

4. 小規模入院施設の今後の展望と課題

次期医療法改正へ向けた施設体系の全体像は、現段階では具体的な姿として示されるに至っていないが、地域における基幹的な病院、外来を診ない入院を主体とした病院、外来と在宅を診る診療所、及びこの小規模入院施設等が、新たに制度化を検討する必要がある個々の医療施設体系として検討されつつある。これらの中では、小規模入院施設に関する論議が先行しているように見えるが、引き続き、具体的な法制化へ向けた取り組みに期待したい。

先の中医協診療報酬基本問題小委員会の中間のまとめにおいて、今後の診療報酬体系のあり方として、入院を主体とする病院、外来通院と在宅を主体とする診療所、及び入院と外来・在宅をともに行う病院の3種が示されたが、小規模入院施設にどの体系が適用されるべきか、改めて検討する必要がある。かかりつけ医によって管理される施設であることから第2種の適用が考えられるが、具体的な体系が整備される段階で、十分に論議されなければならない。

一方、医療保障である健康保険と所得保障である年金に加えて、新たに介護保障制度を導入しようとする論議が進行しており、在宅サービスや長期療養サービスの新たな財政基盤として注目する必要がある。これまで、要介護の高齢者は、特例許可老人病院においてはもちろん、在宅の療養者に対する訪問サービスや老人保健施設の施設療養費を含めて、大部分が医療保障である健康保険の適用を受けてきた。高齢化の急速な進展でこれらの老人医療費の割合が増加し、医療保障制度の運用にも限界が近づいたことを受けて、医療とは特質が異なる介護に着目した保障体制の検討が行われようとしているものと考えられる。

介護保障制度の具体的な姿はこれからの論議によって明らかにされることになっているが、小規模入院施設が在宅支援機能の一端を担うことになるとするならば、この介護保障と無縁ではあり得ないことになる。今後、高齢化に伴って膨大な介護ニーズの発生が見込まれており、介護保障制度の財政も相当な規模となることが予想される。そして、特例許可老人病院と療養型病床群の今後の関係や、老人保健施設・特別養護老人ホーム等のあり方にも大きな影響を与えることになると考えられ、介護保障に関する今後の動向については十分に留意する必要がある。

高齢化で先行する西欧諸国で、小規模施設の役割に積極的な位置付けがある。イギリスにおいては数床から50床前後の小規模なホスピス・ケアの施設が普及して、一定の役割を果たしているという。また、最近の北欧の要介護の高齢者の処遇として、病院臭を拭き切れない多人数の共同生活から、グループ・ホーム、あるいはサービス・ハウスと呼ばれる家庭の匂いのする小規模施設による対応へシフトしてきているという。

我が国においても、今後の方向として、規模が小さいことの積極的な意義がさらに認識されるようになれば、小規模入院施設の制度的な実現の可能性はそれだけ高まることになる。我が国の自由開業医制の流れを受け継ぐ小規模入院施設が早期に法制化され、時代の要請を受けて新しい役割を担うことができるようになることを強く期待する。

これは抄録である。

「医師福祉の生涯設計について」

－生涯設計の道案内－

日本医師会医師福祉対策委員会答申

平成16年1月

日本医師会医師福祉対策委員会

医師福祉対策委員会委員

- 委員長 栗津 俊彦 (長崎県医師会副会長)
- 副委員長 上野 昇 (愛知県医師会理事)
- 委員 浜上 裕一 (北海道医師会常任理事)
- 委員 斎藤 重周 (青森県医師会常任理事)
- 委員 西野 弘美 (茨城県医師会常任理事)
- 委員 樋口 正俊 (前東京都医師会理事)
- 委員 青木 敏 (和歌山県医師会理事)
- 委員 神鳥 高世 (鳥取県医師会理事)
- 委員 櫻井 奏 (日本医師会参与)
- 委員 市川 尚 (前川越市医師会長)

平成14年12月5日逝去

目次

はじめに	1
I. 就業・就職について	3
1. 医師資格取得から卒後臨床研修終了まで	3
2. 卒後臨床研修終了後の進路	3
II. 医師会・学会について	6
1. 医師会について	6
2. 学会について	7
3. 医師会費・学会費について	8
III. 医師の生涯と各種保険について	10
1. 医師国民健康保険	10
2. 労働保険	11
IV. 年金について	13
1. 公的年金の概要	13
2. 公的年金以外の年金の概要	14
V. 税金関係について	18
1. 所得税	18
2. 法人税	20
3. 相続税	20
4. 消費税	21
5. 住民税	23
6. 事業税	24
7. 固定資産税	24
8. 不動産取得税	24

VI. 医業承継・ドクターバンクについて	25
1. 開業医承継支援事業	25
2. ドクターバンク	26
VII. 医師協同組合・医師信用組合について	28
1. 医師協同組合	28
2. 医師信用組合	29
VIII. 女性医師の福祉問題について	31
1. 進路の決定は慎重に	31
2. 労働環境・労働条件の改善を図る	31
IX. その他：地域住民との関わりについて	33
おわりに	34

参考文献

資料

1. 医師の生涯(卒業から引退、死亡まで)
2. 医師国保組合における被保険者数・給付割合・保険料
3. 年金制度の概要
4. 医師信用組合組合員調
5. 医師信用組合 [総預金・総貸出金]

VI. 医業承継・ドクターバンクについて

1. 開業医承継支援事業(参考文献28)

かかりつけ医の普及、定着が地域医療にとって必要であることはいままでもないが、一方で、一般診療所の開業医の高齢化が年々進行していることから、診療所の承継問題が深刻化している。開業医にとって、後継者に恵まれて後を継承する場合は問題ないが、そうでない場合は、廃院か存続か選択に苦慮することとなる。

そのような際には、社会福祉・医療事業団の開業医承継支援事業が活用できる。社会福祉・医療事業団では、かねてから医業承継の斡旋事業を行っており、諸条件が合えば、売買・賃貸借により診療所を存続させることができる。一方においては、診療所を開業したい医師にとっても利用することができる。

なお、社会福祉・医療事業団は、平成15年10月1日より「独立行政法人福祉医療機構」として新たにスタートし、開業医承継支援事業等について次のような事業を行っている。

(1) 開業医承継のための情報の登録と提供

事業譲渡希望医及び開業希望医から、事業承継に関する希望条件などについて登録の申し込みを受け、条件が合致したものについて、当事者間で話し合いの機会を提供し、承継の支援を行っている。

