

特集 ● 歴史的岐路に立つ生存権と社会保障

暮らしと健康、いのちを脅かす 医療改革は許さない

鎌倉幸孝

政府の「社会保障制度改革推進本部」は2015年1月に「医療制度改革骨子」を決定し、3月には厚労省から「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案（医療保険制度改革関連法）」が国会に提出された。法案は、①一括で提出・審議され、②審議時間は衆議院で22時間、参議院は23時間程度と僅かな審議時間で、③形式的な参考人質疑を行うだけで、それを受けての審議もなく、国民・患者への説明もなく、④具体的な部分については「今後検討」としてまともな国会議論なしで進められるなど、自公政権の極めて不十分な対応のなかで、5月27日に強行成立した。法案は、国民皆保険体制を崩壊させ、国民のいのちと暮らしを脅かし、新たな負担増を押しつけるもので、到底許すことのできないメニューばかりが並んでいる。

新たな負担増を押しつける医療保険制度改革関連法

1) 国民皆保険制度を揺るがす国民健康保険の都道府県単位化

第1は、「国民健康保険の安定化」である。2018年度からは都道府県が国民健康保険（国保）の財政運営の責任主体となり、国保の中心的役割を担うことになる。具体的には、都道府県が、保険給付に要する費用の支払い、市町

村の事務の効率化・広域化等を促進し、市町村が保険料の徴収、資格管理・保険給付の決定、保健事業などを引き続き担うことになる。つまり、都道府県と市町村が共同して国保を運営するということである。

国民健康保険料（国保料）の設定については、都道府県が、域内の医療費全体を管理したうえで、市町村ごとの標準保険料率（都道府県が「標準的」とする保険料の算定方式と収納率にもとづいて計算し、一般会計法定外繰入は見込まない）を定め、各市町村は、標準保険料率を参考にしながら、納付金を納めるのに必要な保険料率を定め、保険料を徴収して都道府県に納付する方式をとることになる。しかし、この方式では、市町村による一般会計法定外繰入がなされなければ、国保料が大幅に引き上げられることになる。都道府県から割当てられた納付金は100%納める必要があるが、全国の保険料収納実績の平均は約90%（2012年度）なので、市町村は納付金を賄うために、平均10%の保険料を引き上げるか、若しくは都道府県に新設される財政安定化基金から納付金の不足分を借り受け、のちに保険料に上乗せして返済することになるからである。保険料の引き上げに伴い、保険料滞納者に対する給付制限や徴収がさらに強化されることが危惧される。特に、近年は保険料滞納者に対する市町村の差し押さえが増加

してきており、さらに深刻な事態が予想される。

そもそも、国保財政の赤字問題は、国保加入世帯が無職者とワーキングプアが8割を占めることによって生じている構造的な問題であって、保険規模を大きくしたところで、赤字が解消されるわけではない。実際、政令市などの大規模な自治体ほど、国保財政は厳しく、全国最大の保険者である横浜市の2010年度収支決算は204億円の赤字となっている。小規模な保険者の問題については、都道府県単位で行われている国保の保険財政共同安定化事業（2015年4月より対象範囲をすべての医療費に拡大）で対応できるとの指摘もあり、国保の都道府県単位化による財政基盤の安定化は名目にすぎない。

国保の都道府県単位化の本当の目的は、市町村の法定外繰入のような財政補填のための公費支出を廃止し、都道府県ごとに保険料負担と医療費が直結する仕組み、つまり介護保険や後期高齢者医療制度と同様の仕組みをつくりあげることにある。保険料負担と医療費が直結する仕組みが出来上がれば、当面は公費投入で保険料引き上げが回避されても、中長期的には医療費の上昇が保険料引き上げにストレートに跳ね返ることになる。そして、医療費抑制を図るため、医療・介護総合確保法によって、都道府県は医療費適正化計画とともに地域医療構想（ビジョン）を策定することとされ、病床削減など医療提供体制をコントロールする仕組みが組みこまれた。国保の都道府県単位化は、保険料の引き上げを抑制するため、いわば都道府県間で医療費削減を競わせるものである。

