

医療基本法の提案

～いのちを救うグランドデザイン～

東京大学医療政策人材養成講座(HSP)
第4期生「医療基本法プロジェクトチーム」

※連絡先:iryoukihonhou@gmail.com

※資料内のデータは断りのない限り2008年10月時点のもの

本日の目的

- 医療基本法の必要性
 - そのあるべき内容
 - 制定に向けた社会的協働のあり方
- について共に考え、
- 医療基本法の制定の実現と
 - 各ステイクホルダーの「医療再建」に向けた取組の一層の発展
- に資する。

東京大学医療政策人材養成講座(HSP)について

～ 医療を動かす「次世代リーダー」養成プログラム ～

- 東京大学先端科学技術研究センターと医学部の教員が中心となって開講（文部科学省補助事業）
- 2004年度からの5年間に、「政策立案者」、「医療提供者」、「医療ジャーナリスト」、「患者支援者」の立場の250名を超える医療政策を担う人材を養成し、社会に還元・供給
- 医療改革を担うリーダーを育成することで、社会変革の触媒となることを目指す
- 「共通講義」及び「専門講義」履修後に、各ステイクホルダーから構成する「共同研究」で具体的な政策課題に取り組み、政策提言などをまとめ、一部は講座終了後も継続的に活動を展開

HSP: Health Care and Social Policy Leadership Program

HSP第4期生 医療基本法プロジェクト

目的:「納得のいく持続可能な医療」を実現するための医療基本法案に盛り込まれるべき基本理念、制度を検討し、その普及活動を行い、法制定の社会的環境の醸成を図る
活動:勉強会の開催、講演、キーパーソンへの政策提言等

研究メンバー;

藍原 寛子(ジャーナリスト)

今枝 宗一郎(医療提供者)

太田 凡(医療提供者)

小西洋之(政策立案者)

辻 外記子(ジャーナリスト)

矢野 寿彦(ジャーナリスト)

市川 和男(患者支援者)

上塚 芳郎(医療提供者)

尾高貴美子(患者支援者)

小林 秀幸(政策立案者)

矢上 奈里(政策立案者)

※連絡先:iryoukihonhou@gmail.com

イントロダクション

■ 医療を巡るさまざまな問題群

医師の診療科・地域の偏在、医療機関の整備、機能分化・連携の停滞、総合医・専門医の検討、患者等のニーズとの乖離、医療事故対応、医療費の増大…

→有機的に計画的に対応していく必要があるが、その仕組みと、それを導く基本理念、基本方針は？

■ 国政の重要政策分野の基本理念等を定め、計画的取組み等を措置する「基本法」という特別の法律群が存在。医療(だけ)には基本法がない。

→今、「医療基本法」制定の必要性、有効性とは？

本日のプレゼン内容

はじめに

1. 日本国憲法から導かれる医療政策の根本理念
2. 基本法とは何か
3. なぜ今、医療基本法の制定が必要なのか
4. 現状の問題解決等に対する基本法制の有効性
(医療基本法により実現される医療の姿)
5. 諸外国の制度
6. 過去の医療基本法の検討経緯と与野党案について
7. 医療基本法の制定に向けて(現状分析と条件)
8. まとめ

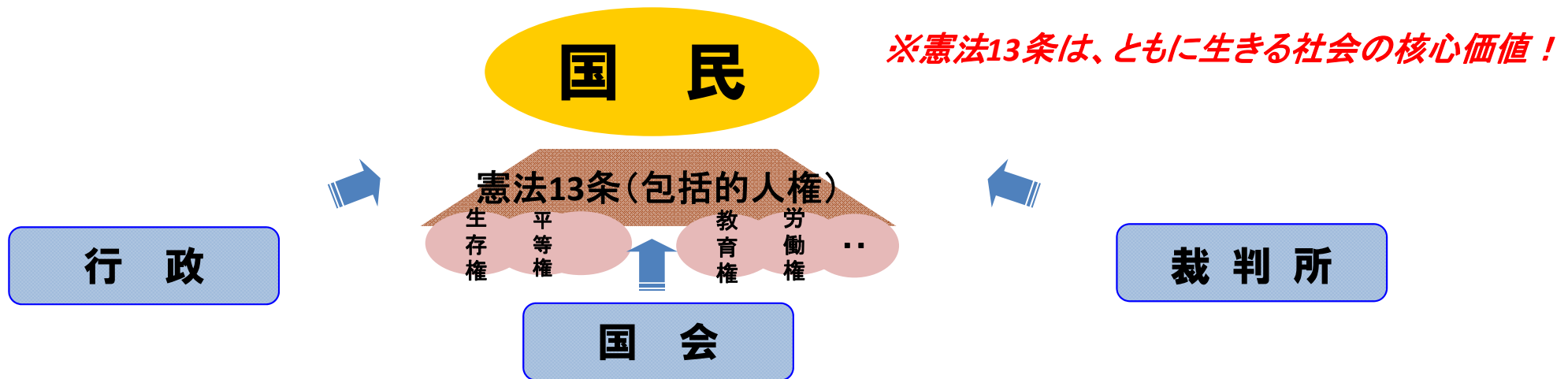
【本題に入る前に・・・】

いきなりな質問で恐縮ですが・・・

日本社会の歴史の中で、
過去及び未来に渡って
一番価値があると思う出来事を
一つだけ挙げるとすれば
何を挙げますか？

1. 医療が対象とする国民の生命・健康の価値と憲法の関係

第十三条 すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。



第二十五条 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

日本国憲法から導かれる医療政策の根本理念(目的)

■ 憲法第13条(個人の尊厳の保持、幸福追求権)

→ 人格的生存(尊厳)を確保するため、最低限レベルは当然として 最大限より良い医療を受けることが実現されるべき

■ 憲法第25条(生存権)

→ 文字通りの生存・健康の確保のために、最低限必要な医療が保障されるべきことを特に明定



「**疾病による尊厳の危機から国民を守る！ 特に、
救える命は必ず救う！ 守れる健康は必ず守る！**」
ことを実現・確保することが医療政策の根本理念

(参考) 憲法25条(生存権)の具現化とは

第25条 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

⇒ 第25条の文理解釈として、当然に生存権が保障されているのではないか??

■生活保護法令を巡る最高裁判所の25条の解釈(昭和42年 朝日訴訟 判旨)

「憲法25条1項…の規定は、すべての国民が健康で文化的な最低限度の生活を営みえるように国政を運営すべきことを国の責務として宣言したにとどまり、直接個々の国民に対して具体的権利を賦与したものではない。

具体的権利としては、憲法の規定の趣旨を実現するために制定された生活保護法によって、はじめて与えられているというべきである。」

⇒ 第25条は国の政策目標・方針の宣言に過ぎないとする「**プログラム規定論**」を基本的に採用 (←学説は批判)

※生活保護法

第一条 この法律は、日本国憲法第二十五条に規定する理念に基き、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする。

第二条 すべて国民は、この法律の定める要件を満たす限り、この法律による保護を、無差別平等に受けることができる。

第三条 この法律により保障される最低限度の生活は、健康で文化的な生活水準を維持することができるものでなければならない。

■従って、医療において憲法25条の生存権の趣旨を具現化するためには、

①生活保護法と同様に法律(医療法) により具体的権利を明定するか(※いわゆる公的医療受給権論など)、あるいは、②医療基本法に医療における生存権保障の趣旨を規定した上で、その下の医療法制全体において、実質的に国民がその尊厳を確保するに足る適切な医療を受けることが保障されるような、体系性と計画性を備えた制度構築を行う必要がある。

(参考) 医療政策の理念、目的規定の比較

■ 医療保障基本法案(昭和四十七年 野党(社会、公明、民社党)提出)

(目的)

第一条 この法律は、憲法二十五条の理念に基づき、すべての国民の生命・健康を守るため、医療保障に関する施策の指針及び国、地方公共団体の責務を明らかにするとともに、その施策の基本となる事項を定め、もって国民の福祉の確保に資することを目的とする。

(基本理念)

第三条 すべて国民は、その生命の尊厳と心身ともに健康な生活を営む権利が保持されるよう、生活の不安を伴うことなく、ひとしく適切な医療を受けることが保障されなければならない。

■ 医療法(昭和二十三年七月三十日法律第二百五号)

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、もって国民の健康の保持に寄与することを目的とする。

第一条の二 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

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、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、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。

第一条の三 国及び地方公共団体は、前条に規定する理念に基づき、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が確保されるよう努めなければならない。

2. 基本法とは何か

- 国政の重要分野について、政策の基本理念、基本方針などを定める法律（一般に「〇〇基本法」の名称を持つ）
- 憲法と個別法との間をつなぎ、憲法の理念を具体化する役割（憲法の補完法的な性格）
- 基本法に示された方針に基づいて、政策実現のための個別法が措置(制定、改正等)され、政策の総合的、計画的推進を確保（親法としての優越的地位、統括性）
- 現在、我が国には36本の「〇〇基本法」がある（※個別法的性格のがん対策基本法を含む）

環境基本法、教育基本法、科学技術基本法、食料・農業・農村基本法、水産基本法、食品安全基本法、中小企業基本法、高度情報通信ネットワーク社会形成基本法、災害対策基本法、観光立国推進基本法、男女共同参画社会基本法、障害者基本法、高齢社会対策基本法、少子化社会対策基本法、国家公務員制度改革基本法……

医療分野にはその政策全般の基本理念、基本方針を定めた基本法がない！

基本法体系の例①

教育基本法(平成十八年十二月二十二日法律第百二十号)

教育基本法(昭和二十二年法律第二十五号)の全部を改正する。我々日本国民は、たゆまぬ努力によって築いてきた民主的で文化的な国家を更に発展させるとともに、世界の平和と人類の福祉の向上に貢献することを願うものである。我々は、この理想を実現するため、個人の尊厳を重んじ、真理と正義を希求し、公共の精神を尊び、豊かな人間性と創造性を備えた人間の育成を期するとともに、伝統を継承し、新しい文化の創造を目指す教育を推進する。ここに、我々は、日本国憲法の精神にのっとり、我が国の未来を切り拓く教育の基本を確立し、その振興を図るため、この法律を制定する。

前文

第一章 教育の目的及び理念(第一条—第四条)

第二章 教育の実施に関する基本(第五条—第十五条)

第三章 教育行政(第十六条・第十七条)

第四章 法令の制定(第十八条)

附則

第一章 教育の目的及び理念

(教育の目的)

第一条 教育は、人格の完成を目指し、平和で民主的な国家及び社会の形成者として必要な資質を備えた心身ともに健康な国民の育成を期して行われなければならない。

環境基本法(平成五年十一月十九日法律第九十一号)

