

称を助産婦に変更している。なお、医師の素質を向上するために、新たに日本医療団を設立して、全国的にある程度の医療組織を作って、その所属の医師は大都会に勤める者も、片田舎で働く者も、その技術が現代医学に遅れないようにすることにし、その他、医師会とか歯科医師会といった団体についても、相当に思い切った改正を行って、資質の向上に一層の努力をするようにしたと当時の資料にある。

### (3) 地域医療計画手法の萌芽

以上のほか、医師の分布をなるべく全国的に公平にして、都会には軒並に病院があるのに、医師のいない村が全国1万余の町村の中に3千6百もあるといった不合理な現状を是正するということが求められ、今まで医師は自由に勝手な所で開業できた制度を改めて、今後開業する場合には許可を受けることにした。また、病気にかかったとき誰もが気にかかるのは、医療費のことであるが、それがあまりに不当に高いような場合には、これを監督する規定を設けたり、あるいは医薬の広告に博士の肩書きを使うことは、今までもとなく議論があり、また博士号を得た学問的研究と臨床的技術との関係によっては、国民の医療上に思わしくない結果が起らないとも限らないので、今後は医学博士誰々といった広告はすべて禁止するなど、いろいろな点を改正して、国民が出来るだけ適正な医療を受けられるようにしたというのがこの趣旨である。

### (4) 日本医療団の発足

この法律できた日本医療団であるが、日本医療団は結核の撲滅といわゆる無医村問題の解決、そしてまた医療の向上を目的として政府が一億円を出資して設立した法人である。昭和17年から向こう5年間に結核の対策上、もっとも大切な医療所を全国の必要な場所に8万床設け、全国的に一定の医療組織を作って、これを経営し、医師の普及と技術の向上を図ることにした。この日本医療団がその使命を真に発揮するようになった暁には、国民医療法その他の規定の運用と相まって、今までのいろいろな問題点を補い、国民の体力も増進し、国力はますます進展し、従ってまた大東亜共栄圏における帝国の使命を達成することが出来るものと信じてこの制度を作ったとのことである。

以上は国民医療法の当時の説明文であるが、なお、当時から「この運営は各方面が相協力して初めて効果を期することが出来るのであるから、医療関係者はもちろんのこと、全国民の心からの理解と協力を切望致します」と当時の厚生省は広報しているところである。

#### 4 国民医療法の逐条概説

国民医療法の当初の法律の概要を以下に述べる。平成17年法律第70号の抄である。

第1条 目的であり、条文には、本法は国民医療の適正を期し、国民体力の向上を図るを以って目的とすと規定する。

第2条 本法において医療関係者とは医師、歯科医師、保健婦、助産婦、および看護婦をいう。

第3条 医師および歯科医師は医業および保健指導をつかさどり、国民体力の向上に寄与するを以ってその本分とする。

第4条 医師または歯科医師たらしめるものは勅令の定めるところにより、厚生大臣の免許を受けることを要す。

第5条 欠格事由としてさまざまな規定がある。

第6条 これは総体的な欠格事由である。

第7条 厚生省に医籍および歯科医籍を供え、医師免許および歯科医師免許に関する事項を登録する。登録すべき事項は、命令をもってこれを定める。

第8条 医師にあらざれば医業を、歯科医師にあらざれば歯科医業をなすことを得ず。医師及び歯科医師は命令の定めるところにより厚生大臣の許可を受くるにあらざれば、専門医を標榜（ひょうぼう）し、または医業中命令をもって定める行為をなすことを得ず。

第9条 診療に従事する医師または歯科医師は診療の需がある場合において、正当の事由なくしてこれを受けぬことを得ず。診療または検案をなしたる医師は診断書、検案書または死産証書の交付の需ある場合において、正当の事由なくしてこれを拒むことを得ず。診療をなしたる歯科医師は診断書の交付の需ある場合において、正当な事由なくしてこれを拒むことを得ず。

第10条 医師は自ら診察せずして治療を成し、診断書もしくは処方せんを交付し、またみずから検案せずして検案書もしくは死産証書を交付することを得ず。ただし、診療中の患者死亡したる場合に交付する死亡診断書についてはこの限りにあらず。歯科医師は自ら診察せずして治療をなし、または診断書もしくは処方せんを交付することを得ず。

第12条 医師または歯科医師、診療をなしたるときは遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載すべし。

第13条 医師または歯科医師は医業または歯科医業に関し、定める科名につ

いて専門の表示をせんとするときは、勅令に定めるところにより新大臣の許可をおくべし。

第14条 医業または歯科医業に関しては、何人といえども前条の規定による専門の標榜（ひょうぼう）のほか、技能、治療方法、経歴または学位に関する広告を出すことを得ず。ただし、医師または歯科医師の氏名および命令をもって定める診療科名についてはこの限りにあらず。厚生大臣は規定するもののほか、医業または歯科医業に関する広告を制限するため、必要なる命令を発することを得。

