

医療国家管理と
老人医療分離

吉原 忠男

初めにお断りしておくが、私は医療の国家管理や老人医療の分離を本心から主張しているわけではない。心ならずもそういうことを認めざるをえない情勢になりつつあることを、指摘しておきたいと思うのだ。

今この健保組合も国保組合も赤字に悩まされている。国保は、まだ業種別組合のいくつかは多少は余裕があるようだが、数年後はすべて赤字になる可能性が大きい。赤字の大きな原因は老人保健制度と介護保険制度である。つまりこの二部門への拠出金が大きく膨らんでいるためである。健保組合や国保組合の理事会などに出てみると、その悲鳴がひしひしと伝わってくる。特に市町村国保はもう限界にきているのではないか。

だから、赤字原因のほとんどの原因となつてこの老人保健部分を切り離してくれという声も多し。それができるのは国しかない。医療の国家管理を極度に嫌って、クリントンやヒラリー夫人の国民皆保険制度提案を蹴ったアメリカでさえ、高齢者向けのメディケア保険制度は連邦政府と州政府が管理し、財源は利用者の保険料と社会保障税、そして全体の七五%が連邦政府の一般歳入からの支出で賄っている。

クリントンの国民皆保険制度案には、米国医師会、HMO、大手企業、米国商工会議所、民間病院、製薬工業会、そして全国知事会などが反対した。それぞれに思惑があつたことだったが、ほぼ共通した理由は、統制医療を嫌つたことにあつた。日本で経験されている通り、治療費、薬剤価格の制限が嫌われたことはもちろん、健康保険料の設定と義務化、自由競争の阻害などが各界から指摘されていた。

その結果、アメリカでは、約四四〇〇万人（総人口の約一六%）が保険医療制度から積み残しになつた。そのアメリカですら、低所得者と高齢者にはそれぞれメディ

ケイド、メディケアの公的保険制度をつくり、税を投入して手厚く保護している。欧米人は利益主義が強いが、弱者をいたわる点では日本人より立派かもしれない。

一方、いま日本の厚生労働省は特に入院部門の包括払い制度（DPC）の拡大を目指して相当なエネルギーを注いでいるにもかかわらず、老人保健部門における根幹を合理化しようとせず、この部門は国保や健保の一般医療保険に押しつけたままである。しかも入院部門ばかりか救急医療部門、外来部門にまで診断群、治療群を当てはめたDPCをこまごま検討しているだけである。

聞いてみると、そのセクションで現場を取り仕切っているスタッフには医師もいるが、経歴を見ると臨床経験はほとんどなく、最初から官僚畑を歩いてきている人たちが多い。医学書などで疾病の症状や治療法は学べるが、医療の現場の修羅場を知らないで診断群や治療群を決めてしまうことに不安感を拭い去ることはできない。

一方、元々わが国の皆保険制度は出来高払い制度でやってきた。

医師会も必死でそれを守つてきた。かつて武見太郎日本医師会長は昭和四十六年に、中医協審議メモに出てきた「検査料や薬剤料のマルめ諮問」を問題視して、保険医総辞退に突入したほどである。そうして守ってきた出来高払い制度の医療によつて、日本の医療費は非常に安く抑さえられている。しかも、医療効率はWHOがすべての面で世界一と認めている。日本の現医療制度は効率よく稼働しているのである。

かたやDPCを主とする医療制度を行っている国々は、一人当たり医療費のランキング上位を占めている。アメリカ一位、スイス二位、ドイツ三位、ノルウェー四位といった具合だ。まだまだ出来高払いを多く採用している国は低コストだ。日本七位、フランス八位といった具合である（一九九七年データ）。だから決してDPCにしたからといって良いというわけではないのだ。要するに官僚という人たちは自分の職種領域でどうしても管理体制を構築したいものなのだ。医療を自分たちの考えたDPCというシステムの中で管理すればコストを押さえられると思

い込んでいようだが、実態は今述べたアメリカ、スイス、ドイツ等のように医療費の高騰が避けられているわけではなく、むしろ国民のためにより医療が提供できていない場合が多い。

