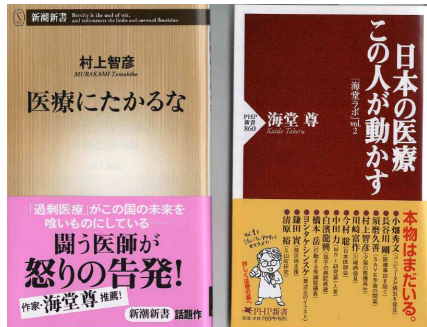


# 保健医療行政でシステムを考える理由

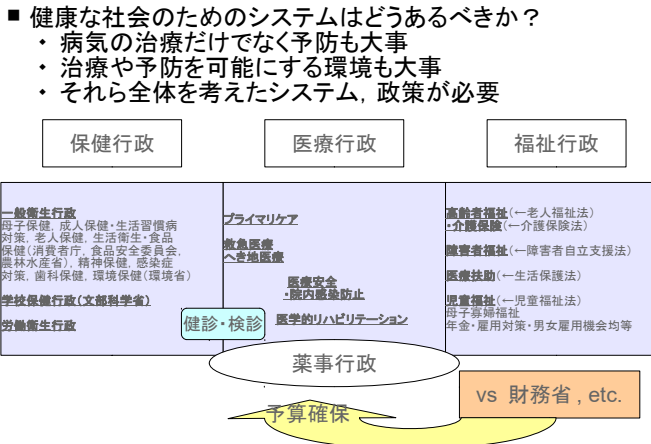
- 医療には多大な資源を要する
  - ・ 医療行政は、必要なところに必要なだけ医療を提供できる、効果的なシステムを構築する必要
  - ・ 医療行政は、国民が疾病や傷害にならないための対策（一次予防）や疾病の早期発見・早期治療（二次予防）、傷病からの社会復帰を目指したリハビリテーション（三次予防）からなる保健行政とは不可分
  - ・ 効果的な保健医療行政（福祉行政とも連携して保健医療福祉行政という捉え方もある）を推進する必要あり
    - 総体としてのシステムデザインが必要
- 医療行政が扱うのは、プライマリケア、救急医療、へき地医療、医療安全、院内感染防止、医学的リハビリテーション、健診・検診だけではなく、高度医療、移植医療なども含まれるし、感染症対策（集団の感染状況の把握や蔓延防止のための公衆衛生的な対策は保健所業務だから、その意味ではもちろん保健行政である）も、治療的側面について考えれば、医療行政にも含まれる

# 参考になる情報や本

- 東京大学・橋本英樹教授の2010年4月に行われた公開講座「地域医療と保険制度をどう守るか？」  
<http://today.tv/contents-list/lplhpl/s6i3ye/1gsz9l>
- フィクションでは、2013年3月にNHKのドラマにもなった、海堂尊の極北シリーズも参考になる。

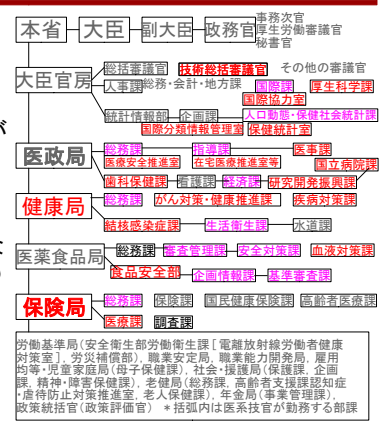


# 日本の保健医療行政のフレームワーク



# 保健医療行政の所管官庁と厚労省の組織

- 医療行政は厚生労働省（組織は右図参照）が所管
- が、すべての医療システムを厚生労働省がデザインすればいいとはいえない
  - ・ 高齢者が多い地域と若者が多い地域では、必要とされる医療資源が異なる
  - ・ 寒い地方と暖かい地方、中山間地と漁村、工業地帯等々、社会環境条件が異なれば、病気の種類や分布も違う
- 医療システムのデザインには階層性が必要
- 保健行政についても多くは厚生労働省所管だが、環境保健行政は環境省、学校保健行政は文部科学省が所管



# 保健医療行政システムには階層性が必要

- 階層構造をもった医療システムのデザインは、医療圏ごとの医療計画という形で実現されている。
- 医療計画としては、医療提供施設と医療従事者をどのように配備するのかが根幹→これを規定する法律が**医療法**
- 都道府県での保健行政（衛生行政）は衛生部局、医療行政は医療部局、福祉行政は福祉部局が所管。近年は統合されている自治体も多い。都道府県、政令指定市、中核市には保健所が設置されており、衛生行政の中心的機関となっている。
- その他、都道府県レベルでは地方衛生研究所（環境衛生研究所など）が設置され、それぞれの分野の専門的な管理・研究及び指導業務を行い、市町村では市町村保健センターが住民への身近な保健行政サービスを提供

# 医療法の概要

- <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO205.html>
  - ・ 1948年7月30日制定
  - ・ 目的は第一条
    - 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關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。**
  - 「良質な医療を提供する体制」
    - ・ 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の規制を加え、適正配置を図る

