

医療費適正化政策を考える



印南 一路 (いんなみ いちろ)
慶應義塾大学総合政策学部 教授

■ 略歴

1982年 東京大学法学部卒業、富士銀行入社
 1984年 旧厚生省保険局企画課に出向
 1986年～1993年 ハーバード大学行政大学院留学、シカゴ大学経営大学院、Ph.D (博士号) 取得。同大学意思決定論センター研究員、同大学経営大学院助教授
 1994年 慶應義塾大学総合政策学部助教授
 1998年 スタンフォード大学留学 (客員研究員)
 2001年 慶應義塾大学総合政策学部教授、株式会社キングジム社外取締役
 2008年 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構研究部長 (兼任)
 2011年～2017年 厚生労働省中央社会保険医療協議会委員
 2017年 経済財政諮問会議一体改革推進委員会評価分析WG特別委員、厚生労働省高齢者医薬品適正使用検討会委員

■ 専門

医療政策、意思決定論

■ 主な著書

「すぐれた組織の意思決定—組織をいかに戦略と政策」(中央公論新社、1999年)
 「ビジネス交渉と意思決定」(日本経済新聞社、2001年)
 「社会的入院」に関する研究—高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか」(東洋経済新報社、2009年)
 「すぐれたゴルフの意思決定—「熟慮速断」の上達法」(東洋経済新報社、2012年)
 「意思決定トレーニング」(ちくま新書、2014年)
 「再考・医療費適正化—実証分析と理念に基づく政策案」(編著)(有斐閣、2016年)

【 要 旨 】

- 国民医療費について適正な絶対水準を考えるのは非常に難しい。GDP との比率による国際比較は不安定な議論になりやすい。したがって、医療費の伸び率と経済の伸び率とのバランスを図るほかない。
- 医療費適正化の政策は、1980年代初頭に経済成長を阻害するという議論から始まり、2000年以降は累積する財政赤字の問題と結びつけられ、現在まで議論されている。
- なぜ、医療費が伸び続けるのかという疑問に対して、国は高齢化の進行と医療の高度化を原因としてあげるが、一人当たり国保医療費のパネルデータ分析によれば、医療費増大の最大の要因は医師数の増加である。しかし、「魔法の杖」と言えるような決定的な要因も存在しない。
- 医療費をめぐるっては、多くの利害関係者がおり、解決方法の合意形成には多くの時間がかかる。つい最近では、超高額薬剤等が続々と保険導入されており、国民皆保険体制の維持が危ぶまれている。
- 強制的に徴収される保険料と税、将来世代の負担 (国債発行) によって賄っている公的な医療保険制度の目的を考えると、医療の内容に着目し、自律 (自己決定) のための医療と救命のための医療を、自立支援のための医療よりも優先的に給付すべきであり、そのために給付率の柔軟化を考え、医療費の伸び率そのものを管理する時期に来ている。

I 国民医療費の水準と伸び

国民医療費の水準（対 GDP 比率）は、かつては OECD 諸国、なかんずく G7 諸国との比較で低いことが問題にされた。その目的は、「低すぎる」医療費のアップが必要だという主張を裏付けることであった。2014 年度の推計では、分子である保健医療支出の定義が変更され、介護費を含むことになったせいもあり、日本の医療費水準が 11.4% に上昇し、米国、スイスに次いで、世界第 3 位であるとされたが、さらに今度は分母の GDP の見直しが行なわれるため、その比率は 10.8% に低下して、第 6 位になることが見込まれている。このように、国際比較を根拠に医療費の多寡を論じるのは、安定した議論とは言えない。時々の思惑によって、恣意的に論じられることが多く、その際には OECD（あるいは G7）諸国の平均が日本の医療費を論じるうえで、どのような意味を持つのかも十分吟味されていない。

一方、国民医療費の絶対水準を論じることも非常に難しい。良質な医療を国民に過不足ないように提供できている状態の医療費が、適正な医療費の水準となるはずであるが、医療へのアクセスそのものが完全ではない以上、実際の測定は極めて困難である。しかも、医療費は医療のニーズのみに基づいて決まるのではなく、価格（自己負担金額）との関係を考えて実際の需要によっても影響を受け、さらに供給サイドが事実上の医療サービスの内容を決めるとも言えるからである。