第一章 総則(第一条—第十三条)

第二章 環境の保全に関する基本的施策

第一節 施策の策定等に係る指針(第十四条)

第二節 環境基本計画(第十五条)

第三節 環境基準(第十六条)

第四節 特定地域における公害の防止(第十七条・第十八条)

第五節 国が講ずる環境の保全のための施策等(第十九条—第三十一条)

第六節 地球環境保全等に関する国際協力等(第三十二条—第三十五条)

第七節 地方公共団体の施策(第三十六条)

第八節 費用負担等(第三十七条—第四十条の二)

第三章 環境の保全に関する審議会その他の合議制の機関等

第一節 環境の保全に関する審議会その他の合議制の機関(略)

第二節 公害対策会議(第四十五条・第四十六条)(略)

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、環境の保全について、基本理念を定め、並びに国、地方公共団体、事業者及び国民の責務を明らかにするとともに、環境の保全に関する施策の基本となる事項を定めることにより、環境の保全に関する施策を総合的かつ計画的に推進し、もって現在及び将来の国民の健康で文化的な生活の確保に寄与するとともに人類の福祉に貢献することを目的とする。

基本法体系の例②

男女共同参画社会基本法(平成十一年六月二十三日法律第七十八号)

前文

第一章 総則(第一条—第十二条)

第二章 男女共同参画社会の形成の促進に関する基本的施策(第十三条—第二十条)

第三章 男女共同参画会議(第二十一条—第二十八条)

我が国においては、日本国憲法に個人の尊重と法の下での平等がうたわれ、男女平等の実現に向けた様々な取組が、国際社会における取組とも連動しつつ、着実に進められてきたが、なお一層の努力が必要とされている。

一方、少子高齢化の進展、国内経済活動の成熟化等我が国の社会経済情勢の急速な変化に対応していく上で、男女が、互いにその人権を尊重しつつ責任も分かち合い、性別にかかわらず、その個性と能力を十分に発揮することができる男女共同参画社会の実現は、緊要な課題となっている。

このような状況にかんがみ、男女共同参画社会の実現を二十一世紀の我が国社会を決定する最重要課題と位置付け、社会のあらゆる分野において、男女共同参画社会の形成の促進に関する施策の推進を図っていくことが重要である。

ここに、男女共同参画社会の形成についての基本理念を明らかにしてその方向を示し、将来に向かって国、地方公共団体及び国民の男女共同参画社会の形成に関する取組を総合的かつ計画的に推進するため、この法律を制定する。

(目的)

第一条 この法律は、男女の人権が尊重され、かつ、社会経済情勢の変化に対応できる豊かで活力ある社会を実現することの緊要性にかんがみ、男女共同参画社会の形成に関し、基本理念を定め、並びに国、地方公共団体及び国民の責務を明らかにするとともに、男女共同参画社会の形成の促進に関する施策の基本となる事項を定めることにより、男女共同参画社会の形成を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。

(参考)医療に関連する主な法律

(1)医療施設の規制等

- ・医療法、消防法等

(2)保健医療従事者

- ・医師法
- ・歯科医師法
- ・保健師助産師看護師法
- ・歯科衛生士法
- ・歯科技工士法
- ・診療放射線技師法
- ・臨床検査技師等に関する法律
- ・理学療法士及び作業療法士法
- ・視能訓練士法
- ・言語聴覚士法
- ・臨床工学技士法
- ・技師装具士法
- ・救急救命士法
- ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律
- ・柔道整復師法

(3)保健医療対策

- ・地域保健法
- ・健康増進法
- ・がん対策基本法（※本来は個別法的位置付けと考えられる）
- ・感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律
- ・予防接種法
- ・臓器の移植に関する法律
- ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律
- ・精神保健福祉士法
- ・母子保健法
- ・母体保護法
- ・高齢者の医療の確保に関する法律(旧・老人保健法)
- ・死体解剖保存法
- ・国立高度専門医療センター特別会計法
- ・独立行政法人国立病院機構法

(4)薬務関係

- ・薬事法
- ・薬剤師法
- ・独立行政法人医薬品医療機器総合機構法
- ・独立行政法人医薬基盤研究所法
- ・安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律

(5)社会保障等

- ・健康保険法
- ・国民健康保険法
- ・介護保険法
- ・生活保護法
- ・児童福祉法
- ・労働者災害補償保険法
- ・障害者基本法
- ・高齢社会対策基本法
- ・障害者自立支援法

その他、社会福祉関係各法が医療に関連する

基本法が制定等される契機とは

(1) 新しい重要な政策分野が認識され、その政策体系を構築しようとするとき

→ 最近の例： 高度情報通信ネットワーク社会形成(IT)基本法の制定など

(2) 従来からあった重要な政策分野の環境・条件が異なるものとなり、基本法の制定により、新しい時代・社会に合わせた政策体系に再構築しようとするとき

→ 最近の例： 宇宙基本法、環境基本法、科学技術基本法、観光立国推進基本法など

(3) 従来の基本法政策体系を改正等する場合。((2)の一部)

→ 最近の例： 中小企業基本法の抜本改正、食料・農業・農村基本法の制定(農業基本法の廃止)、教育基本法改正など

3. なぜ今、医療基本法の制定が必要なのか

■ 医療政策の基本理念、基本方針を定める

- ・憲法25条(生存権)の趣旨「救える命は必ず救う！」の具現化
 - ・相互扶助の理念、医療資源の公共性、患者・国民参画等の不可欠な柱方針の設定
- かけがえのない命と健康を守ることに真っ向から取り組む医療(制度)の実現

■ 医療再構築のための指針と具体的な取組推進の基盤を与える

- 医療崩壊の現状の中、懸命に検討されてきたさまざまな議論・提言を、社会的意識共有のもと具体的な制度構築等として実現していく、医療再建の枠組みの設定

■ 全ての関係者(医療従事者、患者・国民等)の社会的意識変革の契機となる

- 各関係者間で新しい医療のかたちを共有し、持続可能な制度を実現

■ 医療財政論(負担と給付論)の前提となる

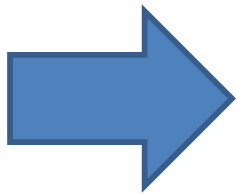
- どのような医療が将来保障されるのか、それがどのような仕組みにより実現されるのか、更に、そこにどのように受益者意思が反映されうるのかが不明なままに、財政論を議論しても無意味

医療、医療政策とは何か

- 医療とは、憲法が国民に保障した生命・健康の尊厳(生存権)を守る唯一の術である。
(**非代替性**) よって、医療政策はそれを実現・確保するものである必要。**(実効性)**
- 医学は科学であり、医療はその実現である。従って、効果の認められた治療法は必要な人的・物的資本を備えれば標準化できる。**(医療の科学性)** そして、憲法は国政において個人の尊厳を平等に確保することを要請している。**(憲法14条＝平等性)**
- 従って、医療政策とは、疾病による尊厳の危機から国民・患者の生命・健康を守るため、医療の効果が平等に最大限発揮されるべく行う資本形成と資源配分である。
(体系性、計画性)
- 故に、一般に、医療政策の人的・物的な資本形成・資源配分には一定の制約を伴う。
(公共性)
- そして、その形成・配分は、平等性の前提として、**尊厳の危機の度合いに応じたものである必要がある。**(憲法13条、25条の趣旨＝弱者の尊重、真の国民・患者本位)
- 更に、疾病の予測不能性等からは医療政策は公的財源措置が必然。**(相互扶助、責任)**

わが国の医療資源の公金負担

- 医療費の財源・・・国25.1%、地方11.4%、保険料49.1%、患者負担14.4%
- 医師の育成費用・・・6年間計約1億円
- 病院の設置等に係る公費助成・・・医療施設等施設整備費補助金
医療提供体制施設整備交付金等
年間数十～数百億円規模（※年度によって異なる）



我が国においては、医療資源は既に公的性質を帯びている！

※公金の加重払い。。。？

- 大阪府泉佐野市、報酬年3500万円、麻酔科医を募集（朝日新聞 2008年2月20日）
- 千葉県が破格の奨学金3200万円創設へ 私大医学生対象（産経新聞 2008年2月2日）

医療基本法に盛り込まれるべき原則 (基本理念、基本方針等のあり方)

○生命・健康に係る尊厳の確保の権利(生存権)の具現化

国及び地方公共団体に国民・患者の生命・健康を守るために必要な医療政策の総合的かつ計画的な実施等を行う法的責務を定めるとともに、全ての国民・患者は、その生命の尊厳と心身共に健康な生活を営む権利を保持されるよう、等しく適正な医療が保障されること。

○医療の範囲及び基準の明定並びにその体系的整備の確保

医療は、健康の保持増進、疾病の予防、治療、リハビリテーション、終末期医療の全てに渡り、かつ、現在の科学的水準より認められた個人の生命・健康の保持を適正かつ最大限に確保する基準のものでなければならない。また、それらの提供体制は有機的かつ体系的に措置され、その施策の総合的かつ計画的な実施が確保されなければならない。

○医療の資本形成・資源配分に係る公共性の確保

医療は、国民・患者がそのかけがえのない生命・健康を委ねるものであり、それは国民・患者が相互扶助の精神に基づき負担した公金(保険料、税)により賄われるものであって、その人的・物的な資本形成及び資源配分に当たっては、対処すべき国民の尊厳の危機の度を踏まえつつ、高度の公共性が確保されなければならない。

○医療の国民・患者本位の政策の確立とその民主的運営の確保

医療における受益者本位のあり方を確保するため、患者関係者等の政策決定過程及び制度運営への民主的参画のほか、インフォームドコンセントの原則化、国民・患者に対する必要な情報開示・提供等のいわゆる患者の権利の保障等を確保する。

○医療の持続性及び効果性確保のための相互扶助、責務の確認

国は、国民皆保険等の公的財源措置の堅持を前提とし国民にそれらの負担を求めるとともに、国民・患者においては、医療の公共性及び医療の可能性と限界についての理解を深め、制度の持続性及び効果性の確保のために、個人の自己決定権及びプライバシー権等に抵触しない範囲での健康保持の努力義務、制度の適正利用義務、完全匿名治療情報の提供の責務(P)等を負うものとする。

医療基本法骨子案の構成

1 総則(目的・基本理念等)

- 国民・患者の生命・健康に係る尊厳の確保の権利(憲法25条:生存権)の具現化
- 医療の範囲及び基準の明定並びにその体系的整備の確保
- 医療の資本形成・資源配分に係る公共性の確保
- 医療における国民・患者本位の政策の確立とその民主的運営の確保
- 医療の持続性及び効果性の確保のための責務の確認

