

「国民皆保険 本当のところはどうなんだ」

日本医療総合研究所
取締役社長 中村十念

かつて世界のトップレベルを誇った、子供の学力の低下が懸念されている。それと同じように、世界的に高い評価を受けて来た日本の医療力も落ちつつあるのではなかろうか。そのことを日本の医療を特徴づけてきた、国民皆保険の質の維持という観点から検証してみたい。

日本の「医療システム」は、俯瞰すると「公的医療保険システム」「国庫負担システム」「医療提供システム」の3つの大きなサブシステムから成り立っている。「医療システム」は、他の社会システムや制度等と相互に影響し合っている。同時にそのサブシステムも、あらゆるシステムの例にもれず、各々が更にそのサブシステムを持つと同時に、相互に作用し合っているのは言うまでもない。

1. 公的医療保険システム

日本の医療財政は、日本国民全員を被保険者とする国民皆保険システムを採用している。

このシステムは1961年に達成され、ほぼ半世紀近い歴史を持ち、保険の給付に当たっての平等性とフリーアクセス（誰でもいつでもどこでも医療を受けられる）を理念としてきた。平等な給付は、現物給付方式（保険事故が発生した時に、保険金を支払うのではなく、サービスそのものを給付する方式）で担保され、フリーアクセスは保険医・保険医療機関を幅広く寛容に認定すること及び医師に応召義務を課すことにより担保されてきた。

被保険者となるためには保険料の納付が必要であるが、保険料負担額は所得による傾斜負担方式が採用されている。後述する被用者保険の場合は、保険料決定の元となる月額報酬に傾斜をつける「標準月額」が採用されている。国民健康保険の場合は「応能負担割」の採用によって、十分とは言えないが傾斜負担が担保されている。

公的医療保険システムは、更に3つのサブシステムから成り立っている。ひとつは、被用者（勤め人）及びその家族を被保険者とする被用者保険システムである。被用者保険では、勤め先である企業や組織ごとに、保険者としての健康保険組合（以下健保組合）が設立されている。その種類には、大企業が個別に設立する健保組合（以下組合健保）、中小企業が加入する政府管掌健保組合（以下政管健保）、船員保険組合、国家公務員共済、地方公務員共済、私立学校の教職員のための私学共済などがある。

もうひとつは、被用者以外の人が残らず加入する国民健康保険システムである。国民健康保険の保険者は多くの場合市町村であるが、同業者が共済的に組織する国保組合というのものもある。日本においては、市町村国民健康保険（以下市町村国保）が医療保険の最後の引き受け手になっている。

3つ目のサブシステムが老人保健制度である。これは老人を対象にした医療給付システムである。どこの保険に属していても、被保険者が75歳以上になるとこのシステムから給付が行われる。このシステムは保険者共同の老人向け統一給付システムとも言うべきものである。「保健」制度となっていることからわかるように厳密には保険システムとは言い難い。しかし外見的には、他の医療保険システムと同じように動いているので、保険との違いに気がつかない人も多い。このシステムの財源は、各保険者からの拠出金と公費によって賄われている。

医療保険者としての収入は、全体の連結ベースで約30兆円である。保険者の経営状態は、市町村国保を除いて概ね順調である。診療報酬マイナス改定や自己負担率の引き上げによる医療費抑制策が追風になっているからである。2006年度の被用者保険の決算を見ると、経常ベースで組合健保が2,368億円の黒字、政管健保が1,117億円の黒字、共済組合も3共済合計で878億円の黒字で、合計約4,400億円の黒字である。黒字の累積額の残高である積立金は、被用者保険全体で6.1兆円に達している。

少し横道にそれるが、政管健保は2008年10月から、運営主体が国から「全国健康保険協会」に変更される。実は、政管健保には、政府が弁済責任を負うべき約1.2兆円の借入金があり、この借入金の元本はこれまで全く弁済されていない。保険者の移行時に国がきちんと弁済すれば良いが、それだけの財源があるようには思われない。どさくさまぎれに、借入金の弁済責任がいつの間にか中小企業やその従業員に転嫁されないよう監視する必要がある。

