

さらに自治体病院の必要性が明らかになった場合でも、病院経営や医師確保の観点から見直すべきところがないかを確認する必要がある。自治体病院に民間病院と同じような採算性を求めるべきではない。しかし、画一的な賃金体系、医療機器や薬剤の高価格による購入、事務作業や経営の効率化に対する意識の希薄さなどは、専門家の間では広く知られていることである。また、新臨床研修制度により医師自身が研修先を選べるようになったために、自治体病院に医師が集まらないことが生じているが、この点から新制度を批判することも論点違いである。昨今では地域医療に関心を持つ志の高い医学生もいるのであるから、正すべきは医療機関の研修機関としての魅力であり、彼らの要望に応えられるよう自治体病院も努力するべきであろう。

地域医療に問題が起きている直接的な原因を、単純に医師不足や診療報酬の低さに求めることには無理がある。医師の職場や診療科を選択する自由、自治体病院が果たすべき役割と必要性、医療機関の経営上の問題点、実質的な医療へのアクセスといった観点から、再度問題構造を見直すことが必要である。

医療崩壊と言ったセンセーショナルな言葉で、意識を喚起するのは必要悪かもしれないが、ポピュリズム(大衆迎合政治)に陥りやすい。真の問題を捉えて議論を始め、解決策を模索することが重要である。

医療崩壊問題を解決しようとする、医師の職場や診療科を選択する自由を制限する理論、公正の理念が必要になることがわかる。

医療費問題

常識的な意味での医療費は医療にかかった費用の総額であるが、日本で議論されるのは、公的な医療保険の給付対象に限定した国民医療費である。この国民医療費は現在年間約 33 兆円に上る。この国民医療費のマクロ水準に関する議論が、いわゆる医療費問題であり、昨今では引き上げるべきだという主張が多い。

この主張の根拠は何であろうか。一つは、日本の医療費水準が低いという議論である。裏付ける資料として、OECD 諸国の医療費の対 GDP 比の国際比較を持ち出すことが多い。欧米諸国と比較可能な総医療費の約 41 兆円で計算すると、対 GDP 比は約 8.1% になり、欧州諸国に比べ 2% 程度低い数字になる。

もう一つの理由は、現在の医療崩壊等の医療問題の根本的な原因が、過去の医療費抑制(削減)政策、特に小泉内閣時代の診療報酬の引き下げにあるので、その原因を除去すること、すなわち医療費を引き上げることが問題解決になるという論理である。

しかし、なぜマクロ水準の医療費が、深刻な医療問題(あるいは現場の疲弊)を生み出すのかの説明は明確にはされない。また、診療報酬の引き上げによって、マクロ水準の医療費を上げると、どうして問題が解決するのかの説明もない。問題解決に対する有効性を説明せずに、医療費を引き上げるのが必要条件だと主張するだけでは、説得力が小さいと言えよう。

このような主張がなされるのは、医療費水準には大きな政治的な利益が絡んでいるからである。これは、日本では、個々の医療行為の単価が、診療報酬点数表(1点10円)で公定されていることに由来する。しかも、全国民(住民)が社会保険に加入する国民皆保険体制をとっているので、病院・診療所、製薬産業の収入のほとんどが、この社会保険からの支払いに依存することになる。したがって、医療提供者(特に大半を占める民間医療機関)からみれば、診療報酬と医療保険に絡む制度改革は死活問題であり、診

療報酬の点数は高ければ高いほどよい。この点数を、たとえば2%上げれば、診療の中身が全く変わらなくても、国民医療費の総額も2%上がることになり、医療機関の収入も自動的に2%上がることになる。だから、費用は結果なのに、「上げる」という表現が用いられる。

医療費全体ではなく、個々の診療行為を引き上げることも主張できるはずであるが、それは診療科間の政治的な闘争を引き起こすため回避される。これが、医療費水準全体を引き上げるべきだという主張の背景である。

このような問題設定に誤りがあることは、医療崩壊問題のところで取り上げたので、説明は不要であろう。そこでの医療問題の本質的な原因は、医師の診療科選択の自由であり、医療機関の適正配置や医師の労働環境であり、医療へのアクセス保障の問題である。医療費総額ではない。残念ながら、いきなり総額としての医療費引き上げを政策目的にすえる議論は、問題を過剰に単純化し、望む結論を問題にすり替え、実際の解決を先送りしているだけである。

医療費のミクロ水準の問題である医療費の分配の問題(診療科間や医療行為間の分配)についてはどうであろうか。こちらは、医師の自由開業医制度の下では、医療へのアクセスの問題と一定の関係を持つことになる。たとえば、産科の診療報酬が相対的に低く、診療に伴う負担に見合わないと思えば、産科医の資格を持っていても実際の診療は行わず、内科医として開業してしまうということもある。また、産科に病院収入のほとんどを依存する病院は、産科だけで採算がとれないとなれば、産科を縮小し他の診療科を増やすかもしれない。これが最終的には医療へのアクセスに影響するのだから、国民は、医療費の分配の問題にこそ関心をもつべきだが、これは専門的知識を要求するので難しい。

負担における公平性の確保の問題

こうした医療費の水準の問題の前に、医療費については公的医療保障の守備範囲と負担について議論すべきである。

まず、アスレチッククラブに通って運動したり、健康食品を購入したりする場合の広い意味での医療費、すなわち国民が自らの意思で支払う医療費を抑制するべきだという声は聞かれない。問題になるのは、社会保障給付費としての医療費のみである。

なぜ、社会保障給付費としての医療費については、その内容と範囲が問題になるのであろうか。社会保障は、税金による保障と社会保険による保障に分けられるが、医療費については両方が問題になる。

そもそも医療保険が存在するのは、医療の必要性は予め予測することが難しく、また一旦必要になった場合の費用がどれくらいかかるかの予測も難しいからであるとされる。高価な治療も少なくない。だからリスクを分散する仕組みとして保険が用いられる。しかも、高齢者などのハイリスクの人達は、民間保険に任せていたのでは加入できない恐れがある。そこで、強制加入である社会保険が用いられる。

社会保険は、給付については平等であるが、負担については応能負担、つまり所得に応じた負担をすることになっているので、負担は平等ではない。つまり、保険料徴収段階で所得再分配があるのである。これに国民健康保険に対する国庫補助や低所得者への保険料減免などが加わる。

つまり、社会保険を通じて、健康な人から健康でない人へ、また非高齢者から高齢者へ、所得のある人からない人への所得再分配がかなり行われていることになる。全国民を対象とした強制加入の社会保険により大半の医療を提供していること、しかもそれだけで賄い切れず、多額の税金が投入されていること、という二つの事実によって、自らの意思によって支払う医療費とは本質的に異なるわけである。

だから、医療保険の給付内容と範囲については、国民(住民)から強制的に徴収した税金や保険料を使用して保障することが適当か否かの観点から、常にチェックされるべきである。近時、入院中の食費が、全額保険給付から一部定額自己負担に変更されたが、他にも保険給付の対象から除いてもよさそうなものは数多くある。一方、白血病の治療薬であるグリベックなど、人の生死に関わるもので、保険導入に時間がかかっているものもある。

また、その負担については、公平性が問われなければならない。この負担における公平性の問題は、所得の再分配に関する公平性なので、議論するには分配の正義論が必要になる。

