

医療「構造改革」と国民皆保険体制

西岡 幸泰

- 1 “OECD Health Data 2001”でみる日本の国民総医療費
- 2 「国民皆保険」体制の諸階梯
- 3 医療「構造改革」の焦点
 - (1) 新たな高齢者医療制度の創設
 - (2) 「診療報酬体系の見直し」
 - (3) 「保険者機能の強化」
 - (4) 医療機関の再編成政策と「医療の非営利原則」の撤廃

今日、わが国の医療保障制度は戦後最大の危機の真っ只中におかれている。その諸要因は、「人口構造の転換」というメガトレンドに加えて、“構造的不況・国家財政危機” プラス “経済のグローバル化”である。特にグローバリゼーションの大波は、日本経済の再生産構造を根底から“溶解”しかねないほどの勢いをもって押し寄せているとともに、いわゆるネオ・リベラリズムないし「市場原理至上主義」のイデオロギーを国民社会の隅々にまで浸透させようとしている。

そうした背景を強く意識しつつ、また医療問題研究からやや離れたところにいる人々を念頭に置いて、今日のいわゆる医療「構造改革」の諸相を概説的に素描することとする。また、そうしたことから、あえて関連文献等の注記を思い切って割愛したことも了解願いたい。

1. “OECD Health Data 2001”でみる日本の国民総医療費

(1) 主要先進諸国における国民総医療費等の動向

その仕組みがどのようなものであろうとも、医療保障制度をどう改革するかが緊急の政治的・社会的課題となっているのは、日本だけではない。先進諸国に共通する政策課題は「医療費の抑制と効率化」であり、この課題は、「経済のグローバル化」によっていやおうなしに要請されているところの、国家財政の「安定・健全化」政策と直結している。そこで先ず、“OECD Health Data 2001”を素材に、日本の医療費の動向につき、その特徴をおおまかに観察する。

主要先進諸国の国民総医療費 (Total expenditure on health)、特に公的医療費 (Public expenditure on health、公的医療費保障システムのチャンネルを流れる医療費) の1990年代におけ

る対前年増加率の概況は第1表(32ページ)にみるとおりである。その変動の姿は各国毎に極めて多様かつ複雑であるが、その変動の背後には、それぞれに節目を刻むところの「制度改革」が潜んでいるわけである。例えばイギリスのNHS改革(1991年)、ドイツの医療保険構造法第3次改定(1995年)、またスウェーデンのエーデル・リフォーム(1992年)などが良く知られている。

なおここで注意しておきたいのは、OECDが提供するデータには相当に大きな制約があることである。例えば看護職員をとってみても、各国毎に養成・資格免許制度が異なっており、一律に計量・比較するわけにはいかない。医療費についても同様であって、社会保険をとる国とナショナル・ヘルスサービス方式をとる国とでは医療費のカテゴリーが異なるし、また同じ社会保険といっても、これまたその中身は千差万別である。またOECDは日本の医療費につき、主に総務庁統計局「国民経済計算」各年次報告に依拠している。だからこれを厚労省の「国民医療費」統計とつき合わせてみると、相当に乖離している(第2表参照)。同様なことが諸外国についても言えるだろう。このあたりを承知の上で、OECDのデータを利用すると、国際比較のために簡便であるだけでなく、非常に面白い。

(2) 日本の国民総医療費・公的医療費の動向

そこで、国際的動向と比較した日本の医療費の動向である。それは第一に、90年代における公的医療費の伸び率が、急速な高齢化に伴う高齢者医療費の膨張にもかかわらず、相対的に低位・安定的に推移してきたこと。第二に、1998年にマイナスが記録されていること。この二点が目を引く(第1表参照)。

1998年のマイナスは、1997年の橋本「行財政・社会保障改革」に発するところの強烈的な医療費抑制政策の影響、つまり97年健康保険・老人保健法等一部改正(保険給付率の引下げなど)と95年診療報酬体系の抜本改定(新看護・看護補助料体系導入)の影響の浸透・発現であると読める。(ただし、厚労省「国民医療費」統計では、対前年増加率の激しい落ち込みはあったが、マイナス値とはなっていない。)この現象は、一過性のものとは思えないのだが、今後の観察に委ねたい。

なお、数値だけ読めば、日本の国民総医療費・公的医療費の伸び率がスウェーデンやドイツ、フランスを上回ってはいる。しかし日本の場合、そもそもの起点である公的医療費の対GDP比が国際的に圧倒的に低かったこと、また現在もそうであることを再確認しておきたい(第3表参照)。あわせて着目しておきたいのは、国民総医療費に占める公的医療費の割合である(第4表参照)。最近、健保・医療制度「改革」法案が登場するたびごとに、わが国の国民皆医療保険(以下「国民皆保険」と略す)にたいする賞賛が政府や与党の関係者によって繰り返し語られる。われわれとしても「国民皆保険」が擁護に価するものであることには異議はない。しかし問題はその中身である。日本の国民総医療費に占める公的医療費の割合は、決して“世界に冠たるもの”とは言い切れないのではないだろうか。厚生省保険局推計によると(『欧米諸国の医療保障』法研、2000年、p.373参照)、公的医療保険制度における患者自己負担割合は、ドイツ6.0%(97年)、フランス11.7%(96年)、日本は13.8%(13.7%)となっており、「差額」負担を除いても、日本の患者自己負担率は抜群の高率だといっても過言ではないだろう。あわせて2002年健保・老健法等一部改正法案が、国際的に見ても異常なほどに、保険給付カットに力点を置いていることを強く指摘しておきたい。

2 「国民皆保険」体制の諸階梯

介護保険法の制定・施行を契機に日本の医療保障制度は、いわゆる「構造改革」の真っ只中におかれている。「構造改革」が目指す青写真は、1995年の社会保障制度審議会「勧告」、1997年の厚生省「21世紀の医療保険制度」および与党協「21世紀の国民医療」などが提示していた。この既定路線に沿って小泉内閣は、周知のように2002年健保法等改正法案の国会成立を期している。

医療「構造改革」の各論に入る前に、日本の医療保障制度の歴史的諸階梯を概観し、今日の局面の特徴を確認しておこう。

（1） 三つの画期

日本の医療保障制度は、次の三つの大きな画期的事件を経て現在に至っている。すなわち、1960年代初頭における「国民皆保険」の達成、1980年代初頭の老人保健制度の発足、そして1997年の介護保険法制定（2000年から逐次施行）がそれぞれである。そして、この諸画期が日本経済の段階的・構造的転換期ともびったりと符合していることに注意しておきたい。すなわち、「国民皆保険」達成は本格的“新鋭”重化学工業の構築と展開の時期に、老健法制定は「高度経済成長」を支えてきた再生産構造の再編・「高度化」期に合致していた。そして1997年の介護保険法制定は、80年代の技術革新＝ME（マイクロ・エレクトロニクス）化をテコに築かれた「輸出大国」・「金融資産大国」の崩壊期に重なっている。

（2） 「国民皆保険」の三層構造

歴史的起点となった「国民皆保険」体制は、日本経済の三層の格差構造（独占的大企業群、中小・下請企業群、都市自営業・零細農業）と対応的に、健保組合・政管健保・市町村国保の三層の編成をもって発足した。しかしその後の日本経済のドラスティックな構造的変動の影響を受けて、「国民皆保険」体制は基底部分から揺らぎ出す。

先ず、無業・不安定就業者と退職高齢者が不可避的に流入・堆積せざるをえないように設計されていた市町村国保は、スタート時から「赤字」を続けてきただけでなく、そこから生活保護（医療扶助）受給者を絶えず生み出すところの“貯水池”に転化せざるをえなかった。もともとからして、市町村国保が「保険」を自称するのは単なる“擬制”にすぎず、むしろそれは、実体的には、農業・都市自営業者の「医療保険」と、無業・低所得者および高齢者の「公費医療制度」との“奇怪な混合物”であったのである。

