

# 社会保障プログラム法のねらいと 医療提供体制再編への動き

全国保険医団体連合会 政策部事務局 寺尾 正之

社会保障プログラム法（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律）は、社会保障改革の基本を「自助・自立の環境整備」と規定しています。条文では、「個人の自助努力を喚起させる仕組み」や「個人の健康管理、疾病予防」、「介護予防等の自助努力が喚起される仕組み」など、国民に対して自己責任による健康管理や疾病・介護予防を求めています。個人の健康や疾病には社会的・経済的な要因も大きく影響することを全く無視していません。憲法第25条の対極にあり、解釈を変更して空文化をはかるものです。

厚労省は、「国民の健康寿命が延伸する社会」と題した施策を進め、高齢化のピークを迎える「2025年度までに医療費・介護費を5兆円規模で抑制」を目指すとしています。健康増進・疾病予防や公衆衛生を充実させ、国民の健康づくりを推進することは必要ですが、医療・介護の給付削減と負担増を進めながら、一方で予防や健康づくりを進めていくことは両立しません。患者・利用者の重症化が進むなど医療費・介護費は逆に増大することになります。

看過できないのは、「健康づくり」と「長寿」「疾病予防」をセットにすることは、自己責任で、健康管理をしない人には、ペナルティが課されるのは当然ということなる問題です。安倍首相が議長を務める産業競争力会議では、民間議員から、疾病の種類で自己負担割合を変えること、カゼなどは「軽い」病気だから現在の3割負担から7割負担に引き上げることが提案されています。

社会保障プログラム法のもとにある社会保障改革推進法では、社会保障は「社会保険制度を基本」にすると規定した上で、公費負担については、保険料の「負担の適正化に充てる」だけに限定しています。公費負担を徹底して削減し、給付削減・負担増を進める一方で、制度から押し出された部分を含めて、新たな営利産業を作り出そうとしています。保険外の医療・介護などが拡大し、公的給付範囲が縮小する一命は財力次第になることが懸念されます。

.....

社会保障制度改革国民会議  
報告の最大のごしつけは、「社会保険制度とは『自助を共同化』した社会保険制度を基本とする」という独自の解釈を盛り込んだことです。「自助

を共同化」しただけではただの民間保険の理屈です。しかも、社会保険制度とは、「保険料を支払った人に見返りとして受給権を保障する仕組み」ということです。これは民間保険の原理そのものです。社会保険制度の公的性格を否定した上で、社会保障制度の基本にすることです。

さらに、「世代間の「不公平」論を持ち出して、高齢者に的を絞った負担増をはかる伏線としています。高齢者の給付を減らして現役世代へという枠組みですが、保険料は世代別・年齢別に払っているわけではありません。現役世代が高齢期になったときに貧しい給付が強制されるだけです。もう一つは、負担増を押し付ける口実として、「負担能力別」の負担を打ち出しまし

た。個人の資産や所得に応じた患者・利用者負担を引き上げるのは、保険給付は平等、公平という原則に反しません。税・保険料について応能負担の原則を徹底すべきです。

フリーアクセスに制限を加えることを通じて給付を削減し、医療費を抑制することも特徴です。国民会議では、「フリーアクセスの制限とは、患者負担というバリアーを高くしていくこと」との議論がありました。具体的には「緩やかなゲートキーパー機能」を開業医と中小病院に持たせ、制限を加える方向です。

安倍政権が計画している社会保障制度「改革」の一番の眼目は、医療・介護提供体制の再編です。2025年度を目標年度として、医療費・介護費の抑制を前提にしてい

ます。今通常国会には、介護保険法と医療法を一本化した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する」法案が提出されました。

どのように進めるかという点、第1に病床数を始めとした量的コントロール、医療機能ごとにコントロールすることです。第2は地域包括ケアです。医療・介護の提供体制をネットワークで結んで地域単位のシステムを構築していく。これは市町村に責任を持たせます。3番目は、患者負担増など受診のハードルを上げ、フリーアクセスに制限をかけていくことです(70〜74歳の窓口負担は現在原則1割ですが、新たに70歳になる人から2割に引き上げることから13年度補正予算に盛り込みました。世界保健機関(WHO)

の専門医学雑誌では、70歳以降1割負担への軽減により、健康状態が改善されるとしています。その世代に負担を倍増させれば、大きな受診抑制を起すことは間違いありません。

国民会議報告は、「最大の使命は…医療・介護提供体制改革…の実現に向けて実効性と加速度を加えること」と宣言しています。2025年に向けて、「病床の機能分化の推進で平均在院日数の短縮」や「外来受診の適正化」、医療の非営利性にも踏み込む「持ち株会社型医療法人の認可」などを進める計画です。医療から介護まで一貫した提供体制をつくってコントロールしようとしています。医療機能の分化と連携強化については、「高齢者の増加に伴う医療ニーズの増大には、

