

**社会保障改革に関する集中検討会議
「社会保障改革案」に対する日本医師会の見解**

定例記者会見

2011年6月15日

社団法人 日本医師会

政府「社会保障改革案」について - 日本医師会の見解 -

2011年6月2日、社会保障改革に関する集中検討会議に「社会保障改革案」が提出された。この改革案は、社会保障の強化にむけ、医療、介護に相当の資源(費用、マンパワー)を投入する方向性を打ち出しており、このことは評価できる。

しかし、財源を確保するため、受診時定額負担や高齢者(70～74歳)の患者一部負担割合の引き上げなど、患者の経済的負担を求めていることは問題である。財源は、患者(利用者)負担に求めるのではなく、保険料や税財源に求めるべきである。

また、政府案はさらなる急性期医療の強化を通じた平均在院日数の短縮化を打ち出している。しかし、患者負担および医療の安心・安全面から、平均在院日数の短縮化はもはや限界である。

(参考)平均在院日数についてOECDは次のように指摘している。

「短すぎる在院日数は、患者の健康の結果に悪影響があったり、心地よさと回復を低減させたりする可能性もある。もし在院日数の減少が再入院率を上げることにつながれば、1疾患当たりの費用はほとんど下がらず、上がりさえするかもしれない」

*出所:「図表で見る世界の保健医療 OECDインディケータ(2009年版)」OECD編著, 鎌ヶ江葉子訳

社会保障改革にむけての日本医師会の提言

日本医師会は、国民がさまざまな格差に苦しむことなく必要な医療・介護を受けられることができる社会を持続させるため、以下の提言を行なう。

1. 医療・介護については、地域(特に地方)や個々の家族の事情を踏まえて多様なあり方を認め、そのために、全体的かつ幅広く資源を投入すること。
2. 日本は、先進諸国に比べ平均在院日数が長く、受診回数が多いと指摘されている。しかし、国民医療費が低く抑えられている中、日本国民の健康度がきわめて高いことも事実である。今後は国民医療費を引き上げ、これまでの日本の医療のあり方を尊重しつつ、強化すること。
3. 財源は、保険料の見直し(保険料率の公平化、高所得者や大企業の応分の負担)、さまざまな税制改革によって確保すること。あらたな患者負担は求めないこと。また、消費税率を見直す場合には、控除対象外消費税を解決すること。
4. 社会保険の持続可能性を高めるため、医療・介護分野のみならず、社会全体の就業人口を確保するための雇用対策を進めること。

受診時定額負担の問題点

政府案は、高額療養費を見直して負担軽減を図ること、その財源として受診時定額負担を検討することを提案している。

政府「社会保障改革案」社会保障改革の具体策、工程及び費用試算
「受診時定額負担等(高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施。例えば、初診・再診時100円の場合、 1,300億円)」

日本医師会の見解

受診時定額負担の導入に反対である。

1. 高額療養費のあり方を見直し、高額な医療にかかった方の患者負担を軽減することには賛成である。しかし、医療というリスクに備える財源は、公的保険である以上、患者ではなく、幅広く保険料に求めるべきである。
2. 「受診時定額負担」は、毎回一定額を支払うことになり、受診回数が多い高齢者には大きな負担になる。また、当初は定額100円であっても、いったん導入されれば、その水準が引き上げられていくことは、過去の患者一部負担割合の引き上げの例からも明らかである。その結果、高齢者や低所得者の方が受診を差し控えざるを得なくなることが懸念される。

受診時定額負担が導入された場合の負担

受診回数の多い方(高齢者、病気がちの方)ほど負担が増える。今回の政府案が「上乘せ」方式を意図しているのであれば、患者負担はさらに増える。「上乘せ」を主張している人たちの中には、上乘せ分を保険者の収入にしようとする意見もある。

今回の政府案が「保険免責制」に近い考え方の場合

一 般			高 齢 者		
1回の通院 7,060円*			1回の通院 7,860円*		
保険給付	患者一部負担 (3割) 2,090円	定額 100円	保険給付	患者一部負担 (1割) 780円	定額 100円

月2回受診

1か月の医療費 14,120円			1か月の医療費 31,440円		
保険給付	患者一部負担 4,180円	定額 200円	保険給付	患者一部負担 3,120円	定額 400円
計 4,380円 (医療費の31.0%)			計 3,520円 (医療費の11.2%)		

