

## 各関係団体からの意見

(順不同)

- ・ 日本医師会
- ・ 健康保険組合連合会
- ・ 全国健康保険協会
- ・ 日本経済団体連合会
- ・ 日本労働組合総連合会
- ・ 全国市長会
- ・ 全国町村会
- ・ 全国知事会

# グランドデザイン 2009

—国民の幸せを支える医療であるために—

2009年2月  
社団法人 日本医師会

はじめに

日本医師会は、2007年3月「グランドデザイン 2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—総論」を公表いたしました。

その背景には、近年の財政一辺倒の医療政策により、国民が「いつでも」「どこでも」平等に医療を受けられる日本の優れた医療保険制度が失われてしまうという強い危機感がありました。その後の状況も、私たちの懸念をより強くしています。

米国のサブプライムローン問題に端を発した世界的規模の金融危機は、日本にも大きな打撃を与えています。深刻化する不況、拡大する雇用不安など、日本経済は極めて不安定な状態にあります。

一方、医療を取り巻く環境も厳しさを増しています。医師の不足と偏在によって、地域医療提供体制の崩壊が現実化しています。2009年度の医学部定員は、過去最大規模を超えて増員されましたが、その効果が現れるのには約10年かかると言われています。

また、2006年7月に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2006」に示された、社会保障費の伸びを2007年度から2011年度までの5年間で1.1兆円（国庫負担ベース）削減するという方針が、医療崩壊という現実を前にしても撤回されていないのが実情です。

いま、国民は将来に大きな不安を抱えています。このようなときこそ、国民の生命と生活を守る社会保障に対して、国は明確な理念を示し、国民の安心を保障する責務があります。

社会経済情勢の先行きが見えない今こそ、医療を中心とした社会保障への積極的な投資によって、国民が安心できる社会を再構築しなければなりません。

本書「グランドデザイン 2009」は、2007年に「グランドデザイン 2007」を公表した後、状況の変化等を踏まえて、必要と思われる部分を新たに書き加えたものです。「グランドデザイン 2007」同様、多くの方々の目に触れ、幅広い議論に供することを期待します。

2009年2月

日本医師会  
会長 唐澤 祥人

本書「グランドデザイン 2009」は、2007年に発表した「グランドデザイン 2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—」を補完する目的で作成しました。

