



聖域なき構造改革と医療制度

常任理事 中川俊男

はじめに

かつてない程の国民的関心を集め、景気対策が財政再建かという論点で争われた自民党総裁選挙に圧勝して、4月28日に内閣総理大臣に指名された小泉純一郎首相は、自らの就任を政権交代と同じ意味をもつものだと豪語した。経済の低迷にあえぐわが国にとって、田中真紀子外務大臣をはじめとする新鮮で魅力的な顔ぶれの小泉内閣は圧倒的な国民の支持を得ている。

わが国の政治を官僚主導から本来の政治主導さらに官邸主導に戻すという流れの中で、6月21日に内閣府に設置された経済財政諮問会議から「骨太の方針」が答申され、6月26日に閣議で正式決定された。この内容は明治維新以来の大変革と言われているが、この中に示された医療制度改革についての方針は、わが国の国民皆保険制度の根幹を揺るがす衝撃的な内容である。

7月12日、参議院選挙が公示された。構造改革が実現すれば国民にどの程度の痛みを与えるのが争点になりそうであるが、この結果次第では医療界にも激変が予想される。いま、われわれ医師会員には地域住民の健康や生命もまもる者としての明確な行動が求められている。

構造改革なくして景気回復なし

構造改革に早急に着手しなければならないという危機感は財政赤字の天文学的数字に表れている。2001年度末の国と地方を合わせた長期債務残高の合計は666兆円に達する。なんと、この瞬間でも1秒間に約76万円の割合で債務残高が増え続けている計算になる。

小泉総理のキャッチフレーズになっている「構

造改革なくして景気回復なし」は、まさにこれまでのタブー「聖域」を敢えて見直すことを前提にしている。諮問会議の主役である竹中平蔵経済財政担当大臣は、今後の2 - 3年を「集中調整期間」と位置付け、国民が痛みを耐えてこれ乗り越えればその後に2 - 3%の安定した経済成長を確保できる「躍動の10年」が訪れると説明している。たとえば、構造改革の大前提は不良債権の最終処理であるが、その結果として内閣府に設置されている民間有識者の研究会では39万人から60万人が離職することになると発表、一方民間のシンクタンクでは100万人以上が離職するとしている(表1)。離職層の第一は建設・土木業であり、政府は新たな雇用の受け皿をIT産業や介護分野に求めるとしているが転職が容易でないことは明白である。その他の構造改革を求められている代表的な聖域としては、5兆6兆円の道路特定財源、長期債務の合計が260兆円に及ぶ77の特殊法人、首相が民営化を目指す郵政三事業そして医療制度である。

日医の医療構造改革構想

医療保険財政がこのままでは破綻すると喧伝され、医療費抑制策の必要性がマスメディアからも日常的に報道されている。このような否定的な報道の中で、医師会員は地域で第一線の医療現場を

表1 不良債権の最終処理で発生する離職者
内閣府研究会(民間有識者)の試算 01.6.28
(万人)

内閣府 (有識者)	第一生命 経済研	ニッセイ 基礎研	日本総合 研究所
39 - 60	110	130	150

担当し住民の健康と生命をまもる立場から、現在の医療環境を冷静に把握し、今後の医療制度改革にたいして毅然とした声を上げてゆかなければならない。

まず、医療制度改革の議論を開始する前に必ず確認しなければならないことがある。わが国の医療費は高いのである。国民は自国の経済力に見合った社会保障とりわけ医療を受ける権利がある。国民医療費の対GDP比は7.2%でOECD29カ国中20位であり、米国の半分にすぎない。日本より対GDP比が低い国は、高齢化率が極端に低いトルコ、メキシコ、ポーランド、韓国、アイルランド、ハンガリーである。また、70歳未満医療費は対GDP比で5%以下という少なさである。したがって、医療支出はマクロ経済苦境の原因ではないと断言できる。

厚生労働省(旧厚生省)は、これまで国民医療費の将来推計を過大に評価し国民の危機感を煽ることによって医療費抑制の世論形成をしてきた(表2)。たとえば、2000年の国民医療費は29.2兆円であったが、昭和63年の発表では43兆円であった。2010年の予測でも、昭和63年に88兆円としていたものが平成9年には54兆円になり、2025年の予測では平成7年に141兆円としていたものが2年後には104.5兆円に大幅に下方修正している。

