

## Ⅶ 「医療崩壊」を食い止めるために、診療報酬大幅引き上げと患者負担軽減を

### 1 広がる「医療崩壊」

「医療崩壊」がマスコミで大きく取り上げられています。

国保料が高すぎて支払えない世帯は、480万世帯にのぼります。保険証を取り上げられたため治療を受けられず死亡した事例が問題になっています。

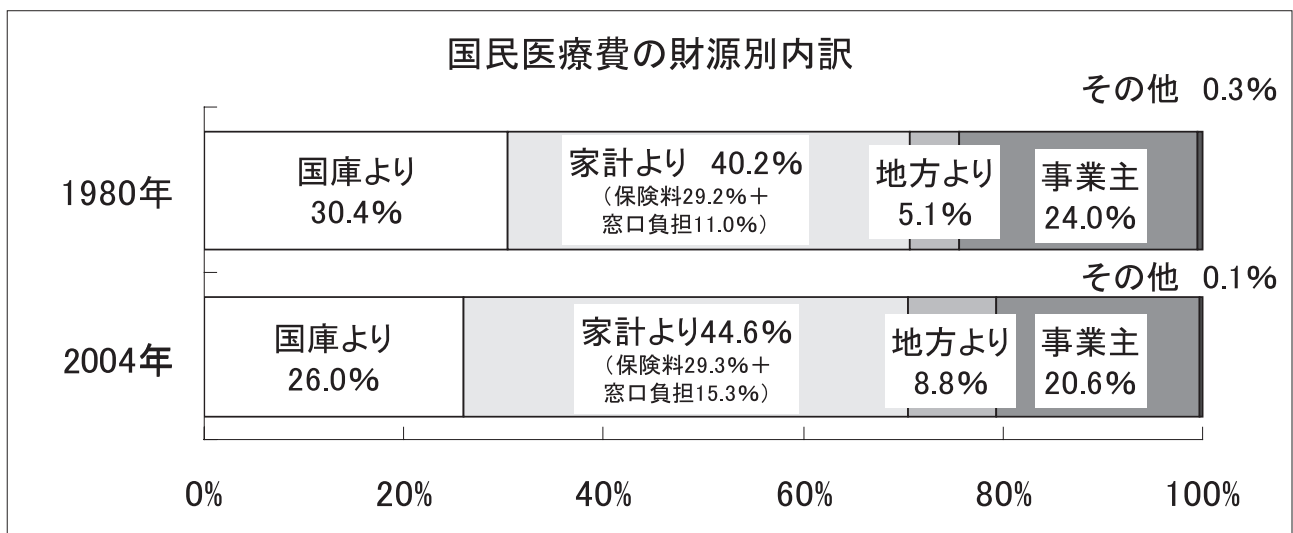
2008年の「診療報酬改定」で導入されたりハビリテーションの日数制限や、介護療養病床の廃止と医療療養病床の削減、長期に渡る歯科の低診療報酬政策などによって、必要な医療が提供できない事態が広がっています。

