

指標

有床診療所再興

副会長

藤原 秀俊

平成25年6月頃と思うが、「地域医療に不可欠な有床診療所が激減している。この有床診療所問題を何とかしたい」これは、長瀬会長が私に言った言葉であったが、私には「有床診療所問題を何とかしなさい」との厳命に感じられた。具体的に何をすべきか、私は病院経営者であるので、皆目見当がつかない。

「有床診療所の入院料は非常に低く、外来収入で入院収入の赤字を補っている。平成24年度改定で管理栄養士の配置義務付け問題がある」程度の認識であったため、地域医療部内で検討を行った。その結果現状把握が必要と考え、アンケート調査を実施した。管理栄養士問題は、ご自身が有床診療所を経営している林地域福祉部長の協力を得て調査を行った。アンケート内容・結果については、北海道医報2月号¹⁾に伊藤利道地域医療部長・林宏一地域福祉部長が詳細に報告しているので参照していただきたい。同報告の中で述べられているが、有床診療所協議会への入会率が著しく低い(20.9%)ことに私は非常に違和感を持った。そしてこの違和感が私のモチベーションとなり、今後の有床診療所の可能性を探る糸口になるのではないかと考えた。

1) 有床診療所受難の始まり

1988年(昭和63年)、当時の前厚生省健康局政策局長竹中浩治氏が地域医療計画について述べた中で、有床診療所について次のように語っている。全文を紹介する。「有床診療所かく闘えり²⁾」の中で昭和63年となっているが、前後の文脈から考え、この発言は昭和61年当時と思われる。

『直接医療計画に取り込まれるかどうかは別問題にして、診療所、とりわけ有床診療所を、わが国の医療供給体制の中で、どう考えていくかと言うことがある。診療所問題に絡みここの十年後くらいで大問題になるのは、診療所の開業医の高齢化現象で、診療所の数そのものが減少し、地域プライマリケアがうまくいくだろうかと言うことがある。今後の診療所のあり方について、厚生省は家庭医という質の問

題で提案しているが、それにプラス数の問題も加えて、第二次医療法改正があるとすれば、診療所問題を一つの大きなテーマにする必要があるのではないか。そしてさらに、その中の各論の一つとして有床診療所を今後、どう考えていくかという問題がある。

私は非常に割り切つて言えば、有床診療所の果たした歴史的役割は終わったのではないかと思っている。

医療の近代化、国民の医療知識の高度化などを考えると、これからは、病院はより病院らしく、診療所はより診療所らしく得意な機能の分野で活躍してもらうことが、国民のニーズに沿うのではないか。

診療所はこの際やめて、病院も最低20床というのではなく、40床、50床とか一定の単位以上の入院患者を扱うことが、入院医療の質の充実に欠かせないのではないか。ただこれは、行政的に非常に大きな影響を持つ問題なので、第二次医療法改正に合わせなくとも、第三次、第四次でもいいわけなので、とことん検討してもらいたいことだ。私個人としては、いづれにしろ、有床診療所のベッドをいまさら医療計画に入れるとか入れないとかの議論をする必要はない、それほど肯定的なものとして、有床診療所のベッド数を考えるのはむしろどうかと考えている。』

この『有床診療所の使命は終わった』発言は、昭和50年代半ばから診療報酬上冷遇され、不安感が増していた有床診療所の危機感に火をつける結果となった。また第二次医療法改正前に厚生省の中で有床診療所を医療計画の中に入れるか否かの議論が既にあつたことを示している。

2) 有床診療所・病院の歴史

徳川吉宗の時代に薬種政策が強化され、幕府は1721年江戸小石川薬園の面積を10倍にし、薬価の引き下げを図った。しかし江戸には貧窮民が激増し治療薬の恩恵を受けるものが少なく、幕府は1722年(享保7年)12月、江戸の小石川薬園内に養生所を設立した³⁾。これが日本最初の有床診療所であった。(ちなみに、平成23年全国有床診療所連絡協議会は、小石川薬草園に小石川養生所が設けられたとされる「12月4日」を「有床診療所の日」に制定している。)

