

日医総研ワーキングペーパー

地域における病院・診療所の あり方に関する考察

① 開放型病床

No.212

2010年3月5日

日本医師会総合政策研究機構
江口成美

地域における病院・診療所のあり方に関する考察 ①開放型病床

日本医師会総合政策研究機構 江口成美

協力者 出口真弓

キーワード

- | | | |
|---------|-----------|-------|
| ◆ 開放型病床 | ◆ 共同診療 | ◆ 登録医 |
| ◆ 開放型病院 | ◆ オープンベッド | |

ポイント

- ◆ 診療所医師が病院に赴いて共同診療を行なう開放型病院共同診療が始まって 30 年以上経過している。医療を取り巻く環境の変化の中、病院、診療所ともに時間的余裕もなく、開放型病床への関心は必ずしも高くない。さまざまな連携手法のなかで、今後、開放型病床をどのように位置づけていくべきであろうか。
- ◆ 開放型病院の施設数は 692 施設で全体の 7.9%である。共同診療は理想的な制度ではあるが、ホームページで開放型病床を宣伝している病院でも、実際には運用されていないケースが多くみられる。
- ◆ 開放型病院や登録医への聞き取り調査からは、共同診療を実践しているのは、地域ぐるみの取り組みがある場合や、一部の登録医のみが登院する場合など、特定の地域やケースに限定されている状況であった。
- ◆ 病院ではさまざまな負担に見合ったメリットを実感できない点、登録医は自院を空ける余裕がない点が問題とされていた。
- ◆ 米国では開業医が登院するオープンベッド制とは別に、ホスピタリストと呼ばれる院内総合医が増加しつつあるが、診療の継続性に対する懸念は強まっている。
- ◆ 共同診療は医療の継続性を保ち、医師の技量の幅を広げる。病院外来の軽減や医師不足地域の確保対応にもなりうる。共同診療に対する認識の向上、症例検討会などへの経済的支援、登録医の更新制の導入を検討すべきであろう。また、病院に限定せず、有床診療所での開放型病床の導入可能性を探ることも一案である。
- ◆ 開放型病床による共同診療は必要に応じて実践していくことが望ましいが、その一方で、開放型病床や共同診療という届出や枠にこだわらず、退院時共同指導料のような、敷居の低い形でチーム医療が可能になる仕組みを広げていくことが今後の重要課題と思われる。
- ◆ まずは、病院医師と診療所医師がその区別に固執せず、顔の見える存在となることが重要であろう。地域の医師会、病院、診療所が垣根を越えて取り組むことが必要である。

目次

1. はじめに.....	3
(1) 目的.....	4
2. 現状.....	4
(1) 共同診療と既存調査.....	6
(2) 開放型病院の施設数.....	9
(3) 共同診療の実施状況.....	12
3. 聞き取り調査.....	15
4. 有床診療所における開放型病床.....	21
5. 米国でのオープンベッドの現状　ーホスピタリストの増加.....	23
6. まとめ.....	25
7. 考察.....	28
添付資料.....	30

1. はじめに

開放型病床の制度は1978年に開始されて32年が経っている。近年は、疾患別の地域連携クリティカルパスや、紹介・逆紹介のための登録医制などの普及がみられるが、開放型病床に対する関心は必ずしも高くない。2008年現在の開放型病床の届出は全国692施設で、全国の病院の7.9%である。厚生労働省でも地域連携パスの評価は検討しているが、開放型病床の今後について特に検討は行なっていない。開放型病床による共同診療は、一貫した医療提供が可能になり、入院患者の安心感を高め、よりよい医療につながると思われるが、現実には、病院側の負担が大きすぎる、病院を訪問する余裕がないなど、その実践は必ずしも容易でない。開放型病床を積極的に実践している病院もあるが、届出は行なっても実際に運用していないケースも多くみられる。オープンベッドが一般的であった米国においても、近年、開業医が病院に出向いて診療する割合が減少しつつある。本稿では、開放型病床の現状を聞き取り調査から整理し、今後どのように位置づけていくべきかを考察する。

(1) 目的

開放型病床への関心は 90 年代には高まったが、近年は、登録していても開放病床を稼働させていない病院が多くみられる。勤務医も開業医も従来になく多忙である昨今、開放型病床をどのように捉えていくべきなのであろうか。勤務医と開業医という区別に固執せず、一貫した医療を提供するツールとして活用できるのであろうか。数か所の病院からの聞き取り調査を踏まえて、現状の課題を整理し、今後の開放型病床のあり方を考える。

本稿は、まず、既存調査から現状を把握し、次に、聞き取り調査から得られた最近の実態と米国におけるオープンベッドシステムの現状からの示唆を示す。最後に今後の方向性を検討する。

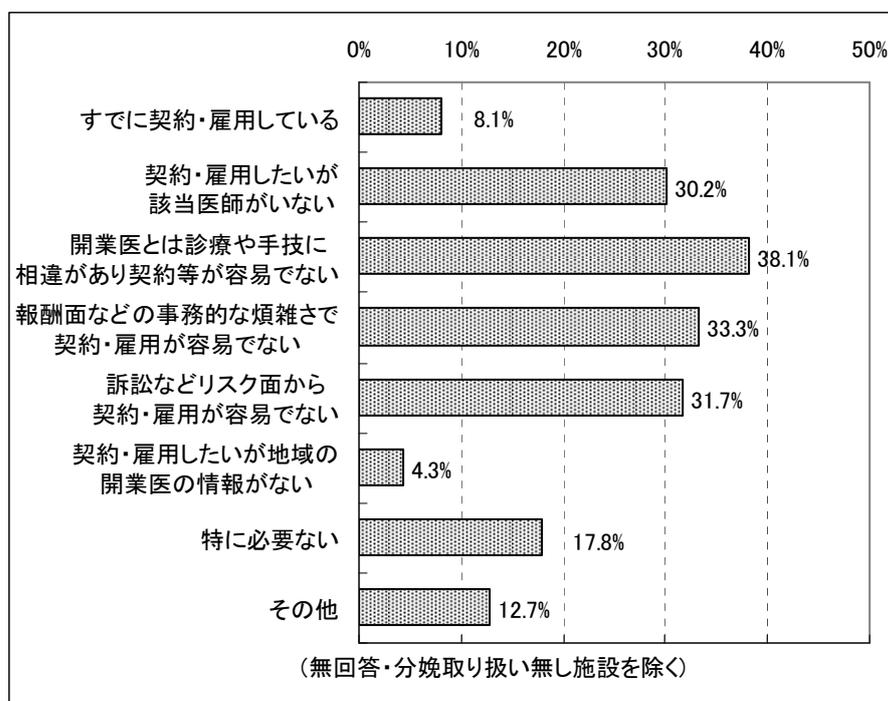
2. 現状

開放型病床が最初に検討され導入されたのは 1978 年で、もともと医師会病院と公的病院に資格限定された形で制度が開始され、その後、民間病院にも拡大している¹。しかし、開放型病床の届出をしても開放病床を稼働させていない病院やネット上などで大きく宣伝しているにも関わらず実際には運用していない病院も多い。理念は優れているにもかかわらず、積極的に実践している病院はごく一部であるのが現状である。医療提供体制や医療を取り巻く環境は変容しており、医師不足や偏在の顕在化、患者の病院志向、患者の要求度の高まりで、医師は極めて多忙である。医師同士の関係や医師患者関係にも変化が生じている。

¹ 開放型病床の制度以前から一部の病院ではオープン病床を実践していた。徳山医師会病院では 1966 年にオープン病床制度を開始している。病院の医師全てが登録医で、患者の外来から入院、退院後外来までの一貫した診療を行なうシステムを採用していた(「オープン病院議論に一石一協同指導料の閉鎖性」NIKKEI MEDICAL 1984.3.12)。当病院では現在も一部の常勤医を除く全てが近隣の登録医として来院する独自のシステムを継続している。

日医総研の調査では、医師不足で勤務医が疲弊している状況下にあっても、開業医との積極的な連携にやや消極的な病院が多いことが判明している²。病院長の間では地域の開業医が病院で診療することへの問題点や懸念が大きく、開業医と「契約・雇用している」と回答した施設は全体の8.1%に過ぎなかった。近隣の開業医が院内の入院や外来の診療を行なうことに対して、「手技の違い」や「報酬面などの事務的な問題」、「訴訟などのリスクの問題」から容易でないと考えている病院長が多い。

図 1 地域の開業医と雇用・契約することについての考え-病院(n=606)(複数回答)