国民健康保険のうち、国保組合は114億円の黒字であり、積立金も3,500億円ある。問題は市町村国保である。日本の被保険者の総数は1億2,700万人前後であるが、最後の引き受け手である市町村国保の被保険者数のシェアは毎年上昇し、2004年度には37.5%に達した。3年間で+2.1%上昇したということになる。この間、市町村国保における無職の人の構成比は1.5%上昇した。10年間でみると10.5%も上昇している。

ちなみに市町村国保被保険者のなかの無職の人の割合は50%を超えている。これらの事実から類推するに、現在市町村国保に新しく流入している人のほとんどは無職の人であるといつてよい。

こうした事情もあって2004年度の市町村国保保険料の未収納率は、金額ベースでほぼ10%に達し、3年前と比較して+0.8%上昇している。その結果未収保

保険料は、2004年度で約1兆1,600億円となり、市町村は1兆円を超える大きな「つけ」を持っていることになる。しかし、この「つけ」は回収されず不良化するリスクが大きく、このことが市町村財政に悪影響を及ぼしており、多くの市町村では赤字補填に苦勞している。それでも、2006年度決算では、医療費抑制策の恩恵を受け、赤字補填をした後で、全体で▲200億円程度の欠損に止まった。積立金も6,500億円をキープした。

ところで、一年を超える保険料未納者には、健康保険証の代わりに、国民皆保険の建前を守る観点から「被保険者資格証明書」が発行される。資格証明書では受療時にかかった医療費の全額を医療機関で払わなくてはならず、国民皆保険の内か外かということになると実質的には無保険者だと言わざるを得ない。

政府の発表では資格証明証発所帯数は、2006年で約35万所帯にのぼる。一所帯平均の人数は2人弱であるので、約70万人が無保険者状態である。保険料の支払遅延を含めた滞納世帯は480万世帯で、1,000万人近くになる。市町村国保の被保険者数は約4,800万人であるので、約2割の人が無保険者予備軍だということになる。

老人保健制度はノーロス、ノープロフィットの原則で運営されているので、損益は出ないはずである。しかし、損失が繰り延べされる傾向にあることと、費用の精算に2年間のタイムラグがあるため、つなぎ資金として約4,900億円の借入金を抱えている。しかし、いつまでも借りっ放しという訳にはいかず、精算時に問題が顕在化する恐れがある。

この制度は2008年4月から75歳以上の老人を被保険者とする後期高齢者医療制度という独立した保険制度に移行する。保険者は、都道府県単位で全市町村が合同で組織する広域連合である。財政の規模は約11兆円で、患者自己負担が約1兆円、保険料約1兆円、国庫負担約3.3兆円、地方負担約1.7兆円（都道府県0.85兆円、市町村0.85兆円）、被用者保険と国民健康保険の保険者負担約4兆円でスタートする予定であった。しかし、先の参院選後、保険料負担が6ヶ月間全額凍結となり、その後6ヶ月間は9割凍結とされたことは記憶に新しい。

今後の公的保険制度の行方を左右しかねない議論に「混合診療」がある。

いわゆる混合診療とは、法文等に明確な規定はないが、ある疾病の治療に保険適用が認められた医術・薬剤等と保険適用外の医術・薬剤等を保険医が混在させることを指す。混在した場合、特別の定めのある場合は保険給付と自己負担の併用が認められるが、それ以外は全額自己負担となるというのが行政の見解である。特別の定めを「保険外併用療養費制度」と言い、先進医療や差額ベッド等16項目に当たって認められている。

