

有床診療所の将来像

— 調査にみる医師の意識 —

濃沼 信夫^{*1} 伊藤 道哉^{*2} 井上 智子^{*3}
山崎 壮一郎^{*3} 陳 霞芬^{*4}

Iはじめに

少子高齢化の進展、経済成長の低迷という厳しい社会経済環境の下、医療施設機能の体系化、医療保険制度の見直し、介護保険の創設など、医療の構造改革が早いテンポで進められており、有床診療所を取り巻く状況も激動している。すなわち、医療施設機能の体系化では、病床30床以下を「小規模入院施設」として規定する構想や、有床診療所にも病院と同じ療養型病床群を導入する案が浮上し、有床診療所の位置づけや存立理念が焦点となっている。また、医療保険制度の見直しでは、老人医療制度、薬価基準に加え、医療提供体制、診療報酬体系の見直しが喫緊の課題となり、有床診療所の役割とその診療報酬上の適正な評価が議論の俎上に上っている。さらに、介護保険の創設によって「介護の社会化」が実現することとなり、地域医療を担う有床診療所が、増大する要介護者ケアの需要にどう対応してゆくかが問われている。

有床診療所は、戦後復興期、医療施設の量的整備が進められた時期に、病院病床数の不足を補う役割を期待されて発展してきた。しかし、最近では施設数、病床数ともに減少する傾向にあり、21世紀を目前にして、その機能や役割について幅広い視点から再検討すべき時期に立ち至っている。本稿では、東北地方2県の有床診療所を担う医師の意識調査から、有床診療所の直面する課題とその背景を明らかにし、課題解決の展望や将来のあり方について若干の考察を行

う。

II 対象および方法

宮城県は医療施設基本ファイル(一般診療所)より抽出した有床診療所568施設、岩手県は岩手県有床診療所協議会の会員である有床診療所189施設、両県合わせて有床診療所開設者(医師)757人を対象に、平成9年5月、5項目20問からなる調査票を用いて郵送自計方式で実施した。データは回答全数をまとめて解析するとともに、宮城県・岩手県別、会員・非会員別、各設問項目間等でクロス集計し、 χ^2 検定による有意差検定を行った。

III 結 果

宮城県の有効回答数は262通、回答率は46.1%、岩手県の有効回答数は93通、回答率は49.2%、両県を合わせて有効回答数は355通、回答率は46.9%である。宮城県の有床診療所568施設のうち、宮城県有床診療所協議会の会員は165施設(回答88通)である。

回答医師の年齢は平均58.9歳、開業歴は20.8年である。主な診療科目は、多い順に、内科(全体の31.9%)、外科(16.1%)、産婦人科(12.9%)、整形外科(10.1%)、眼科(7.3%)、耳鼻咽喉科(3.2%)、泌尿器科(2.5%)、消化器科、胃腸科、小児科(各2.2%)などの順である。平均の許可病床数は14.1床、稼働病床数は6.0床、

*1 東北大学大学院医学系研究科医療管理学教授 *2 同助手 *3 同大学院生 *4 国際医療福祉大学助手

1日の外来患者数は89.3人である。職員数（常勤換算）は、医師1.2人、看護婦1.5人、准看護婦4.1人、看護補助者1.3人、薬剤師0.1人、栄養士0.2人、放射線技師0.07人、PT・OT0.1人、事務職員2.9人、その他1.9人である。

(1) 直面する課題

最近の病床数の増減は（回答数 n=319）、「変化なし」53.9%，「増床した」2.2%，「増床予定」1.6%，「減床した」5.3%，「減床予定」1.9%，「無床化した」22.3%，「無床化の予定」11.6%，「廃院予定」1.3%である（図1）。有床診療所協議会の会員と非会員を比べると、会員で「変化なし」63.0%，非会員で「無床化した」34.7%が多い（p<0.001）。

