

診療所については、再診料の2点引き下げが決まったものの、「ほとんどの診療所が地域医療貢献加算を取ると実質的には上がる」との見方を示した。また、外来管理加算の「5分要件」も外れたため、「実際はそんなに下がらないのかなという気もする」と指摘した。精神科に関しては、「精神科病棟『13対1』入院基本料」の新設により、日本精神科病院協会の内部に、「看護師の奪い合いが起きてしまう」と懸念する声があることを明らかにした。また、中小病院への影響については、急性期看護補助体制加算や医師事務作業補助体制加算、一般病棟看護必要度評価加算など、「『10対1』（を算定している病棟）は、取れるものがたくさんある」と指摘。「7対1」の体制を維持するのが困難なため、「『7対1』を『10対1』に落とす病院が増えるのかな、という気がしている」との考えを示した。

有床診療所の改定「一定の評価」 連絡協の鹿子生専務理事

メディアファクス 20100305

全国有床診療所連絡協議会の鹿子生健一専務理事は本紙に対し、4月からの次期診療報酬改定について「有床診療所の多彩な機能に関して理解が進みつつある」と一定の評価を示した。ただ「改定財源が小さかった影響もあり、期待したほどのアップではなかったが、2012年度の介護との同時改定に向けて、さらに有床診療所の機能評価を進めるスタートラインに立った」と述べた。

有床診療所関連の10年度改定では、看護職員数に応じた区分を2段階から3

段階に整理し、入院基本料は基本料1（看護職員7人以上）を760～500点に、基本料2（看護職員4～6人）を680～460点に、基本料3（看護職員1～3人）を500～340点に設定した。また有床診の一般病床の後方病床機能を評価する「有床診療所一般病床初期加算」を新設した。同様に病院と有床診の療養病床を評価する「救急・在宅等支援療養病床初期加算」も新設した。複数医師数に加えて一定要件を満たした場合に算定できる「医師配置加算1」は88点。さらに看護配置加算が見直され、点数がアップした。

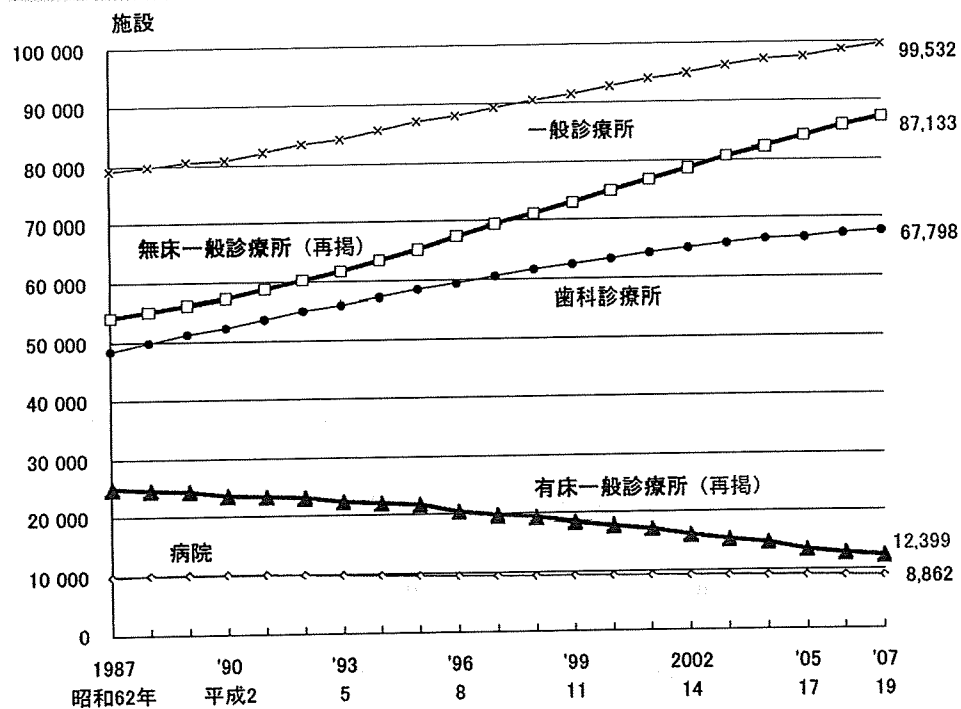
鹿子生氏は、入院基本料の極端な逡減制が緩和され、現行の基本料2では31日以上入院基本料が280点から340点（基本料3）に引き上がったことや、3区分によって看護職員「4～6人」の新区分が加わったことから「看護職員の確保に苦勞していた施設でも改善が期待できる」ことを示した。

また、新設された初期加算、複数医師配置加算1と、見直された看護配置加算などを算定した場合、10%以上の収益増も期待できるとのシミュレーションも示した。再診料の引き下げに伴って新設される地域医療貢献加算は「実質的には有床診はほぼとれる」として評価した。

鹿子生氏は、急性期病院の平均在院日数が短縮化する中で、後方施設の機能を担う有床診の在院日数は延びる傾向があるとして、31日以上の点数の底上げが図られたことを評価した。一方で、7日以内の基本料が下がったことについては「財源の問題があったにしても残念だ」とした。

3 医療実態調査の有床診療所関係現況データ

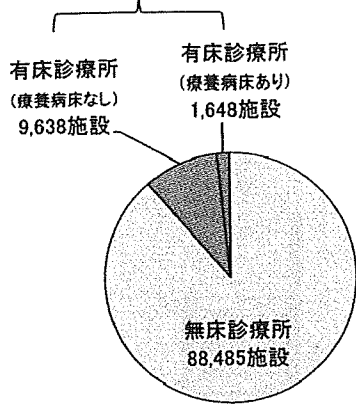
有床診療所数の年次推移



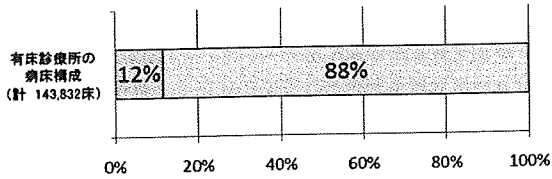
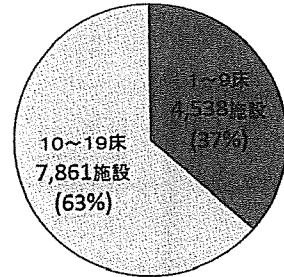
出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成19年度医療施設動態調査」

