

第23回全国有床診療所連絡協議会 総会

第23回全国有床診療所連絡協議会総会が7月31日(土)、8月1日(日)に、メインテーマ「地域医療を守る有床診療所に未来を！-安定経営が安心医療を提供-」と題して、岡山市の岡山コンベンションセンターで開催されました。総会では新役員が承認され、会則の改定が了承されました。次回は埼玉県での開催となります。

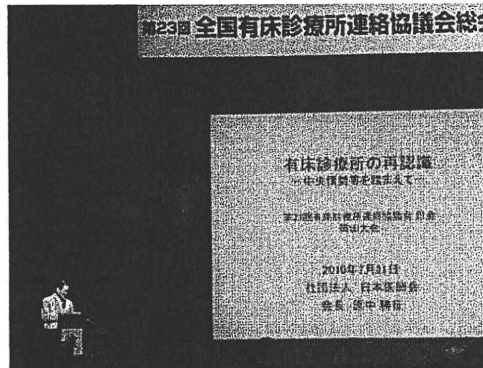
総会の後、講演Ⅰの日本医師会会長 原中勝征先生による「有床診療所の再認識」と題した講演がありました。中央情勢や今期診療報酬決定時の舞台裏のやりとりのお話がありました。続いて、講演Ⅱとして適性な医療費を考える議員連盟会長・参議院議員で医師の桜井 充先生による「社会保障ニューディール政策」と題した講演がありました。桜井先生によるとイギリスのブレア政権でみられるように医療費をつぎ込んででも財政は悪くならないので、もっと国民負担無しで医療費を

上げるべきである。消費税は、上げた過去の例から後で必ず税収の落ち込みがあることがわかっているため、安定財源としては必要だが、引き上げには否定的な考えを述べられました。

2日目は、講演Ⅲとして前参議院議員 西島英利先生が「これからの医療」と題して、これまでの医療財政への取り組みと考え方という内容で、安定財源として消費税増税は必須との考えを主張されました。続いて「地域医療を守る有床診療所に未来を！-安定経営が安心医療を提供-」と題した、シンポジウムで地元有床診療所の作本修一先生、日本医師会有床診副担当常任理事 今村定臣先生、日本医師会総合政策研究機構主席研究員の江口成美氏、厚生労働省社会保障審議会委員 渡辺俊介氏、大韓医師協会国際課のカン・ボギョン氏によるシンポジウムがありました。また講演Ⅳとして厚生労働省保険局医療課課



総会



原中日本医師会会長



桜井参議院議員



シンポジウム

長補佐の佐々木 健氏より平成22年度診療報酬改定を有床診療所評価を中心に述べられ、2012年度の医療介護保険同時改定についてもお話がありました。

その後、市民公開講座で日本医史学会理事

長 酒井シヅ先生による「日本の医療史-特に入院施設の歴史について-」と題しての特別講演があり、全ての日程を終了しました。

(大谷博正)

平成5年度
小規模入院施設検討委員会報告書

平成6年3月

日 本 医 師 会
小規模入院施設検討委員会

平成6年3月

日本医師会長

村瀬敏郎 殿

小規模入院施設検討委員会

委員長 大道 久

小規模入院施設検討委員会は、昨年度に引き続いて貴職より以下の諮問を受けて検討が開始されました。すなわち、

「医療施設体系全体における小規模入院施設の位置付け、小規模入院施設と病院との境界、及び相互の関係についての検討、並びに医療提供体制における小規模入院施設の役割と将来的方向について」

昨年度の中間報告において示した小規模入院施設の理念と制度的な規定等を受けて、小規模入院施設と病院等の他の施設との関係、及び医療における小規模入院施設のより具体的な役割のあり方を検討することが今年度の課題であります。

本委員会は、平成5年7月15日に今年度の初回を開催して自由討議を行い、9月2日、10月20日、12月3日には、病院及び有床診療所との関係、現行制度を残すことの意義、並びに在宅支援機能等について検討を行いました。そして12月24日には、これらの論議を取りまとめて成案を得たのでここに報告いたします。

なお、昨年度の中間報告において示した小規模入院施設に関する基本的な考え方や方向については、今年度の論議においても特段の見直しの必要は認められません。従って、本報告書は、昨年度の中間報告に追加されるべきものであることを申し添えます。