最近、東京地裁で、「健康保険受給権確認請求事件」の判決が下され、混合診

療であっても保険適用部分についての給付まで受けられないとする法的根拠はないとの判断が示された。

その一方で、判決文には「法解釈の問題と、差額徴収制度による弊害への対応や混合診療全体の在り方等の問題とは、次元の異なる問題であることは言うまでもない。」とあり、この判決が混合診療の認否を論じている訳ではない、というスタンスが明確にされた。それにもかかわらず一部マスコミが混合診療解禁かと報じ、再び混合診療論議に火がついた。

混合診療の全面解禁は、保険者の経営にどのような影響を及ぼすだろうか。

- ① まず、現在全て自由診療で行われている人の医療費の一部が保険診療に振り替わり、その分保険者の支出が増える。国民医療費統計によれば全額自費の医療費は約 4,000 億円と推計されているので、そのうち何割かは保険に付け替えられ、その分保険者の出費増となる。
- ② さらに、保険給付されないからという理由で、代替医療や安全性・確実性に乏しい医療へのアクセスにブレーキがかかっていた人々のニーズが喚起されるだろうから、金額は推定しようもないが、確実に保険者の支出は増える。
- ③ 一方で、安全性・確実性が実証され、本来なら保険診療化されるべき医療や薬剤であっても、意図的に保険給付とせず混合診療下の世界に留め置いて、その分支出が増えなくても済むというメリットが保険者に生まれる。
- ④ さらに、今まで保険給付していたものを、保険給付からはずすことも容易になるので、その分保険者の支出が減るという効果が期待できる。

これらを被保険者の立場から見るとどうなるであろうか。

①について言えば、末期癌等の難病患者の救済に繋がるという意見がある。しかし、混合診療が禁止されているのは保険医であって、今でも患者自身が保険適用外の医療を選択するのは自由である。保険医にとっても保険適用前の発展途上の先進医療については、一定の選択基準はあるが、前述した「保険外併用療養費制度」によって混合診療が認められている点が忘れられるべきではない。この制度の機動性を高めることにより、末期癌等の患者への対応は、汎用性のある治療法については、全てではないとしても十分可能となる。

経済的恩恵をこうむるのはそれ以外の、先進と自称する医療である。ここは玉石混交の世界であり、むしろ有害あるいは無意味な医療であることが多いだろう。そのような医療を患者が望めば、医師は有害なものならともかくも無意味なものまでノーとは言えまい。全額自費であれば、出費の大きさが抑止力となり、怪しげな医療を見直す機会も与えられようが、負担が軽くな

るとそのチャンスも失われかねない。

こうして、難病患者を救済の声のもと、実は多くの場合有害なあるいは無味な医療のために、個人の出費が減る代わりに保険財政が費消される事態となる。

②は①の拡大再生産のことなので多くは述べないが、保険者が出費も増え、個人の出費も増えることだけは確実である。

③は被保険者が最も怖れなくてはいけない事態である。例えば後発医薬品のことである。(ゼロあるいはジェネリックとも言われる。)後述するように、後発医薬品の導入によって新薬の値段は確実に上昇する。

そうすると、保険者には、高い新薬の保険給付を躊躇するというモラルハザードが生まれる可能性がある。現行の現物給付制度の中ではあり得ないが、混合診療解禁となるとそれが可能になるからだ。そうすると新薬にアクセス出来るのは富裕層に限られ、給付の平等を旗印としてきた皆保険の概念は崩れ去ることになる。

④はもっと現実的である。風邪薬などの市販されている医薬品と類似した医薬品を保険給付からはずそうという主張は、かなり前から財務省が行っている。現行制度下では無理であるが、混合診療が解禁されると③と同じく可能になるのである。

さて、見てきたように混合診療の導入は保険者への財政的悪影響は避けられそうもなく、被保険者にとっての利益がさほどあるようには思えない。むしろ、「貧乏人はゼロを飲め」というような医薬品に対するアクセス格差を生み、国民皆保険制度を支える平等性や現物給付を損なうだけに終わらねないのが混合診療の本質だ。

