

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 法律案について

定例記者会見

※ 2014年5月7日の衆議院厚生労働委員会に提出したものと同一内容です

2014年5月8日

公益社団法人 日本医師会

副会長 中川俊男

日本医師会は、国の政策を、このような
基準で判断します。

- 国民の安全な医療に資する政策か
- 公的医療保険による国民皆保険を
堅持できる政策か

医療提供体制の改革に向けて

日本医師会は、最善の医療を切れ目なく提供する体制を、地域の実情にあわせて構築することを目指している。

日本医師会・四病院団体協議会

医療提供体制構築にむけての基本方針

1. 現在の超高齢社会にあっても、世界最高水準の健康水準を守り、国民の生活の安心を支えるため、国民とビジョンを共有しながら、新たな時代にふさわしい体制構築に向けて、国民とともに取り組む。
2. このため、発症からリハビリテーション、在宅復帰支援までどのような病期にあっても、患者の病態にあわせて、最善の医療を切れ目なく提供する体制を構築する。
3. 患者の命を守る質の高い医療を目指すとともに、生活の質を重視し、患者を支える医療を実践する。このため、地域の医療・介護・福祉との連携の下、地域包括ケアシステムの実現に向けて、在宅医療を含めた地域特性にあわせた柔軟な医療提供体制を構築する。

出典：日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方」(2013年8月8日)

日本医師会 定例記者会見(2014年5月8日)

2

病床機能の区分

日本医師会・四病院団体協議会は、あるべき医療提供体制の構築に向けて、以下の病床区分別に実態を報告することを提案。病床機能報告制度の区分に採用された。

○厚生労働省「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」での検討経緯

2013年5月	2013年7月	2013年9月
		高度急性期機能
急性期	急性期機能	急性期機能
亜急性期(仮称)	【検討中】	
回復期リハビリテーション	回復期リハビリテーション機能	回復期機能
地域多機能(仮称)		
長期療養	長期療養機能	長期療養機能

○日本医師会・四病院団体協議会 報告する病床の区分(案) 2013年8月

高度急性期病床	救命救急センター、集中治療室等、救命のために専門医等を常時配置。
急性期病床	急性期医療を提供。在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応。二次救急を担う。
回復期病床	急性期経過後で引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供
慢性期病床	長期にわたり療養を必要とする患者に医療を提供

出典：日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方」(2013年8月8日)

日本医師会 定例記者会見(2014年5月8日)

3

病床機能報告制度について

- 当初、「急性期病床群」を認定、登録する制度の提案があった。しかし、要件を満たせない病院が急性期医療から退場させられるおそれがあり、特に地方では急性期医療の確保が困難になる。検討の後、各医療機関が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みとすることで決着した経緯がある。
- まずは、地域の現状分析を十分に行い、その上で、都道府県医師会等の関係者も参画し、地域医療ビジョンを策定するべきである。

病床機能報告制度の検討経緯

2011年11月	第23回社会保障審議会医療部会 ● 厚生労働省、急性期病床群(仮称)の認定制度の導入を提案
12月	厚生労働省「急性期医療に関する作業グループ」(以下同じ) ● 急性期病床群(仮称)の認定制度を医療法上に位置づけ、認定する。医療機関自身が自ら担う機能を選択し、医療機関内の医療資源を適切に再配分。
2012年 3月	● 各医療機関が、自主的に都道府県に申請して確認を受ける仕組み(認定)。
5月	● 医療機関が自ら担う医療機能や今後の方向性を自主的に選択し、都道府県に申し出ることを通じて、その機能について確認を促す仕組み(登録など)。
6月	● 各医療機関(診療所を含む)が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組み。

出典: 社会保障審議会医療部会及び「急性期医療に関する作業グループ」厚生労働省提出資料

日本医師会 定例記者会見(2014年5月8日)

