第49回日本東洋医学会学術総会

招待講演

医療保険改革と診療報酬改正

今田 寛睦

Health Care Reform and Revision of the Fee Schedule

Hiromutsu IMADA

Medical Economics Division, Health Insurance Bureau, Ministry of Health and Welfare

Nihon Toyo Igaku Zasshi (Japanese Journal of Oriental Medicine), **49**(4), 509-518, 1999

(Accepted ; 23 May, 1998)

石橋 それでは、招待講演の2を始めさせていただきます。今日は今田寛睦先生をお迎えしてお話をうかがうことになりました。

今田先生は広島大学の医学部のご卒業であり、専攻は精神医学です。今は精神医学というよりも、厚生省に昭和57年にお入りになり、それから保険局とか健康政策局の指導課長、医事課長を経て、平成8年に保険局の医療課長になっていらっしゃいます。皆様ご存じでしょうが、保険局は健康保険の診療報酬改定などの非常に中心なお仕事を精力的にやっているところで、今田先生もその中であって非常に重い役割を担っておられ、その中心になっておられます。だいたいこういうところにはこのような大物の先生をお迎えすることはあまりないのですが、今回は特に今田先生に来ていただきました。これから医療費の問題は大変逼迫した重大な問題でございますが、そういうことを当事者といえますか、直接うかがえる機会が与え

られたことを本当にうれしく思います。今田先生、どうぞよろしくお願いいたします。

今田 ご紹介いただきました医療課長の今田でございます。今日は「東洋医学会」にお招きいただき、大変ありがとうございます。

私は、先程ご紹介にもありましたように、今、保険局の医療課というところで主に診療報酬の問題、それから薬価基準の問題を担当させていただいています。ここに来る前が医事課長でして、医師法等身分法の所管をしていました。その前は指導課長で医療法の所管の仕事をさせていただいていました。ちょうど医療法と医師法と今回の健康保険法と3つは、たぶん先生方にも一番関心が高い法律分野ではないかと思いますが、そういったところを回らせていただいております。大変光栄に思っています。

それと同時に、私が初めて厚生省へ入った約1年半後、昭和59年ですが、このときに今の同じ医

医、厚生省保険局医療課長

第49回日本東洋医学会総会（1998年5月23日、熊本）より

療課の課長補佐に着任して、健康保険法の改正で健康保険本人1割負担の導入とか、高度先進医療の特定承認保険医療機関、つまり保険と医学の進歩の橋渡しをするような仕組みになりますが、そういった制度にかかりました。当時、健康保険本人1割負担などとても騒々しい時期を過ごしたわけですが、今回の医療課就任においても昨年の健康保険法改正で今度は健康保険本人2割負担、さらに薬剤の別途負担などということで、巡り合わせが非常に悪いときに保険局にいるというのはいささか残酷な気がします。そういう激動の時期にこういった仕事に携わることができたという意味ではよかったのかなとも思っています。

今回、お手元に資料を別途用意させていただいていますが、今、医療保険抜本改革のさなかにございますので、まず最初にそのあたりの経緯なども含めてご紹介申し上げたいと思います。

医療保険の抜本改革をやらなければならないというきっかけについて、最初にご紹介申し上げます。昨年施行した健康保険法改正、本人の2割負担であるとか政管健保の保険料率の引き上げとかであります。そういった議論をする審議会に医療保険審議会というのがあります。そこでの審議経過においてこのような負担をお願いしなければならないということの背景は、政管健保が7,000億円の赤字になるというような予測があったり、各保険者も財政基盤が非常に厳しいというようなこともあり、そういう保険財政安定化のための改革案が示されたわけです。その後、与党の方でこれをどのような法案として構成するかということについていくらかの修正があり、法案として衆議院に上程されることになったわけです。

ところが、その法律の内容は薬剤の負担だとか、患者さんから自己負担をいただくとか、保険料を上げるとか、要するに経済的な内容ばかりであって、ある意味では国民に財政基盤の安定化のために負担をお願いするだけの中身ではないかという批判が強く出されました。このまま法律を通すわけにはいかないのではないかということから、与党も厚生省も、医療体系そのものを抜本的に見直して、安定的な基盤が維持できるような仕組みと

