

# 「為すべきことを為す」

(株) 日本医療総合研究所  
代表取締役 中村 十念

## 1. 経営のファンダメンタルズの喪失

医療経営のファンダメンタルズが危機に晒されている。

高齢化社会を迎えて不思議なことだが、量的にも金額的にも、医療需要の縮みが観察される。量的な医療需要を示す総受療日数は、2006年度において、対前年比▲0.7%下落している。また同年度の医療機関に支払われた保険医療費は、▲0.2%縮減している。医療機関のコスト削減は、度重なる診療報酬改定の影響でほぼ限界に達しており、需要の縮みによる売上の減少は収益力の低下に直結している。

TKCの経営指標によると、2006年4月～6月に決算を迎えた医療機関の損益分岐点比率の平均は、病院で93.7%、診療所で95.8%に達し、危機的な経営状況にあるところが増えていることを示している。収益力の低下はキャッシュフローの悪化を招き、医療機関はその補完のために借入金を増加させざるを得ない。借りられればまだ良いが、借り増しのできないところは倒産ということになる。

2007年度の医療機関の倒産件数は、例年の倍の60件近くに達すると予測されている。これらの原因になっているのは、第一は、経済政策の失敗による家計収入の伸び悩みによる受診抑制である。ダメ押しは、小泉“改革”による数次にわたる強制的な診療報酬引き下げにあることは間違いない。社会的問題になっている、勤務医不足も看護師不足も、このファンダメンタルズの喪失の二次被害に他ならないのである。

## 2. 国際優位と劣位

わが国の医療システムは、数年前までWHOなどから世界のトップランクの評価を受けていた。しかし、ここしばらく発表がないので確かなことは言えないが、現時点では相当ランクが落ちているのではないだろうか。

わが国は、皮肉をこめて言えば、世界に冠たる低医療費国である。GDPに対する医療費の割合をひとつの尺度と考えると、OECDの発表では、2004年度のわが国のそれは、8.0%でOECD30ヶ国中22位である。先進国の中での低医療費国の代名詞のごとく言われた英国にも抜かれる始末である。

国際的に見ると、高齢化への対応においても決して成功しているとは言えない。そもそも人口1,000人当たりの医師数は、OECD25ヶ国平均では3.4人であり、わが国の2.0人は先進国中最低であることを念頭に置く必要がある。わが国は、1996年から2004年の間

に高齢化率が約5%進展したが、人口1,000人当たりの医師数は、約1.8人から2.0人と0.2人しか増加していない。0.2人というのは、この間の高齢化率が0.7%しか進展していないフランスと同じ数字である。イギリスに至っては、高齢化率が0.3%しか進展していないにもかかわらず、0.5人も増加している。

医師不足は何も今始まった訳ではない。高齢化社会が日本より一足早く始まったヨーロッパの状況を観察し、早めに手を打っていれば回避出来たことであった。不作為の罪である。

### 3. ニーズとかけ離れた医療政策

国民に対する数々のアンケート調査の結果を見ると、国民は、身近で、安くて、親切的な医療を求めているということに尽きる。

しかし厚生労働省の医療政策は、このような声を無視して、中抜け医療体制を作ろうというものである。供給体制をマグネットホスピタルと称する大病院と、在宅医療に二極化させようとしているのだ。マグネットホスピタルに、人・物・金を集約化させる一方で、療養病床廃止や設置基準の強化及び診療報酬の締め付けなどにより、地域医療を支えている民間中小病院の存続そのものを危うくしようとしている。

そうなると地域医療が消滅するので、中抜け医療体制にならざるを得ず、マグネットホスピタルに入院できない人は在宅医療という図式になる。入院か在宅かの仕分けを総合医と称して、診療所の医師にさせようというのが厚生労働省の考え方の基本である。アメリカ型野戦病院の思想に他ならない。入院を望んでも入院できず、仕方なく在宅で医療難民が続出するシステムだ。その根底にあるのは、わが国の住宅事情や家族のあり様を無視して作り上げられた在宅医療幻想である。

特に高齢者に対しては、介護の手法として開発されたCGA（高齢者総合的機能評価）がその有用度が十分に検証されることもなく、医療内容の選別基準として導入されようとしている。こうなると患者の希望など聞き届けられるはずもない。官僚の管理医療への執念はすさまじい。