有床診療所の現況

計11,286施設(11%)



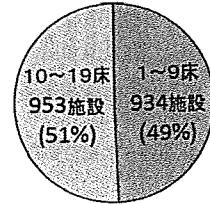
有床診療所の一般病床の
病床規模(計12,399施設)



□有床診療所の
療養病床数
(16,752床)

□有床診療所の
一般病床数
(127,080床)

有床診療所の療養病床の
病床規模(計1,887施設)



出典:医療施設動態調査(平成21年7月末概数)

病院・診療所の施設基準

	診療所の一般病床		診療所の療養病床	
	人員配置	構造設備	人員配置	構造設備
医療法 (人員配置は標準、構造設備は最低基準)	—	●病床 一人部屋 6.3㎡/床以上 二人部屋～ 4.3㎡/床以上	●医師 1人 ●看護職員 4:1 ^{※1} ●看護補助者 4:1 ^{※1} (当面の間、看護職員・看護補助者 あわせて2:1で可)	●必置施設 ・機能訓練施設 ・談話室 ・食堂 ・浴室 ●病床 6.4㎡/床以上 ^{※2}
診療報酬 (入院基本料の施設基準)	■有床診療所入院基本料1の場合 看護職員5人以上 ^{※3} ■有床診療所入院基本料2の場合 看護職員1人以上5人未満 ^{※3}	—	■看護職員 6:1以上 ^{※4} ■看護補助者 6:1以上 ^{※4} (但し、医療区分2・3が8割以上であれば看護職員・看護補助者ともに4:1以上)	—

(参考)

	病院の一般病床		病院の療養病床	
	人員配置	構造設備	人員配置	構造設備
医療法 (人員配置は標準、構造設備は最低基準)	○医師 16:1 ○看護職員 3:1 ○薬剤師 70:1	○必置施設 ・各科専門の診察室 ・手術室・処置室 ・臨床検査施設 (外転転する場合を除く) ・X線装置 等 ○病床 6.4㎡/床以上 ^{※5}	○医師 48:1 ○看護職員 4:1 ^{※1} ○看護補助者 4:1 ^{※1} ○薬剤師 150:1	○一般病床の必置施設に加え ・機能訓練施設 ・談話室 ・食堂 ・浴室 ○病床 6.4㎡/床以上 ^{※2}
診療報酬 (入院基本料の施設基準)	□看護職員 7:1 (看護師70%以上) 準7:1, 10:1, 13:1 (同70%以上) 15:1 (同40%以上) □7:1の場合の医師要件: 当該病棟の入院患者数の10%以上の常勤医師	—	□看護職員 25:1以上 □看護補助者 25:1以上 (但し、医療区分2・3が8割以上であれば看護職員・看護補助者ともに20:1以上)	—

※1 H24.3.31までは 8:1で可(経過措置) ※2 既設(H13.3.31時点)の場合、6.0㎡/床以上 ※3 療養病床に勤務する職員数を含まない。
 ※4 療養病床に勤務する職員数、実員配置30:1に相当。 ※5 既設(H13.3.1時点)の場合、一人部屋6.3㎡/床以上、二人部屋～4.3㎡/床以上

4

有床診療所に対する診療報酬上の評価

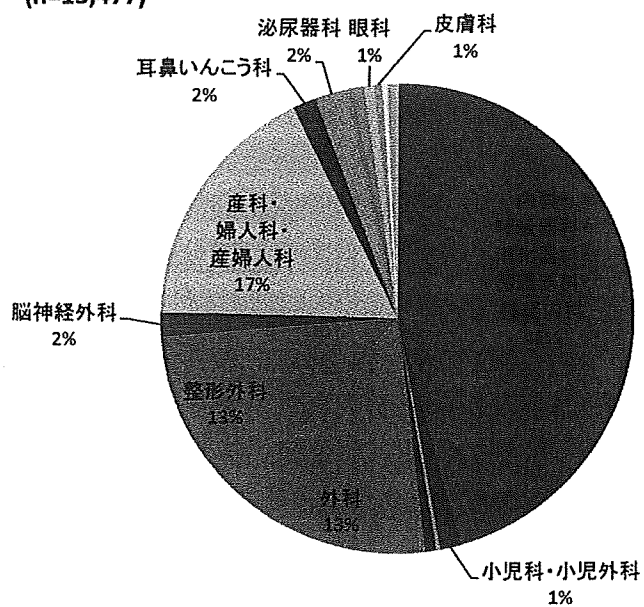
	有床診療所入院基本料1	有床診療所入院基本料2	有床診療所療養病床入院基本料
病床種別	一般		療養
点数	7日以内 810点 8日以上14日以内 660点 15日以上30日以内 490点 31日以上 450点	7日以内 640点 8日以上14日以内 480点 15日以上30日以内 320点 31日以上 280点	A 975点 B 871点 C 764点 D 602点 E 520点
包括範囲	出来高		検査・投薬・注射・病理診断・一部の画像診断及び処置包括
看護職員	5以上	1以上5未満	6対1※4
看護補助者	—		6対1※4
夜勤	看護要員1以上※3		—
届出施設数※1	8,022施設		1,247施設
届出病床数※1	102,064床		10,443床
算定回数※2	1,004,742回	124,892回	214,856回