病床数の増減の動機は（n=129, 3項目まで複数回答）、減床・無床化では多い順に、「入院患

者数が減少した」56.6%，「職員の採用が困難」40.3%，「診療にゆとりがなくなった」24.8%，「経営が悪化した」23.3%，「医療政策に期待できない」21.7%，「継承者がいない」「高額機器の整備が困難」各12.4%，「近くに競合する施設が進出した」9.3%などである（図2）。一方、増床の動機は、多い順に、「診療にゆとりができる」9.3%，「医療連携が進展」7.0%，「建物の改築が可能」6.2%，「入院患者数が増加した」5.4%，「職員の採用が見込める」4.7%，「経営が改善した」、「継承者がいる」各3.9%などである（図3）。

病床数の増減の動機の「その他」15.5%として、減床では、「規制、請求事務が煩雑」、「医事紛争の増加など周辺事情の複雑化」、「医療の高度化に医師1人では対応不能」、「医師1人で24時間患者の責任を持つのはオーバーロード」、「外来手術で対応できるため」、「病室の居住性を高めるため」などがあり、増床では「理想の医

図1 最近の病床数の増減

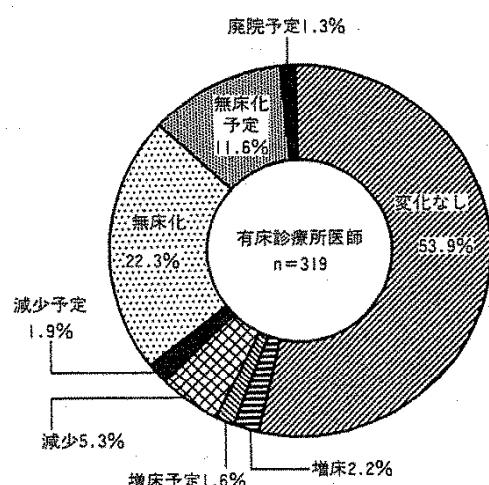
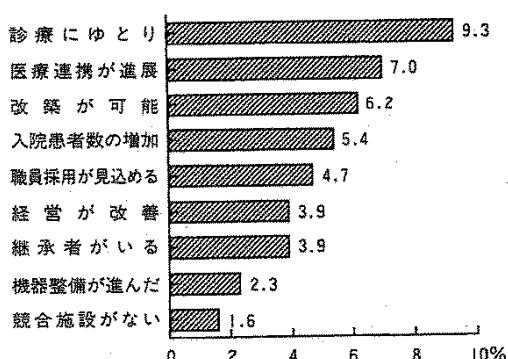
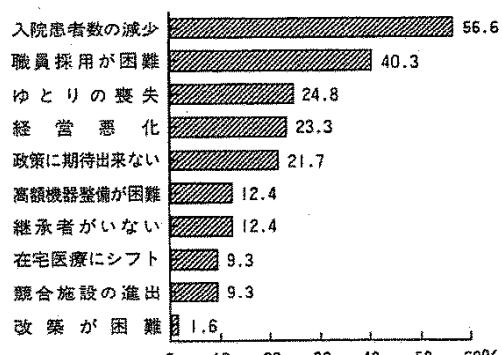


図2 病床の増床の動機



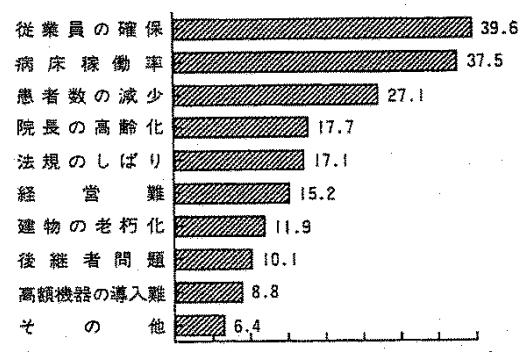
注 n=129, 複数回答

図3 病床の増床の動機



注 n=129, 複数回答

図4 有床診療所の直面する課題



注 n=328, 複数回答

療実現のため」などがある。

有床診療所が直面する主な課題は (n=328, 2項目まで複数回答), 深刻な順に「従業員の確保」39.6%, 「病床稼働率」37.5%, 「患者数の減少」27.1%, 「院長の高齢化」17.7%, 「法規のしばり」17.1%, 「経営難」15.2%, 「建物の老朽化」11.9%, 「後継者問題」10.1%, 「高額医療機器の導入難」8.8%, 「その他」6.4%である(図4)。「その他」には、医療負担の限界(24時間拘束), コンピュータ化, 地域医療の課題, 従業員の人間関係, 給食の不採算などである。直面する課題について, 宮城県と岩手県, 会員と非会員で有意の差はない。