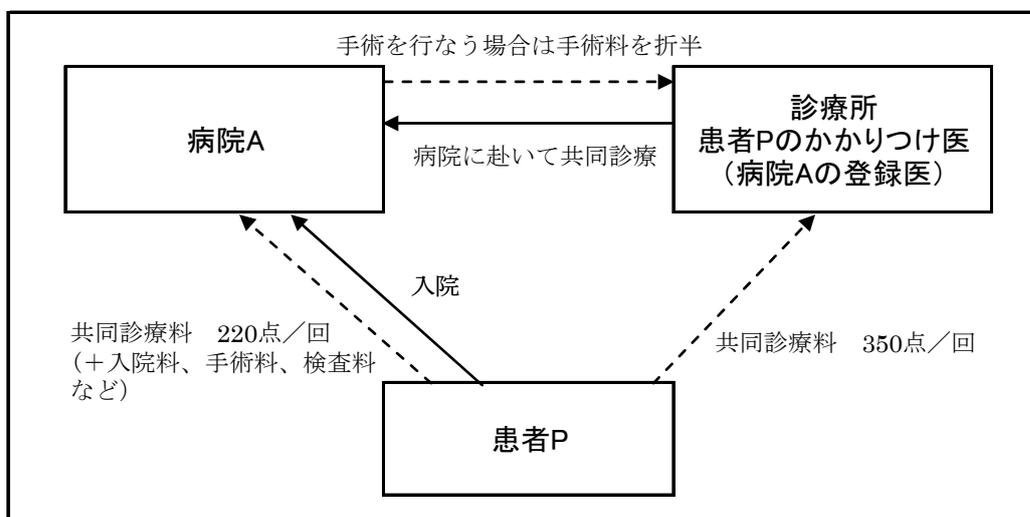
² 江口成美、尾崎孝良、野村真美、出口真弓、奥田七峰子、佐瀬恵理子「産科医療の将来に向けた調査研究」日医総研ワーキングペーパーNo.141 (2007)。対象は分娩を実施している全国の病院の病院長。

(1) 共同診療と既存調査

共同診療とは

開放型病床における共同診療では、入院患者への共同診療を実施する度に病院と診療所の登録医がそれぞれ共同診療料を請求する。入院患者は通常の入院料などに加えて共同診療料を追加的に支払うことになる。

図 2 共同診療の手続き



開放型病院共同指導料に関する施設基準は、①地域の医師会等との合意（契約等）があること、②当該2次医療圏の当該病院と直接雇用関係にない20以上の診療所医師（歯科医師含む）が登録していること。もしくは、1つの診療科を主として標榜する病院の場合は10以上の診療所医師（歯科医師含む）か、当該地域当該診療科の5割以上の医師が登録していること、③開放病床が概ね5床以上あること、④届出前30日間に開放病床の利用率が2割以上あること、などである（施設基準や要件については巻末参照）。

既存調査

開放型病床に関する調査は必ずしも多くないが、既存調査では、提供者側と患者側の両方のメリットとデメリットが指摘されている。病院側のメリットとして、①入院患者が確保できる、②患者情報の把握が確かになり一貫した診療が可能となる、③ホ

ームドクターとのコミュニケーションが緊密となる、④後送施設が確保され患者の入退院が円滑に行なわれ入院期間の短縮が行なわれる、⑤地域医療、病診連携に対して病院の貢献度が高まり職員の意識高揚に役立つ、点が指摘されている³。一方、デメリットとして、①病院側の医事業務の繁雑化、②医師・看護師により多くの時間を要する点が挙げられている。また、病院が一般外来を診療所に移すことができる点が開放型病床を導入することの最大のメリットという意見もある⁴。

患者側のメリットとしては、①一貫した治療が行なわれ検査などの重複が避けられる、②主治医間の患者の授受が円滑に行なわれ安心感が高まる、③入院期間の短縮が行なわれる、点がある。開放型病床への入院患者調査からは、登録医が病院に来院することに78%の患者が嬉しいと回答し、次回の入院時にも開放型病院を選ぶと回答した患者が80%にのぼっていた⁵。デメリットとしては、言うまでもなく、患者の医療費負担の増加である。

近年の調査では、登録医に共同診療を期待するより、むしろ逆紹介先としての期待が高いことがあり、それぞれの病院に適した登録医制度を設けて地域医療連携推進を進めるべきという指摘がある⁶。また、外科系分野の開放型病床では、病院勤務医でなくても、開業医が高度な医療機器を購入することなく手術を実施できる、という利点がある。また、開放型病床の導入後に実施した手術182件のうちのPTAなどでは導入前に比べて在院日数が平均2.3日減少していることを示している⁷。病院側の手術料は減少するものの共同診療料などで一部穴埋めされるうえ、外来診療が緩和することのメリットがある。ただし、外科的治療における診療所医師の技術レベルに対する評価は問題であり、業務災害や医事紛争に対する対応が重要であることも示されている。

³ 田村忠雄「開放型病院の現状と展望」医療 Vol.47(12)1993.12 旧国立姫路病院における取組みを紹介している。ただし、2010年現在では開放型病床は稼働させていない。

⁴ 森功「地域医療と開放型病院」総合ケア Vol.5(12)1995.12

⁵ 井上高明「地域医療における開放病床の貢献」済生 vol.75(10)1999.10 済生会京都府病院での取組みを紹介している。ただし、対象患者のN数は不明。

⁶ 藤田拓司「地域医療連携における開放型病院・登録医制度の位置づけ」病院経営 2005.5.20 では聖隷浜松病院での取組みが紹介されている。

⁷ 影山慎二他「開放病床とオープンシステムを利用した診療所の泌尿器科外科治療の検討」日医雑誌 135(7), 2006 泌尿器科しお医院と静岡市立静岡病院ならびに静岡県立総合病院での共同診療例。

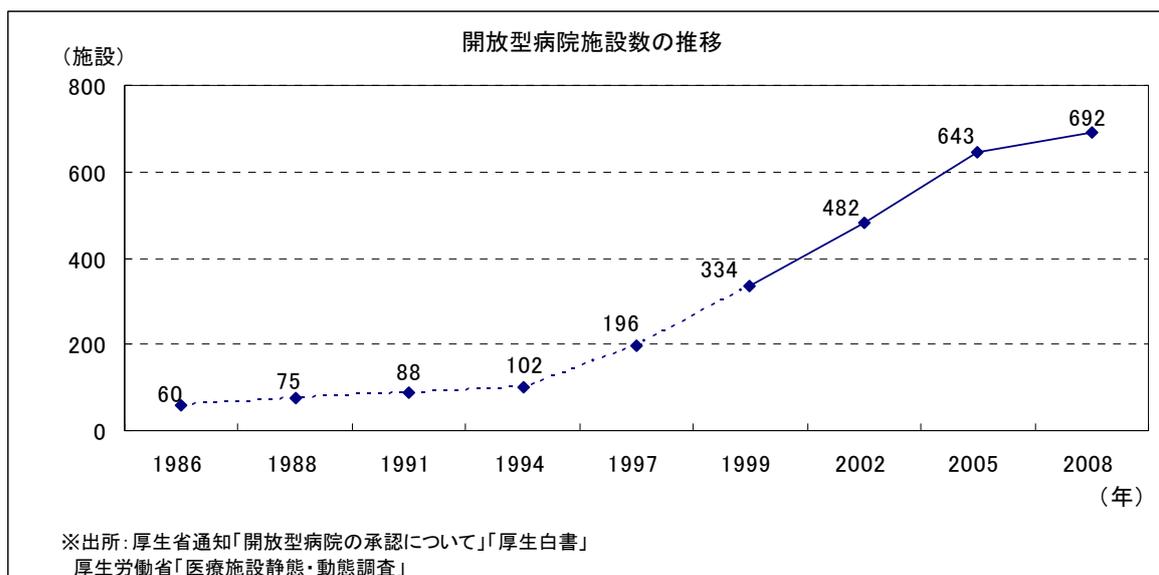
一般に、診療の継続性は①情報、②患者管理、③患者－医師関係、の3つの側面を持つとされる⁸。開放型病床による共同診療はこの患者－医師関係を良好にし、情報の継続性、患者管理の継続性を持つことができる理想的な制度ではある。

⁸ C. Sharman, et al. , “Continuity of Outpatient and Inpatient Care by Primary Care Physicians for Hospitalized Older Adults”, JAMA, 2009;301(16): 1671-1677

(2) 開放型病院の施設数

前述のように、開放型病床のメリットは指摘されてきたにもかかわらず、開放型病院は実際には全国の病院数の7.9%にすぎない。施設数は微増している程度である。平成20年医療施設静態・動態調査によると、開放型病院として届出を行なっている病院は692施設（一般病院684、精神科病院8）である。これらのなかには医師会立病院が75施設含まれている⁹。また、地域医療支援病院が全体の4分の1程度を占めている¹⁰。施設数の推移をみると、2005年から2008年の間に49病院が新たに開放型病院となっているが、実際には地域医療支援病院の増加の影響が大きい。同期間に地域医療支援病院は112施設増加¹¹していることから、新規に届出を行なっている病院の多くが地域医療支援病院であることが推測される。