いうものを一方で考えたうえで、なおかつ患者さんなり国民に負担を求めるといような仕組みを示さなければならないとの意見が強く出てきました。その結果、昨年の7月には厚生省が抜本改革案というものを作り、その翌月には与党として抜本改革をこう進めるべきだということが示されたところです。

お手元の資料は、与党がまとめた改革案の示している内容です。その基本は医療提供体制を今後どう持っていくのか、診療報酬体系、薬価基準、この制度はそのままでもいいのかどうか、あるいはこれから高齢化が進む中で老人の医療費をどのようにみんなが負担をすればいいのかというような問題についての一定の方向性が示されたわけです。

この抜本改革案が与党から出され、なおかつ9月から新しい健康保険法が施行に移って、いよいよこの方針に沿って国としてどういう対策を考えていくかという段階になりました。その議論をする場として、かつての医療保険審議会が改組された「医療保険福祉審議会」に「制度企画部会」という一つの部会ができました。この制度企画部会でこの抜本改革案をどうこなしていくかということについて議論することになりました。この抜本改革案について議論をするについて、今申し上げたいいくつかの課題があるわけです。例えば医療提供体制ですが、これについては医療法とのかかわりが非常に深いということから、健康政策局の方で、つまり医療審議会の方で議論をしていく。残りの部分は医療保険にかかる分野ですので、この制度企画部会で議論していく。しかも、診療報酬体系とか薬価基準というものを抜本的に変えていくということになると大変な時間がかかる。例えば、患者負担1割を2割にするというようなことは、決まればそれを施行するうえでの準備は比較的短期間でできますが、診療報酬点数のあの分厚い本を見直そうとすると1か月や2か月でできるわけではありません。同じように、薬価基準1万2,000品目の薬価をどうするかということについても大変大きな作業が要る。そういうこともあって、先に診療報酬体系と薬価基準を議論しようということになり、昨年の暮れから本格的議論

が始まったわけです。

折しも今年は診療報酬改定の年でしたから、診療報酬に対する対応というものもこれとは別途考慮しなければならないという状況もありました。昨年の6月ごろ橋本内閣はいわゆる赤字国債に依存している日本の財政体質を改革したいということから、予算に対して非常に厳しい対応をとっていかうという考え方が出てきました。従来だと、大蔵とのやりとりで、シーリングを決めてその実現を図るというような手法をとっていたわけですが、昨年はそういう手法から、法律にはっきり目標を明示して、その法律に従って財政再建を進めていこうということが決まったわけです。

お手元の資料に「財政構造改革法」という法律の抜粋をお示ししていますが、そこには法律として社会保障関係費にかかる改革の基本方針において、社会保障制度の構造改革を進めるということ、それから第8条にあるように社会保障費の額を抑制するというので、その目標値を定めています。社会保障の10年度の予算については3,000億の伸びを限度とすると決められたわけです。

社会保障の費用というのは、必ずしも厚生省だけが所管しているわけではありませんが、ほとんどは厚生省の年金制度と医療保険制度に費やされています。そうすると、年金については約束された支払いはしなければならないし、高齢化が進むわけですから増えるのもしょうがありません。そうすると、医療費そのものを削減しなければならないということが法律を守るうえで必要になってしまった。したがって、6,000億の自然増があると言われている医療費について、これを縮減しなければならない。放っておけば6,000億増えるわけですから、どうしてもマイナスを立てなければならない。つまりマイナスに働く予算の仕組みを作るというのが、この「財政構造改革法」によって我々に課せられた義務になってしまったわけです。

そうすると、それだけの医療費の伸びをどうやってまかなうか、要するに伸びないようにするにはどうやったらいいかということで、結果として薬価基準の引き下げ(10%程度引き下げる)、そ

れで国庫で約1,800億くらいの引き下げをやる。国庫で1,800億というと医療費ベースに直すと4倍すればいいわけですから、7,200億の薬剤費をその縮減のために充てるというようなことにせざるをえなくなったわけです。これだけではもちろん足りないわけですから、そのほかにも例えば老人医療の適正化とかいろいろなことで捻出するわけです。こうして昨年度の予算がセットされたのです。