(2) 療養型病床群導入について

第3次医療法改正による有床診療所への療養型病床群導入について(n=333, 調査時は改正案の内容が提示されていた), 「賛成である」31.5%, 「賛成できない」15.3%, 「わからない」53.2%である(図5)。会員, 非会員を比べると, 会員で「賛成」(39.7%)が多い(p<0.01)。自院での転換について(n=325), 「転換する」7.1%, 「転換しない」34.2%, 「未定」58.7%である。療養型病床群に「転換する」は, 宮城県(4.7%)に比べ, 岩手県(12.9%)で多く(p<0.01), 非会員(4.2%)に比べ, 会員(9.4%)で多い(p<0.05)。また、「転換する」は, 先の直面する課題で, 「病床稼働率」を挙げたものが多く, 「転換しない」は「従業員の確保」を挙げたものが多い(p<0.05)。

療養型病床群導入に際して, 医療計画で必要病床数にカウントすることについては(n=

図5 療養型病床群導入について

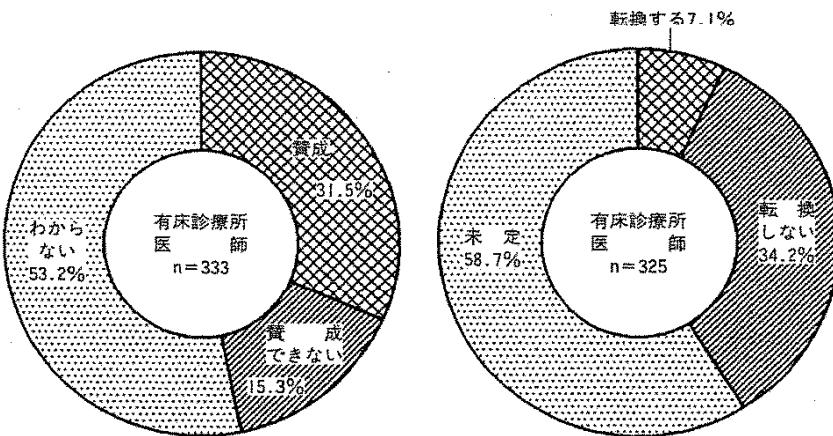


図6 療養型病床群について

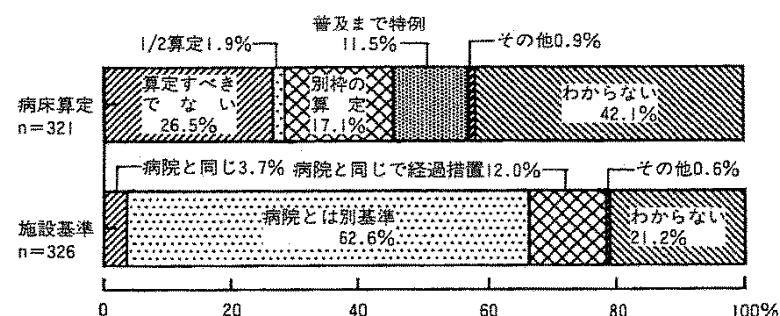
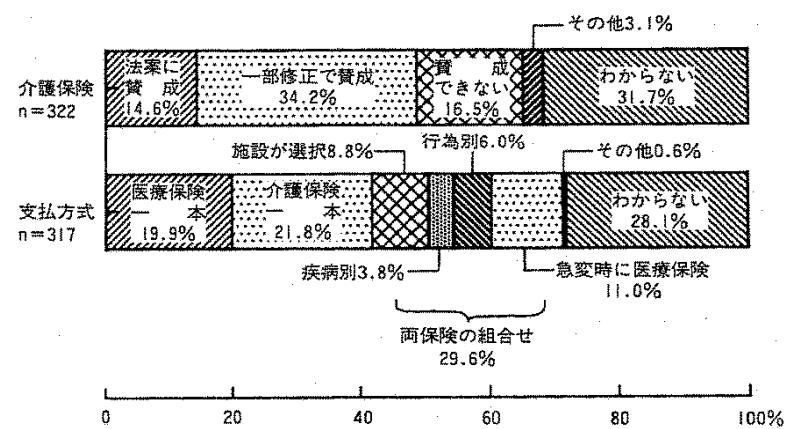


