

1. 医療システムの国際比較

■類型化(名称は決まったものではない)

\*ヨーロッパ型福祉国家モデル:日本の国民皆保険制度が手本にしたのはかつての英国の「ゆりかごから墓場まで」→財政破綻で軒並み崩壊(英国では, サッチャーの改革でも無料の公立病院は維持されたが医師・看護師が不足し, 高度医療を受けるには長期の待ち。ニュージーランドでは公立病院が大都市にしか残らなかった)。細かくみると, ドイツ・フランス・日本等の社会保険方式と, 英国・スウェーデン等の国民保健サービス方式がある。

\*米国型市場原理モデル:国民健康保険がない代わりに民間保険が発達し, 65歳以上高齢者・身体障害者は「メディケア」, 低所得者は「メディケイド」と呼ばれる公的健康保険制度がカバー。しかし, 加入している保険の種類によって病院も系列化されており, 受けられる医療も制限される。かつメディケイドに入るほど低所得でなく, 私費で民間保険に入れるほどの所得がない4600万人は全額自己負担→2010年3月, ヘルスケア改革法可決により大幅改訂(4600万人のうち7割程度の人を国費で民間保険に加入させる構想)。

\*低コスト福祉医療社会モデル:コストをかけずにセーフティネットとしての医療を提供する。キューバはプライマリケアを充実させた(吉田太郎「世界がキューバ医療を手本にするわけ」築地書館, 2007)。コスタリカは軍事費を教育と医療へ(丸岡泰『コスタリカの保健医療政策形成—公共部門における人的資源管理の市場主義的改革』専修大学出版, 2008)。

\*日本はいわゆる小泉改革からの医療制度改革は, ヨーロッパ型から米国型へ舵取りを目指しているが, 格差が拡大して十分な医療を受けられない人々が出てきているという問題があった。政権交代で再び方向転換するかもしれないという期待があったが, 今のところあまり変わっていない。

\*先進諸国のやり方については, ヨーロッパ型でも米国型でも医療の公平性は重要とみなされるが, 公平について平等を重んじるのがヨーロッパ型, 自由を重んじるのが米国型(池上直己・J.C.キャンベル「日本の医療:統制とバランス感覚」中公新書)。もちろん「重んじる」だけであって完全平等でもないし完全自由でもない。ただ, どちらにしてもない袖は振れないので, 経済成長が止まると破綻に向かう。

\*社会背景として, エスピン・アンデルセンの「福祉レジーム論」<sup>1</sup>とも関連させて考えるとよい。

■WHOによる国際比較

国名 (数字は順位)	目標達成度		性能		1人当たり 経費
	医療水準 (DALE)	総合評価	医療水準 に対して	総合評価	
日本	1	1	9	10	13
米国	24	15	72	37	1
英国	14	9	24	18	26
ドイツ	22	14	41	25	3
フランス	3	6	4	1	4
スウェーデン	4	4	21	23	7
オランダ	13	8	19	17	9
デンマーク	28	20	65	34	8
キューバ	33	40	36	39	118
コスタリカ	40	45	25	36	50

(出典:WHO "World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance"より, 1997年の評価順位)

■OECDデータに基づく国際比較(出典:読売新聞大阪本社『大事典:これでわかる!医療のしくみ』中公新書ラクレ, 2011)

