

国民に信頼される医療の再構築にむけて 日本医師会の提言

日本記者クラブ

2010年5月7日

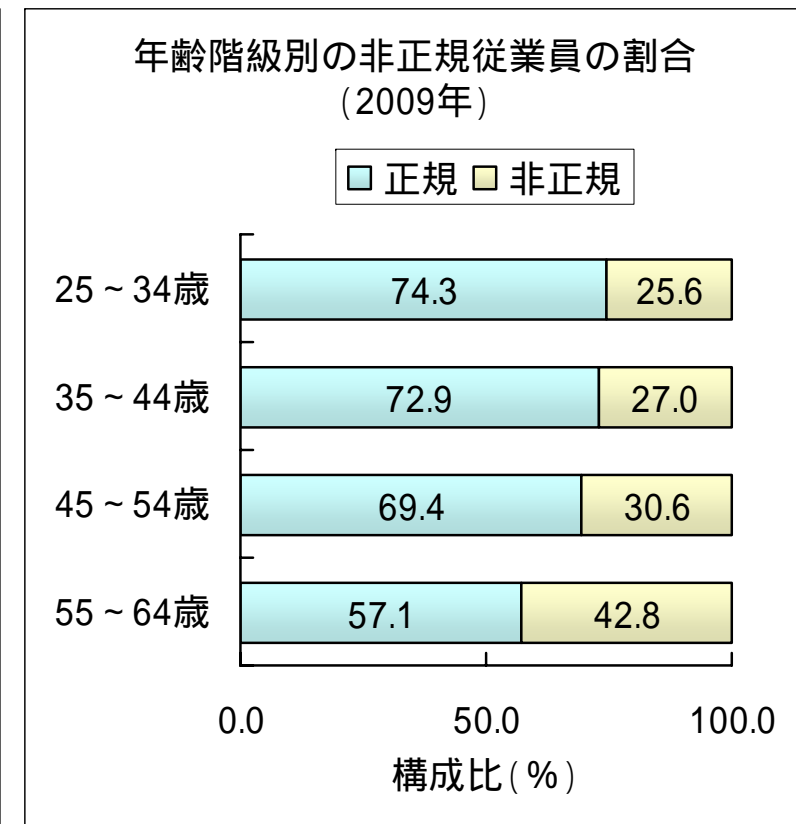
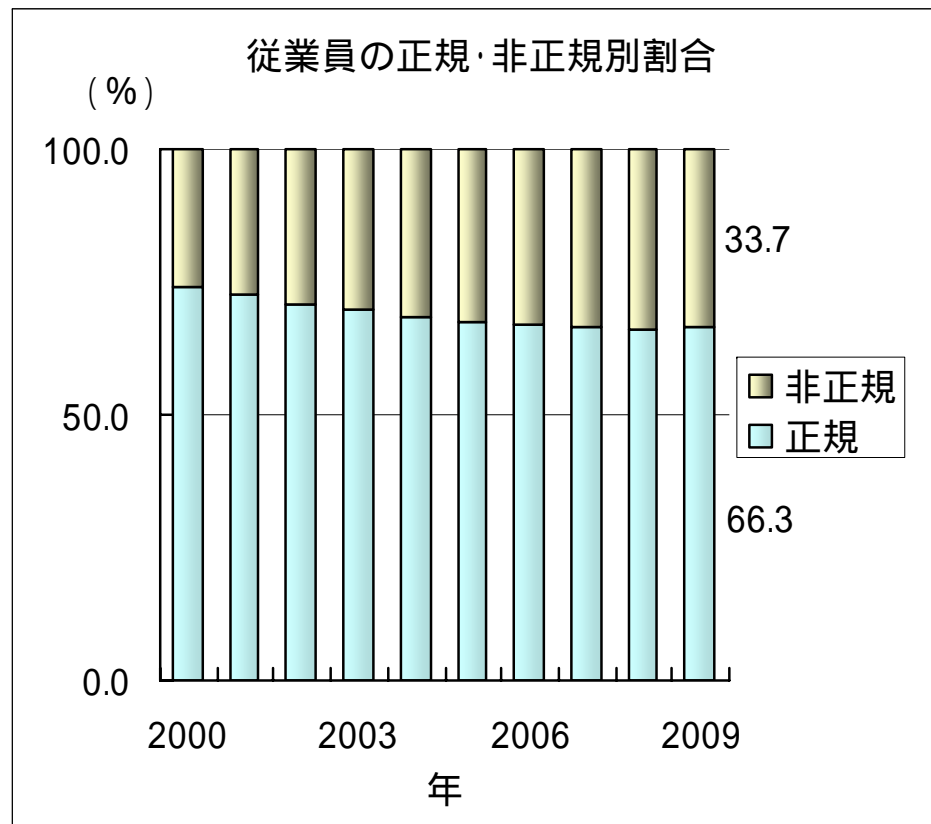
社団法人 日本医師会
会長 原中 勝征

医師の誇りと国民の医療に対する信頼を取り戻すため、日本医師会は、以下の提言を行う。

- 1．国民皆保険を堅持するための雇用環境の是正
- 2．超高齢社会を見据えた社会保障全体の長期ビジョンの提示
- 3．医療費の引き上げ
- 4．患者一部負担割合の引き下げ
- 5．医療・介護への公費の投入
- 6．地方からの医療再生
- 7．国民の視点に立った医療再構築
- 8．市場原理主義からの訣別
- 9．医学部新設に対する日本医師会の見解

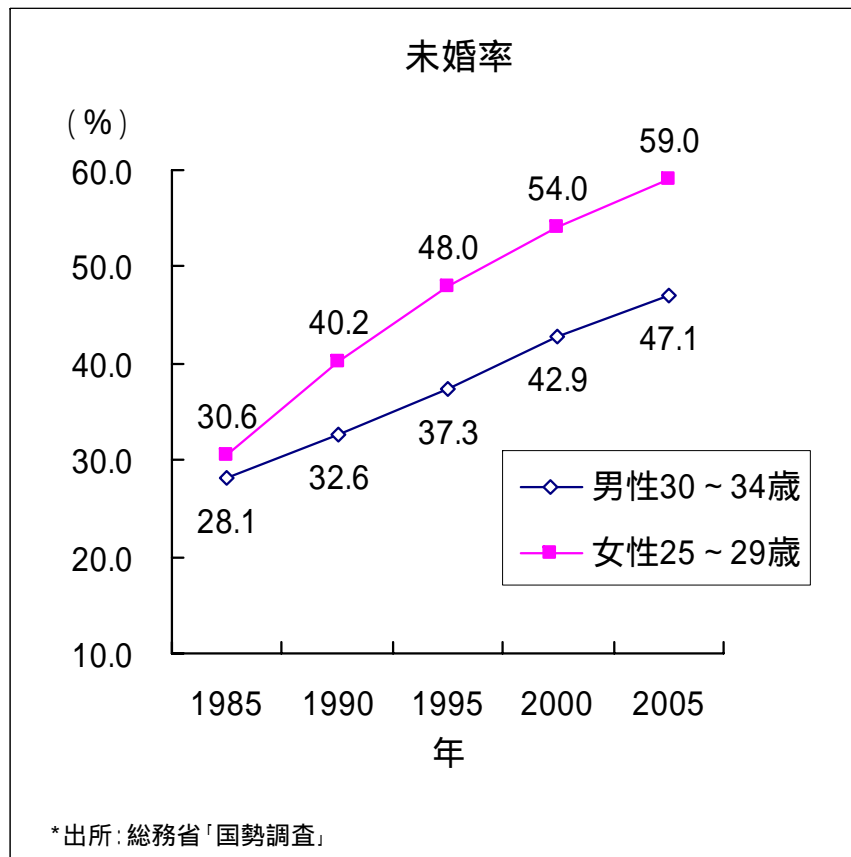
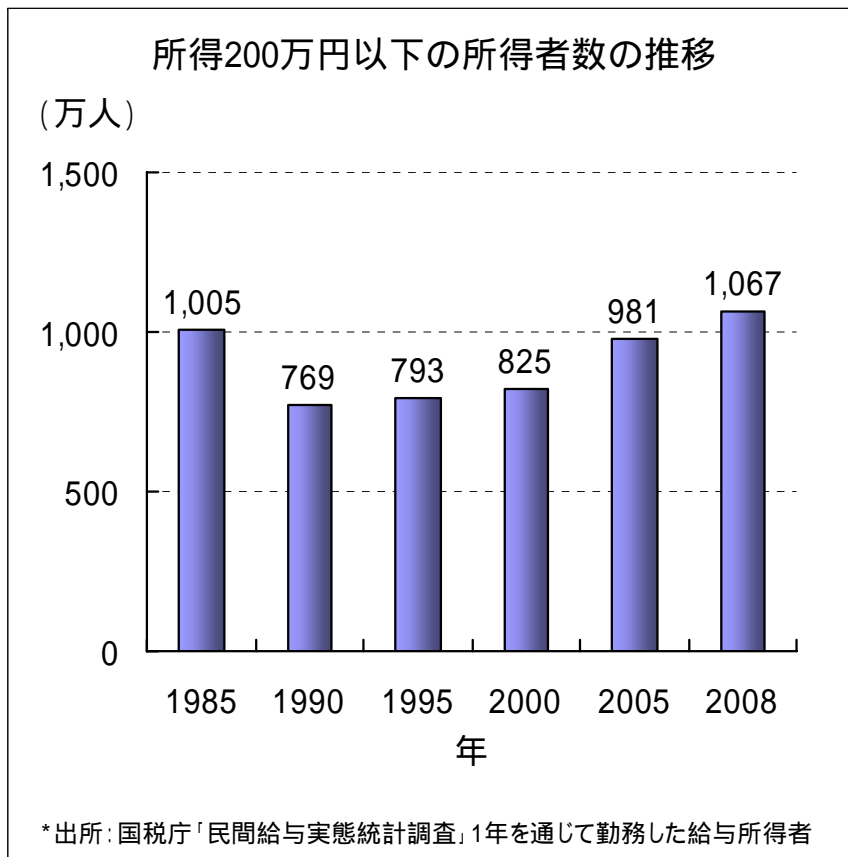
1. 国民皆保険を堅持するための雇用環境の是正

