日医総研ワーキングペーパー

有床診療所

-ケーススタディからみる今後の課題-

No. 230

2011 年 2 月 22 日

日本医師会総合政策研究機構
江口成美　出口真弓

有床診療所　－ケーススタディからみる今後の課題－

日本医師会総合政策研究機構　江口成美　出口真弓

キーワード

◆ 有床診療所　◆ケーススタディ　◆ 在宅医療

◆ 緩和ケア　◆地域連携　◆ 平成 22 年度診療報酬改定

ポイント

◆ わが国では国民のニーズに基づく、社会環境に適した医療施設体系の整備が求められている。有床診療所は病院でも無床診療所でもないわが国特有の医療施設形態のひとつとして、地域の病床の後方支援や専門医療の提供など幅広い機能を果たしている。

◆ 今後の地域医療の充実のために、有床診療所を医療施設体系の中できっちりと位置づけ、新たに医師が参入する、新たな制度や体制の検討を行なうべきである。平成 22 年度診療報酬改定後も施設数は減少しており、本調査では、具体的な事例調査を行い、将来を見据えた課題整理を行なった。

◆ ケアミックス、連携強化、専門医療、在宅介護の形態別にみると、ケアミックスの小規模有床診では、24 時間 1 人の医師が在宅医療も含めた医療の対応を行なうことは困難で、複数医師やチームで実践するための体制整備が必要とされていた。専門医療の中では特に、緩和ケアや小児科における病床維持が課題となっていた。

◆ 介護度の高い患者、緩和ケアの患者、認知症の患者など、医療やケア必要度の高い患者を受け入れられる体制の確保が必要とされていた。

◆ 医療・介護サービスを多機能的に実践している有床診療所は地域の中核施設となっていた。今後、有床診療所が地域の医療介護施設と連携して拠点診療所となり、地域ぐるみの取り組みを地域の医師会や医療機関、行政で協力して行なうことが将来方向のひとつである。

◆ 外来患者調査からは有床診療所に病床があることへの安心感が大きいことが示された。運営や経営上の課題解決が行なわれ、有床診療所の病床を活用して地域医療の充実を図るべきである。

目　次

１．はじめに 3
２．有床診療所の今までの経緯と現況 4
３．調査結果と課題 9
　１．ケアミックス型 9
　２．連携強化型 10
　３．専門特化型 11
　４．在宅・介護型 13
　５．まとめ図 14
４．考察 15
　１．転換、緩和ケア、在宅医療 15
　２．まとめ 18
５．調査結果－外来患者調査（8 施設。n=248） 22
６．調査結果（詳細）　－形態別事例 24
　１．ケアミックス型 24
　２．連携強化型 32
　３．専門特化型－産科・小児科・緩和ケア・脳神経外科 37
　４．在宅・介護型 58
添付　調査票 64

１．はじめに

わが国では国民のニーズに基づく、社会環境に適した医療施設体系の整備が求められている。その中で有床診療所は、病院でも無床診療所でもない、日本に特有の医療施設体系の中のひとつとして、地域の病床の後方支援や専門医療の提供など幅広い機能を果たしている。今後の地域医療の充実に向けて、まずは有床診療所を医療施設体系の中できっちりと位置づけ、病床の必要がある地域での活用が望まれる。しかしながら、平成 22 年度診療報酬改定後も施設数は減少し続けている。地域で特徴的な医療提供を行なっている施設を具体例として示し、今後の活用にむけて解決していくべき課題を把握することが必要である。

調査の目的

有床診療所が地域で医療介護に携わっている具体的状況を把握する。そのうえで全国の有床診療所の病床を活性化するための課題や問題点を整理する。

ケーススタディの対象

平成 20 年ならびに 21 年の既存調査とヒアリングから有床診療所の典型的な機能を果たしているとみなした施設を選択しそれらのなかから 9 施設を選び、医療内容、患者の状況、経営状況、課題を把握した。

調査時期

平成 22 年 11 月～平成 23 年 1 月

謝辞

掲載させていただいた施設ならびに本調査に協力いただいた多数の施設の先生方に深く感謝申し上げます。

２．有床診療所の今までの経緯と現況

全国の有床診療所の今までの経緯と現況を以下にまとめる。

有床診療所の病床は 2007 年の第五次医療法改正で診療所の「療養病床」以外の病床を「一般病床」に含むこととなり、医療法 13 条の 48 時間入院規制が撤廃された。そのうえで、病床が医療計画の基準病床の対象となっている。また、最近では、2009 年に療養病床だけでなく一般病床もショートステイ（短期入所療養介護）として利用することが可能となった。直近の平成 22 年度診療報酬改定では、病床の後方支援機能が評価されている。同改定で収入が増加した施設が多いことが予想されるが、施設数の減少はとどまらず、従来とほぼ同様のペースで減少している。

施設数は 1985 年の 26,162 施設から現在（2010 年 11 月）の 10,560 施設に、病床数は 28.3 万床から 13.6 万床に減少、改定後の 2010 年 4 月から同年 11 月の間にも 237 施設、2,818 病床減少している。既存調査では、減少の主な原因は看護職員の雇用問題、人件費問題である[1]。また、開設者の高齢化が進んでいるが[2]、病床を継承する医師や新規開業する医師が少ない現状がある。2010 年 4 月～2011 年 2 月の間の新設は、東京では 13 施設であったが[3]、北海道で 0 施設、東北地方で 2 施設、九州地方で 3 施設、東海北陸で 7 施設となっている[4]。近年は内科、外科、産婦人科の有床診療所の施設数が大きく減少している。

---

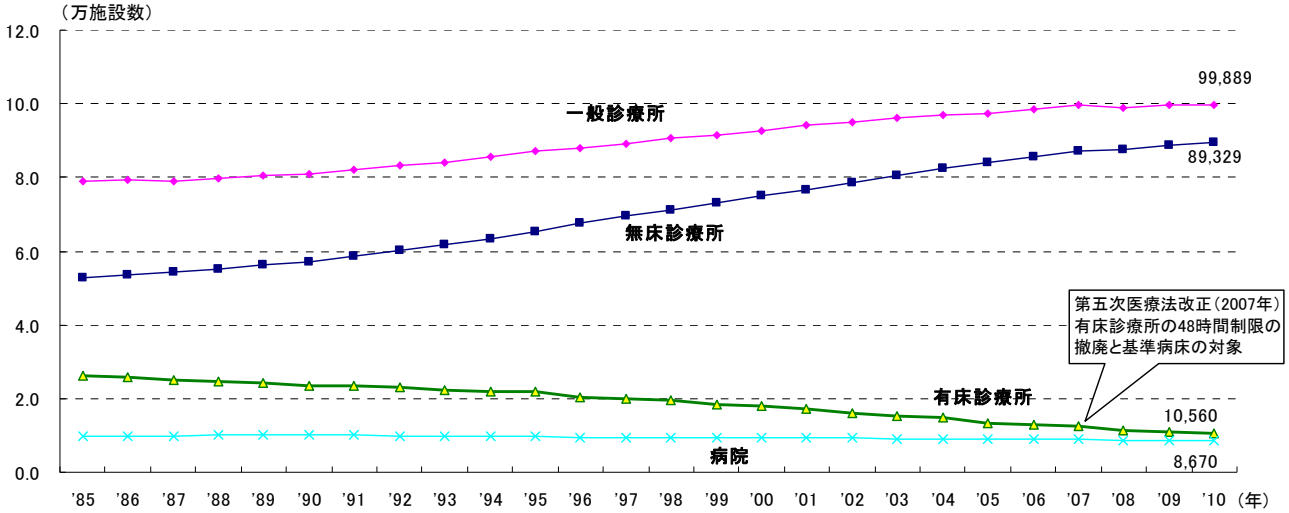
[1] 日医総研ワーキングペーパーNo.204「有床診療所の今後の展開に向けてー平成 21 年有床診療所経営実態調査より」江口成美・出口真弓（2009）

[2] 回答施設の開設者平均年齢は 62.8 歳　（同上）

[3] 東京都医師会調査

[4] 有床診療所の新設の数は公表されていないため、地方厚生局で有床診療所の新規指定をＨＰ上に公表している場合のみ把握した（東海北陸は 2010 年 8 月以降の数字）。

図 1　施設数の推移



「医療施設調査（厚生労働省）」各年次結果。10年は月次報告分。

表 1　有床診療所施設数、病床数、職員数等

総施設数1 (H22.11)	10,560施設
総病床数1 (H22.11)	136,237床
病床規模2 (H21.10) 1～9床	34.6%
10～19床	65.4%
在宅療養支援診療所3 (H20.10)	2,004施設 （有床診全体の17.4%）
診療所における年間死亡数4 (H21)	27,802人
有床診療所の医師数5 （常勤）	15,050人
（非常勤）	3,386.6人
看護職員（総数）6	63,181.6人
総従業員数（総数）7	160,076.1人

出所：1. 厚生労働省「医療施設動態調査（平成22年11月末概数）」 2. 厚生労働省「平成21年医療施設（動態）調査」。平成21年10月1日現在値　3. 厚生労働省「平成20年医療施設（静態・動態）調査」。平成20年10月1日現在値　4. 厚生労働省「平成21年人口動態統計（死亡）」。調査期間は平成21年1月1日～ 平成21年12月31日　5.「平成20年医療施設（静態・動態）調査」（平成20年10月1日現在値）6. 厚生労働省「平成20年度衛生行政報告例」。看護師および准看護師の常勤換算数を合計 7. 厚生労働省「平成20年医療施設（静態・動態）調査」平成20年10月1日現在値

図 2　有床診療所施設数とその割合 - 診療科別

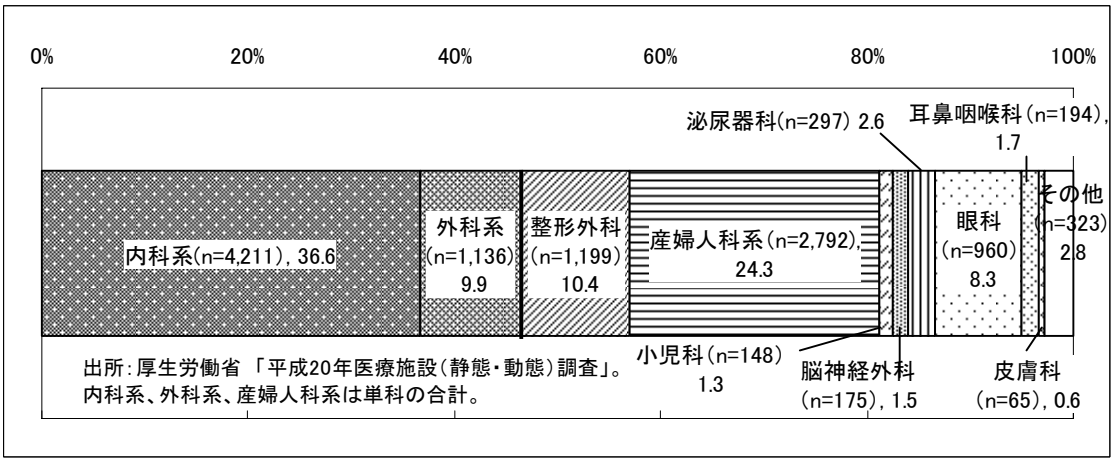
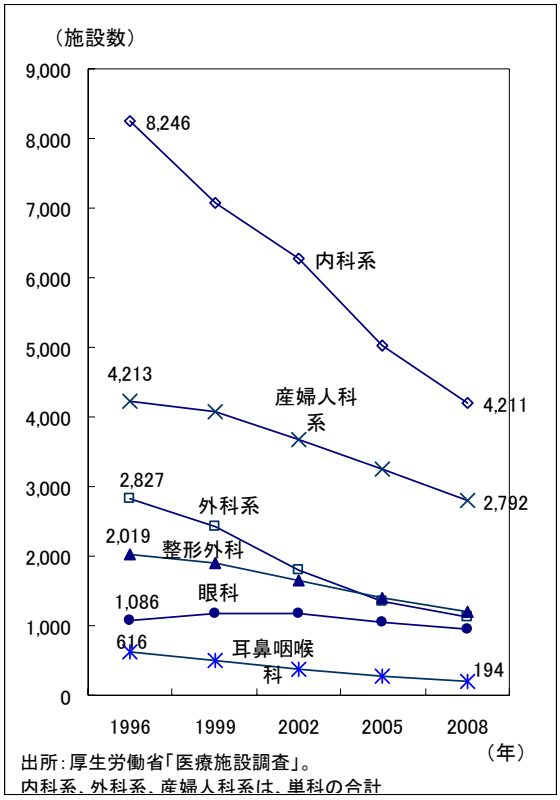
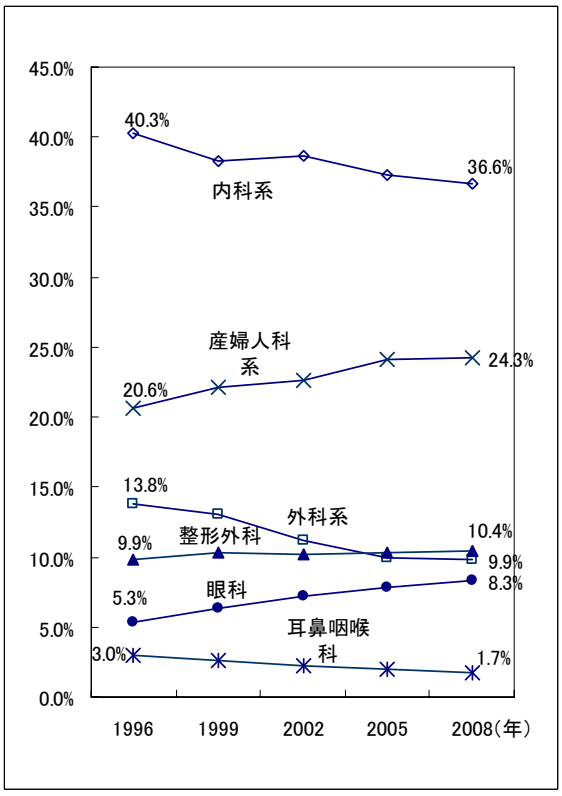


図 3　診療科別有床診療所施設数とその割合の推移





医療の実態

有床診療所に入院する理由を入院患者に尋ねると、かかりつけ医がいること、近隣であることが有床診療所へ入院した大きな理由となっている[5]。高齢者やその家族にとって重要な要因であり、今後の高齢社会で、有床診療所の一層の病床活用が望まれる。しかしながら、有床診療所は地域や診療科によって機能や運営が多様であるため、ひと括りで議論することが困難である。そこで、平成 20 年より表 2 のように機能を 5 つに大別して広く理解の向上を図ってきた[6]。

特に、有床診療所の受け皿や後方支援機能によって、病院からの早期退院患者などへの回復期治療が行なわれ、退院後には在宅医療を行なうことで一貫した医療提供につながっている。急性期病院の平均在院日数の短縮化に対する国民の不安[7]に対応することができる。また、専門性の高い医療では、例えば、産科では全国の分娩の 47.2%（505,534 件）[8]を有床診療所が行っている。かかりつけ医の産婦人科医が妊婦健診から分娩、産後の管理まで、リスクの低い分娩を地域で請け負っている。有床診療所がこれらの機能を果たすことで地域の病院勤務医の負荷軽減にもつながっている。

---

[5] 日医総研ワーキングペーパー No.125「有床診療所の現状と課題 平成 18 年改正と平成 17 年実態調査報告」補足調査　入院患者 n=118

[6] 日医総研ワーキングペーパーNo.177「平成 20 年有床診療所の現状把握のための調査」

[7] 急性期の平均在院日数は 17.9 日、DPC 病院では 14.5 日（厚生労働省　病院報告(平成 22 年)、DPC 導入の影響評価に関する調査結果及び評価（平成 21 年）

[8] 厚生労働省　平成 21 年人口動態統計

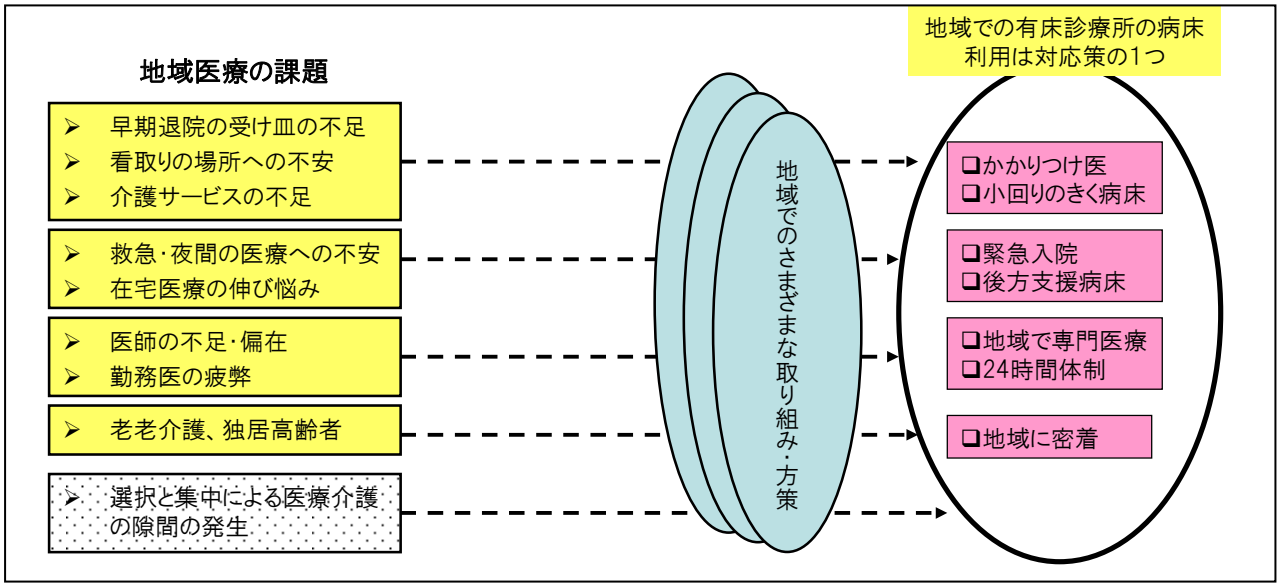
表 2　有床診療所の病床が果たしている 5 つの機能

1. 専門性の高い医療と緊急時の医療（専門手術や診断治療、24 時間体制で夜間も緊急入院可能）
2. 病院と在宅、病院と介護施設のつなぎを行なう受け皿（病院からの早期退院も含む後方支援病床）
3. 在宅医療の後方支援となる病床（在宅療養支援診療所となり、地域の在宅医療の拠点となる）
4. 終末期医療や介護を含むニーズの高まる分野での対応（患者の身近での終末期医療と介護支援）
5. へき地・離島における唯一の入院施設

