

昭和56年

● 1981 ●

武見会長は4月の定例代議員会で、昭和57年春までの任期限りで引退することを表明した。25年間続いた武見会長時代の終わりの1年が始まった。

診療報酬は3年以上も引き上げがなかったが、6月から8.1%の引き上げが実施された。ただし、その財源は薬価基準を18.6%、医療費ベースにして6.1%も引き下げることによってほとんどの財源を捻出し、残りの財源も医療材料価格の値下げによってつくり出した財政支出増なしの引き上げであった。しかし、日本医師会はその内容については、技術料重視の姿勢が貫かれたとして、評価した。

政府は、昭和57年度中の老人保健制度創設を目指して、3月に審議会に諮問し、答申を得て、5月に国会に提出した。これに対し、日本医師会は、新制度の「最終目的は医療費の削減にある」として反対を表明し続けた。法案は通常国会と秋の臨時国会でともに継続審議となり、昭和57年に持ち越された。

政府はまた、第2次臨時行政調査会を2月に発足させて、7月に第1次答申を受け、老人保健制度の創設や医療保険制度の改革に乗り出した。日本医師会は、答申の「本音は増税回避の財政対策につきている」と見抜き、反対声明を出した。

## ● 診療報酬引き上げで申し入れ書

中央社会保険医療協議会(中医協)の医師会推薦委員は1月31日、「厚相の中医協諮問は唯一の医療費引き上げの道だ。3年間放置していることは、医療荒廃の根源であり、原因は厚相にある」との申し入れ書を、鈴木善幸首相と園田直厚相に提出して、中医協で説明した。診療報酬は昭和53年(1978)2月以来、3年近く引き上げられていなかった。

さらに3月3日、退院後も自宅療養を続けていた武見会長も出席しての常任理事会で、

診療報酬引き上げの方針をなかなか明らかにしない園田厚相に対して、「職を賭して問題を解決するか、辞職するか」と迫る声明書を公表した。

## ● 老人保健法案まとまる

2月4日、厚生省は、老人保健法案の骨子を自民党の社会部会など関係委員会の合同会議に示した。さらに26日には、法案要綱の形に整えて社会部会に提出した。

要綱は、基本的には第1次試案の内容に沿ったものだが、患者負担については「原則無

料」をはずして、「現行の医療保険の患者負担を勘案して政令で定める額を徴収する」と踏み込んだ案になった。老人保健審議会の設置も「制度運営の重要事項を調査審議する」として、盛り込まれた。

日本医師会は3月3日の常任理事会で「支払い方式を年齢によって変えることくらい矛盾撞着に満ちた経済行為はない」と批判する声明書を決めて、発表した。

### ● 老人保健法案要綱を諮問

園田厚相は3月10日、まず社会保険審議会に法案要綱を諮問し、11日に社会保障制度審議会にも諮問した。財源方式の具体的な案が示されて、「費用の20%を国、5%ずつを都道府県と市町村が負担し、残る70%を各保険者からの拠出金とする」という内容が示された。だが、患者負担の金額は、「政令で定める」として明らかにされなかった。

日本医師会は3月14日の常任理事会で「法案は生命の尊厳が否定されていた時代の戦時立法の精神を払拭していない」と批判する決議を決めて、国会議員に送付した。

### ● 医療法改正の動き

園田厚相は3月11日に、医療法改正案の要綱を社会保障制度審議会に諮問した。

要綱によると、まず医療法人に対する監督強化については、

役員の欠格条項や定員を定める。

医療法人の理事長は原則として医師、歯科医師である理事のなかから選ぶ。

都道府県知事は必要があると判断した場合には、医療法人に対し、立ち入り調査する権限を与えられ、医療法人が本来の目的からはずれて株の買い占めや土地投

機に走った場合に知事が改善命令を出し、従わない場合には業務停止命令を出したり、役員の解任を命じることができるとされた。

とされた。

また医療計画の策定は、

都道府県知事は、住民の受診行動や医療機関の機能を考慮して、都道府県内をいくつかの医療圏に分ける。

医療圏ごとに必要病床数を設定する。

そのための地域医療計画を策定する。

という内容であった。

医療法改正の論議が起きたのは、昭和55年の富士見産婦人科病院の無資格診療と乱診診療をきっかけとする「医療の荒廃」に対する批判がきっかけであった。厚生省は省内にプロジェクトチームを設けて対策の検討に着手した。検討は「医療法人に対する監督の強化」と「都道府県ごとに地域医療計画を策定して病床総数を規制する」という2本柱で、医療法を改正するという方針が固まった。

