

## 第10回平成医政塾勉強会講演

### 要旨

伯井俊明先生の司会で会は始まり、植松治雄塾長が「4月改定の諸問題」について政府と日医歴代執行部との歴史的経緯を踏まえて解説を行い、続いて、松原謙二先生が後期高齢者医療制度の沿革と問題点を講義し、茂松茂人先生が診療報酬改定の問題点と注意点を解説しました。

植松塾長は、府医ニュースその他で後期高齢者医療制度について事実の確認に欠けた報道がなされているが事実に基づいた検証が必要として次のように解説した。

#### 植松治雄先生講演要旨

##### 高齢者制度は政治が先行

平成12年11月参議院国民福祉委員会に後期高齢者医療制度は政治の場に本格的に登場した。付帯決議で「老人保健制度に代わる新しい医療制度の創設について早急に検討し平成14年度に必ず実施すること」と明記した。その後平成14年7月健康保険法一部改正を経て、平成15年3月に高齢者医療制度が閣議決定され、平成17年12月の医療改革大綱につながる。

平成12年当時日医坪井執行部は「75歳以上は医療保険でなく保障で行うべき」としてグランドデザインを作成して、これが政府に乗じられることになった。しかし、続く植松執行部は閣議決定などで政治攻勢を受け

ながらも坪井執行部プランの克服を図った。「坪井プランは国保などへの公費補助金と老人保健への国庫拠出金のすべてを高齢者医療に振り替え、国保・被用者保険からの拠出金を無くし高齢者医療全体の9割を公費とするものである。それは生活保護と同様、措置制度となり、財政の都合で簡単に医療水準切り下げが行われることになる、一方公費補助金の無くなる被用者保険では医療費改定に国の関与が無くなり支払い側（保険者側）との直接交渉で決まるようになり、市場経済理論に基づくアメリカ型になってしまう。結果として、国民皆保険は崩壊する」と考え反対運動を展開した。1800万署名により保険料や一部負担金の値上げの阻止に努力したが、自民党の一部勢力と組んだ唐沢氏に選挙で敗れ運動が不十分になった。その後、唐沢執行部は後期高齢者医療制度の医療面の中身を詰めていく段階で次々とミスを犯し、主治医制度や終末期相談支援料などの導入を認めてしまった。

唐沢執行部は今度後期高齢者医療制度への提言を新聞広告したが、坪井プランの焼き直しそのものでしかない。この保障医療案は今のところ政府から無視されているようであるが、本当に採用されると大変なことになる。

## 茂松茂人先生講演要旨

大阪府医師会発行・府医ニュースの平成 20 年 5 月 21 日付「時の話題」では高齢者医療制度を取り上げ、植松・日本医師会執行部が発表した「生涯を通じた医療と保健と福祉 改革と推進のヴィジョン(2007~2009)」において、高齢者医療制度が「財源の割合に多少修正が加えられたものであり坪井・日医執行部が示した内容を踏襲した」と記されていた。本講演では、これが全く誤った認識であることを指摘し、高齢者医療制度の変遷について話題提供した。

高齢化の進展に伴う老人医療費と拠出金の増加による医療保険財政の悪化に対する対応策として、平成 9 年度日医・医療政策会議の報告の中では、「高齢者のすべてを被保険者とした一元的制度としての新保険制度の創設と公的資金を重点的に配分すべき、さらに将来、介護保険と統合すべき」と提言している。平成 11 年度の同報告では、「健康に対するリスクが高い後期高齢者(75 歳以上)とそれ以外の世代とを分けて、独自の診療報酬支払方式と公費を重点的に投入する「保障」的なシステムを採用し、各保険者の財政基盤の脆弱化の大きな要因となっていた老人保健拠出金制度を廃止する」とした。これは、当時の森内閣による閣議決定事項に誘導されたことによる。その後、平成 12 年 8 月に坪井執行部は「2015 年医療のグランドデザイン」において「高齢者医療制度」を発表した。また、平成 19 年 3 月に

