

❖ 地域の医療介護入門シリーズ

地域の医療と介護を知るために－わかりやすい医療と介護の制度・政策－

第28回 医療施設の機能分化の推進

－第二次・第三次医療法改正－

1 第二次医療法改正と家庭医機能

昭和60年に行われた医療法改正では、医療計画および病院病床の規制が導入されました（本連載では第15回で説明しています）。この改正により、すべての都道府県において医療計画が策定され、それに伴い医療機関が行った大幅な駆け込み増床も、平成に入る頃には落ち着きをみせ、平成5年には病院病床の数は減少するようになりました。こうした状況の変化を受け、医療提供体制に関する厚生省の主な関心は、医療施設の機能分化を進めることに移っていきました。

わが国の医療制度においては、イギリスなどと異なり、患者は、どこの診療所でも病院でも、自由に診療を受けることができます。イギリスのように、自分が登録し、普段から受診している診療所医師の紹介状がなければ病院を受診することができない、という国とは違います。これは、医療を受けやすいという点では、素晴らしいことです。しかし、それは、大病院に患者が集中するという事態を引き起こすことにもつながりました。

大都市への人口集中が進む以前の時代では、わが国でもそうした事態はあまり起こりませんでした。多くの人々は、代々住んでいる地域で、両親や祖父母も受診している地元の診療所で受診していました。また、農山村では、医療機関は乏しく、健診や医療を受けていない者も少なからずいました。しかし、高度経済成長により農山村から都市に移り住むようになった多くの若い人々は、住み始めた都市における地元の診療所医師についてはよく知らないため、どこを受診したらいいかわかりません。そこで、大きな施設で近代的な設備もある大病院であれば、しっかり診療してもらえらるだろうと思い、大病院に患者が集中するようになりました。

大学病院等の大病院は、元来、町の診療所や

中小病院では対応できない病気やケガに対応するために、最先端の医療設備や専門の医師を持つ専門的な医療機関として設立されました。ところが、都市住民は、信頼できる診療所医師がいなかったため、風邪をひいても、大きな病気だったらと心配し、大病院を受診するようになりました。その結果、「3時間待って3分診療」という問題が起きるようになりました。

第一次医療法改正により導入された医療計画では、診療所医師は住民の健康を管理し、大病院は高度な専門医療を提供するという考え方により、各地域における医療施設の整備を進めていこうとしていますが、国民の受診行動はそうなっていませんでした。こうした状況の下では、各地域において、個々の患者に適した医療を効率的に提供していくことはできません。

他方で、大学における医学教育や医師資格取得後の大学病院等における研修（臨床研修）は、医学研究の専門分化を反映して、特定の専門分野の教育研修に偏りがちで、医療全体にわたる教育研修が不十分であるため、開業医となっても、患者の健康を全般的に管理していく能力が身につけていないという問題がありました。

そこで、診療所や中小病院の医師が、医療全般にわたる幅広い基礎能力を身につけ、家庭医機能（地域住民の健康管理）を発揮できるようにいくとともに、大病院は診療所や中小病院では対応できない高度な専門医療を提供していくという、医療施設の機能分化を進めていくことが課題であると考えられるようになったのです。

(1) 「国民医療総合対策本部」中間報告と第二次医療法改正

厚生省は、昭和62年に事務次官を本部長とする「国民医療総合対策本部」を設置して、医療提供体制について検討を行いました。

その中間報告では、質の良い医療サービスを

効率的に供給していくためのシステムづくりおよび「自らの健康は自分で守る」というセルフ・ケアの重視の2点を改革の方向として、老人医療、長期入院の是正、大学病院等における医療と研修の見直し、患者サービス等の向上という4つの分野について各種の施策を打ち出しました。この中では、①病院の体系を、慢性疾患の治療を中心とする「慢性病院」と、急性疾患の治療を中心とする「一般病院」と区分する方向で検討すること、②家庭医機能の充実のため、研修システムの充実や家庭医機能を担う開業医の支援、③大学病院等の高度専門病院について紹介外来制の導入等の外来診療のあり方の見直しの検討、④インフォームドコンセント（知らされた上での同意）の推進、等が掲げられています^{注1)}。

医療施設の機能分化は、第二次医療法改正の重要なテーマになり、関係者から様々な案が出されましたが、民間病院側は、行政主導の医療施設類型化に対して、反対する意見が多い状況でした。わが国の民間病院は、地域の様々な患者が入院し、それにより経営をしてきた経緯があるため、行政により特定の機能に類型化され、入院患者の対象が限定されることには強い反発があったのです^{注2)}。

平成2年1月に、厚生省健康政策局は、「21世紀をめざした今後の医療供給体制の在り方」を発表しました^{注3)}。これは、第二次医療法改正についての厚生省の基本的考え方を示したものであり、そこでは、次の2つの類型に該当する医療機関（ないしは病棟）については、一般病院と異なる位置づけをすることとしていました。