（3） 老人医療費「無料化」制度から老人保健法制定へ

市町村国保が内包していた矛盾を現実化するとともに、これに一定の解決策を示したのが老人医療費「無料化」制度であった。それは1960年に岩手県沢内村で始まり、1973年の老人福祉法改正によって全国的に制度化された。この健保・国保患者一部負担に公費を充当するという方式は、将来、公費負担部分のウエイトを徐々に高めつつ、高齢者公費医療制度に接近していくことを暗黙に含意していたものといえよう。

1982年老人保健法制定の最大の眼目は、増嵩する医療・社会保障費における国庫負担の増加を抑止することにあつたのだが、これを「国民皆保険」体制との関連で見れば、高齢者の医療費保障制度が「無料化」を通して公費医療制度に限りなく接近する道を遮断して、これをもう一度、社会保険を中軸とする方向に引き戻し、解体の危機に直面しつつある市町村国保の延命を図るための、窮余の一策であつたといえよう。そのために老健法は、後に見るような巧妙な「制度間財政調整」を導入したのである。

(4) 介護保険法と医療保障制度

80年代の日本経済の“奇跡的な復調”と、86年円高不況克服後の“バブル景気”は、組合健保・政管健保財政の相対的安定化を支えてきた。しかし、90年代の“バブル崩壊”と長期・構造不況への突入は、組合健保・政管健保の財政基盤を揺るがし、老健の「財政調整」システムを行き詰らせる。加えて人口構成の高齢化と国民生活・地域社会の崩壊に伴う高齢者福祉需要の顕在化である。こうして、社保制度審「95年勧告」を経て、1997年の介護保険法制定に至るのである。

介護保険法の制定は日本の社会保障制度の歴史を画する大事件である。その意味は、わが国の社会保険制度に新たなメニューを加えたという、外見上の出来事だけではない。むしろそれは、高齢者福祉制度のうち、施設・在宅ケアだけを切り取って、これを公費（措置）制度から「保険方式」に転換するとともに、介護サービスの提供を「商法上の法人」（いわゆる民間営利企業）に開放したという点で、決定的な意義をもっている。そのことにおいて、介護保険制度は社会福祉の「保険化」・「営利化」に道を開くものであると厳しく批判的に評価される所以である。医療保障の側からみても介護保険法制定のもつ意味は非常に大きい。わが国の介護保険法が対象とするところの「介護」とは、国際的な概念でいえば「高齢者長期ケア」と呼ぶべきものであり、それは「傷病のケア・予防」と「生活のケア・自立支援」とを密接不可分の関係において一体化したものである。この「高齢者長期ケア」をわが国では、大きな割合で、しかも非常に歪めた形で、医療の側が担ってきたことは周知の通りであり、一部の「老人病院」における老人患者処遇の惨憺たる状況は早くから社会問題となってきた。

「国民皆保険」の側から介護保険を見れば、これまで医療保険が抱え込んできた「高齢者長期ケア」の一部分を介護保険にシフトすることを意味する。それにより高齢者ケアの量と質とが改善・向上するかどうかは極めて疑わしい限りだが、しかし、そのことによって増大を続ける老人医療費の一部分が軽減されることは間違いないだろう。こうして介護保険とは、制度疲労の極限に達している老健制度の救済策にほかならないと酷評されるわけである。このあたりの事情は「新たな高齢者医療制度の創設」をめぐる問題をとりあげる箇所でも、あらためて検討することとする。

(5) 医療「構造改革」の諸側面

今日、小泉内閣が課題としている医療「構造改革」とは、実は1997年に橋本内閣が打ち出した「構造改革」路線、いわゆる「6大改革」（行政、財政、金融、産業、社会保障、教育改革）路線を引き継ぎ、そこに盛り込まれた諸改革計画の実現をスピード・アップしようとするものにほかならない。

この医療「構造改革」とは、構造的不況とグローバル化のもとで、日本経済の国際的競争力を回復する政策と国家財政危機の緩和政策に従属的に、医療保障制度の縮小・再編を図る政策だと規定しておきたい。またそれが「市場原理至上主義」、ネオ・リベラリズムの思想で“理論武装”していることも周知のところだろう。

この医療「構造改革」の特徴を、いささか紋切り型に過ぎると思うが、簡明に“二つの正面・四つの戦略”にまとめてみよう。

まず“二つの正面”とは、(1)医療サービスの需要側面につき、これにバリアを張り、公的医療保険・公費医療制度が給付する範囲を狭め、中身を削ること、(2)供給側面につき、国・地方公共団体等が開設・運営する医療機関の整理・統廃合を進め、それが撤退したあとを「市場化」「営利化」にゆだねる。なお言うまでもなく、この“二つの正面”は表裏一体、密接不可分の関係にある。

次に“四つの戦略”とは、先ず一般国民サイドに対して、患者負担増を強め、医療機関へのアクセスを制限する、「健康自己責任」のイデオロギーを強め(2002年健保等一部改正法案とセットに健康増進法案が国会に提出されていることに要注意)、保健・医療需要を大衆保健薬や健康食品、「代替医療」にシフトさせ、また民間医療保険へと誘導すること。

次に医療機関・医療従事者サイドに対して、医療法・診療報酬制度等の改定を積上げつつ、医療機関の機能分化、医療・看護労働のダイリューションを進める、医療サービスの提供システムに「市場化」「営利化」を導入・拡大すること(「規制改革」による病院業務直営原則の緩和・撤廃、株式会社参入、国公立病院の経営方針の転換、公共部門の労働者の賃金・労働・雇用条件の「民間化」など、また「代替医療・擬似介護」提供事業の野放し放任・促進政策など)である。

この“二つの正面・四つの戦略”を凝縮し、その本質を総括するキーワードは「国民皆保険の形骸化と収奪機構への転化」だと見たい。そこで次に、医療「構造改革」について、今日の焦点となっているところのものうち、筆者が特に関心を持っている問題点を列記する。

3 医療「構造改革」の焦点

(1) 新たな高齢者医療制度の創設

“名を捨てて実を取る”2002年健保・老健法改定法案 介護保険法の制定・施行に連動して、新たな高齢者医療制度の創設の問題が医療「構造改革」の“台風の目”となっている。1990年以来、これをめぐって「完全別立て方式」か「突き抜け方式」かが、財界団体などの利害得失をめぐる思惑を剥き出しに、しかも「保険方式と税方式の優劣論争」の付録までついて、今日まで争われてきた。大勢は「保険方式堅持」に落ち着いたが、細部にわたる制度設計をめぐる綱引き合戦の勝負の程はまだ見えてこない。

しかし2002年健保・老健法等改定法案が定めるような、老健制度の対象者の削減(65歳から70歳への引き上げ)と定額負担から定率負担制(当面1割)への全面的切り替えが実施されれば、新高齢者医療制度という“名”はともあれ、当面の財政対策的な“実”は政府・厚労省が手にしたものとみてよい。残された問題は、今後の老健制度ないし高齢者医療制度につき、その財源をどのよう

にして調達するかということ。つまり消費税率引上げの見通し、保険料賦課・徴収方法の変更、また現行老健制度における制度間財政調整をどう始末するか、などであろう。2002年健保法改定法案は、その付則で、2年以内に新高齢者医療制度を創設するものとしている。しかし従来の経過もあり、また肝心の国家財政・日本経済の先行きが全く不透明なので、難航は必至とみてよい。

老人医療費問題と「制度間財政調整」 既に見たように、高齢者医療が医療保険問題の焦点となったのは、「高齢化社会危機論」が喧伝されるようになった70年代末～80年代初頭からではない。「国民皆保険」がスタートするとすぐに市町村国保の赤字問題が突出するのだが、その背後には高齢者医療問題が控えていた。また丁度この頃に、アメリカで高齢者別立ての公的医療保険がスタートしたことも大きな事件であった（1965年メディケア法成立、66年施行）。

1969年の自民党医療問題調査会「国民医療対策大綱」は、現行の医療保険制度を抜本改組して、「国民保険・勤労者保険・老齢保険」の三本立に再編する案を打ち出した。しかしこの案は店ざらしのままに据え置かれる。この間に、1960年に岩手県沢内村に始まったと老人医療費「無料化」制度は、年を追うとともに全国各地に広がり、ついに1973年には、老人福祉法改正により全国の実施をみたのである。

