

「社会保障・税一体改革成案」に対する
日本医師会の見解

2011年8月29日

社団法人 日本医師会

2011年7月1日、「社会保障・税一体改革成案」が閣議報告された。この成案は、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、医薬品の患者負担の見直し、高齢者の自己負担割合の見直しなど、さらなる患者の経済的負担を求めていることは問題である。

また、「社会保障・税一体改革成案」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り、強引に進めるべきではない。

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」に対する日本医師会の見解

2011年7月1日に閣議報告された「社会保障・税一体改革成案」では、高額療養費の負担軽減の財源とするため、受診時定額負担を導入することが示されたが、日本医師会は、受診時定額負担の導入に断固反対である。

1. 高額療養費のあり方を見直し、患者負担を軽減することには賛成する。
2. しかし財源は、公的保険である以上、幅広く保険料や税財源(公費)に求めるべきである。患者負担を強いることは言語道断である。
 - ・ 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を見ても明らかである。その結果、高齢者や低所得者の方は受診を差し控えざるを得なくなる。
 - ・ 2006年6月の健康保険法等の一部を改正する法律案附帯決議に、公的医療保険の給付範囲を維持することが明記されたが、これに反する(次頁参照)。

医療保険の給付範囲を守ることが明記された付帯決議(2006年)

2006年6月の健康保険法等の一部を改正する法律案附帯決議に、公的医療保険の給付範囲を維持することが明記されている。

健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議
(2006年6月13日 参議院厚生労働委員会)

「平成14年の健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第1項に明記された、『医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。』ことを始めとして、安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行の公的医療保険の範囲の堅持に努めること」

「受診時定額負担」に関連した規制改革の進め方について

2011年7月22日、「規制・制度改革に係る追加方針」が閣議**決定**されたが、そこには、高額療養費の負担軽減策について、「社会保障・税一体改革成案を踏まえる」とある。しかし、「社会保障・税一体改革成案」は、閣議**報告**されたに過ぎない。

規制改革についての今回の閣議決定は、受診時定額負担を間接的に閣議決定しようとするものであり、日本医師会はこれを厳しく非難する。

【規制・制度改革に係る追加方針(2011年7月22日 閣議決定)】

ライフイノベーションWG「高額療養費制度の見直し」

- ① かかった疾病の種類にかかわらず、長期にわたる慢性期の療養の際の負担をより軽減できる制度となるよう、高額療養費制度における外来診療の現物給付化を行う。＜平成24年度措置＞
- ② 更なる負担軽減策については、社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定)を踏まえ、検討する。＜平成23年度検討＞

受診時定額負担が導入された場合の負担(保険免責制の考え方の場合)

今回の「受診時定額負担」が、保険免責制的な考え方なのか、「上乘せ」方式であるのかは明示されていない。保険免責制の場合、以下のような負担になる。受診回数が多い高齢者や病気がちの方にとって、より負担が大きい。

一般

高齢者

1回の通院医療費 7,310円*		
医療保険 7,210円		定額 100円
保険給付	患者一部 負担(3割) 2,160円	

1回の通院医療費 8,200円*		
医療保険 8,100円		定額 100円
保険給付	患者一部 負担(1割) 810円	

月2回通院

月4回通院

医療費 14,620円		
医療保険 14,420円		定額 200円
保険給付	患者一部 負担4,320円 <small>(医療費の31.0%)</small>	

医療費 32,800円		
医療保険 32,400円		定額 400円
保険給付	患者一部 負担3,240円 <small>(医療費の11.1%)</small>	

*厚生労働省「平成22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

受診時定額負担が導入された場合の負担(上乘せ方式との比較)

今回の「受診時定額負担」が、「上乘せ方式」を想定している場合には、患者負担がより大きくなる。さらに、保険者の収入にするという意見もあるが、公的医療保険としてまったく説明がつかない。

高齢者の例

保険免責制の場合

1回の通院 8,200円*		
保険給付	患者一部負担 (1割) 810円	定額 100円

月4回受診

1か月の医療費 32,800円		
保険給付	患者一部負担 3,240円	定額 400円
	計 3,640円 (医療費の11.1%)	

