

2010年6月23日

「新成長戦略」に対する日本医師会の見解

社団法人 日本医師会

会長 原中 勝征

2010年6月18日、新内閣において「新成長戦略」が閣議決定されました。菅内閣は、「強い経済」、「強い財政」、「強い社会保障」を一体的に実現するとされており、「新成長戦略」は、強い経済の実現に向けた戦略を示したものと位置づけられています。

日本医師会は、医療、介護への投資は雇用拡大、経済成長をもたらし、これをもって充実した社会保障を実現させると考えます。また、そのためには安定財源の確保も避けては通れない課題であると認識しております。

今回、菅内閣が打ち出された方向性について、日本医師会は大変共感し、力強く感じています。「新成長戦略」についても、しっかりと支援していく所存です。

しかしながら、「新成長戦略」には、国民皆保険に影響を与えかねない問題、医療現場の混乱を招きかねない問題も見受けられます。以下、それらの点について見解を申し述べます。強く、かつやさしい社会保障を目指し、あらためて、ご検討いただくようお願いいたします。

医療の実用化促進のための医療機関の選定制度等について

日本医師会の見解

いま、必要なことは、国民皆保険を堅持するという理念の下で、公的医療保険の給付範囲を拡充していくこと、すなわちすべての国民の医療を守ることであると考えます。しかし、「新成長戦略」からは、高い支払い能力のある患者への期待がうかがえます。

「新成長戦略」には、先進医療の評価・確認手続きを簡素化するとあります。

かつて自公政権下の総合規制改革会議（当時）は、原則事後チェックの考え方を示しました¹。今年 6 月 15 日に公表された「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書」にも「一定の要件を満たす医療機関については、事前規制から事後チェックへ転換し、実施する保険外併用療養の一部を届出制に変更すべき」とあります。

今回の「簡素化」が意味しているところが、事後チェックであるとすれば問題です。医療における事後チェックは、問題が起きたときに手遅れになるだけでなく、一体不可分の公的医療保険の信頼性も損なわれてしまうためです。

また、先進医療などの保険外併用療養は、自己負担可能な一部の患者への提供に止まります。自己負担可能な患者にとっても、保険外の自己負担は小さなものではありません。保険外給付に目を向ける前に、いかに、現在の国民皆保険を拡充するかを考えていただきたいと思います。

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

日本医師会は、安全性、有効性が確認された普遍性のある医療は速やかに公的医療保険に収載すべきであると考えます。またそのため、保険収載までの期間は、評価療養を有効活用することを提案します。

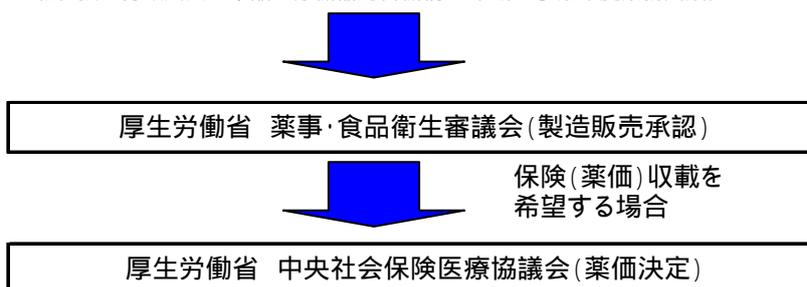
しかし、現状は、評価療養を認めるまでの期間、そこから保険収載までに長い期間を要しています。たとえば、高度医療については、高度医療評価会議が承認した医療を、さらに先進医療専門家会議が承認して、はじめて保険診療との併用が認められます。直近では、高度医療評価会議から、次の先進医療専門家会議までの期間に3か月を要しています²。また、医薬品も、受付から承認までに1.5年かかっています。

保険収載までの審査プロセス等に係る必要な人材および財源を確保することが重要です。このことがひいては、公的医療保険の拡充につながるからです。

医薬品の保険収載プロセス

医薬品医療機器総合機構(PMDA) 2007年度	
1.受付から初回面談	85.0 日
2.初回面談から専門協議	381.0 日
3.専門協議から審査結果通知	20.5 日
4.審査結果通知から承認	57.0 日
計	543.5 日 (1.5年)

*出所:独立行政法人医薬品医療機器総合機構「平成19事業年度業務実績」



² たとえば2010年2月25日に高度医療評価会議で承認された技術は、2010年5月18日の先進医療専門家会議で承認された。

国際医療交流（外国人患者の受入れ）について

日本医師会の見解

「新成長戦略」には、「アジア等で急増する医療ニーズに対し、最先端の機器による診断やがん・心疾患等の治療、滞在型の慢性疾患管理など日本の医療の強みを提供」とあります。

また「新成長戦略」では、医療は供給力が不足している分野であると認識されています。そのとおりであり、地域医療が崩壊したいま、心疾患等、慢性疾患については、日本人患者すらじゅうぶんな医療を受けることができない場合があります。海外の需要に注目する前に、最優先課題として、日本人患者を守ることを強く打ち出していきたいと願います。

日本医師会は、日本人、外国人を問わず、患者を診察、治療することは医師の当然の責務であり、人道的見地からも不合理な規制は緩和すべきであると考えます。しかし、「国際医療交流」には問題も少なくありません。