要約すると「公的医療保険システム」という側面では、国民皆保険の質の劣化につながる以下のようなことが生じている。

- ① 最後の保険引き受け手である市町村国保のところで、既に実質的無保険者が生じていること。かつその予備軍の保険料未納・滞納者が大量に存在していること。
- ② 同一公的医療保険システムの中で、保険者間の財政格差は歴然としているが、財政調整のメカニズムは無いに等しく、財政的不整合が市町村国保に皺寄せられる構造になっていること。
- ③ 混合診療を解禁すれば、さも国民の利益が向上するとき議論がまかり通っている。しかし混合診療には給付の平等性を破壊しかねない強い副作用がある。その点を踏まえれば、「保険外併用療養費制度」の先進医療の中身を常に見直し、そこで確実性や安全性が確認されたものを迅速に保険診療化していく方策が、医療の進歩に対して保険者が選択すべき穏当な道である。

2. 国庫負担システム

日本の医療システムには、国の補助金が投入されている。主には前述した「公的医療保険システム」に投入される。

政府は、小泉政権以前は、社会保障に対する国庫負担の増分を自然体では年7,200億円程度ということ念頭に、予算編成を行ってきた。これを5,000億円に抑える（つまり自然体から2,200億円縮減する）ことが、プライマリーバランスの達成を目的とする小泉以降の社会保障財政に対する骨太方針である。

この5,000億円を毎年、年金、医療、介護、福祉、雇用等で分け合うことになる。財源的に一番大きいのは年金で、毎年3,000億円以上の固定的な自然増があるので、他の分野では大いに不自由することになる。

一番の被害を受けた医療について見ると、窮屈さがよくわかる。各保険者に対する国庫負担の割合は複雑であるが、簡便に言うと次の通りである。なお、給付費とは医療費から患者負担分を差し引いたものである。

- ・ 政管健保の給付費の13%
(残りを事業主と被保険者本人で折半)
 - ・ 国保の給付費の50%
(残りは被保険者の負担)
 - ・ 老人保健（2008年度以降は後期高齢者医療制度）の給付費の約33%
(残りは、保険者の拠出金で約50%、都道府県・市町村の折半で約17%)
- なお健保組合への国庫負担は、ほとんどない。

このように、一般的には医療費が増加すると給付費が上がり、給付費と国庫負担はパーセンテージで連結しているため、国庫負担も上がる。

医療費が1%上がると、国庫負担は約750億円から800億円増加する。従って医療費が3%増加すると、国庫負担は2,000億円以上必要となり、年金と合わせると、予算上予定されている5,000億円増内で収まり切れなくなる。政府の立場からすると、骨太方針がある以上、医療費が伸びてもらっては困るのである。

高齢者社会を迎えて、厚労省は医療の量的需要拡大を過大に予想し、それに基づき政府は単価の大幅な切り下げを行って、医療費全体の抑制を図ることにした。これが診療報酬・薬価のマイナス改定や給付制限となり、2002年度以降3回にわたり都合約マイナス7%をカットした。一方で、医療費の公的保険から家計への付け替えも行い、これが自己負担率の拡大となった。

政府のこの政策は2つの意味で成功した。

ひとつは、医療費の国庫負担は、決算ベースでは、2002年以降、2001年度の水準であった7.2兆円内外で推移し、ほとんど増えていないということである。

予算時に想定した医療需要の量的拡大が、生じなかったからである。もうひとつは、日本の財政危機の原因が医療費の拡大にあると印象付けたことである。政府予算は、財政制度等審議会（以下財政審）と経済財政諮問会議（以下諮問会議）によって方向付けられている。財政審は、概算予算要求前（6月頃）と本予算編成前（11月頃）に建議書なるものを出し、他の省庁に当年度予算案に対する財務省の姿勢を示す。諮問会議も、毎年6月に「骨太方針」を出し、12月に「予算編成の基本方針」を出す。財政審と諮問会議に共通しているのは、社会保障とくに「医療費亡国論」とも言うべき執拗な医療費攻撃である。国際的に見ても、日本の医療費水準は対GDP比で約8%であり、他の先進国の約9%と比較すると問題視するには当たらないのである。最近では財政審でも諮問会議でも私的保険への代替は論じられても、国民皆保険を守るという視点はほとんど見られなくなっている。