- ① 事業譲渡希望医は、開業診療所の現況・事業譲渡の方法(売買・賃貸等)・価格等の情報登録。
- ② 開業希望医は、開業の希望地域、診療所取得の方法として購入・賃貸及び開業予算等の情報登録。
- ③ 手数料は、登録・情報の提供に要する料金は無料。

(2) 開業医承継のための融資制度

承継開業のために必要な資金(営業権の取得費、経費及び各所の修繕費)の融資制度が有る。

(3) 融資制度としては、医業承継以外の場合でも病院・診療所の新築・増改築等の医療貸付事業も行っている。なお、日医の働きかけで、医療経営の安定化を図るための緊急融資制度として、医療貸付融資の条件を緩和した緊急融資制度が平成15年4月25日から1年間の措置として創設された。今後もこの制度が延長されることが望まれる。

- ① 融資対象は、経営悪化状態などで資金繰りに困難を来している医療

機関およびその他でも資金繰りの必要のある場合。

- ② 融資額は、病院・介護老人保健施設は1億円以内、診療所は4,000万円以内
- ③ 融資期間は、原則7年以内。償還方法は、毎月元金均等。

独立行政法人福祉医療機構（旧社会福祉医療事業団）

TEL 03-3438-9940

ホームページアドレス <http://www.wam.go.jp>

2. ドクターバンク

現在は医師過剰時代といわれ、また、医業経営が近年厳しいこともあり、医師の就職について報酬の比較的低い若い医師はそれほど困難は来さないとと思われるが、中高年の医師にとっての就職は厳しい場合が出てくるものと想定される。医師の就職情報やその斡旋を希望するなら、いわゆるドクターバンクの活用もその一つの方法である。

全国アンケート調査によると、都道府県医師会等におけるドクターバンクは17ヶ所あり、ホームページへの掲載や必要に応じて医報に掲載されている。日本医師会でも都道府県医師会並びに郡市区医師会のドクターバンク情報をホームページに掲載(表3)することで、会員がそれら情報にアクセスできるようにしている。今後は、勤務医の定年退職後対策を含めて、短期代診医師、医業承継、ボランティア活動等活用できるシステムの構築をし、全国の会員が簡単にこれらの情報を検索、活用できる全国的ネットシステムができることが望まれる。

また、労働者派遣業の解禁により、医師も派遣業の分野への適用拡大がいられている。大学の独立法人化がすすめば大学単位で派遣業務が行われることになるであろう。一方、医局、大学から離れた医師にとっては、派遣業者か医師会が派遣業務を行うシステムが必要である。

なお、求人側の医療機関にとってパートとして求める医療スタッフは、当宿直医、産休、病気及び学会出張時の一時的代務医や麻酔医の派遣依頼である。しかし、これらの派遣業務には、身分保障、医療事故等の責任のあり方が問題で、医師の派遣に関しては、業として行うよりも、斡旋紹介程度のサポートを医師会が行うことぐらいである。

この度、紹介予定派遣事業の制度が発足したこともあり、これから医師会が、いかに医師の紹介業務に関わっていくかが問われることになった。

表 3

< 日本医師会ホームページ掲載の医師会ドクターバンク >

【都道府県医師会】

宮城県医師会	新潟県医師会	石川県医師会
愛知県医師会	滋賀県医師会	島根県医師会
岡山県医師会	山口県医師会	徳島県医師会
愛媛県医師会	高知県医師会	福岡県医師会
宮崎県医師会	鹿児島県医師会	

【郡市区医師会】

福島市医師会(福島県)	神戸市東灘区医師会(兵庫県)
-------------	----------------

日本医師会ホームページアドレス <http://www.med.or.jp>

医師の生涯（卒業から引退、死亡まで）

目安年齢	(出来事)	(身分)	(生活保証・保険等)	(摘要)
24	卒業（医師免許取得・保険医資格取得） 卒後臨床研修（必修）開始	研修医	研修手当（有給） 被用者保険（政管健保、共済組合等） 被用者年金（厚生年金、共済年金等） 医賠償保険	医師会入会
26	卒後臨床研修（必修）終了 認定医・専門医研修開始 大学院入学（基礎・臨床） 病院へ就職する 開業する（法人・個人） 行政に進む 留学する 大学院終了（学位取得）	研修医・勤務医 勤務医 開業医 公務員	無給・有給、医師国保、国民年金、医賠償保険 無給 被用者保険、被用者年金、医賠償保険、医師年金 医師国保、被用者保険、国民年金、被用者年金 医賠償保険、医賠償特約保険、医師年金 共済組合、共済年金	学会入会、医師会入会 医師会入会 医師会入会
30	認定医・専門医資格取得 留学する			
40	大学で教職に就く 海外で就職する 病院へ就職する 開業する（法人・個人）	講師・助教授・教授 開業医・勤務医 勤務医 開業医	医賠償保険継続 有給、被用者保険（共済）、共済年金 被用者保険、被用者年金、医賠償保険、医師年金 医師国保、被用者保険、国民年金、被用者年金 医賠償保険、医賠償特約保険、医師年金、国民年金基金	医師会入会 医師会入会、医師協同組合・ 医師信用組合利用
60	勤務医定年退職（大学・病院） 嘱託勤務・パート勤務 遅い開業		退職金、被用者年金・医師年金の受給 市町村国保・医師国保、医賠償保険継続 医賠償保険 医賠償保険	
70	各種専門職定年（産業医・学校医等） 開業医引退 閉院 死亡		国民年金・医師年金受給、医賠償保険継続 生命保険、遺族年金	医業承継 生前贈与、諸手続 死亡に伴う諸手続、相続問題

○平口分科員 自由民主党の平口洋でございます。

きょうは予算委員会の分科会で質問させていただく機会をいただきまして、感謝いたしております。

私は、いわゆるベッド数が十九以下の有床診療所の問題に絞ってちょっと御質問をしたい、このように思います。

まず、平成十八年六月の医療法の改正で、従来、医療法の十三条では、診療所の管理者は同一の患者を四十八時間を超えて入院させることがないように努めなければならないといういわゆる四十八時間ルールというものがあったんですけども、これを撤廃されました。この撤廃をした考え方についてお伺いしたいと思います。

○外口政府参考人 有床診療所につきましては、僻地等における入院施設としての役割を果たすものや高度な手術を行うもの等、さまざまな機能を果たすものが存在していること、実際の平均入院期間が四十八時間を大きく上っていること、ちなみに平成十四年の患者調査では平均入院期間は十六・六日でございました、こういったことから、平成十八年の医療法改正において、一般病床における入院を四十八時間までとする努力義務規定を撤廃したところでございます。