厚労省の役人たちが使っているスライドの中に、包括払い制度では医師のコスト意識が大きくなるが粗診粗療の可能性が大きい、出来高払い制度では医師のコスト意識が小さく粗診粗療の可能性も小さい、しかし過剰診療になりやすい、と出ているから、彼らだってDPCではコストは引き下げられるが、ろくな治療はできない可能性がある」と認識しているのだ。現場の千差万別、複雑怪奇な患者の病状に対して、型にはまった治療を強制することは危険である。

救急医療や急性期入院医療に包括払い制度を当てはめようなどとすることは、国民にとって正気の沙汰ではない、ということが多くの官僚や政治家にはわかっている。つまり、これ以上やったら赤字になるから治療はこの程度で止めておこうなどと、現場の医師たちが考えたら、助かる病人も助からなくなる。一般外来診療でも同

様である。外来は救急でもあり急性期でもあることがほとんどで、外来の医師たちは患者にいろいろな検査や治療を試みて悪戦苦闘している。これを過剰診療と決めつけるのは医師に失礼だし、患者にとっても不幸なことである。

医療を財政面だけで批判したり、制度をいじったりしてはいけない。医療は消費でなく、国力への投資である、というのは昔から私の持論であり、日医の植松会長もそういつておられる。植松会長は医療は聖域であるとさえいつておられる。小泉首相は「改革に聖域なし」などと旗印を掲げているから、混合診療全面解禁、株式会社の医療への参入などと打ち出した。日医はたった二週間で全国で六六〇万人の国民署名を集めて国会請願し、混合診療全面解禁を阻止した。お粗末だったのは、この政策を諮問され答申した規制改革・民間開放推進会議の構成メンバーである。全員医療の周辺企業が色つきである。国民医療制度を考える重要な諮問会議が、医療担当者や市民代表を抜いて、企業利益を誘導する者たちだけで構成さ

れるのはフェアではない。小泉首相は反省してほしい。それはともかく、厚労省があくまでDPCを推進し官僚の力をみせたいなら、その力を老人医療部門、介護部門の整理と分離化に注ぐべきである。彼らにとって、これら二部門を一般医療部門から切り離す試案を作り、国会に諮り、実施することなどたやすいはずだ。切り離した上でDPC適用を考えるべきである。

誤解のないようにいつておくが、高齢者部門や介護部門をないがしろにしているのではない。これらの部門の中ではほとんど慢性期の人々が占めており、症状のひとまの安定もあり、包括払い制度の中でも何とかかなりそうだからだ。症状が急変したら急性期医療に移せばいい。高齢者はこれまでに支えてきた功労者であるから、手厚く保護すべきだ。特に高齢者の保健・医療に力を入れて、その知恵を次の世代に伝えてもらわねばならない。そうしなければ若者たちの子育てもうまくいかないだろう。新しい人材も育たないだろう。だから高齢者の保健・医療にコストを注入することも国力

への投資なのだ。その高齢者部門を一般医療部門から切り離すことは、誰しも心が痛む面もあるだろう。しかし、養進する高齢化社会において、国民皆保険制度を守るためには、切り離しはやむをえないと思う。そうしなければまず市町村国保が潰れる。医師会の職域国保も数年後にはどうなるかわからない。そして政管健保や組合健保も危ない。既に医師国保などは老人医療や介護保険への拠出金で窮迫している。厚労省は三月四日、政管健保を、都道府県を区域とした四七に分ける案よりは、全国一保険者にする案のほうが財政破綻のリスクが低いという見方を社保審議会に示した。これもそういう背景があるからだ。

破綻を誰もが予感している高齢者部門を今のうちに切り離して、高齢者保険と介護保険には国の一般会計から繰入金、つまり消費税などの目的税を投入すべきだ。それこそが、これまで国を支えてきた高齢者への、政治家や高級官僚としてのノーブレス・オブリージエであろう。

(埼玉県医師会会長)