

指標

概説医療法改正

副会長

藤原 秀俊

平成29年3月31日、厚生労働省は都道府県に「医療計画作成指針」を発出した。これを受けて現在都道府県は医療計画の作成を急いでいるところである。

この医療計画は、医療法に基づき作成することになるが、医療法は昭和23年制定以降今回の改正で8回目となる。この8回の改正の概要と、中でも特に大きな改正であった第1次改正と第5次改正、また社会情勢が大きく変化した第6次改正に注目し、医療法を取り巻く状況について述べる。

<はじめに>

明治政府は、富国強兵・殖産興業のために欧米諸国の制度を積極的に導入する方針をとり、1868（明治元）年西洋医学採用の布告を出し、1871（明治4）年ドイツ医学を範とすることを決定した。そして1874（明治7）年「医制」を制定した。内容は、

- ① 西洋医学に基づく教育を受けた者に対して、医師開業免許を樹立（従来開業していた漢方医には仮免許状を交付。仮免許は1883（明治16）年医師免許規則等を経て、1906（明治39）年の医師法制定まで続いた）。
- ② 各大学区に医学校1か所を置き病院を併設させる。
- ③ 自由開業医制の規定
- ④ 医薬分業の規定

であった。その後小規模な私立病院が増えたが、1933（昭和8）年に診療所取締規則が設けられ、「病院と称するは診療所にして患者10人以上の収容施設を有するものを謂ふ」と規定された。それまでは病院と診療所には明確な区別はなかった。

1942（昭和17）年には国民医療法が制定され、保険医の強制指定制度が導入された（それまでは、政府と医師会の契約に基づき希望する医師だけが政管健保の保険診療をしていたが、この法律以来地方長

官が一方的に医師を指定し医師は正当な理由がない限り拒否できないことになった）。

1) 第1次医療法改正まで

医療法は、1948（昭和23）年に荒廃した医療施設を整備することを目的に制定された。この医療法によって、

- ① 病院は20床以上、診療所は19床以下
- ② 病院の構造設備基準、人員配置基準
- ③ 診療所の48時間以内の患者収容
- ④ 総合病院制度
- ⑤ 助産所制度

が定められた。その後1950（昭和25）年に医療法人制度が設けられ、1962（昭和37）年に公的病院の新設や病床数の増加を規制する改正が行われたが、それ以降は大きな改革は行われなかった。

1959（昭和34）年、厚生大臣が医療制度調査会を設置し諮問。1963（昭和38）年、調査会の答申が出され、へき地医療対策、救急医療対策、地域の包括的な医療の確保を計画的に行う地域医療計画の考え方が提示された。

1970（昭和45）年、社会保障審議会が開催され、医療提供体制について具体的、長期的な構想をもって実施すべきという意見書を提出。1971（昭和46）年、保険医総辞退を収拾するために日本医師会武見会長と佐藤榮作首相会談が行われ「国民の健康管理体制、医療の提供体制などの基本的事項を計画的に実施できる医療基本法のような法律の制定を考慮する」ことが合意され、これを受けて厚生省（＝厚生省医系技官と医師会）は国会に「医療基本法」を提案するが、これに対して、野党（社会、公明、民社）3党が1972（昭和47）年5月「医療保障基本法案」（＝医療社会化構想）を提出した。そのため与野党両案ともに廃案となった。

こうしたなか1979（昭和54）年、医療法人十全会事件や1980（昭和55）年富士見産婦人科病院事件などが発生した。これを契機に、国会で医療法人の監督を強化するための医療法改正が課題として取り上げられるようになった。1981（昭和56）年厚生省は医療基本法案の中で実現できなかったものを入れるべく、医療計画制度の導入などを取り込んだ医療法改正案を提出した。その内容は、①医療法人に対する監督の強化②都道府県ごとに「地域医療計画」を策定する—というもので、社会保障制度審議会に諮問した。社会保障審議会は改正案の問題点を指摘し、また日本医師会の強い反対があり、厚生省は国会提出を断念した。しかし同年野党の要求を受け、医療法改正法案が国会に提出され、最終的に日本医師会が要求していた「一人医療法人制度」を認めることで、1985（昭和60）年、改正法案が成立した。

