



低医療費政策と介護保険

—医療制度の改善を求めて—

西区支部 伊部 國夫

全米で驚異的人気を誇り日本でも放映されている、TVドラマシリーズ「ER(緊急救命室)」は、ジュラシックパーク等で有名なマイケル・クライトンの「Five Patients」を原点としている。この本では、アメリカの大病院を舞台として、入院患者の容態・治療の詳細な内容、全ての医療スタッフの動きを、著者得意の推理小説の謎解きの手法で構成されたノンフィクションである。

この中で、日米両国の医療に対する格差が歴然としており、日本の低医療費政策は増々その差を増幅させ、日本の国民は医療の恩恵を得ていないことを示しているように思われる。

7月10日蔵相諮問機関である財政制度審議会が財政構造改革白書を公表したが、財政赤字の削減目標を先送りし、個別の歳出見直しを提言、「小さな政府を徹底させ、国民にも痛みを問う」とし、最も削減可能な社会保障分野から具体的に○公的医療保険の給付対象の見直し○保険診療と自由診療の混合○薬価基準制度の見直し○老人医療の定額自己負担制度から定率制度への見直し○医療保険制度の抜本的改革○国立病院の必要数の検討と再編計画の策定等を示した。本来財政再建には行政改革の実行が不可欠であるのだが、実態は国家公務員の人件費比率は、過去10年間変わらず、「小さな政府」論も国民的課題としつつ、全く縦割行政の膨大な無駄がなくなっていない。「行革とかけて、薄皮饅頭と解く、その心は、アン(案)ばかり」と国民の期待を裏切った行革の批判は痛烈である。高級官僚の天下りの温床である特殊法人の統廃合も遅々として進まず補助金は逆に増加し、4兆円を超えている。基本は「行革」を遂行し、国民の納得のもとで、財政赤字対策を提示すべきで

ある。ましてや、日本社会の基本的理念であり、国の義務である社会福祉・社会保障の向上と増進を忘れ、逆に削減への見直しを提言するとはもっての外である。

95年度医療費は27兆円、対前年度の伸び率が5.3%と厚生省が推計発表、新聞の一面に掲載された。同時に医療保険審議会は、急激な高齢化を背景として伸び続ける医療費の負担増に対応すべく、改革の方向を提案し、①高齢化に対応した医療と介護の区分と提供体制の確立②薬価の見直しなどによる医療費に占める薬剤比率の引き下げ③高齢者世代と若年世代間の負担の公平化を検討課題にしている。これらはいずれも社会保障としての医療費抑制への道の指針であると考ええる。

①は介護保険制度の確立と財政的運用を視野に入れたものであり、②は患者自己負担を中心とした薬剤総枠規制や償還制の導入であり、③は社会保障の基本的財源を税負担から社会保険方式への転換を計り、さらに民間保険や年金制度改革のための「公平化」論の正当化を目論んでいると思われる。

公的介護保険制度は6月17日与党責任者会議で、介護保険法案は次期国会に提案することで合意した。多少の調整論議は残されているが会議に提出された内容でほぼ提案される。

問題はこの介護保険制度はあくまでも医療費高騰を受けた低医療費政策の一貫として、行政が介護福祉に新ゴールドプランを策定し、それに乗ったものであり、介護保険料の徴収による、税負担の軽減と医療費の削減という一石二鳥の政策であることに注目すべきである。地方分権の主役である市町村を保険者として、国としての責任負担の軽減をはかっている。国民

は共同連帯の理念に基づき要する費用を公平に負担することを唱い、当然将来国民に対して財政負担の拡大の余地を考えている。介護保険は医療保険とはどう違うのかが問題で、医療保険は保険証一つでいつでも、どこにでも受診可能であるが、介護保険は①介護認定審査会の認定が必要であること②認定されて全てを介護保険適応となるのか、医療保険との二重給付のあり方はどうか③市町村から委託された国保連合会に介護給付費審査委員会を組織し、給付費請求書の審査を行うとあるが介護に審査の必要があるのか④費用負担のあり方⑤支払い基金や連合会からの交付金⑥保険料の格差とその徴収の問題等、解決すべき点が山積されている。しかし、前述した如く、介護保険はバラ色の政策制度ではなく、財政再建の一端を担っており、それが低医療費政策を基盤としていることを銘記すべきである。

1990年老人福祉法の改正で在宅福祉サービスが制度化され、介護に対する悲惨さが問題化、在宅介護の支援が訴えられ、この問題の解決策の一つとして、介護保険が早急に制度化されることを望まれたのだが、「高福祉・高負担」が国民的合意を得られない現在の状況下では、期待できるものとは思われない。第2の国保の創設となる危惧が大きい。保険はあってもサービスなしの内容ではないかと思われる。なぜなら、現在の新ゴールドプランをベースに平成7年から5年間で総額9兆円の財源を予定するといっても、都道府県に12.5/100、市町村は12.5/100、国は20/100、国から市町村への調整交付金5/100とし、公費50%を充当することになり市町村の財政がこれに耐えるとは思われないからである。

財源が少なければ当然、要介護者、要支援者の介護認定が厳しく制限されるか、給付内容の緊縮が行われる。

結果は居宅サービス事業者や介護支援事業の福祉事業関連企業が増加し、そのサービス利用には、保険で給付不可能なものが残り、要介護者の自己負担の増が考えられる。従って保険あってもサービスなしの内容となるのではないかと予想されるのである。

日医は介護保険制度創設の時期にこそ、医療保険制度の改善を求めべきである。

基本的には医学の進歩や最新技術の汎用はすべて技術料とし、その医学的根拠に基づく診療は、医師の裁量権があつて生かされるものである。従って保険診療療養担当規則の抜本的改正を求めたい。また高度先進医療の公費負担を増額し、公平に国民が受療可能とすべきである。

医療材料費や高度先端機器の医療費の配分は最小限にとどめるべきである。

薬価基準の決定の情報公開を含め薬事行政も抜本的改善が求められる。医師過剰時代を向かえての保険医定年制等種々の火種の解消のため、医学部入学者の削減を求めたい。

地域医療計画法の病床規制は若年医師の将来にわたる夢と自由開業医制の崩壊を招く危惧があり、早急に見直すべきである。

近代化整備費用の確保と運用の規制緩和は、医療施設を社会資本としてとらえる絶好の機会であり、若年医師との世代交代を可能にする財政的援助となり、強力に押し進めてほしい。

国民が求めるニーズに答え得る医療提供側として積極的な政策や医療制度の改善を求めるものである。
(西野六条病院)