国際医療交流という表現になってはいますが、これは、いわゆる「医療ツーリズム」を想起させます。日本医師会は、営利の追求を目的とした組織的な医療ツーリズムには反対です。現在の公的医療保険下の診療報酬では、営利の追求に限界があります。そこで、営利の追求を目的に医療ツーリズムに参入した組織は、自由診療、自由価格の医療市場拡大を期待します。医療の質が担保できなくなるだけでなく、混合診療の全面解禁が後押しされ、公的医療保険の保険給付範囲を縮小させるおそれがあります。営利の追求を優先して、地域医療を妨げるおそれもあります。

また、「新成長戦略」には、「外国人患者の受入れに資する医療機関の認証制度の創設」も挙げられています。しかし、国民皆保険の下、いつでもどこでも医療を受けられる日本において、国が主導して医療機関を格付けすることは問題です。特定の医療機関に資源が集中し、地方の医療が完全に崩壊することになりかねません。

日本の医療再生を最優先とし、海外の医療需要には慎重に対応していただくことを要望します。

そのほか、以下の項目についても再検討を要望します。

2013年度までに OECD 平均並み実働医師数の確保（59頁）

人口1,000人当たり医師数は OECD 平均 3.1 人³に対して、日本は 2.2 人（2008年）であり、OECD 平均並みの医師数を達成するには、医師数を 1.4 倍にしなければなりません。実働医師数の定義が明確にされていませんが、膨大な数字です。

「新成長戦略」では、看護職等の業務範囲の拡大、医療クーク等の増員を前提とし、医師の業務軽減によって実働医師数を増やす方向のようです。しかし、目標達成のため、関係職種の業務範囲が、安全性等をじゅうぶん考慮する時間もなく、急速に拡大していくことが危惧されます。その結果、国民の健康、安全が損なわれるおそれもあります。数値目標は撤回され、医療現場の実情を踏まえて、十分な議論を尽くされることを要望します。

³ OECD Health Data 2009 –Version: November 2009

2020年までに平均在院日数（19日）の縮減（59頁）

かつて、厚生労働省は「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」⁴を作成しました。その中では、全国平均と最短の県の差を半分にするとされていましたが、その後、急激な縮減にはなっておらず、むしろ、平均在院日数をもっとも短かった長野県では、下げ止まっているといった実態もあります。平均在院日数については、まず効率化プログラムを検証すべきと考えます。

さらに、平均在院日数がそれほど短縮化されていない最近の状況を見ると、これ以上の縮減が、日本の医療にひずみをもたらすおそれもあるのではないかと考えられます。日本の医療制度、公的医療保険における平均在院日数の短縮化の意味を、医療関係者の意見も踏まえつつ、あらためて検討すべきと考えます。

一般病床の平均在院日数の推移（日）

	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度
全国平均	19.8	19.2	19.0	18.8	18.1
長野県	17.5	16.9	16.8	16.7	未公表
神奈川県	17.8	17.0	16.6	16.3	未公表

*出所：厚生労働省「病院報告」毎年10月1日

2009年度は、厚生労働省「病院報告（平成21年10月分概数）」

2013年度までに「どこでもMY病院」の実現（74頁）

「新成長戦略」では、診療情報や調剤情報、健診情報等を電子化し、個人・医療機関等の間で連携することにより、過去の診療情報に基づいた医療が受けられ、自らの医療・健康情報の電子的管理・活用ができるとされています。

⁴ 「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」経済財政諮問会議 柳澤臨時議員提出資料 2007年5月15日。その後、2007年6月19日に閣議決定された『経済財政改革の基本方針2007』で「「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」等を推進する」とされた。

しかし、患者情報は究極の個人情報です。仮に、生命保険、金融機関等と情報が共有されるようになれば、個人情報が特定されるだけでなく、個人の病歴や資金力によって、受けられる医療が制限されるようになるおそれもあります。

現在、病歴などの個人情報は、刑法の医師の守秘義務で守られています。まずこの点を大事にしていきたいと考えます。

また、個人情報が民間事業者も含めて共有されることについての国民的合意は不可欠です。そのためには、地域医療を担う医師会等も含めて、徹底的に議論し、かつその経緯を公開して、国民の判断を仰ぐ必要があります。2013年に「どこでもMY病院」を実現するという目標が掲げられていますが、時期にとらわれず、時間をかけて検討すべきと考えます。

「国際戦略総合特区（仮称）」「地域活性化総合特区（仮称）」（45頁）

「新成長戦略」には、「国際戦略総合特区（仮称）」「地域活性化総合特区（仮称）」という2つの特区構想が示されています。「特区」という言葉は、医療においては、株式会社特区を想起させます⁵。

日本医師会は、必要な医療はすべての国民が受けることができる国民皆保険を絶対に守らなければならないと考えます。したがって、生死にかかわる医療において、特定の患者、特定の地域住民の不利益になりうる懸念を抱きながら、特区として試行することに、原則として反対です。

今回、特区構想の対象になる特定の分野は明示されていませんが、「特区」という言葉の中に広く医療を包含して、うやむやに進めることは認められません。医療特区を対象としない方向で、検討されることを要望します。

⁵ 2004年5月28日に、構造改革特区法が改正され、同18条にもとづき、株式会社が特区において、高度医療の提供を目的とする病院または診療所を開設することが認められた。