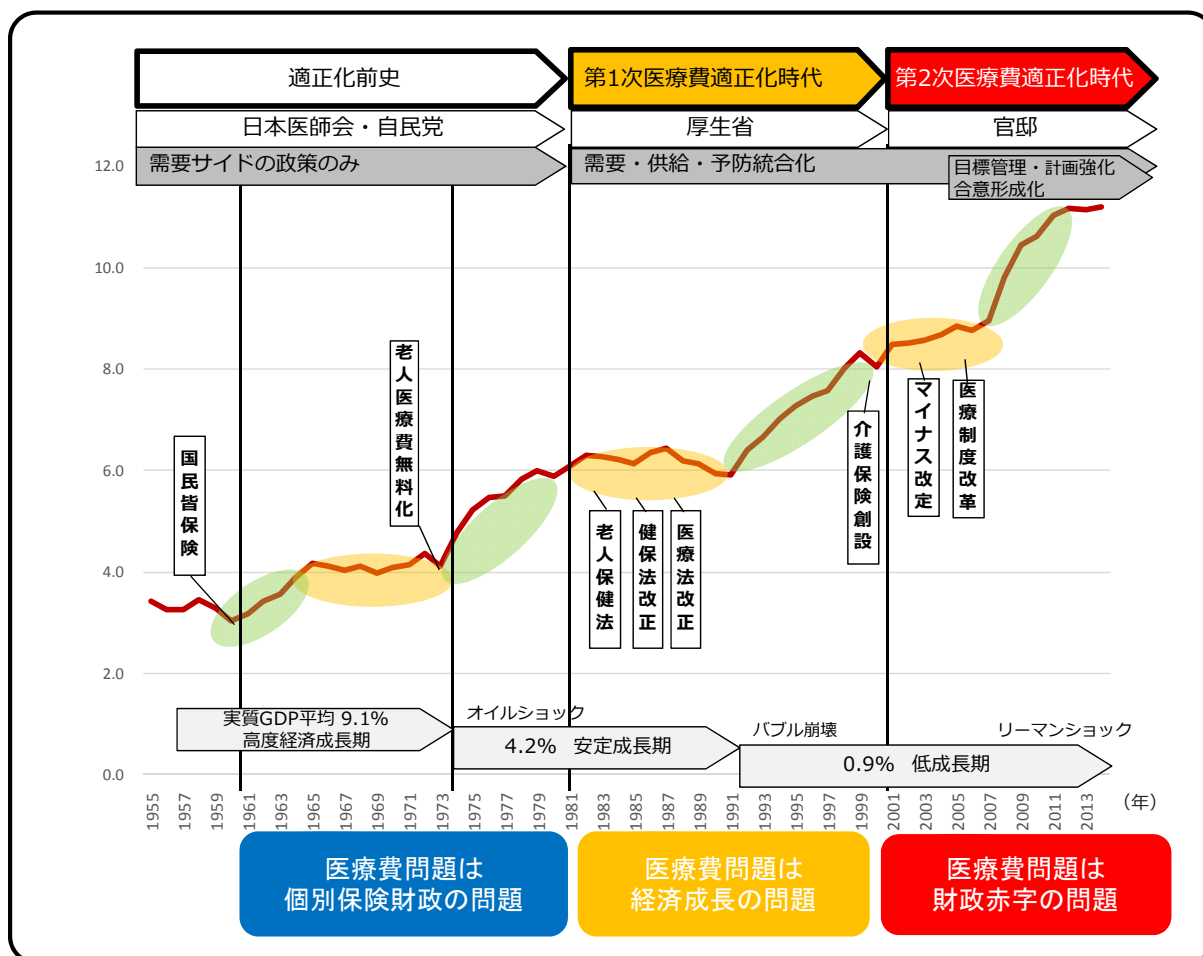
そこで、厚生労働省は国民医療費の絶対水準を問題にするのではなく、国民医療費の伸びを国民所得の伸びと比較し、前者を後者の範囲内にとどめることを医療費政策の目標としてきた。医療費適正化政策に対しては、医療費抑制策ないし医療費削減策であるという表現が目立つが、実際に問題にしているのは伸び率であって絶対水準ではない。国民医療費の絶対水準を下げようとする政策や意見は、今後は人口が減るので出てくる可能性はあるが、これまでは皆無に近かったことに注意したい。

II 医療費適正化の歴史

「医療費の適正化」が何を意味し、どうして必要なのかを考えるうえでは、その歴史を考えることが重要である。医療費適正化はつい最近始まったものでも、戦後すぐの時代から存在し続けているものでもない。

戦後の日本の医療費適正化政策の歴史は 3 つの時代に分けられる。そしてその基底には経済成長の鈍化という事実がある。

図表 1 医療費適正化の時代区分



出所：印南編 (2016) を改変したもの

図表 1 中のギザギザの線は、国民医療費を国民所得で割った比率（医療費比率と呼ぶことにする）の年次推移である。この医療費比率は戦後から現在までを通して大きくみれば、右上がりに増加していることが明らかである。つまり、経済の規模と比べた医療費の割合は、かなり増加しているのである。しかし、より仔細にみれば、比率が横ばいの時期と急速に増加している時期があることに気がつくだろう。前者を医療費比率安定期、後者を医療費比率急増期と呼ぼう。この比率の分母は国民所得なので、医療費が伸びても経済が成長すれば、医療費比率は安定し、医療費の伸びがそれほどでなくとも経済が成長しなければ、医療費比率は上昇することになる。そして、これに医療費政策を重ね合わせると、医療費比率が急上昇すると、新たな医療費適正化政策の段階に移行するというパターンを繰り返していることがわかる。

まず、第一の時期は戦後から 1970 年代までで、適正化前史とでもいうべき時期である。この時期は大きく見れば、戦後の復興、高度経済成長期に当たる時代で、1961 年の国民皆保険の実施により国民医療費は急増したが、経済成長率が高かったため、医療費比率は比較的安定していた。医療費に関する問題はもちろん存在したが、政管健保（現

