

保険医定数制導入・自由開業制見直し論が俎上に 国にとっての「かしこい支出」(ワイス・ スペンディング)を目指す「見える化」政策

今回の談話が批判した「保険医定数制」や「自由開業制見直し」は、すでに「新専門医制度」の混乱を収拾すべく厚生労働省社会保障審議会医療部会に設置された「専門医養成の在り方に関する検討委員会」や「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」で論点提示されていた。それらはいずれも医療者サイドから発せられたものであり、今回厚生労働大臣自ら検討を表明したことは、「医師に対する規制」導入に向けたプロセスが新たな水域に入ったことを意味する。

医師規制策に踏み込んだ一歩

今回の塩崎発言や各検討会の論点提示は、いずれも同様に「医師・診療科偏在」の解消を根拠とする。偏在解消は解決すべき課題だが、立ち止まって背景をみれば、その危険性が浮かび上がる。

5月18日、安倍政権の骨太方針2016の(素案)が公表され「医師については、地域医療構想等を踏まえ、規制的手法も含めた地域偏在・診療科偏在対策を検討する」とこちらにも明記された。

そこには次のような言葉がある。

「見える化」の更なる深化とワイス・スペンディング」(※編注「賢い支出」)。

昨年(15年)の骨太方針以降、安倍政権は「経済・財政一体改革推進委員会」を立ち上げ、日本経済が「デフレからの完全脱却」を果たすための「大胆な改革」のための「仕掛け」として、「見える化」を通じたワイス・スペンディングなるものを提起し

てきた。

彼らの主張は、お金(＝公的財源)の使われ方(インプット)と、お金を使った結果生み出された成果(アウトプット)の見える化を進め、公費投入による政策効果を、都道府県や基礎自治体、保険者等の単位で比較すれば、ワイス・スペンディングの徹底が現場から要請され、ボトムアップの改革が進められるというもの。その結果、経済的に非効率な分野では「新しい手法や主体におきかえ」られ、「アウトカムにおいて新しいプレイヤーの登場を促し、リターンの大きい政策に公費投入が重点化される。これが「見える化」を訴える彼らの思想であり、それが医療分野に持ち込まれると何が目指されるかは明らかではないか※。

「見える化」であぶり出される 「医療の非効率性」は本当か?!

「データ分析・推計により、各都道府県の2025年の医療機能別需要と病床の必要量を『見える化』」「NDB分析により、各都道府県の受療率・一人当たり日数・一日当たり点数等の地域差を『見える化』」することで、あたかも地域差は医療におけるアウトカムのプレイヤー(医師や医療機関)の非効率な在り方(存在様式?)によってもたらされているかのように描き出されるのである。

つまり、地域医療構想における医療需要推計、そこから割り出した必要病床数や必要医師数推計は、典型的な「見える化」作業である。しかし、レセブ

トデータで「見える化」したデータは、地域医療の現実そのものではない。ただの数字である。例えば一人当たり医療費の地域差が見せているのは、ただの医療に要した金額の差に過ぎない。そこから医療提供体制に無駄があることや、当該地域の医師の専門性が高い低いということを読み出せるはずがないのである。地域医療の現実が数字の中に存在しているのではなく、地域に暮らす人たちが自治体の職員、あるいは医療者自身が日々を生き、体験することの中にしか存在しない。

にもかかわらず地域差を根拠に、そこに何かしらの非効率性があるかのように描き出し、医師や病院の在り方を転換する(たとえば、医師数を地域別に制限し、地域差を解消する。あるいは「総合診療専門医」や「地域連携推進法人」などといった新たなプレイヤーを登場させる)。その結果、国にとっての「かしこい支出」がもたらされる。これが「見える化」政策の本質であり、あくまで医療にかかる公費の縮小と、振り向け先の変更によって成長産業化を進めるためのものに過ぎない。

今回、厚労大臣が経済財政諮問会議という場で保険医定数制や自由開業制見直しにつながる政策の検討を表明したことは、生命と健康を守る医療政策が経済政策に従属しつつある今日の厚労行政の側面を覗かせるものといえるだろう。

※こうした記述は「経済・財政再生アクション・プログラム－「見える化」と「ワイス・スペンディング」による『工夫の改革』－(2015年12月24日 経済財政諮問会議)