今回の政府案が「上乘せ」の場合

(例)高 齢 者		
1回の通院 7,860円*		
保険給付	患者一部負担 (1割) 790円	定額 100円

月4回受診

1か月の医療費 31,440円		
保険給付	患者一部負担 3,160円	定額 400円
計 3,560円 (医療費の11.3%)		

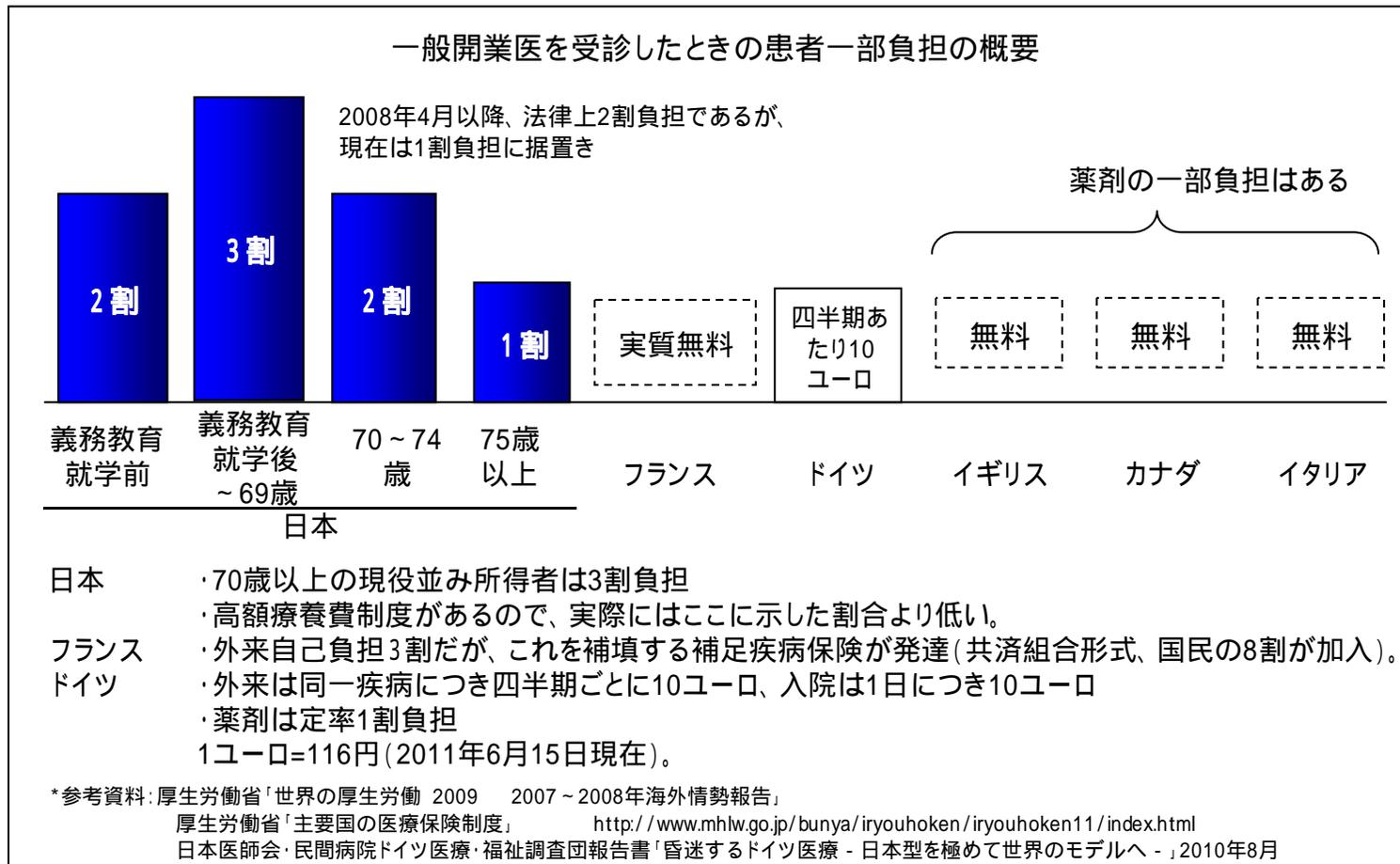
保険給付費が減るので、公費負担割合も減る。

*厚生労働省「平成21年 社会医療診療行為別調査」

紙面の都合で縮尺は合っていない

患者一部負担割合の比較

政府案は、受診時定額負担のほか、医薬品の患者負担の見直し、70～74歳の2割負担を求めている。しかし、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が生じかねない。