協会けんぽ)、国民健康保険の赤字問題で、いわば個別保険の財政問題だったと言える。制限診療が撤廃され、給付率がむしろ上昇し、病院建設が進み、医師数も増大していった。日本の医療提供体制・保険制度は、1970年代中ごろには先進諸国に追いついたとも言える。

1973年は老人医療費を無料化し福祉元年と呼ばれた年である。が、皮肉なことに、同年オイルショックが起きて、日本経済は平均GDPが二桁近い伸びを示した高度成長時代から4%前後の安定成長時代に移行する。しかし、老人医療費を中心に医療費は伸び続けた。医療費比率は急上昇を続け、老人病院を中心として病床数が急伸し、世界に類をみない病床過剰状態が出現する。

1970年代の末期、世界的に社会保障の見直しが起きる。日本では1981年の第2次臨調の報告書により、医療費と社会の活力を結びつけた国民負担率の議論がされ、(第1次)医療費適正化時代が始まることになる。老人保健制度の創設(老人医療費無料化の廃止)、健康保険法の被用者自己負担への1割負担の導入、地域医療計画と病床規制の導入、医学部定員の削減と、立て続けに新しい政策が実行された。予防・保険・提供体制を総合した政策が採られるようになったのが特徴と言える。この後バブル経済を迎えたことにより医療費比率は安定するが、周知の通り1991年にはバブル経済が崩壊し、日本経済は安定成長から低成長時代にもう一段階ステップダウンすることになる。

経済は成長しなくとも医療費の伸びは止まらないので、当然、医療費比率は急上昇をした。しかし、政権が安定しなかったこともあって、強力な医療費適正化政策は実現しなかった。この時期は、老人医療費が急増しながらも、制度改正が実現しなかった1970年代末期と酷似する。そして同じように、大きな転機が訪れることになる。

2000年に行財政改革が行なわれ、官邸主導の政治スタイルが確立する。小泉内閣は経済財政諮問会議を活用し、診療報酬のマイナス改定など強力な政策を採った。この時期以降、現在に至るまでを第2次医療費適正化時代と呼んでいいだろう。第1次医療費適正化時代は、医療費は経済成長と結びつけられ論じられたが、第2次医療費適正化時代には、経済成長に加え、累積する財政赤字の原因として医療費問題が議論されていることに注意したい。また、2006年の医療制度改革により、医療費適正化計画が導入され、特定健診の受診率や平均在院日数に関する目標値が設定された。目標管理と計画制度の導入が、この第2次医療費適正化政策の特徴であり、現在の地域医療構想もその延長上にある。

医療政策の主導権という観点からすると、適正化前史は日本医師会の武見会長と自民党執行部が握り、第1次医療費適正化時代にはこれが厚生省に移り、さらに第2次医療費適正化時代には官邸に移ったと言えるであろう。医療費の改定率はもはや中医協ではなく、政府が決定している。現在の薬価制度改革の議論を見ればわかるように、医療費政策の重要部分について、経済財政諮問会議の出す「骨太方針」が大きな影響力を持つに至っているのである。

Ⅲ 医療費はなぜ増えるのか

1980年代の初頭から、国は経済との関係で、国民医療費の伸び率を国民所得の伸びの範囲内にとどめるといふ政策目標を掲げてきた。しかし、この政策目標が実際に達成されたのは、第1次、第2次医療費適正化時代初期の強力な医療費政策が採られた直後の数年間だけだった。医療費の伸びをコントロールする政策が必要なのであるが、コントロールするにはそもそもなぜ医療費が増え続けるのかの原因分析が必要なはずである。

政府は、国民にわかりやすく説明するために、高齢化と人口増減の影響、診療報酬改定の影響、その他に分けて分析している。それによると大きな原因の二つのうち一つは高齢化で、もう一つはその他（医療の高度化分など）ということになっている。年齢階級別、都道府県別、入院・入院外等の区分別の医療費の動向などを発表しているが、これらの分析には致命的な問題がある。医療費のどこが増えているかを示すだけで、なぜ増えるのかという問いには答えてくれないからである。一方、アカデミックな世界にも数多くの分析があり、病床数、所得等の多くの指標を医療費増加の原因として抽出するが、クロスセクション分析も時系列分析も方法論上の限界の問題があつて、どれが最大の要因かは不明なままであつた。

そこで、筆者は30年間という長期の都道府県別の一人当たり国民健康保険医療費と老人医療費のデータを用いて、何が最も重要な医療費の増加要因なのかを分析した。分析手法はクロスセクション分析と時系列分析を包括したパネルデータ分析と呼ばれるものである。手法の詳細は専門的なので省略するが、この分析手法では要因の強さは弾力性という概念で示され、相互に比較可能になる。つまり、たとえば病床数が1%増えたら医療費は何%増えるのか、医師数が1%増えたら医療費は何%増えるのかを教えてくれることになる。しかも、他の要因（高齢化率や疾病構造、県民所得等）との相関を除外してくれるので、その要因単独での影響がわかることになる。モデルを図表2にその結果の総括を図表3に示す。