図3 開放型病院の施設数



⁹ 85施設のうち75施設が開放型病院である。「医師会共同利用施設設立状況調査結果」（2008年、2009年）日本医師会

¹⁰ 厚生労働省の「主な施設基準の届出状況等」（平成21年8月26日「第9回社会保障審議会医療部会」資料）では開放型病院の届出数は796（H20）、761（H19）、729（H18）となっている。地域医療支援病院（現在267病院）は基本的に開放型病院の施設基準を満たしているが、開放型病院に含まれていない病院も多い。

¹¹ 厚生労働省「第6回医療施設体系のあり方に関する検討会」（2007年4月23日）および「全国医政関係主管課長会議」（2008年3月3日、2009年3月5日）資料

都道府県別に開放型病院の分布をみると、大阪府、福岡県、京都府、兵庫県に多く、これらの4県で全体の3分の1を占めている。また、開放型病院がそれぞれの都道府県のなかで占める割合をみると、全国平均が7.9%であるのに対して、京都府は22.6%、滋賀県は16.7%で県による地域差がみられる。全般に、西日本が東日本よりも開放型病院の割合が高い傾向がみられ、地域ぐるみの推進といった背景などがあると推測される。

図 4 開放型病院施設数—都道府県別

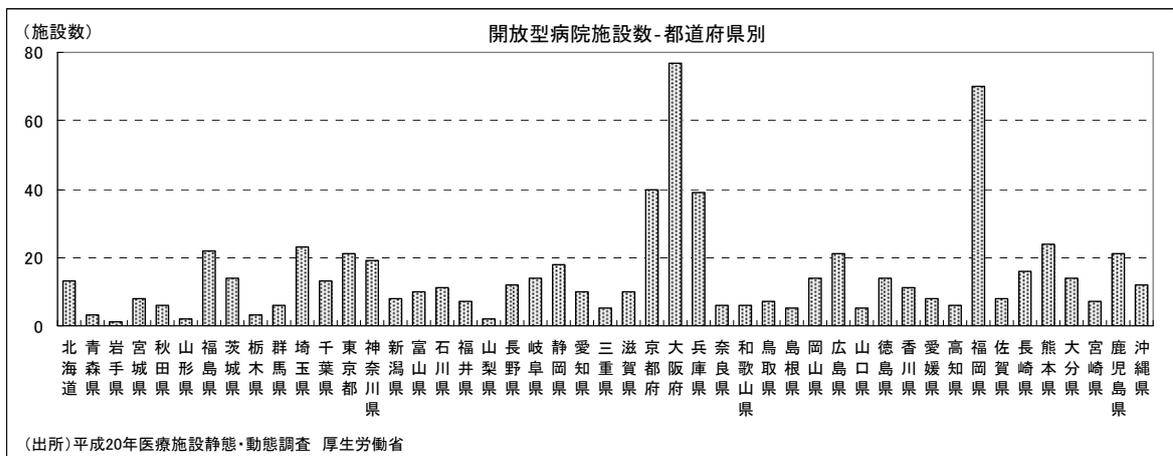
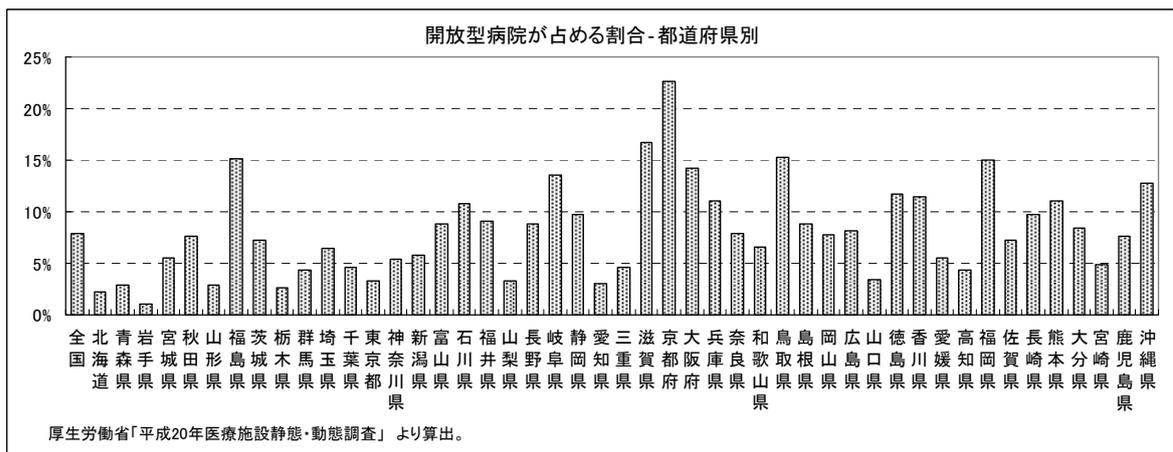


図 5 開放型病院が占める割合-都道府県別



次に、開設者別に内訳をみると、医療法人が最も高い36.8%を占めており、続いて公的病院が29.9%であった。それぞれの開設者別に開放型病院の割合をみると、公益法人が26.6%と最も高いが、医療法人は4.5%、個人病院は1.5%と低い傾向がみられた。開放型病院の制度開始時期は、対象が医師会病院と公的病院だけであったことに起因していると思われる。

図 6 開放型病院の内訳－開設主体別

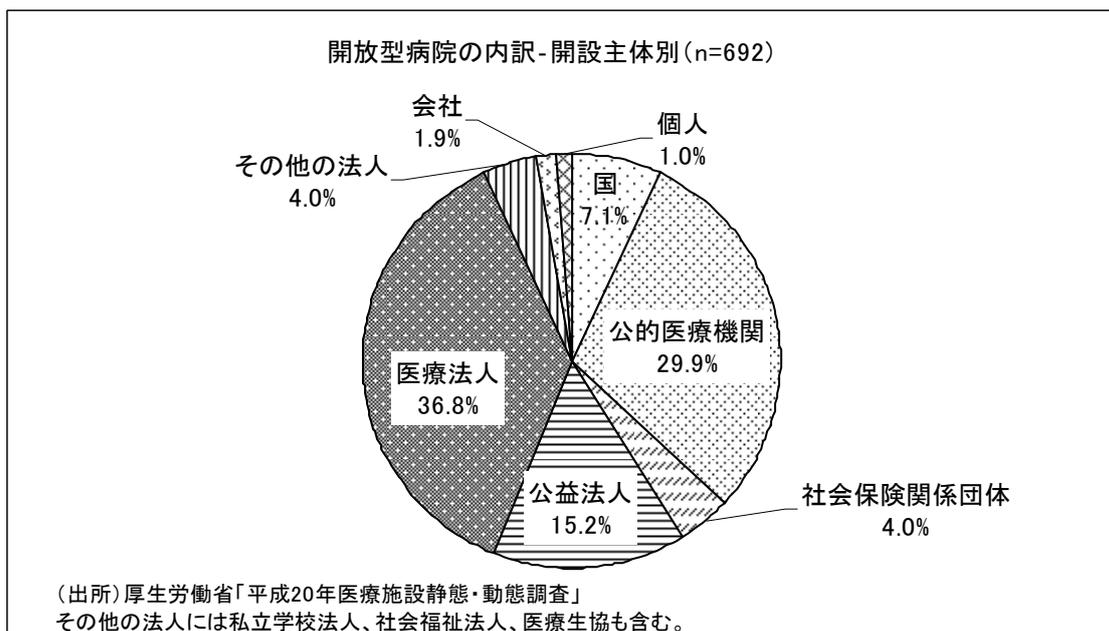
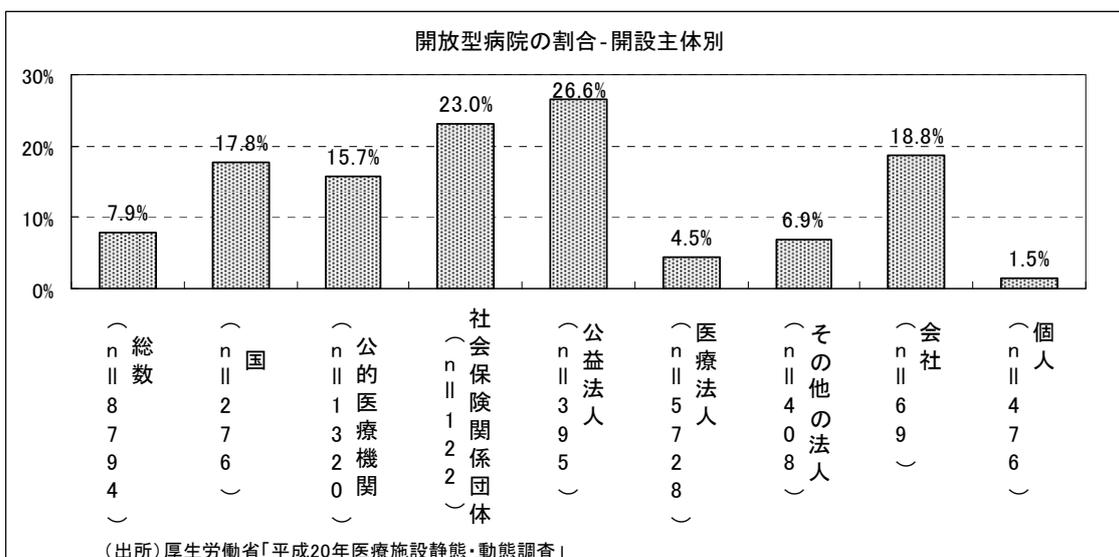


