第50回日本東洋医学会学術総会

招待講演

保険医療改革について

尾 崎 新 平

Restructuring the Japanese Health Insurance System in the New Millennium

Shinpei OZAKI

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

Nihon Toyo Igaku Zasshi (Japanese Journal of Oriental Medicine), 50(3), 333-341, 1999

(Accepted ; 29 May, 1999)

司会 ただいまより、招待講演2を開始いたします。座長の大谷先生、よろしくお願いします。

大谷 お待たせしました。それでは招待講演、「保険医療改革について」と題しまして、厚生省の保険局医療課長の尾崎新平さんから、ご講演をお願いすることにします。保健医療改革につきましては、もうすでに新聞雑誌等で、諸先生方も大変いろいろご心配をされていることと存じます。現在の社会情勢、経済情勢が非常に暗い中で、将来の安定的な社会保険医療をどうするか。今、国にとりましても非常に大きい課題でございます。その中枢にあって一番重要な役目を担っておられるのが尾崎課長でございます。これは私どもにとっても、診療報酬という点から見ても直接、本当に関係があります。今日は、尾崎課長がどういうお考えで、どういう情勢把握をしておられるの

かを直接うかがえるということは、本当に私どもにとってもありがたいことだと思います。

個人的な話になりますが、尾崎さんはもともと岡山大学の医学部で、研究者の道を進んでおられた方です。当時の行政の方々に非常に目をつけられまして、私は当時、厚生省で医療技術者の人事課長をしておりました。その尾崎さんを、ぜひこういう優秀な方を迎えたいということで、ご本人はあまり気が進まなかったのですが、教授やご本人を説得しまして、厚生省へ入っていただきました。若い時から厚生省では、将来の大器ということで非常に注目されており、私もその一人でした。

実際問題として、厚生省にご入所以来、重要ポストを次々とこなしておられます。保険医療関係の各部署をずっと経過されまして、和歌山県の保険環境部長を一時やられました。そのあとは本省

医、厚生省保険局医療課長

第50回日本東洋医学会総会 (1999年5月29日、東京) より

にお戻りになり、医療技術開発室長、平成2年には血液事業対策室長、平成4年には結核感染症対策室長、平成5年にはエイズ結核感染症課長、平成6年には老人保険課長という、老人医療費問題を一手に扱う部署をおやりになりました。それで、私どもに直接関係のある医師法等を所管する医事課長を、平成8年におやりになりました。平成10年から保険局医療課にありまして、医療費問題を直接担当されているわけです。

非常にお忙しい中で、保険医療改革において政府が今どういう状況にあって、どのように課長が見ておられるのか、私たちはこれからうかがうことにしたいと思います。それでは尾寄課長、ひとつお願いいたします。

尾寄 ご紹介いただきました厚生省の尾寄と申します。今、大谷先生から大変ご丁寧なご紹介をいただいたのですが、厚生省にまいりまして二十数年たちますが、最初の直属の課長が大谷先生でした。いまだにお顔を拝見すると、何を言われても頭を下げて「はい、はい」と言わなくてはいけないという関係にございます。

余談は別にして、短い時間ですが、今、お話がありましたように、我が国の医療保険、あるいはその医療提供体制も含めたかたちで、医療改革が進められております。先生方の現場の方にも影響の大きい内容について、これから将来、日本の医療保険制度、あるいは医療提供体制をどうしていくかということで、議論されています。そういった点につきまして、現在どういう状況にあるのか、あるいはこれからどういうかたちに進むのかということについて、ご理解いただけるような話をしたいと考えております。

それでも、この医療改革の議論が起こったのは、ご承知だと思いますが、一昨年の健康保険法の改正ということです。1つは被保険者の本人の負担を1割から2割にする。2つは、薬剤の一部負担を、定率とは別に、定額の負担を徴収する法律改正をしました。その際に、医療保険制度、あるいは医療提供体制といった分野の重要な中身に関して、今後、安定的にあるいは効率的に医療保険制度を運営していくという観点から、きちん

とした改革を将来に向けて考えていく必要がある、ということになりました。それで、国会の方で健康保険法の改正の際に、こういう改革についての見直しをすることになりました。

