

現政権の最近の医療政策について

定例記者会見

2010年4月14日

社団法人 日本医師会

現政権は、混合診療の見直し、医療ツーリズム、外国人医師の診療等の規制改革を検討する方針である。また、統合医療や医学部の新設にも前向きである。以下、最近の主な医療政策と日本医師会の見解を示す。

現政権の医療政策に関する最近の主なキーワード

項目	頁
1. 「新成長戦略(基本方針)」について	2
2. 規制改革の動き	3
2 - 1. 規制・制度改革に関する検討テーマ	4
2 - 2. 混合診療	5
2 - 3. 診療看護師、NP	6
2 - 4. 医療ツーリズム	7
2 - 5. 外国人医師	8
3. 統合医療に関する動き	9
3 - 1. 統合医療検討の問題点	10
4. 医学部新設	11

1. 「新成長戦略(基本方針)」について

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

日本医師会の見解

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⁾。しかし、今回の「新成長戦略」も、医療を産業、市場と捉えている。小泉政権下の市場原理主義に立ち返らないよう、注視したい。

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

2. 規制改革の動き

2010年3月29日には、規制改革会議の後継組織として、行政刷新会議に規制・制度改革に関する分科会が設置された。医療について検討するライフ・イノベーションWGの構成員は大学教授や企業人で占められている。

2010年3月29日

行政刷新会議 規制・制度改革に関する分科会 第1回会議
グリーン・イノベーションWG、ライフ・イノベーションWG、農業WGを設置

【ライフ・イノベーションWGの構成員】

田村謙治(主査)	内閣府大臣政務官
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
川渕孝一	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(4月1日～)
椿愼美	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	ノバルティスファーマ株式会社代表取締役社長

出所：2010年3月29日行政刷新会議 規制・制度改革に関する分科会(第1回)資料

社団法人 日本医師会(2010年4月14日 定例記者会見)

2 - 1 . 規制・制度改革に関する検討テーマ

2010年3月29日の規制・制度改革に関する分科会では、ライフ・イノベーションの検討テーマとして、以下のテーマが挙げられている。

1. 保険外併用療養(いわゆる「混合診療」)の原則解禁
2. 一般用医薬品のインターネット等販売規制の緩和
3. 医行為の範囲の明確化(各医療スタッフ等の役割の拡大)
 - a. 診療看護師資格の新設
 - b. 介護職による痰の吸引、胃ろう処置の解禁
4. 再生医療の推進(適用法令、臨床研究の在り方、PMDA)審査体制)
5. 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の様式改善等)
6. ICTの活用促進(遠隔医療、特定健診保健指導)
ICT ; Information and Communication Technology, 情報通信技術
7. 医療ツーリズムに係る査証発給要件等の緩和(医療ビザ、外国人医師の国内診療)
8. 特別養護老人ホームへの民間参入拡大(運営主体規制の見直し)
9. 介護施設等の総量規制を後押ししている参酌標準の撤廃
10. 訪問看護ステーションの開業要件の緩和(一人開業の解禁)
11. 各種介護サービス類型における人員・設備に関する基準の緩和(サービス提供責任者の配置基準、ユニット型施設の入所定員比率目標等)
12. 高齢者用パーソナルモビリティの公道での使用
)PMDA:独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

出所:2010年3月29日行政刷新会議 規制・制度改革に関する分科会(第1回)資料

社団法人 日本医師会(2010年4月14日 定例記者会見)

2 - 2 . 混合診療

規制・制度改革に関する分科会は、保険外併用療養(いわゆる「混合診療」)の在り方の見直しを検討テーマの筆頭に掲げている。これは、規制改革会議(当時)の重要取組課題¹⁾をそのまま踏襲したものであるが、日本医師会は混合診療の全面解禁に断固反対である。

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²⁾、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) 規制改革会議「重要取組課題」2009年12月4日

2) 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

2 - 3 . 診療看護師、NP

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)については、慎重な検討が必要とされている)。

日本医師会の見解

診療看護師あるいはNPの導入に対する日本医師会の反論

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。

2 - 4 . 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。

直島経済産業大臣

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べていくのかといえ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。

2 - 5 . 外国人医師

政府閣僚が、外国人医師の活用に前向きな発言を行っている。長妻厚生労働大臣も検討を否定していない。しかし、国内の医療崩壊、医師不足・偏在の解消が最優先である。

仙谷内閣府特命担当大臣(国家戦略担当)発言要旨

2010年4月1日(CS放送朝日ニュースター):「今度は『機関特区』として、条件の合う医療機関には自由に(外国から)医者も看護師も受け入れることができる(ようにすればいい)」¹⁾

2010年3月21日(視察先の神戸にて):「外国人医師は日本で試験を受けないといけない。世界レベルの医者に失礼だ。そういうことを取っ払うことを仕掛けないといけない」²⁾

2010年3月23日 閣議後記者会見³⁾ 長妻厚生労働大臣発言(仙谷大臣の視察先での発言を受けて)

「先端医療の視察での話だということで、先端医療をしている海外の医師免許を持った方の話だと思いますが、これは基本的には課題の一つだと我々も認識しております。」

日本医師会の見解

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ならない。外国人医師の資質がそのような要件を満たしているかどうかは、各国の医療における教育・技術レベルが保障されたものでなければならず、その判断基準として日本の医師免許の取得が求められている。諸外国でも同様の制約がある。医師不足対策のひとつであるならば、まず、医師不足そのものを解決すべきである。

1)メディファクス2010年4月1日、 2)日本経済新聞2010年3月22日 朝刊、 3)厚生労働省ホームページ 大臣記者会見等

3. 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、最近、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」

3 - 1 . 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) 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ようであるが、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。

)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)

4. 医学部新設

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。

日本医師会の見解

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。

1) 朝日新聞 2010年2月21日朝刊

2) 「民主党政策集INDEX2009」p.26