第15条 医師または歯科医師、第5条各号に該当するときはその免許を取り消すべし。

第16条以降は医師会および歯科医師会の規定である。

第16条において「日本医師会、都道府県医師会、日本歯科医師会および都道府県歯科医師会は、医療および保健指導の改良発達を図り、国民体力の向上に関する国策に協力するをもって目的とす」と書いてある。なお、第21条に、「病院、診療所または産院を開設せんとする者は、命令の定めるところにより厚生大臣または地方長官、東京府にありては警視総監の許可を受くべし」とされている。「規定するもののほか、病院、診療所および産院に関し必要なる事項は命令をもってこれを定める」と書いてあり、診療所も許可が必要であること、また要件については命令をもって定められているということが分かる。また、医師の集中を防ぐために、前述の如く第22条に、厚生大臣は、国民体力の向上を図るため必要ありと認めるときは勅令の定めるところにより医療関係者となりたるものをして2年以内、厚生大臣の指定する業務に従事すべきことを命ずることを得とし、規定による命令は初めて医療関係者となりたるときより1年以内にこれを成すものとす。また、第23条で、厚生大臣、国民体力の向上を図るため必要ありと認めるときは、医療関係者に対し医療、保健指導、助産および看護に関し、必要なる指示を出すことを得。第24条で、厚生大臣は命令の定めるところにより医療関係者をして医療、保健指導、助産および看護に関し、必要なる事項の收拾をなせしむることを得。第25条で、厚生大臣は勅令の定めるところにより、医療、助産および看護の報酬または医療関係者の特別給与に関し必要なる命令を発し、または処分をなすことを得。第26条で、厚生大臣または地方長官（東京府にありては警視総監を含む。）は必要ありと認めるときは命令の定めるところにより、

当該管理をして病院、診療所および産院に臨検し、構造設備または診療録その他の帳簿書類を検査せしめることを得。第27条で、本章に規定するもののほか、保健婦、助産婦および看護婦に関し必要なる事項は命令をもってこれを定むとされており、多く規定は命令に委ねられるが、今日の医療法および医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法の原形のようなものがここに出ているのである。

## 5 最近の国会の審議と関係団体の動き

### (1) 国会の審議

最近における国会の議論について述べる。衆議院予算委員会第5分科会平成21年2月19日において、自由民主党平口洋議員の質問で「平成18年の医療法改正において、有床診療所は48時間入院規制を撤廃した理由は何か。有床診療所では医療療養病床などの空床を利用して、介護保険のショートステイを行うことができるが、この対象に利用されていない一般病床も加えるべきではないか。有床診療所や病院がない地域において必要な役割を果たしており、今後一層の活用に向けた対策を講じるべきと考えるが、舛添厚生労働大臣の見解を伺いたい」と質疑がなされた。また、平成21年4月21日参議院決算行政監視委員会第3分科会において富岡勉議員からも有床診療所関係の質疑がなされている。

### (2) 関係団体の活動状況

有床診療所に関するこれまでの関係団体の取り組みについてまとめておきたい。昭和23年に現行医療法が制定され、その中の第13条に病床を持たない診療所とは別に病床を持つことができる診療所についての規定がある。成定当時には48時間以上患者を収容してはならないという規定であった。昭和29年に医療法が一部改正された際、48時間以上患者を入院させないように努めなければならないとの努力義務規定に修正されている。その後30年あまり、この有床診療所に関して法的な整備はなかったが、有床診療所の病床について、いかに取り扱うかという議論が段々となされている。特に昭和60年の第一次医療法改正により医療計画を創設したときに、有床診療所の病床をいかに扱うべきかということが議論になった。このときには基準病床の対象の外にすることにした。こういった流れの中、有床診療所というものの位置付けを考えようということで、昭和63年に全国有床診療所連絡協議会が設立されたところである。また、そのときには行政の中にいる人から、公的な発言ではないが、昭和63年11月の当時の厚生省の局長の発言とされるいわゆる「有床診療所の歴史的役割は終わった」という発言が誌面に出了ところである。そういった有床診療所の在り方について危機的意識を持つ中で、平成4年に当時の村瀬日本医師会会長が全国有床診療所協議会総会において「医療体系は自分たちの手で白紙のキャンパスに自ら描こう」ということを述べ、有床診療所について協議会としても積極的に発言していく雰囲気が出たところである。その平成4年6月の第二次医療法改正において、療養型病床群制度が導入されたのは前述の通りである。また、