図 7 開放型病院の割合-開設主体別



(3) 共同診療の実施状況

開放型病院の施設数は微増しているが、実際には開放型病床を稼働させていない施設が多い。平成20年の開放型病床共同指導の件数は、診療所で3,969件(月)、病院で2,979件(月)であった(社会医療診療行為別調査(平成20年6月審査分))。また、過去4年の算定回数をみると減少傾向がみられた。診療所の実施件数と病院の実施件数は本来一致すべきであるが、それぞれに算定していない症例があることが不一致につながっていると思われる。いずれにしても、新規登録はあるが開放型病床の稼働が低い施設が増加していると推測される。

表1 共同指導料 ー各年のI、IIの実施件数(毎年6月審査分)

施設	診療報酬	H17	H18	H19	H20
診療所(登録医)	開放型病院共同指導料(I)	4,713件	5,581件	2,754件	3,969件
病院(692施設)	開放型病院共同指導料(II)	4,307件	4,730件	4,702件	2,979件

厚生労働省 社会医療診療行為別調査¹²

なお、算定回数は診療所20,742回(月)、病院11,050回(月)で、診療所では1ヶ月で1件あたり平均5.2回、病院では平均3.7回算定している。病院1施設あたりの共同診療料の総額は平均35,200円(月)である。

表2 開放型病院共同指導料I、IIの実施状況(平成20年6月分)

診療報酬	点数	実施件数	算定回数	1病院あたり平均実施件数(月)	1件あたり算定回数
開放型病院共同指導料I	350	3,969件	20,742回	—	5.2回
開放型病院共同指導料II	220	2,979件	11,050回	4.3件	3.7回

厚生労働省 社会医療診療行為別調査 平成20年6月審査分より

¹² 総件数の標準誤差率は各年とも共同指導料Iが0.8%~1.6%の間、共同指導料IIが1.6%~1.8%の間。H20年はIが1.6%、IIが1.0%。

①開放型病院共同診療料 I

共同診療を実施している登録医の特性をみると、開放型病院共同指導料 I の実施件数のうち内科が 69.9%と約 7 割を占め、外科は 20.2%であった。内科と外科でほぼ 9 割を占めていた。診療科別に 1 件あたり算定回数をみると、内科が 6.7 回であるのに対し、外科は 2.0 回と低く、診療科による違いがみられた。

図 8 診療科別の実施件数割合(平成 20 年 6 月分)(n=3,969)

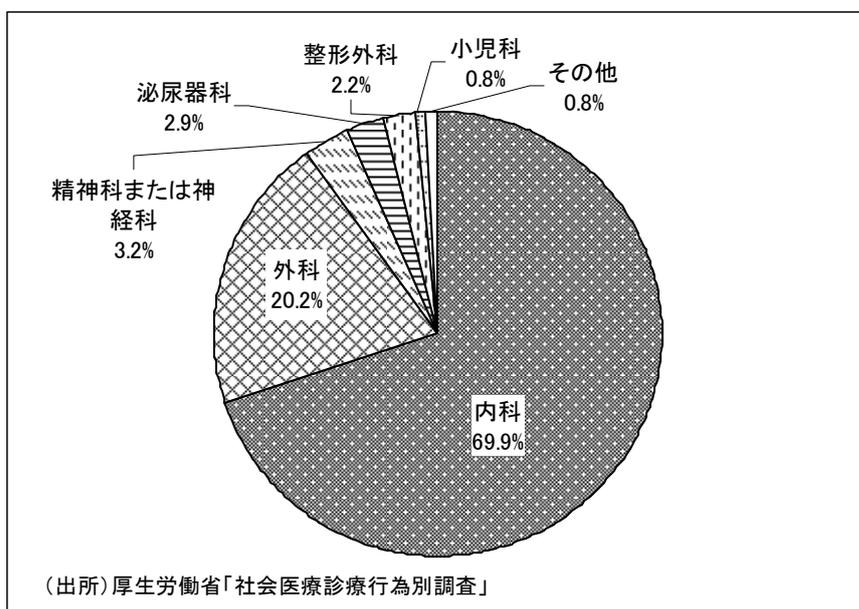


表 3 診療科別にみた 1 件あたり算定回数—開放型病院共同指導料 I(診療所) (平成 20 年 6 月分)

(回/1 件)

	全体	内科	外科	精神科または神経科	泌尿器科	小児科	整形外科	その他
開放型病院共同指導料 (I)	5.2	6.7	2.0	1.0	2.6	2.0	1.5	1.0

※耳鼻咽喉科、産婦人科、皮膚科、眼科は算定なし。

さらに、開放型病院共同指導料Ⅰの件数を施設タイプ別に無床診療所と有床診療所で分類すると、無床が83.2%で大半を占めたが、有床も16.8%と一定の割合を占めていた。病床を持つ有床診療所の医師も病院へ出向いて共同診療にあたっている。

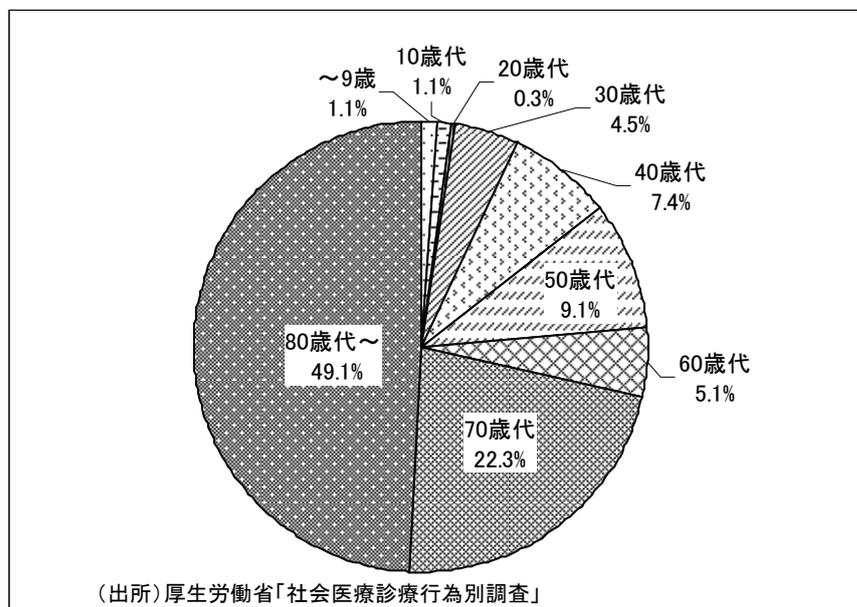
表 4 実施件数-有床・無床別

	件数	割合
無床診療所	3,301	83.2%
有床診療所	668	16.8%
総数	3,969	100.0%

②開放型病院共同指導料Ⅱ

共同診療を受けた患者は、年齢別には80歳以上が49.1%と約半分、70歳代が22.3%を占めていた。80歳以上が全体の約半数を占めており、共同診療は高齢者を対象として多く行われていることが判明した¹³

図 9 患者の年齢構成別(平成 20 年 6 月分) 実施件数=2,979



¹³ 患者調査(厚生労働省。平成 20 年)の年齢別割合をみると、全入院患者のうち80歳以上の患者は33.6%である。

3. 聞き取り調査

以下では、平成 21 年 11 月～平成 22 年 1 月にかけて聞き取り調査を行った施設での共同診療の現状と課題を示す。

積極的な利用の例

①都市部の民間病院 外科中心（病床数 180 床 開放型病床数 20 床 福岡県）

開始時期 1997 年～ 登録医 100 名 内科系 8 割、外科系 2 割

共同指導料 II 算定回数 98 回（2007）、149 回（2008）／2008 年の月平均 12 回

- 利用がある登録医は 5 名。当病院の OB 医師か近隣で紹介患者のやりとりのある医師。特に 1 名（整形外科）は毎週水曜日に来院して手術。
- 外科系は手術目的で利用、内科系は治療の継続という形、在宅患者も同様。
- 登録医として来院してもらうには互いの技術的な信頼関係が必要。
- 当院の医師や看護師とコミュニケーションがうまくとれることも重要。
- 共同診療料は、開業医の交通費などを考えると低い点数設定である。
- 病院見学会などを開いて、登録医に当院をよく理解してもらうことが必要。

