



医療経済研究会

No. 589
2013/12/2

「 第二次安倍内閣の 医療・社会保障改革の行方 」

日本福祉大学 学長
二木 立 氏

お願い

- ★ 携帯電話をお持ちの方は電源を切るか、もしくはマナーモードにしてください。
- ★ 当研究会の内容につきまして、録音、録画、ならびに資料の無断転載はお控えいただきますようお願い致します。

ご協力宜しくお願い致します。

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

本資料の全部又は一部を問わず、無断で転載、
使用、複製、配布、改変等することはできません。



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

第二次安倍内閣の医療・社会保障制度改革の行方

二木 立（日本福祉大学学長）

「パワーポイントなどは使わない。証拠隠滅型電気紙芝居は嫌いだ。大量のプリントを配布する」（村上宣寛『「心理テスト」はウソでした。』日経BP社, 2005, 158頁）
「私は何事も厳しく評価する人間だが、基本的には評価は相対的に行っている」（J・E・スティグリッツ『人間が幸福になる経済とは何か』徳間書店, 2003, 19頁）

はじめにー私の医療経済・政策学研究についての3つの心構えと著書の紹介・宣伝

○私の医療経済・政策学研究についての3つの心構え

- *医療改革の志を保ちつつ、リアリズムとヒューマニズムとの複眼的視点から研究。
- *事実認識と「客観的」将来予測と自己の価値判断の3つを峻別するとともに、それぞれの根拠を示して、「反証可能性」を保つ：医療・介護政策の光と影を「複眼的にみる」。
- ※「客観的」将来予測：私の価値判断は棚上げし、現在の政治・経済・社会的条件が継続すると仮定した場合、今後生じる可能性・確率がもっとも高いと私が判断していること。
→2009～2012年は、個別の政策の「客観的」将来予測がきわめて困難だった。
ただし、日本の医療制度の2つの柱（国民皆保険制度と民間非営利医療機関主体の医療提供体制）の「根幹」が維持されるのは確実。
& 医療提供体制改革と「地域包括ケアシステム」は、政権交代の影響を受けない。
ー福田・麻生内閣→民主党の3内閣→安倍内閣でまったく変わらない！

*フェアプレイ精神。

○最近出版した著書の紹介と宣伝

- *『介護保険制度の総合的研究』勁草書房, 2007.
 - *『医療改革と財源選択』勁草書房, 2009.
 - *『民主党政権の医療政策』勁草書房, 2011.
 - *『TPPと医療の産業化』勁草書房, 2012. 5.
 - *『福祉教育はいかにあるべきかー演習方法と論文指導』勁草書房, 2013. 4.
- 2005年1月以降発表したすべての論文は、「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」に掲載（「いのちとくらし非営利・協同研究所」のホームページに転載）。

0. 第二次安倍内閣は、医療・社会保障政策については、「安全運転」を続けている

- 2012年12月総選挙直後、「参院選までは『安全運転』」と予測（文献1）。
- *参院選直前の2013年6月の3つの閣議決定はその典型（後述）。
- 参院選の議席面での圧勝と「ねじれ国会」の解消後も、この流れは変わっていない。
- *社会保障制度改革プログラム法の医療制度改革の「中身」（not理念）は、民主党政権時

代の「社会保障・税一体改革」の延長。

*医療分野への市場原理導入政策は限定的&政府内で論争・攻防が続いている。

・一般医薬品のインターネット販売の全面解禁→原則解禁へ。

○安倍内閣が長期政権化し、しかも政府内で新自由主義派の影響力が再び強まった場合、流れが部分的に変わる可能性。

*今後3年間国政選挙は行われぬ&3年後に衆参ダブル選挙が行われ自民党が大勝？

*ただし、「政界の一寸先は闇」（川島正次郎自民党副総裁）。

1. 参院選後の安倍内閣の医療政策を読む【添付論文1】

○安倍内閣の政治基盤は盤石ではない：私がこう考える3つの理由。

○消費税引き上げの有無にかかわらず、診療報酬マイナス改定の可能性が大きい。

○医療提供体制改革と患者負担のダークホース。

*介護療養病床廃止の再棚上げ。

*「給食給付（医療上必要なものは除く）の原則自己負担化」。

○混合診療全面解禁は（たとえ日本がTPPに参加しても）ありえない（4. で詳述）。

*新川浩継財務省主計局主計官「個人的には、混合診療の全面的な解禁には反対の立場」
&「保険外併用療養費制度の活用を考えなければならない」（10月17日シンポジウム）。

2. 私が「保険外併用療養拡大」より「法定患者負担拡大」を危惧する理由【添付論文2】

○評価療養の大幅拡大（「先進医療」への長期間滞留）は経済的にも、政治的にも困難。

*経済的理由：新薬や新しい医療機器の市場が拡大せず、政府の両産業育成政策と矛盾。

*政治的理由：現在の医療保険給付範囲の広さと国民の先進医療志向。

○法定患者負担が野放図に拡大する危険—患者にとっての「今そこにある危機」。

*70~74歳の高齢者の2割自己負担化（患者負担増：2000億円）。

*入院給食費の全額自己負担化（5000億円）。

*外来受診時定額負担（1回100円で2000億円）。

*外来診療への免責制導入（1回500円で1兆円、1000円で2兆円）。

vs 「先進医療」の費用（患者負担+保険診療）は146億円（2012年）。

○28年前の私の「階層医療化の懸念」の検証：現時点ではまだ実現していない。

3. 社会保障制度改革国民会議報告を複眼的に評価し「プログラム法案」を批判する【添付論文3】

○社会保障制度改革国民会議報告は複眼的に読む必要がある。ただし、政府文書ではない。

*負担増と給付の重点化への疑問。

*負担増と給付の重点化で考慮・注目すべき2つのこと。

*「社会保障の機能強化」が復活：社会保障制度は「社会保険制度〔共助〕が基本」。

*「国民皆保険の維持」が復活。

*医療提供体制革の提言は見識がある。

*国民会議報告に書かれていない2点に注目すべき。

○社会保障制度改革プログラム法案の理念は国民会議報告とは異質。

- * 「自助・自立を基本」 & 自助には「家族相互の助け合い」も含む。
- * 「個々人の自助努力を行うインセンティブを持てる仕組み」を医療・介護制度に入れる。
 - －健康の自己責任原理の復活：社会疫学の最近の実証研究に反する。
- 中期的には、プログラム法案には含まれない一層の患者・利用者負担や「保険給付の対象となる療養の適正化」、医療費増加の「キャップ制」・診療報酬の大幅マイナス改定？

4. 安倍内閣の「骨太方針」と「日本再興戦略」の医療・社会保障改革方針を読む

【添付論文4】

- 3閣議決定の「格」の違い：「骨太方針」>「日本再興戦略」>「規制改革実施計画」。

A. 「骨太方針2013」を複眼的に読む

- 小泉内閣の「骨太の方針」の部分的復活。
 - * 「持続可能な社会保障」、「社会保障制度についても聖域とはせず、見直しに取り組む」。
 - * 「社会保障の機能（の）強化」、「社会保障の機能の充実」は消失。
- しかし、全面的復活ではない。
 - * 「小さくて効率的な政府」はなく、「目指すべき社会保障の規模は中福祉・中負担」。
 - * 社会保障費削減（伸び率抑制）の数値目標も盛り込まれず。
- 医療改革方針は先送り（→上述した「社会保障制度改革プログラム法案」へ）。
 - * 医療保険制度、医療提供体制とも具体的改革方針はまったく書かれていない。
 - * 「医療・介護分野でのICTビッグバン」：これの医療費削減効果は実証されていない。
 - * 「給付の重点化」や「療養の範囲の適正化」もなし。これは、参議院議員選挙対策。

B. 「日本再興戦略」は菅内閣の「新成長戦略」（2010年6月）の焼き直し・二番煎じ

- 「健康長寿産業」を「成長の原動力」：「新成長戦略」が「医療・介護・健康関連産業を成長牽引産業」としたことの焼き直し。
 - * 医療等に経済の「下支え」効果はあっても、経済を「牽引」することはできない。
 - * 「下支え」効果を得るためには、公的費用を長期間投入する必要がある。
- 公的費用の投入を避けて市場拡大を図るための「主要施策」：「公的保険に依存しない」「健康寿命延伸産業の育成」や「医療の国際展開」。
 - * 「新成長戦略」や経済産業省「医療産業研究会報告書」で提起された施策の焼き直し。
- 一般用医薬品のインターネット販売の全面解禁は、三重に危うい。
 - * 楽天の三木谷浩史氏⇔オリックスの宮内義彦氏。
 - * 彼らは、次の段階での医療用医薬品のインターネット販売を解禁も狙っている。
 - cf. 『週刊社会保障』9月2日号の日本オンラインドラッグ協会理事長の談話。
- 保険外併用療養費制度の対象拡大方針は「新成長戦略」の再確認。
 - * 「規制改革実施計画」：先進医療の対象拡大は再生医療に限定。
 - * 「骨太方針2013」（3文書中一番格上）：「規制改革会議において、農業、保険外併用療養費制度などについて議論を掘り下げ、思い切った改革に取り組む」。
 - * 閣議決定の3文書間の記述の不整合は異例：政府内で激しい論争が続いている。
- (補) * 参院選後の規制改革会議での議論も、上記方針の枠内。
 - * 「国家戦略特区のイメージ」の「国際医療拠点」も、「保険外併用療養の拡充」。

5. TPP参加が日本医療に与える影響－「今そこにある危機」と混合診療問題

【添付論文5】

- 私のスタンス：「楽観シナリオ」と「地獄のシナリオ」の両方を批判し、分析的な予測。
- TPP参加でアメリカは日本医療に何を要求し、何が実現するか？（2011年11月予測。詳しくは文献(7)）
- *第1段階：医療機器・医薬品価格規制の撤廃・緩和→実現の可能性大。
- *第2段階：医療特区に限定した市場原理導入→長期的には否定できない。
- *第3段階：ISD条項と市場原理の全面的導入→実現可能性はごく低い。
- 現時点では、TPP参加の「今そこにある危機」が医薬品・医療機器価格の上昇であることは、関係者の常識になった。&特区は大規模なものに限定される。
- TPPに参加しても混合診療全面解禁はない。
- *混合診療の全面解禁が挫折する政治的・経済的理由。
- *保険外併用療養費制度の拡充と混合診療全面解禁とは全く異なる。
- *製薬企業は混合診療全面解禁を求めている。
- *混合診療でも高額な医薬品・医療機器の患者負担はあまり減らない。
- 日本郵政・アフラック提携が暗示するもの－TPPでは日米の2国間協議の方が重要。

おわりに－医療・介護は長期的には「永遠の安定成長産業」

- 私は「医療冬の時代」論が蔓延していた1980年代後半から、こう主張。
- *『リハビリテーション医療の社会経済学』（勁草書房,1988,7頁）。
- *『90年代の医療－「医療冬の時代」論を越えて』（勁草書房,1990,7頁）。
- 医療（・介護）費はGDPの伸びを上回って増加することが公的に「保証されている」。
- *小泉政権ですらこれを是認：社会保障費の当然増を毎年2200億円抑制。
- *社会保障制度改革推進プログラム法も社会保障「負担の増大を抑制」＝社会保障費増加の抑制。
- 医療（・介護）収入の大半は公的費用で「守られている」。
- *「総医療費は増えても、公的医療費は増えず、私的医療費だけが増える」は誤解・杞憂（文献(10)参照）
- しかも、医療・介護提供制度の主役は今後も非営利組織（医療法人、社会福祉法人等）。
- 地方の中堅私大経営から見ると医療経営はうらやましい！【添付論文6】

参考文献（自著・自論文） ※NL：「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」

- (1)二木立「総選挙後の医療・社会保障政策を読む－参院選までは『安全運転』」『国際医薬品情報』2013年1月28日号：21-27頁。（NLNo.103）
- (2)二木立「参院選後の安倍内閣の医療政策を読む」『日本医事新報』2013年8月3日号（4658号）：26-27頁。【添付論文1】
- (3)二木立「参院選の自民大勝で、医療政策はどう変わるか－安倍内閣の成長戦略と医療政策の今後の行方」『国際医薬品情報』2013年8月12日号（第991号）：12-15頁。（NLNo.110）
- (4)二木立「私が『保険外併用療養拡大』より『法定患者負担拡大』を危惧する理由（本文は『日本医事新報』2013年10月26日号（4670号）：129-130頁。注は『文

化連情報』2013年12月号（429号）：16-19頁。【添付論文2】

(5) 二木立「社会保障制度改革国民会議報告を複眼的に評価し『プログラム法案』を批判する」『文化連情報』2013年10月号（427号）：16-22頁。【添付論文3】

