

医療政策

<評価点数一覧>

	項目	自民党	民主党
形式要件 (40点)	理念(10点)	7	30
	目標設定(10点)	2	
	達成時期(8点)	2	
	財源(7点)	0	
	工程・政策手段(5点)	0	
	合計(40点)	11	
実質要件 (60点)	課題抽出の妥当性(20点)	5	32
	課題解決の妥当性(20点)	3	
	指導性と責任(20点)	2	
	合計(60点)	10	
合計		21	62

<評価の視点>

- ①医療崩壊の問題として、医師不足と地域病院の経営難の解決に向けてどのような道筋を立てたか
- ②後期高齢者医療制度の是非に関して、より持続性のある制度に向けての見直しがどう提起されたか。制度を維持するのであれば、制度の利便性を高めるためにどのような見直しを行うか。また、廃止するのであれば、それに代わる制度を新たにどう構築するか。

医療システムについて日本の政治に突きつけられている最も大きな課題は、高齢化に伴い医療費が急増する中で、それを現役世代が支えるという構造がかなり厳しくなっていることである。2008年に創設された後期高齢者医療制度も、老人医療費を中心に国民医療費が増大する中、老人保健制度に代わる制度として、現役世代と高齢者の負担を明確にして公平でわかりやすい制度とすることを目的に作られたが、その財源での保険料収入の割合は1割程度に過ぎず、残りは他の保険組合からの支援金と税によって賅われている。

この制度が、創設直後から見直し論議に迫られたのは、高齢者の負担に関する説明不足や誤解、制度の名称の問題、年齢による強制加入などにより、高齢者の心情を害したとの理由からである。政府は2008年度、2009年度の補正予算で、こうした高齢者への配慮から加入者の保険料などの負担を軽減・凍結する措置がとられているが、これらの措置は高齢者の反発を抑えるために、現役世代がさらに負担することを意味している。

ただ、本質的には財源面での現役世代の負担の限界という問題があり、医療費の増大が続く中でその支え合いの構造をどう持続させるのか、に問題の本質がある。2008年度の推計では、組合管掌健康保険と協会けんぽ、共済組合は後期高齢者医療制度に計4.6兆円、また65歳から74歳までの前期高齢者交付金(国民健康保険)に2.3兆円もの支援金が出ており、この負担の重さもあり、各保険組合の相次ぐ廃止という事態も招いている。

今回のマニフェストでは、この後期高齢者医療制度について、自民党と民主党がそれぞれ「改善」と「廃止」と異なる約束を掲げている。自民党は高齢者の心情に配慮して制度の見直しを提起し、民主党は廃止を主張している。ただ民主党の場合、新しい仕組みを提起したわけではなく、前の老人保険制度に戻るための税金での支援を提起しているだけである。ここでの評価は、こうした政党側からの提案がどのように保健医療財政に持続性の答えを出したのかで評価をされなくてはならない。

日本の医療に問われているもう一つの課題は、医師不足や地域医療崩壊の問題である。社会保障国民会議では、2007年の時点で34兆円であった日本の総医療費が、2025年には66兆円まで増大すると推計されている。そのため、これまでの政府の対応は急増する医療費をどう抑制するか、に貫かれていた。

日本の総医療費の対GDP比は2006年の時点で8.1%と、OECDの30カ国中21位で、G7では最も少ない。その点では現場の医療関係者の献身的な努力により支えられてきたという状況が日本の医療にある。にもかかわらず、2002年の診療報酬のマイナス改定がさらに負担を強め、これが医師不足や地域医療の崩壊につながった。

2002年の診療報酬マイナス改定をきっかけに5万人近い医療従事者が失職したが、その事務を医師が引き受けることで医師の過重労働が深刻化し、勤務医の辞職を促した。この結果として、お産難民や救急車のたらい回し、地方病院の閉鎖などが発生し、十分な医療サービスが提供できなくなった。現在はほぼ全ての病院が赤字経営を強いられ、医師の過重労働と病院労働者の低賃金に支えられて運営されている状態にある。

ここで政治が取り組むべきポイントは医師不足と地域医療の再生であり、これらについてどのようなビジョンをもって設計するかが問われている。

これまでの医療行政は、部分的な手直しの連続とも言える。官庁のプランは医師会など利害当事者間で調整して成案化される。

医療崩壊の現実もそれを政府が正式に認めるのは、福田政権以降となる。これを、患者本位での課題解決につなげるためには、政府の政策決定の仕組みを政治主導に変え、政府レベルで体系的、整合的にプランを立案し、国民の理解を得た上で、リーダーシップを発揮してこれを推進する必要がある。

ここでは医師不足と地方病院の崩壊という課題に政党がどのような解決案を提起するのか、を問うことになる。

<評価結果>

【自民党 マニフェスト評価】

合計 21 点(形式要件 11 点、実質要件 10 点)

【形式要件についての評価 11 点/40 点】

医療崩壊に対する対策では、医師不足と地域病院の赤字にどう対応したのかが、評価の対象となる。マニフェストでは、医師不足に関しては医学部定員を「今年度は約 700 人増やした」と実績は説明したが、これからの対策に関しては、「今後も医療確保のために医師数を増やす」と書いているだけで、具体的な数値目標やその財源、あるいは実現の期限に関しても言及がない。