※1: 平成20年7月時点 ※2: 社会医療診療行為別調査(平成21年6月審査分) ※3: 夜間看護配置加算1の場合
 ※4: 実質配置30:1相当。医療区分2・3の患者が8割を超える病棟は、看護職員4:1、看護補助者4:1(実質配置20:1相当)。

5

主たる診療科別の有床診療所数

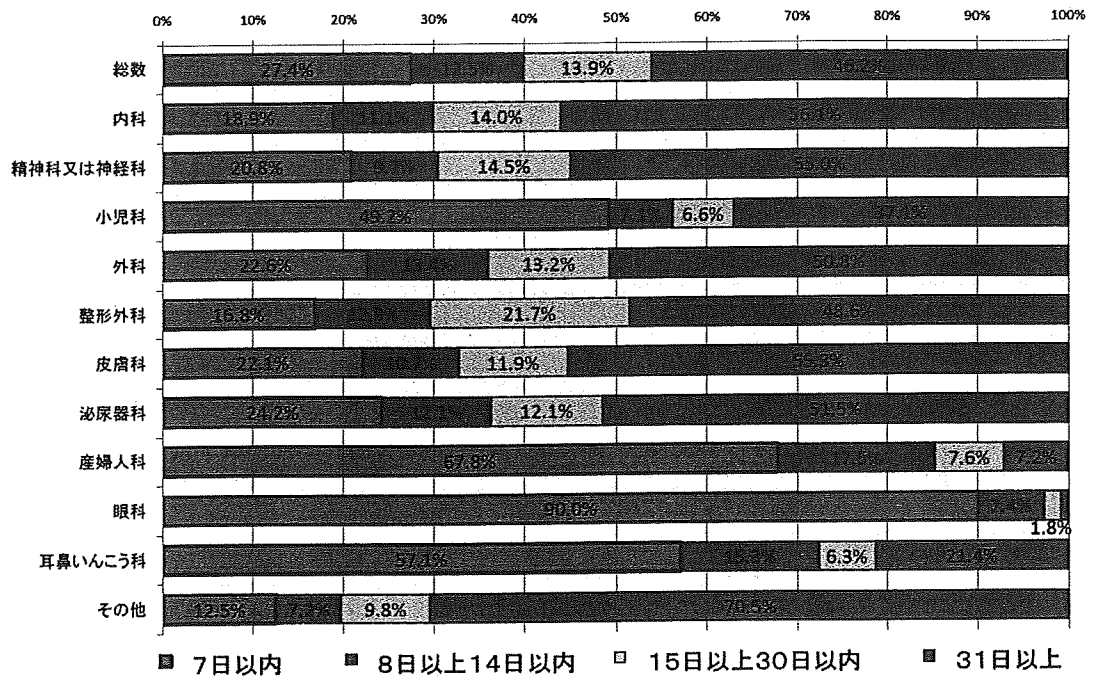
有床診療所
(n=13,477)



- 内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・神経内科
- 小児科・小児外科
- 神経内科
- 精神科・神経科等
- リウマチ科
- 外科
- 整形外科
- 脳神経外科
- 産科・婦人科・産婦人科
- 耳鼻いんこう科
- 泌尿器科
- こう門科
- 眼科
- 皮膚科
- 歯科
- その他

出典：医療施設動態調査(平成17年度)

診療科別日数区分ごとの有床診療所入院基本料算定回数の割合

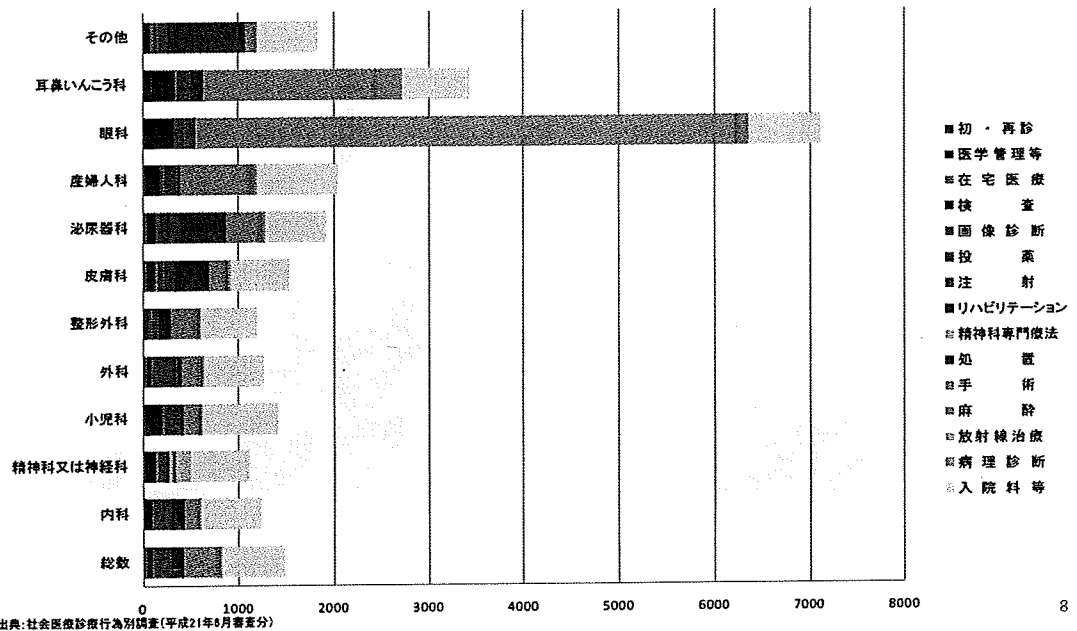


出典：社会医療診療行為別調査(平成21年6月審査分)