(6) 二木立「安倍内閣の『骨太方針』と『日本再興戦略』の医療・社会保障改革方針を読む」『文化連情報』2013年8月（425号）：14-20頁。【添付論文4】

(7) 二木立『T P P と医療の産業化』勁草書房、第1章 T P P と混合診療。

(8) 二木立「安倍首相のT P P 交渉参加表明と医療への影響を読む－2年半のT P P 論争の成果にも触れながら」『文化連情報』2013年5月号（422号）：18-21頁。（NLNo.106）

(9) 二木立「T P P 参加が日本医療に与える影響－『今そこにある危機』と混合診療問題」『文化連情報』2013年11月号（428号）：6-13頁。【添付論文5】

(10) 二木立「私はなぜ『医療は永遠の成長産業』と考えているのか？」『日本医事新報』2012年9月8日号（4611号）：28-29頁。（NLNo.99）

(11) 二木立「地方の中堅私大経営から見ると医療経営はうらやましい！」『日本医事新報』2013年7月27日号（4657号）：147-148頁。【添付論文6】

(2013.11.24謹製)

【添付論文1】

参院選後の安倍内閣の医療政策を読む

(『日本医事新報』2013年8月3日号(4658号) : 26-27頁)

7月21日投開票の参議院議員選挙では、大方の予想通り自由民主党が大勝し、衆参のねじれ国会が6年ぶりに解消しました。本稿では、この選挙結果、および昨年12月の安倍内閣成立以降の閣議決定、および自民党「J-ファイル2013総合政策集」(以下「J-ファイル」)を踏まえて、安倍内閣の今後の医療政策について簡単な予測を行います。

安倍内閣の政治基盤は盤石ではない

その前に、安倍内閣の「不安定性」について私見を述べます。参院選後、藤原帰一氏(国際政治学者)は、3年後に衆参ダブル選挙が行われたなら、「自民党の大勝によって2019年まで[今後6年間]安定政権が生まれる可能性がある」と気の早い予測を行っています(「朝日新聞」7月25日夕刊「時事小言」)。

私もその可能性は否定しませんが、次の3つの理由から、安倍内閣の政治基盤は議席数から考えられるほど盤石ではないとも考えています。①自民党は参院選の議席獲得面では大勝したが、比例代表での得票率は34.7%にとどまった。②安倍自民党は、原発、憲法、TPP、消費税等、国論を二分するテーマを避け「経済(アベノミクス)」一点張りの選挙戦術により支持を獲得した。③アベノミクスの三本の矢(大胆な金融緩和、機動的な財政出動、成長戦略)は副作用が大きく、来年以降は、経済が失速する可能性が少なくない。

診療報酬マイナス改定の可能性

医療政策にもっとも影響を与えるのは消費税の引き上げの有無です。「社会保障・税一体改革」では来年4月の8%への引き上げが予定されていますが、安倍首相は、その最終判断を秋に先送りする意向です。もし引き上げが見送られた場合には、財源不足により、来年4月の診療報酬改定で本体部分もマイナス改定になることは確実です。私は、消費税が予定通り8%に引き上げられた場合にも、「一体改革」で予定されていた医療・介護への正味1.2兆円の投入が見送られ、医療費全体はマイナス改定、診療報酬本体もギリギリでプラスマイナスゼロか、わずかのマイナス改定になる可能性が大きいと危惧しています。

その根拠は、財務省の強い影響下にある財政制度等審議会が「一体改革」で予定されていた「医療提供体制の重点化・効率化」が実行されない場合「公費の追加だけが行われることはありえない」と強く牽制しており、「社会保障制度改革国民会議報告」もこの点に踏み込んだ改革を示さない見通しだからです(「朝日新聞」7月26日朝刊)。

しかも、もしTPP参加に向けた米国との個別交渉で、米国が強く要求している新薬創出加算の恒久化や市場拡大算定ルールの廃止が先行的に実現した場合、薬価引き下げ幅が縮小する結果、診療報酬本体も相当引き下げられる危険があると思います。自民党の「J-ファイル」でも、「新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度の本格導入・恒久化を図る」(252)と明記されています。

医療提供体制改革と患者負担のダークホース

他面、医療提供体制、医療保険制度、地域包括ケア（システム）、介護保険制度については、既定方針通りの「部分改革」が、「社会保障制度改革国民会議報告」のお墨付きを得て、粛々と進められると思います。

厚生労働省の公式文書には明示されていない改革で私が今後実現する可能性が高いと思うのは介護療養病床廃止の再棚上げです。この点は昨年の衆議院「J-ファイル」と今回の参院選「J-ファイル」で次のように記載されました。「介護保険法改正により平成30年まで延長となった介護型療養施設のあり方に関しては、同施設の必要性を重視し、見直しを行います」。今後、「死亡急増時代」到来に備えて死亡場所を確保するためには、老人保健施設に比べ定員当たり死亡数が2～5倍も多い介護療養病床を廃止するのは得策ではないと政府が判断し、介護療養病床廃止が再棚上げされる可能性は大きいと思います。

患者負担増については、70～74歳の高齢者の一部負担の2割への引き上げ（2014年度以降に70歳となる人から順次実施）と紹介状のない大病院の受診者への定額負担の導入が実施されるのはほぼ確実です。

私が気になっているのは、昨年の衆院選「J-ファイル」に続いて、今回の参院選「J-ファイル」でも、「保険給付の対象となる療養範囲の適正化」の具体例として、唯一、「給食給付（医療上必要なものは除く）の原則自己負担化」が書かれていることです。このためには健康保険法改正が必要であり、しかも病院団体が強く反対するのは確実ですが、一般病床と医療療養病床に長期間入院している患者を対象を限定して実施される可能性があると思います。

混合診療全面解禁はありえない

私は、昨年の衆議院議員選挙直後の「談話」（本誌2012年12月29日号）で、「当面は、医療・社会保障制度の大きな改革は行われたいと思う」が、「参院選でも自公両党が圧勝した場合は事情が変わる。その場合、その後3年間は国政選挙がないので、医療・社会保障分野に限らず、国民の反発を押し切って、相当強引な改革が行われる危険がある」と予測しました。

実は、私が一番危惧していたのは、参院選で日本維新の会が躍進し、自民党が憲法改正のために維新の会を連立に組み入れた場合、同党の公約に沿って、混合診療全面解禁等の医療分野への市場原理導入論が再燃することでした。しかし、橋下徹共同代表の慰安婦問題を巡る「自爆発言」と維新の会の支持率失墜で、この可能性は参院選前に消えました。

安倍内閣が6月14日に閣議決定した「日本再興戦略」には、土壇場で保険外併用療養費制度のうち「先進医療の対象範囲を大幅に拡大する」ことが盛り込まれました。しかし、参院選「J-ファイル」では、昨年の衆院選「J-ファイル」に書かれていた「現行の保険外併用療養費制度（評価療養）を積極的に活用し、保険収載されていない医薬品、医療機器等をより使用され易くします」という抑制的表現が踏襲されました。

安倍首相も、7月3日の日本記者クラブ主催の党首討論会で「日本再興戦略」の上記記述についての質問に答え、「いわゆる混合診療だが、これは先端医療について範囲を増やしていくもので、今の公的医療保険制度にはほとんど影響はないと言っている」と断言しました。今後、混合診療全面解禁論が蒸し返されても、実現はありえないと思います。

【添付論文2】

私が「保険外併用療養拡大」より「法定患者負担拡大」 を危惧する理由

（本文は『日本医事新報』2013年10月26日号（4670号）：129-130頁。注は『文化連情報』2013年12月号（429号）：16-19頁）

10月13日に大阪で開かれた社会政策学会第127回大会で、私は「T P Pが日本医療に与える影響—『今そこにある危機』と混合診療問題」について報告し、次のように述べました。T P P参加の「『今そこにある危機』は医薬品・医療機器価格規制の撤廃・緩和による医薬品・医療機器価格の上昇であり、それは患者負担の増加と医療保険財政の悪化をもたらし、保険給付範囲の縮小（保険外併用療養費制度の拡大を含む）と診療報酬の抑制につながります。他面、混合診療の全面解禁は短期的にはもちろん、中長期的にも起きないと考えています」（報告全文は『文化連情報』11月号に掲載）。

私の報告に土田武史早稲田大学教授（元中医協会会長）がコメントされたのですが、教授は報告に「異論はない」とされた上で、次の質問をされました。「評価療養の対象が増大し滞留した場合、患者の経済格差が医療格差につながり、皆保険の形骸化をもたらすが、その点についてはどう考えているか」。同様の質問は、医療関係者から受けることも多いので、学会での私の回答の概略を紹介します。

評価療養の大幅拡大は困難

私も、土田教授と同じく、「評価療養の対象が増大し滞留」することを危惧しています。しかし、政府が評価療養の対象を大幅に増大させ、長期間滞留させることは経済的にも、政治的に困難だとも判断しています。

経済的理由は、それを行うと新薬や新しい医療機器の市場が拡大せず、政府の医薬品・医療機器産業育成策と矛盾するからです。現実にも、製薬企業は混合診療全面解禁を求めています。

政治的理由は、現在の医療保険給付範囲の広さと国民の先進医療志向の2つです。まず現在の医療保険では、①臓器移植等の最先端かつ高額な医療技術も、②乳癌による乳房切除後の人工乳房を用いた乳房再建等の（一昔前なら「アメニティ」領域と見なされた）医療技術も、③かつては「予防」と見なされていた禁煙・禁酒薬も、保険適用されています

【注1】。

次に、国民は先進医療の患者負担増に強く反対しています。日本医療政策機構「2013年日本の医療に関する世論調査」では、患者本人の負担増に関する質問群のうち、「高額な先端医療の費用」（の患者負担増）への反対が一番多く、72%に達していました。

このように現在の医療保険の給付範囲が非常に広いこと、および国民の先進医療志向がきわめて強いことを踏まえると、延命効果が確認された高額な新薬や医療技術を評価療養に長期間「滞留」させておくことは、国民・患者、ジャーナリズムの大きな批判を招くため、政治的にきわめて困難です。

法定患者負担が野放図に拡大する危険

私は、土田教授の危惧される「皆保険の形骸化をもたらす」「今そこにある危機」は、患者負担増という視点でみると、混合診療全面解禁や保険外併用療養費制度の大幅拡大ではなく、法定患者負担の野放図な拡大だと考えています。今後導入が予想される患者負担と年間患者負担総額（概数）は以下の通りです。

○70～74歳の高齢者の2割自己負担化（2014年度から順次実施予定）：2000億円。

○入院給食費の全額自己負担化（自由民主党の選挙政策）：5000億円（『社会医療診療行為別調査』等から二木試算【注2】）。

○外来受診時定額負担（民主党政権時代、高額療養費制度見直しの財源として検討）：1回100円として、2000億円。

○外来診療への免責制導入（小泉内閣時代の2005年に経済財政諮問会議民間議員が提起）：1回500円で1兆円、1回1000円で2兆円。

これらの患者負担増は（特に低所得）患者の受診抑制をもたらすため、「保険給付費」は、この倍削減されます。それに対して、保険外併用療養費制度の先進医療は2012年度でも146億円にすぎません（患者負担100億円＋保険診療分46億円。[2013年1月16日第3回先進医療会議]【注3】）。そのため、仮に先進医療の枠を一気に現在の10倍に増やしたとしても、患者負担増加は「わずか」1000億円にとどまります。

28年前の私の「階層医療化」の懸念の検証

実は私は、1985年に出版した『医療経済学』（医学書院）の第2章（「国民医療費」の構造分析と国際比較）の「医療費の将来展望」（57-61頁）で、次のような懸念を述べました。

「今後は『国民医療費』＝『公共医療費』には含まれない2種類の患者負担が急増すると懸念している。その一つは差額病床・付き添い費などの“旧来型”の患者負担であり、もう一つは医療保険の給付対象とはされない『高度先進医療』を受けるための“新型”の患者負担である。「この[高度先進医療]制度は、財政的見地から『公共医療費』の抑制を貫きたい政府当局と市場拡大のための医療費の増大を求める医療産業との妥協の産物として生まれた」。「『中流幻想』の崩壊と『階層消費時代』の到来を考慮すると、医療サービスの場合も他のサービスと同じく、このような“高級品”に対する一定の需要は十分に存在すると思われる。しかしこのような方向は戦後の医療保障が否定してきた所得格差に基づく医療格差を復活させる、あるいはアメリカ流の富者用と貧者用の医療の『二重構造』（two-class system）を生み出す危険が強い」。

