

オピオン

## 医療保険制度改革について思うこと

白石区支部 目黒 順一

平成9年の簡易生命表によると、平均寿命が男性77.19歳、女性83.82歳と過去最高を更新したとのことである。これは、世界一または世界トップクラスの寿命であり、要因として、日本という国の生活環境、食生活、日本人の遺伝的体質等、色々挙げられると思うが、やはり最大の要因は、予防や衛生教育も含めた日本の医療体制にあると考えたい。しかも、この医療体制が、諸外国もうらやむ国民皆保険で保障されている我々は、幸せな国民といえよう。しかし、ここ10年くらいの間に、少子高齢化が急速に進み、疾病構造の変化（高齢者医療費の急激な増加）から、医療費が年々増加し続けてきた。対GDP比から見ると、先進国の中では最低レベルではあるものの、このまま医療費が増え続けると、近い将来医療保険制度そのものが崩壊しかねないとの懸念から、医療費を抑制する目的で、次々と保険制度改革策が打ち出され、着々と実行に移されている。これまでの経過をみる限りでは、殆ど厚生省の一人勝ちの様相を呈しており、何ともやりきれない思いである。しかし、こうした流れを指をくわえて見ている訳にはいかないのであって、変化に対応しつつ、当方の意見を政策に反映させる努力も必要である。色々な政策を検討しながら、今後我々がとるべき道を、私なりに考えてみたい。

今回の保険制度改革では、数ある医療施設を機能に応じて区別し、整理合理化することが打ち出されている。即ち、個人開業医はかかりつけ医として（プライマリケアを行う主体として）捉えられ、病院は国公立病院を主体に再編し、民間病院は急性期と慢性期に分けて、それぞれ相応の医療を提供させようとしている。この急性期と慢性期を区分する基準が、殆ど平均在院

日数のみで決まる（人員・設備の面もあるが……）ということである。しかも病床稼働率も90%以上が必要とされている。しかし、急性の病気は、その多くが2週間や3週間でうまく治ることは少ない。例えば、当院では腎移植や骨髄移植が日常的に行われているが、移植後のケアは複雑であり、合併症が発生することも多く、時には入院が2カ月以上に及ぶこともある。また、合併症（失明、四肢切断等）を有する血液透析患者は、透析ができて、かつケアできる施設が少ないことから、どうしても長期の入院になり易い。こうした事情で規定の在院日数をクリアできず、急性期病院になれない病院も数多く出現することが想定される。再び簡易生命表に戻るが、65歳までの死亡確率は、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患のいわゆる3大死因が57～58%にも昇り、これに肺炎を加えると、実に70%近くが急性またはそれに近い病態で死亡していることになる（癌は多少タイムラグがあるが）。従って疾病の主体はやはり急性期医療とならざるを得ない。こうした中で、急性期病院の数も少し不足したら、患者は中途半端な状態で放り出される事態も予測される。こうした事態に対応するためには、今以上に病一病または病一診連携を強化し、地域の中で解決を計るしかないであろう。一方、高齢者の医療費高騰に対して、本来福祉でみるべき社会的入院を介護保険ヘシフトし、さらに75歳以上については別枠を設けて（保険料の徴収体系と別に設けて）国庫負担の減少を計っている。これについては、定額負担をにかけていた日本医師会（日医）は、今年になり突然定率制を打ち出し（ただし日医総研の案ということではあるが）、各地の医師会から反発を受けている。高齢者の保険は別枠が必要

とは思うが、その詳しい内容は曖昧であり、今後多くの紆余曲折があると思われ、目の離せない所である。また、治療費の定額制の問題も、改革案の中に盛り込まれている。日医は一貫して出来高払いの原則堅持を打ち出してはいるものの、現実には、診療報酬体系そのものが、ある意味では公定価格であり、医師の裁量権も、保険者からの査定の強化等により、以前ほど自由度は保障されていない。言い過ぎかもしれないが、出来高払いは、実質的に崩壊しているようにも見える。DRGの問題も、もはや止めることの出来ない流れにあると思われるが、アメリカのようにコスト計算の積み上げから算出される透明性があれば良いが、日本的決め方をするようであれば色々議論がでてこよう。定額制が実行されれば、医師はこれまで以上に合併症に対して留意せざるを得なくなり、さらなる研鑽を要求されるであろう。

以上、思いつくままに勝手なことを書き連ねてしまったが、我々が医師集団というギルドとして、今後どうしたら良いかを勝手ついでに述べてみたい。

まず、医師会の問題であるが、会員の構成をみると、開業医よりも勤務医が多くなっている現実がある。また、勤務医でも年齢や病院の特性等に大きな振幅がある。さらに、今日の政治状況を見ても、政党の離散集合が頻繁であり、会員の考え方も右から左まで多様であるので、

一定の支持政党を選ぶのもなかなか大変な時代になってきている。これらを考え併せると、医師の側の結束がいまひとつ不十分な畏れがある。この辺が厚生省に付け入れられ易い原因の一つかもしれない。全国には医師会以外に多数の団体があり独自の活動をしているグループもある。しかし、厚生省との正式な窓口を持っているのはやはり日医と思われるので、ここは日医に頑張ってもらわなければならないと思う。具体的には、医療保険制度の根幹にかかわる提言を行っている医療保険福祉審議会へ、何とか日医の代表者を少しでも多く送り込めないものであろうか。また、色々な具体的施策や診療報酬を決める場である中医協に、積極的な発言のできる医療者側の代表をもっと増やせないものであろうか。政治家に多くを期待するのも一法であるが、これまでの経緯をみていると、どうも方針が決まってしまった後での小修正にしか役立っていないふしがある。やはり中枢に居て始めて有効な議論を起こせるのではないかと考える。

本当に勝手なことを述べてしまったが、「では、お前が頑張って何かやってみろ。」と言われても、非力な私にはとても大変なことである。医政委員会のメンバーの方々には、これらの役目を立派に果たせる方が多数おられるので、私はせめて応援団として後押しさせていただければと思っている。

(札幌北楡病院)

