



医療保険制度改革を憂う

北区支部 安井 隆 弘

厚生省は平成8年6月21日、医療保険審議会の「第二次中間報告」を受け、72項目より成る医療保険制度の抜本的改革案を発表した。

続いて同年7月31日、これを38項目に絞り込んだ施策メニューを提示、さらに同年10月2日、中間報告よりもさらに一步踏み込んだ内容での論点メモを公表した。

実施期間は時期を3段階に分け、平成9年度に第1段階に着手、平成22年を達成目標としている。

その内容は国家財政の危機を理由に医療費財源の負担を国民や医療機関に責任転嫁するものである。

その結果、患者に大幅な負担を強制し受診抑制効果とも相まって、国にとっては一石二鳥の医療費圧縮政策と言えよう。反面国民にとっては「生活あって医療なし」の大改悪となろう。

改革案によると老人の1～2割定率負担、被用者本人の2割負担、薬剤の3割または5割負担、軽医療部分の給付除外など患者負担増の政策が目白押しである。

さらに、特定療養費や室料・食事などの給付除外の拡大、被扶養者保険制度（扶養家族からも保険料を徴収）の新設などが画策されている。

厚生省の試案によるとその財政効果は平成9年度では老人医療の定率1割負担導入で3,200億円、2割負担で9,000億円、被用者本人2割負担で7,200億円、薬剤3割負担で1兆1,900億円、5割負担で2兆4,700億円の医療費縮小効果が得られると言う。

一方患者アンケートによると、この案が実施されると57%が受診回数を減らす、22%が売薬で我慢すると答えている。国民の医療を受ける権利を著しく狭める結果となり、さらに疲弊し

た医業経営をも一層厳しくさせるものである。

因みに患者の受診抑制による医療機関の減収は約20%と推定されている。

軽医療部分の給付除外は初期治療に重大な影響を及ぼす。受診手控えによる自己診断は早期発見、早期治療が遅れ疾病の重症化を招き結果的には医療費の増大につながるだろう。また、軽医療の定義と判断基準の設定はほとんど不可能に近い。厚生省が風邪や腹痛などを軽医療と想定しているのなら、それは大きな見込み違いであり机上の空論と言えよう。

薬剤給付の見直しについては①各薬剤ごとの給付率格差の設定②参照価格制度③償還制度などの導入が計画されている。

給付率格差とは、医薬品を全額保険適用薬から順次段階的に給付率を縮小し、全額患者負担薬まで必要度に応じ、各々の医薬品をランク付けするものである。

参照価格制度は決められた参照価格があり、それ以下の医薬品は保険給付の対象になるが、それより高価なものは超過分がすべて患者負担となる制度である。いずれも実質的な薬剤給付の切り下げ措置と言える。

償還制度は患者のコスト意識を喚起するため、患者が一旦窓口で薬代を全額支払った後、保険から現金を受けとる仕組みである。

さらに、この改革案は医療費増加の一因が医師数の増加にあるとして医師数の削減を目論んでいる。すなわち、卒後臨床研修期間2年間の保険医外しと70歳保険医定年制である。

卒後臨床研修義務化はその必要性和保険医資格とは、全く次元の異なるもので連動される性格のものではない。70歳定年制も個人個人の能力の相違、政治家、弁護士など他業種との整合性、

地方医療の後退など問題が多い。

いずれも財政至上主義による医療保険制度の大幅後退であり、国民側に立った配慮がみられない。世界に冠たる日本の国民皆保険制度の形骸化を招くものと言えよう。

国は医療費の増加と国家財政の赤字を大義名分として、この改悪を推し進めようとしている。医療費増加の原因は時代の要請に伴う国民の必然的ニーズによるところが大きい。

しかし、国家財政の赤字は政府の失政が主原因であり、医療費の急増ではない。しかも、まだ日本の医療費はGDP比5.2%で先進国中最低である。したがって、財政赤字を理由に財政再建の矛先を医療保険制度改革に向けることは到底容認できるものではない。すでに医療費の国庫負担率はここ10数年来減少の一途を辿り、平成7年度は23.4%（約6兆円超）に落ち込んでいる。

医療費の財源は保険料・公費（国・自治体）・受益者（患者）負担であるから、国庫削減によるしわ寄せが保険料のアップまたは患者負担増につながることは論を待たない。保険料のアップは健保組合・経団連などが反対しているため、結局は一番弱い患者負担増が選択されたのであろう。

それでは本当に医療費に当てる国庫財源はないのだろうか。国の財政方針・政策に問題はないのか、自浄能力が不足していないかなど検討してみる必要がある。

第1に国庫支出の再検討である。今後10年間で630兆円に及ぶ公共事業投資、15年間で3倍以上に増えたODA（政府開発援助）、疑問の多い対米支援予算など政治的に偏った予算配分となっている。その一部を医療費に充当すれば医療費の財源捻出は可能である。

また住専には一次損失補てん額として6,850億円を計上しているが、これは医療費の国庫負担額の11%に相当するのである。

第2に徹底した行政改革の断行である。規制緩和・情報公開・中央省庁の再編・特殊法人の削減などで、毎年20兆円の歳出が軽減されるとの報告もある。国の財政再建の目玉であり日本

