

中国四国医師会連合医学学会 特別講演・国会活動報告

● 特別講演 「医療制度改革・日本医師会の考え方」

● 国会活動報告

日時 平成17年9月3日(土)・4日(日)

場所 ホテル一畑(島根県松江市)

日本医師会長 植松 治雄
参議院議員 武見 敬三

特別講演

「医療制度改革

日本医師会の考え方



植松 治雄
日医会長

はじめに

先ほど、武見参議院議員の国会活動報告で、諸般にわたり話があったが、このような医療制度改革の方針としては、基本的には医療費の抑制に大きな眼目を置きながら、その思想的な背景は新自由主義、また具体的な方策は市場経済原理である。すなわち、努力した者は報われる中で競争に敗れた者は退室するのが基本的な方針である。

わたしども日本医師会としては、命や医療は市場経済原理による競争にさらされてはならない

いし、そういうことでは安心ができない。小泉首相が最初に構造改革に取り組んだ際には、生命・健康といえども聖域としないとされたが、わたしどもはこの頃から非常に心配だという気持ちをもっていた。

橋本内閣の時に行政改革を内閣府が行うことになった。これは与党の政務調査会、総務会を通すと非常に時間がかかるので重要なことは内閣主導となった。このこと自体は政治の決定を早めるので決して悪いことではない。小泉首相により今のような流れとなり、内閣がいろいろな基本的な方針を出す、常に経済財政諮問会議、あるいは規制改革・民間開放推進会議いわゆる民間の意見が大きく出てくる。一方、規制改革・民間開放推進会議の委員は、宮内氏をはじめとする経済界やそれに同調する経済学者が多いわけで、そこからいろいろな問題が出てきた。

1. 療制度改革・今までの動きと日医の対応

医療改革の多くは、そこでの意見で動かされてきた。混合診療の問題や骨太の方針も同じである。また中医協の問題にも大きな関係がある。混合診療の問題については、何とか全面解禁を阻止したが、この後どうなるのか、とにかく良い方向に向かわなければならぬ。

混合診療の解禁を阻止した時に、いわゆる特定療養費制度の廃止、その中には保険導入検討医療と、患者選択同意医療に分け、保険導入検討医療は今までの特定療養費の中の高度先進医療を含めたものであるが、必ずしも高度でない先進医療、あるいは外国で使われ日本で使われていない薬剤をどのようにするかという問題がある。

もう一つ頭の痛いことは、患者選択同意医療で、この間も発表されているように、この中には回数制限、例えば腫瘍マーカーの検査、あるいは見送られたがピロリ菌の除菌の問題が出た。この問題については、わたしども当初から、医学的・医療的に正しいものについては、当然保険診療の中に置くべきと言っているが、これもそのままでは受け止められないことがあり、各方面から反対の意向も出ている。それぞれ検討を加えることにより、保険に導入できるものはすぐに、そうでないものは保険では取り上げないということにしていかなければならないと思っている。

この間に、いわゆる日本では使用できない薬

剤、これは混合診療解禁の規制改革・民間開放推進会議との議論の時に、末期の患者がその場に呼ばれ「わたしはこの薬を使えなければ、もう死を待つのみだ」ということで、このこと自体非常に疑問があるが、薬剤について大きな疑問と要望があったことも事実である。これらが承認されることについては、わたしは一歩前進であろうと思うが、やはり安全性の問題を考えると、適切に対応しなければいけないと思う。約3カ月で導入していこうということであるが、薬事承認と健康保険への導入という問題がある。これにより大きな一つの問題点が解決される可能性が出てきた。

「骨太の方針2005」は、各方面の努力をいただきながら、わたしどもも努力をしたが、これはあくまでも文言として修正をされたもので、原案に盛り込まれたGDPの動きに医療を連動させるという基本的な考えは何ら変わっていない。これは混合診療とも相通するものである。このことは、これから何回でも形を変え、また手を変え品を変えてくると思われる。なぜかと言つと、日本の医療保険の医療費はなるべく抑制しながら、医療費トータルを今の倍にというのがアメリカからの要望である。民間議員の考えもそこにある。

現在、32兆円と言われている医療費はなるべく少なくし、しかしトータルの医療費はその倍くらい、50兆円、60兆円にというのが基本的な考え方の元になっている。そうするとトータル

の医療費が、医療保険の医療費を除いた残り、30兆円とすると、新たな市場ができる。これをどのようにカバーするか、これは混合診療であるが、これからどういう形で出てくるかわからないが、それを大きくしたいという願望があり、それにより日本経済の発展と高揚、促進を宮内議長が言っている。

ところが30兆円になんなんとする保険外医療が、もし導入されると、一般の国民は耐え得るかというところ、決して耐えることはできない。高度な医療を受けようとする、これが保険外になれば、10万円、20万円、あるいは100万円では到底済まない金額である。この時にどうするのか、自らの危険を、あるいは危機を回避するために今取り沙汰されている「がん保険」をはじめとする医療保険で、それに加入せざるを得ないということである。この時の保険料が、どのくらいになるかは想像すれば分かるが、今の健康保険の保険料というレベルでは決してない。何故ならば税金が関与するものではないからである。