制度審は4月10日、諮問案について「大筋で賛成する」との答申を、園田厚相に提出した。

日本医師会は「官僚統制の強化だ」と強く反対し、自民党にも法案提出を断念するよう働きかけた。このため自民党の社会部会が法案要綱を預かる形で、店ざらしされることとなった。医療法改正は昭和57年も見送られた。

### ● 武見会長、引退表明

武見会長は4月1日に開かれた定例代議員会の冒頭挨拶で、今限りで会長職を退くとの意向を表明した。武見会長は挨拶のはじめに、「少し異例の挨拶をお許し願いたい。私が過去に経験したことを伝えるのが義務と考



第62回定例代議員会で挨拶する武見会長。

える」と断って、過去の政府、自民党や厚生省との攻防の歴史のあらましを語った。そして最後に、「私の最後の代議員会になる」と述べた。代議員会後の懇談会で、「最後の代議員会といわれたが、来年の役員改選には出ないということか」と念を押されて、「はっきり、そうとっていただきたい」と答えた。

## ● 第62回定例代議員会

第62回定例代議員会は4月1日に開かれ、開会冒頭に武見会長の引退表明があったあと、会務報告についての質疑を行い、事業計画や予算を可決し、決算を承認した。

## ● 薬価基準の大幅引き下げ

園田厚相は4月16日、中医協に具体的な上げ幅を示さないで、診療報酬の引き上げについて諮問した。さらに4月24日の中医協で、厚相は「薬価基準の引き下げ幅を18.6%とし、6月1日から実施したい」と表明した。厚相は5月9日付で、薬価基準の引き下げを告示した。

薬価基準も診療報酬と同様、昭和53年

(1978)以来3年以上も引き下げられていなかった。この間に実勢価格は下がり、薬価差が大きくなっていった。公立病院では20%を超える薬価差益を得ているという指摘もあった。富士見産婦人科病院事件に代表される乱診乱療や薬漬け医療は、大きな薬価差益が原因の1つとされた。支払い側からは「大幅引き下げは当然で、むしろ遅すぎたくらいだ」との意見が上がっていた。

薬価基準の引き下げ幅は、昭和40年(1965)11月の11%を上回って過去最高の幅であった。薬価基準は全面的に改定されて、収載品目数は約800減らされて1万2,881品目となり、価格競争が激しく薬価差益の大きい抗生物質を中心に、全体の66.5%にあたる8,569品目の価格が引き下げられた。

## ● 診療報酬を8.1%引き上げ

大幅な薬価基準引き下げを踏まえて、厚相は5月18日の中医協に、平均8.1%引き上げ幅を示し、説明した。薬価基準引き下げによって生まれる医療費の減少分が6.1%で、実質的な引き上げ幅は2%であった。実質的な引き上げ財源も、腎透析に使うダイアライザーやエックス線フィルムなどの材料価格の引き下げや診療報酬の合理化でカバーして、国庫負担を増やさないという政府の方針であった。

この時期、また厚相が交代した。鈴木首相がレーガン米大統領と会談して、「日米関係は同盟関係にある」との共同声明を出したことの事後処理をめぐって、首相の言動を不満とした伊東正義外相が辞任し、5月18日に園田厚相が外相に横滑りした。後任の厚相には村山達雄元蔵相が就任した。21日の中医協に出席した村山厚相が8.1%の引き上げ幅を正式に諮問した。

改定案は、初診料を約20%引き上げたり、高度な技術を必要とする手術料を40%引き上げたりする一方、普及した腎透析の点数を約15%下げ、機械化された検査の費用はできるだけ一括料金制、いわゆる「丸め」を採用する内容であった。中医協は23日、諮問案どおりに6月1日から実施することを了承するとのお返事を厚相に提出した。診療報酬引き上げは6月から実施された。前回の改定から3年4か月ぶりであった。

日本医師会は6月2日の常任理事会で、この診療報酬改定を、「技術の経済基盤の確立であり、物に依存した出来高払いから技術料中心の出来高払いへの転換の第一歩」と評価する見解をまとめた。武見会長は6月26日に記者会見して、「医療技術の経済的な独立が認められた」と評価し、「開業医が自分自身の立場を反省するいい機会だ」と述べた。