図7 介護保険について



321), 「算定すべきでない」26.5%, 「別枠の算定とすべき」17.1%, 「普及するまで特例とすべき」11.5%, 「1/2算定がよい」1.9%, 「その他」0.9%, 「わからない」42.1%である(図6)。また, 施設基準については(n=326), 「病院とは別基準にすべき」62.6%, 「病院と同じでよいが

経過措置が必要」12.0%，「病院と同じでよい」3.7%，「その他」0.6%，「わからない」21.2%である。「病院とは別基準にすべき」は、非会員(52.7%)に比べ、会員(71.0%)が多い ($p < 0.01$)。

医療法改正に関する介護保険法について問うと ($n=322$)，「一部修正で法案に賛成する」34.2%，「賛成できない」16.5%，「賛成する」14.6%，「その他」3.1%，「わからない」31.7%である(図7)。「一部修正で賛成する」は、非会員(27.9%)に比べ、会員(39.4%)が多い ($p < 0.01$)。療養型病床群の支払方式については ($n=317$)，「介護保険、医療保険の組合せがよい」29.6%，「介護保険一本とすべき」21.8%，「医療保険一本とすべき」19.9%，「その他」0.6%，「わからない」28.1%である。「両保険の組合せがよい」の内訳は、「急変時のみ医療保険」11.0% (全体に対する割合)，「施設がどちらかを選択する」8.8%，「行為別とする」6.0%，「疾病別とする」3.8%である。

(3) 役割と機能

有床診療所の位置づけについては ($n=267$)，「病床があれば病院とすべき」13.7%，「小規模入院施設とすべき」32.6%，「有床診と小規模入院施設は別がよい」40.2%，「その他」1.1%，「わからない」12.4%である。「病床があれば病院とすべき」の内訳は、「病床規模別の施設基準が必要」，「現行基準を見直した統一基準が必要」が各3.7% (全体に対する割合)，「現行基準でよい」5.6%，「その他」0.7%である。また、「有床診と小規模入院施設は別がよい」の内訳は、「病床規模で区別すべき」7.9%，「役割・機能で区別すべき」15.4%，「施設が選択するのがよい」16.9%である。「小規模入院施設とすべき」は、会員(37.1%)で多く、「わからない」は非会員(15.1%)が多い ($p < 0.001$)。