図表2 一人当たり国保医療費のパネルデータ分析モデル

$y_{it} = \alpha + \sum_1^j \beta_j x_{it}^j + \sum_2^t \gamma_t D_t + e$ 水準モデル

$\ln y_{it} = \alpha + \underbrace{\sum_1^j \beta_j \ln x_{it}^j}_{\text{静的決定構造}} + \underbrace{\sum_2^t \gamma_t D_t}_{\text{年次効果}} + e$ 水準対数モデル

$\left(\frac{y_{it}}{y_{it-1}}\right) = \alpha + \sum_1^j \beta_j \left(\frac{x_{it}}{x_{it-1}}\right) + \sum_2^t \gamma_t D_t + e$ 増加率モデル

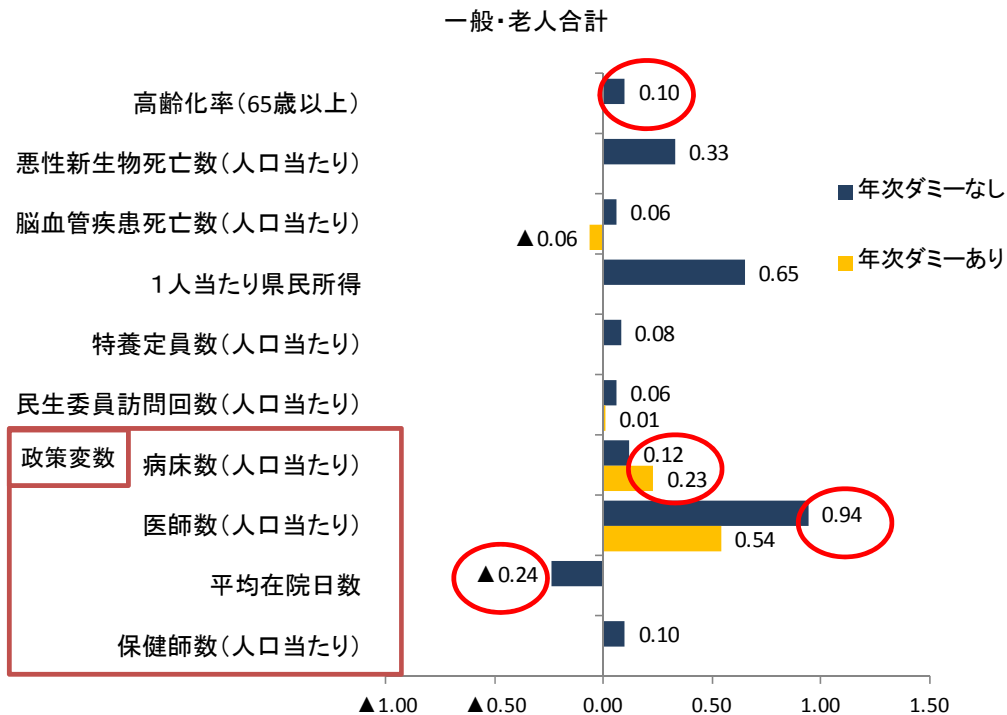
$\ln\left(\frac{y_{it}}{y_{it-1}}\right) = \alpha + \sum_1^j \beta_j \ln\left(\frac{x_{it}}{x_{it-1}}\right) + \sum_2^t \gamma_t D_t + e$ 増加率対数モデル

- y_{it} は都道府県jのt年における国保医療費を表す。
 - x_{it} は医療費の増加要因の変数で β_j はそれらの係数（意味は、寄与度、水準弾力性、増加率寄与度、増加率弾力性を表す）。
 - D_t は年次ダミーそれぞれ該当年以降を1、それ以外を0とし、 γ_t はその係数。
 - α は定数項を表す。
 - e は誤差項を表す。

- 予め単位根検定（Levin, Lin and Chu検定、Im, Pesaran and Shin検定、ADF-Fisher検定、PP-Fisher検定）を実施して、**被説明変数、説明変数の定常性を確認**した。⇒見せかけの回帰の問題を回避
- 分析は最小二乗法によるパネル分析とし、それぞれについて**プールOLS、固定効果モデル、変量効果モデル**の3種類を実施した。

出所：印南編（2016）を改変したもの

図表3 一人当たり国保医療費の分析結果



出所：印南編（2016）を改変したもの

分析結果はやや驚くもので、医療費増加の最大の要因は、これまで主張されてきた高齢化でも所得でも病床数でもなく、医師数であった。そして、この結果は老人医療費でも、入院医療費、外来医療費（在宅医療費は含むが歯科・調剤は含まない）でも同じであった。もう一つわかったことは、最大の要因である医師数の影響力（弾力性）もそれほど大きいわけではなく、どれか一つの要因を除去すればすべての問題が解決するような「魔法の杖」はないということであった。

なお、医師数が医療費の伸びの抑制上重要である理由はもう一つある（分析は割愛する）。あらゆる医療費適正化政策に対して、医師は需要を誘導することによって対応できるからであり、実際には1日当たりの診療密度を上昇させることがわかっている。その背景には、毎年度一定以上の所得を確保しようとする目標所得仮説がある。後述する医療技術の進歩と並んで、医師数の増加は医療費を膨張させる基礎圧力であると言ってよいであろう。