# 医療法の概要(続き)

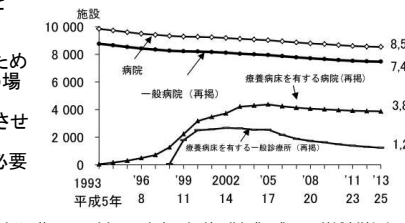
- 2006（平成18）年改正で、「第2章 医療に関する選択の支援等」追加。国・地方公共団体や医療者が医療を受けようとする者（患者）に対して必要な情報提供をすることが法制化（インフォームドコンセントの義務化）
- 同時に、調剤薬局も医療提供施設として位置づけ（医療法第一条の二の2）。ただし医療施設調査で統計が取られているのは、医療提供施設の中でも、病院、診療所、歯科診療所だけ
- 新臨床研修制度により医師免許取得後2年間の臨床研修が必修化されたが、臨床研修を終了しないと開業できない（院長とか管理者になれない）という規定は、医療法第10条による。
- 2017年4月25日現在、最新の改正は2016年5月20日。2017年4月2日から、「地域医療連携推進法人」制度が施行された。
- 「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保」
  - ・ 医療計画
    - 医療施設の適切な配置、人的構成、構造設備、管理体制
    - 医療圏（一次＝プライマリケア整備で市町村単位、二次＝入院医療整備の単位で都道府県に十前後、三次＝高度医療整備の単位で都道府県単位
    - 医療法人に関する規制
    - 地域特性を踏まえる必要
  - ・ 5疾病5事業及び在宅医療
    - 5疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病＋精神疾患（厚生労働省令で指定）
    - 5事業：救急、災害、へき地、周産期、小児（法30条に明記）

# 医療法と介護保険法の一体化への動き

- 本来は2013年に医療法第6次改訂の予定だった
- 2013年末にパブコメを行い、2014年の国会で、**介護保険法との一体化改革**に向けて審議
  - ・ 野党からは医療と福祉という性質の異なる分野の法改正をまとめてすることへの批判も多かったが成立
- 『地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律』（2014年6月25日改正）  
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H01/H01HO064.html>
  - ・ 背景：少子高齢化、医療の高度化、地方の過疎化等にもなう地域社会機能不全や医療崩壊を避けること、福祉目的の消費増税が2014年4月に実施されたこと（5%→8%）
  - ・ 趣旨：「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、**地域包括ケアシステムを構築**することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。」
  - ・ 医療法関連の改正の要点：消費増税分の一部を財源に都道府県に基金（900億円規模）を創設。医療従事者等の確保・養成、看護職員等確保対策、在宅医療の推進等の施策を進める

# 病院

- 医療法第一条の五：「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
  - ・ 20人以上の患者を入院させるための施設
- 医療法第二十一条：病院に必要な人員・施設・記録
  - ・ 従業者
  - ・ 診察室
  - ・ 手術室
  - ・ ……
- 病院数・病院病床数
  - ・ 医療施設（静態）調査、医療施設動態調査で報告されるが病院数も病床数もともに減少傾向
  - ・ 2013年10月1日現在、病院数8,540、病床数は1,573,772



<http://www.mhlw.go.jp/tokei/saikin/hw/ryosod/13/dl/1-1.pdf>

# 地域医療支援病院

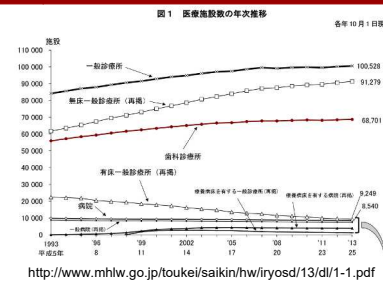
- 医療法第四条
  - ・ 国、都道府県、市町村、第四十二条第二項に規定する特別医療法人その他厚生労働大臣の定める者が開設
  - ・ 十以下の要件を満たせば都道府県知事の承認を得て地域医療支援病院と称することができる。
    - 紹介されてきた患者への医療、他施設の医療従事者の診療、研究又は研修のための施設利用提供体制
    - 救急医療を提供
    - 地域の医療従事者への研修
    - 入院施設
    - ……
  - ・ 都道府県知事は承認前に都道府県医療審議会の意見を聴く
  - ・ 地域医療支援病院でない病院が紛らわしい名称を付けてはならない。

# 特定機能病院

- 医療法第四条の二
- 次の要件に該当するものは厚生労働大臣の承認を得て特定機能病院と称することができる。
  - ・ 高度の医療を提供
  - ・ 高度の医療技術の開発及び評価
  - ・ 高度の医療に関する研修
  - ・ ……
- 2 厚生労働大臣は、前項の承認をするに当たっては、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。
- 3 特定機能病院でないものは、これに特定機能病院又はこれに紛らわしい名称を付けてはならない。