28年前の私のこの懸念と、土田教授の上述した危惧は共通しています。現実にも、その後、1994年の健康保険法改正による特定療養費制度の拡大や、2006年の医療制度改革関連法による「保険外併用療養費制度」の導入等により、日本でも「階層医療」化は徐々に進んでおり、特に低所得患者の受診困難・抑制が生じています。しかし、それは限定的にとどまり、「全面的」階層医療化には至っていません。つまり、私の28年前の懸念は、現時点ではまだ実現していません【注4】。

政府はこの間、混合診療の拡大よりも、法定患者負担の拡大と診療報酬の抑制を二本柱

とする国庫負担の抑制策で財政問題に対処してきました。この方が、政治問題化しやすい混合診療の拡大・解禁よりも、桁違いに財政効果が大きいからです。

安倍内閣が、衆参両院で圧倒的多数を得たにもかかわらず、社会保障制度改革プログラム法案で、医療への全面的市場原理導入は避け、大枠では従来の法定患者負担増政策を踏襲していることを考えると、「今度は違う」(This time is different) = 「今度こそ」階層医療化が一気に進むとは言えないと思います。

【注1】臓器移植等の高額な医療技術の保険適用

臓器移植のうち、腎移植は早くも1978年に保険適用されました。心臓移植は2001年に「高度先進医療」(現・先進医療)の承認を受け、2006年から保険適用となりました。同年に、肝臓移植、心肺同時移植、肺移植、膵臓移植、膵腎同時移植も保険適用となりました。主な臓器移植のうち、現在も保険適用外で「先進医療」であるのは小腸移植だけです。手術ロボット「ダヴィンチ」を用いた手術は2009年に「先進医療」の承認を受け、2012年からそれによる前立腺がん摘出術が医療保険適用になりました。最先端の医療技術ではありませんが、治療期間が長期間にわたる「高額な医療技術」である人工腎臓(年間約500万円)は1967年から保険適用になり、さらに1972年からは公費負担制度の対象になりました。

【注2】入院給食費の全額自己負担化による年間患者負担総額の推計方法

①「平成24年度国民医療費」では「入院時食事・生活医療費」は8297億円です。②「平成24年社会医療診療行為別調査」表19より、これらのうち96.0%が食事療養費と計算される(残りは「環境療養」)ので、入院時食事療養費は7965億円となります。③ただし、これには患者の「標準負担額」も含まれます。「入院時食事療養(I)」(1食あたり)640円のうち、「標準負担額」を除いた保険給付は380円(59.4%)です。④そのため、7965億円×0.594=4731億円(約5,000億円)となります。「標準負担額」にはいくつかの減額がありますが、その統計は公表されていないので、正確な推計はできません。

【注3】「先進医療」の医療費と技術数は急増していない

2007~20012年(各年とも7月1日~翌年6月30日)の5年間の「先進医療」の医療費(保険外併用療養費と患者負担の合計)は102億円、173億円、132億円、173億円、146億円、各年の動揺が大きいのですが、急増はしていません。「先進医療」の技術数は、91件、107件、110件、123件、102件と、ほぼ安定しています。この結果は、過去5年間については、「評価療養の対象が増大し滞留」していないことを示しています。これは、毎年新しい医療技術が「先進医療」に追加される一方で、「有効性、効率性等に鑑み」保険導入される医療技術と「有効性、効率性等が十分に示されていない」ために先進医療から削除される医療技術があるからです。

なお、2012年6月30日時点の「先進医療」102件のうち、10年を超えて「滞留」している医療技術は8件ありますが、いずれも年間実施件数が少なく(7件が0~100件未満)、保険導入の可否のエビデンスが集積されていないためと思います。先進医療の保険導入の可否は、先進医療専門家会議で厳格に評価された上で、中医協総会で決定される仕組みになっているため、現行の保険外併用療養費制度が維持される限り、今後も、政府・厚生労働

省が先進医療の対象を恣意的に増大・滞留させることは困難です。

【注4】私の「階層医療化」についてのその後の分析的予測

私は、『医療経済学』（1985年）で、2種類の患者負担増により、将来的に「階層医療化」（所得格差に基づく医療格差）が生じることへの懸念を、やや直感的に述べました。

その9年後の1994年に出版した『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』（勁草書房）の3章「特定療養費制度の『一般制度』化は成功するか？」では、同年の健康保険法等改正で特定療養費制度（現・保険外併用療養費制度）の対象が大幅に拡大されたことを踏まえて、厚生労働省が、今後「3段階で特定療養費制度を『一般』制度化」しようとしていると予測しました。具体的には、第1段階は「医療周辺サービス」の保険外しと特定療養費化、第2段階は看護・介護サービスの特定療養費化、第3段階は医師技術料の特定療養費化です。これらがすべて実施されると、特定療養費制度は「一般」制度化されます。当時はまだ混合診療という表現はほとんど使われていませんでしたが、これは混合診療の全面解禁とほぼ同義です。と同時に、私は「長期的にみても特定療養費制度の全面的『一般』制度化〔つまり混合診療の全面解禁〕は困難」と予測し、そう判断する3つの理由をあげました。

その7年後の2001年に出版した『21世紀初頭の医療と介護』（勁草書房）の、序章「21世紀初頭の医療・社会保障改革－3つのシナリオとその実現可能性」では、同年成立した小泉純一郎内閣が、混合診療の解禁、株式会社の病院経営の解禁等を含んだ「骨太の方針」を閣議決定したことを踏まえて、今後、新自由主義的医療改革がどの程度進むかを検討し、「新自由主義的改革の全面実施はない」、「医療・介護の全面的公私二階建て化〔つまり混合診療の全面解禁〕は生じない」と予測しました。その根拠として、「日本の政治経済社会制度全体をアメリカ化」する必要があること、および「医療費は現在よりも増加する可能性が高い」ことの2つをあげました（25-26頁）。

後者の理由については、2004年に出版した『医療改革と病院』（勁草書房）で、「新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ（医療の市場化・営利化は、企業にとっては新しい市場の拡大を意味する反面、医療費増加（総医療費と公的医療費の両方）をもたらすため、（公的）医療費抑制という『国是』と矛盾する）」と定式化・概念化しました（21頁）。

[本文は、『日本医事新報』10月26日号（4670号）に掲載したものを同誌編集部のご了解を得て転載しました。【注】は今回新たに加えました。]

【添付論文3】

社会保障制度改革国民会議報告を複眼的に評価し「プログラム法案」を批判する

(「二木学長の医療時評」(116)『文化連情報』2013年10月号(427号) : 16-22頁)

はじめに

社会保障制度改革国民会議(会長:清家篤慶應義塾長)は、8月6日、昨年11月末以来約8カ月間、合計20回におよぶ審議結果をまとめた報告書(以下、国民会議報告)を安倍晋三首相に提出しました。首相は、国民会議の「審議結果等を踏まえ」、8月21日、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく『法制上の措置』の骨子について」を閣議決定しました。これに基づいた「社会保障制度改革の全体像及び進め方を明らかにする法律案」(以下、プログラム法案)は本年秋の臨時国会冒頭に提出され、それに沿った医療(保険・提供)制度と介護保険制度の改革が2014~2017年度に順次実施される予定です。

国民会議報告は「第1部 社会保障制度改革の全体像」(総論)と「第2部 社会保障4分野の改革」(各論)の二部構成になっていますが、本稿では網羅的検討は行わず、第1部と第2部の「II 医療・介護分野の改革」に焦点を当てます。まず、「医療・介護分野の改革」の負担増と「給付の重点化」を複眼的に評価します。次に、第1部と「医療・介護分野の改革」の「基本的考え」や「方向性」で注目すべき点を、それぞれ指摘します。最後に、プログラム法案の社会保障制度改革の理念は、国民会議報告を「踏まえ」ていないだけでなく、国民会議報告の基礎になった社会保障制度改革推進法(以下、改革推進法)からも逸脱していることを指摘します。検討の過程では、国民会議報告の前身とも言える2008年の福田・麻生内閣時にまとめられた社会保障国民会議の諸報告、および2012年2月に野田内閣が閣議決定した「社会保障・税一体改革大綱」との異同も示します。

負担増と給付の重点化への疑問

国民会議報告の報道では、70~74歳の高齢患者の2割負担化や紹介状のない患者の大病院の外来受診時の定額負担導入等の負担増と「給付の重点化」=「痛み」に焦点が当てられています。

私も、それらの多くには賛成できませんし、特に入院「給食給付等の自己負担」(正確にはその「在り方」を「見直すこと」)が盛り込まれたことには強い疑問を持っています。すでに指摘したように(1)、2012年12月の衆院選と本年7月の参院選での自民党の「総合政策集(J-ファイル)」には「給食給付(医療上必要なものは除く)の原則自己負担化」が掲げられていましたが、国民会議ではこれについては一度も議論されませんでした。厳密に言えば、報告書の検討が終盤を迎えていた第17回会議(7月12日)に遠藤久夫委員が提出した「意見書」には、「医療給付の重点化等(療養の範囲の適正化等)」の1例として、「給食給付の原則自己負担化の検討」が含まれていましたが、遠藤委員は「意見書」の説明時にこれについては説明せず、当然議論もなされませんでした。

もう1つ私が強い疑問を持つのは、「介護サービスの効率化及び重点化」策の第1にあ

げられている要支援者（軽度者）に対する予防給付の保険外し（「自治体の地域包括推進事業（仮称）に段階的に移行」）です。経済学的に言えば、これは「効率化」ではなく、保険から公費（プラス自費？）へのコストシフティングにすぎず、市町村間のサービス格差を発生させるとともに、低所得者や認知症者の要支援者の障害・要介護度悪化を招く危険があり、厚生労働省が昨年打ち出した「認知症施策5カ年計画（オレンジプラン）」の趣旨にも反すると思います(2)。

負担増と給付の重点化で考慮・注目すべき2つのこと

ただし、負担増と給付の重点化について、考慮・注目すべきことが2つあります。

第1は、2008年の福田・麻生内閣時の社会保障国民会議では、委員が「社会保障の機能強化」について自由に議論や提言できたのと異なり、今回の国民会議では、「給付の重点化」や「療養の範囲の適正化」を明記した改革推進法の「基本的考え方」や「基本方針」に基づき（それに強く制約されて）、制度改革を議論せざるを得なかったことです。その一端は、国民会議報告に改革推進法への言及が11回もあることからもうかがえます（見出しを除く。以下同じ）。私は、国民会議委員の多くを占める「社会保障の機能強化」派の人々は、この点で苦渋の選択をせざるを得なかったと推察します。

第2は、国民・患者・利用者の一律の負担増ではなく、「能力に応じた負担の仕組み」、具体的には高所得者の負担増と低所得者の負担減（または据え置き）をワンセットで提案していることです。医療保険では、被用者保険と国民健康保険の保険料上限の引き上げと国民健康保険加入の低所得者の保険料の軽減、高額療養費の自己負担上限の高所得者での引き上げと低所得者での引き下げ、後期高齢者支援金に対する負担方法の総報酬割への全面的変更等です。介護保険でも高所得者に限定した利用料の引き上げが提起されています。ちなみに、「能力に応じた負担」という表現は改革推進法にはまったくありませんでしたが、国民会議報告では9回も使われています。「低所得者（への配慮等）」はなんと26回も使われています（改革推進法では1回のみ）。なお、野田内閣の「社会保障・税一体改革大綱」でも「能力に応じた負担」は4回、低所得者（への配慮等は）17回も使われていました。

私は、「能力に応じた負担」は税金や保険料負担で行うべきであり、患者・利用者負担は所得の多寡によらず無料または低額であるべきだと考えています。そのため、小泉内閣時代の2005年9月に厚生労働省が発表した「医療保険制度改革試案」を次のように批判したことがあります。「私は低所得者の一部負担を軽減することは支持するが、高所得者の一部負担を一般よりも高くすることには賛成できない。『負担能力に応じた適切な負担』は保険料・租税負担に適用される原則であり、一部負担については、低所得者以外は定額・定率負担を守るべきである。実はこれは、厚生労働省が介護保険制度を創設したときに、社会保険方式が公費負担方式（措置制度）に勝る点として強調していた点である」。(3)。

ただし、上述した改革推進法の厳しい制約の下では、国民会議がこのような原則的対応をすることは不可能だったと推察します。また、日本医療政策機構「2013年日本の医療に関する世論調査」で、9種類の患者負担増のうち「高額所得者の医療費」（の負担増）に対する賛成（賛成プラスどちらかといえば賛成）が70%ともっとも多かったことを踏まえると、高所得者の医療・介護サービス利用時の負担増加は国民の支持を得られると思いま