病院の設立はそれから140年ほど経った後である。明治政府は1868年(明治元年)4月、幕府軍との抗争による傷病者の治療を受け持つ軍人病院を横浜に開設した。翌年には医学校兼病院となり、さらに医学校が大学東校へ改称されると、病院は医学校付属病院として位置付けられた。政府は、地方にも近代的な病院の設立を促し、1870年代には、廃藩置県で廃止された病院の再生が進み、1877年には、ほとんどの府県に公立病院が誕生し、その大半に医学校が併置された。

3) 医療法における有床診療所

1942年(昭和17年)、戦時体制の下「国民医療法」

が制定された。国民医療法において、初めて病院と診療所の区分が明確化された。ベッド数は10床以上を病院、それ未満を診療所とした。

戦後、医療法が1948年（昭和23年）に公布された。その目的は「医療を提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に関与する」ことにある。主な特徴としては、①ベッド数20床以上を病院、19床以下を診療所として、診療所には48時間以上の収容を認めないこと、②病院には構造設備基準、人員配置基準を定めたこと、③総合病院の制度を設け、模範的な病院として研究や研修と行い、一般病院のレベルアップを図ったこと、④助産婦制度の創設、であったが、医療法第1条の5第2項で、有床診療所について、『診療所とは医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業または歯科医業を行う場所であって、患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するもの』とされた。

この医療法により、10床以上を病院とする規定から20床以上を病院とすることに改定され、さらに以後60年にわたって有床診療所を苦しめる48時間規制（いわゆる13条規制）が開始された。

4) 立ち上がった有床診療所

昭和61年7月16日、福岡労災指定病院協会理事会後、7名の医師が集まり、今後の有床診療所の窮状を打破するには、有床診療所の同士を募って協会を作り、団結の力で事に当たるほかない、との結論に達し協会の設立が始まった²⁾。しかし協会の設立は順風満帆ではなかった。昭和61年7月31日、有床診療所協会設立準備委員会が設立され、同年8月21日、第2回委員会（＝有床診療所協会委員会）が行われた。同年11月5日、福岡有床診療所懇話会設立総会が設立された。昭和62年6月6日、神奈川県医師会館において、横浜有床診療所連絡協議会設立総会が開催されたが、同年10月には神奈川県医師会長より、全国の県医師会長に「神奈川県医師会は関与せず」の書簡が送付され、県医師会と協議会との対立が明らかになった。同年12月福岡県有床診療所協議会は全国都道府県医師会長あてに、創立総会開催予定と、協議会の運動が、医師会を離れたものではなく、あくまでも『日本医師会のもとに』をモットーとして始められたことを訴えたのであった。昭和63年2月6日、横浜市の神奈川県医師会館において全国有床診療所連絡協議会創立総会が開催されたが、日本医師会（以下日医）執行部は参加されていない。ちなみに北海道からは、札幌市医師会の林義男先生はじめ4名が参加されている。その後九州において続々有床診療所協議会が設立され、同年8月27日・28日、第1回全国有床診療所連絡協議会（以下有診協）総会が福岡市で開催された。この第1回総会には日医執行部として初めて若狭常任理事が出席され、日医と有診協の雪解けが始まった。第2回全国有診協

会後の平成元年10月9日、朝日新聞朝刊に『厚生省はベッド数19床以下の有床診療所を衣替えし、すべて病院とする方針を固めた』と報道された。これに対し「有床診療所には手をつけない、つけさせない」と言い続けてきた日医は、村瀬副会長が素早く反論した。さらにその後の第3回有診協総会には、日医羽田会長が来賓として挨拶を行っている。これをもって有診協は日医から正式に認められた組織になった。

5) 組織の生みの苦しみ

同じ苦しみを持つ医療機関同士が、その悩みを共有し問題解決を図るのは当然である。有診協設立のかなり前、病院における有志の集まりが発足した。全日本病院協会（以下全日病）の始まり⁴⁾である。（なお昭和26年6月には日本病院協会が設立されている。）