- ① 老人等長期にわたる入院患者が主になっている病棟（病床群）

患者の生活的側面を重視して、必要な医療と介護等の適切なケアを提供するための病棟（病床群）として適切に位置づける

- ② 医療の最先端を担うべき高次機能を有する病院

その機能に応じて位置づける

前者は、入院患者が長期入院の高齢者等に限定されており、また後者は大学病院等の大病院に限定され、制度化しても、関係者にあまり異論がないものであるため、医師会も異論がなく、いわばできることから医療施設の機能分担を

進めていこうというのが厚生省の方針でした。

厚生省は、平成2年5月に、医療審議会及び社会保障制度審議会に医療法改正法案を諮問しました。その主な内容は以下の通りです。

- ① 高度な医療の実施と開発・評価・研修を行う医療施設を「特定総合病院」とする。一定の要件に該当し、厚生大臣の承認を受けることが必要。
- ② 長期にわたり病院において療養する患者のための一群の病床を「長期療養病床群」とし、医師や看護婦、施設等に関する厚生省令で定める基準に該当し、都道府県知事の許可を受けることが必要。
- ③ 老人保健施設の医療提供面に着目して、老人保健施設を医療法に位置づける。

厚生省は、両審議会から了承の旨の答申を得て、特定総合病院の名称を「特定機能病院」に、長期療養病床群の名称を「療養型病床群」に変更して、国会に医療法改正案を提出しました。法案は、継続審議を繰り返した後、平成4年6月に可決成立しました。

（2）特定機能病院

特定機能病院の具体的な要件については、政省令で定められることとされていました。法律改正後、医療審議会における答申を経て定められた要件として、診療科10以上、病床数500床以上、医師数や看護婦数は通常の病院よりも手厚い配置とすること等が求められました。紹介率（初診患者に占める、他の医療機関からの紹介患者の率）については、厚生省は、他の医療機関からの紹介制を基本とする観点から50%とすることを検討しましたが、病院側は地域の医療機関や患者の理解が得られておらず時期尚早として反対したことから、紹介率30%を努力目標とし、この目標を下回る病院は、30%に高めるための年次計画を提出することとされました^{注4)}。

（3）家庭医問題

厚生省は、患者が、その状態を問わず（軽い風邪のような状況でも）直接大病院に受診してしまう状況を何とか改善するため、地域の開業医が家庭医機能を発揮できるような仕組みを検討していました。

そこで、厚生省は昭和60年に「家庭医に関する懇談会」を設置し、住民の日常の健康管理、

健康相談や一般的にみられる疾病や外傷等日常的な諸疾患に対する適切な診断・治療を十分にを行うとともに、必要に応じ専門医療機関等へ患者を紹介するなど、包括的かつ継続的な保健医療を行うに当たっての中核となる医師について検討することとしました。

家庭医については、一般にイギリスやアメリカで導入されているといわれていますが、その形態はかなり異なります。

イギリスは、本連載の第1回でも触れましたが、住民はすべて、いずれかのGP (General Practitioner) に登録して健康管理を受け、GPの紹介がなければ、病院での入院や専門医の診療を受けることができない仕組みになっています。

それに対して、アメリカのFamily Physicianは、家庭医療学 (Family Medicine) という、人の年齢や性、疾病、症状を問わずプライマリーケアを提供する分野の医学教育を受け、家庭医療の専門医として認定を受けた医師のことです。したがって、イギリスのように、家庭医の紹介がなければ専門医や病院を受診できない、という制度があるわけではありません。ただ、日本で家庭医が検討されていた1980~90年代には、アメリカにおいて医師の過度の専門化による弊害に対応するため、専門医として家庭医を増やす政策が進められ、民間保険 (アメリカでは、公的医療保障制度は、高齢者・障害者を対象とするしかないため、一般の国民は民間保険に加入します) においても、医療費の増加を抑制するため、家庭医の紹介がなければ専門医の治療を受けられない仕組みを導入するところが増えていた時期でした^{注5)注6)}。

当時の関連資料を見ている限りでは、厚生省の狙いは、イギリスのGP制度のような病院への直接受診を禁ずる厳格な制度を導入することではなく、アメリカのような家庭医としての専門機能を開業医が発揮できるような教育研修や仕組みを検討しようということではなかったかと推測される^{注7)}のですが、日本医師会は、家庭医の制度化については、開業医に対する国家統制につながりかねないものとして反対し、その代わりに「かかりつけ医」を提唱しました^{注8)}。

