慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	迷走する日本の医療行政と医療費政策の大転換
Sub Title	
Author	笠原, 英彦(Kasahara, Hidehiko)
Publisher	慶應義塾大学法学部
Publication year	2008
Jtitle	慶應の政治学 日本政治 : 慶應義塾創立一五〇年記念法学部論文集 (2008.) ,p.87- 116
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	
Genre	Book
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=BA88453477-00000008-0087

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

迷走する日本の医療行政と医療費政策の大転換

笠原英彦

一　問題の所在とその背景
二　国民皆保険制度維持のための医療改革
三　いわゆる抜本改革の成果
四　診療報酬体系の見直し
五　むすびにかえて

一　問題の所在とその背景

政府は二〇〇三年三月二八日の閣議で、医療制度抜本改革の基本方針を決定した。その柱は三本で、医療保険の運営を市町村から都道府県に再編すること、高齢者医療制度の創設（七五歳以上の後期高齢者を別建てに）、診療報酬体系の見直しである。[1]

こうした政府の方針は日本の医療の現状を直視し、医療制度の歴史を踏まえた改革方針と評価できる。一九六一年に成立した世界に冠たる国民皆保険制度の維持が改革の主眼であることはいうまでもない。

この決定は政府・連立与党によりすでに前年、サラリーマンの窓口負担の三割への引き上げを前提とする内容である。[2] 改革の骨子をまとめた厚生労働省の意図は、高齢者にも応分の負担を求めることでコスト意識を喚起し、モラルハザードの阻止をめざしたことにある。少子高齢化の急速な進行を考慮すれば、避けることのできない方針である。[3]

重要なのは、こうした改革が適切な中長期的課題に対応しているか、これまでの医療政策の問題点が十分に検討されているかにかかっている。一番の問題は、対ＧＤＰ比にみる低い日本の医療費が厚生省（厚生労働省）の医療費抑制政策の徹底により成果をあげてきたことの功罪を改めて問い直すことである。[4]

なぜなら今世紀に入り、医療現場では「医療崩壊」とよばれる惨状が露呈されているからにほかならない。これまで日本医師会は医師不足を認めず、その偏在を主張してきたが、ようやく都心での病院閉鎖、産科、小児科の閉鎖という実状が報道され、年間八〇〇〇人の新人医師の供給では、マンパワーの不足を到底回避できないことを認めるにいたった。

医学部を所管する文部科学省と医師国家試験合格後の医師の臨床研修以降を担当する厚労省のタテ割行政の弊

害も指摘できよう。歴史的にみれば、一九五〇年代から医療費抑制政策は開始されていたが、それが加速化したのは八〇年代以降であり、統制経済システムである診療報酬体系により継続的な引き下げ傾向が容認されてきたのである。[5]

これにより病院経営は難しさを増し、患者の利益を最優先する医師が報酬面で冷遇される環境が生み出された。当直が多く肉体的精神的負担の大きい診療科で勤務医の退職が相次ぎ、残された医師の負担がその分増加することによりドミノ現象が各地で散見される。

すでに日本福祉大学の二木立氏は一九九四年頃から、公的医療費の総枠拡大を提唱されている。[6]確かに一般会計予算に占める社会保障関係費は増大の一途をたどっているとはいえ、抑制しやすい医療費だけを削減するのは、結果として医療の質の低下を招き、健全な医療提供体制を維持することを困難にしている。

しかし二木氏が新著で提案している公的医療費の財源を社会保険料の引き上げで賄うとの意見には俄かに賛同しかねる。現在、社会保険料が十分確保されないのは、企業の雇用形態が変化してきたからである。非正規社員や契約社員の採用により、企業は社会保険料の負担を軽減することができる。そのため、こうしたコスト削減に寄与する雇用形態が採用されているのであり、それはとどのつまり労働法制の問題である。

勤務医の長時間労働は明らかな労働基準法違反であり、かつては労働省傘下の労働基準監督局が摘発に動いていた。省庁再編により誕生した厚生労働省は、同省の医師不足という失策が皮肉なことに同省の労働政策に跳ね返ってきているのである。

少なくとも九〇年代後半まで、医者余りを懸念する声が聞かれた。そのため、医学部の定員削減すら議論されていたのである。[7]それが今日、医師不足の解消のための医学部定員増が検討されている。現在、政府が推進しようとしている医師増員計画では、医師不足解消に一〇年かかるとする見解もある。

一般に、公共政策は予算と法律により実施されるが、省庁が日常的に出す通達などにより実質的に政策誘導が行われることも珍しくない。労働条件が厳しく医療過誤訴訟の多い産科医がとりわけ不足するのは、全科診療が医師法上認められている医師免許をもつ他科の医師や看護師が妊婦を診察する医療行為を厚労省が禁じる通達を出しているからである。そのため、産科医は当直が続き月に一日しか休めないケースすら報告されている。

医系技官が二〇〇人近く配置されている厚労省はなぜ医療現場に配慮した施策を実施できないのであろうか。そもそも医系技官に日本の公衆衛生行政を担わせるべく、本省―都道府県衛生部―保健所のラインを構築したのは、占領期にGHQ公衆衛生局長であったサムスにほかならない。[8]

サムスに関する一次資料は現在、スタンフォード大学フーバー研究所に保存されている。サムスは日本の衛生行政を整備するべく、全国におよそ八〇〇の保健所を設置した。医学部を卒業し採用された医系技官の多くは最初、各地の保健所でいわば現場を経験し、まもなく本省の課長補佐に昇任する場合が多いとされる。

厚労省における医系技官にはおよそ二〇の課長級ポスト、三つの局長級ポストが用意されている。そして同省の医系技官の人事権を事実上掌握しているのが医政局長である。東大出身の多い事務官の人事を扱う大臣官房も医系技官の人事に介入しないという暗黙の了解ができている。[9]

そのため、同省には技官らによる独自の空間が生まれているかにみえる。薬害エイズ事件における、いわゆる「郡司ファイル」はその象徴ともいえる。同省薬務局の体質はきわめて閉鎖的であり、製薬会社から寄付をうける大学教授らにより薬事審議会が運営されていることも問題である。治験の進め方にも日本独自の色彩があり、結果として日本の製剤の七割が国内向けであり、国際競争力を欠いている背景を垣間見ることができる。

医療は医師というプロフェッションの営為であり、専門性が高く社会に資する政策形成の難しい分野といえる。社会保障も多岐にわたり、専門分化が進み、総合的な視点を有する研究者が少なくなっている。医療の分野にお

いては、医療管理学の専門家への期待が大きいが、その大半は医療経済学者である。構造改革や規制改革の推進に加担した医療経済学者の中には、医療の分野にも市場原理を持ち込もうする論者が多い。