2004年に製造業への労働者派遣が解禁された。その後、非正規従業員の割合が拡大し、2009年には3人に1人(33.7%)が非正規労働者である。また25～34歳の若者でさえ、4人に1人(25.6%)が非正規従業員である。若者の生活が不安定になっており、社会保険未加入者が増大することが懸念される。

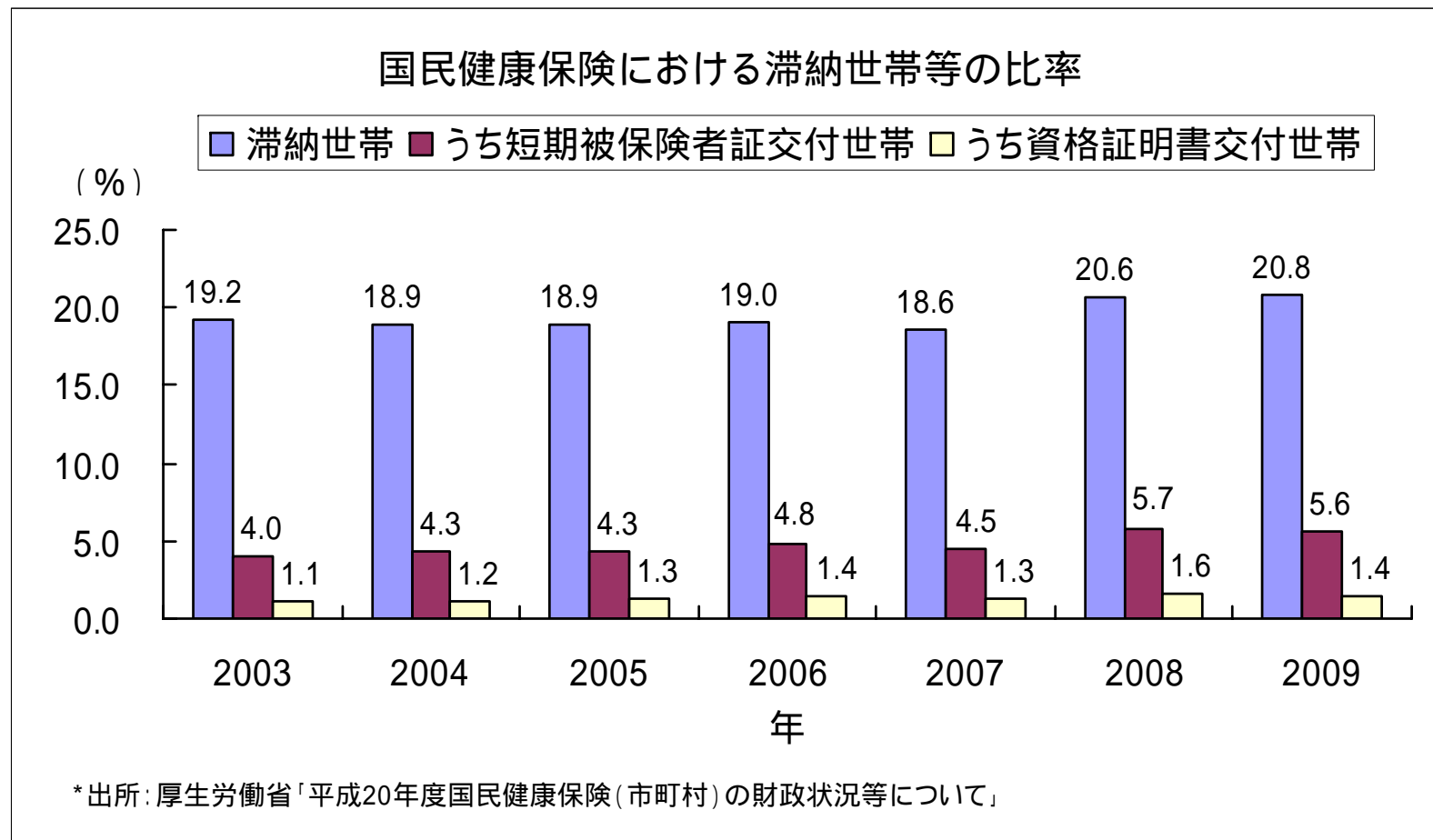


* 出所: 総務省「労働力調査」

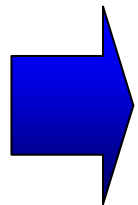
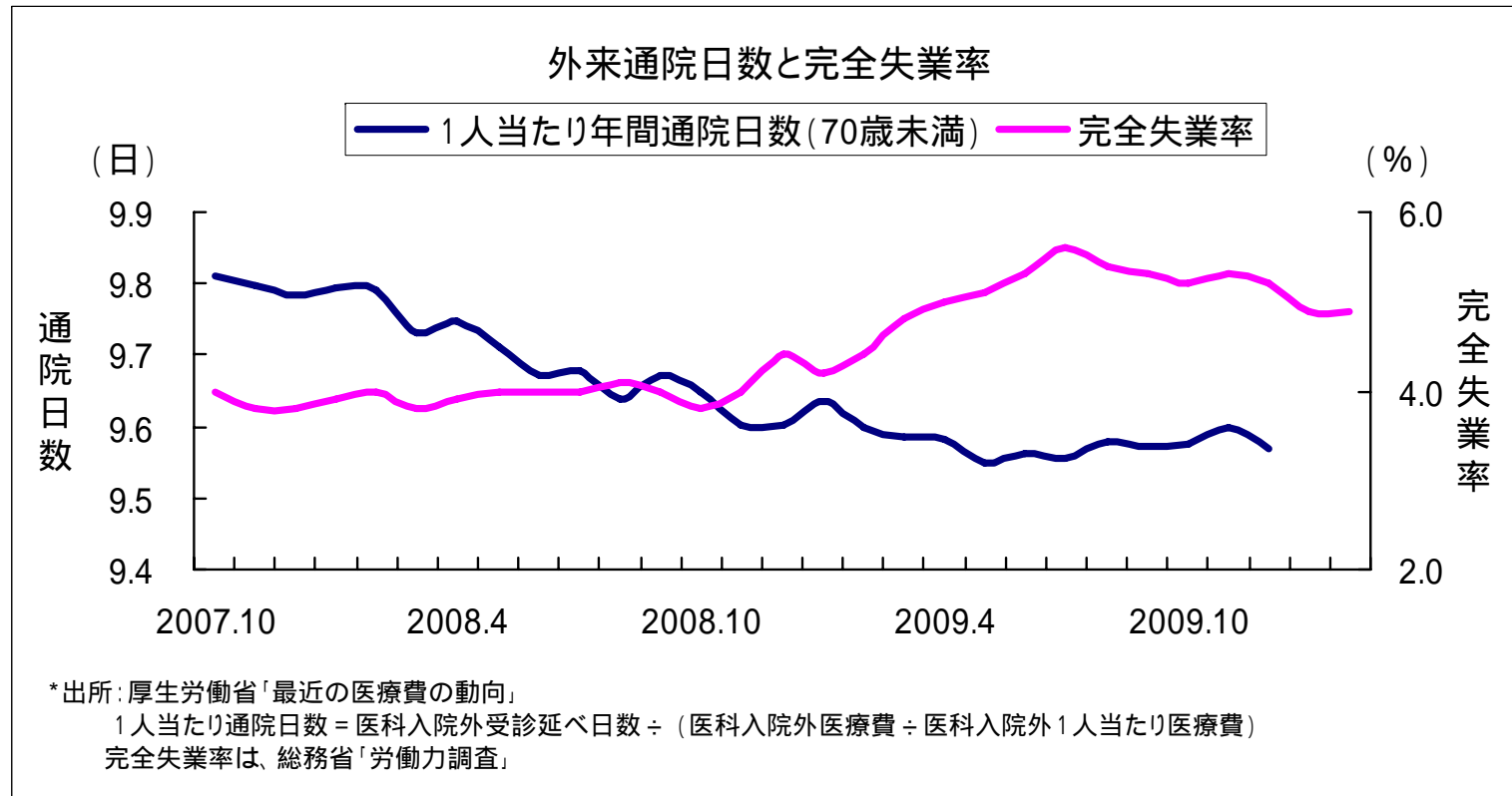
2008年には、給与所得200万円以下の所得者が1,000万人を超えている。
雇用不安、生活不安を背景に、未婚率も大幅に上昇し、2005年には、男性30～34歳の47.1%、女性25～29歳の59.0%に達している。