3. 医療政策の目的論

以上の議論を踏まえ、まず医療政策の目的に関する議論を整理しよう。

3つの目的間の相互関係

多くの論者が、医療政策には3つの世界標準的な目的(評価基準)があるとする⁶。「医療へのアクセスの確保」「医療の質の維持・向上」「効率性の推進」である。ある者は、この3つが二律背反か、それとも同時達成が可能かを論じ(兪炳匡, 2006)、ある者はその三者間のトレードオフを前提に、優先順位を説く。が、子細に考察すると、この3つは同じレベルの目的であるとは言えない。三者間のトレードオフと合わせ議論すると以下ようになる。

まず、質の面からみて世界最高水準の医療へのアクセスを、国民全体にあまねく保障するというか考えは、理想として掲げるのは意味があるものの、実際には実現不可能な目的である。このような医療を、へき地まで含めた日本全土で保障するための人的・物的コストは膨大であるからである。したがって、これらの3つの目的の同時達成が容易でないのは明らかである。

一方、効率性の推進そのものに、単独で最も高い優先順位を掲げる議論は、表向きは存在しない。したがって、効率性は制約要因ではあっても、優先的な目的ではない。この意味では、効率性の推進は、質やアクセスと同列に論じるべきではないことになる。

しかし、医療に費やせる資源には限りがあるという前提の下では、効率性を高めれば高めるほど、質の高い医療へのアクセスが保障されると考えることもできる。したがって、効率性は、質やアクセスという、より高次の目的を、より高いレベルで達成するための手段的な目的とみなすことができる。逆に言えば、同じ質の医療を実現するにも、同じレベルのアクセスの保障もするにも、効率は重大な関心事になる。つまり、効率性を無視した議論自体はできないということである。

より上位の目的である質とアクセスとの関係をみれば、医療の質とアクセスが独立したものではなく、相互依存的であることは明らかである。まず、想定する医療の質のレベルを、世界最高水準ではなく、日本国内での平均的な水準の医療というように限定すれば、そのアクセスの保障は比較的容易になる。医療の質のレベルでみれば、質が高くなるほど公平なアクセスの保障は難しくなり、逆に、医療の質が低いほど公平なアクセスの達成は容易になる、というトレードオフの関係にある。

負担における公平性の確保と3目的の再検討

医療費問題のところでも述べたように、医療費に関する議論では、コストである医療費とその最小化を図

⁶ OECDは、3ではなく消費者主権等を加えた4目的を提案している。

る効率との関係は論じられてきても、負担における公平性の問題は十分議論されてきたとは言い難い。また、医療費に限らず、医療提供体制の整備や医師の確保などの医療政策を行う場合にも、税金が投入されるわけであるから、この負担の問題は、医療政策全般にとって重大な関心事であるはずである。したがって、従来の「医療へのアクセスの確保」「医療の質の維持・向上」「効率性の推進」という医療政策の3目的は目的の記述としては不十分であり、最低限「経済的な負担における公平性の確保」を目的に加えるべきであろう。

なお、医療の質とアクセスの間にはトレードオフの関係があることは述べた。両者は独立したものとして別個に追求されるものではないので、「良質な医療へのアクセスの保障」という意味での「アクセスの保障」とまとめることができる。「良質」とは、安全で平均以上のという意味である。科学技術政策としては、「医学・医療の高度化」あるいは「最高水準の追求」は目的となるかもしれないが、公平な機会保障の対象となる医療は、「良質」で足りるであろう。また、アクセス保障という言葉は、厳密にはアクセスの機会の保障を意味する。たとえば、人が住んでいる離島の全てについて、医師や診療所を確保することは不可能であるからである。

仮に目的を3つにするならば、「良質な医療へのアクセス機会における公平性の確保」「経済的負担における公平性の確保」「医療システム全体の効率性の推進」にまとめることができる。「良質な医療へのアクセスの機会保障」を受益における公平性の確保と言え、負担における公平性の確保と合わせ、この前二者が公正に該当し、最後の「医療システム全体の効率性の推進」と対比して並べれば、経済学に言う公正と効率の目的にまとめることもできる。

このように考えれば、医療問題の多くは、医療システム全体の効率性を推進し、負担における公平性確保の問題を勘案しながら、どの程度の質の医療へのアクセスをどう公平に保障するかということに帰着することになる。特に、公的な医療保険で給付される場合には、この目的間の調整が不可欠である。そして、この問題を解決するためにも、これらの3目的の背後にあり、この3目的の内容(特に公平性の内容)を実質化し、これらの間の関係をガイドする公正の理念が必要になる。

より上位の目的である生命保障

健康格差問題の議論では、国民の健康の維持・向上は望ましいことだと書いた。一方、喫煙の例を持ち出すことによって、健康水準そのものは個人の選択に関わる部分があることを示した。したがって、重要なのは、結果としての集団間の健康水準の格差を解消することではなく、必要な医療へのアクセスが社会的な理由によって阻害されないこと、逆に言えば、国民一人ひとりの医療へのアクセスが公平に保障されることだと述べた。医療崩壊問題の議論では、民間・公的を問わず、地域で救急救命医療等へのアクセスが実質的に保障されることの重要性を説いた。

このように考えると、医療へのアクセスの中でも、救急救命医療、急性期医療へのアクセスは、特に重要性が高いということになるであろう。尊厳死等の問題を除いて、一般的には死は、健康に対する究極の反対概念であるから、健康の維持・向上の中でも、生命保障(特に本人の意思に基づく生命の保持⁷)はとりわけ重要であるということになる。換言すれば、生命保障、正確に言えば、生命保持のための機会の平等保障を医療政策の究極の目標として、これまで議論してきた3目的の上位に位置づけることができるはず

⁷ 正確に言えば、生命そのものではなく、生きる意志(自由意思)が最も重要であると考えますが、本稿では詳しく議論しない。尊厳死や終末期医療、認知症患者、子供に対する医療問題との関係で、帰結に重要な差をもたらすことになる。

である。

4. 生命保障と自由尊重の二段階規範論

上記の医療政策における目的論を実質化するには、何が公平かという議論を支える公正の理念を論じる必要がある。しかし、公正の理念について、社会哲学・法哲学的に十分な検討することは、本稿の範囲を超えていると思われる。ここでは、哲学で議論されている公正の理念を、主に川本(1995)に沿って簡略に記述し、これまでの議論を総合することによって、議論をまとめておきたい。

公正の理念論

公正の理念を論じる議論の出発点として、最大多数の最大幸福を原理とする功利主義を取り上げることができる。功利主義は、『何が正義か』という問いに対して、首尾一貫した解答を与え、いまなお社会科学や社会政策の暗黙の規範的基礎を提供し続けていること。(中略)第二に、現代正義論の口火を切ったジョン・ロールズの『正義論』が功利主義の正義観の克服を主要な課題としていたため、その後の論議の基調が功利主義の修正・批判という面でほぼ一貫していること(川本、1995)というのが理由である。

18世紀英国のベンサム、ミル父子を代表とする(古典的)功利主義は、最も原理的な考え方としては、『最大多数の最大幸福』を唯一の公正の基準とする。この功利主義が突きつける問題点は、哲学者ジョン・ハリスが思考実験として投げかけた「臓器移植くじ」に象徴される。この「臓器移植くじ」は、

- 1.公平なくじで健康な人をランダムに一人選び、殺す
- 2.その人の臓器を全て取り出し、臓器移植が必要な人々に配る

というものである。

臓器くじによって、くじに当たった一人は死ぬが、その代わりに臓器移植を必要としていた(移植をしなれば死ぬ)複数人が助かることになる。一人の命と多数の命を比較すれば、多数の命を救うのが正義であるということになる。このような行為が倫理的に許されるだろうかというのが、ハリスが突き付けた問題であるが、この問題に感情的な反発を覚えても、論理的にこの制度とその背後にある「最大多数の最大幸福」という正義の原理の欠陥を指摘するのは、それほど容易ではない⁸。

