

オピニオン

高額療養費制度見直し

高額な医療費の患者負担を月ごとに抑える「高額療養費制度」の負担上限額を引き上げる政府案は、8月の見直しが先送りされた。見直しはがん患者らにとっては大幅な負担増となる可能性があるが、財政が逼迫する医療保険制度の改革も喫緊の課題だ。新たな方針を決める議論の中で求められる視点とは。

政府は昨年12月、高額療養費制度について、今年8月から、年収や年齢ごとに決まる負担上限額を引き上げる方針を決定。物価や賃金の上昇、高額医薬品による医療費増大を理由にしていた。しかし、長期療養者の負担を軽減する「多数回該当」での引き上げを中心に患者団体などから凍結を求める声があがると、方針転換を余儀なくされ、引き上げは見送りに。今年秋までに改めて方針を議論する。

天野 慎介

全国がん患者団体連合会理事長



あまの・しんすけ
1973年生まれ。慶応大卒。27歳で悪性リンパ腫と診断され、2度再発。厚生労働省のがん対策推進協議会委員として、がん対策推進基本計画策定に携わった。――宮武祐希撮影

の自己負担を緩和する仕組み「多数回該当」の上限額引き上げは絶対に阻止しなければならなかった。医療費を払い続ける患者らは生活が成り立たなくなり、治療を諦めてしまう。

そんな危機感は予想を上回った。「医療費の支払いは苦しい。死ぬことを受け入れて予めの将来のためにお金を少しでも残した方がいいのか」。緊急アンケートに寄せられた、20代女性の患者の声はつらく、切ない。

二つ目は検討プロセスに丁寧さを欠いた点だ。社会保障審議会の医療保険部会で、ごく短期間、意見が交わされたに過ぎなかった。実際に制度を利用している患者らのデータに触れなかった上、患者へのヒアリングも無かった。

三つ目は優先順位だ。どうしても医療費の削減が必要ならば、より小さなリスクから議論すべきだ。例えば、市販薬と性薬が似ているが処方箋を必要とする薬「OTC類似薬」の保険給付見直しや、患者の健康に効果がないとされる医療行為を保険収載から外すなどの検討が先ではないだろうか。

振り返れば、昨年末に政府の見直し案が公表された当初、メディアも国会も関心を示していなかった。そこで私たちはそれぞれの現状を書いてもらうアンケートを始めた。3日間で集まった約3600人の声は交流サイト(SNS)で拡散され、多くの人の注目を集めた。その声の後押しとなって、制度見直しは一旦立ち止まった。政府が今回見直しに着手したことは、医療財政が厳しい中で制度を持続させるためと考えれば理解できる。問題点の二つ目と三つ目が十分に議論されるのであれば、上限額のある程度の引き上げはやむを得ないかもしれない。ただ、今回の反省も踏まえて、現場感覚を取り入れた制度設計をする必要がある。【聞き手・阿部純美】

論点

高額な医療費の患者負担を月ごとに抑える「高額療養費制度」の負担上限額を引き上げる政府案は、8月の見直しが先送りされた。見直しはがん患者らにとっては大幅な負担増となる可能性があるが、財政が逼迫する医療保険制度の改革も喫緊の課題だ。新たな方針を決める議論の中で求められる視点とは。

制度設計に現場感覚必要

医療費の自己負担を抑える高額療養費制度は、患者にとっての命綱である。私が現在うつや鬱で生きているのは制度を利用し、治療を継続できるからだ。

27歳のとき、血液がんの一種である悪性リンパ腫と診断された。薬物療法や抗がん剤治療などを受けて、一度は治療を終えたが、すぐに再発してしまった。体力が失われ、免疫力が低下したところによる感染で左目は失明した。心身ともにボロボロになっただけでなく、医療費負担が重くのしかかった。

造血幹細胞移植など高額な治療を受け、医療費が100万円を超えた月もあった。若者にそんな多額の医療費を支払う能力はない。生活は苦しかったが、高額療養費制度に助けられ、支えられ、今活動ができています。

だからこそ、患者の一人として、この制度の持続可能性を考えないといけないと思っています。しかし、今回の制度見直しを巡る議論には3点の問題があった。

一つ目は、自己負担の上限額の引き上げ幅が非常に大きいことだ。当初案では3年かけて上限額を引き上げる計画で、平均的な所得層の世帯で、最終的に最大約70%の負担増になった。長期療養者

