

医療崩壊から脱出するための緊急提言

身近な医療機関が健全に存続し、国民が経済的負担におびえることなく、いつでも医療機関にかかることができる社会を目指す。

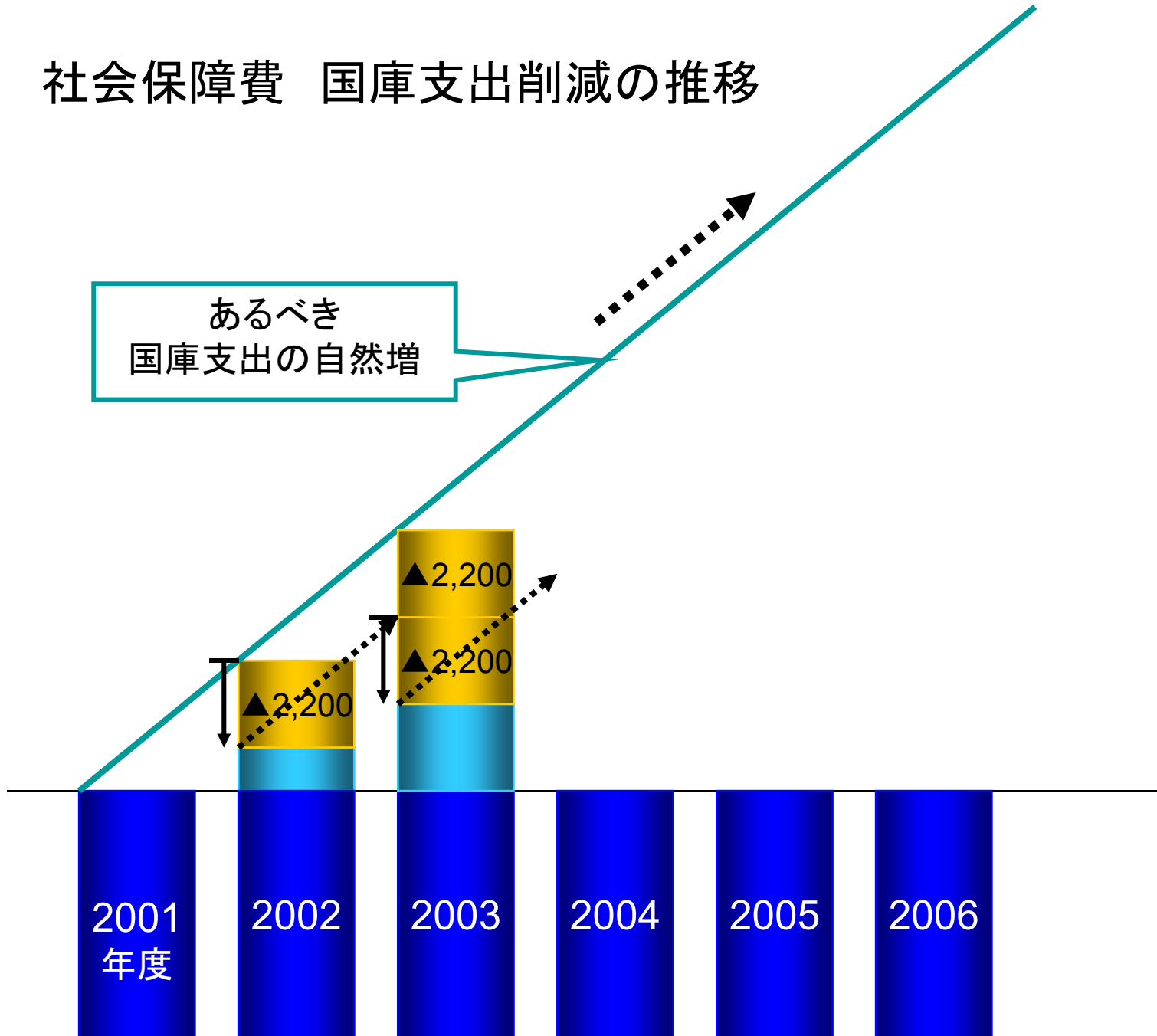
財政制度等審議会 財政制度分科会財政構造改革部会

2009年5月18日

社団法人 日本医師会

常任理事 中川 俊男

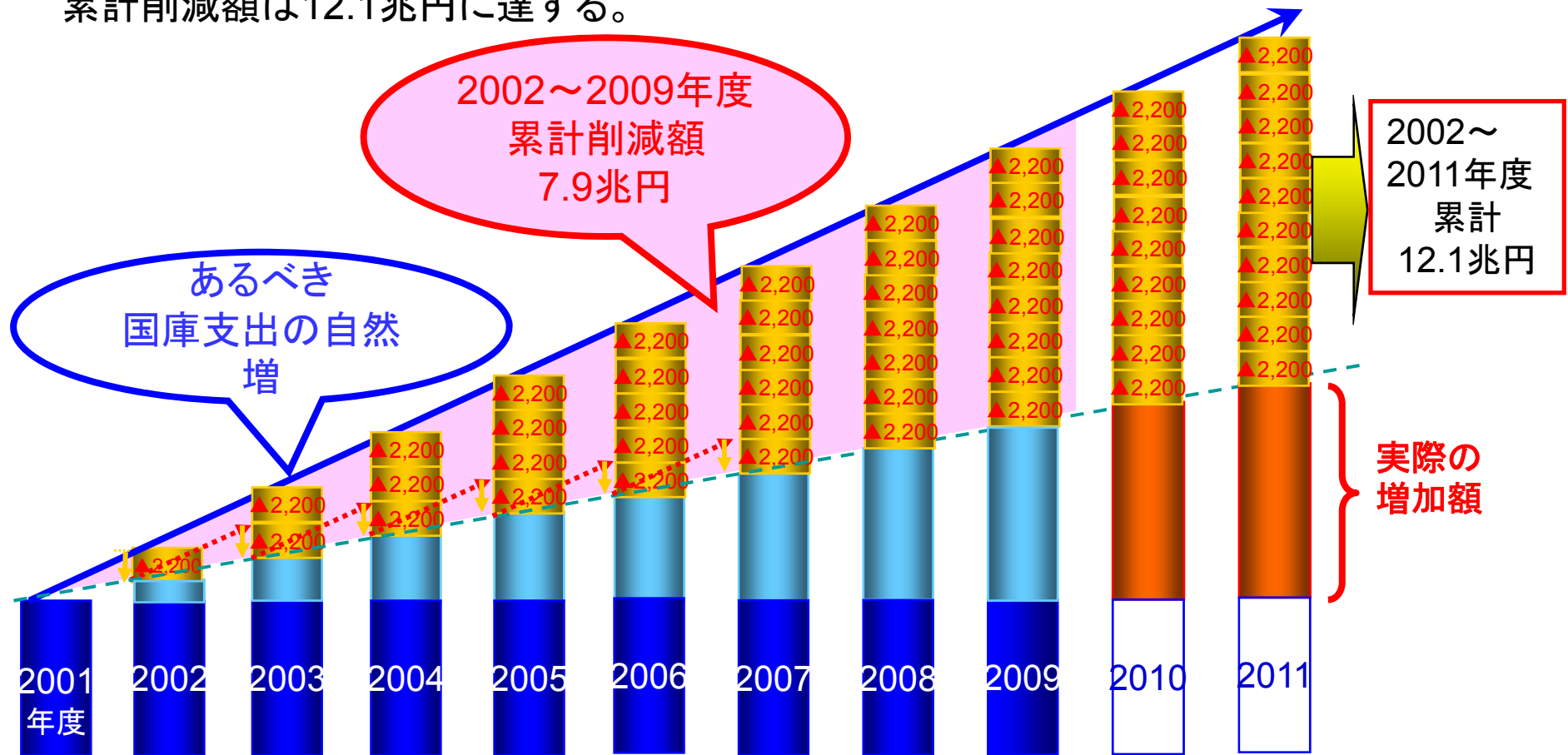
社会保障費 国庫支出削減の推移



社団法人 日本医師会 (2009年5月18日)

社会保障費2,200億円削減の意味

社会保障費は、あるべき自然増に対し、毎年2,200億円(国庫支出ベース)の削減が強いられている。2002年度から2006年度までの5年間で累計3.3兆円、2002年度から2009年度までの8年間で累計7.9兆円が失われた。2011年度まで削減がつづけば、累計削減額は12.1兆円に達する。



これまでの社会保障費削減

2006年度までの5年間、社会保障費削減額のうち、医療費の削減によるものが65%を占めた。2007年度以降、社会保障費の自然増は小さくなっているが、削減額は2,200億円で一定である。さらに、2009年度には経常的な社会保障費以外からも財源を手当てした。

社会保障費国庫負担の削減推移(当初予算ベース)

(億円)

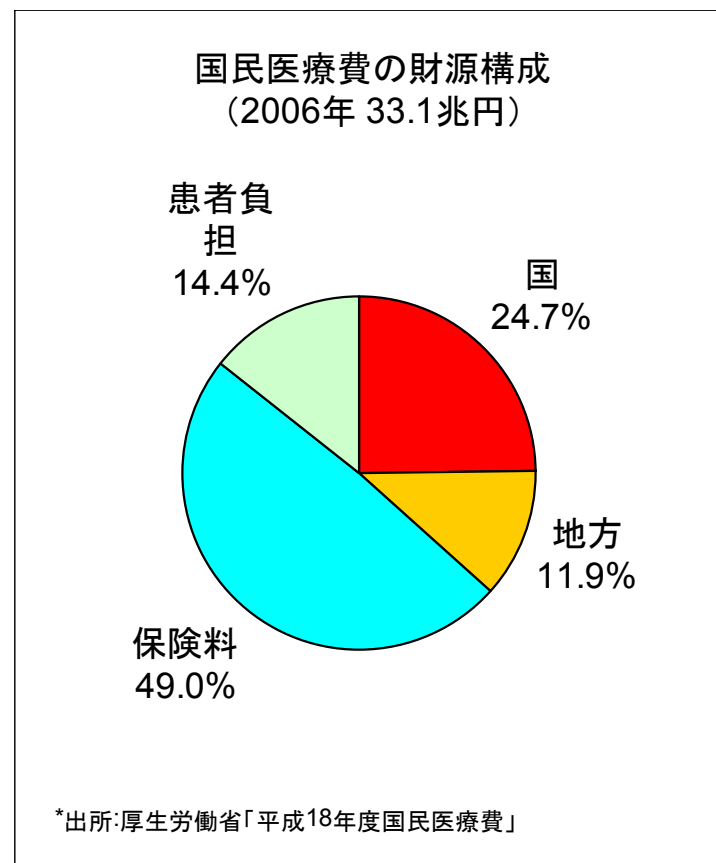
	2002	2003	2004	2005	2006	02~06	2007	2008	2009
自然増	9,400	9,100	9,100	10,800	8,000	—	7,700	7,500	8,700
うち医療	5,500	3,200	3,900	4,500	3,000	—	2,800	3千億円台半ば	
削減額	▲3,000	▲2,200	▲1,254	▲601	▲3,490	▲10,545	▲2,230	▲2,200	▲2,200
診療報酬改定	▲1,830		▲717		▲2,390	▲4,937		▲660	
政管健保肩代わり						—	廃案	▲1,000	
その他医療	▲970				▲900	▲1,870		▲490	▲230
医療計	▲2,800	—	▲717	—	▲3,290	▲6,807	—	▲2,150	▲230
介護報酬改定		▲300			▲90	▲390			
その他介護				▲420		▲420			
年金		▲1,150	▲100	▲100	▲110	▲1,460			
その他	▲200	▲750	▲437	▲81		▲1,468	▲2,230	▲50	▲1,970

*2004~2006年度については、三位一体改革の中でも国庫負担見直しによる社会保障費の削減が行われており、これとあわせて1.1兆円とされている。
(参議院厚生労働委員会調査室資料他)

医療費削減の影響

2002年度から2006年度までの5年間、社会保障費は1.1兆円削減され、このうち医療分野では6,807億円(65%分)削減された。累計額で見ると、社会保障費全体で▲3.3兆円、医療分野は▲2.1兆円である。医療費ベースでは約8兆円が失われたことになる。

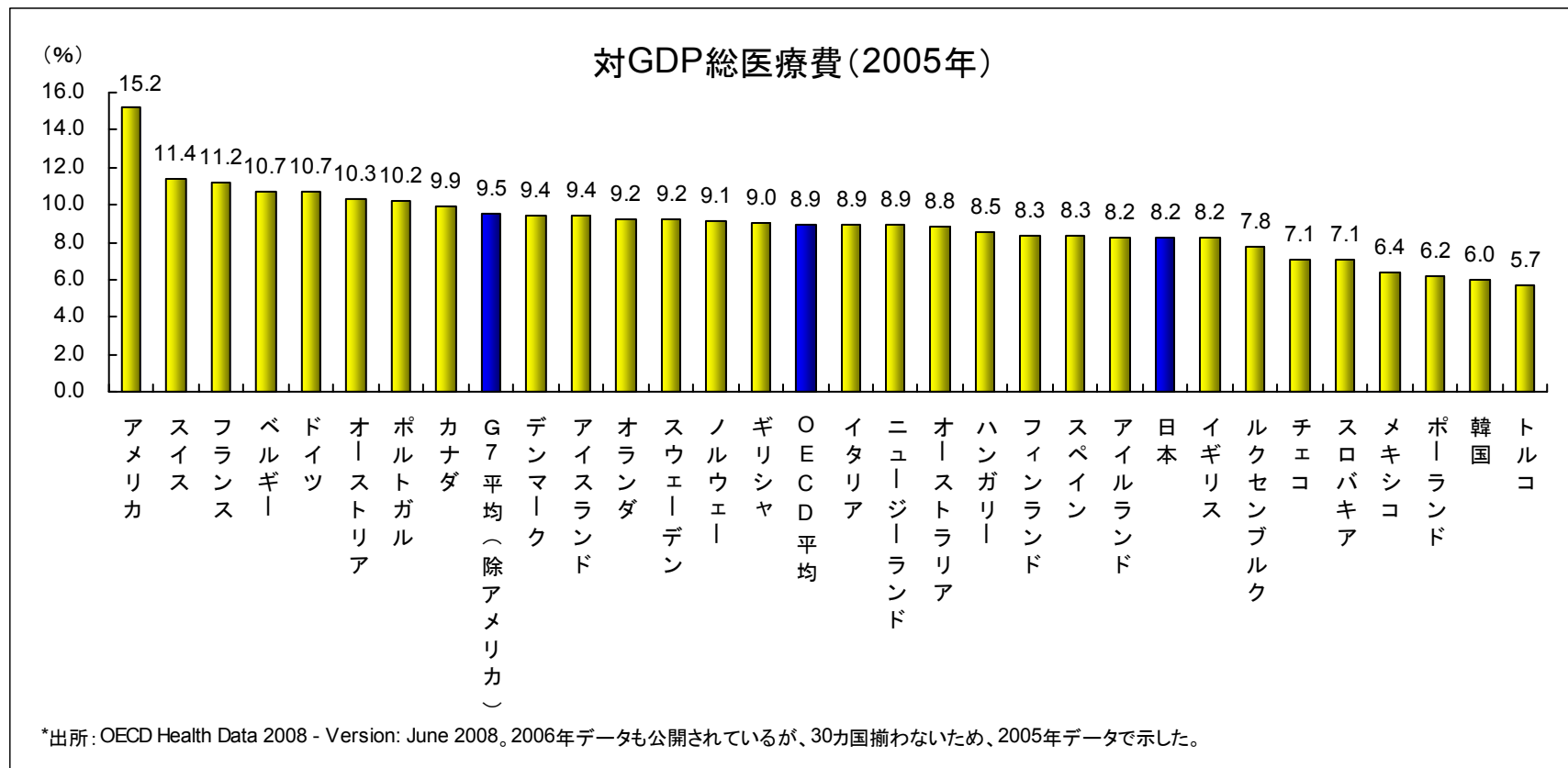
2002～2006年度	
社会保障費の累計削減額	▲3.3兆円
医療分野の累計削減額(65%)	▲2.1兆円
国民医療費のうち国庫負担は25%	
医療費ベースの削減額	約▲8兆円