4

地域医療構想(ビジョン)を実現する仕組みについて

1. 地域医療ビジョンの策定に向けて「協議の場」が設置される。

協議の場には診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者ほかが参画するとされている。

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案による医療法第三十条の十四第一項



都道府県は、地域医療を担う医師会と真摯な協議を。
そのためには、国から都道府県行政へ医師会と連携するような働きかけも必要。

2. 「協議の場」での協議を踏まえ、また都道府県医療審議会の意見を尊重した上で、都道府県知事が過剰な医療機能への転換中止等を命令・指示または要請した場合に対して、それに従わなかったときには次の措置が挙げられている。

- 医療機関名の公表
- 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外
- 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取り消し



以上のような措置は、悪質な場合に限定されるべきである。
強権的なペナルティはあってはならない。

日本医師会 定例記者会見(2014年5月8日)

5

地域医療構想(ビジョン)策定のスケジュールについて

地域医療ビジョンは、当初の予定よりも3年前倒しで策定されることとなった。



「期限ありき」で、拙速な対応を強いてはならない。

また、国のガイドラインが強制力をもつものであってはならない。ガイドラインは、あくまで目安とし、地域の実情がしっかりと反映されることを優先すべき。

「社会保障制度改革国民会議報告書」(2013年8月6日 社会保障制度改革国民会議)

地域医療ビジョンについては、都道府県において現状分析・検討を行う期間を確保する必要があるものの、次期医療計画の策定期間である2018(平成30)年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい。

	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度～	
医療計画	第6次 2013～2017年度					第7次	
地域医療構想(ビジョン)		<ul style="list-style-type: none"> ● 病床機能報告制度運用開始 ● 地域医療ビジョンのガイドライン策定 	 <ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療ビジョン策定 	2013年度からスタートしている医療計画に追記			

日本医師会 定例記者会見(2014年5月8日)

6

新たな財政支援制度「基金」について

新基金交付条件(案)では、「新基金の趣旨に鑑み、官民に公平に配分することとし、都道府県計画において、公的・民間の割合・額を明示し、当該割合についての経緯・理由やそれに対する都道府県の見解を付すこと」とされているが※、これまでの地域医療再生基金の投入は、公立・公的医療機関に偏重していた(次頁参照)。



新たな基金は、公立・公的医療機関や大学病院等へ偏って投入しないこと。

具体的には

- 都道府県医師会をとりまとめ役として、地域の実情を踏まえて活用をしていただきたいこと
- 地域包括ケアを推進する観点から、かかりつけ医、かかりつけ医と連携する地域に密着した医療機関などを積極的に評価し、新たな基金を投入していただきたいこと

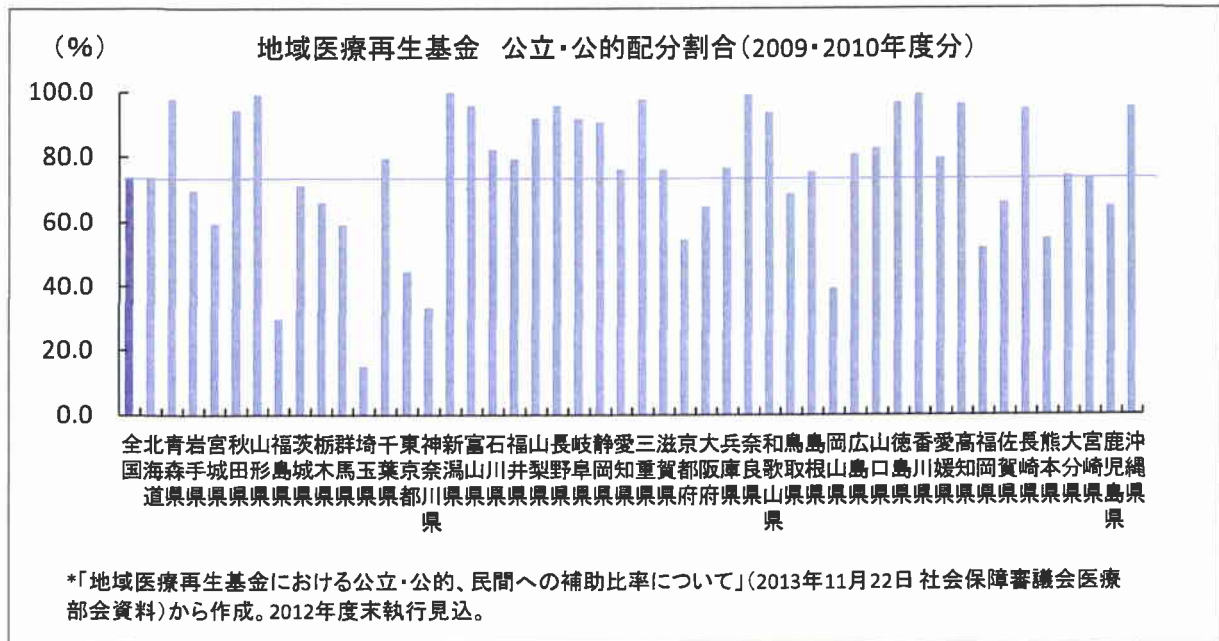
※厚生労働省「新たな財政支援制度にかかる都道府県担当者会議」(2014年3月20日)資料