その後平成4年9月に日本医師会において小規模入院施設検討委員会を発足させ、有床診療所の在り方、いかにあるべきかというところを議論したところである。また、平成6年には、診療報酬において診療所に一種、二種、三種の看護を導入し、看護職員を診療所全体でカウントするということ、また、診療所老人医療管理料が新設されたところである。さらに、平成9年の第三次医療法改正において、診療所の中にも療養型病床群を創設し、第十三条の48時間制限規定については適応除外にしているところである。このときに、いわゆる2室8床、2つの部屋8つのベッドルールというものができた。療養型病床について2つの部屋8床であるとのルールは現在に至っている。また、平成14年には日本医師会において、有床診療所に関する検討委員会プロジェクトが発足している。平成16年には、医療法第13条の努力義務規定に関し、厚生省の事務方により、48時間規制が大幅に緩和されたと解されている。平成17年からは社会保障審議会医療部会において、医療法13条を改正する方向で審議が始まって、48時間規制をいかに撤廃するかという方向で検討が始まっている。平成18年5月には医療制度改革の関連法が衆議院で可決され、6月には参議院で可決されて平成19年1月から有床診療所関連部分が施行されているところである。これが主な有床診療所に関する歴史である。ちなみに、医療法制定当時の条文を書いておく。

第十三条 診療所の管理者は、同一の患者を48時間を越えて収容してはならない。ただし、臨時応急の処置を施した患者であって48時間以内に移送することが著しく困難であるものについては、この限りではない。ただし書きの規定によって、48時間を越えて患者を収容した場合には、遅滞なくその診療所所在地を管轄する保健所の長にその旨を届け出なければならない。

というものである。これが昭和29年には次のように変わっている。

第十三条 診療所の管理者は、診療所にやむを得ない事情がある場合を除いては、同一の患者を48時間を越えて収容しないように努めなければならない。

平成4年の日本医師会小規模入院施設検討委員会の報告では小規模入院施設即ち有床診療所の扱いは次の通りとされている。すなわち、「プライマリーケアを含め、地域のかかりつけ医として、さらに専門性を持つ地域密着型の小規模入院施設として位置付け、1人の医師が管理できることが基本的には前提であり、病床数は30以下とし、開設者たる常勤医師1人に非常勤登録医師1人以上を置くこととし、看護要員は補助者を含めて入院患者6人に対して1人以上な

どとする」というものである。その後、平成9年には診療所にも療養型病床群を創設したことに伴い第十三条は適用除外になっている。即ち「診療所の管理者は、診療所をやむを得ない事情がある場合を除いては、同一の患者を48時間を越えて収容しないように努めなければならない。ただし、療養型病床群に収容されている患者についてはこの限りでない」とされた。

このような有床診療所の状況に関して、日本医師会有床診療所に関する検討委員会プロジェクトが設置された。これは平成14年のことであり、当時の問題意識として、48時間規制の扱いをどうするか、診療報酬における評価をどうするか、法制上の枠組みの在り方をどうするかについての議論がなされたところである。特に、運営の実態が形骸化している48時間規制の撤廃が論点の中心であった。この検討を受けて、平成18年改正に進むための社会保障審議会医療部会ヒアリングにおいて、有床診療所連絡協議会は、有床診療所がこれまで地域医療に果たしてきた役割、病院と同じレベルの医療を提供していることなどを説明し、48時間規制が有名無実化していることや低い診療報酬のため人件費率が高く、経営が成り立たないという現状を説明したところである。そのために今後とも、基準病床数には参入しないこと、48時間規制を撤廃すること、病院との格差を是正するために入院基本料を増額することを要望している。

このような議論の中で、社会保障審議会医療部会においては18年法改正の前提となる医療提供体制に関する意見の中で、医療機能の分担連携の推進として、医療施設の類型、医療施設に係る諸基準の見直しという項目の中で、「有床診療所については、有床診療所における48時間を超える入院を禁止する医療法の規定については有床診療所のこれまで果たしてきた役割や今日の提供している医療の状況などを踏まえこれを廃止する。また、このような規定の廃止を踏まえ、有床診療所において一層の医療安全の確保を図る観点から、他の医療機関の医師との緊密な連携など、入院患者の緊急時に適切に対応できる体制を確保することを有床診療所の管理者の義務として規定する」ことを報告している。しかしながら、その後の平成18年度の医療法改正と、診療報酬改定においては、小泉改革の下、それまでの診療報酬体系を大幅に簡素化する中で全体としては評価を引き下げている。その結果、病院、診療所の初診料は点数を統一され、再診料は病院の引き下げ以上に診療所が引き下げられたところである。また、有床診療所の入院基本料は見直され、看護配置の区分を大幅に簡素化し、入院期間に応じた加算に係る「入院後早期」の評価を引き上げ、「長期入院」の場合の

