

医療保険におけるフリーアクセスをめぐる論理、倫理問題、合意状況

伊藤 敦 (北見工業大学 工学部, iatsushi@mail.kitami-it.ac.jp)

Logic, ethical problems, and status of consensus concerning free access to health care insurance system
Atsushi Ito (Faculty of Engineering, KITAMI Institute of Technology)

要約

フリーアクセスは、国民皆保険や現物給付方式と並んで、日本の医療保障を支える重要な役割を果たしている。ところが、昨今社会保障財源の逼迫が喧伝されていることから、このフリーアクセスを廃止に追い込む圧力が後を絶たない。そこで、機会費用の発生可能性の視点から、フリーアクセスをめぐる政府、国民、医療者が掲げる論理、倫理問題、合意状況について考察した。その結果、このフリーアクセス制限論の中には、数多の事実誤認が含まれていることが明確になった。このため、フリーアクセスをめぐる分配問題を適切に判断するためには、政府や世論が正しい事実認識を持つことが必要である。その上で、フリーアクセスを廃止すべきか否かについて議論することが重要である。勿論、医療・社会保障財源が逼迫している状況は放置すべきではない。しかしながら、正しい事実認識を持たずに前提を安易に受け入れて、フリーアクセスを過剰に抑制すべきだという結論ありきで分配問題を評価することは一切正当化することができない。問題解決を急ぐあまり、誤った認識を前提に受け入れた政策を実践することで、医療の荒廃が生じる可能性があるならば阻止しなければならない。よって、政府や世論が適切な政策論議をするためには、これらの誤った前提を捉え直す余地がある。

キーワード

フリーアクセス, 論理, 倫理問題, 合意状況, 機会費用の発生可能性

1. はじめに

1.1 問題の所在

フリーアクセスとは、国民に、何らかの健康問題が生じた時に、保険証一枚で、いつでも、どこでも医療機関を受診できる仕組みのことで、国民皆保険や現物給付方式と並んで日本の医療保障を支える重要な役割を果たしている⁽¹⁾。それに加えて、必要充足原則と応能負担原則に基づいた医療を提供することで、国民の平均寿命の延伸、公衆衛生の発展、QOLの向上に大きく貢献してきた(二宮, 2011)。その結果、日本の医療が世界の中で最も優れたパフォーマンスを發揮してきたことは紛れもない事実であり、それらに貢献したのがフリーアクセスであると言える(池上他, 2011; 池田他, 2011; 社会保障制度改革国民会議, 2013)。

しかしながら、日本の国民医療費が2017年現在で約41兆円に達し、社会保障財源の逼迫が喧伝されていることから、このフリーアクセスを廃止に追い込む圧力が後を絶たない。その背景には、フリーアクセスを放置することによって過剰需要が発生し、医療費が膨張して経済成長の妨げになるとの、論証なき前提がある(八代, 2011; 鈴木, 2014)。ただし、医療費の伸び率が毎年1兆円程度に抑えられてきたのは、徹底した低医療費政策を実践してきたからに他ならない(二木, 1994)。例えば、医療機関に支払う診療報酬は、低額な公定価格で統制されているため、インセンティブとして診療報酬を調整することで、全国の病院の平均在院日数を短縮し、病床数を削減

することで効率化を図ってきた。ところが、国全体の医療費の高騰が一向に抑制されないことから、政府は患者の受療行動に制限を加える政策に注力している。

例えば、社会保険料や医療費の自己負担額の引き上げ、ジェネリック医薬品の推奨など枚挙にいとまがない。最近では、患者がかかりつけ医以外の医療機関を受診した際に一定額の自己負担を求める制度が財務当局より提案されている。さらに、英国のGP (General Practitioner; 家庭医)に代表される総合診療医に関心が寄せられており、この総合診療医には、かかりつけ医として総合的な診療を遂行することと併せて、病院医療への門番としての役割を果たすことで、患者の外来受診頻度を抑制し医療費を削減することが期待されている。

それでは、医療費を抑制する目的でフリーアクセスを制限することに正当性はあるのだろうか。また、それによって、どのような機会費用が発生する可能性があるのだろうかという疑問が生じる。そこで、本論では、これらの分配問題について考察することにした。

現在、医療財源を安定的に確保するために、社会保険料以外に多額の公費が投入されている。一方、医療現場では患者が大病院に集中して産科や小児科を中心に勤務医の疲弊や人手不足の問題が生じている(松村, 2010)。このため、フリーアクセスを制限することで、過剰需要を抑制し、医療費を節約することによって社会保障財源の逼迫を阻止する政策が検討されている。この取り組みを通じて捻出された財源は、教育、防災、まちづくり、国防などの他の分野に分配できる可能性がある。したがって、社会全体の公益を考慮すれば、フリーアクセスを制限することは望ましいと言える。しかし、フリーアクセスが制限されると、国民・患者(以下、国民)や医師・

医療機関（以下、医療者）にとって不都合な事態を招く恐れもある。第一に、登録医制度が導入されると、患者が直接病院や専門医へ受診することができなくなる。登録医制度とは、英国に代表される門番制度であるが、吉田（2010）は「国民は必ずどこかの診療所の医師（GP：General Practitioner）に登録しなければならず、救急の場合を除いては、その医師の紹介がなければ、全額自己負担以外は専門的な治療が受けられない」（同、p.60）と説明している。よって、患者の既得権である医療機関を選択する機会（以下、自己選択権）が剥奪されることを意味する。第二に、もしも国民の合意を得ずにフリーアクセスを制限すれば、国民から医療不信を招く恐れがある。福祉国家として、国民の幸福追求と自由を実現するためには、個人の自由が一部制限されることもあり得る（印南，2011）。しかし、国民が要望しない政策を進めることで生じる不満の矛先は医療現場に向けられる。その結果、患者と医療者の関係を分断しかねない。第三に、政府が個人の健康問題に過度に干渉し、患者の受療行動を統制する行為は結束主義的な傾向を強める。本来健康は、個人の価値観に基づくものなので、本人が求めない健康管理を強要することは倫理的に許されない（名郷，2014；日野，2017a）。第四に、国家や製薬会社などの第三者の意向が、医師に介入すると「悪法問題」を利用した医療倫理の拡大解釈が行われて、患者の人権（以下、基本的権利）を侵害する誤謬を犯す危険性がある（平岡，2013）。

このように、このフリーアクセスの制限には、医療費を節約し、それによって得られた財源を有効活用することが期待できる反面、多くの倫理的な問題が潜んでいることから、問題の本質を考察することが必要である。ただし、これらの問題に正面から取り組んだ研究は殆ど見られず、主に政府関係者から発信される情報に偏っているため、議論の前提や、国民的な合意がどの程度形成されているのかは明らかではない。したがって、政府側の立場のみならず、国民や医療者の立場にも留意し、三方の視点からこのフリーアクセスに対する主張や考え方（以下、論理）の背景を明らかにすることが求められる。

1.2 目的と方法

そこで、本論では、機会費用の発生可能性の視点からフリーアクセスをめぐる論理、倫理問題、合意状況について明確化することを目的とする。まず、自由や社会保障の概念を用いながらフリーアクセスの概念を定義する。次に、このフリーアクセスにおける政策の変遷を眺望しながら、制限と維持をめぐる分配問題について明らかにす

る。続いて、機会費用の発生可能性の視点から、三方が掲げるフリーアクセスの論理に注目し、主要な前提と結論を省察することによって、倫理問題を解明する。さらには、ここで得られた帰結を考察することで、フリーアクセスをめぐる合意状況について結論を述べる。最後に、本論の限界と今後の研究課題について言及する。

2. フリーアクセスの概念

本来自由とは「人間をそれまで押さえつけてきた政治的、経済的、精神的拘束からの自由」を指すのが一般的である（Iyenger, p.93）。Fromm（1941）は、この「からの自由」に対立するもう一つ概念として、可能性としての自由、すなわち「する自由」をあげている。前者は「消極的自由」と呼ばれており、妨害する外部が存在しない状態、後者は「積極的自由」と呼ばれており、自分の潜在能力を十分に発揮する自由のことである（Iyenger, p.93）。したがって、国民がこれらの自由の恩恵を受けるためには、基礎的ニーズを満たし、個人のリスクを社会的責任で対応し、自己実現を追求することができる機会を国家の責任で保障しなければならない。そのために必要とされる制度の一つが社会保障である。この社会保障には、国民に対して基礎的ニーズ、リスクへの対応、自己実現の機会を保障する理念的構造がある（塩野谷，2002）。そこで、この自由の概念と社会保障の理念に立脚しながら、このフリーアクセスを捉え直すと、次の二つの意味を導き出すことができるため、表1の中で定義した。

一つは、「消極的自由」を実現するために、国民がいつでもどこでも必要な時に必要な医療へアクセスできる状態を提供すること、つまり「インフラとしての医療」を保障する意味がある。これは、国民の暮らしを守るために、公平で適切な医療を全国に提供することが国家の責任、すなわち義務論的な規範となっている。