この古典的な功利主義は、その後厚生経済学、新厚生経済学、ポスト・ロールズ派功利主義という展開を辿るが、前二者は、ジョン・ロールズによって『公正(fairness)』の理念が欠けているとして厳しく批判される⁹。

ロールズの正義論の中核は、狭義の「公正」という理念であり、これは「自由かつ平等なプレイヤーが合意されたルールに従い、正々堂々とゲームを行う姿勢、公明正大な態度をいう」(川本、1995)。最大幸福原理という極めて単純な原理は、どんな不平等な分配、あるいは反道徳的な行為や制度をも正当化してしまうが、これは分配の原理が欠如しているからだとする。

功利主義に代わるロールズの分配の正義論、すなわち2原理(あるいは3原理)正義論は非常に有名なので、ここではごく簡単な記述にとどめる。第一原理は、基本的な自由に関しては、全員に平等な権利を付与するという平等原理であり、第二原理は、社会的・経済的不平等を①公正な機会均等原理、および②もっとも不遇な人々の利益の最大化を図るという格差原理で規定する。一言でいえば、社会的基財

⁸ この臓器移植くじに関する反論と功利主義からの再反論については、多くの記述があるので本稿では省略した。

⁹ 以下、リバタリアン的立場のところまでの記述の多くは、川本(1995)に基づいている。

(政治的自由、言論自由、思想・良心の自由などの基本的人権、機会、所得と富、生きがいの基準)は原則的に平等に分配すべきであると説く。このようなロールズの正義論が社会に与えた影響は大きく、結果として政治的自由の強力な擁護と経済的自由への制約を特徴とする「福祉リベラリズム」の援護者になっていることは事実である。が、批判がないわけではない。

ドゥワーキン⁹は、ロールズの格差是正原理が、最も不遇な人々という集団単位でしか示されないことを批判して、「社会的基本財の平等」ではなく、「資源の平等」を唱える。ドゥワーキンの議論では、生来の才能の相違や自然的・社会的偶発性から生じる財の不平等は(仮想的なオークションによって)是正する必要があるが、各人が自分の人生計画を自由に追求した結果として発生する格差に関しては、画一的な平等化を強要する必要はなく、仮想的な保険市場で対応するとする。

また、センは、ロールズの格差是正原理が、基本財の保有量、とりわけ所得の測定に基づくため、物質主義に陥っているとし、このような考え方では、身障者のハンディキャップを適切に配慮できないばかりか、個人の健康状態や年齢、地域差、労働条件などによって、各人のニーズが変化するという人間の多様性に対する感度が低いと批判する。センは、何を平等に分配すべきかという議論を行い、それは功利主義の中心概念である効用ではなく、またロールズのいう基本財という物質でもなく、個人が持つニーズと利益(潜在能力)のうち基本的なもの、たとえば移動、衣食住、社会生活への参加などの基本的潜在能力であるとする。

なお、功利主義も含めて、これらの正義論は、自由についての扱いが不十分であるという批判がある。功利主義は、自由の本来的価値を認めず、あくまでも効用最大化に資する限りで自由を擁護してきたに他ならないし、ロールズの正義論は自由を実現する手段までしか問題にしていけないというものである。これに対し、センは、自由への社会的コミットメントという概念で、自由との関係を明確化している。つまり、自由を実現するには、市場に任せきりにするのではなく、言論の自由などの確保に積極的にコミットすることが、たとえば生存の自由という最も基本的な自由の確保につながるという議論である。この自由に対する社会的コミットメントの概念が、現代正義論の到達点だと川本(1995)は論じている。

リバタリアン

以上の議論とは別に、国家形成の意味そのものを問う立場から、経済的自由や財産権を含め、個人の自由を最大限保障しようという議論がある。代表は、ノージックであるが、古典的な自由主義と区別するために、リバタリアンと呼ばれている。リバタリアンは、自己所有権から出発する¹⁰。自分の身体および諸力は自分の所有物であり、それらを得るにあたって社会に何も負わない。自分の労働を加えたものは、自分の所有物であり(正当な資格である権原を有する)、この財に対する権原を有する人から、正当に移転を受けた人は、その財への権原を有し、この二つの繰り返しによるもの以外には、誰もある財に権原を有しない。これは、正義の実体内容には踏み込まず、手続きの正当性のみ注目する手続き的正義論であるといえる。

ノージックによれば、暴力・盗み・詐欺からの保護、契約の履行の強制に国家の役割は限定され、このような最小国家のみが道徳的に正しく、社会保障(所得の再分配)を行う拡張国家は、個人の権利を侵害

¹⁰ 個人の自由の正当化の根拠という点では、自分の身体と自分の労働の産物に対する自己所有権に訴える自然権論の他に、自由を尊重する社会の方が幸福であるとする帰結主義、理性的な人ならリバタリアンの社会原理に合意するはずだという契約論もある。リバタリアニズムと「自由放任主義」との関係、またリバタリアニズムが日本のジャーナリズムで用いられる「新自由主義」とは区別されるべきであること、については森村(2001)を参照されたい。

するゆえ正当化されないことになる。リバタリアンも実は論者によってかなりの差があり、国家の廃止を主張する無政府資本主義、ノージックのように、アナキズムとは異なり、国民国家を肯定しながらも福祉国家を否定する最小国家論、ある程度の社会保障を認め小さな政府を唱える古典的自由主義まで存在する。

生命保障と自由尊重の2段階規範論

著者は、最後に紹介したリバタリアンの立場に立つ。個人は目的であって、他人の手段ではないというカント的原理から出発し、「なぜ個人は不可侵なのか。それは、個々人の権利に対する侵害を正当化するほどの価値を有した「社会的実体」などというものそもそも存在せず、存在するのは個々の人びと、個々に生命を持ち、人生の意味を自らの手で付与しつつ生きていく「別個独立の人格」だけだからである」(川本、1995 中の引用)という議論に共鳴するからである。

個人は目的であって手段ではないから、功利主義の最大幸福原理に基づき、健康な個人の生命を奪うことを正当化する臓器移植くじには、当然反対することになる。一方、最も重要なのは、本人の自由意思であり、また個人は自分の身体について自由に処分できる所有権を持つと考えられるから、個人が任意に臓器移植くじに参加することは妨げない。尊厳死も認めることになる¹¹。

さらに、この考え方に基づくと、健康についても、本人の選択に関わる部分があるのだから、本人の自由意志を最も重要視するべきであり、集団レベルの健康格差があることだけでは、国として介入すべき問題とはならないことになる。また、所得再分配は個人の財産権の侵害を意味するのだから、広範囲にわたる所得再分配を伴う社会保障の範囲拡大に対しては、基本的には慎重な態度になる。つまり、自由尊重の態度である。ここで、いわゆる福祉リベラリズムとは一線を画することになる。

しかし、このような考えは、十分理性的で健康な成人には当てはまっても、生まれつき障害を持った人々、自己の自由選択ができない健康状態にある人々に、そのまま適用するわけにはいかない。医療保障には、この自由尊重原理をそのままあてはめることはできないというべきであろう。