生活が苦しく、家庭を持てる見通しもない中、保険料を支払えない世帯が増加している。2009年には、国民健康保険では、5世帯に1世帯(20.8%)が保険料を滞納している。うち短期被保険者証交付世帯が5.6%、資格証明書交付世帯が1.4%であり、本来の国民健康保険証を持たない世帯が7.1%に上っている。



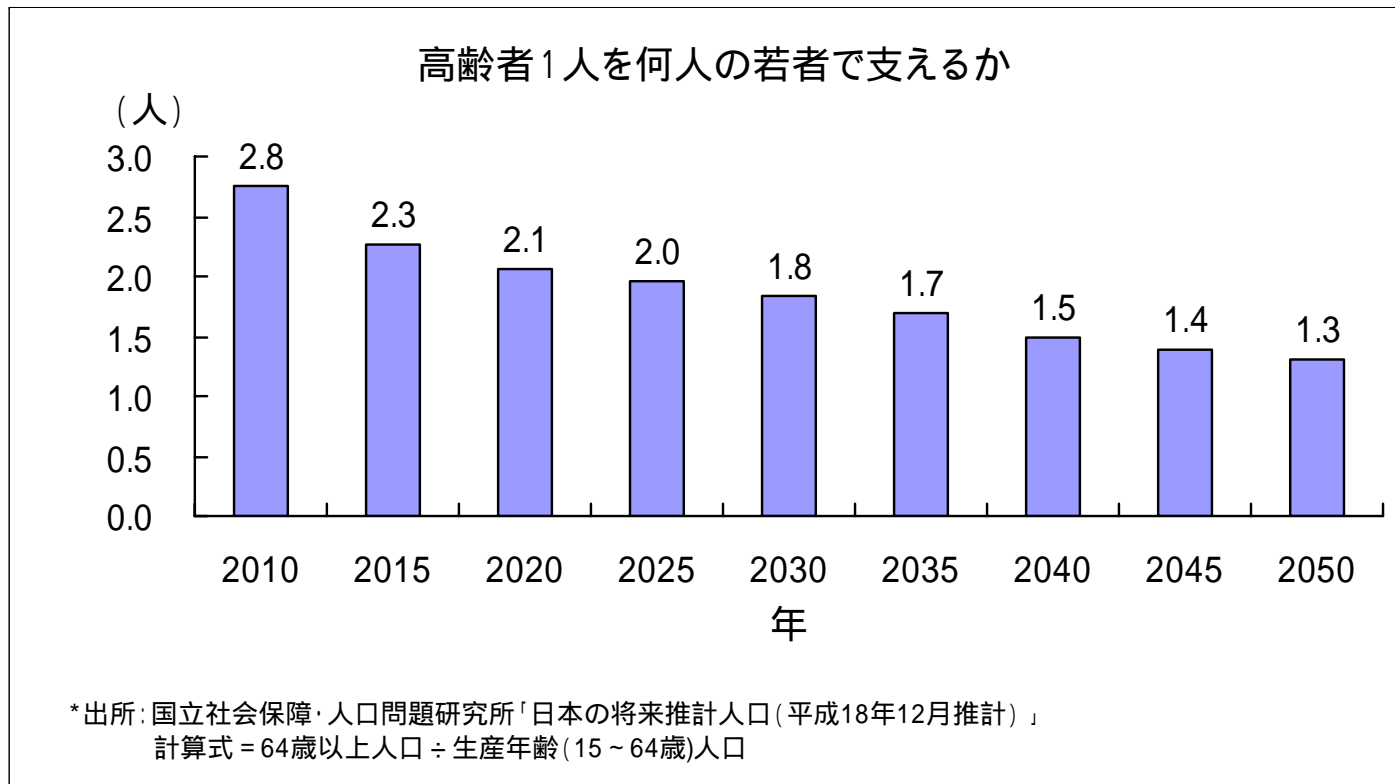
完全失業率はごく最近では改善されてきたが、まだかなり高い。そして、完全失業率が高いまま推移している一方で、外来通院日数が減少している。リストラや、雇い止めの不安の中、会社を休んだり、遅れたりしてまで通院することができなくなっている。



元気に働くことができこそ、健康保険料を支払うことができる。健康保険の受給資格がない医療難民を生じてはならない。労働者にやさしい法律、労働者を守る環境をつくるべきである。

2. 超高齢社会を見据えた社会保障全体の長期ビジョンの提示

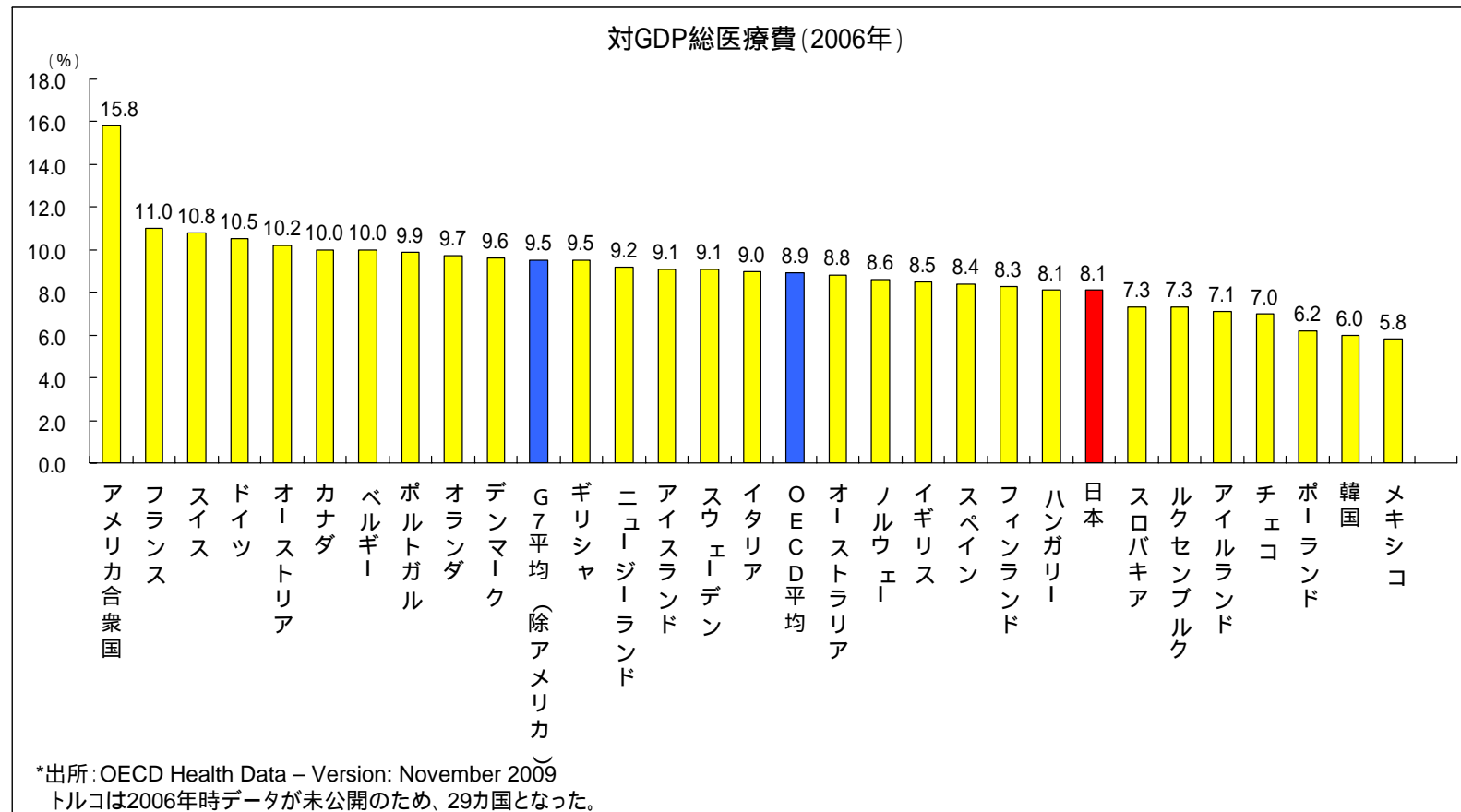
現在は、高齢者(65歳以上)1人を若者2.8人で支えているが、2025年には若者2.0人、2050年には若者1.3人で支えなければならない。



