2011 年 6 月 1 日

民主党・社会保障と税の抜本改革調査会
「『あるべき社会保障』の実現に向けて」について

社団法人 日本医師会

2011 年 5 月 30 日、社会保障改革に関する集中検討会議に、民主党・社会保障と税の抜本改革調査会「『あるべき社会保障』の実現に向けて」（以下、民主党案）が提出された。

総論的にみて、急性期医療と終末期医療、在宅医療に着目されており、急性期から慢性期まで一貫した医療が必要であること、社会保障が平時の国家安全保障ではなく、サービスとして捉えられていること等に問題があると考える。

以下、主な問題点について、日本医師会の見解をまとめた。

１．あるべき社会保障と目指す社会像（1 頁）

民主党案「病気になった場合にはしっかりと治す医療と、治らない病気等であっても地域で最期までその人らしく尊厳をもって生きられるよう支える医療・介護が実現した社会」

→日本医師会の見解

急性期と終末期だけに注目されている。急性期から慢性期まで一貫した医療が必要であり、終末期においても尊厳をもって生きられるようにすることが必要である。

２．社会保障と経済の好循環（1～2 頁）

民主党案「子育て、医療、介護などの社会サービスの分野は、需要に供給が追い付いておらず、こうした巨大な潜在需要に応えていくことで雇用を生み、またデバイス・ラグやドラッグ・ラグの解消を含むライフイノベーションを通じて医療分野などを成長産業化することで、デフレを脱却し、経済成長に結び付けることができる。」

→日本医師会の見解

医療、介護が、平時の国家安全保障ではなく、サービスとして捉えられている点は残念である。

医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として位置づけた「新成長戦略」を踏まえたものと思われる。日本医師会は、医療、介護が雇用を支えると主張してきたところであり、そのために財源を投入すべきと考える。しかし、医療に日本の経済成長を牽引する産業としての役割を期待するということは、医療を営利産業化するということを意味しており、これについては断固として反対である。

医薬品や医療機器産業の成長は必要であるが、これと医療本体は切り離して考えるべきである。

３．東日本大震災を受けて（2 頁）

民主党案（今回の大震災が）「診療情報の喪失や医療介護・医薬品の提供不足など高齢化の進む地域におけるサービス提供体制のあり方、地方自治体におけるワンストップ機能・セーフティネット機能の重要性などを浮き彫りにする」

「被災地を少子高齢化が進む日本社会の先進的モデルとしていく」

→日本医師会の見解

東日本大震災が浮き彫りにした課題は、診療情報の喪失や医薬品の提供不足だけだったのだろうか。問題の捉えかたが限定的かつ浅く残念である。

また、「先進的モデル」とあるが、民間資本等を導入し、特区で進めていく方向であれば、反対である。復興は国の責務である。民間資本に復興を委ねれば、経営効率が優先されて被災地では手厚い社会保障は再生されず、ましてや、それを特区で行なっては、日本の他の地域と同じ公平性は担保されない。被災地は、日本の社会保障から切り捨てられることになりかねない。

４．社会保障と税の共通番号制度の導入（2 頁）

民主党案「政権交代によって『社会保障と税の共通番号制度』が 2015 年のスタートにむけて着々と進んでいる」

「個人情報保護に関するセキュリティに万全を期すことが前提」

→日本医師会の見解

個人情報保護、セキュリティについては、記載されているとおり、しっかりと配慮していただきたい。

今回の民主党案には、記載されていないが、日本医師会は、番号制度が拙速に社会保障の現物サービス給付に持ち込まれることを危惧している。社会保障の現物サービス給付には、プライバシーの問題、個人情報保護に関する法律や環境の整備、受診抑制等の管理医療に関する懸念など様々な問題点がある。共通番号制度は、2015 年スタートが大前提になっているが、問題への懸念が払拭されない限り、見切り発車してはならない。

５．国民の理解を得られる生活保護への転換（6 頁）

民主党案「医療扶助を悪用した重複診療による医療機関の不当な診療報酬請求、過剰に薬を入手して転売するなどの不正行為の防止徹底」

→日本医師会の見解

不正行為を正すことは当然であるが、医療機関が不正請求に加担しているかのような書きぶりは問題であり、修正していただきたい。不正請求の背景にある貧困ビジネスこそが問題である。なお、生活保護世帯が必要な医療も受けづらくなることがないよう、じゅうぶんな配慮が必要である。