の将来の最重要課題でもある。官官接待、カラ出張、カラ雇用など多額な公費の不正支出の是正や非効率的な財政運営などを改善すれば数兆円の国費削減が可能という。

第3に消費税の福祉目的税化である。間接税は世代間格差も意識せず、平等公平な税で社会保障財源としては最適と考える。但し確実に高齢者対策に充当されるよう監視機構が必要である。消費税の引き上げにはインボイス方式が望ましいが、所得が明確化されるので一部の企業や関連政治家の反対が根強い。本末転倒と言わざるを得ない。消費税1%は約2兆円に相当するので3%を振り向ければ6兆円の財源が生まれる。

したがって医療費財源がないと言うのは詭弁であり、まして医療保険制度改革との美名のもとに、国庫負担を削減し患者負担を増やすやり方は到底許容できるものではない。

患者負担や保険料のアップを論議する前に、まず予算配分の見直し、行政機関の再編、国・地方自治体の歳出チェックなどが厳しく問われなければならない。それでも財源がない時に始めて患者負担が論議されるべきである。

日本の優れた医療保険制度は財源論に振り回されることなく、現状ではまだ十分に存続可能である。問題は行政の意識改革である。国が社会保障を防衛・外交と並んで重要事と認識しているのか、医療を人的資源活用の投資とみるのか、単なる消費とみているのか、政治家が政治・選挙力学ではなく真剣に医療のことを考えているのかなどが問われるべきである。経済大国日本が経済的理由で自からの国民の健康を守れぬ訳がない。

しかし、増加する医療費の効率的運用と適切な対策は当然必要である。効率的運用としては、医療機関も正すべきことは正して自重・是正する努力や医療機関相互の役割分担・連携など医療提供体制の再構築があげられる。適切な対策のためには医療費増加の原因を知る必要があり、次のことが考えられる。

①医療技術の進歩②人口の高齢化③疾病構造の変化④人件費の増加⑤医療関連有資格者の増

加⑥薬剤の使用量・高薬価⑦受療者の増加⑧医師数の増加などであるが「当然増」の部分も多い。

重点課題は老人医療費の急増と医療費の3割弱を占める薬剤費対策であろう。高齢者対策としてはまず社会的入院の是正がある。一般病院から仮に10万人が特別養護老人ホームに移った場合、年間2,000億円が節約されるという。そのためには介護保険構想とも連動して、自宅介護の態勢や施設介護の整備などを早期に実現しなければならぬ。

また消費税などの公費で医療・介護・福祉を一括して、全高齢者対策の独立した保険制度を創設するなど枠組み自体を見直さなければ根本的改革はできないかもしれない。

薬剤費対策には適正使用と適正薬価が問題となる。薬剤の使用法・使用量については制限による医療の質の低下が危惧される。むしろ欧米に比べ高い薬価の是正が先決である。薬剤費8

兆円として薬価を12.5%下げれば、1兆円の節約となる。不透明な薬価決定制度の公開が望まれる。

以上みてきたように、今回の医療保険制度改革は種々の矛盾と問題点が山積している。本来このような抜本的改革は民意の反映と国民の合意が不可決であり、「初めに金ありき」ではなく「初めに患者ありき」という発想の転換が必要である。国民が医療の質と量をどこまで求めているのか、それならどの程度の負担が許容できるのか、2、3年かけてじっくりと世論に問うべきである。それによりおのずと制度の内容、方向、輪郭などがみえてくる筈である。

21世紀は技術の進歩・患者の満足度など医療の「質」と増加する医療費の「負担」の整合性が問われる時代となろう。民主的・合理的かつ適正な医療保険制度の実現を願うものである。

(安井整形外科病院)

<札医通信投稿に当たってのお願い>

1. 投稿内容について

個人を誹謗したもの、内容その他が、掲載に支障があると広報委員会で判断した場合は、加筆、訂正、削除等を求めることがあります。掲載の採否は広報委員会にお任せ下さい。

2. 掲載号について

毎月の広報委員会において決定いたします。

3. 投稿枚数について

1回の投稿は原則として2ページを限度とします。長文原稿および連載ご希望の方は、あらかじめ広報部までご連絡ください。

札医通信原稿用紙(21字×12行)で

1ページ(1428字) 5枚半以内

2ページ(3192字) 12枚半以内

・ご希望の場合は札医通信用原稿用紙(21字×12行)をお送りいたします。

・ワープロを使用の場合は1行を21字に設

定して下さい。

4. 原稿の体裁等

1) 横書きといたします。

2) 引用文以外は、当用漢字、現代かなづかいを使用して下さい。

3) 明らかな誤字、脱字等は広報部で訂正し、著者校正は原則として1回といたします。

4) 別刷が必要な方は事前に広報部へお申し出ください。(実費がかかります)

5. 原稿送付先

〒060 札幌市中央区大通西19丁目

札幌市医師会館

札幌市医師会 広報部

T E L (011)611-4181

F A X (011)643-1511