国	総病床 数/人口 1000	急性期 病床数 /人口 1000	平均 在院 日数	急性期 平均在 院日数	外来診 察回数 /人口	医師数 /人口 1000	医師数 /病床 1000	看護職 員数/ 人口 1000	女性医 師割合 (%)	医療費 (米ドル /人口)	医療費 /GDP 比(%)	平均 寿命(男 性)	平均 寿命(女 性)
日本	13.8	8.1	33.8	18.8	13.4	2.2	15.7	9.5	18.0	2,781	8.1	79.6	86.4
米国	3.1	2.7	6.3	5.5	4.0	2.4	77.9	10.8	30.8	7,538	16.0	75.4	80.4
英国	3.4	2.7	8.1	7.1	5.9	2.6	76.5	9.5	41.5	3,838	8.7	77.4	81.6
ドイツ	8.2	5.7	9.9	7.6	7.8	3.6	43.3	10.7	40.6	4,714	10.5	77.2	82.4
フランス	6.9	3.5	12.9	5.2	6.9	3.3	48.5	7.9	39.6	4,996	11.2	77.8	84.5
スウェーデン			5.8	4.5	2.8	5.6		10.8	43.1	4,879	9.4	79.4	83.4

1 エスピン=アンデルセンの福祉レジーム論:脱商品化と階層化の2つの指標で西側先進諸国を分析して, 自由主義的福祉国家(北アメリカやイギリス), 保守主義的福祉国家(大陸ヨーロッパ), 社会民主主義的福祉国家(北欧=スカンディナヴィア諸国とデンマーク)の3類型を析出し, 福祉国家の発展は1つではないと論じた。また, 福祉国家を形成する政治的イニシアティブについて, 1つの階級ではなく, 階級間の連合を重視した。さらに, 経済レジーム(特に雇用)と福祉レジームとの関係に注目し, グローバル化への適応については一般的に自由主義と社会民主主義が優れているとした。後に, 家族主義的福祉レジーム(南欧, 東アジア)を追加した(出典:Wikipedia 日本版)。

## 2. 日本の医療システム

医療行政において、なぜシステムを考える必要があるかといえば、医療には多大な資源を要するからである。必要などころに必要なだけ提供できる、効果的なシステムを構築する必要がある。もちろん、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であり、効果的な保健医療行政<sup>2</sup>（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）を推進する必要があることは言うまでもない。

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（以上はテキスト図 14-1 に挙げられている）だけではなく、高度医療、移植医療なども含まれるし、図 14-1 では保健行政に含まれている感染症対策（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のは当然であろう。

医療行政は厚生労働省（組織は図 14-2 参照）が所管している<sup>3</sup>。だからといって、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いうわけにはいかない。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ってくるだろう。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ってくるだろう。したがって、医療システムのデザインには階層性が必要である。なお、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している。

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であり、このことを規定する法律が医療法である。

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、精神保健福祉センター、児童相談所などが設置されている。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している。

### 2-1. 医療法による整備→テキスト 14-3 (p.339-)

\* 医療法は <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO205.html> で全文を読むことができる。

「医療法」1948年7月30日制定（最新の改正2008年5月2日）

\* 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。

“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”の中身は以下

- \* 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

\* 2006（平成18）年の法改正で、「第2章 医療に関する選択の支援等」が追加され、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された。同時に、調剤薬局も**医療提供施設**として位置づけられた（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、歯科診療所だけである。

\* 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。

第10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。

2 テキストにあるように、衛生行政という言葉もある。狭義の衛生行政は保健行政を指す。公衆衛生行政と衛生行政はほぼ同義である。一般衛生行政、学校保健行政、労働衛生行政（または産業衛生行政）の3分野に分かれる。

3 余談だが、作家の海堂尊は『イノセント・ゲリラの咆哮』の中で、登場人物の1人に、厚生労働省を解体して、医師による医療庁を新設せよと語らせている。労働行政と衛生行政を1つの省にまとめてしまったことは、産業保健の推進という点からは意味があったかもしれないが、さまざまな問題も起こした