６．安心できる医療・介護の実現

２．安心できる医療・介護の提供体制の構築（包括的な医療・介護連携のための機能分化とネットワークの構築）

（１）病院・病床の機能分化と強化（6 頁）

民主党案「高度な急性期医療、一般的急性期医療、亜急性期医療、回復期、長期療養についてニーズに応じた機能分化」

→日本医師会の見解

全体を通じて、外来、そしてその主体である診療所への記載がまったくなく遺憾である。「病床」の中に有床診療所も含まれているのかもしれないが、あらためて、有床診療所、無床診療所の役割を認識していただきたい。

（２）地域での暮らしを支える仕組みの強化（7 頁）

民主党案「市町村レベルで計画的に整備し、入院から看取りを含めた在宅への移行が円滑に行われるようにチームとしての連携を強化」

→日本医師会の見解

入院（急性期）と在宅にのみ着目されているようであるが、受け皿として医療・介護施設も重要である。また、総合的な診療能力を有するかかりつけ医についても、その役割をきちんと評価すべきである。

（３）ICT利活用（7 頁）

民主党案「高齢社会では、シームレスなケアの実現のために個人情報保護に十分配慮しつつ健康情報、診療情報、レセプトの共有が不可欠」

→日本医師会の見解

シームレスなケアを実現するために、なぜ、レセプトまで共有する必要があるのかが理解できない。また、「誰」が共有するのかも明確にされていない。シームレスなケアのために情報を共有するのであれば、医療機関（医師等資格者）と介護施設（ケアマネ等の介護関係資格者）での情報共有ということになるが、その場合、例えば医師個人に課せられる刑法由来の守秘義務と個人情報保護法のような事業者に課せられる保護義務と罰則との間のアンバランスをどう考えるのか等、個人情報保護だけに配慮すれば済まない問題に一切触れていない。

個人に情報を渡すということであれば、いったん個人に渡された情報の責任の範囲（渡した医師等に責任があるのか、個人の自己責任なのか等）を明確にする必要がある。

民主党案「受診行動の困難な引きこもり、うつ、認知症、離島や僻地の医療、在宅医療・介護、あるいは薬局でインターネット、テレビ電話等を利用した擬似対面診療、および個人による健康管理のあり方について検討」

→日本医師会の見解

ICT 利活用の課題として掲げられているが、ICT だけで解決できる問題ではない。

（4）精神科医療のあるべき姿（7 頁）

民主党案「必要な医療との連携を図りながら、介護サービスの継続的な提供によって出来る限り地域の生活の場で暮らせるための精神科医療を目指す」

→日本医師会の見解

精神科医療の一部が介護サービスで代替できるかのような記述であるが、医療を介護で代替できると認識されているとすれば問題である。精神科医療には、個人個人に応じて、さまざまなあり方があり、より深い議論が必要である。

７．地域に必要な医療・介護従事者の確保と調整のスキーム、処遇の確保

（１）国民の期待する専門医療と診療科領域別の医師養成のあり方（7 頁）

民主党案「地域における科別医師の必要数、不足数の把握と地域偏在に対処するため、平成 23 年度に新たに導入した『地域医療支援センター』を活用」

→日本医師会の見解

地域で医師を確保することが最重要課題である。そこで、日本医師会は、「医師養成についての日本医師会の提案－医学部教育と臨床研修制度の見直し－（第 2 版）」（2011 年 4 月 20 日）において、各地域で大学の「臨床研修センター」に医師を登録することを提案している。しかし、現在の「地域医療支援センター」の仕組みでは医師を確保できておらず、全国 15 か所の予算措置に止まっている。なぜ、全国的に実現しないのか、まず現状の問題点を明らかにすることを求めたい。

民主党案「『総合医』について積極的に評価」（7 頁）

→日本医師会の見解

「評価」という文面から、専門医の資格を付与しているのではないかと推察される。しかし、求められるのは、総合的な診療能力を有するかかりつけ医であり、あらたな専門医資格によって、医師の機能を分断することには反対である。

（２）専門的医療従事者の職能分担の見直し、チーム医療・介護の推進（7 頁）

民主党案「職能分担について総合的に検討」

→日本医師会の見解

職能分担について、日本医師会は、以下の点を主張する。

① チーム医療は、国民の医療への信頼と医療安全の確保を大前提として、医師によるメディカルコントロールの下で、医師とその他医療関

係職種との円滑な連携を図り、推進されるべきである。

② タスクシフティング（医行為の一部を他の職種へ委譲すること）を狙った役割分担には反対である。タスクシフティングは緊急事態における特例としてのみ適用されるべきである。