②人口減少地域の公的病院 内科中心（病床数 96 床 開放型病床数 12 床 北海道）

開始時期 1994 年～ 登録医 4 名 全て内科系の医師

共同指導料 II 算定回数 1176 回（2007）、655 回（2008）／2008 年の月平均 55 回

- 入院日数が 2～4 ヶ月に及ぶ亜急性期もしくは慢性期の患者のみが対象。4 名の登録医のうち 2 名がよく利用している。脳梗塞、糖尿病、大腿骨頸部骨折などの患者で入院が必要になった場合に主治医が毎日、もしくは週 3 回程度来院して診療。
- 人口減少地域で、近隣に病院が少ない。近隣の総合病院と連携している。
- もともと診ている患者さんなので、患者が安心する。ただし、慢性疾患患者であるから開放型病床で運用できるが、急性期であれば容態の急変などに対して登録医が対応するのは難しく困難。当直医とのコミュニケーションも難しい。

③開放型病床に意欲的な地域の公的病院（病床数 595 床 開放型病床数 30 床 富山県）

開始時期 1995 年～ 登録医 191 名 内科系 5 割、外科系 2 割 その他 3 割
共同指導料 II 算定回数 610 回（2007）、650 回（2008）／2008 年の月平均 54 回

- 特に目新しい取組みでもなく、地域完結型医療をめざして富山地域の医師会が主体となり、開放型病床の利用が行なわれてきた。
- 登録医と勤務医があわせて 40～50 名集まる症例検討会を毎月開催している。1 時間で終わるようにして互いに無理がない形で継続することをめざしている。
- 共同診療の時間帯、患者紹介の方法など、診療所医師の立場を考えて柔軟に対応している。

④都市部の医師会病院（病床数 199 床 開放型病床数 199 床 東京都）

開始時期 1978 年～ 登録医 549 名 内科系 8 割、外科系 2 割
共同指導料 II の算定状況 612 回（2004）、631 回（2005）、838 回（2006）、572 回（2007）、452 回（2008）／2008 年の月平均 51 回

- 聞こえはよいが理想論である面が強い。信頼関係がない開業医が自院で診療することに病院は不安を持ち、リスクが高まる。責任の所在も明確でない。
- 登録医は多いが、実際には特定の登録医が来院するのみ。
- しかしながら、共同診療は必要と感じる。共同診療、退院前カンファレンスを行うことで、勤務医も在宅後のイメージを持つことができ、自身の医療の向上につながる。その重要性を病院や勤務医が理解して、共同診療を進めるべきである。
- 現実に、入院と在宅のつながりが必要で、これは申し送りやカルテの送付だけで十分でないケースもある。患者の QOL 向上、勤務医のメリット、病院の活性化にもつながる。
- 共同診療を通じて、登録医もいざというときに患者を受け入れてもらえるという安心感が生まれる。
- 医療者同士も顔の見えるようにする。開業医も入院患者の診療に参加してほしい。顔を見に来ることだけでも患者の満足度はあがる。

- 病院側のメリットがどれだけあるかを病院で認識できることが必要。紹介医が増え、患者への宣伝になる。

⑤ 郊外都市部の診療所登録医（診療所登録医の立場から 福岡県）

整形外科の登録医 平均 4 例／月 手術と術後のフォローを登録病院で実施 毎週木曜の午後に訪問。登録病院の OB 医師。

- 該当する患者には、登録病院での共同診療の可能性を示し、患者の意向を聞いた上で共同診療を行なうかどうかを決定する。
- 人工関節・股関節に関わる手術、膝靭帯再建や小児の骨折などで全身麻酔が必要なケースが多い。入院後、手術、手術後の翌日に共同診療を行い、その後も 2～3 日に 1 回は訪問。退院後は自院でリハビリを実施。患者の経済的状況を見て、共同診療料は必ずしも全回申請しない。手術料は折半する。
- 自身が継続して診療しているほうが効率的でよい医療を提供できると実感する。手術の状況も分かっているので、術後の対応がよくわかる。リハビリの計画がたてやすいことは大きなメリットである。
- 自院での診療があり物理的にも負担が大きいので、やる気のある診療所医師でないとできない。スタンダードな手術ができる、登録病院の OB であるなどが登録医として共同診療を行なえる要因になっている。
- 有床の開放病床は、無床の先生が手術室の活用することで大変よい。開放型病床の利用を進めるべき。勤務医が開業して手術を捨てるのはもったいない。患者を病院へ送っても短期で退院になる危惧があり、病院へは送りづらいケースもある。そのような患者を有床の開放型病床で受け入れるのがよい。

開放型病床に限界を感じている例

⑥地方郡部の地域医療支援病院（病床数 263 床 開放型病床数 5 床 広島県）

開始時期 1995 年～ 登録医 30 名 内科系 19 名、外科系 11 名

共同指導料 II 算定回数 54 回（2006）、33 回（2007）、48 回（2008）／2008 年の月平均 4 回

- 診療所医師に意欲がみられない。病院も働きかけをする余裕がない。
- 医師・患者関係が昔ほど濃密でなくなった。実際には、患者が共同診療を希望しているかどうか不明な点もある。
- 勤務医と開業医の関係も疎遠になりつつある。医師の世代交代で新感覚の病診連携が生まれるかもしれない。
- 医師や病院にやる気が起こるシステムでないと、地域連携や開放型病床は絵に描いた餅となってしまう。診療所の囲い込みや系列化にすぎない場合もでてくる。
- 地域で委員会を設けても形式的なものにとどまり兼ねない。
- 施設基準や診療報酬は決定的な因子ではないと思われるが、現場の具体を評価することは必要。
- 患者を共同で診療することに現場の医師たちが意義を感じ、かつ臨床意欲の達成感を少しでも覚えるかどうかということがポイント。そのことにより、患者自身やその家族に安堵感と満足感をあたえることができるかどうか重要。

⑦開放型病床の届出は行なっているけれども活用は行っていない病院

郊外部 民間病院

- 高い点数ではないので開業医が来院するインセンティブが低い
- 特定の曜日だけの来院では、十分な診療はできない。
- 患者の金銭的負担が大きすぎる。

都市部 国立病院

- 共同診療では登録医のスケジュールに合わせて病院勤務医が対応するため、負担が大きい。そもそも、勤務医が不足していて忙しいうえに、IT 化によって従来よ

りも事務作業に労力を費やしている。

- 着替えの部屋が不足しているなど物理的な制約もある。
- 地域連携強化のために、病院の医師やスタッフが地域の開業医を訪問して病院医師の紹介などを行なっている。

登録医の産科オープン

⑧都市部の産科病院（東京都）

登録医 1名 オープン分娩数 87件（2004年度）、123件（2005年度）、104件（2006年度）、125件（2007年度）、151件（2008年度）

- 産科オープンシステムを採用。妊婦健診は登録診療所を受診、分娩時は当院に入院し、登録診療所の医師が当院で分娩を扱う。人員、設備がそろった施設での分娩となるため母児の安全性が向上する。ただし、妊婦は病院に支払う分娩料とは別に登録医にも支払いを行なう。
- オープン病院の外来業務の軽減につながり、勤務医の過重労働を予防する。
- 確約書で診療方針、収入、医療事故等の発生の際の対応、などについて明記して合意を得る。登録医の登録期間は1年で1年おきに更新する。
- 登録医は自院での診療時間中であっても、入院中の妊婦の分娩に赴く必要がある。自院を空けることへの対応措置と患者の理解が必要。
- 若手医師、高齢医師の産科医療への参加促進となりうる。

登録医の病院外来診療

⑨都市部の大学病院での夜間外来（登録医が病院外来を担当する例）

- 開放型病床の予定はない。大病院であるためにセキュリティの面で懸念がある。
- 登録医 30 数名の小児科診療所医師が 19 時～23 時の 4 時間、病院の外来を担当する。ただし、連携のため、電子カルテ、処方箋の記入など、連携をスムーズにするために病院当直医と開業医は必ず顔を合わせる。
- 症例検討会でなく、運営委員会（3 医師会と）契約。1 年に 2 回。もう 1 回はコミュニケーションの会で年に 1 回。（顔合わせ）。小児科同士。結果として病院と診