2 基本的施策

(1) 疾病の予防及び早期発見の推進

(2) 医療の範囲・基準の策定及び均てん化の確保等

■標準治療及びその提供体制の確保

- ・標準診療指針(ガイドライン)の策定
- ・標準診療指針(ガイドライン)を確保する医療提供体制の構築

■難病、専門疾患等の対策のあり方

■医療従事者の育成と人員確保等

- ・医療従事者の確保のための施策
- ・医療従事者の質の確保(研修、専門資格制度等)
- ・医療従事者に係る業務の分担・連携
- ・医療従事者の偏在是正の措置(適正配置の確保)
- ・医療従事者の処遇

■医療機関の体系的整備等

- ・病院及び診療所の機能分担
- ・医療機関の体系的整備(※難病等対策も含む)
- ・医療過疎地域対策
- ・救急医療対策
- ・医療機関の分化・連携確保に係る措置

■患者の療養生活の質の維持向上等

■医療情報の収集・分析・提供体制の整備等

(3) 生命倫理医療

(4) 研究の推進等

(5) 医薬制度のあり方

(6) 患者の権利の尊重等

(7) 国民・患者主体の政策の確保等(患者等参画)

(8) 社会連帯に基づく医療の推進(啓発・教育等)

(9) 良質かつ適切な医療の確保(質と安全等)

(10) 医療事故紛争処理、救済の確保等

(11) 医療費適正化の促進等

(12) 財源確保の措置等

3 医療再建計画(仮称)

4 医療再建推進本部(仮称)

5 医療制度基本問題審議会(仮称)

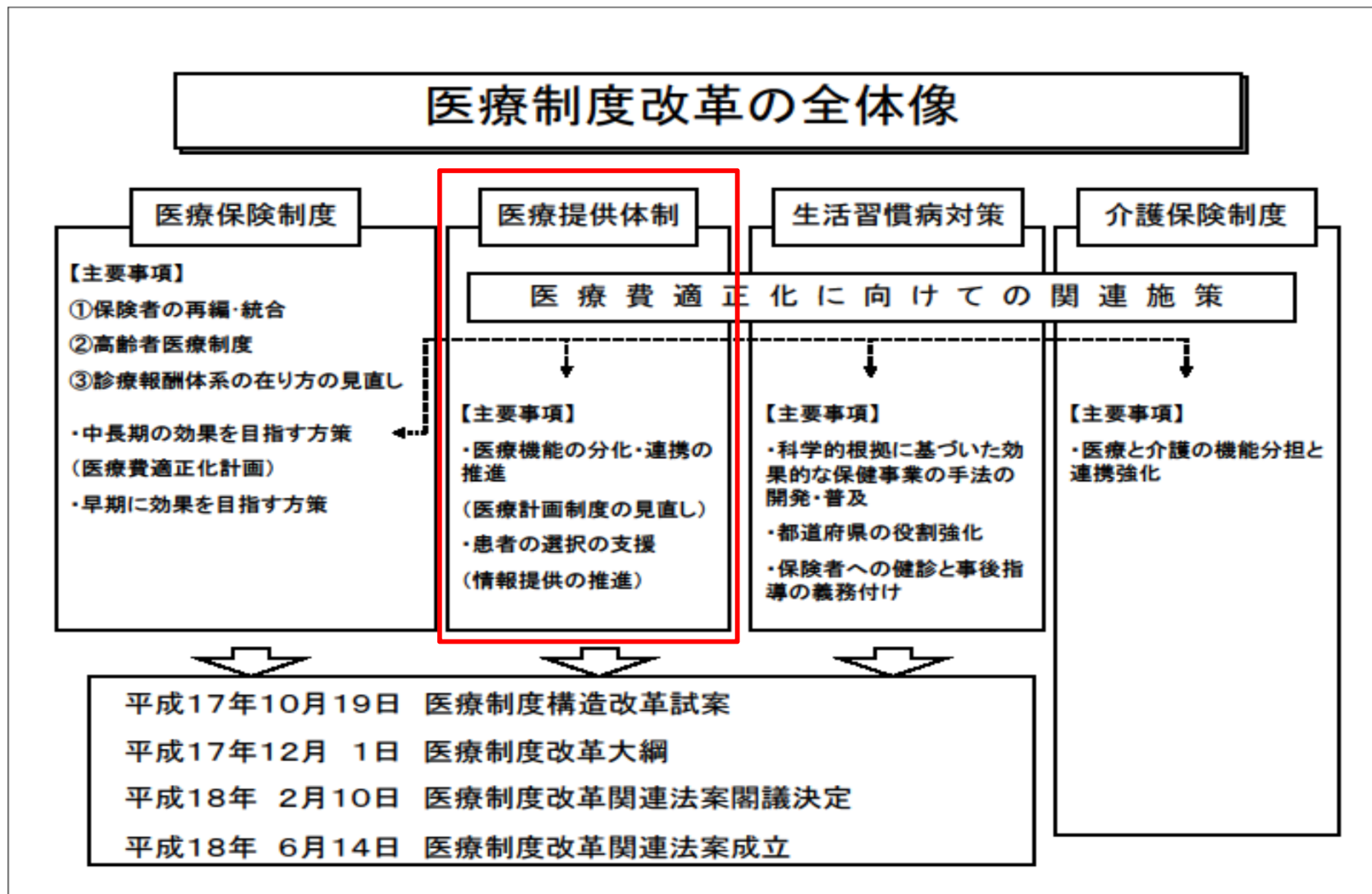
4. 現状の問題解決等に対する基本法制の有効性 (医療基本法により実現される医療の姿)

医師不足、過剰勤務、モンスターパシエント、救急車の受け入れ困難、医療の質、医療機関の分化・連携、専門医・総合医、医療財政、国民・患者の政策決定プロセス参加、患者の権利保障、医療事故の真相究明、再発防止、被害者救済、終末期医療のあり方、先端医療と倫理、医療不確実性の理解

.....
.....
.....等々

問題山積、各論地獄！

国民皆保険制度創設以来の大改革（※はじめに）



医療計画等の策定自体が、医師不足、医療機能の分化・連携の推進、在宅医療、地域ケアの推進など、多岐にわたる課題への解決につながるものである。
 (※p.155)

➡ 本当だろうか？

3つの課題

- ① 病床数の量的管理から質（医療連携・医療安全）を評価する医療計画へ
- ② 住民・患者に分かりやすい医療計画へ
- ③ 数値目標を示し評価できる医療計画へ

3つの視点

- ①「住民・患者」
- ②「医療提供者」
- ③「都道府県」

医療連携体制

一つの医療機関だけで完結する医療



地域の医療提供者が医療連携によって患者の治療を分担、完結する医療を推進



- 患者が受診する医療機関を選択
- 医療機関相互の協力と切磋琢磨
- 医療サービスの質の向上

法律

- 医療提供体制の確保。
- 国による基本方針の策定。
- 都道府県による医療計画の策定。
 - ・ 生活習慣病その他省令で定める疾病
 - ・ **【5事業】 救急医療、災害医療、へき地医療、小児医療、周産期医療**

4疾病の考え方

- ※ 患者数が多く、かつ、死亡率が高い
- ※ 症状の経過に応じて救急医療から福祉まできめ細かな対応が求められる。

省令

- 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を規定
【4疾病】 がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病

基本方針(大臣告示)

- 医療提供体制の確保に関する基本的考え方
 - ・ 4疾病及び5事業に関する医療連携体制の考え方

作成指針(局長・課長通知)

- 医療計画において、医療提供体制の確保に関する具体的手順
 - ・ 疾病又は事業ごとに医療機能の目安を明らかにし、医療機関が互いに信頼を醸成し円滑な連携を推進するための実施手順

都道府県医療計画

- 医療計画の策定
 - ・ 4疾病及び5事業の医療体制について、患者動向、医療資源等**地域の実情**に応じて構築。
 - ・ 脳卒中の医療体制については、平成19年度中に構築。その他の疾病・事業についても平成20年度中に構築。

脳卒中の現状と求められる治療

- 脳卒中・・・脳梗塞、脳出血、くも膜下出血
- 救急搬送患者の11%、約33万人/年
- 患者数約137万人
- 年間約13万人が死亡。全体の11.8%(第3位)
- 寝たきり原因の30% (発症後1ヶ月23%、1年後19%が寝たきりの状態になる)
- 要介護者の25.7%(第一位)
- 急性期の早急かつ濃厚な専門治療、リハビリが必要
- 回復期の専門かつ集中的なリハビリが必要
- 専門チーム、ケアユニット治療が予後改善に有効

疾病又は事業ごとの医療提供体制構築に係る指針
厚生労働省医政局指導課長通知(平成19年3月30日)より²⁶

脳卒中の医療体制

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】	
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	《在宅療養》 生活の場での療養支援
目標	●脳卒中の発症予防	●発症後2時間以内の急性期病院到着	●来院後1時間以内の専門的治療開始 ●急性期に行うリハビリテーション実施	●回復期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理	●維持期に行うリハビリテーション実施 ●在宅等への復帰及び生活の継続支援	●在宅療養支援 ●希望する患者に対する看取り
医療機関例			●救命救急センターを有する病院 ●脳卒中の専用病室を有する病院	●リハビリテーションを専門とする病院 ●回復期リハビリテーション病棟を有する病院	●介護老人保健施設 ●介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所	●診療所 等
求められる事項(抄)	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請 【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院に2時間以内に搬送	●CT・MRI検査の24時間対応 ●専門的診療の24時間対応 ●来院後1時間以内にt-PAによる脳血栓溶解療法を実施 ●外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始 ●廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーション実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●機能障害の改善及びADL向上のリハビリテーションを集中的に実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ●在宅復帰のための居宅介護サービスを調整	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●訪問看護ステーション、薬局と連携した在宅医療 ●希望する患者に対する居宅での看取り ●居宅介護サービスとの連携
連携	●発症から治療開始までの時間短縮		●医療施設間における診療情報・治療計画の共有			
指標による現状把握	●基本健診受診率	●発症から救急通報までの時間 ●救急要請から医療機関到着までの時間	●SCU等を有する医療機関数・病床数 ●t-PAによる脳血栓溶解療法実施医療機関数、実施率 ●急性期リハビリテーション実施医療機関数	●回復期のリハビリテーション実施医療機関数	●介護保険によるリハビリテーション実施施設数	●在宅療養支援診療所数
			●入院中のケアプラン作成率		●地域連携クリティカルパス導入率	
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合 ●発症1年後のADLの状況 ●脳卒中を主原因とする要介護認定者数 ●年齢調整死亡率					

医療計画中の脳卒中の急性期医療機関に関する比較

	「求められる機能」の医療計画記載 (課長通知例示:7項目)	患者が受診する医療機関を選択 (課長通知例示:救命救急センター、専門病室)	医療機関相互の協力と切磋琢磨	医療のサービスの質の向上
青森	<ul style="list-style-type: none"> ・7項目よりも大幅に緩い(独自上乘せ基準もなし) 【掲載基準】 急性期のCT、MRIに対応可能 脳神経外科への紹介が可能	<ul style="list-style-type: none"> ・リスト掲載の機能の基準が緩く、専門機能を有さないものも多数含まれている ・専門治療を行える病院間の機能差は不明 	?	?
岩手	<ul style="list-style-type: none"> ・7項目を全て含み、更に独自の上乘せ基準設定(年間症例数、高度治療) 	<ul style="list-style-type: none"> ・リスト掲載の基準を明記(参考:急性期リハを含む。予防期機関も記載。) ・t-PA治療及び独自設定の高度治療について各医療機関の対応可否を明記 	ある程度期待できるか	ある程度期待できるか
徳島	<ul style="list-style-type: none"> ・7項目と同じ記載 (※急性期医療機関不在の医療圏が一つある)	<ul style="list-style-type: none"> ・リスト掲載の機能の基準が不明 (専門治療を行える病院間の機能差が不明)	?	?

