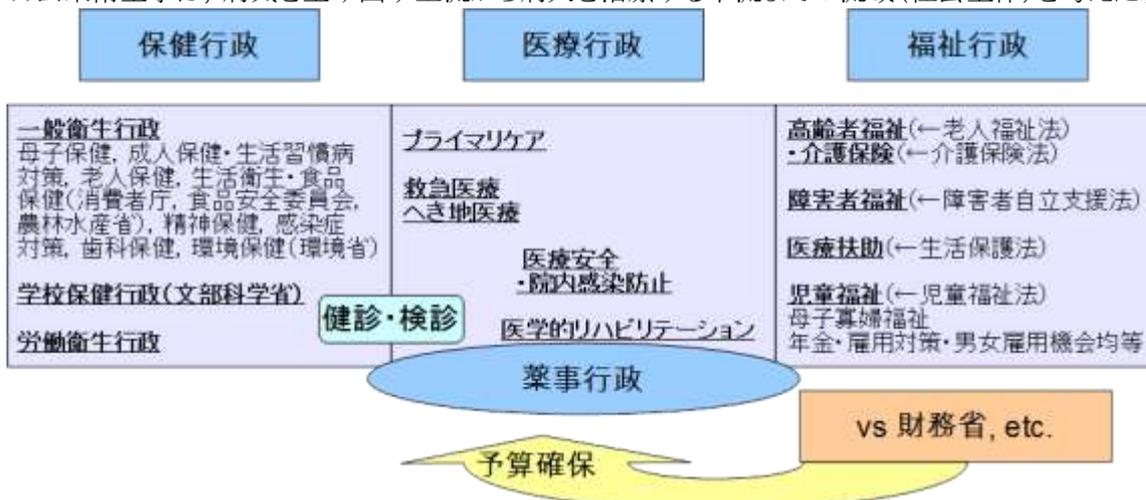
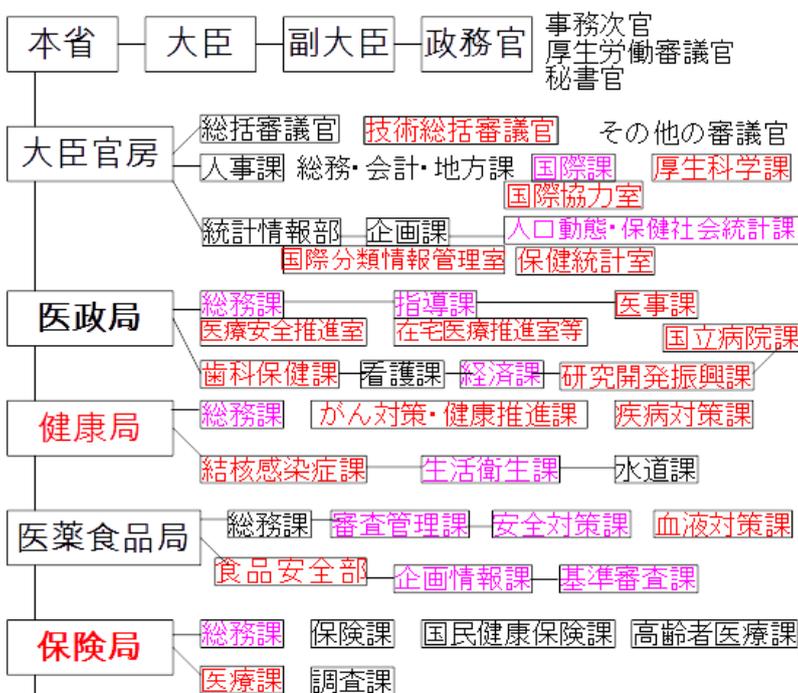


公衆衛生学(4)(医療法と医療制度, 2 Nov 2015) See, <http://minato.sip21c.org/publichealth/>  
 中澤 港 (minato-nakazawa@umin.net) ※前期保健行政論の復習+α

- ★健康な社会のためのシステムはどうあるべきか: 病気の治療だけでなく予防およびそれを可能にする環境も必要
- ★公衆衛生学は, 病気を生み出す上流から病人を治療する下流までの流域(社会全体)を考えた政策をとるべき



★公衆衛生を掌るのは医師(医師法)と歯科医師(歯科医師法)→厚生労働省の医系技官採用はこれら2資格者限定(厚生労働省のシステムは下記)



労働基準局(安全衛生部労働衛生課[電離放射線労働者健康対策室], 労災補償部, 職業安定局, 職業能力開発局, 雇用均等・児童家庭局(母子保健課), 社会・援護局(保護課, 企画課, 精神・障害保健課), 老健局(総務課, 高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室, 老人保健課), 年金局(事業管理課), 政策統括官(政策評価官) \*括弧内は医系技官が勤務する部課

