

# 経済財政諮問会議「基本方針2009(原案)」 に対する日本医師会の見解

定例記者会見

2009年6月17日  
社団法人 日本医師会

\* 2009年6月17日定例記者会見で配布した資料から一部変更したものを掲載しています。

## 「基本方針2007」から2008年診療報酬改定までの流れ

前回の診療報酬改定を振り返ってみると、社会保障費の削減が撤回されなかったため、2,200億円の財源探しに困難を極め、医科本体の引き上げが+0.42%に止まった。今回は、2,200億円削減撤回に妥協は許されない。

2006年7月7日「基本方針2006」閣議決定  
「過去5年間の改革(国の一般会計予算ベースで▲1.1兆円(国・地方合わせて▲1.6兆円に相当)の伸びの抑制)を踏まえ、今後5年間においても改革努力を継続」



2007年6月19日「基本方針2007」閣議決定  
歳出全般にわたって、これまで行ってきた歳出改革努力を決して緩めることなく、国、地方を通じ、引き続き「基本方針2006」に則り、最大限の削減を行う。



2007年8月10日「平成20年度予算の概算要求に当たっての基本的な方針について」(概算要求基準,シーリング)閣議了解  
年金・医療等の経費「自然増(7,500億円)に対し、制度改革等による削減・合理化(▲2,200億円)を図り、5,300億円の増」



2007年12月4日「平成20年度予算編成の基本方針」閣議決定  
**2007年12月18日 診療報酬改定率決定 全体▲0.82%、医科本体+0.42%**

## いまこそ地域医療の全体的な底上げを

### 基本方針2006

「2011年度には国・地方の基礎的財政収支を確実に黒字化する」  
「聖域なく歳出を見直す」→「過去5年間の改革(国の一般会計ベースで▲1.1兆円の伸びの抑制)を踏まえ、今後5年間においても改革努力を継続」

### 基本方針2009(原案)

「今後10年以内に国・地方のプライマリー・バランス黒字化の確実な達成」  
「年金・医療・介護など社会保障制度の『ほころび』を早急に修復」  
「『基本方針2006』等を踏まえ、歳出改革を継続しつつ、安心と活力の両立を目指して現下の経済社会状況への必要な対応等を行う」  
「改革努力を継続する概算要求基準」

### 日本医師会の主張

財政健全化目標が先送りされたにもかかわらず、社会保障費の削減が継続された。「基本方針2006」が今日の医療崩壊をもたらしたことを反省しておらず、「経済社会状況への必要な対応等を行う」と追記してはいるものの、断じて容認できない。

国民の安心を守るためには、地域医療全体の底上げを図らなければならない。社会保障制度の「ほころび」を認識しているのであればこそ、社会保障費削減を明確に撤回すべきである。

# 高齢者医療制度

## 「基本方針2009(原案)」p13

高齢者医療制度について、高齢者の心情等に配慮しつつ、よりよい制度への見直しを着実に進める。

## 日本医師会の見解

日本医師会は、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と主張してきた。あらためて、日本医師会の「高齢者のための医療制度」を提案する。

### 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。

## 高額療養費制度等について

### 「基本方針2009(原案)」p13

高額療養費制度等について、患者負担の現状や医療保険財政の状況等を踏まえつつ、そのあり方を検討する。

### 財政審「平成22年度予算編成の基本的考え方について」2009年6月3日 p19～20

我が国の保険制度においては、患者や家計の医療費負担が過重なものとならないよう、高額の医療費に係る自己負担を抑制しつつ、医療リスクに備えるための仕組みである高額療養費制度が有効に機能している。こうした患者負担の抑制の仕組みを守りつつ、医療保険制度の持続可能性を確保するためには、現在は高額の医療費以外は、その費用の多少にかかわらず、患者負担が一定となっていることも踏まえ、少額の医療費の患者負担の在り方を検討すること(いわゆる保険免責制の導入)(以下、略)

### 日本医師会の見解

「基本方針2009(素案)」には、高額療養費制度に関する記述はなく唐突である。財政審建議の記述、「基本方針2009(原案)」の「医療保険財政の状況等を踏まえつつ」との記述から、保険給付範囲の縮小、私的負担の拡大が懸念される。

