

第1分科会

10月5日(木) 12:30~18:00(受付11:30~)

[会場]ホクト文化ホール 大ホール 長野市若里1丁目1-3

人権としての「医療へのアクセス」の保障

～新自由主義的医療改革から住民のいのちと医療の現場が大切にされる医療保障改革へ～

1 コロナ禍で生じた医療提供体制の崩壊と経済的理由による受診抑制

コロナ禍において、感染患者の受入先となった公立・公的病院の医療は逼迫し、医療崩壊を招く事態となりました。経済的理由による受診抑制として、手遅れ死亡事例も報告されています。そこから見えてくるのは、正規非正規を問わず、また年金受給者も含め、生活困窮層がコロナ禍で一層困窮に陥り、受診抑制の結果、重傷化や手遅れを招いていることです。

2 「新自由主義的医療改革」による医療費抑制策

日本で、1990年代から始まった医療費抑制策、すなわち、「新自由主義的医療改革」により、病床数の削減と医療提供体制の後退がなされ、また、医療費の国民・患者負担増が進められてきました。とりわけ日本の社会保障制度についての基本的な考え方を示した社会保障制度改革推進法では、「自助」が強調され、国の役割を「公助」として位置付け、国の役割を後退させました。そして、同法を受けた医療介護総合確保推進法により、都道府県が「地域医療構想」を策定し、病床の機能分化、病床数の削減が計画的に実施されています。国は、公立・公的病院の統廃合を進め、その過程において、424の医療機関を名指しして再編統合を推し進めようとしてきました。

3 保険料滞納と経済的理由による受診抑制

日本の医療費負担は、社会保険方式が採用され、しかも、保険料負担に加え窓口負担（3割負担、後期高齢者では1割負担、ただし、一定以上の所得のある者は2割負担に増額）があります。国民健康保険料の滞納状況を見ると、国民健康保険全世帯中の1割を超え、保険料が支払えず、短期被保険者証や資格証明書が交付されている世帯も相当数に上ります。また、無保険状態に置かれている世帯も少なくありません。経済的理由による受診抑制の調査結果を見ると、低所得層では、薬を処方してもらわなかったり、具合が悪いところがあるのに医療機関に行かなかつたりしたことがあるとの回答が相当の割合になります。格差と貧困が進んだ日本において、国民皆保険はもはや機能していない状況であると言えます。コロナ禍は、更にその傾向を深刻なものにしています。

4 医療費等の国際比較

国は医療費の増加を強調し、医療費の抑制が必要だとします。しかし、日本は高い高齢化率にもかかわらず、他の先進国に比べて医療費の支出が少なく、特に国民皆保険制度がないアメリカでは公的医療支出が最も多いのに対し、国民皆保険制度をとる日本がいかに少ないかに注目すべきです。また、近年の医療費の伸び率の国際比較では、日本はOECD平均を大きく下回っています。医師数の推移においては、OECD平均との差は大きく開くばかりです。OECD平均と比べて、13万人の医師が不足しています。

5 新自由主義的医療改革からの転換

新自由主義的医療改革から「医療へのアクセス」が保障される医療保障改革への転換が必要です。それは、どのような地域に暮らしていても、また、経済的事情にかかわらず、等しく住民のいのちが大切にされる医療の実現を目指し、地域に暮らす住民のニーズ、医療の現場からのニーズに応える医療制度の再構築を図るものです。シンポジウムでは、これまでの国の医療費抑制・患者負担増の政策を検証し、国からの押し付けではなく、住民、地域医療を支える現場の医療従事者、地域のニーズを踏まえ、「医療へのアクセス」が保障される仕組みについて、様々な登壇者の講演、報告、パネルディスカッションを通じて検討します。

6 「長野モデル」の当地長野県での開催

長野県は、全国1位、2位の長寿県でありながら、後期高齢者一人当たりの医療費は、最も低い部類に属しています。これは「長野モデル」として全国に知られており、若月俊一（わかつきとしかず）医師ら先人が理念をもって実践した地域医療です。長野県での本シンポジウムの開催は、住民のいのちを守る医療とは何か、医療の原点を問うものになると期待します。多くの皆様のご参加をお待ちしています。