これが第一次医療法改正であった。法改正後、医療計画の策定に先立ち「駆け込み増床」が急増した

が、その後は各都道府県で医療計画が作成され、医療施設の整備が進められた。

1948（昭和23）年に制定された医療法が1985（昭和60）年まで一度も改正されなかった理由は、日本医師会武見会長が健在の頃は、絶対に医療法の改正に手をつけさせなかったためと言われている。

2) 第1次医療法改正（1985（昭和60）年成立、1986（昭和61）年施行）

病院病床数が増え、医療費増大を抑制するために、全国を二次医療圏と三次医療圏に分けてそれぞれ病床数の上限を規制した。

- ① 地域医療計画制度の導入
- ② 病院病床数の総量規制
- ③ 医療資源の効率的活用
- ④ 医療機関の機能分担と連携を促進
- ⑤ 医療圏内の必要病床数を制限

医療計画において、医療圏を設定して医療圏毎に必要な病床数（許可制）を算定し、その病床数を超えている医療圏では、新規の病床の開設は都道府県知事が拒否できる規定を新設した。

なお、北海道においては昭和55年に「北海道保健医療基本計画」を策定し、国に先駆け、地域の医療需要に対応して包括的な医療を提供していくための区域として、第一次から第三次の保健医療圏を設定し、独自の取組を行ってきた。当初は第一次保健医療圏として212圏域、第二次保健医療圏として21圏域、第三次保健医療圏として4圏域であった。昭和60年の医療法改正後、昭和63年策定の北海道地域保健医療計画では、第一次・第二次保健医療圏は変わらず、第三次保健医療圏は6圏域となった。その後の市町村合併により昭和55年の基本計画以来の第一次保健医療圏数は179圏域と減少したものの、現在も第二次・第三次保健医療圏はそのままになっている。

3) 第2次医療法改正まで

1990（平成2）年、厚生省は、人口の高齢化、疾病構造の変化、医学技術の進歩、高齢者の医療施設機能の体系化、情報提供を目的とする「第二次医療法改正案」を作成した。同案は社会保障制度審議会の諮問・答申を経て、国会に改正法案が提出され、1992年（平成4）年、改正案が成立した。主な改正内容は、

- ① 医療の理念規定を整備
- ② 高度先進医療を担う「特定機能病院」、慢性患者の長期療養を担う「療養型病床群」の制度化であった。

病院はこれらに一般病院を加えた3種類が整備されることになった。

戦後の医療法では、精神、結核、伝染病などの病床は法律に記載されているが、それ以外は「その他

病床」となっていた。

この改正では、審議会で「急性期病床」と「慢性期病床」に分ける考えであったが、医師会や病院団体が反対し「特定機能病院」と、病棟の中の1つの病室だけを慢性期病床にすることを認める「療養型病床群」として制度化された。

4) 第2次改正（1992（平成4）年成立、1993（平成5）年4月施行）

- ① 特定機能病院と療養型病床群制度の創設
- ② 看護と介護を明確にし、医療の類型化、在宅医療の推進
- ③ 広告規制の緩和

5) 第3次医療法改正まで

1996（平成8）年、介護保険法案が国会に提出され、それに対応した一連の関係法案として第3次医療法改正案が提出された。

療養型病床群を診療所に拡大し、総合病院制度を廃止して地域医療支援病院を制度化した。地域医療計画の充実として、二次医療圏ごとに地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標を定めたものであった。

6) 第3次医療法改正（1997（平成9）年成立、1998（平成10）年4月施行）

- ① 地域医療支援病院制度の創設
- ② 診療所における療養型病床群の設置
- ③ 在宅における介護サービスの在り方
- ④ 医療機関相互の機能分担
- ⑤ インフォームド・コンセントの法制化

7) 第4次医療法改正まで

1997（平成9）年、医療制度改革の4課題の1つに「医療提供体制の改革」が取り上げられ、自由開業制やフリーアクセスの基本は維持しつつ、医療機関の機能分担の明確化と過剰病床の削減や医師数の抑制等を通じて、医療需要に見合った適切かつ効率的な医療提供体制の確立と患者の立場に立った医療情報の提供の推進が求められ、第4次医療法改正へとつながった。

「その他病床」を「一般病床」と「療養病床」に分け、一般病床を結核・精神・感染症・療養病床以外の病床と規定した。また2003（平成15）年8月までに病床区分の届出を医療機関に求め、期限までに届け出がない場合、開設の許可を取り消すものとした。また「必要病床数（許可制）」を「基準病床数（届け出制）」の名称に変更した。