かかる状況を踏まえて、医療政策の決定をめぐるアクター間関係の歴史的変化を的確に整理することが必要である。[10] そしてそうした流れの中で、医療費抑制政策が適切な政策判断の下に進められたか否かを検証することが求められよう。医療崩壊の危機を脱するための方向性を模索し、診療報酬体系の徹底した見直しを進めることも強く求められている。

二　国民皆保険制度維持のための医療改革

前章の冒頭で紹介した閣議決定の地ならしは、その前年、二〇〇二年末に政府、与党により進められた。一一月末、自民党医療基本問題調査会は医療制度改革案を示し、都道府県を軸とした保険者の再編・統合、後期高齢者を対象とする新たな高齢者保険制度の創設、医療提供体制と診療報酬体系の検討を打ち出した。[11]

一方、厚生労働省は同年末、医療保険制度改革と診療報酬体系の見直しをめぐり試案を提示した。その内容は与党案と類似しているが、高齢者医療制度については、「制度を通じた年齢構成や所得に着目した保険制度」と、「後期高齢者に着目した保険制度」の二案を提案している。いわゆる「年齢・所得調整方式」と「独立保険方式」である。[12]

厚労省案によると、前者の場合、政管健保の負担減、健保組合と共済組合の負担増、国庫負担も若干負担増になるのに対し、後者の場合には政管健保、健保組合、共済組合はいずれもやや負担減となり、高齢者や市町村の負担が増し国庫は負担減となるとの財政見通しが示されている。同省の提案は、同年の健康保険法の改正に対応

したものである。

この厚労省の試案は、一九九七年以来の医療保険制度の「抜本改革」を出発点として議論を呼んだ四方式、すなわち㈠独立保険方式、㈡突き抜け方式、㈢年齢リスク構造調整方式、㈣一本化方式の延長線上にあることは周知の通りである。

厚労省は試案を詰めるべく、診療側の日本医師会や支払い側の健保連、経団連、全国町村会などに呼びかけ、意見交換の場を設けて調整に動いた。

支払い側の健保連や経団連は「年齢・所得調整方式」について、医療保険制度の理念に違背し容認できないと反対を表明した。これに対し、国保三団体は一定の評価を加え、必ずしも足並みは揃わなかった。一方、「独立保険方式」については、国保三団体は批判的であるのに対し、健保連や経団連は一定の評価を与えた。この方式を採用すれば、国保の財政負担が増加する懸念があり、現行の拠出金制度と大きな違いがなく、老人保健制度の改革につながらないとの批判がでたのも当然である。

日本医師会は「独立保険方式」に賛同し、自らも九割を税負担とし保険料や自己負担を一割と設定する案を提言した。日医が示した案では保険の加入者として七五歳以上のいわゆる後期高齢者が想定されている。経団連は六五歳以上の高齢者を対象とする制度を設計し、高齢者の自己負担と消費税に財源を求めている。

医療保険制度に関する政策決定プロセスに登場するアクター間の調整はなかなか容易ではない。日医にはかつての武見会長時代のイメージがあるが、八〇年代以降は厚生省（現厚労省）が制度改革、政策決定の主導権を握るようになった。吉村仁に代表されるように、厚生官僚が力をつけ、厚生省案が決定に持ち込まれることが着実に増加した。もちろんこれに自民党厚生族の動向も作用していることはまちがいない。

こうした厚生省主導の医療政策は九〇年代後半呆気なく頓挫した。薬害エイズ事件は厚生省の体質を露呈する

ことになり、技官らの不適切な対応が大きく報じられた。これに事務官のトップである事務次官の福祉汚職による逮捕が追い討ちをかけることになり、厚生省への風あたりは増すばかりであった。これに伴い、厚生省の政策形成に係わるイニシアチブはみるみる低下していったのである。[13]

依然として厚生省が医療政策の牽引車であった九〇年代前半、省内に医療費政策の転換を求める意見が噴出していた。それは極端な医療費抑制政策に対する批判である。押しなべて八〇年代をみれば、消費者物価や人件費の上昇率が二割、三割の実勢にありながら、この間診療報酬は三パーセントしか引き上げられていない。その背景としては、厚生省の背後に医療費抑制を求める大蔵省（現財務省）の圧力があったことはまちがいない。省内では、大蔵省の圧力に屈する幹部への反発が着実に広がっていたのである。

そもそも日本の国民医療費は対ＧＤＰ比で見る限り、国際的には低い水準を維持している。予算編成に臨んでは総枠規制をかけ、後は国家統制の効く診療報酬改定により政策誘導が行われている。一般には中立性を確保するため中医協（中央社会保険医療協議会）に決定権が委ねられているが、実際には厚生省保険局で原案が作成され、これが中医協により追認されている。[14]

こうした枠組みにおいて、八〇年代には、諸検査料や薬価を引き下げ、その見返りに技術料の引き上げが行われた。九二年の診療報酬改定では、病院の外来診察料を引き下げ、その分を診療所の外来診察料の引き上げに回しているのは、もはやコスト・シフトとして容認されることはなかった。厚生省のみならず日本医師会の責任が厳しく問われねばならない。[15]

厚生省は医師会の意向を迎え、政策決定に恣意性を加えたと批判されても致し方ないであろう。自らルールを踏みにじったことは、医療行政への不信を買いかねない。それを防止するためには、中医協が主体性を発揮して厚生省の医療行政を是正すべく実効性のあるルールを確立する必要性がある。そのためには、中医協の独立性を

高めるためメンバーの選考にあたっては、厚生省の影響を排除する工夫が求められよう。[16]

九二年の診療報酬改定でもう一つ注目されるのは、差額ベッドの規制を緩和し保険外負担の拡大を容認したことで、医療が社会保障としての性格を弱め患者の差別化といった方向性が強まったことである。これまで厚生省が行政指導という形で調整していた老人保健施設の利用料の弾力化など、患者の保険外負担の自由化を安易に認める傾向が見受けられる。

厚生省は看護や介護についてもサービスの自己負担を容認する方針で、ここでも医師会の意向を受け入れる姿勢をみてとることができる。二木立氏も指摘しているように、被保険者のニーズが多様化してくると、もはや医療保険は財政的に対応不能といってもよい事態を迎えている。しかし、いわゆる富裕層のニーズに厚生省が本気で向き合おうとしているとは考えられず、室料加算などについても大幅な改定は不可能である。

厚生省はそれでも近い将来における医療費高騰に警戒感を抱いていた。そのため、医療費抑制策をなお継続する姿勢を崩さなかった。八〇年代以降、老人医療への定額払い制の導入、第一次医療法改正に伴う病床数確保、健康保険の改革に伴う高度先進医療の保険導入の抑制など、九〇年代に国民医療費が急騰する要因は見当たらなかった。厚生省は、検査、入院（主として老人を対象）、そして外来と医療費抑制のターゲットをつぎつぎと狙い撃ちしてきたのである。