③ 現行の保健師助産師看護師法（以下、保助看法）の下でも、まだまだ医療関係職種の機能を活用できる余地は大きい。このことを、あらためて認識した上で、現行の保助看法の下で、知識集約的な業務を含まない技術に限った分担を検討すべきである。

民主党案「他学部 4 年生大学卒業予定者が現在よりも短期間で看護師国家試験等の受験資格を得られるよう検討」（7 頁）

→日本医師会の見解

単位制であれば実現可能と考えられているのかもしれないが、医師、看護師等の課程は連携している。安易な養成期間の短縮化は、医療の質の低下をまねく。

民主党案「慢性期、終末期に安心して良質な医療・介護が受けられる体制づくりを目指す。その際、ケアマネジメントの強化が必須であり、ケアマネジャーの資質の向上及び専門性を高める必要がある」（7～8 頁）

→日本医師会の見解

医師の関与についてまったく触れられていないが、これでは適切な在宅医療は実現できない。まずは、かかりつけ医が中心となることが大前提であり、かかりつけ医の役割を認識すべきである。

８．国民の願いに応える予防、認知症対策の強化等

（１）高額療養費制度と難治性疾患自己負担のあり方の連続性・整合性（8 頁（５））

民主党案「高額で長期にわたる療養を必要とする場合の負担軽減策を検討する」

「大病院に紹介状を持参せずに受診した場合の初診の患者負担」

→日本医師会の見解

いわゆる難治性疾患のための、財源確保を意味しているのか、意味が不明である。後者は、病院と診療所の機能分化のために、紹介状なしの患者負担を引き上げるということであれば、ある程度は理解できる。