対GDP総医療費

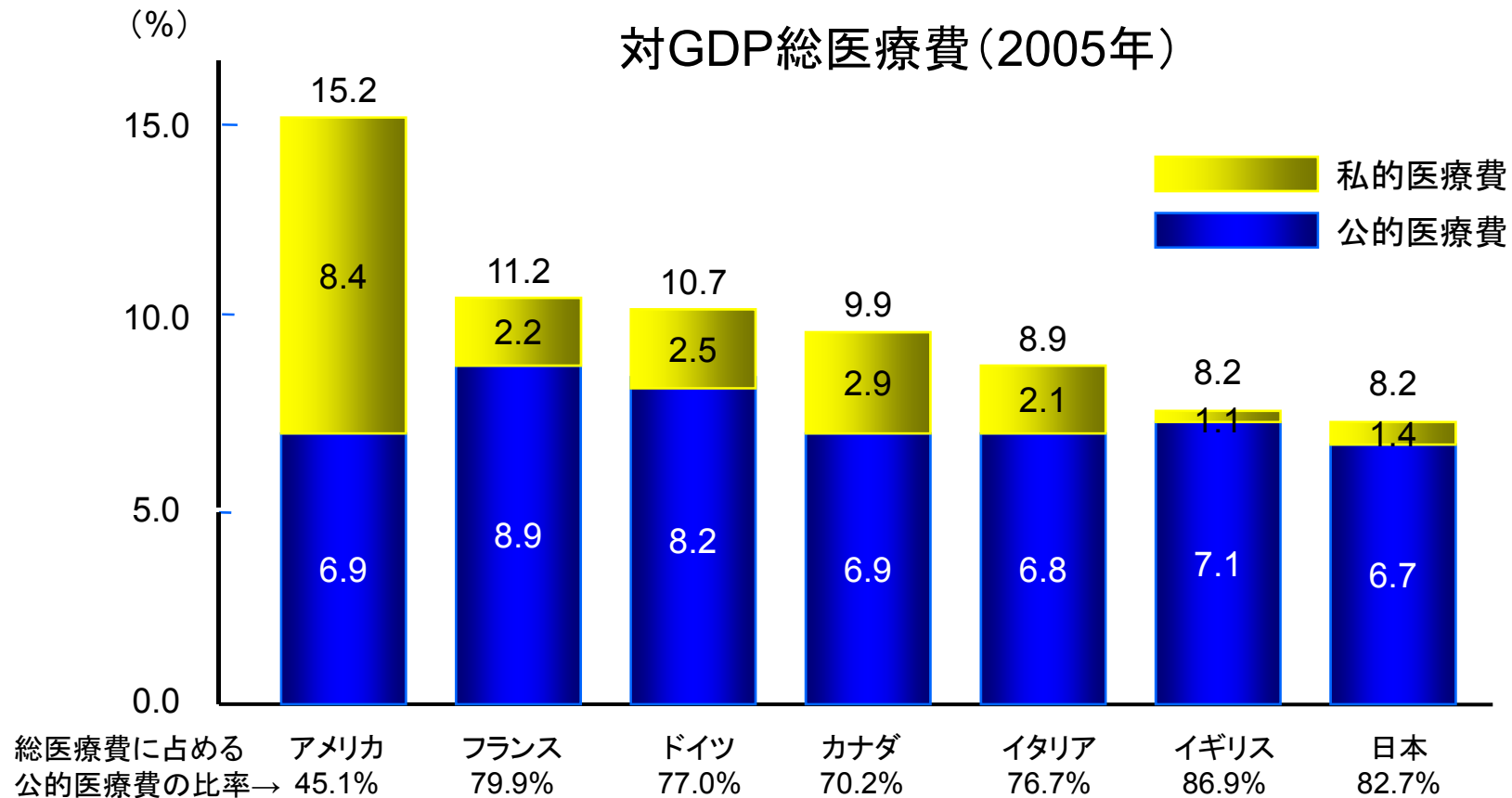
2005年の対GDP総医療費は、OECD平均8.9%で、日本8.2%であり、日本はOECD加盟30か国中21位である。

民間保険中心のアメリカでは対GDP総医療費が15.2%と高いが、G7からアメリカを除いた場合の対GDP総医療費も平均9.5%であり、日本より1.3ポイント高い。



対GDP公的医療費

日本の総医療費に占める公的医療費の割合は82.7%であり、イギリスの86.9%に次いで高い。しかし日本では総医療費の絶対額が小さいので、日本の対GDP公的医療費は6.7%とアメリカよりも低くなっている。

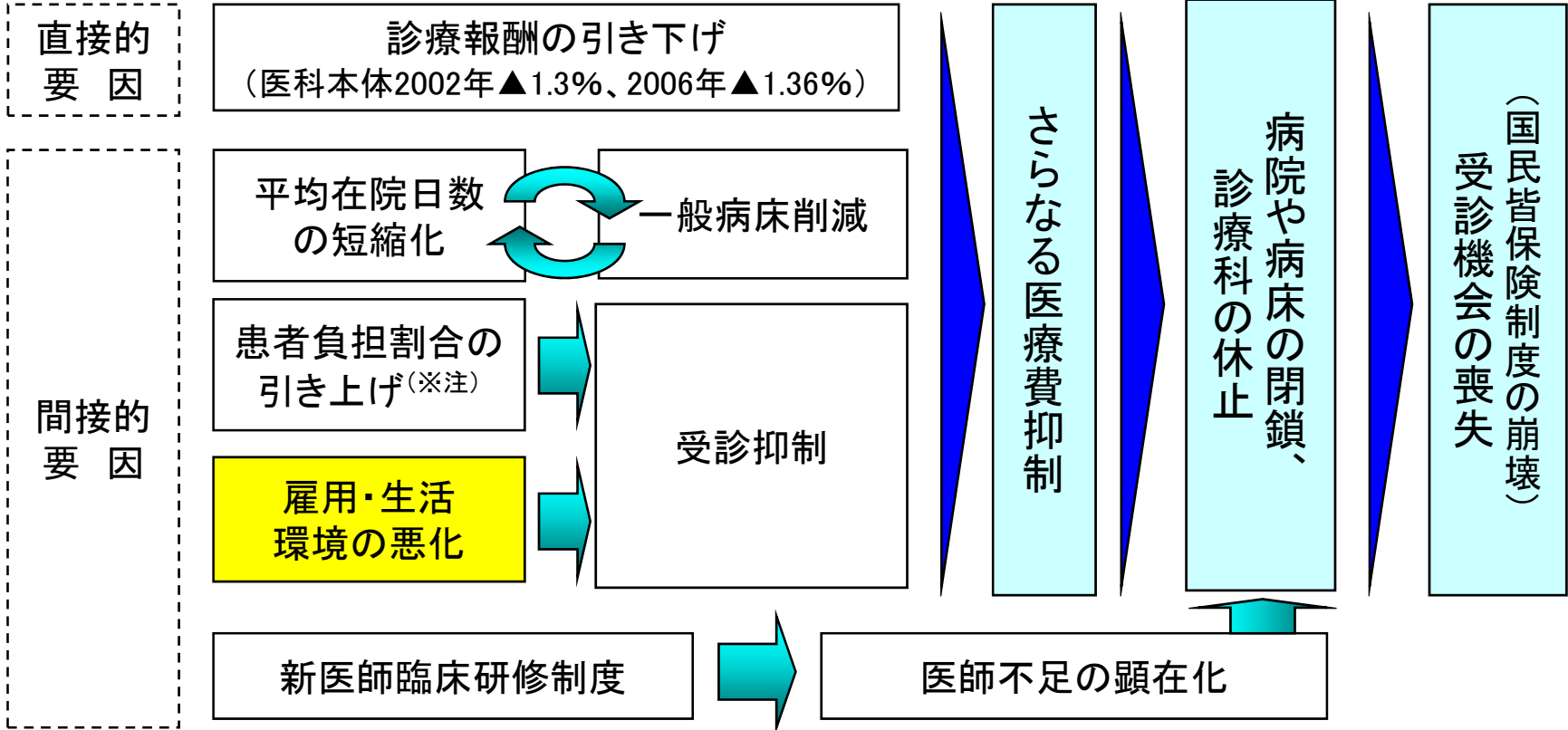


*出所; OECD Health Data 2008

社団法人 日本医師会(2009年5月18日)

医療費抑制の結果

医療費抑制政策がつづいた結果、全国で病院・病棟の閉鎖、診療科の休止が相次いでいる。また雇用・生活環境の悪化による受診抑制も懸念される。

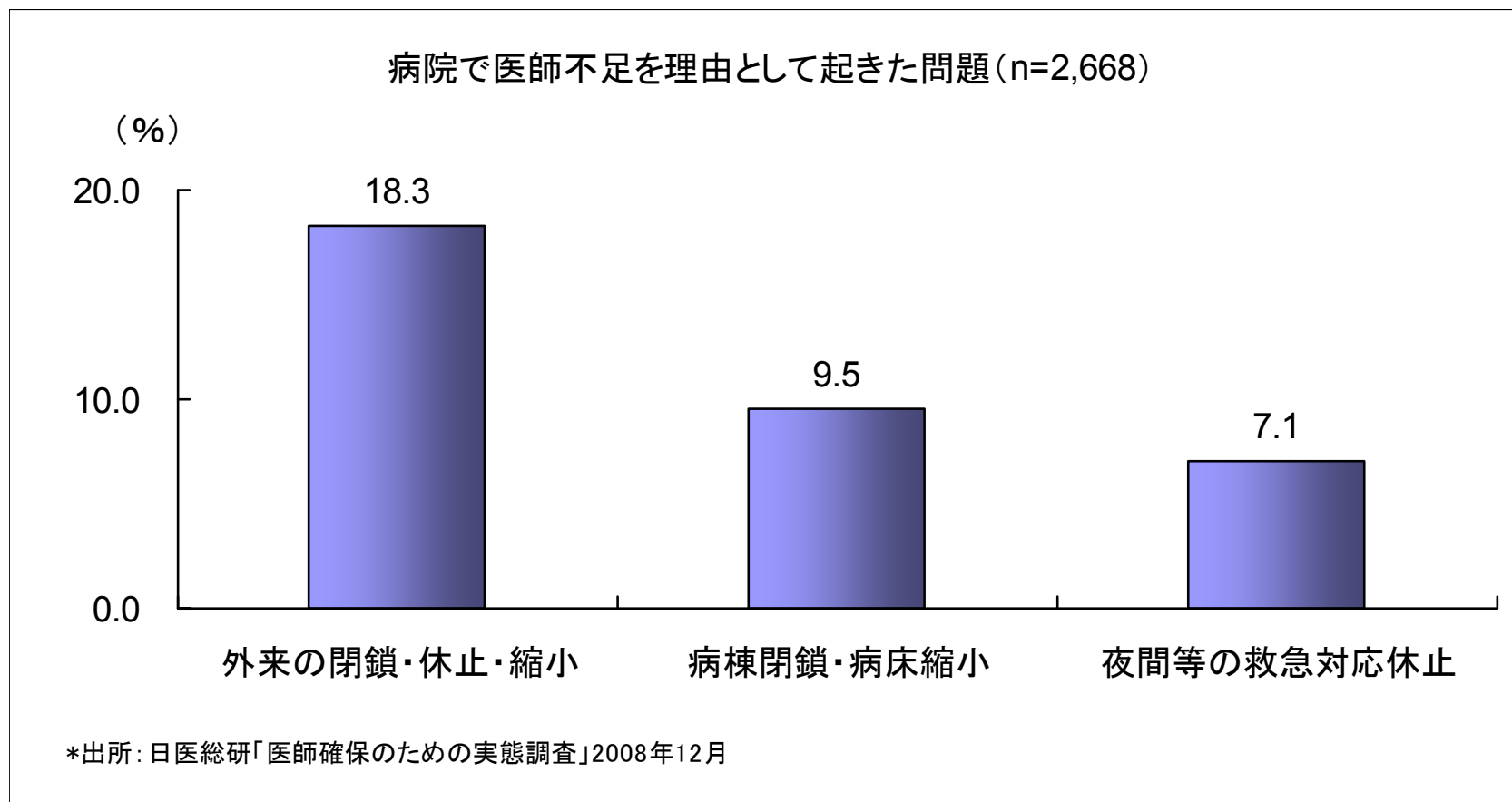


※注)2008年4月から以下の患者負担割合の引き上げが予定されていたが、現在凍結されている。ただし、後期高齢者医療制度がスタートした際、「患者負担増になる」と受け取られたこともあり、受診抑制を引き起こしていると推察される。

- 後期高齢者医療制度がなければ所得区分が「一般」であった70歳以上の現役並み所得者(2割→3割):所得区分を「一般」に据え置く措置がとられている。
- 70~74歳の高齢者の患者負担の見直し(1割→2割):2010年3月まで凍結されている。

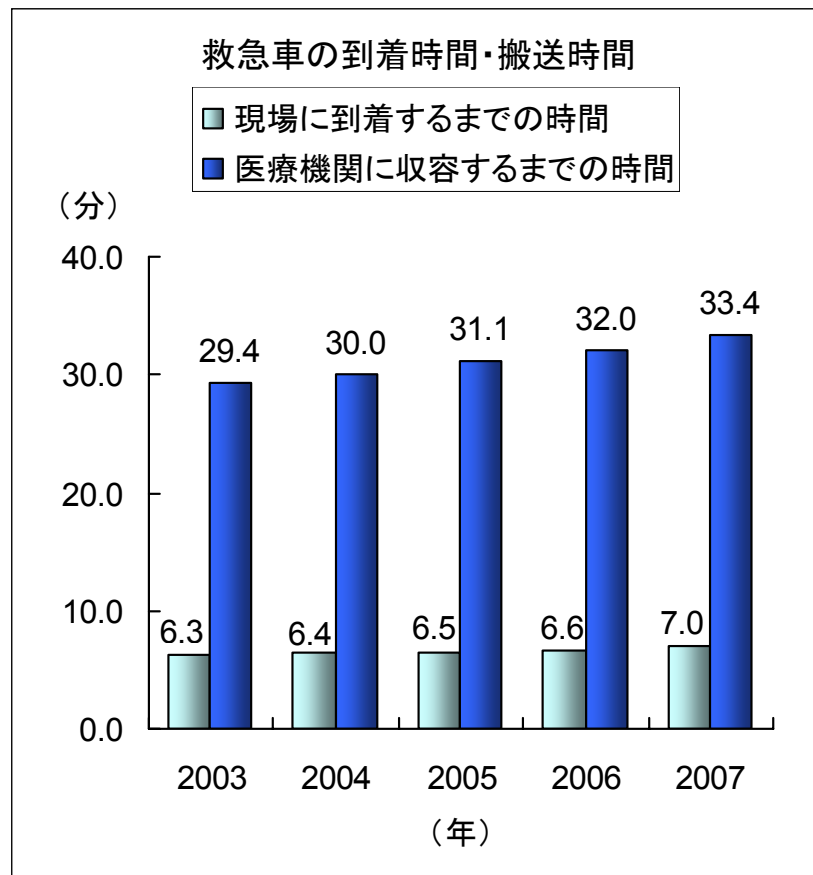
医療費抑制の結果－医師不足による外来の休止・病棟の閉鎖など－

2004年4月、新医師臨床研修制度が導入され、初期研修医が大学病院以外の病院を選択するケースが増えた。このため大学(医局)は、関連医療機関に医師を派遣できなくなった。さらに医療費抑制政策もあって、地域の医療機関では医師を手当てできず、外来の休止、病棟の閉鎖に追い込まれている。



医療費抑制の結果－救急医療「受け入れ困難」－

医療費抑制政策と医師不足により、救急医療における速やかな受け入れが困難になった。救急車が現場に到着するまでの時間はそれほど伸びていないが、119番通報を受けてから医療機関に搬送されるまでの時間は、毎年ほぼ1分ずつ伸びており、47都道府県中32都道府県で30分以上かかっている。



119番通報を受けてから医療機関に収容するまでの時間(2007年) (分)

北海道	31.0	石川県	26.4	岡山県	30.0
青森県	30.6	福井県	26.4	広島県	31.2
岩手県	36.3	山梨県	32.9	山口県	29.8
宮城県	35.8	長野県	32.6	徳島県	27.1
秋田県	31.3	岐阜県	28.9	香川県	26.5
山形県	30.0	静岡県	32.3	愛媛県	30.3
福島県	35.1	愛知県	28.8	高知県	31.7
茨城県	36.3	三重県	32.4	福岡県	26.2
栃木県	36.3	滋賀県	28.4	佐賀県	32.3
群馬県	30.9	京都府	26.2	長崎県	32.9
埼玉県	39.0	大阪府	26.9	熊本県	31.8
千葉県	37.1	兵庫県	30.2	大分県	29.7
東京都	47.2	奈良県	33.4	宮崎県	31.8
神奈川県	33.0	和歌山県	29.6	鹿児島県	30.7
新潟県	35.8	鳥取県	30.7	沖縄県	28.4
富山県	25.4	島根県	32.9	全国平均	33.4