IV 医療費分析から得られる政策案

医療費が伸びる最大の要因が医師数であれば、医学部定員を削減するというのが直接的に出てくる政策案である。しかし、10年ほど前に、医師不足を解消するという理由で医学部定員を増やしたばかりなので、医療費の伸びの抑制のために医学部定員を再び削減するのは容易ではない。医師不足問題の本質は、実は日本全体の医師資格者総数ではなく、医師の診療科（産婦人科、小児科、救急等）偏在と地域偏在、あるいは病院勤務医の過重労働問題であり、これらの問題は医学部定員を増加させ始め10年たった現在でも、実は解決していない。

一つの解決方法は、（医学部定員削減と同時に）保険医の診療科別、地域別の定員を設けて、医師偏在問題と医師総数問題の同時解決を目指すことである。過剰と思われる診療科や地域に定員を設ければ、偏在問題は少なくとも解決できそうである。しかし、新規開業などに限定される可能性が強いので、効果が出るまでに時間がかかることになる。

医療費分析のもう一つの結果は、医療費適正化の「魔法の杖」はないであった。これは現在行なっている政策も含めて、包括的な政策を継続する必要があるということの意味する。その好例は諸外国に比べ極めて多い病床数の規制である。現在は、都道府県レベルで行なう地域医療構想に基づき、関係者間で話し合っ、急性病床中心に病床転換・削減をすることになっている。

しかし、病床削減は容易ではない。日本は民間病院がほとんどなので、既存の病床数を削減するには、診療報酬の誘導を通じて病院に自主的に行なわせるか、都道府県知事に病床転換や削減命令の権限を付与しない限り難しい。前者は行なわれているが、効果が出るのに時間がかかる。後者については、仮にそのような権限を付与したとしても、

あえて権限を行使するインセンティブが存在しない。地域住民の多くは、増床や新規の病院建設を望んでおり、病床削減や病院の移転・廃止には強く反対するからである。したがって、本当に病床削減が進むのか注視が必要である。著者は、医療保険が認可する「保険病床」という概念を作り、その合理的な設定を行なう方が容易であると考え（物理的にベッド数を減らす必要がないため）。

入院患者の平均在院日数の短縮化はどうであろうか。実は、平均在院日数の短縮化は、医療の質を向上させるには良いのであるが、医療費に対しては、老人入院医療費を除いてむしろ増加要因であるということが、パネルデータ分析では判明した。平均在院日数の短縮化を政策として続行する場合には、病床種別単位、都道府県単位でのきめ細かな目標設定が必要である。

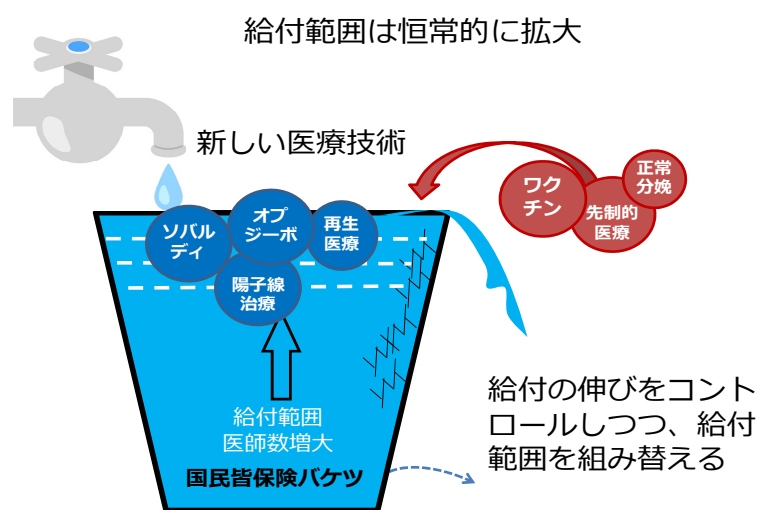
その他、予防保健活動の活発化による医療費適正化効果も期待されたが、分析では明白な結果は認められなかった。予防活動の重視はもちろん良いことなのであるが、短期的には医療費適正化効果は発揮されそうもない。

V 医療技術の進歩

筆者の医療費分析では、医療技術の進歩は明示的な変数としては投入していない。医療技術が日々進歩しているのは誰の目にも明らかであるが、それを代表する良い測定指標が見当たらないからである。分析のデータも分析当時の最新であった 2012 年までであり、日本の場合、どんな医療技術も全国一律の値段が付けられているので、ある程度コントロールされてきたとみていた。

しかし、近年超高額の C 型肝炎治療薬や抗がん剤の登場によって、この状況は一変した。このような超高額薬剤は今後も続々と出てくる予定である。また、再生医療や重粒子線治療など、効果はあるが価格も高い医療技術が目白押しである。日本の医療保険は極めて新しい技術に寛容であり、たとえば新しい医薬品については、その安全性・有効性が確認されれば、経済性が良くなくとも、これまでほぼ自動的に保険導入してきた。一方、古くなった医療技術の給付除外は極めて例外的であった。つまり、保険の給付範囲は恒常的に拡大してきているといっていよい（図表 4）。

