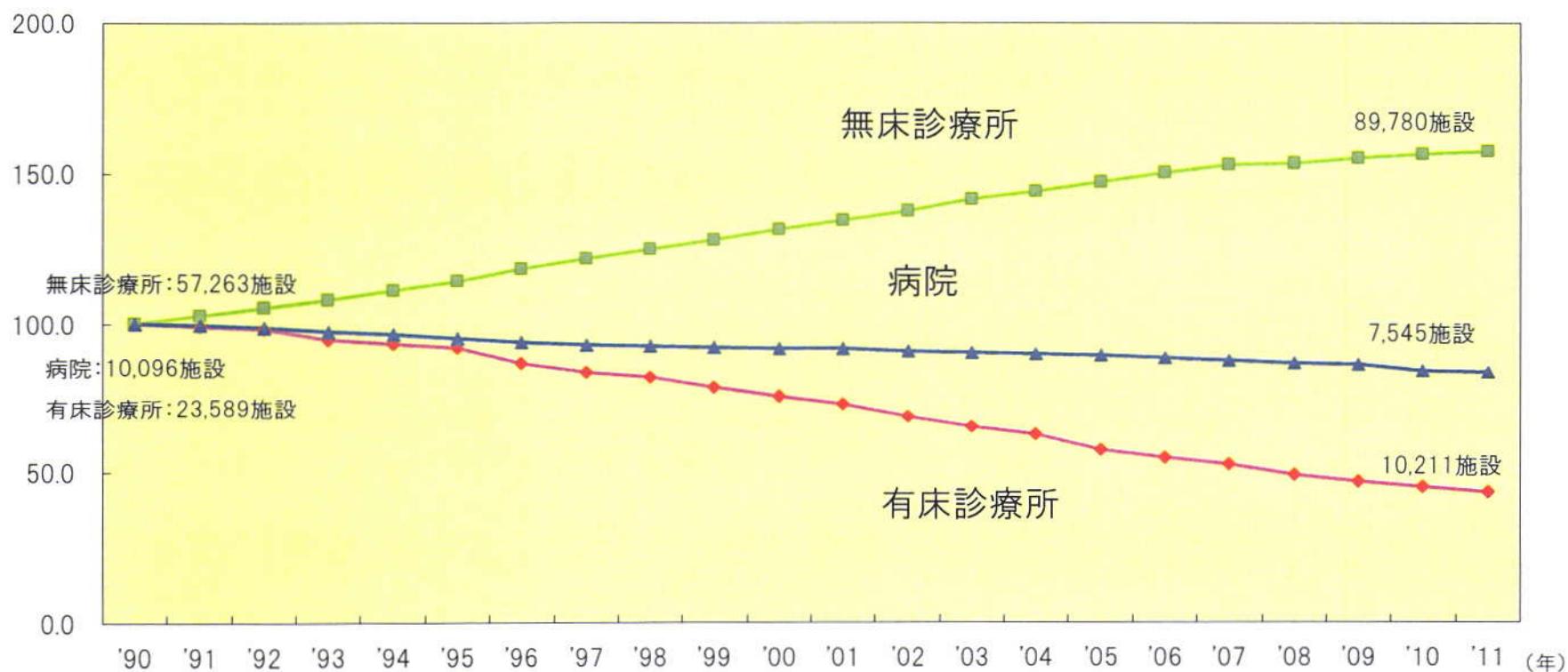
終末期医療(看取り)を実践している有床診療所は全体の53.6%であった。内科の有床診療所では86.5%にのぼった。有床診療所では、住み慣れた地域で患者やその家族の希望に応じた看取りが可能である。



出所:日医総研ワーキングペーパーNo242
「平成23年有床診療所の現状調査」

有床診療所の施設数の推移

施設数は20年前の23,589施設から現在(2011年12月現在)の10,017施設に減少している。病床数は27.2万床から13.1万床に減少している。



出所：厚生労働省医療施設調査。11年は2011年8月末概数

有床診療所の施設数・病床数の推移(直近の状況)

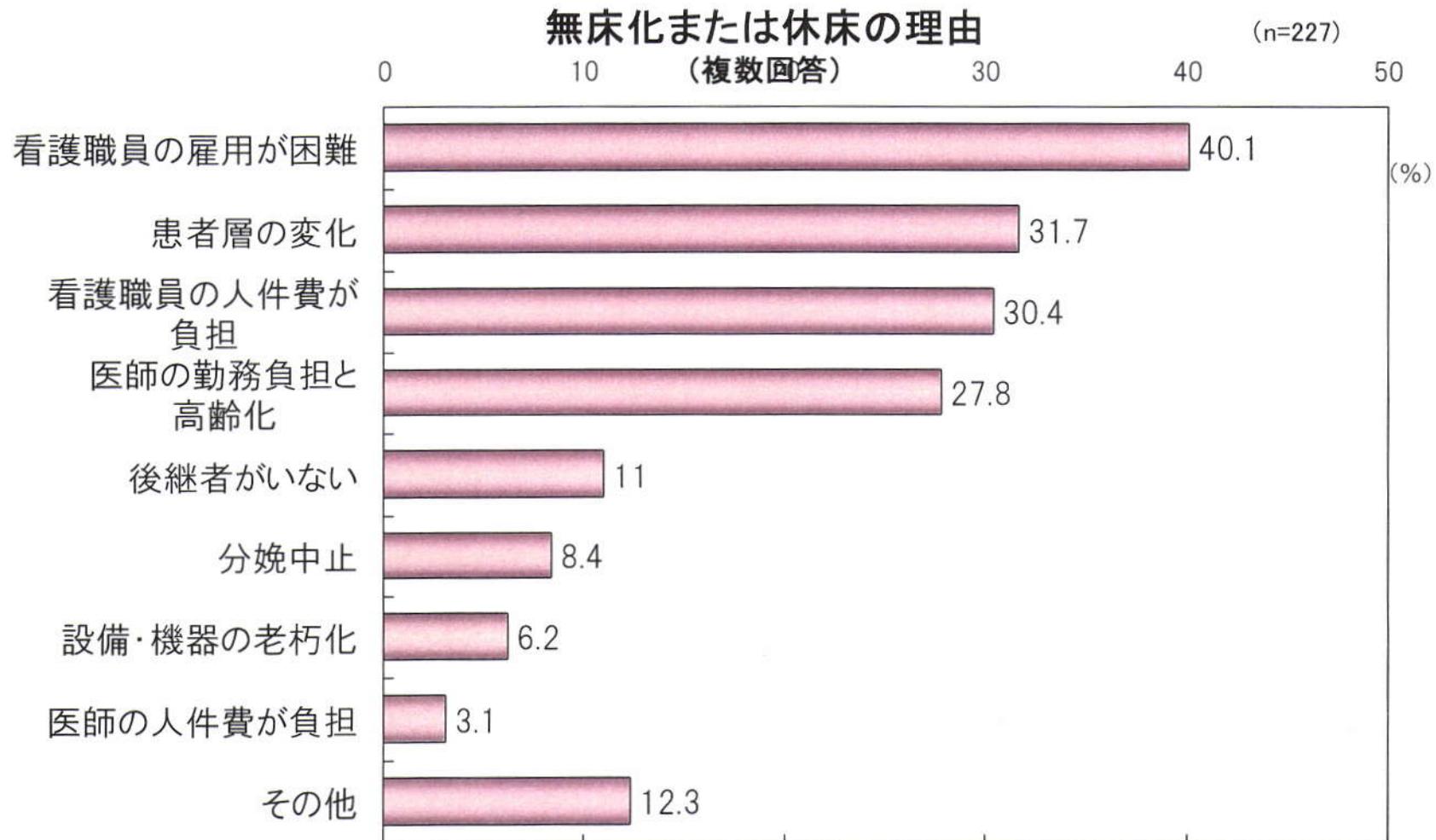
▶2010年診療報酬改定後、2011年も有床診療所の施設数の減少と病床数の減少が続いた。無床診療所は増加傾向が続いている。

有床診療所 2011年1月～2011年12月の推移

	2011 1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年間 減少数	2011年 12月現在
施設数	-36	-45	-42	-34	-41	-34	-33	-38	-37	-75	-44	-38	-497 施設	10,017 施設
病床数	-373	-516	-529	-454	-533	-429	-328	-468	-329	-840	-393	-408	-5,600 床	130,151床
うち 療養 病床数	-85	-55	-102	-110	-108	-69	-49	-78	-65	-29	-39	-41	-830床	うち療養 14,052床
＜参考 無床診療所＞														
無床 診療所	-59	54	97	125	106	22	57	60	32	121	10	-1	+624	89,942施設

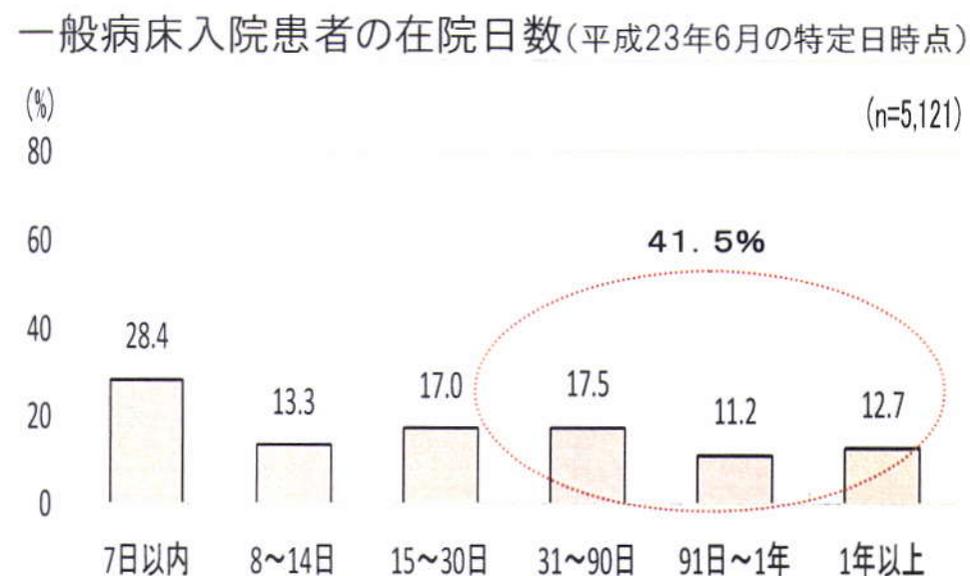
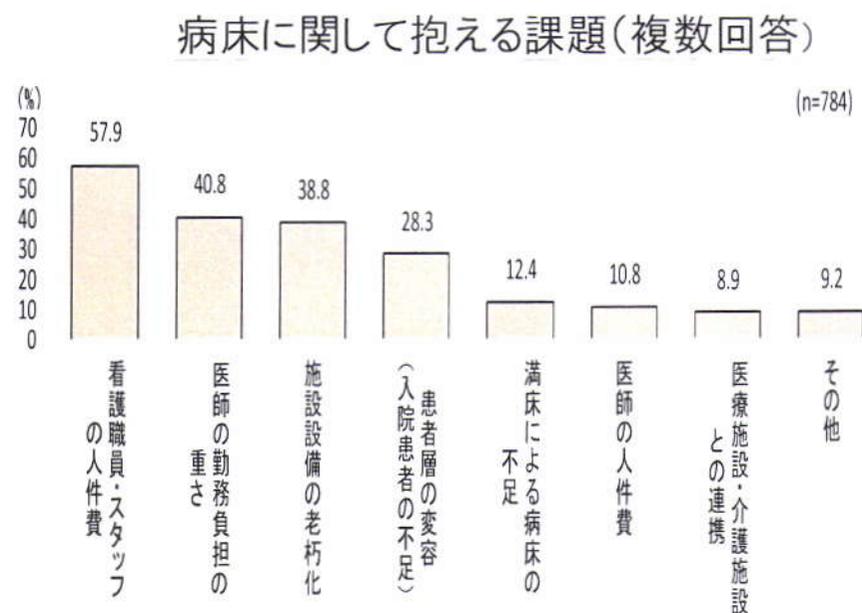
無床化の理由