小規模入院施設検討委員会

委員長 大道 久 日本大学医学部医療管理学教室教授

委員 犬尾 博 治 諫早医師会副会長

委員 加藤 雅 光 横浜外科医会会長

委員 清 成 正 智 福岡県社会保険診療報酬支払基金
審査委員長

委員 佐藤 仁 群馬県医師会理事

委員 田那村 宏 千葉市医師会理事

委員 中野 博 光 大阪府私立病院協会名誉会長

委員 安田 榮 一 東京都医師会救急委員会委員

目 次

1. 小規模入院施設に関する今年度の課題・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 小規模入院施設と病院及び有床診療所との関係について・・・・ 4
3. 小規模入院施設の在宅支援機能と老人保健施設との
関係について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 1
4. 小規模入院施設の今後の展望と課題・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 6

1. 小規模入院施設に関する今年度の課題

1) 中間報告に対する評価と意見

昨年度の中間報告を受けて、今年度は小規模入院施設と病院との境界領域の考え方、小規模入院施設と病院及び有床診療所との相互の関係、小規模入院施設の医療全体における位置付け等について諮問を受け、引き続き制度化へ向けて検討を継続するところとなった。

公表された中間報告については一定の反応が得られ、それぞれの立場から意見が示された。各都道府県医師会、及び郡市区医師会においては概ね評価され、いくつかの医師会においてはアンケート調査の実施や、それを踏まえた意見表明が行われた。また、全国有床診療所連絡協議会からは、中間報告における提案を早急に実現するために努力するよう要望が出されるとともに、同協議会の年次総会においても、制度化へ向けた一層の働きかけを行うことが確認されている。その後も、日本母性保護医協会や日本臨床整形外科医会等の医師団体においても積極的な検討と意見表明があり、小規模入院施設についての関心は大いに高まったと言える。

病院団体においても私的病院協会等を中心に熱心な検討が進められ、その結果は本委員会の論議にも反映されて、小規模入院施設と病院との関係を検討する上で重要な手がかりとなっている。中小規模の病院の経営はその後も一層深刻化し、その一部はすでに閉鎖せざるを得ないところまで至っている。現在の病院にとっては経営の健全化や医療法人制度見直し等が急務であり、施設体系のあり方については、それらの論議の動向を踏まえて検討が行われるものと考えられる。

行政においては、先の医療法改正時に一層の施設機能の体系化を進め

るべき旨の方向が示されているものの、現段階は特定機能病院と療養型病床群の制度が実施に移された直後でもあり、次の改正に向けた特段の動きは認められていない。そして、小規模入院施設についての言及はあるものの、それについての明確な対応が示されるには至っていない。現在、今後の医療保障のあり方や診療報酬体系の見直しの最中であり、次の具体的な施設体系についての論議の機が熟するには、なお時間を要するものと考えられる。

日本医師会の医療政策会議においても、施設機能の体系化のあり方と小規模入院施設の位置付けに関する論議が行われており、当委員会の今年度の検討課題である小規模入院施設と病院等の他の施設体系との関係について、より明確な見解が示されることが求められているとすることができる。

2) 今年度の具体的な検討事項

小規模入院施設に関する基本的な検討事項については、昨年度の中間報告に十分な論議を経て盛り込んであり、その考え方や方向付けに現段階でも何ら変更はない。今年度は、中間報告において十分に検討されなかった論点について、前項のような様々な立場からの意見や、その後の医療環境の変化等も踏まえて、前年度に引き続いて論議しようとするものである。従って、今年度の報告は昨年度の中間報告に追加されるべきものであり、小規模入院施設のあり方の全体像は、両者を通じて受け止められる必要がある。

今年度に検討すべき具体的な検討課題は次のような事項であると考えられる。

(1) 小規模入院施設と病院及び有床診療所との関係について

病院との境界及び重複の考え方、有床診療所との差異、従来の有床診療所と病院の制度をそのまま残すことの問題、医療計画上の扱いについての問題、等が検討される必要がある。

