



## 医療保険制度改革に思う

南区支部 花井 忠雄

### (1) 保険の原理からみた医療保険

“一人が万人のために、万人が一人のために、を理念とする保険は、統計学的な確率計算を基礎として、保険商品（保険金など）と保険料との間には経済的な等価関係が形作られるのが原則である。医療保険の場合は、昭和36年の国民皆保険創設期には保険者としてのリスクを負う母体が民間になかったこと、国の社会保障政策の一部に位置付けたことによって、国と自治体が保険者のリスクを負うことでスタートした。

そのもとで国民は、“何時でも、誰でも、必要な時に、しかも高額療養費制度も手伝って”安く、医療をうけられることに慣らされてきた。国も“世界に冠たる、医療保険制度を誇ってきた。医師もコスト観念にさほど縛られることなく、必要な診療を比較的自由に行うことに慣らされてきた。

医療費財源の確保が困難になった今、様々な“理由”を挙げつらって医師（診療側）のみをスケープ・ゴートに仕立てあげ医療費の伸びを抑制しようとしたり、患者負担増（年間約2兆円）とそれによる受診抑制効果（年間約1兆円）を狙って国民に犠牲を強いるのは、極めて姑息的な方法である。このレベルの論議であれば、昭和58年には30.6%であった国庫負担率が昨年度は23.5%（昨年度医療費の約2兆円相当）に低下している事実を指摘することで十分である。と言うのも、医療保険は保険料と国庫負担と患者負担の3要素によって構成されている以上、国（保険者）の財政努力に蓋をしたままでは国民は納得できないからである。

### (2) 国（保険者）の諸問題

従って、医療保険財政（特に、国庫負担）の危機に直面した場合には、原点に立ち返って国

民の総意を求めるのが本来であろう。

即ち、第1に、保険料を支払って「保険診療」という商品を購入している患者が、いざ給付を受けようとしても高い障壁のために受診を制限せざるを得ないことがあれば、保険の原理が崩れることを意味する。“受診抑制”は、保険料を支払っている国民にとって“詐欺”も同然であり、従って、国がこれを目論むなどは決して許すわけにはいかない。

第2に、医療保険財政の危機は、保険者である国の保険運営における統計学的な確率計算の誤算によるもの以外の何ものでもない。危機を招いた保険者としての責任を国民の前に明らかにすることが前提であろう。この点では、診療側のみをスケープ・ゴートにして国民の非難をかわそうとすることは許されない。

第3に、医療保険制度のプライオリティをあらためて国民に明示し、問う責任がある。医療費の国庫負担率が財源難を理由に大きく落ち込んできているが、これはあくまでも医療保険制度へのプライオリティが軽視されていることに他ならない。金融機関の不良債券補填、有益事業もしていない天下り法人への多額な補助、“丸投げ”が常態となっている企業への膨大な公共投資の投入等々に国民の税金が多量にシフトしている中で、国民の医療を保障する政策の優先順位をどこに置くのか、社会的合意をあらためて求めることが必要であろう。また、平成2年に臨時行革審の答申した「高齢化ピーク時においても50%を下回ることを目標とした“国民負担率”の問題についても、諸外国の例を情報公開しながら、国民にその妥当性を問うことが必要であろう。

### (3) 検討すべき諸点

医療費の著しい増加の要因については大方の一致が得られている。ここでは、医療費の効率的な消費について、保険の理念と原理に基づいて若干考えてみる。

第1に、公的医療保険は患者負担の増加によって受診の制限があってはならない。従って、公的医療保険は風邪であろうか肺癌であろうかが全ての疾患を対象とするが、アメニティやラグジュアな部分は給付対象からはずし、個人負担あるいは民間保険の対象とする。即ち、ひと昔の保険医療に施設基準をもどすことである。

これまで、療養型病床群の病室面積、療養環境加算、1床当たりの病棟面積、食事の選択メニュー等々、快適な療養（入院）生活のために診療報酬点数が随分設定されてきた。病院は競ってホテル並みのハードを整えてきた。このことが医療費の増加の要因のひとつとなっていることは見逃せない。こうした要因が結果的には一部の国民の受診抑制に繋がる以上、公的医療保険が全ての国民の医療を保障するという理念と原理を貫くためには、昔にもどるのも必要ではなからうか。

他方、これは経済力によって給付に差の出ることを意味するが、公的医療保険ですべてを賄いきれない以上、そして社会的なニーズがある以上、容認すべきことと考える。この点では、国（保険者）は、社会的ニーズに安易に迎合することによって、保険運営における統計学的な確率計算を誤算してきた。

第2に、公・私 の病院の役割分担を見直すことも必要である。精神科病院についてみても、公立と民間の医療提供の現状はお互いの弱点を補い合うものとはなっておらず、むしろ費用負担の多い触法・重症患者を民間にまかせるなど政策医療を公立は忌避している。にも拘わらず、公立では1床当たり年間約320万円平均もの公的補助が別途に補填されているのが現状である。

これは医療費として表面に出ないものであるが国庫負担の非効率的な消費そのものである。

民間精神病院の医療の質も改善・高度化されてきている現在では、公立精神病院の病床数の削減を行い、診療報酬のみでは困難な政策医療を中心に特定化することが必要である。このことは一般病院の入院・外来にも言えることであり、公立病院の病床を政策医療中心に再編・削減するならば国庫負担の著しい軽減が図られるだろう。

第3に、日本の物価は諸外国に比べて極めて高いことは衆知の事実である。24兆円の医療費の30%以上が薬剤費であり、例外ではない。例えばインターフェロンが6万円の時に欧米では8,000円であり年間でもこの一剤だけで1,500億円の差があるという。薬価の決定も製造原価も情報公開されず、企業代表と厚生官僚およびその推薦する学識経験者で決定されている。アメリカからのMOSS協議による外圧を待つまでもなく、医薬品の自由化の促進によって多大な医療費の節約が可能であろう。

医療費の効率的な消費にしほっても他に幾つかの問題を挙げることが出来るだろう。自治体を含む国が保険者である医療保険制度の維持・存続を前提とする限り、その理念や原理を損なうような安易な患者負担に頼ることは、保険者の相も変わらぬ責任放棄と言っても過言ではなからう。

### (4) 終わりに

保険者である国が、医療保険制度の国民にとってのプライオリティを明確に示し、かつ、医療保険の理念と原則に則って国庫負担の効率的な支出に努力する姿勢を国民に明らかにする必要がある。その上で、国庫負担の限界が明らかになるのであれば、保険の理念からいって患者負担による受診抑制ではなく、保険料率のアップを呼び掛けるのが筋道であろう。

(ときわ病院)