反発招いた丁寧な説明の欠如

おぐろ・かずまさ
1974年生まれ。一橋大大学院経済学研究科博士課程修了。旧大蔵省(現財務省)、一橋大経済研究所准教授などを経て、2015年から現職。専門は公共経済学。

小黒 一正

法政大教授



医療保険財政が厳しさを増す中で、制度の見直し、歳出改革は政府がずっと抱えている大きな課題だ。公的医療保険制度で最も重要な役割を果たしていると言える高額療養費制度でも、ある程度の見直しの必要性は認めざるを得ないという立場も理解できるが、なぜ今回の制度を巡る混乱が起こったのか。

公的医療保険の基本的な役割は、「すべての人が必要な時に、負担可能な範囲で適切に医療を受けられる」ことにある。小さなリスクは自助、

大きなリスクは共助」が基本的な考え方だ。誰でも病を患う可能性があり、そしてそれは予測できない。高額療養費は重くの病気になるまで治療が長引くケースでも、家計が破綻しないように必要なコストをカバーする重要な役割を担っている。

つまり今回、政府は高額療養費という、命に直結し一番守らなければならない制度に改革の矛先を向けたということだ。見直しの必要性があるといっても、政府の社会保障制度の改革工程には高額療養

費のほかにも、高齢者の窓口負担の見直しや、医薬品の自己負担の見直し、保険料算定での金融所得の反映などが列挙されている。他にも改革の選択肢があるのに、なぜ高額療養費制度なのか。その疑問に政府は答えていない。

政府は歳出削減のため毎年、医療保険改革に取り組んでいる。最近では後期高齢者の保険料の引き上げや、所得の高い大企業の会社員らに負担増を求める見直しにそれにあたる。全体の改革の流れを知っていれば、高額療養費が見直しの対象になることも不自然とまでは言い切れない。だが、国民が制度の見直しなどを知らずに主報道で、その時に出てきた単発のメニ

伊藤 ゆり

大阪医科薬科大特務教授



いとう・ゆり
1977年、広島県生まれ。大阪大学大学院医学系研究科博士課程修了。専門は保健統計・疫学、健康格差など。厚生労働省でがん対策における健康格差の研究班の代表を務める。

ユーで判断することになりがちだ。政府は改革工程について丁寧な説明をしていない。このような過程を踏まなかったことで、国民のコンセンサス(合意)を得ることが難しくなったとも言えるだろう。

過去の改革を振り返ると、プロセスが重要だったことがわかる。第2次安倍晋三政権下で2度の消費増税ができたのも、元来とされた小泉純一郎政権で、サラリーマンの医療費自己負担を3割に引き上げるなど徹底的な改革、歳出削減があったからだ。「それなら増税もやむを得ない」と理解が広がった。

今回の見直しでも、他の制度改革を断行した上で、医療

拙速な政策決定に危機感

がん患者は治療のために仕事を辞めることが多い。何年も治療を続けることで経済的な困難に陥るだろう。むしろ、低所得層の限度額引き下げを検討してほしい。家計に占める医療費の負担が重くならない。治療を諦める人たちが少なくなる。患者団体のアンケートにもあったが、子どもにお金を残すために治療を中断しようと考えてるわけだ。特に若い女性や非正規雇用者に多いだろう。

このような状況を防ぐために、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)という考え方があ。WHOでは、すべての人が必要な保健医療サービスに必要な時に、支払い可能な費用で受けることができる状態と定義している。日本では国民皆保険を指し、その一端を担うのが高額療養費制度だ。少子高齢化で医療費が増大し、

国の予算が厳しいことは多くの人が持つ共通の理解だ。ただ、当初案は病気やけがで苦しむ人に負担を強いるだけのやり方で、他に方法はないのかと疑問が残る。例えば、過剰な検査や治療がないかという視点が重要だ。多くの自治体が、科学的根拠が示されないために厚生労働省が推奨していないがん検診の一部費用を補助している。公的医療保険がカバーする範囲なども検討すべきだ。

政策を決定するためには多種多様な十分な活用も必要だ。現状では、診療報酬明細書(レセプト)は医療費支払いのため、カルテは治療の情報共有のため、目的ごとにデータが存在する。国勢調査のように世帯構成や収入などと、健康情報をひも付け、それらを分析することも検討すべきだ。

政府は患者当事者や医療機関、保険者など多様なメンバーを含めた専門委員会を設置を決めた。さまざまなデータに基づき、公平性の視点も含めた議論を尽くしてほしい。【聞き手・阿部純美】