## 2-1-1. 医療提供施設についての法文等

### \* 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別に応じ、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

### \* 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。

### \* 特定機能病院

医療法第四条の二 病院であつて、次に掲げる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。

1. 高度の医療を提供する能力を有すること。
  2. 高度の医療技術の開発及び評価を行う能力を有すること。
  3. 高度の医療に関する研修を行わせる能力を有すること。
  4. その診療科名中に、厚生労働省令の定めるところにより、厚生労働省令で定める診療科名を有すること。
  5. 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。
  6. その有する人員が第二十二条の二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。
  7. 第二十一条第一項第二号から第八号まで及び第十号から第十二号まで並びに第二十二条の二第二号、第五号及び第六号に規定する施設を有すること。
  8. その施設の構造設備が第二十一条第一項及び第二十二条の二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. 厚生労働大臣は、前項の承認をするに当たつては、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 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

科医療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。**(平成18年に全面改正され、「同一の患者を48時間を超えて入院させることのないよう努めなければならない」という文言が無くなった)

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。

#### **\*介護老人保健施設に関する規定(200810月1日現在, 3,500施設)**

●医療法第一条の六 この法律において、「介護老人保健施設」とは、介護保険法(平成九年法律第百二十三号)の規定による介護老人保健施設をいう。

●介護保険法 第五節 介護保険施設 第二款 介護老人保健施設: (94条開設許可, 95条施設の管理, 96条, 97条施設の基準, 他)

第九十六条 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。

第九十七条 介護老人保健施設は、厚生労働省令で定めるところにより、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しなければならない。

2 介護老人保健施設は、厚生労働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しなければならない。

3 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。

4 厚生労働大臣は、前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(介護保健施設サービスの取扱いに関する部分に限る。)を定めようとするときは、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。

5 介護老人保健施設の開設者は、要介護者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

#### ●介護保険法(医療法 の準用)

医療法第八条の二第二項 及び第九条 の規定は、介護老人保健施設の開設者について、同法第十五条第一項 及び第三項 の規定は、介護老人保健施設の管理者について、同法第三十条 の規定は、第一百一条から前条までの規定に基づく処分について準用する。この場合において、これらの規定に関し必要な技術的読替えは、政令で定める。

(医療法との関係等)

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。ただし、医療法 及びこれに基づく命令以外の法令の規定(健康保険法、国民健康保険法 その他の法令の政令で定める規定を除く。)において「病院」又は「診療所」とあるのは、介護老人保健施設(政令で定める法令の規定にあつては、政令で定めるものを除く。)を含むものとする。

#### **\*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。

**\*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 (省略)

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。

\*\*薬事法第6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。

## 2-1-2. 医療提供体制の確保(医療計画の策定、医療従事者の確保等)についての法文

＊ 医療圏について

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。

＊ 救急医療体制について

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5章 医療提供体制の確保

第1節 基本方針 (第30条の3)

第2節 医療計画 (第30条の4～第30条の11)

第3節 医療従事者の確保等に関する施策等 (第30条の12～第30条の13)

第4節 公的医療機関 (第31条～第38条)

●医療法第三十条の三 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。(平成18年改正で追加された)

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

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. 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

10. 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
  11. 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
  12. 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
  13. 前各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
- 3 都道府県は、前項第2号に掲げる事項を定めるに当たつては、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、前項第4号の厚生労働省令で定める疾病又は同項第5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ものであること。
  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。
- 4 第2項第10号及び第11号に規定する区域の設定並びに同項第12号に規定する基準病床数に関する標準(療養病床及び一般病床に係る基準病床数に関する標準にあつては、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標準)は、厚生労働省令で定める。
- 5 都道府県は、第2項第12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、前項の標準によらないことができる。
- 6 都道府県は、第12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2項第12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。
- 7 都道府県は、第12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2項第12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。
- 8 都道府県は、医療計画を作成するに当たつては、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。
- 9 都道府県は、医療計画を作成するに当たつて、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。
- 10 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。
- 11 都道府県は、医療計画を定め、又は第30条の6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。
- 12 都道府県は、医療計画を定め、又は第30条の6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。
- 医療法第三十条の五 都道府県は、医療計画を作成し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、介護保険法第7条第7項に規定する医療保険者又は医療提供施設の開設者若しくは管理者に対し、当該都道府県の区域内における医療機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。
- 医療法第三十条の六 都道府県は、少なくとも5年ごとに第30条の4第2項第1号及び第9号に定める目標の達成状況並びに同項各号(第1号及び第9号を除く。)に掲げる事項について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、当該都道府県の医療計画を変更するものとする。
- 第三十条の七 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとする。
- 2 病院又は診療所の管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、居宅等において医療を提供し、又は福祉サービスとの連携を図りつつ、居宅等における医療の提供に関し必要な支援を行うよう努めるものとする。
  - 3 病院の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、当該病院の医療業務に差し支えない限り、その建物の全部又は一部、設備、器械及び器具を当該病院に勤務しない医師、歯科医師又は薬剤師の診療、研究又は研修のために利用させるように努めるものとする。
- 第三十条の八 厚生労働大臣は、医療計画の作成の手法その他医療計画の作成上重要な技術的事項について、都道