上乘せ方式の場合

1回の通院 8,200円*		
保険給付	患者一部負担 (1割) 820円	定額 100円

月4回受診

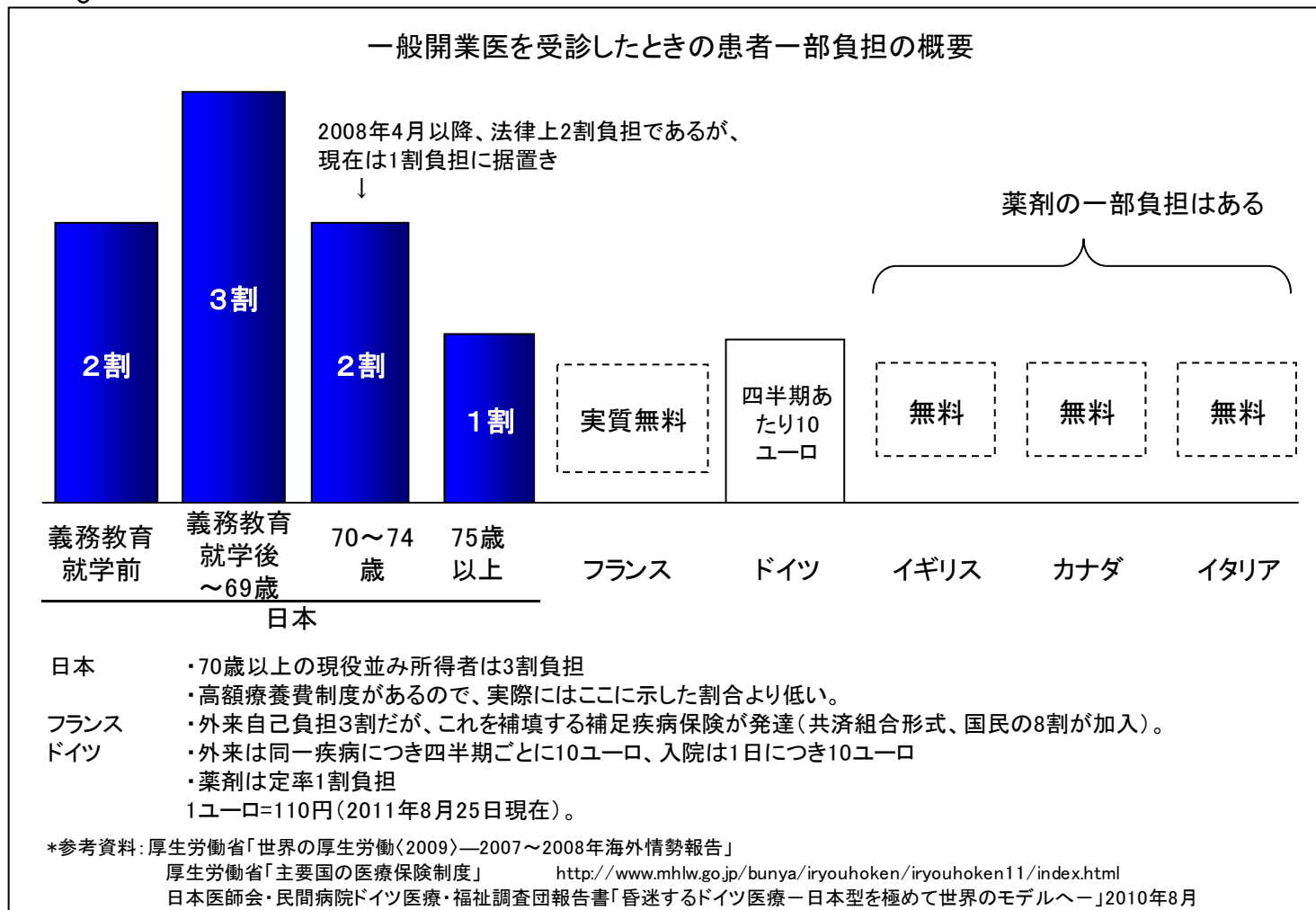
1か月の医療費 32,800円		
保険給付	患者一部負担 3,280円	定額 400円
	計 3,680円 (医療費の11.2%)	