厚生省ではこうした徹底した医療費抑制を通知や大臣告示という行政的手法でさらに確実なものとした。診療報酬改定では引き上げとなった分野に対しても、後に厚生省は通知により規制を加えるといった手の込んだ方法を用いた。医療機関に対する厚生省の統制が強化されたのは、医療機関の医療機能に関する情報が同省に集中しやすいように、点数算定基準の細分化が進められたからである。

こうした手法を駆使して、同省は医療機関の再編、すなわち「療養型病床群」の形成、診療所、病院間の外来・

入院の機能分化の推進を企図していたのである。八〇年代後半まで、厚生省は病院の機能分化をめざしたものの、病院・診療所間の機能分化にはなんら対応してこなかった。この点については第二次医療法改正案にも盛られていない。改正案の主眼が特定機能病院と療養型病床群の制度化に置かれていたのは周知の事実である[17]。

多くの専門家が指摘するように、日進月歩の医療技術を導入した病院の専門外来の拡充などの現実を踏まえれば、「外来は診療所、入院は病院」といった機能分担にはかなり無理がある。したがって、九二年の診療報酬改定により病院の外来診察料の急激な引き下げはいささか的外れな政策判断といわねばならない。確かに、医療費抑制効果はあっても、医療サービスの充実には寄与しないからである。

日本は人口当たりの病床数は充実しているが、病床あたりのスタッフ数は極めて不足している。こうした現実を放置して療養型病床群を確立し、人員配置をさらに抑制するという医療法の改正には批判的な見解が提起された。

同年の診療報酬改定によって、厚生省が思い描く病院と診療所の機能分化が進展する可能性は低いとみられた。患者の嗜好を観察すると、厚生省の思惑とは反対に、外来患者の間では診療所離れ、大病院志向が進んでいることがわかる。

病院サイドに立てば、地域医療計画により入院部門での収益が抑制されていることを踏まえれば、外来診察料の大幅引き下げに対して外来患者数の増加による苦しい収益の確保が頼みの綱となる。実際のところ外来診察料の引き下げは外来患者の病院への流れを生み出すことになるが、果して医療の質が低下しないか懸念されるところである。

しかし外来患者数が増加するのは大病院であり、中小病院の増加を見込むことはできない。こうした実情については、厚生省の「病院報告」や「医療施設調査」などから容易に読み取ることができる。

中医協は厚生省による政策誘導の隠れ蓑に利用されている。審議が非公開であり、公正さを著しく欠いていた。診療報酬改定も二日間で結論を得ており、著しく透明性が欠如しているとの批判を招いていた。中医協の問題点はこれだけにとどまらない。当時にあっては、病院団体の代表は日医の委員が代表することになっており、病院に不利な決定が公然と行われていた[18]。

診療報酬改定をめぐる問題点を検討するべく、一九九一年に診療報酬基本問題小委員会が設置されていた。そこでは、診療報酬体系の意義と評価が検討された[19]。診療報酬とはそもそも、健康保険法に基づき医療保険制度により提供されるサービスであり、具体的には厚生大臣告示や通知により体系化されている。改定時には、サービスの内容や範囲が検討され、価格表が新たに提示されることになる。

診療報酬の改定による政策誘導には大きな効果が認められる。病院、診療所を問わず、医療機関の収益の九割以上が診療報酬である。そのため、こうした政策誘導が医療機関の経営に多大な影響を与えることは必至であり、政府や医療界が診療報酬改定に注目するのは当然である。医療サービスの評価として点数引き上げが行われ、医療提供を推進することになる。

明らかに、一九九四年の改定では、在宅医療の拡充という政策判断が加えられ、在宅患者の末期医療などが評価された。もちろん人口の変動や高齢化の進展によっても医療費は増大するが、九〇年代には診療報酬改定による政策的増加が大きな意味をもつようになった。九四年度の改定の場合をみると、診療報酬を一パーセント引き上げることにより、六〇〇億円近い一般会計予算増となった。そのため、大蔵省主計局は厚生省に大蔵原案内示前の改定を求めている。診療報酬の引き上げは当然、保険料の増加を引き起こす。同年の改定では、一点の引き上げは保険料の何と一四〇〇億円増に帰結した。

診療報酬体系は健康保険法第四三条、同四四条に規定され、主として厚生大臣の権限により二年に一度告示や

省令により提示される。元厚生省保険局長によると、薬価基準を含め原案は保険局が国際的基準に照らして決定しているといわれる。

九〇年代には診療報酬基本問題小委員会の設置により、その報告が改定に反映された。九四年には健康保険法も改正され、新たな看護体系の導入、入院時の給食基準の変更に伴い診療報酬が改定された。したがって、この年は四月、一〇月の二度にわたる改定が行われたことになる。

すでに八〇年代後半から、医療費抑制政策は徹底し、国民医療費の伸び率は国民所得のそれを下回った。こうした政策の推進を可能にしたのは、日本の医療制度が意外に弾力的だからである。患者にも医療機関にもかなり選択の幅が存在しているということである。患者は保険証さえあれば、原則医療機関にフリーアクセスできる。サービスの不足する医療機関は淘汰されることになる。適正な競争原理が作用する仕組みになっているのである。

診療報酬体系は一見したところ統制的であるが、一部の定額制を除けば、基本的には出来高払い制であることから医療者側からの不満の声はそれほど聞こえてこない。民間の医療機関では医師への謝礼を行政サイドも黙認している。[20]

池上直己氏らが指摘するように、そうした慣行は高齢者ケアの財源不足を補っていたともいえるであろう。

三　いわゆる抜本改革の成果

厚生省を中心に、これまでも医療制度改革は繰り返し続けられてきた。[21] 医療関係者の間では、アメリカの医療制度をモデルにすべきであるという意見も聞かれたが、それは大きな誤りである。主導権を保険会社に委ね、多数の無保険者を抱えるアメリカこそが日本をモデルとするべきなのである。かねてより、大統領夫人、上院議員

としてヒラリー・クリントンは日本の国民皆保険を雛形として医療保障のあり方にメスを入れようとしている。[22]

幸い厚生省はこれまで一貫して国民皆保険の維持を表明してきた。もちろん厚生省内にも民間保険を推進するため規制緩和を主張する意見があった。しかし日米の比較等の検討により、公的医療制度の重要性が認識されるようになった。国民皆保険制度を放棄すると、国民医療費は増大することが明らかになったのである。

九〇年代中葉には、それまでの厳しい医療費抑制政策を見直すべきとの声があがるようになった。[23]当の厚生省も医療政策の再検討を迫られていった。その一方で、医療経済学者の中には、所得格差を視野に入れつつ医療分野に市場原理主義を導入しようという提言が存在したのも確かである。そうした意見はアメリカのマネジドケアなどを想定した発言であったが、結果的には退けられた。

しかし九〇年代後半になると、官から民へといった志向が強まり、経済界や官界の中からも新自由主義的改革の必要性が叫ばれるようになった。いわゆる「医療ビッグバン」の登場である。[24]これはアメリカの外圧と捉えてもよい。具体的には一九六一年に発足した国民皆保険制度を廃止して、民間保険を中心に位置づけ、その財源を主として消費税に求め、医療機関の経営を自由化することが眼目である。[25]

