

医療法の第四次改正

～国民の医療権の保障と医療法の研究(2)～

大久保 一 徳

はじめに

医療法は、医療提供体制の確保を図り、もって国民の健康保持に寄与することを目的とし、医療施設の計画的な整備、医療施設の人的構成、設備構造、管理体制を規制する法律です。医師法が医療従事者としての医療のあり方を規定しているのに対して、医療法は医療施設の人員基準や施設基準を法律上明確にしています。医療の基本法ともいべき医療法は、1948年（昭和23）年に制定された後、過去三度の大きい改正を経験しています。すなわち、1985（昭和60）年の第一次改正であり、続く1992（平成4）年の第二次改正と1997（平成9）年の第三次改正です。

前回、私は国民の医療権の保障という視点から過去三度にわたる医療法の改正を概観（神戸薬科大学研究論集 Libra 第8号〔2008〕「医療法の第一次、第二次、第三次改正～国民の医療権の保障と医療法の研究(1)～」、P.57～64）しましたが、今回、2000（平成12）年に実施された第四次改正を見ていこうと思います。

*2009年1月13日受理。

1. 過去の改正の内容

医療法は、1948（昭和23）年に制定された後、過去三度の大きい改正を経験しています。すなわち、1985（昭和60）年の第一次改正であり、続く1992（平成4）年の第二次改正と1997（平成9）年の第三次改正です。第一次改正では無秩序なベッド増床に歯止めをかけるために医療提供体制の見直しがなされ、「医療圏」制度が設定され、各都道府県に具体的かつ効果的な「地域医療計画」策定を義務付けました。また、医療法人の運営の適正化と指導体制の整備が図られました。¹ 続く第二次改正では医療施設機能の体系化として病院に「機能」が導入され、「特定機能病院」と「療養型病床群」が付け加えられたのです。「特定機能病院」は、高度な医療を提供する病院として厚生労働大臣より承認を受けた病院で、現在、大学病院、国立がんセンター、国立循環器病センター、大阪府立成人病センター等81の特定機能病院が存在しています。² 「療養型病床群」は、現行の「療養病床」で、長期療養患者の生活面にも配慮した体制を採用する病床の集合体で、病気の治療だけではなく、生活面の指導を含めるものです。次に、患者に適切な医療情報を提供する目的で「医療に関する情報の提供に関する広告の規制緩和」がなされました。患者に提供しなければならない「院内掲示」によって管理者の氏名、診療日、診察時間の掲示が義務付けられる一方、患者に提供してもよい「院外広告」によって予約制や往診の有無、病院の設備、看護体制に関する広告が認められたのです。そして、これまで明確に規定されていなかった「医療提供の理念」が1条の2として挿入されたのです。さらに、医療法人の附帯業務としてアスレチッククラブやクアハウス等の健康増進施設の設置が認められました。

この第二次改正では重点が医療の量的整備から質的整備に置かれ特定機能病院と療養型病床群という施設別の機能が体系化されました。また、療養型病床群は介護保険導入に際しての重要な医療施設と位置付けられ、以後、一般病床

からの転換が進められました。³

第三次改正では、これまでの改正の流れを受け継ぐ改革がなされました。すなわち、まず、「地域医療支援病院」の創設です。これにより総合病院制度は廃止されました。地域医療支援病院は、原則として、ベッド数200以上の地域医療の中心的病院で、地域医療を確保するための紹介患者への医療提供や施設の共同利用及びオープン化等のネットワーク機能、救命救急機能、臨床研修機能を有している中核的病院です。次に、療養型病床群制度の診療所への拡大が図られました。これは高齢化の進展、疾病構造の変化等医療環境に応じて要介護者の増大という問題に対応して療養型病床群を診療所まで拡大するとともに、地域の中核的病院を地域医療支援病院として位置付けようとするものです。特に、療養型病床群の診療所への拡大は、介護保険制度の導入に伴い見込まれる介護福祉施設に対するニーズに対応するものです。介護保険制度は、いわゆる「社会的入院」に歯止めをかけるとともに、介護に要する費用を医療から分離して高騰する医療費を抑制しようとするものです。⁴ さらに、第三次改正で医療法人の業務範囲が拡大されました。医療法人の附帯業務としてホームヘルプ事業やデイサービス事業、ショートステイ事業がつけ加えられるとともに、特別医療法人には配食サービス、医薬品の販売、患者の搬送等多くの収益事業が認められたのです。