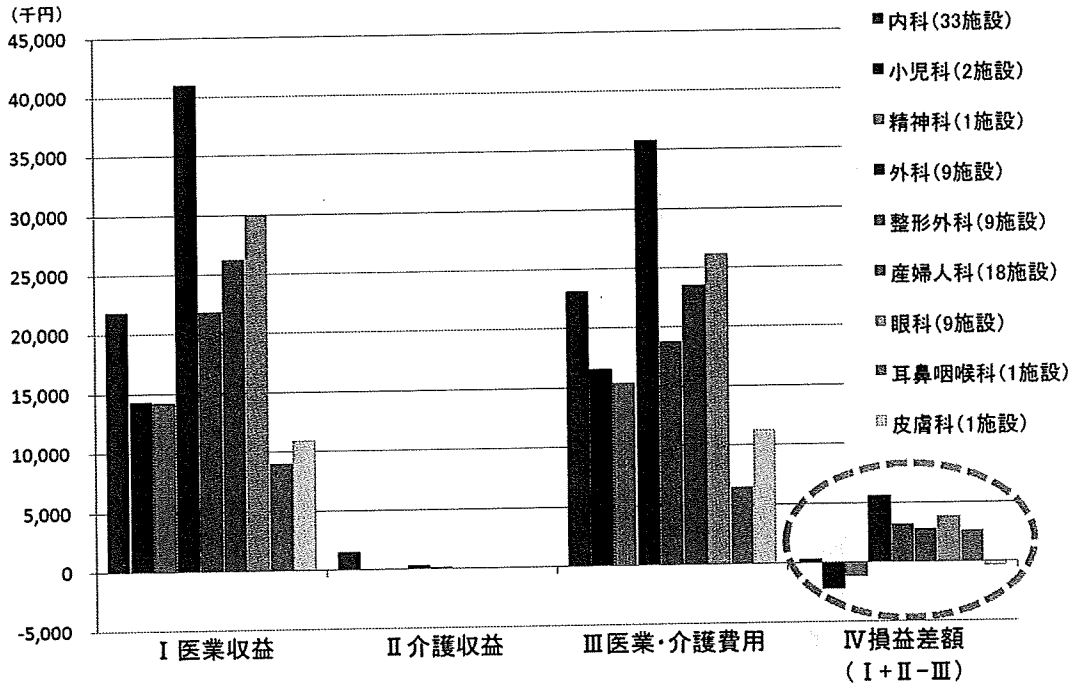
有床診療所入院診療科別大分類別点数

○有床診療所の入院における1日当たり点数を比較すると、眼科・耳鼻科が高く、特に眼科においては7,106点/日と、非常に高くなっている。

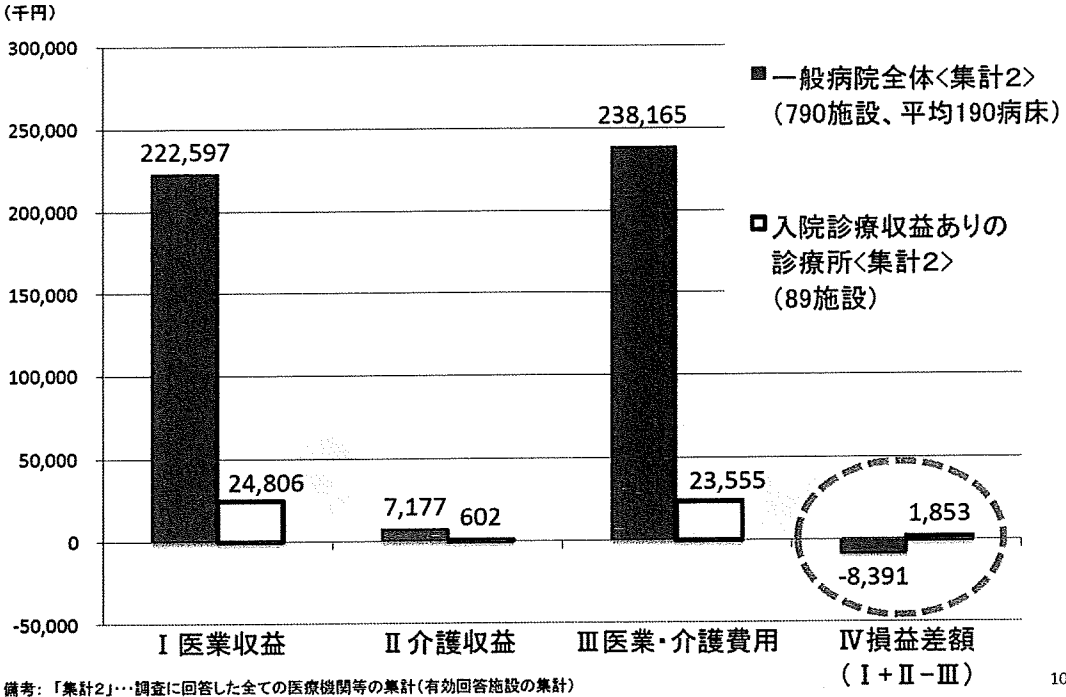
有床診療所入院診療科別1日あたり点数



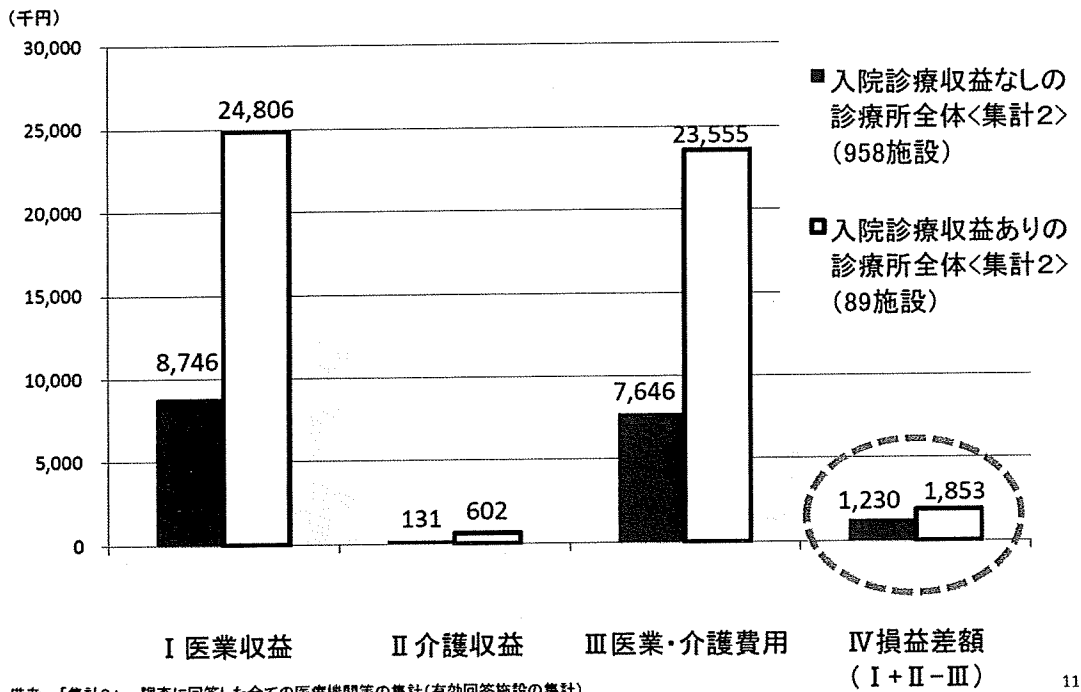
平成21年度医療経済実態調査
主たる診療科別の有床診療所の損益状況



平成21年度医療経済実態調査
病院及び有床診療所の損益状況

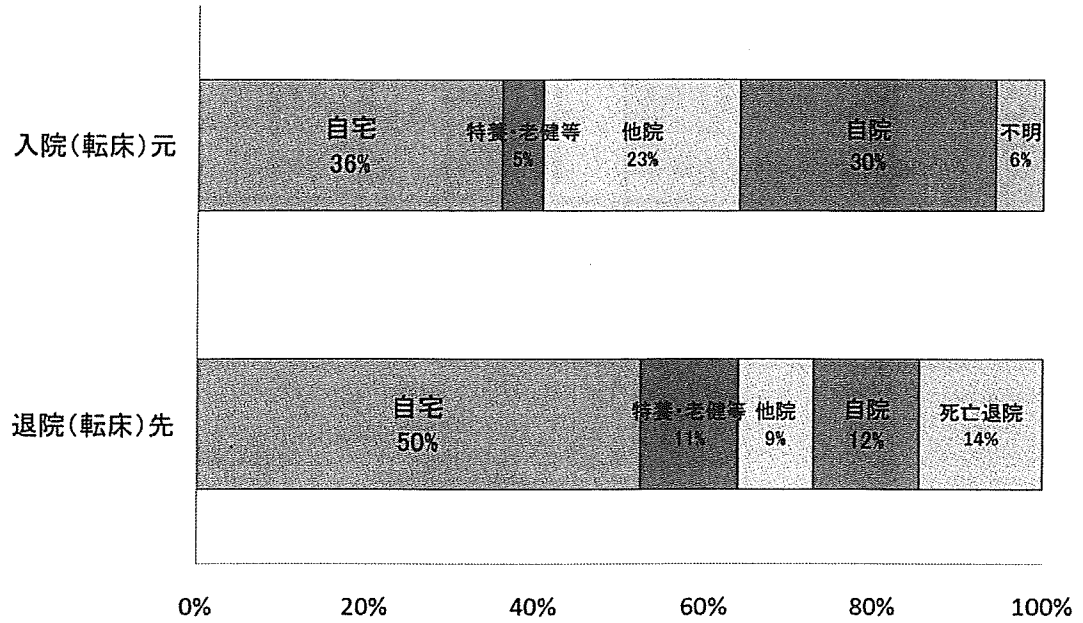


平成21年度医療経済実態調査
無床診療所及び有床診療所の損益状況



備考: 「集計2」…調査に回答した全ての医療機関等の集計(有効回答施設の集計)

診療所の医療療養病床の入退院の状況



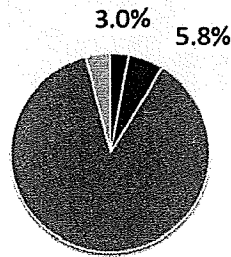
注)「他院」には、同一法人内の他医療機関を含む。

出典：厚生労働省保険局医療課「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」（平成21年3月の施設特性調査データ）

診療所の療養病床における救急患者の受入状況

	医療区分1 (n=371)		医療区分2 (n=375)		医療区分3 (n=51)		合計 (n=797)	
救急車による救急受入れ患者	13	3.5%	9	2.4%	2	3.9%	24	3.0%
上記以外の救急受入れ患者	21	5.7%	22	5.9%	3	5.9%	46	5.8%
救急受入れ患者ではない	324	87.3%	328	87.5%	43	84.3%	695	87.2%
無回答	13	3.5%	16	4.3%	3	5.9%	32	4.0%
全体	371	100.0%	375	100.0%	51	100.0%	797	100.0%

診療所
(n=797)



- 救急車による救急受入れ患者
- 上記以外の救急受入れ患者
- 救急受入れ患者ではない
- 無回答

13

出典：厚生労働省保険局医療課「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」（平成21年3月のデータ）

4 有床診療に関する医療関係団体の活動状況例

昭和26年8月27日 第3種郵便物承認

広島県医師会速報 (第2057号)

2009年(平成21年)8月25日 (6)

第22回全国有床診療所連絡協議会総会 熊本市で開催!