その後、政府の中でもこういった改革を行っていくことが確認されて、動き出してきて、およそこの議論が2年近くになろうとしております。全体としましては、平成12年度ですから来年の4月から、この改革の内容について具体的に、今、動かしていくというスケジュールで当初から動いています。現在も12年度の中で、こういった部分から改革の中身を動かしていくのかというのが、これからの議論です。私どもとしましては、12年度から、できるところから改革の歩を進めたいと考えております。

現在、議論になっている内容は、大きく4つあります。今日はスライドや資料を全く用意しておりませんのでまことに恐縮ですが、今回の学会のレジュメの中にほんの数行書かせていただいております。

医療保険の中身に関する事柄で、1つは診療報酬体系の見直しという事柄、もう1つは薬価基準制度の見直しです。3つ目が高齢者医療制度の改革、4つ目が医療提供体制の見直しで、この4つが柱になっております。そのうちの薬価基準制度なり、診療報酬体系の中身の見直しが直接、私が担当する中身になっております。そういう意味で、非常に荷の重いと申しますか、金がいくらでもあればいろいろなことが可能かもしれません。けれども、こういった経済情勢の中で、そうは言いながら、現場で働いていただきます医療関係の医師をはじめとした方々がじっと見守っている中で、できるだけ現場が一生懸命働いた中で、それが報われるような方向で、整理をする必要があると思います。そういった結果を出せるかどうかということで、非常に私自身にとって荷が重いかな、という気がします。しかし、私個人ではありませんので、厚生省全体として取り組んで議論しているということです。

簡単にその4つを、特に診療報酬と薬価につきまして、どういう状況かという話をしようと思い

ます。最初に、医療提供体制と高齢者医療制度について簡単に申し上げますと、それぞれ関係の審議会で議論がされています。並行して自民党の中でも、関係の部会があり、そこでも議論されているという状況です。

医療提供体制についても、いくつかの柱があります。1つは病院の病床について、現在、いわゆる病院の病床において、療養型病床群については、長期療養のためにそういう法律上の位置づけをしております。しかし、急性・慢性というかたちで明確に区分されていないことに関して、病床の区分を法律上・医療法上、明確に区分する必要があるのではないか、ということが改革の検討の中身として挙げられております。

もう1点は、医療関係のいろいろな情報を開示していくという方向について、カルテも含めた診療情報を、どういうかたちで開示していくか、という議論がされているということです。それと、これは医師の研修の関係について、卒業後の臨床研修を必修化というかたちで、医師法上位置づける、あるいは歯科医師法上位置づけるといった議論です。この3つが、主な内容として議論されております。ただこちらの内容についても、今はまだ関係の審議会の方で、具体的な内容について整理をしている段階です。急性・慢性については、特に関係の団体の方からも反対のご意見など出ておりまして、まとめもしばらく時間がかかるという状況のように聞いております。

もう1つは高齢者医療制度の関係ですが、これは現在、ご存じのとおり老人保健制度ができております。これは、もう動き出してかなり時間がたっておりますが、これは一つの独立した制度ではなく、それぞれの健康保険、あるいは国民健康保険の保険者から、「拠出金」という言葉を使っておりますが、お金を出していただいて、それをプールする。そして、70歳以上のお年寄りについての医療に必要な費用をそれで賄う、という仕組みで今動いております。

そういうことで、その拠出金を集める細かい仕組みがありますが、大ざっぱに申し上げますと、健康保険からも国民健康保険からも、拠出金を出

すというかたちになっております。どういうかたちで出すにしても、健康保険の側にとっては、被保険者は若い世代が中心になります。ですから、どちらかという、高齢者の方々は国民健康保険の方に多く属しているのです。そういった場合に、似たような額を拠出するという中で、健康保険の方にはかなりのしわ寄せが来るということで、健康保険側の方からは、この拠出金制度についての見直しの議論がずっと出ておりました。

それで、そろそろこの老人保健制度についても、抜本的に将来高齢者が増えるというのは確実なものですから、その中で高齢者の医療にきちんと対応していくような仕組みを、どう考えていくかということで、新しい高齢者医療制度についての議論が今なされているのです。