す。

「社会保障の機能強化」が復活

次に国民会議報告の理念面で注目すべきことは、「社会保障の機能強化」という表現が6回も使われていることです。この表現は、2008年の「社会保障国民会議報告」から2012年の「社会保障・税一体改革大綱」まで社会保障制度改革の定番表現になっていましたが、改革推進法では消失しました(4)。上述した「能力に応じた負担」・「低所得者への配慮」は、「社会保障の機能強化」の復活に対応していると思います。

なお、一部では、国民会議報告は「自助を基本」とし、社会保障の理念を否定したとの批判がなされていますが、これは報告の誤読です。国民会議報告は「2(1)自助・共助・公助の最適な組合せ」の冒頭で、「日本の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべきとされている」と改革推進法第2条の「基本的な考え方」を踏襲しています。次に、「国民の生活」と「日本の社会保障制度」を峻別した上で、前者では「『自助』を基本」とすると指摘する一方、後者では「社会保険方式を基本とする」と明記しています。その際、社会保険方式は「自助を共同化した仕組みである」、「自助の共同化」とのやや回りくどい表現をしているため、上述した誤読を誘発したものと思います。これは、安倍首相の「自助、自立を第一に」との強い要請(1月21日の第3回会議)に配慮しつつ、日本の社会保障制度は社会保険制度が基本であるとの当然の事実を述べた苦肉の表現と思います。

なお、社会保険・共助を「自助の共同化」とする表現は今回が初出ではなく、例えば、2012年7月31日の社会保障制度の低所得者対策の在り方に関する研究会(第2回)の「資料2 各種制度の低所得者対策の経緯等」の図「自助・共助・公助と社会保障制度」(10頁)でも使われています。また、有名な社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」(1950年)でも「社会保障の中心をなすものは自らをしてそれに必要な経費を醸出せしめるところの社会保険制度」という、「自助の共同化」に近い表現が使われていました。

「国民皆保険の維持」も復活

国民会議報告の中心は量的にも、質的にも「医療・介護分野の改革」であり、量的には報告書本体(46頁)の4割近く(18頁)を占めています。質的にも、特に「医療提供体制(の改革)」についての記述は、従来どの報告よりも踏み込んでいます。例えば、2008年の社会保障国民会議は、医療提供体制の効率化と改革を行うと医療費総額は増加するとの「医療・介護費用のシミュレーション」を発表した点で画期的でしたが、医療・介護「サービス提供体制の構造改革」については「中間報告」で6点の改革を箇条書き的に示すにとどまっていた。

国民会議報告の医療制度改革でまず評価すべきは、「国民皆保険(制度)の維持」という表現が3回も使われていることです。「国民皆保険(制度)の堅持」という表現は、小泉内閣の2003年の閣議決定「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」から、2012年の野田内閣の閣議決定「社会保障・税一体改革」に至るまで、医療制度改革の定番的表現になっていましたが、改革推進法では消失し、それに代わって「医療保険制度に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持する」という限定的表現が用いら

れました(4)。国民会議報告の「国民皆保険（制度）の維持」という表現は、従来の「堅持」に比べてやや弱いとも言えますが、改革推進法の制約ではこれが限界だったのかもしれませんが。

医療提供体制改革は見識がある

一般の報道では、医療制度改革のうち、「国民健康保険の保険者の都道府県への移行」に焦点が当てられています。しかし、これは実態的には都道府県と市町村との共同保険者への移行に近く、現実的ではあっても、従来の議論の延長上の改革と言えます。私は、少なくとも医療者・医療団体にとっては、それよりも、医療提供体制改革の方がはるかに重要であり、今後の改革議論の重要な叩き台になると思います。

私がまず注目したのは、「医療問題の日本の特徴」で、欧州に比べた日本の病院制度の特徴（私的病院主体の「規制緩和された市場依存型」）を指摘し、今後の改革は「市場の力」でもなく、「政府の力」でもない「データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立」を提唱すると共に、「医療専門職集団の自己規律」を強調していることです。これは、医療制度改革の「第三の道」と言えます。私はこれを読んで、アメリカの医療経済学の泰斗・フックス教授が、1996年のアメリカ経済学会第108回総会での会長講演「医療経済学、価値判断、そして医療改革」で、従来のアメリカの医療政策の論争が、政府による規制と競争・市場メカニズムのどちらが優れているかの二分法的議論に明け暮れてきたことを批判し、それに代わる第三の方法として医師の専門職規範（倫理）の再活性化を提起したことを思い出しました(5)。

これを受けて、医療提供体制の「改革の方向性」では「提供者と政策当局の信頼関係こそが基礎になるべき」と明言し、様々な改革を提言しています。私は、その多くが妥当と思いますが、特に以下の4つの提案に注目・共感しました。①「穏やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及」、②「医療・介護サービスのネットワーク化」・「競争よりも協調」、③「非営利性や公共性の堅持を前提」とした医療法人制度改革、④医療提供体制の再構築のために「診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠」（消費税引き上げにより得られる公費の直接投入。「基金方式」）。

②を論じた箇所では「地域包括ケア」に何度も言及しており、このこと自体は厚生労働省の従来の方針を踏襲したようにも見えますが、「地域包括ケアシステムというネットワーク」というストレートな表現に象徴されるように、「地域包括ケア」を「システム」ではなく、「ネットワーク」と明確に位置づけている点が、従来の厚生労働省の公式説明とは異なります。私も、以前から、地域包括ケアシステムの実態はシステムではなくネットワークであると主張していたので、大いに共感しました(6)。

報告に書かれていない2点に注目

国民会議報告の「医療・介護分野の改革」で見落としとしてならないことがあります。それは、混合診療の解禁はもちろん、保険外併用療養費制度の拡大、医療の（営利）産業化等、医療への市場原理導入につながりかねない表現・提起がまったく書かれていないことです。安倍首相が6月に閣議決定した「日本再興戦略」や「規制改革実施計画」には、保険外併用療養費制度（先進医療）の対象拡大や、医療の営利産業化につながりかねない方針が盛

り込まれました(7)。それにもかかわらず、国民会議報告がそれらに全く（恐らく意識的に）言及しなかったことは、大変見識があると思います。この点について、横倉義武日本医師会会長が、8月7日の記者会見で、国民会議報告で「医療の営利産業化につながる『新自由主義』の色合いが薄れたことは特筆すべき」と評価されたのは、正鵠を得ています。

なお、6月13日の第13回国民会議で伊藤元重委員が提出した「経済財政の視点からの社会保障改革」には「将来のどこかの時点できちんと検討が必要となるだろう」事項の「例示」の1として、「混合診療を進めていく、保険医療でカバーする部分を限定する」ことが書かれていました。しかし、この点についての伊藤委員と権丈委員・宮武委員とのやり取りを「議事録」で読む限り、伊藤委員は現行の保険外併用療養費制度そのもの、およびそれと混合診療全面解禁の区別について正確に理解されていないと思います。これを除いて、全20回の会議では、誰も、混合診療解禁はもちろん、保険外併用療養費制度の拡大について言及しませんでした。

「医療・介護分野の改革」に登場しないもう1つの言葉があります。それは「アメリカ」で、この点はヨーロッパ（「欧州」、「西欧や北欧」、「フランスやドイツ」）での医療制度改革の経験に4回も言及しているのと対照的です。報告書全体でも「アメリカ」は一度も登場せず、このことは国民会議報告がヨーロッパ型の「社会保障の機能強化」を志向していることを示唆しており、大変見識があると思います。ちなみにこのスタンスは、『平成24年版厚生労働白書』のそれと一致しています(8)。

プログラム法案の理念は国民会議報告とは異質

最後に、閣議決定されたプログラム法案の理念が、国民会議報告とは異質であり、改革推進法の「基本的考え方」にも反することを指摘します。このことは、一般の報道ではほとんど見落とされているからです。

「はじめに」で述べたように、プログラム法案は、国民会議での「審議の結果等を踏まえ」たとされています。事実、国民会議報告で提起された医療・介護制度の改革の大半は、低所得者の負担軽減策も含めて、盛り込まれています。国民会議報告に含まれていた「給食費等の自己負担」は明記されていませんが、「外来・入院に関する給付の見直し」がそれを意味するのかもしれませんが、「国民皆保険制度を維持する」との表現も維持されますし、上述した6月の閣議決定と異なり、保険外併用療養費制度の拡大も盛り込まれていません。

しかし、国民会議報告との重大な違いもあります。それは、プログラム法案の前文に、「[社会保障制度改革は]自らの生活を自ら又は家族相互の助け合いによって支える自助・自立を基本とし」とわざわざ明記し、国民会議報告の「社会保険方式を基本とする」との考え方を事実上否定していることです。それともない、「社会保障の機能強化」という表現も再び消失しました。

しかも、一般的にも、国民会議報告でも「互助」に含まれる「家族相互の助け合い」までも「自助」に含んでいます。この点では、同じ「自助と自律を基本」とするとしつつも、それを個人レベルのこととした、小泉内閣の「骨太の方針2001」とも異なります(9)。

このような二重の意味でのいわば復古的な考え方は、改革推進法が「社会保障制度改革は、（中略）自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意し」と、三助（？）

を同列に扱っていたことから逸脱しています。

プログラム法案は、この理念を具体化するため、「個々人の自助努力を行うインセンティブを持てる仕組み」を医療制度と介護保険制度に入れると明記しています。これは、1969年の自民党「国民医療対策大綱」で示された健康の自己責任原理の現代版とも言えます。しかし、社会疫学の膨大な研究により、個人の健康・疾病には社会経済的要因も重要な影響を与えることが明らかにされていること、および1990年代以降の世界各国の度重なる景気後退や経済危機により低所得者・失業者の健康状態が悪化したとの最近の「大量の研究」を踏まえると、時代錯誤の方針と言えます(10, 11)。

おわりに

本稿では、国民会議報告の「医療・介護分野の改革」を中心に、具体的施策と基本的考え方、改革の方向について複眼的評価を行う一方、それを「踏まえて」作成されたはずのプログラム法案の理念は、それとはまったく異なることを明らかにしました。

それでも、プログラム法案に含まれている施策の大半は、国民会議報告を「踏まえて」います。しかし、同法案に基づく改革の実施が2014～2017年度の長期にわたることを考えると、今後、国家財政や医療・介護保険財政の悪化を理由にして、国民会議報告には含まれていないより一層の患者・利用者負担増や「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化」が実施される可能性があると思います。具体的には、以前の自民党政権や民主党政権で検討された外来受診時定額負担や免責制の導入、保険外併用療養費制度の拡大等です。さらには、小泉政権時代のような、医療費総額増加への「キャップ制」や診療報酬の大幅マイナス改定が再実施される可能性も否定できないと思います。

[本稿は、『日本医事新報』2013年9月7日号(第4663号)に掲載した「国民会議報告を批判的に、プログラム法案を批判的に評価する」に加筆したものです]

文献

- (1) 二木立「参院選後の安倍内閣の医療政策を読む」『日本医事新報』2013年8月3日号(4658号)：26-27頁。(本誌2013年9月号に転載)。
- (2) 高見国生「軽度者の給付見直しで認知症重度化加速を懸念」『シルバー新報』2013年8月23日号。
- (3) 二木立『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房,2001,78頁。
- (4) 二木立「民自公『社会保障制度改革推進法案』をどう読むか? - 『社会保障・税一体改革大綱』との異同を中心に」『文化連情報』2012年8月号(413号)：14-18頁。
- (5) Fuchs VR: Economics, values, and health care reform. *American Economic Review* 86(1):1-24,1996. (Fuchs VR: Who Shall Live? 2nd expanded edition, 2011, pp.192-224. 引用箇所は213頁)
- (6) 二木立「地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を正確に理解する」『文化連情報』2013年3月号(420号)：12-16頁。
- (7) 二木立「安倍内閣の『骨太方針』と『日本再興戦略』の医療・社会保障改革方針を読む」『文化連情報』2013年8月号(425号)：14-20頁。

- (8) 二木立「『平成24年版厚生労働白書』を複眼的に読む」『文化連情報』2012年11月号(416号) : 14-21頁。
- (9) 二木立「『自助・共助・公助』という表現の出自と意味の変遷」『文化連情報』2012年8月号(413号) : 19-21頁。
- (10) 近藤克則編著『健康の社会的決定要因 疾患・状態別『健康格差』レビュー』日本公衆衛生協会, 2013。
- (11) Recessions and public health Body of Research. The impact of downturns on physical and mental health. The Economist August 24th, 2013;pp.59-60. (<http://www.economist.com/health13>)