(2) 小規模入院施設の在宅支援機能と老人保健施設との関係について

高齢化の進む中で強く求められている在宅での対応を支援する役割を担うべき小規模入院施設としてのあり方を、老人保健施設等と関連させて検討する。

(3) 小規模入院施設の今後の展望と課題

新しい制度的な枠組の動向を踏まえて、小規模入院施設の今後の方向を展望し、医療における位置付けを改めて検討する。また、小規模施設の海外の事例について検討しておく。

本委員会は、上記の検討課題について論議を重ね、各々についての見解やあり方に関して成案を得たので以下に報告する。

2. 小規模入院施設と病院及び有床診療所との関係について

1) 小規模入院施設と病院のそれぞれの特質

病院の本来の姿は、医療専門職が組織を構成し、各々の役割を分担して組織の論理で医療を提供する組織医療であるのに対して、小規模入院施設の特質は、かかりつけ医の一人医師機能による収容型医療であるところに基本的な差異がある。病院は明確な組織機構を持ち、規則に定められた権限と責任の範囲で機能する。小規模入院施設は、医師・患者間の人間関係を基礎とする全人性を基本理念とし、地域性、専門性の理念をも合わせ持つことは、中間報告においても強調したところである。

このように両者は理念的には異なるものとして位置付けられる必要があり、同じ収容機能を持つ医療施設であるが、患者を収容する目的や意味合いは別のもと考えられるべきであろう。確かに、我が国の病院の全てが組織の論理で運営されているとは言い難く、特に小規模の病院は医師の論理を残したままで医療を提供している場合が少なくない。しかし、そのことが病院と小規模入院施設の特質がそれぞれ固有なものであることを否定することにはならないであろう。むしろ、我が国の病院も今後の発展の過程でさらに組織的対応を強く求められるようになるであろうし、であるからこそ小規模入院施設のような、かかりつけ医による収容機能を制度として確立しておく必要があるのである。

2) 小規模入院施設と病院の境界の考え方

現行制度においては、病院は最低でも医師3人と入院患者4人に1人の看護婦等が配置され、必要な施設・設備を整備して組織化された運営が行われるべきことを規定している。従って、病床数が20床であっても

これらの基準を満たし、組織として医療を提供しているのであれば病院であると言えることができる。小規模入院施設は、かかりつけ医として日頃の生活環境等を知る自分の患者について、自らの専門性によって適切に管理が可能であるならば、病状の安定した患者を含めて、あるいは在宅療養を継続・支援するための臨機の処置としての受け入れを含めて、30床までの収容を可能としたものである。

ここで、患者を収容する病床の規模の範囲は、それぞれの理念や特質に応じて決まるものであり、それを異にする両者が必ずしも連続的に領域を分け合う必然性はない。従って、各々の病床数には重複があり得るし、場合によっては病床数の区分を連続させない考え方も可能であろう。小規模入院施設の病床規模の上限が30床で下限を定めないとしたことについては、上述の理念、及び従来の経験や高齢化に伴う患者の病状等を勘案した結果であることは中間報告にも述べたとおりである。むしろ、現行制度が病院の病床規模の下限を20床以上としている点については、大いに議論の余地があると言わなければならない。

病院の組織において病棟の看護単位はその基本であり、通常は40床前後が合理的であるとされる。また、制度的に配置されるべき医師数が、入院患者換算で52までを一定数の3と規定している点も、病床数の下限を20とすることとの整合を欠いているように考えられる。さらに、組織医療としての病院の病床規模は、一般的には概ね50～60床以上ではないかとの意見もある。

以上のような論議を踏まえれば、病院と小規模入院施設の各々の病床規模の範囲が、20床から30床までの部分に重複があることをもって直ちに制度的な不整合があると考えすることは適切でないと考える。そして、ここでは現行制度の病院の病床規模の下限を具体的に見直すことは提起

しないが、両者の重複を避けることが社会的に合理的であると言うならば、その区分点を30床とすることが検討されてもよいと考えられる。

3) 小規模の病院を新たに制度化することの検討と今後の方向

50床程度以下の小規模の病院が、厳しい環境条件下で存立基盤も危ぶまれる状況に立ち至っており、新たな病院制度として位置付けることの可能性が引き続いて検討された。長期療養や地域密着型医療を担う病院として、緩和された基準による制度化の方向が改めて論議されたが、病院の枠組の中に留まった場合には、一般の病院との関係において制度としての固有性を確立することが困難で、将来的な展望を持ち得るという結論とはならなかった。