保険料の見直しについて - 日本医師会の提言 -

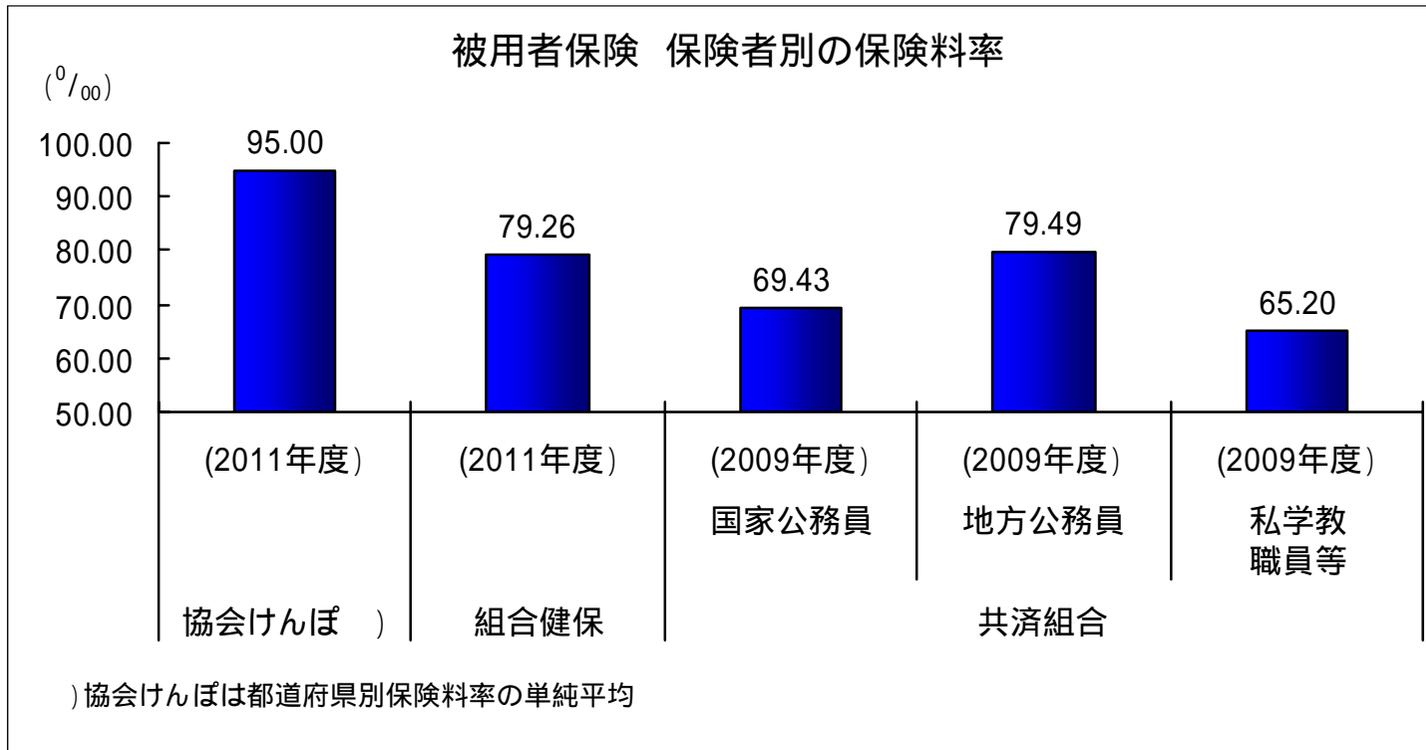
今回の政府案には「社会保険の枠組みの強化による機能強化を基本とする」「世代内での公平を重視」とあり、保険料の公平化を示唆している。