現場に到着するまでの時間

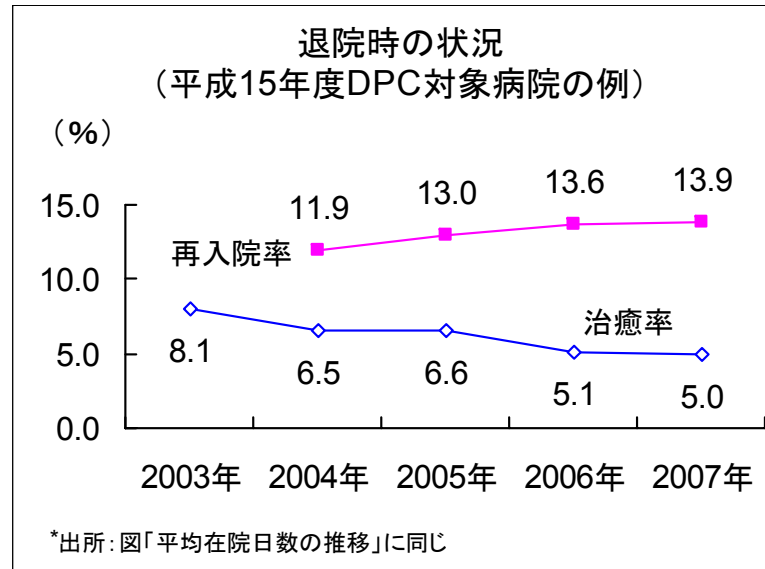
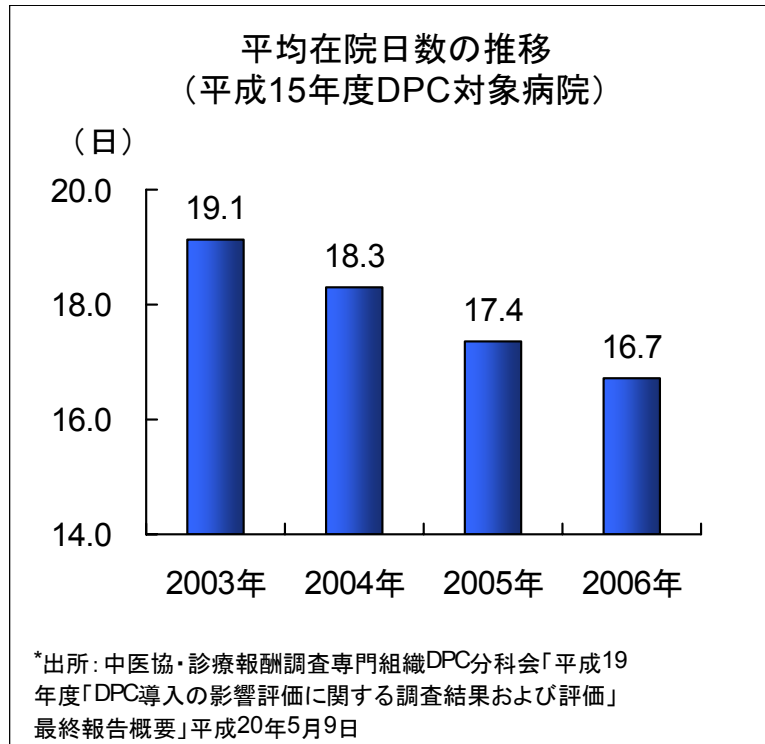
最長：島根県8.8分、最短：富山県5.5分

(参考)東京都7.3分

*出所：総務省「救急・救助の現況」

医療費抑制の結果－平均在院日数短縮化－

平均在院日数の短縮化が進められている。DPC病院^(※注1)では、特に短縮化が進んでいるが、治癒率が低下し、再入院率が上昇している。急性期医療では必ずしも治癒率が高いことが優先されないといった意見^(※注2)や、短い入院期間は患者にとって望ましいとの声もあるが、無理な退院が強いられている面もあるのではないかと懸念される。



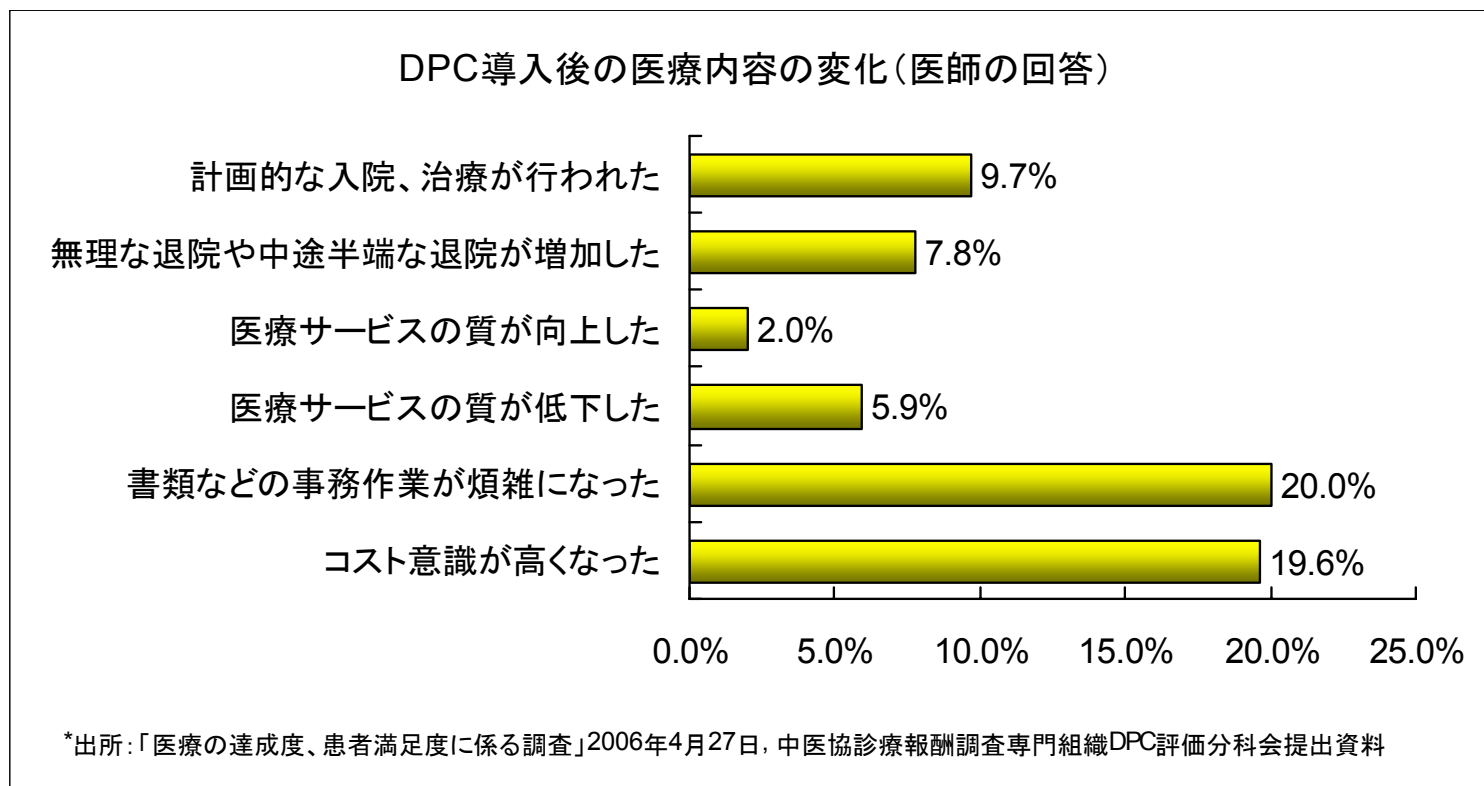
在院日数の短縮化は・・・
 不必要な入院が減少した結果？
 患者にとって早期退院は望ましい？

※注1) DPC病院: 「DPC(診断群分類)による包括評価」にもとづく報酬を受けている病院。在院日数が長くなるにつれて診療報酬が段階的に下がるので、平均在院日数を短くしようというインセンティブが働く。

※注2) 「治癒の割合は減少傾向であることについては、急性期としてある程度病態が安定した時点までの入院医療を反映しているものと考えられ、急性期として適切な医療が提供されているものと考えられる」中医協DPC評価分科会「平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」最終報告概要」2008年5月

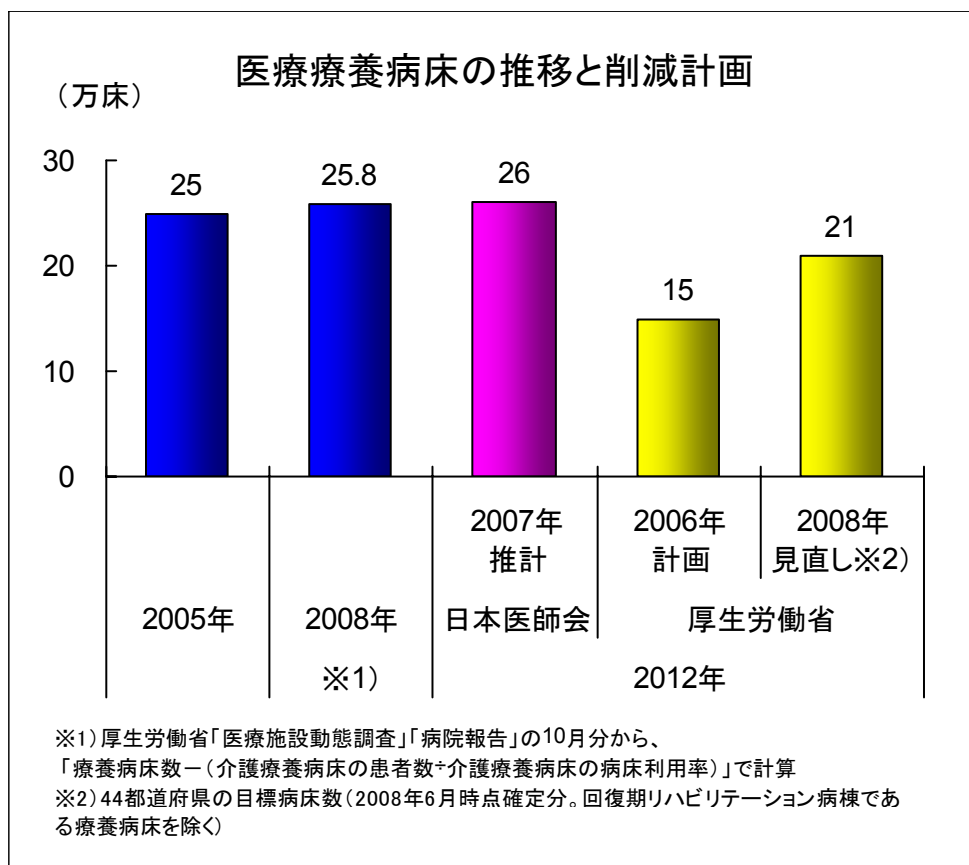
医療費抑制の結果－平均在院日数短縮化がもたらす問題－

DPC病院では、計画的な入院・治療が行われたという医師が1割近くある一方、無理な退院が増加したという医師も少なくない。また、医療の質が低下したと回答した医師は、向上したという医師を上回る。事務作業が煩雑になったという医師も2割ある。短期間の入退院が繰り返され、納得のいく医療を行えず、また医師の疲弊も強まっているのではないかと推察される。



医療費抑制の結果－医療難民、介護難民の不安－

厚生労働省は、2005年に25万床あった医療療養病床を、2012年に15万床にする計画を示した。しかし日本医師会の実態調査によれば、医療区分1の患者の約2割が、医学的管理・処置を必要としていた。その後、厚生労働省は、日本医師会の推計値に近いレベルまで計画値を引き上げた。国は、療養病床確保に向けて、明確に方針を転換すべきである。



厚生労働省の計画

「医療区分1」と「医療区分2の患者の3割」は
介護保険施設等へ

*出所:「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, 第26回社会保障審議会医療保険部会

日本医師会

「療養病床の再編に関する緊急調査」
2006年10月

- 「医療区分1」の入院患者のうち
- (1) 医療の必要性が高い患者約2割(医療難民になるおそれ)
病状不安定な患者3割、うち医学的管理・処置が必要約7割
 - (2) 施設入所待ち、独居等で在宅困難な患者約4割(介護難民になるおそれ)

医師の偏在は強制的に是正すべきか

財務省は、診療科別の医師数の増減を示し、偏在是正に規制的手法^(※注)を示唆しているが、まずは、医師不足の解消が最優先課題であり、同時に勤務医の負担軽減、地域の事情や社会的背景も考慮されなければならない。また、産婦人科、外科では訴訟リスクが高く、このことも診療科間における医師の偏在の一因と考えられる。

医師の偏在を緩和するためには、医師が安心して働ける環境づくりも重要である。

※注)2009年4月21日、財政制度等審議会における財務省主計局説明資料から抜粋

医療提供体制の再構築－医師の偏在の是正に向けて

〔主な診療科別
医師数の変化〕
(1996年から2006年)

	増減率
精神科	20.0%
泌尿器科	16.8%
皮膚科	15.4%
整形外科	15.0%
眼科	12.6%
総数	8.3%
小児科	6.7%
内科	6.0%
外科	-7.7%
産婦人科	-10.6%

医師の偏在是正の手法①

《経済的手法》

－国民医療費(約33兆円)の配分－

医師の偏在是正の手法②

《規制的手法》

－医師の職業選択の自由

⇔医療に関する公的な関与－

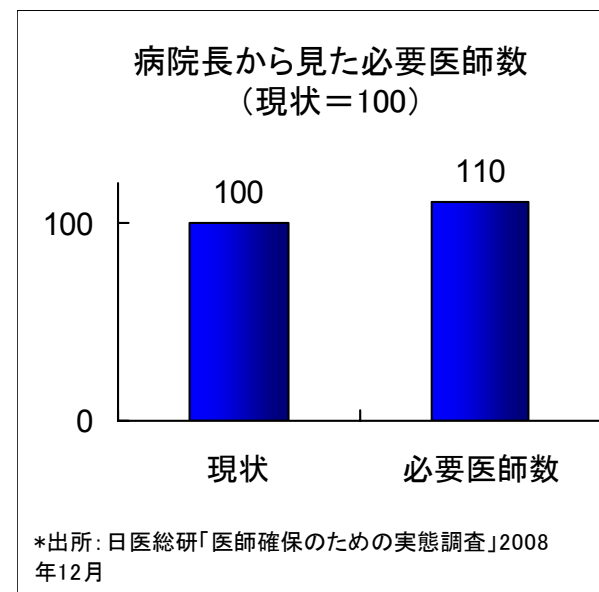
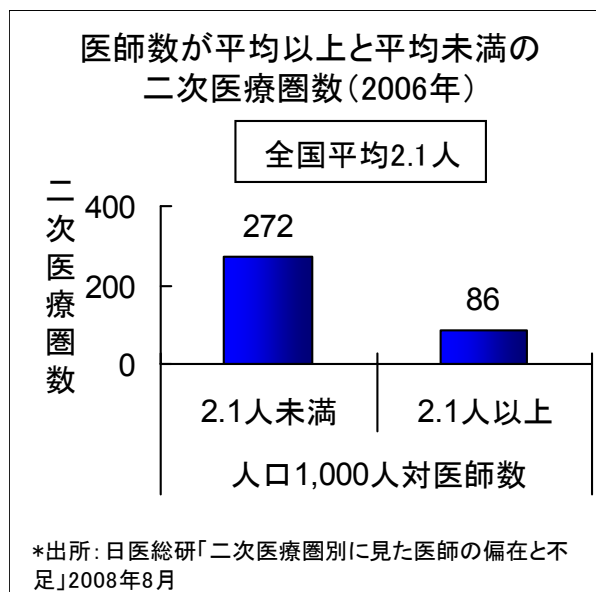
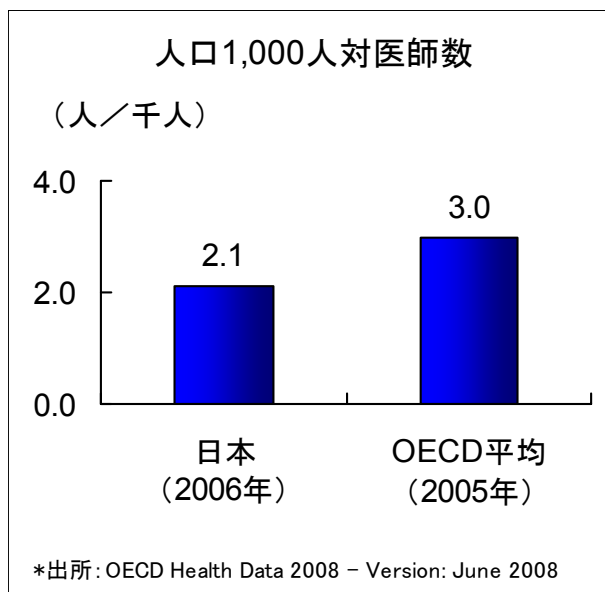
(参考)