※ただし、ひとつの施設が複数の機能を有することが多い。

地域医療では、早期退院の受け皿の不足、看取りの場所への不安、救急・夜間の医療への不安、在宅医療の伸び悩み、医師の不足・偏在、勤務医の疲弊、老老介護や独居高齢者の増加など、さまざまな課題を抱えるが、それらの解決策のひとつとして有床診療所が対応できるはずである。診療報酬改定後も依然として病床が減少している状況を考えると、全国の中の具体的な事例（ケース）を示し、将来像を見据えた今後の課題を整理する必要がある。

図 4　医療の課題と有床診療所

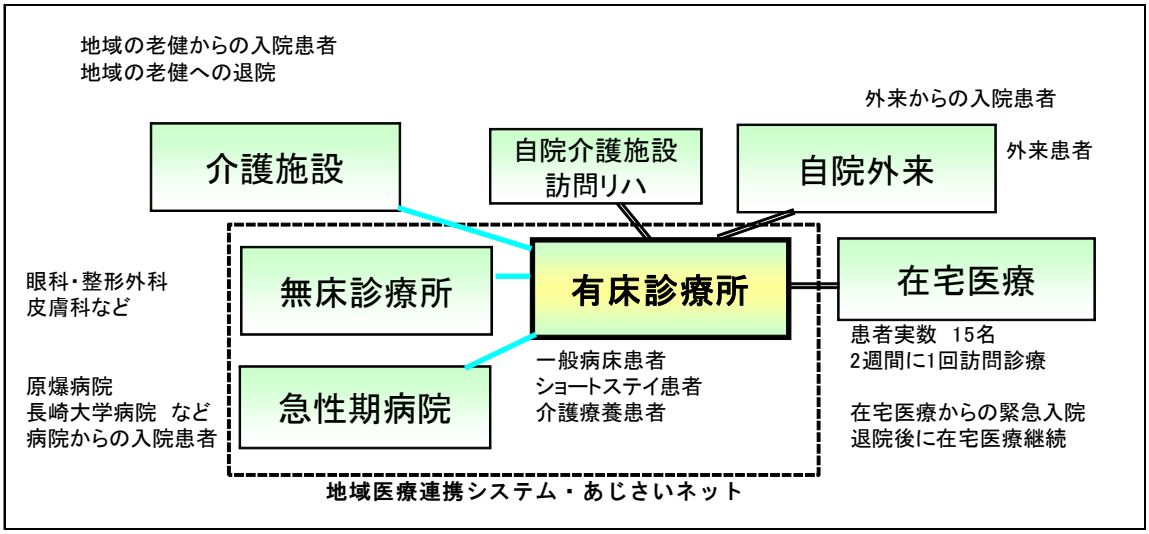


３．調査結果と課題

本稿では全国の有床診療所の形態を 4 つの形態に分けて検討した。それらは、1．ケアミックス型、2．連携強化型、3．専門特化型、4．在宅・介護型である。それぞれについて事例を示し、現状と今後の課題を整理した（詳細は 5 章以降に掲載）。

１．ケアミックス型

図 5　ケアミックス型の例（長崎市の内科有床診療所）



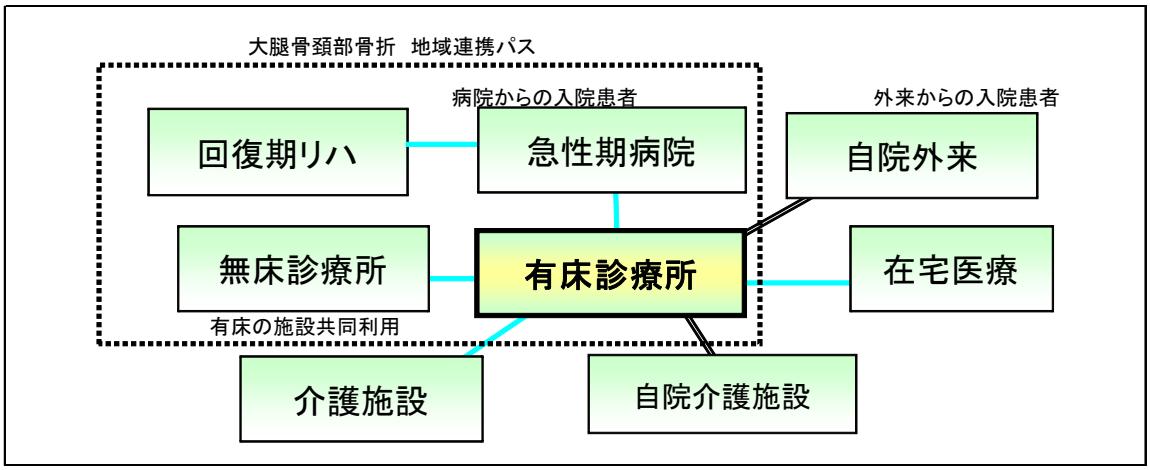
※あじさいネットワークについては、29 ページ参照。

従来からの有床診療所の形態で、1 名の常勤医師が急性期、亜急性期、慢性期、終末期の患者へ在宅医療も含めて医療提供している。地域の患者の生活状況を把握し、急性期病院で対応できない患者さんの後方支援として極めて大きな役割を果している。介護に関してはショートステイを利用して介護サービスを行なう。地域連携のために、医師同士の交流を通したネットワーク（月 1 回の勤務医と開業医の会合）を築き、ケアマネジャーを含む多職種の連携を重視している。

【課題】ケアミックス型では職員数は 10 名前後が多く、看護職員や補助職員の確保の問題が大きい。特に、夜間看護職員が 1 名では仕事の負担が大きく、複数の看護職員の雇用が問題となっている。介護度の高い患者には夜間介護士の配置が必要となる。ショートステイのために空床を確保することも課題となっている。

２．連携強化型

図 6　連携強化型の例　（太宰府市の整形外科有床診療所）

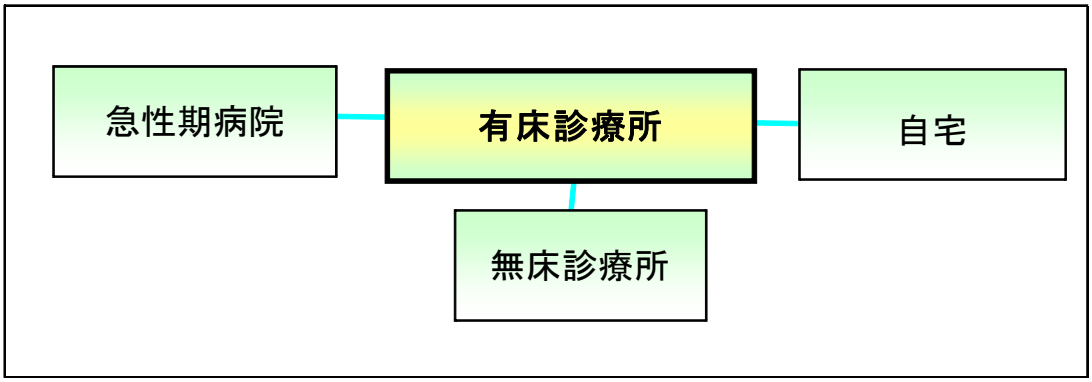


専門性の高い治療を実践しつつ地域連携パスに参画している。地域の患者との信頼関係が強く、顔の見える医療を実践する。連携パス合同検討会などを通じて地域の急性期病院との連携に努めている。この形態は大腿骨頚部骨折連携パスに参画する整形外科分野が多い。

【課題】急性期病院が回復期病棟を持つ場合など、有床診療所が回復期のための施設として選ばれる割合が低い。計画管理病院の担当医の立場からすると、合併症を持つ患者の場合には単科でスタッフ数の少ない有床診療所に送ることができないことが多いとされる。有床診療所のリハビリ機能の強化と OT/PT の雇用が大きな課題である。また、設備投資が行なわれてこなかった有床診療所では病院との格差が大きいことも問題となっている。

３．専門特化型

図 7　専門特化型の例　（青森市　産婦人科、松山市　小児科、岡山市　脳神経外科）



小規模専門特化

産婦人科：2 名の産婦人科医師の有床診療所で地元の患者からの信頼が高い。リスクの高い分娩は高次機能病院に送り、地域の病院と診療所で役割分担が明確にできており、患者の安心感につながっている。

小児科：1 名の小児科医が肺炎などの小児を一時的に入院させて入院医療を提供している。小児科の有床診療所は全国的に少数であるが、小児科の病床は小児を持つ地域の住民にとって貴重な社会資源となっている。

【課題】小児科の場合は、特に入院患者数の季節変動が大きく人件費負担が大きいという課題を抱える。

超専門

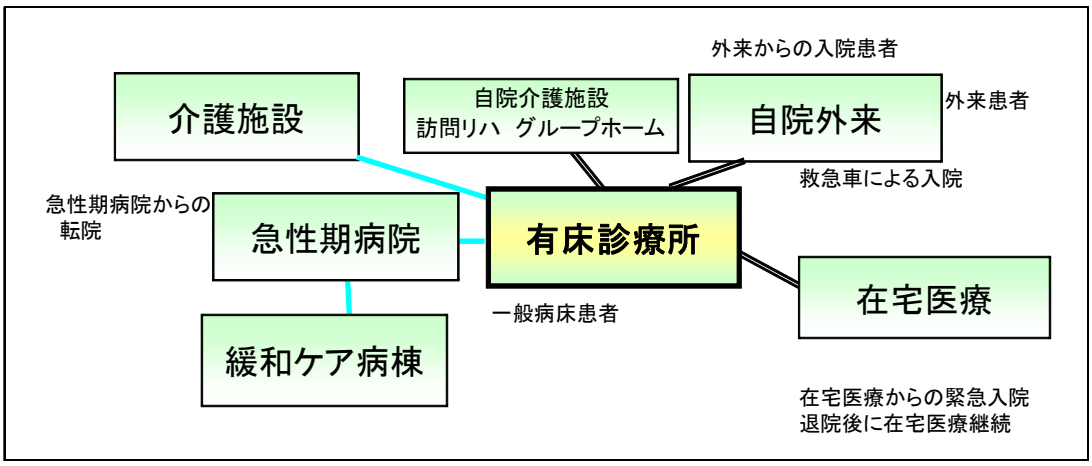
脳神経外科：高度な専門性を持ち、4 名の医師で病院同様の医療を実践する。救急車による患者搬送が全体の 5 分の 1 を占めるなど、地域の急性期医療の一環を担っている。

【課題】全国的には施設数は多くない。病床過剰地域では病院への転換が困難であり、病院同様の医療にもかかわらず入院料が抑えられているという経営上の問題を抱える。

専門特化型には上記以外に、一般病院と同様に複数の診療科を持ち、診療科別に医師を雇用している複合型の形態もある。この形態では 19 床の病床を複数の診療科で共有している。

緩和ケア

図 8　緩和ケアの例　（神戸市　内科有床診療所）

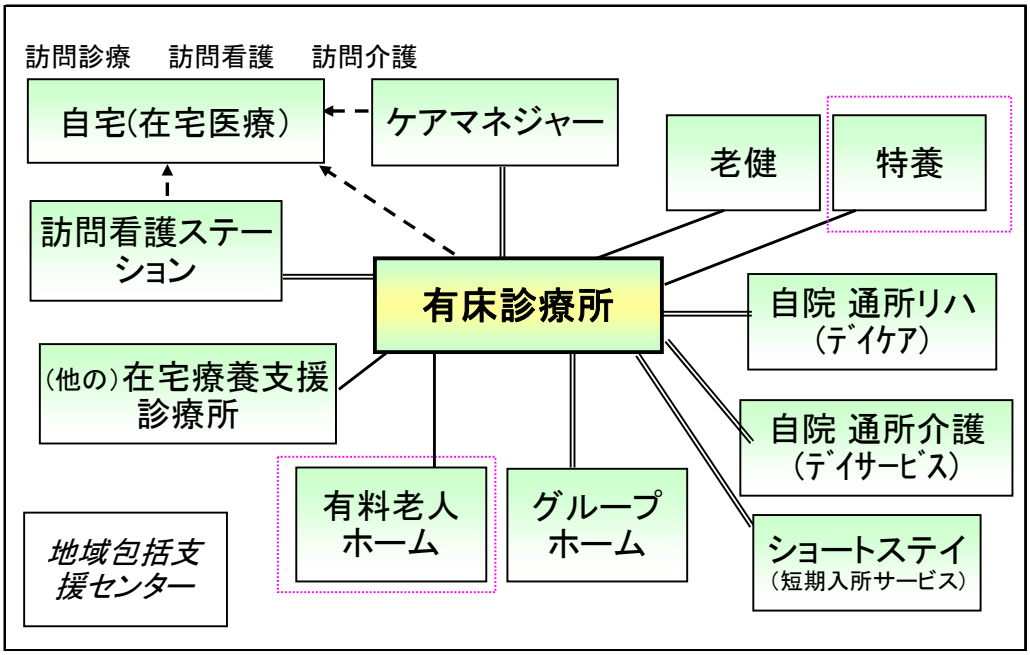


地域で緩和ケアの知名度が高く、急性期病院からの転院患者が全体の 6 割を占める。在宅医療も実践する。グループホームを併設し、認知症の患者への対応ができ、医療と介護を連動させたケアの提供が可能となっている。緩和ケア（疼痛コントロール、症状コントロール）を在宅医療のみで実践できるケースもあるが、患者や家族の要望で入院したり、いざというときのための入院医療を提供することは患者や家族の大きな安心感につながっている。医師の負担が大きいため、訪問看護ステーションの活用が重要である。

【課題】入院医療が全体の中で占める割合が高く、入院料の低さが経営の厳しさにつながっている。当院では後継者がいないことが最も大きな課題となっている。医療必要度の高い緩和ケアを行なう場合は、緩和ケア病棟や病院との点数差が大きく、有床診療所における緩和ケアの普及を妨げる要因のひとつになっていると推測される。緩和ケアを実践する有床診療所は、全国的にも数が限られており、ニーズはあるが施設数の増加の傾向はみられない。

４．在宅・介護型

図 9　在宅・介護型の例　（松戸市の内科・整形有床診療所）



地域に密着して医師 12 名（常勤・非常勤の合計）で 24 時間在宅医療を実践し、後方病床として有床の病床を利用している。在宅看取りも行ない、高齢化の進んだ地域でのニーズに的確に対応している。在宅医療の延べ数は月間 800 件を超える。訪問診療の患者が一時的に入院し、退院後に訪問診療を継続する症例も多くみられる。また介護施設を併設し、主治医が変わることなく退院後の介護サービスやリハビリをスムーズに行う。

【課題】経営的には入院部分の収入不足を在宅医療と介護事業で補う形態となっており、本体の入院部分の経営は厳しい。在宅療養支援病院の多い地域では位置づけを明確にする必要がある。

以上のケアミックス型、連携強化型、専門特化型、在宅・介護型の調査結果をまとめると次の表のようになる。なお、有床診療所の形態は、現実には病院のサテライトなどもあるが、今回の調査では典型的な形態のみ取り上げている。

５．まとめ図

表 3　タイプ別まとめ

小

事業規模

大

形態	運営	今後の方向性	課題	診療科
ケアミックス	１～２人の医師。外来、在宅、入院、介護、看取り。緊急入院の受け入れ。ショートステイ活用	地域の入院ニーズに基づく。連携強化で小回りのきく入院医療を提供	投資不足による院内設備・機器の老朽化 在宅医療では複数主治医がいれば助かる	内科、外科、整形など
連携強化	１～２人の医師。整形外科など。リハビリや併設施設による介護も対応。 地域連携パスに参加	リハ機能の強化で身近な専門医療を提供	医療スタッフの確保 院内設備・機器の老朽化	整形など
専門-①産科等	１～２人の医師で専門手術。身近な場所で専門医療を実践	地域の病院との明確な役割分担で地域医療を充実	医療スタッフの確保。小児科は入院患者の季節変動が課題。	産婦人科 小児 眼科など
専門-③緩和	１～２人の医師で終末期医療中心。在宅医療と在宅看取りも実施	高齢化でニーズ大。看護ｽﾃｰｼｮﾝ等の施設との連携で患者の安心感が高まる	医師の負担大。看護師を含むチーム医療の充実が必要。入院看取り点数が課題。都市部では差額ベッドで入院収入の補填	内科 外科 など
在宅・介護	２人以上の複数医師で地域の在宅医療に重点をおく。併設介護施設へ積極投資	在宅療養支援診療所制度の開始後に増加。今後、ニーズは高まり、地域の医療介護の拠点診療所として注目される	病床過剰地域では病院転換不可 今後、在宅療養支援病院と競合	内科 外科 整形 など
専門-②超専門・超複合	複数医師で専門手術・専門治療。又は複数専門診療科によるグループプラクティス形式。医療内容は病院と変わらない。病院からの転換型も含む	地域の病院とともに専門医療を実践。かかりつけ医のよさを生かす	医療内容が同様でも病院への転換は困難 病院との点数格差が大きい	内科 外科 整形 産婦人科 など