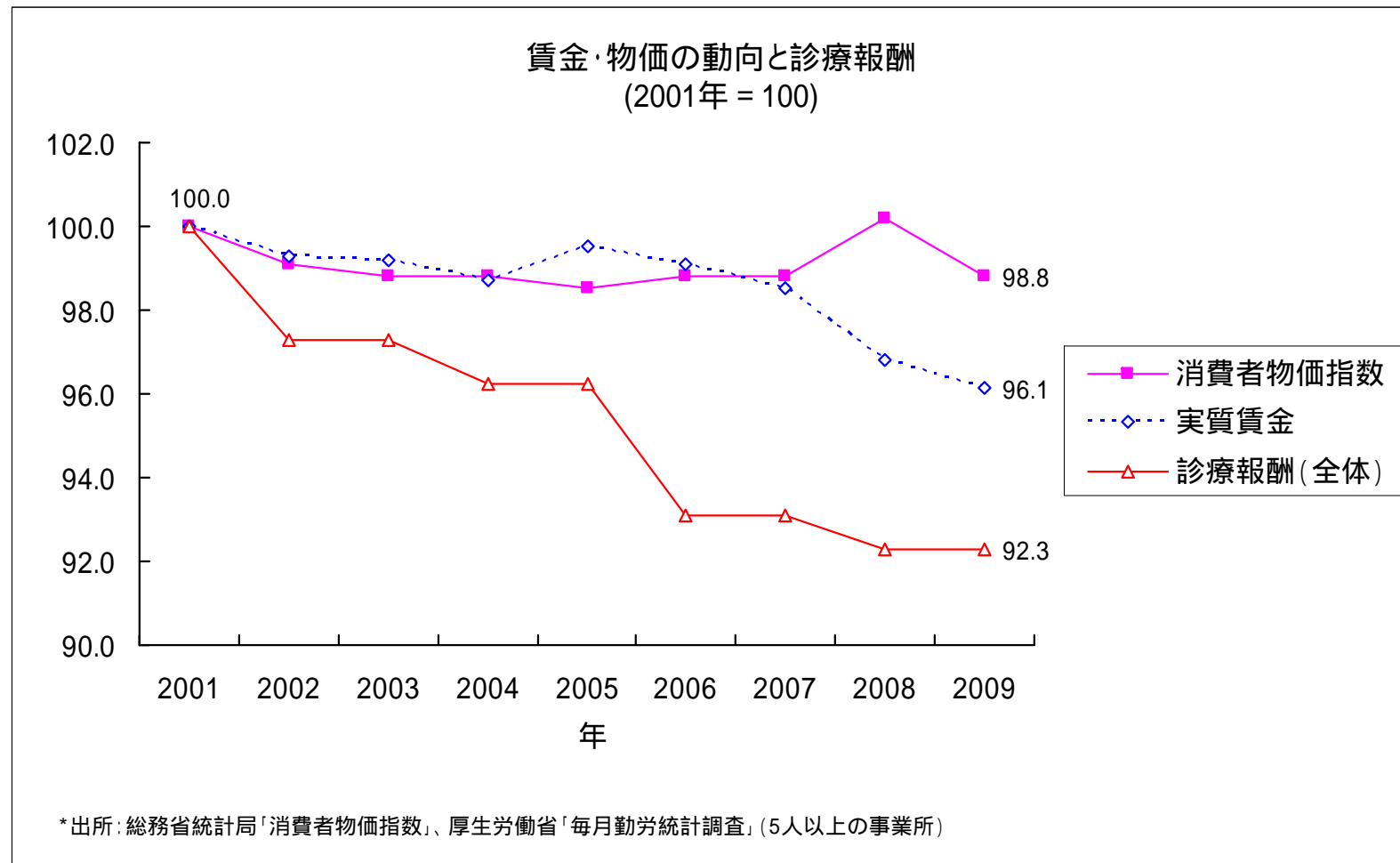
超高齢社会はかねてから予想されていた。高齢者医療制度の見直しはもちろん重要ではあるが、目先の課題に翻弄されず、将来を見据えた長期ビジョンを早急に示すべきである。

3. 医療費の引き上げ

2006年の対GDP総医療費は、OECD平均8.9%、日本は8.1%で、29か国中21位である。日本の医療費をOECD平均水準にするためには、医療費を約10%引き上げなければならない。民主党は、先の総選挙の「政策集INDEX2009」で、対GDP総医療費をOECD加盟国平均に引き上げると明記している。地域医療崩壊を食い止め、医療を再生させるためにも、医療費を引き上げるべきである。



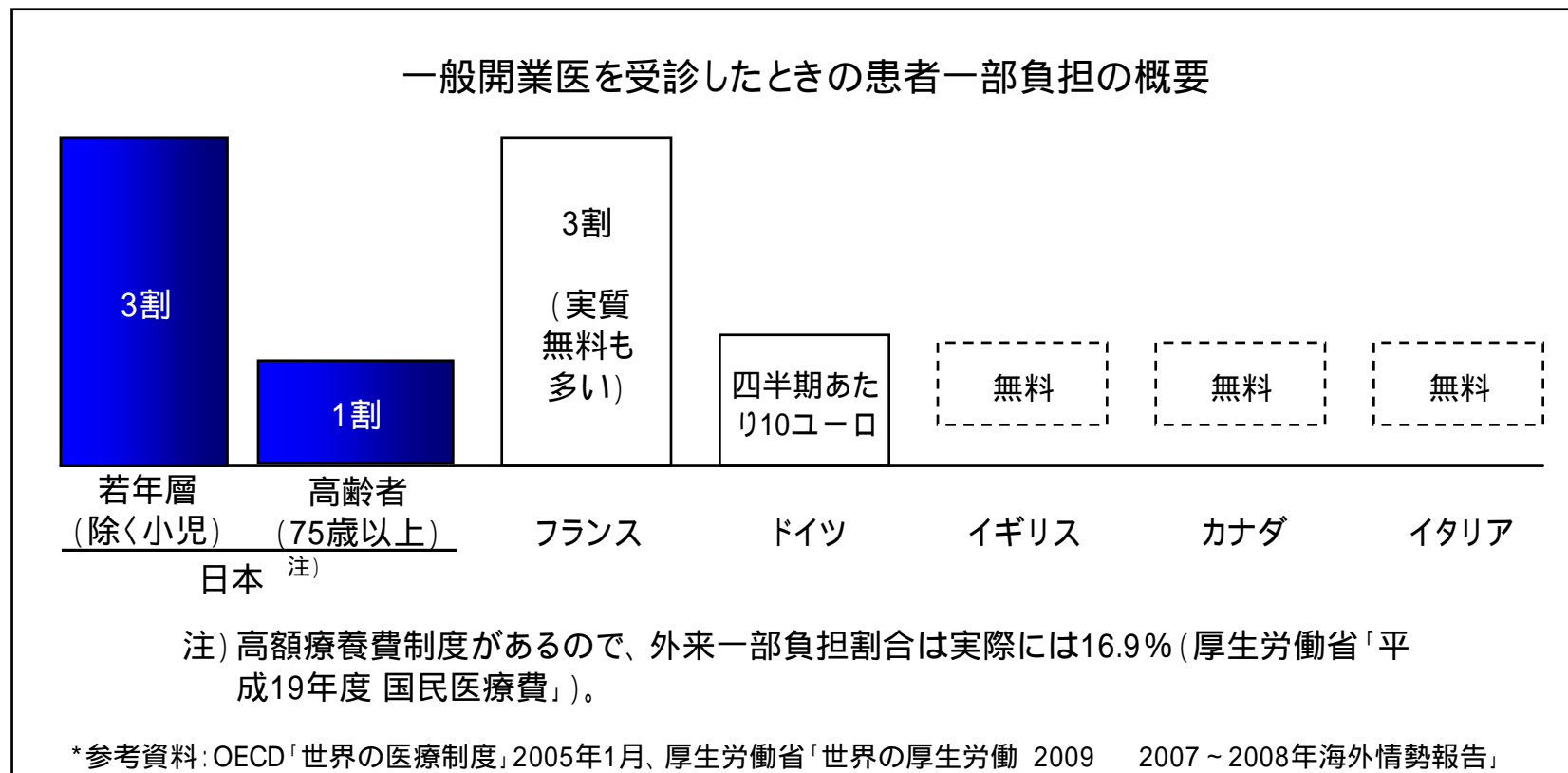
2001年を100とすると、消費者物価指数、実質賃金、診療報酬(全体)は下落しているが、特に診療報酬(全体)の下落幅の大きさが目立つ。経済指標と大きく乖離しない診療報酬の設定にすべきである。