民間の売り出す医療保険はどのようなものかというところ、病气本体には使われることはなく、病気には現在の公的医療保険でカバーし、その時の生活支援、あるいは家族の生活支援をするものである。また、先ほどの医療保険外の支出があるとするれば、それに対処するので医療保険という名前がついているが、病気の時の所得補償・生活補償の保険に過ぎない。

一方、医療保険の問題について、これは骨太方針の最初にあり、医療保険の守備範囲を見直すことで、何を見直すかというところ、一部負担金を増やしたり、あるいは保険医療での医療の種類を見直すということである。

財務省筋から流れている考え方としては、守備範囲の縮小、特に今言われているのは、軽度医療を保険給付外で、軽度医療をどれぐらいにするかはまだ言われていないが、例えば7千円から8千円ぐらいにすると、診療報酬の高点数から順番に並べた時に上の1%で医療費の20%以上を使い、低いところから75%ぐらいで使っている医療費も20%ほどとなると、いわゆる軽費(軽度)医療の75%の人々の医療は保険給付外になる。そうなった時にはどうなるかを考えると、ほとんどの人は医療保険を使う機会がないということ、現在の国民年金の未納率を遙かに上回る医療保険の未納者が出て、安心して暮らせることから遠いものになる。

また、財務省の役人が、医療費の問題を論じる際に、終末期医療は避けて通れないという講演をしている。わたしどもターミナル医療については、これからの対応の流動性は確かに感じている。というのは、医学的に必要がない、あるいは単なる延命効果にすぎない医療をどうするのかは、医療を行うわれわれが人々の命、その尊厳を考えながら議論すべきものであり、財務省から単に医療費という問題により見直すことが出ると、国民の医療に対する不信感はこの

上なく増大する。このようなことが発表された時には、わたしどもは正面切ってこれに対して異論を述べるべきではないかと思っている。

2. 医療制度改革 今後の動向と日医の考え方

●高齢者医療

また、「骨太の方針2005」に書かれているように、社会保障費給付の状況、特に伸びの著しい医療を念頭に置いて、これから方策を決定すると書いてあるが、わたしども日医総研で厚生労働省の資料を基に計算したが、1人当たりの国民医療は1998年から2003年までの間において毎年、前年度比、75歳未満の方で1・1%、75歳以上の方では0・5%しか伸びていない。1日当たりの医療費も、高齢者が若年者に比べてやや高いものの大きな差はない。発表された医療費については、高齢者の医療費は若年者の50・4%であると書いてあり、その他の方々の話でも若い人の5倍以上掛かっていると、これを何とかという話もあった。われわれ医師サイドにあっても、勤務医の方々からよく聞くのは、高齢者の医療費が若年者の5倍も掛かっている、これを何とかしなければならぬ。高齢者の診療報酬を別に考えたらどうかとか、あるいは一般診療所で高齢者の負担が低いのでたくさん取っているのではないかという意見が出るがあった。高齢者医療費は、使った医療費をその人口で割るもので、健康な

人も含めて医療費を割ると若年者より高齢者の方が病気の方が多いので高くなる。1人当たりの医療費は若い方も年寄りもそう大きな変化はない。なぜ高齢者の医療費が大きくなるのかというと、これは罹患率や受診率が高く、入院した時に入院期間が長くなるという要素がある。老人医療費が診療報酬上不適切、あるいは医療機関が無理に高齢者から医療費をたくさん得ていることはない。この辺りをはっきりと理解して、またわれわれも理解しなければならぬし、対策もそこから出発すべきである。

高齢者の医療費を低くするための一番大事なことは、健康なお年寄りを多くすることであり、第5次医療法改正の中で、予防を中心に考えるということ、日本医師会としても糖尿病対策を日医の予算から拠出して展開しているが、これこそ大事なことであると思われる。たばこの問題も当然ある。

●諸外国からみた日本の医療の現場

ところが、経済財政諮問会議その他は、中長期的な方策よりも短期に今やれる医療をどのように抑制するかを眼目に置いて改革を進めている。常々言っているように、日本の医療の位置付けについては、健康の達成度、あるいは平均寿命、健康寿命とも世界一であることはWHOの認めるところである。OECDの中での医療費は、先進国の中で上から数えて17番目である。アメリカに比べて約半分、ヨーロッパ諸国の7割くらいが日本

の医療費である。日本の医療は比較的低い負担のもとで、良いアウトカムができていけると言えるが、国民、あるいは国も分りながらいろいろやることには問題があると思っている。

