

医療における倫理と技術進歩と経済

江 見 康 一

I 医療問題への総合的視角

昨今の医療をめぐる一連の不祥事、近年における医学・薬学・ME 機器などの面における目ざましい発展、高齢化社会の急ピッチな進行に伴う老人医療費の増大傾向と医療保険財政へのはね返り、財政再建ともからむ医療費の抑制とこれらに関連のある法律・制度改正への動きなど、医療をめぐる問題はきわめて多面的で複雑多岐にわたっている。国民医療は国民の生命・健康の維持保全に関するものであるから、その必要最低限の供給確保は至上命題として緊要性を帯びたものとなるけれども、同時にそれが国民すべてにとって「ゆりかごから墓場まで」の全年齢階層にかかわりをもつ生涯保障であるだけに、トータルの経済的負担は大きく、世界各国とも国民医療費の増大傾向は財政的にみて共通の悩みとなっている。

医療サービスは、それを享受する側にとっては、老若男女、貧富貴賤を問わず万人共通のサービスであり、その意味で公共性をもっている。だから患者にとって医療は「いつでも、どこでも、誰でも」が受けられる体制になっていることが理想である。このことのためには、1つは患者がさほどの費用負担なしに受診できる財政機構が確立していることであり、他は自分の居住する生活圏の中に医療機関が存在し、物理的にもそのアクセスが容易であるということであろう。これらのうち前者の経済負担を解決しようとしたものが医療保険制度であり、被保険者は日頃から保険料を拠出しておき、いざという時に保険で医療が受けられるしくみである。これに対し後者に関連するものが医療制度であり、それは一口に言って医療供給体制を整備し医療供給を確保するための公的規制に関するものといえよう。

本来これら医療保険制度と医療制度とは車の両輪として相互補完関係に立つものであるけれども、前者を律する論理と後者のそれとが必ずしも噛み合わない場合があり、時に相克・摩擦が生じる。医療保険は医療の需給を金銭的に取り結ぶ機構であるから、保険者はその収支が絶えず均衡するよう財政基盤の安定化を志向するであろう。したがってそこでは財政の論理が優先する。保険財政の論理は年度毎の収支均衡の範囲内で、当該サービスを必要とする対象者に給付を均てんさせることであり、それは量的確保を第一義とするであろう。そのために給付の規格化をはかり、財政計算の予測をしやすい形式を望むことになる。これに対し医療供給は、医師を中心とする医療マンパワーが医学を基盤としてそれを患者に適用することであり、学術性にもとづく質の維持と、千差万別の個別性をもった疾病態様にきめ細かく対応することを必要とする。したがって医療は本来保険財政の要求する規格診療に馴染みにくいという特性をもっている。かつ診療の効果は即時的にではなく、長期的な経過観察を経てはじめて適正に評価されるという場合が多い。このように保険の論理と医療の本質、財政収支の短期的制約と健康事象の長期的評価性とのあいだに、本来的に起こりうる対立をいかにして調整し克服するか、ということが医療の社会経済学的研究に求められる課題であると思う。これに対し筆者の回答は抽象的に述べれば医の倫理を原点とし、それに制御された形で医学・医術の進歩による恩恵を患者に及ぼすこと、およびそれを可能にするための効率的かつ公平な給付・負担方式を工夫し、それを弾力的に運用することである。このように考えると、医の倫理と医学における技術進歩および医療経済の三者は相互に結びついており、しかもそれは相互貫徹的で

あるということである。以下簡単に筆者の考え方を述べよう。

まず医の倫理とは、医師が病者に対する時に、医師の行動を律する精神的基盤となるもの、ないしはその動機づけとってよいであろう。医師は医学・医術を習得した専門技術者であり、患者は疾病に陥り、その治療・回復を冀っている弱い立場にある。その時医師に求められるのは、自からのもつ診療能力をフルに発揮して、目前の患者の苦しみを和らげ、治療の回復に手をさしのべるといふ、純粋にヒューマンな動機であり、決して営利的動機ではない。そしてこの医師の行動を可能にするものが技術的手段と経済的基盤である。ここで技術的手段とは、投与される薬剤とか医療機器の導入であり、それらの手段を活用することによって、医師の診療能力はよりよく発揮され、したがって患者の治療を冀う医師の職能は遂行される。これに對しもう1つの経済的基盤とは、患者をして医療費の重い負担を軽減させる一方、医師をして医業の再生産を可能にするための適正報酬が確保されるという支払機構の確立である。

