

【談話】

健康先進国どころか皆保険制度を根底から破壊！

「保健医療 2035」を批判する

1. いとも簡単に転換される「パラダイム」

塩崎恭久厚生労働大臣直轄の有識者会議である「保健医療 2035 策定懇談会」が6月9日、「保健医療 2035 提言書」をまとめ、塩崎厚労相に提出した。

報告書は冒頭から、「2035年、日本は健康先進国へ」と大見出しを掲げているが、本当だろうか。つづくリード部分には、「保健医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、日本の経済成長と財政再建にも貢献し ひとりひとりが主役となれる健やかな社会を実現していく」とある。

「経済成長や財政再建に貢献する」ことは、医療の本旨とは本来無関係であり、百歩譲っても副次的なことに過ぎない。医療政策を考えるなら、必要な人に必要な医療を提供することにこそ腐心すべきだ。

しかし本文中にも「リーン・ヘルスケア」なる聞きなれない言葉が出てくる。「価値の高いサービスをより低コストで提供」する、「いわばより良い医療をより安く」がコンセプトだという。この言葉には、医療は市場で購入する商品であるかのような錯覚がある。こうした認識が、日本の医療政策や制度設計を担う人たちの間では、もはや一般化してしまったのだろうか。だからこそ、「均質のサービスが量的に全国各地のあらゆる人々に行き渡ることを目指」してきた、国民皆保険制度の「パラダイム」を簡単に「転換」するとの発想に立つことができるということなのかもしれない。

2. 提言書の構想する 2035 年の医療制度の姿

提言書が描き出す医療制度の姿は、「健康先進国」の実現どころか、国民皆保険制度を根底から否定したものである。題名が示すとおり、その時間的射程は「2035年」、団塊世代の二世が65歳を迎える時期を想定している。これまでの射程は「2025年」の「地域包括ケアシステム構築」であり、10年分の積み増しというわけである。したがって、既に2025年に向けて進行中の制度改革を基礎にしたさらなる改革の構想となっている。

概括すれば、それは次のようなものである。

- ① 既に導入された地方自治体を基礎にした医療費抑制の仕組みを発展させ、「自律」や「ローカルオプティマム」の名の下に、国による全ての人々に対する統一的な医療保障という観点での政策をほぼ完全に解体する
- ② 一方で、地方自治体による確実な医療費抑制を可能とするため、地方自治体・医療者・患者を統制する仕組みを、国は積極的に開発・構築する
- ③ 日本が世界の保健医療を牽引する（グローバルヘルスリーダー）として、「病院」・「名医」・「医療提供体制」・「地域包括ケアシステム」を海外展開させる

3. 構想の実現＝国民皆保険の解体

提言書はそのための方策を縷々述べているのだが、結局のところそれは国民皆保険制度の解体をめざすことと同義である。

国民皆保険制度をこれまで同様に、「皆医療保障型」の制度として成立させ続けるために崩してはいけない基本原則がある。

その1つにして最大の柱が「必要充足原則」である。必要な医療が必要なだけ、保険

給付として提供されること、そして、それは財政の事情や国策の方向性とは無関係に、あくまで独立した医師の専門性に基づく判断で提供されなければならない。この原則を具体化するための枠組みが、「全国统一給付保障」「療養の給付」「フリーアクセス」である。提言書はそれらを否定し、解体を提案している。

(1) 都道府県別の診療報酬

提言は、医療介護総合確保推進法（川上・川下の改革）と医療保険制度改革関連法（国保の都道府県化・都道府県医療費適正化計画の強化）の施行により、都道府県に医療費目標を設定させ、都道府県自らがそれを上回る医療費支出とならないよう、管理・抑制する仕組みが構築されたことを基礎に、その実効をめざす新たな仕組みを提起した。

それが、医療費適正化計画の推計を上回る医療費支出となった都道府県については、診療報酬を引き下げるというものである。さらに、「地域差」の存在についても「都道府県の努力の違いに起因する要素」は「都道府県がその責任（財政的な負担）を担う仕組みを導入」という。

このように、全国统一給付原則を明確に否定する形で、都道府県ごとの医療費抑制の取組を強化させる。

(2) 医療の担い手の「差し換え」

その上で次に提起されるのは、地域における医療の担い手の「差し換え」＝開業医から総合診療専門医へ、である。

提言書は、「将来的に、仮に医師偏在が続く場合においては、保険医の配置・定数の設定や、現在の自由開業制・自由標榜制の見直し」を行い、「総合的な診療を行うことができるかかりつけ医」を「すべての地域で」配置するとした。