いろいろな医療費の伸びを示す推計が出されているが、厚生労働省が示す医療費の5年、あるいは10年先の推計が非常に間違っていることはご存じの通りである。現在でも言われているのは、国は今のまま伸びると2025年には60兆円になりこれでは耐えられないと言っているが、日医総研で計算したところ、現在の伸びを念頭に置くと2025年で厚生労働省の見込みの伸びの半分以上は過大な見込みをしている。いうならば危険信号を出していると言えばそれまでである。もし厚生労働省が言う推計の伸びがあったとしても、今のアメリカの水準になるだけである。また、国が社会保障にどれくらいお金を出しているかという話になると、アメリカは日本と違い国民皆保険ではなく、メディケアとメディケイドはあるが、その他は民間保険に入っている。そして4千万人ぐらいが保険に入っていない。国家予算の中で見ると、アメリカのメディケアとメディケイドに出している国家予算の中の金額は、日本のトータルの社会保障に支出しているものより遙かに高いパーセントである。アメリカのいわゆる民間保険に入っている者との金額を考えると、日本とははるかに大きな支出がなされている。日本は経済的にも国家の予算を揺るがすような社会保障の支出

ではない。

わたしども、新聞その他でも医療費が高すぎるが、あるいは社会保障のために国家の財政が揺らいでいるとかを言われる。診療報酬の改正については、前々回はマイナス2・7%、前回はプラスマイナスゼロと言いながら薬価の引き下げがあり、マイナスが4年続いている。

いわゆる厚生労働族の中核にいる方々が、「医療費の抑制は必要」と、「診療報酬はプラスにならない時代ではない」と言われるが、わたしがその時に言っているのは、先生方のような社会保障に責任ある立場の方が、他の方と同じように医療費にノルマを求めることは国民にとつてどういうことが、少なくとも医療の安全を考えただけでも、医療に手当てをせざるを得ないし、今の勤務医の過重労働その他を考えた時、やはり医療費の抑制が生んだ一つの姿であると言わざるを得ない。

わたしは国民の安全と医療保険の充実、あるいは確立のためには胸を張って診療報酬のプラス改定を求めるべきであるし、わたしどもは卑下したような気持ちであってはならないと思っ

● 中医協

また、中医協の見直しの問題もこれは中医協のあり方懇談会から報告書が出たが、公益委員を増やす、その他あるが、その中でわたしどもの関係の深いところでは、病院の推薦する中医協の委員を2名にすることで、日本医師会が推

薦することには大きな反対があった。このこともい

もう一点は、まだ話は進んでいないが9月11日に、われわれ診療担当側の委員の任期が切れるので再任をしなければならぬ。日本医師会が推薦するが、あり方懇談会により病院代表で推薦される者が2人いる。この話がついていないから、今まで通り5名を推薦することも決ま

● たばこ税

「たばこ税の問題」であるが、これは非常に有力な財源である。わたしども日本医師会、あるいは国民医療推進協議会の名前で、このたばこの値上げによる財源を診療報酬には言ってい

ないが、国民の健康のために、ということ

津島先生は、「何とか早く出せ」ということで早く出した。何故かという、この選挙前の話であるが、小泉首相の任期中は、消費税を上げないということであるが、来年の9月に任期切れになれば消費税アップの議論が出てくる。その時に、同時にたばこ税となれば、国民の反対が強く、消費税の議論の前にたばこ税を議論しなければならぬということ、今年度中にやりたいというのが津島先生の意向である。わたしどもも大いに期待をしている。今多くの問題が目白押しに並んでいるのが事実である。

● 第四次医療法改正

もう一点、第四次医療法改正は来年4月であるが、わたしはどうも今度の医療法改正、特に地域医療計画の見直しの中に、危険な要素があるのではないかと思っ

に置いたものである。それは大学病院を中心としたかつての大病院の支配という匂いがする。医療提供体制を、地域で安心して暮らせるようプライマリ・ケアが一番ということで組み替えただけである。厚生労働省から示されているが、わたしどもは土屋常任理事を中心として社会保険審議会医療部会において議論をしながら修正を掛けている。これも医療費抑制に基づくような匂いがする。前回の診療報酬改定の時に手術の施設基準で、手術件数の少ないところは手術料の減算をすることがあった。このこと自体が、いろいろな手術をどこかに特化して集めるといふ気持ちがあったのではないか。多くの手術において手術の例数とそのアウトカムには学問的な関連はない。

今回、考えている中で、例えばがん、あるいは心臓疾患、糖尿病については、一次医療機関である診療所は各疾患で常に病院と連携することが有効ということを原案に示している。わたしどもは疾患別に連携することではなく、例えば、がん対策医療、何々の医療ということでの連携と言葉を代えているが、この考えは先ほどと同じように、ある種の手術を特化してどこかに集中した方が効率的であり、医療に無駄がないという考えがそこはかとなく見えるわけである。最初に医療法が改正された時から地域包括医療を言っているが、改めて厚生労働省は今の時代に対処するのは地域包括医療体制だと言っている。これは昭和60年の時から言っている