「グランドデザイン 2007」は「総論」（2007年3月）と「各論」（2007年8月）から構成されています。

「グランドデザイン 2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—」

<http://www.med.or.jp/nichikara/gd2007/>

グランドデザイン 2007「総論」目次

第1章 あるべき医療の実現に向けて

1. 国民が望む医療
2. 医療の質のマネジメント
3. 経済力と医療資源のバランス

第2章 国民のニーズにこたえる医療提供体制

1. 医療を取り巻く環境
2. 病床整備の必要性

第3章 医療保険制度のあり方

1. 医療・介護費の将来推計
2. 公的医療保険制度のあり方

第4章 社会保障財源の可能性について

1. 社会保障の意味合い
2. 国家財政の実態
3. 財源の創出へ

グランドデザイン 2007「各論」目次

第1章 医療の質向上と安全のために

1. 医療従事者の偏在と不足
2. 医師の教育・研修
3. 医療の安全性の確保

第2章 医療提供体制と地域医療連携

1. 高齢者を支える医療提供体制
2. 地域医療提供体制とその連携
3. 健康および予防医療

第3章 社会の変化に対応して

1. 終末期医療のあり方
2. 危機管理の必要性
3. 医療におけるIT化
4. 医療における財源と税制の課題

Chapter 1

Toward Realization of Most Appropriate Healthcare

JMAJ 50 (4) : 280-299, 2007

<http://www.med.or.jp/english/pdf/jmaj/v50no04.pdf>

Chapter 2

A Healthcare Delivery System that Meets the Needs of the People

JMAJ 50 (5) : 355-366, 2007

<http://www.med.or.jp/english/pdf/jmaj/v50no05.pdf>

Chapter 3

Financial Aspects of the Health Insurance System

JMAJ 50 (5) : 367-388, 2007

<http://www.med.or.jp/english/pdf/jmaj/v50no05.pdf>

Chapter 4

The Possibility to Secure Fiscal Resources for Social Security

JMAJ 50 (6) : 431-442, 2007

<http://www.med.or.jp/english/pdf/jmaj/v50no06.pdf>

## 目 次

用語の説明.....用語 1-4

第1部 安心と幸せのための医療..... 1

1. 国民の求める医療—第3回 日本の医療に関する意識調査より..... 1

(1) 満足度と重点課題..... 1

(2) 医療に関する不安と国民の求める医療..... 5

(3) 医師の現状..... 15

(4) 今後の課題..... 19

2. 医師不足対策と医療従事者の確保..... 20

(1) 医師の偏在と不足の実態..... 20

(2) 医師数増加に向けての日本医師会の考え..... 25

(3) 初期臨床研修制度の改革案..... 30

(4) 医師確保対策..... 37

(5) 看護職員、コ・メディカル等について..... 39

3. 地域を守る医療提供体制..... 41

(1) 平均在院日数短縮化の問題点..... 41

(2) 高齢社会における医療提供体制..... 44

(3) 医療資源重点化の問題点..... 45

(4) 日本医師会が考えるあるべき病床数と現実..... 46

第2部 国民を守る医療制度とその財源..... 48

1. 医療費の現状と将来推計..... 48

(1) 医療費の国際比較..... 48

(2) 現状の医療費の伸びから推計される医療費..... 50

(3) 中長期の医療費の粗い推計..... 52

2. 医療制度のあり方について..... 58

(1) 現在の後期高齢者医療制度..... 58

(2) 日本医師会の「高齢者のための医療制度」..... 62

(3) 看取りの医療「終末期医療のガイドライン2009」..... 67

3. 公的医療保険を支える財源..... 71

(1) 消費税などの新たな財源の検討..... 72

(2) 特別会計などの支出の見直しの継続..... 75

(3) 公的医療保険の保険料の見直し..... 79

索引.....索引 1-3

## 用語の説明

### 【医療費】

$\text{総医療費} = \text{国民医療費} + \text{介護サービス費} + \text{予防・公衆衛生の費用} + \text{管理コスト等}$

$\text{国民医療費} = \text{医療保険医療費} + \text{公費負担等医療費}$

$\text{医療保険医療費} = \text{医療保険給付費} + \text{医療保険における患者一部負担}$

#### 医療保険給付費

公的保険（被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療制度）からの給付費。給付費とは医療費から患者一部負担分を除いた部分。

#### 国民医療費（本書では単に医療費ともいう）

医療保険医療費に公費負担等医療費を加えたもの。正常分娩の費用、健康診断や予防接種などの予防に関わる費用、入院時室料差額などのアメニティに関わる費用は、国民医療費には含まれない。

#### 公費負担等医療費

本書では、生活保護法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等から給付される公費負担医療費に、全額自費、労災保険を加えたものを指す。公費負担医療は保険に加入していれば、保険からの給付が優先されるので、ここでは、公費のみで支給される部分が対象である。

### 【医療制度ほか】

#### 新医師臨床研修制度

2004年4月に施行された改正医師法等により、それまで努力義務であった医学部卒業後2年間の臨床研修を必須化させた制度。

幅広い分野における基本的臨床能力を習得することを目的として、内科、外科、救急部門、小児科など、多くの臨床分野での研修を必修化した。また、同制度により、研修医の定員、指導医の条件など、臨床研修病院の指定基準を明確化し、研修医の処遇の確保等も行われた。

一方、同制度の導入により、研修医の大学離れが加速し、医師の偏在、不足の一因となったとも指摘されている。

### ALS

Advanced Life Support の略で、心肺停止患者に対して一次救命処置（救急医療システムへの通報、心肺蘇生、AEDによる除細動、気道異物除去など）につづいて行われる二次救命処置（マニュアル除細動器を用いた除細動、心肺停止の原因の検索と解除、静脈路の確保と薬剤投与、高度な気道確保（気管挿管など））をいう。

#### かかりつけの医師

日本医師会は、2007年9月19日に公表した「後期高齢者の診療報酬体系のあり方について」<sup>1</sup>において、「かかりつけの医師」を次のように定義した。

「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる『地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師』」。

### DPC

Diagnosis Procedure Combination の略。そもそもは診断群分類の手法のひとつであり、この分類に基づき診療報酬の一部が包括化されており、これを「DPC（診断群分類）による包括評価」という。ただし、最近では支払い方法自体も含めて「DPC」と呼ばれることが多い。本書でも後者の意味で「DPC」という。

DPCは、2003年4月に特定機能病院を対象に導入され、その後、民間病院にも拡大され、2008年度には、対象病院、準備病院を合わせて1,428施設に及んでいる。

#### 療養病床

1992年7月の第2次医療法改正で「療養型病床群」が規定された。2000年4月の介護保険制度の導入により、医療療養型と介護療養型に分離され、さらに2001

<sup>1</sup>（社）日本医師会「後期高齢者の診療報酬体系のあり方について」2007年9月19日。定例記者会見。  
[http://dl.med.or.jp/dl/med/teireikaiken/20070919\\_6.pdf](http://dl.med.or.jp/dl/med/teireikaiken/20070919_6.pdf)

年の第4次医療法改正で「療養病床」に改められた。

2006年6月に医療制度改革関連法案が成立し、医療療養病床は2005年の25万床から2012年には15万床に削減されることになった。しかし2008年9月、厚生労働省は、各都道府県が提出した目標病床数を積算し、回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く目標数は21万床（目標数未提出の3県分を除く）であると修正した。

介護療養型医療施設（介護療養病床）は2005年には13万床あったが、2006年4月に介護保険法が改正され、2012年3月末をもって廃止されることになった。

### 医療区分

中央社会保険医療協議会・診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会「慢性期入院医療の包括評価に関する調査」（2004年、2005年）をもとに作成された患者分類。この結果をもとに2006年の診療報酬改定（7月実施）により、医療療養病棟入院基本料に医療区分による評価が導入された。

厚生労働省は、医療区分1（医療の必要性が低い）の入院患者に加え、「医療区分2」の入院患者の3割を「社会的入院」とみなした<sup>2,3</sup>が、日本医師会が2006年7月に実施した「療養病床の再編に関する緊急調査」によると、医療区分1の入院患者の約2割は医学的管理・処置が必要な患者であった。