まず前者についてふえんすれば、この技術的手段の利用において、たとえば“薬づけ”、“検査づけ”という現象が指摘されるのは、その判断基準の当否を別とすれば、目的と手段との関係において、手段が適正に適用されていないことであり、技術が医の倫理と医学的基盤に必ずしも裏づけられず、むしろ経営計算の配慮に比重があるということになるであろう。問題は、判断基準の当否であり、たとえば過剰診療という場合に、何を基準として“過剰”と判断するかである。その場合、医学的基準からみて“過剰”ではないと判定される診療行為が、財政的視点からは“過剰”であると判断される場合があるであろう。しかし患者の治療・回復が医行為の主目的であれば、医学的基準を主にし、経済的制約はできるだけそれを和らげるという努力が長期的に目ざすべき方向であろう。ただし医学的基準からみて適正かどうかは、医学会自身の学術研究の成果に期待し、それを信頼するという立場に立たざるを得ないであろう。

そのことに関連して最近生じた事例は、C・T・

スキャナーなどに代表される新鋭医療機器（ME機器）の導入とそれのもたらす問題点である¹⁾。

一口でいえば、高額機器の購入とその利用が必ずしも実際の需要量と結びつかない場合に、投下資本の回収という経営上の要請によってMEの過剰利用が促され、それが“検査づけ”の誘因になるおそれがあるという指摘である。それと同時に機器の過剰利用が患者の身体に及ぼす安全性の問題も生じるであろう。このような危惧は、現に起きている事例からみて決して杞憂ではない。しかしながら同時にその危惧のゆえに規制が行き過ぎると、進歩した新鋭機器のもたらす患者への福音の適正な享受までもが抑制されるおそれが生じる²⁾。これらの点から医療と経済の接点においては、技術進歩がしばしば両刃の剣となる場合が起こりうる。とすれば、そのような機器のすぐれた威力を享受するためには、やはり機器利用をする診療の原点において、医の倫理にもとづく適用上の規律と、経営計算上過剰利用に追い込まないための高額機器の共同利用など、効率化のための種々の工夫が必要となる。この意味で倫理と技術進歩と経済は相互規定の形で結びつかなければならないのである。

このような結びつきは、固有の経済的側面についてもこれを指摘することができる。医療を患者に適用するための現行の支払方式は、出来高払い方式と呼ばれ、この方式は医療費の高騰をもたらす1つの大きな要因として批判されている。しかしながら出来高払いというのは、本来医療における千差万別の個別需要に対応するための方式であるはずである。それが批判されるのは、“出来高払い”という語感が、“水増し請求”という印象を与えるためと思われる。もしそういう印象を与え

1) 江見康一「技術進歩・制度改革と医の倫理」『週刊社会保障』昭55・11・17, Vol. 34, No. 1100.

2) 東大放射線科田坂皓教授は「大型医療機器の普及が医療費の高騰につながると即断するのは誤り」とし、「CTとか超音波診断装置などが、疾病の診断や治療方針の決定に果たしている役割には、計り知れないものがあり、……早期に治療方針を決めることができたために、他の検査が省けたり、入院日数を減らせたことは、非常に多いと思う」（『日経メディカル』1980・11号）と述べている。

るとすれば、出来高払いという呼称は、これを「診療行為別評価方式」とでも表現したほうがベターだと考える。この方式は、個別需要にきめ細かく対応するのに向いている方式であるから、医学の良心的適用からみても、またきめ細かい医療サービスを望む患者の立場からみても望ましいわけである。ただしこの方式がその本来的意図に即して評価されうるのは、それが医の倫理と、すぐれた学術的基盤に裏づけられて適用される時であることは言うまでもない。逆にいえばそのような要件に支えられた時、いわゆる出来高払い方式は本来の機能を発揮することができるのである。この意味で、医の倫理と経済方式はここでも密接に結びついているということができる。

出来高払い方式に関連して、それと並んで用いられる現物給付について一言しておこう。これについては、医療保険による給付の性格をめぐって論ぜられた医療費の保障か医療の保障かという設問とも関連があるかもしれない。もともと遠洋航海に出かける船の海難事故というリスクに備えて、事故が生じた場合にその損失の一部を金銭的に補償するという、物に対する損害保険の考え方を、ビスマルクが人間の疾病保険に類推したという歴史的経緯がある。そうだとすれば、そのような保険の原理と疾病事象とは本来なじまない性格のものといえよう。それをなじませようとする1つの方式が、現物給付というように理解してよいのではなかろうか。患者の求めるのは医療サービスそのものであって金銭給付ではないであろう。しかるにその金銭給付を是とする考え方は、やはりこの方式が財政的に調節しやすいという性質からきているためといえる。いずれにしても、出来高払い・現物給付という方式は、それが正しく適用されれば医療の特性に適した一体的方式であると考えられる。したがって批判は方式そのものに向けられるのではなく、適用にさいしての倫理的・医学的基礎に向けられるべきであろう。