【医療法】全文:<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO205.html>

\*1948年7月30日制定(最新の改正2012年6月27日→2013年施行予定)

\*1992年~2008年は毎年改正されていた。それだけ医療を取り巻く社会情勢が激しく変化してきたといえる。

\*目的: 医療に関する適切な選択を支援, 安全確保, 病院・診療所・助産所の開設・管理, 施設整備, 施設間の機能分担・業務連携(=病院連携), 医療を受ける者の利益の保護(インフォームドコンセント, 2006年の第5次改正から), 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保(5疾病5事業, 都道府県の医療計画策定・二次医療圏, 三次医療圏ごとの整備の義務), 治療のみならず予防やリハを含む

★医療提供施設についての法文等

(1) 病院

医療法第一条の五 この法律において、「病院」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又は歯科医業を行う場所であつて、20人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。

**医療法第二十一条** 病院は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる人員及び施設を有し、かつ、記録を備えて置かなければならない。／1. 当該病院の有する病床の種別に応じ、厚生労働省令で定める員数の医師、歯村医師、看護師その他の従業者／2. 各科専門の診察室／3. 手術室／4. 処置室／5. 臨床検査施設／6. エックス線装置／7. 調剤所／8. 給食施設／9. 診療に関する諸記録／10. 診療科名中に産婦人科又は産科を有する病院にあつては、分べん室及び新生児の入浴施設／11. 療養病床を有する病院にあつては、機能訓練室／12. その他厚生労働省令で定める施設

## (2) 地域医療支援病院

**医療法第四条** 国、都道府県、市町村、第42条の2第1項に規定する社会医療法人その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院であつて、地域における医療の確保のために必要な支援に関する次に掲げる要件に該当するものは、その所在地の都道府県知事の承認を得て地域医療支援病院と称することができる。

1. 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供し、かつ、当該病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具を、当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診療、研究又は研修のために利用させるための体制が整備されていること。
  2. 救急医療を提供する能力を有すること。
  3. 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有すること。
  4. 厚生労働省令で定める数以上の患者を入院させるための施設を有すること。
  5. 第21条第1項第2号から第8号まで及び第10号から第12号まで並びに第22条第1号及び第4号から第9号までに規定する施設を有すること。
  6. その施設の構造設備が第21条第1項及び第22条の規定に基づく厚生労働省令で定める要件に適合するものであること。
2. 都道府県知事は、前項の承認をするに当たつては、あらかじめ、**都道府県医療審議会の意見を聴かなければならない。**
3. 地域医療支援病院でないものは、これに地域医療支援病院又はこれに紛らわしい名称を付けてはならない。

## (3) 特定機能病院

医療法**第四条**の二で規定されている。病院で、**高度の医療を提供**でき、高度医療技術の**開発評価**ができ、**研修**も可能で、厚生労働省令で定める**診療科**をもち、省令で定める**人数**以上の入院施設をもち、人員・施設とも省令の基準を満たすものを、特定機能病院と称する。**厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いて承認**する必要がある。

## (4) 診療所

**医療法第一条の五 2** この法律において、「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又は歯科医業を行う場所であつて、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**をいう。

**医療法第十三条** 患者を入院させるための施設を有する診療所の管理者は、入院患者の病状が急変した場合においても適切な治療を提供することができるよう、当該診療所の医師が速やかに診療を行う体制を確保するよう努めるとともに、他の病院又は診療所との緊密な連携を確保しておかなければならない。

**医療法第二十一条の二 療養病床を有する診療所**は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる人員及び施設を有しなければならぬ。

1. 厚生労働省令で定める員数の医師、歯科医師、看護師及び看護の補助その他の業務の従業者
2. **機能訓練室**
3. その他厚生労働省令で定める施設

(5) 介護老人保健施設(2008年10月1日現在、3,500施設)

医療法**第一条の六**『介護老人保健施設』とは、**介護保険法の規定による介護老人保健施設**をいう』

**介護保険法第九十七条**は、第1項が『療養室、診察室、機能訓練室、談話室その他厚生労働省令で定める施設』を有すること、第2項が『省令で定める員数の医師、看護師、介護支援専門員及び介護その他の業務に従事する従業者』を有すること、第3項が『前二項に規定するもののほか、介護老人保健施設の設備及び運営に関する基準は、厚生労働大臣が定める』第4項で、運営基準は厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いて定めることとされている。