2) 負担の公平化等について

第2は、「負担の公平化等」として盛り込まれた患者負担の増大である。具体的には、①入

院時食事療養費の見直し、②紹介状なしで大病院等を受診する場合の定額負担の導入、③標準報酬月額の上昇が規定された。まず、①入院時食事療養費の見直しについては、現在は、一般病床や65歳未満の療養病床などの入院時食事療養費のうち、食材費相当分のみ自己負担（1食につき260円）だが、療養病床に入院している65歳以上の患者は調理費相当分も負担しているので、これにあわせる形で、2016年度から1食360円、2018年度から1食460円に、段階的に引き上げられる。ただし、低所得者および難病患者、小児慢性特定疾病患者の負担額は据え置かれることになっている。②紹介状なしで特定機能病院および500床以上の病院を受診する場合には、2016年度から、保険外併用療養費制度の選定療養として、定額負担を患者から徴収することを義務化した。定額負担の額は、今後検討とされているが、例として5000円から1万円があがっている。③標準報酬月額の上限額が引き上げられる。現在の47等級に新たに3等級を追加し、最高等級の上限を121万円から139万円に引き上げるとともに、標準賞与額もあわせて見直し、年間上限を540万円から573万円に引き上げる。さらに、被用者保険の一般保険料率上限について、2016年度から現行の12%から13%に引き上げる。

そのほかに、プログラム法には規定されていなかったが、政令改正により、後期高齢者医療保険料の特例軽減措置も段階的に廃止される。

これまで保険料を最大9割軽減（被扶養者であった後期高齢者）してきた特例措置が廃止されれば、加入者の半分以上を超える865万人の保険料がこれまでの2～10倍となり、深刻な影響が懸念される。また、「後期高齢者支援金の加算・減算制度について、予防・健康づくり等に

取り組む保険者等に対するインセンティブをより重視するため、多くの保険者に広く薄く加算し、指標の到達状況に応じて段階的に減算（最大10%の範囲内）する仕組みへと見直し、2018年度から開始する。その際、健康の評価指標に後発医薬品の使用割合などを追加して総合的な評価の仕組みにする」ことも提起している。

いずれにせよ、医療保険制度改革関連法は、保険料負担増、給付抑制、患者負担増など、取れるところからは徹底して取る、医療再編にも活用するという構えでの負担強化であり、国民や患者のことは全く視野にはない見直しである。

3) 患者申出療養の創設

第3に、「患者申出療養の創設」である。現行の「評価療養」、「選定療養」に加えて、新たなカテゴリーの保険外併用療養として、この仕組みを追加し、2016年度から実施するとしている。患者申出療養では、患者からの申し出を起点に、保険外の医療を初めて実施する場合には、臨床研究中核病院が開設者の意見書とともに、実施計画、安全性・有効性等の根拠（エビデンス）、患者の申出を示す文書を添付し国に申請する。国は、それを審議し、原則6週間で実施の可否を判断して実施となる。対象となった医療、実施施設を国はホームページで公開、定期的に国に実施報告させる。また、前例がある医療を実施する場合は、その医療機関が前例を取り扱った臨床研究中核病院に、患者の申出を示す文書を添付して申請し、臨床研究中核病院は、その医療機関の実施体制を国が示す考え方をもとに、原則2週間で個別に審査し実施となる。保険外併用療養費の先進医療B（従来の高度医療）は、実施までの審査が原則6か

月であることを考えると、異例の速さでの審査・実施といえる。

患者申出療養の拠点となる臨床研究中核病院（2015年4月より医療法に法定化）は、東京大学医学部附属病院など全国で15病院あるが、患者申出療養は、他の大学病院や特定機能病院（全国で86）、がん拠点病院など「身近な医療機関」での実施が予定されている。ここには一般の病院や診療所などの「かかりつけ医」も含まれている。患者の申し出を起点としているが、医療・医学知識に圧倒的な差がある医療機関の側からのアプローチが不可欠で、患者の申し出を名目にした未確立な医療や実験段階の医療が横行する危険がある。何よりも、審査期間が極端に短く、安全性・有効性に問題があり、医療事故が増える可能性もある。

