

オピニオン

## 医療の市場開放論にもの申す

厚別区支部 大西勝憲

今年の参議院選挙の焦点は年金問題と自衛隊のイラク派遣問題の二点に絞られるとメディアは伝えている。医療は年金同様、国民生活に直結する問題であり、かつ国民の義務になっているのにもかかわらず、なぜ医療が今回の選挙に話題として昇らないのであろうか。市場原理、混合診療、株式会社参入、入院医療費の包括化(DPC)など最近の医療事情は国民生活にとって大きな転換期を迎えており、年金にかぎらず国民の将来を左右する重大な局面を迎えているのにもかかわらず、まったくとして焦点にのぼっていないことに大きな不安を感じる。時まさに医療特区においてのみ株式会社経営の医療機関による自費診療が可能となったが、先進医療に限るとはいえ市場開放論者の目的が一步一步着実に達成されようとしている。国民は、マスコミは、各政党は、はたまた政府はこのような医療問題をすでに解決済みと考えているのであろうか。

さて財界を中心とする市場開放論者は「日本の医療は非効率で医療費の無駄使いが国民生活を疲弊させ、ひいては国の財政赤字を膨らませるとともに経済的発展の妨げになっている」と主張している。彼らの主張するところは、規制や制限の多い医療を市場原理にゆだねることにより国民が望むサービスの向上がはかれるとともに医療費高騰が抑えられ、その結果として日本国の発展につながるのだという。この三段論法は一見もっともらしく聞こえるが、はたして正論なのであろうか。市場開放論者は本当に世直し論者なのであろうか。一見彼らは増え続ける医療費を下げようとしているのかと考えたくもなるが実はそうではないらしい。国民医療費が現在の30兆円にとどまっているのであれば参

入の魅力は感じないのである。自らの利益を期待できないからである。彼らは30兆円プラス $\alpha$ の $\alpha$ 部分に魅力を感じているのである。この $\alpha$ は当座10兆円位と試算されているらしく、医療の仕組みを変えるだけで忽然と10兆円の産業が生まれるのである。そしてこの10兆円はその後のロビー活動により拡大することが可能であると踏んでいる。つまり市場開放論者は30兆円の中に占める公的保険の縮小を目論んでいる。公的保険の適応拡大は自分達の市場の拡大つまり利益拡大につながらないからである。言い換えるならば市場開放論者は医療の公民ミックスのうち、民の部分拡大しつつ公部分の縮小を計り、結果として国民の総医療費を上げよう目論んでいるのである。そしてやがては10兆円をはるかに越えるであろう市場をいち早く占有すべく市場主義者による弱肉強食の世界が展開される筈である。当初は公的保険にただ乗りしながら自費診療部分を増加させるために、病気をもった弱者としての患者にあらゆる方法で自費診療部分の不可避性を動機づけしていく筈である。国民皆保険制度を敷いている以上、最初は日本国民すべてが彼らのターゲットであるが、やがて国民は支払い能力のあるものとならないものと選別されるであろう。所得の高い階層が彼らの最終ターゲットなのだから。

医療において「安かろう、悪かろう」の制度を国民は受容するであろうか。もし医療本体のサービスに「松竹梅のコース」があった場合、国民は当然「松コース」を選択するであろう。健康や命に直結した医療においてサービスの低いコースを選ぶ筈がないからである。しかしどのコースを選ぶかが個人の支払い能力で決まるとなった場合、換言するならば「梅コース」を

公的保険がまかなうと仮定し、「竹」や「松」にグレードアップするために自前のお金やそのために新たに作られた民間保険を購入する必要があった場合、国民ははたして受容するであろうか。またこのように自費部分が増え、結果として医療費の多寡が医療サービスの本質の違いに直結するとなった場合、国民は健康保険料を支払う意欲を持ち続けるであろうか。国民年金の未払い率が4割に達しようとしている現在、健康保険料を支払わない人の比率が増加しないのであろうか。市場開放論者はいう。医療の公的性格を考え市場開放にともない様々な制限が設けられる筈であるから、上記のようなことにならない筈であると。しかし所詮市場主義とは利益至上主義を内包した仕組みである以上、一旦そのシステムに入ってしまった場合後戻りはできないことは容易に想像がつく。すでに医療としてはもっとも評価の低いアメリカ合衆国を除き、世界のどの資本主義国も医療に市場原理を導入している国はないのであり、市場原理を導入して医療問題を解決しようとしているのは世界広しといえ、経済大国の日本のみといえよう。

さて弱肉強食の原理では資本力の大きいものがサバイバル競争に残り易く最終的に強者となる可能性が高い。資金を多くもつものだけが、当面の赤字を持ちこたえることができるし、利益を当分の間度外視してでも市場のシェアの獲得に乗り出す筈だからである。赤字に耐えきれず市場から撤退していく医療機関にかかっていた患者はその後どこが引き受けるのであろうか。たまたま利益に直結する疾患をもち、かつ裕福な患者は買取した医療機関が喜んで引き受けるであろう。その中に入らなかつた患者はどこの医療機関にいくのであろうか。地域に引き受ける医療機関がなかつた場合、交通費と時間をかけ遠くの医療機関にかからなければならない事態が生じないのであろうか。一方既存の病院、医院は巨大資本の嵐の中で再編成されるのは必定である。そしてサービスを特化した医療機関になるよう組織改革がなされるであろう。市場経済においては総合的全人的に診療するよ

