

## 全国医師連盟・政党アンケートへの回答

日本共産党

## 【1】医療・介護に対する基本的考え

2025年問題に代表されるように、日本の超高齢社会化は待ったなし。そのなかで医療・介護等に関わる社会保障費の増大は避けられないと考える。中長期的な医療・介護に関する考え方は如何？

- 「1：医療・介護を産業として、積極的に雇用の受け皿として拡充する」
- 「2：国策として医療・介護の輸出を視野に入れた、外貨獲得の手段として育成する」
- 「3：社会保障の維持・拡充を図るため、増税をする」
- 「4：増税はせずに、医療・介護等の受診、利用制限を設けることで抑制を図る」
- 「5：増税はせずに、医療・介護等の自己負担額を増やし、抑制を図る」
- 「6：医療・介護等に関する利用者としての教育を国民全体に実施していくことで効率化をめざす」
- 「7：その他、追加意見」

——1、3、6、7を選択

〔追加意見〕

社会保障費の「自然増削減」をかかげる安倍政権のもと、医療の窓口負担や介護の利用料負担の引き上げ、公的給付の縮小、診療報酬・介護報酬の大幅削減などが繰り返されています。これは、社会保障費の「自然増」を毎年2200億円削減する路線を推進し、「医療崩壊」「介護難民」などを引き起こした、小泉政権の悲劇をより深刻な形で再現する、きわめて危険な道であると考えます。高齢化のピークに向け、社会保障の安定した財源を確保し、医療や介護を削減から充実に転換することが求められています。

安倍首相の二度にわたる「消費税10%増税」の延期表明は、景気・経済を壊す消費税が社会保障の安定財源となりえないことを如実に証明しました。日本共産党は、①大株主や大企業への優遇税制をただす税制の改革、②国民の所得を増やす経済の民主的改革による税収増——という「消費税にたよらない別の道」の財源案を提案しています。

このうち②の経済改革は、雇用の正規化や賃上げによって日本経済を健全な成長軌道に乗せることを内容としていますが、医療・介護の充実はそうした経済の再建にもプラスとなります。医療の充実による国民の健康保持は、社会の成長・進歩の基盤です。公的介護の充実は、毎年10万人にのぼる「介護離職」をなくし、要介護者の家族が就労・社会参加できる条件を整えます。医療・介護は全産業分野のなかでも雇用波及効果が高く、医療・介護従事者の待遇改善と人材不足の解消は若い世代に安定した就労の場を広げ、個人消費の喚起や関連産業の需要増に直結し、地域経済に好循環をもたらします。

医療・介護は財政の“重荷”ではなく、経済成長や財政再建にも大きく貢献することを訴えるものです。

## 【2】今後の保険診療の在り方について

全国医師連盟は、医療はサービス業ではなくインフラであると考え、今後の保険診療のあり方に対する考え方は如何？

- 「1：国民皆保険を堅持」
- 「2：混合診療の導入」
- 「3：一回の医療費が定額以下の場合には保険診療外とする等の、免責制度を導入する」
- 「4：医薬品及び医療行為の費用対効果の概念の導入（英国における NICE など）」
- 「5：高度医療期間への受診要件の厳格化」
- 「6：個別の保険診療の年齢制限の導入」
- 「7：医療保険の療養の範囲の制限（在宅の終末期医療の介護保険適用など）」
- 「8：慢性疾患の管理の、定額報酬制度の導入」
- 「9：診療報酬の、地域特性を考慮した評価制度の導入（医師不足地域の診療報酬の加点など）」
- 「10：医師の技術料の評価（専門医と非専門医など）の導入」
- 「11：その他、追加意見等」

——1、11 を選択

[追加意見]

安倍政権は、医療でも「岩盤規制にドリルを」と叫び、「患者申出療養」の導入や「保険免責制度」の検討など、国民皆保険を脅かす制度改変を強力に推進しようとしています。日本社会に貧困が広がり、“所得による健康格差”も深刻化する今、こうした保険外負担・混合診療を拡大する改悪は、支払能力による“治療の格差”を広げ、国民の健康に重大な被害を及ぼしかねません。「必要な医療はすべて保険で給付する」という国民皆保険の原則をまもり、保険給付の拡充を図ることこそ求められます。

ご指摘のとおり、医療はサービス業でなく、国民の命と健康、社会の基盤を支えるインフラです。診療報酬の総額を抑制し、特定分野の報酬を操作して医療費の削減を“誘導”する政策をあらため、診療報酬全体を抜本的に引き上げていくことが必要です。

## 【3】看取りの問題に関して

2035年から2040年の年間死亡者数は、現在の年間死亡者数よりも約1.25倍の165万人に増加することが見込まれ、厚労省は、そのうち約30万人を在宅で看取るという計画を打ち出している。この見込みに対しての政策は如何？

- 「1：病院・介護施設は増床せず、在宅（サービス付き高齢者住宅を含む）での看取りを積極的に進める」
- 「2：老人保健施設等を現状よりも増床し、施設での看取りを拡充する」
- 「3：療養病床を増床し、慢性期での看取りを拡充する」
- 「4：延命治療の不開始や中止に関する民事・刑事・行政上の取り扱いについての法整備

をする」

「5：その他、追加意見」

——2、3、4、5を選択

〔追加意見〕

政府の「在宅化」政策によって病院を出され、介護施設にも入れない高齢者が、膨大な「介護難民」となっていく、深刻な事態が続いています。警察庁の調査によれば、介護疲れを原因とする殺人・殺人未遂事件は年間50件近くにのぼり、介護を苦にした自殺・心中で亡くなった人が直近8年間で2200人を超えるなど、家族の介護をめぐる痛ましい事件も続発しています。「在宅看取りの推進」の名で、強引な患者の追い出しや病床削減をすすめるやり方では、こうした事態を加速させかねません。

