

これでいいのか!? 全世代型社会保障改革

第2回

具体化が進む負担増計画 —後期高齢者2割負担化と大病院外来 受診時定額負担拡大に向けた議論の整理

事務局長 工藤 浩司

2020年12月15日、政府の全世代型社会保障検討会議は、「全世代型社会保障改革の方針」を取りまとめ、同日閣議決定された。この中では、医療保険制度における患者負担増に向けた改革案も示されている。

以下、負担増関連項目である、後期高齢者の窓口自己負担の引上げと大病院外来受診時定額負担の対象病院拡大等について、この間の社保審医療保険部会で厚労省から示されている改革案をもとに改めて整理しておきたい。なお、本稿は2020年12月15日時点での情勢を元に記述しており、本紙が発行される2021年1月中旬には、既に何らかの政治決着も含めてさらなる改革の具体的方向性が示されていることが予想されるが、保険医協会では、保団連とともに取り組んでいる「クイズハガキ」運動や各種署名運動などを通じて、引き続きこの政策の持つ課題を明らかにして、慎重な検討の必要性を訴えていきたいと考えている。

① 後期高齢者の窓口負担割合の在り方

後期高齢者2割負担の対象をめぐる議論

政府の全世代型社会保障検討会議からは、「後期高齢者のうち、一定所得以上の者は窓口負担割合を1割から2割に引き上げる」旨が提起されており、医療保険部会では、新たに2割負担の対象となる高齢者、すなわち、「一定所得以上」をどこで線引きするかについての議論が進められてきた。厚労省からは、所得基準として5つの選択肢（「介護保険の2割負担対象者割合と同等である本人収入240万円以上（対象者推計200万人）」から「本人所得が住民税課税水準を超える水準である本人収入155万円以上（対象者推計605万人）」）が示され議論が続いたが、12月2日の議論の整理では「調整中」としか記述されず、議論の決着には至っていなかった。

ところが、この課題について、12月9日に政府与党内で「本人収入200万円以上」で線引きをする旨の政治決着がなされた。この「200万円」という基準は、何故この水準でなければならないのかという数字の根拠も哲学も示されていない。あえて言えば、政府・総理が主張していた「170万円以上」という基準と公明党が主張していた「240万円以上」という基準との「間をとった」としか言いようのないものである。

「窓口自己負担」の議論はどうあるべきか

もとより、国民は税・医療保険料という形で医療保険制度に係る負担を行っている。しかるに、いざ医療が必要となり医療保険給付を受けた場合に「窓口自己負担」が発生することは、患者に二重の負担を強いることになり、(高齢者であろうがなかろうが)窓口自己負担が発生すること自体が原理的に間違っている。政府が言うように「負担能力に応じた負担」を求めれば、それは税・医療保険料の在り方の議論の中で展開されなければならない。そもそも負担が発生してはならない「窓口自己負担」の議論において「負担能力」をどう言うこと自体がおかしい。また、百歩譲って「窓口自己負担」について当面の課題として議論をすることも、厚労省自らが医療保険部会で資料提示している通り、「高齢化が進むにつれ傷病リスクが高まり、たとえ自己負担割合が1割であっても窓口負担の総額は現役世代よりも高くなり、その原資である収入は高齢化が進むにつれ下がり続けていく」という高齢者の生活実態は、これ以上の負担増に耐えられないこともまた浮き彫りにしている。そしてまた、政府が言う「現役世代の負担減」を実現するならば、現行の3割負担の引下げに向けた議論こそ進められるべきであるにもかかわらず、直接の「負担減」の議論は一向に見えてこない(負担能力に応じた負担という理念は、負担増を正当化するためのみに用いられるものではない)。

それに加えて、現下の「コロナ禍」である。いま、国民に対して「自助」を強制し負担増を強いることが本当に必要なことなのか、大いに疑問である。むしろ、憲法25条で国に課せられている「社会保障の向上増進義務」こそが、まさに今問われているのではないだろうか。

② 大病院外来受診時の定額負担の拡大

そもそも外来受診時定額負担とは

この課題についても、前述の高齢者自己負担増の議論とともに、議論のとりまとめが難航していたが、医療保険部会では負担増の拡大そのものは合意されており、情勢としては今後、中医協にて制度の具体化の議論が進められることになる。

ところで、「紹介状のない大病院外来受診時の定額負担」は、2016年4月から導入されていたものであり、この制度の導入意義については、社会保障・税一体改革の国民会議報告書で次のように記述されていた。すなわち、「プライマリ医療について患者の大病院・重装備病院への選好に一定のくさびを入れる必要性を指摘するとともに、緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』を普及し、患者のフリーアクセスに一定の制約をかける」としており、この「くさび」として患者に医療保険の一部負担とは別な負担を課したわけである。

上記の意義をさらに進めるため、全世代型社会保障検討会議では、この課題について次のような提起をしている。すなわち、「患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ定額負担対象病院を病床数200床以上の一般病床に拡大する」としている。これを受けて医療保険部会では、定額負担が発生する対象病院の拡大と負担額の増額(増額分の保険給付の縮小とともに)が議論されてきた。

医療保険部会で提起されている改革案

ところで、紹介状の有無のみにより定額負担を課す対象病院を決定するという現行制度を維持するとしたならば、一般病床200床以上という対象病院の大幅な拡大が地域医療に深刻な影響を与えるのは想像に難くない。そこで、厚労省は外来機能の明確化と定額負担を課す対象病院の拡大の議論とをリンクさせ、次のような改革案を提起している。

まず、地域における外来機能の明確化のため、医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する(病床機能報告制度の外来版の創設)。それを踏まえ、地域における一般外来と専門外来の区別を明確化する。ここでいう専門外来とは、紹介患者への外来を基本とする医療機関のことであり(「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称))、次の3つのメルクマールで区分けする(①悪性腫瘍手術前後の外来など医療資源を重点的に活用する入院前後の外来、②外来化学療法、外来放射線治療など高額な医療機器・設備を必要とする外来、③紹介患者に対する外来など特定の領域に特化した機能を有する外来)。これら外来機能を明確化した上で、「200床以上の一般病院のうち医療資源を重点的に活用する外来を担う病院」にまで定額負担の対象を広げるというのが、現時点での厚労省案である。なお、負担額の増額については初診時で2,000円程度という水準を示し、これに相当する初診料相当額を医療保険給付から外す(医療機関の収入は変わらず医療保険給付のみが削減される)ことが併せて提起、検討されている。

定額負担制度改革案の課題

大病院外来受診を抑制するために、患者に定額負担という一種の「ペナルティ」を課すというのは、患者の負担能力による差別に直接つながり、もとより慎重な検討が必要である。また、保険給付範囲の縮小とセットにした負担増という制度設計は、保険外併用療養費制度の持つ課題—保険給付範囲拡大のディスインセンティブ—そのものであり、保険給付範囲の縮小施策としてのいわゆる「混合診療」の問題点を正面から浮き彫りにすると言える。

さらに言えば、外来医療の機能分化という重大な問題について、経済的な資源配分の効率化の面から制度設計をしようという昨今の状況は、憲法25条に基づく患者の健康権の保障という観点からも再検討を要しよう。そして、外来機能報告制度と外来機能の明確化は現時点では無床診療所は対象外となる方向であるが、これも将来的には検討課題となることは否定できない。病床機能報告制度と地域医療構想が地域医療に重大な影響を及ぼしているのと同じ構造が、外来機能をめぐる状況にも波及する可能性について、今から留意しておかなければならないだろう。