有床診療所の担うべき業務等の配分を、各項目ごとに全体を100とした比率で問うと、「入院

図8 有床診療所の担うべき業務等の配分

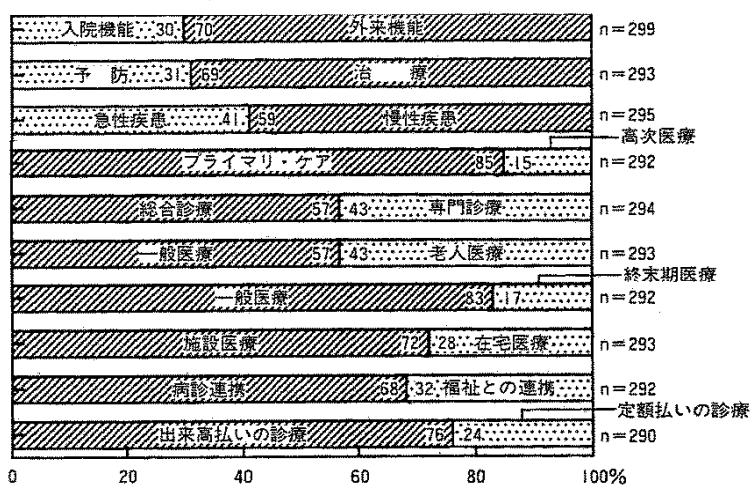
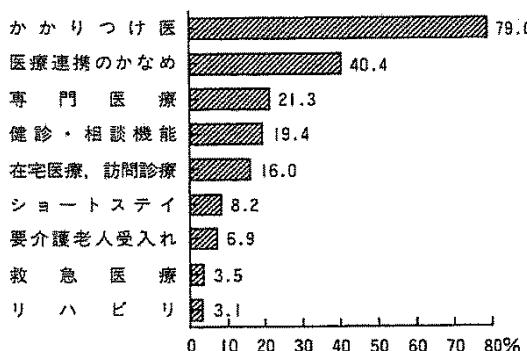


図9 有床診療所に期待される業務内容



注 n=319, 複数回答

機能」30：「外来機能」70，「予防」31：「治療」69，「急性疾患」41：「慢性疾患」59，「プライマリ・ケア」85：「高次医療」15，「総合診療」57：「専門診療」43，「一般医療」57：「老人医療」43，「一般医療」83：「終末期医療」17，「施設医療」72：「在宅医療」28，「病診連携」68：「福祉との連携」32，「出来高払いの診療」76：「定額払いの診療」24である(図8)。

今後、有床診療所に特に期待される業務内容は($n=319$, 2項目まで複数回答)，回答の多かった順に、「かかりつけ医機能」79.0%，「医療連携のため」40.4%，「専門医療」21.3%，「健診・相談機能」19.4%，「在宅医療、訪問診療」16.0%，「ショートステイ」8.2%，「要介護老人の受け入れ」6.9%，「救急医療」3.5%，「リハビリテーション」3.1%である(図9)。先の問

で、有床診療所への療養型病床群の導入に「賛成」としたものは、「賛成できない」に比べ、「在宅医療・訪問診療」($p < 0.05$)、「ショートステイ」($p < 0.05$)、「要介護老人の受け入れ」($p < 0.05$)を挙げるものが多い。また、療養型病床群に「転換する」予定としたものは、「要介護老人の受け入れ」を挙げるものが多い ($p < 0.01$)。

IV 考 察

(1) 直面する課題

医療施設調査によれば、平成8(1996)年10月現在、有床診療所は、施設数2万453カ所、病床数24万6,779床を数える。昭和45(1970)年の施設数は2万9,841カ所、昭和55(1980)年の病床数は28万7,835床であったから、現在は、最も多かった時期の施設数で約7割、病床数で約8割の水準に減少している。同じ過去四半世紀ほどの間に、無床診療所は約1.7倍、病院は施設数で1.2倍、病床数で1.6倍に増加しており、有床診療所の減少傾向は歴然としている。診療所は、約30年前は有床1:無床1.3の割合で、両者の施設数は拮抗するほどの状況にあったが、今日では有床1:無床3の割合で、無床診療所が圧倒的に多くなっている。

同じく、医療施設調査によれば、有床診療所の病床利用率は、昭和59年は50.0%という状況にあったが、平成5年にはさらに落ち込んで42.7%となっている。有床診療所の入院患者8万2,100人の年齢層を見ると、65歳以上の高齢者が54.8%、70歳以上が47.6%を占めている(平成5年患者調査)。病院の入院患者は、65歳以上が47.8%、70歳以上が38.2%であるから、有床診療所は病院よりも高齢者の利用が多い状況にある。また、平成7年度医療経済実態調査によれば、一人医師医療法人の有床診療所の1/4が赤字経営という厳しい状況にあるとされる¹⁾。

有床診療所が存亡の危機に瀕していることは、今回の調査からも明確に読みとれる。最近の病床数の増減について、「変化なし」は54%であるのに対し、「無床化した」、「無床化の予定」は合わせて34%、「減床した」、「減床の予定」は合わ