それで関係の審議会では、大きく2つの方向を意見書の中で出しており、1つには絞られておりません。1つは、独立した高齢者の医療制度を作るという議論です。それに伴い、もちろん拠出的な保険者から出していただくもの、保険料として高齢者から取るという部分と、それから公費をある程度投入する部分について、公費の分をどのくらい投入するか。そういった考え方について若干分かれます。大きく言えば、そういった独立的な高齢者医療保険制度を作っていくべきだ、というのが一つです。

もう1つは現在、国保・健保という2つの保険制度があります。それぞれに属する方は、高齢者になっても、それぞれの保険でその医療費をみるというかたちです。いわゆる突き抜け方式とっております。そういった方式の2つが、審議会の方の意見書が昨年の暮れに出た中での整理です。それで、今後具体的な内容として、保険者をどうするか、あるいはその公費をどうするか。これをいろいろな観点から議論し、どういったかたちに集約していくのかというのを、進めているところです。まだ、どちらというかたちには、整理されていない状況です。

いずれにしても、これからの日本は、少子高齢化社会と言われるように、これから数十年先に高齢者の比率がピークになります。その際、65歳の

高齢者が4人に1人と昔から言われておりましたが、実際には、推計の中では4人に1人よりも、まだ高齢者の比率が高くなるであろうという見通しが出ております。

そうした際に、高齢者の医療もそうですが、若人の医療を含めて、国民全体の医療を、国民皆保険制度を堅持しながら、どういうかたちで安定的に運営していくのか。これはもう避けられない議論です。同時に、今の段階で考え方を整理しておかない限り、そういった状況に陥った場合には、この保険制度そのもの、皆保険制度そのものが、崩壊しかねないという危機感を私どもは持っています。

現に、健康保険組合の財政状況は、つい最近、新聞などにも出たので、ご覧になった方はご存じだと思います。8割ぐらゐの健保組合は、赤字になっているという状況も報道されています。そういう意味では、この皆保険制度という、言うなれば日本の皆保険制度というのは、別に役人だけが作ったものではありませんが、国民全体で支えられている制度ということで、正直、世界に冠たる制度だろうと思います。それを今後も継続し、維持していくというところは、我々も望むところですし、国民もそういうことを願っているということです。また、現場の医療関係の方々もその点にはご異論がないと思うのですが、それをうまく動かしていき、それが崩れないように考えていかなくてははいけない、という時期に来ています。

そういうところで、国民が中心になって考えていただく必要がありますが、実際にはこれから議論されていく中身について、必ずしも現場の方々も十分な情報を得ていらっしゃるかどうかわかりません。また、そういった方々の声も、必ずしもいろいろな方面から聞こえるわけではありません。ただ、どうかこれからの日本の社会保障の制度について、年金もしかりですが、本当にどうしていくのか。私は今月で52になりましたが、私の子どもは20そこそこです。こういった世代が次の世代に、きちんと社会保障制度をつなげていき、国家として安心できる制度を作っていくことが必要です。今の我々の世代、あるいは次の世代が真剣に、

この制度の改革について考えていかななくてはならないと思っております。

それで、残りの2つについてお話しします。1つは、薬価基準制度についての改革の議論です。これはどういう観点を中心かということ、まず1つは現在、国が公定した薬価で保険の支払いがなされているということで、薬価そのものを国が決めているということです。それで実際にはメーカーが卸に薬を卸し、卸が医療機関に薬を売るという売買行為の中で、薬価よりも下の値段で取引されているというのが現実です。商売というか、商いですから、当然のことながら、そういった差益が出てきます。しかし、それが極端に大きな比率での差益がある、ということが指摘されていました。

それがあるゆえに、例えば差益の大きい薬を選択したり、それが新薬にシフトする、あるいは高薬価へのシフトを起こす。あるいは、薬を数多く使えば差益の収入が大きくなるという事柄が指摘され、そういった差益が経営の原資として使われているということを、薬剤の使用が適正になされるような方向に持っていこうと。同時に、当然のことながら、それが現在原資になっている分、経営に当てられている分があるのですから、そういうものをなくす方向の場合は、当然ながら医療機関の経営が安定するように、診療報酬の手当りの対応をする必要があるという議論がありました。