また、産科や小児科などを中心に、医師不足による医療機関の廃院や診療科の閉鎖が深刻な社会問題となっています。看護師不足による病棟閉鎖も広がっています。

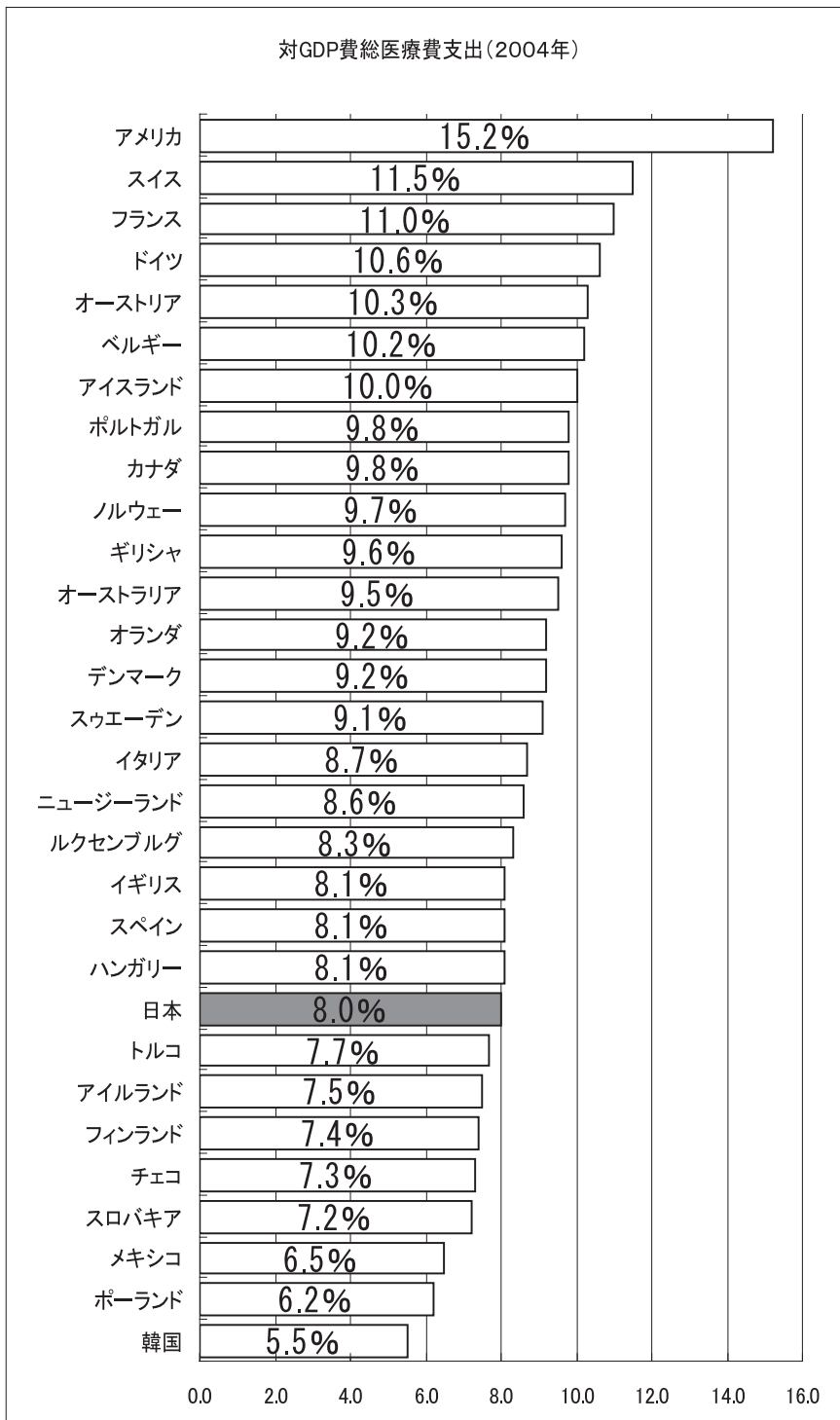
### 2 「医療崩壊」の根本原因は、公的医療費抑制政策にあります

「医療費の財源」は、①保険料と窓口負担、②国や地方自治体の負担、③事業主（企業）負担によって賄われます。

1980年代以降、公的医療費抑制政策が顕著になってきました。保険料の国庫負担と企業負担が縮小され、被保険者の保険料や窓口負担など国民負担が大幅に拡大されました。



2001年に発足した小泉内閣のもとで、公的医療費抑制政策から、社会保障の切捨てと営利化を柱の一つとする構造「改革」が推進されてきました。国民負担が拡大されるとともに、診療報酬改定では、2002年、2004年、2006年と3回連続のマイナス改定が行われてきました。



OECD ヘルスデータ2007より

### 3 医療は、単なる消費ではありません

「国民皆保険制度」は、1956年の「医療保障制度に関する勧告」で提言され、1961年4月から実施されました。これは、日本国憲法第25条の規定「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」を具現化したものです。