４．考察

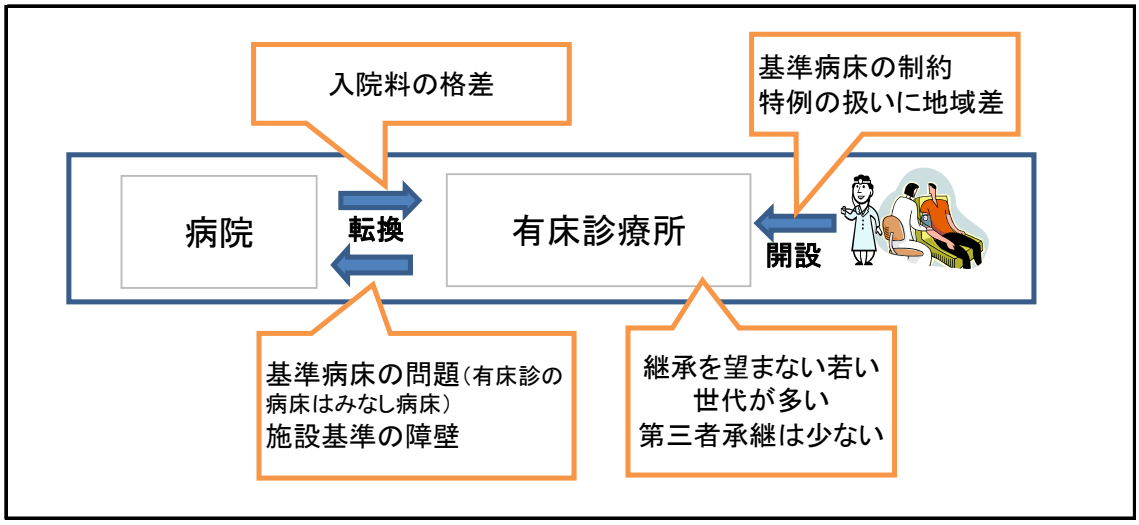
現在の有床診療所の激減の状況を憂慮し、運営の形態別に具体的な事例をまとめて将来方向を示すと同時に、抱える課題の整理を行なった。

１．転換、緩和ケア、在宅医療

（１） 転換

病院が診療所に転換するケースは、小規模病院の経営悪化に伴い増加傾向にあると推測される。2006 年から 2010 年の間に 50 床以下の病院 1,268 施設のうち 69 施設が有床診療所に転換、52 施設が無床診療所に転換している[9]。小規模病院が事業の縮小を行なう場合、病床を無くすのでなく有床診療所に転換したいという要望が強いが、有床診療所でなく無床診療所に転換するケースが半数近くを占めている。その背景には、有床診療所に転換すると結果として入院料が低く経営が苦しい施設が多いという現状がある[10]。いずれにしても有床診療所の経営や病床については制約が多く、若い医師が新規参入を行なわない理由のひとつとなっていると考えられる。

図 10　転換の課題



9 病院情報（医事日報）から特定した。

10 小規模病院から有床診療所に転換した施設 17 施設の調査では、入院料が低く収入が激減したという施設が 11 施設を占めている。（平成 22 年 7 月調査　日医総研）

一方、規模が大きく人員配置が厚い有床診療所が病院に転換することはひとつの対応策であるが現実には必ずしも容易でない。都市部など基準病床過剰地域では、今ある有床診療所の病床をそのまま使って病院に転換することができないという制約があるからである。これは、平成 19 年以前の有床診療所の病床が基準病床数としてカウントされていなかったことが背景にある[11]。また、病院の施設基準を満たすための改築工事を、診療を継続しながら実施することは物理的にも経済的にも厳しく、補助金などの援助がないと現実には困難と言われる。結果として、病院と同様の医療を行なっているが、有床診療所として経営を継続することになる。

（２）緩和ケア

わが国の死亡数は 2025 年には 152.6 万人と推計[12]されており、現在の約 1.5 倍である。緩和ケア、入院看取り、さらには在宅看取りとその後方支援病床が極めて重要になる。ところが、緩和ケア病棟の病床は全国に 4,402 床（207 施設）に過ぎず、緩和ケアを専門的に実践する有床診療所も全国で 20 施設ぐらいであると推測される。緩和ケアに力を入れる有床診療所が増加すれば、その一翼を担うことができるはずである。

また、看取りについても有床診療所での看取りは 27,802 人（平成 21 年）で死亡数全体の 2.4%に過ぎない。今後の有床診療所の対応によって、看取りへのニーズにさらに応えていくことができるはずである。特に、緩和ケアでは看護職員を含む人員配置を厚くすることで、患者の最期に相応しい場を提供することができる。地域の緩和ケア専門医との連携体制の確保も含めて、有床診療所の積極的な取組みが望まれる。その際、現在ある緩和ケア医療に関する報酬の格差も検討されるべきであろう。

---

[11] 平成 19 年以降の新設の有床診療所の病床は基準病床の対象となる。ただし、在宅療養支援診療所や産科などの要件を満たした場合は、病床過剰地域でも新設できる。

[12] 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成 18 年 2 月集計）（出生中位・死亡中位仮定による推計）

図 11　死亡の場所別にみた年次別死亡数

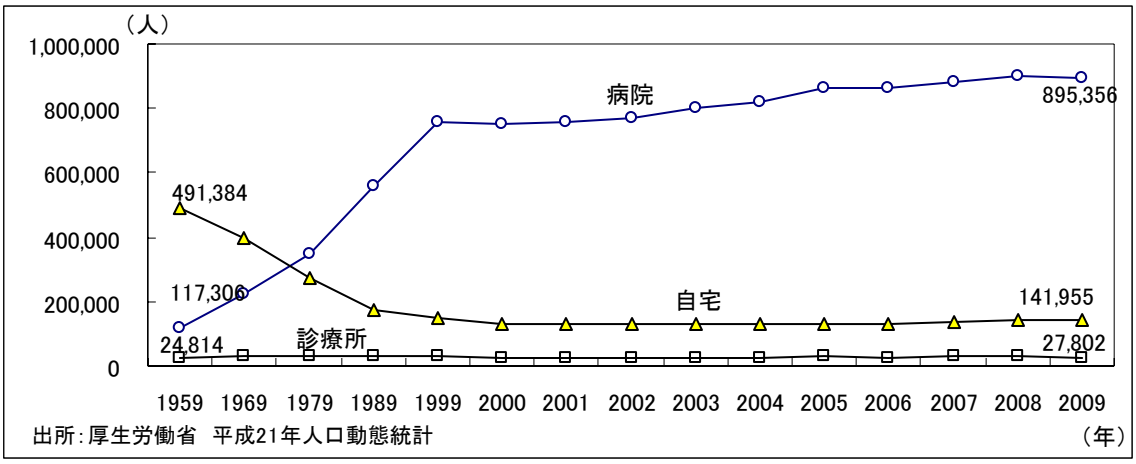


表 4　参考　緩和ケアに関わる入院基本料（緩和ケア病棟は包括、他は出来高。1 日につき）

入院料の比較　（緩和ケア病棟は包括、その他は出来高払い。1日につき）

	7日以内	8～14日	15～30日	31日以上
緩和ケア病棟入院料	3,780点			
一般病院（7対1）※1	2,005点		1,747点	1,555点
有床診療所※2.	1,068点	968点	798点	708点

※1　ただし、看護配置加算、看護補助加算、総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算などの加算を含んでいない。
※2　医師2人で7人以上の看護職員を配置している有床診療所で、「夜間緊急体制確保加算（15点）」、「有床診療所一般病床初期加算（7日以内、100点/1日）」、「医師配置加算1（88点）」、「看護配置加算1（25点）」、「夜間看護配置加算（80点）」の加算を算定している場合。

（３）在宅医療

平成 22 年度診療報酬改定で 200 床未満の病院全てが在宅療養支援病院[13]として届出可能となり、より多くの病院が有床診療所と同様に病床を利用し在宅医療を実践することになる。地域医療の中で病院と有床診療所が後方支援病床を生かして在宅医療に

[13]　在宅療養支援病院の要件は、1．許可病床数が 200 床未満の病院であること、又は当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないこと。2．往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。3．24 時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。これら以外は従来の在宅療養支援診療所の要件と同様。2010 年 7 月時点で 333 施設（新潟青陵大学調査）

あたることは、地域住民の安心感につながるであろう。

形態別の事例で示したように、有床診療所の在宅医療の実践形態は 1～2 人の医師が自院の通院患者のみに在宅医療を行なう形態と、複数の医師が広域に在宅医療を月間 200 件以上の水準で実践する形態に分かれている。また、1～2 人の医師が在宅医療だけを行なう形態もみられる。小規模の施設では自院の入院外来診療と現在の在宅医療で手一杯である。必要に応じて複数主治医で 24 時間対応できる体制を整えることで余裕のある在宅医療が可能になるであろう。そのうえで、病院や介護施設からの新たな在宅医療の依頼に対応する余裕が生じると思われる。一方、規模の大きい施設では地域ぐるみで介護施設も参加する在宅医療拠点診療所として機能することができる。地域の施設同士の連携が、地域の活性化につながり、今後の有床診療所のあり方のひとつとして注目すべきであろう。

２．まとめ

表 3 に示したように、ケーススタディからは 1 人（もしくは 2 人）の比較的規模の小さい有床診療所と、多数の医師が専門医療や在宅医療を実践する規模の大きい有床診療所の間での格差が拡大していた。在宅療養支援診療所の創設を含む昨今の環境変化も影響していると考えられる。小規模でケアミックスを行なっている有床診療所では、外来から入院あるいは在宅までを居住地に近い 1 人のかかりつけ医が診るという医療のよさを継続することの意義は大きい。ただし、小規模有床診療所の中には設備や医療機器が老朽化してリニューアルができない施設もあり、医療機器や設備への投資の資金不足が課題となっていた。さらに、規模の大きい有床診療所では、病院と変わらない専門医療の実践あるいは在宅医療と介護を融合させた多機能施設として地域の医療介護の中核となっていた。後方支援病床を持って在宅で 24 時間診療する施設があることで、住民の安心感は高まり地域ぐるみの医療介護の充実につながっていた。

上記の課題をまとめると以下となる（表 5 参照）。第一に、介護度の高い患者、緩和ケア目的の患者、認知症の患者あるいは看取りの患者、高度なリハビリが必要な患者など、医療とケアの必要度が高い入院患者への対応が問題となっていた。必要度の高

い入院患者に対しては人員体制を厚くして、余裕のあるケアを可能にする体制の構築が必要である。

第二に、長期入院患者を受け入れることが高齢社会のなかの社会ニーズとなっている地域があり、このような長期入院をも受け入れていける制度が求められる。老老介護や独居のため退院後に自宅での療養ができないケースも含まれる。介護施設の整備された地域や、有床診療所が併設介護施設を持つ場合は療養の受け入れ先があるが、現実には有床診療所で入院を受け入れなければ行き場所がなくなってしまう長期入院患者もみられ[14]、これらの患者の受け入れを進んで行なうことができる体制作りが求められる。

第三に、在宅医療を実施する施設のうち、小規模の施設では医師の 24 時間対応が大きな負担となっている。これらの施設においては複数主治医など複数医師や訪問看護ステーションをはじめとするネットワークの仕組みづくりが必要である。ネットワークの基盤作りを行なうことで、有床診療所の病床がより有効に用いられ、地域の在宅医療そのものを普及させることにもつながるであろう。

第四に、ショートステイは有床診療所の療養病床でも一般病床でも届出を行なって実施することができるが、申請の煩雑さや空床確保の問題もあり、全国的に必ずしも普及していない状況である。19 床の病床を柔軟に利用して、患者の医療介護のニーズに対応していくことが望ましく、ショートステイの普及を含む制度上の対応が必要である。

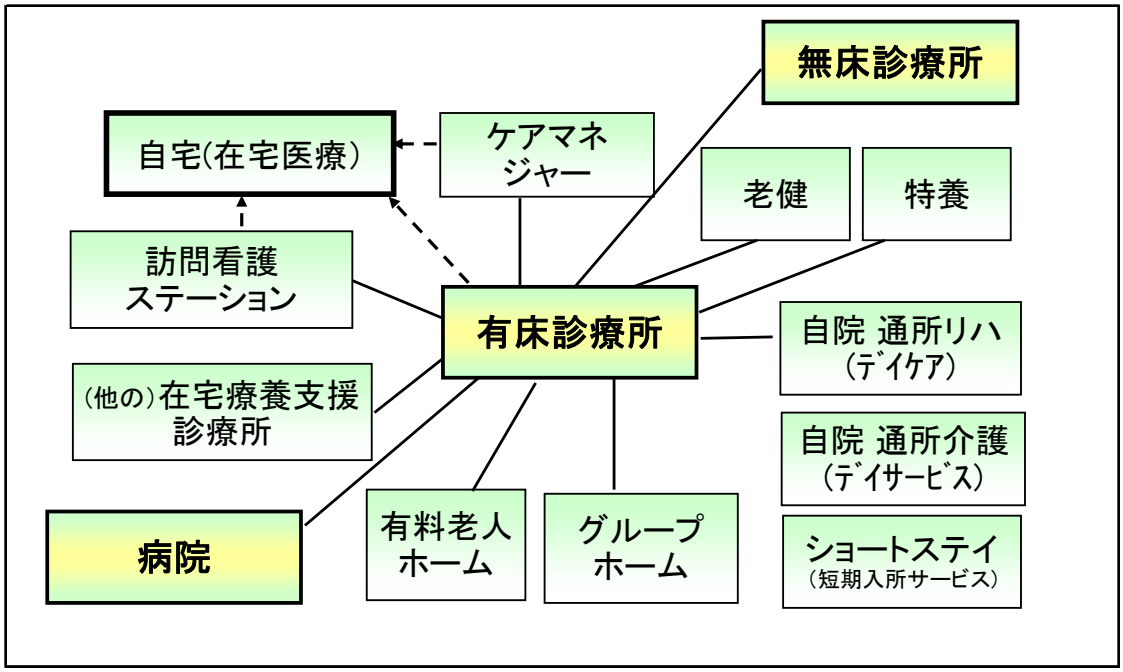
[14] 本調査のケースでも受け入れが行なわれていたが、既存調査からも「やむをえない理由により入院している患者がいる」施設は全体の 38.3%にのぼっている。（日医総研 WP　No177　対象は 1,532 施設）

最後に、地域の医療連携を構築していくためには、地域医師会がリーダーシップをとり、病院、診療所を含む医療介護施設との連携体制を構築することが必要である。地域事情に応じた患者中心の体制を構築するための会合を設けるなど、積極的な関与が求められる。同時に、コミュニティ・クリニックという新しい概念で、診療所の活性化を図ることが必要である（図 12 参照）。

表 5　体制･制度上の対応

- 緩和ケアの必要な患者、介護必要度の高い患者、認知症の患者、リハビリが必要な患者などケアの必要度合いが高い患者へ余裕のあるケアができる体制の確保
- 有床診療所で受けざるを得ない長期入院患者がいることを前提とした、長期入院も受け入れられる制度
- 在宅医療における医師や医療スタッフのネットワークが可能になる仕組みづくり
- ショートステイによる医療介護の連携や、病床の柔軟な運用を可能にする制度つくり
- 患者中心の連携体制構築のため、地域医師会の積極的な関与

図 12 地域在宅医療拠点診療所の概念　ーコミュニティ・クリニック（仮称）



冒頭で示したように、全国の有床診療所が今ある病床を活用して地域医療の中の不足を補うことができる。上記で示したさまざまな課題への早急な対応を進め、医師の新規参入の促進（承継、新規開業、病院からの転換）が行なわれるべきである。そのために、有床診療所を医療施設体系のなかでまずはきっちりと位置づけることも必要である。地域医療の活性化に向けて有床診療所が活用されることを期待したい。

今後の目標

現存する有床診療所の病床の活性化・活用
医師の新規参入の促進（新規開業、承継、病院からの転換）
有床診療所の位置づけの明確化

５．調査結果－外来患者調査（8 施設。n=248）

本調査では有床診療所の外来患者を対象に、入院設備の認知度と、入院設備に対する意識を調査した。「有床診療所」という呼称を知らない患者が半数を占めたが、当該診療所に入院設備があることを知っていた患者は 9 割にのぼっていた。また、入院設備があることで、入院の際に医師が変わらないことへの安心感が高く、いざというときに入院できることへの安心感も高いことがわかった。さらに、入院設備のある診療所に対する役割として最も高い項目は、「いざというときの入院（緊急入院）」であった。