診療報酬を引き上げ、地域医療全体の底上げを図りながら、今後想定される死亡者数の増加に備え、施設・在宅両面で、患者や家族の願いに応えられる医療・介護の体制づくりをすすめるべきです。人生の最期を、尊厳をもって迎えられるようにする法制度を、国民合意によって整備していくことも大切と考えます。

#### 【4】医療機関の再編、集約化、機能分担について

地域医療ビジョンにおける病床機能の報告制度等、現在、病院における医療提供制度については大きな変革を迎えようとしている。病院・診療所を含めた今後の医療提供体制のあり方について、考えは如何？

「1：病院の集約化はすべきでない」

「2：大都市以外においては、集約化による医療空白地域の拡大を緩和するため、全国一律の再編を目指すべきではない」

「3：診療報酬による誘導に加え、機能別に病院の医師数を設定する等、医療法の改正を図るなど、医療機関の再編、集約化を促していく」

「4：公立民間を問わず、病院の再編・集約化に関しては、中核病院を中心に考えて実施すべきである」

「5：経営母体が異なる医療機関の自主的な経営統合は困難であり、行政サイドからある程度、強制力を持った指導を実施し、医療機関の再編、集約化を促していく」

「6：病院再編に伴い、不利益を受ける地域住民や医療機関従事者に対し、国策である以上、政権与党の国会議員が積極的に説明責任を負うべきである」

「7：病院の集約化による医療機関の減少に対応するため、有床診療所が機能できるような診療報酬を設定する等、診療所の機能の充実を図る」

「8：『日本型総合医』（一人の患者の予防から介護まで総合的に管理）を導入すべき」

「9：『開業看護師』など病院・診療所以外に低コストで医療相談できる制度を導入する」

「10：その他、追加意見」

——2、6、7、10を選択

〔追加意見〕

厚労省が策定した地域医療ビジョンの「ガイドライン」は、現行の一般病床を診療報酬の取得点数に応じて区分し、点数が低い一般病床と慢性期病床は大幅に削減・淘汰するとしています。昨年、内閣官房の検討会が同「ガイドライン」に基づく将来の病床数の推計を発表しましたが、そこで、2025年の病床数が“現行より20万床削減”となったことが、各界に衝撃を与えました。国の方針に基づいて都道府県に計画を作らせ、医療機関にペナルティまで科して病床の再編・削減を進める、地域医療ビジョンの枠組みには反対です。

歴代政権はこの四半世紀、国公立病院の統廃合・民営化や病床削減を推進してきましたが、“地元到医院がなくなった”地域では住民生活の維持が困難になり、住民の転出や出生率の低下など、地域の衰退に拍車がかかる状況も生まれています。地域医療を再生するには、医療機関を淘汰する政策をあらため、あらゆる既存の医療資源を応援する政策に転換する必要があります。

日本共産党は、急性期も慢性期も、病院も診療所も、地域医療を担うすべての医療機関に対する支援を強化します。医療インフラを維持する緊急避難として集約化が必要な地域についても、住民への説明と合意、十分な予算投入、既存の医療資源を生かす方向で進める必要があります。医師数の定員による抑制、患者のフリーアクセスの制限などは、現場の矛盾を拡大するだけと考えます。

#### 【5】医師の労働基準法準拠と医療従事者の労働環境改善

昨今、ブラック企業等の言葉が一般化し、労働環境の改善が重要な政策課題となっている。医療機関の勤務医においては月80時間以上の残業が常態化している上、当直業務等を担っている。今後さらに需要が増加する医療・介護の現場の改善への対策は如何？

- 「1：現在の医療提供体制の維持のため、ある程度の過重労働はやむを得ない」
- 「2：一施設当たりの医療従事者数を増員するため、急性期病院を集約化する」
- 「3：医療法を改正し、病院の医師定数を労基法遵守可能となるように設定する」
- 「4：医療機関に対する労働基準監督署の指導強化をする」
- 「5：宿日直許可などを積極的に見直し、適正な労働環境を構築することを促す」
- 「6：医師以外の、医療従事者や福祉関係などの資格職をできるだけ増員する」
- 「7：非資格職の増員を積極的に行い、資格職の負担を軽減する」
- 「8：上記のような職員の雇用を可能にする診療報酬体系にする」
- 「9：特に人員の増加は考えていない」
- 「10：慢性期病院での日当直配置を有床診療所と同様に免除（オンコールは義務化）する等して、医師の需要減となるような規制の緩和を導入する」
- 「11：その他、追加意見」

—5、6、8、11を選択

〔追加意見〕

医師の抜本的な増員を進めつつ、看護師・病棟薬剤師・ケースワーカーなどスタッフの増員、代替要員・ローテーションの確保、家庭生活との両立支援、研修や学会参加の保障などを推進し、勤務医を含めた医療従事者が、労働基準法に準拠した働き方ができる条件を整えていきます。

政府が導入した「特定看護師」など、医師の業務の一部を、医師以外の職種に担わせるやり方には、医療の安全確保、患者との関係、医療現場の連携を困難にしかねないなど、多くの問題があると考えます。医療を“安上がり”にすることをねらった業務範囲の見直しではなく、医療・介護従事者の抜本的な養成増と、医療・介護の質の向上に、国が責任を持つべきです。

「基幹病院における専門医研修」を事実上、義務づけることで若手医師を大学病院などに集中させ、「定員制」による医師数抑制に道を開くなど、地域医療への重大な影響が懸念される「新専門医制度」については、2017年度実施を延期し、当事者の意見を聞きながら、再検討していくことを求めます。