一方、年末になると、「医療費を引き上げるべきではないか」。昨年も改訂がありましたが、これは消費税のためにやった改訂ですから、一昨年の改訂からちょうど2年を経ています。その間、まったく医療費を上げないのか。これでは診療側としては耐えられない。しかし医療費を上げるとなると、上げるための財源が要るわけです。しかも、国は4分の1手当するわけですが、保険者、つまり健康保険にしても国民保険にしても、残りの4分の3については保険者が負担をしなければならない。もともと保険財政が厳しいからということと医療費の削減をしようとしてきているにもかかわらず、そのうえでまたあえて医療費を上げる理由は何なのだと、こういう議論もありました。そこで年末を迎えて、中央社会保険医療協議会でそのことについて大変な議論が行われましたが、なかなかまとまらない。上げるべきか上げざるべきか。それでぎりぎりの予算セットの当夜、まさに夜中の12時まで中医協ですったもんだしたあげく、結局三論併記というようなかたちで中医協としては一本化できなかったわけです。

そこで政府としてどうしたかということ、この2年間の物価人件費(1.5%)の上がり分については引き上げざるをえないのではないかという判断をしました。ところが、その1.5%を上げるというと当然財源が要ります。国庫で約1,000億要るわけです。その1,000億はどこにあるのか。もともと「財政構造改革法」で予算に枠がある。そういう法律ですから、それを破るわけにいかない。したがって、そのために厚生省のほかの予算、いろいろなところから集めて予算を工面しました。こうして3,000億円の枠にとどめるという法律に

沿って厚生省の予算を節約して集めあげた結果、今回の1.5%の引き上げにつながったのです。

一方で、非常に財政が厳しいという中から患者さんに負担を求めるということで法律を改正し、一方で医療費も医療を守るという視点から引き上げなくてはならないということから、その意味での負担もお願いするというような状況の中で、やはり今の診療報酬体系に無駄な部分があるかもしれない、そういう部分をもっと切り込むかたちで改革を進めていく必要があるのではないかと。そういう状況での診療報酬改訂でありました。

さて、診療報酬改革についての議論が昨年の暮れから制度企画部会で行われていますが、その柱として、1つは技術料を重視した評価に変えていくというものです。それから、医療機関の機能に応じて評価を変えていく。そして患者の様態、急性期、慢性期といったのですが、これらによって出来高払いと包括払いの組み合わせを工夫した体系に持っていく。こういうことが提示されています。

そこで、先生方の関心の深いこの分野を少し細かく申し上げます。この診療報酬体系の中で、今の診療報酬点数を見ていただくとよくおわかりのように、医学管理料の中に何が含まれているかわからない。再診料の中に何が含まれているかというのもよくわからない。技術料であるようにも見えますが、一方で病院の例えば事務の方の人件費がどこの点数であるというわけではありませんから、どこかに包括的にまぎれ込んでいる。診療報酬点数は絶対的価格を決めているのではなく、医療経営全体を維持するためのバランスをとっているという部分がたくさんあります。例えば、入院医療費を上げようとする、診療所にその点数が行きませんから、そうすると初診料とか再診料の方を上げることになる。すると、その時点で病院の再診料と診療所の再診料に差がついてしまう。技術に差があるのかと聞かれてもよくわからないわけですが、バランスをとるためにはそういう差をつけざるをえないというのが今の点数表なのです。もちろん、盲腸の手術と脳外科の手術には明らかに差がついていますが、それにかかる技術的

投資、物的投資というものを厳密に案分しているわけではなく、おおよその差をつけているわけです。したがって、先生方もかなりのことをしていると、あまりにも低い点数だということとで批判が出る場合もあるし、そうでない場合もあります。

そういう医師の持っている技術を技術だけ評価できる仕組みはないのかという考え方が、特に臨床現場の先生方からも強く出ていますし、アメリカでもドクターズフィーという概念がある。したがって、技術にかかる部分を切り取って評価しようという考え方が基本に流れています。そこで、どういうふうな絵姿になるかというと、技術を評価する点数と、薬とか医療用具とかという物代、それと病院そのものを維持管理する費用、いわゆる狭い意味のホスピタルフィーですが、この3つに大きく区分して、そのかわり技術についてはその技術にかかる時間だとか難易度とかを適正に評価してバランスをとっていくと、こういうふうな技術重視という観点が含まれています。