病床の廃止や休床の最も大きな理由は看護職員の雇用であった。患者層の変化、看護職員の人件費、さらには医師の勤務負担がそれに続く。



有床診療所が抱える課題と不合理

- ・看護職員の人件費、医師の勤務負担、施設の老朽化が最大の3つの課題である。小規模な診療所で看護職員が集まらないという問題も大きい。
- ・病院からの受け皿として長期入院患者が多く、入院患者全体の4割は31日以上の入院期間となっている。内科診療所では5割を超える。



- ・看護職員など職員の人件費を賄う入院基本料は介護施設より低い設定となっている。
- ・看護職員補助職員への補助(加算)が行なわれていない。

平成24年診療報酬・介護報酬改定前の有床診療所入院基本料

有床診療所 一般病床 入院基本料

入院基本料1 入院基本料2 入院基本料3

入院日数	看護職員数		
	7人以上	4人以上 6人以下	1人以上 3人以下
14日以内	760	680	500
15～30日	590	510	370
31日以降	500	460	340

(点)

(参考)介護施設サービス費(多床室)

(単位)

	看護	介護	単位	
			(要介護3)	(要介護5)
介護療養型医療施設(診療所)	6:1	6:1	879	982
介護療養型医療施設(病院)	6:1	4:1	1,142	1,334
療養型経過型介護療養	8:1	4:1	1,012	1,194
介護療養型老人保健施設	6:1	6:1	1,012	1,164
介護老人保健施設	3:1		915	1,022
介護老人福祉施設	3:1		792	933

(参考)病院 一般病棟 入院基本料

看護師配置		7:1	10:1	13:1	15:1		特別
看護比率		70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	40%以上	—
入院日数	14日以内	2,005	1,750	1,542	1,396	1,384	875
	15～30日以内	1,747	1,492	1,284	1,138	1,126	730
	30日超	1,555	1,300	1,092	946	934	575

入院期間に応じて加算される450点(14日以内)と192点(15～30日以内)を含む。

(点)

有床診療所を巡る問題点、意見、要望（地域からの声）

コストが合えば
地域のために続けられる

<診療報酬関係>

- ・入院基本料が著しく低く、外来収入で入院部門の赤字を補填
⇒人口が少ない地域では、外来収入も少ない。入院で黒字となるような診療報酬体系の確立が急務（入院基本料、複数医師体制加算大幅引き上げ、看護補助加算の新設 等）
- ・介護施設よりも低い診療報酬
⇒介護施設よりも密度の濃い医療、サービスを提供していながら、診療報酬上の評価が低い。患者・家族も費用の高い介護施設よりも有床診療所への入院を希望し、なかなか退院できない。
介護施設も、医療処置や認知症、暴力など手間のかかる患者の入所を断る傾向。
- ・医療の活性化を図るため、意欲十分な臨床医が複数で経営できるような診療報酬体系の整備を
- ・診療所を、自信を持って次の世代に送ることができる診療報酬体系の確立を

<看護職員関係>

- ・深刻な看護職員不足(特に夜勤)

特に地方や中山間地域では若い看護職員がおらず、現在の職員も高齢化。
診療報酬が低いため、大病院や公立病院と同条件を提示することもできない。

- ・看護職員のカウントは、療養病床と一般病床で分けず、合算としてほしい。

<医療提供体制全般>

- ・病院から在宅医療という流ればかりでなく、家庭環境や財政を考えれば
有床診療所を中間施設として利用できる医療体制作りが必要(有診を増やす)。

日本医師会「有床診療所に関する検討委員会」要望と改定内容について

(要望1) 有床診療所入院基本料の引き上げ

有床診療所の入院基本料は、病院はもとより、介護施設と比べても著しく低い。医師や看護職員が医学的管理を行い、介護施設よりも密度の濃い医療を提供しているながら、介護施設よりも評価が低いのは、あまりにも不合理である。地域に根ざした有床診療所が、確固たる経営基盤を築き、安定的・継続的にその機能を果たせるよう、入院基本料の引き上げを強く要望する。

【改定内容】

「栄養管理実施加算」「褥瘡患者管理加算」について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、入院基本料の算定要件に包括され、11点ずつ引き上げ

①栄養管理体制

※管理栄養士1名以上配置(有床診療所は常勤でなくともよい)

(経過措置)平成24年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関は、平成26年3月31日までの間は栄養管理体制を満たしているものとする。

②褥瘡対策

※褥瘡対策チーム(褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成)が設置されている 等

(経過措置)なし

(要望2) 他医療機関受診時の取り扱いの見直し

入院中の患者が他の医療機関を受診した場合、入院基本料が30%減算される。他医療機関の受診は、入院患者が最適な医療を受けるために必要である。特に有床診療所は単科が多いため、必要に応じて他医療機関の受診はどうしても必要となる。

この制限により、病院や有床診療所は、ただでさえ経営が苦しい中で、大きな減収を覚悟で入院医療を行わなければならない。

また、地域における医療連携を著しく阻害するものであり、早急な見直しを求める。

【改定内容】

有床診療所に入院中の患者が、透析や共同利用をすすめる検査(PET、光トポグラフィーまたは中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査)のみを目的として他医療機関を受診した場合は15%減算

(要望3) 看護補助加算の創設

看護職員不足の折、有床診療所は病院以上に看護職員の確保が困難な状況に加え、入院患者の高齢化に伴い介護に対する人手も必要となっている。そのため、看護補助者を相当数配置しており、これに対する評価として、病院と同様に、看護補助加算の創設を要望する。

評価なし

(要望4) 有床診療所終末期・看取り加算の創設

今後、わが国の年間死亡者数は急激に増えることが予想され、終末期医療・看取りの体制をどう確保していくかが喫緊の課題となっている。現在は病院が主な看取りの場となっているが(約8割)、病院の病床が今後大幅に増えることはなく、今まで以上に看取することはできない。また、病院の急性期の病床が看取りに使われることは避けなければならない。一方、在宅での看取りについても、高齢者の世帯構成が独居または夫婦のみの世帯が6割以上を占める社会構造の中で、現実には困難な場合が多いと言わざるを得ない。そのような状況において、有床診療所が、かかりつけ医として、今まで以上に看取りにおいて役割を果たしていくべきと考える。円滑な受け入れ体制を取れるよう、有床診療所終末期・看取り加算の創設を要望する。

【改定内容】

新設 看取り加算

在宅療養支援診療所の場合: 2000点

その他の場合: 1000点

※入院の日から30日以内に看取った場合
夜間に看護職員を1名以上配置

(要望5)有床診療所回復期リハビリテーション加算の創設

回復期リハビリテーションの提供体制が十分でないため、脳血管障害等の患者の半数以上が、急性期後の回復期リハビリテーションを受けられないまま、療養病床や在宅での療養に移行している。

病院も回復期リハビリテーション機能を持つ連携先を求めており、患者・家族にとっても、身近な有床診療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に提供していく体制を整えられるよう、「有床診療所回復期リハビリテーション加算」の創設を要望する。

評価なし

(要望6) 有床診療所緩和ケア加算の創設

わが国の死亡原因の第1位はがんであり、3人に1人ががんで亡くなっている。緩和ケアは今後さらに重要となるが、病院の「緩和ケア病棟」は、圧倒的に不足している。

住み慣れた地域で過ごしつつ緩和ケアを受けられるよう、緩和ケアの裾野を有床診療所まで積極的に広げることが重要である。

現状では、入院基本料の低さが、有床診療所における緩和ケアの普及の大きな障壁となっているが、緩和ケアに対する加算を設けることで、有床診療所の緩和ケアへの参入も可能になると考えられる。

【改定内容】

新設 有床診療所緩和ケア診療加算: 150点(1日につき)

※夜間に看護職員を1名以上配置

身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師(医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者)を配置

(要望7) 認知機能障害加算の創設

認知症高齢者が、今後急激に増加することが見込まれている。
特に問題となる認知症のBPSD(徘徊、暴力、問題行動等の周辺症状)は
精神科医療の範疇ではあるが、身体疾患の治療のため有床診療所に入院
している患者の中にも、BPSD症状を抱えるケースは多く、非常に手がかかる。
以前、医療療養病床には「認知機能障害加算」があったが、平成20年の改定
で廃止された。
同加算の復活と、有床診療所一般病床への適用を要望する。