有床診療所を医療崩壊の救世主に一鍵を握る入院基本料引き上げ



平成21年8月1日(土)、2日(日)の両日、衆議院解散中の蒸し暑い梅雨明け前、火の国熊本築城400年を迎えた熊本市で標記総会が開催された。全国より会員等約500人が出席し、広島県からは、有床診療所部会の森康部会長、古川義紀委員、徳永彰委員、担当の松村誠常任理事ら15名が参加した。総会では、有床診療所を再生し地域医療を守るため、入院基本料と療養病床の大幅引き上げを求める等の事業計画と日本医師会への要望書が採択され、総会の場で唐澤祥人日本医師会会長に内藤哲夫協議会会長より直接手渡された。

特別講演Ⅰ「社会保障の課題」では、西島英利参議院議員が骨太の方針2009での社会保障費2,200億円の抑制の完全撤廃と、レセプトオンライン化の例外規定と消費税引き上げの診療報酬の軽減税率について講演した。特別講演Ⅱ「21世紀の国民医療と地域医療」では、唐澤祥人日本医師会会長が「政治なくして医政なし、医政なくして医療なし」と診療報酬の大幅な引き上げを求める等の日医の医療政策を述べた。特別講演Ⅲ「医療提供体制の現状と課題」では、佐藤敏信厚生労働省保険局医療課長が次期診療報酬改定について基本的な考え方を述べ、有床診療所についての方針は未定であるとした。そして19床が妥当かについても中長期的問題として提起し有床診療所のグランドデザインを求めた。講演「有床診療所と介護保険」では、三上裕司日本医師会常任理事が有床診療所のショートステイ実施につきその問題点と対応について述べ、活用を訴えた。

シンポジウム「地域における有床診療所の役割」では、地元熊本県の二人の有床診療所院長より厳しい現状報告と提言があり、江口成美日本医師会総合政策研究機構主席研究員からは有床診療所の機能と今後のあり方について、春木進熊本日日新聞社編集委員室室長からは有床診療所の問題点と診療報酬引き上げの財源について、そして熊本大学医学部附属病院地域医療システム学寄附講座特任教授からは有床診療所の維持と発展が医療崩壊を防ぐ意味でも求められていると講演があった。

また、今村定臣日本医師会常任理事がまとめとして日医は有床診療所を地域医療の再生と活性化の要であると改めて認識したと述べた。以下に、その概要につき報告する。

総 会

開会挨拶で藏元昭一熊本県有床診療所協議会会長は、「医療崩壊の中、有床診療所の経営困難と減少が余り知られていない。そういった厳しい現状について今回の企画を行い社会へアピールしたい」と述べた。

ついで、北野邦俊総会会長（熊本県医師会長）が「火の国熊本県は初代日医会長の北里柴三郎を輩出した。本総会を変革の時代に即した安心と安全の医療提供につき国に働きかける機会としたい」と挨拶。そして、内藤本協議会会長が「12年間の会長任期中に悲願の医療法13条を廃止することができたが、今なお入院基本料などの病診格差は是正されていない。今年度で会長を退くが、引き続き入院基本料の大幅引き上げ等の活動を支援してゆく」と挨拶した。唐澤日医会長は祝辞として「長年の医療費抑制政策により地域医療は疲弊崩壊しつつある。地域医療再

生のための社会保障費の財源と体制が必要である。有床診療所の減少は、そのニーズが減少したのではなく診療報酬の低額が原因であると認識している」と述べた。

総会議事では、会員数が前年比69人減の3,905人であり、栃木県と岐阜県に協議会が設立されたにもかかわらず会員数の減少に歯止めがかかってない厳しい状況が報告された。そして平成20年度事業報告、平成20年度収支決算、平成21年度事業計画と収支予算が原案どおり承認された。

次いで、日本医師会への要望書が採択され、内藤協議会会長より唐澤日医会長に直接手渡された。また、次期本協議会会長に葉梨之紀本協議会常任理事を、そして次期総会会長に井戸俊夫岡山県医師会長を選任することを了承した。来年度総会は平成22年7月31日と8月1日に岡山市で開催予定である。

平成21年度 事業計画

有床診療所を再生し地域医療を守り、会員の大同団結を図るため、以下の事業を行う。

1. 次期診療報酬改定において、有床診療所の入院基本料と療養病床入院基本料の大幅な引き上げを実現すべく関係各方面に強力に働きかける。
2. 全ての都道府県に有床診療所協議会を設置すべく、未設置の都道府県医師会に強力に働きかける。
3. 日本医師会「有床診療所に関する検討委員会」に積極的に参画し、本協議会の方針の実現に努める。
4. 医療崩壊を阻止し地域医療を守るため、有床診療所の存在意義と役割を広く国民に周知徹底するとともに、魅力ある新しい有床診療所のあり方を提言する。

日本医師会

会長 唐 澤 祥 人 殿

平成21年8月1日

全国有床診療所連絡協議会
会長 内 藤 哲 夫

要 望 書

医療法改正で、“48時間”の入院期間制限規定が撤廃され、有床診療所の病床は法的に「正式な病床」として認められた。

しかしながら、近年、有床診療所の無床化が年ごとに著しく、毎年約1,000の施設が病床閉鎖・崩壊に追い込まれている。その原因としては、永年に亘って極端に低く設定されている入院基本料が病床の運営を急速に困難にしているのである。

有床診療所の無床化は、“かかりつけ医”として患者の近くに存在し、かつ、急性期から慢性期、更には終末期、そして在宅医療にも対応してきた入院機能が失われることとなり、地域住民にとって大きな不便と不利益をもたらす。

高齢社会が進展し、地域の医療崩壊が叫ばれている今、地域医療、地域ケアの中核として、また、安心・安全医療の一翼を担う有床診療所に求められる役割は極めて大きいものがある。