II 生命倫理の視点

医の倫理についてはすでに述べたが、従来のそれは医師と患者との個別的対応としての、いわば

閉ざされた関係であり、それはもっぱら医師に対して求められたものであった。しかしながら医学・医術が進歩し、医療の供給組織が社会的性格を帯びてくると、医の倫理もまたそれに対応して新しい意味内容が含まれるものと見なすことができる。換言すれば、すでに述べた倫理と技術と経済のあいだについて、新しい均衡点が模索されねばならないのである。

たとえば医学の進歩によって延命が可能になり、臓器移植が実用化し、遺伝子工学の分野が発展すると、それは人間の生命についての価値観に影響を及ぼし、医療の問題も、単に一時点における個人ベースでの疾病への対応から、生涯にわたる健康管理にまで拡がり、「人間はいかに生き、いかに死すべきか」という問題から子孫への影響をも含む人間生存のあり方にまで問題が発展する。それとともに人々のあいだの社会連帯性、人間と他の生物をも含む環境との相互依存関係についての認識は高まるであろう。このような背景の中で考えられる新しい倫理が「生命倫理」(bioethics)である³⁾。

このような方向の中で、人間の生と死に関する医療の選択においては、以前のようにそれが医師のみの決定権に属しそれゆえに医師のみが責めを負うということではなく、患者自身や患者の家族の決定がかかわる側面が増えてくると思われるのである。したがって親は生まれる前の胎児の権利に対してもより敏感になるであろう。

かくして医学の進歩は、医療によってなしうることの可能限界を拡げる一方、そのためのコストはより高価となり、もしその医療がニーズとして社会的に認定されれば、医療への資源配分はそれに応じて増やさざるをえないであろう。もちろんそれは一国に存在する経済資源の制約の中での配

3) 「生命倫理」(Bioethics) についての包括的原典は、Kennedy Institute が出した *Encyclopedia of Bioethics* (『生命倫理学に関する大事典』全4巻) であるが、これを解説した例として、上智大学アンセルモ・マタイス教授「バイオエシックスについて」『第24回医療問題専門家会議議事速記録』(昭55・1・17) がある。

なお医療の未来技術の受け止め方については、水野榮「医療の哲学を求めて」江見康一・加藤寛編『医療問題の経済学』(日本経済新聞社、昭和55年)がわかりやすい。

分であるから、そのことによって医療保障制度の下での医療需給は、その公平と効率化の追求がより厳しく求められるようになるであろう。このことはたとえば現行の分立した医療保険制度の総合調整を求める背後の力として働くことにもなる。それと同時に新しい技術の適用の中で、何を必要最低限の医療サービスとするかが改めて問われ、かくして技術進歩は医の倫理と医療経済に対し新しい整合的な意味内容を求めるのである。

以上のような問題把握の背景に立って、以下では、とくに医療経済に焦点をあて、ややくわしく論じてみよう。

III 医療の特性と国民医療費

医療に対する世論の批判のうち、その中心的部分は、医療費問題に向けられ、したがってこれは一般的には医療経済の受け止め方、ないしは理解の仕方に関するものである。しかし医療経済といっても、それは、①国民医療費の動向といったマクロ経済レベルのもの、②制度別医療保険財政の収支状況と、たとえば3K赤字の1つとして指摘される政管健保の赤字のように、③国家財政へのはね返りとして論じられるもの、④患者の一部負担など家計負担の増大として論じられる側面、⑤病院・診療所などの医療経営とその収入を形成する診療報酬の水準、ひいては医師所得に関連する側面、⑥診療報酬に見合う点数単価としての医療費の問題など、さまざまな側面がある。

世上「医療費の増加」と表現される場合、それがどの側面、どのレベルでの問題であるのか必ずしも明らかでない場合が多いが、医療費問題を論ずるさいには、あらかじめこの点を明らかにして進める必要がある。以上の①～⑥のうち、主要な項目について問題点を整理してみよう。

(1) 国民医療費増嵩の背景

国民医療費は、とくに第1次石油ショックのあと、それが発表されるたびに、医療費増大の象徴的数字として批判的論評が行なわれるようになっている。1つは、国民経済や産業活動を示す経済指標の伸びが、かつての高度成長期に比して停滞