せて7%であり、一方、「増床した」、「増床の予定」は合わせて4%にすぎない。病床稼働率が安定し、経営も順調なところと、病床稼働率が低下して無床化を余儀なくされるところと、両極端に分化する傾向がうかがえる。平成5年に行われた宮崎県有床診療所医療経営実態調査(n=141)でも、病床を完全に廃止またはほとんど廃止状態のところが約2割に達しており、有床診療所の無床化という最近の潮流には歯止めがかかっていない²⁾。

病床数削減の理由は、「入院患者数の減少」が約6割と最も多く、患者の大病院志向や医療の高度化などによって、有床診療所の入院機能が十分発揮できない状況にあることがうかがえる。「職員の採用」や「高額機器の整備」が困難なことが、患者の有床診療所離れを招いていることも否めない。「診療にゆとりがない」、「継承者がない」という理由は、有床診療所医師の高齢化を反映したものと考えられる。こうした結果、「経営の悪化」が進行する。有床診療所は、病院のような医療法上の細かな規制がない分、診療報酬上の恩典は少なく、病院とはほぼ同様の入院機能を担いながらも診療報酬上の格差が生じている。こうした不満が「医療政策に期待できない」という回答になっているものと思われる。

有床診療所が直面する課題で最も深刻なのは、「従業員の確保」、「患者数の減少(病床稼働率の低下)」、「院長の高齢化」の3つである。医療は労働集約型産業としてヒトによって支えられており、従業員の確保は医業経営のアキレス腱といえる。患者の大病院志向とともに、従業員の「寄らば大樹」的志向も強まっており、有床診療所における医療職、とりわけ看護職の確保は、看護職の需給バランスがとれてきた現在も、大きな課題である。1施設当たり看護婦1.5人、准看護婦4.1人で、准看護婦の比重が大きく、最近の准看護制度廃止の議論も、こうした有床診療所の実態を十分に踏まえる必要があると思われる。

(2) 療養型病床群導入について

調査を実施した昨年5月の時点は、第3次医療法改正案や介護保険法案が示され、国会等に

おいて医療や介護を巡る白熱した議論が展開された時期であった。その議論の一つの焦点は、有床診療所においても療養型病床群の設置を可能にしようという提案である。これは、超高齢化社会の到来に伴って要介護者が急速に増加すると予測され、要介護者が暮らし慣れた地域の中で療養生活を送れるようにするために説明されている。介護保険がスタートする2000年度までに、療養型病床を19万床整備する目標が立てられており、病院における一般病床の療養型病床群への転換促進だけでは、この目標が達成できない恐れがあるという事情もある³⁾。その芽は、「診療所老人医療管理科」が設定された数年前に出されていたが、これに対する肝心の有床診療所の反応は鈍かった。第3次医療法改正での「小規模入院施設」の法制化が見送られたこともあり、医療審議会で急速これが浮上してきたわけである。

医療法第13条には、有床診療所における患者収容時間の制限として「48時間以内」の規定があり、慢性期医療を展開する療養型病床群の導入は、急性期医療を担うことを期待された有床診療所の存立理念に変更を迫るものである。ただし、この48時間規定は「診療上やむを得ない場合を除く」とされ、実態上は有名無実となっている条項である。むしろ、病院は入院中心、診療所は外来中心という、医療施設機能体系化の流れに埋没しかねない有床診療所が、要介護者に対する入院医療を積極的に担うことで、新たな活路を見出すことができるかどうかという点で、大きな意思決定を迫るものといえる。

有床診療所における療養型病床群導入の是非については、「わからない」が半数を占め、賛成が3割、反対が1.5割という回答である。療養型病床群や介護保険に関しては、各設問項目とも「わからない」が多く、矢継ぎ早やに打ち出される制度改革の情報が現場に十分に浸透していないことが推察される。これは、関連情報に触れる機会が多いと思われる有床診療所協議会の会員で「賛成」が多く、会員に比較すると情報が少ないと思われる非会員で「わからない」が多いことからもうかがえる。年齢階級別では、と