○平口分科員 今のような説明もあるかと思えますけれども、私が知る限りでは、どちらかという病院予備軍みたいな位置づけから、やはりきちっとした病床を持っている医療施設だというふうに考え方を改めて、それがゆえに、それまではベッド数も地域医療計画の中に位置づけられていなかったんですけども、これをきちっと地域医療計画の中で位置づけて、それで有床診療所の方の意義を評価するというふうに変ったというふうに思います。

そういう意味で、病院とあわせてこの有床診療所の充実を図っていただきたい、このように思うものでございます。

もう一つ、条文で、医療法的一条の五に病院の定義と診療所の定義とありますが、病院の方の定義には、もちろん病床数が二十人以上という要件はあるんですけども、さらに、科学的かつ適正な医療を受けることのできる施設というふうな位置づけがされているんですけども、診療所、つまり、ベッド数がない、あるいは十九以下のものについてはこのような規定がないんです。読み方によれば、有床診療所の方を、まあ表現は悪いんですが、小ばかにしたような定義になっていると思います。この点についての見解をお願いいたします。

○外口政府参考人 一般的に、病院は地域における中核的な医療機能を担う施設でありますことから、医療法では、科学的かつ適正な医療を受ける施設であると、その使命を明らかにするとともに、構造設備や医師など人員配置について相当程度充実した医療施設であることを要求しているところであります。

一方、診療所は、地域住民の医療ニーズに広く柔軟に対応し、地域のプライマリーケアを担う施設でありますことから、医療法では、病院とは異なる医療機能を担うものとして位置づけております。また、診療所は、高齢化が進む中で、医療のみならず介護を含めたサービス提供も地域から期待されているところであります。

いずれにいたしましても、診療所、病院は、ともに地域全体で必要な医療が確保されるよう、地域の実情に応じて相互に役割分担や連携を進めていく必要があると考えております。

○平口分科員 病床数が少ないということや、もちろん人的な医師あるいは看護師といったような方々の配置も病院ほどではないんですけども、ただ、最近はこの有床診療所というのもいろいろなタイプがありまして、もちろん部に所在して病院が立地できないようなところの入院施設といったような面もあるんですけども、一方で、都市内において、特定の診療科目に専門性の面で大変卓越した技術があるといったような、例えば眼科でいうと白内障の治療が非常に上手だとか、あるいは腰痛の専門家だとか、そういったような面もあるわけですから、ただ単に病床数の多寡ということに着目して、科学的とか適正な医療とか、そういったようなものがないかのような定義を置かれるのはちょっといかがかというふうに思います。折を見て、もう少し有床診療所の意義づけをした上で、きちんとした定義づけをしていただきたい、このように思うものでございます。

この有床診療所なんですけれども、どちらかという、日本の国内では西部、九州なんかが多いので、全国的に均

一な立地にはなっていないわけですが、その意義は、いろいろとバリエーションがあって、専門性の高いものや、あるいは地域で病院が立地できないようなところの地域医療を担っているようなものや、いろいろあるわけですが、特にこれから先、高齢化社会で、介護なのか医療なのかわからないというふうなお年寄りもふえてくると思うんですけど、そういう意味においては、その役割をもう少しきちっと評価をした上で国内の整備を図るのが筋じゃないかと思うんです。

一方で、二十年前ぐらいには三万弱ぐらいあった有床診療所がどんどんどんどん減少していく。言葉を変えていえば、つぶれていっちゃっているわけですね。それでどうとう今、二万を切っているような状況でございます。病床数はずっと減っております。年間千ぐらいのペースで減っているというふうな分析もございます。

こういう中で、やはり何らかの大きな問題があるんじゃないかというふうに私は思うんですけども、有床診療所がこのようかなり激減している現状を厚生労働省の方はどのようにお考えなのか、御説明いただきたいと思っております。

○外口政府参考人 全国の有床診療所の施設数は、例えば平成十四年から十九年にかけての五年間で約三千八百力所減っております、年平均にすると七百力所から八百力所の減少となっております。

有床診療所が減少して無床診療所に転換している理由といたしましては、その地域や医療機関の実情に応じてさまざまな理由が考えられるため、一概にお答えすることは難しいと考えられますが、日本医師会総合政策研究機構が平成十八年三月に実施いたしました有床診療所に関する実態調査によりますと、人件費がかかり過ぎる、入院患者の減少などが主な理由であったと承知をしております。

○平口分科員 いずれにしても、七百、八百といったようなオーダーで毎年減っていているということは、それだけやはり地域医療の担い手が崩壊していているということも受け取れるわけですから、やはりこの減少傾向に歯止めをかけて、地域社会でより一層、専門的な技術を持ったり、あるいは高齢化社会への対応をしたりといったような役割をきちっと果たせるように、行政の方も誘導していただきたい、このように思います。

それで、ちょっと細かい事柄に入っていきたいんですけども、有床診療所におけるベッドですね。十九以下という非常に経営効率の悪いベッド数。例えば旅館、ホテルでも十九部屋以下とかいうと、やはり非常に規模が小さいということは言えるんですけども、これがさらに一般病床と療養病床とが混在している。一般病床が九つあって療養病床が十あるとか、そういった混在しているようなケースが多いんですけども、特に介護保険のショートステイについて、現在、医療の療養病床あるいは介護の療養病床の空床を利用して行えることになっておりますが、一般病床でも可能なようにしたらいかかというふうに思いますが、どうでしょうか。

○宮島政府参考人 委員御指摘のように、今は療養病床だけでショートステイの実施ということになっておりますが、ショートステイを実施する診療所の数は必ずしも多くありませんので、今回の介護報酬の改定で、ショートステイの施設要件を満たしていれば有床診療所の一般病床でもショートステイを実施できることとし、対象施設の拡充を図ることといたしました。

今後とも、有床診療所の患者の身近にあるといったような利点を生かしてサービスの充実に努めてまいりたいと思っております。

○平口分科員 一般病床の方でも利用できるように四月一日からなる、こういうことでございますので、その点は大変評価をしたい、このように思います。

ただ、これは介護のショートステイなんですけれども、高齢者によっては医療か介護か分野がはっきりしないような方も多いわけですので、どちらかという医療の方にもこのショートステイのような制度をやはりきちっとやってもらいたいというふうに思うんです。