それで、薬価基準制度の改革について、昨年、厚生省の方から、いわゆる日本型参照価格制度について、叩き台を出した経緯があります。それで、この制度について細かく申し上げますが、すでにヨーロッパの数か国、あるいはオセアニアのオーストラリア、ニュージーランドといった国々で、この参照価格制度は動いているのです。それで、この制度の特徴は、いわゆる薬理作用というか、同じ作用を持っていると考えられる薬について、グルーピングをします。それについては、基本的には、例えば加重平均なりでグルーピングした薬剤の、保険として償還する上限額を決める、というものです。それで、それを超えるような値段のものについては、超えた部分については自己負担にする、という考え方の制度です。

細かい仕掛けはいろいろあるとしても、大ざっぱにいいますとそういう制度です。関係団体の方から、そういった加重平均をして線を引いて、保険で償還する額を超える部分について、それをすべて自己負担にすることというのは、例えば混合診療に当たるとか、現物給付に反するということで、認められないというご意見がありました。また、製薬メーカーの方からは、こういった参照価格制度について、新薬の開発を阻害するといった、いろいろなご意見がありました。

状況的には厚生省に対して、そういった叩き台を出した段階では、厚生省の味方というか、応援団が非常に少なかった、というのが現実でした。支払い側の保険者サイドでは、こういった制度もやってみる価値があるのではないか、という考え方もありましたが、結果的には審議会の方で、こういった日本型参照価格制度について、やってみる価値はあるという意見書が出ました。一部反対意見も記したかたちでまとめたのですが、各メーカーサイド、あるいは日本のメーカーもアメリカのメーカーもそうですが、反対があった。医療関係団体の方からも反対があったということで、最終的には4月に自民党・与党の方で、厚生省の出した日本型参照価格制度については、白紙に戻すということになりました。

このときの与党の整理は、厚生省が出したこの案と同時に、日本医師会の方が出しておりました医薬品の現物供給制度、それとアメリカの製薬メーカー団体が主張しておりました全くフリーな自由価格制、この3つについてはすべて白紙に戻すということで、改めてそれに代わる案を、党として考えていくというものでした。

その後、自民党の関係の部会の方で議論がありましたが、まだ今のところ、3つの案に代わるものとしての第3の案として、具体的なかたちが見えてきていないという状況です。それでこの検討しております、自民党の与党の中の会長にあたる方は丹羽元厚生大臣ですが、昨日の党の会議の中でも、今国会中に党としてまとめた、という発言をなさっておられました。国会については一応6月中ですが、会期が若干延長するということが

ありますと、7月まで入るかもしれませんが、今国会中に党としてとりまとめをする、という考えを示されています。

いずれにしても、今簡単に申し上げた3つの案が白紙に戻ったかたちで、それでは次の別の案を考えるとした場合、現行薬価基準制度に代わる大きな変革の中身を持つ新しい案は、なかなか簡単に出るわけではないだろうと思います。おそらく、現行の薬価基準制度の改革を、基本的な視点に置いて議論が進められている、というのが現在の状況です。いずれにしても私どもとしては、平成12年度からその一歩を踏み出すということ、ぜひやらなくてはならないという考え方を持っています。

それでもう1つの、診療報酬体系の見直しの関係ですが、これもその薬価基準制度とかなり密接な関係にある部分です。広く言えば、薬価基準も診療報酬の中に入っている、という関係にある部分です。薬価差をなくそうと仮にした場合に、完全に0とする制度というのは、現実的には非常に難しいです。しかし、できるだけ薬価差をなくす、小さくしていくという方向の場合には、これまで差益としてあった部分を、医療関係団体の方は技術料というのを適正に見てくれないから、そういういわゆる潜在的な技術料として薬価差を求めた、という議論もあります。

一方では、そういう薬価差をなくすという方向と同時に、診療報酬上の手当て、技術の適正な評価とを合わせてやらなければ、改革の全体としてはスムーズな動きにならないのではないか、という指摘もあります。