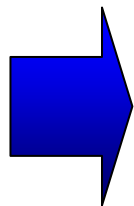
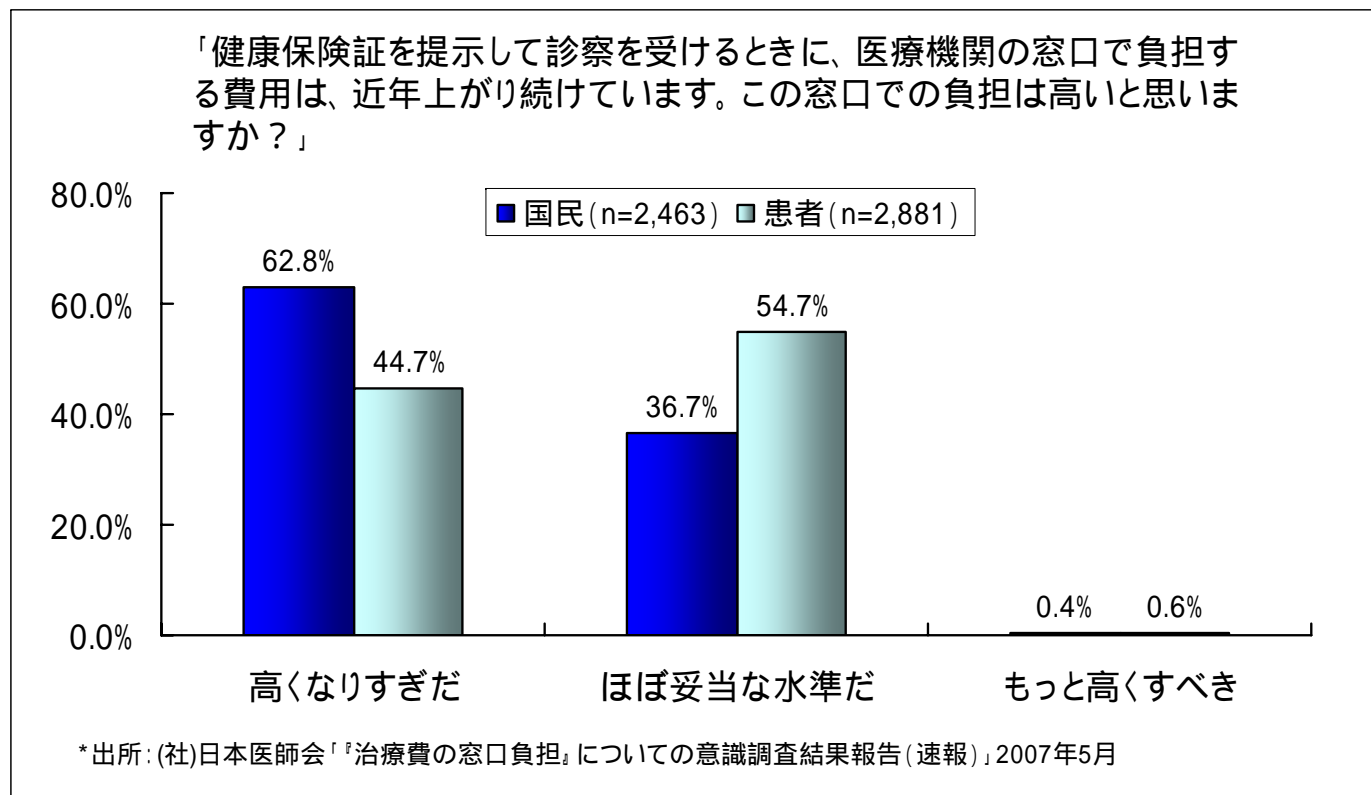
4. 患者一部負担割合の引き下げ

日本の患者一部負担割合は先進諸国に比べて高い。フランスは日本と同じ3割であるが、ほとんどの国民が補完的な民間医療保険に加入しており、一部負担金の支払がないケースも多い。ドイツは、四半期あたり10ユーロ(約1,160円)で、18歳未満は無料、イギリス、カナダ、イタリアでは医療は無料で、医薬品の一部負担があるだけである。

)2010年5月7日現在、1ユーロ = 116円



日本医師会の調査によれば、国民の62.8%、患者の44.7%が窓口負担が高くなりすぎたと回答している。先に示したように通院日数が減少しているのは、患者一部負担が高いために受診抑制が起きているからであるとも考えられる。



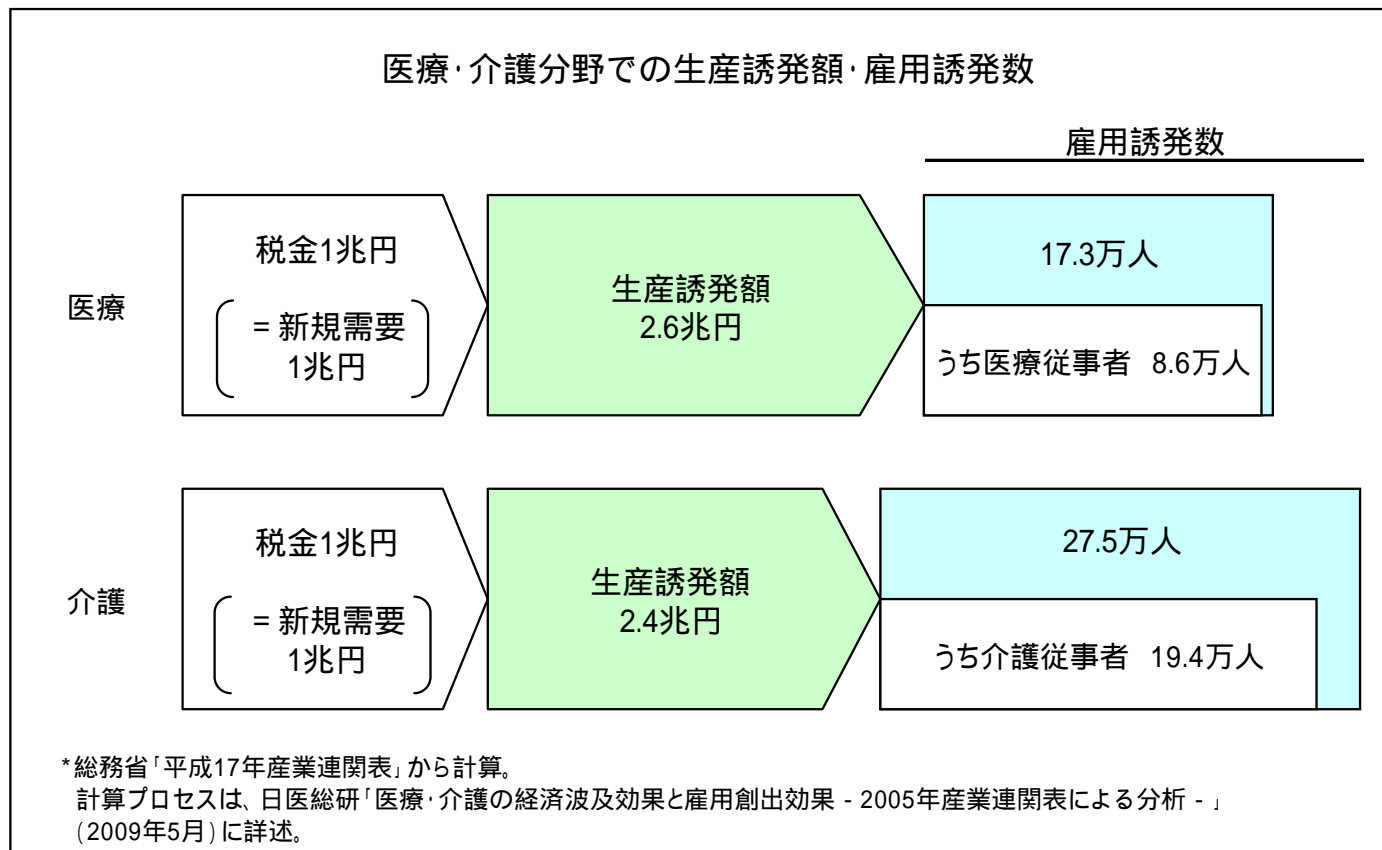
国民皆保険の理念である「いつでも」「どこでも」を堅持するには、患者一部負担は高すぎる。このままでは受診抑制を強めかねない。少なくとも2割負担に引き下げべきである。

5. 医療・介護への公費の投入

経済産業省は、医療・介護施設と民間の関連サービスとの連携による市場拡大を目指している¹⁾。しかし、医療・介護は国民の安心・安全そのものである。国家が責任を負うべきであり、民間にゆだねるべきではない。