**介護保険法第百六条**『介護老人保健施設は、医療法にいう病院又は診療所ではないが、医療法関係以外の法律において「病院」又は「診療所」とあるのは、介護老人保健施設を含むものとする』

(6) 助産所(<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/search/kanyujokyo.php>によると2012年10月18日現在443機関) 全出産の約1%が助産所で行われている。助産所の管理責任者は助産師だが嘱託医と嘱託医療機関を定める必要

**医療法第二条** この法律において、「助産所」とは、助産師が公衆又は特定多数人のためその業務(病院又は診療所において行うものを除く。)を行う場所をいう。

2 助産所は、妊婦、産婦又はじよく婦十人以上の入所施設を有してはならない。

**医療法第十四条** 助産所の管理者は、同時に十人以上の妊婦、産婦又はじよく婦を入所させてはならない。ただし、他に入院させ、又は入所させるべき適当な施設がない場合において、臨時応急のため入所させるときは、この限りでない。

## (7) 薬局(開設手続き、管理体制、薬剤師の配置などは薬事法により規定)

医療法**第一条の二の2**項で、「医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、**病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局**その他の医療を提供する施設(以下「**医療提供施設**」という。)、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能(以下「**医療機能**」という。)に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。」とある。

**薬事法第六条**により、原則として「**薬局**」の名称は、**薬局開設許可**を受けた店舗でしか使用できない。**薬剤師が常駐し調**

剤室を備える必要がある。

基準薬局:都道府県薬剤師会が定めた基準を満たした薬局を、**基準薬局**という。2007年より認定基準が変更された。

病院の薬局:病院、診療所など医療施設内に設置された薬局と呼ばれる施設は、**法的には調剤所**といい薬局開設許可は不要。ただし**他の医療施設からの処方箋を調剤することはできず、また一般用医薬品を販売することはできない**。近年では厚生労働省の医薬分業推進もあり外来患者に対しては夜間深夜のみ調剤する医療施設がほとんど。

★**医療圏**についての法文等

(1) 医療圏=医療を提供する地域的単位。一次医療圏は住民の日常生活に密着した**医療・保健・福祉サービスを提供する区域**で、通常は市町村。二次医療圏は入院医療の整備をはかる**地域的単位**(医療法第三十条の四の2の10)。三次医療圏は**高度医療も含めた医療サービスを提供する単位**(医療法第三十条の四の2の11)で、通常は都道府県。

(注)一次医療圏はプライマリケアの単位で、キューバや英国では明確だが日本では法的規定が無い(cf. 連携のところ)

(2) 救急医療体制について

5事業の1つとして、医療法第三十条の四の2の5のイで、その確保について都道府県が定める医療計画に定めることとされている。初期救急、二次救急、三次救急からなる。救急医療体制の整備においては消防による救急搬送(消防法第七章の二「救急業務」:第三十五条の五~第三十五条の十二)の役割も大きい。消防法第三十五条の五では、都道府県が傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準(救急業務の実施基準)を定めることとされている。

△**医療法第三十条の三**←第5次改正で追加された

厚生労働大臣は、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保(以下「医療提供体制の確保」という。)を図るための基本的な方針(以下「**基本方針**」という。)を定めるものとする。

2 基本方針においては、次に掲げる事項について定めるものとする。

1. **医療提供体制の確保**のため講じようとする施策の基本となるべき事項
  2. 医療提供体制の確保に関する調査及び研究に関する基本的な事項
  3. 医療提供体制の確保に係る目標に関する事項
  4. 医療提供施設相互間の**機能の分担及び業務の連携**並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項
  5. 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の**医療従事者の確保**に関する基本的な事項
  6. 次条第1項に規定する**医療計画の作成**及び医療計画に基づく事業の実施状況の評価に関する基本的な事項
  7. その他医療提供体制の確保に関する重要事項
- 3 厚生労働大臣は、基本方針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

△**医療法第三十条の四**

以前は「**4疾病・5事業**」,第5次改正から(cf. [http://kangolink.at.webry.info/201207/article\\_5.html](http://kangolink.at.webry.info/201207/article_5.html))

→平成25年度から「**5疾病・5事業及び在宅医療**」<sup>1</sup>(注:5疾病=がん,脳卒中,急性心筋梗塞,糖尿病+精神疾患)

都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。医療計画は5事業(救急医療,災害医療,僻地医療,周産期医療,小児医療)の他,地域医療支援病院の整備,退院後のケアを含む医療連携体制の構築等を含むことと規定されている。

