

2011年6月17日

政府・与党社会保障改革検討本部  
「社会保障・税一体改革成案（案）」について

社団法人 日本医師会            会長 原中 勝征  
社団法人 日本歯科医師会      会長 大久保 満男  
社団法人 日本薬剤師会        会長 児玉 孝

2011年6月17日、政府・与党社会保障改革検討本部・第4回成案決定会合に「社会保障・税一体改革成案（案）」が提出された。この政府案は、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、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。日本の患者一部負担割合は先進諸国と比べて高く、すでに公的医療保険制度と呼べる水準ではない。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。

2006年6月の健康保険法等の一部を改正する法律案決議<sup>1</sup>にも「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

---

<sup>1</sup> 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

と」 と記されている。

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などを打ち出している。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。

日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会は、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、以下の要望を行なう。

## 政府「社会保障・税一体改革成案（案）」についての見解と 社会保障改革にむけての要望

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。

(1) 政府案が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を評価する。

(2) 政府案の「医療・介護の提供体制の将来像の例」は、地域単位（都道府県レベル、市町村レベル、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。しかし、地域（特に地方）の実情や、家族のさまざまなあり方を考慮し、地方によっては幅をもった地域を設定し、患者・利用者が、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局・薬剤師などに相談しつつ、身近で多様な選択をできる提供体制を整備することが求められる。

(3) 政府案で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。

(4) 医療や介護の質の低下をまねきかねない業務分担を前提にしていることは問題である。

・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。

- ・安心で安全な医療を行なうためには、医療関係職種の協働によるチーム医療が重要であることには異論はない。ただし、現行の仕組み、たとえば現在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。業務内容の向上、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り、他職種への権限委譲ありきであってはならない。

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。

(1) これ以上の平均在院日数の短縮化を進めるべきではない。DPC 病院では診療報酬上のインセンティブが得られるため平均在院日数を大幅に短縮化しているが、退院患者の治癒・軽快の割合が低下し、再入院率が高まっているというデータもある<sup>2</sup>。OECD も「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」と指摘している<sup>3</sup>。

---

<sup>2</sup> 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 導入の影響評価に関する調査結果および評価』最終報告概要」によれば、退院患者のうち「治癒+軽快」患者の割合は、年々低下する傾向にある。また、同一疾患での 6 週間以内の再入院患者の割合は、年々上昇する傾向にある。

<sup>3</sup> 「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

(2) 政府案では、市販薬の価格水準と比較して医薬品の給付のあり方を見直す方針が示されているが、適切な薬物治療を受ける機会を失うことになりかねない。

3. 財源は、保険料の見直し、さまざまな税制改革等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、あらかじめ控除対象外消費税を解決すること。

(1) 受診時定額負担の導入に反対する

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、幅広く公費および保険料に求めるべきである。

「受診時定額負担」は、毎回一定額を支払うことになり、受診回数の多い高齢者には大きな負担になる。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り、健康が損なわれることが懸念される。

(2) 70～74歳2割負担および医薬品の患者負担の見直しに反対する

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。政府案は社会保障改革の基本的考え方として、格差拡大の回避を掲げているにもかかわらず、患者負担の引き上げを示している。患者負担の引き上げは、所得によって受けられる医療・医薬品に格差を生じることにつながるものであり、受け入れ難い。

(3) 保険料について、次の見直しを行なうことを提言する。

- ① 被用者保険の保険料率を公平化すること。
- 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 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を行なうこと。特に財政基盤の弱い保険者を支援すること。