確かに国債の発行残高は2001年の430兆円から2006年の676兆円まで、この6年間で240兆円も拡大しており、財政は悪化している。しかし、この間先述した通り医療費の国庫負担はほぼ横這いであり、医療費と財政の悪化とは何の関係もない。

しかし、政府にとっての成功は、国民にとっての不幸であった。国民は自己負担の拡大によって政府や保険者から費用をつけ廻しされ、家計負担が増大した。また、たび重なる診療報酬マイナス改定は、後述するように医療提供体制のきしみをもたらし、フリーアクセスの利益も喪った。

ここに至って、もうこれ以上の自己負担率の拡大や診療報酬のカットには、無理があるとの見解が多数意見となった。それならばと、政府は、財政審も諮問会議も後発医薬品を熱心に推奨し始めた。後発医薬品なら特許期限切れの先発医薬品（長期収載品という）の3割から7割の価格なので、安上がりであるという論法であろう。それに呼応してテレビCM等の後発医薬品メーカー側のP.R.活動も激しくなり、今はジェネリックという言葉がある種のフィーバー状態にある。国内の主要な後発医薬品メーカーの売上はこの一年で20%以上も伸び、経常利益率は15%を超えている。

普通なら、後発医薬品との競合商品を持つ先発薬メーカーからの反発が出てもおかしくないが、表立っては何もない。それどころか、後発医薬品の使用促進に賛成しているという。これは何かおかしいと感じるのが普通である。

先発医薬品メーカーは、上場企業であり、海外株主も多く、株価に敏感である。後発医薬品メーカーにシェアを奪われた分、減収減益となれば、株価が下がり経営陣の責任問題となる。もちろん、そうならない手立ては既に考えられており、それは値段の高い新薬を市場に出すことである。新しく出される新薬の価格は、長期収載品で失われる利益の取り戻し分が含まれていることになる

ので、これまでの新薬の価格と比較して相対的に高くならざるを得ない。

つまり、国庫負担の見地からすれば、短期的には後発医薬品の使用促進により医療費が節減され、それと連動して国庫負担が減るかもしれない。しかし、中・長期的には新薬の高騰効果で国庫負担は増加してしまうということになりかねないのだ。

国民皆保険との関係において、国庫負担システムの問題の起点は、患者自己負担率を上げるという手法で国庫負担を家計に転嫁したことである。実質的な増税だ。これが原因で国民は受診抑制を起し、フリーアクセスは大きく阻害された。

そうしておきながら、次には患者の自己負担が大変だからという名目で、入院日数やリハビリ回数等の給付制限や後発医薬品の推奨等提供サービスの質の低下を図った。つまり国民にとっては負担は増え、サービスは低下した。

これは生活保護費が最低賃金より高いから、生活保護費を切り下げるという発想と同根である。国庫負担を減らすことに手段を選ばず、というモラルハザードを政策担当者に生じさせている。そのことが中長期的には国庫負担を増やしてしまうというパラドックスに陥ってしまうということが、あるいはそのことに気がつかないことが、国庫負担システムが抱える最大の問題である。

3. 医療提供システム

とある日曜日の夜に、大都市の医療関係者と話をしていた。ある人の携帯が鳴った。お孫さんがインフルエンザらしく 40℃近い高熱だという。その人は、ご家族に近くの市立病院に行くよう指示していた。しばらくして、また電話が鳴った。市立病院は人手不足で救急を制限していて、診てもらえないという。それから、あちこち電話を架けておられたが、なかなかラチがあかない。昔小児科の病院だったところも今は他の科に替っているのだという。結末を見届けずに席を立ったが、大都市の医療関係者の家族ですらこうである。子供を持っている一般の人の週末は不安で仕方がないだろう。救急車等で病院に搬送可能な地域圏（二次医療圏と呼ばれ、全国で 369 圏域に分けられている。）の 3 割には、小児科医が 10 人未満しかいないという。誰かがつぶやいた。医療砂漠なんですよ」。