単科専門病院、あるいは特定疾患専門病院については、一般の病院と異なる基準により制度化する余地はあると考えられる。しかし、医療機能のそれぞれの類型区分に応じた制度化は、医療制度を複雑にして適切な運用を困難にする恐れがある。先の医療法改正による新たな制度がどのように定着するのか定かではなく、現段階でこれ以上の制度的区分をすることに慎重な考え方も示されている。このような経緯から施設機能の体系化の具体的な論議は進んでおらず、現段階での単科専門病院等の問題提起は時期尚早であると考えられる。この論議は次の適切な機会に譲ることが適当であると考えられる。

現在の厳しい医療環境は、高齢化の進展や社会保険体制の行き詰まりなどによる構造的な側面も強い。病院にとって、現在担っている機能や要員の確保の状況から、既存の制度である療養型病床群や老人保健施設への転換等も重要な選択である。なお、現行制度が病院であるなら20床でも3人の医師の配置を求めていることは他の施設体系との均衡を欠い

ており、少なくとも療養型病床群の場合は2人でも可とする運用上の配慮がなされるべきである。

小規模入院施設の制度化が実現した場合、小規模の病院がその制度に参画をして医療活動を行うことは、大いに検討すべき選択であると考えられる。自由開業制の下で有床診療所等を経て成立した我が国の多くの病院においては、今なお、かかりつけ医として医師・患者関係が成立している場合が少なくないと考えられるからである。

4) 小規模入院施設と有床診療所との関係

医療法においては、有床診療所は診療所のうち患者19人以下の収容施設を有するものをいう、との規定があるだけで、その理念的な位置付けは明示されていない。しかし、その理念的な位置付けが明確でないことは有床診療所の意義を損なうものでなく、むしろ社会制度の規制を受けずに、本来的な医師のプロフェッショナル・フリーダムを追求する場として極めて重要な役割を担ってきたとすることができる。

小規模入院施設は、これからの時代環境を見据えて、すでに示したような明確な理念規定を行い、新しい制度として確立することを追求しているものである。そして小規模入院施設は、必ずしも従来の有床診療所そのものを、改めて制度的に位置付けようとするものでもなく、またその代替制度として検討しているものでもない。従って、小規模入院施設と従来の有床診療所との間で、施設体系としての理念や役割・機能について整合を図ることは必ずしも必要でないものと考えられる。

従来の有床診療所の医療活動は多様であり、ここで小規模入院施設の理念や機能として述べたことと同等の役割を担っている場合も多いであろうし、別の考え方でそれぞれの医療を追求している場合もあるものと

考えられる。これらの医師としての多様な医療活動は今後とも継続されるべきであり、小規模入院施設の導入のいかんにかかわらず、有床診療所の意義に変わりはない。そして、仮に小規模入院施設の制度化が実現した場合、その理念や機能・役割、あるいは制度的規定を勘案して有床診療所から移行することは大いにあり得ることであるし、有床診療所に留まることがあってもよいものとする。

5) 従来の病院と有床診療所の制度を残すことの考え方

すでに述べたように、病院と小規模入院施設とは理念・特質が異なったものであると位置付けており、両者は別の制度として併存することになる。ここで、病床規模が20～30床の部分に重複が生じることが問題となるが、それぞれの理念の下で、両者の各々の制度的な要件を満たしているならば、併存していても特段の不合理的はないものとする。病床規模が同じであることのみを捉えて、制度的な重複であるとする考え方は必ずしも適当でなく、運用の実態に照らした判断が必要となろう。

これも前述したように、小規模入院施設は、従来の有床診療所から移行すべき代替施設体系として位置付けようとしているものではなく、時代の要請に応じて新たな制度的選択肢を準備しようとするものである。現行の有床診療所は、医師の本分に基づいた医療を追求する上で、なおその意義を失っていない。また、これまで有床診療所の立場で担ってきた多様な役割を継続させる上でも、それを残すことが適当であると考えられる。

このように多様な選択が可能であることは、これからの時代には医療を受ける立場からも望まれていることである。そのためには、それぞれの施設・制度の基本的な役割や機能が患者・住民に十分に理解され、医

療を受ける者の立場から自由に選択できる状況をつくりだすことが重要である。情報化の進展等により、国民の健康や医療についての関心はますます高まることが見込まれており、制度があらかじめ様々な規制を加えるのではなく、利用者の自由な選択に任せることが、これからの時代の基本的な方向であると言える。

