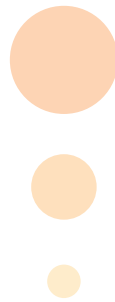


# 地域完結型医療・介護の「安心拠点」としての 有床診療所の機能に関する調査研究 報告書



平成21年3月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

# 目次

## 事業サマリー

I. 事業の概要	1
1. 事業の背景と目的	1
2. 事業内容	6
(1) 有床診療所の機能に関する実態調査	6
①調査対象	6
②調査方法	6
③調査項目	6
(2) 有床診療所への現地ヒアリング調査	8
①調査対象施設	8
②ヒアリング内容	8
(3) 事業実施体制	9
(4) 調査検討の経緯	10
II. 調査結果	11
1. 有床診療所の機能に関する実態調査	11
(1) 回収の状況	11
(2) 調査結果	11
①国保直診（医療機関）及び併設施設の概況（2008年12月現在）	11
②提供している医療機能	39
③他機関との連携の状況	52
④病院の状況	67
⑤有床診療所の状況	72
⑥無床診療所の状況	75
⑦「安心拠点」の構築に向けた今後の医療機関の活用方策	78
⑧入院患者の状況	90
2. 有床診療所への現地ヒアリング調査	93
(1) 岐阜県郡上市：郡上市地域医療センター国保和良診療所	93
(2) 兵庫県洲本市：洲本市国民健康保険五色診療所	95
(3) 北海道むかわ町：むかわ町国民健康保険穂別診療所	99
(4) 愛媛県松野町：松野町国民健康保険中央診療所	103
III. 考察	110
資料編	115

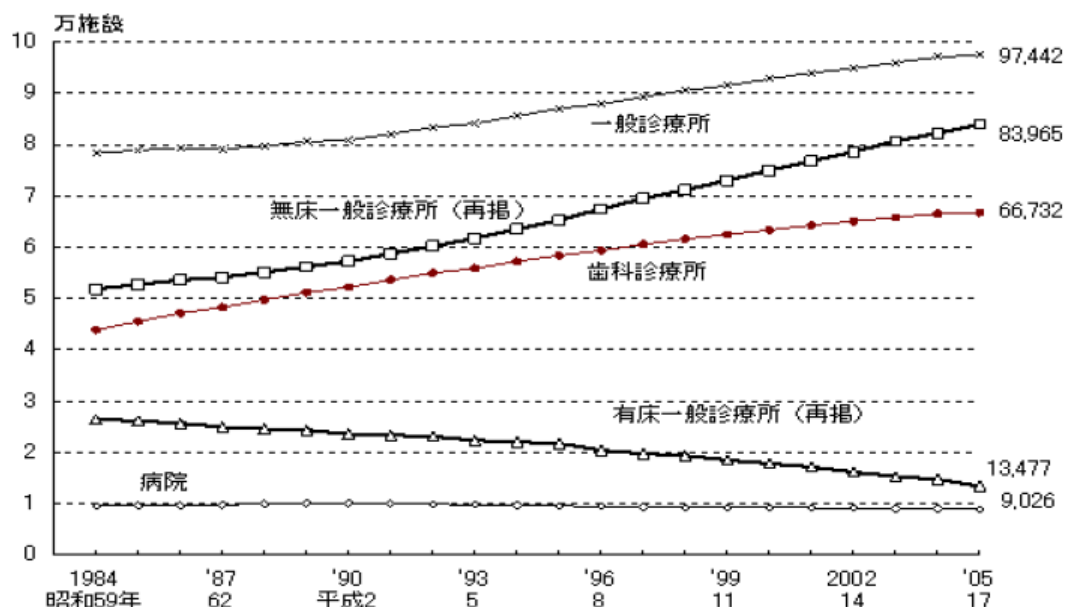
# 事業サマリー

## 1. 背景と目的

在宅で療養している高齢者やターミナル期にある患者にとって、近隣に地域包括医療・ケアの「安心拠点」となる医療機関が存在することは、在宅療養を継続する上で非常に重要である。しかし、国保直診が存在する地域（主として中山間地域等）では、在宅療養ニーズに幅広く対応できる医療・介護資源を有する大規模・中規模病院は少なく、有床診療所や無床診療所が主に対応しているのが現状である。

近年、医療機関の形態としては、無床一般診療所は年々増加を続けている一方、有床一般診療所は減少の一途をたどり、経営上の困難、人材不足等から全国的に無床診療所化が進んでいる。

図表 1 施設形態別施設数の年次推移の状況



出典：平成 19 年 11 月 7 日 中央社会保険医療協議会資料より（各年 10 月 1 日現在、医療施設調査ベース）

しかし、このような状況の中、国保直診の有床診療所についてみると、平成 19 年度老人保健健康増進等事業「在宅での看取り介護を推進するための国保直診を核とした支援体制構築に関する調査研究事業」の結果によれば、有床診療所は往診、訪問診療ともに実施している割合が高くなっており（病院は訪問診療、無床診療所は往診を実施している割合が高い）、在宅療養ニーズに積極的に対応している傾向が見られている。加えて、有床診療所は複数医師体制を採用している施設も多く、1 人医師の無床診療所と比較すると、ターミナル期の頻回な時間外訪問等への対応が可能な施設が多く、今後増加すると思われる在宅看取りへの対応も期待されている。

これらより、有床診療所は、各種地域保健福祉(介護)資源と連携して、適切な医療・介護マネジメント施設としての役割、すなわち中山間地域等の在宅療養の「安心拠点」としての役割が期待されている。この期待に応えるため、有床診療所が地域住民の地域医療の「安心拠点」として、より一層の在宅療養対応体制を構築するには、現体制の詳細な実態を把握すると共に、現状の課題を明らかにし、今後の地域医療資源の有効活用への提言を行うことが必要となる。

よって、本調査研究では、有床診療所が地域の他の保健・福祉(介護)職と連携する中で、地域住民の在宅療養ニーズに応えられる地域完結型医療・介護の受け皿機能を果たし、「安心拠点」となるために、有床診療所のベッドの活用状況や、在宅療養支援・連携病院との連携などへの貢献状況を明らかにし、地域の医療・介護ニーズに応じた有床診療所機能の有効活用策を提言することを目的とした。

## 2. 事業内容

### (1) 有床診療所の機能に関する実態調査

#### ①調査対象

全国の国保直診の有床診療所(112施設)を対象とした。また、機能を比較するため、対照群として小規模病院(100床未満)を194施設、無床診療所を200施設抽出し、調査対象とした。

図表 2 調査対象一覧

施設種別	対象数
病院(100床未満)	194施設
有床診療所	112施設
無床診療所	200施設(抽出率43.0%)
合計	506施設

※調査対象種別は、平成19年度末の状況に基づく

#### ②調査方法

自記式調査票の郵送配布・回収とした。調査時期は平成20年12月～平成21年1月とした。

#### ③調査項目

調査項目は以下の通りである。

図表 3 調査項目一覧

区分	項目	病院	有床診療所	無床診療所
施設属性	・ 所在地(都道府県)、診療圏人口、標榜診療科、ベッド数、医師・看護師の人数、平均在院日数、1日平均外来患者数収支の状況、在宅療養支援診療所届出有無、地域の中核的病院までの距離	○	○	○
	・ 入院患者の状況、退院患者の状況	○	○	
提供している医療機能	・ 主たる医療機能 ・ 在宅医療関連診療料の算定状況 ・ 在宅看取りの状況	○	○	○

区分	項目	病院	有床診療所	無床診療所
他機関との連携の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>後方病院との連携状況（連携の体制、紹介・逆紹介の状況）</li> <li>在宅サービス事業所等との連携の状況</li> </ul>	○	○	○
地域の医療・介護ニーズ	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該地域の地域住民の在宅療養に対する意識、要望等</li> </ul>	○	○	○
施設種別の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養への貢献について（地域医療の「安心拠点」としての貢献、病診連携における貢献、介護施設との連携における貢献、在宅療養を継続するための支援等）</li> <li>ベッド保有による在宅療養体制構築へのメリット</li> <li>ベッドを有効活用した事例</li> <li>休眠病床の有無とその理由</li> </ul>	○	○	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ベッドを保有していないことによるメリット・デメリット</li> </ul>			○
今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>現状の問題点や課題</li> <li>医療機関を安心拠点とする活用策</li> </ul>	○	○	○
入院患者の動向	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院患者の性別、入院期間、入院理由、入院前の状況等</li> </ul>	○	○	

## （２）有床診療所への現地ヒアリング調査

### ①調査対象施設

以下の４施設を対象としてヒアリング調査を実施した。

図表４ ヒアリング調査対象施設

NO.	都道府県・市町村	対象施設	日程
1	岐阜県郡上市	郡上市地域医療センター国保和良診療所	11月20日（木）
2	兵庫県洲本市	洲本市国民健康保険五色診療所	2月23日（月）
3	北海道むかわ町	むかわ町国民健康保険穂別診療所	3月16日（月）
4	愛媛県松野町	松野町国民健康保険中央診療所	3月19日（木）

### ②ヒアリング内容

主として以下の内容についてヒアリング調査を実施した。

<p><u>1. 診療所の状況について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>診療所が担っている診療機能について</li> <li>在宅医療・在宅看取りに関する体制について</li> <li>地域保健・福祉（介護）資源との連携状況について</li> </ul> <p><u>2. 地域のニーズ等について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域住民のニーズ、診療所への評価、要望について</li> <li>地域のニーズに応じた施設の効果的活用状況について</li> <li>具体的なエピソード</li> </ul> <p><u>3. 今後の有床診療所のあり方について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>有床診療所という形態を存続させている理由（有床診療所へ形態を変更した理由）</li> <li>現状の診療体制、運営や経営における問題点や課題</li> <li>今後、診療所が目指す地域における有床診療所の位置づけ</li> <li>そのために必要な制度等の要望</li> </ul>
---

### 3. 結果と考察

#### (1) 回収の状況

「有床診療所の機能に関する実態調査」の回収状況は以下の通りである。

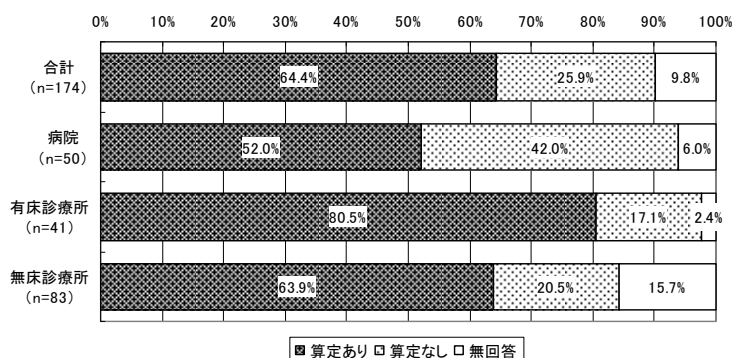
図表 5 調査票回収の状況

施設種別	回収数	回収率
病院（100床未満）	50 施設	25.8%
有床診療所	41 施設	36.6%
無床診療所	83 施設	41.5%
合計	174 施設	34.4%

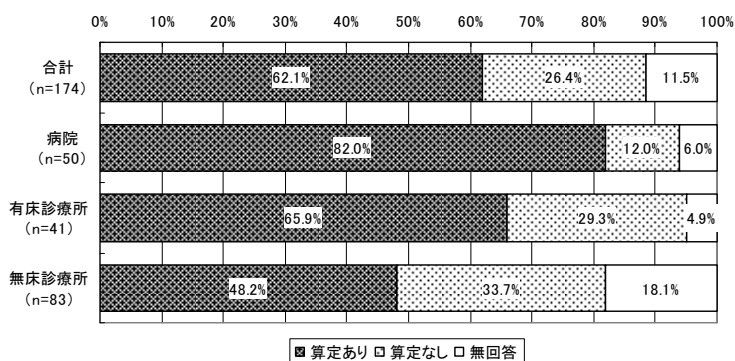
#### (2) 有床診療所の現状

本調査の結果、有床診療所では、往診及び訪問診療ともに実施率が高く（各々80.5%、65.9%）なっていた（算定ベース）。病院は訪問診療の実施率が往診に比べて高く（各々82.0%、52.0%）、無床診療所では往診の実施率が訪問診療に比べて高くなっており（各々63.9%、48.2%）、昨年度調査<sup>1</sup>における結果と同様の傾向が見られた。

図表 6 算定の有無（往診料）



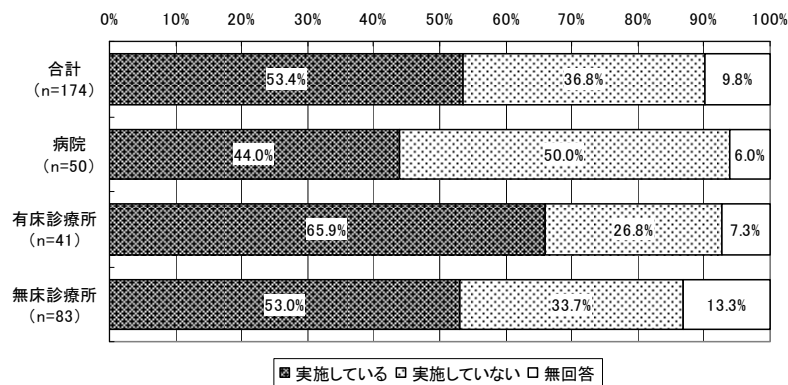
図表 7 算定の有無（在宅患者訪問診療料）



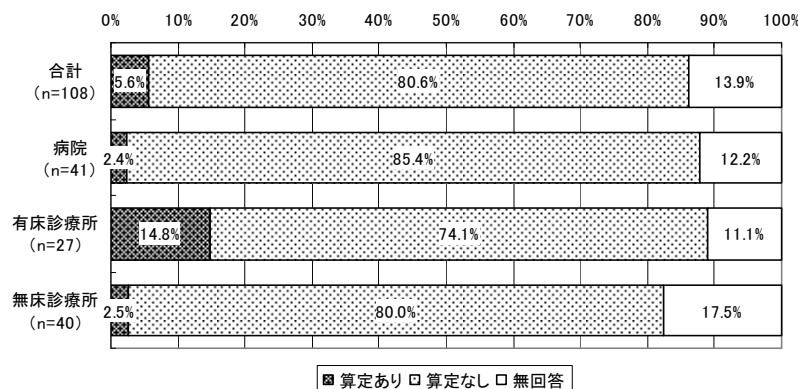
<sup>1</sup> 平成 19 年度老人保健健康増進等事業「在宅での看取り介護を推進するための国保直診を核とした支援体制構築に関する調査研究事業」

在宅看取りについては、病院では「実施している」が44.0%、有床診療所では「実施している」が65.9%、無床診療所では「実施している」が53.0%であった。在宅ターミナルケア加算についても、有床診療所では他施設と比較して算定している率が高く、14.8%であった（病院は2.4%、無床診療所は2.5%）。これより、有床診療所が特に在宅医療、在宅看取りの実施に注力している傾向が示唆された。

図表 8 在宅看取りの状況



図表 9 算定の有無（在宅ターミナルケア加算：在宅患者訪問診療料算定機関）



また、病院から退院した患者のうち、自宅へ退院した患者は平均 87.51 人（標準偏差 56.45）、自宅退院者のうち訪問診療を開始した人数は平均 6.86 人（標準偏差 7.53）であり、退院後も訪問診療で関わっている患者の割合は 7.8%（平均値ベース）であった。

一方、有床診療所から退院した患者のうち、自宅へ退院した患者は平均 31.55 人（標準偏差 18.97）、自宅退院者のうち訪問診療を開始した人数は平均 7.88 人（標準偏差 12.26）であり、退院後も訪問診療で関わっている患者の割合は 25.0%（平均値ベース）であった。

これより、退院後も引き続き訪問診療等で在宅療養を継続している患者は、有床診療所の方が多傾向が見られている。

図表 10 退院患者の状況：自宅へ

	件数	30人未満	30～50人未満	50～100人未満	100人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	59	15 25.4%	7 11.9%	19 32.2%	15 25.4%	3 5.1%	76.52	55.84
病院	47	9 19.1%	4 8.5%	17 36.2%	15 31.9%	2 4.3%	87.51	56.45
有床診療所	12	6 50.0%	3 25.0%	2 16.7%	-	1 8.3%	31.55	18.97

図表 11 退院患者の状況：自宅へ、うち訪問診療を実施した人

	件数	5人未満	5～10人未満	10～20人未満	20人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	56	22 39.3%	10 17.9%	6 10.7%	5 8.9%	13 23.2%	7.05	8.43
病院	45	17 37.8%	9 20.0%	5 11.1%	4 8.9%	10 22.2%	6.86	7.53
有床診療所	11	5 45.5%	1 9.1%	1 9.1%	1 9.1%	3 27.3%	7.88	12.26

ただし、これらの診療機能を維持するためのマンパワーは不足しているのが現実である。今回の結果では、有床診療所において、常勤医師が「1人」との回答は56.1%、「2人」は34.1%、「3～4人」は7.3%であり、過半数の施設では常勤医師が1人であった。小規模病院（100床未満）の場合は「3～4人」が52.0%であった。現状では、多くの有床診療所では、医師が1人もしくは2人であり、一般外来診療に加えて入院患者への対応、在宅医療への対応を少ないスタッフで担当していることが明らかとなった。

図表 12 職員数：医師：常勤実人数

	件数	0人	1人	2人	3～4人	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	174	11 6.3%	89 51.1%	25 14.4%	29 16.7%	17 9.8%	3 1.7%	2.00	1.75
病院	50	-	1 2.0%	6 12.0%	26 52.0%	17 34.0%	-	4.14	1.80
有床診療所	41	1 2.4%	23 56.1%	14 34.1%	3 7.3%	-	-	1.46	0.67
無床診療所	83	10 12.0%	65 78.3%	5 6.0%	-	-	3 3.6%	0.94	0.43

図表 13 職員数：医師：非常勤実人数

	件数	0人	1人	2人	3～4人	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	174	88 50.6%	26 14.9%	12 6.9%	13 7.5%	32 18.4%	3 1.7%	2.63	4.85
病院	50	4 8.0%	5 10.0%	5 10.0%	8 16.0%	28 56.0%	-	7.32	6.62
有床診療所	41	24 58.5%	8 19.5%	5 12.2%	2 4.9%	2 4.9%	-	1.05	2.00
無床診療所	83	60 72.3%	13 15.7%	2 2.4%	3 3.6%	2 2.4%	3 3.6%	0.50	1.30



### (3) 有床診療所のメリット／デメリット

本調査において、有床診療所に入院設備があることで「安心拠点」となっている事例としては、例えば「在宅医療での急変時に遠方の入院施設まで送らなくてすむ。ターミナルケアで在宅介護力がないケースに安心である」、「がんの終末期などは、介護福祉分野との連携で一時退院、往診、再入院などフレキシブルな対応が出来る」、「急性期の治療を受け、その後のフォローとして在宅に移行するまでの期間の入院対応」、「長期在宅療養者の介護負担軽減のためのショートステイの利用も可能」などの意見が挙げられている。

また、ヒアリングにおいても「入院設備の存在が地域の安心感につながる」等の意見も挙げられており、これらを総合的に勘案すると、医療機関が「有床診療所」という施設形態をとるメリットとして以下の点が考えられる。

- ・ 入院施設があるため、無床診療所と比較して多様な対応が可能  
→短期入所療養介護や訪問診療、夜間診療、在宅医療での急変時等の受け入れ等
- ・ 地域密着型の医療機関として住民の包括的な健康管理が可能。
- ・ 急性期から在宅への移行期間のフォローが可能。
- ・ 在宅医療・在宅看取りにも対応しやすい

一方、デメリットとしては、病院と比較して診療報酬（入院料）が低い、スタッフの人件費がかかる等、「運営面・経営面でのメリットが少ない」こと、及び入院医療を継続するためにスタッフの確保が必須であるが、現状はマンパワーが不足しているため「スタッフへの負担が大きい」等が挙げられていた。

### (4) 有床診療所に求められている役割

日本医師会総合政策研究機構が実施した「平成 20 年有床診療所の現状把握のための調査」において、有床診療所の 5 つの機能として、以下が挙げられている。

- ①専門医療を担って病院の負荷を軽減し、地域医療の崩壊を防止
- ②地域の病院からの早期退院患者を含めた患者の受け皿機能
- ③地域の在宅医療の拠点診療所として在宅医療の後方支援のための病床を活用
- ④終末期医療などのニーズが高まる分野へ積極的な取り組み
- ⑤へき地・離島では唯一の入院施設として機能

有床診療所は、これらの機能を複合的に担って地域医療を支えているのが現状であるとされており、これらの役割を「それぞれの地域でまず強調することが必要である。そのうえで、地域医療を支援する病床として有床診療所の機能を活かすための制度整備、環境整備を検討すべき」とされている<sup>2</sup>。

このような機能は、本調査の結果からも導き出されている。医療機関側から見た、住民が期待していると考えられる医療機能としては、病院では救急医療（救急車受け入れ、24 時間入院受け

<sup>2</sup> 「平成 20 年有床診療所の現状把握のための調査」 江口成美・出口真弓、日医総研ワーキングペーパーNo.177、2008 年 11 月

入れ)、急性期入院医療、長期入院医療が挙げられる一方、有床診療所や無床診療所においては、往診、訪問診療、夜間診療、休日診療などが挙げられた。病院と有床診療所では同様に入院設備を有しているが、病院は急性期の医療、救急医療を中心として対応する施設、有床診療所は日常の診療、すなわちかかりつけ医機能や在宅医療への対応など、地域密着型の対応が望まれていることが明らかとなった。

また、本人や家族からの要望も、病院では急性期医療や診療科の充実、救急対応や入院医療などが多くあげられていたが、有床診療所では「生活している地元町内で日常診療を受け、いざという時に入院して在宅へ戻れるようになるまできちんと治療してほしい」、「看取りをしっかり行ってほしい」、「患者の状態が悪化したときに、地元できちんと治療してほしい」等、かかりつけ医機能に加え、一時的に入院対応をしてくれる地域密着型の医療機関として存在してほしいという要望が挙げられており、地域病院からの退院患者受け皿機能や在宅医療の拠点診療所としての機能などを重要視していることが明らかとなった。

さらに、本調査において、ヒアリング先の施設では、若手の医師が勤務して地域医療を学んでいるケースも多く、地域医療を担う人材育成にも貢献しており、医療者の教育機能を担うという点も重要と考えられる。

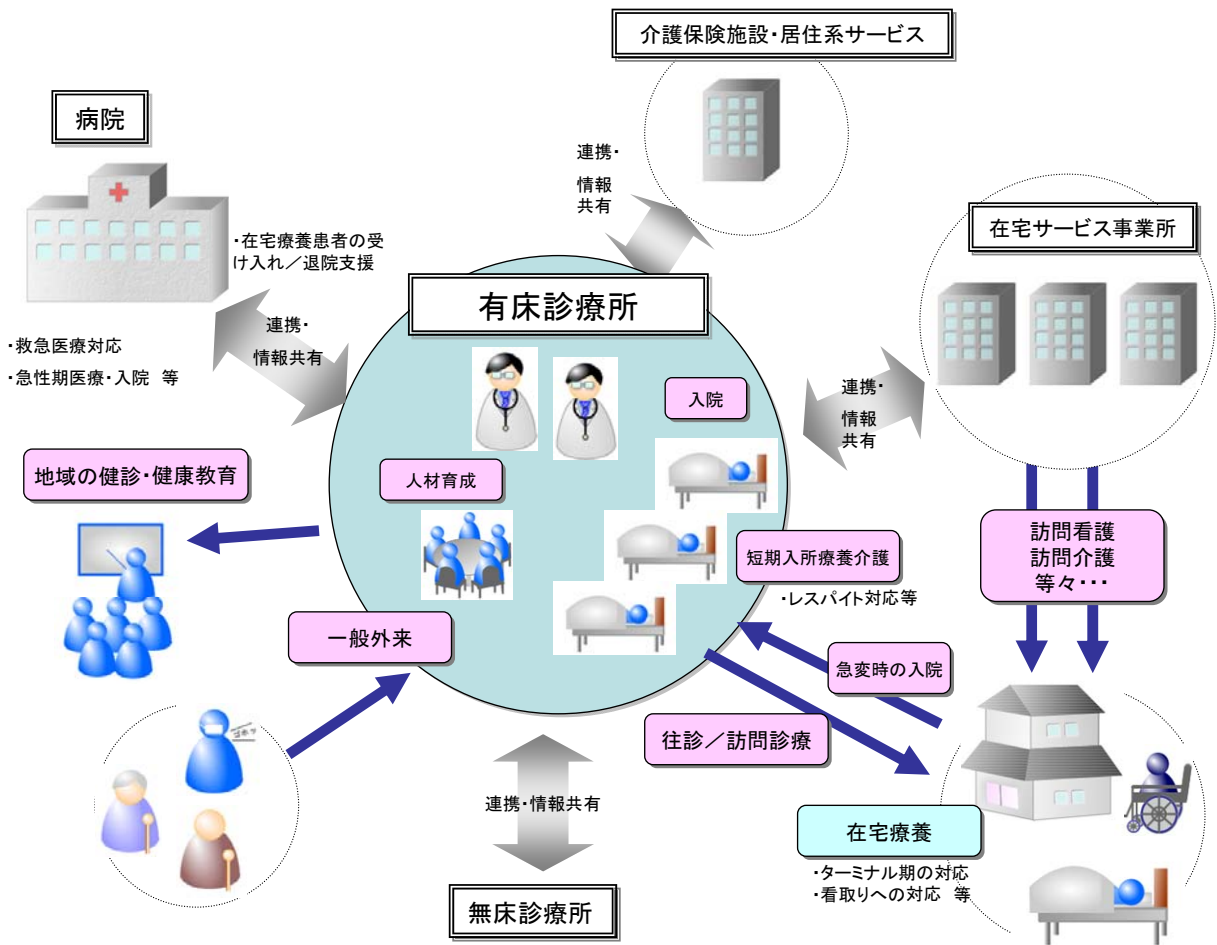
このように、有床診療所は、同じ入院設備を有していても、病院と比較してよりオールラウンドな役割を担うことが期待されていることが示唆されるとともに、今後の地域医療を担う人材の確保にあたって重要な役割を果たすことが期待されていた。

## (5) 今後の有床診療所のあり方

前述のように、本調査の結果からは有床診療所が地域密着型のオールマイティな保健・医療・介護機関として存在することが期待されていた。これらを踏まえ、今後、有床診療所が「安心拠点」として地域で求められている機能を以下に整理した。

- ・ 一般外来、入院等における急性期医療への対応
- ・ 急性期医療から在宅医療移行において、入院設備を活用した地域密着型のサポートを行う（近隣の病院から在宅への移行フォロー機関として機能）。
- ・ 在宅の延長としての入院治療を行なう（軽症肺炎、糖尿病、急性胃腸炎等）。
- ・ 療養病床を保有し、短期入所療養介護等への対応も可能としたり、老人保健施設を併設して病床の相互有効活用を行う。
- ・ 総合診療的な役割を担う有床診療所を拠点に、地域の各所の在宅サービス事業所（訪問看護ステーション、訪問介護事業所等）と連携し、在宅医療に 24 時間対応できるような体制を構築する。
- ・ 地域の健診や健康教育等の機能を担う。
- ・ 医療者への地域医療の理解促進および人材育成のための教育機関としての機能を有する。

図表 14 地域医療・介護の「安心拠点」としての有床診療所機能活用イメージ



これらの機能を発揮していくには、現状のような1人医師体制や2人医師体制ではマンパワーの観点から困難であることも予測される。また、現状では、小規模病院も有床診療所も、近隣の中規模・大規模病院と連携、在宅医療移行へのフォロー体制を構築するなど、地域に根ざした活動を行っており、小規模医療機関としては実質的には役割分担が不明確であることも事実である。

現在、有床診療所と病院の主たる相違点は、病床数が19床以下/20床以上、患者一人当たりの病床面積、必要な医師数、専属薬剤師の配置義務等であり、診療報酬においては入院基本料における差が主である。今後、上記の機能を総合的に果たす小規模医療機関を地域の「安心拠点」として構築していくには、現状の施設区分・基準を見直していくことも必要であろう。



# 本 編

---

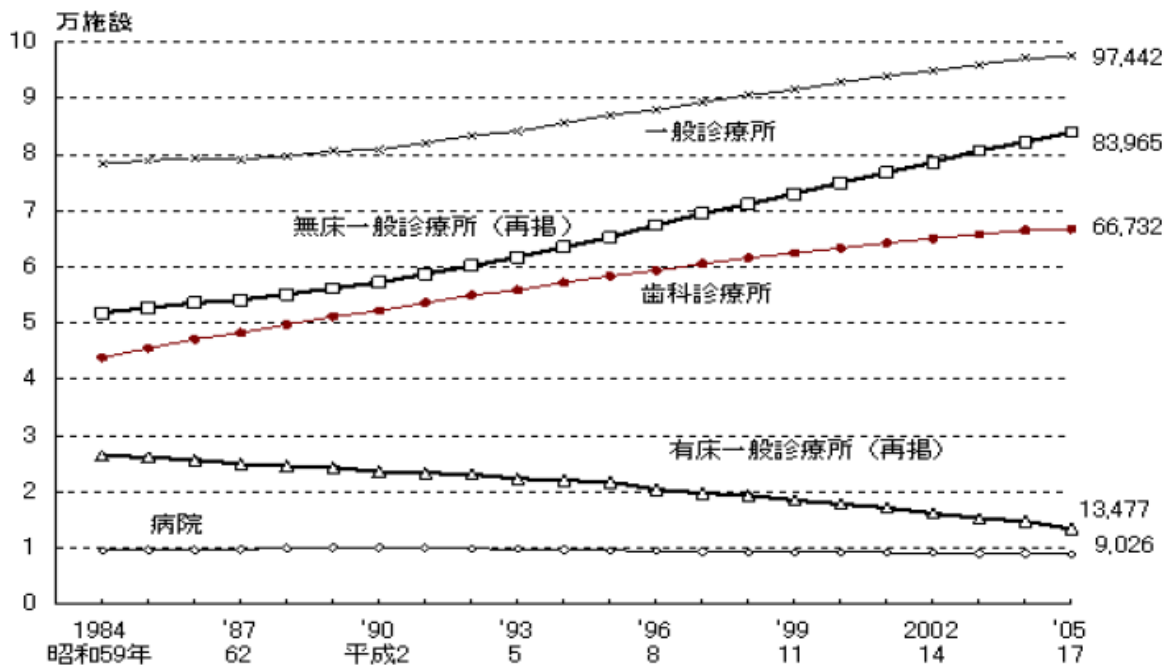
# I. 事業の概要

## 1. 事業の背景と目的

在宅で療養している高齢者やターミナル期にある患者にとって、近隣に地域包括医療・ケアの「安心拠点」となる医療機関が存在することは、在宅療養を継続する上で非常に重要である。しかし、国保直診が存在する地域（主として中山間地域等）では、在宅療養ニーズに幅広く対応できる医療・介護資源を有する大規模・中規模病院は少なく、有床診療所や無床診療所が主に対応しているのが現状である。

近年、医療機関の形態としては、無床一般診療所は年々増加を続けている一方、有床一般診療所は減少の一途をたどり、全国的に無床診療所化が進んでいる。

図表 15 施設形態別施設数の年次推移の状況



出典：平成 19 年 11 月 7 日 中央社会保険医療協議会資料より（各年 10 月 1 日現在、医療施設調査ベース）

このような状況の中でも、有床診療所についてみると、平成 19 年度老人保健健康増進等事業「在宅での看取り介護を推進するための国保直診を核とした支援体制構築に関する調査研究事業」の結果によれば、有床診療所は往診、訪問診療ともに実施している割合が高くなっており（病院は訪問診療、無床診療所は往診を実施している割合が高い）、在宅療養ニーズに積極的に対応している傾向が見られている。

図表 16 在宅療養関連診療料の算定の有無（施設形態別）

	算定している診療料	
	往診料	在宅患者訪問診療料
病院 (n=152)	37.5%	75.7%
有床診療所 (n=54)	<b>63.0%</b>	<b>66.7%</b>
無床診療所 (n=219)	61.2%	43.4%

出典：平成19年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「在宅での看取りを推進するための国保直診を核とした支援体制構築に関する調査研究事業」報告書より

さらに、医療施設としてベッドも保有しており、在宅療養者（在宅医療・介護サービスを受けている方）の一時的入院機能も担えるため、短期入所療養介護への対応も可能である。平成18年の医療法改正により、第13条で規定されていた48時間の入院時間の制限が撤廃されており、必要な入院医療も十分提供できるようになっている。

図表 17 【参考】診療所数とベッド数

区分	施設数
一般診療所	97,442
有床診療所	13,477
1～9床	5,050
10床以上	8,427
療養病床を有する診療所（再掲）	2,544
無床診療所	83,965

出典：平成17年度医療施設調査

加えて、有床診療所は複数医師体制を採用している施設も多く、1人医師の無床診療所と比較すると、ターミナル期の頻回な時間外訪問等への対応が可能な施設が多く、今後増加すると思われる在宅看取りへの対応も期待されている。

図表 18 在宅医療担当医師数別の在宅看取り対応状況（有床／無床別）

	合計	に在宅 積極的 に看取 り	が在宅 消極的 に看取 る	に在宅 い対 し て看取 り	無 回 答
有床診療所・1人	29	11 37.9%	12 41.4%	5 17.2%	1 3.4%
有床診療所・2人以上	18	11 61.1%	6 33.3%	1 5.6%	-
無床診療所・1人	144	59 41.0%	57 39.6%	26 18.1%	2 1.4%
無床診療所・2人以上	24	10 41.7%	9 37.5%	4 16.7%	1 4.2%

出典：平成 19 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「在宅での看取りを推進するための国保直診を核とした支援体制構築に関する調査研究事業」報告書より

このように、有床診療所は、各種地域保健・福祉(介護)資源と連携して、適切な医療・介護マネジメント施設としての役割、すなわち中山間地域等の在宅療養の「安心拠点」としての役割が期待されている。この期待に応えるため、有床診療所が地域住民の地域医療の「安心拠点」として、より一層の在宅療養対応体制を構築するには、現体制の詳細な実態を把握すると共に、現状の課題を明らかにし、今後の地域医療資源の有効活用への提言を行うことが必要となると。

有床診療所の有効活用に関する言及としては、例えば日本医師会総合政策研究機構の有床診療所実態調査において、「有床診療所の入院医療の継続が可能となる報酬の検討が必要であると同時に、有床診療所の病床のあり方についての議論が必要とされている。小規模な病床の区分化や転換を行うのではなく、診療所病床として柔軟な活用形態を検討することで、高齢社会の中の地域住民のニーズに応えることが可能と思われる。」(江口成美他、日医総研ワーキングペーパーNo.149、2007年)、日本医師会の有床診療所に関する検討委員会報告書においても、「有床診療所の病床を「複雑な病床区分や制約を設けず、実態に即して急性期から慢性期、終末期に至る医療・介護が行える自由な病床として、その柔軟な特性を維持させるべきである」と強調している。」(日医ニュース、2008.7.5)等の提言がなされている。

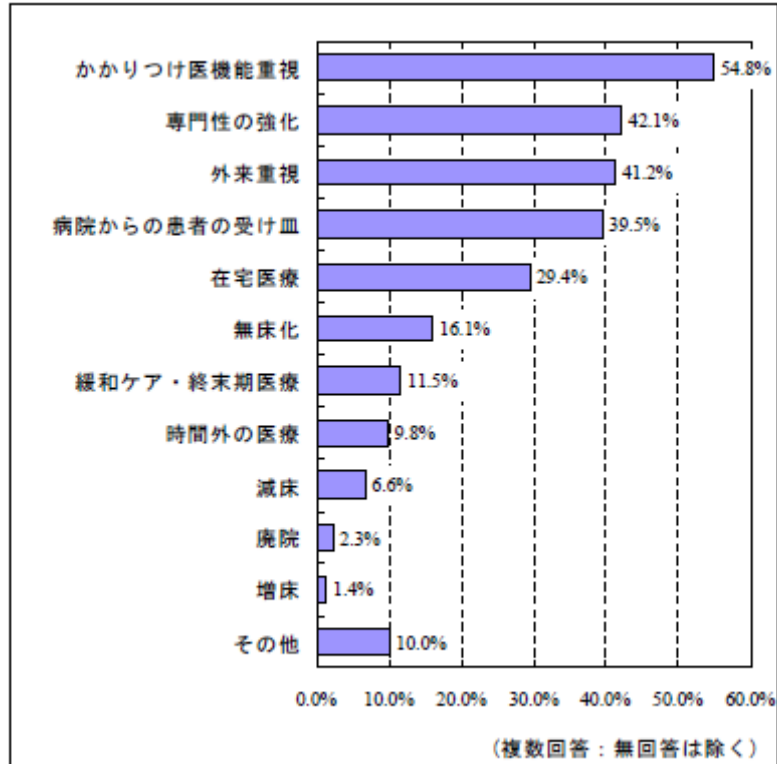
よって、本調査研究ではこれらの既存調査を踏まえ、有床診療所が地域の他の保健・福祉(介護)職と連携する中で、地域住民の在宅療養ニーズに応えられる地域完結型医療・介護の受け皿機能を果たし、「安心拠点」となるために、有床診療所のベッドの活用状況や、在宅療養支援・連携病院との連携などへの貢献状況を明らかにし、地域の医療・介護ニーズに応じた有床診療所機能の有効活用策を提言することを目的とする。



【参考】有床診療所における今後の方向性についての意向

出典：有床診療所実態調査（日医総研ワーキングペーパーNO.149、2007年9月）

【全体】(n=1,059)



【病床種別】

主たる病床	一般	療養
n	838	177
専門性の強化	40.7%	21.5%
病院からの患者の受け皿	38.5%	49.7%
かかりつけ医機能重視	51.9%	72.9%
外来重視	40.8%	42.4%
時間外の医療	9.9%	10.7%
在宅医療	25.5%	51.4%
緩和ケア・終末期医療	9.2%	25.4%
無床化	16.1%	15.8%
廃院	1.8%	2.3%

【主たる診療科別】

主たる診療科	内科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	産科・婦人科
n	379	14	189	151	23	167
専門性の強化	29.0%	28.6%	31.7%	51.7%	56.5%	54.5%
病院からの患者の受け皿	45.4%	28.6%	55.6%	53.6%	26.1%	12.6%
かかりつけ医機能重視	72.3%	50.0%	72.0%	49.0%	43.5%	26.3%
外来重視	50.1%	50.0%	39.2%	39.7%	39.1%	24.0%
時間外の医療	12.9%	7.1%	8.5%	10.6%	8.7%	6.6%
在宅医療	46.2%	28.6%	40.7%	17.9%	13.0%	3.6%
緩和ケア 終末期医療	19.3%	7.1%	16.9%	3.3%	0.0%	1.2%
無床化	18.2%	28.6%	16.4%	16.6%	13.0%	13.8%
廃院	2.6%	7.1%	1.1%	0.7%	0.0%	5.4%
主たる診療科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	泌尿器科	精神科 神経科	その他
n	60	8	3	32	6	26
専門性の強化	61.7%	62.5%	33.3%	81.3%	50.0%	65.4%
病院からの患者の受け皿	10.0%	25.0%	0.0%	28.1%	0.0%	42.3%
かかりつけ医機能重視	15.0%	37.5%	0.0%	28.1%	33.3%	42.3%
外来重視	38.3%	75.0%	66.7%	37.5%	66.7%	30.8%
時間外の医療	1.7%	25.0%	0.0%	9.4%	33.3%	3.8%
在宅医療	1.7%	12.5%	0.0%	31.3%	16.7%	19.2%
緩和ケア 終末期医療	0.0%	12.5%	0.0%	15.6%	0.0%	11.5%
無床化	10%	12.5%	0.0%	12.5%	50.0%	7.7%
廃院	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.8%

## 2. 事業内容

### (1) 有床診療所の機能に関する実態調査

全国の有床診療所の実態、及び現状の問題点や課題等を抽出し、有効活用策を検討する目的として、全国調査を実施した。

#### ①調査対象

全国の国保直診の有床診療所（112 施設）を対象とした。また、機能を比較するため、対照群として小規模病院（100 床未満）を 194 施設、無床診療所を 200 施設抽出し、調査対象とした<sup>3</sup>。