センの議論を除くと、上述した哲学者の議論のほとんどは、理性をもった健康な自由人を前提にしている¹²。しかし、医療保障が他の社会保障、特に年金などの所得保障などと根本的に異なるのは、その対象となる人が、健康の回復を目的としていること、場合によっては、生命の危機に瀕しているということである。医療保障の対象は、通常健康人ではない。理性を持ってない精神疾患の持ち主であったり、意志が確認しづらい認知症患者だったりすることもある。しかも、医療によっても、完全な回復が見込めないケースも多々ある。政治的自由も思想や表現の自由も、生命が脅かされていない状態が大前提になっていると思われる。

哲学や倫理学の議論を、医療保障のような分野にあてはめることは十分可能であるし、社会保障については一般的に論じられている¹³。しかし、その前提となっている人間像が著しく異なることを考えると、医療については特別な考慮が必要であるし、また医療保障を考えることによって、哲学や倫理学へフィードバックすることも可能であろう¹⁴。

¹¹ 尊厳死と安楽死については、本稿では詳しく議論しない。

¹² たとえば、ロールズは、社会の状況は既知であるが、自分がどの境遇にあるかは分からないという「無知のヴェールに」覆われた健康な自由人が交わす社会契約という理論装置で、自身の正義論を導いている。

¹³ 生存権や健康への権利という人権的な側面での議論は本稿では割愛した。

¹⁴ 生命の危機に瀕している状態というのは、災害救助や、他国からの軍事的侵略、あるいは食糧危機など、他にも想定で

これまでの議論を通じてある程度明らかになってきていると思われるが、医療保障は生命保持に密接に関わるのだから、人々の生命が危険にさらされている場合、国家がそのような危険を除去する責務を持つとみるべきであろう¹⁵。そして、その費用は個人の財産権を侵害して集めた税金や社会保険料で賄うことが望ましいということになる。つまり、国民の生命保障に関する部分については、経済的な自由の制限を行ってでも、積極的に国が関与するべきだともいえる。このような「生命保障と自由尊重の二段階規範論」ともいべき考え¹⁶は、個人の人格と自由を尊重する立場であれば、ある程度福祉リベラリズムでもリバタリアンでも肯定できると思われる（肯定しない可能性があるのは、社会全体の効用を重視する功利主義と、共同体を個人よりも優先する共同体論の一部、権威主義や国家社会主義である）。

5. 医療政策への示唆

以上の議論に基づき、医療政策がどうあるべきか、医療費適正化計画がどうあるべきかを簡単に論じたい。医療へのアクセス重視の視点に立つと、まず医療供給制度の整備・充実、次いで現行の医療保険の給付範囲と負担方法の見直しが必要である。また、医療費適正化の重点も異なったものになるはずである。

医療政策一般への示唆

生命保障の考えをとると、医療政策の目的体系が整理されるであろう。国家の役割として、国民の生命を保障することは重要であり、その中でも医療は重要な位置を占めることになる。医療政策の目的は、国民の健康の維持・向上であるが、生命保持はその最も基本的なものである。

次の段階の目的として、「アクセスの保障」「経済的負担における公平性の確保」「医療システム全体の効率性の推進」の3つをあげたが、生命保障の原理から、生命保持に関わる医療へのアクセス保障が最重要視されるということになる。第2の「経済的負担における公平性の確保」は、第二の原理である自由尊重から導かれる。「アクセスの保障」は生命保持に関わる医療については、この第2の目的に優先するが、生命保持に関わらない医療については、必ずしも優先するわけではなく、拮抗することになる。そして、「医療システム全体の効率性の推進」は、さらに手段的な目標として位置づけるべきだということになる。

このように医療政策の目的体系を考えると、医療政策全般について一定の示唆が得られよう。医療供給、医療保険、その他の順番に議論すると以下のようなになる。

まず、生命の維持に不可欠な救命救急医療体制や急性期医療体制、特に産科・小児科診療体制などの充実が、最優先されなければならない。医師・看護師等の人材の確保・養成に努め、医師の労働環境の改善を図り、専門医の枠の設定によって極端な医師の診療科レベルでの偏在をなくし、民間病院・公立病院全体を見渡した施設の再配置（とそのための誘導）によって、地域レベルの医療従事者・施設の偏在を解消すべきであろう。つまりは、物理的なレベルでの医療へのアクセスの公平化である。これが医療崩壊に対する基本的な態度でもある。

次は、財政面でのアクセスの公平化である。生命保障が第一原理であり、そこから生命保障に関するア

きるので、これらについても同じような議論が可能である。

¹⁵ 国ではなく共同体でも構わないという議論も可能であるが、生命保障における平等性を達成する必要性を考えれば、実質的には国にしか保障はなしえないと思われる。

¹⁶ ノージックのいう最小国家の範囲に医療保障が入るなら、修正リバタリアンということになる。

クセスにおける公平性の確保が最優先されることから、生命につながる救命救急医療や急性期医療、あるいは致命的ながん治療の費用などは、税方式の医療保障制度で対応し、自己負担は最小化してもよい。そのための新たな財源として、消費税か相続税の制度改正を議論すべきであろう。なお、効率性の推進もここでは二時的な要素に過ぎない。

生活習慣病は生命保持に深く関連するが、直結するとは言えない。したがって、これらに対する医療保障は、現行の社会保険方式で対応し、場合によってはリスクに応じた保険料の要素を加味して賦課すべきである。さらに、個人の選択に関わる医療や介護は、公的保険から支出する必要性は高くはないので、民間保険や自由診療を中心に賄うべきである。公的に保障すべき内容を明確に定義しておけば、民間保険や自由診療の部分が拡大しても、生命に直結するような医療へのアクセスの公平性には問題は生じない。福祉の後退であるという批判も当たらないだろう。

医療費適正化計画への示唆

冒頭で述べたように、医療費適正化計画は単なる医療費の適正化、いわゆる医療費削減の計画ではなく、医療政策全体に関わる計画として理解すべきである。その策定権限が都道府県にあることを考えると、地域医療政策であるといっても過言ではない。

第一期の医療費適正化計画では、生活習慣病の予防という観点から、特定健診が義務付けられ、受診率に関する数値目標が掲げられた。また、在院日数を短縮することが目標とされたが、その手段として療養病床の老健転換が進められるはずであった。民主党への政権交代が起り、療養病床の廃止自体についての見直しを行うことになり、療養病床については、先が見えない状況にある。このような状況での、現在の医療費適正化計画の評価に関する視点は、別の分担報告書が議論するので、ここでは行わない。

以上の議論を踏まえると、第二次医療費適正化計画についても、生命保障・自由尊重の基本原則とそこから導出される医療政策の目的論体系を当てはめることができる。最も、重視されるべきは、生命保持に直結した救急救命医療と急性期医療であるから、医療費データその他を用いて、救急救命医療、その他産科などを含む急性期医療へのアクセスが十分保障されているか、あるいは特定の地域で不足していないかどうかの検討が必要である。このような地域が見つければ、重点支援地域として、上に述べた生命の維持に不可欠な救命救急医療体制や急性期医療体制、産科・小児科診療体制などの充実が、最優先されなければならない。その際、民間病院・公立病院全体を見渡したアクセスの過不足を、またその際には人口動態を加味して検討すべきである。

以上、医療費適正化や医療政策はどうあるべきか、さらに現在の医療制度の良し悪しを評価する際の基準は何か、ということを示的に議論する目的で、医療政策の目的と理念に関する一構想を提示した。