もう一つは、「積極的自由」を謳歌するために、患者がより安全で、良質で、利便性の高い医療を追求する基本的な権利を保障する意味がある。ここでいう患者の権利とは「医療を受ける側にある患者の主張できる権利のこと」（葛生他，p.139）である。したがって、患者が安全で良質な医療を求める非帰結主義的な規範と一層の利便性を追求する帰結主義的な規範が含まれている。

以上のように、このフリーアクセスには、国民に対してインフラとしての医療を提供する権利と患者の基本的な権利を保障する概念として重要な意味がある。ところが、最近の政策論議では「自由放任体制」という見方や医療費の膨張の原因として解釈される傾向が強まってい

表1：フリーアクセスの概念

区分	対象	定義
消極的自由	インフラとしての医療	国民がいつでもどこでも必要な時に医療サービスへアクセスできる状態を提供するインフラとしての医療を保障する意味。
積極的自由	患者の基本的な権利	患者個人が医療の安全性、質、利便性などを追及する基本的な権利を最大限に擁護する意味。

ることから、制限の対象になりやすい。一方、患者の中には、これらの権利を拡大解釈し、医療者に対して自己中心的で理不尽な要求や、不適切な受診を繰り返すなどの自由を履き違えた問題も発生している（藤川，2012）⁽²⁾。

この自由と制限をめぐる問題について、Mill（1859）は「人類がその成員のいずれか一人の行動の自由に、個人的にせよ集団的にせよ、干渉することが、むしろ正当な根拠を持つとされる唯一の目的は、自己防衛である。（中略）彼の意思に反して権力を行使しても正当化とされるための唯一の目的は、他の成員に及ぶ害の防止にある」（同，p.24）と、危害原理・危害原則を提示している。この考え方を援用すれば、患者の生命予後に関わる危害を及ぼす緊急時に限り、アクセス制限を認める道理があるといえる。しかし、このような点を踏まえ、全ての医療機関へのアクセスを完全に制限することは、国民が医療の安全性、質、利便性を追求することができなくなるばかりか、過度な受診抑制を招き、インフラとしての医療を根幹から崩壊しかねない。また、フリーアクセスを制限することは、患者の選択というよりも、政府の介入方法の選択に関わる問題なので、政府が患者個人の行動をパターンナリステックに介入することを意味する。ただし、パターンリズムが正当化されるのは、主体が合理的判断をする能力がない場合に限り、それ以外は単なる規則や禁止、制約に過ぎない（小林，2005）。しかし、実際には、利用可能な医療財源は限られているため、一律平等に分配することはできない（竹内，2002）。また、フリーアクセスを維持することで無駄が生じ、不必要な医療費の膨張を招くのであれば、何らかの対策を講じる必要がある。よって、フリーアクセスをめぐる分配問題について検討する余地がある。

3. フリーアクセスの制限と維持をめぐる分配問題

このフリーアクセスは、1963年の国民皆保険制度の確立と併せて実現しているが、1973年に老人医療費が無料化されたことを皮切りに、医療の供給過剰、患者の大病院志向、社会的入院、医療費の上昇などが重なって社会的な問題となった。このため、医療費高騰の原因としてフリーアクセスが注目されるようになり、今日に至っている。

その発端となったのが、吉村（1983）が発表した「医療費亡国論」である（同，p.12-14）。医療費の膨張を抑制するために、一次医療（以下、プライマリ・ケア）のあり方や、かかりつけ医の必要性が認識されるようになった。ここでいうプライマリ・ケアとは「患者が何らかの健康問題が生じた時に最初に接触する医師や医療施設あるいはその医療サービス」（伊藤，2017，p.1）のことで主に診療所医療が該当する⁽³⁾。その当時は、プライマリ・ケアと二次医療の役割分担と連携が不十分で、多くの外来患者が大病院を志向していたことから、医療費の高騰を招く原因として懸念されてきた。このため、厚生省では1987年に「家庭医に関する懇談会」を設置し、プライマリ・ケアを充実させる手段として、家庭医構想を提案

した。ところが、医師会は家庭医の役割は尊重するが、英国の登録医制度のように門番の役割、人頭払い方式、国家による管理医療を助長させる恐れがあるとして断固反対した。その代わりに医師会側から提案されたのが「かかりつけ医制度」である（吉田，2010）。

バブル崩壊以降は、経済全体が低迷していたにも関わらず、医療分野が著しく発展し医療費の高騰が危惧されるようになる。このため、公立病院の慢性的な赤字経営と併せて、患者の大病院志向、はしご受診、ドクター・ショッピングなどの問題が取り沙汰されるようになった⁽⁴⁾。そこで、経済財政諮問会議では、2007年に「総合的な診療能力をもつ医師の養成の仕組みについて検討する」という答申を出し、これを受けた厚生省は「総合科構想」を提案する。一方、医師会はかかりつけ医の資質保証に向けた生涯教育制度の整備を推進した。このような潮流を受けて、現在は患者が直接大病院、つまり三次医療を受診する場合に限り、アクセスを制限することを認めている。ところが、最近では、プライマリ・ケアまでアクセス制限の範囲を拡大すべきとした論調が強まっている。

このように、フリーアクセスの制限が推奨されているのは、次の二つの可能性が期待されているからである。第一に、医療費を抑制し効率化を図ることで、社会保障財源の逼迫を阻止できる可能性である。先述した通り、医療費の節約によって得られた財源は、教育、防災、国防など他の多くの分野に分配できるため、社会全体の公益を高める上で意義がある。第二、過剰需要を抑制することによって、医療の無駄を排除できる可能性である。例えば、風邪などの軽症の患者が大病院へ通院したり、不適切な救急医療を利用したりすることで医療現場の負担増加や混乱が生じているならば、機能分担を図るために緩やかにアクセス制限を進める必要がある。しかし、生命予後に直結する緊急の患者や重篤な患者の受け入れを一律に拒絶することは望ましくない。また、患者や医療者にとって不都合な事態が生じる恐れもあるがそれに関する議論は殆どされていない。

よって、フリーアクセスの制限に踏み込む前に利点や問題点について十分に検討する必要がある。そこで、以下では、機会費用の発生可能性の視点からフリーアクセスをめぐる三方が掲げる論理と倫理的問題について取り上げたい。

4. 政府から見たフリーアクセスの論理と倫理問題

第一に、政府から見たフリーアクセスの論理について概観する。政府は、このフリーアクセスに制限を加えることを推奨しているため、その真意を探るために主な前提と結論を下記に示した。

- 前提1：財政赤字の最大の原因はデフレであるが、デフレ状況であることを前提とすれば、財政赤字の最大の原因は、医療費を中心とした社会保障財政が拡大したことである。

- 前提2：フリーアクセスは、医療費の膨張を招く主要な原因である可能性がある。
- 結論：それゆえ、財政赤字の抑制にあたっては、フリーアクセスの程度を適正化することが得策である可能性は否定できない。

4.1 医療費の拡大と財政赤字問題

まず、前提1は、財政赤字の最大の原因はデフレであり、このデフレ状況を前提とすれば、医療費を中心とした社会保障財政の拡大が財政赤字の最大の原因であると言えることを指摘している。ところが、政府や世論を中心に展開されている議論では、デフレ状況であるという前提を無視して論じている場合が多い。例えば、日本経済団体連合会と日本経済団体連合会（2001）は「高齢者医療制度改革に関する基本的考え方」の中で「現在、わが国の医療制度は、世界に類を見ない高齢化の進展や再三にわたる改革の先送り等により、医療費が際限なく増え続け、医療保険財政は危機的状況にある」とした共同声明を出している。また、財務当局も政財界と同様に財政赤字問題（以下、財政問題）の原因として医療・社会保障の増加を指摘している⁽⁴⁾。これらの論調から、医療費の拡大が財政問題の原因と受け止めていることがわかる⁽⁵⁾。

確かに、政財界が医療・社会保障分野の発展を過度に懸念する背景には、グローバリゼーションや新自由主義に基づいた思想が浸透し、医療分野を岩盤規制や保護産業と捉える先入観に囚われていることが関係しているのかもしれない（野村，2007；日野，2017b）⁽⁶⁾。しかしながら、医療・社会保障費の膨張による財政赤字の拡大によって、教育、防災、国防など他の多くの分野に分配できたかもしれない財源が犠牲になっている可能性は否定できない。また、医療分野が参入規制で保護されているため、競争圧力が弱く高コスト体質になっている（鈴木，2014）。このような生産性の低い産業がGDPの大半を占めていることが、経済成長の足枷になっているとも受け止められる。このため、仮に、医療以外の分野に財源を分配することができれば、もっと高い経済成長が期待できる可能性もある（鈴木，2014）。