ないし鈍化している時に、国民医療費の伸びだけは、平均して20%近く増大しているからである。いま国民医療費(M)と国民総生産(V)の対前年度増加率を、 M の数字が得られる昭和30～53年度について、経済成長の局面を4段階に区切って比較すると、表1のようになる。

表1 M と V の名目成長率の比較

	M	V
	%	%
昭和 I 30～35	11.4	13.0
II 36～40	22.4	15.4
III 41～46	16.0	16.8
IV 47～53	20.6	14.2

(資料) 厚生省「昭和53年度国民医療費」に依る。

(注) 数字は対前年度増加率の単純平均である。

表の4段階の数字を観察すれば、 M の成長率は交互に上下しているが、 V はⅢ期まで上昇傾向(単年度では昭和48年度までが高度成長期と呼ばれる)を示したのち、低成長経済へ移行するようにみられる。 M が高まったⅡ期は国民皆保険体制が昭和36年度に発足し、その普及に伴う量的拡充があったこと、またⅣ期は昭和48年にみる老人医療費の無料化や家族給付率の引上げなど、新しい需要が形成され、その需要パターンが定着しようとする過程にあるともいえる。すなわち国民医療費はマクロ的には制度の受け皿の拡充によって増大したと言ってよい。しかしながらそれを財源面から支える V は経済の論理によって動くわけであるから、Ⅳ期の局面を迎えて、医療と経済との摩擦が徐々に激しくなったわけである。

上述の諸段階を再び整理すれば、Ⅰ～Ⅲの段階では、国民皆保険体制の志向とその発足が、高度成長の高揚期と軌を一にしたということであった。したがって医療経済は経済成長の枠内で、それに追従して規模を拡大することができた。ところで昭和40年代後半に入って、公害問題にみる環境問題と円の切上げに象徴された国際経済摩擦によって、国民経済は「成長から福祉へ」という軌道修正が志向された。加えて高齢化社会の到来が認識され昭和48年における医療・年金に関する一連の拡充措置を踏まえて「福祉元年」が謳歌されたが、まさにその直後に第1次石油ショックに見舞われ

たわけである。したがって高度成長の余勢の中で行なわれた福祉充実は、厳しい資源制約と、ある意味でその帰結としての低成長経済への移行の中で、新しい見直しを迫られることになる。かくしてわが国は、高齢化社会への対応と福祉社会への志向とを、低成長経済の中で進めねばならないという、いわばトリレンマに遭遇したといえよう。このようなトリレンマの中で、国民医療費の問題も新たな対応を迫られたわけである。

国民医療費の経済問題を考える時の背景は以上のようなものであるが、医療費の増大傾向を批判的に論じる時にも、次の二点を指摘しておかねばならない。1つは、皆保険といっても、それは既存の被用者保険の制度的枠組をそのままにして、被用者以外の国民健保を加えたものであり、全国民をいずれかの制度でカバーするという意味で皆保険という外枠を縛ったに過ぎず、したがって被用者保険内の制度間格差はそのまま引き継いだわけである。また国民健保にしてもその出発点において、市町村財政に将来生じるであろう地域間格差についての見通しをもっていたとも思われない。政管健保が皆保険発足後の翌年度からすでに赤字に陥ったことは前者に関連があるし、この制度間格差は高度成長の過程を通じて拡大された。このことは、保険料収入が企業間の成長力格差を反映することから当然の成行きであり、形式的な国民皆保険体制の中で富める集団と貧しい集団とが併存する形となった。このことが、社会保障の付随的機能である所得再分配機能を弱める結果になったことは、多くの人が指摘する点である。他方国民健保については、高齢化社会の到来についての認識が不十分であったというべきであろう。高度成長期、とくに昭和30年代後半から40年代にかけて地方農村県の若年労働力の移動が大都市工業県とその周辺地域へ向かってかなり大量に行なわれたが、このことは前者の老年人口比率を高め、後者の若い生産年齢人口比率を増やした。換言すれば前者の老齢保障需要を増やす一方、後者の老齢扶養負担を軽減した。この被扶養・扶養関係の地域間不均等は、地方交付税交付金など中央財政から地方財政への再分配機構を通じてある程度平準化され

てはいるが、国民健保の地域間比較でみる限り、同健保財政が将来にわたって弱体化していくことは明らかである⁴⁾。

国民医療費の動向を考察するうえでの構造的要因は、制度を仲立ちとして相対する需要側(患者)と供給側(医師・医療機関)のそれぞれについても考えられる。需要側については人口・社会的(核家族化、高齢化等)、産業的(重化学工業化、産業公害、労働環境等)、生活上(衣・食・住の都市化等)の諸要因が疾病構造の変化を通じて、新しい医療需要をもたらすことである。人口構造の高齢化が医療需要を増やし、かつ総医療費を高める関係は、年齢別の受療率と1人当たり医療費を比較することによって明らかであるが、高度成長が各種公害などにみる環境悪化を通じて医療需要を増やした関係は、ケース・スタディ的に立証されている点である。