周知のとおり、医療費の構成は窓口での自己負担、保険料、税負担の三種類に限定されている。窓口負担も現状の三割が限度である。政府・自民党は保険料の引き上げは大企業の負担になるとの考えから、財源は消費税を中心に増税により賄う方針を示すようになった。このシナリオは一九九九年の経済戦略会議の答申にはっきりと示された。

早くも九六年に厚生省医療保険審議会は、医療の質的向上、在院日数の短縮、いわゆる社会的入院の抑制、医療情報の提供と患者の選択等医療保健改革の必要性を打ち出した。こうした方向性を受け止め、同省保険局は医療提供体制の改革や診療報酬体系の見直しに着手した。その中核は病院機能を考慮の上、急性期型と慢性期型の

二つに類型化することであった。

後者の類型には当然療養型病床群を含めて考えるべきであり、適正な病床数が検討されねばならない[26]。先進諸国では、一床あたりのスタッフは三人で、入院期間は二週間程度である。これに対して、日本の場合一床あたりのスタッフは一人を切る水準であり、在院日数は諸外国の二倍以上である。医師をはじめ看護師等のスタッフに対する診療報酬をより手厚くする必要があろう。

また、医療ビッグバンともいわれる医療改革を実質的に進めるためには、医療機関が積極的に情報を開示し、患者のニーズを適切に受け止めることが求められよう。さらにその背景に急ピッチで進む少子高齢化への対応が大きな課題となっている。そのためには、予防医療の充実により健康な高齢者の醸成がめざされるべきである。

池上直己氏が明確に指摘するように、医療費抑制に失敗した国々が模索しているアメリカのマネージドケアには保険者が給付内容の調整をめぐり患者を差別化する可能性は否定できない。西村周三氏は反対に、予防給付の拡大や治療の標準化を促進するすぐれた側面を指摘する。

筆者も指摘したように、医療行為や投与する薬剤の半数にはエビデンスがない。後は医師の経験や勘に依存しているのである。医療提供体制を改革するなら、やはり医療の標準化を推進する必要があろう。そこでＥＢＭが求められるのは当然である[27]。

たとえば、全国の患者数が一五万人ともいわれる神経難病の一つ、パーキンソン病にたいしては、Ｌ－ドパとドパミンアゴニストが投与されているが、前者にはエビデンスがあるが、後者にはエビデンスはない。薬剤の有効性以前の問題としてＥＢＭが問われるべきであろう。医療行為や薬剤投与には科学的根拠が不可欠である。

医療ビッグバンへの期待が高まったのは、九〇年代後半の橋本内閣の頃である。その大きな背景には、驚異的な少子高齢化のスピードがある。もちろん医療サービスの効率化や医療費の無駄を省くことは当然であるが、医

療の質を維持するために、国民医療費のある程度の増加は避けて通れない。上條俊昭氏がいみじくも指摘するように、医療ビッグバンを財政論だけから論じるのは適切ではなく、国民の健康増進といった角度からも切り込むべきである。

そもそも医療ビッグバンについて参考文献を渉猟してみると、その定義が曖昧なことに気づく。強いて絞り込めば、公的医療保険制度の抜本改革や医療の世界にも市場原理を導入する改革ということになろう。前者については、九七年当時の自社さ連立与党の合意に基づき提示された指針であり、そこには高齢者医療保険制度の創設や薬価基準の見直し、診療報酬体系の改革（定額払い制の拡大）が謳われていた。もちろん後者については混合診療等をめぐり慎重な検討が要請された。

さらに注目すべきは「医療サービスの質」にほかならない。医療の質を向上させる前提として、医療提供体制の改革が焦眉の急である。つまり医療情報を積極的に公開し、実質的な患者による医療の選択が可能な改革が求められているのである。

しかし、医療情報には様々なレベルがあり、たとえばカルテなどには当然患者の個人情報が含まれるため、開示は慎重でなければならない。患者本位の情報提供が求められており、それはカルテのみならずレセプト（診療報酬明細書）についても患者にわかりやすい記載が必要である。

医療情報の開示の前提として、インフォームド・コンセントが徹底されねばならない。医師の説明と患者の同意を医療現場で定着させ、両者の信頼関係を構築しておくことが強く求められよう。確かに、インフォームド・コンセントは医療法上「努力規定」であるが、もはやパターナリズムが通用する時代ではない。

これについて患者の権利を法定すべきとの意見もあるが、医師の側の意識が患者本位とならなければ、絵に描いた餅になりかねない。問われているのは医療提供者の姿勢なのである。

原点に立ち返って問題点を整理すると、金融や証券などのビッグバンは注目に値するが、医療ビッグバンを同レベルで語ることはできない。国民皆保険制度をいかに維持してゆくかが問われることがあっても、この優れた制度を廃止する議論など現実には意味をなさないのである。

営利企業の医療機関経営への参入については財界の一部や通産省（現経済産業省）は前向きであるが、厚生省や日本医師会は強く反対している。それは営利企業の参入により医療の効率化が進み、医療費抑制につながるとは必ずしもいえないからである。現に企業立病院の経営はいずこも左前である。医療に市場原理を部分的にせよ導入して成功した国があっただろうか。管見の限り、そうした事例は見当たらない。[28]

すでに述べたように、与党は一九九七年の医療保険制度改革協議会での合意に基づき、指針をまとめた。周知のとおり、指針には薬価制度改革、新診療報酬体系の構築、高齢者医療保険制度の創設が盛られていた。

第一の指針は薬価基準を廃止して参照価格制度に切り替える改革である。この改革は市場価格を目安に支払い基準の上限を設定するもので、いわゆる薬価差益がなくなる。この改革には日医や製薬業界が強く反発した。そのため、族議員が反対に動き、自民党は医療基本問題調査会を中心に参照薬価制度の導入を検討し、結局見送りとなった。与党の強い姿勢に厚生省も同制度の導入を断念した。もっとも、参照薬価制度を導入しても、患者の負担が増える可能性が高く、高価な新薬は適用外で自由価格になるため、あまりメリットはないといっていいのではないか。

第二の指針は、新しい診療報酬体系の構築であるが、そこで主役となるのは、日本版のＤＲＧ（疾病別関連群）の導入である。周知の通り、診療報酬の定額化はすでに部分的に進められてきた。老人慢性外来や小児科外来では定額制が導入されてきた。

諸外国に比べて日本の平均在院日数は長く、三〇日をこえている。これを半分の在院日数にすると、一般病床

の半分のベッドが不要となり、医療費削減効果が期待された。今日広く行われるようになった日帰り手術が急速に普及したのには、日本版ＤＲＧの進展を見越してのことである。

日本では九〇年代後半以降、ＤＲＧ／ＰＰＳと組み合わせで登場するが、後者のＰＰＳとは「包括支払方式」のことで、これまで普及していた「出来高払い」と対をなす方式である。医療行為や検査、看護一つ一つの対価を提示していたものを、包括して一定の診断名ごとに括り診療費を一定額にまとめて表示しようというのである。