評価なし

有床診療所について

○有床診療所とは

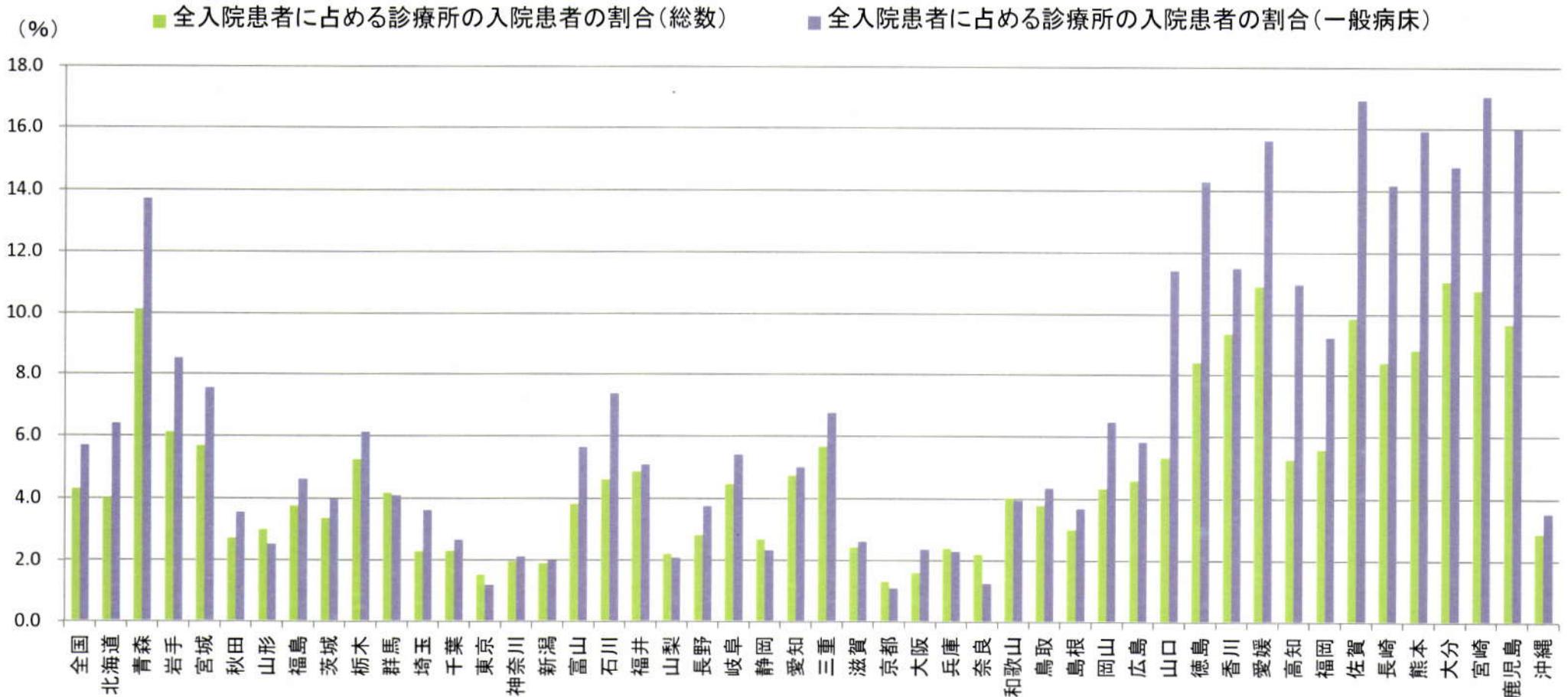
医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するもの。〈医療法第1条の5第2項〉

○施設の概況

	施設数	病床数
病院	8,670	1,593,354
一般診療所	99,824	—
有床	10,620	136,861
療養病床を有するもの(再掲)	1,485	15,078 (参考; H20介護保険適用6,087)
無床	89,204	—

病院・診療所の入院患者数の比率

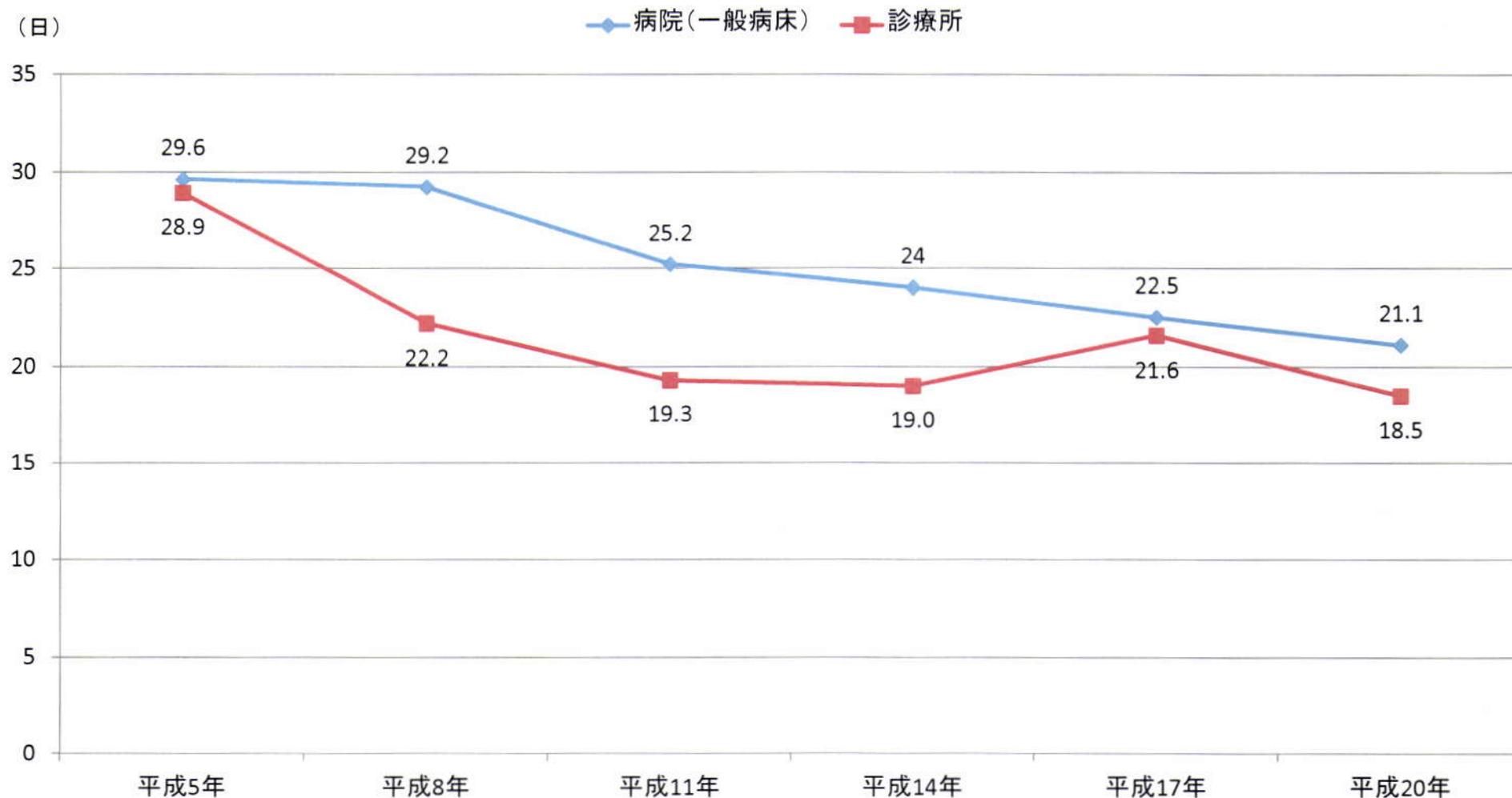
- 入院患者に占める診療所の入院患者の割合をみると、全国平均は4.3%、都道府県別では、11.1%(大分県)から1.3%(京都府)まで分布。
- 同様に、一般病床について入院患者に占める診療所の入院患者の割合をみると、全国平均は5.7%、都道府県別では1.1%(京都府)から17.0%(宮崎県)まで分布。
- 入院患者に占める診療所の入院患者の割合は、全病床、一般病床のいずれについても都市部で低く、地方で高い傾向にある。



施設の種別別にみた退院患者の平均在院日数の年次推移

○施設の種別別に退院患者の平均在院日数をみると、病院（一般病床）、一般診療所のいずれについても、おおむね短縮する傾向にある。

○平成20年についてみると、病院（一般病床）は21.1日、診療所は18.5日。

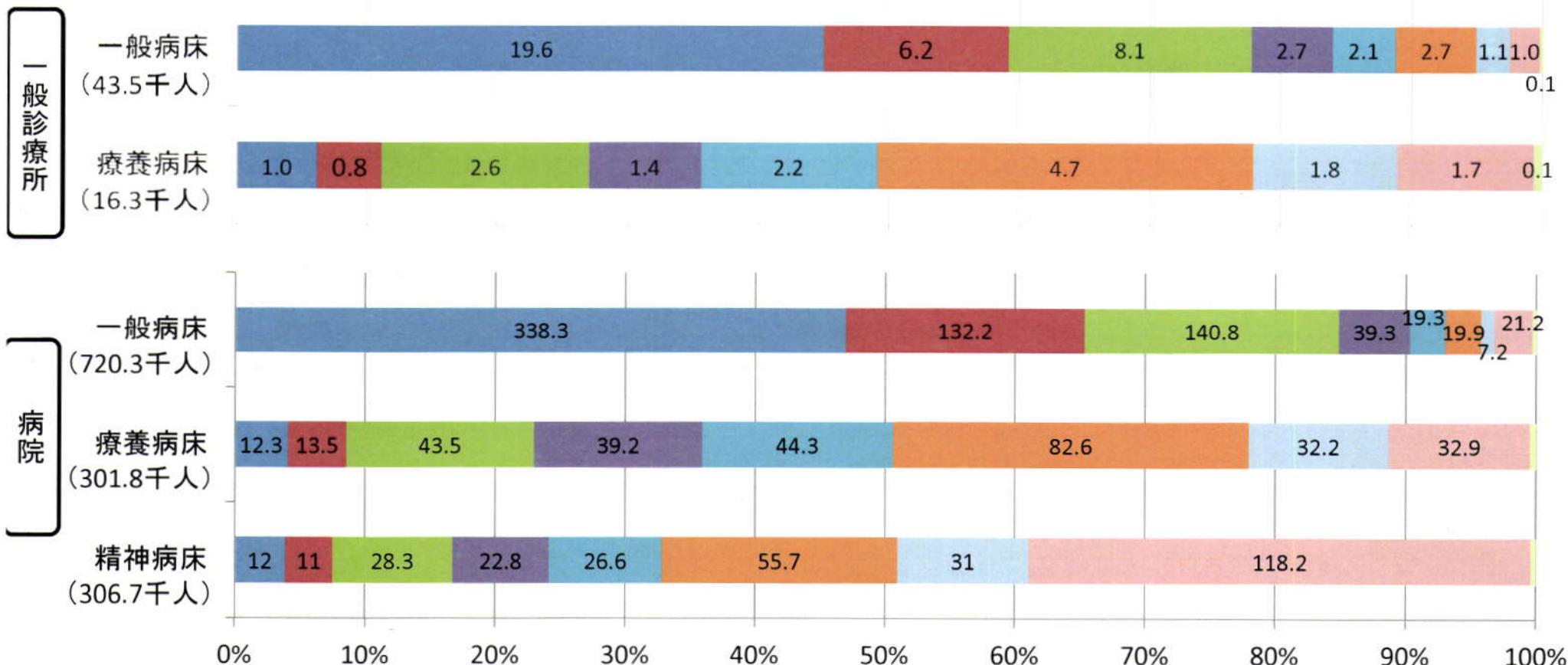


入院期間別入院患者数(病院・診療所)

- 診療所についてみると、療養病床にあっては入院から6月以上が経過している患者が6割強となっているが、一般病床においては約16%。
- 病院についてみると、療養病床、精神病床にあっては入院から6月以上が経過している患者がそれぞれ3分の2、4分の3程度となっているが、一般病床においては9%強。

※ グラフ中の数値は、人数(単位:千人)