日本医師会 定例記者会見(2014年5月8日)

7

地域医療再生基金の投入状況

公立・公的医療機関への配分は、全国平均で73.9%



日本医師会 定例記者会見(2014年5月8日)

8

医療事故に係る調査の仕組み

- ・ 今般、厚生労働省検討部会などでの長年の議論を経て、医療事故調査制度創設に関する法案が国会提出されたことの意義は大きい。
この件に関し、日本医師会では、会内に検討委員会を設置し、会員の声を可能な限り集約することに努めた。
- ・ 日本医師会内での検討の要点
 - ①院内医療事故調査をすべての医療機関でおこなう
 - ②各都道府県で医師会、大学病院、医療団体等による第三者的調査をおこなう
 - ③医学的調査、再発防止策の策定を行う第三者機関を中央に設置
 - ④医師法21条、業務上過失致死傷罪のあり方については引き続き検討
 - ⑤第三者機関から警察への通知はおこなわない
→ ①～④は概ね法案に盛り込まれたが、
⑤は 厚労省検討部会報告書の記述どおり、何らかの形で明確にすべき
- ・ 制度運用の課題
 - (ア)「医療事故調査・支援センター」(中央の第三者機関)の調査の対象は、院内調査を経たものに限られるべきだが、遺族から「センター」への調査請求については、院内調査の結果に遺族が納得しない場合や院内調査が遅々として進まない場合など、一定の事由を条文上明確化すべき
 - (イ) 中小医療機関での院内調査を支える体制の支援が必要
 - (ウ)「医療事故調査・支援センター」(中央の第三者機関)の運営確保と医療界による自律的調査の担保

日本医師会 定例記者会見(2014年5月8日)

9

地域医療支援センターについて

2008年度以降、医学部定員は、累計で1,444人増員されたが、医師偏在対策はまったく不十分である。医師の職業紹介についての実態調査にもスピード感がない。今回の法案で、地域医療支援センターが医療法上に位置づけられたが、

1. 各都道府県に一任するのではなく、国が財政的にも人材面でも強力な支援の継続が必要
2. 大学病院を巻き込むため、文部科学省と厚生労働省の連携強化も必要

日本医師会は、現行の仕組み（都道府県地域医療対策協議会、地域医療支援センター）などを将来、発展的に「都道府県地域医療対策センター（仮称）」に再編することを提言しているところであり、その方向に向かっていくことを要望する。

「都道府県地域医療対策センター（仮称）」のポイント

- 研修先のアドバイス、調整を行う「大学臨床研修センター（仮称）」や研修先病院等の協力も得て就業先を把握し、医師養成および医師確保対策を推進。
- 臨床研修修了後の医師のその後の異動や配置についても継続して把握。これらの情報にもとづき、医師確保および偏在解消を推進するとともに、医師の生涯におけるキャリア形成を支援。
- 将来は、医師の異動に係る情報を全国レベルで統合。