このような事情を抱えていることから、医療分野に対するルサンチマンが生じていることは否めない。特に、企業経営者の中には、グローバル競争社会の中で成長し続けるために、法人税の減税、医療市場の開放、社会保障の企業負担の軽減などを求め、従来の企業型福祉社会を見直し、国民の自己責任を迫及する社会を実現することが望ましいと考えている者も多い⁽⁷⁾。また、マスメディアが抱く「潜在患者が抱く医療への敵意」（権丈，p.74）が報じられていることと併せて、有識者の間でも医療費対GDP比を用いて国際比較し、高齢化の進展に伴う医療・社会保障費の膨張によって、日本の財政赤字を拡大させているという捉え方が一般的である（岩本，2013；小黒，2010；西沢，2011）⁽⁸⁾。さらに、政府関係者の多くが緊縮財政主義に同調し、暗黙の前提として医療・社会保障財

源も含めて財政削減を是としていることが、これらの考え方を支えている。

しかしながら、この前提は正しい事実認識に立っているとは言えない。何故なら、デフレ状況こそが、財政赤字の最大の原因であるにもかかわらず、この前提を踏まえずに医療・社会保障を含めた財政問題について議論しているためである（藤井，2017）。これらの誤った認識について、菊池（2009）は「財政上の理由から、医療費を削減する根拠はどこにもないのだ。この事実、分母である名目GDPを増加させる政策をとれば、税収が増加し、増税なしで医療費が賄える」（同，p.80）と指摘している。その事実として広井（1994a）は、1980年代に医療費が低水準で推移してきた背景について分析し、医療費を上回る経済成長が、結果的に医療費対GDP比の低い伸び率に大きく貢献したと結論付けている。したがって、先の前提では、デフレ状況を脱却し、経済成長によって医療費の問題を解決するという視点を考慮せずに恣意的に財政赤字と医療費を関連付けて論じているために、外部不経済のような誤った印象を与えかねない。さらに、一圓（2013）は、医療・社会保障には、ナショナル・ミニマムの保障、生活の安定、社会的統合、所得再分配、経済の安定・成長に貢献している部分があると解説しているが、先の議論ではそれらの点が吟味されておらず、加えて財政破綻論や消費税増税と関連付けた主張が散見されているため懐疑的な見解を示す有識者も非常に多い（小塩，2014；高橋，2016；村上，2016；八田他，2014）。確かに、一般会計の中で医療費に最も多く配分されているのは事実だが、デフレ状況という前提を踏まえずに財政問題を論じることにはできない（藤井，2016）。

したがって、これらの誤った解釈が前提の中に入り込んで、政府や世論に影響を与えるとともに、このフリーアクセスが日本特有の制度であること自体を問題と受け止めて、次の「前提2」で示す医療費膨張の原因として懸念するようになった、と考えられる⁽⁹⁾。

4.2 フリーアクセスと医療費膨張問題

次に、前提2は、昨今財務当局関係者を中心に認識されている論理である。財政制度分科会（2017）は、社会保障制度改革国民会議の資料を用いて「四半世紀以上も改革が求められているにもかかわらず、20世紀半ば過ぎに完成した医療システムが、日本ではなお支配的なままである」（同 a，p.12）という一文を引用し、医療保障制度の抜本改革を求めている。例えば、「低い患者負担であるためコストを抑制するインセンティブが患者側に生じにくい構造」（同 b，p.23）や「フリーアクセスゆえに誰もがどんな医療機関にも受診可能である」（同 b，p.23）ことが、医療費を膨張させる原因として受け止められている。この問題について関係者からは「医療のフリーアクセスが無駄遣いにつながる」（土居・森信，p.220）、「患者の受療行動を決定する情報の不足や、リテラシーへの専門家の関与の不足のため、よくある疾患であるのに、自己判断で大病院に受診してしまい、フリーアクセスの

利便性が、むしろ弊害となり重症化を招いている」(井伊, p.10)と指摘している。さらには、このフリーアクセスが、医療のニーズと受診先の診療機能のミスマッチによる効率の低下を招くだけでなく、複数の医師がばらばらに関わることで適切な意思決定を損ないやすいと批判している(医療・介護に関する研究会, 2016)。これらの問題への是正策としてフリーアクセスを制限することを要求している⁽¹⁰⁾。そして、それらの論拠となったのが Green et al. (1961) や Fukui et al. (2005) による研究である。これらの研究では、人々の健康問題の多くが病院医療や専門医による診療が不要な軽症で済んでいることが報告されている⁽¹¹⁾。

したがって、日本でも総合診療医を中心とした登録医制度を導入することで健康や医療費の問題の多くが解消できると考えられている。伊藤の試算によれば、仮に全国の外来患者の8割を診療所医療で対応した場合には約7,073億円、フリーアクセスを完全に廃止した場合には約2兆4,870億円の医療費が削減されると推計されている(Ito, 2016)。よって、フリーアクセスを制限することで、医療費の伸び率を抑制できる可能性があるため、社会全体にとって意義は大きいと言える。しかし、国全体の医療費を削減できるとは限らないし、そもそもこれらの議論の前提には、多くの事実誤認が存在するため注意が必要である。

第一に、このフリーアクセスが医療費の膨張を招くと論じられているが、その事実関係が解明されたわけではないということである⁽¹²⁾。実際は、その逆で「供給」が「需要」を誘発させること、すなわち供給者誘発需要で考えるのが通説となっている(Reinhardt, 1985; 河口, 2015)。このため、Arrow (1974) は「職業倫理は、この点での価格システムの失敗によって作り出されるギャップを、なんらかの形で埋める制度として理解することができる」(同, p.60)と医師側の倫理観を非常に重視している。そこで、厚生当局は、実際に医療費適正化計画の中で既に医療費の伸び率を抑制する手段を講じており、病院医療と診療所医療の役割分担と連携を推進している。また、患者が直接三次医療機関へ受診する場合は、通常の診療費とは別に選定療養費と呼ばれる追加料金を支払うことで緩やかにアクセスを制限する対策をとっている。しかし、三次医療機関以外では、外来受診を強制的に制限することを認めていない。これらの点を踏まえると、厚生当局と財務当局では、政策規範が大きく相違していることがわかる。

いずれにせよ Gouazé (1996) が「保健医療費の制御の問題(中略)は、権力(政府)の押しつけによる技術的な景気調整措置では決してはねかえせない」(同, p.169)と指摘している通り、仮にフリーアクセスが医療費の膨張を招く原因であったとしても、アクセスを制限することで、国全体の医療費が削減できるとは限らない。

この問題について大道(2008)は「フリーアクセスを阻害するようなニュアンスを患者とか国民に与えるのは戦術的にもうまくない」(同, p.76)と忠告している。ま

た、二木(2011)は「一般的には否定的に見られている外来主導型の医療がむしろ医療費の効率的な使用を実現している面があります。プライマリケアをこれ以上薄くすると、不必要な入院が増えてしまうでしょう」(同, p.139)と警告している。その論拠として、わが国の医療はOECD諸国の中でもMRIやCTの保有率が最も多く、また年間当たりの外来受診頻度は諸外国平均6.6回に比べて12.9回と非常に高い。しかし一方では、先進諸国の中でも一人当たりの医療費が低く、全医療費に占める入院医療費の割合は諸外国の平均的な水準の28%に抑えられているという特徴がある(OECD, 2015; OECD, 2017)⁽¹³⁾。これらの事実から、フリーアクセスの下では過剰需要を招く可能性は否定できないが、他方疾病の重症化や長期入院を防ぐことによって医療費増加を抑制している可能性もあると言える。

第二に、このフリーアクセスを制限することで医療の質の低下を招く可能性があることが全く考慮されていないことである。通常、医療の質を向上させるためには、医師間で相互教授することや、グループ診療を実践し切磋琢磨することが必要不可欠である。このことについて島崎(2011)は「患者(被保険者)に医療機関の選択権を保障するという意義だけでなく、医療機関に対し患者から選択されるよう医療サービスの質を向上させるインセンティブを付与するという意味合いもある」(同, p.116)と解説している。したがって、患者に対して診療録などを含めて医療情報を開示し、医師・医療機関を自由に評価(選択)できる機会を保障しなければならない。つまり、フリーアクセスを制限することは医療の質の向上の機会を奪うことになるので、先の論理は明らかに誤りである。

第三に、患者の権利を最大限に擁護する視点が欠如していることである。アクセスを制限することは自己選択権を認めないことを意味するので、パターナリズムの医療への回帰を目指しているといっても過言ではない。パターナリズムが正当化されるのは、患者が生命の危機が迫っているためにインフォームド・コンセントが得られない場合に限る(五十嵐, 2004)。また、そもそもピポクラテスの誓いには、「医師が行う医療の意図が患者の望む回復をもたらすための医師の心掛け」が述べられていただけである(折田, 2012, p.1)。ところが、時代の変遷とともに医の倫理、医師、患者の三方の関係が変わり、いつしかパターナリズムの医療が浸透し、国家の介入と相まって医師自らが倫理に反する行為や患者の人権侵害を引き起こす誤謬を犯してきた事実がある(平岡, 2013)。このような失敗を二度と繰り返さないために、医師側からリスボン宣言やヘルシンキ宣言などの宣誓が行われ、専門職集団としての自律性を確保し、患者の権利を最大限に擁護する倫理へ発展させてきた経緯がある⁽¹⁴⁾。よって、これらの歴史的な教訓に逆行する提案では、国民や医療者からの同意が得られない。