医師の静かな反乱が起こっている。むしろ旗を立ててのことではないが、割に合わない、不合理だと感じる分野から医師が立ち去っているのだ。小児救急や産婦人科などの外科系の分野が多い。小児科を診療科目とする施設は 10 年間で 6%減少し、分娩実施施設は約 30%も減少した。

このことに限らず、医療界には重苦しい閉塞感が漂っている。

わが国の医療提供は、病院と診療所によって行われている。病院は 20 床以上

の病床を有する施設であり、診療所は 19 床以下の病床の有床診療所と、病床の無い無床診療所に分けられる。

病院の経営母体は、個人と法人に分けられる。法人は更に大学、国、地方自治体、日赤等の公的公益法人、社会保険関係団体、医療法人などに分けられる。このうち、個人と医療法人が民間である。診療所の経営母体は、個人と医療法人であり、そのほとんどが民間である。民間の診療所を経営する医師のことを開業医と呼ぶこともある。

診療報酬のマイナス改定は他の要因と複合的に作用し、医療機関の P/L (損益計算書) と B/S(バランスシート)の極端な悪化という医療提供システム上の大問題を招いてしまった。

統計を見ると、2000 年代の入院・外来を合わせた延患者数は一貫して減り続け、2006 年度では前年比マイナス 0.7%減少した。医療機関に支払われる医療費も 2006 年度はマイナス 0.2%の縮減であった。そもそも医療改革なるものは、高齢化社会の到来とともに、医療需要が増加するということを前提としていた。しかし現実には、市場の縮小という全く逆のことが起こっている。

この原因は診療報酬のマイナス改定以外にいろいろと考えられるが、基本には 1990 年代以降金融政策の失敗により、経済成長がほとんどないということがある。一説によると、この間に日本は 1,300 兆円にのぼる金融資産を失ったとの指摘もある。国民の多くは懐具合が悪くて、医療需要を増やそうにも増やせないのである。それに重ねて、自己負担の拡大という受診抑制策がとられ、医療機関はダブル・トリプルで経営上の悪影響を蒙った。

その結果、何が起こったかという点、まず公的病院（国立、地方自治体立、公的公益法人立、社会保険関係団体立等）のシェアが縮減した。

病院の入院をとってみると、2001 年 3 月から 2007 年 3 月までの間に、公的病院は、延入院患者数及び入院医療費においてマイナス 1.8%もシェアを失った。

公的病院のほとんどは赤字であり、そもそも、マネジメントの責任感に乏しいということも否定できない。しかし市場縮減傾向下でのシェアの喪失であるから、年功序列型賃金を基本とする公的病院では雇用維持もままならないほど収入は減少し、赤字は更に拡大する。経営支援のための自治体等からの補助金投入にも限度がある。

人が辞める→補充できない→残った人に負担がかかる→残った人もやめる、という悪循環に陥っているのが公的病院の医師不足の原因ではないだろうか。公的病院は、救急のように民間でやり切れない部分を請け負ってこそ存在価値がある。しかし経営的な問題から、適切な労働環境を維持できるだけの医師を充足できないところが多いのが実情だ。

次に起こったことは、民間医療機関の経営の悪化である。民間医療機関は日

本の医療の最大の支え手である。入院で見ると、民間病院は量的（延入院日数ベース）では66%、金額では53%のシェアを占めている。その民間法人病院は2006年度決算で4分の一以上が赤字である。ちなみに民間法人診療所でも3分の一以上が赤字である。

2007年度には、赤字機関の割合はもっと高くなるだろう。赤字が二期以上続くと金融機関からは正常の貸出先と見なされなくなり、資金調達が大変厳しくなる。売上に対する借入金の比率は民間病院で約70%にも達しており、資金調達環境の悪化は、借入金依存度の高い医療機関にとっては存亡の危機となる。