## 【経済および財政】

### GDP（国内総生産, Gross Domestic Product）

国内で生産された付加価値の総額。GDP成長率は経済成長を示す。GNP（国民総生産）は、同一国民による海外での生産分を含む。

### 消費税

消費税法、地方消費税法に定める間接税。日本では1989年4月に税率3%で施

行され、1997年4月に5%に引き上げられた。

消費税収（地方交付税交付金を除く国分）は、国の一般会計の予算総則で、基礎年金、老人医療（後期高齢者医療）、介護に充てることとされている。

### 予算総則

国の歳入歳出のほか、毎年度の国の財政運営に必要な事項を規定するもので、一般会計、特別会計それぞれにある。予算と同様国会の議決事項。

### スキマ

消費税収（国分）と、一般会計の予算総則で消費税を充てるべきとされている経費（基礎年金、後期高齢者医療、介護の国庫負担分）との差。財務省の消費税の用途に関する資料<sup>4</sup>において、「スキマ」と呼ばれている。

### 特別会計

国の会計は、財政法第13条の規定に基づき、一般会計と特別会計に分かれる。

同条第2項の規定により、国が特定の事業を行う場合、特定の資金を保有してその運用を行う場合等に限り、特別会計を設置するとしている。

特別会計には、交付税及び譲与税配付金特別会計、国債整理基金特別会計、外国為替資金特別会計、財政投融资特別会計、年金特別会計、労働保険特別会計、社会資本事業特別会計等がある。

### 独立行政法人

行政改革の一環として、「国の行政の役割を見直す基本的な視点は『官から民へ』にある」との行政改革会議の最終報告（1997年12月）の提案を受け、1999年7月に成立した独立行政法人通則法に基づき設置された法人。

2001年4月に57法人が設立され、その後、法人数は増加していたが、2006年に成立した「簡素で効率的な政府を実現するための行政改革の推進に関する法律」に基づき、国の歳出の縮減を図る見地から見直しが図られることになった。

<sup>2</sup> 中央社会保険医療協議会・慢性期入院医療の包括評価調査分科会「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」中間報告書、2007年3月28日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0530-7b.pdf>

<sup>3</sup> 社会保障審議会医療保険部会資料「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案）について」、2007年4月12日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0412-1d.pdf>

<sup>4</sup> 財務省「消費税の福祉目的化」、<http://www.mof.go.jp/jouhou/syuzetsu/snyou/121.htm>

## 第1部 安心と幸せのための医療

### 1. 国民の求める医療—第3回 日本の医療に関する意識調査より

高齢社会の進展に加え、年金問題を含む政治経済の混乱に見舞われ、国民の不安が高まっている<sup>5</sup>。医療においても、医療費抑制を目的とした制度改革に伴う問題や医師不足が顕在化し、医療崩壊を現実化させた。

日本医師会では2002年から国民、患者、医師を対象に「医療に関する意識調査」を実施してきた。2006年に実施した第2回調査では、第1回調査(2002年)に比較して、国民の医療に対する全般的な満足度や医師患者関係について、やや向上がみられ、患者と医師の相互理解が深まっている可能性が示唆された。

しかし、昨今の医療を取り巻く環境変化により、国民、患者、そして提供側についても意識の変化が予想される。療養病床の削減や平均在院日数の短縮化、医療費負担増、医師不足などが国民の不安を増大させ、医療に対する不満を高めているのではないであろうか。

以下、「第3回日本の医療に関する意識調査」<sup>6</sup>(2008年7月)をもとに、国民や患者の求める医療のあり方を検討する。

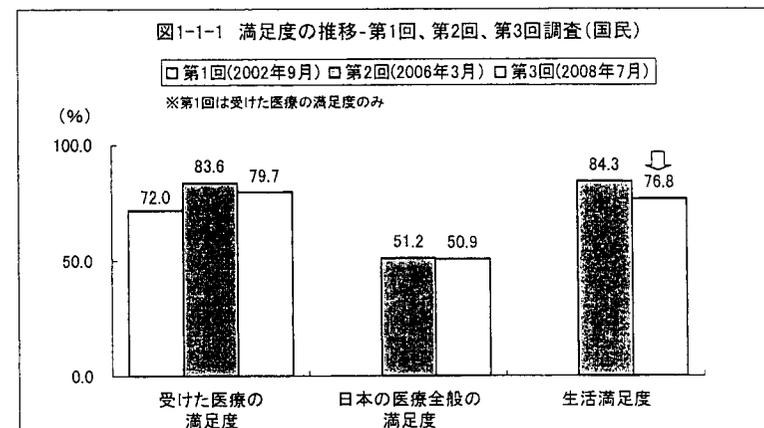
#### (1) 満足度と重点課題

2008年7月時点で、国民(n=1,313)の79.7%が受けた医療に対して満足(やや満足+満足)と回答した。日本の医療全般に対しては50.9%が満足と回答した。前回(第2回)調査との比較では、受けた医療への満足度は微減したものの、日本の医療全般への満足度とともに、大きな変化はみられなかった。自身が受けた医療への満足度に比べて、医療全般への満足度が約30ポイント低い傾向も前回と同様であった。

<sup>5</sup> 内閣府「国民生活に関する世論調査」では、日常生活での悩みや不安を持つ人が2005年6月の66.4%から2008年6月には70.8%と3年間に4.4ポイント増加している。<http://www8.cao.go.jp/survey/h17/h17-life/2-1.html>, <http://www8.cao.go.jp/survey/h20/h20-life/2-1.html>