唐澤執行部は「グランドデザイン 2007

国民が安心できる最善の医療を目指して」において日医案を提案したが、その内容は坪井案と酷似している。両案では、当該保険料と自己負担で財源の 10%程度を賄い、残りの 90%程度を重点的に公費投入するものであり、「保障原理」と表現しながらも、実は生活保護と同様の「措置」の考え方に沿っている。経済に合わせて公費決定がなされることで管理医療につながるという重大な欠陥が見過ごされているのである。しかも、一般医療保険制度には公費が投入されず、保険者と医療機関だけの関係となり、将来、医療は米国に見るごとく保険者に支配され、国民にとって安心して適切な医療が確保されなくなることは火を見るより明らかである。

そこで植松執行部は、政府の閣議決定による方針を変更させるため、平成 17 年 12 月に発表した「生涯を通じた医療と保健と福祉 改革と推進のヴィジョン(2005~2009)」の中で、財源構成を自己負担 10%、保険料 10%で、残りは公費ならびに国民的共助とし、社会保障としての企業の参加も含めた世代間共助の原理に戻し、一般医療制度においても国が関与するシステムに戻すことを提案したのである。また、75 歳以上という対象年齢も財源からではなく、平均寿命の上昇、総人口の比率、疾病構造の変化などの根拠を踏まえて制度設計を行った。したがって、植松執行部の方針は坪井案を踏襲したものではない。

引き続き、保険料の概要、特に現在議論されている被扶養者からの保険料徴収における軽減措置、後期高齢者診療料における包括制導入が一般医療にも波及する突破口となる危険性、フリーアクセス阻害、人頭払制につながる1患者・1主病・1主治医制の問題点を述べた。

本講演では、平成20年度診療報酬改定の問題点である外来管理加算への時間概念導入についても言及した。本来、医師の技術料は難易度、経験、時間等、様々の要素から判断されるべきであるが、時間のみで評価されるのは、医師の裁量権、医療の根幹にかかわる問題として早期の撤廃を訴えた。また、この時間要件を取り入れることで医師法第20条（無診察医療の禁止）に抵触する、いわゆる「お薬受診」への誘導や診療時間に応じて外来管理加算の算定制限による医療費抑制の道具とされ、中医協で用いられた「内科診療所における医師一人当たり、患者一人当たり平均診療時間の分布」表が、実際は「時間外診療に関する実態調査結果」のグラフであったことから、厚生労働省は恣意的に5分の条件を取り入れたことを説明した。

最後に6月4日に開催された中医協基本問題小委員会資料「診療所における初診料、再診料、外来管理加算の割合」について話題提供した。

### 松原謙二先生講演要旨

後期高齢者医療制度は財政的に、収入の面と、支出つまり、給付をどうする

かを2つの問題に分けて考えれば、よく理解できます。財政面で考えると、一般の生命保険では、加入者がお金を出し、保険会社が、運用により資金として増やし、手数料と利益を引いた残ったお金を、加入者の傷病などのお金に充てる。当然保険制度の維持のために加入制限があります。しかし、国民皆保険制度は、経済的弱者を含めたすべての国民全体を加入者にして、国の運用で、疾病時の給付を行うもので、加入制限のある生命保険とは全く別のものであります。病気になり易い高齢者には、大変医療費がかさみ、支出金が入金を上回るために、高齢者だけの保険は成り立ちません。従来は、これを補完するための制度として、国民保険であろうが、社会保険であろうが、老健制度により、70歳以上の人は老健拠出金というものから、補填したので、破たんしませんでした。しかし、高齢者の医療費が膨張し、老健拠出金が増大すると、平成12年より、坪井日医執行部は、この拠出を抑えるために、現在の75歳以上の後期高齢者医療制度の原型を提唱し、慢性期の高齢者の傷病に対して、包括払いを考えました。こうした中で、厚生労働省は、平成14年から19年までの間に70歳の老健制度からの拠出金を漸次一年ごとに、1歳引き上げて、75歳までに上昇させました。これで、老健拠出金よりの支出は、国保よりの拠出に変わり、このために、国民健康保険が赤字で立ち行かなくなりました。国民皆保険を守る上で、新たな後期高齢者

