

日本医師会の 医療政策

社団法人日本医師会会長

横倉義武



PROFILE

よこくら・よしたけ／昭和19年8月生まれ。昭和44年久留米大学医学部卒業後、同大医学部第二外科助手、昭和52年西ドイツ・ミュンスター大学教育病院、デトモルト病院外科に勤務。昭和54年に帰国し久留米大学医学部講師を経て平成2年医療法人弘恵会ヨコクラ病院院長、平成9年同病院理事長・院長に就任。この間、平成10年福岡県医師会専務理事、14年同会副会長、18年同会会長、22年4月日本医師会副会長を歴任し、本年4月に日本医師会会長に就任。

特別講演では、今年4月に日本医師会会長に就任された横倉新会長に日本医師会の医療政策についてお話しいただいた。

横倉会長は、日本医師会の役割と活動、直面する問題について話すとともに、日本の医療の現状を解説。世界に冠たる日本の優れた公的医療保険制度を堅持するために、日本医師会では混合診療全面解禁や現時点においてTPP交渉参加に反対していることを強調した。その上で、「国民と共に歩む専門家集団としての医師会」をめざすために国民とともに努力していく決意を示された。

日時：平成24年5月24日(木)16:30～17:30
場所：東京會館9階「ローズルーム」

はじめに

私は4月1日に日本医師会会長に就任しました。就任に当たり一番主張したことは、地域医療の再興です。いま、地方のみならず都会でも地域医療が揺らぎ出しており、国民の健康を守るためにしっかりした医療政策、医療体制をつくっていかなければならないと考えています。

そこで本日は、日本医師会の医療政策や活動についてお話するとともに、日本医師会総合政策研究機構（日医総研）で最近分析したいくつかの資料についてご紹介したいと思います。

日本医師会の役割

●日本医師会とは

まず、日本医師会の役割についてですが、日本医師会はいままで国民の皆さまに誤解を受けてきたのではないかと考えています。マスコミでは日本医師会は最大の圧力団体という言い方をしますが、日本医師会は定款にも「医道の高揚、医学及び医術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もって社会福祉を増進すること」を目的として定められているように、医師の医療活動を支援する民間の学術団体なのです。各種の調査・研究や国際交流などを通じて医療のあり方を考え、より働きやすい医療環境づくりと国民医療の推進に努めています。

しかし、なかなか理解されていないことから、国民の皆さんにご理解いただくために日本医師会の綱領もしくは約束などをつくりたいと考え、今期、委員会を立ち上げて検討する準備を進めているところです。

●日本医師会の活動目的

日本医師会の活動目的の一つとして、国民医療体制の確立があります。地域医療の安定した提供体制への提言や国民医療を守っていくために、昭和36年からスタートした国民皆保険をしっかりと継続させなければならないと思っています。

私は昭和19年に生まれました。太平洋戦争の末期です。父親は海軍の軍医をしており、戦争が終わって、私たちが疎開していた福岡県南部の三池郡高田村、現在のみやま市に帰ってきました。当時、村には医師がおらず、村長から3年間ここで医療をしてくれないかと請われて医療を行ったのが始まりで、現在も私が医療をしています。当時の農村の医療は非常に厳しく、なかなか薬が入手できない状態が続いていたわけです。

昭和36年に国民すべてが公的医療保険に加入する国民皆保険体制が整えられてからは、地方でも安心して医療が提供できるようになりました。その意味で、私たちはこの国民皆保険を堅持しなければならないと考えているわけです。そのために皆保険を壊すようなあらゆる動き、例えば、混合診療の全面解禁や営利企業の病院経営への参入などには強く反対しているところです。

2番目は、安全な医療提供の確立です。医療安全への取り組みは当たり前のことであり、安全な医療を提供するために様々な努力を継続していかねばなりません。その検証を続けていくことも日本医師会の大きな活動目的です。

3番目は、保健活動を通じた国民の健康への働きかけです。ご案内のように、学校医や産業医をはじめ、様々な保健活動も続けています。これも地域を守ることの一環であり、様々な活動を行っています。