医療施設の体系化がさらに進み、診療所の療養型病床群への転換が進展するとともに地域医療支援病院や特別医療法人が設けられたのです。

以上がこれまで概観してきた三度にわたる医療法の大きい改正の内容ですが、以下、2000（平成12）年に実施された第四次改正を見ていこうと思います。

2. 第四次改正に対する厚生労働省の方針

早いスピードで増大し、まもなく30兆円に届こうとする国民医療費の抑制の

ための医療制度改革の方法の一つとしてなされたのが「医療の質の向上」をテーマとする第四次改正です。

1998（平成10）年12月、医療審議会に「第四次医療法改正後の新しい医療提供体制」と称する厚生労働省案が提出されました。この案は第四次改正に対する厚生労働省の考えを示すものです。この審議会で第四次改正の主テーマである入院医療を提供する体制の整備として、新しい病床区分と医療計画の見直しの議論が始められたのです。また、医療資源の有効活用という観点からの医療情報提供の推進と広告規制の緩和の問題も検討されました。そして、医師と歯科医師の資質の向上策として、努力義務に留まっている2年間の臨床研修の義務化が話し合われました。これまでの制度の問題から医療の質の問題が議論され第四次改正が形成されていきました。⁵

3. 第四次改正の要点

第四次改正のポイントとして、次の4点を挙げる事ができるでしょう。

イ. 入院医療を提供する体制の整備

ロ. 医療における情報提供の推進

ハ. 医師・歯科医師の資質の向上

ニ. 病院業務の外部委託の進展

以下、その4点をみていこうと思います。

イ. 入院医療を提供する体制の整備

諸外国と比較すると日本の患者の平均在院日数は31.5日（1997〔平成9〕年）で長いようです。医療関係者の努力により、89年の38.7から短縮されています。⁶ もしも、在院日数を97年の32.8から半分の16に減らすことができれば、一般病床も半分で済み、国民医療費を抑制することができます。そして、急性期

入院と慢性期入院が混在している問題を解決するために急性期と慢性期の病床区分を行い、これに合わせた人員配置基準及び構造設備基準を設けました。以後、療養型病床群を含む「その他の病床」を有しているすべての病院開設者は、一般か療養のいずれかを選択し、各都道府県に届け出なければならなくなりました。その結果、2003（平成15）年では一般病床が全体の約7割の91万床、療養病床は約3割の34万床となったのです。同時に、一般病床の看護師の配置基準が強化改正され、以前の入院患者4人に対して看護師1人であった基準が、入院患者3人に対して看護師1人となりました。⁷

ロ. 医療における情報提供の推進

医療における情報提供の推進としてカルテ（診療記録）開示の法制化と広告規制の緩和が行われました。

①カルテの開示

インフォームド・コンセントの原則の定着がもたらしたのか、患者と医療関係者双方が参加して質の高い医療を目指すという考えにより、患者の求めがある場合には、原則として、患者の費用負担で患者本人に開示することが義務付けられました。医療従事者は本人の利益を損なうと考える場合は、その求めを拒否できます。が、このカルテ開示の法制化は医師と患者間に信頼関係があれば法律は不要で、法制化の環境が不十分であり、むしろ医療の現場に混乱をもたらす危険性があるとの理由で定着しておりません。罰則規程が制定されなかったことも関係しているかもしれません。

②広告規制の緩和

患者が主体的に医療機関を選別できる際の参考資料を増やすための規制緩和がなされました。⁸ 医師の略歴、年齢、治験に関する事項、クレジットカードの種類等や費用の支払方法、紹介できる介護サービス事業者、健康診断の実施、労災保険の給付対象となる二次検診や保険指導、医療機能評価機構の評価結果