そうすると、まず今の点数を3分割する必要があります。物はすぐに切り出せるわけですから、何が技術で何がホスピタルフィーかということ区分けする作業が必要になります。それと同時に、今度は技術だけに特化することになるので、その技術が他の技術とどういうバランスがあるか。一番端的なのは時間ですが、5分かかる手術と10分かかる手術は1対2の関係になるという考え方。もちろんそれだけではないと思います。経験とかいろいろなものが別途入りますが、理屈から言えば時間という切り口でものを見れば、そのような仕組みになります。

そうなるとういうふうなことが将来起こるかという、働かない人には金が行かないという仕組みになってきます。今だと病院の病棟に患者さんがいて、医療法では16人に1人の医者がいるなっていますが、四六時中16人に1人の医者がいるわけではありません。外来で患者をみたりして、それで病院全体が成り立っているわけです。それを今度は技術ということに特化すると、病棟で何をしたかが問題になります。それを評価するとい

うことになりますから、そういう意味では非常に技術というものに目が向いていく。つまり、その技術を行使する医師の時間とか能力とかに目が向いていくことになるのではないか。これは医師にとっては、従来均質に評価されていたものが個別に評価されるという意味ではいい面もありますが、そうでない人もいるかもしれません。そういう意味で、非常に活性度が高まるという見方が、この制度の改革の中にありうると思います。一方、技術というものが前面に出て評価されるということになりますから、この報告書の中にも実は含まれているのですが、その技術料に技術格差、つまり上手な人と下手な人の評価に格差をつけるという考え方が出てくる。

報告書では特定療養費、つまり差額が取れる仕組みですが、そういう特定療養費制度を使って技術に対して患者さんから技術の高い人については別途負担をいただくという考え方があってもいいのではないかということが述べられています。もともとは大学を出てすぐの医者と熟練した医師は同じ点数でいいのかという素朴な発想から来ていますが、そういう技術上の格差というものを診療報酬の中で仕組んでいくということについてはどうなのだろうか。制度企画部会でも大きな議論になっていて、積極的な取り組みに否定的な意見も多い。技術というものが個々適切に評価されることで、技術のある人となない人が自然に分かるような仕組みがあれば、あえて患者さんの選択と負担に求めるというようなことを持ち込まなくてもいいのではないか。こういうような考え方もあります。

技術に着目した評価をするということは、一種の個々の技術そのものが問われるという意味で、画期的な改革になるのかもしれない。そこはある一定の評価、つまり技術の高い人たちがより高くよりよく評価されるような仕組みというものをどうしてもそこで追求していくことになるのではないかと思います。それが技術に関する部分です。

もう1つは、医療機関の機能に応じた評価をどうするかということです。報告書では大病院と中小病院の役割を異にして評価すべきとされていま

す。折しも医療法の改正があり、地域医療支援病院という制度ができました。これは、紹介率が80%以上の医療機関だということで作られている。つまり、紹介をされた患者さんを主に診ていこう。高度に投資された入院施設はその入院機能に特化して活用してもらう。外来で一般の医療機関ができることをするというのではなく、せっかくいろいろな機械や建物を投資しているわけですから、その投資されたものがより効率的に活用されるためには、入院機能あるいはそういう高度な医療に特化された使われ方をすべきではないか。そういう視点で地域の医療機関の支援にもつながるといような機能を期待して、この制度ができています。

これらの病院は、それだけの物的、人的投資をしているのだから、それを最も必要としている人によって効率的に使われたい。昔から、風邪を引いて大学病院に行くことはないじゃないかというのとよく似ている議論です。ただ、大病院というのはベッド数が大きければ大病院かという問題もありますから、機能というものについては一定の議論が必要になると思いますが、基本的にはそういう病院の機能によって診療報酬を分けようという考え方になるのではないかと思います。したがって、例えば入院に特化した病院では入院に対する評価というものをきちんとみて、その代わり外来については必要なものはみなければなりません。そうでないところに高い評価を与えることはないのではないかというようなことになるかもしれません。中小病院であるとか診療所はその逆になっていくということも当然あり、従来甲表と乙表という診療報酬点数があり、これが一本化されましたが、また改めて機能によって診療報酬が異なるというなかたちで再評価されていくということも、一つの帰結としてありうると思われます。これが第2の課題です。

第3の課題が急性期と慢性期ということを踏まえた包括化と出来高の問題です。現在でも老人などを中心に1日定額払いが入っており、その中には薬剤費も入っています。したがって、安定期にあっては1日定額ということは今でも一部導入さ