図 13 当院に入院設備があることと「有床診療所」という名称はご存知でしたか

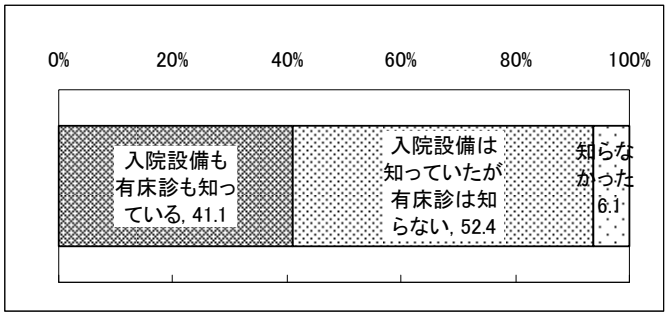


図 14 診療所に入院設備があることについて（複数回答）

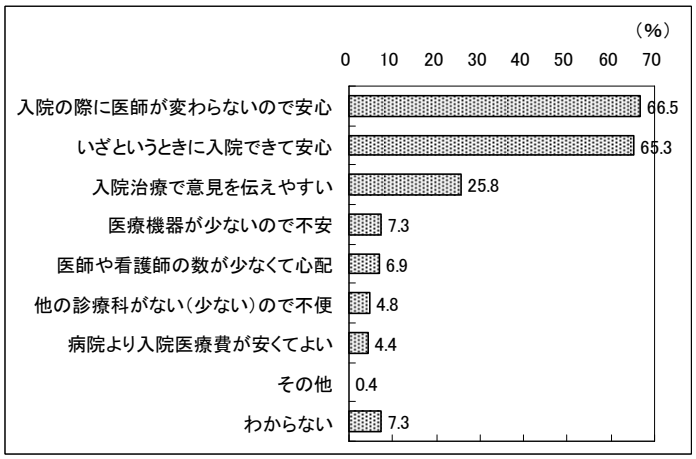


図 15 入院設備がある診療所にどのような役割を期待しますか（複数回答）

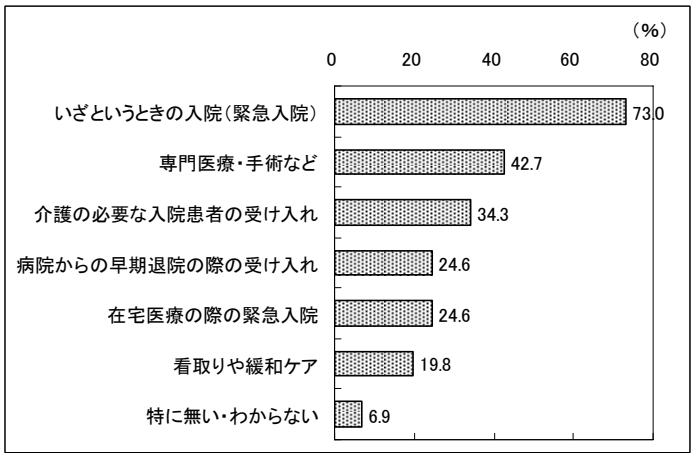


図 16　通院している理由（複数回答）

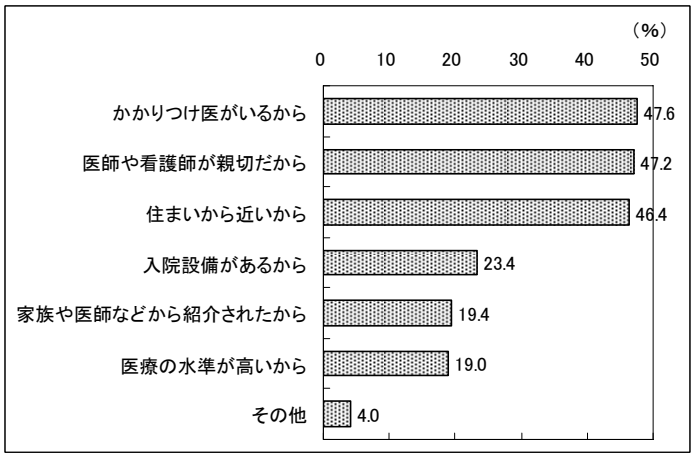
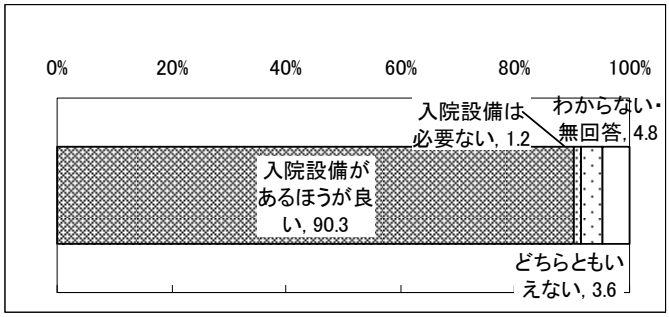


図 17 当院の入院設備がなくなるとしたらどう思いますか



性別	女性 48.8%　男性 32.7%　無回答 18.5%
年齢	～30 歳 16.1%　～40 歳 6.0%　～50 歳 8.5%　～60 歳 16.5%　～70 歳 25.0% ～80 歳 19.0%　81 歳～6.9%　無回答 2.0%
診療科別	整形外科 39.9%　内科 14.1%　脳神経外科 14.1%　外科 12.1%　小児科 11.7% 産婦人科 8.1%

６．調査結果（詳細）　ー形態別事例

１．ケアミックス型

（１）内科有床診療所（長崎市）

従来型の有床診療所で、急性期から在宅、看取りまでの医療提供を行なう。当有床診療所では、院長が地域の医師とのネットワークを幅広く持ち、地域連携が成立している。地域の病院と診療所の勉強会を持つなど、交流が日常的に行なわれているため、患者の生活状況を考慮した最適な医療介護を提供する体制ができあがっている。

図 18　ケアミックス型ネットワークモデル図

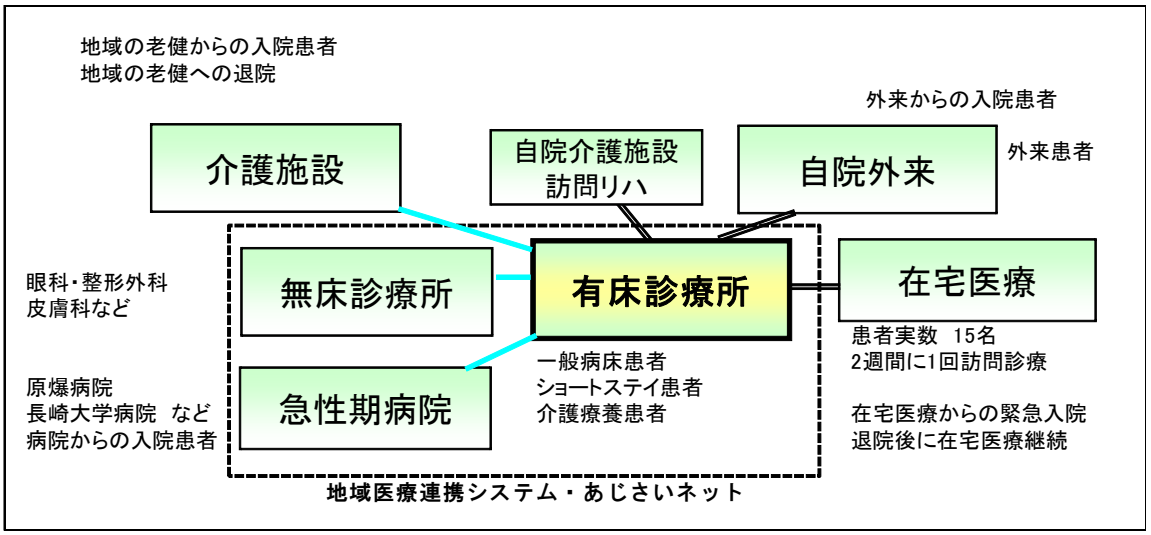


表 6　施設概要および特色

専門医療	内科、特に肝臓、消化器、糖尿病など
病床	一般 13 床（うちショートステイ 4 床）、介護療養 4 床
在宅医療	在宅療養支援診療所、実患者数 15 名、訪問診療 2 週間に 1 回
夜間体制	看護職員 1 名
緊急入院	24 時間体制
地域連携	IT を用いた診療情報の入手（長崎地域医療連携ネットワークシステム（あじさいネットワーク））
看取り	年間 5 名（うち 1 名在宅）（2010 年）
医療介護の連携	ケアマネジャー(非常勤)1 名、ショートステイ 1 床
ショートステイ	今後、介護療養病床を一般病床に転換してショートステイとして利用予定

施設概要	• 19 床。うち一般病床 13 床（うちショートステイ 4 床）・介護療養病床 6 床 • 併設施設　通所リハ　居宅介護支援事業所とデイサービスを開始予定
職員数	• 常勤医師 1 名（週に半日のみ非常勤医師を雇用）、看護師2名、准看護師 8 名、看護助手 2 名、OT・PT4 名、ケアマネジャー(パート)1 名、栄養士・調理師 5 名、事務 4 名、その他 5 名
地域特性	• 長崎医療圏　人口 54.9 万人　高齢化率 24.7%で全国平均より 1.6 ポイント高い • 地域には坂が多いため高齢者など毎日の通院が困難な場合もある • 地域の医療施設：中核病院は長崎原爆病院、長崎大学病院など

表 7　入院患者の現状（平成 22 年 11 月）（病床種類別）

	一般病床	介護療養	ショートステイ
実患者数（人）	23	4	1
年齢	平均79.4歳 （56歳～102歳）	平均　88.3歳 （82歳～98歳）	平均　97.0歳 （97歳）
介護度	1～3：N=6（26.1%） 4以上：N=2（8.7%）	1～3：N=0（0.0%） 4以上：N=4（100.0%）	1～3：N=1（100.0%） ４以上：N=0（0.0%）
認知症患者	N=17（73.9%）	N=2（50.0%）	N=0（0.0%）
終末期患者	N=1(4.3%)	0	0
入院時理由	14名は急性発症・増悪 3名は継続的なリハ 3名は介護者不在	2名は急性発症・増悪	独居
疾患名の例	2型糖尿病＋腰椎圧迫骨折＋気管支喘息、脳梗塞後遺症＋認知症、慢性呼吸不全、嚥下性肺炎	慢性呼吸不全＋肺気腫、高次脳機能障害＋脳梗塞後遺症	2型糖尿病＋亜急性皮膚エリテマトーデス
入院経路	在宅医療から6名 病院一般病床から2名	病院一般病床1名 病院療養病床１名	自宅
退院後	自宅15名（うち3名は訪問診療、12名は通院）、特養4名	退院予定なし	自宅
今後、 地域での役割	自己完結型の医療を実践し、地域の病院を補完する役割も果たす	介護療養病床は一般病床に変換してショートステイとして利用予定	地域で医療度の高い要介護者、その家族を支援する

図 19　入院患者例

年齢 80 歳代

疾患名　胃がん、腰椎圧迫骨折、高血圧

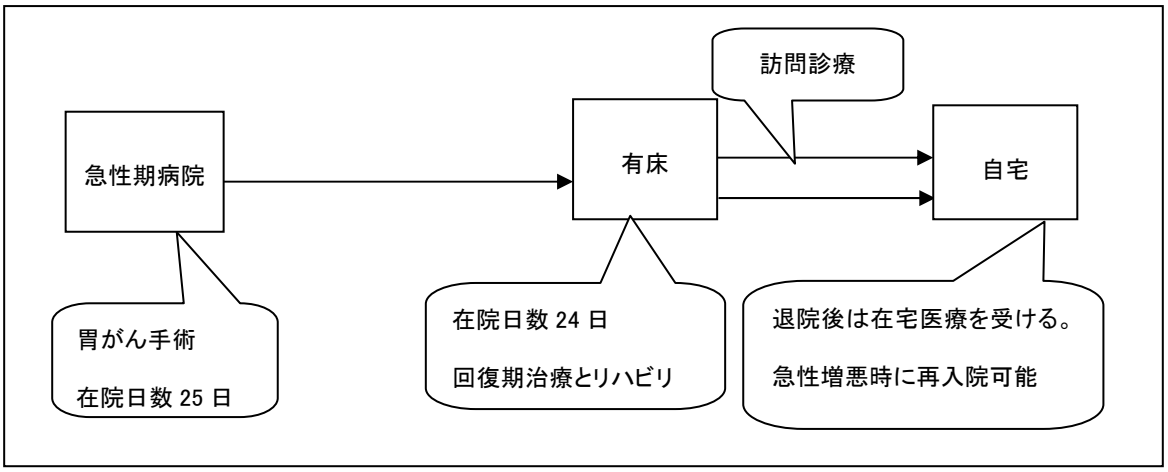


表 8　上記患者 11 月分レセプト請求項目・点数　　有床診療所入院基本料 1

総点数	うち入院基本料 15 日以上 30 日以内 x7 日	うち加算	うち リハビリ	他
6,099 点	4,130 点	420 点	0 点	1,549 点

加算算定項目　夜間緊急体制確保加算、夜間看護配置加算 2、地域加算、栄養管理実施加算

表 9　医業収入ならびに収支（平成 22 年 11 月分）

	入院	外来	在宅	介護
収入（円）	6,472,624	10,832,945	636,550	2,563,475
延べ患者数	568	1,630	23	420
収入／延べ患者数	11,395	6,646	27,676	6,104
収支（円）	−1,804,316	3,579,651	−	82,039

注）業務別の収支は月次決算書と医師や職員の勤務内容と時間をベースに試行的に計算したものである。
月次であり、年間を通した収支の傾向とは異なる可能性がある。

外来患者の意識（1 月の特定日の外来患者 28 名）

図 20　当院に入院設備があることと「有床診療所」という名称はご存知でしたか

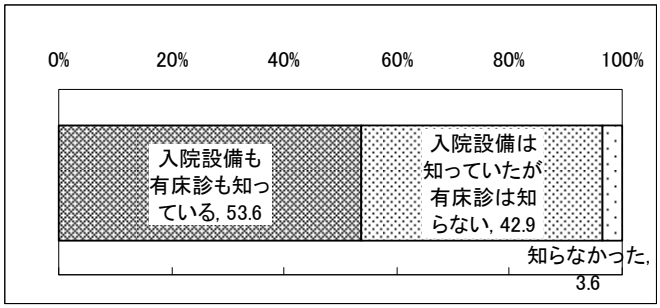


図 21 病院ではなく、診療所に入院設備があることについて

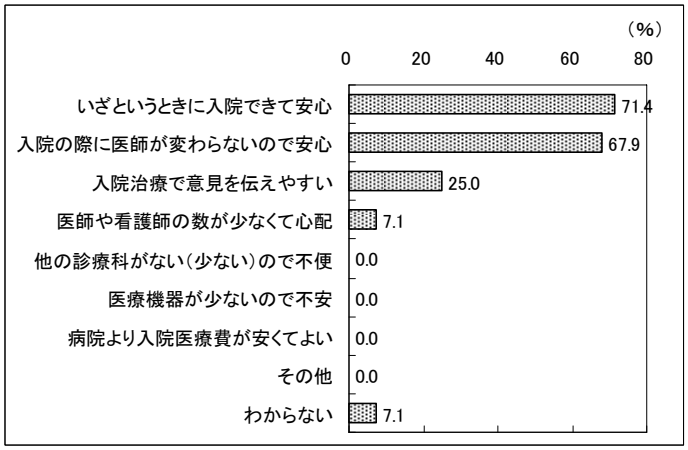
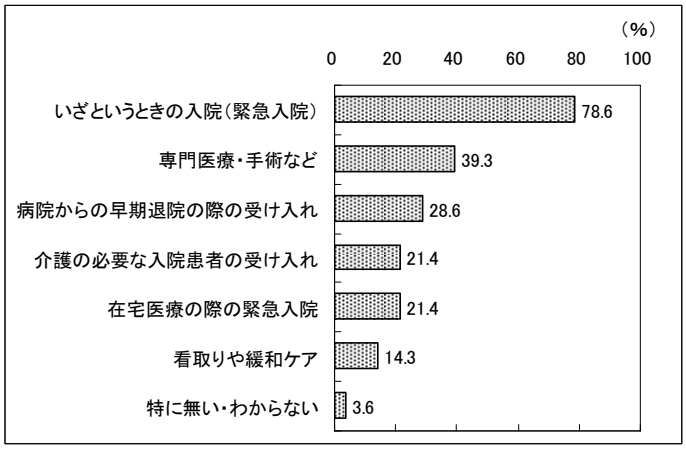


図 22　入院設備がある診療所にどのような役割を期待しますか



特長

- 地域の急性期医療病院では対応できない患者さんのバックアップとしても機能している。医師同士の交流を通したネットワークが連携の基本となっている。
- 長期入院患者が多いが、医療的介入が必要な患者が多い。リウマチ、脳梗塞、認知症に感染症（MRSA）を発症した場合などのケースがある。
- 地域病院から転院した患者の電子カルテや検査データを地域の「あじさいネットワーク」で閲覧することで、患者の情報収集が容易になっている。より効率的な医療提供を行なうことができる。
- 上記のネットワーク以外に、長崎には「長崎 DR ネット」というネットワーク体制が構築されている。在宅医療の後方病床として空きベッド状況が病院、診療所を含む全ての医療機関にわかるような仕組みを整備している。

課題

- 職員確保の問題。夜間看護職員 1 人だけでは負担が大きいが、雇用する余裕がない。介護度の高い患者さんのために夜間の介護士が必要。
- 在宅医療を 24 時間対応で行なうには、1 人医師では負担が大きすぎる。副主治医へも何らかの支払いが行われるなど、複数医師で対応するための仕組みが整備されると、在宅医療を行いやすくなる。
- 空床確保の問題。ショートステイは空きベッドを確保しておく必要があるが、ケアマネジャーからの依頼は必ずしも継続的でないため、病床の活用ができない。

＜参考＞あじさいネットワーク（長崎地域医療連携ネットワークシステム）

病院から受け入れた患者さんの検査データや電子カルテ情報を、患者の同意書を得たうえで、参画する医療機関がインターネットで閲覧することができる。ただし閲覧内容の程度は病院や患者さんによる。また、診療所での患者情報は、現時点は電子化されていない。長崎医療センターと大村市医師会が中心となり平成 16 年から開始し、その後、地域の病院、長崎市医師会を初めとする地域医師会、さらには調剤薬局が参加して稼動させている。全国的にもモデル的な医療情報ネットワークとなっている。利用できる医療機関は約 150 施設にのぼる。

（２）＜参考＞へき地診療所（北海道比布町）

有床診療所の機能の一つとして、「へき地・離島における唯一の入院施設」がある。病院がないへき地や離島などの地域にある有床診療所は上記のケアミックス型と同様に、入院施設として多様な医療サービス提供で地域の住民のニーズに応えている。

表 10　施設概要および特性

専門医療	外科
夜間体制	看護職員　2 名
緊急入院	24 時間体制

施設概要	• 19 床（全て一般病床）
職員数	• 医師 3 名、看護師 2 名、准看護師 10 名、看護助手 3 名、栄養士・調理師 3 名、事務 4 名、その他 1 名
地域特性	• 上川中部医療圏　人口 41.0 万人 • 医療圏内の高齢化率は 26.0%、当地の高齢化率は 36.3%。全国平均（22.7%）をそれぞれ 3.3 ポイント、13.6 ポイント上回っている • 町内で唯一の入院施設である

表 11　入院患者の現状（平成 22 年 11 月）（一部のみ）

病床種別	一般病床
実患者数（人）	2
年齢	平均　85.5歳（75歳～96歳）
介護度	介護度1～3：N=1（50.0%）　4以上：N=1（50.0%）
認知症患者	N=2
終末期患者	N=1
入院時理由	急性発症・増悪
疾患名の例	右足大腿骨打撲、肺がん+認知症
入院経路	自宅
退院後	自宅は1名。1名は死亡。