図表 19 調査対象一覧

施設種別	対象数
病院（100 床未満）	194 施設
有床診療所	112 施設
無床診療所	200 施設（抽出率 43.0%）
合計	506 施設

#### ②調査方法

自記式調査票の郵送配布・回収とした。

調査時期は平成 20 年 12 月～平成 21 年 1 月とした。

#### ③調査項目

地域の医療・介護ニーズ、入院患者の動向（入院患者の属性、入院理由等）、介護サービスとの連携状況等を主要な調査項目とした。具体的な調査項目は以下の通り。

---

<sup>3</sup> 調査対象施設種別は、平成 19 年度末の状況に基づいている。

図表 20 調査項目

区分	項目	病院	有床 診療所	無床 診療所
施設属性	<ul style="list-style-type: none"> <li>所在地（都道府県）、診療圏人口、標榜診療科、ベッド数、医師・看護師の人数、平均在院日数、1日平均外来患者数、収支の状況、在宅療養支援診療所届出有無、地域の中核的病院までの距離</li> </ul>	○	○	○
	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院患者の状況、退院患者の状況</li> </ul>	○	○	
提供している医療機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>主たる医療機能</li> <li>在宅医療関連診療料の算定状況</li> <li>在宅看取りの状況</li> </ul>	○	○	○
他機関との連携の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>後方病院との連携状況（連携の体制、紹介・逆紹介の状況）</li> <li>在宅サービス事業所等との連携の状況</li> </ul>	○	○	○
地域の医療・介護ニーズ	<ul style="list-style-type: none"> <li>当該地域の地域住民の在宅療養に対する意識、要望等</li> </ul>	○	○	○
施設種別の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養への貢献について（地域医療の「安心拠点」としての貢献、病診連携における貢献、介護施設との連携における貢献、在宅療養を継続するための支援等）</li> <li>ベッド保有による在宅療養体制構築へのメリット</li> <li>ベッドを有効活用した事例</li> <li>休眠病床の有無とその理由</li> </ul>	○	○	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ベッドを保有していないことによるメリット・デメリット</li> </ul>			○
今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>現状の問題点や課題</li> <li>医療機関を安心拠点とする活用策</li> </ul>	○	○	○
入院患者の動向	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院患者の性別、入院期間、入院理由、入院前の状況等</li> </ul>	○	○	

## (2) 有床診療所への現地ヒアリング調査

### ①調査対象施設

実態調査結果等を踏まえ、有床診療所が「安心拠点」として在宅医療を担うことに対して意識の高い有床診療所等、4施設を対象とした。

図表 21 ヒアリング調査対象施設

NO.	都道府県・市町村	対象施設	日程
1	岐阜県郡上市	郡上市地域医療センター国保和良診療所	11月20日(木)
2	兵庫県洲本市	洲本市国民健康保険五色診療所	2月23日(月)
3	北海道むかわ町	むかわ町国民健康保険穂別診療所	3月16日(月)
4	愛媛県松野町	松野町国民健康保険中央診療所	3月19日(木)

### ②ヒアリング内容

主として以下の内容についてヒアリング調査を実施した。

<p><u>1. 診療所の状況について</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 診療所が担っている診療機能について</li><li>・ 在宅医療・在宅看取りに関する体制について</li><li>・ 地域保健・福祉(介護)資源との連携状況について</li></ul> <p><u>2. 地域のニーズ等について</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域住民のニーズ、診療所への評価、要望について</li><li>・ 地域のニーズに応じた施設の効果的活用状況について</li><li>・ 具体的なエピソード</li></ul> <p><u>3. 今後の有床診療所のあり方について</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 有床診療所という形態を存続させている理由(有床診療所へ形態を変更した理由)</li><li>・ 現状の診療体制、運営や経営における問題点や課題</li><li>・ 今後、診療所が目指す地域における有床診療所の位置づけ</li><li>・ そのために必要な制度等の要望</li></ul>
--

### (3) 事業実施体制

本事業の実施に際しては、以下の学識経験者、実践的立場の国診協役員等から構成される「有床診療所における医療・介護の提供に関する調査研究委員会・同作業部会」を設置し、調査研究の企画、調査研究結果の分析の検討を行った。

#### (委員会)

委員長	前沢 政次	北海道大学大学院医学研究科教授
委員	松浦 尊磨	甲南女子大学看護リハビリテーション学部教授
委員	井伊久美子	社団法人日本看護協会常任理事
委員	廣畑 衛	会長代行／三豊総合病院組合保健医療福祉管理者
委員	林 拓男	広島県・公立みつぎ総合病院副院長
委員	森安 浩子	香川県・三豊総合病院看護部長
委員	八巻 俊彦	福島県・只見町国保朝日診療所長
委員	後藤 忠雄	岐阜県・郡上市地域医療センター国保和良診療所長
委員	山田 康介	北海道・更別村国保診療所長
委員	佐々木勝忠	岩手県・奥州市国保衣川歯科診療所長
委員	中村 伸一	福井県・おおい町国保名田庄診療所長

#### (作業部会)

委員長	前沢 政次	北海道大学大学院医学研究科教授
委員	松浦 尊磨	甲南女子大学看護リハビリテーション学部教授
委員	井伊久美子	社団法人日本看護協会常任理事
委員	廣畑 衛	会長代行／三豊総合病院組合保健医療福祉管理者
委員	林 拓男	広島県・公立みつぎ総合病院副院長
委員	後藤 忠雄	岐阜県・郡上市地域医療センター国保和良診療所長
委員	山田 康介	北海道・更別村国保診療所長
委員	佐々木勝忠	岩手県・奥州市国保衣川歯科診療所長
委員	大船 昭宏	青森県・深浦町国保関診療所事務長
委員	竹内 嘉伸	富山県・南砺市民病院地域医療連携科主任
委員	大石 典史	長崎県・国保平戸市民病院リハビリテーション科技師長
委員	木佐 健悟	北海道大学大学院医学研究科医療システム学院生

#### (4) 調査検討の経緯

調査検討の経緯は以下の通りである。委員会を2回、作業部会を4回（うち2回は委員会と合同開催）実施した。

##### ①委員会の開催

回	日時	検討内容
1	平成20年8月7日（木） 10：30～12：30	・ 事業実施計画について
2	平成21年3月13日（金） 10：30～12：30	・ 報告書取りまとめについて

##### ②作業部会の開催

回	日時	検討内容
1	平成20年8月7日（木） 10：30～12：30	※ 第1回委員会と合同開催
2	平成20年9月26日（金） 10：30～12：30	・ 調査票案について
3	平成21年3月6日（金） 10：30～12：30	・ 調査実施結果について ・ 報告書の取りまとめについて
4	平成21年3月13日（金） 10：30～12：30	※ 第2回委員会と合同開催

## II. 調査結果

### 1. 有床診療所の機能に関する実態調査

#### (1) 回収の状況

調査票の回収数は以下の通りであった。

図表 22 回収の状況

施設種別	回収数	回収率
病院（100床未満）	50 施設	25.8%
有床診療所	41 施設	36.6%
無床診療所	83 施設	41.5%
合計	174 施設	34.4%

#### (2) 調査結果

##### ①国保直診（医療機関）及び併設施設の概況（2008年12月現在）

診療圏人口についてみると、病院では「1万人以上」（50.0%）が最も多く、平均は16,196.59人（標準偏差23,388.52）、有床診療所では「5千～1万人未満」（31.7%）が最も多く、平均は8,924.77人（標準偏差13,284.20）、無床診療所では「2千人未満」（36.1%）が最も多く、平均は7,802.29人（標準偏差16,031.98）であった。

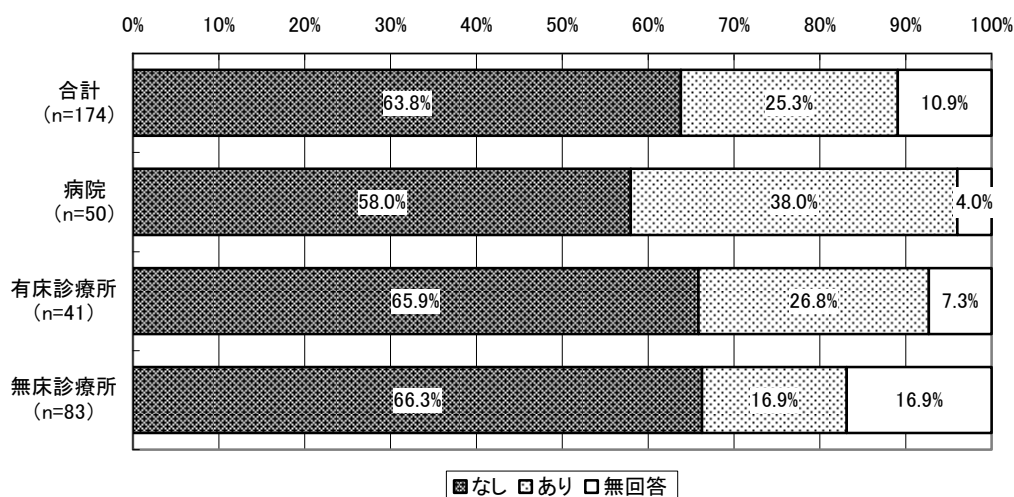
図表 23 診療圏人口

	件数	2千人未満	2.5～5千人未満	5千～1万人未満	1万人以上	無回答	（単位：人） 平均値	標準偏差
合計	174	40 23.0%	32 18.4%	37 21.3%	46 26.4%	19 10.9%	10467.62	18113.10
病院	50	2 4.0%	3 6.0%	14 28.0%	25 50.0%	6 12.0%	16196.59	23388.52
有床診療所	41	8 19.5%	8 19.5%	13 31.7%	10 24.4%	2 4.9%	8924.77	13284.20
無床診療所	83	30 36.1%	21 25.3%	10 12.0%	11 13.3%	11 13.3%	7802.29	16031.98



診療圏内における他の医療機関（病院）の有無についてみると、病院では「あり」が 38.0%、有床診療所では「あり」が 26.8%、無床診療所では「あり」が 16.9%であった。

図表 24 診療圏内における他の医療機関（病院）の有無



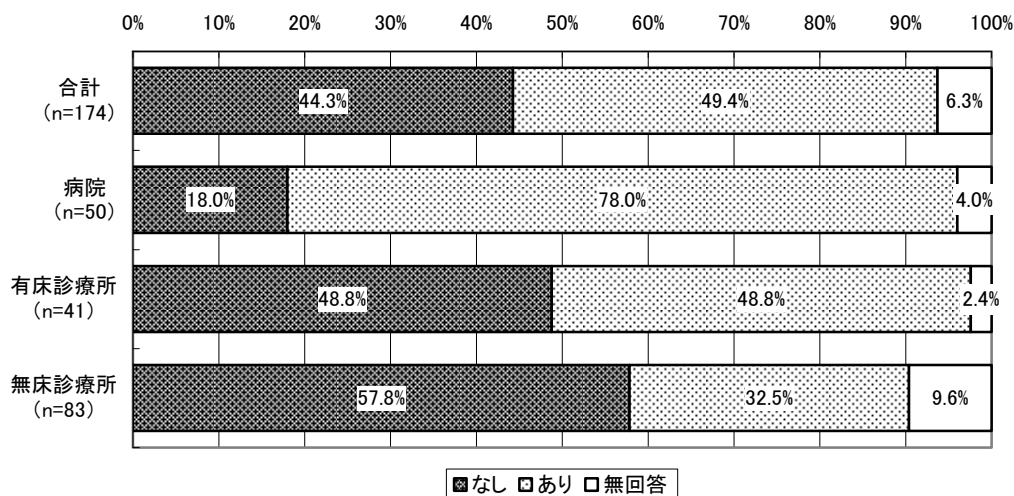
病院がある場合の箇所数についてみると、病院では「1箇所」(57.9%)が最も多く、平均は 1.88 箇所 (標準偏差 1.62)、有床診療所では「1箇所」(45.5%)が最も多く、平均は 2.20 箇所 (標準偏差 1.69)、無床診療所では「1箇所」(71.4%)が最も多く、平均は 1.93 箇所 (標準偏差 1.98)であった。

図表 25 診療圏内における他の医療機関（病院）の箇所数

	件数	1箇所 (%)	2箇所 (%)	3箇所 (%)	4箇所以上 (%)	無回答 (%)	(単位：箇所)	標準偏差
合計	44	59.1%	13.6%	6.8%	13.6%	6.8%	1.98	1.72
病院	19	57.9%	10.5%	10.5%	10.5%	10.5%	1.88	1.62
有床診療所	11	45.5%	18.2%	9.1%	18.2%	9.1%	2.20	1.69
無床診療所	14	71.4%	14.3%	-	14.3%	-	1.93	1.98

診療圏内における他の医療機関（診療所）の有無についてみると、病院では「あり」が 78.0%、有床診療所では「あり」が 48.8%、無床診療所では「あり」が 32.5%であった。

図表 26 診療圏内における他の医療機関（診療所）の有無



診療所がある場合の箇所数についてみると、病院では「4箇所以上」(33.3%)が最も多く、平均は 3.69 箇所 (標準偏差 2.96)、有床診療所では「4箇所以上」(45.0%)が最も多く、平均は 5.00 箇所 (標準偏差 5.11)、無床診療所では「1箇所」(44.4%)が最も多く、平均は 4.67 箇所 (標準偏差 7.34)であった。

図表 27 診療圏内における他の医療機関（診療所）の箇所数

	件数	1箇所	2箇所	3箇所	4箇所以上	無回答	(単位:箇所)	標準偏差
合計	86	24 27.9%	19 22.1%	7 8.1%	32 37.2%	4 4.7%	4.32	5.22
病院	39	8 20.5%	10 25.6%	5 12.8%	13 33.3%	3 7.7%	3.69	2.96
有床診療所	20	4 20.0%	5 25.0%	1 5.0%	9 45.0%	1 5.0%	5.00	5.11
無床診療所	27	12 44.4%	4 14.8%	1 3.7%	10 37.0%	-	4.67	7.34

現在(2008年12月)の病床数の平均は以下の通りであった。

図表 28 病床数の状況 (2008年12月)

		一般病床	医療療養病床	介護療養病床	その他病床
合計	平均	31.63	9.01	2.47	0.21
	標準偏差	24.87	15.94	6.93	1.25
病院	平均	47.40	15.36	3.20	0.38
	標準偏差	22.32	18.92	8.46	1.65
有床診療所	平均	11.41	0.87	1.54	0.0
	標準偏差	6.56	2.34	4.15	0.0

※その他病床には精神病床、結核病床、感染症病床等が含まれる。

昨年(2007年3月)の施設種別をみると、現在有床診療所である施設で昨年は病院であった施設が2施設、現在無床診療所で昨年病院であった施設が2施設存在した。また、現在無床診療所で、昨年有床診療所であった施設が6施設みられた。

図表 29 施設種別：昨年(2007年3月)の状況

	件数	2007年度の施設種別			
		病院	有床診療所	無床診療所	無回答
合計	174	54 31.0%	41 23.6%	71 40.8%	8 4.6%
現在の施設種別が病院	50	50 100.0%	-	-	-
現在の施設種別が有床診療所	41	2 4.9%	35 85.4%	-	4 9.8%
現在の施設種別が無床診療所	83	2 2.4%	6 7.2%	71 85.5%	4 4.8%

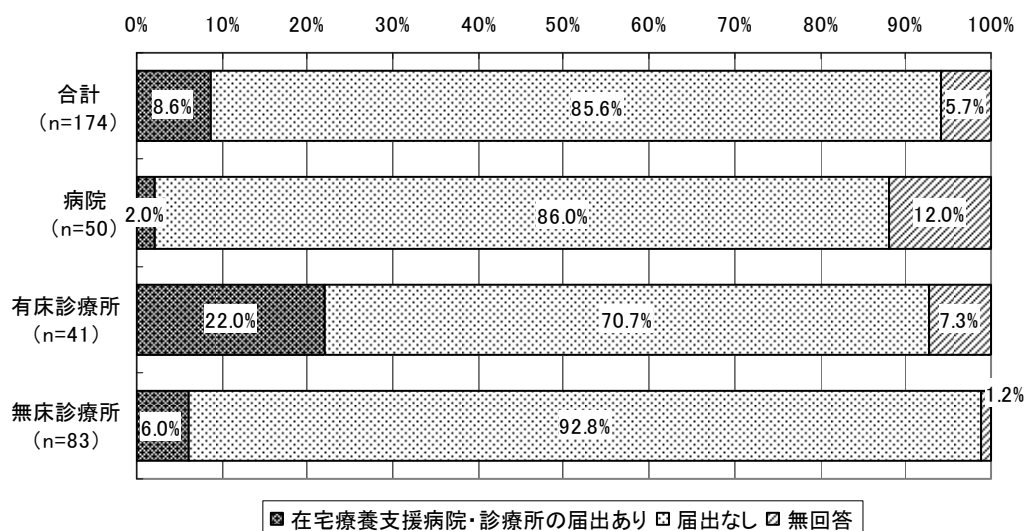
開設主体についてみると、病院、有床診療所では「町」（それぞれ70.0%、43.9%）、無床診療所では「市」（60.2%）が最も多くなっていた。

図表 30 開設主体

	件数	市	町	村	一部事務組合	国保連合会	その他	無回答
合計	174	76 43.7%	78 44.8%	17 9.8%	3 1.7%	-	-	-
病院	50	11 22.0%	35 70.0%	1 2.0%	3 6.0%	-	-	-
有床診療所	41	15 36.6%	18 43.9%	8 19.5%	-	-	-	-
無床診療所	83	50 60.2%	25 30.1%	8 9.6%	-	-	-	-

在宅療養支援病院・診療所の届出についてみると、有床診療所では「届出あり」が22.0%、無床診療所では「届出あり」が6.0%であった。病院で「届出あり」としている施設も1施設（2.0%）みられていた。

図表 31 在宅療養支援病院・診療所の届出



標榜診療科についてみると、内科については各施設ともほぼ標榜していた。外科を標榜していたのは病院で90.0%、有床診療所で58.5%、無床診療所で31.3%であった。

図表 32 標榜診療科

	件数	内科	外科	小児科	整形外科	歯科	その他	無回答
合計	174	169 97.1%	95 54.6%	86 49.4%	50 28.7%	29 16.7%	63 36.2%	-
病院	50	50 100.0%	45 90.0%	32 64.0%	31 62.0%	9 18.0%	29 58.0%	-
有床診療所	41	41 100.0%	24 58.5%	21 51.2%	8 19.5%	8 19.5%	19 46.3%	-
無床診療所	83	78 94.0%	26 31.3%	33 39.8%	11 13.3%	12 14.5%	15 18.1%	-

併設している介護保険サービス事業所についてみると、病院では「訪問看護」（46.0%）が最も多く、次いで「居宅介護支援」（34.0%）、「訪問リハビリテーション」（30.0%）などが多くなっていた。有床診療所や無床診療所でも「訪問看護」が最も多く、それぞれ 24.4%、14.5%であった。

図表 33 併設している介護保険サービス事業所

	件数	介護老人保健施設	介護老人福祉施設	施設療養型医療	居宅介護支援	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指	通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	短期入所療養介護
合計	174	12 6.9%	2 1.1%	11 6.3%	27 15.5%	6 3.4%	2 1.1%	45 25.9%	27 15.5%	24 13.8%	5 2.9%	18 10.3%	1 0.6%	12 6.9%
病院	50	5 10.0%	2 4.0%	7 14.0%	17 34.0%	1 2.0%	-	23 46.0%	15 30.0%	11 22.0%	1 2.0%	5 10.0%	1 2.0%	6 12.0%
有床診療所	41	5 12.2%	-	4 9.8%	6 14.6%	2 4.9%	1 2.4%	10 24.4%	6 14.6%	7 17.1%	1 2.4%	9 22.0%	-	5 12.2%
無床診療所	83	2 2.4%	-	-	4 4.8%	3 3.6%	1 1.2%	12 14.5%	6 7.2%	6 7.2%	3 3.6%	4 4.8%	-	1 1.2%

	特定生活施設介護入所者	福祉用具貸与	特定福祉用具販	夜間介護対応型訪問	介護所対応型通	認知症対応型通	小規模多機能型	認知症対応型共	地域密着型特定生活	施設入居者型生活	地域密着型介護	老人福祉施設介護	居宅生活介護	生活福祉センタ	その他	無回答
合計	-	-	-	-	-	-	-	2 1.1%	-	-	-	-	2 1.1%	2 1.1%	2 1.1%	107 61.5%
病院	-	-	-	-	-	-	-	2 4.0%	-	-	-	-	-	1 2.0%	1 2.0%	21 42.0%
有床診療所	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 2.4%	-	-	22 53.7%
無床診療所	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 1.2%	1 1.2%	1 1.2%	64 77.1%

中規模以上の急性期病院までの距離（約～km）についてみると、病院では「30 km 以上」（44.0%）、有床診療所では「10～20 km 未満」（31.7%）が多くなっていた。無床診療所では「10～20 km 未満」「20～30 km 未満」がともに多く、それぞれ 25.3%であった。

図表 34 中規模以上の急性期病院までの距離：約～km

	件数	10 km 未満	10～20 km 未満	20～30 km 未満	30 km 以上	無回答	（単位：km）	標準偏差
合計	174	30 17.2%	46 26.4%	40 23.0%	51 29.3%	7 4.0%	23.95	19.49
病院	50	4 8.0%	12 24.0%	11 22.0%	22 44.0%	1 2.0%	30.08	18.87
有床診療所	41	8 19.5%	13 31.7%	8 19.5%	10 24.4%	2 4.9%	25.58	28.04
無床診療所	83	18 21.7%	21 25.3%	21 25.3%	19 22.9%	4 4.8%	19.34	12.65

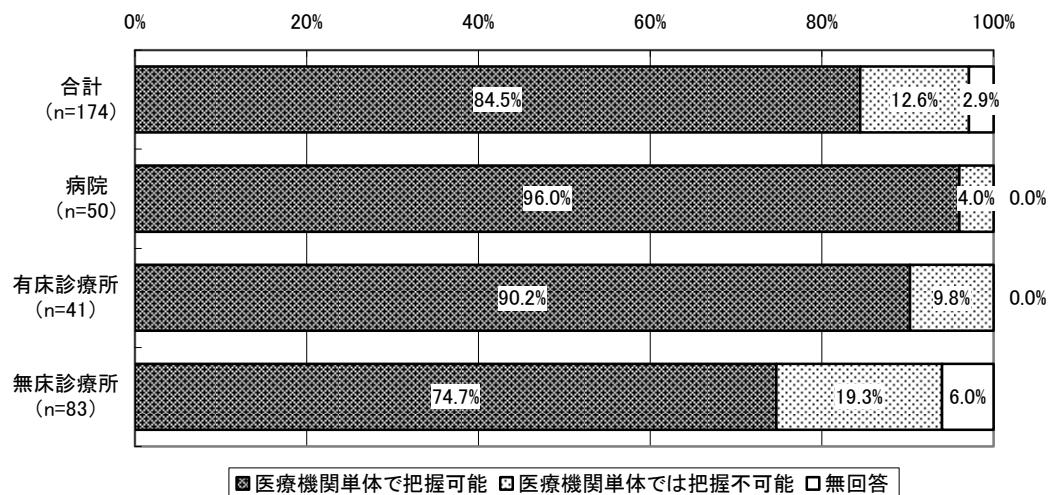
中規模以上の急性期病院までの時間（車で約～分）についてみると、病院では「30～45分未満」（42.0%）、有床診療所では「15～30分未満」（39.0%）、無床診療所では「30～45分未満」（34.9%）が多くなっていた。

図表 35 中規模以上の急性期病院までの時間：車で約～分

	件数	15分未満	15～30分未満	30～45分未満	45分以上	無回答	（単位：分） 平均値	標準偏差
合計	174	10.9%	30.5%	35.6%	20.7%	2.3%	32.78	21.63
病院	50	6.0%	20.0%	42.0%	30.0%	2.0%	39.39	21.38
有床診療所	41	7.3%	39.0%	29.3%	22.0%	2.4%	33.78	28.40
無床診療所	83	15.7%	32.5%	34.9%	14.5%	2.4%	28.29	16.54

収支の状況についてみると、多くの医療機関が医療機関単体で把握可能であり、病院では96.0%、有床診療所では90.2%、無床診療所では74.7%であった。

図表 36 収支の状況



調査対象医療機関の収支の状況は以下の通りであった。

図表 37 収支の状況（単位：千円）

		医業収入				
		外来分	一般病床分	医療療養病床分	介護療養病床分	
合計	平均	315,487	164,272	98,877	14,535	4,056
	標準偏差	339,333	149,849	168,050	49,580	16,659
病院	平均	726,482	304,550	290,719	44,833	10,536
	標準偏差	293,525	156,537	178,842	79,755	27,251
有床 診療所	平均	184,565	143,153	19,790	405	2,619
	標準偏差	123,689	110,945	41,699	2,466	9,140
無床 診療所	平均	82,058	70,534	—	—	—
	標準偏差	61,499	57,189	—	—	—
		医業外収入	収入計		支出	収支計
		一般会計繰入金				
合計	平均	78,777	58,761	394,264	393,678	-78,191
	標準偏差	79,168	69,574	382,530	392,424	113,801
病院	平均	130,350	113,178	856,832	876,629	-150,147
	標準偏差	72,506	74,365	310,981	299,960	98,117
有床 診療所	平均	69,678	41,866	254,243	231,577	-47,013
	標準偏差	62,441	50,947	158,322	148,444	96,750
無床 診療所	平均	45,110	24,861	127,168	124,307	-42,249
	標準偏差	73,358	44,795	104,150	125,707	110,038

医業収入、医業外収入、支出の分布状況は以下の通りであった。

図表 38 収支の状況：医業収入

	件数	5千万円未満	5千万円～1億円	1～5億円未満	5億円以上	無回答	平均（単位：千円）	標準偏差
合計	147	23 15.6%	34 23.1%	53 36.1%	36 24.5%	1 0.7%	315487.25	339332.97
病院	48	—	—	12 25.0%	35 72.9%	1 2.1%	726481.66	293524.87
有床診療所	37	4 10.8%	8 21.6%	24 64.9%	1 2.7%	—	184564.57	123689.20
無床診療所	62	19 30.6%	26 41.9%	17 27.4%	—	—	82058.24	61499.42

図表 39 収支の状況：外来分

	件数	3千万円未満	3満5千万円未	5未満1億円	1億円以上	無回答	平均(単位:千円)	標準偏差
合計	146	17 11.6%	13 8.9%	39 26.7%	77 52.7%	-	164271.59	149849.34
病院	47	1 2.1%	-	2 4.3%	44 93.6%	-	304550.28	156537.32
有床診療所	37	3 8.1%	2 5.4%	13 35.1%	19 51.4%	-	143153.38	110944.93
無床診療所	62	13 21.0%	11 17.7%	24 38.7%	14 22.6%	-	70534.10	57188.77

図表 40 収支の状況：一般病床分

	件数	3千万円未満	3満5千万円未	5未満1億円	1億円以上	無回答	平均(単位:千円)	標準偏差
合計	84	36 42.9%	1 1.2%	4 4.8%	43 51.2%	-	171381.77	191805.38
病院	47	5 10.6%	-	1 2.1%	41 87.2%	-	290719.96	178842.68
有床診療所	37	31 83.8%	1 2.7%	3 8.1%	2 5.4%	-	19790.03	41699.42

図表 41 収支の状況：医療療養病床分

	件数	3千万円未満	3満5千万円未	5未満1億円	1億円以上	無回答	平均(単位:千円)	標準偏差
合計	84	68 81.0%	2 2.4%	5 6.0%	9 10.7%	-	25263.81	63405.33
病院	47	31 66.0%	2 4.3%	5 10.6%	9 19.1%	-	44833.19	79754.75
有床診療所	37	37 100.0%	-	-	-	-	405.41	2465.98

図表 42 収支の状況：介護療養病床分

	件数	3千万円未満	3満5千万円未	5未満1億円	1億円以上	無回答	平均(単位:千円)	標準偏差
合計	84	76 90.5%	3 3.6%	3 3.6%	2 2.4%	-	4055.66	16658.52
病院	47	40 85.1%	3 6.4%	2 4.3%	2 4.3%	-	10536.38	27251.24
有床診療所	37	36 97.3%	-	1 2.7%	-	-	2619.38	9139.85



図表 43 収支の状況：医業外収入

	件数	3千万円未満	3満5千万円未	5未5千万1億円	1億円以上	無回答	平均(単位：千円)	標準偏差
合計	147	44 29.9%	30 20.4%	31 21.1%	41 27.9%	1 0.7%	78776.77	79168.17
病院	48	2 4.2%	4 8.3%	13 27.1%	28 58.3%	1 2.1%	130350.45	72505.66
有床診療所	37	8 21.6%	9 24.3%	13 35.1%	7 18.9%	-	69678.49	62441.13
無床診療所	62	34 54.8%	17 27.4%	5 8.1%	6 9.7%	-	45110.23	73358.31

図表 44 収支の状況：一般会計繰入金

	件数	1千万円未満	1満3千万円未	3満5千万円未	5千万円以上	無回答	平均(単位：千円)	標準偏差
合計	140	36 25.7%	35 25.0%	17 12.1%	52 37.1%	-	58761.39	69573.91
病院	47	5 10.6%	1 2.1%	4 8.5%	37 78.7%	-	113177.51	74365.49
有床診療所	35	7 20.0%	12 34.3%	6 17.1%	10 28.6%	-	41865.83	50947.24
無床診療所	58	24 41.4%	22 37.9%	7 12.1%	5 8.6%	-	24861.17	44794.57

図表 45 収支の状況：収入計

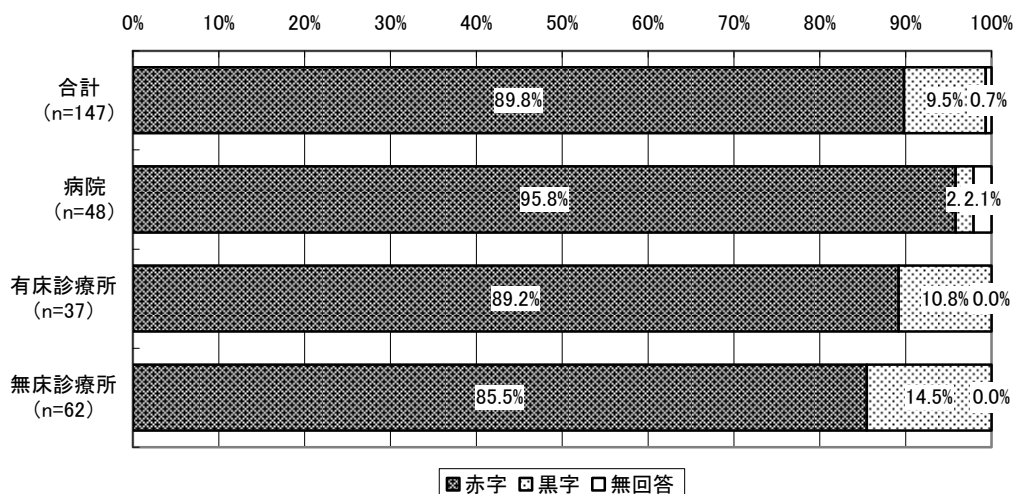
	件数	1億円未満	13億円未	35億円未	5億円以上	無回答	平均(単位：千円)	標準偏差
合計	147	45 30.6%	38 25.9%	20 13.6%	43 29.3%	1 0.7%	394264.02	382529.85
病院	48	-	-	9 18.8%	38 79.2%	1 2.1%	856832.11	310980.96
有床診療所	37	8 21.6%	17 45.9%	8 21.6%	4 10.8%	-	254243.05	158321.65
無床診療所	62	37 59.7%	21 33.9%	3 4.8%	1 1.6%	-	127168.47	104149.65

図表 46 収支の状況：支出

	件数	5千万円未満	5未5千万1億円	15億円未	5億円以上	無回答	平均(単位：千円)	標準偏差
合計	147	9 6.1%	39 26.5%	52 35.4%	46 31.3%	1 0.7%	393678.01	392423.60
病院	48	-	-	6 12.5%	41 85.4%	1 2.1%	876629.09	299960.06
有床診療所	37	-	9 24.3%	25 67.6%	3 8.1%	-	231577.41	148443.64
無床診療所	62	9 14.5%	30 48.4%	21 33.9%	2 3.2%	-	124307.39	125706.88

また、赤字の医療機関が多く、病院では95.8%、有床診療所では89.2%、無床診療所では85.5%が赤字となっていた（収入には一般会計繰入金を含む）。

図表 47 収支の状況（赤字／黒字）



収支状況の分布は以下の通りであった。

図表 48 収支の状況：収支

	件数	△5千万円未満	△5千万円未△3	△未3千万未0円	0円以上	無回答	平均 (単位：千円)	標準偏差
合計	147	59 (40.1%)	23 (15.6%)	50 (34.0%)	14 (9.5%)	1 (0.7%)	-78190.76	113800.80
病院	48	39 (81.3%)	-	7 (14.6%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)	-150147.43	98117.45
有床診療所	37	14 (37.8%)	11 (29.7%)	8 (21.6%)	4 (10.8%)	-	-47012.84	96749.66
無床診療所	62	6 (9.7%)	12 (19.4%)	35 (56.5%)	9 (14.5%)	-	-42249.15	110037.71

収入に占める一般会計繰入金の割合をみると、病院では「10～20%未満」(43.8%)が最も多い。有床診療所、無床診療所では「10%未満」が最も多く、それぞれ45.9%、41.9%であった。

図表 49 収入に占める一般会計繰入金の割合

	件数	10%未満	10%未20%未	20%未30%未	30%以上	無回答	平均 (単位：%)	標準偏差
合計	147	59 (40.1%)	42 (28.6%)	22 (15.0%)	23 (15.6%)	1 (0.7%)	16.52	15.79
病院	48	16 (33.3%)	21 (43.8%)	7 (14.6%)	3 (6.3%)	1 (2.1%)	14.07	9.16
有床診療所	37	17 (45.9%)	7 (18.9%)	4 (10.8%)	9 (24.3%)	-	16.53	13.93
無床診療所	62	26 (41.9%)	14 (22.6%)	11 (17.7%)	11 (17.7%)	-	18.38	20.16

これを赤字／黒字別に見ると、以下の通りであった。

図表 50 収入に占める一般会計繰入金の割合（赤字の医療機関）

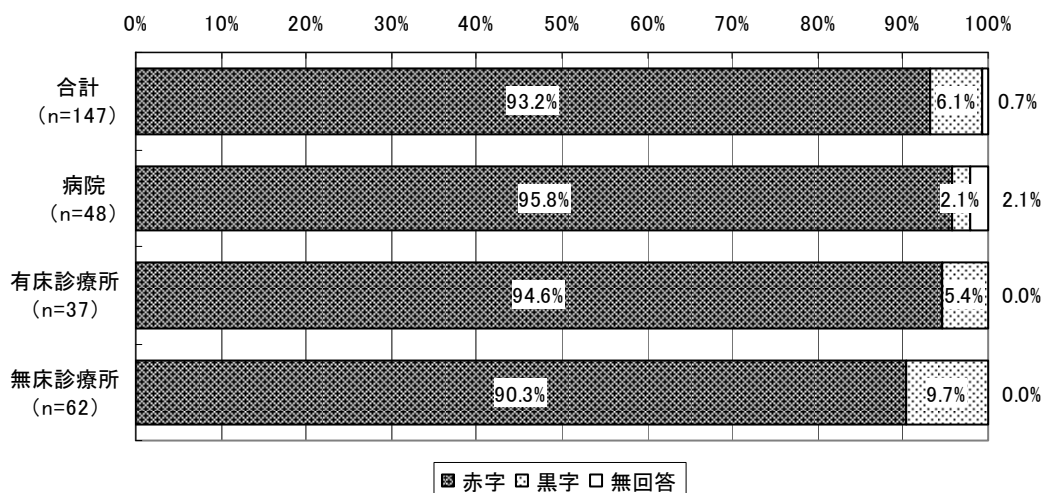
	件数	10%未満	10%～20%未満	20%～30%未満	30%以上	無回答	（単位：%） 平均値	標準偏差
合計	132	37.9%	28.0%	16.7%	17.4%	-	17.63	16.04
病院	46	32.6%	45.7%	15.2%	6.5%	-	14.36	9.03
有床診療所	33	45.5%	15.2%	12.1%	27.3%	-	17.36	14.38
無床診療所	53	37.7%	20.8%	20.8%	20.8%	-	20.62	20.78

図表 51 収入に占める一般会計繰入金の割合（黒字の医療機関）

	件数	10%未満	10%～20%未満	20%～30%未満	30%以上	無回答	（単位：%） 平均値	標準偏差
合計	14	64.3%	35.7%	-	-	-	6.12	7.58
病院	1	100.0%	-	-	-	-	0.44	0.00
有床診療所	4	50.0%	50.0%	-	-	-	9.69	7.24
無床診療所	9	66.7%	33.3%	-	-	-	5.17	7.89

なお、収入に一般会計繰入金を含めずに収支状況をみたところ、黒字となる医療機関は、病院では2.1%、有床診療所では5.4%、無床診療所では9.7%であった。

図表 52 収支の状況（一般会計繰入金を含めない：赤字／黒字）



一般病床の平均在院日数についてみると、病院では一般病床平均 25.9 日（標準偏差 18.6）、医療療養病床平均 246.3 日（標準偏差 258.9）、介護療養病床平均 523.6 日（標準偏差 624.5）、その他病床平均 72.5 日（標準偏差 9.2）であった。

有床診療所では、一般病床平均 15.7 日（標準偏差 8.9）、医療療養病床平均 27.0 日（標準偏差 26.9）、介護療養病床平均 48.7 日（標準偏差 61.6）であった。

図表 53 平均在院日数

		一般病床	医療療養病床	介護療養病床	その他病床
合計	平均	23.8	218.9	312.5	72.5
	標準偏差	17.5	252.6	509.0	9.2
病院	平均	25.9	246.3	523.6	72.5
	標準偏差	18.6	258.9	624.5	9.2
有床診療所	平均	15.7	27.0	48.7	-
	標準偏差	8.9	26.9	61.6	-

一般病床の病床稼働率についてみると、病院では一般病床平均 71.4%（標準偏差 14.4）、医療療養病床平均 76.2%（標準偏差 25.4）、介護療養病床平均 81.7%（標準偏差 22.1）、その他病床平均 28.7%（標準偏差 30.1）であった。

有床診療所では、一般病床平均 22.2%（標準偏差 31.3）、医療療養病床平均 32.5%（標準偏差 44.8）、介護療養病床平均 60.0%（標準偏差 52.9）であった。

図表 54 病床稼働率

		一般病床	医療療養病床	介護療養病床	その他病床
合計	平均	54.1	70.0	75.2	28.7
	標準偏差	32.1	31.8	32.5	30.1
病院	平均	71.4	76.2	81.7	28.7
	標準偏差	14.4	25.4	22.1	30.1
有床診療所	平均	22.2	32.5	60.0	0.0
	標準偏差	31.3	44.8	52.9	0.0

1日平均外来患者数についてみると、病院では「100人以上」(68.0%)が最も多く、平均は171.35人(標準偏差264.14)、有床診療所では「50～100人未満」(43.9%)が最も多く、平均は69.10人(標準偏差35.42)、無床診療所では「30人未満」(31.3%)が最も多く、平均は37.95人(標準偏差23.89)であった。

図表 55 1日平均外来患者数

	件数	30人未満	30～50人未満	50～100人未満	100人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	174	17.2%	13.8%	28.7%	24.7%	15.5%	90.05	164.19
病院	50	-	-	30.0%	68.0%	2.0%	171.35	264.14
有床診療所	41	9.8%	17.1%	43.9%	17.1%	12.2%	69.10	35.42
無床診療所	83	31.3%	20.5%	20.5%	2.4%	25.3%	37.95	23.89

医師の常勤実人数についてみると、病院では「3～4人」(52.0%)が最も多く、平均は4.14人(標準偏差1.80)、有床診療所では「1人」(56.1%)が最も多く、平均は1.46人(標準偏差0.67)、無床診療所でも「1人」(78.3%)が最も多く、平均は0.94人(標準偏差0.43)であった。

図表 56 職員数：医師：常勤実人数

	件数	0人	1人	2人	3～4人	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	174	6.3%	51.1%	14.4%	16.7%	9.8%	3.1%	2.00	1.75
病院	50	-	2.0%	12.0%	52.0%	34.0%	-	4.14	1.80
有床診療所	41	2.4%	56.1%	34.1%	7.3%	-	-	1.46	0.67
無床診療所	83	12.0%	78.3%	6.0%	-	-	3.6%	0.94	0.43

図表 57 職員数：医師：常勤実人数（うち往診・訪問診療に関与）

	件数	0人	1人	2人	3～4人	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	160	21.9%	52.5%	10.6%	11.9%	3.1%	-	1.31	1.27
病院	50	22.0%	18.0%	16.0%	34.0%	10.0%	-	2.20	1.80
有床診療所	40	17.5%	62.5%	15.0%	5.0%	-	-	1.08	0.73
無床診療所	70	24.3%	71.4%	4.3%	-	-	-	0.80	0.50

医師の非常勤実人数については以下の通り。

図表 58 職員数：医師：非常勤実人数

	件数	0人	1人	2人	3 ～ 4人	5人以上	無回答	(単位：人値)	標準偏差
合計	174	88 50.6%	26 14.9%	12 6.9%	13 7.5%	32 18.4%	3 1.7%	2.63	4.85
病院	50	4 8.0%	5 10.0%	5 10.0%	8 16.0%	28 56.0%	-	7.32	6.62
有床診療所	41	24 58.5%	8 19.5%	5 12.2%	2 4.9%	2 4.9%	-	1.05	2.00
無床診療所	83	60 72.3%	13 15.7%	2 2.4%	3 3.6%	2 2.4%	3 3.6%	0.50	1.30