れているわけですから、これを推進していく。あるいは、慢性病でなくても慢性期になれば、例えば盲腸で1週間経ったら安定期に入るのだから、1週間経たあとは1日定額でいいではないかというようなことも含めて、慢性期には定額払いがいいのではないかという考え方があります。一方で、急性期は非常に症状が変転するからそういう意味では出来高をそのまま残しておく。それによって患者の個別性に対応しよう。こういうことで出来高を原則残そう。外来も同様にというのが骨格になっています。

ところで、アメリカでいうところのDRG(疾病別定額払い方式)というのがありますが、その人が入院をして退院するまでを一連のものとして一括100万円と、そうすると1週間で治る病気を3日で治しても100万円ですから有利ですし、失敗をして2週間経てばそれでも100万円ですから病院にとっては不利になる。つまり、入院期間というものにインセンティブを与えるためには1日定額では機能しない。やはり、入院期間というものをある程度包括したかたちで支払い方式を考える、これがDRGの基本的な考え方です。

特に日本でも、例えば白内障手術のように非常に定型的なものには、DRGが導入できるのではないか。こういう1件あたりの定額という概念が出てくる背景には、基本的には日本の医療機関の入院期間が長いのではないかという認識から、また当然長い分だけベッドは多い、こういう視点からこういう案が出てくるわけです。したがって私たちもそう思っていますが、日本の医療機関のベッド数は一般病室としては多すぎるという認識に立っていますし、入院期間も長すぎるという前提に立っています。しかし一方で、日本の現状において、ただ退院すればそれでいいのかという問題もあります。これはやはり介護保険の充実とか、老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームなどの整備などの関係にもなってきます。しかし通常の一般病床における医療のありようとして、やはりこの入院期間というものに着目したアプローチというものがどうしても必要になる。こういう考え方が底辺にあるから、出来高だけでいいとは

言い切れない部分がたくさんあります。

ただ、医療保険福祉審議会の中で議論されている中で共通しているのは、出来高であれ包括であれ、医療機関の中で行われている医療の質というものが評価できる仕組みがないという現状がそもそも問題だ。それさえあればもしかしたら出来高でもいいし、もしかしたら包括でもいい。包括にしても粗診粗料になるという批判があるわけですから、そういう意味では、医療機関の中身が見えるようにする必要があります。今までは医療機関の中に第三者が入って、この病院の体制はいいとか悪いとか、「こういう治療をしていたのではだめではないか」などということをする仕組みはいっさいないわけです。つまり他人の目に触れない。第三者の目に評価として触れない。こういう仕組みそのものが解決されないのに、出来高だ包括だということそのものに実は問題があるのではないかという意見もあります。

いずれにしても、この支払い方式そのものが医療の質と不即不離の関係にある以上は、例えば今、健康政策局でやっている医療機関の評価機構を作っていますが、そういう機構を活用するとかしながら、やはり医療の中身というものを評価する仕組みを作ったうえで、あるいは作ることを条件に、この出来高包括というものをもう少し突っ込んで検討する必要があるとそこで出てくるように思います。これが第3の課題です。

これらを踏まえて診療報酬体系を見直すということについて、少し具体的な案を考えてみようということで、昨日の医療保険福祉審議会では作業グループで少し案を練ってみることになりました。したがって、いよいよ私たちは先生方の力を借りながらどういうものが一番いいのかということを含めて検討に入る段階にきています。今後本当にあるべき診療報酬体系というものについてどう考えるかという点については、これからも各学会などを含めた先生方の意見をお聞きしながら、これを組み立てていく必要があるように思います。これが診療報酬体系です。

もう1つは薬価基準です。これも診療報酬体系の議論が昨年の暮れに一応終わったものですから、

今年に入って薬価基準の議論に入りました。薬価基準で示されている内容は、いわゆる日本型参照価格と言っていますが、医薬品について今は市場実勢価格を調べて、それに一定のR幅という、地域によって、あるいは包装の大きさによって多少値段が変わりますから、そういうゾーンを上乗せして価格を設定しています。したがって、先発とゾロの関係を見てみると、先発薬品を作っている会社のものは100円だけれども、ゾロを作っているものは50円だという実態が起こっているわけです。