評価を引き下げている。有床診療所の療養病床、入院基本料などは見直され、医療の必要性、ADL、認知機能障害加算に基づく患者分類を用いた包括評価が導入された。また、医療の必要性の高い患者は引き上げられ、看護職員は4：1、看護補助者が4：1とされた。一方で必要性の低い患者は引き下げられ、看護職員6：1、看護補助者は6：1とされた。在宅療養支援診療所という制度も創設されたところである。有床診療所の機能に応じた評価も見直されている。有床診療所のその他の病床、つまり一般病床における入院医療については48時間の入院期間制限規定を撤廃したことに伴い、また入院期間が比較的短期間であるという現状を踏まえ、短期間の入院施設としての役割を明確化する方向でその評価を見直すことにされた。地域における回復期リハビリテーションの提供や在宅医療を支援する役割の1つとして、在宅における療養を補完する入院医療の提供などを推進する観点から、これら機能に応じた有床診療所の入院医療について評価をすることとされた。具体的には、有床診療所入院基本料について人員配置要件による区分を簡素化するとともに、入院期間に応じた評価については14日以内の入院を評価するとともに、15日以降は加算を廃止することとした。また、機能に応じた評価については、リハビリテーションや在宅医療といった個別項目においてそれぞれ検討されたところである。このような議論の前提となったのは、一般病床にかかわる厚生労働省と有床診療所協議会側との認識のずれがある。そもそも有床診療所の一般病床の平均在院日数は厚生労働省が退院患者調査に基づき16.6日としているが、日本医師会総研では27.6日であるとし、長くなっている。また、診療科目別には内科28.9日、外科28.7日、眼科など単科専門科は5.5日であるとしている。さらに、厚生労働省においても、入院患者調査では14日以下の患者の割合は48.3パーセントであるが、一方で退院患者調査では78.5パーセントと大きな乖離がある。この評価が難しい。



## 6 有床診療所 48 時間入院制限の撤廃論

医療法第 13 条を全面改正して、有床診療所のこれまで果たしてきた役割や今日の提供している医療の状況などを踏まえ、48 時間の入院期間制限を撤廃したところであるが、入院患者の症状の急変に備え、他の病院や診療所との緊密な関係の確保を義務付けていることは前述のとおりである。医療法第 7 条の一般病床の定義に診療所の病床が病院の病床とともに併記されている。これはある面では有床診療所の病床としては評価が高くなったということかもしれない。このように平成 18 年改正およびその後の診療報酬改定では有床診療所の地位が大きく変わったところである。それ以降も有床診療所協議会としては、地域医療における有床診療所の役割は大きいとして、改正医療法と診療報酬の整合性をとること、後期高齢者医療制度に係る診療報酬改定における評価を上げてほしいこと、地域における有床診療所の今後の役割と機能を明確化することを掲げているところである。さらに、平成 20 年診療報酬改定に向けての緊急要望として、入院病床数に応じた看護職員の配置に考慮して、現在きわめて低く評価されている有床診療所の入院基本料を大幅に引き上げること、有床診療所の一般病床において急性期を担う 30 日以内の入院医療を評価することを挙げているところである。その後、国会の中においても当時の与党であった自由民主党に有床診療所の活性化を目指す議員連盟が設置され、有床診療所に関する要望が出されている。それは、介護保険のショートステイを診療所の一般病床においても可能とすること。医療保険と介護保険の適用の選択ができるベッドを現行の 2 室 8 床から全ベッドにすること。一般と療養病床が混在する診療所の看護職員の配置基準を通算加算とし、一定の看護職員の配置がある場合も診療報酬を引き上げること、一般病床においては急性期の 14 日以内と急性期、回復期の 30 日以内の入院を評価することである。以上の内容を実現するための医療保険及び介護保険の基準と報酬の改定を一括して平成 20 年改定において行うことを要望しているところである。しかしながら、20 年診療報酬改定においては、このような要望が反映されることはなかったところである。では、20 年改定について見ると、1 つが夜間緊急体制確保加算が 1 日につき 15 点認められたことである。これは入院患者の病状急変に備えて、医師が速やかに診療を行う体制を確保し、その体制を入院患者へ文書で説明し、夜間の担当医を院内に掲示していることが要件である。また、夜間看護配置加算 2 名以上が 50 点加わり、「夜間看護配置について看護要員の数が看護職員 1 名を含む 2 名以上である場合、

うち1名を当直者でもよい」という条件が付くものである。また、改定されたものとして、新設する加算と既存の加算との整合を図るため、既存の加算要件について整理されているところである。以上がこれまでの有床診療所関係の制度の流れであり、平成22年改正については前年度の報告書を参考にされたい。