医療は、単なる消費財以上の人的、社会的便宜をもたらす価値があります。

平成7年版の厚生白書では、「(医療は) サービスの消費に伴う直接的な便益以上のもの、

こうした結果、OECDヘルスデータによれば、2004年の対GDP比総医療費支出で、日本はOECD加盟30か国中22位となっており、先進7カ国で最低になっています。

イギリスでは、サッチャー政権のもとで未曾有の医療費抑制政策がとられました。

しかし、その結果は、必要な医療が受けられない事態が頻発し、大きな社会問題に発展しました。

この解決にブレア首相は、医療に対する国家予算配分をドイツ、フランス並にGDP比の10%までにするという政策転換をはかりましたが、一度荒廃した医療制度を立て直すには、大変な労力と費用、そして、年月がかかってしまいます。

こうした状況を生み出しはなりません。

すなわち人的、社会的便益をもたらす投資的側面を持つサービスであると認識されている」とし、医療部門の生産1単位が他産業に1.79の影響を与えているとしています。

一方、全産業部門に1単位の需要が発生した場合の医療部門の影響率は1.00で、「医療活動が活発になれば他部門に与える効果を通じて経済全体を活性化するが、反面、他部門から受ける効果はないため、経済全体が活発になったからといって医療サービスが増産されることは少ないということを示しています」と記述されています。

したがって、医療の改善のためには診療報酬引き上げが不可欠であり、診療報酬を引き上げることによって他の産業の活性化がはかれるのです。

#### 4 窓口負担の軽減に全力をあげます

日本の窓口負担は、定率で高額なため、診療報酬引き上げ＝患者負担増となってしまいます。

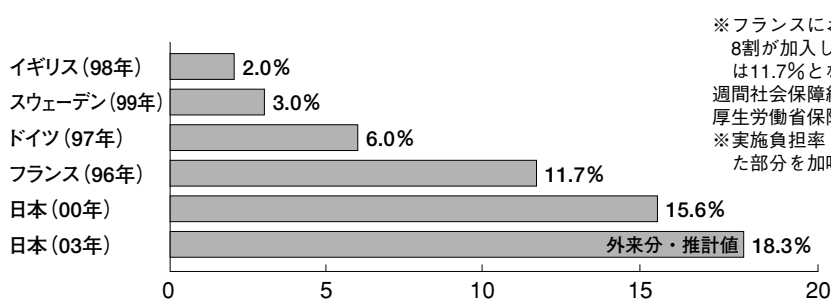
日本では、医学の進歩や医療環境を改善しようとするれば、それが直ちに患者負担増に直結してしまうのです。他の先進諸国では、定率の窓口負担を課す国はほとんどありませんし、こんなに高額な窓口負担はありません。

それは、患者窓口負担は、受診抑制につながり、必要な医療の提供を妨げるからです。実際に、窓口負担が強化されるごとに過重な負担に耐えかねて治療の中断や受診の手控えがおきています。

全国保険医団体連合会は、診療報酬の引き上げ・改善によって医学の進歩や医療環境の改善を図るとともに、下記の患者負担の引き下げを要求しています。

患者負担引き下げ要求	
(1)	国庫負担と企業負担を増やして、医療保険の患者負担割合を次の通りとすること。
①	就学前の子どもの負担を、無料とすること。
②	70歳未満の健保・国保の患者負担割合を、2割に引き下げること。
③	高齢者の患者負担は、外来は1割定率又は1回500円（月額1000円を上限）で入院は1日700円とすること。
(2)	ホテルコスト、食事、180日超入院、日数超りハビリテーションなどを保険給付に戻し、新たな保険給付外しを行わないこと。
(3)	患者負担を増大させ、患者から医療を受ける権利を奪う混合診療の解禁や保険外併用療養費の拡大を行わないこと。保険外併用療養の全てを保険導入の検討対象とすること。