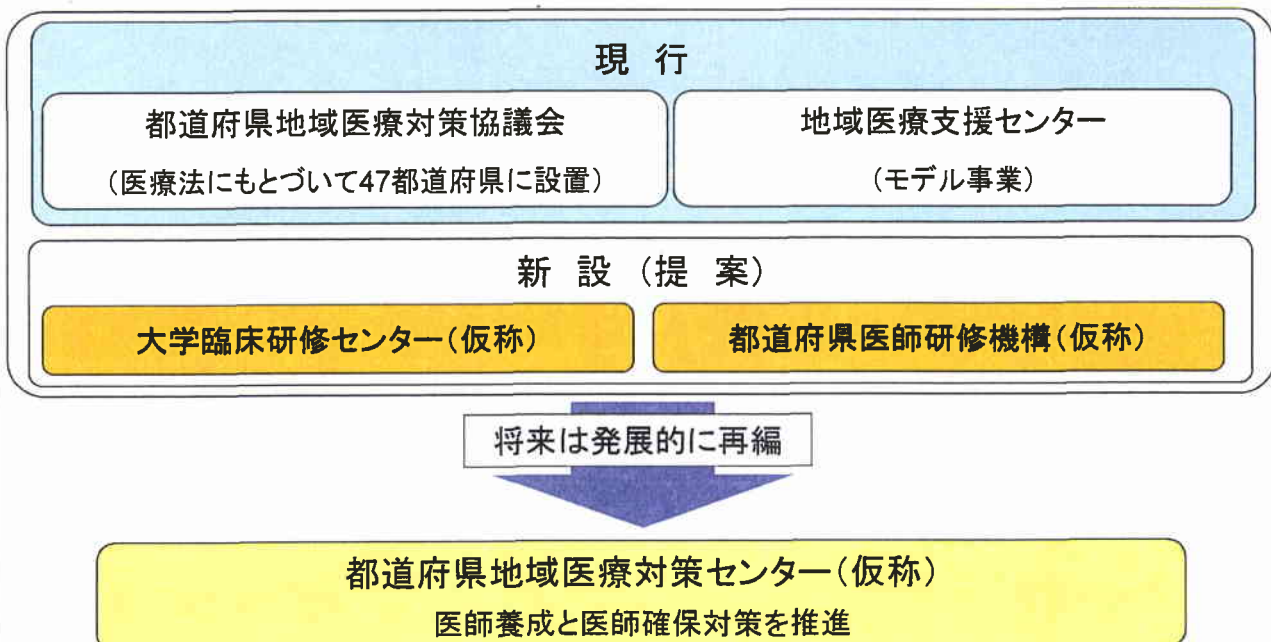
出典：医師養成についての日本医師会の提案 第3版（2013年1月30日）

日本医師会 定例記者会見（2014年5月8日）

10

医師養成および医師確保のための体制（将来イメージ）

医師会、行政、大学、住民代表等で構成される「都道府県地域医療対策センター（仮称）」は、地域の医師養成および医師確保対策を推進する。



日本医師会 定例記者会見（2014年5月8日）

11

国家戦略特区における医学部新設の問題点

2008年度以降の医学部定員増加により、医師の絶対数の確保については一定の目途が立っている。喫緊の課題は、地域包括ケアを推進し、急務である医師の地域・診療科の偏在を解消していくことである。このような中、国家戦略特区において医学部を新設することは、医師の地域偏在をさらに深刻化させることが危惧される。

国家戦略特区における医学部新設の問題点

- 医学部の教員は多くが医師であり、教員(1大学約300人)を医療機関から募集すると、その地域では医師不足の引き金となる。
- 限られた修業年限で次元の異なる教育内容に時間を割くことにより、医学生が最低限履修すべき教育内容である「医学教育モデル・コア・カリキュラムー教育内容ガイドライン」を満たすことができるのかといった懸念がある。
- これから医学部を新設しても自立して診療が可能な医師を養成するまでには10年以上を要する。
- 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。

