

オピニオン

## 「医療制度改革に思う」

豊平区支部 下段光裕

長期化する経済不況のなか、医療制度が急速ないきおいで、確固たる長期展望が不透明なまま、この時とばかり矢継ぎ早に社会保障制度も含めた改革がさげられ現実に実行されてきている。財政困窮であるがゆえに表出してきた政策であるが、真に国民の健康・福祉を念頭においての出発とは思われない。

不良債権を多額にかかえた金融機関、これら金融機関の不正行為のトップ責任を明確にしないまま、また監督していた行政の責任を無し原因追求も明らかにせずして、『東京発の世界恐慌にしてはならない』となかば恫喝を加えるような話で金融再生法案の国会通過を行った小渕首相はいかなる国民の代表であろうか。いかに公的資金の投入が必要であり、国民にとってどのような負の問題としてかかわってくるのか等十分な説明がなされないままにマスコミを使った一方的な弁明に終始しているだけである。

翻って、医療制度の未来はどうであろうか。平等に、いつでも、どこでも、必要とされる医療をうけることのできる日本の公的皆保険制度は守られるのであろうか？世界の先進国（英国を除く）の中で、最底の費用で効率の良い、良質の医療を続けてきたのであるが故に、世界一の平均寿命、低い乳児死亡率をささえてきたものであります。もちろん経済状態の変化、国民の要求、意識の変化がありこの制度の歪が出てきていることは認めるところである。しかしこれらを是正するための猫の目ごときの種々の医療改革は国民医療の原点を見失ってははいけません。

国民皆保険法は1961年発動された。この当時うまいことに未曾有な高度経済成長の時期に重ったため、医療費を賄う保険者も医療費を上ま

わる給与の上昇があれば、その剰余金は職員の福祉・厚生に自由に活用できたし、また現実に競うように幾多の保養所・厚生施設がつくられてきました。国民は皆保険の精神通りの医療を受けてきたのです。しかし、国民総生産額が増えれば増えるほど医療費は国民総生産額に占める割合が増大する傾向にあります。生活水準が高くなればより高度の（必ずしも必要としない部分もあるが）医療を求めるのです。これに少子高齢化が拍車をかけたわけです。医療費だけを考えるならば高齢になれば罹患率が高くなるのは当たりまえで、国民がより充実した医療を求めるならば医療費の増大はごく当然のことであろう。行政サイドには医療福祉費を含めた社会保障費はいわゆる再生性のないドブに捨てる資金であり、公共事業費特に土木建設関係に投資するものとは全く違うという考えが今だにあるように思われます。すなわち、土木建設関係への公共事業への税金投入の経済的波及効果は絶大なものがあり、経済学的に計算されているとオウム返しのように喧伝されております。しかし実際には社会保障の税金投入がいかに経済的波及効果をもたらすかは、日医のシンクタンクである日医総研が試算されており、先に発表された札幌医大塚医政委員の「オピニオン」のごとくであります。医療の質を高め、医療を受ける人々の要求を満足させていくには冷たい物言わぬコンピューター化された現代医療器機を多く取り入れるだけでなく、重要なことは、掻いところに手がとどくマンパワーが必要なことです。マンパワーの活用は当然人件費の増大があり、医療費も増大するであろう。しかし雇用の拡大、安定がありこれらを含めた経済的波及効果は日医総研にて試算されている通りであろう。

国が医療費削減のために試みる種々の制度改革は、医療現場、医療を受けるものの立場を知らない厚生官僚と医療経済学者が机上にて作成しているため、医療の本質をないがしろにしている。医療はあくまでも患者中心に行われるべきものである。現在行われている医療改革は徹底した患者不在の患者の声を聞いていない改革と考えざるを得ない。プラスかマイナスか、黒か白か、急性か慢性かといった具合の組分けのみが先行した改革の進め方であります。医療の実際にはこの中間に位置するファジーなものが大部分であることを念頭におく必要があるであろう。

医学界新聞に掲載されていた以下の文章は熟慮に値する。1965年米国ジョンソン政権下創立されたメディケアに米国医師会は猛反対し、当時のAMA会長は次のように話している。「政府が税金で運営するような医療保険は止めどもなく支出が増え、いずれ財政的に破綻する。これを取り繕おうとすればサービス制限か増税か、政府による医療内容への介入かの選択しか残らない」と。30数年前のことである。まさに現在の日本の医療状態を示していると思われるが、異なることは「選択しか残らない」の部分である。選択がないのである。医療への介入がどのように形態を変えて医療制度の中に入り込んできているのか。医療費削減を目的とした政策誘導のため毎年のごとく改革が行われている。所々に見うけられる包括払い制度はその最たるもので、外総診、在総診、老人病床における包括払

い、血液検査を始めとした検査のまるめ、種々の管理・指導料等がそれである。包括払い、また昨今話題になっている定額払いでは医療サービスを切りつめればつめるほど、その分だけ医療機関の利益は増えるわけであるが、どうしても医療サービス、質的低下は避けられない問題として浮上してくるのである。これらを監視するための強化が始まり、保険者によりレセプト審査の強化、ペナルティー強化、保険医更新がなされないなどの形態を変えた介入強化です。

残念ながら一方向的に押し切られればなしの政策誘導による厚生省の思い通りの施策がなされてきている。それがために医業を継続することが不可能になるであろう地域医療の荒廃も省りみず、規制緩和という錦の御旗のもとに医療への競争原理導入を企むのである。社会保障としての医療に競争原理を導入することはとりもなおさず営利企業の参入です。すでにある警備保障会社の経営への一部参入が報道されている。営利を目的とすれば、いかに医療コストを下げるのが命題であり医療の質の低下は目にみえている。すると患者の権利を守るためという名目で営利を目的としない他の医療機関への監視としめつけは高まっていくであろう。予想されるかような状態ではもはや患者の権利と医師のオートノミーは消滅し、しいては、いつでも、どこでも、誰でもが根幹である公的国民皆保険は崩壊の危機にさらされていると言わざるを得ない。

(札幌里塚病院)