図表 59 職員数：医師：非常勤実人数（往診・訪問診療に関与）

	件数	0人	1人	2人	3 ～ 4人	5人以上	無回答	(単位：人値)	標準偏差
合計	83	69 83.1%	12 14.5%	1 1.2%	1 1.2%	-	-	0.20	0.51
病院	46	37 80.4%	8 17.4%	1 2.2%	-	-	-	0.22	0.47
有床診療所	17	15 88.2%	1 5.9%	-	1 5.9%	-	-	0.24	0.75
無床診療所	20	17 85.0%	3 15.0%	-	-	-	-	0.15	0.37

歯科医師の常勤実人数および非常勤実人数については以下の通り。

図表 60 職員数：歯科医師：常勤実人数

	件数	0人	1人	2人	3 ～ 4人	5人以上	無回答	(単位：人値)	標準偏差
合計	174	76 43.7%	26 14.9%	-	2 1.1%	-	70 40.2%	0.32	0.63
病院	50	24 48.0%	9 18.0%	-	1 2.0%	-	16 32.0%	0.35	0.65
有床診療所	41	14 34.1%	7 17.1%	-	1 2.4%	-	19 46.3%	0.50	0.91
無床診療所	83	38 45.8%	10 12.0%	-	-	-	35 42.2%	0.21	0.41

図表 61 職員数：歯科医師：常勤実人数（うち往診・訪問診療に關与）

	件数	0人	1人	2人	3 ~ 4人	5人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	28	17 60.7%	11 39.3%	-	-	-	-	0.39	0.50
病院	10	9 90.0%	1 10.0%	-	-	-	-	0.10	0.32
有床診療所	8	5 62.5%	3 37.5%	-	-	-	-	0.38	0.52
無床診療所	10	3 30.0%	7 70.0%	-	-	-	-	0.70	0.48

図表 62 職員数：歯科医師：非常勤実人数

	件数	0人	1人	2人	3 ~ 4人	5人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	174	91 52.3%	12 6.9%	1 0.6%	-	-	70 40.2%	0.13	0.37
病院	50	29 58.0%	5 10.0%	-	-	-	16 32.0%	0.15	0.36
有床診療所	41	20 48.8%	2 4.9%	-	-	-	19 46.3%	0.09	0.29
無床診療所	83	42 50.6%	5 6.0%	1 1.2%	-	-	35 42.2%	0.15	0.41

図表 63 職員数：歯科医師：非常勤実人数（うち往診・訪問診療に關与）

	件数	0人	1人	2人	3 ~ 4人	5人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	13	11 84.6%	2 15.4%	-	-	-	-	0.15	0.38
病院	5	5 100.0%	-	-	-	-	-	0.00	0.00
有床診療所	2	1 50.0%	1 50.0%	-	-	-	-	0.50	0.71
無床診療所	6	5 83.3%	1 16.7%	-	-	-	-	0.17	0.41

看護師・准看護師の常勤実人数・非常勤実人数は以下の通り。

図表 64 職員数：看護師・准看護師：常勤実人数

	件数	0人	1人	3人	5人	10人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	174	10 5.7%	52 29.9%	34 19.5%	12 6.9%	62 35.6%	4 2.3%	11.42	13.89
病院	50	-	-	-	-	50 100.0%	-	30.38	10.88
有床診療所	41	2 4.9%	7 17.1%	12 29.3%	9 22.0%	10 24.4%	1 2.4%	5.93	4.29
無床診療所	83	8 9.6%	45 54.2%	22 26.5%	3 3.6%	2 2.4%	3 3.6%	2.33	1.93

図表 65 職員数：看護師・准看護師：常勤実人数（うち往診・訪問診療に関与）

	件数	0人	1人	3人	5人	10人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	160	51 31.9%	64 40.0%	28 17.5%	14 8.8%	3 1.9%	-	1.91	2.26
病院	50	18 36.0%	15 30.0%	8 16.0%	8 16.0%	1 2.0%	-	2.12	2.56
有床診療所	38	11 28.9%	13 34.2%	8 21.1%	4 10.5%	2 5.3%	-	2.42	2.96
無床診療所	72	22 30.6%	36 50.0%	12 16.7%	2 2.8%	-	-	1.49	1.40

図表 66 職員数：看護師・准看護師：非常勤実人数

	件数	0人	1人	3人	5人	10人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	174	85 48.9%	61 35.1%	14 8.0%	8 4.6%	2 1.1%	4 2.3%	1.22	2.04
病院	50	16 32.0%	14 28.0%	11 22.0%	8 16.0%	1 2.0%	-	2.46	2.88
有床診療所	41	25 61.0%	13 31.7%	1 2.4%	-	1 2.4%	1 2.4%	0.80	1.84
無床診療所	83	44 53.0%	34 41.0%	2 2.4%	-	-	3 3.6%	0.65	0.83

図表 67 職員数：看護師・准看護師：非常勤実人数（うち往診・訪問診療に関与）

	件数	0人	1人	3人	5人	10人以上	無回答	(単位：人) 平均値	標準偏差
合計	85	68 80.0%	15 17.6%	2 2.4%	-	-	-	0.29	0.67
病院	34	28 82.4%	5 14.7%	1 2.9%	-	-	-	0.24	0.61
有床診療所	15	14 93.3%	1 6.7%	-	-	-	-	0.07	0.26
無床診療所	36	26 72.2%	9 25.0%	1 2.8%	-	-	-	0.44	0.81



職種別の職員数の平均は以下の通り。

図表 68 職種別職員数

		全体 (N=174)	病院 (N=50)	有床 診療所 (N=41)	無床 診療所 (N=83)
医師（常勤）	平均	2.00	4.14	1.46	0.94
	標準偏差	1.75	1.80	0.67	0.43
医師（非常勤）	平均	2.63	7.32	1.05	0.50
	標準偏差	4.85	6.62	2.00	1.30
歯科医師（常勤）	平均	0.32	0.35	0.50	0.21
	標準偏差	0.63	0.65	0.91	0.41
歯科医師（非常勤）	平均	0.13	0.15	0.09	0.15
	標準偏差	0.37	0.36	0.29	0.41
看護師・准看護師（常勤）	平均	11.42	30.38	5.93	2.33
	標準偏差	13.89	10.88	4.29	1.93
看護師・准看護師（非常勤）	平均	1.22	2.46	0.80	0.65
	標準偏差	2.04	2.88	1.84	0.83
PT・OT・ST（常勤）	平均	0.89	1.83	0.50	0.14
	標準偏差	1.19	1.29	0.66	0.35
PT・OT・ST（非常勤）	平均	0.09	0.11	0.08	0.07
	標準偏差	0.34	0.43	0.28	0.25
MSW（常勤）	平均	0.05	0.14	0.00	0.00
	標準偏差	0.21	0.36	0.00	0.00
MSW（非常勤）	平均	0.00	0.00	0.00	0.00
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	0.00
栄養士・管理栄養士（常勤）	平均	0.58	1.22	0.17	0.03
	標準偏差	0.74	0.65	0.39	0.16
栄養士・管理栄養士（非常勤）	平均	0.03	0.04	0.00	0.03
	標準偏差	0.16	0.20	0.00	0.16
その他（常勤）	平均	8.59	21.87	3.97	1.71
	標準偏差	12.91	15.99	3.93	1.71
その他（非常勤）	平均	1.76	3.65	1.74	0.45
	標準偏差	4.08	6.24	3.21	0.84

※ 註：平均値の算出の際は、無回答を除いている。

図表 69 職種別職員数（往診・訪問診療に関する職員）

		全体 (N=174)	病院 (N=50)	有床 診療所 (N=41)	無床 診療所 (N=83)
医師（常勤）	平均	1.31	2.20	1.08	0.80
	標準偏差	1.27	1.80	0.73	0.50
医師（非常勤）	平均	0.20	0.22	0.24	0.15
	標準偏差	0.51	0.47	0.75	0.37
歯科医師（常勤）	平均	0.39	0.10	0.38	0.70
	標準偏差	0.50	0.32	0.52	0.48
歯科医師（非常勤）	平均	0.15	0.00	0.50	0.17
	標準偏差	0.38	0.00	0.71	0.41
看護師・准看護師（常勤）	平均	1.91	2.12	2.42	1.49
	標準偏差	2.26	2.56	2.96	1.40
看護師・准看護師（非常勤）	平均	0.29	0.24	0.07	0.44
	標準偏差	0.67	0.61	0.26	0.81
PT・OT・ST（常勤）	平均	0.39	0.37	0.40	0.50
	標準偏差	0.70	0.73	0.70	0.55
PT・OT・ST（非常勤）	平均	0.13	0.00	0.00	0.33
	標準偏差	0.35	0.00	0.00	0.58
MSW（常勤）	平均	0.00	0.00	0.00	0.00
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	0.00
MSW（非常勤）	平均	0.00	0.00	0.00	0.00
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	0.00
栄養士・管理栄養士（常勤）	平均	0.00	0.00	0.00	0.00
	標準偏差	0.00	0.00	0.00	0.00
栄養士・管理栄養士（非常勤）	平均	0.33	0.00	0.00	1.00
	標準偏差	0.58	0.00	0.00	0.00
その他（常勤）	平均	0.29	0.27	0.25	0.33
	標準偏差	0.77	0.92	0.65	0.70
その他（非常勤）	平均	0.12	0.17	0.00	0.15
	標準偏差	0.42	0.56	0.00	0.37

※注：平均値の算出の際は、無回答を除いている。

職員のうち、ケアマネジャー資格保有者数（常勤実人数）についてみると、病院では「5人以上」（36.0%）が最も多く、平均は6.63人（標準偏差8.36）、有床診療所では「1～2人」（34.1%）が最も多く、平均は1.93人（標準偏差2.74）、無床診療所では「0人」（40.5%）が最も多く、平均は0.63人（標準偏差1.03）であった。

図表 70 ケアマネジャー資格保有者数：常勤実人数

	件数	0人	1～2人	3～4人	5人以上	無回答	（単位：人） 平均値	標準偏差
合計	170	44 25.9%	34 20.0%	20 11.8%	20 11.8%	52 30.6%	2.98	5.71
病院	50	3 6.0%	7 14.0%	12 24.0%	18 36.0%	10 20.0%	6.63	8.36
有床診療所	41	9 22.0%	14 34.1%	4 9.8%	2 4.9%	12 29.3%	1.93	2.74
無床診療所	79	32 40.5%	13 16.5%	4 5.1%	-	30 38.0%	0.63	1.03

なお、ケアマネジャー資格保有者数（非常勤実人数）については以下の通り。

図表 71 ケアマネジャー資格保有者数：非常勤実人数

	件数	0人	1～2人	3～4人	5人以上	無回答	（単位：人） 平均値	標準偏差
合計	131	63 48.1%	5 3.8%	-	2 1.5%	61 46.6%	0.86	5.49
病院	46	17 37.0%	3 6.5%	-	2 4.3%	24 52.2%	2.64	9.70
有床診療所	27	12 44.4%	-	-	-	15 55.6%	0.00	0.00
無床診療所	58	34 58.6%	2 3.4%	-	-	22 37.9%	0.06	0.23

一般・医療療養病床の入院患者（合計）についてみると、病院では「30～50人未満」（42.0%）が最も多く、平均は44.11人（標準偏差13.88）、有床診療所では「10人未満」（56.4%）が最も多く、平均は3.58人（標準偏差4.90）であった。

図表 72 入院患者の状況：一般・医療療養病床：合計（2008年12月1日の状況）

	件数	10人未満	10～30人未満	30～50人未満	50人以上	無回答	（単位：人） 平均値	標準偏差
合計	89	22 24.7%	13 14.6%	21 23.6%	16 18.0%	17 19.1%	29.47	22.69
病院	50	-	9 18.0%	21 42.0%	16 32.0%	4 8.0%	44.11	13.88
有床診療所	39	22 56.4%	4 10.3%	-	-	13 33.3%	3.58	4.90

介護療養病床の入院患者（合計）についてみると、病院では平均が12.25人（標準偏差5.60）、有床診療所では平均が8.40人（標準偏差5.68）であった。

図表 73 入院患者の状況：介護療養病床：合計（2008年12月1日の状況）

	件数	3人未満	3～5人未満	5～10人未満	10人以上	無回答	（単位：人） 平均値	標準偏差
合計	13	1 7.7%	-	6 46.2%	6 46.2%	-	10.77	5.73
病院	8	-	-	4 50.0%	4 50.0%	-	12.25	5.60
有床診療所	5	1 20.0%	-	2 40.0%	2 40.0%	-	8.40	5.68

なお、一般・医療療養病床の入院患者内訳は以下の通りであった（すべて2008年12月1日の状況）。

図表 74 入院患者の状況：一般・医療療養病床：自立

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	57	1 1.8%	5 8.8%	7 12.3%	16 28.1%	28 49.1%	9.59	8.51
病院	46	1 2.2%	4 8.7%	5 10.9%	15 32.6%	21 45.7%	10.60	8.73
有床診療所	11	-	1 9.1%	2 18.2%	1 9.1%	7 63.6%	3.25	2.06

図表 75 入院患者の状況：一般・医療療養病床：要支援 1

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	57	3 5.3%	8 14.0%	2 3.5%	2 3.5%	42 73.7%	1.93	2.22
病院	46	3 6.5%	7 15.2%	2 4.3%	2 4.3%	32 69.6%	2.00	2.29
有床診療所	11	-	1 9.1%	-	-	10 90.9%	1.00	0.00

図表 76 入院患者の状況：一般・医療療養病床：要支援 2

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	57	2 3.5%	9 15.8%	5 8.8%	2 3.5%	39 68.4%	2.33	2.14
病院	46	2 4.3%	6 13.0%	5 10.9%	2 4.3%	31 67.4%	2.53	2.29
有床診療所	11	-	3 27.3%	-	-	8 72.7%	1.33	0.58

図表 77 入院患者の状況：一般・医療療養病床：要介護 1

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	57	-	14 24.6%	4 7.0%	5 8.8%	34 59.6%	2.96	1.80
病院	46	-	11 23.9%	3 6.5%	5 10.9%	27 58.7%	3.16	1.83
有床診療所	11	-	3 27.3%	1 9.1%	-	7 63.6%	2.00	1.41

図表 78 入院患者の状況：一般・医療療養病床：要介護 2

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	57	1 1.8%	11 19.3%	9 15.8%	6 10.5%	30 52.6%	3.74	3.48
病院	46	1 2.2%	6 13.0%	8 17.4%	6 13.0%	25 54.3%	4.29	3.74
有床診療所	11	-	5 45.5%	1 9.1%	-	5 45.5%	1.83	1.17

図表 79 入院患者の状況：一般・医療療養病床：要介護 3

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	57	-	9 15.8%	7 12.3%	11 19.3%	30 52.6%	4.63	3.67
病院	46	-	5 10.9%	6 13.0%	11 23.9%	24 52.2%	5.23	3.82
有床診療所	11	-	4 36.4%	1 9.1%	-	6 54.5%	2.00	0.71

図表 80 入院患者の状況：一般・医療療養病床：要介護 4

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	57	1 1.8%	7 12.3%	5 8.8%	14 24.6%	30 52.6%	5.52	4.46
病院	46	1 2.2%	5 10.9%	3 6.5%	14 30.4%	23 50.0%	6.04	4.62
有床診療所	11	-	2 18.2%	2 18.2%	-	7 63.6%	2.50	1.29

図表 81 入院患者の状況：一般・医療療養病床：要介護 5

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	57	1 1.8%	5 8.8%	4 7.0%	20 35.1%	27 47.4%	12.37	9.66
病院	46	1 2.2%	-	3 6.5%	19 41.3%	23 50.0%	15.43	8.93
有床診療所	11	-	5 45.5%	1 9.1%	1 9.1%	4 36.4%	2.29	1.98

なお、介護療養病床の入院患者内訳は以下の通り。

図表 82 入院患者の状況：介護療養病床：自立

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	12	2 16.7%	-	-	-	10 83.3%	0.00	0.00
病院	8	2 25.0%	-	-	-	6 75.0%	0.00	0.00
有床診療所	4	-	-	-	-	4 100.0%	0.00	0.00

図表 83 入院患者の状況：介護療養病床：要支援 1

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	12	2 16.7%	-	-	-	10 83.3%	0.00	0.00
病院	8	2 25.0%	-	-	-	6 75.0%	0.00	0.00
有床診療所	4	-	-	-	-	4 100.0%	0.00	0.00

図表 84 入院患者の状況：介護療養病床：要支援 2

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	12	2 16.7%	-	-	-	10 83.3%	0.00	0.00
病院	8	2 25.0%	-	-	-	6 75.0%	0.00	0.00
有床診療所	4	-	-	-	-	4 100.0%	0.00	0.00

図表 85 入院患者の状況：介護療養病床：要介護 1

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	12	2 16.7%	1 8.3%	1 8.3%	-	8 66.7%	1.00	1.41
病院	8	2 25.0%	-	-	-	6 75.0%	0.00	0.00
有床診療所	4	-	1 25.0%	1 25.0%	-	2 50.0%	2.00	1.41

図表 86 入院患者の状況：介護療養病床：要介護 2

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	12	2 16.7%	3 25.0%	1 8.3%	-	6 50.0%	1.00	1.10
病院	8	2 25.0%	-	1 12.5%	-	5 62.5%	1.00	1.73
有床診療所	4	-	3 75.0%	-	-	1 25.0%	1.00	0.00

図表 87 入院患者の状況：介護療養病床：要介護 3

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	12	-	7 58.3%	1 8.3%	1 8.3%	3 25.0%	2.00	1.32
病院	8	-	5 62.5%	1 12.5%	-	2 25.0%	1.67	0.82
有床診療所	4	-	2 50.0%	-	1 25.0%	1 25.0%	2.67	2.08

図表 88 入院患者の状況：介護療養病床：要介護 4

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	12	-	1 8.3%	4 33.3%	3 25.0%	4 33.3%	4.50	1.93
病院	8	-	1 12.5%	1 12.5%	3 37.5%	3 37.5%	5.20	2.17
有床診療所	4	-	-	3 75.0%	-	1 25.0%	3.33	0.58

図表 89 入院患者の状況：介護療養病床：要介護 5

	件数	0人	3人未満	3～5人未満	5人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	12	-	1 8.3%	3 25.0%	6 50.0%	2 16.7%	6.10	2.85
病院	8	-	1 12.5%	-	6 75.0%	1 12.5%	7.14	2.79
有床診療所	4	-	-	3 75.0%	-	1 25.0%	3.67	0.58



退院患者（合計）についてみると、病院では「100人以上」（62.0%）が最も多く、平均は128.43人（標準偏差72.86）、有床診療所では「30人未満」（39.0%）が最も多く、平均は20.08人（標準偏差25.73）であった。

図表 90 退院患者の状況：合計（2008年9月～11月の状況）

	件数	30人未満	30～50人未満	50～100人未満	100人以上	無回答	（単位：人値）	標準偏差
合計	91	20 22.0%	8 8.8%	13 14.3%	31 34.1%	19 20.9%	90.81	79.76
病院	50	4 8.0%	5 10.0%	7 14.0%	31 62.0%	3 6.0%	128.43	72.86
有床診療所	41	16 39.0%	3 7.3%	6 14.6%	-	16 39.0%	20.08	25.73

なお、退院患者の内訳については以下の通りであった（すべて2008年9月～11月の状況）。

図表 91 退院患者の状況：転院

	件数	5人未満	5～10人未満	10～20人未満	20人以上	無回答	（単位：人値）	標準偏差
合計	59	20 33.9%	20 33.9%	12 20.3%	2 3.4%	5 8.5%	7.35	6.51
病院	47	11 23.4%	18 38.3%	12 25.5%	2 4.3%	4 8.5%	8.56	6.71
有床診療所	12	9 75.0%	2 16.7%	-	-	1 8.3%	2.64	2.20

図表 92 退院患者の状況：施設へ

	件数	5人未満	5～10人未満	10～20人未満	20人以上	無回答	（単位：人値）	標準偏差
合計	59	13 22.0%	10 16.9%	20 33.9%	7 11.9%	9 15.3%	11.22	8.25
病院	47	8 17.0%	9 19.1%	17 36.2%	7 14.9%	6 12.8%	12.49	8.32
有床診療所	12	5 41.7%	1 8.3%	3 25.0%	-	3 25.0%	5.44	5.03

図表 93 退院患者の状況：中間施設へ

	件数	5人未満	5～10人未満	10～20人未満	20人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	59	24 40.7%	5 8.5%	2 3.4%	1 1.7%	27 45.8%	3.56	5.00
病院	47	20 42.6%	5 10.6%	2 4.3%	1 2.1%	19 40.4%	3.96	5.22
有床診療所	12	4 33.3%	-	-	-	8 66.7%	0.75	0.96

図表 94 退院患者の状況：死亡

	件数	5人未満	5～10人未満	10～20人未満	20人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	59	7 11.9%	19 32.2%	14 23.7%	14 23.7%	5 8.5%	13.06	9.11
病院	47	2 4.3%	14 29.8%	14 29.8%	14 29.8%	3 6.4%	15.05	8.89
有床診療所	12	5 41.7%	5 41.7%	-	-	2 16.7%	4.30	2.58

図表 95 退院患者の状況：その他

	件数	5人未満	5～10人未満	10～20人未満	20人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	59	20 33.9%	-	1 1.7%	1 1.7%	37 62.7%	2.23	5.14
病院	47	15 31.9%	-	1 2.1%	1 2.1%	30 63.8%	2.53	5.80
有床診療所	12	5 41.7%	-	-	-	7 58.3%	1.20	1.64

図表 96 退院患者の状況：自宅へ

	件数	30人未満	30～50人未満	50～100人未満	100人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	59	15 25.4%	7 11.9%	19 32.2%	15 25.4%	3 5.1%	76.52	55.84
病院	47	9 19.1%	4 8.5%	17 36.2%	15 31.9%	2 4.3%	87.51	56.45
有床診療所	12	6 50.0%	3 25.0%	2 16.7%	-	1 8.3%	31.55	18.97

退院患者（自宅へ退院、うち訪問診療を実施した人）についてみると、病院では平均が 6.86 人（標準偏差 7.53）であったのに対し、有床診療所では平均が 7.88 人（標準偏差 12.26）と多くなっていた。

図表 97 退院患者の状況：自宅へ、うち訪問診療を実施した人

	件数	5人未満	5～10人未満	10～20人未満	20人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	56	22 39.3%	10 17.9%	6 10.7%	5 8.9%	13 23.2%	7.05	8.43
病院	45	17 37.8%	9 20.0%	5 11.1%	4 8.9%	10 22.2%	6.86	7.53
有床診療所	11	5 45.5%	1 9.1%	1 9.1%	1 9.1%	3 27.3%	7.88	12.26

退院患者（自宅へ退院、うち外来受診で対応した人およびそれ以外で対応した人）については、以下の通り。

図表 98 退院患者の状況：自宅へ、うち外来受診で対応した人

	件数	5人未満	5～10人未満	10～20人未満	20人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	56	1 1.8%	4 7.1%	5 8.9%	32 57.1%	14 25.0%	61.95	50.37
病院	45	1 2.2%	2 4.4%	2 4.4%	27 60.0%	13 28.9%	72.94	52.30
有床診療所	11	-	2 18.2%	3 27.3%	5 45.5%	1 9.1%	26.80	18.27

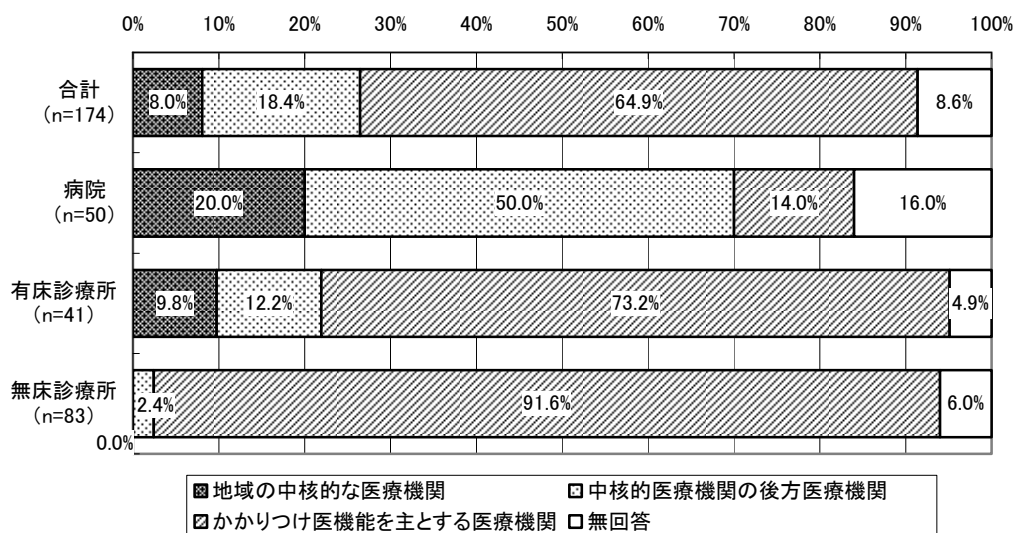
図表 99 退院患者の状況：自宅へ、うちそれ以外

	件数	5人未満	5～10人未満	10～20人未満	20人以上	無回答	(単位：人)	標準偏差
合計	56	13 23.2%	6 10.7%	4 7.1%	6 10.7%	27 48.2%	10.72	15.10
病院	45	9 20.0%	5 11.1%	4 8.9%	6 13.3%	21 46.7%	12.50	16.04
有床診療所	11	4 36.4%	1 9.1%	-	-	6 54.5%	2.20	2.95

## ②提供している医療機能

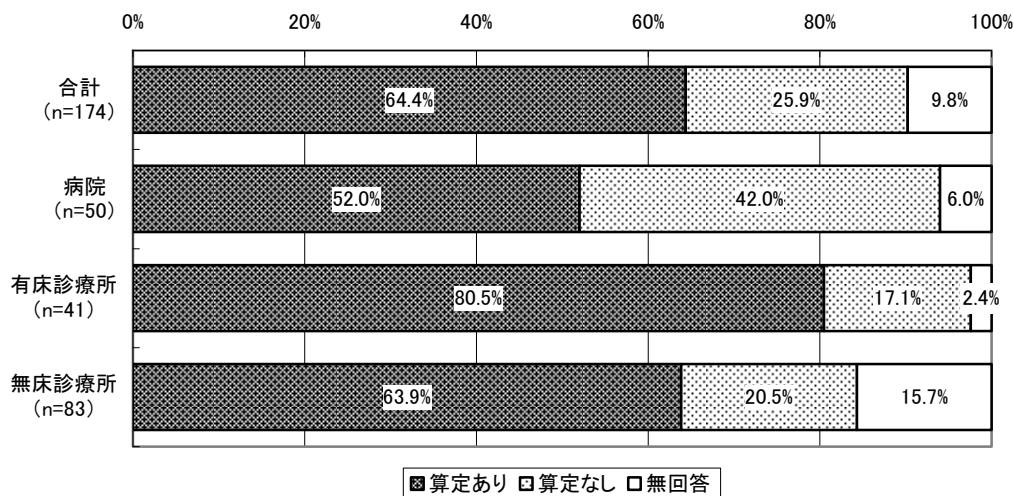
医療機関の主たる医療機能についてみると、病院では「中核的医療機関の後方医療機関」(50.0%)が最も多く、「地域の中核的な医療機関」は20.0%となっていた。有床診療所、無床診療所では「かかりつけ医機能を主とする医療機関」が最も多く、それぞれ73.2%、91.6%であった。

図表 100 主たる医療機能



在宅医療の算定の有無（往診料）についてみると、「算定あり」は病院では52.0%、有床診療所では80.5%、無床診療所では63.9%であった。

図表 101 算定の有無：在宅医療（往診料）



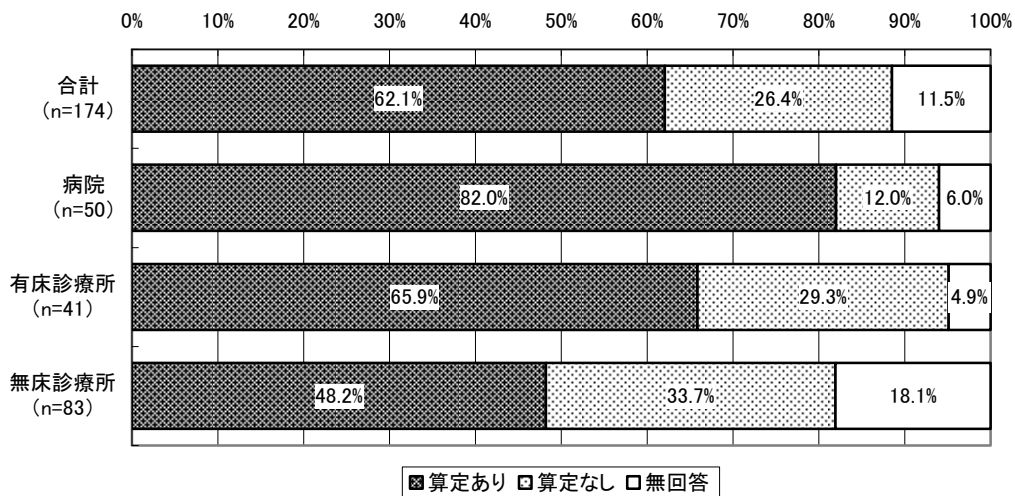
算定の件数（往診料）の分布及び平均は以下の通りであった。

図表 102 算定の有無：在宅医療（往診料：件数）

	件数	3件未満	3～5件未満	5～10件未満	10件以上	無回答	（単位：件値）	標準偏差
合計	112	34 30.4%	17 15.2%	28 25.0%	29 25.9%	4 3.6%	10.01	17.57
病院	26	10 38.5%	9 34.6%	3 11.5%	4 15.4%	-	6.15	12.49
有床診療所	33	8 24.2%	4 12.1%	10 30.3%	10 30.3%	1 3.0%	10.56	11.90
無床診療所	53	16 30.2%	4 7.5%	15 28.3%	15 28.3%	3 5.7%	11.66	22.23

在宅医療の算定の有無（在宅患者訪問診療料）についてみると、「算定あり」は病院では82.0%、有床診療所では65.9%、無床診療所では48.2%であった。

図表 103 算定の有無：在宅医療（在宅患者訪問診療料）



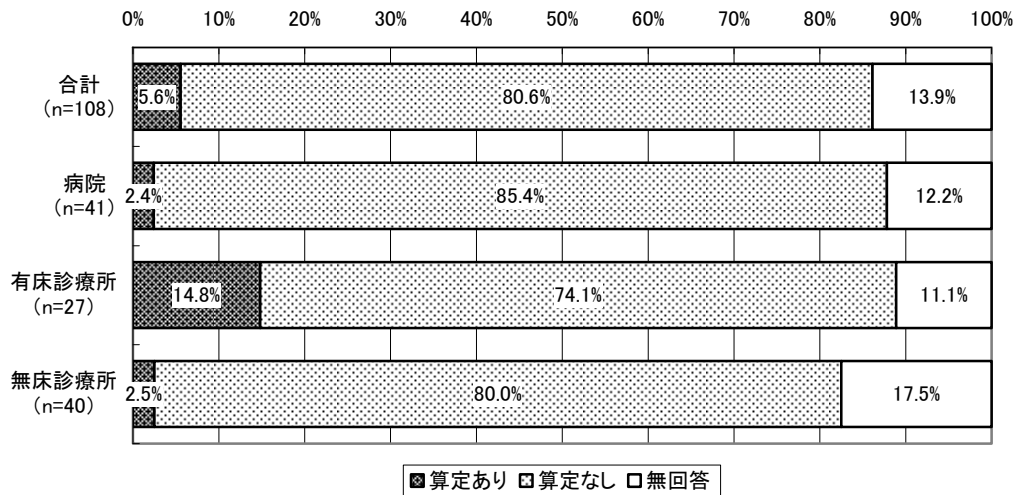
算定の件数（在宅患者訪問診療料）の分布及び平均は以下の通りであった。

図表 104 算定の有無：在宅医療（在宅患者訪問診療料：件数）

	件数	5件未満	5～10件未満	10～20件未満	20件以上	無回答	（単位：件値）	標準偏差
合計	108	22 20.4%	22 20.4%	23 21.3%	38 35.2%	3 2.8%	28.68	50.80
病院	41	6 14.6%	8 19.5%	10 24.4%	16 39.0%	1 2.4%	32.98	39.86
有床診療所	27	5 18.5%	5 18.5%	6 22.2%	11 40.7%	-	22.67	26.22
無床診療所	40	11 27.5%	9 22.5%	7 17.5%	11 27.5%	2 5.0%	28.42	71.07

在宅医療の算定の有無（在宅患者訪問診療料、うち在宅ターミナルケア加算）についてみると、病院、無床診療所ではほとんど算定されていなかったが、有床診療所では14.8%で算定していた。

図表 105 算定の有無：在宅医療（在宅患者訪問診療料、うち在宅ターミナルケア加算）



算定件数は以下の通りであった。

図表 106 算定の有無：在宅医療（在宅患者訪問診療料、うち在宅ターミナルケア加算）  
：1,200点の件数)

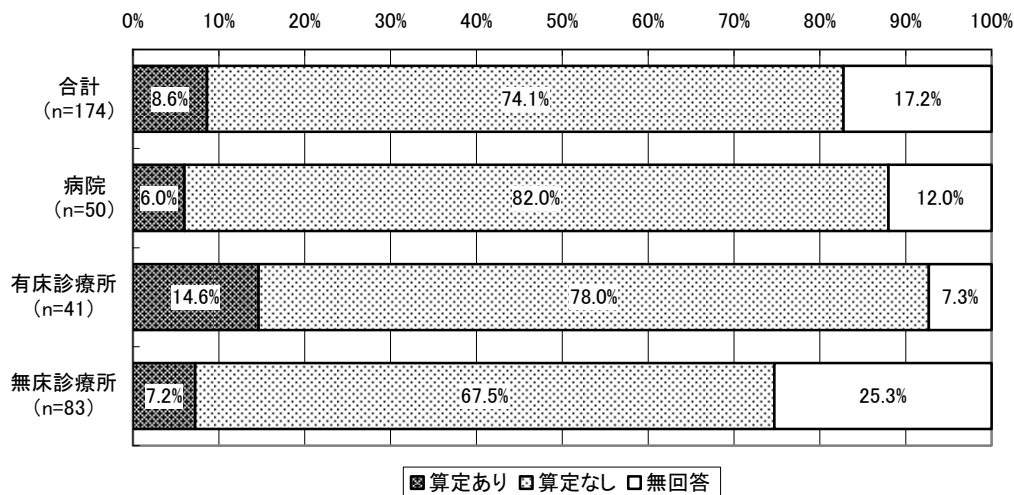
	件数	3件未満	3〜5件未満	5〜10件未満	10件以上	無回答	(単位：件値)	標準偏差
合計	6	4 (66.7%)	-	-	-	2 (33.3%)	0.75	0.50
病院	1	1 (100.0%)	-	-	-	-	0.00	0.00
有床診療所	4	2 (50.0%)	-	-	-	2 (50.0%)	1.00	0.00
無床診療所	1	1 (100.0%)	-	-	-	-	1.00	0.00

図表 107 算定の有無：在宅医療（在宅患者訪問診療料、うち在宅ターミナルケア加算）  
：10,000点の件数)

	件数	3件未満	3〜5件未満	5〜10件未満	10件以上	無回答	(単位：件値)	標準偏差
合計	6	3 (50.0%)	-	-	-	3 (50.0%)	1.00	1.00
病院	1	1 (100.0%)	-	-	-	-	0.00	0.00
有床診療所	4	2 (50.0%)	-	-	-	2 (50.0%)	1.50	0.71
無床診療所	1	-	-	-	-	1 (100.0%)	0.00	0.00

在宅医療の算定の有無（在宅時医学総合管理料）についてみると、「算定あり」は、病院では6.0%、有床診療所では14.6%、無床診療所では7.2%であった。

図表 108 算定の有無：在宅医療（在宅時医学総合管理料）



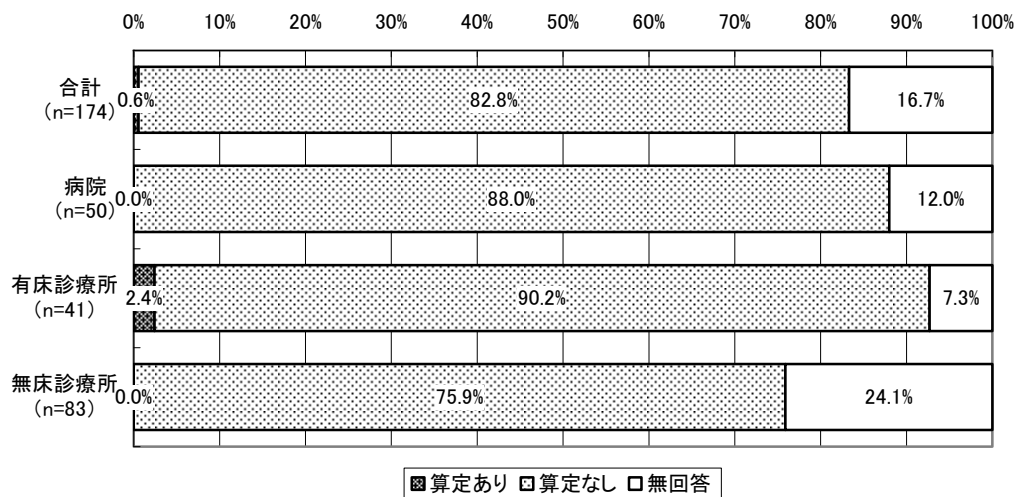
在宅医療の算定の件数（在宅時医学総合管理料）の分布は以下の通りであった。

図表 109 算定の有無：在宅医療（在宅時医学総合管理料：件数）

	件数	3件未満	3~5件未満	5~10件未満	10件以上	無回答	(単位：件値)	標準偏差
合計	15	3 20.0%	3 20.0%	3 20.0%	6 40.0%	-	15.53	17.90
病院	3	1 33.3%	1 33.3%	-	1 33.3%	-	22.33	33.50
有床診療所	6	2 33.3%	1 16.7%	1 16.7%	2 33.3%	-	14.17	17.74
無床診療所	6	-	1 16.7%	2 33.3%	3 50.0%	-	13.50	9.93

在宅医療の算定の有無（在宅末期医療総合診療料）についてみると、「算定あり」は、病院、無床診療所では存在せず、有床診療所で2.4%であった。

図表 110 算定の有無：在宅医療（在宅末期医療総合診療料）



在宅医療の算定の件数（在宅末期医療総合診療料）の分布は以下の通り。

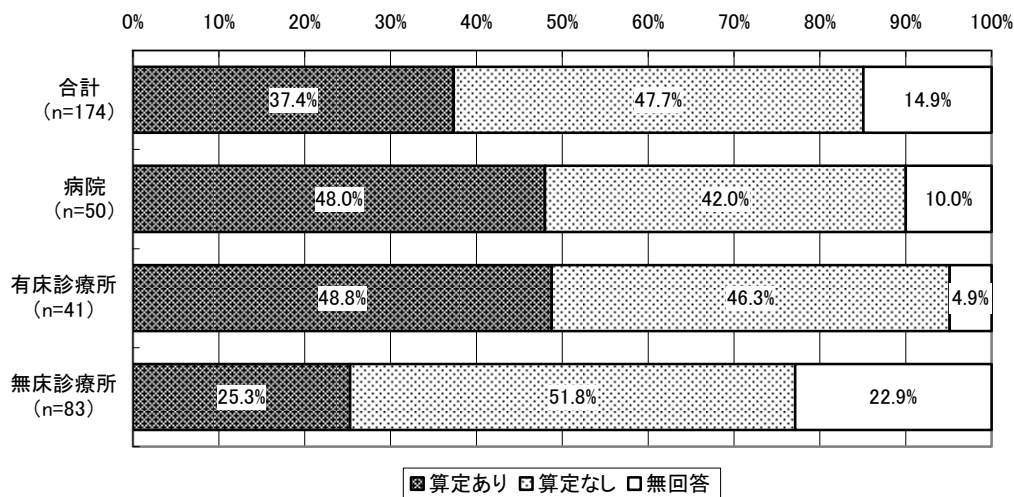
図表 111 算定の有無：在宅医療（在宅末期医療総合診療料：件数）

	件数	3件未満	3〜5件未満	5〜10件未満	10件以上	無回答	（単位：件値）	標準偏差
合計	1	100.0%	-	-	-	-	1.00	0.00
病院	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00
有床診療所	1	100.0%	-	-	-	-	1.00	0.00
無床診療所	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00