## 7 医療関係団体での最近の議論

このような過去の歴史、そしてさらに有床診療所の現在の状況を踏まえて、日本医師会においては有床診療所に関する検討委員会においてこの問題が長らく議論されてきたところである。この有床診療所に関する検討会において、固有の施設体系または医療単位としての有床診療所の理念と、その法制的な位置付けと在り方について集約を図ろうとしているところである。つまり、有床診療所の施設体系としての理念である有床診療所でかかりつけ医が入院患者の診療を実践すれば、地域に密着した地域医療、地域ケアを支える患者主体の入院施設であること、専門医療を提供するための小規模入院施設であることといった理念を踏まえた上で、有床診療所の法制的な位置付けと在り方について考えているところである。つまり、有床診療所の病床は外来診療を補完する19床以下の小規模病床であるということ、1人以上の医師と複数の看護職員を配置するということ、病床区分を設けず医療にも介護にも柔軟に対応するということ、小規模施設にふさわしい独自の診療報酬体系を持つということ、地域連携における役割の明確化と基準病床数の柔軟な運用をするということについて議論が行われているところである。今後の方向については、まださまざまな議論があると思われる。また、それについて、勤務医の過剰かつ過重な労働により医療崩壊の様相を呈するわが国の病院の機能のうち、一部の可能な部分を有床診療所に分散することは病院再生の有効な対策となると思われる。現在、有床診療所がその受け皿としての役割を果たしており、今後ますますその役割が期待されるのではないだろうか。このように病院を補完する有床診療所の機能について、広く国民の理解を求めたらどうかということが提案されているところである。例えば、専門医療を提供するための小規模な入院施設という在り方もあるのではないか。医師のモチベーションを高めるという面からも、その期待される機能にふさわしい診療報酬を設定することが望まれる。そうすることにより、さらに機能が充実するものと思われるのではないか。それが病院機能の補完ということで有効に働くものと考えられる。また、長年の希望であった有床診療所の法制上の位置付けと在り方の中でも、病床区分を設けずに医療でも介護でも柔軟に対応できるということは将来を見据えては有効と思われるが、直ちにできるものではないのでなかなか難しいのではないかなどさまざまな意見が出されているところである。

医師会においては、平成22年度の夏に前述の有床診療所に関する検討委員会

を開催したところである。その開催の趣旨について、閃聞するところによれば、かつて有床診療所は、有床診療所の使命は終わったという大変な誤解から、入院診療報酬が1か月経過すると2,800円に低減するという極めて低額な診療報酬に抑えられてきたという意識がある。このような状況について、政権交替後の厚生労働省の政務三役に話をしたところ、極めて低い金額に驚き、有床診療所関係者の話をじっくり聞いて大至急対処するべきではないかということになったようである。医師会としても日医総研の調査などを基に、いろいろな方面に働きかけて少しずつ改善してきたところである。また、総理においても終末期医療やリハビリはどうすればいいのかというお考えがあり、医師会とすれば有床診療所のこともあり、「これからは労働力が不足する日本において働いている女性が義理の親の終末期医療やリハビリのために職を去ることになればますます日本というものが立ち行かなくなる。一番良い方法は今閉鎖の危機に直面している有床診療所をもう一度活躍できるようにしてもらい、仕事が終わってから、若い女性の仕事が終わってから見舞に行けるような、そんなものを作ったらどうか」という提案したところ、総理も大変関心を示したと聞いている。

また、救急医療が問題になっているが、急性期を過ぎた患者の引受先がなく、家族から離れ他県に入院するケースもある。まさに有床診療所の機能が見直されて役割を果たしていかなければならないのではないかとということである。また、検討会の議論の中で有床診療所に期待される今後の役割は、具体的な有床診療所の意義として社会的な広がりを持ちつつあると認識しているところである。有床診療所は、今後の少子高齢化において持続可能な地域医療、地域ケアを担う重要な要であり、診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて基本的な方向性を踏まえつつ、建設的かつ実現を可能な議論が進められるべきであると思っている。有床診療所協議会の会長からは、「22年改訂で有床診療所の入院基本料は上がったが、これで有床診療所の閉鎖が食い止められるということは考えられない。有床診療所を今後も続けられるように、また、若い人たちが新しく参入できるような魅力あるものにしていかなければならない。有床診療所の役割はこれからもますます求められる。有床診療所が成り立つように平成24年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて今から準備しなければならない。また、第6次医療法改正に向けて、有床診療所は『小さな病院』ではなく、さまざまな機能で患者、地域住民の役に立っていることをはっきりさせていかなければならないと思っている」とのことであった。介護保険の関係からも、シヨ

ートステイをうまく使えるように、あるいはレスパイトの拠点として地域医療を支えるように考えていかなければならない。平成24年の同時改定に向けて有床診療所がこういう形で安定的に地域医療を支えていく仕組みを作らなければいけないのではないかと思う。

いろいろな意見が出ているが、有床診療所を独立した医療単位として病院とは別の概念でとらえ、その位置付けを明確にすることが必要ではないか。また、診療報酬は病院とは別個に、より簡素化して包括的にしてはどうか。病床についても複雑な病床区分や制約を設けずに、急性期から慢性期、終末期に至る医療介護を行える自由な病床として、その柔軟な特性を維持されるようにしてはどうかなどが議論されているところである。

世間では勤務医と開業医の給与の格差を比較し、開業医は非常にもうかって、しかも仕事は楽だと思えるような印象を持つ向きもあるが、勤務医の給与と開業医の収入とは内容・性質が極めて異なっているにもかかわらず、このような印象が有床診療所に対する対応に影響しているのではないかという指摘もあったところである。単科の病院と単科の診療所、例えば眼科では、眼科医会が調査したところに、総件数は非常に増えている一方で、1件当たりの点数が下がっており1件当たりの入院日数も少ないという特異な結果となっている。これを開業の立場から解釈すると、地域の公立病院では眼科医が1人になって手術ができず、有床診療所がその代わりの受け皿となっている。しかもその有床診療所もやめていくところが多いために、稼動している有床診療所に患者が殺到していることが考えられる。しかし、入院基本料が低いところが多いので、がんばっている割には収入が上がっていないということである。経営的に成り立たない以上に過剰労働やその他で辞めていく人が出て行くという可能性があるところである。特に眼科は平均在院日数が3日のため、評価が非常に下がってしまっている。2週間単位で点数が増えたのはいいことではあるが、短期入院の急性期医療という面も視点に含めていただきたいという眼科特有の要望もあるところである。

