

前回ミニレポートでの質問・要望について

- 小さい字ばかりのレジュメはしんどい→今回は若干フォントを大きくしました。
- ミニレポートの解答例希望/考えを書くので良い?→唯一の正解はありません。講義内容を理解した上で考えを書いてください。
- 授業で扱わなかった(目を通す)ところも試験に出る?→あまり出さないつもりです。
- 日本はどうして薬を安くできない?→製薬会社が厚生労働省が要求する基準を突破して認可を得るには莫大な臨床試験を経なくてはならず開発費が嵩みます。しかし厳しい基準により新薬の安全性と有効性が担保されます。
- 病院には調査するところがある?→専門の部署があるわけではないのが普通でしょう
- 低コスト福祉社会モデルの欠点は?→米国の最先端の医療に比べれば、重粒子線治療とか移植といった本質的に高コストな先端技術のレベルは遅れてしまうでしょう。
- 平均余命についてもう一度説明して欲しい→(cf)<http://minato.sip21c.org/demography/death.pdf> の pp.9-10,13-14

【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。

第一条 この法律は、医療を受ける者による**医療に関する適切な選択を支援**するために必要な事項、医療の**安全を確保**するために必要な事項、**病院、診療所及び助産所の開設及び管理**に関し必要な事項並びにこれらの**施設の整備**並びに医療提供施設相互間の**機能の分担及び業務の連携**を推進するために必要な事項を定めること等により、**医療を受ける者の利益の保護**及び**良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保**を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを目的とする。

第一条の二 **医療は**、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に**治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なもの**でなければならない。

2 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。

*“医療を受ける者の利益の保護”の意味

2006年公布, 2007年施行の第5次改正¹で追加された「第2章 医療に関する選択の支援等」で, 国・地方公共団体や医療者が医療を受けようとする者(患者)に対して必要な情報提供をすること(**インフォームドコンセント**)が法制化(cf.この改正では調剤薬局も医療提供施設として位置づけられたし, 後述の**4疾病5事業**についての医療計画もこの改正による)

*“良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保”の中身:

医療施設の適切な配置, 医療施設の人的構成, 構造設備, 管理体制などを規制, 医療法人に関する規制, 都道府県知事が医療内容の向上のためできること, **地域特性**(厚生労働省が定める医療圏設定, 基準病床数)を**考慮した医療計画**の策定(医療施設の不足地域において計画的に医療整備, 過剰地域の病院開設には病床規制を含む)

*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。

◆「医療施設調査」(平成21年10月1日現在)では病院数は8,739, 病院の病床数は1,601,476床で減少傾向。

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類に応じ、厚生労働省令で定める員数の医師、歯科医師、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 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1105-2b.pdf>, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0620-10c.pdf>

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っては、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ない。

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

◆「医療施設調査」(平成21年10月1日)では一般診療所が99,635(うち有床は11,072)、歯科診療所が68,097。有床診療所は減少傾向。この数年、診療所総数はほぼ横ばい。

(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**の六で、『「**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』とあり、**介護保険法第九十六条**で、『**介護老人保健施設**の開設者は、**次条第三項**に規定する介護老人保健施設の設備及び運営に関する基準に従い、要介護者の心身の状況等に応じて適切な介護保健施設サービスを提供するとともに、自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に介護保健施設サービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない。2 介護老人保健施設の開設者は、介護保健施設サービスを受けようとする被保険者から提示された被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、当該被保険者に当該介護保健施設サービスを提供するように努めなければならない』**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**。**介護保険法第六十六条**において、**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**、とされている。

(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)…2009年度末現在、薬局数は53,642施設。**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**←「**4疾病・5事業**」, 第5次改正から(cf. 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**」²(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**、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画(以下「**医療計画**」という。)を定めるものとする。

2 **医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。**

1. 都道府県において達成すべき第4号及び第5号の事業の目標に関する事項
2. 第4号及び第5号の事業に係る**医療連携体制**(医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。)に関する事項
3. **医療連携体制**における医療機能に関する情報の提供の推進に関する事項
4. **生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるもの**の治療又は予防に係る事業に関する事項
5. 次に掲げる**医療の確保に必要な事業**(以下「**救急医療等確保事業**」という。)に関する事項(ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。)

イ. **救急医療**

ロ. **災害時における医療**

ハ. **へき地の医療**

ニ. **周産期医療**

ホ. **小児医療(小児救急医療を含む。)**

ヘ. イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療

6. 居宅等における医療の確保に関する事項

7. **医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保**に関する事項

8. 医療の安全の確保に関する事項

9. 主として病院の病床(次号に規定する病床並びに精神病床、感染症病床及び結核病床を除く。)及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域の設定に関する事項

10. 二以上の前号に規定する区域を併せた区域であつて、主として厚生労働省令で定める特殊な医療を提供する病院の療

² http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/tsuuchi_iryuu_taisei1.pdf