左記以外の診療科別医師数の変化(1996年から2006年)

	増減率
麻酔科	23.0%
放射線科	16.5%
脳神経外科	10.8%
耳鼻いんこう科	0.9%

医師数増加に向けての日本医師会の考え

日本医師会は、医師数を中長期的に1.1倍～1.2倍にすることが妥当と考える。そのためには、財源の確保が最優先であり、一貫した教育制度の確立も必要である。



OECD平均を目標にする場合
医師数は1.5倍必要

平均未満の二次医療圏の
人口1,000人対医師数を2.1人に
とした場合、医師数は1.15倍必要

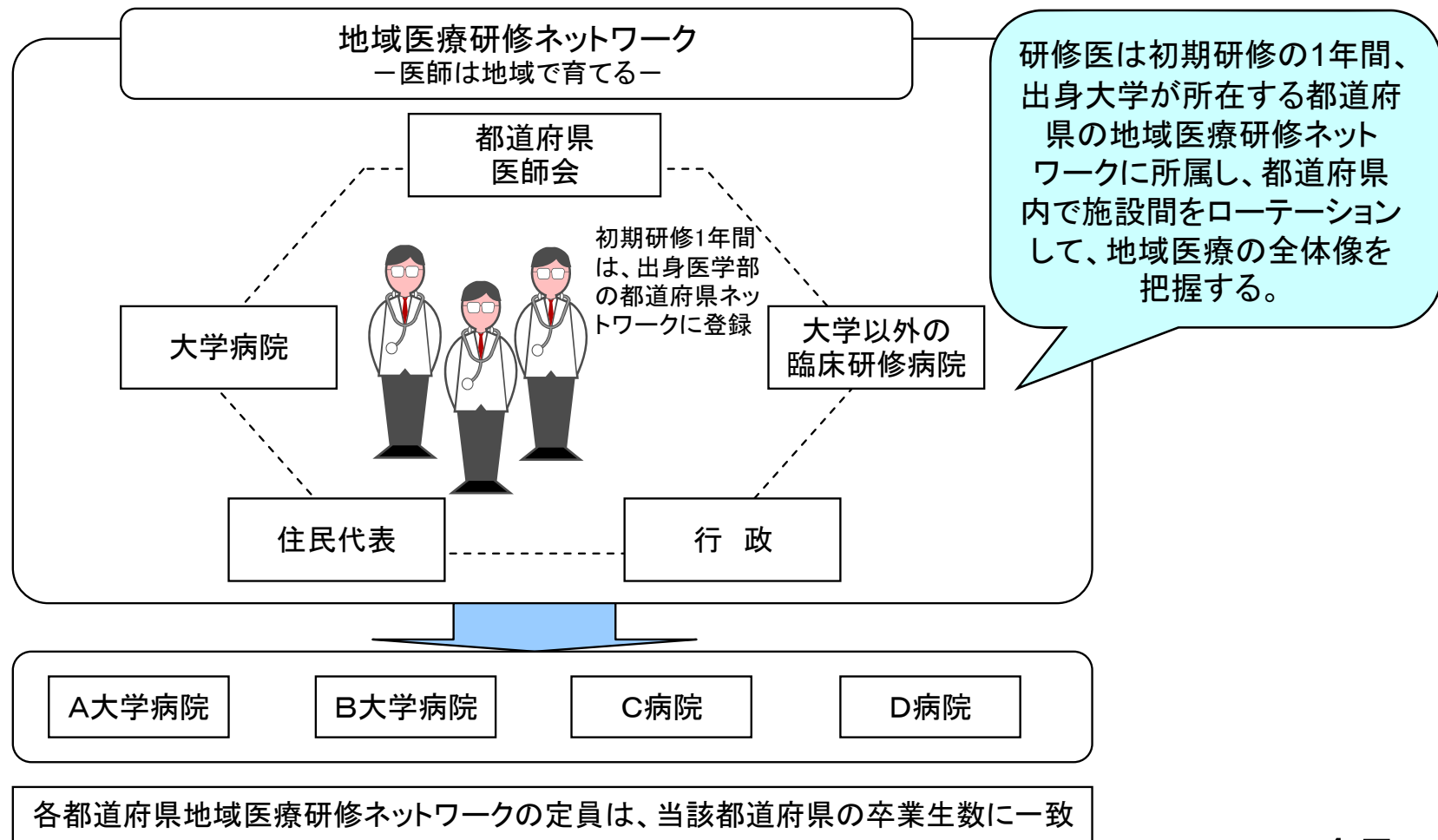
病院長の目標は1.1倍増
(ただし病院によって到達目標が異なる
などのため、取り扱いには注意が必要)

医師数増加にむけて
の前提条件

1. 財源の確保
2. 医学部教育から臨床研修制度までの一貫した教育制度の確立
3. 医師養成数の継続的な見直し

医師は地域で育てる

日本医師会は、医師を官主導で強制配置するのではなく、「地域が医師を育てる」という理念の下で、偏在の解消を目指すべきと考える。その方策のひとつが、日本医師会が提言する「初期臨床研修制度の改革案」である。



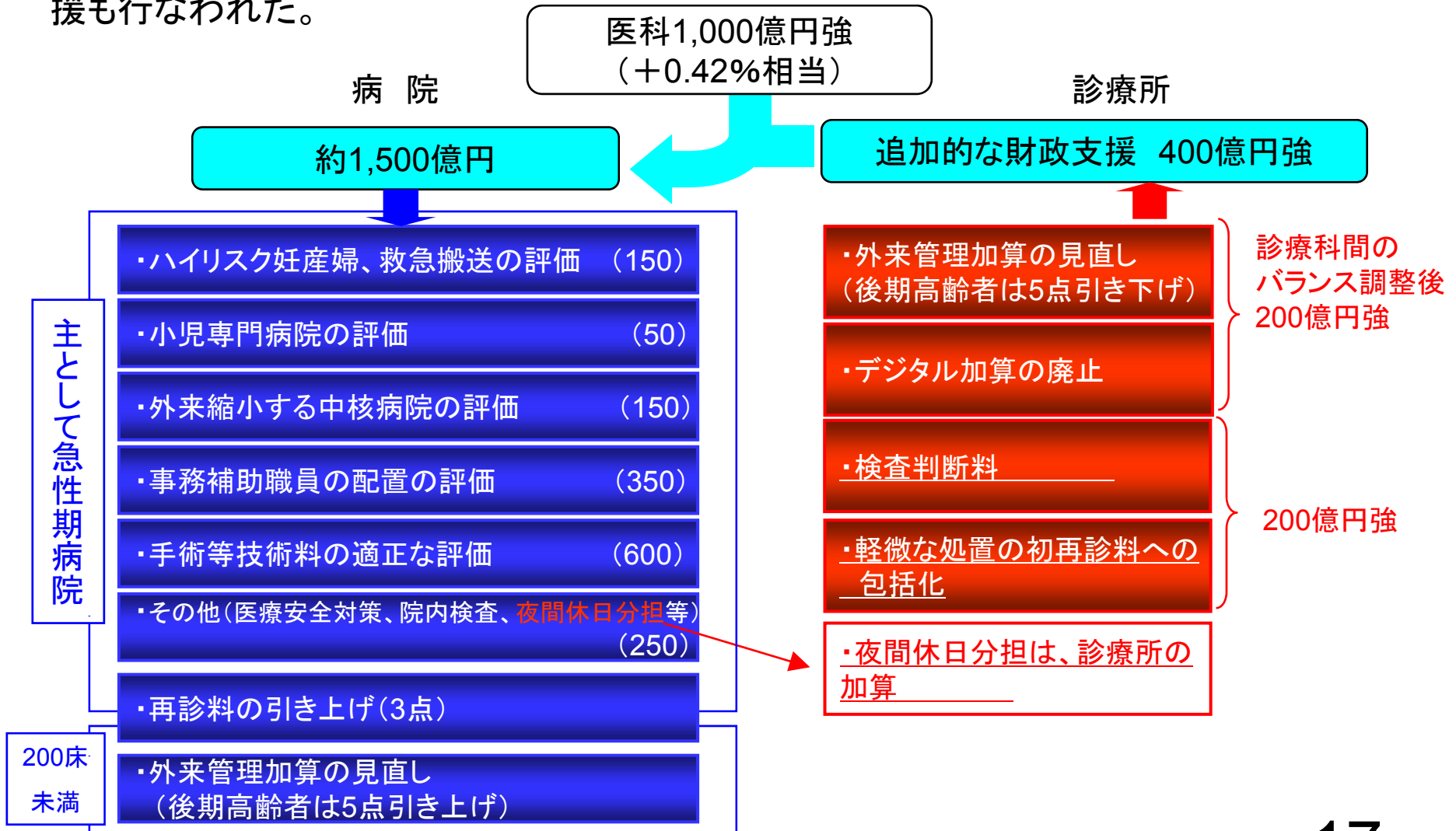
社会保障費削減政策の撤回を

何としても、国民の健康と安心を取り戻さなければならない。
そのために、行き過ぎた社会保障費削減の撤回を求める。

「医療難民」「介護難民」になる不安をなくすため、財源を投入し、必要な体制を取り戻し、かつ拡充しなければならない。そして、国民がいつでも安心して医療機関にかかれるようにすべきである。

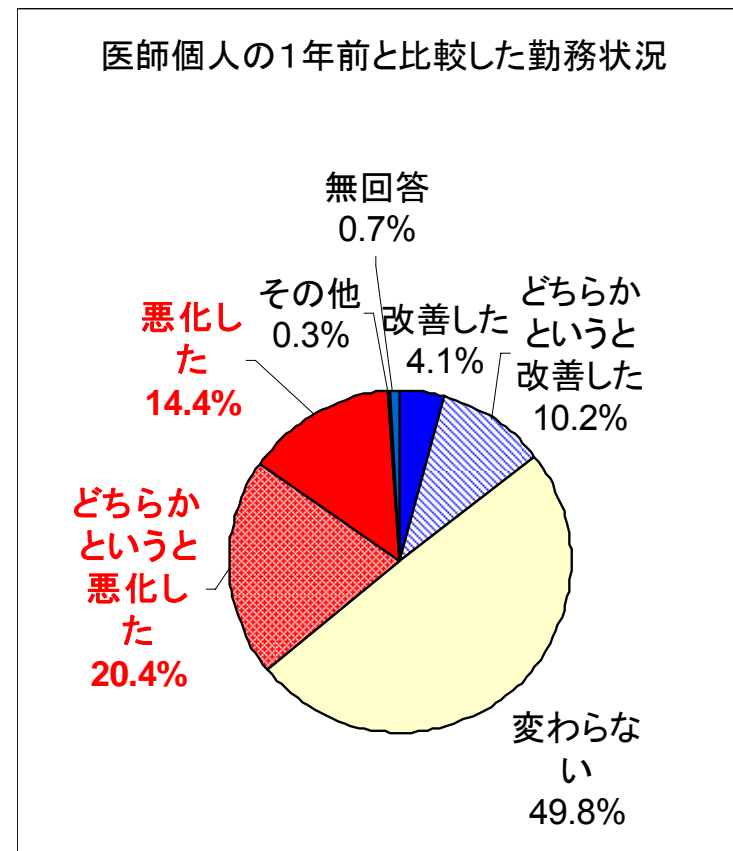
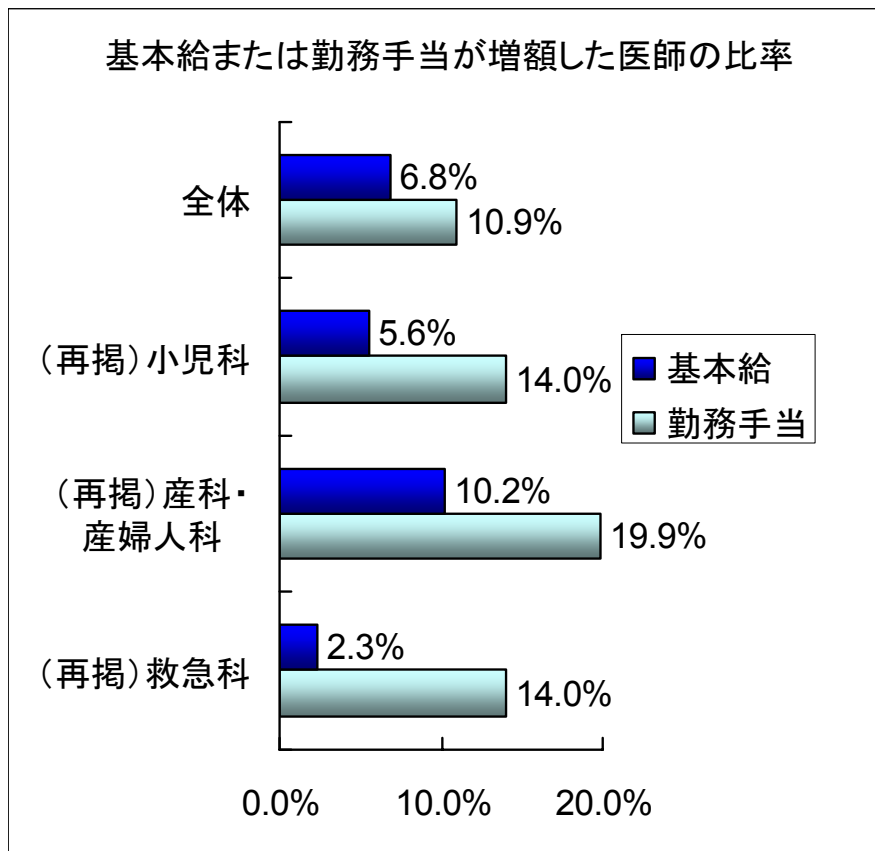
2008年度の診療報酬改定

2008年4月の診療報酬改定では、医科本体+0.42%（医療費ベース1,000億円強）が病院勤務医の負担軽減に充当された上、診療所から病院に対して400億円強の支援も行なわれた。