まず、問題解決の一般論をもとに、医療政策の目的と理念を明らかにする必要性を説いた。次に、実際の医療問題のうち、健康格差問題、医療崩壊問題、医療費問題を取り上げ、その問題設定の歪みに関する議論を通じて、目的と理念の議論の必要性を裏付けた。同時に、一般的に受け入れられている医療政策の3目的、「医療へのアクセスの確保」「医療の質の維持・向上」「効率性の推進」が目的の記述としては不十分なこと、特に、負担における公平性を目的に加える必要があることを議論し、「アクセスの保障(良質な医療へのアクセスの公平な機会の保障)」「経済的負担における公平性の確保」「医療システム

全体の効率性の推進」と言い換えるべきでること、また、これらの3目的の上位に「生命保障」という目的があることを議論した。

続いて、哲学における現代正義論を、功利主義、福祉リベラリズム、リバタリアンの順に記述し、医療保障の性質を考えることで、個人の自由を最も尊重するリバタリアンの立場に基本的に立ちながらも、生命保障については国の積極的関与を求める「生命保障・自由尊重の2段階規範論」を、医療政策を規定する理念として提示した。

最後に、この理念論と目的論が、医療政策一般と医療費適正化計画にもたらす示唆を記述した。これは救急救命医療、急性期医療へのアクセスの保障、とりわけその公平な機会保障の重要性を浮かび上がらせることになる。したがって、第二次医療費適正化計画においては、医療費分析その他を通じて、このアクセスが十分保障されていない地域を重点支援地域として発見し、対策をとる必要があることを論じた。

当然のことながら、医療政策を規定すべき理念や目的論については、一意的に定まるものではない。異なる論者が異なる理念を提示する可能性がある。本稿が提示した生命保障・自由尊重の理念は、公正の理念の一構想であり、批判に対してオープンなものである。

参考文献

- 川本隆史(1995)「現代倫理学の冒険—社会理論のネットワークへ」創文社
森村進(2001)「自由はどこまで可能か—リバタリアニズム入門」講談社現代新書
兪炳匡(2006)「『改革』のための医療経済学」メディカ出版

平成21年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究
分担研究報告書

医療費適正化政策の歴史的変遷と課題

古城 隆雄

慶應義塾大学 SFC 研究所 上席所員(訪問)

(現:自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門 助教)

堀 真奈美

東海大学 教養学部 准教授

研究要旨

医療費適正化は、医療費総額の削減を意味する言葉として、半ば批判的な文脈で語られることが多い。しかし、1980年代に医療費適正化という言葉が使われ始めた時には、(少なくとも理念的には)必ずしも医療費総額の抑制だけを意味する言葉ではなく、必要な部分に積極的に医療費を重点投資する意味としても使われていた。2000年代に再び医療費適正化が政策目的に掲げられた時には、医療費を重点投資という理念は語られなくなったが、医療費削減と受け取られないよう、注意して医療費適正化という言葉を使用している。よく指摘される骨太の方針2006でも、社会保障関連費を2,200億円「抑制する」と記載されているが、「削減」とは書かれていない。

では、なぜ医療費適正化が医療費削減の文脈で語られてしまうのであろうか。また、医療費削減ではないとしたら、本来の医療費適正化とは何なのであろうか。本分担報告書の目的は、医療費適正化政策が出てきた時代背景と導入された政策を分析し、医療費適正化が医療費削減として解釈されるに至った理由について考察することにある。

まず、国民医療費の推移と医療費適正化政策を含む全般的な医療政策の展開を確認した。次に、医療費適正化政策に的を絞り、医療費適正化によって、医療費負担率(GDPに占める医療費の割合)がどのように変化してきたのかを振り返った。その際、これまで医療費適正化の必要性として語られてきた経済成長弊害論や財源制約論などについても批判的に考察した。最後に、これらの歴史的変遷を振り返った上で、医療費適正化論議における課題を整理し、これからの医療費適正化政策は、本来医療が果たすべき役割(国民の健康水準の回復・維持・向上と医療へのアクセスの格差縮小)に力点を移すべきではないかと論じた。

目次

1. 医療政策の歴史の変遷	44
1.1. 国民皆保険と医療費の第一次高度成長(1961～65年)	44
1.2. 高度経済成長期と制度の拡充(1966～70年)	46
1.3. 老人医療費の無料化と医療費の第二次高度成長(1971～75年)	46
1.4. 経済低成長時代の突入(1976～80年)	47
1.5. 第一次医療費適正化(1981～1990年)	47
1.6. バブル経済崩壊と国民医療費と国民所得の乖離拡大	48
1.7. 2002年度医療制度改革	50
1.8. 2006年度医療制度改革	51
2. 医療費適正化政策の歴史の変遷と評価	53
2.1. 医療政策における医療費適正化政策の位置づけ—医療費適正化政策の登場	53
2.2. 第2次医療費適正化期—医療費の伸び率を適正化する政策への偏重	54
2.3. 医療費適正化政策は、医療費の伸び率を上手く管理してきたか	55
2.4. 景気循環により医療費負担率の変動を説明できるか	57
2.5. 高齢化により医療費負担率の変動を説明できるか	58
2.6. 診療報酬改定により医療費負担率の変動を説明できるか	58
2.7. 1980年代の強力な診療報酬改定は、なぜできたか	60
3. 医療費の適正化はなぜ必要とされたのか	60
3.1. 医療費の規模を適正化することの必要性	61
3.1.1. 社会保障費の増大は、経済成長へ悪影響を及ぼすか(経済成長弊害論)	61
3.1.2. 医療費負担に必要な財源は限界に達しつつあるか(財源制約論)	64
3.2. 医療費の範囲を適正化することの必要性—公的医療保険の給付範囲	72
4. 医療費適正化政策の課題	73
4.1. 従来の医療費適正化論議を振り返る	73
4.1.1. 第1次医療費適正化期と第2次医療費適正化期	73
4.1.2. 医療費の伸び率を上手く管理してきたか	74
4.2. 医療費適正化の真の必要性はどこにあるか	75
4.2.1. 医療費の規模を適正化することの必要性	75
4.2.2. 医療費の範囲を適正化することの必要性—公的医療保険の給付範囲	76
4.3. 医療費適正化の政策の課題	76
4.4. 医療が果たすべき役割の再検討—国民の健康水準の回復・維持・向上と医療へのアクセスの格差縮小	77
参考文献	79
図 1 国民医療費の伸びと国民所得の伸び	49
図 2 医療費と経済成長(GDP)の伸び率の推移	56
図 3 医療費負担率の推移	57

図 4 国民医療費、GDP、高齢者人口の期間別平均成長率.....	58
図 5 診療報酬改定が医療費負担率に与える影響.....	59
図 6 国民負担率と経済成長率の関係.....	62
図 7 税・社会保険料と国際競争力の関係.....	63
図 8 社会保障の給付と負担のバランスについての意見調査結果.....	69
図 9 社会保障の給付と負担のバランスについての意見調査結果(世代間分析).....	70
図 10 社会保障制度における高齢者と現役世代の負担のあり方について.....	71
図 11 社会保障制度における高齢者と現役世代の負担のあり方について(世代間分析).....	71
図 12 国民医療費、GDP、高齢者人口の期間別平均成長率(再掲).....	74
表 1 国民医療費と国民所得の5カ年平均増減率.....	45

医療費適正化政策の歴史的変遷と課題

1961年(昭和56年)の国民皆保険達成以降、国民医療費は増えつづけ、1999年度(平成11年度)には、はじめて30兆円台を突破した。それ以降、度重なる制度改革の効果もあり、対前年度比で減少した年度もあるが、全体的な傾向としては緩やかな伸びを示しており、2008年度(平成20年度)の国民医療費は、総額34兆600億円、一人当たり国民医療費は26万6700円(対国民所得比は9.69%)になっている¹。そして、国民医療費の対国民所得比(以下、医療費負担率と呼ぶ)が問題になるにつれ、医療費適正化という言葉が使用されるようになった。

