



医政委員会の論議から

医政部長 秋野公孝

昨年5月第1回医政委員会が開催されて以来、本年3月末までに計10回、同委員会で当面する医政の諸問題について論議が重ねられてきている。その概略は毎月の理事会で報告され、支部役員会等でも公表されてきている。新執行部も1年間を経過し、折り返し点にかかった今の時点で、医政委員会の中で最近の医療情勢について各委員から出された意見をふり返ってみることも、今後の医療情勢を展望・分析する上で意義あることと思われるので、以下にその要点を列記する。

4月の診療報酬改定にひき続いて、公的介護保険の問題や、消費税増税の問題、拠出金算定方式の見当しのための老人保健法改定の他、第3次医療法改定も予定されるなど、今年度も引き続き目の離せない医療情勢が続いている。

医師過剰対策と密接に関連する臨床研修医制度の問題や、保険医定年制問題なども当面の喫緊の課題である。昨年度、医政委員の方々から出された貴重な意見を土台にして、本年度の医政活動がより活発に展開されることを期待したい。

1. 保険医インターン制について

<第2回>

・卒後臨床研修義務化の問題にからめて保険医のインターン制（研修医の2年間は保険医の資格を与えない）という問題が浮上してきた。将来的に保険医の任免権が厚生省に握られる危惧がある。

・7つの問題点

- ①医師免許との二重資格認定→医師＝保険医という原則の否定
- ②厚生省が医師数削減に利用→将来の保険医

定年制への布石

- ③医師個人に対する官僚の統制→経済効率優先の医師の養成
 - ④研修指定病院を頂点とした医療機関の再編成→診療報酬の格付けに利用
 - ⑤研修目的と整合しない大病院中心の研修施設→プライマリ・ケアや全人医療と逆行
 - ⑥研修医の身分、経済的裏付け、自由研修ができないという問題→研修病院が定員制を取った場合、研修が受けられない可能性
 - ⑦研修財源を医療保険財源から拠出する問題
- ・臨床研修終了後の保険医の認定の問題、さらには更新、定年の問題がある。
 - ・研修病院の格付けのため、専門医、認定医を集める傾向になる。
 - ・臨床研修義務化自体は反対しないが、それに名を借りた厚生省の統制が行われる恐れが多分にある。
 - ・日医の考え方について質問状を送ることはできないか。

2. 診療報酬改定について

<第10回>

- ・包括化の進展に危惧がある。
- ・包括化は医療の質の低下を招く。
- ・日医の「包括化に手を挙げない」という方針を周知すべき。
- ・専門医、認定医に診療報酬がついたことは今後問題を残す。
- ・インフォームド・コンセントに診療報酬がつく問題も重要なこと。
- ・特定療養費増大も問題である。
- ・診療報酬による政策誘導は果たして良いのか。

3. 診療報酬における薬剤問題について

<第5回>

- 各国の制度について：一定限度額をオーバーした分については医療機関にコストの負担がかかる(フランス)、同一薬効の薬では一番安い薬を基準に患者に償還される(ドイツ)、民間保険会社が値段によって薬を選ばせる(アメリカ)。
- 薬事審議会に医師会のメンバーが入っていないのが一番問題。
- 薬剤費を減らしても技術料へ振り替えることができるのか、福祉へ回ってしまう危惧がある。
- 新薬の薬価基準が高すぎるのでいつまでたっても薬剤費が減らない。
- ビタミン剤やハップ剤などの薬剤が医師の手を離れて市販薬化してしまう恐れがある。
- 薬価基準の決め方を情報公開すべき。
- 国際競争力をつけさせるために、保険制度の中で、厚生省・通産省が製薬メーカー保護の立場で新薬の高値を容認している点が問題。

〈第6回〉

- 医療費の中で薬剤費が約30%を占め、何回薬価引き下げを行ってもその比率は変わらない。ゾロ新の出現や薬価差を求める処方行動が主因。
- 薬価収載時の類似薬効比較方式の画期性加算、有用性加算、市場性加算は銘柄別収載とともに大手メーカー保護の政策であり問題。
- 薬価差が医業経営に本当に必要か。
- 財源がない中で薬価差を無くすことは技術料に振り替えられる保証がなく不安。特に内科系については影響が大きいのではないか。
- 技術料の中でも診察料、処方料を中心に次回改定が行われるのではないか。
- 技術料の適正評価とは何か、だれがするのかという問題もある。
- 医師会は薬剤費を下げることに對してもっと積極的に賛成すべき。
- 薬剤費を下げるにはジェネリック(後発品)にシフトするか、ネガティブリスト(保険外医薬品)を増やすしかないのではないか。
- 医師は薬価基準制度に對してもっと発言すべき。