府県に対し、必要な助言をすることができる。

●第三十条の九 国は、医療計画の達成を推進するため、都道府県に対し、予算の範囲内で、医療計画に基づく事業に要する費用の一部を補助することができる。

●第三十条の十 国及び地方公共団体は、医療計画の達成を推進するため、病院又は診療所の不足している地域における病院又は診療所の整備その他必要な措置を講ずるように努めるものとする。

2 国は、前項に定めるもののほか、都道府県の区域を超えた広域的な見地から必要とされる医療を提供する体制の整備に努めるものとする。

●第三十条の十一 都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、病院若しくは診療所を開設しようとする者又は病院若しくは診療所の開設者若しくは管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、病院の開設若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加に関して勧告することができる。

●第三十条の十二 都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場を設け、これらの者の協力を得て、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定め、これを公表しなければならない。**(注:この項は平成18年改正で追加された)**

1. 特定機能病院
2. 地域医療支援病院
3. 第31条に規定する公的医療機関
4. 医師法第16条の2第1項に規定する厚生労働大臣の指定する病院
5. 診療に関する学識経験者の団体
6. 大学その他の医療従事者の養成に関する機関
7. 当該都道府県知事の認定を受けた第42条の2第1項に規定する社会医療法人
8. その他厚生労働省令で定める者

2 前項各号に掲げる者の管理者その他の関係者は、同項の規定に基づき都道府県が行う協議に参画するよう都道府県から求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

●第三十条の十三 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者は、前条第1項の規定により都道府県が定めた施策の実施に協力するよう努めなければならない。

## 2-2. 医療従事者について

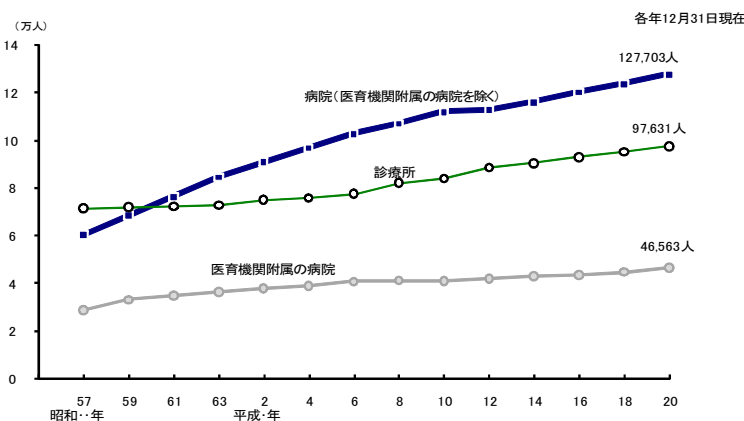
### 2-2-1. 医師

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(先頃、発熱患者の診察を拒否した医療施設があったことについて舛添厚生労働大臣が医師法違反であるとコメントした応召義務のほか、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づいて、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」<sup>4</sup>として2年ごとに公表されているが、2008年末時点での届出医師数は286,699人である。増加中(前回に比べ約9,300人増)だが増加率は昭和期より低い。