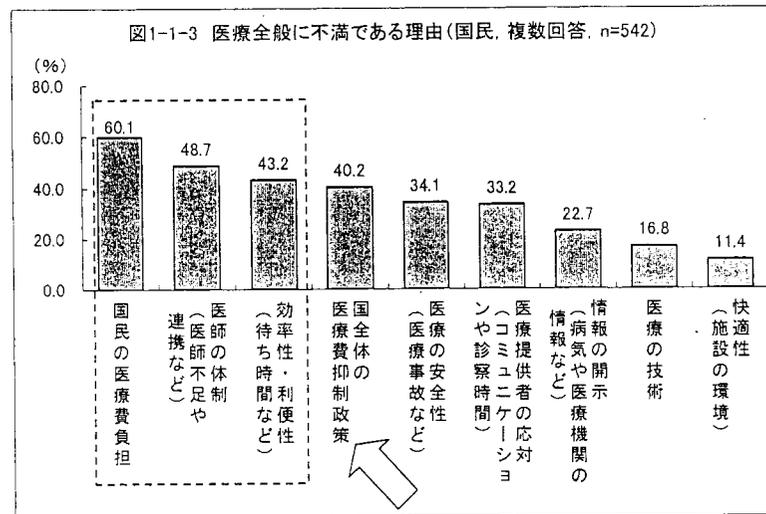
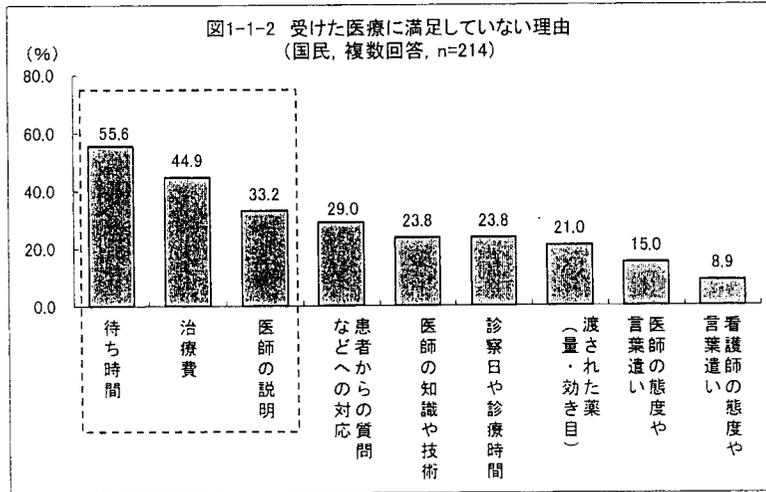
<sup>6</sup> 国民、患者、医師の3者を対象に2008年7月に実施。国民は全国の20歳以上の男女2,000人、個別面接聴取法で有効回答数(率)1,313(65.6%)。患者は全国の病院(n=25)と診療所(n=25)の外来患者1,078人、聞き取り法で有効回収数1,078。医師は全国2,000人、郵送調査法で有効回答数(率)772(38.6%)。日医総研「第3回日本の医療に関する意識調査」日医総研ワーキングペーパーNo.180, 2008年12月。<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=389>

満足度を相対的にみるために生活満足度も尋ねたところ、「満足」との回答は、前回から約8ポイント低下して76.8%であった(図1-1-1)。生活満足度が低下している中で、医療全般、受けた医療への満足度はほぼ維持されている。

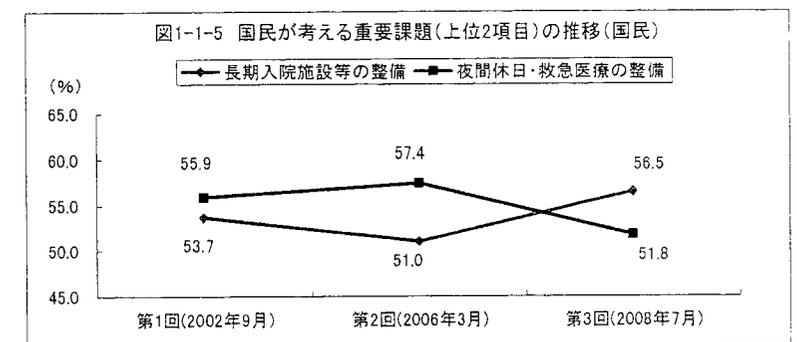
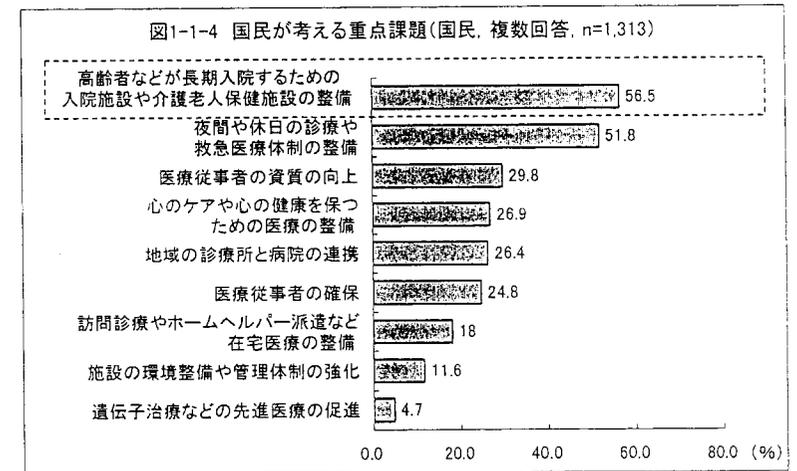