- 薬価基準を決める際は公開とすべき。
- 薬品の評価については臨床医も行うべき(ドイツの例)。

4. 公的介護保険について

〈第3回〉

- 現在の老健法に介護保険の内容を付け加えて、介護を含めた老人専用の保険にしようという議論がある。
- 一般病院の長期入院はどうなるのか。老人が入っている一般病院に介護保険が適用にならなければ非常にダメージを受けるのではないか。
- 医療と福祉の線引きがあいまいなままである。
- 在宅で家族介護の場合、現金給付すべきか否か議論がある。
- 施設によって医療保険、介護保険と分けてしまうのは、医療がきちんとできないという恐れもあり、問題が多い。
- 社会保険と国庫の50%方式は、将来消費税率を上げる絶好の理由となる。
- 社会保険方式が決まったように言われているが、厚生省が大蔵省を通さずに財源の手当ができる社会保険方式を進めただけなのではないか。
- 中小病院にスタッフが集まらない現状で、いくら介護保険の施設を作ってもマンパワーをどうするのか。

〈第4回〉

- 財源論について、なぜ社会保険方式が決定事項のように言われるのか。
- 租税負担方式は長期的に問題があると思う。
- 介護は福祉分野か医療分野によって租税か社会保険を考えるべき。
- 消費税を福祉目的税として、租税で財源を賄うべき。
- 公的介護保険はやるべきではない。介護は民間保険で行えばよい。
- 公的介護保険の性格は弱者救済なのか、介護支援なのか。
- 現実的には、増え続ける医療費を名目を変えて調達する手段である。

〈第10回〉

- ・介護保険について、医師がかかわれる部分と
かかわれない部分の境界をはっきりさせて欲
しい。
- ・地域的にサービスに片寄りがあるので、札幌
に要介護者が流入するのではないか。
- ・札幌として、介護保険に賛成か反対か、賛成
ならば社会保険方式でよいのか、はっきりと
言って欲しい。
- ・要介護の認定を行政に任せては措置的になる
のではないか。
- ・老人医療の肩代わりをさせようという考え方
に無理があるのではないか。

5. 准看護婦養成問題について

<第9回>

- ・病院では准看より正看を求めている。准看の
需要はあるのか。
制度的なもので病院は正看を必要としてお
り、准看が不要という訳ではない。
地方においては准看が定着せず不足してい
る傾向もある。准看の需要がないというの
は間違いである。
- ・看護職員等対策検討委員会答申では准看の実
習病院の不足などから正看の門戸を広げたい
方向にある。会員へのアンケートでは正看を
増やすのは異論がないが、准看を減らすのは
困るという結果である。
- ・准看を使う理由が人件費だけなら、能力差な
どを考えてすべて正看にする方向で養成を考
えるべき。
- ・准看養成を廃止するなら、現在の准看をすべ
て正看に移行させるといった身分の保障がな
ければならない。
- ・看護の範囲が介護を含めどんどん広がってい
る現状で、すべて正看のみで良いのか。
- ・現実に准看の受験者は多い、将来のことを考
えても准看養成廃止ではなく、徐々に正看を
増やす方向ではないのか。
- ・人件費の論議を前面に出し、診療報酬改定に
反映させることはできないのか。
- ・現在の正看、准看は長い年月をかけて必然的
に生まれてきた制度である。お金の問題や現
在の需給だけで早急に結論を出すことはでき

ないのではないか。

6. 消費税について

<第7回>

- ・税額中の消費税割合（10%）は国にとって妥
当なところなのか？
- ・改正後の地方消費税（1%）の扱いは？
国が一括して集めて地方自治体に交付する
- ・売上税（廃案）と消費税の違いは？
売上税は非課税品目（51品目）が多すぎる
など、公平性を欠く部分があった。
- ・ゼロ税率は不可能なのか？
現在の帳簿方式をやめてインボイス（伝票）
方式にしなければ、不可能に近いほど事務
的に繁雑である。インボイス方式は他業種
の反対も多く、また、中小医療機関の事務
的な負担も大きいほど、政治的な問題にな
る。
- ・医療関係のみインボイスにできないか？
できれば一番いいと思うが、事務量の増加
や法改正など政治的な問題になる。
- ・医療における事業税の非課税がネックになっ
ているのではないか？
医療の公共性に関わる部分なので、また別
の問題と思う。
- ・日本の税制は間接税の割合が少ないなど、先
進国中で独特なものである。これから消費税
の割合が多くなると考えられるので、大切な
ことは将来に向けてインボイス方式を主張す
ることである。
- ・一般にインボイス方式は経理がガラス張りにな
るので反対が多い。
- ・診療報酬に消費税分を織り込むと、医療は非
課税とは言えなくなる。

（秋野内科医院）