医療制度の抜本改革を進める上で重要なことは、改革すべき部分と堅持し変更すべきでない優れた部分を峻別して議論することである。日本医師会は坪井執行部発足以来、医療政策の形成過程において、それまでの厚生省案を水面下もしくは政治的に調整して着地点を探るという手法から、独自に医療政策を立案し厚生省案に対峙するかた

ちで国民に提示するという手法に変更した。そのために、画期的なシンクタンクである日医総研を設立したが、1997年の「医療構造改革構想」を皮切りに2000年には「2015年医療のグランドデザイン」、今年3月には厚生労働省案や与党の社会保障改革大綱に対抗するかたちで「医療構造改革構想 - 国民が安心できる医療制度をつくるために - 」を国民用と医療界用の2種類のリーフレットという形態で公表した(表3)。

この中で示されている改革の目標は、「いつでも、どこでも、だれでも」医療を受けることができるという国民皆保険制度を維持すること、現物給付制度を確保すること、医療の質を維持向上させることの3点である。また、核となる制度改革を実現することによって他の制度改革を関連させて進めるという「ポリシーダイナミックス」という概念の導入を提案し、そのためには「高齢者医療制度の創設」が中心となる最重要課題であるとしている。日医の提案する「高齢者医療制度」は、75歳以上の後期高齢者を対象に、最終的には公費90%を財源の主体にすべきであるとしている。同時に日医は老人医療費について、自らが効率性を高めることによって、一人一日当たりの単価の伸び率を現在の1.7%から0.5%に抑えることが可能であると、その場合の節減効果は今後15年間で年平均9340億円にもなるとしている。

骨太の方針

6月21日、経済財政諮問会議から「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」いわゆる「骨太の方針」が小泉首相に答申された。小泉内閣の構造改革は官邸主導で進められているが、表4に示すように内閣府に設置された経済財政諮問会議がその中核的な防波堤の役割を果たし、同じく内閣府に規制改革委員会が格上げ

表2 国民医療費の過去の推計

	2000	2010	2025
厚生労働省			
昭和63年度	43.0	88.0	
平成7年度	38.0	68.0	141.0
平成9年度		54.0	104.5
平成13年度			81.0
日医総研		47.3	
実績値(兆円)	29.2		

表3 日本医師会の改革構想

1997年	「医療構造改革構想」
1999年	「医療構造改革の具体化に向けて」
2000年	「2015年医療のグランドデザイン」
2001年	「医療構造改革構想」

- 国民が安心できる医療制度をつくるために -

されて設置された総合規制改革会議が実行部隊として行動している。また一方、財務省に設置されている財政制度等審議会・財政構造改革部会が別働隊として前二諮問会議と整合性をもった結論を出す仕組みになっている。

この「骨太の方針」の中で、社会保障制度の改革は公共事業や地方財政の改革とともに重要な項目に位置付けられている。とくに医療制度の改革はその中核である。ここで重大な事実を認識しなければならない。経済財政諮問会議は政府側議員と民間議員の10名から構成されているが、社会保障や医療制度の専門家は一人もいない(表5)。医師である坂口厚生労働大臣も「非常勤」の臨時議員に過ぎない。当然の帰結として、この方針の中の医療制度改革に関する内容は、まさしく「財政主導」である。(表6)

基本理念では「自律と自助を基本として共助で補うもの」としており「公助」という概念が完全に欠落している。公的責任をあえて除外した理念には、医療制度自体を市場と競争の世界に委ね、政府の責任を回避した米国流の制度を目指しているように思われる。この他にも「経済と両立可能な制度」としていることにも重大な問題がある。本質的な問題は医療費が増加することではなく、経済が低迷していることが根源である。前述したように財政赤字や不良債権の発生と医療費とは無縁のものだ。また、基本理念には「皆保険制度とフリーアクセスの確保」と謳っているが、各論の「医療サービスの効率化プログラム」には正反対の方針が盛り込まれている。

世界最速で進行する高齢化の日本において、高

表5 経済財政諮問会議
総理の調査審議機関。内閣府

議長；総理 【政府側議員】(6) 官房長官 経済財政担当大臣 総務大臣 財務大臣 経済産業大臣 日銀総裁	【民間議員】(4) 牛尾治朗 (経済同友会代表幹事) 奥田 碩(日経連会長) 本間正明(阪大教授) 吉川 洋(東大教授)
---	---