もう一度はつきりと言い、その中でできたのが今の形である。これを後押しするようなことが考えられる。なぜならば、今小児医療、特に小児救急、また産科や麻酔科の問題であるが、早急な対応が迫られている。その中で産科、あるいは小児科を幾つかの病院が小児科なら小児科を寄せ合い一つのものにすることによって、各県、あるいは医療圏において、現在の状態を早急に解決できるという考えが進められつつある。産科でお産ができる病院は、医師数が相当要るので、幾つかの病院が寄って一つのものにしていこうということである。

こういふことが進んでくると、先ほどの手術の特化、疾患によって特化することと何となく一致するような感じになるが、現在の小児の問題、あるいは産科の問題は、緊急避難的に対応しようということであるので、そのことが良いかは別である。医師数が不足しているとか、偏在していることについては、まだ実証をしていないが、この辺りのことを実証しながら反映して、適切な医師数と医師の配置を考えることにより、地域医療体制を確立していく時と今とは違うので、こういふことを突破口に、これが良かったからということ、中核病院、ある種の病院に特化していくことになり、医療の提供体制の姿は、その時になって見直すと、地域医療計画ができる前と同じような体制になりかねないということである。こういふことを考えると、医療の提供体制の在り方は、ただ単に利便性、

或いは効率性のみで考えるのではなく、地域で暮らせる社会、それを支えるプライマリ・ケアを、まず念頭に置かなければならないことを十分に考えいいただきながら、これからの対応をさせていただく必要があると思っっている。

●高齢者医療保険制度

社会保険庁の解体により、政管健保や被保険者の問題もあるが、この保険者をどうするのかという議論一つもなかなか進んでいない。また、医療費と大きな関わりがある高齢者医療保険制度、これについては日本医師会の考え方を出しているが介護保険制度を堅持するという基本に立っているものである。

前執行部の時から提言している75歳からということで、これは国だけではどうかという考えであるが、その他健保連から議論が出ているが、各々保険者としての立場から、或いは経営者として、65歳、70歳という案や、いまだに突き抜け方式ということもある。これもなかなか一朝一夕には決定しにくい問題である。やはり老健拠出金が、健保組合を含めいろいろなところで大きな負担になっているのは事実で、各保険者にどのような年齢階層が入っているのかを考え、高齢者を年代を通じて支えるのか、あるいは財政調整するのか。わたしどもは、定年後は国保に入ることを提案している。

若年者で健康な方々を多く抱える健康組合の保険者は非常に有利な状況になる。国保は明らか

に負担増となるので財政の支援、あるいは財政の調整をしなければならないのは誰の目にも明らかである。これをどのようにするか、それこそが政治の責任であるし、政治が本当に真剣に取り組んでいかなければならないものである。そういう流れであるが、わたしは今の与党である自民党を正面から支える経済団体の力が、われわれ国民医療を守ろうとする医師会などと比べて、はるかに自民党に大きなインパクトを与える力を持っている。これが市場経済的に医療を持っていくことというパワーの元にもなっている。

●日医の対応

そのような状況の中で、医療改革を進める時には、わたしどもはどうしても国民サイドに立って社会保障の理念を守り、医療は市場経済原理に馴染まないことをはっきりと宣言し、また国会議員の方々にも示さなければならぬと思っている。国会議員の方々は忙しく説明に行っても日本医師会の言うことは難しすぎるということ、漫画でも入れて分かるようなものでないと、なかなか理解ができないということ、これから資料を準備して説明していくということ、日医総研に準備をさせている。道は遠いようであるが、早急にしなければならぬということである。

●総選挙後の動き

この選挙はどうなるかであるが、自民党が圧

勝すると、これはやはり経済財政諮問会議や規制改革民間開放推進会議の発言力はさらに増し、その矛先は社会保障費、なにかんずく医療費の抑制が一番に出てくる。概算要求の中にも9千億円あまりの自然増に対し2千2百億円の削減を求めている。これは主として医療費でこの2千2百億を出すことを言っており、わたしどもの診療報酬改定でプラスでなければということの正反対のことが既に出されている。

これから新しい内閣ができ、どのような方針が出るのか分からないが、わたしどもは国民の医療を守るために強力な行動をしなければならぬ。幸いに混合診療の全面解禁の阻止に成功したが、これは医療関係だけではなく、各地において国民医療推進協議会を立ち上げ、いわゆる国民運動が実を結んだ結果である。不当な医療費の抑制策が具体的に示された時には、わたしども国民の健康を守るために、介護保険制度を守るために年末にかけて先生方にお願いしながら、国民運動を展開する時期があるやもしれないので、その節にはよろしくお願いをします。

それに至らないで済めば良いが、わたしども執行部も努力はするが、最終的に必要であればこれも視野に大きく浮かんでくるので理解をいただきたい。わたしどもの医療改革に対する考え方は、国民の健康と皆保険制度を守ることを中心に運動をこれからやっていくことと想っているので、先生方もそういう意味では胸を張って医療改革にわたしどもと、ご努力願えれば幸いだと思っている。

選挙を踏まえた時期であるが、一番残念なことは各党のマニフェストと称するものを見て医療に触れたものはほとんどない。医療にも触れるとすると、医療費の抑制になり、選挙に不利になることから書いていない。それほど医療は大事だという認識がありながら抑制に動くこの国の姿は非常に理解し難い。