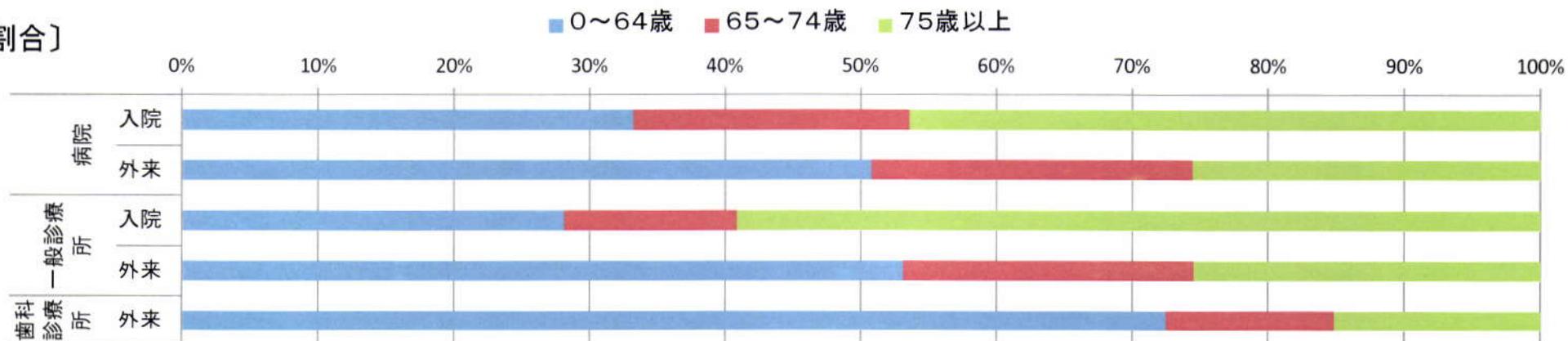
■ 0~14日 ■ 15日~30日 ■ 1月~3月 ■ 3月~6月 ■ 6月~1年 ■ 1年~3年 ■ 3年~5年 ■ 5年以上 ■ 不詳



病院・診療所の患者の年齢階級（構成割合と推計患者数）

- 病院の推計入院患者数は1332.6千人、推計外来患者数は1727.5千人。
- 病院の入院患者を年齢階級別にみると、0～64歳が約33.2%、65～74歳が約20.4%、75歳以上が46.3%、同様に外来患者についてみると、0～64歳が約50.7%、65～74歳が約23.6%、75歳以上が25.5%。
- 一般診療所の推計入院患者数は、59.8千人、推計外来患者数は3828.0千人。
- 一般診療所の入院患者を年齢階級別にみると、0～64歳が28.1%、65～74歳が約12.7%、75歳以上が59.0%、同様に外来患者についてみると、0～64歳が52.9%、65～74歳が約21.3%、75歳以上が25.4%。
- 歯科診療所の推計が依頼患者数は、1309.4千人。年齢階級別にみると、0～64歳が66.0%、65～74歳が約20.0%、75歳以上が13.8%

〔割合〕



〔推計患者数〕

(単位:千人)

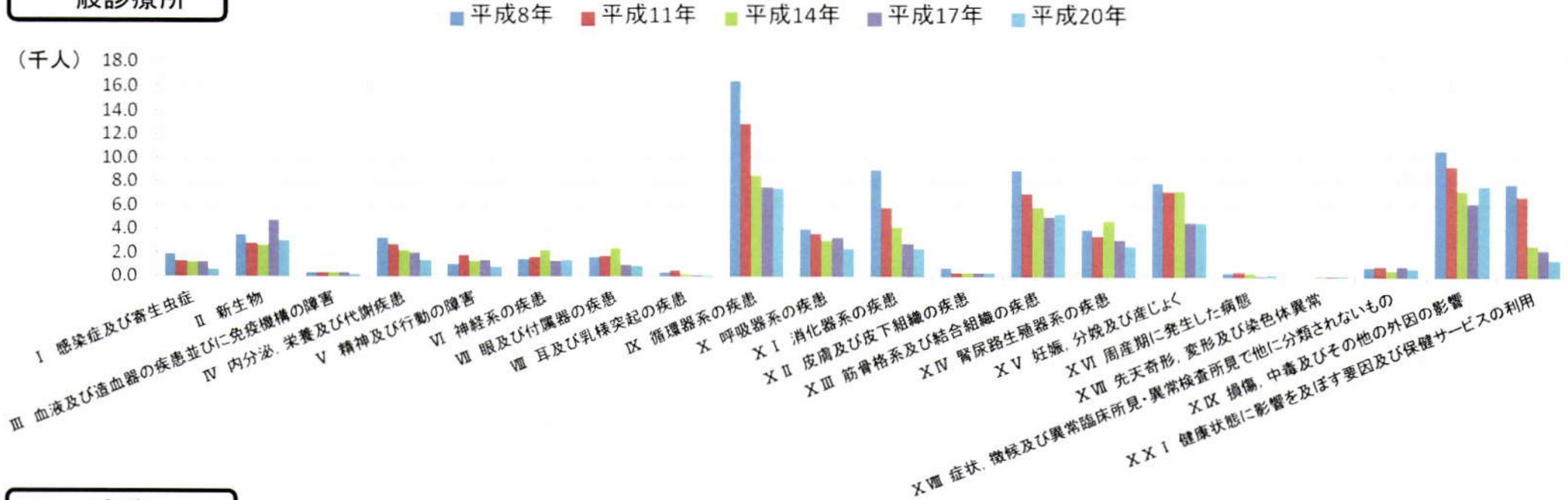


※歯科診療所については、調査対象は外来患者のみ

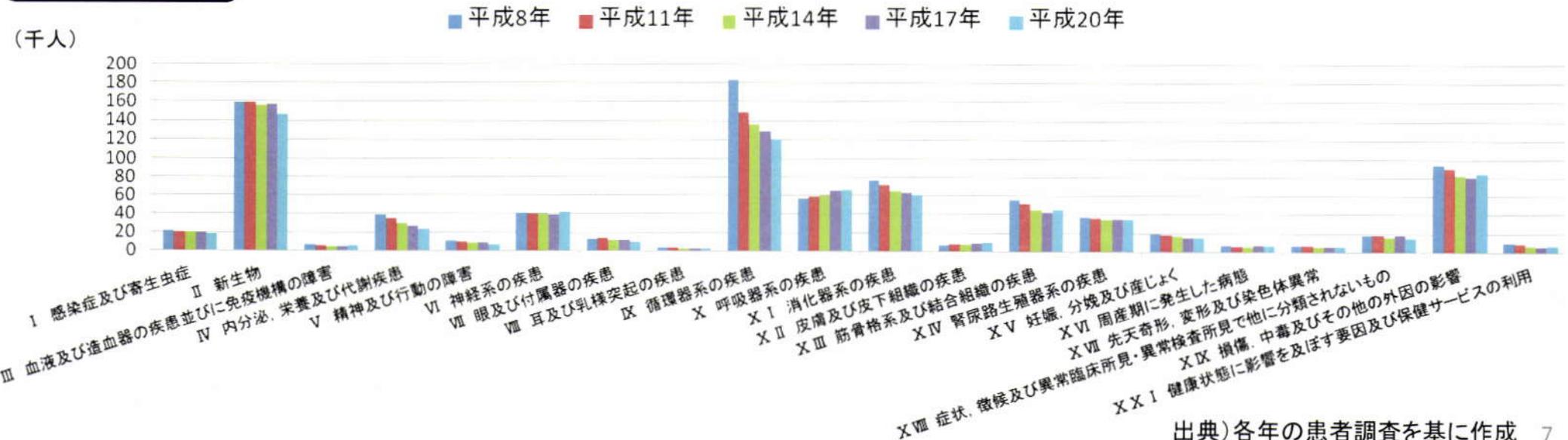
出典)厚生労働省「平成20年患者調査」

傷病別にみた入院患者数の推移(一般病床)

一般診療所

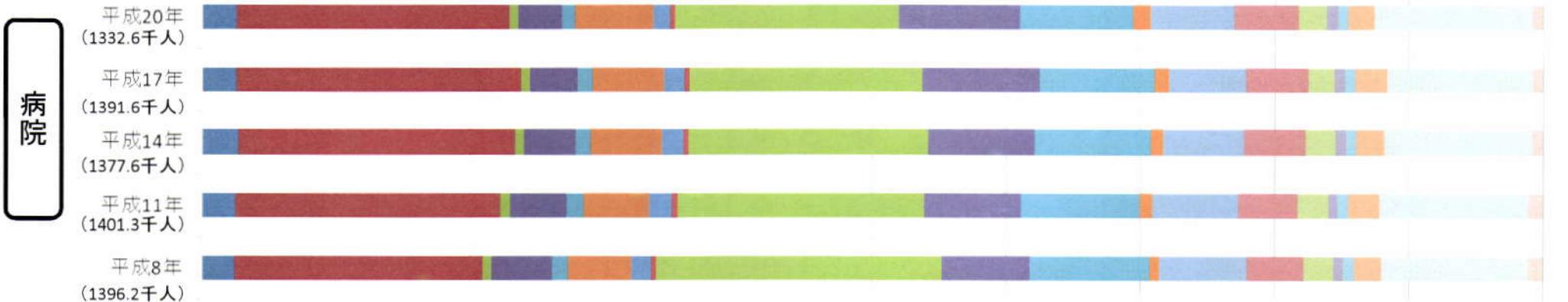
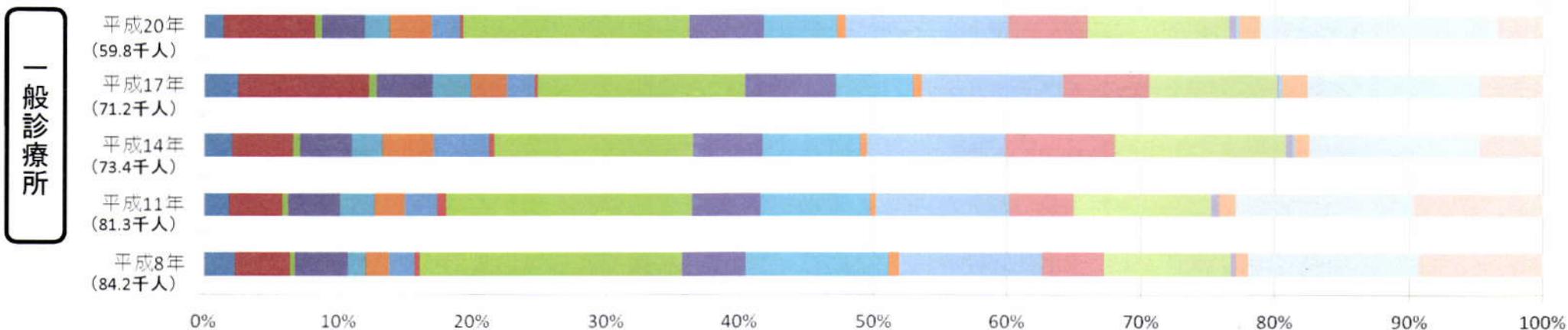