民主党案「保険者の機能の強化による負担軽減策として（中略）受診の際に低額を負担する制度」（8 頁）

「医療保険の自己負担割合の見直し」（9 頁）

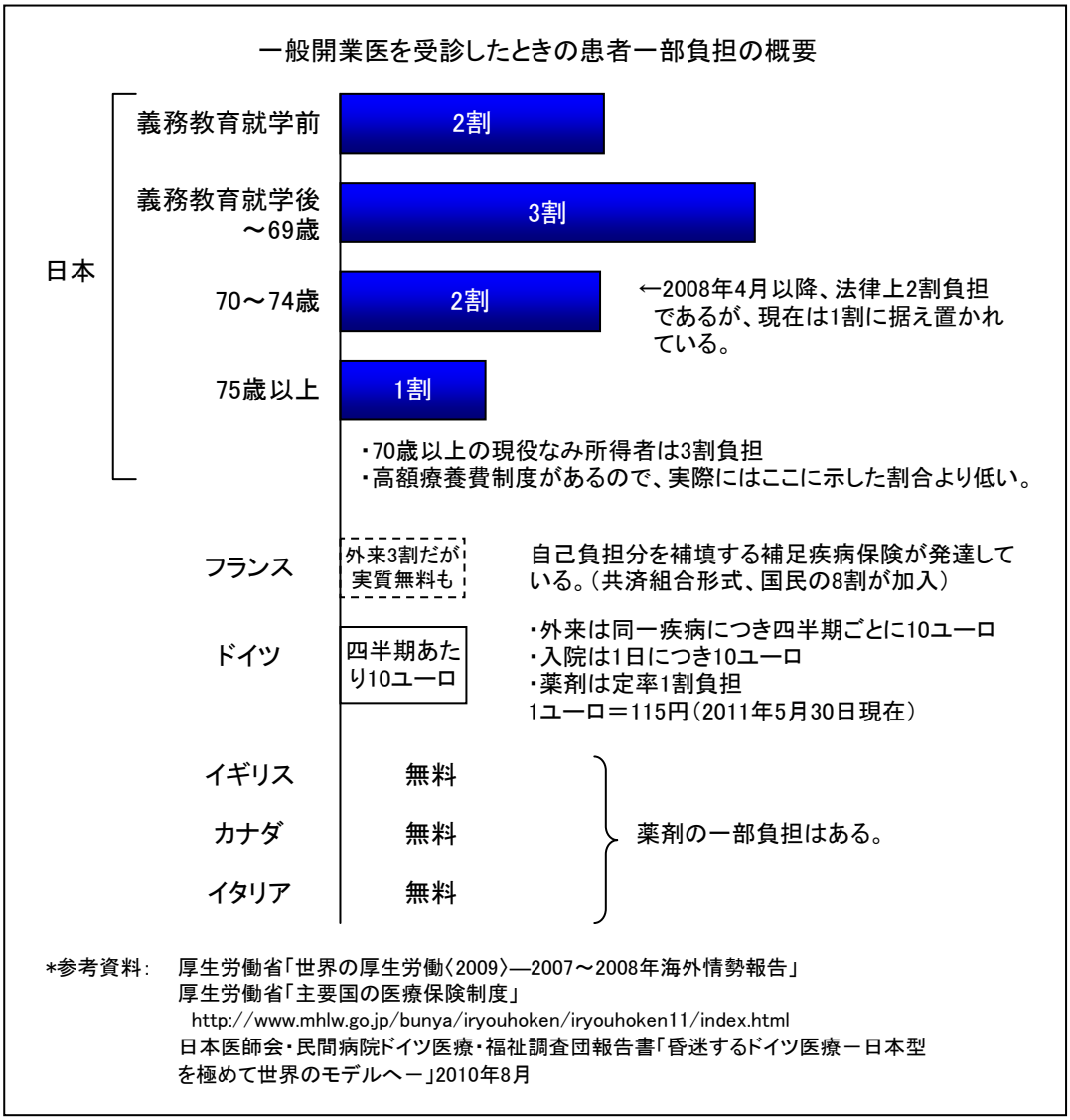
→日本医師会の見解

公的医療保険である以上、必要な財源は、広く公費や保険料に求めるべきである。すでに、日本の患者一部負担割合は、公的医療保険がある先進諸国と比べてかなり高い。これ以上患者負担が増加すれば、受診を控え、重篤化するケースも必ずや生じる。日本医師会は、どのような形であれ、これ以上の患者負担増には反対である。

（参考）受診時定額負担の導入について

日本医師会は、5 月 18 日の定例記者会見でも述べたように、受診時定額負担の導入には反対である。日本の患者一部負担割合は、公的医療保険がある先進諸国と比べてかなり高く（図 1）、これ以上患者負担が増加すれば、受診を控え重篤化するケースを生じかねないからである。