国会活動報告



武見 敬三
参議院議員

時期も時期で政局も極めて不安定である。この選挙が如何なることになるうとも、その後さらなる政界の再編に向けて構造的変化が政治的にも起きて来る可能性は極めて高い。したがって、このような流動的な政治情勢のもとに如何に国民医療を守るかという視点が求められてくる。このような視点に立ち国会活動報告を行う。

1. 請願の提出から採択・内閣送付まで

昨年から現在に至る約半年間の医政を巡る主要の動きの中でも、特質すべきものは混合診療の阻止である。保険診療に無秩序に自由診療を組合せた場合には、医学医療の進歩の果実である新しい医薬品や医療技術は自由診療により使われる。限られた患者数の場合は、市場価格

が早く形成され定着する。とすれば、メーカーサイドの立場から考えると、市場価格が定着した医薬品等を改めて保険収載するためにはコストがかかる。最終的には公定価格となるが、公定価格は市場価格を上回ることはあり得ないから新たな医薬品や医療技術を保険診療で使えるようにするというビジネス上の動機を失う。その結果、5年・10年経過した場合には、保険診療で使える新たに医薬品・医療技術は限られたものとなる。結果として、国民は最も優れた医療技術を保険診療で享受することはできない。自己負担できる者のみが新たな医薬品・医療技術の恩恵を被ることができるとなる。

したがって、保険診療しか受けられない立場の者と自由診療で自らお金を払って新たな医薬品・医療技術が受けられる者との格差が急激に拡大、人の命の不公平感が著しく大きくなる。わたしは、こうしたことは、わが国の国民には受け入れられるものではないという視点から無秩序な混合診療の導入に反対という論陣を張ってきた。小泉首相は、先の臨時国会で所信表明演説の中で混合診療を行うことを明言していたから、真正面から勝負を挑む場合に活用したのがこの請願である。

われわれが徹底的に反対の論陣を張っても、一部の反対勢力が既得権益を守るために反対をしているというレッテルを貼られる状況を回避し、より広い意味で国民の意思として皆保険制度を崩すような混合診療の導入を反対している

ことを、政治的意思として明確にする必要があった。そのために最も効果的なものがこの請願であった。日医の植松会長よりわたしに請願を行うという指示があり、平素であれば請願は採択されないものであるが、なぜかと言うと、請願は紹介議員のもとで衆参議長に送られ、次に厚生労働委員会で諮られる。この委員会では国会のルールにもとづいて与野党が一致しないと請願は採択されない。しかし、逆に与野党が一致し採択されることとなれば小泉首相の言う一部の抵抗勢力だけの反対ではないことを明らかにすることができるとも、野党も混合診療には反対であり、厚労省も反対であった。したがって、平素はなかなか採択されない請願であるが、今回は採択される可能性がかなりあった。わたしは野党対策を担当し、与党を西島先生が担当するなど、それぞれ役割分担を明確にして、与野党の説得工作を行った。委員会の中では、これが上手く行き採択され、本会議に持ち越され衆参ともにこの請願が与野党一致で採択された。内閣では請願が送付されて6ヶ月以内に立法府としてどのように対処するかという義務を負ったのである。

なぜこのようなことができたのかと言うと、今回幸運だったことは、先の9月の内閣の組閣その他、参議院の自民党役員と小泉内閣との間に隙間風が吹き、そのためにわれわれが請願の協力依頼を青木幹雄、片山虎之助両先生にお願いしたところ協力を得ることができた。こうし

たことから執行部との関係は極めて重要である。結果として、わたしや西島議員は自由に与野党の関係議員の説得工作を行い成功させることができた。参議院が先行し、衆議院が後からくる形で請願が採択された。尾辻厚労相は請願のコピーを手にして、経済財政諮問会議、規制改革会議で混合診療を無秩序に導入することを主張する民間の議員に対して、自らは議人として衆参本会議で与野党が一致して採択した政治的意思と異なる政策方針を取ることはできないと明確に発言する根拠となった。このことが混合診療の無秩序の導入に一線を画す重要な政治的な役割となった。

その背景には先生方の大変な努力により、600万を超える署名を集めていただき、与党の中で多くの紹介議員を集めていただいたことがわたしどもの活動を容易にさせる上で重要な背景であった。

2. 医療政策決定プロセス

自民党の医療政策決定プロセスについては、厚生労働省の局・課で議案の原案を作成し、この内容が有力議員へ個別説明され、そして個別説明でいけそうだということになると幹部会に諮られる。この幹部会は歴代厚労相、中堅幹部、わたしも2〜3年前にこの中に入ったが、幹部会是非公式のプロセスで、ここで了解が得られると、公式のプロセスの中に入り、厚生労働部の正副会長会議、あるいは厚生労働部会、政

務調査会の審議会、自民党の総務会という最高意思決定機関にかけられ、「ここで了解されると、内閣が閣議決定をし、国会に法案として提出するという構図となっている。この構図は、基本的には現在もまったく変わりはない。