病院



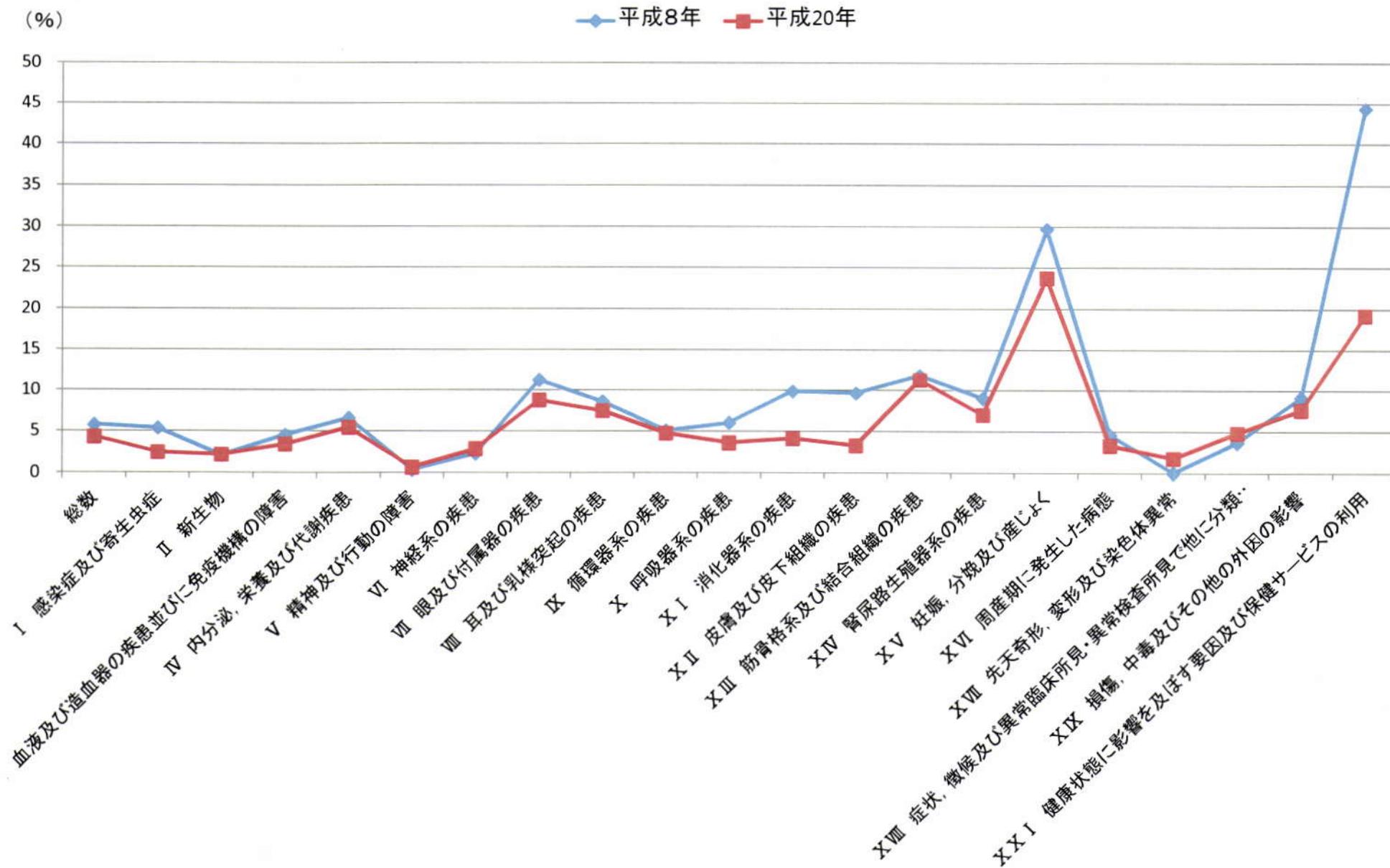
入院患者の傷病構成の推移(一般病床)

- I 感染症及び寄生虫症
- II 新生物
- III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
- IV 内分泌、栄養及び代謝疾患
- V 精神及び行動の障害
- VI 神経系の疾患
- VII 眼及び付属器の疾患
- VIII 耳及び乳様突起の疾患
- IX 循環器系の疾患
- X 呼吸器系の疾患
- XI 消化器系の疾患
- XII 皮膚及び皮下組織の疾患
- XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患
- XIV 腎尿路生殖器系の疾患
- XV 妊娠、分娩及び産後
- XVI 周産期に発生した病態
- XVII 先天奇形、変形及び染色体異常
- XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響



出典)各年の患者調査を基に作成

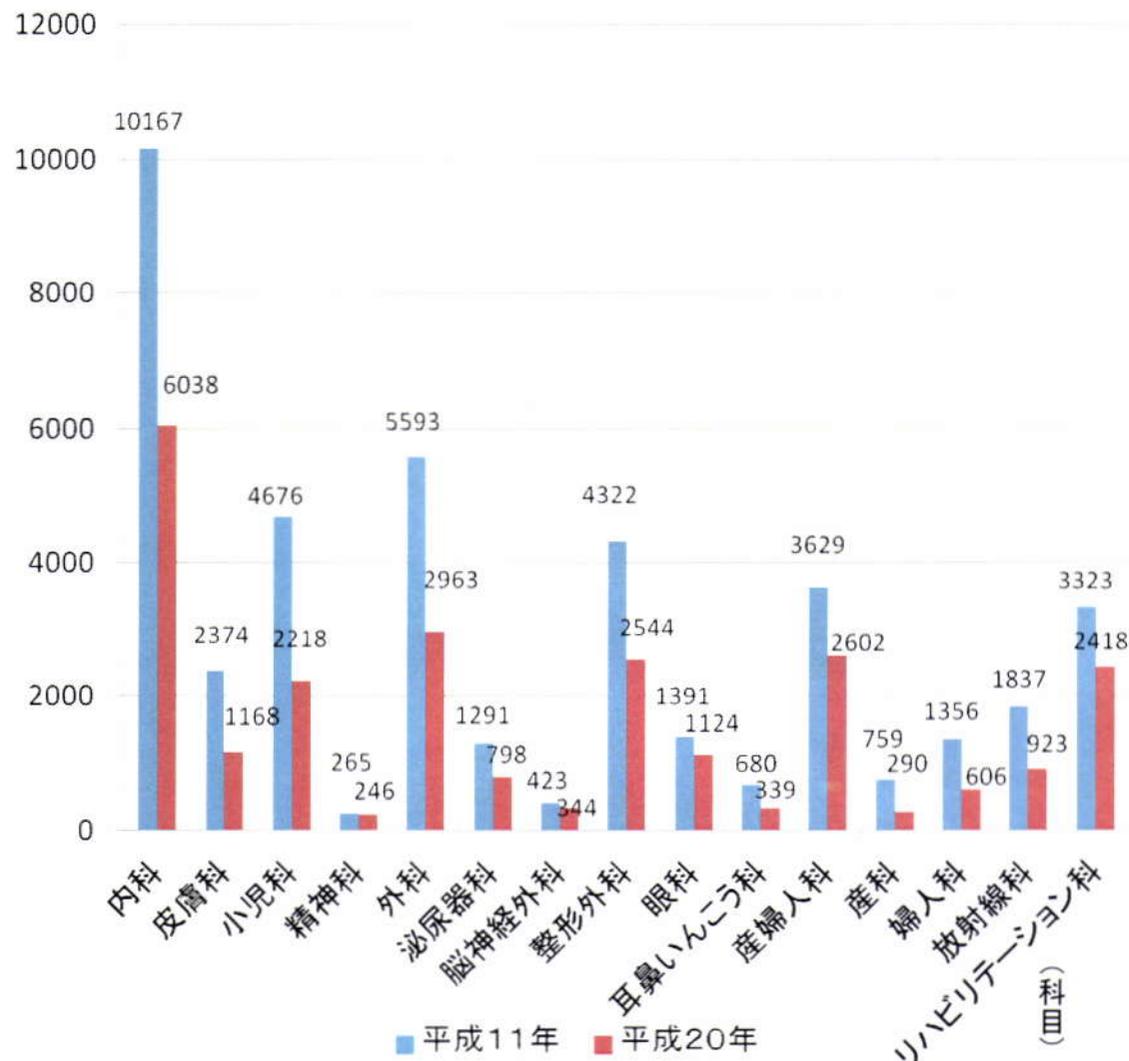
傷病別にみた入院患者のうち診療所が占める割合



診療科ごとの一般診療所数<有床>(重複計上)

平成20年10月1日において、有床の一般診療所(総数11,500施設)を診療科目別にみると、「内科」が6,038施設(総数の52.5%)と最も多く、次いで、「外科」2,963施設(同25.8%)となっている。

(箇所)



平成11年、平成20年ともに標榜可能な診療科のうち増減幅が大きいもの

	平成11年(A)	平成20年(B)	B/A
心臓血管外科	47	78	1.66
呼吸器外科	36	47	1.31
美容外科	43	54	1.26
アレルギー科	333	400	1.20
心療内科	178	210	1.18
耳鼻いんこう科	680	339	0.50
皮膚科	2374	1168	0.49
小児科	4676	2218	0.47
婦人科	1356	606	0.45
産科	759	290	0.38
総数	18487	11500	0.62