*厚生労働省「平成22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

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。



国民の安心を約束する医療保険制度（日本医師会）（2010年11月11日発表）

日本医師会は、すべての国民が、公平な負担の下で、同じ医療を受けられることが公的医療保険制度の根幹であると考えます。それは、年齢や、地域や、所得の違いによる格差のない制度である。

基本理念

- すべての国民が、同じ医療を受けられる制度
- すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担をする制度
- 将来にわたって持続可能性のある制度

定義

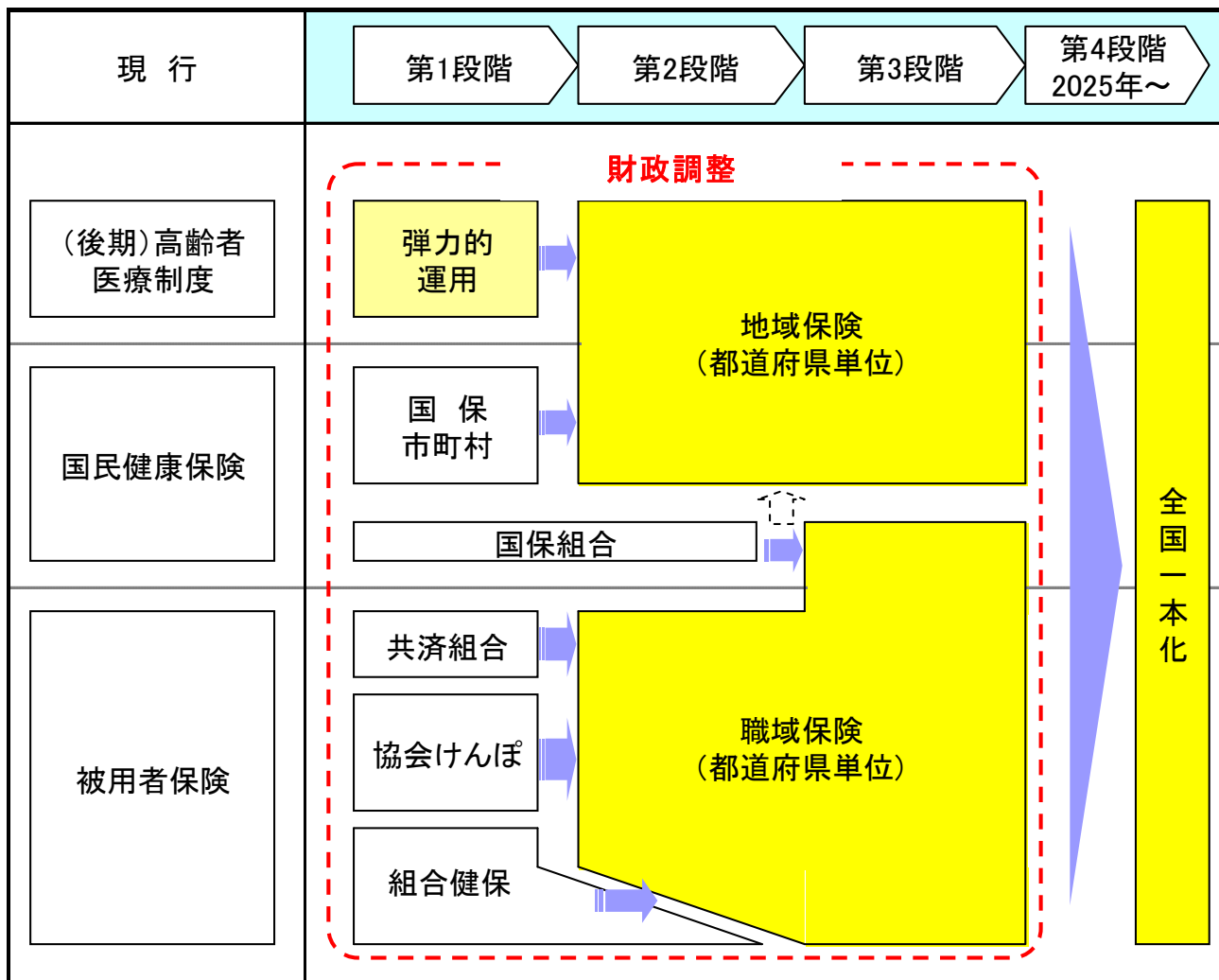
- 一本化：制度としてひとつに統合すること
- 一元化：財政調整により財源面で一体的運用を図ること