しかし、その薬は同じ薬である。もちろん、そこには行使されるサービス、情報、販売などいろいろなところに差があることは事実ですが、お金を払う側から見れば同じものであったら同じだけ払いたい。そうすると例えば100円と50円の薬が先発とゾロの関係にあれば、保険は50円でしか払わない。それでも100円の薬が欲しいというのであれば、残りの50円は患者さんからもらってくださいというような仕組みです。もちろんその線の引き方があります。例えば100円と50円だから50円にしなければならない理由はなく、数を平均すれば70円かもしれないし80円かもしれませんが、そこは線の引き方の問題です。しかしいづれにしても、同じ薬であれば同じ償還でいいではないか。今は先発は高くて後発は安くなっています。しかも昨年であれば8%のRゾーンですから、平均100円で売っているものについては108円という薬価をつけていたわけです。

ところがそうなると、医療機関にしてみれば108円のを買えば100円で入れてくれるわけですから、8円有利になります。ところが、50円のところは55円がつくわけですから、5円しか有利にならない。すると、同じ薬だと高い方を買ったほうが病院の経営にいいということになります。つまり、高い薬ほど経営上のメリットが高いということになる。それが薬価に対する大きな問題、つまり薬価差があるばかりに、薬価差がその商品の流通に影響を及ぼしてしまう。そういう仕組みを変えたいという願いがこれに込められているわけです。いづれにしても、この薬価差というものをど

う捉えていくかということからこの議論は始まっていますが、その一つの解決策としてこの参照価格制度、つまり同じ効き目のものであれば同じ成分なのだから同じ値段でいいではないか。それでも高い方がいいとおっしゃるなら、そこは若干の負担をいただくということもやむをえないという考え方です。

今、先発とゾロを申し上げましたが、例えばH2ブロッカーにしてもいくつかの種類があります。同じではなくちょっと違ってきます。H2ブロッカーという機能は一緒ですが、種類が違うという場合があります。それも一本にしたらどうかという考えもあります。種類は違うけれども、多少構造式も違うけれど、H2ブロッカーであることは確かだ。それだと、H2ブロッカーなら全部同じ値段でいいではないかという考え方があります。ドイツではもともと先発と後発だけを対象としていたのが、その後先発どうしても多少種類が違っていても同じカテゴリーの中に入るものについては同じ価格で償還する。それでもここにありますから、その飛び出したところは患者さんに負担してもらわざるをえない。ただ現実には、ドイツでも償還価格に全部下がってきます。患者さんから負担を取らないでも済む価格まで下がってきました。薬価差がないわけですから、それなら同じ効果なら安い薬を出しましょうという先生方のインセンティブへと移っていくのではないかと期待されているわけです。

そのことを裏返して言えば、先生方は果たして本当にできることなら安い薬を出してあげようという行動が一般的なのかどうかということが、問われるのと同じことなのです。患者さんの負担というもの、あるいは保険財政というものを考えてやっているかどうか。私も大学病院にいましたが、先発しかいっさい銘柄は知りません。後発まで大学で教えてもくれませんし、物も入っていません。中小病院に行くと、そこに初めてゾロというのが見えてくる。しかも、私たちは大学で先発の銘柄で頭にインプットされているわけですから、中小病院に行ってちょっと診察してみると言われると、知っている薬がないわけですから、「高い方の先

発を買ってくれ、そうでない行きたくない、そんなところへ出向したくない」と、こういうこともありうるわけです。そういう意味では、少なくとも薬に対する認識というものが、もしかしたら大学教育の中も含めて、必ずしも適切な教育がなされていないということに起因しているのかもしれない。つまり、患者さんに負担を求めるということだけが解決策であるかどうかという点について、やはり問題があるのでしょうか。しかし、やはり同じようなものは同じようにという割り切りをするということがこの案の基本的な考え方です。

もちろん是非論があり、先般も日本医師会はこういうかたちをやるよりも現在の供給体制を変えたやり方で解決するという案をお出しになられたことはご承知かもしれません。もちろんいろいろな工夫があるのだと思いますが、いずれにしても今の薬価差に依存する体質から脱却するという点については皆さん異存がありません。むしろどういう構造がいいかということで、今議論していきまして、これについては医療保険福祉審議会で、いくつかの薬を取り上げて、どういうグルーピングがあって、どういう価格設定、レベルにすればどういう問題が起るかということ、少し例示的に検討したものを提出してくれということで、今その作業に入るという状況にきています。これが薬価基準です。