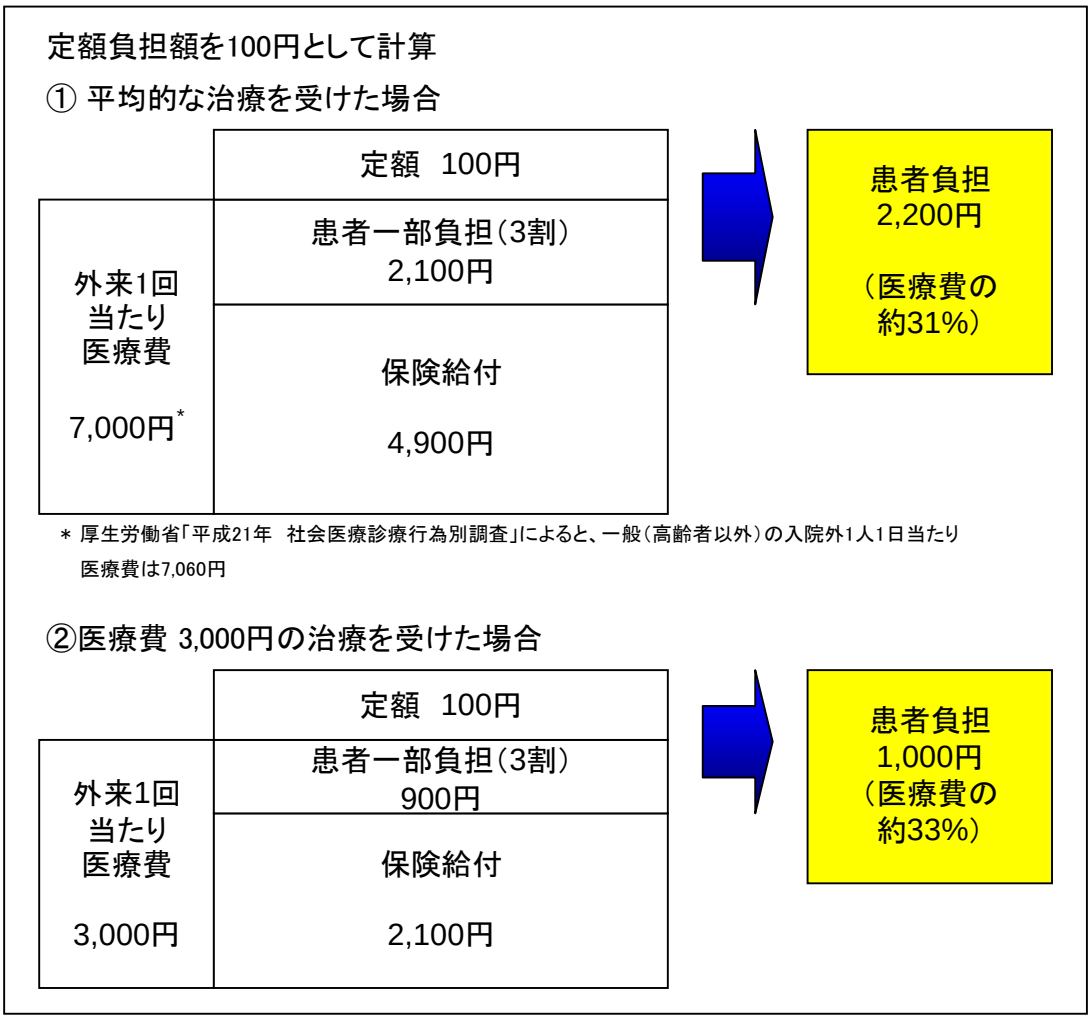
図 1　一般開業医を受診したときの患者一部負担の概要



医療費の大きさにかかわらず受診１回ごとに 100 円の定額負担をすると仮定した場合、低額な医療費のほうが、医療費に対する負担率は重くなる（図 2）。このことはやがて、比較的健康な被保険者の中に、「公的医療保険に加入していても、これだけの負担をするのであれば意味がない」との考えを生じさせかねない。

また、当初は 100 円であっても、いったん導入されれば、その後、負担額が引き上げられていくことは、過去の患者一部負担引き上げの例からも明らかであり、所得によって受けられる医療に格差を生じることにもなりかねない。