【添付論文4】

安倍内閣の「骨太方針」と「日本再興戦略」の医療・ 社会保障改革方針を読む

(「二木学長の医療時評」(114)『文化連情報』2013年8月号(425号) : 14-20頁)

はじめに

安倍内閣は6月14日、次の3文書を閣議決定しました。①「経済財政運営と改革の基本方針(以下、「骨太方針2013」または「骨太方針」)、②「日本再興戦略」、③「規制改革実施計画」。3文書はそれぞれ、経済財政諮問会議「骨太方針(仮称。素案)」(6月6日)、産業競争力会議「成長戦略(素案)」(6月5日)、規制改革会議「規制改革に関する答申」(6月5日)をベースにしています。「骨太方針」が決定されたのは、麻生内閣時の2009年以来、4年ぶりです。ただし、小泉内閣～麻生内閣時代は「骨太の方針」と呼ばれていたのに対して、今回はなぜか「骨太方針」が略称とされています。

本稿では、これらのうち主として「骨太方針2013」と「日本再興戦略」に書かれている医療・社会保障改革方針を検討します。ただし総花的検討は避け、小泉・福田・麻生内閣時代の「骨太の方針」、および民主党内閣時代の一連の類似した閣議決定(特に菅内閣が2010年6月に閣議決定した「新成長戦略」との異同に注目します。結論的に言えば、「骨太方針2013」は、小泉内閣時代の「骨太の方針」の部分復活と言えますが、全面復活ではなく、福田・麻生内閣時代の「骨太の方針」、さらには民主党・菅内閣の「新成長戦略」との類似も少なくありません。「日本再興戦略」で示されている医療・社会保障制度改革方針の多くは、「新成長戦略」の焼き直し・二番煎じで新味に欠けますし、「新成長戦略」の場合と同じく、それらに大きな経済成長効果はありません。

3つの閣議決定の「格」の違い

両文書の内容の検討に入る前に、「規制改革実施計画」を含めた3つの閣議決定の「格」の違いについて述べます。新聞報道ではこの点が見落とされ、3つの閣議決定、特に「日本再興戦略」に書かれている個々の改革方針が注目されています。しかし3つの閣議決定の素案・原案をまとめた経済財政諮問会議、産業競争力会議、規制改革会議の法律上の「格」の違いを無視して、各文書に書かれてあることを「ピンポイント」で議論すると、大局を見失います。

まず、経済財政諮問会議は内閣府設置法第19～25条に設置根拠があり、内閣総理大臣が議長を務める一番「格上」の組織です。次に、産業競争力会議は経済再生本部の下部組織で、議長は内閣総理大臣が務めますが、経済再生本部は法律ではなく閣議決定に基づく組織で、経済財政諮問会議より明らかに「格下」です。さらに、規制改革会議は内閣府設置法第37条第2項に基づく政令「規制改革会議令」で設置された「審議会」にすぎません。議長は民間人で、もちろん内閣総理大臣も出席しません。

以上の3組織の違いから明らかかなように、先ず検討すべきは一番「格上」の経済財政諮問会議「骨太方針」に書かれていることです。

小泉内閣の「骨太の方針」の部分的復活

「骨太方針2013」でまず注目すべきことは、小泉内閣時代の「骨太の方針」の中核的表現が復活したことです。具体的には、その定番だった「持続可能な社会保障」的表現が本文中に7回も登場し、「社会保障制度についても聖域とはせず、見直しに取り組む」との象徴的表現も復活しました。これらは、同じ自公連立政権でも、福田・麻生内閣時の「骨太の方針」、および民主党・菅内閣の「新成長戦略」では削除されていました。ただし、民主党・野田内閣が2012年7月に閣議決定した「日本再生戦略」には、「社会保障分野を含め、聖域を設けずに歳出全般を見直す」との表現が盛り込まれました。この表現は、「日本再生戦略」の原案にはなく、民自公「社会保障制度改革推進法案」との整合性をとるために急遽挿入されたと思います(1)。

逆に、福田内閣の「骨太の方針2008」で初めて登場して以来、麻生内閣、さらには民主党政権の3内閣の閣議決定でも踏襲された「社会保障の機能(の)強化」という表現が消失しました。正確に言えば、野田内閣の「社会保障・税一体改革大綱」(2012年2月)には含まれていましたが、「日本再生戦略」では削除されました。昨年8月に民自公3党が成立させた「社会保障制度改革推進法」には、それと同義の「社会保障の機能の充実」が「給付の重点化」とワンセットで書かれていたのですが、この表現も消失しました。

小泉時代への全面的な先祖返りではない

ただし、「骨太方針2013」は小泉内閣時代への全面的先祖返りではありません。

まず、小泉内閣時代に常用された「小さくて効率的な政府」的な表現はなく、逆に、「目指すべき社会保障の規模は中福祉・中負担」とされました。これは、麻生内閣が2008年12月の閣議決定「持続可能な社会保障構築とその安定財源に向けた『中期プログラム』」で初めて用いた表現の復活です。

次に、小泉内閣時代とは異なり、社会保障費削減(伸び率抑制)の数値目標も盛り込まれませんでした。さらに、社会保障制度改革推進法で消失した「国民皆保険制度を将来にわたり堅持」との表現も復活しました。

もう一つ見落としてならないことは、「骨太方針」のマクロ経済の3つの数値目標(2%以上の労働生産性の向上、名目GDP成長率3%程度、実質GDP成長率2%程度)が、菅内閣の「新成長戦略」の「マクロ経済目標」と全く同じことです。しかも、両文書とも単なるスローガンにすぎず、それを具体化する道筋は示していません。

「骨太方針」は医療改革方針を先送り

以上は「骨太方針2013」の「総論」レベルの検討ですが、医療改革の「各論」(第3章-3)には、医療保険制度、医療提供制度とも具体的改革方針はまったく書かれておらず、社会保障制度改革国民会議等で議論されている項目を列挙しているだけです(「地域の構造変化に対応した医療・介護の提供体制の再構築」等)。

社会保障制度改革推進法には「給付の重点化」や「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化」が明記されていましたが、「骨太方針」には患者・国民負担の増加につながる施策も全く書かれていません。この点は、生活保護・生活困窮者支援については、「支援の

在り方（加算制度や各種扶助の給付水準）を速やかに検討し、見直す」と断定形で書いているのと対照的です。これは、明らかに7月の参議院議員選挙対策と言えます。同選挙で自民党が大勝した場合には、社会保障制度改革推進法の上記規定を根拠にして、患者負担の拡大や給付範囲の縮小が実施される可能性が大きいと思います。

なお、「骨太方針」の医療改革方針で強いて目新しいものをあげれば、「医療・介護分野でのICTビッグバン」です。これは、次の「日本再興戦略」でも「成長戦略」の目玉の一つになっているので、後でまとめて検討します。

「日本再興戦略」は「新成長戦略」の焼き直し

次に、安倍内閣が「アベノミクス」の3本目の矢としている「日本再興戦略」中の医療改革方針を検討します。

「日本再興戦略」の総論の「4. 進化する成長戦略」の「(2)本格的成長実現に向けた今後の対応」では、次のように主張しています。「医療や介護、保育や年金などの社会保障関連分野は、少子高齢化の進展等により財政負担が増大している一方、制度の設計次第では巨大な市場としての成長の原動力になりうる分野である。今回の戦略では、健康長寿産業を戦略分野の一つに位置づけ、健康寿命延長産業や医薬品・医療機器産業などの発展に向けた政策や、保育の場における民間活力などを盛り込んだが、医療・介護分野をどう成長分野に変え、質の高いサービスを提供するとともに、制度の持続可能性をいかに確保するかなど、中長期的な成長を実現する課題が残されている」。

「社会保障関連分野」、「健康長寿産業」が「[経済]成長の原動力になりうる」との主張は、菅内閣の「新成長戦略」が「医療・介護・健康関連産業を成長牽引産業」に位置づけたことの二番煎じです。しかし、医療等は「経済の下支え」であっても、「成長牽引産業」は過大評価であること、およびその「下支え」効果を得るためには、公的費用を長期間継続的に投入する必要があることは、菅内閣時代の論争で決着済みです(2,3)。なお、アメリカでも、地域経済活性化のために医療・病院産業の拡大（それには医療費増加が不可欠）をめざす州・都市と、医療費抑制を目指す連邦政府との間に矛盾が生じているそうです(4)。

「日本再興戦略」では、各論の「第Ⅱ. 3つのアクションプラン」の「二. 戦略市場創造プラン」の「テーマ1：国民の『国民の健康寿命』の延伸」で、公的費用の投入を避けて市場拡大を図るための「主要施策」として、「公的保険に依存しない新たな健康寿命延伸産業の育成」や「医療の国際展開」が挙げられています。しかし、前者は民主党・菅内閣「新成長戦略」の「健康関連サービス産業」の言い換え、後者は野田内閣「日本再生戦略」の「医療サービスと医療機器が一体となった海外展開」の焼き直しに過ぎません。前者については、「新成長戦略」と2020年の市場規模の目標までほとんど同じです（「新成長戦略」では25兆円、「日本再興戦略」では同26兆円）。

この市場規模の予測で驚きあきれたことが1つあります。それは「成長戦略（素案）」（6月5日発表）では、「健康増進・予防サービス、生活支援サービス、医薬品・医療機器、高齢者向け住宅等」（これが「健康長寿産業」の実態）の市場規模が現在12兆円、2020年21兆円、2030年30兆円とされていたのに対して、その9日後に閣議決定された「日本再興戦略」ではそれぞれ16兆円、26兆円、37兆円と大幅に「上方修正」（それぞれ4兆円、5

兆円、7兆円増) されていることです。しかもこの修正についての説明はまったくありません。このことは、「日本再興戦略」に示されている数字がいかにも「根拠に基づく」ことのないものであるかを雄弁に示しています。

なお、「医療の国際展開」(病院輸出)は、医療ツーリズム(外国からの患者受け入れ)以上に経済成長効果がないことは、すでに詳しく論じたので省略します(3:100-103頁)。

医療のICT化への過大な期待

順序が逆になりますが、「日本再興戦略」の総論の「2. 成長への道筋」の「(1)民間の力を最大限引き出す」の(規制・制度改革と官業の開放を断行する)では、「医療・介護・保育などの社会保障分野」をトップに置き、それに続いて「農業、エネルギー産業、公共事業などの分野」をあげ、「これらの分野ではやり方次第では、成長分野へと転換可能であり、また良質で低コストのサービスや製品を国民に効率的に提供できる大きな余地が残された分野である」と主張しています。それに続いて、「例えば、国民の関心の強い健康分野については、①日本版NIHの創設や②先進医療の対象拡大によって革新的な医療技術を世界に先駆けていくとともに、③一般用医薬品のインターネット販売の解禁や、④医療・介護・予防のICT化を徹底し、世界で最も便利で効率的で安心できるシステムを作り上げる」と例示しています(番号は二木)。

これらの4つの施策のうち、④は上記「骨太方針2013」でも取り上げられており、医療のICT化により「医療水準を落とさずに、医療費も節約され」という安倍首相の強い思い入れ(5月16日経済財政諮問会議)を反映していると思います。しかし、私の知る限り、医療ICT化の医療費削減効果を厳密に実証した研究はありません(事例研究はあります)。例えば、ICTが必ず用いられる「疾病管理プログラム」についての詳細な体系的文献レビューは、それが「医療費を抑制すると広く信じられているが、その主張の根拠はまだ決定的ではない」と結論づけています(5)。

それどころか、アメリカの「ニューヨーク・タイムズ」紙は2012年9月21日、大規模な独自調査により、「理論的」には(「適切に利用された」場合には)医療の質を引き上げつつ医療費を抑制する可能性があるはずの電子医療記録が、「現実的」には、病院・医師とソフトウェア会社が「共犯」でそれを悪用し、「クローニング」(記録のコピー&ペースト)と「アップコーディング」を行うことにより、医療費上昇という「予期せぬ結果」を招いていることを明らかにしました("Medicare bills rise as records turn electronic")。この報道の衝撃は大きく、オバマ政権はただちに病院と医師に電子記録の乱用についての強い警告を発したそうです("Abuse of electronic health records" 9月25日)(6)。当然のことながら、「日本再興戦略」がこのような意味での医療市場の拡大を目指しているとは考えられません。

一般用医薬品のインターネット販売の全面解禁は危うい

私は、上記4つの事例のうち一番問題なのは、「日本再興戦略」の規制緩和の数少ない「目玉」とされている、一般用医薬品のインターネット販売の全面解禁だと思います。私は、薬剤師等の医療専門職だけでなく、薬害被害者の安全性・薬害多発への懸念を押し切ってインターネット販売を全面解禁することは、医学的にきわめて危ういと思います。