医師法第六条 免許は、医師国家試験に合格した者の申請により、医籍に登録することによつて行ふ。

2 厚生労働大臣は、免許を与えたときは、医師免許証を交付する。

3 医師は、厚生労働省令で定める二年ごとの年の十二月三十一日現在における氏名、住所(医業に従事する者については、更なるその場所)その他厚生労働省令で定める事項を、当該年の翌年一月十五日までに、その住所地の都道府県知事を経由して厚生労働大臣に届け出なければならない。



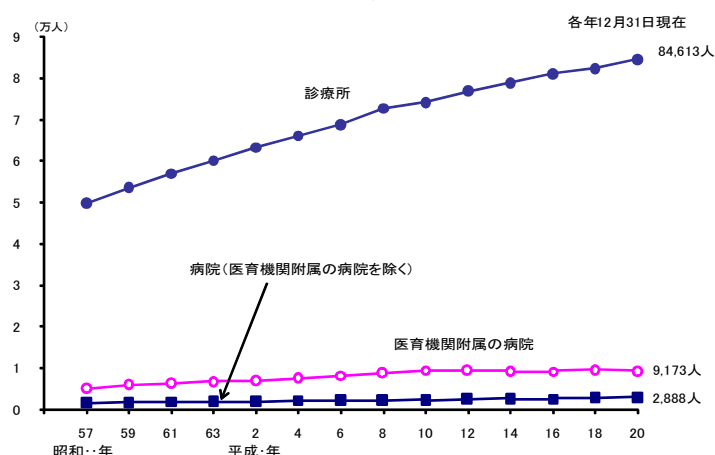
(出典:「平成20(2008)年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/08/index.html>)

4 「我が国に住所があって、医師法第6条第3項により届け出た医師、歯科医師法第6条第3項により届け出た歯科医師及び薬剤師法第9条により届け出た薬剤師の各届出票を調査の客体とした」と書かれている。海外在住者は含まれないし、届出期限までのずれ、届出忘れ(死亡時に遺族が届け出忘れるか)による不正確さが指摘されている。

なお、医師法については、おそらく小山教授から話があったと思うが、「**第一条 医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。**」は大変重要である。

## 2-2-2. 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、例えば「**第一条 歯科医師は、歯科医療及び保健指導を掌ることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。**」も、ほとんど医師法第一条と同じである。臨床研修も医師と同じく平成 18(2006)年から必修となった。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。



歯科医師数の推移 (出典: 同上)

2-2-3. その他の医療従事専門職 (テキスト p.342-343; 下線を付した3つは都道府県知事の免許, ケアマネは知事の登録制, 斜体は厚生労働大臣の登録制, その他は厚生労働大臣の免許)

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年制になった。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。

## 2-3. 地域における連携

●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。

●その意味で、保健所, 保健センター, 病院, 診療所, 福祉施設の連携が必要→地域保健計画の整備が重要。

●大前提としてプライマリケアの充実が必要

- 英国の GP (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)。プライマリケアは救急を除いて 100% 担当する (逆に言えば、フリーアクセスでない)
- 「かかりつけ医」が形だけではダメ。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ったので、旧厚生省が 1985 年に「家庭医制度」構想を示した。これは日本医師会が「開業医の選別はよくない」と反対し、「かかりつけ医」を提唱。結果的に家庭医制度構想は崩壊



し、行政でも「かかりつけ医」という名称が使われるようになった。しかし英国 GP などと違い、「かかりつけ医」には基準がなく、しかも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っていない地域が多いため、十分にプライマリケアを担えていない。プライマリケアの専門医として Qualification するため、日本医師会は 2006 年に「総合医制度」の検討を開始し、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」新設を提案したが、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」と反対したので議論は止まってしまった。

●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の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。