4.3 小括

以上、本章冒頭に掲げた「前提1」「前提2」の二つの

前提から、「それゆえ、財政赤字の抑制にあたっては、フリーアクセスの程度を適正化することが得策である可能性は否定できない」と結論付けることができるのだが、その結論を導くこの二つの前提そのものの中に前述で指摘したような様々な事実誤認や必ずしも正当化できない議論が含まれているのが実態であると考えられる。これらを踏まえると、そうした事実認識によってフリーアクセス制限論が加速しているという事実が存在することは認めざるを得ないのではないかと考えられる。

5. 国民から見たフリーアクセスの論理と倫理問題

第二に、国民から見たフリーアクセスの論理について眺望する。国民は、政府とは対極的な立場で、このフリーアクセスを存続させることを主張しているため、その主要な前提と結論を下記に提示しながら検討する。

- 前提1：患者の自己負担と社会保障財源を圧迫しないという前提の下で、国民が政府に求めている主要な政策は医療・社会保障を充実させることである。
- 前提2：インフラとしての医療にアクセスする機会を保障するために、患者の基本的な権利は最大限擁護されるべきである。
- 結論：それゆえ、フリーアクセスは可能な限り存続すべきである。

5.1 国民の政府に対する要望

まず、「前提1」は、国民が政府に対して、患者の自己負担と社会保障財源を圧迫させない範囲で、医療・社会保障の充実化を求めていることを表している。例えば、内閣府（2017）の世論調査では、政府への要望の中で「医療・年金等の社会保障の整備」を選んだ割合が65.1%と最も高く、また、日本医療政策機構（以下、日医機構）（2016）が実施した「日本の医療に関する世論調査」では「日本の医療の特徴であるフリーアクセスが、最も高い満足度を得ている」（同、p.3）と報じている。さらに、健康保険組合連合会（2017）の調査では、回答者の67.2%がフリーアクセスの制限に不満を抱いており、伊藤（2015）の調査では完全なアクセス制限を望む者は8.2%に過ぎない。これらの事実から、国民は医療を受けたいときに、自分の判断で医療機関を受診できる仕組みを高く評価し、今後もインフラとしての医療の充実化を求める意思表示として、フリーアクセスの堅持を切望していることが伺える。

しかし、医療・社会保障を充実させることによって発生する問題もある。それは、デフレ状況が続いている限り、医療・社会保障の充実化を求めるほど患者の自己負担が増加し、社会保障財源を逼迫される可能性である。現在、医療財源に占める社会保険料が減少する一方、それを補うために公費（税収）の割合が増加しており、さらには患者の窓口自己負担が大幅に引き上げられている。つまり、医療・社会保障が充実するほど個人消費や家計を圧迫させている可能性が存在することは否定できない。団

塊の世代に代表される高齢者層にとっては、医療・社会保障が充実するほど得られる恩恵は大きいかもしれないが、それ以外の若者や現役世代にとっては、負担ばかりが増えて、十分な恩恵が享受されない可能性がある。よって、これらの問題を考慮せずに、医療・社会保障の充実化を無制限に要求することはできない。

5.2 患者の権利保障に対する要望

次に、「前提2」は、前提1で提起されたことを受けて、インフラとしての医療にアクセスする機会を保障するために、患者の基本的な権利を確実に擁護されることを切実に迫っている。ただし、前述した通り、国民の負担増加と社会保障財源が圧迫した状態を無視して、医療・社会保障の充実化を追求することは正当化できない。最近では、患者の医療に対する要求水準が厳しくなっており、診察や相談だけでは納得しない患者も多いことから、検査や投薬が過剰になりやすい（江本、2012）。また、一部の患者の不適切な受療行動によって、大病院志向、はしご受診、ドクター・ショッピング、夜間診療や救急医療の不適切利用によって、勤務医の疲弊や医師不足の問題を助長させている可能性があることは排除できない。それによって、医療に無駄が生じているにも係らず、多額の公費が投入され続けているのであれば、社会的に大きな損失である。よって、このような不適切な患者の要求や権利は正当化されないし、早急に是正することが必要である。

しかしながら、インフラとしての医療にアクセスする機会は全ての国民に対して公平に保障しなければならない。ところが、実際には多くの国民がこれらの基本的な権利が保障されているとは感じていない。この問題には、根本的に次の四つの原因があるためと考えられる。

一つ目に、医療の政策決定が不透明である。先の日医機構（2016）の調査によれば「制度決定への市民参加の度合い（制度に国民の声が反映されているか）」と「制度決定プロセスの公正さ（制度をつくる過程の透明さ）」に対する評価が最も低い。例えば、医療費の配分が中医協で決定されていることは国民にあまり知られていない。このため、広井（2006）は「こういった形での医療費の配分決定のあり方が相当大きな問題を生んでいる」（p.229）と指摘している。これらの事情から、国民が医療財源の問題も含めて財政問題について懐疑的に受け止めている可能性がある。さらに、医療の政策決定に関しては、厚生当局と医療者の都合で進められていることから、医療費を拡大させるインセンティブが働き、その結果として公費や企業負担の増大を招きやすい側面があることは否めない。このため、政財界から見れば看過できない問題である⁽¹⁵⁾。もしも、医療関係者以外の国民の多くを参加させて、透明性の高い政策決定を実践することができれば、医療の無駄を省き、医療費の拡大を防ぐことができるかもしれない。しかし、従来の不透明な政策決定では、民意を反映しているとは到底言えないため、抜本的な改善が求められる。

二つ目に、最近国民の健康問題に対する政府の干渉が強まっているため、患者の自己決定権が阻害される恐れがあることである。そもそも自己決定の思想は、Locke (1690) の財産権との関連で生まれた論理として周知されているが、日野 (2017a) は「自己の生命・身体・健康に関する事柄は、個々人の主権に属する事柄であり、他人に命令されるものではないという主張が、市民社会の原理の1つとして明瞭に提示されたのである」(同, p.59) と説明している。このため、健康自体は絶対的な価値ではないので、他人の自由を侵さない限り、個人の価値観を尊重すべきである。特に、医療者には、従来の受動的な患者として接するのではなく「医療消費者」という主体的な存在として対応することが要求されている (田村他, 2009)。それに加えて、日本医師会総合政策研究機構(以下、日医総研) (2017) では、比較的重い病気の治療方針を決定方法について調べているが「医師と相談しながら自身が決める」ことを望む者は50.9%で、「医師の説明を聞いて同意する (24.5%)」ことを望む者を加えると75.4%に達している。この結果から、患者の約8割は自己決定を望んでいることがわかる。また、医師・医療機関の選択方法に関しては「自分で調べて選ぶ」ことを好む者が31.6%で、「自力で調べる・医師の紹介のどちらでもよい」と回答した21.6%を加えると53.2%に達するので「まずは自分で決定するが、状況次第では医師の紹介も受け入れる」とする者が、過半数を占めている。さらに、近年の判例では、患者の自己決定は、個人の生き方の選択に関わるため、規制すべきではないという原則を尊重するのが通例となっている (野崎, 2007)。

このように、多くの国民が主体的に医療や健康の問題に関わることを望んでいるが、患者の中には全ての判断を医師に任せたい者もいる⁽¹⁶⁾。要は、どちらが望ましいかは個人の判断に委ねるべきであり、政府が過度に個人の健康問題に介入し結束主義に走るべきではない。

三つ目に、医療関係者を中心に患者の自己決定権を認めることに対して否定的な論調が未だに根強いということである。例えば、患者はヘルスリテラシーが不足しており、医療に関する合理的判断ができない。そのことが、不適切な受療行動や非効率化を招き、医療費を膨張させていると考えられている前提がある (康永, 2018)。確かに、フリーアクセスを廃止し、登録医制度を導入すれば、患者の不適切な受療行動を阻止し、医療費の大幅な削減が期待できるかもしれない。とはいえ、仮に、患者の判断が非合理であったとしても、診療方針、投薬や検査などの必要度を決定する最終的な権限は医師側にあるため、医師のインセンティブが歪んでいけば、過剰需要の誘発や医療の無駄を完全に抑制することはできない。他方、患者にとっては病院や専門医へ直接通院することができないため、専門医や病院へ紹介を受ける際には移動費用や転院の手間や負担が生じる。さらには、疾病の重症化や長期入院を招く恐れもある (二木, 2011)。