日本医師会 定例記者会見(2014年5月8日)

12

医療法人に関する制度について

今回の改正法案では、以下の見直し。

1. 医療法人社団と医療法人財団との合併
 2. 持分なし医療法人への移行促進策
- 「1.」については、医療法人財団には大規模なものも多いが、一般論として、次の理由から、法人の広域・大規模化、医療機関の過度な集約等につながらないよう、制度の運用が必要。
 - ① 医療法人は、そもそも地域医療の提供を、安定的・永続的に担うための制度。
 - ② 医療法人は、地域に密着して、社員同士の人的なつながりや地域住民との信頼関係が強いのが特徴。各地のさまざまな経営主体を統合するのはなじまない。
 - ③ **医療の非営利原則の下で**、各法人・医療機関は互いに切磋琢磨し、医療の質を向上させてきた。一つの法人が地域で独占的・寡占的になるのは、好ましくない。
 - 「2.」については、日本医師会としても、持分のある医療法人が持分のない医療法人への移行を円滑にできるよう、税制要望をしてきた。

日本医師会 定例記者会見(2014年5月8日)

13

国民皆保険の堅持に向けて 日本医師会の見解

1. 公的な医療給付範囲を将来にわたって維持すること
2. 混合診療を全面解禁しないこと
3. 営利企業(株式会社)を医療機関経営に参入させないこと

2004年12月15日 厚生労働大臣・規制改革担当大臣「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」
 「一定のルールの下に、保険診療と保険外診療との併用を認めるとともに、これに係る保険導入手続を制度化するものであり、『**必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する**』という国民皆保険制度の理念を基本に据えたもの」

日本医師会 定例記者会見(2014年5月8日)

14

ドラッグ・ラグの短縮に向けて

審査ラグは短縮されてきたが、申請ラグは2011年度は3.4年であり、現在の課題は、審査ラグよりもむしろ開発(申請)ラグである。

	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
開発(申請)ラグ	2.4年	1.5年	1.5年 (0.8年)	1.0年 (0.7年)	3.4年 (1.8年)
審査ラグ	1.0年	0.7年	0.5年 (0.5年)	0.1年 (0.2年)	0.1年 (0.1年)
ドラッグ・ラグ	3.4年	2.2年	2.0年 (1.3年)	1.1年 (0.9年)	3.5年 (1.9年)

*PMDA 第2回 審査・安全業務委員会(平成24年12月26日)
 (http://www.pmda.go.jp/guide/hyougikai/24/h241226gijishidai/file/siryo2-1.pdf) より作成

PMDAの「未承認薬データベース」※1)によると、2014年4月30日現在、
 ○ 米国承認済み(2009年4月～2014年2月)で日本で未承認の医薬品・・・96品目
 ○ 欧州承認済み(2009年4月～2014年2月)で日本で未承認の医薬品・・・73品目
 ある※2)。なお、国内メーカーの医薬品もこれらの中に含まれている。

メーカーは早期に申請し、薬事承認および保険収載を目指すべきである。

※1) <http://www.pmda.go.jp/operations/shonin/info/unapproved-db.html>

※2) <http://www.pmda.go.jp/operations/shonin/info/unapproved-db/file/unapproved-db.xls>

日本医師会 定例記者会見(2014年5月8日)

15

保険外併用療養費制度について

- 保険外併用療養費制度は、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えて導入されたものであり、この理念は引き続き遵守されなければならない。
- 規制改革会議で「選択療養」が提言されているが、現行の保険外併用療養費制度の機動性を高めること(承認手続きを迅速化すること等)で十分に対応できると考えている。
- 新たな医療が保険収載されなければ、資産や所得の多寡で受けられる医療に格差が生じ、必要な医療が受けられなくなる。
- 国は背景にあるドラッグ・ラグ、特に開発(申請)ラグの解消に全力で取り組むべきである。