



医療保険制度—厚生省の狙い—

中央区東支部 藤 永 明

平成9年度の北海道医師会医政研究委員会が2月1日開催された。特別講演として朝日新聞論説委員の有岡二郎氏による「医療保険制度の歴史と展望」、一般講演として日本医師会常任理事の青柳俊氏による「日本医師会総合政策研究機構—についての2つの講演」が行われた。このときの内容と有岡二郎氏が著された「戦後医療の50年—」を拜読させていただいたので、これらに自分なりに感じたことを交えながら、この欄を担当させていただくこととする。

有岡氏は記者時代、厚生省や大蔵省を担当されており、また故武見太郎元日本医師会長と非常に懇意であったとのことである。講演最初に氏はこう切り出した。私が朝日の論説委員と云うことであるから一言意見を求められていることが分かる、と。それは、昨年朝日新聞にてた9兆円医療費不正請求記事に対し、日本医師会を始め全国都道府県医師会から激しい抗議が、本社のみでなく各支局に寄せられた。そのことに関し氏自身この記事に全くタッチしておらず、これは明らかに記事として書きすぎであって、本人としては朝日を代表して医師側の顔をたてるため事態の收拾をはかったとのことであった。しかしながら不正請求があることも事実であり、このことを国民はしっかりと認識しているので、医師側自体の自律も必要であろうとのことであった。

氏は日本医師会の50年史とは、日本医師会と厚生省の権力闘争の歴史であった、と述べている。

武見太郎元医師会長が君臨した25年間は、厚生省の医療統制政策を幾度もはねのけてきたが、その死と前後して右肩上がりの経済の終焉、医療保険の赤字の増大、開業医数の勤務医に対す

る減少、などのため昭和50年代後半を境として厚生省の優位時代となった。ましてや、現在の医療制度に携わる官僚は、武見医師会長時代にさんざん痛めつけられた若手官僚で、法案を作成しては武見氏の下に日参する上司を見て育ったのであり、その怨念たるもの、ものすごいものがあるであろう。昔は厚生省の若手課長補佐クラスは、決して大きな声では医療政策を口にするのではなく相手の顔色をうかがっていたのに、今や厚生省の若手官僚は好き放題に声高々に自論を述べているとのことである。

最近医療制度改革が盛んに論議され、やれドイツ型だ、アメリカ型だ、などとつまみ食いかなされているが、氏によると制度改革の処方箋は出尽くしている、とのことである。

S.2年に健康保険法が施行されて以来、早くも政管健保の赤字は深刻さを増しており、S.30年健康保険の恒久的な財政赤字を検討するため、いわゆる7人委員会が設置された。その報告内容は

1. 標準報酬の完全な補足をはかり、上限を引き上げる
2. 保険医の公的性を強化する→S.32年に個人と医療機関の保険医登録二重指定制度(→保険医としての国家試験、保険医の定数制)
3. 診療報酬の支払い方式では、物と技術のできるだけ分けて技術重視→新医療費体系
4. 診療報酬方式に件数定額主義を加味する→包括払い(丸め)
5. 規格診療主義によって、一定の条件の下に差額徴収を公認→特定療養費制度
6. 初診料の倍増、入院の主食代相当額、往診料の半額負担導入→患者負担引き上げ
7. 従業員五人未満の事業所の従業員のため

の特別健保制度の創設

8. 被用者保険と国保の財政調節→財政調整

9. 国民健康保険を強制設立にする

ここに提言されたものには今日まで続く医療保険制度の様々な問題点が指摘されており、報告された内容はすでに実施されているものも、現在議論されているものも多い。つまり改革のメニューはすでにこのときに網羅されているのである。

S.59年の健保法改正時の厚生省構想が出されたが、これは厚生省の若手官僚が、医療保障政策の構想一低成長化における医療保障政策のあり方一と題して業界紙に発表して国民世論を喚起しようと試みたものであった。その内容は

1. 保険制度の統合一体化に向かうのは適当でない。

2. 全国民を通じる共通の基礎給付制度を確立、財政調整問題を解決。

3. 入院医療コントロールのために、入院時の審査承認制度や特定の疾患には入院後の一定期間ごとに保険者の承認を必要とする基準の設定。→制限診療(S.25年頃まで行われていた)。