この方式の問題点は医療費抑制効果が適度の範囲で期待できるものの、医師がコストを下げ質の低下を招く懸念なしとしないことにある。確かに医療コストの管理が可能になり、病院の側に立てば、生産性を高め無駄が省けることになる。多くの先進国では、医療費の高騰に伴い、ＤＲＧ／ＰＰＳの導入に動く傾向が顕著である。しかし日本は極端なまでの低医療費政策が進められてきており、安易に諸外国に同調すべきではなかろう。

与党も診療報酬体系を定額払いとする方向で検討しているが、直ちにＤＲＧ／ＰＰＳの導入を決定したわけではなく、段階的なステップを踏んで導入を見極める方針である。先にふれた指針からもわかるように、入院については、慢性期から急性期に一日定額制を順次拡大してゆき、後者の場合につきＤＲＧ／ＰＰＳに関する調査を行い、導入の可否が決定されることになる。

もっとも、第四次医療法改正により一般病床が急性期病床と慢性期病床に区分され、前者において在院日数を厳格に制限し、一定の期間を待ち一日定額制を導入すれば、厚生省のめざす在院日数の短縮化と医療費の抑制は十分達成可能である。

二木氏が明確に指摘しているように、ＤＲＧとＤＲＧ／ＰＰＳが混同されてきた。ＤＲＧは日本のほか多くの国々で行われてきたが、ＤＲＧ／ＰＰＳを導入したのはアメリカぐらいのものである。[29] ＤＲＧは日本の場合、入院医療や看護サービスの標準化に有効であるといえる。ここでは、ＤＲＧ／ＰＰＳの定着をめざした川渕孝一氏

の主張と二木氏の見解が分かれる。[30] 厚生省は保険局医療課での試行調査を開始した。

厚生省の調査の杜撰さを指摘する見解もあるが、ＤＲＧ／ＰＰＳを全面的に導入すると入院費は増加し、とても同省が納得できる内容にはならない公算が大きい。ＤＲＧ／ＰＰＳの調査が実施された医療機関はいずれも高度機能病院であり、そのデータで標準医療費を算定すれば高額になることはまちがいない。[31]

技術的な側面からみても問題がある。高度な治療を専門とする病院を調査してみると、想像に反して治療の標準化が進んでいないことが判明する。診療群別の在院日数もかなりの差があることも確認されている。この点をさらに標準偏差を平均値で割った係数を求めるとやはり高い値が出てくることになる。

こうした変数は当然様々なレベルの病院に対象を広げれば、さらに拡大する。技術的な観点からもＤＲＧ／ＰＰＳの導入は困難といわねばならない。治療の標準化が進んでいる疾患に対して導入することは可能かもしれないが、それでは限定的であり余り大きな意味をもたないといえよう。

日本版ＤＲＧを導入するには、その前提としてインフラ整備が必須となる。医療機器の購入銘柄を選定できる経営学的視点を備えたスタッフが必要である。そうした人材の育成が求められることになろう。鈴木隆夫氏が明快に指摘しているように、ＭＢＡ取得者を医療機関が受け入れる体制の確立が急務である。

このようにみてくると、いわゆる「抜本改革」の実現可能性は高くないとの判断に行き着くことになる。つまり医療関係者自身による自助努力の方が効果を期待できるのではなかろうか。医療経営の効率化、治療の標準化など地道な自己改革が先決である。[32] 医療機関と福祉施設等の連携が進捗している実態も視野に入れ、医療保険制度だけでなく医療提供体制の改革も推進するべきである。

医療法人が病院のほかに老人保健施設や特別養護老人ホームを系列化する傾向が顕著である。医療、保健、福祉の一体化が九〇年代以降進み、二〇〇〇年以降の介護保険の開始によりさらに拍車がかかることが予想された。[33]

与党の提示した三つの指針は、結論をいえば医療費抑制は期待できない。一番わかりやすい例としては出来高払いから定額払いへの転換があるが、低価格政策を変更しない限り医療費抑制効果は期待できない。新たな高齢者医療保険制度も実効性はない。

四　診療報酬体系の見直し

診療報酬制度自体は昭和初年より存在したが、国保の保険者である市町村により自由なレートが設定され、医療機関により料金体系もまちまちであった。政府は医療水準を向上させるためにも医療保険の拡大をめざし、自己負担をできる限り抑えてくまなく国民各層への給付を念頭に置いていた。[34]

これと同時に厚生省は早い段階から、医療費の伸びを抑制するため、開業医の利益集団である日本医師会と攻防を繰り広げた。当初は日医の政治力が優っていたが、一九五八年に診療報酬が一本化されるに及んで、双方の利害は一致した。しかし、まもなく武見太郎が日医の会長に選出され、主に支払い方式をめぐって対立した。厚生省は診療報酬をめぐり当初出来高払いとしていたが、国民医療費の膨張に歯止めがかかるよう包括化を進めようとしたからである。

レセプトの記載方法や医療経済実態調査をめぐり、両者の協議の場である中医協（診療側七人、支払い側七人、公益代表者六人）で厚生省と日医がはげしくぶつかった。日医は実に様々な妨害工作を辞さず、武見は中医協を飛び越え厚生大臣とのトップ会談などに持ち込み、それでも要求が通らないと保険医総辞退という徹底抗戦の構えで交渉に臨んだ。

こうした対決色もすでに薄らぎ、医療サービスの価格表としての診療報酬体系を厚生省は巧みに操作して政策

誘導を行っている。[35] 仕組みとしては単純で、個々の診療行為を一点一〇円と保険点数で公定化してある。保険診療なら問題ないが、保険適用外であると自由診療となり治療費すべてが全額自己負担になる。原則として混合診療は認められていない。もちろん差額ベッドなどの例外もある。[36]

医師のキャリアや技術レベルに関係なく、診療報酬は全国一律の料金体系となっている。ただし、初診料、再診料や入院に伴う室料は別扱いである。各地の病院で発生するコストは全く無視した統制経済システムとみなすことができよう。日本の医療保険制度は一物一価で現物給付であるため、上記の価格表というのは自由料金でなく公定料金なのである。

診療報酬は周知の通り、二年に一度中医協での審議を経て改定される。総額を決定して後、診療点数と薬価の見直しなどが行われる。医療経済実態調査などをもとに保険点数や薬価を決め、総額内に納まるよう工夫がこらされる。