などの広告が新たに認められました。ただし、医師の信頼性に繋がる治療成績の公開は除かれています。広告規制緩和の目的は医療機関選択の資料が増えるということだけではありません。医療機関の実態を患者の選択の目にさらすことにより、医療機関同士の競争を促し、結果的に医療サービスの質を高めることにあります。

ハ. 医師・歯科医師の資質の向上

医療法とともに医師法と歯科医師法も改正され、臨床研修が必修化されました。従来の努力規定から義務規定に改められたのです。すなわち、診療に従事しようとする医師は大学医学部の附属病院または厚生労働大臣の指定する病院において臨床研修を2年以上受けなければならない、臨床研修を終了した医師でなければ病院等の管理者になることができなくなったのです。医師としての人格を涵養し、プライマリー・ケアの基本的な診療能力を修得する研修に専念できる環境の整備が図られることになったのです。この臨床研修は、医師は2004（平成16）年から、歯科医師は2006（平成18）年から実施されています。が、最近では、大学の医師不足が深刻化し、地域の病院からの派遣医師の引き上げや小児医療・夜間救急医療の破綻等の問題が起こっています。

二. 病院業務の外部委託の進展

コスト削減を目的とする「医療関連ビジネス」と呼ばれる病院業務の外部委託は積極的に行われており、2006（平成18）年では約2兆2000億円と推計される病院業務の規制緩和が第四次改正でも認められました。すなわち、外部への委託を条件に検査、給食、消毒、洗濯施設の設置義務が緩和されました。また、給水、暖房、汚物処理施設については必置義務が解除されたのです。

むすびにかえて

医療法の第四次改正は日本の「医療の質」をどのように高めるのかをテーマにして行われました。すなわち、まず、高齢化の進展にともなう疾病構造の変化の中で、良質な医療を効率的に提供するため、病床区分の見直しによる入院医療を提供する体制整備がなされました。病床の混在を解決するために、急性期と慢性期の病床区分がなされ、それに応じた新しい人員配置基準、構造設備基準が設けられました。看護師の配置基準も強化されました。結果、平均在院日数の短縮が実施され、国民医療費の抑制が実現しました。次に、広告規制の緩和による医療における情報提供の推進が図られました。さらに、高度な医療サービスを提供する医療従事者の資質の向上策として、医師及び歯科医師の臨床研修の必修化が行われました。その上、病院及び診療所のコスト削減を目的とする業務の外部委託がさらに進展しました。

以上のような四度にわたる諸改正をふまえて、2006（平成18）年の第五次改正を迎えます。第五次改正は、それまでの微調整と部分的な改正とは異なり、全面的かつ根本的な改正であり、少子高齢化社会に突入した日本においていかにして良質な医療を提供する体制を確立するかにポイントを置く大改正です。それに関する考察は、未検討の診療報酬体系の変遷の考察とともに次回を行う予定です。いかにして財政を破綻させずに国民皆保険制度や医療提供体制を維持し続けるのが重大な課題です。

註

1. 加藤一郎・森嶋昭夫編『医療と人権』有斐閣 1984年 41頁。手嶋 豊編『医事法入門』有斐閣 2006年 43頁。森 茂「薬と人権」、森 茂編『新薬と社会と法』法律文化社 2001年 34頁。

2. 厚生労働省監修「厚生労働白書」(平成7年版)
3. 前田和彦「医事関係法規」、大久保一徳・山本健次・森田成満編著『薬事関係法規・制度』法律文化社 2007年 176頁。
4. 長嶺幸子編著『社会薬学への招待』法律文化社 2008年 30頁。
5. 工藤 高著『第4次医療法改正と介護保険』メディカル・コア 2000年 9頁。
前田和彦、前掲書177頁。
6. 厚生労働省監修「厚生労働白書」(平成11年版)
7. 厚生労働省監修「厚生労働白書」(平成17年版)
8. 工藤 高、前掲書11頁。