

緊急掲載 財務省の社会保障改革提案 をどう読むか？



二木 立

日本福祉大学学長

にきりゅう：1947年生まれ。72年東京医歯大卒。代々木病院リハビリテーション科科長などを経て、2013年4月より現職。著書に『安倍政権の医療・社会保障改革』『TPPと医療の産業化』（いずれも勁草書房）など。

財務省主計局は4月27日の財政制度等審議会財政制度分科会（分科会長＝吉川洋東大院経済学研究所教授）に資料「社会保障」を提出しました。この資料（全86頁）は社会保障のほとんどすべての領域について財務省が目指す改革を、総論（「当面の社会保障制度改革の基本的考え方」）と各論に分けて網羅的に述べています。各論の中心は「医療・介護等に関する制度改革・効率化の具体案」で、しかも医療制度改革がその大半を占めています。

本稿では、急を要する問題として、財務省提案の「総論」と医療制度改革部分を複眼的に検討します。

「改革の基本的考え方」には評価できる点も

総論の中心は、社会保障関係費の伸びの大幅抑制です。具体的には「今後5年間の社会保障関係費の伸びを、少なくとも高齢化による伸び（+2兆円強～2.5兆円）相当の範囲内としていく必要」があるとし、そのための「社会保障制度改革の柱」を示しており、そのすべてが医療制度改革です（9頁）。

私はこの「基本的考え方」や改革メニューの多くには賛成できませんが、「総論」には注目・評価すべき点も3つあります。第1は、高齢化に伴う伸びを「やむを得ない増」と認め、それと「消費税増収分を活用した社会保障の充実等（+1.5兆円程度）」を合わせた3兆円後半～4兆円程度の増加を予定していること、および社会保障費抑制の具体的な数値目標は示していないことです。これは、小泉政権時代の社会保障費抑制の数値目標設定（毎年2200億円）とその断行が、医療危機・医療荒廃を招いたことについての「学習効果」が残っているためと思います。ただし、財政制度分科会では、委員から「高齢化に

よる社会保障費の伸びにも切り込むべきだ」との意見も出されたとのことで、楽観はできません。

第2は、経済産業省や産業競争力会議、規制改革会議等の文書と異なり、医療・社会保障への市場原理導入提案が含まれないことです。これは各論になりますが、医療制度改革では、混合診療の拡大・解禁にも、「患者申出療養」にも全く言及していません。これは、財務省が、2013年以降、医療分野に市場原理を導入すれば、私的医療費だけでなく公的医療費も増加することを理解したためと思います。

第3は、「社会保障給付費の伸びを『少なくとも高齢化による伸び相当の範囲内』とできれば、名目3%の経済成長の実現と相まって、後代への負担のつけ回し（中略）の拡散をギリギリ防ぐことが可能となり、制度の持続可能性確保につなげることができる」と言い切っていることです（10頁）。この点は、日本の社会保障・財政崩壊が必然とする論者（その多くは医療への市場原理導入論者）との決定的違いです。ただし私は、日本の近年の潜在成長率が1%を下回っていることを考えると、「名目3%の経済成長の実現」（アベノミクスの公式目標）の達成は困難とも考えています。

医療制度改革の焦点は薬価・調剤の抑制

各論の医療制度改革部分は、「国民皆保険を維持するための制度改革」と「医療の効率化」の2本立てで、前者には保険給付範囲の縮小、サービス単価の抑制、および患者窓口負担や保険料の引き上げのメニューが網羅的に示されています。

2016年度診療報酬改定については、診療報酬本体・薬価等を「大幅に抑制する」「マイナスとする」

ことが強調されていますが、薬価・調剤技術料の引き下げについては、医療関係者・患者の視点から見ても合理的なものが少なくなく、その多くに実現可能性があると思います。35頁には大手調剤薬局4社の内部留保(利益剰余金)が2010年の263億円から2014年の577億円へとわずか4年間で2.2倍化したとするセンセーショナルな図も示され、「調剤技術料について抜本的な適正化[抑制]が必要」とする財務省の強い決意がうかがえます。