病床を増やすことなく対応する」としています。フリーアクセスに制限をかけることについては、「一般的な外来受診」は「緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』に相談することを基本」としています。前述の法案には、「国民」は「医療提供施設の機能に応じ」、「選択を適切に行い」、「医療を適正に受けるように努めなければならない」ことまで明記しています。

医療提供体制再編への新たな方策が、地域の「医療需要」に応じた「医療の必要量」、イコール医療提供体制とのマッチングをはかるというものです。各都道府県が2025年の「医療需要」を推計し、それに応じた医療機能ごとの「医療の必要量」を示します。

「地域医療構想」というもので、これを策定の上、2018年度から開始する第3期医療計画に盛り込むとしています。「医療需要」の項目には、入院・外来・疾患別の患者数が示されています。厚生省は、医療（レセプト、特定健診等）や介護のデータ活用する計画ですが、経済的理由による受診の手控えが増えている中、こうした人の「医療需要」が反映されるのか疑問です。

「医療の必要量」については、二次医療圏ごとの医療機能別の病床数、市町村単位在宅医療などが対象で、医療提供体制の「必要量」を実現するために、医療機関と医師、診療科の配置などを見直します。「地域医療構想」を達成するために、診療報酬制度と各都道府県に新たに設ける「基金」も活用する計画です。

さらに、都道府県は、「医療需要」と「医療の必要量」に応じた医療提供体制の再編計画を進めるため、医療機関と保険者が参加する「協議の場」を二次医療圏ごとに設置します。医療法に盛り込まれる「協議の場」への参加と、合意事項に協力することは、医療機関の努力義務になり、合意事項に従わない場合には、当該医療機関に対するペナルティが科せられます。

この「協議の場」で、まず取り組まれるのが、二次医療圏ごとに各病院の役割分担を決めて病床を再編することです。前述の法案には「病床機能報告制度」の創設が盛り込まれています。一般病床がある病院（有床診療所も対象）が、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つの区分から「自主的に選択」して

都道府県に報告する制度を導入します。病床を4段階に分け、そのデータを集め、二次医療圏ごとの「医療の必要量」に応じた、4段階の病床数に「収れん」させようとしています。いわば、川上へ位置付けられる急性期病床へ特化し、川下への医療機関で、退院患者の受け入れや在宅医療、訪問看護を行うという構図です。

しかし、医療資源の分布、人口密度、地勢など、地域の医療の諸条件は千差万別です。病床機能を4つの区分に当てはめようとすると地域の実情に合わなくなります。4つの区分の機能もはつきりと分かれるものではなく重なり合うのが医療現場の実態です。厚生省の、2025年モデルでは、病床全体で202万床が必要になると推計し

ていますが、43万床を削減し、159万床に抑制するシナリオです。とくに急性期の病床のうち、看護配置の手厚い7対1病床（36万床）は、「高度急性期」として18万床へ絞り込んでいくシナリオです。厚労省の元老健局長は「急性期以外の病院はなくなるのが理想と思っている」と述べています。これは厚労省の本音だと思えます。高度急性期病床への入院については、「どこでも」というのは、ある程度諦める時代を迎えている」と言っていることが国民会議で議論されています。

また、入院患者数については、1日当たり162万人に増加すると推計していますが、1病床当たりの稼働率を高め、平均在院日数を短縮することで、1日当たり33万人、約2割の入院患者を減らすシナリ

オです。まず14、15年度の2年間で約9万床減らす方針です。早期退院を促し、入院患者を地域に押し出していく計画です。しかし、DPC対象病院の平均在院日数と退院時の「治癒」の割合について、厚労省の統計では、平均在院日数が短縮すると、「治癒」割合も低下しています（2004年度と2012年度の平均在院日数と「治癒」割合を比較すると、「15・01日、8・72%」から「13・43日、4・3%」となっています。平均在院日数を短縮するために必要な入院が制限され、急性期の病床の削減により、それ以外の病床に重度の患者が移れば、それらの病床や在宅、外来において重度患者が増加します。財務省は入院医療の「サービスマ」の削減で、2015年度に4400億円