そして、会員医療機関の経営の安定です。地域医療を継続して提供するには、医療機関の経営の安定が不可欠です。その意味で、診療報酬をはじめ、税制の問題や市町村の補助を基にした救急医療活動等の助成についての働きかけなどを行っているところです。

日本医師会の活動

●医療政策の確立

次に、日本医師会の活動をご紹介します。

第一に、医療政策の確立を図っています。各地域の実情を把握し、制度として確立する必要があるれば、国にしっかりと主張していかねばなりません。



せん。そのために、日本医師会の役員は様々な審議会に参加をさせていただいています。厚生労働省をはじめ、内閣府や総務省、文部科学省、環境省、国土交通省、金融庁などの審議会等への参画を通じ、様々な政策提言を行っています。

●保健・医療・福祉の推進

2番目は、保健・医療・福祉の推進です。地域では地方自治体と協力して地域住民のための医療・保健・福祉の活動を積極的に展開し、特に地域医療に関しては、国民の皆さまに「かかりつけ医」を持っていただきたいという呼びかけをこの数十年行ってきました。しかしここ数年、その呼びかけが少なかったという思いを持っています。

私は、福岡県医師会の役員を長年務めてきましたが、福岡県医師会では、「かかりつけ医宣言」を行っています。その宣言をした医師には、きちんと研修を受けてもらっています。

そのほか、救急医療を含む各種の地域医療を展開するとともに、乳幼児保健、学校保健、産業保健等、ライフサイクルを通じての各種の保健活動を実施しています。

高齢社会が進展していく中、地域では介護との連携が非常に重要になってきました。医療のない介護はあり得ないし、高齢者にとっては介護のない医療はあり得ないという状況です。そのため、地域でいかに連携していくかを提言していく必要があります。繰り返しになりますが、医療現場の意見を反映するため、国や都道府県行政のカウンター

パートナーとして様々な審議会に参加しています。また、来年4月から新しい地域医療計画がスタートします。今年は各都道府県で地域医療計画の作成準備を進めており、その作成への参画や行政との様々な折衝を行っています。

そして、様々な医療関係職種間の協力体制の確保があります。日本医学会分科会や各医会、病院団体や歯科医師会、薬剤師会、看護協会などとの連携・協力が重要になります。

このような活動を進めるのが日本医師会の役割ですが、特に今後求められるのは、1つには切れ目のない地域連携の確立です。急性期や高度専門的医療と一般医療との役割分担が重要であり、その役割の間に切れ目を起こさないことが重要になります。

急性の突発的な事故が起きた場合、例えば、交通事故で心肺停止をした場合、日本では119番通報をして医療機関に搬送され、救命センターなどで救命処置治療が行われます。救命治療が終わると、リハビリテーションが必要になってくることが多く、その連携をうまく進めていく必要があります。ある程度元気になり、リハビリを継続する場合には、長期療養ができる医療機関や病棟が必要になるでしょう。一方、そうでない場合には在宅に復帰し、さらに必要があればリハビリを続けることになると思います。この医療提供体制を整備し、救急医療から亜急性期、回復期、慢性期、在宅医療が途切れることのないようにしていかなければなりません。そのためにも、地域の医師会の役割は非常に重要になってくるのです。

また同時に、大都市周辺で高齢社会が一気に進展していることから、介護サービスや福祉サービスとも連携してリハビリなどが必要な退院患者への対応も非常に重要になってくると思います。

団塊の世代である昭和22年生まれの人々が65歳となり、今後15年間に一気に高齢化が進んでいきます。団塊の世代には集団就職などで東京や名古屋、大阪などに職を求めて移ってきて、そのまま大都市周辺に住んでいる人が多いと思います。ですから、大都市周辺の高齢化への対応が重要な問題になってくるでしょう。現在、国会で社会保障と税

の一体改革が審議されていますが、これには団塊の世代の高齢化にいかに対応するかという問題もあるのではないかと考えています。

このように、地域の医療連携を構築していくために様々な関係者を取りまとめているのが地域の医師会なのです。地域の医師会が調整役となり、病院や診療所を含む医療・介護施設との連携体制の構築をめざしています。