本分担報告書の目的は、医療費適正化の議論が登場した時代背景と導入された政策を分析し、医療費適正化が医療費削減や抑制として解釈されるに至った理由について考察することにある。まず、国民医療費の推移と医療費適正化政策を含む全般的な医療政策の展開を確認した。次に、医療費適正化政策に的を絞り、医療費適正化によって、医療費負担率(GDPに占める医療費の割合)がどのように変化してきたのかを観察した。最後に、これらの歴史的変遷を振り返った上で、医療費適正化に対する価値判断の対立が、医療費適正化を推進する上での重要な問題になっていることを示した。なお、議論を展開する中で、これまで医療費適正化の必要性として語られてきた医療費亡国論、財政赤字論、競争力低下論などについても批判的に考察した。

1. 医療政策の歴史的変遷

医療政策の目的は、医療費の適正化ではない。だが、医療政策は医療費の推移と無関係ではない。実際、医療政策の課題の一つとして、医療費の適正化があげられてきたのは歴史上の事実である。以下では、国民医療費と国民所得の推移と医療政策を時代別に検討する。

1.1. 国民皆保険と医療費の第一次高度成長(1961～65年)

表1は、国民医療費と国民所得の増減率を5年単位で見たものである。1961～65年(昭和36年から40年)の医療費の5カ年平均伸び率がとりわけ高いことが分かる。この医療費の「第一次高度成長期」ともいべき時代の背景には、国民皆保険の達成と給付内容の改善という制度的な要因がある。

1961年(昭和36年)、自営業者や農業従事者などこれまで被用者保険の適用外であった人々を強制加入の対象とする国民健康保険制度が導入されたことで、医療分野における国民皆保険が実現した。皆保険以前は、国民健康保険を実施していたのは全国市町村の約65%にすぎず、また全人口のうち医療保険による保障が与えられている人々の割合も約2/3程度にとどまっていた。

皆保険導入の5年前の1956年(昭和31年)の厚生白書では、①貧困と疾病有病率に関係がある(低所得者ほど有病率高い、生活保護に陥る転落要因の半数が傷病である、自由診療により医療を受けられない人がいる等)、②医療機関の整備に地域差がある、③人口当たり病床数が少ない(世界と比べて)ことがあげられていた。皆保険の実現は、国民の健康水準の向上や医療供給体制の整備のためにも重要視されていた。

¹ 平成19年度国民医療費の概況、平成20年度医療費の動向、国民経済計算から計算した。

表 1 国民医療費と国民所得の5カ年平均増減率

	国民医療費	国民所得	備考
	5カ年平均増減率		
	相乗平均		
1956-1960	11.3	13.0	
1961-1965	22.2	14.4	皆保険導入と医療費第一期高度成長期
1966-1970	17.2	17.9	高度経済成長期と制度拡充
1971-1975	19.4	14.3	老人医療費無料化と医療費第二次高度成長期
1976-1980	12.6	10.1	経済低成長時代
1981-1985	5.8	5.1	第一次医療費適正化
1986-1990	5.1	5.6	第一次医療費適正化
1991-1995	5.4	1.0	バブル経済崩壊と国民医療費と国民所得の乖離拡大
1996-2000	3.0	1.1	介護保険導入
2001-2005	2.4	1.1	医療制度改革と第二次医療費適正化

出所:厚生労働省『国民医療費』各年度

1961年の皆保険の達成と同時に、国民健康保険の世帯主の全疾病について、給付率が5割から7割に引き上げられた。さらに、1963年(昭和38年)には、国民健康保険、健康保険ともに療養給付期間の期限が撤廃されるなど保険給付の充実も図られた。

だが、保険証だけあっても医療機関がなければ、「保険あってサービス(供給)なし」となってしまう。医療提供体制も保険制度の拡充とともに整備されなければならない。1960年代は、医療供給体制の整備が急速に進んだ時代でもあった。終戦直後3000以下にまで減少した日本の病院数は、1953年(昭和28年)には、1935年(昭和10年)と同水準の4,000以上にまで回復した。そして、1961年(昭和36年)には、6,229(一般5,066、精神543、結核559)にまで大幅に増加した。地域偏在はあるものの、医療機関整備計画では、病床数102万床にするという目標が設定されるなど、供給体制のさらなる整備が進められることになった。

こうした医療保険制度および供給体制の拡充の結果として、国民は費用負担をそれほど気にせずに保険証があれば全国どこでもいつでも必要に応じて医療サービスを受けられるようになった。実際、1961年(昭和36年)から1966年(昭和41年)までの5か年間で、患者数は33.3%増加した(昭和43年版『厚生白書』)。

当然の結果として、医療費は急増することになるが、これを賄う保険料収入が追いつかないため、保険財政は急速に悪化しはじめた。たとえば、国民健康保険の財政状況をみると、1962年度(昭和37年度)赤字決算の保険者が194事業所であったのが、1963年度(昭和38年度)には425事業所、1964年度(昭和39年度)には1361事業所と増大した。こうした国民健康保険の財政悪化に対しては、相次ぐ国庫負担率の引き上げで対応していった(皆保険達成当時は、定率分の20%、財政調整交付金が5%であったが、1962年には定率分が25%、1963年には財政調整交付金が10%と国庫負担率が年々引き上げられた)。

だが、財政悪化は、国民健康保険だけではなかった。政府管掌健康保険では、1962年度(昭和37年度)の赤字16億円が、1963年度(昭和38年度)には131億円、1964年度(昭和39年度)には363億円であった。国民健康保険と異なり、定率国庫補助のない政府管掌健康保険の財政はより深刻化した。

1.2. 高度経済成長期と制度の拡充(1966～70年)

いわゆる「いざなぎ景気」(1965年10月～1970年7月)など、好景気が継続する中、1968年(昭和43年)には、日本はGNPが世界第三位の経済大国となった。こうした高度経済成長に支えられ、1968年(昭和43年)国民健康保険の家族世帯の保険給付が5割から7割に引き上げられるなど、さらなる保険給付の拡大がはかられた。

医療機関の整備も急速に進んだが、特に個人および医療法人開設の病院、診療所が飛躍的に増加した。病床数も1956年から1966年の10年の間に37万床増加した。そうした中、1966～1970年(昭和41-45年)の国民医療費は、平均17.3%と高い水準で増加した。

一方で、産業構造も変化し、第二次・第三次産業へシフトが進み、第一次産業従事者割合は、大幅に減少した。それに伴い、農民のための保険という色彩が強かった国民健康保険の加入者にも構造的な変化が起こりはじめ、無職、高齢者の構成比が増えはじめた。この結果、医療費の顕著な伸びに対して保険料収入が伸びないことから、国民健康保険の財政は構造的に悪化する状態に陥り、1966年度(昭和41年度)に国庫補助の増額を中心とする財政赤字対策がとられた(財政調整交付金分が5%に引き下げられたが、定率分が410%と大幅引き上げ)。

1970年(昭和45年)には、高齢化率は7%を超える高齢化社会となった。

1.3. 老人医療費の無料化と医療費の第二次高度成長(1971～75年)

1971年～75年(昭和46～50年)の国民医療費は5カ年平均20%台と再び高い水準で成長するが、1973年のオイルショックを経て高度経済成長が終盤に向かいはじめた。