80年代以降の状況は周知の通りである。中曽根「臨調・行革」は老人医療費「無料化」制度を廃止して老健法を制定・施行した。これを医療保険の財政政策という観点からみれば、老健制度とは退職高齢者を送り出している健保と、これを受けている市町村国保との間の「制度間財政調整」システムの導入であった。またこの財政調整により、国保に対する国庫補助の削減が容易になったことも重要なポイントである。

財源の30%は公費で負担し、60%強を「制度間財政調整」に委ねるものとした老健制度にとって“幸運”だったのは、80年代の日本経済の活況を背景とする大手健保組合の財政的安定であった。ところが90年代になると事情が一変する。バブル景気の崩壊を契機とする金融危機と構造不況の突出に加えて、「経済のグローバル化」の衝撃が襲い掛かってくる。母体である企業の賃金・雇用力は健保組合の収支状況に直結する。加えて、老健拠出金の増大（いわゆる加入者按分率の50%から100%への段階的引き上げ）が、これに追い討ちをかけた。こうして健保財政の経常収支は顕著に悪化し出したわけである。

老人医療費負担割合の推移 全健保組合の経常収支の総計をみると、1994年からマイナスに転じている（ただし「赤字」とはいっても、医療保険の会計制度は企業会計の仕組みと相違しているので、経常収支の帳尻をそのまま単純に鵜呑みにするわけにはいかないのだが）。健保連が集計した健保組合全体の財政状況で特徴的なのは、保険料収入の5兆6857億円に対して老健拠出金は1兆8800億円となっており（1999年度）、単純に言えば保険料収入の32%が老健拠出金に回っていることになる。ちなみに、同年度の健保組合の法定給付費は3兆1025億円、付加給付費は817億円で、退職者医療制度の給付拠出金は4201億円である（健保連「決算概況報告」参照）。

このように現行老健法のもとでは、老人医療費の動向が被用者健保の収支状況に直結する仕組みに、もっと直截に言えば、企業・雇用主負担を直撃するような仕掛けになっている。そうした直接的利害関係に基づいて、独占的大企業は高齢者医療制度のあり方に強い関心と発言力をもっている。

老人医療費の負担状況の概況は第5表に見るとおりである。このデータをもとに検討すべき問題は多々あるけれども、そのうち特に、老人医療費負担の構成比の推移に注目したい。すなわち、患者負担割合の漸増と対照的に被用者保険負担割合が漸減していることである。これに関連して、問われるべきは次のことだろう。すなわち、健保組合・政管健保および各種共済組合による老人医療費の負担について、その多寡如何とともに、それらがこれを負担すべき根拠ないし論拠とは如何なるものであるかということである。周知のように健保・共済の保険料は労使折半を原則としている。したがって問題は、保険料の雇用主負担分の捉え方にかかわってこよう。これにつき社保制度審「95年勧告」は、「社会保障は国民的連帯のあかし」と説くことによって、雇用主負担分を「賃金範疇」のなかに溶かし込んでいる。そしてさらに、年金制度をも含めて、「世代間負担」の問題として捉えている。だが、果たしてこれでよいのかどうか。社会保障費負担における企業の社会的責任を不問に付しつつ「高齢者医療制度改革」を論議することは“百害あって一利なし”と言わざるをえない。

（2）「診療報酬体系の見直し」

診療報酬と健保給付の関係 健保給付率の大幅カットダウンが「国民皆保険」の空洞化をもたらすことは、誰の目にも明らかである。他方、医療保険が給付する医療サービスの内容と範囲がどうかという問題になると、健保法定給付率の改定問題ほどには関心を呼ばない。しかし、法定給付率は不変であっても保険給付の内容が希薄になれば、それは実質的レベルダウンにほかならないのであり、「国民皆保険」の形骸化だといわなければならない。

わが国では、医療保険が被保険者に提供する医療サービスについて、中央社会保険医療協議会（中医協）への諮問を経て厚労大臣が告示する「診療報酬点数表・薬価」がそれぞれの価格を決めると同時に、その範囲を規定している。つまり「点数表」に記載されていない診療行為や医薬品は、それが患者にとってどんなに有効適切であろうとも、医療保険を使ってこれを患者に提供することは禁止されている。あるいは、記載されていても、点数評価（価格付け）が原価を割るほどに下げれば、そうした医療サービスや医薬品はやがて姿を消すだろう。（ただし“逆もまた真”なのだが。）だから診療報酬体系がどう改編されるかということは、医業経営者や医療労働者だけの問題でなく、本来ならば一般国民にとっても重大関心事のはずである。しかし、診療報酬をめぐる事情が非常に込み入っているため、なかなか事の本質が見えてこない。

診療報酬体系の変貌 「包括的定額制」の拡大と「薬価差益」の消滅 「国民皆保険」発足以来、診療報酬をめぐる問題は中医協を舞台に、支払側（健保連など）と診療側（日医など）との抗争が繰り返されてきた。このいわゆる「医療費紛争」の歴史は、それがそのまま健康保険の歴史だったともいえよう。そうした状況を背景に、一般国民の常識的な認識としては、診療報酬体系・薬価制度をめぐる基本的課題とは“濫診濫療”を誘う「出来高払い方式」と“薬漬け医療”を蔓延させる「薬価差益」の改革ではなからうかと理解されてきた。

しかし、この永らく語り続けられてきた“常識”の当・不当のほどは別におくとして、今日では「薬価差益」はほとんどゼロに等しく、「出来高払い方式」も保険診療の主流であるとは言い難くなっていることに注意しておきたい。すなわち、「薬価」（医薬品の保険償還価格）は1991年の18.6%

引下げ以来、連続して大幅引下げ改定が続き、ついに1997年薬価改定以降では、医療経営にとっての「薬価差益」の魅力は完全に消滅した。(ただし、製薬大企業の独占的高利潤は微動だにしていな
いことに注意。)

もともとからしてわが国の場合、「出来高払い方式」が全てであったわけではない。例えば入院医療の根幹である看護については、個々の看護サービスを個別に点数評価することなく、これをひとまとめに「包括」した、入院患者一人一日当たりの「定額制」であった。外来診療でも、初診患者の診察と診断に係る医療行為は定額の「初診料」に包括されていた。特に1983年老健法と一体となった老人別立ての診療報酬制度の施行以来、老人医療だけでなく一般患者の診療においても、包括的定額制が診療報酬改定の度ごとに拡大してきた。また特に1996年の診療報酬改定は画期的であって、これにより老人と乳幼児の外来診療は、特別の場合を除き原則として「包括的定額制」をとることとなった。大まかに見て、わが国の患者(医科)総数820万人のうち約350万人が「包括的定額制」を基本とする診療報酬で受診しているものといえよう。

だから医療「構造改革」がテーマとする「診療報酬体系の見直し」とは、“濫診濫療”や“薬漬け医療”をターゲットにする局面はすでに終えているのであって、今日のテーマは、いわゆる「混合診療」の拡大と「日本型DRG/PPS」の開発・導入、そして最もダイレクトには診療報酬総額のカットである。なおこの三つのテーマのうち、最後のものは公称マイナス2.7%改定として2002年4月から実施された。

「混合診療」と特定療養費制度 「混合診療」とは、保険診療と自由診療(私費診療)とを結び付けた診療の意味である。現行の医療保険制度では、保険を利用した診療を行なうならば、それに加えて自由料金を徴収することは禁止されている。もし患者が自由料金を加えた診療を希望する場合には、保険を利用することなく、全額を私費で支払うこととなっている。その趣旨は、健保給付の範囲内で適切にして十分な医療が自己完結的に提供されうることであり、もし患者に追加的に自由料金を請求するならば、公平・適切であるべき保険診療の本旨が損なわれるということである。ところが周知のように、そうはなっていない。公然・非公然の「差額徴収」がはびこっており、永らく国民の怨嗟の的となってきた。