それで、そこところは当然、そういうご意見があるという、その内容もよくわかります。それで、薬価差をなくしていった場合、診療報酬でどのように考えていくかというのは、それは全体の医療費を見直しをする、診療報酬改定を行うと仮にします。そうすると、どのくらいの財源があるかというところの議論に帰するのです。けれども、今のところ具体的にどのくらいの財源が出るのかというところは、正直にその内容が固まってこない限りわからず、見えてこないのです。

それで、診療報酬の改定・見直しは、抜本改革の一つの大きな柱です。ですから、関係の審議会でご議論が一とおり終わって、今、中医協（中央社会保険医療協議会）の中で、診療報酬の体系の見直しについての議論が、先々週から、具体的なテーマとして検討を始めていただく、という状況になってきております。

それで現在、中医協の方で検討する項目を、具体的に議論する際に、およそ10ほどの大きな項目に整理していただいております。1つは、医療情報提供の基盤整備ということで、診療報酬に関するそういった医療情報提供の関係について、検討するということになっております。例えば具体的には、医療従事者のわかりやすい説明と、患者の納得の確保と、時間をかけた適切な説明といったものです。あるいは、いろいろな指導を行う、といったものをどう考えていくか。あるいは診療計画、別の言葉では最近よく使われる「クリニカル・パスウェイ」といったものを、適正にどう評価していくかという議論です。そういったものをも含めてご検討をしていただこう、という内容になっております。

あるいは2つ目の項目として、医療技術を重視した体系化ということです。1つは、「物」と「技術」の評価のあり方、「物」と「技術」の分離が過去からずっと言われてまいりました。実際には、なかなかきれいにきっぱりと分けられない部分も多々あるのですが、できるだけこういった物と技術を分離し、技術について適正な評価をする、といった考え方や方向性が指摘をされております。同時に、そういったご要望も多い部分です。

それで、物というのは、具体的には薬剤も物ですし、あるいは、医療保険材料といったものも物です。そういったものについて、1つは薬価基準制度をどう考えるか。あるいは、医療材料については、その価格体系、あるいはその価格の今の付け方、あるいは分類の方法を見直そうということも、合わせてやっていくことにしております。そういったものも含めた「物」と「技術」を分離し、どう評価していくかという議論です。

あるいは、診療科特性や技術難易度、チーム医

療を踏まえた特性の定量化といった事柄も、この中に入ってくるということです。あるいは、よくこれまで議論されていて、なかなか簡単に結論は出ないのですが、医療従事者個人の技術差の評価をどう考えていくのか。そういった事柄も、この医療技術を重視した体系という中で、ご議論していただく必要があろうかと思っております。

それと、もう1つこの中で、保険診療の範囲ということで、予防医療を保険としてどう考えるのか、というところがあります。これまでも予防について給付をするというかたちには、現在の健康保険の法律上は、なっておりません。しかし、現実には予防的治療という言い方をしておりますが、実際に、例えば麻疹の患者さんが、ある家族の中にいらっしゃって、ほかの子どもに移る可能性があるとした場合には、麻疹のワクチンを打ちます。そのことに対して、家族の中で感染の恐れがある方に打つというのは、現在、保険給付の中で認めるという部分があります。そういったものは、予防的治療という言葉を使っておりますが、いうならば、大きな範囲の「予防」の一つです。そういうものについて、どこまで今後、予防を保険給付の中で考えていくのか、というのも一つの大きな議論です。

特に慢性疾患なり生活習慣病が中心になってきた中で、今後そういった保険だけでなく、それについての予防・治療という中で、保険はどういう範囲で給付を考えていくのか。これは一つの議論です。それによって、全体の国民の健康なり、医療費全体を適正化できる方向は、あるのかどうかという議論になろうかと思えます。こういった項目も挙げているのです。

それで、大きな3つ目が支払いの方式として、出来高による支払い、あるいは包括による支払いと、その組み合わせをどう考えていくか、という事柄です。それで概ね慢性疾患なり、高齢者に対する包括払いというのは、これまでも方向としてはよく出されてきております。そういった方向は、一つの流れであろうと思うのですが、その包括の範囲をどう考えていくのか、ということです。