地域医療対策では「これまでにない思い切った補正予算」を通じて「地域医療の再生や災害に強い病院作

りを進めるとし、すでに5月に成立した地域医療再生交付金3100億円の基金を活用して地域の医療提供体制の整備に取り組む考えは示したが、いつまでに何を実現するかは説明していない。

また「診療報酬は急患や産科をはじめとする地域医療を確保するため来年度プラス改訂を行なう」と、来年の診療報酬改定という時期を指定して医療費の増額は約束したが、それがどれくらいになるかは判断できない。

後期高齢者医療制度では「現行の枠組みを維持しながら抜本的な改善、見直しを行なう」と書いた。高齢者医療制度は75歳になれば、就業形態にかかわらず、被用者保険の制度を脱退してこの医療制度に加入するという仕組みだが、75歳のサラリーマンが所属の組合健保に戻れるようにしたこと、保険料負担が過大にならないように公的負担の拡大を約束するなど、加入する高齢者に配慮する見直しに過ぎない。(7点/10点)(2点/10点)(2/8点)

【実質要件についての評価 10点/60点】

「課題抽出の妥当性 5点/20点」

医師不足に関しては、自民党政権は2008年の福田政権で医師不足を認め、舛添厚生労働大臣はそのプランで医学部定員を10年間で50%、4,000人増員する方針を打ち出した。

この方針では2030年に医師数は20%増員され、英国並みの人口100人あたり24人になる。ただ政府はこの方針を認めたわけではなく、2年間の予算措置でこの間対応しただけである。

今回のマニフェストでもこの方針を位置づけたわけではなく、医師不足に対して明確なビジョンと方針を明らかにしたわけではない。

診療報酬のアップも医療費の増額にはなるが、それが医師不足の課題解決にどの程度寄与するか、現時点で判断は困難である。

「課題解決の妥当性 3点/20点」

地域医療対策では、地域医療の多くの病院が赤字で、医療の継続に問題があることの課題認識はなされたが、地域医療において重要なのは赤字の中核病院の立て直しであり、ここに集中的に資金を投入せず、開業医も含めて全ての医療機関を地域医療再生基金の対象とするのでは、その効果は判断ができない。

「指導性と責任 2点/20点」

後期高齢者医療制度の見直しについては、加入する高齢者に配慮して公的な助成も行なうことでこの制度を維持しようとする努力は分かるが、医療保険制度の持続性は、こうした高齢世代を現役世代が支えることが困難になり始めた事に問題があり、今回の「見直し」で保険制度の持続性に答えを出したわけではない。むしろ高齢者の加入者への配慮は現役世代の負担を強め、逆の効果をもたらす。

【民主党 マニフェスト評価】

合計 62点 (形式要件 30点、実質要件 32点)

【形式要件についての評価 30点/40点】

医師不足に対してはOECD平均の人口あたり医師数(1,000人あたり3人)を医師数の目標に据え医学部定員の1.5倍という数値目標を設定した。

また地域の中核医療の立て直しでは、「医師、看護婦、その他の医療従事者の増員に務める医療機関の診

療報酬を増額する」とし、これらの対策を診療報酬の引き上げで対応する考えを示し、その財源を医療対策の全ての経費として9,000億円程度と明記。

またこれらの財源を確保するために無駄削減のプランを併記し、そのための財源の調達年次も書き込んでいる。

後期高齢者医療制度は廃止を約束し、旧制度(老人保険制度)に戻す際の国民負担として国保への市町村一般会計赤字分の補填と、廃止に伴う国民健康保険への負担増として8,500億円の財源を掲げ、これも財源の確保とその時期の目処を明記している。

これらを通じて数値目標や時期、財源に関する形式要件はほぼ満たしている。

【実質要件についての評価 32点/60点】

「課題抽出の妥当性」、「課題解決の妥当性」、「指導性と責任」

医療対策に関しはマニフェスト、政策集の他に、詳細版も公表しており、政策の目標や財源、手段などをかなり詳細に体系化している。ただ、後期高齢者医療制度は廃止としたものの新しい制度を提案したわけではない。旧来の制度に戻すだけでは高齢者の健康保険が現役世代による支援金に支えられる構造は変わっておらず、上位の目的である国民皆保険制度の持続性に目処を付けたわけではない。

将来的には被用者保険と国民健康保険の段階的な統合と地域保険としての一元的な運用の方向を打ち出したが、まだ構想段階で具体的な政策体系として提起されたわけではない。

医療崩壊の課題では①国民に質の高い医療サービスを安定的に提供する、②救急、産科、小児科、外科などの医療提供体制を再建、という目的を明記し、その下で医師不足に関しては目標設定や財源を定めるなど課題解決に取り組んでいる。

地域の中核病院の立て直しでは、医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬を総額で1.2倍にするものとしているが、基金や補助金ではなく診療報酬の増額という形で継続的にその予算が確保されることとなったのは大きい。

さらにその額である9,000億円も、地域医療を支える中核病院の抱える赤字が約1兆円と指摘されていることを考えると妥当である。「選択と集中」で地域の医療提供体制に焦点をあてている点で、マニフェストでは病院という記述はないが、医療機関の診療報酬について「入院」を要件に掲げたことで、開業医ではなく病院に対して集中的に予算がつぎ込まれること示唆している。ここで問題があるとすれば、9,000億円が的確に地域の中核病院へと配分されるような条件付けをいかに行うかである。それに関してはマニフェストでは明らかにされていない。