3. 「骨太の方針2005」策定への道のり

この原案は経済財政諮問会議が作成、その事務局は内閣府である。政府与党の立場から、この内容は自民党の予算等合同会議で与党の政策として採択されることが必要となる。その調整役となるのが自民党の政調会長、政調会長代理である。この調整をするときに自民党側の立場で政策の立案等を行うのが厚生労働部会の幹部会で、この幹部会をバックアップする重要な役割を担うのが厚生労働部会である。

4. 骨太の方針2005策定構図

骨太の方針というのは、次年度予算の基本方針であるが、今回は医療制度改革があるから、今回の骨太の方針は医療制度改革に直接的にかかわる極めて重要な政策文書となる。

5. 今年の大まかな流れ

厚生労働部会の幹部会でも、わたしも自民党、与党である公明党と連携をしてそれぞれ申し入れをこの段階で定めている。この骨子が承諾されてわたしもの方にも送られてくる。予算等合同会議で発表され、それが素案として改

めて内容が箇条書きとなったものになる。その中でも意見が合わないものは文書に書き込まれないまま、改めて予算等合同会議にかけられる。その内容が6月13日の原案となり、予算等合同会議で議論となる。

6. 6月16日未明からのうき

6月15日夜、意見が対立して骨太の方針2005の原案の調整ができなかった。この調整がこのままでは上手くいかないということで、翌日朝8時に予定されていた予算等合同会議もこの原案のまま持ち越されることはないという状況であり、夜自宅に帰り、翌朝に備えていたところ、午前2時半ごろ政務調査会筆頭副会長政務会長であった長勢甚速先生から、突如この原案が内閣府から出され、阻止できずに議案のまま予算等合同会議に持ち出されることになった。この状況のままではわれわれとても受け入れることができない、幹部会としても反対の申入書を改めて作らなければならないということ、政調会長室に直ちに出てきてくれということであった。政調会長室には社会保障制度調査会長の丹羽雄哉先生、医療担当委員会委員長の鈴木俊一先生、厚生労働部会長の田村憲久先生、長勢甚速先生、厚生労働省の辻哲夫厚生審議官、水田邦雄保険局長、井口直樹総括審議官があり、後ろには課長達が皆沈痛な面持ちであった、というのには「骨太の方針2005策定への道筋」の中の「医療費適正化のための定性的・定量的

政策目標を設定し、定期的にその達成状況をあらゆる観点から検証した上で、必要な措置を講ずるための具体的な仕組みを設ける」という内容であった。とんでもない話であり、この時点で政策文書の基本として織り込まれることになれば、高齢者を対象とした医療保険制度の中に、老人医療費の総枠管理が入って来ることは明白となり、またその他の医療政策にかかわる骨格にすべてこの発想が組み込まれるという事態にまでなる。単に財政上の抑制策だけではなく、わが国が戦後60年培ってきた社会保障の理念そのものを変えてしまう。すなわち、わが国の国民であれば何時でもどこでも具合の悪い時には医療機関で治療が受けられ、そこでの医療の質は医学・医療の進歩を反映したものであるが、こうした基本がまさに崩れ去ることになる。こうした状況をわたしどもは受け入れることができないわけであり、そのための反対の申入書を作成し、廊下にいた新聞記者全員に配るという異常事態である。日医の植松会長、伯井常任理事に電話を入れ、わたしが文書を示してこのまま受け入れることができない異常事態であることを説明し、関係議員に電話するなど対応をした。翌日8時から予算等合同会議が開かれ、この予算等合同会議では20名の衆参国会議員が発言をし、わたしも西島先生も真っ先に手を挙げてこの問題について意見を述べた。大多数の議員はわれわれと同じ意見であったが、2名の議員が経済財政諮問会議の原案通りで良いのでは

ないかということであった。しかし、圧倒的多数で衆参の国会議員の意見が明白となったところで、政務調査会長から執行部一任という話があった。このように大多数の意見が政府原案と隔たっている内容について一任することはできない」と、香川の木村義雄先生も真っ先に言われ、そして次に私が手を挙げて、「同じく意見の隔たりはどうしようもない。したがって、これを一任することにはいかない」と言い、採択されなまま閉会となった。

それは何を意味していたかということ、先ほどの構図の中の厚生労働関係の幹部会、この政調会長を介した内閣府との再調整作業に入ることの意味し、予算等合同会議が終わった後から午後3時半ごろまでわたしもは行ったり来たりして修正協議を行ったが、最後のポイントは三つとなった。厚生労働の幹部会の席に寺岡副会長からわたしに連絡があり、「日本の経済規模」と、①の「医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標」のうち「実質的な成果を目指す」という部分の二つを削除、三つ目は②の「診療報酬・薬価改定は、近年の賃金・物価の動向や経済・財政とのバランスを踏まえ」と言い切った内容を「踏まえ検討する」に修正する3点を何とかならないかということ、早速わたしは幹部会でこの点を提案し、幹部会の中では直ちにこの内容について了承を得ることができた。政務調査会長が、最終折衝を竹中担当大臣との間でいい。与謝野政調会長がこの点を明確に主張したが、そこでの最終折衝を