表 12　医業収入ならびに収支（平成 22 年 11 月分）

	入院	外来
収入(円)※	13,853,926	13,542,995
延べ患者数(人)	473	1,835
収入／延べ患者数※	29,289	7,380

※透析患者を含む

収支（円）	−594,040	1,534,000

注）業務別の収支は月次決算書と医師や職員の勤務内容と時間をベースに試行的に計算したものである。月次であり、年間を通した収支の傾向とは異なる可能性がある。

特長

- 町内の唯一の入院施設として透析、看取りなど多様な機能を果たす。

２．連携強化型

整形外科有床診療所（福岡県太宰府市）

- 専門性の高い治療を実践。地域の患者と強い信頼関係を持ち、顔の見える医療を実践。
- 地域の病院と連携して大腿骨頚部骨折の連携パスに参加。

図 23　連携強化型モデル図

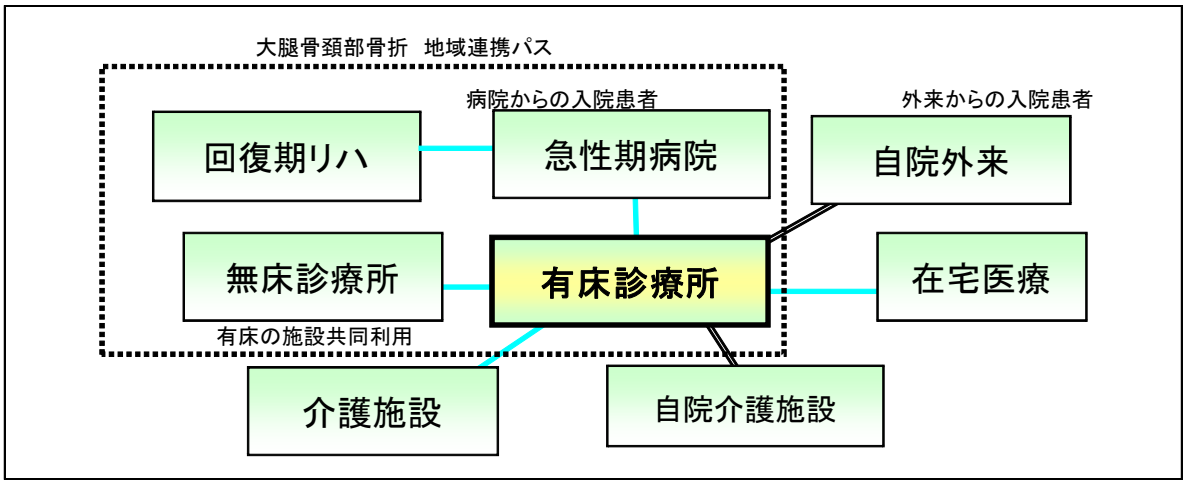


表 13　施設概要および特色

専門	整形外科
在宅医療	在宅療養支援診療所、実患者数 19 名
夜間体制	看護職員 1 名
緊急入院	24 時間体制
医療介護の連携	通所リハ、居宅介護支援事業所
ショートステイ	なし
地域連携パス	大腿骨頚部骨折連携パス（済生会二日市病院）

施設概要	• 19 床（全て一般病床） • 併設施設:　通所リハ、居宅介護支援事業所
職員数	• 医師 1 名、看護師 7 名、准看護師 5 名、看護助手 7 名、介護職員 7 名、OT・PT4 名、栄養士・調理師 1 名、ケアマネジャー1 名、事務 5 名、その他 11 名
地域特性	• 筑紫医療圏　人口 42.3 万人　65 歳以上 17.3%

図 24 連携パスを適用した患者の例

年齢　80 歳代

疾患名　大腿骨頚部骨折、うつ病　　要介護度　1

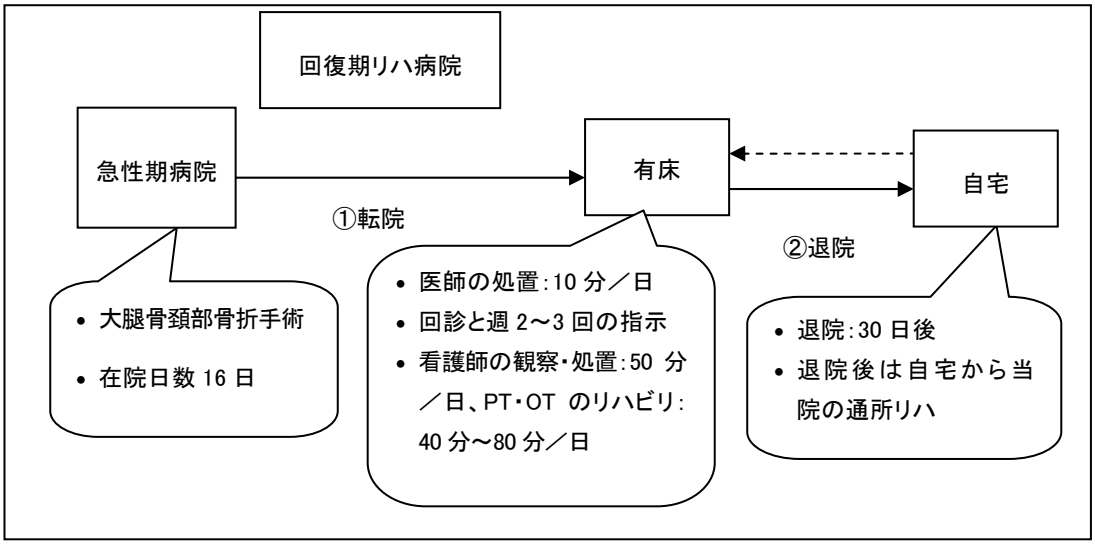


表 14　上記患者のレセプト請求項目・点数　基本料区分：入院基本料１

総点数	うち入院基本料 14 日以内×14 日＋ 15 日以上30 日以内 x16 日	うち加算	うち リハビリ	他
53,919 点	20,080 点	4,750 点	24,340 点	4,749 点

加算算定項目　有床診療所一般病床初期加算、夜間緊急体制確保加算、看護配置加算 1、夜間看護配置加算 1、地域加算、栄養管理実施加算

表 15 入院患者の現状（平成 22 年 11 月）

病床種別	一般病床
実患者数（人）	24
年齢	平均　74.5歳（19歳～95歳）
介護度	介護度１～３：N=9（37.5%）　４以上：N=2（8.3%）
認知症患者	N=7（29.2%）
終末期患者	N=0(0.0%)
入院時理由	15名は急性発症・増悪、1名は急性期状態が安定、8名は継続的なリハビリ
疾患名の例	腰椎圧迫骨折+骨粗しょう症、腰椎圧迫骨折、関節リウマチ+廃用症候群、など
入院経路	病院一般病床から9名
退院後	自宅24名うち3名は訪問診療、21名は通院

表 16　医業収入ならびに収支（平成 22 年 11 月分）

	入院	外来	在宅	介護
収入（円）	9,858,943	16,592,636	41,121	4,631,716
延べ患者数	547	4,867	19	578
収入／延べ患者数	18,024	3,409	2,164	8,013
収支（円）	109,845	1,450,868	−15,881	390,372

注）業務別の収支は月次決算書と医師や職員の勤務内容と時間をベースに試行的に計算したものである。月次であり、年間を通した収支の傾向とは異なる可能性がある。

外来患者の意識（1 月の特定日の外来患者 49 名）

図 25　当院に入院設備があることと「有床診療所」という名称はご存知でしたか

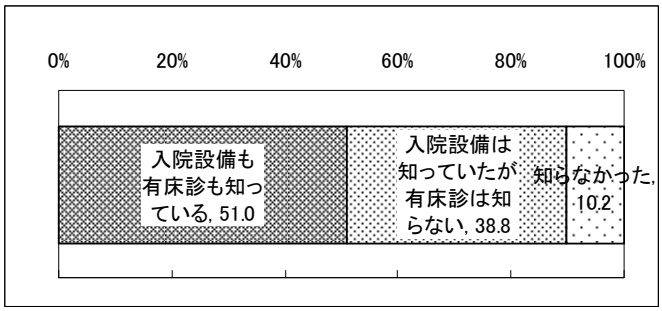


図 26　病院ではなく、診療所に入院設備があることについて

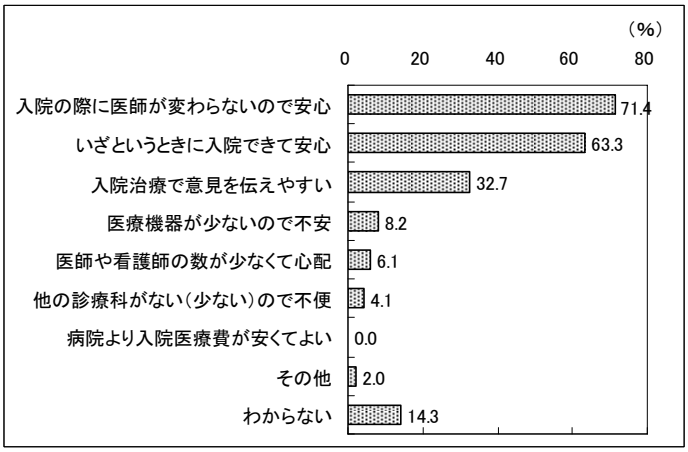
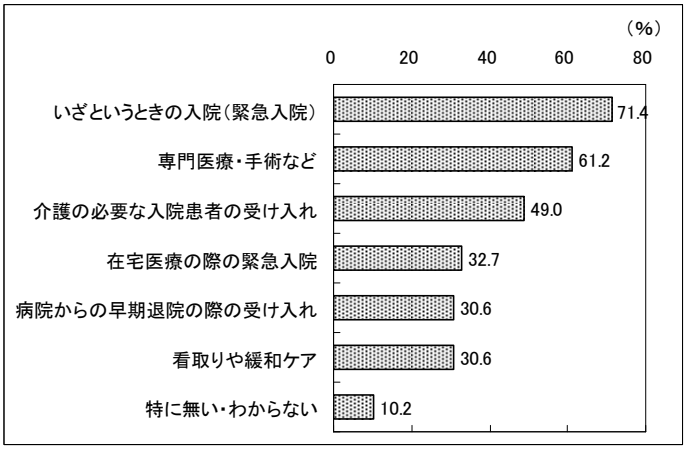


図 27 入院設備がある診療所にどのような役割を期待しますか



特長

- 地域の急性期病院との連携を密に行なっている。
- 大腿骨頚部骨折連携パスに参加し、連携パス合同検討会に参加している。

課題

- 連携パスで急性期病院と回復期リハ病院の間での連携が強く、有床診療所には患者が回らないケースが多い。
- 医師 1 名で代替医はいるが常勤医師が見つからない。
- 設備投資によって医療機器のリニューアルが行なわれていない

＜参考＞　他地域における地域連携パスの例

福井県福井市　整形外科有床診療所

11 月実患者数（人）37 名中手術件数 6 件（骨接合術）

連携パス適応患者 2 名（福井大腿骨頚部骨折連携会）

福井大腿骨頚部骨折連携会

- 福井県は地域連携が積極的に行なわれている地域のひとつである。連携パスは大腿骨頚部骨折のほか、脳卒中、がん、糖尿病などに広げられている。福井総合病院が中心となった大腿骨頚部骨折連携パスは、地域の大半の病院が参画している。
- 2010 年 4～6 月のパス適用症例で転院先の特定できた 29 名のうち、回復期病院への転送が 12 名、回復期以外の整形外科病院（頚部骨折の手術も行っている病院）が 7 名、整形外科の有床診が 3 名（整形外科の有床診は全て理学療法士のいる施設）、整形外科以外の開業医が 7 名であった。
- 急性期病院からは、相当なリハビリが必要なケースは回復期の病院、回復期以外の整形外科病院に転院が多い。有床診療所に転院するケースは、自宅に近いケースが多い。但し、複数疾患を持つ患者などはマンパワーの面での懸念が強く、有床診療所が選ばれないケースも多い。

３．専門特化型－産科・小児科・緩和ケア・脳神経外科

（１）　産科 - 小規模専門特化 -

産婦人科有床診療所（青森県青森市）

- 代々の産婦人科診療所で地元の患者からの信頼がある。
- 地域の病院と役割分担が明確にできており、助け合いが行なわれている。

図 28　産婦人科モデル図

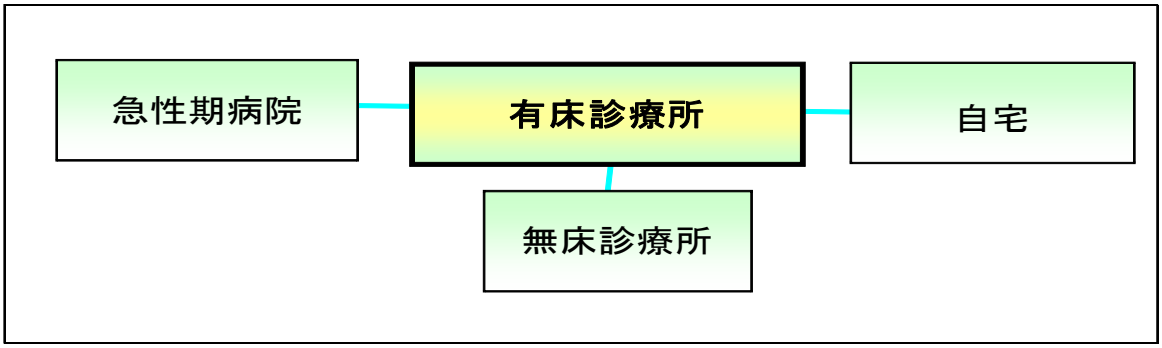


表 17　施設概要および特色

専門医療	産婦人科
在宅医療	なし
夜間体制	看護職員 1～2 名
緊急入院	24 時間体制
医療介護の連携	なし
ショートステイ	なし
地域連携パス	なし

施設概要	• 10 床（全て一般病床）
職員数	• 常勤医師 2 名、准看護師 8 名、助産師 3 名、栄養士・調理師 2 名、事務 2 名
地域特性	• 青森地域医療圏：人口 33.2 万人 • 中核病院は青森市民病院

表 18　入院患者の現状（平成 22 年 11 月）

病床種別	一般病床
実患者数（人）	22
年齢	平均27.7歳（21歳～32歳）
介護度	介護度１～３：N=0　４以上：N=0
認知症患者	N=0
終末期患者	N=0
入院時理由	20名は分娩、2名は急性発症・増悪
疾患名の例	分娩、分娩（骨盤位）等
入院経路	在宅からの入院および病院からの転院はなし
退院後	全員自宅

図 29　患者例

患者 A　　妊婦健診から分娩、産後相談も実施。

年齢　30 歳代
入院目的　分娩（骨盤位、帝王切開）

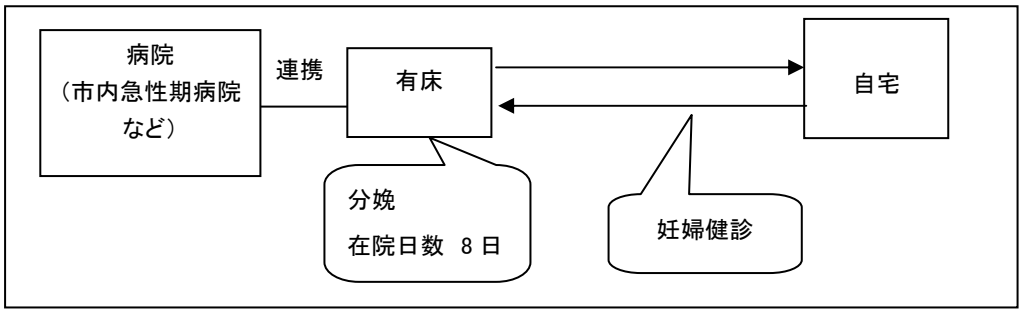


表 19　上記患者レセプト請求項目・点数　基本料区分：入院基本料 1

総点数	うち入院基本料 14 日以内×3 日	うち加算	うち リハビリ	他
24,177 点	2,280 点	504 点	0 点	21,393 点

加算　医師配置加算 1、看護配置加算 1

表 20　医業収入ならびに収支（平成 22 年 11 月分。個人立）

	入院	外来
収入（円）	8,272,300	6,156,813
延べ患者数	118	1,267
収入／延べ患者数※	70,104	4,859

※自費分も含む

収支（円）	1,831,297	274,690

注）業務別の収支は月次決算書と医師や職員の勤務内容と時間をベースに試行的に計算したものである。
月次であり、年間を通した収支の傾向とは異なる可能性がある。

外来患者の意識（1 月のある特定日の外来患者 20 名）

図 30 当院に入院設備があることと「有床診療所」という名称はご存知でしたか

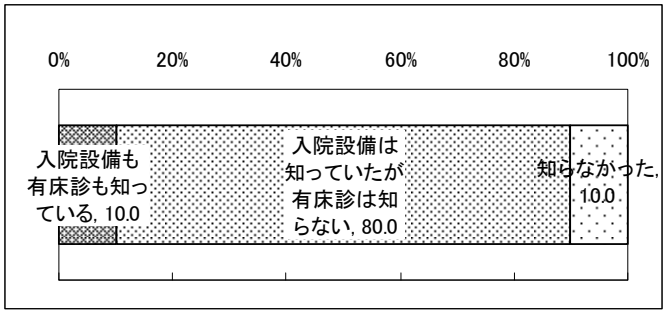


図 31 病院ではなく、診療所に入院設備があることについて

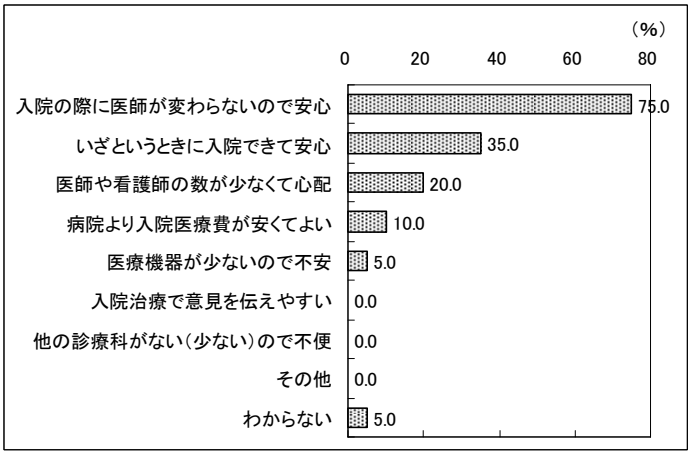
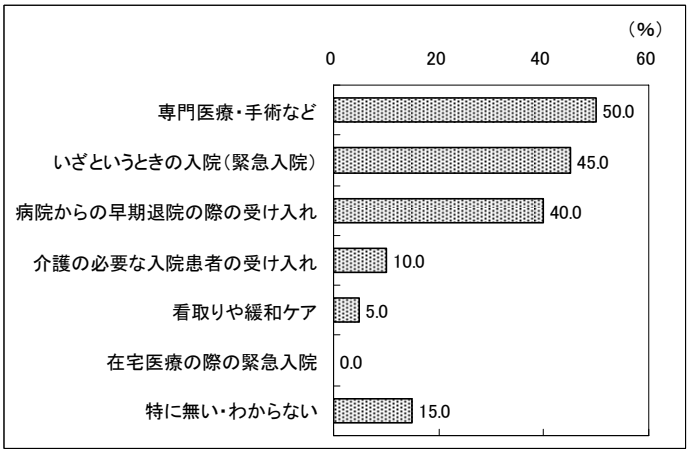


