

医療政策についての政権公約に関する質問への回答

1、透明で開かれた医療政策決定プロセス

地域から病院や診療科が次つぎなくなり、「お産ができない」「救急車を呼んでも病院にたどりつけない」など、これまで「当たり前」だったことさえ機能しなくなる事態が各地で進行しています。受け入れ先のない高齢者が「医療難民・介護難民」となり、リハビリ患者が保険治療を制限されて「リハビリ難民」となるなど、国策による「難民」も急増しています。こうした事態は政府の医療政策によって生みだされたものですが、それらはいずれも、国民とかけ離れたところで議論・決定されてきました。

国の社会保障政策の重要事案が、非公開の“密室”で指示・作成されていることは、今年4月、要介護認定改編をめぐる厚生労働省の内部文書の露見などからも明らかとなっています。「診療報酬の総額削減」「保険外治療の拡大」など、この間の「医療改革」も、経済財政諮問会議や規制改革会議など、財界首脳ら少数の「有識者」で構成された審議会で方針化され、国民と医療現場に押しつけられてきました。

現在は非公開となっている“実務者レベル”の会議も含め、医療行政の策定・具体化にかかわる全ての会合の議事録・資料をすみやかに全面公開させます。厚生労働省に設置されている審議会・検討会の構成を見直し、国民・患者代表の参加をすすめる機構改革を推進します。「患者の権利」を明記し、医療行政全般に患者の声を反映させる仕組みをつくる「基本法」の早期成立をはかります。経済・財政の基本政策を論議・答申する審議会のあり方も抜本的に見直し、日本社会を公正に代表する機構へ転換をすすめます。

2、医療政策の立案や評価に必要な情報・統計データの整備

医療に関する客観的データの提示や正確な統計情報の公開は、医療政策の国民的議論をすすめる不可欠の前提です。ところが、厚生労働省が発表する国民医療費には、差額ベッド代などの自費負担、正常分娩・予防接種などにかかる費用は計上されず、国民負担の実態や医療・保健にかかる経費全体を反映したものとなっていません。また、国民医療費の「将来推計」をめぐっても“水増し試算”と“下方修正”が繰り返され、過大に見積もられた医療費推計が、「医療費亡国論」の根拠とされてきました。

国民の医療費負担、公的医療費と私的医療費の内訳、日本の医療・保健費の全体像を明らかにする立場から、医療統計のあり方をすみやかに見直します。中医協の医療経済実態調査のデータ精度を高めるため、次回調査（2011年）にむけて調査体制を拡充し、医療機関への周知と協力要請を強化します。この間、各学会や研究機関が独自におこなってきた疫学調査の結果も踏まえつつ、医療の質、地域医療の連携などの実状を明らかにする疫学調査を国の責任でおこないます。

3、医療政策を実行するにあたり国民に理解や納得を求めるメッセージ

公的医療保障や医療体制の整備にかかわる国の予算の抜本的増額が必要です。日本の総医療費はGDPの8・2%、公的医療費もGDPの6・7%で、いずれも先進国で最低レベルです。国民の長寿化や医療技術の進歩による医療費の増加は本来、おそれるべきものではありません。ところが、歴代政権は「医療費削減」の名で公的医療保険を切り縮め、医師数抑制や診療報酬削減で地域医療を危機に追いやってきました。これを根本的に転換し、公的医療保障の拡充と医療提供体制の再建に足を踏みだします。

その財源は、“所得や資産など能力に応じた負担”という「応能負担の原則」をつらぬいてこそ安定的に確保できます。国民の暮らしを壊すような増税で“財政の帳尻”をあわせても失敗に終わることは、消費税増税や窓口負担増の強行で国民生活が大打撃を受け、不況と財政赤字がいつそう深刻化した1997年の教訓からも明らかです。日本の大企業の税・保険料負担は、ドイツやフランスの7～8割の水準に過ぎません。「応能負担の原則」にもとづく税制・社会保険料の改革をすすめ、大企業や大資産家には社会的責任と応分の負担を求めます。他の先進国よりも異常に高い薬価や医療機器の価格の実態にメスを入れ、医療保険財政のムダをなくすことも必要です。個人と企業の税・保険料負担の国際比較、薬・医療機器の価格の実態なども国民に示しながら、医療拡充の財源を確保する改革をすすめていきます。

医師・看護師不足の実態や、地域の医療機関の窮状を国民に知らせ、医療従事者の抜本的増員をはかりつつ、受診数を適正化し、地域医療をまもる共同・理解を広げます。

以上