4. 入院時食事代に患者一部負担導入。あるいは特定の疾患以外は給付対象外。→実現

5. 大衆保険薬のビタミン剤や総合感冒薬は給付対象外とするか、特別の一部負担制を導入する。

6. 学術専門団体による標準的ガイドライン(医療標準)を導入。→(S.28年からS.36年まで実際に制限診療が行われていた)制限診療

7. 高額高度医療機器の設置を規制。地域医療計画の中で整備水準をもうけて共同利用を進める。→実現気味

8. 医療機関の類型、種別に応じた診療報酬にする。

無床診療所は技術評価を重視した出来高払いのまま。

有床診療所や一般病院の入院料は包括化を進める。

高次機能病院は入院主体の診療報酬。

紹介のない外来患者の一部負担を大幅に引き上げる→動き出している、地域医療支援病院構

想。

さらに具体的となり、すでに実現、あるいは実現しそうな構想ばかりである。制限診療に関しては、S.36年に抗生物質や副腎皮質ホルモンの使用基準を決めた制限診療が廃止された。厚生官僚は、医療費は増加すると思った。しかし予見を越え、コントロールが全く利かない状態になるとは思っていなかったとのことであった。この最大の原因はゾロ新が大量に使用されたことであった。この事を厚生官僚は後日、もう少し用意をしてかからねばならなかった、と反省していた。S.35年老人医療費の無料化が小さな自治体より始まり、S.48年より国での老人医療費無料化が実施された。老人医療費は増大したが、この年の石油ショックで経済状況は一変し、その後は国論を二分する論争の中で、S.58年老人医療費の一部有料化を認める老人保健法が実施された。このように厚生省は制限診療の撤廃や老人医療費の無料化に大きな反省をしており、この事がこののちの政策に反映されてくる。

1997年夏の厚生省改革案

被用者保険本人の2割負担、患者負担引き上げ

財政構造改革法に関し、氏は無理難題と述べている。

厚生省は高齢者コストシフトつまり高齢者のところで儲けられていると判断、1998年度の医療費縮減額は3,260億円であり、これは老人医療費の適正化、薬価引き下げ、治療材料費引き下げ、レセプト点検強化、退職者医療老健拠出金の制度改正などでなんとか埋め合わせるようだ。しかしながら、財政構造改革法では、1999年度、2000年度の社会保障関係費増は、前年度の2%以内と決められているため、医療費の伸びは最大でも3,000億円以下であり、自然増でも8,000億円あるため5,000億円毎年縮減しないとしない。そのため厚生省は今後のねらいとして、改革の矛先を患者負担増と供給体制に向けている。

制度改革の方向としては

1. 診療報酬の定額化→DRG→しかし、高い病名にすれば高い医療費が得られる。

2. 薬価制度の見直し→参照価格制度→しかし安い薬を意識的に引き上げれば高い薬剤費に決まる。

など1.2.では医療費の削減を実現するには無理があり、

3. 高齢者医療保険制度の再構築

4. 患者負担増→これしかない！これが最大の狙い目のようだ。

取り組みの遅れている課題としては、医療供給サイドの改革で、

医師歯科医師の増員抑制、→保険医の定年、定数制

ベッド数の規制

医学教育の問題

保険者機能の強化

厚生省の若手官僚は、長年検討され議論されてきたこのような社会保険医療政策の研究書・報告書を何度も読み返しているのであり、厚生

省は時代の変遷に応じ、これらの十分研究された制度をその都度手を変え品を変え提案してくる。しかし、一線の医師が片手間に厚生官僚と医療制度問題を討論することはあり得ないことなので、そのためにも昨年創設された日医総研が、近い将来客観的で信頼の置ける医療制度のあり方を提言されることを期待している。

しかしここに至っては、多くの医師会員が憤慨されているように、Professional freedomを守るため、患者さんの医療を守るため一方的な医療政策と戦う必要があると考える。江戸に生まれた人たちが、黒船の来航が契機とはいえ明治維新を起こし日本を開国した。明治に生まれた人たちは、昭和の時代にあのとんでもない戦争を引き起こし、この日本を植民地となした。昭和に生まれた私たちは、この平成の時代に医療制度も含めこの日本という国をどうしようとしているのでしょうか。(札幌厚生病院)