日本医師会は、その具体的方策として、以下4点を提言する。

1. 被用者保険の保険料率を、もっとも保険料率の高い協会けんぽの水準に引き上げ、公平化すること。
2. 国民健康保険の賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額の上限を引き上げ、高額所得者に応分の負担を求めること。
3. 低所得者や高齢者の負担軽減に配慮すること。
4. 日本医師会は公的医療保険の全国一本化を提案しているところであるが、それまでの間、保険料の見直しを通じて確保した財源によって、保険者間の財政調整、特に財政基盤の弱い保険者を支援すること。

被用者保険の保険料率の公平化

保険料率は、協会けんぽ95.00‰、組合健保79.26‰、国家公務員共済69.43‰などと、大きな格差がある。大企業が組織し平均給与の高い組合健保や、事業主負担にかわって公費負担のある国家公務員・地方公務員、私学教職員の保険料率を、協会けんぽの保険料率にあわせ公平化すべきである。保険料の増収効果は約1.8兆円と見込まれる。

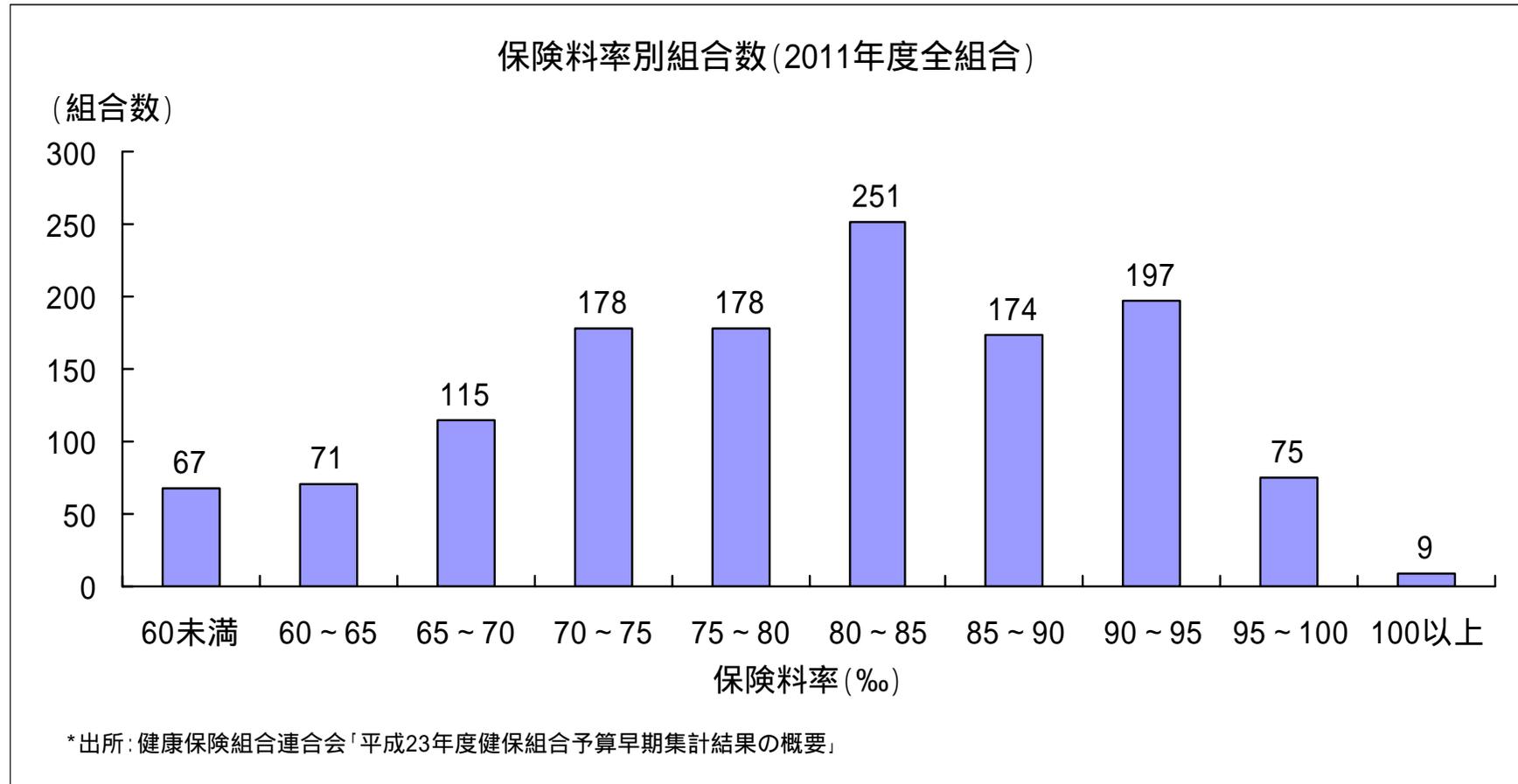


* 出所: 協会けんぽ 全国健康保険協会「平成23年度の保険料率」2011年2月10日
 健保組合 健康保険組合連合会「平成23年度健保組合予算早期集計結果の概要」2011年4月21日
 国家公務員共済組合 財務省「平成21年度国家公務員共済組合事業統計年報」2011年3月
 地方公務員共済組合 地方公務員共済組合協議会「平成21年度地方公務員共済組合等事業年報」2011年3月