それと大きな4つ目として、医療機関の機能分

担と連携強化という項目を挙げております。ここは現在、医療提供体制の中で、急性病床・慢性病床の区分が一つの検討課題として挙がっております。医療法上、その医療機関の機能について、きちんと定義づけられたものは少ないのです。それで、病院というのは、一般病院というかたちと、精神、結核、伝染病といった区分があります。それ以外には、例えば病床ではいわゆる「その他病床」と「療養型病床群」と言われる病床区分があります。

あるいは医療機関全体としての区分としては、「特定機能病院」という、高度な医療を提供する、あるいは研究も行うといったものの位置づけはあります。けれども、どちらかというと、言葉を変えた区分だけでして、医療法上の区分は、あまり法律上の位置づけとして、機能を明確に分けるようなかたちにはなっていないのです。

そういった中で、実際には保険の方が、いろいろな医療機関の機能に着目したかたちでの、点数の付け方をしてくれております。例えば、リハビリテーションについては、4つの段階があります。一番高い点数を付けているのは、リハビリテーションセンター的な機能を持つところを評価することによって、OTなりPTが必要数をきちんと置いてある。あるいは、専属の医師がいるところについては、高い点数設定をする、というかたちがあります。リハビリテーションの機能を、1つは保険上評価している、という中身があります。

あるいは、それとは別ですが、いわゆる緩和ケアという部分について、緩和ケア病棟を持つについては、これもいくつかの条件があります。包括的な点数で、1日あたりの点数ということで、かなりの評価をした点数をしています。そこには、一般病棟で提供されるものよりは、もっと手厚い緩和ケア病棟としてのサービスを提供することを、評価するかたちになっています。これも一つの機能を、保険の方が評価しているということです。

そういったかたちで保険が先行して、病院の機能なりを、診療報酬というかたちでインセンティブを付けて、一つの方向、あるいは分化の方向を打ち出した。診療報酬が、医療法や医療提供体制

の所管とは別に、医療保険という事柄の方から、方向性を先んじて打ち出してきたというのが、これまでの現実的なかたちです。

こういったことについても、急性・慢性という病床の区分についても、保険についてはすでに、例えば2対1看護であれば、二十何日間という平均在日数を満足しなければいけない。そうでなければ、点数を減じますよと。そういったところまで、保険は踏み込んでやってきているのです。そして、現場では実際には、そういう急性的な病床を取るところは、急性的な病床として動いている、というのが実態だと思っています。

これも、保険が先行するのが、必ずしもよくない部分があるとは、私自身思っています。ただ、なかなか提供体制側の方がうまく整理がつかない場合には、保険の方が先んじてそういうインセンティブを付けているというかたちで、流れを作ってきていることも否めないのです。いずれにしても、ここは今回の改革の中で、提供体制と診療報酬体系を合わせて、見直しを行う。その中で、うまく整合性を取りながら、保険は提供体制の改革の中身を、診療報酬上きちんと評価していくということが、一番素直な流れではないかと思います。そういう機能分担と連携強化ということがあります。

その中で1つ、議論がこれまでも出ておりますのは、国公立、いわゆる公の病院・医療機関と、私的な私の医療機関（これは特に病院ですが）について、診療報酬体系をどう考えるかということです。今回、日本医師会の方は、いわゆる大規模な国立なり公的病院に対して、そういうものは特定系、それ以外のものは一般系と、大きな診療報酬の体系として、分けて考えたかどうかというご提案をなさっています。それで、これについても一応、中央社会保険医療協議会、中医協の中の支払い側も、若干ご関心を示されているところがあります。まだ具体的な議論はもちろんやっておりませんが、次週、中医協の方で、この検討項目をやっていただく時間があります。そのときには、この機能分担をご検討していただこうと思っています。その中では、こういった公私の役割分担

や診療報酬上どう考えるか、という議論も出てくるのだろーと思ってます。

それで、大きな5つ目として、医療機関の投資的な経費を、診療報酬所体系としてどう考えていくか、という議論です。正直言って、なかなか投資的な経費を診療報酬で、すべて原価計算的に見て積み上げるというのは、難しい話です。現に、一部分こういった投資的な経費に近いものをみるという中身を、診療報酬上持っているような部分があります。しかし、それはほんの一部だけを、そのような診療報酬で手当をしているということにして、実体上はなかなか難しい議論ではないかと思えます。