在宅医療の算定の有無（訪問看護指示料）についてみると、「算定あり」は、病院では48.0%、有床診療所では48.8%、無床診療所では25.3%であった。

図表 112 算定の有無：在宅医療（訪問看護指示料）



在宅医療の算定の件数（訪問看護指示料）の分布は以下の通り。

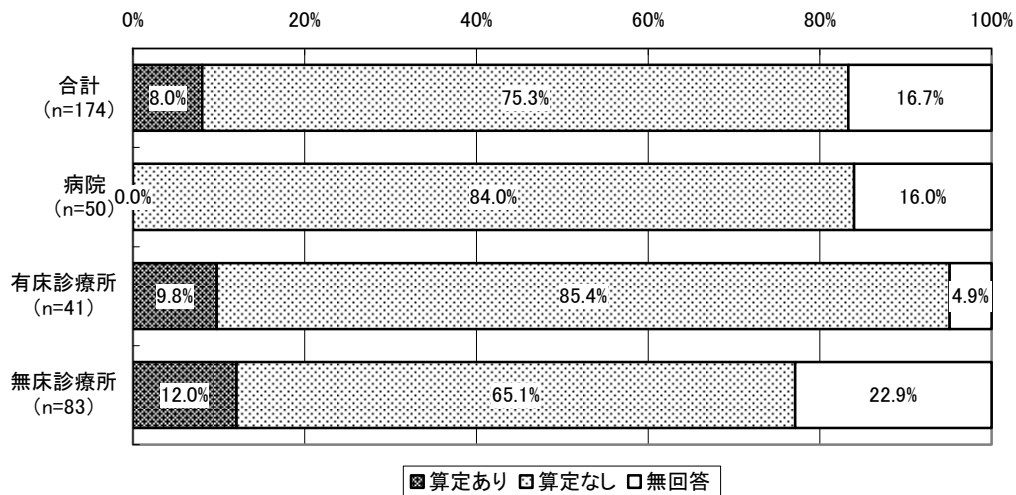
図表 113 算定の有無：在宅医療（訪問看護指示料：件数）

	件数	3件未満	3~5件未満	5~10件未満	10件以上	無回答	(単位：件値)	標準偏差
合計	65	27 (41.5%)	9 (13.8%)	12 (18.5%)	13 (20.0%)	4 (6.2%)	8.89	14.09
病院	24	8 (33.3%)	3 (12.5%)	3 (12.5%)	8 (33.3%)	2 (8.3%)	13.50	16.76
有床診療所	20	10 (50.0%)	1 (5.0%)	4 (20.0%)	4 (20.0%)	1 (5.0%)	9.37	16.28
無床診療所	21	9 (42.9%)	5 (23.8%)	5 (23.8%)	1 (4.8%)	1 (4.8%)	3.35	2.94

なお、在宅医療の算定の有無（在宅患者連携指導料）については、算定している施設は見られなかった。

高齢者医療の算定の有無（後期高齢者診療料）についてみると、「算定あり」は、病院では存在せず、有床診療所では9.8%、無床診療所では12.0%であった。

図表 114 算定の有無：高齢者医療（後期高齢者診療料）



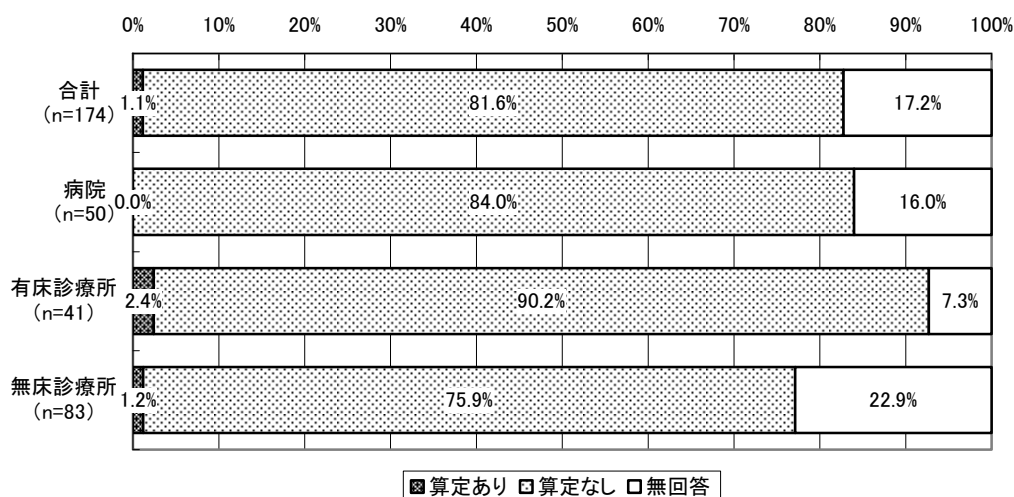
高齢者医療の算定の件数（後期高齢者診療料）の分布は以下の通り。

図表 115 算定の有無：高齢者医療（後期高齢者診療料：件数）

	件数	1 0 0 件 未 満	1 件 0 未 満 0 満 0 満 0 満	2 件 0 未 満 0 満 0 満	3 件 0 未 満 0 満 0 満	無 回 答	(単 位 均 ： 件 値)	標 準 偏 差
合 計	14	4 28.6%	3 21.4%	-	4 28.6%	3 21.4%	238.73	233.58
病院	-	-	-	-	-	-	-	-
有床診療所	4	1 25.0%	-	-	2 50.0%	1 25.0%	411.67	390.65
無床診療所	10	3 30.0%	3 30.0%	-	2 20.0%	2 20.0%	173.88	129.28

高齢者医療の算定の有無（後期高齢者外来継続指導料）についてみると、「算定あり」は、病院では存在せず、有床診療所では2.4%、無床診療所では1.2%であった。

図表 116 算定の有無：高齢者医療（後期高齢者外来継続指導料）



高齢者医療の算定の件数（後期高齢者外来継続指導料）の分布は以下の通り。

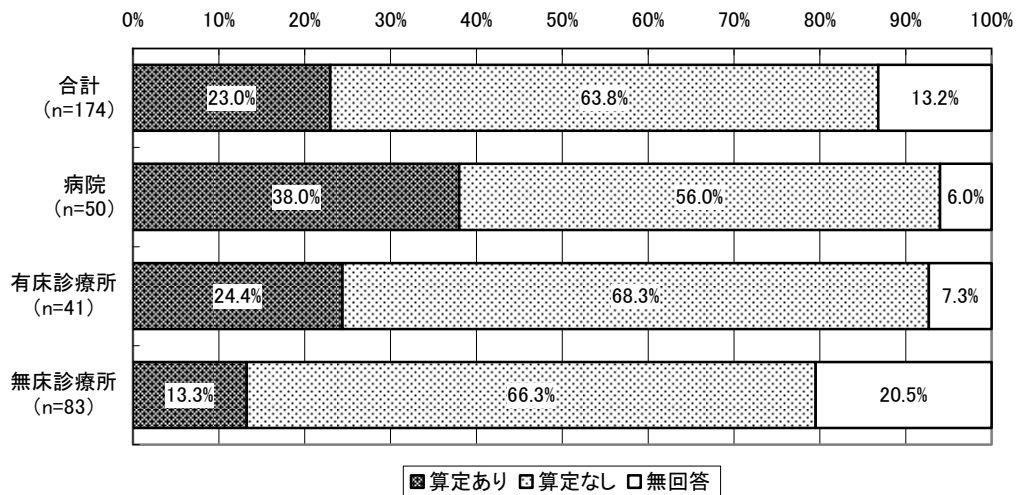
図表 117 算定の有無：高齢者医療（後期高齢者外来継続指導料：件数）

	件数	1 0 0 件 未 満	1 件 0 未 満 0 満 0 満 0 満 0 満 0 満	2 件 0 未 満 0 満 0 満 0 満 0 満	3 件 0 未 満 0 満 0 満 0 満 0 満	無 回 答	(単 位 均 ： 件 値)	標 準 偏 差
合 計	2	-	1 50.0%	1 50.0%	-	-	160.50	55.86
病院	-	-	-	-	-	-	-	-
有床診療所	1	-	-	1 100.0%	-	-	200.00	0.00
無床診療所	1	-	1 100.0%	-	-	-	121.00	0.00

なお、後期高齢者外来患者緊急入院診療加算を算定している医療機関は見られなかった。

居宅療養管理指導(介護保険)の算定の有無についてみると、「算定あり」は、病院では 38.0%、有床診療所では 24.4%、無床診療所では 13.3%であった。

図表 118 算定の有無：居宅療養管理指導（介護保険）



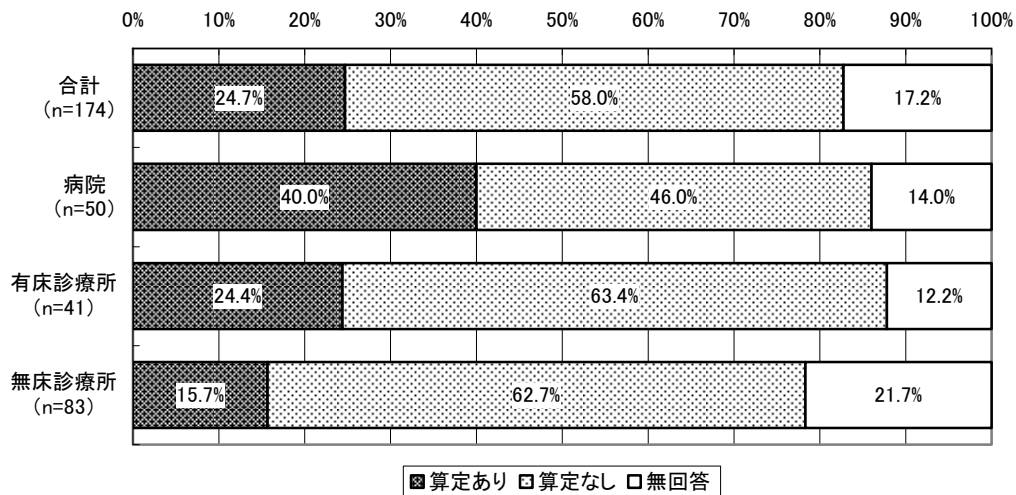
居宅療養管理指導(介護保険)の件数分布は以下の通り。

図表 119 算定の有無：居宅療養管理指導（介護保険）：件数

	件数	5件未満	5~10件未満	10~20件未満	20件以上	無回答	(単位：件値)	標準偏差
合計	40	9 (22.5%)	9 (22.5%)	8 (20.0%)	13 (32.5%)	1 (2.5%)	26.10	32.55
病院	19	4 (21.1%)	5 (26.3%)	2 (10.5%)	7 (36.8%)	1 (5.3%)	36.94	42.34
有床診療所	10	-	2 (20.0%)	5 (50.0%)	3 (30.0%)	-	22.30	19.44
無床診療所	11	5 (45.5%)	2 (18.2%)	1 (9.1%)	3 (27.3%)	-	11.82	13.72

訪問看護の算定の有無（医療保険）についてみると、「算定あり」は、病院では 40.0%、有床診療所では 24.4%、無床診療所では 15.7%であった。

図表 120 算定の有無：訪問看護（医療保険）



訪問看護の算定（医療保険）の件数の分布は以下の通り。

病院では平均が 9.68 件（標準偏差 9.76）、有床診療所では平均が 9.56 件（標準偏差 11.44）、無床診療所では平均が 5.58 件（標準偏差 7.96）であった。

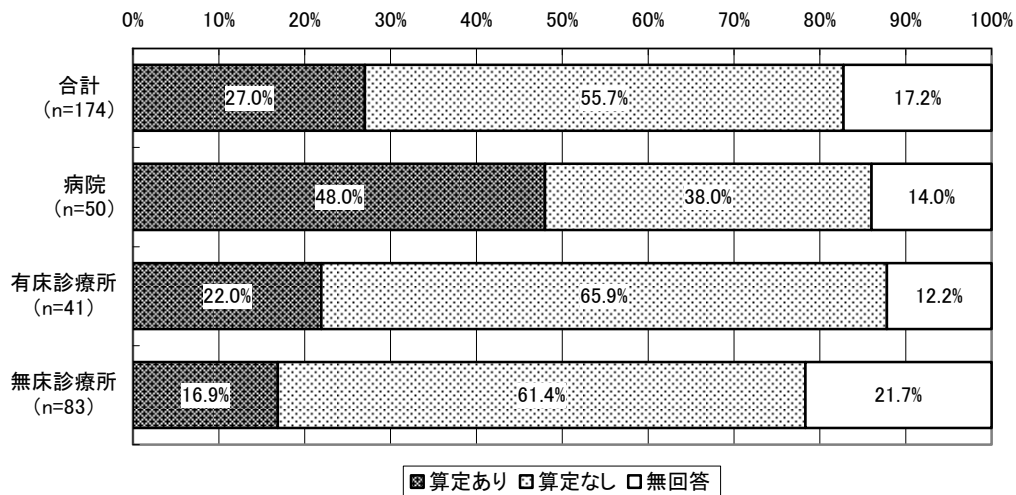
図表 121 算定の有無：訪問看護（医療保険）：件数

	件数	3件未満	3~5件未満	5~10件未満	10件以上	無回答	(単位：件値)	標準偏差
合計	43	12 (27.9%)	8 (18.6%)	10 (23.3%)	10 (23.3%)	3 (7.0%)	8.43	9.60
病院	20	4 (20.0%)	3 (15.0%)	5 (25.0%)	7 (35.0%)	1 (5.0%)	9.68	9.76
有床診療所	10	3 (30.0%)	1 (10.0%)	3 (30.0%)	2 (20.0%)	1 (10.0%)	9.56	11.44
無床診療所	13	5 (38.5%)	4 (30.8%)	2 (15.4%)	1 (7.7%)	1 (7.7%)	5.58	7.96

※註：併設の訪問看護ステーションからの訪問も含む。

訪問看護の算定の有無（介護保険）についてみると、「算定あり」は、病院では 48.0%、有床診療所では 22.0%、無床診療所では 16.9%であった。

図表 122 算定の有無：訪問看護（介護保険）



訪問看護の算定（介護保険）の件数は以下の通り。

病院では平均が 56.62 件（標準偏差 70.71）、有床診療所では平均が 36.89 件（標準偏差 44.98）、無床診療所では平均が 16.54 件（標準偏差 18.55）であった。

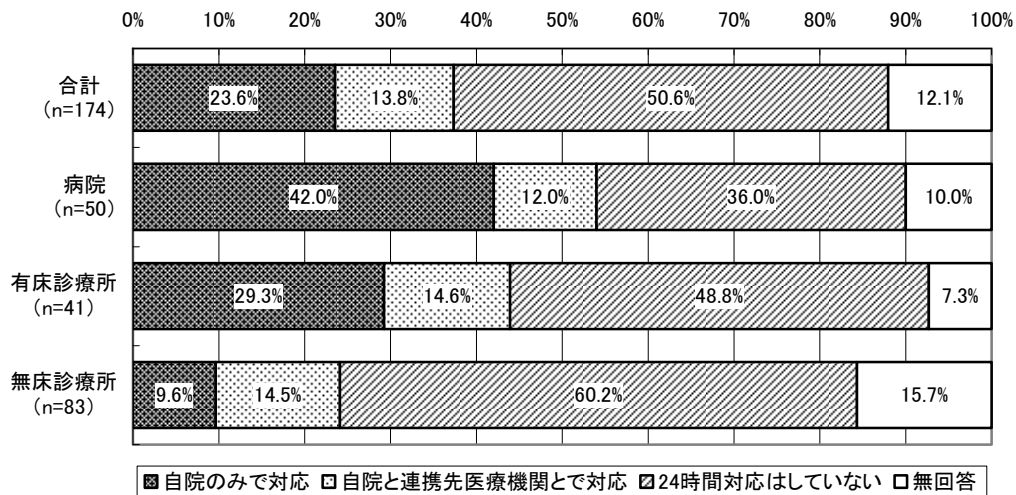
図表 123 算定の有無：訪問看護（介護保険）：件数

	件数	1 0 件 未 満	1 満 0 ～ 2 0 件 未 満	2 満 0 ～ 3 0 件 未 満	3 0 件 以 上	無 回 答	(単 位 均 ： 件 値)	標 準 偏 差
合 計	47	13 27.7%	8 17.0%	4 8.5%	18 38.3%	4 8.5%	40.37	56.35
病院	24	4 16.7%	4 16.7%	2 8.3%	11 45.8%	3 12.5%	56.62	70.71
有床診療所	9	2 22.2%	2 22.2%	1 11.1%	4 44.4%	-	36.89	44.98
無床診療所	14	7 50.0%	2 14.3%	1 7.1%	3 21.4%	1 7.1%	16.54	18.55

※註：併設の訪問看護ステーションからの訪問も含む。

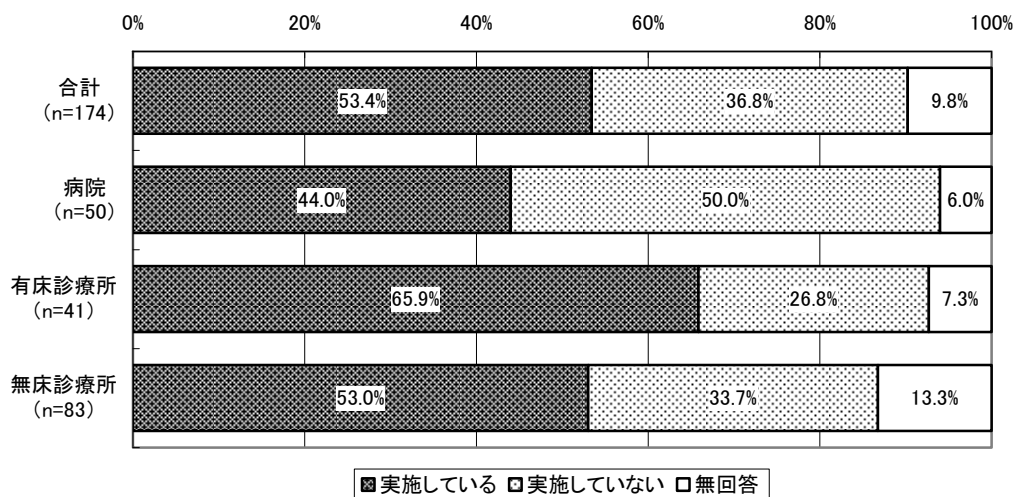
在宅患者への24時間対応体制についてみると、病院では「自院のみで対応」(42.0%)が最も多かった。有床診療所、無床診療所では「24時間対応はしていない」が最も多く、それぞれ、48.8%、60.2%であった。

図表 124 在宅患者への24時間対応体制



在宅看取りの状況についてみると、病院では「実施している」が44.0%、有床診療所では「実施している」が65.9%、無床診療所では「実施している」が53.0%であった。

図表 125 在宅看取りの状況



在宅看取りを実施している場合、自宅で看取った件数についてみると、病院では「3 件以上」(45.5%) が最も多く、平均は 4.63 件 (標準偏差 6.06)、有床診療所では「2~3 件未満」(37.0%) が最も多く、平均は 3.88 件 (標準偏差 5.17)、無床診療所では「3 件以上」(38.6%) が最も多く、平均は 4.48 件 (標準偏差 7.43) であった。

図表 126 在宅看取りの状況：実施している場合、自宅で看取った件数（2007 年度の件数）

	件数	0 件	2 件未満	2 ~ 3 件未満	3 件以上	無回答	(単位：件値)	標準偏差
合計	93	12 12.9%	16 17.2%	21 22.6%	36 38.7%	8 8.6%	4.33	6.45
病院	22	2 9.1%	3 13.6%	4 18.2%	10 45.5%	3 13.6%	4.63	6.06
有床診療所	27	3 11.1%	4 14.8%	10 37.0%	9 33.3%	1 3.7%	3.88	5.17
無床診療所	44	7 15.9%	9 20.5%	7 15.9%	17 38.6%	4 9.1%	4.48	7.43

在宅看取りを実施している場合、死亡 24 時間前程度に病院に搬送され、病院死した件数についてみると、病院では「3 件以上」(27.3%) が最も多く、平均は 3.29 件 (標準偏差 4.18)、有床診療所では「0 件」(55.6%) が最も多く、平均は 0.13 件 (標準偏差 0.50)、無床診療所では「0 件」(45.5%) が最も多く、平均は 0.33 件 (標準偏差 0.82) であった。

図表 127 在宅看取りの状況：実施している場合、死亡 24 時間前程度に病院に搬送され、病院死した件数（2007 年度の件数）

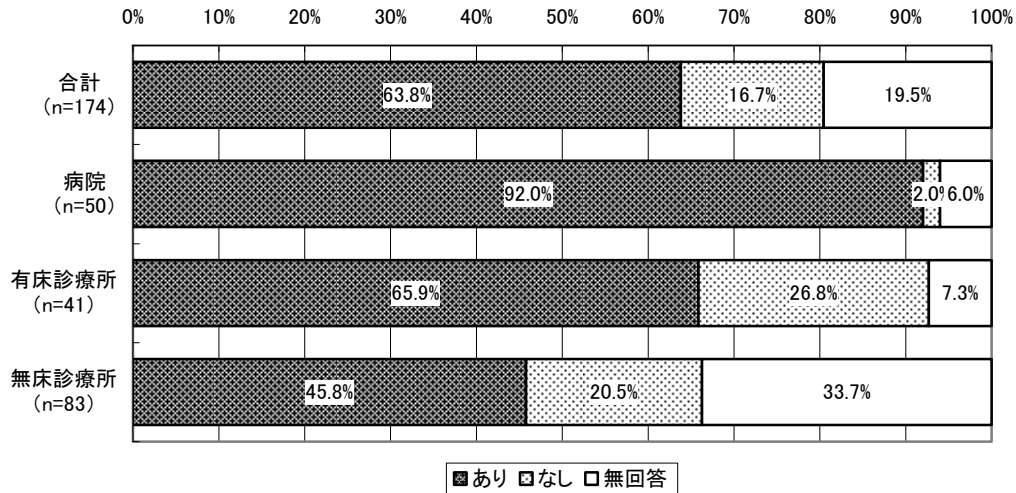
	件数	0 件	2 件未満	2 ~ 3 件未満	3 件以上	無回答	(単位：件値)	標準偏差
合計	93	40 43.0%	4 4.3%	6 6.5%	7 7.5%	36 38.7%	1.16	2.70
病院	22	5 22.7%	3 13.6%	3 13.6%	6 27.3%	5 22.7%	3.29	4.18
有床診療所	27	15 55.6%	-	1 3.7%	-	11 40.7%	0.13	0.50
無床診療所	44	20 45.5%	1 2.3%	2 4.5%	1 2.3%	20 45.5%	0.33	0.82



### ③他機関との連携の状況

他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介有無（入院）についてみると、病院では「あり」が92.0%、有床診療所では「あり」が65.9%、無床診療所では「あり」が45.8%であった。

図表 128 他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介有無：入院



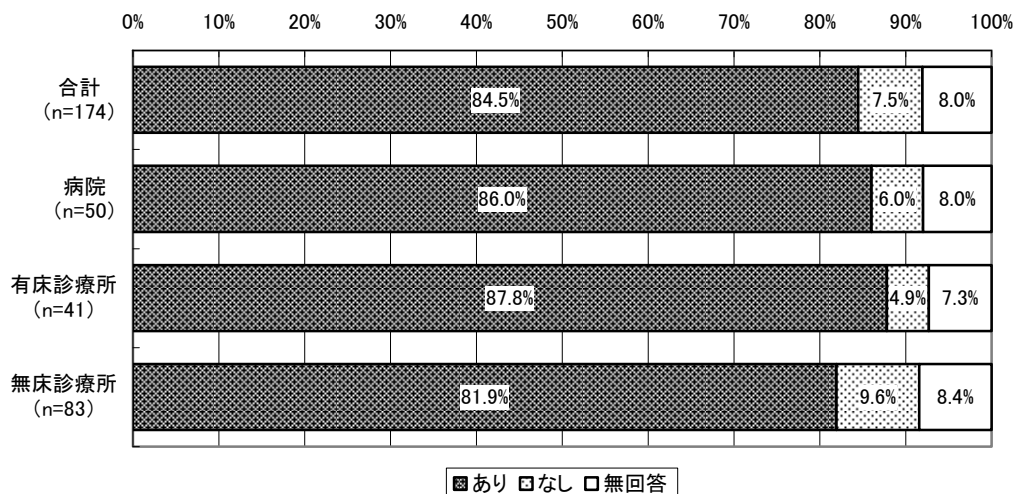
他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介件数（入院（2007年度））についてみると、病院では「50件以上」（32.6%）が最も多く、平均は57.07件（標準偏差52.36）、有床診療所では「10～30件未満」（25.9%）が最も多く、平均は41.29件（標準偏差53.96）、無床診療所では「10件未満」（21.1%）が最も多く、平均は23.43件（標準偏差21.58）であった。

図表 129 他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介件数：入院（2007年度の件数）

	件数	10件未満 (%)	10～30件未満 (%)	30～50件未満 (%)	50件以上 (%)	無回答 (%)	（単位：件値）	標準偏差
合計	111	12.6%	16.2%	10.8%	21.6%	38.7%	42.74	47.22
病院	46	8.7%	10.9%	13.0%	32.6%	34.8%	57.07	52.36
有床診療所	27	7.4%	25.9%	11.1%	18.5%	37.0%	41.29	53.96
無床診療所	38	21.1%	15.8%	7.9%	10.5%	44.7%	23.43	21.58

他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介有無（外来）についてみると、病院では「あり」が86.0%、有床診療所では「あり」が87.8%、無床診療所では「あり」が81.9%であった。

図表 130 他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介有無：外来



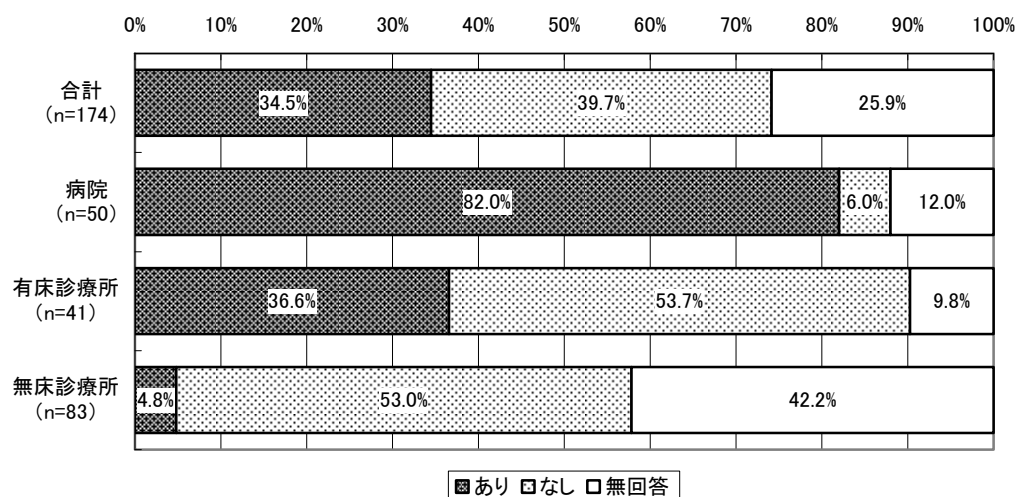
他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介件数（外来（2007年度））についてみると、病院では「200件以上」（34.9%）が最も多く、平均は288.30件（標準偏差206.36）、有床診療所では「50件未満」（27.8%）が最も多く、平均は103.72件（標準偏差95.45）、無床診療所では「50件未満」（20.6%）が最も多く、平均は93.48件（標準偏差86.91）であった。

図表 131 他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介件数：外来（2007年度の件数）

	件数	50件未満	50未満 51-100件	100未満 101-200件	200以上	無回答	（単位：件値）	標準偏差
合計	147	26 (17.7%)	17 (11.6%)	29 (19.7%)	24 (16.3%)	51 (34.7%)	150.94	157.65
病院	43	2 (4.7%)	1 (2.3%)	9 (20.9%)	15 (34.9%)	16 (37.2%)	288.30	206.36
有床診療所	36	10 (27.8%)	4 (11.1%)	7 (19.4%)	4 (11.1%)	11 (30.6%)	103.72	95.45
無床診療所	68	14 (20.6%)	12 (17.6%)	13 (19.1%)	5 (7.4%)	24 (35.3%)	93.48	86.91

他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ有無（入院）についてみると、病院では「あり」が 82.0%、有床診療所では「あり」が 36.6%、無床診療所では「あり」が 4.8%であった。

図表 132 他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ有無：入院



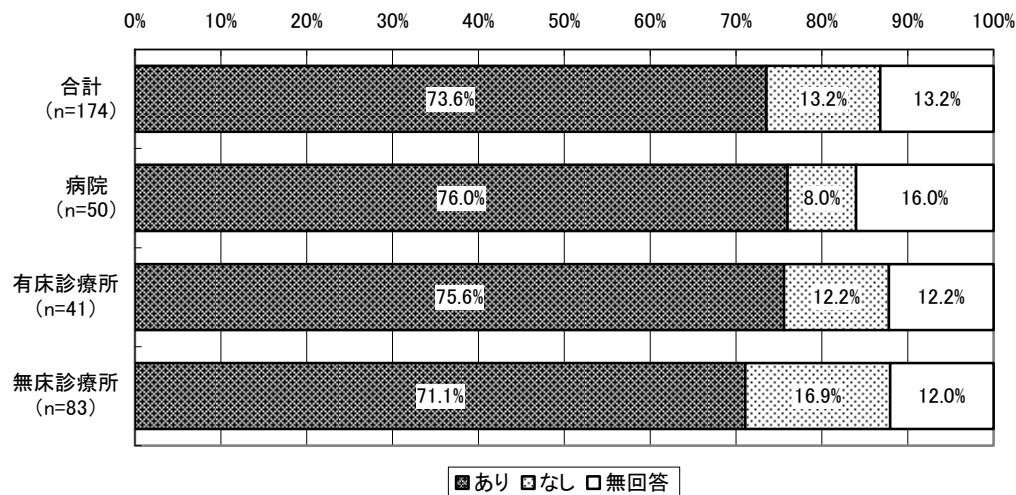
他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ件数（入院（2007年度））についてみると、病院では「10～30件未満」、「50件以上」（22.0%）が多く、平均は 46.35 件（標準偏差 36.06）、有床診療所では「10件未満」、「10～30件未満」（20.0%）が多く、平均は 14.71 件（標準偏差 12.55）、無床診療所では「10件未満」、「30～50件未満」（25.0%）が多く、平均は 18.00 件（標準偏差 24.04）であった。

図表 133 他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ件数：入院（2007年度の件数）

	件数	10件未満	10～30件未満	30～50件未満	50件以上	無回答	（平均：件数）	標準偏差
合計	60	5 (8.3%)	12 (20.0%)	3 (5.0%)	9 (15.0%)	31 (51.7%)	36.76	33.90
病院	41	1 (2.4%)	9 (22.0%)	1 (2.4%)	9 (22.0%)	21 (51.2%)	46.35	36.06
有床診療所	15	3 (20.0%)	3 (20.0%)	1 (6.7%)	0	8 (53.3%)	14.71	12.55
無床診療所	4	1 (25.0%)	0	1 (25.0%)	0	2 (50.0%)	18.00	24.04

他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ有無（外来）についてみると、病院では「あり」が76.0%、有床診療所では「あり」が75.6%、無床診療所では「あり」が71.1%であった。

図表 134 他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ有無：外来



他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ件数（外来（2007年度））についてみると、病院では「50件以上」（36.8%）が最も多く、平均は137.28件（標準偏差107.72）、有床診療所では「50件以上」（19.4%）が最も多く、平均は46.56件（標準偏差48.74）、無床診療所では「10件未満」（20.3%）が最も多く、平均は27.69件（標準偏差37.70）であった。

図表 135 他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ件数：外来（2007年度の件数）

	件数	10件未満	10~30件未満	30~50件未満	50件以上	無回答	（単位：件値）	標準偏差
合計	128	18 (14.1%)	17 (13.3%)	4 (3.1%)	28 (21.9%)	61 (47.7%)	61.92	80.06
病院	38	1 (2.6%)	1 (2.6%)	2 (5.3%)	14 (36.8%)	20 (52.6%)	137.28	107.72
有床診療所	31	5 (16.1%)	5 (16.1%)	1 (3.2%)	6 (19.4%)	14 (45.2%)	46.56	48.74
無床診療所	59	12 (20.3%)	11 (18.6%)	1 (1.7%)	8 (13.6%)	27 (45.8%)	27.69	37.70

連携している介護保険サービスについてみると、病院では「介護老人福祉施設」（54.0％）が最も多く、次いで「訪問看護」（52.0％）、「介護老人保健施設」（46.0％）となっている。有床診療所、無床診療所においては「訪問看護」が最も多く、それぞれ、31.7％、32.5％であった。

図表 136 連携している介護保険サービス

	件数	介護老人保健施設	介護老人福祉施設	介護療養型医療施設	居宅介護支援	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指	通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護
合計	174	48 27.6%	54 31.0%	20 11.5%	47 27.0%	45 25.9%	34 19.5%	66 37.9%	30 17.2%	15 8.6%	41 23.6%	20 11.5%	28 16.1%
病院	50	23 46.0%	27 54.0%	11 22.0%	19 38.0%	20 40.0%	16 32.0%	26 52.0%	14 28.0%	8 16.0%	16 32.0%	10 20.0%	15 30.0%
有床診療所	41	5 12.2%	8 19.5%	2 4.9%	10 24.4%	6 14.6%	3 7.3%	13 31.7%	4 9.8%	2 4.9%	8 19.5%	2 4.9%	4 9.8%
無床診療所	83	20 24.1%	19 22.9%	7 8.4%	18 21.7%	19 22.9%	15 18.1%	27 32.5%	12 14.5%	5 6.0%	17 20.5%	8 9.6%	9 10.8%

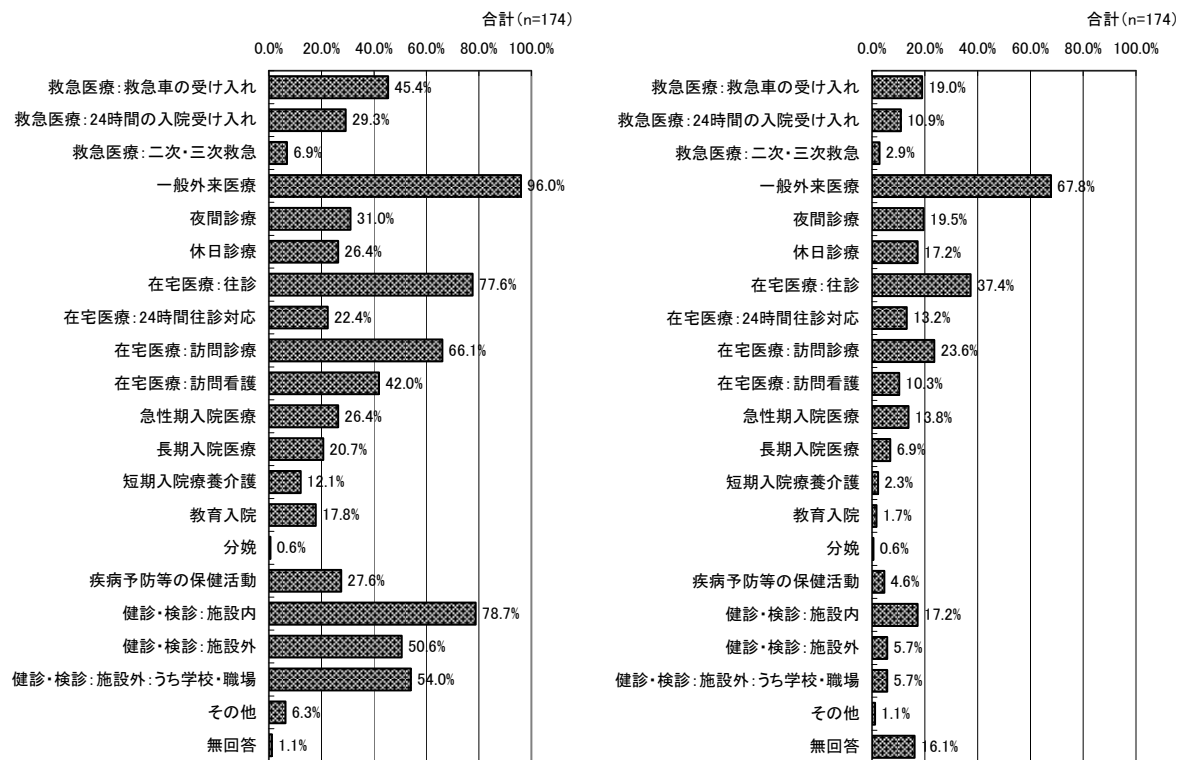
	短期入所療養介護	特定生活介護施設入所者	福祉用具貸与	特定福祉用具販	夜間介護対応型訪問	認知症対応型通	小規模介護多機能型	認知症生活介護型共	地域密着型特定生活	施設入居者生活介護	居宅生活介護施設入	生活福祉センタ	その他	無回答
合計	20 11.5%	4 2.3%	25 14.4%	12 6.9%	3 1.7%	6 3.4%	10 5.7%	21 12.1%	4 2.3%	1 0.6%	13 7.5%	4 2.3%	76 43.7%	
病院	9 18.0%	3 6.0%	14 28.0%	10 20.0%	1 2.0%	4 8.0%	6 12.0%	10 20.0%	3 6.0%	1 2.0%	1 2.0%	3 6.0%	14 28.0%	
有床診療所	2 4.9%	-	3 7.3%	-	-	-	2 4.9%	4 9.8%	1 2.4%	-	8 19.5%	1 2.4%	19 46.3%	
無床診療所	9 10.8%	1 1.2%	8 9.6%	2 2.4%	2 2.4%	2 2.4%	2 2.4%	7 8.4%	-	-	4 4.8%	-	43 51.8%	

全医療機関合計でみると、現在提供している医療機能で最も多かったのは「一般外来医療」(96.0%)、次いで「健診・検診(施設内)」(78.7%)、「在宅医療・往診」(77.6%)、「在宅医療・訪問診療」(66.1%)となっていた。

住民が期待していると思われる医療機能についてもそれらが多く、「一般外来医療」(67.8%)、「在宅医療：往診」(37.4%)、「在宅医療：訪問診療」(23.6%)、「夜間診療」(19.5%)の順となっていた。

図表 137 医療機能（全医療機関合計）

左：提供している医療機能、右：住民が期待していると思われる医療機能



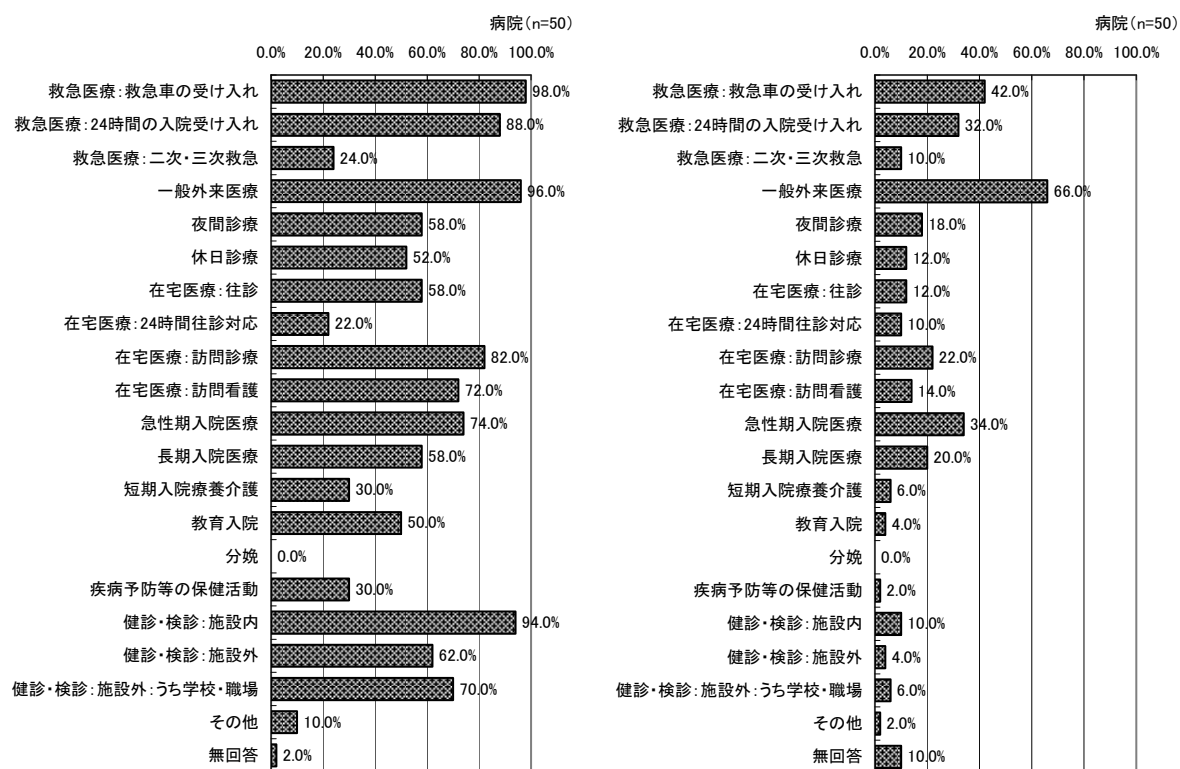
※注：「提供している医療機能」については、あてはまるもの全て、「住民が期待していると思われる医療機能」については、上位3つを回答するものとした。よって、「住民が期待していると思われる医療機能」のパーセンテージは全体として低くなっていた。