 私学教職員等共済組合 日本私立学校振興・共済事業団「平成21年度私学共済制度事業統計」2010年8月31日

社団法人 日本医師会 (2011年6月15日 定例記者会見)

組合健保の保険料率

組合健保の保険料率を見ると、2011年度の平均は79.26%である。組合健保の中でも保険料率には格差があり、60.00%未満の組合は1,315組合中67である。格差を是正し、公平化を図るためにも、保険料率の低い組合健保の保険料率の引き上げが求められる。



将来の就業可能人口と医療・介護のマンパワー必要量

政府案(パターン1)は、2025年度のマンパワー必要量を704～739万人としているが、将来の就業可能人口から見ると、女性や高齢者の就業率が向上したとしても、かなり無理がある。また、実際にこれだけのマンパワーが医療・介護に就業した場合、在宅医療を支える家族労働力を確保できない。実現可能性のあるマンパワーを設定しなおすとともに、医療・介護だけでなく、社会全体での雇用対策が求められる。

政府案(パターン1)に示されている医療・介護のマンパワー等からの計算

マンパワー	(万人)		
	2011年	2015年	2025年
医療・介護(18～64歳とする)	462	520～546	704～739
上記以外の18～64歳人口	7,278	6,777～6,803	6,071～6,106
18～64歳人口計	7,740	7,323	6,810

構成比	(%)		
	2011年	2015年	2025年
医療・介護(18～64歳とする)	6.0	7.1～7.5	10.3～10.9
上記以外の18～64歳人口	94.0	92.5～92.9	89.1～89.7
18～64歳人口計	100.0	100.0	100.0