介護においてはケアマネジャーが非常に重要ですが、ケアマネジャーや訪問看護ステーションとの連携、福祉施設である特別養護老人ホームや有料老人ホームとの連携も重要になってきます。この調整を行っていくことが、それぞれの地域で求められていくわけですから、医師会の役割は非常に重要になると考えています。

●生命倫理の諸問題の解決など

さらに、生命倫理における諸問題の解決があります。医療技術の進歩に伴って、遺伝子治療をはじめ、生命倫理に関する様々な問題に直面しています。そのため、私たちは生命倫理懇談会を設置し、2年に一度提言を行っています。座長は高久日本医学会長にお願いし、医学会や医師会、大学の先生、哲学専攻の研究者や宗教家にも入っていただき、日本の現状の中でどこまで導入可能かを議論しているところです。

当然のことながら、学術活動も行っています。日本医師会では昭和62年に生涯教育制度を創設し、プロフェッショナルオートノミーの理念のもと、日進月歩の医学、医療を実践するために、医師が生涯にわたって自らの知識を広げ、技能を磨き、常に研鑽していく場を設けています。研修会等については、各地域の医師会も主催して進めており、卸業の皆さんにもお手伝いしていただいています。現在、日医生涯教育制度には8割を超す会員が参加しています。こういう活動を通じ、医師として、進歩する医学や医療の知識に遅れないように努力しているところです。

そのほか、「日本医師会雑誌」を毎月1回発行しているほか、様々な刊行物を発行しています。日本医師会の中には医学図書館もあり、医学に関し

ては日本で最も多い蔵書量を誇っています。

●国際協力の推進など

国際協力の推進にも取り組んでいます。世界医師会という組織があり、現在、100か国が参加しています。

世界医師会では、第二次世界大戦中にナチスによって様々な人体実験等が行われたことの反省に立ち、医師の職業倫理・医療倫理を明確にしようとヘルシンキ大会で宣言が出されました。来年、宣言から50年を迎えます。そこで、もう一度「ヘルシンキ宣言」を見直そうということで、いま検討を始めようとしているところです。

また、韓国、台湾、日本が中心となってつくったアジア大洋州医師会連合（CMAAO）があります。現在、東南アジア各国、オーストラリア、ニュージーランドが参加しています。これまでは2年に一度総会を開催していましたが、東南アジア諸国の医療がかなり進歩してきたこともあって、今年から毎年総会を行うことになりました。

●日本医学会と日医総研の活動

それから、日本最大の医学の学術団体である日本医学会があり、日本医師会と車の両輪として学術面を支援してもらっています。日本医学会は1902年に活動を始め、1948年に組織化されて現在112の分科会があります。4年に一度、日本医学会総会を開催し、日本の医療の現状や将来について議論しています。

医療政策研究の場としては、坪井会長時代に日医総研をつくりました。研究活動や情報収集、調査分析などを通じて国民のための医療政策の展開を強力にサポートしようと、様々な調査活動を展開しています。

広報活動としては、「日医ニュース」という機関紙を月2回発行し、全会員に配付しています。そのほか、Eメールによる「日医白クマ通信」を毎日配信しています。また、毎週水曜日に定例記者会見を行い、日本医師会を理解していただく努力をしています。



日本医師会の直面する問題

●地域医療の充実

次に、日本医師会が直面している問題を挙げます。まず、地域間の格差がまだある中で、地域医療をどう充実させていくかが極めて重要な課題になっています。そのため、地域間格差の解消に向けて、医学部入学定員を平成17年比で1380人近く増やしてもらいました。特に地域枠という形で、その地域出身者が優先的に入学できるような制度ができたので、少しずつ解消すると期待しています。

一方で、診療科の偏在の問題もあり、当初、産婦人科の医師不足が顕在化し問題となりましたが、最近は外科系を中心とした診療科の偏在が顕著になっています。このように、外科系の医師が少なくなっており、外科学会等も危機感を募らせています。その要因となっているのが、善意を持って一生懸命治そうと努力をしたものの、結果的にうまくいかなかった場合の対応の問題なのです。例えば、最善の努力をして手術をしたものの結果的に不幸な事態になったときに業務上過失致死に訴えられるとすれば、外科医を希望する医師は少なくなってしまう。

