

主張 医療費抑制を目的とした医療制度改革の在り方を問う

民主・自民・公明の「三党合意」により「消費税増税法」及び「社会保障制度改革推進法」（以下、推進法）が2012年8月に成立した。「推進法」は、「自立・自助」を強調し、憲法13条、25条の社会保障の理念を壊し、「適正化」の名目で公的保険給付の縮小、患者負担増をもたらすものであるとともに、生活保護の制度改悪や、障害者の医療給付や難病など公費負担医療等の給付抑制を企図するなど多くの問題点を含んでいる。

安倍政権はこれらの改悪を政府や厚労省の各種審議会委員でほぼ占められる「社会保障制度改革国民会議」を足場に推進してきたが、この会議には、保健、医療、介護、福祉の現場で働く関係者の代表や、患者・国民の代表は入っていない。政府は今年8月21日、「推進法」を実施するための「プログラム法案」の骨子を閣議決定した。実際の制度変更に必要な各法案は、プログラム法案で定められたスケジュールに従い、2014年から2017年にかけて順次提出される予定である。

我が国の社会保障制度はこれまでの度重なる抑制で医療崩壊の危機に瀕しており、推進法に従って改革が進められれば医療崩壊はさらに進行することが予想される。我々はこれまでも、社会保障及び医療保険制度、診療報酬の改善を求めるとともに、診療報酬の引き上げだけでは患者、国民に負担を強いる結果になることから、患者窓口負担の軽減を併せて強く要求してきた。

しかし、政府は超高齢社会を迎える2025年に照準を当て、医療提供体制の再編による医療費抑制策を先行させている。今後、医療法改定と医療計画・医療費適正化計画を通じて具体化を進め、診療報酬改定で誘導していくことが予想される。厚労省は、日常生活圏で適切な医療・介護サービスを受けられる体制として地域包括ケアを構想しており、そのねらいは、「入院から在宅へ」、「医療から介護へ」の流れを強め、診療所、中小病院に在宅看取りを担わせる低コスト提供体制づくりだ。そのため、看護職に「在宅での医行為・看取り」を受け持たせ、介護職に「介護と一部医行為」を担当させ、歯科衛生士に「在宅口腔ケア」を受け持たせることなどが予想される。しかし重要なことは、在宅や介護施設においても必要な治療と健康管理により患者・住民の健康を守ることができるよう、地域の第一線医療を担う医師・歯科医師の診療報酬の評価を正当に行うことだ。

診療報酬は、患者・国民にとっては社会保障としての医療を受ける権利と給付内容を規定するものであり、必要な医療を提供するためには、医学・医療技術の進歩を速やかに公的保険制度の中に組み込むことが必要である。しかし、現在の診療報酬は1980年代以降、特に顕著になった政府の医療費抑制策により、欧米諸国に比べて技術料が低く抑えられ、医療費のGDPに占める割合も8.1%と低く、OECD平均（8.9%）まで4兆円足りない（2009年）。また、医療機関の健全運営を維持する点からも、患者・国民の医療を受ける権利を保障する面においても不十分である。

さらに、診療報酬における不合理な点数設定や理不尽な制限が沢山ある。例えば、入院患者の他院受診の制限や、在宅患者の訪問診療・訪問点滴・指導管理料に関する不合理な点数設定、歯科医療における不当な低点数など、挙げればきりが無い。診療報酬の改定は、医療水準の向上をはかり、「療養の給付」を改善する方向で検討されるべきものであり、国庫負担を拡大して患者窓口負担を大幅に軽減するとともに、医療費の総枠拡大、医科・歯科診療所、中小病院の診療報酬の引き上げを強く求めるものである。