通じても前2者の「経済規模」と「実質的な成果を目指す」という部分はどうしてもこれを削除することができなかった。しかしながら、第三の「診療報酬・薬価改定」の部分については「踏まえ検討する」ことに修正することに成功した。それにより、この内容が改めて予算等合同会議で採択され、政審、総務会にかけられた。なお、わたしは政審の副会長をしているので、その場であらためて経済規模や実質的な成果については、経済の規模動向にあわせて定量的な目標値を設定し、それに基づく医療費等の抑制管理をするという意味を含んでいないと強く主張した。この点に関しては、政策審議会では武見委員の意見があったということも付記した形で、総務会にかけるということとなった。最終的に総務会にこの問題点があったことを踏まえたうえで了承をされたという経緯があった。いふなれば、この骨太の方針の段階で、こうした経済の動向にあわせた指標に基づいて医療費を厳しく抑制すると言っ考え方は、総論としてこれをかなりの部分解体することができた。しかしながら、この文言が極めて抽象的に残っている。したがって、抽象的であるが残っている部分を通じて、問題が先送りされて、各論の部分でこれからの政策決定に委ねられることになった。いふなれば、これは問題を先送りしただけである。とりあえずこの時点で、このような考え方を総論として明確に踏み込むことを阻止したというのが今回の顛末である。したがって、今後それぞれ具体的に。

こうした医療政策にかかわるさまざまな政策決定の中で、こうした議論が再び繰り返す可能性が高い。常に個別の課題について、慎重に議論を重ねていかなければならぬという状況である。その上で、自民党、政府与党の政策決定過程がものすごく変わってきている。いふなれば、政府原案を作る立場に経済財政諮問会議側の内閣府の官僚が携わる、それに対応する形で厚生労働大臣などを経験した幹部が、および非公式の状況下で調整作業に入る。彼らがわれわれの意向を汲んで調整をしてくれば、われわれの意向が反映できたというのが今までの時代であるが、もはやそのような時代は過ぎ去り、すなわち幹部が非公式に調整しようとしても原案を修正することができず、それどころかその原案のまま、予算等合同会議に提出されるのを阻止することができない。明らかに厚生労働の幹部の力が弱くなったことを意味する。他方で予算等合同会議の場で、1人でも多くの衆参議員が社会保障の理念を理解し、医療の問題についても深く理解を持ってもらえる場合には、開かれた議論を通じて、トップダウンで一方的に下されてきた議論に対して対抗することができる。今回は一方的な内容について、「ノー」という形を明白にし、再修正の協議に持ち込むことができたのである。衆参の国会議員の協力なくしてこのような再修正協議に持ち込むことはできなかった。今後は、医政にかかわる政策決定課程において、確実に1人でも多くの衆参の

議員を社会保障や医療について理解をしてくれる議員として育て上げて行くことが非常に重要で、かつ決定的な要素となることが医政活動の今回の半年間の顛末である。

7. 医療保険制度改革

① 医療保険制度の概要

その中でも、重要になる骨格が医療保険制度改革である。わが国の医療保険制度は非常に多くの、全部あわせると保険者数が5, 100ぐらいになる。非常に多くの保険者にわかれ非効率に運営されている医療保険制度を改めて抜本的に改革する状況下にある。これを如何に持続可能で、しかも効率的で、医療の質を常により向上させ、かつ国民の医療機関に対するアクセスを常に確保した医療保険制度としてどのようにこれを再構築して行くかそのことが問われる。また、そのために財源をいかに確保したらいいかという議論が、クリティカルな議論として表面化してくることになる。

② 医療保険制度改革

最初に取り組むのが高齢者を対象とした医療保険制度であり、社会保障審議会医療保険部会での議論を受けて、厚労省の試案がこの9月に出てくることとなる。それをたたき台として12月までの間に法案とするための大綱を作ることが必要である。立法過程は常に与党が中核を担い、したがって大綱を作るため

の議論が12月までの間、わたしも与党、特に厚生労働部会が公式の政策決定の場として機能することになるという経緯となる。

また、社会保障庁の解体による全国一公法人の医療保険制度の創設という問題も同時に出てくる。これは、わたしが2割負担を3割負担に政管健保を引き上げる時に、真っ先にこれに大反対を唱え、1日でも国民負担を遅らせるべきだと、また本当にこのような負担を求める必要があるのかという議論を展開した時に、とんでもない役所である社会保険庁の実態を全部暴露し、天下り先の公益法人や本来保険料で運営する必要のない施設等の処分を強く主張した結果、社会保険庁等改革ワーキングチームの取りまとめ責任者として、医療保険制度改革と直接結びつく社会保険庁の解体作業に入ることとなった。これが今年1月である。結果として、この社会保障審議会の医療保険部会でもこの議論がされ、来年の通常国会で審議される予定となっている。これも厚労省が試案を9月に出し、12月までにわたしも一緒に取りまとめるといいう経緯になっている。