そのため、事故が起きた場合、医療安全の点からどういう問題があったかを調査する機関をつくるのが重要ではないかと考え、3年前に事故の調査機関に関する大綱案ができました。しかし最後の詰め段階で成案に至らなかったことがあり

ましたので、仕切り直しをしてもらっているところです。医療安全のための仕組みづくりを確立することが重要であることから、早急な取り組みを望んでいます。

●超高齢社会への対応

次に、超高齢社会への対応があります。現在、各医療圏の人口推移や高齢化率の推移を調査しています。高齢人口は2025年ぐらいまでは少し増える程度で推移しますが、若年人口の減少が著しいため、高齢化率が一気に上がっていきます。

そのような中、今後の医療提供体制としては、高齢者の様々な問題を地域で解決することが必要になります。また、高齢者ができるだけ病に罹らないような予防活動や保健活動が非常に重要になってきます。

●医療に対する国民の理解

医療に対する国民の理解もひとつの問題です。

また、現在、医師会に入会している医師は60%前後なので、できるだけ多くの医師に参加してもらえる団体が変わっていかねばなりません。例えば、同じ地域で臨床に携わる勤務医と開業医に交流があれば、地域医療連携はよりスムーズになります。そういう連携の推進のために、勤務医の皆さんにも医師会に所属していただく努力がさらに必要だと考えています。

先ほど触れた医師不足対策も大きな課題です。

そして、医事法制。先ほどお話ししたように、善意の医療行為が刑事罰に問われない仕組みづくりにも取り組んでいく必要があります。

東日本大震災への対応もあります。去年は、全国から数多くの医療従事者にJMATとして被災地で医療支援を行っていただきました。しかしながら、被災地の地域医療支援はまだ十分とはいえませんので、それについても継続していかねばなりません。

●国民皆保険制度の確保

国民皆保険制度を堅持していく上では、いわゆる医療本体の産業化の問題があり、混合診療全面

解禁に対しては反対の姿勢を打ち出しています。

加えてTPPの問題があります。日本医師会では、まだ賛成できるような状況ではないと考えています。というのは、日本の公的医療保険制度が守れるかどうか不透明だからです。政府は、皆保険体制は守るとしてはいますが、外国の例などを見ていくと、薬価制度のところから崩されています。日本の薬価や医療機材の価格は現在、中協協で決めているわけですので、そういうものを含めた形で国民皆保険体制を維持できるかどうか大きなポイントになると思っています。

もう1つ、消費税の問題があります。医療はいま非課税ですが、医療機関の消費税負担は収入の2%前後あります。それがだんだんと経営的に重くのしかかっています。適正な消費税のあり方と医療におけるあり方をどう考えていくかが重要になってくると思っています。

以上、日本医師会は様々な問題に直面していますが、「国民と共に歩む専門家集団としての医師会」をめざすというのが、今回会長選に立ったときの私のスローガンです。世界に冠たる国民皆保険の堅持を軸に、国民の視点に立った多角的な展開を行い、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて国民とともに努力していく決意を新たにしています。

我が国の医療の現状

●日本の医療の特徴

続いて、日本の医療の現状について見てみます。日本の医療の最大の特徴は、国民皆保険体制で支えられ、現物給付、フリーアクセスとなっていることです。保険証があれば、どこでも誰でもいつでも医療にかかるわけで、これほど素晴らしい制度はないでしょう。

しかし一方で、大学病院に外来患者が殺到し、大学病院の医師が疲弊するという問題も起きています。医療へのフリーアクセスを維持しつつ、地域で役割分担を図っていく必要があるのです。

この日本の医療は国際的にも高く評価されています。WHOで高く評価されていることはご存知だ

と思いますが、カナダでカンファレス・ボードが作成した資料を見ると、平均寿命、乳児死亡率、若年死亡率、がんによる死亡率、循環器疾患による死亡率、糖尿病による死亡率などがA評価です。つまり、日本の医療体制は非常に優れているといえますが、唯一、呼吸器疾患による死亡率がC評価です。これは日本の禁煙対策がまだ遅れていると評価されたのが要因です。