病院についてみると、現在提供している医療機能で最も多かったのは「救急医療：救急車の受け入れ」（98.0%）、次いで「一般外来医療」（96.0%）、「健診・検診（施設内）」（94.0%）、「救急医療：24時間の入院受け入れ」（88.0%）、「在宅医療・訪問診療」（82.0%）となっていた。

住民が期待していると思われる医療機能については、最も多かったのが「一般外来医療」（66.0%）、次いで「救急医療：救急車の受け入れ」（42.0%）、「急性期入院医療」（34.0%）、「救急医療：24時間の入院受け入れ」（32.0%）の順となっていた。

図表 138 医療機能（病院）

左：提供している医療機能、右：住民が期待していると思われる医療機能



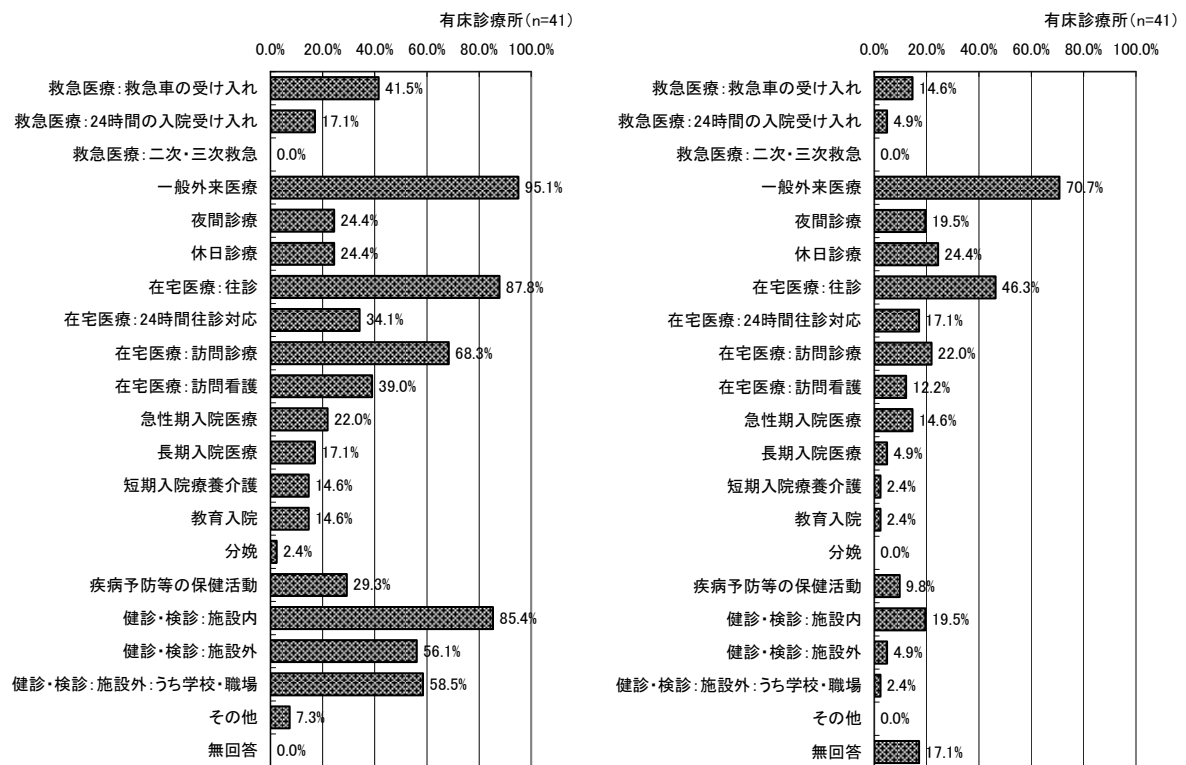
※注：「提供している医療機能」については、あてはまるもの全て、「住民が期待していると思われる医療機能」については、上位3つを回答するものとした。よって、「住民が期待していると思われる医療機能」のパーセンテージは全体として低くなっていた。

有床診療所についてみると、現在提供している医療機能で最も多かったのは「一般外来医療」(95.1%)、次いで「在宅医療：往診」(87.8%)、「健診・検診(施設内)」(85.4%)、「在宅医療・訪問診療」(68.3%)となっていた。

住民が期待していると思われる医療機能については、最も多かったのが「一般外来医療」(70.7%)、次いで「在宅医療：往診」(46.3%)、「休日診療」(24.4%)、「在宅医療：訪問診療」(22.0%)、「夜間診療」「健診・検診(施設内)」(ともに19.5%)などとなっていた。

図表 139 医療機能(有床診療所)

左：提供している医療機能、右：住民が期待していると思われる医療機能



※注：「提供している医療機能」については、あてはまるもの全て、「住民が期待していると思われる医療機能」については、上位3つを回答するものとした。よって、「住民が期待していると思われる医療機能」のパーセンテージは全体として低くなっていた。

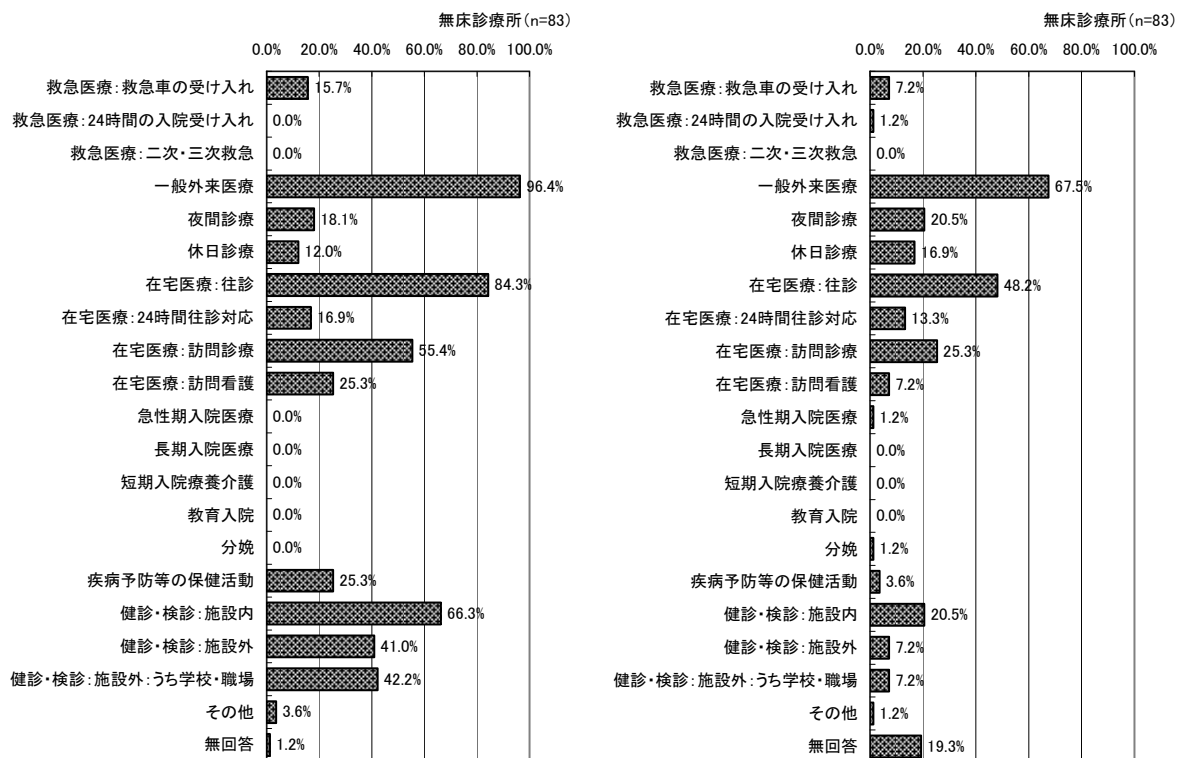


無床診療所についてみると、現在提供している医療機能で最も多かったのは「一般外来医療」(96.4%)、次いで「在宅医療：往診」(84.3%)、「健診・検診（施設内）」(66.3%)、「在宅医療・訪問診療」(55.4%)となっていた。

住民が期待していると思われる医療機能については、最も多かったのが「一般外来医療」(67.5%)、次いで「在宅医療：往診」(48.2%)、「在宅医療：訪問診療」(25.3%)、「夜間診療」「健診・検診（施設内）」(ともに20.5%)などとなっていた。

図表 140 医療機能（無床診療所）

左：提供している医療機能、右：住民が期待していると思われる医療機能



※註：「提供している医療機能」については、あてはまるもの全て、「住民が期待していると思われる医療機能」については、上位3つを回答するものとした。よって、「住民が期待していると思われる医療機能」のパーセンテージは全体として低くなっていた。

医療機関に対する地域住民からの要望は以下の通りであった。施設種別を問わず、24時間診療（夜間、休日対応）が挙げられていた。

図表 141 地域住民からの要望（抜粋）

○病院

**【本人にとっての要望】**

- ・ 救急医療の充実（救急を断らない）、待ち時間の短縮。
- ・ 地域の身近な病院として便利な運用をしてほしい。24時間いつでも急変時には対応してほしい。
- ・ 地域住民にとって入院施設の有無は重要であり、近隣都市からの退院後のフォローもあり、ぜひ存続は要望する。ベッド数の削除はせず現行をできるだけ維持することが課題と思う。
- ・ 勤務医でも総合医、プライマリ・ケア的技術を身につけて欲しい。
- ・ いつでも受診できる一般、内科外科治療及び家庭医。
- ・ 24時間診療態勢の維持。
- ・ 休日夜間救急医療、総合病院機能（中期リハビリ機能）。
- ・ 産科・小児科、整形外科、眼科等の診療。
- ・ 整形外科が現在、大学から週1回派遣だが、週2回に増やしてほしいという要望が多い。
- ・ リハビリ機能の充実。
- ・ 小児科、外科、整形外科医を採用して欲しい。人工透析も実施して欲しい。
- ・ 当院には透析施設がないため、透析施設を設置してほしいという要望。
- ・ 救急車受入れ、在宅医療に対する要望が大きい。
- ・ 在宅での看取りを希望する患者が出ている。
- ・ 車で送迎してほしい。

**【家族にとっての要望】**

- ・ 小児科診療の再開、退院後の受入れ先（施設）の確保。
- ・ 高齢者が退院するときは、自宅に戻ることが困難なため、療養病床、老健など次の医療機関や施設が見つかるまで、入院させて欲しいと言われる。
- ・ 救急医療の充実（救急を断らない）。
- ・ いつでも受診できる一般、内科外科治療及び家庭医。
- ・ 24時間診療態勢の維持。
- ・ 診療科目をもっと増やしてほしい。
- ・ 産科・小児科診療。
- ・ 小児科、外科、整形外科医を採用して欲しい。人工透析も実施して欲しい。
- ・ 地域唯一の公立病院であり、整形外科を含めた診療内容の充実。
- ・ 長期療養病床の存続、リハビリ機能の充実。
- ・ 内科の医師でも小児科を診てほしい。
- ・ 長期社会的入院の受入れ。
- ・ 医師の確保、在宅往診等の充実。

- ・ 町内に療養病床がなく、喀痰吸引を要する場合の長期療養施設がないことから療養病床があれば…という話が聞かれた。
- ・ 何とか本人の希望を叶えたいとする要望が出ている。
- ・ 過疎地の為、長期療養の施設に限りがあり、そのニーズに応えてほしい。
- ・ 町村合併により遠方への入院の不便さに比べ近所に病院の入院施設があることはとても良い。付添うにしろ、見舞うにしろ将来的にも近くでの医療を受けることが家族にとっては幸せなことと考える。
- ・ 在宅寝たきり患者のバックアップ。

## ○有床診療所

### 【本人にとっての要望】

- ・ 夜間と調子が悪くなった時が心配で対応してほしい。
- ・ 高齢化が進み近隣に医療機関が少ない地域において公的な一次医療機関としての存在価値が高い。今後も引き続き複数の常勤医師による診療体制を確保してもらいたい。
- ・ 入院治療できるよう病棟を再開してほしい。
- ・ 時間外の対応、休日の診療。（24時間対応）
- ・ 生活している地元町内で、日常診療を受け、いざという時に入院して在宅へ戻れるようになるまで、きちんと治療して欲しい。
- ・ 地区外へは行きたくないのも最期まで診てもらいたい（在宅、入院とも）。
- ・ 現在休診中である眼科の診療再開。

### 【家族にとっての要望】

- ・ 看取りをしっかりと行なってもらいたい。また患者急変時スムーズに入所出来ることが必要。
- ・ 夜間、休日時に入院治療をお願いしたい。
- ・ 慢性期の入院。
- ・ 高齢者家族や遠隔地にいる家族にとって、患者の状態が悪化した時に、地元できちんと治療して欲しい。施設入所まで、全身管理入院をさせて欲しい。
- ・ 歩いても通える現在の体制を維持してほしい／在宅医療を続けてほしい。
- ・ 診療所が、家族の負担を削減してくれる。
- ・ 家族が入院する際、となり町の病院に入院した。この診療所で入院したかった。
- ・ 長期療養入院。

## ○無床診療所

### 【本人にとっての要望】

- ・ 医療のみならず、保健、福祉サービスの拠点、提供の場としての機能。
- ・ 当診療所は土・日・休日は休診であり、PM5時で診療は終了しているので、診療日の増加と診療時間の延長の要望があった。
- ・ 診療科に関わらず、何でも診て欲しい。
- ・ 必要時に精密検査や入院が可能な医療機関への連携がうまくとれること。

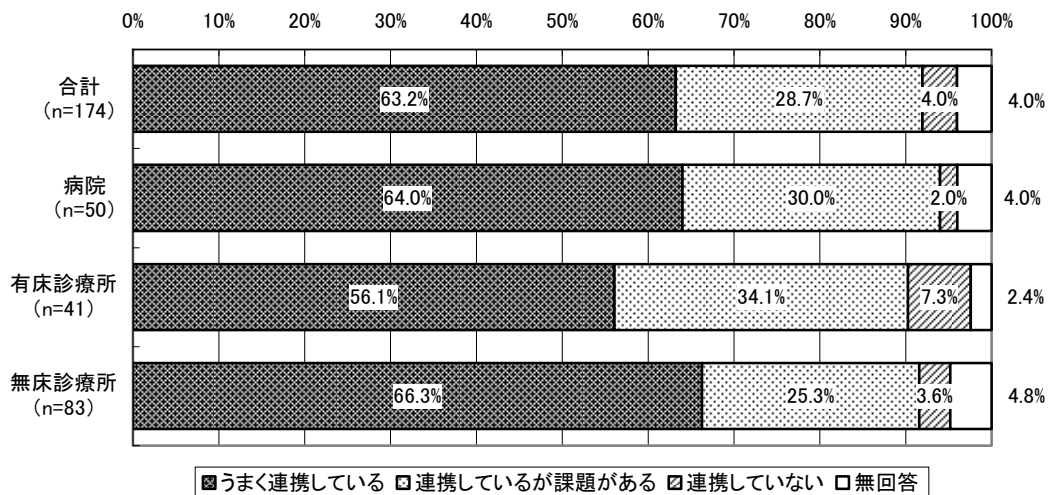
- ・ 当診療所は開設して4年経過するが、医師不足により、診療時間が一定せず、今年度は午前だけの診療となっているので診療時間の延長が望まれる。
- ・ 往診してほしい。
- ・ 24時間、365日の診療。ずっと居て欲しい。
- ・ 週末医師が不在になるので心配。
- ・ 基本的な検査はここですむようにして欲しい。
- ・ 入院患者を受けて欲しい。夜間診療をして欲しい。
- ・ 長期処方を望まれるケースがしばしばある（実際には、閉じこもりにもつながることなので本人にその旨説明してセーブしている）。
- ・ 住み慣れた場所の診療所での入院設備が整備されていれば便利である。

#### 【家族にとっての要望】

- ・ 入院設備があれば家族にとっても大きなメリットになる。入院病床があれば有難いという要望は少ないながらもある。
- ・ 当診療所は土・日・休日は休診であり、PM5時で診療は終了しているので、診療日の増加と診療時間の延長の要望があった。
- ・ 悪化時、すぐに（他の医療機関に）紹介して欲しい。
- ・ 入院が必要な場合に入院可能な施設にスムーズに連携がとれること。
- ・ 在宅で看取りたい。寝たきり（特に病気はない）の患者を病院に入れたい。
- ・ 当診療所は開設して4年経過するが、医師不足により、診療時間が一定せず、今年度は午前だけの診療となっているので診療時間の延長が望まれる。
- ・ 診療所が学びの場所になってきたのがうれしい。今後も続けて欲しい。
- ・ 近くの病院に入院させたい、面会等に便利である。
- ・ （特に遠方よりの家族に多いが）たまにしか帰らないので、常日頃の状態や現状を知りたいとの要望がみられる。

他の医療機関との連携の状況についてみると、「うまく連携している」施設が多く、病院では64.0%、有床診療所では56.1%、無床診療所では66.3%であった。有床診療所では「連携しているが課題がある」が34.1%とやや多くなっていた。

図表 142 他の医療機関との連携の状況



他の医療機関との連携上の課題は以下の通りであった。

図表 143 他の医療機関との連携上の課題

○病院

- ・ 高度救急医療施設も医師不足で転院が困難。
- ・ 専任の MSW を配置していないことから、外部機関との連携機能が弱い。
- ・ 診療情報提供書に係るトラブル。
- ・ 顔を合わせたことのない医師とは、やはり情報の伝達がうまく行かないことがある。
- ・ 医師について、職任が異なっていること（遠距離通勤）。
- ・ 県境にあり隣県の患者も外来診療をしているが救急車が利用出来ない。

○有床診療所

- ・ 受け入れ先も医師が不足し、受け入れの悪い時がある。
- ・ 二次医療機関の診療科の休診や医師不足等により、受け入れ先が圏域外に及んでいる。
- ・ 紹介状がなければ受診できない状況あり。
- ・ 後方病院との意志疎通が不十分である。
- ・ 近隣医療機関との連携、懇談の場の設定。
- ・ 入院を要する患者を受け入れてもらえない。

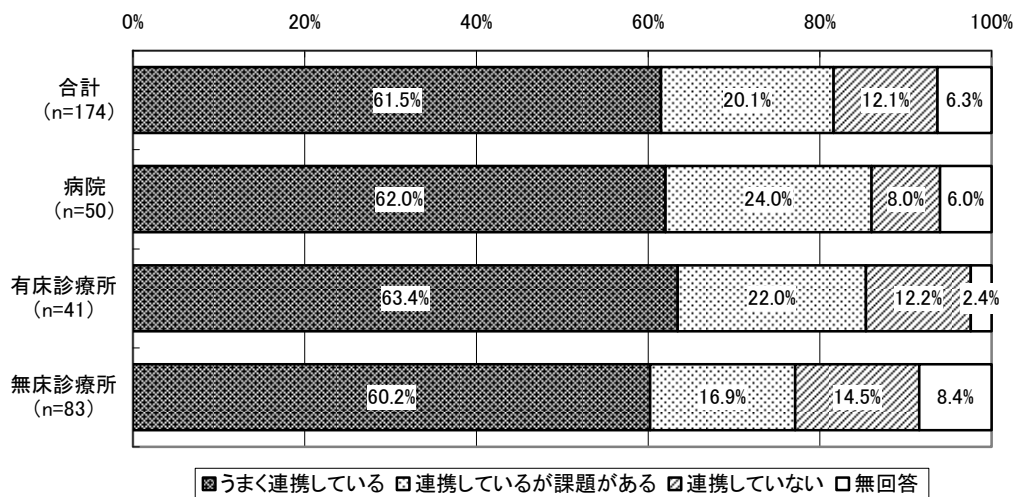
○無床診療所

- ・ 周囲の医療機関（県立病院など）で医療の縮小が続いている。
- ・ 医師どうしのコミュニケーションがまだ十分ではない。

- ・ 連絡が文書で行われることが多く、顔が見えにくい。直接顔を合わせる機会が少ない。
- ・ 紹介状を出しても返事がないことがある。
- ・ 片道 30 分程の所にある病院と密に連携しているが、最寄りの診療所との連携の充実が課題。
- ・ 受け入れ病院が医師不足で対応するのが大変。
- ・ 水、土は近隣の医療機関が救急対応してくれないので大変不便。
- ・ 患者を紹介するとき、予約等が以前に比べ困難になった。
- ・ その時だけの連携で、意見のやり取りがなされていない。
- ・ 無責任な医療機関がみられる（紹介しても返事・結果が送付されない。紹介しても責任ある検査・診断をしない）。
- ・ 患者の後方病院へのニーズは多様ですべてに連携はできない。積極的に連携しようという病院とそうでない病院がある。
- ・ 診療計画の共有化。

在宅サービス事業所等との連携の状況についてみると、「うまく連携している」施設が多く、病院では 62.0%、有床診療所では 63.4%、無床診療所では 60.2%であった。

図表 144 在宅サービス事業所等との連携の状況



他の在宅サービス事業所との連携上の課題は以下の通りであった。

図表 145 他の在宅サービス事業所との連携上の課題

○病院

- ・ 認知症の在宅復帰が困難（施設の受入も同様）。
- ・ 常勤医師が少ないため多忙であり、サービス担当者会議等への出席ができない。
- ・ 事業所によって対応にばらつきがある。
- ・ 相手の能力が低い時、相手がこちらの過大な期待をしている時。
- ・ 事業所の方から病院へ気軽に相談できないようである（相談してほしい）。
- ・ 療養病床への入院日の調整。

○有床診療所

- ・ 入院を休止しているので受入れ出来ない。
- ・ 急変時に対応できないことがある。
- ・ それ程、緊密な情報交換はされていない。
- ・ 書類の依頼が多い。

○無床診療所

- ・ 入院治療が出来ない。
- ・ 離島のため、提供出来るサービスに限界がある。
- ・ 担当者のサービス態勢が、個人個人で変わりやすい。
- ・ 制度上、デイサービス利用中の受診ができないこと。
- ・ 会議出席ができない。
- ・ 連絡が文書で行われることが多く、顔が見えにくい。そのときだけの連携で、意見のやり取りがなされていない。
- ・ 訪問診療利用者の連絡がうまく取れないことがある。

#### ④病院の状況

入院設備を有していることで、地域生活の「安心拠点」となっていると考えられる事例として、以下が挙げられた。

図表 146 「安心拠点」となっている事例（病院）

- 行政・医療・福祉施設の連携がスムーズで高齢者の ADL、QOL の維持が図られている。
- 北海道は大きな医療機関が多く、公共交通機関も少ないことから、多くの患者家族から「地元（入院病床）があつて良かった」と言われる。これは家族にとって、入院の経済的・肉体的負担が大きいことの裏付けと思われる。
- 当院が、一般病床と療養病床を有することで、診療圏に、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、一般病床、療養病床の入所系サービスが整う。
- 最後まで、住みなれた地域に在るための選択肢が広がる。
- 当町は高齢化率が高く ADL が低下するにつれて、近隣市の病院受診が困難となっている状況であり、入院設備を備え住民にとって身近で安心できる当院の存在価値は多大なるものがある。また、地域包括支援センターを含む総合保健センターがあるので、当院が核となり一体化して地域包括医療の展開が可能となっている。
- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム、養護老人ホーム等の施設で急変した患者を積極的に受け入れている。在宅医療では、人工呼吸器を装着した患者（ALS）の支援を行っている。リウマチ教育病院に指定され、膠原病に関しての高度医療を実施している。
- 入院設備を有していることにより、旧町区域唯一の病院として生活の場の近くにある病院として地域住民に安心感を持たれている。また、訪問診療を行っている患者の病状が急変した場合、同じ病院で入院治療を受けられる安心感も提供できる。
- 高齢者が多く、重症化した時に直ぐに入院できるので安心できる。また、退院時には、地元の関係機関との連携をとってから体制を整えるので不安が少ない。
- 高齢者の急な変化に対する入院だけでなく、二次医療機関と在宅をつなぐ調整機関として有用である。
- 当院以外の入院施設は距離がはなれており、本人にとっても家族にとっても近くの医療機関に入院できる安心がある。
- 療養型でショートステイも行っており、介護していく上での安心がある。
- 患者や家族など住民全てが、いざという時に「何でも聞いてくれるおらが病院」意識が非常に強く、心の拠り所、命の砦と断言している。その状況下では、制度・基準以前に「優しく温かな対応」が求められている。
- 在宅医療や福祉を推進していく上で、急性期病変に対する対応がないと地域における住民の安心を担保できない。在宅医療・福祉の長期継続に欠かせない。
- 町内という近距離に、いつでも入院できる施設があることが最大の安心である（当院が町内唯一の入院施設である）。近隣の病院へ入院するとなると、高齢者が多く、入院を補助する身内の力が充分でない当地域においては、大きな困難と負担を伴う。
- 付き添いの家族が疲れた場合、容易に自宅にもどり休むことができる（遠くに入院して付き



添いの方が疲れ倒れる例が多々あり)。

- ・ 在宅介護を受けている方が、状態の急変時「いつでも診てもらえる」「入院させてもらえる」と思える環境にあるため医療ニーズの高い介護度の高い方でも在宅介護を継続している。
- ・ 当院では急性期に加え、回復期リハビリテーション病棟を41床有している。当地域では唯一の回復期であり、当地域住民は近くで集中的なリハビリテーションが行えるようになった。又、当院には居宅介護支援事業所を併設しており、スムーズな退院に向けての援助も行っている。
- ・ 療養病棟を設置していることで、医療依存度の高い高齢者に対して安心感を提供できている。設備の整っている所への入院加療の要望もあるが、遠方からなかなか近隣都市への入院もできない方々も多々ある。そのために長期加療を希望される方々も少なくないので、退院後の介護施設がもう少しあれば尚いいと思う。

また、「病院」という施設形態をとっていることの、運営面・経営面としてのメリット及び入院設備を保有していることに関するメリットは以下が挙げられた。

図表 147 運営面・経営面のメリット (病院)

- ・ 急性期→慢性期と在宅で加療することが困難な症例の診療と比較的長期診療が出来る。
- ・ 経営面で地方交付税措置をより多く受けられる。必要なスタッフが常駐し必要な検査ができ、比較的高度な医療機器がある。
- ・ 入院料は、病院と診療所間の開きが大きく、診療所とした場合収入の減少による経営悪化が考えられる。
- ・ 地域の状況から病院という形態は必要であると考え。病院であるので、診療所よりも質の高いサービスを提供できる。必要な医療機器が整えられる。
- ・ ある程度の医師がおり、24時間365日の救急診療体制を継続していけること。検査、薬剤、栄養関係、リハビリテーション等の専門スタッフを要することができ、地域医療としてある程度完結した運営ができる。
- ・ 当町において病院は当院しかなく、地域住民から信頼される安全な医療の提供等が可能(1)初期医療を提供する救急体制の維持(2)高齢化社会を見据えた一般病床を有する機関(3)小児科医療の維持(4)保健・福祉・医療の3連携における医療分野を担う機能。
- ・ 地域住民が地元で療養できるという安心感がある。また、入院しても同じ医師にみてもらえるという安心感がある。
- ・ 運営面で、入院患者とコメディカルは知り合いのことが多く、お互いに心の交流ができる。
- ・ 現在は、病床稼働率が低く、運営、経営面ではメリットが少ないのが実情。
- ・ 一般病床36床、医療療養36床で運営している。周知の通り、医療療養は経営的に成り立たない状況であるが、運営する上では幅が広い医療が提供でき、住民からの要望は極めて高い。
- ・ 亜急性病床を有していることは高齢者の多い当地域においては入院の長期の在宅復帰への対応に助かっている。
- ・ 町内に大きな病院もなく需要がある。

- ・ 経営面で純粋に費用対効果を考えれば、急性期治療の多くない当院では、メリットは無い。運営面では(1)地域の人々に充実したサービスを提供できる(2)地域の雇用や活性化に寄与している(3)安心感など地域の大きな精神的な支えとなっている。(4)以上のような、満足感、充実感を職員が持つことができ、動機の向上につながっている。
- ・ 医師を複数名（多科にわたり）確保できる。若い医師の研修の場となりうる。
- ・ 国庫補助金を受けられる。
- ・ 過疎地の医療であっても高額な医療機器の整備をはじめ一定の医療機能を維持するには病院であることが必要。そのことが利用者の信頼を得ることや医師が求める診療環境の整備にもなっている。
- ・ 以外とメリットはあまりない様に思うが、診療所よりは地域の方々の安心感があると思う。
- ・ 経営面ではこの規模では全くメリットはない。とくに公立病院の場合は人件費の面でさらにメリットはない。
- ・ 職員間には民間とやや異なる意識、親切、安全に対する心構えがあると思われるので、できるだけの自助努力は必要と考える。

図表 148 入院設備を保有していることのメリット（病院）

- ・ 夜間急患の処置・治療に有益である、連続した経過の観察が可能である。
- ・ 町外の医療機関に出向かずとも町民にとっては近場の施設で入院加療が可能なこと。
- ・ 診療の結果、必要な場合には直ぐに入院させることができる。
- ・ 市民の地元で、市民に対して必要な質の高い医療サービスを提供できる。
- ・ 急性期の患者に対して迅速な入院診療を行うなど地域の医療需要に応えられる。
- ・ 急性期医療機関との連携が可能。二次医療圏内における医療分担を図り、急性期医療を必要とする患者の受け入れと転院を行える体制であり、急性期経過後の当院へのスムーズな帰院が可能。
- ・ 地域住民が地元で療養できるという安心感がある。また、入院しても同じ医師にみてもらえるという安心感がある。
- ・ 入院設備を持っていることで、安心して外来診療を受けられる。
- ・ 外来で診断しただけでなく、入院してその経過についてかわり、責任を持つことができる。
- ・ 外来のかかりつけ医が引き続いて入院を担当できる。患者家族も来院が便利であり、患者自身も、地元であることに加えて入院、外来の情報交換が容易であることが、安心感を与えている。
- ・ 高齢者の急性変化に対する一次対応がしやすい。
- ・ 病床数が診療所より多いため、急性期入院から、療養まで多様な利用法がある。
- ・ 安心の医療を提供する上で、当地域におけるベッド保有は欠かすことが出来ない。治療・検査を行い早期の判定、関係急性期専門病院への紹介、また逆紹介等、急性期の後方病院として機能させるためにもベッドが必要不可欠と判断している。初期救急においても然りである。
- ・ 地域での長期にわたる在宅医療、福祉を維持するうえで必要不可欠と考えている。
- ・ 一般病床がどんどん減っており、他院で対応出来ない患者を診ることができる。

- ・ (1)近距離、安心、低い負担感、低い困難感は、患者や家族にとってのメリットである。(2)患者の治療を深く継続できること、(3)さらに深い患者との信頼を築けること、(4)充実感、研修意欲、など職員のモチベーションを向上できることは、病院にとってのメリットである。
- ・ 検査・治療についてゆっくり時間をかけて説明、同意を得ることができる。
- ・ 町内唯一の救急車受け入れ可能な病院であるため、入院設備を保有していることで町民に対して安心感を与えている。
- ・ 在宅医療、介護施設サービスを提供する上で、急変時などの入院医療が確保されることが利用者にとって最大の安心感となっている。このことが医療と介護双方の高い利用に結びついている。
- ・ 公的病院としての大学等からの応援も得られる。
- ・ 一時的にも、短・中期的にも入院治療が可能で、患者に対して色々な対応が可能となる。
- ・ 公共の交通の便が悪い地域なので、急性期の病気をもつ患者にとって通院させることが難しい。入院設備があることで助かっている。上記のような訪問の対応は、病院で常に当直がいればこそ可能であって診療所となると医師 1~2 名となる予定であり、常に対応することは難しくなる。
- ・ 地域住民にとって身近な病院として、入院できることが一番重要であること。
- ・ 空きベッドで地域を支えることができ、「生活自立障害」の方を支える地域の力をあげるため。

施設形態を「診療所」へ変更する予定についてみると、病院では「変更する予定はない」(84.0%)が最も多かった。

図表 149 施設形態を「診療所」へ変更する予定 (病院)

	件数	有変 床更 いる 診が 療決 所定 へし のて	無変 床更 いる 診が 療決 所定 へし のて	有変 床更 いる 診を 療検 所討 へ中 の	無変 床更 いる 診を 療検 所討 へ中 の	変な 更い する 予定 は	無 回 答
合計	50	3 6.0%	2 4.0%	2 4.0%	-	42 84.0%	1 2.0%

なお、有床診療所への変更が決定している病院では、平成 21 年中が 2 施設、平成 22 年中が 1 施設であった。無床診療所へ変更する病院 1 施設は平成 21 年中に変更と回答していた。

病床数を変更する予定についてみると、病院では「変更する予定はない」が 66.0%、「減床を検討中」が 16.0%、「減床が決定している」が 8.0%であった。

図表 150 病床数の変更予定（病院）

	件数	増える 増床が決定して	増床を 検討中	減床を 検討中	減床が 決定して	変 更 し な い 予 定 は	無 回 答
合 計	50	-	-	8 16.0%	4 8.0%	33 66.0%	5 10.0%

減床を検討中の病院においては、減床病床数が「10床未満」が1施設、「10～20床未満」が3施設となっていた。減床が決定している施設では「20～30床」が1施設、「30床以上」が2施設であった。

休眠病床の有無についてみると、病院では「あり」が 12.0%であった。

図表 151 休眠病床の有無（病院）

	件数	あり	なし	無 回 答
合 計	50	6 12.0%	39 78.0%	5 10.0%

休眠病床の床数についてみると、病院では「10床未満」が 33.3%、「10～20床未満」が 50.0%で、平均は 12.17床（標準偏差 11.03）であった。

図表 152 休眠病床の有無：ありの場合の床数（病院）

	件数	10 床 未 満	10 ～ 20 床 未 満	20 ～ 30 床 未 満	30 床 以 上	無 回 答	（単 位： 床 値）	標 準 偏 差
合 計	6	2 33.3%	3 50.0%	-	1 16.7%	-	12.17	11.03

休眠病床の活用策としては、以下が挙げられた。

図表 153 休眠病床の活用方策（病院）

- ・ 医療機関併設型小規模老人保健施設として活用。
- ・ 医療型療養病棟への変更。退院患者を他の施設へ送らず、できるだけ自宅へ帰ってもらって、急変時に必ず診察、入院の対応を取る。

## ⑤有床診療所の状況

入院設備を有していることで、地域生活の「安心拠点」となっていると考えられる事例として、以下が挙げられた。

図表 154 「安心拠点」となっている事例（有床診療所）

- ・ 療養ベッドのみのため医療的な安心拠点ではない。しかし、家庭にいろいろ急なことがあった場合に、要介護者を入所させることが出来るので、その点での安心を与えている。
- ・ 在宅医療での急変時に遠方の入院施設まで送らなくてすむ。ターミナルケアで在宅介護力がないケースに安心である。
- ・ 病状が悪化して、当診療所が可能な範囲内で急性期治療をして、保健・福祉・介護と連携をとりながら、入院生活から在宅生活へ向けてスムーズに移行していることで安心してもらっている。
- ・ 往診や訪問治療を勧める上で、入院設備があることは心強い。最期まで本人や家人に対し、寄り添って診療が可能である。例えば、癌の終末期などは、介護福祉分野との連携で一時退院、往診、再入院などフレキシブルな対応ができ、多様な QOL に対応する選択肢が幅広くなる。
- ・ 50km 圏内に入院施設は他になく、できるだけ近くで診てほしいということについては、可能なかぎり対応せざるをえない。特に看取りについては、非常に重要である。
- ・ 総合病院で急性期の治療を受け、その後のフォローとして在宅に移行するまでの期間の入院対応や、特養（60 床）の主治医となっており、相互に連携しあいながら慢性疾患患者の治療、経過観察を行っていること等。
- ・ (1)24 時間看護師が院内にて対応してくれる。(2) 軽い疾病なら入院加療してくれる。(3)ターミナルの入院もうけてくれる。
- ・ 地域の在宅療養者が肺炎を併発したとき、直ちに入院、点滴治療等により入院期間短縮につながった事例あり。療養型病床も有しているため、長期在宅療養者の介護負担軽減のためのショートステイの利用も可能。

また、「有床診療所」という施設形態をとっていることの、運営面・経営面としてのメリット及び入院設備を保有していることに関するメリットは以下が挙げられた。

図表 155 運営面・経営面のメリット（有床診療所）

- ・ 病院よりスタッフ的に小まわりはきく。無床診療所と比べて 24 時間対応がやりやすい。
- ・ 病院形態よりも経営的には赤字が大きくない。
- ・ (1)入院設備があるために外来通院数を確保でき、集患者力も大きい。(2)緊急入院や在宅療養者の再入院、そして退院後の在宅療養に向け、スムーズに移行できることから、在宅療養支援診療所として運営できる。(3)病院と比べ、入院基本料がはるかに安価とされているのはデメリットであるが、人員の確保面での制約が少ないのは良い。しかし、入院基本料が少なく、少ない人員での運営を余儀なくされ、実際は苦しい状態である。

- ・ 80%以上の稼働率があれば、十分にメリットがある。それ以下ならデメリットにすぎない。
- ・ 経営上のメリットはない。無床の方が、当然人件費も少なくなり、看護師も集まりやすくなる。病院よりは制限（レントゲン技師、薬剤師など）が少なく、医師も宅直でいいなどメリットが大きい。
- ・ 療養型病床等の入院患者数・診療報酬は比較的計算がしやすく、一定の収入が見込める。

図表 156 入院設備を保有していることのメリット（有床診療所）

- ・ 家庭介護、看護が困難な時に、入院することにより支援することが出来る。
- ・ 包括医療はやりやすい。
- ・ 内視鏡処置後の Over Night 観察。
- ・ 病状が急変した時に、入院施設を利用して状態の確認を行うことができ、当診療所で可能な場合、当診療所で治療し、他の医療機関への紹介が必要な場合は紹介している。無床のように、すぐに町外へ紹介しないので不安が少ない。
- ・ 一人の患者を、家人や慣れ親しんだ風土、知人とともに最期まで寄り添うことができるため、地域住民から感謝されている。(2)診療上、設備上の限界はあるが、地域の方々にとって有事に対し、ある程度安心して構えることができる。(3)津波や火災、地震などの防災上の拠点としての機能も入院設備にはあつてのことと思われる。
- ・ 特別な加療までいかないような肺炎等に対応できる。外来→入院で治療効果の判定ができる。慢性疾患罹患の高齢者に地域完結型の医療を提供できる。
- ・ 併設の老健施設入所者や診療所の外来診療患者の病状悪化に対応可能。
- ・ 他の無床開業医だと悪くなった時に対応してくれない。いつでも診てくれるという安心感が住民に与えるものは大きい。また医師も看護師が常に対応してくれることで安心して医療が提供できる。
- ・ 外来通院患者、在宅療養患者の安心感につながり長期療養が可能となる。後方病院との連携に有利（病院入院者の紹介時に一度入院を利用する）。
- ・ 地域住民に安心を与えることができる。

施設形態を「病院」へ変更する予定である有床診療所は見られなかった。

病床数を変更する予定についてみると、「減床を検討中」が3施設、「減床が決定している」が1施設であった。

図表 157 病床数の変更予定（有床診療所）

	件数	増える 病床が 決定して	増床を 検討中	減床を 検討中	減る 病床が 決定して	変ない 更する 予定は	無 回 答
合計	41	-	-	3 7.3%	1 2.4%	19 46.3%	18 43.9%

病床数を変更する予定（減床を検討中の場合（減床数））についてみると、すべて19床の減少を検討しており、無床診療所化を検討していることが明らかになった。

施設形態を「無床診療所」へ変更する予定についてみると、1施設で変更が決定しており、変更を検討している施設も6施設見られている。変更が決定している施設では、平成21年4月の予定であった。

図表 158 「無床診療所」への変更予定（有床診療所）

	件数	変える 変更が決定して	変更を 検討中	変ない 変更する 予定は	無 回 答
合計	41	1 2.4%	6 14.6%	17 41.5%	17 41.5%

休眠病床の有無についてみると、有床診療所では「あり」「なし」共に、31.7%であった。

図表 159 休眠病床の有無（有床診療所）

	件数	あり	なし	無 回 答
合計	41	13 31.7%	13 31.7%	15 36.6%

休眠病床の床数についてみると、「10床未満」（53.8%）が最も多く、平均は10.38床（標準偏差 6.14）であった。

図表 160 休眠病床の有無：ありの場合の床数（有床診療所）

	件数	10 床 未 満	1満 0 5 2 0 床 未	2満 0 5 3 0 床 未	3 0 床 以 上	無 回 答	（単 位： 床 値）	標 準 偏 差
合計	13	7 53.8%	6 46.2%	-	-	-	10.38	6.14

休眠病床の活用方策としては、介護施設等への転換、地域のニーズに沿って病床する、老健やグループホームや高齢者住宅などの有効利用を検討する、村営住宅への転換等が挙げられていた。

