

医療施設体系及び医療施設に係る
規制のあり方について

「医療施設に係る規制の在り方」（有床診療所、共同利用等）についてのこれまでの議論

1. 有床診療所について

(1) 関係する論点

- 現行の医療法では、病院と診療所の間で種々の規制の違いがある（有床診療所については、いわゆる48時間規制がかかっており、構造設備・人員配置の基準が緩やかなものとなっている）が、多様なニーズに適切に対応する観点から、有床診療所の在り方を含め、どう考えるか。
- 医療安全の観点等から、有床診療所（特に産科、産婦人科）や助産所の規制の在り方について、どう考えるか。

(2) 部会での議論の概要（第8回医療部会）

発言内容（要旨）		
<p>① 有床診療所の在り方・有床診療所に対する規制一般</p> <p>○ 医療安全の立場から一定の基準が必要であるというのは十分理解しているが、医師会のアンケートでも、看護師の平均は大体6人～7人ぐらいで、医師の数も平均すると大体1.5人ぐらいで、全く看護師がいなかったり、医師が1人きりで運営しているという有床診療所はかなり少ない。</p> <p>有床診療所自体は日本の医療文化の中で、身近で医療サービスを提供できる利便性のいい機能的な形態であり、日本医師会で行った患者へのアンケート調査を見ても、満足度も非常に高いという結果が出ている。</p> <p>地域によっては普段は入院患者さんがいないが、普段から診ている患者さんを入院させて治療する必要があるといった場合に対応できるように、有床診療所のように、全く基準がなく、医師1人で入院施設を運営できる形態が必要であり、現在の有床診療所の制度をなくすことには反対。</p> <p>○ 日本の医療は患者対医師の1対1の関係で始まっており、開業医と呼ばれる有床診療所の医師が、日本の医療の大半の役割を分担して地域に満遍なく医療が施されてきた。診療ネットワークにおいても、最も大きな役割を果たすのは、有床診療所すなわち開業医であると考えられる。有床診療所の基準の在り方については、これまでの歴史的経緯やこれからの有床診療所の役割分担というのをどのように考えていくのかということを中心に基準にして考えていくべきであり、統計的な</p>	<p>三上委員</p> <p>山本（文）委員</p>	

数字のみをもって判断するのは不適切。

- 有床診療所というのは本当に安い費用で、日本の医療を支えている非常に大切な存在であり、有床診療所については、その在り方を含め見直す時期に来ていると思うが、見直しに当たっては、有床診療所が現在あるいは将来ともに役に立つ、有用であるという観点から、見直しを行うべき。
- 昭和23年の医療法制定から平成以前に制定されている規制が現在のニーズとどのように乖離しているのかをきめ細かく把握した上で、今後の見直しを検討していくことが適当である。有床診療所については、患者の安全や医療の質を確保する観点に立って、考えていくことが重要。
- 有床診療所については、実に様々な実態があり、また、有床診療所の開設は届出で足り、立入検査についても都道府県等の判断により実施されているなど、病院と比べ行政の関与が薄いのが、有床診療所に対する規制の見直しに当たっては、その中身をどう形作るかは今後の議論としても、1つの命をどう扱うかという観点から厳しく適切に、新しい時代の基準を作るべき。
- 条件の悪い地方の有床診療所では、19人以下の有床診療所であっても24時間診療を行うため医師の過重労働になっている。医療の安全、質といく面から考えると、医師が1人で常に診療を行うという診療所の形態は望ましくない。ただし、どうしても有床診療所が必要な地域については、基幹病院等の医療機関と組織的にネットワークを組み、又は、運営上、機能的でしっかりとしたネットワークを構築し維持することを目指し、将来を見越して現在活動を展開している。
- 有床診療所の形が多様になってきているとするなら、有床診療所の病床を類型化する。その上で、一定日数以上滞在して、密度の濃い医療を展開するところについては、実態として十分な看護職員の数配置されており、新たな基準が設定されても開設者が大変困窮するということがないのであるのなら、国民の安全の視点と、国民に分かりやすい医療提供体制作りのためにも必要。診療報酬も反映させながら、人員配置や施設基準の見直しを早急に検討すべき。
- 入院患者は全て病院と同じに扱うべきであり、そうした上で、病床数の少ない施設については、規制を緩和しつつ、それに応じて診療報酬で評価する。その上で、有床診療所がその機能を果た