医療制度が必要になったわけです。しかし、支出の面では、高齢者の疾病は減少しませんから、包括性にして支出を抑制する考え方です。お年寄りだけ、別の給付表を作って、一患者、一主治医にすれば、さらに、医療費が節約でき、75歳になると、十分な医療を受けられず、ある程度で我慢しなさいとなります。だから、我々、植松執行部は、75歳になっても、変わらない医療を受けれる国民全体平等医療を主張して、坪井執行部を倒して、こうした観点から、支払の仕組みを改善することに奔走しました。

次に、収入の面ですが、坪井執行部さらに、唐沢執行部では、75歳以上の保険収入は、9割を公費で、残り1割は、保険者自身の負担だと主張しております。(現在は公費5割、他の保険より4割、自身で1割)もし、9割公費で、賄われると、これは、措置ということになり、国のGDPに連動して、後期高齢者の医療費は決められることになり、高齢者の医療実態に合わせた給付などできません。高齢者の医療実態に合わせた医療給付を実現するには、やはり、扶助の制度である保険制度以外にあり得ません。比較的裕福な社会保険よりの拠出金を後期高齢者の収入に充てようとしても、一定以上の拠出は、中国などのような、社会保障、保険に経費がかからない国との経済競争が待っており、承服できないとの経済界のコメントがあります。75歳以上の方には、今まで、免除されていた、保険料を納めなければならず、

年金からの天引きで、一か月1万円しかない人が、6000円とられて、すごい負担増となり、国民的反対となりました。一律10%でなく、ある程度の収入に応じた保険料率の設定を厚生労働省が失敗しました。また厚生労働省は、終末期の相談に老人も含めた点で、大きな議論となりました。がん末期でもないのに、年寄という理由で、どうして終末期の相談をしなければいけないのかと議論が爆発しました。

75歳になっても、変わらぬ一元化した医療を受けるためには、収入面での公費化により措置化の阻止と、また75歳以上を別の給付制度として、包括化して、そこそこの医療制度で国民に我慢していただく、高齢者に我慢していただく制度としてのこうした考え方は間違っている。これを考えた、坪井執行部、またこれに近い形をほぼ踏襲している唐沢執行部の考え方と我々、植松執行部とは考え方が全く違うのだということは今までのわれわれの未熟さから、未だ十分に皆様に伝えきれていませんが、国民に平等により医療を受けられるように今後とも進めていきたいと思っているところです。

#### 平成医政塾質疑応答要旨

伯井：長時間ご清聴ありがとうございました。中医協の場で、いかに厚生労働省と対決するのが大変か、その一端はご理解いただけたと思います。非常に、優秀な厚労省の役人が、先を見ながら、攻撃してきて、日医は赤子の手

をひねるがごとくです。

植松執行部が先を見て理論的に論破した制度を、執行部が変わり日医の抵抗なしと見るや、再び唐沢執行部では認めさせています。常に、日医が政治家や厚労省と真剣勝負をしないと、結局は、じっくりと真綿で絞めるようにやられます。どなたかご意見ある方は、発言をお願いします。

**伊藤**：伊藤です。

介護保険の保険料に関する質問です。勤めている人は両親の介護保険料を半分支払い、その雇用者も半分受け持っているわけです。

後期高齢者の場合は、勝手に後期高齢者の保険料を年金から引き落とされるから、非常に負担が大きいのではないのでしょうか。

**松原**：国民健康保険では、年金から引き落としの形になっておりますが、被用者保険の扶養者200万人分の引き落としは一時凍結となっております。被用者保険では、扶養者保険料の徴収がなく、このままだと75歳になって突然保険負担が発生して、負担増となります。これまでもサラリマンの保険において扶養者分が徴収できるシステムが必要でしたが、健保連、労働組合の反対で実行されていませんでした。このまま突然負担が開始されると、不満はもっと大きくなると思います。