それに加えて、全面解禁にいたるプロセスにも危うさを感じています。全面解禁は三木谷浩史氏が産業競争力会議等で執拗に主張した結果、実現したことはよく知られています。しかも、三木谷氏はこれが「実現しないなら（会議の）議員を辞める」と政府に詰め寄り、同氏が辞任すれば、回復基調にある日本経済に冷や水を浴びせないかと安倍政権は懸念したため、土壇場で全面解禁が認められたと報道されています（「中日新聞」6月24日朝刊、「朝日新聞」6月1日朝刊、他）。しかし、三木谷氏が一般用医薬品のインターネット販売の解禁を求めて裁判を起こしたケンコーコムの子会社・楽天の会長兼社長であることを考えると、これは自社グループへの露骨な利益誘導です。

私は以上のことを知って、小泉内閣時代に、規制改革・民間開放推進会議議長を務めた宮内義彦氏（オリックス会長）が自社グループに有利になる規制緩和を次々に答申・実現し、「政商」と呼ばれたことを思い出しました(7)。

しかも経済的に見て、一般用医薬品のインターネット販売解禁は、医薬品の薬局での対面販売からインターネット販売への移行を促すにすぎず、それによる経済成長効果はまったく見込めません。この点については、麻生副総理も官邸で「それじゃ経済の押し上げにはならない」と一喝し、一時は全面解禁の流れが変わったそうです(8)。

保険外併用療養の対象拡大は限定的

最後に、保険外併用療養費制度の対象拡大について検討します。「日本再興戦略」には、「健康長寿産業を創り、育てる」施策の「主要施策例」の1つとして、次のように書かれました。「保険診療と保険外の安全な先進医療を広く併用して受けられるようにするため、新たに外部機関等による専門評価体制を創設し、評価の迅速化・効率化を図る『最先端医療迅速評価制度（仮称）』（先進医療ハイウェイ構想）を推進することにより、先進医療の対象範囲を大幅に拡大する」。一部の全国紙は、これを「混合診療の拡大」、「混合診療の将来的な全面解禁につなげる狙いがある」と大きく報じました（「毎日新聞」6月12日朝刊。「日本経済新聞」6月13日朝刊も同様の報道）。

しかし、これは過大評価で、やはり民主党・菅内閣時代の下記の方針の再確認に過ぎません。①「先進医療の評価・確認手続きを簡素化する」（「新成長戦略」）。②「保険外併用療養の範囲拡大」をするため、「現在の先進医療制度よりも手続きが柔軟かつ迅速な新たな仕組みを検討し、結論を得る」（「規制・制度改革に係る対処方針」。2010年6月閣議決定）。

閣議決定を受けて、厚生労働省保険局医療課が6月24日に発表した説明資料「保険外併用療養費制度について」も、ほとんど従来通りの説明に終始しています。唯一新しいことは、「最先端の医療」の申請から先進医療の承認までの期間が、現行の「おおむね6～7ヶ月」から「おおむね3ヶ月を目指す」と少し短縮されることです。

しかし「最先端医療」に限定した混合診療の拡大では、市場規模の大幅拡大は望めないことは、菅内閣当時、混合診療全面解禁論者も次のように認めました。「[混合診療解禁を一二木] 高度医療といったものにもし限定するとなると、多分対象は数十億とか、その程度のマージナルな部分の改革にしかならない」（2010年4月5日の「規制・制度改革に関する分科会」「ライフイノベーションWG」の第1回会議での松井道夫委員の発言(2:87頁)）。

私は、保険外併用療養費制度の対象拡大について注目すべきことは、6月14日に閣議決定された3文書で、書きぶりが微妙に異なることだと考えています。具体的には「日本再興戦略」では「先進医療」全般が対象とされていますが、「規制改革実施計画」では、対象拡大は「再生医療」に限定されています。さらに3文書中一番格上の「骨太方針2013」では、総論部分で「規制改革会議において、農業、保険外併用療養費制度などについて議論を掘り下げ、思い切った改革に取り組む」と抑制的に書かれているだけで、医療改革の各論部分では全く触れていません。

閣議決定の3文書間のこのような記述の不整合は異例です。しかも、5月には、これら3文書の素案をまとめた3つの会議のすべての公開資料から、「保険外療養費制度の対象拡大」という表現が一時的に消失した後、6月に突然復活しました(9)。これら2つの事実は、この問題を巡って、政府内(主として厚生労働省と内閣府・官邸間)で閣議決定の直前まで激しい論争が続けられたこと、およびそれが閣議決定後も続いていることを示唆しています。そのためもあり、私は、保険外併用療養費制度の対象拡大は、よほど大きな政治情勢の変化がない限り、今後も限定的にとどまると予測します。

文献

- (1) 二木立「『日本再生戦略』は『新成長戦略』とどう違うのか? 『日本医事新報』2012年8月18日号(4608号):30-31頁。
- (2) 二木立『民主党政権の医療政策』勁草書房,2011,51-52頁
- (3) 二木立『T P Pと医療の産業化』勁草書房,2012,103-111頁。
- (4) United States Economic growth The health paradox. The Economist May 11th 2013: pp.37-38.
- (5) de Bruin SR, et al: Impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review of the literature. Health Policy 101(2):105-121,2011. [抄訳は、「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」87号(2011年11月)]
- (6) 二木立「医療の電子化で年3兆円の医療費が削減可能?」『日本医事新報』2012年11月10日号(4620号):30-31頁。
- (7) 有森隆+グループK『「小泉規制改革」を利権にした男 宮内義彦』講談社,2006。
- (8) 「『原則解禁』ネット販売の舞台裏」『医薬経済』2013年6月15日号:14-15頁。
- (9) 二木立「すべての政府文書から一時『保険外併用療費の拡大』が消失」『文化連情報』2013年7月号(424号):16-20頁。

[本稿は、『日本医事新報』2013年6月29日号(第4653号)に掲載した「安倍内閣の『骨太方針』と『日本再興戦略』をどう読むか?」に加筆したものです]。

【添付論文 5】

TPP参加が日本医療に与える影響－「今そこにある危機」と 混合診療問題

（「二木学長の医療時評」（117）『文化連情報』2013年11月号（428号）：6-13頁）

はじめに－私のTPP問題に対するスタンス

安倍晋三首相は本年3月、日本のTPP（環太平洋戦略的経済連携協定）交渉への参加表明を公式に行い、日米の首脳会談と事前交渉を経て、7月に交渉に正式参加しました。

菅直人首相（当時）が、2010年10月に突然、TPP交渉参加の意思表明を行ってから、現在に至るまで、3年近く、TPP交渉（参加）の是非をめぐって激しい論争が続いています。私自身も、2011年4月から、TPP参加反対の立場から、この問題について継続的に発言してきました(1-5)。その際私は、TPPは医療とは無関係とするTPP賛成派の「楽観シナリオ」を批判する一方、一部の医療団体・ジャーナリスト等が（当初）主張したTPPに参加すると混合診療が全面解禁され、国民皆保険制度が崩壊するとの「地獄のシナリオ」にも与せず、日本がTPPに参加した場合、アメリカ政府が日本医療に何を要求してくるか、それにより日本医療がどう変わるかについて、分析的な予測を行ってきました。その際、アメリカの要求がそのまま実現するわけではないことに注意を喚起しました。

本報告では、私が今までに発表した著書・論文をベースにしつつ、最新の動きを踏まえて、TPP参加が日本医療に与える影響について予測します。結論的に言えば、「今そこにある危機」は医薬品・医療機器価格規制の撤廃・緩和による医薬品・医療機器価格の上昇で、患者負担の増加と医療保険財政の悪化をもたらし、保険給付範囲の縮小（保険外併用療養費制度の拡大を含む）と診療報酬の抑制につながります。他面、混合診療の全面解禁は短期的にはもちろん、中長期的にも起きないと考えています。

1. TPP参加でアメリカは日本医療に何を要求し、何が実現するか？

私は、野田佳彦首相（当時）が2011年11月にTPPの交渉に参加する方針を表明したことを受けて、同年12月に、米韓FTA（自由貿易協定）等も参考にして、日本がTPPに参加した場合、アメリカは日本医療に何を要求してくるかを、次の3段階に分けて具体的に予測しました(2)。

(1)2011年12月時点での予測と判断

第1段階：医療機器・医薬品価格規制の撤廃・緩和

第1段階は日本の医療機器・医薬品価格規制の撤廃・緩和要求です。これは米国通商代表部が毎年発表する「外国貿易障壁報告書」の定番です。2011年版では「医療機器・医薬品」の貿易障壁の指摘と是正要求は、保険、テレコミュニケーション（医療ITを含む）に次ぐ長さであり、医療機器については外国平均価格調整ルールの廃止または改正を、医薬品に関しては新薬創出加算制度の恒久化と加算率の上限撤廃、市場拡大再算定ルールの

廃止または改正等（*）を列挙しています。

*【注】新薬創出加算制度：革新的な新薬の創出や適応外薬の開発等を目的に、後発品の新しい新薬で値引率の小さいものに一定率までの加算を行う。

市場拡大再算定ルール：薬価収載された新薬の年間販売額が当初予想の2倍以上かつ100億円超の場合、薬価を最大25%引き下げる。

私は、この予測を行う際の参考にしようと思い、2011年11月22日に韓国国会で強行可決された米韓F T Aの「医療機器・医薬品」の妥結内容を調べたのですが、それがアメリカの日本への要求と瓜二つなことに驚きました。その上、米韓F T Aでは、アメリカ企業は韓国政府の定めた医薬品・医療機器の償還価格に不満がある場合には、政府から独立した「再評価機構」（**）に異議申し立てできることすら定められました。これは決して対岸の火事ではなく、内閣官房等が2011年10月に発表した「T P P協定交渉の分野別状況」も、「物品市場アクセス」の項でこの事実を紹介し、「医薬品分野に関する規定が置かれる可能性はある」と認めました。

**【訂正】文献(2-4)では「医薬品・医療機器委員会」と記載したがこれは誤りで、正しくは「独立再評価機構」（independent review body）。「医薬品・医療機器委員会」は米韓両政府代表の公式協議組織。両組織により、韓国の医薬品・医療機器政策（価格設定を含む）はアメリカからの干渉を受けやすくなる。

もし現行の医療機器・医薬品価格規制が撤廃・緩和された場合には、最新鋭医療機器や画期的（と言われる）新薬の価格が高騰し、患者負担増加と保険財政の悪化が生じることは確実です。さらにそれは保険給付範囲の縮小（保険外併用療養費制度の拡大を含む）と医療サービス価格（診療報酬）の強い引き下げ圧力ともなります。なぜなら、「診療報酬改定率＝全体改定率－薬価引き下げ率（診療報酬換算）」という関係にあり、全体改定率が一定の場合、新薬の価格高騰による薬価引き下げ率の低下は、自動的に診療報酬改定率の圧縮・引き下げとなるからです。

第2段階：医療特区に限定した市場原理導入

アメリカの第2段階の要求は、医療特区（総合特区）に限定した株式会社の病院経営の解禁と混合診療の原則解禁（つまり市場原理導入）です。アメリカは建て前としては、医療特区に限定しない「市場開放」を要求していますが、それには日本の医療関連法規全体の改正が必要であり、短期的には実現しないことを理解しているからです。「外国貿易障壁白書」（2008～2010年版）の「医療サービス」の項にも、このことが以下のようにカッコ付きで示されていました。「米国政府は、日本政府に対し、医療市場を外国のサービス提供者にも開放し、営利法人が営利病院を運営し、すべてのサービスを提供できるようにする機会（経済特区を含む）を認めることを引き続き要求している」。

ここで注意すべきことは、この「営利法人」がアメリカ企業のみを意味しないことです。私は、もし医療特区での株式会社の病院経営が解禁された場合、アメリカ資本単独ではなく、日米合作で進められると予測します。この場合、「自費診療部分の補填＝患者負担の軽減」を大義名分にして、アメリカの民間医療保険の参入がさらに拡大します。

第3段階：I S D条項と市場原理の全面的導入

ただし日本政府がこの第2段階の要求を受け入れても、それによる市場拡大はごく限られます。この場合、TPPに盛り込まれる可能性が高い「投資家と国家間の紛争解決手続き」（ISD条項またはISDS条項）に基づき、アメリカ企業が日本政府に損害賠償請求訴訟を起こす可能性があります。この裁判で企業が勝利した場合、アメリカ政府はそれをテコに、全国レベルでの株式会社の病院経営解禁と混合診療の原則解禁を求めてくることは確実です。この第3段階の要求が実現したら、国民皆保険制度の理念は変質し、給付も大幅に劣化します。