医療保険制度改革の道筋

- 第1段階 高齢者医療制度も含めた医療保険制度全体の方向性の検討
- 第2段階 地域保険の創設と職域保険の段階的統合
- 第3段階 職域保険の完全統合
- 第4段階 **全国一本化**

公的医療保険の全国一本化に向けての道筋

これまで財源面からの一元化については各方面で検討が行なわれてきたが、財政調整面で抜本的な解決を見出すことは困難であり、いずれかの制度に皺寄せされ、「皆保険」としての納得感が得られなかった。そこで、日本医師会は、公的医療保険制度の全国一本化を提案する。

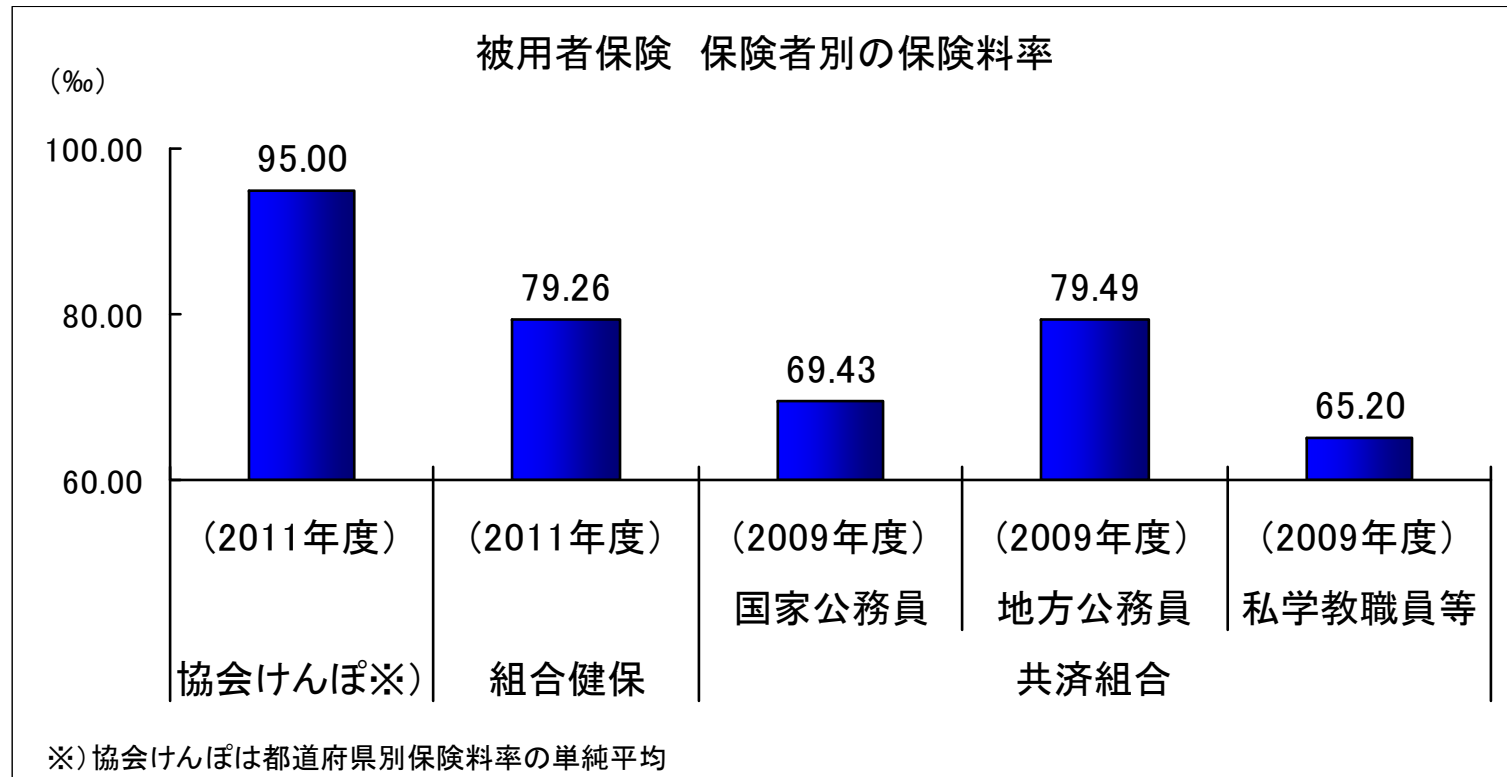


今回の「社会保障・税一体改革成案」には「社会保険の枠組みの強化による機能強化を基本とする」とあるが、日本医師会は、保険料改革について、以下4点を提言する。

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。

保険料率の公平化

保険料率は、協会けんぽとそれ以外とで格差がある。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および地方公務員、私学教職員組合の保険料率を、協会けんぽの保険料率にあわせ公平化すべきである。