これとの関連で、最近、診療所後期高齢者医療管理料という、ちょっと舌をかみそうな長い名前のものがあるんですが、要は、七十五歳以上の方々についてかかりつけ医なんかアドバイスをしたり処置をしたりする、そういう報酬の制度なんですけれども、これは読んで字のごとく対象が後期高齢者になっておりますし、また、介護保険の適用がある場合は使えないということで、実態的には余り使われていないというふうに関しているんです。

ここの年齢制限を撤廃するとか、あるいは、介護保険でも医療保険でもどちらでも泳げるようにするとか、そういったような工夫をしていただきたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

○水田政府参考人 診療所後期高齢者医療管理料についてのお尋ねでございますけれども、これは、高齢者の在宅医療を補完する観点から設けられているものでございまして、介護保険の短期入所者療養介護、ショートステイと類似するサービスでございます。

医療保険制度におきましては、介護保険で類似するサービスが行われている場合には介護保険を優先するということが原則とされておりまして、要介護被保険者に対しましてこの管理料を算定するということにつきましては、医療保険制度と介護保険制度の基本的な関係の見直しということにつながるものでございますので、慎重な検討が必要と考えております。

それからもう一点、この管理料の対象を後期高齢者以外の方へ拡大するということについてでございますけれども、これにつきましては、関係する専門家等からの御意見を踏まえながら、必要に応じて検討を行っていきたくと考えております。

○平口分科員 いずれにしても、高齢化社会に入ってくると、やはり介護も必要だけれども医療も必要だというふうなお年寄りがいらっちゃって、もちろん報酬制度の方もいろいろと工夫をされて、例えば、かかりつけ医として在宅療養支援診療所の制度とか、こういったようなものを活用されているというふうに聞いておりますけれども、こういう中で、ちょっと二、三週間施設に入院をして、そして医療のサイドからの面倒を見た方がいいかなというふうなことが間々あるわけでございます。

これはまた後で申し上げますが、やはり何といても、有床診療所の入院の基本料金が非常に安い、低いものですし、また、看護加算なんか一日に三百円とか、ちょっと一けた違うんじゃないかというふうな数字の加算でしかなかったり、実際問題は、こういう分野での経営に診療所の管理者が非常に苦慮されているというのは、これはもう全国的な事実でございますので、一歩進めた制度があるということは評価いたしますけれども、それではまだ十分でないというふうには思っておりますので、ぜひとも、今後とも研究、検討を重ねていただきたいと思います。

それで、要するに、有床診療所は十九以下という極めて経営効率の悪い数字の中で、さらに一般病床と療養病床と混在したりする場合があります。そういう中で地域の医療全体を担っていかなくちゃいけないという局面があって、いろいろなケースがあるんですけれども、昔よりはよくなったんですが、それでもまだ二室八床ルールというふうなものあって、介護療養病床と医療療養病床との適用の選択に当たって、緩めてはいるけれどもまだまだ使いづらいようなルールがあるわけでございます。これをもう少し弾力化して、仕切りを取っ払うかもっと緩和するか、そういったようなことは考えられないかと思いますが、いかがでしょうか。

○水田政府参考人 現在の取り扱いについてでございますけれども、これは、介護療養病床に入院している患者さんにつきましては医療保険からの給付を行わないというのがまず出発点でございます。ただ、緊急な入院に柔軟に対応する、そして患者が適切な医療を受けられるように、男性、女性それぞれ一部屋ずつ四床、合計、御指摘のとおり二室八床に限って特例的に医療保険からの給付を認めているところでございます。

この二室八床の範囲を拡大するという御提案でございますけれども、この取扱いはあくまでも特例的なものであるわけでありまして、また、拡大した場合に、要介護者に対するサービスの量の確保に与える影響というものも出てくるわけでございますので、こういったことも踏まえながら慎重に検討していかねばならない問題であると考えております。

○平口分科員 十九以下という限られた病床数の中での地域社会における活用ということでは、やはりいろいろなケースがあり得るわけで、できるだけそういうケースに適切に対応できる、療養病床がいっぱいだからもう入れませんとか、一般病床が二室八床ルールでもう余力がないので入れませんというふうなことがないようにやはり工夫をしていただきたい、このように思います。

それで、やや核心的なところに入っていきたいんですけれども、このように十九床以下で、なおかつ一般病床と療養病床が混在するというふうな場合に、看護職員、看護師さんの配置基準が、一般病床は一般病床、療養病床は療養病床というふうになっていまして、非常に狭いエリアの中の二つの区分の中で、さらにそれぞれの基準を生かしていかなくちゃいけないというふうな運用になっております。

やはりそれは足し算して十九以下のものについてどのようにしていったらいいかというふうなことになるわけでございますので、そういう意味では、この看護師さんの方の配置基準を例えば通算できるようにするとか、そのように改善されていかれたらいいかと思いますが、どうでしょうか。

○水田政府参考人 一般病床と療養病床、それぞれ果たすべき役割あるいは患者の病態が違うということでございまして、診療報酬におきましても、当該病床の役割を踏まえた施設基準あるいは点数の設定等を行っているところでございます。

このために、それぞれの病床におきまして提供される医療サービスの質を確保する、それから、これらを適切に評価する観点から、それぞれの病床ごとに基準どおりの看護職員を配置していただくということが今現在の考え方であるわけでありまして、これをどのような観点で、サービスの質の確保ということに重点を置きますと現在の考え方になるわけでありまして、必要であればまた御議論をいただきたいと思っております。

○平口分科員 きょうのところのお答えはそういうことかもしれませんが、やはり実際の医療現場においては、一般病床に回すか、あるいは療養病床に行っていたかどうかというのは非常に微妙な場合が多いわけでございますので、やはり医療を受ける、あるいは介護を受ける方々の実態に即して、やはりどうにもがちがちの制度にしているとうまいことというふうな事例が幾つかあると思うんですね。そういう実際の事例をよく分析していただいて、やはりここは弾力的に、十九床以下という非常に小さい数字の中での泳ぎ方になるわけですから、それなりの工夫をした看護職員の配置基準にさせていただきたいというふうに思います。

それと、もう一つの大きな問題は、これは入院基本料の問題でございまして、入院基本料の議論をここで始めますとまた延々と時間がかかりますから、ポイントだけ申し上げますと、いわゆる有床診療所の方の入院基本料というのは日数で区切っているんですね。急性期である七日以内とか十四日以内、これは、例えば看護職員が五人以上いらっしゃる場合は、一週間以内の場合には一日当たりの入院の基本料が八百十円、つまり八千円。それで、一週間を超え二週間以内は六百六十円、六千六百円というふうになっております。看護職員が五人以上置けない場合はそれよりもっと悪くて、一週間以内の場合には六百四十円、六千四百円。八日以上十四日以内は四百八十円、四千八百円というふうになっております。