また、今回の改定で、ケアミックスという介護と医療の両方のケアを総合して評価することが重要な課題になってくるのではないか。ショートステイを活用し、療養病床をやめてすべて一般病床にすれば理論的にケアミックスは消えるが、そこをどうするのかということを考えていくことが求められる。現在のショートステイシステムは非常に分かりにくいので、関東甲信越地区でこれを

取っている有床診療所は少ないという議論もある。病院は患者数に応じた看護配置であるが、有床診療所は一本である。また、医薬分業が進み無床診療所はほとんど自院に薬を置いていないため、時間外にはかかりつけの患者でも見られない。しかし、有床診療所はそれができる。有床診療所は時間外の救急搬送も受け入れているために診療報酬をただ上げて欲しいということではなく、有床診療所が地域の医療のためにいかに大切であるかをより一層アピールしていく必要がある。有床診療所を次世代に引き継がなくてはならないが、経営面の問題でなく、病床規制に組み込まれたことによる開設許可制も大きなネックとなっている。すなわち、在宅医療と届出れば開設できる例外規定はあっても、そう簡単には進まない。医療計画の中に在宅医療には、有床診療所が必要であるという文言を入れることが有床診療所の存続につながるのではないか。このような議論がなされている。

法律上の文言で、医療法第一条の五には「病院は20人以上の患者が入院する施設で、科学的でかつ適正な診療を受けることができるもの」と定義しているが、有床診療所についてはそのような規定がない。これでは法律を読んだ人たちは「有床診療所では科学的で適性な診療を受けることができない」と勘違いしてしまう。やはり医療法の文言自体も変えなければいけないのではないかと議論もある。19床の問題、医師配置の問題、各地域の医療施設の配置問題なども考えなければいけない。特に昭和17年にできた国民医療法では、勅令で診療所のベッドは9床までと規定されていたが、その後医療法になった時には、GHQの指示で19床に増えている。そのベッド数の議論も考えなければいけないのではないか。

日本総研の江口主席研究員の診療所モデルによると、有床診療所の位置付けの確立と医療費の確保を求めることが大事であること、事業モデルを検討していく過程の中で、国民に対する理解を深め、地域の中で活用していくような動機付けになることが期待できると考えられる。事業モデルの中に、ある程度のパターン化ができると思われる。1つ目が小規模多機能入院型、2つ目が専門医療連携強化型、3つ目が在宅医療支援型、4つ目が介護支援対応型が考えられる。また、有床診療所協議会の専務理事でもある鹿子生委員からは、小規模入院施設の理念、過去にできた小規模入院施設の理念は現在にも通じるものがあり、次のように考えてはどうかと提言もある。1つが、かかりつけ医自らが入院患者の診療を実践する場、2つが、地域に密着して地域医療、地域ケアを

支える患者主体の入院施設、3つが専門医療を提供するための小規模入院施設という3つのパターン化がある。これを法制的に考えると、診療所病床は19床以下の外来診療を補完する小規模病床である。1人以上の医師と複数の看護職員を配置する。病床区分を設けず、医療にも介護にも柔軟に対応する。小規模施設にふさわしい独自の診療報酬体系を作る。地域連携体制構築に向けた病床確保のための法整備をするという議論を深めなければならない。融資や補助の支援を行うことになると思う。

## 8 有床診療所の事業継続のための考察

有床診療所の事業の継続のために、普通は親子の間で院長職を移すことが考えられるが、それでも多くの問題が生じる。親子の間に年齢の差があれば、その間の中継ぎの医師の確保が必要であり、その医師も院長を委譲した後の食も確保しなければならない。人事だけでも大変である。さらに有床診療所の事業承継一般の問題を次のとおりまとめてみた。事業承継の問題についてどのように考えるかであるが、個人である場合と医療法人で開設する場合とでは違うと思われる。個人の有床診療所を親族へ承継する場合、あるいは第三者への譲渡というものも考えられる。また、医療法人の場合は親族へ承継、第三者への譲渡のほかに、他の医療法人との合併という問題が考えられると思う。地域の医療をいかに承継していくかということが、ポイントになる。大部分が親族への承継、つまり子どもへいかに承継していくかということであると思われる。この場合の留意点は、子への承継までの間の中継ぎの医師が必要であるほか1つが承継は相続と同様に財産の課税の問題が生じていく。このようなことについて、税制上の観点から対応していくことはもちろんのことである。例えば土地・建物の取り扱いについては譲渡という形式にするか、この場合には譲渡所得税が発生する。賃貸という形式にすると賃貸料収入とか、あるいはその賃貸料を必要経費とするかどうかということが問題となる。贈与という場合、贈与税がかかる。また、相続の場合も相続税がかかる。医療機器についても同様な問題が起こることがある。また、そのほかにも棚卸し資産や未集金、借入金の引き継ぎなどが考えられる。また、院長への退職金と関連する問題が起こるところである。手続きとしては保険医療機関の指定申請は社会保険局、厚生局ということになる。診療所の開設届は保健所あるいは都道府県ということになる。個人事業の開業届と所得税の申告などは税務署ということになる。