日本の場合、医師の技術料が低く原材料費が高い傾向にあった。様々な調査を踏まえ適正な技術料が検討されてきたが、他の先進国とくらべ依然技術料はなお低い水準に留まっている。日本では専門医にくらべ家庭医の所得が高く、国際的常識に反している。高度医療機関でも単価が低廉だけに数でこなす方向に向かわざるを得ない。それに医療情報の氾濫で大学病院やナショナルセンターをはじめ大病院志向に拍車がかかり、予約制でも結構待ち時間が長い。

九〇年代から厚生省の内部でも医療費抑制政策の行き過ぎの声があがっていたが、医療経済学者や医療ジャーナリズムの厳しい批判が噴出し、日医や厚労省も医師不足とともに医療費政策の見直しに言及するようになった。対ＧＤＰ比でみた医療費の低さが政策転換を遅らせた面もあるが、保険局からもそして医政局長からも政策変更を示唆する意見が聞かれるようになった。

しかし、ここまで行き着くのに随分時間がかかった。厚生省は大蔵省の言いなりに医療費の抑制に終始していたわけではない。里見賢治氏が明確に指摘したように、厚生省は「社会保障の充実による経済成長」を『厚生白書』で例年主張してきた。諸外国では社会保障の拡充により負担が増大しても経済成長は依然続いている。いわゆる英国病をむやみに怖れることはない。かつての厚生省はこうした健全な福祉社会論を掲げていたのである。

かかる原点への回帰が遅れたのは、小泉内閣が誕生し、聖域なき構造改革がめざされたからである。[37] 同内閣は社会保障制度改革の標的を医療制度改革に定めた。医療改革のキーワードは「効率化」、「標準化」や「適正化」などである。すなわち、医療費政策の中核は医療費総額の伸びを抑制することにあった。[38]

小泉内閣の司令塔ともいわれた経済財政諮問会議は、経済動向に則した伸び率の設定を求めた。そこでは、高齢化に伴う国民医療費の増加には全く言及されていない。これに対して厚労省は、高齢化に伴う医療費増を不可避とした上での伸び率設定を主張した。小泉首相の持論である「痛みを伴う改革」が求められ、財務省や財界の圧力を想定すれば、厚労省が妥協することは十分予想された。

基本的には構造改革は推進すべきであるが、「聖域なき」というのは無理な話である。小泉政権下の厚労省でも医療費および医師数の抑制方針に修正を求める議論が展開されていた。同省内では、保険局や医政局など様々なセクションから抑制政策の見直しの声があがった。こうした空気を反映して、「医療制度抜本改革」の旗は降ろされたのである。[39]

経済財政諮問会議は、「公的医療費の抑制、混合診療の解禁」を打ち出したが、厚労省はこれに正面から反論した。医療経済学者の二木氏らはこれを「厚生労働省の健闘」と讃えた。だが、まもなく小泉首相は参院で郵政民営化法案が否決されると、直ちに衆議院を解散し、いわゆる郵政選挙に大勝し、権力基盤を著しく強化した。同年一〇月、医療制度構造改革試案が提示され、厚労省は経済財政諮問会議の意向を迎えた。

この間の経緯をもう少し丁寧に検証すべきであろう。混合診療の解禁については、すでに二〇〇四年九月の段階で、小泉首相は経済財政諮問会議において「長く議論してきた」との認識を示し、早期の決着を示唆した。しかし、混合診療を解禁するためには、健康保険法の改正が必要である。なぜなら、医療の現物給付原則が同法で謳われているからである。

これに対し、限定的ながら特定療養費制度の拡充なら問題はない。同制度の拡充はまぎれもなく混合診療の解禁であり、混合診療解禁に反対する日医や厚労省も特定療養費制度の拡大ならまちがいなく呑むであろうことが予想された。

混合診療の取り扱いについては、全面解禁を求める規制改革・民間開放推進会議や経済財政諮問会議と、これに反対する厚労省や日医の間で激論が交わされた。首相が年内解決を明言したことから、最終的には同年一二月、厚労大臣と規制改革担当特命大臣の間で特定療養費制度の再構成で合意し、首相が了承して政治決着した。

結論としては、限定的混合診療である特定療養費制度をいったん廃止し、新制度を組み立てるということであり、政治決着という形であったこともあり、その評価は一定しなかった。全面解禁を封じたとの評価もあれば、実質解禁であるとして反発する声もあがった[40]。

混合診療をめぐる論争の本質的争点について、二木氏は「公的医療保険の給付水準についての理念」に求めている。これについて、大多数の研究者は必要かつ最適量の医療保障と理解している。小泉内閣は二〇〇三年三月の閣議でこの理念を確認している。

これに対して、規制改革・民間開放推進会議は、保険診療で基礎的医療サービスを確保し高所得者は自由に医療サービスを受給できるようにすることを求めた。すなわち、医療分野にも市場原理を導入しようというのである。そしてそのメリットとして、先進医療の普及、経済の活性化、医療の無駄の排除などを強調していた。日医

は直ちにこれに反論し、混合診療解禁による公的医療保険の縮小化を指摘した。

混合診療解禁をめぐる政治決着には様々な評価が加えられた。小泉首相の混合診療をめぐる発言を注意深くみてみると、首相は「全面解禁」という言葉を一度も使っていない。先にふれたように、「全面解禁」なら医療の現物給付原則を規定する健康保険法の改正を視野に入れなければならない。

現実的に考えれば、特定療養費制度の拡充の方が実質的であり、日医や厚労省の支持が得やすい。特定療養費制度は現物給付原則の例外に位置づけられた混合診療なのである。[41] 医師、患者間の「情報の非対称性」の観点からも、全面解禁を否定し特定療養費制度の拡大、再構成を推進することは妥当な政策判断といえよう。

これにより、混合診療の全面解禁を否定した二〇〇三年の閣議決定が確認されたことになる。全面解禁のねらいは公的保険給付の引き下げにあることはまちがいなく、極めて妥当な決着といえる。特定療養費制度の抱える新薬や先端医療技術に対する保険適用や特定療養費化のスピードアップも期待できる。

ただ、今回の決定において懸念されることは、規制改革・民間開放推進会議が求める「国の基準を超える医師、看護師等の手厚い配置」の混合診療が今後の検討課題にあげられていることである。このことにすばやく気づいた厚労省は、患者が保険外負担として多額の差額を要求される付き添い看護の廃止を無効化する事態の発生を事実上警告した。

混合診療解禁をめぐる議論において、勝利したのは厚労省と日医および各種医療団体であるとの見解をよく目にする。しかし、特定療養費制度の再構築に伴い、混合診療に対する中医協の権限は縮小し、厚労省の権限は著しく強化された。[42] 高度先進医療の承認は中医協のマターであるが、新設の「高度ではない先進技術」と保険診療の併用に関しては厚労省保険局が対応することになった。

混合診療では同一歩調がとれた厚労省と日医・医療団体も、医療費問題ではなかなか協同歩調がとれなかった。

医師会・医療団体は公的医療費の総枠拡大を求めたのに対し、厚労省はまず第一に国民皆保険制度を維持するため公的医療費の抑制をめざしていた。医療費を抑制するため、保険給付の範囲や給付水準を制限し、超えた全額が自己負担となる制度設計を提示したのである。