供給側についてはどうか。第2次大戦後の昭和20年代は、社会保険制度の整備過程であり、したがって保険診療はなお従的な位置にあった。それが30年代に入るとともに急速に保険診療化が進んだが、国民皆保険制度がもたらした潜在需要の急激な顕在化に対し、医療供給の方は、医師を中心とするマンパワーなど人的ストックはほとんど増やさないまま、保険需要の急増に対応した。したがって需給の調整は、医師や看護婦の労働強化という形で応ぜざるをえなかったといえよう。このことは医師・看護婦不足をもたらす一方、患者1人当たりの診療時間の短縮化という現象に結びつく場合もあり、また薬剤を多目に渡すことも、当初はそれによって診療需要の出現、すなわち患者の訪問をより遅延させる効果を意図する場合もあったと言われる。いずれにしても、皆保険の普及に伴う超過需要に対して、さまざまな対応が行なわれたが、そのいわば“強いられた”対応が結果として診療収入の急伸をもたらした、ひいては医師をして保険医療への経済的インセンティブを強めたであろうことは十分推定される。

4) 江見康一「老齢保障と地方財政」『経済研究』第31巻第2号、April 1980。江見康一「人口移動と老齢保障」昭和55年度日本人口学会報告要旨。

持続的高度成長の中で、保険財政の規模の拡大に支えられ、保険医療は需要と供給との相互促進作用の中で量的に膨張していったとみることができる。これが少なくとも昭和30年代後半～40年代前半の状況であろう。保険財政は、医療サービスの直接の需要・供給関係を、第三者である保険者が金銭面で支える機構である。患者は医療保険制度の確立によって、かつての「疾病と貧困との悪循環」という所得上の制約を蒙ることが少なく、その意味で福音をもたらしたが、そのことは同時に患者をしていま自分の受けている医療サービスの経済価値がいくばくであるかというコスト意識を稀薄化させたことは確かであろう。そしてこのことが真のニーズを超える需要部分を誘発したことが考えられる。このようなコスト意識を稀薄にしたことは、程度の差はあれ医師の側にもある。しかし医師の場合は、良心的な診療を施したいと思うさい、必要ならばコストの束縛を受けずに、その時点での可能な医学水準を納得のいく程度に適用したいと思うであろう。すでに述べたように、出来高払いというのは、そのような学術基盤と結びつくときはじめて本来の目的・機能を発揮するのである。

しかし国民皆保険体制の拡充過程において、引きつづく需要超過傾向に対し供給側が労働強化という形で対応してゆく中で、医師の稼得パターンが醸成され、それが患者とはちがった立場でコスト意識の稀薄化に結びついたであろうことが推測される。もともと医療保険は、医療需給の経済関係を医師对患者という個人的ベースではなく、保険医集団の供給と被保険者集団の需要とを制度ごとに保険者が媒介するという形で、社会的場に移し、それによって需要の安定的充足をはかるという方向を目ざすものであった。この意図は大すじでは達成されたわけで、ここに医療保険制度のメリットがあったと思う。しかしながらその制度が普及する中で、患者も医師も、保険制度自体の拡充が高度成長に支えられて持続的に可能であったという経済基調の中で、多少ともスポイルされた面があったことは否めないであろう。

このような関係は、保険者についても指摘して

おかねばならない。すでに指摘したように、国民皆保険は必ずしも財源と給付との確たる長期的展望もなく、既存の制度についての社会保障という視点からの体系的見直しや調整措置もないまま発足したわけであるが、すでに指摘したように、高度成長は、皆保険が出発点ですでに内包していた制度間の格差要因を拡大したのである。医療の需給を個人ベースから保険機構にもとづく社会ベースに移行させることは、需要の充足を個人的恣意性にもとづく善意から社会的安定性にもとづく保障へと進めることであったが、そのことを可能にする経済的仕組みが、社会保障（ないし社会保険）の所得再分配機能にはかならない。しかしながら現行医療保険における制度の分立は、保険のもつ水平的再分配（保険上の無事故者＝健康者から、事故者＝病者へ）を1つの制度内だけのそれにとどめ、制度間の再分配にまで及ぶ機能を遮断し、医療保険制度全体としての所得再分配機能を不十分にしている事態が依然として残存していることである。