8) 第4次医療法改正（2000（平成12）年成立、2001（平成13）年3月施行）

- ① 一般病床と療養病床の区別

- ② 医療計画の見直し
- ③ 適正な入院医療の確保
- ④ 広告規制の緩和
- ⑤ 医師・歯科医師の2年間の臨床研修必修化

また、この時の改正で、医療安全管理体制の義務がなかった病院や有床診療所にも病院管理者に対し、一定の医療安全管理体制の確保が法的に義務付けられた。有床診療所等への医療安全管理体制の法的義務付けは、平成11年以降の相次ぐ医療事故の表面化により、医療の質向上と医療安全を確保し、医療サービスを維持し向上するための取組であった。

9) 第5次医療法改正まで

その後、第1次医療制度改革以降で最も大きな改革が行われる。これは小泉構造改革「聖域なき構造改革」の一環として行われ「2006年の医療制度構造改革」と言われるもので、医療法全般に亘って大幅に手が加えられた。

都道府県の医療対策協議会の制度化、医療計画制度の見直し、前後期高齢者医療制度、特定健診、7対1看護の導入、医療計画でのPDCAサイクルの導入、4疾病5事業の具体的な連携体制を位置付けたものであった。

※この医療計画制度の見直しで現在の医療計画の骨組みがほぼ出尽くしたと言われている。この後の第5次医療計画（2008年）の内容は、

- ① 4疾病5事業の重視。その具体的な指標や目標値を設定し、PDCAサイクルを回し、
- ② それを通じて地域における機能分化と連携体制を確立していく。

というもので、医療計画の見直しが大きく行われたのであった。

10) 第5次医療法改正（2006（平成18）年成立、2007（平成19）年4月施行）

患者の選択に資する医療機関情報提供の推進、広告規制緩和、医療安全対策の強化、患者相談窓口設置の努力義務、医療計画の見直し、医療機能の分化・連携、行政処分を受けた医師等への再教育、医療法人制度の改革などが行われた。

- ① 患者への医療に関する情報提供の推進
- ② 医療計画制度見直し等を通じた医療機能の分化・地域医療の連携体制の構築
- ③ 地域や診療科による医師不足問題対応
- ④ 医療安全の確保
- ⑤ 医療法人制度改革、社会医療法人制度の創設
- ⑥ 有床診療所に対する規制の見直し（48時間超の入院規制の廃止）

11) 第6次医療法改正まで

○2009（平成21）年9月政権交代（民主党政権）が行われた。

○2012（平成24）年2月17日「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定された。これにより医療計画制度が2025年に向けて新しい歩みを始めることとなった。これは医療・介護の制度改正のスタート地点に立ったことを意味している。社会保障・税一体改革大綱 第3章「医療・介護等」に「医療計画作成指針の改定等」とあり、そこに「2012年度における都道府県による新たな医療計画（2013年度より実施）の策定に向け、医療計画作成指針の改定等を年度内に実施する」と記載された。ここで二次医療圏の設定の考え方を明示した。また在宅医療について達成すべき目標や医療連携体制などを記載し、精神疾患を既存の4疾患に追加して医療連携体制を構築すると記載された。

○2012（平成24）年12月政権交代（自公政権）

○その後、2013（平成25）年8月の社会保障国民会議の最終報告書が、医療・介護分野で非常に画期的な役割を果たした。この社会保障国民会議の最終報告書において、医療・介護で最も注目すべきは、医療・介護費用将来推計が行われたことである。これは急性期医療については在院日数を減らして病床数を減らすと記載し、将来推計では従来の「選択と集中、機能分化を進める」は同じであるが、それをするると全体の費用が増える可能性が高いと初めて明確に示された。そして、費用増大分の対策として明確に消費税増税を打ち出していて、その後の改革の大きな方向性を決めた。

○2013（平成25）年から第6次医療計画が動き始め、4疾病に「精神」を加えて5疾病にしたが、2011年3月に東日本大震災があったため、災害医療の見直しが行われた。もう一つの大きな見直しは在宅医療の重視であった。5疾病5事業並みに、在宅についてもPDCAサイクルを回し、指標や目標値を設定することとなった。

○2013（平成25）年8月の社会保障制度改革国民会議報告書を受け、同年12月「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（いわゆるプログラム法）」が成立。これで消費税増収分を社会保障に充てて充実させるメニューとスケジュールが決定した。これらを受けて、2014（平成26）年6月に「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」（医療介護総合確保推進法）が成立した。ここでは医療法を含む19本の個別法の一括改正が行われた（これが第6次医療法改正である）。