脳神経外科専門医に関する比較

	人口	年齢調整死亡率/10万	県内の脳神経外科専門医数	急性期機関専門医不在率(不在機関/全機関)
青森	1436657人	129.3	43人	56/75=75%
岩手	1375000人	126.1	76人	3/16=19%
徳島	795030人	95	60人	12/22=55%

※青森県は内科診療所等も急性期医療機関としている。

	訓練施設数 (うち専門医在籍数)	訓練施設不在医療圏数	各医療圏内の訓練施設に在籍する専門医数 ※()内は大学病院
青森	7(21人)	2(全6圏)	21人 = 7, 6(6), 6, 2, 0, 0 人
岩手	13(46人)	1(全9圏)	46人 = 27(24), 4, 4, 2, 2, 1, 1, 1, 0 人
徳島	10(47人)	2(全6圏)	47人 = 39(23), 5, 2, 1, 0, 0 人

■ポイント

- ・死亡率と死亡率当たりの専門医数が反比例
- ・死亡率の高い青森が訓練施設が少ない。
- ・急性期医療機関で専門医が不在の割合が、岩手は徳島より多い。
- ・医療圏内に訓練施設不在の医療圏が存在し、医療圏ごとの専門医の偏在が著しい。

※医療圏内に全く専門医がいない医療圏は青森1、岩手1、徳島2

脳卒中の回復期リハビリ提供体制の分析 (徳島県東部 I 医療圏)

PT 理学療法士
OT 作業療法士
ST 言語聴覚士

第5次徳島県保健医療計画

(平成20年5月1日現在)

脳卒中の医療体制

	【急性期】	【回復期】	【維持期】
機能	○救急医療の機能を有する病院	○身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能を有する医療機関	○日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーションを実施する機能を有する医療機関 *印は在宅療養支援診療所
医療圏	※□は救急医療圏		
東部 I	【東部 I】 徳島市 徳島大学病院 徳島県立中央病院 徳島市民病院 水の都脳神経外科病院 寺沢病院 田岡病院 協立病院 松永病院 石井町 手東病院 【東部 II】 鳴門市 健康保険鳴門病院 兼松病院 松茂町 芳川病院 浦田病院 北島町 きたじま田岡病院	徳島市 徳島通信病院 リハビリ・リハビリ大神子病院 水の都脳神経外科病院 佐藤病院 鈴江病院 寺沢病院 徳島健生病院 協立病院 伊月病院 橋本病院 中洲八木病院 田岡病院 博愛記念病院 林病院 沖の洲病院 木下病院 天満病院 近藤内科病院 亀井病院 松永病院 華の都クリニック 城東整形外科内科 林内科 いわせ整形外科 文庫記念内科 水の都リハビリ・リハビリクリニック 高杉内科外科小児科脳外科 鳴門市 鳴門山上病院 小川病院 兼松病院 石井町 手東病院 松茂町 芳川病院 浦田病院 クリニック由 北島町 きたじま田岡病院 藍住町 稲次整形外科病院	徳島市 リハビリ・リハビリ大神子病院 佐藤病院 寺沢病院 田比野病院 専成病院 吉川病院 協立病院 伊月病院 武田病院 橋本病院 中洲八木病院 たおか内科病院 東洋病院 徳山病院 田岡病院 リハビリ・リハビリのぞみ病院 林病院 保岡クリニック徳田病院 沖の洲病院 木下病院 天満病院 亀井病院 松永病院 華の都クリニック 徳島内科 + 城東整形外科内科 + 佐友医院 + 三木内科 徳田内科 + たけひさ医院 鳴門市 鳴門山上病院 岩朝病院 小川病院 兼松病院 徳島内科循環器科 心い愛診療所連携 + 石井町 手東病院 上田医院 + 徳山町 徳山医院 + 徳島木外科内科 + 中谷医院 + 松茂町 芳川病院 浦田病院 クリニック由 + 北島町 いのちと眼科内科 + 藍住町 浜病院 稲次整形外科病院 内科クリニックオムラ + 増田クリニック

※徳島県実施の「徳島県医療施設機能調査（脳卒中）」について回答のあった医療機関のみ掲載

- ・回復期リハ病棟(専従PT2名以上&OT1名以上&I~III) 7病棟
 - ・脳血管疾患等リハ料(I)(PT5名以上&OT1名以上)
 - ・脳血管疾患等リハ料(II)(PT1名以上&OT1名以上)
 - ・脳血管疾患等リハ料(III)(PT1名以上orOT1名以上)
- ※いずれも言語聴覚療法を行う時はST1名以上

■全36機関中、リハ専門医在籍は2機関

■回復期リハ病棟又は(I)機関は15機関(41%)

■(II)、(III)機関に重症患者が運ばれると適正なリハビリを受けられない可能性が大きい。

■そもそも、仮に、回復期リハ病棟または(I)の機能を満たしていたとしても、それで廃用症候群を確実に防げるかという疑問。

※日本リハビリテーション医学会HP、徳島県医療情報HP、各病院HP、電話調査等による(一部推計も含む)

本来あるべき回復期リハビリの基準とは？

- （旅先で発症し3ヶ月後、）都立駒込病院に入院してさらに三ヶ月リハビリ生活を送ったが、この病院にはリハビリ科はあったものの、リハビリ専門医はいなかった。リハビリの目的もはっきりしないお粗末なものだった。後で気付いたことだが、この時期、つまり最も大切な回復期に、専門的リハビリ治療を受けられなかったことは、一生の痛恨事となった。（略）

本格的にリハビリを受けたのは、東京都リハビリテーション病院にやっと空きベットが見つかり、そこに転院してからであった（注：発症五ヶ月後）。ここに来て始めて、専門医の指導の下、優れた理学療法士と、平均的な作業療法士、言語聴覚士による系統的訓練を受けることが出来た。（多田富雄）

- 「ここへ来た患者様の大部分は、他なら寝たきりにとなっていた可能性が大です。」（初台リハビリテーション病院 酒向医師）

（173床、PT83、OT75、ST27、SW11名等総勢332名 ※病床数は病院HPより）

ある現場の新人作業療法士(OT)の感想・・・

- 利益追求しない病院で、急性期・回復期・維持期にそれぞれ専門のリハビリ専門認定医が居て、その医師の下で十分な人数のリハスタッフ(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)が居て、看護師・介護福祉士・ケアマネージャー・ソーシャルワーカーなどの全スタッフが勉強熱心で向上心が高く、リハ機器も十分に取り揃えてあったらいいなあと思います。
- リハビリ内容も、それぞれの疾患で違うから、例えば、この病院はCVA(脳卒中で脳神経外科)のリハ認定医が居る、パーキンソン病(神経内科)のリハ認定医が居るみたいに、疾患によって、ちゃんと認定医が居たらいいなあと思います。

脳卒中治療 チーム力で差

未来の「かかりつけ」知ろう

日本脳卒中学会理事で日本医大内科主任教授の片山泰朗さんは「脳卒中の治療やリハビリは医師だけでなく、理学療法士や医療スタッフ全員のチーム力で差がつく。自宅近くで脳卒中治療に熱心な医療機関を見つけておいてほしい」と話している。

脳卒中 主な医療機関の治療実績

A=総患者数、B=t-PA 使用件数、C=リハビリスタッフ数、D=患者100人あたりのリハビリスタッフ数

都道府県	病院名	A	B	C	D
青森	弘前脳卒中センター	517	23	45	8.7
	八戸市立市民病院	456	5	11	2.4
	十和田市立中央病院	360	3	10	2.8
	青森市民病院	343	6	7	2
	県立中央病院	306	5	10	3.3
岩手	県立中央病院	653	15	8	1.2
	岩手医大付属病院	541	4	11	2
	盛岡赤十字病院	450	12	6	1.3
	県立花巻厚生病院	373	0	3	0.8
徳島	徳島市民病院	397	2	—	—
	徳島赤十字病院	390	19	9	2.3

◎「—」は未回答または不明。 2007年1～12月の治療実績などをアンケート調査

2008年6月1日 YOMIURI ONLINE (読売新聞)より抜粋 <http://www.yomiuri.co.jp/iryuu/medi/jitsuryoku/20080602-oyt8t00555.htm>

注: 記事中ただし書き 「ただし、診療科ごとに縦割りの大病院などでは、患者数全体が把握できていない場合がある。

患者数が実態よりも少ないと、数値が大きくなる。スタッフの実数も参考にしてほしい」

各医療計画の「指標、数値目標」の比較

徳島県 第3 数値目標 平成20年4月		
数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
脳卒中死亡率(人口10万人対)★	総数132.1 男性132.3 女性131.6 (H15)	25%減少
特定健康診査受診率★◇	男性55.9% 女性53.7% (H18)	70%以上
地域連携クリティカルパス導入医療圏数	—	6

★「徳島県健康増進計画(健康徳島21)」における目標
◇「徳島県医療費適正化計画」における目標

岩手県 指標及び数値目標			
指標数	単位	現状(H17)	目標年次(H24)
脳血管疾患の年齢調整死亡率	人口10万対	60.5	12.5%減 (H22年調査結果値による)