「受けた医療」に満足していない(満足していない+あまり満足していない)と回答した人は全体の16.7%であり、その理由の上位3項目は、待ち時間、治療費、医師の説明であった(図1-1-2)。

一方、「日本の医療全般」に不満(不満である+やや不満である)と回答した人は全体の41.3%で、その理由の上位3項目は、国民の医療費負担、医師不足や連携などの医師の体制、効率性・利便性(待ち時間など)であった(図1-1-3)。4番目は国全体の医療費抑制政策への不満であり、国民の間でも、国の医療費抑制政策に対する意識が高まっていることが示された。



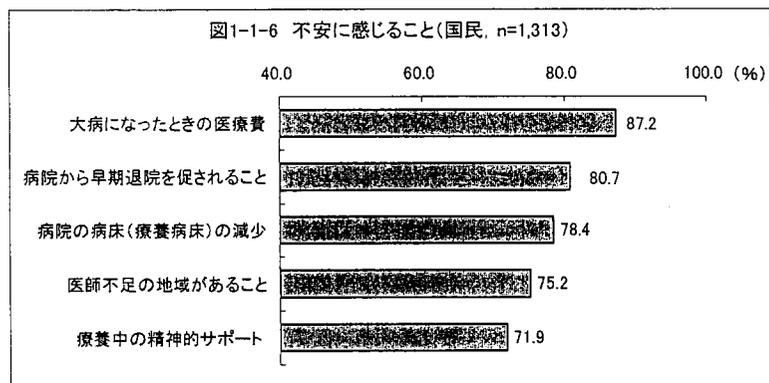
国民が考える重点課題で回答が最も多かった項目は、第1回、第2回調査では「夜間や休日の診療や救急医療体制の整備」であったが、今回の調査では「高齢者などが長期入院するための入院施設や介護老人保健施設の整備」で56.5%であった(図1-1-4、図1-1-5)。療養病床削減計画や平均在院日数の短縮化により病院から早期退院を促されることが、入院施設等に対する国民や患者の問題意識を高めていると推察される。



(2) 医療に関する不安と国民の求める医療

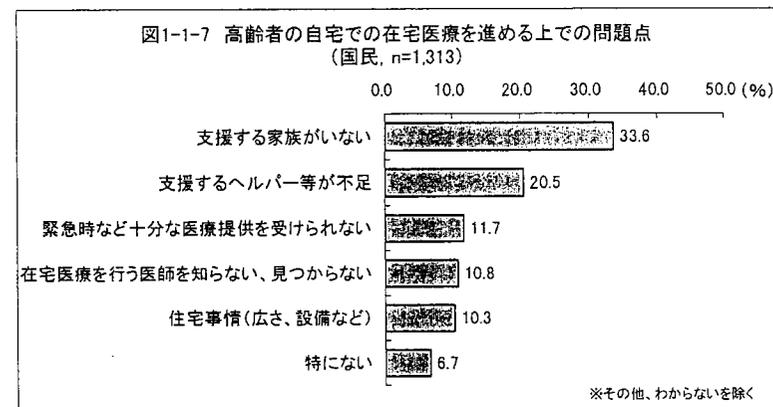
1) 医療に関する不安

国民が最も高い不安（とても不安+やや不安）を示したのは、「大病になったときの医療費」であり87.2%の国民が不安と回答した。ついで「病院から早期退院を促されること」が80.7%、「病院の病床（療養病床）の減少」が78.4%、「医師不足の地域があること」が75.2%、「療養中の精神的サポート」が71.9%であった（図1-1-6）。



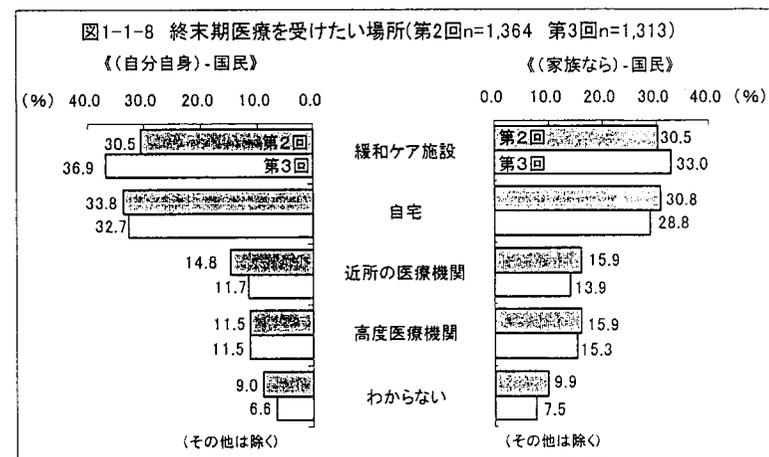
2) 在宅医療

国の在宅医療推進の流れのなか、在宅医療のためのインフラ整備が課題となっている。高齢者の自宅での在宅医療を進める上で、国民が最も問題に感じている点は、「支援する家族がいないこと」であり33.6%と3分の1を超えていた。ついで「支援するヘルパー等が不足」で20.5%であった（図1-1-7）。在宅医療については、住宅事情などのハード面よりも、人的資源に対する不安や問題意識が高いことが判明した。