図表 4 国民皆保険と医療技術の進歩



日本の国民医療費は 41 兆円を超え、その 40%近くが税で賄われ、その一定部分は国債発行という形で将来の世代の負担になっている。新しい高価な医療技術が続々と保険導入された場合、国民皆保険が本当に今後も維持できるのか、心配する向きも少なくない。薬価や材料価格への費用対効果評価の本格導入が解決方法の一つとして期待されているが、マンパワーやイノベーションの促進とのバランスからみて、大きな即時効果をもたらすとは思えない（導入自体は望ましい）。

日本の財政については一部に楽観論がある。しかし、財政破綻の原因がすべてわかっているわけではないため、楽観してよいはずがない。仮に本当に財政危機が迫った場合、医療保障制度はどうなるのであろうか。税金を投入して支えている後期高齢者医療制度や地方自治体が運営する国民健康保険は破綻するはずである。所得の低い高齢者や非正規雇用者の医療は著しく制限され、生命にすら影響が出るかもしれない。一般会計から赤字を補てんしている公立病院も運営できなくなる。これは最悪の事態であろう。

国民医療費全体を圧縮するという、やや乱暴であるが強力な案もある。日本は医療サービスについては公定価格（診療報酬）制度を採っており、それは点数×点数単価という構造を持っている。この点数単価を引き下げればよいのである。現在、1 点 10 円であるが、これを 9 円にすれば国民医療費全体がほぼ 10%削減されることになる。しかし、医療機関の中には、利益率が 10%を切っているところもあり、このような措置が本当に実施されれば、医療提供体制の一部は崩壊することになる。

VI 医療費政策をめぐる状況

ここで目を転じて、医療政策をめぐる状況を見てみよう。日本の国民医療費は、そのまま市場規模を示すので、医療は 40 兆円を超える産業とも言える。うち、製薬産業・医療機器材料産業は 10 兆円の規模があり、自動車産業と納税額を競っている。これに介護の 10 兆円が加わる。医師・看護師・介護士も含めて関係者を足せば、少なくとも 600 万人は関わっている。社会保険制度の上で生活している方が非常に多いと言ってよい。そして、この方たちは基本的には医療費が増えることを歓迎し、既得権益を守るために業界団体を通じて陳情している。

医療政策は政府の審議会で議論されるが、その議論はかなり専門的で、一般国民には理解しがたい部分がある。民主主義国家では基本的に合意形成が重視されるので、政策が採用されるまで長い時間がかかることになる。医師の地域・診療科偏在問題は、指摘されてから 40 年以上も解決されていない。画期的な政策が採用されても激変緩和の名の下に、経過措置が多く設けられ、中にはそのまま長期間継続しているものも少なくない。

国民はどうであろうか。健康・医療は国民の最大の関心事であるが、自分が払っている自己負担金額や保険料には関心はあっても、制度全体の持続性に関心を持つ人は多く

はない。国民皆保険は世界に誇れる素晴らしい制度であるが、作られてから 55 年が経過し、これまでなんとか維持するために払われた努力が忘れ去られているようである。

老人医療費の無料化で過剰に医療費が増え、その制度改革に 10 年近い年月を要したのに、今度は未就学児・就学児の医療費無料化措置が拡大してきている。3.8 兆円に及ぶ生活保護費の半分は、やはり自己負担がない医療扶助である。低所得者層の医療費は無料にというのは、一見優しい主張のように見えるが、無料化は医療費の無駄使いを助長する。社会全体のコストを無視し、財源の手当てを考えない主張・要求は無責任とすべきである。

このような状況が医療費問題の解決を難しくさせる。しかも、医療費の分析結果から得られる政策案はどれも重要であるが、決定的な政策とまでは言えない。診療報酬の単価を一律に切り下げようような極端な措置に訴えずに、医療費の伸びを抑えていくにはどうしたら良いのであろうか。より根本から考え、抜本的な解決策を採る必要があると言えるであろう。

VII 理念に基づく医療費適正化政策

素朴に考えてみよう。古今東西、人類が幸福を追求してきたこと、その幸福の中身は千差万別だと言えることは認められるであろう。どのような幸福を追求するかは各人が自由に決めるべきである（「自律」ないし「自己決定」）が、生きていなければ幸福追求も自律もままならない。そして、病気やケガで苦痛にさいなまれるのでは、自律はもちろん「自立」した生活を送ることはできないであろう。この考えは、国の最高法規である日本国憲法で明確に位置付けられている。第 13 条で個々人の幸福追求を権利として認め、生命権と自己決定権が規定されていると解釈できること、そして第 25 条で文化的で最低限度の生活を送る権利を定めてあるのである。