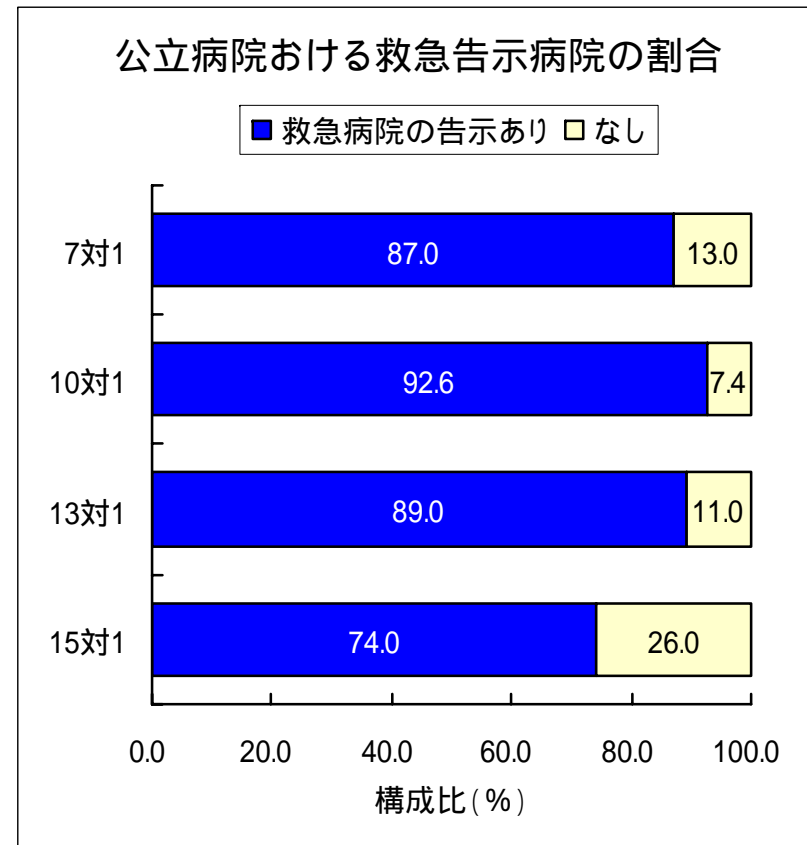
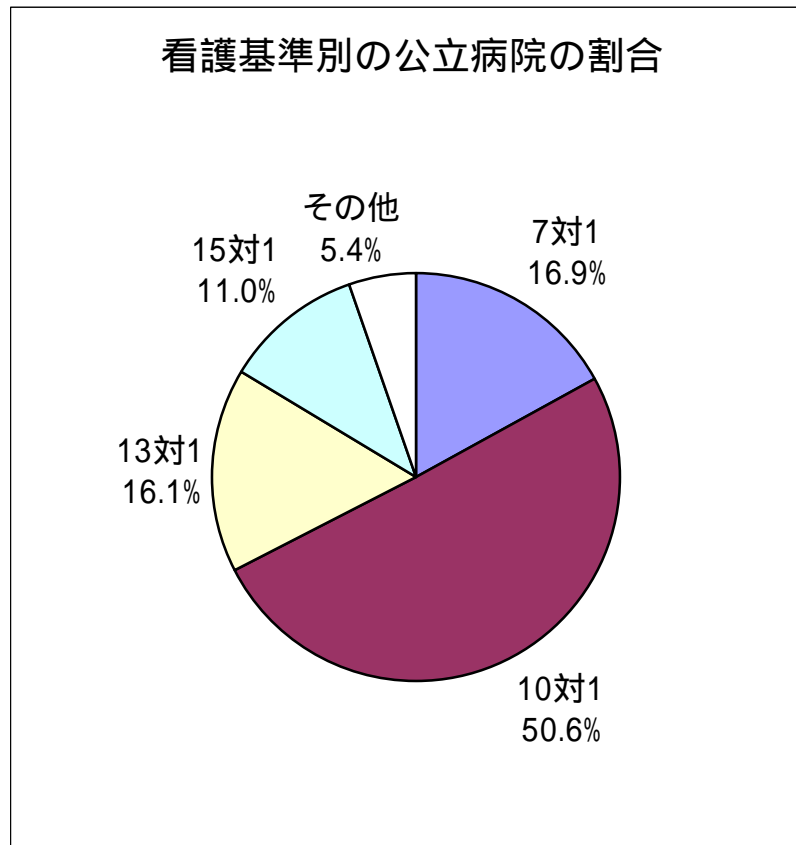
日本医師会の分析では、医療、介護にそれぞれ1兆円を投入すれば、45万人の雇用が創出できる。医療・介護には公費を投入すべきである。

¹⁾経済産業省産業構造審議会



6. 地方からの医療再生

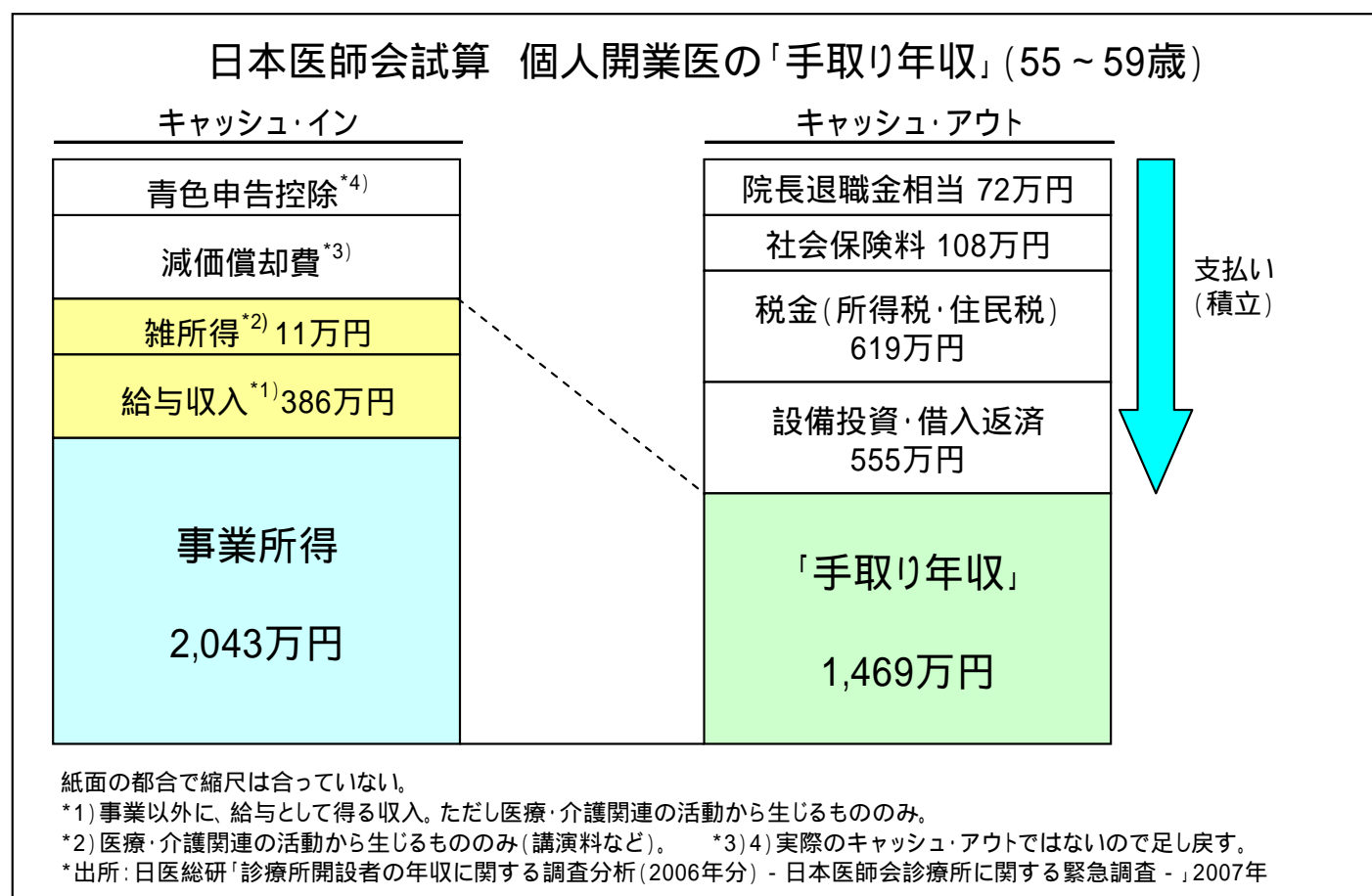
2010年度の診療報酬改定では、救急や急性期入院医療に財源が重点的に配分された。しかし、地方では、慢性期入院医療の病院も救急を担い、地域の医療を支えている。たとえば、地域医療を支える公立病院では、約1割の病院が15対1であり、その7割以上が救急告示病院である。急性期に偏重することは、地方の医療崩壊をさらに進めることになりかねない。