全日病は、昭和36年8月、福岡県病院協会私的病院部会の活動をもって開始された。その後全国各地に私的病院協会が結成され、昭和37年7月、大阪で全日病が発足した。（そもそもは昭和32年10月甲表・乙表の採用を巡り、日本病院協会（のちの日本病院会）と日医は激しく対立した⁵⁾。昭和37年7月22日、日医と対立を続ける日本病院協会に不満な民間の中小病院の院長らによって、全日病の第1回定期総会が、大阪で開催されたのであった。）

その後昭和49年10月、全日病と日本病院協会が合同し、日本病院会を設立したことにより、全日病は一時解散した。しかし日本病院会と日医の対立が激しくなり、昭和50年10月、日医寄りであった全日病は「全日本病院協会解散決議」を白紙撤回し、全日病が再度設立された。その後全日病は独自で病院組織の改革に向かうことになる。

このように組織の黎明期には、困難はつきものであるが、有診協にしても全日病にしても、困難に立ち向かいその後組織を強化して行った先達には畏敬の念を抱かざるを得ない。

6) その後も続く苦難の道

有床診療所は厚生省の政策に翻弄され続けた。

厚生省は、昭和60年の第1次医療法改正に際し、それまで死文化していた同法13条の「48時間」という患者収容時間制限条項を盾に、有床診療所の病床を「緊急避難的な病床」と位置付け、正式な病床ではないとして医療計画の必要病床数から除外した。

平成9年の医療法改正では診療所療養型病床群の導入が行われ、同病床群では48時間規制が除かれた⁶⁾。

そして平成16年の厚労省（平成13年1月より厚労省）医政局総務課長通知により、運用上は医学的に必要な期間の入院は認められたが、法制上は従来のまま48時間規制は存在した。

平成18年の第5次医療法改正により、実態からかけ離れたこの48時間規制がようやく撤廃されたが（約60年間を経ている）、平成18年度の診療報酬改定で有床診療所入院基本料の一般病床の長期入院部分

が引き下げられ、医療区分が導入された療養病床においても、その大部分を占める医療区分1ならびに区分2の入院基本料が極めて低額に設定された。さらに有床診療所の一般病床は、急性期医療を含む入院施設となったが、先行した診療所療養病床とともに、医療計画の基準病床数の対象とされた。

しかし、平成20年度診療報酬改定においても有床診療所入院基本料の引き上げは実質的に実現しなかった。加えて平成22年度改定により7日以内入院期間は14日以内の期間に統合され、7日以内の期間の入院基本料は実質的に減額された。

追い打ちをかけるように、平成24年度診療報酬改定においては、それまでの栄養士による栄養管理実施加算(12点)の廃止とともに、入院基本料(11点)算定要件の義務化として、管理栄養士の雇用が明記された¹⁾。

このような政策の中で、有床診療所は、昭和40年代まで29,000施設、約30万床の水準を保っていたが、その後昭和50年には施設数29,194となり、平成2年(1990年)には23,589施設(27.2万床)、平成22年(2010年)には10,514施設(13.6万床)となり、平成25年6月には9,320施設(12.2万床)と、ついには施設数では3割、病床数は4割にまで減少した。

7) 日本医師会与有床診療所

有床診療所問題に危機感をもった日医は、平成14年にプロジェクト委員会を日医内に設置した⁶⁾。

平成17年度有床診療所に関する検討委員会(プロジェクト)の報告書の中では次のように報告されている。『平成16年の厚労省医政局総務課長通知により、運用上は医学的に必要な期間の入院は認められたが、法制上は従来のまま48時間規制は存在している。そして今後48時間規制の撤廃により有床診療所を医療計画上の基準病床数として算定することは、医師の新たな地域医療活動への参入を阻害するものであり、認められない。すでに10床以上の有床診療所には、病院と同じ構造設備基準が適応されており、あらたに医師・看護師等の配置を要件とすることは認められない。』