四つ目に、患者が自己決定する際に必要な情報アクセスが不十分であることも指摘しなければならない。つま

り、実際には、患者の自己決定権が発揮できる状況ではないということである。例えば、先の日医総研 (2017) の調査では「あなたの住まいの市区町村では、医療や介護に関して必要な情報が十分にあるか」について回答を求めているが、全体の39.3%が「ない」と回答し、さらに「分からない」を選んだ16.3%を含めると合計で55.6%に達する。このことから、国民の約6割は情報提供基盤が不十分であると感じている。確かに、医療サービスは複雑で多岐にわたり、リテラシー不足の患者も存在することから、患者が医療情報を十分に理解した上で自己選択するとは限らない。また、医療広告や情報公開に対して医療法上の規制が多いのも事実である。しかし、それを理由にインフォームド・コンセントを軽視し、自己選択の機会を提供しないことは医療専門職として認められない (丸山, 2009)。このような事情を抱えているため、日弁連 (2013) では「患者の権利に関する法律」の中で、医療機関の選択及び変更に関して、①患者は、医療機関を選択し、転医することができる、②患者は、正当な理由がある場合を除いては、自己の意思に反する転医や退院は強制されない、③患者は、いつでも転医に必要な情報を受けることができるという3つの権利を要求している。

5.3 小括

以上、本章の前置きで示した「前提1」と「前提2」の二つの前提から、「フリーアクセスは可能な限り維持すべきである」という結論を導き出すことができる。ただし、現状を見る限り、医療の政策決定の不透明さ、個人の健康管理に対する政府の過度な干渉、自己決定権に対する否定的な論調、不十分な情報アクセスなどをめぐって多くの問題が露呈しており、患者の基本的な権利が実質的に保障されているとは言い難い。

6. 医療者から見たフリーアクセスの論理と倫理問題

第三に、医療者から見たフリーアクセスの論理について俯瞰する。医療者は、フリーアクセスの堅持を主張することで政府を牽制する反面、政府の増税方針にも同調しながら医療の持続可能性を模索している。そこで、これらの論理を支えている主な前提と結論について探る。

- 前提1：インフラとしての医療を守るために、フリーアクセスは堅持すべきである。
- 前提2：医療と経営の質を向上させるためには、医療者の自律性を保ちながら、政府の方針に対応していくことが必要である。
- 結論：それゆえ、フリーアクセスは可能な限り堅持すべきだが、政府の方針にも対応しなければならない。

6.1 医療者の規範

まず、前提1は、義務論的な立場からインフラとしての医療を守るために、フリーアクセスを堅持することが重要であるという認識を抱いていることを表している。

その道程には、国民とともに歩む専門家集団の義務として、憲法で認められている生存権や社会権を実現するために、必要給付原則と応能負担原則に基づいた医療保障を維持すべきという規範が医療者の中で広く共有されているからに他ならない。このため、国民に対してインフラとしての医療を受ける権利を擁護する一方、医療者にはそれを守る権利があるという立場を表明することで、政府に牽制している。

とはいえ、医療者は、政府が推進するアクセス制限に対して全面的に反対しているわけではない。例えば、日本医師会医療政策会議（2014）では、風邪などの軽症の患者が大病院へ集中する問題を是正するために、かかりつけ医を普及させることを条件に緩やかなアクセス制限を認めている。この対策を講じることによって、昨今問題視されている病院勤務医の疲弊や医療現場の混乱を解消することが期待できる。したがって、今後はアクセスを部分的かつ緩やかに制限する方向へ展開する可能性があるが、それによって生じる可能性のある問題が二つある。

一つは、アクセスが制限されると、同時に政府の意向が医師に介入し、職業的自律性が損なわれて、資質や倫理観を停滞させる危険性が生じることである（平岡，2013）。この問題に注視することは、患者の人権を擁護し、現場で働く医師の人権を守る上で重要である。例えば、福島県立大野病院事件では、医療事故死を起こした勤務医が組織から十分に擁護されることなく逮捕、起訴されている。また、中原医師過労死裁判では自己管理の一時的責任は医師個人にあるとした医師への厳しい判決が下されている（平岡，2013）。この事実から、医師が何らかの医療問題を起こした場合に勤務先や政府から完全に守られる保障はない。このようなリスクに対処するために、医療倫理を遵守し、専門職集団としての自律と自浄作用を発揮することが重じられている。このため、医療現場では、四つの倫理原則が掲げられ、患者の自己決定を尊重する方向へ変容しつつある（Hope, 2008）⁽¹⁷⁾。ただし、一部の現場では、多忙な医師が説明に十分な時間がとれず、患者にセカンドオピニオンを受ける機会を提供していないなどの混乱も生じていることから、医療業界の規範が変容期の段階にあると言える（宮坂，2012）。

もう一つは、このフリーアクセスを制限しても、プライマリ・ケアの質的保証に寄与しないということである⁽¹⁸⁾。現在、財務当局が登録医制度導入を提唱する一方、医師会は登録医制度への対抗措置として、かかりつけ医制度を提案しているが、どちらも医師個人によるソロ診療を想定しているため、医師の資質を向上させるには不十分である（日本プライマリ・ケア連合学会グループ診療の実践に関するワーキンググループ，2012）⁽¹⁹⁾。つまり、日本のプライマリ・ケアが抱える最大の弱点は、開業医の大半がソロ診療を実践していることである。独善的な医療に陥りやすく、そのことが診療所医療のパフォーマンスや質を著しく下げている（伊藤，2017）。このため、患者からプライマリ・ケアが敬遠され、大病院を志向し

ている側面があることは否定できない。

したがって、患者の多くをプライマリ・ケアへ誘導するためには、患者から選ばれる診療所体制を構築することが必要である。そのためには開業医の独善的な診療を回避しなければならない。そこで、伊藤（2017）は、開業医同士による人的交流や相互教授の機会を設けて医療倫理を保つことと、グループ診療を実践し切磋琢磨しながら診療の質を向上させることの二つを提案している。これらの取り組みを通じて、開業医の資質、威信力、マネジメント力などを高めて診療所の集患力を向上させることができれば、患者の大病院志向などの問題が改善できる可能性がある。しかしながら、このフリーアクセスを堅持することで、医療者側の既得権益を拡大させ、国民への負担増加の原因を招いている側面があることは否定できない。

その一つとして、診療報酬の不正請求問題がある。厚生労働省（2016）の調べによれば、2016年現在の不正請求額は約89億円に達し、以前よりも減少傾向にあるが、現段階では根本的な解決には至っていない。不正請求を引き起こす原因として、故意によるもの、倫理観の欠如、医療保険ルールの不知、他人任せの行為が指摘されている（向井，p.1）。確かに、医師の資質を保障するためには、専門職者として自律性を認め、政府による干渉をなるべく受けない環境を提供することが望ましい。しかし、一部の医療者の不適切な診療行為によって、国民の財産である公費や社会保険料の一部が不必要な医療費として搾取されている状況は一切許されない。したがって、今後、医師会に対しては厚生省と連携し自浄作用を発揮することによって、一刻も早く問題を解消することが望まれる。

もう一つは、診療録開示を含めて、情報格差の解消に向けた対応が消極的であるということである。医師会は「医療は国民の財産である」という立場から患者の人権の尊重を宣誓しているが、診療録をめぐることは実質的に医療者側が所有し、情報公開に踏み切らない医療機関が多い（患者の権利オンブズマン全国連絡委員会，2017）。確かに、医師と患者では、蓄積している医学知識や情報が大きく異なり、情報の非対称性の問題が存在することは否めない。しかし、そのことを理由に医療者と患者の情報格差を放置しても良いわけではない。これらの情報格差が、国民との信頼関係構築を著しく阻害している。2007年に医療機能情報公表制度が新設されたことで、国民に必要な最低限の情報検索基盤は整備されているが、診療録の開示をめぐることは対応が消極的である。例えば、愛知県弁護士会（2015）の調べによれば、患者が診療録の写しを受け取る際に、平均で2,838円の手数料が請求されることから、個人情報保護法に基づき実費負担に合わせて現状よりも低額にすることを求めている。また、正当な理由によらずに非開示する病院は少数であるが、郵送による開示請求を一切認めない病院は37.8%存在している。

このように、医療機関が情報開示に躊躇しているのは、手間や費用負担が発生するためである。そこで、厚生省

ではこれらの問題へ対応するために、医療 IT 化構想を掲げて電子カルテの普及を推奨している（内藤，2012）。したがって、今後電子カルテの導入が全医療機関に浸透し、診療録の開示や提供が容易になれば、情報アクセスが格段に向上するため、患者のヘルスリテラシー不足がある程度解消し、合理的判断ができるようになる可能性がある。

6.2 政府と国民の狭間で生じるジレンマ

次に、前提 2 は、医療者が政府と国民との間でジレンマを抱えていることを意味している。

医療者と国民の財源確保に対する方針が正反対であることが信頼関係構築の足枷になっている。例えば、国民医療推進協議会（2017）では「国民と医療機関等に不合理な負担を強いているという問題意識の下で、持続可能な社会保障制度の確立に向けて「医療等に係る消費税問題の抜本的な解決」を掲げて消費税増税を推奨しているが、国民の多くは反対している⁽²⁰⁾。2014 年 4 月に消費税が 5% から 8% へ引き上げられたが、実際には医療費の自己負担が増加した他方で、個人消費が減退し、デフレ経済を悪化させたが、未だに方針を改めていない（藤井，2017；不公平な税制をただす会，2018）。