図 32 入院設備がある診療所にどのような役割を期待しますか



特長

- リスクの高い分娩は地域病院（青森県立病院など）へ紹介し、反対にリスクの低いケースは引き受ける。地域の病院と診療所で役割分担が明確に出来ているため、患者にとっても安心につながっている。
- 二人医師（親子）で経営し、将来は親子継承の予定。

（２）小児科 - 小規模専門特化 -

小児科有床診療所（愛媛県松山市）

表 21 施設概要および特色

専門医療	小児医療
在宅医療	なし
夜間体制	看護職員 2 名
緊急入院	24 時間体制
医療介護の連携	なし
ショートステイ	なし
地域連携パス	なし

施設概要	• 19 床（全て一般病床） • 併設施設　病児保育
職員数	• 常勤医師 2 名、看護師 6 名、准看護師 2 名、栄養士・調理師 4 名、事務 4 名、その他 4 名
地域特性	• 松山医療圏　人口 65.3 万人

表 22 入院患者の現状（平成 22 年 11 月）

病床種別	一般病床
実患者数(人)	28
年齢	平均　3.5歳(0歳～11歳)
介護度	介護度1～3:N=0　4以上:N=0
認知症患者	N=0
終末期患者	N=0
入院時理由	全員、急性発症・増悪
疾患名の例	気管支炎、腸炎、など
入院経路	病院からの転院、在宅からの入院はなし
退院後	1名は病院に転院

図 33　外来からの入院例

外来より入院

年齢　10 歳未満　主たる疾患名　気管支炎症状

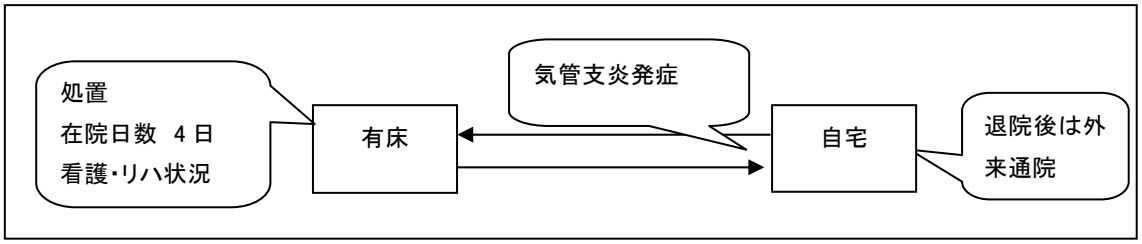


表 23 上記患者レセプト請求項目・点数　基本料区分：有床診療所入院基本料 1

総点数	うち入院基本料 14 日以内×4 日	うち加算	うちリハビリ	他
8,986 点	3,040 点	3,088 点	0 点	2,858 点

加算　有床診療所一般病床初期加算、夜間緊急体制確保加算、医師配置加算 1、看護配置加算 2

表 24　医業収入ならびに収支（平成 22 年 11 月分。個人立）

	入院	外来
収入(円)	3,000,656	9,024,888
延べ患者数	202	2,237
収入／延べ患者数	14,855	4,034
収支（円）	−528,569	−1,007,525

注）業務別の収支は月次決算書と医師や職員の勤務内容と時間をベースに試行的に計算したものである。月次であり、年間を通した収支の傾向とは異なる可能性がある。

外来患者の意識（1 月のある特定日の外来患者 29 名）

図 34 当院に入院設備があることと「有床診療所」という名称はご存知でしたかか

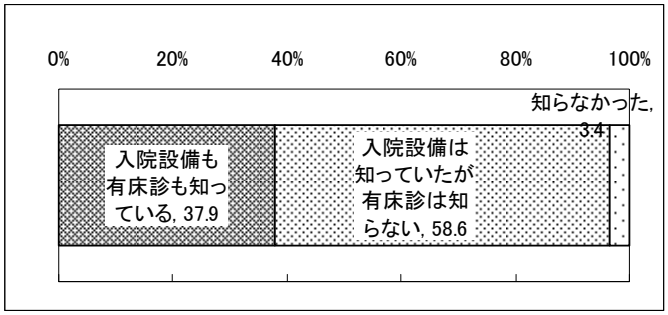


図 35 病院ではなく、診療所に入院設備があることについて

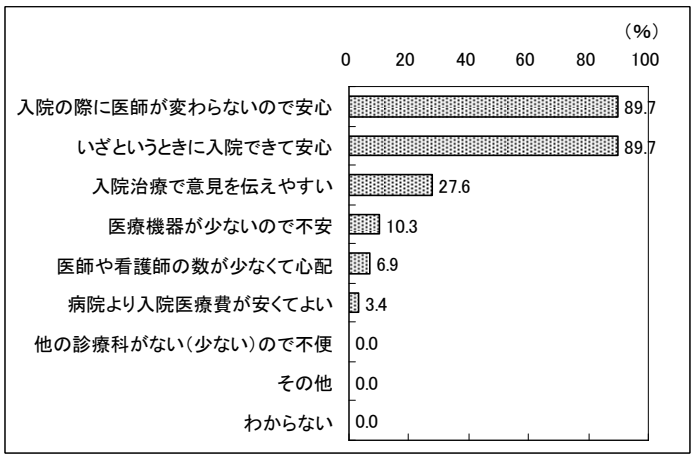
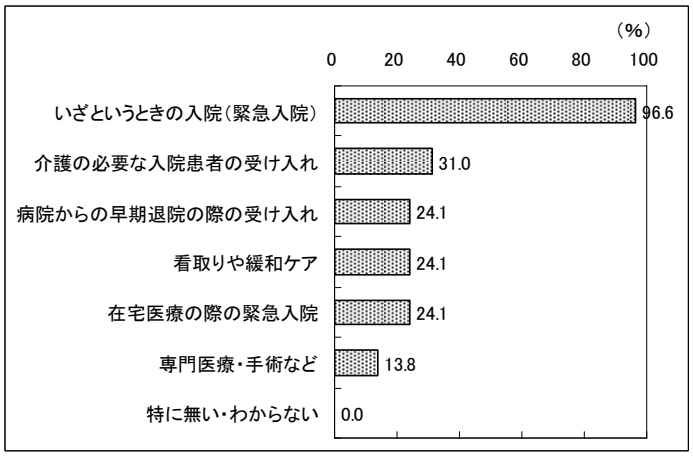


図 36 入院設備がある診療所にどのような役割を期待しますか



特長

- 外来医療を補完し、急性発症の際に親の負担を軽減することができる。
- 重症のケースは地域の病院に送り、役割分担ができている。
- 病床は地域住民にとって貴重な社会資源となっている。病院小児科医の減少と病床数の減少により、小児科有床診療所の存在価値が上がってきている。
- 全国に小児科有床診療所の数は少ないが、少子化対策のひとつとしてその有用性の認識が望まれる。全国的に小児科有床診療所の施設が増えることが期待される。

課題

- 小児科では入院患者数の季節変動が大きい。入院患者がいないときも看護師を配置することになり人件費がかさむ。この手当てが必要。

（３）緩和ケア

①内科系緩和ケア

内科有床診療所（兵庫県神戸市）

- 19 床一般病床で緩和ケアを専門
- グループホーム、居宅介護支援事業所、通所介護

図 37　緩和ケア有床診療所モデル図

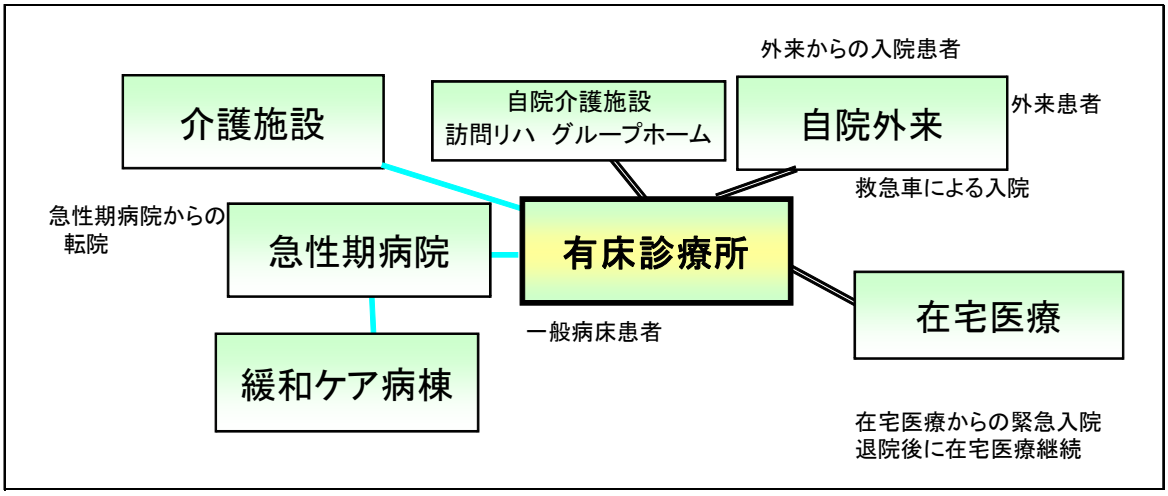


表 25　施設概要および特色

専門医療	内科
在宅医療	在宅療養支援診療所、実患者数　15 名、訪問診療を 2 週間に 1 回
夜間体制	看護職員 3～4 名
緊急入院	24 時間体制
医療介護の連携	ケアマネジャー(非常勤)1 名、ショートステイ 1 床 地域の訪問看護ステーションや居宅介護支援施設など
ショートステイ	一般病床 1 床、介護療養病床を一般に転換してショートステイとして利用する予定
看取り	入院 215 件、在宅 57 件 （2010 年 1 月～12 月）

施設概要	• 19 床(全て一般病床) • 併設施設　　通所介護、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、グループホーム
職員数	• 常勤医師 1 名、看護師 12 名、准看護師 2 名、介護職員 4 名、事務 8 名
地域特性	• 神戸医療圏:人口 151.1 万人 • 65 歳以上人口　22.6%

図 38　看取りの患者例

患者　　市内急性期病院（一般病床）より転院　看取り

年齢　70 歳代

疾患名　膵癌　　当院が居住地に近い

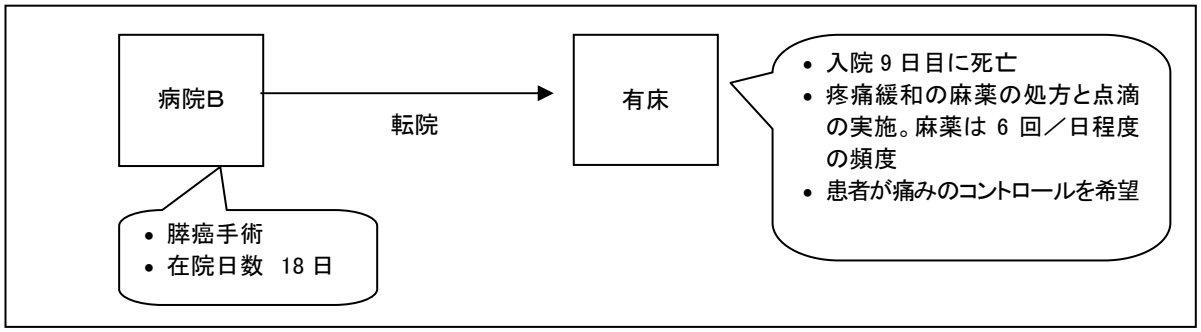


表 26　上記患者レセプト請求項目・点数　　基本料区分：入院基本料 1

総点数	うち入院基本料 14 日以内×9 日	うち加算	うちリハビリ	他
14,237 点	6,840 点	2,572 点	0 点	4,825 点

加算　有床診療所一般病床初期加算、夜間緊急体制確保加算、医師配置加算 1、看護配置加算 1

表 27　入院患者の現状（平成 22 年 11 月）

病床種別	一般病床
実患者数（人）	39
年齢	平均　68.8歳（40歳～87歳）
介護度	介護度１～３：N=0　４以上：N=0
認知症患者	N=0
終末期患者	31(79.5%)
入院時理由	26名は終末期医療、3名は適切な施設に空きがないため
疾患名の例	肺癌、胃癌、食道癌、など
入院経路	在宅医療から10名　病院一般病床から25名
退院後	自宅5名うち4名は訪問診療

表 28 医業収入ならびに収支（平成 22 年 11 月分）

	入院	外来	在宅
収入（円）	10,912,340	6,771,040	5,767,924
延べ患者数	718	1,038	105
収入／延べ患者数	15,198	6,523	54,933
収支（円）	120,967	878,106	1,471,461

注）業務別の収支は月次決算書と医師や職員の勤務内容と時間をベースに試行的に計算したものである。月次であり、年間を通した収支の傾向とは異なる可能性がある。

外来患者の意識（1 月のある特定日の外来患者 7 名）

図 39 当院に入院設備があることと「有床診療所」という名称はご存知でしたか

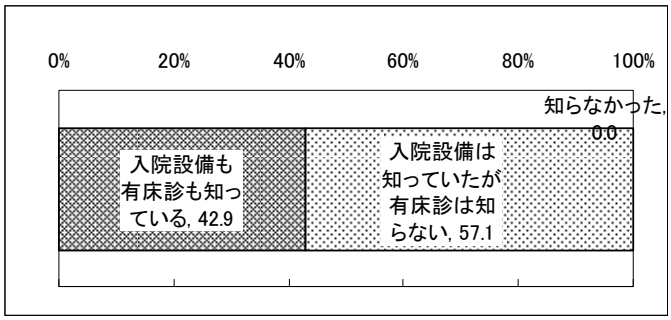


図 40 病院ではなく、診療所に入院設備があることについて

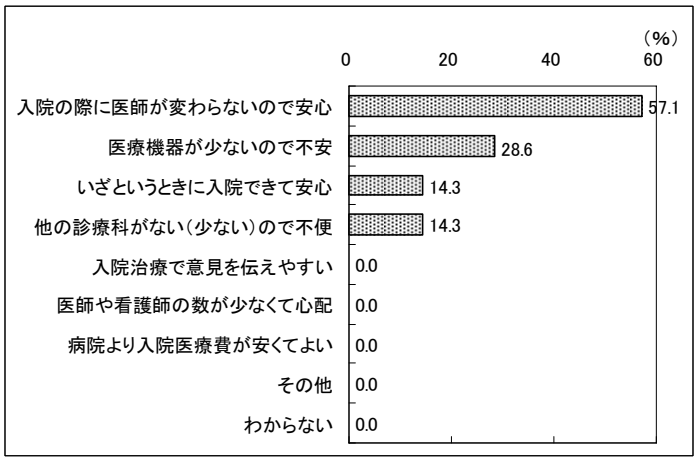
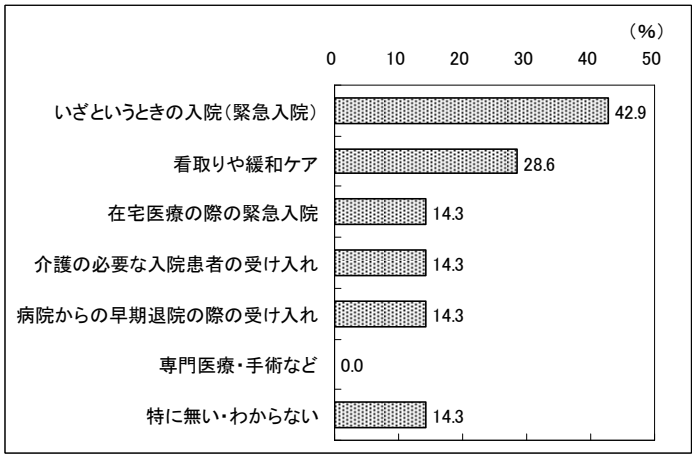


図 41　入院設備がある診療所にどのような役割を期待しますか



特長

- 地域連携が行なわれており病院からの患者の転院が多い。
- 緩和ケアは在宅で実践することが十分に可能であり、いざというときのための入院医療を提供することで患者や家族の大きな安心感につながっている。

課題

- 地域での位置づけが確立しているが、当院の後継者がいない。
- 24 時間体制で対応する必要があるが、緩和ケア病棟、病院の一般病床と点数格差が大きい。

②外科系緩和ケア

外科有床診療所（熊本県荒尾市）

表 29　施設の概要及び特性

専門医療	外科
在宅医療	実施
夜間体制	看護職員 1 名
緊急入院	24 時間体制
医療介護の連携	併設施設の準備中
ショートステイ	なし
看取り数(年間)	確認中