※広告可能な診療科名の変更による増減も考えられる。

分娩を実施した施設数と分娩件数の年次推移

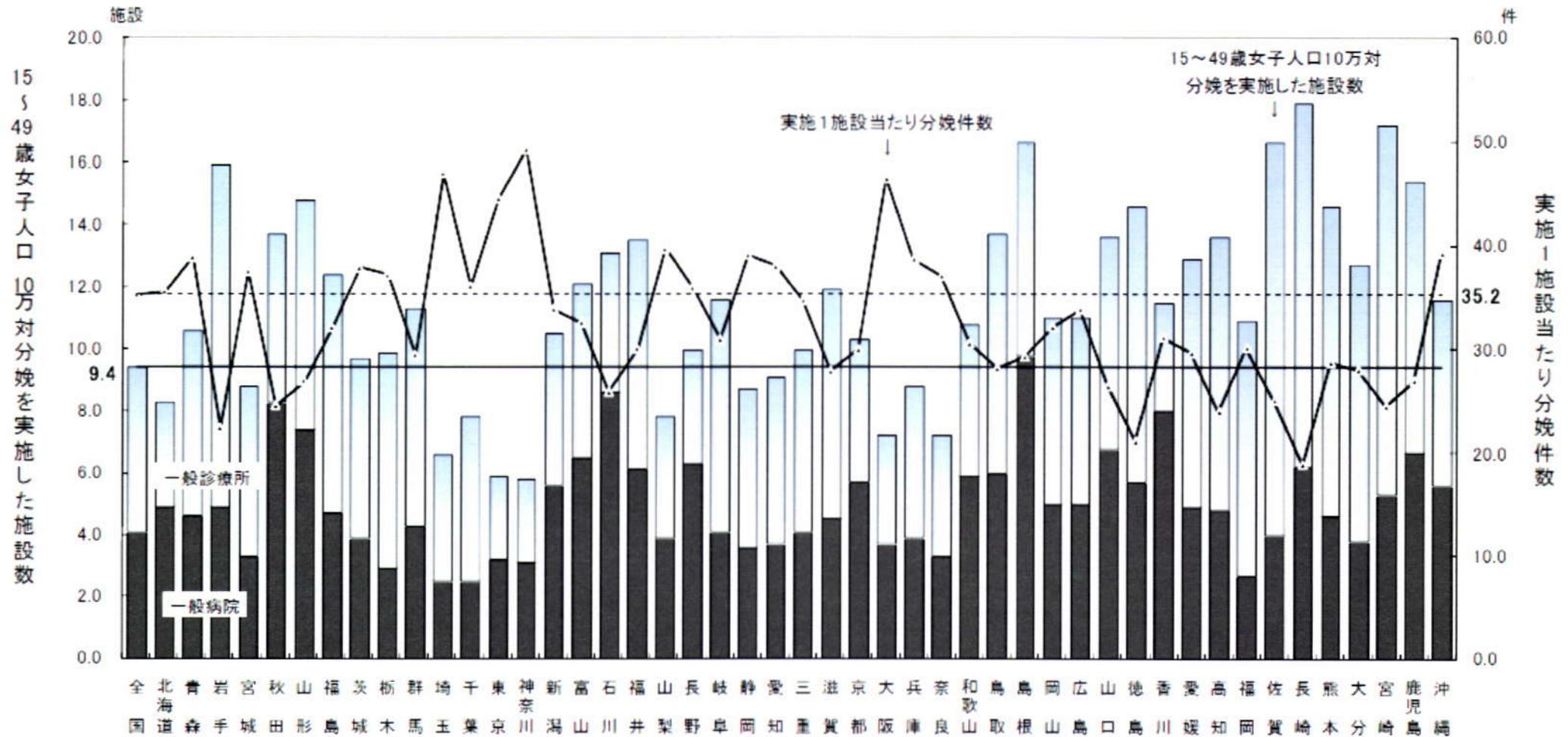
各年9月中

	分娩を実施した施設総数			構成割合(%)		
		分娩を実施した 一般病院数	分娩を実施した 一般診療所数		分娩を実施した 一般病院数	分娩を実施した 一般診療所数
平成8年(1996)	3 991	1 720	2 271	100.0	43.1	56.9
11 ('99)	3 697	1 625	2 072	100.0	44.0	56.0
14 (2002)	3 306	1 503	1 803	100.0	45.5	54.5
17 ('05)	2 933	1 321	1 612	100.0	45.0	55.0
20 ('08)	2 567	1 126	1 441	100.0	43.9	56.1

各年9月中

	一般病院			一般診療所		
	分娩件数	帝王切開 娩出術 件数 (再掲)	分娩に 占める 割合 (%)	分娩件数	帝王切開 娩出術 件数 (再掲)	分娩に 占める 割合 (%)
昭和62年(1987)	59 939	5 933	9.9	45 040	2 948	6.5
平成2年 ('90)	53 497	5 981	11.2	35 233	2 919	8.3
5 ('93)	54 065	7 486	13.8	40 347	3 687	9.1
8 ('96)	52 976	7 791	14.7	43 034	4 270	9.9
11 ('99)	50 959	8 852	17.4	40 097	4 571	11.4
14 (2002)	49 629	8 900	17.9	41 498	4 938	11.9
17 ('05)	44 865	9 623	21.4	40 247	5 156	12.8
20 ('08)	47 626	11 089	23.3	42 792	5 553	13.0

都道府県別にみた分娩を実施した施設の状況

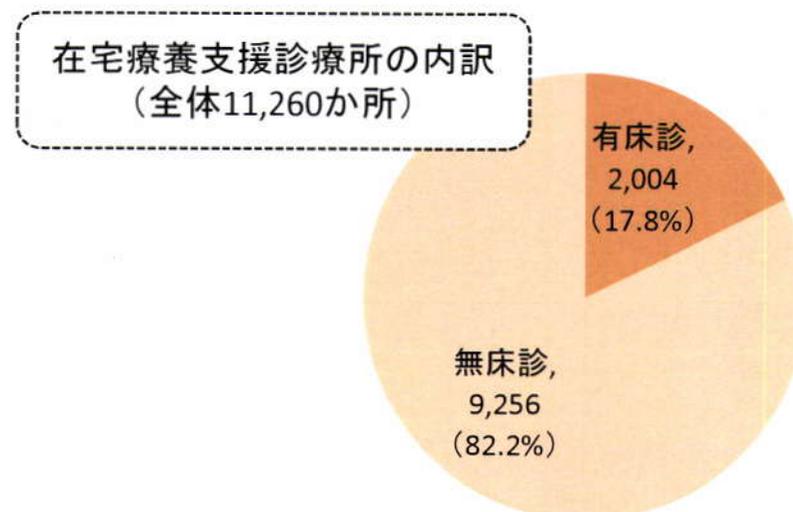
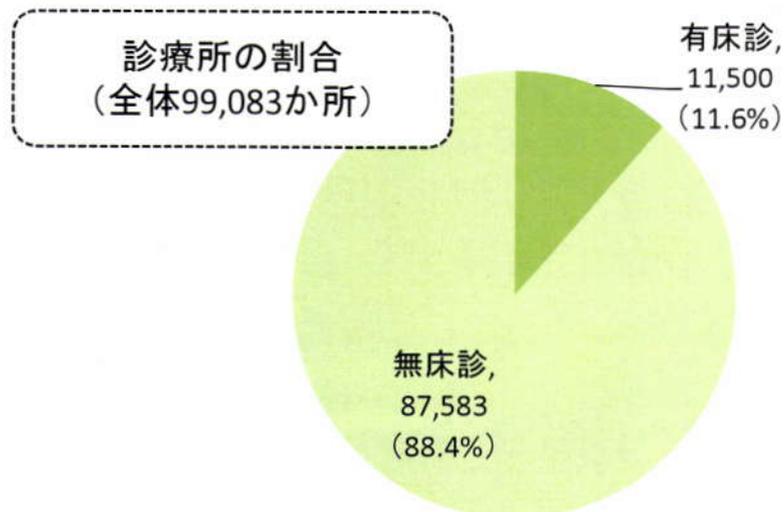


在宅医療への取組

○在宅療養支援診療所（11,260）のうち、有床診療所は2,004か所であり、全体の17.8%を占める。

○また、有床診療所全体（11,500）のうち、17.4%が在宅療養支援診療所である。

在宅療養支援診療所	有床診	2004
	無床診	9256
	総数	11260



終末期における在宅医療への取組

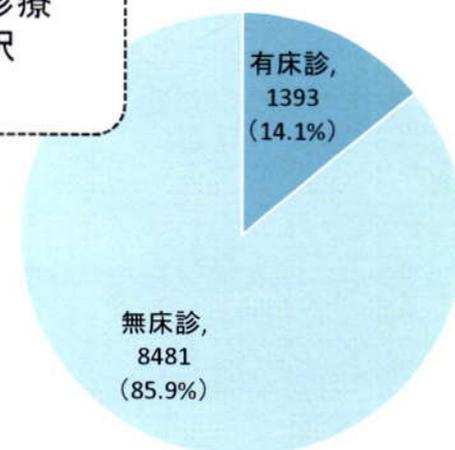
○ 通院が困難な居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対し、総合的な医療を提供する、在宅末期医療総合診療を行っている施設(10,174)については、病院300、診療所9,874(うち有床診 1,393)となっている。在宅末期医療総合診療の実施診療所のうち、有床診療所は全体の14.1%を占める。

※在宅末期医療総合診療の施設基準の概説

- 在宅療養支援病院または診療所に係る施設基準の届出を行っていること
- 自宅療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍患者に対して、計画的かつ総合的な医療を提供できる体制が整備されていること
- 定期的な訪問診療及び訪問看護を実施できる体制が整備されていること 等

在宅末期医療 総合診療	有床診	1393
	無床診	8481
	病院	300
	総数	10174

在宅末期医療総合診療
実施診療所の内訳
(全体9,874か所)



在宅医療に係る医療体制において有床診療所に期待される役割

- 在宅医療を円滑に進める上では、急変時の対応などで有床診療所が重要な役割を担っており、都道府県が医療計画を策定する際にも、有床診療所の役割に留意することが必要。
- 医療計画策定に向けた「在宅医療の体制構築に係る指針(平成24年3月30日)」においては、具体的に以下のとおり有床診療所について記載。

退院支援

入院医療機関と在宅医療に係る期間の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保するため、有床診療所には、入院医療機関として、退院支援体制の確保が期待されている。

急変時の対応

在宅療養者の病状急変時の対応体制の確保において、有床診療所には、連携している医療機関(特に無床診療所)が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うことが期待されている。

看取り

在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、有床診療所で必要に応じて受け入れることが期待されている。

※ このほか、有床・無床を問わず診療所の役割として、日常の在宅での療養支援などを記載。

第5次医療法改正における有床診療所に関する改正

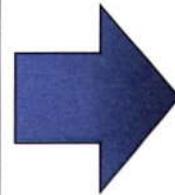
- 有床診療所のこれまで果たしてきた役割や今日提供している医療の状況等を踏まえ48時間の入院期間制限規定を廃止する。
- 上記規定の廃止に伴い、患者の緊急時に対応する体制確保の義務づけや医療従事者の配置等の情報開示を行わせる。
- 原則として、医療計画の基準病床数制度の対象とするが、在宅医療や産科など地域において特に必要とされ、医療計画に位置付けられた診療所の一般病床は、病床過剰地域においても設置できるよう措置する。

有床診療所(一般病床)の現状

- ・ 48時間の入院期間制限
- ・ 人員配置標準の規定なし
- ・ 医療計画の基準病床数制度の対象外

(問題点)

- ・ 有床診療所には、へき地等における入院施設や高度な手術を行う施設など、様々な機能を果たすものが存在するため、48時間規制を一律に課すことが適当ではない
- ・ 一般病床における実際の平均在院日数が16.6日(平成14年「患者調査」)となっており、規制と実態が合っていない



