



『究極の選択』

北区支部 小畑博敬

平成18年度診療報酬改定の全容が明らかになりました。2期連続のマイナス改定で、どの医療機関も4月以降の対応に苦慮されていると思います。今回の改定では、当初、医療費伸び率の総枠管理が問題になりました。国家財政が厳しいことを理由に、GDPの伸び率を目安として、医療費の伸びを抑えようとした訳です。しかし、これは、日本医師会を始め多くの人々の批判を浴びて阻止されました。医療費をGDPでコントロールするなどということは、全く理屈に合わないことであり、当然の帰結だったと思います。しかし一方で、日本医師会は「日本の社会保障費の対GDP比は先進諸国に比べて低い」といって診療報酬の増額を要求してきましたが、この主張も間違いだと私は思います。GDPは単なる経済指標の1つにすぎず、この物差しで社会保障の適切さを計ることなどできません。

そもそも、社会保障というものは、その国の豊かさの反映であり、財政さえ許せば、いくらお金を掛けても良いものです。実際、これまで日本は高度成長を支えにして社会保障を充実させてきました。しかし、この財政難においては、社会保障といえどもある程度の制限は止むを得ないと考えます。GDPは日本国株式会社の総売り上げであり、その額こそ世界第2位ですが、日本国株式会社には、それに見合った営業収益が無いどころか、多額の負債があります。このような状況下において、社員である国民の福利厚生費（社会保障費）を安易に増額することなどできません。よく「財源は他にあるではないか」という声を耳にします。恐らくこれは、国の特別会計を指しているものと思いますが、特別会計は裏会計のようなものであり、

必要なものは一般会計に移行させて縮小すべきものであります。一般会計の数倍もの特別会計が存在すること自体極めて異常なことでありますが、それ以上に、その中身が不透明であることが問題です。特別会計の実態が明らかにされていない状況で、特別会計の予算規模だけから推測して、社会保障に回す余剰があるはずと考えるのはいささか乱暴な気がします。何故なら、社会保障費の財源は、いわゆる箱物を作る時の一時的な財源ではなく、毎年継続できる安定した財源でなければならないからです。行政の無駄遣いは直ちに止めてもらわなければなりません。そうした節約をしても毎年1兆円増加すると予測される社会保障費を補うには足りず、結局は増税するしか道はありません。果たして国民は消費税率を何%まで上げさせてくれるのでしょうか。正に、社会保障は財源次第なのです。私は、多くの国民は10%程度の消費税率を念頭に置いていると思います。考えてみて下さい、我が国に初めて消費税が導入された時も、消費税が5%に増税された時にも、大きな国民の反対がありました。その国民が、今回は、社会保障の充実のためなら、現在の消費税の倍増を認めようと言っているのです。これは国民の国に対する、将来の年金・医療・介護を不安のない様にしてほしいという切なる気持ちの現れだと思えます。しかし、10%程度の消費税では年金を保証するのが精一杯で、日本医師会がこれまで主張してきた国民皆保険制度と高い公的医療レベルを堅持することなど到底できません。そうかといって、現状並みの医療を存続させるために10%を超える消費税を導入したならばどうなるのでしょうか。今日の国民生活の実態を考えれば、現在既に月平均100万世帯あ

ると言われている生活保護受給者が加速度的に増加するに違いありません。経験的に、一度、生活保護を受給すると、受給者の多くは以後それを返上しないとされていますから、大変な財政負担増を招くに違いありません。では、今以上に健康保険料や窓口負担を増やせるでしょうか。そのようなことをすれば、更なる受診抑制が生じたり、健康保険料未納者、無保険者や生活保護者が増加することは明らかです。結局、消費税は10%程度に止め、健康保険料や窓口負担もこれ以上増やさない（出来れば減額する）ことが最善であると考えます。この前提に立てば、国民皆保険制度と高い公的医療レベルを両立させることは困難であり、どちらか一方を優先しなければなりません。公的医療が社会のセイフティネットであるということを考えれば、国民皆保険制度を死守し、医療は混合診療にするのが最善の方策であると、私は考えます。混合診療については、以前から多くの欠点が指摘されています。特に、歯科が混合診療を導入したために、多くの弊害を抱える結果となったことを混合診療反対の論拠とする方が多いのですが、私は歯科の轍を踏まないようにすれば良いことだと考えます。混合診療を導入した結果、公的医療レベルが著しく低下しないように、我々が国民とともにしっかり監視すれば良いのです。最近では、医療に対する国民の関心が高くなっていますし、中医協の公益委員数が増えることですから、十分対応可能と思います。また、混合診療を導入する際同時に、適正な公的医療の範囲を審議し答申する一般市民を含む有識者会議のようなものを内閣府に設置するのも1つの方法だと思います。さらに、混合診療を導入によって、保険外診療と称して法外な請

求ができないようにするには、私が北海道医報（平成17年10月号）で提案させていただいたように、保険診療と併用可能な保険外診療を規定し点数付けするような方策を講じれば良いと思います。つまり、これまで言われてきた混合診療に係わる弊害の多くは、混合診療の運用の仕方に配慮することによって解決できるものだと思います。

先日、国民健康保険の資格証明世帯数が全国で30万を超えたと報道されました。資格証明は事実上の無保険であり、国民皆保険制度の理念に反するものです。政府、経済財政諮問会議、日本医師会、誰もが、国民皆保険制度堅持と言っていますが、この実態をどのように受け止めているのでしょうか。そして、どうして国や地方自治体は保険料の徴収率を上げる方策ばかり考えて、資格証明者が安心して医療を受けられるようにする対策を考えないのでしょうか。今や、我が国における一番の弱者は生活保護受給者ではなくて、生活保護を受けていない低所得者なのです。混合診療導入によって公的医療に一定の制限を設けることによって、消費税や医療費の自己負担を低く押さえない限り、彼等は医療を受けられないのです。混合診療導入によって公的医療の範囲に一定の制限が加わっても、彼等に受診さえしてもらえば、我々は公的医療の枠内でそれなりの医療を提供できます。しかし、自己負担が高いために受診してもらえなければ、我々は彼らに全く医療を提供することはできません。経済大国と自負する我が国において、必要な医療を全く受けられないような国民がいて良いのでしょうか。

正に、究極の選択をすべき時だと考えます。

（麻生循環器内科）