

厚生労働省に問う改定の「根拠」

参議院議員・大塚耕平



診療報酬体系とは、医療というマーケットの価格体系である。1万3596種類（02年度現在）の診療行為、薬、医療材料という「製品」の価格体系である。

02年度にこの価格体系が初めてマイナス改定され、総額7千億円の医療費（医療保険医療費ベース）が削減されるという。診療報酬体系が「製品」の価格体系であることから、全ての「製品」に関する「積み上げ計算」の結果として7千億円という数字が算出され

ているはずである。つまり、「旧価格×量」「新価格×量」=7千億円という「積み上げ計算」結果がどこかに存在していなければならぬ。

しかし、過去1度としてその計算結果の「証拠」が示されたことはない。

積み上げ計算を拒む理由

筆者は昨年来、この問題を参議院行政監視委員会や厚生労働委員会が審議してきた。厚生労働省はその度に「診療報酬体系全体の『積み上げ計算』を行って医療費を算出している」と主張してきた。しかし、毎回のように以下の問答が繰り返された。

「医療費の『積み上げ計算』はしているんですか」
 「しています」
 「では、その証拠を示してください」
 「それはできません」
 「本当は計算していないのではないですか」
 「……」

結論的に言えば、「積み上げ計算」の証拠をせない以上、現時点では、厚生労働省は実は「積み上げ計算」をしていないと断定せざるを得ない。

去る7月25日の厚生労働委員会で、健保法改定案が強行採決された。議員会館における筆者の隣室の主であるプロレスラー大仁田厚議員が「大活躍」したことは記憶に新しい。その3日前、7月22日の行政監視委員会において、筆者は何度目かの前述の問答を大塚義治保険局長（当時、現在は厚生労働審議官）と行っていた。回答はいつもどおりである。

しかし、その翌日の7月23日、つまり強行採決の2日前、今度は厚生労働委員会で同じ問答を繰り返した。委員会の審議日程は押し詰まっており、少しでも審議がストップすれば健保法改定案は成立しない状況であった。医療費の「積み上げ計算」を実際には行っていないことが事実であれば、医療財政の困窮を背景とした健保法改定案（患者の自己負担引き上げ）の前提は崩れる。

そこで、筆者は「証拠をせない」と「積み上げ計算」が現実に行われていることである。第2に、診療行為、薬、医療材料の各点数が合理的な基準で決められていることである。

いならば、健保法改定案の審議はできない」と阿部正俊委員長（厚生労働省OB）に審議ストップを要求した。改定案が未成立に終われば、厚生労働省幹部の責任が問われることとなる。ここに至り、前日と同じ大塚保険局長がとうとう「すぐには提出できないが、こ

不透明な改定作業

審議の過程で提出された資料の

れから準備する」と答弁した。ようやく厚生労働省が「積み上げ計算」をしていないことを事実上認めた瞬間であった。

厚生労働省提供資料

診療報酬(手術)改定率の分布状況

	引き上げ 25%以上	引き下げ -25%以上
第1節 手術料		
第1款 皮膚・皮下組織	0	0
第2款 筋骨格系・四肢・体幹	2	0
第3款 神経系・頭蓋	0	0
第4款 眼	1	4
第5款 耳鼻咽喉	1	0
第6款 顔面・口腔・頸部	0	0
第7款 胸部	0	1
第8款 心・脈管	0	0
第9款 腹部	1	0
第10款 尿路系・副腎	0	0
第11款 男子性器	0	1
第12款 女子性器	0	0
第2節 輸血料	2	0
合計	7	7

薬価改定率の分布状況

薬効区分	引き下げ		引き上げ	
	26%~50%	51%~	26%~50%	51%~
神経系及び感覚器用医薬品	105	4	4	2
個々の器官系用医薬品	344	72	1	4
代謝性医薬品	102	47	2	5
組織細胞機能用医薬品	51	6	1	3
生薬および漢方処方に基づく医薬品	40			
病原生物に対する医薬品	79	27	6	3
治療を主目的としない医薬品	13			1
麻薬				
小計	734	156	14	18

中にも、驚くべきものがある。例えば、手術に関する診療報酬の改定率の分布状況を見ると、従来比25%以上引き下げ、引き上げの手術が各々7項目ずつであった。冒頭で述べたように、診療報酬体系とは医療マーケットの「製品」の価格体系である。値上げされた方は構わないが、いきなり25%も値下げされた手術を行っていた病院の採算は急激に悪化する。薬価についても同様である。25%以上引き上げられたものが32種類ある一方、25%以上引き下げられた薬は890種類に上る。