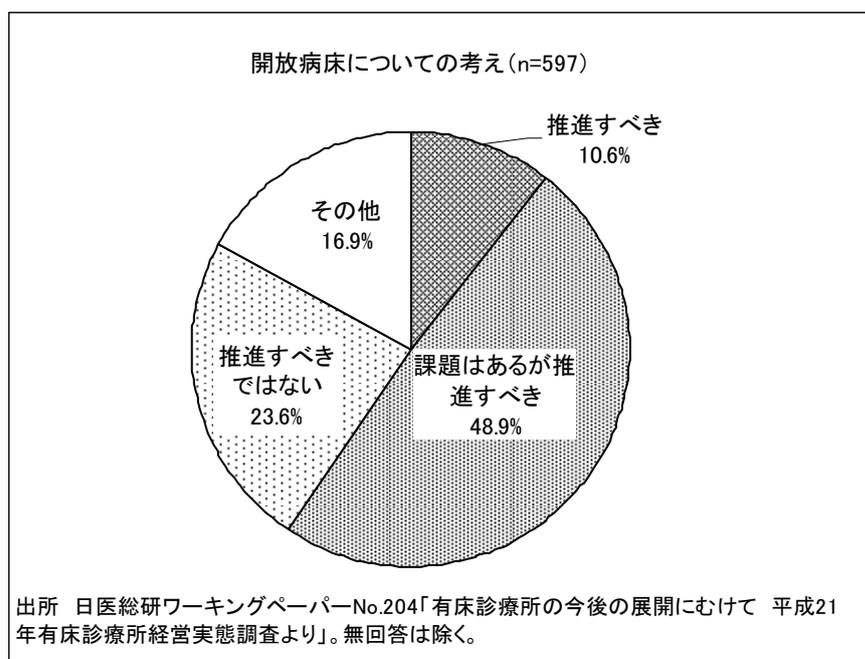
療所の連携関係が向上。

- 地域医師会や医師会員の温度差が大きい。地域を拡大していくには、そのあたりが今後の課題。高齢の小児科診療所医師も登録しており、地域の医療崩壊を危惧して参画している。
- 行政の補助金を受けているが、予算の継続が必要。研修医の教育の場ともなる。

4. 有床診療所における開放型病床

前述した開放型病床は診療報酬上、病院のみが対象であり、現在、有床診療所の共同診療料は設定されていない。病床を持つ有床診療所においても病院と同様な共同診療の場を提供すれば、地域医療の充実につながると思われる。既存調査では、有床診療所の経営者の10.6%は開放型病床を「推進すべき」、48.9%は「課題はあるが推進すべき」と回答している¹⁴。推進をあわせて59.5%で、「推進すべきではない」(23.6%)を大きく上回っている。

図 10 開放病床についての考え(n=597)



¹⁴ 江口成美 出口真弓「有床診療所の今後の展開にむけて—平成21年有床診療所経営実態調査より」日医総研ワーキングペーパーNo.204、2009

病院に比べると身近な存在である有床診療所は、登録医師にとって敷居が低く、無床診療所の医師が手術を実践し技術を継続できる、高度機器などの資源の活用ができる、などのメリットがある。実際、無床診療所の医師が有床診療所の手術室を利用して手術を実践している例も多くみられる。

ただし、有床診療所は病床規模が小さいため、自院からの患者が大半を占め、外部からの入院患者を受け入れる余裕がある施設は限られていることが課題のひとつであろう。実際、入院患者全体の 61.4%が自院の外来からの入院患者で占められており、無床診療所や他の有床診療所からの入院は 4.5%、病院からの入院が 19.3%である¹⁵。しかしながら、病床利用率は全体で 68.5%であり、稼動していない病床の有効活用になることが考えられる。

病院における開放型病床の課題は、有床診療所にも当てはまる部分が多く、さらに、地域の診療所同士での競合が共同診療の妨げとなることも想像できるが、共同診療の場を病院に限定せず対象を広げることで、地域連携を病診だけでなく診診に広げることができると思われる。

¹⁵ 江口成美 出口真弓「平成 20 年有床診療所の現状把握のための調査」日医総研ワーキングペーパー No.177、2008 1,168 施設の入院患者 13,377 名を対象。

5. 米国でのオープンベッドの現状 –ホスピタリストの増加

米国では開業医が病院に出向いて入院医療をおこなうオープンベッド（開放病床）のシステムが入院医療の中心であるが、近年、勤務医と開業医の役割分担を明確にするシステムが勢いを増しつつある。オープンベッドシステムでは、登録開業医が病院のスタッフや設備を利用し、自身の患者を入院させてその診療にあたる。ところが、開業医が病院での診療を行わない場合は、オープンベッドで保たれていた医療の継続性が損なわれることになり、懸念も示されている。日本の開放型病床の検討に役立つかもしれない。

米国では、90年代半ばより「ホスピタリスト」と呼ばれる病院勤務医が増加している。ホスピタリストとは、総合内科医の一部が病院勤務医となり自らをホスピタリストと名づけたことによるが¹⁶、ここ数年、急増し、現在3万人あまりにのぼっているといわれている。ホスピタリストが従来の内科登録医に代わって、入院医療を実践することになる。病院勤務医と開業医が機能分化している日本やカナダ、ヨーロッパ諸国では一般的な入院医療制度である。

米国のホスピタリストの増加、すなわちオープンベッドシステムの減少の背景には、ホスピタリストが診療した入院患者の入院期間が短く医療費が安くてすむという調査結果により、病院が推進していることがある。また、開業医も診療の負荷を減らすことができ、特に、若い世代の開業医は拘束時間の短縮を望む傾向が強いことも影響している。

日本やヨーロッパ諸国の制度に逆に近づきつつあるというわけであるが¹⁷、オープンベッドの減少によって医療の継続性が損なわれるのではないかという懸念も強く¹⁸、

¹⁶ Robert Wachter, Lee Goldman “The emerging role of “hospitalists” in the American health care system” *New England Journal of Medicine* 1996;335:514-7 この論文で初めてホスピタリストという名称が用いられた。

¹⁷ ただし、フランスでは開放型病床が多く利用されている。公的病院ではオープンベッドではないが、民間病院のほぼ全てがオープンベッドで登録医が登院して診療にあたっている。

¹⁸ Robert M. Wachter, “Hospitalists in the United States – Mission Accomplished or Work in Progress?”, *NEJM*, 350:19 1935-1936, 2004

継続性をどのように担保していくかが課題とされている。特に、入院の際の情報提供の問題と退院後の主治医が曖昧である点が指摘されている。また、ホスピタリスト制度のなかでは、プライマリケアの医師が一貫した医療提供をできないことに対する危惧があること、また、救急やオンコールすべてを引き受けるホスピタリストがいずれ燃え尽きてしまうのではないかという懸念もある。これらは、まさに日本の現状でもあるといえる。

なお、オープンベッドの特徴のひとつとして、開業医は **hospital privilege** と呼ばれる特権を得てから病院で診療を行なうことができる点がある。この特権を取得するには、経験や技術力などの要件を満たし、病院理事会で承認を受けることが必要である。2年間など有効期限を設け、更新する必要もある。病院と診療所医師の技術的信頼関係を保証する手続きとなっており、日本の登録医の今後のあり方を検討するにあたって参考になるかもしれない。当面、米国の入院医療は、従来型の入院システムと総合医のホスピタリストの両方の制度のもとで実践されることになり、注目に値する。

6. まとめ

既存調査や聞き取り調査を通じて以下のような点が現状として把握できた。

①開放型病床を利用している登録医の特徴

- 病院の OB・OG や病院医師と出身大学が同じなどの関係があるケースが多い
- 外科系の登録医は手術を行い術後に共同診療するケースが多い
- 内科系の登録医は療養が必要な患者へ平均 4、5 回共同診療するケースが多い
- 特定の曜日に登院することが多い

②開放型病床を稼働させている病院の特徴

- 病院長の理解がある
- 積極的な取り組みを行なっている地域にある病院のケースが多い
- 産科医など医師不足の地域の病院では開放病床の利用度が高い
- 勤務医が主治医になる場合と登録医が主治医となる場合の 2 通りがみられる
- 知名度の高い病院では開業医が登録医として来院するモチベーションが高い
- 医師会立の開放型病院においては固定資産税の減免措置がとられている

③共同診療を受けている患者の特徴

- 60 歳以上の高齢の患者が多くを占める
- 二人の医師からの診療を受けることで安心感を高める

開放型病床における課題をまとめると、時間的制約、経済的問題、診療上の問題、体制の課題、人間関係の変化である。

①時間的制約

- 病院の医師もスタッフも余裕がない
- 診療所医師は自院を空けることが困難。遠方であれば長時間不在となる

②経済的（金銭的）問題

- 患者負担が大きくなる
- 患者負担を考えて共同診療料を請求しない場合がある
- 手術を行なう場合は一般に病院の手術料が折半になり減額となる
- 診療所は在宅医療のほうが高い収入につながる（例：在宅患者訪問診療料 830 点）

③診療上の問題

- 手技が異なりやりづらい
- 登録医の選別が困難。技術水準が低い医師が登録医となると病院のリスクが増す
- 訴訟リスクなどに対する危惧がある
- 病院の IT に開業医は馴染みがない