したがって赤字団体はその帳尻の補填を国家財政に求めざるをえないから、国庫補助額は通常の枠を超えて保険財政に注入されることになる。保険財政は本来保険料収入によって賄われるのが建て前であるが、その保険料対保険給付の収支余剰にみる制度間格差が、医療保険制度としての範疇の中で財政調整されることなく、赤字団体の赤字が保険制度外の財源＝租税で補填されることについては、社会保険としての医療保険のあり方、財源としての社会保険料と租税との分担関係として、より綿密な分析が求められるべきであろう。

制度の分立もたらす財政制約上の問題や、それを是正するための財政調整の実施について、保険者は必ずしも同意はせず、むしろ医療保険における出来高払い・現物給付方式を問題にし、それが“薬づけ”や“検査づけ”などの過剰診療に結びつき、ひいては医療費の上昇を促している要因であると指弾する。診療側が保険財政の収入面の基盤調整に注目するのに対し、保険者側は支出面の抑制に強い関心を示すというのは、それぞれの立場を反映するものともいえよう。しかしながら

これら2つの立場は、保険財政の運用上の効率と公平性維持のためにいずれもその適正化が望まれるものであり、一方だけを強調するのでは不十分である。このことに関連して、保険財政が黒字基調の保険者は、その理由として、しばしば経営努力を強調する。もちろん経営努力は認められるし、その重要性は否定しないが、経営努力の要因は保険集団のもつ収支構造を前提としたものであり、制度間の収支余剰の比較においては、基本的には構造的要因のほうがより大きな影響力をもつことを理解すべきであろう。大企業を母体とする保険財政の黒字基調は、高度成長過程において、その収入面が、生産力増大→賃金水準上昇→平均標準報酬額上昇→保険料収入増大という因果関係をもつ反面、支出面では、若年労働力吸収→平均罹患率低下→保険給付額の緩やかな伸び、という双方の効果の総合によってもたらされたものであり、まさにこれら収支両面のそれぞれにおいて大企業保険集団は中小企業のそれに対し有利な立場に立ったわけである。これらの点で、保険者も医師や患者について指摘したと同様に、経済成長と皆保険による量的普及の中で、医療保険を社会保険としてみる立場を弱めたといえるかもしれない。

(2) 国民医療向上の経済基盤

厚生省が毎年発表する国民医療費の動向を考察する時には、少なくとも上述したように既存制度のままで皆保険が発足したこと、および医療保険の普及過程と経済成長とが相乗作用をもって、保険財政規模の拡大を可能にしたこと、さらにその拡大に伴う制度の整理・再編成が十分進まないまま、石油ショックを契機とする資源制約・低成長経済への移行と、高齢化社会の進行とによって、医療をめぐる経済環境が厳しくなったこと、などの背景を理解しておかねばならない。しかしながら国民医療費は、マクロ的には国民の健康と福祉を擁護するための社会的コストであり、それへの資源配分は、基本的には健康の経済価値を他の社会経済的諸活動への配分との対比において、どのように順序づけるかの国民的選択の問題である。問題は、その順序づけにさいし、国民の医療への

ニーズが、どの程度充足されたと見なすかの判断である。抽象的には、それは医療についても一定のナショナル・ミニマムを想定して、現時点における国民おしなべての医療給付が、そのミニマムに達したかどうか、ということであろう。