* 出所:協会けんぽ
健保組合
国家公務員共済組合
地方公務員共済組合
私学教職員等共済組合

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
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
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

保険料上限の見直し

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を要望する。

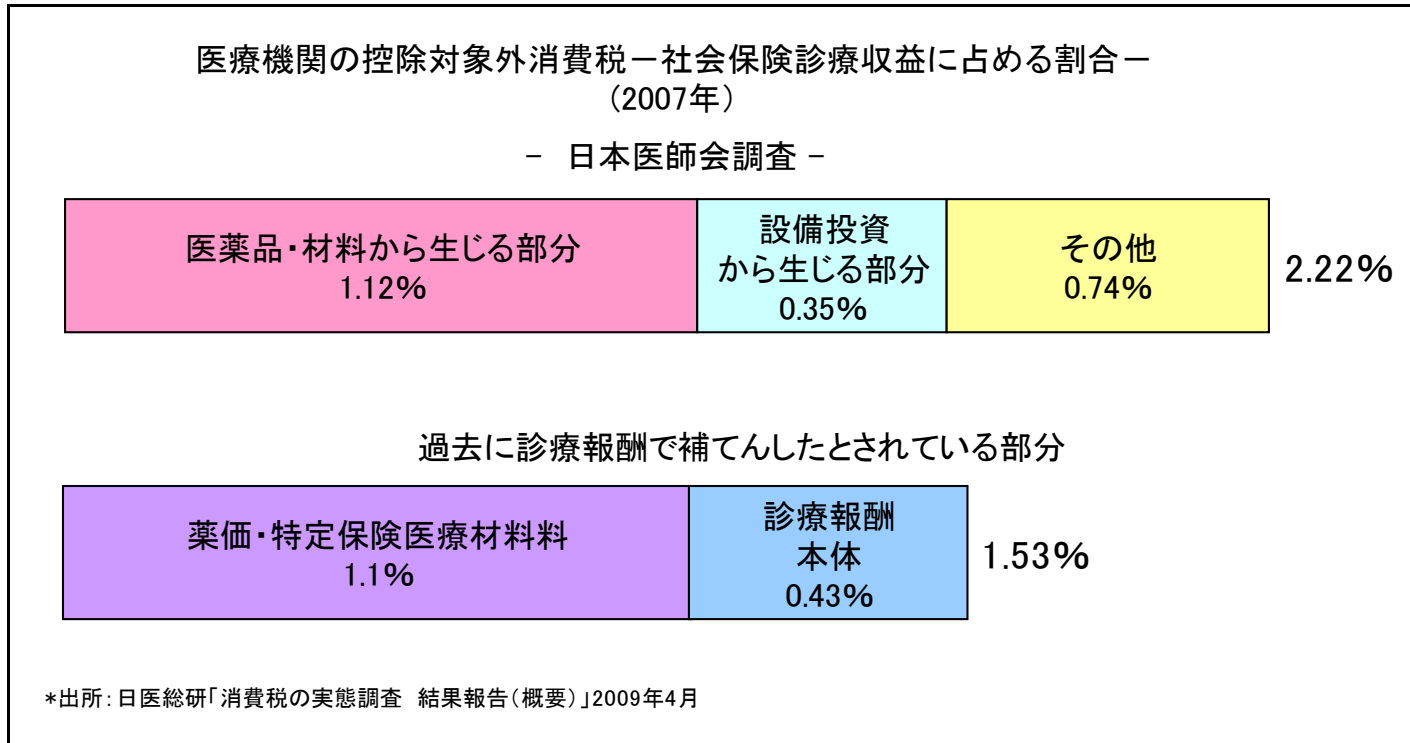
		保険料がかかる上限
国民健康保険	賦課限度額65万円 (基礎51万円・後期高齢者支援分14万円)	給与収入1,050万円 (給与所得820万円)
被用者保険	標準報酬月額上限 121万円 標準賞与上限 年540万円	給与収入1,992万円