## 2-4. 医療制度改革

\* 人口高齢化に伴うニーズの高まり

\* 改革への底流:老人福祉法(1963), 老人保健法(1982), 介護保険法(1997)

\* 地方分権の流れ(場合によっては地方切捨て):保健所法の廃止と地域保健法制定(1994)

\* 小泉政権による(小さな政府を目指したとされる)「聖域なき構造改革」の強行

\* 人口高齢化が進みすぎて医療と福祉にかかるお金が足りないという名目で医療制度改革関連法が制定され、それにともなって、老人保健法は高齢者医療確保法に改められた(2006)(テキスト p.344, 表 14-3 を参照)。その中でも 2008 年度から新たな高齢者医療制度が導入されたことには弱者切捨てとの批判が大きく、すぐに見直しが行われた。

■高齢者医療確保法(高齢者の医療の確保に関する法律:昭和 57 年 8 月 17 日制定, 最終改正平成 22 年 12 月 10 日。ただし一部未施行)理念は下枠内第 1 条~第 2 条を参照。(cf. 老人保健の講義)

\* <http://law.e-gov.go.jp/htldata/S57/S57HO080.html> で全文を読める。

\* 概要は下記 3 点

- (1) 医療費適正化について「基本方針」と「適正化計画」の策定・評価
- (2) 特定健診(いわゆるメタボ健診)と特定保健指導の規定
- (3) 後期高齢者医療制度導入(75 歳以上をそれまでの医療保険から離脱させて新たに広域単位で独立した医療保険を運用させる)→政権交代により廃止予定

(目的)

第一条 この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もつて国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする。

(基本的理念)

第二条 国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、高齢者の医療に要する費用を公平に負担するものとする。

2 国民は、年齢、心身の状況等に応じ、職域若しくは地域又は家庭において、高齢期における健康の保持を図るための適切な保健サービスを受ける機会を与えられるものとする。

高齢者への医療提供について、国の責務、地方公共団体の責務、保険者の責務、医療の担い手等の責務も規定されている(第三条~第六条)

(国の責務)

第三条 国は、国民の高齢期における医療に要する費用の適正化を図るための取組が円滑に実施され、高齢者医療制度(第三章に規定する前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整及び第四章に規定する後期高齢者医療制度をいう。以下同じ。)の運営が健全に行われるよう必要な各般の措置を講ずるとともに、第一条に規定する目的の達成に資するため、医療、公衆衛生、社会福祉その他の関連施策を積極的に推進しなければならない。

(地方公共団体の責務)

第四条 地方公共団体は、この法律の趣旨を尊重し、住民の高齢期における医療に要する費用の適正化を図るための取組及び高齢者医療制度の運営が適切かつ円滑に行われるよう所要の施策を実施しなければならない。

(保険者の責務)

第五条 保険者は、加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業を積極的に推進するよう努めるとともに、高齢者医療制度の運営が健全かつ円滑に実施されるよう協力しなければならない。

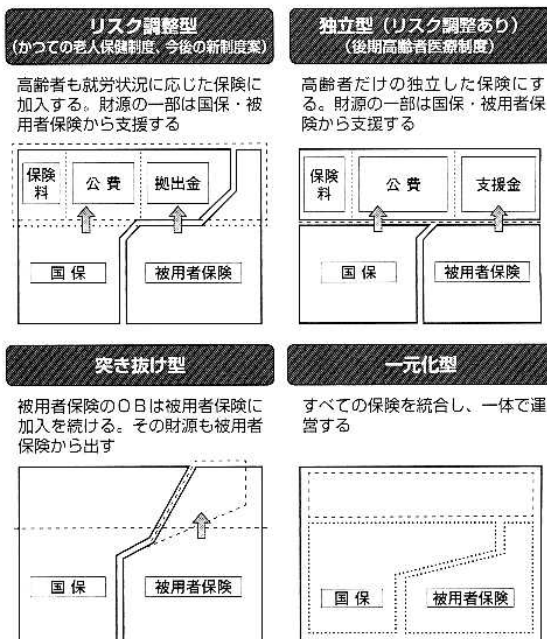
(医療の担い手等の責務)