確かに、医師は患者の代理人であると同時に政府によって示された資源制約の中で最適な医療を提供しなければならないという矛盾を抱えている（池上，1992）。このため、医療者が保険医療機関の一員として存続するためには、診療報酬改定も含めて政策の方針に対応しなければならない。しかし、財源確保の点では、国民的な合意を経ることなく消費税増税の路線を支持したために、デフレ状況から脱却する機会を逃し、少なからず国民の負担増加を招いた一面があることは否定できない。このため、フリーアクセスの堅持に向けて政府を牽制する発言力が脆弱になっている。つまり、医療者は増税路線という点で政府と協調関係を構築したが、他方、国民側と良好な関係にあるとは必ずしも言えない。

6.3 小括

よって、本章の冒頭で示した「前提 1」と「前提 2」の二つの前提から「それゆえ、フリーアクセスは可能な限り堅持すべきであるが、政府の方針にも対応しなければならない」という結論が導かれる。ただし、国民の立場を考慮すれば全面的に同意できる主張とは言い難い。このため、現在、医療者は政府や国民との関係構築も踏まえて厳しい状況におかれている。

7. フリーアクセスをめぐる合意状況

以上、このフリーアクセスをめぐる三方の論理と倫理問題を概観したことによって、合意に向けた次の問題を抱えていることが判明した。

第一に、フリーアクセス制限論の中には、数々の事実誤認が含まれているということである。正しい事実認識を持たずに、フリーアクセスの問題が論じられているた

めに、実際にフリーアクセス制限論を加速させている側面があることは否めない。したがって、政府や世論においては、正しい事実認識を持つことが必要である。一方、そうした正しい事実認識を持つことなく、フリーアクセスを制限すべきか否かといった分配問題を判断することは一切正当化できない。

第二に、このフリーアクセスを制限することにより、医療費の伸び率を抑制できる可能性はあるが、国全体の医療費を抑制できるとは限らないということである。現在、政府はフリーアクセスを完全に廃止にする方針を表明していないが、今日まで多額の財源を医療・社会保障に優先的に分配してきたことで、逆に患者の自己負担を増加させ、さらには社会保障財政の圧迫を招いている。つまり、分配額以上に医療費が高騰している中で、インフラとしての医療を提供し続けるのであれば、社会保険料や患者の自己負担額の割合を引き上げることに加えて、より多くの公費を追加的に投入しなければならない状況に陥ってしまうということである。このため財務当局では、登録医制度の導入を急いでおり政財界も推奨していることから、今後はアクセス制限が一層強化させる可能性が高い。しかしながら、日本がデフレ状況にある限り、フリーアクセスを完全に廃止したとしても、患者の負担増加や社会保障財源の問題が根本的に解決できるとは限らない。したがって、医療・社会保障の問題を解決するためには、デフレ脱却を最優先で目指し日本の経済を成長させることが必要である。ひいてはそのことがフリーアクセスをめぐる分配問題の解決にも寄与すると考えられる。

最後に、患者の基本的な権利が実質的に保障されていないことである。これまでの議論では、フリーアクセスが保障されているという前提の下で、制限すべきか否かが争点となっていたが、現状を見る限り、患者の自己決定権が発揮できる機会は十分に提供されていない。診療録の開示も含めて、情報へのアクセスが悪く、医療者側の情報公開に向けた動きも不十分である。このように、患者はヘルスリテラシーが不足し、医療に関する合理的判断ができない状況に必然的に置かれているため、情報アクセスの向上を求める国民の声は非常に多い。もしも、この情報格差の問題を改善することができれば、患者のヘルスリテラシーが向上し、より合理的な判断できるようになるため、受療行動が適正化されて、医療の無駄を省くことができる可能性がある。したがって、政府や医療者が今後注視すべきことは、フリーアクセスの制限に固執することではなく、患者の基本的権利を確実に保障するために、情報アクセスの改善に向けて取り組むことである。

8. おわりに

本論では、フリーアクセスをめぐる論理、倫理問題、合意状況について議論したが、このフリーアクセス制限論の中には、以下の通り数多の事実誤認や論理上の瑕疵が含まれていることが示唆された。

- ・ デフレ状況を踏まえずに、医療費と財政赤字問題をフリーアクセスと関連づけて議論していること
- ・ フリーアクセスを制限することが、国民や医療者に及ぼし得る弊害や不利益が考慮されていないこと
- ・ フリーアクセスを制限しても、国全体の医療費が抑制できない事があり得る事を無視していること
- ・ 患者の基本的な権利が既に保障されているという前提でフリーアクセスをめぐる分配問題が論じられていること
- ・ 情報アクセスの問題が、患者のヘルスリテラシーを不足させ、医療に対する合理的な判断や自己決定権の発揮を阻害している可能性があることを加味していないこと

したがって、フリーアクセスをめぐる分配問題を適切に評価するためには、政府や国民が正しい事実認識を持つことが必要である。その上で、フリーアクセスを廃止すべきか堅持すべきかを議論することが重要である。しかし、そうした正しい事実認識を持たずに、事実とは異なる前提の下で、フリーアクセスを過剰に抑制すべきだという結論ありきで分配問題を評価することは一切正当化することができない。勿論、過剰需要によって医療・社会保障財源が逼迫する状況は放置すべきではない。ただし、問題解決を急ぐあまり、誤った認識を前提として受け入れた政策を実践することから生じる医療の荒廃は阻止しなければならない。よって、政府や世論が適切な政策論議をするためには、これらの誤った認識に基づいた前提を捉え直す必要がある。

最後に、本論には限界があることも指摘しなければならない。一つ目に、フリーアクセスをめぐる論理と倫理問題を明確にしたが、フリーアクセスと医療費の関係が実証されたわけではない。したがって、今後は双方の関連について解明することが必要である。二つ目に、今回はフリーアクセスをめぐる議論を検討することによって、合意状況を明らかにしたが、三方が合意するための倫理的な基準や要件を明晰に示したわけではない。このため、今後は三方の合意に向けた基準や要件を提案することが求められる。三つ目に、国民の意思を医療の制度設計に反映させる仕組みを検討することが望まれる。フリーアクセスは、国民が築き上げたインフラとしての医療の側面があるため、政府は「万機公論に決すべし」を是とし、国民に開かれた議論の機会を提供することが必要である。ただし、これらの指摘は、本研究で得られた知見を損なうものではないので、これらの問題解明に向けて取り組むことを今後の研究課題としたい。

注

- (1) 日本のフリーアクセスに対する評価は、社会保障制度改革国民会議の中でも認められている（社会保障制度改革国民会議報告書, p.23)
- (2) 厚労省では、患者の適正受診を促すために2010

年4月26日付けで関係者に向けて医療機関における適正受診に係る普及啓発に向けた通達を出している（医療機関における適正受診に係る普及啓発について；保発0423第1号）。

- (3) 二次医療と三次医療は、医療計画の中で規定されているが、プライマリ・ケアは除外されている。二次医療とは、入院を要する患者に対し病床を有する医療機関で診療することで病院医療が該当する。三次医療とは、高度で特殊な医療を提供することで、主に大学病院や国立がんセンターなどが該当する（吉田, 2010）。
- (4) 実際には、患者の大病院志向、ドクター・ショッピング、はしご受診などの言葉で揶揄され、喧伝されているが、学術的な用語ではない。
- (4) 「わが国財政の現状」を財務省から聞く、週刊経団連タイムス, No.3336（2017年10月26日）を参照。
- (5) 政財界では①医療費の伸び率をGDPの伸び率程度に抑制し診療報酬を引き上げないこと、②企業の社会保険料負担や法人税負担は国際競争力につながるため、社会保険料負担を極力避け、医療財源は法人税や所得税ではなく消費税で賄うこと、③入院時の食事やホテルコストを保険外にし、混合診療を解禁すること、④国民の自助努力を促し、コスト意識を持つように期待することを要求している。つまり、これらの政策を通じて高い経済成長を目指すことが目標とされ、医療を充実させようとする意向は見られない。むしろ、医療は経済成長の妨げになるといった認識の方が強い。
- (6) 医療分野に対して新自由主義的な立場から岩盤規制、既得権益、保護産業を抜本的に改革し成長戦略を目指す考え方がある（鈴木・八代, 2011）。
- (7) 例えば、公的医療保険の適用範囲を狭め、入院時の食事代やホテルコストを保険適用外にすること、公的医療保険の範囲を基礎的な医療に限定し、範囲外を混合診療の解禁や私費で賄うことを求めている。これらの論理について、野村（2011）は「このように財務省の真の目的は、公的医療費（特に公費負担部分）を可能な限り抑制することであり、医療提供体制や医療保障を国家として整備し充実しようとする観点は非常に薄い。」（同, pp.49-54）と指摘している。
- (8) 西沢（2015）は、日本の総保健医療支出の推計方法に誤りがあることを指摘している。
- (9) 日弁連では、2012年6月25日に「社会保障制度改革推進法案に反対する会長声明」を出している。その理由として、内閣総理大臣が任命する僅か20名の委員で審議するため民主主義の観点から不適切であること、公費負担の費用を消費税で賄うこと、財源確保を社会保険料に求め、国と地方の負担を限定的なものとして位置付け、大幅に公費負担の割合を低下させることなどの問題点を指摘している。
- (10) 総合診療医は、医療費を大幅に削減できる可能性があるため、緊縮財政主義者から見ると非常に都合が良い。国家主導の下で、予防も含めて総合診療医が国民の健康問題を総合的に管理すれば、国民の健康の維持や向