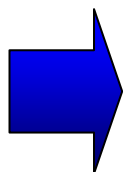
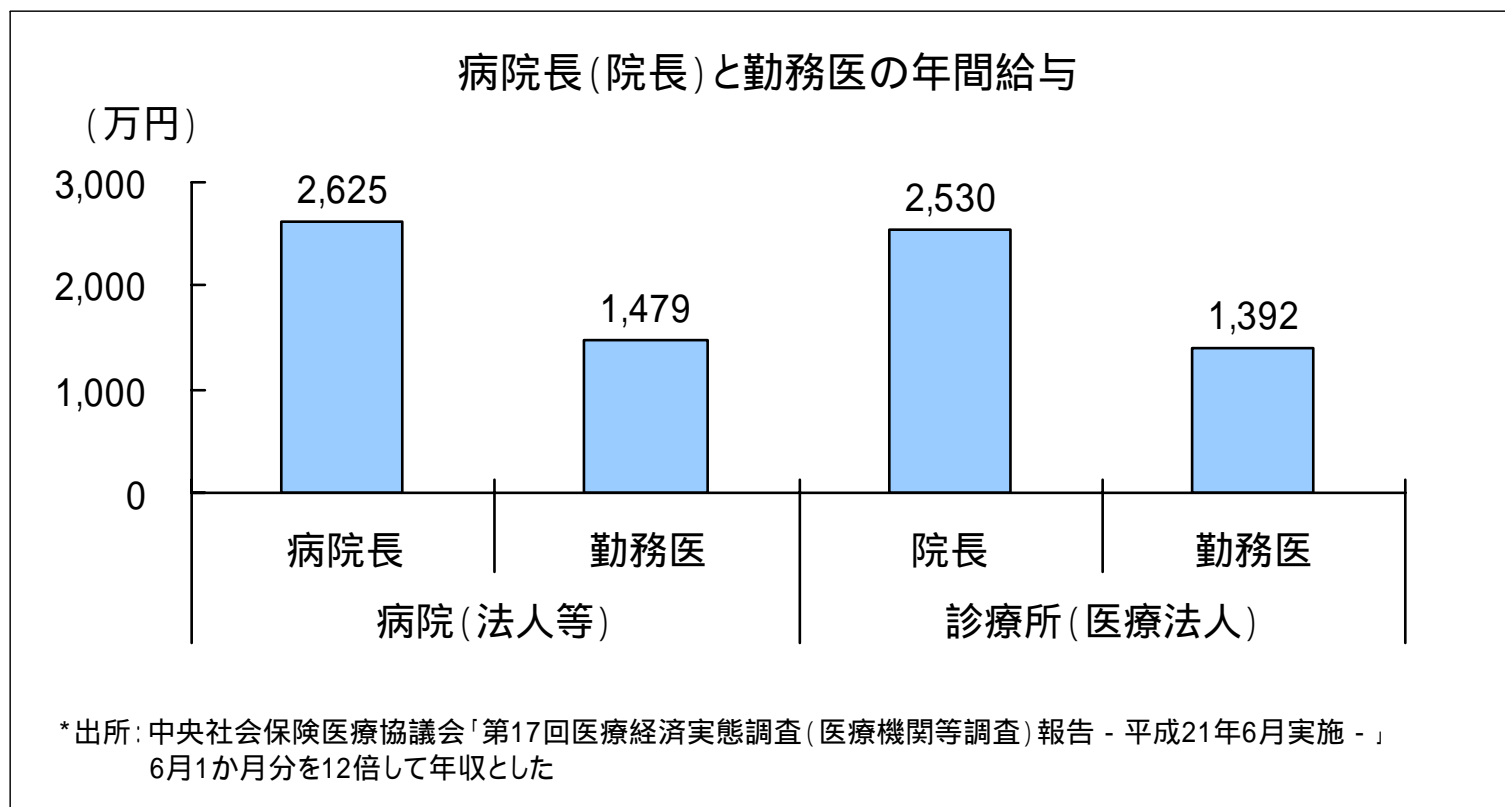
* 出所：総務省「平成19年度 地方公営企業年鑑」

地域医療は、病院と診療所の連携によって守られている。財務省は、「開業医の年収は勤務医の1.7倍」として、診療所を厳しく締め付けているが、基本的な考え方が間違っている。

まず、個人開業医とサラリーマンである勤務医は比較できない。日本医師会が調査したところ、事業所得(収支差額)が約2,000万円あっても、可処分所得に相当する手取り年収は約1,500万円である。



法人の診療所院長と、病院勤務医は、いずれもサラリーマンなので経理上の比較はできる。しかし、院長と勤務医とでは、経営責任の重さがまったく異なる。当然、病院長と病院勤務医の給与水準もまったく異なる。



勤務医の過重労働は深刻であり、最優先課題である。しかし、急性期への偏重や、病院と診療所の分断では、日本の医療全体の再生を図ることはできない。

7. 国民の視点に立った医療再構築

2009年12月30日、「新成長戦略(基本方針)」が閣議決定された。医療については、ライフ・イノベーションによる健康大国戦略が示されている。

「新成長戦略(基本方針)～輝きのある日本～」より抜粋

ライフ・イノベーションによる健康大国戦略

【2020 年までの目標】

『医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業育成と雇用の創出、新規市場約45兆円、新規雇用約280万人』

【主な施策】

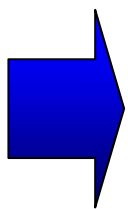
医療・介護・健康関連産業の成長産業化

日本発の革新的な医薬品、医療・介護技術の研究開発推進

医療・介護・健康関連産業のアジア等海外市場への展開促進

バリアフリー住宅の供給促進

医療・介護サービスの基盤強化



鳩山首相は、「新成長戦略」発表時の会見で、小泉内閣が中心になってもてはやした市場原理主義は、日本の活力にはつながらなかったと述べた¹⁾。今回の「新成長戦略」も、医療を産業、市場と捉えているが、小泉政権下の市場原理主義に立ち返ることはあってはならない。

¹⁾ 新成長戦略基本方針発表に係る鳩山総理大臣発言, 2009年12月30日

8. 市場原理主義からの訣別

「規制・制度改革に関する分科会」では、ライフイノベーション分野の検討テーマとして、保険外併用療養の範囲拡大、医療ツーリズムに係る査証発給要件等の緩和などが挙げられている。

行政刷新会議 規制・制度改革に関する分科会(第2回)資料(2010年4月30日)から抜粋

保険外併用療養の範囲拡大

一般用医薬品のインターネット等販売規制の緩和

再生医療の推進(適用法令、臨床研究の在り方、(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)審査体制)

ドラッグラグ、デバイスラグの更なる解消

未承認の医療技術、医薬品、医療機器等に関する情報提供の解禁

レセプト等医療データの利活用促進(傷病名統一、診療年月日記載など様式改善等)

ICTの活用促進(遠隔医療、特定健診保健指導)

救急患者の搬送・受入実態の見える化

「内外に開かれた医療先進国・日本」に係る査証発給要件等の緩和・外国人医師の国内診療等 - 医療のために来日する外国人を受け入れる医療ツーリズムへの取り組み等 -

EPAに基づく看護師、介護福祉士候補者への配慮

ワクチンに関する基本法の制定

医行為の範囲の明確化(診療看護師資格の新設)

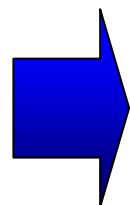
行政刷新会議の規制・制度改革分科会は、旧政権下の規制改革会議のメンバーを引き継いでいる。また、同分科会のライフイノベーションWGには地域で医療を担う医師は入っていない。

規制・制度改革分科会

大塚 耕平	内閣府副大臣(規制改革担当)【分科会長】
田村 謙治	内閣府大臣政務官(規制改革担当)【分科会長代理】
相澤 光江	ビンガム・マッチェン・ムラセ外国法事務弁護士事務所 坂井・三村・相澤法律事務所(外国法共同事業) パートナー弁護士
安念 潤司	中央大学法科大学院教授
大上 二三雄	エム・アイ・コンサルティンググループ株式会社代表取締役社長
大畑 理恵	税理士
翁 百合	株式会社日本総合研究所理事
榎谷 隆夫	公認会計士
木村 修	農事組合法人伊賀の里モクモク手づくりファーム社長理事
草刈 隆郎	日本郵船株式会社取締役・相談役
黒岩 祐治	ジャーナリスト・国際医療福祉大学大学院教授
寺田 千代乃	アートコーポレーション株式会社代表取締役社長 社団法人関西経済連合会副会長
八田 達夫	政策研究大学院大学学長
速水 亨	速水林業代表
佛田 利弘	株式会社ぶった農産代表取締役社長
松井 道夫	松井証券株式会社代表取締役社長
山崎 福寿	上智大学経済学部教授