第六条 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手並びに医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第一条の二第二項に規定する医療提供施設の開設者及び管理者は、前三条に規定する各般の措置、施策及び事業に協力しなければならない。

■見直し

- (1) 「後期高齢者」という呼称（高齢者をお荷物扱いする発想が透けて見える）への反発→自民党政権は通称を「長寿医療制度」とした。法律上は「後期高齢者」のまま
- (2) それまで家族が加入する保険の被扶養者だった人も年金から保険料が天引きされるなど、負担が増えることへの反発→民主党は後期高齢者医療制度廃止を公約にして2009年8月総選挙勝利したが、廃止後にどうするかという合意が取れず、次期高齢者医療制度のデザインを検討中（右図参照。出典：読売新聞大阪本社『大事典：これでわかる！医療のしくみ』中公新書ラクレ、2011）。高齢者医療制度改革会議（厚生労働大臣主宰）が2010年末に提示した案は、リスク調整型で、概ねかつての老人保健制度の復活だが、国保の広域化（将来は国保制度そのものを都道府県単位に）を掲げている。しかし反対も多く、施行見通しは不透明。
- (3) 特定健診のスクリーニング基準の国際標準とのずれ、海外からも批判。「異常」となる人が多すぎ。学会発表や厚生労働科研の報告でも異論が出ているけれども、2011年4月時点では、まだ基準値は変わっていない。

高齢者医療制度のデザイン



- 2-5. 病院機能評価: 1995年～, 財団法人日本医療機能評価機構。一定機能以上の病院は5年間有効の認定証発行
- 2-6. 医療安全対策・医療事故防止対策: 2002年医療安全推進総合対策(厚生労働省), 2004年～, ヒヤリ・ハット事例等収集事業が全医療機関で展開。2006年医療法改正により医療安全支援センター制度化, 医療機関における医療安全確保体制の義務付け
- 2-7. 院内感染防止対策: 2004年～, 院内感染地域支援ネットワーク事業開始。
- 2-8. 健康危機管理体制の整備: 1998年, 厚生労働省に健康危機管理対策室設置。健康危機事象に対応して随時対策室が設置される(ex. 新型インフルエンザ対策室)。「健康危機管理」は, 「厚生労働省健康危機管理基本指針」において, 『医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務であって、厚生労働省の所管に属するものをいう』と定められている(出典: <http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/sisin/index.html>)。2011年3月11日の東日本大震災に際しては, 厚生労働省災害対策本部が設置されている。
- 2-9. 医薬品副作用被害の救済制度: 1979年に制定された医薬品副作用被害救済制度があったが, 薬害エイズ問題や薬害肝炎問題を受け, 2004年に生物由来製品感染等被害救済制度が新たに制定された。予防接種の副作用については予防接種法による補償。
- 2-10. 健康食品の規制→(cf. 亀尾先生の講義)。フードファディズム(教育学部の高橋久仁子先生の著書を参照するとよい)が背景にある。最大の問題は, 他の代替医療と同じく, それを信じることによって適切な医療を受ける機会が失われること(サイモン・シンの著作『代替医療のトリック』(原題: TRICK OR TREATMENT? 青木薫訳, 新潮社, 2010)を参照のこと)。
- 2-11. 医療の情報化
  - \* 2001年「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」策定
  - \* 2003年制定(2005年施行)の個人情報保護法→2004年「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」
  - \* 情報化による合理化という名目で, レセプトオンライン請求が義務化されたことも大きな問題となっている。
    - + 厚生労働省令「保険医療機関又は保険薬局に係る光ディスク等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて」(平成18年4月10日保総発第0410001号)により義務化。
    - + 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令(平成18年厚生労働省令第111号)第2条により改正された請求省令が平成20年4月1日に施行されたことに伴い, 平成20年5月1日付けで「保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領」が一部変更され診療所については期限が緩和されたが, 義務化の方向は変わっていない。
    - + 日本医師会, 日本歯科医師会, 日本薬剤師会が共同で反対声明を出している