養病床又は一般病床であつて当該医療に係るものの整備を図るべき地域的単位としての区域の設定に関する事項

11. 療養病床及び一般病床に係る基準病床数、精神病床に係る基準病床数、感染症病床に係る基準病床数並びに結核病床に係る基準病床数に関する事項

3 医療計画においては、前項各号に掲げる事項のほか、次に掲げる事項について定めるよう努めるものとする。

1. 地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項

2. 前号に掲げるもののほか、医療提供体制の確保に関し必要な事項

4 都道府県は、第二項第二号に掲げる事項を定めるに当たっては、次に掲げる事項に配慮しなければならない。

1. 医療連携体制の構築の具体的な方策について、第二項第四号の厚生労働省令で定める疾病又は同項第五号イからへまでに掲げる医療ごとに定めること。

2. 医療連携体制の構築の内容が、患者が退院後においても継続的に適切な医療を受けることができることを確保することであること。

3. 医療連携体制の構築の内容が、医療提供施設及び居宅等において提供される保健医療サービスと福祉サービスとの連携を含むものであること。

4. 医療連携体制が、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に規定する介護サービス事業者、住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されること。

5 第二項第九号及び第十号に規定する区域の設定並びに同項第十一号に規定する基準病床数に関する基準(療養病床及び一般病床に係る基準病床数に関する基準にあつては、それぞれの病床の種別に応じ算定した数の合計数を基にした基準)は、厚生労働省令で定める。

6 都道府県は、第二項第十一号に規定する基準病床数を定めようとする場合において、急激な人口の増加が見込まれることその他の政令で定める事情があるときは、政令で定めるところにより、同号に規定する基準病床数に関し、前項の基準によらないことができる。

7 都道府県は、第十三項の規定により当該都道府県の医療計画が公示された後に、急激な人口の増加が見込まれることその他の政令で定める事情があるときは、政令で定めるところにより算定した数を、政令で定める区域の第二項第十一号に規定する基準病床数とみなして、病院の開設の許可の申請その他の政令で定める申請に対する許可に係る事務を行うことができる。

8 都道府県は、第十三項の規定により当該都道府県の医療計画が公示された後に、厚生労働省令で定める病床を含む病院の開設の許可の申請その他の政令で定める申請があつた場合においては、政令で定めるところにより算定した数を、政令で定める区域の第二項第十一号に規定する基準病床数とみなして、当該申請に対する許可に係る事務を行うことができる。

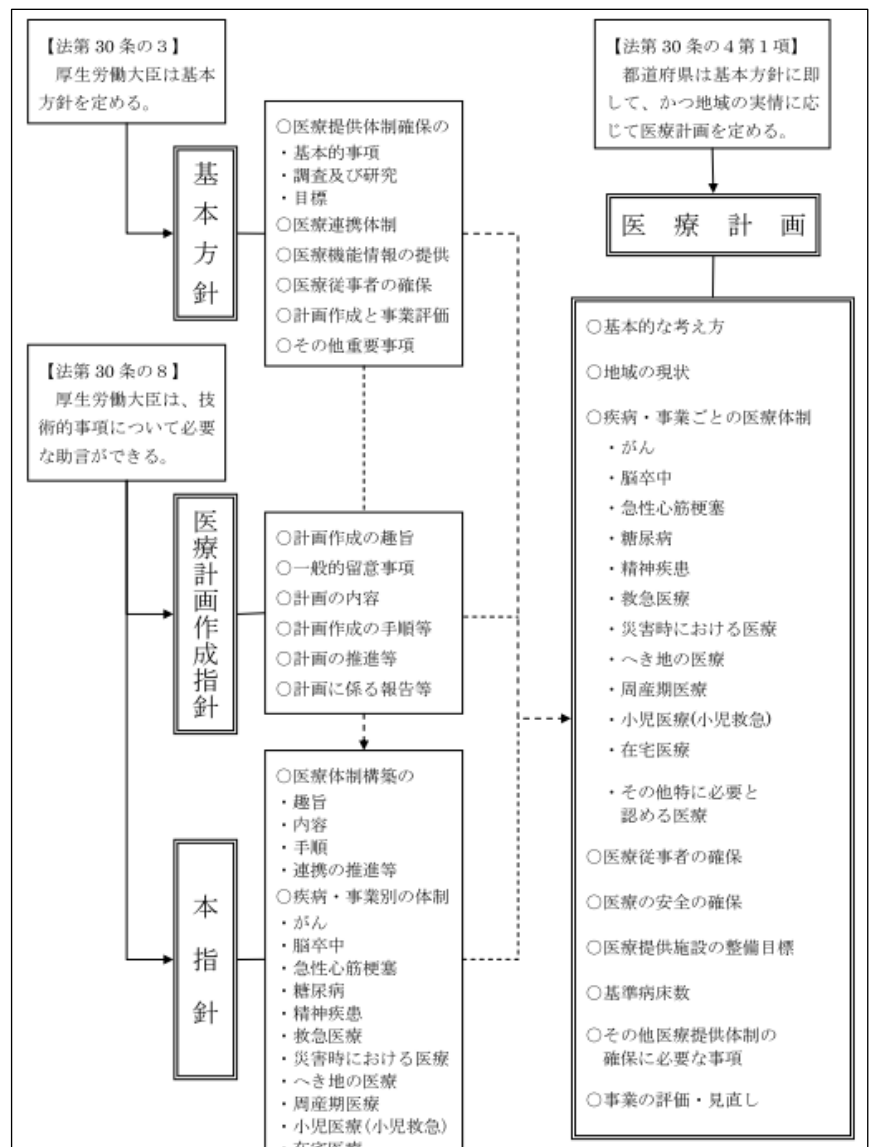
9 都道府県は、医療計画を作成するに当たっては、他の法律の規定による計画であつて医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接な関連を有する施策との連携を図るように努めなければならない。