ライフイノベーションWG

田村 謙治	内閣府大臣政務官【主査】
阿曾沼 元博	国際医療福祉大学教授、順天堂大学客員教授
大上 二三雄	エム・アイ・コンサルティンググループ株式会社代表取締役社長
大橋 弘	東京大学大学院経済学研究科准教授
川淵 孝一	東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授
黒岩 祐治	ジャーナリスト・国際医療福祉大学大学院教授
角南 篤	政策研究大学院大学准教授
土屋 了介	財団法人癌研究会顧問
椿 慎美	公認会計士
松井 道夫	松井証券株式会社代表取締役社長
真野 俊樹	多摩大学統合リスクマネジメント研究所 医療リスクマネジメントセンター教授
三谷 宏幸	ハルティスファーマ株式会社代表取締役社長



国民の声、医療現場の声が届かない仕組みである。地域の医療を担い、国民(患者)と対話している医師の代表である日本医師会に意見を求めるべき。

保険外併用療養費

規制・制度改革に関する分科会は、当初検討課題として「保険外併用療養(いわゆる「混合診療」)の原則解禁」を掲げていたが、4月30日の資料では、「保険外併用療養の範囲の拡大」に変更された。結局、これが混合診療の原則解禁を目指すものであれば、日本医師会は断固として反対する。

日本医師会の見解

普遍性のある医療は、公的保険の対象とし、すべての人々が受けられるようにすべきである。日本医師会は以下の理由により、混合診療の解禁に断固として反対する。

1. 混合診療解禁の恩恵を享受できるのは一部の高所得者でしかない。混合診療が解禁されれば、「保険診療の一部負担 + 保険外診療の全額負担」になる。しかし、保険外診療は費用負担も小さくなく、その部分だけとはいえ、全額負担ができる人しか受けることができない。
2. 新しい治療や医薬品を保険に組み入れるインセンティブが働かなくなり、公的保険で受けられる医療の範囲が縮小していくおそれがある。
3. 規制改革会議(当時)は、「原則事後チェック」の姿勢を打ち出したが¹⁾、医療は生死にかかわる問題であり、被害者が出てからでは遅い。自己責任とはいえ、有効性・安全性の確認されていない医療は容認できない。

なお、海外で普及している治療や医薬品が国内で承認されるまでに時間がかかるといった問題が指摘されているが、この解決には全力で取り組むとともに、評価療養、選定療養の機動性を高めて対応すべきである。

¹⁾総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第2次答申 経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革」
2002年12月12日

医療ツーリズム(メディカルツーリズム)

規制・制度改革に関する分科会は、医療ツーリズムを検討テーマとしており、厚生労働大臣、経済産業大臣も前向きな発言を行っている。

2010年3月15日 参議院予算委員会

山根隆治参議院議員(民主党)の質問に対する発言要旨

長妻厚生労働大臣

アジアの富裕層を対象とした健診、治療等の医療及び関連サービスを観光と共に連携して促進していくというのは、私も同感。その一方で、医師不足ということで、日本の患者さんがそれによってかなり支障が出るということがないようにする考え方というのも重要だというふうに思う。

直嶋経済産業大臣

医療分野はやはり有力な成長産業の一つだというふうに思っている。海外の方が日本へ行って治療や健診を受けたいと思っている方もたくさんいらっしゃるということも聞いている。

将来の日本が何で飯を食っていくのかといいますか経済を成長させていくのかということを考えますと、やはりこの医療分野というのは有力な分野だというふうに思っている。

日本医師会の見解

日本では、足下の深刻な医師不足、看護職員不足からくる医療崩壊を食い止め、地域医療を確保することが最優先の課題である。その後で、諸外国の「医療ツーリズム」の現状も踏まえて、慎重に検討すべきであり、現時点で検討に着手することは認められない。

診療看護師資格の新設

規制・制度改革に関する分科会は、診療看護師資格の新設も検討テーマとして挙げている。また同時に、NP(ナースプラクティショナー)についても、検討が進められている¹⁾。しかし、診療看護師やNPの導入には以下のような問題がある。

日本医師会の見解

1. 診察や治療は、人体に侵襲を及ぼす行為である。そのため、高度な医学的判断及び技術を担保する資格の保有者によるものでなければ、患者にとって不幸な結果をもたらすだけでなく、生命をも脅かすことになりかねない。
2. アメリカでは、NPへのニーズが高いといわれている。しかし、支払能力によって受けられる医療に差があり、コストが優先される場合もあるアメリカと日本を同じ土俵に上げるべきではない。新たな資格者の導入は、支払能力によって、受けられる医療に格差がある社会をもたらしかねない。混合診療解禁の突破口になるおそれもある。
3. 現行の保健師助産師看護師法(以下、保助看法)の下でも、業務分担の拡大に一定の対応をすることはできる。まずは、現行の保助看法の下で、実情に即してどのような分担ができるのかを検討すべきである。拙速な導入は、看護職員不足に拍車をかけることにもなりかねない。

¹⁾厚生労働省・チーム医療の推進に関する検討会「チーム医療の推進に関する検討会報告書」2010年3月19日

統合医療に関する動き

統合医療については、もともと民主党のマニフェスト(民主党医療政策(詳細版))に掲げられているが、鳩山首相は明確に医療費の削減になると述べている。

2010年1月28日 参議院予算委員会

鳩山首相発言要旨

「統合医療を是非政府としても真剣に検討してこれを推進をしていきたい」

長妻厚生労働大臣発言

「今後、統合医療の省内でプロジェクトチームをつくりまして、これを一本にまとめていく(中略)。
統合医療の研究について10億円以上の予算を計上しまして、その効果も含めた研究というのに取り組んでいきたい」

2010年2月5日 厚生労働省「統合医療プロジェクトチーム」第1回会合資料より抜粋

統合医療とは

医療には、近代西洋医学以外に、伝統医学、自然療法、ホメオパシー、ハーブ(薬草)、心身療法、芸術療法、音楽療法、温泉療法など多くのものがあり、これらを相補・代替医療(Complementary and Alternative Medicine ; CAM)とよんでいる。

これらの相補・代替医療を近代西洋医学に統合して、患者中心の医療を行うものが統合医療である。

2010年3月5日 参議院予算委員会

鳩山首相発言要旨

「日本にもしっかりとこの考え方を導入すれば、最終的には医療費の大幅な削減にもつながる可能性が十分ある」

統合医療検討の問題点

日本医師会は、政府が統合医療の検討を進めていることに関し、以下の理由により反対する。

日本医師会の見解

- 1.厚生労働省の検討会で示された定義は、厚生労働省が関連学会の資料¹⁾から独自にまとめた定義であり、国民に理解されていないことはもちろん、医療関係者にも浸透していない。特に厚生労働省が、統合医療でなければ「患者中心の医療」でないかのような整理をしている点は問題が大きい。統合医療の定義について、まず医療界で議論することが必要である。統合医療推進ありきで、検討を進めるべきではない。
- 2.鳩山首相は、医療費削減を期待しているかのようなのであるが、医療費増大を約束した民主党マニフェストと相反する。日本医師会は、医療費削減に断固反対である。
- 3.日本では、エビデンスの下で有効性、安全性が確認された医療は公的保険に採り入れられている。漢方薬もしかりである。今、あえて科学的根拠が確立していない統合医療が推進される背景には、これをきっかけに混合診療を解禁し、市場原理主義に立ち返ろうという狙いがあるのではないかと疑念を抱かざるを得ない。日本医師会はこのような流れに強く反対する。

¹⁾日本統合医療学会「国家プロジェクトとしての統合医療に関する提言」2010年2月5日、統合医療プロジェクトチーム第1回会合配付資料(資料2-4)

9. 医学部新設に対する日本医師会の見解

先般、3つの私立大学が医学部新設の準備を進めているとの報道があった¹⁾。
また現政権である民主党も「民主党政策集INDEX2009」に、大学の医学部設置を挙げている²⁾。

日本医師会は、医師不足の解決を緊急課題と考えるが、医学部の新設をもってこれを実現することには反対である。

1) 朝日新聞 2010年2月21日朝刊

2) 「民主党政策集INDEX2009」p.26

医学部新設に係る具体的な問題点は以下のとおりである。特に、地域の医師不足、医療崩壊を加速させるであろうことを強く危惧する。

1. 教育確保のため、医療現場から医師を引き揚げざるを得ず、地域医療崩壊を加速する。
2. 教員が分散し、医学教育の水準、ひいては、医療の質の低下をまねく。
3. 人口減少など社会の変化に対応した医師養成数の柔軟な見直しを行いにくくなる。

また、医師数増加は、(1)財源の確保、(2)一貫した教育・研修制度の再構築、(3)医師養成数の継続的な見直し - の下に行われるべきである。