人口の推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」による。

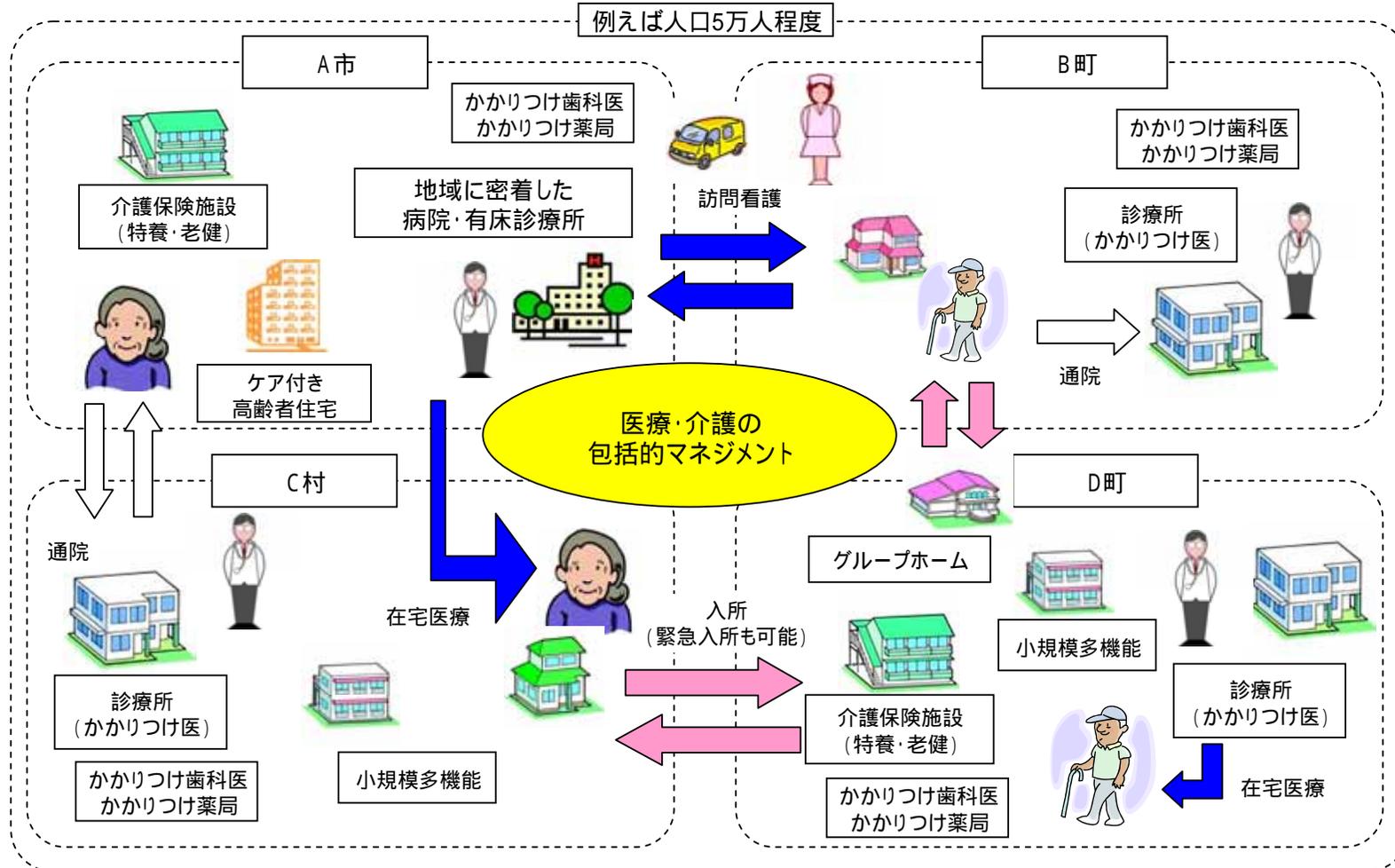
生産年齢人口は15～64歳であるが、ここで現実的な就業年齢として18～64歳で区分した。

医療・介護の提供体制について - 日本医師会の見解と提案 -

1. 政府案の「医療・介護の提供体制の将来像の例」は、地域単位(都道府県単位、市町村単位、小・中学校区レベル)などを切り口に、それぞれに機能を持たせているが、日本医師会は一定の地域にこだわらず、幅をもった地域で、地域(特に地方)の実情や、家族のあり方に考慮した多様な提供体制、柔軟に活用できる仕組みを提案する。
2. 政府案は急性期医療と在宅医療を重視しているが、「切れ目のない医療・介護」という視点を持つべきであり、全体的な機能強化が必要である。
3. 地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能を有する「地域一般病床」を提案していることは評価できる。
4. 医療や介護の質の低下をまねきかねない強引な業務分担を前提にしていることは問題である。