アメリカの要求がそのまま実現しない理由

しかし、アメリカの要求がそのまま実現するわけではありません。どの程度実現するかは医療への市場原理導入に反対する国会内外の運動がどの程度盛り上がり、しかも持続するかにかかっています。このことを前提にした上で、私は、第1段階は実現する可能性が高いし、第2段階の実現可能性も長期的には否定できないが、第3段階の実現可能性はごく低いと判断しています。

それには政治的理由と経済的理由があります。政治的理由は、野党や日本医師会等の追及により、TPPがバラ色ではなく、国民皆保険制度に悪影響を与えることがかなり知られてきたからです。経済的理由は、混合診療原則解禁や株式会社の医療機関経営解禁を行った場合、日米の個別企業の利益は増加するが、それにより総医療費・公的医療費とも（不必要に）増加するため、医療費抑制という政府の基本政策と矛盾するからです（この点は後述します）。

(2)現時点での第1段階・第2段階の要求への補足

以上は2011年12月（1年10か月前）の予測ですが、大枠では、現在でも通用すると思っています。

医薬品・医療機器価格の上昇は関係者の常識になった

手前味噌ですが、この予測発表後、TPP参加が医療に与える「今そこにある危機」は医薬品・医療機器価格規制の撤廃・緩和による医薬品・医療機器価格の上昇であることについては、TPPへの賛否を問わず、関係者の常識になりました。例えば、TPP参加賛成派の論客の松山幸弘氏は、以前は「医療制度をTPPの対象にすることは不可能である」と断言していましたが(6)、本年7月の雑誌座談会では、も、「薬価とか医療機器の価格が高止まりして、結果的に診療報酬に回る財源が不足してくる…ことは起こりうる」と軌道修正しました(7)。

アメリカ政府自身も、最近では、当面の要求をこれに絞りこみました。上述したように、アメリカ通商代表部（US TR）は、かつては日本に混合診療の解禁や株式会社による医療機関経営の解禁を求めていましたが、2013年4月に発表した「2013年世界の貿易障壁に関する年次報告」では、それを棚上げし、公定薬価制度の存続を前提にした上での、新薬創出加算制度の恒久化と市場拡大算定ルールの廃止の2つに絞った要求をしています。

私は市場拡大算定ルールの廃止はストレートに薬剤費の増加を招くため、日本もそう簡単に受け入れないと思います。しかし、新薬創出加算制度の恒久化は「日本再興戦略」中の医薬品産業振興の方針につながるという大義名分があり、しかも自民党の参議院議員選

挙「総合政策集」にも含まれているので、T P P 発足を待たずに、2014年4月の診療報酬・薬価改定時に実現する可能性もあると思います。厚生労働省城克文経済課長が7月24日の記者会見で、「新薬創出加算の恒久化に理解が得られるよう、製薬業界を支援したい」と明言したのは、その露払いと言えるかも知れません（『社会保険旬報』8月11日号：33頁）。ただし、新薬創出加算制度発足後の「受益者」は大半が外資の製薬企業であり、それが内資の製薬企業の育成・強化につながる保証はありません。

T P P 交渉についての最近の新聞報道によれば、アメリカ政府は各国の新薬・医療機器の価格決定手続きに米国企業が参加することを求めたり、新薬の特許期間を延長するよう要求しています（それぞれ、「日本経済新聞」6月21日朝刊、「読売新聞」7月26日朝刊）。アメリカの要求がそのままT P P の合意となるとは限りませんが、このことはT P P の「今そこにある危機」が、医薬品・医療機器価格規制の撤廃・緩和であることを改めて示しています。なお、日本は大手製薬企業を持つ一方、後発薬の普及も進めているため、特許期間延長については明確な立場を示していない模様です（「読売新聞」9月14日朝刊）。

「特区」は大規模なものに限定される

上述したように、私はアメリカの第2段階の要求の実現可能性も長期的には否定できないと考えています。しかし、日医総研の各種「特区」の詳細な検討結果を踏まえると、特に安倍内閣が重視している「国際戦略総合特区」は先端医療研究や先端的医療産業の振興に特化した大規模なものであり、数もごく限られるため、一般の医療に直接影響を与えることはほとんどないと思います(8)。

ただし、たとえ特区に限定されるとは言え、医療分野に市場原理が導入された場合には、医療の非営利性の根本理念が崩れ、経済特区以外でも、一部の医師・医療機関の営利的行動が強まり、それが国民の医師・医療機関への信頼を低下させる危険があります。T P P 参加が日本医療に与える影響で、私が一番心配しているのはこの点です。この点で、大阪府・市が9月[11日に]共同提案した「国際メディカル特区」は、[混合診療や株式会社の病院・診療所を含んでおり、]要注意と思います。（[]は雑誌掲載時、字数制限のため削除）。

2. T P P に参加しても混合診療全面解禁はない

最近では、T P P に参加するとすぐに混合診療が全面解禁されるとの粗雑な主張をする論者はほとんどなくなりました。しかし、中長期的には、混合診療が全面解禁される、あるいは保険外併用療養費制度が大幅に拡大して、混合診療が実質解禁されると心配する論者は少なくありません。

特に本年7月、日本郵政がアメリカ保険大手のアメリカンファミリー生命保険（アフラック）とがん保険事業での提携に合意し、今秋から簡易郵便局を除く全国約2万の郵便局と、79のかんぽ生命直営店でアフラック商品を発売することを発表して以来、これをテコにして、民間保険の拡大と保険給付範囲の縮小、保険外併用療養費制度の拡大が進み、混合診療が実質解禁されるとの危惧が生まれています(9)。医療分野への市場原理導入を目指す人々（彼らはほぼ全員がT P P 推進派です）も、安倍内閣の日本再生本部や規制改革会議等を足場にして、保険外併用療養費制度の大幅拡大や混合診療の将来的全面解禁を主張

しています(10)。他面、「社会保障制度改革国民会議報告」には、混合診療解禁はもちろん、保険外併用療養費制度の拡大も盛り込まれませんでした(11)。

私は、日本がT P Pに参加した場合、アメリカと日本の新自由主義派による医療分野への市場原理導入や医療の営利産業化の執拗な要求が加速し、保険外併用療養費制度の対象が徐々に拡大することを危惧しています。しかし、それにもかかわらず国民皆保険制度の大枠は維持され、混合診療の法的全面解禁はもちろん、大幅な実質解禁も生じないとの「客観的」将来予測を行っています。その根拠は、以下の通りです。

(1)混合診療の全面解禁が挫折する政治的・経済的理由

混合診療全面解禁を含む医療への市場原理の全面的導入には、経済的・政治的に大きな壁があります。この点については、拙著『医療改革と財源選択』で、あの強大な小泉政権でさえ「新自由主義的医療改革の全面実施が挫折した理由」を書きました(12)。この理由は日本がT P Pに参加した場合にもそのまま当てはまるので、その要旨を以下に紹介します。

新自由主義的医療改革の全面実施が挫折した理由は、大きく分けると2つあります。1つは経済的理由で、新自由主義的医療改革を行うと、個別企業の市場は拡大する反面、医療費（総医療費と公的医療費の両方）が急増し、医療費抑制という「国是」に反するからです。私はこれを「**新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ**」と呼んでいます。

具体的には、高所得国における医療改革の経験と医療経済学の実証研究で、以下のことが確認されています。①営利病院は非営利病院に比べて総医療費を増加させ、しかも医療の質が低い。②混合診療を全面解禁するためには、私的医療保険を普及させることが不可欠ですが、私的医療保険は医療利用を誘発し、公的医療費・総医療費が増加します。③保険者機能の強化により医療保険の事務管理費は増加します。

私は、厚生労働省がこの間、新自由主義的医療改革に頑強に反対し続けた最大の理由は、この「新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ」に気付いているからだ判断しています。逆に、新自由主義派の官僚（内閣府や経済産業省に多い）や研究者は、このような国際的常識を知らず、市場メカニズムの導入により医療費（最低限、医療価格）を引き下げることが可能と単純素朴に考えています。なお、財務省幹部も1990年代には混合診療全面解禁を主張しましたが、その後この「ジレンマ」に気づき、主張しなくなりました。

新自由主義的医療改革の全面実施が挫折した政治的理由は、以下の3つです。①どんな世論調査でも、平等な医療を支持する国民が圧倒的多数を占めており、混合診療の支持は1～2割に過ぎません。②日本では、医師会・病院団体を中心としたすべての医療団体が、新自由主義的医療改革に一致して反対しています。③2011年10月に最高裁が混合診療原則禁止（と保険外併用療養費制度による部分解禁）が適法との判決を下しました（これは『医療改革と財源選択』出版後に生じました）。その結果、混合診療を全面解禁するためには健保法等の改正が必要になりましたが、それは政治的に極めて困難です。

(2)保険外併用療養費制度の拡大と混合診療全面解禁とはまったく異なる

T P P参加により混合診療全面解禁が実現することに強い警戒心を持っている論者の中には、日本最強の官庁である「財務省が法律改正を伴うものであれ、伴わないものであれ、

実質的な混合診療全面解禁を狙っている」と指摘される方もいます。

私も法改正を伴わない混合診療部分解禁の拡大（保険外併用療養費制度の拡大）は、残念ながら、今後進む可能性が高いと判断しています。しかし、法改正を伴う全面解禁とそれが伴わない部分解禁の拡大には天と地ほどの差があり、「実質的な混合診療全面解禁」と一括りにすることはできません。法改正を伴わない場合は、保険外併用療養費制度の拡大しかありませんが、同制度のうち、「特別の療養環境の提供」（差額ベッド）等の「選定療養」、つまりアメニティ部分の混合診療はすでに制度上はほぼ全面解禁されており、これ以上の大幅拡大は困難です。

それに対して「先進医療」を対象とする「評価療養」は、安全性と効果が確認され、しかも一定程度普及したと「評価」された段階で保険診療に移行することが公式のルールとなっているため、これをどんどん拡大すると中長期的には保険診療費が拡大し、財務省が目指している国庫負担の抑制にはなりません。筋金入りの新自由主義者である八代尚宏氏は早くからこの矛盾に気づいており、「公的保険の対象となる医療サービスの範囲を明確化し、それを超える医療部分には保険適用をしないという単純なルール」を適用する混合診療全面解禁のためには、「特定療養費制度〔保険外併用療養費制度の前身〕を廃止することが基本となる」と正確に主張していました(13)。

(3)製薬企業は混合診療全面解禁を求めている

混合診療の実質解禁を危惧する人々は、保険会社と製薬企業がそれを求めていると主張しています。例えば、毎日新聞は6月15日付の社説「混合診療 医療費の膨張を招く」で次のように主張しました。「製薬会社はあえて厳しい臨床試験を行わなくても高価格の自由診療を選ぶようになり、自由診療の比重が大きくなれば富裕層しか受けられない医療が増える。質の高い医療を受けるためには高額な保険に入らなければならない、米国の企業は従業員に民間保険を提供し、これが経営負担になっているといわれる」。

この社説だけでなく、民間保険会社と製薬企業が共に混合診療全面解禁を求めていると言説が少なくありませんが、両社を一括して論じることは出来ません。私が知り得た範囲では、少なくとも日本の民間保険会社は保険外併用療養費制度の拡大を望んでいるが、混合診療の全面解禁までは望んでいません。なぜなら、その場合、完全な2階建て医療保険制度になり、それに対応して民間保険の責任分野が大幅に拡大するため、保険料が高騰し、顧客が減少する（あるいは伸び悩む）可能性が大きいからです。なお、アメリカンファミリー生命保険在日代表（当時）の大竹美喜氏は、2000年に、国民皆保険解体と混合診療解禁を正面から主張しましたが、これは氏自身が「筆者の勝手な『絵図』にすぎない」と認めた極論で、同社の公式見解ではありません(14)。

さらに製薬企業は、内資・外資とも、混合診療全面解禁はもちろん、保険外併用療養費制度の大幅拡大も望んでいません(15)。なぜなら、混合診療全面解禁または保険外併用療養費制度の大幅拡大により、高額な新薬が混合診療の対象にされた場合、製薬企業は新薬の価格を自由に設定できる反面、全額自費の患者負担も非常に高額になるため販売量が伸び悩み、大きな利益を出せないからです。それに比べて、現行制度のように、高額な新薬が薬事法上の承認を受けたら速やかに保険適用されることになっている場合、公定価格（薬価）は自由価格時よりも多少抑制される反面、高額療養費制度により患者負担が大幅に低