それからもう1つ大きな問題があるのは、高齢者医療保険制度です。今も老人保健拠出金ということで各保険者、国保、健保、政管それぞれが持ち寄って、それにももちろん老人自らが出している保険料もありますから、それでもって老人医療をまかなっている。ところが、老人医療というのは若人の医療と比べると2倍以上の伸び率を示しています。もちろん患者さんも高齢化が進む分だけ増えているわけです。そうすると、若い人がどんどん負担を多くしていかなければなりません。お年寄りはそんなに収入が増えるわけではありませんから、患者さんは増えるけれどもそれに応じて収入が増えるということになっていない関係上、どうしてもお年寄りの医療費について若人が負担しなければならないということになります。これ

をどういうふうに賄えばいいのか、この問題が大きな課題です。

今、老人医療費は10兆円を超えました。その10兆円の医療費というものを若い人たちがどの程度払えばいいのか。あるいは、税金との関係をどうとったらいいのか。こういうことも含めて議論をする必要があります。実はこの課題については昨日、医療保険福祉審議会で議論が始まったものですから、これからいろいろなあり方が議論されるのだと思います。とりわけ老人医療費を賄うとすれば、老人医療の運営を担っているのは市町村ですから、市町村国保とも深くかかわってきますし、拠出しているという意味でいえばすべての保険者が拠出しているわけですから、そもそも医療保険制度全般をどう組み直していくかということにつながらざるをえないのではないかと思います。

これらが医療保険改革の中で議論されている3つの大きな柱です。先程少し触れましたが、提供体制については医療審議会のほうの所管ということになりますが、そこで問題なのはやはり病院の数はこれまでどおりでいいのか、医師の数はこのままでいいのか、供給が需要を生むのではないのか、そうすると適正な数字というものがどうしても要るのではないかという考え方です。医者ができるればみんな保険医になる。病院ができれば全部保険医療機関になる。こういう構造の中で供給というものにどうアプローチするかということが、実は大変大きな課題になっている。今、医療計画で過剰病床地域に対する勧告などの仕組みがありますが、これらについてもう少しきめ細かな計画に作り替えるべきではないかという議論も一方で行われています。あるいは、医師についても10%カットというのが先般出てきましたが、このように供給体制そのものが医療保険と深くかかわっています。この点に着目した対策というものを、単に医療保険制度だけでなく、医療を提供する健康政策行政の中でも関心を向けて改革を進めていくという流れに置かれています。

余談ですが、先般外科学会に呼ばれたときに、たまたま皆さんの手元にボタンがありまして、質

問すると答えてくれる仕組みがあったものですから聞いてみたのですが、保険医になるためには「療養担当規則」という一種の約款を守るという条件があるわけですが、お集まりの保険医の先生方の中で少なくとも「療養担当規則」というものを読んだことがある人、それから読んだことはない人があることは知っている人、それから知らない人と3つで質問したところ、完全に3分割されました。保険医でありながら、「保険及び保険医療機関医療養担当規則」を読んだことがないという人が3分の2もいるということには愕然としました。つまり、自分が保険医だということは、そのある約束事を守るから保険医になっているにもかかわらず、医者になったらみんな保険医になると思っっている。ましてや大学というのは、たぶんそんなことを教えたこともないというような状況なのだろうと思います。生命保険に入るときも約束事があってお金を払っていらっしゃる。それは約款ですから、読まない場合もあると思いますが、およそこういうことだろうということはわかっているわけです。病名等をうそを言ったら給付してくれないというようなことが書いてあることはわかっています。そういう意味で、いったい保険医は何を守れと書いてあるのかと聞かれた場合、知らない人があるというのもいささか残念なことです。

話がそれましたが、この抜本改革の行く末は先生方に一番深くかわかる問題だと思しますので、ぜひ十分ご関心を払ってこの動向をみ、あるいはご意見をおっしゃっていただくということが大変重要だと思います。2000年が目途ですから、あと2年ないわけです。この2年間というのはある意味では大きな変動を迎えざるをえない時期にあるという状況をご紹介したということで私のこの主題を終えたいと思います。