1961年の皆保険導入によるアクセス向上を背景とする医療費の高度成長期を「第一次高度成長期」とすると、この高度経済成長の終盤時期の医療費の高度成長期は「第二次高度成長期」といえるであろう。第二次高度成長の背景として、老人福祉法等改正による「老人医療費の無料化」、家族給付の引き上げや高額療養費制度の創設など保険給付の拡充があげられる。

老人医療費の無料化は、高度経済成長による産業構造の変化、および生活様式の変化(核家族化や過疎化)を背景に、増加する高齢者の福祉の増大という視点から、東京都や京都府など一部革新自治体が先行的に実施していたものであるが、これを国が後追いする形で実現したものである。1972年(昭和47年)の老人福祉法の一部改正で導入された「老人医療費支給制度」を通じて全国的に実際されることになった。これにより、1973年(昭和48年)1月より、70歳以上の高齢者の医療費の自己負担分が現物給付化し、実質無料となった(保険の自己負担分が公費負担)。導入当初は所得制限があったが、1973年(昭和48年)7月から、所得制限が250万円から600万円に緩和され、対象が拡大した(1981年(昭和56年)7月以降には876万円)。この結果、70歳以上高齢者の受診料、1件当たり費用は大幅に増加し、「待合室のサロン化」など、老人医療費の増大が社会問題と認識されるきっかけとなった。

保険給付の拡充の例として、1973年(昭和48年)の国保の家族給付率の引き上げや高額療養費制度の創設があげられる。だが、これらの給付の拡充は、それまでの改正と異なり、純粋に給付改善を目指して導入されたわけではない。

1971年(昭和46年)の政府管掌健康保険の財政悪化を背景に、抜本的な法改正の必要性が唱えられていたのであるが、政治的な利害調整が難航し、財政対策中心の改革構想は頓挫した。そのため、家族給付率の引き上げ、高額療養費制度の導入など給付改善とセットにすることで改革を実現させ、政府管掌健康保険の赤字の棚上げ(累積損失を国庫負担で補填)、政府管掌健康保険への定率国庫補助

の創設、保険料の標準報酬の引き上げ、保険料の引き上げといった財政改善を図ったのである。

この時代には、日本の病院数、病床数は、国際比較をしても劣らぬ水準にキャッチアップしており、平均在院日数は 33 日を越えるなど非効率性が問題視されるようになった。たとえば、現在でも人口対病床数が多いことで知られる高知県は、民間病院を中心に 1963 年から 73 年の 10 年の間に大きく増えた。

だが、他方、先進諸国では、オイルショック以降の世界的な経済危機が深刻化する中で、「福祉国家の危機」が叫ばれるようになり、社会保障の見直し機運が高まってきた。

1.4. 経済低成長時代の突入(1976～80年)

1970 年代半ば以降、高度経済成長は終焉を迎え、社会経済をとりまく環境が大きく変わることになった。国民医療費伸び率の勢いは緩和傾向を示すようになり、国民医療費の 1976～80 年(昭和 51～55 年)の伸び率は 5 カ年平均 13.2%まで落ち込む。

国民医療費の伸びそのものは大幅に緩和されたが、経済基調の変化に伴い、保険料、税金の収入が大幅に減少したことで、保険財政は急速に悪化した。財政安定化のため、1977 年(昭和 52 年)には被用者保険におけるボーナスを対象とした特別保険料の創設、標準報酬の等級表と一部負担金額の改正、当面の臨時的な措置として賞与からの特別保険料の徴収を定めた健康保険法関連法改正を行った。1980 年(昭和 55 年)には本人の患者一部負担金および保険料率上限の引き上げ、累積赤字の償還、健康保険組合の財政調整など財政赤字解消に向けた法改正が施行された。

この時代の厚生白書では、過去 10 年の医療費伸びが「ロケット」上昇であるという指摘や、他の国よりも平均在院日数の増加(WHO 報告による比較で日本は平均在院日数 42.9 日)が問題としてあげられるようになった。

1.5. 第一次医療費適正化(1981～1990年)

オイルショック以降の経済基調の変化など世界経済をとりまく環境変化は、日本においても行財政改革をもたらすことになった。国家財政の赤字が拡大し、国債依存度が 4 割を超え、財政再建が財政運営の目標となった。1981 年(昭和 56 年)に発足した第二次臨時行政調査会による行政改革路線の中で「増税なき財政再建」という観点から医療費の公費負担の見直しも強く求められることになった。臨調答申では、国民経済の動向とは無関係に、医療費はじめとする社会保障給付費が増大し続けることは問題であるという認識が示された。さらに、答申では、歳出削減で 1982 年(昭和 57 年)からゼロシーリング、1983 年(昭和 58 年)からマイナスシーリングが掲げられ、厚生労働省の予算案も厳しい制約をかけられた。

たとえば、第一次答申では、「自由で活力のある福祉社会」をめざし、「真に救済を必要とする者への福祉の水準は堅持しつつも、国民の自立・自助の活動、自己責任の気風を最大に尊重し、関係行政の縮減・効率化を図る」という視点から、「医療の適正化」が必要であると明記されている。この答申を受け、厚生省が社会保障全体で約 7000 億円の歳出抑制を行う方針を固めたという記載がある。当然のことであるが、医療費が国民所得以上の伸びを示すならば、それに合わせて保険料引き上げや国庫負担増加で対応しなければ財政悪化は深刻化する。1980 年代の政治経済の環境の中、国庫負担の引き上げを通じて財政対策を行ってきたが、厳しい予算制約により国庫負担の増加が極めてできないとなると、無駄な医療の抑制による支出抑制(“医療の適正化”)は、財政健全化の前提条件となる。

そうした中、1982 年(昭和 57 年)10 月 1 日に国民医療費適正化総合対策推進本部が厚生省内に設置された。推進本部では、①当面強力に推進する対策と②検討を急ぎ速やかに実施に移す対策をプロ

ジェクトチーム方式で検討が進められた²。ここではじめて医療費適正化という用語が政策課題として公式に採用される。昭和 56 年以降平成 2 年まではほぼ毎年のように、厚生白書でも頻繁に使用されており、政策課題としてあげられている。

こうした環境のもと、1982 年(昭和 57 年)には老人保健法が施行された。高齢加入者が構造的に多い国民健康保険の財政安定化と老人保健事業の推進という目的で導入されたが、これにより、老人医療無料化は廃止され、一部定額払い(外来 400 円/月、入院 300 円/日)が導入された。

1983 年(昭和 58 年)には、医師の将来の需給見通しに基づき、医師養成数を抑制する方針が閣議決定された。1984 年(昭和 59 年)の健康保険改正では被用者保険本人に対する定率負担(1 割)と特定療養費制度(差額徴収の公認)および退職者医療制度が新たに導入された。この改正は、1) 国民医療費を中長期的に国民所得の伸び程度にとどめる、2) 医療保険の負担と給付の格差の是正という視点から実施された。これ以降、段階的に患者自己負担の強化が図られるようになる。

こうした各種施策により、1981 年～1985 年(昭和 56 年～60 年)の 5 年間の平均伸び率は 5.98%とこれまでよりも低い水準となった。続く昭和 61 年～平成 2 年も、平均 5.2%とさらに低い伸びの水準を示した。後述するように、医療費の適正化とは、概念上は、医療費総額の削減や抑制とはイコールではないが、導入された社会経済の背景及び導入された施策およびその結果をみると、医療費の伸びの抑制に少なからず貢献していることは明らかである。