有床診療所の存続と有効活用に向けて、日医の強力な支援を求めるとともに次の事項を要望する。

- 1) 入院基本料の全体的引き上げ
一般・療養病床を問わず、入院基本料の底上げを求める。
- 2) 一般病床入院基本料の通減制の見直し
急性期の14日までと亜急性期30日までを重点的に評価すること。
- 3) 看護配置基準の見直し
現在2段階の看護配置基準の評価を、実態に近い4人未満、4人以上7人未満、7人以上の3段階に変更すること。
- 4) 入院時医学管理加算の新設
急性期医療提供体制を持つ有床診療所について評価を求める。
- 5) 医療計画における病床規制の撤廃
改正医療法により、有床診療所の病床は基準病床数の対象となり、特例以外は新規開業が制限されている。地域医療を担う小規模な病床は、届出のみで開設を認めるべきである。
- 6) 病床区分の撤廃
診療所病床は最大でも19床と小規模であるにもかかわらず、その中で病床区分を定められ
ては効率的な運用が出来ない。
診療所病床は病院病床とは別概念で捉え、医療・介護等の病床区分をせずに、急性期から慢性期、終末医療に至るまで、周辺地域の患者・利用者に多様な対応が出来るように現場に応じた柔軟な特性を維持させるべきである。

特別講演 I

社会保障の課題

平成21年度の社会保障費予算について



西島 英利
参議院議員

社会保障の給付費が年々増え続けており、年間8千億から1兆円伸びている。これをなんとかしないといけなという財務省の考えで、抑制のターゲットは医療になった。実際の抑制の額は5年間で3兆3千億円であった。その結果医療が崩壊状態になった。

平成21年度の社会保障費、年金・医療等に

係る経費等特定の経費に関して、新たな安定的財源が確保された場合の取り扱いについては、予算編成過程で検討されることとなった。

少なくとも社会保障費の2,200億円抑制については、年金医療等は対象としないということが昨年の7月の段階で決まった。

平成21年度予算の社会保障抑制財源については、雇用保険国庫負担削減、タバコ税増税等が

検討されてきたが、雇用保険については雇用情勢の悪化から困難となり、タバコ税増税については平成20年12月の与党税制改正大綱で見送りとなった。見通しとしては、年金特別会計の特別保険福祉事業資金および一般財源化される道路特定財源を活用して1,970億円を捻出し、社会保障費としての抑制額は、後発医薬品の使用促進による230億円となる。

消費税について

昨年10月30日に麻生総理が記者会見で、新たな財源として景気がよくなったら消費税の引き上げを国民にお願いすると言った。自党内では「総選挙前に！」と大騒ぎになったが、最終的には政権与党としては安定的な社会保障の財源確保をし、国民のために責任ある態度を取るべきと意見が一致した。

消費税の使い道は平成11年度より、基礎年金と老人医療と介護と決められている。国で使える財源は7兆1千億円しかない。不足の9兆1千億円は赤字国債発行で埋めていくことになる

ので、消費税引き上げという案を出した。

ただし、消費税の引き上げに關しての具体的な税率や引き上げの時期に關しては、景気が回復した段階で、必要な支出を把握した上で決めることになる。

さらに少なくとも現在の与党の間では、診療報酬に消費税をかけることがほぼ内定している。最終消費者が医療機関から患者になり、医療機関の消費税負担はかなり軽減される。ただし、税率が大きくなれば患者負担が増大するので、軽減税率で消費税をかける形になるだろう。

民主党の政権公約(マニフェスト)に診療報酬20%引き上げと入れられているが、その場合新たな財源が6兆円必要となる。しかし財源については記されていない。

6月23日の与謝野財務大臣の「社会保障の自然増についてはそのまま認めることとする、数字をもって節約の目標を示すことはしない」等の発言により社会保障費の自然増に対する2,200億円の抑制は撤廃された。

レセプトオンライン請求義務化について

3月に閣議決定された「規制改革推進のための3ヵ年計画」の再改定で、レセプトオンライン請求の完全義務化について「原則」との文言を追加し「原則現行以上の例外規定を設けないこと」と修正され、新たな例外規定を設けることができるようになった。

具体的な例外規定については水面下で与党内で調整を進めている。①65歳以上の医師、②月間レセプト300枚以内の場合、③現在レセコンを持っているがオンライン化されていない場合の経過措置について検討されている。

いずれにしても、地域医療の崩壊を招くことのないように自らオンライン請求することが当面困難な医療機関については、配慮するということで「原則の例外規定」が出てきている。

総選挙の結果はどうなるか分からないが、政治が変わっても簡単に変えられるものではない。四師会を含め医療関係者団体、医師会は主張すべきことは主張していく必要があると考えている。

特別講演Ⅱ

21世紀の国民医療と地域医療 ～医療崩壊から守るみち～



唐澤 祥人
日本医師会会長

医療をめぐる諸問題として、超高齢社会がある。日本医師会ではグランドデザイン2009を作るにあたって、「国民の幸せを支える医療であるために」どうしたらよいか、平成14年9月、平成18年3月、平成20年7月の3回にわたって、日本の医療に関する意識調査を行った。国民が考える重点課題は、1・2回の調査では「夜間や休日の診療や救急医療体制の整備」であったが、今回の調査では「高齢者等が長期入院するための入院施設や介護老人保健施設の整備」であった。国民意識の変化であろう。超高齢社会における社会保障制度として、高齢者にやさしい社会がよい。高齢者が安心して暮らせる社会を作ることが少子化対策の原点ではないかと思う。地域社会で支えていく社会。地域・家庭への回帰、地域再評価、地域医療の重大性増大による医療提供者の役割が大きくなること、今後必要となるだろう。

地域医療の崩壊と言われる今、立て直しを要する。身近な医療が求められ「かかりつけの医師」の役割が大きい。「病気や健康度を総合的に診療する身近なかかりつけ医師」がいる国民は48.1%であった。