○第6次医療法の改正の目的は、2025年を念頭においた医療提供体制の再構築であった。病床機能報告制度、医療計画の策定プロセスとしての地域医療構想の策定、医療計画と介護保険事業（支援）計画との整合性の確保、協議の場の設置、新たな基金の創設、知事の権限の強化などの項目が制度化された。

12) 第6次医療法改正（2014（平成26）年6月成立、同年10月施行）

- ① 病床の機能分化・連携の推進⇒病床機能報告制度
- ② 地域医療構想の策定
- ③ 地域医療構想調整会議の設置
- ④ 地域医療介護総合確保基金の創設
- ⑤ 在宅医療の推進
- ⑥ 特定機能病院の承認の更新制の導入
- ⑦ 医師・看護職員確保対策（看護師の届出制度）
- ⑧ 医療機関における勤務環境の改善（都道府県に医療勤務環境改善支援センターの設置）
- ⑨ 医療事故に係る調査の仕組み等の整備（医療事故調査制度）
- ⑩ 臨床研究の推進
- ⑪ 医療法人制度の見直し

このうち、2014年10月から、病床機能報告制度、医療機関の勤務環境改善、医療法人制度の見直しが施行され、2015年10月からは医師・看護職員確保対策として、看護師の届出制度、特定行為に係る看護師の研修制度や医療事故調査制度が開始されることになった。

13) 第7次医療法改正（2015（平成27）年）9月公布

地域医療連携推進法人制度の創設と医療法人制度の見直しの2つが大きな柱となった。

- ① 地域医療連携推進法人制度の創設
- ② 医療法人制度の見直し・医療法人の経営の透明性の確保
 - ・医療法人のガバナンスの強化に関する事項
 - ・医療法人の分割等に関する事項
 - ・社会医療法人の認定等に関する事項

14) 第8次医療法改正まで

社会保障審議会医療部会は2017（平成29）年1月、病院長の権限の明確化や強化をはじめ、特定機能病院のガバナンス改革などを盛り込んだ第8次医療法改正等の案を了承し、厚生労働省は通常国会に改正法案を提出した。2017（平成29）年9月末で期限が切れる「持ち分なし医療法人への移行促進策」の延長、医療機関の開設者に対する監督規定の整備などがその内容である。

大学病院が大半を占める特定機能病院のガバナンス改革は、群馬大学医学部附属病院と東京女子医科

大学病院が、医療事故に伴い、2015（平成27）年6月に特定機能病院の承認を取り消されたのがきっかけとなった。

15) 第8次医療法改正（2017（平成29）年6月成立）

- ① より一層の高度な医療安全管理体制の確保
- ② 特定機能病院の開設者に対し、管理者が管理運営業務を遂行するために必要な権限の明確化の義務付け。
- ③ 特定機能病院の開設者に対し、管理者が医療安全を確保できるよう、適切な管理者の選任、監査委員会の設置などの措置を講じる。
- ④ 持ち分なし医療法人への移行計画の認定制度の延長。
- ⑤ 医療機関を開設する者に対する監督規定の整備。
- ⑥ 妊産婦の異常対応等に関する説明の義務化。
- ⑦ 看護師等に対する行政処分に関する調査規定の創設。
- ⑧ 遺伝子関連検査等の品質・精度確保。
- ⑨ 医療機関のウェブサイト等における虚偽・誇大等の表示規制の創設。

<おわりに>

医療計画の基になる、医療法の改正（第1次～第8次）および関連する法律について述べた。この内容は参考文献にあるように、官僚や学者の観点を基にしたものである。医療法の変遷は医療機関自身の問題や社会情勢の変化からもたらされている。医師の自浄作用や医療者側からの政策提言も期待されている。そのためには「医政なくして医療なし」の言葉を噛みしめ、医療のみならず「政策」に関しても大いに発言をしなければならない。

参考文献

- 佐野文男 医療法改正の経過 北海道医報 第880号 1997
島崎謙治 日本の医療 東京大学出版会 2011
埴岡健一ほか 医療政策集中講義 医学書院 2015
中島明彦 医療供給政策の政策過程 同友館 2017
北海道庁ホームページ 二次医療圏の設定に関するこれまでの経過等について 2017