

「民主党の政権政策マニフェスト2009」に対する 日本医師会の見解

定例記者会見

2009年7月29日
社団法人 日本医師会

* 2009年7月29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。

民主党マニフェスト2009に対して

2009年7月27日、「民主党の政権政策マニフェスト2009」(以下、民主党マニフェスト)が公表された。(これに先立ち、7月24日に「民主党政策集INDEX2009」(以下、民主党政策INDEX)が公表された。)

社会保障費2,200億円削減の撤回、医療費引き上げの方針は、かねてから日本医師会が主張してきたとおりである。しかし、診療報酬については、「診療報酬(入院)を増額する」という記載しかない。文面から、入院とは、病院の入院を指していると推察される。しかし、社会保障費の削減で崩壊したのは、病院だけではなく、地域医療全体である。日本医師会が求めているのは、地域医療を再生させるための全体的な底上げである。

また、年金について、「消費税5%税込相当分を全額『最低保障年金』の財源とする」とある(「民主党政策INDEX」p30)。しかし、現在も国の一般会計予算総則で、消費税収は年金、高齢者医療、介護の国庫負担分に充てることになっている。民主党は後期高齢者医療制度を廃止し、これによって財政負担が増加する分については国が支援するとしているが、医療、介護の財源は明確ではなく、不安が大きい。

平時の国家安全保障として、年金、医療、介護を同じ土俵に上げて公平に検討し、財源についてはさらに具体化していただきたい。

一元化で公平な年金制度へ

【政策目的】(抜粋)

○月額7万円以上の年金を受給できる年金制度をつくり、高齢期の生活の安定、現役時代の安心感を高める。

【具体策】(抜粋)

○消費税を財源とする「最低保障年金」を創設し、全ての人が7万円以上の年金を受け取れるようにする。「所得比例年金」を一定額以上受給できる人には、「最低保障年金」を減額する。

日本医師会の見解

「民主党政策INDEX」には「消費税5%税込相当分を全額『最低保障年金』の財源」とするとある。

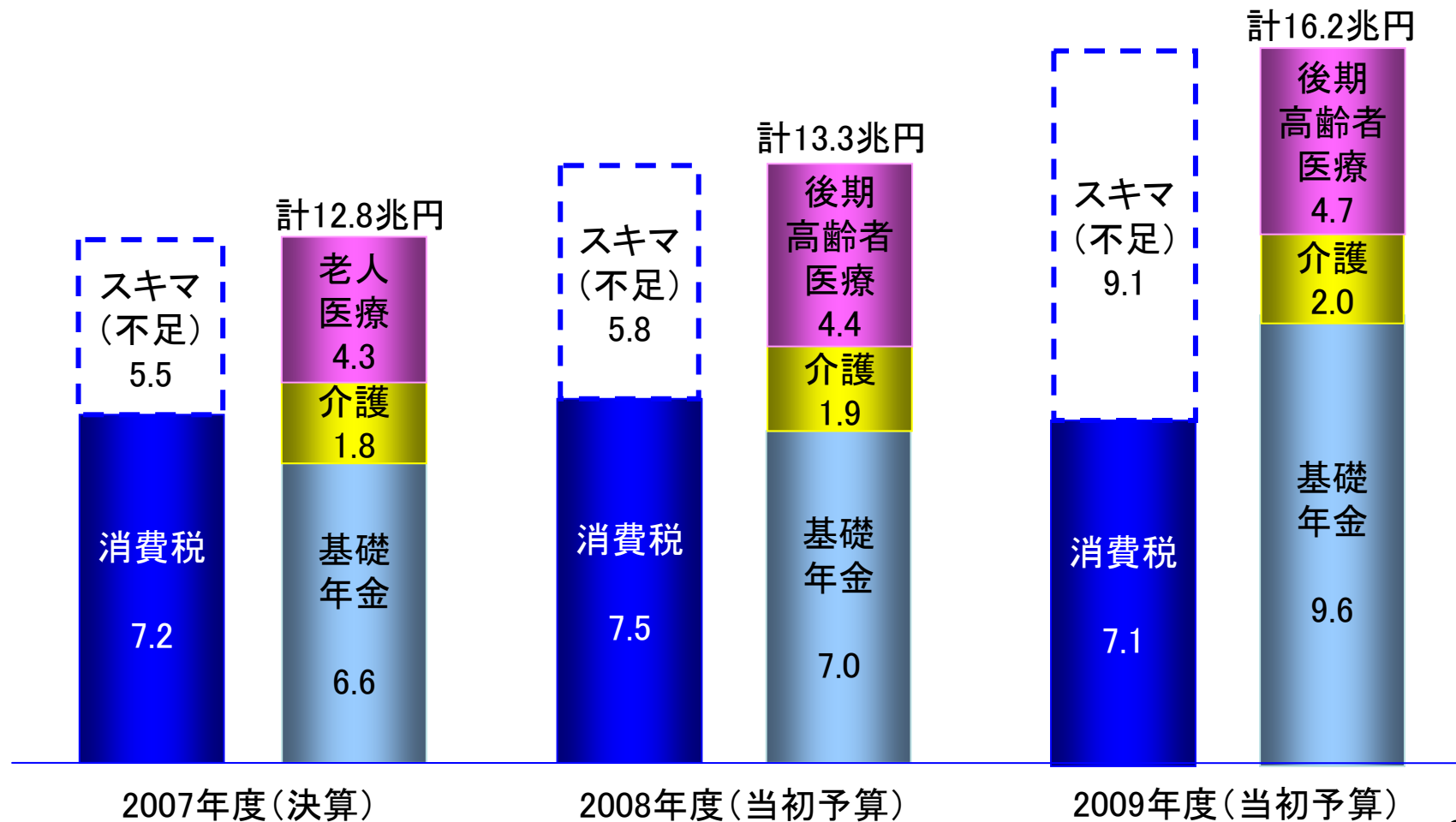
消費税は、現在も一般会計の予算総則で、基礎年金、後期高齢者医療、介護の国庫負担に充てることが定められている。2009年度の国庫負担は、基礎年金が給付費の2分の1で9.6兆円、後期高齢者医療が給付費の約3割で4.7兆円、介護は施設が給付費の20%、居宅が給付費の25%で2.0兆円で、合計16.2兆円である。これに対して消費税収(国分)は7.1兆円であり、9.1兆円不足している。