杉町委員

佐伯委員

辻本委員

小山田委員

古橋委員

村上委員

<p>すのは、一向に構わないのではないか。</p> <p>○ 有床診療所の機能や役割分担が明らかになれば、診療ネットワークの中での位置づけという方向で、今後、議論を進めるべき。</p> <p>○ 地域にもよるが、特定の診療科目等では、現状としては有床診療所であっても病院水準に決して劣らない治療がなされているところがあり、そういった意味において、今後の多様なニーズに対応するためには、現状の有床診療所の在り方について、19床以下だからといって一律に考えるのではなく、機能的に見直し、基準も新しく作るという時期にきているのではないか。それが結果として診療報酬上の評価にも関係してくるのではないか。</p> <p>○ 病院は20床で有床診療所は19床以下と、病床数のみで区分がされているが、小児科でいうと、少なくとも2人の医師が必要であり、病院といっても小児科医が1人だったら、重症を治療しようと思っても何もできない。</p> <p>② 48時間規制関係</p> <p>○ 48時間の規制については、実態は2日以内で退院している患者さんは20%以下しかいない上、厚生労働省の通知でも、主治医が引き続き入院が必要だということであれば入院を続けることができるということで、実質的に規制はないのであるから、これを撤廃するというのもひとつの考え方。</p> <p>○ 有床診療所と病院とを分ける基準は、昭和23年の時代状況で決められたのだろうと思うが、それ以降の交通機関の発達、あるいは病院の整備等を考えると、本当にこのままでいいのかどうか、もう一度時代状況を踏まえて考え直すことが必要。</p> <p>主治医が引き続き入院が必要だと判断すれば入院を続けることができるのだから、48時間の入院規制は不要ではないかという指摘については疑問。診療ネットワークを構築することを前提にして考えると、有床診療所の本来の役割は、必要最小限の入院治療を行った上で、次に持っていくべき施設等に移すということではないか。さらに、診療ネットワークの中で、特に有床診療所の療養病床については本来どのような役割が果たされるべきなのかという観点から介護保険との整合性も含めて議論を進めるべき。</p>	<p>龍井委員</p> <p>福島委員</p> <p>大橋委員</p> <p>三上委員</p> <p>松井委員</p>
---	---

③ 診療報酬との関係

○ 地域医療あるいはかかりつけ医、在宅をバックアップするシステムとしては、有床診療所というのは非常に機能的に働くのではないか。病院と施設基準が違い、そのために診療報酬が非常に低く設定されているが、医療安全に対するマンパワーを投入できるような診療報酬にすることが必要。

病院と同じように高度医療、専門医療をやっている有床診療所については、医療法の基準は基準として、実態として、例えば有床診療所でも病院と同じだけの医師や看護師を配置すれば、病院と同様の診療報酬にすることが適当。

○ 19床以下の有床診療所と病院とでは、診療報酬が大きく差があるという点について考えるべきであり、病院と有床診療所が同じ規制でなければならぬという理屈は成り立たない。有床診療所について見直しをする場合には、診療報酬も併せて検討した上で、規制の在り方を考えていくべき。

④ 基準病床数制度との関係

○ (48時間の規制を撤廃した場合、) 基準病床に入るかどうか大きな問題になるが、いろいろなところで自由にそういう入院施設を開業できるということも必要であるため、19床以下という小規模の場合には基準病床にカウントしなくてもいいのではないかと。

○ 有床診療所については、法が制定された当時とは実態が本当に変わっており、非常に技術の高い、地域からも信頼を受けている医師が手術等も含め最前線の治療をしている有床診療所がある一方で、医療法の13条における48時間規制は有名無実になっている。そういった点を考慮すると、医療計画の基準病床からまったく外れたところで有床診療所のベッドがあることは、国民にとってわかりにくいのではないかと。基準病床数に説得力を欠くことにもなる。

