



## 医療の転換期といわれるが

西区支部 伊部 國夫

平成3年4月、京都で日本医学会総会が「転換期にある医学と医療」をテーマに開催され、人間社会の中での医学と医療の在り方が論じられたが、出席した印象としては、先端技術の開発とその運用にスポットが当てられたように思う。来年4月には名古屋で、今度は「人間性の医学と医療—生命の世紀を開く—」というテーマで開催される。生命の世紀とは21世紀を示し、「物」から「心」への転換を意味しているという。日本医師会々長も再選後の挨拶等で、「心とシステムの構築」を柱として、「日本の医療を支える社会資本として民間医療機関の再認識を政府に求める」と提唱し、近代化設備事業の予算拡大を評価している。今何故、改めて人道的な理念を高揚させようとしているのか、それ程までに医の倫理が低下しているのかと疑問に思われる。社会保障制度の中で医療と福祉の混在を計るための医療制度の改革に利用されているのではないのか。人道的理念は両方に跨っているがために。

これからの医療が担う社会は、構造的に不安定であり、誰もが叫んでいる「高齢化と少子化社会」への移行期である。この難題に対応すべき基盤は、社会保障制度であり、その費用の財源である。社会保障費の内訳は年金5、医療3、福祉2の比率となっているが「21世紀福祉ビジョン」によれば、5：2：3の比率を想定している。将に医療と福祉の混在化を推進した「ビジョン」となっている。この制度化の、その1は介護保険制度であり、その2は、老人病院の福祉施設化であると思われる。これらは今後の大きな問題となる。医療と福祉を渾然一体化させるべく努力により医療財源を克服することに、政府厚生省は血道を上げてくるようだ。

80年臨調の答申で「租税負担と社会保障負担を合わせた国民負担率を50%以下に抑えることを目標に据えて、徹底的な制度改革を断行すること。」から始まり、90年には「21世紀初頭の時点において、国民負担率を40%台半ばに抑制するべきである。」との最終答申が出された。

この最終答申は、明確に高福祉高負担型を否定し、公私の分担・協力を基礎とした社会を目指すこととしている。医療面でいえば、徹底した低医療政策を目指し、そのために種々の制度改革が着手されたのである。83年老人保健制度・退職者医療制度が創設され、その拠出金の加入者按分率の変更を行っている。85年から89年の間に各健保からの按分率は50%から90%、90年には100%に上げられた。これにより、国保財政の保持と、政府一般財政の支出減を生じさせた。すなわちこの制度改革により国庫負担金の増に歯止めをかけ、減少に転じたのである。90、91年はバブル経済の影響で各健保の収入増となり、そこで政管健保への国庫補助率を16.5%から13%に下げるといふ制度変更を行った。これも当然国庫負担金の減となり、さらに、自治体の負担の肩代わりを、国保の補助金を減らす代わりに、その分を地方交付金に回し、自治省に移管して、厚生省の枠を増やす等の手法で、国庫負担金の医療に占める割合を減じさせている。

そうすることで医療費全体の枠を拡大したと思わせている。しかし実際には診療報酬の改革をめまぐるしく活発化させ、検査のまるめ、定額制の導入、特定材料費のまるめ、老健施設の創設、長期療養型病床群や特定機能病院制度の導入と次々と制度改革を行い、益々医療費の抑制を推進している。そのため赤字病院の数は増大した。それにもかかわらず厚生省は医療の機

能と質の向上と称し第三者評価機構を創設することを検討し、医療機関の財政難を増大させようとしている。日医は同一歩調で推進とコメントしているが、医療監視体制の強化による診療の制限と低医療政策の一貫と思われる。

今年の点数改定もすさまじい。医療費の費目に着眼点を置き、特定療養費の拡大が計られ、各費目の保険給付外しが断行された。費目は幾らでもあり、今後は各薬剤、室料、給食料のすべて、検査項目にも及ぶと思われる。社会保険制度を保持するための手段と称し医療の診療事項が削られ、やせ細った中での診療しか不可能となる。これで国民の医療が保持できるのだろうか。

もう一つ危惧していることに、「かかりつけ医」の制度化がある。日医は制度化を否定しているが、厚生省は、患者住民に対して調査し、望ましい「かかりつけ医」として、①夜間や休日でも診てくれる。62.6%，②病状や治療方法を十分に説明してくれる。55.5%，③必要なとき専門医や病院を紹介してくれる。53.4%，④往診してくれる。41.4%，と発表している。又厚生省幹部は「週休2日制で自宅に居る時間が増え、当然地域医療機関は24時間対応をしなければ、大病院への患者指向はなくなる」と語っている。病診連携を推進した代償として、情報提供料の点数化と同様に「かかりつけ医」の制度化とその点数化が施行され、自由開業制も危機となるのではないだろうか。

80年の臨調答申以来の継続している制度改革はあくまでも経済的政策であり、医療の本質である医学的根拠に基づく政策でないことを日医は国民にアピールすべきである。

医療費抑制策の犠牲が別なルートでも表面化した。93年10月富山県個別指導で、人権を無視した高齢の技官の暴言のため、37歳の開業医師は死に追い込まれたのである。

国民皆保険制度実施当初には激しい不当な審査、指導による犠牲者が出たが、21世紀になろうとする現在、同様なことが行われていること

に、憤慨するばかりであり、このような体制は断固許すべきでない。

医師が診療しそれから生ずる判断（裁量）の自主性や自律性は職業的な専権事項であり、当然の権利ではないのか。まずこの権利を守るべきであろう。官庁の発する悪評高い「行政指導」に対して、昨年末、国会はこれに法的規制を加えた。医療でも審査、指導・監査体制の見直しがなされている。中医協ではこの小委員会を設置し、検討している。この中でピア・レビュー（同僚審査）の導入を検討項目としていることに、十分、注意すべきである。米国においては、PRO（同僚審査委員会）は82年各州毎に組織化をし、医療財政庁から、PROの指定を受けて審査に関する契約を結んでいる。その特徴として、①非営利団体でない保険会社にも一定条件でPROとなれること。②審査の目標を地域毎に設定。③利用施設の適切性審査と入院事前審査を拡充し、入院医療から外来医療への転換を促進。④PROの審査の対象はメディケアであるが州政府が委託すればメディケイドについても審査できる。⑤審査の目的として医療提供された医療サービス、医薬品について具体的に多項目に涉り審査すること等々がある。米国でのPROの目標はあくまで医療の縮小化であり、医療費の抑制策である。これには絶対に異論を唱えるべきである。

医療の将来を展望することは極めて難しいが、社会保障制度をどこまで高めるかが、医師に課せられた仕事であり、たとえ高福祉高負担であっても社会保障の充実を主張すべきと思う。人口10万に対する医師の比率は2025年には、330名に達する。医師群は膨大化しても守るべき理念を正しく構築すべきである。「物から心」や「量から質」への転換は理念ではなく、経済的意図に基づく制度改革の旗印ではないのか。「物心両面の充実を求め」、「質量共に充足できる」医療提供体制こそ、国民のニーズに答えることと思う。

（西野六条病院）