の削減を見込んでいますが、低所得者層の高齢者を中心に多数の行き場のない入院難民、介護難民、看取り難民が増大するおそれがあります。国民会議報告では、「病院施設から地域・在宅へ」「医療から介護へ」の名で、「人生の最終段階における医療」は「病院外で診療や介護を受ける」ことや「住まいでの看取り」を当然視しています。「QOD（クオリティ・オブ・デス）」を高める医療を求め、その前段階の議論として、「80歳と35歳に（生命的な）優先順位をつけることはできない問題だ」と思うが、公費で運営している社会保障全体から見たら、つけるべき優先順位がある」とまで議論されています。

厚労省の、2025年モ

ル」では、▽病院で8割が死亡することを減らし、在宅での看取りを4割へ増やす▽介護施設入所は161万人分が必要になるが131万人分に抑え、要介護認定者の8割、510万人を在宅介護へ▽外来患者数を5%削減し、要介護認定者数は3%削減する――などのシナリオが示されています。

社会保障プログラム法は、地域包括ケアシステムについて、「地域の実情に応じて高齢者が自立した生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい、自立した日常生活支援が包括的に確保される体制をいう」と規定しています。「地域の実情に応じて」ということは、市町村に事業を丸投げすることと思われ、その理由は、前述の法案に

は、介護予防給付のうち要支援者の約6割が利用している訪問介護（ホームヘルプ）と通所介護（デイサービス）を市町村が行う事業へ移行させることが盛り込まれています。提供するサービス内容や価格、利用者の負担割合は市町村の裁量で決めるとされていますから、やる気のない市町村は

手抜き地域事業になることが懸念されます。特別養護老人ホームへの入所についても、原則「要介護3」以上に制限するとしています。

厚労省は、今後、市町村単位の「地域ケア会議」で、「公的サービスのみならず他の社会資源も積極的に活用しながら、在宅生活の限界点を上げるための支援を検討」するとしています。訪問看護の看護師は看護師全体の2%、約3万人しかいないのが現状で

す。訪問看護師の業務量が増大し、求められる技能、知識レベルが高くなる一方で、それに見合う形で賃金は上がっていません。介護職員についても、厚労省の試算では毎年約7万人確保する必要があります。国は責任で、人材の育成・確保と公費の大幅投入が必要です。

.....  
社会保障プログラム法には、国民健康保険（国保）の運営責任、イコール保険者を市町村から都道府県に変えることが盛り込まれました。2017年度末までに移管し、都道府県と市町村で役割分担（資格管理・賦課徴収・保健事業は市町村業務の方向）するとしています（2015年通常国会に法案提出予定）。

国保の都道府県化は、医療提供体制のコントロールに責

任を持たせるために行います。都道府県自身が保険者になって国保財政の構造的問題を理解すれば、都道府県が策定する「地域医療構想」の実効性も増し、医療費抑制、提供体制のコントロールに真剣に取り組まざるを得なくなるとのねらいです。

都道府県単位の運営になれば、保険料は高い市町村の水準に均（なら）され、収入不足を補うための市町村の一般会計からの法定外繰入は廃止されることになります。今でも高すぎる保険料がさらに高くなります。

都道府県化しても県内統一保険料とはしない方向ですが、都道府県と市町村の協議を通じて、保険料の市町村間格差は高い方に均されることが想定されます。市町村ごとの保険料徴収機能は強化され、市

町村は保険料の未納分を穴埋めした上で、都道府県に納めるべき分を100%納めることになる方向です。

規模が大きくなれば国保財政が改善するとの声もありますが、全国最大の国保である横浜市（約56万世帯）の収支決算は約140億円の赤字です。仮に都道府県が保険者になっても、37府県は横浜市国保より規模が小さいです。国保財政が不安定なのは、加入者の平均年齢が高く、かつ所得が低いから。国が制度設計や財政運営に責任を持つべきです。

また、将来的に都道府県の手から離れ、独自の機関に移行する可能性が高いです。協会けんぽは、公法人という形態に移行しています。指定管理者制度などを活用して、保険会社などの民間事業者に外

部委託する可能性もあります。国の責任が実質放棄され、地域間格差が一層拡大することが懸念されます。

……  
 くらしの実態を告発し、こうした提供体制再編計画をやるめさせること、そして「治す医療」だけでなく「生活を支える医療」の重要性が増しています。

一人ひとりの心身・生活の状態に即した多様な受け皿づくりは、日常生活の圏内で、適切な医療・介護サービスの厚い体制があつて、初めて成り立つわけですし、住まいの状況を改善することも大事です。そのためには、住民の目線から、地域医療の実態の調査や医療改善の要

求を提起していくことが必要です。健康なまちづくりの実現に向けた、地域のネットワークづくりが求められています。地域住民、地方自治体と連携した運動を広げ、政府に迫る活動が重要になってきます。



年齢階級でみた外来受療率 (厚生労働省「2011年患者調査」より作成)