福田政権となって、高齢者の自己負担増の凍結の見直しが始まっているが、「高齢者の医療の確保に関する法律」そのものの施行を停止させなければ、これまで述べたことが済し崩し的に実施されることになる。

### 4. 迫られる選択

資本主義の目的は資本の蓄積であり、そのためには利潤が絶対的に必要である。経済学者の岩井克人が喝破したように利潤の源泉は「差」である。資本主義に最も忠実な国はアメリカであり、グローバリズムはアメリカによる「差」の輸出戦略に他ならない。

グローバル化はほどほどにしておかないといけないが、アメリカの属国と化しているわが国には、それを止める力はない。その意味では、グローバル化と格差拡大は好むと好まざるとにかかわらず、受け入れざるを得ない。しかし、放置しておくとも中間層がいなくなり、社会の不安定化をもたらす。これはならじと強制的に格差を縮小しようとなると、民主党の農民補助金政策のようなバラマキの復活となる。

社会保障の充実による実質的な格差の縮減策が穏当な選択と思えるが、政策論議は財源論となるのが常である。財源論の流れは消費税に傾斜しつつあるが、割り切れない思いを持つ人も多い。消費税の増税は更なる格差の拡大に作用するので、それを格差縮小の財源とすることに矛盾を感じるからである。

同じ額の所得の増加が満足度と与える効用は、高所得者より低所得者の方に大きい。しからば、社会保障の財源として消費税より所得再配分に依る方が、世の中の経済厚生に与える効果は大きいということになるのではないか。

所得再配分として最初に注目されるべきは相続税である。わが国の相続財産は年間約 30 兆円といわれるが、税額は 1.5 兆円程度に過ぎない。実質税率は消費税並みの約 5%ということになる。この実効税率を 10%に引上げ、増加分を社会保障財源とすれば、1.5 兆円が確保されることになる。

国民医療費に占める事業主の負担は、この 10 年間で 4.2%も減少した。一方家計負担は 0.5%の増加、公費負担は 3.7%の上昇である。大まかに言えば事業主の負担が減った分を公費が補ってきたのである。事業主の負担を元に戻して、公費の負担を減らすことは理屈に合った選択だ。このことにより公費財源として約 1.1 兆円が創出されることになる。

また勤労者の所得格差が大幅に拡大していることから、保険料計算における標準報酬月額限度額を撤廃して、被用者間の所得の再配分を図ることも是非検討すべきだ。このことにより保険料財源として約 0.4 兆円が生まれることとなる。

更に同じ勤労者でありながら、政管健保と組合健保や共済組合とでは、保険料率に大きな差がある。このことは社会保障という観点からは大いに問題であり、組合健保や共済組合の保険料率を政管健保に合わせて、剰余分は財政調整をすべきである。このことにより勤労者保険においては大企業も中小企業も公務員も平等な負担となるとともに、保険料財源が 1 兆円増加する。

これらの所得再配分機能の強化を全て実施すれば、公費・保険料合わせて約 4 兆円の財源が確保できる。これらの額があれば、社会保障費の年間自然増削減額である 2,200 億円の埋め合わせはもちろん、格差拡大により国保分野で現実化しようとしている国民皆保険制度の崩壊も食い止められるはずだ。

## 5. おわりに

マネジメントの父とされる P・F・ドラッカーは、あるインタビューの中で「なすべきこ

とをなさしめた者として覚えられたい」といったそうである。為すべきことを為すことこそマネジメントの視点である。

今、医療界において為すべきことは、医業経営のファンダメンタルズの回復だ。私はその為の処方箋を次のように考えている。

- (1) 財源の確保は所得再配分機能の強化によること。
- (2) 患者自己負担の縮減を行い、受診者の量的な回復を図ること。高齢者の自己負担は定額方式によること。
- (3) 近くて、安くて、親切な中小医療機関を重視した医療提供体制とすること。
- (4) これ以上の集約化は中止して、むしろ巡回の強化を図ること。
- (5) 有床診療所や準看制度など、先覚者の知恵の再評価と制度の刷新を図ること。

つまり、医療というそもそも保守的な性格を持つ産業においては、あれこれいじくりまわすより、残すべきものは残し、変えられるものを変えるという保守的、伝統的な視点に回帰する方法が選択されるべきであるというのが私の主張である。