二〇〇二年以降、診療報酬はマイナス改定になっている。とりわけ首をかしげたくなるのは、あれだけ議論、閣議決定し、確認しても、見送られたことである。詳細に検討してみると、閣議決定の中には特定療養費制度の拡大と同時に、医療保険給付の拡大も含まれていたのである。診療報酬体系改革の出発点は「医療技術の適正な評価」にある。その上で新規の技術が適切に導入されねばならない。

二〇〇六年の段階で、高齢者医療制度の創設を含め医療保険制度改革が推進されると考えた者は少なかった。それではどうなるのか。専門家は、現行老人保健制度の微調整に終わる可能性を指摘していた。医療保険制度と介護保険制度を接合する抜本的改革も、保険局と老健局の対立を反映して進展を期待する意見はほとんど聞かれなかった。デフレ経済からの脱却なくしては、診療報酬引き上げは困難であった。

五　むすびにかえて

一九六一年に成立した国民皆保険制度は日本の優れた医療制度であり、国際的にも高く評価されている。これからも同制度の維持が医療制度改革の主眼でなくてはならない。アメリカ大統領予備選挙で敗退したものの、ヒラリー・クリントンが政策目標の一つにあげたのは日本をモデルとした国民皆保険制度の導入であった。世界一の経済大国であるアメリカには公的医療制度が十分整備されておらず、無保険者が四〇〇〇万人以上いるともいわれている。

すでに述べたように、八〇年代以降は医療費政策の主導権を握った厚生省が一貫して医療費抑制政策を推進してきた。日本の診療報酬体系は統制経済であるため、市場原理は働かない。周知のとおり、診察料や薬価は公定価格になっている。医療費は中医協で二年に一度、改定されることになっている。九〇年代後半まで、医療費の改定は厚生省保険局の意向が反映されてきた。

確かに一般会計予算に占める社会保障関係費は四割に膨れ上がり、抑制圧力が働いている。政府はすでに減額幅を設定しており、厚生省も大蔵省の圧力に屈して低医療費政策が続いてきた。九〇年代以降、厚生省内でも医療費政策の見直し、大蔵省に容易に屈する幹部への批判の声が高まった。日本の国民医療費は対ＧＤＰ比で七パーセントと、ＯＥＣＤ加盟国中日本は二七位である。医療費の過度な抑制は医療の質を低下させることが懸念される。

「医療ビッグバン」も「抜本改革」も、やはり幻想に終わった。薬剤エイズ問題や福祉汚職は厚生省の威信を大きく失墜させた。それに加え、中医協の中立性にも不信感が指摘されるようになった。厚生省保険局が診療報酬の原案を用意し、中医協はこれを追認していたことも指摘されるようになった。公益代表をはじめメンバーの選考、審議の公開など透明性の確保が求められる。

診療報酬改定で、病院の外来診察料を引き下げ、その分診療所の外来診察料を引き上げても、もはやコスト・シフトとの説明が額面どおり受けとられることはないであろう。医療費抑制の効果があっても、医療サービスの充実には寄与しない。診療報酬体系により厚生省は政策誘導ができるが、こうしたコスト・シフトは適正な政策判断とはいえない。

小泉構造改革の路線に則り、経済財政諮問会議は「公的医療費の抑制、混合診療の解禁」を打ち出した。これに対し厚労省は強く反発した。小泉首相も厚生大臣経験者であり、混合診療を特定療養費制度の拡大とする落し

どころを想定していたようである。小泉首相の果断な対応により、二〇〇四年末、特定療養費制度を廃止し新制度を組み立てることで政治決着した。医療者と患者の「情報の非対称性」の観点からも妥当な政策判断であると評価することができよう。

日本のすぐれた国民皆保険制度を維持することは重要であるが、医療費抑制にも自ずと限度というものがあろう。医療は社会保障の一部であり、社会保障の根幹には「相互扶助」という理念がある。今後の議論では、国民各世代に公平な医療費の支えあいの仕組みを相互に理解してもらう努力が払われねばならない。

（1）医療保険制度の難題の一つは高齢者の医療費が国保に依存し、その保険者たる市町村の財政基盤が脆弱であることである。低所得者の多い市町村にあって保険料が高くなる場合もすくなくない。つまり社会保険の所得再分配効果が働かないことがおおきな問題である（池上直己『ベーシック医療問題』）。国と都道府県での財政調整が必要となる。後期高齢者医療制度は出だしから躓いた。社会保障の理念である相互扶助の意義、負担の世代間不公平を是正する必要性を施行以前に周知徹底する努力に欠けていた。とりわけ捕捉率が高いからといって年金から天引きするというのは、社会保険庁の不祥事により年金制度への不信感が根強いだけに余りに配慮を欠く制度の導入であったといわねばならない（『読売新聞』特集記事参照）。

（2）拙稿「族議員が跳梁跋扈する与党事前審査制」『改革者』政策研究フォーラム。

（3）周知のとおり、医療費は窓口での自己負担、税、保険料により賄われている。専門家の間でも自己負担は三割が限度との認識がある。一方で保険料を支払えないため、保険証を取り上げられた無保険者も五〇〇万人近くに達している。諸外国と比較して日本の医療水準を多角的にとらえるには、田中滋・二木立編著『医療制度改革の国際比較』（勁草書房、二〇〇四）を参照。

（4）近年は公営医療のイギリスをも下回る水準にある。対ＧＤＰ比八パーセントという極めて低いレベルにあり、ＷＨＯも世界一の医療水準と高い評価を与えている。しかし実際には医師や看護師などマンパワーが不足し、近時多くの総合雑誌が「医

療崩壊」を喧伝している。皆保険を維持しつつ、「高負担高医療」をめざすのが適切な選択ではなかろうか（鈴木厚『崩壊する日本の医療』、秀和システム、二〇〇六）。

（5）二木立『九〇年代の医療と診療報酬』（勁草書房、一九九二）等参照。

（6）二木立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』（勁草書房、一九九四）参照。

（7）厚生省内では九〇年代から医療現場で起きている変化に気づいていたが、日医は二〇〇七年まで医師不足を認めようとしなかった。

（8）拙著『日本の医療行政』（慶應義塾大学出版会、一九九九）参照。

（9）厚労省の医系技官はおよそ八〇〇人とされる。事務官との連携はあまりよくないようにみうけられる（厚労省キャリア官僚へのインタビューによる）。

（10）池上直己・JCキャンベル『日本の医療』（中央公論社、一九九六）参照。

（11）すでにこの段階において、後期高齢者医療制度の導入が企図されていた。この問題は、後期高齢者（七五歳以上）が窓口で一割負担すればよく、現役世代が四割の支援を行い、残りの五割が税により賄われている、という現況を理解してもらうことにはじまる。確かに不祥事に発展し不信感をもたれている年金からの天引きは余りに配慮を欠いた措置であったことはまちがいない。いずれにせよ、グランド・デザインと審議経過、将来展望を国民に分かりやすく説明することが肝要である。