10 都道府県は、医療計画を作成するに当たって、当該都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする。

11 都道府県は、医療に関する専門的科学的知見に基づいて医療計画の案を作成するため、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴かななければならない。

12 都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会及び市町村(救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合を含む。)の意見を聴かななければならない。

13 都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示しなければならない。



参考:厚生労働省医政局指導課長から各都道府県への平成24年3月30日付け通知→

*医療従事者についての法文等

新臨床研修制度により医師免許取得後 2 年間の臨床研修が必修化されたが、臨床研修を終了しないと開業できない(院長とか管理者になれない)という規定は、医療法第 10 条による。

医療法第十条 病院又は診療所の開設者は、その病院又は診療所が医業をなすものである場合は**臨床研修等修了**医師に、歯科医業をなすものである場合は臨床研修等修了歯科医師に、これを**管理**させなければならない。

2 病院又は診療所の開設者は、その病院又は診療所が、医業及び歯科医業を**併せ行う**ものである場合は、それが、**主として**医業を行うものであるときは臨床研修修了医師に、主として歯科医業を行うものであるときは歯科医師に、これを管理させなければならない。

(1) 医師

医師法により、**資格要件**(免許について第 2 条から第 8 条、国家試験について等、第 9 条～第 16 条で定められている)、**臨床研修義務**、**業務上の責務・義務**など(応召義務のほか、無診察診療の禁止、カルテの記載・保存義務など)が定められている。医師数は医師法第六条 3 項で定められた届出に基いて、後述の歯科医師数、薬剤師数とともに「医師・歯科医師・薬剤師調査」として 2 年ごとに公表されている。

(2) 歯科医師

歯科医師法により資格要件、責務・義務などが定められている。歯科医師法の法文はほぼ医師法に準ずるものとなっていて、臨床研修も医師と同じく平成 18(2006)年から必修化。歯科医師免許も第 6 条に規定された歯科医籍への登録により行われる。

(3) その他の医療従事者

薬剤師、看護師、准看護師、保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、視能訓練士(ORT)、言語聴覚士(ST)、介護支援専門員(ケアマネージャー)、栄養士、管理栄養士、調理師、臨床工学技士、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、義肢装具士、あん摩マッサージ指圧師・鍼師・灸師、柔道整復師、精神保健福祉士(PSW)、社会福祉士・介護福祉士、労働衛生コンサルタント

法律に規定されていない専門職として臨床心理士、医療ソーシャルワーカー(MSW)、診療情報管理士、腫瘍登録士

薬科大学・薬学部は 2006 年から 6 年制。届出薬剤師数は 2008 年末に 267,751 人で、届出医師数よりやや少ない程度。看護師・准看護師の従事者数は、2008 年末で約 125 万人。保健師はずっと少なく、2008 年末に 43,446 人。医師、歯科医師、薬剤師は、その職に従事していなくても 2 年ごとに現住所等を保健所に届ける義務があり、看護師、准看護師、保健師、助産師、歯科衛生士、歯科技工士は、従事者のみ 2 年ごとに現住所等を保健所に届け出る。

*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や看護師数の少なさから、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逓減制(14 日まで、30 日までと加算額が 2 段階逓減で、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、逓減制ではないが、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)を受け持ってその地域に住む(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**によって実現したのは、急性期として指定を受けなかった病院は、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**ようなゆがんだ状況。

*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**するという直接的な金の流れの他、**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**仕組みがある。これが公的医療保険の原則。

●**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**になる。人間ドックなど予防は保険診療にはならないし、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し、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、以前と違って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、厚生省、財務省が反対**し解禁されなかった。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)。