

〈談 話〉

生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律案ならびに生活保護費の見直しについて

2月9日に国会提出された生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律案は、「生活困窮者の自立支援の強化」と「生活保護制度における自立支援の強化、適正化」を柱としている。

後発医薬品使用の原則化は差別かつ医師の専門性侵害である

「医療扶助における後発医薬品の使用原則化」は、後者の「適正化」に類する改正案である。後発医薬品の普及は、2018年度からの第3期医療費適正化計画の「都道府県医療費の推計ツール」においても推奨されており、今日における医療費支出抑制策の柱の一つである。同じく今年度からの国民健康保険制度の都道府県化に伴い創設された保険者努力支援制度においても、「後発医薬品の使用割合」は評価指標に位置付けられている。

後発医薬品の「原則化」は、2つの意味で問題がある。

一つは、患者の自己決定権・自己選択権の侵害である。

生活保護受給世帯に属する人であることと、そうではない人との間に、「後発医薬品」の選択について差異を設けることは、明らかな人権の制約である。なぜ保護受給者だけが後発医薬品の服用を「原則化」されねばならないのか。私たちはそこに「国の世話になりながら高額な先発医薬品を使うなんて贅沢」というあからさまな差別意識を感じずにはいられない。それ以外に「原則化」を提案する理由は見当たらない。即ち、国が望むのはすべての人々に対する後発医薬品使用のスタンダード化であろうが、その先鞭として保護受給者は選ばれているものとする。

二つめは、医師の専門性への介入である。

投薬とは医師が患者の疾患、容体に対し、専門的見地からその可否を判断する。それが先発医薬品であるか後発医薬品であるかも含め、判断は医師の専門性に委ねられている。

私たちは現行法における、「可能な限り後発医薬品の使用を促すことによりその給付を行うよう努める」（第34条の3）との規定自体も深刻な差別を含んでいると考えるが、改正法案は「可能な限り」を「原則として」に置き換えようとしている。国の説明資料は「医師が医学的知見に基づいて、後発医薬品を使用することができると認めたものについては」と記述しているが、それはどのような方法で担保されるのか。地方自治体が常に扶助費を抑える努力を求められている現状にあって、その圧力が今以上に医師にも及ぶことは想像に難くない。もちろん私たちは何も後発医薬品使用すべてを否定するものではない。昨今はAGも普及し始めたことから、患者さんの一部負担金も考慮し、積極的に活用する医師も多い。しかし、それはあくまで医師が判断することである。

患者さんの選択権・自己決定権と医師の専門性は一見相反するかのようだが、そうで

はない。医師が患者さんの思いに寄り添いながら、一緒に治療方針を決定し、快復を目指すのであり、そこに国による何らかの介入・強制が入り込む余地はない。

貧弱な自立論と保護受給者敵視

さて、法案は「生活困窮者に対する包括的な支援体制の強化」を打ち出し、自立相談支援事業・就労準備支援事業・家計改善支援事業の一体的実施の促進を盛り込む。子どもの学習支援事業や居宅支援の強化、保護受給世帯の子どもたちが大学等に進学する際の一時金創設等、前進と受け取れる側面もある。だが、「生活困窮者の尊厳の保持」を謳いながらも、その根底にある人間観・国民観に対し違和感を覚える。

「自立」という言葉は、とりわけ社会福祉分野で国が頻用している。だがその「自立」は、障害者福祉サービスや介護保険制度でも顕著に表れているように、公的な福祉サービスに頼らない状態のことを指しているに過ぎない。福祉を受給すれば自立していない、受給しなければ自立しているというのは、あまりに貧弱な思想である。

貧困や疾病、障害等によって人としての権利を侵害されている対象者がいて、福祉サービスが人としての権利を保障する。それが社会福祉の原理のはずである。それを見失い、貧弱な自立論に拠って行政がなされることで、保護打ち切りや生活保護申請をためらうことによる餓死事件は繰り返されているのではないか。

日本の生活保護捕捉率は 15.3%～18%と低く（日本弁護士会「生活保護Q & Aパンフレット」2010年）、生活保護受給が可能な世帯の8割以上が制度からこぼれ落ちている。2018年10月から法改正と同時に実施されようとしている生活保護基準の見直しは、所得下位10%層（第1・10分位層）と均衡させる方式が採用される。低所得層であっても保護受給していないことを「自立」と見做し、「自立」した低所得層にあわせて保護基準を見直すこと自体に、保護受給者に対する差別意識と貧弱な自立論が表れている。

地域で人々の生命と健康を預かる専門職として

私たち医師は、地域で人々の生命と健康を預かる専門職として、日々を必死に生きる人たちと向き合っている。医療だけでなく住宅、福祉、保健政策等、手厚い社会サービスによって誰一人として、貧困による不幸を強いられたり、差別を被ったりしない国の在り方を望む。国は地域共生社会を謳い、自助・互助を社会保障サービスの代替に据えようと躍起だが、その方向に人々の幸せはない。

国の社会保障政策を根本から見直すことを求めるとともに、今回の改革についても一から考え直すことを強く求めたい。

2018年4月19日
京都府保険医協会
副理事長 渡邊賢治