齢者人口の増加による医療費の増加分をも抑制すれば、国民の健康と生命に重大な影響を及ぼすことは明らかである。1980年代、英国サッチャー政権は財政赤字を削減する一環として医療費の総枠規制を行った。当初は緩やかに開始し、10年後には国民に医療機関への受診機会の著しい制限を課すほどになってしまった。その結果、たとえば乳がん患者の手術待機期間が数ヶ月にもおよび転移を生じて手遅れになる例もできるようになった。当然にも英国国民は政権交代を選択し、社会保障の充実を掲げ、医療費は対GDP比10%は必要だとする労働党のブレア政権が誕生し、今年の総選挙でも圧勝している。

効率化プログラムにある「株式会社による病院経営」、「保険者と医療機関との直接契約」、「混合診療の規制緩和」など、これらの一つでも実行されれば「いつでも、どこでも、だれでも」という世界に冠たる日本の国民皆保険制度の崩壊に直結する。上記の3項目は、米国のマネジド・ケアそのものであり「アメリカン スタンダード イズ ベスト」という安易な発想の経済財政諮問会議

表4 聖域なき構造改革に関わる政府機関

総合規制改革会議 (内閣府) - 実行部隊 -	議長 宮内義彦
経済財政諮問会議 (内閣府) - 防波堤 -	議長 小泉首相
財政制度等審議会 (財務省) - 別働隊 -	財政制度分科会財政構造改革部会 部会長 本間正明

表6 今後の経済財政の運営及び経済社会の
構造改革に関する基本方針

<p><医療分野の基本理念> 自助と自律 経済と両立可能 皆保険制度とフリーアクセスの確保 <医療サービス効率化プログラム> 株式会社方式による病院経営 保険者と医療機関の直接契約 混合診療の規制緩和 老人医療費の目標伸び率の設定</p>

で作られた戯言と言わざるを得ない。

米国のHMOによるマネジド・ケアは、企業が保険料負担を軽減することを可能にし、消費者である患者の医療不信を保険者が医療内容をチェックすることで払拭してくれるという魅力を背景に全州で急速に広がった。しかし、営利HMOの参入が非営利HMOを駆逐する結果となった。まさしく「悪貨が良貨を駆逐する」ことになったのである。「さくらんぼ摘み」と言われるように、健康者を優先的に保険加入させ疾病リスクの高いグループを排除した結果、4000万人以上の無保険者を生む主因になり、また医師の自由裁量権を著しく制限することになっただけではなく、患者の医療機関へのアクセスや治療内容も厳しく制限されることになった。多くの病院が倒産したり統合されたりしたが、むろん医療費の抑制効果はなく逆に増加することになった。

いま全米各地ではHMOに対する抗議と損害賠償請求の動きが医師と患者団体が連帯する形で開始されている。1999年11月のニューズウィーク誌は「HMO地獄」という特集を組み、同年のJournal of health politics policy and lawには、ハーバード大学公衆衛生大学院のシュワルツ教授の「HMOの死は周知の事実」という論文が掲載された。最近、日本政府が米国医療における最大の失敗とされるマネジド・ケアとHMOを導入しようとしていることに、米国の医療関係者は驚きと失笑を禁じえないと伝えられている。

おわりに

経済産業分野の非効率や無駄を省き、効率的で活力のある日本社会を創出するために、あらゆる分野において構造改革を断行することに異論はない。しかし、財政再建を大儀名分にして改革すべきではない優れた制度まで一律に見直し、欧米で大失敗した政策を安易に導入しようとする動きには、勇敢かつ早急に阻止する行動を開始しなければならない。国民、地域住民の健康と生命を守るための医師、医師会員の責務は重大である。

【資料】

1. 医療構造改革構想 - 国民が安心できる医療制度を作るために - 2001年3月 社団法人 日本医師会
2. 「医療保険をどうする」 日本経済新聞 経済教室 2001年6月8日 日本医師会常任理事 青柳 俊
3. 「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」 平成13年6月26日 閣議決定
4. 声 明 2001年6月22日 日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会
5. 李 啓充 「アメリカ医療の光と影」 - 医療過誤防止からマネジド・ケアまで - 2000.10.15 医学書院