基礎年金は現在、満額で月6万6,000円、国庫負担は給付費の2分の1であるが、それでも基礎年金の国庫負担だけで消費税収を2.5兆円上回る。さらに将来月額7万円に引き上げ、全額を国庫が負担することになれば、財源不足が拡大する。

また民主党案では、高齢者医療、介護の国庫負担分は消費税以外の税収等に依存するしかなく、税収等の増減によってさらなる抑制が懸念される。医療、介護の財源をいかに確保するのか、明らかにすべきである。

参考：消費税込と消費税を充てるべき費用

消費税を充てるべき費用は、2009年度には16.2兆円であり、消費税込(国分)は9.1兆円不足している。そのうち、基礎年金国庫負担は9.6兆円であり、消費税込7.1兆円に対し、2.5兆円不足している。



後期高齢者医療制度は廃止

【政策目的】

- 年齢で差別する制度を廃止して、医療制度に対する国民の信頼を高める。
- 医療保険制度の一元的運用を通じて、国民皆保険制度を守る。

【具体策】

- 後期高齢者医療制度・関連法は廃止する。廃止に伴う国民健康保険の負担増は国が支援する。
- 被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る。

【所要額】 8500 億円

日本医師会の見解

現在の後期高齢者医療制度は、老人医療費拠出金が保険者財政を圧迫していることから、検討に着手された経緯がある。単に現行制度を「廃止」するだけでは、拠出金の問題が再燃する。また、「廃止に伴う国民健康保険の財政負担増(8500億円)は国が支援する」とあるが、財源が明確ではない(前述したように消費税収はすべて最低保障年金に充てるとある)。

日本医師会は、「グランドデザイン2009」で、高齢者医療を保障原理で、一般医療を保険原理で運営すること、すなわち現在は一般医療保険にも公費が投入されているが、これを後期高齢者に集中投入し、後期高齢者の医療費の9割を公費でまかなうことを提案している。

また、民主党が示す保険者間の不公平の是正は、以前から日本医師会が主張してきたことである。日本医師会はさらに踏み込んで、まず被用者保険者間で保険料率を公平化し、そこで確保された財源をもって国保・被用者保険間の財政調整を行うことを提案している。

医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する(1/4)

【政策目的】

- 医療従事者等を増員し、質を高めることで、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供する。
- 特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減する。

【具体策】

- 自公政権が続けてきた社会保障費2200億円の削減方針は撤回する。医師・看護師・その他の医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬(入院)を増額する。

日本医師会の見解

○社会保障費2200億円の削減の撤回は、かねてから日本医師会が主張してきたとおりである。診療報酬を増額するとしている入院とは、病院の入院、特に国公立病院や公的病院を指しているようである。しかし、崩壊したのは病院の医療だけではない。国公立病院、公的病院、民間病院、有床診療所、無床診療所、さらにはその受け皿施設等を含めた地域医療提供体制全体のほころびが、今日の医療崩壊をまねき、国民を不安に陥れた。

国民、地域住民に安心、安全の医療を提供するために、地域医療の全体的な底上げが急務である。

医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する(2/4)

【政策目的】

- 医療従事者等を増員し、質を高めることで、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供する。
- 特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減する。

【具体策】

- OECD平均の人口1,000人当たり医師数を目指し、医師養成数を1.5倍にする。

日本医師会の見解

○単純にOECD平均の医師数を指すとあるが、日本の医療提供体制の特性や社会的背景等を検討しているようには見受けられない。

現在の医師不足は偏在と絶対数不足による複合的要因に起因している。この打開に向けて、日本医師会は、「グランドデザイン2009」にも示したとおり、OECD平均を目指す場合、人口1,000人当たり医師数が全国平均以下の二次医療圏の底上げをはかる場合など多角的に検討した。