（12）健康保険の保険料の引き上げは、主として老人保健制度により高齢者の医療費を賄う上で必要な拠出金が増加していることに起因する。そのため、現役世代の負担を軽減するため、高齢者にも負担を求めることになった（池上・キャンベル前掲書、一一四頁）。

（13）九〇年代後半の厚生省の不祥事がその力量の低下につながったことは、当時小泉厚生大臣時代に保険局長を務めた厚生省OBへのインタビューからある程度明らかとなった。

（14）同インタビューによって、薬価等も含む診療報酬体系が厚生省保険局で価格の国際比較等を通じ事実上決定される実態が明らかにされた。

（15）九二年の診療報酬改定で、病院の外来診察料の引き下げ、そこに生じる原資による診療所の引き上げはルールを無視した

恣意的操作と批判されても仕方ないであろう。日医の責任を問われて当然である（二木前掲書、注5）。

(16) すでに述べたように、現在の中医協の透明性は不十分である。舛添厚労大臣が指摘したように、中医協の透明性を確保するべく見直しが求められる（『読売新聞』）。大臣の疑義に対して中医協は反発したが、改善の努力をする旨を表明した。

(17) 二木立『複眼でみる九〇年代の医療』（勁草書房、一九九一）。

(18) 病院と診療所の外来診察料の操作に日医の圧力がかかわるのは不合理である。

(19) 小委員会では、その後特定機能病院等の包括評価が急務とされ、議論の対象項目としては急性期医療、慢性期医療、回復期リハビリテーション、外来、医療技術、特定療養費、薬価などが検討される方向が求められている（中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会議事概要）。

(20) 医師の謝礼については正確なデータがあるわけではないが、差額ベッドの患者から相当な額が手渡されている実態がある（池上前掲書等参照）。

(21) いずれも医療財源の問題に帰着するのであるが、政府はもっと国民にわかりやすく説明すべきであった。この時期の厚労省が心配していたのは高齢者の医療費よりも現役世代の拠出金増大であった。日本の医療は効率の面でも世界のトップに立ったが、懸念材料も少なくなかった（二木立『九〇年代の医療と診療報酬』）。

(22) その後も大統領選で公約に掲げた。そのモデルは日本の皆保険とみられる。しかしすでに多くの民間保険業者が市場を席巻しており、これから公的医療制度を導入した場合、依然として未知の部分があることは否定できない（拙著『日本の医療行政』）。

(23) 一〇年以上にわたって医療費抑制に成功したのは、医師会の力が落ち込んだことが一つの重要な要因である。厚生省に対するガルブレイスが指摘する「拮抗力」の欠落が主要因であることはまちがいない（二木立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』）。同書で指摘されているように、厚生省の勘と度胸で政策判断する時代との認識が同省にも存在したこともまちがいない。医療費については、中曽根行革内閣の下でも、特段の配慮が加えられた。総枠規制が医療費については認められたのである。吉村仁保険局長の指導力により大胆に進められた。

(24) 二木立らが指摘したように、金融システムとは異なり医療システムには標準とする国際モデルが存在しない（二木立『介護保険と医療保険改革』、勁草書房、二〇〇〇）。簡潔に述べれば、医療の分野にも市場原理を持ち込むことである。もちろん

そうなれば、営利を追求する企業による病院経営を自由化するとともに、国民皆保険制度が廃止され、民間保険がアメリカのように主役となる。こうした医療改革に対して、日医も厚労省も反対であり、実現の可能性は極めて低い。支持しているのは財界くらいである。

(25) 遠藤久夫「営利法人の病院経営のパフォーマンスに関する一考察」（『医療経済研究』三、一九九六）参照。

(26) その後、厚労省は療養型病床群の大幅削減をめざすようになる（『厚生労働白書』等参照）。

(27) 拙稿「医療提供体制の改革とＥＢＭの導入」『法学研究』第七六巻第二号参照。著者はそこで日本の医療にＥＢＭを導入するメリットとして、医療費の適正化や保険診療の是正、患者参加型医療の推進などを挙示した。

(28) 二木前掲書、一一〇頁以下参照。

(29) 二木前掲書等参照。

(30) 川渕孝一「ＤＲＧを駆使した日本版ヘルスケア・リホーム」（『ばんぶう』、一九九八）。

(31) この部分の議論は二木前掲書に依拠しており、多くの示唆を得た。

(32) 池上・キャンベル前掲書参照。

(33) 二木立『介護保険と医療保険改革』参照。

(34) 戦後の推移については、拙著『日本の医療行政』参照。

(35) 医療関係者の間においても、厚生省の政策決定、実施能力を過大評価する傾向がみられる。厚生省による診療報酬体系に基づく政策誘導は医療費抑制には効果的であるが、先駆的な医療サービスの育成については余り効果がない（『月刊民病研』一九九二年一月号）。

(36) 中医協については近時、その審議の透明性が問い直されている。二〇〇八年六月の総会で舛添厚労大臣が「中医協は不透明」と発言したのに対し、遠藤久夫会長は「不透明と言われるゆえんはない」と反発した。

(37) 新自由主義的医療改革の推進に積極的であった内閣府や経済産業省に対し、厚労省は一貫して反対した。国民があくまで平等を求めた結果、改革は事実上頓挫した。

(38) 営利医療機関の進出は医療費の増加をもたらす可能性が高いことや、医療の質が低下することも十分念頭に置かねばなら

ない。民間の医療保険の増大は医療費を押し上げる結果をもたらすことが懸念された。また、予想以上に病院団体が新自由主義改革に背を向けたことも大きく影響した。まず、医療が社会保障の根幹であるという国民の合意を前提として改革を進めるべきであると日医は提唱し、財政論に傾斜した厚労省による医療費抑制に強く反発した（坪井栄孝『我が医療革命論』、東洋経済新報社、二〇〇二）。

(39) 「抜本改革」の経験も可能性も共になく、アメリカなど諸外国もモデルになりようがなかったのである（二木立『医療改革』）。二木氏が力説するように、日本は国民皆保険制度と非営利の医療機関を中核とする医療提供体制を維持すべく、部分改革を積み重ねてゆくのが適切であろう。

(40) 規制改革・民間開放推進会議は政治決着に納得せず、混合診療の全面解禁に全力で取り組む姿勢を明確にした。しかし、そのためには、現物給付原則を柱とする健康保険法の抜本的改正が必要であり、実現の可能性は少ないとみられる。首相が会見で述べたように、全面解禁に伴い、混乱を生じることを懸念しての対応である。

(41) 二木前掲書、五七ページ以下参照。

(42) 二木前掲書、『読売新聞』等。