日本医師会が考える医療・介護の提供体制

ひとつの地域単位で完結しても良いが、地方によっては幅をもった地域を設定し、患者・利用者が身近で多様な選択をできる提供体制を整備する。



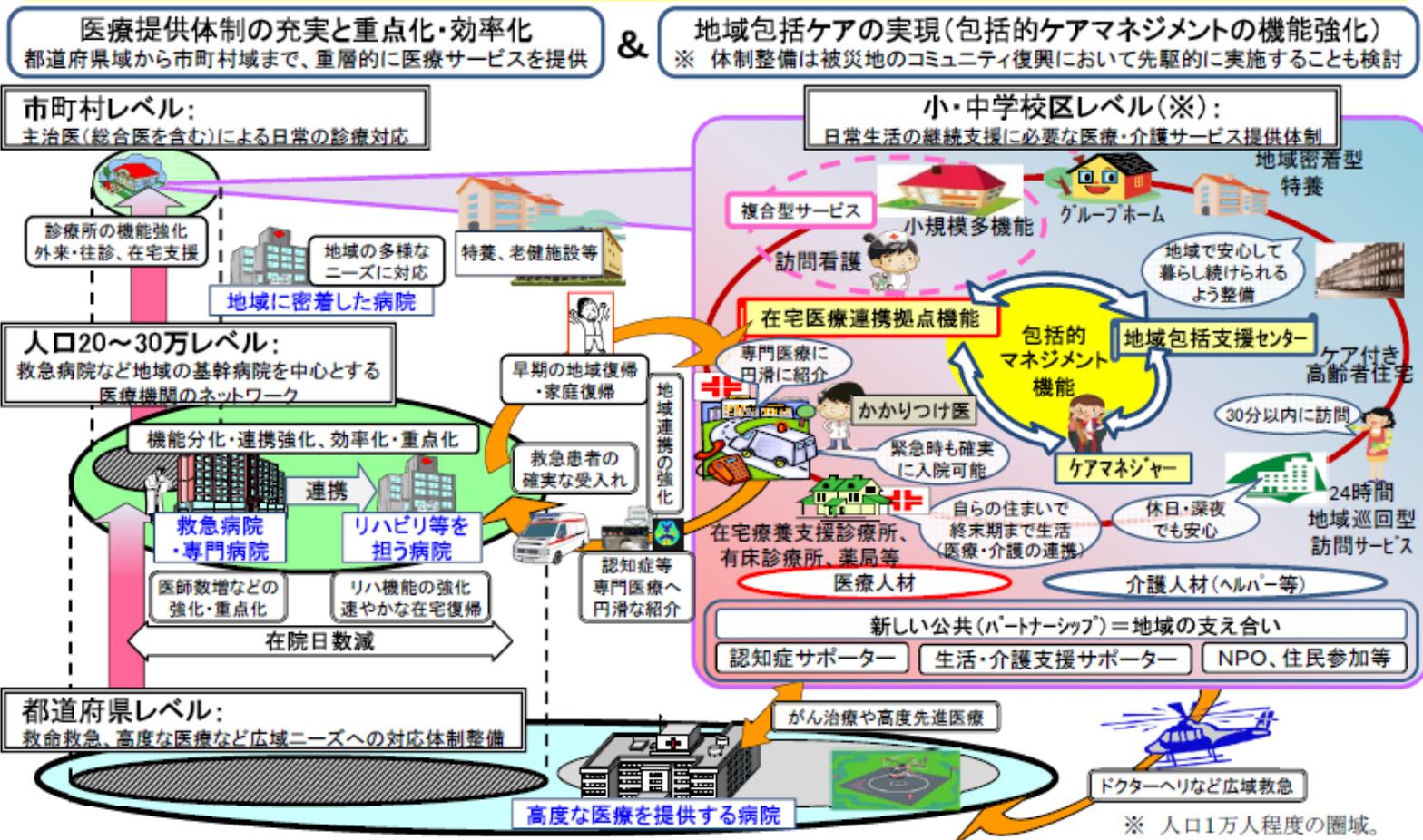
ここでは市町村の枠組みを超えた例を示したが、小・中学校区で連携するなど、さまざまな枠組みがありうる。

参考：厚生労働省案

医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

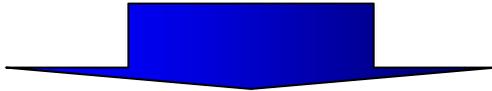
- 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。
- 小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。



業務分担のあり方に対する日本医師会の見解

政府案では、医師の業務の大幅な委譲を見込んでいる。

政府「社会保障改革案」医療・介護に係る長期推計
「医師については、他の職種との役割分担により、20%業務量が減ることを見込んだ」



日本医師会の見解

政府案の「役割分担」は、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)を狙ったものではないかと推察されるが、タスクシフティングは緊急事態における場所と時間を限定した特例としてのみ適用されるべきである。そうでなければ、医療の質が低下し、国民の健康が損なわれるおそれがある。

現行の保健師助産師看護師法(以下、保助看法)の下でも、業務分担の拡大に一定の対応をすることは可能である。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し、チーム医療を強化していくべきである。