6) 小規模入院施設の病床の医療計画上の扱い

繰り返し述べたように、病院と小規模入院施設の理念・特質がそれぞれ異なることを考慮すれば、病院の病床を算定とした医療計画における必要病床数には算定されないことが適当であると考えられる。ここで、20～30床の病床数の重複部分が、病院で算定され、小規模入院施設で算定されないという問題が生じる。病床数の算定において両者の理念・特質の差異を考慮しないとすれば、重複部分の小規模入院施設の病床数は算定されることになり、あるいは逆にその部分の病院の病床数は算定しないとする考え方にもなりかねない。病床数の制度的な規定において両者の間に重複部分があることは、現行の必要病床数の算定方式によれば、確かに問題が残ることになる。

そもそも必要病床数の算定を病院について行うことの意味は、病院が組織と設備を抱えて病床当りの資源消費密度が高く、それを地域間で平準化して資源の適正な配分を行うためである。現行の方式で必要病床数を算定すると、特例許可老人病床の割合が多い場合、相対的に一般病床が不足することの問題点なども指摘されており、急性期病床と長期療養病床を同等に扱うことに矛盾がある。当初1床当り0.5相当とされた老人保健施設の収容定員数がその後算定されなくなったように、今回新たに導入された療養型病床や特定機能病院病床の扱いを含めて、必要病床

数の算定のあり方は、今後さらに見直される必要がある。

中間報告に述べたように、若い世代の医師が自由に参入する余地を残しておくことが、次の時代の医療の活性化と自由開業制を堅持する上で極めて重要であり、小規模入院施設の病床数は、医療計画上の必要病床数として算定されない方向を取るべきである。

3. 小規模入院施設の在宅支援機能と老人保健施設との関係について

1) 小規模入院施設における在宅支援機能の位置付け

小規模入院施設の理念と機能については、すでに中間報告において明確に示したとおりである。すなわち、小規模入院施設は、プライマリケア等の理念による一貫した全人的医療の実現の場であり、自分がかかりつけ医である患者が入院を必要とする場合、かかりつけ医として管理できる範囲で、患者を収容して医療を提供する施設である。

また、地域に密着した施設として、その特性や実情に応じて、そこに居住する患者の医療ニーズに柔軟に対応する収容施設であり、在宅療養患者が入院を必要とする場合や、死期の迫っている患者を看取る場として有効に機能することが期待される。さらに、自分の専門とする診療領域において、自らの経験に基づいて熟練した技術を駆使することのできる入院施設であると位置付けることもできる。

このような全人性・地域性・専門性は、小規模入院施設の基本理念であり、地域の実情や時代の要請に応じて、これらの理念を踏まえた機能と役割が追求される必要がある。重要なことは、小規模入院施設は、かかりつけ医による適切な医学的な管理が可能な収容施設であることであり、地域で生活する患者の抱えている健康上の問題の解決のために、かかりつけ医としてそれを有効かつ柔軟に活用し得るところに意義があると考えべきである。

ここで示された小規模入院施設の基本的なあり方を受ければ、それが在宅療養者を支援する上で重要な役割を担うべきであることは当然である。高齢化の進展等により、今後の医療において在宅医療・在宅ケアの比重が増すことは明らかであるが、その直接的な担い手はかかりつけ医

であることは言うまでもない。そこで、在宅療養者を患者としているかかりつけ医が、自らの収容施設である小規模入院施設を運用している場合に、在宅支援のためにそれをどのように有効に活用し得るかを検討しておくことが必要となる。

高齢による虚弱が、長期にわたる療養を余儀なくされる傷病を引き起こし、時にいわゆる寝たきり等の要介護の状態となって、大きな社会的負担となることは改めて述べるまでもない。寝たきりや痴呆等の要介護の老人の著しい増加が予想されることから、老人保健施設等の制度的な整備も進み、在宅における対応の重要性も強調されてきた。そして今や、真に実効の上がる在宅サービスの運用方式と、その支援のあり方が問われる時期に至っている。

高齢者の療養や介護における在宅の位置付けがいかに重要であるとはいえ、病状が不安定の時期や介護者に支障が生じた場合には、その継続は直ちに困難となる。現に、在宅療養者の急変時の医療側の適切な対応を求める要望には極めて切実なものがあり、救急体制によって搬送される病院が最適であるとは限らないのである。また、家族関係や生活環境等の社会的・心理的要因によって在宅における対応が不可能となることはしばしば起こり得ることであり、その問題の解決のためには、医療の問題とは別の困難を伴う場合も多い。