**植松**：被用者保険の家族負担の不平等

を10年以上も前から訴えておりましたが、政治は無反応です。日本の医療問題に関して、政治は経済界の反対に対して物が言えない。そこに大きな問題があります。介護保険と医療保険の一体化の話もあったのですが、介護保険が1割負担で、現金給付的な上乘せ陣頭払い的な制度で医療保険とは全く違うものになっているので、一体化は困難です。医療の財源にしても、消費税を引き上げて、社会保障費にすると、医師会が積極的発言せよとの、自民党伊吹氏からの依頼ありますが、そんなものに、安易に乗ってはいけません。日本の医療保険は、産業界や会社の肩代わりの側面もあり、経済界からの負担をもう少し考えていただいても良いと思います。

**伯井**：最近では財界の人でも品格が落ちたように思われます。1兆円、2兆円もの巨額利益を上げている企業のトップが、郵政選挙で小泉首相の大勝直後に、法人税の減税のプレシャスをかけてくるような、あまり利己的な動きは品がないと思われます。増加する高齢者医療費を、単に高齢者から天引きするだけでなく、政治家が根本的な社会保障費をどうするか考えてもらう時期に来ていると思います。

**植松**：5分間ルールがいろいろと問題となってきておりますが、日医はドクター・フィ、ホスピタルフィの切り口でこの問題を解決しようとしておりますが、病院で働く医師の報酬と、

病院の原価償却をどこで分けるのか、日本での医師の就労形態では難しく、この切り口からの外来管理加算の問題は解決できないと思います。

伯井：5分間ルールの話が出ましたが、これも皆さん非常に現場として混乱されているし、大変な問題だと思います。どうぞ、北村先生。

北村：うちの医師会のアンケートによると、17%の医療機関で外来管理加算の算定が66%以下に減ったというように、影響は出てきています。また不合理な時間の要件についても非難の意見が出ています。日医では、中医協で十分検証してからと言いますが、他の管理・指導料への時間要件に道を開くもので、撤廃しなければならぬと思っています。撤廃の見通しについて、講師の先生方のご意見を賜りたいと思います。

伯井：これは、先生おっしゃるとおりです。特に後期高齢者診療料と5分間ルールは急がないといけません。現在茨城県医師会長の原中先生が中心になって大反対運動をやっておられますけども、大阪では、酒井会長は「慎重に」とか、「大阪だけ飛び抜けて、言ってもしょうがない」と動こうとしません。私はその辺の問題を頭書きにして、決議ということで、反対の署名を集めたいと郡市区医師会長先生方の連署をいただくべく準備中です。ところで、具体的にこれらを潰すことは

できますか？松原先生。

松原：竹嶋副会長と鈴木常任理事の2人が日本医師会でこの問題にあたられました。竹嶋さんが中医協に出ていく限り、自分の発言を自分で否定することはないでしょうから見通しは非常に暗いと思っています。大阪府医師会を中心とした近医連が、日本医師会に圧力をかけることができれば、本気で中医協で議論し始めると思いますが、このままズルズルと行く可能性があります。私は、今やるべきことは、『時間をもって診療を評価するということが間違っている』この点に絞って主張すべきと思っています。

茂松：この5分間要件の問題を考えたときに、医療の本質というのはどういうものかということ、しっかりこちら側から主張していかないといけないと思います。そして、国民と共に、この時間要件は医療には馴染まない、おかしいのだということを言わないと、撤廃できないと思うのですね。

植松：前にも申し上げたのですが、唐沢陣営は、日本医師会の会長選挙に勝つために『再診料と初診料は絶対に下げない！これが日本医師会の力だ！』ということで、政治家にもそういう働きかけをしたのです。しかし、財源の問題になったときに、厚労省が用意していたものにやはり食いついたのが今の形です。日医にも良心があるならば、胸が痛いわけですから、多くの