診療報酬改定の検証－病院勤務医の負担軽減－

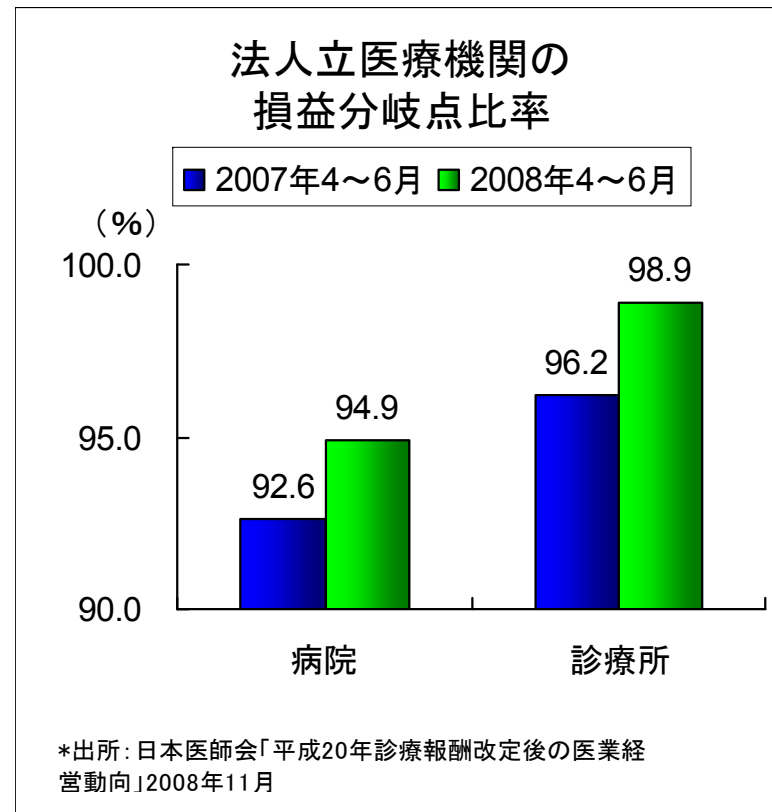
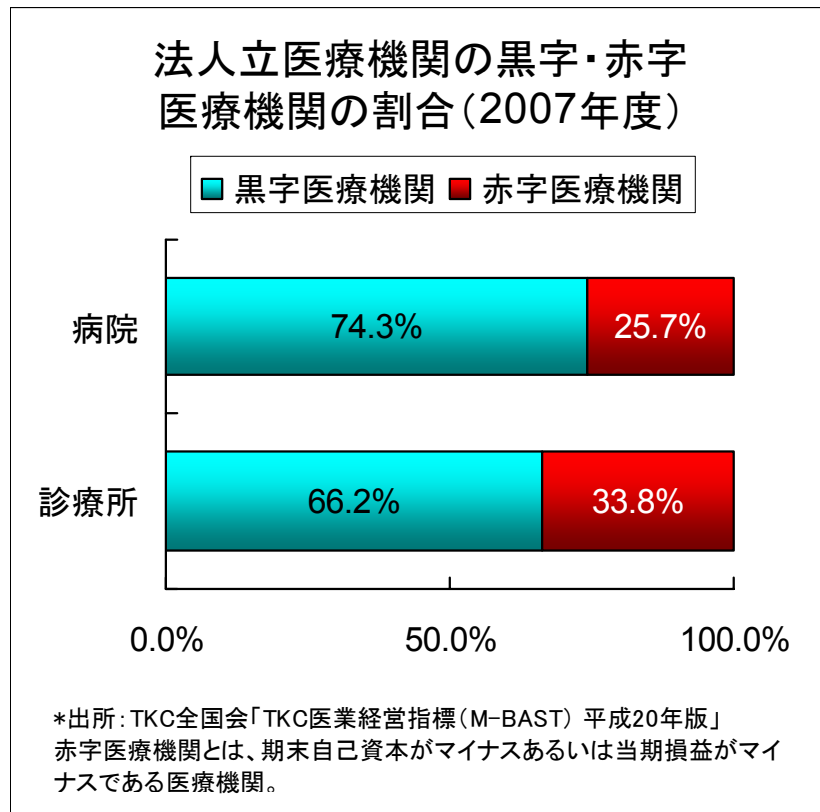
診療報酬改定で、病院に手厚い財源配分が行なわれた。その影響を、たとえば病院勤務医の基本給で見ると、基本給が増えた医師は全体では6.8%に止まった。逆に、1年前と比べて、勤務状況が悪化(悪化、どちらかという悪化)したという医師が3割以上に上っている。



*出所: 中医協・診療報酬改定結果検証部会「病院勤務医の負担軽減の実態調査 結果概要(速報)」2009年4月

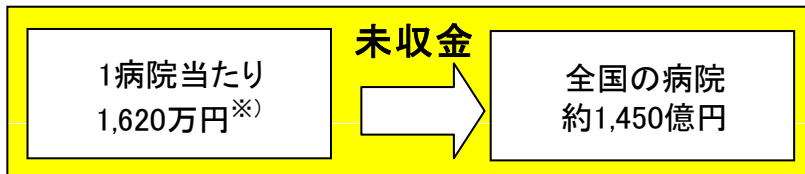
診療報酬改定の検証－診療所の経営－

2007年時点で、診療所では赤字医療機関が3割を超えていた。2008年4月の診療報酬改定を経て、診療所の損益分岐点比率は平均で96.2%から98.9%に悪化した。これは収入が1.1%超減れば、赤字になることを示している。診療所はわずかな事業環境の変化にも耐えられなくなっている。

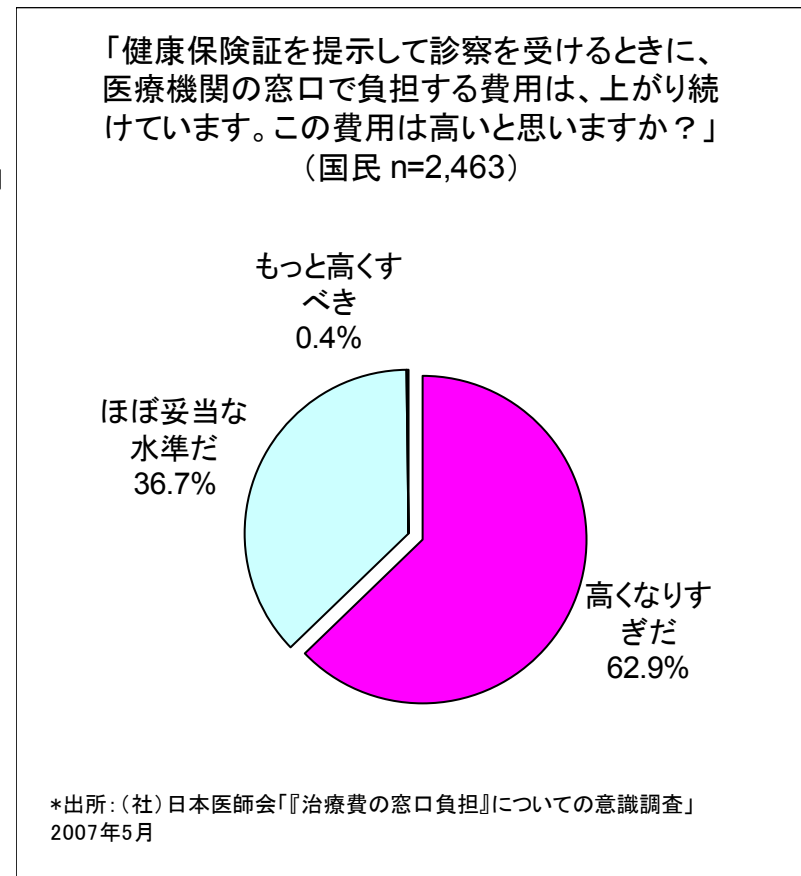
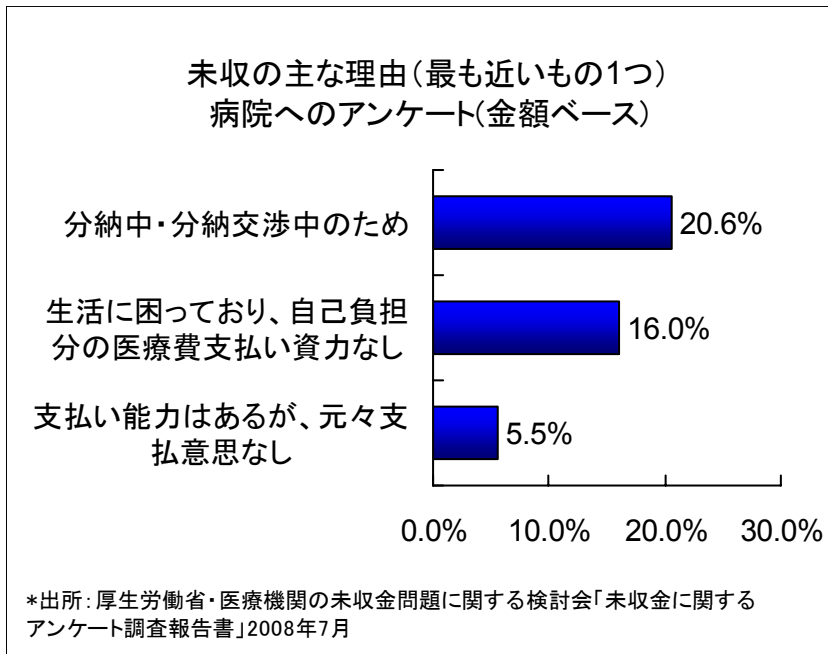


医療機関経営への影響－未収金－

病院団体の調査では、病院の未収金が平均1,620万円^(※注)に上り、医療機関の大きな負担になっている。未収の主な理由を見ると、「生活に困っており支払い能力がない」が「支払い意思がない」を大きく上回る。また、国民の6割超が「窓口負担が高すぎる」と感じている。

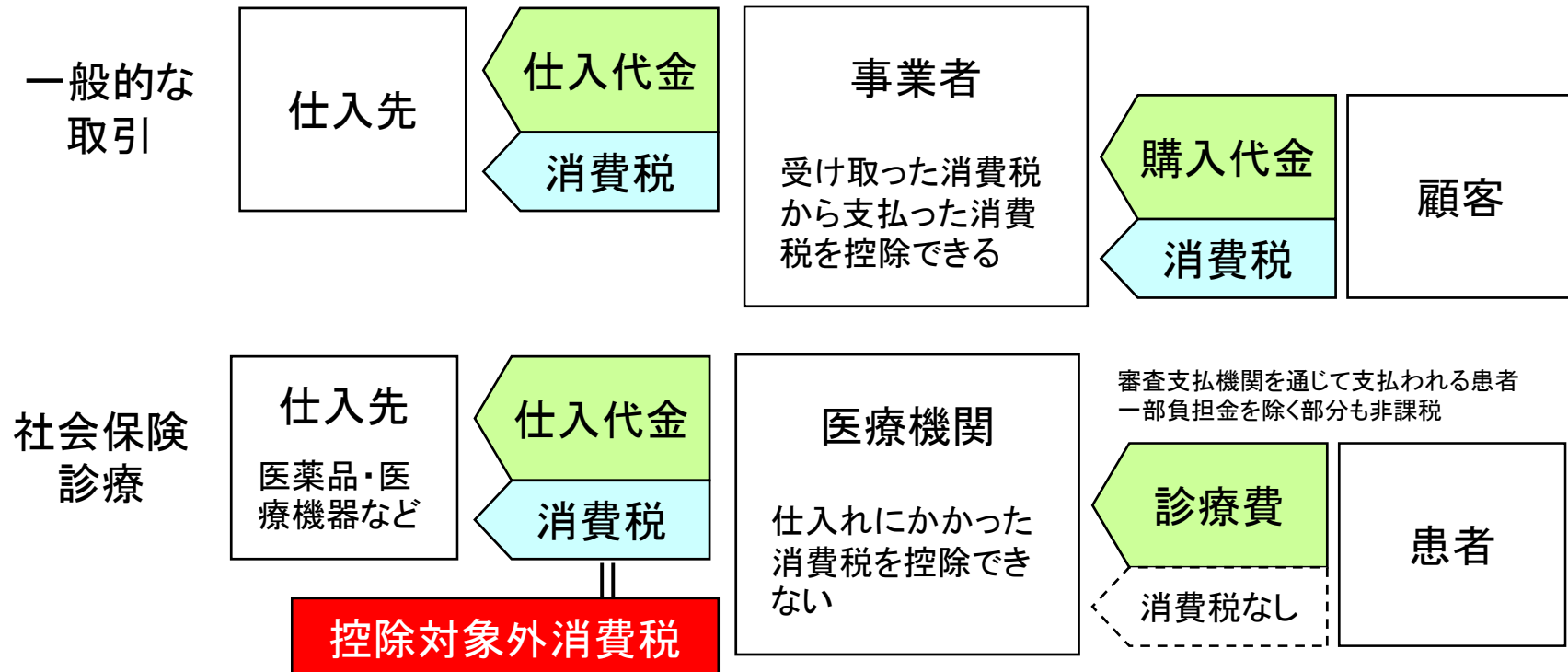


※四病院団体協議会「診療における患者自己負担金の未収問題について」2006年8月



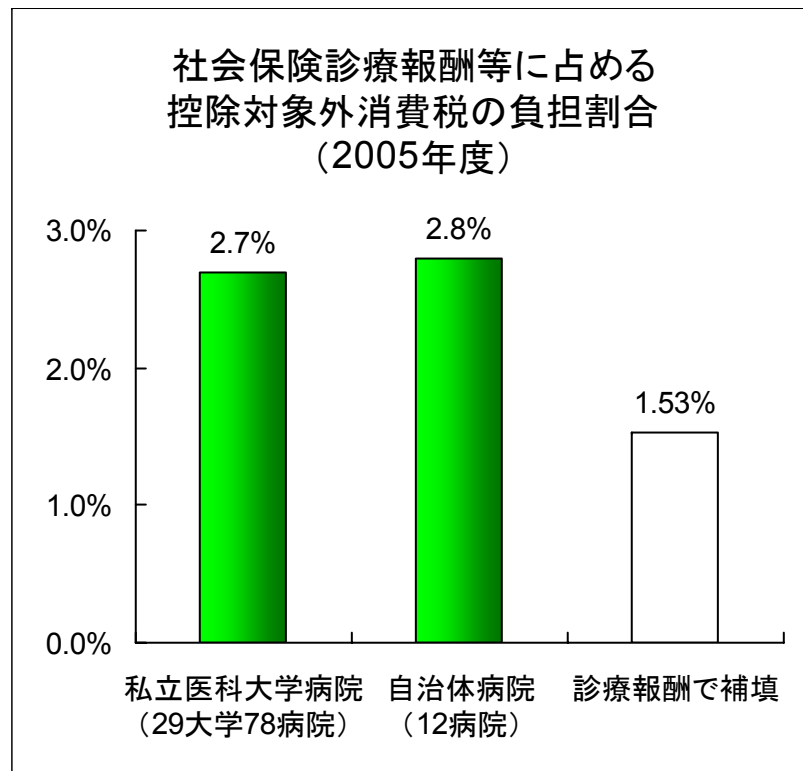
医療機関経営への影響－控除対象外消費税－

社会保険診療は非課税であり、患者から消費税を徴収しない。しかし、社会保険診療のための医薬品などの仕入れには消費税がかかるので、医療機関が多額の負担を強いられている。



医療機関経営への影響－控除対象外消費税－

医療機関が負担している控除対象外消費税は、私立医科大学病院では社会保険診療等収入の2.7%、都立病院では2.8%であり、診療報酬で補填されていることになっている1.53%を大幅に上回る。



1病院当たり

	私立医科大学病院	自治体病院
控除対象外消費税	3.7億円	2.2億円
診療報酬による補填(?)・・・1.53%分	2.1億円	1.2億円
補填不足額	1.6億円	1.0億円
補填されれば・・・	医師11人増員可能	医師7人増員可能