## ⑥無床診療所の状況

地域生活の「安心拠点」となるために、入院設備を保有したいと考えたことがある理由・状況として、以下が挙げられた。ただし、「考えたことはない」等の回答が多く見られた。

図表 161 入院設備を保有したいと考えた理由（無床診療所）

- ・ 空いた病室を住民福祉に利用するように市に提案
- ・ 高齢者の軽い病状で、例えば脱水や過労に対して短期入院させたいケース等（過剰な検査や治療が避けられる）。
- ・ 経過観察目的や軽症患者の入院加療が必要となった際にも、島の生活圏から離れて中核病院に行く必要性があり、住民にとっては、経済的、肉体的、心理的障害となっている現実がある。
- ・ 医療目的だけではなく、入所（短期）という意味まで入院設備を考えれば、そのような施設があればと考えることは多い。
- ・ 遠距離の中核病院に入院が困難な、急病で入院が必要な方や、常時医療・介護が必要な方、及び自宅で介護を受けているものの短期間入院し介護負担を軽減したい方等のためにも、5床程度の入院設備があれば地域の安心拠点としてなるのではと考えている。
- ・ 数日の入院の対応可能な患者の紹介、転院を行わなければならない。総合病院から在宅・施設への移行に対して一時的な受け皿となり得る可能性があること。

### 【参考：入院施設を保有しない理由】

- ・ 入院施設保有を考えたことがない。併設、隣接の老健・特養や、生活支援ハウス・介護センター・グループホームなどがあり、入院医療以外の面では、地域住民のニーズにある程度応えられていると考えている。また、医師・看護師の確保も困難である。
- ・ 入院設備があれば良いと思うことはあるが、それに伴う医療的、事務的、人的負担増を考えると、どうして検討しようとは思わない。現時点で在宅療養を推進している為、よりそちらの時間と労力を割きたい。
- ・ 「へき地」と称される地域では、通院・通所にも交通の便が悪く、それ相応の体力が必要だからである。但し、医療やリハビリ・ケアがこれだけ専門分化している時代では、狭い地域での地域完結型だけにこだわると、患者の医療を平等に受ける権利を損なうことにも繋がるので、連携をしっかりとすることを条件に、無床のままでも良いのではと考えている。

また、「無床診療所」という施設形態をとっていることの、運営面・経営面としてのメリット及び入院設備を保有していないことに関するメリットは以下が挙げられた。

運営面・経営面のメリットとしては、人件費の抑制効果が多く挙げられた。



図表 162 運営面・経営面のメリット（無床診療所）

- ・ 外来主体である為、日勤帯のスタッフのみの確保で済む。
- ・ 施設不要等／人件費などが少ない。
- ・ スタッフの負担が少なく、設備の管理費及び人件費等が抑制される。
- ・ 夜間看護師が拘束されないで済む。医師が1人でよい。
- ・ 病床があった頃と比べて一般会計からの繰入金で1,000万円程度減少した。
- ・ 医師不足に対応した診療形態が出来る（医師不足が解消されない場合の選択不足）。
- ・ 外来のみの診療のため、人員、施設設備を必要最低限の体制に集中して投入可能。
- ・ 採算面で効率の良い運営、少人数であるため、目のゆき届いた人間関係及び職場となること、さらに組織やマニュアル等に律せられることを要しない。
- ・ 地域の対象人口が少なく、診療所の人数、規模から考えて、入院施設では経営面で採算がとれない可能性が高い。
- ・ 医師・看護師・コメディカルの確保の為の苦労が比較的少ない（今でも苦労しているが…）。当然人件費も少なく済む。ベッド稼働率等に苦勞することも無い。
- ・ 限界集落といわれる地域でこれ以上の設備や人の動員は非現実的であり、無床、少人数でやることのぞましい。
- ・ 小回りがきき、シンプルである。

図表 163 入院設備を保有していないことのメリット（無床診療所）

- ・ 外来、在宅療養支援に重点をおき、それらに集中できる。入院退院にかかわる煩雑な事務処理がなくて済み、装備（医療設備）も軽くできる。
- ・ 夜間無人にでき、人件費・施設管理費の削減。
- ・ 医師、看護師の減少による人件費の削減。
- ・ 施設投資、人件費を抑えられる。
- ・ 必要最小限の人数で運営可能である。
- ・ 夜間、休日診療をすることもあるが、スタッフにとっては負担が少ない。
- ・ 職員がなくてよい。当直や時間外が少ない。医師が1人でやれる。
- ・ 外来の患者に対し、親身の手厚い医療が可能となる。
- ・ 精神的負担の軽減。
- ・ 院外処方だけで行える。
- ・ ある一定以上のレベルの検査や診療は専門家に依頼することで、外来・在宅のプライマリ・ケアに、少ない人数でも、集中することが大きなメリットといえる。
- ・ 入院医療との区別化、責任分担がはっきりする。
- ・ 医師、看護師、事務の最小限のスタッフで運営できる。
- ・ 夜間・休日の対応が、地域の住民からの要望のみに集中できる。
- ・ 人材の確保、設備の負担が少ない分、経営的にある程度の安心感がある。

また、入院設備を保有していないことのデメリットとしては、以下が挙げられた。

図表 164 入院設備を保有していないことのデメリット（無床診療所）

- ・ 在宅療養が困難（不能）となれば、即、医療圏外の病院へ入院（転出）する。疾病コントロールがそこで中断してしまうことと、家人の「通院」による負担となる。
- ・ 入院設備のある病院までが 1 時間近くあり、患者が通院するだけでも大変である。ベッドがあればそのような負担を減らせると思う。
- ・ 入院を他の施設に委ねることになり、かかりつけ患者を継続して診療できない。病床があった時には 24 時間対応していたがそれをあきらめることになった。「いつでも診療所に相談できる」体制が崩れたことで地域住民の不安増大は否めない。
- ・ 重症患者を診ることができない。紹介する病院探しに苦労がある。
- ・ 在宅では、家族の心配に配慮できないかもしれない。
- ・ 責任ある完結型の医療が実施できない。疑い段階で地域の大病院へ紹介入院させている。
- ・ 急性期、回復期、維持期を継続した治療ができにくい。
- ・ 入院が必要な方を近隣の病院へ紹介するとき、紹介先をみつけることが、大変困難になってきている。
- ・ 1～数日の経過観察が妥当な方に対して併設の老人保健施設などの施設を利用する場合があります、施設側に過度の負担がかかっていることも事実。
- ・ 入院加療（例えば、インスリン導入、抗生剤投与等）の必要の場合、紹介しなければならない。急変に対応できない。
- ・ 通院中の患者の急変に対応できないことがある。
- ・ 身近なところで治療を、という住民の方の希望には応えることができない。
- ・ 自宅では困難な、医療依存度が高く、介護力の弱いケースの場合、入所するところもなく、かと言って入院するほどでもない人の入る所、又は末期状態で自宅介護困難なケースに対して、入院施設が手元があれば、継続して診ることができる。
- ・ 「ちょっと 1 日念のために」という家族の精神的、身体的負担軽減を提供できない。
- ・ 診断が確定され治療方針も決定できているような場合であっても病院へ紹介せざるを得ない。近隣にて後方支援施設があり、紹介患者を随時受入れてもらうことが可能で、特にデメリットは感じない。
- ・ 近隣に県立病院があり、デメリットを感じていない。
- ・ 判断に迷うケースの場合、経過をみたいと思うが、できないため、他院へ入院依頼する際にデメリットを感じる人が多い
- ・ 入院加療が必要な患者の受け入れ先を確保するのに時に苦労することがある。
- ・ 入院の必要な急病への対応ができないとともに短期入院が見込める方でも対応ができなく本人のみならず家族の負担が増える。また受入病院の負担も増える。

また、施設形態を「有床診療所」へ変更する予定についてみると、「変更を検討中」と回答した施設が 1 施設（1.2%）見られた。

⑦「安心拠点」の構築に向けた今後の医療機関の活用方策

現状の体制や運営・経営における問題点や課題は以下の通り。

図表 165 現状の体制や運営・経営における問題点や課題

回答施設種別	内容
病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療圏人口の減少により患者数も減少し診療収入減が問題となっている。</li> <li>・ 診療報酬の相次ぐ引き下げにより、過疎地に立地している当院にとって経費等の節減も限界にきており、厳しい経営を強いられている状況である。</li> <li>・ 現在、不足している医師や看護師、介護士の確保が出来ない。</li> <li>・ 医療機器や建物が老朽化しており、買替えや修繕の費用がかさむ。</li> <li>・ 医師・看護師不足、診療報酬の引き下げ、交付税の削減など国保直診を取り巻く状況はどれも大きな課題となっており、そのような中で収支のバランスをとることが命題の改革プランを策定せざるを得ないが、改革プランを策定してもその実行には大きな不安がある。総務省は経営の効率化を求めるがそれも限界にきており、地方公営企業の一部適用以外の経営形態に移行したとしても、人口減少と高齢化が進む当該地域で経営は成り立つのか。民間に委ねても経営が困難となれば地域から去り、結果として医療の空白地帯となる危険性はないのだろうか。</li> <li>・ 常勤医師と看護師の確保ができないため、苦慮している。H19年度は、医師不足のため救急受入制限を行ったため、病院離れの現象となり、外来患者は減少した。常勤医師の不足を非常勤医師で補っているため、著しく収支が悪化した。</li> <li>・ 過疎・へき地の医療施設は、診療所になれと言っているようである。</li> <li>・ 患者数に対して医師数が不足しており、日当直等医師の負担がおおきい。効率的な運営に努めてはいるが、医業収支は赤字である。</li> <li>・ H18年度までは医局を通じて常勤医師の派遣が可能であったが、臨床研修制度の改正の影響等もあり現在は、非常勤医師の派遣に留まっており、昨年度退職した常勤医師2名の補充ができず、安定した診療体制を構築することができない。</li> <li>・ 地域の病院として地元からは存続を強く要望されたが、組合として経営できない。(構成市町の負担金の増大)</li> <li>・ 現在、常勤医師7名、常勤歯科医師3名と医師充足率を満たしており、経営的にも累積欠損金を解消して安定的な経営状況となってきたが、今年度は、費用の増加に収益の増加が追いつかず、厳しい経営状況になっている。</li> <li>・ 当院は病床数47床を一般病棟39床、療養病床8床で運営しているが、この2単位の病棟を47床全体を一般病棟として(一単化)行きたいと検討中、それによって病床利用率が保てるのか否かが課題。</li> </ul>

回答施設種別	内容
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護師が集まらない。特に 7:1 になってから、退職者は増えるが、補充が全くできない。人数減少→負担増→やめるの悪循環。今後は医師も確保できるかどうか不明。へき地病院で、今の診療報酬では全くやっていけない。</li> <li>・ 医師が不足しており訪問診療なども十分に対応できない状況にある。また、診療報酬の改定が大きく影響しているとともに、患者数の減少により病院経営が非常に厳しい状況にあり、一般会計の負担が年々増加している。</li> <li>・ 医師定数が不足している。救急指定病院のために常勤の当直医の負担が大きい。病床稼働率が低く、経営難である。検査、治療に制限がある。（大腸内視鏡、前麻手術、整形外科等）理学療法士の不在</li> <li>・ 医師、看護師、薬剤師等の確保が難しくなっている事。職員の高齢化が進み、人件費率が高い事。</li> <li>・ 医師不足・看護師等専門スタッフ不足は急に始まったわけではなく、従来から努力して体制維持を図ってきたものである。今日の状況は、中小病院の体力が急激に落ちてきたために「医療崩壊」現象が表面化したものであり、H18 診療報酬改訂はへき地中小病院を震撼させたと言われるように、これが大きな引き金となっている。初期救急を担う中小病院が経営不能に陥っている現状を何とか修復しなければ、更に急性期病院が疲弊し、医療崩壊が進行すると危惧している。</li> <li>・ 当院の診療圏はほぼ当町に限られている。当町においては高齢化の高まりと共に人口の減少傾向がつづいているため、今後患者数の増加等による病院収入増は難しい。しかし、必要な医療機能維持には経費は必要であり、その解決法に困惑している。</li> <li>・ 患者数の減少に伴い、経常収支が悪化している。</li> <li>・ 繰入金が増額等、財政健全化に向けた取り組みが必要となっている。費用のほとんどが人件費であり、規模縮小等によりスリム化、効率化が求められる。</li> <li>・ 高齢化が進んでいることから、来院患者も長期療養者が多く、後期高齢者となっている。特養、老健施設への入所希望者も入所出来ないでいる状況で、患者・家族においては、病院での療養を希望している。このことから、病院経営も、入院収入など増加しない反面、従事者の人件費など、経費をまかなえない状況となっている。</li> <li>・ 慢性的な医師不足数が全国的に不足している事も一因だが、決して経営状態が良くない病院がさらに（地域人口が減少しつつあり患者数増加も見込めない中で）多くの医師を雇用する事は、金銭的に困難ではないか。</li> <li>・ 手術や特殊検査等、都市の病院、大学の病院で行う部分の診療報酬が高くなり我々のような後方病院での医療に対する診療報酬が低すぎる。地方の過疎と若い人の都市病院への依存（地元病院を大切にしない）もある。</li> <li>・ 地域の特性として農繁期、農閑期により外来・入院の数に変動があるが、病</li> </ul>

回答施設種別	内容
	<p>院機能面からベッド数の多い、少ないはかなり問題点があると思う。この地域にとっては現状のままが適当と思う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 最近の傾向として、都市での入院日数、ベッド数の問題から比較的后方支援病院としての機能も地方都市は考える必要があり、病病連携もこれからは多くなってくるのではないか。</li> </ul>
有床診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 療養ベッドを持っていることが、経営や人員配置の重荷になっている。職員が高齢化し新陳代謝がない。職員数に比し、診療圏の面積が広いため、効率が悪い。</li> <li>・ 町村合併後、行政との対話が疎遠、地方の医療崩壊と自治体の財政悪化で展望が乏しい。</li> <li>・ 医師1人、看護師2名、事務職員2名の5名が全て常勤職員であり、赤字改善が困難な状況にある。</li> <li>・ 診療体制の確立。診療報酬改定に伴う収入減に対応する経営コスト削減対策。国民健康保険直営診療施設としての将来展望、方向性について。</li> <li>・ 周辺に院外薬局がないにもかかわらず、薬剤師がいない状態で院内処方を行っているため看護師への負担が大きい。</li> <li>・ 公立診療所であるがゆえに、人件費の高騰が問題であり、診療料の廃止、人口の自然減等による患者減、収入の確保が課題である。</li> <li>・ 病院から診療所へ移行したが、同じ仕事、サービスを提供していながら入院基本料が安価となり、入院部門の人員が十分確保できず困っている。人員体制を整えば、病院並みの入院基本料にできないものか。同上に交付税も抑えられてしまい、経営上のメリットがあまり見出せないのが現状と思われる。</li> <li>・ 病院と比べ制約が減り、又人員体制の基準が緩和されたため、現職員の過重労働が心配。管理者である医師は一人体制を余儀なくされ、事務担当者も同様であるが、引継ぎの時期に現体制の維持は、困難ではないかと思われる。</li> <li>・ 常勤医師（定員一名）の、24時間、365日の待機を暗に求められることが医師を追いこんで、定着性を悪くすることになっている。地域の医療機関でのグループ形成も、他には医療機関がない当地域では不可能。</li> <li>・ 専門的な事務経営を身につけた人材が存在しない事。民間の医療機関のような厳しいコスト対策はなかなか実現されない。医療やサービスの質の向上も、同様である。</li> <li>・ 5年前に“町村合併”で当診療所も、以前の「村立」から「町立」となったが、合併後の診療所への“風あたり”は強いものがある。合併前、旧村長は“医療機関”は聖域であると、その考えを示し、概ね普通の診療が行えていたが、合併後は職員の数はへらされ、医師は別地区の診療所への出張を任されるようになり当地区の診療が以前より手薄になって来ている。いずれは総合廃止の状況となるだろうが、そうなったら今の高齢者はどうなるだろうかと心配。</li> </ul>

回答施設種別	内容
無床診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療圏人口の減少により患者数も減少し診療収入減が問題となっている。</li> <li>・ かつては地域の医療のみならず保健、福祉の中心だったが、市町村合併に伴い、医療以外の活動範囲、業務内容が縮小された。それが次第に医療の弱体化を来しつつある。今後、予防医療を含めた、特色ある医療を提供していかねば、不要論が出たときに反論できない恐れがある。</li> <li>・ 地域対象人口も漸次減少し、通路事情もよくなってもはやへき地ではなくなり、介護救急には対応し得ない現診療所自体、もはや存在の必要性は薄れつつあり、経営母体（市）からも疎んじられているかの感がある。</li> <li>・ 人件費が大きい為、赤字経営となってしまう。院外対応が出来る薬局がない為、院内で薬を保管し処方している。</li> <li>・ 院内投薬のため薬剤の支払いが高額である。主要品目だけでも共同購入できれば良いが何とか各県の国保連合会でできないか。</li> <li>・ 診療所化に伴う、医業収益の低下に対応した人員の削減が進んでいない。</li> <li>・ 黒字経営をつづけるために、常勤の人数を制限している。予防医療を充実させるためには、マンパワーが必要で、かかりつけ医としてはその点での充実が必要。</li> <li>・ 医療施設の少ない地域にあって市民の安全を提供すること及び医療の提供にとどまらず、地域包括医療（ケア）の実践を一体的に提供するということが公設診療所の姿なのだろうが、医療設備やスタッフの問題、不採算経営による一般会計からの繰り入れ補填等、現実には、現状維持を確保することでやっつとである。</li> <li>・ 自治体主体であるため、事務に医療専門家がない上、異動してしまう。運営における自由度が少ない。24時間365日診ることは出来ていない。</li> <li>・ 平成19年4月より病床を廃止し日勤帯の外来診療のみに規模を縮小しての運営に移行した。診療所（町の）財政的危機に対する措置というのが主たる理由である。それを機に不本意ながら在宅療養支援診療所の届出を取り下げた。病床廃止後の急激な住民サービス低下の緩和措置として、診療日を週6日（終日）に増やし、そのうち2日は延長診療（19時まで）を医師2名体制で続けてきた。</li> <li>・ 無床診療所の形態を維持しながら、医師を始めてするスタッフの確保が出来れば、在宅医療の充実や、夜間外来、疾病予防の保健活動など活動の幅を広げて行きたいと考えている</li> <li>・ 現状の体制では医師（非常勤）1名、看護師1名、事務職員1名の最少人数で診療を行っている。職員が休暇を取る際、診療に大きな影響が出ることが懸念される。また夜間・休日の対応、重症患者や状態が不安定な患者の対応は現状では不可能である。</li> <li>・ 在宅療法支援診療所の届出をして24時間連絡体制で緊急の往診あるいは時</li> </ul>

回答施設種別	内容
	間外や夜間・休日の診療を医師一人で行っている状況では、過度な負担がかかっているが、医師二人体制の診療所にすると経営的には赤字に陥ることが懸念される。また、医師確保が困難である。

今後、各医療機関の形態を活用しつつ、地域の医療機関や介護サービス事業所等で連携し、医療機関が中心となって「安心拠点」を構築していくための各施設の活用策について、以下のような意見が挙げられた。

図表 166 病院の活用策

回答施設種別	内容
病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院の置かれている現状を町民に理解してもらう努力とともに、現在進めている各種医療、サービスの更なる向上に努めていく必要がある。</li> <li>・ 救急を担うほか、急性期と療養の中間として回復期リハビリや教育入院の機能を生かす。</li> <li>・ 医師不足により診療体制が崩れたので、常勤医師を確保し病院としての機能を充実することが最優先事項である。地域（診療圏）に他に一般病棟がないため、救急医療を含め体制の再構築が必要である。診療圏の診療所と症例検討会を実施する。</li> <li>・ 高度医療を行う中核病院との役割分担を行いながら、患者の状況に合わせて診療所や介護サービス事業所との情報交換など連携する必要がある。又、この調整に病院連携部門や地域包括支援センターなどの機能が強化できればと思う。</li> <li>・ 現在の医療病床利用者及び高齢者世帯（独居・夫婦世帯）が増加する推計において、現状の病院としての利用者体制を確保するとともに療養病床からの転換による医療機関併設型小規模老人保健施設を整備し運営を行う。</li> <li>・ 介護サービス事業所で急変した患者を積極的に受け入れる。</li> <li>・ 小規模病院は、医師1名の診療所より訪問診療活動を行いやすい環境になっている。介護サービス事業所と連携することにより、さらに安心して在宅療養ができる環境となると思われる。地域の診療所とは、患者の紹介・逆紹介により連携することにより地域の安心拠点が構築されると思う。</li> <li>・ 二次医療機関と在宅をつなぐ中間機関としてコンパクトな規模と内容を持った医療機関として存続する必要がある。</li> <li>・ 急性、慢性に限らず、重症、死亡例を対象とする場所。</li> <li>・ 可能であれば休床を、小規模な保健施設又特老にしたい。（法的、町財政的により補助金が出ており）</li> <li>・ 今後、2病棟ある1病棟を老健に転換し、高齢者の入所者に対応する計画である。</li> </ul>

回答施設種別	内容
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各病院の特殊性を生かした住み分けが今度一段と重要になってくる。以前からその構築の必要性は問われているが具体的なものとなっていない。各病院、施設に連携窓口を作り、その担当が常に連絡を取り合うことができ、患者に最新の情報を伝えることができると良いと思う。</li> <li>・ 空きベッドで互いに連携し、たとえ寝たきり状態になっても安心して地域で生活できるコミュニティづくりをすることが、「安心拠点」をつくることだと考えている。</li> </ul>
有床診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重症、入院、救急に特化する。</li> <li>・ 高度医療、急性期医療を担当。時間外医療のバックアップ。</li> <li>・ 医師の確保対策が最重要であり、全診療科において医師が充足し、二次医療機関としての使命を果たすことで安心拠点として位置付けされる。</li> <li>・ 急患受け入れ体制の人材確保。</li> <li>・ 二次医療で入院治療を中心に、機能を統括調整する機関が必要と思う。</li> <li>・ 二次、三次担当病院と病診連携にて紹介し、治療してもらう。</li> <li>・ 検査や手術、インターベンション治療、特殊治療を担いつつ、患家近くの医療機関に逆紹介するのは当然であるが、その医療機関のある（その医療機関近隣）地域住民への地域医療サービスも忘れてはいけない。</li> <li>・ 地域住民への話しかけや、健康教育又は将来を担う若い世代へのコマーシャルも大切で、身近な存在となるため門戸を開くべきと思う。診療所スタッフへの教育、研修及び病床利用のオープン化も良い。</li> <li>・ 重症や専門的治療の必要な患者の治療慢性疾患で入院が必要な患者の治療。</li> </ul>
無床診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域の拠点病院も医師不足の上に患者が集中、救急、産科も含め支障が生じている。当面の対策としては、開業医（有床・無床）との連携が必要。</li> <li>・ 救急医療や大きな手術が必要なケースはやはり、ここをたよらなければならず、24時間対応できるようにしてもらいたい。</li> <li>・ ネットワーク化が必要と思われるが、そのシステムを構築するにあたり、各地域での状況に見合った形での、それぞれの役割を規定する旗振り役が必要。</li> <li>・ 必要な期間は入院できるような診療報酬制度が必要。それでない活用以前に、死活、存続問題になってくる。普通の医療をしてせめて黒字になるようにしてほしい。</li> <li>・ 病院が活発にバスの配車、地域患者の搬送に力を入れて、積極的であるのは大変結構であるが、地域診療所の患者の一方的流出が生じるのは問題である。</li> <li>・ 入院と外来の診療を完全分離する。</li> <li>・ 在宅患者の病状悪化時、急変時の受け入れ、入院治療。</li> <li>・ 「入院医療」と「一定期間の通院」を行う機関とする。（二次医療、三次医療を行う機関とする。）</li> <li>・ 救急体制を充実させるため地域、医療機関の連携協力を高度医療中心の適切</li> </ul>



回答施設種別	内容
	<p>な医療。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 夜間・休日救急センターの継続。</li> <li>・ 後方機能を充実され、主導的に連携にとりくむ。</li> </ul>

図表 167 有床診療所の活用策

回答施設種別	内容
病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 慢性期の患者のある程度の受け入れ先。</li> <li>・ かかりつけ医としてのほか、教育入院やリハビリも考えられる。</li> </ul>
有床診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅の延長としての入院治療を行なう（軽症肺炎、糖尿病、急性胃腸炎等）</li> <li>・ 療養型医療を担当。</li> <li>・ 過疎の進む地域においては住民の拠りどころである。総合医療、家庭医的な役割を担う。</li> <li>・ 軽症者の積極的受け入れ。夜間診療の実施。</li> <li>・ 入院治療と在宅治療の橋渡し機能。</li> <li>・ 現在行っているような、一般外来診療、時間外診療、訪問診療などの在宅医療を行いながら、病状悪化時に、まず入院して全身状態を把握し、当診療所のできる治療を行い、できない場合は関連病院に紹介する。</li> <li>・ 総合診療的な役割を担う有床診療所を拠点に、地域の各所に訪問ケアステーション（仮称）を分散させ、訪問看護及び訪問介護の担当者を配置し、在宅及び往診に対応しつつ、有床診療所と IT、遠隔診療を行いながら、処置やアドバイスができるようにし、それぞれについて報酬となるような体系づくりを望む。</li> <li>・ 連携強化をはかる。総合病院←連携→診療所、老健施設（我々の事業）←連携→在宅サービス事業所。</li> <li>・ 訪問看護ステーションと連携した 24 時間の在宅サービス、特にターミナル。</li> <li>・ 退院するにあたり居宅介護支援事業所との連携をはかり在宅サービスへの移行をスムーズにする事により在宅での生活を維持できるようにする。</li> <li>・ 急性期（一般）と療養をうまく使い分ける。</li> <li>・ 医療の質の面では存在意義が減少していくと思われる。</li> </ul>

回答施設種別	内容
無床診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ バッファーとしての入院病床は、今となつては貴重で大変有難いものである。ただしかつての療養型病床群となつては、その価値が半減してしまうだろう。退院から在宅復帰までの橋渡しとしての役割が充実して欲しい。</li> <li>・ 地域の拠点病院も医師不足の上に患者が集中、救急、産科も含め支障が生じている。当面の対策としては、開業医（有床・無床）との連携が必要。</li> <li>・ 大病院より退院後より細かな対応をしてほしい。リハビリ等現在の医療制度ではなかなか難しい時代だが、お願いしたい。</li> <li>・ ネットワーク化が必要と思われるが、そのシステムを構築するにあたり、各地域での状況に見合った形での、それぞれの役割を規定する旗振り役が必要。</li> <li>・ 役割分担を明確に規定し、主治医制の確立が望ましい。</li> <li>・ 主治医制のもとでは、疾病保険診療ではなく、全人的医療を行うべく、保健教育まで含めた役割を評価していくと良いのではないか。</li> <li>・ 短期間、軽症患者への対応（医師複数配置が望ましい）。</li> <li>・ 慢性期の外来診療および軽症の入院加療をおこなう。</li> </ul>

図表 168 無床診療所の活用策

回答施設種別	内容
病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一次医療。医師には可能な限り病院の診療への協力も要請する。</li> <li>・ かかりつけ医として在宅医療にあたる。</li> <li>・ 診療圏の病院と症例検討会を実施する。</li> </ul>
有床診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 夜間、休日診療を行ない病院の負担を減らす。</li> <li>・ 在宅医療を担当。</li> <li>・ 周囲の病院との連携を密にして地域住民と病院の間を埋めるような医療活動を行なう。病院でできない訪問診療を行ない入院が必要な患者は周囲の病院へスムーズに入院できるようにはからう。</li> <li>・ 過疎の進む地域においては住民の拠りどころである。総合医療、家庭医的な役割を担う。</li> <li>・ 地域の在宅医療を行っている診療所、医師間で、在宅 24 時間対応可能な連携を図り、その上位に地域の基幹病院がバックアップ体制をとっていくようなシステムを構築する。</li> <li>・ 逆紹介の積極的受け入れ、夜間診療の実施。</li> <li>・ 自殺予防、一人暮らし高齢者や子供の安全といった観点から町内会、学校、消防、警察などとの情報交換が必要。若年者の突然死予防のために、検診を受けていない人を行政で掘り起こして頂き、相談に応じる態勢を組みたい。</li> <li>・ 外来診療、訪問診療などの在宅診療を担当して、ベッドのある所と連携を維持して行く。</li> </ul>

回答施設種別	内容
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 学校医、保健指導、予防活動、啓蒙活動など行政の役割の一部を分散させ、報酬が与えられる体系を作り、医師法第一条にあるべき医師本来の業務の礎となることを望む。保健活動にて、安心して医業が成り立つように保障すること。</li> </ul>
無床診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ いかに入院が必要となる状況を回避できるか、また在宅療養をサポートする能力を磨き、上記 2 施設の負担を減じながら患者、家族に満足を与えることができるか、その為の体勢作りが必要。</li> <li>・ 地域の拠点病院も医師不足の上に患者が集中、救急、産科も含め支障が生じている。当面の対策としては、開業医（有床・無床）との連携が必要。</li> <li>・ かかりつけ医として年齢の幅を広く診療し、診療所が各医療機関とスムーズに連携をとりつづけることが「安心拠点」を構築することが大切。</li> <li>・ 1 番は予防等、かかりつけ医としての存在が重要だと思っている。</li> <li>・ 無床診療所医師間の専門性を相互に活用し、さらに幅広く、患者のニーズに対応しうる様に連携し合えたらよい。</li> <li>・ へき地診療所としては、今後も、住民のニーズに出来るだけこたえられるように、往診、介護サービスと福祉との連携を一層強めて行きたい。家で、最期まですごせるように対応したい。</li> <li>・ 若くて元気な地域医療に熱心な医師。総合医学を学問として研修した医師。まずこんな医師の確保が第一歩と思う。</li> <li>・ 患者の多くのニーズに応えてくれる家庭医機能をもっと向上することにより、病院への負担減少を図る。</li> <li>・ 患者に大病院志向が多くなり、慢性疾患で薬剤投与のみ等、軽症の者が遠方の大病院まで行っている。もっと地元の診療所を活用するよう宣伝を要す。</li> <li>・ 地域における診療所間の連携、診療の一部グループ化。</li> <li>・ 町の保健福祉事業と連携を図り、成人病等の予防を徹底させる。</li> <li>・ 在宅での往診や看取りなどがスムーズにできるように電話などを活用しながら、連絡を密にとること。また、慢性期の方を病院ではなく診療所でみることで、病院外来の負担を減らす。</li> <li>・ 一次救急、在宅医療。</li> <li>・ 役割分担を明確に規定し、主治医制の確立が望ましい。主治医制のもとでは、疾病保険診療ではなく、全人的医療を行うべく、保健教育まで含めた役割を評価していくとよいのでは。</li> <li>・ 近隣の病院との連携を確かなものとし、救急患者の「緊急入院」をお願いしたい。介護老人保健施設・福祉施設の入所者の診察、診療を図りたい。住民の健診、検診に積極的に協力したい。</li> <li>・ ハイリスク患者（ねたきりなので）に対して、早期に対応し、重症化を防いでいく。</li> </ul>

回答施設種別	内容
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス事業者担当者会議の継続。</li> <li>・ 各施設が密に連携し、お互いをよく理解し、不安を補っていく。</li> <li>・ 軽症、一次救急、在宅医療の充実（小児を含める）。</li> <li>・ 在宅医療の中心となる医師が、地域の医療機関や看護介護サービス基幹等との連携を図る中心的な役割を担うとともに健康づくりから在宅ケア、リハビリ、介護にいたる面的な地域連携を図る地域包括ケアシステムづくり。</li> <li>・ 慢性期の外来診療を行う、慢性化した疾患のフォロー。</li> </ul>

前述の活用策を実現するための医療制度・介護制度についての意見は以下の通り挙げられた。

図表 169 活用策を実現するための制度に対する意見

回答施設種別	内容
病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 過疎地の医療の崩壊は、その自治体そのものの崩壊にもつながる事となり、単なる収支状況や病床より利用率で論じることのないように願いたい。</li> <li>・ 国保直診の勤務医は多くの役割が求められるが、業務量が軽減する連携でなければ、その実現は困難なことが多いのではないかと。また、医師にとって当直勤務の肉体的負担はおおきいが、国保直診が救急を行うことは地域では当然の役割となっており、もし救急を取りやめれば自治体を超えて地域を揺るがす大問題となることは明白で、それに係る国からの措置はあるものの明らかに不採算である。医師にかかる問題は一医療機関、一自治体での解決が限界であり、医師の絶対数が少ない中で医師確保は、国の医療政策にかかっている。</li> <li>・ 小規模な病院が安定した経営が行うことができるよう、診療報酬の評価をしていただきたい。国として、へき地に医師や看護師等が従事する仕組みを作って欲しい。</li> <li>・ 医療制度、介護保険制度とも、その経費抑制策で財政的な困難が大きい。国民生活に必要なものとして、財務基盤、人的資源等を確保する政策が必要である。</li> <li>・ 地域医療を担う公立病院は、医業収益が減少し、運営・経営が厳しい状況である。地域の安心拠点として医療を提供する病院の経営面に配慮した制度改革を望む。</li> <li>・ 現在、診療所の行う訪問診療は、診療報酬上優遇されているが、小規模でも病院については診療報酬上の評価が低い状況となっている。在宅医療を安心して受けられる環境づくりを進めるに当たっては、小規模病院の訪問診療についても診療所と同様の診療報酬とする必要があると思われる。</li> <li>・ 開業医も、もっと夜間・深夜救急に協力を。病院医師と開業医の交流を活発</li> </ul>

回答施設種別	内容
	<p>に。病院内に広報部を作って、地域住民に医療問題をもっと活発に伝える。又マスコミともっと上手な付き合い方をする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設入所が必要な高齢者が多いが、受け皿がないのが現状であり、長期入院患者に対する様々な縛りは、受け皿が充実してから療養型を削減すべきである。都市集中ではなく、地域毎の適正な医師数、診療科、病床数を考慮した医療計画が必要。</li> </ul>
有床診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>ある程度患者のアクセスをコントロールする必要があり、キーパー的なシステムが必要と考える。</li> <li>時間外、24時間体制についての機能分化がうまくいっていない。病院にもっとバックアップ体制を築けば在宅医療は進むと思う。</li> <li>介護サービス事業所等の経営安定や存続を図るためにも介護報酬の見直しを図るべきである。</li> <li>現在の医療点数では、時間外診療をしても十分な点数もなく、日常診療においても、医療機関の経営を維持するのが難しくなっており、もう少し医療機関の経営状態がよくなるように経済的支えが必要と思われる。</li> <li>コストパフォーマンスを追求しない。</li> <li>個人情報の共有が必要であり、個人情報をどれだけ開示できるのか、弁護士会等での意見調整が必要。</li> <li>現在、保健師は特定健診、保健指導など国の施策をこなすだけで一杯である。保健師が各家庭を回れるだけの余裕のある体制にすることが必要なのではないか。</li> <li>医療は公共性が高いものと今多くの人が実感していると思う。医療機関のハードには公的な仕組みと、個々の運営（＝ソフト）には民間の感覚を持つことが出来ないか。</li> <li>限られた入院施設や療養施設以外に、療養者や弱い立場の国民の安心できる居場所造りが国の責務である。観光業のある地域では、ホテル、旅館及び民宿をショートステイのように活用し（冬期持ち回りでも可）、一つの宿泊所で複数の療養者を訪問診療、訪問看護、介護といった在宅・介護サービスの提供先とすれば、宿泊施設側の収入にもなるかもしれない。又、寒冷地では、冬期間グループリビングのような考え方もエネルギーや栄養面で面白いと思う。</li> <li>介護制度の問題点として、ケアマネジャーの交代の自由があまりできていないようだ。</li> <li>医療費が安く、また介護手当でも低いため、過疎地には医療スタッフが集まらない。24時間対応しても、それに対する報酬が少なく益々スタッフが離れてしまう。よって、24時間対応する（患者を診療しなくても）だけでも報酬が出る様に、介護する人に対してもっと手当を増やすこと。</li> </ul>

回答施設種別	内容
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師、看護師、ケアワーカーの不足を解消する。在宅サービスを充実させる事は医師の理解と協力がなければ出来ないことである。協力を得られるようにしてもらいたい。</li> </ul>
無床診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅療養を国が推し進めるのであれば、その気になる様な経済的支援（例：診療報酬改訂など）を打ち出すべきである。医療資源の乏しい山間地では、ボランティア（無給労働）でまかなわなければ支えていけない。</li> <li>・ 医療を支える医師の労働環境が改善されず、特に公立病院の給与が上がらない。制度問題を言う前に待遇改善や人員増加を考えるべき。</li> <li>・ 医師も高齢化すれば無理な診療などはできないので、医師の年齢に応じた診療なども必要と思われる。</li> <li>・ ネットワーク化が必要と思われるが、そのシステムを構築するにあたり、各地域での状況に見合った形での、それぞれの役割を規定する旗振り役が必要。</li> <li>・ 若い医師が地域に愛着を持ち定着してくれる（あるいは一時期でも中山間地域へ張り付いて地域医療を担ってくれる）ためには教育・研修課程の見直しが必要と感じている。行政（県など）や医育機関関係者の取り組みにも期待したいし研修医教育等でできることがあれば協力を惜しまないつもりである。</li> <li>・ 地域からの医師づくりのとりくみが国診協も弱いと思う。</li> <li>・ 一次医療に家庭医のような包括的・全人的な機能を付与すべく、教育・研修に力を入れてほしい。</li> <li>・ へき地への医師を増員してほしい。</li> <li>・ 社会保障費を国が増やさないことには何も変わらない。小手先のことをしているだけ。もはや現場での問題では解決しない。現場での努力や改善だけではどうしようもない状況である。</li> <li>・ 制度とは関係ないが、個人的な感覚では、有床診療所が安心拠点となる為の努力をしていることに異論はないが、“地域完結型”という機能を持つには荷が重すぎるのではないかと感じる。ましてや、無床診療所は尚のこと。出来る範囲で対応するスタンスを崩すと、長続きはしないと思う。</li> <li>・ 医療職が離島やへき地に充足しない現状が今後もしばらくは続くのであれば、特化した訓練をされたナースの育成により、安定した慢性疾患の身体チェックや処方などはナースに任せる（いわゆるナースプラクティショナーとしての役割）制度の導入も地域医療においては行ってもよいのではないかと感じる。地域医療（特にプライマリケア医）の専門教育を作る必要がある。</li> <li>・ 医療及び介護のスムーズな連携。</li> <li>・ 救急医療の安定化（医師、コメディカル確保）。</li> <li>・ 地域の安心拠点となるよう有床転換する場合、入院設備に多額の予算が必要となるので、地方財政が厳しい状況の自治体診療所には国の支援策が必要で</li> </ul>

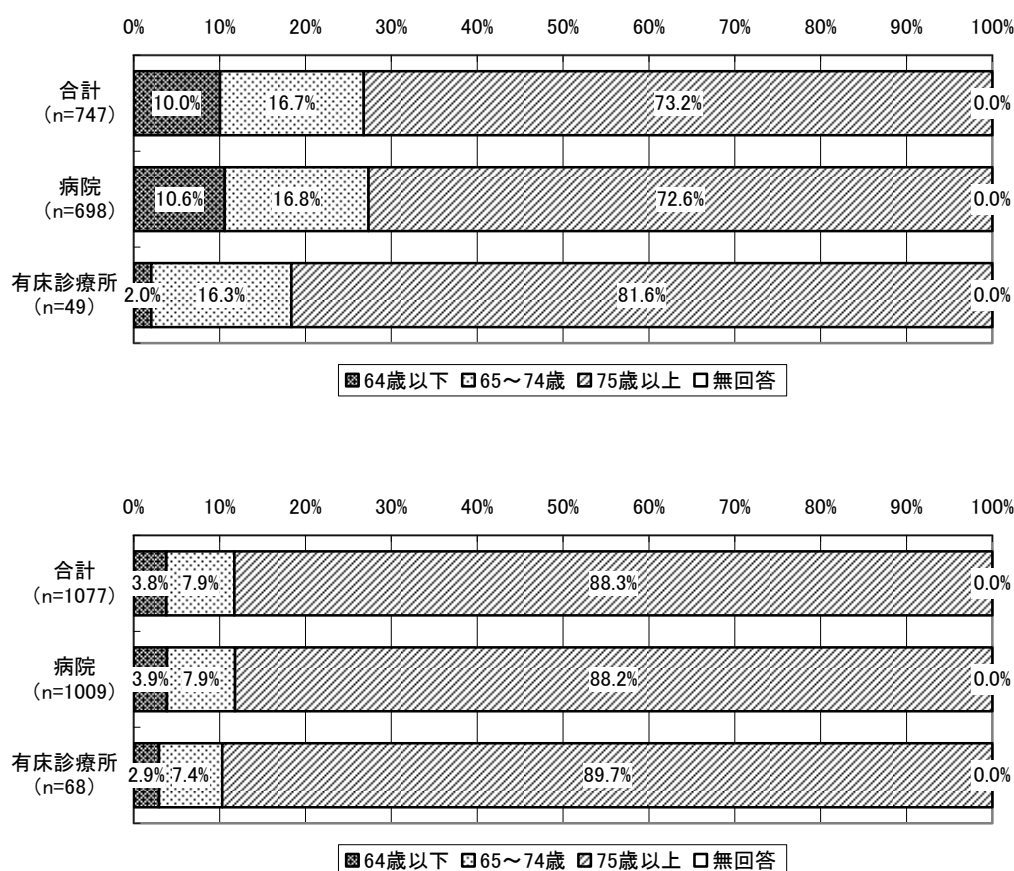
回答施設種別	内容
	<p>ある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>時間や人手にかなり問題があるが、患者を中心として連携が可能な制度になり得ることが望ましい。どこまで医療でどこまでが介護かのようなところが多い。また、介護施設に移ってしまうと、個人のできる範囲が小さくなり、結局介護度が上がるという現実にも疑問を感じている。</li> </ul>