声を上げて、これを止めていかねばなりません。そのために、有志の方々と共に行動しなけりゃならんのかと思っております。

**伯井**：これからは保険者が、患者さんに、「薬だけもらいに行ったら、外来管理加算は取れないから、領収書を見て、ちゃんとチェックするように」という指導をしますから、患者さんは領収書を必ず見ます。これは、やっぱりルールとして決まった以上は守ってもらわないといけませんし、だからこのルールは撤廃しないと、後々全ての問題に引っかかってきますので、早急に対応が必要と思っております。若林先生、どうぞ。

**若林**：今の医療制度改革というのは、医療提供を抑制し、患者さんの受診も抑制することで医療費を抑制しようという流れにあるわけですね。これは財政的に厳しいからそうならざるを得ないのでしょうが、振り返れば日医が色々今まで言ってきたことがうまく利用されている。植松先生が会長的时候会に、グランドデザインを出さないとと言われて、なるほどと思いました。これを出すと、尻尾を掴まれてうまく利用されるということが起こってくるのです。これが行政のやり方で、この先を考えると保険者機能が非常に高まってくると思います。この保険者機能を、どういうふうに我々が変えられるか、そういう対策を考える必要があるのじゃないか。保険者機能が高

まると、私たちは彼らに雇われたような形にならざるをえない。それでは地域医療が十分できなくなるとわたしは思っています。

**茂松**：今の若林先生の保険者機能の強化のことなのですが、それにオンラインが入ってくると、もう全く私たちは歯が立たないという状態になりますので、これをしっかり潰さないといけません。先ほど伯井先生が言われたように、保険者のほうから社会保険事務局に、『この医療機関の標榜時間から考えたら、外来管理加算件数が多すぎる』といわれたら、医療機関にしっかりと調査に入るということは、診療報酬改定の直後から社会保険事務局が言っていますから、どうも上では話が繋がってるんじゃないかなというふうに考えられます。

**北村**：ぜひ、茨城県の前中先生などが中心になって外来管理加算を潰す運動を早急に進めて頂きたい。また、再来年のレセプトオンライン化になったら廃業するという先生が7.6%いるとの統計も有るようです。これは法律で決まったものの運動すればなくなったり開始時期の延長などが有り得るのでしょうか

**松原**：オンライン化が医療の効率化に非常に有効であると規制改革会議のメンバーは考え、植松先生の任期最後の3月31日に原案が閣議決定されました。唐沢日医会長は、助言にもかか

ならず、結局このまま進められて現状に至っています。オンライン化が進んで辞める医師が出れば、高齢で、地域医療を受けられない患者さんが出てきます。それを救うには、日医全体を改革して自民党、公明党、民主党などを説得し、動員しないとできません。現在の日医では 100%無理でしょう。オンライン化ができれば、外来管理加算の件数や包括性の管理料の複数請求も保険者は簡単にチェックができることとなります。厚生労働省の役人の巧みな説明に、基金での対応が大丈夫かと危惧します。大事なところは法律できちんと細部まで詰めた成文にしなければ相手の思うつぼで、死因究明制度も同様に不透明なままですと警察の介入の入り込むこととなります。法律化されたオンライン化はひっくり返すのは大変ですが、みんなが一つになって戦えば経過措置は延ばせると思います。

**植松**：ここで問題点となるのは、オンライン化による審査と保険組合との関係、そして頭打ちの IT 産業が、医療を狙っていることです。制度を作る人間と経済界が手を結んでおり、自分でお金を出しながら自分の首を吊るような制度はおかしなことで、日医には IT 化の資金を担保するなど真剣に取り組んでもらわなければいけません。

**伯井**：法律にかかれたら、直すのが大変です。14条には後期高齢者の保険

者の広域連合は、医療費が増えれば保険料を上げられるし、診療報酬を1点8円にでも切り下げることができる」と書いてあります。これは意外と皆さんが気付いておられませんが、危険なことで、何年か先に地域の医療保険がパンクしそうになると、その法律が施行されかねないという怖さがあります。