また、このような相続あるいは親子間の継承ができない場合、地域の医療機関は医療資源であり、これをなくすということはもったいないということもあるので、第三者への譲渡、いわゆるM&Aという形態を取ることがある。これは合併などと異なり総社員の同意、知事の認可とかそういった複雑な手続きを経ずに医療法人格を取得できるというメリットがあり、そういった売買が増えているという指摘もあるところである。特に有形の財産ではないが、いわゆる営業権という「のれん代」というものも存在している。評価、腕前、あるいは患者の数であるとか、医療法人という形態であるか病床数がどれくらいである



か地域の診療はどれくらいであるかという評価である。特に、患者のカルテはきちんと承継しなければならないが、そのカルテについても重要な財産になるのではないかと考えられる。

特に親子の間の医療承継については、一番大きな問題である。まず、診療所の土地や建物をどうするか。親が所有の場合は賃貸者契約で当面は不動産取得をし、不動産の関係をきちんとする。子どもは経費で落とし、親は不動産収入を得るということになると思う。事業用に供している資産については減価償却明細書により承継する資産を特定して、簿価で譲渡することになる。また、保険医療機関継続の意思決定をするとともに、施設基準の検討を見直さなければならない。その上で、保険医療機関の関係方面にきちんと届け出をすることになる。また、その際、各種の基本診療について自分にできることは何かとういことを見直して届け出を行う必要がある。子どもである新しい後継の院長が保健所、厚生局などできちんと手続きをすることになる。開業届、保険医療に関して申請書などを提出することになると思う。その際にはカルテは承継の場合には問題なく承継できる。

また、この際医療法人にして承継するという手法も検討されると思う。医療法人の方が診療の権利の承継などの手続きは不要であり、医業継承が容易にできることになる。また、医業と家計の分離ができ、高額な給与という批判も当たらなくなる。現にいる職員の雇用については非常に難しいことになるが、これをどうさせるかということを考えなければいけないと思う。法人化するなり別の法人にするということ、理論的には別の法人であるからいったん解雇するという手法は取れなくはないが、しかしそれは承継と継続という面から現実的ではない。

## 9 各県医師会の取り組み

有床診療所活性化のために、各県医師会でどのような取り組みを行っているかについて、聞き取り及び資料に基づいて概略を見てみる。代表例を挙げるとすれば、徳島県医師会において行われている事業がある。これは歴史的、地理的に関係が深い四国の4つの医学部を持つ大学とその関連医療機関がそれぞれの優れた分野を生かした相互補完を行うということを念頭に、さらに海峡を越えて神戸大学、あるいは地域を越えて日本医科大学と連携した循環型専門医要請システムを構築することとしている。これにより地域医療を担う次世代の優れた専門医および臨床研究者を養成する専門研修プログラムを構築したところである。徳島は四国の一部であるが、これに参加する開業医は首都や阪神圏の異なる医療環境で、地域医療から高度先進医療まで幅広い分野での専門診療経験を積むとともに、大学院での質の高い臨床研究を組み入れることで卒前教育、初期臨床研修と密接に連続、連携した魅力あるキャリア形成システムを構築している。このようにして総合力を基盤とした高い専門性と臨床研究能力を有し、地域医療の特性を理解して優れた医師を数多く輩出することにより、徳島に定着し、その医療に貢献できる専門医の増加と地域医療の活性化を目指しているのである。こういったシステムが有床診療所の活性化にも大きく貢献しているとのことである。

また、香川県医師会の取り組みについてみてみる。香川県医師会では、県内において医師が働きやすい環境づくりを整備することの一環として、厚生労働大臣の認可を受けて香川県医師会ドクターバンク、これは無料職業紹介所であり、これを開設している。このドクターバンクは公共に奉仕するため、医師の職業の情報提供およびあっせんを目的とした無料で職業紹介事業を行うものである。このドクターバンクの業務は、職業安定法関係法令および関係通達に基づいて運営されており、事業内容は取り扱い業務を医師とし、業務内容は求人、求職の登録、紹介とあっせん、香川県医師会会報などの刊行物やホームページによる広報を行っている。求人・求職の申し込みの受け付け、面接、紹介などの業務について、人種、国籍、信条、性別、社会的身分、門地、従前の職業、労働組合の組合員であることなどを理由としての差別的な取り扱いは一切できない。求人については、香川県内の医療機関などにおける医師の求人申し込みを受け付けている。求人者その代理人はホームページより求人票をダウンロードして記入し、香川県医師会まで申請することができる。求職については、香