## ⑧入院患者の状況

病院及び有床診療所を対象として患者状況調査を行った。有効回答は病院 45 施設、有床診療所は 11 施設であり、各施設形態別に入院患者を合計して、比較を行った。入院患者数は、病院の合計が 1,982 人、有床診療所の合計が 117 人であった。

性別、年齢別に見ると、女性では 9 割近くが「75 歳以上」であったのに対し、男性においては、病院で 10.6%、有床診療所で 2.0%が「64 歳以下」であり、「75 歳以上」はそれぞれ 72.6%、81.6%であった。

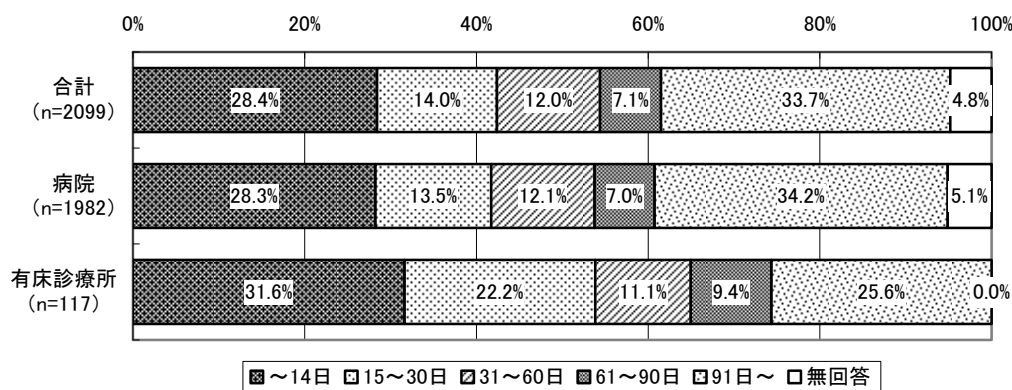
図表 170 入院患者の状況（年齢別 上：男性、下：女性）



※なお、性別無回答が 275 人（病院）存在している。

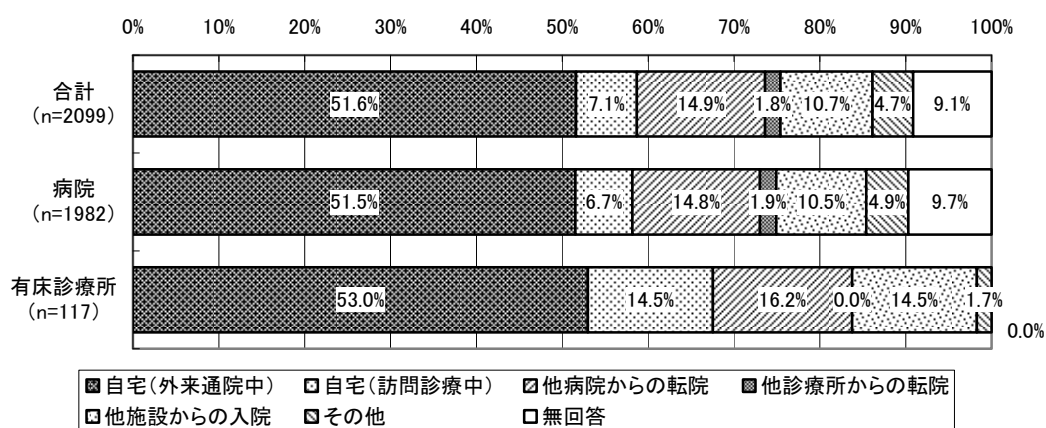
入院期間別にみると、病院では「91日～」(34.2%)が最も多く、次いで「～14日」(28.3%)であった。有床診療所においては、「～14日」(31.6%)が最も多く、次いで「91日～」(25.6%)、「15～30日」(22.2%)であり、有床診療所のほうが短期間の入院割合が高くなっていた。

図表 171 入院患者の状況 (入院期間別)



入院前の状況別にみると、病院、有床診療所ともに「自宅(外来通院中)」が最も多く、それぞれ51.5%、53.0%であった。一方、病院では「自宅(訪問診療中)」が6.7%であったのに対し、有床診療所では14.5%に上っており、有床診療所においては訪問診療から継続しての入院が多くなっていた。

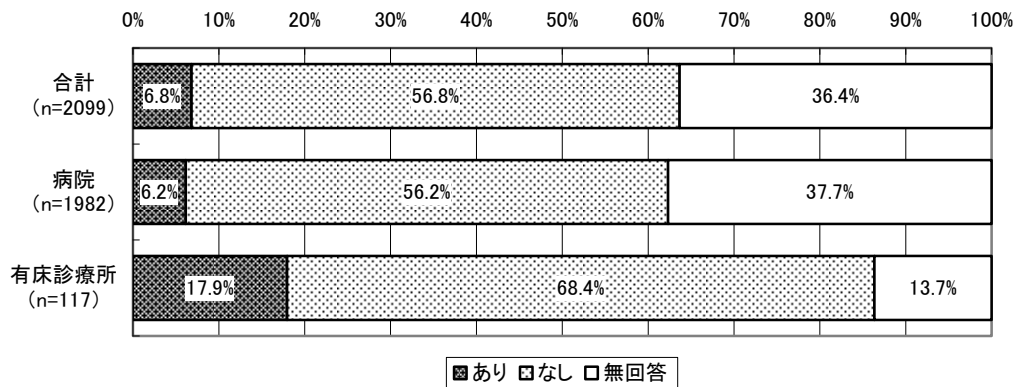
図表 172 入院患者の状況 (入院前の状況別)





当該患者に訪問診療を実施していたかどうかについてみると、病院では訪問診療経験が「あり」の患者が 6.2%であったのに対し、有床診療所では 17.9%と高い割合であった。訪問診療経験がある患者が入院患者の「20%以上」であった施設は、有床診療所では 27.3%、病院では 13.3%であり、有床診療所の方が高くなっていた。

図表 173 入院患者の状況（訪問診療経験有無別）

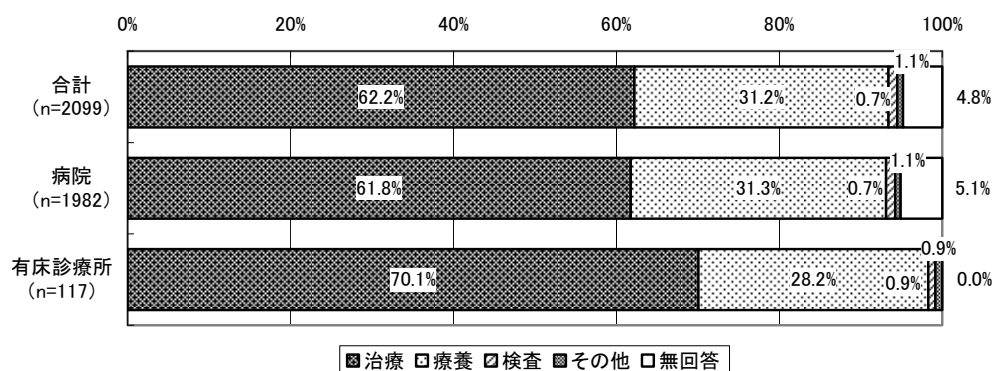


図表 174 入院患者の状況（訪問診療経験有無別）

	件数	0 %	1 0 % 未満	1 満 0 % 未	2 0 % 以上	無 回 答	（単 位 均 値）	標 準 偏 差
合 計	56	21.4%	17.9%	14.3%	16.1%	30.4%	12.33	15.28
病院	45	22.2%	17.8%	11.1%	13.3%	35.6%	9.82	11.45
有床診療所	11	18.2%	18.2%	27.3%	27.3%	9.1%	19.61	22.34

入院理由別にみると、病院では「治療」（61.8%）が最も多く、次いで「療養」（31.3%）であった。有床診療所では「治療」（70.1%）、「療養」（28.2%）であり、病院よりも治療による入院の割合が高くなっていた。

図表 175 入院患者の状況（入院理由別）



## 2. 有床診療所への現地ヒアリング調査

### (1) 岐阜県郡上市：郡上市地域医療センター国保和良診療所

#### 【施設の概況】

郡上市地域医療センター国保和良診療所は、平成 19 年 8 月に郡上市国保和良病院（30 床）から施設形態を変更し、8 床の有床診療所となった。併設で介護老人保健施設を有し、急性期治療が一段落した段階で老健につなげる等、連携して運用している。

「予防を主とし、治療を従とする」という基本理念の下、医療サービス、介護サービスの提供はもとより、地域住民の包括的な健康管理やケアを行う拠点として活動している。

#### ヒアリングまとめ（木佐委員）

##### ①地域における当該有床診療所の医療機能や地域の中での取り組み等

###### ○当該地域における診療所の役割

郡上市旧和良村では唯一の医療機関であり、近隣の医療機関までは車で 20～30 分以上かけていく必要がある。高齢化が進み移動手段を持たない住民がこの先増えていく中で、頻度の高い健康問題を地元で解決できることはこの地区で生活し続ける上で重要と思われる。いざという時に地元へ入院できる、という状況を作ること、実際に入院するかどうかに関わらず住民に安心感を与えていると感じられた。

担っている具体的な役割としては、かかりつけ医の役割に相当する一般外来、重症度に関わらず時間外の 24 時間の患者の対応（自分の医療機関で対応が難しい患者は基幹病院へ転送する）、訪問診療（緊急時は 24 時間対応）、訪問看護、診療所レベルで対応可能な急性期の入院（肺炎など）、自宅退院もしくは老健入所を前提とした療養入院、住民健診などの他、診療所の医師は地域の学校医や健康事業の支援なども行っている。

###### ○入院設備の活用についての工夫や課題

診療所は 8 床であるが満床となることはほぼない。いつでも入院できる状況を作ることによって住民、特に訪問診療、訪問看護を受けている患者が安心して自宅療養できている。急性期の治療に目処がついた段階で自宅退院が難しい場合には隣接している老健に入所するようにして、入院期間が長い患者によるベッドの占有が起らないように気を配っている。老健への移行がスムーズに進むように老健にも空床を常に作るようにしている。

このため入院病床の稼働率のみに注目すると統計データ上は稼働率が低くなって、有効活用されていない印象を与えてしまうが、この地域においては診療所の病床は空床である方が住民の安心感につながると考えられる。低い病床稼働率に注目され安易な病床削減や無床化が行われないように広報すると共に、病床稼働率以外にも入院設備の存在が地域にどのように役に立っているかを考慮して総合的に評価する視点が求められる。

### ○他の地域資源との連携における工夫や課題

もともと旧和良村（平成 16 年に合併し郡上市になった）では病院と老健が隣接しており、同一敷地内に旧和良村役場保健福祉課、保健センター、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、歯科診療所の機能を持った保健福祉歯科総合施設を併設していた。このことにより、当地域の保健・医療・福祉のハード面での一体化がなされ、合併後もその組織を維持して地域の保健・医療・福祉に取り組んでいる。診療所の医師をはじめとしたスタッフも連携を取りやすい状況にある。また、合併を機に郡上市の公的医療機関の役割を整理し、2 つの病院は入院医療を主とし、残りの診療所は外来、在宅医療を主とする方向性とし、診療所群は「郡上市地域医療センター」としてへき地医療や予防医療を中心に担うようにしている。従来、他の病院が巡回診療を実施していた地区への診療支援を行ったり、他の地区の特定健診を担当したりするなど、本来診療所が担うべき仕事を幅広く手がけるようにしている。

### ○地域住民ニーズの反映方法等についての工夫や課題

住民の方（3 名）へのヒアリングで、住民の有床診療所に対するニーズを伺ったが、今後医師数を減らさずに運営すること、24 時間の救急患者受け入れを維持すること、入院病床を維持すること、の 3 点に集約される。有床診療所は病院を維持するほど需要はなくても、24 時間の救急患者受け入れを維持するためには適当な診療形態と思われる。ただ、現在の診療報酬では、病院と比較して有床診療所にしても必ずしも経営が好転するとは限らず、有床診療所をへき地で維持していくには相当のコストがかかることを地方自治体や住民に理解してもらうことが必要である。

### ②他の国保直診の参考になると思われる点

医療機関の役割を地域の中ではっきりさせることが重要である。例えば、新聞などで市町村合併や医師不足が報道され国民の中で医療問題への関心は高くなっているが、中核医療機関が注目され、相対的にへき地に位置する医療機関への対策が後回しになりがちになってしまう可能性がある。へき地に位置する医療機関が担うのがふさわしい機能（かかりつけ医機能、疾病予防・健康増進活動、在宅医療を支える機能など）を重視し、へき地の医療機関群でネットワークを構築することで、周囲からの認知度が増すことが予想される。また、地域で必要な医療を提供しているというコンセンサスが得られることで採算が悪い点について関係者・住民への理解が進むことが期待される。

### ③その他

今回は住民の方 3 名にも話を聞くことができた。3 人とも地域活動などに熱心に取り組まれている方であったが、その方でさえも病院が有床診療所に変化したことで特に影響は受けたとは感じていなかった。病院の診療所化には反対する議員や住民が多いが、住民のニーズと医療機関の提供する機能を把握することで病院より診療所の方が地域に適しているという理解が得られれば、診療所化がより円滑に進められると思われる。

住民からの声は医療機関の全体を評価したものになる。そのため、対策を考える上では合併によるものか、病院の診療所化によるものか、合併や診療所化とは無関係な動きなのかについて、内容から判断する必要がある。例えば、今回住民の方から意見のあった出張医による耳鼻科の専

門診療が中止になった事例は市町村合併や診療所化とは無関係で出張元の医師退職に伴う「医師不足」によるものであった。

また、診療所の医師は3人体制であるが、うち一人は若手の医師が勤務し、将来の地域医療を担う人材を育成する役割を担っている。また、医学部の学生実習や卒後初期臨床研修も引き受けている。将来地域医療に従事する医師を育てるために、地域において多くの役割を担っている有床診療所が実習や研修の場となることは重要であると思われた。今後の有床診療所のあり方を考える上で教育機能を担っているという視点を忘れないことが必要であろう。

## (2) 兵庫県洲本市：洲本市国民健康保険五色診療所

### 【施設の概況】

洲本市国民健康保険五色診療所は、一般病床7床、医療療養病床2床、介護療養病床10床の計19床の有床診療所である。同地域内の有床診療所や訪問看護ステーション、特別養護老人ホーム等と連携し、地域包括的ケアを実施している。

現在は洲本市であるが、合併前の旧五色町では「健康の町」宣言を行っており、積極的に健康増進に取り組んできた歴史がある。

### ヒアリングまとめ（木佐委員）

#### ①地域における当該有床診療所の医療機能や地域の中での取り組み等

##### ○ 当該地域における診療所の役割

洲本市旧五色町を中心とする人口約8,000人の地域を当該診療所と同じく有床診療所の国保鮎原診療所でカバーすることが求められている。洲本市の基幹病院である兵庫県立淡路病院まで車で30分程度はかかることから、様々な役割を期待されている。

かかりつけ医の役割に相当する一般外来、時間外の24時間の患者の対応、訪問診療（緊急時は24時間対応）、診療所レベルで対応可能な急性期の入院、急性期病院を退院できるレベルになった患者の療養入院、住民健診などを行っている。ただし、時間外は対応できることが限られているのでかかりつけでない患者については旧洲本市に位置する医療機関の受診を勧めることもある。この地域では他に開業している医師による無床診療所もあるため、外来機能よりは入院機能に対する期待がより大きいと考えられる。

##### ○入院設備の活用についての工夫や課題

対象にしている人口が約8,000人であるが、病院はなく本診療所ともう1つの国保診療所の計38床が入院病床となる。

この地域に限らずどの有床診療所についてもいえることではあるが、入院設備をもっていることで普段は外来通院をしている患者や訪問診療を受けている患者にとって希望すれば地域内で入院できるという安心感が在宅医療を含め本地域内で医療を完結させるのに有利に働いていると思

われる。

一方で、医療サービスが必要ではあるが比較的狀態の安定した患者が一定数入院しているため、急性期の入院や急性期の治療を基幹病院で受け、自宅退院へ向けた療養・リハビリテーションを目的とした転院を受け入れる人数に限界があるのも現状である。周囲の病床をもっている医療機関との役割分担をはっきりさせることで限られた病床に求める役割を明らかにし、より住民の安心感につなげることができる可能性がある。

ただ、入院設備を有していることで、医師、看護師を初めとしたスタッフへの負担が大きくなり、また診療所の経営も苦しいものとなってしまう。この状況を行政・住民が共有し今後の医療のあり方を考えていくことが必要と考えられる。

### ○他の地域資源との連携における工夫や課題

同じ地域内にあるもう 1 つの有床診療所とは医師の応援を出すなど連携をしている。また、急性期病院からの転院患者を積極的に受け入れることによって地域の基幹病院の負担軽減にも貢献している。本地域内の無床診療所の患者が入院が必要になった際に受け入れており、地域全体の病床という認識が持たれている。洲本市直営の訪問看護ステーションとも連携し、入院が必要な患者は受け入れることができるようになっている。

今後は旧五色町時代には当たり前に行っていたことが今後合併後も継続していけるかが問題となることが予想される。旧五色町時代には町が直接運営することで診療所、訪問看護ステーション、特養などとの連携を進めていたが、今後指定管理者制度などが導入されてもこの連携を維持できるよう各所への働きかけが重要となろう。

### ○地域住民ニーズの反映方法等についての工夫や課題

住民ニーズとしては、地域の基幹病院まで自家用車で 30 分程度かかるという地理的条件から、特に高齢者が地元で入院できる設備を残してほしいという要望が最も強いと考えられる。また、訪問診療を受けている患者の多くが最期は医療機関で看取ってもらった方が安心という感情をもっており、現実には訪問診療を受けていた方でも 8 割以上は入院して亡くなっている。在宅医療を推進するためにも病床の維持が必要と思われる。

今後の課題としては合併したことにより洲本市全体で医療のバランスをとる必要があり、細かい住民ニーズに配慮が行き届かなくなる可能性があることである。診療所が定期的に住民のニーズを汲み上げて洲本市全体での位置づけをどうしていくか市全体で話し合う姿勢が求められる。

### ②他の国保直診の参考になると思われる点

以前より地域包括ケアに取り組んできた地域であり、住民の健康に対する意識が高く、医療保健福祉領域で活動する住民のボランティア組織が育っている。このため住民と共に医療を作り上げていくという機運が存在する。こういったものは一朝一夕には完成できないもので、普段から働きかけをしていく必要がある。

また、有床診療所の経営が厳しいのは全国同様であるが、赤字を出さざるを得ない状況を市、議員、住民に理解してもらう必要がある。そのため赤字を出さない工夫（当診療所でいえば、外来・訪問診療・健診の充実）をすると同時に赤字の原因を探り、その赤字に意義付けをしていく

作業をしており、これは多くの国保直診でも参考になると思われる。

### ③その他

入院設備をもっていることで医師や看護師などのスタッフがなかなか集まらない、という現状がある。特に医師は、少ない医師数で 24 時間医療サービスを提供する有床診療所を避ける傾向にあり、当診療所でも医師の採用がなかなかうまくいっていない。今後もこの傾向は続くと予想され、労働条件の改善（必要な職種の定員増や非常勤勤務の医師の採用など）を柔軟に行うなど対策が求められるだろう。

## ヒアリングまとめ（佐々木委員）

### ① 地域における当該有床診療所の医療機能や地域の中での取り組みについて

#### ○当該地域において、診療所がどのような機能を果たしていると感じたか

特定健診と指導、介護においてはケアマネジャーの配置やデイケアの運営、在宅診療と五色診療所内だけでも保健・医療・介護の役割をこなしている。さらに周辺の訪問看護ステーション、特養ホーム、他診療所や急性期病院との連携により地域の保健・医療・福祉の中心的役割を果たしている。診療所の経営をも配慮しながらよく頑張っておられ、頭の下がる思いであった。

#### ○入院設備の活用についての工夫や課題

遠い急性期病院に入院する不便より、近場の安心拠点としての入院設備として住民の認識を得て活用されている。医療機関の連携による入院設備の活用として、急性期病院での治療後に在宅療養に至るまでの間の入院がある。また近隣医療機関には入院施設を有するところが少ないので入院依頼の引き受けを行っている。さらに、在宅ターミナルケアにおいて、住民の看取り場所のニーズは入院での看取りが多く、そのための入院設備として活用されている。入院は平均 16 から 17 床と多く、時にはベッドが不足するという事態になるほどであるという。現在 19 床であるが、医師などの人的体制を整えればもう 10 床あってもよいとのことである。

#### ○他の地域資源の連携等における工夫や課題

急性期病院との連携がなされている。また国保診療施設との連携も医師の相互支援という形態で連携が取れている。ヒアリング当日、国保上灘診療所の医師が五色診療所で禁煙外来を開いていた。特養や訪問看護ステーションは市直営でカンファレンスなどでの情報共有しやすい環境にあり、連携が深いように感じられた。診療所内にケアマネジャーを配置することで入院と在宅のスムーズな流れを作りやすいし、デイケアを運営することで入院予備軍のきめ細かな情報を入手しやすいと思われた。ただ医師不足は、医師個人の負担が多くなり、よき活動・体制の崩壊及び経営の破綻にもつながる。また、在宅診療で抱える患者は 40 人ほどで入院患者と同じように医師等スタッフは 24 時間体制と同じである。看護師不足、介護職員不足も課題である。

### ○地域住民ニーズの反映方法等についての工夫や課題

五色町は、昭和 55 年に「健康の町」の宣言を行い、医療機関に恵まれなかった町に国保診療所施設を開設し、町内の TV 網を使う医療福祉システムを構築したり、IT 化によって自分の健康をカード記録するなど、健康についての先進的に取り組んでおり、住民の健康に関する意識が高い。そのような中から診療所でのボランティア活動が開始されるなど、住民との診療所間の隔たりが少ないことがニーズの反映につながっていると思われた。住民の健診を診療所で行い、診療所でデイケアを受け、介護を含めた他職種の方々が連携しあうことで住民のニーズを得ることができているようであった。

### ②他の国保直診の参考になると思われる点

医師の献身的な姿勢とそれを支える周りのスタッフの一致団結が、医師不足や職員不足、経営を含めいろいろな問題を乗り越える力になっているような五色診療所であった。また、地元住民の健康意識などの向上と、それに保健、医療、福祉が連携してしっかりと答えているのが素晴らしく、見習うところである。総合施設的ものはなくとも診療所内で健康から介護まで受け入れて実践していることも素晴らしい点である。

### ③その他

昭和 55 年の「健康の町」宣言の心が続いている。療養型病床は経営的に成り立たないが、慢性的疾患を有する住民には必要で今後残していくとのことであった。住民本位に考えていく必要があり、国の制度の急激な変化をもたらしている考えとはその根本が違う。五色診療所の頑張りには敬服するところである。

## ヒアリングまとめ（竹内委員）

### ①地域における当該診療所の医療機能や地域の中での取り組みについて

#### ○当該地域において、診療所がどのような機能を果していると感じたか

地域住民が、高齢化により身体機能が低下したり、障害を負うなどしても、地域で暮らし（生活を継続）ていけるよりどころの機能を果たしている。

#### ○入院設備の活用についての工夫や課題

通所リハビリを有していることは、医療行為が必要な要介護認定者にとっては、暮らしていく上で有効なことである。入浴の機会の確保、通院できない方へのリハビリテーションの継続の機会、介護者への休息の機会の確保となる可能となる。

### ○地域住民ニーズの反映方法についての工夫や課題

介護サービスについては安心拠点として充足が図られていると感じた。

また、一概には言えないが、医療サービス（看取り、訪問リハビリテーション、口腔機能向上）の拠点としては市町村合併により規模が縮小しているようにも感じられた。

## ②他の国保直診が参考になると思われる点 及び ③その他

合併前より健康の町五色をアピールしていた結果、五色町にはこの診療所がかかせないとのイメージが住民に浸透していると感じた。

住民に対するアピール（国保直診のアイデンティティの普及）をすることは、存在意義の確立につながる。また、住民に「直診があることにより自分たちが受けることができるサービスを示すこと」も必要と感じられた。

「体に障害を負ってからでないとなかなか理解しようとしにくい。動機づけが図れない」との意見も聞かれたが、五色町では漠然としたイメージではあるが「診療所があるからね。安心。」というイメージがうかがわれた。

これは合併前からの、直診医師の姿勢、職員の姿勢、開設側の姿勢があっただけではと見えるが、反面、直診だけでは地域住民を支援することができない現実もまた実感した。「地域連携」のなかで、医療、介護、予防をどのように展開するか模索しなければならない。

### （3）北海道むかわ町：むかわ町国民健康保険穂別診療所

#### 【施設の概況】

むかわ町国民健康保険穂別診療所は 19 床の有床診療所であり、診療県人口約 3,500 人（穂別地区）をカバーしている。平成 17 年 5 月に 63 床の町立病院から 19 床の有床診療所に転換となった。穂別地区に老健等がないため、空床を常に確保し、入院受け入れに対応している。地域住民にとっても、入院設備があることで、在宅で療養する際の安心感につながっており、町内に「死に場所を作る」という役割を担っているといえる。

#### ヒアリングまとめ（木佐委員）

### ①地域における当該有床診療所の医療機能や地域の中での取り組み等

#### ○当該地域における診療所の役割

穂別診療所は、むかわ町（約 1 万人）のうち旧穂別町の地域（約 3,500 人）をカバーしている。同じむかわ町にある最寄りの病院（60 床）までは車で 40 分以上、二次救急に対応できる地域の基幹病院（苫小牧市）までは車で 1 時間 10 分以上かかる。穂別地区の他の医療機関は歯科診療所のみであり、多くの機能を期待されている。

かかりつけ医の役割に相当する一般外来、時間外の 24 時間の患者の対応、訪問診療（緊急時は 24 時間対応）、診療所レベルで対応可能な急性期の入院、急性期病院を退院できる状態になった患者の療養入院、リハビリテーション、隣接する特養の嘱託医、学校医などを担っている。ただし、現在は医師の異動で医師数が少ないため時間外の患者の受け入れを一時的に制限している。

#### ○入院設備の活用についての工夫や課題

肺炎などの急性期の入院や、高次医療機関から自宅退院へ向けた療養・リハビリテーションを



目的とした転院を受け入れている。穂別地区には老健がないため、直接自宅退院が難しい患者は診療所で受け入れる必要がある。病床自体は19床あるが、意図的に空床を作ることで、いつでも入院を受け入れることを可能にしている。

近年、地域の基幹病院では長期間の入院が難しくなっているが、自宅退院が難しくても診療所へ転院という方法を使うことで、基幹病院の負担軽減にも役立っていると考えられる。穂別地区では在宅死を望む患者・家族は少数で、多くは最期は医療機関で看取りたいという希望を持っている傾向がある。最終的に在宅死になるか医療機関で亡くなるかは別の問題であるが、入院ベッドがあること自体が安心して在宅で療養でき、町内に「死に場所を作る」という役割をしている。

病床がある場合とない場合を比較すると、現在の診療報酬では病床を持つことで赤字が増える構図になってしまっている。ただし、地域に必要な病床であることから行政と話し合い、許容できる範囲をはっきりさせるようにしている。

### ○他の地域資源の連携等における工夫や課題

診療所内外のスタッフで2週に1回ケースカンファレンスを行っている。また、町の保健福祉部門の一部は診療所と同じ建物に入り、密接な連携が取れるようにしている。

合併により今後サービスの効率化や平準化が求められると予想され、合併後の町のうち穂別地区以外の地域との連携を強化していく必要がある。

### ○地域住民ニーズの反映方法等についての工夫や課題

住民のニーズとしては、入院できる環境を維持してほしい、24時間の救急受け入れをしてほしい、というのが最も大きい。ただ、訪問診療など診療所が担うべき役割は多くあり、入院環境や救急受け入れを維持することに集中することが全体を考えたときに必ずしも住民の利益につながらない可能性もあり、バランスをとりながら診療所の運営を行っている。

住民からは「なぜ診療所が赤字なのかわからない。広報ではわかりにくい。」という意見があり、住民も直接診療所の運営について話し合う場を作る努力が求められていた。

### ②他の国保直診の参考になると思われる点

穂別診療所は平成17年5月に63床の町立病院を19床の有床診療所に転換させたものである。施設の建て替えの時期であり、病床稼働率が低かったこと、赤字を圧縮する必要があったことなどから身の丈にあった規模にするため診療所に転換した。この際の住民は診療所化に伴い医療機能が大幅に制限されるイメージを抱いたようだが、結果的にはベッドが維持されたことにより住民へのサービス低下はなく、赤字の圧縮も可能であった。

建物を新築する機会などに病院から診療所へ転換する場合は病床が維持されれば機能低下は最小限にとどめられる可能性が高く、住民にいかに理解してもらうかが重要であると考えられた。

### ③その他

地域で多様な機能を担っているという点では小規模の病院と診療所では大きな差はなく、ニーズによって適した規模を選択するのが望ましいと考えられる。看護職などの医療スタッフの採用が難しい地域では、診療所の形態をとることはひとつの解決策と思われる。

また、市町村合併の問題点として、距離的にも時間的にも行政との連携が疎遠になりがちであり、合併前以上に意識的に情報交換をしていく必要があると感じられた。

## ヒアリングまとめ（後藤委員）

### ①地域における当該有床診療所の医療機能や地域の中での取り組み等

#### ○当該地域における診療所の役割

インタビューをさせていただいた住民の方の意見では、穂別は医療状況に恵まれていたとのことであった。「民選村長ができたときに、発電所を作ったら医療関係は全部無料化できるだろうとのことので国保病院を開設し、医師も4、5人いた。その後時代が変わって、医師が減って1人になったことがあっても、なんとかかんとか運営してもらっていた。その後2人になったり、3人になったりして、住民も甘んじて享受してきた。」との意見が聞かれた。このことより、住民の医療機関に対する依存性は比較的高いものと考えられた。病院から有床診療所への転換を1昨年に行ったが、病院であろうと診療所であろうと、高齢者が多い、交通手段に乏しい、いざというときにお世話になれる、近接福祉施設（民営）のバックベッドとして必要といったことから、また、医療従事者サイドとしても、後方病院に搬送するにも急性期以降の帰ってくる場があるのとないのとは受け入れ状況が変わる、ターミナルを迎える場として必要などといったことから、ベッドは必要であると考えられていた。このように、穂別診療所は当該地域の医療を中心とした保健医療福祉を支える中心的役割を果たしていることが見てとれた。

一方、病院から有床診療所への転換に際して、住民は診療所に対するイメージが悪く、ほったて小屋みたいなものではないか、医師数はどうなるのか、ベッドはどうなるのかなどといった不安が強く、当時の町長が地域を回って説明を行ったそうである。地域住民のニーズやウォンツ、あるいは疾病状況の疫学的評価、後方病院との連携などを加味した転換というより、人口から考えると病院は分不相応であるとの考えや、合併には負の部分も必要であるといった面で捉えられていたようであり、実際的には地域の保健医療福祉の中心的な役割や、特に救急を中心とした非常に大きな役割を担っているにもかかわらず、住民や行政の身近な問題として捉えられていなかったようにも感じられた。

#### ○入院設備の活用についての工夫や課題

入院設備の活用としては、①在宅死亡割合が必ずしも高くなく、ターミナルを迎える場としての活用、②脳卒中や骨折などの急性期治療後、施設あるいは在宅への移行のためのリハビリ提供の場としての活用、③糖尿病の教育など慢性疾患支援の場としての活用、④老健施設がないために、老健機能も含めたレスパイト機能を持った場としての活用、⑤隣接する福祉施設のバックベッドとしての活用などが挙げられた。

一方別の側面として、有床診療所という形態をとることによって、病床利用率で評価されることが少なくなることによる医師のモチベーションの低下の抑制や、診療所であるがゆえに医師が在宅待機直で対応しているとの理由付け、診療所という立場ででき得る医療行為の明確化、スタッフ基準が緩やかであることによるスタッフ確保の困難性の低下といった医師の精神的支援にも

つながる可能性が示唆された。

### ○他の地域資源の連携等における工夫や課題

近接民間福祉施設との連携は密であり、バックベッドとしての役割や、同施設での看取り支援などが可能となっていた。一方、後方病院との連携は不十分とはいえないものの、距離的な負担が大きいようであった。

地域住民との連携に関しては、診療所友の会といった組織があり、町民が自主的に作ったボランティア団体として、診療所の運営支援や診療所祭りの支援などを行っており当地域における特筆すべき組織と思われた。ただ、400人ぐらいの会員はいるものの高齢者が多く、人材不足とのことであった。

現在同地域は医師不足問題があり、このことに関連してか、マスコミ報道が先行し、行政サイドの住民への情報公開不足や、医療側は学会発表はするものの、住民に対する情報公開が不十分であるとの意見も聞かれた。

### ○地域住民ニーズの反映方法等についての工夫や課題

住民と行政、医療従事者間でのコミュニケーション不足はインタビュー参加者の多くから聞かれ、地域住民ニーズの把握に戸惑いが感じられた。しかしながら、上述のような住民組織もあり、徐々に積極的な活動も認められてきているため、今後住民、行政、医療従事者の協働の進展が大いに期待された。

### ②他の国保直診の参考になると思われる点

穂別地域において、後方病院との距離といった地理的条件や後方病院の機能などより、診療所が有床であることは住民の安心安全に十分寄与していると思われた。地域の地理的条件や後方病院との連携といった、国保直診がおかれている条件を整理しつつ地域住民の安心安全のために有床診療所を活用することは十分考え得る選択肢と考えられた。さらに、住民をどのように医療機関運営に巻き込んでいくかは、いずれの国保直診施設においても課題であり、穂別地域での診療所を守る会の活動は参考になると思われた。

### ③その他

有床診療所は、地域医療特にへき地地域における医療施設の形態としてきわめて有用な形態と思われるが、地域住民の包括的ケアを維持するためにも、経営的安定は必要である。したがって、一定の基準を満たす施設に対しては、診療報酬あるいは交付税などによる財政的支援も是非考慮していただくことを期待したい。

医師が増えることが逆に、以前からいる医師への患者集中や依存性を高め、一人の医師の負担を増加させているといった意見も聞かれたが、医師側の問題としてではなく、行政、住民も含めてどういったシステムでの運営がよいか十分に議論し、情報公開していくことが非常に重要であると再認識した。

#### (4) 愛媛県松野町：松野町国民健康保険中央診療所

##### 【施設の概況】

松野町国民健康保険中央診療所は、診療圏人口 4,600 人をカバーする 19 床の有床診療所である。地域の在宅療養を支えると共に、健診、嘱託医等様々な役割を果たしている。

当該診療所は、保健福祉課、地域包括支援センターと併設されており、保健・福祉関連部署との連絡がとりやすい状況となっている。毎週 1 回の地域ケア連絡会におけるケースカンファレンスや月 1 回地域包括ネットワーク会議などで情報の共有を図っている。

#### ヒアリングまとめ（大船委員）

##### ①地域における当該有床診療所の医療機能や地域の中での取り組み等

###### ○当該地域における診療所の役割

3 カ所の出張診療所と入院設備を持ち、町内唯一の医療機関として地域住民から信頼されている診療所である。また、所長を始めとしたスタッフの地域住民の健康を守る強い意欲が感じられるとともに、在宅療養者を支えている訪問看護・介護スタッフとの連携もできており有床診療所の理想に近いシステムができていると感じられた。

当該地域における診療所の役割としては、外来診療は内科、小児科、外科、リハビリテーション科があり、時間外についても医師 2 人での在宅直体制による 24 時間 365 日対応していること、19 床のベッドを持ち入院にも対応できることなど、有床診療所に求められている急性期から在宅への移行サポート、在宅の延長としての一時的な入院治療、療養病床の有効利用など、地域住民にとってはまさに「安心拠点」としての役割を果たしていると思われる。

###### ○入院設備の活用についての工夫や課題

一般 15 床、療養 4 床（医療）で入院診療を行っている。全身管理が必要な患者、急性増悪などの在宅患者、在宅復帰に向けた二次・三次病院からの転入院患者のリハビリなどベッドの有効活用が図られ、短期入院と長期入院を使い分けながら在宅と入院を上手くつないでいる。

在宅療養者にとっては、病状の変化によって診療所で入院治療が受けられることが安心感につながっている。

課題としては、病床利用率が高い反面、空きベッドが少ないことにより必要な入院に対応できないケースもあり、診療所として 19 床の限られた病床数で住民の要望に応えられない部分について地域の理解が必要である。

###### ○他の地域資源の連携等における工夫や課題

在宅医療に関しては、訪問看護やヘルパーとの連携ができている。特にヘルパーの方も在宅療養者の医療面の情報を医師に的確に提供できている。また、診療所に保健センター（保健福祉課、地域包括支援センター）が併設されていることや、毎週金曜日の外来診療前のケースカンファレンスには、各分野の職種が入って情報の共有がなされている。このほか、月 1 回は上記以外の特

養の関係者や行政関係部門などが集まり地域包括ネットワーク会議が開かれ学習と情報の共有を図っている。

課題としては、ベッドの満床状態が多いことと、在宅医療の必要性の観点から、合併後も視野に入れ、近隣の2病院との連携、訪問看護ステーションとの連携も重要と思われる。

### ○地域住民ニーズの反映方法等についての工夫や課題

基本的に24時間365日対応してくれることと、入院設備があるということにより、住民は強い安心感があるように思われる。

住民のヒアリングでは、ALSで在宅10年目の方を介護している家族の方が、「何かあればすぐ駆けつけてくれるので安心だ。」という反面、人口が倍以上の隣町との合併を控えて「診療所がなければ困る。」と存続に対するある種の危機感があるように思われるので、合併後の運営について住民への説明を通じて不安感を解消する必要がある。

### ②他の国保直診の参考になると思われる点

有床診療所に求められている機能をほとんど有している。入院設備を活用した在宅の延長としての入院。急性期から在宅へのつなぎとしてのベッドの活用。それができているのは他の地域資源との連携があるからと思われる。

毎週1回の診療前のケースカンファレンス、月1回の地域包括ネットワーク会議が定期的開催され、事例検討を一緒に行うことによる共通の認識が生まれている。また、それによって顔の見える関係での情報の共有化が図られている。

### ③その他

経営面では、平成10年当時は単年度収支で3,000～4,000万円の黒字という状況と併せて、平成16年度まで公債費の償還は一般会計で処理していたことにより、その間の繰越金が1億2,000万円程度になり、H18・19年度の一般会計からの繰入がゼロと良好な決算状況となっている。

しかし、単年度収支では平成18年度約3,500万円(事業収支で約300万円の黒字、公債費約3,800万円を負担)、19年度は約3,000万円(事業収支で約500万円の黒字、公債費約3,500万円を負担)のマイナスとなっている。(平成20年度も赤字の見込み)また、医療機器の耐用年数が過ぎ更新となるがリース契約が診療所会計を圧迫しつつあるため今後も経営は厳しい。

一方、所長本人が経営に意識を持ち診療所を運営しており、CTなど高額の医療機器は規模の大きい病院を活用し、スタッフについても嘱託や委託を積極的に活用し人件費の抑制を図るとともに、検査についても外注でも短時間で結果が出せるところを使うなど、相当な努力がなされている。

所長は、有床診療所でも事業収支はトントンにできるとの考えであるが、医療保険改正のたびに診療収入が減少している傾向であり、経営がもう少し安定できるような制度にしなければ有床診療所は今後も減少するのではないかと述べている。

このほか、医師確保の面では、都道府県・地域によって事情は異なるものの、大学や県の派遣に頼らざるを得ない状況が続いている。松野町でも引き上げや派遣中止が実際行われ、3人体制であったのが2人体制で地域を守っている。今後も継続して派遣が行われる保障がなく不安定な