④制度・体制上の問題

- 病院では登録医の登院に合わせてスタッフなど体制を確保する負担が大きい
- 届出の手続きがわずらわしい（地域医師会の協力や利用率の審査など）
- 共同診療の活動が無い登録医が多い
- 診療所の囲い込みになる恐れがある

⑤人間関係の変化

- 医師同士の関係が変化している
- 医師患者関係も変化しており、共同診療を望まない患者も多い

開放型病床共同診療を実践することのメリットは、診療の継続性、技量の向上、病院の経営戦略、医師確保策、不必要な医療サービスの削減、である（表 5）。

表 5 開放型病床共同診療のメリット

① <u>診療の継続性</u> （情報、患者管理、医師患者関係）を維持することによる医療の向上が図れる
② 開業医と勤務医の両者にとって <u>技量の幅を広げる機会</u> となる。診療所医師が技術を維持することができると同時に、勤務医にとっても患者の入院前後の医療を学ぶ機会となる
③ <u>病院の経営戦略</u> として、外来業務を軽減し、登録医の紹介による入院患者の増加につながる。〔当該患者の入院前の外来診療がなくなるとすれば病院外来が全国で年間約 35,700 件減少する〕
④ <u>医師確保策</u> として、不足地域での医師の活用につながる
⑤ <u>不必要な医療サービスの削減</u> が可能になる（入院前検査、在院日数短縮など） 〔仮に 1 件あたり在院日数が 1 日短縮するとすれば基本的な入院料だけで年間 4.6 億円の削減となる（1,300 点×35,748）〕

退院時共同指導料

一方、2006 年からは退院時共同指導料¹⁹が導入されており注目に値する。患者の退院時の申し送りを診療所からの看護職員、もしくは医師を含めて行なう場合に病院、診療所でそれぞれが算定できる仕組みである。病院での退院時共同指導料は 2006 年から増加傾向にあり、開放型病床などの施設基準にとらわれず、患者の納得があれば比較的容易に実践できる連携の形となっている。また、チーム医療という形で、終末期医療を在宅で迎える患者のために、主治医（診療所医師）や病院医師、その他の医療スタッフからなる多職種協同チームが診療に当たる試みも行なわれている²⁰。

¹⁹ 退院時共同指導料 1 は 1,000 点（在宅療養支援診療所）、600 点（在宅療養支援診療所以外）、退院時共同指導料 2 は 300 点（ただし退院後の在宅療養を担う医師との共同の場合は加算がついて 600 点）である（添付参照）。なお、連携に関しては、地域連携パスの実践で算定できる地域連携診療計画管理料（900 点）は 2008 年度 1,133 件、地域連携診療計画退院時指導料（600 点）は 817 件であった。

²⁰ 尾道市医師会では、「尾道市医師会方式」と呼ばれる連携システムを確立している。在宅医療の主治医、病院主治医、ケアマネージャー等の多職種が連携し、合同カンファレンスを実施するなどし、包括的かつ緊密に患者のケアを行う。

7. 考察

平成 22 年度の診療報酬改定作業では病院 vs 診療所、勤務医 vs 開業医という対立構造が示されたが、診療の場では勤務医、開業医という枠にとらわれず、患者のために一貫した診療を実践するのが本来の医療の姿である。ただ、実践にはさまざまな負担が伴い、業務の増大で医師には時間的な余裕やゆとりもなく、共同診療の場は限られているのが現状である。

今後の方向性として、第一に、医療の継続性や医師確保対策などのメリットを考えると、必要に応じて、限定的ではあれ、共同診療を今後も継続していくことが望ましい。積極的に実践している病院や登録医のケースにみられるように、患者、病院、開業医のニーズがマッチする場合については、今後も開放型病床の共同診療を実践すべきである。その際、医師の交通費など労務に対する最低限の評価は必要であるが、高すぎる対価は患者の負担をさらに増大させ、医師のモラルハザードにもつながり兼ねない。

第二に、地域医療連携の観点からは、開放型病床や共同診療という届出や枠にとられない形が、敷居を低くし、連携を進めやすくなるであろう。退院時共同指導のように、病院医師と開業医が必要に応じて容易に指導や診療ができる機会や制度を拡大していくことが重要と思われる。

第三に、すでに地域連携はさまざまな形で実践されている。地域連携パスへの取り組みは、国の後押しもあり各地で積極的に行なわれている。開放型病床による共同診療やより柔軟な形の共同診療をこれらの連携の形のなかにも組み込んで、地域の開業医と勤務医のつながりを強化することが重要である。

第四に、当面、開放型病床を実践するにあたっての課題は、開放型病床登録手続きの簡素化、登録医の更新制、症例検討会などの支援、手術料に対する経済的支援、有床診療所での開放型病床、が考えられる。また、地域医師会と病院・医療連携室と関係強化、リスクに対する契約の徹底、登録医が登院できる時間帯の拡大、が考えられ

る。

最後に、開放型病床推進の有無に関わらず、地域の医療を充実させるには、地域の病院医師と診療所医師が互いに顔の見える存在となることが重要である。地域の医師会、病院、勤務医、開業医の協力が極めて重要であることは言うまでもなく、垣根を越えた今後の活動が期待される。

添付資料

①開放型病院共同指導料と退院時共同指導料について

平成 22 年厚生労働省告示第 69 号、保医発第 0305 第 1 号通知、同 0305 第 3 号通知より
(平成 22 年度厚生労働省診療報酬改定説明会 (平成 22 年 3 月 5 日開催) 資料等)

B002 開放型病院共同指導料 (I)

350 点

- (1) 開放型病院共同指導料 (I) は、開放型病院に自己の診察した患者を入院させた保険医が、開放型病院に赴き、開放型病院の保険医と共同で診療、指導等を行った場合に 1 人の患者に 1 日につき 1 回算定できるものであり、その算定は当該患者を入院させた保険医が属する保険医療機関において行う。
- (2) 開放型病院共同指導料 (I) を算定した場合は、区分番号 A000 初診料、区分番号 A001 再診料、区分番号 A002 外来診療料、区分番号 C000 往診料及び区分番号 C001 在宅患者訪問診療料等は算定できない。
- (3) 診療所による紹介に基づき開放型病院に入院している患者に対して、当該診療所の保険医が開放型病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、B009 診療情報提供料 (I) が既に算定されている場合であっても、開放型病院共同指導料 (I) を算定できる。
- (4) 開放型病院共同指導料 (I) を算定する場合、当該患者を入院させた保険医の診療録には、開放型病院において患者の指導等を行った事実を記載し、開放型病院の診療録には当該患者を入院させた保険医の指導等が行われた旨を記載する。

B003 開放型病院共同指導料 (II)

220 点

注 診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者 1 人 1 日につき 1 回算定する。

開放型病院共同指導料 (I) の施設基準

- (1) 病院であること。
- (2) 当該病院が当該地域のすべての医師又は歯科医師の利用のために解放されていること。
- (3) (2) の目的のための専用の病床が適切に備えられていること。

開放型病院共同指導料に関する施設基準

- (1) 当該病院の施設・設備の開放について、開放利用に関わる地域の医師会等との合意（契約等）があり、かつ、病院の運営規定等にこれが明示されていること。
- (2) 次のア又はイのいずれかに該当していること。
 - ア 当該 2 次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない（雇用関係にない）20 以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録しているか、又は当該地域の医師若しくは歯科医師の 5 割以上が登録していること。
 - イ 当該 2 次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない（雇用関係のない）10 以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録している、又は当該地域の当該診療科の医師若しくは歯科医師の 5 割以上が登録している。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること（なお、医師が 24 時間、365 日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない）。
- (3) 開放病床は概ね 5 床以上あること。
- (4) 次の項目に関する届出前 30 日間の実績を有すること。
 - ア 実績期間中に当該病院の開設者と直接関係のない複数の診療所の医師又は歯科医師が、開放病床を利用した実績がある。
 - イ これらの医師又は歯科医師が当該病院の医師と共同指導を行った実績がある。
 - ウ 次の計算式により計算した実績期間中の開放病床の利用率が 2 割以上である。ただし、地域医療支援病院においてはこの限りではない。

開放病床利用率

$$= \frac{\text{30 日間の開放型病院に入院した患者の診療を担当している診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数}}{\text{開放病床} \times \text{30 日間}}$$
- (5) 地域医療支援病院にあつては、上記 (2) から (5) までを満たしているものとして取り扱う。

B004 退院時共同指導料 1

- 1 在宅療養支援診療所（地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう（以下この表において同じ））の場合
- 2 1 以外の場合

1,000 点**600 点****B005 退院時共同指導料 2****300 点****→退院時共同指導料 1、退院時共同指導料 2**

- (1) 退院時共同指導料 1 又は退院時共同指導料 2 は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師若しくは准看護師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については 2 回）に限り、それぞれの保険医療機関において算定する。ただし、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うものであること。
- (2) 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。
- (3) 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。
- (4) 退院時共同指導料 1 の「1」は、在宅療養支援診療所の医師が当該患者に対して、その退院後に往診及び訪問看護により 24 時間対応できる体制等を確保し、在宅療養支援診療所において、24 時間連絡を受ける医師又は看護職員の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供した場合に限り算定できる。