かかりつけ医が求められるのは「適切な医療を円滑に受けられるようにサポートする」「ゲートオープナー」機能だという。

この医師像は、今日の開業医が、自らの医学的判断に基づき、自ら診断し、自ら治療を提供することを基本に、時には他の医療機関とも連携し、他科・他院での受診も促している在り方と本質的に違うものである。

この、かかりつけ医の診療報酬は「包括払い」とされ、医学的必要性に基づいた療養の給付と一体の関係にある、上限設定なき医療提供を可能とする「出来高払い」は明確に否定されている。

その否定は、今日の開業医医療の否定でもある。

医学的専門性に基づいて医療を提供する開業医というあり方は、医療費抑制策の推進にとって不都合な存在なのである。それよりも、新しく誕生する総合診療専門医を、国の政策に則って仕事をする、国家統制可能な医師像として、今の開業医と差し換えようとしているのである。

(3) フリーアクセス制限と新たな「階層化」

さらに、患者がかかりつけ医を受診した場合の「患者負担軽減」という提案もなされている。これは、2つの性格を持つ提案である。

1つは言うまでもなく、フリーアクセス制限である。かかりつけ医というゲートを通過することなしに、他医療機関へのアクセスすることを戒めるものである。

しかし、窓口一部負担の金額を気にせず、受診できる階層の患者は存在する。

そういう人たちは、かかりつけ医以外（単科の専門科開業医や病院外来）を受診でき

る。端的に言って富裕層のフリーアクセスは制限されないのである。

これは保険診療の世界に「混合診療」とは別の「新たな階層化」が持ち込まれることを意味する。経済的事由でかかりつけ医の医療しか受けられない患者層とそれ以外の医師の診療を受けられる患者層が生み出されるのである。

もちろん、これは裏返すと医師の階層化にもつながる。安い費用で受診できる総合診療専門医と高額な費用を払わなければ受けられないそれ以外の専門医、である。

(4) 公的医療保険の基本設計の変更

さらにである。「安定した保健医療財源」の項に、次のような表記がある。「公的医療保険の役割や機能については」「不断の検証」を行い、その「結果、公的医療保険の範囲から外れるサービスを患者の主体的な選択により利用する際に、活用できる新たな金融サービス、寄付による基金など公的保険を補完する財政支援の仕組みの検討も重要である」。加えて欄外注に「例えば、基礎となる公的医療保険の土台に、地域や職域保険が選択的に提供できるサービスを新たに追加できるようにし、その一部を付加的なサービスにとらえ保険範囲外とすることや、重症度・救命性が低く費用対効果の低いサービスの一部を保険範囲外とすることなど、さまざまな手法が考えられる」とされる。

ここに顕れているのは、①公的医療保険からの給付は限定的、②それ以上の医療を受けたい人は、富裕層なら「金融サービス」、そうでない低所得者は「財政支援」を活用するという、新たな医療保険制度像である。これは、従来の保険外併用療養費制度を通じた混合診療拡大路線ではない、新たな公的医療保険の二階建て化への道である。

皆保険体制解体後の新たな医療保険構想に向けて、事態が着々と動いていることが明白に示された提案といえるだろう。

4. 皆保険の堅持・発展にしか医療の未来はない

今回の提言書を私たちが深刻に受け止めるのは、内容的な問題に止まらない。重大なのは、この提言書が厚生労働省管轄の審議体から出されたという事実である。仮にこの提言書が財務省や経済産業省から出されたものであれば、さもありなんで、これほどのインパクトを与えなかったであろう。従来の厚生労働省で政策立案・制度設計を手掛ける人たちが守ってきた、踏み越えてはいけない最低限のラインを、この提言書はいとも簡単に踏み越えてしまっているのである。

さらに、ここ数年の医療・介護総合確保推進法や医療保険制度改革、そして専門医制度見直しによって築かれたフォーマットによって、国がその気になれば提言書の構想する改革内容はいつでも実現可能な状態となってしまうのである。

その意味で、地域の医療者はこの提言書に書かれた内容を決して受け入れることはできないのである。

私たちはこの提言書とそれを手掛けた厚生労働省を厳しく批判する。

厚生労働省は提言書を具体化せず、「必要な医療を必要なだけ」保障する皆保険体制を堅持し、発展させる立場に戻るべきだ。

2015年6月23日
京都府保険医協会
副理事長 渡邊賢治