談話 医師管理・自由開業制見直しで皆保険は守れるか

2016年5月20日 京都府保険医協会 副理事長 渡邊 賢治

国が自由開業制見直しを公式に表明

5月11日に開催された経済財政諮問会議で、塩崎恭久厚生労働大臣は「医師の診療科・勤務地の選択の自由を前提」とした従前の医師確保対策を転換し、「医師に対する規制を含めた地域偏在・診療科偏在の是正策」を年内にとりまとめる予定と報告した。これを私たちは国として「保険医定数制」導入や「自由開業制」見直しが公式に表明されたものと受け止めている。

繰り返し提案されてきたフリーアクセス 制限と自由開業制見直し

国は「保険医定数制」を幾度も提案してきた。1996年、厚生省(当時)の医療保険審議会は、「今後の国民医療と医療保険制度のあり方について」で、「国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内に止めることを目標」として、医療提供体制のあり方見直しを打ち出した。具体的には「病床数見直し」や「平均在院日数の短縮」、「保険医定年制」「保険医定数制」、診療報酬の包括化・定額化推進、「総額請負制」まで検討項目にあげていた。

それどころか、遡れば1949年、既に厚生省が「登録人頭払い式診療報酬支払方法調査費」を予算計上した記録がある。国は、国民皆保険体制を維持しつつ、医療費の増加に歯止めをかけるにはフリーアクセスと自由開業制の見直しが有効と早い段階から認識していたのである。

これらは医療者の抵抗もあって、急進的な実施が避けられてきた。

しかし、昨今になり、地域医療構想を使った病床数抑制と平均在院日数短縮、紹介状なしの大病院受

診時の定額負担の導入、かかりつけ医以外を外来受診した場合の新たな定額負担導入等によるフリーアクセス制限は相当程度、具体化されてきた。今般、残る自由開業制見直しもいよいよ現実性を以て俎上に上がってきたことになる。

偏在解消へ向けた医療者の善意に乗じた 厚労大臣提案

厚労大臣が医師に対する規制を公言するに至った背景には、「新専門医制度」や「地域医療構想」をめぐり、むしろ医療団体側から、自由開業制見直しや保険医定数制につながる提案が相次いでなされてきたことがある。もちろんこれらは、地域医療への影響や偏在解消のための発言であり、国民の医療を守るため、善意から自らに課す規制との側面を持っている。しかし、国はこれに乗じて、「医師に対する規制」の実現可能性を確信したのであろう。

偏在問題を生むのは自由開業制か

日本の国民皆保険制度では、自由開業制とフリーアクセス保障により、患者が自由に医療機関を選択し、医療側は自分を選んだ患者の治療に全力を尽くす。そこで生み出された相互の信頼関係が、時に町医者と呼ばれ、地域で生きる開業医の姿を育ててきた。

一方、日本の至るところに医師がいけない地域や必要な診療科がない地域があるのも事実である。行政はこうした状態を「医師・診療科偏在」と呼んでいる。これは、「いつでも・どこでも・誰でも」の理念が、現実には貫徹されていないことを表しており、一刻も早い解決が求められている。

だが、偏在問題を生み出しているのは自由開業制ではない。

日本の開業医は保険で良い医療を実践しつつ、自ら医療も営んでいる。現実問題として、医療が成り立つための基盤のない地域での医療提供は難しい。地域経済の疲弊、人口流出、限界集落の出現等は、歴代の経済政策がもたらした結果であり、自由開業制の是非とは無関係である。理屈から言えば、医療を営み得る地域への再生こそが、政治には求められるのである。

医療の犠牲を強いる政策は国民皆保険体制を破壊する

日本の医療は、開業医を中心とした医療者の献身に支えられて発展してきた。明治以来、医政の基礎に据えられた自由開業制もその特質を支える大切な要素のほずである。したがって、その転換は、開業医の在り方、患者さんに提供される医療の在り方の根本にかかる問題である。

自らの専門性に基づく診断・治療が保険給付でき、保険診療による収入によって医療が成立すること。それが保障されてこそ、地域の医師は保険医として存在し、皆保険体制の担い手であることができた。

専門医取得や開業地も含め、医師の自由を制限し、国の強い管理・介入の下でしか医療が成り立たない状況を生み出すことは、国民皆保険体制を破壊する。

ましてや、現政権が自由開業制を否定し、医師に対する規制を強めればそれが偏在解消以上に、医療費抑制の手段となることは明らかである。

私たちは、これからも保険でよい医療と医療が実現される国民皆保険体制の担い手として、国による医師コントロールには徹底して抵抗し、立ち向かう。