また地域医療を担う病院や医師会への実態調査も踏まえて、医師数は1.1～1.2倍にすることが妥当であると考えているにいたった。そして、その前提条件として、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体制の確立、③医師養成数の継続的な見直しが必要である。

医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する(3/4)

【具体策】

- 国立大学付属病院などを再建するため、病院運営交付金を従来水準へ回復する。
- 救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建するため、地域医療計画を抜本的に見直し、支援を行う。

【所要額】 9000 億円程度

日本医師会の見解

- 「国立大学付属病院などを再建」とある一方、マニフェスト16頁には「独立行政法人(中略)のあり方は全廃を含めて抜本的な見直しを進める」とある。独立行政法人国立病院機構、国立大学法人等とどのように整合性をとるのか、不明瞭である。

上記のように国立大学付属病院についての言及はあり、また「民主党政策INDEX」には、「公的な病院(国立・公立病院、日赤病院、厚生年金病院、社会保険病院等)は政策的に削減しません」とある。一方、実質的に地域医療を支えている民間病院、診療所には触れられていない。

また民主党は租税特別措置の見直しも掲げているが、これによっても国公立医療機関と民間医療機関との差が拡大するおそれがある。

地域医療全体が再生しなければ、救急、産科医療等も立ち行かない。医療現場の実態を認識し、日本の医療の再生を約束していただきたい。

医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する(4/4)

【具体策】

- 妊婦、患者、医療者がともに安心して出産、治療に臨めるように、無過失補償制度を全分野に広げ、公的制度として設立する。

日本医師会の見解

- 無過失補償制度の拡充という方向性は、日本医師会が主張してきたことである。患者が安心して医療を受けられるようにするために、より明確に財源を示すべきである。

包括払い制度の推進について

「民主党政策INDEX」の「医療政策＜詳細版＞」には、「包括払い制度の推進」について以下のように記述されている。

国内どこに住んでいても、医学的根拠に基づく医療(EBM)が受けられるよう、急性期病院において、より一層の包括払い制度(特定の疾患に定額の報酬が支払われる制度)の導入を推進します。同時にクリティカルパスを可能な限り導入し、療養病床においては食費・居住費を含めた包括払い制度を導入します。超急性期・回復期・維持期リハビリテーションについては、その重要性を考慮し、当面は出来高払い制度としますが、スタッフの充実度および成果を検証し、将来的には包括払い制度に組み込みます。

なお、後期高齢者医療制度でも外来医療費を定額にできる「包括払い」のような制度が導入されていますが、仕組みはまったく異なります。75歳以上の高齢者のかかりつけ担当医が、慢性疾患を抱えがちな高齢者について、定期的に診療計画書を作成し、生活全般にかかわる指導・診察を行えば後期高齢者診療料が算定できるというものです。これは医療現場の理解を得られておらず、後期高齢者に限って医師へのフリーアクセスが制限され、必要な検査ができなくなる恐れがあることから民主党は反対しています。

* クリティカルパス: 医療の内容を標準化し、質の高い医療を提供することを目的として、疾患ごとに入院から退院までの経過や検査の予定などをスケジュール表のようにまとめたもの。

日本医師会の見解

本来、医療は、それぞれの経済的裏打ちを持って適切に評価されるべきである。包括払いでは、必要な医療が実施されないおそれがある。またクリティカルパスを導入し、医療の標準化を図るとしているが、標準化は行き過ぎると管理医療につながる。医師の裁量が失われ、新たな医療、高度な医療へのインセンティブがなくなり、医療の平均水準が下がる懸念がある。

中医協(中央社会保険医療協議会)の構成・運営等の改革

「民主党政策INDEX」27頁には、中医協について以下のように記載されている。

「地域医療を守る医療機関を維持 (前略)・・・中医協(中央社会保険医療協議会)の構成・運営等の改革を行います。」

日本医師会の見解

民主党の岡田幹事長は、診療報酬改定について「利害関係者が自分たちの取り分を決める政府の制度は他にない」と指摘したと報道されている(2009年7月23日, 毎日新聞)。

しかし、第一に診療報酬改定率は、国の予算編成の中で決定される。第二に、診療報酬点数は、中医協で、支払側・診療側・公益側の各委員が公開の場で議論し、議事録もすべて公表されている。中医協は厚生労働省のなかでも最も透明性の高い審議会である。2008年度の診療報酬改定では、公益委員の裁定により、医科部分のプラス改定に伴う新しい財源をすべて病院に充当し、さらに診療所から病院に財源移転を行った経緯もある。このことから分かるように、中医協の診療側委員が開業医に偏っているわけではない。現場の実情を理解している委員だからこそ核心をついた議論ができるのである。

医療現場の実情をつぶさに把握せずに、国会で診療報酬を決定することは現実的ではない。