## ●老人保健法案を国会提出

老人保健法案についての両審議会の審議では、患者負担や診療報酬の支払い方式が明らかでないことや、患者負担を政令事項にしたことに、批判が集まった。厚生省は4月13日の社保審で、初めて「初診料300円、再診料100円、入院時1日300円」という案を明らかにした。また、園田厚相は16日の国会答弁で、「患者負担は法律で決めることにする」と答弁し、「新制度では、老人の心身の特性を考えて、現行の出来高払い方式の問題点を改善する」と述べた。

制度審と社保審は4月25日、ともに問題点を指摘しながらも、諮問案を基本的に了承するお返事を厚相に提出した。

お返事を受けて、厚生省は自民党社会部会に法案要綱を示した。自民党は、患者負担のく

だりを、「外来は1か月500円、入院は4か月間に限って1日300円を徴収する」と修正して、了承した。政府は5月15日の閣議で法案を決定し、国会に提出した。

日本医師会は4月28日の常任理事会で「法案は医学の理解を欠いている。幾多の矛盾を侵して、最終目的は医療費の削減にある以外に考えられない。医療の退歩を図るような審議会は存続の必要がない。廃止をすみやかに要求する」との決議をまとめ、鈴木首相と園田厚相に申し入れた。

さらに5月19日の全理事会で、「法案は、医の本質から言っても国民の医療を取り扱う態度からみても容赦できない。全国の会員に対して参加しないという拒否通告を出すよう手配する」との決定を行った。

しかし、通常国会は6月6日で会期切れとなり、法案は継続審議となった。

## ●臨調の第1次答申

臨調は7月10日、第1次答申を鈴木首相に提出した。答申は「活力ある福祉社会の実現」を掲げて、老人医療については、

老人保健法案の早期成立を図り、患者負担導入などを内容とする老人保健制度を早急に実施する。

老人保健制度では老人医療の特性を踏まえた合理的支払い方式を確立する。

地方自治体は、単独事業としての老人医療無料化や軽減措置は廃止すべきである。と提言した。

また、「年々急増する医療費については総額を抑制し、医療資源の効率的利用を図る」として、

国保の運営に都道府県にも指導責任を負ってもらい、給付費の一部を負担しても

らう。

高額医療機器の共同利用を促す施策を積極的に推進する。

現行の医療費支払い方式について有効な改善策を検討する。

といった施策を提言した。

日本医師会は7月16日、武見会長の名で、「答申は日本を破滅に導くもので、本音は増税回避の財政対策につけている。臨調答申が厚生省を通じて立法化される場合には、日本の医療を守るために、全国の医師は自民党と徹底的な対決の方針を打ち出すであろう」との声明書を発表した。

### ● 老人保健法案，継続審議に

老人保健法案の審議は、9月24日に召集された臨時国会で本格的に始まった。この国会は、臨調の第1次答申を受けて、厚生年金の国庫負担減額法案や児童手当公費負担削減法案など数多くの行革関連法案が提出され、「行革国会」と呼ばれた。老人保健法案については10月末に入って、衆院社会労働委員会の理事会を舞台に与野党による法案修正の協議が始まった。自民党は2度、3度と修正案を出し直して、11月5日に、

老人保健審議会は保険者の拠出金に関する事項を調査審議する。

診療報酬や診療方針は、厚相が中医協の意見を聞いて決める。

老人保健取扱機関の指定は新たに行わず、現行の保険医と保険医療機関で老人保健法による医療を行う。

65歳以上の寝たきり老人も対象とする。

外来の患者負担を1か月500円から400円に改め、入院の患者負担を徴収する期間を4か月から2か月に縮める。

という修正案を示した。

公明、民社両党は評価したが、社会党は老人保健審議会で支払い方式も審議すべきであるとして反対した。法案は11月12日の衆院社労委で、自民党案どおりに修正可決されて、翌13日の衆院本会議で可決、参院に送られた。国会は延長されたが、11月29日で閉幕して、法案は再び継続審議となった。

継続審議となった老人保健法案が衆院で、老人の診療報酬を決める役割を老人保健審議会から中医協に切り替える修正をされたことに、健保連や日経連が猛烈に反発した。健保連は11月12日に健保組合全国大会を開いて、「支払い方式改善の道を閉ざす老人保健法案には絶対反対する」と決議した。さらに経済団体、労働団体、各企業に働きかけて反対運動を繰り広げ、巻き返しに出た。



会長室(旧会館)