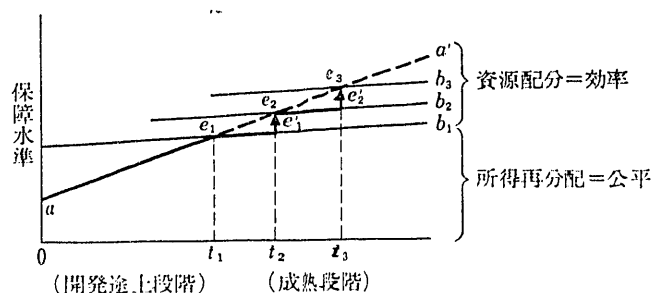


図1 経済発展と保障水準

図1の横軸は、一国についての開発途上段階から成熟段階への推移とみても、また貧しい社会から豊かな社会への発展段階とみてもよい⁵⁾。縦軸は保障水準であり、 b_1 はナショナルミニマム＝ソーシャル・ニーズである。それにわずかな勾配をもたせているのは、ナショナル・ミニマム自体経済発展とともに上昇するからである。 aa' は、現実水準の上昇趨勢線である。 $0 \sim t_1$ では、現実水準 < ナショナル・ミニマム水準であり、両者が等しくなった時点には、たとえば制度面からみて国民皆保険の発足した昭和36年度を対置させることもできよう。ところでナショナル・ミニマムは $b_1 \rightarrow b_2 \rightarrow b_3$ とシフトし、それにつれてナショナル・ミニマムのレベルは $e_1 \rightarrow e_2 \rightarrow e_3$ と上昇する。医療の場合、ミニマム線を上方にシフトさせる下からの圧力は、医療供給における医学・医術の進歩（新薬開発、医療機器導入などを含む）であり、そのことによって治療の可能限界が拡がり、その恩恵を患者に適用しようとする圧力である。それと同時に需要面においても、産業の重化学工業化や国民生活の都市化、人口の高齢化などによって、新しい疾病需要が加わり、ナショナル・ミニマムの内容を変化させるであろう。これら実体面における需給の変化が内部圧力となって b を押し上げ

5) 江見康一「社会保障における資源配分と所得再分配的視点」『経済研究』第25巻第2号, May 1974.

働きをもつ。これに対し、 b を上引きあげるのは、経済成長とそれにもとづく保険財政の給付許容度の上昇であり、それを制度化するものが新規診療行為の点数化であり、健康保険法の改正である。かくして下からの圧力と上からの財政的受け皿としての制度改正とが相まって、現実の給付水準は新しいナショナル・ミニマムに対応したものとなる。それは現実の経路としては、制度改正のあるたびに、 $e_1 \rightarrow e_1' \rightarrow e_2'$ というように階段状に引き上げられてゆくであろう。図1についてさらに付言すれば、保障水準がナショナル・ミニマム以下の領域では給付は所得再分配機能による公平基準によって律せられ、それを超える領域においては資源配分的視点からの効率基準が導入されるべきであろう。

このような理解は、医療のみならず一般に社会保障の各種内容について適用しうるものであるが、公的年金における定額部分と比例部分の関係や、公的年金とそれに上積みされる私的年金との関係に類推することができるであろう。ただし年金の場合は、年金給付のミニマム水準がたとえば現役時代の収入水準の6割というように確定しやすいが、医療の場合は、疾病需要が個人によって千差万別であり、したがってミニマム自体が個人によって異なるということである。これに対し保険の原理は個々の診療内容の規格化を求め、給付率と合わせて保険で給付しうるミニマムを規定しようとするが、この点で診療側の立場との差違が生じる。医療費保障と医療保障との対立関係といってもよい。とすれば、図1におけるミニマム線 b のレベル・アップは、医療費保障をたえず医療保障へ近づけようとする努力とみることでもできる。

いずれにしても図1は、保障水準の上昇についての説明であり、実際の国民医療費は、この1人当たり平均水準（1件当たり平均水準）に患者数（受診件数）を掛け合わせて求められるものであり、人口の増加や高齢化など年齢要因の影響を受けることはいうまでもない。

(3) 国民医療費の考え方⁶⁾

国民医療費についてのマスコミの報道は必ずしも正確ではなく、時にミス・リーディングである。たとえば昭和53年度の国民医療費（以下 M で表わす）10兆42億円の絶対額それ自体は巨額であるが、他方同年度の国民総生産（ V ）は209兆2,482億円（国民所得 Y は165兆9,901億円）であるから、 $M/V=4.78\%$ 、 $M/Y=6.03\%$ であり、この比率自体は国民経済活動による成果の医療への配分であり双方を合わせ判断すべきである。絶対額でみて昭和53年度の数字が10年前の5.5倍という急増を示すといっても、 M/Y でみれば4.16%→6.03%であるから相対比の変化も同時にみるべきであり、また M/V の国際比較によって日本の位置を知るべきであろう。欧米諸国のそれが7~10%であることから日本の M/Y はなお相対的に低い比率にとどまっている。しかし高齢化の急速な進行につれて、それが1985年近傍で7%に達するものと予測され、このことのもたらす負担圧力の増大について警鐘を鳴らすことについては何ら異論はない。

第2に「国民医療費」という呼称からの印象であろう。それは費用という側面からの考察であるが、それは同時に国民がそれだけの経済価値の医療サービスを享受したことであり、「費用」だから無駄だ、というのは物事の片面しかみない議論である。医療費の無駄があるとしても、それをマクロの数字から一義的に引き出すことはできない。

第3に、国民1人当たり医療費（昭和53年度は、86,900円）は、国民が平均して実際に懐から出ていった金額ではない。国民医療費の財源別内訳でみるように、それは、①公費負担分、②保険者等負担分、③患者負担分の三種の財源から成っているが、①の源泉は租税であり、②は社会保険料（医療分）であり、直接患者が負担するのは③であり、それは昭和53年度で医療費の11.7%を占める。①は所得階級によって負担率は異なるし、②は被用者保険の場合、事業主と被用者とが切半で拠出するから、実際の負担額を計算することはむずかしい。 M を総人口で割った値は、むしろ国民1人当

6) 江見康一「国民医療費の推計結果を考える」『週刊社会保障』昭52・5・16, Vol. 31, No. 922.