これに対して、一般病院の場合はこういったようなことになっておりませんで、看護職員七対一の入院基本料の場合には一千五百五十五円、つまり一万五千五百五十円。それからさらにずっと、七対一が十対一、十三対一の場合、十五対一の場合というふうになって、最も看護職員の対応の薄い場合、十五対一の場合は、それでも九百五十四円というふうになっております。

さらに、一般病院の場合は、急性期の十四日以内に四百二十八円、四千二百八十円ほど加算する。さらに、亜急性期あるいは回復期、十五日から三十日以内の場合は百九十二円、千九百二十円加算するというふうになっておりまして、これを足し算すると、一般の病院の場合と有床診療所の場合の入院基本料がもう大変大きな格差になっております。

冗談かと思うような数字なんですけれども、看護職員が五人以上置けないというふうな場合に、一カ月を超えると二百八十円、二千八百円の入院基本料でしかないんですね。それに看護の加算を加えても一晩一人当たり三百円とかそういったようなことでは、とてもこの有床診療所は経営できない。特に高齢者の場合は、二週間かかるか三週間かかるか、はたまた、先ほどの数字でもおっしゃっていたように、とてもじゃないけれども一週間以内に退院できるような人はいないわけでありまして、一カ月を超える人も随分いらっしゃるわけですから、何ともはや、この二千八百円という数字は常識では到底考えられないような点数だというふうに思います。

この辺の適正化を図っていただきたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

○水田政府参考人 有床診療所の入院医療に対する診療報酬上の評価についてのお尋ねでございまして、病院との比較で申し上げますと、施設設備の基準でありますとか医師等の人員配置標準というものが病院に比べると大幅に緩和されているということがまずございまして。さらに、入院業務に従事する職員と外来業務に従事する職員が明確に区分されていない場合が少なくないといった状況がございまして、病院とは異なる点数設定になっているわけでございます。

しかしながら、個々の医療機関の特性に応じたきめ細やかな評価を行うことが必要であるということから、これは御指摘のとおりでございます。平成二十年の診療報酬改定におきまして、夜間速やかに診療を行う体制を確保している医療機関に対する評価でありますとか、夜間に手厚い看護を行っている医療機関に対する評価を新設するなど配慮を行ったところでございます。

言ってみますと、提供されるサービスに対する評価ということが原則でございまして、やはり中身に依って対応

をしていくということであろうかと思っております。

ただ、いずれにしましても、今後、関係者の御意見を伺いながら、有床診療所の役割を踏まえた適切な評価を行っていきたい、このように考えております。

○平口分科員 今後、そういう方向で御検討をいただきたいというふうに思います。

急性期の場合も、あるいは回復期の場合も、あるいはそれを越えた場合も、いずれにしても、どの場合もやはり有床診療所の方の入院の制度というのは非常に不利でございまして、やはりこの辺に毎年七百とか八百とかいうオーダーで有床診療所の機能が閉鎖されていっているというふうなことの根本原因があるんじゃないかというふうに思います。

それで、一方で、当初も申し上げましたけれども、やはり有床診療所というのは、病院が立地できないような中山間地とかあるいは地域社会とか、そういうところで、これからますますふえていく高齢者、こういったような医療と介護と両方必要な分野の患者さんがふえていく中で、やはりきちっとした生きがいを持って、意欲的に有床診療所の経営ができるような制度にしていかなきゃいけないというふうに思います。

また一方で、繰り返しになりますが、白内障の専門家とか腰痛の専門家とか、いろいろな分野で専門性の高い有床診療所というのも大変評価を受けているところでございまして、こういったような有床診療所の、ある意味で日本の医療制度の片側を支えている、大きな役割を持っている制度だというふうに思いますので、これから先も有床診療所がきちっと発展をしていくように、国民の良質な医療の確保にこたえ得るように御指導をいただきたい、このように思います。

そういったような意味で、最後に大臣の方からこのことについての御所見をお伺いしたいと思います。

○外添国务大臣 きょうは平口委員から有床診療所についての御質問をいただきました。

医療崩壊と言われている状況の中で、勤務医の先生たち、この問題を今クローズアップして非常に力を入れてやっていますが、片一方で地域の診療所、特に有床診療所の役割というのは委員御指摘のように非常に大きいものがあります。特に、一日でも二日でも入院させることができるというのは地域の医療を支える大きな意味がありますから。

先ほど答弁させましたように、二十一年度の介護報酬改定で、一般の病床もショートステイで使うことができるということも入れておりますので、一番大事なのは、現場の皆さん方の声を聞きながらさらにその機能を高めていく。そして、勤務医の皆さん方も、開業医、そしてこの有床診療所の皆さん方も、病院全体も、みんなでやはり力を合わせて今の医療崩壊と言われる状況に対応しないとイケないと思いますので、現場の声に耳を傾けながら、さらに努力をしていきたいと思っております。

○平口分科員 以上で私の質問を終わります。どうもありがとうございました。

○根本主査 これにて平口洋君の質疑は終了いたしました。

次に、清水鴻一郎君。

○清水(鴻)分科員 質問の機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

舛添厚生労働大臣は、本当に私ども厚生労働委員会をずっとやっている人間から見ましても、大変頑張っていたら大変敬意を表していますし、また高く評価をさせていただいているところでございます。

そういう中で、今、政局、いろいろ混乱していますけれども、この社会保障というのだけは、いろいろなことはありますけれども、これだけはもう何としても、国民の安心のためにもしっかりしたものを提示していかねばいけないというふうに思っています。

その中で、大臣もいろいろところで触れられていますし、いわゆる社会保障費、私も何回か質問をさせていただいて大臣からも答弁を受けているところでございますけれども、二千二百億の自然増の削減は限界に来ているだろう。

お尋ねの群馬大学の実証機以上の小型化、軽量化に関しましては、現在、放医研におきまして、他の大学あるいは研究機関等と連携をしながら、特に、やはり小型化となりますと、最新のレーザー粒子加速技術を導入した加速器を小型化しなさいいけないとか、あるいは、超電導技術によりまして超小型電磁石を用いたビームラインを小型化しなさいいけない、この辺につきましては非常に技術的にもまだまだ基礎段階でございます。今、探索研究ということで実施しておりますところございまして、私ども文科省といたしましても、その可能性につきまして、そういった研究の進捗も見ながら検討していきたいというふうに考えておりますところでございます。