青森県 第4 指標と数値目標等			
区分	指標	現状	数値目標等(H24)
発症予防 応急手当 病院前救護	健診受診者の増加	371,241人(H16年度)	517,000人以上(H22年度)
	救急搬送時間の短縮(救急要請から医療機関収容までに要した平均時間)	29.9分(H18年)	発症後2時間以内の急性期病院への搬送
	救急救命士数	238人(H19年)	増加
	搬送疾病	—	適正化
急性期	急性期脳血管障害治療の実施施設数	16施設(H18年)	増加
	24時間画像検査の実施施設数	32施設(H18年)	増加
	年齢調整死亡率(人口10万対)	男84.0人、 女45.3人 (H17年)	男68.7人 女39.8人
	脳外科医師数	44人(H18年)	増加
回復期	回復期リハビリテーション実施病床割合	3.8%(H18年度)	4.2%
	入院日数	96.8日(H17年)	65.3日
維持期	通所・訪問リハビリテーション、訪問看護等の訪問サービスを行う介護サービス事業所数	介護老人保健施設54施設 医療機関30施設 訪問看護ステーション79施設 (H17年)	増加
全ての期間に共通	地域連携パス実施地域	2圏域(H18年度)	全圏域(6圏域)

各県の脳卒中地域連携クリティカルパス構築の取り組み

- 青森 4圏域内で構築実績有り。2圏域内で構築中。
- 岩手 構築に向け取組中。
- 徳島 構築に向け取組中。

しかし、その実体は・・・？

- ∴ 厚生労働省の診療報酬加点に係る脳卒中の地域連携クリティカルパスへの参加要件は、単に医療計画にリストアップされていることに過ぎない。
(実際にどういうレベルの治療(高度治療・専門リハビリ等)を提供しているかは問わない。)

患者の政策決定プロセスへの参加①

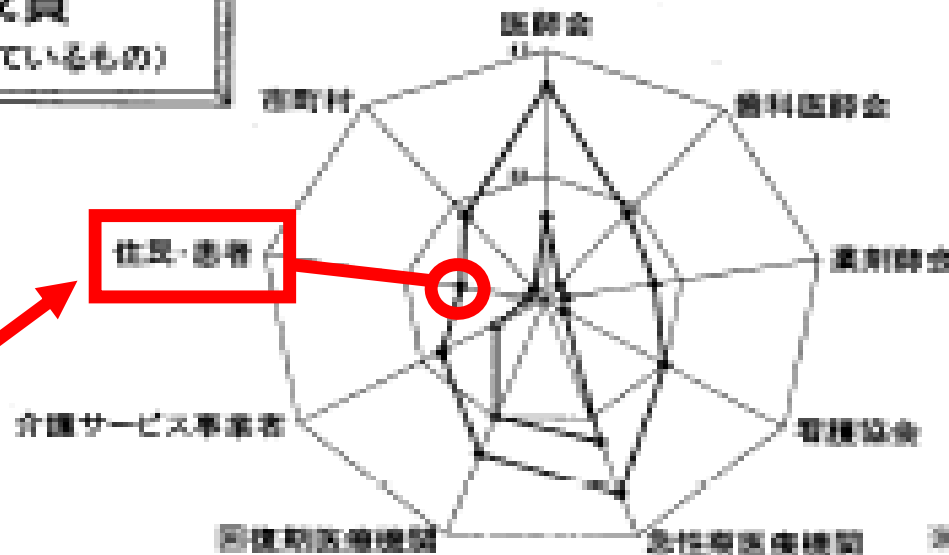
② 脳卒中

医療機能調査の対象項目
(予定を含む)



tPAは時間が重要
しかし、搬送時間は
ほとんどの県で
触れられていない。

作業部会の構成員
(うち脳卒中診療に関与しているもの)



住民・患者の割合は低い

H20年2月 厚生労働省
全国分局長会議資料

※ 各団体等を作業部会の構成員
としている都道府県数

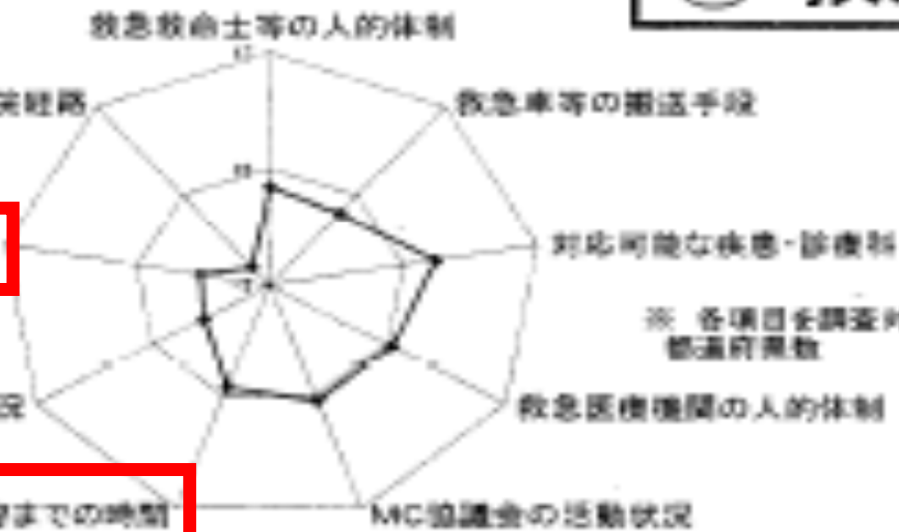
患者の政策決定プロセスへの参加②

⑤ 救急医療

医療機能調査の対象項目
(予定を含む)

搬送元ごとの搬送状況

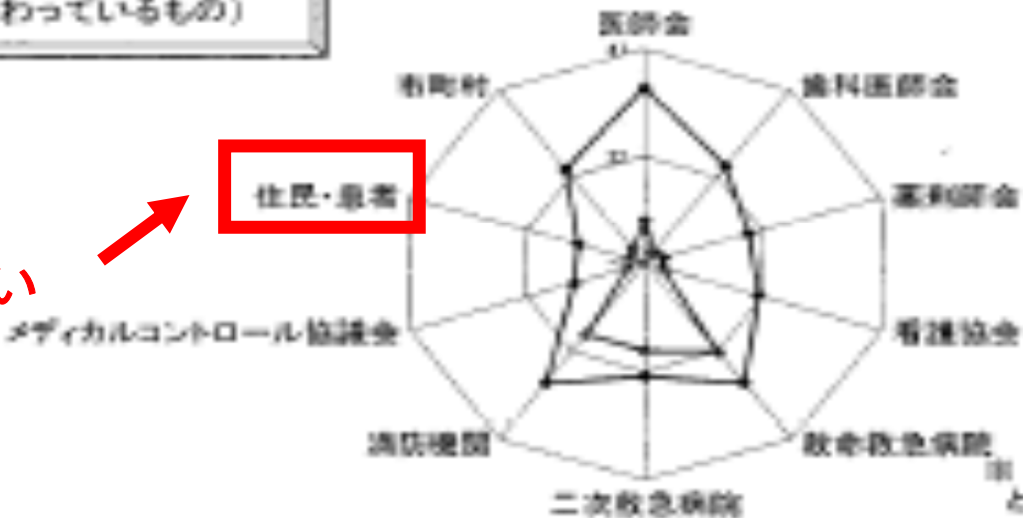
通報から収容までの時間



たらい回し等の
基礎資料となるが
調査割合は低い

作業部会の構成員
(うち救急医療に現に携わっているもの)

住民・患者



住民・患者の割合は低い

H20年2月 厚生労働省
全国分局長会議資料

現行の医療計画制度の欠陥・問題点

(理念→)調査→計画策定→実行→分析・評価→改訂 が機能しているか？

4疾病5事業につき、計画体系「数値目標、調査、分析、評価、変更」と、医療機能情報提供を併せて、実効性を高める政策循環機能の仕組みが制度の趣旨(局長通知)。(※なお、発症時に情報確認が不能な急性疾患等に係る「政策循環機能」はその前提自体に誤りがある(私見))

■医療政策の根本理念・目的が中途半端(「生命・健康を守る」とのずれ)
「国民の医療に対する安心、信頼の確保」を目指し、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保」を図る(法1条、大臣告示 ※なお、医療法に「安心、信頼」の概念規定なし)

■医療政策の本質部分を県委任し無責任体制(医療の範囲、基準等)
都道府県が「**地域の実情に**応じて」、計画を如何様にも策定可能(法30条の4、大臣告示)

- ・4疾病5事業に求められる医療機能
- ・4疾病5事業以外の疾患の取り組み
- ・3次診療圏(概ね一都道府県の区域単位)で提供する医療
(先進技術、特殊医療機器、発生頻度の低い疾病、特に専門性の高い救急医療)
- ・医療機関等名称の記載方法(圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合など)(局長通知)

■医師等の育成・適正配置の体系的措置がない(医療提供体制構築とは別扱い)

- ・医療計画に地域医師対策協議会決定の施策を記載(局長通知)

現行の医療計画制度の欠陥・問題点

(理念→)調査→計画策定→実行→分析・評価→改訂 が機能しているか？

■制度の実行化を担保する仕組みが不十分

- ・地域の医療機関の信頼醸成、円滑連携で計画推進(局長通知)
- ・都道府県知事の病床数調整の勧告権が限定(法30条の11)
- ・在宅医療等の提供支援等が努力義務に止まる(法30条の7)
- ・医療資源・連携等の事前調査、事後の評価事項は任意(局長通知)
- ・見直し期間について、最低限期間を5年ごとに設定(局長通知)

■患者本位の医療の実現という理念・実行措置が不十分

- ・患者が利用者・費用負担者として主体的に「参加することが望まれる」(大臣告示)
- ・4疾病5事業の計画策定協議は「住民その他地域関係者」(医療法30条の4)
計画策定の作業部会への「患者代表などの参画」は唯の例示に留まる(課長通知)
圏域連絡会議(地域連携クリティカルパス導入検討)に患者参加は想定なし(課長通知)
- ・計画策定に医師会意見聴取義務はあるが、パブコメ義務規定もなし(法30の4)
- ・「地域医師対策協議会」のメンバーに患者・市民の明示なし(大臣告示)

※大臣告示には医療法条文にはない「患者本位」という言葉があるが、インフォームドコンセントの文脈で使われているに過ぎない
※がん対策基本法第20条「患者及びその家族又は遺族を代表する者」への計画の聴取義務あり。しかし、医療法体系では効果なし。

背景・・・？ 日本医師会HPより <http://www.med.or.jp/doctor/iryohou/renkei.html#kacho> (抜粋。下線等はママ)