このプロジェクト委員会は、平成18年からは日医常設の委員会となり、平成19年には正式に「平成19年度有床診療所に関する検討委員会」となった。

平成21年8月「都道府県医師会有床診療所担当理事連絡協議会」が初めて開催された。さらに同年11月「診療報酬改定にむけての日本医師会の見解」の「有床診療所」の項において、有床診療所に関する検討委員会の議論に沿って、「有床診療所の役割と機能についての5項目」を明確にした。

- ① 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
- ② 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
- ③ 緊急時に対応する医療機能
- ④ 在宅医療の拠点としての機能

⑤ 終末期医療を担う機能

この5項目の機能は、その後の中医協で引用されている。

平成23年度有床診療所に関する検討委員会では、有床診療所に対する不当に低い診療報酬が長く続いてきたことによる経営困難について記載されている。問題点として、以下の5項目を挙げた。

- ① 看護職員等の人件費(看護職員の配置に応じた入院基本料が設定されているが実態に即していない)
- ② 看護職員等の確保困難
- ③ 医師の勤務負担(有床診療所医師の拘束時間は限界に近いくらい非常に長い。複数医師加算の引き上げが必要)
- ④ 継承問題(グループ診療体制を促進するような診療報酬上の配慮が必要)
- ⑤ 施設設備の老朽化

また病院は医療法上、一般病床では3対1の人員配置基準が設けられ、診療報酬上では7対1から15対1までの入院基本料設定がある。しかし有床診療所の一般病床について医療法上の配置基準はなく、診療報酬上は看護職員の数に応じて3段階の設定があるのみであることを指摘している。

平成25年度有床診療所に関する検討委員会では、次の要求が行われている。

本委員会では長年、有床診療所の入院基本料の適正評価について要望を重ねてきた。中医協において次回改定における検討スケジュールが示され、「平成24年度診療報酬改定に係る答申書付帯意見(平成24年2月10日)」の中に、有床診療所に関する文言は入っていない。本委員会の平成23年度中間報告に有床診療所の5つの機能を示し、有床診療所独自の診療報酬体系に基づく入院基本料を定めるよう提言している。

また日医と協働して、平成25年5月には日医総研が全国有床診療所連絡協議会会員への調査結果を公表した。有床診療所を無床化した理由として、

- ① 看護職員の雇用が困難(41.2%)
 - ② 医師の勤務負担と高齢化(38.8%)
 - ③ 看護職員の人件費が負担(33.5%)
 - ④ 患者層の変化(入院の減少)(32.9%)
- を挙げている。

さらに、平成24年度診療報酬改定において定められた管理栄養士の配置要件について、①有床診療所のデータを示さず決定されたこと、②厚労省の調査でも有床診療所において栄養管理実施加算を算定したのはわずか12%程度であったこと、③栄養管理が必要な疾病ではない入院患者が大半を占める診療科(産婦人科・眼科など)もあること、④入院基本料からの算定要件を外さなければ、無床化する施設が出ることを挙げ、「次期改定においては、管理栄養士の配置を算定要件から外し、加算方式に戻すこと

が必要である」と訴えた。

8) 中医協での議論

平成25年9月6日、社会保障審議会医療保険部会・医療部会では、有床診療所における入院医療について議論され、それを受けて同年12月の中医協では、厚労省からの資料として、有床診療所については、①病院からの早期退院患者の受入れ機能、②在宅患者の急変時の受入れ機能、③在宅医療の拠点機能④終末期医療を担う機能、⑤専門医療を担う機能等を有しており、それらの機能に応じた評価について検討を行う必要がある、とされた。この内容は、前述のように平成19年度有床診療所に関する検討委員会での答申内容そのものであった。

有床診療所の診療報酬上の評価は、人員配置や施設の基準が病院に比べ緩和されていることを踏まえた入院基本料とする一方、機能に応じて加算で評価している体系となっているが、平成22年度診療報酬改定においては「有床診療所一般病床初期加算」が設けられた。しかし他の類似の評価に比べ低い評価となっている。

中医協では平成25年有床診療所の現状調査（日医総研ワーキングペーパー）が引用され、①緊急入院が多い有床診療所ほど、経常利益率が悪い（手厚い人員配置が一因となっていると考える）、②多機能を持つ有床診療所の入院基本料の再評価が必要である、③有床診療所では、看護補助者に関する配置加算は設けられていない、等が問題提起された。