改正内容

- ・ 48時間の入院期間制限規定の廃止
- ・ 他の医療機関の医師との連携等、患者の緊急時に対応する体制確保を管理者に義務づけ
→ 一層の医療安全の確保
- ・ 医療従事者の配置等一定の情報について、
- 医療情報の都道府県への届出制度の届出対象
→ 情報開示を通じた医療の質の確保
- ・ 医療計画の基準病床数制度の対象とする
(開設・増床の際都道府県知事の許可を受ける必要がある)
ただし、
 - 平成19年1月1日前からある一般病床については、改めて許可を受けることは求めず、既存病床数には含まない。
 - 平成19年1月1日以降に開設・増床の許可を受ける診療所のうち、医療計画に位置付けられた在宅医療や産科などの診療所の一般病床については届出で設置可とし、既存病床数に含める。

※ 有床診療所の療養病床は、長期入院を対象とする病床であるため制度が異なる(入院期間制限なし、人員配置標準の規定であり、医療計画の基準病床数制度の対象)

有床診療所に係る 平成24年診療報酬改定について

保険局医療課
平成24年4月4日

1

平成24年度診療報酬改定の概要

- ・ 「社会保障・税一体改革成案」で示した2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定。
- ・ 国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくために必要な分野に重点配分

全体改定率	+0.004%
診療報酬(本体)	+1.38% (約5,500億円)
┌	医科 +1.55% (約4,700億円)
	歯科 +1.70% (約500億円)
	調剤 +0.46% (約300億円)
薬価等	▲1.38% (約5,500億円)

2

有床診療所における主な改定項目

(1) 有床診療所の病床の柔軟な運用

- 有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、相互の柔軟な算定を可能とする。
- 介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は2室8床に限られているが、より柔軟な運用を可能とする。

(2) 有床診療所の機能に着目した評価

- 緩和ケアの評価を新設する。
- ターミナルケアの評価を新設する。

(3) 時間外の患者対応に着目した評価

- 時間外に患者からの電話等による問い合わせに対応する診療所への評価を充実させる。

(4) 在宅医療の推進

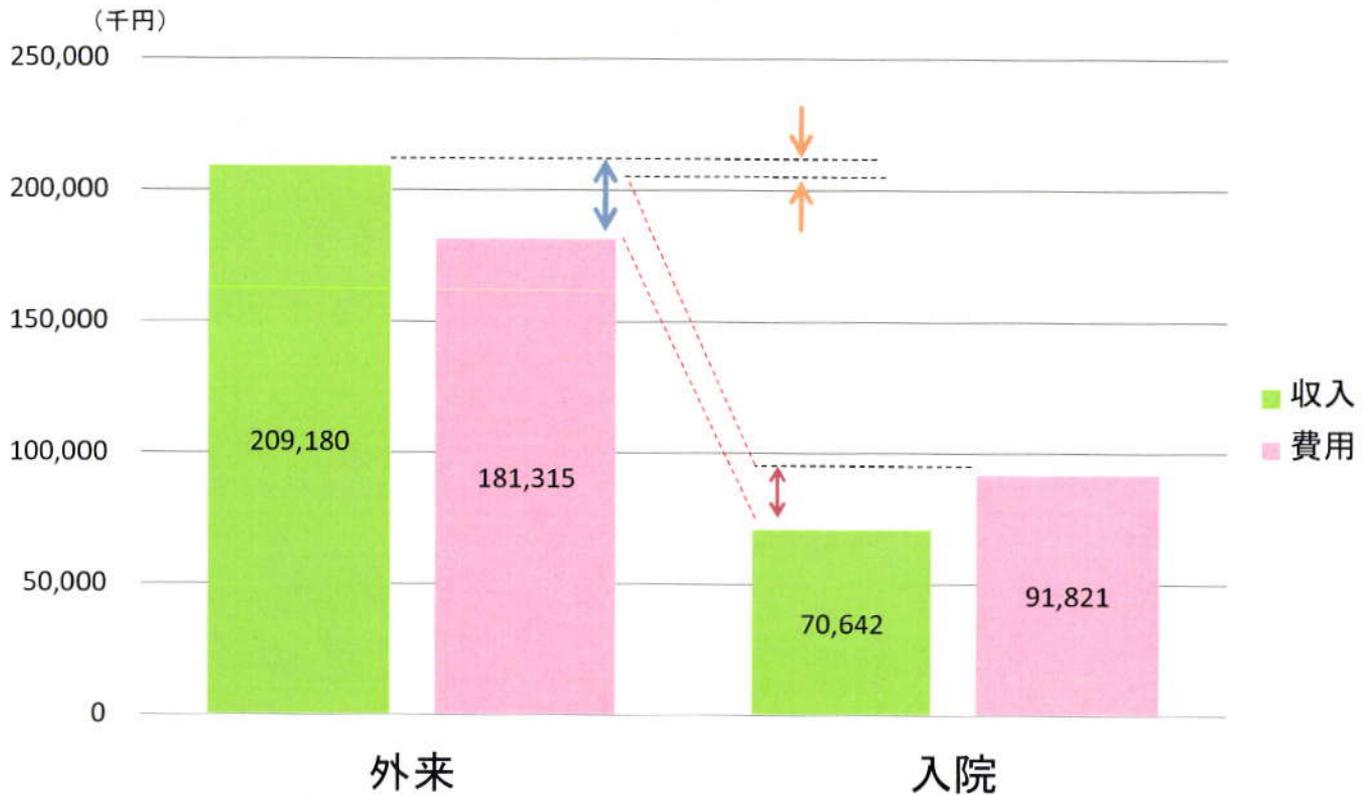
- 複数の医療機関による連携、ベッドを有する医療機関との連携を行った場合、往診等の評価を引き上げる。
- 在宅療養中の患者が急変した際、緊急入院受け入れを行った場合に対する評価を引き上げる。

3

(1) 有床診療所の病床の柔軟な運用

4

日医総研ワーキングペーパーNo.204 平成21年 有床診療所経営実態調査
有床診療所(44施設)の損益状況(平成20年)



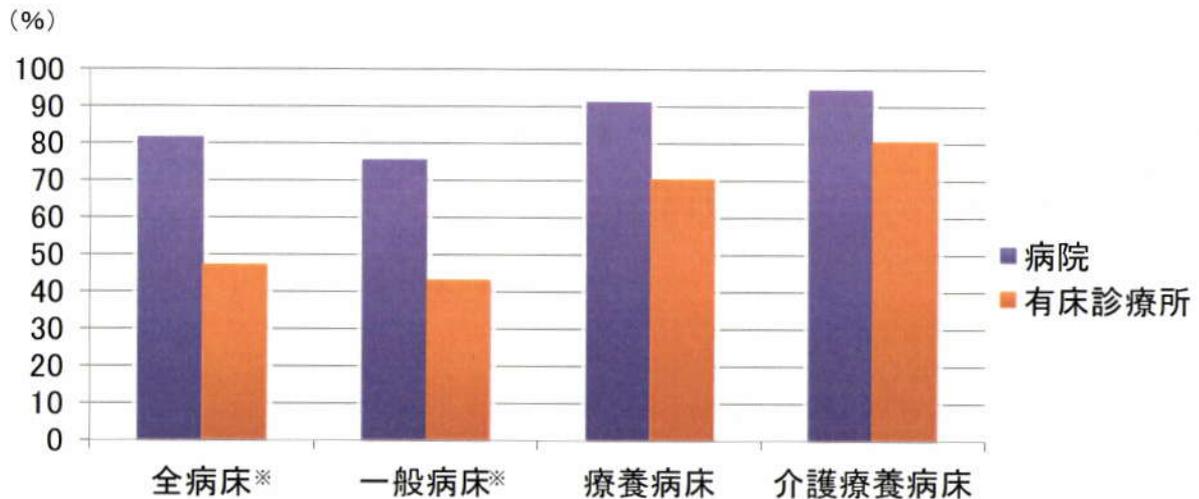
備考: 表45「一般病床及び一般病床と医療療養の両方を有する施設」のデータを加工し推計

5

病院と有床診療所における病床利用率

病床利用率の算出方法 = $\frac{\text{年間在院患者延数}}{(\text{月間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の1月} \sim \text{12月の合計}} \times 100$

病床利用率(平成21年)

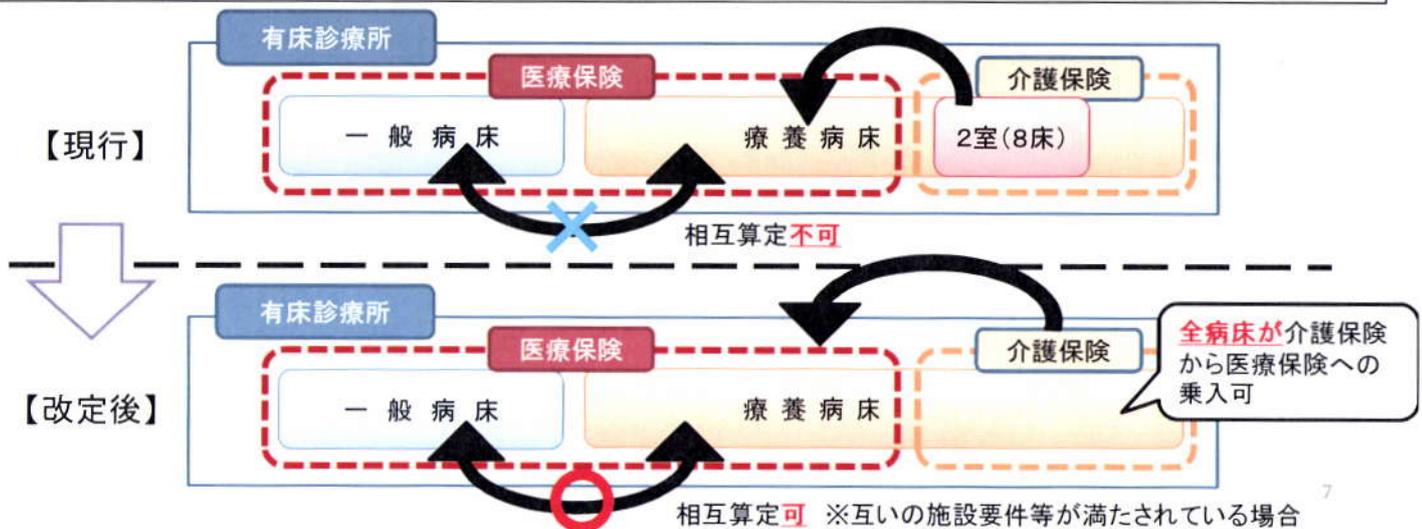


※ 有床診療所における一般病床、全病床の病床利用率は平成20年9月30日の在院患者数と病床数から算出

診療所の機能に着目した評価①

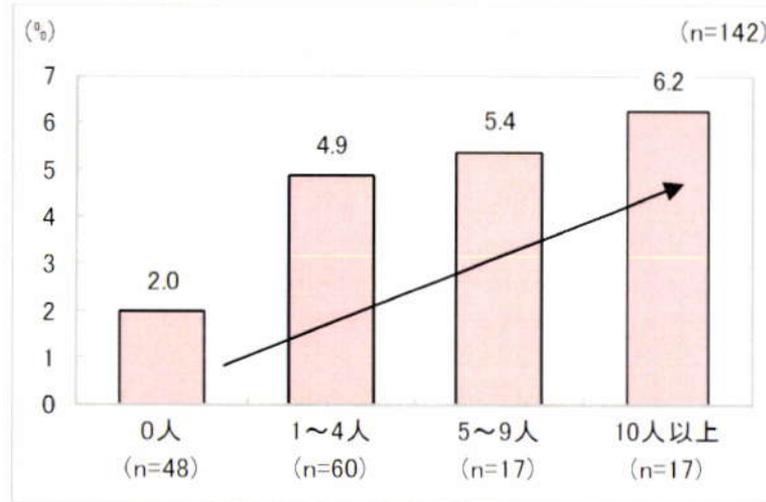
有床診療所の柔軟な病床運用

- 一般病床、療養病床で区別されている入院基本料を、両方の病床を有する診療所については、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じた相互算定を可能とする。
- 介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は2室8床に限られているが、全介護療養病床について算定可能とする。