4疾病5事業ごとの医療体制について

■ 日本医師会の考え方

新しい医療計画は、国の政策の一方向的な押し付けに従うものではなく、地域の実情を十分に反映し、適切な医療連携を構築することができるものでなければなりません。

日本医師会では、上記の理由から、厚生労働省の通知や指針が、なるべく都道府県を拘束せず、自由度を高めるよう主張いたしました。実際の厚生労働省の通知や指針等でも、下記「留意点」にもあるとおり、「目安であり、必ずしもこれに縛られるものではない」といった文言が加えられるなど柔軟性を持たせた内容となっています。

各都道府県医師会には、「作業部会」や「圏域連携会議」を通じて、疾病又は事業ごとの医療連携体制を構築する際に、主導的な役割を果たしていただきたい。

特に、医療審議会等の下に設置される「作業部会」は、圏域の設定や数値目標の検討を協議する場であり重要です。

■ 医療連携体制構築に当たっての留意点

★ 地域の実情に応じた医療連携体制の構築

改正医療法第30条の4第1項では、「都道府県は、(国の定める)基本方針に即して、かつ、**地域の実情に応じて**」、医療計画を定めると規定されていること。疾病又は事業ごとの医療体制は、「各都道府県が、患者動向、医療資源等**地域の実情に応じて構築するものである**」とされていること(指導課長通知)。厚労省指針は、**医療体制の構築のための目安であり、必ずしもこれに縛られるものではない**と明記されていること(指導課長通知)。

★ 医療審議会等作業部会、圏域連携会議

「作業部会」が、疾病又は事業ごとに協議する場として都道府県医療審議会等の下に設置されるが、その構成員の筆頭に「**地域医師会等の医療関係団体**」が挙げられていること。また、作業部会は、圏域の設定や数値目標の検討を協議する場であること(指導課長通知)。圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場である「圏域連携会議」は、保健所が、**地域医師会等と連携して主催**するとされていること(指導課長通知)。各医療連携体制の「圏域」は、従来の二次医療圏にこだわらないものであること(基準病床数は、従来どおり)(指導課長通知)。

★ 各医療機能を担う医療機関

「地域によっては、医療資源の制約等により、一つの医療機関が複数の機能を担うこともありうる」とされていること(指導課長通知)。各医療機能を担う医療機関等の名称が原則として記載されるが、「例えば圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合など、**地域の実情に応じて記載することで差し支えない**」とされていること(指導課長通知)。

★ 数値目標関係

数値目標は、他の計画等の目標を勘案するとの規定はあるものの、**地域の実情に応じて設定**することとされるとともに、厚労省指針中に掲げられている**指標は参考例**とされていること(指導課長通知)。「平均在院日数」の短縮などは、厚労省指針の「参考:指標の例」には挙げられていないこと。ただし、数値目標の設定に当たっては「医療費適正化計画」等に定められる目標を勘案するものとするとしていること(指導課長通知)¹。

医療基本法体系による問題解決と再構築

基本法体系

■生存権の具現化(核心理念)

国等に生命・健康を守る法的責務を定め、国民・患者に適正医療を受けることを保障。

■医療の範囲・基準、体系的整備の確保

医療は各病期の全てに渡り標準治療が施され、また、その提供体制は有機的・体系的・計画的に措置される。

■医療資本形成・資源配分の公共性確保

公金(保険料、税)による医療の人的・物的な資本形成・資源配分は、対処すべき尊厳の危機の度合いに応じて、高度の公共性が確保される

■患者本位の政策確立と民主的運営確保

受益者本位のあり方確保のため、いわゆる患者の権利の保障、政策決定過程及び制度運営への民主的参画等を確保する

■持続性・効果性のための国民責務の確認

国民は公的医療財源を負担し、医療の公共性、可能性と限界についての理解を深め、健康保持の努力義務、制度の適正利用義務等の責務を負う。

現行法体系

■医療政策の理念なし(不明確)

- ・「医療に対する安心、信頼の確保」
- ・「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制確保」、「国民の健康の保持に寄与」(法第1条)

■医療の本質の無責任体制(丸投げ)

○「地域の実情に応じて」

- ・4疾病5事業の医療機能
- ・4疾病5事業以外、3次診療圏の医療
- ・医療機関等名称の記載方法

■医師等の育成・適正配置措置なし

- ・地域医療対策協議会の決定施策

■制度実行化が不能・不十分

- ・信頼醸成等で推進、知事勧告権限定
- ・在宅医療の提供支援等は努力義務
- ・医療機能等の調査、評価事項は任意
- ・見直期間は5年ごと

■患者本位の理念・措置が不十分

- ・患者が参加することが望まれる。
- ・各政策決定プロセスでの患者参加権なし(4疾病5事業、クリティカルパス、地域医師対策協議会)

新しい医療の姿

■国による標準治療ガイドライン策定とその実現支援措置。

■計画体系による取組

- ・全ての疾病に対する体系的取組
- ・疾病の特性等を踏まえた国・県の役割分担
- ・適切な医療提供体制の構築

・客観的指標等による集約等を実現する仕組み

- ・在宅医療・休日・夜間診療の確保

・医療従事者の権利・身分保障

■医療従事者の質・量の確保

- ・専門医育成・認定制度
- ・一定医療圏ごとの医師適正配置

■受益者本位

- ・患者の全ての政策プロセスへの原則参加

■政策の科学性確保

- ・データの体系的整備・分析
- ・PDCAサイクルの確立

■

■

個人の尊厳保障、最大限の幸福追求の実現

基本法制定による医療法体系の再構築イメージ

法律 (医療法)

- 医療提供体制の確保。
- 国による基本方針の策定。
- 都道府県による医療計画の策定。

省令

- 生活習慣病その他の国民の健康を図るために特に広範かつ継続提供が必要と認められる疾病

基本方針 (大臣告示)

- 医療提供体制の確保に関する 方

作成指針 (局長・課長通知)

- 医療計画において、医療提供に関する具体的手順 に

都道府県医療計画

- 医療計画の策定
 - ・ 4 疾病及び 5 事業の医療体制について、患者動向、医療資源等地域の実情に応じて構築。
 - ・ 脳卒中の医療体制については、平成19年度中に構築。その他の疾病・事業についても平成20年度中に構築。

憲法

- 13 条 個人の尊厳、幸福追求権
- 25 条 生存権
- 14 条 平等権
- 前文等 国民主権 等

医療基本法

- 生存権の具現化 (核心理念)
- 医療の範囲・基準、体系的整備の確保
- 医療資本形成・資源配分の公共性確保
- 患者本位の政策確立と民主的運営確保
- 持続性・効果性のための国民責務の確認

基本法制下による制度再構築の進め方

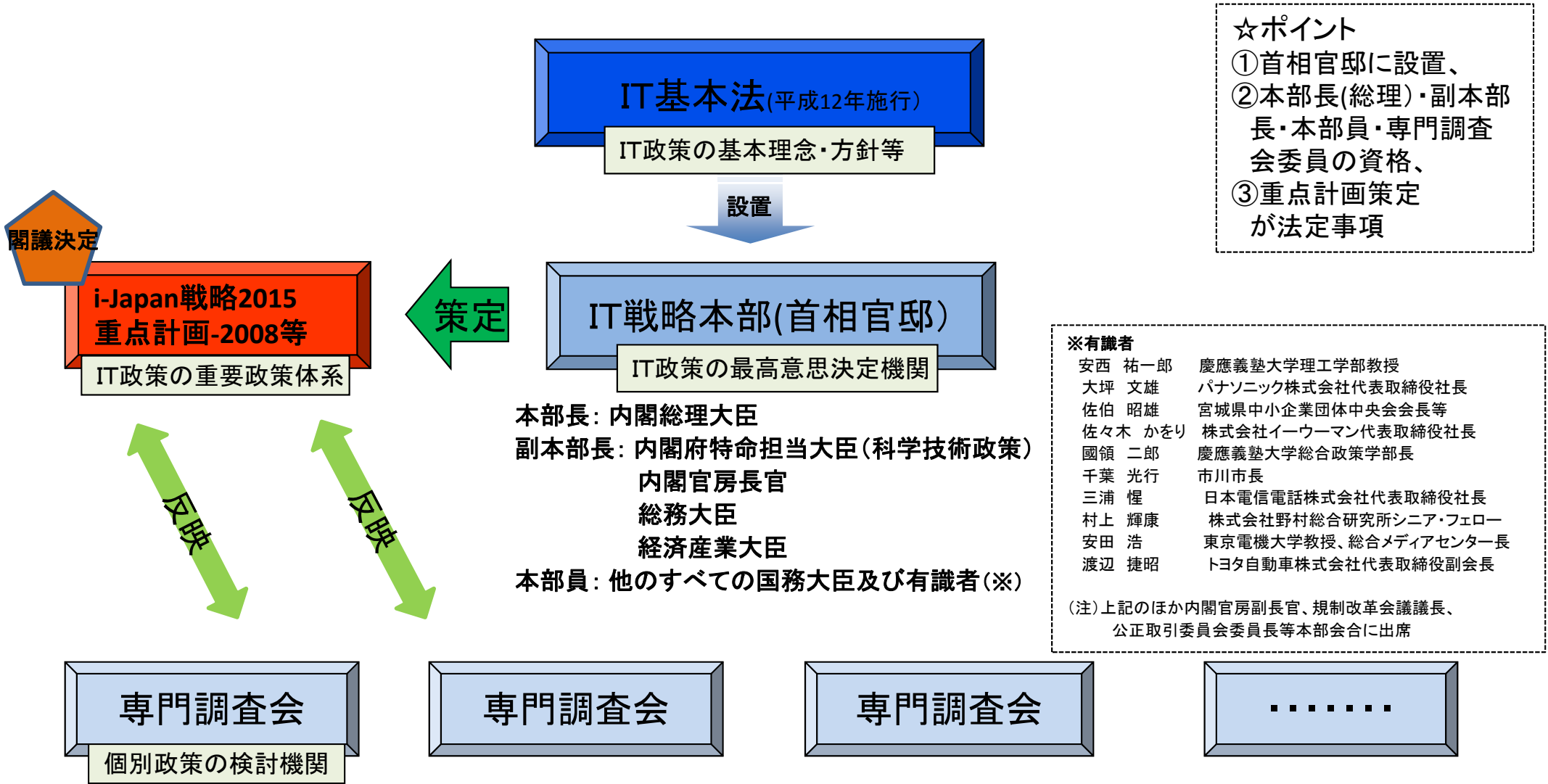
■制度再構築のポイント

- ・政策の最終決定責任の所在を制度上（法律上）明らかにする
（⇒最終的な政治責任を担う総理大臣が最適）
- ・縦割り排除（政策連携）のため関係大臣の参加を確保するとともに、
計画推進の横断的・統括的なマネジメントを確保する
- ・利用者本位の実現等のため患者関係者及び民間人（有識者等）の
参画を確保する
- ・予算との連携を担保する（財務大臣の参加、中医協等への反映など）