○富岡分科員 二十年かけて大体半分の小型化になったというふうに理解していますけれども、恐らく、半分になった実証機というのが群馬大学に設置され、また、そこで検証するわけだろうと思っておりますけれども、そういう理論からいくと、そのまた半分になるのに恐らく二十年ぐらいかかるのかな、素人考えですけれども、そういうふうに理解してもよろしいんですかね。

つまり、そうなると、私自身、先ほどちょっと触れましたけれども、外科医が、手術の症例がかなりそちら側に回ってくる可能性がやはり出てきているので、将来の医師数のセッティングに関しても考慮しなくちゃいけないような、そういう状態も考えられるわけなので、その点、技術的な面はどうなんでしょうか。十年後ぐらいには半分化したような、あるいは金額的に五十億ぐらいのことができるというような、そういうものはこの時点で考えていいんでしょうか。

○倉持政府参考人 お尋ねの、その先の小型化の技術でございますけれども、先ほど申しましたように、今、新しいレーザー技術応用とか、それを使ってイオン源を開発したり、入射部を小型化したりすることがございます。これもまだ放医研におきまして、非常に基礎的な検討でございますけれども、レーザーによる入射器システム、大体やはり十年程度かかるかなということ。あるいは、シンクロトロンを小さくする、高温の超電導の材料を開発する、そういったことにやはり十五年とか十年とか、やはりその程度のオーダーの期間は必要なのではないかというふうに今予想されているところでございます。

○富岡分科員 こういった面が日本では一番力を入れてやらないかぬところですよ。もう医療費は一発で、むしろ抑制、今は高額ですよ、ところが、ミニサイズ化され、そしてコストが下がってくれば、全く入院が要らないんですよ、結局。もう今、過去には十回ぐらいかかなくちゃいけなかったのが五回になり、四回になり、二回になって、一回で一センチぐらいの肺が吹っ飛ぶようなことになるから、外来でがんが治せるという、そんな夢のような機械のようですので、そういった科学研究費をてこ入れするような政策をむしろとるべきだろうというふうに思いますので、舛添大臣を含めて、厚生労働行政として文科省ばかりに頼らぬでやっていただければと思いますので、その点、よろしく願います。

二点目の有床診療所について、ちょっとお伺いします。

有床診療所という、一般の市民というのですか国民は、病院とクリニックぐらいの分類しかできません。そして、よく聞くのが、入院できるっちゃろうかい、そういうことで、入院できるかできぬかで病院とクリニック、診療所と区別しているようですね。これが一般の考えですよ、そういうことですね。有床診療所は十九床以下ということで、時間制限とかがなくなりましたけれども。

何で私はこの問題をよく取り上げるかというと、大臣も御存じのように、大臣が就任されて三カ月目のとき、大臣にこの質問をしました。前向きの御回答をいただきまして、大変うれしく思ったのを覚えているわけなんです、この有床診療所が無床化するのが毎年一千力所に及んでいますね。その結果、それだけじゃないんですけれども、産科の妊婦さんが、表現は悪いんですけれども、収容するところがない、いわゆる世間一般の言うたらい回しというのでしょうか、そういう状態になって、収容先でお亡くなりになるという大変痛ましい事件というのでしょうか事象が起こっています。出産のおよそ四七%、半分はこの有床診療所で生まれているわけなんです。そこがやはり傷んでいるので、非常に国民は不安に思っている。

そこで、有床診療所について、地域において重要な役回りを負っているというこの施設は、一体厚生労働行政としてはどういう位置づけで臨んで、今こういう現象が起こっているのはどういうふうな原因からだとお考えなのか、まずその基本姿勢についてお伺いしたいと思います。

○外口政府参考人 まず、全国の有床診療所の施設の状況でございます。一九八七年に約二万五千力所でありましたけれども、二〇〇七年には一万二千四百力所となっております、過去二十年で大幅に減少しております。

この原因でございますけれども、さまざまな理由が考えられますが、日医総研が実施した有床診療所に関する実態調査によりますと、人件費がかかり過ぎる、入院患者の減少が主な理由であると承知しております。

そして、この有床診療所の位置づけでございますけれども、有床診療所は、外来を行いながら入院医療も提供でき、地域住民の多様な医療ニーズに対応できる小回りのきく医療施設として、地域で重要な役割を担っていると思います。

先ほど申し上げました日医総研の調査におきましても、これは地域地域でその特性が違いますけれども、例えば、大都市や郊外、中規模都市の有床診療所においては専門性の高い手術と術後の入院機能、小規模都市あるいは農村、山間部においては地域患者の受け皿、僻地、離島においては地域の数少ない入院施設とする割合がそれぞれ高いという報告をしているところでございます。

高齢化が進む中で、医療のみならず介護も含めたサービス提供も地域から期待されております。地域によっては、さらに重要な施設になると思います。こういった調査結果も参考にしながら、有床診療所のあり方について、現場の意見をよくお聞きしながら、十分にその機能が発揮できるような施策を検討したいと考えております。

○富岡分科員 答えは立派なものなのですが、結局は地域の医療が今崩れ始めているのは、十年ぐらい前になるんですか、有床診療所はもう要らないという大きな政策の転換がなされたというふうに私は理解しています。そのために、今、後手に後手に、厚生労働行政は何でも後手に回っているような印象を持つわけなんですよね。だから、手を打っていないんですよね、結局は。何か、答弁を聞くといきように聞こえるんだけど。

だから、機能分化ができる、大都市では有床診療所は確かに要らないかもしれませんが。だけれども、僻地とかの医療、人口の構成比でいけば一〇%か二〇%ぐらいしかないかもしれませんが、国土面積でいえば恐らく三分の二を占める地域がこの有床診療所を必要としているわけなんです。そこは外口局長さんも十分おわかりだと思います。

多様な医療サービスが提供でき、そして、大病院、中病院、有床診療所で満足度を調べてみると、やはり有床診療所が一番、地域に密着しているために、地域住民の評価は高い。これは当たり前かもしれません。それから、医療、介護からリハビリまで、全部シームレスにやれるようなものというのはこの施設しかないんですよ。人口千人ぐらいの小さな町では何でもやらなくちゃいけない時代にやはりなってくるわけなので、そこがやはり何度言うても、わかっておられるんだけど具体的にないから、あっちこっちで集約化を試みたり何かするけれども、追いつきませんよ、一回崩してしまったんだから。だから、もうこれ以上崩さないで、やはりきちっとした、資源を有効的に活用すべきだろうというふうに思います。