この「混合診療」を合法化し、制度化に道を開いたのが、1984年健保法改定(健保本人10割給付原則の廃棄)を機に導入された特定療養費制度である。特定療養費制度とは、保険の利く医療(保険給付)と保険の利かない医療(私費医療)とのドッキングを公認したもので、後者(私費医療)は「高度先進医療」と「患者の選定による医療」(選定医療、いわゆるアメニティ部分)とに分けられる。「高度先進医療」については、特定療養費制度によって、これを健保給付対象とする措置が引き伸ばされる懸念など、まったく問題がないわけではない。しかし「選定医療」(アメニティ部分)には非常に大きな問題がある。当初、その範囲は狭い範囲に限定されていたが、「規制緩和・競争原理導入」政策の応援も得て、次第に「選定医療」の範囲が広がる。1994年の健保法・診療報酬改定により、入院時給食材料費の“保険外し”と食費「標準負担」を超える差額料金の“自由化”および差額ベッド要件の大幅緩和が行なわれた。こうして医療保険給付の対象範囲が相対的にも絶対的にも縮小し、「国民皆保険」の実質的空洞化が密かに進行しているのである。

特定療養費制度をテコとした「混合診療」の拡大は、その私費負担分を対象とする民間医療保険の

マーケットを押し広げている。その先は、公的医療保険と民間医療保険との二階建て構造となることはおよそ自明である。実はすでに1980年代の早い時期から、「保健・医療の基礎的・普遍的部分は公的医療保険で、付加的・選択的部分は私費・民間保険で」という構想が現われていた（1983年、林義郎厚相「今後の国民医療・メモ」など）。その当時は非常にショッキングな発言であったが、今日では“二階建て構想”に驚く人は少なくなったようである。

しかし「混合診療」の拡大はまことに危険である。すでに見たように、わが国の健保組合・政管健保・市町村国保の三層構造は揺らぎ出し、そこから“無保険者”と生活保護受給者が絶えず湧出している。そうした状況のもとで、さらに健保給付の範囲と中身を削って、医療保険の公・私「二階建て構造」へと誘導するのは、医療の「特権財」化をもたらすだけでなく、公的医療保険そのものが差別医療を拡大再生産する役割を担うこととなる。

“日本型DRG/PPS”の開発・導入 わが国でも90年代以降には、「包括・定額払い方式」が支配的となりつつある。したがって今後の重点課題は、特に最も費用のかかる急性期疾患の入院患者に、「包括・定額払い方式」をどう広げるかということに移っているわけである。つまり「定額払い方式」を大前提として、そのなかに従来個別に評価（価格付け）されていた診療行為をどこまで包括化するか。また、その包括化された医療サービスの「費用」をいかに“リーズナブル”に算定し、医療費総額をいかに“効率的”に節減するかが課題となっているのである。これこそまさに、アメリカで開発された“DRG/PPS”を手本に、これを日本的にアレンジして実施することだといつてよい。

アメリカの“DRG/PPS”（Diagnosis Related Groups / Prospective Payment System, 診断群別 / 予見定額支払方式）とは、二つのコンセプトから成る。まず、23の主要診断カテゴリー（MDC）を定め、これをさらに患者特性と手術・治療内容などの要素によって細分する。これがDRGであり、それは全体で約490余（当初は467）である。また各DRGには、標準的な所要医療資源量の係数（DRG係数）が設定される。次にPPSとは、実際の入院日数や消費された医療資源の多寡とは無関係に、傷病の種類ごとにあらかじめ決められている定額の診療報酬を支払うシステム（PPS）である。この二つを結合したのが、“DRG/PPS”である。この前段部分にあたるDRGはアメリカの医科大学・医学研究所が10年がかりで取り組んだ一大プロジェクトの所産であった。これが医療費抑制政策の手法のひとつである“PPS”と組み合わせられて、1986年からメディケア・パートA（入院医療）に全面導入された。また民間医療保険にも“DRG/PPS”がひろがっている。

ただし“DRG/PPS”の評価はアメリカでも大きく分かれている。それは徹底的な「医療の規格化・標準化」である。多様で不確実性をまめかれない患者にたいしてDRG係数はどこまで対応できるかどうか。またPPSは医療費抑制政策の最強の武器でもある。徹底的にマニュアル化された医療・看護と早すぎる退院によって、リハビリテーションの手抜き、病気の再発・重症化、再入院を頻発させており、“DRG/PPS”は結果としてマクロの医療費を増大させているという、ネガティブな評価が強い。また“DRG/PPS”をとる民間医療保険会社との契約を忌避する大病院も少なくないと伝えられている。

しかしわが国では「日本型DRG/PPS」開発への拍車がかかっている。1998年から厚労省は国立病院を中心に10病院を指定して、急性期入院患者を対象とする「試行調査」を開始しており、2001

年春に、その中間報告が中医協総会に提示された。この中間報告は、疾病を治療法ごとに分類した「試行診断群分類」(532分類)のうち約半数につき、定額診療報酬の設定を行なっている。例えば白内障手術のうち「全身麻酔なし、片目を手術」の場合、平均入院期間6.6日、診療報酬175,070円とされている。今後さらに作業を進めて、総ての「試行診断群分類」ごとに定額診療報酬を設定するのだろう。この作業は難航しており、容易に結論はでないとの見解もあるが、楽観は禁物だろう。

2002年診療報酬改定 史上初の総額マイナス改定 わが国では、戦後一貫して診療報酬は低位に抑えられてきた。しかし積極的に、医療保険給付の中身を削るように診療報酬体系の改編が行なわれたのは、老健法と一体となったところの、老人別立ての診療報酬点数表の施行(1983年)が嚆矢だったといえよう。これに続いて、厚生省・国民医療費適正化総合対策推進本部(1982年設置)および同・国民医療総合対策本部(1987年設置)が策定した具体策に基づき、3年毎に行なわれる診療報酬改定において、医療の中身を削り込む点数改定操作が繰り返されてきた。その結果として現われているのが「医療・看護の希釈化=保険給付の希薄化」にほかならないのである。

さらに2002年4月から実施された診療報酬の史上初のマイナス改定では、6ヵ月(通算)を超える入院を特定療養費の対象に加え、患者は月4~5万円の差額を支払わなければ、原則として、入院を続けることが出来ないものとされた。この措置は、医療現場で大きな混乱と紛糾を巻き起こすことは必至とみられるが、これに合わせて想起したいのは、1963年3月までは、傷病の治癒如何にかかわらず健保・国保給付は3年をもって打ち切ると定められていたことである(ただし結核は除く)。この「制限診療」が撤廃されたことは、60年代初頭の国民的運動の大きな成果の一つであったはずである。2002年診療報酬改定にみる6ヵ月以上入院の特定療養費化は、これを突破口に、「制限診療」の公然たる復活に道を開くものだといっても過言ではないと思う。

(3)「保険者機能の強化」

社会保険と「保険市場モデル」 「保険者機能の強化」が政策課題として登場するのは、1996年の医療保険審議会「建議・今後の医療保険制度のあり方と平成9年度改正について」であった。続いて97年の厚生省「21世紀の医療保険制度」がこれを制度改革の柱のひとつに据えた。また98年に行政改革推進本部・規制緩和委員会も同じくこれをテーマに加えた。それ以来、「保険者機能の強化」が医療「構造改革」のキーワードとなり、重要課題だとされている。

しかし「保険者機能」とはいても、極めて多義的である。まず、「社会保険」をどう規定するかで「保険者機能」の捉えかたが異なる。また、医療保険・医療制度に関わる経済的・社会的「規制」について、これのどこまでを「与件」と考えるかによっても、「機能強化」のためのメニューの選択幅が大いに違ってくる。実際に、政府関係の審議会や諮問機関ではさまざまな提案が出たり引っ込んだり、言葉だけが踊っているように見える。だが、イデオロギー的な枠組みと戦略・戦術だけははっきりしていよう。

保険者機能強化論の第一の特徴は、社会保険の社会政策的本質を抹消して、これを「リスク・プーリングシステム」に見立てる。そしてここに「保険市場モデル」を挿入するわけである。このように論理が極めて抽象的な次元に属するものだから、どんな奇抜なアイデアでも自由奔放にほとばしり出よう。そうしたアイデアのなかから、医療費の抑制に有効なもの、また実現可能性のありそう