※その他

- ・検討過程を含め、情報公開を徹底する。
- ・計画等には必ず実施責任者、期限、数値目標を詳細明記する
- ・計画達成を期限、数値を元に定期的に評価等するPDCAサイクルを制度的に措置する 等々

IT基本法体系の政策推進体制



☆ポイント

- ①首相官邸に設置、
- ②本部長(総理)・副本部長・本部員・専門調査会委員の資格、
- ③重点計画策定が法定事項

※有識者

安西 祐一郎	慶應義塾大学理工学部教授
大坪 文雄	パナソニック株式会社代表取締役社長
佐伯 昭雄	宮城県中小企業団体中央会会長等
佐々木 かをり	株式会社イーウーマン代表取締役社長
國領 二郎	慶應義塾大学総合政策学部長
千葉 光行	市川市長
三浦 惺	日本電信電話株式会社代表取締役社長
村上 輝康	株式会社野村総合研究所シニア・フェロー
安田 浩	東京電機大学教授、総合メディアセンター長
渡辺 捷昭	トヨタ自動車株式会社代表取締役副会長

(注) 上記のほか内閣官房副長官、規制改革会議議長、公正取引委員会委員長等本部会合に出席

- デジタル放送移行完了対策推進会議、情報セキュリティ政策会議、各府省情報化統括責任者(CIO)連絡会議／CIO補佐官等連絡会議
IT戦略の今後の在り方に関する専門調査会、 デジタル利活用のための重点点検専門調査会、電子私書箱(仮称)による社会保障サービス等のIT化に関する検討会
- 評価専門調査会: 電子政府評価委員会、医療評価委員会
- その他: 電子政府ガイドライン作成検討会、社会保障カードの基本的な構想に関する報告、IT安心会議(インターネット上の違法・有害情報対策)

現行の医療政策推進体制のイメージ

憲法



財務省

中医協等

厚労省

文科省

総務省

...

財政措置

対策措置

①法律の不備、②施策的限界等のため不十分な措置

※非体系・計画的施策の問題

- ・一時的措置に留まる
- ・政策効果が疑わしい
- ・部分的(縦割り)
- ・財源不足
- ・財政政策との連携不足 等々

国会

医療法 方針等あやふや

医師法 方針等あやふや

がん対策基本法 方針等具備

健康増進法

医療計画体系 措置等中途半端

医療の質等の確保 措置等中途半端

患者参画

がん対策推進計画体系 措置等未達 (孤軍奮闘・孤立無援)

健康増進計画体系

医師偏在問題

医療機能未整備問題

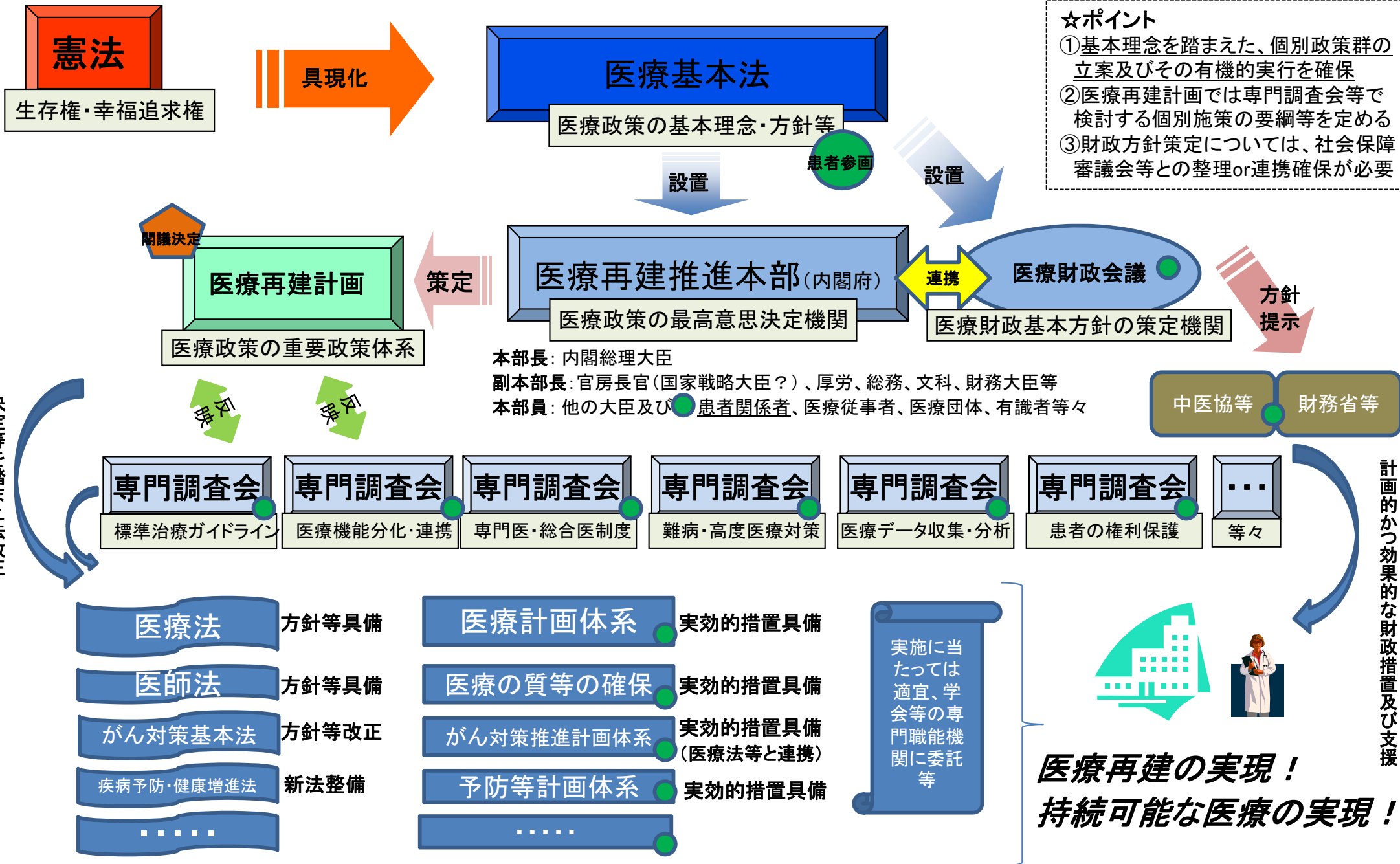
...

医療崩壊

患者参画

医療基本法体系の政策推進案イメージ

※医療基本法体系等に準じたものですが、基本法体系には様々ありこれが絶対ではありません



☆ポイント

- ①基本理念を踏まえた、個別政策群の立案及びその有機的実行を確保
- ②医療再建計画では専門調査会等で検討する個別施策の要綱等を定める
- ③財政方針策定については、社会保障審議会等との整理or連携確保が必要

ちなみに。。。

★医療基本法制下でマジックワードはどう変わるか？

■都道府県は「地域の实情により・・・」(好きにやって良い)



■都道府県は、本法令等に定める事項を必須のものとして必ず措置した上で、その他「地域の实情により」、それに付加すべき施策の推進を図ることとする

5. 諸外国の制度：医療機関の分化・連携（1）

多くの国では、かかりつけ医制度を導入



かかりつけ医、一般医



紹介



病院または専門医



イギリス

国民は、かかりつけ医をあらかじめ登録しておき、救急の場合を除き、まずかかりつけ医の診療を受ける。



フランス

2004年よりかかりつけ医制度を導入。かかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合には、一部負担金が増額。



ドイツ

病院では外来診療は行っておらず、患者は最初に開業医である保険医の診察を受ける。保険医は患者が自由に選択できるが、初診後3ヶ月は特別な事情のない限り、医師を変えることはできない

諸外国の制度：医療の質の確保と医師の適正配置（2）

保険医の数の抑制策

人口密度やその他の地域性をふまえた患者数に応じて保険医数を定める。
過剰供給となった場合、保険医協会の判断により、認可を制限。



ドイツ

保健医療改善委員会によるパフォーマンス評価

全ての地域の医療サービスのパフォーマンス（業績）を評価し、より良い成績を上げているNHSの地方組織には、より一層の裁量権が与えられる。



イギリス

医療地図の導入

医療提供のための地域が設定され、病床および高額医療機器については国の定める整備指標に従って設置。



フランス

諸外国の制度：患者の権利関係（1）

- 「リスボン宣言」 1981年世界医師会総会・・・自己決定権等の11項目の行動指針
- 「ヨーロッパ患者の権利宣言」 1994年WHO患者の権利に関するヨーロッパ会議
- ①**保健医療における人権と価値**
 - ・・・「人間として尊重される権利」、「自己決定の権利」、「身体及び精神の不可侵性の権利並びに身体の安全が保障される権利」
- ②**情報**・・・「情報を提供される権利（ただし、治療上の例外を含む）」、「告知されない権利」、「セカンド・オピニオンを得る権利」
- ③**コンセント**・・・「インフォームド・コンセントはあらゆる治療行為に当たって当然に必要な（「人体の組織保存や利用、臨床教育への参加、科学的研究への参加」の際も含む）」
- ④**秘密保持とプライバシー**
 - ・・・「個人情報保護」、「データの匿名性確保」、「記録アクセス権」、「データの訂正、補完、削除、明瞭化、更新を要求する権利」
- ⑤**ケアと治療**・・・「自己の健康の必要性に応じた保健医療を受ける権利」、「自己の医師その他の医療提供者及び保健医療施設を選択し、変更する権利」、「ターミナルケアを受け、尊厳ある死を迎える権利」など
- ⑥**適用**・・・権利の行使は差別なく保障され、患者の国際的人権規範に適合し、法的な手続きに従って適用される。「苦情申立の権利」については、「自己の苦情が調査され、処理され、その結果について情報を提供される権利を有する」

諸外国の医療制度：患者の権利関係（2）


■患者の権利法制化の類型

- ①独立した患者の権利法を制定する ……フィンランド、オランダ、フランス、ベルギー等
- ②包括的な患者の権利条項をつくり、他の医療関連法の中に挿入する
……………スペイン、オーストリア、ハンガリー等
- ③一部の権利だけを取り上げ、それに特化した法律を制定する……………スウェーデン、英等
- ④患者の権利を幾つかの既存の法律に分散させる……………チェコ、ドイツ、イタリア、ロシア、スイス等
- ⑤患者の権利憲章（権利宣言）を制定する
……………イギリス・フランス・ドイツ等（国家レベル）、日本（病院単位、自治体単位）