りはサービス内容を特化する方がサバイバル可能だからである。そして資本主義で長年培われていた勝利の方程式は患者の層別化（消費者の選別）を介した利益を生む仕組みの確立とその利益を株主に再配分しさらに株主から投資を促すことだからである。

ここで政府が目指す医療費抑制政策について考えてみたい。先進国ほど医療への支出比率が高く、所得水準が高いほど医療への支出比率が高いことはすべての経済学者が認めるところである。大和総研年金事業開発部次長の高橋正明氏によると欧米の先進国の経済データにおいてエンゲル係数とヘルス計数（医療、介護に使われるお金/総収入）は-0.99の相関係数できれいな逆相関を示すという。つまりエンゲル係数が低下すると、その他の可処分所得が人々の共通の望みである健康に向けられるのである。日本のエンゲル係数は欧米のそれと同様低いにもかかわらず、ヘルス計数はそれほど高くなかつたという。このことは人間の健康に金を使わず、食料以外のものにお金をたくさん消費していることになり、日本の医療費抑制策は人間を大切にしない政策ともいえる。しかしここに理論のすげかえというトリックが潜んでいるのである。つまり政府がめざす医療費政策は国が拠出する医療費を減らそうとしているのであり、市場開放、混合診療を導入して国民の総医療費が増大することを容認しているのである。欧米先進国でヘルスケアに携わっている人々から見ると経済大国日本が国民の健康のために国の拠出金を減らそうとしている政策に対して国民が怒りださない現実を不可思議な現象としてみているのである。さて医療費増加の原因をみると二つの要素に分析されるという。医療技術の進歩と普及、医療を受ける国民とくに老人人口の増加であるという。そしてこの二つの変数のうち医療費の高騰にもっともインパクトの高い変数は医療技術の進歩とその普及にあるという。これはあらゆる産業においても然りであり、産業として成長し拡大する理由として新技術とその普及、たとえば携帯電話の進歩とその普及が家計の支出に大きく影響するといった現象とま

まったく同じであるという。つまり医療費増加を否定することは医療技術の進歩と普及を否定することを意味しており、健康立国であり、世界一の長寿国である日本の地位は危ういものになろう。また医療は他の産業とは異なり、人による対人サービスが基本であり、技術革新がいかに医療の中に導入されようとも、あるいは入れば入るほど高度の医療器械と患者の間に医療スタッフが介入する必要があるといえる。一方医療技術の進歩の副産物として医療事故というリスクが新たに生まれる。そのリスクを最小限にするためには医療の安全対策が必要となり、安全のために要する費用の捻出も必要となる。安全で安心の医療のためには熟練した医療スタッフを養成しなければならず、医療技術が進歩すればするほど人を介在したシステムが必要となる。さて医療は対人サービスが基本である以上スケールメリットが働きにくい産業である。そして医療は頭脳集団による労働集約産業であり、人件費の比率がもっとも高い産業であるといえる。したがって市場開放論者が医療に参入して利益を生み出すにまず取り組まなければならないことは人件費の抑制なのだという。つまり人件費抑制ができた医療機関のみ株主に高配当ができることになる。アメリカ合衆国において株式会社が経営する病院の死亡率はその他の病院の死亡率より2%高いという調査結果がニューイングランド ジャーナル オブ メディシンに掲載されたことは特筆に値する。利潤を追求した結果医療スタッフの質の低下を招き、医療の質が低下し死亡率の増加につながったと結論づけられているからである。

さて医師会にも意識の変革を促したい。国民が現在の保険診療では治療が不可能な疾患に罹患した場合、海外の優れた薬品に期待をつなげることは容易に理解できる。医師会が主張する保険診療の拡大は原則論であり正しい主張であるとしても、保険外診療を併用した途端にすべ

ての医療行為が私費となるようでは非合理で国民の納得は得られまい。特定療養費制度の適応範囲拡大を認め、医師会と関連学会が協力してその治療のアウトカムを公表し、保険適応拡大に向け努力することが現実的ではないだろうか。現行の特定療養費制度がアメニティにのみ限定される不合理を感じる医師が多いのではないかと思う。保険制度の堅持に躍起となって、特定医療費の拡大に反対しているだけでは国民の納得が得られないのでなからうか。日本では保険者の数が約5,000もあり、平均加入者数が2.5万人と欧米諸国から比べると加入者の数が極端に少ないという。そのため業務が非効率的であり、適正規模の保険者への再編が必要であることは以前から指摘されてきたことである。そして医師国保も含めた経営の良い保険者や若い世代の加入者が多い組合保険も、老人が比較的多い国民健康保険も、すべて一緒にした集金制度が必要と考えられる。国民全体による負担の一定化とリスク分散が保険の原則であることにのっとりぜひ実現すべき改革と思われる。そして保険者は加入者の代理人という本来の業務つまり加入者と医療機関の情報の非対称性を埋め、加入者に便宜をはかる機関として機能すべきである。そして効率の良い医療システムの構築にむけてお互いに努力すべきではないだろうか。

願わくば命の取引が医療費の支払い能力によってなされることがないように、医師会は国民のために国民皆保険を維持しさらに発展させるための改革を推進し、国民に説得力のある言葉で提言していく知識と実行力を兼ね備えた頭脳集団になるためにあらゆる努力をしなければならないと思う。そしてその活動を広く国民に認めてもらえるように今こそ組織の活性化と強化が必須ではないかと思う。

(札幌社会保険総合病院)