それと、一番の問題は、健康状態の自己評価がD評価だということです。自分は健康ではないと思っている人が日本人に多いのです。これは日本人の特性なのでしょう。客観的なデータでは日本はトップクラスですが、健康に対する主観的な評価はよくありません。やはり健康な状態であるという思いをもっと強く出せるような環境を整備していく必要があると思っています。

●低い負担で高い効果

そういう中で、日本の医療保険制度は社会連帯型であり、税金と保険料、患者負担という公助、共助、自助の3つで成り立っています。それぞれを見ると、日本の公的医療費はGDPの6.9%（2008年）で、先進国の中ではかなり低い位置にあります。共助では、被用者保険の保険料率に格差があります。そして自助では、患者の一部負担割合がかなり高いところが問題として挙げられるかと思っています。

経年的に国民医療費の財源別構成を見ますと、国庫の負担は1983年の30%が現在は25%程度になり、事業主負担も徐々に少なくなっています。一方で、国保を運営する地方自治体の負担が少しずつ増えており、また、保険料と自己負担を合わせた家計の負担が40%強あるという状況です。

医療費の国際比較について2010年のデータを見ると、日本の対GDP総医療費は8.1%でOECD加盟31か国中22位ですが、ここ1~2年、少しずつ伸びてきています。GDPが下がったこともあります。いわゆる勤務医の負担軽減に向けて大病院を中心に診療報酬改定を行った結果、その伸び率がかなりあり、総医療費を押し上げたことも要因です。

いずれにしても、日本の制度は、負担は比較的

低めでありながら高い医療結果を残しており、非常に素晴らしいパフォーマンスを發揮しているといえるのではないのでしょうか。

●患者一部負担と日本の医師数

被用者保険の保険者別保険料率を見ると、協会けんぽは今年から10%に上がりました。この半分は事業主負担です。それに比べ、共済組合の負担はまだ低い状況なので、被用者保険の保険料率を一定程度引き上げて、公平化を図ってほしいと主張しているところではあります。組合健保の中も、業種別にかかなり差があるのが現状です。

患者一部負担割合については、義務教育就学前は2割ですが、多くの自治体で無料になっています。しかし、義務教育就学後は3割負担、前期高齢者は、本則は2割負担ですが現在特例で1割負担、75歳以上は1割負担となっています。

実は来年から70歳～74歳の自己負担割合を2割負担にしたいという話がありますが、諸外国の場合自己負担はほとんどないわけで、いかに対応していくかが問題になると思います。外国では、医師の診察を受けるには、予約をして1週間ぐらい待たないと受けられないという、受診のアクセシビリティに問題があります。それが医療費抑制に繋がっている部分もあるわけではあります。日本の場合はフリーアクセスなので、負担を重くすることで受診をある程度コントロールしたいという政府の考えもあろうかと思われま

す。人口1000人当たりの医師数の国際比較では、2008年でOECD加盟国平均3.1名、G7の平均2.8名に対し、日本は2.2名で多いほうではありません。しかし、着実に増えつつあります。現状の人口を前提にすると医師数は毎年だいたい30%ずつ増えているので、このまま推移すれば、2025年にはOECD諸国並みまで上がってくると思います。

●混合診療に対する見解

日本の医療における問題としては、先ほども触れましたが、混合診療があります。保険診療プラス自分で負担する保険外診療を認めていいかという問題ですが、日本医師会では原則のない混合診

療には反対しているところではあります。

実は、日本では既に一定のルールで混合診療は認められているのです。まず先進医療では、安全性や有効性が確認されたものは「評価療養」として、保険診療の一部負担プラス先進医療の全額自費という仕組みで認められています。そのような評価療養のほかにも、差額ベッドなどの「選定療養」も保険の併用が認められています。つまり、一定のルール下における混合診療は、既に解禁されているという認識はしているところではあります。

しかし、無原則な解禁は難しいというのが日本医師会の立場です。反対しているのは、どんな場合でも保険診療の一部負担に保険外の全額自費も認める混合診療の全面解禁なのです。この保険外の全額自費を全面的に認めていくと、先進医療や新しい薬は全額自費となり、自費部分を支払える高額所得者しか先進医療が受けられなくなる恐れがあります。そして公的医療保険の中でも、それを償還しようというインセンティブが少なくなることも予測され、公的医療保険の医療範囲が狭くなることを心配しているのです。