状態が続いている。有床診療所の存続は医師確保がきちんとできるかにかかっている。

## ヒアリングまとめ（木佐委員）

### ①地域における当該有床診療所の医療機能や地域の中での取り組み等

#### ○当該地域における診療所の役割

人口約 4,000 人の愛媛県松野町には当該診療所（町内で交通が不便な地区で隔週 1 回外来を行う出張診療所を 3 箇所もつ）を除くと歯科診療所以外の医療機関はない。多くのへき地にある診療所と同様に、かかりつけ医の役割に相当する一般外来、時間外の 24 時間の患者の対応、訪問診療（緊急時は 24 時間対応）、診療所レベルで対応可能な急性期の入院、急性期病院を退院できるレベルになった患者の療養入院、住民健診、施設の嘱託医、学校医、産業医などの役割を担っている。ただし、外来患者数が 1 日 100 人～120 人と多く、様々な役割を期待されているものの外来以外の業務に十分なエネルギーが割けない状態となっている。

#### ○入院設備の活用についての工夫や課題

入院については 19 床では足りないケースもあり、その場合は近隣の市町の病院に依頼している。時間外の患者で他の医療機関に紹介するのを待つことができる場合には経過観察をして平日の時間内に紹介する、という使い方をする場合もあり、基幹病院の負担軽減にも役立っている。

自宅退院が難しい患者を受け入れる施設に空きがなく、入院は長期化する傾向にあり、病床稼働率は 90%を超えている。ただし、必ず 1 床は空けておき、訪問診療を行っている患者や特別養護老人ホームの患者が急変したときに緊急に対応できるようにしている。

特に訪問診療を受けている患者については、何かあってもまず町内の診療所で対応してもらえろという安心感から在宅で療養しているというケースが多く、実際に診療所の病床を利用するかどうかは別にして町内で訪問診療を進めていく上で町内に病床があるということは必須の環境と言える。

#### ○他の地域資源の連携等における工夫や課題

診療所は保健センター（保健福祉課、地域包括支援センター）と併設されており、連絡がとりやすい状況にしている。毎週 1 回地域ケア連絡会（診療所医師、保健福祉課、地域包括支援センター、社会福祉協議会のケアマネジャー、ヘルパー代表が参加）、月 1 回地域包括ネットワーク会議（診療所、保健福祉課、社会福祉協議会、特別養護老人ホームなどのスタッフ）を行って情報の共有を図っている。診療所医師が 2 名体制で外来などの診療所業務で精一杯で、会議に十分参加できていない現状がある。十分な地域包括ケアを実践するには最低 3 名の医師がいる必要があると思われた。

#### ○地域住民ニーズの反映方法等についての工夫や課題

住民のニーズとしては、他の地域と同じく入院病床を維持すること、24 時間の時間外診療を望む声が強いようである。これは安心して在宅医療をするのにも必要な条件であろう。現在はこの

ニーズは満たされているが、安定して提供するためには医師が2人では体力的・精神的に厳しく、最低3名の医師が求められていると感じた。

入院ベッドがあることが安心につながるという観点では、いつでも入院できるよう3床程度の空床があるのが理想的とも考えられるが、診療所の経営を考慮すると空床は少ない方が望ましい。地域に多様な機能を提供している有床診療所には空床でも収入面で不利にならないような制度があると、地域医療の維持により貢献できると思われた。

## ②他の国保直診の参考になると思われる点

当該診療所は平成7年に開設されたが、限られた医師や看護職をはじめとした医療スタッフで安定した経営を行うためには病院ではなく診療所の形態が適切であった。現在でもその傾向に変わりはなく、黒字経営は最近の診療報酬改定で難しくなったが、現在の患者数では病院を運営する場合より赤字額は少なくなる。医師や看護師を安定して採用することが難しい現在の情勢では有床診療所の形態を続けていくことが現実的な判断であろう。

なお、町内で開業していた医師を新しい診療所に招聘する形で診療所を開設した。このため町内の医療機関が当該診療所だけとなり、診療の効率が上がり多くの患者を集めることで経営の安定化に一役買っていると思われる。

## ③その他

当該診療所のある松野町は合併を控えている。その場合、合併後の人口は17,000人程度になる。現在の松野町は人口4,600人程度で、地域包括ケアを実践するにはちょうどよい人数となっている。今回のヒアリングでは職員や住民の顔がわかる関係で地域包括ケアを実践するには約5,000人が限界だろうという意見があった。現在松野町では診療所を含め定期的に会議や勉強会などを行っており良好なサービスが提供できているが、合併後もこのサービスを維持するためには、合併前の意見の調整を十分に行うと共に合併後は互いの良いところを広げていく、という姿勢が重要となろう。

## ヒアリングまとめ（竹内委員）

### ①地域における当該有床診療所の医療機能や地域の中での取り組み等

#### ○当該地域における診療所の役割

人口約4,600人の松野町には当該診療所と同母体が運営する出張診療所3箇所（各週1回）を除くと歯科診療所以外の医療機関はない。

診療所（医師）の役割には一般外来、時間外診療、訪問診療（緊急時は24時間対応）、急性期の入院、他急性期病院（松野町から車で約30～40分の宇和島市等）からの療養入院、特別養護老人ホームで継続入所ができなくなった要介護者の療養、住民健診、特別養護老人ホームの施設配置医、学校医、産業医などの役割を担っている。

各直診が合併前に培ってきた直診を中心とした包括医療体制が整えられている。訪問看護ステーションを隣町の機関に頼っているためか往診への期待及び負担が大きいものとな

っている印象がある。

### ○入院設備の活用についての工夫や課題

病床数は19床（個室と大部屋）である。特別養護老人ホーム（広域事務組合）で夜勤を行う看護体制がとれないためか、医療行為が必要な要介護認定者の短期入所サービス（レスパイト・ケア）の役割を診療所が担っている。

医療行為が必要な要介護者を受け入れる施設に空きがなく、入院は長期化する傾向にあり、病床稼働率も90%を超えている。

ただし、必ず1床は空けておき、訪問診療を行っている患者や特別養護老人ホームの患者が急変したときに緊急に対応できるようにしている。

訪問診療を受けている患者・家族からの意見として、「何かあってもまず診療所で対応してもらえるとこの安心感があるから在宅で療養できる。」という意見があった。医療行為の必要な要介護高齢者の在宅生活を支援するうえで、訪問診療と入院できる病床を有することは切り離せない関係がある。

### ○他の地域資源の連携等における工夫や課題

診療所には、保健センター（保健福祉課、地域包括支援センター）が併設されており、診療所医師を中心とした患者を支援する共通認識が図れている。地域で安心して暮らすために、疾患・身体機能・生活の予測を医療、介護サービスに反映させることができている。

支援者間では、各サービス担当者が顔が見える連携を図ることができていると同時に、患者（利用者）家族の顔が見えるまでイメージできるほどの情報の共有化が地域包括支援センターの主任ケアマネジャーを中心になされていると感じた。

毎週1回ケースカンファレンス（診療所医師、保健福祉課、地域包括支援センター、社会福祉協議会居宅介護支援事業所のケアマネジャー、ヘルパーの代表が参加）と、月1回地域包括ネットワーク会議（診療所、保健福祉課、社会福祉協議会、特別養護老人ホームなどのスタッフ）を行い情報の共有を図っているとのことであるが、合併後、この連携体制及びサービス提供体制が維持できるかが課題であるとも感じた。

また、この地域での患者（利用者）情報の共有化を図るためのツールを参考にできれば、支援情報の共有化を一層深めることができるのでは、とも感じた。

### ○地域住民ニーズの反映方法等についての工夫や課題

入院設備に人工呼吸器がないことにより人工呼吸器が必要な患者の受け入れができないなど、設備的なニーズを充足することが課題となる一方で、診療所体制として、最新式の高額な医療機器（CT）を購入しないなど身の丈の姿勢も持ち合わせている。

松野町は合併を控えているとのことであるが、合併後の、地域包括ケアを実践するために、職員や住民の顔がわかる関係を維持することが可能かの問いには、地域包括ケアを実践するには文化的な背景や、地域の人口規模により限界もあるのではとの意見もあった。

現在は診療所を中心に地域包括支援センターが定期的に会議や勉強会などを行っており良好なサービスが提供できているが、合併後も地域のマネジメント機関が存続し役割を担えるかがキー



ワードとなりそうである。

支援担当者側の患者利用者を支援する姿勢・気持ちなどの共通認識を維持継続できるなんらかのバックアップ体制が必要であると同時に、合併後も現在の松野町行政の住民患者を支援する姿勢を継続できる組織づくりが必要であろうと感じた。

## ヒアリングまとめ（林委員）

### ①地域における当該有床診療所の医療機能や地域の中での取り組み等

#### ○当該地域における診療所の役割

一次救急、外来診療、入院診療、在宅医療（在宅総合診療の患者を含め約 20 人の定期往診）など、有床診療所として担えるあらゆる機能を、24 時間 365 日、2 人の医師で果たしている。その他、健診や健康学級などの予防活動、特養の嘱託医、学校医、産業医としての役割を精力的に果たしている。

#### ○入院設備の活用についての工夫や課題

一般病床 15 床、医療療養病床 4 床の計 19 床のベッドがある。診療所で可能な急性期治療、在宅医療を行っている患者の急性増悪時の対応、二次医療機関に紹介した患者の転入院、嘱託医を受けている特養の急変時の対応（入院）を行っている。常に、ほぼ満床の状態であるが、1 床は在宅総合診療のために空床として緊急避難用に確保している。

#### ○他の地域資源の連携等における工夫や課題

在宅スタッフが日常業務の中で、早い段階で医療に繋ぐ役割を果たしている。必要な時に必要な期間、医療を受けられる体制を作り、円滑に運営できる体制がある。在宅で可能になれば早く在宅医療につないでいく。ベッドの増床は欲しいが、経営的には難しい面があり、有床診療所であることが財政的にもいい。「20 床以上になっても、有床診療所として運営することができれば一番ありがたい」が本音であろう。

#### ○地域住民ニーズの反映方法等についての工夫や課題

2 人の在宅介護を行っている方に参加していただいた。一人は、ALS で人工呼吸器を装着して 10 年になる夫を介護している方、もう一人は、重度の認知症で寝たきりの義母を介護している方である。ベッドが満床のことが多いので、もう少しベッドの余裕があればというのが本音のようであった。診療所が 24 時間 365 日対応してくれるので在宅療養が続けられるが、診療所には人工呼吸器がないので短期間の入院も難しく、町外の医療機関に行かざるを得ない。今後は、人工呼吸器のリースも検討しようとのことであった。緊急時は電話対応で乗り切ることもあり（診療所から医師に連絡、医師から患者宅へ電話連絡）、介護者がかなり医療的なことに対応できることも大きいと思われた。訪問看護ステーションは隣町にあるが、往診と訪問介護で基本的に対応している。

特養の施設長からは、急変時の入院の受入れが、他の医療機関と比較してスムーズであること

が非常に助かっているとのコメントがあった。

## ②他の国保直診の参考になると思われる点

連携のための会議への医師の参加もあり、形式的でなく運営されていることが、共通した理念・目標を持てることにつながり、連携の良さに繋がっている。保健福祉課、地域包括支援センターのスタッフが、縦割りではなく、国からの事業にも、単に事業を行うということではなく、一旦地域の実情に合わせて、包括的な立場から再構築して運営されている。

## ③その他

有床診療所が多様な機能を持つことが、地域住民の安心感に繋がっているが、逆に医師の負担にもなっている。町の姿勢として3人体制を行政の責任として維持することを打ち出しているのは心強いが、医師確保が困難な状況である。しかし、周りのスタッフがいろいろな意味で医師を支える力になっている。在宅総合診療を掲げて、24時間365日の診療体制に対して、在宅スタッフのネットワークの良さやスタッフの連帯感は、現場の活動から築きあげてこられたのだと思われる。

### Ⅲ. 考察

本調査では、地域医療の「安心拠点」としての観点から、有床診療所がどのような役割を果たしているのか、今後どのような役割を果たすことが望まれるのかを分析することを目的とし、有床診療所の実態を把握した。地域の他の保健・福祉(介護)職と連携する中で、地域住民の在宅療養ニーズに応え、「地域完結型医療・介護」の中心的役割を果たすとともに、住民の健康管理等、保健の分野においても総合的に受け皿となるような「安心拠点」として、有床診療所を有効に活用することを検討した。

#### ○有床診療所の現状

本調査の結果、有床診療所では、往診及び訪問診療ともに実施率が高く(各々80.5%、65.9%)になっていた(算定ベース)。病院は訪問診療の実施率が往診に比べて高く(各々82.0%、52.0%)、無床診療所では往診の実施率が訪問診療に比べて高くなっており(各々63.9%、48.2%)、昨年度調査<sup>4</sup>における結果と同様の傾向が見られた。また、在宅ターミナルケア加算についても、有床診療所では他施設と比較して算定している率が高く、14.8%であった(病院は2.4%、無床診療所は2.5%)。在宅看取りについても、有床診療所では実施しているのが65.9%、病院では44.0%、無床診療所では53.0%であり、有床診療所が特に在宅医療、在宅看取りの実施に注力している傾向が示唆されている。

さらに、病院から退院した患者のうち、自宅へ退院した患者は平均87.51人(標準偏差56.45)、自宅退院者のうち訪問診療を開始した人数は平均6.86人(標準偏差7.53)であり、退院後も訪問診療で関わっている患者の割合は7.8%(平均値ベース)であった。一方、有床診療所から退院した患者のうち、自宅へ退院した患者は平均31.55人(標準偏差18.97)、自宅退院者のうち訪問診療を開始した人数は平均7.88人(標準偏差12.26)であり、退院後も訪問診療で関わっている患者の割合は25.0%(平均値ベース)であった。これより、退院後も引き続き訪問診療等で在宅療養を継続している患者は、有床診療所の方が多く傾向が見られている。

ただし、これらの診療機能を維持するためのマンパワーは不足しているのが現実である。今回の結果では、有床診療所において、常勤医師が「1人」との回答は56.1%、「2人」は34.1%、「3～4人」は7.3%であり、過半数の施設では常勤医師が1人であった。病院(100床未満)の場合は「3～4人」が52.0%であった。現状では、多くの有床診療所では、医師が1人もしくは2人であり、一般外来診療に加えて入院患者への対応、在宅医療への対応を少ないスタッフで担当していることが明らかとなった。

#### ○有床診療所のメリットとデメリット

本調査において、有床診療所に入院設備があることで「安心拠点」となっている事例としては、例えば「在宅医療での急変時に遠方の入院施設まで送らなくて済む。ターミナルケアで在宅介護

<sup>4</sup>平成19年度老人保健健康増進等事業「在宅での看取り介護を推進するための国保直診を核とした支援体制構築に関する調査研究事業」

力がないケースに安心である」、「がんの終末期などは、介護福祉分野との連携で一時退院、往診、再入院などフレキシブルな対応が出来る」、「急性期の治療を受け、その後のフォローとして在宅に移行するまでの期間の入院対応」、「長期在宅療養者の介護負担軽減のためのショートステイの利用も可能」などの意見が挙げられている。

また、ヒアリングにおいても「入院設備の存在が地域の安心感につながる」等の意見も挙げられており、これらを総合的に勘案すると、医療機関が「有床診療所」という施設形態をとるメリットとして以下の点が考えられる。

- ・ 入院施設があるため、無床診療所と比較して多様な対応が可能。  
→短期入所療養介護や訪問診療、夜間診療、在宅医療での急変時等の受け入れ等。
- ・ 地域密着型の医療機関として住民の包括的な健康管理が可能。
- ・ 急性期から在宅への移行期間のフォローが可能。
- ・ 在宅医療・在宅看取りにも対応しやすい。

一方、デメリットとしては、病院と比較して診療報酬（入院料）が低い、スタッフの人件費がかかる等、「運営面・経営面でのメリットが少ない」こと、及び入院医療を継続するためにスタッフの確保が必須であるが、現状はマンパワーが不足しているため「スタッフへの負担が大きい」等が挙げられていた。

## ○有床診療所に求められている役割

日本医師会総合政策研究機構が実施した「平成 20 年有床診療所の現状把握のための調査」において、有床診療所の 5 つの機能として、以下が挙げられている。

- ①専門医療を担って病院の負荷を軽減し、地域医療の崩壊を防止
- ②地域の病院からの早期退院患者を含めた患者の受け皿機能
- ③地域の在宅医療の拠点診療所として在宅医療の後方支援のための病床を活用
- ④終末期医療などのニーズが高まる分野へ積極的な取り組み
- ⑤へき地・離島では唯一の入院施設として機能

有床診療所は、これらの機能を複合的に担って地域医療を支えているのが現状であるとされており、これらの役割を「それぞれの地域でまず強調することが必要である。そのうえで、地域医療を支援する病床として有床診療所の機能を活かすための制度整備、環境整備を検討すべき」とされている<sup>5</sup>。

このような機能は、本調査の結果からも導き出されている。医療機関側から見た、住民が期待していると考えられる医療機能としては、病院では救急医療（救急車受け入れ、24 時間入院受け入れ）、急性期入院医療、長期入院医療が挙げられる一方、有床診療所や無床診療所においては、往診、訪問診療、夜間診療、休日診療などが挙げられた。病院と有床診療所では同様に入院設備

<sup>5</sup> 「平成 20 年有床診療所の現状把握のための調査」 江口成美、出口真弓、日医総研ワーキングペーパーNo.177、2008 年 11 月

を有しているが、病院は急性期の医療、救急医療を中心として対応する施設、有床診療所は日常の診療、すなわちかかりつけ医機能や在宅医療への対応など、地域密着型の対応が望まれていることが明らかとなった。

また、本人や家族からの要望も、病院では急性期医療や診療科の充実、救急対応や入院医療などが多くあげられていたが、有床診療所では「生活している地元町内で日常診療を受け、いざという時に入院して在宅へ戻れるようになるまできちんと治療してほしい」、「看取りをしっかり行ってもらいたい」、「患者の状態が悪化したときに、地元できちんと治療してほしい」等、かかりつけ医機能に加え、一時的に入院対応をしてくれる地域密着型の医療機関として存在してほしいという要望が挙げられており、地域病院からの退院患者受け皿機能や在宅医療の拠点診療所としての機能などを重要視していることが明らかとなった。

さらに、本調査において、ヒアリング先の施設では、若手の医師が勤務して地域医療を学んでいるケースも多く、地域医療を担う人材育成にも貢献しており、医療者の教育機能を担うという点も重要と考えられる。

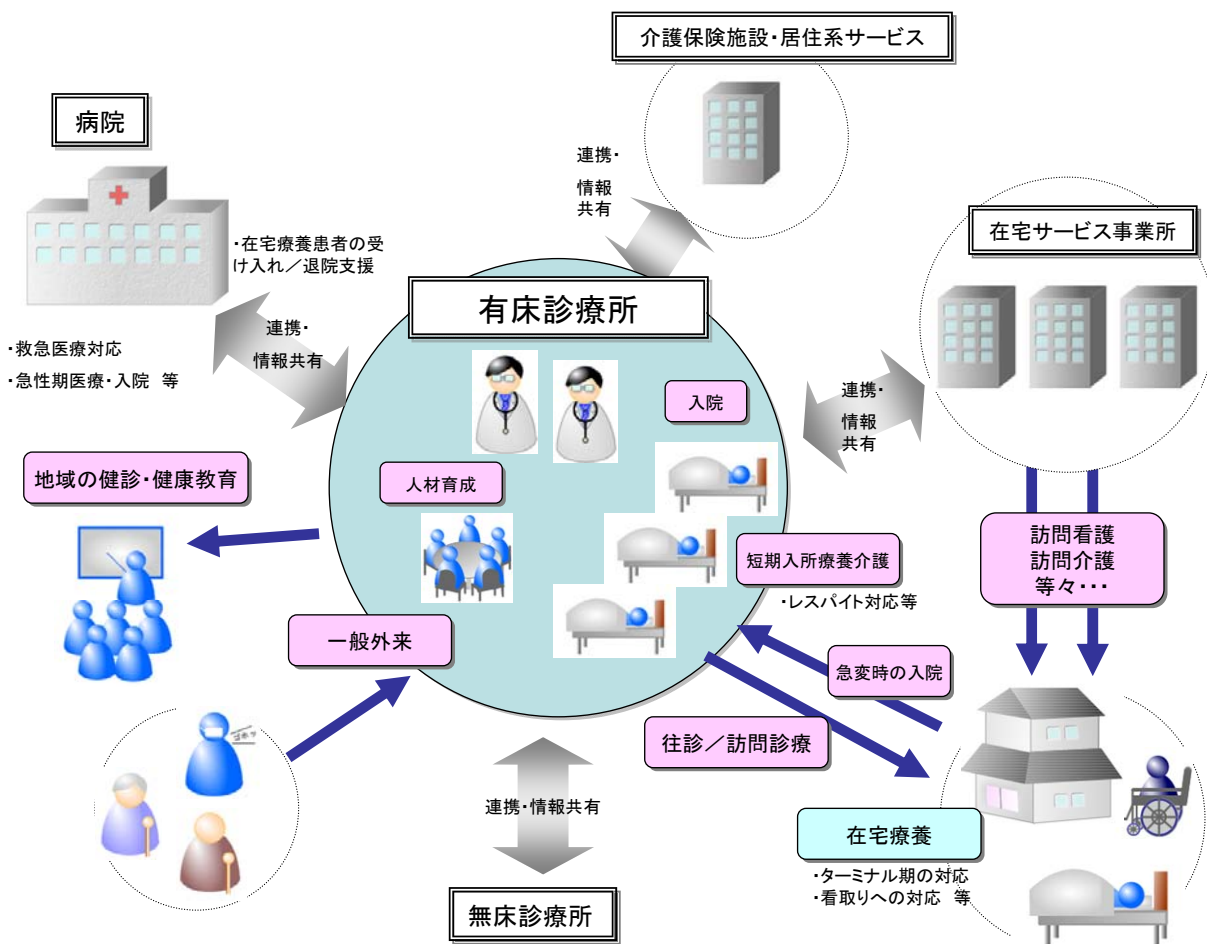
このように、有床診療所は、同じ入院設備を有していても、病院と比較してよりオールラウンドな役割を担うことが期待されていることが示唆されるとともに、今後の地域医療を担う人材の確保にあたって重要な役割を果たすことが期待されていた。

## ○今後の有床診療所のあり方

前述のように、本調査の結果からは有床診療所が地域密着型のオールマイティな保健・医療・介護機関として存在することが期待されていた。これらを踏まえ、今後、有床診療所が「安心拠点」として地域で求められている機能を以下に整理した。

- ・ 一般外来、入院等における急性期医療への対応
- ・ 急性期医療から在宅医療移行において、入院設備を活用した地域密着型のサポートを行う（近隣の病院から在宅への移行フォロー機関として機能）。
- ・ 在宅の延長としての入院治療を行なう（軽症肺炎、糖尿病、急性胃腸炎等）。
- ・ 療養病床を保有し、短期入所療養介護等への対応も可能としたり、老人保健施設を併設して病床の相互有効活用を行う。
- ・ 総合診療的な役割を担う有床診療所を拠点に、地域の各所の在宅サービス事業所（訪問看護ステーション、訪問介護事業所等）と連携し、在宅医療に 24 時間対応できるような体制を構築する。
- ・ 地域の健診や健康教育等の機能を担う。
- ・ 医療者への地域医療の理解促進および人材育成のための教育機関としての機能を有する。

図表 176 地域医療・介護の「安心拠点」としての有床診療所機能活用イメージ



これらの機能を発揮していくには、現状のような1人医師体制や2人医師体制ではマンパワーの観点から困難であることも予測される。現状では、小規模病院も有床診療所も、近隣の中規模・大規模病院と連携、在宅医療移行へのフォロー体制を構築するなど、地域に根ざした活動を行っており、小規模医療機関としては実質的には役割分担が不明確であることも事実である。

有床診療所と病院の主たる相違点は、病床数が19床以下/20床以上、患者一人当たりの病床面積、必要な医師数、専属薬剤師の配置義務等である。診療報酬においては入院基本料における差が主であるが、今後、上記の機能を総合的に果たす小規模医療機関を地域の「安心拠点」として構築していくには、現状の施設区分・基準を見直していくことも必要であろう。

# 資料編

---

**地域完結型医療・介護の「安心拠点」としての有床診療所の機能に関する実態調査  
施設票**

※ 記入済みの施設票および患者票については、**2000年〇月〇日(〇)**までに、下記宛先にご返送ください。FAXまたはEメールでも結構です。

【問合せ先・調査票返送先】(社) 全国国民健康保険診療施設協議会 (担当：鈴木)  
TEL：03-3597-9980 〒100-0014 東京都千代田区永田町1-11-35 全国町村会館6F  
FAX：03-3597-9986 E-mail：chosa@kokushinkyo.or.jp

**【Ⅰ、Ⅱ、Ⅲは、事務職員の方がご記入ください。】**

**Ⅰ. 国保直診（医療機関）及び併設施設の概況（2008年12月現在）**

施設名				所在地	都道府県	市区町村
診療圏人口	( ) 人					
診療圏内における他の医療機関の有無 (それぞれ〇は1つ)	病院	1. なし	2. あり⇒( ) 箇所			
	診療所	1. なし	2. あり⇒( ) 箇所			
	現在(2008年12月)の施設種別および許可病床数			昨年度(2007年3月時点)の施設種別および許可病床数		
施設種別(それぞれ〇は1つ)	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所			1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所		
病床数 【病院および有床診療所の場合に記入】	一般病床	医療療養病床	一般病床	医療療養病床		
	( ) 床	( ) 床	( ) 床	( ) 床		
	介護療養病床	その他病床	介護療養病床	その他病床		
	( ) 床	( ) 床	( ) 床	( ) 床		
開設主体 (〇は1つ)	1. 市 2. 町 3. 村 4. 一部事務組合 5. 国保連合会 6. その他( )					
在宅療養支援診療所・病院の届出 (〇は1つ)	1. 在宅療養支援病院の届出あり			2. 在宅療養支援診療所の届出あり		
	3. 届出なし(病院)			4. 届出なし(診療所)		
標榜診療科 (複数回答可)	1. 内科 2. 外科 3. 小児科 4. 整形外科 5. 歯科 6. その他( )					
併設している介護保険サービス事業所  ※各サービスは、介護予防の場合も含む  (複数回答可)	1. 介護老人保健施設 2. 介護老人福祉施設 3. 介護療養型医療施設 4. 居宅介護支援 5. 訪問介護 6. 訪問入浴介護 7. 訪問看護 8. 訪問リハビリテーション 9. 居宅療養管理指導 10. 通所介護 11. 通所リハビリテーション 12. 短期入所生活介護 13. 短期入所療養介護 14. 特定施設入所者生活介護 15. 福祉用具貸与 16. 特定福祉用具販売 17. 夜間対応型訪問介護 18. 認知症対応型通所介護 19. 小規模多機能型居宅介護 20. 認知症対応型共同生活介護 21. 地域密着型特定施設入居者生活介護 22. 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 23. 生活福祉センター 24. その他( )					
中規模以上の急性期病院までの距離および時間 ※脳卒中や心筋梗塞等、自院での処置が困難な患者を搬送する病院を指します。				約( ) km、車で約( ) 分		
収支の状況  (〇は1つ)	1. 医療機関単体で把握可能 → 2. 医療機関単体では把握不可能	医療機関単体で収支状況を把握できる場合  2007年度の収支の状況	収入	医業収入	( ) 千円	
				外来分	( ) 千円	
			内数	一般病床分	( ) 千円	
				医療療養病床分	( ) 千円	
				介護療養病床分	( ) 千円	
			支出	医業外収入	( ) 千円	
				うち一般会計繰入金	( ) 千円	
					( ) 千円	



(2008年12月現在)

	一般病床	医療療養病床	介護療養病床	その他病床
平均在院日数	( )日	( )日	( )日	( )日
病床稼働率	( )%	( )%	( )%	( )%
1日平均外来患者数	( )人			

職員数 ※職種毎に実人数および常勤換算人数をご記入ください。いない場合は「0」と記入してください。

職種 ※2008年12月1日現在	現在の職員数					
				うち往診や訪問診療の実施に参与している職員数		
	常勤実人数	非常勤実人数	常勤換算人数	常勤実人数	非常勤実人数	常勤換算人数
1. 医師	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
2. 歯科医師	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
3. 看護師・准看護師	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
4. PT・OT・ST	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
5. MSW	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
6. 栄養士・管理栄養士	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
7. その他	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
1.～7.のうち、ケアマネジャー資格保有者数	常勤実人数		( )人			
	非常勤実人数		( )人			

入院患者の状況 ※2008年12月1日現在	合計	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		一般・医療療養病床	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
介護療養病床	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人

退院患者の状況 ※2008年9月～11月の状況 ※中間施設とは、有料老人ホーム、ケアハウス、グループホーム等を指します。	合計	内訳				
		転院	施設へ退院	中間施設※へ退院	死亡退院	その他
		( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
	( )人	自宅へ退院	うち訪問診療を実施した人	外来受診で対応した人	それ以外	
( )人		( )人	( )人	( )人		

## II. 提供している医療機能

主たる医療機能 (○は1つ)		1. 地域の中核的な医療機関 (急性期医療が中心) 2. 中核的医療機関の後方医療機関 (慢性期医療が中心) 3. かかりつけ機能を主とする医療機関 (外来が中心)	
在宅医療関連診療料の算定の有無 (2008年11月の一ヶ月間の状況) (それぞれ○は1つ)			
在宅医療	① 往診料	1. 算定あり ( ) 件	2. 算定なし
	② 在宅患者訪問診療料 うち、在宅ターミナルケア加算	1. 算定あり ( ) 件	2. 算定なし
	③ 在宅時医学総合管理料	1. 算定あり (1,200点 ) 件、10,000点 ) 件	2. 算定なし
	④ 在宅末期医療総合診療料	1. 算定あり ( ) 件	2. 算定なし
	⑤ 訪問看護指示料	1. 算定あり ( ) 件	2. 算定なし
高齢者医療	⑥ 在宅患者連携指導料	1. 算定あり ( ) 件	2. 算定なし
	⑦ 後期高齢者診療料	1. 算定あり ( ) 件	2. 算定なし
	⑧ 後期高齢者外来継続指導料	1. 算定あり ( ) 件	2. 算定なし
	⑨ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算	1. 算定あり ( ) 件	2. 算定なし
⑩ 居宅療養管理指導 (介護保険)		1. 算定あり ( ) 件	2. 算定なし
⑪ 訪問看護 ※併設のステーションからの訪問も含む 在宅患者への24時間対応体制 (○は1つ)	医療保険	1. 算定あり ( ) 件	2. 算定なし
	介護保険	1. 算定あり ( ) 件	2. 算定なし
		1. 自院のみで対応 3. 24時間対応はしていない	2. 自院と連携先医療機関とで対応
在宅看取りの状況 (○は1つ)		1. 実施している 2. 実施していない	
実施している場合の件数(2007年度の1年間の件数)	自宅で看取った件数	( ) 件	
	死亡24時間前程度に病院に搬送され、病死した件数	( ) 件	

## III. 他機関との連携の状況

他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介 (それぞれ○は1つ)	入院	1. あり ⇒2007年度は ( ) 件 2. なし
	外来	1. あり ⇒2007年度は ( ) 件 2. なし
他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ (それぞれ○は1つ)	入院	1. あり ⇒2007年度は ( ) 件 2. なし
	外来	1. あり ⇒2007年度は ( ) 件 2. なし
連携している介護保険サービス ※各サービスは、介護予防の場合も含む ※併設施設は除く (複数回答可)	1. 介護老人保健施設    2. 介護老人福祉施設    3. 介護療養型医療施設    4. 居宅介護支援 5. 訪問介護    6. 訪問入浴介護    7. 訪問看護    8. 訪問リハビリテーション 9. 居宅療養管理指導    10. 通所介護    11. 通所リハビリテーション 12. 短期入所生活介護    13. 短期入所療養介護    14. 特定施設入所者生活介護 15. 福祉用具貸与    16. 特定福祉用具販売    17. 夜間対応型訪問介護 18. 認知症対応型通所介護    19. 小規模多機能型居宅介護    20. 認知症対応型共同生活介護 21. 地域密着型特定施設入居者生活介護    22. 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 23. 生活福祉センター    24. その他 ( )	

【以下は、施設長もしくは在宅医療に携わっている医師の方がご記入ください。】

IV. 【全医療機関がご回答ください】

地域住民の医療・介護ニーズや他機関との連携状況についてお聞きします。

		A. 貴院が提供している医療機能 (あてはまるものすべてに○を記入)	B. 地域住民が貴院に期待していると思われる医療機能 (上位3つまで○を記入)
A. 貴院が提供している医療機能 および B. 地域住民が貴院に期待していると思われる医療機能 について○をつけてください	1. 救急医療	救急車の受け入れ	
		24時間の入院受け入れ	
		二次・三次救急	
	2. 一般外来医療		
	3. 夜間診療		
	4. 休日診療		
	5. 在宅医療	往診	
		24時間往診対応	
		訪問診療	
		訪問看護	
	6. 急性期入院医療		
	7. 長期入院医療		
	8. 短期入院療養介護		
9. 教育入院			
10. 分娩			
11. 疾病予防等の保健活動			
12. 健診・検診	施設内健診・検診		
	施設外健診・検診		
	うち、学校・職場における健診・検診		
13. その他 ( )			
地域住民（患者含む）から、貴医療機関の機能に対する要望を聞いたことがありますか。もしあればその内容を具体的に記入ください。  ※自由回答		<p>【本人にとっての要望】</p> <p>【家族にとっての要望】</p>	
他の医療機関との連携の状況（○は1つ）		1. うまく連携している      2. 連携しているが課題がある      3. 連携していない	
連携上の課題がありましたらご記入ください。※自由回答			
在宅サービス事業所等との連携の状況（○は1つ）		1. うまく連携している      2. 連携しているが課題がある      3. 連携していない	
連携上の課題がありましたらご記入ください。※自由回答			

V. 【病院の医師の方がご回答ください】（有床診療所 ⇒ VIへ、無床診療所 ⇒ VIIへ）

貴院が入院設備を有していることで、地域生活の「安心拠点」となっていると考えられる事例等がありましたら、具体的にご記入ください。 ※自由回答		※注：ここでは、「安心拠点」を、医療に留まらず、介護、保健、福祉、生活相談、生活上の支援等、当該地域における様々な生活上の安心を提供できる拠点という意味で捉えています。	
施設形態が「病院」であることのメリット（有床診療所、無床診療所と比較して）を具体的にご記入ください。 ※自由回答	運営面・経営面でのメリット		
	入院設備を保有していることに関するメリット		
施設形態を「診療所」へ変更する予定はありますか。（○は1つ）		1. 有床診療所への変更が決定している ⇒ (      年      月 ) 2. 無床診療所への変更が決定している ⇒ (      年      月 ) 3. 有床診療所への変更を検討中 4. 無床診療所への変更を検討中 5. 変更する予定はない	
「1.」～「4.」と回答した方にお聞きます。 その理由はどのようなことですか。 ※自由回答			
病床数を変更する予定はありますか。（○は1つ）		1. 増床が決定している ⇒ (      年      月)、(      ) 床増床する 2. 増床を検討中 ⇒ (      ) 床増床する 3. 減床を検討中 ⇒ (      ) 床減床する 4. 減床が決定している ⇒ (      年      月)、(      ) 床減床する 5. 変更する予定はない	
「1.」～「4.」と回答した方にお聞きます。 その理由はどのようなことですか。 ※自由回答			
休眠病床の有無（○は1つ）	1. あり ⇒ (      ) 床      2. なし		
ありの場合、その理由 ※自由回答			
活用するためにはどのような方策が必要ですか。 ※自由回答			

⇒VIIIにお進みください。

VI. 【有床診療所の医師の方がご回答ください】（病院 ⇒ VIIIへ、無床診療所 ⇒ VIIへ）

<p>貴院が入院設備を有していることで、地域生活の「安心拠点」となっていると考えられる事例等がありましたら、具体的にご記入ください。 ※自由回答</p>	<p>※注：ここでは、「安心拠点」を、医療に留まらず、介護、保健、福祉、生活相談、生活上の支援等、当該地域における様々な生活上の安心を提供できる拠点という意味で捉えています。</p>	
<p>施設形態が「有床診療所」であることのメリット（病院、無床診療所と比較して）を具体的にご記入ください。 ※自由回答</p>	<p>運営面・経営面でのメリット</p>	
	<p>入院設備を保有していることに関するメリット</p>	
<p>施設形態を「病院」へ変更する予定はありますか。（○は1つ）</p>	<p>1. 変更が決定している ⇒ (      年      月      ) 2. 変更を検討中      3. 変更する予定はない</p>	
<p>「1.」および「2.」と回答した方にお聞きします。その理由はどのようなことですか。 ※自由回答</p>		
<p>病床数を変更する予定はありますか。（○は1つ）</p>	<p>1. 増床が決定している ⇒ (      年      月)、(      ) 床増床する 2. 増床を検討中 ⇒ (      ) 床増床する 3. 減床を検討中 ⇒ (      ) 床減床する 4. 減床が決定している ⇒ (      年      月)、(      ) 床減床する 5. 変更する予定はない</p>	
<p>「1.」～「4.」と回答した方にお聞きします。その理由はどのようなことですか。 ※自由回答</p>		
<p>施設形態を「無床診療所」へ変更する予定はありますか。（○は1つ）</p>	<p>1. 変更が決定している ⇒ (      年      月      ) 2. 変更を検討中      3. 変更する予定はない</p>	
<p>「1.」および「2.」と回答した方にお聞きします。その理由はどのようなことですか。 ※自由回答</p>		
<p>休眠病床の有無（○は1つ）</p>	<p>1. あり ⇒ (      ) 床      2. なし</p>	
<p>ありの場合、その理由 ※自由回答</p>		
<p>活用するためにはどのような方策が必要ですか。 ※自由回答</p>		

⇒VIIIにお進みください。

VII. 【無床診療所の医師の方がご回答ください】（病院 ⇒ VIIIへ、有床診療所 ⇒ VIIIへ）

<p>貴院が地域生活の「安心拠点」となるために、入院設備を保有したいと考えたことがあれば、その理由・活用内容を具体的にご記入ください。 ※自由回答</p>	<p>※注：ここでは、「安心拠点」を、医療に留まらず、介護、保健、福祉、生活相談、生活上の支援等、当該地域における様々な生活上の中心となる拠点という意味で捉えています。</p>	
<p>施設形態が「無床診療所」であることのメリット（病院、有床診療所と比較して）を具体的にご記入ください。 ※自由回答</p>	<p>運営面・経営面でのメリット</p>	
<p>入院設備（ベッド）を保有していないことによる<u>デメリット</u>があればご記入ください。 ※自由回答</p>	<p>入院設備を保有していないことに関するメリット</p>	
<p>施設形態を「有床診療所」へ変更する予定はありますか。（○は1つ）</p> <p>「1.」および「2.」と回答した方にお聞きします。その理由はどのようなことですか。 ※自由回答</p>	<p>1. 変更が決定している ⇒ (      年      月      )</p> <p>2. 変更を検討中      3. 変更する予定はない</p>	

⇒VIIIにお進みください。

VIII. 【全医療機関がご回答ください】

貴院の現状の体制や運営・経営における問題点や課題について、自由にご回答ください。

--

今後、各医療機関の形態を活用しつつ、地域の医療機関どうし、および介護サービス事業所等と連携しつつ、医療機関を中心とした「安心拠点」が地域に構築されるためには、各施設形態別にどのような活用策があると思いますか。効果的な活用策について、ご意見をお聞かせください。

病院の活用策	
有床診療所の活用策	
無床診療所の活用策	

医療機関が地域の安心拠点となるよう、これらの活用策を実現するにあたり、現在の医療制度、介護制度等について意見・要望等がありましたら、自由にご回答ください。

--

質問は以上です。ご協力有難うございました

**地域完結型医療・介護の「安心拠点」としての有床診療所の機能に関する実態調査**  
**患者票**

- ※ 各患者の状況を理解されている医師もしくは看護師の方がご記入ください。
- ※ 2008年12月1日の入院患者の状況（各々全体および年齢別の該当人数をご記入ください）
- ※ 記入済みの患者票は、施設票と一緒に返送してください。

		全体			
			64歳以下	65～74歳	75歳以上
入院患者合計		( )人	( )人	( )人	( )人
性別	男性	( )人	( )人	( )人	( )人
	女性	( )人	( )人	( )人	( )人
入院期間	～14日	( )人	( )人	( )人	( )人
	15～30日	( )人	( )人	( )人	( )人
	31～60日	( )人	( )人	( )人	( )人
	61～90日	( )人	( )人	( )人	( )人
	91日～	( )人	( )人	( )人	( )人
入院前の状況	自宅（外来通院中）	( )人	( )人	( )人	( )人
	自宅（訪問診療中）	( )人	( )人	( )人	( )人
	他病院からの転院	( )人	( )人	( )人	( )人
	他診療所からの転院	( )人	( )人	( )人	( )人
	他施設からの入院	( )人	( )人	( )人	( )人
	その他	( )人	( )人	( )人	( )人
当該患者への訪問診療経験	あり	( )人	( )人	( )人	( )人
	なし	( )人	( )人	( )人	( )人
主な入院理由	治療	( )人	( )人	( )人	( )人
	療養	( )人	( )人	( )人	( )人
	検査	( )人	( )人	( )人	( )人
	その他	( )人	( )人	( )人	( )人