★**連携**について

●**病診連携**:診療所はプライマリケアを担い、手に負えない患者に出会ったときは病院に紹介。緊急時には短時間で搬送できるようなシステムが必要(へき地においてはドクターヘリの整備なども視野に入れる必要あり)。病院で急性期治療を終えた後の安定期のケアは再び診療所あるいは福祉と連携しながら在宅でカバーする(または病病連携で転院)。

●**病病連携**:日本の平均在院日数の長さ看護士数の少なさから、病院を急性期とそれ以外に分ける。安定期のケアやリハビリには急性期ほど手厚い看護は必要ないという発想で、急性期の病院は看護職員配置7対1にし平均在院日数上限を19日とする代わりに入院基本料が15,550円。看護職員配置15対1で平均在院日数上限60日の病院は入院基本料が9,340円にしかならない。また、一般病棟では入院基本料の保険給付は通減制(14日まで,30日までと加算額が2段階通減で,90日を超えると減額された上,包括点数になる「マルメ」が行われる)。慢性疾患や高齢の患者の長期のケアを当初から目的として設置された療養病床(2005年10月時点で医療保険の病棟25万床と介護保険の病棟13万床があった)では最初から包括点数であり,通減制ではないが,2006年の医療制度改革では2012年3月末までに医療保険の病棟15万床だけを残して削減し,それ以外の患者を老人保健施設やケアハウス,有料老人ホーム,グループホーム,または在宅ケアに引き受けさせるという計画が打ち出されたため,日本医師会は医療難民や介護難民が6万人発生するなど懸念を表明。しかし療養病床の削減は進まず,2009年の民主党への政権交代により削減計画凍結と介護型療養病床の存続が決まった。

●**プライマリケアの充実**が前提:英国のGP(General Practitioner=総合医)やキューバのファミリー・ドクター(家庭医)は好例。GPは1人当たり1500~2000人を受け持ち,ファミリー・ドクターは1人当たり700~800人(120世帯)を受け持てその地域に住む(1階が診察室,2階が医師の住居,3階が看護師の住居という作りのファミリー・ドクター医院ができています)。救急を除いて100%の初期診療を担当。かつては日本でも地域の開業医がホームドクターとして機能。開業医の高齢化と患者の大病院志向の高まりに伴い破綻しそうになり,旧厚生省が1985年に「**家庭医制度**」構想。日本医師会が「開業医の選別はよくない」と反対し,「**かかりつけ医**」を提唱,行政でも「**かかりつけ医**」使用。英国GPと違い,「**かかりつ**

<sup>1</sup> [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/iryuu\\_keikaku/dl/tsuuchi\\_iryuu\\_taisei1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/tsuuchi_iryuu_taisei1.pdf)

け医」には**基準なし**。日本の診療所は**自由開業制かつ自由標榜制(麻酔科を除く)**のため、**地理的に適正配置にならず**、プライマリケアを担いきれない。プライマリケア専門医の**質の担保**のため、日本医師会は 2006 年に「**総合医制度**」の検討を開始。厚労省も 2007 年に、内科・小児科を中心に幅広い診療能力をもち、地域の医療資源を活用できる医師を個別認定する標榜科としての「**総合科**」新設を提案。日本医師会が「初期診療を総合科に限定するなら患者が医療機関を自由に選ぶ権利を奪う」「政府が認定する方式は官僚の権益拡大・医療の統制になる」と反対し**議論停止**。

●**医療制度改革**は、急性期として指定を受けなかった病院が、仮に脳卒中や心筋梗塞の患者の治療をできる医師がいて対応しても診療報酬が削られてしまい、**中小の病院が次々に経営破綻に陥ってしまう状況を生んだ**。

### ●**医薬分業**

★**診断・治療**をする医師、**歯科医師**が書く処方箋により、**薬剤師**が調剤して薬を出す制度。欧米では古くから一般的。日本では昔は開業医が自ら調剤したり、院内薬局という形で分業でないことが多かった(GHQ が医薬分業を法制化したが、薬剤師法但し書きで、医師・歯科医師・獣医師が自ら調剤する場合は例外とされたため)。日本も 1990 年代から院内処方よりも院外処方箋発行を有利にすることで医薬分業を進めたが、2014 年で 7割弱。

★2016 年からは「**門前薬局**」の診療報酬を減らすことで、複数の医療機関にかかっても同じ薬局で調剤して貰う「**かかりつけ薬局**」化を進める(cf.2015 年 10 月患者のための薬局ビジョン=<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000102179.html>)