りが享受した医療サービスの価値といったほうがわかりやすい。

ところでその場合も、国民がすべて患者になった場合の話であって、実際には1日断面における全国推計患者数(昭53・7・12)は8,145千人であり、したがってこの患者数の年間延べ人数を求めて1人当りを算出することになる。そこで保険料を拠出する立場からの1人当り年間拠出額と、医療を受ける患者の立場からの1人当り年間医療費とを対比させた時、はじめて負担と給付の関係を理解することができよう。当然のことながら1人当り患者の平均医療費は、被保険者1人当りの平均拠出額の10数倍になるであろう。このことが可能なのは、上述のように、被保険者でもある患者の拠出額に加えて、事業主負担と公費負担が加わるからであり、さらに、同一保険制度内において健康保険証を利用しなかった被保険者の保険料が、それを利用した患者の医療費にふり向けられたという、何重もの所得再分配機能が働いたからである。1人当り国民医療費についての説明には、上述のような社会保険機構のもつ再分配機能が言及されねばならないのである。

第4に、公表されている国民医療費の推計には、一般診療(病院・診療所別)、歯科診療、薬局調剤別の区分が示されている。これはいわば医療費の行先別の推計といえよう。これによると、10兆42億円の内訳は病院52.0%、一般診療所36.9%、歯科診療10.2%、薬局調剤0.8%となっている。しかし病院、一般診療所はそれぞれのシェアから医薬品メーカーに薬剤費を支払うわけであり、それが約34%とみられるから、それを除いた病院のシェアは約32%、一般診療所のそれは約23%と推計されるであろう。新聞報道では、10兆円の国民医療費がまるまる医師の懐へ入るような印象を与え、医師の儲けぶりと結びつけて論評されるが、10兆円は上述のようなシェアとなる。病院、診療所には医師がそれぞれ63,414人、68,214人(昭和52年末)いるが、国民医療費に依存する一般医療関係者は医師のみではなく薬剤師、保健婦、助産婦、看護婦、診療エックス線技師および放射線技師、理学療法士および作業療法士がおり、歯科も

含めて、医療関係者と呼ばれるマンパワーの数は、約95万人(昭和52年末)いる。病院・診療所の運営のためには、上記の直接の医療関係者のみでなく、事務員、作業員等がいるからそれらを含めると、医療関係従事者数は200万を超えるであろう。国民医療費の数字を個人所得と結びつけて解釈する時には、それが上記の全従事者数の生活と結びついているものと考えねばならない。もちろん病院の収入には、国民医療費には含まれない差額ベッド代や付添看護料などがあり、また歯科の場合、自由診療部分が多いこと、および国民医療費がその定義上含めていない費目があること、さらに病院など国民医療費以外の雑収入が加わるから、収入と従事者数との対比をするためには、より綿密な推計が必要である。したがって国民医療費の増嵩をストレートに医師、それも開業医の所得増大と結びつけて解釈することは正確ではない。

いずれにしても、M/Yの比率が1985年頃には7%を超えるという予測から考えて、医療費負担の問題は今後ますます重要になるものとみられ、医療資源の有効利用と効率的配分に関して、より本格的な経済分析が行なわれ、それを踏まえたうえで国民医療のあり方についての国民的合意が形成されるべきであろう。

IV 一応の結び

小論を通じる筆者の問題意識は、医療問題を考える場合、それが経済プロパーの側面であるかにも見えても、それは他の要因と密接に結びついており、その接点の考察なしには医療経済は正しく語れないこと、したがってそのことの予備的考察を試みたい、ということであった。前半の部分は、医療経済のあり方が医の倫理や医療における技術進歩とどう結びつくべきかに注目したものである。これに対し後半の部分は、そのような背景を踏まえて、医療経済の問題を国民医療費を中心にして論じ、それを通じて医療経済の理解の仕方についての1つの問題点を整理したものである。その意味で、2つの部分は相互補完的であるはずであるが、結果としては必ずしも意に満ちた展開にはならなかった。それはもちろん筆者の非力からきて

いる。これを機にこの種の問題についてのいっその展開を今後に期したいと思う。それとともに

国民医療の健全な発展のために、医療問題に対する総合的、かつ公正な理解を望んでやまない。