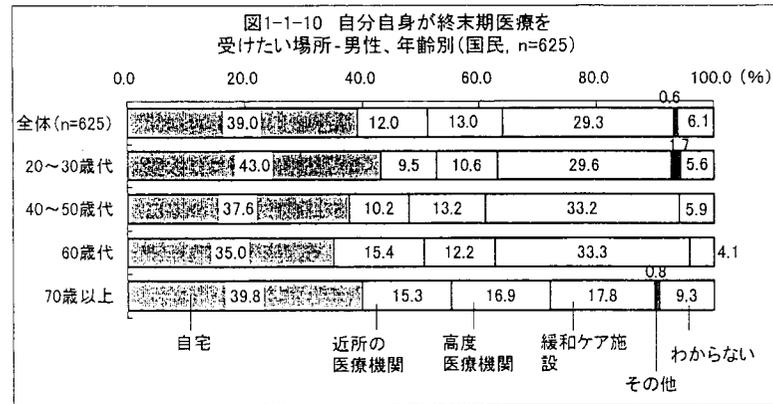
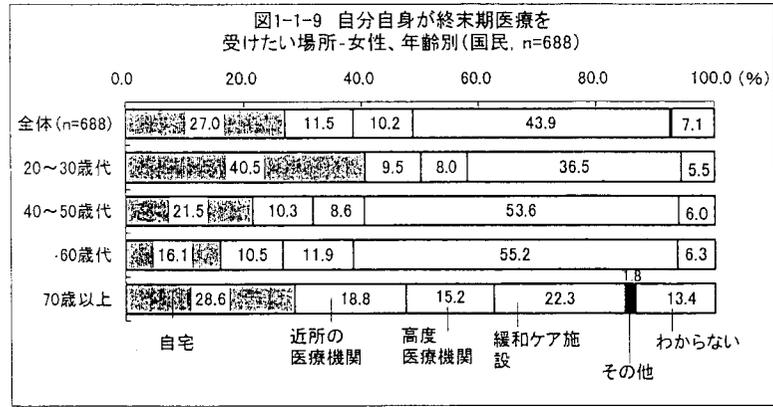


3) 終末期医療

自分自身が終末期医療を受けたい場所は、国民の36.9%が「ホスピスなどの緩和ケア施設」と回答し、前回調査でもっとも多かった「自宅」（前回33.8%、今回32.7%）を上回った（図1-1-8）。家族の終末期医療についても同様の傾向が示された。

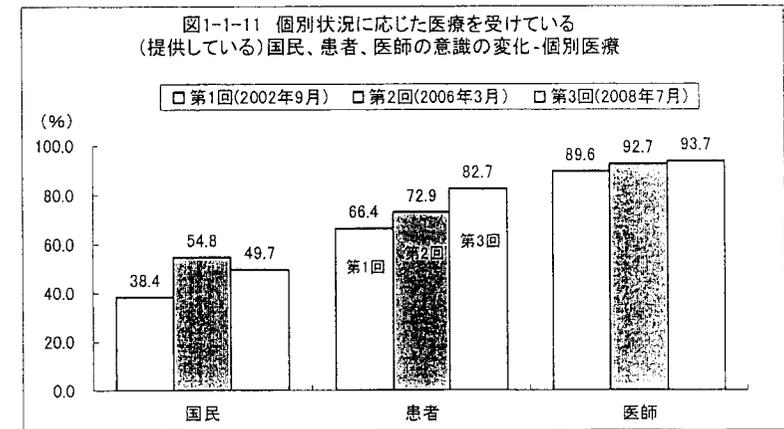


終末期医療を受けたい場所については、性別および年齢階層別による違いが顕著に示された。60歳代の女性の55.2%が緩和ケア施設での終末期医療を望んでいたが、同世代の男性では33.3%であった（図1-1-9、1-1-10）。



#### 4) 医師患者関係

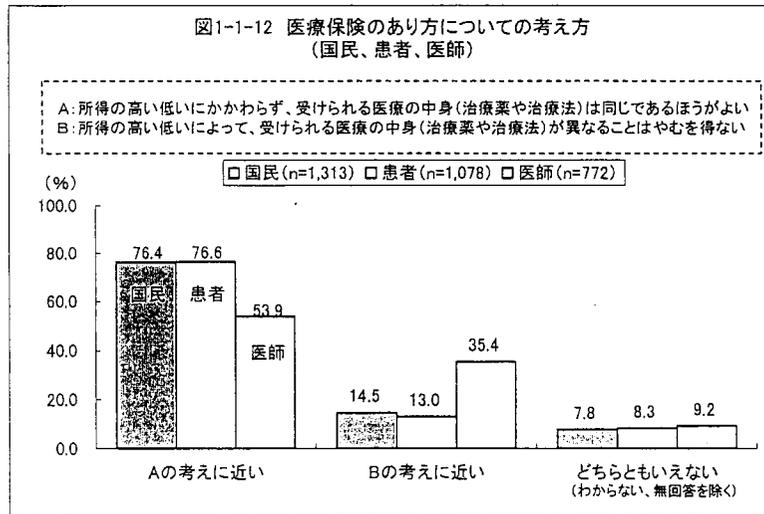
患者一人ひとりの性格や立場、本人の希望といった個別状況に応じた医療を受けているかという問いに対して、「受けている」という回答は、国民49.7%、患者82.7%であり、これまでと同様、国民よりも患者の方が高い傾向にあった。また、医師の回答は「行っている」が93.7%であり、患者より高いものの、医師と患者との差は縮小しつつある（図1-1-11）。