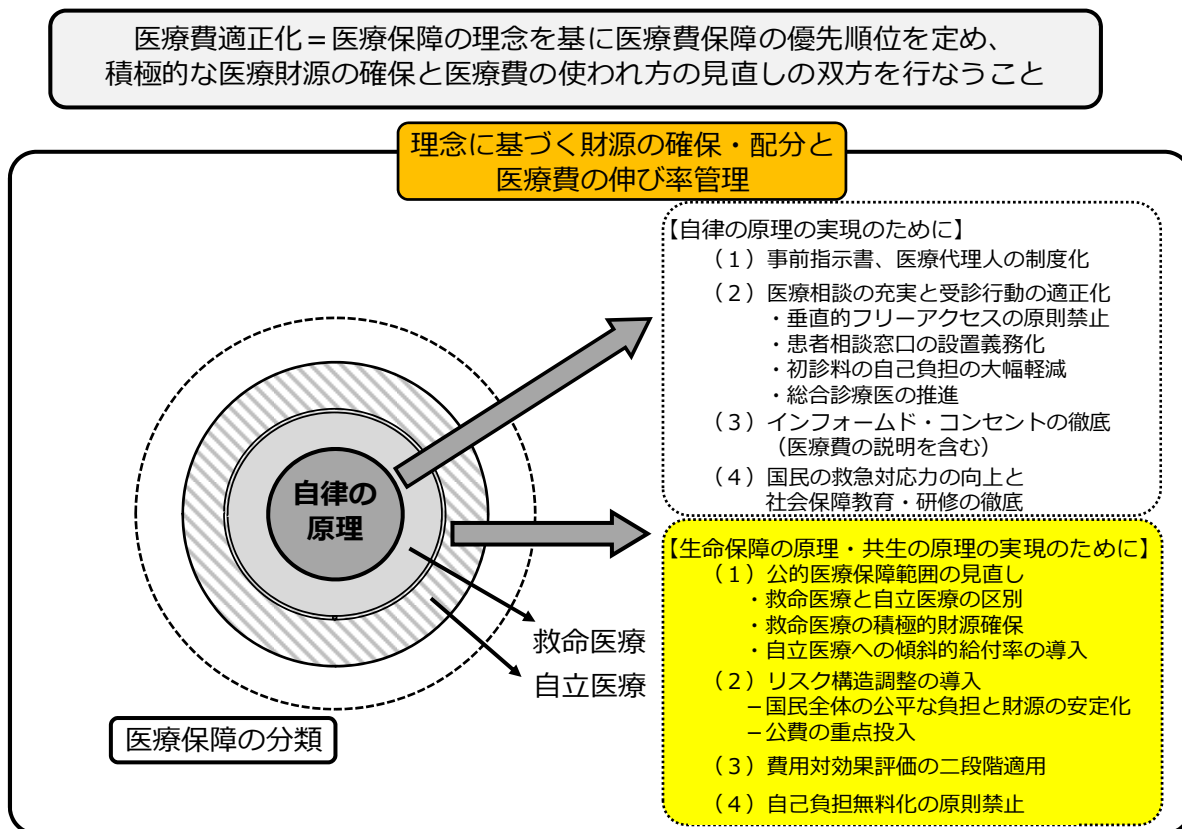
社会連帯に基づき、医療面でこれを保障するのが公的な医療制度だと考えることができる。だから、社会保険に強制的に加入させられること、受けられる医療保障は同じなのに、所得に応じて（場合によっては高い）保険料を払うことを私たちは許容しているとみるべきであろう。しかも、医療費の一部は国債発行によって将来世代の負担に回されているのである。強制的に徴収される保険料や税がなければ、別の形で私たちは幸福追求をすることができるのであるから、社会保険で給付される医療には、どこかに（内在的な）制約があるべきである。

現代正義論の父と呼ばれるジョン・ロールズは、功利主義の前に正義論が展開されるべきことを訴え、「無知のヴェール」という手法を提示した。これは制度に関するすべての知識を持ちながら、自分の立場のみは不明だと仮定して議論する手法である。筆者は仲間の学者とともにこの手法を応用し、憲法論にも基づきながら、医療においても自己決定権が最優先され、次に生命保障が優先し、それ以外の自立保障は経済的財政的な

制約との調整弁として機能すべきだという考え方を打ち出した。三段階理念論と呼んでいる。著者らの考えによれば、医療費適正化は単なる医療費の伸び率抑制ではなく、「医療保障の理念を基に医療費保障の優先順位を定め、積極的な医療財源の確保と医療費の使われ方の見直しの双方を行なうこと」になる。

このような理念に基づく考え方は、医療保障に限らず社会保障全体に広く適用可能であるが、医療費保障への具体策として、「自律」重視の立場から事前指示書や医療代理人制度の創設を、「生命保障」の「自立支援保障」に対する優先性から、医療費全体の伸び率管理、給付範囲の見直しと給付率の柔軟化、リスク構造調整の導入といった、やや大胆な提案をした（図表5）。この提案やその実現可能性については、多くの批判がありえるが、場当たりの議論や小手先の議論に辟易している読者にとっては、医療保障や医療費適正化のあり方を見つめ直すためのガイドとなると考えている。

図表5 抜本的な医療費適正化政策の案



出所：印南編(2016)

なお、著者らの考えの特徴は、医療保障を年齢や所得で区分して考えるのではなく、医療の中身自体に注目することにある。医療を生命保障に対する距離からみていくつかの機能別に分類し、それを給付率と関係づけるのである（図表6）。