なものをピックアップして、これを政策メニューに並べる。何か都合が悪ければ別のものに取り替えるというわけで、まことに融通無碍なのである。

第二の特徴は、保険者機能強化のために「国民皆保険の壁」を取り払うことに熱中していることである。すなわち、競争原理・保険市場モデルを挿入するには、先ず現行健保法が張り巡らしている「規制」が邪魔になる。そこで、健保組合の管理運営に関する「規制」をはじめ、保険給付率や保険料率に関する「規制」なども緩和・撤廃せよということになり、ついには政管健保を民営化せよという提案まで登場してきたわけである（2002年3月、自民党医療基本問題調査会の提案）。

さらに第三には、結局のところ、保険者の医療機関に対する交渉力を強めるための諸方策を中心としたものに絞られてきていることである。すなわち、「市場モデル」でいえば、保険者と被保険者との間、保険者と医療機関との間、そして各保険者同士の間、“選択と競争”が作用するように設計されなければならない。しかし、全国民が何らかの公的医療保険に強制加入されるシステムを前提とする限り、保険者は被保険者を“選択”することはできない（ただし、いわゆる国保料“悪質”滞納者にたいして、国保保険証の代わりに「資格証明書」を発行するなどの制裁措置を強めることが、「保険者機能の強化」の一つだと強調されていることに注意）。そこで、消去法的に、保険者が医療機関を“選択”して保険診療契約を結ぶというアイデアに辿りつくわけである。

保険者による「レセプトの第一次審査」とマネジド・ケア いま焦点となっているのは、医療機関が提出した保険診療請求明細書（以下、レセプトと略す）の審査・支払につき、保険者がこれを直接自らの手で実施できるように「規制」を撤廃し、審査・支払制度の抜本改革を行なおうということである。

これまでわが国では、レセプトの審査・支払いにつき、被用者保険分は特殊法人・社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）が、国保分については国民健康保険連合会がこれを実施してきた。レセプトの審査・支払業務の統一的・一元的処理は「国民皆保険」の信頼性を担保する土台であったからである。もちろん各保険者はそれぞれに、支払基金・国保連から送付されてきたレセプトをもう一度点検審査し、被保険者資格および診療費用算定額等に誤りのないことを確認のうえ、請求された金額を一括して支払基金・国保連に支払う。またレセプトに疑義あるものについては一旦支払いを留保して、支払基金・国保連にこの再審査を請求する（こうしたダブルチェック・システムによって「過誤・不正」が防止され、保険診療の信頼性が確保されてきたのである）。

医療「構造改革」で“結果”を出すことに焦る小泉内閣は、厚労省の抵抗を押し切って、保険者による「レセプトの一次審査」実施にゴーサインを出した（2002年春）。そのスタートは当然、支払基金の「分割・民営化」計画と表裏一体の関係にある（2002年1月、例外なき特殊法人整理・合理化計画を閣議決定）。現在、若干の大手健保組合が2002年年内実施に向けて準備中だと伝えられている。

レセプトの審査・支払システムの変更などは一見瑣末なことのようにみえるけれども、実はそれが測り知れないほどの破壊的影響力を「国民皆保険」体制に与える危険性を孕んでいることに注意したい。

すなわち、保険者、例えばある健保組合が、支払基金を通さずに直接「レセプト審査」を行なう場合、そのことを保険医療機関（病院・診療所）に通知し、その承諾をえなければならない。つま

り契約を結ぶわけである。これを病院の側から見れば、多数の患者のなかから、契約した特定の健保組合の被保険者・家族を抜き出し、この診療分については別立ての診療報酬請求明細書を作成することとなる。このことは、被保険者の医療機関へのアクセスに影響を与えずにはおかないだろう。また保険者からすれば、当然ながら個々の病院や医師の診療内容の点検・評価を綿密に行なうこととなる。こうしてそれは、保険者と医療機関との選択的契約制に限りなく接近し、また悪名高きマネジド・ケアの導入に道を開くものと懸念されるのである。

マネジド・ケア（Managed Care 管理医療）とは、民間保険会社が管理・制御するところの多様な医療プランの総称である。それはアメリカで1980年代以降、急速に広がってきたのだが、医療に保険者が過度に介入する傾向が強まり、マネジド・ケアによって患者の権利と医師の裁量権が侵害されることが大きな社会問題となってきた。わが国では「国民皆保険」というバリアがあるので、マネジド・ケアは広がらないだろうという見解が優勢だが、楽観は禁物だと思う。

（４） 医療機関の再編成政策と「医療の非営利原則」の撤廃

1990年代初頭を転機とする病院・病床総数の漸減 わが国の医療供給体制の基幹となる病院（入院病床20床以上を保有する医療施設）および病院が保有する病床の総数は、戦後一貫して増勢を示してきた。病院総数では1950年から1990年の40年間に2.9倍増、病院病床総数も同じく6.1倍増となった。ところが1990年代初頭を転機に、病院総数、病院病床総数ともに顕著な漸減傾向に転じている（第6表参照）。これは戦後日本の医療制度史において初めての現象である。

すでに述べたように、医療費抑制政策には需要・供給の両サイドがある。医療費抑制政策として最も強力なのは供給カット策であり、特に医療費の増加を牽引する入院医療につき、その“容器”である病院病床そのものを削減する政策が最強の手段である。90年代以降の病院病床数の減少傾向は、この政策の結果の発現とみることができるのだが、しかし、そのように評価・判断するには若干の迂回的な考察も必要と思われる。

すなわち、“OECD Health Data”に拠って欧米諸国の動向をみると、病院病床総数（厳密に言えば、入院ケア・ベッド）は60年代末～70年代初頭にピークを記録した後に、漸減傾向が現われており、それが今日まで続いている。例えばアメリカの場合、1960年代末のピーク時に比べると99年現在では、その6割程度となっている。またイギリスの場合も同様で、60年代末に比べて現在では5割程度となっている。最もドラスティックなのはスウェーデンであって、1974年の12万床から99年の33,000床へと約4分の1程になった。

このような欧米諸国の動向の背景には、一般的に言えば、次のような事情があった。すなわち、医療・医学の急速な高度化と人口構成の高齢化（特に後期高齢者層の増加）による医療費の急膨張が政治的・社会的問題となり、これとあわせて施設収容・隔離主義的医療への批判・反省が強まる。またWHOの提言もあって、保健予防・プライマリケア（初期医療）の重視、施設収容型ケアから開放型ケア・在宅ケアへの転換が進みだしたわけである。

上記の動向に比べると、わが国の場合には、1990年代初頭を転機とする病院病床総数の減少傾向よりもむしろ、その前の50年代から80年代までの激増ぶりの方が特異だったとも言えよう。従って、このあたりの事情をふり返ってみよう。

戦後日本の病院制度の歩みと到達点 日本の場合、一般国民が入院医療を広く享受できるようになったのは戦後からであったことに格別の注意を払いたい。すなわち、戦前・戦中まで病院といえ、基本的には陸海軍のものであり、医師養成のための医科大学付属病院であった。もちろん市立病院や日赤・済生会病院や企業立病院などもあったけれども、その数は寥寥たるものであった。終戦により陸海軍病院等が厚生省や都道府県に移管されて、ここに初めて「国立病院」や自治体病院が一気にスタートすることとなったのである。

終戦直後、占領下の日本の病院を査察したGHQサムス准将は「日本の病院は、ヨーロッパ中世期の病院に等しい」と酷評し、その近代化が急務であると強調した。ともかくも戦後日本経済の復興に数テンポも遅れながらも、病院建設は進む。特に「国民皆保険」達成以降は目覚しく、病院ラッシュとも言えるほどの様相を呈した。しかしこれを主導したのは国公立病院ではなく、個人開業医が開設する小規模病院（20～50床程度）であった。このことは、「国民皆保険」計画のスタートにあたり、政府が「公的医療機関が中心、私的医療機関は補完」という基本方針を棚上げにしたことと強く関連している。

1980年代に至ると、日本の病院病床総数は160万床の大台に達した。国際比較を行なうには「入院ケア・ベッド」というカテゴリーに注意しなければならない。しかし、ごく大づかみにいって、人口1千人あたりベッド数でみれば、1980年代に日本は、数量的には欧米水準を十分にクリアしたといえよう。もちろん、その「質」は問わないで、ということである。またわが国の場合、住宅・居住環境および施設・在宅福祉のインフラ整備の決定的な立ち遅れにより、医療施設が社会福祉施設の代替的機能を過剰に担わされてきた。医療機関の整備状況の著しい地域的不平等性もあるので、そう簡単に“欧米水準をクリアーしている”とは言い切れないのだが。