上が期待できる。その反面、医療制度が税方式で運用されたり、出来高払い方式が廃止されて人頭払い方式が導入されたりするなどの規制を強化させる側面があることにも留意すべきである。

- (11) Fukui et al. (2005) が実施した健康日記を用いた調査では、1カ月で地域住民1,000人中862人に何らかの体調の異常を訴えて受療行動を取っているが、その内病院外来の受診者が88人、病院へ入院した者が7人、大学病院入院した者が0.5人に過ぎないとしている。
- (12) 本文では三つの問題を指摘しているが、この限りではない。患者の疾病内容を問わず、一律にアクセス制限を企てるのは誤りである。既に、アレルギー疾患領域においては、患者の自主的な受療行動を通じてフリーアクセスの弊害が解消されていることが報告されている(奥田, 2007)。
- (13) 広井(1994b)は、これらの日本の医療の特徴について「外来主導型の医療」と呼び「外来のアクセスが極めて良好であることから、疾病が特に重度に至る以前にその早期治療ないし発見が行われやすく、このことが全体の医療費の抑制に相当程度寄与しているのではないか、と考えられる」(同, p.69)と言及している。
- (14) 主な医療倫理問題として、ハンセン病患者の隔離政策和田心臓移植事件、薬害エイズ問題などがあげられる。これらの問題は医師が国の意向を付度したことで起きている(宮坂, 2012, pp.153-180; 平岡, 2013, pp.140-157)。
- (15) 国民の意向に寄り添った政治を続けることを問題とする意見がある。例えば加藤・小林ら(2017)は、シルバード民主主義やポピュリズムが社会保障財政の拡大や財政赤字を招くことを懸念し、その代わりに国民の要望とは異なる緊縮財政路線を推奨する考え方を示している。ただし、わが国が民主主義国家である以上、国民が緊縮財政よりも積極財政を支持するのであれば、後者を選択することが政治的に正しい判断である。財政赤字が国家危機レベルの問題ではないことが国民から見透かされているのかもしれない。
- (16) 最近では患者と医療者の協働意思決定(SDM)が推奨されている。手嶋(2011)は、SDM(shared decision making; 患者と医療者の協働意思決定)とは、「患者が適切な治療を選択するに際して、参加することが推奨されるプロセス、あるいは、患者と医師が患者の価値観と嗜好と同様に最善の科学的証拠を考慮に入れて医療の決定を医療の決定を一緒に行うプロセス」と定義している(同, p.453)。
- (17) 医療倫理学では、医療従事者が意思決定する際に正しいかどうかを示す規範として四つの原則(自立尊重原則、善行原則、無危害原則、正義原則)を提供している(Hope, 2009, pp.83-85)。
- (18) プライマリ・ケアを充実させるために総合診療医への期待が高まっているが、現実には「全科をくまなく見ることができる総合医が短期的に急増することは想定しにくい」(松田, 2013, p.239)と理解されている。

(19) 都道府県医師会長協議会では、かかりつけ医機能の推進とゲートオープナー機能についての中で、今後もフリーアクセスを堅持する方針を確認している(2018年2月20日(火), 日医ニュース)。

(20) 医師会は、小泉政権時代に徹底した医療費抑制政策で医療現場が崩壊に瀕していたため、消費税増税に断固反対の立場に立っていたが、福田政権時代に入り政策方針が転換され、消費税による医療・社会保障の安定財源の確保を標榜したため、2008年以降は消費税増税に対して賛成している(野村, 2011, p.56)。

引用文献

- 愛知県弁護士会(2015). 診療記録の開示に関する調査研究報告書. www.aiben.jp/img/shinryoukirokukaiji.pdf.
- Arrow, K. J. (1974). *The limits of organization*. (村上泰亮訳(2017). 組織の限界. 第1版. ちくま学芸文庫.)
- 土居丈朗・森信茂樹(2017). 税と社会保障の一体改革と財政再建. 森信茂樹編. 税と社会保障でニッポンをどう再生するか. 第1版. 日本実業出版社.
- 江本秀斗(2012). 東京都医師会における診療に関する苦情相談の分析. 日本医師会雑誌, Vol. 140, No.12, 2546-2549.
- Fromm, E. (1941). *Escape from freedom*. (日高六郎訳(1994). 自由からの逃走. 東京創元社.)
- Fukui, T., Rhaman, M., Takahashi, O., Saito, M., Shimbo, T., Endo, H., Misao, H., Fukuhara, S., and Hinohara, S. (2005). The ecology of medical care in Japan. *Japan Medical Association Journal*, Vol. 48, No. 4, 163-167.
- Gouzé, A. (1996). *Demain la médecine*. (森岡恭彦訳(2000). 「医」の倫理とは明日の医療と哲学. 産業図書.)
- 広井良典(1994a). 医療費の増加と経済成長—アクセス・技術革新・高齢化—. 医療経済研究, Vol. 1, 69-82.
- 広井良典(1994b). 医療の経済学. 第1版. 日本経済新聞社.
- 広井良典(2006). 市野川容孝・金泰昌編. 公共哲学19 健康・医療から考える公共性. 第1版. 東京大学出版会.
- 不公平な税制をただす会(2018). 社会保障財源38兆円を生む税制. 第1版. 大月書店.
- 藤井聡(2016). 国民所得を80万円増やす経済政策. 第1版. 晶文社.
- 藤井聡(2017). プライマリー・バランス亡国論. 第1版. 育鵬社.
- 藤川謙二(2012). 東京都医師会の取り組み—患者苦情相談に関するアンケート調査を中心に—. 日本医師会雑誌, Vol. 140, No. 12, 2541-2545.
- 権杖善一(2007). 医療政策は選挙で変える 再分配政策の政治経済学IV. 第1版. 慶応義塾大学出版会.
- 八田達夫・岩本康志(2014). 消費税率引上げではなく、直接税改革を、「社会保障・税一体改革」後の日本財政. 財政研究, Vol. 10, 53-72. 有斐閣.
- 日野秀逸(2017a). 経済・社会と医師たちの交差—ペティ、ケネー、マルクス、エンゲルス、安藤昌益、後藤新平たち—. 第1版. 本の泉社.