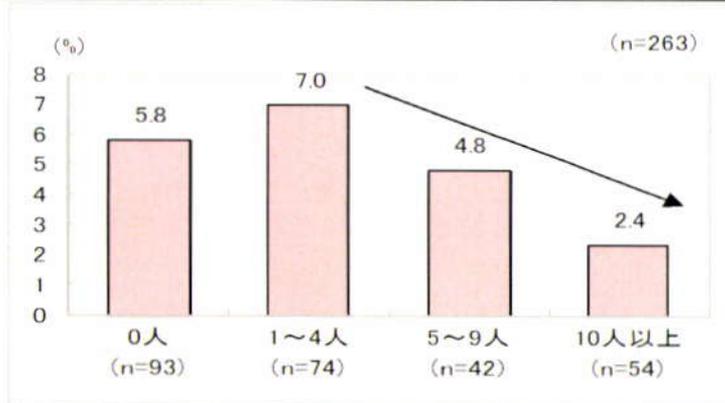
(2) 有床診療所の機能に着目した評価

年間在宅看取り数と経常利益率(有床診療所)

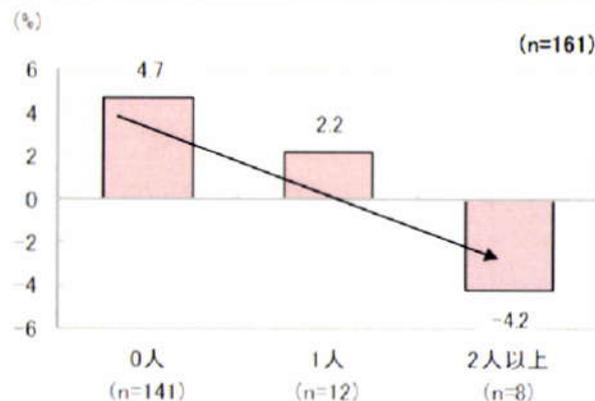


出典:日医総研ワーキングペーパー⁹

年間院内看取り数と経常利益率(有床診療所)



緩和ケアの年間入院患者数と経常利益率(有床診療所)



出典:日医総研ワーキングペーパー¹⁰

診療所の機能に着目した評価①

有床診療所における緩和ケアの推進

- 有床診療所における質の高い緩和ケア医療に対する評価を新設し、緩和ケアの推進を図る。

(新) 有床診療所緩和ケア診療加算 150点(1日につき)

〔施設基準〕

- ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。
- ② 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師(医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者)が配置されていること。

有床診療所におけるターミナルケアの推進

- 有床診療所における、ターミナルケアに対する評価を新設し、看取りを含めたターミナルケアを充実を図る。

(新) 看取り加算

在宅療養支援診療所の場合 2,000点

その他の場合 1,000点

〔施設基準〕 ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。

11

在宅緩和ケアの充実

専門的な緩和ケアの評価

- 緩和ケア専門の医師と、在宅医療を担う医療機関の医師が共同して、同一日に診療を行った場合を評価する。

【現行】



【改定後】*在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料：専門の研修を受けた医師に限る



在宅がん医療総合診療料の引き上げ

【現行】

在宅末期医療総合診療料
(処方せんを交付) 1,495点

【改定後】

在宅がん医療総合診療料
(処方せんを交付) 1,800点

※機能を強化した在支診・在支病(病床有)の例

(3) 時間外の患者対応に着目した評価

13

外来診療の機能分化の推進

地域医療貢献加算の見直し

- ▶ 地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、診療所の時間外の電話対応等の評価体系を充実させ、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組のさらなる推進を図る。

【現行】地域医療貢献加算

地域医療貢献加算	3点



【改定後】時間外対応加算

(新) 時間外対応加算1	5点
(改) 時間外対応加算2	3点
(新) 時間外対応加算3	1点

[算定要件]

時間外対応加算1: 標榜時間外において常時、患者からの電話等による問い合わせに応じる。

時間外対応加算2: 標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等に対応しても差し支えない。

時間外対応加算3: 地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。当番日の深夜又は早朝は留守番電話等に対応しても差し支えない。

連携する医療機関数は、3以下とする。連携に関する情報は、院内に掲示するとともに患者へ説明する。

14

(4) 在宅医療の推進

15

在宅医療を担う医療機関のイメージ(現行)

医療機関側の課題

- ① 診療所の約7割が医師1人のため、外来診療を行っている時間帯や24時間の対応は困難。
- ② 診療所の約9割は無床の診療所。
- ③ 医師1人では、看取りを行えない場合もある。



患者側の要望

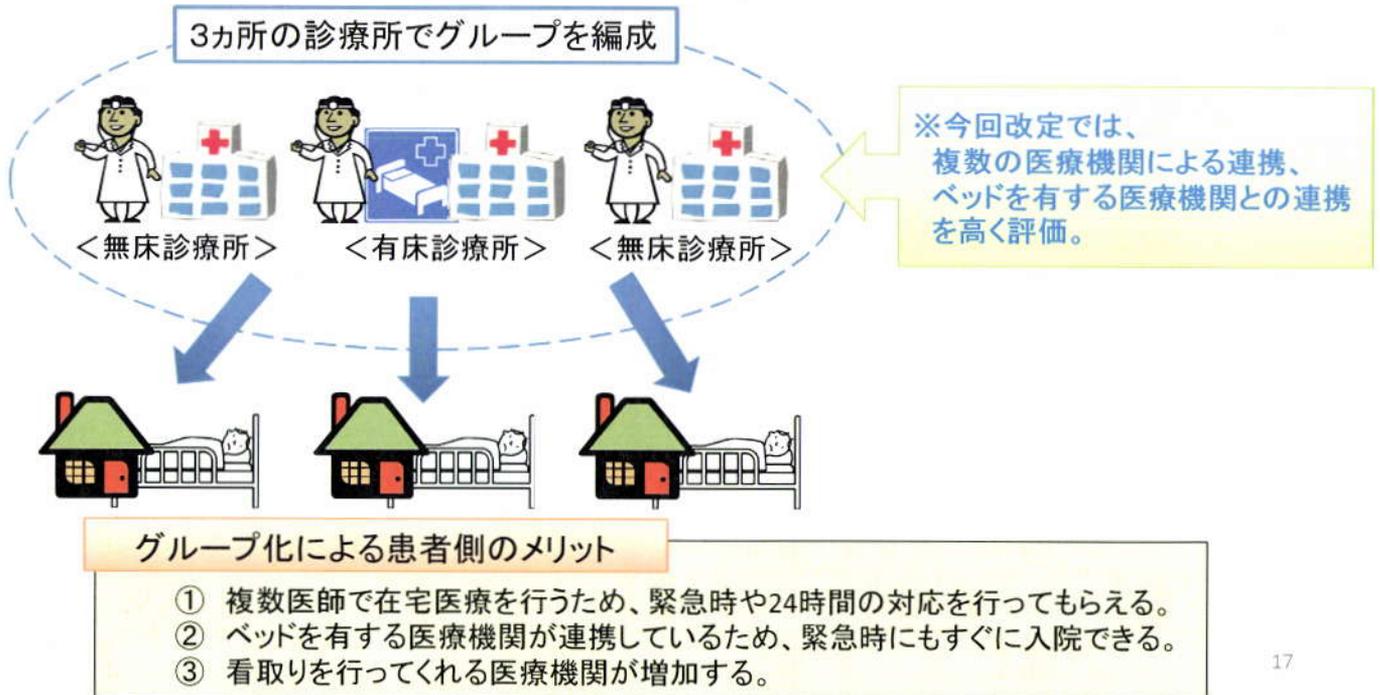
- ① 病状が急変した時や24時間すぐに対応してくれるか不安。
- ② 緊急時にすぐに入院できるか不安。
- ③ 住み慣れた場所で最期まで過ごせるか不安。

16

在宅医療を担う医療機関のイメージ(改定後)

グループ化による医療機関側のメリット

- ① 複数医師で対応することにより、緊急時や24時間対応を行う場合の医師1人当たりの負担が軽減。
- ② ベッドを有する医療機関と連携することで、緊急患者の受け入れ入院がスムーズになる。
- ③ 複数医師で対応することにより、看取りを行う場合の医師1人当たりの負担が軽減。



17

在宅医療の充実①

在宅医療を担う医療機関の機能強化

▶24時間の対応、緊急時の対応を充実させる観点から、複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

[施設基準]

- ① 所属する常勤医師3名以上
- ② 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
- ③ 過去1年間の看取り実績2件以上

※また、複数の医療機関が連携して、上記の基準を満たすことも可能とする。その場合の要件は、

- ④ 患者からの緊急時の連絡先の一元化
- ⑤ 月1回以上の定期的なカンファレンスの実施
- ⑥ 連携する医療機関数は10未満
- ⑦ 病院が連携する場合は200床未満に限る

18

在宅医療の充実②

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院の例

＜往診料＞		【現行】	⇒	【改定後】	
往診料 緊急加算	650点			往診料 緊急加算	(病床を有する場合) 850点 (病床を有しない場合) 750点
夜間加算	1,300点			夜間加算	(病床を有する場合) 1,700点 (病床を有しない場合) 1,500点
深夜加算	2,300点			深夜加算	(病床を有する場合) 2,700点 (病床を有しない場合) 2,500点

19

在宅医療の充実③

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院の例

＜在宅における医学管理料＞		【現行】	⇒	【改定後】	
在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	4,200点			在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	(病床を有する場合) 5,000点 (病床を有しない場合) 4,600点
特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	3,000点			特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	(病床を有する場合) 3,600点 (病床を有しない場合) 3,300点

＜緊急時の受入入院＞		【現行】	⇒	【改定後】	
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点			在宅患者 緊急入院診療加算	(病床を有する場合) 2,500点 (その他連携医療機関の場合) 2,000点

20