小規模入院施設は、このような在宅における療養と介護を継続していく上での様々な問題を適切に受け止め、その解決を図ることを通じて、極めて効果的に在宅支援の機能を発揮し得ることが期待できる。それは、かかりつけ医として必要な医療を提供するためにはもちろん、患者の抱えている問題が解決するまでの間、療養と介護を継続するために在宅に代わって収容することが可能となるからである。

ここで、在宅支援のための小規模入院施設への収容は、その本来の理念を踏まえて、医師としての全人的な判断に基づいて適切に運用される必要がある。社会的・経済的要因が大きい場合には、他の施設や制度との連携を十分に図り、患者の抱えている問題の解決に努力することが求められよう。

なお、在宅における介護者の所用や休養のために、要介護の高齢者を一定期間受け入れるショートステイや、在宅の療養者が日中に施設へ通所して食事や入浴のサービスを受けるデイサービスは、極めて効果的な在宅支援サービスであり、小規模入院施設はこのような在宅支援機能を積極的に担うべきである。有床診療所をショートステイとして活用することは当初から論議されていたのであり、小規模入院施設を法制化する場合には、それらが可能となる方向を追求すべきである。

2) 小規模入院施設と老人保健施設との関係

老人保健施設は、地域に密着し家庭的な雰囲気を持った老人の自立を促す施設とされ、家庭復帰のための通過施設であることが強調されている。そして、入所者 100人について1人の常勤医師と、一定の看護・介護の要員を配置して組織的な介護サービスを行う在宅支援施設であると言える。これは、同じ在宅支援機能をもつものの、小規模入院施設の場合は、かかりつけ医による医学的な管理に基づいているという点で基本的な差異がある。

かかりつけ医の立場からは、傷病による虚弱であっても高齢による虚弱であっても同じことであり、ともに医師としての働きかけの対象となる。自分がかかりつけ医である要介護の高齢者が、在宅での対応の継続が困難になった場合には、自らの小規模入院施設において受け入れるこ

とは当然あり得ることになる。

小規模入院施設は、医療と介護の機能を合わせ持つことができるばかりでなく、一般的には老人保健施設よりは身近にあって高齢者の生活圏内に所在させることが可能である。また、かかりつけ医がそのまま継続して医療や介護の管理をすることになるので、周囲の人間や施設の環境が変化しない。高齢になるとともに生活圏は狭くなり、環境への適応が困難になることはよく知られている。小規模入院施設の上記のような特性は、高齢のために虚弱となった老人には極めて好都合であることは明らかである。

寝たきり等の高齢者にとって、医療そのものよりも、手厚い看護・介護のほうが必要である場合が多いことは十分に認識されるようになったが、老人保健施設のように医療費が施設療養費に包括化されて、必要な医療も実施しにくいことの問題も指摘されている。入院を必要とする場合の協力病院を持つことも規定されているが、移送に伴う環境の変化は高齢者にとって決して好ましいことでない。医療機能を合わせ持った小規模な収容機能が、要介護の高齢者の処遇にとってより望ましいことは再認識されるべきであろう。

以上のように、老人保健施設と小規模入院施設とは、基本的に異なる施設体系であるが、在宅支援機能や要介護の高齢者に対する対応において、役割・機能が重複することが考えられる。小規模入院施設の立場からは、老人保健施設のあり方や運用の実態を十分に承知をした上で、適切な連携が図られる必要があるだろう。

最近に至って、小規模な分散型老人保健施設の方向が示されるに至っている。現在の老人保健施設は概ね50～150人の規模で一定の普及を見ているが、大都市部での建設が進んでおらず、その促進を図る意味合い

があるという。また、多人数の共同生活の側面が、必ずしも高齢者の療養生活に適切でない場合も多いためともいう。

分散型老人保健施設が具体的にどのように規定されるか、現段階では明らかでないが、母体となる施設の設備などを共有するサテライト群のような姿も想定されているという。今後の成り行きによっては、小規模入院施設の役割・機能と重複して競合するような可能性も否定できないので、引き続き注目しておく必要がある。