



どうなる医療保険制度

副会長 長瀬 清

本年4月改定の診療報酬は僅か0.2%のアップであったが、その財源としては例年の如く薬価等の切り下げ分他が当てられた。これにより薬価の調整幅(R幅)は2%となり、消費税分を入れると逆ざやが生ずる状態となった。次回の改定からは、薬価差解消分は財源とならず、自然増を含め診療報酬そのものを根本から考えなければならない時期に至った。

今回の診療報酬改定の前後から、多方面より医療保険の今後のあり方についての意見、論文が出されている。小淵前首相の後を受け継いだ森首相の私的諮問機関である「社会保障構造の在り方について考える有識者会議」でも、医療保険制度の在り方が議論されている。

日本医師会はこの4月、第3次坪井執行部が発足し、新たに日医内に各種の委員会が組織された。その中で飯塚会長がメンバーである医療政策会議では「医療と市場経済」、私の属する社会保険研究委員会では「公的医療保険の今後の展開」、柳内常任理事が参加する介護保険委員会では「新しい高齢者医療制度と介護保険制度の整合性」について諮問を受け、向後2年間に委員会内で討議を尽くし答申がなされることになる。この3委員会への課題は、公的医療保険を今後どのようにしていくべきか解答を出すことである。

記憶にまだ新しいが、診療報酬を上げると上がった分みな医者のお金の毛皮に化けるだけだと言ひ、自らは特別養護老人ホームにまつわる収賄で失脚した、岡光序治元厚生省事務次官は、個人的意見として今のような成熟した社会において公的医療保険の役割は終わったのではと述べた。これは厚生省内ではコンセンサスを得られたものではなかったようで、その後厚生省からそのような

意見は聞かれていない。

急速に進む少子高齢社会において、当面の高齢化に伴う種々の問題(医療費増大、介護負担の増量等)に対し、日医の強力な推進により介護保険制度がこの春やっと施行をみた。

この後21世紀前半には少子化の影響がもろに表面化し、医療保険の相互扶助機能に破綻が生じてくるのは明白である。また、医学や医療(機器、道具類も含めて)の急速な発展は、最早現在のままでの医療保険制度ではどうにもならない状況となっている。

医療保険制度はこれからどうなるのか、国民全て特に医療を担う我々医療人が真剣に考え取り組まなければならない。

健康保険法は大正11年制定され、昭和2年施行された。この時代は工場労働者が対象で強制加入とされた。年収の多い者は適応除外であった。昭和13年には農村の窮乏の救済策として、農山漁民や一般国民を対象として国民健康保険制度が設立された。戦後、昭和22年には収入による適応除外が廃止され、昭和36年4月国民皆保険が達成された。昭和37年医療保険での制限診療が撤廃され、今日に至っている。

公的医療保険は保険の概念から、自分の将来遭遇するであろう病気に対する備えと、相互扶助の意味があり、税と異なり使用目的が医療に限るというもので分かりやすい。民間の医療保険と異なり、任意性がなく、強制加入であり、保険料は収入の多寡による差はあるが、一定の規則により決められ自分で加減することはできない。従って民間保険と異なり自己の意志による加入、給付の差による保険金の差、加入者のリスク(年齢、性、既往歴等)による加入条件の制限がなく、市場経

済に馴染まないものである。また保険運営上保険料収入と給付の差により税金の投入が行われなければ破綻を来す。

近年、医学、医療手段の急速な発展により給付が著増、これに対して経済の低迷、高齢化の急激な進行により、保険料の収入が伸びず、苦しい運営状態が続いている。

日医はシンクタンクである日医総研の様々な研究、分析結果をもとに、矢継ぎ早に政策提言を行っている。平成12年度までに成立するはずであった第4次医療制度改革は、薬価制度改革でのつまずきから頓挫しているが、このうちの一つである高齢者医療制度に対しては、公費を主とした高齢者医療保険制度を提案している。急激な高齢化と、それに伴う医療費の高騰は、現在の医療保険での現役労働者の力では支えきれない状況に至っているからである。介護保険制度の創設も、医療保険への影響はそれ程でもないようである。介護と医療の明確な分離は困難であり、近い将来には高齢者保険制度と介護保険制度は一本化されると見通している。

