

オピニオン**医政委員になって思うこと**

東区支部 櫻井正之

本年4月から東区支部医政委員になり、毎月開催される委員会に出席している。先ず、責任を持って、まじめに責務に取り組んでおられる各支部の医政委員諸氏に敬意を表する。周囲はすでに衆院選真っ最中であり、市医師会も自民党候補者推薦の方針を表明した。彼等が当選した暁にはいかなる政治活動をするのだろうか、やや不安である。

現行の医療制度を考えると、これは財政当局が医療費増大を抑制するにはきわめて都合の良いシステムである。頭脳明晰な官僚達が診療側と交渉する過程で、基本ルールを大幅に変えず、一見、平等で公平性が保たれるかのように巧妙に創り上げてきたシステムに思える。日本型社会主義的医療制度と呼んでもよいこの制度が、それはそれで国民皆保険を基盤とし、他の先進諸国に比べて低い医療費で平均余命や乳児死亡率などの保険指標を世界の最高水準に維持してきた。しかし、近年の人口の高齢化により国民医療費増加の抑制および財源の確保に新たなシステムの構築が要求されてきた。財務省主導の財政支出のカット、国民負担の増加のみで、国民性生活の将来像を示せない小泉政策では国民の将来不安は益々増大するばかりである。この視点から「小泉改革」に反対する医師会執行部の姿勢は評価できる。

今日の医療制度はどのようにして決定されてきたのか、その構図は初期には非常に分かりやすい。当初から医療体制の国家統制を目指す厚生省（現厚労省）と、医師の裁量の自由を確保したいとする日本医師会との対立で特徴付けられる。その両者の土俵が中医協である。日本医師会の直接の相手は厚生省であったが、この組織にはまず医療費改定の陰の主役である大蔵省

（現財務省）という主要なバックがあった。もう一つの厚労省の支援者が保険者といえよう。とくに健保連はバックである経団連の利益が第一であるから点数の引き上げには反対で医師に対する統制の強化という点では財務省-厚生省ラインとは同一パイプで繋がる。当時、武見太郎をリーダーとする日本医師会の戦略は、中医協における不動の地位を確保し、支払側の影響を排除し、さらには中医協から厚生省を排除し医師会による中医協を介した統制可能な環境を築くことだったと言われている。やがて、諸々の決定が中医協内の協議ではなく、医師会トップと厚生省役人の中間段階の交渉で大筋が決定されるようになり、また族議員と医師会トップのコネで厚生省と対決する姿勢も露わになり、中医協の議論は儀式化してきた。武見太郎は、強力な指導力と莫大な会員の資金力に政界へのコネを全て仕切る政治手法を用い、昭和30年代から40年代後半までは診療側が交渉を有利に進めたのは周知の事実である。

昭和33年、医療機関に対する支払方法が診療報酬に一本化され、国民皆保険制度が達成された。ちなみに当時の国保の自己負担率は5割、被用者保険の本人自己負担率は「ただ」であった。昭和48年、当時革新知事、市長の誕生などで政治的危機意識を抱いた政府自民党は、70歳以上の老人の無料化、高額療養費制度等の導入を決めた。この老人医療費無料化政策は将来に禍根を残した悪法であったが、当時の診療側にとっても報酬増に繋がったわけである。同年、争点の診療報酬改定方式の選択で、マクロの経済指標にリンクさせるスライド方式が採用され決着をみた。ところが同時期に財務官僚主導で、健保の保険料を支出にリンクさせ、一般財

源からの助成を保健率に直結させる新しいルールが確立された。医療保険体制の合理的な維持方法として医療費の増大に対して国庫負担割合を引き上げる際には同時に保険料が上がる明確な対応関係が成立した。その後も、トップダウン方式による診療側の優位は続いたが、1980年代に入って診療側はパワーを徐々に落とし、財政当局が優位となってきた。昭和56年には診療報酬の改定幅はマクロの経済指標にそのままスライドされなくなり、代わって医療費の自然増部分を差し引くなどの厳しいルールが確立した。かくて改定幅の圧縮が可能となって、医療費の総枠決定交渉において財政当局、保険者側の診療側に対する優位性が確保された。この時期、医療費抑制で防戦一方の診療側からは保険者の一本化が訴えられていたはずである。とくに、組合健保の黒字幅が増大し続け、保険者間の較差と不平等が批判された。政府は昭和58年、老人保健法を制定し国が老人の自己負担を払っていた政府補助金老人医療を改め、各保険者が平等に7割を負担する「保険者の拠出金制度」を導入した。保険者間の財政状況の公平性を図った。翌59年には退職者医療制度が創設され被用者保険からの拠出金制度が設けられた。各保険者の財政状況の公平性、近似化が保たれ、筋が通ったというわけだ。そして財務当局は国庫支出を順調に減らし財政調整は一層進んだ。かくして、国民医療費について財務当局の統制可能なシステムが完成した。しかし、官僚の巧妙なパッチワーク的調整の結果出来た医療制度は、医者のもとより、その種の専門家にも

容易に把握出来ないほど複雑になった。平成4年、財務当局は、政官健保の保険料率の引き下げと一般会計の助成率の引き下げをリンクするという裏技もどきを使って、診療報酬を10年ぶりに引き上げ診療側のガス抜きを行った。しかし、その後は健保本人1割自己負担の導入を始めとし診療側にとってはつらい交渉の連続であった。そして「小泉改革」だ。聖域なき改革、硬直した官僚統制の打破、利権に群がる族議員と圧力団体の排除を絶叫した。なんと清廉で新鮮なリーダーなのだろう。一瞬、期待した。そして錯覚だと気がついた。彼は「聞く耳を持たないリーダー」だった。

今後、医師会はどうやって闘うのか、若い会員を増やし結束力を高め、金を集めて伝統の政治手法を使い、いざとなったらストもするのか、ITを通じ国民にアピールして賛同を得るべきとの意見もある。しかし、国民はマスコミから医師に対して圧倒的に悪いイメージを植え付けられているので、常に診療に対する不満、さらには疑問すら持っている。私は赤髭ではない。坪井会長ではないが、「医療」は国家安全保障の見地から議論すべき重要事項である。医師が専門家として医療問題の政策決定に参画できない体制は異常である。さて、行政当局の嫌いな情報開示に、自ら積極的に挑戦し、長期戦覚悟の論戦を張ろうか。さもないと、われわれの将来もないだろうし、日本そのものの未来はない。

(北光記念病院)