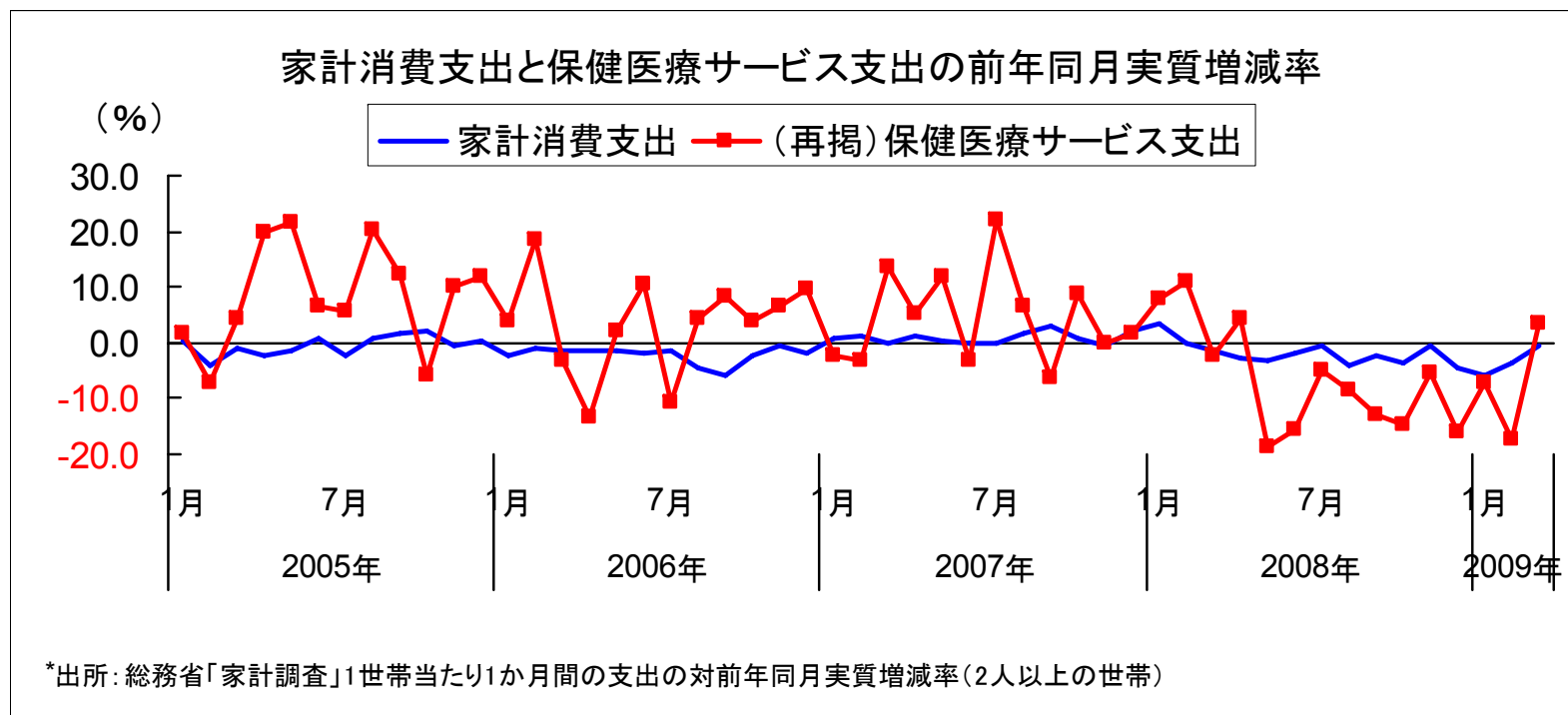
*出所: 社団法人日本医師会「グランドデザイン2007－国民が安心できる最善の医療を目指して－各論」2007年8月

*医師給与は1人15百万円で計算

国は、過去に診療報酬1.53%分(1989年改定0.76%、1997年改定0.77%)を上乗せし、それで解決済としてきたが、その後10年以上、まったく検証されていない。

緊急課題 必要があっても家計の医療費支出が削られているおそれがある

これまで、2006年のように、家計消費支出の伸びが年間を通じてマイナスの時も、保健医療サービス支出は前年に比べてプラスの月のほうが多かった。しかし2008年5月から2009年2月まで、家計消費支出全体の伸びもマイナスであるが、保健医療サービス支出の伸びはさらにマイナスである。医療のための支出を削らざるを得ないほどの経済状況の悪化、その結果としての受診抑制、重症化が懸念される。



保健医療サービス支出:

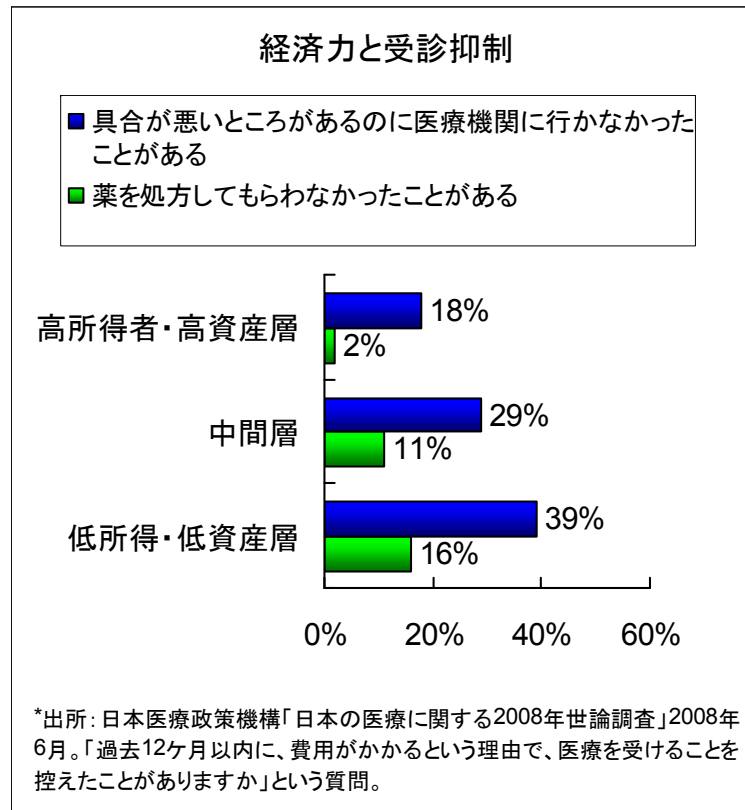
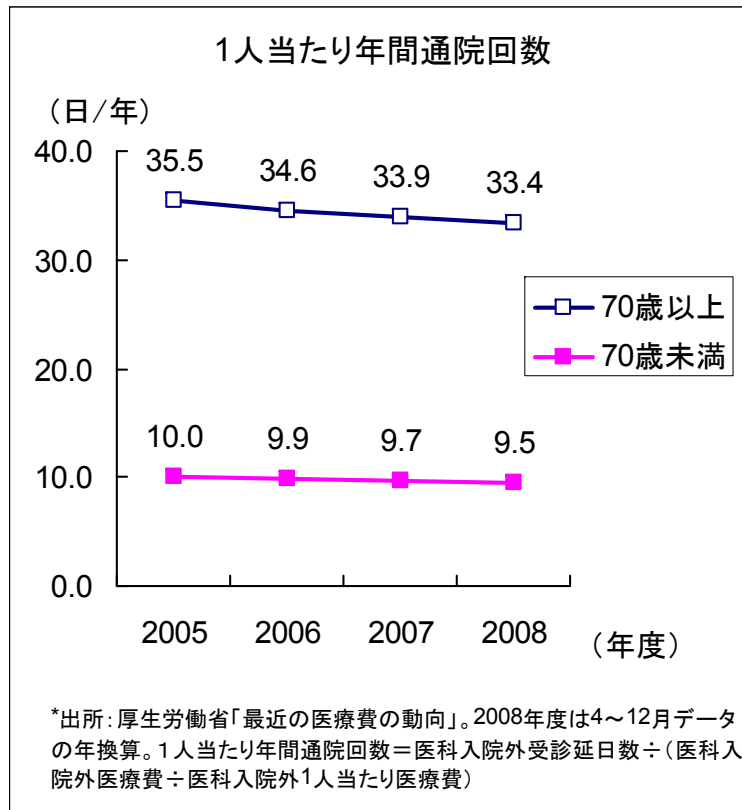
医科診療代、歯科診療代、入院料、整骨(接骨)・鍼灸治療代、健康診断料、予防注射代など。

※医薬品費、健康保持用摂取品などは含まない。

緊急課題 受診抑制が起きている

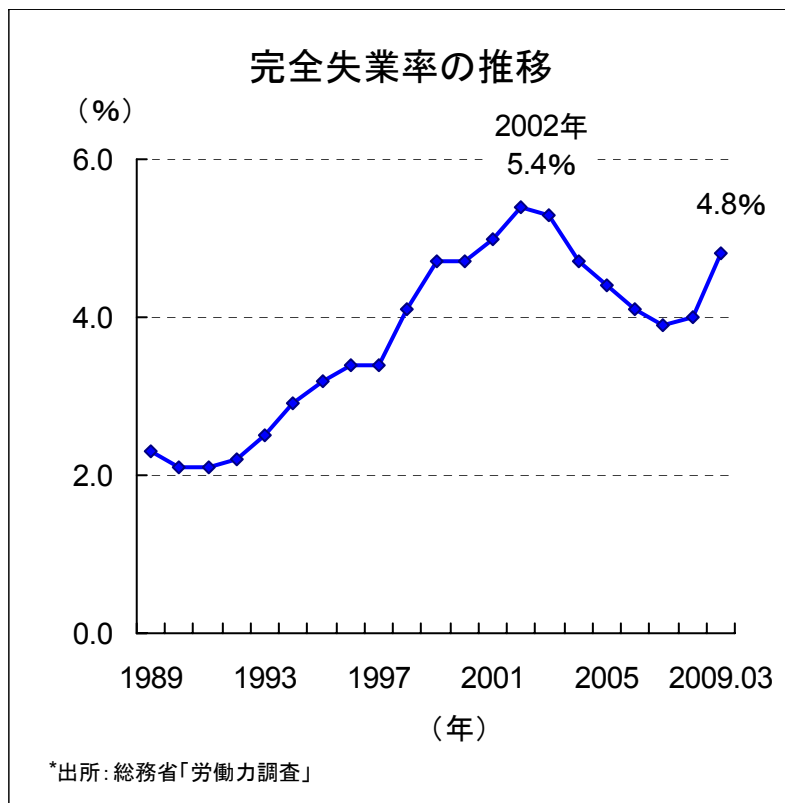
高齢者だけでなく、もともと通院回数が少ない若い人の通院回数も減少している。通院しづらい雇用環境や経済的理由により、受診を控えているのではないかと推察される。低所得者層では実際に受診を抑制したという人が3割に達している。

(補足) 高齢者の通院回数減少の要因には、長期投薬もあると考えられる。慢性疾患の患者が多く、継続して医療機関を受診しているからである。一方、若年者は初診のみのケースも多いので、長期投薬の影響よりも、受診抑制の方に注意する必要がある。



受診抑制の背景と保険料の滞納

完全失業率は2009年3月には4.8%に達した。一部負担金が支払えないため、受診を控えている国民が少なくないと思われる。また、国民健康保険では、5世帯に1世帯が保険料を滞納しており、本来の国民健康保険証を持たない世帯が7.3%に上っている。



国民健康保険(市町村)の滞納状況 2008年6月1日現在

全世帯数	2,172万世帯(100.0%)
滞納世帯数	453万世帯(20.9%)
資格証明書世帯	34万世帯(1.6%)
短期被保険者証世帯	124万世帯(5.7%)

*出所: 厚生労働省「平成19年度 国民健康保険(市町村)の財政状況について=速報=」

資格証明書(保険料を1年間納付していない場合)

診療等を受けた場合には、医療費等をいったん全額自己負担で支払い、その後、一部負担金を除いた金額の支給を申請。

短期被保険者証(保険料の滞納がある場合)

1か月、3か月などの期限を区切って発行される保険証。通常の保険証と同様に診療等の給付を受けることができるが、定められた期限で更新が必要。

厚生労働省は、後期高齢者の低所得者については、資格証明書を停止(窓口で全額支払わなくても良くする)を検討している。これを若年世代にも拡大すべきである。

日本医師会の「高齢者のための医療制度」

高齢者は疾病が発症するリスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は、高齢者にとって大きな負担になる。したがって、高齢者が所得格差の不安なく過ごせるよう、国は「保障」の理念の下で支えるべきである。

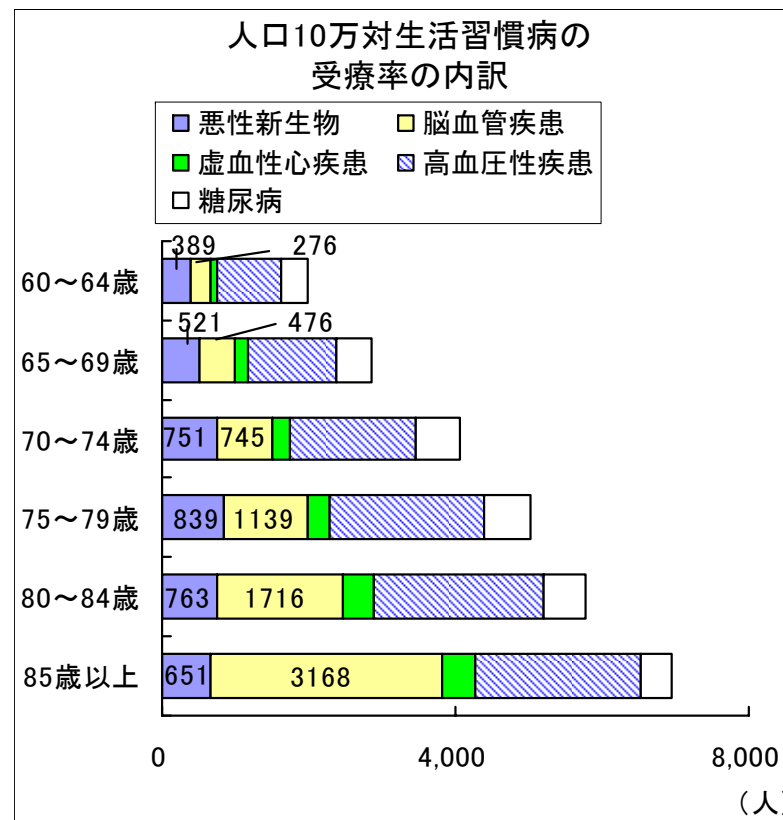
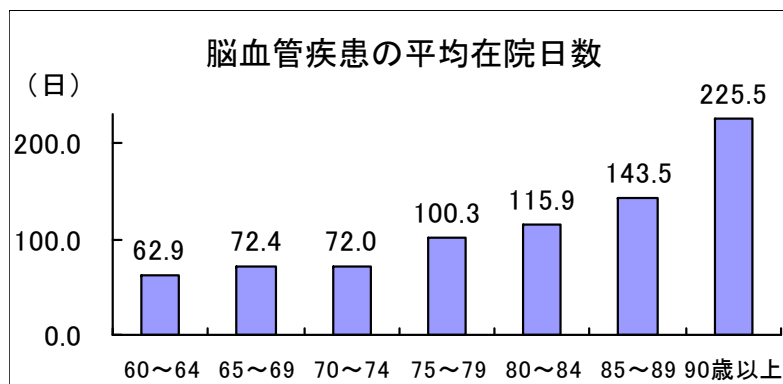
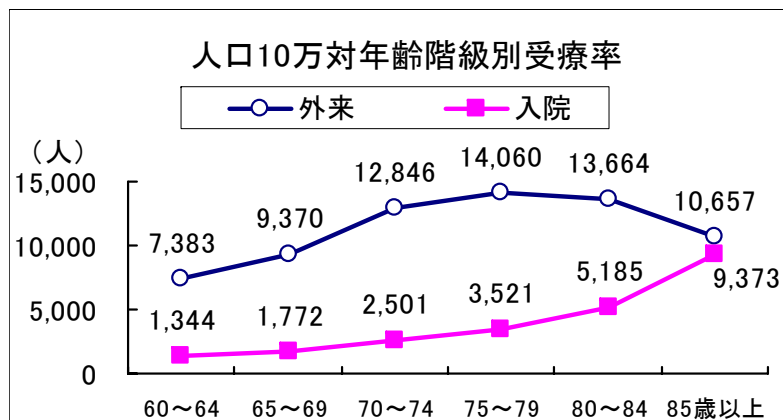
日本医師会「高齢者のための医療制度」 基本的スキーム

1. 保障の理念の下、75歳以上を手厚く支える。
2. 若者から高齢者まで、急性期から慢性期まで切れ目のない医療を提供する。
3. 医療費の9割は公費(主として国)負担とする。
4. 保険料と患者一部負担をあわせて医療費の1割とし、患者一部負担は所得によらず一律とする。
5. 運営主体は都道府県とする。

なぜ高齢者を独立させるのか

入院受療率は75歳以上で年齢とともに急速に上昇する。外来受療率は75～79歳がピークである。また、生活習慣病の受療率は75歳未満では悪性新生物がもっとも高いが、75歳以上では脳血管疾患が悪性新生物を上回る。脳血管疾患の場合、75歳以上では平均在院日数が100日を超えている。

75歳以上の高齢者は疾病が発症するリスクが高まり、長期療養が必要になるので、そのためのより十分な医療が提供されなければならない。さらに受診抑制を生じさせないよう、患者の経済的負担にも配慮し、特に手厚く支える必要がある。