最後に診療報酬のことにも触れたいと思います。今回、先程申し上げたように1.5%の引き上げということが、昨年12月19日の夜中に決まりましたが、その翌日に与党協が開かれて、そこで物価、人件費1.5%は仕方がない。しかしそれだけだと医療は進歩しているわけですから、単に人件費だけ上げるといふわけにはいかないから、一部を適

正化して改訂を下さい。つまり、1.5%に対して適正化分、つまり医療費を節約して、それを載せたら2%台前半になるようにというのが予算セットの前夜の決着だったわけです。それを踏まえて今年の1月になって中医協の方で適正化すべき額というものは0.7%にしようと。そうすると、1.5%に対して△0.7%の適正化分を作って、2.2%の引き上げをするというような仕組みになっています。

お手元の平成10年度社会保険診療報酬改定の概要というところにあります。改訂内容のところにもまず最初に合理化が書いてあります。つまり0.7%引き下げることがあるから2.2%が決まるというような仕組みなものですから、まず合理化をすべき額を決める。中医協の議論もそうでした。

その0.7%を決めるときの基本的な考え方は、長期入院の是正をどう解決するかという点が最大のテーマでした。6か月以上の一般病院に入っている老人に対しての定額払いの導入であるとか、あるいは慢性と急性とで看護婦の配置基準というものに異にする。つまり、長い入院期間のところでは2.5対1看護とか2対1看護はとれないようにする。入院期間を短くするためには人的エネルギーがよけいにあるだろうから、そういうところに特化して評価していくというような仕組みに変えることになりました。それに併せてMRIとCTについての引き下げ、あるいは検査料の引き下げ、あるいは老人デイケアの適正化などにより△0.7%を作ったわけです。引き上げに対しては、1.5%というのは物価人件費ということもあり、結果的には基本診療料や手術料など技術料に相当するようなところを主に引き上げましたが、そういう意味では今回は引き上げた項目というよりも、引き下げた項目に、ある種の方向性が示されていると思います。

最後に、「国民健康保険法の一部改正をする法律案」が衆議院を通過して、現在参議院で審議中です。昨日も午後からずっと審議がありましたが、その概要は、先生方に関係しているところの一つとしては診療報酬の不正請求の防止に関する事項

ということで、先程保険医になるためには約束事があると言いましたが、約束を破ると取り消しを行うわけです。その約束を破った場合に、保険医療機関の場合には従来2年間保険指定を停止するというものでしたのを、「最大5年間」ということに引き延ばすというかたちで強化されています。また、不正請求をした場合は、加算金ということで10%の加算金を科していますが、これを「40%」にすると。そういう意味では大変厳しい内容が法律上提示されています。

それともう1つは、「病床の過剰地域における病院の新設、増設に対して法律的に過剰病床であるというふうに医療審議会で地域医療計画に沿って勧告が出された場合には、保険医療機関としてそれを認めない」という仕組みを法律上明確に書くということです。今回の法律案では、やはり悪いものは悪いということをきちんとして、そのうえで国民に納得いただいたうえで、しかし一方で医療費は上がるわけですし、必要な医療費ですから確保していかなければなりません。そのためには、税であれ保険料であれ賄っていかなければなりません。そのことに理解をいただくためにも、襟を正すということをはっきり示すということで、

これからの高齢化社会における医療の質の確保、そのための財源の確保に理解を求める一つの素材としてこの法案を作ったというわけです。

少し駆け足になりましたが、いずれにしてもこれから当分医療にかかる社会情勢は大変厳しく変転する状況の中で考えていかななくてはならないという面がありますので、ぜひ先生方にもそういったところに関心を向けていただいて、大いにそれにかかるご意見というものを集約して私どもにお示しいただくことができれば幸いだと思っています。以上、私の方からのお話を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

石橋 今田先生、どうもありがとうございました。短い限られた時間の中で膨大な今の保険医療制度の抜本改正のことを事細かにご説明いただきました。私どもこれはやはり一人一人が真剣に捉えて、自分の問題として考え、かつ私どもは「東洋医学会」ですので、東洋医学の面からもどういうふうに対応するかということをこれから真剣に追求しつづけていかなければいけないという思いを新たにさせられたところです。先生、どうも今日はありがとうございました。