5) 医療保険のあり方について

所得によって受けられる医療の中身が異なることについて、国民や患者の意識に変化が生じているであろうか。「所得の高い低いにかかわらず、受けられる医療の中身(治療薬や治療法)が同じであるほうがよい」という回答は、国民の76.4%、患者の76.6%であった。この結果には、第1回、第2回調査から大きな変化はみられず、大半の国民・患者が現在の制度を支持していることが示された(図1-1-12)。

一方、医師は、「受けられる医療が同じ」であることを望む割合が53.9%であった。医師では「所得の高い低いによって、受けられる医療の中身が異なることはやむを得ない」も35.4%、特に病院医師の間では43.6%あり、医療現場での苦悩もうかがえた。

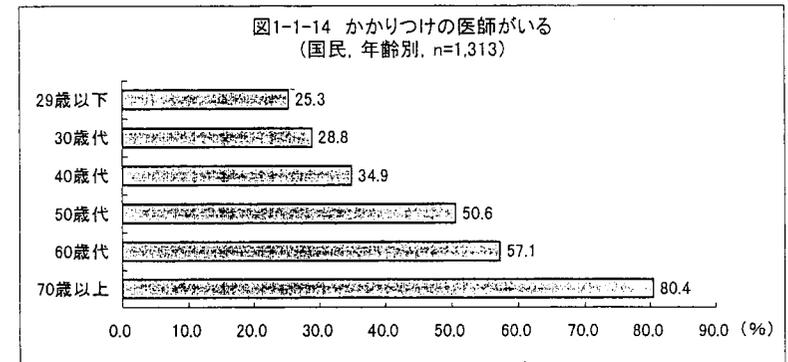
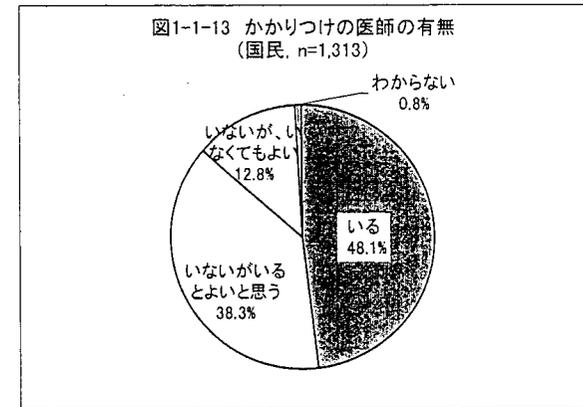


7 「現在のように所得の高い低いに関係なく、国民みんなが同じレベルの医療を受けられる仕組みがよい」に賛成もしくは、どちらかといえば賛成と回答した人の割合は、第1回調査では国民71.4%、患者74.0%、第2回調査では国民72.1%、患者76.8%。 <http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=336>

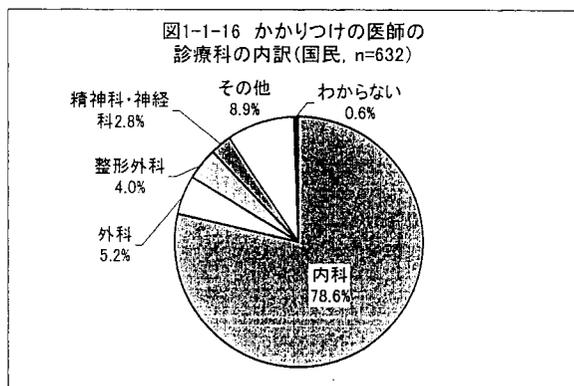
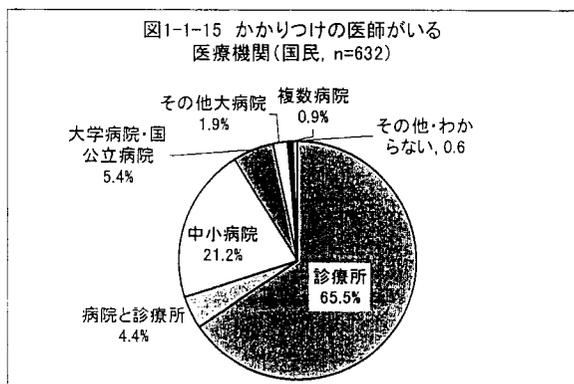
6) かかりつけの医師

「病気や健康度を総合的に診療する身近なかかりつけの医師」(以下、かかりつけの医師)がいる国民は48.1%であった(図1-1-13)。

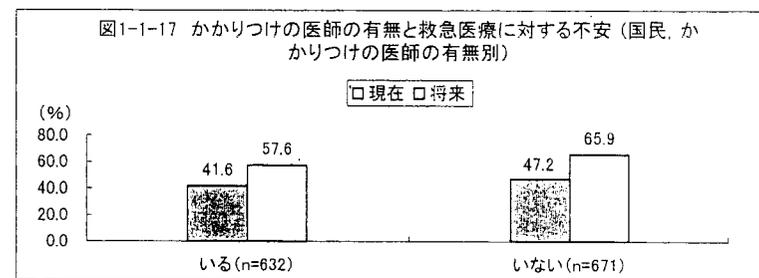
またかかりつけの医師がいる人の割合は、年齢とともに増加しており、50歳代で半数を超え、70歳以上では約8割であった(図1-1-14)。