「かかりつけ医」とは、住民が、普段からよく受診している医師のことであり、家庭医としての医学教育や研修を受けた医師ではありません

ん。こうした「かかりつけ医」を日本医師会が提唱したことについて、水野 (2005) は、当時の村瀬会長が「家庭医としての実力がいまの開業医にないことをよく知っていたのである。しかし、厚生省のいう家庭医としての知識や技術を開業医に求めると、医師免許の問題 (何年かに一度免許証を書き換えるための試験をする) くらいのショックを与えて、村瀬の医師会長としての立場が維持できなくなるという判断をしていたので、その結果として全体反対を打ち出し、「かかりつけ医というネーミングで医師会を主導しようとした」と推測しています^{注9)}。

果たしてこの推測が的を得ているのかどうかはわかりませんが、少なくとも、日本医師会が「かかりつけ医」という名称を推奨したのは、わが国の開業医が、専門分野を持ちながら家庭医的役割を部分的に果たしてきた点に着目して、新たな専門医としての家庭医を新設するのではなく、開業医の家庭医機能を伸ばしていくべきと主張したことによるものと考えられます。

結局、「家庭医に関する懇談会」は、昭和62年4月に報告書を提出しましたが、そこでは、プライマリーケアを担う医師に求められる機能として、次の10項目を掲げるとともに、医師の免許取得後の臨床研修等の場で家庭医機能習得のための研修が実施されるべきとしています^{注10)}。

- ① 初診患者に十分対応できること
 - ・疾病の初期段階に的確な対応ができること
 - ・日常的にみられる疾患や外傷の治療を行う能力を身につけていること
 - ・必要に応じ適切な医療機関を紹介すること
- ② 健康相談および指導を十分に行うこと
- ③ 医療の継続性を重視すること
- ④ 総合的、包括的医療を重視するとともに、医療福祉関係者チームの総合調整にあたること
- ⑤ これらの機能を果たす上での適切な技術の水準を維持していること
- ⑥ 患者を含めた地域住民との信頼関係を重視すること
- ⑦ 家庭など生活背景を把握し、患者に全人的に対応すること
- ⑧ 診療についての説明を十分に行うこと
- ⑨ 必要なくともいつでも連絡がとれること
- ⑩ 医療の地域性を重視すること

2 第三次医療法改正

(1) 医療審議会提言

第三次医療法改正の検討は、介護保険法案の検討と並行して進められました。

第二次医療法改正の際に、改正法附則の第2条および第3条において、政府に対して、医療の担い手が医療を受ける者に対して適切な説明を行うようにすることや、地域における医療提供施設相互間の業務の連携の在り方等について検討し、必要な措置を講ずることとされました。

これを受け、医療審議会は、平成7年に医療供給体制全般を審議する基本問題検討委員会を設置して、検討を進めました。基本問題検討委員会における検討を踏まえ、医療審議会は、平成8年4月に「今後の医療提供体制の在り方について」の提言を公表しました。そのポイントは以下のとおりです^{注11)}。

- 地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携を図る観点から、救急医療の実施、在宅医療の支援、施設・設備の開放等を行い、かかりつけ医を支援するとともに、地域の医療従事者に対する研修、医療機関に対する情報提供等の機能を有する地域の医療を支援する医療機関の位置づけを検討する。この場合、制度設計時の意義、役割が薄れている総合病院制度については、抜本的な見直しが必要である。
- 医療計画の必要的記載事項に、医療圏の設定および必要病床数に加え、機能を考慮した医療施設の整備の目標、救急医療やへき地医療の確保等を加える。
- 要介護高齢者の増加等に対応し、療養型病床群を有床診療所に確保すること等の措置を検討する。
- ショートステイやホームヘルプ等の在宅福祉事業を医療法人の附帯事業として明確化することが適当である。
- 財団または持ち分の定めのない社団の医療法人で、役員と同族性の排除などの公益性の高い医療法人を検討し、その移行を推進することが適当である。
- 医療の担い手は、医療提供に当たり、適切な説明を行い、患者の理解を得るよう努める旨の規定を医療法に位置づけることが肝要と考える。

(2) 第三次医療法改正

厚生省は、この提言を基に、医療法改正法案要綱をまとめ、医療審議会および社会保障制度審議会に諮問し、了承する旨の答申を得ました。そして、厚生省は、医療法改正法案を、介護保険法案の関連法案として、介護保険法案と同様、平成8年11月に国会に提出し、翌9年12月に介護保険法案とともに、可決成立しました。

この第三次医療法改正の概要について、以下に述べたいと思います

① 地域医療支援病院

第三次医療法改正の最大の眼目は、上記の提言にも掲げられた地域医療支援病院制度の創設でした。

医療法には、従来、「総合病院」という制度があり、病床100床以上を持ち、診療科として内科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科を持つ等の要件に該当する病院が、都道府県知事の承認を受けると、総合病院と称することができました。医療法が制定された昭和20年代は、病床を100床以上持ち、上記の5診療科を持つ病院はまだ少なかったことから、地域の指導的病院として制度化されたものです。しかし、その後、病床100床以上の病院は病院総数の半分以上（平成8年時点で58%）になる等、総合病院制度の意義は薄れてきました。