□**メリット**:薬剤師の専門性により、より安全に薬を扱える/処方箋により薬の内容が明らかな/薬歴保管によりアレルギー、副作用等が記録され安全性が高まる/他の病院や診療所の処方と同じ薬の重複や危険な飲み合わせ等の場合に薬剤師が医師に問い合わせ、内容変更や中止等の処置/服薬コンプライアンスを高める工夫(服薬指導など)

□**デメリット**:自己負担増/薬局間格差/……

### ★**医療保障について**

#### (1) **医療保険**

●**国民皆保険**:日本は 1961 年から「全ての国民が医療を受けられるよう、何らかの制度へ加入するよう義務付ける国民皆保険が実現した。医療保険は大別すると、被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療に分かれる。保険診療は政府が定めた公定価格(診療点数表)で行われ、患者の自己負担は一部で済む。国保保険料を滞納して保険証を取り上げられ、無保険になってしまう人の増加が問題になっている。

●**公的医療保険の仕組み**:患者(=被保険者)は医療機関から医療の提供を受け、一部自己負担+保険者に保険料を納めており、医療機関が審査支払機関による審査を経て診療報酬請求(レセプト)を保険者に送ることで、保険者から審査支払機関経由で診療報酬が返ってくる(公的医療保険の原則)。診療報酬を決めるのは中医協。

★**医療法で医療提供施設を開設できる=医師、歯科医師、薬剤師、助産師→中医協の医療提供者代表(助産師以外)**

●**保険診療の範囲**:**病気やけがの一般的な診断・治療が保険適用**。人間ドックなど予防は保険診療にはならない。美容整形や歯の矯正など審美医療も保険診療にならない。正常妊娠・分娩も病気でもけがでもないので保険診療にはならない(ただし出産育児一時金が保険者から給付される。2009 年 10 月に 42 万円/児になり、保険証提示により保険者から医療機関に直接払われるようになったので、一時的な立替えが不要になった)。禁煙治療が 2006 年から一定の条件を満たせば保険適用になったことは、習慣的な喫煙が病気と見なされるようになったことを意味する。一般的でない診断・治療(高度先進医療など)も保険診療にならない。また、労働災害は労災保険でカバーされるので医療保険適用にはならない。高度先進医療は通常、開発当初は自由診療で行われるが、民間の生命保険の特約などでカバーされる場合がある。

●**混合診療問題**:国が特に認めた「**保険外併用診療**」を除けば、1つの病気について、一部は自由診療で、残りは保険診療で、という診療形態は「**混合診療**」と呼ばれ、認められていない。小泉政権時代に解禁論が高まったが**医療団体、厚労省、財務省が反対**解禁されなかった。反対のポイントは、混合診療を認めると、\*安全性確認が十分でない新技術に手を出しやすくなり、薬害や医療被害が多発する危険がある、\*併用する保険診療が増えることで公的医療費が逆に膨張する可能性がある、\*新しい治療法が保険適用になるのが遅れる可能性がある、といった点にある。

●**保険外併用診療**:国が認めた混合診療であり、大別すると以下 2 つ。ともに、地方厚生局への届け出・報告を行うこと、内容や料金を見やすい場所に掲示しておくこと、事前に説明し、患者の自由な意思で同意を得ることが必要とされる。

①**評価療養**(将来の保険導入を検討するもので、先進医療、治験に伴う診療、医療機器の適応外使用等)

②**選定療養**(患者の希望によって選択するもので、差額ベッド、時間外診療、紹介状なしの大病院初診、前歯治療の材料差額等)

#### (2) **公費医療制度**

**国家補償**(戦傷病者特別援護法、原子爆弾被爆者援護法、予防接種法による予防接種被害の補償など)、**社会防衛**(感染症法など)、**社会福祉**(生活保護法による生活保護者への医療扶助など)、**難病対策**(特定疾患治療研究事業、児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業、血友病治療、B 型・C 型肝炎のウイルス除去治療)等の目的で行われる。**障害者自立支援法**(2005)により、**障害者に対する公費医療**(児童福祉法による育成医療、身体障害者福祉法による更生医療、精神保健福祉法による精神医療など)が一元的に**自立支援医療**と呼ばれるようになった(但し 1 割自己負担など障害者自立支援法については多々問題があり再検討中)。

★**予防行政**:多要因の慢性疾患の増加や高齢化→健康日本 21 で予防の重要性を強調・一次予防として健康な生活習慣を維持増進するためのキャンペーン多数。感染症の特異的予防である予防接種には「予算が足りない」ために、2012 年~2013 年の成人の風疹流行のように必要であってもされない場合がある。ユニバーサルデザイン(バリアフリー)などだけではなく、日常生活環境やライフスタイル、ソーシャルキャピタルまで sustainability を考慮して踏み込むことが必要