全国の都道府県を単位として、医療保険行政が管理運営できるようなそういう仕組みが一つの方法として求められることとなる。これは健康保険法の改正にかかわる閣議決定の中で方針が出されていることはご存じの通りである。それらを具体的な内容として組み立てるといいう各

論の作業に入る。医療保険制度にかかわる抜本的改正の議論がまさに重要な最終段階にこれから入るといいう経緯である。

③ 中医協をめぐる改革論議

中医協をめぐる改革論議も、7月20日に結論を経て速やかにということになっているが、法律を改正しないと中医協の委員の数の変更はできない。したがって、これは立法過程にある、法案作りの課程で大綱という法案にかかわる考え方をとりまとめる文書の作成、及び条文を作成する立法過程、いずれもわれわれ国会議員がかかわるといいうことで改めてこの問題を党内でも議論する形となる。有識者会議にて議論の取りまとめはしたが、まだ自民党の中では中医協改革について一度も議論したことがない。したがって、改めて自民党の中でも中医協改革のあり方についてはしっかりととりまとめを行うことを社会保障制度調査会長にも確認をしておき、それに基づいて12月に至る過程で党内でも議論をすることとなる。

④ 診療報酬をめぐる改革

今年は医療経済実態調査の報告を出すのが早まり、10月ぐらい早い時点での報告を受けた形でこの診療報酬の改定の審議、時に改定率の内容にかかわる議論が始まるということになる。例年よりも早めに議論が始まると思

う。12月末の予算編成に合わせるように12月上旬頃が最大のヤマ場となる。来年1月より個別に具体的な点数の議論をし、2月に告示となり、4月施行。介護報酬の改定についても、社会保障審議会の介護給付費の分科会にて審議が行われ、このような9月、10月の基本的な考え方の整理、そして11、12月の既存のサービスの報酬基準に関する基本的な考え方の整理といったことが、すべてここで取りまとめられることとなる。

⑤ 第5次医療法改正

まさに相当多くの検討項目が議論の対象となっている。こうした議論を進めていく上においても、特に診療報酬の改定の財源の確保は重要なものと思っている。こうした中で、いろいろ試行錯誤する必要がある。

⑥ スケジュール

従来より、わたしが述べているタバコ課税であるが、これは平成15年7月にタバコ1本につき82銭増税をした。その結果、2,150億円増収となった。単純計算をすると、1本につき1円上げると2,622億円の増収となる。今喫煙者が減少傾向にあるので、実際の数値はこれより下回ることが見込まれている。

他方、従来のタバコ税は、5割が地方、5割が国で使われてきた。国で使われた中には、地方交付税として地方に再分配されるので、結果

としてはその財源の6割が地方、4割が国という形で財源が配分されてきた。これらの税金であるが、タバコ特別課税82銭分は国債整理基金、残りは一般会計に回る。

こうした中で、タバコ課税は国民の健康を守るという視点から、わたしは新たな財源は国債整理基金に入れるのではなく、一般会計の財源として、その部分について国民の健康を守るための必要な支出に当てるのが明確な考え方と思う。

これらを通じて、さまざまな角度から財源管理等についても、議論をし、かつ、また経済が低迷している状況とはいえ、医療サービスを守るためには広く衆参の国会議員の理解を得る努力をすることを考えている。

植松会長からわたしに医師免許の更新制度、これを阻止するために徹底的にやれという指示があったが、わたしもそれを議論する党の行政改革推進会議で、西島先生と一緒に、この医師免許更新制度を検討するのはとんでもないと議論をした。医療過誤とか、リピータ医師に対し厳重に処罰しろと書いてある文言の後に、さらに医師免許制度の更新について検討する文言がある。すなわち、医療過誤とか、リピータ医師のみを対象とし、限られた医師について議論する中で、急に論議が飛躍して医師一般を対象とした医師免許制度の更新制の議論を展開させるのは極めて非合理的である。単なる医師いじめにすぎないと徹

底的にやった。

この時、社会保険庁改革と一緒にやった多くの仲間、特に弁護士仲間が、この国家資格について、共通の基本的な性格を持つということから、簡単に医師だけ更新制度を導入することはとても受け入れられるものではないという議論を盛んに言ってくれた。医系の関係議員だけでなく、一般の議員がこうした意見に同調してくれたおかげで、この行革推進本部のとりまとめをやっている金子一義先生もそれを受けて、その内容を検討項目から外すことができた。

医政活動を行う上で、こうした改革派の中堅、若手をしっかり取り込みながら、彼らに社会保障、なかならず医療についての理解を深めてもらいながら、わが国の政治の流れの中で国民医療を守る政治的基盤を確立していくことが私は求められているものと思う。こういった流れの中で、実際に先生方のご指導ご支援を得ながら、誤りなきよう仕事をして行きたい。