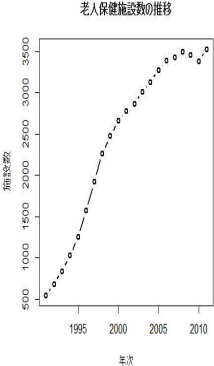
# 診療所

- 医療法第一条の五 2 入院施設なし又は19人以下の入院施設
- 医療法第十三条(2006年に大きく変更！)
  - ・ (旧)入院継続48時間以内に努める(療養病床を除く)
  - ・ (新)入院患者の病状が急変した場合でも適切な医療が提供できるよう体制確保、他病院との連携確保
- 医療法第二十一条の三 療養病床を有する診療所には機能訓練室が必要
- 医療施設調査(2013年10月1日)では、一般診療所が100,528、歯科診療所が68,701。この数年、診療所の総数は微増傾向



# 介護老人保健施設

- 医療法第1条の6「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。
- 介護保険法の「介護老人保健施設」規定
  - ・ 第96条 心身の状況等に応じて適切なサービス提供
  - ・ 第97条 療養室、診察室、機能訓練室等の厚生労働省令で定める施設と医師、看護師、介護支援専門員等の従業者を有する
  - ・ 基準変更の際、厚生労働大臣は社会保障審議会の意見を聴かなければならない。
  - ・ 第105条: 休廃止の届出、従事者の監督、X線装置設置等について、病院又は診療所についての医療法の規定に準じる
- 介護老人保健施設は医療法、健康保険法などでは「病院」「診療所」ではない。他の法律では「病院」「診療所」を含む
- 2013年現在、全国で3,993施設、収容定員357,246人にとどまる
- 療養病床削減の受け皿の1つとしては不十分



# 助産所

- 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。
- 2013年末、全国で2,779。うち分娩を扱うのは445。  
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001127716
- 2015年度末には全国で2,793(うち分娩を扱うのは408)に減  
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001162868

# 薬局

- 詳細は薬事法により規定されている。
- 2013年度末の薬局は57,071(下URL第8章1)。  
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001127716
- 医療法第一条の二の2項「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、……」
- 薬事法第6条により、「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。薬剤師の常駐と調剤室が必要。
- 基準薬局: 都道府県薬剤師会が定めた基準を満たす薬局。
- 院内の薬局(?): 法的には「調剤所」といい開設許可不要。ただし他の医療施設からの処方箋を調剤できないし一般用医薬品の販売もできない
- 「患者のための薬局ビジョン」(2015年10月23日厚労省) 門前薬局→かかりつけ薬局へ  
http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000102179.html

# 医療圏

- 医療法第5章 医療提供体制の確保
  - ・ 第三十条の三 厚生労働大臣が医療提供体制確保のための基本方針を定める
  - ・ 第三十条の四 都道府県は基本方針に基づき医療計画を定める
    - 医療計画には、都道府県レベルの事業目標、医療連携体制、省令で定める疾病の治療・予防、救急医療等確保事業、在宅診療、医療従事者の確保、などに加え、二次医療圏(二の10)と三次医療圏(二の11)の設定が含まれる。
  - ・ 第三十条の五 都道府県は必要に応じて市町村あるいは医療保険者等に情報提供を求めることができる
  - ・ 第三十条の六 医療計画の調査・分析・評価に基づく見直し
  - ・ 第三十条の七 医療提供施設の協力義務
  - ・ 第三十条の八 厚生労働大臣の助言
  - ・ 第三十条の九 国から都道府県への費用補助
  - ・ 第三十条の十 病院又は診療所の不足している地域への病院又は診療所の整備義務(国、都道府県)
  - ・ 第三十条の十一 知事から開設者・管理者への勧告
  - ・ 第三十条の十二 都道府県の救急医療従事者確保義務

# 地域における連携

- 医療法に定める「医療連携」～病診連携・病病連携
  - ・ 診療所はプライマリケア+手に負えない患者を病院に紹介。緊急時には短時間で搬送できるようなシステムが望ましい。
  - ・ その意味で、保健所、保健センター、医療機関、福祉施設の連携が必要→地域保健計画の適切な整備が重要。
- 大前提としてプライマリケアの充実が必要
  - ・ 英国のGPやキューバのファミリードクターは好例(次スライド)
- 医療制度改革(医師数/病床数や看護師数/患者数が一定の基準を満たせば一例: 7対1とか10対1→診療報酬が加算される等の規定により、急性期に高度医療や手厚いケアを行う病院を差別化し、それ以外の病院の医療費を下げようとした)→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削減→中小の病院は次々に経営破綻に陥る→2016年中医協答申で入院基本料評価見直し  
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenyoku/0000114364.pdf
- 2014年2月の中医協答申で、主治医機能の評価としての診療報酬加算や、訪問看護への診療報酬加算が提言された→2016年はより推進(2025年ゴールの地域包括ケア推進の枠組みで)
- 本日のレポート課題: あなたの考える理想の医療連携は?

# (参考)英国のGPとキューバのファミリードクター