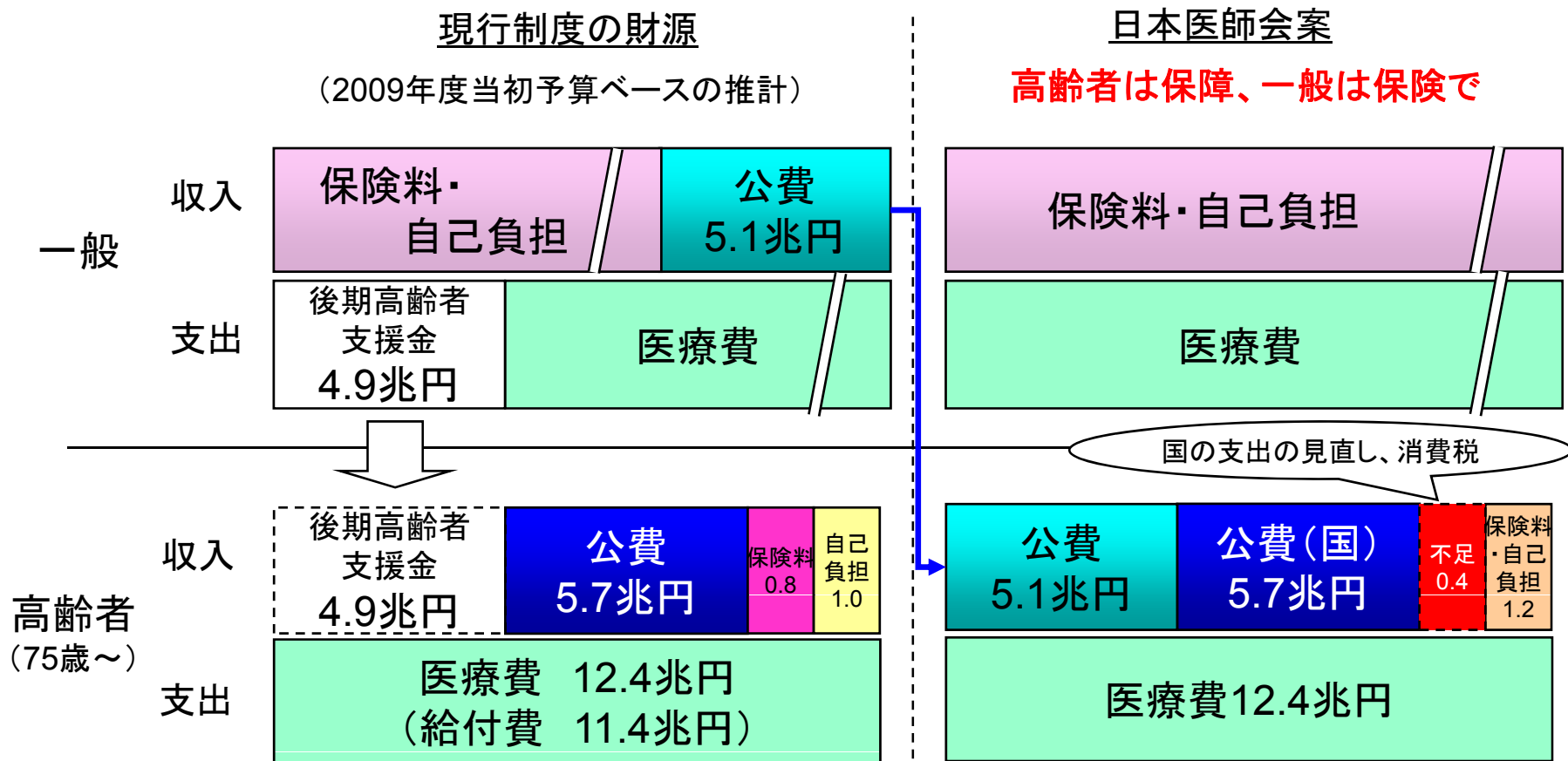


*出所: 厚生労働省「平成17年患者調査」, 総務省「国勢調査」

社団法人 日本医師会 (2009年5月18日)

高齢者の医療は国が守る約束を

現在、一般医療保険にも公費が投入されているが、公費は高齢者に集中投入し、高齢者医療は保障の理念の下、主として公費(国)で運営する。また公費負担の不足分については、国の支出の見直しの継続や消費税などの検討により対応する。



*生活保護、精神保健福祉等の公費負担医療を除いて図示四捨五入差があるため内訳と合計が合わないところがある。紙面の関係で縮尺は合っていない。

国民皆保険を守るための財源

日本医師会は、消費税などの新たな財源の検討、国の支出の見直しの継続、公的医療保険料の見直し—の3つを同時並行で進め、財源を確保することを提案する。

消費税などの新たな財源の検討

安定財源として期待できるが、以下の点について整理が必要

- ① 年金、医療、介護をどの程度、消費税でまかなうのか？
- ② 社会保障の国と地方の役割、消費税の国と地方の配分
- ③ 医療機関における控除対象外消費税の問題

国の支出の見直しの継続

- ① 特別会計の決算を重視し、剰余金が発生しづらい仕組みに。剰余金が発生した場合には、原則一般会計へ繰り戻し。
- ② 独立行政法人整理合理化計画のフォロー

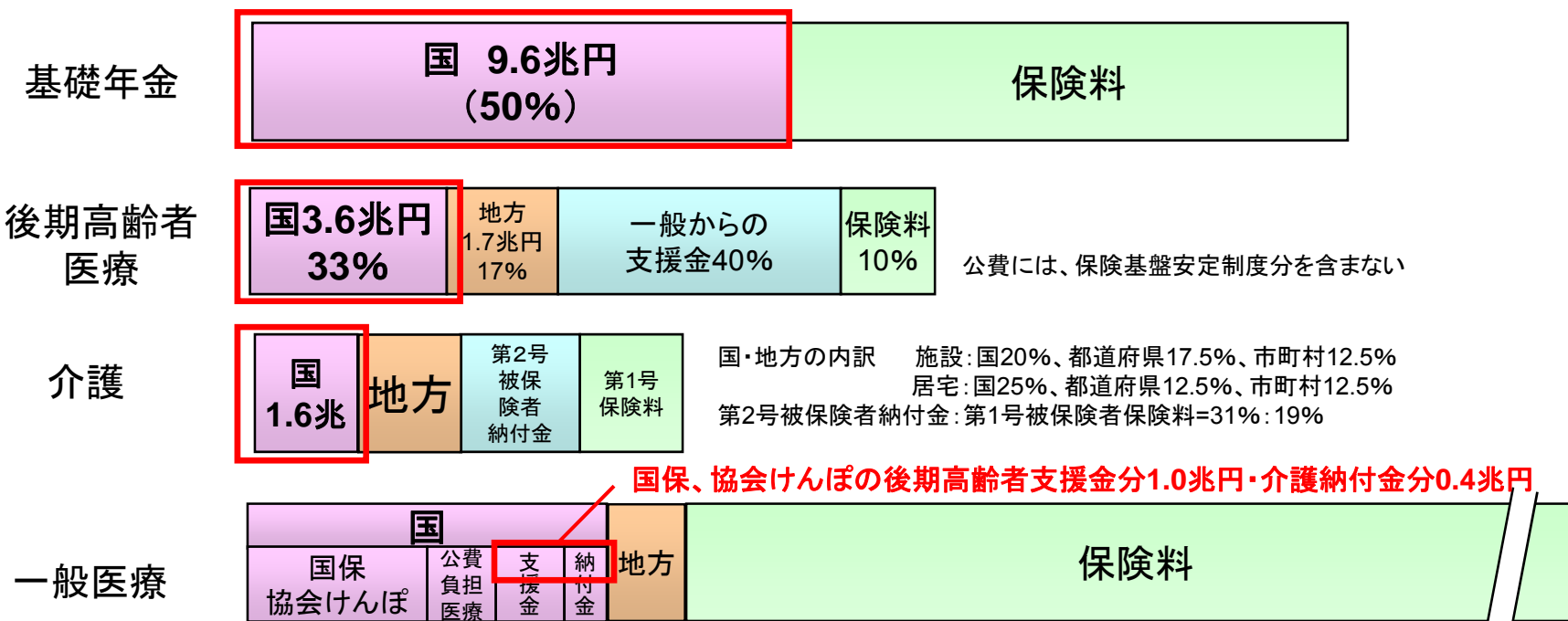
公的医療保険料の見直し

- ① サラリーマンは年収約2,000万円、国保は世帯所得500万円台で保険料が上限に。年収や所得にできるだけ比例した保険料に。
- ② 大企業の健保組合(保険料率73.90)、共済組合等(国家公務員平均64.34)の保険料率を協会けんぽ(82.00)なみにし、財政調整を。

社会保障における公費負担の範囲と消費税を充てるべき経費

現在、消費税は一般会計の予算総則で、基礎年金、後期高齢者医療、介護の国庫負担に充てることが定められている。一般医療保険にも国庫負担はあるが、財源は消費税以外の一般財源である。

社会保障給付費の構成と消費税を充てるべき国庫負担(2009年度)
消費税を充てるべき経費



基礎年金は給付費の半分が国庫負担である。日本医師会は、高齢者の公費負担割合を引き上げ、消費税を充当することを提案する。

消費税収の国と地方の配分

消費税率5%の内訳は、国税4%、地方消費税1%に分けられる。国税4%のうち29.5%は、地方交付税として地方に交付される。その結果、消費税率5%のうち国分は2.82%、地方分は2.18%分になる。

消費税率 5% (2009年度当初予算12.7兆円)		
地方消費税 (地方税) 1%	消費税(国税)4%(10.1兆円)	
	地方交付税 4% × 29.5%	4% × 70.5% (全体の56.4%)
地方分(5.5兆円) 消費税5%のうち2.18%分 (消費税全体の43.6%)	国分(7.1兆円) 消費税5%のうち2.82%分 (消費税全体の56.4%)	

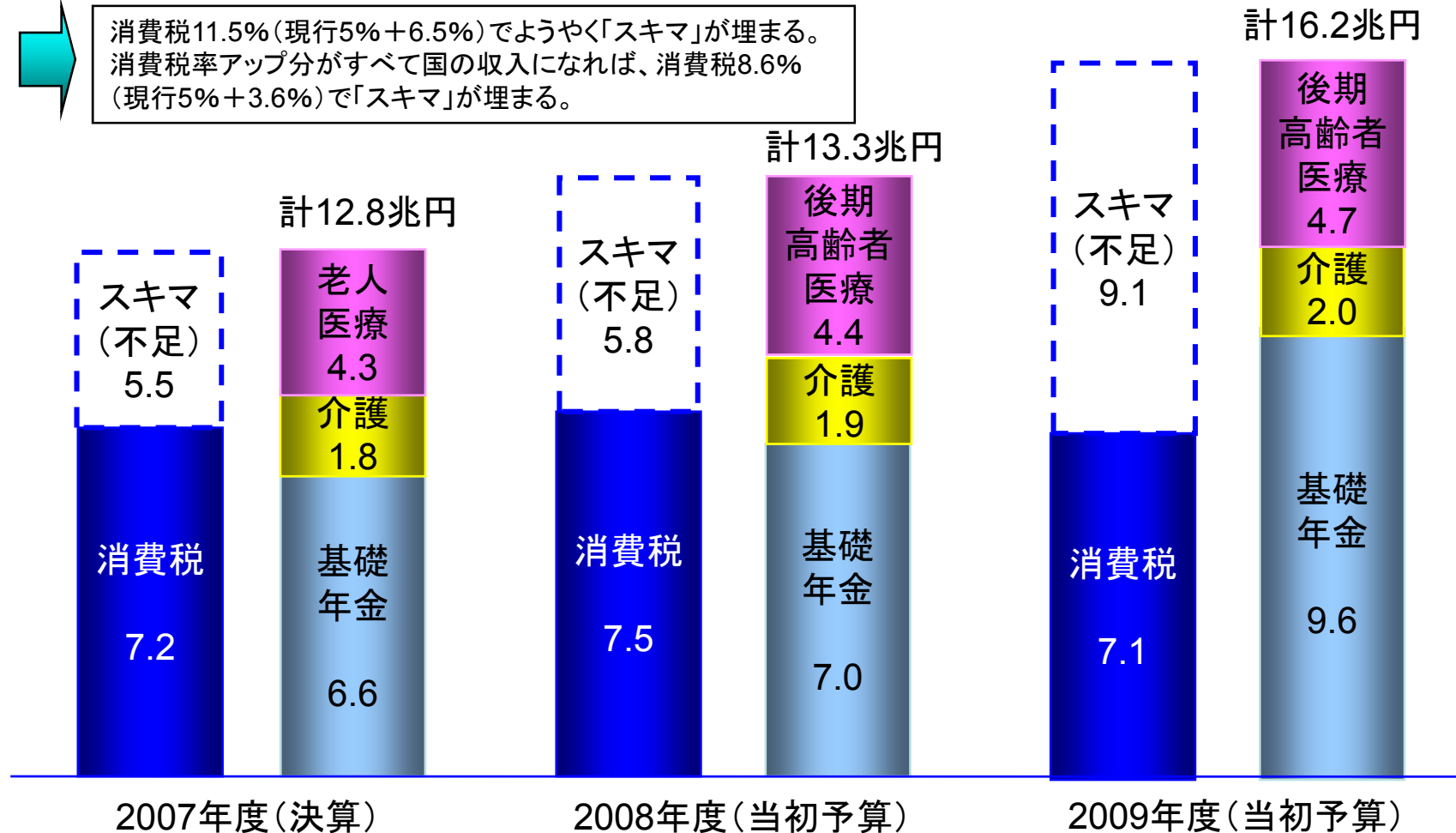
現在の国と地方の配分が変わらなければ、
消費税1%(2.5兆円)は、国1.4兆円、地方1.1兆円

消費税収と消費税収を充てるべき費用

消費税収を充てるべき費用は、2009年度には16.2兆円であり、消費税収(国分)は9.1兆円不足している。現在の国・地方の配分が変わらなければ、消費税1%のうち国の分は1.4兆円なので、9.1兆円は消費税率6.5%分に相当する。



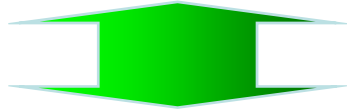
消費税11.5%(現行5%+6.5%)でようやく「スキマ」が埋まる。
 消費税率アップ分がすべて国の収入になれば、消費税8.6%
 (現行5%+3.6%)で「スキマ」が埋まる。



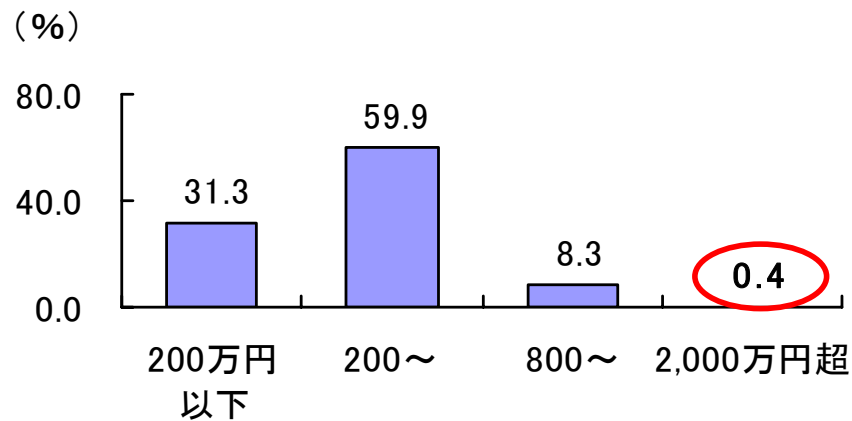
保険料上限の見直し(被用者保険の例)