1985年医療法と「都道府県医療計画」 90年代初頭を転機とする病院総数および病院病床総数の顕著な漸減傾向は、まさしく日本医療制度史上、極めて重要な変化である。この転機をもたらした直接的な事件は1985年の医療法改正法案の成立、同改正法の定める「都道府県医療計画」（以下「医療計画」）の全国的策定・公示（1987～89年）であった。

医療法とは、簡潔に言えば、医師・歯科医師法、薬剤師法や保健婦・助産婦・看護婦法（旧称）などが医療従事者の資格免許・業務内容等を定める“ソフト面”の法制であるのに対応的に、医療機関の設備・構造・人的配置等の基準および医療機関の開設許認可などの“ハード面”にかかわる法律（1948年制定）である。医療法は数次の改定を経て今日に至るのだが、特に1985年の改定は「医療法第一次改定」と呼ばれており、この改定を機にそれは「医療基本法」とも称されるべきものに限りなく接近中である。このあたりの事情は省略して、「医療計画」に絞って概観するものとしよう。

「医療計画」とは、ごく簡略に説明すれば、先ず都道府県それぞれに、下から順に「一次・二次・三次医療圏」を定める。次に、特に二次医療圏（一般入院医療と二次救急医療とがいちおう自己完結的に整備されるべき圏域であって、概ね「郡」または政令指定都市の「区」の単独ないし複数の規模に相当）において、人口数、年齢階級別人口構成、入院受療率および病床利用率等の現状をベースに「必要病床数」を算定する。そして、この公示された「必要病床数」に基づき、既存病床数がこれを超えている二次医療圏では、病院の新設はもちろんのこと既存病院の規模拡大（病床増設）をも規制する（都道府県知事は許可しない）。ただし、過剰病床の閉鎖を命ずる権限はない。

また「必要病床数」を満たしていない二次医療圏における不足分の整備は「努力義務」に過ぎないものとされている。このあたりに「医療計画」の奇怪な本質が隠されているのだが。

最初の「医療計画」公示によると（1989年3月末）、全国の「二次医療圏」総計345のうち142が病床過剰医療圏であるとされ、一般病床（精神・結核病床を除く病床の総称）につき、過剰とされる病床の全国総数は54,527床であった。また「医療計画」は5年毎に見直されることとなっているのだが、2000年3月末現在、全国360の二次医療圏のうち240が病床過剰医療圏であり、既存一般病床総数1,290,250床に対して「必要病床数」は1,215,130床（差し引き75,120床が過剰）だと公示されている。つまり最近10年間に病床過剰医療圏が98箇所増え、過剰病床数も20,593床増加したわけである。

病院病床総数が顕著に漸減しつつあるのに、なぜ過剰病床数が増加するのか。その秘密は「必要病床数」の算定方法に、特に「病床利用率」にある。つまり平均入院期間の短縮によって病床回転率が高まれば、「必要病床数」は減少する。単純に言えば、そこに帰着するわけである。

国立病院の再編成計画と「病棟集約」 医療法に基づく「医療計画」は病院病床の増加を抑止できても、しかしこれを積極的に削減することはできない。この削減のためには別途の政策が必要であって、その一つは国公立病院の統廃合・合理化政策であり、もう一つは診療報酬体系の改変を手段とする公立・私立病院の「機能別再編」政策である。これが今日の医療「構造改革」の中心課題となっているものといえよう。

ともあれ、どういう病院が病床総数を減らしているのだろうか。第6表にみるように、1993年から96年の6年間に病院病床数を大きく減らしているのは、個人立病院（10万床減）と厚生省所管の国立病院・療養所（8,800床減）である。ただし個人立病院の場合、開設形態を医療法人に転換したものが相当数ある。したがって医療法人の86,000床増には、これによる増加分が大部分を占めるものと読まなければならない。

国立病院・療養所（以下、国立病院と略す）の場合「病棟集約」と称して自ら病床削減を行なっている（1999年までに6,433床を閉鎖）。これに加えて、国立病院の32施設（1999年度末現在）が丸ごと「廃止・移譲」されている。従ってこの時点で、病院病床総数の減少に最も大きく寄与しているのは厚生省所管の国立病院であったと言える。

ともかくも、主として都市部に多い「病床過剰医療圏」では、病院病床総数の上限が規制されているのだから、ある病院が高機能化を目指して増改築・増床を行なおうとしても、どこか別の病院が病床を手離さない限り、不可能である。こうして「医療計画」策定・公示以来、病院病床の争奪をめぐるゼロ・サム・ゲームが繰り返されるわけである。そうした観点から見ると、厚生省（当時）が進めている国立病院の再編成・合理化政策は特別に重要な意味を持っていたと言わなければならない。

国立病院の再編成計画は、80年代「行政改革」の一環として、1986年に策定された。それは、当時現有の国立病院239施設（ハンセン病療養所13施設を除く分）につき、これをスクラップ・アンド・ビルドして165施設とする計画であり、そのために、統合廃合により40施設を削減、また移譲（譲渡）により34施設を減ずるものとした。しかし、日本最大の医療単組である全医労（全日本国立医療労働組合）の全組織を動員した反対運動と、地元住民および自治体の強烈な反対に出会い、

また、移譲を含めて国立病院が撤退した後の医療の引受け手がなかなか現われずに（なぜならば、廃止・移譲対象施設は大型で、しかもその大部分は辺地にあったから）、計画は遅々として進まず、ほとんど挫折寸前の状態で90年代を迎えた。

しかし1999年に至ると、状況は一変する。厚生省はこの年に国立病院再編成計画の「見直し」を行い、さらに統廃合対象に8施設、移譲対象に5施設を追加した。この99年「見直し」は単に統廃合・移譲計画の規模拡大ということだけでなく、国立病院再編成計画が新たな段階に踏み込んだことを示している。すなわち、政府はこの時すでに中央省庁等改革基本法（1998年成立）および「中央省庁等改革に係る大綱」（1999年閣議決定）を策定していたのであり、これに沿って国立病院の独立行政法人化を予定しての再編成計画の「見直し」だったのである。こうして国立病院再編成計画＝独立行政法人化政策は今日の医療「構造改革」の中心に位置するものとなっている。

独立行政法人化のもとで、2004年度以降の国立病院の姿は次のようになるものと予定されている。国立医療機関として直営で残す施設は、がん、循環器、精神・神経センターなど8施設、独立行政法人とするもの144施設である。

なお、再編成計画の進行は90年代末から急ピッチとなった。これを促進したのは1996年の国立病院再編成特別措置法一部改正であって、これにより廃止・移譲対象施設の譲渡先が民間団体（医療法人・社会福祉法人など）にまで拡大され、また譲渡条件も“実質無償”、場合によっては“補助金”まで付くこととなったからである。2001年度末の現況をみると、統廃合計画対象48ケースのうち25が実施済み、移譲計画対象39ケースのうち26が移譲済みとなっている。残るは36ケースである。しかし、これを独立行政法人化予定の2004年4月までにすべて完了することは不可能とみられる。

ともあれ、統廃合・移譲対象施設の引き取り手をみると、地方自治体が25ケース、公的医療機関（日赤、済生会、厚生連など）が9ケース、私立医大が5ケース、医師会が4ケース、超大型の医療法人・社会福祉法人等が8ケースである。ただし、地方自治体25ケースのうち19ケースは地域医療振興協会（自治省・厚労省関連団体）はじめ医師会や大型医療法人・社会福祉法人等に「管理委託」されている。こうした実態をみると、国立病院の譲渡・移譲とは、急速に成長しつつある「医療・福祉産業複合体」への“贈与”であり、また「民間活力の導入」どころか医療機関運営の「再官僚化」への道を開きつつあるものと言わざるを得ない。このあたりの事情については、機を得て詳論したい。