また、政府の進める成長戦略の「戦略的市場創造プラン」の重点項目としても位置づけられ、革新的な医療機器・医薬品等の開発の市場開拓とセットになって、具体化が急がれてきた自由診療市場の開拓を意図した措置といえるもので、この仕組みは、混合診療の解禁へ踏み出す突破口となる危険性をもっており、これまでみてきた様々な見直し施策の中でも、国民皆保険制度を足元から掘り崩しかねない最も危険な内容を持つものである。

以上は、2015年度以降の医療保険制度の現時点での見直しメニューである。これらは、「医療介護総合法」が医療制度改革の始まりにすぎず、さらに多方面にわたって見直しが準備されていること、こうしたメニューの取り上げ方からして見直しは止まることを知らず、どこまでも続く可能性がある。

医療改悪に反対する共同の取り組み

医療改悪に反対する共同の取り組みは、従来にはない大きな広がりを見せている。日本医療労働組合連合会（日本医労連）も加盟する中央社会保障推進協議会が提起した「医療介護大運動」や医療団体連絡会議（全国保険医団体連合会、全日本民主医療機関連合会、日本医療福祉生活協同組合連合会、新日本医師協会、日本患者同盟、日本医労連の6団体で構成）の署名・宣伝、国会行動が旺盛に取り組みられ、とりわけ昨年大成功を収めた「4・24 ヒューマンチェーン行動」を引き継いで、2月16日に結成された「いのちまもるヒューマンチェーン会議」では、日本難病・疾病団体協議会（JPA）をはじめとする患者団体、各政党への申し入れ行動などが積極的に展開されている。「私たちが伝えたいことはただひとつ・安心して医療を受ける権利を奪う法律は成立させないでください」のアピールへの賛同の申し入れが広がっている。

また、いのちまもるヒューマンチェーン行動として、医療保険制度改革関連法案審議のなかで、院内集会や国会前スピーチ集会等の多彩な行動が展開された。国会議員室や地元事務所への訪問・FAXによる国会議員要請、国会傍聴行動が連携して取り組み、国会審議の内容をタイムリーに伝える「かがやけいのちニュース」が発行されている。採決強行時には抗議集会が開催され、共同の抗議声明も発出されている。その他、「第5回地域医療を守る運動全国交流集会」やいのちまもるヒューマンチェーン行動の呼びかけ人の伊藤真美先生（医師）が進める「アベ No Thank You！」の取り組みにも積極的な結集がはかられている。

新段階に入った、安倍政権の医療・介護改革を含む社会保障改革に対して、医療制度改革については、自治体レベルで地域医療を守るという一点で共同する運動の拡大、そして地域医療と地域包括ケアシステムのあるべき姿を対案として提示していく運動が必要である。具体的には、政府や民間企業のシンクタンクが提示する、自助・互助を基軸とした地域包括ケアシステムではなく、国・自治体の医療・介護に対する公的責任を基軸とする地域包括ケアシステムの構想を提示していくことである。まずは住民の医療・介護需要の把握につとめ、住民参加による医療計画・介護保険事業計画づくりが必要だ。その過程で、国・自治体の医療・介護に対する責任を明確にさせていくことが重要である。

当面、医療制度改革については、地域医療の実態を無視した、病床の機械的な削減をさせないため、自治体レベルで、地域医療構想に医療機関や住民の意見を反映させること、医療関係者が中心となって、どのような医療需要があり、どの程度の病床が必要かを具体的に提言していく運動が必要である。そもそも、必要な医師・看護師等が確保されないことに根本的な原因があり、医師・看護師をはじめとする医療労働者の大幅増員を求める運動をよりいっそう強めることが重要である。

（かまくら ゆきたか・日本医労連副委員長）