**金澤**：こんな多くの問題は一般医師会員も知らず、国民的危惧も全くできていない。府医の『慎重に対処しなさい』ぐらいではとても乗り切れない。ぜひ医師会から国民や医師会員に伝えて、反対や注意喚起の運動を起こしてもらいたい。

**伯井**：酒井府医会長のように大阪から日医常任理事を出し、自ら理事になって執行部に入れば日医内では活動は出来ない。難波副会長のように後期高齢者問題の委員長に出て活動しても組織の中に入ると抵抗できない。結局、現在の非積極的な躊躇している姿となっている気がします。体制内に入ってその体制を改革する事は難しいから、唐沢執行部を倒さないといけないと私はこの1年間言ってきました。大阪からは「だめなもの絶対にだめだ」という旗を全国に向けて立てなければいけません。植松先生は20年間旗を立て、認められて日医会長になったわけです。府医としてできなければ、郡市区医師会の多くの会長先生方に賛同して頂いて、大きく狼煙を上げて反

対運動をしていきたいと思っています。

**武本**：医療問題が世間の注目を浴びて社会保障会議が立ち上がるこの機会に、あるべき医療制度や適正な医療費用について国民の理解を深めるには我々医療従事者はどのような戦略・主張をもって臨むべきかお教えいただけますか。

**伯井**：マスコミ対策は非常に難しく、しかし非常に重要です。しかし、医療崩壊という事にスポットが当たっている今がチャンスで、社会保障の理念を守るために堂々と主張しなければなりません。大阪府の橋下改革も、国民・府民の幸せのための改革といいながら、経済を混乱させて格差を作り、社会保障を絞って国民・府民が不幸になったら何にもならないという事を為政者は理解する必要が有る。それを何回も訴えてなければならぬ。しかし、今のマスコミは商業主義になり、いままで主張してきた「ペンが力」「社会正義」は何処へと訴えたくなくなります。

**植松**：医療崩壊といわれても、お産、救急に、焦点があたっているだけで、決して医者を助けようとの議論にはなりません。だから、医療崩壊はなぜ起こったのかを十分に納得してもらえない説明をしないとダメです。厚生労働省は医師不足と言いながら、単純に医師増をすると、医療費増大に繋がると考えており、そういうことに

関しては、慎重であると思われます。医療に関しての理解を求めるためには、結局、私が作り出した国民医療推進会議とかで1万人規模の大きな、現在の医療問題に関するイベント集会を組んで、マスコミにアピールしなければいけないと思います。

**茂松**：植松先生と同じ意見です。医師会が国民の意見を一つにまとめて、国民と一体となって、医師一人一人が、本当に、高齢者、国民のために働くのだという気概を持って国民運動を起こす必要があります。

**伯井**：茂松先生の言われるように、医師会だけが医療費上げろの主張をしても、今の時代認められません。国民と一体となった、魂の入った医療に関する国民運動を、日医も府医も郡市医師会もしなければいけません。

**樋口**：今回のテーマであります診療報酬に対する検証の制度は、どうなっているのか。この検証があれば、今回の診療報酬に対する大きな問題が浮かび上がってくると思いますが、

**伯井**：茂松先生、大阪府医師会前執行部としてどうですか

**茂松**：大変厳しいが的を得た質問であります。地区医師会というよりは、日本医師会が、いろいろな検討事項を地区医師会に出して、データを中央で収集・整理して、まとめて検証するのが、

一番良いと思われます。

伯井：ほかに、はい松原先生

松原：今回は勤務医対策の診療報酬ですが、この程度の財政的な措置では、全く勤務医は助かりません。外来管理加算の5分ルールの問題も、厚生労働省のデータ管理下であり、情報管理をされて、真偽がはっきりしない可能性があります。茂松先生のおっしゃるように、日医総研が、診療報酬改定に関する基礎的なデータ集積、分析をして検証し、会員の大きな声を背景に持って変えなければなりません。

伯井：これで本日の勉強会を終わります。