他方で、各都道府県において医療計画が策定され、第二次医療法改正により導入された80の特定機能病院が三次医療圏における高度医療に対応する体制が整備されたことから、第三次医療法改正では、二次医療圏においてかかりつけ医等による地域医療を支える中核的医療機関の制度化が課題となってきました。つまり、二次医療圏において、プライマリーケアをかかりつけ医が担うとともに、それを支える病院において入院機能等に重点を置いた診療体制を整備していこうという考え方です^{注12)}。

そこで、次の要件に該当する病院を、都道府県知事の承認の下に、「地域医療支援病院」として医療法に位置づけました。なお、これに伴い、総合病院に関する規定は、医療法から削除されました。

- ・他の病院・診療所からの紹介患者に医療を提供し、かつ、地域の医師等に病院施設を利用させるための体制が整備されていること。
- ・救急医療の提供能力を有すること。

- ・地域の医療従事者への研修を行う能力を有すること。
- ・病床数200床以上を有すること。
- ・集中治療室、病理検査室、解剖室等の設備を有すること。

このうち、「他の病院・診療所からの紹介患者への医療の提供」については、当初は「紹介率」について80%（ただし、紹介率60%以上で2年間で80%を達成する計画がある病院は個別に承認）という条件が課されました。ただ、この紹介率原則80%という要件は、病院にとってはかなり厳しい要件であったようで、2003年末時点で地域医療支援病院の承認を受けた病院は63にとどまったことから、この後、厚生省は要件を緩和しています^{注13)}。

② 療養型病床群の有床診療所への拡大

平成12年における介護保険法の施行を控え、要介護者に対応して療養型病床群の整備をどのように進めていくかは大きな課題とされてきました。当時、平成12年には介護力強化病床を含め療養型病床群については19万床が必要とされていましたが、平成8年には約37,800床、平成9年時点でも約56,500床と大幅に不足していました。そこで、療養型病床群を整備していく方策の1つとして、有床診療所についても、これを認めることとされたものです^{注12)}。

③ 医療計画の必要的記載事項の追加

それまで、医療計画においては、昭和60年の医療法改正当時の緊急課題であった、二次医療圏の区域の設定および必要数に関する事項についてのみ必要的記載事項とされてきました。

この点について、病床以外の地域の医療体制に関する事項として、地域医療支援病院や療養型病床群の整備の目標、医療提供施設の施設や機械などの整備の目標、休日診療、夜間診療等の救急医療の確保に関する事項などが必要的記載事項とされました。

④ 医療法人関係

ア 持ち分の定めのある社団医療法人について、社員の脱退による出資持ち分の払い戻しや相続のため、医療機関の存続が危うくなる恐れがあることを踏まえ、持ち分のない社団や財団について、役員と同族性の排除等の一定の要件を満たし、公的な運営が担保されている医療法人を

「特別医療法人」として位置づけ、その収益を医業経営に充てることを目的とした収益業務を実施することができることとしました。

イ ショートステイやホームヘルプ等の在宅福祉事業を医療法人が実施できるようにしました。

⑤ インフォームド・コンセントに関する努力義務規定

医師等の医療提供者は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならないという努力義務が医療法に規定されました。

注1) 「厚生省国民医療総合対策本部中間報告」(昭和62年6月)。

注2) 中島明彦(2017): 229-230。

注3) 厚生省健康政策局「21世紀をめざした今後の医療供給体制の在り方」(平成2年1月)。

注4) 社会保険旬報(No.1780): 6-14, 社会保険研究所。

注5) 「米国の家庭医制度」, 社会保険旬報(No.1503): 24-25, 社会保険研究所。

注6) 小林正人「米国の家庭医」, 治療87(2), 2005, 南山堂。

注7) 「座談会“家庭医構想の光と影”」: 総合診療 vol.27No.1: 22-32, 医学書院。

注8) 水野肇(2003): 179。

注9) 水野肇(2005): 193-194。

注10) 「家庭医に関する懇談会報告書」(昭和62年4月)。

注11) 社会保険旬報(No.1911): 40-46, 社会保険研究所。

注12) 関山昌人「地域医療支援病院の役割」, 病院第57巻10号890-893, 1998, 医学書院。

注13) 中島明彦(2017): 248-249。

参考文献

中島明彦「医療供給政策の政策過程－地域医療計画の形成・決定・実施過程と政策の変容」(2017): 同友館。

水野肇「誰も書かなかった日本医師会」(2003): 草思社。

水野肇「誰も書かなかった厚生省」(2005): 草思社。