医療施設の「類型化・機能分化」 80年代末からの医療政策が病院病床の増加の抑止に力点があったものとすれば、今日の医療「構造改革」はもう一步踏み込んで、医療施設の「類型化・機能分化」を目指すものと特徴づけられよう。ただし、それが進める「類型化・機能分化」とは、一般に常識的に考えられているような、病院が循環器（心臓）専門とか脳神経外科専門など、特殊診療科目に特化していくことを意味するものではない。それは、小児科や眼科などの専門病院をもひっくるめた「一般病院」（精神・結核病院を除く病院の総称）を、高度医療に特化したごく少数の病院群と多数の地域密着型施設とに「類型化」し、両極分化させることである。さらに言うならば、医療施設が提供する医療サービスの質と量を系統的に差別化し格差づけていくものとして展開されているのである。また、そのための政策手段として、診療報酬体系の改定と医療法の改定が組み合わせられており、それが大きな矛盾を生み出しながらも、一定の効果を発揮してきているものとみて

よい。

先ず医療法による医療施設の類型化・機能分化をフォローする。1992年のいわゆる「第二次」医療法改定において「特定機能病院」と「療養型病床群」が制度化された。続いて97年の「第三次」改定で「総合病院」の制度を廃止して「地域医療支援病院」の制度を新たに設けた。そして2001年の「第四次」改定では、入院病床を「一般病床」と「療養病床」とに区分することとした（この区分の実施は2003年8月から）。これで厚労省が計画していた「類型化・機能別再編」の枠組みがほぼ完成したわけであり、あとは診療報酬の改定を通して、この枠組みのなかに一般病院を追い込み、そこで“棲み分ける”よう、誘導するだけである。

この枠組みをもう一度整理すれば、ごく少数の、高度最先端医療を行なうところの、大学病院本院クラスの「特定機能病院」、急性期の紹介患者を中心とする、大型の自治体立病院や日赤病院クラスの「地域医療支援病院」、看護師などの医療専門職員の少ない、相対的に入院期間の長い患者を対象とした「療養病床」を中心とし、これに若干の「一般病床」も持っている中小病院という、三層の機能分化となる。なお診療所や中小病院にいる「かかりつけ医」には、入院医療のゲート・キーパーの役割が割り当てられる。

次に診療報酬体系の改定では、1994年の「新看護料・看護補助料」体系の導入が大きな意味を持っている。この新体系の要点は、正規看護職員の配置が最低基準ぎりぎりの病院では採算が合わないように点数設定（価格評価）されていることである。この影響により、そうした病院は否応なしに病棟を閉鎖するか、それとも正規の看護職員を賃金の安い看護補助者に換えてでも入院医療を継続し、かつ、病院としての機能的格付けの低下を甘受するかを選択を迫られることとなる。こうして地域に密着した小規模病院から病床が消える、つまり病院が診療所になる一方で、それでもなお生き延びようとする病院では、医療サービスと医療従事者とのダイリューションが深く静かに進行することとなる。

2001年の「第四次」医療法改定の影響が現われるのはこれからである。また2002年4月には診療報酬のマイナス2.7%改定が実施された。加えて2002年健保・老健法改定法案は給付率の大幅カットを予定している。これらの影響が相互に絡み合ってどんな事態が出現するのだろうか。すべての医療従事者がかつてない切迫した危機感を抱いている所以である。

「医療の非営利原則」の撤廃 医療法第7条5項は「営利を目的として病院、診療所又は助産所を開設しようとする者」にたいして都道府県知事は「許可を与えないことができる」と定めており、また同法第54条でも医療法人について「剰余金の配当をしてはならない」と定めている。これが有名な「医療の非営利原則」であり、アメリカにおける「営利・非営利」の区分に倣ったものである。

しかし「営利を目的とする」とは具体的にどういうことが、また開設許可・不許可の判断基準をどこに求めるべきかということをめぐる、医療法制定以来しばしば争われてきた。結局のところ、その判断は都道府県知事の行政裁量に属するものとされており、厚生省は具体的に疑義が生じた場合にその都度、通知・通達・回答を発してきた。最近のもので注目されたのは1992年2月3日付の厚生省健康政策局総務課長通達「医療機関の開設者の確認及び非営利性の確認」である。それは営利法人（商法上の会社）による開設、剰余金の役員及び第三者への配分、医療法人の場合、医療法等の法令で認められている以外の収益事業を営んでいる場合には、「開設の許可を与えな

い方針」であると通達している。

ところで今日の焦点は、医療法第7条5項の行政的解釈をめぐる問題ではなくて、この条文そのものを削除すべきかどうかという問題である。事の発端は1995年、行政改革委員会規制緩和小委員会第一次意見に発している。しかしその前から動きはあって、例えば1989年に経済企画庁・医療ビジネス研究委員会が、営利法人による病院経営の解禁を提案しており、また1991年に、アメリカ国務省・国際貿易管理局が「米国病院産業が日本に参入できるよう医療法を改正すべきだ」との意見を公表していた。

1995年以来、「非営利原則」の撤廃は、毎回の規制緩和委員会のレポートに必ず登場してきたし、医療法改定が日程に上る度に第7条5項が問題とされて今日に至っている。小泉内閣発足からは一段とオクターブがあがり、2002年3月閣議決定「規制改革推進三ヵ年計画」は「民間企業経営方式などを含めた医療機関経営の在り方」を2002年度中に「検討する」とした。ここで言う「民間企業経営方式」とは「株式会社方式」の言い換えであって、そう書き改めたのは日本医師会などに対する譲歩だと伝えられている。

こうして医療「構造改革」のもとで「医療の非営利原則」は“風前の灯”ともいべき状況を迎えているわけであるが、第7条5項の撤廃という正面突破作戦よりもその周辺部で、営利企業参入解禁の環境づくりが着々と進んでいる。時系列的に例示すれば、病院業務外部委託の規制緩和（93年）、特別医療法人の制度をつくり、それが行なえる収益事業を「自由化」（当面は12業種、97年）、医療法人理事長要件の緩和（98年）、広告規制の緩和（98年、01年）、設備構造基準の緩和、人材派遣の一部解禁（01年）などである。

特に最近、病院業務の外部委託が果てしなく広がっている。それは医療機器保守点検、治療用具の消毒・滅菌、患者給食の外部委託（院外調理）など、患者の安全に直接に影響を及ぼす業務や医療事故に直結しかねない業務に及んでいる。また医療事務、病院内メッセージの外部委託は格別に珍しいものではなくっており、さらには病院経営・人事管理を「病院経営コンサルタント団体」に委託している病院まで現われている。言うなれば、医療業務のうち、営利事業ベースに乗るものは総て営利企業の自由な垂食に任せている状況が出現しつつあるといっても過言ではないほどである。

そうした状況のもとで、いま問われるべき根本問題は、古くから人びとの口にのぼっていた「医療の公共性」とは何か、それを担保し、現実化するためにはどうするかということであろう。磨耗し弛緩した概念は、今日の状況に生きる新鮮な概念として、新たに鑄固め直されなければなるまい。そのための核心は「基本的人権」にあると思う。このあたりの問題については、また別の機会を得た折に譲ることとしたい。

（にしおか・ゆきやす 専修大学名誉教授）

第1表 国民総医療費および公的医療費の対前年増加率(%)

会計年度	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
アメリカ									
国民総医療費	9.47	8.59	7.41	5.55	5.37	5.18	5.39	4.69	5.59
公的医療費	13.68	11.99	9.14	9.67	7.28	5.8	4.38	3.19	4.78
イギリス									
国民総医療費	12.35	11.84	5.56	6.71	4.68	7.06	1.71	7.72	5.98
公的医療費	12.07	13.55	6.23	5.43	4.68	5.63	1.68	7.42	5.97
スウェーデン									
国民総医療費	4.97	1.85	1.36	1.38	6.31	5.41	0.95	1.85	n/a
公的医療費	3.08	0.61	-0.41	0.8	6.33	4.88	0.35	1.3	n/a
イタリア									
国民総医療費	12.97	6.26	3.73	3.34	3.05	7.59	7.98	3.7	3.26
公的医療費	13.31	3.49	-0.64	-0.27	-1.51	7.61	8.11	3.35	n/a
ドイツ									
国民総医療費	26.3	14.08	2.73	6.1	8.01	5.87	1.24	1.1	n/a
公的医療費	29.49	14.5	1.48	6.12	8.88	6.41	-1	0.08	n/a
フランス									
国民総医療費	7.21	6.3	5.77	3.05	5.1	2.19	1.73	3.52	3.17
公的医療費	6.16	7.03	5.68	2.36	5.48	2.91	1.77	3.53	3.59
日本									
国民総医療費	6.77	6.98	5.14	5.29	5.45	1.97	6.07	-1.43	n/a
公的医療費	7.79	6.71	6.57	4.51	4.92	4.69	4.97	-2.7	n/a
《国民医療費》 ^⑩	《5.9》	《7.6》	《3.8》	《5.9》	《4.5》	《5.8》	《1.9》	《2.6》	《3.7》

資料：OECD Health Data 2001.