わが国の医療保険制度では本来出来高払い制が基本であり、混合診療は認められないもので、これは現在でも日医の強い方針である。しかしこれも老人医療費の抑制を図り、包括性が導入され診療報酬改定の度に拡大され崩れてきている。先頃数年来検討されていた国立病院10カ所での急性期病変の入院医療におけるDRGの検討結果からDRGが思ったほどの成果のなかったことが示された。

これからの医療保険の中で、医師のプロフェッショナル・フリーダムを追求するためにも、これまでの出来高払い制度の堅持は重要である。

混合診療については、これを認めると際限のない患者負担につながり、貧富による医療の差別が生じ、世界に誇る日本の医療制度を根本から破壊しかねない。

誰もが掛かれて、平等に良質の医療サービスを享受できるというこの制度を守っていかねばならない。

現在の日本の医療制度の中では、特定療養費制度という公に認められたいわゆる混合診療とみな

される制度がある。これは多くは基本的医療の本質から離れたアメニティ部分に対するもの（個室料、食事料等）であったが、最近では医療技術の高度な進歩による高度先進医療もこの中に取り込まれている。高度先進医療については、本来は全額医療保険の中に取り込まれるべきであるが、移植医療、生殖医療等、一般誰にでも適応される普遍的医療とは少々かけ離れたものにあっては、取扱いを慎重にしなければならないところである。混合診療としてよく問題になったものに、尿路結石の超音波破碎、腹腔鏡下の胆嚢摘出術、最近では胃潰瘍時のヘリコバクタ・ピロリ菌の診断と治療等があり（前2者は既に保険適用済み）、これらを行う場合には保険適用外医療として、診察料、入院料、検査料、治療費等一切の費用が自己負担（私費）となり、一部保険適用とし、部分的に自費とすることは禁じられている。また保険適用となっていない材料（例えば翼状針）、医薬品等について自費でとることは違法となる。

日医総研から最近混合診療は認めざるを得ないというものと、混合診療は認められないという相異なる論文が出されており、現在の医療の状況から今やこれは避けて通れない問題となっている。

日医坪井会長は以前から国民の健康に対する自意識が必要であることを強調し「自立投資」の概念の導入を提言し問題を投げかけている。これは遺伝子治療、移植生殖医療等の先端医療技術やアメニティ部分に属するものなど、個人の選択性が入る基本的医療から外れる部分に対して民間保険、医療に限定した貯蓄など、第2の医療保険という性質のものを形成する必要があるというものである。坪井会長はこれを混合診療ととらえられるのは問題で、財政調達の方法であると説明している。

今後、国民皆保険制度を堅持し、すべての人に平等の医療を保障し、アメニティ部分や選択性の強い高度医療を除いても、先端医療も取り込んだ医療保険制度を構築していくにはどうしたら可能か、私達は真剣に考えなければならない。

ここで目の前に立ちはだかるのは財源問題である。直接財源は保険料収入であり、これに税金と患者（受益者）負担分が加わる。保険料収入の増

大については、景気回復を図ること、高所得者の料率アップ、一定額以下の低収入でなければ高齢者も保険料を払う等、国民のコンセンサスを得なければならない。税金の投入に関しては、消費税の福祉目的税化、無駄な公共事業削減、無意味な特殊法人の整理等によるものが財源として考えら

れよう。出の抑制としては医療の提供者、受給者とも適正な医療の活用に留意することが必要である。

しかしこれらも一時凌ぎの策にすぎず、より良い医療保険制度を構築するために本質的な解決策を考えなければならない。