現在、日本の社会保険は被用者保険、地域保険を問わず全保険制度の間で、入院も入

院外も7割給付で統一されている。保険制度が異なっても給付率が統一されていることは、国民の間の公平・平等の観点から見て維持されるべきであるが、入院と入院外で給付率が統一されていること、すべての医療給付で同一の7割給付である必然性はない。一度、保険の給付範囲そのものを再検討し、給付率を上げるべきもの、維持すべきもの、給付率を下げるべきもの、保険給付からそもそも除外すべきものに分類し直す必要があるだろう。保険外併用療養費、高額療養費制度も併用すれば、必要な医療が給付されないという事態は生じないと目される。

図表6 医療分類（試案）

	大分類	主な傷病
救命医療	A:緊急かつ致命的	腸管感染症、虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、肺炎、ぜんそく ^a 、胆石症及び胆のう炎、痔疾患 ^a 、流産 ^b 、頭蓋内損傷及び内臓の損傷、熱傷及び腐食、中毒など
	B:緊急でないが致命的	各種悪性新生物、甲状腺機能障害、糖尿病 ^c 、高血圧 ^c 、肝炎 ^c 、肝硬変、腎不全 ^c 、単体自然分娩 ^d 、骨折など
自立医療	C:感染・危害	結核、性感染症、皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患、中耳炎、真菌症、急性鼻咽頭炎など
	D:機能障害	認知症、統合失調症、てんかん ^a 、脳性麻痺、白内障、う蝕、脊椎障害、慢性閉塞性肺疾患、月経障害及び閉経期周辺期障害など
	E:苦痛緩和	痔核、胃炎及び十二指腸炎、皮膚炎及び湿疹、尿路結石症など
	F:その他 ^d	アルコール性肝疾患 ※基本分類ではないが、肩関節周囲炎、脂肪肝、鉄欠乏性貧血などが考えられる。

給付率アップ

給付率柔軟化

給付から除外

a:慢性期か急性期によって病態が大きく異なるため、実際に分類する際には十分な検討が必要になる。
b:分娩や流産は、母子ともに生命に関わるリスクが高いことから、救命医療に入れてある。
c:適切な治療を受けていれば致命的になる可能性が低い疾患は、新たに分類を設けて自立医療（重度化予防医療）とすることも可能である。
d:予防可能性が高い疾病や、対症療法的治療しかできず医療保障の必要性が低いものをFに分類している。

※基本分類を区分したが、各基本分類に含まれる詳細な傷病分類では、区分が異なる可能性がある。
実際の運用にあたっては、医学上、実務上の観点から、専門家からなる委員会で決定することが必要である。
患者の発生状況や医学の進歩等に合わせて、定期的見直しが必要である。

出所：印南編（2016）

VIII 削る政策から守る政策へ

さて最後に具体的な例について考えよう。最近のC型肝炎治療薬や抗がん剤等の超高額薬剤をとりあげる。これらの薬剤について、費用対効果評価制度などを用いて適正な価格設定をすべきことは当然であるが、それでもかなり高額になる。治療効果が高い画期的な薬の開発には、長年の努力と相当な費用がかかるので、未来のイノベーションを促進する意味でも、安くすればよいというものではない。

保険財政が持たないからという理由で、超高額な医療技術を公的な保険給付から外す

べきであろうか。外せば民間保険がカバーすることになるが、民間保険に加入できない低所得者等は、新しい医療技術の恩恵を得られなくなる。高齢者について高額な医療技術の適用を制限すれば、年齢による差別になる。社会にとっての生産性が高い者にのみ、高価な医療技術の適用を認めるのであろうか。その判断は神のみに許される所業であろう。

三段階理念論からすると、これらは救命医療なので、公的医療保障から「削る」のではなく、その中で「守る」ことを第一義に考える。低所得者や高齢者のアクセスを制限するのではなく、財源調達を考えるのである。しかし、それでも財政を圧迫し、制度の存立さえ危うくなるかもしれない。そのために、あらかじめ制度全体を救命医療と自立医療の観点から再編し、医療費全体の伸び率を管理する手法を確立しておくのである。

現在、マッサージだけで年間約 4,000 億円も医療保険から給付している。湿布薬等自立医療に関わる薬剤は、日本全体では 1,000 億円以上に上る。これらを保険給付から外すのも一案であるが、既に述べたように、保険給付全体を再度見直すことが重要である。手始めに、薬剤については、救命に関わるもの、感染、機能障害、苦痛緩和、その他（自己責任を問える疾病に関するもの等）に分類し、給付率を変えるとというのはどうであろうか。段階的な薬剤の給付率はフランスでも採用している。救命医療を守るために自立医療の自己負担を少しだけ増やすという考えである。

医療・介護制度は、国民の生命を守る重要な安全保障の一つである。ただし、強制的に徴収された保険料と税で賄われ、しかもそのうち一部は将来世代の負担に回されているということを肝に銘じて、守るべきものを一層明確にするべきであろう。

注記：本稿は、一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構における自主研究事業、および東大一慶應義塾大学シンクネット事業に基づく研究成果と、拙編著「再考・医療費適正化—実証研究と理念に基づく政策案」（有斐閣、2016 年）、さらに 2017 年 4 月日本経済新聞「やさしい経済学」に基づいている。政策案に関する部分は、著者の個人的見解であり、著者が所属する組織のものではないことをお断りしておく。