施設概要	• 19 床。うち一般病床 19 床
職員数	• 医師 2 名、看護師 4 名、准看護師 6 名、看護助手 4 名、栄養士・調理師 5 名、事務 2 名、その他 2 名
地域特性	• 有明医療圏　人口　17.2 万人 • 65 歳以上人口　28.0%（全国平均より 5.3 ポイント高）

図 42　看取り例

急性期病院(一般病床)より転院　看取り

年齢　　50 歳代
疾患名　悪性褐色細胞腫、多発性骨転移、癌性疼痛、下半身麻痺･膀胱直腸障害、麻痺性イレウス
　　二次性高血圧症、糖尿病

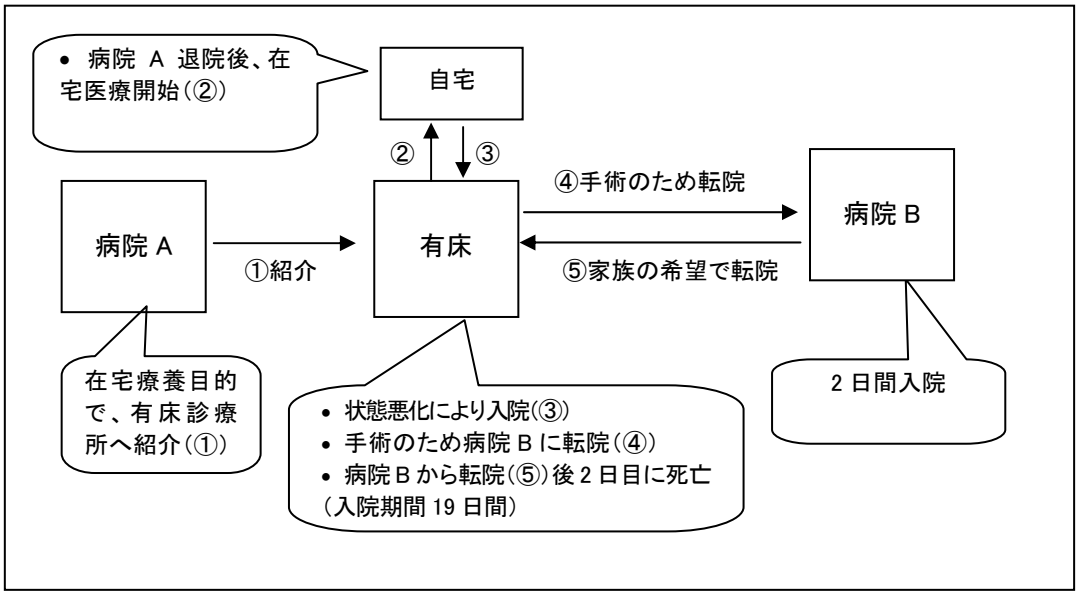


表 30 上記患者レセプト請求項目・点数　　入院基本料 1 (平成 22 年 12 月～23 年 1 月分)

総点数	うち入院基本料 14 日以内×14 日分 +15 日以上 30 日以内 ×5 日分	うち加算	うち リハビリ	他 (注射、処置、手術、検査、画像診断、その他診療区分)
50,436 点	13,590 点	1,783 点	0 点	35,063 点

加算　有床診療所一般病床初期加算、夜間緊急体制確保加算、夜間看護配置加算 2、栄養管理実施加算

表 31　入院患者の現状（平成 22 年 11 月）

病床種別	一般病床
実患者数(人)	30
年齢	平均 79.7歳(48歳～98歳)
介護度	介護度1～3:N=2(6.7%)　4以上:N=6(20.0%)
認知症患者	N=11(36.7%)
終末期患者	N=4(13.3%)
入院時理由	16名は急性発症・増悪 3名は本人、家族の希望 2名は適切な医療施設に空きがない
疾患名の例	胃癌、アルツハイマー型認知症、気管支喘息+虚血性心疾患、胸椎圧迫骨折、など
入院経路	病院一般病床から4名
退院後	5名は医療施設

表 32　医業収入ならびに収支（平成 22 年 11 月分。個人立）

	入院	外来
収入(円)	7,232,205	5,712,345
延べ患者数	563	1,222
収入／延べ患者数	12,846	4,675

収支 (円)	−107,288	1,239,211

注)業務別の収支は月次決算書と医師や職員の勤務内容と時間をベースに試行的に計算したものである。
月次であり、年間を通した収支の傾向とは異なる可能性がある。

特長

- 医師の有する高い専門性で医療提供を行い、必要に応じて継続して緩和ケアを実践している。

課題

- 入院医療を専門とするため外来医業収入が少なく、入院料の低さが経営の厳しさにつながっている。

外来患者の意識（1 月のある特定日の外来患者 30 名）

図 43 当院に入院設備があることと「有床診療所」という名称はご存知でしたか

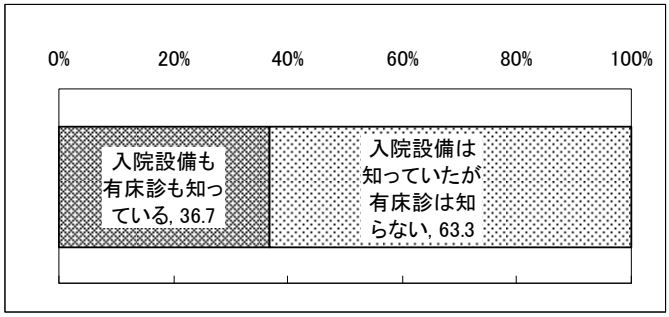


図 44 病院ではなく、診療所に入院設備があることについて

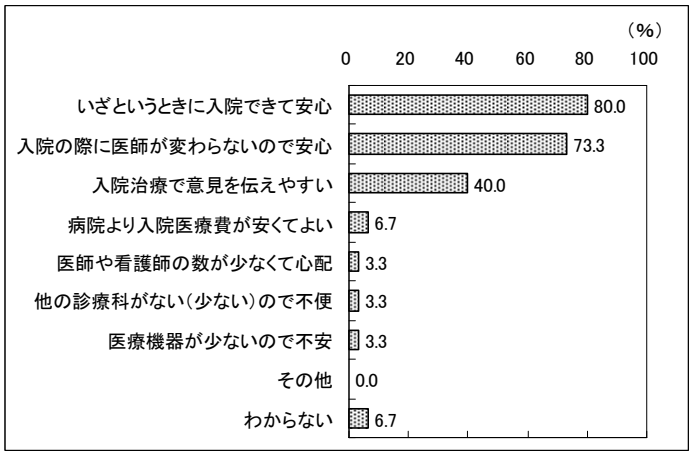
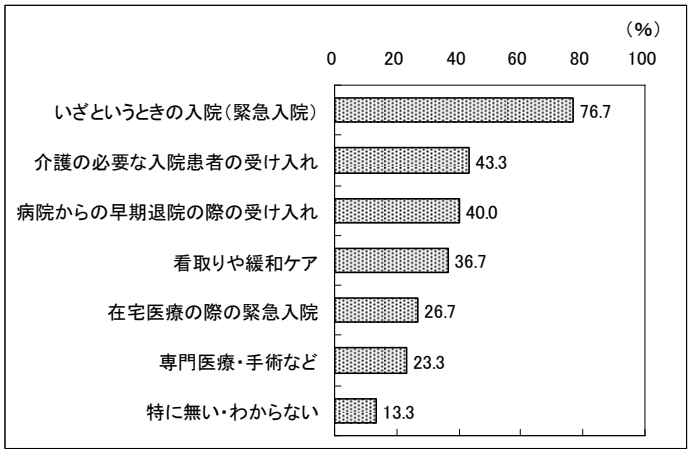


図 45 入院設備がある診療所にどのような役割を期待しますか



（４）脳神経外科 - 超専門 -

脳神経外科有床診療所（岡山県岡山市）

- 急性期を専門に、地域の急性期医療の一環を担う
- 救急車による患者搬送が全体の　22.7%（2010 年 11 月）を占める

表 33　施設概要および特性

専門医療	脳神経外科
夜間体制	医師 1 名　看護職員 2～3 名　診療放射線技師 1 名
緊急入院	24 時間体制

施設概要	• 19 床。うち一般病床 19 床
職員数	• 医師 4 名、看護師 12 名、准看護師 6 名、看護助手 1 名、OT・ST・PT5 名、栄養士・調理師 1 名、事務 6 名、診療放射線技師 3 名、臨床検査技師 2 名、保育士 3 名、薬剤師 1 名（給食は外注）
地域特性	• 県南東部医療圏　人口 90.7 万人

表 34　入院患者の現状（平成 22 年 11 月）

病床種別	一般病床
実患者数（人）	66
年齢	平均 70.5歳（18歳～93歳）
介護度	介護度１～３：N=1（1.5%） ４以上：N=0（0.0%）
認知症患者	N=6（9.1%）
終末期患者	N=0
入院時理由	58名は急性発症・増悪、3名は急性期が安定、3名は継続的な高度医療管理
疾患名の例	脳梗塞、脳動脈瘤、硬膜外血腫、水頭症など
入院経路	病院一般病床から1名
退院後	医療施設は19名。自宅47名のうち44名は外来や紹介医でフォロー

表 35　医業収入ならびに収支（平成 22 年 11 月分）

	入院	外来	介護
収入（円）	36,475,712	19,640,767	1,365,069
延べ患者数	638	1,987	235
収入／延べ患者数	57,172	9,865	5,809
収支（円）	3,386,108	2,015,033	680,954

注）業務別の収支は月次決算書と医師や職員の勤務内容と時間をベースに試行的に計算したものである。月次であり、年間を通した収支の傾向とは異なる可能性がある。

外来患者の意識（1 月中のある特定日の外来患者 35 名）

図 46 当院に入院設備があることと「有床診療所」という名称はご存知でしたか

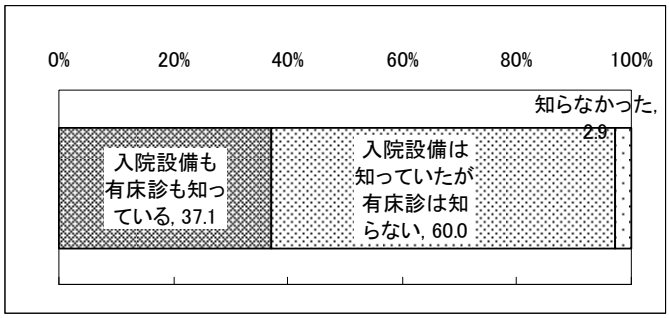


図 47　病院ではなく、診療所に入院設備があることについて

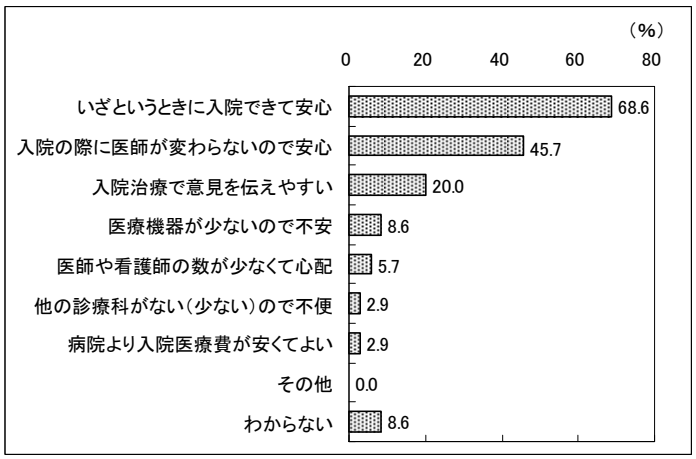
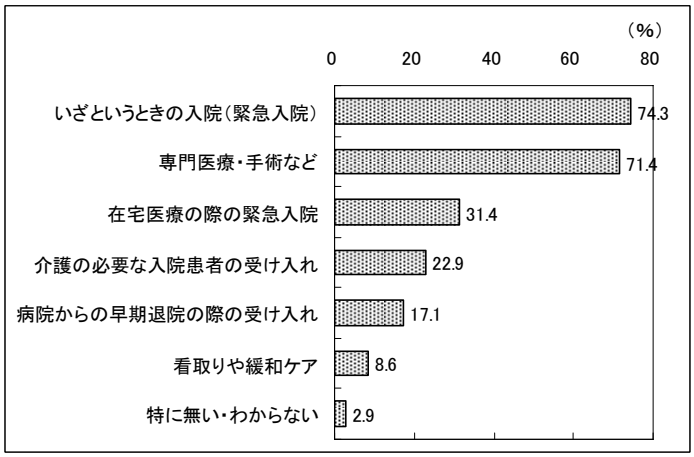


図 48 入院設備がある診療所にどのような役割を期待しますか



特長

- 脳神経外科の分野で地域の専門医療を担っている。

課題

- 病床過剰地域で病院への転換が難しい。病院と同様の医療であるが、入院基本料に差がある。

４．在宅・介護型

内科有床診療所（千葉県松戸市）

- 地域に密着して複数医師で在宅医療を大規模に展開し、地域住民の安心感につなげている。併設介護施設も多数所有。住民は「いつでも来てくれる先生」という意識を持っている。
- 訪問診療の患者さんが一時的に入院し、退院後に訪問診療を継続するケースが多い。

図 49　在宅・介護型モデル図

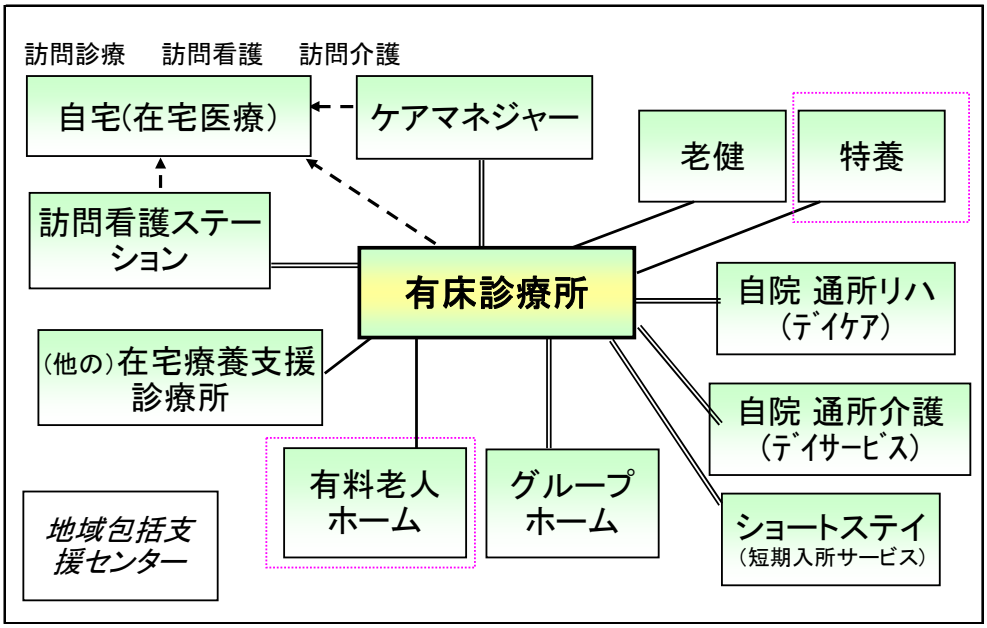


表 36　施設概要及び特色

専門医療	整形外科、一般内科
在宅医療	在宅療養支援診療所、実患者数（人）36 名
夜間体制	看護職員 1 名
緊急入院	24 時間体制
医療介護の連携	自院併設施設:　通所リハ
ショートステイ	なし
看取り	年間 56 件（うち入院 20 件、在宅（含む施設）36 件）（2010 年）
地域連携パス	なし

施設概要	• 19 床。うち一般病床 19 床 • 併設施設　通所リハ、その他関連事業多数
職員数	• 医師12名、看護師9名、准看護師6名、看護助手13名、OT・PT1名、栄養士・調理師 1 名、ケアマネジャー1 名、事務 9 名、その他 4 名
地域特性	• 東葛北部医療圏　人口　132.4 万人 • 高齢化率 20.3%

表 37　入院患者の現状（平成 22 年 11 月）

病床種別	一般病床
実患者数（人）	36
年齢	平均84.3歳（49歳～105歳）
介護度	介護度１～３:N=6（16.7%）　４以上:N=3（8.3%）
認知症患者	N=16（44.4%）
終末期患者	N=3（8.3%）
入院時理由	18名は急性発症・増悪50.0%、9名は継続的リハビリ、6名は介護者不在
疾患名の例	誤嚥性肺炎、腰椎圧迫骨折、腰部脊椎症、大腿骨骨折、など
入院経路	2名は病院の一般病床から。18名は在宅医療から。
退院後	自宅は22名。グループホームは4名、その他の介護施設は7名。

図 50 市内の有料老人ホームから予定入院例

年齢 90 歳代
疾患名　誤嚥性肺炎　　要介護度　2　認知症　あり

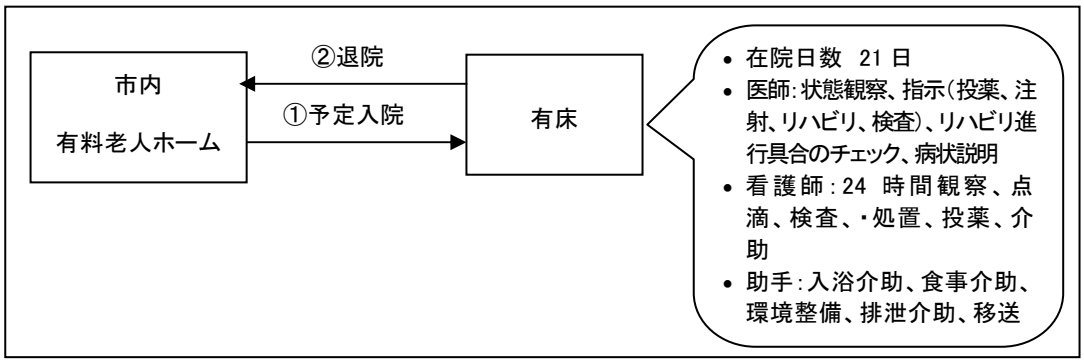


表 38　上記患者レセプト請求項目・点数　　基本料区分：入院基本料 1

総点数	うち入院基本料 14 日以内×14 日分＋15 日以上 30 日以内 7 日分	うち加算	うち リハビリ	他
29,826 点	14,770 点	5,005 点	630 点	9,421 点