- (5) 当該患者が入院している保険医療機関（以下この区分において入院保険医療機関という）と当該患者を紹介した保険医療機関（以下この区分において紹介元保険医療機関という）とが特別の関係にある場合は、退院時共同指導料は算定できない。
- (6) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保健医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。
- (7) 退院時共同指導料 2 の「注 2」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医と地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して行った場合に算定する。
- (8) 退院時共同指導料 2 の「注 3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医が、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師、保険医である歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは介護支援専門員のいずれかのうち 3 者以上と共同して指導を行った場合に算定する。
- (9) 退院時共同指導料 2 の「注 3」に規定する指導と同一日に行う「注 2」に規定する指導に係る費用及び介護連携指導料は、「注 3」に規定する加算に含まれ、別に算定できない。

退院時共同指導料 1

注 1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。

- ① 区分番号 A000 に掲げる初診料、区分番号 A001 に掲げる再診料、区分番号 A002 に掲げる外来診療料、区分番号 B002 に掲げる開放型病院共同指導料（I）、区分番号 C000 に掲げる往診料又は区分番号 C001 に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。

退院時共同指導料 2

注 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。

- 2 注 1 の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に 300 点を加算する。ただし、注 3 の加算を算定する場合は、算定できない。
- 3 注 1 の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に

2,000点を加算する。

- 4 区分番号 B003 に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）は別に算定できない。

※特掲診療料の施設基準等

別表第3の1の2 退院時共同指導料1及び2を2回算定できる疾病等の患者、重傷者加算の状態等にある患者並びに退院時共同指導料の注のただし書きに規定する疾病等の患者

- 1 末期の悪性腫瘍の患者（在宅末期医療総合診療料を算定している患者を除く）
- 2 (1) であって、ロ又はハの状態である患者
 - (1) 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
 - (2) ドレインチューブ又は留置カテーテルを使用している状態にある患者
 - (3) 人工肛門又は人口膀胱を設置している状態にある患者
- 3 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

②開放型病院共同診療料の推移

改定年・月	事項	施設基準	点数	
1978・2	診療報酬改定により、「開放型病院協同指導料」新設。 ⇒開放型病院に自己の診察した患者を入院させた保険医(以下、主治医)が開放型病院に赴き、その患者に対し、医療や指導等を行った場合に、1人の患者1日につき1回算定できる。	①地方公共団体または一定の地域内の医師または歯科医師を会員として民法第34条の規定により設立された法人によって設置された保険医療機関たる病院であること ②病院が当該病院の開設者と雇用関係にない医師または歯科医師の利用のために開放され、かつ、これらの医師又は歯科医師により主として利用されるものであること ③病院は、当該地方公共団体の区域または当該法人が組織されている区域の医師または歯科医師の全てによって利用されることとされているものであること ④過去1年間に、開放型病院としての利用実績(利用した主治医数や主治医の平均来院回数、主治医の紹介により入院した患者数や病床利用率)があること	100	
1981・6	・「開放型病院協同指導料」を「開放型病院協同指導料(Ⅰ)」と改称し、点数を引き上げ。 ・「開放型病院協同指導料(Ⅱ)」を新設。 ⇒診療に基づき紹介された患者が、厚生大臣によって開放型病院として認められた保険医療機関に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医と協同して療養上必要な指導を行った場合、患者1人1日につき1回100点を算定できる。	同上	(Ⅰ)	(Ⅱ)
			200	100
1985・3	・「開放型病院協同指導料(Ⅰ)」の点数を240点に、「開放型病院協同指導料(Ⅱ)」の点数を150点に引き上げ。	同上	240	150
1986・4	・開放型病院の対象に公的病院等を追加。	①原則として、国、地方公共団体、公的機関(医療法第31条に規定する公的医療機関の開設者を定める告示に規定しているもの)または一定の地域内の医師または歯科医師を会員として民法第34条の規定により設立された法人によって設置された保険医療機関たる病院であること ②病院が当該病院の開設者と雇用関係にない医師または歯科医師の利用のために開放され、かつ、これらの医師又は歯科医師により実際に利用されるものであること ③病院は、①に掲げる病院の存する地域の医師または歯科医師の全てによって利用されることとされているものであること ④過去6ヶ月間に、開放型病院としての利用実績(利用した主治医数や主治医の平均来院回数、主治医の紹介により入院した患者数や病床利用率)があること	250	150
1988・4	・「開放型病院協同指導料(Ⅰ)」の点数を260点に、「開放型病院協同指導料Ⅱ」の点数を160点に引き上げ。	同上	260	160
1990・4	(Ⅰ)、(Ⅱ)とも、入院の日から「1月以内」「1月超」を区切りに通減制を導入。	同上	280(～1月以内)	180(～1月以内)
			260(1月超)	160(1月超)
1992・4	(Ⅰ)の点数を「～1月以内」「1月超」とも引き上げ。	同上	300(～1月以内)	180(～1月以内)
			280(1月超)	160(1月超)

改定年・月	事項	施設基準	点数	
1994・4	<p>・逡減制廃止。</p> <p>・(Ⅰ)、(Ⅱ)とも、「協同指導料」を「共同指導料」に名称変更。</p> <p>・「退院時共同指導加算」を(Ⅰ)、(Ⅱ)に新設。 ⇒退院に際し、当該患者またはその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合、(Ⅰ)は所定点数に300点、(Ⅱ)は390点を加算する。</p>	<p>①当該病院の施設・設備の開放について、開放利用関わる地域の医師会等との合意(契約等)があり、かつ病院の運営規定等にこれが明示されていること</p> <p>②当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない(雇用関係にない)20以上の診療所の医師もしくは歯科医師が登録しているか、当該地域の医師もしくは歯科医師の5割以上が登録していること</p> <p>③開放病床は5床以上あること</p> <p>④届出前30日間に(1)当該病院の開設者と直接関係のない複数の診療所の医師または歯科医師が、開放病床を利用した(2)これらの医師または歯科医師が当該病院の医師と共同指導を行った(3)開放病床利用率が2割以上である、等の実績があること</p>	320	200
1996・4	<p>・(Ⅰ)の点数を350点、退院時共同指導加算を330点に引き上げ。</p> <p>・(Ⅱ)の点数を220点、退院時共同指導加算を430点に引き上げ。</p>	同上	350	220
1998・4	(Ⅰ)、(Ⅱ)、「退院時共同指導加算」とも据え置き。	同上。地域医療支援病院は上記①～④までをみなしているものとして取り扱い、開放病床利用率についての実績は問わない。	350	220
2000・4	同上	同上	350	220
2002・4	同上	同上	350	220
2004・4	同上	<p>①当該病院の施設・設備の開放について、開放利用関わる地域の医師会等との合意(契約等)があり、かつ病院の運営規定等にこれが明示されていること</p> <p>②以下の(ア)または(イ)に該当すること</p> <p>(ア)当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない(雇用関係にない)20以上の診療所の医師もしくは歯科医師が登録しているか、当該地域の医師もしくは歯科医師の5割以上が登録していること</p> <p>(イ)当該2次医療圏の1つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない(直接雇用関係のない)10以上の診療所の医師もしくは歯科医師が登録していること、または当該地域の当該診療科の医師もしくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること(医師が24時間365日勤務することが必要。医師の宅直は不可)</p> <p>③開放病床が概ね5床以上あること</p> <p>④届出前30日間に(1)当該病院の開設者と直接関係のない複数の診療所の医師または歯科医師が、開放病床を利用した(2)これらの医師または歯科医師が当該病院の医師と共同指導を行った(3)開放病床利用率が2割以上である、等の実績があること</p> <p>⑤地域医療支援病院は、上記①～④まで満たしているとみなす</p>	350	220
2006・4	(Ⅰ)、(Ⅱ)とも据え置き。 「退院時共同指導加算」廃止→「地域連携退院時共同指導加算」に組み入れ。	同上	350	220
2010・4	(Ⅰ)、(Ⅱ)とも据え置き。	同上	350	220
2008・4	(Ⅰ)、(Ⅱ)とも据え置き。	同上	350	220

謝辞

聞き取り調査にご協力いただいた以下の病院・診療所の院長先生、もしくは勤務医、地域連携スタッフの皆様に感謝申し上げます。奈井江町立国民健康保険病院、埼玉医科大学病院、板橋区医師会病院、愛育病院、富山市立富山市民病院、寺岡記念病院、佐田病院、鹿子生整形外科医院、また、上記以外にも多くの病院から開放型病床に関する現状の情報をいただきました。御礼申し上げます。