#### ■医療費に対する患者の実行負担率



※フランスにおいては、外来3割を実施しているが国民の8割が加入している共済制度からの給付を加えた場合には11.7%となる。  
週間社会保障編集部編「欧米諸国の医療保障」厚生労働省保険局資料より作成  
※実施負担率：高額療養費制度の利用などにより軽減された部分を加味した負担率のこと

## 5 診療報酬引き上げの財源はあります

日本の医療は、大きな成果をあげてきました。WHOの健康達成度は世界で1位、平等性は3位になるなど国際的に高い評価も受けています。

しかし、この間のあまりにも厳しい医療費削減が、この成果を台無しにしようとしていることを、これまでみてきた様々な問題が示しています。

日本の医療保険制度は、今大きな岐路に立たされているのです。

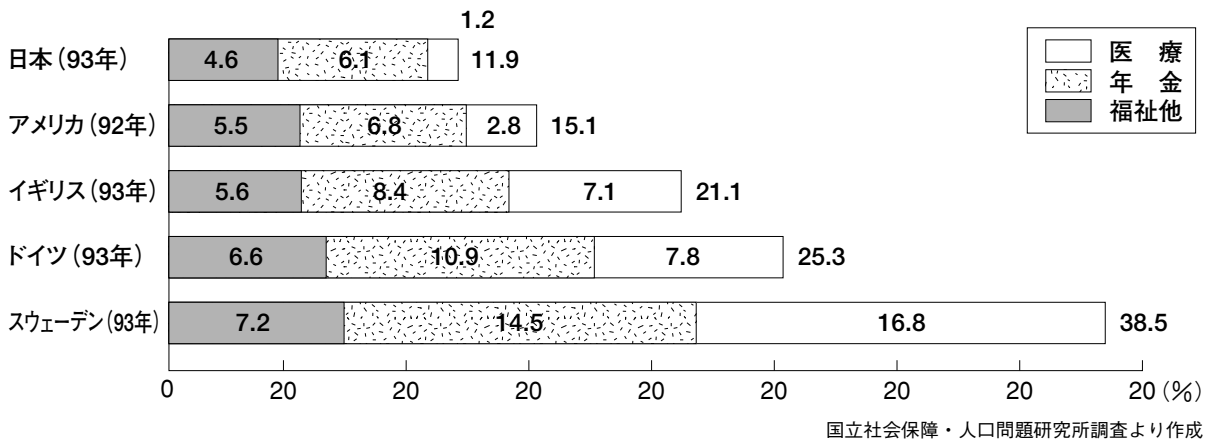
全国保険医団体連合会では、診療報酬引き上げと患者負担の軽減を要求していますが、財源はあるのでしょうか。

日本の社会保障給付費の水準は、世界からみてどうなっているのでしょうか。

国内総生産（GDP）に占める社会保障給付費の割合を、ILO（国際労働機関）が定める基準にもとづき、「医療」「年金」「福祉他」とその合計について、比較してみました。