一方で、安心社会実現会議報告は、国民皆保険の「歴史をいかに継承し、日本型安心社会をどう発展させていくか」と述べており、矛盾している。国民皆保険を堅持し、国民の安心・安全を守る医療は必ず保険給付すべきである。

# 社会保障番号・カード

## 「基本方針2009(原案)」別紙1

社会保障番号・カード(仮称)を2011年度中を目途に導入する。  
番号・カードを活用した社会保障サービスの向上・創設の検討を行う

## 日本医師会の見解

安心社会実現会議報告(2009年6月15日)でも「安心保障番号／カード(社会保障番号／カード)」が提案された。委員からは、「これがあれば年金記録漏れは起こらなかった」「安心の履歴を引き継ぎ、いつでもどこでもサービスを受けられる安心社会実現カード」が必要との意見があった。

しかし、「基本方針2009(原案)」の社会保障番号は、国民の利便性よりも、社会保障個人勘定の設定につながる可能性もある。このままでは、支払い能力に応じた給付制限、管理医療につながるのではないかと懸念される。

厚生労働省の検討会<sup>(※注)</sup>で番号導入について、プライバシー侵害や情報の一元管理のリスクがあるため導入を見送った経緯もある。社会保障番号については、国民的合意を得るまで、慎重な対応をとることを求める。

※注) 社会保障カード(仮称)の在り方に関する検討会

## 診療報酬の配分の見直し

### 「基本方針2009(原案)」別紙1

2010年度に見込まれる診療報酬改定において、「選択と集中」の考え方に基づき、診療報酬の配分の見直しを行うとともに、救急、産科等の体制強化などの方策を検討する。

### 日本医師会の見解

社会保障国民会議の最終報告には、「選択と集中」の考え方に基づいて、効率化する一方、他方で資源の集中投入が必要であるとしている。

また、これを受けて安心社会実現会議報告は、「『社会保障国民会議報告』で示された工程表を着実に実行していくことが求められる」としている。

しかし、特定の医療機関への資源の集中投入では、身近な地域で起きている病院の閉鎖、入院の受け入れ休止、診療科の休止を食い止めることはできない。

いずれの会議も、地域医療崩壊の現実を真摯に認識していないことに、失望を禁じえない。「選択と集中」という方針の撤回を求める。

# レセプトオンライン化

## 「基本方針2009(原案)」別紙1

「規制改革推進のための3か年計画(再改定)」を踏まえ、2011年度当初までのレセプトの原則完全オンライン化を進める。

## 日本医師会の見解

「規制改革推進のための3か年計画(再改定)」では、「地域医療の崩壊を招くことのないよう、自らオンライン請求することが当面困難な医療機関等に対して配慮する」とされている。

「基本方針」も、原則義務化を押し通すのではなく、国民の医療を受ける環境を奪わないことに配慮し、画一的な完全義務化を見直すべきである。



# 急性期医療の機能分化

## 「基本方針2009(原案)」別紙2

### (医療) 急性期医療の機能強化、地域連携の強化

※「基本方針2009(原案)」には、「『中期プログラム』で示された社会保障の機能強化・効率化のうち、2011年度までに実施すべき重要事項については、先般成立した平成21年度補正予算で対処することになっている優先課題などを軸に、着実に実行に移す」とある。「中期プログラム」には急性期医療について、「急性期医療の機能強化」と付記されていた。

### 日本医師会の見解

安心社会実現会議報告にも、「病院のコンソーシアム(共同運営体制)を組織しつつ医療機関の機能分担と集約をすすめ、地域の医療ニーズに応えていくべき」とある。「基本方針2009(原案)」および社会保障国民会議報告書を合わせると、急性期病院への資源の集中投入がより一層浮かびあがる。

国民の安心に応えるためには、急性期から慢性期、在宅医療まで切れ目のない医療の提供が必要である。そして、そのためには、特定の医療機関への機能の集中・強化ではなく、地域の医療機関の機能分化と連携が必要である。

しかし、現状、厳しい医療費抑制の結果、急性期の受け皿となる医療機関や施設などが立ち行かなくなっている。医療費抑制政策を転換すべきである。