加算算定項目　有床診療所一般病床初期加算、夜間緊急体制確保加算、医師配置加算 1、夜間看護配置加算 1、地域加算、栄養管理実施加算

図 51　緊急入院患者例

緊急入院患者

年齢　70 歳代
疾患名　右足関節脱臼骨折、症候性てんかん
要介護度:なし　　認知症:なし

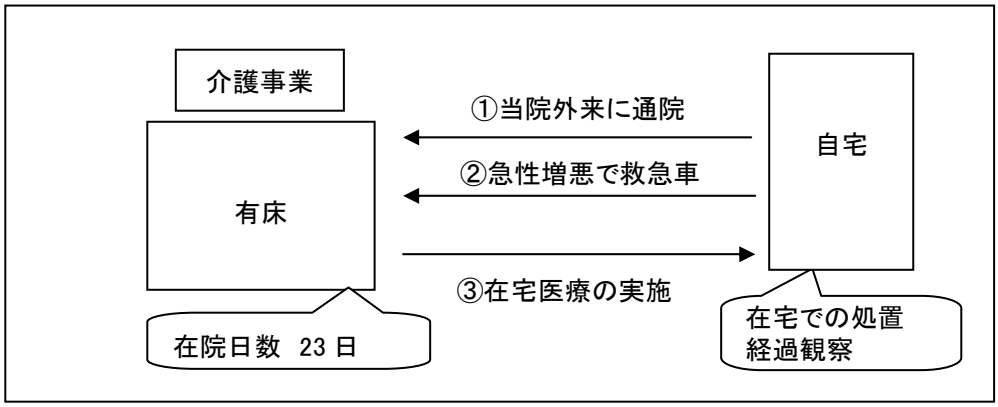


表 39　上記患者レセプト請求項目・点数　基本料区分：有床診療所入院基本料１

総点数	うち入院基本料 15 日以上 30 日以内×6 日分	うち加算	うちリハビリ	他
8,837 点	3,540 点	1,230 点	2,450 点	1,617 点

加算算定項目　夜間緊急体制確保加算、医師配置加算 1、夜間看護配置加算 1、地域加算、
栄養管理実施加算

表 40　医業収入ならびに収支（平成 22 年 11 月）

	入院	外来	在宅	介護
収入（円）	9,232,960	15,383,567	20,200,900	8,416,343
延べ患者数	510	4,545	848	
収入／延べ患者数	18,104	3,385	23,822	
収支（円）	−2,285,572	231,697	6,829,391	2,883,049

注）業務別の収支は月次決算書と医師や職員の勤務内容と時間をベースに試行的に計算したものである。
月次であり、年間を通した収支の傾向とは異なる可能性がある。

外来患者の意識（1 月のある特定日の外来患者 50 名）

図 52 当院に入院設備があることと「有床診療所」という名称はご存知でしたか

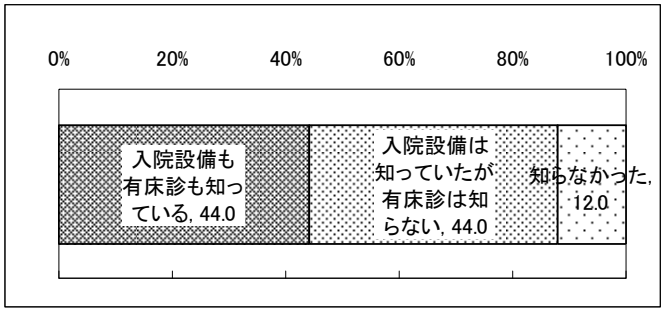


図 53 病院ではなく、診療所に入院設備があることについて

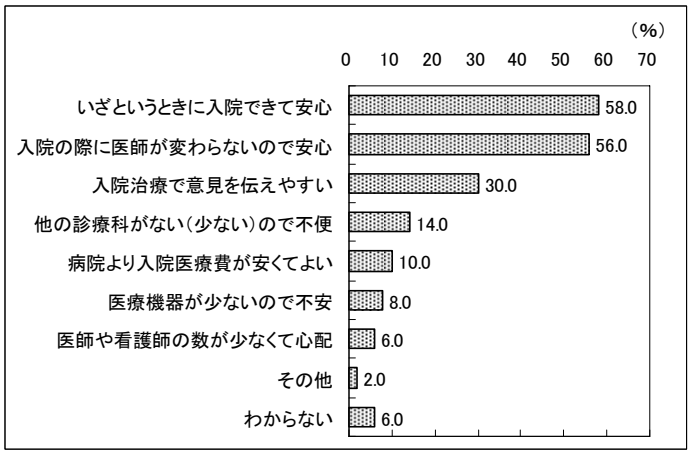
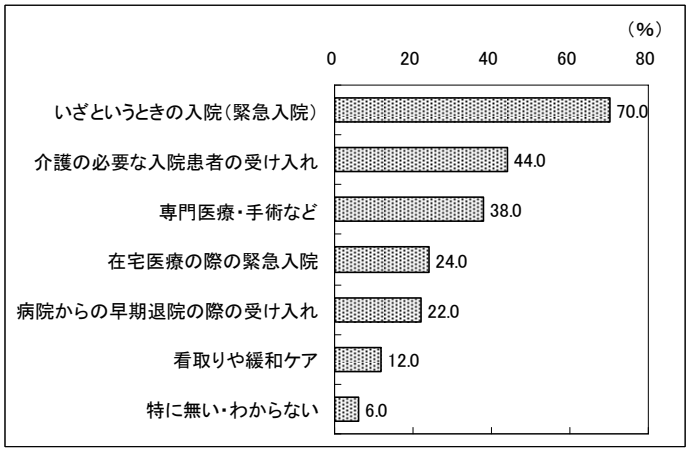


図 54 入院設備がある診療所にどのような役割を期待しますか



特長

- 高齢者ニーズに応えるために訪問診療を主軸にしてスタートし、患者ニーズに応えた事業展開を行なっている。
- 診療科の枠を超えた訪問診療を行ない、「多機能」の在宅医療介護の提供が可能になっている。
- 病床過剰地域のため、病院転換はもともと難しいが、診療所の医師であることで、患者により近い存在であることを望んでいる。

課題

- 入院部分の収入不足を介護事業と在宅医療で補っている。

添付　調査票

記入日 2010 年　（　）月（　）日

診療所名（　　）

開設者の種類	1 個人　2 医療法人　3 その他
主要診療科目 （該当する番号を１つ記入）	□（ひとつのみ） 1 内科　2 消化器内科　3 循環器内科 4 呼吸器内科　5 小児科 6 外科（循環器外科、呼吸器外科含む） 7 消化器外科　8 泌尿器科　9 脳神経外科 10 整形外科　11 耳鼻いんこう科 12 産婦人科　13 産科　14 婦人科 15 眼科　16 皮膚科　17 精神科・神経科 18 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科　19 その他（具体的に　　）

病床数 （①+②）	①一般病床	②療養病床 〔1〕+〔2〕	〔1〕医療療養病床	〔2〕介護療養病床
床	床 うちショートステイ　床	床	床	床

併設施設・併設事業 （○はいくつでも）	1 通所リハ(ﾃﾞｲｹｱ)　2 通所介護(ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ) 3 居宅介護支援事業所　4 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ 5 老健　6 特養 7 介護療養型老人保健施設（新型老健） 8 グループホーム　9 小規模多機能施設 10 有料ﾎｰﾑ・高専賃・ その他（　　）
院内・院外処方（外来）	1 主として院外処方　2 主として院内処方

入院基本料区分	入院基本料　1　2　3
加算 （算定しているもの全てに○、ただし、特定の患者についての加算については患者票にご記入ください。）	□夜間緊急体制確保加算(15 点) □有床診療所一般病床初期加算（100 点） □医師配置加算１（88 点）□医師配置加算２（60 点） □看護配置加算１（25 点）□看護配置加算２（10 点） □夜間看護配置加算１（80 点） □夜間看護配置加算２（30 点） □診療録管理体制加算(30 点) □地域加算　□離島加算(18 点) □栄養管理実施加算(12 点)　医療安全対策加算１（85 点） □医療安全対策加算２（35 点） □感染症防止対策加算（100 点） □後発医薬品使用体制加算（30 点） その他（　　）
在宅療養支援診療所の届出と算定	届出　1　行っている　2 行っていない 算定　1　行っている　2 行っていない
地域医療連携パスについて（過去1年間）	1．参画している　2．参画しているが患者は少ない 3．参画していて患者を多く受け入れている

上記で2、3の回答の施設は、以下お教えください。 ● 地域連携パスの疾患名 ● 貴院の患者数(年間平均) ● 計画管理病院名（主要病院）	疾患（　　）患者数（　　）名/年 計画管理病院（　　） 疾患（　　）患者数（　　）名/年 計画管理病院（　　） 疾患（　　）患者数（　　）名/年 計画管理病院（　　）
連携パスの課題などご意見	（ ）

継承者の有無	1　その時期ではないので未定　2．親子継承の予定 3．第三者継承の予定　4．探しているが見つからない 5．継承しないで閉鎖予定　6．その他

平成22年度診療報酬改定について

貴院の入院収入への影響	1．入院収入は増加（～10%, ～20%、～30%、30%以上） 2．変化なし 3．入院収入は減少（～10%, ～20%、～30%、30%以上）
貴院の経営への影響　ー収支	1．大幅に向上　2．やや向上　3．変化なし 4．やや悪化　　5．大幅に悪化

ご意見	特に、①加算、②地域連携、③介護、④在宅医療、⑤病床区分、⑥連携パス、⑦承継、等についていずれかお願いします。

患者番号または氏名（　　）　性別　1. 男性　2. 女性　年齢（　）歳　入院日数（　）日

病床種別　1. 一般　2. 医療療養　疾患名（　　）

入院に関わる情報　地域連携パスの適用　1. はい　2. いいえ　連携パス名（　　）

入院日	（　）年（　）月（　）日～　介護必要度（要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ）不明
認知症	1. なし 2. あり(Ⅰ Ⅱ Ⅲa Ⅲb Ⅳ M)
病期	1. 急性期 2. 亜急性期・回復期 3.慢性期 4. 終末期 5. その他
入院時の理由	1. 疾病の急性発症、または急性増悪　2. 疾病の急性期状態が安定 3. 継続的な高度な医療管理　4. 継続的なリハビリ 5. 適切な医療施設に空きがない　6. 適切な介護施設に空きがない 7. 在宅でも対応できるが介護者不在・介護サービス不足など　8. 上記以外で本人、家族の希望 9. その他（　　）
入院経路(複数可)	1. 他院より紹介　2. 自院の外来　3. 予定入院　4. 緊急入院　5. 救急車による搬送
入院元	1. 自宅(在宅医療なし) 2. 自宅(在宅医療あり) 3. 病院の一般病床　4. 病院の療養病床 5. 病院の回復期病棟　6. 無床診療所　7. 有床診療所 8. 自院以外の併設介護施設　種類(老健 特養 老人ホーム その他(9. 自院の介護施設　種類(老健 特養 老人ホーム その他(3～9の場合の在院・在所日数(約) [　　] 日
医師の医療提供(記入日時点) 平均（　）時間（　）分／日 (記入日以前1週間の平均)	手術の有無　1. 無 2. 有　手術名（　　） 1. 状態は安定していて医師の指示はほとんど必要としない 2. 週1回程度の指示　3. 週2～3回の指示 4. 毎日指示　5. 1日数回の指示 6. その他（　　）
看護師の看護提供頻度(記入日時点) 平均（　）時間（　）分／日	1. 定時の観察のみ　2. 定時以外に1日1～数回の観察および処置 3. 頻回の観察および処置　4. 24時間の観察および処置
看護補助・介護士(等)のケア提供頻度 平均（　）時間（　）分／日	1. 定時の観察のみ　2. 1日1～数回の観察および処置 3. 頻回の観察および処置　4. 24時間の観察および処置

一般病床の場合

一般病床入院基本料区分　1. 区分1　2. 区分2　3. 区分3

当該患者の診療報酬(本月分)	総点数	うち入院基本料			うち加算	その他
			14日以内	15～30日	31日以上		
			日	日	日		

加算（算定したもの全てに☑）
- □救急入院管理加算(800点)　□在宅患者緊急入院診療加算(1,300／650
- □褥瘡患者管理加算(20点)　□総合評価加算(50点)
- □急性期病棟等退院調整加算1(140点)　□急性期病棟等退院調整加算2(100点)
- □介護支援連携指導料　その他、当該患者特定の加算（　　）

診療区分別総点数　20投薬（　）点　30注射（　）点　40処置（　）点
50手術（　）点　60検査（　）点　70画像診断（　）点
80その他（　）点　うちリハビリ（　）点

療養病床の場合

1. 療養病床基本料区分　A　B　C　D　E　特別 2. 医療区分 1 2 3　3. ADL 1 2 3

当該患者の1ヶ月の診療報酬	総点数	うち入院基本料	うち加算	その他

今月の算定回数（　）回

加算（算定したもの全てに☑）
- □救急医療管理加算(800点)　□在宅患者緊急入院診療加算(1,300／650)
- □褥瘡患者管理加算(20点)
- □慢性期棟等退院調整加算1(100点/140点)　□慢性期病棟等退院調整加算2(100点／100点)
- □介護支援連携指導料　その他、当患者特定の加算（　　）

今後について

退院後の望ましい療養・生活の場（退院患者については退院先）　1. 自宅　2. 老健　3. 特養　4. グループホーム　5. その他の介護施設　6. 医療施設　7. その他（　）

現時点で上記への移行の見通し　1. あり　2. なし　上記2～7は併設施設か　1. はい　2. いいえ

退院先が自宅の場合のフォロー　1. 行なわない　2. 訪問診療・看護　3. 訪問介護　4. その他（　）

11月（ ）日（ ）曜　　貴院の医師を含む全職員について1週間分お願いします。

職種	氏名 または 番号	1日勤 2夜勤 3当直	総勤務時間	入院 （合計）	入院 （一般病床）	入院 （医療療養病床）	入院 （介護療養病床）	外来	在宅	その他	特記事項 振り分け困難など
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
			0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	0分	
本日の患者数					（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人		

収支票　2010年11月収支

月次決算 （単位：円）	①総額	②入院	A 一般病床	B 療養病床 （医療）	C 療養病床 （介護）	③外来	④在宅	⑤有床診での その他介護 （該当場合のみ）
医業収入								
介護収入								
その他								
収益（収入）（計）								
医薬品費（実額で記入）								
医療材料費（保険請求できる材料）								
医療消耗備品（請求できない材料）								
給食材料費								
給与費(計)								
医師・理事長								
看護職員								
看護補助職員								
介護職員								
給食係								
事務職								
その他								
委託費（検査など）								
その他経費(計)								
減価償却費								
リース料、賃貸費								
水道光熱費								
その他								
費用（計）								
収益　－　費用								
11月延べ患者数（人）								

入院設備のある診療所に関するアンケート調査

この調査は、入院設備のある診療所に関して、地域の患者様の意識を伺うものです。何卒ご協力のほどお願い申し上げます。　　平成 23 年 1 月　日本医師会

１．当院は外来診療に加えて入院設備(病床)を持つ診療所で、一般に有床診療所と呼ばれています。当院に入院設備があることをご存じでしたか？（○はひとつ）

1. 入院設備があることは知っていたし、有床診療所という名前も知っていた。
2. 入院設備があることは知っていたが、有床診療所という名前は知らなかった。
3. 入院設備があることは知らなかった。　　4. その他

２．当院に通院されている理由は以下のどれでしょうか。（○はいくつでも）

1. かかりつけ医がいるから
2. 家族や医師などから紹介されたから
3. 住まいから近いから
4. 入院設備があるから
5. 医師や看護師が親切だから
6. 医療の水準が高いから
7. その他（　　）

３．以下の２つの質問は、当院とは関係なくお答えください。入院設備がある医療機関のうち、20 病床以上は病院、19 病床以下は診療所です。入院設備がある診療所は全国に約 11,000 施設(14 万病床)あります。診療科は内科、小児科、外科、整形外科、産婦人科、眼科など多様です。入院設備がない診療所は約 9 万施設あります。

(A) 入院設備のある診療所にどのような役割を期待しますか。（○はいくつでも）

1. 専門医療・手術など
2. 病院からの早期退院の際の受け入れ
3. いざというときの入院(緊急入院)
4. 介護の必要な入院患者の受け入れ
5. 看取りや緩和ケア
6. 在宅医療の際の緊急入院
7. 特にない
8. わからない

(B) 病院ではなく、診療所に入院設備があることについてどのように思われますか。（○はいくつでも）

1. 入院の際に医師が変わらないので安心
2. 入院治療で意見を伝えやすい
3. いざというときに入院できて安心
4. 医師や看護師の数が少なくて心配
5. 他の診療科がない(少ない)ので不便
6. 医療機器が少ないので不安
7. 病院より入院医療費が安くてよい
8. その他
9. わからない

４．全国的に入院設備のある診療所は減少しています。当院の入院設備がもしもなくなるとしたら、どのように思われますか。（○はひとつ）

1. 入院設備があるほうがよい　2. 入院設備は必要ない
3. どちらともいえない　　4. わからない

最後にあなた様の性別と年齢をお教えください。

（男・女）（～20 歳・～30 歳・～40 歳・～50 歳・～60 歳・～70 歳・～80 歳・81 歳以上）

ご記入後、3 つ折りにして回収箱に入れてください。ご協力有難うございました。