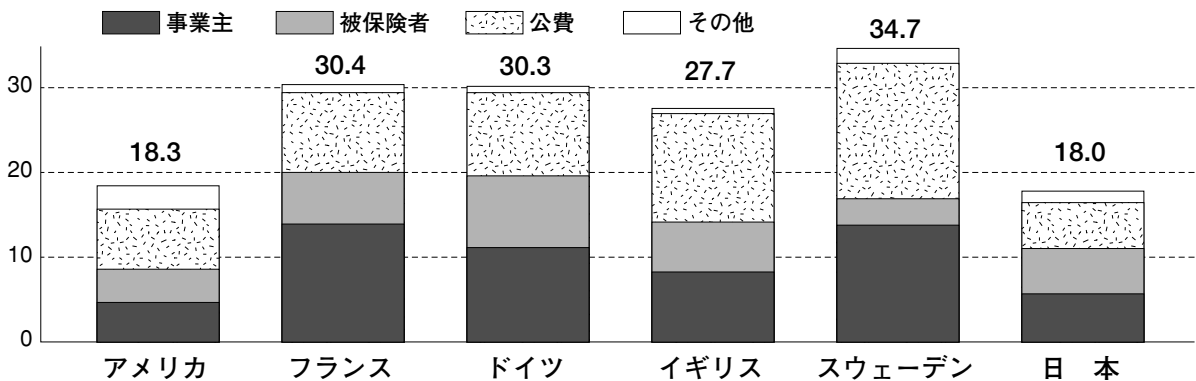
医療、年金、福祉とも、日本はかなり低い水準となっています。

### ■社会保障給付費／国内総生産（GDP）の国際比較（％）



また、社会保障財源の国際比較をみると、日本は、事業主負担と公費負担が非常に少なく、被保険者負担が多いのが特徴です。

### ■社会保障財源の対GDP比の国際比較

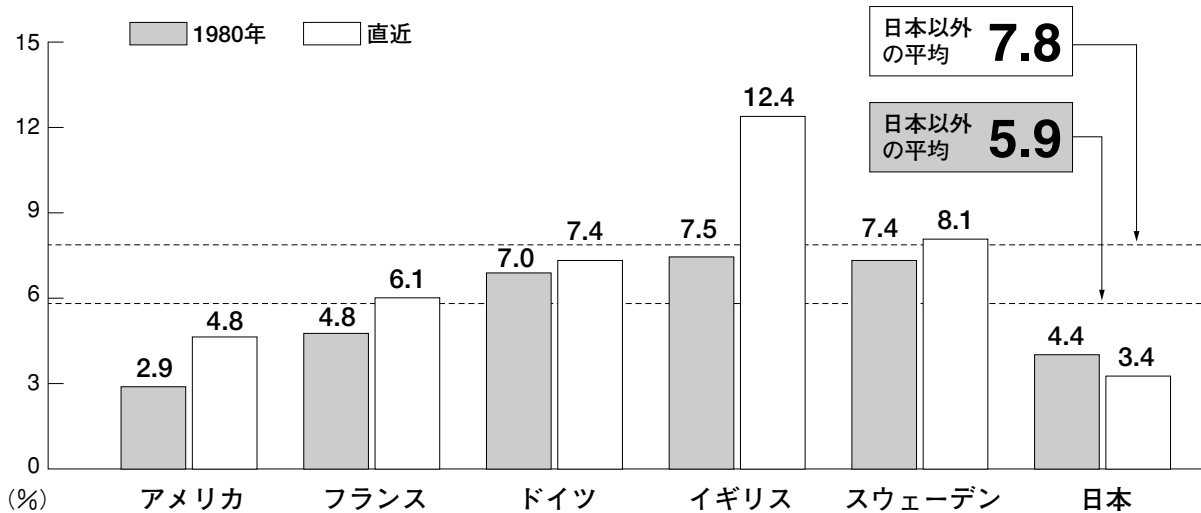


※イギリス、ドイツ、フランス、スウェーデンは2000年、アメリカは1995年、日本は2002年

厚生労働省資料より作成

さらに、政府が社会保障に対して、どれだけ国庫支出しているかを、国内総生産（GDP）に占める割合で比較してみましょう。

日本以外の5カ国をみると、平均で5.9%から7.8%へと、国庫支出を増やしているのに対し、日本だけが4.1%から3.4%に、その割合を低下させています。



※直近はフランス・ドイツ、イギリス、スウェーデンは1993年、アメリカは1992年、日本は1997年の資料  
 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費 国際比較基礎データ」  
 OECD「Nation Accounts」等より作成

1980年代から1990年代にかけて20年間は先進各国で、老人人口の増加が頭打ちとなるなか、日本だけが世界一のスピードで老人人口が増えた期間でもありました。

にもかかわらず国庫支出を減らした日本の姿勢が、いかに世界の流れと比べて、異常であるか明らかです。

国と企業が、他の先進国並みの負担をすれば、診療報酬を引き上げ、患者負担を軽減することが可能です。