- 日野秀逸 (2017b). 「私らしく生きる自由」と憲法・社会保障. 第1版. 新日本出版社.
- 平岡諦 (2013). 医師が「患者の人権を尊重する」のは時代遅れで世界の非常識. 第1版. ロハス・メディカル.
- 井伊雅子 (2015). 医療分野の改革の方向性. 2025年度に向けた7つの目標 社会保障改革しか道はない NIRA 研究報告書. 9-26.
- 五十嵐雅哉 (2004). 医療におけるパターンナリズムが正当化される条件. 日本老年医学学会雑誌, Vol. 41, No.1, 8-15.
- 池上直己・兪炳匡・橋本英樹・他 (2011). 日本の皆保険制度の変遷, 成果と課題. *The Lancet*, 日本特集号, 44-56.
- 池上直紀 (1992). 医療の政策選択. 第1版. 勁草書房.
- 池上直紀 (2014). 医療・介護問題を読み解く. 第1版. 日経文庫.
- 池田奈由・齋藤英子・近藤尚己・井上真奈美・池田俊也・佐藤敏彦・和田耕治・スティックリー アンドリュウ・片野田耕太・溝上哲也・野田光彦・磯博康・藤野善久・祖父江友孝・津金昌一郎・ナガヴィ モーセン・エザティ マジッド・渋谷健司 (2011). なぜ日本国民は健康なのか. *The Lancet*, 日本特集号, 29-43.
- 一圓光彌 (2013). 社会保障論概説. 第3版. 誠信書房.
- 伊藤敦 (2015). フリーアクセスの制限に対する住民意思. *生活経済学研究*, Vol. 42, 15-27.
- Ito, A. (2016). Health care cost reduction by controlling the number of hospital outpatients in Japan. *Advances in Social Sciences Research Journal*, Vol. 3, No. 4, 199-205.
- 伊藤敦 (2017). 持続可能性のある日本のプライマリ・ケア提供体制. 第1版. 日本評論社.
- 岩本康志 (2013). 少子高齢化社会における社会保障の財源問題. *学術動向*, 63-66.
- 印南一路・堀真奈美・古城隆雄 (2011). 生命と自由を守る医療政策. 第1版. 東洋経済.
- 医療・介護に関する研究会 (2016) 「医療・介護に関する研究会」報告書. 財務総合政策研究所.
- Iyenger, S. (2010). *The art of choosing*. (櫻井裕子訳 (2010). 選択の科学. 文藝春秋.)
- 河口洋行 (2015). 医療の経済学. 第3版. 日本評論社.
- 加藤創太・小林慶一郎 (2017). 財政と民主主義ポピュリズムは債務危機への道か. 第1版. 日本経済新聞出版社.
- 患者の権利オンブズマン全国連絡協議会 (2017). 審判患者の権利オンブズマン勧告集. 第1版. 明石書店.
- 経団連社会保障制度委員会・日経連社会保障特別委員会 (2001). 高齢者医療制度改革に関する基本的考え方. <https://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2001/023.html>.
- 健康保険組合連合会 (2017). 医療・医療保険制度に関する国民意識調査. www.kenporen.com/include/press/.../20170925_7.pdf.
- 菊池英博 (2009). 消費税は0%にできる 負担を減らして社会保障を充実させる経済学. ダイアモンド社.
- 小林好宏 (2005). パターンナリズムと経済学. 第1版. 現代図書.
- 厚生労働省 (2016). 平成28年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000188991.pdf>.
- 葛生栄二郎・河見誠・伊佐智子 (2017). 新・いのちの方と倫理. 改訂版. 法律文化社.
- Locke, J. (1690). *Two treatises of government*. (鶴飼信成訳 (1995). 市民政府論. 岩波文庫.)
- 松田晋哉 (2013). 医療のなにが問題なのか 超高齢社会日本の医療モデル. 第1版. 勁草書房.
- 松村理司 (2010). 病院崩壊の時代. 松村理司編. 地域医療は再生する. 第1版. 医学書院.
- 真野俊樹 (2013) 比較医療政策 社会民主主義・保守主義・自由主義. 第1版. 三ネルヴァ書房.
- 丸山マサ美 (2009). 専門職者としての態度形成. 丸山マサ美編. 医療倫理学. 第2版. 中央法規.
- Mill, J. S. (1859). *On liberty*. (塩尻公明・木村健康訳 (2016). 自由論. 岩波文庫)
- 宮坂道夫 (2012). 医療倫理学の方法 原則・手順・ナラティブ. 第2版. 医学書院.
- 村上正康 (2016). 医政羅針盤 激動する医療と政策の行方. 第1版. 医薬経済社.
- 向本時夫 (2012). 診療報酬の不正請求の実態とその防止対策. 医の倫理の基礎知識. <http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/member/kiso/d9.pdf>.
- 名郷直紀 (2014). 「健康第一」は間違っている. 第1版. 筑摩書房.
- 内閣府 (2017). 政府に対する要望について. 国民生活に関する世論調査.
- 内藤道夫 (2012). 医療の情報化と ICT システム. 山内一信・藤田保健衛生大学医療経営情報学科編. 入門医療経営情報学. 第1版. 同文館.
- 野畑健太郎 (2007). 判例における「患者の自己決定権」の再考—憲法の視点から—. 白鳳大学法学研究科紀要, 創刊号, 141-166.
- 野村拓 (2011). 医療の政治力学. 第1版. 桐書房.
- 日本医師会医療政策会議 (2014). 日本における社会保障のあり方—欧州の社会保障の比較・検証から—. 平成24・25年度医療政策会議報告書. http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20140402_5.pdf.
- 日本医師会総合政策研究機構 (2017). 第6回日本の医療に関する意識調査. 日医総研ワーキングペーパー, No. 384. (2017年7月11日) (<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP384.pdf>)
- 日本医療政策機構 (2016). 2016年日本の医療に関する世論調査. www.hgpi.org/handout/世論調査2016報告書.pdf.
- 日本プライマリ・ケア連合学会グループ診療の実践に関するワーキンググループ編 (2012). 期待されるグループ診療. 第1版. 社会保険研究所.
- 日本弁護士連合会人権擁護委員会編 (2013). 提言患者の権利法大綱案いのちと人間の尊厳を守る医療のために.

- 第1版. 明石書店.
- 二木立 (1994). 「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期. 第1版. 勁草書房.
- 二木立 (2011). 民主党政権の医療政策. 第1版. 勁草書房.
- 西沢和彦 (2011). 税と社会保障の抜本改革. 第1版3刷. 日本経済新聞出版社.
- 西沢和彦 (2015). 「総保健医療支出」推計の問題点. *フィナンシャル・レビュー*, Vol. 123, 163-187.
- 二宮厚美・福祉国家構想研究会編 (2011). 誰でも安心できる医療保障へ 皆保険 50年目の岐路. 大月書店.
- OECD (2015). *Health at a glance 2015 OECD indicators*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en.
- OECD (2017). *Health at a glance 2017 OECD indicators*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>.
- 小黒一正 (2010). 2020年、日本が破綻する日. 日本経済新聞出版社.
- 奥田稔 (2007). 今日の医療環境下のアレルギー診療—医療社会学の視点から—. *アレルギー*, Vol. 56, No. 11, 1356-1360.
- 大道久 (2008). 「国民の医療と財源のあり方」今後の方向と選択肢 平成19年度医療政策会議報告書 国民の医療と財源のあり方. 日本医師会医療政策会議. 67-77.
- 小塩隆士 (2014). 持続可能な社会保障へ. 第1版. NTT出版.
- 折田雄一 (2012). 医の倫理—その考え方の変遷—. 医の倫理の基礎知識. 1-2. <http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/member/kiso/k1.pdf>.
- Reinhardt, E. (1985). The theory of physician-induced demand: Reflections after a decade. *Journal of Health Economics*, Vol. 4, No. 2, 187-193.
- 島崎謙治 (2011). 日本の医療制度と政策. 第1版. 東京大学出版会.
- 塩野谷祐一 (2002). 経済と倫理 福祉国家の哲学. 第1版. 東京大学出版会.
- 社会保障制度改革国民会議 (2013). 社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋—. www.kantei.go.jp/jp/singi/.../pdf/houkokusyo.pdf.
- 鈴木亘 (2014). 社会保障亡国論. 第1版. 講談社現代新書.
- 高橋洋一 (2016). 日本はこの先どうなるのか. 第2版. 幻冬舎.
- 竹内靖雄 (2002). 法と正後の経済学. 第1版. 新潮選書.
- 田村久美・水谷節子 (2009). 医療消費者とは何か—患者運動の根本思想とコンシューマリズムの再興—. 川崎医療福祉発会誌. Vol. 18, No. 2, 501-509.
- Tony Hope (2004). *Medical ethics: A very short introduction*. (児島聡・赤林朗訳 (2007). 医療倫理. 第2版. 岩波書店.)
- 手島豊 (2015). 医療における共同意思決定について. 神戸法学雑誌, Vol. 60, No. 3&4, 436-454.
- White, K. L., Williams, T. F., and Greenberg, B. G. (1961). The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*, Vol. 265, 885-892.
- 八代尚宏 (2011). 医療介護サービス改革の主要な論点. 鈴木亘・八代尚宏編. 経済成長としての医療と介護. 第1版. 日本経済新聞社.
- 康永秀生 (2018). 健康の経済学—医療費を節約するため知っておきたいこと—. 第1版. 中央経済社.
- 吉田あつし (2010). 日本の医療のなにかが問題か. 第3版. NTT出版.
- 吉村仁 (1983). 医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方. 社会保険旬報, No. 1424, 12-14.
- 財政制度等審議会財政制度分科会 (2017a). 参考資料 社会保障 (平成29年4月20日). https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia290420/04.pdf.
- 財政制度等審議会財政制度分科会 (2017b). 資料3 社会保障 (平成29年4月20日). https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia290420/03.pdf.

Abstract

Free access to medical care plays an important role in supporting Japan's medical security, along with universal health insurance system and the "benefits in kind" scheme. With talks about the tightening of the social security's revenue sources being propagated in recent years, however, there now is endless pressure to drive this free access into abolition. Therefore, from the viewpoint of the likelihood of opportunity costs, we investigated the logic, ethical problems, and consensus status concerning free access being upheld by the government, Japanese public, and healthcare professionals. The results showed that arguments on restricting free medical access contained numerous erroneous determination of facts. Therefore, to appropriately judge the problem of distribution surrounding free medical access, the government and public must first recognize the facts correctly, and discuss whether free medical access should be abolished. Needless to say, the situation whereby medical and social security's revenue sources have become tight should not be left unattended. However, we absolutely cannot justify the practice of carelessly accepting assumptions mixed with errors without recognizing accurate facts and evaluating the problem of distribution by rushing to the conclusion that free access should be substantially suppressed. If there is a possibility that healthcare may deteriorate by implementing policies that had been accepted with erroneous assumptions as the premise in a rush to solve the problem, we must stop such practices. Therefore, for the government and the general public to carry out appropriate policy discussions, there is room for re-examining the premises that are based on these erroneous assumptions.

(受稿: 2018年5月11日 受理: 2018年6月30日)