医療機関別にみると、かかりつけの医師は診療所医師が69.9%（診療所65.5%+病院と診療所4.4%）を占めた（図1-1-15）。診療科別では内科が78.6%と全体の4分の3を占め、つづいて外科が5.2%であった（図1-1-16）。

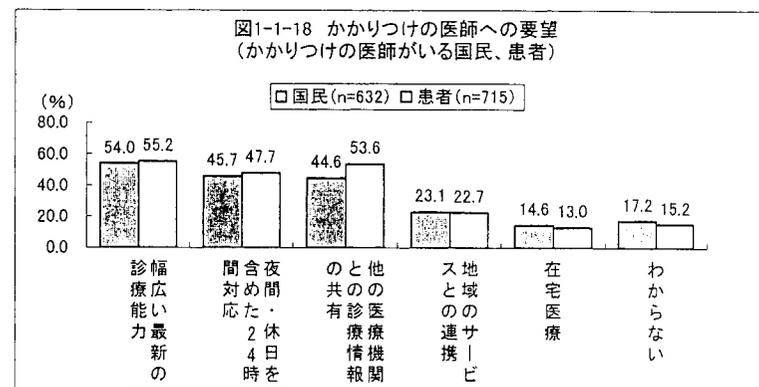


かかりつけの医師がいる人は、いない人に比べて不安が低い傾向がみられた。たとえば地域の救急医療については、かかりつけの医師が「いる」国民は「いない」国民に比べて、現在、将来ともに不安を感じている人の割合が低かった（図1-1-17）。



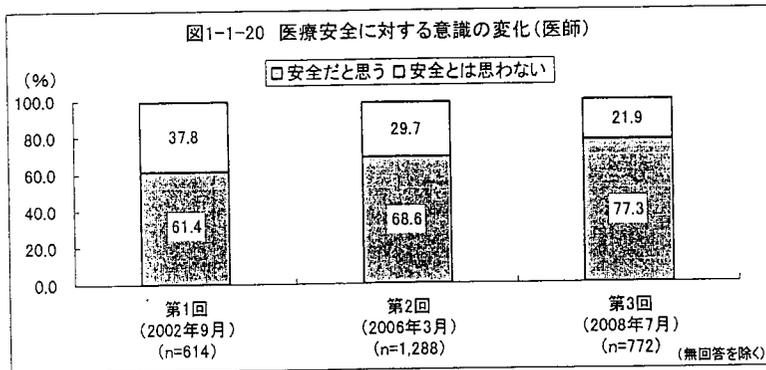
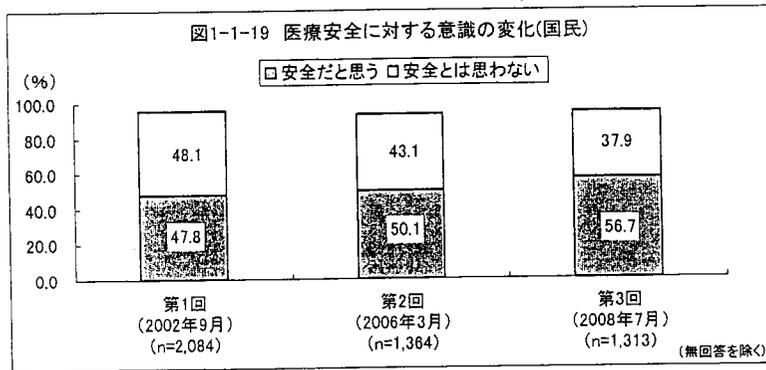
かかりつけの医師がいる国民が、医師に期待する項目（専門医への紹介以外）では、「総合的に診るための幅広い最新の診療能力」が54.0%でもっとも高く、つづいて、「夜間・休日を含めた24時間対応」が45.7%、「他の医療機関と検査結果などの診療情報を共有できること」が44.6%であった（図1-1-18）。

かかりつけの医師がいる患者については「他の医療機関と検査結果などの診療情報を共有できること」が53.6%であり、「総合的に診るための幅広い最新の診療能力」(55.2%)に近い比率であった。



### 7) 医療安全

医療安全の問題が社会問題としてしばしば取り上げられ、医療機関や国民・患者の間で意識が高まってから久しい。医療機関が安全であると思う国民は、第1回調査47.8%、第2回調査50.1%、第3回調査56.7%と年々増加している(図1-1-19)。医師についても「安全」と思う医師が77.3%で、第2回調査の68.6%から大幅に増加した。医療機関が医療安全への対応を進めつつある現状を示している(図1-1-20)。



### 8) 医療訴訟と誠意ある対応

今回の調査では「医師や医療機関の誠意ある対応で医療訴訟に発展するケースは減る」と思う国民は76.8%、患者は85.3%であり、第1回調査と同様、多くの国民が誠意ある対応を望んでいた。

一方、医師については第1回調査の90.9%から約9ポイント減少して82.1%であった(図1-1-21)。特に産婦人科の医師は全体より10ポイント低く70.2%であった。誠意ある対応だけでは訴訟を防げないという医師の不安を示しているものと思われる。