平成26年度診療報酬改定においては、上記ワーキングペーパーの報告に沿い、多機能を持つ有床診療所の再評価が行われ、看護補助者に関する配置加算が新設された。さらに、管理栄養士の配置義務化は、日医・日医総研・有床診療所に関する検討委員会や全国有診協、また有床診療所関係者のご努力が実り、入院基本料の引き下げ（11点）を伴ったものの、加算（12点）方式に戻るようになった。

9) おわりに

平成24年より明確にされた地域包括ケアの中心的存在として、有床診療所の役割が見直されている。

「その役割は終わった」まで表現された有床診療所は、厚生省（厚労省）の政策に翻弄されながらも、絶滅の淵から自らの力で立ち直ってきた。そこには大変な苦勞があった。有診協設立当初は、低い入院料と48時間規制に対する戦いであり、平成18年以降は48時間規制が撤廃されたものの、極めて不合理な診療報酬上の評価を訴えながらも有床診療所の5つの機能を明らかにし、平成24年以降は管理栄養士の問題に立ち向かった。今回はこの歴史を紹介した。

病院は病院で大変な時代を何度も経験している。昭和44年9月、開業医よりも経営が苦しくなっていた病院の診療報酬点数の扱いをめぐる中医協が紛糾した。支払い側が「医療費引き上げは病院を主体として、診療所については引き上げるべきではない」

と統一見解を発表したことによるものであった。そこで日医は、病院団体の引き上げ要求に対して、『入院時医学管理料（現在は入院基本料の中に含まれている）』の創設を中医協に提案した⁵⁾。これにより、有床診療所と病院の入院料に大きな格差を生ずることとなったが、一方経営上の格差は若干改善された。

医療法改正や診療報酬改定は、何も無い所から浮上する訳ではない。データに基づく要望がなければ政府や中医協委員を納得させることはできない。有床診療所の問題は、日医や日医総研、日医内の有床診療所に関する検討委員会、全国有診協等で検討されてきた。要望の強さは組織率の高さや提言する内容によって判断される。組織率で言えば、北海道における有診協の組織率を上げる必要がある。厚労省や支払い側と日医・全国有診協を含む診療側との攻防を「高みの見物」や「漁夫の利」では識者と言われる医師として何とも気恥ずかしい。

提言する内容については、さらに高いレベルの要望が期待されている。民間病院を主たる会員とする全日病は、介護保険の導入による医療界の変化に対応するため、平成10年6月「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会」を設置した⁴⁾。平成11年度には、同委員会を発展的に解消し「病院のあり方委員会」として再構成している。この委員会は「病院のあり方の基本的な考え方は規模には関係ない」というもので、現在も病院の今後のあり方に関して提言し続けている。

今後有床診療所は、組織率を高め、身を切る覚悟で「有床診療所のあり方」を提言する必要がある。それによって有床診療所の再興が達成されるものと思われる。

北海道医師会は、地域医療において益々その役割が増してくる有床診療所の現状を打破するため、北海道有床診療所協議会との連携を深め、協力を惜しまず積極的に活動を推し進める所存であるが、有床診療所関係者の今後の奮起を切に願っている。

参考文献

- 1) 伊藤利道・林宏一：北海道医師会「有床診療所に関するアンケート調査」の結果について。「有床診療所の管理栄養士義務化に関する緊急アンケート調査」北海道医報 2014. 2. 1 No1145
- 2) 全国有床診療所連絡協議会：有床診療所かく闘えり 1997. 3
- 3) 新村拓：日本医療史 吉川弘文館 2006. 8. 10
- 4) 全日本病院協会：全日本病院協会50年史 2011. 6. 2
- 5) 有岡二郎：戦後医療の五十年 日本醫事新報社 1997. 8. 15
- 6) 日本医師会有床診療所に関する検討委員会：平成17年度・19年度・21年度・23年度・25年度 答申