ただし、長期収載品の保険給付への「参照価格」制導入(保険給付の基準額を超えた「先発薬を選択した患者の追加負担」)は唐突であり、実現可能性は低いと思います(17頁)。

「受診時定額負担・保険免責制」の蒸し返し

以上、財務省提案を複眼的に検討してきましたが、最後に、それには医療保険そのものと現在の医療提供体制改革の理念・根本原則を覆す3つの重大な提案が含まれていることを指摘します。

第1は、「保険給付の範囲の見直し」として、「受診時定額負担・保険免責制の導入」をワンセットで提案していることです(19頁)。「保険免責制」は小泉政権時代の2005年に吉川洋氏が経済財政諮問会議で提案、「受診時定額負担」は民主党政権時代の2011年に同じく吉川洋氏が社会保障改革に関する集中検討会議で提案し、それぞれの政権の医療制度改革の原案に盛り込まれました。しかし、医療保険給付の理念に反するとの与党内外の強い反対により、最終案では削除されました。この歴史的経緯を無視した両制度の蒸し返しはあまりに乱暴です。

なお吉川氏は、受診時定額負担・免責制が保険の原点と主張していますが、これは国民皆保険の理念を否定し、公的保険の特性を無視した主張であり、しかも両制度は民間保険にとっても自明の原理ではなく「保険金給付支払いの諸工夫」にすぎないことは本連載⑤で詳しく説明したのでご一読ください(本誌2011年8月20日号:33-34頁。拙著『TPPと医療の産業化』勁草書房、2012、128-131頁)。

第2は、「医療提供体制改革(総括)」の「病床の機能分化・不合理な地域差解消に向けた枠組みの強化」の諸メニューの最後で「都道府県の権限強化」として「民間医療機関に対する他施設への転換命令

等」をあげていることです(51頁)。現在、各都道府県で、医療介護総合確保推進法に基づく「地域医療構想」の策定作業が始まっていますが、厚労省担当者はこれが当事者間の合意の下に進められることを繰り返し強調しており、法的にも都道府県知事にこのような「転換命令」を行う権限はありません。このような無理筋の提案を、しかも具体的説明なしに唐突に行う財務省の粗暴さには驚かされます。

「保険料の傾斜設定」は社会保険の民間保険化

第3、そして私が最も重大だと思うことは、「医療の無駄排除、予防の推進等(総括)」に「医療保険者による予防の推進」として「受診・投薬が少ない被保険者へのインセンティブ措置(ヘルスポイント、保険料の傾斜設定)の普及等」が含まれていることです(55頁。これについても具体的説明なし)。

「保険料の傾斜設定」は、「『社会保険』は、人々の連帯により、リスクの高い人々はもちろん、全ての人々の生活のリスクをシェアするための仕組みであり(中略)保険料は各自のリスクに見合ったものではなく、賃金等の負担能力に応じたもの」とされている社会保険の根本原則(『平成24年版厚生労働白書』41頁、「社会保険と民間保険の違いは?」)を否定し、社会保険の民間保険化(リスクに応じた保険料設定)を目指したものと言えます。

実は、現在国会で審議されている医療保険制度改革関連法案(具体的には、健康保険法第150条の改正)では、保険者が被保険者等の「自助努力についての支援」を行うこととされ、同法成立後は、国が策定するガイドラインに沿って「保険者が、加入者の予防・健康づくりに向けた取組に応じ、ヘルスケアポイントや保険料への支援等を実施」することが予定されています。

このうち「保険料への支援」は、昨年10月15日の社会保障審議会医療保険部会で、白川修二委員(健保連副会長)や松原謙二委員(日本医師会副会長)等が強い疑念・反対を表明したにもかかわらず、法案に盛り込まれました。現時点では、「保険料への支援策」はごく限定的になる予定ですが、今後、財務省の圧力によりそれが拡大された場合には、「保険料の傾斜設定」に限りなく近づく危険があります。