年収1,950万円以上は保険料一定

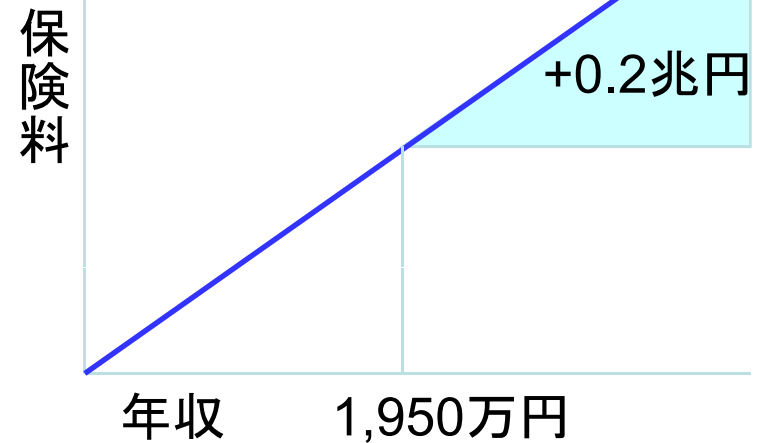
保険料を完全に年収に比例させると



給与所得者 給与階級別人数の比率



*国税庁「平成19年 民間給与実態統計調査」



被用者保険 約0.2兆円増収

国保も、所得500万円台の後半で、おおむね保険料賦課限度額に。
国保も所得比例にすれば、全体で0.4兆円以上の増収。

保険料率の公平化

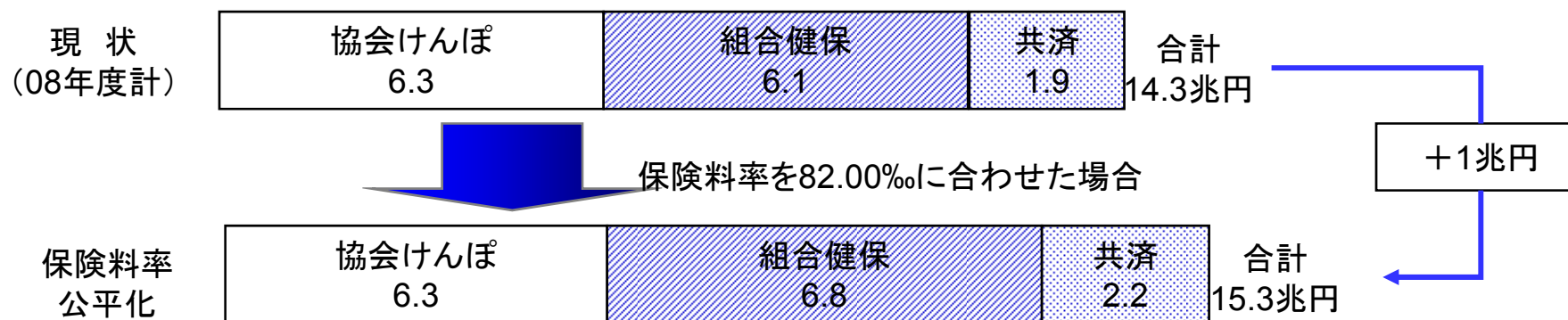
協会けんぽの平均標準報酬月額が284.9千円と最も低いが、保険料率は82.00(‰)と最も高い。組合健保の保険料率の平均は73.90(‰)、国家公務員共済組合では、平均標準報酬月額415.4千円、保険料率は64.34(‰)である。

日本医師会は、被用者保険の保険料率を82.00(‰)にすることを提案する。その場合の保険料増収効果は、約1兆円と試算される。

被用者保険の平均標準報酬月額と保険料率

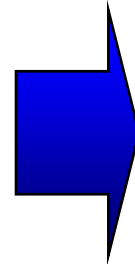
	協会けんぽ	組合健保	共済組合		
			国家公務員	地方公務員	私学教職員
平均標準報酬月額(千円)	284.9	370.1	415.4	361.8	379.5
保険料率(‰)	82.00	73.90	64.34	73.52	65.20

協会けんぽ、組合健保は2008年度(平均標準報酬月額は2007年度)、共済組合の私学は2007年度。それ以外は2006年度。



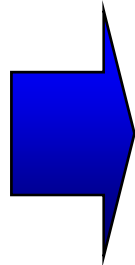
国民皆保険を守るための緊急提言

国民の経済的困窮から来る
受診抑制、重症化の懸念



提言1
外来における患者一部負担
割合の引き下げ

医療資源の大幅な不足・
偏在による地域医療の崩壊

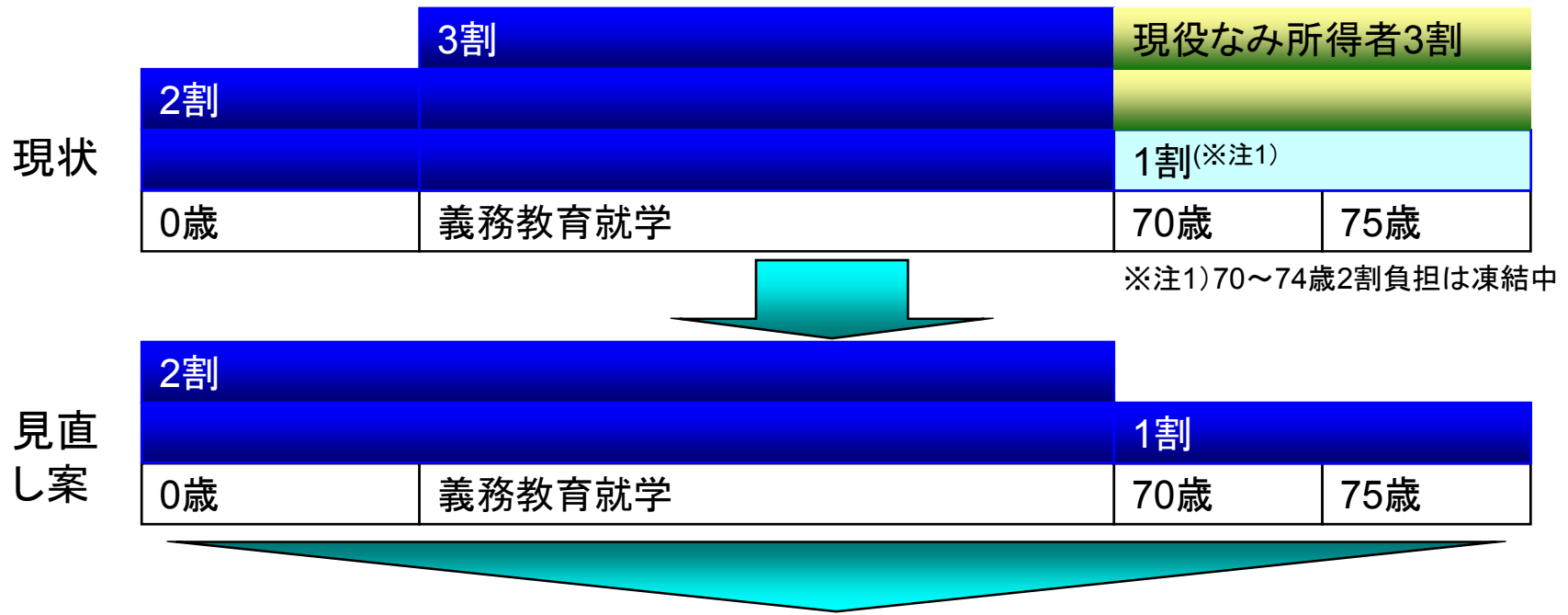


提言2
診療報酬の大幅な引き上げ

身近な医療機関が健全に存続し、国民が経済的負担におびえることなく、
いつでも医療機関にかかることができる社会を目指す。

日本医師会の提言1 外来患者一部負担割合の引き下げ

経済的理由による受診抑制が懸念されるので、外来患者一部負担割合の引き下げを提案する。給付費は保険料と公費から構成されるが、追加で必要になる給付費については、保険料を引き上げるのではなく、公費により支援されることを求める。



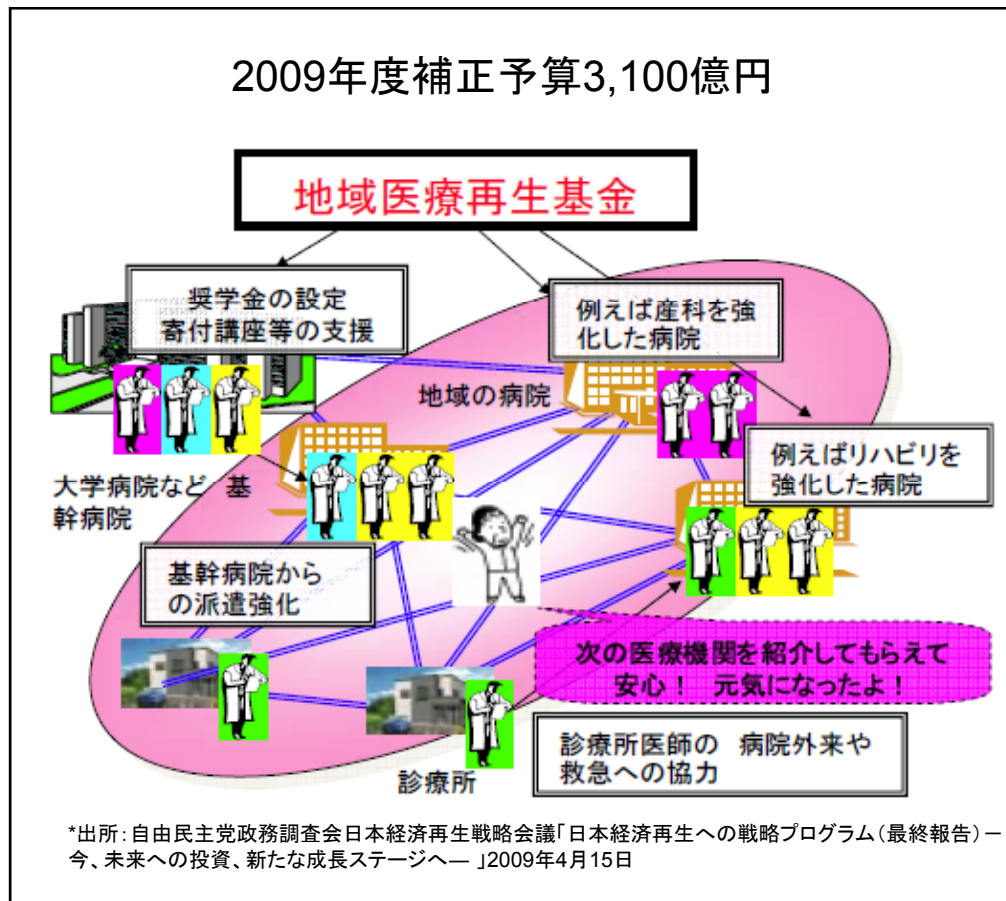
追加で必要な給付費(粗い試算) 約8,500億円(※注2)

※注2) 厚生労働省は一部負担割合を引き下げると、受診率が上がり医療費が増加するとして、その関係を「長瀬式」で示している。この式にそって医療費が伸びるとした場合、追加で必要な給付費は約1.5兆円。

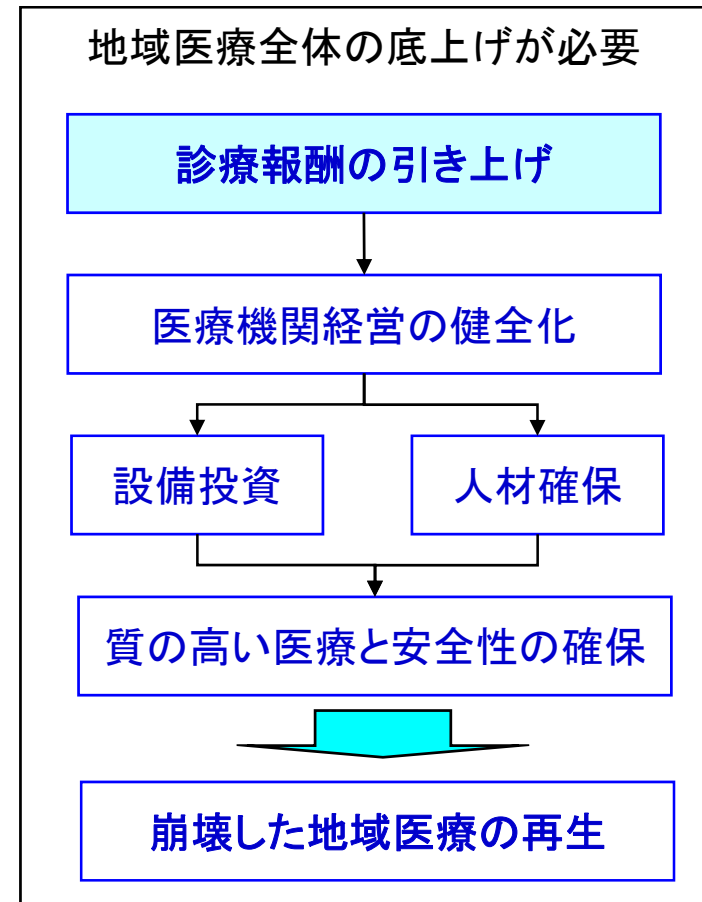
*出所: 日医総研「国民皆保険制度の崩壊を止めるために－患者一部負担引き下げ等の検討－」2009年5月

日本医師会の提言2 診療報酬の引き上げ

地域医療再生のための財源が確保されたことは評価できる。しかし、現在すでに医療機能を強化できているところ、人材を確保できているところに資源が集中する可能性がある。今、望まれることは、地域の医療現場全体の底上げであり、大幅な診療報酬の引き上げを強く求める。



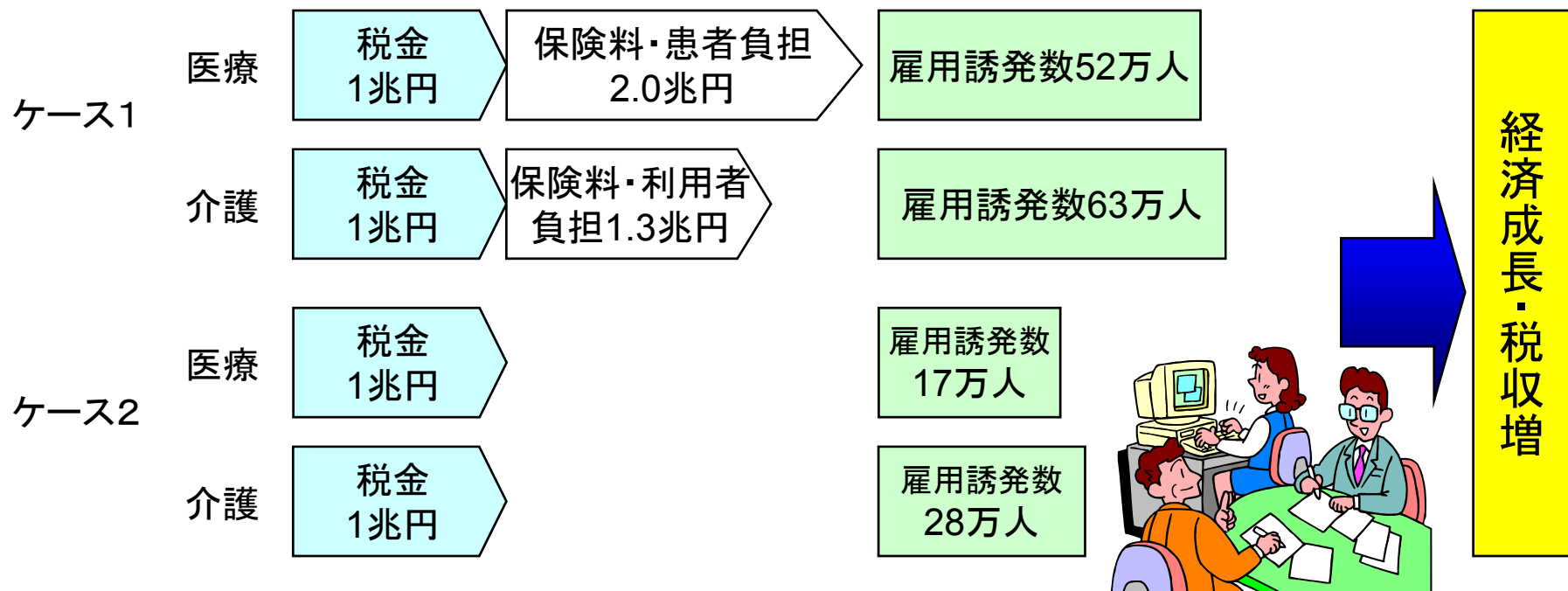
両方必要
+



医療・介護が経済成長をもたらす

医療、介護にそれぞれ税金(公費)1兆円を投入するとする。保険料・患者負担等を加え、医療では3.0兆円、介護では2.3兆円の新規需要が創出され、100万人以上の雇用創出効果が期待できる。

税金を投入するだけで、保険料・患者負担を求めない場合(たとえば補助金方式)でも50万人近くの雇用が創出される。



*出所: 日医総研「医療・介護の経済波及効果と雇用創出」2009年5月

医療からの日本再生

一部負担割合の引き下げは、受診抑制の回避、早期発見・早期治療に通じ、国民の健康な就労につながる。また診療報酬の引き上げを始めとする医療への財源投入は、雇用を誘発する。これらの結果、経済成長・税収増がもたらされ、さらに医療への財源投入、国民・患者への還元が可能になるという好循環を創出することが期待される。