川県内、県外を問わず医師の申し込みを受け付けしている。また、求職者はホームページにより求職票をダウンロードして記入の上、香川県医師会まで申請することができるのである。その際、医師免許証のコピーは必ず添付する。紹介にあたっては、求人者への求職者に関する情報提供は求職者の同意を得てからの提供となっている。求職者を求人者に紹介する際には紹介状を渡し、その紹介状を持参して求人者と面接してもらうこととなっている。面接後はその結果を報告してもらっている。このような仕組みであるため、雇用関係成立後の維持紛争など、および金銭的な事項には関与せず、法的責任は負えないものである。

さらに有床診療所の開業医を支援するため、香川県医師会においては遠隔医療システムを構築している。この遠隔医療はエックス線やCTなどの患者データを通信回線により伝送し専門医の助言を受けながら診療できるシステムであり、患者は最寄の診療所に日々の健康管理を任せ、何かあればいつでも専門医が直ちにサポートできることを目指している。どこの病院や診療所であっても医療機関の連携がわずかな費用で簡単にできるようになったとのことである。これにより医療のサービスの平準化とかかりつけ医の定着化が達成される。高齢化の進展により軽度の疾患や慢性疾患など、必ずしも大病院の診療を直ちに必要としない患者が増加している。しかし、国民の間では医療施設の規模や設備などに対する不安から大病院志向が依然として根強くあり、このため患者が大病院にどうしても集中し待ち時間が長くなる。日ごろの生活状態なども含めた全人的な診療が行われにくいという状況が出現しているところであるが、初期診断、治療、すなわちプライマリーケアを担う身近なかかりつけ医に日々の健康管理を任せることが患者にとっては大変重要であり、問題解決につながる。遠隔医療を活用することにより専門医のバックアップを容易に受けることができるようになり、患者が安心感をもってかかりつけ医を利用することが可能になる。これによって有床診療所の活躍の場面が広がるものである。

さらに、迅速で効率的な医療の提供ができる。画像データや検査データ、患者サマリーなどを容易に伝送したり情報を共有化することが可能となるため、患者の容体に応じて迅速に高度医療を提供できる。また、検査や投薬などの重複が少なくなり、患者に優しく効率的な医療につながるのである。例えば、ある診療所では腹痛、嘔吐で受診した患者さんにCT検査を実施し関連病院に画像を転送したところ、胆石イリウスと検査を実施。別の病院に画像を伝送した

ところ、胆石イレウスと診断されたため、同日、その病院に紹介・入院し、胆嚢摘出術、胆嚢十二指腸瘻抗切除術、小腸切開胆石摘出術を実施して、約2週間で退院することができた例もある。その患者の胆石イレウスは放射線科専門医でなければ判断が困難な症例であったようである。さらにほかの病院に通院していた、近くに住む糖尿病の患者が腎不全を併発し、緊急を要する状況の中、最初の病院に症状や検査データを伝送した上で紹介したところ、その病院では既に受信したデータをもとにシャント造設手術を実施し、もとの病院に再度転院して、その後は透析を実施している例もある。遠隔医療のおかげで、患者の紹介を迅速でスムーズに行うことができ、また通院は身近な病院で続けることができるようになったこともある。

症状の安定してきた病院の入院患者を患者の地元にある診療所に紹介し病院は、紹介状を交付するとともに、CにCTや超音波検査などの各種画像を伝送し、転医後の診療に役立てることができた。

また、病院の入院患者に皮膚疾患が発生したため、デジカメで患部の写真を撮り、その電子画像を皮膚科専門の診療所に伝送し、意見を聴いて適切な処置ができたこともある。

また、ある病院はMR、別の病院はCTを保有していないため、検査時のみ互いに患者を紹介した後、サーバを通じて画像を参照することにより、他病院の高額医療機器を活用して診療に役立てることができたとのことである。

コンピュータ機器の目覚ましい進化で、一般のパソコンでも高い精度が要求される医療画像を簡単に扱うことができるようになり、しかも、香川ネットワークは、高いセキュリティを保ちながら、世界中どこからでもアクセスできるインターネットを利用していることが自慢である。高価な医療画像をモニターで見るための専用ソフトウェアもセンターから提供しており、購入する必要はない。つまり、必要なのは通常のパソコンとインターネットへの接続だけである。香川県では、平成14年度から遠隔医療の全県的な普及促進のため、参加施設が共同利用するセンターサーバを整備し、個々の参加施設が負担するのは、サーバの運用経費だけで、しかも当面は県からも支援を行うため、低廉なものとなっている。民間企業においても有料の医療画像読影サービスがあるが、それらよりも格段に少ない負担で、地元の医師のサポートを受けることができるのである。