⑤ 地域性への配慮

○ 地域によっては普段は入院患者さんがいないが、普段から診ている患者さんを入院させて治療する必要があるといった場合に対応できるように、有床診療所のように、全く基準がなく、医師1人で入院施設を運営できる形態が必要であり、現在の有床診療所の制度をなくすことには反対。

三上委員

山本(文)委員

三上委員

古橋委員

三上委員

<p>(再掲)</p> <p>○ 条件の悪い地方の有床診療所では、19人以下の有床診療所であっても24時間診療を行うため医師の過重労働になっている。医療の安全、質といく面から考えると、医師が1人で常に診療を行うという診療所の形態は望ましくない。ただし、どうしても有床診療所が必要な地域については、基幹病院等の医療機関と組織的にネットワークを組み、又は、運営上、機能的でしっかりとしたネットワークを構築し維持することを目指し、将来を見越して現在活動を展開している。</p> <p>(再掲)</p>	<p>小山田委員</p>
---	--------------

(3) 方向性についての整理案

<p>◆ 入院機能を有する診療所（有床診療所）は、身近な場所で医療サービスを提供できる利便性のある医療機関として、地域の医療を支える一定の役割を果たしてきている。病院と有床診療所に係る規制の違い（医療法の48時間の入院期間制限や人員配置標準等）については、有床診療所の機能には、産婦人科・産科を標榜する有床診療所や病院と同様の専門的な手術を行う有床診療所、慢性期の患者を受け入れる有床診療所など、機能の異なる様々な診療所が存在することや、現に地域医療で果たしている役割を踏まえつつ、基準病床数制度や診療報酬との関係も含め、それぞれの機能に応じた適切な規制のあり方を検討すべきである。</p>

2. 施設の共同利用等、その他の医療施設に係る規制

(1) 関係する論点

- 衛生の確保等の観点から、診療所の玄関、待合室、外来患者窓口等について複数の医療機関が共有することを禁じているが、医療資源の効率的な利用等の観点から、責任の所在等を明確化した上で、同一の建物内で診療に直接提供されない場所の共同利用を進めることについてどう考えるか。
- 医療機能の分化・連携を推進していく中、検体検査については、実施する主体の違いにかかわらず、一定の質の確保が制度的にも担保される必要があるのではないか。

(2) 部会での議論の概要（第8回医療部会）

発言内容（要旨）	
○ 共同利用については建物の問題、施設の問題等があるが、基本的には共同利用をどんどん進めていくのだという立場で物を考えれば、解決策は必ず出てくる話だと思うので、大きな方向としては、共同利用も積極的に進めていくべき。	福島委員
○ 診療ネットワークの議論と関係してくると思うが、医療を効率的に行うという観点からは、建物の設備の共同利用も、安全確保策を十分踏まえた上で、可能な範囲で進めていくべき。	松井委員
○ 日常医療圏の中で一定の医療が完結するという観点から見ると、十分に医療機関の設備等を共同利用することについては賛成。 関連して、地域の薬局が、医療機関と連携して、医薬品や医療材料の供給、管理を行うことも考えられる。	山本（信）委員

(3) 方向性についての整理案

① 共同利用について

- ◆ 医療施設の一部の共同利用についての考え方や取扱いを明確にした上で、設備等を所有する医療機関と利用する医師等との契約において責任の所在等を明確化すること等を条件に、効率的で利便性の高い医療提供が可能な共同利用が円滑に実施できるようにすべきである。
- ◆ また、有床診療所同士での共同利用を行う場合については、構造設備の基準や人員配置標準に関する規制における病院との均衡が問題となることから、有床診療所に係る規制のあり方と併せた検討が必要である。

② その他

- ◆ 病院内の臨床検査室において病院自らが検体検査を行う場合には法令上の基準がないが、医療機能の分化連携を推進していく中、実施主体にかかわらず、検体検査の質を確保する必要があることから、病院自らが行う検査についても一定水準の質を確保できるよう、基準の設定を含め、検討が必要である。