一方、医療提供体制に関する制度改正も行われた。1985 年(昭和 60 年)の医療法改正(第一次改正)では、都道府県による医療計画の策定が義務付けられるとともに病床規制が行われることが決まった。これは、従来の公的病院の病床規制に加え、民間病院についても、二次医療圏単位で必要病床数を設定し、それを上回る病床過剰地域において、病院の開設、増床等に関して勧告を行うというものであり、病床増大の抑制をねらったものであった³。

だが、皮肉にも、制度施行前に病床数を増床するという、「かけこみ増床」(20 万床)という副作用をもたらした。病床数は急増した。病床数の増大は、治療目的というよりケアを受けることを目的とした高齢者の不適切な長期入院、いわゆる「社会的入院」を生じさせる温床となったと考えられる。この社会的入院問題の解消は、2000 年(平成 12 年)に導入された介護保険の創設目的の一つにもなった。

1.6. バブル経済崩壊と国民医療費と国民所得の乖離拡大

第一次医療費適正化の時代を経て、医療費の伸び率は、1991 年～1995 年(平成 3 年～7 年)では、平均 5.4%、1996 年～2000 年(平成 8 年～12 年)では、平均 3.0%と低い伸び率で安定的に推移した。一方で、バブル経済崩壊による経済低迷の長期化により、保険財政は一層悪化した。

2 ①として、健康づくりなど国民運動の展開、診療の適正化対策、不正請求の徹底的排除、老人等遺体する医療及び福祉に関する施策の合理化・体系化、領収書の発行の励行及び医療費の明細書の発行促進があげられ、②として、医療機関経営の合理化、医師など医療従事者養成の見直し及び医学教育・卒後教育の改善、地域における医療機能ネットワーク、診療報酬体系を含む診療報酬の見直し、保険外負担を含む患者負担の見直しがあげられた。

3 病床数は、国民皆保険導入後の 10 年で約 50 万床増え、さらに高度経済成長期には約 30 万床増加し、昭和 50 年には、先進諸国並みの水準になった。だが、他の先進諸国がオイルショック以降、病床の機能分化を進め、病床数を急速かつ大幅削減したのに対し、日本は病床数を削減しなかったこともあり、昭和 50 年代後半には、国際水準を大きく超えることになった。昭和 50 年代後半になると、国内で病床数が多いところの老人医療費が高い、平均在院日数が長いという地域差の傾向が見られ、問題視されるようになっていた。

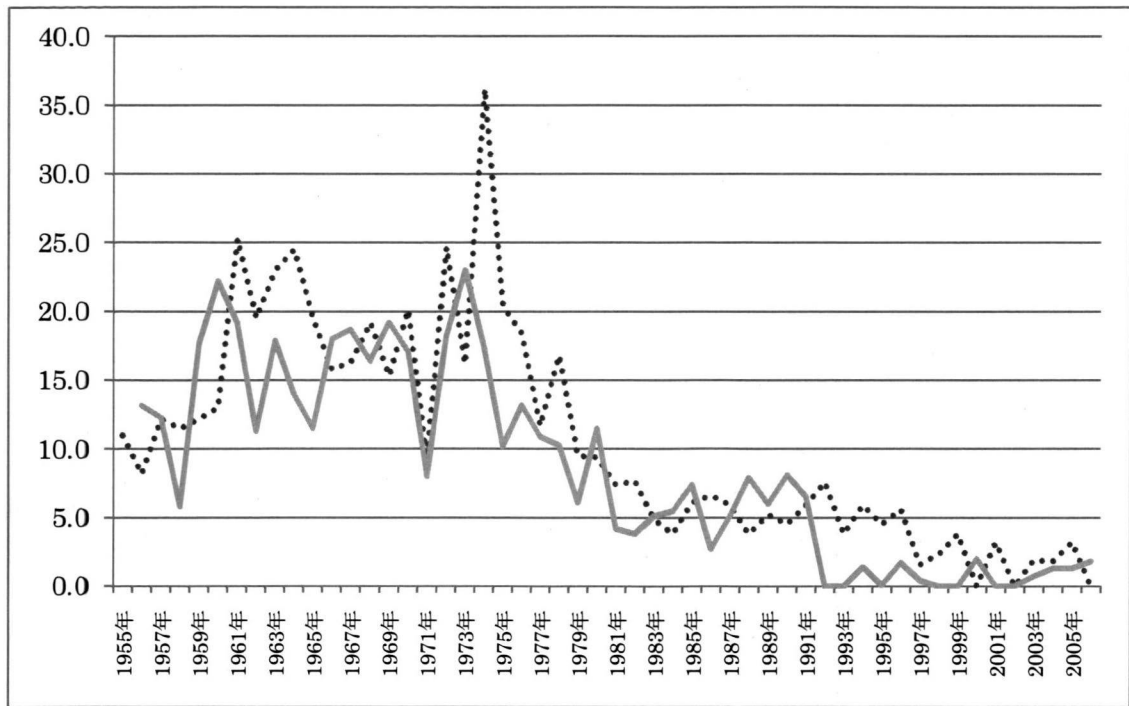


図 1 国民医療費の伸びと国民所得の伸び

※点線が国民医療費の伸び、線が国民所得の伸び

財政悪化の要因として、国民医療費の伸び率が国民所得以上の伸び率であることがあげられる(図 1)。だが、このこと自体は必ずしも新しい現象ではない。過去においても国民医療費の伸び率が国民所得の伸び率よりも大きいということはあった。既に振り返ったように、5 年間の平均増減率でみたとき、国民所得の伸び率より低いのは 10 期中 3 期だけである(表 1)。財政悪化は制度創設以降、常に悩みの種であった。

では、過去の時代と何が異なるのか。バブル経済崩壊後の経済低迷の長期化により、1990 年代の国民所得は 0~2%と極めて低かったことがあげられる。国民医療費の伸び率そのものは過去に比べて低水準であるにもかかわらず、医療費の対国民所得比は毎年のように過去最高値を更新するという状態が続くことになった。そのため、国民所得の伸び率も二桁台を維持していた時代以上に、事態が深刻視されるようになった。

こうした状況は医療保険財政の構造的な悪化要因となっており、制度の持続可能性が問題視されることになった。この問題は、高齢化の進展を踏まえると、さらに深刻視された。高齢化の進展には、人口構造の高齢化(高齢化率の上昇)と長寿化による高齢者人口の増加という二つの側面があるが、人口構成の高齢化は、国民医療費に占める老人医療費が増加すること⁴と同時に保険料を支払う労働者人口の占

4 ただし、厳密には、高齢化率の上昇によって国民医療費に占める老人医療費の割合が増加することと国民医療費全体が増加することは区分して考えるべきである。たとえば、高齢化率が一定であっても、各年齢階層の医療費が同率で成長すると、国民一人当たり医療費が増加して、全体の国民医療費は増加する。逆にいえば、仮に、国民医療費に占める老人医療費の割合が減少しても、それが国民医療費全体の減少に直結するとは限らない。しかし、実際問題として、平成 14 年現在、65 歳以上の占める人口割合が 18%前後であるのに対し、65 歳以上人口の診療費が全人口の医科医療費の 5 割以上を占めていることを考えると、現状では、高齢化率の上昇が国民医療費全体を押し上げる効果があることを否定することはできない。しかし、高齢化率のピークと予想される 2025 年をすぎれば高齢化が国民医療費を増加させる要因としての影響力は低下していくと考える。