それと大きな6つ目が、老人医療と介護保険の関係です。老人医療は先程の高齢者医療制度も関係しますが、そういった新しい制度ができるまでは、現行の老人保健制度が動いているのですから、その中での老人医療の内容について、どう考えるかということです。医療費全体の中で、老人医療費は大きな比重を占めています。現在3割ちょっとですが、今後進んでまいりますと、医療費全体の半分以上は高齢者医療となり、老人医療で占められると予測がついています。そういった老人の医療を、どう考えていくかという議論です。あと、医薬品の使用の適正化なり、診療報酬改定のあり方が大きな議論です。こういった事柄が、検討項目として挙げられています。

それで診療報酬改定についてどうなのかということですが、これまでの考え方ですと、2年に1回、診療報酬改定を行うというルールと申し上げますか、考え方で進んできておりました。それで、前回の改定が、昨年の平成10年の改定でした。そういうことでは、来年の12年は、診療報酬の2年に1回の改定に該当する年です。ただ、こういった全体の改革の議論と、これから具体的に医療経済実態調査と申しまして、病院なり診療所等の経済状態がどうであるか、収支状況はどうであるかという調査を、6月からすることになっております。その結果を見ながら、また中医協の中で改定の議論について、非常に峻烈な議論がなされるであろうと見ております。

同時に、この項目についても、私どもの今の考えでは、秋口ぐらいまでには一とおり、今申し上げました項目について議論していただき、12年度に具体的に何を行うのかというところを、少し整理していただく必要があるのではないかと考えております。そうした場合には、あと12年にやらない項目の中で、継続的に検討していかなくてはならない事項は、いつを目標に検討していくのか。そういうかたちで整理していただくのかなと、事務的にはそのような考え方を持っております。

具体的に12年、体系の見直しの結果としての改定をやるとした場合には、具体的なかんじというのは、来年の年明け以降の議論になろうかという見方をしています。

いずれにしても、この薬価についても診療報酬についても、まだ議論が続いている、あるいは、ものによっては議論がまだ見えていない、という状況です。この年末、あるいは年を越えた時期に、非常に大きな方向性についての姿を、整理していかなくてはならないと思っています。特に年末の国の予算、大蔵原案を作ります際には、そういった医療費の来年度の全体の姿を整理しなくてはなりません。そのときには大きな方向性、あるいは改革の中身が見えるようなかたちにしないといけないと、私どもは思っております。

本学会の方々にも、直接的に非常に関係する議論の中身です。どうかご関心を持っていただきまして、また、いろいろなご意見があらうかと思えますので、忌憚のないところをお聞かせいただければありがたいと思っております。取り留めもないお話を申し上げて恐縮ですが、ご清聴、どうもありがとうございました。

大谷 どうもありがとうございました。長期的な4つの基本的な改革の進み具合、それからミクロの来年の診療報酬改定の進み方が年明けになるであろうということについて、非常に最近の情勢についてお話しいただき、本当にありがとうございました。

課長さん、この4つの改革は、私どもは2～3年前から大きく騒がれているのですが、基本的に、非常に政府が言っていたのと比べると、遅れてい

るように思えます。そのような感じは正しいですか。

尾 確かに検討のベースというのは、ずれているところがあります。ただ先程来申し上げているように、改革の中で大きく4つがありますが、12年度にいっせいにすべての事柄を整理して動くのは無理な話です。12年に、それぞれどういうかたちでスタートするのか。それ以降、段階的にやるものについてはどういう内容なのかということまでは、きちんと整理した姿として国民にお見せしなければならないのではないかと考えてお

ります。段階的なかたちにしても、できるところは12年からスタートしたいと考えています。

司 会 ただいまのお話のように、非常に厳しい改革が進められている中で、私は政治情勢とも絡んで非常に流動的だと思います。いずれにしても、尾 寄 課長には健康に留意されて頑張っていただきたいと思います。今日は本当に明快なお話をありがとうございました。

尾 寄 氏、大谷 氏に日本東洋医学会より感謝状授与