「医療費＝国庫負担+病院負担+患者負担」という構造のもとで、患者の自己負担が変わらずに診療報酬体系がマイナス改定（＝国庫負担減少）されることは、病院負担が増すことである。そこで、健保法改定案によって患者の自己負担も増やし、「三方一両損」というのが政府の主張である。一見もつともなうのだが、その主張を肯定するためには、大前提が2つある。

第1は、国庫負担、つまり予算上の医療費がいくらになるかとい

う「積み上げ計算」が現実に行われていることである。第2に、診療行為、薬、医療材料の各点数が合理的な基準で決められていることである。

第1の点について、厚生労働省が対外的に公表できるような堅確な「積み上げ計算」をしていないことは明らかである。もちろん、これまでも何らかの作業はしていたことと思う。しかし、かなり精度の低い「どんぶり勘定」的な仕事であったことは疑いない。仕事を振り直さない限り、厚生官僚に対する信頼感是一段と低下せざるを得ない。

第2の点には、もっと「深い闇」がある。各点数は、中央社会保険医療協議会（中医協）の場で議論され、最終的には厚生労働省が決定する仕組みになっている。筆者も中医協を実際に傍聴したが、1万3596種類の点数を事細かに議論できるような場ではなかった。したがって、実際には、中医協の下部組織である内科系、外科系社会保険委員会連合（内保連、外保連）等の実務レベルの組織で検討

されている。こうした実務レベルの組織のメンバー、検討基準等はブラックボックスであり、まさしく「深い闇」の中にある。

また、最終決定は厚生労働省保険局で行われるが、その際の調整基準も「深い闇」の中にある。この「闇」の中に介在するのが、一部の医療関係企業、医師会の一部メンバー、一部の官僚、与党政治家であり、彼らの「ネゴ」によって保険点数が決まる。厚生労働省が「そんなことはない」と抗弁するならば、その証拠を示す必要がある。証拠の一部が「積み上げ計

算」結果であることは言うまでもない。

改革は果敢に取り組むべき

以上のように、「三方一両損」を是認する2つの大前提が前述のような状況では、到底政府の医療政策を肯定する訳にはいかない。こうした状況を改善するために、

筆者は厚生労働省に対して2つの具体的提案をしている。ひとつは「積み上げ計算」を行っているという虚構を廃し、毎年の医療費実績に基づいた議論を行うことであ



厚生労働省はどう答えるか

(写真:森寛一)

る。もうひとつは、診療報酬体系見直しの作業に、現場の臨床医師を参加させたり、新点数の最終決定前にパブリックコメントに付すことなどにより、作業過程の透明性を高めることである。こうしたアイディアの詳細な説明は別の機会に譲るが、いずれにしても、厚生労働省には今国会から虚偽答弁をしないことを求めたい。

去る10月1日に厚生労働省保険局の西山正徳医療課長、同4日には大塚厚生労働審議官と個別に面談し、委員会の場で要求した残りの資料を早急に提出するよう申し入れた。

この原稿を執筆している11月3日現在、同省からのアクションはない。

大塚審議官は、順当にいけばいざれ事務次官に昇進し、今後数年間、厚生労働省の事実上のトップとして君臨する。

筆者は、同審議官に「診療報酬体系の実態や作業過程の見直しは事務次官になってからでは遅い。今から取り組んでこそ、数年間かけて抜本改革が実現できる。直ち

に着手してください」と申し入れた。同審議官は「わかってはいます」と肯定的な回答を示したが、今後の同審議官の具体的な行動に注目したい。官僚として集大成の時期を迎えている同審議官が、問題点を認識しながら「事なかれ主義」で官僚生活を終えようとするか、あるいは果敢に改革に取り組むか、その真価が問われる。

それとも、診療報酬体系は医系技官（医師出身の厚生官僚）の聖域で、職階上は同審議官の下位に位置するものの、医系技官トップといわれる篠崎英夫医政局長が事実上の最終決定権者なのか。

そうであれば、診療報酬体系の「深い闇」と「ネゴ」の見直しに關しては、事務次官や審議官は飾り物に過ぎない。存在そのものが「税金の無駄遣い」の象徴と言える。

この問題については、今後の国会でも引き続き取り上げていく。

【大塚耕平】1959年生まれ。83年日本銀行に入行。01年7月の参議院選挙に民主党から出馬、当選を果たす。現在、党政調副会長。