診療報酬改定を振り返る

ここで、2012年度の診療報酬改定を振り返ってみます。昨年6月30日に社会保障・税一体改革の成案が決定されました。成案では、急性期医療や在宅医療を重視することが記されましたが、日本医師会では地域医療全体の底上げが必要であり、切れ目のない医療を提供すべきであると主張しているところではあります。現在、社会保障審議会で議論されており、急性期病床の位置づけや医療法での規定が話に出ていますが、医療法でどのような規定になるかがポイントになると思います。

そういう中、今回の診療報酬改定は、厳しい財政状況にあってトータルで0.004%プラスになりました。医科本体では1.5%。薬価引下げ分がありましたので、そのような結果になっています。

薬価は、全体では前回改定を下回る結果となりましたが、新薬創出加算のプラスは医療費ベースで前回並み、市場性加算などのプラスは前回以上

であり、2012年度改定としては薬価ベースで6%の引き下げが行われました。

今回の医科改定財源は、1つに救急や産科、小児科、外科等の急性期医療に重点的に配分されることになり、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減・処遇改善に約1200億円配分されました。また、地域医療の再生を図る観点から、早期の在宅療養への円滑な移行や地域生活の復帰に向けた取り組みの推進に向けて在宅医療の充実を図るため約1500億円、そして、がん治療や認知症治療などの問題解決に約2000億円が配分されました。

調剤を取り巻く現状

次に、調剤の最近の動きを見てみます。

2011年4月～12月の対前年同期比では、医療費全体で2.8ポイント伸びています。そのうち、医科の入院が1.6、入院外が1.8という状況です。それに対し、調剤は7.9ポイント伸びています。その調剤医療費の内訳を見ると、薬剤費の部分がかかなり大きく4兆4000億円を占めています。

日医総研では昨年7月にワーキングペーパーを発表し、その中で2009年度と2010年度の先発医薬品メーカーの大手売上高を示しています。売上高は12社中7社が増収でした。また、売上高経常利益率は12社中6社で上昇しています。

次に後発医薬品メーカーの売上高を見ると、2009年度から2010年度にかけて急速に伸びており、掲載した8社すべて増収であり、売上高経常利益率も8社中5社で上昇しました。

一方、医薬品卸の大手4社の売上高を見ると、売上高は上がっていましたが、このことは企業合併などの影響もあると見られています。そして売上高利益率は4社とも落ち込んでおり、医薬品メーカーの経常利益率と比較すると、かなり厳しいものがあります。そのため、医薬品業界の中で医薬品卸にしわ寄せがきていると指摘する人もいます。経常利益率を見ると、卸の経常利益率が非常に低いことが見て取れます。

TPPと日本の医療

最後に、TPPと日本の医療について触れます。なぜ日本医師会がTPP交渉参加に反対しているかについてです。

最近の分析では、TPP協定交渉において、多くの分野で議論が進んでいるとの情報があります。総論的に公的医療保険を俎上に上げないとしても、金融サービスで公的医療保険に対する民間保険の参入、投資分野で株式会社の参入、知的財産分野で薬価や医療技術等が対象にならないという確証はないということです。日本医師会としては、中医協での薬価決定プロセスに干渉したりすることを通じて公的医療保険制度を揺るがすような恐れはないという担保を、しっかり示してほしいと要望しているところです。韓国と米国のFTA交渉などを見ても、様々な問題が出てきていますので、国民皆保険を守るためには、まだ賛成ができない状況だと考えています。

これまでも1985年のMOSS協議以降、米国から日本の医療に対して様々な注文がつけられてきました。公的医療保険の営利産業化を進めようとする米国の動きもあるわけで、今後どういう動きになるのかをしっかりと注視していきたいと思えます。

以上、縷々お話ししましたが、日本医師会の役割と活動をご理解いただきたいと思います。本日の話を終えさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

講演を終えた横倉会長に謝辞を述べる熊倉薬政連会長