図10 設問項目別、年齢階級別「わからない」の割合

療養型病床群導入の是非	30代>40代>70代>50代>60代 (56.7%)	45.9%
病床数のカウント	30代>70代>40代>50代>60代 (66.7%)	(36.4%)
施設基準	30代>40代>70代>60代>50代 (33.3%)	(16.3%)
介護保険の賛否	40代>30代>70代>50代>60代 (38.3%)	(27.9%)
介護保険による支払	30代>40代>50代>70代>60代 (50.0%)	(22.9%)

りわけ若い世代に「わからない」が多く、有床診療所の将来戦略の方向を定めきれない状況がうかがえる（図10）。

自院での療養型病床群への転換については、「わからない」がさらに多くなり、約6割を占める。療養型病床群の導入については賛否を表明したものも、自院については態度を決めかねているものも少なくない。「転換する」は、有床診療所協議会の会員で9.4%と、非会員よりも多いが、それでも1割に満たず、多くの医師が国会等における議論の推移を見守っている状況がうかがえる。

昨年12月に、介護保険法案と医療法改正案は、調査時点に明示されていた当初案の通り成立し、病院と同じく、有床診療所でも療養型病床群を設置することが可能となった。また、本年4月の診療報酬改定で、有床診療所における療養型病床群の点数構成は病院の場合と同じになった。病院と格差が設けられるのではという懸念は払拭され、経営上も魅力的な点数設定となっている。さらに、病室面積などの許可基準は既存病床の転換の場合は経過措置による特例が設けられている。従来の一般病床（出来高払い）と、療養型病床（包括払い）を併せ持つ「ケアミックス」が、病床単位（病院では病棟単位）で設定できるのも大きな魅力といえる。療養型病床は、一般病床と同じく地域医療計画の病床規制の対象となるが、病床過剰地域においては病院における基準と同じ「完全型」などの条件を満たした診療所療養型病床群は、エイズ、高度先進医療などとともに、必要病床数とは別枠の「特例病床」扱いとなる。

(3) 役割と機能

医療施設機能の体系化の中で有床診療所をどう位置づけるかは、有床診療所の将来像を考える上で極めて重要な課題である。病床規模20床という、医療法上の病院と診療所の区分点は合理性を欠くとの観点から、第3次医療法改正を睨んで、30床以下をくくる「小規模入院施設」の構想が浮上した。この構想については賛意が多いものの、これに有床診療所を取り込むか、有床診療所は別にするかについては意見が分かれる。「小規模入院施設」の構想の中でも、これは従来の有床診療所の代替制度になるものではなく、施設体系としての理念や役割・機能について、小規模入院施設と有床診療所の整合を図ることは必ずしも必要ない、と謳われている⁴⁾。小規模入院施設に移行するも、有床診療所に留まるも自由というものである。先の宮崎県の調査では、約6割が「小規模入院施設」に賛成し、創設された場合には、半数がこれに移行、1/4が有床診療所に留まるとしている²⁾。

結果的には、「小規模入院施設」は第3次医療法改正に盛り込まれず、有床診療所には療養型病床群の設置という新たな役割が加えられることとなった。病状が比較的安定しながらも長期にわたり療養を必要とする要介護者は、1993(平成5)年の200万人から2000年280万人、2010年390万人、2025年520万人と推移し、要介護者の入院需要は急速に増大すると予測されている。診療報酬ないし介護報酬上での比較的手厚い点数設定という経済誘導も含め、診療所に対する一般病床の療養型病床転換という誘い水は今後も続くものと考えられる。

有床診療所の担うべき業務の配分を見ると、プライマリ・ケアが多いのは当然として、入院と外来、予防と治療、在宅と施設はともに3:7の比重、一般医療と老人医療、総合診療と専門診療はともに6:4の比重であり、有床診療所の医師は、幅広い領域で機能を特化しうると考えていることがうかがえる。また、有床診療所に期待される業務分野は、「かかりつけ医機能」が圧倒的に多く、次いで「医療連携のかなめ」、「専門医療」、「健診・相談機能」、「在宅医

