

医政メモ Q&A

自由民主党の政策 —構造改革の視点から—

2012年12月、自由民主党（以下自民党）が3年3ヶ月ぶりに民主党から政権を奪回し、安倍内閣が発足しました。経済再生を旗印に、「経済財政諮問会議」の復活、そして「骨太の方針」など、小泉構造改革（小泉総理大臣在任中の2001年4月から2006年9月までの構造改革を「小泉構造改革」と呼ぶ）下の考え方が、改めて強まっているように見受けられます。小泉構造改革下では、社会保障費が厳しく抑制され、医療崩壊が現実化しました。これが繰り返されることになるのでしょうか。日医総研では2012年12月10日に「これまでの構造改革を振り返って —医療の営利産業化の視点から—」と題して小泉構造改革を分析し報告しています。これをもとに自民党の政策を検討してみます。

Q：構造改革（規制改革）とは？

A：小泉政権下、「基本方針2001」では、「創造的破壊としての構造改革はその過程で痛みを伴うが、それは経済の潜在的供給能力を高めるだけではなく、成長分野における潜在的需要を開花させ、新しい民間の消費や投資を生み出す。構造改革はイノベーションと需要の好循環を生み出す。構造改革なくして真の景気回復、すなわち持続的成長はない」と言っています。そのために「民間でできることは、できるだけ民間に委ねる」という原則で規制改革が行われました。

Q：この政策のもと日本の経済はどのようになりましたか？

A：小泉構造改革は需要創出、消費拡大を目指していました。小泉構造改革以降、輸出入

が大幅に伸びました。実質GDPは成長しましたが、それを牽引したのは国内民間消費よりも外需でした。個人消費もある程度、経済成長に寄与していましたが、国民には豊かにならなかった実感はなかったと言えます。それは、外需依存の経済成長であり、また成長率自体がそれほど高くなかったことに加えて、国民の生活、雇用を犠牲にした成長だったからではないでしょうか。実際、大企業では輸出拡大などもあって収益が改善しましたが、その背景には給与費率の低下があったと考えられます。

Q：医療分野に関しては何をもたらしたのでしょうか？

A：小泉構造改革下の「基本方針2001」で聖域なき歳出削減が掲げられ、翌2002年度からの5年間で、社会保障費の国庫負担は診療報酬マイナス改定分も含めて、当初予算ベースで累計1兆545億円（約1.1兆円）が削減されました。「基本方針2006」では、「過去5年間の改革を踏まえ、今後5年間においても改革努力を継続する」という方針を打ち出し、財務省は毎年の予算概算要求基準で、1.1兆円を5年間機械的に配分した年2,200億円の削減を要求しました。社会保障費自然増の機械的削減が撤回されたのは、「基本方針2009」（麻生内閣）においてであり、2010年度予算で社会保障の必要な修復をすることとされ、社会保障費の自然増がそのまま認められることになりました。しかし、それまでの間、2002年度から2009年度までに削減された金額は累計1兆7,445億円に達し、この間、2006年度には診療報酬が大幅に引き下げられ、医

療崩壊が現実化してしまいました。

Q：医療崩壊の実情はどのような例があげられますか？

A：医療機関経営は厳しい状況に追い込まれ、公立病院を例に見ると、聖域なき歳出削減がはじまった2001年度以降2007年度まで、経常利益率はほぼ毎年悪化し、病院数も減少しました。

病院経営にとって平均在院日数の短縮化は大きなインセンティブになり、治癒していない状態で退院し、再入院することが増え、患者にとっての身体的負担や精神的負担は大きくなったと言えます。

Q：営利市場の拡大の影響についてはどうでしょう？

A：小泉構造改革後のデータですが、家計の保健医療支出を見ると、公的医療費（保険料、医薬品を除く）が抑制されている一方で、医薬品の支出は増加しています。公的医療以外の営利部門の支出、たとえばいわゆる健康食品などの支出もあまり減ってはいません。営利企業が市場に攻勢をかけていることに加えて、軽症の患者が医療機関を受診せずに、市販医薬品や健康食品などで済まそうとしている可能性などが考えられます。

Q：混合診療に対して、政策はどのようなものであったのでしょうか？

A：総合規制改革会議等は、混合診療の全面解禁を求めていました。2004年12月には必ずしも高度ではない先進技術について保険給付との併用を認めることになり、2006年には健康保険法が改正され、保険外併用療養が「評価療養」と「選定療養」に再編されました。この結果、国民の不安や、保険会社の営業強化などを背景に、いわゆる第三分野（がん保険）の市場が拡大してきました。

介護保険は、いってみれば「混合介護」と言えます。支給限度額超過部分は全額自己負担になります。また営利企業が参入しており、介護保険給付対象ではない商品やサービスを自由価格で提供しようとするインセンティブも働きやすくなっています。このような背景もあり、介護サービス最大手企業の売上高は、公的居宅介護サービス費の伸び以上に伸びてきました。「混合介護」では、富裕であればあるほど、さまざまなサービスを受けることができます。医療分野で混合診療が全面解禁されれば、介護と同じような状況が生じかねません。

Q：これからの自民党の医療政策は？

A：本年7月の参議院選挙までは、経済再生に対し政策の重きが置かれ、医療分野における大きな動きはないかもしれません。しかしそれ以降に、医療分野に対しては、今以上の効率化が求められる可能性が高いでしょう。

医療の効率化のために、市場原理主義的な政策を打ち出す事が懸念されます。混合診療の全面解禁につながるものや、ひいては営利産業化に結び付く施策などです。現実として2013年2月15日政府は規制改革会議で「混合診療の対象範囲の拡大」を協議することとしました。

たとえば平均在院日数を短縮化すれば、在宅医療や介護の需要が増えます。在宅ではさまざまな保険給付外コストが発生し、介護は先に触れたように「混合介護」であるのが現状です。公的保険からの給付が削減される一方で、公的保険周辺の自由価格市場は確実に拡大すると予想されます。

そういう意味では、「平均在院日数の短縮化」ひとつをとっても、まさに構造改革下での施策であるという認識をもって、今後の医療政策を注視していかなければなりません。

（政策部長 井上 善之）