そこで、この有床診療所、介護施設とすれば小規模多機能施設というのがございます、小規模多機能医療施設として、せつかくまだ脈があるんですよ、まだ脈が途絶えておりませんので、ぜひこの医療行政の位置づけをやはりきちんとしていただきたいと思うんですけれども、大臣、これはどうですか。

○舛添国務大臣 まさに私のふるさとの北九州でも、私、今は世田谷に住んでいますけれども、いろいろなホームドクター的な方々にお世話になりますけれども、一階が診療室で二階が入院用のベッド、ところが、もう全部がらあきです。だから、非常に寂しい思いがする。それで結局、一気に大きな病院に行っちゃう。

だから、やはり各地域でそういう有床の診療所がきちんとあってくれということが地域全体の医療ネットワークを補完する意味で非常に重要だと思いますので、これは本年度予算できちんとこれを位置づける研究をやることになっておりますので、また富岡さんの意見も聞きながら、そういう形で、有床診療所の位置づけ、そしてこれの再生、復活、こういうことを図れたらと思って努力をしたいと思っております。

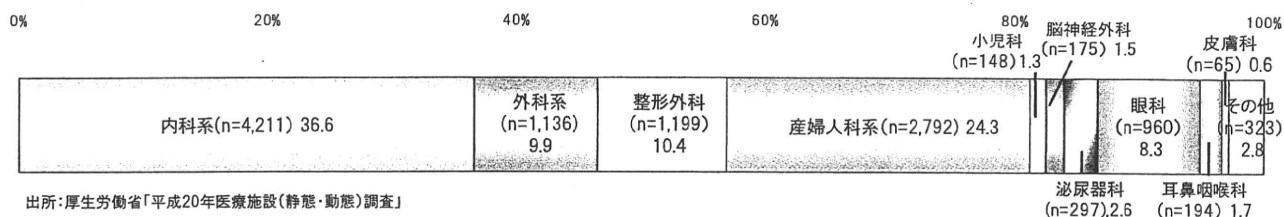
○富岡分科員 舛添大臣は本当によくわかっておられると思うので、まさにそのとおりですよ、二階はがらあきなんです。壊してしまったんですよ、せつかくでき上がった日本のすばらしいシステムを。そして、介護とかなんとかいってまた集めようとしている。非常に矛盾した医療、介護行政を猛省してください。ぜひよろしく願います。

終わります。

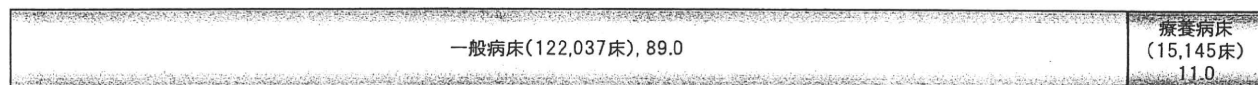
○谷川主査 これにて富岡勉君の質疑は終了いたしました。

有床診療所の現状

診療科別 施設数内訳



病床の内訳



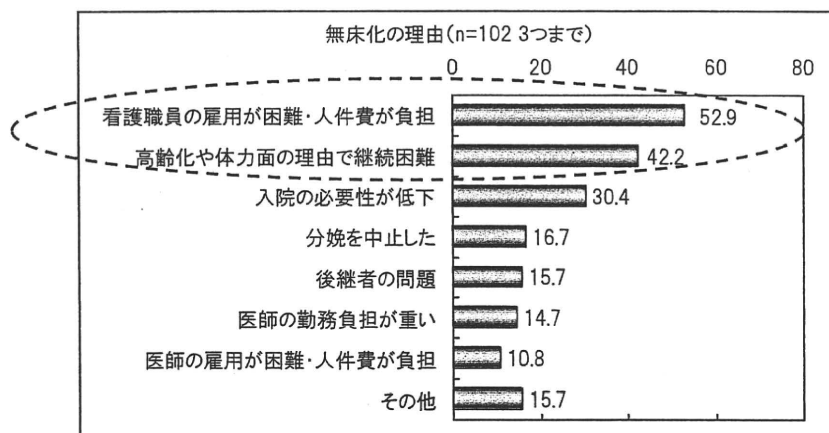
出所: 厚生労働省「医療施設動態調査(平成22年8月末概数)」。なお療養病床の内訳は平成20年時点で医療療養が11,432床、介護療養が6,087床。「平成20年医療施設(静態・動態)調査」

総施設数 ¹ (H22.8)	10,645施設	有床診療所の医師数 ⁵ (常勤)	15,050人
総病床数 ¹ (H22.8)	137,182床	(非常勤)	3,386.6人
病床規模 ² (H21.10) 1~9床	34.6%	看護職員(総数) ⁶	63,181.6人
10~19床	65.4%	総従業員数(総数) ⁷	160,076.1人
在宅療養支援診療所 ³ (H20.10)	2,004施設(全体の17.4%)		
診療所における年間死亡数 ⁴ (H21)	27,802人		

出所: 1. 厚生労働省「医療施設動態調査(平成22年8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」。看護士および准看護士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。

➤施設数は20年前の23,589施設から現在の10,645施設に、病床数は27.2万床から13.7万床に減少している。

➤減少の大きな原因は、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。



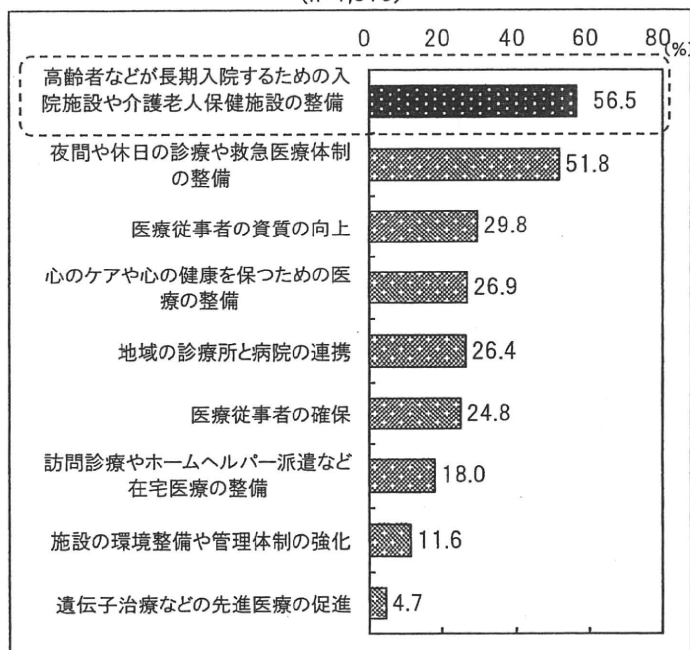
出所: 日医総研WP No.204「平成21年 有床診療所経営実態調査」

※1 経営悪化で継続不能となっているケースがある。例えば、看護職員7人の施設で入院期間31日以降の入院基本料は現在500点(日)。 ※2 開設者の平均年齢: 62.8歳