**レセプトオンライン請求の完全義務化撤廃を求める共同声明**  
 地域医療崩壊の根本的要因は、長年にわたる医療費の抑制にある。われわれ医療を担う者には、国民が安心して

て医療を受けられるようにする責務がある。しかし、医療の質の向上と安全性を確保するための医療現場の努力はすでに限界にあり、医療従事者の疲弊は極みに達している。

地域医療が危機的状況にあるなか、国は効率化の名のもと一方的に医療費の削減を押しつける目的で、レセプトオンライン請求の完全義務化を強引に推進しようとしている。本来、医療におけるITの活用は、医療の質の向上、医療の安全に資するものでなくてはならない。ところが国は、これらに鑑みることなくレセプト請求を例外なくオンラインに限定し、医療機関等に新たな投資と負担を強いようとしている。この施策は、ITを活用することで国民や医療現場により良い医療や環境を提供しようとするものではなく、強引に行う必然性はまったくない。

このままレセプトオンライン請求の完全義務化が進められれば、地域に根ざして医療を担ってきた医療機関等を撤退に追い込み、地域医療崩壊に拍車をかけることは明らかである。事実、日本医師会が行った調査によれば、医科では8.6%もの医療機関がこのままでは廃院するしかないと回答している。この危機感は、歯科、調剤も例外ではない。

これらのことから、三師会として以下声明する。

記

一. レセプトオンライン請求の完全義務化を撤廃すること

一. レセプトオンライン請求は医療機関等の自主性に委ねること

以上

平成20年10月

日本医師会 会長 唐澤 祥人

日本歯科医師会 会長 大久保 満男

日本薬剤師会 会長 児玉 孝

+ 「営業の自由を侵害し、情報漏洩の危険性があるほか、法律による改正ではなく、省令改正で診療報酬請求権に制限を設けるのは違憲」として、神奈川県を中心に35都府県の医師・歯科医師 961 人が国を相手に、省令に従う義務がないことの確認を求めて2009年1月21日、横浜地裁に提訴。

+ 2009年5月8日厚生労働省令110号で、5月10日時点でオンライン請求できないものについて1年以内だが義務化延期が認められた。

2-12. 医療資源:さまざまな資源が医療計画により適正配置がはかられている。災害時はトリアージが重要な戦略。

2-13. 医療廃棄物:感染性廃棄物の適正な処理が必要。廃棄物処理法に基づき、\* 特別管理産業廃棄物管理責任者の設置、\* 管理規定の作成、\* 感染性廃棄物と非感染性廃棄物の分別、\* 感染性廃棄物の適正保管・廃棄と記録、\* バイオハザードマークの表示等が義務付けられている。

2-14. 外国人医療(cf. 高山先生の特別講義):在日外国人の増加(2009年末、登録者ベースで218万6千人)に伴って、その人たちへの医療提供も重要な問題となる。「外国人労働者の受け入れに関する政府の見解等」(1999年閣議決定)で、外国人への医療保障を確保するとされた。滞在登録していれば国民健康保険(国保;下記参照)に加入できるが、不法滞在だと国保に加入できず公費医療も制限があるので、病院持ち出しになってしまう場合があるのが問題。

2-15. 医療保障(テキストp.347~)

2-15-1. 医療保険

\* 国民皆保険(テキストp.349, 表14-6参照):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、厚労省、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)

#### 2-15-2. 公費医療制度

\* 公費医療制度(テキスト p.349, 表 14-7 参照): 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)は, 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るため, 政権交代に伴って2012年に新法案が提出されるはず)。