公的医療保険の財源(公費) 消費税率の見直し

日本医師会は、安定的財源を確保するため、消費税率の見直しも必要であると考えている。ただし、その場合には、控除対象外消費税の見直しが最優先である。

社会保険診療は非課税であるが、医薬品の仕入れや医療機器などの購入には消費税がかかり、医療機関が負担(控除対象外消費税)している。

厚生労働省は、過去に診療報酬に1.53%を上乗せし、解決済みとしてきたが、日本医師会の調査によれば控除対象外消費税は収入の2.22%を占めている。




平均在院日数の短縮化

「社会保障・税一体改革成案」では、さらなる平均在院日数の短縮化を打ち出している。しかし、DPC病院を例に見ると、平均在院日数の短縮化にともなって、治癒・軽快の割合が低下し、再入院率が上昇している。

平成15年度DPC参加病院(特定機能病院)のデータ

	2006年	2007年	2008年	2009年
平均在院日数	17.7日	17.1日	16.5日	16.0日
退院先「自院の外来」	84.2%	84.7%	84.3%	83.9%
退院患者の「治癒＋軽快」 の割合	79.2%	79.2%	78.6%	77.6%
6週間以内の再入院	8.2%	8.4%	8.9%	9.0%



*出所: 中医協・診療報酬調査専門組織DPC評価分科会「平成21年度『DPC導入の影響に関する調査結果および評価』最終報告概要」

(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

業務分担のあり方に対する日本医師会の見解

「社会保障・税一体改革成案」では、医師の業務の大幅な委譲を見込んでいるが、医療の質および安全性の確保から問題がある。

「社会保障・税一体改革成案における改革項目」

医師・看護師等の役割分担の見直し

: 病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)

日本医師会の見解

成案の「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。

「社会保障・税一体改革成案」には、共通番号制度について次のように記されている。

- 真に手を差し伸べるべき人に対する社会保障を充実させ、効率的かつ適切に提供することを目的に導入を目指す。
- 国民の給付と負担の公正性、明確性を確保するとともに、国民の利便性の更なる向上を図ることが可能となるほか、行政の効率化・スリム化も可能となる。
- 導入に当たっては、制度面とシステム面の両面で十分な個人情報保護策を講じるとともに、費用と便益を示し、国民の納得と理解を得ていく必要がある。



日本医師会の見解

現段階においては

1. 番号の利用範囲については、十分な議論が必要である。
2. 医療・介護保険・福祉・労働保険分野での拙速な導入は避けるべきである。
3. 必要な法整備などの環境が整うまで導入すべきではない。
 - ・個人の医療や健康に係る情報の機微性の視点からも個別法の検討を速やかに行なわなければならない。

日本医師会の見解

- ・ 国民の給付と負担の公正性、明確性を確保するとともに、国民の利便性の更なる向上を図ることは、国としての当然の責務である。また、その導入に際して、制度面とシステム面の両面で十分な個人情報保護策を講じるとともに、費用と便益を示し、国民の納得と理解を得ていく必要があることに関しても、当然のことである。
- ・ しかしながら、番号制度に関連する「社会保障・税番号大綱」は、問題が多く、税と年金を除く分野における番号制度の導入は、現在、社会保障分野サブワーキンググループにおいて100以上のユースケース※)分析を行っており、その結果が出されるまでは一様に実施すべきではない。
- ・ 大綱では、内閣総理大臣の下に、番号制度における個人情報保護等を目的とする委員会(第三者機関)を置くとしているが、委員会には、医師等医療関係者の参画を強く求める。

※)ユースケース:運用の事例