下し、販売量が激増するため、巨額の利益を得られるからです（価格×販売量）。

(4)混合診療でも高額な医薬品・医療機器の患者負担はあまり減らない

ここで見落としてならないことは、最近の、抗がん剤を中心とした画期的新薬はきわめて高額であり、しかもそれらは主として外来診療で用いられているため、それを保険外併用療養費制度（評価療養。合法的な混合診療）の対象にただけでは患者負担はわずかしか減らないことです。この点を数値例で明快に示したのが関岡英之氏と出河雅彦氏です（16, 17）。

まず関岡英之氏は、「あるがん患者が〔保険適用の〕抗がん剤の点滴治療のため3日間入院」した実データを用いて、①すべての医療が医療保険の給付対象であった場合、②抗がん剤は未承認で自由診療だが、入院費と検査費は医療保険の給付対象とされた場合（混合診療）、③すべての医療が自由診療の場合の患者負担を計算しました（もちろん、②・③は仮定の計算です）。それによると、患者負担は①の8万に対して、②は39万円、③は59万円でした。混合診療（②）の患者負担は、自由診療（③）に比べればやや安いですが、保険診療（①）の約4倍の高さです。この結果に基づいて、関岡氏は「抗がん剤や分子標的薬自体の価格が下がらない場合、混合診療を認めても、それを享受できるのは支払い余力のある層に限られ、所得による医療の格差が生まれてしまう」と結論づけました。

次に出河氏は、2008年に承認され、保険適用されている進行・再発大腸がん治療薬セツキシマブ（商品名・アービタックス）を対象にして、①混合診療が認められず全額自費の場合、②抗がん剤の混合診療が認められた場合（現行の保険外併用療養費制度）、③保険診療が認められた場合の、1月当たり患者負担額を比較しました。①と②は仮定の計算ですが、国立がん研究センター東病院の医師の協力を得た計算だそうです。その結果、①は75万円、②は68万円、③は8.5万円でした。この結果に基づいて、出河氏も、混合診療が認められても「もともと高価格の抗がん剤の場合、患者にとってさほど大きな負担減とはならず、「恩恵を受けられるのは経済力がある人に限られそう」だと、関岡氏と同じ結論に達しました。

以上は医薬品についての試算ですが、高額医療機器についても事情は同じです。例えば、支援ロボット「ダヴィンチ」による前立腺がん手術は、保険外併用療養費制度の適用を経て、2012年4月に保険適用となったのですが、患者負担は、全額自費の場合140万円、保険併用療養費制度でも80万円であったのに対して、保険適用では8～10万円程度になりました（高額療養費制度の対象になるため）（18）。

おわりにー日本郵政・アフラック提携が暗示するもの

最後に、本文でも述べた日本郵政・アフラック提携が、今後のTPP交渉に暗示するものを指摘します。両社や政府は公式にはこの提携がTPPと無関係と説明していますが、実際には、この提携がTPP交渉における日米2国間協議で農産物の聖域確保とのパートナーに使われたとの疑義が出されています（19）。私は、これと同じ形で、医薬品・医療機器分野の「市場開放」が、TPPの全体交渉と並行して行われる日米2国間協議で合意される可能性が大きいと危惧しています。TPPは公式には「多国間交渉」と言われていますが、日米2国間の交渉の方がむしろ日本医療への影響が大きいと言えます。TPP交渉が

始まる前には、従来の日米二国間協議より、T P Pの多国間協議の方がアメリカの強い圧力をかわせるから日本に有利だとの主張が聞かれましたが、それはまったくの幻想・誤解であったと言えます。

[『腫瘍内科』12巻3号(2013年9月)に掲載した「T P Pが医療に与える影響」に加筆し、10月13日に大阪経済大学で開催された社会政策学会 第127回秋季大会で発表しました。]

引用文献

- (1)二木立「T P Pと日本の医療」。農文協編『T P Pと日本の論点』農文協,2011,90-96頁(文献(3)に収録)。
- (2)二木立「T P Pに参加するとアメリカは日本医療に何を要求してくるか?」『日本医事新報』2011年12月10日号(4572号):34-35頁(文献(3)に収録)。
- (3)二木立『T P Pと医療の産業化』勁草書房,2012,第1章「T P Pと混合診療」,23-64頁。
- (4)二木立「日本のT P P参加が医療に与える影響についての論争ー第7回日韓定期シンポジウムでの報告」『文化連情報』2012年12月号(417号):12-18頁。
- (5)二木立「安倍首相のT P P交渉参加表明と医療への影響を読むー2年半のT P P論争の成果にも触れながら」『文化連情報』2013年5月号(422号):18-21頁。
- (6)松山幸弘「交渉参加が決まったT P Pと医療の論点」『医薬経済』2013年4月1日号:10-11頁。
- (7)金子勝・中川俊男・孫崎亨・松田学・松山幸弘・宮武剛「(座談会)T P Pで医療はどう変わるのか」『月刊/保険診療』2013年7月号(1485号):7-18頁。
- (8)前田由美子「特区の現状」日医総研ワーキングペーパーNo.266,2012。
- (9)山田厚史「アフラックに屈服したT P P日本 郵便局との提携が国民皆保険を空洞化する」DIAMOND online 2013年8月1日。URL: <http://diamond.jp/articles/print/39579>
- (10)二木立「安倍内閣の『骨太方針』と『日本再興戦略』の医療・社会保障改革方針を読む」『文化連情報』2013年8月号(425号):14-20頁。
- (11)二木立「社会保障制度改革国民会議報告を複眼的に評価し『プログラム法案』を批判する」『文化連情報』2013年10月号(427号):16-22頁。
- (12)二木立『医療改革と財源選択』勁草書房,2009,52-54頁。
- (13)八代尚宏『規制改革』有斐閣,2003,146-147頁。
- (14)大竹美喜『医療ビッグバンのすすめII医療改革シナリオをつぶすな』NHK出版,2000,92-100頁。
- (15)二木立「参院選の自民大勝で、医療政策はどう変わるかー安倍内閣の成長戦略と医療政策の今後の行方」『国際医薬品情報』2013年8月12日号(991号):12-15頁。
- (16)関岡英之『国家の存亡ー「平成の開国」が日本を亡ぼす』PHP新書,2011,180-183頁。
- (17)出河雅彦『混合診療』医薬経済社,2013,199-201頁。
- (18)柚木まり「T P Pでクスリ値上がり? 高額先端医療も保険適用危うく」『中日新聞』2013年5月9日朝刊(1面)。
- (19)森岡英樹「日本郵政 宿敵・アフラックとの提携はT P P交渉の『バーター』か」『エコノミスト』2013年8月20日号(4301号):11-12頁。

【添付論文6】

地方の中堅私大経営から見ると医療経営はうらやましい！

（『日本医事新報』2013年7月27日号（4627号）：146-147頁）

私事で恐縮ですが、本年4月から日本福祉大学学長に就任しました。日本福祉大学は本年創立60周年を迎える福祉系の老舗私立大学で、6学部8学科4大学院研究科、学生数約13,000人を擁する地方の中堅大学でもあります。本部は愛知県知多半島南部の美浜町（人口約2.5万人）にあります。2015年度には知多半島北部の東海市に新キャンパスを開設し、看護学部を設置する予定です。

日本福祉大学は2008年度以来、慢性的な入学定員割れに悩んでいます。これは地方の中堅・小規模私立大学に共通した悩みです。そのためもあり、全国の私立大学法人中の赤字法人の割合は2011年度には41.8%に達しています（『月報私学』2013年2月号）。私の学長としての最大の任務は、2015年度の新キャンパス・新学部開設と「教育重視」の教育改革により、定員割れを克服し、本学を「ふくしの総合大学」として発展させることです。

この立場・視点からみて、医療（病院・診療所）経営は「うらやましい！」というのが率直な実感です。私が初めてこう思ったのは4年前に副学長・常任理事に就任した時で、それ以来、医療関係者向けの講演やインタビューでは時々触れてきました（『メディカル朝日』2010年11月号インタビュー等）。しかし論文化したことはないので、本稿で私が「医療経営はうらやましい！」と考える5つの理由を述べたいと思います。

人口高齢化で医療市場は拡大

第1のそして最大の理由は、人口高齢化により医療市場は今後も拡大するのに対して、人口少子化により、18歳人口は今後急減し、大学市場は縮小することです。

医療の主な対象である65歳以上の高齢者人口は、2000年の2204万人から2013年の3098万人へとわずか13年間で894万人（40.6%）も増えたとし、今後も2025年までの12年間でさらに374万人（12.1%）も増える見込みです（国立社会保障・人口問題研究所）。

それに対して、大学入学者の主な対象である18歳人口は2000～2013年度の13年間に151万人から123万人へと、28万人（19%）も減少しました。ピーク時の1992年度（第二次ベビーブーム世代が18歳に到達）の205万人に比べると、なんと82万人（40%）もの減少です。さらに12年後の2025年度には108万人へと、さらに15万人減少する見込みです（文部科学省資料）。このように大学は、市場規模の縮小が運命づけられている典型的な「構造不況業種」と言えます。

医療は公的保険制度で守られている

第2の理由は、医療収入の大半が公的保険制度（法定患者負担を含む）で「守られている」のに対して、私立大学経常費中の国庫助成割合はわずか1割にすぎないことです。実はこの割合は、私立学校振興助成法（1975年成立）では「2分の1以内を補助することができる」とされ、同法の附帯決議では「できるだけ速やかに2分の1とするよう努めること」とされています。しかし、この割合は1980年度の29.5%をピークにして減少を続け、2011年度には10.5%にまで低下しています。

OECD加盟国中、日本の医療費水準（対GDP比）は「下位」ですが、高等教育への

公財政支出水準（同上）は「最下位」です（2009年のOECD平均1.1%、日本0.5%）。

診療報酬が一定でも増収可能

第3の理由は収入構造の違いです。診療報酬は出来高払いまたは1日単位の包括払いなので、診療報酬が引き上げられなくても、医療機関は患者数を増やすか、診療密度を増すことにより増収が可能です。DPC方式は一般には「包括払い」とみなされていますが、患者数増加で収入を増やせるという点では、出来高払い的側面が残っています。

それに対して、大学の学費収入は究極の包括払いで、1年定員割れするとその影響が4年間（！）続きます。しかも近年の家計収入減少により、学費値上げは不可能です。ただし、入学者が常時定員を1～2割上回っているブランド大学では、売上高利益率は軽く1割を超過し、2割台も珍しくありません。

学生獲得の「仁義なき戦い」

第4の理由は顧客構造の違いです。医療には地域性があり、患者の地域（医療圏）間移動はきわめて少ないし、地域内で医療機関の機能分化と連携＝「棲み分け」が行われています。それに対して、受験生・学生は都道府県を超えて移動するので、大学間では全国レベルで彼ら獲得の「仁義なき戦い」「弱肉強食の戦い」が繰り広げられています。その結果、首都圏・関西圏のブランド大学の「二人勝ち」状態が続いており、地方の中堅・小規模私立大学は大苦戦を強いられています。

医療では居住地以外の都道府県に「流出」する患者の割合は、全国平均では、入院でも5.7%、外来では2.7%にすぎません（「平成23年患者調査」）。それに対して、大学進学のうち県外の大学への「流出」率は、全国平均で58.0%にも達しています（「平成24年学校基本調査」）。

医師はよく働く

最後の理由は、医療機関と大学で中心的役割を果たす医師と教員との違いです。医師は（不平不満は言うが）長時間よく働きます。それに対して、文科系大学の教員は、勤務時間がはるかに短い「時間貴族」ですが、権利意識が非常に強く、その上医師に比べてはるかに「弁が立つ」方が多いので、医師以上に管理が大変です。ちなみに、医師の過労死は社会問題にもなりましたが、教員の過労死はあまり聞いたことがありません。

大学教授（48～52歳）の「決まって支給する給与」（各種手当を含む。賞与換算分は含まない）は69万6054円で、同年齢の（役職のない）医師給与の118万7719円の58.6%にすぎません（人事院「平成24年民間給与の実態」）。しかし、両者の実労働時間当たりの実質「時間給」では、むしろ大学教授の方が高いと思います。

本連載⑩（本誌2012年9月8日号（4611号））で、「私はなぜ『医療は永遠の安定成長産業』と考えているのか？」について縷々説明しました。今回述べた5つの理由はそれを補強するものと思います。

政府の長年の厳しい医療費抑制政策により、医療機関の経営も「バラ色」ではないことは私もよく理解しています。しかし、私大経営に比べれば、まだ恵まれていることもご理解いただきたいと思います。