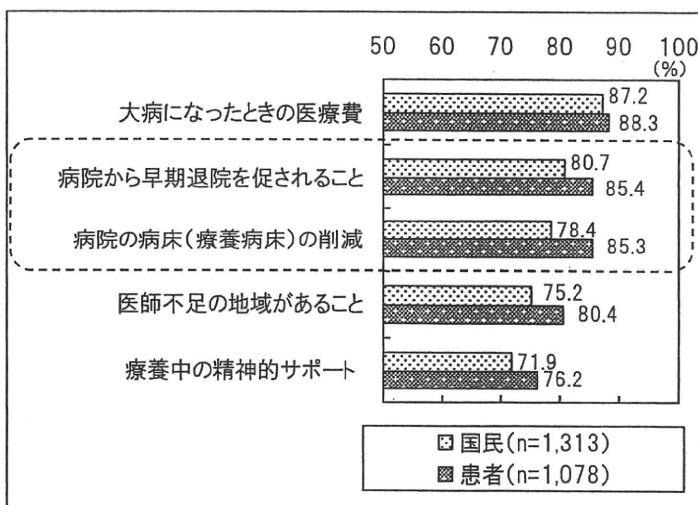
国民の病床に対する意識

▶国民が考える医療における最重点課題は「高齢者などが長期入院するための入院施設」である。病院からの早期退院、病床の削減に対する不安も高い。

国民が考える医療における重点課題(3つまで)
(n=1,313)



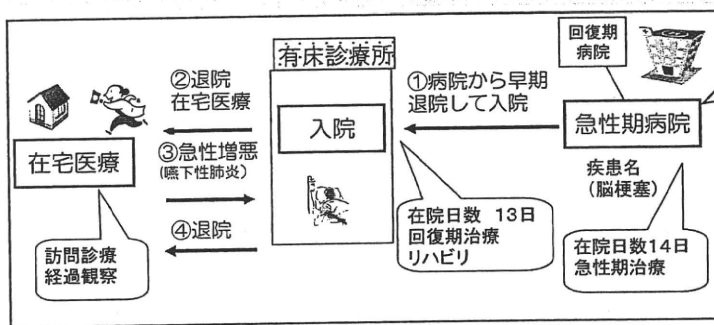
不安に感じること



出所:日医総研WP No.180「第3回 医療に関する意識調査」

入院患者の例と患者からみた有床診の病床

後方支援
在宅医療
終末期
一長崎市での例一

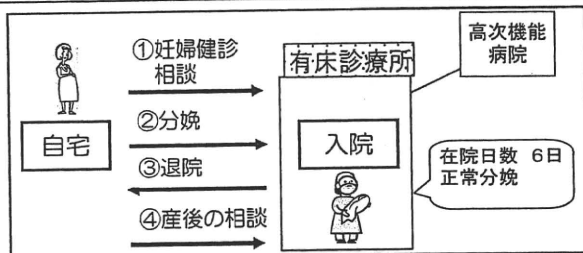


平均在院日数
一般病床: 17.9日
DPC病院: 14.5日

行き先の無い患者が地域で増加

- ▶病院からの早期退院患者の回復期治療。退院後に訪問診療を受ける。
- ▶急性増悪で緊急入院。
- ▶終末期では住み慣れた地域で患者や家族の希望に応じた、緩和ケアと看取り。

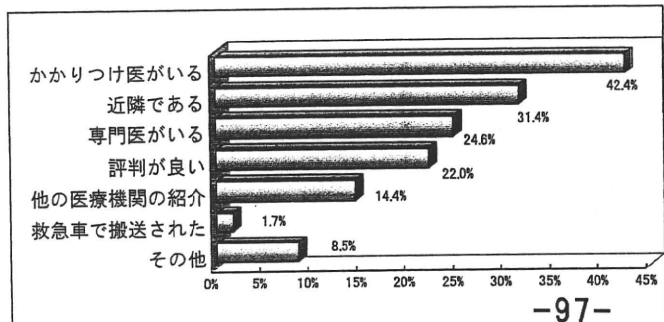
分娩
一青森市での例一



- ▶かかりつけ医の産婦人科医が妊婦健診から分娩、産後の管理まで行なう。
- ▶住み慣れた地域での分娩が可能。
- ▶ただし、ハイリスク分娩は高次機能の病院で。

全国の分娩の47.2%(505,534件)は有床診療所で行なわれている。

有床診療所に入院した理由⁴



- ▶かかりつけ医がいることと、近隣であることが有床診療所への入院の大きな理由。外来、入院、在宅医療までの一貫した医療が可能。

出所 1. 厚生労働省「病院報告(平成22年7月分概数)」
2. 厚生労働省「平成21年度DPC導入の影響評価に関する調査結果及び評価」
3. 厚生労働省「平成21年人口動態統計(出生)」

有床診療所の病床の機能

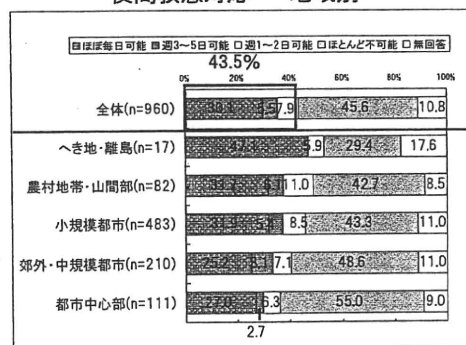
有床診療所の病床が果たしている5つの機能

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

▶ひとつの施設が複数の機能を有することが多い。

▶かかりつけ医が患者の生活背景等まで把握できている。

夜間救急対応 一地域別



出所:日医総研WP No.204「平成21年 有床診療所経営実態調査」

在宅医療・介護の地域連携の形

▶有床診療所は自ら在宅療養支援診療所となり、地域の在宅療養支援診療所の拠点となりうる。また、医療必要度が高い要介護者のための病床、ショートステイや緊急入院も含む介護分野でも利用可能。

▶医療と介護の両分野で身近な病床を利用することができる。