⑩ 厚労省の《国民医療費》は、OECDの国民総医療費の範囲より狭い。それは傷病の治療費に限られており、しかも室料差額、歯科材料差額、健診費および老人保健施設療養費、さらに買薬費用等を含んでいない。第2表参照。

第2表 日本の国民医療費等に関するOECDデータおよび厚労省データの比較(単位：億円)

年 度	1991		1995		1998		1999	
OECDデータ								
国民総医療費	278,812	100.0%	348,198	100.0%	371,205	100.0%	n/a	
公的医療費	218,394	78.3%	272,333	78.2%	291,225	78.5%	n/a	
私的医療費	60,418	21.7%	75,865	21.8%	79,980	21.5%	n/a	
医療設備投資					22,171	100.0%		
公的医療設備投資	n/a		n/a		8,829	39.8%	n/a	
私的医療設備投資	n/a		n/a		13,342	60.2%	n/a	
厚労省データ								
国民医療費	218,260	100.0%	269,577	100.0%	298,251	100.0%	309,337	100.0%
公費	68,104	31.2%	85,398	31.7%	96,156	32.2%	101,759	32.9%
保険料	123,630	56.6%	152,137	56.4%	157,790	52.9%	162,253	52.5%
その他、患者負担など	26,526	12.2%	32,043	11.9%	44,304	14.9%	45,325	14.7%

資料：OECD Health Data 2001, 厚労省「国民医療費」。

第3表 国民総医療費の対GDP比（％）

年 度	1991	1995	1998	1999
アメリカ	12.6	13.2	12.9	12.9
イギリス	6.4	6.9	6.8	6.9
スウェーデン	8.4	8.1	7.9	n/a
イタリア	8.3	7.9	8.2	8.2
ドイツ	9.1	10.2	10.3	n/a
フランス	8.9	9.6	9.4	9.4
日本	6.1	7.2	7.4	n/a

資料：OECD Health Data 2001.

第4表 公的医療費の国民総医療費に占める割合（％）

年 度	1991	1995	1998	1999
アメリカ	41.2	45.6	44.8	44.5
イギリス	84.1	84.9	8.33	8.33
スウェーデン	88.2	85.2	83.8	n/a
イタリア	78.4	67.4	67.3	n/a
ドイツ	78.1	78.1	n/a	n/a
フランス	77.5	77.7	77.7	78.1
日 本	78.3	78.2	78.5	n/a

資料：OECD Health Data 2001.

第5表 老人医療費の負担の状況（単位：億円）

年 度	老人医療費の金額（単位：億円）						負担割合					
	1983	1987	1990	1995	1998	1999	1983	1987	1990	1995	1998	1999
総計	33,185	48,309	59,269	89,152	108,932	118,040	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
公費	9,798	13,992	17,200	27,310	33,535	36,517	29.53%	28.96%	29.02%	30.63%	30.79%	30.94%
国	6,532	9,328	11,466	18,207	22,357	24,345	19.68%	19.31%	19.35%	20.42%	20.52%	20.62%
都道府県	1,633	2,332	2,867	4,552	5,589	6,086	4.92%	4.83%	4.84%	5.11%	5.13%	5.16%
市町村	1,633	2,332	2,867	4,552	5,589	6,086	4.92%	4.83%	4.84%	5.11%	5.13%	5.16%
保険者	22,862	32,647	40,132	57,215	67,556	72,925	68.89%	67.58%	67.71%	64.18%	62.02%	61.78%
被用者保険	11,048	19,297	25,868	36,732	43,146	46,080	33.29%	39.94%	43.65%	41.20%	39.61%	39.04%
政管（一般）	5,126	8,617	11,786	17,343	20,585	21,945	15.45%	17.84%	19.89%	19.45%	18.90%	18.59%
組合健保	3,926	7,406	10,053	14,085	17,085	18,228	11.83%	15.33%	16.96%	15.80%	15.68%	15.44%
共済	1,886	3,089	3,845	5,121	5,297	5,730	5.68%	6.39%	6.49%	5.74%	4.86%	4.85%
その他	110	185	184	183	179	177	0.33%	0.38%	0.31%	0.21%	0.16%	0.15%
国民健康保険	11,815	13,350	14,264	20,483	24,411	26,845	35.60%	27.63%	24.07%	22.98%	22.41%	22.74%
市町村国保				18,425	22,064	24,372				20.67%	20.25%	20.65%
国保組合				2,058	2,347	2,473				2.31%	2.15%	2.10%
患者負担	525	1,671	1,937	4,627	7,840	8,597	1.58%	3.46%	3.27%	5.19%	7.20%	7.28%

資料：厚労省「老人医療事業年報」。

第6表 開設者別，病院数，病床総数の推移

病院開設者	病院実数			病院病床総数				
	年 度	1993年	1999年	93・94増減	1993年	1999年	93・99年増	99年構成比
総 数		9,844	9,286	- 558	1,680,952	1,648,217	- 32,735	100.00%
国		394	370	- 24	157,526	148,663	- 8,863	9.02%
厚生省		247	229	- 18	102,886	94,441	- 8,445	5.73%
文部省		66	61	- 5	33,319	33,219	- 100	2.02%
労働福祉事業団		39	39	0	15,470	15,336	- 134	0.93%
その他		42	41	- 1	5,851	5,667	- 184	0.34%
公的医療機関		1,387	1,368	- 19	354,370	354,577	207	21.51%
公立の小計		1,083	1,071	- 12	253,592	253,391	- 201	15.37%
都道府県		310	309	- 1	87,910	87,982	72	5.34%
市町村		773	762	- 11	165,682	165,409	- 273	10.04%
その他公的医療機関の小計		295	297	2	100,778	101,186	408	6.14%
日赤		97	95	- 2	40,033	39,882	- 151	2.42%
済生会		73	76	3	20,048	21,216	1,168	1.29%
北社協		7	7	0	2,073	1,944	- 129	0.12%
厚生連		115	116	1	37,979	37,499	- 480	2.28%
国保連		3	3	0	645	645	0	0.04%
社会保険関係団体		137	131	- 6	38,977	38,543	- 434	2.34%
全国社会保険協会連合会		53	53	0	14,976	15,080	104	0.91%
厚生年金事業振興団		7	7	0	2,947	2,917	- 30	0.18%
船員保険会		3	3	0	940	861	- 79	0.05%
健保組合及び連合会		23	18	- 5	3,930	3,485	- 445	0.21%
共済組合及び連合会		50	49	- 1	15,864	15,880	16	0.96%
国民健康保険組合		1	1	0	320	320	0	0.02%
公益法人		404	394	- 10	95,484	94,261	- 1,223	5.72%
医療法人		4,550	5,299	749	696,346	783,081	86,735	47.51%
会社		84	68	- 16	16,966	14,599	- 2,367	0.89%
学校法人		94	98	4	50,110	52,116	2,006	3.16%
その他の法人		273	277	4	49,770	49,461	- 309	3.00%
(学校法人及びその他の法人の計)								
個人		2,530	1,281	- 1,249	221,353	112,916	- 108,437	6.85%
医育機関(再掲)		170	170	0	91,869	93,851	1,982	5.69%

資料：厚生省『医療施設調査・病院報告』。