病院淘汰が始まっているところに、病床数削減という減反ならぬ減床政策が展開されようとしていることも医療提供システムのヒビ割れを加速している。老人を主な需要者とする療養型病床は、現在の38万床から15万床と約6割減床しようというのが行政の方針だ。入院できなくなった人は在宅でということらしいが、在宅は老老居や独居が多くなっており、そうでないところでも住宅事情や勤労事情を考えると、在宅医療には過大な期待などできはしない。それにしてもつい数年前までは厚労省は、カネや太鼓で療養病床に誘導したのである。それがこの始末であるから、厚労省に裏切られた思いを持つ医療関係者は少なくない。

急性期等の患者を主な需要者とする一般病床については、DPCという定額払い式おまけ付診療報酬が病院関係者の関心を引いている。現に、それを採用する病院が増えている。病気ごとに一日当たりの医療費を定額で決めるが、入院日数が短い程おまけがついて一日当たりの医療費が高くなる仕組みである。そうすると当然病院側はなるべく早く患者を退院させようとするし、後発医薬品を使うなどしてコストの節約に走る。保険者は、病院が入院日数削減のためのインセンティブに乗って経済合理性を追求することによって、結果的に給付費支払いが減ることを期待する。

しかし、その結果患者に何が起こるかという点、治りきっていないのに退院させられる、いったん退院した人の再入院率が上がるというようなことである。また中には、裏技的に入院に必要な検査をDPCの範囲外である外来で行うなど、二重取りまがいの行為もあらわれる。そうなると、医療費は減るどころか、増える可能性すらある。1人の患者の入院日数やコストを減らそうとすることが、全体にとっては災いの種になりかねない。保険者は大きな合成の誤謬の罠に陥りかねない。

しかし行政にとっては、そんなことは問題ではないのだろう。目的はあくまでも減床にあり、減床すれば一時的な費用の増加などすぐ取り戻せると思うからだ。減床は二段階で行われるだろう。まずDPC採用病院を一流、非DPC病院を二流とする格付けによる分断統治だ。まずそこで診療報酬で差をつけ非

DPC 病院を淘汰し、その分を減床する。次には、DPC 病院の中の淘汰だ。DPC 病院は全てが生き残れるかというところはいかない。今は DPC 病院には調整係数などを通じて相対的に高い診療報酬が付けられているが、まずそれがなくなる。それだけでは済まず、DPC 病院という格を守るための様々な投資を迫られる。借入金の比率の高い病院は、減収と過剰投資であえなく自然淘汰される。最後は療養型病床と同じく強制減床である。

こうしてこのままいくと、最後にはわが国の入院医療体制はマグネットホスピタルと称する人・物・金を集中化させた病院と在宅医療しか残らないことになる。淘汰された病院や医師は診療所を開設し、診療所は増えると思われるが、中間にあるべき、身近で親切な入院施設はほとんど消滅してしまう。減反後の田園風景を思わせる寂寥感漂う話である。同時にこのことは医療提供システムの中での手術室が減ることを意味し、日本の手術力は大幅に低下することになる。

何より、DPC には診療報酬配分権限を完全に官僚に握られ、病院はひたすら管理される存在となる危険性があることを、病院関係者は強く認識しなければならない。

病院関係者に「DPC は療養病床と同じ運命。いつか来た道ではないですか。何故賛成するのですか。」と聞くと「わかっているけどやめられない。」と答える人が多い。現状の閉塞感に耐えかねて、せめて短期的にでも夢を見たいということなのだろうか。

以上見てきたように、行政は入院医療の需要に対して、供給を十分に働かせない方向に誘導しつつある。救急はもちろん一般的な病気であっても、きちんと保険料を払っている被保険者にとって、フリーアクセスどころか最低限のアクセスを確保することすら困難になりつつある。つまり医療難民の発生が、在宅医療と集約化の美名のもとに現実化しつつあるというのが、医療提供システムという側面での国民皆保険の危機である。