図 2 「受診時定額負担制度」が導入された場合の負担



９．若者や現役世代にも配慮した持続可能な医療・介護保険制度の構築（8～9 頁）

民主党案「医療保険制度の一元的運用を通じて、国民皆保険を堅持」（9 頁）

→日本医師会の見解

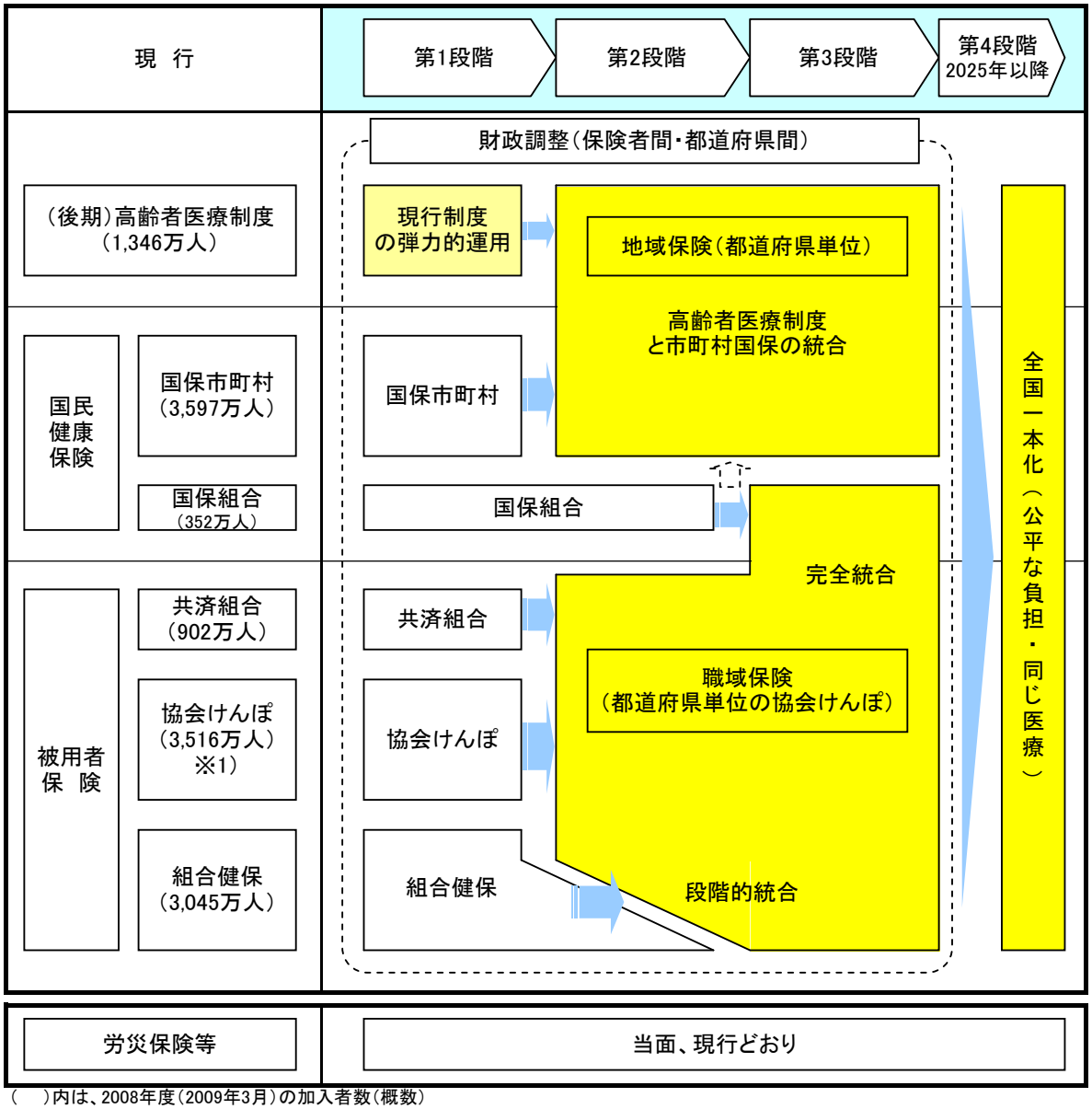
日本医師会は、医療保険の全国一本化を将来像とし、それまでの過程で一元化を提案しているので（図 3）、方向性には賛成である。しかし、そのためには、保険料の見直し（高所得者の保険料の引き上げ）を伴う健保組合、共済組合との財政調整が不可欠であり、これについても徹底的に進めていただきたい。

民主党案「後期高齢者医療制度廃止に向けた取り組みを進める」

→日本医師会の見解

日本医師会は、後期高齢者医療制度は、制度創設時の混乱もあって批判が生じた面もあると考える。したがって、医療保険制度の将来像をきちんと示し、それまでの間は後期高齢者医療制度を弾力的に運用することで、拙速に廃止することは避けるべきではないかと考える。民主党改革案においても、年金制度については、現行の仕組みを大きく転換することは短時間では困難であるため、当面、現行制度の是正で対応するとしている（民主党案 9 頁）。後期高齢者医療制度についても、同様の対応を期待する。

図 3　公的医療保険の全国一本化に向けての道筋



（　　）内は、2008年度（2009年3月）の加入者数（概数）
※1）協会けんぽには船員保険を含む
*出所：　厚生労働省「平成20年度 後期高齢者医療事業年報」「平成20年度 国民健康保険事業年報」「健康保険事業状況報告」
財務省「平成20年度 国家公務員共済組合事業統計年報」
地方公務員共済組合協議会「平成20年度 地方公務員共済組合等事業年報」
日本私立学校振興・共済事業団「平成20年度 私学共済制度事業統計」
社会保険庁「社会保険事業状況（平成21年3月現在）」

民主党案「長く健康を保った場合、保険料上のインセンティブを考慮」（9 頁）

→日本医師会の見解

「健康」を定義することは困難。仮に受診回数を評価すると、日本人の特性から見て、受診を差し控えるようになりかねない。また、遺伝的な病気等に対する差別につながる。民間保険ではないので、安易なインセンティブは危険である。

１０．今後の進め方（13 頁）

民主党案「国民負担率を国際的に妥当な水準まで引き上げ、社会保障分野への還元率もふまえて、適切な所得再配分の財源に充当する」

→日本医師会の見解

日本医師会は、国民皆保険維持のため、保険料の見直し等と同時並行して、消費税などの定的財源を確保する必要があると考える。しかし、医療機関の控除対象外消費税の解決の方向性が示されない限り、消費税率引き上げの議論には乗れない。