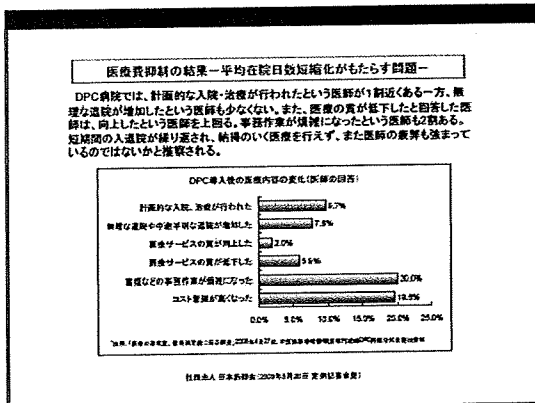
かかりつけの医師がいる国民が医師に期待する項目では、「総合的に診るための幅広い最新の診療能力」が54.0%と最も高く、続いて「他の医療機関と検査結果等の診療情報を共有できること」が53.6%、「夜間・休日を含めた24時間対応」が48.7%であった。

医療全般に不満であると回答した人は全体の41.3%で、その理由の上位3項目は、①国民の医療費負担、②医師不足や連携等の医師の体制、③効率性・利便性であり、4項目目に国全体の医療費抑制政策への不満であった。国の医療費抑制政策に対する意識が高まっていることが示されている。マスコミの影響も大きいだろう。

医療保険のあり方について、国民の76.4%、患者の76.6%とほぼ同数の割合の人が「所得の高い低いにかかわらず、受けられる医療の中身が同じであること」を望んでいた。大半の国民・患者が現在の制度を支持していることが分かる。

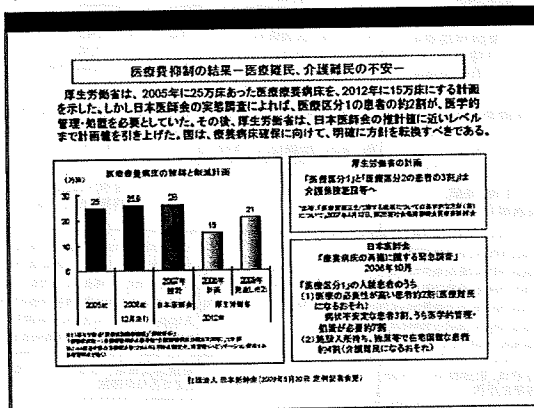
平均在院日数が短縮化され、平成15年からD

PCが導入された以降、納得のいく医療を行えないまま入退院を患者に繰り返させることになり、医師にとっても、患者にとっても不満を強める結果となっている(スライド1)。



(スライド1)

また、医療費抑制政策により医療療養病床を削減する計画に対し、日本医師会では国民、患者、医師に対し緊急調査を行ったところ、医療難民や介護難民への不安が高く、療養病床確保に向けて国は明確に方針を転換すべきと考える(スライド2)。

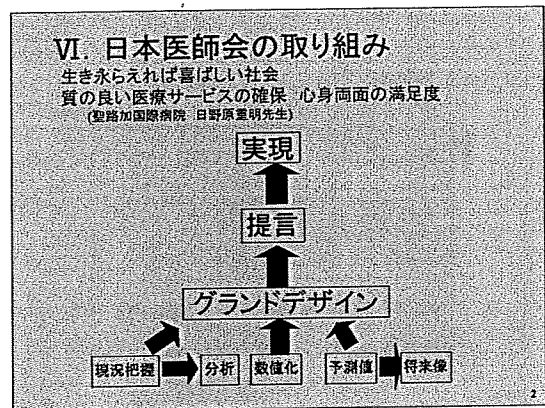


(スライド2)

日本医師会は各方面に意見を述べるため、医療政策を提言する。

武見太郎先生は、「政治なくして医政なし、医政なくして医療なし」、医療は医政がなくては行けない。医政がなくては政治もダメだという考えである。その医療政策は国会議事堂で決まる。

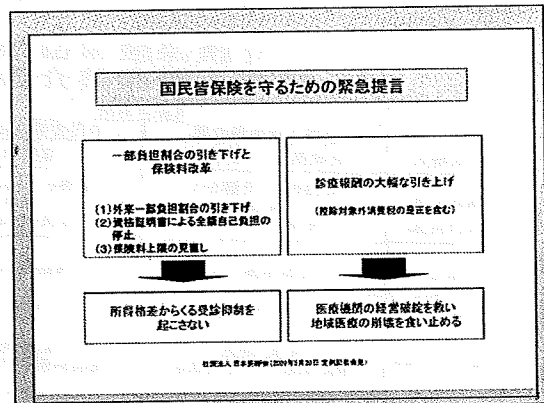
医療政策を提言するためには、現況を知っておかなくては行けない。調査・分析をしそれを数値化する。予測値によりビジョンを描きグラウンドデザインを作成し、これを基に的確な提言をし、実現へ向けての取り組みを行っている(スライド3)。



(スライド3)

今年の5月20日には“国民皆保険を守るための緊急提言”をした。これにより何を実現できるかが私どもの締めくくりである。身近な医療機関が健全に存続し、国民が経済的負担に怯えることなく、いつでも医療機関にかかることができる社会を目指す。アメリカはシッコという映画のとおり5,600万人の保険者がいて、医療技術が発展しても医療を受けることができない国民もいる。日本ではそうならないように日本医師会は国民皆保険を守る働きかけを行う。有床診療所、開業医こそ地域の医療を守り、地域社会を守るものであると私は考えている。

一部負担割合の引下げと保険料改革を要望する。現在一部負担割合は、3割に上がっている。所得格差からくる受診抑制を起こさないために、これの引き下げができないか。また、診療報酬に関しては大幅な引上げを望む。医療機関の経営破綻を救い地域医療の崩壊を食い止めるため、昨年のような全体でマイナス改定は、絶対に許さない。医療からの日本再生が必要である(スライド4・5)。



(スライド4)