※我が国の患者の権利に関する取組には、「患者の諸権利を定める法律要綱案」（1991年 患者の権利法をつくる会）、「患者の権利の確立に関する制限」（1992年 日弁連）、「説明と同意についての報告」（1990年 日本医師会）、「インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会」（1995年 厚労省）、「診療情報の提供等に関する指針（個人情報保護法制）」（2003年 厚労省）等がある。

※「医療を受ける者の尊厳の保持及び自己決定に資する医療情報の提供、相談支援及び医療事故等の原因究明の促進等に関する法律案」（民主党提出、2006年通常国会審議未了廃案）は、上記③に属するものと解される。

■患者の権利と医療基本法との関係

 諸外国で立法化されている患者の権利に関する基本理念等は、当然、医療基本法の中に規定され、それを受け、医療法、医師法等の個別法を改正し、必要に応じて特別法（いわゆる患者の権利法・医療事故原因究明・再発防止等）を制定する。

6. 過去の医療分野の基本法(与野党案)の検討経緯等について

○経緯

- ・厚生省の社会保険審議会の意見(1970年)等で、医療提供体制の抜本改革を指摘。
- ・1971年の保険医総辞退の收拾策の一つとして、法案の策定が与党自民党と日本医師会の間で合意。
- ・統制計画体系の厚生省試案に医師会が難色を示したが、医師主体の医療の理念の挿入などの修正を経て、1972年の通常国会会期末に**政府案として医療基本法案を国会に提出するも、審議未了廃案**。
- ・野党側も、同国会の懸案であった保険制度の抜本改正となる健康保険法改正案の審議入りの条件として、政府・与党に医療基本法案の提出を要求するとともに、その提出に先立ち、**社会・公明・民社党の共同提案による医療保障基本法を提出**したが、同じく**審議未了廃案**となる。

○政府・与党提出による「医療基本法案」の概要

- ・前文に**「医療は、医師及び歯科医師が中心となって行うものであり」**と規定。
- ・第2章「医療計画等」において、国の医療計画及び都道府県計画からなる計画体系を規定。
- ・第3章「医療計画審議会等」において、厚生省に医療計画審議会、都道府県に都道府県医療計画審議会の設置を規定し、都道府県内の地域ごとに地域医療協議会を設置できる旨を規定。

○社会、公明、民社党の三党共同提案による「医療保障基本法」の概要

- ・第1章総則において、**憲法25条の趣旨の具現(第1条、3条)、医療の公共性、医療の民主性等の理念を規定**。
- ・第3章で「公費負担医療の拡充及び医療保険制度の改革」、第4章で「医療機関の体系的整備」、第5章で「医療担当者(従事者)の確保」、第7章で「医療事故に係る原因の判定及び被害の救済」について規定。
- ・第8章「行政機構の改革」において、国には、内閣総理大臣の所管の下に学識経験者委員からなる「中央医療委員会」、都道府県等には、公選委員からなる「地方医療委員会」の設置を規定。

7. わが国の医療改革をめぐる状況(2009年3月以降の動き)①

【政治】

・8月総選挙の全政党のマニフェストの柱項目に医療関係が記載。特に、公明党については、具体的に医療分野全体を対象とする「基本法」の制定を記載。

■公明党:『「医療基本法」の制定』医療は患者のためにあることを明確にし、国や地方自治体の役割、患者の医療政策決定への参加のための「医療改革国民会議」の設置、医師・医療機関の責務などを盛り込んだ「医療基本法」を制定します。

■共産党:〔医療の安全、患者の権利〕患者の権利を明記し、医療行政全般に患者の声を反映する仕組みをつくる「基本法」の制定をすすめます。

【行政等】

・3月 医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究班提言

・4月 ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会報告書「患者の権利の擁護という観点を中心に医療関係諸法規の整理・整備を図るという喫緊の課題・・・、医療の基本法の法制化に向けて本提言を行う所以」

・6月 財政制度審議会建議「平成22年度予算編成の基本的考え方について」『「医療提供体制の再生・確保、医療費の負担について」の中で、診療報酬改定プロセスの改革による医療費配分の見直し、医師の適正配置に係る規制的・経済的手法の導入等を提案』

・6月 安心社会実現会議報告「国民の命と基本的人権(患者の自己決定権・最善の医療を受ける権利)を実現するため、2年を目途にそのことを明確に規定する基本法の制定を推進」

【患者関係者】

・5月 患者の声を医療政策に反映させるあり方協議会(自民、公明、民主、共産の4党の議員招き医療基本法制定に関する勉強会開催)

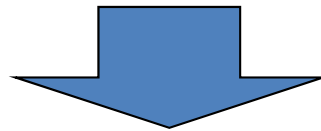
・10月 患者の権利宣言25周年記念集会「今こそ患者の権利・医療基本法を！」(※患者の権利法をつくる会が事務局)

【医療関係者】

・脳卒中対策基本法、救急医療対策基本法制定の取り組み等 (※患者関係者を中心とした「肝炎対策基本法」も)

わが国の医療改革をめぐる状況(2009年3月以降の動き)②

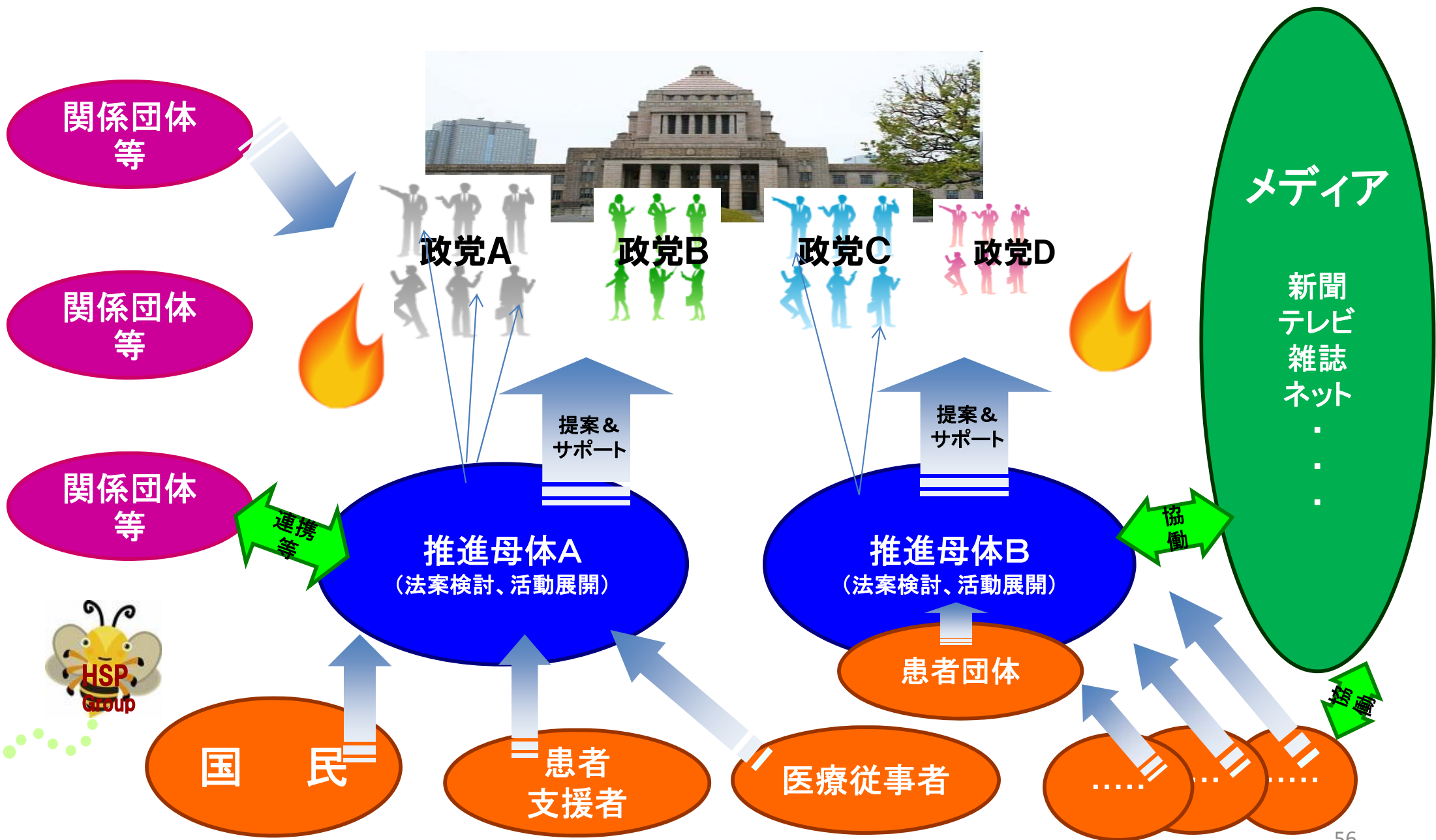
- ・ 昨年の「読売新聞社 医療改革の提言」等以降、医師数増加等の医療資源の拡充は社会的コンセンサスを経て政権公約となり、また、医師の適正配置、医療機関の分化・連携の徹底など、従来制度の枠組みを超えた提言が(前政権下ではあるものの)行政関係などからも現出している。
- ・ 特に、「医療基本法の制定」が公党のマニフェストに掲載された意義は大きい。
- ・ さらに、患者の権利保護等に着眼した観点から、医療分野の基本法を制定を推進する動きが現れている。



- ・ 医療基本法の必要性、有効性に係る社会的認識やその契機が広がる傾向にある。
- ・ また、次期参議院選挙を控え、大きな政治決断を引き出す絶好の機会！

今こそ全てのステイクホルダーが医療基本法の制定を唱えるべき時！！！！

医療基本法制定に向けた社会的協働イメージ



8. まとめ

■医療基本法制定の意義

- ・憲法25条の趣旨を具現化し医療政策の基本理念・方針を定め、国民のかけがえのない生命・健康の保持に真っ向勝負する制度に改める。
- ・医療再建にあたって、確かな基本理念・方針を踏まえた個別施策実現の仕組みと基盤を与える。
- ・全ての関係者(医療従事者、患者等)の意識変革の契機となる(新しい医療のかたちを共有)
- ・医療財政論(負担と給付論)の前提及びその基準となる

■実現に向けて

- ・医療基本法は、医療に関わる全てのステイクホルダーがそれぞれの立場からその意義を見出しうるもの。実現に向けた社会的協働は必要にして可能。
- ・次期参議院選挙に向けて、一層の社会的論点化のチャンス。

■最後に

- ・「思うに、希望とは、もともとあるものだともいえないし、ないものだともいえない。それは地上の道のようなものである。地上には、もともと道はない。歩く人が多くなれば、それが道になるのだ。」(魯迅)