療」などの順である。有床診療所の医師はプライマリ・ケアの扭い手を自認する一方で、専門指向の強いことがうかがえる。ただし、有床診療所の直面する課題で示されたように、専門性を発揮した高度医療を行うには、人材の確保や機器の更新が思うにまかせない状況にあることがうかがえる。

世界的には大型の施設医療に対する反省が起きており、わが国でも、昨年9月の医療費の自己負担増を契機に、大病院一辺倒の行動様式に異変が起きつつある。とりわけ高齢者からは、身近で安心できる地域ケアが求められており、地域に根ざした有床診療所はこうしたニーズを捉えることで新たな飛躍が期待できる。多忙な現代社会にあって人間関係は希薄になりがちであり、より人間的な関係を求めた地域回帰現象が起きており、このことも有床診療所再生の追い風といえる⁵⁾。

V おわりに

診療所でありながら病床を有する有床診療所は、戦後誕生したわが国固有の診療形態といえる。日本独自の医療文化を担う有床診療所は、自由開業制の最後の砦とも称される⁶⁾。診療所と病院の機能を併せ持ち、地域に密着しながら機動性に富むこの診療形態は、地域医療の一翼を担う大きな存在であったが、最近は施設体系における位置づけの曖昧さなどから運営や経営で苦戦を強いられており、21世紀を目前にして発展と衰退の岐路に立たされている。

今回の調査では、有床診療所が病院のような制約がないメリットを生かして、病院に匹敵する高度急性期医療から、健診、在宅、終末期医療まで、幅広いスコープの活動を展開していることが浮かび上がると同時に、その可塑性からかえて将来戦略を絞りきれず、迷いが生じているところが少なくない状況がうかがえる。すなわち、地域連携、在宅医療などに新たな活路を見出そうしているものの、昨今の機関銃のごとく打ち出される医療政策の情報を十分消化しえず、医療改革の行方を見定め、どう機能を特

化していくかなどについて、確たる方針が立てられずにいる若手医師が少なくない。有床診療所の医師に必要な情報が迅速に届けられ、これが十分検討されるようなシステムづくりが強く望まれる。

療養型病床群が導入され、病床単位のケアミックスが認められ、空床をショートステイに活用する道が開かれるなど、有床診療所には新たな付加価値が生まれている。病院はかつてのようなオールマイティーの機能を果たすのが困難となってきており、有床診療所は病院と競合するのではなく、病院と機能を補完しあう、病院と役割の棲み分けを行うことが求められているといえる。欧米の模倣に傾倒しがちな医療制度改革の中で、世界に類を見ない有床診療所という地域的財産を今後どう生かすことができるかは、わが国が世界に向けて情報発信ができるかという点からも極めて重い意味を持つと思われる。

本稿の要旨は、第56回日本公衆衛生学会総会

(於横浜、1997年)、および第10回全国有床診療所連絡協議会総会(於仙台、1997年)において発表した。

参考文献

- 1) 日本医師会：第22回(平成7年度)医療経済実態調査、1997.
- 2) 宮崎県有床診療所協議会アンケート委員会：宮崎県有床診療所医療経営実態調査、1993.
- 3) 濃沼信夫：医療経済と介護保険。Gerontology 10(2) : 161-171, 1998.
- 4) 日本医師会小規模入院施設検討委員会：平成5年度小規模入院施設検討委員会報告書、1994.
- 5) 濃沼信夫、大井 康、草刈兵一郎、渋谷一誠：有床診療所の機能と役割をめぐって。Future15 : 6-11, 1998.
- 6) 全国有床診療所連絡協議会：有床診療所かく闘えり(開設10周年記念誌)。1998.

■発売中

表示は本体価格です。
定価は別途消費税が
加算されます。

1997年 国民衛生の動向 ……2,000円

1997年 国民の福祉の動向 ……1,700円

1997年 保険と年金の動向 ……1,700円

財団法人 厚生統計協会

〒106-0032 東京都港区六本木5-13-14
TEL 03-3586-3361