4. おわりに

国民皆保険の質は、明らかに劣化しつつある。政府関係の報告書や方針の中からも国民皆保険の文字が消えつつある。今なお国民皆保険の重要性を訴えているのは、民間でも日本医師会ぐらいのものではないだろうか。

もちろん国民皆保険を崩壊させてはいけない。崩壊したらどうなるかは、アメリカの状況を見ればわかる。その一端は、「ジョン・Q」や「Sicko」のようなアメリカ映画にも表れている。しかし、このままいくと、アメリカの今は日本の将来の姿である可能性がある。そのアメリカでは国民皆保険制度が大統領選の争点となっているのは皮肉なことだ。

世界的に高い評価を受けて来た、日本の医療システムは機能不全を起している。機能不全の真の原因は、行政の説明とは裏腹に、開業医の所得が高いとか、日本国民が医療にアクセスし過ぎるとか、国民の側にある訳がない。元をたどれば金融政策の失敗による国家財政の悪化に行きつく。その責任は、失敗のツケを聖域なき出し渋りによって国民に廻し、その挙句「国家負担システム」の運用を間違えた、行政の側にあるのは明らかだ。国民は行政の無膠主義の犠牲にされ、無膠主義はまた次の間違いを招いているのが現実だ。行政の間違いは保険者に伝播し（国と保険者は同一か極めて密着した関係にある）、医療費の抑え込みと受診抑制を同時に行った。その結果が、国民の健康の防壁であり、医療政策展開のプラットホームとなるべき、医療提供システムの経営基盤を、がたがたにしてしまった。そのことは更に税収の減少となって、国家財政に跳ね返ってくることになる。

システムは他のシステムと相互に作用し、作用の仕方は複雑系である。それだけ全体を俯瞰し掌握する管理者が必要であるが、その役割は蛸壺化を習性とする行政には無理だ。医療のみならず社会保障は、平時の国家安全保障であり政府の最優先業務であることに異論はないと思われる。そうであれば、政治の側に首相直属のシステム管理者として、社会保障担当補佐官の配置ぐらいは必要だ。

法的な側面においても、「医療基本法」を制定し、それを中心に据えた法体系の整備が必要だ。今は、憲法のすぐ下に医療法や健康保険法の各法が位置し、政策の決定や変更に当たって照らし合わせるべき理念が欠如している状態だ。理念なき政策が、医療システムの機能不全を招いている。

日本は、富の大半を少数の人が握る「べき分布社会」に進んでいる。格差の拡大である。消費税は一般には格差を拡大させる税制と、一般には認知されている。それを実質的な格差縮小の手段である社会保障の財源にすることに、割り切れない思いを感じるのは自然なことである。

従って社会保障の財源としては、「べき分布社会」に対応する税や保険料を含めた所得再分配方式が検討されるべきだ。企業の負担が減り家計の負担が増している、中少企業の勤め人の方が大企業の勤め人より保険料を多く払っている、市町村国保の財政逼迫と健保組合の過剰な余剰金など、日本の医療システムには逆累進的な現象が数多く存在している。

これらのことを是正し、べき分布社会への進行を認識するなら、相続税・法人税・所得税等の累進性を高める所得再分配メカニズムの再構築が考えられて良い。

「世代間の不公平」が声高に叫ばれ、老人が不良債権扱いされかねない今の社会は、集団自殺と言われるぐらいの多くの老人の自殺者を生んでいる。何と

も居心地が悪い。

国民にとって安心感のある国家運営のためには、命を尊び長寿が喜ばれる社会を是とする国民の合意が何よりも必要だ。国民皆保険制度は、その国是を担保する、国が守るべき最重要な安全保障システムであると確信する。明日の日本の公的医療保険を今のアメリカのそれにしないためにも。